

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

総合研究報告書

(平成14～16年度)

主任研究者 鶴下 重彦

厚生労働科学研究
(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

平成 14 年度～平成 16 年度 総合研究報告書

平成 17 年 3 月

主任研究者 鴨 下 重 彦

目 次

I. 総合研究報告書

小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究 ————— 1

主任研究者 鴨 下 重 彦

社会福祉法人賛育会賛育会病院

II. 研究成果の刊行に関する一覧表・別刷 ————— 17

III. 公開シンポジウム一覧 ————— 1149

IV. シンポジウム記録集

小児科・産科若手医師を確保するために（平成14年9月）

小児科・産科女性医師をめぐる諸問題（平成15年6月）

臨床研修必修化と小児医療を考える（平成15年10月）

周産期医療における医事訴訟をめぐる（平成16年2月）

小児科産科若手医師の確保・育成のために（平成16年4月）

周産期医療発展のための問題点（平成16年7月）

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（平成16年10月）

子どものこころの問題（平成17年3月）

※ 記録集印刷中のため抄録

V. News Letter（No.1～No.9）

VI. 研究組織（平成14年度～16年度）

小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究

総合研究報告書

主任研究者 鴨下重彦 社会福祉法人賛育会 賛育会病院院長

研究要旨

本研究は小児医療、産科医療に対する国民の不満あるいは不安が拡大することを憂慮された坂口力前厚生労働大臣の命により、その背景にある医師不足の現状や原因を調査研究し、対策を考えるべく発足した政策提言を目的とする調査研究で、本年が3年継続の最終年度に当る。

研究体制の大枠は小児科と産科（周産期）を横軸に、以下の4つの柱を縦軸として組み立てられ、初年度は25名、最終年度は総計33名の分担研究者により研究が進められた。

第1の柱はわが国の小児医療、母子医療のグランドデザインに必要な不可欠なデータを収集し、特にデータベース化やデータトラッキングのシステム化を検討した。小児科学会会員のマスターファイル（案）を作成した。また外国特に米国における小児科医・産科医の確保育成や専門医制度について調査、比較検討を行った。小児あるいは母子医療を医療基本計画の中で独立させる必要があり、政策医療化することが求められた。

第2の柱は勤務条件の改善を目的とし、小児科、産科の医師不足といわれる問題点を整理し、既存資料の調査研究から、産科としての問題点はハイリスク妊娠・分娩の増加、産婦人科医師の減少する中で女性の割合の増加、臨床研修必修化などが抽出された。産科については訴訟の多いことに対する対策として、欧米ですでに実現している無過失補償 non-fault compensation の制度を導入することが提言された。諸問題の具体的な解決には小児・周産期医療に対する抜本的な資金の投入が必要である。

第3の柱は今後の医療体制の在り方を考える研究で、第一線病院におけるフレックスタイムの導入、僻地におけるきめ細かな小児医療対策、中核・特定機能病院における救急医学部門との連携、学部学生・研修医教育に関する対策などが考えられた。今後の小児科・産科医療体制を構築する上で、医師の過重労働を軽減し、より充実した高度な医療に対応できる専門性を持った医師を養成することが不可欠と考えられた。電話相談も広島県での試行から全国展開された。

第4はコメディカルの立場から、いかにして小児医療、産科医療の援助・改善を図れるか、を目指すもので、小児救急現場での調査では、人的資源の不足、看護師の知識・技能の未熟さ、などが浮き彫りにされ、子どもと親が安心して医療を受け入れられるプレパレーションの全国調査から、少なくとも医師の多忙さを軽減するために看護師がもっと役割を担うべきこと、助産師の働き方と実践能力を開発すること、児童虐待や発達障害における小児科チームとの協力・支援方法、NICU退院児の在宅医療および育児支援体制の構築などを解決すべき問題点として明らかにした。さらに医師と看護師がよりよい協力体制を組むために、今後検討すべき問題点が明らかにされた。

調査については、初年度、次年度に各研究者の周辺でパイロット的に行ったものを、最終年度は全国展開した。また研究班全体としては、小児科医・産科医はもとより、医師会、医学会や広く社会一般に問題を訴え、正しい情報を伝え認識を深めてもらうと同時に、問題解決のための意見を聞くために、表に示すような公開講演会を総計8回行った。特に最終年度には主要な関連学会の場を借りて「小児科産科若手医師の確保・育成のために」（第107回日本小児科学会学術集会会期中、岡山）、「周産期医療発展のための問題点」（第40回日本周産期・新生児医学会会期中、東京）、「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会期中、盛岡）の、大規模なシンポジウムを行い、また最後に今後の問題解決への重要な布石として「子どものこころの問題」のシンポジウムを行なった。

これらすべてのシンポジウムについて記録集を出版し、関係方面へ広く配布した。

分担研究者

松尾 宣武（国立成育医療センター）
衛藤 義勝（東京慈恵会医科大学）
木下 勝之（順天堂大学医学部附属順天堂医院）
藤村 正哲（大阪府立母子保健総合医療センター）
市川 家國（東海大学医学部専門診療学系）
村田 雄二（大阪大学大学院医学系研究科）
高橋 孝雄（慶應義塾大学医学部）
田中 康雄（北海道大学大学院教育学研究科）

中野 仁雄（九州大学大学院医学研究院）
桃井 真里子（自治医科大学）
大澤 真木子（東京女子医科大学）
岡井 崇（昭和大学医学部）
加藤 達夫（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）
岡村 州博（東北大学大学院医学系研究科）
石川 睦男（旭川医科大学附属病院）
田中 憲一（新潟大学大学院医歯総合研究科）
五十嵐 隆（東京大学大学院医学系研究科）
藤井 信吾（京都大学大学院医学研究科）

清野 佳紀（大阪厚生年金病院）
朝倉 啓文（日本医科大学付属第二病院）
桑原 正彦（広島県地域保健対策協議会）
柳澤 正義（国立成育医療センター）
保科 清（東京通信病院）
有賀 正（北海道大学大学院医学研究科）
平原 史樹（横浜市立大学大学院医学研究科）
徳丸 實（徳丸小児科医院）

片田 範子（兵庫県立大学）
蝦名 美智子（神戸市看護大学）
田邊 美智子（福井大学医学部）
西田 美佐（国立国際医療センター研究所）
横尾 京子（広島大学保健学科）
山口 桂子（愛知県立看護大学）
舟島 なをみ（千葉大学看護学部看護学科）

※ 小宮山淳（信州大学）平成 14 年度
※ 小林邦彦（北海道大学）平成 14,15 年度

A. 研究目的

小児科・産科医に過重な労働が強いられている実態などを明らかにし、その改善のため人材をいかに確保しまた育成していくか、さらに限られた人材、財源など資源をいかに効率よく配備するか、などの課題について調査研究を進め、21 世紀の小児・周産期医療のあるべき姿を幅広く提言することを目的とする。

B. 研究方法

危機的な状況にある小児科・周産期医療の現場の実態を的確に把握し、その背景にある要因を解明し、医師の労働環境の改善や定員枠の確保、教育スタッフの充実、女医への配慮、若手医師の育成、関係者の理解や診療報酬を含む環境整備等、この状況を打破するための諸方策を提言するための研究であることを基本方針とした。

I. 小児科・産科医を取り巻く環境の現状と認識に関する研究（班長=松尾宣武）

わが国の小児科・産科医を取り巻く環境の現状を分析的、戦略的に検証するため、厚生労働省母子保健課、小児科学会、産科婦人科学会と密接に連携しつつ、基礎的データを収集。特に欧米との比較検討も行う。

II. 小児科・産科医の勤務状態の改善に関する研究（班長=中野仁雄）

班としてのグランドデザインの策定。小児科・産科医師の労働基準法からみた勤務状況の問題点と改善方策、女性医師の勤務支援（パートタイム導入や子育て支援方策）、小児科・産科医師の育成の具体策を考える。

III. 今後の小児科・周産期医療体制に関する研究（班長=清野佳紀）

出来るだけ具体的な提言を行なうことを主眼とし、産科のリスク軽減（オープンシステム病院の整備）、2 次救急病院への患者集中を抑制するためのベテラン医師による電話相談と若手への伝達、他科との協働のあり方（小児初期救急診療ガイドブックの作成）、住民理解促進方策、女性小児科医の産前、産後および育児に関する問題との改善、フレックスタイム導入ならびに僻地における小児医療対策などについて研究を推進する。

