

第6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

日時：平成17年10月5日（水）16：00～18：00

場所：中央合同庁舎第5号館5階共用第7会議室

1. 開会

○事務局／母子保健課長補佐

定刻となりましたので、ただいまから第6回「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」を開催いたします。

このたび、雇用均等・児童家庭局長が、伍藤局長から北井久美子局長に交代いたしましたので、北井局長から一言ご挨拶申し上げます。

○北井雇用均等・児童家庭局長

8月26日付で雇用均等・児童家庭局長を拝命いたしました北井と申します。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。これまで2年間、この局担当の審議官をやっておりましたが、当局には非常に多岐にわたる課題がございます。一生懸命やってみりたいと思います。

そしてまた、この検討会をお願いしております問題も、大変重要な課題だと認識しております。ぜひともよい成果を挙げていただきますようお願いいたしまして、簡単でございますがご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○事務局／母子保健課長補佐 それでは座長の柳澤先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

○柳澤座長

それでは早速ですが、議事を進めさせていただきます。

最初に、事務局から簡単に資料の確認と、一部の資料についての説明をお願いいたします。

○事務局／母子保健課長補佐

お手元にお配りしました資料につきまして、順番にご説明をさせていただきます。

まず会議次第の綴りがございます。会議次第の一枚おめくりいただきますと、資料が掲載してあります。

資料番号1から3とございます。資料1に開催要綱（5頁）。

いつも使用されております「子どもの心の診療医」のイメージ図（別紙）。

資料2としまして、スケジュール（7頁）。

資料3としましては（11頁）、今回議論の中心となります。前回第5回までの検討会でご議論いただきました内容につきまして、議論の要点を簡単にまとめているものでございます。こちらにつきましては、事前に原案について委員の先生方からコメントを頂戴しておりますので、盛り込ませていただいております。

なお、保科委員、そして本日ご意見を頂戴いたしました別所委員、神山先生からのコメ

ントにつきまして、資料の準備の関係上、「意見の中間とりまとめ（案）について ～委員の意見～」ということで、別の綴りをご用意いたしております。

また、今回は、第4回検討会の議事録と第5回検討会の議事録をご用意いたしております。議事録につきましては、厚生労働省のホームページの中で随時掲載しております。第4回議事録は本日から掲載の予定でございます。第5回議事録につきましては、1～2週間後に掲載の予定でございます。

そのほか、委員の先生方からご提供いただいております資料が三点ございます。一点目は、小冊子で緑の表紙「あすなろの20年」がございます。こちらは西田委員からご提供をいただいております。

二点目としまして、杉山委員から、日本小児精神神経学会の10月14・15日の二日間にわたって名古屋で開催されますプログラム・抄録集を頂戴しております。テーマは「子どもの心の専門家になる子どもの心の専門家を育てる」というものでございます。

三点目としましては、国立精神神経センターからご提供いただいているものでございます。白いA4版の表紙の小冊子で、「子どものころを考える ー我が国の健全な発展のためにー」という日本学術会議の「子どものころ特別委員会」の報告書でございます。以上です。

2. 意見の中間とりまとめ（案）について

○柳澤座長

ありがとうございました。資料はよろしいでしょうか。

これまでの議論で、「子どもの心の診療」の現状、あるいは子どもの心の問題への対応を行う小児科医や精神科医などの総称として、「子どもの心の診療医」という言葉を使わせていただいています。その養成の現状、また関係の深い周辺の課題などについて活発なご意見をいただきました。

前回は、「子どもの心の診療医」の養成のあり方について具体的な議論が始まりました。養成方法に関する提言を行うといった、いわば検討会の中心的な課題に議論が入ったと言えると思います。これまでの議論の中で形成されてきた共通認識は、きょうも会議次第4枚目（7頁）に、逆三角形の図で示されている「子どもの心の診療医」の全体図。そのうちの「Ⅰ」から「Ⅲ」まで、すべての医療レベルの医師がいずれも必要であると、すなわち子どもの心の問題に関する一般の医師、その主体は小児科医・精神科医であると。一般の医師のレベルアップから、より高度専門的な技能を持つ医師の養成まで、そのニーズが非常に幅広いものであるということです。しかしながら議論が散漫になることを避けるために、まず逆三角形のもっとも広いすそ野の部分である一般小児科・精神科のレベルアップの方法について議論を行い、その後、後半としてより高度な技能を持つ専門医の養成について議論を行うということで進めてまいりました。

