

まず日本小児神経学会ですが、学会というよりは日本小児神経学会が認定する小児神経科専門医の方をご説明したほうがよろしいと思いますので、学会の資料1と2は省かせていただきます。専門医に関しましては資料3～7までです。資料3に小児神経科専門医制度規則というのがございます。平成3年からスタートしまして、小児神経認定医を経て小児神経科専門医という状況になっておりまして、現在、日本専門医認定機構のサブスペシャリティの専門医になっております。約現在は1,000名おりますが、1,000名の専門医は95%が小児科専門医を土台にしておりまして、小児科専門医の上にプラス小児神経科サブスペシャリティとして小児神経科専門医であると。これの5%は小児神経はいろいろな領域の先生方が必要ですので、そういう先生方が基盤の専門医を持っておられます。したがって、大部分は小児科を専門医とし、さらに小児神経科を専門医としているところでございます。

その全体の概略が資料4に書いておりますので、これはご覧いただければわかると思いますが、どのような研修システムをとっているかと言いますと、日本専門医認定機構の調査の中でもかなり厳格なものが積み上がってまいりまして、資料5に、改訂したばかりの資料をお付けしましたが、小児神経科専門医のための到達目標・研修項目をご覧ください。これは一番最初に小児神経科専門医は何を診療するかということが書いておりまして、これは第1回でも申し上げましたように、小児の神経に関する神経系の発達及びその偏り、及びその障害、及び疾患に関する診療を専門とするというところでございます。

次の頁の到達目標・研修項目に含まれる領域と内容の概説にありますように、総論は省かせていただきまして、各論に関しましては神経系の疾患ですのでいろいろなものが含まれますが、主に17番の精神神経疾患、あるいは脳血管障害などでもモヤモヤ病などでは精神的な問題を多く発症したりしますので、いろいろな領域の神経疾患が精神神経疾患のみならず対象になっております。精神神経疾患の17の大部分は発達障害でございます。詳細はブルーの資料に載せておりますので省かせていただきますが、これを受検してさらに講習するときにはこのような冊子を元にチェックをしながら、何を研修したかということをチェックしながら講習しているというのが現状でございます。

そして診療の実態としましては資料8でお示しました。これは急遽学会の評議員に調査しまして、約半数の返答でしたが、評議員が1週間発達障害及び心の診療に関わる患者さんをどのぐらい診療しているかということ进行调查しました。評議員は管理職が大部分ですので、例えば私のように週1回しか専門外来をしないということも含まれておりますから、週の症例数が全体の会員、この小児神経科専門医の診療数を反映するわけではまったくございません。おそらく評議員の先生方以外はもっと診療されていると思いますが、そこにご覧のように発達障害を中心に不登校なども含めてこういう心の診療を含むようなものがカバーされているという状況でございます。内容は省かせていただきます。

そしてさらにこの資料8の7頁です。特徴は小児科に属していたり、小児科の中で中心的な専門医として働く者、あるいは療育センターで働く者さまざまですが、臨床心理士と

の診療連携及び言語聴覚士などとのコメディカルとの診療連携、さらに8頁で精神科医の先生方との診療連携、その他学校との連携、これは発達障害の方が必要としますが、それと一般小児科との連携、そして低年齢の方を診察することが多いものですから、私ども小児科及び小児神経科専門医は乳幼児検診からあがってきた発達障害の方々をまずキャッチしてそこで長年フォローするということが大変多いものですから、保育園・幼稚園との連携等々の医療機関以外との連携をとりながら、主に発達障害を中心とする神経系の発達の問題の診療を続けているというのが現状でございます。児童相談所との連携も大変必要でありますし、実際に小児神経科医で児童相談所に相談するものも結構いるというのが現状でございます。

資料9は学会の論文の抜粋ですので省かせていただきます。

最後に資料10ですが、これは小児神経科専門医としてのこの検討委員会の課題に対する考え方の概略を書かせていただきました。先生方の総括的・包括的お考えそのものですが、基本的には一番最初の表紙の(2)の図にありますように、従来の保険医療の枠組みである身体疾患は内科・小児科医、精神疾患は精神科医という枠組みでなくて、やはり小児の心身の保険医療体制をたてるのは小児科医、そのサブスペシャリティが小児神経科専門医、そして児童精神科医というこういう枠組みの中で全体を心身をどうやって考えていくかという枠組みをぜひ考えながら、その研修体制を考える必要があるというように考えております。

