

今回、ご説明の機会をいただきましたので、私どもといたしまして、毎年各大学附属病院のご協力のもと、ご提出いただいております概況資料をもとに検索いたしましたところ、例えば大学附属病院におきましては、平成14年から信州大学医学部附属病院において、「子どもの心の診療部」が、名古屋大学医学部の附属病院におきましては、「親と子どもの心療部」、また平成15年には千葉大学医学部附属病院で、「子どものこころ診療部」、神戸大学医学部附属病院におきましては、「親と子の心の診療部」といったものが設置されているようでございます。

さらに、平成16年10月には香川大学医学部の附属病院におきまして、「子どもと家族・こころの診療部」といったものが開設されているようでございます。これにつきましても昨年の調査をもとに検索しておりますので、今年度に入って新たにそうした診療部を設置されたところまでは、現在のところは把握できていないという状況でございます。

このうち、具体的な取り組みの例といたしまして、香川大学の取り組みについて、ご紹介をさせていただきますと、資料107頁でございます。香川大学におきましては、診療部を担当されております石川元教授が、108頁で具体的な講義内容について、説明を載せておりますけれども、学部教育においても3年次の必修科目として医学心理学、これは児童精神医学入門というべき内容ということでもございましたけれども、2単位担当されている。そして来年度は既存の講座を組みかえて、4名のスタッフからなる児童精神医学の講座を設置されるといったような動きがあるということでもございます。

また、先ほども学校、幼稚園、保育所との連携というお話がございましたが、石川先生はこちら大学や附属病院での活動にとどまらず、平成15年度より文部科学省が、47都道府県を対象に2年間、特別支援教育推進体制モデル事業というものを実施させていただきました。これにつきましては、110頁、111頁に内容をつけてありますけれども、具体的には香川県教育委員会の委嘱を受けて、香川県下における特殊教育の対象にはならない、普通学級における軽度発達障害のある児童生徒への支援のために、調査研究運営会議では、石川先生が会長として特別支援教育体制の確立のための議論をリードされたとお聞きしております。自らも専門チーム、あるいは巡回相談員の一人として県内の小中学校を巡回していただいて、普通学級における学習障害、注意欠陥多動性障害、アスペルガー症候群などの診断と療育活動にも当たられたとお聞きしております。

この事業につきましては、昨年度で終了したところでございますが、文部科学省といたしましては、こういった医療機関と教育委員会、学校との連携が重要だと考えておりますので、112頁以降にもありますような新たな事業を、今年度よりまたさらに拡充した形で取り組む。香川県においてはまたこの新たな事業にも、石川教授にも参加していただく予定であるといったようなことを伺っております。

ご参考までに石川教授が、こういったものにかかわられるきっかけとか背景ということでもございますが、教授ご自身が香川大学に着任されてから8年間ぐらい、医療ボランティアとしていろいろな地道な活動されておりました。例えば平成14年度より、香川県

学校医療ADHD連絡協議会を主催して月例会を行い、ADHDが疑われる子どもを抱える保育園、幼稚園、小学校、中学校の要望に基づいて、チームを編成して訪問し、家族への説明ですとか医療への導入を支援するといったようなボランティア活動を続けてこられたということがあるそうでございます。

診療部設立後は訪問活動はされておりませんが、受診不可能なケースの無料相談として月1回19時半より外来で活動を継続中というようなこととございます。アスペルガー症候群や高機能自閉症を抱えていらっしゃる家族で組織される香川県アスペ一人立ち支援親の会といったような会があるということとございますが、それにつきましても精力的に後援されると、そういった活発な活動が背景にあって、現在の活動に結びついているというようなことを伺っているところでございます。

時間の制約上、簡単ではございますが、私からの説明は以上です。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。

○文部科学省

続きまして、文部科学省初等中等教育局児童生徒課課長補佐をしております今泉から説明させていただきます。資料の115頁をご覧くださいと思います。本会議の趣旨に直接的に関係のある内容ではございませんが、参考になるものとしていたしまして、文部科学省で現在、子どもの心の発達に関する研究等を行っているところでございます。

まず一番最初でございますが、情動の科学的解明と教育等への応用に関する検討会というものを開催しております。この会議は何を目的としているかと申しますと、子どもの心の発達に関してこれまで脳科学、精神医学、社会学、教育学、また栄養学、そうした各学問分野においてそれぞれ各学問分野でできる子どもの心の発達について、研究成果が出てまいりました。