IV. 小児科・周産期医療に関連する保健医療専門職員の育成に関する研究（班長=片田範子）

いわゆるコメディカルの立場から危機にある小児・周産期医療および関連する領域の医療についていかに支援出来るか、そのための現状と問題点を調査把握するとともに、役割の明確化をはかる。

なお、最終年度には、以下のような研究組織の補強等を行った。

日本産科婦人科学会会長の京都大学藤井信吾教授、日本外来小児科学会の徳丸實会長を班員に加えた。小林邦彦班員は後任の有賀正教授に交代した。コメディカル班では新たに山口桂子、舟島なをみ両教授を加えた。

C. 結果

最終年度の報告書は、従来の年度ごとの報告書に加え、3年間のみまとめ（本総合研究報告）と、さらに政策提言書という3本立てになった。

以下には最後の班会議（平成17年3月19日）において各分担研究者がそれぞれ3年、2年、1年の自らの研究を振り返り、最も重要な事項に絞ってなされた発言を要約し、最後にそれらに基づく考察および結論を述べる。

I. 小児科医・産科医をとりまく環境の現状と認識に関する研究結果

【小児科】

・3年間やって最も重要な結論は医療基本計画を根本的に見直すことである。医師の算出調査であるとか、医療施設の動態、静態調査も医療基本法に基づいてなされているが、小児科医に関する重要なデータがないこともこれに密接にリンクしているので、ぜひ近い将来、このことを厚生労働省で考えていただきたい（松尾宣武）。

・小児科医がいかに過酷な状況で勤務しているかを明らかに出来た。小児科医をやめたいというような人が多い。こういう現状分析をして、小児科医が気持ちよく、そしてQOLのよい生活環境、仕事環境ができればということを願っている。

若手小児科医に行ったアンケート調査で、小児科をやめたいと思ったことがあるかどうか。（回収率34%前後）現在やめたいと思っている方が10%。過去にやめたいと思ったことがある方が40%。トータル半分の方が小児科をやめたい、もしくはやめたいと思ったことがあるという結果であった。やめたい人は上司に相談するか、というと、やめたいと思った人は相談する人がいないパーセンテージが有意に高く、思ったことがない方は必ず相談者がいる。こういう

サポートシステムがよく成り立っている。研修、仕事に不満を感じるかどうかについて、やめたいと思っている人はもちろん百パーセント不満がある、思ったことがない人は71%。これも有意差がある。不満の主な内容は、自由な時間がない、収入が少ない、研修・仕事内容が適切でない、などであった。また2600人の若手小児科医のアンケート調査（回収率約30%）で、どういふストレスか、勤労状況がどうか、ストレスの対処法はどうか、その人の性格、行動はどうか、いま置かれている精神的、身体的健康がどうか。他職種との比較した。7) 医師の仕事はたしかに厳しいが、仕事満足度とか健康度はコンピューターエンジニアリングに比べて高い。しかし不安とか気分変動など、健康状態はより障害されている。ストレスとか、精神的、身体的健康にマイナス要因にきたすのは、勤労状況としては5時以降の残業時間。平均当直日数。人的変数としては、日本人のタイプ、A行動、ワークホリックという方はストレスを感じやすい。仕事ストレスとしては、仕事量の多さ、身体疲労、医者間の人間関係、要求水準の高さ、仕事のやりがいのなさといったものが否定的要因である。ストレス対処法としては、回避的思考、カタルシス、放棄、あきらめといったところがマイナス要因。若手小児科医を確保するためには研修や勤務時間の見直し、主治医制からチーム制とかワークシェアリングというのは時間を考える、収入の確保、相談体制の確立、などが必要である。ストレス分析に関しては職場環境でのストレス因子の排除と抑制因子を増加させること、抑制因子を増加させるには、仕事満足度を高めたり、自己効力感を高めること。ストレス因子の排除に関しては、仕事量を減らす、医師間の人間関係を改善させる、要求水準を少し落とす、など、このようなことが今後重要になってくる（衛藤義勝）。

・若い小児科医の労働環境は必ずしもよくないということで、今後どのように対応するのか。結論は構造改革しかない。小児医療の提供体制、今の小児科を構造改革するしかない。改革ビジョンに三つのポイントがある。

①効率的な小児医療提供体制に向けての構造改革。まず、入院小児医療提供体制は集約化する。ただし、身近な小児医療は継続する。さらに広く、小児保健、育児援助、

学校保健などの充実を図る。

②問題の時間外、小児救急については、広域医療圏において集約化した医療機関でやる。これを24時間、365日提供する。同時にいま小児救急医療は不十分で、集中治療室も小児は専門化していないので、これを充実発展させる。この改革を進めるにあたってはやはり労基法、基本的に小児科医勤務環境の改善を実現する。

③十分に医師の臨床研究、卒前、卒後教育のできる場を構造改革によって作る。その結果は、小児科の機能分担、2次医療圏におけるセンター化、そのセンター化された地域におけるグループ診療。また、医師の夜間勤務の翌日は勤務なしとするような労働条件をそれによってつくり上げる。さらに、女性医師は十分な産前産後、育児休暇をとれるような体制をとる。それによって現在、5割に近づこうとしている女性医師が生涯、小児科の臨床に従事できるような環境を整える。

成功させるためにはまず診療報酬が改められなければならない。また、現在、小児医療は市町村ごとに救急を含めて組まれているが、これでは集約化はできないので、これから地方自治体、住民のご理解が必要である。さらに大学は、現在、医師の派遣というふうなかたちでいわゆる医療構造の中に強くかかわっているが、この大学との連携が必要となる（藤村正哲）。

・欧米との比較ということで、日本ではあまり注目されていないことがある。一つは、日本は乳児死亡率が世界一よいが、これは健康保険制度がいいからという考えが多い。しかしそれが逆に改革を妨げてきた面がある。保険制度ではなくて、むしろ人種とか、社会・経済的な問題だということ指摘したい。日本の医療は軽症重視、重症軽視という医療である。開業医のハードルが低くて、抗生物質をたくさん出す。一方で、小児病院を比べてみると、ベッド数と医師の比が圧倒的に低い。軽症重視、重症軽視ということを指摘したい。軽症の方の方が一を防ぐためだという考えになるが、この点は医師の対応は日米で対照的である。米国のギャラップ調査で、こういう患者さんが来たらどうするかという質問をしてみると、日本の場合、実際の医療にあたってこういう場合はこうしようという基準がない。クリティカルパスだが、最近では日本でも少しずつ取り入れられてきている。外国では保険

制度、支払いで締められ、裁判で締められるので、そういうことをできるだけみんなが統一しようという考えがある。日本はまだ非常にバラバラである。

病院医師の給与が低い。10年たつと開業するからいいのではないかという考えもあるが、職種によって給料がどのくらい違うか。ほかの職種との比で日本の場合、医師がほかの職種に比べて低い。どこの国も、先進国では医師はほかの職種よりも必ず倍はある。したがって日本ではいろいろな雑用は医師に任せておけばいい、という考えが出るのは当然である。看護師に例えば静脈注射をさせるようにすればいいと思うが、それを妨げる理由として、医療事故における刑事責任がある。

ジョンズ・ホプキンスの学生の成績表がある。これはある個人のもので、10ぐらいの大学に試してみたが、だいたい同じであった。臨床実習で小児科と内科とがまったく同じ時間というのが日本とずいぶん違う。もし小児科医を増やそうと思ったら、学生教育の時間を内科と同じ位とらなくてはいけない（市川家國）。

・政策提言の根拠になるようなデータを集めるということで、その中でも特に若手の小児科医の進路決定にどういった因子が関与しているか、というアンケート調査を行った。述べたい点は2点、1点目は結果の簡単なまとめ、2点目はそのアンケート調査自体に問題があるという点である。

1点目のアンケート調査の結果は、すでに小児科の専門医資格を持っていて、なおかつ卒後15年以内の小児科医を対象にした。彼らが望む職場、こういうふうに仕事をしたいということについてどういうふうに考えているかということ、「継続して教育を受けたい。仲間や同僚に恵まれた環境で仕事をしたい。収入とか労働時間というのはそれらに比べるとそれほど重要でないと考えている人もいる。2点目の問題点は、結果はともかく回収率がせいぜい30~40%ということで、調査に答えなかった6割以上の小児科医がどう考えているか、どういう環境で仕事をしているかということが重要である、ということを経験的に認識した。今後また政策提言を実行に移すに当たって、結局それが有効であったかどうかを検証する手段が、最終的に小児科医の数であるとか、産科医の数であるとか、そういうことに結果として出てこない検証で

