

日本の医療の中で専門医といった場合は、学会の認定した専門医制度と裏腹に使われていますが、ここで専門医という言葉を使った時に、関係している学会が合同で新しい専門医制度を作るかどうかというのは違った議論ですし、時間的にも簡単なことではない。この検討会として方向性を示すことはあるかもしれませんが、具体的な検討は無理ではないかと私は思っています。

○牛島委員

児童青年精神医学会の専門医制度で認定した人と、日本小児精神神経学会で認定した専門医と、この2つをもってこの検討会の専門医とするというのはできるのかというと、そう簡単にはできません。その難しさはあるような気がします。

○西田委員

子どもの心の専門医に要請されていることは、いろんな問題を持っている子どもが問題を改善して、それまでの生活が保障されないといかんとします。そうすると必ず子どもの育ちを保障するという視点を持った専門医がいけないと思います。子どもの医療ができるシステムを持ったところがあって、そこを利用しながら、そういう知識を持った医師が実際の臨床活動ができないと無理だと思います。

ある県に行くと、何も無いところがあります。ある県に行くとかろうじて1つあって、そこが三次医療としての機能を備えていて、二次的な専門医、一次的な医療機関の人たちが利用できる。利用することでお互いの知識を交換しながら、何ができて何ができないかというのが自分たちもわかってくる。いくらスクリーニングをかけて問題とわかっているけど、その問題を解決する方法がなければ、結局、何もなくて終わってしまう。今の日本で、問題を持った子どもたちを引き受ける場所はほとんどありません。

総合病院の中で、入院してもきちっと教育も受けられ、治療も受けられ、育ちも保障されるところがあれば、そこを利用しながら専門医がどんどん養成されていくと思いますけど、ほとんどありません。そうすると知識だけになります。

○柳澤座長

理想的な姿としては、この検討会での議論を経て、西田委員が言われたような形が報告書として書かれなければいけないと思いますが、それは中長期的なビジョンであって、その前に、具体的にそういうシステムを作り上げなければいけないのはボトムのところだということを申し上げているわけです。

○西田委員

ボトムのところを上げるためには、そういう治療もあるのだとわかるところが身近になると、ボトムにならないような気がします。逆三角形の底辺にすごい加重がかかっている、

あそこがつぶれてしまうような感じを受けました。問題ばかりあげてもらって、専門医のところに来た時にはなくなってしまいます。

○柳澤座長

そういう訴えを持った子どもたちが社会にあふれているわけです。現場の小児科医にしても精神科のドクターにしても受けとめているわけですが、そこでの対応をもう少しレベルアップしなくてはいけない。トリアージするにしても、もう少し精度を上げなければいけない。そういうことから始めるべきではないかということをお願いしているわけです。

○神山先生

社会にそういう子どもたちがあふれているとか育ちということが出ましたので発言させていただきますが、この問題は医療だけの問題ではないと思います。骨太の政策で社会保障費を減らそうという話がありますが、子どもに対するお金を将来の投資という形で別枠で考えるような根本的な提言ができたらいいなと思いました。

○南委員

社会にあふれている困っている方たちが医療に対して医療的な解決を求めて来るわけで、そこで何をしたらいいかが課題だと思うのです。お子さんですから小児科医のところに来るケースが多いと思いますが、そこでの受け皿が必要なのは当然のことながら、そこから先が保障されなければ、そこでいくら拾っても意味がないわけです。どちらかという問題ではなくて、トータルに保障されなければ結局は意味がないことになりません。

逆三角形の一番下のところが今の日本の現状では、西田先生が仰ったことが現実だろうと思いますから、それを受けとめるところが最後はないとすると、それは非常に大きな問題で、そこを保障しながら、なおかつ幅広く受けとめること以外、困っている人を解決する方法がないということを強く提示する必要があると思います。