ただ、これについては、相互の学問間の連携というものができておりませんでしたので、学問間の連携を図って、子どもの心の科学的解明について、その成果をより有機的な形で出すための会議として、立ち上げてきているところでございます。

またはこの会議においては、せっかくの研究成果がなかなか教育現場、または臨床心理の現場において、十分な活用がされているとは限らないので、そこら辺のシステムづくりについても検討しているところでございます。

さらに、文部科学省関係で行っている研究の動向といたしまして、これは文部科学省ではないのですが、日本学術会議において、子どものこころ特別委員会というものがございます。これも先ほどの情動の科学的解明の会議と、目的がかなり重なるところでございますが、広範な学問間の連携を果たして、子どもの心について科学的な解明を行っているというような取り組みが行われております。

また、脳科学の観点から子どもの心の発達について解明していこうという動きが、例えば独立行政法人科学技術振興機構いわゆるJSTにおいて、社会技術研究システム、その研究領域Ⅲのところ、脳科学と教育というものが設けられております。この中で具体的な、非侵襲計測を活用いたしました脳科学の研究成果をどういうふうに教育に活用することができるのかという研究を行っているところでございます。

また、独立行政法人理化学研究所において、脳科学研究センターの中で4つの領域を設定いたしまして、脳を知る、脳を守る、脳を創る、脳を育てる。その各部分について研究を継続中でございます。

さらに、これは21世紀COEプログラムとして、既に各大学において個別に研究が進んでいるところがございます。心の問題に関して21世紀COEプログラムで採択されている大学名について、このように列挙させていただきました。

このような形で文部科学省においても、子どもの心の発達について、どのような刺激を与えれば、どの段階でどういうふうに子どもの心というのが発達していくのか、一般的なあり方について研究を進めているところでございます。以上でございます。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。文部科学省の方から、大学における医学教育の現在の方向、その中で子どもの心に関する教育としての取り組み、新しい診療部が、次々とできつつある。前回東大にもことしの4月に子どもの心の発達診療部ができるという報告がありました。それともう1つ脳科学の観点からの心の発達について、文部科学省として取り組んでいるというようなご説明がございました。

今のご発表に対して何かご質問ございますでしょうか。

○山内委員

ただいまモデル・コア・カリキュラム等のお話がありました。確かにそのとおりなのですが、前回現場の話として、私が話させていただきましたし、吉村先生からも同種の意見がありましたけれども、実際の卒前教育の中で講義が行われる児童精神医学については、本当に1コマか2コマくらいの程度という現実があります。それから国試のガイドランのブループリントなどでも、本当に1%程度しか重みづけが行われていないというようなことがありまして、実際に医学部を卒業する学生、あるいは医師になったばかりの人というのは、こういう領域についてはこんな病気があるんだといった程度の認識しか持たなくて、ここで言う子どもの心の診療に対応できるような能力は、とてもないという現実があります。

我々が考えるときに、そうして医師になってきた人たちに、例えばプライマリケアとか、あるいは専門医としての力を持ってもらうためにはどうしたらよいかという、そういう視点も非常に重要ではないかと思って、あえて前回のことをリマインドしていただくために

お話させていただきました。

○柳澤座長

ありがとうございました。おっしゃるとおりだと思います。それでは次に進みます。伯井委員、日本医師会の立場で、よろしく願いいたします。資料番号は3です。

○伯井委員

日本医師会の伯井でございます。日本医師会における子どもの心の問題に対する取り組みについて、簡単にご説明をさせていただきます。資料をご覧いただきたいと存じます。

日本医師会は、会員数は約16万人でございます。そのうち小児科を主たる標榜科としている会員が約9,000人、診療内科が約600人で、精神神経科等が約6,200人でございます。したがって小児あるいは精神を主たる標榜としている会員は約1割の1万6,000人ほどであります。

標榜ではございませんが、学校医の先生の数でございますが、学校医は内科の先生が多く、耳鼻科、眼科の先生もおられます。1人で複数校の学校医をなさっておられる人もありますので、数は不明です。

したがって日本医師会は、本検討会の委員が所属されておられますいくつかの学会のように、子どもの心に特化した形での事業を行っているわけではございませんが、いくつかの取り組みをご紹介したいと思います。

