

有ると思います。私たちといたしましては、若手の小児科医の生活の質、小児科医の質を高めるために何を成すべきか、という視点でいろいろ調査や政策提言をしていくということが使命ではないかと思っております。

先ずこれは研究班の活動でございますので、研究という名前がついている以上はオリジナリティが必要でありますし、実用性が必要だと思います。研究成果が国の政策に結びつかないものであれば、それは税金の無駄遣いではないかと思えます。したがって全ての研究者の方は、オリジナリティということと実用性ということをお考えいただいて、研究をしていただきたいと思えます。

先ほどちょっと小宮山先生からご紹介いただきましたが、アメリカ小児科アカデミー(AAP)は、非常に広範な調査をアメリカの小児科医を対象に繰り返しております。それらの調査用紙を我々に公開してもいいとアメリカ小児科アカデミーの事務局の方がおっしゃっていますので、ぜひ国際比較が可能になるような調査方式をお考えいただくと良いのではないかと思います。

研究をやっていく上で、お互いの用語法が共通していませんと、統合する時に困ります。例えば subspecialist あるいは general pediatrician 等の基本的用語は統一したいと思います。私たちの集まりでは、とりあえずたたき台を作りまして、それを鴨下班長のほうへ提出させていただき、全研究者にフィードバックさせていただきたいと思っております。

次に先ほど桃井先生のご講演の中で、データは山ほど有って今やるべきことは行動だというようなお話がございましたが、私は半分賛成で、半分賛成ではありません。例えば内科に比して小児科の保険診療単価が低いということは、多くのデータが示していると思いますが、それだけでは十分ではありません。より説得性の高いデータが求められていると思えます。

今までの調査研究で無視されてきた問題の一つは臨床研修に必要な最小の患者数 (critical patient volume) という概念です。研修効率や診療のレベルを保つためには、一つの病院にある程度の患者の種類と量が必要です。調査を手掛けさせていただきたいと思っております。

今日私がこれから申し上げる結論ですが、第1に、女性小児科医の生活環境の改善、第2に、小児精神保健医の育成に1歩踏み出したいと思えます。

また3年間の研究期間ではございますが、研究班の性質上、毎年結論を出していく必要がございます。そして毎年政策提言をしていくということが求められています。研究を進

めていきたいと思ひます。

**Study of Recruitment, Training and Promotion of
Future Pediatricians and Obstetricians**
(小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究)

- Target Populations (調査対象)
- Academic Life (職業環境)
- Personal Life (私生活)

<調査対象・職業環境・私生活>

一応3つの分野に分けてお話ししたいと思ひます。最初にどのような集団に対して調査をするかということですが、医学部の最終学年の人に対していろいろと小児科に対するイメージを伺う。1つの集団が医学部の最終学年ということになると思ひます。そしてもう1つの集団は、小児科学会の認定医になると思ひます。同様の認定医制度は日本産科婦人科学会も持っていたらしゃるので、小児科の counterpart として同じような調査が可能かどうかをご検討いただきたいと思ひます。

次に小児科医の専門家としての生活が魅力ある職業環境にあるかどうかという問題、そして最後に小児科医の私生活が確保できているかどうかという問題をお話し申し上げたいと思ひます。

日本小児科学会認定医制度の歴史

- 1985年、暫定制度発足
- 1990年、無試験恒久制度発足
- 1994年、試験制度発足

合格者数

| | |
|-----------|-------|
| 1985-1990 | 9934名 |
| 1990-1995 | 1649名 |
| 1994-2001 | 2201名 |

日本小児科学会認定医試験

| 年度 | 受験者数 | 合格者数 | 合格率(%) |
|------|------|------|--------|
| 1994 | 217 | 217 | 100 |
| 1995 | 272 | 265 | 97.4 |
| 1996 | 253 | 243 | 96.0 |
| 1997 | 300 | 294 | 97.4 |
| 1998 | 316 | 300 | 94.9 |
| 1999 | 284 | 257 | 90.5 |
| 2000 | 335 | 299 | 89.3 |
| 2001 | 363 | 326 | 89.8 |