きないようなシステムであることが問題である。したがって小児科医、産科医が生まれた、あるいはその前から、リアルタイムに前方視的にデータを集めていくようなシステムをつくることが重要で、何とかこのアンケート調査、1時点で行うアンケート調査に頼るようなデータ収集から抜け出すべきである（高橋孝雄）。

・精神科医として初年度は医療の役割がどのように期待されているかということで、児童相談所と精神保健センターにおける医療がどう有効活用されているかという調査を行った。基本的には専門性について重要視されていなかったという印象を持った。2年目、3年目については、他の多くの医師の協力により、30名弱の女性に出産前から出産後のストレスについて調査した。ここでも、初期には、出産までは医療に対する期待度は高かったが、産後は病院に対する期待度は落ち、家族に対しての頼り感も減ってきて、独りで子育てをしていくという傾向になっていた。そういった心性の変化がわかった。一方で、よく言われている鬱感情、不安の強さ、メンタルヘルスの部分での問題がとらえきれなかった。3年間で強く思ったのは、小児科、産科、若手医師の確保・育成に関する研究というのが成立することの強さではないか、児童精神科をやっている、先日も新聞に出たが、100名程度の専門医、認定医しかいないというような状況の中で、人数も少なければ、外来の待ち年数も半年から1年のところもあるというような状態で、児童精神科の医療の医師の確保がまったくできていないことについて、いずれどこかでご検討いただくことを期待する（田中康雄）。

【産科】

・産婦人科医の勤務医の実態調査を担当した。サマリーとして、一つは、産婦人科医師がやめたい、あるいはやめたいと考えた者が約3割近くあるが、その最大の理由が労働環境が過酷であるということである。また最近では女性医師が多くなってきていることが大きな問題になっている。もう一つは、産婦人科領域において訴訟が多いということが大きな理由となっている。産科を担当している約半数の医師は、はらはらしたという経験を持っていて、いかに訴訟を少なくしていくか、訴訟になってしまったらどう対応するか。そういう視点で取り

組まなければならない。訴訟は特に母体だけではなくて、児に関係した場面が圧倒的に多く、それは分娩第2期から出産までのわずかの期間のところでの問題である。いざ起こってしまったあとでは、ことごとくが担当医師が被告になり、昨今の裁判では被害者救済というような視点が強く、判事にもそういう姿勢、考え方がある。すべて産科医のほうに結果が及ぶので、それを何とか解消しようということから、一つの考え方として、non-fault compensation という考え方が出てきた。既にニュージーランド、フィンランド、スウェーデンで行われているが、日本医師会でもこれを導入するかどうかの検討の委員会をつくっている（木下勝之）。

・若手医師の卵である医学生のうちから産科に対する意識調査をした。一般的に学生の意識は、産婦人科のイメージが、産科の医学とか医療に関してほとんどの学生、90%ぐらいの学生はポジティブな目で興味を持っているにも拘らず、分娩は医者が必要ない、といったネガティブの面もかなり多い。これは将来、産科教育の改善に重点を置いておかないといけないだろう。それから、男性医師が受け入れられにくいというのが大きな問題になる。訴訟が多いことに関して、non-fault compensation は是非導入したい。学生のコメントとしては、産科のイメージの悪さと、それに関連して労働力や責任に対してあまりにも比率の合わない経済的報酬であるという結果であった（村田雄二）。

II. 小児科医・産科の勤務状態の改善に関する研究結果

【産科】

・日本産産婦人科学会で、学会のあり方検討委員会で3年間ほど検討してきて、最終結論は産婦人科の今の分散型医療、少人数による医療から集約型医療に構造改革をしなければ、産婦人科のいい意味での質の高い医療と医師のQOLは確保できない。そういうことをいま医師会雑誌のほうに投稿している。産婦人科は極めて世間のイメージが悪いが、これをいかに改善するかということについて、女性の健康週間とかいろいろの意味で社会を動かそうと努力している。若い医師の奨学金制度や育英資金制度

の導入を考えているが、産婦人科医の手だけでは無理で、行政の方にもある程度お考えいただき、トータルな支援で前進が見られるようお願いしたい（藤井信吾）。

・前の研究班で報告したように、産婦人科医師減少と早期新生児死亡が逆相関する。小児科医数と産婦人科医数と新生児死亡率が逆相関する。それから、産婦人科医数と小児科医数と乳児死亡率が逆相関するという北海道の二次医療圏の結論が出た。従来、医療のアウトカムと医師数で数量的に分析したものは少ないが、こういう結果が出たことで注目されている。昨今、平成 18 年度から医療制度改革で国保、政府管掌保険を都道府県単位の保険料を設定しようと検討されているが、この目的は、例えば北海道のように医療費を高く使うところは住民も高い保険料を払うべきであるという考えが根本的にある。しかし、逆に言うと、医療のアウトカムの悪いところ、要するに医療サービスの悪いところは保険料を低くすべきとも言えるのではないか。周産期医療提供機能の不備が、わが国の医療制度とか医療保険制度の不備にも関連するというところで、医療費が成人や老人から胎児や小児、周産期のほうにシフトすることをわれわれとしても提言すべきではないかと考える（石川睦男）。

・医学生から見た小児科産科医療に対する勤務状態ということに対するアンケート調査を行った。今回のアンケートの中で産科医療を、将来、産科を選択肢の一つと考えているということに関して 2 年生と 5 年生でアンケートをとった。2 年生では、特に男子学生で興味のある人が 4.8%が、5 年生になると 8.5%とやや増えている。これは現在の医療、教育の場において、学生が興味をもつような産科の教育がなされていると考えることも出来る。女子学生では、2 年生が 22%、5 年生が 27%と、最初からある程度産婦人科を考慮している人が多いというような印象が得られた。したがっていずれは女子学生の増加に伴って産科医療に関する医師の確保は可能ではないかという見通しも立つ。ただ、男子学生が 5 年生になって興味が伸びているのに、最近の産婦人科は女性医師のほうがいいというような風潮では、男子学生の受け入れが難しくなっていく心配もある。

産科の勤務の問題については、センター化を進めていくことで勤務の改善や産科医

療の改善が期待できるのではないか。（田中憲一）。

【小児科】

・小児科医の労働条件と収支ということで調査したが、それで得た印象は、もちろんいままで出た長時間労働、収支の悪さは確かだが、平均値、何が何%かという数では本当の問題は抽出できないということを痛感した。行政は例えば小児科医は足りているか足りていないかという全体数、あるいはパーセンテージ、収支の悪いのは何パーセントだということで全体を見ようとするが、それでは小児医療の構造上の問題は抽出できない。行政に要望したいのは、医師の 36 時間以上の連続勤務時間というものを安全管理の面から、そして医師の労働管理の面から改善する方向に行くのか行かないのか。もし改善するのであれば、小児科医は何人必要なのか、ということから始めないと、何時間以上が何パーセントですという数字だけをでは何も問題は解決しない。

厚生労働省と議論する時、小児科医は他科と比べて足りているという数が出るが、それでは東京都の小児科医が栃木県に同じ給与で来るか、というとそうはいかない。そういう地域偏在は解決しないということを前提に、それでは足りていない都道府県において何人必要なのかというような数を出さないと、平均値だけからでは決して問題は解決しないということを実感した。労働時間にしても解決する意図が国の施策としてあるかないかということを決める必要がある（桃井真里子）。

・女性医師の環境をどう変えたらより働けるかということを考え、保育所の整備とか入りやすさとかもお願いしてきて、実はこの班を通じてそのことが身近なところで少しずつ変わりつつあるということを実感している。離職女性医師に対する再教育制度も、東京都ではそういう事業が始まり、女子医大小児科で完全にやめていた女性医師 3 人のうち 1 人がそのシステムを使って、いま大学に戻って再研修を始めている。女性医師を指導している立場からはジレンマはあって、女性は医者にならなければいいのかなというような結論も半分、一方ではやはり母親や子どもたちのためになっているのは子育ての経験のある女医さんだということも心の半分で信じて、その両者の中で揺れ動いている。

お願いしたいことは、小児科医全体のその勤務状態を改善するために、ワークシェアリングを導入することが、女性医師にとっても実際に勤務を継続することができる状況づくりになっていくと思うので、是非その体制づくりを事業としてサポートして欲しい（大澤真木子）。

