

表4 カテゴリーごとの平均値(SD)の比較：対象者の所属施設の属性別

		不適切な指示		共通認識の不足		看護師軽視		医師不在	
病院種類	一般病院	15.6(6.0)		8.6(3.0)		5.5(2.5)		6.1(2.4)	
	小児専門病院	18.7(5.8)	**	9.6(3.0)	**	6.3(2.4)	**	6.3(2.3)	**
	大学病院	18.8(5.3)		10.0(2.8)		6.6(2.5)		6.9(2.5)	
	その他	17.6(6.3)		8.9(3.2)		5.8(2.3)		6.8(2.5)	
小児内科系	17.7(6.2)	9.6(3.3)		6.3(2.7)		6.5(2.5)			
病棟種類	小児外科系	19.2(6.1)	*	10.5(3.0)	**	6.6(2.5)	**	7.4(2.3)	**
	小児内科外科混合	16.7(5.6)		8.6(2.7)		5.4(2.2)		6.0(2.2)	
	NICU	16.4(6.3)		9.3(3.3)		6.4(3.0)		6.3(2.6)	
	その他	16.2(6.3)		8.9(3.0)		5.7(2.6)		6.5(2.5)	
	~199	16.9(6.7)		9.6(3.3)		6.3(3.0)		5.7(2.2)	
病院病床数	200~399	15.8(6.2)	**	8.5(3.1)	**	5.4(2.4)	*	6.2(2.3)	*
	400~599	16.7(6.2)		8.9(3.1)		5.8(2.5)		6.3(2.5)	
	600~999	16.7(5.5)		9.3(2.9)		6.0(2.7)		6.2(2.3)	
	1000~ (床)	19.3(5.2)		9.9(2.6)		6.3(2.3)		7.1(2.5)	

** : p < .01, * : p < .05

表5 カテゴリーごとの平均値(SD)の比較：対象者の属性別

		不適切な指示		共通認識の不足		看護師軽視		医師不在	
職位	看護師	17.0(6.2)	n.s	9.2(3.1)	*	5.9(2.6)	n.s	6.4(2.5)	n.s
	師長	15.7(5.0)		8.4(2.5)		5.4(1.9)		6.0(2.1)	
臨床看護経験	0~2	16.1(6.2)	**	8.9(3.0)	**	5.5(2.4)	**	6.4(2.5)	**
	3~5	17.7(6.3)		9.2(3.0)		5.8(2.7)		6.9(2.7)	
	6~10	18.0(6.4)		9.6(3.1)		6.4(2.7)		6.9(2.5)	
	11~15	16.5(6.2)		9.1(3.2)		5.9(2.7)		6.0(2.4)	
	16~20	17.5(6.2)		9.4(3.2)		6.3(2.5)		6.6(2.5)	
	21~30	15.8(5.0)		8.4(2.6)		5.2(2.0)		5.7(2.0)	
	31~ (年)	14.1(4.4)		8.1(2.3)		5.2(1.9)		5.6(2.0)	
小児看護経験	0~1	15.5(5.6)	**	8.6(2.8)	n.s	5.5(2.4)	n.s	6.0(2.2)	n.s
	2~3	16.4(6.0)		9.2(2.8)		5.9(2.6)		6.3(2.5)	
	4~6	17.7(6.4)		9.1(3.3)		5.8(2.6)		6.7(2.6)	
	7~10	16.4(5.9)		9.0(3.0)		5.7(2.5)		6.4(2.4)	
	11~15	18.4(6.0)		9.8(3.0)		6.4(2.6)		6.5(2.2)	
	16~ (年)	17.5(5.5)		8.7(2.7)		5.8(2.2)		6.1(2.3)	

** : p < .01, * : p < .05

表6 小児医療に携わる医師と協働する上で看護師が直面する問題

n=462

カテゴリ	記録単位数(%)
1. 医療者間のコミュニケーション不十分によるチーム医療推進に必要な情報共有不可	73(15.8)
2. 指示の不的確さ・治療方針伝達不十分による確認作業の増加・医療遂行の遅延	62(13.4)
3. 医師の不十分・不的確な家族への説明、医師間・医師-看護師間の意見相違、治療方針と家族要望の不一致による看護師のジレンマ生起	51(11.0)
4. 医師の不十分・不的確な家族への説明、医師間の意見相違、頻繁に主治医変更となる長期入院患者への責任の所在希薄による子ども・家族の混乱生起	47(10.2)
5. 当直医の個別対応の不十分さ、看護師の意見を考慮しない治療・説明、長期入院・終末期・専門外患者に対する医師の消極的姿勢、医師の不的確な家族指導による子ども・家族の問題解決困難	38(8.2)
6. 医師-看護師間の見解・目標の相違による不本意な援助の実施	26(5.6)
7. 主治医不在時の家族の不安生起と医師の所在確認・連絡調整の煩雑さ	25(5.4)
8. 病棟・看護師状況を考慮しない処置・検査・入退院・情報収集実施による業務量の増加	20(4.3)
9. 医師の感情コントロール不十分によるコミュニケーション困難	16(3.5)
10. 治療・検査実施に対する医師の子ども・家族負担への考慮欠如	12(2.6)
11. 採血・血管確保の困難さによる医師の協力確保困難	9(2.0)
12. 医師の病院・病棟システムの理解不足・ルール順守不可によるチームワークの不和	8(1.7)
13. 医師の未熟な判断力・技術による子ども・家族・業務への影響	7(1.5)
14. 医師の指示・処置遂行上に発生した問題の看護師への責任転嫁	7(1.5)
15. 効果が認められた新しいケア導入に対する医師の抵抗	7(1.5)
16. 医師の他科医師との連携不十分による連絡調整の煩雑さ	6(1.3)
17. 子どもの状態急変の予測・対応困難	6(1.3)
18. 看護師の知識・能力に対する医師からの信頼確保困難	6(1.3)
19. 医療チームの一員としての医師-看護師間の対等な関わり不可	6(1.3)
20. 病床管理の調整困難	5(1.1)
21. 看護師自身の判断による看護実施不可	5(1.1)
22. 多忙さ・予定変更に伴う処置遂行遅延	4(0.9)
23. 小児看護経験不足に起因する看護師の専門的知識・能力不足による治療方針理解困難	4(0.9)
24. 医師の看護師への配慮のない言動による協働意欲の減退	3(0.7)
25. 医療事故発生時の問題解決・事故防止に向けた協力不足	3(0.7)
26. 個別対応の困難さによる夜間医師不在時の報告判断への迷い	2(0.4)
27. 病棟の指示システム改善に向けた提案に対する医師の反発	1(0.2)
28. 信頼関係形成不可によるコミュニケーションの悪循環	1(0.2)
29. 在宅療養実現に向けた支援の理解不足による円滑な退院実現不可	1(0.2)
30. 医師の子ども・家族の総合的理解困難	1(0.2)

(Scott, W. A. の式による一致率: 70.0%, 71.9%)

