

○柳澤座長

これは事務局からもまとめるときの考え方をお伺いしたいと思いますが、私が受け取っているのは、系統的な養成の方法として、このレベルについての到達目標はここまでという形で書いてあると思います。そうした場合に、若い人たちが育っていくときには、それに沿っていくと。ただ既存の人たちに関しては、同じレベルまで部分的に欠けているところがあるとすれば、そこまで到達するような研修会や講習の機会を検討していただくという、日本小児科医会などはそういう役割を担っているのではないかというのが、いつも申し上げているところです。書き方としては、系統的なものを書いているわけですが、既存のドクターについては、それを目標に何らかの方法、研修の機会をつくっていただきたい。

○保科委員

今の柳澤先生の言葉でいいと思うのです。現在の立場に当てはめれば、これから出る人がこの「1.」のもので、もうできあがった人がこれから専門性を少しでも広げていくというのが、この子どもの心の診療を専門的に行う小児科・精神科医についてだと思うのです。ですから、これから出てくる人は、一番ボトムのところの検討がこれからの医師だと、できあがってもう小児科医や精神科医をやっている人がプラスアルファになるときは、この「2.」になってくると考えればいいと思います。

○柳澤座長

そうです。子どもの心のプライマリ・ケアの対応について、プラスアルファのものを、専門的にある程度見ていきたいという場合には「2.」のところですが、General Pediatrician (ジェネラル・ペディアトリシャン) としても、今のレベルよりはもっと上を、もう少しレベルアップをすべきではないかというのは基本的な共通認識だと受け取っておりました。

○山内委員

今のところは大事な点だと思います。新しく研修する人たちはこういう視点でやるべきだし、既に専門医・一般医になっている人たちも生涯教育として、こういうところを補填する必要があるといったようなものがどこかに入っていれば、例えば日本精神神経学会では、学会の研修の時に、生涯教育として既に専門医になっている人たちのための講座を設けることになると思いますので、どこかで明言しておいた方がいいような気がします。

○森委員

今のお話とほとんど同じですけども、ここの題目のところ、これは教育のシステムに沿って作っているわけで、卒前教育、卒後研修というシステムになっているものですか

らわかりにくくなるのです。このボトムアップという話は、現在いる先生方のボトムアップをしないと、ボトムアップにならないだろうと思いますから、17頁の「2) 小児科及び精神科の専門研修」の次に「卒後臨床研修修了後の研修」とわざわざ括弧付けで書いてあるものですから、そこでわからなくなると思うのです。ですから、卒後臨床研修修了後の研修及び何らかの生涯教育とか、そこに何か入れていただければ、その辺のところはクリアできると思います。

○柳澤座長

意味するところは、言われる通りだと思います。また場合によっては、戻ってもいいと思いますが、先へ進みたいと思います。その前に、18頁に「iv その他小児科・精神科一般医の養成に対する意見」と、今までの議論の中で各委員の先生方から出された意見が「その他」という形でまとめられているわけですが、ここで書かれているようなことが、有効でしかも具体性のあるものであると、この検討会として皆さまがお考えであれば、それを当面の対策あるいは中長期的な対策のところに移動するというか、持っていくという位置付けで、ここにまとめてあるということによろしいでしょうか。ですから、そのように書いてあるところに関しても、そういう観点からもう一度見ておいていただきたいと思っています。

○山内委員

今の18頁「iv その他小児科・精神科一般医の養成に対する意見」のところは大事な問題だと思います。この「○教育・研修の到達目標について」の中の二項目目のところについてです。最初からこの検討会でも議論となっておりまして、一般小児科医と一般精神科医で、確かに患者層は違いますが、「必要とされる技術等に相当の違いがあるため」というような表現は、誤解を生む危険があるし、何か全然違う技術を持っているように思われる危険があります。実際は、子どもを診るといふ点では同じなのですが、そこに至る経緯が違う。そして、それぞれ足りないところは、きちんと補い合うという発想が必要なのではないかと最初から思っておりました。こういう書き方は注意した方がいいのではないかと思います。

