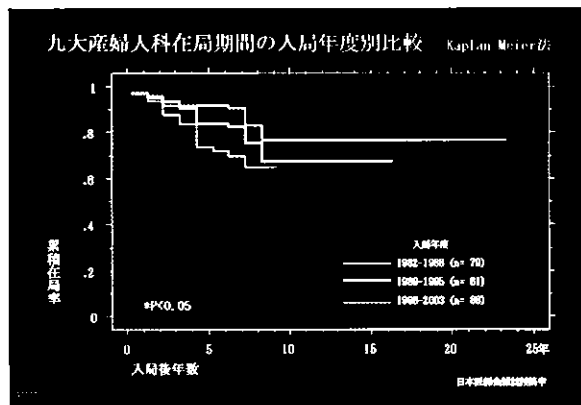


なべて10人くらいですか。少し増えましたか。色がついたのは辞めた人です。もっと増えました。色が増えてきています。下にその年の責任の医局長の名前を書いてみました。そして、私との関連を、ここで私は就任しました。第一次入局者勧誘強化がここで始まって、効果があったのですが、途中からまた萎んで、もう一度号令をかけたらまた効果がありましたが、辞める人をたくさん連れてきてしまった。



実際にカップラン・マイヤーで、年度別、1980年代から一番直近年度6年か7年くらいくっているのでしょうか、そうしましたら案の定、たくさん、短期間に、すなわち辞められる方が多いのが一番大きな理由ですが、こういう状況があります。

### 産婦人科医師不足のパターン

若手医師リクルートの困難：米事情と同じ

- 産婦人科を選ぶ医学生、ピーク1983年(7.5%)、2003年(5.9%)
- 特に産婦人科志望の男子学生減少
- 長い拘束時間：若い世代のライフスタイルに合わない
- 医療過誤保険料の経済的負担
- 女性医師を患者さんが選ぶ傾向 (Gibbons Jr, JM: Obstet Gynecol 2003; 443-445)

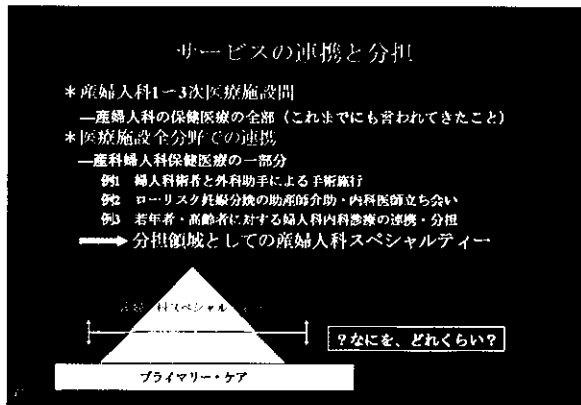
医師高齢化と古手医師の産婦人科離れ

- 「産科をやめたい」産婦人科医の5人に1人がこう感じている：約2,500人の産婦人科医を対象にした厚労省研究班の意識調査の中間集計(平成18年1月) (朝日新聞記事より引用)
- 女性医師の就労環境不備
- 産婦人科における女性医師のproductivityは男性医師の約85%と推計されている (Pearse M, Ruffner M, Primack L: Effect of gender on the obstetric-gynecologic workforce. Obstet Gynecol 2001; 97(5 pt1):794-7)