表7 小児医療に携わる看護師の小児科医に対する要望

n=341

カテゴリ	記録単位数(%)
1. チーム医療推進に向けた看護師との情報の共有化	44(13.0)
2. チーム医療推進に向けた医師・看護師・他職種とのコミュニケーションの充実、連携	33(9.7)
3. 医療推進に向けた多面的・全人的な子どもの理解	29(8.5)
4. 子ども・家族とのコミュニケーション、関わりの充実	28(8.2)
5. 医療チームの一員である看護師を尊重した態度・行動	21(6.2)
6. 医療の質保証のための看護師・病棟状況理解に基づく行動・協力	20(5.9)
7. 子どもの存在、子どもと家族の気持ち・立場の尊重	20(5.9)
8. 医療の質保証に必要な的確な判断と指示の伝達	17(5.0)
9. 子どもが好きという気持、愛情・優しさのある丁寧な関わり	16(4.7)
10. 円滑なコミュニケーションのための技術・態度の修得、向上	15(4.4)
11. 家族が納得するわかりやすく十分な説明	14(4.1)
12. 連絡・協力体制の整備・充実	12(3.5)
13. 子どもの苦痛を伴う技術の向上	10(2.9)
14. 医療の質向上に向けた共同・合同カンファレンスの開催・参加	7(2.1)
15. 医師間の治療方針の統一	5(1.5)
16. 研修医・後輩医師への十分な指導・教育	5(1.5)
17. 子どもと家族のニーズに応じた情報提供	5(1.5)
18. 小児医療への熱意、誠意のある取り組み	5(1.5)
19. 医師として責任ある態度	4(1.1)
20. 円滑な業務遂行に向けたルールの順守、正確・確実・迅速な行動	4(1.1)
21. 子どもと家族への公平・平等な対応	4(1.1)
22. 医療チームの一員である看護師との対等な関わり	4(1.1)
23. 医師自身の健康管理	3(0.9)
24. 緊急時の速やかで的確な判断・対応	3(0.9)
25. 家族への配慮、思いやりのある対応	3(0.9)
26. 一般常識の習得と患者・家族に関する不用意な発言の回避	3(0.9)
27. 専門性の深化	2(0.6)
28. 子どもの権利、子どもの心理・社会的側面の学習	2(0.6)
29. 対人関係に必要な幅広い考え方・視野・世界観	1(0.3)
30. 根拠に基づく治療方針	1(0.3)
31. 子ども・家族との信頼関係の形成	1(0.3)

(Scott, W.A. の式による一致率：81.2%, 76.4%)

【Ⅲ】研究成果の刊行に関する一覧表

※平成14年度～16年度分の業績別刷は
総合研究報告書にまとめて記載

平成14年～16年度研究成果の刊行物・別刷

お名前	筆頭著者	巻号	論文名	雑誌名・巻(号)・頁数
鴨下 豊彦		1	小児科医は本当に足りないのか?	小児科診療 66(4):1-2003
		2	医師過剰時代の小児科医・産科医不足	日本医師会雑誌 130(2):275-2003
		3	小児科医を確保・育成するために	医学のあゆみ 206(9):723-728,2004
松尾 宣武		4	JAPANESE PEDIATRIC BOARD CERTIFICATION-HISTORY AND FUTURE PERSPECTIVES	ASIAN-OCEANIAN JOURNAL OF PEDIATRICS AND CHILD HEALTH 1(2):131-136,2002
		5	米国における小児科医、小児科専門医卒後教育認定システム:日米対比の視点から	小児保健研究 62(1):3-7,2003
		6	小児精神保健における発達・行動小児科学 (Developmental Behavioral Pediatrics)の役割	日本小児科学会雑誌 107(11):1548-1550,2003
		7	小児科医のworkforceの日米比較	日本医師会雑誌 129(9):1483-1488,2003
		8	21世紀の小児医療:小児科医の新しいリアリズムをめざして	日本小児科学会雑誌 107(10):1317-1320,2003
		9	Who will raise children in Japan? Evolving status of child rearing in Japan	Summary of 21st Century Cohort Study of Japanese Children by Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare 2004年
		10	都道府県別、二次医療圏別にみた小児科標榜医のworkforce	日本医師会雑誌 131(9):1453-1474,2004
		11	育児殺しの歴史から	小児科診療 68(2):189,2005
衛藤 義勝	上原 里程	12	患者調査を用いた傷病分類別および診療科別の小児の推計患者数	日本小児科学会雑誌 107(12):1622-1627,2003
	上原 里程	13	Factors associated with practice of procedures in pediatric-related areas among certified pediatricians	Pediatrics International 45:80-85,2003
	上原 里程	14	時間外診療を含む小児科医の勤務時間	日本小児科学会雑誌 107(11):1543-1547,2003
		15	小児科医底上げの危機と今後の展望	総合臨床 52(12):3157-3160,2003
		16	二十一世紀の小児医療のグランドデザイン	教育と医学 53(1):45-54,2005
藤村 正哲	舟本 仁一	17	救急担当小児科医師へのアンケート	日本小児科学会雑誌 107(1):109-114,2003
		18	「小児医療に人材を確保するために」 —小児科医不足にどう対応するか—	大阪府立母子医療センター雑誌 19(2):11-15,2003
		19	これからの新生児医療とそのあり方	永井書店 87(2):121-127,2003
		20	小児医療、特に新生児医療に人材を確保するために	日本医師会雑誌 131(10):1591-1596,2004
		21	Neonatal Research Network	小児外科 36(7):878-885,2004
		22	これからの小児医療の整備と周産期医療	周産期医学 34(10):1486-1491,2004
	中澤 誠	23	特集 小児医療提供体制の改革ビジョン —わが国の小児医療・小児科医臨床体制の改革に向けて	日本醫事新報 4200:53-58,2004
		24	How to secure the Personnel for Pediatric, and Specifically Neonatal Healthcare	JMAJ 48(2):99-106,2005
		25	Psychosomatic disorders in children: An emerging challenge to health care in Japan	Pediatrics International 44:153-156,2002
		26	日常の生きやすさの支援は、日常に棲む環境の総体にある—ADHDのある子どもへの精神療法—	思春期青年期精神医学 14(2):101-111,2004
田中 康雄		27	展望—産婦人科医療	日本産科婦人科学会雑誌 55(8):795-800,2003
中野 仁雄	武田 佳彦	28	胎児・新生児医療の展望と課題	日本医師会雑誌 132(5):637-652,2004
	福岡 恒太郎	29	なぜ日本の産婦人科専門医が減少しているのか? —九州大学の産婦人科医局に参加する医師の動向の質化—	日本医師会雑誌 132(9):1157-1163,2004
		30	ソングラム21 周産期医療発展のための同種異一若手産科小児科医師確保に向けての対策1序論	日本周産期・新生児医学雑誌 40(4):710-711
	平川 俊夫	31	産婦人科若手医師の増加対策	周産期医学 35(1):105-110
		32	特集 産婦人科若手医師の増加と医療 産婦人科医局・今日から明日へ	教育と医学 53(1):36-44,2005
大澤 真木子		33	特集 女性医師と病院 医学部女子学生と大学医局における女性医師 —東京女子医科大学を中心に—	医学書院 61(9):715-722
		34	女性医師の勤務支援	日本医師会雑誌 131(1):66-69,2004
		35	女性医師の支援に関する研究—日本小児科学会会員へのアンケート調査結果を中心に—	2004年
岡井 崇		36	産産科医局と産科医局 —NO-Fault Compensationのメリット・デメリット—	日本医師会雑誌 132(5):695-701,2004
		37	医療事故における無過失補償制度	周産期医学 34(12):1857-1863,2004
加藤 達夫		38	小児科・産科医師の育成の支援方針に関する研究報告(その1) 小児科医の人員有効活用に関する研究報告	2003年
		39	小児科・産科医師の育成の支援方針に関する研究報告(その2) 医学士並11に研修医の小児科、産科に対する意識調査	2003年
岡村 州博		40	女性産科医師の呼び寄せからそして地方から 女性医師労働条件改善への提案	2004年7月
五十嵐 隆		41	小児医療の最前線	医学のあゆみ 206(9):527-528,2003
		42	わが国の小児医療の課題	保健の科学 45(9):645-648,2003
清野 佳紀	小田 慈	43	少子社会だからこそ充実した医療を 小児科医の活動が定まらざる必要は社会に	月刊保団連 No785:10-14,2003
	小田 慈	44	小児救急ファーストエイドブック 診療をこえて、協働のために	南江堂 2003年
		45	小児科医にとって、患者さんとの出会いとは	小児科臨床 57(8):1830-1832,2004
朝倉 啓文		46	周産期医療におけるリスクの軽減	日本医師会雑誌 132(5):689-2003
		47	NICUに関する実態調査報告	2004年
保科 清		48	お子さんの急病対応ガイドブック	(社)日本小児科医学会子どもの心対策部 2003年
桑原 正彦	天野 暉	49	小児救急医療の再構築をめざして	日本医師会雑誌 128(5):707-721,2002
		50	小児救急医療における学会の役割を探る—医師会の立場から	日本小児科学会雑誌 107(5):796-799,2003
		51	小児救急医療支援専門員委員会報告書—0.5次救急としての「小児救急電話相談」(広島)事業の有効性に関する研究および広島県内の小児2次救急医療提供体制の整備に関する検討—	広島県地域医療対策協議会調査研究報告書 2003年
	座長 中澤 誠	52	日本小児科学会小児救急プロジェクトチーム報告	日本小児科学会雑誌 107(5):792-795,2003
		53	小児救急の初期対応と社会的背景—本当に小児科医は足りないのか	日本小児科医会会報 26:103-106,2003

