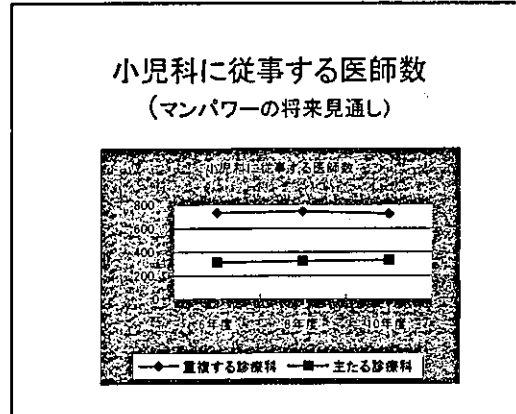
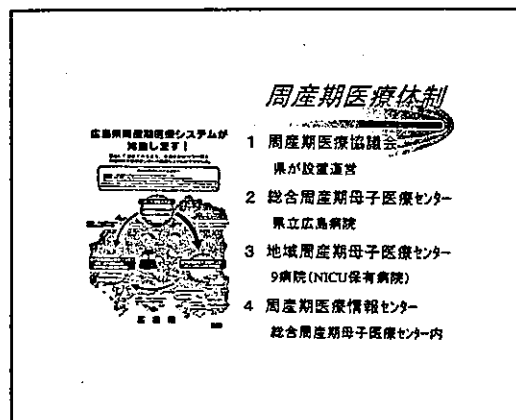


いのか。行政用語で言えば、へき地・中山間地域ということになりますが、なぜ、そういう所に行かないのか。そこのところを何とか解決しなければ、若い医師はバラ色の小児科医やバラ色の産科医にはなってくれないだろうと思います。



<小児科に従事する医師数>  
(マンパワーの将来見通し)

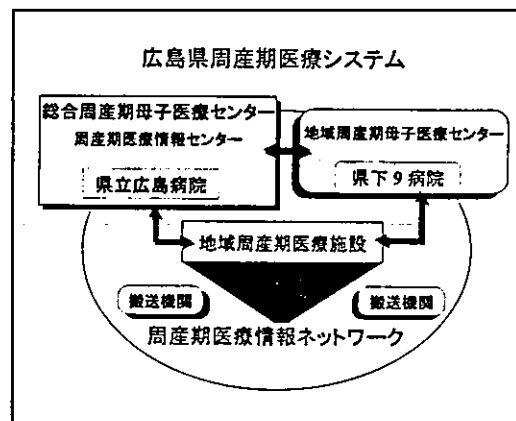
これは広島県のちょっと古いデータになってしまいましたが、小児科単科の医師の数です。先ほど開業医のあり方につきまして桃井先生にお話をいただきましたが、そんなに減っていないのでございます。小児科の医師は減っていない。ですが小児科の単科標榜医療機関はズッと落ちてくるわけです。つまり先ほど桃井先生もお話しなさっていたように、医療経済的に小児科は成り立たない。しかも大病院は小児科を赤字科として切り捨てようとしている。でも地域の行政の責任として、何とか少数の小児科医でやっっていこうとしている。というところが重要な点でございます。



<周産期医療体制>

本論にいけますと、今回の保健医療計画の中にも周産期医療のことが入りました。広島県に周産期医療協議会というものを作りまして、総合周産期医療センターと地域周産期医

療センターを整備しました。前者が1施設で、後者は9施設あります。広島県はそのように医師の偏在が大きくて、NICUに入る必要がある未熟児が、だいたい年間210名ぐらいいるわけです。その中で、実際に使えるNICUのベッドは2002年の段階では111床しかなかったわけです。それで福山に出た未熟児をどこかのNICUに収容しなければいけないというので、倉敷市に連れて来るとか、呉市で出た未熟児を広島市に連れて来るとか、そんなことをやっていたわけです。それでぜひネットワークを作らなければいけないということで、こういう取組みをいたしました。



<広島県周産期医療システム>

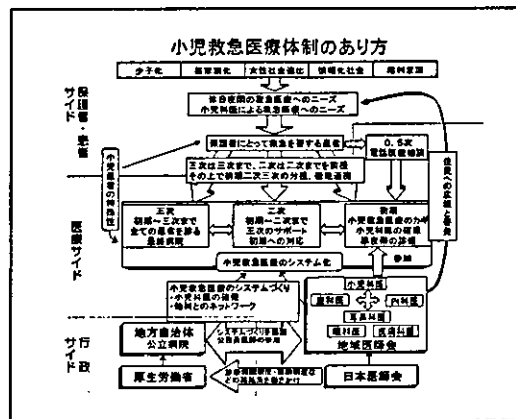
それがこの話でございまして、多くは救急車で母体搬送してお産をしていただく。そこには小児科医もいるということになるわけです。しかしそうはいかない例につきましては、やはりヘリコプターで運んでいこうというネットワークを作ったわけです。

小児救急につきましては、先ほどのような医師の偏在が非常に大きいし、2次病院が非常に疲弊してしまって弱いわけでございますから、このところを何とかしなければいけない。でもマンパワーが足りない、しかも地元行政の理解が足りない、というようなことがありまして、たいへん困っているわけです。

