

対象にということではなくて、あらゆる訴え、行動の異常、そういうことに関して一般小児科医、精神科医などが一応受け止めてその後の道筋をつくらなければいけないと。そういう一般小児科医、精神科医がこの「子ども・子育て応援プラン」で挙げられている目標で言えば、子どもの心の健康に関する研修を受けている小児科医、精神科医、子どもの診療に関わる医師の割合を100%にする、というような言い方をされているのではないかと思います。そこからさらに短期研修をした医師、さらに本当に子どもの心のスペシャリストとしての医師、そこで対象とする病気に関してはある程度きちんと限定する必要があると、先生方のご議論を伺っていて私はそういうように感じたんですが。なにか、ほかにございますか。

齊藤委員 ほかというわけではないんですが、類似の議論かもしれません。桃井先生がおっしゃった心の問題ということについて、心の問題、行動の問題、認知の問題というように3つに分けておっしゃった。これは非常にわかりやすい分類でして、私も今お聞きしてわかったんですが、そのどれが対象かと言えばたぶんすべてですね。それで、これは児童精神科医として臨床をやってきた私の感覚からしても、一人の子どもに今言いました3つの領域の複数が係っている子どもはごく普通におりますし、3つ全部揃っている子どもなんかも本当にたくさんおります。そういうところに対して専門性というのはいろいろ現時点ではあろうかと思えます。小児神経という専門性、児童精神医学という専門性、あるいはそのほかの専門性、その専門性を背景にして医療の質が多少変わってくるというところは、これは包括的に共存すべきものだと思います。共存した上で、それぞれが特徴に応じた連携と任務の分担ということをしていけば、自ずから統合はできていくわけですから。

それで、そういう横の広がりや統合の問題と、もう一つはこのイメージ図にありますような専門性の深さみたいなものの統合ということがあろうかと思いますが、これは基本的には一番浅いところにいる1の関心を持っておられる、自分たちも子どものことには関わりたいとおっしゃった小児科医、精神科医、こちらへんも既に専門集団の中に一步踏み込んでおられるというように私は考えていっていいような気がします。そこから専門的関心と活動する場の特性によって専門性がより深まっていく、あるいはむしろジェネラルな方向に広がっていくという分担が行われていくんじゃないかと考えております。

柳澤座長 どうもありがとうございました。ほかに、どうぞ。

保科委員 小児科の医会の方からいきますと、確かに先生がおっしゃるようにこの一番上の1の部分は小児科の第一線にいる先生方皆感じているんですよ。なにかおかしいと。それでなにか小児科医ができるはずだと思うんですけど、ある程度少しおかしくなり始めると、最初は必ず小児科に来ているんですよ。ところがそれでチェックできないんですよ。そのチェックの段階をなんとかしたいというのが始まりだったんですけど。しかしだんだんと考えていくと、チェックしておかしいなと思って、ではそれをどこに送るのかと。送るところがないんです。それで自分の段階をこれは超すという判断を自分でして、やっぱりそこから先の専門性がほしいとなったときに、ではどこに送るかというところ東京でも1

ヶ所か2ヶ所しかない。あれだけの人数の中で1ヶ所か2ヶ所ではとても対応できない。地方に行ったらないんじゃないかと私は推測しているんですが。そういう感じで、なんとか子どもに対応していく場所が、医者があると。それでそれが実際的にある程度進んだ段階で来てしまったものを、新規で起こって来る問題は確かにあると思います。でもそれは初期の段階ではおそらく小児科に来ているんですよ。最終的なところが表現系としていろいろな形で出てきていると。リストカットにしても。それが実際にどこでやってくれるのかというのがないんですよ。だから、そこらへんの専門性というのを連続性をきちんと図のとおりに行っていただければ私は非常にありがたいと思うので、深いところももう少し全国的に広めていただきたい、中間層もそうですが。だから、あまり限定されると、今度は逆に一般の小児科医が困ると思います。