今回は、事務局と事務局サポートチームが、これまでの議論の概要を議事録風に簡単な意見の中間とりまとめといった形でまとめられたのが資料3（11頁）です。この中でも、特に、「Ⅲ. 子どもの心の診療医の養成のあり方」（19頁）を議論していきたいと思えます。しかし、その前に、この意見の中間とりまとめの位置づけ、またこれをどのようにこれから取り扱うことになるのかについて少し確認をしておきたいと思えます。この点について、事務局からお考えをお聞かせいただきます。よろしくお願いいたします。

○事務局／母子保健課長

本検討会は、最終的には平成17年度中にご提言をいただくことを目標としております。本日、ご覧いただきますように11頁以降を資料3という形で準備させていただいております。現状については、だいぶ整理されてきたのではないかと考えております。

私が春に申しあげましたので覚えておられるかと思えますが、できれば寒くならない秋口の時点で、それなりの形式のものが提示できればというお話しをさせていただきました。そういう意味では、今回資料3として準備させていただいたと考えております。

今、座長からもお話しがありました取り扱いをこの時点で、公式の報告書のような形で提出することがいいのかどうかということについてですが、事務局の意見としましては、今の時点でどのような目的をもって公表するかということもあります。そういったことを総合的に勘案しますと、議論の折り返し地点を迎えるにあたって、これまでのご議論をいわず備忘の形でまとめたという性格のものにさせていただけないかと考えております。

したがって、冒頭にあります資料2（9頁）、これが春、夏に出させていたいただきましたスケジュールに沿った形でご提示をしているわけです。この中では、第7回目に（案）のとれた「意見の中間とりまとめ」として修正して、つまり世に問うといった形で、少し大掛かりに書いておりましたが、もしこの方向で進むのであれば、最終報告書に向けてのご議論に力を注いでいただけないかと考えております。

このようなわけで、座長も含め委員の先生方のお許しがいただけるようでしたら、今後は各項目の項立て、章立て、あるいは全体的に細かなところそうでないところ、言い方が適当かわかりませんが粗密なところ、足りないところ、バランス、あるいは外部の人が読んだら意味がわからないということがあろうかと思えます。そういった視点でこの資料をご覧いただければと思えます。私どもの方は、関係箇所、例えば精神保健福祉法の取り扱いについて等、省内の担当課にも確認していただき、調整をしたいと思っております。

それから資料3は資料3として、別途お願いがあります。この間も申しあげたと思えますが、「健やか親子21」などで掲げております目標を考えますと、物ができてから、例えばテキストができるまで、あるいは本日の資料3の基盤ができるまで、修正されるまでとあって待っておりますとなかなか難しい面もあろうかと思えます。そういう意味では、今後、少しモデル的、パイロット的に研修を実施していく必要があるだろうと思っております。

そういう先ぶりはともかくとして、本検討会にご出席いただいております関係学会の皆様から関係機関の取り組みの現状につきましては、事前に情報をいただき、資料の形で末尾にまとめています。現在、既に行っている研修、関連する活動をどのように有効に活用していくかということも、この資料3のご議論とは別にモデル的、パイロット的な研修について、協力できるとか少し膨らませれば近いものができるといったこともご議論いただければと思います。以上です。

○柳澤座長

ありがとうございました。ただいま、母子保健課長から中間報告書といったものについて、本検討会での性格づけについてご説明いただきました。

通常、検討会の中間報告書といいますと、ほとんど内容が見える形のしっかりしたものが出されると思いますが、この検討会に関しては、今までの議論の内容を整理して、これからの議論のたたき台にするという形での備忘録的な意見の中間とりまとめという形でやっていくと。そして事務局及びサポートチームが、資料3としてまとめられているものを作って下さったということだと思います。

それとともに、これから学会間の連携も密にしておのおのの学会に「子どもの心の診療医養成」と、この検討会としての目的に沿った活動の拡充を図っていただきたいといった旨の要望もございました。これについては、養成を実行していく上で大変重要なことだと思いますので、さらに具体的にこの検討会としても考えていきたいと思っています。

以上、意見の中間とりまとめについてのご説明、取り扱いに関してのご説明について、何かご意見がございますでしょうか。そういう形で取り扱わせていただくということでもよろしいでしょうか。

前もって委員に提示されてありましたが、これに関して、あらかじめ何人かの委員からコメントが寄せられているということです。その中に、日本小児科医会から大変参考になるコメントを出していただいております。これについて保科委員からご説明をお願いいたします。