○星加委員

ご意見はよくわかります。初期診療を担当する医師にとって送り先がない状態で診療するというのはとてもつらいと思います。私の場合は距離的に一番近い都立梅が丘病院にお願いすることが多いのですが、病床はいっぱいはずなのに、やりくりしながら、本当に大変だったら早めに診てくれるわけです。私どもの大学から研修のために人が出ているのでよくわかるのですが、あの状態でなんとかぎりぎりやっているというのは、大変なことだと思います。このあとは府中に移転して、不採算性のためにベッド数を減らすことになっているという話を聞きました。

下のほうを育てるのはいいのですが、上のほうを切ってしまうのは送り先がなくなって

しまいます。初期の診療を担当する小児科医としては気になるところです。そのあたりも含めてお考えいただきたいと思います。

○柳澤座長

切ってしまうというのは論外の話だと思いますよ。

○星加委員

梅ヶ丘は縮小という予定で、平成19年が少し延びて21年になったのでしょうか。それは決定したことであると聞いておりましたので、気になりました。

○柳澤座長

それでは、先に進みたいと思います。資料4-3には周辺の課題ということで、診療報酬の問題、病棟基準の問題、精神保健福祉の問題、医療システムの問題、専門医資格の問題、ポスト（就職先）の問題、コメディカルの問題が挙げられています。これまでの議論の過程で委員の先生方からご指摘のあった課題について事務局で類型化したものです。この検討会の中心課題ではありませんが、養成を行う上で考慮することが求められているものです。ご意見があればお願いいたします。

○富田委員

診療報酬の問題の1の(3)の「投薬が少ない」というのは非常に現状にそぐわない書き方ではないかと思います。投薬すれば儲かるみたいな、ふた昔前の医療に対する一般の人の感覚で、今やこの分野で薬云々が診療報酬とは全然関係ないと思います。

○西田委員

実際に児童精神科で入院にかかわっている者として今まで思っていたのは、親御さんが同意しないと治療ができないのです。子どもの治療を受ける権利からするとおかしいです。最近、三重県と厚生労働省が協議しまして、第1種自閉症施設という名目がありますので、児童福祉法の入院も可能となりました。児童福祉法が子どもの人権を擁護するという立場から精神科への入院もできるということで、医療保護入院という手続きをとらなくてもいいという判断を出したのです。そんなことできるのかと思ったいたのですが、読み込んでいくと、子どもの治療を受ける権利を守るというのは、児童福祉法がもっと前に出なければ精神科の治療も受けられる。

小児科は子どもが治療を受けることができます。児童福祉法に絡むと、親御さんの同意がなくても道筋があるわけです。心の問題になるとそれができないというのはおかしいですね。しかも人格の形成上で、将来、大人としての自立を阻むような問題が起こるわけです。そこがもう一歩前進すれば、精神保健福祉法の問題はクリアできる。児童福祉法のも

とに子どもがいろんな権利を擁護されながら精神科の治療が受けられる。

そうすると医療費の問題も少しくクリアします。虐待の場合だったら、親御さんが医療費を払わなくてもいいような措置もできます。今度、児童福祉法の改正があって、第28条の申請をすると2年の有期限での検討ができますので、昔より家庭裁判所が親権についての判断をしやすと思います。その間に後進国的な司法の関与がもっとできて、子どもの権利が守られながら、親から簡単に引き離すのではなくて、親との再統合も含めた治療も見据えて、いろいろな保障ができていく。児童福祉法が絡めば、子どもの育つ権利を保障するようなサービスとか、医療だけではできないこともできてきます。その辺りの一歩ではないかと思えます。

○柳澤座長

今の西田委員からのご発言に関連したことを前回か前々回か、奥山委員もおっしゃってましたよね。

○奥山委員

先週、厚生労働省の雇用均等・児童家庭局から児童相談所の所長さんたちにお話があったと伺っておりますが、西田先生が仰ったように、精神病床に児童福祉法でいう一時保護委託ができるというのが厚生労働省の統一した見解として出されたということです。一時保護委託ですから、入院した患者さんは児童福祉法に基づくわけです。拘束とか、個室にかぎをかけるというのは児童福祉法では許されていないのですが、どうしても仕方がない時に全体としてかぎがかかっているところに入れるというのは不可能ではないようです。

