

『子どものこころの問題：診療のシステム作りと医師の育成について』

日時／平成17年3月19日(土) 13:00～17:00 場所／はあとん乃木坂(詳細地図は別頁参照) 参加費／無料
※参加希望の方はe-mail(ct01-srt@kt.rim.or.jp)又はFAX(03-5287-3802)でご所属・ご氏名をご連絡ください。
※当日参加も受け付けています。直接会場にお越しください。



基調講演

わが国の小児精神保健医療に求められるもの
松尾 宣武 (国立成育医療センター名誉総長、慶應義塾大学名誉教授)

招待講演(予定)

米国における小児精神医療の現状と専門家の育成について
Paul J. Ambrosini (ドレキセル大学小児精神科教授)
Josephine Elia (フィラデルフィア小児病院コンサルテーション・リエゾン科長)

パネルディスカッション(演者は予定)

周産期・小児精神保健医療のシステム作りのために

- 学校保健の立場から 宮本 信也 (筑波大学医学専門学群心身障害系)
 - 専門学会の立場から 星加 明德 (東京医科大学小児科)
 - 成育医療の立場から 奥山 真紀子 (国立成育医療センター)
 - 産科医療の立場から 佐藤 昌司 (九州大学病院周産母子センター)
 - 児童精神医学の立場から 田中 康雄 (北海道大学大学院教育学研究科)
 - 行政の立場から 齋藤 慈子 (厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課藤橋補佐)
- 司会：鴨下 重彦 (社会福祉法人賛育会、賛育会病院)

共 催：日本学術会議一出生・発達障害研究連絡委員会
後 援：日本医師会／日本産科会／日本小児科学会／日本小児科医会
問い合わせ先：スタッフルーム タクムラ内 〒169-0075 東京都新宿区高田馬場2-4-7
TEL:03-5287-3801 FAX:03-5287-3802 e-mail:ct01-srt@kt.rim.or.jp

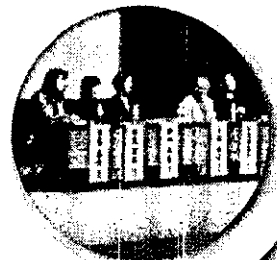
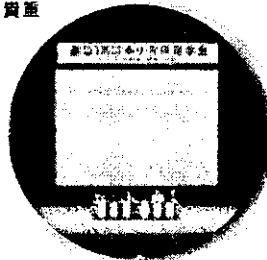
『子どもと親が安心して医療を受けられるための医師・コメディカルの役割と協働』

第51回日本小児保健学会が盛岡市で開催される機会に、コメディカル研究班を中心とするシンポジウムを開催した。柳澤正樹国立成育医療センター総長と片田範子兵庫県立大学看護学部長のお2人に司会進行をお願いし、主任研究者鴨下の研究班の紹介に始まり片田、蛭名、西田、の各分担研究者の発表に続き、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課藤橋補佐から「行政の立場から見たコメディカルとの協働により目指すチーム医療」の発表が行われた。

総合討論は時間に迫られ、充分掘り下げた意見の交換が行なわれなかったのは残念であったが、普段は殆ど交流の乏しい医師と看護師、コメディカルが一堂に会してのシンポジウムは貴重であり、相互理解とともに、問題の所在を共有することができ、研究だけでなく、今後の小児医療全体の在りかたにも示唆に富んだシンポジウムであったと言える。

最後にシンポジウムの機会を与えて頂いた第51回日本小児保健学会会頭 岩手医大小児科 千田勝一教授をはじめ教室の先生方に主催者を代表して心からお礼申し上げたい。

(主任研究者 鴨下 重彦)





「次世代育成支援と小児科産科医療の充実」

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長 伍藤 忠春

「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」にお取り組み頂いております皆様方に厚く御礼申し上げます。また、日頃より我が国の小児科産科医療を支えて頂いております皆様方にこの場をお借り致しまして、心より御礼申し上げたいと存じます。

急速に進む我が国の少子化の流れを要するため、平成15年7月に次世代育成支援対策推進法及び少子化社会対策基本法が成立致しましたが、平成16年度中には、次世代育成支援対策推進法に基づき、全ての都道府県と市町村が地域行動計画の策定を行うこととされております。また、企業におきましても、一般事業主行動計画を策定し、全ての人が、仕事のための時間と、自分の生活のための時間のバランスがとれるような多様な生き方を選択できるよう、働き方を見直していくことなどの取組が求められているところであります。

さらに、安心して子どもを産み育てるためには、地域でいつでも安心して小児医療サービスが受けられる環境の整備が不可欠であります。本年6月に閣議決定された少子化社会対策大綱におきましても、「小児救急医療体制の整備や、妊娠、出産から子どもの健全な育ちにかかわる保健医療の充実を図ること」が求められております。このような保健医療環境の整備を図っていく上で、医師の過重労働などの構造的問題を解決し、小児科産科医師の確保・育成、人材や財源などの医療資源の効率的な配分を行っていくことが求められるところであります。

また、子どもの心の病氣、児童虐待、軽度発達障害など、子どもの心の問題に対応できる医師の確保を行うことが重要でありますので、今後この分野についても検討を進め、その専門家の養成・確保にも取り組んでいきたいと考えております。雇用均等・児童家庭局長は、厚生労働省内で、旧厚生省と旧労働省の業務が統合した唯一の局であります。このような統合局のメリットを活かし、仕事と家庭の両立支援のため、保育サービスの充実、労働環境の整備の両面からの取組を連携を図りながら統合的に進めており、例えば、先の国会で成立致しました育児介護休業法では、保育所に入所できない場合などは、子どもが1歳6ヶ月になるまで育児休業を取得できるような制度の改善を図ったところであります。

社会の希望であり、未来の力である子どもが健やかに育つ社会、そして、子どもを生み、育てることに喜びを感じることができる社会への転換を喫緊の課題として誠心誠意取り組んで参りたいと存じます。

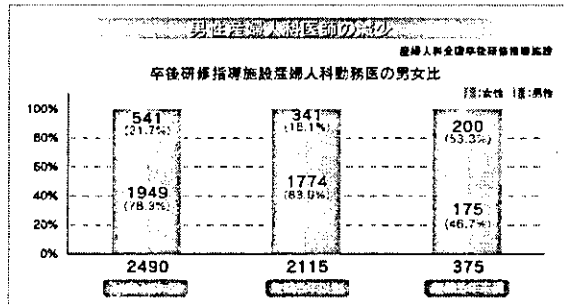
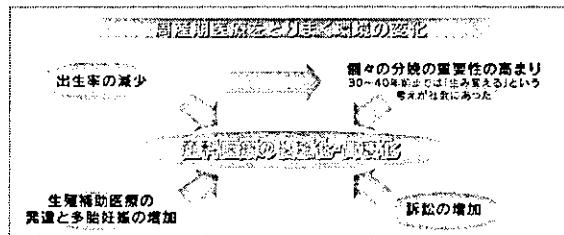
「日本産科婦人科学会会長としての提言より」

京都大学大学院医学研究科 教授 藤井 信吾

医師不足は小児科よりも産科の方が深刻なことは、従来も指摘されてきたが、本年度から班員に加わり、7月に行われた「周産期医療発展のための問題点」のシンポジウムで報告された産科婦人科学会会長の藤井信吾教授の代表的なスライド3枚を示す。