牛島委員 私の言ったのがちょっと通じなかったのかと思いますけど、僕が言いたかったのはそのへんなんですよ。早期発見、早期治療という言葉がございしますが、ごく早期に発見されると。例えばこの子には発達障害があるということが発見されると、周りがそのことをよく知り、扱い方が変わってくるんです。そうすると大きな問題にならずに済むという部分があるような気がします。例えば私は今、ある高校生を治療しているんですが、小学校高学年では不登校で、高校になると人格障害があるのではないかとということで治療を求められたんですが、5～6回ぐらい面接したところで明確になってきたのは、実はADHDなんですね。子どもの行動ののろさにお母さんがヒステリックになってしまって、子どもを追い込んでしまっているという事態が生じて、結局専門家のところにもってこないとどうにもならないということになってきているんですが、そのあたりでこれは何もADHDだけでなく、ほかの情緒的な人格形成の問題を持った子どもたちでも小児科の先生とか、もうちょっと幅広い一般精神科医の先生方もそのへんにもうちょっと関心をもってもらうようになってもらいたい。専門医と称する人たちはある意味では職人化しているんじゃないかと思うんです。発達障害の専門家という感じに。だから、職人化した人、幅広い人と分けて考えていったほうがいいだろうと、そういうような意味でございします。だから保科先生のところに期待するところは非常に大きいんじゃないかと思っています。

伯井委員 医師会の立場から申しますと、今、牛島先生がおっしゃったとおりで、専門医を育てるということはもちろん大事ですが、これは非常に数が少ないわけですし、現場はそれぐらいの数はとてもさばききれない。これは一番大事なのは学校保健とか母子保健、そういうところの現場でまず対応していくのが一番大事ではないかと思っています。そういう面では内科の先生も含めて、小児科の先生方は現場では対応しているわけですが、専門医も必要ですが、その現場でやっている小児科とか、あるいは内科の先生方に対する研修とかそういうのが一番大事ではないかと思っています。少なくとも問題のあるボリュームは非常に大きくて、専門医だけではとてもさばききれないことは目に見えているわけですし、あるいは早期発見ということに関しましても、ピックアップできるのは現場の小児科医、あるいは学校医とか、母子保健を担当している地域の医師であろうと思いますので、そのへ

んの研修というのをまず実行するということが一番大事でありますし、専門医をこれから育てるといのはなかなか時間も掛かりましょうし、数がそんなに増えるとはとても考えられないので、ピックアップした中で最終的には専門のところにもっていくということが一番大事ではなかろうかと思っておりますので、このイメージ図で言いますか、どちらかと言うと1番の部分が一番広く重視して行って、まず現場をある程度さばっていくということが一番大事ではないかと思っております。

もう一つは、今言いましたように学校医、あるいは母子保健に関わっている医師がどこと関連するかというと保健所とか学校ですから、そこの連携というのが一番大事ではないかと。お母さんがおかしいなと思って専門の病院へ連れていった、あるいは小児科で診療して、ちょっと紹介するから行っておいでというそのルートは非常にまだ少ない。むしろ現場の方がピックアップしやすいんじゃないかなという気がしますので、現場でピックアップできるような研修というものを重視していくべきではないかなと思っております。いかがでしょうか。

保科委員 もう一つは虐待防止の問題ですが、これはそれを防止するためにプレネータルビジットとか盛んに厚生省も力を入れてやっていただいたわけですね。だからこれがそのままある2～3の県だけで止まってしまっているんですね。これがこれからプレネータルじゃなくてペリネータルで、周産期全部でお母さんをバックアップしていくような形をすればかなり減っていくだろうと。それはいろいろな法律をつくる前にそれがうまくういってくれば、もっと自動的に減ってくる可能性が高い。そこをなんとか厚生労働省としても力を入れていただけると、小児科では結果として出てくる虐待をされた子どもを診る方なので、その前の段階でなんとか抑えることができないかというのも現場としては考えているところですので、よろしくをお願いします。

