

子どもの心の問題の診療に携わる医師の養成についての見解

日本小児神経学会

日本小児神経学会専門医委員会

(1) はじめに

子どもは、言語化能力が成人に比して低いために、低年齢であればあるほど、心の問題は身体症状で表現され、身体症状が心の問題を生じることが多い。心の問題が頭痛、腹痛、嘔気、脚の痛み、などで表現されることは、日常診療で経験されることであり、また、障害児、長期療養児、などには、心のケアは、不可欠であることも、日常診療で経験されることである。また、身体の訴えが心理的問題と誤診されやすい身体疾患も存在する。

さらに、「発達」は脳機能(中枢神経機能)そのものであるため、小児神経領域が成人神経学領域と本質的に異なるのは、発達が関わる病態に関与している専門医であることであり、心身の発達上の問題を扱う専門医である点である。

成人との違いは、発達期は心の診療、身体の診療、と明確に二分できない点である。さらに、「発達」過程により、心の問題の表現は異なるため、子どもの成長・発達段階を熟知し配慮した、診療が必要である。

上記を考慮した上で、その特徴を有する子どもの心の診療に必要な医師の養成は、以下が考慮されるべきである。

(2) 小児の心身の診療体制を従来の医療提供体制の枠から変える必要がある

6. 子どもの精神保健医療提供体制

従来の保健医療の枠組み 21世紀の保健医療の枠組み

身体疾患

家庭医

内科医

小児科医

精神疾患

プライマリケアなし

精神科医

児童精神科医

成人の心身の保健医療

家庭医

内科医 専門医

精神科医

小児の心身の保健医療

家庭医

小児科医

小児神経科専門医

児童精神科医

心の問題があることを把握するプライマリケア医、小児科専門医、心の問題を神経機能・発達の見点から診療する小児神経科専門医、精神科領域の小児部門として診療する児童精神科専門医の3方向の特徴が、子どもの心の診療には、必要であり、これらは、一部重複しながら、それぞれの役割を果たす診療体制があつてしかるべきである。子どもの体の診療、心の診療と専門医を二分するのは、子どもの特性を理解していない方向性である。

(3) 子どもの心の問題は、複合的病態を総合的に、一次予防する視点が重要である。

複合的病態とは、子どもの発達、家庭環境、身体疾患、学校環境、等により形成される。従つて、一次予防がきわめて重要であり、心のケアだけでは、じゅうぶんな医療提供体制とはいえない。一次予防、一次対応には、プライマリケア体制も含めた、小児精神保健医療体制を考慮する必要がある。

小児保健医療体制で、我が国が誇るべき一次予防、治療体制は、乳幼児健診、学校検診体制であり、乳幼児一次健診に従事するプライマリケア医、小児科医、二次健診に関与する小児科専門医、小児神経科専門医、の医療体制内に、心身の保健医療提供体制を構築する必要がある。

(4) 専門医による小児保健医療提供体制

国民に判りやすい、質の高い専門医診療を提供する必要がある：それぞれの特徴ある specialty、subspecialty が明確であり、かつ、専門医の質を国民に保証できる専門医制度が、なくてはならない。

(5) 学会の基盤、等にとらわれてはならない

現状では、学会は、専門医認定の基盤であるが、学会の土台にとらわれることなく、それぞれの専門医が何を特徴として、子どもの心に関する診療の何に専門性を有するか、どこが重なっているか、が明確であることが、求められている。例として、不登校を精神的な観点からだけで診療するのは誤りであり、基盤にある発達上の問題、自律神経機能等の身体的問題、精神的問題、などの評価・診療を要する。症例によって、どこに比重がかかるべきかが異なる。子どもの心の診療体制が、どの子どもにも適正であり、どの子どもにも適正な体制が提供できるためには、多層的、複眼視的な専門医体制を持つ必要がある。

(6) 心の問題は対象を明確に議論する必要がある

子どもの心の診療は、認知上の問題、行動上の問題、心理・精神的問題、などに分けられる。何を問題にするかで、どのような課題があるかが、異なる。

(6)-1 発達障害（認知上、行動上の問題）

知的障害、多動性障害、自閉性障害の多くは、乳幼児健診で診断、または、疑い診断され、小児科医、あるいは、小児神経科医の発達フォロー、療育、育児支援、医療、などにより、二次的精神病態を発症することなく、青年期に達する。保育園・幼稚園などからの問題も、同様である。Asperger 障害は、学童期に気づかれることが多く、同様の経過をたどる。一部は、学童期まで気づかれずに、二次的精神的・行動上の問題から、小児科医、児童精神科医を訪れる。また、さらに、一部は青年期以降に、精神疾患、行動上の問題を生じ、背景の発達障害が診断される。

