

FRENCH FEMALE OBGYN
Why enquiries are difficult

- Problem enough OBGYN for deliveries
- Other choices Surgery Subspecialities such as echography IVF...
- Evolution of practice throughout life

34

なぜフランスで女性産婦人科医師の育成が難しいかを考えてみます。分娩に関しては産婦人科医師は足りています。そのほかの選択が色々あること、すなわち外科系に進むとかIVFやエコーのような準専門性を身につける、などです。また、医療自体一生の間進んでゆくものですからそれぞれのポジションでトレーニングしてゆかなければならないこともあります。

FEMALE OBSTETRICIAN
can we improve her condition

- Work in large teams might be easier
- More possibilities of part time job
- Make it mandatory if asked and not submit to hospital staff advice

37

たくさんのスタッフのいる施設で働くほうが状況は改善されます。すなわち、スタッフが多い分仕事をパートタイムなどにできる可能性が向上します。また、女性医師が職場の仲間に気軽に相談できるようにしておくのも重要です。

FRENCH FEMALE OBSTETRICIAN
can we improve her condition

- French family policy
- General conditions for work
- Male mentalities

35

フランス女性医師の諸状況をどのように改善してゆけるでしょうか。それはフランスの家族政策によります。その内容としては仕事の全体的な環境について、男性医師の認識などを考える必要があります。

FEMALE OBSTETRICIAN
can we improve her condition

Changes in men mentalities to get more consideration more help

- Big improvements have been done but they are still insufficient
- Most difficult to obtain

38

男性医師の女性医師への理解も重要です。その点に関しては近年改善してきていると考えますが、また不十分です。

FEMALE OBSTETRICIAN
can we improve her condition

- As an employee she gets the general advantages of French family policy
- However more should be done to help her with the tremendous expenses for night care children
- If she is on private practice almost nothing is done for her therefore she should get employee conditions from public fundings

36

被雇用者の場合はフランスの法による援助をうけることができます。しかし昼夜の託児、これがお金がかかるのですが、を含めた今以上のことがなされなければなりません。また、個人で開業している場合国の援助は殆ど無いのが現状です。

ADVANTAGES OR DISADVANTAGES ?

- Advantages NONE
- Disadvantages +++ no career no promotion
- France 50 dep. in teaching hospital only one female « chairman »
A woman will be equal to a man when a second rate woman will get a first rate position (Principles 6/8/82)

39

女性医師であることの有利な点と有利で無い点について考えてみます。有利な点はありません。有利でない点はたくさんあります、職場のポジション、昇進などは女性医師にとって不利な点ばかりです。フランスの50の教育病院で女性の主任教授はたったの一人です。トップのポジションに男性と女性が同じ比率でいなければ諸事情は改善されてゆかないでしょう。

PERSONNAL EXPERIENCE AS A FEMALE OBSTETRICIAN

FAMILY SUPPORT

- I belong to a family with a strong tradition of educated and career women my grand mother was a school teacher my mother MD my 2 sisters have a career
- The 2 more important men in my life my father was and my husband is very supportive

40

私自身の経験を話すようにいわれました。私の家族は伝統的に女性もキャリアとして働いてきました。私の祖母は学校の先生で私の母は医師でした。また、私には私の人生をサポートしてくれた2人の男性、すなわち父と夫がいます。

CONCLUSIONS

- As in Japan France undergoes a shortage in OBGYN doctors
- This is not a female problem since most women MD remain at work
- This a general problem of medical students choices

43

結論です。日本と同様フランスでも産婦人科医師は不足しています。これは女性だけの問題ではなく、医学生の実験の問題でもあります。

PERSONNAL EXPERIENCE AS A FEMALE OBSTETRICIAN

HOSPITAL SUPPORT

- I was lucky to start early a residency and to get early a permanent position
- Pr Barrier helped me and might be the third more important man in my life
- I have a love affair with obstetrics but I do not let it overwhelm my life

41

職場のサポートもありました。私自身は研修を早い時期に始めて、さらに早い時期にパーマネントのポジションを得る事ができ幸運でした。Barrier教授は私のことを大変良く助けて下さり、3人目の大切な男性になりました。私は産科学を愛していましたが、私はそれを自分の人生を超越したところまでやろうとは思っていませんでした。

CONCLUSIONS

- Students don't want anymore the burden of specialities such as surgery OBGYN pediatrics and anesthesiology
- Each year only 80 students in OBGYN are trained when needs are at least double
- To overcome this situation more residency job will be reserved to OBGYN financial solutions ought to be found

44

医学生達は外科、産婦人科、小児科そして麻酔科などの厳しい専門性を要求される科にゆきたがりません。毎年たった80人が研修医としてトレーニングしていますが、すくなくともこの2倍は必要です。これを何とかするためにはより多くの産婦人科研修医としての仕事ができる機会を増やし、金銭面でも充分サポートすることと考えます。