平成13年、日医総研が、地区の医師会が積極的に小児救急にかかわっていったら、小児科専門医以外の他科の小児科標榜の先生方にも協力していただいて、休日夜間急患センターを設置するという案はどうだろうか、ということでこのようなことを調査しました。休日夜間急患センターへの地区医師会の関わりについて、回答いただいた404センターについてですが、地元医師会が協力しているよというのが55%、医師会はまだ運営しているよというのが35%ぐらいありまして、結構組織的には動いておる。ですから、小児救急について患者さんや国民の不満が出そうな医療提携体制ではないと私たちは理解してお

たのです。しかしそうは言っても現場の急患センターは異常に混雑している。そして特に昨年の私ども日医の小児救急検討委員会の調査によりますと、小児救急患者の2割ぐらいは、ほんとうに今、診てあげなければいけない患者さんですが、後の3割ぐらの方はいま診なくても明日まで何とかできたのではないだろうか。明日ゆっくり、かかりつけの先生に診てもらったほうが良かったのではないのでしょうか、というような方でございます。後の3割ぐらいは先ほどのコンビニ的なかかり方で「明日仕事があるからね」「いま、熱はないけれど、明日の朝、会社に行かなければいけないから、いま診ておいてもらおう。どこか開いている病院はないか」というような理由でのかかり方です。

しかしながら、そういう初期救急をやろうとしたら、2次救急の部分がしっかり支えてくれないとできないわけでありまして。後ろにきちんと収容病院があるから、初期の救急で安心して診察できるわけです。その体制をいま厚労省がモデル事業ということでやっていたのですが、なかなかそれを受ける地区が少ない。ここが厚労省の小児救急医療支援事業を受けている所でございます。広島県では3地区しかありません。



＜小児救急医療体制のあり方＞

なぜか？ 「小児科医が当直体制を取れる医療機関が限られているからです」ということに結論が出るわけです。つまり小児科医がやはり足りないのです。

これは日本医師会の最終答申に載せた図でありますけれど、他科の先生方の協力、具体的に言えば小児科を標榜してらっしゃる内科の先生方の協力を得ながらやっていかなければいけないであろう、というのが小児救急の現実であります。それでも休日夜間のセンターの現場は混乱するわけでありまして、そこで何か方法はないだろうかというので、電話相談事業とか、教育啓発事業というところに考えついてくるわけです。

ただもう一つ問題なのは、国や地方自治体の公立病院の先生方がこういう救急事業に参加していただけるのかどうか。これは全国的にいろいろありまして、公務員だから勤務時間内に、出て行って仕事をするのはいやだよ。あるいはそれはもう上から止められているからだめだ。国立病院と官公立の病院ではそういうことをおっしゃる先生がいらっしゃいます。これは予防接種や乳幼児健診の現場でもそんなことがございまして、小児科は専門医が足りない、足りないと言ってもあの国立病院には小児科の先生がいらっしゃるのに、あの市立病院にはいらっしゃるのに応援してくれない、ということがしばしばあり、これは医師会側の悩みでございます。

やはりマンパワーが足りないということは良く分かりました。そこで医師養成機関の教育体制の整備、これは大学の先生方をお願いして、10年か20年掛けて小児科、産科を希望していただく若い医師を作っていただく。これは10年、20年のスタンスでいくわけですが、今ここに書いてある3番目のところに、3次救急医療機関は初期から3次まで診てください。2次救急医療機関は初期から2次まで診てください。そして皆で対応しましょう。つまり保護者は自分の子供が熱を出したら、もう舞い上がってしまって、どこへ行っていいか分からない。とにかく安心する医療機関へ担ぎ込もう。こういうことをやるわけです。そうすると、大病院の夜間外来が混雑するわけです。こんなこともきちっと整理しようというのが電話相談事業の目的の一つでありますし、もう一つは育児不安を抱えた方々は、どこにも相談の仕様が無いので、夜間の救急へ3時間待って診察に来るわけですから、そのところは電話相談などで解決できないのでしょうか。さらに、保護者が自分のお子さんの変化をいつも観察して、その変化の様子をきちんと把握する、対応ができる、そういう育児技術を身に付けてもらうということを私たちはこの事業の中でやっていこうとしています。

もうだいぶこの事業のことについてはお話ししましたが、私が研究班の中に入れていただいているのはそういう目的のためでございます。

本事業の特徴の一つは、小児救急電話相談を小児科医によって、しかも卒業10年以上の開業小児科医によって相談員を組織して、これはボランティアでございますが、手を挙げてやっていただく。広島県では今年9月8日から始めることにしておりますが、もう電話番号は決まっております、ボランティアでなんと60人の開業小児科の先生方が手を挙げてくれました。したがってこの方々をお願いをして、とりあえずは、土曜、日曜、祝日の午後6時から11時の時間帯で、正月もやるつもりでございますが、電話相談をお受

けて。これでガイディングドクターのような役割を果たせないだろうか。

例えば横浜の消防局の司令室には脳外科の先生の部屋がございまして、そこに週に何回かおいでになっている。救命救急士から報告があって症状の相談がある。そうすると脳外科のそのガイディングドクターが、それなら3次救急、つまり横浜市立大学の救急部へ行きなさいとか、そのような指令を出しておられる例があります。それが広島県の中の夜間急患センターの混雑を少しでも緩和したり、ほんとうに診察しなければいけないような1、2割の重症の患者さんたちを、一刻も早く診ることができないだろうか、ということを考えているわけです。