		54	小児救急電話相談事業-0.5次救急は保護者の不安解消に役立つか?	救急医療ジャーナル	11(5):18-22,2003
		55	小児救急電話相談対応マニュアル	広島県地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会	2003年10月
		56	小児救急電話相談・広島 相談事例集	広島県地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会	2005年1月
		57	小児救急電話相談事業の今後のあり方と実証に関する検討-中間報告書-	広島県地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会	2005年1月
		58	「小児救急電話相談事業-広島」の光と影	広島県地域保健対策協議会	39:21-25,2005
柳澤 正義		59	21世紀の小児医療-成育医療センターの開院を目前にして-	小児保健研究	61(1):3-8,2002
		60	成育医療	日本医師会雑誌	127(7):1078-1079,2002
		61	産産期医療の現状と課題-小児科医の立場から-	日本医師会雑誌	129(10):1546-1548,2003
	村島 温子	62	母体の自己免疫疾患と小児疾患	産婦人科の実際	52(6):753-758,2003
	生田 憲正	63	力動的療法に関する研究(2)-子どもの精神療法の効果-	思春期青年期精神医学	13(2):149-153,2003
	石橋 幸滋	64	他科の医師に向けた小児初期救急診療ガイドブック	救急医療ジャーナル	2003年10月:14-17
		65	成育医療への期待	総合臨床	52(8):2447-2448, 2003
	村島 温子	66	Long term prognosis of children born to lupus patients	ANNALS OF THE RHEUMATIC DISEASES	63(1):50-53,2004
	石橋 幸滋	67	「地域における小児初期救急への対応」調査報告	東久留米医師会報	No.88:9-14,2004
	村島 温子	68	わが国での女性外来の現状と課題	治療	86(6):33-38,2004
	生田 憲正	69	摂食障害	小児内科	36(6):944-947,2004
	細金 奈奈	70	摂食障害の薬物療法	こころの科学	116号:84-87,2004
	田中 政信	71	ブレインタルビジット	小児科臨床	57(9):2009-2011,2004
徳丸 實		72	教育検討会②「卒業臨床研修必修化と小児プライマリケア教育」	外来小児科	5(1):2002
		73	教育検討会③「研修医教育をクリニックで！」	外来小児科	5(2):2002
		74	教育検討会④「卒後のスーパーローテート研修必修化を踏まえて」	外来小児科	6(2):2003
		75	教育検討会⑤「教育検討会の担うべき役割」	外来小児科	7(2):2004
	森田 潤	76	小児科クリニックで研修医を教える	福岡県小児科医報	No.42,2004
	田原 卓浩	77	小児(初期)救急医学教育と指導者育成	へるず出版	2005年
片田 範子	小迫 幸恵	78	小児救急看護認定看護師教育の概要	小児看護	28(3):384-387,2005
坂名 美智子	鎌田 佳奈美	79	入院する子どもへのプリパレーションに対する看護師の認識とその実証状況	滋賀医科大学看護学ジャーナル	2(1):12-22,2004
	赤川 晴美	80	子どもが必要としている入院環境に対する看護師・医師・保護者の認識	福井県立大学論集	23号, 2004
	高橋 清子	81	日本の小児看護におけるプリパレーションに関する文献検討	日本小児看護学会誌	13(1):83-91,2004
横尾 京子		82	必要なときに必要なケアを受けることができるシステムが必要	Home Care MEDICINE April	12-14,2004
		83	NICU退院後の在宅医療-育児を支えるための連携と協働-訪問看護ステーションや小児科かかりつけ医療の役割と課題	Neonatal Care	17(10):38-43,2004
	谷口 美紀	84	小児の在宅医療および育児を支えるための訪問看護ステーション利用の実状と課題	日本新生児看護学会誌	10(1):10-18,2004
	谷口 美紀	85	小児領域における訪問看護ステーションの活用-第一報:訪問看護ステーションの立場からみた実状と課題-	日本新生児看護学会誌	11(1):32-37,2005
		86	NICU退院後の育児を支えるための訪問看護への展望	訪問看護と介護	10(3):216-221,2005
小林 邦彦		87	講演 女性小児科医の産前、産後および育児に関する疑問-北海道内92病院へのアンケート調査-	日本医事新報	4133: 59-62,2003

<印刷中>
松尾 宣武

母子、小児医療データベースの構築(第1報):用語の定義
日本小児科学会雑誌

Japanese National Medical Plan and Maternal and Child Health Care
Japan Medical Association Journal 2005

群馬県における小児科医のworkforceと小児2次医療
前橋医師会雑誌2005年

Makoto Imahashi(原稿者): Standardized centile curves of body mass index for Japanese children and adolescents based on the 1978-1981 National Survey data