まず、乳幼児保健講習会、そして学校医講習会を毎年開催しておりまして、参加者は全国から約500名であります。その記録を毎年日医雑誌に掲載して、全会員が生涯教育の一環として、それを勉強できるようにしております。

2頁に乳幼児保健講習会の平成15年度からのテーマを掲載しております。平成10年度は「乳幼児からの心の健康」、平成12年度は「心の健康と医師会の役割」というように、子どもの心を中心としたテーマで開催しております。それ以外の年でも、3頁、4頁をご覧いただきますと、講演あるいはシンポジウムの一部として、子どもの心の問題を取り上げております。

5頁には学校医講習会における子どもの心についての講演、シンポジウムをリストアップしております。

2番目といたしまして、日本医師会には多くの委員会が設置されておりまして、さまざまな問題についての検討を行っておりますが、その中に乳幼児保健検討委員会、それと学校保健委員会がありまして、2年ごとに会長から諮問を受け、答申、報告書を取りまとめております。6頁に諮問、答申の一覧を掲げております。乳幼児保健検討委員会では、平成14年度3月の報告書が、「乳幼児の健全な心の発達に果たす医師および医師会の役割、育児支援を含めて」ということでありまして、その目次は7頁でございます。

学校保健委員会におきましても、平成10年3月の報告書が「学校精神保健の具体的展

開方法、それに対応する学校医の研修のあり方」ということでもあります。目次は8頁にございます。

そのほかの年の報告書におきましても、本日は割愛いたしましたけれども、子どもの心の問題について提言等がなされております。子どもの心の問題について、子どもの心の問題の健診票の作成など、さまざまな指摘、提言がなされておりますけれども、問題はそれらが具体的な施策に結びついていないことだと考えております。

それと3番目といたしまして、日医雑誌の特集がございます。単発の論文としてではなく、平成12年5月1日号、平成13年12月15日号に特集が組まれております。具体的な内容は9頁をご覧くださいと思います。

本検討会の委員であります奥山先生、保科先生にも講習会の講師、あるいは執筆者としてご協力いただいておりますことに、この場をお借りいたしまして、御礼申し上げます。

そのほか子どもの心と直接は関係がございませんが、「児童虐待の早期発見と防止マニュアル」を刊行しており、本日資料として配らせていただきました。また「改訂 保育所、幼稚園園児の保健」、あるいは「学校医の手引き」等を刊行しており、この中で子どもの心の問題について、掲載されております。本年度も「学校における健康教育」を作成する予定でございます。

以上、簡単でございますが、日本医師会の取り組みを紹介させていただきました。私は第1回の検討会の場でも申し上げましたが、いわゆる専門医の養成も重要と存じますが、専門医だけではとても現状には対応できないと考えておりますので、母子保健・医療を担当しておりますかかりつけ医、あるいは学校医に対する子どもの心についての研修が、非常に重要ではないかと考えております。以上でございます。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。日本医師会としての取り組みをご説明いただきました。時間の関係で先に進みたいと思います。それでは星加委員、お願いいたします。

○星加委員

私は日本小児精神神経学会を代表する形で呼んでいただいているのだらうと思います。この学会は活動内容といたしましては、学術集会の開催が年に2回あるのが特徴です。機関紙の発行は年に4回でございます。

学会の会員の構成を見ますと、会員数は平成16年4月の段階で、1,021名。医師の中で小児科医が317名、精神科医が111名、その他これは科が不明といいますが、恐らく臨床の現場を離れて、大学で教職に就いておられたりする方などがここに入るのだらうと思いますけれども、131名です。それから心理の先生方が279名、教育の関係が67名などが主なものであります。

学会で対象とされている子どもの心の問題に関する領域、それから対象疾患に関しては、

基本的にこの学会は発達障害を主たるテーマとして据えております。自閉症、アスペルガー障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、そういったものが最近の学会の演題を見ても多いと思います。それ以外に摂食障害、不登校、トレット障害、そういった内容が含まれています。

学会の子どもの診療にかかわる医師の養成研修等に関する取り組みとしては、これは実際にはまだ全部決まっているわけではないのですが、学会認定研修施設を検討中でございます。

それからここ数年間は、年2回開催される学術集会のときに企画委員会、これは学会の中でそういった研修や教育のための企画を行う委員会がありまして、そこでその時々トピックスやあるいは必要と思われるいろんな知識について、各学術集会の会長の先生にお願いして、30分から1時間程度の時間をいただいて、教育講演を行うという、そういった形をとっております。