もう一つはやはりそういうことをやりながら、ほんとうに患者さんは小児救急電話相談で満足するのだろうかという聞き取り調査をしながら、検証していきたいと考えております。

さらにその中で患者教育ということがたいへん大事でございますので、そのところもきちっとやっつけていこうとしております。

当然この班の目的であります、小児科医はこれだけ社会的な仕事をして楽しいのだ、ぜひ若い人達も小児科医になってくださいよ、というようなアピールをしていくことも考えています。

やはり小児救急の話題の中では、先日も三重県の津市の小児救急が立ち上がりましたが、いつも問題になるのはマンパワーのことでございますし、2次救急施設が少ないということでもあります。3次救急施設も少ない、小児専門のICUも少ないわけです。そういう箱物も含めて、ぜひ整備していかなければいけないと考えております。終わります。(拍手)

清野 桑原先生どうもありがとうございました。それでは引き続きディスカッションをお願いいたします。具体的に始めようとしていらっしゃるお話ですけれど。どうぞ。

質問者 地域の小児医療についてご説明いただいたのですが、やはり非常に献身的なということが付いて回ると思うのですが、そのような時に病院の問題がすごくあると思うのです。最初に医療経済学のこと出ましたが、よく救急医学の教室で話をしますと、例えば岡山市の場合に岡山の病院では何か所当直医がいるのか。当直医と救急医の区別がここでも混同されていますけれど、病院の理論で小児科医は夜間の患者を診なさい。そしてそういう大きな病院に患者が集中する。そうしますと夜間診療所は有るのにそこにはあまり患者が行かない。そして比較的中等、あるいは大きな病院の時間外診療が増えて、その若手医師にすごくストレスが起きる。そうすると病院は利益を上げたいから病院長は「働け、

働け」と言う。そして病院長は大学に来てもっと医師を派遣しろと言う。そしてその病院で何が起きているかという、昼間は暇なわけで皆夜ばかり仕事をしている。極端な言い方をしましたけれど、やはり小児科医の専門医の適正配置であるとか、そういう内なる敵と言ったら言い過ぎかもしれませんが、他科の医師の中での小児の時間外診療、そういうものに対する理解をもっとしていく。これは産科も同じだと思います。その辺りの教育とか、そういうことに対する対応。極端に言えば病院は、あなたは夜間診療所があるのだからプライマリケアは、1次救急はしなくていいではないかと。それを素直に、はいそうしますとは言えないと思うのです。地域の体制を作る時に、その辺りの解決というものが必要だと思うのですが、その辺りはいかがでしょうか。

桑原 我々医療提供者側は小児の救急システムがきちっとできているほうがやりやすいわけですね。初期があつて、その上に2次あつて、頂点に3次がある。これはやりやすいし患者さんもそう流れてくれれば一番いいのですが、先ほどのような問題があります。しかしながらそうは言いましても、やはりそのように誘導しなければいけないと思います。これは誰がやるのかというと、行政がやり医師会がやらなければいけないと思います。それからもちろん患者の教育、「ほんとうは初期の医療については、かかりつけ医であり病院小児科の昼間の外来ですよ」そしてその上で「2次は輪番制を取って待機しておりますよ」というようなシステムをきちっと医療提供者に知らせておかなければいけないのですね。まだ広島でもそれはできてはおりませんが、ぜひそういうところは地域の医師会の指導力、そして行政のやる気ですね。それだと思っております。

清野 ほかの先生はいらっしゃいませんか。要するに何でもやってみればいいと私は思うのです。例えばこれから3年間電話相談によって受診数が減らせれば、きちんとデータは残るからそれは大変素晴らしいことだと思います。そういうことも含めて、また今後ディスカッションしていただきたいと思います。どうもありがとうございました。では、2番目のセッションを終わらせていただきます。(拍手)

大澤 どうもありがとうございました。それではここで10分間休憩をいたします。シンポジウムの再開は予定より少し遅らせまして、15時40分といたします。(休憩)

大澤 それでは時間が参りましたので第3のセッションに入らせていただきます。座長は愛知県立看護大学教授の山口桂子先生にお願いいたします。このシンポジウムは日本学術会議の看護学研究連絡委員会の共催にもなっておりますが、山口先生は看護学研連の委員でもあります。山口先生よろしくお願いいたします。

## セッション 3

### コメディカルの人材確保と開発

座長 山口 桂子 (愛知県立看護大学 教授  
看護学研究連絡委員会委員)

看護側からみた周産期医療  
田邊 美智子 (福井医科大学大学院 教授)

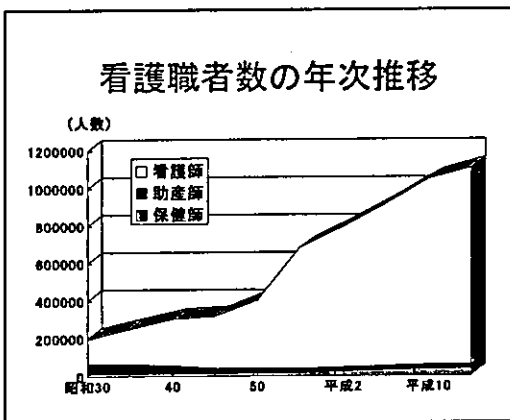
山口 それではよろしくお願いたします。セッションの3を進めてまいりたいと思いま  
す。セッションの3は、今回のシンポジウムのテーマであります医師の不足に対して、よ  
り総合的な医療として見た場合の広い視点での内容になるのではないかと考えています。