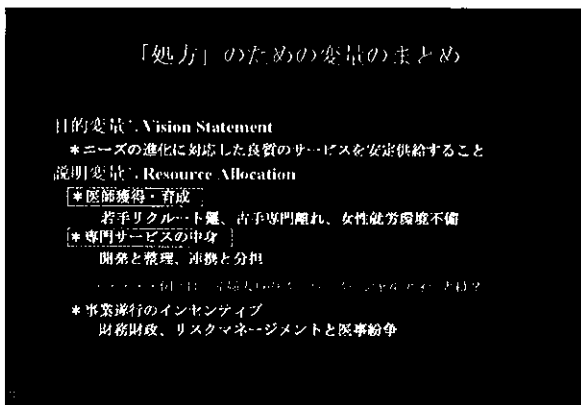
⇒非若手・非古手医師の絶対的不足

※高次診療施設で医師が足りない  
産子術待行列の長期化  
围産期ハイリスクケアの質の保証不安

要するに医師不足のパターン、これは小児科も産科も共通だと思います。まとめてみますと若手医師リクルートの困難、米国の事情と一緒にです。例えば米国の場合、7.5をピークにして5.9が今現在医学生です。産婦人科を選ぶ男子学生が減少しています。なぜか。長い拘束時間がライフスタイルに合わない。医療過誤保険料と経済的負担が大きい。さらには女性医師を患者さんが選ぶ傾向が強くなってきている、のようなデータがあります。もうひとつは、先ほどご覧いただいた古手医師が産婦人科を続けたくない、と言っている。最近の朝日新聞の抜粋ですが、「産科をやめたい」、5人に1人がそう言っているという調査があります。これは厚労省の研究班の意識調査であろうと思います。そしてもうひとつは先ほどから問題の女性医師の就労環境不備です。これは米国のデータですが、女性医師は男性医師と比べたらプロダクティビティ、歩留り、85%。先ほどフレックスの中で、2人勤務で十分考えられることです。こういったラフな問題で医師不足のパターンをまとめた、すなわち非若手、非古手医師の絶対的不足。非若手、非古手と言いますと一番働く医師が絶対不足しているのが現在です。結果、高次診療施設に医師が足りません。癌の手術待ち行列が長蛇化します。周産期ハイリスクケアの質の保証が不安になります。これが今現在です。

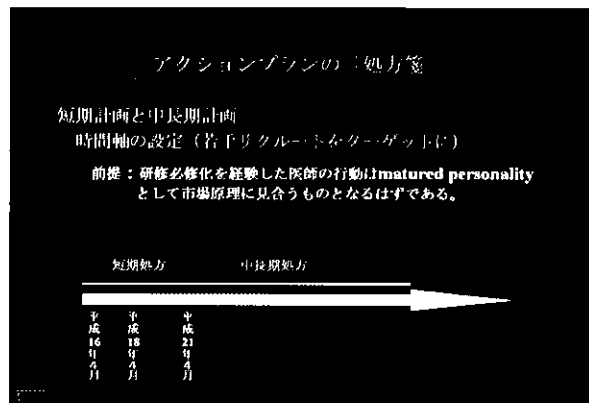


そこであれこれ考えなければいけません。アクションプランが必要なのです。連携と分担という目から見ますと、一・三次でやりなさいとこれまで言われてきました。でもこれではだめなので、全部でやらなければ。どうすればいいのか。婦人科手術には外科が助手になってくれ、妊娠分娩は助産師が独立介助を行え、あるいは内科医師が立ち会え、最後は若年者、高齢者、プライマリー部分は内科診療の中でこなしてくれ、分担領域としての産婦人科スペシャリティは何か、という話をしなければいけません。プライマリーがあってスペシャリティがあるとします。さらにそれを刻んだ、サブスペシャリティがあるのですが、この三角を少し小さくするしかないのではないかと、ただしこのレベル、何をどれくらいかというのをわれわれは解かなければいけない、



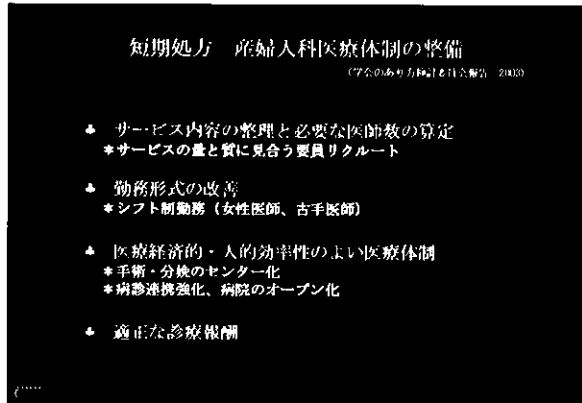
そこで処方箋を考えよう、というわけでただ今の変数を少しだけいくつかにまとめてみると、まずは目的変数がないといけないので、きれいな言葉を並べればいいのか。ニーズに進化して安定供給というものでしょう。これに対して説明変数と

しては、まさにリソース・リアロケーション、現有の資源をどのように適正配置するかという話なので、医師の獲得、育成がひとつのきっかけですが、ご覧のような問題点がすでにあると。もうひとつは専門サービスの中身。直前に議論しました。開発と整理あるいは連携と分担。いったい産婦人科のスーパー・スペシャリティとは何か、というのはやはり固めなければいけないだろうと。そしてさらに事業遂行のインセンティブをどこから持ってこなければいけない。リスクマネジメントの話もあるし、さらに財務財政の話で誘導的な政策が提言できるか、ということに関わっているだろうと思うのです。とは言うものの、とりあえずはこの二つで処方書を書けるかというわけですが、処方箋です。