MALE OBSTETRICIAN AND FEMALE OBSTETRICIAN AT WORK

- Most French or European men work in good intelligence with women
- Men from North Africa do not have the same culture and sometimes it is difficult for women
- Since better positions are always offered to men French male doctors don't feel women as serious challengers

42

男性産科医師と女性産科医師の職場での関連です。大部分のフランスあるいはヨーロッパの男性は女性に対して良い理解をもっています、これは良い事です。北アフリカの男性は同じような文化を持ってはいないので時々難しい問題がおこります。良いポジションは常に男性に与えられているため、フランスの男性医師は女性医師のことを重要な挑戦者とは認識していません。

御静聴有り難うございました。

平成14年度厚生労働科学研究小児科産科若手医師の確保育成に関する研究
(統括責任者 鴨下重彦)

第2班 小児科産科医の勤務状況の改善
(分担研究総括 中野仁雄)

分担研究課題 女性医師の勤務支援に関する研究
(分担研究者 岡村州博)

研究会議事録

日本とフランスにおける女性医師の勤務状況とその援助について

平成14年12月3日

艮陵会館 (宮城県仙台市青葉区星陵町)

参加者

| | | |
|--------------|---|---------|
| 岡村州博 | 東北大学大学院医学系研究科産科教授 | (分担研究者) |
| 和田裕一 | 国立仙台病院産婦人科医長 | (研究協力者) |
| 若杉なおみ | 国立国際医療センター研究所 | (研究協力者) |
| 寺田幸弘 | 東北大学医学部附属病院周産母子センター助教授 | (研究協力者) |
| 岡井崇 | 昭和大学医学部産婦人科教授 | |
| 平川俊夫 | 九州大学医学部産婦人科講師 | |
| ニコル シラルピニュロン | Professeur au collège de médecine des hôpitaux de Paris CHU Lariboisière - Saint Louis University of Paris VII | |

| | | |
|-------|-------------|------|
| 佐藤多代 | 東北大学医学部産婦人科 | 大学院生 |
| 千葉真紀子 | 東北大学医学部産婦人科 | 大学院生 |

岡村州博：本日はお集り頂きまして有り難うございました。この分科会は小児科産科医の勤務状況の改善ということでございまして、私の担当は女性医師の勤務支援に関する研究であります。今日の予定としては、最初に国立仙台病院の和田先生が日本産婦人科医会の勤務医のセクションにかかわっておりまして、日本の状況をお話いただきます。続いてニコル先生にフランスの現状、特にこの分科会で検討すべき事を私が事前にお知らせしておりまして、それについてお話いただきます。そのあとに自由に討論していただきます。

岡村：有り難うございました。日本とフランスについて大変似ている点と大きく異なっている点があることが解りました。フランスにおいて医学生が産婦人科や外科に進まない一番の原因はファイナンシャルな問題があるからですか。

ニコル：基本的に若い医師達に払われている給料は充分ではないということは言えます。

岡村：あとはFREE DISCUSSION に入りましょう。その前に一人御紹介します、東北大学産婦人科の千葉真紀子先生です。先生は現在妊娠22週です。千葉先生、これからお産をするにあたり先生が最も懸念されていることを教えて下さい。

千葉真紀子：今一番不安なのは出産後の育児です。夫は単身赴任中ですし、近辺に24時間子供をみてくれるところもありません。もしもそうであったとしても、育児を他人任せることの子供自体に対する影響も心配です。だからといって、子供ができたからといって産婦人科の仕事を止める事は、厳しい初期研修医のトレーニングをつんできた者にとっては耐えられないことでないかと思えます。

ニコル：子供を見る方は探しましたか、また御主人はどう考えていますか。

千葉：まだ探していません、夫はいま何を考えているのか解りません。

岡村：千葉先生のいまの御発言はいまの日本の女性医師が懸念していることを

集約していると思います。

その他システムについて御考えがあるかたはいますか。

岡井崇：産婦人科医師の絶対数が足りないことについて伺います。フランスでは外国人医師が助けているお話がありましたが、外国人医師が産婦人科医師としての資格をとるためのシステムが存在するのでしょうか。

ニコル：EC 諸国間では全ての国で医業をすることができます。また、アフリカなど EC 以外の国の医師は全医師数の 25% までなら働く事ができます。

岡井：25% 以内なら外人医師を雇えるということですか。

ニコル：そうです、しかし国の試験を受ける必要があります。

岡井：medical gynecologist というシステムは日本には無いと思いますが感覚的にはわかります。推測するに手術などはしないでいるかたと思いますが、そういう過程を経てから専門医の資格をとるのですか。産婦人科専門医育成のプロセスについて簡単に教えてください。

ニコル：医学部の 5—6 年よりコンクールが受けられます。それは凄く難しくそれをパスすると大学病院で 4 年のレジデンスをします、そのときに産婦人科医になるためには 1 年の外科修練が必要です。その後最低 1 年の助手としての経験が必要です。本格的な資格試験はないのですがそれぞれの過程で試験がありそれを続けておえると専門医として認められます。その後大学にのこりたければより大学的な専門性をみにつけてゆきます。