・聖マリアンナ医大の小児科では小児科の若手医師と学生の意識調査をやってきた。新しい研修制度、医者になっても2年間、専攻科を決めないということが学生にどういう影響を及ぼしているか。将来どの科を専攻するか決めているか。平成10年度は、ある程度決めている、決めている、を合わせて6割以上あったが、16年度は5割程度に減ってきている。小児科、産婦人科を決めているか？ これもだんだん減ってきている。おそらく小児科だけではなくて、どの科も専攻科を決めるイメージがぼやけてきているなどという印象がある。実際に学生たち聞いてみても、6年生になってもなかなか専攻科を絞れないという人が多い。

臨床実習で2週間小児科に回るその前後で小児科に対するイメージは変わりましたかという質問で、変わりましたというのが62%（昨年度は54%）で、今年度は若干増えている感じがある。われわれも何とか小児科のイメージアップを図ろうと、指導医にもいろいろ協力を依頼して、みっちりとなり、なるべく患者さんに付くように、あるいは指導医に付いて回るようにということを徹底した効果かもしれない。まだ1、2年で何とも言えないかも知れないが。

小児科について持つよいイメージは、毎日子どもと接することができる。あるいは、子どもの病気を治せる。中には、小児科医不足という情報が氾濫する中で、むしろやりがいがあるという答えもあった。逆に悪いイメージはどうでしたかという、親への対応が大変ではないか。子どもの訴えがおわかりにくい。そういう意見が多かった。保健所の見学、1歳半健診、3カ月健診の医師の診察に帯同しての見学では、元気な子どもの状態を見られて勉強になった、病院にいと病気が見られない、という意見が多かった。あるいは、お母さんの子どもを心配する気持ちがわかった、という意見もあった。

実際に卒業後、小児科を選ぶ可能性はという質問では、これも指導医の先生方の協力と思われるが、今年度のほうが実習後、

希望する可能性がかなり増えた。

研修中の若手医師への質問で、到達目標の自己評価をみた。1カ月後、2カ月後、3カ月後、自分の希望どおりに行ったかどうかという調査で、昨年度は3カ月後の達成度、自己満足は87%ぐらいであったが、今年度は95%と少し増えてきた。

研修医には3カ月のローテーションのあとに座談会で素直な意見を出して貰っているが、2点印象に残ったことがある。小児科を回ってみると、世間が言うほど小児科は大変ではないのではないかという、かなり明るい、プラスな意見。中には当直をやっていると、なんでこういう症状で病院に来るんだろうというマイナスのイメージもあった。もう1点は、女性医師で印象的だったのが、子どもの入院を見ていると、母親になったら大変だな、将来自分が子どもを生んで仕事ができるのかな、というマイナスのイメージもあった（加藤達夫）。

・東大では今年の4月から心の発達診療部というのができた。文科省としても東大に小児の発達を見る医師、あるいはコメディカルの人材を積極的に育てていこうということで、その体制ができた。まだ始まったばかりだが、社会の要請に応えるという意味で努力していきたい。

2年間の研究のまとめは、昨年度は一つの病院当たり6人から13人の指導医がいる、いわゆる地域の基幹病院における小児科医の勤務時間調査をしたところ、1週168時間のうち83時間35分を、つまりほとんど50%を病院内で小児科医が過ごしているということがわかった。また当直医は夜も2時間未満しか寝られないという医者が50%で、昼も夜も働いているという状況が明らかになった。今年度は研修医がどうしているのか、を調査した。東大病院と基幹病院に勤務している18名、75%からのアンケート調査結果で、彼らも平日は平均12.4時間勤務、土、日も当直でもないのに5.3時間勤務していた。当直すると、睡眠時間は平均2.8時間。当直回数は1カ月平均5ないし6日。幸いに夏休み、冬休みは8日、4日とそれぞれとれているが、指導医と同じように研修医も大変忙しい生活をしていることがわかった。

外の病院では医者が医者として仕事ができる。大学だといろいろな雑用を押しつけられる。これが大変いやだという声もあった。それで大学病院だけで初期研修をすべ

きであるという人は11%、一般病院だけでやるのが67%、両方やったほうがいいというのが22%であった。研修医は一般病院の方がいいと言っているが、問題は指導体制で、不十分であるという意見が強かった。日本全国の病院で小児科医の平均の数は2.3名で、そのようなところに研修医が行って果たしてちゃんとした研修を受けられているのかどうか。それと関係しての要望は、初期臨床研修はぜひ内科と同じように小児科も最低3カ月、あるいは4カ月やるようにしていただきたい(五十嵐隆)。

Ⅲ. 今後の小児科・周産期医療体制に関する研究についての研究結果

【小児科】

・一般病院の院長として自分の病院での眼科と小児科を比較してみた。どちらも常勤医は研修生を除いて8名ずつ、どちらも女医が4名で同数。去年1年間の眼科の入院点数が毎日5000点以上、小児科が3300点。当直は眼科がゼロ、小児科は月5、6回、これがすべてを表している。

昨年の4月に鳴り物入りの医療法改正が行われたが、小児科の収入はまったく増えていない。小児科にいいようなことが書いてあったが、一般の病院では絶対にとれない仕組みになっている。例えば、いま普通の病院は小児科を維持するために、混合病棟にせざるを得ない。ところが混合病棟だと加算料は一切とれない。そういうきめ細かいことを全然考えてないから、収入が増えないということになった。

小児科もある程度入局はするけれど、産婦人科と同じで、女医さんの比率が増えていて、統計的にも4割程度が転科、家庭に入ったりしていく。その数は女医が非常に増えていっていると、減っていく方も大きい。表面上の数値にはなかなか出て来ない。それを解決するには、産婦人科であれ、小児科であれ、医療費を劇的に上げる以外にないと思う。3300点と5000点と、もうすでに眼科とそれだけ差がついている上に、小児科の場合は看護にかかる人数が成人の2倍。2倍であれば、なぜ小児看護料を加算しないのか、非常に疑問に思う。それから、産婦人科は訴訟が多いから、訴訟の分も医療費に上げてもいいと思う。それから、女医の支援を徹底的にすること。これは両方の科ともそうで、それから小児科、産婦

人科とも、拠点化しないととも人数が足りないので、拠点化して診療所との地域連携を密接にして、開業医の先生とお互いに分担してやるということが大事である。

最後に救急に関して、小児科だけで診察して解決するということを考えている人が多いが、そんなことは無理で世界的にありえないことで、一般の他科の医師に診てもらわないといけない。それ以外に認定看護師とかコメディカルとか電話相談とか、いろいろなことを取り入れないといけない。岡山大学ではER型の救急をやってから、小児科の患者の6割、3分の2は一般の科が診て解決してしまった。3分の1だけ小児科が診ている。どういうふうにするかという、スーパーローテードの2年間に小児の救急の当直を必ず、2年間ずっと、全科の人にやらせる。岡大では月4、5回、みんな当直しているから、2年間に×24倍当直していますので、それだけやったら、みんなかなりのことができる。だんだん慣れてきて、みんな診てくれる。小児科のQOLと言いながら、他科に診させないという体質をぜひ打破すべきだ(清野佳紀)。

・3年間0.5次救急としての小児救急電話相談事業ということに取り組み、運営してきた。3年間の反省から、次にどういうことが問題になるかということだが、まず育児不安の広がりに対し解決する方法として小児救急電話相談を始めた。いま約5000件の電話相談と事後調査をやっている。一つは電話相談本来の振り分け事業で、今晩行くべきか、明日の朝まで待っていいかということ。もう一つは、保護者の教育が電話相談でとても有効であること。電話相談自体は平成16年8月から厚労省で補助事業として動いており、17年4月1日からは23県ぐらいに拡大する予定である。電話相談事業の成功の秘訣はやはりマンパワーで、開業小児科医だけでやる方式と、前面に看護師が出て、後方に小児科医が控えている方式がある。また相談員の数も増えて、組織も大きくなってくると、相談員の教育、電話相談技術が大事で、日本小児救急医療学会でもそういう話をした。過半数の県が電話相談事業を立ち上げると、各ブロックセンターが必要になってくると思う。ある県の利用者がそこへ電話した時、話中でも隣の県にかかる。救急だから地域性もあり、もし今晩必要な急患センターはどこだということになると、またその県の電話相

談室に戻していくということも必要ではないか。いずれにせよ電話相談事業は初期から3次までの小児医療提供体制が十分に整備されてこそ有効になってくるわけで、小児医療提供体制を地域ごとにきちっと整備することが重要である。それを補完する意味で小児救急電話相談事業があると考えたい。相談員の開業小児科医が68人、3年間協力してくれたが、その評判は、辛い、厳しい、安い、の三つであった。こういう投資効果が高い事業に対してぜひ政府はお金をかけるべきだろうと思う(桑原正彦)。

