

参考資料

第6回意見の中間とりまとめ等について ～各学会のコメント～

日本小児科学会 別所 委員（平成17年10月7日）	．．．．．	3
日本小児神経学会 神山 委員（平成17年11月25日）	．．．．	5
	（平成17年11月28日）	．．．．11
日本小児心身医学会 富田 委員（平成17年11月26日）	．．．	15

第6回「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」に基づく意見

杏林大学医学部小児科

別所 文雄

先日10月5日の会議で、私ども日本小児科学会の役割がかなり明確になってきたものと思っております。最後に発言しようと思っておりましたが、時間切れになってしまいましたのでここで意見を述べたいと思います。

日本小児科学会は、基本的には小児に関する医学・医療全般に総合的に関わっており、その中での特殊領域については分科会が担当する形になっております。この点から、これまでの論議にはなかなかなじめない思いでおりましたが、それは論議が2つの問題を明確にせず問題間を行ったり来たりする形でなされてきたこととも関係しております。

2つの問題の1つは、これまでの医学教育の中で、子どもの心に関する面が十分ではなかったという認識の下に、今後の医学教育の中でどのようにその点を改善していくか、そのためにどのようなことが必要であるかということを経営的に検討すること、他の1つは、緊急の課題としてある現状に対する対策であり、この2つの問題を明確に区別する必要があるものと思っております。

以上の点に関して、中間報告書の構成を変更する必要があるように思います。その中で大きな点は、生涯教育の部分を、系統的な専門医育成の中でのものと、既に存在する医師を当面の専門医の代替えとして役立てるためのものとに分けて考えるべきであるということです。報告書にある生涯教育は、主に後者の意味合いが強いと思いますが、論議の流れの中では、どうしても前者の中の一環として意識されてしまいます。というのも一般的には生涯教育とは前者の意味で使われているからです。即ち、一般的な意味での生涯教育は、一般から専門までの様々なレベルで立ち上がった医師(狭い意味の研修期間を終了した医師)が、それぞれのレベルを維持し、進歩について行くためにあるものと考えられます。したがって、後者の意味合いでの養成プログラムは「生涯教育」ではなく、「子どもの心対策教育」など、別の名称が必要だと思っております。

系統的な専門医育成のためには、専門段階に応じてだれがそれを担うかが問題にされる

必要があります。逆三角形の図でいえば、Ⅰの段階からⅡの段階の一部を担うのが日本小児科学会であろうかと思えます。更に医学教育の理想から言えば、Ⅰの段階の前にもう1段階があり、それが学部教育と卒後の最初の2年間の初期研修で、日本小児科学会としては、これも担えるだけのシステムの改善が望ましいと考えています。日本小児科学会の小児科専門医の教育はⅠの段階の教育であり、学会の問題として考えると、Ⅱの段階の一部とⅢの段階の大部分は、その分科会である、日本小児神経学会、日本小児精神神経学会、日本小児心身医学会などが担い、Ⅲの一部および(あるいは)その後を日本精神神経学会が担うという構図になるのではないかと思います。この様な形での教育体系を整えば、医師全体の、子どもの心を扱う上でのボトムアップがはかられるのではないのでしょうか。

しかし、上記の系統的な養成のための教育体系が整い、その下で養成された医師が誕生するためには相当の時間が必要で、当面の問題の解決のためには、中間報告の生涯教育に相当する部分、即ち既存の医師の「流用」をどのように図るかについての方策が必要であろうと思えます。まず考えられるのは、一般医のための生涯教育の中に、子どもの心に関する項目を重点的に入れ、講習会や、救急医学の領域で行われている PALS の講習会のよう
に実習を重点に置いた講習会を数多く設定することでしょう。

ところで、問題解決のためには、中間報告では、Ⅳ. その他の課題として最後に付録的におかれている諸事項が最も大切なのではないかと思います。どのような立派な教育体系を作っても、小児科医になろう、精神科医になろうという若い医師がいなければ話しになりませんし、更に小児科医の中でも、血液を専門にしよう、循環器を専門にしよう、腎臓を専門にしようと思うのと同様、子どもの心を扱う専門医になろうとするものがいなければどうしようもありません。昨年、私が編集委員をしている小児科臨床誌で、子どもの心の特集にした際、全国の主な医療機関に、子どもの心を扱う診療をしているかどうかのアンケートを行いその結果を掲載しております。それによると92の大学、小児病院から「している」という回答を得ています。その内、問い合わせ先が小児科である、または外来名に小児科が冠してある、あるいは主任医師が小児科医である施設は47あり、これまでも決して子どもの心の問題が軽視されていたわけではありません。これらの施設の多くでは、予約制をとっており、私の大学を含めて1時間に1名程度の予約枠しかとれません。小児科医会からの発言にありましたように、一度は子どもの心を扱うことを表明しても、「やっていけない」ためにそれを取り下げざるを得ないのが現状です。この様な状況を解決することなしにどのような対策を考えても所詮は机上の空論になってしまうように思われます。