そして最後の頁ですが、資料10の5頁にあります小児は小さい乳児検診の頃からいろいろ問題が発見されてきて、大人になるまでフォローするのですが、やはり大きな医療の目的は予防でございます。二次精神障害の予防をするためには、やはり基本的な乳幼児検診から挙がってくるような発達障害の家庭医小児科医、そして二次検診は小児神経科医のようなところで長年育児支援並びに保育園・幼稚園・学校などとの連携で二次障害、社会不適応、行動障害などをいかに発症させないか。そして、それが我々小児科専門医の範疇を超えたときにいかに児童精神科医の先生方とうまく連携をとっていくかというような、連携の医療構造が極めて必要であろうというように思います。この連携の医療構造を構築するための研修をどうやってつくったらいいかということのをこれから考えてもらいたいというように思っております。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。ただ今の桃井委員のご発表に対してご質問はございますか。よろしいですか。

では、次は牛島委員からお願いします。

○牛島委員／日本児童青年精神医学会

私の資料は39頁からです。最初に申し上げておかなければならないことは、現在の我

が国の子どもの精神医学というものは一般で考えられているような、つまりは今、社会が児童精神医学に期待しているものとはかなりかけ離れているということです。と言いますのは、精神医学が統合失調症、昔は精神分裂病と言われていた例の疾患を中心にいろいろ発展してきたという面がございます。これはかなり最近まででございます、私が東京にまいりましたのは14年ほど前ですが、厚生省の精神保健福祉課の課長さんに、もっと子どもの問題に対する研究費を出してほしい、と強く迫ったことがありました。それがやっと8年かけて、やっと出されるようになった。それまではそういう統合失調症その他の研究費しか出さないという状況にあったような気がしますね。なぜ、そんなに子どもの問題が一般に受け入れられないのかというと、ひとつに児童精神医学の自閉症と言われる子どもたちの病気を中心に発展したからではないかという気がします。これは統合失調症とは少々質が違うわけですし、大人の精神医学を少々勉強していてもほとんど何の役にも立たないわけです。しかし、そういう一部の患者さんたちがいることも事実です。その児童精神科医というのはほとんどそれに埋没していたという、そういうところから少し乖離が起きてきていたということを考えておかなければならないような気がします。

日本児童精神医学会は1960年に発足し、今年で45回になりますが、自閉症を中心に発展したことと、それからかつて登校拒否と言われていた、いわゆる学校不適應の問題がございますが、それについて若干の関与したこと。最近になってADHDと言われる、いわゆる注意欠陥性障害を中心にした発達障害、そういうことが中心に進んできているわけです。おそらく、一般社会が我々に求めておられるのはもうちょっと違った視点での問題ではないかという気がします。特に私は登校拒否であるとか、手首を切る自傷行為、家庭内暴力といった、いわゆる精神発達、特に人格形成の問題を中心にして専門にやってきている関係上、私はこの学会に入りました頃は何か違和感を感じたものでございます。それだけに一般に受け入れ難いということもございますし、児童精神科医の持っている知識や技術というのはそういう意味では特殊な領域に限られているものですから、これがいざ現実的に人格障害その他が社会で問題になりますときに、普通の児童精神科医がまず手につけられない。これらに対応できるのは、児童の発達心理をやってきた分析医や臨床心理士にぐらいになる。そういうようなところが一つ大きな問題としてあると考えておかなければいけないような気がします。だから普通に講習会をやっておけばそれでいいかどうか危惧しているのですが、そこらあたりを少しご理解いただければなと思います。

したがって、今、児童青年精神医学会が中心に扱っている疾患と言いますと、自閉症とADHDその他の発達障害、これはアスペルガーも含まれますが、それから社会的に大きな問題になっております児童虐待、それから一部摂食障害といったところが中心になってくるかと思いますが、自傷行為とか家庭内暴力とか、いわゆる人格発達に関する問題に関しては今一つという感じがあることを申し上げておきます。そこらあたりを少し考えていかなければならないかと思います。そして、これらが、小児科の先生方がなさっていらっしゃるいわゆる臨床、それを通じてお持ちになっていらっしゃる児童観というものとは