今回のこういったテーマに関連して有用と思われる資料といたしまして、今回の資料の中に入っているのですが、青少年犯罪に関する日本小児精神神経学会の提言が中に添付されています。この中で今回の検討会に関連するところでは、連携、学際システムの構築、小児精神保健のインフラストラクチャーの構築の必要性についてまとめられております。この部分は青少年犯罪のことだけでなく、広く子どもの心の診療について、必要となる部分だろうと考えています。

それから学会の子どもの心の問題の診療にかかわる医師の養成についての意見でございますが、私どもの学会は、小児科医が多いという特徴がございます。そういう点から見ますと、桃井先生のご意見とも重なるのですけれども、一般小児科医の診断と初期対応の水準を向上させることが必要だろうと考えています。

それからもう1つは、確かにこういった分野の専門医といえますか、十分に診療が実際に可能な先生方の育成であります。基本的には小児専門医の資格をとった後で、つまり卒業5年で一応小児科医の専門医になりますので、その後の研修分野を考えていく必要があるのではないかと考えています。実は非常にそういった研修の場が限られておりまして、東京医科大学の場合ですと、今までに4名の小児科医の研修をお願いしたのですが、1人は国立国府台病院、3名は都立梅ヶ丘をお願いいたしました。しかしある程度のその地域で、あまり遠くないところでの研修ということになると非常に限られてしまうのが、現状だと思います。

それから研修システムの構築にかかわる問題なのですけれども、恐らくこのあと私の予想では、小児科医はかなり数が減っていくというふうに予想しております。これは初期研修が義務化されて2年間、実際に研修に人が入ってこなかったという問題。それにかかわる例えば夜間の救急当直に関する過重労働の問題が表に出て、学生たちが少し心配をいたしております。そういう面では小児科医が増えるとはちょっと考えにくい。恐らく減少が起こるだろうと思いますので、そのときのために非常に多様な研修の形を構築しておく必

要があるように思います。

つまり本当だったらこういった分野の研修というのは、2年から3年ぐらい必要だろうと、個人的には考えます。ただ現実の問題として、東京医大からも研修のために人を出すときに、最初は1年間出せました。それがだんだん短くなってきて、一番最後に出した人は、4カ月しか送ることができませんでした。

こういった現状を考えますと、例えば3カ月か6カ月とか1年という、比較的長期といえますか、あるいは短期といえますか、そういったいろいろな形の研修のシステムを考えておく必要があるのではないかということです。

それからもう1つ、おそらくこういった状況で3カ月出るといっているのは今の大学病院の小児科に関しては極めて大変なことだというのがよくわかります。そういう点では例えば1週間に1回だけ、半日外来を見学するとか。あるいは実は私の東京医大の外来に、年に2回か3回だけ大阪から来られている先生がいます。小児科医の方なのですが、そこで外来を診ていただく。

おそらく講義を聞くというのは勉強になるのですが、やはり限度がある。実際に外来についてもらって、その中でそういった子どもたちがどういった動きをするのか、どういった対応をするのか、あるいは心理検査と一緒に立ち会ってもらって、そのときの反応を見てもらう。そういったことがかなり実際の診療場面では役に立つのではないかと考えておりますので、そういったことも含めて、いろんな多様な研修のシステムが必要かなというふうに考えています。

それからもう1つ私の外来でも、平成7年から突然にADHDの子どもたちが増えてまいりました。それから現在私の外来の約半数を広汎性発達障害、特に高機能広汎性発達障害のお子さんたちが占めております。そういった現状を逆に振り返ってみますと、学校との連携が非常に大事なことで、これをどうやって構築していくか、これもまた大きな問題ではないか、こういうふうに考えております。こういった部分も研修の先生方に知っていただくというようなことをやっております。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。大変時間が限られておりますので、先に進みたいと思います。それでは日本精神科病院協会の立場で、森委員からお願いします。

○森委員

私の方では資料の35頁に、日本精神科病院協会の概要について書いてございます。いわゆる日精協といわれている団体でございまして、1,200あまりの病院が所属しております。全日本の精神病床数の約85%、30万床を抱えております。従業員を含めると、12万5,000人がこの日精協の関連に入っているということになります。