<日本小児科学会認定医制度の歴史>

<日本小児科学会認定医試験>

先ず対象の集団ですが、認定医の試験制度が始まった以降に小児科学会の認定医になりました約 2200 名が明瞭な小児科医の集団であります。この認定医制度のアカウンタビリティ (accountability) ですが、この人達が日本の子どもや家族にとって信頼に足る小児科医かどうか追跡研究が必要であると思います。

| 調査項目 | |
|---|--|
| •氏名 | |
| •生年月日 | |
| •性別 | |
| •既・未婚 | |
| •卒業大学名 | |
| •卒業年度 | |
| •国試合格年度 | |
| •研修施設名 | |
| •認定医資格の有無 | |
| •現在の勤務状況 | |
| 対象:研修開始年 1987年及び1990年 計842名 調査:1997年10月 | |

<調査項目>

実は 1997 年に小児科学会で調査をいたしました。その時、卒業後 10 年と 13 年の人達を対象に全員で 842 人ということで、アンケートの回収率が 99%でありました。この卒業 10 年の人達は認定医の試験を受け認定医資格を得た人達、この卒後 13 年の人達は無試験で認定医資格を得た人達です。

| | Number |
|--|----------|
| Pediatricians(卒後10年、13年) | 842 |
| Mental Health Specialists (精神保健専門医) | 1(0.1%) |
| Neonatologists (新生児医療専門医) | 16(1.9%) |
| (1997 Surveyed) | |

<精神保健専門医・新生児医療専門医数>

スライドに示すように 2 卒業年を通算して、小児精神保健専門医はわずか 1 人ということが分かりました。新生児専門医も比較的少ないわけですが、約 2%は専任で未熟児医療に従事しておられました。

| Child Mental Health Specialists (小児精神保健専門医) | |
|--|---------|
| Medical Schools(関東地医科大学) | 25 |
| Specialist staffed | 4(16%) |
| not staffed | 21(84%) |
| Full-time Pediatric Staff (講師・助教授・教授) | 251 |
| Specialists(精神保健専門医) | 4(1.5%) |

<小児精神保健専門医>

関東の医科大学 25 の中で小児精神保健専門医がいる大学は4校にすぎません。スタッフで見ますと 251 人の中で4人しかこういう専門の人はいないという状況でありまして、専門家もいなければ専門家を育てる人もいないという状況です。この精神保健問題に対応できるわけがないわけです。結論は極めて単純明快で、決定的に不足している専門医の育成を進めることです。これは小児救急医療や未熟児医療の次元をはるかに超えている問題であると認識しております

| 女性小児科医の動向 | |
|-----------------------|-----------|
| 総数 | 283名 |
| 休・退職 | 49(17.3%) |
| 転科 | 35(12.4%) |
| 不明 | 5(1.8%) |
| 対象：研修開始年 1987年及び1990年 | |
| 調査：1997年10月 | |

<女性小児科医の動向>

小児科医の生活の質の問題で一番の問題は、女性小児科医の処遇だと思います。先ほどお目に掛けました 842 名中、女性小児科医の数は 283 名でございました。当該卒業年のほぼ全員の女性小児科医を網羅しているとお考えいただけるとと思います。休退職転科を合わせますと 30%になります。小児科医の中に占める女性の割合が約 40%でございますので、

大半の女性小児科医がこのように途中で断念を余儀なくされている、ということがお分かりいただけると思います。現在新卒小児科医の中に占める女性の割合は50%に近いと思いますが、こういうことから考えまして、女性小児科医が働ける環境を作るということは、極めて優先順位の高い問題であると思います。

Personal Life and Possible Interventions

- Split residency
- Extended duration of residency
- Quality day care
- Shifting work hours
- Part-time position

<Personal Life and Possible Interventions>

英語のスライドで申し訳ございませんが、どのような介入策が可能か列挙してございます。これらは全てアメリカで実際に女医対策として行われていることでございます。これらの導入を提案したいと思います。

特にこのパートタイムは最も実質的な意味があると思います。常勤者の50%以上の勤務時間をみたと社会保障などの恩恵が全て常勤者と同じように受けられる、というのがアメリカの制度だそうです。こういう制度を導入可能か否か考える必要があると思います。

**American Academy of Pediatrics
3rd Year Resident Survey 1999/2000**

Cull WL et al. (wcull@aap.org)