こらあたりで結び付くかということも今後は議論していく必要があるような気がします。

それで現実には児童青年精神学会はもう45年以上になりますのでそれなりの発展はしておりますし、それから学会その他で発表されるテーマというのはかなり幅広くなっていることも事実でございますので、まったく一部に偏っているというばかりではございません。児童青年精神医学会は専門医制度を敷いて10年以上になりますが、実際には41頁にございます学会のメンバーの数2,773名のうち、精神科医は1,232名、小児科医が182名、併せて1,400名ほどおりますが、専門の資格を取っているものはせいぜい100名を少々越しただけです。おそらく私が先ほどから申し上げております領域の部分とある程度なにか関連しているのではないかという気がします。先ほど奥山委員からも話がありましたように、一人の精神科医がすべてを網羅するようなトレーニングを受けてきた、したがって専門医となればすべてに亘って対応できるとばかりも言えない面のあることも知っておかなければならないような気がします。

ただ、この学会の資格はお読みになればわかりますように、最近5年間に18歳以下の患者さんを30症例を挙げ、そのうち3例だけ詳しい症例報告として出すことが義務づけられています。最近、専門医制度の議論が盛んになり、先ほど日本小児精神神経科会からお話がありましたように、到達目標、それから教育機関をどういうところにするかとか、そういう細かい規則が提示されていますが、本学会はそこまで細かく規定していないというところがございます。

それから3番目に忘れてならないのは、子どもの情緒障害への対応が精神科医だけではどうにもならないということでございます。学会としては教育に関する委員会その他でいろいろな職種の人たちの卒後研修について図ってまいりました。例えば養護教員、それから幼稚園、保育園で働く人たちの問題、それから医学部の学生にどれほどの児童に関する教育がなされているかという調査をしたりしておりますが、非常に多岐に亘りましてなかなか難しい問題が一つあります。それから臨床心理士となるとすぐに子どもの問題が対応できるというように考えがちです。それから臨床心理士を雇っていると言え、なんかそういう心的な問題は全部やれているという空気がありますが、臨床心理士は我々が調べてみると、子どもの診療の経験はまったく資格としては必要がないのです。そういうような子どもの問題に関しては比較的児童精神医学が培ってきたところの知識と技術というのはあまり採用されていないということも一つ考慮に入れておかなければならないと思います。

そういうようなことのために我々児童青年精神医学会では、なんとか大学医学部に総合的に教育ができるように児童精神医学講座の設置を求めて学術会議その他を通じていろいろ働き掛けてまいりましたが、まず論議に乗らないまま終わっているというのが実情です。やはり社会のニーズが非常に大きくなっている中で、今、5つほど子どもの心の問題に関する診療ないしは講座ができていくわけでございます。名古屋大学、信州、横浜、千葉、そして最近先ほど五十嵐先生からお話がありましたように、東京大学で新しく開設され

た、それから九州大学でもできたというように伺っておりますが、少しずつそういうのができつつあることも報告しておかなければなりません。大体そういうことでございます。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。ただ今の牛島委員のご発表に対して確認しておくことはございますか。よろしいでしょうか。

それでは次は富田委員、お願いします。

○富田委員／日本小児心身医学会

それでは資料7の56頁を見ていただきたいと思います。私たちの日本小児心身医学会の設立は昭和58年でございますが、研修に関する試みと現状という形で少しまとめさせていただきます。

私たちは一般の小児科医が心身医学的、つまり心と身体を診なければいけないという気持ちを非常に持っておりますので、最初から日本小児科学会の分科会として発足しております。それで研修に関する委員会は3年ほどして昭和61年にこしらえまして、いわゆる研修内容とかガイドラインに関しての検討に入りました。そして学会が発足して7年目のときから、それまで金曜・土曜と開いておりました学会に研修会を日曜日に加えることになりました。これは現在まで1回を除き、毎年日曜日に研修会を開いてきました。それから第16回の、平成10年から学会開催期間中、夕方に時間の制限なしに、研修を、ロールプレイをしたりとか種々の形式でそこに書いてあるようなことをしております。次の頁の地図の下にも大体どういうことをやっているかということを書いております。

それから、私たちは現在多施設の共同研究ということで、こういう問題はどこも施設によって若干の差がございますので、そういうものをできるだけ共通の形で、疾患に対しての考え方を共通にしていく、そしてできれば多くの先生方が全体として共通概念をもてるように小児科によく来る自立性調節障害、不登校、摂食障害、それとちょっと疾患とは違いますがEBMという形で4部会が3年前から発足して、基本的にガイドラインを3年間でつくることをしております。