「コメディカルの人材確保と開発」というテーマにつきまして、「看護側から見た周産期医  
療」ということでお話をいただきます。

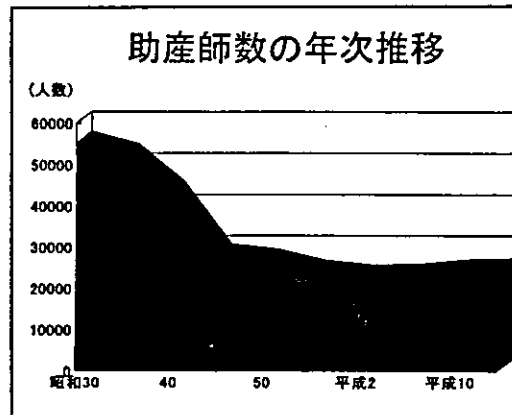
本研究班のメンバーでもいらっしゃいます福井医科大学大学院教授の田邊美智子先生お  
願いたします。

田邊 ただ今ご紹介いただきました田邊でございます。私は今回、「看護側から見た周産期  
医療」というテーマを与えられましたので、第4班のコメディカル班の全体的なテーマと少  
し関連はしますけれど、専門的に看護側から見た周産期医療ということでお話しをさせ  
ていただきます。

周産期医療に関連します看護職の現状について見てみたいと思います。2002年3月1日  
より保健婦助産婦看護婦法という法律の一部改正によりまして、保健師、助産師、看護師  
という名称になり、専門資格の名称が女性と男性で異なっていることを改められましたこ  
とは、もうすでにご承知のことと存じます。合計特殊出生率が1.34という超少子化が問題  
となっている我が国の周産期医療現場で活動しております看護職は、看護師が95%、助産  
師が2%。このように医療の現場では非常に看護師が多いという割合でございますが、仕  
事の内容からいたしますと、助産師が著しくこの周産期医療の仕事にかかわっているとい  
うことは、すでにご承知の通りでございます。



<看護職者数の年次推移>

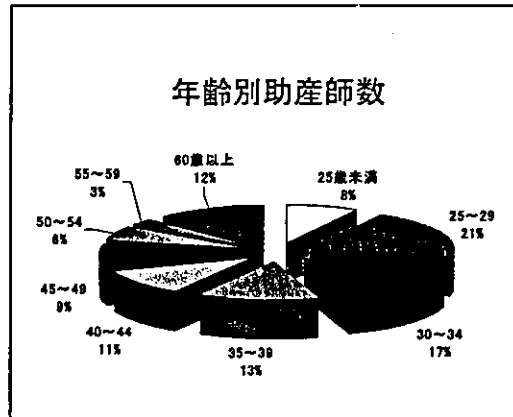


<助産師数の年次推移>

この看護職者を実数で見ると、圧倒的多数で看護職がどんどん平成10年度に掛



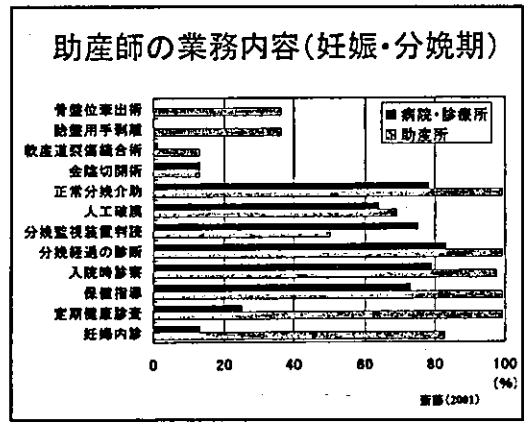
けて増えていくのに比べまして、助産師はずっと横ばい状態になっております。さらに助産師数を年次過ぎで見えますと、昭和30年からどんどん下降傾向にありまして、平成10年からは2万3000人程度がずっと横ばい状態になって少しずつ減っているという現状があります。



<年齢別助産師数>

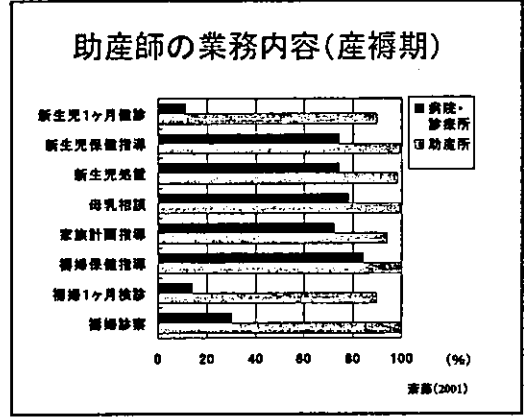
さらにこれを年齢別で見えますと、若い年代層はだいたい20%未満というところですが、またどんどん年齢がいきますと54歳までは6%、59歳までが3%というように減っていくのに比較しまして、60歳以上の方が12%を占めているという現実があり、医療職の中で助産士が高齢化傾向にあることがお分かりいただけると思います。