西田 美佐

子どもと親が安心して医療を受けられるための医師・看護師・コメディカル役割と協働
-小児栄養ケアの立場から-
小児保健研究84(2),2005

<投稿中>

松尾 宣武

母子、小児医療データベースの構築(第2報):日本小児科学会会員マスタファイル(案)
日本医師会雑誌

わが国の小児精神保健専門医:現状と展望
日本小児科学会雑誌

日本児童青年精神医学会とAmerican Academy of Child and Adolescent Psychiatryの比較検討

桃井 真里子

一般病院における小児医療経済と小児科医の労働条件
医事新報

大学病院における小児医療経済と小児科医の労働条件
医事新報

【Ⅳ】 研究に関する新聞・雑誌記事

平成16(2004)年度研究に関連する新聞・雑誌記事

お名前	タイトル	新聞名
鴨下 重彦	道内医師数 産科、小児科横ばい 高まる需要で負担増	北海道新聞 2004年2月18日(水)
清野 佳紀	大阪厚生年金病院 産科オープンシステムを導入	Japan Medicine 2004年5月10日(月)
	ママ医師カムバック！大阪厚生年金病院の試み 育児と仕事の両立を支援	産経新聞 2004年5月19日(水)
	働きやすい環境づくりは男性へのしわ寄せも減らす	Medical Asahi 2004 June
	レポート 女性医師パワーを活用せよ！「医師不足解消に女性医師が働きやすい条件を整備」	CLINIC magazine 32(2) 18, 2005
	急がれる女性医師支援対策	DOCTOR'S MAGAZINE 民間医局 No.64,2005
石川 睦男	産婦人科医数が新生児死亡率に影響	Japan Medicine 2004年3月14日(月)
	産婦人科、小児科医少ない地域 子どもの死亡率高く	北海道新聞 2004年11月5日(金)
桑原 正彦	小児救急電話相談 親に安心感定着へ知恵を	中国新聞 2004年4月11日(日)
	小児救急電話相談事業 県単独含め11都府県にとどまる	Japan Medicine 2004年10月20日(水)
	「こどもの救急電話相談」をスタート	臨床のあゆみ No55, 40, 2004
桑原 正彦 (衛藤義勝)	第1回小児救急フォーラム特別座談会 「小児救急」は医師の基本	教育医事新聞 2004年3月25日号
片田 範子	小児救急に認定看護師一新年度からスペシャリスト養成一	東京新聞 2005年3月13日



かました。しげひこ (東京) 厚労省の「小児科」があり、医師の「小児科」は「元氣に赤ちゃんなが生まれるのは当たり前」という認識が強く、訴訟になりやすい。死産から救われることもあります。

解決策の一つは「医師の契約化」です。一カ所の医療機関に七、八人の医師を集めれば、当面を過す見越したものと成るため、他科に比べて高い報酬も必要があるでしょう。

厚労省研究班・鴨下重彦代表に聞く

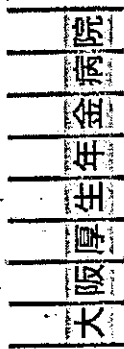
昼夜問われない勤務

医師集約化で負担減を

産婦人科と小児科の医師が、言葉に陥っている。小児科の勤務は、状況改善の見通しはあるのか。厚生労働省の小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班の主任研究者(代表)である鴨下重彦さんに聞いた。

小児科と産婦人科に共通した問題の一つは、勤務が非特約に過酷だということです。小児科医の平均勤務時間は週八十時間、なかには週百二十時間という医師もいます。

しさを増しています。お仕組みが不十分です。小児科の勤務は、医師の労働はますます厳格化されています。産科では、医師確保が四月から義務化される。新人医師の臨床研修で導入するなど、医師間の金銭的、精神的負担を軽減することも検討するべきでしょう。

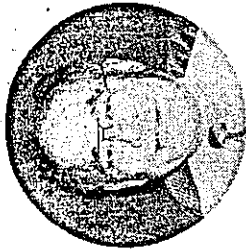


(大阪市福島区)

産科オープンシステムを導入

開業医と連携し安全、効率化ねらう

大阪厚生年金病院(大阪市福島区、570床)は4月から、「産科オープンシステム」を導入した。病院施設を地域の産科開業医に開放し、お互いが協力しながら効率的で、安全な産科医療を提供できる体制の整備がねらい。産科医が確保できず、お産の取り扱いをやめざるを得ない病院も現れ、住民の不安が募るなか、同病院は公的病院として、産科の拠点的病院の役割を担っていきたい考えだ。



清野佳紀院長

れ、小児医療以上に深刻ともいわれる産科医療の理想を改善する方策としても、期待が寄せられている。

「産科オープンシステム」とは、産科開業医が病院の医療資源を利用してお産を行うなど、地域の診療所、助産所と病院がよりいっしょに緊密に連携、お産の安全性を高めるようにするものだ。2003年12月に出生された坂口力厚生(男)のなかにも、周産期医療施設「オープン化推進」が盛り込まれたが、すでに静岡県浜松市では、妊産婦健診は診療所、出産は病院という体制が定着している。

産科のリスクと密接に絡むのは、産科医療のマンパワー不足だ。同システムは、平均1.7人の産科医が年間約220人のお産を取り扱っている、大学の産婦人科医局の8割は人員不足といわ

えた。登録医がいる診療所には早速、同病院との連携体制を示す案内がはり出されている。

オープン化に備え同病院は、2000万円を投じて施設を改修、NICU8床と米国で開発された自宅分娩に近い出産をめぐらすLDR用の2室を整えた。清野院長は、「オープン化には、しっかりとした小児科とNICUが不可欠だ」という。

関係者の関心を集める産科オープンシステムだが、普及への課題として、開業医の収入減やトラブル発生時の責任の所在などが指摘されている。

同病院ではシステムの運用にあたり、妊産婦を紹介した開業医が少なくとも1回、同院内内で妊産婦の診察を行うことを条件に、開業医へ一定の報酬を支払う仕組みを取り入れた。例えば、妊娠6か月以降に同病院へ紹介さ

れた妊産婦が普通分娩した場合、入院費を含むお産費用の約3分の1、最高で12万円弱を開業医に支払う。

また、責任の所在を明確化するため、このシステムの実施に関連して生じた登録医の医療事故については、同病院の非常勤職員に準じて取り扱う旨を、登録医との契約事項に盛り込んだ。

清野院長は、「産科で利益をあげようとは思っていないから、採算は度外視。ねらいは産科医療のシステム化にある」と強調。とくに、大阪市港区、此花区など同病院より西側の病院には産科がないため、公的病院としての使命を果たしたいと意欲的だ。

同病院の年間分娩数は昨年400件を切ったが、オープン化導入などで予定分娩数は前年より増えている。今後、助産所にも登録を呼びかけていく考えだ。



○上

今年の医師国家試験の合格者のうち、女性比率は34%。その割合は年々高まってきている。その一方で出産・育児を機にもめる医師が多い。過酷な勤務状況のため、育児との両立が困難を極めるからだ。しかし、「一・二数年の医師不足から、育児で職を退いた女性医師が注目された。厚生労働省の研究班が女性医師の勤務実態調査や支援策の検討を始め、新たな取り組みが乗り出す病院も出現した。」

(岸本佳子)

午後四時すぎ。大阪厚生年金病院(大阪市福島区)のリハビリテーション科の医師、前田香(かほ)さんがカルテに目を通している。職員が声をかけた。「先生、もうそろそろ時間じゃないですか」。前田さんの勤務は午前十時から午後四

大阪厚生年金病院の試み

時まで。三歳と二歳の二人の子供をもち前田さんは、育児と仕事の両立のために、フレックス制を利用しているのだ。

昨年、第二子の妊娠・出産のため、前の職場を退職し、自宅子育てに専念していた。その八、欠員が生じていた同科の綾田裕子部長から「うちで働かないか」と声をかけられた。

しかし、「最初は辞退しました」と前田さん。育児をしながら勤務で医師の仕事を経験するのは難しい。第二子の出産の時も、それまで勤めていた病院を退職している。当時は整形外科で、手術が入ると帰宅は夜七時、八時となり、急ぎすれば呼び出しがある。その