- Academic Life
- Personal Life

<American Academy of Pediatrics 3rd year Resident Survey 1999/2000>

アメリカ小児科アカデミーは同様な調査をスライドのように行っております。インターネット上でデータはご覧いただけるので、ご参考いただければと思います。

Academic Life

- Teaching opportunities
- Research opportunities
- Job security
- Acceptable income

<Academic Life >

Personal Life

- Control over working hours
- Spouse/family considerations
- Geographic location
- Part-time position

<Personal Life >

専門医として生活していく上での満足度といいますか、仕事を行うための環境ですが、スライド(左)はアメリカの小児科が重視して考えている項目を挙げたものでございます。翻って我が国の一般病院の小児科医の状態を考えますと、非常に申し訳ないというか、成すべきことが多いという実感であります。

スライド(右)は私生活の問題について、アメリカ小児科アカデミーの若い先生方が重視している項目でございます。

| Average Working Hours of PL-1 Residents | | |
|---|-------------|------|
| | 1999 | 1989 |
| Infant Ward | 84.0 hrs/wk | 79.8 |
| Children Ward | 78.9 | 70.2 |

(Keio University Hospital)

<Average Working Hours of PL-1 Residents >

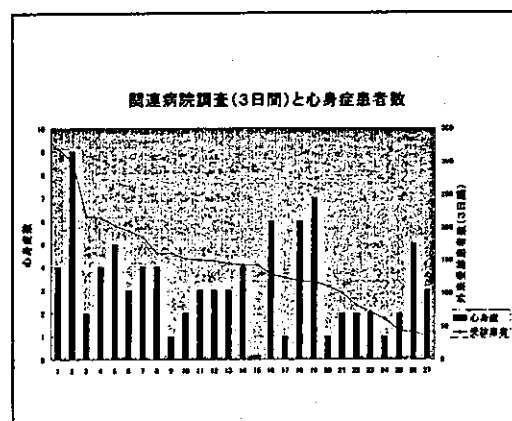
日本の小児科医の生活の質の現状の一端をお目に掛けたいと思います。これは私の母校であります慶応義塾大学小児科の高橋教授が調査したデータをお借りしたものです。慶大小児科は一応乳児病棟と年長児の病棟に分かれてローテーションをするような研修医のシステムになっております。1989年と1999年を比べますと、明らかに小児科医の労働時間が増えているということがお分かりいただけると思います。特にあまり細かいケアが必要

でないと考えられるような、年長児の病棟の勤務時間が特に増えているのがお分かりいただけると思います。

| Categories | 1999 | 1989 |
|------------------------------|------|------|
| Information acquisition | 4.2 | 4.6 |
| Physical examination | 6.8 | 12.2 |
| Diagnostic measures | 10.3 | 10.4 |
| Therapeutic measures | 5.1 | 4.7 |
| Interviews and consultations | 13.2 | 3.8 |
| Conference and discussion | 14.1 | 12.9 |
| Documentation | 16.2 | 12.2 |
| Miscellaneous measures | 9.0 | 9.5 |
| Hours/week | 78.9 | 70.2 |

<Average Working Hours of PL-1 Residents>
(Children Ward)

研修医の時間配分を調査したものです。Interviews and consultations とありますように、患者及び家族との面接、相談業務に非常に小児科医の時間が取られている、という現状がお分かりいただけると思います。逆に Physical examinations などという非常に基本的なところが、若干なおざりになっているのではないかという気さえいたします。それから書類書き (documentation) という業務は膨大でありまして、ルーチンワークを研修医が黙々とこなしているのがお分かりいただけると思います。

