

○柳澤座長

実際その通りだと思います。

○吉村委員

少し関係ないかもしれませんが。先ほどの厚生労働省の特定機能病院の会で、救急施設のことを述べました。救急は初期救急施設と2次救急施設、3次救急施設となっております。初期は外来レベル、2次は入院が必要な、しかし生命に直接かかわらない患者を扱う施設、3次は非常に生命にかかわるような重症なあるいは複雑なものとなっております。今のお話に出ておりましたが、それとは別に救急専門医というのは、その施設とは関係なしにレベルがあります。これを見ますと、今の「Ⅰ」の一般の方々は、いくら研修を受けても自動的に「Ⅱ」に行くわけではありません。ですから「Ⅰ」の方は一般の精神科、小児科の方で子どものことに十分な研修をさせていただいて次に送れると。「Ⅱ」の方は、それを修了してさらに基礎研修を修了した医師というよりも、その段階で子どもの心についてよりサブスペシャリティの研修を深くやっておられる方ということではないでしょうか。そして、「Ⅲ」はさらにそれを3次レベルのところで扱われるような、あるいは2次でもよろしいのでしょうか何か別のカテゴリーになるのではないかと思います。

ですから、医師と施設とそれを扱う患者さんを分けて考えるとすっきりするのかなと思ったのですがいかがでしょうか。

○伯井委員

日本医師会としては、新医師臨床研修という問題とその後の後期研修という名前を言われていますが、これは非常に紛らわしいということで分けて考えなければいけないのではないかと問題提起をしています。専門医というのがありますが、「Ⅰ」に小児科・精神科と書いてありますが、一応小児科・精神科と書いてあれば専門医と呼ぶのかです。私は2年間で新医師臨床研修を終了したあと3年間小児科の研修をやったら、小児科専門医としているような学会が多いのですが、これはやはり専門医でなく認定医だと思うのです。小児科をする認定医であって、小児科の専門医というのは、そこから今言ったような子どもの心の問題とか、あるいは代謝の問題といったところをさらにサブスペシャリティとしてやるのが専門医だと思います。私は、そういう仕分けをこれからしていけないといけないと思います。

例えば何科の人が1万人いて、9000人が専門医とこんなばかなことはないわけです。だから認定医ということ、まず5年間やることによって「あなたは小児科の認定医ですよ」ということをした上で、それが一番だと思います。

ここでは学会専門医というのはおかしいと、そこから「Ⅱ」に移る場合は小児科としての認定医であるけれども、その中でサブスペシャリティとして心の問題ということで勉強

するというところで「Ⅱ」にしたらいいのではないかと思います。そこから「Ⅲ」へ行く場合は、ジェネラルはやらないで心の問題ばかりやる人が「Ⅲ」、これが本当の専門医という気がします。

そういう振り分けをしないと、一番すそ野の一般の小児科・精神科と単に言うのは学生なのか医者になった直後の人なのか、非常にあいまいです。小児科としては、5年しないとあなたは小児科医ですよとある意味では言えないという認定医という感覚でいかないと、そこでふるい分けしたら、ある程度「Ⅱ」、「Ⅲ」がいけるのかという気がします。

○柳澤座長

伯井委員が日本医師会のお立場で仰ったことはよくわかります。しかし、現在日本における専門医制度、各学会、非常にたくさんの学会が専門医制度を作っています。そしてまたそれについて厚生労働省に届出をして認められたものに関しては、専門医の広告ができるといった制度としてあります。そこでの専門医は、今先生が言葉として認定医が適当だと仰ったレベルの者を専門医として認めて、それについて各学会もそういう形で専門医制度を構築しております。厚生労働省としても広告ができるという形で制度化されている。しかし、その枠組み全体に関して、言葉の使い方として問題があるということはお意見としてわかります。

○伯井委員

今、医師会でその辺りのことは学会とも話し合っただけで詰めています。急に専門医が認定医というわけにもいきませんから、それは過去の専門医ということも考えながら今、詰めているところです。考え方としては、今のような考え方をして「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」とするならいいのかなという気がします。