○柳澤座長

今のご意見はチェックしておいて下さい。

○吉村委員

少し戻るかもしれませんが、15頁の教育のことです。目標が、これは医者の方というか、学生の方になっているのです。「子どもの心について配慮する必要を認識している」というのは、学生のことでしょうか。

○柳澤座長

そうです。学生のことです。

○吉村委員

実際に必要なのは、そういうことをしっかりと教育するカリキュラムを作る。それから教員もしっかり教えてもらう。できれば専任教員が望ましいとか、そっちの方が自動的に起こるわけではありませんので。

○柳澤座長

それも、またこの報告書で使われている用語と言いますか、書き方のスタイルの問題で、あくまでも受ける側が主語になって教育目標などを記載していますので、こういう書き方になっているわけです。

○吉村委員

具体的な検討となると自動的に学生が認識すれば良いというか、させるということですか。

○柳澤座長

そうです。大学としてやらなければならないことは、認識させるということです。

○吉村委員

認識させるための具体策が必要となるのではないのでしょうか。例えば、カリキュラムを各大学に確立するとか。それから、それを教育する要員を確保するとか、できれば専任が望ましいとか、あるいは、実習施設と連携をして確保するとか。

○柳澤座長

ですから、それは具体的な方法としては、そのような書き方をするわけですが、目標は、常に学生が何々できるというような形で書かれている。

○吉村委員

自動的にできるわけではなく、いかにそうさせるかという具体策が当面の対策ではないかと思いますが。

○柳澤座長

そうです。当面の対策というか、対策に関してはそういう書き方になると思います。

○吉村委員

そうですね。

○柳澤座長

目標は、何回も言っていますように、学生が何々できるとか、あるいは研修医が何々できるとか、あるいは小児科医が何々できるとか。

○吉村委員

それが目標ですね。すみません、少し戻ってしまいました。

○柳澤座長

少し、行ったり来たりしてしまいましたが、18頁の中程から書いてある「2. 子どもの心の診療を専門的に行う小児科・精神科医について」、「i 教育・研修の到達目標」の次に、これも同じように「ii 養成のための具体的な方法」として「A. 当面の対策」、そして「B. 中長期的な対策」が18頁から19頁にわたって書いてあります。

○森委員

今日の話の最初のころに、この領域は「子どもの心の診療を専門的に行う小児科・精神科医」というのは、ある特定の領域の子どもの心の診療にも関わっている人もここに入ると書いてあります。別添の「教育・研修到達目標」の「子どもの心の診療を専門とする小児科医・精神科医」の枠の中の「1. 一般教育目標」のところで、突然、「中等症例までの対応と適切な紹介ができる。」と、全般のことが突然出てきまして、ディスクレパンシーを感じてしまったのですが。

○柳澤座長

そうでしょうか。

○森委員

これでいいのでしょうか。要するに、前の議論で、ある特定の領域で、例えば私もそうですが虐待なら虐待のことだけをやっているケースもある。それも、ここに入る。

○柳澤座長

入ると思います。

○森委員

その人たちの目標は、全般的なこともやりなさいよ、ととらえるわけですか。

○柳澤座長

例えば小児科医であっても、発達障害に関しては興味があつて、日常診療の中である枠を決めて、発達障害の子どもたちを専門的に診ている人がこのグループだと思いますけど、そういう人が、ここに書いてある一般教育目標と矛盾するのではないかと仰っているのですか。

○森委員

そういうことです。

○柳澤座長

どうでしょう。サポートチームはその辺について、どのように考えましたか。

○森委員

要するに、この「子どもの心の診療を専門とする小児科医・精神科医」にある「※2」について、「子どもの心の診療をサブスペシャリティー」のところの「サブスペシャリティー」というのもまた非常に難しい言葉ですが、「サブスペシャリティーとして行う医師」と書いてあることと、ある特定の領域については、小児、小児と言っても、色々な、今、たくさんの領域があるわけですし、特定のことはやっているという先生もここに含まれるという意識を感覚的には、持っていたものですから。それは、サブスペシャリティーなのかなとも思ったりしたのですが、その辺を少し整理して教えてもらえると助かるのですが。