○保科委員

「意見の中間とりまとめ（案）について ～委員の意見～」をお読みいただければ、特に説明することはありません。

前からお話がありますように、ボトムアップのための基礎づくりという形で、実際の現場に出ている先生をいかにボトムアップするかが私たちの役目です。学会の先生方と研修の初期からの中の問題とは、少しイメージが違うというのは認識していただきたいと思っています。

5頁の下の方に書いてありますが、主たる研修は、「子どもの心研修会」というような短期的なものでしかありませんが、少しでもイメージをつかんでいただくことで行ってお

ります。できるだけ全国的に広げていくということで1年置きに東京には戻りますが、その間は必ず地方に行くという形で開催してます。

関連講習会として「思春期の臨床講習会」、「カウンセリングの実際」です。「カウンセリングの実際」は、どうしても少人数で行っているのが現状です。以上です。

○柳澤座長

ありがとうございました。ぜひ、ほかの学会また団体につきましても、このような形で「子どもの心の診療医」の養成のための研修など、質的、量的に拡大できる方向で検討、計画をしていただきたいと思います。

ほかに何かこのような取り組みについて、お話しいただける方がいらっしゃいますでしょうか。

○神山先生

「意見の中間まとめ(案)」についての3番目に書かせていただいております。この最後に、今年の7月に国立精神・神経センター精神保健研究所で、日本小児神経学会の理事でもある加我先生が中心になられて開催されたプログラムをご紹介します。

齋藤先生も参加していただきました。初めは50人の出席を予定しておりましたが124名が参加しました。精神科の先生も来ていただきましたが、小児神経科医が多かったと思います。あとは、一般の小児科医も来ました。こういった形での講習を今年初めて開いたわけです。今、保科先生が仰ったボトムアップ、プラスもう少し神経ということに関して、こと「心」ということに関して関心を持っている方への対象という試みととらえていただければと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。今、日本小児神経学会としての取り組みということでお話しをいただきました。ここに代表として出ておられる学会、団体としても現在まで行われてきた研修、またはこれから企画しようとしていることを、議論を反映したような形で進めていただければと思います。これについては、後ほどあればどんどん出していただきたいと思います。

もう一つ、この冊子には日本小児科学会からの意見もありますが、中間とりまとめについて具体的にさまざまなコメントがつけられております。これについては、事務局またはサポートチームでバージョンアップする上で参考にさせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

そういうことで次回には、個別具体的に各学会や団体に、どのような点をお願いできるのかお話しいただく機会を設けたいと思います。

母子保健課長からは、正式な形での中間報告書を取りまとめるのではなく、前半の議論の

備忘として、引き続き議論を進めるための土台として本日の資料をまとめられたというお話でした。基本的には、中間とりまとめはむしろ今後の最終報告書に向けた準備資料的なものになると位置づけられるものではないかと思います。

内容を見ていただきますと、「Ⅰ. 子どもの心の診療の現状」、「Ⅱ. 子どもの心の診療医の養成の現状」、そして「Ⅲ. 子どもの心の診療医の養成のあり方」、「Ⅳ. 子どもの心の診療医養成に係るその他の課題」といった4部構成になっております。

今回は特に「Ⅲ. 子どもの心の診療医の養成のあり方」（19頁）を重点的にご議論いただきたいというお話がございました。もし時間があれば、そのほかのところも議論したいと思います。そこでサポートチームの中心になっておられる奥山委員、齋藤委員から補足することがあれば説明をお願いいたします。

○奥山委員

では簡単にご説明をいたします。柳澤座長からお話がありましたように、「Ⅲ」が今回の大きな議題だと思います。

その前に、それまでの部分に関して一つお願いがございます。本日、神山先生からご提出いただきましたように、資料を提出していただくとエビデンスがわかってよろしいかと思えます。ここに資料1、2、3と書いてあるのは、事務局サポートチームで、こういう資料は出せるであろうというところでまとめたものです。神山先生からのご提出がありましたように、それ以上に資料があれば、ぜひご提示いただいて組み込んでいきたいと思えますのでよろしくお願いいたします。

「Ⅲ」に入ります。「子どもの心の診療医の養成のあり方」をAとBに分けました。Aは、到達目標を多少提示をさせていただき、Bはそれを実現するために具体的にどのような方法があるのか考えられるものを書いております。Aは、前回の1次、2次、3次という形で考えてみたものをもとに、今度は研修をするときにどんな到達目標が必要かというところで落とし込んでみました。これに関しても、今回は細かく書いてみましたが、どこまで細かく書くべきかのご議論もいただきたいと思えます。また、これに対してもっと加えるべきだ、省くべきだのご意見もあるかと思えます。事前にご提出いただいた先生もおられますが、その他にもご意見をいただくと助かります。