○柳澤座長

その点はわかります。しかし、専門医という位置づけというものについては、日本医師会、日本医学会、専門医認定制機構といったところで議論をしておられるところだと認識しております。その議論に、ここでの検討会での議論を現時点で重ね合わせるのは非常に難しいと思います。

先生のご意見としては「認定医」という呼び方が適当だと仰るのはわかりますが、ここでの言葉づかいとしては、現時点での小児科専門医・精神科専門医という言葉を使わせていただきたいと思います。

○森委員

少し話を戻して申し訳ありませんが、先ほど吉村先生が仰ったようにこの逆三角形は施設と人はたぶん違うと思うのです。「施設」イコール「人」ではない、リンクしないので

はないかと最初から思っていました。

医師としての「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」はもちろんあると思いますが、施設としての「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」と必ずしもリンクはしないだろうと思います。例えば、外科などですと、オペの回数で評価するのはユーザーが評価します。例えば牛島先生がたくさんの症例を見ておられれば、その症例を将来的には開示をして、この先生はどういう患者さんをどれだけ診ているというのが専門であると評価して、みんながかかるわけです。そういう世界がこれから来るわけですので、こちら側から「あなたは研修を受けてこうしたから一番上級です」ということでは違うと思います。とりあえず施設で分けざるを得ないけれども、人は後から評価がついてくるだろうと思うので、リンクはしないのではないかという気がします。

○山内委員

この問題、特に「Ⅱ」と「Ⅲ」がどういう関係にあるかということをも明確化するために、一つのテーマを出したいと思います。これは「子どもの心の診療医の養成」というテーマでやっているわけです。資格として「Ⅱ」と「Ⅲ」は違った資格を付与すべきなのか、同じサブスペシャリティの専門家として、「Ⅱ」と「Ⅲ」は同等でいいのかといったことについていかがでしょうか。

○柳澤座長

資格の付与という言い方をされましたが、検討会として子どもの心の診療に関する専門医資格というものについて、委員の皆さん方どのように受け取っておられたのでしょうか。

私は、子どもの心の専門医資格というものに関しては、学会がそういうものが必要だと考えて、これからそういった制度を構築していくことはあるかと思っています。

しかし、国としての今後の政策を進めていくための検討会が、検討会として資格制度といますか、専門医制度が必要だといえるのかどうか、議論できるのかどうかです。

○山内委員

すみません、余分なことを言って混乱が増したら申し訳ないです。資格の付与というのではなく、専門性にこの「Ⅱ」と「Ⅲ」では違いがあるのかと。例えばどのようなことが、態度とか技能の習得をしなければ「Ⅲ」になれないと考えるのか、その「Ⅱ」と「Ⅲ」の間の専門性に違いがあるかどうかという質問に変えます。

○柳澤座長

わかりました。

○杉山委員

施設と人との問題に絡みますが、南先生の仰ったことはごもつともです。この領域には

人があまりにも少ないものですから、階層性が機能していないのは最初から出ている問題です。1次も2次も医療機関がきちんと診てくれないというか、お金にもならないのであまり見たくないのです。そうすると全部3次に集中するという現象が起きています。だからこそ良質な1次医療機関でもう少しボトムアップが必要だとか、良質な2次医療機関に当たる部分を増やさなくてはいけないという議論だと思います。それでいきますと、今山内先生が言われたことは、柳澤先生が先ほどから仰っている学会レベルに入っている人は「Ⅱ」だという具合に考えてしまうほど、おおらかに認めないと仕方がないと思います。施設ではなく、やはり人だと。

例えば星加先生が理事長をしている小児精神神経学会は、会員の平均年齢が42歳ぐらいです。役員でなく会員です。つまり若手の小児科医は、食うや食わずで結局目が向かないです。小児科医を何年もやっていて、余裕が出てきた人が「心」のことをやってみるかという世界だと思うのです。少し言い過ぎていますが、今の段階ですと現実的には2次も1次もないので人でやるしかないと思います。

○吉村委員

「Ⅱ」の、基礎研修を修了した医師という表現が悪いのではないですか。というのは、一般の先生方にもすべて基礎研修をやっただいて簡単なものは診てもらい、必要ならば送りましょうということですね。ですから「Ⅱ」は、基礎研修を修了してさらに心の専門の医療をサブスペシャリティとしてやっていると。「Ⅱ」と「Ⅲ」の違いはよくわかりませんが。