日本小児神経学会コメント1

平成17年11月25日

第7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参考資料

日本小児神経学会として以下のような素案骨子を提案します。今回は骨子の提出ですが、年末までには最終案として提出します。よろしくご配慮のうえ、ご検討のほどお願い申し上げます。

はじめに

子どもの心の問題を身体と切り離して扱うことは難しい。子どもの心の問題は子どもの身体に変化を及ぼし、子どもの身体の障害は子どもの心に影響する。子どもへの対応に際しては成人以上に、心身両面に配慮して対応しなければならない。そして心身を結びつける背景には神経機能がある。すなわち子どもの行動や心身の症状の背景に、神経機能を想定することができる者こそが、本検討会で言う「子どもの心」の診療に携わる資格を持つと考える。この理念のもと、以下の骨子を提案する。

基本的目標

- 小児科と精神科の連携
- 卒前卒後教育における子どもの心身の問題の重点化
- コメディカルの充実
- 教育機関・福祉行政との連携
- 診療報酬の抜本的見直し

具体的行動

- 短期的 子どもの心の診療に携わる医師及び専門医療機関の公表
- 短～中期的 健診の充実（簡易で有用な解説書の作成・配布と新たな健診の創設）
各学会での専門医等の更新資格における「子どもの心」関連の重点化
「子どもの健康週間」行事の充実。
研究教育費、海外留学等助成の拡充
- 中期的 各学会、各界での交流の促進（含 コメディカル、教育界、社会福祉行政）
学会等の垣根を越えた形での症例検討会開催
医師、コメディカル、教師の卒前卒後教育の中での子どもの心関連課題の充実
- 長期的 国際子ども機構（大学）の設立

基本目標と具体的行動策定の背景

<現状分析>

子どもの心の診療に関わる要素として、重症度（従来の議論の1, 2, 3次と言い換えても可か？）のほかに施設、疾患、年齢を挙げる必要がある。（図参照）

これらの要素を現実在即して考えてみる。まず施設についてだが、これは従来の議論の1次, 2次, 3次に「外来のみ」、「療育も可」、「入院治療が可」が各々対応しよう。次に疾患という枠については、1次は予防指導と発見（健診）が中心で具体的には言葉の遅れ、気になる行動、不定愁訴等が入り、2次には軽度発達障害と称されている学習障害・注意欠陥多動性障害・高機能自閉症のほか、自閉症、知的障害、さらには種々の基礎疾患を有する児の心の問題が入り、3次には行為障害、統合失調症等の精神病性障害が入ろう。起立性調節障害、虐待、摂食障害、双極性障害、心的外傷後ストレス障害・急性ストレス障害を含む不安障害、自殺、薬物中毒などはそれ自体で1-3次の場合がある。最後に年齢だが、これは低年齢ほど従来の議論の1次に近く、これには小児科医の関わりが多く、年齢が高くなるにつれ、従来の議論の3次が増え、思春期の患者の場合には精神科医が関わるが多かろう。

ただし、健診、不定愁訴に関しては幅広い層が対象となる。

このように考えると極めて多種多様な病態が、これまで「子どもの心」の問題としてなされてきた本検討会の議論に包括されていることがわかる。確かに理想的にはこれらの病態すべてに対し、養育者への対応も含め、適切に対応できることが望ましいが、現状を鑑みるにそれを一人の医師に早急に求めるのはいかにも困難である。

そこで小児科医と精神科医との密接な連携を図り、それぞれの長所を生かした形での役割分担を構築することが現実的な方策であろう。そしてその際考慮されるべきは、低年齢に対応する医師ほど、心身両面とその相互作用に対し深い理解が要求される、ということである。それでは現実的に「子どもの心」に関わる医師はどのような医師が適切であろうか？

1次では健診（1歳6ヶ月児、3歳児）に参加する小児科専門医、日本小児科医会認定の子どもの心相談医、日本小児神経学会所属医師のうち専門医取得以前の医師、がこれに当たる。後2者も当然小児科専門医である。