私たちのところでは専門医は設けておりません。団体自体が800名ぐらいの小さいところですから、基本的には小児科学会の専門医であり、成人の日本心身医学会の専門医を持つものを小児心身医学の専門医というように考えて、現在大体これが約30名ほどおります。それから全体としての能力を上げていくというか、心身医療をする小児科医を増やすという意味で横の地図がありますが、地方会を開きまして、ちょっと本学会とは違う形で非常に入りやすく発表しやすいような形式にしています。そこから心身医学に対する一般の先生方の啓発とかそういうようなことを考えて実行しています。

それからもう一度56頁に戻りますが、専門医養成への問題点として私個人の意見を述べさせていただきます。専門医の養成と言いますと経済的ということはほとんど

ど問題にされたいと思いますが、基本的に経済的な問題は避けて通れないのではないかと
思っております。ここにいらっしゃる先生は私を除いて皆さん大学の先生か公的病院の先生
です。ですからいただいている給料というのはどんな疾患を診ても一緒だと思いますが、
そういう先生方が子どもの心を診るのであれば来月から月給は半分か1/3になるという
ように仮定された場合に、ここにいらっしゃる先生はそれでも続けられると思いますが、
それぞれの先生方の下で働いている方全員がそうされるかどうか。つまり、私たちのよう
な民間でやっておりますと、こういう分野の診療はまったくと言っていいほど採算性のな
いことで苦勞しております。ですからこの会は専門医の研修を考えるとということでありま
すが、ぜひ少しは視野の中に経済を入れておいていただかないと、いくら専門医を養成し、
そういう施設をつくっても、やはり公的機関が赤字覚悟でやるシステムである限り、発展
性はないと思います。民間でも少しはできるというようなシステムにならないといけない
と思います。

私たちのところは現実にこれまで8人ほど小児の心身医学の研修医を受け入れてきまし
た。そういう方は小児科学会の専門医をとられた後に私たちのところで3年間やっておら
れます。やはり理想的には小児科のある病院及び児童精神科のある病院で研修をするのが
一番良いと思っておりますが、それは現実にはないということですからこの委員会でぜ
ひ考えていただきたくということです。

日本小児心身医学会としては、それなりに研修のことをこれまで考えており、具体的な
行動をしてきました。小さい学会ですが、地方会という形でいろいろ活動して、できるだ
けボトムアップをやりたいと思っております。それからちょっと個人的になりましたが、ぜ
ひ経済的ということも、もちろんこれがメインにはならないと思いますが、少し視野に入
れておいていただきたいと思っております。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。ただ今の富田委員のご発表に対して確認事項等はござ
いますか。よろしいでしょうか。それでは先に進みます。

次は日本小児総合医療施設協議会から杉山委員、お願いします。

○杉山委員／日本小児総合医療施設協議会

私が日本小児総合医療施設協議会の代表としてお話をしているのかどうか非常に躊躇さ
れるのですが、私は総合医療施設のメンバーとして非常に一番新しい「あいち小児センタ
ー」という子ども病院に勤めております。この日本小児総合医療施設というのは何かとい
うと、日本の子ども病院のグループです。このチーフは実は柳澤先生がやっていたら
っしゃるのですが、柳澤先生ご自身から伺った方がいいのかもしれない。

昭和40年に国立小児病院ができてから子ども専門病院というのが日本でポツポツとつ
くられてきました。この施設協議会は約35年目です。26施設の団体ですが、I型、II

型、Ⅲ型と分けておまして、Ⅰ型というのは独立した子ども病院で、療養施設、乳児院とか重身とかの割合が3割以下、Ⅱ型というのは独立した子ども病院ですが、乳児院とか重身が3割以上、Ⅲ型というのは例えば総合病院の中に小児科病棟とNICを持つ複数の小児科施設がある、それをⅢ型と言っています。26施設は大多数がⅠ型なのですが、Ⅰ型と言っても例えばこの中には発達障害専門の施設である愛知県コロニーも含まれております。