○柳澤座長

先ほど私もそういう意味で、「Ⅱ」の規定として基礎研修を修了したという言い方は問題であると申しました。

○吉村委員

「Ⅰ」の方もぜひ基礎研修を修了してほしいということですね。

○南委員

杉山先生に仰っていただき、私も、現状は本当に数が足りなくて「Ⅱ」と「Ⅲ」を分けて何人ぐらいどうこうと言える状態でないことは重々承知しているつもりです。だからこそ逆に、今ある「Ⅱ」をきちんと充実させることを一義的に考える必要があるというのはわかります。そうだとすると、やはり「Ⅱ」と「Ⅲ」で医師のクオリフィケーションという違いがあるのかというところは、患者さんの立場にしてみると総合診療的に診てくれるところ、そこから送られていくところ、そこでもなおかつ手に負えないもの、さっき言われた命にかかわる状態といった「Ⅲ」を特別に言うためには、どうしても施設と人が一

緒になってくるのかと思ったものですから、そのように申し上げました。

○柳澤座長

患者さんのお立場からすればそういうことだと思います。

議論をもう少し整理する意味で、特に「Ⅰ」と「Ⅱ」の違いといいますか、ジェネラルな精神科医・小児科医と子どもの心に関して専門性を持った医師との違いは、例えば19頁から20頁にかけて、小児科専門医研修及び精神科専門医研修として到達目標が挙げられています。それから20頁の下から21頁の終わり、そのあたりに書かれている内容との違いということで見た場合、これは妥当でないあるいは問題があるというところはあるでしょうか。私も、必ずしもこういった面の専門家ではありませんので、これが妥当かどうかということに関してはご意見をいただきたいと思います。

○牛島委員

私の個人的な意見です。(子どもの心の診療医の養成のあり方、19頁) A、Bに分けてありますが、これは比較的よくできている気がします。養成のための具体的素案として卒前、卒後研修、生涯教育、専門的研修を済んだ人と。

○柳澤座長

今、私が申し上げたのは、具体的な方法の前に書いてある目標といいますか、個別行動目標に書かれている内容です。

○牛島委員

比較的、ここの研修のところをきちんとすれば目標はどうでもなると言ったら言いすぎですが、かなり変更は可能だと思います。柔軟性があると思います。ここで見たときに3と4は違うと思います。明確に外した方がいいのではないかと思います。

これは教育指定病院といわれるところできちんとしたトレーニングを受けた人。それからそこまでは行かないけれども、日ごろから一生懸命に勉強をしているが本当の専門的なトレーニングまでは受けたことがない人というのは別にした方がいいし、そうすべきだという気がします。そうしないと、ここは全然別だと言われると、例えば学会あたりで専門医制度をつくったりしたときに、そこあたりの機能が社会的に果たせなくなる可能性があるような気がします。ですから2と3はやはり分けておいた方がいいような気がします。先ほどから申しますように、濃い・薄いだけでしない方がいいのではないかと思います。

○杉山委員

少し内容に踏み込んでよろしいですか。20頁の「3. 生涯教育としての子どもの心の診療に関する研修」です。一番気になるのは結局小児科サイドから入ったときに、専門

医のあるレベルまで行けるかどうかということに関して、例えば精神科サイドの非常に重篤な問題の識別ができるかどうかだと思うのです。例えば統合失調症の初期症状のようなものは、小児科医が識別できるかが重要だと思います。逆に精神科サイドからは、子どもの心の専門家というからには、発達の細かなステップが評価できるとか愛着の障害がきちんと評価できるか、ということだと思うのです。そのあたりをもう少し明確に、書いてないわけではありませんが、記載してほしいという印象を持ちました。

○柳澤座長

これを作られたサポートチームとして何かご説明、ご意見がございますか。杉山委員が言われたようなことが、ここでだいたい表わされているかと。

○奥山委員

仰ったことは内容的に混在して含まれていますが、それを明確に文章にして加えて入れることは不可能でないと思います。

確かに、小児科の先生の特徴と精神科の先生の特徴と考えて、ここをもう少しやるべきだということはあると思います。ただ、これは目標ですので、最終目標は一緒でいいのかなという形で作っています。それに到達するプロセスとしては違いがあるかもしれないと認識しています。

