

○奥山委員

それで「家族への治療が出来る」というのを一番下に入れてはあります。

○牛島委員

本人と家族とを分けない方が、より円熟した精神医学ができるような気がします。

○齊藤委員

一次では、そこまでは考えない。二次では、その区別がつく。三次は、そのことにきちんと治療的介入ができるというのはクリアカットですね。

○牛島委員

僕はよく経験するのですが、大学にいる時は人が何人もいるから重症なものでもビクともせずに受けることができたのに、クリニックで一人でやっていると、少しでも重症化すると何もできなくなります。僕の能力が落ちたのかというと、必ずしもそうではない。

○奥山委員

ボーダーのお話はそのとおりで、しかも二次と云ってもいろいろあって、三次的なことまでやって下さるところもあれば、そうではないところもあるので、概ねというつもりで書きました。

この間のお話では、一次医療、二次医療、三次医療というところでまとめた上で、さらにどのように養成したらいいかという養成の方に結びつけたらどうかというお話だったので、まずは医療として何ができる必要があるかというところを書きました。

二次医療をなさっている先生でも三次医療機関へ行けばできる先生もおられるでしょうし、三次医療はできるけど一次はできないという先生もおられるかもしれないです。医療システムとして一次、二次、三次ということを考えておいて、これをベースに、どういう養成をしていったらいいかを考えたいというのが前回のお話だったので、目安みたいなものを書いてみたということです。

○杉山委員

現状はどうかというと、二次と書いてあるところを三次のところで行っていて、一次と書いてあるところが二次医療機関で辛うじて行っているところがあるかないかという状況なのかなと思います。一次医療機関というと一般の小児科とか一般の精神科のクリニックですから、そこでアノレキシア・ネルボーザをやれることもありますが、やっていくうちにうまくいく、いかないことがあって、二次に行くわけです。重症度に応じてヒエラルキーが上がっていく部分と、小児科の外来で強迫性障害をやってくれるかということ、それはちょっと難しいのではないかという部分があります。

夜驚症のような放っておいてもいいような問題は一次でやって下さい、とかそういう議論の方がわかりやすいのではないかと思います。

○柳澤座長

ここでは病名として6つの病気を挙げたので、このようになっているわけですが、疾病ごとに見ていった時に、これは一次で対応できるとか、しにくいとか、そういうのはたくさんあると思います。

○神山先生

議論がよく見えなくなってきたのですが、最初に逆三角形のIの部分のレベルを上げることがこの検討会の大きな議論だという話があって、先般の話で、小児科でも精神科でも専門医をとった後で生涯教育をやる。生涯教育の中で夜驚症は診て下さい、強迫性障害は精神科の先生のところに送って下さい、というようなトリアージの仕方を具体的に教えるということによろしいのでしょうか。

25頁から書かれていることを一つの目標にして、生涯教育のところで一次の先生方にはこういったところを目標にして講義をしていただいて、具体的に夜驚症という病名をあげてもいいでしょうし、地域によっては発達障害はこの先生、ANはこの先生にという具体的な話をする。そういうことを目標としたらいいのかなと思って聞いてたのですが。

○柳澤座長

この検討会での提案がこういう形で出されれば、それに対する具体的な行動としては、今、言われたようなことが今後、社会で行われる。そういうことだと思います。

○山内委員

小児科、精神科と分けて書いていただいて、精神科はこういうところが弱いから、このようにしなくてはいけないということがわかったのですが、最後の表まで2つの区分でいきますと、小児科医、精神科医が峻別されているように感じます。小児科の先生でも精神医学的な素養を持っている方もいれば、精神科医でも子どもに深くかかわっている人もいます。その前のGIOとかSBOはみな共通でしたので、そういうものに従って、プライマリーのところではこういうことができるようにならなければいけない、というのが明示されていて、それを自分の立場で考えたら、これが弱いからというので、ここに挙げられているようなところを一生懸命学習するというスタイルではないかなと思います。最初から最後まで2つの区分でいくと、どういうことになるのかと危慮を覚えました。