次に助産師の活動場所を見えますと、圧倒的多数で病院の中ですが71%、診療所ですが13%と、だいたいの方が病院、診療所で働いているという現状が分かります。また一方で、助産所で9%の方が働いておられる。地域の福祉センターでは1%程度であるというような現実がございます。またその助産所ではなく診療所の中で、助産師ではなくて助産師の仕事をしている看護師の方、准看護師の方が、医師の立会いの下に分娩の介助をしているという現実も報告されておりまして、それらは一般市民からそのことについて知らされていることが多く見受けられております。



＜ 助産師の業務内容 (妊娠・分娩期) ＞

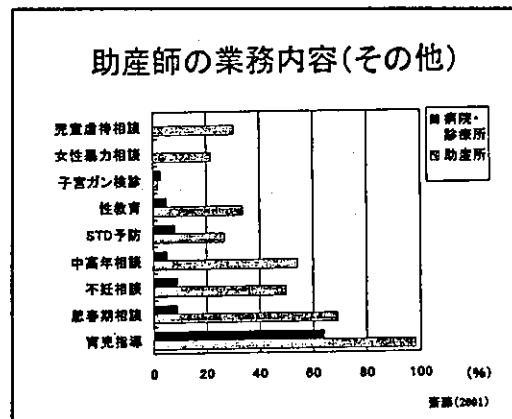
助産師活動の現況と課題について見てみたいと思います。まず助産師の活動内容を妊娠分娩期で見えます。病院、診療所で働いておられます者と、助産所で働いておられます者の業務内容は、妊娠分娩期では80%以上のことを助産師が助産所の中で、例えば正常分娩だけに限らず保健指導とか妊婦の内診とかという診察に関連したことも含めて、保健指導というような役割が内容として妊娠分娩からかかわっていることが分かります。しかし病院の中で働いておられます助産師について見ますと、例えば分娩監視装置の判読というような、むしろ機器を用いてアセスメントをするというような業務が非常に多くを占めているということが分かるかと思えます。



＜ 助産師の業務内容 (産褥期) ＞

さらに産褥期で見えますと、分娩後助産所の助産師はほとんど80%以上で1ヵ月検診もそうですが、保健指導とか新生児の処置、母乳の相談、家族計画の指導、褥婦の保健指導、褥婦の1ヵ月検診、褥婦の診察など多くなっているのに対し、病院、診療所で働いて

おります助産師は1カ月検診にはほとんどかかわっていない。新生児の1カ月検診にも、産婦の1カ月検診にもまるでかかわることが無い、ということが明らかに見えております。



< 助産師の業務内容 (その他) >

さらにその他として活動内容を見てみますと、著しくかかわっております助産所の助産師は育児指導とか思春期の相談、不妊相談や中高年の相談、ひいては性教育やSTD予防に関する指導、女性暴力の相談、児童虐待の相談という業務にかかわっていることが分かります。しかし病院診療所で働いております助産師は、ほとんどこの業務というのは少なく、育児指導が6割程度有ることになります。したがって生後の新生児、乳児期の子どもに専門職としての助産師は、ほとんど関与していないということも分かってくるかと思えます。

### 求められている助産師活動

- 育児支援
- 思春期相談
- 不妊カウンセリング
- 更年期女性への支援
- STD予防
- 学校における性教育
- DV相談
- 児童虐待防止、相談
- オープンシステム、施設内パースセンター

<求められている助産師活動>

これら今までのいろいろな学会などで報告されております内容や、助産師活動の報告書などを見てみますと、これから求められています助産師活動の内容として、このような中

身が挙げられます。先ほどから先生方のご報告に有ります「このオープンシステムで分娩をするという要望があることにどう対応するか」ということも求められております。児童虐待防止とか相談に応じること、DVの相談、学校の性教育、更年期女性への支援、さらには不妊カウンセリングというような、周産期とは直接にはかかわりはありませんが、ひいては周産期にかかわっていくことなど、周産期をどのように経過したかということで起こってくるような問題にかかわって欲しいということが求められている活動として挙げられていると思われまます。

今までは活動の内容を見てきたわけですが、では助産師教育はどのようになされているかを見てみたいと思います。助産師は現在、養成されておりますのは、だいたい6カ月以上の教育というようにして保助看法の指定規則で決められております。勉強に関連した規則として決められているということから、今まではほとんど専門学校と短期大学の専攻科で1年で教育をされてきました。ですが次第に大学での教育が増大しつつあって、専門学校は少なく、短期大学もやや少なくというようにして、4年生の大学に短期大学の専攻科が併合されていくというようなことから、大学化していくというようなことが見られております。