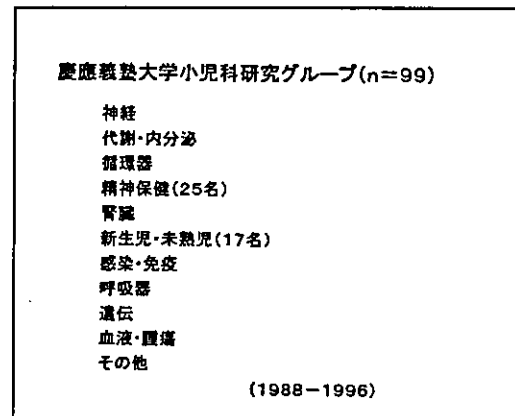


<関連病院調査 (3日間) と心身症患者数>

慶大小児科の渡辺久子先生が「関連病院の心身症や精神保健疾患の診療状況はどうなっているか」調査したものです。横軸には病院番号が、縦軸には心身症の症例数と外来の全患

者数が示してあります。この折れ線が外来の総患者数でありまして、棒線が精神保健疾患です。両者の間には全然相関が無いということがお分かりいただけると思います。

外来患者は1日150人来るのに、精神保健疾患々者は1人も来ない、もしそういう地域病院があるなら、これは要するにその病院の小児科医が小児精神保健問題を受けとめていないということです。必ずしも小児科外来に来る患者の数で地域社会のニーズを判定してはいけないということだと思えます。



<慶應義塾大学小児科研究グループ (n=99)>

今の若い人達がどういうことを考えて将来の専門を選択するかということで、やはり慶大小児科のほぼ10年間の集計でございます。初期4年間の研修後専門研修に入った人は約100人おりました。慶應大学小児科教室はスライドのような研究グループに分かれています。ですが「どうしても入りたくない専門グループはどれですか」という質問を全員に訊くことにしておりました。精神保健と新生児・未熟児をどうしてもやりたくないとする人が目立って多く、先ほどの全国調査成績と非常によく合致しているわけです。このような結果が出るのはやはり我々シニア世代の責任であると思っております。

これからの研究班のアプローチですが、現状をある目的意識を持って調査・分析する。はっきりしたリサーチクエスチョンが必要です。そしてそのデータを膨大な資料として提出するのではなくて、短いエッセンスとしてまとめる。そして最後に政策提言をするという順番になると思えます。

Research questions

1. To improve the working conditions of pediatricians, what are the most cost-effective measures?
2. To foster career satisfaction of young pediatricians, what are the most cost-effective measures?
3. To encourage women pediatricians to continue to practice, what are the most prioritized measures?

<Research questions>

リサーチクエストションですが、費用対効果という視点がないと、ただ小児科医を増やせばいい、あるいは小児救急センターを作ればいいという提言になりますので、このキーワードは欠かせないと思います。女性の小児科医の生活環境については、若干経済効率ということを無視しても別扱いでやるべきではないかということで、費用対効果という文言は外させていただいております。

全国調査につきましても、たくさんの調査が関連施設にいきますと迷惑になりますので、ぜひ各研究班で最小限の調査にするようにお考えいただきまして、そのフォーマットを鴨下班長に先ず提示して全体的な合意の上で調査に入るのが望ましいのではないかと考えております。どうもありがとうございました。(拍手)

小宮山 松尾先生、どうもありがとうございました。この研究班の目指しているところを解説されながら、この現状分析それに基づいて今後の研究の方向というのを詳しくお話しいただきました。

それではただ今のご発表に関連して。どうぞ。

質問者 私はもう大学を定年退職した者でございます。今の松尾先生のお話で常々感じていたのですが、日本の医学部の学生の中に占める女性の数が全国的に段々増えてきたと思うのです。したがって、先ほどの話で小児科医を志望する女性で入局する人がかなりいるにもかかわらず、途中で休退職するとか転科してしまうというのは、真に残念なことであります。国際小児科学会等々に出席しますと、やはり小児科、産科の分野は女性医師というのは非常に多いです、アカデミックな分野でも教授になっておられる女性がたくさんアメリカにはおられるわけです。ですから医学部の学生もそういう女性が。医者とい

う職業は患者のケア、治療というようなことで、本質的には女性に向けた面もございますので、今後医学部の女性の学生を大切に、特に小児科においてはせつかく小児科を希望された女性の医師が立派な小児科医に育っていくような。先生が指摘された女性としてのいろいろな問題もあるので、全く男女平等に扱ってはなかなか難しい面もあると思うのですが、そういう点は女性医師の立場を考えてそれを育成していくという方向がプラクティカルにかなり重要ではないかと思ひまして、ちょっと発言させていただきました。