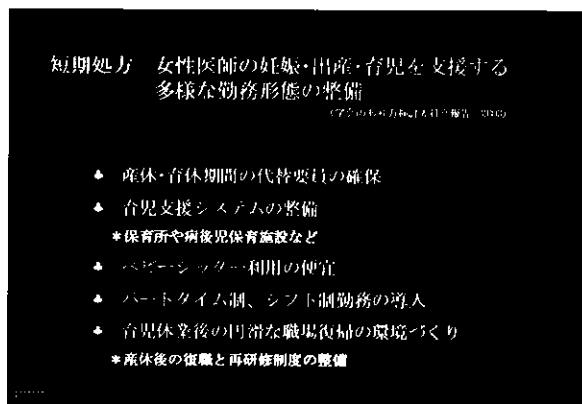


そうするにあたりましては時間軸を設定しなければいけません。短期と中期。若手リクルートをターゲットにした場合の話になりますが、幸い、あるいは不幸なのかもしれませんが、研修必修科が始まります。経験した医師はもっともっとマチュアード・パーソナリティのはずなので、日本のマーケットを十分に意識した行動に移るはずであると。今より変わるはずである、こういう大きな期待を前提にいたしました場合、時間の流れがありまして、今年の4月から始まりまして、18年の4月で2年過ぎまして、これから専門研修を開始しまして、さらに21年4月に産婦人科学会の場合ですが、専門医をあげようと。3年間の研修であげようと。そうしましても、5年間はどうなる、というわけです。もっともっと年々定年退官等を含めて、いない状況、短期処方はやは

り見捨ててはけません。そして中期、長期処方があるであろうと。

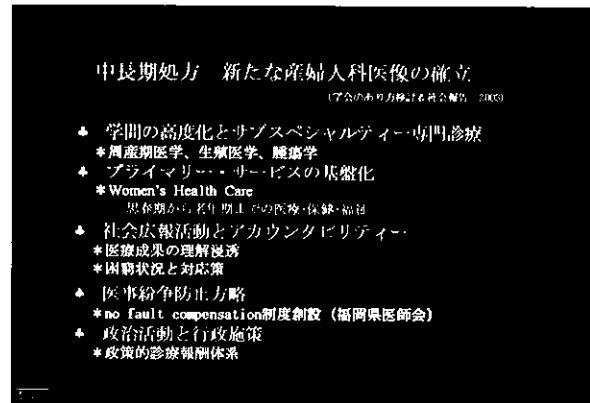


こういう意味から言いますと、短期処方は、学会で検討した結果なのですが、サービスの量と質に見合う要員のリクルートを産婦人科の医師だけではない世界から考えなければいけません。勤務形式、先ほども出ましたシフト勤務。例えばこの先生はプロダクティビティ 0.85 の女性で、あるいはこの先生は 5 分の 4 辞めたい、というのに属する古手医師で、残った時間だけを働いていただくための外来特化産婦人科診療、といった勤務形式を考えなければいけません。もちろん、医療体制、これは先ほど清野先生が討論されました。そして、例えばセンター化の話も出てまいりました。病診・病院オープン化も出ました。さらにはお金がどうなるかという話です。

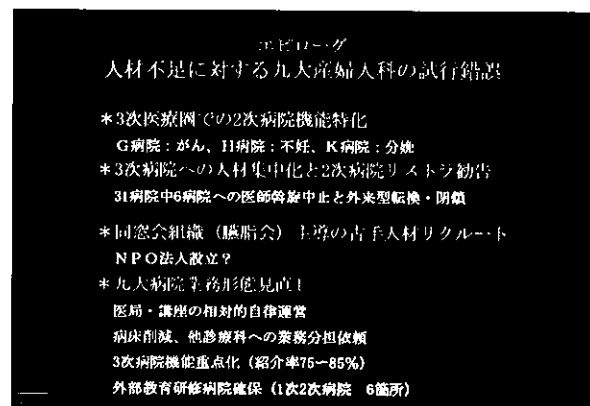


短期処方、この中に女性の問題がポイントになります。代替要員、支援システム、保育所、ベビーシッター、パートタイムシフト、いろいろあります。例えば、職場復帰の環境作り、再研修制度、あれこれあるわけですが、先ほど心強い病院