次の60、61頁が、施設のいろいろな詳しいデータです。不正確な部分があって自分で調べ直したのですが、余計に不正確になっているかもしれません。主にインターネットで情報を取っています。心の診療の専門外来があるかという、心の診療に関する専門病床があるか、病床数はいくらか、一番大事なデータがこの一覧の中の一番左のところに集まっています。これを集計化しますと、まず常勤医によって心の診療の専門外来がある子ども病院は13施設です。それとプラス非常勤が2施設で、非常勤の専門外来というのはちょっとカウントしない方がいいと思うので、約半分と考えられる。それから固有病床があるところは9施設です。いくつかの病棟に跨って固有病床と見なしているところもカウントして9病院ですから、1/3しか持っていません。子ども病院がこの状況ということは、調べてみて私自身もびっくりしました。これはどういうことから来ているかと言いますと、子ども病院は大赤字になるのです。1病床1千万円の赤字というのが大体の相場です。ですから200床ですと年間20億の赤字を出すのが日本の子ども病院の相場なんです、その中でも心の診療部門というのは赤字中の赤字で、威張るわけではありませんが、仕事をすればするほど赤字になるという非常に困ったセクションです。ですから子ども病院ですら手が出せないというのが現状ではないでしょうか。

脱線しますが、愛知県は病院事業庁という独立した県立病院だけのグループができて、病院事業庁長が赤字を減らすためにずいぶん活躍されていて、先日も子ども病院にいらしたんですが、心の診療は非常にニードが高いセクションで、外来の待機をたくさん抱えていて、病棟の入院患者の待機も抱えていると申しあげましたら、ニードがいくらあっても不採算部門は要らないとおっしゃいました。この不採算部門ということを改善しない限りはたぶんこの状況というのは変わらないだろうと。

それから2番目が層の薄さです。全国の児童相談所に児童精神科医を配置するというプランニングがありますが、児童精神科医を配置できるそれだけの児童精神科医の数があるのかと。多分、いません。例えば今日この会の中で言うと、児童青年精神医学会、それから今日は星加先生はいらっしゃいませんが、日本小児精神神経学会、それから日本小児心身医学会、これに日本思春期精神医学会、それから乳幼児の医学心理学会、この5団体で合同で最近学会をおりますが、この5学会の役員の8割が同じ人間です。私はそのうちの3団体の役員と編集員をやっています。非常に層が薄いということですね。それからこのことを考えてみますと、結論的には日本の医療全体がまだ後進性が残っているということになってしまうと思いますが、一昨年に日中30周年医学会が、北京であり、北京子ども

病院に見学に行きました。しかし、そこは児童精神科がないのです。ないだろうなと思っていたのですが、やはりありませんでした。

私は子ども病院にある心の診療のセクションは、これから専門医の研修のためには非常に重要な場所だと考えています。特に小児科サイドからも精神科サイドからも研修ができるということ。それから特殊外来とその病棟を持っているということ。それから指導者がいるということ。そういうことから我々のシステムはこれからの専門医を育てていく一つの中核としてがんばらなくてはいけないのかなというように考えています。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。日本小児総合医療施設協議会、私の名前も出ましたが、今、杉山先生がおっしゃったことは我が意を得たという感じです。それでは次は西田委員、お願いします。資料番号は9です。

○西田委員／全国児童青年精神科医療施設協議会

資料番号9で、63頁からです。全国児童青年精神科医療施設協議会、全児協と略しますが、その内容を説明します。

そもそもこの協議会が始まったのは、児童精神科医療施設が試行錯誤で入院治療に取り組んでいる中、研修会を開こうとあすなろ学園から呼びかけて1971年に初めて第1回の研修会を三重県で持ったことからで、そのときには6施設でした。それから毎年1回、今年で35回の研修会が行われています。会則というものは63頁に書いてありますのでご参照ください。

資料の66頁に今日本の中にある児童青年精神科医療施設を地図で示してあります。その協議会が行った研修会が来年で36回なのですが、このようにテーマを選んでやっています。そのテーマの選び方は児童青年精神科医療施設の場合は職種が協力してチーム医療を形成しないと子どもたちの入院治療は成立しませんので、その年に決めたテーマの沿って1年間それぞれの施設で職員がチーム医療を組んで、仮説と治療計画を立てて実施して発表するという形態をとっています。テーマは読んでいただいたら本当に子どもの生活に密着したようなテーマを選んでいるということがわかると思います。