精神保健福祉法が子どものことは考えなくていいという問題ではないと思えますし、本道として精神保健福祉法は子どもの権利についてきちんと組み込んでいってほしいというのは変わらないテーマではないかと思っています。

また、西田先生が仰ったように、一時保護や施設入所中の子どもの入院に関しては、小児科としては治療をしています。手術の時の同意をどうするかというのはずっと横たわっている大きなテーマです。まだまだ解決しなくてはならない点はたくさんあると思えます。

○西田委員

一時保護委託というのはごまかしだと思います。受ける側からすると、すごく受けにくいのです。1日千いくらでは、受ける側にとっては採算性が落ちるので、きっと受けないと思います。うちが受ける時は、第28条を必ず出したケースに限ったんですよ。第28条を出しておけば、そのうちに審判が出て、その時には児童相談所長に親権の代理をする人になっていただいて、精神保健福祉法をカバーできると考えております。児童の権利を守るような、しかも親御さんが子どもの生命にかかわるような医療行為を拒否している場

合でもきちんととできるようなシステムができるといいと思います。その責任を取るような人がいたらいい。

○柳澤座長

周辺の課題の中に精神保健福祉法の問題も入ってくるのですが、そこにはあまりこだわらないようにしたいと思います。

○杉山委員

あいち小児センターでは小児科病棟で子どもの心の入院治療をやっているのですが、閉鎖ユニットが必要です。精神保健法に準じた形の院内倫理規程を作りまして、拘束に係る全部の文書を作り直して、院内の倫理委員会を通したのですが、そういうことをやらないと子どもの権利を守ることがうまくできない。

もう一つは、採算性の問題が気になっていますが、2年おきの見直しが今年度です。今年の夏か秋の段階で見直されていないと、その次の見直しはさらに2年後になるわけです。今の日本の非常に苦しい医療の状況ですと、何かを削らないと新しいものは認められないようなのですが、お年寄りを削って子どもにつけろという議論が通用するかどうか。そういうことを考えると、この問題に関しては厚生労働省の見解を早めに出すことはできないのでしょうか。

○柳澤座長

「健やか親子21」にしても「少子化社会対策大綱」にしても、今までの厚生労働省の文書にはすべて小児医療は不採算だということは書いてありますよ。この検討会にしても、そのことが検討会の主題と切り離せない重要なことだということになれば、報告書に書くことはできるわけです。書いたからといって、すぐ診療報酬に反映されるかどうかはわかりません。

○伯井委員

不採算の問題はずっと言われてきております。厚生労働省の一部局が少し予算を取ってきて、よそを減らしてということでは解決しない、政治マターなんですね。いろいろな事件が起こったり、いろいろな問題があるということは誰もが認識しているわけですから、この検討会の意向をいかに政治マターにして大きなものを主張するかということにかかっていると思います。

いろんな問題を検討されておりますけど、ハードとソフトという面から考えますと、大きなところからいかないと、専門家をすぐ養成することはできません。現場をどうするかという問題は専門家でなくても、かかりつけ医とか一般医が対応していかざるを得ない。そのためには何をするか。そういうことを含めて大きな枠組みからいかないと、あまり細

かいことでいくと混乱してしまうかなという気がします。最終的には、せっかくこういう検討会が設置されたのですから、政治マターにしていかないと、机上の空論になってしまって、いろいろと答申を出しても、そのまま机の上に積んでおかれることになりかねない。大きなところから政治マターにしていこうことを考えたほうがいいと思います。