岡井：医師の絶対数を増やすためには、コンクールを簡単にするなどの対応はしていますか。そのあたりの点についてフランスの産婦人科学会、医療界はどのように考えているか教えてください。

ニコル：フランスでは学生時代の成績で専攻選択の自由が与えられます。実際には最も人気があるのが皮膚科です、できる学生がそういうものから選んでゆ

きます。産婦人科がどの位置にくるかは解りませんが産婦人科でもっと学生がとれるような方策を考えれば、解決の方向に向かうと考えます。質を低下させないことは大切です。

岡村：男性も産婦人科を専攻しないで肉体的に楽な科にゆく傾向が有る。すなわちそれが産婦人科において女性医師の比率はあがっている原因とも考えられるのですが、フランスではどうでしょうか。

ニコル：そのようなことは無いと思います、しかし男性も女性も肉体的に楽な科を選ぶ傾向はあります。

平川俊夫：medical gynecologist というシステムは 1982 年で終わったのですか。また、産婦人科専門医になるためにはこのポジションを経てゆくのか、そのあたりがはっきりしなかったのを教えて下さい。

ニコル：medical gynecologist とは手術などは施行しない、一番多い業務はピルの処方などですが、職種を統一する意味で廃止されています。

平川：日本では産婦人科の専攻は腫瘍学、生殖医学、周産期医学に大別されるのですが subspecialty としての women's health physician のようなものがあればと考えています。すなわち、手術や分娩は扱わないのですが、ピルを処方したり、更年期障害を管理するような仕事をしてゆくポジションです。アメリカの family practitioner の婦人科版のような subspecialty がフランスにあるのでしょうか。

ニコル：あまり specialty を細かくしてしまうのは、全体の質の低下を招く可能性が有ります。フランスにもイギリスのように一般医がいました、そのような方々がもう少し産婦人科の業務に拘わってゆくことは可能かと思えます。

平川：システムについてもう少し伺います。Child care については良くお話頂きました。そこで、労働形態について御教示ください。すなわち、女性医師が妊娠した場合 パートタイム制やシフト制を採用するのか、休暇中の代替医師の補填をどうするのか、などをおしえてください。また、休暇中に医療技術とし

ては遅れができるわけなんですけど、そういった場合の現場復帰のための再教育についても御教示ください。

ニコル：パートタイムは素晴らしいアイデアだと思いますが、そういうシステムを行う施設がイニシアチブをとってゆけるようであれば続かないと考えます。また、給料についても仕事をしていない時間も遊んでいるわけではないのですから、金銭的、社会的ななんらかの補償は必要であると考えます。すなわち、パートタイムの女性が退け目感を感じない、みな同じように働いている感覚をもたせるようなシステム作成が大切と考えます。フランスとドイツで少子化を克服できたのはこのスタンスがあったからだと考え、とても大切なことと考えています。

平川：日本でも少子化対策としてそのような考えをもったら良いですね。

ニコル：その通りです。

和田：男性が育休をとることはあるのですか。

ニコル：それは一般社会のことですか。男性がシステムの狭間をぬって、うまく考えながらとってゆくことはありますし、大切なことです。北欧3カ国は男性が育児休暇をよくとることで有名ですね。

岡井：Physician under contract とはどんなポジションですか、いわゆる日本のオープンシステムのようなシステム上のポジションですか。

ニコル：プライベートで診療しているもと医局員で週1—2回大学での診療をするようなポジションです。1年ごとに契約を更新しています。

岡井：シニアオンコールとはどのようなポジションですか。

ニコル：シニアとは4年のレジデントがおわり assistant professor 以上のポジションです、患者が来たらすぐに呼ばれるのではなくレジデントがみた上で呼ば

れるポジションです。

岡井：シニアオンコールも昼間は普通に働いているのですか。

ニコル：小さな（分娩数2500以下）のところならばシニアオンコールは昼に要る必要はありません。夜当直する必要もありません。パーマネントはもちろん昼います。私の施設では4人のパーマネントを含めた6人とレジデントがいます。

平川：フランスの産婦人科開業医の形態について教えてください。

ニコル：色々な形態があります。一人で開業しているのをキャビネットといいます、共同で開業しているのをクリニックといいます。

平川：女性が一人または複数で開業しているような診療形態はありますか。

ニコル：開業医と言っても楽なものではないことは、日本とおなじであります。採算もとらなければならぬし、むしろ女性は大きな病院のスタッフになっていることが多いようです。

寺田幸弘：日本では医師の業務の約10%が産婦人科の仕事です、ところが実際には5%程度の医学生しか産婦人科を選択しません。その discrepancy が私達のジレンマの主因です。学生に産婦人科業務、我々はとても大切な仕事と信じているのですが、に興味をもたせその道に進んでもらうようにする方策はなにかあるでしょうか。

ニコル：抽象的な話になりますが、人間を引き付けるためには2点大切な点があります。一つは良く知られる、誇りをもたせるようなことともう一つはお金です。そのどちらかが満たされれば、どちらかは補償される、ということは真実だと思います。それらと、人生のQOLとのバランスも大切です。