育児と仕事の両立を支援



後別の病院のリハビリテーション科に勤務したことがあったが、厚生年金病院は規模も大きく忙しいイメージがあった。

とでもじゃないけど、時間的に無理と首をふる前田さん。綾田部長はさすが「じゃあ、十時〜四時でいいよ」。

この制度、実はこの四月にスタートしたばかり。目的は医師不足の解消だ。「優秀な女性医師は、少しでも働いてもらいたい。それにはきめ細かい柔軟な体制を用意します」と同病院の酒野佳紀院長。

勤務体制だけではない。例えば職員用駐車場の割り当ては、子育て中の女性職員優先と決めた。今年、五台の空きが生じたが、権利を得たのは子育て中の女性医師と女性看護婦。小児科病棟を利用して「病児保育」をスタートする計画も進めている。「院内保育所も検討しましたが、あまり希望がなかった。それより子供の熱が出たときに困るといふ意見が多かった」。

子育てでも大先輩、の綾田部長(左)と前田医師(右)。子育て中の女性医師への支援のあり方が注目されている。大阪府福島区。

小児科医である酒野院長は、子供を最近では孫を保育園へ送迎するママ達に「参加して来た」。子供は社会で育てるもの」と考え、病院長に就任して以来、率先して子育て支援に取り組んでいる。「先進国では女性医師の方が多い。しかも女性医師は優秀ですからね」。

仕事と家庭の両立のために求められるのは、「父親の育児参加への啓蒙」「雇用管理者の意識」「多様な勤務体制の支援・容認」だ。先月開かれた日本小児科学会での問題が話し合われた際、子育て経験のある帝京大学小児科の児玉浩子助教は、そう指摘した。

その意味でも「私はラッキーでした」と前田さん。「今はとてもいいリズムで仕事をさせてもらっています」。実は、前田さんに声をかけた綾田部長は、五人の子供の母親。「このように頑張らなければいけないままな感じで前田さんを見つめた」。

働きやすい環境づくりは 男性へのしわ寄せも減らす



清野佳紀
(せいの・よしき)
大阪厚生年金病院院長
岡山大学名誉教授
(小児科)

「女医はいらない」という話は、私が学生時代にはよく耳にしたが、さすがに最近では表立っては言われなくなった。とはいえ、一般企業でも医師の世界でも女性は門前払いというところは今もまだあり、それは管理者として最低ではないかと思う。一方で、女性医師が専業主婦になっても、社会からあまり非難を受けることがないというのも具合が悪いことだと感じる。

女性医師の退職は市民の損失

管理者が女性を採りたくないという理由の最たるものは、管理が面倒になるのを嫌うためだろうが、本気になれば、医師が産休を取った場合の補充などでも何とか対応できるものだ。

岡山大学で小児科教授を務めていた13年の間には、毎年10人前後が入局して、男女はほぼ半数ずつだった。成績では女性のほうが良い傾向があり、途中で医師を辞めてしまうことになれば、大学や病院のみならず社会的にも損失であるし、何よりも市民にとって大きな損失だと感じた。小児科医にとって、子育てをしながら自分も育つということは非常に大切で、そうした経験者を増やしていきたいと考えていた。

働きやすい環境づくりで 人材が集まる

何とかしたいと知恵を絞った結果、女性医師の多くは医師同士で結婚する

ことから、結婚後は夫と同じところに勤務させることにした。各科がそれぞれ人事を進めると、夫婦はバラバラに複数の県にまたがってある関連病院に行かねばならず、多くの場合は女性が辞めることになる。そこで大学内で必ず話し合って異動先を決めるようにした。また育児休暇を設けて、現状に復帰させることを保証した。その結果、ただ一人の女性医師も辞めることはなかった。全国的に小児科医不足が進む中で、女性が働きやすい環境づくりをいち早く進めたことで、女性も多く集まってくれて人材に事欠かなかった。制度があることは必要だが、ポストと夫の双方がどれだけ理解を寄せるかで、女性医師の働き方には大きな差が出る。私自身も高校教諭である妻と共働きで、後に医師となった娘2人の子育て、孫の育児にも協力してきた体験から見て、女性が働く場合は支援がきわめて重要だと考えている。

フレックスタイム、病児保育……

この病院に移ってきてからまず手掛けたのは、少ない駐車場スペースを子育て中の女性職員に優先して回すことだ。フレックスタイムも導入した。1日の勤務時間は原則8時間として、各人の出勤時間は各科の主任部長と相談して決めさせるようにした。例えば、6時間しか働けないというような場合には、給料も減らず代わりに完全自由にした。出産直後の女性医師がこの制度を利用して喜んで働いている。

来年4月には少子化対策のために次世代育成支援対策推進法が施行される

が、それに合わせて、病児保育もスタートさせる。院内の1室を開放するだけで、多くの女性職員が救われるのだから、最も簡単で有効な支援方法だ。将来的には、男性職員にも育児休暇を取らせることを考えている。

当院の小児科は9人中3人が女性医師、外科、整形外科に1人ずつ女性がいる。外科系の病院ということもあり、全国平均と比べて多くはない。本当は、女性にとって向き・不向きというようなことがあってはいけませんが、急性期よりは療養型のようなところが働きやすいと言わざるを得ない現実もある。今や女性のほうが元氣もいいし、外科系にもどんどん進出すべきだと考えている。

全国的に女性専用外来が増えているのは、女性の患者さんが、産婦人科や泌尿器科、乳癌検診は女性医師に診てもらいたいと望んでいるためだろう。産婦人科の女性医師がトレーニングを受け、乳癌と子宮癌の検診を一度にできるようにすれば、患者さんに喜ばれる。

7月から週1日の「女医デー」

当院でも7月から、いわゆる女性外来ではなく、「女医デー」を始める予定だ。女性医師がいない科は別にして、毎週水曜日の外来は女性だけが診る日とする。女性医師に診てもらいたい患者さんはその日に来院されればよい。

患者さんの半分は女性であり、医師も女性が半分になっていいと思う。今後も女性医師の増加は続くだろうから、我々管理職にある者が早期に対策を立てることが課題だ。女性医師が半数近くを占めるようになって、女性がきちんと働ける環境が整えば、自分たちにしわ寄せがくる。小児科学会の女性支援担当理事という肩書きもいただき、長らく啓発し続けた結果、少しずつ理解者も増え、女性医師が働く環境が改善してきていると感じる。(談)



女性医師パワーを活用せよ!

医師不足解消に、 女性医師が働きやすい条件を整備

「女性医師の日」アピールで、同性患者の評価を集める

大阪厚生年金病院 清野 佳紀院長



「子育てによる離職は “社会的損失”

「医師不足解消のためには、家庭に引き込む女性医師を呼び戻すしかない。どのようにも柔軟に条件を合わせる考えで、女性医師の雇用を進めています」と語るのは、大阪厚生年金病院（大阪市福島区）の清野佳紀院長。

岡山大学医学部小児科教授を13年間務めた同院長には、「女性医師が子育てしながら自ら育つことは非常に大切」という持論がある。子育てのために医師を辞めてしまうことは、病院だけでなく社会的な損失と考えるからだ。

当時から女性医師が継続して働けるように、数々の手を打つ。医師同士の結婚が多いことから、女性医師は夫と同じ病院で勤務できるように大学内で話し合っって異動先を決めるようにした。また、育児休暇を設けて現状復帰も保証した。それらの結果、女性医師は一人も辞めることがなかったという。