2. 専門の医師の養成方法について

○柳澤座長

それでは、先に進みたいと思います。次に資料4-4は「子どもの心の診療医の養成方法に関する検討課題」ですが、これが中心的な課題になります。

1 番目、教育・研修の対象は、卒前研修、卒後研修とあります。

2 番目、教育・研修内容の概要として、卒前教育に関してはこのようなこと。卒後研修に関しては一般小児科医・精神科医というボトムの部分、心の診療短期研修終了医に分けて書いてあります。

3 番目、医師養成体制に関する検討目標が整理されています。

これについて、残された時間で議論をお願いしたいと思います。

G I O、S B Oという言葉が出てきます。教育に関係している者にとってはなじみが深いので、おわかりかと思いますが、あまり聞いたことがない言葉だと仰る方がおりましたら、あらかじめ説明しておきたいと思います。

「G I O」は general instructive objectives、一般教育目標と訳されています。

「S B O」は specified behavioral objectives、個別行動目標ですが、教育の計画などを立てる時に必ず使う言葉なので、それを援用したのだと思います。教育について目標、目的、方法などを検討する場合、まず一般的な目標を書いて、それを実現するための個別の行動目標をいくつか挙げるという一般的な手法がありますので、それに基づいて事務局とサポートチームがまとめられたのだと思います。

○森委員

Ⅱの1の卒前教育の(1)医学部生のところのG I OとS B Oの意味がよくわからないのですが、「子どもの心の問題についての配慮する必要性を認識している」という日本語は正しいのでしょうか。

○柳澤座長

ミスプリントです。「子どもの心の問題について配慮する必要性を認識している」、このほうがまだわかりやすいかもしれません。

○森委員

一般的にSBOというのはスペシファイドした行動目標です。行動目標を全部重ね合わせるとGIOが見えてくるものなのですが、GIOに対するSBOが「子どもの心の問題の代表的なものの名称と対応の基本を述べることができる」、これを述べることで、配慮する必要性を認識したことになるのか。

○柳澤座長

学部の教育のレベルはこの程度だと考えたのだらうと思います。

○森委員

そういうことではなくて、SBOは一般的に1つではないのでSBOsになっていて、そのSBOsを見ると最初の目標がわかってくるというものですから、もう少し細かく分けていただいたほうがいいのではないかとという意味です。

○柳澤座長

わかりました。GIOが1つあって、それにSBOが3つ4つ羅列されているというのが普通のパターンですね。医学部の卒前教育、卒後の初期臨床研修についての議論は当検討会としては後回しにしたいと思います。

専門研修の中で一般小児科医・精神科医に対してどういう教育をしていくかというところから始めましょう。これは全くのたたき台的な記述だと思います。

○奥山委員

大きな枠組みについてご検討いただきたいと思うのは、一番最初の時点で三角形を作る時に議論があったのですが、先ほど神山先生から小児科がコンサルトできる医師、というお話も出てきたので、枠組みとして、一次、二次、三次という分け方をしたほうがいいものか、それとも一般小児科・精神科と専門医という形で大きく2つにすべきなのか。

○柳澤座長

これは3つになっているのではないですか。

○奥山委員

実は最初は4つ考えていたこともあります。それを3つにしたのは、議論をして、外来で週に1回、心の専門の外来を開いてます、というような二次医療をなさっている先生方も専門医に入れてよいのではないかと、という意見があって、これは成り立っております。これでよいのかどうか。全体を網羅し、難治性のもも診られる専門医と、二次的な病院を分けたほうがいいかどうかをご検討いただいた方がよいかもしれません。いかがでしょうか。

○柳澤座長

堂々めぐりの議論はしたくないですけど、何かご意見はありますか。

○吉村委員

20頁に病名がありますね。小児科の先生でもすべて診られるとか、精神科の先生はこれだけが診られるとか、色分けあるといいと思います。最初に座長が仰ったのは、プライマリーのところは、小児科の先生も成人の精神科の先生もトリアージと簡単なものはそこで対処できるようにする。二次のところは、私はこれは深く診ますよとか、全体を診る医者ですよとか、そういう意味ですよ。三次のところは1つなのか。ナショナルセンターみたいになっていて、小児科の先生もいるし精神科の先生もいるし、すべてに対応できる入院の重症な難治性の治療をするところが三次という区分けである。ということは、二次のところはいろいろな色分けがあると思ったんですけど。