次のB、「養成のための具体的な方法（素案）」と書いてありますが、これまであまり具体的にご議論いただけていない部分だと思います。たたき台が必要であろうということで、事務局サポートチームで議論をし、こんなことが考えられるのではないかということを書かせていただきました。ですから、これは皆様のご議論をまとめたというより、こちらがたたき台として出させていただいたものになりますので、ぜひこのところを中心に皆様のご意見をまとめさせていただければと思います。

話が前後して申し訳ありません。AとBそれぞれに「1. 卒前教育」、「2. 卒後研修」、「3. 生涯教育」の中で子どもの心の診療に関する研修、「4. 専門研修」、という形で4

つの項目でまとめさせていただいております。卒前教育はご承知のとおり医学部の教育です。卒後研修の中には、新医師臨床研修と後期研修があります。小児科の専門医研修と精神科の専門医研修をいわゆる後期研修として挙げております。3番目がその研修が終わったあと、先ほど保科先生からもお話がありましたように、終わった方々でさらに子どもの心の診療を目指す研修として何が必要かということになります。最後は、本当に子どもの心をもつばらに見るような専門医としての研修にはどんなものがいいかといったように分けて、AとBそれぞれに対応して書かせていただいております。以上、よろしくお願いいたします。

○柳澤座長

19頁以降には、かなり細かい具体的な子どもの心の診療に関するといいますか病態、あるいは診断、病名が出ております。重要な問題であればここで意見を出していただきたいと思いますが、細かい内容に関してであれば事務局にご意見をお寄せいただき、事務局サポートチームの方で検討してバージョンアップの中に反映させていく形をとりたいと思います。

○山内委員

7頁のイメージ図ですが、我々が合意している逆三角形のイメージ図と、奥山先生が説明なさった卒前、卒後の臨床研修、その後の各科の専門医の養成のための研修、また、もっとサブスペシャリティの高い子どもの心の診療専門医といったものがあると思うのです。それらとイメージ図の関係が明確にされていないような気がします。

また、各学会が持っている専門医制度と、どういう対応関係にあるのか、あるいは奥山先生が仰った研修は、このイメージ図のどこに位置づけられるのか、そのあたりをもう少し詰めた方がいいのではないかと思います。

○柳澤座長

山内先生のご意見に関して何かございますでしょうか。

○奥山委員

イメージといたしましては、「Ⅰ」の一般小児科、一般精神科の部分は、ここでいう2番、いわゆる卒後研修の終わったといいますか、私自身のイメージでは卒後研修修了をイメージしております。それから「Ⅱ」に基礎研修という昔の言葉を残してしまったのですが、いわゆる生涯教育としての研修を受けたというあたりが逆三角形のⅡにあたるのかと思います。それから専門研修を受けた医師が、「Ⅲ」にあたると思っております。

それぞれ非常に入り組んだ部分もありますので、「おおむね」ということのイメージでございます。

○柳澤座長

私の方から意見を言わせていただきます。ここで卒後研修としてスーパーローテイトによる医師臨床研修と、小児科及び精神科の専門医研修と分けてあります。いわゆる専門研修あるいは後期研修という言葉が使われています。そこで初期研修2年、後期研修あるいは専門研修3年を経た段階で、小児科専門医あるいは精神科専門医の試験を受ける資格ができる。その範囲の小児科医・精神科医というのは、いわば General Pediatrician (ジェネラル・ペディアトリシャン) であり、General Psychiatrist (ジェネラル・サイキアトリスト) であると。その範囲のものが、三角形のボトムの部分だと私は解釈しておりました。

その一方で、既に既存の小児科医・精神科の先生方がいらっしゃるわけです。そういう方々については、これからさらに生涯研修という形でレベルアップを図っていかねばいけないということになります。そのレベルも、今、言った専門研修のレベルとほぼ同じだと思いますが、それを生涯教育の中で進めていく。そういったことを担うのは、ベースになる小児科学会、精神神経学会、小児科医会だという位置づけになると思います。

先生のご質問に対して奥山委員と私の意見で少し明確になったかどうかもう一度伺いたいところです。

○山内委員

そうしますと、「Ⅰ」の一般小児科・精神科などの医師というのは、いわゆる学会の専門医になった人たちと、General Pediatrician とか General Psychiatrist というものであると考えるわけです。そうしますと「Ⅱ」は、その中でサブスペシャリティとして子どもの心の診療をするという人たちが相当すると、そういう理解でよろしいのでしょうか。