○奥山委員

私どもサポートチームは、全体をみる最低限必要な知識や技術があり、その上に発達障害なら発達障害としてのスペシャリティーということになると考えました。例えば、発達障害に合併症が加わったら、これは、どう判断してどこへ送るとか、あるいは情緒障害がもともとある子どもが来たら、発達障害との鑑別をして、きちんと紹介ができるとか、そういうことも含めて最低限のレベルはこのサブスペシャリティーの方々には学ぶ必要があると思います。最低限のレベルがあつて、その上に発達障害であるとか虐待であるとか…。

○森委員

さらに、得意分野があると。

○奥山委員

はい。両方なければ、この「子どもの心の診療を専門とする小児科医・精神科医」はで

きないのではないかという考え方をしました。

○森委員

わかりました。

○柳澤座長

どうでしょうか。このサブスペシャリティーという言葉も残しますか。人によって、多少とらえ方が違うかと思えますし、一般の方にはわかりにくいと思いますが。どうしても必要な言葉でなければ、省くなり他の言葉に置き換えた方が良いかと。

○森委員

要するに、ここの部分が前から議論になっている一番明確でない部分なものですから、その辺りの輪郭が見えてくるといいなと思い、そういう意味で質問したのですが。

○柳澤座長

こういった部分を担う日本小児精神神経学会あるいは日本小児心身医学会、日本小児神経学会もそうですが。

○星加委員

これは私から話すよりも、富田先生からお話いただいた方が良いと思いますが。資料の中にも入っていますが、私自身が、日本小児心身医学会の研修委員会を担当していた時期に、色々な工夫をしてみようということになりました。通常、講義だけというのは、非常に疲れるだけで、あまり頭に残らないというイメージがあったものですから、参加型にしてみたり、色々なロールプレイを用いてみたり、あまり退屈させないような方法を幾つか考えていて、全部がうまくいったとは思わないのですが、恐らくそれは、どこの学会でも、このちょうど中間にある、ある程度専門に診られる先生方を育てて行くためには、非常に役に立つのではないかと考えておりました。富田先生から続きをお願いします。

○富田委員

星加先生が言われたように、日本小児心身医学会は、研修委員会が星加先生を中心にまとまっています。参考資料の15頁から27頁までに詳しく書いております。研修会は初期からずっとやっておりまして、どちらかというところボトムアップを目的に一般医を対象にして、地域で医師会に呼びかけたり、小児科医会に呼びかけたりして、学校の先生も含めて来ていただく方法で日曜日にやってきました。

次いで、現在、議論されているサブスペシャリティーぐらいの人を対象にして、ロールプレイだとか実習をするという格好で、イブニングセミナーを今年まで7回行ってきまし

た。今年には心理検査の基礎知識ということで演習、質疑応答、総括をしております。こういう形のもの、一般の先生に地域でできるだけこの分野に関心を持っていただくという先の研修会と二本立てでやってきています。

それから、もう一つは27頁に書いておりますように、一番ややこしい分野ですが、ガイドライン等ができないかということで、今、摂食障害、起立性調節障害、不登校、そしてEBMの必要性の四つに関して、多施設で共同研究をしております。既にOD（起立性調節障害）に関しては、そのガイドラインを出す段階まで行っております。日本小児心身医学会では、こういう形で行っておりますので、これまでの議論にありますような、一般の医師あるいはサブスペシャリティーの方への研修というのは、学会としては、直ぐに応じることができるのではないかと考えています。ただ、今まで、ある程度系統立ってはいるのですが、それぞれの学会の会長の意思も入りますので、その時々、常に系統的に行われたわけではありません。もう少しこれをきちんとやっていけば、系統的にできるのではないかと考えております。以上です。

○柳澤座長

今、星加委員、富田委員から説明をいただいた取り組みというのは、この18頁の一番下の当面の対策というところで、あるいは、実施体制の整備というところで、書く上での情報ということによろしいのでしょうか。