平成16年12月発行

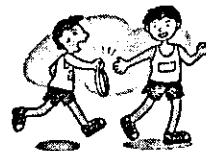


- 産科産科専門医のための
- 何をすべきか？
- 1) 産科産科医療の環境整備：過重労働の軽減、医師のQOLの改善
 - 2) 女性医師の支援体制の醸成
 - 3) 定年後の人材活用

産科産科より抜粋

分担研究
による

リレー・エッセイ



医師不足と妊産婦死亡を考える

日本医科大学付属第二病院 産婦人科教授
朝倉 啓文

日本の産科医療を取り巻く環境が危惧されている。日本の医師は昭和45年以来、増加しているが、その中で産婦人科医師の割合は徐々に減少し、産婦人科医は医師全体のわずか4%を占めるに過ぎない。これは適正な数であろうか？
今、現在の産婦人科医数は12,000名程度で、少子化とはいえ年間120万人に及ぶ分娩が日本で行われている。産婦人科医一人当たりで割ると一人が約一人の分娩を担っている計算になる。しかも、日本産婦人科医会会員の約23%を占める70歳以上の医師も含めた計算である。

本年度の産婦人科専門医試験には313人が受験した。つまり、年間約300名程度は産婦人科医が出来あがる。しかし、近年の subspecialtyは高度に細分化されてきており、周産期、生殖内分泌、婦人科腫瘍学など以前に比較すると分野は多岐にわたっている。周産期を専門とする医師を単純に1/3として計算すると約100名が新たな周産期専門医として割り当てられる。この数を、さらに、各都道府県で割り算をすると一体何人になるだろう。

確かに、わが国の周産期死亡率は世界最低で、わが国は世界中で最高水準の周産期医療を維持している。しかし、その実情は産科医や新生児医たちの過重労働、超過勤務が周産期の安全性を維持する原動力となっている。文頭の疑問に対する答えは明らかである。

一産科医療施設あたりの人手不足は、従来日本の特徴であり、周産期死亡率は世界最高水準であるにも関わらず、妊産婦死亡率は最高水準の2倍高いという「ねじれた現象」と恐らく関わりがある。2001年まで低下し続けた妊産婦死亡率は2001年になり出生10万人に対して7人とやや増加した(2001年は6.2人)。この事実は、私達に、産科医療をより安全な環境とすることを迫っている気がする。人手不足を解消して後に妊産婦死亡を軽減するのではなく、逆に、妊産婦死亡を減少させるような環境整備こそ急務であり、そのことをアピールすることで現在の人手不足を解消すべきなのだろう。具体的には産科オープンシステムやセミオープンシステムなどが新たなシステムとして考えられるのだが、それ以外でも、日本全国で地域にあった今まで以上の安全環境を模索すべき時と考える。



専門医制度の整備と充実

国立成育医療センター 総長
柳澤 正義

現在、日本小児科学会と日本産科婦人科学会は、それぞれ専門医制度を有しており、小児科専門医、産婦人科専門医と呼ばれている。ともに、認定された研修施設において、定められた研修カリキュラムに沿って、卒業臨床研修2年を含む5年間の研修を行い、試験に合格して専門医に認定される。現在までに学会の認定した専門医数は、小児科学会員数の57%、産科婦人科学会員の73%を占め、それぞれわが国の小児科医療、産婦人科医療の中核を担っているといえよう。

本研究班のテーマ「小児科産科若手医師の確保・育成」という観点からみても、専門医制度の整備と充実極めて重要である。「専門医」というものに対する社会的関心、また、要求は近年著しく高くなっており、それに応じるべき医療提供側の責任も重くなってきている。平成14年には、規制緩和の一環として専門医の広告が可能となった。小児科専門医、産婦人科専門医についても広告が認められている。ただし、この専門医広告は、外形基準と呼ばれる9項目の基準を満たす専門医制度について認められているものであって、必ずしもその専門医の質を保证するものではない。質の向上に向けての努力は各学会に委ねられている。専門医の診療レベルを明確に定めることは必ずしも容易ではないが、一応、一人立ちしてその専門領域の診療ができるということであろう。小児科については、「小児科医の到達目標-小児科専門医の教育目標-(日本小児科学会雑誌、106(8):1064-1096,2002)」が作られており、小児科専門医を目指す医師がおおよそ5年間に研修すべき内容を示している。各施設における小児科研修は、初期臨床研修における小児科研修も含めて、この到達目標を達成しよう内容であるとともに、若い医師をさらに強く小児科に引き付け、意欲を高めるような、明るく、楽しく、魅力あるものであってほしいと思う。また、専門医になったとしても5年毎の更新がある。医学・医療の進歩に遅れることなく、さらに資質を向上させるため生涯研修に努めることが求められる。

ところで、現在、専門医制度を有する52の学会が加盟して中間法人日本専門医認定機構を構成している。昭和56年に発足した学会認定医制協議会から専門医認定協議会を経て、平成15年に現在の機構となったものである。機構の目標は、信頼される質の高い専門医を育成するための専門医制度の確立であり、そのために各学会の専門医制度の内容を審査・評価する役割を担っている。さらに長期的には各専門領域の専門医の認定をする第三者的機関を目指している。小児科にしても産婦人科にしても機構を構成する重要メンバーであることを認識して制度の改善に向けて努力することが期待される。

東京 聖路学園病院 院長室 〒130-0012 東京都墨田区太平3丁目20番2号 TEL (03)3622-9191 (代表) FAX (03)3622-3581

研究班ホームページ <http://www.wakate-ishi.jp>

e-mail Info@wakate-ishi.jp



厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業

小児科産科若手医師の 確保・育成に関する研究

最終特別号

March 31, 2005

News Letter

No.9

*Study of Recruitment,
Training and Promotion of Future
Pediatricians and Obstetricians*



「第1号以来毎月表紙の左上を飾ってきた赤ちゃんとお姉ちゃんは事務局担当者の親友のお子様でしたが、この3年間の間にこのように可愛らしい姉妹に成長しました。元気に成長する子ども達の存在こそ、私どもの希望の光ではないでしょうか。3年間モデルになって頂いたことに感謝します。

(主任研究者 橋下肇彦記)



■95%縮小



「厚生労働省からのメッセージ」

厚生労働省雇用均等・児童家庭局 母子保健課長 苗村 光廣

鴨下重彦先生を始めとした皆様方には、日頃から、小児科・産科医療の充実にご尽力いただくとともに、母子保健行政へのご指導・ご協力をいただき、誠にありがとうございます。更に、この度は、小児科・産科の若手医師の確保・育成に関する研究を推進し、多大の成果を上げていただき、心からお礼申し上げます。

さて、現在、母子保健行政も少子化社会対策の重要な一環として大きな飛躍を求められております。このため、小児慢性特定疾病対策の見直しを行い、昨年秋の臨時国会で小児慢性特定疾患治療研究事業を児童福祉法の中に位置づけていただきました。これは、専門家や患者・ご家族代表等によるご議論を踏まえ、一部自己負担を導入しつつ法整備を含めた制度の改善・重点化を行い、安定的な度として確立致しました。また、この2月からは「健やか親子21」の中間年での見直しを、3月中旬には、「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」を開始しました。