松尾 ありがとうございます。先生のご意見に全く同感でございます。単なるコストイフェクティブネンスということを考えてやってはいけない分野であると思ひます。

小宮山 では、いただいた時間がちょうど参りましたので、この辺りでもうよろしいですか。もうちょっとお時間をいただいて、どうぞご発言ください。

高山 アメリカの University of Rochester School of Medicine の小児科の chairman は、Chairwoman です。現在のアメリカの医学生は 48% が女子で 52% が男性です。注目されている問題は、如何に各診療科が卒業する医学生をリクルートするということです。最初に、女性の小児科のスタッフを大学がうまく支えるのが重要です。例として女性スタッフの子育てをサポートすることです。時間とは必要な時のオフ・タイム (time off)、スペシャル・リーブ (family leave)、サバティカル (sabbatical) 等が使われます。学生でもそのようポリシー (policy) には関心があり、女性のサポートを実現している大学の方が小児科等のレジデント・プログラムに進む学生にとって、馴染みやすそうです。

さて、もう一つお聞きしたかったのですが、アメリカでは一応 graduate questionnaire という medical school の卒業生にアンケートを使い、AAMC (Association of American Medical Colleges) が毎年調査を行っています。その調査の一つの項目が医学生の career choice です。もしかしたら今年は小児科、産婦人科に進む学生が少ないかもしれませんが、5年後は他の診療科と選ぶ学生数が少なくなっている可能性があります。そのような調査は日本でも行われていますか？

松尾 ご指摘のことはすごく大事だと思います。調査が 10 年後に前の調査とつながらないという調査が多すぎると思ひますので、やはりある集団をデータベース化して追跡できるような形を一部ぜひ取りたいと個人的には思ひています。

小宮山 よろしいですか。時間が参りましたのでこの後の総合討論に譲りたいと思ひます。松尾先生、貴重なお話ありがとうございました。(拍手)

大澤 以上で予定のご講演を全て終了いたしました。引き続き総合討論に移りますが、その司会は主任研究者の鴨下班長にお願いいたします。

総合討論

司会

鴨下重彦 (日本学術会議第7部副部長、
出生・発達障害研究連絡委員会委員長)

コメンテーター

多田裕 (東邦大学新生児学 教授)

鴨下 たいへん演者の先生方の熱弁と活発なご討論のおかげで、時間が苦しくなったのですが、最後少し時間を総合討論に取っておりますのでよろしくお願いいたします。

いろいろ私個人としても感想は有りますが、先ず最初に、お願いしておりました東邦大学の多田教授から全体についてのコメントをいただいて口火を切っていただくと、お願いします。

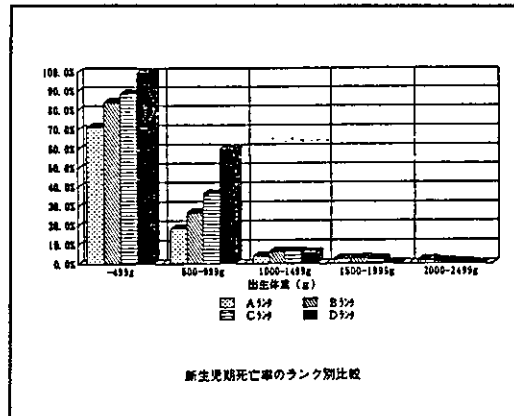
多田 それではご指名いただきましたのでコメントさせていただきます。産科も同じだと思いますが、本日もいろいろな演者の先生からご指摘がありましたように、小児の医療は大きく変わってきていると思います。社会の要望自体が変わってまいりまして、受診患者の専門志向が非常に強くなっております。このために 24 時間診療体制を求めておりますし、専門医を受診する希望が非常に強くなっております。これは少子化となつてすでに世代を重ね育児に不慣れであるだけでなく、一応の知識はマスコミやインターネットで得られていますが、それだけでは満足出来ず診断や治療ばかりでなく、相談とかあるいは専門的な判断や助言を求めるために小児科を受診することが多くなってきているためであろうと思います。

私は新生児、先ほど松尾先生のお話だと 2 番目に嫌われている科のようでございますが、そこを専門としている立場から、新生児医療がどのように変わってきたかをご紹介します、この班で先生方にご検討いただきたい点を要望したいと思います。