・小児科とほかのさまざまな診療科との接点で、小児科医と他科の医師との連携あるいは協働は従来は必ずしもうまくいってない。しかし、今後の小児医療のあり方を考えるうえで重要な課題で特に今後の医療提供体制の中で、チーム医療が強調されるために特に大事になってくる。小児科医とそのほかの診療科の医師との接点というのは幅広いが、その中で、プレネータルピジット、地域における小児初期救急、思春期の医療、小児慢性疾患を有する思春期ないし成人患者の医療、という四つの課題を設定して、研究協力者による調査、研究を行なった。3年間のうちの最初の1年だけ、「小児初期救急診療ガイドブック」の作成を一つのプロジェクトにした。しかし、このプロジェクトに関しては平成15年には医政局指導課の担当の別の研究班が立ち上がって、その作成に当たった。小児科医以外の、例えば内科・小児科の開業の医師、総合医、そのほかさまざまな、地域で小児の初期救急に当たられる医師のための小児初期救急診療のガイドブックで、すでに出版されている。機会があれば、例えば東京都などでもすでに行なわれているが、他科の医師に対しての小児初期救急の研修会、講習会などでテキスト的に使っていただければ幸いである。(柳澤正義)

・住民理解促進の方策を検討した。救急対応について母親がどこまで見て、どこから先は医者へ連れていくという、基準のようなものを一つの本にまとめ、「救急対応ガイドブック」として、これを去年の2月から4月までの間に三つの病院で試用した。初診を防ぐのは無理だろうから、再来をできるだけ防ごう。ほとんど変わらなかった施設もあったが、都内の病院では7月、8月、再診がガタ減りした。季節的なものもあったかもしれないが、前年度に比べて激

減した。ただ小児科医は喜んだが、患者数が減ったので収入も減って採算が合わない、と、教授は嘆いていた。配布してから3、4カ月して、いままでずっと伸びていた、前年度から比べて伸びていた施設が、伸びが止まったということから、ある程度有効だったと考えている(保科清)。

・救急に対する保護者の意識調査と、それを教育するシステムができないかということでアンケート調査を行った。北海道は広く、またミニ東京のような札幌と、地方都市の性格を持ついくつかの都市と、まったくの田舎と、そういう三者のミックスの土地なので、それぞれに分けてアンケート調査をした。基本的に母親は不安を持っていて、教育を望んでいるというバックグラウンドがあり、それに対していままで必ずしも十分な教育プログラムがなかったこともわかった。乳児健診等を通じて救急に対する意識を保護者に教えるようなシステムができれば、少なくともいま夜間救急で、不必要な受診は防げるのではないかと感じた。少なくともこういう研究班があるということは、ほかの例えば眼科医、泌尿器科医を確保する会というのを聞いたことがないし、赤ちゃんとか将来を担うような子どもたちをちゃんとする医療システムを作ることは緊急の事態だと思う。

マスコミが大変だと書くと、学生たちは敏感で、大変だということにどうして行くのか、となる。解決策としては、学生と小児科医、産科医の接点を多くすること、例えば臨床研修で小児科の研修期間を少なくとも3カ月にする。小児科は1カ月だけという研修医をどうやって教えたらいのかとスタッフは非常に悩んでいる(有賀正)。

・25年も前、武見太郎日本医師会会長がプライマリケアという言葉を始められた時、ぜひ小児科で、プライマリケア小児科学というものを確立しておかないと将来問題になる、という提案をいただき、外来小児科学会として活動をしてきたが、その一つ小児のプライマリケアの教育体制について報告する。医学生時代に大学に関係なく行う全国の開業医の行った見学実習を経験された方々で、すでに医師になった人に、その見学実習がどうであったかということのアンケートを行なった。また研修体制の今年度からの変更に伴って、プライマリケアを開業医が中心となったグループが教育の一端を担えるかどうかということで、その

プライマリケアに関して小児科医になる、ならないは別にして、まず2年の間にこれだけは見ていただきたいという研修に関するプログラムの案を作成した。プライマリケア研修で獲得すべき臨床能力、基礎臨床能力として三つの点がある。一つは、小児への適切な対応ができる。2番目に、コモンディーズへの初期対応。3番目に、小児保健への適切な対応ができる。この三つを柱として、それぞれの項目については報告書に詳しくポイントを挙げた。特にヘルスプロモーションということが今後大事になる。産科とのタイアップもここに含まれる。「虎の巻」「龍の巻」いう言葉があるが、学会で作成した「虎の巻」という小冊子は主に医学生が基本的に学ぶことを中心にして挙げており、ドクターになった時には不十分なので、続編として「龍の巻」を作成した。専門領域の小児科の魅力もたくさんあるが、もう一つのカウンターパートとしてのプライマリケアで感ずる小児科の魅力をできるだけ早く、またできるだけ多くの学生や医師に知っていただきたい。そのためには、そういうことを伝えるメッセンジャーとしての役割の指導医の数という問題が出てくるので、その数を増やすために、開業医の中でそういう意思を持っている人が参画できることをぜひお認めいただきたい(徳丸實)。

【産科】

・横浜市大のちょっと特徴のある制度を紹介したい。大学病院としては唯一だと思うが、非入局のまま、2年間、研修ローテーションをするという制度が横浜市大では過去40年間ずっと続いていた。今度からスーパーローテートに変わるが、自分で選択しながらいくつか回っていくというふうなローテーションである。この3、4年の傾向で明らかに変わってきたのは、産婦人科で明らかに女性が増えてきたというのが一つ。もう一つ、入ろうと思ってモチベーションを持って研修しているが、2年後にはやはりやめます、というのが明らかに増えてきている。女性が増えてきて、やめていくというのが特徴。やめていく先はどこかということ、産婦人科を最初に選ぶような人はだいたい体育会系のような女性が多い、おおむねダイナミックに体を動かすような科ということ、競合するのは麻酔科で、圧倒的に麻酔科へ行く傾向が多い。研

修医はスタッフともよく話す、この勤務を見ていたらやはり入らないよな、というのが本音である。勤務環境の調査を、外の病院も含めてやったところ、月平均の時間外労働時間が140時間と出た。過酷極まりない数字である。過労死の基準が100時間と言われており、それをはるかに超えている。

横浜市大は今度、独立行政法人化をするので労働基準局が来ることになっている。一番心配しているのは、裁量労働制をはるかに超えた勤務時間をしている医師の状況で、それを何とかするよう設置者(市)が言ってきている。働いているんだけど働いてないことにしてくれというような制度。労働しているのだったら労働している分の評価は正当にして欲しい。正当でなくてもいいから、妥当な評価をして下さい、ということもみんなが考えている(平原史樹)。

IV. 小児科・周産期医療に関連する保健医療専門職員の育成に関する研究結果

・コメディカル班は何かマージナルなポピュレーションの気がしながら研究に参加した。班発足の時から、救急の課題、説明、プレパレーションに関する課題、助産の外来の位置づけ、NICUから在宅化への課題、管理栄養士という中でどういうふうに医療に入っていくか、協働していくかという課題を担ってきた。全体の若手小児科医、産科医師の確保・育成といったところにどう貢献できるかということに関して検討を重ねてきた。

基本方針としては、コメディカルがどう働けば、あるいはどう機能することによって医師も働きやすくなっていくのか。あるいは、医師が育っていく環境がつくられていくのか。環境づくりというのは医師だけのためにあるわけではないので、それぞれコメディカルが協働したかたちで働きやすい場をつくるという状況をどういうふうにつくっていくかということなのだろう。ということは、直接的なデータでなくて、間接的なかたちでの貢献も含めて提示させていただければということを進めてきた。

直接的にかかわったのは小児救急の医療で、小児救急に関しては医師が、小児科医が確実に、よい医師がいるということが前提である。ただ、医師がいることは大切だが、うまく働くにはどちらかということと人数

が多いコメディカルのほうも重要である。その人たちがどういうふうな状況にいるか、ということがきちんと把握されないとなし、ということが、今後の課題に残されている部分でもある。

救急の中では、医師たちとのアンケート調査も含めて、例えば電話相談にしても、あるいは救急現場においても、少ない小児科医を有効に、その業務に本当に専念していただくためには優秀なバックアップ体制をとっていかねばいけぬ。そのためにはきちんとした教育体制をつくらなければいけぬというニーズが挙がってきた。小児救急看護の認定看護師制度が今年発足したが、定数は大変少ない。希望者は多いので来年度はたぶん倍の人数で教育が行われる予定である。