佐藤多代：子供を生まないと決めている女性医師はどのくらいいますか。自分

の QOL を考えた場合、生まない選択に比重がかかっている方はどのくらいですか。

ニコル：フランスは小児化は克服されてきていますが、初産年齢は上昇しています、今30才くらいです。それを考えると医師としての研修とどのへんであわせるかというのは問題です。修行中の医師が安心して子供をうめるような方策は大切です。日本人は持たないと決断して他をとるという感じになっていますが、フランスではそのあたりを女性に強いるような雰囲気はありません。

平川：育児、出産という経験は産婦人科医師としてとても貴重なことだと考えます。やはり、産婦人科医師、小児科医師からそのあたりの重要性をアピールしてゆけたらと思います。

千葉：私は男性医師に頼らなくて、同じ悩みをもった女医が、例えば2人で1人というような感じで助け合ってゆくようなシステムがあればよいかなと思います。

ニコル：私が医師になったころは女性医師は minority としていつもシェアされてきました。しかし現在は男女関係なく助け合ってゆくシステムが大切です。

若杉：付け足しますが、フランスではそのあたりの男と女の世界が分けられてはいません。お互いにフランクに助け合ってゆきます。

岡村：最後に私からの御質問です。フランスでも女性の professor はお一人とききました。女性のプロモーションがうまくゆかないファクターはなんでしょうか。

ニコル：あまり言いたく無い言葉ですが、男性社会という言葉が有ります。すなわち、すでに教授達は男なわけです、だから体力とか知力に関係なく次が男ということになるわけです。女性も目標を持つべきと考えます、さらにいうならあるポジションの幾つかは女性にすべきというようなルールを作るなどはこれから考慮してゆくべきです。

岡村：先程千葉先生が言った、子育てに両親が関与しないと子供に申し訳ない
というような mentality はフランスにもありますか。

ニコル：自分の進むべき方向を犠牲にして子供を育てる事に関する不安定さ、
のような問題のほうが大きいと思います。

岡村：それではニコル先生大変有意義なお話ありがとうございました。
遠路参加いただきましたみなさまに感謝申し上げます。

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

平成16年7月発行

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確保育成に関する研究（総括 鴨下重彦）

第2班

（分担研究総括 九州大学副学長 中野仁雄）
産科女性医師の勤務支援に関する研究

岡村 州博

東北大学大学院医学系研究科医科学専攻泌尿生殖器学講座
周産期医学分野 教授

編集協力者

東北大学病院周産母子センター助教授 寺田幸弘

東北大学大学院医学系研究科産科助手 佐藤多代

表 題

著 者 名

醫學。あゆみ 別 刷

第 卷・第 号： 年 月 日号

はじめに



東京大学大学院医学系研究科小児医学講座 五十嵐 隆

平成12年(2000)のわが国の出生数は119万人、合計特殊出生率(一生涯に一人の女性が生む子どもの数)は1.36であり、少子化の波はここ数年間固定化している。子どもがこのように少なくなっているにもかかわらず、小児科医はいぜんとして不足している。小児科学会に所属している医師数は現在約17,000名であるが、小児科学会に属さない内科や耳鼻科などの医師も子どもを診療しており、その他の科の医師も各地で子どもの予防接種などを担当している。つまり現在のわが国では小児科医だけで小児医療や小児保健のすべてをカバーできていない。さらに、小児科医の分布にも地域によってわが国では大きな偏りがある。たとえば、入院施設のある複数の病院小児科の常勤小児科医数の平均が2人である地域も存在する。また、小児科医が少なくない地域であっても小児の救急医療体制が不十分な地域が存在する。従来、疾病対策が主であった小児医療は、わが国においても先進諸国同様に、育児相談、健診、予防接種などの予防医学を含む子育て支援の医療に変貌しつつあるが、夜間や休日の診療という基本的な医療サービスが低下してきていることは大きな問題である。

このような状況にあるにもかかわらず、平成12年(2000)のわが国の乳児死亡率は1,000出生当たり3.2であり、世界中でもっとも低値を誇っている。昭和25年(1950)のわが国の乳児死亡率が60.1であったことと比べ、50有余年でわが国の乳児死亡率が著しく減少したことがわかる。しかし不登校、孤食、小児虐待など、昨今広く叫ばれているように、子どもを取り巻く環境はけっして望ましい状況ではなく、むしろ望ましくない方向に事態が深刻化してきている感が強い。

これらの社会環境問題は、敗戦と敗戦後に主流となった新しい文化あるいは価値観と深く関係があると思われる。子どもたちにみられる“こころの問題”のかなりの部分が、現在の社会が抱える社会環境問題の影響を強く受けていることは否定できないであろう。子どもの“こころの問題”の解決には、まず子どもを取り巻く親・家庭と社会の病理構造を明らかにし、教育を含めたさまざまな角度からの積極的なアプローチが必要である。医療現場で小児科医は“こころの問題”を抱える子どもたちに直接接する機会が多いが、真の解決のためには、小児科医を含めた関係する研究者の集学的な対応と、社会に向けた積極的な問いかけが必要である。これまで国全体の医療指標のひとつとして乳児死亡率が使用されてきた。低い乳児死亡率を今後も維持することはきわめて重要である。しかし、このような数字は先進諸国では子どもの健康状態を正しく示す指標にはならない。こころの健康度を正しく示す指標を見出すことは今後きわめて重要である。