長清野先生のお話では、病院長のリーダーシップで十分に補えるのだ、まずは病院長の意識改革がブレイクポイントかもしれません。

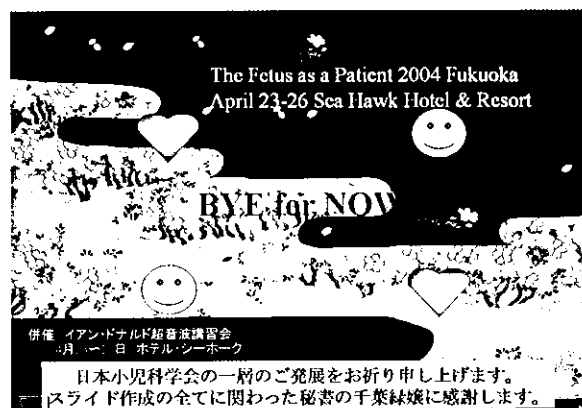


これだけ言っても仕方ないというのが学会人として、社会広報活動等々で現実を社会に知らせなければならない。困窮状態対応策、医師紛争防止方略、これも重要です。確か、この前のシンポジウムで特化して「No-Fault Compensation」。福岡県医師会で取り組もうとしていますが、こういった話を取り上げていただきました。さらには政治活動と行政政策。政策的診療報酬体系、これは積極的にしなければいけないであろうと。さらには学問の高度化。これは学会の使命でありましょうか、当然の事ながらこうしなければいけないと。こういったものがないと若手は本気で動かないだろうと思います。さて、エピローグ。私ども九大産婦人科の教室で試行錯誤をすでに始めました。



例えばこのようなことです。九大病院の業務形態の見直し。基本は医局講座制の相対的自律にかかっています。これがもたれあいではだめだ

と。そして病床削減。現実に産婦人科では急性期病床を増やしました。他診療科への業務負担も今お願いしています。ただし、紹介率が85%で手術の待ち患者行列をさばくのがどうしようもありません。三次病院機能を重点化、これも書きました。これにもっぱら特化する以外手はないと。さらには第一次、第二次病院教育研修になりましたら、もはや九大病院は機能していません。従って、外部にこういった教育病院を配置する、あるいは人材の集中化、二次病院のリストラ勧告、僭越ながらこんなことをしています。31病院といういろと斡旋業務をして、そのうち6病院は斡旋を中止させていただく、外来型になさってはいかがか、さらには産婦人科サービスを安全と効率等々のことから考えてお止めになってはいかがかと。これまでに確か2病院だけこの4月からストップになったと思います。さらにはどうしたら、私今、斡旋と言いましたが、派遣などと言ったら社会から批判されます。医局とはいいたい何だと。当然です。そこで私たちは同窓会組織の中で、古手人材リクルートを、例えばNPO法人を作ってもしよう。つまり効率のよい、今手持ちの人材、リソースをどう利用するかは同窓会ではなく、もっと本腰入れてどこかでやってもいいはずなのです。普通、行政機関と考えがちですが、必ずしもそうではないと思います。これこそまさに民活でこういったものができればよいと。さらには二次病院の機能特化。これは15年前からやっていますが、たとえばG病院は癌の特化、H病院は不妊の特化、K病院は分娩特化、みたいなことをしていかなければいけません。あまりにも多変量ですが、どこから入っても結果は一緒なのです。動きやすい、馴染みやすいところから切り込んでいって、その後インセンティブを持った誘導的政策で切り込んで結果を見る、みたいなアクションをしなければ、もはやだめだというのが私の気持ちです。



近々福岡でこういう学会、「The Fetus as a Patient」をいたしますので、よろしければお出でいただければと。感謝を申し上げ、学会の発展をお祈り申し上げながら、bye for nowであります。ありがとうございました。

**鴨下** 中野先生、どうもありがとうございました。産科の先生のお話を小児科学会でうかがう機会はなかなかないと思いますが、もし、よろしければ、ぜひご質問をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。なお、一言先生がおっしゃった前回のシンポジウム「周産期医療における医事訴訟をめぐる」は人気がありまして、これもいずれ分厚い記録を出しますが、抄録集をお手元にお渡ししてあると思います。ちょうどこれはテレビで白い巨塔が非常な視聴率があった時で、いろいろな人が聞きに来たのですが、「No-Fault Compensation」という極めて穏やかな結論だったものですから、聞きにきたマスコミの方はがっかりしたと聞いています。いかがでしょうか。どうぞ、藤村先生。