プレパレーションは蝦名班員がずっと手がけてこられたが、いわゆる説明ということがなぜ医師の確保・育成に入るのかということで大変厳しいご指摘があったが、本当に安心した医療が提供されるようになるためには、看護だけではなく、医師たちが説明の力を持たなければならない。最終年度に、各方面の医師からの問い合わせが一番多かったのは、プレパレーションの状況をどういうふうに確保していくかであった。そのような意味で、これから本当に安心できる医療といった場合には、ぜひこの他職種も含めて説明していく力を育てることを継続教育、あるいは医師の臨床研修の中に位置づけていただきたい。

在宅の部分に関しても、NICUだけではなく、小児医療全体の在宅化といったものが遅れている。看護する人たちが十分に整っていないということと同時に、医師たちも地域で連携することがまだ難しいという印象がある。調整する人たちを使いながらシステムを整えていくということで、医療全体として、その部分の保険点数化等をしていただけるようにしたい。

結論として、治療について医師がリーダーシップをとることは当然だが、医療における運営の部分に関しては、ほかの職種を活用しながら、医師の労力の特化部分がきちんと医学のほうへ向けられるような体制づくりに許容度を増していただくと同時に、厚労省としてはもう少しそこに力を入れていただければありがたい(片田範子)。

・助産師がどのような仕事ができるのかというところに着目しながら、産科、小児科

の先生方の育成に、脇でどう支援できるのかということから入っていった。日本の助産師がどのような仕事ができるのかということの評価をあまりしていない。団体ごとに行っているのが中途半端な状態にある。そこに着目した。全体のことをするよりも焦点化させて、課題として助産師外来というところを手術内分娩の中でもう少し活用することができないかということに着目して、ICMが出している助産師の技能というところを使って調査した。それによって国際的な基準では、日本の助産師は80%以上の能力があることがわかった。実際に助産師外来をやっている施設に調査したところ、産科医師からの意見として、助産師に正常分娩を任せることによって、ハイリスク妊婦にかかわる時間を確保することができる。それを推進することでリピーターを減らし、年間分娩件数が増加している。ハイリスク妊婦との十分なインフォームドコンセントをとることができる。産科医師が若い医師に支援する、教育していくところに時間をとれるといったコメントが得られた。さらに助産師へ、産科医師と助産師の連携体制を確立することは非常によいという評価。妊産褥婦の満足度が高いという結果を得た。そのことを経てモデルプログラムを開発することになり、それを実施しまして、報告書の中でモデルプログラムとした。

今後、助産師ができることとして、産後1カ月の健診を小児科医師が全部に対応するのは大変なので、母親の不安が1カ月以内に大きくあるということで、そこを助産師外来が対応できるように、お任せいただくか、連携するのはどうか。あるいは、助産師が母乳指導とか育児不安という部分に対応する部分を担当する。このような育児支援モデルが提案される。

助産師の教育システムにも問題があって、大学院教育をという意見も出て、今後の重要な検討事項である。昨年、文科省は4年生の学部の中での助産師教育をということをも明言した。文科省と厚生労働省の免許のところから考えてみる必要がある。助産師の教育がバラバラなことをして、助産師の活動を求められても問題がある。看護職であるというところで免許の一般化にするべきなのか。助産師だけ特別なカリキュラムをもってするべきなのか。そこで役割と教育というところが違ってくるのではな

いか(田邊美智子)。

・小児医療における栄養ケアシステム協働モデルの開発に関する研究というテーマで3年間かかわった。わが国における小児栄養ケアの実施状況とか、小児の栄養ケアをめぐるニーズや優先課題といったような現状を明らかにしたい。そして、そのニーズに対応できる管理栄養士と医療スタッフの資質向上に向けて小児栄養ケア協働支援ガイドというものを作成する。そして、この研究班終了後も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をつくり、その中で活動していくための中期計画を作成する、提案することを目的として分担研究を進めてきた。小児の栄養ケアに関する全国調査を実施したが、そのために小児の栄養ケアに関する枠組みを関連施設の管理栄養士の方に協力していただいたり、先生方にも協力していただいて、プレテストを行ったり、文献調査などをして新たに枠組みを開発して、63の小児の栄養ケアに関する業務項目に関して全国調査を実施させていただいた。この中で、63項目の業務の実施状況、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などについて評価したところ、二つの印象深い結果が得られた。この調査結果を施設の中で他職種との連携や協働、チーム医療を行っているか否かという質問で分けて、すべての栄養系の実施状況を見たところ、連携あり、他職種との協働ありといった回答があった施設で、そうでなかった施設に比べて、すべての項目の実施状況が高いというような結果が得られた。

もう一つは、小児科医が管理栄養士に期待するという回答率が、管理栄養士が実際に実施している、取り組んでいるといった回答率よりもすべての項目で上回っていた。また食事支援などの保険点数にかかわる業務を管理栄養士に移譲すべきであるとか、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小児科医から出された。こうした期待に管理栄養士が応えるようになるのであれば、管理栄養士の仕事の範囲はどんどん拡大していく素地があると感じたし、管理栄養士が責任を持ってニーズに応えられるような能力をつけていくことで、小児医療の質の向上にも貢献できると思った。それによって小児科医の負担も軽減できるのではないかと強く感じた。

そのように管理栄養士がニーズや期待に

応えられるような能力をつけるための一環として、現在この研究成果を踏まえて「小児栄養ケア協働支援ガイド」という冊子を執筆中で、これを関係機関に印刷、配布する予定である。また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て、情報の受発信、調査研究の推進、人材育成、研修などを行っていく。このネットワークが少しずつ発展して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、チーム医療の一員として栄養士が他職種との協働の中で専門性を生かせるようなシステムづくりが推進されていくことを期待している。

小児栄養ケアは、子どもたちに個別に対応しなければならないことが多く、成長、発達のプロセスにいますので、栄養ケアの中でもテクニカルにも特殊な技能やスキルを要求される。米国の栄養士会の中でも、小児栄養の専門家は小児栄養の専門のための特別な研修が組まれており、その研修を受けた人たちの認定制度もある。日本ではまだそういった状況にはなっていないが、小児難病の子どもたちも栄養ケアをしっかりしたことで治療効果が劇的に上がったという報告も見られるので、小児の栄養ケアを充実させて、それに携わる管理栄養士の能力を高めていけるような仕組みをつくっていくためには、それに専門にかかわれる管理栄養士なり、栄養の専門の職種が必要ではないかと感じている。できれば国立成育医療センターの研究所のようなところに管理栄養士が配置されるようになると、こういった仕事も実際に進んでいくのではないかと思う(西田美佐)。

・医師と看護師が協働、一緒に働くことに関連する問題について、看護師はといったどのように考えているのかということを確認したいという目的で、アンケート調査を行った。一つは子ども中心の医療をチームとして行ううえでの協働上の問題を知ることが大きな目的ではあるが、チーム医療としての病棟等の職場環境改善のための情報を得るという目的もあり、医師の育成や確保につながるものであると考えた。

全国の小児関連科目を標榜している200床以上の病院を無作為に、230施設を選んだ。協力を得られたのは88施設であった。お断りの文章の中に問題がかなりはっきりあった。小児科医が確保できないために、

小児科の外来ではやっているけれど、病棟で入院させることはできないといった看護部長からのご意見があり、結果的に協力を得られなかった施設も多かった。88カ所から合計1000名の看護師の回答を得た。

医師と看護師が協働するためにはおそらくこのようなことが問題であろうという設問への回答と、どのようなことに直面しているか、具体的な事例を挙げることを依頼した。自由記載の中でも生々しい事例があった。

看護師が感じている最大のことは、医師と協働するためには看護師自身ももっと力をつけたいということ、また医師との協働の中で一番問題であると感じていることは、情報共有、共通認識の不足であった。これは医師と看護師、その他の、医師とそれ以外のスタッフとの連携の問題でもあるが、もう一つ特徴的であったのは、看護師から見て医師と医師の間の連携がかなり不足しているのではないかと、そのことが子どもの医療を行うにあたって障害になっているという指摘が多くあった。このことをさらに設置主体や病院特性などとの関連の中で分析した。多機能を持っている大学病院や小児専門病院での、こういった問題の指摘率が高かった。小児科医の業務の質と量が幅広く、いちがいに言えないかもしれない。それに対して400~500床ぐらいの一般病院の担っている機能はある程度共通し一般化できるので、その中で問題となっていることは比較的一様であった。