近年の女性医師の増加に伴い、小児科を職業として選択する女性医師が増加してきている。とくに30歳代の女性医師が仕事と子育てとを両立できる体制を早急につくり上げることも重要な課題である。

中国などアジア諸国の小児科医の国際学会への出席が近年著しく増加してきている。一方、わが国から国際学会に参加する小児科医はむしろ減っているのではないかと心配している。とくにアジアで行われる学会へのわが国からの参加者がたいへんに少ない。国際小児科学会に参加する若手の小児科医の参加がきわめて少ないことも、実は問題である。国際小児科学会では発展途上国向けのテーマが多いことや小児科のサブスペシャリティの国際学会が増えていることなどが国際小児科学会に参加する若手小児科医の数を減らしていると思われる。

毎年わが国から多数の小児科医が欧米の研究室に留学している。しかし、留学から帰国しても研究を続けることができないため、多くの小児科医はふたたび診療に携わる傾向が強い。欧米の研究室で立派な成果をあげてきても、日本の職場では研究の続行が難しい状況にあることは以前とあまり変わっていないのではないかと。経済がかんばしくない現在のわが国の状況下で多くを望むことは難しいが、小児医学の研究環境を整備するための努力が今後もさらに必要と思われる。一方、以前に比べ文部科学省や厚生労働省の競争的研究費は大分増額されてきている。しかし、一部の研究領域を除いては分子生物学や遺伝子を用いた研究は比較的研究対象が似ていて、しかも層の厚い内科の研究者に独創性と研究成果の点において水をあけられているのが実情である。先天代謝異常症の研究ではわが国の小児科医が疾患の原因遺伝子の解明に果たした功績はきわめて大きい。今後、オリジナルな研究を大事にする姿勢が小児科学会のなかでさらに強まることを期待している。

わが国の小児科医は十分な症例数を対象とした治療研究を行うことがこれまで不得意であった。しかし、小児IgA腎症の治療ではすでに広範囲なコントロールスタディが実施され、優れた成果をあげている。また、乳児白血病の治療でもMLL遺伝子の解析結果を考慮した新しい治療プロトコルが開始されようとしている。このような動きはたいへんに喜ばしいことであり、海外からの批判に耐えることのできる立派な研究成果が出ることを期待している。狭量なセクト主義や自己顕示欲を越えた協調性が若い研究者の間に育ってきたことはたいへんに喜ばしい。

本誌の企画“小児医療の最前線”では基礎編、臨床編、社会編の3つに分けて、わが国の小児医療の実状や小児医学の最新の研究成果について専門家、研究者あるいは実地医家の先生方に解説していただいた。お忙しいところを快く執筆をお引き受けいただいた先生方に深く感謝する。本特集号により小児医療あるいは小児医学の現状と問題点が明らかにされ、問題の解決に向けての一助となることを期待する。

保健の科学 第45巻 2003 別刷

わが国の小児医療の課題

五十嵐 隆

はじめに

平成13年のわが国の出生数は117万人、合計特殊出生率(一生涯に一人の女性が生む子どもの数)は1.33であり、少子化の波はここ数年間ほぼ固定化している。一方、平成13年の乳児死亡率は1,000出生あたり3.1であり、世界中でもっとも低値を誇っている。大正末期、昭和25年の乳児死亡率がそれぞれ150以上、60であったことと比較すると現在の乳児死亡率が著しく減少していることが分かる。この成果はわが国の経済力が向上し国民の栄養状態と環境が改善したことと、乳児健診や予防接種など小児保健活動への国からの支援が行なわれていることが主たる要因である。このような低い乳児死亡率を今後も維持することは極めて重要であるが、小児医療が抱える問題点も少なくない。本稿では、現在のわが国の小児医療の問題点について解説する。

1. 小児科医の不足とその対策

わが国の子どもが少なくなっているにもかかわらず、小児科医は不足している。小児科学会に所属する医師数は現在約17,000名であるが、小児科学会に属さない内科や耳鼻科などの医師も子どもを診療しており、その他の科の医師も子どもの子

防接種などを担当している。つまり、現在のわが国では小児科医だけで小児医療や小児保健のすべてをカバーできていないのである。

最近数年間にわたり毎年約400人の医師(新卒医師の約5%)が小児科学会に入会している。数年前までは小児科入局者の数は減少傾向にあった。平成10年日本小児科学会将来計画委員会の調査によれば、平成7年の小児科入局者数は昭和58年に比べ7%の減少であった。しかし、小児科医が不足している事実が最近マスコミによって宣伝され、小児科医を志す者が増えてきている傾向は大変に喜ばしい。