新生児に対する医療は小児科の中で最初に専門化してきた分野であろうと思います。重症児に対する医療がNICUというものが確立してきたことによって、それまでの新生児に対する医療と大きく変わり、施設および医師の専門化が進みました。しかしこればかりが新生児の医療ではなく、中等症に対する医療あるいは先ほどもご指摘がありました、正常新生児に対する医療というものも非常に大事なものがございます。小児医療と同じように全てをNICUでカバーしきれないという問題がございまして、小児科の先生方と一緒に、新生児の専門医療と小児医療をどう統合していくかが非常に大事な点でございます。

したがってこれをどうするかというので、心身障害研究班では人口 100 万でだいたい地域の医療圏というのが形成されておりますので、そこに 1 か所の中心になる総合的なセンターを作ろう。その中に 10 万から 30 万で 2 次医療圏が構成されているので、そこに先ほどもちょっとご紹介がありました地域のサブセンター的なものを作っていこうと考えました。

この根拠となりましたのは、日本小児科学会の新生児委員会の小委員会が検討いたしました予後の調査でございます、これではランクごとに体重別の死亡率を見ております。



<新生児期死亡率のランク別比較>

Aランクの病院、つまりNICUが整備され要員が確保されしかもある程度以上の数の新生児、特に重症児を扱っている施設。それからBランクは同じようにNICUはあるけれどもそれほど整備はされていない、あるいは整備はされている加重症児収容が少ない施設Cランクは自分の施設では新生児医療をやっている、NICU有りと言っているけれど、A、Bのランクから見ると十分ではない施設。DランクはNICUがない施設です。そこで見ますとこのように死亡率に大きな差があります。したがって重症の患者さんはやはりセンターでケアをすべきであると考えます。しかし全ての患者さんがここに集中してしまえば、この施設はパンクをしてしまうという面がございます。

こういう形で全国の地域の中での周産期医療を整備していこうという考え方を研究班が出し、それを厚生労働省のほうでも周産期医療対策事業として取り上げていただきました。先ほど桃井先生からご指摘がありましたように、要員が十分でないために整備が進んでおりませんし、整備が進んでいる所でも十分な要数が得られておりませんが、地域の周産期医療協議会というものを立ち上げることによって、地域全体の医療を考えた上でセンターを指定していく。それを補う地域周産期母子医療センターというものも認定をしていこう、という形で整備を考えるようになりました。

| 周産期医療システム | |
|-----------------------------|-------|
| 周産期医療圏(人口100万の地域を周産期医療圏とする) | |
| (1) 総合周産期母子医療センター(三次) | 1施設 |
| 狭義のNICU | 12床 |
| 広義のNICU | 28床 |
| 産科ICU管理 | |
| (2) 地域周産期母子医療センター(二次) | 3~4施設 |
| 狭義のNICU | 3床 |
| 広義のNICU | 12床 |
| 産科ハイリスク管理 | |
| (3) 一般周産期医療施設 | |
| 正常妊娠・分娩・新生児 | |
| (心身障害研究班 1995年) | |

<周産期医療システム>

各々の施設がまだ十分でないこと、あるいは小児科医が十分確保されないことによつていまだに全国に普及していません。そのためには小児科医あるいは産婦人科医を増やすということが非常に重要でございますが、新生児はこういう形で方向性を定めてまいりました。

これが実現しない、まだしていないわけでございますが、小児の救急も今日お話を伺うと救急外来あるいはいろいろな相談業務に支障があるようですが、これも従来の小児医療あるいは内科・小児科の先生に助けていただきながら機能してきたシステムではすでに社会の要望に応じられなくなってきた、ということに今大きな問題があるのだらうと思えます。したがってぜひともシステムとしてどうしていくのかという姿を、先ずこの班できちんと作っていただく。それに向けて各施設での役割分担も必要です。新生児では要員をある程度集中していくことも必要になったと思えますし、定員も増加していかなければいけないことが明らかになりました。医師を補うことはなかなかできないので整備ができていないわけですが、小児の救急のほうでもどういうシステムを作ったら良いか。それに向けて医療施設の採算が合うように医療費を確保する、あるいは子供を育てていく上では医療費だけでやっていく問題ではない。将来も健全な、鴨下先生もおっしゃったと思えますが、健全な子供たち、あるいは社会の人達を作っていくという事業でございますので、当然小児科の医療費を改訂することは必要ですが、そのほかのいろいろな医療資源、医療だけではなく社会資源を投入していくということを、そのシステムを作った上でそれに誘導していくために提供していただくということが必要になると思えます。