齊藤委員 ちょっと追加をさせていただきます。今、伯井先生がおっしゃったこと、裾野を広げるといのか、一般的なプライマリーケアをなさる先生方の養成あるいは教育がまず最初に行われるべきだという御意見だと思います。それは非常に賛成なんですけど、同時に先ほど保科先生がおっしゃった、プライマリーケアでピックアップしたケースをどう専門治療につなげていくか、プライマリーケアで済むケースはいいんですが、その次に進めていかねばならない例えば虐待が絡むような深刻なケースをどうしていくかという場合に、たぶん西田先生がそういう部門を代表していると思っておりますが、地域に入院まで引き受けることができるそういう専門機関を持つ地域と持たない地域でまったくその体系が違うわけです。地域の子どもの心のケアをめぐる体系が違うわけですね。杉山先生がおっしゃったような、三次医療に当たるようなところまで引き受けることができるのは専用病棟を持った子どもの心のケアの専門部門しかあり得ません。この部門がきちんと各地域に、せめて都道府県にそうした中核的な医療機能があって、それにプライマリーケアを引き受けていただける先生方の広がりがあるということがあって初めてこれは完成すると思っておりますので、両方のところを今回しっかりと対象にしてアプローチしていく必要があるのでは

ないかと考えております。

柳澤座長 今、齊藤委員がこの検討会として目指すべき方向というのをある程度示してくださったのではないかなというように承りましたが、どうでしょうか。ほかに。

西田委員 今、齊藤先生がおっしゃったことの付け加えなんですけど、結局、三次医療はあってもその医療が子どもの問題を抱え込むには、やっぱり割と顔が見えるようなエリアが要るんだと思います。本当に広いエリアになると後のフォローとか、引継ぎとかが有効に働かなくなります。三次機能をもったところがその問題を解決しやすいレベルまで改善して、それぞれ一次、二次の医療エリアに戻すような機能を果たしたとしても、つねに連携をとり合う地域システムが要るんだと思います。最近市町村にいろいろな機能が委譲していきませんが、市町村と県の間で支え合うようなシステムをつくらないと絶対にだめだと思うんです。三次機能のところで大変な子どもをずっと診ていても子どものためにはなりません。必ずまた一次に戻さなければいけない。一次の方は、もう一度子どもとやり直して前回うまくいかなかった問題を改善させる。そのことで一次機能がレベルアップするのだと思います。そのへんがやっぱり児童の問題の難しいところで、それに専門家にしてもいろいろな専門家が必要で児童精神科医だけでもだめですし、小児科医、心理、保健師、教師、保育士等いろいろな職種の人が集まってはじめて子どもの育ちは支えられるんじゃないかともいつも思っております。

柳澤座長 今日とは今後の議論を進めていく上での道筋について委員の方々からご意見を伺うという形で発言していただいておりますが、ほかに、どうぞ。

桃井委員 先ほど「心」と「医師」という本検討会のキーワードに関して共通認識をもたないと議論が錯綜してしまうのでそのように要望を申し上げて、各委員の先生方から大変ご意見をいただいて、そのとおりであると思います。それで非常に私の中でも明確になってきたところがございます、これを厚生労働省の方にどのような意図で心と医師を使っているのかを実はお伺いしたかったんですが、各委員の先生にご意見をいただいて大変ある程度の共通認識ができたと思います。

そこですべての先生のご意見はそのとおりだと思いますが、一つ小児医療は御承知のように児童精神医療も含めて大変大きな問題を抱えております。これは厚生労働省も御承知のとおりであります。その小児医療体制、児童精神も含めてですが、精神医療体制も大きな問題を抱えておられると思いますが、その小児医療体制の問題とどのようにリンクさせるかもぜひ、大変大きな問題過ぎてこの検討会では無理かもしれませんが、しかしながら医師の養成だけではその医師が十分に機能を発揮できる場が確保されなければ、これは診療報酬も含めてですが、確保されなければこれは医療の現場に乗りませんので、ぜひそこも落さずに何らかの形で議論に入っていただければ大変うれしいと思います。

吉村委員 ちょっと門外漢なのでズレるかもしれませんが、今議論になっております発達障害、これはたぶん小児の精神科の先生がごらんになるのかなと思うんですが、それといわゆる虐待等に伴う情緒障害とかそういうものもやはり小児の精神科の先生がごらん