平成13年厚生労働省調査によれば医学部学生の小児科希望者は10%であったが、実際にはその半数しか小児科医になっていない。小児医療が多忙で厳しい環境にあること、小児医療の不採算性、少子化傾向による将来的な展望のなさなどが小児科医を希望しない理由となっている。米国では現在新卒医師の約8%が小児科医になっていることから、わが国でも現在の5%からもう少し小児科医が増えてもよい状況にあると思われる。昨年度から「小児科・産科若手医師の確保・育成に関する研究班」(厚生労働省鴨下重彦班長)が立ち上がり、地道な活動を始めているところである。

小児科医を増やす役割の中心は大学医学部の小児科にある。大学医学部での教育によって、学生

筆者：いがらし たかし(東京大学大学院医学系研究科小児医学講座教授)

0018-3342/03/¥250/論文/JCLS

に小児科の楽しさ、子どものために働くことの意義、将来の展望などを教える必要がある。これまでの学生実習は大学病院での実習が中心であった。しかし、大学病院に入院する患者の疾患に偏りがみられることから、大学病院だけで小児科の全体像を学生に教えることが難しくなっている。すなわち、大学病院での学生教育はともすると重症の限られた疾患を対象とすることが多く、小児科は治療できない重症疾患ばかりを対象とする科であるとの誤解を与えたり、水痘、風疹、溶連菌感染症などのよくある子どもの病気を学生に見せることが不可能な状況になっている場合が多い。このような欠陥を補うことを目的に開業医や病院小児科での外来を中心とした臨床実習を学生実習に取り入れたところ、小児科の全体像をより正確に学生に伝えることができただけでなく、小児科のイメージが夢のある明るい科であると考えられる学生が増加してきている。小児科医を増やすためには学生が抱く小児科のイメージを改善させることも必要である。

2. 救急医療体制の充実

従来の疾病対策が主であった小児医療は現在では育児相談、健診、予防接種などの予防医学を含む子育て支援の医療に変貌しつつあるが、夜間や休日の小児の診療という基本的な医療サービスが低下してきていることは大きな問題である。入院施設のある病院小児科の全国の平均勤務医師数は約4名である。この人数で小児科医は入院患者の夜間への対応だけでなく、週に1, 2回夜間の救急外来を担当しなくてはならない。地域によってはさらに少ない数の小児科医で二次・三次の小児医療までを担わなくてはならない。例えば、入院施設のある複数の病院小児科の常勤小児科医数の平均が2人である県も存在する。一方、小児科医が少ない都市部であっても小児の救急医療体制が不十分な地域は少なくない。

救急医療に対する親の意識は今や大きく変わった。最大の育児不安は子どもの急病であると

67.7%の親が考えている。現実には多くの親が現在の救急医療体制に対して不安と不満を持っている。「休日でも夜間でも子どもをすぐに診てほしい」、「できれば小児科医に診てほしい」、「できるだけ外来での処置を篤くして入院治療はしたくない」というのが親の本音である。それらすべてを正当な要求として受け入れることはもちろんできないが、今や小児救急医療は大切な育児支援事業であることは紛れもない事実である。その結果、少子化なのに小児救急を受診する患者数は以前よりも増加している。休日・夜間の急患センターを受診する患者の50.4%が15歳未満の小児患者であり、一施設あたり一晩に平日で平均6.7人の小児が受診している。土日祝日は平日の約5倍の患者数となる。なお、小児救急患者の80%が3歳未満の乳幼児である。

このような状況に対して、患者の親の要望に応えることのできる小児救急医療体制をすぐに構築できない厳しい現実が存在する。まず、小児医療の不採算性が小児救急体制を整備をする上で大きな障害となっている。もともと小児科医の診療報酬は外科医や内科医に比べ低い(表1)。小児科を持つ総合病院では赤字部門の小児科の人件費を削除すること、すなわち小児科医の数を減らすことあるいは小児科そのものを廃止することによって赤字を減らそうとしている。その結果、小児科標榜病院は平成2年は4,119カ所であったが、平成11年には3,528カ所に減少している。小児科医の老齢化傾向も深刻である。病院小児科医の平均年齢は39.8歳であるのに対して、診療所小児科医(そのほとんどが開業小児科医)の平均年齢は58.7歳で、60歳以上が23%を占めている。開業小児科医が高齢化することにより、医師会が運営する夜間救急診療所(一次急患センター)への開業小児科医の参加が困難になってきているところも少なくない。実際、約20%の開業小児科医は初期救急医療に参加したくないと答えている。一方、小児救急診療を担う救急告示病院は平成13年は全救急告示病院の53.7%でしかなく、そのうち24時間365日対応しているのは75.7%、全救急