**藤村** どうもありがとうございます。非常にポイントをついたお話を伺えて勉強になりました。特に中小の病院がずらっと並んでいるという形態を少し再編しないとイケないのではないかとというのが、先生が最後に出されたメッセージではないかと思うのです。しかし再編にあたっては、個々の病院や大学関連病院だけでは、抵抗勢力にあっていきません。例えば地域の市町村です。長期的な観点から、こういうふうには再編したほうがいいのかという、マクロにはマクロで対置していく必要がある。そういう意味では、先生、今おっしゃって

いただいたような構想も日産婦の方でもぜひ進めていただけたらというのが、うかがっていて感じたのですが、そういう動きについてはいかがなのでしょう。

**中野** はい。二つお答えします。ひとつはがむしゃらに手をかけたというのはお分かりいただきましたね。これは確信犯的行動なのです。いつジャーナリスティックに批判していただけるだろうか、そのタイミングをある程度頭に置きながら動いてしまいました。ただ動くにあたっては、これはある政令指定都市の例の自治体立病院なのですが、抵抗勢力が住民であり、それを代表する議会、議員、行政当局の理解、そういったものだけは8カ月以上かけて、地ならしをした上で動いています。しかし、このような努力をやるために私は教授やっているわけではないという気が一方でしつつ、二つめの話。確か今度新生児学会で同じ問題を、先生、取り上げていただけなのでしたね。その時に、先生とご一緒に司会をすることになっていたと思いますが、その中で、会長の京都大学の藤井教授がこのビジョンをまとめていただくことになっていきますので、そこでメンションしていただけたと思います。ありがとうございました。

**鴨下** 他にもう1人くらいいかがでしょうか。はい。

**桃井** お話をありがとうございました。自治医科大学小児科の桃井です。先ほど示された0.85と同様に10年以上前にNIH(米国国立衛生研究所)で全体の女性医師として0.8という数を出したのを記憶しています。恐らくこの0.8という数は、あるいは日本はもっと低いのかもかもしれませんが、医療経済的にワークホース全体を考えると使う数字であると思うのです。医療経済をマクロで考えるときに、活用すべき数字であって、先ほどの清野先生のお話にもありましたが、日本の医療は特に病院医師の小児科医師、産科医師の過重な長時間労働というものに支えられて1.0があるわけですから、全体のレベルが0.8、あるいは0.75にくるような方向でわれわれは努力しなければいけないと思います。従って、女性の医師

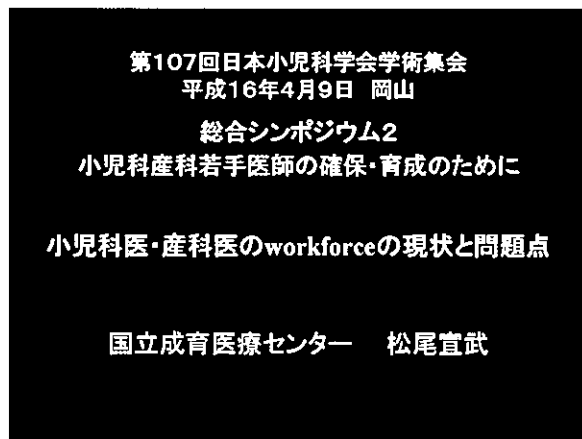
が0.8の労働で済むような形で、なんとか体制を組もうというのは、緊急の対策としてはよろしいと思いますが、女性医師のための労働の体制を作るという認識は、21世紀の女性医師のためになるとは、必ずしも思いません。従って、女性医師の働き方を、全体の労働力のセカンド・シフトにするような方向で推進するのではなく、全体を0.8にするのが適正であるというような根拠固めにぜひ使いたいと考えています。

