

この会の主要なテーマとして一番最初にお話がありました、発達障害や虐待等の特徴的な問題にどのように対応しているかということで、簡単に書かせていただきました。発達障害とかADHD等の行動の問題に関してですけれども、主に発達心理科という科の方で対応しております。心理科となっておりますけれども、これは1つの診療科です。83頁に発達心理科のことが書かれていますけれども、ここで9カ月で355名ほどの初診患者さんがおられて、診断としては、発達の問題、F8のあたりが非常に多い状況です。178名はF8に入っております。

ただ、先ほど桃井先生もおっしゃいましたように、乳幼児健診で上がってくるような典型的な精神遅滞であるとか精神遅滞を伴った自閉症という方は、かなり早くに発見されて、神経科もしくは総合診療部が担当しているケースの方が多いと思われれます。総合診療部のレジデントの先生を、こころの診療部の医長がスーパーバイズする時間というものも設けております。そういう形でいわゆる一般小児科、神経科の先生方と連携を持ってやらせていただいているということになります。

うちの部に来られる患者さんはどういう問題を持っておられるかということ、精神遅滞やそれを伴う自閉症を持っている方というより、学校などで適応の問題を持ってしまった方、あるいは確定診断を求めて来られる方、あるいは先ほど出ています精神遅滞を伴わない発達障害、行動の問題ということで来られる方が、多いということになります。

親が子どもの行動を理解するということで解決されるような場合もありますし、投薬、療育、学校との連携、などの多角的な治療が必要になる場合も結構多々ございます。

次に虐待に関してですけれども、私たちの部では虐待に関しては二方向からのアプローチがあります。1つは発見のところで、先ほどお話ししましたSCANチームに関与する、要するにどうも虐待らしいというお子さん、例えば頭の骨を折って虐待らしいというお子さんが見えたときに、そのお母様の精神的な状態であるとか、お子さんの精神的な状態も含めて直接、間接的に判断をし、チームとして参加をしていくというようなこともございます。

それ以外に今度は虐待を受けたことによる子どもの精神的な問題があって、こちらを受診されることもあります。その二方向からの問題があると思われれます。SCANチームの統計の方は後ろの方に、88頁に載せさせていただいております。それから治療に関しましては、その次に研究報告をしたものがございまして、その中の表を少しまとめて載せさせていただいております。こういう形で関与をしております。

思春期の問題としては、神経性食欲不振症の問題が非常に大きな問題でございます。うちの病院でも積極的に取り組んでいるつもりで、常に病棟に5人から10人の間は入院をしている状態です。このお子さん方が10人近くずっと入院されると、病棟自体もかなり大変になります。しかしながら、実を申しますとこれは正確な数字がないので資料には出しませんでしたけれども、これでも入院希望の恐らく半数近くはお断りをしなければならぬ状態です。

子どものところに見えられる患者さんは、大体9歳から14歳ぐらいの低年齢のお子さんが多いです。50%以上のやせなどという非常に重症のお子さんが多いという特徴があります。

最後にレジデント教育のところなんですけれども、92頁のところレジデントカリキュラムを載せてあります。ここに書いてありますように、子どもおよび家族での社会心理学的な医療を行うのに必要な基礎的な知識と技術と態度を習得するというのを、非常に大きな目的としております。そして、習得すべき知識と技術に関してはここに挙げさせていただいております。連携ということもございます。

年度ごとの目標や、週間スケジュールが書いてあります。レジデント教育をする上で、私たちの非常に大きな悩みというのは、スタッフが診療に従事する時間が非常に長くて、レジデントの教育に携わるのは夜中という感じになりがちでございます。何とか火曜日の午前中だけは全員でレジデントの教育をしようということで、そこだけ頑張ってる今ところ確保しているのが精一杯というところなんです。なかなかレジデント教育に時間を割くということができない状況というのが、大きな問題の一つだろうと思います。

それからレジデントが終了した後に就職がどうなるか。これは私たちのレジデントの終了の第1期生が出るのが来年の3月ですので、その辺がどうなるかというのが、私のちょっとした悩みでもございます。

その上に書きました診療に関する問題点ということになりますと、大体外来の初診の予約待ちが2カ月です。ただし、緊急性のあるものに関しては、常時できるだけ早くお受けするという形になっております。

また、病棟の構造の問題がございます。内科系の病棟ですので、出入りが自由なところがございますから、離棟とかそういったいろんな行動上の問題がありまして、時にはお隣の齊藤先生のところをお願いしなければならなくなったりということもございます。