そして、昨年来には、国において少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画として「子ども・子育て応援プラン」が作成されました。その中に、「いつでも安心して小児医療、母子医療が受けられる体制の整備」を掲げました。特に、小児科医・産科医の確保・育成も重要な課題とし、今後も積極的に取り組んでいくこととなりました。2月16日には、鴨下研究班の何人かの先生方を迎え、伍隊雇用均等・児童家庭局長をはじめ厚生労働省の関係課を集めた研究成果の省内発表会を持たせていただきました。病院等における小児科医や産科医の多大のご苦労や今後の必要な対策が明瞭になり、大変有益な意見交換会となりました。今後も、研究班のご意見を基に、小児科医・産科医の養成・確保のための施策に省を挙げて取り組んでまいりたいと考えております。また、この課題の解決は、行政側の努力のみならず、医療機関や大学の皆様方のご尽力が不可欠でございます。ご指導・ご鞭撻並びにご協力の程よろしくお願い申し上げます。最後になりましたが、皆様方の鴨下研究班の研究活動へのご尽力に再度感謝申し上げますとともに、益々のご健勝とご活躍を祈念申し上げます。

シンポジウム報告

「子どものこころの問題：診療のシステム作りと医師の育成について」

主任研究者／賛育会病院 院長 鴨下 重彦

本年度の第4回、また本研究班として最後となる表記のシンポジウムが去る3月19日(土)午後、日本学術会議出生・発達障害研究連絡委員会との共催、日本医師会、日本病院会、日本小児科学会などの後援のもとに、東京港区はあといん乃木坂において開催された。研究班として過去3年間の研究成果から、マスコミではよく取り上げられるこころの問題が重要な課題として浮かび上がったが、精神保健医療の体制が著しく貧弱であることから、特に副題にあるような診療のシステム作りと医師の育成に焦点を当てることとした。開会にあたり厚生労働省雇用均等・児童家庭局伍隊忠香局長のご挨拶の後、松尾宣武国立成育医療センター名誉総長の基調講演「わが国の小児精神保健医療に求められるもの」に始まり、今回は「米国における小児精神医療の現状と専門家の育成について」を招待者P. J. Ambrosini (ドレキセル大学小児精神科教授)、J. Ella (フィラデルフィア小児病院、コンサルテーション・リエゾン科長) にお話しした後、「周産期・小児精神保健医療のシステム作りと人材育成のために」のパネルディスカッションが行われ、宮本信也(学校保健の立場から)、星加明徳(専門学会の立場から)、奥山眞紀子(成育医療の立場から)、佐藤昌司(産科医療の立場から)、田中原雄(児童精神医学の立場から)、保科清(小児科医の立場から)、苗村光廣(行政の立場から)の各氏により発表があり、わが国の現状、問題点、今後の展望などが論じられた。参加者は100人を超え、一般参加者からも活発な質問や発言があった。シンポジウムの記録集はこれまでと同じように出版が予定されている。





「産婦人科医療の危機と各診療科定員制度の提案」

日本産科婦人科学会会長
京都大学大学院医学研究科 器管外科学(婦人科学産科学) 教授 藤井 信吾



阪急大学の産婦人科で産科業務を停止したと聞く。大学で産科の学生実習や卒業研修が出来ないから、他の産科施設で産科の教育をお願いすることになるとのことである。全国の多くの病院から産婦人科医がいなくなった。日本産科婦人科学会のありかた検討委員会の昨年9月時点での調査で117の病院で産婦人科医がゼロになることが判明した。現時点ではもっと多くの病院から産婦人科医がいなくなっているはずである。昨年4月に導入された2年間の卒業研修必須化は産婦人科の労働力不足を悪化させ、国民の再生産の現場において国民が被害を被る可能性を秘めてきた。産科婦人科という診療科は混乱状態になってきた。早急に対応策を立てないと問題が余りにも大きい。産科婦人科の仕事は、出産での時間の拘束によって医師としての生活の質が低下し、激務であること、そして医療訴訟の頻度が高いことなどから、学生から敬遠されはじめていた。これは産婦人科だけではなく、生活の質が低下する厳しい診療科において共通の学生の感覚である。産婦人科は近未来に国全体で構造改革をして病院のセンター化、オープンシステムやセミオープンシステムで対応して行かなくてはならないと思う。しかし、最も大切なことは、各診療科の定員制であろうと思う。案な診療科の定員を厳しく制限して、厳しい診療科にも医師が定着する制度を早急に作らなくてはならないと思う。診療科ごとに何人の医師が本当に必要なのかを調査する必要がある。何でも自由、自由ということでは成り立たない時代が来たように思われる。良識をもって対応すれば可能なことは実行しなければならない。



「周産期医療提供機能の危機」

旭川医科大学医学部附属病院 病院長 石川 睦男



わが国の医師数は人口当たり十分な数が充足されているように一見見えるが、医師の地域偏在と診療科の偏在により地域によっては医療提供機能に転弱を来している。特に産科医と小児科医の不足は顕著なものであり、両科に関連する周産期医療提供機能は現在深刻な状況が進行しつつある。一昨年度より、厚生労働科研「若手小児科、産科確保のための研究」の鴨下寛彦先生の班研究に分担研究者として参加させていただき現状の分析から研究させていただいた一編を報告する。わが国では従来から過疎地の医師不足の問題があり、医療資源の配分や医師の適正配置などについて議論がなされてきた。特に、北海道では面積が広く、過疎地が深刻な状況である。都市部に多くの医師が偏在し、過疎地や僻地では医師不足となる状態が長く続いている。地域の医師不足が該当地域の人々の健康医療水準に負の影響を与え、たとえば、小児科医師や産婦人科医師の不足は、周産期医療に関連したアウトカムを直接的に悪化させていると指摘されてきた。しかしながら、具体的な数量分析はあまり行われていなかった。地域における医療受療をほぼ包括していると考えられる地域単位である第二次医療圏を対象単位に設定して、人口10万人当り小児科医師数ならびに産科婦人科医師数と新生児・周産期・乳児の各指標との関連性を検討することを目的とした。また医師の適正配置と医療水準向上を併せて考察した。その早期新生児死亡率と産婦人科医指数との間には有意な負の相関があった。新生児死亡率と小児科医師数との間ならびに産婦人科医師数との間には有意な負の相関があった。乳児死亡率と小児科医師数との間には有意な負の相関があった。その他の変数間には有意な相関は認められなかった。

以上より早期新生児および新生児死亡率が高い医療圏は産婦人科医師数が少なく、新生児死亡率および乳児死亡率が高い医療圏は小児科医師数が少ないことが明らかになり、小児科医師、産婦人科医師の不足が新生児・乳児の医療水準を低下させていることが示唆された。北海道における医師の適正配置や効果的な医療供給が滞っており、早急な改善が求められる。

以上の結果をふまえて、厚生労働科研の「地域における分娩施設の適正化に関する研究」岡村班と共催で、「周産期医療提供に関する市民フォーラム」を昨年11月札幌で開催した。北海道の3大学の産婦人科、小児科、北海道医師会、産婦人科医会、北海道保健福祉部、北海道新聞そして市民代表が加わり約200名の市民が参加した。その中で過疎地や僻地では1時間半から2時間かけて妊婦検診に行き、場合によっては、病院到着前に流産、早産が発症してしまう悲惨な例も紹介された。周産期医療システムは、法的根拠として「母子保健法」と「医療法」によっている。私達の研究結果にあるように地域によって周産期医療提供機能の低下により新生児死亡率など周産期のアウトカムの悪化は、日本国憲法の第25条、すべて国民は健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する項目に抵触する可能性がある。また、昨年、平成16年度医療制度改革の考え方で国保、政官健保の保険者を都道府県単位の保険料率が検討されているが医療提供機能の低い地域は保険料の軽減も考えられる。すなわち、地方で同じ保険料を支払っても大都市と比べて医療レベルが異なるなら不公平であるからである。このように、周産期医療提供機能の危機はわが国の医療制度、医療保険制度の不備にも関連することとなり、医療費が成人や老人の比比べて著しく低い、胎児、小児、周産期への大幅なシフトが急務である。