○森委員

一次、二次、三次というのは前回の議論から出てきた話です。ここにこだわることがど

うということなのかよくわからないのですが、一次というのはもっと幅の広い範囲をトリアージできるほうが良い。そうでないと、かかる方としては、専門的な部分の中のあまりできない人たちは一次で、少しできると二次で、ということは理解できません。これは範囲が違うと思います。小児科も精神科もまとめて一次としてはこういうことまでは全体の知識を持っていて下さい、というような共通項を作り、二次、三次になっていった時に、もしかしたら小児科と精神科が分かれるかもしれないし、精神科の中で専門領域が分かれるかもしれません。だから逆なのだと思います。一次は広く浅くではないでしょうか。

○柳澤座長

そういう議論のプロセスを経て、こういうことでということで今日の表が提示されているのかなと思います。

○奥山委員

そうではなくて、私自身もどうしようかと迷いました。一次の先生にお願いすることを書くのに、小児科と精神科を一緒にすると共通項しか出てこないの、小児科ではもう少しやって欲しいとか、精神科ではこの部分をもう少しやって欲しいというのがあるのではないかと思い、敢えて分けてみたのですが、分けない方がよいというご意見が強いようであれば、検討して書き直すことも難しくはないと思います。

○富田委員

私は今の意見に反対です。現実に一般小児科医と精神科医はかなり違いますし、患者さん自身が行く時の意識は全然違います。ほとんどは小児科に最初は来ると思いますから、小児科医は精神科的な知識を少し持たなくてはいけない。精神科医まで行かれる方はすでにそこでだいぶセレクトされて、専門的なことを知りたいとか、年齢が思春期とかになります。低年齢だったら小児科にほとんど来ると思います。二次、三次は一緒になってもいいですけど、最初は小児科と精神科を分けておかないと、ここにお集まりの先生方は認識は非常にあるにしても、私の臨床経験では、小児科医は精神科的なことはほとんど知らず、薬の使い方も苦手です。これに対して成人を診ておられる精神科医はまず薬剤があって、発達とか親子関係というのはあまり診ようとされない。私は一緒にすることに反対です。

○森委員

先生の仰ることはよくわかります。小児科医と精神科医の現状から考えればそのとおりだと思います。ここで問題にしているのは、これからどうしていくかということなので、お互いがお互いを知ることが大事だと思います。小児科医しか診られない部分、精神科医しか診られない部分がプライマリーにあるのなら、お互いに意見交換をするように提言をするのが本検討会の役割ではないかと思いますが、その点はいかがでしょうか。

○富田委員

理想はそうだと思いますが、現実的にはそこまでいかないかなと私は自分の臨床では感じています。

○山内委員

あるべき姿として、一次としてはこういうことができるべきだ、二次としてはこういうことができるべきだというのがあってと思います。しかし、今の議論はストラテジーとして、精神科医あるいは小児科医はジェネラルな訓練の中でこういうことができているので、こういう点を特によく学習してもらわなくてはいけないというようなもので、あるべき姿というか、GIO、SBOとストラテジーが混在しているから、そういう話になるんじゃないかと思っています。

○牛島委員

もう一つ考えておかねばならないのは、一次、二次、三次という形の医者の姿が描き出されたのですが、それを具体的な形でどのように決めていくかということです。この人は一次、この人は二次、この人は三次でという決め方です。三次医療までできる医師は各学会が認定した専門医に限るとか、一次は一般の小児科医・精神科医とするにしても、中央の二次はどんなふう決めようとしているのか。短期間の講習会をやったら、その資格は与えるというレベルで考えているのか。二次というからには臨床経験もきちんと積んだ人でないとそういう認定はできないというところまで考えているのか。その辺りを考えないままに議論が進んでいるので、わかりにくいような気がします。

○柳澤座長

その辺りのイメージについては今までも何回かいろいろなところで議論が繰り返されていると思います。

○山内委員

我々の出発点は逆三角形であるわけで、いろいろな患者が来た時に、どんな見立てができるか。一つの医療圏で考えれば、小児科、精神科、どっちに来るかわかりませんが、まず、その医療圏に相談に来た。隣の先生はもう少しやっているから、そこで診てもらいましょう。そこでやったけれど、とても対応できないので、もっと専門的な診療の場をもっているところをお願いしましょう、とか比較的ルーズな関係で考えないと、線引きで一次か二次かという、いろいろ問題が起こるのではないかと思っています。