○神山先生

今、日本小児心身医学会から魅力的な取組を紹介していただいたのですが、ここに参加している各学会それぞれに得意分野があると思うのです。そしてこれは私自身の勉強不足なのかもしれませんが、これまで各学会間の交流が足りなかったのではないかと反省します。今回のこの検討会を機会に、色々な各学会で、地域的にも色々ばらけることもできるでしょうし、ぜひそれぞれの得意分野を出し合って、学会間の垣根を越えた形でのロールプレイだったり、症例検討だったりとかを積極的にやっていきたいと思っています。ぜひ色々な関係学会の方々と、これからは緊密に連絡をとる必要があるなど、しみじみ感じています。

○柳澤座長

今、大変貴重なというか建設的な意見をいただいたと思います。ぜひ、そういう取組を小児科関係だけでなく精神科のサブスペシャリティーの学会なども含めて、これから進めたいと思います。そのことも、ぜひ触れておきたいと思います。

○森委員

今、大変建設的なご意見が出たのですが、学会というのは非常に難しい力動関係が働く

ところですので、難しい話だと思って聞いておりました。ここの19頁の真ん中辺りにクレジットの話が出てくるのですけれども、これは、そういう意向で作られたのでしょうか。共通の何かを発行するとか、そういうことですね。実施体制の整備も、共通の教科書とか教材とか書いてありますね。ですから、そういったものを本当にできるかは別にして、どこかが中心にならないとできないと思うのです。その母体は、ここでやるわけにいかないでしょうから、それはどのように想定されて、やっておられるのかを聞きたいということが一つです。私は日本精神科病院協会にいますが、来年度も研修を厚生労働省と一緒にやることになりました。そういうところだと色々なところから募集ができるので、色々な力動関係が働かなくて、色々な講師の先生方を、たくさん呼びできるのでいいのですが、学会主体ですと、それぞれ学会の主体性がありますので、とても難しい話だと思って今、聞いていました。その辺りが本質的な問題だと思いますが、どうでしょうか。

○柳澤座長

そういう力動関係による難しさは確かにあるけれども、これからの方向として神山委員が言われたことは、非常に建設的で、そのことを念頭に置いて、これは書かれていると私は思いました。

○奥山委員

実際にできるだけ、この分野の学会がコミュニケーションを取ろうということで、「子どものメンタルヘルス関連5医学会共同企画」を、3年に一度、今までに2回行っていきます。それぞれの学会から委員を出して、持ち回りの事務局を設けて行うという形はある程度つくられています。その様なモデルで委員をお互いに出して、研修プログラムをつくる可能性はあると思います。5医学会をやってきた実績の中で考えたことです。もう一つは、例えば児童青年精神医学会の方々が心身症の事を知りたいと言っても、わざわざ日本小児心身症学会に行くというのも大変なことです。児童青年精神医学会で日本小児心身症学会の先生を呼んで、研修会の中に入れていただければ、カバーできるわけです。

○森委員

私が申し上げているのは、学会というのは非常にクローズドなところがあって、オープンのような顔をしながらクローズドのようなところがあるのです。ですから、その学会が主催されるもので、いくらいいプログラムがあっても、例えばその学会と疎遠な人たちはなかなかそこに出席はできないわけです。そういう問題も含めて申し上げます。

○奥山委員

越えなければいけない障壁はあると思うのですが、必要なものに関して障壁を越えてやっていきたいと思いますというのがここの提言です。

○山内委員

精神科関係で言いますと、日本精神神経学会は、General Psychiatrist を育成するという発想です。ここで言えば、プライマリ・ケア的にトリアージができるというところですね。今、議論になっている次のステップは、専門学会というか、まさにサブスペシャリティーとなるのです。今のご意見を聞いて、相変わらず小児科、精神科という形に分かれていくとなかなか良い格好にならないので、できればこの2段階以降については、共通の研修とか認定のシステムを持つと非常にいいと思います。

思い出すのは、実は精神科で司法精神医療というか、医療観察法ができて、人材育成しなくてはいけないときに、何を行ったかという、厚生労働省からお金を出していただいたわけですが、各地で講習会をやったり、人材育成を心がけたりしてやっています。そういう提言ができて全国に人材育成のための講習会・システム・組織を持つということになれば、非常に現実的で解決に結びつくものではないかと思います。