「小児医療提供体制の改革ビジョン」

大阪府立母子保健総合医療センター 病院長 藤村 正哲



病院勤務の小児科医は子どもとその親にとって最良の医療がいつでも受けられるようにと精一杯努力しており、その結果長時間の労働に従事することを余儀なくされている。しかし小児科医自身、あるいは小児科医の家族の健康や生活を犠牲にしないと成り立たないような医療体制の下では、若手医師を確保し、質の高い小児科医療の提供を継続してゆくことは困難である。今後の方向として、医師の労働条件が良好で、日々の臨床業務に意欲をもって臨めることが重要である。また高い水準の小児科医療を提供するためには、専門医療が維持発展できる規模が不可欠となる。

そうした環境を提供するため必要なことは、先ず中規模以上の病院小児科を基幹的小児科として、機能を明示して整備してゆくことにあると考えられる。具体的なモデルとしては、現存する病院小児科の中から、二次医療圏(いくつかの市町村で構成)に1ヶ所ないし数ヶ所の「地域小児科センター」を整備し、これを地域における小児専門医療の中心に育てる必要がある。「地域小児科センター」は小児救急・新生児集中治療の両方またはいずれかの機能を備えることにする。従って「地域小児科センター」の医師数は少なくとも10名以上とするが、一般小児科はむしろ医師数を縮小して、3名で診療が可能な形を考える。なお一般小児科は小児救急を担当せず、その医師も「地域小児科センター」の一次救急に当番参加することになる。また定期的に「地域小児科センター」の医師と交代して、地域の病院で働く小児科医がセンター医療と一般小児科医療の両方を担うことが望ましい形であろうと考えられる。両者は診療面の交流だけでなく、専門医研修や研究においてひとつの組織体として取り組むことも可能となる。

こうした小児科医療提供体制を構築してゆくための基本条件として、

- ① 小児科診療報酬が一般小児科でも採算をとれる内容とすること。
- ② 市町村を越えた「小児医療圏」を実現するため、地方自治体と住民の理解と協力が得られること。
- ③ 医師派遣という形で医師の人事に関与している大学小児科教室が、新しい小児科医療提供体制の必要性を理解し、その発展のために主体的に参加すること。必要に応じて「地域小児科センター」に複数大学の共同支援を行うこと。

等が必要であることを強調したい。



「小児科医師の勤務の実体:大学病院小児科の場合」

東京大学大学院医学系研究科 小児医学講座 教授 五十嵐 隆



東京大学附属病院は約1,200床の病棟を有する。小児病棟はNICU9床、GCU6床、PICU6床と一般75床からなり、小児科の担当する患者数は常時約60名程度である。これを14名の助手、3ないし4名の非常勤医員と研修医が担当する。当直は毎日NICU、PICU、一般床用に最低3名が必要で、一人あたりの当直回数は月に5-6回となる。40歳を過ぎた4名の講師のうち3名が当直をしている。大学院生を研究に集中させるため、病棟・外来業務のための当直は当科では昨年11月まで大学院生には担当させていなかった。しかし、平成16年に非常勤医師と助手の当直回数がさらに増加する事態が生じたため、12月から大学院生に当直を月1回担当してもらっている。

当科では先天性心疾患、血液悪性腫瘍、神経筋疾患、未熟児などの重症患者の占める割合が全体の77%を占める。近隣の大学病院や小児病院からの紹介患者は全入院患者の17%を越え、重症患者が集まっている。さらに、人工呼吸器装着患者8名の気管内吸引などの処置を夜間でも医師が担当している。一方、救急患者には24時間対応し、夜間の救急患者数は8-10名程度である。平成17年度からは1ヶ月間に4-8名の研修医が小児科に配属される。その約9割は将来小児科を希望しておらず、彼らへの教育的負担のみが増えて労働力としてあてにすることは難しくなる。さらに、病院収入への貢献度が低いとの理由で助手の定員数が17年4月から1名削減される。

優れた診療、教育、研究という大学病院の使命を全うするためには、大学病院小児科医師のQOLを最低限確保することが出発点である。大学病院小児科に対する人的金銭的医療資源の配分増加なしには、わが国の医学教育、診療、研究のレベルは世界水準から後退することが危惧される。

想 想



「若手医師に“小児科の魅力”を伝えよう」

徳丸小児科医院 院長 徳丸 實

病院を主体とした細分化専門医療の進展に伴い、診療所を主体とする外来医療にも感染症の減少と同時に家庭、学校、地域社会の機能不全に基づく「新しい疾患」が増加し始め、開業医にも持ち込まれる傾向にあり、それらも含めた小児プライマリ・ケアの学術的、医学教育的活動が求められている。日本外来小児科学会は若手医師に小児科の魅力伝えることが重要であるとの観点から、卒前教育の一部として1994年より教育体制、教育手法に関する検討を続けてきた。医学生を対象とした「小児プライマリ・ケア見学実習」の経験者へのアンケート調査では、進路にかかわらず実習を経験したことの影響は大きく、卒後教育においても同様な研修が必要との意見が大勢を占めた。平成16年度からの新研修教育制度実施に伴い進路の最終決定時期が大学卒業後に行われることになるため、小児科学の研修医教育の一環を担うことを目的とした「小児プライマリ・ケア研修プログラム(案)」を作成した。より多くの小児科開業医・勤務医が参画することのできる小児プライマリ・ケア教育の

「場」を拡充することにより、さらにより多くの研修医に“小児科の魅力”を多面的に紹介できると考える。新しい研修制度における小児プライマリ・ケア研修には医学生が「見学」を主体として参加するプログラムと大きく異なり、「医療の実務」への参画が求められる。中長期的には、小児科学研修の「質」を高め維持することにより、若手小児科医の確保・育成の基盤が確固たるものになる。継続的に指導医のマンパワーとスキルを確保する手段として、クリニックあるいは病院外来における小児プライマリ・ケア研修が展開されることは、日本小児科学会から提示されている研修医教育のグランド・プログラムの一環を担うことになり、研修医に“小児科の魅力”を伝える手段を拡充することが可能である。日本の育児不安は行動的、文化的に親の育児姿勢、育児能力が低下している。



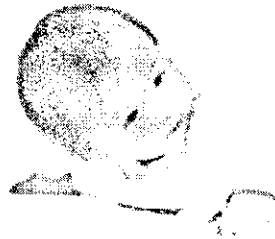
「若手医師・看護師がロールモデルとする先輩に 出会う小児医療の場」

千葉大学看護学部 看護教育学教育研究分野 教授 舟島 なをみ

私と愛知県立看護大学山口桂子教授は、本研究の最終年度平成16年5月、鴨下重彦先生から御要請を頂き、コメディカル班の一員となった。私たちは、病院において小児看護に携わった経験を通して、小児科、もしくは小児外科が他領域に比較して看護師のみならず医師にとっても、職場としてはかなり厳しい環境であることを体感してきた。

このような環境下にあっても日本の小児医療の将来を担う若手医師、看護師が初心を貫き、経験豊かな医療人へと成長していくために、両職種の協働という観点から何をどのように解決できるのかを明らかにする調査研究に着手した。当初、医師、看護師両サイドからデータを収集するという研究計画を立案したが、時間的猶予と予算の関係上、看護師のみを対象とした研究計画へと変更した。その結果、報告書に示すとおり、医療の高度化に加え、患者・家族の権利の尊重、対象の言語能力の未熟さ、入院期間の短縮化といった諸事情が複雑に絡み合い、ただでさえ厳しい領域の医療を一層、厳しい状況にしていることを痛感させられる多数の問題の存在が明らかになった。