それで次の資料はそれぞれの施設が今、現在どのようなチーム医療体系とか組織を持っているかというのが大体書いてありまして、74頁にそれを全部まとめまして、1年間の外来の診断カテゴリー、年齢別、すべてここに網羅してあります。

それから75頁が入院している子どもたちの診断名と年齢別が書いてあります。それで見ていただくとわかるように、すべての疾患の子どもたちが入院治療を受けているというような結果になっています。ここに入っている施設の条件は、子ども専門の入院病棟を持っていることと、必ず義務教育を保障しているということが条件になっています。今、正会員は15ヶ所で、オブザーバー施設が7ヶ所です。最近の心の診療のニーズを踏まえて

3施設くらい入会希望をされています。長い間正会員施設10ヶ所でしたが、最近増えているという現状があります。

会員数は463名です。総入院病床は16施設を総合しますと792床あります。その中で児童精神科医は76名、看護師が206名、保育士が32名、心理士46名、教諭が37名、PSWが11名、指導員7名です。職員は児童精神科の最前線で働いているというアイデンティティを持っていると思います。それぞれの地域で子どもの心と発達の問題の最後の砦になるべく期待されている施設として、外来、入院、地域との連携が診療の大きな柱になっています。

日々、学校や保育園、幼稚園との協力、さらに養護施設や自立支援施設との協働が診療に必要となりますが、先ほど、おっしゃったように、それは保険点数でカバーされているのはごく僅かです。学校の先生と1時間話しても親が参加しないとゼロなのです。あすなろ学園は年間3億5千万ぐらいの赤字です。小児科医が勤めてくれて小児特別加算をとって1億3千万ぐらいの売上アップをして褒められたのですが、保険点数が上がらない限りはとても増えていくような状況ではありません。しかし、子どもを取り巻く現状は入院施設をもって子どもたちの心のケア、しかも収容施設ではなくて治療機関としての役割を担う病院・病棟が必要となっています。

それで、そういうところに働いている医者に求められることは、コーディネーター的ないろいろな職種をまとめるような役割を求められますし、発達と情緒、精神医学的な知識も要求されますし、それから長い経過をフォローする、短期間の治療ではなくて子どもたちの育ちに沿って長い経過をフォローするような役割も求められています。そういう教育体制というのはまだまだ十分にはなくて、それぞれが独学と経験と試行錯誤を重ねながらやっている現実があると思います。齊藤先生なんかも同じで、協議会のメンバーとして苦労されておられると思います。以上です。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。今のご発表に関して何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは今日の発表の最後になりますが、吉村委員からお願いします。

○吉村委員／全国医学部長病院協会

ご発表をお聞きしまして、山内委員、牛島委員、西田委員と重複することがあるかと思えます。全国医学部長病院協会、全国80大学の国公立私立のすべての大学の医学部長と病院長をまとめております。それで11の分科会を持ちまして、委員もたくさんいて、いろいろな検討をいたしております。その中で資料の81頁をお開きください。まず精神神経科のカリキュラムですが、これは2003年のカリキュラム、実は総合カリキュラムがございましたので、61大学の精神神経科の講義時間が平均35.2時間、コマ数でいき

ますと22コマ、1コマ90分。それから実習は39の大学で、1～2週間、3週間というの2つぐらい。ただ、今、ご案内がありましたように、大学の中で小児のそういう精神科の外来を持つところはほとんどないということで、ほとんど実施がなされていないというのが実情でございます。

それから2番目に、実はこれは私の北里大学の佐藤助教授がアンケートを、日本児童青年精神医学会でアンケートいたしまして、ご了解を得まして後で資料を付けておりますが、これは74大学の精神科からの回答で、やはり講義時間が31.5時間で、平均21コマ、少ないところは11コマ、最大が45コマということで非常にバラ付きがあるということです。その中の児童の精神神経医学の講義は大体平均3.7時間で、下の（ ）に書いてございますようにゼロというところもございます。1コマが20校、2コマ21校、3コマ15校、このようになっております。それから教育スタッフは1名のところが47%、2名が19校、また「いない」というところも19校、25.7%ということでございます。

82頁ですが、非常勤の方がおられるというのが33校。それから講義の内容ですが、精神科の方では自閉症、多動障害、精神性食欲不振症、これにつきましては1校を除いてすべて講義されています。ただ、夜尿症とか、チックとか、小児虐待ということについて触れない大学がほとんどで、メンタルヘルスについてはほとんど触れないということです。それから発達障害についても触れていないところがあるということです。