○柳澤座長

先ほど、牛島委員は、ここに書かれてある具体的な方法の3と4、23頁と24頁、そういうところでのきちんとした研修がそれぞれ行われれば目標としているレベルは会得できるだろうと仰ったのですか。

○牛島委員

そういうことです。多少、そこら辺りに意味があれば、これをいくらでも変えていいのではないかと思います。具体的にどういう研修をさせるかということです。その結果どういことが起こるかという意味においては、3と4は内容が違うと思います。逆三角形の「Ⅱ」と「Ⅲ」は違ってくると思います。

○齋藤委員

ベーシックな小児科にしる精神科にしる専門医の到達点は、これですと卒後研修の2のところだと思います。3、4はやはりサブスペシャリティの水準ではないか、4だけをサブスペシャリティとしたら、あまりにも限られてしまいます。将来的にはそれがまた一つの資格化していく時代が来るかもしれませんが、現時点では3、4をサブスペシャリティ、2をベーシックな基本的な科の専門医という形で分けると。これを作ったときはそういう

イメージでいたわけです。

○柳澤座長

皆さんのご意見を伺っていて、大体そういう認識は共通してきたかと思いますがいかがでしょうか。

○神山先生

少し具体的に申し上げさせていただきます。日本小児科医会が行っている「子どもの心の研修医」、僕も1回講師として呼んでいただいたことがあります。あれはやはり生涯教育として1のレベルの先生方のこれからのコンスタントな勉強の場という認識でいいと思います。それから本日、資料として添付させていただきましたような、小児神経科医が行くようなところ、これに関しては「Ⅱ」のレベルの人たちのある意味では生涯研修という形になるのかなと思いました。

それで牛島先生が仰ることはもっともで、2の研修を受けたからといって2と3に行くのは皆同じかと、それは確かに違うと思うのです。ただ、そこで3次の施設に行って研修を受けた人の場合は、別の新たな3次施設の指導医になるというような、相当レベルの高いところの話になります。資格云々のところでは、分ける必要はないのかなと感じました。

○富田委員

本日の専門医についての討論では、主に施設か人かの議論が出ていますが、これは医療レベルだけでの討論になっていると思います。今、ここで問題にしている子どもの疾患や状態は、すべて医療レベルだけで診ていけるものではないので、もう少し広く考えるべきだと思います。したがって、本日の資料にも医師が「助言できる」、「紹介できる」と書いてありますが、むしろここは「連携できる」という文言が大切ではないかと思います。あらゆる場合に、最低限、子どもの所属している幼稚園や学校と、実際に種々の状況から「できる／できない」は別にして、連携が必要になります。その他、心理関係や教育関係の施設も含め、この種の医療では「連携」を強調する必要があると思います。

また、医療レベルだけで云々すると、入院可能であることが高度医療になりますが、私はこの分野は必ずしも入院の可能な病院が「高度」で、家庭医のレベルが「高度」でないとは言えないと思います。家庭医でも施設の中で、子どもを集団で集める場を作っているとか、種々の工夫がやれていれば、何もそのような設備のない、しかし入院が可能である病院よりも「高度」になると思います。もう少し医療レベルだけで考えないで、総合的に子どもを診る施設・設備といったことも付け加えていただきたいと思います。

○柳澤座長

富田委員のご発言に関しては、バージョンアップに際してもう一度検討いただきたいと

思います。

○奥山委員

その通りだと思います。生涯教育の中に「助言」、「助言」となっています。やり取りができ一緒に診ていくことができるという意味で「連携」という言葉を入れ込む形にしたいと思います。

○柳澤座長

ほかにも、具体的な個別の行動目標に記載されていることに関して、細かな意見が色々あろうかと思えます。それについては、この場でもよろしいですが、事務局の方に出していただき、それをサポートチームで検討していただくのはどうでしょうか。