このような結果を得て、長年、温めてきた研究計画が実現に向け動機づけられている。それは、小児科若手医師・看護師はどのような先輩をロールモデルとするのかを明らかにする研究である。ロールモデルとは、共感、同一化を試みる先輩職業人であり、専門職の養成に必要不可欠だといわれる。米国の研究成果は、マグネットホスピタルの必須条件として、ロールモデルの存在が必要不可欠であることを示した。これは、その病院にあのようになりたいたいという先輩の存在があれば、医師・看護師は離職したり、専門を変えたりする確率が低いことを意味する。ロールモデルとなる先輩が小児医療の場に多数存在すれば、それが他より厳しい領域であったとしても、若手医師・看護師を魅了し、ひいては小児科若手医師・看護師の確保につながるであろうことを先行研究が裏付けている。





「チームとして協働するということ」

広島大学大学院保健学科 臨床看護学 教授 横尾 京子

「NICU退院児の在宅医療・育児を支えるための地域システムに関する研究-NICU・訪問看護ステーション・小児科医院との連携・協働モデルの評価」という研究課題に取り組み、大きく2つの成果が得られた。1つは、在宅医療のみならず、育児支援を目的とした訪問看護が母親のみならず主治医からも高い評価を受けたことである。そしてもう1つは、協働することの意味を実感し合えたことである。

医療者として医師と看護師は互いを理解し、信頼し合っているわけではなく、自分たちが最も親子(患者)のことを考えていると自負する傾向がある。親子(患者)のために目標を共有し、各々がもつ能力の範囲と限界を認識し、補い合うことによってより大きな成果を導き出すという発想はない。しかし本研究過程では、NICU退院児の在宅医療や育児を支えるという共通目標のもと、手探りながらも誠実に、そして謙虚に役割を見出し、実行するということを繰り返すことによって、このことを具現することができ、また個人内でも価値観が合ったのではないと思う。

チームとして他職種と協働するには、ケアを通して「他者理解と尊重」の過程を実感できる体験が不可欠であり、その意味で貴重な成果が本研究過程で得られたものと思っている。



「前向きに行こう！」医局秘蔵の宝物

慶応義塾大学医学部 小児科学 教授 高橋 孝雄

毎年この時期は、2年間の初期研修を終えた研修医のひとりひとりと将来計画について話し合い、卒業後3、4年目の教育出張先を決定する。彼らの大半は、症例豊富な病院に勤め、出来るだけ忙しい研修生活を送ることを望み、思い切り勉強したい、と言う。本音であろう。一方、教育出張を終えた4年目医師が進路を決めるのもこの時期である。多くが専門領域での研修に向けて新たなスタートを切る。その一方で、教育出張先での厳しい研修に挫折し、新たな研修先で恩師と呼べる指導医に出会い、再出発した医師がいる。結婚、妊娠を経験した女性医師の考え方も様々だが、いずれは職場復帰を、と遠慮がちに希望する女性が多い。気力、体力において、男性医師が女性医師よりも必ずしも有利ではないことは、現場を見ていれば自明である。人事の春を前に、水面下で面接が繰り返される。

毎年、新卒者を受け入れ、研修病院と力を合わせて彼らを育成してきたのは、大学医局という日本特有のシステムだった。どこの医局も、「医局員」の希望、不満、挫折、生活苦、全てとは言えないが、彼らのライフスタイルを相当把握しているはずである。結婚します、赤ちゃんと生まれました、母が入院しました、開業準備を始めました。個人情報データベースである。「医者になった時から一緒にやってきたのだ。遠慮せずに相談してほしい。」医局の存在も、時には力となった。

さて、輪下班分担研究者として、若手小児科医師を対象としたアンケート調査を行った。小児科専門医資格を有し関東圏に在住する卒業後15年以内の医師460名が望む職場とは、同僚に恵まれ、継続して教育を受けることのできる環境である。労働時間や収入よりも、仲間や医師としての資質向上が優先なのだ。休職・退職の大半は出張・育児のためであり、パートタイムでも仕事を続けたいと感じる医師が3分の1を占める。それなりのデータが得られたように思われるが、そうは甘くない。アンケートに回答しなかった6割以上の小児科医の現状把握がなされていない。アンケート協力者の実態を通して、若手小児科医全体の現状把握を試みる点に問題があった。記憶に頼って回答される横断的なアンケート調査で、若手小児科医の実態を把握、追跡することは不可能であった。

アンケート調査では達成不可能な、価値あるデータベースが、医局には確かに存在した。質の高い、前向きコホートである。しかし、それは医局に代々伝わる秘蔵の宝物であり、わが国の医療全体の発展に寄与したかは疑わしい。

いずれにしても、医局データベースの時代は終わりである。新臨床研修制度の発足により、医局制度の弊害は解消され、医師の適正配置が達成されるかも知れない。先日、病院事業の立て直しに多くの実績をお持ちの先生から、大変有意義なお話をお聞きする機会があった。優れた医師を医局の縛りを越えて流通させることが、わが国の病院の目指すべき方向である、と理解した。しかし、そもそも優れた医師を育てることがどれだけ重要なことか、そしてどれだけ困難なことか、その点についてお話を伺う時間がなかったことが悔やまれる。だれがどのようにして、若い小児科医、産科医を育てていけば良いのか？

来年の春には、新臨床研修制度による第1期研修医たちが専修医となる。周産期医療の将来を担う若手小児科医・産科医たちがスタートラインに立つ。人的資源を継続的、定量的に評価、追跡するための前方向きのデータベースの確立が急務である。



「医療から少し離れて」

北海道大学大学院 教育学研究科 教育臨床講座 教授 田中 康雄

鴨下先生を班長とした研究班が終了しました。多くの諸先輩の方々には大変お世話になりましたが、3年間、私はどうもきちんとした成果を残せずに終わったようで、ただただ申し訳なく思っています。

しかし、初年度の児童相談所や精神保健センターにおける医師の役割調査では、あまり専門性が求められず、共に仕事しやすい関係が求められていたり、今回の妊娠後期から出産1ヶ月後までの女性の「他者からの支えられ感」という調査からでは、医療だけでなく、周囲の人間関係から次第に離れ、一人で子育てに向き合おうとしている姿が認められました。当然ここに医療の役割の限界も見えたように思われます。

長く精神科医療を行ってきた身としては、かつては、感謝されて当然という驕りがどこかにあったように思われます。児童精神科医療に転じてからは、子どもだけでなく、その家族の苦悩、関係者の苦悩とも対峙することが比較的多くなり、そこから学ぶことがとてもたくさんありました。己の無力さを痛感しては、子どもたちや保護者の方々に、親度となく助けられたように思います。

これらの経験から、3年間の調査で得た、医療への期待度の少なさは、ある程度妥当であろうと思う反面、こうした期待しないという態度を、諦めを、期待に変じるような動きをしていかないと、求めていかないと、いつまでたっても、個々の大変さは個々のものままであるように思われます。

病院医療から、研究所生活へ転じ、また医療を中心におかない文系大学で仕事をしながら、医療の狭小した専門性を越え、実は、社会の成熟と人間関係の円滑さを望み、その実現に向けて動きたい自分を見つけることが出来た、そんな3年間でした。