2003年4月、大阪厚生年金病院に着任し女性医師の雇用に関して最初に着手したのは、限られた駐車スペースを未就学児童を持つ女性職員に優先したことだ。続いて、第二子出産で退職した30歳代の女性医師へ「午前10時から午後4時、当直なし」で復帰を応援した。昨年4月からは女性医師のパート勤務制度をスタート。1日4時間や週に3日だ

けなど、柔軟な勤務体制の女性医師は現在、3人を数える。

女性の社会進出が本格化するなか、多くの病院では女性医師の雇用体制は世間並みにも整っていないケースが少なくないようだ。子育てを理由に大学病院へパート勤務を希望したある女性医師が、「ただなら勤務してもいい」といわれた例もある。

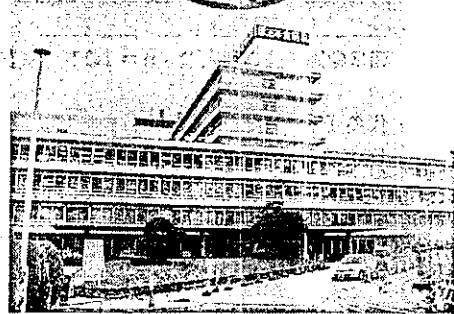
清野院長は自ら高校教諭の妻と共働きで2人の娘を育ててきた。さらに、医師になった娘2人の子どもたちの育児を支援してきた経験を持つ。その実績と温かい目でより一層、女性医師の受け入れを推進。「経営者が本気になれば、経営面でも、職場の同僚医師にとっても、よりよい女性医師の雇用制度をつくりあげることにはできる」と断言する。

そして今年4月からは、子育て中の女性職員から要望の強い「病児保育」をスタートする。ちょうど国が少子化対策のために施行する「次世代育成支援対策推進法」に合わせた形になる。

「女性医師の日」で患者増へ

一方、同病院では女性医師の雇用を、マンパワーの充足目的だけでは終わらせていない。女性医師の充実ぶりを、患者増のための武器として活用する。

顕著な例は昨年7月から毎週水曜日にスタートした「女性医師の日」。この日の外来はほぼ全科で女性医師



が必ずいる日になる。また、「乳がんと子宮がんの同時検診」も始めた。「患者さんの半数は女性です。乳がんや子宮がんの検診では、女性医師に診てもらいたいと思っている人は多い。しかも、乳がんと子宮がんの検査を同時にしたいという要望もありました」

これらを実現した結果、患者数の増加も見込まれている。女性医師に優しい職場であることが、日刊紙にも取り上げられ、さらに女性患者から好評を得ているわけだ。

また、女性医師雇用とは直接の関係はないが、昨春から導入した「産科オープンシステム」は地域の開業医から支持を集めている。NICUおよびLDR用2室を備えて患者満足度も飛躍的に高まり、患者数が増えてきたという。

患者が望む制度を整えていくことで、地域の支持が得られることを実証しているといえそうだ。女性医師を充実させ、そのパワーを活用させることは病院活性化への一連の施策として捉えることができるだろう。

Doctor's Opinion

大阪厚生年金病院院長

清野 佳紀

急がれる女性医師支援対策

昔は、大学の医学部の教授や病院長などの管理職の立場の人が、「うちには女医はいらない」というようなことを平気で口にしてきた。最近では「男性であれ女性であれ医師は同等に扱おうし、同等に働くべきである」と言う管理職も少しは見受けられる。しかし、一見、民主的に受け取られるこの発言が、日本社会の少子化の根源となっている。

現在、日本全国の全医師数は毎年3000名あまり増加しているが、その内訳は女性医師が2000名近く増加しており、男性医師は1000名あまりの増加である。ところが、29歳以下の医師の増加数は毎年250名程度で、男性医師が毎年100名ほど減少しているのにくらべ、女性医師は毎年350名以上も増加している。つまり若手医師の供給においては、地殻変動的に女性医師の比率が増加しつつあるのだ。

この事実を知ったうえで世界各国の女性医師の就業率を見てみよう。日本の女性医師は、30代になると急激に就業率が減少し60%までに落ち込む。これにくらべ、スウェーデンでは日本の男性医師同様30代になっても40代になっても就業率は上昇しつづけ、85%程度にまで上昇している。米国ならびにドイツの女性医師は、日本とスウェーデンの中間に位置する。他方、韓国の女性医師は日本以上に就業率が減少して、50%にまで下降する。この就業率の差は、その国の医療機関を含めた社会が女性医師の就業をどれだけ支援しているかで決まっている。そして日本では、この状況をそのまま放置すると深刻な医師不足が到来することになる。ましてい

わんや皮膚科、眼科、産婦人科、小児科のように女性医師の比率の高い診療科では、各病院とも診療を縮小せざるをえなくなるだろうし、現実には閉鎖にまで近い込まれようとしている病院さえもある。

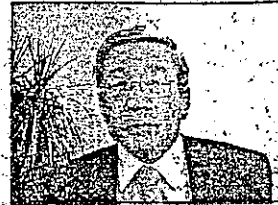
女性医師に、なぜ仕事を辞めるのかアンケートトで聞いてみると、圧倒的に多い理由が、
①育児
②妊娠及び出産
であり、そのほか子どもへの教育や結婚生活などがあとにつづいていく。つまり、主な休職の理由は社会ならびに家族の支援が得られないことによるものである。もちろん、家族も支援したいのであるが、日本の社会の仕組みがそれに応えられていないのである。さて、病院の育児制度に関して調査してみると、産休中の身分保障や代替要員、妊娠中の当直の免除、育児休業制度、育児休業中の代替要員、職場内保育などの未整備が目立つ。女性医師のライフサイクルを見ると、30代に妊娠・出産・育児が始まり、50代には老父母のケアが始まる。自分自身が社会的にきわめて重要な仕事をこなしながら、これらの重荷を背負わなければならない。必然的に医師を休職するか、子どもをあきらめるか、ということになるのかもしれない。

これらの点を考慮し、解決すべき課題としては、
①子育て支援
②勤務制度面の改善
③生涯教育、再教育支援
などが挙げられる。一方、医師及び女性医師を取り巻く現行の支援制度を調べてみると
①男女雇用機会均等法
②労働基準法
③3世代育成支援対策推進法
などが挙げられる。特に3番目の3世代育成支援対策推進法では、「地方自治体および従業員300人以上の事業主は、次世代支援対策のため、労働者が職業生活と家庭生活の両立を図れるようにするため、必要な雇用環境の整備を行うことにより、自ら次世代育成支援対策を実施するよう努めるとともに、同または地方公共団体が講ずる次世代育成支援対策に協力しなければならぬ」となっており、5年ごとに、育児中の男女が働きやすい環境をつくるための行動計画を提出する義務がある。この法律は、もろに各病院に当てはまることになる。私が当病院長に就任して以来、以下のことを実行した。
①大阪厚生年金病院の職員の出産・育児にもなう休職支援として、正式職員、臨時職員を問わず有給の産前・産後休暇を取得できる。また、出産休暇も取得できる。さらに、配偶者の出産の際に、子育て支援休暇も与えることにした。勤務制度の面でも、時差出勤やフレックスタイム制を取り入れて、子育て中の女子職員が働きやすいような環境づくりを行った。
②職員が勤務のために駐車場を取得する際に子育て中の女子職員を最優先することにした。
③産婦人科をオープンシステムの病院にし、重点的に分娩数を増加する一方で、妊婦検診などの外来診療はできる限り地域の診療所や助産院にお願いすることにした。
もちろん、医師であるなしにかかわらず、一般市民が働く女性をいかに支援していくかということはきわめて重要である。もっと女性が働き、もっと老人が働き、もっと子どもが生まれる社会にしなければ、年金制度も医療保険もこのままでは成り立たなくなるのは明白である。私は常日ごろから院長として
①子どもは社会が育てる
②家事は家族全員が行う
を目標にして病院の環境改善を図るべく努力している。