○柳澤座長

ありがとうございます。この部分に関しても今、色々なご意見を伺ったそれぞれの学会・団体から、この後もし何かあれば事務局に出していただいて、それをサポートチームと検討をした上で、次回までにバージョンアップという形で加えてほしいと思います。

ここでも、その他の意見が書いてありますが、これについても先ほどと同じような扱いができると思います。

3番目のカテゴリーとして「3. 子どもの心の診療高度専門医の養成（専門レジデント研修）について」が20頁以降です。「目標」と、「具体的な方法」を「当面の対策」、「中長期的対策」、「実施体制の整備」に分けて書いてあります。これについては、現在こういった高度に専門性を持った医師、その診療、子どもの心の診療を専らにしている医師の養成は、ナショナルセンターとか、あるいは全国児童青年精神科医療施設協議会、あるいは子ども病院の中で、そういった診療科をお持ちのところが担われるのではないかと思いますので、そういうお立場で何かご発言があればと思います。西田委員どうでしょうか。

○西田委員

ある程度専門的な知識を持たれて、実践的な臨床活動をされている先生方が、それぞれのご専門の施設に行かれて、ある一定期間研修されると、専門性の質が上がると思います。ただ皆さん、忙しくてできにくい。ですから、19頁にも書いてあったのですが、ある地域で、皆さまが行き来しながら、実際の研修ができればお互いの施設もレベルアップするし、風通しが良くなるし、そういうことを積極的にやったらどうだろうと。そのことで今やっておられる先生方の専門性ももっと上がると思います。そういう提言をされたらどうかと思っています。

一週間に一度来られても違うし、症例検討会をしていても違うと思います。実際にある一定期間、一カ月でも研修に来られたらすごく違ってくると思います。その辺はどうですか。

○齋藤委員

西田先生のご意見はとてもよくわかるのですが、この高度専門医の養成は、たぶん入院治療とか、かなり三次医療的なところにかかわりを持つ力を持った医師を一定程度確保しなければ、この逆三角形の体制は支えきれないという認識のもとにつくっていると思います。

そういうところから考えますと、実際に入院のケースを持つ体験、外来のケースを持ち、その外来のケースを自ら入院すべきかどうかを判断する体験を繰り返し行った医師は必要だと思います。それが高度専門医の養成のための必須条件として私は考えています。

○柳澤座長

ですから、先ほど西田委員が言われた、地域で連携して、例えば週に一度ずつに行かれるということで、何カ月か経って、あるいは半年経ちということで、この経験を積んだドクターは2番目のカテゴリーという位置付けです。

○西田委員

今、齋藤先生が言われたように、実際に子どもの心の診療をするときに、入院治療を経験することが大切であると考えています。今、現実的にそういう施設はすごく少なく、しかも専門的なレジデントの教育体制を持っているところも2カ所。今度、神奈川県のごども医療センターがレジデント制度をつくったというぐらいで、うちは全然ありません。ただ来てもらって常勤として働いて勉強するだけです。そういうシステムのないところで考えても、本当の高度専門医というのは難しいので、きちんとした入院も含めてある機関で、そういう教育体制を準備しないと難しいです。ただそのためにはすごい労力があるので、その保障をしてもらわないと難しいです。

○柳澤座長

難しいけれどもそれが必要だと、ざっと見た限り21頁の「養成研修のための実施体制の整備について」の中に色々触れられていると思います。これも厚生労働省から出される報告書として、実際にこういうことが書けるのかということ自体が問題なのかもしれません。

○杉山委員

今の問題に絡みますが、私どもは今、レジデントを採っています。今年も去年も一人ず

つレジデントがいるのですが、今、1年目のレジデントが、2年目を希望して、他に新たに何人かレジデントの希望があります。つまりレジデントの場の席の奪い合いになります。こういう研修の場が非常に少ないから、県立の施設であっても研修の場は非常に貴重なものだから、研修に対して少し優先的にレジデントを与えなさいというお達しを厚生労働省から出していただくのは非常に意味があると思います。よろしくお願いします。