それからこれまでもいろいろ出ていますように、診療報酬の問題があります。不採算部門であるというところは、皆さんおっしゃっているところだと思います。ちょっと怖くて、収支比率を私は国立成育医療センターで聞いたことがありません。聞いたら大変なんじゃないかと思って。私が前に勤めておりました小児病院のときの精神科の収支比率は約20%でした。要するに20円稼ぐのに100円かかるという状況でした。こころの診療部とか児童精神科、小児精神科といわれるところは、大体そのぐらいだろうと思います。もう1つの問題としては虐待対応への診療報酬の問題があります。虐待対応もものすごく時間がかかる割に、全く収支、つまり、診療報酬のない分野でございます。私たちのところはSCANチームというようなチームを持たせていただいておりますけれども、こういうチームが、広がっていかない実状があります。それにはやはり診療報酬の問題というのが非常に大きく響いているだろうと思います。何らかの施設基準とかそういう形でインセンティブがないと、医療における虐待対応は進んでいかないのではないかと思います。以上、お話を終わらせていただきます。

### 3. 専門の医師の養成方法について

#### ○柳澤座長

どうもありがとうございました。今日は前回の9人の委員のご発表に続いて、5名の委員のご発表、それからまた文部科学省の方からのご発表がありました。残された時間は25分程度ですけれども、まずは今日は途中から個々の質疑を省かせていただいておりますので、何か今日のご発表についての質問があれば、まず最初にそこから伺いたいと思います。いかがでしょうか。どうぞ。

#### ○森委員

先ほどの齊藤先生のお話ですけれども、発達障害がもっぱら増えているという話があったかと思えますけれども、これは発達障害に伴う、例えば気分障害とかそういったものももちろん含まれているということでしょうか。というのはご存じのように、米国等では今、児童思春期で問題になっているのは、気分障害とか不安障害でございます。それが非常に増えている。先ほどの成育の方でも出ておりましたけれども、パーセントを見ますと非常に少ないということは恐らく児童思春期の方へ行かないで、違うところで診ておられるかもしれない。ここら辺が隠れたところなのかもしれないのです。

私は自分の病院を持っておりますけれども、そこにも前はまず来なかった高校生とか中学生、小学生の気分障害が受診するようになっております。そこら辺のところがございますので、発達障害だけが増えているというのは、恐らく発達障害が全体に認知された。広汎性発達障害などが認知されたことによって、受診率が上がっているということではないかと思うのですけれども、先生はいかがお考えでしょうか。

#### ○齊藤委員

結局はそういうことなのですが、ただこれはここに挙げてある発達障害は、発達障害を受診理由にして来ている人たちだけで、構成されているわけでは全くないのです。むしろ全く別の、不登校なり家庭内暴力なり、それから何より行為障害系の行動の問題を持って現れたケースの中から、ADHDや広汎性発達障害を見いだすことがあって、その場合にはどうしてもそっちの発達障害の診断名をつけて統計的には扱ってきました。

ただもし統合失調症を主訴に現れたお子さんが、例えばADHDが背景にあったとしても、多分それは統合失調症の方でという、主たる病名でやっていると思います。

先生の続くご質問というかご意見のところですが、ほとんど同じように考えております。やはりそういう目を持って我々が、子どもの病理についてそういう評価の軸を持つことができた時代に今いると考えていいのではないかと考えています。

#### ○奥山委員

先ほど気分障害が少ないというようにおっしゃっていただいたのですが、確かに子どもの場合、気分障害、F3に入るということは少ないのです。私たちが見えるのはどうしても小学校、中学校が中心です。多くがうつを伴う適応障害の方に入ってしまう。それを入れればうつは多いです。要するにマイナー・デプレッションは多いのですけれども、適応障害の方に入ってしまうので、気分障害に入らないということで、診断名にしてしまうとこういうふうになってしまう。いじめによるうつとかそういうのは、かなり多いです。

#### ○森委員

ご指摘のとおりでございまして、要するに気分障害の件では、マイナー・デプレッションを含めまして、気分障害系が非常に多くなっているという認識はしておかないといけないものですから、その部分の指摘があればいいかなというように思います。

これは統計で見ますと、何かあまりそこは出てこないですね。これはメジャー・デプレッションの話をされていると思いますので、マイナー・デプレッションを入れると、ほとんどwith depressive mood という方がたくさんいらっしゃる。ところが問題になって、それが自殺にかかわったり、いろんな問題にかかわってくるかも知れないので、そこら辺のことを少しつけ加えていただきたいです。