それから前にそういう議論になったことを記憶していますが、そういうサブスペシャリティを持った人でも、自分がどういう施設にいるかで高度な対応ができないということもあるし、施設によっては高度の対応ができるようになるので、この「Ⅱ」と「Ⅲ」のところは実はそういう施設の対応能力ということも関係してくる。「Ⅱ」、「Ⅲ」はそういう意味ではサブスペシャリティとして子どもの心の診療ができる人という理解になるのでしょうか。

○柳澤座長

そうだと思います。その辺りのところ、「Ⅱ」に関しては、日本小児神経学会また日本児童青年精神医学会、あるいは日本小児精神神経学会、日本小児心身医学会そういったところでの研修などが担うレベルではないかと思っていますがいかがでしょうか。

○森委員

話を聞いていて大変混乱をしております。山内先生が言われた三角形の部分とこの表を当てはめようとするとう無理が起きます。卒前教育、卒後教育は医師の養成の課程ですよ。前にも申し上げたと思うのですが、新医師臨床研修があって後期研修の専門医教育がある。これは全体のジェネラルな話ではあるのだけれども、これをここに書いてしまうと、非常にわかりにくいと思います。ジェネラルなところが一旦終わって、サブスペシャリティになって基礎研修をやるわけではなく、やはり基礎研修はあくまで全体にかかるわけです。ですからこの順番でいくと、どうしても途中までがジェネラルで途中からサブスペシャリティになってしまいます。そのサブスペシャリティの中に基礎研修があるということ、それをサブスペシャリティとして選んだ人だけが基礎研修に出ることになってしまうのです。そのように読めてしまいます。書き方をもう少し工夫していただくと。

○柳澤座長

今、仰った基礎研修という言葉は、非常に誤解しやすいというかわかりにくいと思います。先ほど奥山委員もその点に触れたのだと思いますけれど、基礎研修という言葉をご所で使うと非常に混乱をする。

○森委員

「3. 生涯教育としての子どもの心の診療に関する研修」(23頁)の中にも①基礎研修、②応用研修、③臨床研修と書いてあります。子どもの心の問題が大きな問題であるということで、こういう逆三角形の研修のシステムを含めて考えていこうというところが出発点なものですから、医師の全体の教育システムを一緒に入れてしまうと、恐らく混乱してしまうと思うのです。それがわかりにくさだと思うのです。

○柳澤座長

仰っていることはわかります。ただ、そういった医師養成の全体の枠組みの中で、それは学部教育まで含めてこういった点についての現在あるような状態よりもレベルアップしたといいますか、教育が必要であるというご意見であったと思います。それを、このような形で卒前教育から含めて述べていると。

○森委員

よくわかります。要するに本来は、ジェネラルなお医者さんを養成していく卒前教育あるいは卒後研修の中で、子どもの問題がきちんと組み込まれることが理想なのです。だけどその時間がないという議論があったと思います。ですから別個基礎研修から始めなければいけないかもしれません。結論がこれですと、どこが担うのか。こういう卒前教育・卒後研修、新医師臨床研修の中に、児童思春期の問題をきちんと何時間以上入れなさいとやっていくわけではない、できないということだったわけですから。精神科専門医の中でジ

エネラルなものとして基礎研修を終わらせるのか。

○柳澤座長

そこで、やはり基礎研修という言葉の意味が非常に話をわかりにくくしているように思います。

○奥山委員

すみません、恐らく最初の頃書いていたもので、生涯教育としての臨床研修というところが基礎研修という名前になっていたと思うのです。それがそのまま逆三角形のところに残っているので誤解を招きやすくなっていると思うのです。そこが変わってしまったので、ここも変えるべきだと思います。

もう一つ、23頁にある(2)の<案>としての①基礎研修、②応用研修、③臨床研修と書きましたのは、生涯教育としての中での基礎的な研修です。ですから「的な」というのを入れた方が良かったのかもしれませんが。基礎的な研修・応用的な研修・実技を含めた研修という形です。ここでは、個人個人の目的によって色々なメニューで選べるように、でも基礎はきちんとしましょうということをお願いしてこれを入れました。