表1 全国自治体病院協議会・全国公私病院連名共同調査報告(平成11年)

| | 小児科医 | 内科医 | 外科医 |
|-------------|----------|----------|----------|
| 1日あたりの診療報酬 | 266,000円 | 459,000円 | 336,000円 |
| | 0～14歳 | 15～64歳 | 65歳以上 |
| 1人あたりの年間医療費 | 61,800円 | 124,100円 | 534,300円 |
| 受診一件あたりの医療費 | 4,000円 | 6,400円 | 8,300円 |
| 人口比 | 16.7 | 69.7 | 13.6 |
| 医療費の比率 | 6.1 | 51.0 | 42.9 |
| 救急診療費 | 小児科 | 内科 | |
| 診療基本料 | 6,873円 | 5,903円 | |
| 投薬料 | 680円 | 1,280円 | |
| 注射料 | 0円 | 364円 | |
| 処置料 | 119円 | 69円 | |
| 検査料 | 93円 | 2,384円 | |
| レントゲン料 | 1,427円 | 1,560円 | |
| 合計 | 9,192円 | 11,558円 | |

告示病院の40.6%でしかない。このような状況は、救急病院に子どもの急患の診察を依頼しても受け入れてもらえないなどの事例となって、親の不信や不満を増す要因の一つとなっている。今後、「小児救急」と「成人救急」とは別枠で整備、指定すべき課題である。さらに、入院が必要となった小児の救急患者の受け入れ態勢にも問題がある。現在急患センターが二次病院に併設されている施設はわずかに9.5%であり、入院患者の受け入れ先として複数の病院小児科が輪番制で患者を受け入れている医療圏は19.2%しかない。したがって、入院先の病院の確保が問題となることなくない。このような状況であるため、小児集中治療施設PICUが整備されている施設は欧米の救急病院に比べるとなきに等しい状況である。また、一次・二次救急医療が機能分担されず、一部の大病院小児科に救急患者が集中し、自治体や医師会が運営する一次急患センターが利用されていないことも大変に非能率的である。しかし、大病院小児科といえども常勤小児科医は多くても5名程度のところが大半であり、その結果5名以下の施設の72.2%が二次救急医療を担うという事態になっている。そのため、一部の小児科医は過重な労働を強いられ、小児科医の疲弊化を招いている。

小児の救急医療体制を構築するためには、小児救急医療を政策医療と位置づけ、救急医療を行なった実績に応じて補助金を出し、特定の施設にお金とマンパワーを集中するなどの政策が必要である。必要な事項を以下に記す。

(1) 一次救急医療の充実化がとりあえずの急務である。病院小児科医、診療所小児科医が大多数参加した地域医療体制を整備することである。ただし小児科医だけでは救急医療体制を構築することが不可能な地域が多いため、内科・小児科を標榜されている医師(内科医)の参加が不可欠である。

(2) 地域病院小児科が積極的に参加した二次輪番制を確立する。そのためには、医師数による公平な負担配分を原則とし、地域共同医療体としてネットワークを作ることが必要となる。1医療圏で輪番制をひくには17～20名の病院勤務の小児科医が必要である。5病院で輪番制を組むとすると1施設あたり4名の小児科医が必要であるが、現実には1施設で3.3名の小児科医が対応している。

(3) 夜間休日診療所(急患センター)を二次病院に移設し、初期救急センターとする。小児の一次救急センターは小児人口1万人に1カ所必要で

あると大阪府から報告されている。

(4) 小児救急医療を新生児センターNICUと同様に別の診療科として独立させる必要がある。現在小児救急医療を独立して体系立てて教育することのできる施設は極めて少ない。小児救急医療を専門とする教官の育成と施設の整備を始めなくてはならない。

(5) 救急医療を行なう施設への診療報酬上の優遇措置を行なう。

(6) 一時休業中の(女性)医師を救急医療へ取り込む。

3. こころの問題への対応

不登校、孤食、家庭内暴力などこどもの「こころの問題」が昨今広く叫ばれている。また、小児虐待などに示されるようにわが国の子どもを取り巻く環境は現在決して望ましい状況ではない。これらの社会環境問題は敗戦と敗戦後に主流となった新しい文化あるいは価値観、さらにテレビなどのメディアやIT技術の発達と深く関係があると思われる。子どもたちに見られる「こころの問題」のかなりの部分が、現在の社会が抱える社会環境問題の影響を強く受けていることは否定できないであろう。国立成育医療センターでは「こころの診療部」を立ち上げ、こうした問題に積極的に対応し始めている。

子どもの「こころの問題」の解決にはまず子どもを取り巻く親・家庭と社会の病理構造を明らかにし、教育を含めたさまざまな角度からの積極的なアプローチが必要である。医療現場で小児科医は「こころの問題」を抱える子ども達に直接接する機会が多いが、真の解決のためには小児科医を含めた関係する研究者の集学的な対応と社会に向けた積極的な問いかけと変革が必要である。また、乳児期からテレビ漬けの生活をさせると子どもの精神形成に大きな弊害が出ることが指摘されている。NHKなどのメディアに対して、日本小児科学会はしかるべき委員を選出し、子どもとテレビなどのメディアとの望ましいかかわり方や子育て