なお現在地域によっては5歳児健診が開始されている。そして5歳児健診が子どものこころ関連病態の発見とその後の対応において有用であるとの指摘がなされている。「子どもの心」の診療の1次健診には是非とも5歳児健診も加えるべきである。

さらに小児の心身の健康を確認し、思春期の問題行動を予防する観点から、1次健診として中学1年時点での健診も提案したい。この健診の役割は問題行動の顕在化・犯罪化予防、うつ状態の早期発見、生活指導に基づく生活習慣病予備軍の発見とその予防となる。

なおこれら新たに創生されるべき健診には小児科専門医でもある小児神経科専門医・日本小児心身医学会所属医師・日本小児精神神経学会所属医師の担当がふさわしい。

2次の医師は小児神経学会所属医師のうち小児神経科専門医、日本小児心身医学会所属医師、日本小児精神神経学会所属医師が担当すべきである。

3次には大部分の日本児童青年精神医学会所属医師、日本思春期青年期精神医学会所属医師、精神科医師の中で児童精神を標榜する医師と一部の小児神経科専門医（自薦）、日本小児精神神経学会所属医師（自薦）の担当が望まれる。日本児童青年精神医学会所属医師、日本思春期青年期精神医学会所属医師、さらには精神科医師の中で児童精神を標榜する医師は当然2次対応も可能だが、3次対応可能な医師数に限りのある現状では主として3次対応とならざるを得ない。

なお日本心身医学会の認定医も主として思春期以降には1-3次を担当する場合があるだろう。しかし本検討会の主たる課題である「子ども」との関連は比較的少ないと考え、本稿での議論からは除いた。

<具体的行動の内容>

このような現状分析を踏まえ、具体的行動を挙げる。

まずは2次、3次を担当可能な医師並びに3次医療機関を「子どもの心の診療に携わる医師ならびに医療機関」として公表することを提案する。これは医療を受ける国民の側から見て極めて重要かつ基本的で必須の情報である。なお3次医療機関については先にも述べたように入院治療が可能な施設が基本となろうが、必ずしもこの規定に該当せずとも自他共に3次機関と認めえる施設があることを付記しておく。

次の行動は、1次担当医師の技能の充実である。これについては担当医師が手軽に使用でき、かつ有用な「子どもの心」に関わる病態の見方、対応方法、ならびに養育者への対応についての基本的解説書を作成し配布する必要がある。中期的には各学会が意見交換をした上で作成することが望ましいが、当面は小児神経学会で作成に入った解説書を使用することを提案する。作成後の印刷、配布については厚生労働省の予算措置をお願いしたい。なお将来的には教育委員会とも協議の上、学校関係者（校医、学校カウンセラー、養護教諭、一般教諭等）対象の同様の解説書の作成、配布も行いたい。文部科学省では現在、学習障害・注意欠陥多動性障害・高機能自閉症の児童に学校現場で対応できるコーディネーターを養成中であるが、本解説書はその養成にも寄与しよう。

2次以降の医師の技能向上に際しては、各学会での専門医等の資格更新の活用の有用性が従来の議論でも一部なされた。しかし「子どもの心関連」の重点化の議論はなかった。検討会の趣旨からすれば、「子どもの心の診療に携わる医師」として公表を望む医師に対しては、各学会での専門医等の資格

更新に際し、「子どもの心関連」のクレジットに重きを置く必要が生じよう。「子どもの心関連」の具体的内容については、「心身を結びつける背景には神経機能がある。すなわち子どもの行動や心身の症状の背景に、神経機能を想定することができる者こそが、本検討会で言う「子どもの心」の診療に携わる資格を持つ」という冒頭の理念を再確認したい。各学会の到達目標との関連等解決すべき課題はあろうが、この方向性は本検討会として当然の帰結であろう。

また先に述べた現実にある小児科と精神科との基本的な役割の違いを認めた上で、各学会間でのコメディカルも含めた交流の促進が「子どもの心身」を統合的、包括的に考える上で今後ますます重要となる。厚生労働省の積極的な後援をお願いしたい。

無論学会の垣根を越えた形での症例検討会開催も急がれる。学会間等の交流についてもその積極的な促進を進める上で行政サイドからの支援が必要である。

なお本検討会の主題は医師養成であるが、現在極めて深刻な「子どもの心の診療に携わる医師」不足の現状を考えると、コメディカルスタッフの充実とその経済的下支えは急務である。なおここでいうコメディカルには保健・療育関係者（保健師、保育士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、心理療法士）、福祉・教育関係者も含まれる。