○神山先生

杉山先生にお伺いしたいのですが、今、レジデントが一人とか二人というのは、結局先生の施設のキャパとしてそれしか採れないのか、あるいは結局予算上給料が払えないから採れないのか、それはどうなのでしょう。

○杉山委員

県立病院ですから予算がありまして、例えば全体としてレジデントの枠が何人ということ。その枠をどうやって使うのかが、ある程度病院のフリーハンドになるものですから。どの科もすごくレジデントは欲しいわけです。非常に貴重な場だということを強調して、大声で要求していると増えるのですが、そういうときに、こういうところからこれだけ貴重なのだということが出ているとすごくありがたいです。

○神山先生

ぜひ、そういうところに3人、4人採れるような予算配分も、厚生労働省からのサポートと言うか、研修を行うことによって成果が上がるという部分に、経済的なバックアップも含めた総合的な援助が必要である、ということを報告書には書くことができると思います。

○杉山委員

ついでに言いますと、実はうちの施設は3カ月研修・半年研修・週1研修というプログラムを作っていて、レベル2の方々のための窓口を今開きつつあります。

○神山先生

今、レジデントの話をされましたが、例えばこの専門3次のところに認定になると、かなり経験を積んだドクターも多いと思うのです。そういう10年目、12年目のドクターが、そういったところに行って、またレジデンシーの給料だと難しいところがあると思います。だからある程度経験を積んだドクターにも、そういったことを保障できるようなことが当面のこととしてあったらうれしいと思いました。

○杉山委員

私どもは、火曜日と土曜日です。だから元気のいい方は月曜日にアルバイトができます。一応そういう抜け道をつくっています。

○柳澤座長

今、お話が出た高度専門医の研修ができる施設のレジデントのこと、そういった施設が各県に一つ必要だということがここに書いてあります。この検討会の報告書としての取り上げ方について、母子保健課としてはどう考えておられるでしょうか。

○事務局／母子保健課長

冒頭にも少しお話申し上げたのですが、今年度なのか2年目なのかという話があります。今年度に関して言うと、難しいだろうと思っています。

三位一体改革ではないですが、現在は基本的に国からの補助金を削減していく方向に向かっております。施設整備・運営費も削られていく形になります。そもそも国立病院も独立行政法人になりまして、機構に出してしまったので、補助金という形では難しいのが事実です。

先ほどから何度も繰り返して恐縮ですが、1年目にどこまで書き込んで、どこまで合意をいただくかというレベルで言うならば、この辺りはこういう意見として出たという形になっていれば、少し議論も並行してやっていけるのではないかと。もちろん今度の年度末までに、議論が間に合って皆さまが合意もするし、役所の側もそれなりの準備ができるというのであれば、それまで書かないでおこうという気はありません。

○柳澤座長

当面予算的な裏付けもあって、できそうなことと、こういうことが望ましいという意見として出ましたと、そういったことを区別して記載される可能性があるならば記載できるかもしれないということです。齋藤委員、あるいは奥山委員から今の杉山委員も含めて高度専門医の養成について何かありますか。

○奥山委員

先ほど西田先生が言われたように、全国児童青年精神科医療施設協議会とか、日本小児総合医療施設協議会などの専門性のある病院があるにもかかわらず、研修制度がないところがあります。そういうところに研修制度をまず置くべきであると、この委員会は考えているところまでは書き入れたいと思います。ただ国が強制するわけではないけれど、委員会としてはそれをできたらいいと思っているという書きぶりも入れた方がよいのではないかと思います。

○齋藤委員

同じ考えなのですが、最後の方で行われていた議論に少し関連するのですが、今回盛り込めないにしても、研修の場はこうした高度の専門性をもった研修の場が少ないことだけは確かで、少ない上に研修をやっていないところが圧倒的に多いことに問題があるわけです。そういう点では各都道府県のうちの半数も、まだ入院機能を持つ病院が存在しないために、結果的にそこまでの高い水準の診療、研修をする場が全国的には全く足りないということは、事実でありますので、そうした意見もあるとどこかに付記していただけるとありがたいと思っています。