### 助産師教育の問題点及び課題

- 少子化に伴う実習上の問題点(→教材開発)
- 卒業時の到達度の明確化
- 卒後教育、研修の範囲の明確化

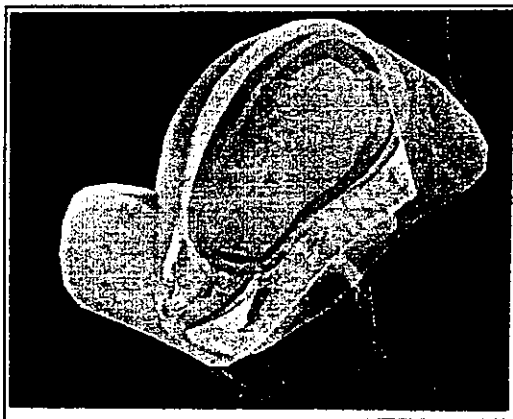
<助産師教育の問題点及び課題>

助産師教育に求められています中で、大学化ということが非常に問題になるということ指摘されることがよくあるわけです。一番問題になっておりますのは、保助看法指定規則の中の助産師の資格というところに、正常分娩 10 例を取り上げる、分娩介助をする、ということが資格要件としてございます。この少子化の時代に正常分娩 10 例を大学の教育の中で、もしくは1年の教育の中で、各自が分娩介助をして卒業するということが非常に困難な状況が一つあります。

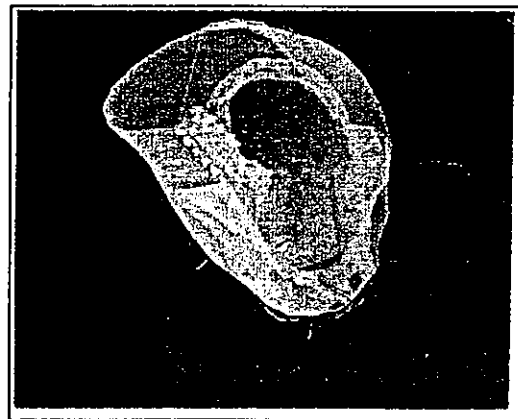
次に卒業時の到達度というのが、学校ごとでそれぞれのことがしておられまして、到達度の明確化が計られておりません。また卒後教育と卒後の研修というところの範囲が明確になされておりません。

最近ですが今年の4月に文部科学省の研究費を要請しました。その研究費から開発しましたCO-ROMでバーチャルリアリティーの教材として、母体内の胎児の環境が分からないという学生が非常に多いものですから、助産の教育のところにこういう教材の開発をしたらどうかということにつきまして3年計画で研究し、このほど到達した物を少しご紹介したいと思います。

教育の中身に、少子化の時代にあってできるだけ直接に分娩を取り上げて理解するのではなくて、正常分娩を取り上げる前にバーチャル的に理解して、それから正常分娩の介助に至るといような、教育上に配慮ということができないだろうか、というところから開発されたものです。



子宮 (右)



子宮 (左)

この中の画面の一部ですが、これは母体でございます。この右側が不透明にしてありまして、左側を半透明にして見ているものです。これは胎児で、これが骨盤を現しているものですが、これが子宮です。この画面を動かして、このように自分で正面から見たり、右から見たり、左側から見たりということが自分でできるという、自学ができるという教材でございます。

これは左側を不透明にして、右側から見たものです。このようにして可視的に母体内のイメージを深めるというような教育の教材というものの開発が、少子化の中で教育をしていくというところに活用できるのではないかと、このようにして考えられて開発されたも

のでございます。

今回の研究の概要について少し述べたいと思います。研究のテーマは「臨床と地域の連携を支える助産師の働き方と実践能力の開発」というようにしております。研究目的は ICM コアコンピテンシーを実現するための助産師の働き方や実践活動に関する実態を把握し、小児科、産婦人科医師と共に働くコメディカルとしての助産師のあり方を明らかにする。もう一つは、ICM コアコンピテンシー実現のため研修会モデルプログラムの作成と研修会の開催。評価によって今後助産師の実践能力の向上にせすることを目的としております。

この研究が出来上がることによってどんな意義があるか。ICM コアコンピテンシーの実現に向けて我が国における助産師活動の基準とその専門性を明確にする。また助産師の実践能力を一定に保つと同時に、医師との連携や現在の臨床現場の環境整備が推進され、受け手である人々に質の高いケアを提供することとなる、としております。

この研究と ICM コアコンピテンシーの関係について少し述べたいと思います。小児医療のスタートにかかわる職種として、日本の助産師の業務範囲、水準を明らかにすることで周産期医療のマンパワーとして、またコメディカルの一員としての役割が果たせるのではないかと考えております。現状ですと、学校ごとに到達度が不明瞭である。内容があまり明確にされていない。到達度をはっきりしていない。卒業後どの点をパワーアップしたらよいかということも各施設に任せられている。ということからこのように考えています。

もう一つは、「健やか親子 21」の課題の実現に対応できるより質の高い助産師活動の実践を目指していることを、この ICM コアコンピテンシーを用いて明確にしていきたいと考えております。

ICM コアコンピテンシー  
(ICM Core Competency)

- 助産師に必須な基本的能力(知識・技術・専門職者としての態度)
- 助産師は何ができるのか
- 助産師は何をする人なのか
- 助産師の能力と責任範囲を明確に示すもの
- 日本ではいかにあるべきかを明確にする必要がある