さらに大学の教育学系に所属する医師のより積極的な関与も望まれる。特に特別支援教育に関与する教員、心理療法士、言語聴覚士への科学的見地からの指導がより一層重要である。その際医師と教員の連携を円滑にするためにも、行政的な対応が望まれることは言うまでもない。縦割り行政の弊害を感じさせない対応を望みたい。

子ども心の問題は今や国民的な関心事である。ただし、繰り返しになるが、子どもの心身を分けて考えることは成人以上に難しい。この当然の事柄についての理解が十分ではないことを危惧する。子どもの心を抱う者は常に身体に留意し、子どもの身体を診る者は、常に心に留意しなければならない。この基本的な点について、広く国民に認識していただく必要がある。その意味で、是非とも現在日本小児科学会が地方会単位で実施している「子どもの健康週間」行事を、子どもの心身の発達を総合的に育むという視点から統合、発展させ、関連行事（相談会、講演会等）を充実させ、広く国民に子ども心身の問題点についての理解を深めていただく場とし、さらには子どもたちの心身の健康破綻の予防と早期発見の重要性と必要性を訴える場とする必要がある。

現在の日本の財政状況を鑑みると、社会保障費の中の医療費として「子どもの心身」関連予算を獲得することは困難である。しかしあくまで社会保障費の一部として「子どもの心身」関連予算を考えるならば、診療報酬の抜本的見直しが必要なことは言うまでもない。現行の体系は検査に偏り、21世紀に求められるべき「疾病の予防や早期発見の基本となる各種健診や、時間をかけて診療すべき精神、神経関連の診療」は疎かにされている。これらの点に留意した抜本的な体系の見直しが求められよう。いうまでも無く、従来の検査、治療、ケア重視の医療体系は破綻した。21世紀のあるべき医療視点は疾病の予防・早期発見である。子ども心身の問題の重点化もこの視点から推進される必要がある。

なお子ども心身の問題の根本原因はまだほとんど解明されていない。「子どもの心の診療に携わる医師」を養成したからといって子ども心身の問題が解決するわけではない。長期的視野に立脚した戦略が求められる。すなわち将来への投資という観点から「子どもの心身」問題への予算配分が実現される必要性を強調したい。その際のシンボルとして、子どもの発達や行動、心身の問題を総合的、包括的、多面的に捉え、分析解明する目的の国際機関、国際子ども機構（大学）の設立を提案する。このような趣旨の国際機関であれば、予算配分に際しても国民の合意は得やすいのではないだろうか。厚生労働省が中心となり、従来の縦割り組織を排し、文部科学省、総務省、外務省等とも連携をとりながら、さらには国連、ユニセフ、WHOともタイアップしながら、ぜひともこのユニークな施設の設立を、地球規模で将来を見据える形で目指していただきたい。