お世話になりました。ありがとうございます。



「小児の救急に思う」

東京逓信病院 小児科部長 保科 清

小児の救急問題が、さかんに報道されるようになってから久しいが、これぞという対応策は示されていない。なぜ、対応策が打ち出せないのか。第1に、少子化の進行により、小児科を専攻する医師が少なくなったこと。第2に、市民の側からは、核家族化に伴って、いざというときに教えてくれる人がいないので、自分で考えるより受診することになる。

それぞれの立場でもっともな意見である。小児科を専攻する医師が少なくなった原因には、少子化で医師としての対象人口の減少、受診率の低下などがあげられる。その上に、夜間救急といえは小児科が大半を占めるために、当直したらほとんど眠れず、次の日も普通の勤務をしなければならないという過重な労働条件になるので嫌われたのであろう。

子どもは、不思議なことに夕方から夜にかけて発熱したり、病気になることが多い。両親は、相談相手がないこともあって、自分で子どもの状態を判断するよりも、小児科医に診せた方が安心できる。結果として、夜間に救急診療を受けることになる。これもやむをえないことではあるが、何か、マニュアル的なものがあれば、少しは違ってくるであろう。



小児科医が、こういう時はこうするか、どのような場合に救急診療を必要とするかなどを話して理解してもらうことも必要であるが、診療中に説明する時間はない。時間外の初診患児を減らすことは、おそらく無理であろう。しかし、再度の時間外受診を少なくできる可能性はある。そこで、マニュアルとして「急病対応ガイドブック」を作成し、時間外来院した患児の親に渡して読んでもらい、同一患児の時間外の再来を少なくできる可能性が示唆されたので、少しは小児科の過重労働を減らせるかもしれない。

小児科の時間外診療点数をアップしてくれたが、これでは小児科は午後休んで、夕方から夜に勤けと言われているようなもので、若い医師には嫌われるであろう。

市民の皆様に現状を理解してもらいつつ、あまりに多い時間外診療のためのシステム作りをしながら、時間外受診の抑制に協力してもらうことが必要である。



「最近思うこと」

東京女子医科大学 小児科 教授 大澤 真木子

子ども達の幸せのためにより良い医療と育児環境を提供したい。全ての小児科医の願いである。「咳」を主訴に来院されたお子さんの診察中に、緊張した面持ちのお母様からやはり緊張感のある1歳代のお子さんに「ご挨拶は？」「静かにしてなきゃ」という幼稚園年長さんに相応しい指令が飛ぶことがある。気になって雑談を試みるとお子さんには「頭をゴンゴン響や床にぶつける」自傷行為があるという。このような「お子さんの年齢に相応しい到達度」に対する以上の期待と教育的介入は、「自己の向上心の強い学歴の高い」お母様程強いと思う。「そのうちできますよ。いまはそんなことでできなくても当たり前。大丈夫一むしろいたずらなほうが私たちから見たら安心 将来大物になりますよ」「お子さんと犬コ口がじゃれあうみたいに遊んで下さい。一緒にの時間を楽しみましょう。育児を楽しめるのもここ5年くらい」そんな雑談をして、咳が改善した後も一か月後に経過を拝見する。お母様の表情は少し明るくなり、お子さんは「やんちゃ」になっている。同時に「頭をゴンゴン」することは減少。何度か経過を追ううちに自傷行為は消失する。これらの主訴以外に対する、気付きと医的介入は、診療報酬上認められたものではなく、10分の予約枠を取っていても一時間程要することがあるが、「育児という修業場」を体験してきた小児科医としては見逃せない。重要な役目だと思っている。



「小児看護学教育—子どもは遠い存在—」

愛知県立看護大学 教授 山口 桂子

小児看護学を教える立場になって25年が経過したが、この間に、看護学や看護学教育をとりまく状況が大きく様変わりした。中でもこの10年間は、いわゆる看護系大学の急増により、看護基礎教育の高度化が進む一方で、そのことが看護実践能力の向上に即結していないとの臨床現場からの指摘も多い。この傾向は大卒の新卒看護師に限られたことではないが、中学・高校での受験勉強を経て大学へ入学する学生たちの準備性の低さが、ますます際だってきていることもまた事実である。学生たちの生活感・生活経験の乏しさ、生活自立度の低さは、「患者様の生活面から健康問題に関わる」看護学を学ぶ上で大きな壁となり、卒業時点での到達度にも影響を及ぼしている。

中でも、小児看護学はより難しい領域である。1年前、某看護大学の新2年生を対象に行った「家族看護」に関連するグループワークで、「子どものいる家族を想定して家族構成し、それぞれの1日を書きなさい」という課題を与えたところ、想定された家族の中に幼児が存在したグループは2割にみたなかった。すなわち、多くのグループが想定した家族は、子どもは自分たちと同世代の高校・大学生であり、その親世代、さらには祖父母世代によって構成されていた。筆者自身、日頃の小児看護学の講義に際し、「学生は小児との接触経験が少ない」ことを十分に認識していたつもりではあったが、彼らにとって「子ども」がこれほどまでに遠い存在であったかと、あらためて驚かされた。

小児看護学の講義の後、臨床実習前には多くの学生が「子どもが好き。将来は小児看護をめざす」と話す。いざ、病気でぐずる子どもを目の前にして、なす術もなく立ちすくむ学生は少なくない。熱を測るという簡単な行為に際しても、そこには確実に子どもの発達段階を知り、それを前提とした言葉かけや工夫が必要であり、患者様自らが体温計を差し込んでくれる成人の看護とは全く違った活動であることを痛感させられる。そんな、子どもという非日常的な存在を目の前にした学生のとまどいをわれわれ指導者がどれほど共感できているか、学生との世代格差が広がるにつれて、学生の準備性の低さを嘆くばかりにとどまてはいないかと反省させられる。

小児医療における医師と看護師の協働に関する調査において、看護師からは自らのより高い実践能力が必要であるとの声が多く寄せられたが、教育にあたる筆者らは、これを自らへの評価として真摯に受け止めなければならない。一方、医学教育においても医学生への準備性の低さは想像に難くない。小児科医師の育成を担う方々のご努力に敬意を払うとともに、小児医療をチームとして円滑に行うための、教育の視点からの問題の共有化を図り、今後の方向性への示唆を得るための、意見交換の機会をもつことが可能であればと期待するものである。