○森委員

これは「G I O (general instructive objectives)」と「S B O (specified behavioral objectives)」で分けて書いておられますが、例えば新医師臨床研修にこういうのを入れてみたらどうかという一つの考え方です。こういうものが今後どのように生かされるかということですが、例えば新医師臨床研修ですとこれはガイドラインがどんどんできております。そこにこういうものを入れるように働きかけるということですね。

○柳澤座長

私がイメージしているのはそういうことです。一つの方法として、新医師臨床研修の指導書があります。

○森委員

国立保健医療科学院のガイドライン、例えば精神科領域ですと精神科七者懇というところで卒後研修委員会というのがありまして、そこでガイドラインにかかわるところに私もいるものですから、よくわかっているつもりです。ほとんどが1ヶ月の研修で、今の項目だけでも多すぎてとてもできない。これをまた精神科に入れると、それもできないという話になってしまうと思って見ていたのです。ですから提言としてはとてもわかりますが現実にはこれはできないなという思いがあります、その部分はどうしたらよいでしょうか。

○柳澤座長

現実にはどうかと、それは確かに仰るようなことが予想されます。提言としては出す。卒前教育すなわち学部教育になったらなおさら難しい。提言したからといって、それがすぐに各大学のカリキュラムの内容に反映されるという訳にはいかないと思います。

○森委員

その部分が現実不可能であるということになると、ボトムアップはここではなくて別のところでやるという話に結果的になりますが。

○柳澤座長

結果的には、むしろ専門研修。例えばここには、卒後のスーパーローテイトの研修に関しての責任をもっているような立場の人はおられないと思うのですが、後期研修、専門研修に関しては学会を代表してでておられる方がおられるわけですから、そういうお立場でぜひ反映していただきたいと思います。

○森委員

精神科専門医のガイドラインを作成するところにもかかわっているものですから、とてもできないと思ってみていました。理事長がいらっしゃいますので。

○柳澤座長

理事長もおられますし、森委員もおられます。それぞれそういうお立場で、それぞれの団体に役割を担っていただきたいというのが私の個人的な希望です。

○森委員

もう1点です。本日から3日間で日本精神科病院協会の研修会が始まっております。

出席者が167名、北海道から鹿児島までいらっしゃっています。全てコメディカルの方です。心理、保健師、栄養士、看護師、ケースワーカーという方たちだけの研修をしています。こういうものの位置づけを、これは医師の研修についてですが、どうしても子どもの問題は、先ほどお話があったようにいろいろな関係機関の連携、共有する基礎的なものは共有していないと話が繋がらないわけです。ある意味、チーム医療でなければならない。そういった研修は、これは医師の研修のことについて考えているわけですから出てこなくていいと思うのですが、やはりどこかに反映していただいたらいいと思います。

○柳澤座長

仰るとおりだと思います。そういう点に関して、中間まとめでは最後の方にコメディカルについて、また診療報酬について等いろいろ課題として挙げられています。ただ、まだ細かなディスカッションはされておりません。

○西田委員

議論を伺っていますとボトムアップというのはとても時間がかかり、遠い世界のように思うのです。現実に子どもの診療にかかわっている担当としては、せめて逆三角形の「Ⅱ」

の部分のところをもっと充実する提言が何とかできないと結局は臨床にかかわる医師というかそういう人は育たないと思うのです。知識があっても実際に何ができるか、子どものために何をすることができないと何ともなりません。それが保証されて始めて、3次のところが充実してくると思うのです。それをぜひなんとか具体的にしてほしいと思います。

○柳澤座長

その議論も今までに何回も繰り返されていて、ある意味では堂々巡りになっているわけです。ここでの議論はまずボトムアップからということで進めております。

○神山先生

ある程度名前の公表というのでしょうか、自薦、他薦その辺りは決める必要があると思いますが、「Ⅱ」なのか「Ⅲ」なのか、一緒なのかそれは別にして、ある程度ドクター名、施設名を公表するというのもぜひこの会の中で、最終的には盛り込まれたらいいかかと思えます。

もう一つ、コメディカルなことに関して、このイメージ図でいうといわゆる矢印の部分が、言葉は適当かわかりませんが0.5次に相当する部分で、これが例えば乳幼児の発達相談であったり保健師、保育士さんであったりといった方々のかかわりが非常に大きいと思うのです。ですから、すでに仰っていただきましたが、こここのところのレベルアップと、心との連携です。この前メールをいただいた中で政府、国で何かできることという言葉がありましたので、こここのところの充実を医師の養成だけでなく、国として連携とパワーアップを図っていただけたらと思います。