<ICM コアコンピテンシー>

ICMコアコンピテンシーについてでございますが、これは助産師の必須の基本的能力について国際的に一定の水準を用いようというものです。すでにこのことが明らかになって、オーストラリアなどで特にこれを推進しております。知識技術、専門職者としての態度ということが基本的能力として挙げられております。また、助産師は何ができるのか、助産師は何をする人なのか、助産師の能力と責任範囲を明確に示すものとして位置付けられております。日本ではまだ「いかに在るべきか」ということを明確にするということがありませんので、特にこれから明確にしていくことによって専門職としての位置付けがはっきりとし、またマンパワーとして活用していくことができるのではないかと考えております。

#### ICMコアコンピテンシーの内容

- 妊娠期のケア
- 分娩期のケア
- 産褥期の母子のケア
- 女性のケア
- 家族のケア
- 地域保健におけるケア

#### <ICM コアコンピテンシーの内容>

ICMコアコンピテンシーの内容ですが、単に周産期といいます妊娠期のケア、分娩期のケア、産褥期の母子のケアにとどまらず、その前後の女性のケア、また生まれた後の家族のケア、地域保健におけるケアも含めた内容となっております。

ICMコアコンピテンシーの具体例				
知識・技術・専門職者としての態度	日本の助産業務で時々用いる、あるいは用いたことがある	日本の助産業務で頻繁に用いる、あるいは用いたことがある	習得する機会がなかった	助産業務に必要不可欠だと思いませんか？
膀胱のケア				
適切な時介入による異常陣痛の迅速な判定と転送				
分娩時の産科部研修等参加の管理				
必要の急成切開				
分娩時の急成切開の対応				

<ICM コアコンピテンシーの具体例>

ICMコアコンピテンシーの具体例				
知識・技術・専門職者としての態度	日本の助産業務で時々用いる、あるいは用いたことがある	日本の助産業務で頻繁に用いる、あるいは用いたことがある	習得する機会がなかった	助産業務に必要不可欠だと思いませんか？
子宮の大きさと骨盤の大きさと分娩開始の判定を含む内診				
分娩予定日の算定				
分娩、出産期になる基本的な準備と指導				
産児の成長異常				
産期以前の産水				

<ICM コアコンピテンシーの具体例>

実際に研究所をどのようにして進めるかですが、このような表を用いて一つの例として挙げました。縦軸には知識技術専門職者としての態度という項目を挙げております。例えば膀胱のケアとか、適正時介入による異常陣痛の迅速な判定と転送とかと挙げております。これは国際的な一定の水準で挙げておりますので、日本の実情に合っていないという項目も有るかも分かりませんが、それらも含めて見ていこうとするものです。

横軸には日常の助産業務で、例えば「時々用いたり、用いたことがあるか」という項目と、「日本の日常の助産業務で頻繁に用いる、あるいは用いたことがある」とか「習得する機会が無かった」「助産業務に必要不可欠だと思う」というような、これらの関連付けを見ていこうとするものです。

以上看護側から見た周産期医療について、助産師の育成に焦点を合わせた研究概要を述べさせていただきました。看護職間、退職集とのチームワーク、地域との連携なども視野に入れて、今後検討していきたいと考えております。今回このような機会をいただきましたことを感謝申し上げます。ありがとうございました。(拍手)

山口 ありがとうございました。16時5分までの討論のお時間をいただいておりますので、ぜひご活発にご討論いただきたいと思います。いかがでしょうか。はい、お願いいたします。

桑原 いま日本の助産師さんが何人いらっしゃるかを把握していないのですが、広島の場合に言いますと約 97 人しかいらっしゃらないのです。しかもほとんどは病院勤務でございまして、開業助産師さんというのは 30 名ぐらいだと思います。どんなお仕事をされていらっしゃるのかと、そんな質問は失礼なのですが、しましたら「滅多にないけれどお産をとにかく診てあげているのだ」と「でも段々、今頃在宅のお産が増えてきましたよ」とおっしゃ



っていました。ですからぜひ開業助産師さんを支援するような方策もお考えいただければと思います。私たちは産科と小児科でプレネータル・ビジットという取り組みをやっておりますけれど、それに助産婦さんもお入りいただく、というようなアイデアはいかがでしょうか。

田邊 ありがとうございます。現に、現在開業届けを出して活動しようという助産師がおります。やはり開業します時、開業する届けはすぐできるのですが、実際に実務をしようとしみますと、産婦人科の医師と連携してということがどうしてもございます。しかしなかなか産婦人科の先生が、開業するという助産師に対して協力しようという方がとても得られにくい、ということ聞いております。それと福井県だけではないというように伺っているのですが、産婦人科の先生方は、助産師がなかなか開業医では得られないのではなくて、「助産師は開業医には要らない」ということをおっしゃいます。そうではないと私は思います。やはりきめ細かな産後のケアができるのが助産師の仕事だと思います。先生が今おっしゃってくださいましたように、地域で活動できる人に育っていくように、私たち大学である者も支援できるようなシステムを作っていくことに、協力していきたいと考えております。ありがとうございます。

山口 ありがとうございます。ほかの方いかがでしょうか。今後の研究の計画の一部もお話しをいただいたのですが、田邊先生何かご追加することがもしございましたら、いかがでしょうか。ご追加なされたいことはございませんか。