いずれの先進国でも起こったように、近い将来、日本でも女性医師の比率が50%を超えるであろう。行政当局、医療現場を問わず、今のうちに抜本的な対策を立てなければならぬ。

産婦人科医数が新生児死亡率に影響

石川睦男・旭川医大付属病院長



産婦人科医数が少ない二次医療圏ほど、早期新生児(出生後7日未満)の死亡率が高いことが、厚生労働科学研究班「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班」(鶴下重彦班長)の分担研究者、石川睦男・旭川医科大医学部付属病院長の北海道を対象にした調査研究で分かった。同調査研究では、北海道で、①小児科医師

数や産婦人科医数が少ない二次医療圏ほど、新生児(出生後28日未満)死亡率が高い②小児科医数や産婦人科医数が少ない二次医療圏ほど、乳児(出生後1年未満)の死亡率が高いことも分かり、小児科医・産婦人科医不足が新生児・乳児医療の水準を低下させている状況が浮き彫りになった。

調査研究は、北海道の二次医療圏ごとの、小児科医数(人口10万人当たり)や産婦人科医数(同)と、新生児・周産期・乳児の健康指標の関連を検討した。

実際の調査研究は旭川医科大の産婦人科と健康科学講座が実施。医師数は、1998年から02年までの厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査を用い、新生児・周産期・乳児の各指標は92年から02年の北海道衛生統計年報を使って、二次医療圏ごとの数字を割り出した。

その結果、早期新生児死亡率(出生1000に対する死亡数)と産婦人科医数との間には有意な負の相関が認められ、産婦人科医数が少ない二次医療圏ほど早期新生児死亡率が高かった。特に、余谷や留萌、喜且野、日高などの二次医療圏では、産婦人科医数が2.4人(人口10万人当たり)しかおらず、早期新生児死亡率は1.65~2.67に上った。

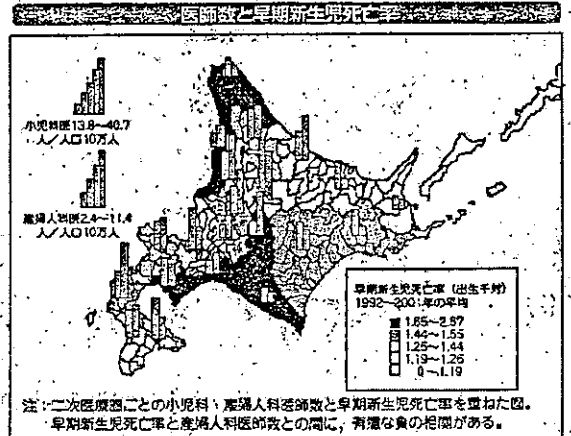
新生児死亡率と小児科医数や産婦人科医数との間にも有意な負の相関があり、医師数の少ない留萌や日高の二次医療圏では、新生児死亡率が2.75

~3.25に上っている。乳児死亡率と小児科医数や産婦人科医数との間にも有意な負の相関があり、医師数の少ない留萌や日高、東胆振、西胆振などの二次医療圏では、高い乳児死亡率(4.1~4.77)になっている。

● 医師数の地域的偏在 医療水準の低下に

面積の広大な北海道では、二次医療圏の分水嶺がおおむね明確で、医療圏内で日常の医療がほぼ完結している。このため、今回のような明確な結果が得られたという。今回の調査研究は、都市部に多く地域に少ないといった医師数の地域的偏在に加え、産婦人科や小児科の医師不足といった診療科の偏在で医療水準の低下が生じている可能性を示している。

石川病院長は、「地域、特に北海道では産婦人科医不足が深刻だ。周産期医療の水準確保のために早急な対策が必要。憲法に「国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」(25条)という条文があるように、未熟な子どもを産むために安全な出産と子どもの健やかな成長をめざし



たい」と話している。同研究班の産科グループは、今回の調査研究結果をききさまざまな研究班の活動をもとに、①周産期医療における産婦人科医師の待遇改善(勤務条件の改善、労働量に見合った収入の確保、待遇改善に関する財政的支援の確保)②周産期医療における産婦人科医師確保に関する積極的支援(女性医師が仕事と家庭・育児を両立できる勤務環境の整備など)③地域特性に応じた周産期医療システムの確立・推進(周産期医療の集約化に関する中長期計画の策定、妊産婦救急への迅速な対応と医療スタッフの集約化のための分岐のセンター化など)④無過失賠償制度の導入を提言している。

産婦人科、小児科医少ない地域

道内で産婦人科と小児科の医師が少ない地域ほど新生児や乳児の死亡率が高くなること、旭川医大の石川睦男教授(産婦人科)らが行った統計分析で分かった。5日に東京で開かれる厚生労働省「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班」の全体班会議で発表する。道内で同様の研究は例がなく、全国的にも珍しいという。

旭医大教授「医療圏見直し必要」 統計分析

子供の死亡率高く

道は医療体制について、身近な医療を提供する市町村単位の一次医療圏、入院を伴う二次的な医療がほぼ完結する三次医療圏、高度で専門性の高い医療に対応できる三次医療圏に分けて整備を目標としている。石川教授らはこのうち「二次」ある二次医療圏を分析。出生千人あたりの早期新生児(生後一週間未満)や新生児(同一カ月未満)、乳

児(同一生未満)の最近十年間の死亡率の平均と、人口十万人あたりの産婦人科、小児科の最近五年間の医師数の平均と

の相関関係を検討した。それによると、二次医療圏全体として、分娩を扱う産婦人科医が少ない地域ほど、早期新生児と新生児の死亡率が高く、小児科医が少ないほど新生児と乳児の死亡率が高くなる相関関係がみられた。例えば、産婦人科医師数が一四・二七人と最も多いケルプに入る地域(上川中部)は早期新生児死亡率が一・一五と低

かったのに対し、三・〇九人と最も少ないケルプに入る地域(日高)は二・六七と高くなった。小児科医師数の分析でも同様の傾向があったという。地域の産婦人科と小児科の医師不足は深刻化しているが、石川教授は死亡率の高さは適切な処置が間に合っていないことを示している。専門医不足が新生児や乳児の医療水準を下げていることが

裏づけられた」と話す。道は二次、三次医療圏に緊急の帝王切開や重症患者の治療に対応できるセブスター病院の指定を進めている。石川教授は地域によって安心して出産できる施設が身近にならなると、現実的な対応とは言いがたい。医師の養成と併せ、適正な医師配置や医療圏の見直しが必要。行政と話し合っている。

時流

子どもが急病になった休日の夜などに、電話で小児科医の助言を受けられる小児救急電話相談が本年度から、各都道府県で順次スタートする。「超早急」二〇〇二年秋に始まった広島県の電話相談がモデル。救急現場の混雑を解消する「特効薬」ではないにしても、核家族化が進む中で、子育てを学ぶママさんへの「しなやかな助け」を示している。