私は前回、前々回と欠席させていただいて申しわけなかったのですが、本日のお話を聞

いておりまして、大変いろいろな団体がうまく機能しているかのような発表がたくさんございますけれども、それはそれで結構でございますが、こういう会は本来国民に向けて、本当に役に立っているかどうかという問題点を出すべきだろうというように思いますので、日精協としては、問題点を中心にお話をしようと思います。

ここの資料のところがございますけれども、39頁からが、私どもがやっております思春期対策でございます。これは「こころの健康づくり対策」研修会というものでございまして、5年前に厚生労働省の方から、当初委託でやってくれないかというお話でございましたので、その後補助金事業というように変わったわけがございますけれども、そこで思春期精神保健対策専門研修会というものを開かせていただいております。

その次の頁からその内容でございます。今年が5年目でございます。これはコメディカルが2回、医師が2回、45頁以降には各研修会の時間割表をつけてございます。各専門の先生方にご講義をいただいて、3日間の研修をしております。

これでアンケート等を回収するわけがございますけれども、実はこういう研修をやって初めて私どもはわかったわけがございますが、医師のコースですと、人数はある程度少なくしてやっているわけですが、最初のころで半分ぐらい、最近では半分以下が実際に子どもを診ている、児童、思春期を診ている先生方で、ほかは初めてここでそういう勉強をしたという先生がたくさんおられるのです。

先ほど山内先生の方からお話ございましたように、大学ではほとんど学んでいないんです。こういった研修会で初めて勉強しましたという先生方のアンケートがたくさんございます。初めて勉強して、それを現実に生かしていただけるかといいますと、残念ながらそういうわけにもまいりません。というのはこれはもう既にこれまで何回かの会で話が尽くされていると思いますけれども、まず児童思春期に関する医療のインフラが悪すぎる。これは外来もそうですし、入院もそうですし、施設もそうです。入院に至っては、これはエマージェンシーにかかわるものもはっきりしたものはできておりませんし、軽症の短期の入院もできておりません、重症の方も入院できない。いろいろなスタイルの患者さんがたくさんいらっしゃるわけですし、あるいは障害をお持ちの方がたくさんいらっしゃるわけですが、私ども精神病院としては何とも対応できないという状況でございます。

ですから先生方がせっかく研修会に出て興味を持たれても、自分の病院に帰られて、じゃ児童思春期をやってみようかという、採算がとれない、病棟がない。病棟をつくらうと思ってもそんなことができるような予算はないというような現状でございます。

私どもとしてはこれははっきりと、国民に向けてきちんと、困っている人たちを何とかするんだということであれば、現実的に法的な整備と財源の整備をきちんとするということが最も大事なことだというように思っております。

それと先ほどからたくさんのお話を聞かせていただきましたけれども、私の地元であります国立大学にも、先ほどの、親と子どもの心療部というのが、文科省からご紹介がございました。しかし、予算がないので、実際には自分たちのポストの方から児童思春期

の方に回したんだというお話を聞いたばかりでございます。現状は全く予算も回っていない。ユーザーはそこで非常に待たされていて、すぐにかかりたくてもかかれない。現実には非常に大きな問題をたくさん抱えているわけです。そういった問題を本当はきちんと出していくべきだろうと思っております。

その中で先ほどから出ておりますようなプライマリケアをどうしていくのか。あるいは、多くの方々が入り口としてみんながこういう問題に目を向けるにはどうしたらいいのか。あるいはその中で専門性というのは、どのようにあるべきなのかということをごきちんと議論するというのが、この会の目標ではないかと私は思って、聞いておりました。時間がないうございませうのでまた後で申し上げます。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。先へ進めさせていただきます。それでは齊藤委員、よろしく願いいたします。国立精神・神経センターのお立場で。

○齊藤委員

よろしくお願ひします。私の方は資料5です。最初に我々、精神・神経センターの児童精神科部門のお話をすることは、基本的には卒業教育の中で、精神科の観点から見た児童思春期の専門家を育てるという役割に関しての、ご説明をさせていただくということになろうかと思ひます。

そのバックグラウンドの資料として、最初に外来の初診統計と入院についての統計を4枚ほど並べてございませう。その最初の外来統計をご覧ください。平成10年、11年ごろから急速に受診ニーズが上がってまいりまして、100人ぐらいつつ毎年初診の人数が増えていくということございませう。平成14年にもうこれ以上増えることに、我々の人的キャパシティとしては耐えられなくなって、年の真ん中で初診を予約制に転じました。にもかかわらず、次の年15年にはさらに増えて770人に達したということございませう。その後ようやく予約制の導入の成果が出てきて、700ぐらいつつ今年度は落ち着きそうな感じございませう。