なるのか、あるいは小児科の先生と精神科の先生との住み分けがちょっと門外漢にはわからないんです。

と申しますのは、今厚労省から出ましたのは児童相談所に精神科医を一人ずつ配置しましょうと、「児童相談所」というものが出てまいりますね。それから情緒障害の「短期治療施設」をつくりましょうと。あるいは保健所にCAPSというか虐待を支援するような施設をつくりましょうと。それから発達障害については「発達障害支援センター」というのを各都道府県につくりましょうと。その中に非常に幅広いいろいろなものが入っていると思いますが、本当のいわゆる専門家としての小児精神医療の先生方というのはいったいどういうものを扱って治療をしておられるのか。それと、虐待のそれを実際に受けるような部門における医師の関わり方、そのへんをちょっとわかるようにご説明いただけるとありがたいんですが。

柳澤座長 今の吉村委員の質問に対する回答ということですが、どなたかお願いします。

杉山委員 虐待をなぜ児童精神科医がやらなければいけないのかと言いますと、虐待が深刻な後遺症を残すんですね。まず最初の段階では反応愛着障害という、愛着の非常に拗れたパターンになって、それは実は一つの形は自閉症圏の障害と非常に鑑別が難しくなります。もう一つが、多動性行動障害を起してくるんですね。その後、今度は年々追っていきますと乖離性障害が起きてきます。乖離性障害の極形というのは多重人格ですね。非常に問題行動をいっぱい起すようになって非行につながると。今度それが大人になると、これが虐待の世代間連鎖という問題になってきます。それから被虐待児というのは、例えば知能が正常でも大体学習障害が必発するんですね。境界性知能も非常に多いんです。そんな具合にこの虐待の問題というのは今はたぶん情緒障害の代表だと思えますが、こういう小さい頃から育ちがうまくいかない場合というのも、まさに育ち全体の障害になってきますので、児童精神科領域、小児精神科領域の対象になるんだと思えます。

柳澤座長 吉村委員のご質問は、今杉山委員が言われたのもそういう一つのポイントだと思いますが、ここにはもともと小児科医という、私もそうなんですが、それから精神科医と、多くの方がそういう背景をもって、なおかつ両方とも、子どもの心というものに関して強い関心をもっている、そういう立場でこれからこういう問題を検討していこうということで、今までのいろいろな文書とか計画などに「児童精神科医」とかそういう言葉が出てくるわけですが、それは私の解釈としては「それぞれの背景を持った医師で、子どもの心というものに対して強い関心をもって、それを専門にしていこう」というような医師と捉えておりますので、児童精神科医という言葉づかいをされていても、そういう非常に限定された意味ではないというように私は思います。ほかに、どうぞ。

山内委員 これは対象をどうするかという最初の議論と関係があるんですが、子どもの問題を考えていくと、そこには脳自体の障害といったような器質的なものもあるでしょうし、あるいは成育過程でのいろいろな心理的なものもあるでしょうし、社会的なものもあると。牛島先生は「総理大臣」と言いましたが、ときにはそういう家庭全体のあり方も考

えなければならぬと。そういう包括的なものなので、小児科医とか小児神経科医とか精神科医として育ってきた視点が違うかもしれませんが、これは齊藤先生がおっしゃったように、やがては包括的横のつながりで全体として同じ考え方ができるようにならなければいけないと。だから、そういう意味では出自というか、出てきたところは違うかもしれないけど、子どもの問題はそういう包括的な視点でもって考えるべきであるという点は共通の認識を持っていたほうがいいんじゃないかと思うんですよ。たとえば行動だけ見れば虐待という形になりますが、それは、これも指摘されたように、認知の障害であったり発達の障害というところになりますから、あまりそこは区別しないでいいんじゃないかと思います。我々は常に包括的、統合的に考えるべきだというのが一つです。

それからもう一点は既に指摘されましたが、これはタイトルが「専門医」となっていますが、先ほどの西田委員からも言われましたように、実際には医者だけでいろいろな問題は解決できない。地域でそういうネットワークをどうやってつくるかというようなことも非常に重要なテーマだと思いますので、ぜひ専門医の養成ということだけでなく、地域のネットワークをどうやってつくるかという、そういう視点も入れるべきではないかと思います。