以上

1次

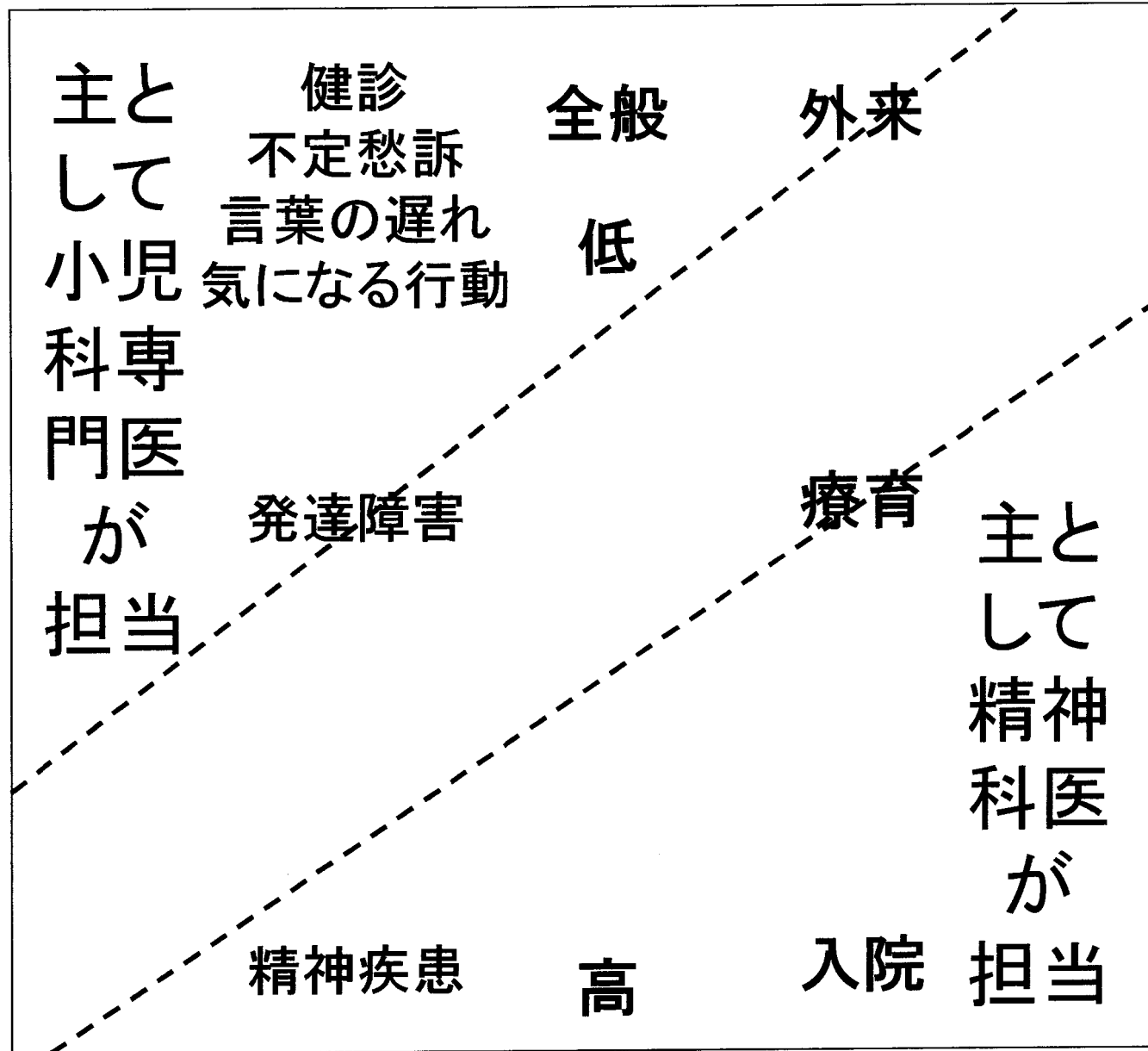
2次

3次

疾患

年齢

施設要件



起立性調節障害、虐待、摂食障害、双極性障害、不安障害、自殺、薬物中毒等については1次から3次の各レベルで相当する状態がある。

子どもの心の診療における教育・研修目標

理念

子どもの心の問題は、脳機能との関連が大きい。いわゆる軽度の発達障害も基本的には脳の機能障害である。その他の場合も含め子どもの心関連の状態の基本は脳の機能障害であり、そのために周囲の人たちとコミュニケーションが十分に取れず、いわゆる子どもの心の問題がおきると考えることができる。すなわち子どもの心の問題の背景には、必ず脳機能の変化がある。そしてこの変化を想定することのできる者が心の問題を抱えた子どもたちに対応するに適しているといえよう。

I. 1次の医師

小児科：

1. 一般教育目標

「子どもの心の問題について、身体的疾患を抱えた子どもの一般診療の中でも常に留意し、虐待の兆候にも敏感に気づくことができる。また逆に不定愁訴といえども安易に心の問題とするのではなく、あくまで器質的疾患の有無を最初に診断することができる。

子どもの心の問題に関して、軽症例への初期対応とそれ以上の例に関して適切な紹介ができる。

簡単に保護者を責めるような態度は慎む。」

2. 個別行動目標

(1) 知識

第7項の「抗不安薬および・・・」の項目は不必要と思います。

第8項「身体疾患や薬物、生育環境要因（生活様式の変化、家族形態の変化、親の意識の変化、少子化、メディアの氾濫、物質的な豊かさ、しつけの消失等）によって子どもに引き起こされる症状に関する知識を有する」

第9,10項として

発達障害をきたす疾患に関する知識を有する。

いわゆる心身症と器質的神経疾患の関係についての知識を有する

(2) 技術

追加項目として

言葉の遅れや気になる行動（落ち着きが無い、うまく遊べない、過敏である等）を問題として把握できる技術

運動障害・言語障害をきたす疾患の早期症状を見逃さない技術

虐待を受けた子どもを見逃さない技術

II. 2次の医師

1. 一般教育目標

子どもの心の問題について、中等症例までの対応と、適切な療育機関や病院の紹介ができる。(従前どおり)