周産期医療整備事業ではそのセンターとなる総合周産期母子医療センターに対しては、施設に対して運営補助金という形で公費を投入していただくことをお願いしております。

まだ十分な金額ではありませんが、こうして医療の地域全体の医療のシステムを維持し、健康な子どもたちを育てていくためには、いわゆる税金で、医療費だけではなくて、社会の皆に負担をしていっていただくという方向性を我々は考えているつもりでございます。小児医療もぜひ、あるいは産科医療もそうだと思いますがそういうところも考えた上で、この班で医療のシステムを作っていただきたい。

それと同時に、本日もいろいろな議論がございましたが、若手の医者は時間と収入、あるいはその専門性の満足というところを非常に求めております。医療費が上がれば、ある程度は施設の小児科の減少を食い止めることができるかもしれませんが、その中でほかの科より何倍も忙しく働いているという桃井先生のご指摘もありましたことに対しては、個人の医師にある程度メリットがある方法をどう作っていったら良いか、この点もこの研究班でお考えいただいて方向性を決めていただければ幸いだと思っております。本日各先生のお話を伺いまして、問題点ははっきりとご指摘いただいていると思っております。それをどのようにして解決に持っていくか、ぜひこの研究班の成果を期待したいと思っておりますので、よろしく願いいたします。以上でございます。ありがとうございました。(拍手)

鴨下 どうもありがとうございました。結論のようなことを言っていたいたようにも思いますけれど、あと討論いただく時間は5分ぐらいでしょうか。何か全体を通じてご質問なりあるいは一言どうしても言っておきたいということがございましたら、手を挙げていただけないでしょうか。はい。

市川 松尾先生が何点か非常に重要な点をご指摘になった内で、特に私が感じますのは、女性の小児科医の問題です。AAPとかAmerican Board of Pediatrics が強調しているのは松尾先生が言われた以上で、「小児科医こそそういう動きの先頭に立ってやらなければいけない。」という事です。つまり母性というものを一番理解するものは小児科医であるから、小児科医がほかの科よりも先頭に立ってこういう問題を、例を作るという形でやらなければいけない。そういう意味ですと、単にこれは小児科医の問題だけではなくて、我々は全科を代表しているようなつもりでやらなければいけないのではないかと思われるわけです。

もう一点、日本の官僚などと米国でディスカッションする機会がありますが、よく聞くのは「日本の小児医療はうまくいっている」という考えです。それは乳児死亡率を比べて日本は非常に低いからということで、だからうまくいっているということ言うのです。そういうことをもし耳にしたら皆様には必ず反論していただきたい。というのは米国で乳児の死亡率が高い理由は、非常に貧困の差が激しくて小児科医の目にふれない子供が非常に

多いのです。例えばアルコール中毒の母親から生まれた、エイズから生まれた、あるいは麻薬の、そういうものでほとんど占められているのです。ですから、我々はそれとは全く違う社会的環境にあるということをご指摘していただけたらと思います。

鴨下 ありがとうございます。ほかにございますか。はい、どうぞ。

質問者 大変僭越な質問といたしますか、失礼な質問になるかもしれませんが、私、今年の日本新生児学会というところで二つ提案をさせていただきました。それは、ただ今は入局は卒業後すぐ入局できるわけですから、学生に対してどうすれば良いかということが一つ。それから、その後研修医が回ってきた時の指導医に対してどうすれば良いかということが一つ。この2点についてなのです。

学生に対しましては端的に即効性のある対策として、国家試験の問題に小児科と産科の試験問題を増やしていただく。例えば30%ぐらいに上げていただければ、これは必然的に一生懸命やるわけです。これは研修医の必修化が16年からされましたら同じことで、研修医の評価をする。つまり2年後に評価がくると思うのです。その中に入れていただければ彼らは仮に3カ月であろうが1カ月であろうが、その枠はともかくとして、一生懸命やるであろうと思ってそれを提案しました。