○星加委員

小児科の側から見ますと、奥山先生が作られた内容はよく理解できます。先生のイメージの中では、通常の小児科医が鑑別診断をして、多発性硬化症のような神経疾患を外す。それは小児科医がまず最初にやるべきことだろうと先生はお考えになっているのだろうと思うのと、技術のところに出てくる疾患群を見てみると、年齢と共に自然に消失していく可能性の高いものを選ばれているのだろうと思います。

これを一次というか二次というか、どちらでもいいような気がしますが、その辺りを小児科の中できちんと分けをして、小児科医が扱いにくいものは早めに送り出してしまうというところが大部分の小児科医がやるべき仕事のように思うので、小児科の部分は私にはとてもよく理解できます。

視点はいろいろありそうな気がしますが、小児科に関しては、第一次医療機関に求められているところが小児科の中で9割5分を占めてしまうのではないかと、そんな感じがしてました。精神科の方はいろいろ議論があるのかもしれませんが、小児科はこれで実際に動かせるのではないかと印象があります。

○齊藤委員

モデルとして6つの疾患が挙げられていますが、これがそのまま今後正式に動くとする、不登校というのは問題ではないでしょうか。不登校という現象だけで医療が一次から三次まで動いていくと考えると、不登校児をみんな病気というのかという何十年来の不毛な議論が始まるに決まっていますので、これは避けていただきたい。精神疾患が疑われる不登校とか、引きこもっている子どもや青年たちにどうかかわるかというのはとても重要なことですから、入れておいてもいいなとは思いますが、不登校という名前で載せるのはやめた方がいいかなと思います。

○柳澤座長

6つの疾患を表示したのはどういう観点でしょうか。25頁～28頁までは一次、二次、三次と分けた医療機関の医師に求められる知識と技能ということですが、これは報告書の中でも触れなければいけないものです。29頁と30頁の表は、25頁～28頁の議論をする上でのイメージを明らかにするためのモデルとしてこのようなものを挙げてみたということだと私は思ったのですが。

○奥山委員

そういうことです。発達障害、子ども虐待、神経性食欲不振症だけでもよいと思いますが、この3つは比較的新しい問題で、現在、すごく注目されている、ある意味で特殊な問題でもあります。もう少しベーシックなものを挙げておいた方がいいのかなと思って、ベーシックと思われるものを3つ挙げさせていただいたというだけです。期待されているのは最初の3つでいいのかもしれませんが。

○杉山委員

25頁～28頁の一次、二次、三次の振り分けでいきますと、二次医療機関というのは小児科や精神科の中で特殊外来を行っているということで考えますと、精神科の二次というのは27頁に書いてあるように11歳以上とするのは問題だと思います。ここは特殊外来でやるから児童精神科外来になるので、0歳からやらないと特殊外来の名前に値しないと思います。たとえ二次であっても。

○神山先生

二次のところで一般論として全て診なくてはいけないという理想的な状態はあると思いますが、現実の問題として、発達障害が得意な小児科医、虐待が得意な小児科医、精神科の先生でも小さい子も診られる先生もいるし、10歳ぐらいの子が得意な先生もいると思うので、医者側としては得意な分野を示すことが大事だと思います。他のは診ない、というのはまずいと思いますが、僕たちは全員が全部のことを診られる状況ではない現実があるわけだから、まずは得意な分野をやって、得意じゃない患者が来た場合は紹介する。それは二次なのか三次なのかわからないのですが、そういった区分けが現実的かなという気がします。

二次医療といっても、牛島先生が仰ったように、大学病院と個人のクリニックでは仮に同じ個人が対応するにせよ全然状況が違うわけです。医療心理師とか臨床心理士がいるかないかで全然違うわけで、一次、二次、三次医療というのはドクターだけじゃなくて、スタッフも含めてのことなのかな、チームのことなのかなとつくづく思います。