地域保健、福祉、教育、行政と連携して子どもの発達障害や心の問題にたいして適切な療育ができるように協力することができる。

2. 個別行動目標

(1) 知識

主な発達理論を簡単に説明できる。

子どもの発達に関し、正常例、境界例、異常例について知識がある。

DSM, ICDの診断に関して簡単に説明できる。

精神障害全体に関する知識がある。

発達障害や精神症状をきたす小児神経疾患に関する知識がある。

言葉の遅れや気になる行動(落ち着きが無い、うまく遊べない、過敏である等)について説明ができる。

脳神経系に影響する薬剤に関する知識を持っている。

子どもの身体疾患や薬物、生育環境要因によって子どもに引き起こされる症状に関する知識を持っている。

子どもに行われる心理検査、発達検査に関する知識を持っている。

脳画像・脳機能画像および脳機能検査に関する知識がある。

(2) 技術

小児神経学的診察を行うことができる。

発達障害をきたす疾患の診断ができる。

発達障害・精神症状の早期発見ができる

合併症のない発達障害に対応できる。

子どもの心関連の疾患(言葉の遅れ、気になる行動、不定愁訴、学習障害・注意欠陥多動性障害・高機能自閉症、自閉症、知的障害、種々の基礎疾患を有する児の心の問題、起立性調節障害、虐待、摂食障害、双極性障害、心的外傷後ストレス障害・急性ストレス障害を含む不安障害、自殺、薬物中毒)のうち、重症度が中等度までの場合、外来での診断と治療ができる。

不登校や引きこもりに関して、統合失調症やうつなどの精神障害の鑑別ができる。

親子関係の問題に関する見立てや介入ができる。

虐待が疑われたり、実際に虐待を受けた子どもや親子関係に、関係者と連携をとりつつ適切な対応ができる。

適切な補助診断法(脳画像、脳波、事象関連電位、心理検査など)を選ぶことができる

子どもの心関連の症状について、その症状をきたした原因についての的確な判断と対処法を保護者に示すことができる

地域保健、福祉、教育、行政と連携して、子どもの心関連の諸問題の早期発見、適切な介入、関係者への指導に関わることができる。

Ⅲ. 3次の医師

1. 一般教育目標

子どもの心の問題に関し、前項で述べた疾患（言葉の遅れ、気になる行動、不定愁訴、学習障害・注意欠陥多動性障害・高機能自閉症、自閉症、知的障害、種々の基礎疾患を有する児の心の問題、起立性調節障害、虐待、摂食障害、双極性障害、心的外傷後ストレス障害・急性ストレス障害を含む不安障害、自殺、薬物中毒）の重症例、難治例、特殊例に加え、行為障害、統合失調症等の精神病性障害の診断と治療に関し、他職種が関わる対応チームの中心的役割を担うことができる。
子どもの心の診療にかかわる医師あるいは関係者の養成に携わることができる。
子どもの心の問題に関する多面的な研究に携わることができる
地域保健、福祉、教育、行政、司法との連携ができる。

2. 個別行動目標（挙げるときりがないと思いますが・・・。）

(1) 知識（以下の3点にまとめることができますと思います）

子どもの心関連の諸疾患の理論、病態、診断基準、対応方法に精通している。
子どもの権利擁護に関して精通している。
子どもの心関連の諸疾患に関わる法律に精通している。

(2) 技術

子どもの心関連の諸疾患及びその合併症を理解し、病児のみならず親及び親子関係にも、薬物療法も含め適切に対応できる。
神経学的診断方法(新生児から思春期まで)及び精神医学的面接法を十分に理解し実行し、かつ適切な補助診断法を利用し、解釈することができる。
乳幼児健診から中学卒業後までを見越した系統だった生活指導と支援活動を理解し、保護者などに適切なアドバイスができる。
1次、2次担当者からの問い合わせ、医療間連携に的確に対応できる。
危機介入を行うことができる。
周産期の母子保健についても適切な対応ができる。
子どもの権利擁護を行うことができる。
地域保健、福祉、教育、行政、司法、警察、矯正との連携が適切にできる。
小児科・精神科の研修医をはじめとする医師あるいは関係者に適切な指導ができる。

(3) として「研究」の項を追加

発達学の最近の動向を理解し、関連分野の研究者と融合研究ができる
さまざまなテクノエイドや新しい訓練方法などの開発研究ができる
新しい高次脳機能検査方法の開発研究ができる
遺伝子学との共同研究ができる
障害児が住みやすい街づくりなど非医学系の団体とも共同研究等ができる。

以上