○森委員

そこが明確になっていればわかるのですが、整理されていないと、どこに責任が求められているのかわからない状況だったものですから。

○柳澤座長

仰ることはよくわかりました。この逆三角形のイメージ図の「Ⅱ」として基礎研修という言葉が使われています。その基礎研修の意味合いがわかりにくいということです。

○齋藤委員

この逆三角形が理解しにくい部分があるとすれば、これは現状のことを整理するためのものなのか、それともこれから目標としているものをやるのかということも少し分けて、両方に逆三角形が成立し得ると思いますので分けて考えないといけないと思います。

そして現状でも、この逆三角形は全く成立しているわけです。その中では一般的に小児科は、心まではあまり専門的だと感じていないところでも、General Pediatricianとして成立するわけです。精神科でいえば、子どもの教育を受けたこともないし関心もないという方たちも、これは現時点では General Psychiatristとして成立し得るわけですから、そのところで生涯教育の中の例えば小児科医会が行ない、あるいは森先生のところで行うといったような3泊4日ぐらいの研修を行って、いささかなりとも関心や知識を得ていただいた方たちは、現状で言えば「Ⅱ」の段階になると思うのです。そして、より実際

に症例を持って指導医のいるところで何年かの研修をしたという人たちが、多分、「Ⅲ」の形になるのだと思います。

ところがこれで今後のことを考えていったときには、できたら「Ⅰ」のところでも、例えば小児科では心を多少とも専門的な知識を得るトレーニングの期間も必要ではないか、精神科の専門医となるためにも児童や思春期のことも課題の中に入れてもいいのではないかという話もでてきていると思うのです。それを入れてこの逆三角形を考えていくのかどうかというところをはっきりさせた方がいいかもしれません。そうだとすれば、「Ⅱ」というのは非常に微妙なところになって、現状の「Ⅱ」に当たることは、もしそういう専門医制度が小児科及び精神科のカリキュラムの中にきちんと位置づけられるなら、「Ⅱ」はもう含まれているわけです。その段階での「Ⅱ」というのは、もっと違った性格を帯びてくると考えられるように思います。

○牛島委員

そこら辺りの問題ですが、基礎研修というのは、小児・精神医学の研修を受けたぐらいでもいいと思います。言葉はどうでもいいと思うのですが、どのぐらいの内容を考えておいでかということが大事のような気がします。例えば、日本精神科病院協会が厚生労働省の精神保健福祉課の委託を受けてやっていらっしゃる新規講座みたいな、あの程度でも既に「Ⅱ」に入れてしまうのか、それとももう少し内容のある例えば臨床医を伴ったものまで含めさせるのか、実はこの検討会そのものがボトムアップということがメインテーマのようですので、そこらあたりの内容についてはまだ議論の余地があるのではないかと思います。

それからあれは基本的には個人です。この間、私は個人にするのか、施設を中心にするのかと言いましたが、基本的には個人で、資格の問題が絡んでくるように書いてございます。例えば、齋藤先生が、現在はトップレベルの技術診療をやっていらっしゃいますが、定年退職なされた後にクリニックでも開業されてゆっくり診るようになったら、少し落ちるのかといったら必ずしもそうでないのです。

○柳澤座長

その点の議論は前回の最後のところでやりました。

○牛島委員

その問題に少し関係したような気がしています。それはそれでいいような気がしますが、きちんと資格を取って、知識と技能があつて与えられた場所であれば、きちんと実力が発揮できるという形でもっていけばいいかと、今、気付きました。ただ、この「Ⅱ」のところをもう少し議論を詰めないと、色々指摘されて返事に窮することが出てくるような気がします。

○柳澤座長

その点の研修の内容、カリキュラム、到達目標といったものが、具体的にどのようなものかということが19頁から22頁にかけて書いてあります。それを見て一般小児科医、精神科医としての持つべきレベルはこの程度のものでもよろしいでしょうか。あるいはまた、さらにもう少し上のレベルの、子どもの心に関して多少専門的なレベルと、ここでは逆三角形のⅡに該当するような人にとっては、ここに書いてあるようなレベルではどうでしょうか、それがここに提案されているのだらうと思います。

○杉山委員

「資料3 子どもの心の診療医の養成について ～意見の中間とりまとめ(案)～」をメールで送っていただいてざっと読んだときにすごく気になったことがあります。「説明ができる」、「助言ができる」といった言葉が多くて、特に「基準を述べるができる」ということが最初の方に書いてあります。例えば、19頁の「2. 卒後研修」、「2) 個別行動目標」にある4つ目の「・神経性無食欲症の身体治療について述べるができる」という記述です。こういう書き方は医学部の学生の諮問であればいいのですが、実地のプラクティカルなお医者さんの目標としますと「診断ができる」とか「治療ができる」ということにすると、いくら初期研修であっても、この書き方ではまずいのではないかと思います。いかがでしょうか。