「子どもと親が安心して医療を受けられるための栄養ケアの実現に向けて」

国立国際医療センター研究所 代謝疾患研究部栄養障害研究室 室長 西田 美佐

小児医療において、疾病の重篤化を防ぎ、発育・発達を確保していく上で、栄養ケアは極めて重要であり、その効果的な実践のためには、管理栄養士などのコメディカルが医師をはじめとする他職種と協働できる体制づくりが不可欠である。そこで、1)日本における小児栄養ケアの実施状況、小児の栄養ケアをめぐるニーズや優先課題を明らかにし、2)それらのニーズに対応できる管理栄養士等医療スタッフの資質の向上に向けて「小児栄養ケア協働支援ガイド」を作成するとともに、3)国立成育医療センターを中心とした小児栄養ケアに関するネットワークづくりと、その中期的な活動計画を提案することを目的とし、分担研究をすすめてきた。この中で、特に、全国調査により小児科医の栄養ケアに対するニーズや、管理栄養士への期待を具体的に把握できたことは、大きな収穫であった。全国調査では、200床以上の小児科を設置する医療施設1,000施設を病院要覧から系統抽出し、小児科医(医長)と管理栄養士(栄養管理部門の責任者)を対象に郵送調査を行い、それぞれ538名、553名から回答を得た。この調査で、小児の栄養ケアに関連する63項目の業務について、実施状況、重要度、小児科医の管理栄養士への期待、管理栄養士の実際の取り組み状況等について評価した。その結果、「他職種との連携・チーム医療」を行っている施設は、行っていない施設よりも栄養ケア全体(栄養アセスメント、栄養ケアプラン、栄養教育等栄養ケア、チーム医療等)の実施率が高いことが明らかになり、多職種協働の重要性が浮き彫りにされた。また、すべての業務項目において、小児科医が管理栄養士に期待するとの回答率が、管理栄養士が実際に行っているとの回答率を大幅に上回っており、さらに小児科医の自由回答の中には、食事箋など保険点数に関わる業務を管理栄養士に委譲すべきという意見や、小児栄養を専門とする管理栄養士の配置を望む等の意見もみられ、管理栄養士のチーム医療への積極的な参加に対する期待が予想以上に高いと感じた。このような、期待されるニーズに責任を持って対応できるよう、管理栄養士の資質向上を図ることが急務ではないかと考えている。その具体的な方策の足がかりとして、現在、全国調査の結果を含む3年間の研究成果を踏まえ、「小児栄養ケア協働支援ガイド」を作成中である。この中には、小児の栄養ケアに関する基礎的な事項や、連携の必要性・意義、小児医療施設の管理栄養士を中心としたワーキンググループにより検討してきた具体的な多職種協働モデルの事例も含まれている。また、本研究終了後は、国立成育医療センターを中心とした小児の栄養ケアに関するネットワークを立ち上げ、情報の受発信、調査研究の推進、人材育成などの活動を継続していく予定である。このネットワークが少しずつ発展し、子どもと親が安心して医療を受けられるための栄養ケアの実現に向けて、チーム医療の一員である管理栄養士が多職種との協働のなかで、その専門性を活かせるシステムづくりが推進されていくことを期待している。



「新参者のつぶやき」

北海道大学大学院医学研究科 小児科学 教授 有賀 正

昨年四月から北大院医小児科学分野を担当することになりました有賀と申します。宜しくお願いいたします。また、駆け出しであり右も左も良く分からない状況で、前任の小林名誉教授から本研究班の引き継ぎを申しつかり、大変困惑しております。私は元々小児科医ではありませんが、昨年までは基礎医学に近く、臨床の現場から少し離れた位置にいたため小児科産科若手医師を確保・育成の事などマスコミ等で知るだけで、正直あまり深く考えたこともありませんでした。しかし、この様な立場で約一年経ってみて本研究班の必要性和重要性をまさに体感しております。小児科産科医師が不足している理由は様々あると思います。私など足下にも及ばない見識のある方々が既に多角的に分析されておりますので、多くを語るつもりはありません。ただ端的に言うと、この分野が医学生にとって魅力ある分野でなくなってきたのが一因だと思います。ゆゆしき現象です。これからの日本を託していかなければならない小児や新生児に関わる分野であるということをもっと理解してもらふ必要があります。私のすぐにはできないこととしてできるだけ医学生と交流する機会を増やし、この分野の魅力を説いて回ることから始めています。一方、困っているのは誰か?という視点で考えると確かに一部の方々は、地元の病院から小児科医や産科医が撤退するなど深刻に受け取っている方もいますが、他の一般の方々がかつての私のように自分自身の問題としてあまり感じていない方が多いのではないのでしょうか?この現象は、マスコミの姿勢にも感じます。小児科産科は、激務である一医師の数が減っている→ますます激務である→辺地の住民が困っている。報道の姿勢として、事実を伝えっぱなしで良いのかといつも思います。こんな記事を何回も読んだらよほど信念があるか、感覚が鈍い医学生しかこの分野に参入してこないとは思わないのでしょうか?報道の姿勢まで問うのは今のマスコミのクオリティを考えると無理な要求なのかもしれませんが、みんなが困っているのだから小児科産科医の待遇を他の医者より優遇しよう!…くらい書いてもいいのではないのでしょうか?



「プレパレーションこぼれ話」

神戸市看護大学 小児看護学 教授 蝦名 美智子

【第1話】この1年、私たちは手術や心カテを受ける子どもに説明するとき、ヒサチャン人形とアルバムを用いています。ヒサチャンはこの人形を手作りした看護師さんの名前です。身長70cm位で少々あたまでっかちです。アルバムは、看護師さん達がストレッチャーに寝て、写真をとりながら心カテ室や手術室に入り、作りました。子どもとお母さんにはこのアルバムとヒサチャンで、手術に行くときや心カテに行くときの様子を裏演しながら説明しています。5歳の裕子ちゃんは、夕方、面会にきたパパに、ヒサチャン人形で心カテの説明を行い、鼠径部の絆創膏、シーネ固定、便器の使い方を再現して、ママをびっくりさせました。まーそんなこんなですが、最近、ヒサチャンがステーションのカウンターに座っていると、子どもから挨拶されたり、会釈されたり、なんとファンレターまで届きました。手術室に行くことや心カテに行くことを理解した子どもは、漂々しい顔立ちで出直し、帰室後もヒサチャンをそばにおいてヒサチャンと一緒に頑張った結果なのでしょう。

【第2話】時々、調査させていただく病院の外来採血室では、1年前から点滴されたくまちゃんを見せながら子ども達に説明しています。そして実際に点滴をするときには、ご家族にも入室いただき、子どもをあやしていただいたりしています。先日、4歳児の受診に付き添ってきたおばあちゃんは、まだ看護師が説明する前に処置室へ入ってこられました。事情を伺ったところ、2週間前、他の病院で孫が点滴を受け、その際に孫だけ採血室に入れられ、大泣きしていたそうです。帰宅後、キョウダイと病院ごっこを始め、キョウダイの上に馬乗りになり、医師や看護師がついてしまった言葉を再現し、それを聞いたおばあちゃんは「こりゃー大変。次回から何があっても処置室に入る」と決めたそうです。子どもって正直ですよ。

プレパレーションを実践するようになって「今までの小児医療は、頭かくして尻かくさず」という気がいたします。医療処置場面では親という安全基地を子どもから取り上げて、泣き叫ぶ子どもに馬乗りし、ついつい安心して美しくない言葉を浴びせてしまったりして…。でも幼児は模倣のエキスパートなのです。親もさすがです。親は何も言いませんが、私達の調査では、2/3の親は処置室から出てきた子どもの腕の「針あと」を数え、何回刺されたかを確認しています。もう、見せかけの信頼関係を中止し、本来の信頼関係の上に小児医療を進めたいものです。



『魅力ある専門医制度』と制度を支援する社会体制の整備を！

横浜市立大学大学院医学研究科 生殖生育病態医学(産婦人科) 教授 平原 史樹

平成16年4月より医師臨床研修制度が改定され、卒後研修は義務化され、産婦人科は必修科目として位置付けられた。これは、産婦人科、小児科の診療が医療の基本として必要不可欠と認識されたことになる。産婦人科における研修理念は女性を全人的に診療し、女性特有のプライマリーケア、救急医療に奮闘すること、また妊産婦の診療、新生児の医療に必要な基本知識を研修することが目標として掲げられており、成長・加齢とともに変化する女性特有の現象を理解し、女性の患者さんと接した折の適切なプライマリーケアを学ぶことが重要なポイントとなった。全研修医が産婦人科を学ぶという画期的な制度が実現した一方で、この研修制度の開始の影響もあって産婦人科医師配置の偏在化、不足が一層目立ってきている。必修研修制度の第1期生が研修を閉める平成18年は、われわれにとっても若手の後継医師を確保できるかの正念場の年といえよう。産婦人科を専攻しようとする医師がひとりでも増えるよう魅力ある研修(専門医研修も含め)プログラム、社会的にも高く評価されるサブスペシャリティー専門医制度の構築は急務であろう。また、本研究班で論じられてきた人的資源の充足・配置、勤務環境への提言、増加する女性医師への支援体制などにおける貧困な現状に対する整備なくしてこの専門医制度を国民の健康に寄与するものとして生かすことはできないであろう。