一方、小児科の方から71大学から回答があったところですが、児童精神医学の講義は大体平均で1.47コマで、ゼロというところもあります。1コマが15校、2コマが12校ということでございます。それで講義の内容は、先ほどの精神科と非常にダブっているんですが、自閉症、多動性障害、精神性食欲不振症、そのほかに小児科の方では少し幅広く夜尿症とか、チックとか、不登校とか広く触れております。教員も常勤の小児科の先生が、児童精神の専門家の方が32%、常勤または非常勤の小児精神科の先生が教育を担当しているところが6校ぐらいあります。まったくいないところも17校ほどあります。

それから3番目は御承知のように、医学教育モデル・コア・カリキュラムと言いまして、この教育内容に沿って最低限の講義を行うことが決められておりますが、ずっと次の83頁を見てもみますと、精神科の到達目標として下の方の16と17ですが、精神遅滞障害と広汎性発達障害、それと他動性障害と行為障害、これだけは少なくとも概説できなければいけない。それと先ほどございましたが、国家試験のブループリントを見てもみますと、次の84頁ですが、各論の中で、下の方になりますが、知的障害、特異的発達障害、広汎性発達障害、多動性障害というものは大体5%ぐらいが、精神科医学の中の5%程度が国家試験に出るということです。ちなみに、去年は自閉症の問題、それと精神的摂食障害にも出ております。350問ですから、大体1%程度になります。

それから85頁に簡単にまとめさせていただきましたが、大学教育における問題点ですが、大体20～40時間の講義、30コマ程度で1～2週間の実習が行われておりますが、この実習はほとんどの大学で小児の診療はやっておりませんので、ほとんど入っていない

ということでございます。それから専門家が非常に少ない。1/4の大学でいらっしゃるという。それと3番目に、大学の中で小児の精神科の診療を行っているところはほとんど皆無に近いということです。それから、先ほどから話題に出ておりましたが、非常に診療報酬が低くて、時間が掛かる。言葉を使わないコミュニケーション能力のトレーニングが必要で、時間が掛かる。家族に対しても治療が必要で、倍ぐらい時間が掛かる。それから実際にリハビリとかやりますと、保険適応外の高額の治療が行われている。それから入院設備がある神経施設が全国で8ヶ所程度である。それから疾患の患者さんは大変多くて、専門医、特に大体3ヶ月とか半年は待たされるというようなことです。国家試験では精神科全体では5%ぐらい入っておりますが、その中のさらに4%というようなことになっているということです。実際に診療する専門医を養成するというのも大事なのですが、やはり学生教育というか、研修レベルの教育する指導者の養成とか、あるいは講座が新設されることが必要でございます。それからカリキュラムも充実したいと思いますが、これは精神科と小児科と統合したプログラムをぜひ各大学の中でつくるということと、実習が行える施設と連携してやっていきたいと考えています。

最後に私の個人的な感想ですが、やはり素人目に子どもの心のケア、診療というと非常に幅広いということで、いったいどの先生がどういうことを受け持っているかということが一般の方にもわかるようなネットワークというのをぜひつくっていただきたいと思っております。以上でございます。

3. 意見交換

○柳澤座長

どうもありがとうございました。以上で今日予定しました9名の委員の方々からそれぞれ限られた時間ですが発表いただきました。それで残された時間で全体的な意見交換をしたいと思いますが、いかがでしょうか。なにかございますか。

最初にちょっとおっしゃっていただくと、この検討会の表題が「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」と非常に長いわけですが、テーマとすべきは「子どもの心の診療に携わる専門の医師」にあるわけで、それをもう少し縮めることができないか。また「児童精神科医」という言葉も、これは今までご発表の中にもたくさん出てきましたし、それから「健やか親子21」とかそういうところにもそういう言葉が使われている。しかし、今、ここで検討しようとしている専門の医師というのは、冒頭の前回の議論のまとめのところちょっと触れさせていただきましたが、一般の医師のボトムアップから専門の医師の養成まで非常に幅広いものがございますので、全体を通じてここで検討するいわゆる専門の医師を、「子どもの心の専門医」というように呼んだらどうでしょうかということをご提案させていただいて、それをここでの検討課題としていきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○吉村委員