もう一つは指導医、つまり研修医に対する指導医は、小児科、産科非常に不足していると思うのですが、これは奨学金制度を作っていただいてはどうか。つまり3年以上の小児科、産科医に対して10年間毎月10万円ぐらいでも保証していただいて、奨学金を出していただく。それが10年間そのままキープできれば返す必要はないというようなスタイルでいけば、多分即効性のある対策になるのではないかという提案をさせていただいたことがあるのです。ただしこれはほんとうに実現できるのか、とても無茶な話で話にならないのか、その辺は実は正直言いまして分かりません。大変僭越な意見ですけれども一意見としてお伺いしたいと思います。

鴨下 先生にはぜひ今後もこの班のためにいろいろアドバイスをいただければと思いますけれども。はい、どうぞ。

質問者 ただ今ご発言の先生が去年なされた提案というのは今でも覚えています。先取りなされたのだと今では思いますけれど、リクルートとトレーニングとプロモーションでしたか、いわゆる学生の青田刈りですが今年が最後です。平成15年4月卒業生に対するアプローチは恐らく従来型でありましようから、先ほどの慶応大学で11研究室ということで、恐らく150人ぐらい用意してらっしゃると思うのです。16年からそういった研究室

に所属させて研修医を育てるというのは根っこから無くなります。そうするとその中でどうリクルートするかという新しい問題を抱えて提案するのが鴨下班であろう、このように思っております。方法としては従来型ではないもので提案しなければいけない。こういうことを今おっしゃった。大変重要な面です。以上です。

鴨下 ありがとうございます。そろそろ時間ですけれども、今日は特に岩田局長がお見えで最初にご挨拶をいただいたのですが、こういった研究班はだいたい挨拶は課長補佐がされるのです。課長がおいでになるとその研究班はよほど問題がある。そこを局長がおいでになったものですから、この班には大変重い責任がある。そして局長にはできるだけ長く居ていただきたい、松尾先生の話まで聞いてもらいたかったのですが、でも最初の桃井先生、岡井先生の話をお願いしたので多分、岩田局長は労働省出身の方ですから、医者の労働時間その他について今後何か手を打っていただけるのではないかと期待したいと思います。松尾先生のスライドで慶応の小児科医は普通の人の倍ぐらい働いているのですね。私も記憶が正確ではございませんが、確か2年前でしょうか全国医学部長病院長会議のデータがありまして、各診療科別の労働時間は小児科医が一番多く73時間です。ただ非常に問題があると思っておりますのは、それが本当に診療だけなのかどうかです。研修医であっても研究をしている部分が大学病院ではあるだろう。一般病院はもっと厳しい状況にあります。私は大学におり、国立病院におり、そして現在は民間の病院におりますが、私の病院ではこういうシンポジウムに参加させたいと思っても、時間がなくて出て来れないという現状であります。いろいろな病院ごとに小児科医の労働時間というのを出せば、恐らく数字はもっと変わってくる厳しい結果が出るのではないかと思います。そういう意味でも最後に松尾総長が出された調査、これをできるだけきめ細かくやるということは大変大事だろうと思うので、この班としてはやはりそれを第一歩にしたいと考えております。今日は立ち上げでございましたので、産科、小児科のそれぞれ、あるいはコメディカルも含めて、医療現場での問題点が深く掘り起こされた出発点になったという点で、非常に意義が有ったのではないかと。ぜひ今日ご参加いただいた研究班以外の先生方のご意見も頂戴して、これからやっていきたいと思っておりますのでよろしくお願ひしたいと思います。ほんとうはもっと討論の時間を取りたかったのですが、これで一応今回は終わりにさせていただきます。またの機会に是非議論を続けていきたいと思っております。どうもご協力ありがとうございました。(拍手)

大澤 以上で予定のプログラムを全て終了いたしました。最後に閉会のごあいさつを、

日本学術会議泌尿生殖医学研連委員長の青野敏博先生にお願いいたします。

閉会挨拶

青野 敏博 (日本学術会議第7部会員、
泌尿・生殖医学研究連絡委員会委員長、
徳島大学名誉教授)