#### ○奥山委員

結局単にうつだけでなく、やはり双極性の問題を持ってこられる中学生以降の方々、それからそのときのリストカットみたいなものは、今、アメリカでもかなり注目されていますけれども、その辺はこれからかなり注目していかなければいけない分野ではないかと考えています。

#### ○齊藤委員

今の自殺という言葉で、小児を診ている実感なのですが。やはりマイナー・デプレッションと自殺との結びつきはそんなに、現時点で子どもの世界で深刻な問題だとは私は思いません。

やはり死ぬ子どもたちは、気分障害と関連があるなら、メジャー・デプレッションのお子さんだと思います。その一方でものすごく広いマイナー・デプレッションの現象を我々は抱えています。リストカットなども、日常茶飯事ですけれども、そこから死が出てくるわけでは必ずしもないというように理解しています。

#### ○柳澤座長

ほかにございますでしょうか。

○山内委員

齊藤先生にお伺いしますけれども、レジデント制の話がありましたけれども、先生のところで11名児童精神科コースのレジデントということですが、これは希望者がそれだけなのか。あるいは研修するのに枠があって、たくさんの希望はあるのだけれども、11名で切っているのかその辺はどうでしょうか。

○齊藤委員

それは時には選抜なしで11名が決まるのですが、多くの場合は3人ないしは4人の方は途中の問い合わせ段階で、既にいっぱいになっていますのでお断りしています。

○山内委員

そうしますと希望者は結構いると。ただそれに対応するキャパシティということですか。

○奥山委員

うちも同じでお断りするということもございます。ただ多分齊藤先生のところも梅ヶ丘病院のお話を聞いても、うちのところもそうなのですが、小児科からの希望者がかなり増えてきているような気がします。どうですか？精神科からの希望者もおられるのですが、どちらかという小児科の方がぐんぐん増えているというような感じは持っています。

○齊藤委員

私のところはずっと50%ぐらいずつです。半々です。小児科からも半分はご希望がありますけれども、精神科もそれなりにあります。

○牛島委員

今に関連して、もう1つ考えておかないといけないのは、星加先生がちらっと言われたこととつながるのですけれども、先生が3カ月以上出すのは教室の事情としてとてもではございませんとおっしゃったが、精神医学教室も希望者はたくさんおりますが、教室の都合でなかなか希望どおり出せない、そのうちに本人があきらめてしまうという事態があることも、確かなような気がします。そこらあたりをどうするかということも、今後の課題ではないかと思っております。

○柳澤座長

他に今日の発表に関連したご発言はございませんでしょうか。

○杉山委員

国府台で、3年を単位とした研修ということなのですが、実際には1年だけとかいう方もいらっしゃるよ。これは現実に研修としてものになるといって、最低の期間はどのくらいですか。

○齊藤委員

やはりものになるのは3年です。3年欲しいです。1年で見よう見まね、2年で大体緊張しながら一通りこなせる。3年目によく自分のやり方でやれるということなんです。

○杉山委員

それはいわゆる専門医として自立するような形の最低基準でしょう。

○齊藤委員

そうです。

○杉山委員

いわゆるボトムアップ議論で言った場合に、例えば3カ月とか4カ月研修でも、ボトムアップになるかどうかというところは、いかがでしょうか。

○齊藤委員

実は星加先生のところから1年間来てくれた小児科医がいるのですが、彼は小児科へきっちり戻っていくつもりで来た、そういう意味で非常に目的意識のはっきりした方でした。彼は1年は長すぎたと言っています。戻るときにかなり適応に苦労したそうです。でも半年では絶対短かったと彼は言っています。

主として小児科医として、そういう心の問題に関心を持ってやれる評価ができるという目が少し出てくるというのには、半年と1年のちょうど間あたりに最低限の線があるのではないのでしょうか。

○柳澤座長

その辺の細かい議論はまたこれから少し階層に分けた上で、カリキュラムといいますか、あるいは到達目標というか、スケジュールを考えていく議論にしたいと思います。

今日は残された時間が非常に短いのですが、事務局の方から、事務局サポートチームの助けを借りてまとめたというご紹介がありましたけれども、資料8でしょうか。子どもの心の問題のプロフィール、受診理由と診断名、こういう受診理由とそれに対応した診断名というものが羅列してあります。