○柳澤座長

20頁にICD-10に準拠した病名が並べられていますけど、おのずから色分けがあると思います。それを整理してみることもできないことはないと思います。

○吉村委員

一番深いところは、この中のすべてのものの重症なものなのか、あるいは何か特殊な病気を入院治療するのか。

○柳澤座長

幅の広い病名であっても、その中の重症度の高いものと、この病名であればというものと両方あると思います。

○吉村委員

どこかに施設が1つあればよろしいようなものは一番深いところと考えるとよろしいのですか。真ん中のところはいろんなジャンルの方々がおられるということになりましょうか。

○奥山委員

二次医療にしても三次医療にしてもいろいろだと思います。施設によって診られるものは限られますけど、自分の限界を考えながらコミュニケーションをとって、住み分けていくことが必要だと思います。二次の中には、いろいろな得意分野の先生方がおられると思います。一般的に考えると、精神科の先生方は思春期までは診ていただけることが多いのですが、幼児期はなかなか診ていただけない傾向があります。小児科の先生方は行動の間

題などの見える問題を「こういうふうに対処したらいいよ」とお母さんにお話しするような対処は得意ですが、病理性の深い問題に関しては対処しづらい傾向があります。一般的に小児科と精神科で考えるとそんな区分けかなと思います。

○吉村委員

小児科の先生方の中で個々の専門医をつくっていかなくてはいけないし、精神科の先生方の中で小児に特化した専門医をつくっていく。オーバーラップしているところがあるというイメージになるのですか。

○柳澤座長

専門性の高い部分に関してはね。

○吉村委員

一番深いところは1カ所じゃなくて、細かく分かれていくのですか。

○杉山委員

子どもの心の専門家の私のイメージとしては、発達障害も情緒障害も両方ともやれるということだと思います。三次医療で子どもの心のニーズの高い部分としては、情緒的な問題も念頭に置きながら発達の問題も両方ができないといけないと思います。二次医療でも情緒的な問題も発達の問題もそこそこやれないとまずいのではないかと思います。発達障害はこれだけやれますというのでは子どもの心の専門家としては不十分なのかなという感じがしています。

○山内委員

資料4-4は研修のステップで分けているようなところがありますよね。これまで議論があったように、一次、二次、三次というふうにして、最初に患者さんが来た時にどういうことができなければいけないかという意味のGIOを作って、それについてのSBOを並べる。二次の人はどの程度のことまでできなければいけないのか。一次、二次、三次で分けて、研修もこの程度のことすべきであるというようにしたほうがイメージがわかりやすいように思われますが、いかがでしょうか。

○奥山委員

教育の流れというのは全体の枠組みが決まっているわけですが、一次、二次、三次で何をするかと考えたほうがいいでしょうか。

○山内委員

先ほどの吉村委員の話とも結びつくわけで、三次のところではこういうことができないと困りますよ、二次のところではこの程度までできればいい、一次については、卒前教育ではこの程度のことはかしてないし、卒後の小児科、精神科の研修でもこの程度してないもので、こういうふうにしなないといけないということが明確化されるのではないかと思います。