○柳澤座長

今、仰ったことも、建設的な意見だと思います。

○西田委員

今、神山先生が仰ったことと通じると思いますが、そうすると子どもの心の診療部というのができたら、今度全然違ってきます。今はほとんどありません。どこに行っても子どもの心の専門の標榜は少ないし、公に認められているわけでもありません。こういうのがはっきりでてくれば、もっとはっきり「子どもの心の診療」をやるのだなというところが増えてくると思うのです。

○柳澤座長

西田委員が仰ったのは標榜科のことですか。

○西田委員

そうです。今は曖昧です。同じことをやっているのに、名前が違ったりします。

○柳澤座長

標榜科のことも、関係する課題の中に課題としては取り上げております。

○神山先生

保科先生の小児科医会の方でこの研修が終わった先生のために、ある程度できるというふうに言われていましたが、内輪での話だと思いましたが、あれで実際に患者さんが増えているのか、その辺りの情報が役立つのかと思えます。

○柳澤座長

子どもの心の相談医ですね。

○保科委員

実際に聞いてみますと、3分の1ぐらいは掲げて増えています。3分の2は掲げてやめたのです。来られると時間がかかってとても他が処理できない、一般の患者を診られないということで引き下げてしまうのです。だから自分の病院の施設の中で掲げるのは構わないわけで、いいですよという形にしております。オープンにはできません。日本小児科医会のホームページでは心の相談医はここにいますよ、というのを探すことができるようになっていきます。

○神山先生

メリット、デメリット難しいところがあると思いますが、一応、国の機関として、こういった方々は診てくれるのだという情報を国民の皆さんに提示することは、それなりの意味があると思います。

○柳澤座長

今日は「中間とりまとめ（案）」の中で、特に子どもの心の診療医の養成のあり方を中心にご議論いただいております。この素案に対してさまざまなご意見をいただきました。それらについて再度検討いただいて、これをバージョンアップするという作業を事務局並びにサポートチームにお願いしたいと思えます。

そろそろ予定した終了の時間に近づいていますが、何かご意見がございますでしょうか。

○奥山委員

結局、医師の養成をどうするかということで一番重要なのは、Bの具体的な方法をどのように考えるかということです。そしてそれをどの程度提言できるかというのがこの委員

会の非常に大きな使命だと思えます。そこの辺りでのご意見をぜひ、本日でなくても事務局の方にいただくようお願いしたいと思います。

○柳澤座長

AとBと分けられており、目標と具体的な方法。特に具体的な方法に関しては括弧して「(案)」の中でまた「(素案)」と書いてあります。これはまだ未熟な段階と思えますので、特にこの点に関してご意見があればぜひいただきたいと思えます。

○杉山委員

先ほども申し上げましたが、結局、講義というやり方では駄目というか役に立たないと思えます。実技に繋がることをベースラインのところではそれをやらなければいけないと思うのです。講義を聞いてすぐに実技の実施をやって、また講義を聞いて実技をやるというそれを繰り返すような形、これはいろいろなトレーニングセミナーではそういう形をとられつつあると思うのです。そのタイプのボトムアップ研修を広めていかないといけないと思えます。それがボトムアップだと思えます。

それから「Ⅱ」、「Ⅲ」のレベルになりますと、特に「Ⅱ」のレベルを増やすためには1年とか2、3年といった長い期間のトレーニングに行ける立場の人間は非常に限られています。むしろ3ヶ月あるいは2週間といった研修で、それでも違うと思うのです。例えば、うちの施設に2週間来てもらいますと、多分その間に外来にずっとつけば数百人の子どもを診ます。比較的短い期間の研修をどういう形で保証するのかという具体的な提案ができればと思えます。