乳幼児健診、保育園・幼稚園、などから集団行動不適応、言葉の問題、などで小児科医、小児神経科医に紹介されて フォローされる小児のほとんどは、これらの医師が中心になって、家庭、学校などの環境調整がなされることで、大きく破綻することなく、思春期以降までフォローされる。思春期以降に重大な精神医学的問題を合併する例は、少なく、これらは、精神科医に紹介され、フォローされる。

一部、とくに、自閉性障害は、不登校で小児科医を受診する例も少なくない。小児神経科医、児童精神科医がフォローする場合が多い。

(6) - 2 心理的問題、心身の問題

不登校は、教育相談機関でフォローされる場合、小児科医、小児神経科医、児童精神科医などが、それぞれの専門性から医療を行っている。

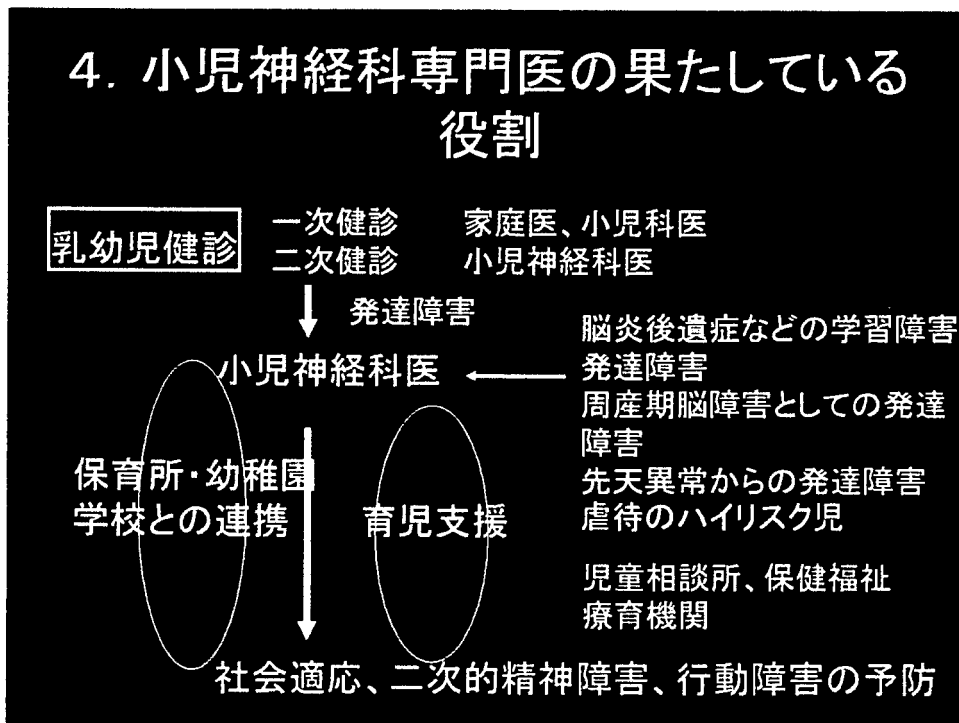
不登校は、個々の発達背景により大きく異なるが、心身の疲弊から鬱状態に陥っている場合が多く、身体機能の疲弊からの診療、精神面からの診療など、多様な対応があるべきである。個々の状態に応じて、適切に紹介しうる体制が必要である。

(7) 小児精神保健医療体制の提供には、指導者の育成が最優先課題である。

幅広いプライマリケア、質の高い専門医医療、の提供には、まず、指導医の育成が最優先課題であり、児童精神科医を増やすことも重要課題であるが、同時に、それだけでは、良い保健医療提供体制は確立できない。

(8) 小児神経科専門医の診療状況

- ① 発達障害診療の専門医である
- ② 多くは小児科専門医の基盤の上の subspecialty 専門医である
- ③ 研修内容、試験(面接を含む)等、による質の保証がある
- ④ 研修指導責任医の規定がある
- ⑤ 小児科医、健診、児童相談所、療育機関、などとのつながりを持つ専門医が多く、各領域と連携しやすい



(9). 小児科医、小児神経科医、児童精神科医が、国民にわかりやすい研修制度を構築し、質を保証する体制を構築すること、さらに、二次的精神障害、行動障害の予防のための保健医療の重要性を認識し、多大な診療時間のかかる、発達障害等の長期の育児支援、医療、学校との連携等が、診療報酬に反映されている医療体系を作ること、が必要である。

これを考慮すると、小児期の乳幼児健診時期からの、早期、長期の対応が、二次的障害の発生を予防するためにも、最重要事項であり、そのためのそれぞれの専門医の役割分担を明確にし、その役割を担う医師の養成には、指導者の養成と同時に、適切な質の高い専門医制度の構築が急務である。