それともう1つはどんな疾患を見ているかということになるわけございませうが、見ていただきますと、下の2つの柱は、いわゆる摂食障害までも含めて、神経症性、人格障害性の水準の障害と一般にされるようなものでございませう。その上の1つが、精神病性障害。その上の3つの柱が発達障害のグループということになります。

そうしますと漸増はしてございませうが、神経症性、人格障害性の障害というのは、そんなにこの10年間は増えていないわけございませう。それから精神病性の子どもの受診も微増もしくはあまり変わらない。増えているのはひたすら発達障害だということになるわけございませう。しかもこの増えているケースの多くは、精神遅滞の中等度以上のお子さんや、典型的自閉症のお子さんではなくて、軽症、高機能の広汎性発達障害とかそれからこの真っ白の柱がそうございませうが、ADHD、注意欠陥多動性障害です。このあたりの受診ニーズが非常に高ま

っているのが現状であるという背景をお示ししました。

我々のところは、大きな一般精神科と小さな児童思春期精神科という組み合わせで、機関内でバランスをとっておりますので、15歳を一応初診の上限とさせていただいております。年齢の分布は、発達障害が主たる受診者である低年齢では男子が圧倒的に多く、思春期年代に入ると女子の方が多くなっていくという傾向を示しています。

70頁にはこれは入院の疾患対象の統計に関しましては、これは病棟のキャパシティということがありますので、そんなに毎年大きな人数の変化があるものではございません。15年の新入院統計を示しますが、入院となりますとまたちょっと障害の事情が変わってきます。児童精神的な専用病棟における入院の半数は、神経症性、人格障害性の障害疾患ということになります。その中でも強迫性障害、それから不登校を主訴の1つにしているような不安障害、適応障害。それからかつて小児ヒステリーと呼ばれたような転換性障害や解離性障害、そして拒食症を中心にした摂食障害といったあたりが中心疾患ですけれども、これが約半数です。それから残りの半分を精神病性障害と発達障害の子どもたちで占めています。

発達障害といいますが、発達障害そのものを治すわけではありません。発達障害の子どもに生じた適応障害、適応不全に関して介入する、あるいは精神的な疾患の2次的発症に関して対応するということになります。

年齢はやはり児童思春期精神科の病棟となりますと、12歳から15歳という思春期年代が圧倒的に多いわけですが、図にお示しましたように、これだけ小学生も入院しているというのが現状であります。

次にレジデントという形で、我々3年間の児童思春期精神科の専門トレーニングのコースを持っておりますけれども、これを簡単にご説明します。我々のところは3年間のレジデント医師の受け入れということを行っております。そのうちの一部は、専門修練医というさらに上級レジデントといいますか、2年間の方に進む方もいます。

3つのコースがございまして、第一コースはこれから入ってくるかと思いますが、臨床研修医2年間を経た人たちが集まってくるコースです。第二コースは、精神科医として既に2年以上、別の機関で専門研修を経た方たちです。第三コースは小児科医として、同じように専門研修を経た方たちです。このような図になるわけです。まず、レジデントの現状というのはこれは大きな間違いをしております、第一コースと書いてあるのはすべて第三コースの間違いです。ご訂正をお願いします。第一コースはまだ入ってきておりません。

このような感じで、実際には今年は8名のレジデントが研修中であるという状況です。残り3名は、一般精神科の研修中です。

内容的にはここに書きましたようないろいろな疾患がございしますが、要するにできるだけ広くいろんな精神疾患を診れる専門医になるということと、それから疾患や症状そのものも大事ですが、その後ろにある行為の障害がどんどん悪循環化していくケースとか。あ

るいは虐待による影響を受けている難しいケースであるとか、このあたりはぜひ経験をしてほしい。それから機関との連携ということ、そして内部のチーム医療ということに関しては、繰り返し経験してほしいということで、我々のところの特徴は、最初から実際に入院、外来のケースの主治医となって、それを我々指導医がサポートし、アドバイスし、修正を行うという、そういう形で、ケースを通しての研修ということをやっております。

大体そういうところなのですが、一番後ろについているカリキュラムの評価方法というのは、このように広くいろいろ獲得してほしいということです。特に法的な問題や自分たちの活動のバックグラウンドというものをきちんと持って活動できる医師に育っていくことを目標にやっております。以上です。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。それでは最後になりますけれども、国立成育医療センターのこころの診療部長、奥山先生よろしくお願ひいたします。