○柳澤座長

今、杉山委員が仰ったようなことが、具体的な方法としてこれから検討されなければいけないことだと思えます。医会での研修会は4日間の講義です。そういった数日間におたる講義、それでもそれを修了して修了書を診療所の中に掲げることによって患者さんはおみえになる。自分のところで対応できるものは対応し、難しければ高次の医療機関に送るといった診療ができると仰ったわけです。そのレベルであっても実技的な研修が可能であればぜひそれはすべきだと思えますし、それを実際可能にするようなシステムが提案できればぜひしていただきたいと思えます。

○森委員

その辺りのことは、その前の到達目標をきちんと充実させればよいと思うのです。到達目標で、わざわざ「GIO」と「SBO」に分けて書いておられますので、「SBO」の中にはご存知のように知識と技能と態度に分けられるのです。知識の部分と技能の部分と態度の部分の「SBO」を作るわけです。そうすると知識は講義で済みますが、技能は実

習をしなければいけないということが自然に決まってくるわけです。そこらがまだ配慮されてないので知識だけが中心になっているから講義だけで済んでしまいます。その「SBO」の作り方によって、これを達成するためにはここは実習をさせなければいけないということが決まってくるわけです。ですから、この到達目標で規定をするという方法も一つはあるだろうと思います。その辺りはどうでしょうか。

○牛島委員

目標ですが、何もけちをつけるつもりで言っていないんですが、私のところにそういう問題で相談があったので言います。例えば50名で予定して始めます。160名来たとなると、恐らくその講習会は何の意味もないだろうというのが意見としてあります。講義をしたならば、ゆっくりどのくらいきちんと講義の内容を理解したのかということのフィードバックをしないと、講習会の意味がないのではないかと、外国のあるところでそういうことを言い出して僕のところに来た人がいます。別の領域の話ですが。

ですから、講習会といったことも杉山先生が仰るように、杉山先生のところに行って勉強したらよくなる、それは確かにそうかもしれませんが、そこまでできないにしても、中間領域として少人数制の講習会とか。だから講習会の持ち方とかなんとかをもう少し考えるようなこととして、この3の生涯というところ、そういったところをディスカッションした方がいいのではないかという気がします。これは専門機関のメンバーとして働けばきちんとした実力がついてくることは確かです。その他いろいろ知的な習得も可能です。そういう問題はないですが、やはり3の教育をどうするかを議論した方がいいと思います。

○柳澤座長

全くその通りです。その研修をする上で、どんな理想的な研修のシステムを考えても机上の空論ですので、現実可能であってしかもそれを具体的に実行する上で各学会なり団体なりが、あるいは各施設として、どの程度できるか。今、やっている、もっと拡充する、あるいはレベルアップするといったさまざまな工夫をしていただきたいということだと思います。

○星加委員

実は私自身、専門病院で研修するチャンスがまったくないまま、こういった分野の診療を担当するようになりました。その途中で、あるときに専門病院の外来が見てみたいと思うようになりました。それまでいわゆるセミナーと称するもの、あるいは学会でのいろいろな講演を聞きましたが、現実の問題としてピンと来ませんでした。具体的に名前を出してもいいのでしょうか、本検討会委員の齋藤先生に個人的にお願いをして初診の外来につかせてもらうという許可をいただいていたのですが、私側の事情で果たせなかったことがありました。あの当時考えても、私どものような小さな小児科の教室では医局員を何ヶ月

も研修に出すことは極めて難しい現状でした。ただ、自分のアルバイトを1日休むのであれば、その1日は研修に出してもらえるとということがあったものですから、あの時の私としては選択肢はそれしかなかったように思います。

杉山先生とはこういった卒後の研修についても、学会の中で何度か話すチャンスがありましたが、先ほど先生が仰ったような非常に短期の1週間、2週間でも症例数が多ければかなり役に立つのではないかと思います。例えば1週間に1回、この曜日であったら行けるという先生方が意外といらして、そういった人たちのためにもいろいろなシステムを考えていただければ現実の問題としてかなりいいのではないかと思います。

○柳澤座長

考えていただければというより、それを学会なり先生の施設なり、あるいは団体なりでぜひ、こういうことならできるといってを出していただかないとこの検討会としての目的が達せられないのではないかと思います。