○山内委員

今の議論と関係して、2番目の専門医の問題でも同じことだと思います。先ほども少し出ましたが、各地域にそういう拠点病院があって、そこを中心にしてネットワークがつくられたり、研修ができるということも必要で、3番目の高度の専門医の場合には、それをもう少し数が少なくなったものになるという発想で持っていった方がいいと思ういます。2番目についても、できればそういう形を今後つくっていくことが望ましいという提言が大事ではないかと思います。そう考えたときに、可能性のある施設は全国各地に散在していれば、それらの施設でやって欲しい、と言えればできるような形になると思いますが、そのようなことができないような状況でしょうか。

○柳澤座長

どうでしょうか。

○奥山委員

少しやって欲しい、では難しいかもしれません。実際、ニードがあるので、そういう病棟を持ち、中心的にやれるようなところを作ろうという動きは幾つかの県で見られると思います。ですから、少しずつは増えているのも事実ではないかと思います。そういうところで研修まで考えていただいているかという、別問題になってくるので、ニードがあるから病院が必要だけではなくて、そこに研修を加えてくださいとお願いする提言を入れておいた方がいいと思います。

○齋藤委員

少なくとも現時点で、我々もかかわっている西田先生の全国児童青年精神科医療施設協議会は、地域の様々な機関との交流を持っている中心機関ですので、これがある少なくとも正会員の12都道府県に関して言えばやれると思います。

加えて、現在少しずつ児童相談所にクリニック機能を持った部分が増えてきていますし、これもそういった発信源になり得ると思います。第2段階の西田先生、それから杉山先生たちのところに類似のところが多量あります。そういう形で、全国半分というのは厳しい

かもしれませんが、近いところまではあると思います。

○柳澤座長

あとは大学病院にもそういった診療部門がこれから増えていく可能性があるわけで、そういったところも今言われたような役割が担え得る。

○山内委員

どうしても予算措置だとか、レジデント研修とかになると、すぐにとはいかないのですが、今ある色々なものをうまく統合・連携をとるのは重要なことで、最初にこの会議のときに埼玉県の色々な連携のこともお話しましたが、実はそういう意味で拠点施設のようなものをなるべく作って、そこを中心として、各地域が手を繋ぐことを提言するのは大事なことだと思います。特にこれは2番目の専門性の問題には必要ではないかと思っています。

○神山先生

結局、理念が大事だと思います。先ほど課長から三位一体という話が出てしまうと、そこからどうしても踏み出せない話になってしまうと思うのです。先ほどの研修の話にしても、やらないところもあるという話は、たぶん予算的にやれないところもあるのだと思います。そうすると研修とか今の拠点病院にしても、どうしても予算措置の話が出てきて、三位一体となると医療費削減で云々という話になってしまう。しかしこれでは何が重要かという基本的な議論が行われなくなってしまう。ぜひ議論の原点としての理念を書き込む必要があると思います。そしてぜひ理念として「子どもは大事なのだ、日本は子どもを大事にする国なのだ」ということを出していただきたいと思います。可能か可能でないかは別にして、ぜひ理念は書き込んでいただきたいと思います。

○柳澤座長

全くその通りだと思います。

時間が残り少なくなりましたが、今日も様々なご意見をいただいて、この報告書の骨子案が今日のご意見を加えて、もう少しバージョンアップできるのではないかと思います。それから各学会としては、日本小児心身医学会などからもご説明がありましたような取組に対して、ぜひそれを各学会として出していただきたい。そして実績があるものに対しては定量的なデータを出していただきたいということだと思います。