○柳澤座長

現実には全くそのとおりだと思います。小児科医にしても精神科医にしてもそれぞれ得意な分野の診療を行っているし、医療機関においてもそういった現実がありますが、この検討会として診療医の養成という観点から、より専門性の高い医師を養成していく上で、このように整理をする必要があるのではないかということだと思います。

○神山先生

先ほども話が出ました一次のレベルアップのところの生涯教育の充実というのが一つの課題で、その中の具体的なプログラムを小児科サイドからと精神科サイドから、お互いが足りないところをやるのが具体案の一つだと思います。二次、三次に関しては、ある程度のレベルに進んでいる人については短期研修でもいいかもしれません。一方で三次のドクターに対する半年ないし1年のプログラムを充実させる。その具体的な項目内容に関しては25頁～28頁に書いてあることを基礎にして、そこを積み立てていくという話で良いのですか。

○柳澤座長

そういうことだと思います。その順序として、プライマリーのところのレベルアップからやっていきたいと思います。その順序として、プライマリーのところのレベルアップからやっていきたいと思います。その順序として、プライマリーのところのレベルアップからやっていきたいと思います。その順序として、プライマリーのところのレベルアップからやっていきたいと思います。

○齊藤委員

今日の議論を伺っていて、一次、二次、三次というのが混乱してきてしまったのですが、一次というのはほとんどの小児科医と精神科医が入るのではないかと。二次というのは児童に特別に関心をもって診る、三次は専門的にやる。だとしたら一次医療に求められることは、子どものケースが来た時に、うちの専門じゃないからといって何の評価もせずに放り出すことはしない。かといって、そういう子どもが来た時に、これは大変だ、とんでもない病気に将来なるから何かしなくてはいけないということも結構あります。そういうことはしないで、こういうルートで医療に乗っていったら、このお子さんは適切に対処されると思います、という情報を伝えられるぐらいが一次医療のレベルではないかと。そう考えてよろしいのでしょうか。

○柳澤座長

そうだと思います。ここで一次医療と云っているのは一般の小児科医・精神科医のレベルアップということであって、開業の小児科医、病院の小児科に心の問題をもったたくさんのお子さんが受診するわけですから、現状よりもレベルアップしたレベルで対応できるようにしたい。

○齊藤委員

今回のモデルに書かれている一次医療の水準が高すぎるような感じもします。一次医療は正確に広く知っていてくれれば十分ではないかという感じがします。

○森委員

さきほど申し上げた共通項というのが議論になってしまいましたが、そういう難しい意味ではなくて、もっと低いレベルの共通項をきちんと持つということだと思います。それが一次だと思います。そのレベルを広げていく。たまたまここにかかったから助かったけど、こっちにかかったら駄目だったというのを無くしたいということではないでしょうか。かかる側としては、小児科だの心理だの精神科だのと分ける必要がどこにあるのかということになると思います。

○奥山委員

一般の小児科の先生方がかなり診て下さっています。夜尿症とか排泄障害とか睡眠障害

とかチックなどの習癖とか、その辺りまではジェネラル・ペディアトリシャン（一般小児科医もしくは総合小児科医）が診るものという目標値ではあるわけです。それに対して一次のレベルの一般精神科の先生は子どもはあまりご覧にならないので、ここに書かせていただいているのは、見逃さないということと、精神障害児をもった親ごさんが育児に困っている時に、それを助けて欲しいとか、15歳以上のお子さんは診て欲しいということと、11歳以上のお子さんに関して二次医療が必要かどうか判断をする。11歳以下のお子さんについては、紹介できる先を知っているかどうかぐらいで、そんなに多くは書いているつもりではないのです。小児科の方は先ほど星加先生が仰ったように、少し違うかと思いますが。