○柳澤座長

貴重なご意見で、皆さんの賛同が得られれば、そういった観点から組み直すことはできると思います。

○神山先生

先ほど吉村先生から三次の具体的なイメージとしてナショナルセンターとおっしゃいましたけど、診療する立場としては各都道府県に1つぐらいはそういうのがないと診療できないと思うので、そのぐらいのところを目指していただけたらと思います。三次のところではどんなに難しいことでも断れないわけです。但し、二次のところでは全部できる医者の数がそろるかという、それは理想ではありますが、現実には難しいのかなという気がします。僕たちの中でも行為障害とか統合失調症は得意じゃないし、そういうのは無理だと思います。せっかく一次の先生から紹介していただいても素通りして三次の先生にお願いしなければならない場面もあると思うのですが、三次の先生方にかかる負担を多少とも減らせるようにしたらいいのかなと思います。

二次のところでは心の診療短期研修と書いてありますけど、短期研修をしたら情緒障害を全部診られるのかという、これまた相当難しいのではないかという気もします。

○柳澤座長

短期と書いてありますけど、それでいいのか。2年は必要ないけど1年はほしいとか、そういう議論が出ていましたので、ここで言っている短期というのはどういうものかというのを整理しなくてははいけない。言葉を変えてもいいと思います。

○神山先生

小児神経学のほうでは1年か2年、ナショナルセンターで勉強しますと、地域に帰ると専門家であって、ここで言う三次になるわけです。そんなイメージが重なっているので、これとの違和感を覚えました。

○柳澤座長

ナショナルセンターでレジデント研修を終了した人は専門家だということですね。

○富田委員

20頁はICD-10に準拠とありますが、ICD-10では心身症という名前は消えていますし、身体表現性障害という少し子どもの場合はすっきりしないと思います。子どもの場合は身体症状が重要になりますので、心身症的なものも語句の中に入れていただきたいと思います。また、日本の場合は発達障害でも情緒問題でも不登校という形で出てくるものが多く、不登校の場合は学校との関連も大きいので、是非、「心身症」と「不登校」の2つを入れていただけたらと思います。

3. その他

○柳澤座長

この点は当検討会として中心的な課題ですので、次回も議論が続きますが、今日はたたき台をお示ししたということです。今日は活発なご意見をいただきました。資料4-1から4-4までありますが、先生方のご意見を盛り込んで、次回までに事務局に修正していただいて、次回はさらに具体的な養成方法の議論を中心に進めていきたいと思っています。

これからの議論の進め方について事務局から説明をお願いします。

○事務局／母子保健課長

活発なご議論をいただきましてありがとうございました。この会議が始まる前に座長と打ち合わせをさせていただき、サポートチームの奥山先生などと話をさせていただいて、資料4がかなり形らしいものになったので、頑張れば、秋ぐらいにはそれなりの形ができてあがるのかなと思っておりました。そうしますと、来年度以降に走りながらでもモデル的な研修が実施できるかなと思っておりました。

今日のご議論を聞いておきますと、資料4は量的にも、たたき台としてはかなりのものが出せたのではないかと思います。細かいところになりますと、例えば小児科と精神科で共通の項目があり得るのかとか、小児科サイドの方はこの程度になるのかとか、年齢をどうするかとか、対象疾患を絞り込むのかとか、いくつか大きな問題が出てきました。

次回以降のご議論の程度にもよるのですが、希望的に申しますと、あまり寒くならない秋の段階で、中間的なものをおまとめいただくような方向になればいいなと思っておられます。今日は後半、貴重なご意見を頂戴しまして、皆さん方の中で意見が集約できることが重要ですので、焦らずにやりたいと思います。いずれにしましても寒くならない秋口にはモデル的な研修のあり方に資するような中間まとめ的なものをご提出いただければと思っています。以上です。

○柳澤座長

今日の活発な議論を受けて中間まとめを作るにしても、そうあせらずにいきましょうと

いう課長さんからの申し出がありましたので、議論を進めさせていただきたいと思いません。しかし議論が堂々めぐりしたくありませんし、散漫に広がっていかないほうがよろしいかなと思います。