田邊 私どもの研究だけではなくてコメディカル班でももう少し意見を詰めて、この周産期医療ということに限らず、やはりコメディカルのマンパワーをどう専門職として活用して提言できるか、ということに皆さんで合意していく。ということの方向性を探ろうと話し合われておりますので、これからというように考えております。

山口 ありがとうございます。フロアの方、他にはいかがでしょうか。はい、お願いいたします。

質問者 産婦人科の先生はなぜ助産師を要らないといっているのですか。

田邊 理由は、産婦人科の先生の所で働いておられます准看護師さんが分娩介助をしておられるということです。准看護師さんですので、見よう見まねで先生の言われる指導の下に分娩は取り上げることはできるかもしれませんが。しかし助産師は分娩介助をするのが仕事ではありません。その人を統合的に診ながらアセスメントをする能力も持っておりますし、産後のケアに産婦さんとかかわりながら、ずっとかかわっていくということができ

るという、そういうご理解がいただけていないと思います。たくさんの先生方がそうおっしゃいます。助産婦は要らない、助産師は要らないとおっしゃいます。そのことをどうご理解いただけるかということがこれからの問題であるとは思いますが、要らないという方に「どうぞ考えてください」ということはとても言いにくいので、ご出席の産婦人科の先生方に、今後この辺をご検討いただくようお願いしたいと思います。それには助産師には何ができるか、ということをしかりと提言していくこともしなければと考えております。

山口 ありがとうございます。ほかの方いかがでしょうか。

コメディカルがどのようにかかわっていくかということは、今回のテーマの医師数の不足ですとか、そういったようなことを直接的に補う形ではないとは思いますが、私が担当しております小児看護学領域におきましても基礎教育で何をどこまで教えていけば実際に現場で役に立つ、つまり医師としっかりと連携を取りながら働いていけるコメディカルになれるのだろうか、ということが基礎教育の中でも非常に大きな課題となっております。現状では、専門性の能力の向上については卒後教育にゆだねざるを得ない部分が大きいわけですが、卒後教育というのは働きながらやるものですから、医師との連携以前に、専門性を磨くプロセスで多くの問題が残されています。そういう部分で私たちもたくさんの課題を抱えておまして、今日の先生方のご発表を非常に切実な思いで聞かせていただきました。チームの一員として一緒に医療を進めていく立場として、一緒に考えさせていただけるいい機会になったと、私個人は感じております。以上でこのセッションを終わりたいと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

大澤 どうもありがとうございました。最後のセッションになりますけれども、座長を信州大学医学部長の小宮山淳先生にお願いいたします。

## セッション 4

### 今後の研究の方向を考える

座長 小宮山 淳 (信州大学 医学部長)

小児科医の勤務状況と意識・態度

松尾 宣武 (国立成育医療センター 総長)

小宮山 それでは次のセッションということで、今後の研究の方向を考えるとということでございますが、国立成育医療センターの総長をされております松尾先生から高見をいただきたいと思います。先生には「小児科医の勤務状況と意識・態度」ということでご講演いただくわけですが、先生は成育医療という新しい理念に基づいた先進的な医療を実践されておられるわけで、成育医療もその一つなのです。最近いわゆる小児科の守備範囲と申しますか、これがますます広がってきております。またそういう中であって、例えば先ほど桑原先生がお話しになった小児救急の問題、あるいは今日何回も出てきております周産期医療、この辺の整備・充実にたいする社会の期待と申しますか、これらはいろいろな場面で討論されてきてはおります。先ほど局長さんのお話にありました小児精神というのでしょうか、子供の精神保健の問題。この分野のドクターの不足というのは、正に目を覆うばかりと言いましょか、その対策は緊急の課題ではないかと私どもは思っております。

卑近な例でちょっと失礼なのですが、たまたま私の信州大学では、この4月に「こどもの心診療部」というのを開設しました。私がかねがねこういう部門の責任者は、体も心も診れる者がなって欲しいと思っておりましたが、たまたま小児科で認定レベルの研鑽を積んだ後に精神科を学んだ者がおりました。そのドクターが中心になって、そこに精神科医とか小児科医が常時かかわって診療を始めましたが、予想を越えてオープンと同時にもう予約が殺到し、診察まで3カ月以上かかっています。言葉を変えますと、このくらいこの分野は不足しているのだ、ということを表しているかと思えます。

こういった現状分析の元に、先ほど松尾先生を中心に、松尾班と申しますか研究班で研究の方向を考えました。もちろん小児科医や産科医を増やすことは当然なのですが、現在の小児科医の適正な分配、その活用、この辺りを私どもは真剣に考えていかなければいけないのではないか。そういった答えを出す一助として、これから研究を進めるわけですが、この際ぜひ小児科あるいは産科医と、例えば内科医と比較してみようではないか。さらに国際的な比較もしてみよう。そういう中から課題を明らかにして方向性を見出していこうではないか。そんなことが話し合われておりました。松尾先生が中心になって進められたわけですが、その松尾先生から今日のご講演をぜひお願いいたしたいと思います。先生よろしくお願いいたします。

松尾 先ほど鴨下班長からお話でしたが、この研究班の扱っている問題は、少子化対策と似たところがございますが、小児科医を増やす手当てをいろいろ考えましても、手当てが結果として小児科医の数の増加につながるかどうかというのは、不透明なところが