○奥山委員

よろしくお願ひいたします。こちらのパンフレットを1つ用意してあるのですが、これは国立成育医療センター全体のパンフレットです。成育医療という言葉はおなじみがあまりないかもしれないのですが、胎児から小児期を経て思春期、それから父性、母性、それから胎児、妊婦さんという形で1つのリプロダクションサイクルということを考えて上での医療ということ、新たに成育医療という名前と呼ぶようになり、少しずつ浸透している概念です。

現実的には、小児病院と周産期医療。そして多少キャリアオーバーを診るというような状況とお考えいただいてもよろしいのではないかと思います。

その中でこころの診療部ということで、79頁、資料6をご覧くださいと思います。構成はご覧のようになっております。こころの診療部は医師とそれから心理士で構成されておりますけれども、他の部署で作業療法士、医療ソーシャルワーカーさんなどもかなり密接な関係をもって、治療をしています。

対象となる子どもたちと書いたのですが、子どもに関しては0歳から概ね18歳ぐらいを対象としております。周産期の問題がありますので妊婦さんに対する対応もあります。キャリアオーバーという子ども時代に身体的な病気を持って大きくなられた方々への対応ということで、成人に対する対応も入ってくるという状況になっております。

対応疾患に関しましては、先ほど少し出ました資料のICD-10分類全体が、私たちの方でも対応している対象になります。

国立成育医療センターのこころの診療部の特徴というのをいくつか挙げさせていただいておりますけれども、小児科出身の医師と精神科出身の医師が協力して部を運営することが非常に大きなコンセプトでございます。アメリカなどではトリプルボードという

形で小児科を研修し、精神科を研修し、そして小児精神科、つまり児童精神科を研修するという形で、3つのボードをとるようなシステムというのもございますけれども、日本では両方できるというドクターはそんなに多くはございませんので、両方の知識と経験を総合して、1つのものとして成り立たせて、トレーニングもその中でやっつけていこうというのが、1つのコンセプトでございます。

国立成育医療センターそのものがチーム医療ということをして1つの柱にいたしておりますので、1つの科で診るというよりはいろいろな科の先生方が集まって診るというのがコンセプトでございます。ですからうちの科の入院の患者さんというのは、ほとんど、チームで診ているという形になります。

資料の82頁のところにチーム医療という形で入院された患者さん379名ほどについて示してあります。統計の問題があり、2003年7月から翌年の3月までの9カ月間をお示ししてあります。ですから1年よりも短いので、大体3分の4倍していただくと、1年の数になるのかなと思います。1年にすれば恐らく400名近い患者さんとかかわるということになります。直接患者さんとかかわるということに関しては、196名、約200名の患者さんに9カ月の間にかかわったということです。診断名としてはここにお示した状況です。

チーム医療の内容としましては、非常に時間をとられるし、大変なのは、神経性食不振症、いわゆる拒食症でございます。総合診療部、いわゆる一般小児科が主科となりまして、私たちと一緒にチームを組んで医療をするという形をとっております。

また、疾患を持った子どもの精神的な問題でありますとか、身体化問題という心の問題を体の症状で現している問題もあります。器質的な問題はないけれども、身体的な症状が出てきているお子さんたちのことです。更に、精神障害をもったお子さんの医療対応、例えば自閉症のお子さんが手術をしなければならない。そういうときに対応したりということがあります。

それから移植などの場合には一番最初のときからチームの一員としてこちらの診療部も入って対応いたしております。あとは周産期のケアということになります。それからもう1つ大きいのは子どもの虐待防止対策委員会、およびその下にありますSCAN (Suspected Child Abuse and Neglect) チームという虐待対応チームに関与しております。虐待が疑われる例には、即座に集まれるチームです。86頁、87頁に図を示してあります。

それからもう1つ、家族のケアを重視しております。症状を出してきているのはお子さんであっても、背景に家族の問題があることが多いので、家族全体へのケアを非常に重視しているということです。

また、待ちの医療で、精神障害をこじらせてきてしまった方々に対応するだけでなく、予防という観点も含めて精神保健、メンタルヘルスという考え方もレジデントには持っていていただくようなことを考えております。

最後に、レジデント教育を重視しています。この辺が我々の部の特徴と思います。