○星加委員

齊藤先生のご意見に対して、小児科の立場から少し補足させていただきたいのですが、私の立場から見ると、この中に書いてあることは先生がイメージされていることとはかなり違うのではないかと思います。先生は精神科医としてこの文章をご覧になったと思いますが、私の目から見ると、これはそんなに難しいことを要求しているわけではないと思います。小児科の外来に来てしまった子どもたちに対して、私たちの立場として一番大きいのは鑑別疾患だと思います。神経疾患が心身症という診断名になって不登校か何かになって、2年もたつて歩けなくなってから受診するなんていうことが実際に起こりうるわけです。まず小児科医が鑑別診断に徹底して、ある程度の知識を得ておく。今まで小児科医が実際には見よう見まねでやってきたようなことを少し整理していくというのがこのレベルの話ではないかという気がしますが、奥山先生のイメージとしてはそれでよろしいですよ。

○奥山委員

そのつもりでやりました。

○柳澤座長

このレベルに関して今までスクリーニングとかトリアージという言葉を使っているわけですが、そういう役割がきちんとできる。

○杉山委員

問題は、精神科の二次をどういうイメージにするのか。児童精神科の外来と考えるのか、それとも大学で非常勤が行っているようなレベル、あるいは市民病院で非常勤の方が行っているようなレベル、あるいは市民病院の中にある精神を対象とした精神科の外来を二次医療と考えるのか。

○柳澤座長

子どもの心に特化した外来を行っているレベルを二次と考えていると思います。小児神経科の外来の中で小児神経の専門の先生が週1回、こういう子どもたちを集めて外来を行っているとか。

○牛島委員

これは専門医を育てるための施設としての二次医療ですか。それとも、それを担当する精神科の医者ないしは小児科の医者の能力の問題ですか。

○柳澤座長

医師の立場の問題だと思います。

○牛島委員

週に1回、大学病院で特殊外来を行っている精神科の医者ないしは小児科の医者は二次医療に属するのですか。それとも専門家ですか。

○柳澤座長

私は二次だと考えます。

○牛島委員

そういう専門を行っている人というのは非常にベテランで、指導力も大変あるからこそ週1回ずつ行っているはずですね。

○奥山委員

先ほど申しましたように、二次のドクターに求められる最低限の知識と技能ですね。

○牛島委員

三次の専門家と、一次の一般の小児科・精神科の医者は比較的是っきりしていると思います。ところが、二次と称される人たちの能力については全然はっきりしないのです。そういう子どもたちを好んでやるという定義はあり得ないのです。

○杉山委員

私は二次をこういう具合にイメージしたのですが、私の友人で一般のクリニックを開いている児童精神科医がいます。彼は二次だと思います。そこは小児科からも照会が来るし、精神科からも照会が来るわけです。それが二次だとすると、牛島先生が仰っているのは、専門医の三次の部分が高度専門機関ということですか。

○牛島委員

専門機関ではなくて、児童青年精神医学会が認定している専門医療をイメージしていません。機関ではありません。

○杉山委員

ここに書いてある三次というのは入院治療が必要なことがあるので、子どもを専門とする…。

○牛島委員

専門医のイメージをどうするのかということを決めないと。これは施設をどう作るかの問題ですか。

○杉山委員

一次というのは一般的なわけです。二次は専門性をもった人間の行っている外来診療を含む外来とか臨床なわけで、三次というのは入院治療まで可能な…。

○牛島委員

先生は施設の話をしているのでしょうか。精神科医ないしは小児科医個人の能力の話にならないとおかしいのです。

○奥山委員

この表の基本は施設です。一次医療、二次医療、三次医療といった時は施設だと思います。その施設にいる医者に求められる知識と技能ということで。

○牛島委員

この逆三角形の一番下に属していた、例えば成育医療センターで大活躍していた先生が野に下った時は二次になってしまうのですか。その先生的能力は落ちてしまうわけですか。

○奥山委員

養成のところの最終到達点は別の問題です。それを考えるにあたっての一次、二次、三次の整理です。これを整理した上で、SBOとかGIOの養成の形を考え直すということであって、一次にいる人は全員これではなくてはいけない、二次にいる人はこれではなくてはいけない、これ以上の知識を持ってはいけないというわけではありません。

○齊藤委員

機関の問題と人の問題が混線しています。機関の問題で一次、二次、三次と決めた時に、人間で二次というのは最大限二次機関のところまでしかやれなくて、三次機関ではやれない人をいうわけですね。