一例であるが、医師の不在で困ることに関して、一般には夜間とか休日の医師がいないことを考えるが、大学病院とか小児専門病院では平日、日中の医師の不在が看護師にとっては問題になる。これはどういうことかといえば、手術に入った医師から、連絡をとりたくても緊急の指示を貰えない、あるいは外来に出ている間、病棟での指示が貰えない。そのようなことがチームとして連携を持って、看護師がどのようなアプローチをすればいいのか、病院の中でまだしっかりネットワーク化されていないために、看護師として右往左往しているという現状がある。また、看護師側の特性からこれを見ると、師長より、直接子どもとかかわっている病棟の中で中堅として働いている看護師たちが、これらの問題をもっともよく感じていて、よりストレスフルなかたちで働いていることがわかった。先ほど

ライマリケアのところで徳丸班員が示された、例えば小児へのコミュニケーションで年齢発達段階に合った接し方ができるという項が、「龍の巻」であって「虎の巻」でないというのは看護側でも同感する。子どもと接することはそんなに簡単なことではない。看護師から見た時にも、ドクターが子どもといかにコミュニケーションをとる技術を持っていらっしゃるか、という指摘が多くて、そのことがチーム医療の中でなかなかうまくいかない一つの問題であるということが出されている。その一方で看護師の中からの生の声として、医師の過重労働に対する心配の声がたくさん出されている。医師たちがこのような働き方での労働環境では、子どもに対しての安全な医療を行えないのではないか、といったような心配の声がたくさん出されている。

結果的に子どもがお願いしたいということで提言したのは、業務量調査を量的なことではなくて質的なことも含めてやっていただきたい。しかも、それは病院の持っている機能によってかなり違うので、そのことをしっかりやっていただくうえでの適正配置をお願いしたい。もう一つ、例えば医学教育の中にコアカリキュラム等の提示がなされてきていると思うが、これから研修医制度が充実することによって改善されると思うが、指導医が基準化した指導教育プログラムを持つことを期待する。医師の教育に口を出す立場ではないかもしれないが、今回のアンケート調査の中で得られた結果はこういうことであった(山口桂子・舟島なをみ)。

D. 考察

3年間の班員によって行われた多様な研究結果から、特に重要と思われる事項をとりあげ以下に考察する。

1. 現在わが国の医療基本計画は都道府県別二次医療圏でまとめられているが、これは成人医療中心であり、小児医療とのミスマッチがある。小児人口の分布と小児科医の分布を付き合わせて、きめ細かな点に配慮した子どものための二次医療圏の設定が必要であるが、その前提となる小児科医の地理的分布や活動状況の正確なデータがないため、ランドデザインの描きようがなかった。この点は松尾班長が積極的に取り組み、小児科医のマスターファイルが完成

しつつある。それをベースとして新たな小児地域医療計画を立てなければならない。

2. 小児科医の増減に関しては、トータルな数としての減少はなく、むしろ僅かながら増加がみられているが、実際の活動性 workforce は明らかに低下している。その主な理由の一つは女性医師の増加であり、結婚、出産、育児のために離職するものが多い。男女共同参画社会において、女性医師の増加は当然のことであり、最近の医科大学の学生の状況からみても、今後ますます増加することが予想されている。したがって女性医師を徹底的に支援する方策が強化されなければならない。これは小児科産科だけの問題ではないが、両診療科は勤務がハードであるだけに、特別な配慮が必要である。

3. 小児医療に関しては、診療ニーズと休日夜間診療体制のミスマッチがある。地域により施設によって異なるが、夜間の急患の6~8割は小児であり、そのまた8~9割が軽症患者であるが、それが夜間休日の診療に当たる病院小児科医に過重労働を強いる結果となり、燃え尽きて小児科を離れる、という現実がある。その結果小児科医の不在地域が拡大し、さらに悪循環に陥る。軽症でも小児科専門医に診てもらいたい、という保護者の要求は理解できるが、そこは患者教育・理解を促進すると同時に、0.5次救急としての電話相談の活用、他科医師のプライマリケア的小児救急への参画、臨床研修指定病院や大学病院において、当直医は他科であっても小児の急患に必ず立ち会うことを義務化する、などを多面的な方策を推進したい。

4. 小児医療の課題として、魅力ある小児医療づくりがある。卒前教育の段階で、充実したカリキュラムの下で学生に対して講義や実習を通じて小児科学の学問としての面白さや、子どもの大切さなどを教えること、それによってモチベーションが高まることは実際にある大学での研究成果にもあった。富山県などで行われている小児科医確保のための奨学金制度もよい。また初期研修においても、充実したカリキュラム、丁寧な指導、コメディカルを含め良い人間関係の中での研修など、指導に当たる側の責任は重い。産科医療についても全く同じことがいえるであろう。研修期間も問題で、研修医もチーム医療の一員として、出来るだけ長く、指導医はじめ他の職員と触れ合

うような仕組みにすることも必要である。

5. 産科医師の数については、過去10年にわたり入局者が減少を続けており、医療の現場では小児科以上に事態は深刻である。医師の高齢化とともに、女性医師が急増している。産科医療は日夜を問わない救急医療の性格が強く、病院産科医の疲弊、離職、さらに病院の産科閉鎖も起こっている。産む側にも「いいお産、快適なお産」への意識の高まりがある一方で、実際には不妊治療による双胎の増加、高齢出産の増加などで、ハイリスクの妊娠分娩が増えている。産科医療のオープン・セミオープン化などで対応、小児科と同じように地域ごとに核となる病院への産科医の集約化が必要であろう。

6. 元来「お産はうまくいって当たり前」であり、分娩時の僅かな間に起こるトラブルで生まれた子どもに生涯にわたるような障害が及び、医療不信から訴訟に発展する可能性も高い。訴訟に関しては、最高裁の統計でも、産科は件数も多く、賠償請求額も高いため、訴訟の多いことで学生時代から産科・婦人科が敬遠される主要な理由になっている。周産期の訴訟問題については公開シンポジウムでも取り上げたが、アメリカ、北欧、オーストラリアなどで既に制度として行われている無過失補償 non-fault compensation の導入しかないであろう。日本医師会が検討を始めているが、周産期領域だけでも早期の導入が望まれる。

7. 周産期医療は近年新たな課題を抱えている。低出生体重児の増加、ハイリスク児の生存、NICUの長期入院、重度障害児と生命予後の判断などである。周産期医療は医師にとっては従来も勤務条件が厳しい領域であったが、時間的身体的な厳しさに加え、生命倫理につながるような問題と向き合う、精神的ストレスの負荷が多くなる。全国にある小児総合医療施設を母子センター化して、施設のみならず医療陣容の強化を図るべきである。

8. 小児精神保健医療はわが国の保健医療対策において、最も立ち遅れた分野である。子どもの虐待の記事が殆ど毎日の新聞紙上を賑わし、不登校、摂食障害や心身症が激増する中で、対応する精神医療機関の不足、小児精神科の専門医や小児専門の臨床心理士の不足に対しては、抜本的な改善の対策が必要である。これまで心身医学や精神疾患の治療は小児科学の中では主流ではなか

ったが、21世紀には最も重要な領域となり、心の問題は小児科学の各論ではなく総論となって然るべきである。

9. 主任研究者および一部分担研究者の考えでもあり、また日本小児科学会、日本産科婦人科学会からの共通する要望でもあるが、全国の大学医学部、医科大学附属病院において、母子センター構想を進めることは、小児科産科両科の医師確保育成のために実効性のある有力な手段であり、次世代育成支援策としても極めて重要と思われる。当然時間も経費もかかるが、医師の確保育成ばかりでなく、周産期医療全体のレベルアップにもつながり、医療安全の確保の見地からも望ましく一石三鳥の方法である。

10. 他診療科に比し厳しい勤務条件にある小児科産科医師に対し、労働基準法等関係法令からの勤務時間の検討が必要である。殆ど仮眠も出来ないような当直の翌日も休暇をとらずに連続して36時間以上も勤務するような例は、医療安全の見地からも許されることではない。米国のレジデントは週80時間までの勤務は認められているが、それには充分見合うだけの報酬が与えられ、また連続勤務についての縛りもある。

11. 小児医療の不採算性の解消も大きな課題である。これまでも診療報酬の面でさまざまな工夫はなされてきたが、有効に機能しているとは思われない。他科との比較の問題ではなく、次世代の健全育成の見地からも母子医療には思い切った国費の投入が必要である。現在高齢者優位の医療費を大幅に母子にシフトすべきである。