○奥山委員

ここに臨床的な研修として、1ヶ月ぐらい集中的に技能的研修を受けるとか、週1回研修に行くとして書いてあります。しかし、これを担保するにはどうしていったらいいかということが問題です。そのためにどういうシステムを組めばいいのか、どこかにお願いするような形をとるのか、あるいは厚生労働省からのお願いになるのか、それとも学会からの施設基準みたいなものを設けてそこで研修ができるようにするなど、その先の担保する方法のオプションをもう少し考えていただきたいところだと思います。

○星加委員

恐らく各学会でかなり事情が違うのではないかと思いますので、その学会の中で検討してみる必要があるのではないかと思います。例えば、日本小児精神神経学会の中でも何箇所か、恐らく可能な施設があるだろうと思いますので、それからスタートするのも一つの方法だと思います。

○山内委員

今のお話は、要するに教育のストラテジーの話になります。そこまでやっているとこれは大変なことになります。できれば個別の目標を立てて、きょう出たように知識だけでなく態度、技能も学ぶような個別目標を立てておくと。あとは各学会等が達成できるように努力するという程度にしておいたほうが良いような気がします。

もう一つ、生涯教育という言葉がこの中で使われています。生涯教育は一般ジェネラリストの生涯教育もあれば、サブスペシャリティを取った人の生涯教育もあります。ほかの人が見ると少し理解しかねるかもしれませんが、一行ぐらい何を、誰を、対象としてい

るかというのを書いてあった方が理解し易いと思います。

○柳澤座長

わかりました。今のご意見も入れてこれから中間とりまとめをバージョンアップしていただきたいと思います。

本日は、ほとんど養成のあり方というところに議論を集中して、多くの方からご意見をいただきました。それぞれに建設的なご意見であったと思います。

ご意見があれば事務局の方に仰っていただくということになるかと思えます。

大体予定の時間になりましたが、事務局からございますでしょうか。

3. その他

○事務局／母子保健課長補佐

ひとつ先生方にご報告させていただきたいことがあります。この検討会でご議論いただいているのと同様並行で行っている研究班がございます。厚生労働科学研究費で平成17年度から3カ年の計画で「子ども家庭総合研究」という枠組みがございます。その中でもまた、主任研究者をやはり柳澤先生にお願いをいたしておりますが、「子どもの心の問題に関する研究班」という形で対応をお願いしたところですが、調査、分析といったものが中心になるかと思えますが、こちらの検討会と非常に密接な形で話が繋がってくるかと思えます。

これからのことですが、その研究班も平成18年度は、この検討会で養成のあり方といったご提言いただいたものを、実際に実行をいかにしていくかということがあります。そのために必要な例えば研修のガイドライン、より具体的なことを申し上げるとテキストブック、先ほどストラテジーといった話も出てきておりますが、そういったものもお考えいただき、可能な範囲でのパイロットといったものを研究的に実施していただくのはどうかということで、ご相談させていただいているところです。

先の話になるかもしれませんが、同時に研究班の中で、例えば研修のためのモデル病院、施設といったものもお考えいただければと思っています。その前提としまして、また研究に繋がっていきますが、モデルといった形でやる場合、日本全国でみたときにさまざまなレベルのものがありますが、病床であるとか医療機関の数、病棟、さらには子どもの心の診療医が何人ぐらい最終的に必要かといったことについても推計を行っていく必要があると思われます。本検討会との繋がりのある部分ですので、こういったことも合わせて今後ご検討をお願いできればと思います。

それでは最後に、事務的な連絡をさせていただきます。第7回の検討会は、11月29日の火曜日、16時から18時までを予定しております。会場などにつきましては、決定次第、後日ご案内させていただきます。ありがとうございました。

4. 閉会

○柳澤座長

母子保健課長補佐が仰った研究班ですが、これは今年度からこの検討会と並行する形で組織されました。本年度は、分担研究者がそれぞれ分担した調査研究が主体で、それは大雑把に言えば医療提供者側の体制についての調査とニードに関する調査というものから構成されると思います。来年度に関して、母子保健課の方からさらに研修のガイドライン、テキストブックについても検討するようにといった指示をいただいた形になっていると受け取っています。連動しながら、この診療医の養成といったことをよりよい形のものを作成していくという上でお役に立てればと思います。

本日は、長時間にわたりまして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。それでは次回またよろしく願いいたします。

— 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)