における望ましいメディアの利用法あるいは制限について、積極的な提言を行なうべきであろう。

これまで国全体の医療指標の一つとして乳児死亡率が使用されてきた。現在の極めて低い乳児死亡率を今後も維持することは大変重要である。しかし、このような数字だけでは先進諸国での子どもの健康状態を正しく示す指標にはならない。こころの健康度を正しく示す指標を見いだすことが今後極めて重要である。

4. 女性医師の増加とその支援

近年の女性医師の増加に伴い、小児科を職業として選択する女性医師が増加してきている。私立医科大学ではすでに新卒医師の58%が女性医師である。仕事と子育てとを両立しなくてはならない30歳代の女性医師にとって、現在の小児科の勤務体制は過酷な状況になっている。小児科医の多くは一部を除いて働き過ぎの状況にあり、子育て中の女性医師が男性医師と同等の仕事こなすことは不可能である。すなわち、子育て中の女性医師が忙しい勤務を強いられること自体を改める必要がある。週に3日間の勤務、勤務時間のflexibilityの確保、保育所と病児保育の整備、保育所への入所制限の撤廃、子育て終了時の女性医師へのミニ臨床実習(医療のリハビリテーション)など、女性医師を支援する体制を今後早急に構築しなくてはならない。

5. 高度先進医療の充実と成人に達した小児慢性疾患患者への医療補助

悪性腫瘍、重症心疾患、慢性神経筋疾患などに代表される重症患者の治療は大学病院や小児病院にて行なわれることが多い。しかも、最近では悪性腫瘍患者の治療がわが国では1年近くを要することが常識となってきている。また、小児患者の在宅医療支援や養護施設の整備が遅れているわが国では人工呼吸器を必要とする神経筋疾患の患者が特定の施設に集中している。一方、骨髄移植、

肝移植や重症心疾患の外科的治療などに代表される高度先進治療の国民からの要望は極めて高い。また、慢性疾患の患者のQOL向上に向けての治療技術の向上も強く望まれている。さらに、遺伝子治療や再生医学など現在進行中の技術を積極的に活用して、先天性疾患の治療を行なうことも今後の課題である。また、小児慢性疾患には医療補助が行なわれているが、成人に達すると補助がうち切られる疾患が少なくない。今後は成人に達した小児慢性疾患患者に対する医療補助の継続が望まれる。

東大病院ではわが国初めてのPediatric Intensive Care Unit (PICU) が6床稼働し、重症患者の治療上有効に機能している。同様の施設は成育医療センターにおいても稼働している。こうした施設では関連する循環器外科、小児外科などとの連絡や協調を密にして医療に臨むことができる利点がある。

6. 小児病院の大学付属化と増員の必要性

米国の有名大学病院で医師の最大数を誇るのは内科であるが、小児科医はその半数程度の数を占めている。小児病院を付属しているからである。東大病院ではすべての内科を合計すると125名の助手以上の常勤の内科医がいるが、小児科の常勤医はその約5分の1弱でしかない。さらに、他の医科大学では医療スタッフの数はさらに少なく、新設医科大学小児科の常勤医師は8名しかいないところが多い。小児科には内科のサブスペシャリティとほぼ同数のサブスペシャリティが存在するにもかかわらず、このような理由により大学小児科では一つか二つのサブスペシャリティに制限して力を注がざるを得ない状況にある。これに対し

て、小児病院では人数制限はあるものの小児科の各サブスペシャリティに複数の専門医が配置され、大学病院小児科よりも全体としてはより多いスタッフ数で、より細分化されたより高度の臨床を担っているところが多い。したがって、患者数も小児病院の方が大学病院小児科よりも多い。わが国では現在小児病院が各地にできているが大学病院とはまったく独自に運営されている。この方式は、欧米はもとより韓国、台湾、香港などのように大学病院に小児病院が併設されているシステムとはまったく異なった体制である。現在のわが国の大学病院小児科で望ましい小児医療や優れた学生・研修医教育ができないのは、大学病院小児科のスタッフ数が不足しているためである。今後は小児病院を大学病院の付属病院とし、各サブスペシャリティの科の長を臨床教授とし、小児医療の診療、教育、研究を小児病院にて行なうことが日本の小児医療の推進に極めて重要と考えられる。その方が、無駄も省けると思われる。その手始めに、是非ともモデル事業として国立成育医療センターや都立小児病院を大学医学部の付属病院にすることを提唱したい。あるいは国立成育医療センターや都立小児病院が大学の実習病院として機能して戴きたい。大学医学部が文部科学省、国立成育医療センターが厚生労働省（都立小児病院は東京都）の管轄下にあるため、異なる管轄下の2施設を統合することは至難の技であるが、思い切った変革なしにはわが国の小児医療の発展は困難である。また、小児病院の各サブスペシャリティに配置される専門医の数は現在1ないし2名であり、欧米の小児病院に比べ極めて少ないことが問題であり、是非とも増員が必要である。小児医療の充実には小児科医の増員なくしては不可能である。