柳澤座長 どうもありがとうございました。大変大事なご指摘だと思います。

南 委員 今の先生方の議論を伺っておりますと、最後に吉村先生が「門外漢でわからない」とおっしゃってご質問になったように、他科の先生でも、そういう疑問をもたれるわけです。つまりこれは、一般の国民はほとんど、問題を抱えていらっしゃる当事者でもない限りはわからないという議論なんです。ね。「子どもの心」の問題といたったときに、先生方でさえもそれぞれいろいろなイメージをお持ちになるように、一般の国民からしますとイメージする千差万別な今は一番社会的な問題になっているのは虐待ということですが、10年、20年前を振り返れば自閉症が非常に大きな問題であった時代もあるし、学習障害、多動性障害が問題になった時期もございます。その時々たまたま報道が大きく取り上げたりしたことが、あるいは何か低年齢の子どもが起した事件で加害者を診断してみたらこういう病気だったという病名が一人歩きしたり、そういうような形でしか問題が捉えられていないという現状があるわけです。まず最初に、桃井先生がおっしゃったように国民にわかりやすいような形で「子どもの心の診療に関わる専門の医師」ということにしていただかないと、一般の人には到底わからないものになってしまう、そのところをぜひ留意していただきたいと思います。

柳澤座長 ただ今、南委員から大変大事なご指摘をいただいたと思います。まだまだこの場でのご意見はたくさんあろうかと存じますが、それぞれのお立場からのまとまったご意見とか提案というのは次回に発表いただくスケジュールというように先ほど拝見しましたし、議論は尽きないと思いますが、今日の議論はそろそろここで閉じさせていただいて、今後の検討会で具体的に議論を深めていきたいと存じます。

それでは最後に事務局の方からなにかございますでしょうか。

事務局／苗村課長 委員の皆様方には大変熱心かつ貴重なご意見をいただきましてまことにありがとうございます。厚くお礼を申し上げます。

それで予定されました議事につきましては以上でございますが、事務的な連絡を簡単にさせていただきますと、今座長の方からもご案内がございましたが、第2回の検討会ということで4月20日の水曜日の、若干午後の遅い時間ということでお願いしたいと。そしてまたこの検討会の2回目に関しましては各学会等におきましてどういう形で現状を把握しておられるか、あるいはそれぞれの取組みというものに関しまして、非常に短い時間でまことに申し訳ございませんがご報告をいただければと考えておりますので、資料等がございましたらご遠慮なく前もってお送りいただければこちらの方で準備させていただきたいと思っております。それから第3回の検討会につきましては5月11日の午後3時半から17時半ということで、このときに行います関係者からのヒアリングに関しましては座長の柳澤先生とご相談をしながら、どういう方々にお越しいただくかということで、また決めさせていただきたいということで考えておりますので、よろしく申し上げます。

なお、2回、3回とも会場がまだ決定しておりませんが、決定次第またご案内さしあげるといふことで、よろしく申し上げます。以上です。どうもありがとうございました。

柳澤座長 それではこれもちまして第1回「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」、これが非常に長くてとても覚えられないんですが、なにかニックネームでもあればいいんじゃないかと思いますが、検討会を閉じさせていただきます。どうもご協力ありがとうございました。 一終了一

写

雇児母発第 0401001 号

平成 17 年 4 月 1 日

各 { 都道府県
政令市
特別区 } 母子保健主管部（局）長 殿

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長

発達障害者支援法の施行について

母子保健事業の推進については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであり、深く感謝申し上げます。

さて、発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）、発達障害者支援法施行令（平成 17 年政令第 150 号）及び発達障害者支援法施行規則（平成 17 年厚生労働省令第 81 号）については、本年 4 月 1 日から施行されているところであり、その留意事項については、別添（写）のとおり平成 17 年 4 月 1 日付け 17 文科初第 16 号、厚生労働省発障第 0401008 号により、各都道府県知事、各指定都市市長等あて通知されたところです。

つきましては、これらの趣旨を踏まえ、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する健康診査を行うに当たり、児童の発達障害の早期発見に十分留意するよう、管内市町村に周知徹底するとともに、引き続き適切な健康診査の実施を図っていただくようお願いいたします。