南委員には、今の議論をお聞きになって総括的なご意見をいただけますか。

○南委員

先生方は、ご専門の立場で非常に一生懸命やられていて、それぞれのお立場からの非常に建設的なご意見はよく理解するのですが、先ほど母子保健課長からも話がありましたよ

うに、今、医療を取り巻く現実が、先生方がお考えなるよりもはるかに厳しいことを肝に銘じておく必要があると思うのです。何しろナショナルセンターでさえ非公務員型の独立行政法人と言っているぐらいですから、「これが必要だ、あれが必要。」と主張しても、従来型の補助金を求めることは現実的には非常に厳しいと思います。

折角、色々な議論が出てきているので、問題はそれをどういう形で出すかですけれども、これもあれも非常に大事で、こうすべきという真っ当な議論は、なかなか響かない。

むしろ、子どもの問題は、社会的に非常事態だということを強調してはと思います。医療の大將となる子どもの問題だけでなく、日本の社会全体が抱えている次世代というか、子どもの問題自体がかなり危機的だということです。そういう観点で、緊急アピールのな、「これだけはやってもらわないと」というところをはっきり書き込む方が効果的ではないのか。今、議論を伺った印象ではそう思いました。

○柳澤座長

ありがとうございました。

今、南委員が言われたことは、我々も共通の心のうちに持っている思いです。そういったことをこの報告書にどのような形で生かせるかを、もう一度検討していただきたいと思っています。

もう一度締めくくりのような形でお話をさせていただくと、繰り返しになりますけれども、具体的な研修に関する取組について、ぜひ各学会とか団体など、特にそれを主催する理事会などでご検討いただいて、色々な取組を積極的にどんどん進めていただきたいと思っていることが一つです。今日いただいた意見については、事務局で取り込んでもらって骨子案をアップデートする。そういう作業を進めていただいて、次回はさらに報告書のたたき台としての議論を深めていきたい。それから、今日の話の中に出てきた大事なことだと思いますけれども、学会などの関係者間の連携を密にして、連携の上で共通の取組を考えていくことをこれからぜひ進めていきたい。それによって、子どもの心の問題に関するプログラムの充実とか、診療医養成研修の対象者も拡大していく。活動の充実を連携の上でやっていただきたいということだと思います。限られた時間の中での議論で多少中途半端に終わってしまったところもありますけれども、事務局から何かありますでしょうか。

3 その他

○事務局／母子保健課長補佐

ありがとうございます。先ほど座長が言われましたように、この骨子案については、またアップデートしますので、ぜひ冒頭お願いしましたようにエビデンスの部分で、例えば先生方の協議会・学会などでどういう研修を何カ所、何人を対象として、受講者数これまで何人といった数字的なものについて情報をご提供いただきたいです。現状としてまずい

ただきたいと。特に別紙1の表について、前回は座長や私どもからもお願いした件ですが、今回はアンケートという形式で用意させていただきます。現状は、こういう状況で研修されていて、これから学会ですとか、様々な団体の中で今後このような形で、それをさらに樹立していくことができるという具体的なアイデアを理事会等でお話しいただいて、何ができるといったものを実際にアンケートを取らせていただきますので、ご記入いただければと思います。

それから内容の面で、今回、「報告書骨子（案）」ということでしたが、たくさんの意見をいただいている部分ですとか、またもう少しというところもありますので、その辺りは若干粗密がありますので。あと名称で、先ほどサブスペシャリティーという用語を使うかどうかといったこともありました。そういった全体的な表現方法についても、もしご意見などありましたら、どんどんお寄せいただければと思います。

最後に事務的な連絡をさせていただきます、第8回の検討会ですが、年明けの1月18日の水曜日を予定しておりますので、よろしくお願ひします。会場等の詳細が決まりましたらご案内させていただきます。

4 閉会

○柳澤座長

次回1月18日に予定されていて、それが最終回の一つ前ということになるのですが、相当できあがりに近いところまで用意されていないとまずいですよね。その作業は大変だと思いますが、今日の議論を踏まえて、ぜひその作業を進めていただきたいと思います。その際に、サポートチームにも色々ご苦労いただかなければならないと思います。

本日は、各委員の先生方からもっと色々なご意見を伺わなければいけないところもあったと思うのですが、時間になりましたので、これをもちまして第7回「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」を閉じさせていただきます。ご協力いただきまして大変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)