前回、課長さんの方から、ここで扱う子どもの心の問題というのは、どういう広がりを持っているのか、それについての少し明白な枠を示してもらいたいというような内容のお

話があったと思います。そのような観点から、こういうまとめを作っていただいたものだと思いますけれども、これからの議論をしていく上で、訴え、また病気としては、ここに挙げられているようなものを対象にしていくというのでよろしいのかどうか。あるいはまたここまでは、無理だ、あるいは幅が広すぎるとか、あるいはまたこれ以外にこういう問題もあるとか、議論というか、ご意見があろうかと思えます。ここで資料8として示されているプロフィールについての、この場での何かご意見があったら、お聞かせ願えないでしょうか。

#### ○杉山委員

疾患単位は、これは非常に貴重だと思うのですが、児童精神科領域の児童精神科医たるゆえんというのは、他のセクションとの絡みなのです。特にこういう疾患で分けてしまうと全然出てこないような、親指導であるとか家族治療とかという問題が全然抜けてしまうでしょう。

実際には多問題家族であるとか、二世帯、三世帯に渡る虐待の連鎖であるとか、それからそういう末広がりになる問題にどう絡むかということが、抜け落ちるのではないのでしょうか。

#### ○奥山委員

そういう意味でまず子ども中心に、子どもの受診理由とか診断名を書いたのですが、その次に書きました治療ガイダンスの対象としての親へのガイダンスとか家族への治療ガイダンス、それから連携とか、この辺を少し膨らませていかないといけないと思っております。

#### ○柳澤座長

しかし、問題は非常に大きいわけで、そうやって膨らませていくと、この検討会としての議論の対象というのが、際限なく広がっていくというのがありますので、ある程度、次回からの議論については少し絞った議論をしていくべきではないかというようにも思っています。どうぞ。

#### ○森委員

今、お話がございましたように、医療をベースに話をすることを決めるべきだと思うのです。医療の中には、先ほど杉山先生がおっしゃったように、家族とのガイダンスがあったり、いろんな問題が含まれるバックグラウンドがあるわけがございます。

ここにわっと書いてございます障害というのは、わかりにくい呼び名でございまして。その中には当然、院外連携というように書いてございますけれども、医療と福祉と教育がごちゃまぜに入っているんです。こうなってくると多分これは收拾がつかなくなってしまう

いますので、医療をベースにした上で、教育とどう連携をとるかというふうな考え方。あるいは福祉とどう連携をとるかという考え方をすべきです。だから医療がベースだということで、その医療の中に杉山先生がおっしゃったような連携がある。医療の連携を考えるべきで、ほかのものは少し横に置いておかないと、多分議論が拡散するのではないかと思いますけれども、いかがでしょう。

○柳澤座長

おっしゃるとおりだと私も思います。そういう視点というのが、もちろん無関係ではないわけですし、重要な問題ではあるにしても、ここの検討会としての議論というのは、医療であって。特にその中の医師の養成ということを常に意識して議論を進めていきたいと思えますし。そのようにお願いしたいと思えます。

○牛島委員

今のことに関連してちょっと一言申し上げておきたいと思えます。先ほど先生が、子どものうつ病が増えたとおっしゃっていらっしゃるんです。ここで考えておかないといけないのは、子どもの人格構造というのは、大人と違うということです。親との関係の中で、初めて成り立っているのをごさいます。だから子どもの中にうつ病が起こると、それに反応するのは親なのです。大人は自我が反応して疲弊するわけですが、子どもでは親の反応が子どもの人格に影を落とすのです。大人みたいなうつ病の状態で来るとするのは、18、19歳にならないとないんです。

したがって子どもの医療という中にはやはりある程度家族というのを念頭に置いておかないと、成り立たないのです。そこら辺を押さえておいた方がいいのではないかという気がいたします。

4. その他

○柳澤座長

何かほかにご意見はございませんでしょうか。特に今私としては、ご意見をいただきたいと思っているのは、子どもの心の問題のプロフィールということで、今日、事務局の方からお示しいただいた資料についてです。これはもちろん金科玉条ではありませんし、変えていくということで、その1ということですが、こういったものをベースとして、医療、それから医師の養成というような観点から議論をしていくということに関してです。

○吉村委員

この資料8は大変参考になるのですけれども、子どもの受診理由とそれから後ろに書いてある診断名とのつながりが、素人にはちょっとわかりにくいのですが、もう1つ皆さん



がよくおっしゃる発達障害という言葉があるのですけれども、発達というと何が、精神的な発達もあるでしょうし、身体的な発達もあるでしょうし。あと情緒障害とか行動障害と  
いろんな言葉と、それがちょっとわかりにくいので、それをわかるようにしていただけるとありがたいです。