「産婦人科における女性医師」

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科学 教授 田中 憲一

産婦人科医師の不足が叫ばれているが、産婦人科に興味を持つ女性医師あるいは女子医学生は潜在的に相当な数にのほろではないか。しかしながら相変わらずの産婦人科医師不足が解消しない理由の一つとして、女性が産婦人科医師として働く環境整備が整わないことによる、女性医師の進路変更などが考えられる。実際、女子学生、あるいは研修医と話してみると、半数以上が産婦人科を志望することに興味を持っているが、同時に夜間の分娩立会い等の時間外診療についても不安を持っている事が感じられる。とくに彼女たちが心配しているのは、出産、育児の時期における仕事との両立であり、この点を制度的に解消しない限り、女性産婦人科医師の増加は微々たるもののような気がする。産婦人科医療が女性を生産にわたって、トータルにケアすることを標榜している以上、女性が働きやすい環境づくりに取り組むことは当然であろう。

因みに筆者が勤務している事業所では妊娠、育児中は夜間の産直は無しで、外来勤務だけを行ってもらっているが、一緒に働く男性医師を含めた同僚もこの勤務体制に積極的に協力している。

なぜなら、育児と仕事が両立できず、女性医師が仕事をやめるような事態になれば、そのぶん仕事のしわ寄せが周りの同僚に及ぶからである。

～お礼に代えて～



「研究班の終了に当たり」

主任研究者
賛育会病院 院長 鴨下 重彦

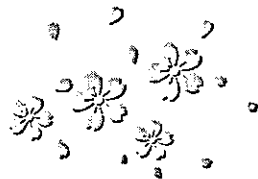
小児医療、周産期医療の人手不足による危機を憂慮された坂口力前厚生労働大臣のイニシアチブで始まった本研究班も予定の3年が経ち、ここに終了することになりました。破格の研究費を頂いて、果たしてそれに見合うだけの研究成果をあげたのか、具体的な効果が見られたのか、内心まことに忸怩たるものがありますが、みるべきものがあるとすれば、それは一重に分担研究者や研究協力者各位のご協力の賜物であり、心から御礼申し上げる次第です。またこの間、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課には何かとご指導を賜り、谷口隆前課長、苗村光廣課長をはじめ、森島昭文、宮本哲也、齋藤慈子の歴代の補佐のほか、課の皆様にも厚く御礼を申し上げます。先日で経理の処理も完了致しましたが、昨今問題にされるような研究費の不適切な取り扱いは無かったことは幸いでありました。研究班の終了に当たっては、通例の今年度の報告書の他に、ご執筆頂いた論文別冊を含む総合研究報告書を作りました。さらに政策提言書を現在まとめております。総合研究報告書は多数の論文別冊のお陰で実に総計1500頁を超える大部のものになりました。

この最後のニュースレターにはこれまでお書き頂いていない班員の方々にひとことずつお願ひする特別号と致しましたが、全員から原稿をお寄せ頂くことが出来ました。しかもいずれもそれぞれに大変心こもった文章ばかりで、この号を読むだけでも班員の方々が様々な角度からこの研究に注がれた熱い思いを感じることが出来ます。以前にも何度か申し上げたと思いますが、私自身は、目の前に燃え盛る火事を消すことも大切だが、燃えない家を作ることがもっと大事であろう、したがって、細かな問題への対応と同時に、小児医療や産科医療のいわゆるグランドデザインを作ること、さらには子どもあるいは母子の医療を国の医療計画の中の最も重要な柱とすることが必要であると考え、主張もして参りました。

研究班は終わりましたが、勝負はこれからであります。

研究の成果が時間をかけて現れてくることも期待したいと思います。

全国各地の産科医、小児科医はもちろん、このニュースレターをお読み頂くすべての方々が、新たな時代を生きる子ども達のために今後もよいお働きを続けて頂くことを祈念してご挨拶と致します。



研究組織(平成14年度～16年度)

主任研究者

職下 部長	社会福祉法人質育会 質育会病院	院長
-------	-----------------	----

環境調査班

松尾 直武	国立成育医療センター	名誉総長
衛藤 義勝	東京慈恵会医科大学 小児科学	教授
木下 勝之	順天堂大学医学部 産婦人科学	教授
藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター	院長
市川 家國	東海大学医学部専門診療学系小児科	教授
村田 謙二	大阪大学大学院医学系研究科 産婦人科学	教授
高橋 孝雄(平成15、16年度)	慶應義塾大学医学部 小児科学	教授
小宮山 淳(平成14年度)	信州大学	学長
田中 康雄	北海道大学大学院教育学研究科 教育臨床講座	教授

勤務改善班

中野 仁雄	九州大学大学院医学研究院 生殖・病態生理学	教授
桃井 眞里子	自治医科大学 小児科学	教授
大澤 真木子	東京女子医科大学 小児科学	教授
岡井 崇	昭和大学医学部 産婦人科学	教授
加藤 達夫	聖マリ安娜医科大学横浜市立西部病院	病院長
岡村 州博	東北大学大学院医学系研究科 周産期医学	教授
石川 睦男(平成15、16年度)	旭川医科大学医学部附属病院	病院長
田中 憲一(平成15、16年度)	新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科学	教授
五十嵐 隆(平成15、16年度)	東京大学大学院医学系研究科 小児科学	教授
藤井 信吾(平成16年度)	京都大学大学院医学研究科 器管外科学・婦人科学産科学	教授

医療体制班

滝野 佳紀	大阪厚生年金病院	院長
朝倉 悠文	日本医科大学付属第二病院 産婦人科学女性診療科・産科	教授
森原 正彦	広島県医師会	委員長
柳澤 正徳	国立成育医療センター	総長
保科 清	東京滞信病院 小児科	部長
小林 邦彦(平成14、15年度)	北海道大学	名誉教授
有賀 正(平成16年度)	北海道大学大学院医学研究科 小児科学	教授
平原 史樹(平成15、16年度)	横浜市立大学大学院医学研究科 産婦人科学	教授
徳丸 寛(平成16年度)	徳丸小児科医院	院長

コメディカル班

片田 範子	兵庫県立大学看護学部 小児看護学	教授
蛸名 美智子	神戸市看護大学看護学部 小児看護学	教授
田邊 美智子	福井大学医学部看護学科 母子看護学・助産学	教授
西田 美佐	国立国際医療センター研究所 代謝疾患研究部栄養障害研究室	室長
横尾 京子	広島大学保健学科 臨床看護学	教授
山口 桂子(平成16年度)	愛知県立看護大学 小児看護学	教授
内島 なをみ(平成16年度)	千葉大学看護学部看護学科 看護教育・小児看護学	教授

事務局

質育会病院 院長室

〒130-0012 東京都墨田区太平3丁目20番2号 TEL (03)3622-9191(代表) FAX (03)3622-3581