○山内委員

どなたがつくったかわかりませんが、医学教育学会ではこういう一般目標などといった形で言葉にこだわっています。「なんとかができる」といった表現でつくりなさいという指導を受けています。私はこれを読んだときに、医学教育学会などの提唱している一つのシステムに乗っておつくりになったのかと思いました。それは作法みたいなものらしいです。

ついでに、先ほどのイメージ図との関係です。色々なご意見がありましたが、まずは齋藤委員が仰ったことと関連しますが、「こうあるべきだ」というのが、一般目標とか教育目標との繋がりを出すのが混乱しなくていいと思います。そしてそれに、今、何が欠けているのか、どこをどうしなければいけないかということを明確化して、現在の現実的目標と将来の到達目標を区別した方が混乱しなくていいのではないかということです。

それからこの逆三角形ですが、本日の議論を聞いていて、実は逆三角形の一番広いところに少し上乘せの部分があり、そこは卒前、卒後臨床研修でジェネラルな人たちの中でも子どもの心にある程度の判断ができるような人たちを育てるべきだということで、今までの議論があったと思うのです。そうすると、「Ⅰ」の学会・専門医というところでも、もう少しそういうところに力をいれたプライマリーケアで対応できるようなものをつくるべ

きだということになると思います。

そうすると、「Ⅱ」と「Ⅲ」のところは実はサブスペシャリティで、子どもの心の診療を専門とする人たちという二分法になるのではないかと思います。その中で、では「Ⅱ」と「Ⅲ」は何が違うのかという議論がもう少し明確化された方が混乱しないのではないかと思います。

○柳澤座長

「Ⅱ」と「Ⅲ」のレベルの違いはどのようにとらえたらいいでしょうか。今までも何回かそういった議論が出てきたと思いますが。

○杉山委員

僕自身の最初のイメージは、例えば今度シンポジウムをやっていただく中に静岡で開業していらっしゃる小児科医がいます。その方は星加先生のもとで研修を受けられて、齋藤先生のもとで1年間レジデントとして研修を受けて、そして今開業医をやっています。そういう方が「Ⅱ」だと思っていました。

ただ、考えてみますと、本来は第二次医療機関は、例えば市民病院のレベルです。そうすると市民病院の小児科であるとか精神科であるとしみますと、子どもに関してある程度のレベルを持っていないといけないはずで、それより上がスペシャリティになるわけです。そこらあたりが混乱を招く要因になるのだと思います。

それから用語の問題ですが、医学的なトレーニングというのは知識と実践（現在は技能）です。その繰り返しが必要になってくるわけです。僕自身ボトムアップで気になるところはそこです。例えば今やっているボトムアップ議論は、講義を行うということができています。講義だけで技能に達するかといたら無理だと思います。実際の臨床の場面を体験するにはそれに近いトレーニングを行うシステムがないと、ボトムアップにはなりません。講義レベルで知識は獲得できますが、プラクティカルの方は無理で、ボトムアップ議論でも、そののところをどうやって保証するのかというのをしないと意味がないと考えます。

○奥山委員

実は新医師臨床研修などの場合、「述べることができる」がどうしても多くなってしまいます。新医師臨床研修は先生が仰るように対象となる患者さんに当たるかどうかわからない状況です。1ヶ月しか小児科にいない、1ヶ月しか精神科にいない中で、そういう患者さんと出会うということ自体が難しいのです。では何も知らなくていいかという、知識だけはやはりある程度もってほしいということがあると思うのです。ですから新医師臨床研修の中では、例えば一般のお子さんの発達歴とか家族歴、アナムネを取っていく中で、心の問題を意識をして行えるようなトレーニングができるということを入れますが、それ以外のところは技能として入れるのは難しいのではないかと考えて「述べる」が多くなっ

ています。

もうひとつ、先生が仰るように、トレーニングは本来は実技といいますか技能が伴うものでなければいけないと思います。現実、先ほど来山内先生からもお話しがあるように「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」と書いてありますが、もしかしたら「Ⅰ」と「Ⅲ」の二つでいいのかもしれない。ところが今あまりにも三角形のとんがった部分が少ないので、なんとか「Ⅱ」の部分を充実させていかなければいけないということが背景にあるのだと思います。そういう意味で保科先生のところは、保科先生のところで色々ボトムアップとしてやってこられております。杉山先生が仰ったようなドクターは、そのドクターの目標に合わせていろいろな研修を受けてこられたと思うのです。