12. 今後の小児医療、産科医療の共通課題には以下のものがある。①全体計画としてそれぞれの医療の将来構想の樹立、②医師養成計画として、魅力ある卒前カリキュラム、奨学金制度、③研修体制として新臨床研修における小児科、産科の重視、④勤務環境として労働条件の改善、ドクターバンク、⑤女性医師支援のための育児・職場復帰支援と勤務形態の多様化、⑥インセンティブとして診療報酬、若手向け研究費、留学制度などが考えられる。

E. 結論

小児科にしる、産科にしる、医師の数、あるいは労働力不足ということで、救急や周産期医療が深刻な危機的状況にあったことはたしかであり、そういう身近な目前の問題の解決は大切である。同時にその背景にある小児科、産科医療の問題点を洗い出し、根本的な対策を立てることが研究班の狙いでもあった。それも当面の目標であり、究極的には小児科産科の医療が充実整備され、国民の安心、安全につながることである。したがって医師のためにやるのではなく、あくまでも子どもたちのためにやるという視点が大切であった。研究の成果については、即効性はなくても時間をかけて効果の現れてくるものもあるであろう。

産科と小児科は周産期医療が接点であるが、一般的には産科医と小児科医が日常接することは少なく、またコメディカルについても臨床の現場では医師と看護師あるいは助産師が日常的に接していても、医師の育成・確保というような問題を面と向かって話し合うことは始めてのことであった。その意味ではいろいろ難しい問題はあったが、相互理解の上でもこれまで3年間一緒に勉強を続けてきたことは各班員にとっても得るところは大であったと思う。

グランドデザインにしても政策提言にしても、どんなに立派なものを立案しても実行されなければ絵に描いた餅に終わるのであり、いかにそれを実行に移すかが問われている。そのためには多くの困難も予想されるが、21世紀の日本の将来を支えるのは現在の子どもたち、これから生まれてくる子どもたちであり、研究班終了後も、その認識をもって小児科、産科、あるいはコメディカルの関係者が今後もさらに一層力を合わせ、母子医療の充実発展に努めなくてはならない。

F. 研究発表

次頁以降に掲載

G. 知的所有権の取得状況

なし

平成14年～16年度研究成果の刊行物・別刷

氏名	筆頭著者	番号	論文名	雑誌名	巻(号) 頁数	発行年
鴨下 重彦		1	小児科医は本当に足りないのか?	小児科診療	66(4):1-2003	19
		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	21
		3	小児科医を確保・育成するために	医学のあゆみ	206(8):723-728,2004	23
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	29
		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	35
		6	小児科医確保における発達・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	43
		7	小児科医のworkforceの日米比較	日本医師会雑誌	129(8):1483-1488,2003	47
		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	55
		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	61
		10	都道府県別、二次医療圏別にみた小児科医のworkforce	日本医師会雑誌	131(9):1453-1474,2004	71
		11	嬰兒救しの歴史から	小児科診療	68(2):189,2005	95
衛藤 義勝	上原 里程	12	患者調査を用いた傷病分類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	97
	上原 里程	13	Factors associated with practice of procedures in pediatric-related areas among certified pediatricians	Pediatrics International	45:80-85,2003	105
	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	111
		15	小児科医の働き方と今後の展望	総合臨床	52(12):3157-3160,2003	117
		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	123
藤村 正哲	舟本 仁一	17	救急担当小児科医へのアンケート	日本小児科学会雑誌	107(1):109-114,2003	129
		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	137
		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	143
		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	151
		21	Neonatal Research Network	小児外科	36(7):878-885,2004	159
		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	167
	中澤 誠	23	再論 小児医療提供体制の改革ビジョン —わが国の小児医療・小児救急医療体制の改善に向けて	日本醫事新報	4200:53-58,2004	180
		24	How to secure the Personnel for Pediatric and Specifically Neonatal Healthcare	JMAJ	48(2):99-106,2005	181
高橋 孝雄		25	Psychosomatic disorders in children: An emerging challenge to health care in Japan	Pediatrics International	44:153-156,2002	191
田中 康雄		26	日常の生きやすさの支援は、日常に接する環境の総体にある—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	195
中野 仁雄		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	207
	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	215
	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調査—	日本医師会雑誌	132(9):1157-1163,2004	233
		30	シブツツル[周産期医療発展のための同職種—若手産科小児科医確保に向けての対話]序論	日本周産期・新生児医学会雑誌	40(4):710-711	241
	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	245
		32	精英を期待される教育と医療 産婦人科医療: 今日から明日へ	教育と医学	53(1):36-44,2005	262
大澤 真木子		33	特集 女性医師と産科 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	263
		34	女性医師の勤務支援	日本医師会雑誌	131(1):66-69,2004	273
		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	279
岡井 崇		36	周産期医療と医事訴訟 —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	381
		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	389
加藤 達夫		38	小児科・産科医師の育成の支援策に関する研究報告書(その1) 小児科医の人材有効活用に関する研究報告書		2003年	397
		39	小児科・産科医師の育成の支援策に関する研究報告書(その2) 医学士並びに研修医の小児科、産科に対する意識調査		2003年	413
岡村 州博		40	女性産科医師の叫び、東京からそして地方から 女性医師労働条件改善への提言		2004年7月	429
五十嵐 隆		41	小児医療の最前線	医学のあゆみ	206(8):527-528,2003	511
		42	わが国の小児医療の課題	保健の科学	45(9):645-649,2003	515
清野 佳紀	小田 慈	43	少子社会だからこそ充実した医療を 小児科医の活動がますます必要な社会に	月刊保団連	No785:10-14,2003	521
	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	527
		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	537
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	541
		47	NICUに関する実態調査報告		2004年	549
保科 清		48	お子さんの急病対応ガイドブック	(社)日本小児科医会子どもの心対策部	2003年	609
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	625
		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	641
		51	小児救急医療支援専門委員会報告書—0.5次救急としての「小児救急電話相談・広域」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—	広島県地域保健対策協議会調査研究報告書	2003年	647
	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	653
		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	659

		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	672
		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	673
		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	733
		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	857
		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	913
柳澤 正義		59	21世紀の小児医療—成育医療センターの開設を目前にして—	小児保健研究	61(1):3-8,2002	919
		60	成育医療	日本医師会雑誌	127(7):1078-1079,2002	927
		61	周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	128(10):1546-1548,2003	931
	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	935
	生田 憲正	63	力動的的精神療法に関する研究(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	943
	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	952
		65	成育医療への期待	総合臨床	52(8):2447-2448,2003	953
	村島 温子	66	Long term prognosis of children born to lupus patients	ANNALS OF THE RHEUMATIC DISEASES	63(1):50-53,2004	957
	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.86:9-14,2004	966
	村島 温子	68	わが国での女性外来の現状と問題	治療	86(6):33-38,2004	967
	生田 憲正	69	摂食障害	小児内科	36(6):844-847,2004	975
	細金 奈奈	70	摂食障害の薬物療法	こころの科学	116号:64-67,2004	986
	田中 政信	71	ブレインタルピジット	小児科臨床	57(9):2009-2011,2004	987
徳丸 貴		72	教育検討会④「卒後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	991
		73	教育検討会⑤「研修医教育をクリニックで！」	外来小児科	5(2):2002	1003
		74	教育検討会⑥「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	1019
		75	教育検討会⑦「教育検討会の担うべき役割」	外来小児科	7(2):2004	1029
	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	1041
	田原 卓浩	77	小児(初期)救急医学教育と指導者育成	へるす出版	2005年	1045
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	1057
蝦名 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践状況	滋賀医科大学看護学ジャーナル	2(1):12-22,2004	1061
	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	福井県立大学論叢	23号,2004	1073
	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	1097
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	1107
		83	NICU退院児の在宅医療—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院の役割と課題	Neonatal Care	17(10):38-43,2004	1111
	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	1119
	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情と課題	日本新生児看護学会誌	11(1):32-37,2005	1129
		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	1137
小林 邦彦		87	時論 女性小児科医の産前・産後および育児に関する諸問題—北海道内22病院へのアンケート調査	日本醫事新報	4133:59-62,2003	1148

<印刷中>
松尾 直武

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

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・コメディカルの役割と協働—小児栄養ケアの立場から—
小児保健研究64(2),2005

<投稿中>

鴨下 重彦
中野 仁雄
清野 佳紀
片田 紀子

小児科産科若手医師を確保・育成するために—先端医療シリーズ 34 小児科の新しい流れ—
先端医療技術研究所

松尾 直武

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