○奥山委員

そういうつもりではないです。それぞれの医療で必要な人材があり、それを養成するにはどうすべきか、ということです。

○山内委員

患者さんの立場で考えてもらいたいと思いますが、私なり私の子どもが困った問題があって、近くのかかりつけの小児科の先生なり精神科の先生のところへ行っただとします。そこでトリアージなりスクリーニングをしてもらって、こういう問題があると思うので、もっと専門的にやっているあそこの外来の先生のところへ行って、よく相談してみてくださいと言われたら、一次から二次にわたったわけです。そこでやったけれど、これは行動障害とかいろいろなものが強すぎて普通の外来では対応できないので、心理の先生とかいろいろなスタッフのいるところでやってもらいましょう、と言って、そこの先生が三次のところをお願いします。

先ほど牛島先生が言われたように、今まで対応できたけど、クリニックに行ったら対応できなくなった。先生は専門外来をやっている二次ですが、そこで対応できなくなったら三次としてもっと重装備のところをお願いします。牛島先生は二次の対応能力もあるし三次の対応能力もありますが、今のところ対応できるのはどこなのかということで決まるのではないのでしょうか。

○牛島委員

逆三角形で一番下にいる人と2番目と3番目にいる人は、自分の勤めている場所によって変わってくるという意味ですか。その人の持っている能力によって決まってくるのではありませんか。

○山内委員

両方だと思います。先生は三次までの能力は持っているけど、今は一般精神科クリニックで働いているとしたら、そこでは時間がかけられないので、一応のトリアージはして二次に回す。そういう役割を果たすこともあるし、特殊外来を持っているクリニックにいた時には一次から送られてきた人を診て、これはもう少し重装備のところをお願いしなくてはいけないという役割を果たすこともあるし、先生が三次の重装備のところでは働いていたら、そこに来た人を受けて治療できる。先生は3番目までの能力を持っているわけですから、いる場所においてどういう役割も果たすことができる。今までの議論からいけば、働

いている場所での能力として少なくともこういうものを持っていて欲しいということを考えようということではないでしょうか。

○牛島委員

私は重大な問題を抱え込んだと思っています。それは何かというと、児童青年精神医学会には100人ほどの認定医を認めております。その考え方でいくと、50人以上は一番下の専門医としての能力を持った人として認定できないのです。

○柳澤座長

学会の認定する専門医と、ここでの議論を絡めると問題になると思います。この検討会で、先端部分にしても専門医制度を構築するとか認定をどうするとか、そういうところまで議論をするにふさわしい場だとは思いませんので。

○牛島委員

わざわざ専門医制ということをしなくても、こういう子どもを扱う施設をどんどん増やしていけば、なんの問題もないわけです。そうするとポジションもあくでしょうし、大学医局も人を送るでしょうし。

○山内委員

そう言ってしまうと身も蓋もない話になってしまいます。そうではなくて、一般の小児科医・精神科医も、もう少しこういう問題についての素養を身に付けて欲しいとか、その次にはクリニックなり特殊外来を持ったところを増やして欲しい、それに足るような人を学会としても養成しましょうといったようなことを考えればいいわけで、場所をたくさん作ればいいという話にダイレクトに結びつかない方がいいのではないかと思います。

3. その他

○柳澤座長

活発なご議論をありがとうございました。今回の議論につきましては、事務局に、本日の皆様方のご意見を盛り込んで、さらにアップデートしていただき、次回さらに議論を深めていただきたいと思います。

それでは、事務局から連絡事項をお願いします。

○事務局／母子保健課長補佐

それでは最後に、事務的なご連絡をさせていただきます。次回、第6回目の検討会につきましては、これまでの検討会のご議論をいったん議事録風に取りまとめる作業もごさい

ますので、その準備期間も考慮しております。

委員の皆様方の日程調整をさせていただきました結果、少々、時間があきますが、次回は10月5日（水）の16時～18時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。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。以上です。

4. 閉会

○柳澤座長

それでは、以上をもちまして、第5回子どもの心の診療に携わる医師の養成に関する検討会を閉会させていただきます。どうもありがとうございました。

—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

斎藤（内線：7933）

飯野（内線：7938）