○柳澤座長

今、吉村委員からご質問がどうか、ご注文があったような、非常に基本的なことの定義なり何なりといったことをまとめてお示しいただくというのも、さまざまな立場の委員がいらっしゃいますので、共通の認識を持つという意味でも、そういうものがあった方がいいかもしれない。

○奥山委員

少し受診理由と診断名だけご説明させていただきます。受診理由というのは単なる症状というように考えていただいてよいものです。例えば、咳がある、熱があるのと同じようなことです。熱があるから肺炎と決まるわけではありません。やはり診察をした上で、その咳が喘息だったのか、肺炎だったのか、あるいは熱が髄膜炎だったのか何なのかということがわかってくるわけですから、それと同じように考えていただいてよろしいのではないかと思います。

○柳澤座長

この受診理由と診断名の関係というのは、そういうことだと思います。

○吉村委員

関係はないわけではないですね。

○奥山委員

症状とその診断名。

○柳澤座長

もちろんそうです。

○吉村委員

もう1つ皆さんがおっしゃる人格障害とか、人格形成の異常とかそういう言葉があつて。先ほど小児科と精神科でちょっと定義が違っていたような気もしましたので、その辺をよくもう少しわかるような、素人にわかるようにお願いいたしたいと思います。

○柳澤座長

そういうのは、例えば報告書というようなことをまとめる場合には、その前置きみたいな形で、そういうことにも触れておいた方がよろしいということでしょうか。

○奥山委員

これはICDによる診断名ですが、これがいわゆる国際的な現代の診断名のつけ方ということになると思いますけれども、ここで議論をしている中では通常用語がかなり出てきておりますので、その辺を通常よく使われる言語みたいな形で、少しコメントなりまとめなりをさせていただいたらどうかと思ったのですけれども、それでよろしゅうございましょうか。

○柳澤座長

その点はどうでしょうか、やはり病名というような形で出てきた場合には、私はICD10というか、そういうものにきちんと沿って、あるいは、DSM4にのっとってとか、そういうことがはっきりされている方がいいと思いますけれども。

○奥山委員

そうですね。通俗的なものが大体どこにどういうふうに入るのかという。例えば発達障害ということになりますと、ここで言うと、心理的発達の障害F8とF7の精神遅滞というのが入るのでけれども、日本ではかなり行動の障害である多動性障害を発達障害に入れている方々もおられるということになるのです。その辺のところのコメントを少しつけないとわかりづらい部分があるかなというふうに思いました。

○柳澤座長

まだまだ議論やご意見はあろうかと思えますけれども、予定されていた時間になってしまいました。前回と今回2回に分けて、委員の先生方からそれぞれ代表する学会やあるいはまた関係する団体としての認識と取り組みについて、発表いただいたわけですが、今後、そういった内容を踏まえて、専門の医師の養成ということについての具体的な議論を始めたいと思います。それではちょうど時間にもなりましたので、最後に事務局から連絡事項があればお願いします。

○杉山委員

星加先生が理事長をしてみえる小児精神神経学会の秋の学会を私は仰せつかりました。そのメインテーマは「子どもの心の専門家になる、子どもの心の専門家を育てる」とさせていただきます。次回パンフレットを用意いたしますが、ぜひ厚労省からも指定討論の方とか、それから吉村先生、医学部長会からどなたかおいでいただくことはできないで

しょうか。よろしくお願いたします。次回にパンフレットを持ってまいります。

○柳澤座長

それは大変時宜にかなった企画だろうと思いますので、何らかの形でこの検討会とも関連を持たせていただきたい。それではどうぞ事務局の方から。

○事務局／母子保健課長補佐

それでは最後に事務的なご連絡でございますが、次回第4回目の検討会につきましては、委員の先生方の日程調整をさせていただきます。最も多くの委員にご出席いただけるということで、資料の2の方にもございますが、6月29日水曜日14時30分から16時30分を予定しておりますので、どうぞよろしくお願いたします。また会場などが決定いたしましたら、ご案内させていただきます。

また第5回目の日程につきましても、調整の結果7月27日水曜日の16時からから18時を予定しておりますので、会場につきましてはご連絡をまた別途差し上げます。以上でございます。

## 5. 閉会

○柳澤座長 どうもありがとうございました。それではちょうど時間がまいりました。これもちまして、第3回の子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会を閉じさせていただきます。どうぞご協力ありがとうございました。次回またよろしくお願いたします。

— 終了 —

照会先：雇用均等・児童家庭局 母子保健課

電 話：(代表) 03-5253-1111

齋藤 (内線：7933)

飯野 (内線：7938)