(編集委員・山内雅弥) 「小児科医に行かなくても、明日まで待っていいか。これがキーンとブレースです」。広島県の小児救急医療情報センターが運営する「小児救急電話相談」がスタートして半年。担当者の一人である県小児科医会の藤原正徳会長

小児救急電話相談

は、明後日言い切る。

1日当たり約20件

三月末までの相談件数は

三月四十九件、一日当

たり平均約二十件、イン

ルエンザ流行時には四十八

件の相談が寄せられた日も

あった。

二月末時点で累計した相

談(三十三百八十四件)の

トピックは、「一般の病気」

多かった。

医師の助言内容を見る

と、「救急相談センターへ

病室へ」「病室へ行くま

動めた」は計28%。これに

対し、「風邪にかかりつけ

医へ」は33%、「心配ない

が何かあれば病室へ」も28

%。様子を見て」と判断

されたケースが、六割を占

めることが分かる。

親に安心感定着へ知恵を

の4%、ひきつけや外傷な

ら「検査要する病気」は13

うか。回答した六百四十

人の中から、電話相談

は、明後日言い切る。

1日当たり約20件

三月末までの相談件数は

三月四十九件、一日当

たり平均約二十件、イン

ルエンザ流行時には四十八

件の相談が寄せられた日も

あった。

二月末時点で累計した相

談(三十三百八十四件)の

トピックは、「一般の病気」

多かった。

医師の助言内容を見る

と、「救急相談センターへ

病室へ」「病室へ行くま

「ほら、お母さん」を感じ、「今

後にも利用したい」と感じて

る。高松市の「こども電話

相談」が、電話相談の普及に

かかせた。電話相談が、救

急相談の中心になり、救

急相談が中心になり、救

急相談が中心になり、救

急相談が中心になり、救

急相談が中心になり、救

急相談が中心になり、救

【小児救急電話相談】を利用した946人の行動

(2002年9月～04年2月、広島県)

無記入1.1 指示を受けて救急車を呼んだ0.6

相談だけで納得 8.1 すぐ救急病室へ

23.2 45.8

翌日の昼間かかりつけ医に

行った 21.2%

見なかった 23.2%

見なかった 23.2%

見なかった 23.2%

見なかった 23.2%

見なかった 23.2%

見なかった 23.2%

見なかった 23.2%

見なかった 23.2%

見なかった 23.2%

「親たちの孤独と不安だ。そ

うじた思いを専門家で

る医師に聞いてもらえぬ

とが、電話相談への期待は

じつがじつと高まっている

が、い

「相談する側」が、救

急相談が中心になり、救

急相談が中心になり、救

急相談が中心になり、救

急相談が中心になり、救

「1」の命の懸念は、救急

科医の助言が頼り

その一方で、小児科医の

熱意も責任に頼る事業の

問題も浮き彫りになってい

る。六十人いた協力隊は、

いさ五十人、医師たちが

遠の理由に挙げられるのは、

夜間に五時間の拘束は、

い「報酬で体力的に限界」

「相談者の態度が横柄」

な。

勤務医や一線を退いた小

児科医に参加を呼び掛け

り、医師教育も兼ねて研

究も進め、相談と

録の整理を分擔するとい

うた。今後は、

利用されるよう、利用

者からは回線増設や通話

時間の拡大を望む声があ

が、相談する側の「4」の

問題も指摘されている。こ

うすれば、救急車を呼んで

いけないのか、みんなが知

識を深めたい。

〔 NEW SPOT 〕

「こどもの救急電話相談」をスタート

広島県小児科医会会長
桑原医院院長

桑原 正彦

広島県では2002年9月から「小児救急医療相談電話(こどもの救急電話相談)」がスタートしている。この電話相談は、広島大・県医師会・広島県・市の4者で構成する広島県地域保健対策協議会が母体となり、県内のベテラン小児科医師約60人がボランティアで参加して開設されたホットラインである。全国初の試みとなることから、医療界の内外を問わず、きわめて大きな注目を集めている。広島県小児科医会会長として電話相談の総括責任者を務めておられる桑原医院の桑原正彦院長に詳しく伺った。



桑原正彦院長

まずは、このホットラインの中身について紹介していただく。

「こどもの救急電話相談」とは、小児科医が休日の夜間に電話で相談に応じるというものです。電話を受け付けるのは土・日曜、祝日の夕方6時から夜11時まで。事務局の専用番号にかかってきた電話を県内各地の当番の先生に自動転送して、相談に当たる体制を組んでいます。電話の内容はさまざまですが、お子さんの症状をよく聞いた上で、すぐに診察を受けるべきなのか、翌朝まで待っても大丈夫のかなど、対処の仕方をアドバイスするわけですね。急を要する場合は近くの救急病院を案内します。

相談件数については、1日に15件ほどかかってきているとのこと。開設から2ヵ月で240件を受け付けた。まだ滑り出したばかりとはいえ反響は大きく、相談者からは「対応の仕方がすぐにわかり、ありがたかった」、「不安が解消されて、たいへんに助かった」などの声が数多く寄せられているという。

こうした電話相談を始めた背景について伺うと、2つの大きな目的があったとのことだ。



「1つは患者さんの整理を上手に行うことです。現在、夜間に対応する救急センターは、数が少ないため非常に混雑しているのが実状です。これを改善して、急を要する患者さんをじっくり診察できるようにするため、電話相談で受診すべきかどうかの振り分けをしたいと考えました。もう1つの目的は、保護者の方々に知識を持っていただくということです。私たちは、お母さんやお父さん自身がお子さんの健康観察を行い、冷静に対応できるようにしたいと思っています。そのため、この電話を通じて知識を広めようと考えたわけですね」。

今後については、電話相談の内容を詳しく検証、分析して、さらなる対応を考えたいとのこと。将来的には受付日を平日にも拡大し、1年365日電話相談を受けられる体制を目指したいという抱負も抱いている。最後に課題について伺ってみた。

「電話相談そのものは順調なスタートを切ることができ、これからもその内容の充実を図っていきたいと考えています。ただし、小児救急医療全体から見れば、電話相談はそれを補完する制度に過ぎないことも事実です。本来、国や自治体が「子どもは国の宝である」という認識を持ち、主導的な役割を担って救急医療センターを各地につくるなど、根本的な施策を実行すべきなんですね。電話相談を確実に継続することに加えて、私たちはそのための働きかけも積極的に行っていきたいと考えています」。



**第1回小児救急
公開フォーラム 特別座談会**

「小児救急」は医師の基本

—子どもたちの生命を守る—

特別座談会出席者

北九州市立八幡病院救命救急センター 小児科部長	市川 光太郎	国立保健医療科学院生涯保健部長	田中 哲郎
日本小児科学会会長 東京慈恵会医科大学小児科主任教授	菅藤 義勝	日本小児科学会小児救急プロジェクト チーム代表・東京女子医科大学教授 (日本心臓血管研究所小児科)	中澤 誠
広島県小児科医会会長 広島中/桑原病院(小児科・内科)院長	桑原 正彦		



教育医事新聞(平成15年3月25日号)

別刷



小児科救急不足が根拠
女医が勝つ環境を

救急医療 画像活用は…

子どもたちの生命を守る

2次救急の入院施設確保を
「いつでも診て」強い要望

診療報酬と行政に提言
子育て不安除くシステムも

地域が抱える問題まず整理

「小児救急」は医師の基本

日本の医療のひずみ噴出
小児科学会を核に再生を

電話相談併設し活用も
患者にゆとり与える効果

卒後教育
充実が必要