資料5で中間報告と最終報告に係る作業日程、資料6で中間報告のための検討内容の案が出ていますが、これについては目を通していただくということによろしいでしょうか。

○吉村委員

20頁と21頁の疾患の中で、これは精神科の先生が絶対に診るというのがあったら、おっしゃっていただくとありがたいのですが。

○柳澤座長

F2の統合失調症というのは今までの小児科の臨床の中では難しいと思いますけど、ほかにもいくつかあると思います。

○奥山委員

一般小児科では難しいかもしれませんが、二次では小さいお子さんは診ざるを得ないこともあります。ここは絶対に精神科でなくては診られないというのではなくて、程度によると思います。薬物療法を少し行っている低年齢のお子さんが小児科に逆に紹介されることもあります。程度によるのではないかと思います。

○柳澤座長

先ほど吉村委員からのご意見に対して、病気によっては専門的な知識、経験が必要なものがありますし、同じ病名でも重症度によってお願いするものもあるという言い方をしましたけど、そういうふうには必ずしも分けられないということですか。

○奥山委員

精神科の先生がご覧になるのが多いだろうと思うのは、F2とかF1の部分です。しかし、精神作用物質といっても薬のステロイドといった問題だったら小児科でも扱いますので、全てが精神科とは言えないのですが…。

○吉村委員

どの程度の専門医を育てるかというのは、いま先生が仰ったように、その辺りは全部診られるくらいの専門医を育てたいということですか。

○奥山委員

15歳で発症して統合失調症だったら成人の先生方にするお願いすることもできると思

います。低年齢に関しては、ある程度のものは全て診られるということになると思います。

○杉山委員

一つの問題はキャリアオーバーの問題です。例えば広汎性発達障害という診断ですと生涯にわたる問題になるものですから、20、30、40になった方を小児科の先生が診てくださるのかどうかということがあります。統合失調症にしても若年の問題というのは薬の効き方にしても非特異的な問題があって、一般の精神科のドクターのくせでバーンと出すと、それでおしまいということもあって、ずいぶん違う問題があると思います。そういう意味で、どのレベルもある程度やれるというのが専門医の条件になるのではないかと思います。

○吉村委員

一つの専門医をつくっていきこうというように考えてよろしいんですか。

○柳澤座長

専門性の高い部分に関してはそうですけど、その中でもいろいろあって、全く一つというものではないと思います。

○奥山委員

外科が専門の先生でも、こっちの先生はこれが得意、こっちの先生はこれが得意というのはあると思います。しかし、それは、全員が最低限の知識や技術のある程度は修得する必要があるという前提です。全員が知るべき基礎的知識や技術の上に、私は発達障害が得意ですよとか、私は統合失調症が得意ですよというものが出てくるのではないかと思います。

○柳澤座長

次回以降、資料4、5、6の内容を中心に進めていきたいと思います。

時間になりましたが、事務局から何かございますか。

○事務局／母子保健課長補佐

最後に事務的なご連絡をさせていただきます。次回、第5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した結果、7月27日、水曜日の16時から18時を予定しておりますので、どうぞよろしく願いいたします。会場が決まりましたらご案内させていただきます。

○杉山委員

オレンジの紙を配らせていただきましたが、10月14、15日に第94回日本小児精神神経学会が開催されます。テーマとして「子どもの心の専門家」の問題を取り上げます。ここでシンポジウムを行う予定で、初期研修の方、真ん中ぐらいの方、高度の専門医の方をシンポジストとして、自分はどんな研修を理想と考えているのかということを出してみたいと思います。

指定討論として、厚生労働省の担当の方も、医学部長会からもどなたかにご参加いただければと思います。小児科の先生を中心に300～400の方がいつも集まっていますが、名古屋ですともっと多いのではないかと思います。この問題に関心のある方が多く、非常に熱気があることが、おいでいただくとおわかりいただけると思います。ぜひよろしくお願いいたします。

4. 閉会

○柳澤座長

それでは、以上をもちまして第4回の検討会を閉会とさせていただきます。ご協力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

齋藤 (内線：7933)

飯野 (内線：7938)