その「Ⅱ」の部分を、「無し」としてしまわずに、「有り」として少し幅広く取り込んでおくことが必要です。個々の目的に応じて、いろいろな研修を受けられるような制度を「Ⅱ」のところで入れておかないと、広いところ・狭いところだけになってしまうとつながらないのではないかという危険性があるので、「Ⅱ」が少し膨らんでくるのではないかと思います。

○牛島委員

専門家とか素人とか、その中間というただ、専門のところが色が濃くて、中間は中間色で上は薄くてという感じで、何もかも全てに亘って地域は同じだけれどもその内容が少しずつ薄れていくというものの見方で、果たして通用するのかということを考えておかなければいけないような気がします。特に、子供の問題で現実を見てみると、例えば発達障害には強いけれど、アノリキシネルボーザといった心理的なことになると駄目だという専門家と称するような人もいるような気がします。逆もまた真で、心的なことに対して社会的なことに対して強いけれども、発達障害については駄目だという人がいると思うのです。だから「Ⅱ」のところは、もう少し議論すべきだと言ったのはそういうことです。ただ、専門的で非常に技能、知識が豊かであると、それを少し薄めた人たちというものの考え方から離れたほうがいいのではないかという気がします。この点はいかがでしょう。

○神山先生

今の議論で、患者さんの立場の議論が欠けているのではないかという気がしましたので発言させていただいています。患者さんとして、一体どこに行ったらいいのかということ、それから逆に1次、2次のドクターにしてもどこに送ったらいいのかというのがすごく大事だと思うのです。そうすると牛島先生の意見とは違いますが、医者としたらひよっとしたら1次は別ですが、2次、3次が一緒に、2次と3次の違いは逆に施設なのかという気がします。

専門の施設では、やはりそれ以前の時点では1次である医者も受け入れて研修していただき、多くのドクターがいて、という中でこそ3次の専門の施設としての役割が果たせる

のではないかと思います。ドクターとしては大きく分けて2つですが、「Ⅱ」のところは施設によって少し分かれてくるのかなと感じました。

○南委員

私もこれを一般の人が見た場合のことで意見を申し上げます。今、先生が仰ったことと多少重複するかと思います。

一般の国民からみますと、やはり「Ⅰ」はいわゆる総合診療医的なものになるということにほとんど異論はないと思います。「Ⅱ」と「Ⅲ」は、やはり旧来牛島先生ご指摘のとおり施設と不可分なことだと思うのです。最終的に施設が重度で、入院が必要な患者さんの対応はどうしても「Ⅲ」だとすると、「Ⅱ」と「Ⅲ」の違いは、やはり「Ⅱ」は入院施設があるにしても星加先生のところのような一般病棟の中での対応といったものだと思います。ですので、施設との議論は、どうしても完全に分けてしまうことができないのではないかという気がします。

○柳澤座長

人か施設かというのは前回議論されたところですが、またそこにある意味で戻ってしまったところがあります。個々のドクターの知識と技能が、場所によってどの程度生かされるかということでもあるわけです。何回か例が出ていますように、非常に児童精神の専門として活躍しておられる先生方、また教育的な立場に立っておられる先生方も開業されればそのような役割を担うことができる。それはその場ではそうですが、その方は高度の専門家であることは間違いないと思います。

また一方で小児科医であって特に小児神経を専門にしておられる先生の中で、発達障害なりもう少し広く子どもの心について十分な興味をもっておられ、一般の小児神経の診療している中で子どもの心の診療についてもジェネラルな小児科医よりはずっと高い立場にあるという方は、ここで言えば「Ⅱ」のレベルだろうと思います。

その方がさらに、例えばナショナルセンターで1年なり2年なり研修をして、子どもの心の問題に関して後から来る先生方に教育することもできるというレベルであれば、さらにスペシャリティが高い、専門家だという位置づけをイメージとして持っているのです。

○南委員

少し言い足りませんでした。私も施設か人かという議論に戻すということでは必ずしも意味しなかったのです。ここで今、問題にしているのは人であるということに異存は全くありません。この図をどう読み取るかというところでは、結局この三角形の頂点のところは、対象となる患者さんの難易度と読み替えられないかどうかという点です。重度の入院が必要、家族から引き離す必要があるといった例が多くなるのではないかという意味で、施設と不可分ではないかと思ったのです。