すみません、言い忘れたことがあります。資料の最後にアンケートの結果を、90頁の左の3番のところで、皆さんのご意見が具体的に載っております。右側のDの3、4というところで、「研修や研修後勤務できる施設、関連領域のポストが必要である」、それと「児童青年精神医学の専門家をこういうところに置けるようにすべきである」と。まさしくこの検討会がこれに則ったものでございますので。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。今、吉村委員の発表の追加でしたが、ここで検討する医師の全体を、「子どもの心の専門医」という言葉で呼びましょと。その中にはいくつかの階層があるというようにさせていただきたいと存じます。

それはそれとして、どなたかご質問、またはご意見があればぜひお願いしたいと思いますが、今日は6時まで予定しております。ただ残された時間は僅かでございますが。

○奥山委員

西田先生にご質問なのですが、精神科の医療施設でいろいろな基準がございますので、その基準のことを少し教えていただければありがたいなと思います。

○西田委員

学会で児童青年の医療費のことを見たのですが、第一次自閉症施設は厚生労働省も心配があったようですが、やっぱり自閉症の入院施設がないと、医療型がないと自閉症の人たちの強度行動障害に発展するような問題を防止することはできないと思います。それについては例えば40床あると、それについて医師が何名、それから保育士さんが何名、生活指導員が何名というような括りはあります。ただ、すごくアバウトになっています。それから、それが重度加算が来ますが、でも第一次自閉症施設が基本的には精神科の医療に被りますので、必ず入院形態は精神保健福祉法に則らなければいけないと思います。行動の制限とか拘束の問題がありますので、そういう部分では精神科医にも網が掛かりますね。

○奥山委員

先生が職種に関しての人数をお話しいただいた中で、保育士さんが結構病棟に入っておられると伺いましたが、自閉症の施設として保育士さんがいるのか、それともほかでも保育士さんというのは配置できるのでしょうか。

○西田委員

それは第一次自閉症施設だから配置ができます。あとは小児科入院病棟に一人配置され

ますが、それぐらいしかありません。それが医療保育士さん。保育士さんが多いのは、結局第一次自閉症の施設だからです。それと生活指導員、そういう人たちがいないとなかなか子どもたちの健康な育ちを保障することはできないと思います。杉山先生のところは小児科だから、人数はそんなに多くないですか。

○杉山委員

かなり無理をしていろいろ付けています。あいち小児センターの場合は小児科病棟なのですが、実は中に13床の閉鎖ユニットを置き、子どもの心の問題の治療ができるような構造をつくっております。保育士さんは非常勤をたくさん雇うという形です。作業療法士や理学療法士も活躍しています。保健医療の中でやってもらうような形をとっていろいろ工夫をしていますが、今、とても頭を悩ませているのは心理士のことで、臨床心理の場合にむしろこういう子どもの心の問題ではニードが高いのですが、医療保険の中でぜんぜんバックアップがないものですから。

○柳澤座長

他にございますでしょうか。今日の発表は9人の方にご発表いただいて、あとは次回は5名の方に、それで全体の発表というか、それぞれの団体からのご意見が全部出ると。その上でそれをベースにして今後の議論に発展させていくということになるわけですから、ある意味で全体的な議論というのは次回以降になるわけですが。

○山内委員

いろいろな場合のお話を伺って、まさに委員長が最初に言った逆三角形というところに行き着くと思います。それで、小児科学会とか精神神経学会がもっとジェネラルな学会なものですから、最初のプライマリーケアのところまでどれだけ底上げして、そういう問題を抱えた子どもたちが来たときにそれをディテクトできるかということに我々の学会が、大学の卒前教育もそうですが、そういうところで底上げをどうやってしたらいいか、そういう問題がありますね。そこでキャッチしたら、その次の段階として専門医、これはもうほかの児童をはじめとしていろいろな専門に特化して養成するというか、そういう学会があるわけですから、そういうところがどうやってそれを増やしていくか、機能させていくかという問題がある。それからその先に施設とか病院というものはどういう形であればうまくそれが受け皿になれるかというように、学会それぞれ今日お話を伺って違った持ち味というか、役割を持っていると思います。だからそういう視点でこの問題を、それぞれの場面をどういうように良くしていくかというようなことで考えられるかなと思って今日はお話を伺いました。

○柳澤座長