**中野** はい、ありがとうございます。桃井先生、ご一緒しながらいろいろなお仕事を分担していただいています。今のお話はまったくそのとおりで、アディショナルなご解説をいただいたと私も感謝します。結局、大雑把な言い方をしますと、男性にしる、女性にしる関係なく、今1.6人前の仕事をしているのが、産婦人科の現状です。その中で、男は女は、老人は若手は、というふうに分類していった中で、適正な労働量かどうか、その中で人がどう配置するか、みたいな話をしなければいけないだろうと。切り込み口もいっぱいあると思います。経済的なものから何からあると思いますが、そういう部分を解説いただいたと、このように私は思いますし、ご同感いただけたと思います。ありがとうございました。

**鴨下** それでは先生、どうもありがとうございました。今後もしよろしく願いいたします。3番目の演者は、松尾宣武先生で、元小児科学会の会長でもありますし、ご紹介は不要かと思いますが、成育医療センターの立ち上げをやられた初代の総長で、3月で任期を終えられて、名誉総長になられております。松尾先生がお書きになった論文、これは大変貴重なデータなのですが、まだ実は出ていないゲラの段階で、今度の5月1日号の日本医師会雑誌、私の名前もついているのですが、せっかくの機会ですので、皆様にお配りさせていただきました。先生には、「小児科医・産科医のWorkforceの現状と問題点」という題でお話いただきますが、特に小児科の場合には、人手は医者数の絶対数の不足ではなく、ワークフォースの不足であるということ、極めて明確に提示しておられます。どうぞよろしくお願いいたします。

## 小児科医・産科医の workforce の現状と問題点

国立成育医療センター名誉総長・慶應義塾大学名誉教授 松尾 宣武



**松尾** 私どもの現状認識班の班員の先生方の意見を代表した発表ではなく、私の個人的な見解ですので、そのことをはじめにお断りしたいと思います。本論に入らせていただく前に、二つお断りしたいことがあります。ひとつは、タイトルは産科若手医師というのが入っていますが、中野教授が今お話になられた見事な解説で尽きていると思いますし、私も産科のデータをまだ詳しく解析していませんので、小児科医の問題に限ってお話をさせていただきたいと思います。それから第2点目は、ワークフォースという横文字ですけれども、これは字引を引いてみると、労働力とか労働人口と書かれていますが、現在ワークフォースということに専門に研究している大学の講座がアメリカにはあるくらいで、ワークフォースは、いろいろな使われ方をすると思いますが、医療という場で考えますと、プロフェッショナルな人の数であると考えてのが妥当だと思います。従って、単純労働をしている人や事務系の従事者の数とは少し違いますので、鴨下班長からも、適当な日本語を考えるようにご指示をいただいておりますけれど

も、未消化の日本語訳を使用するよりもこのまま使ったほうがいいのではないかとというのが私の個人的結論です。ちなみに、オックスフォードの英英辞典を引いてみると、ワークフォースの定義は、「ある組織や会社に働いている人員の総数、トータルナンバー」と定義されています。従って、この小児科医療におけるワークフォースも、関与している常勤勤務条件の総数が、正しい捉え方であると思います。常勤の勤務形態に換算した場合の小児科医、ないしは小児医療に従事する人の数と考えさせていただきたいと思います。ちなみに、アメリカの医療関係では、full time equivalent、FTE という概念で、数値が紹介されています。われわれの最終報告書においても、FTE を単位とした数値を最後には発表させていただきたいと思っています。

### まとめ

**わが国における小児医療の workforce の最大の  
問題点は小児科医の絶対数の不足ではない。  
小児科医の不適正配置 (maldistribution) 及び、  
小児科医の役割分担の曖昧さにある。**

先に結論から申し上げたいと思いますが、結論は三つありまして、わが国の小児医療のワークフォースの最大の問題点は、小児科医の絶対数が足りないということではない、というのが第1点です。むしろ問題点は、小児科医が不適正に配

置されていることにあると思いますし、最も本質的な問題は、小児科医の役割がどうあるべきか、ということが定義されていない、あるいは社会的なコンセンサスも、われわれの小児科学会の中でもコンセンサスが得られていないと。この最後の小児科医の役割の曖昧さ、というところが最大の問題点であるというふうに思います。スライドをお願いします。

	小児科医数	小児人口10万人 当り小児科医数
日本	14,481人	79.9人
米国	40,840	56.5

(2001)

はじめに、小児科医の絶対数が不足していないということを示すひとつのデータをお目につけたいと思います。ともに2001年のデータですが、小児人口10万人あたりの小児科医の数を見ますと、アメリカに比べて、わが国は決して少なくないという事実があります。マスコミ報道は、小児科医の数が少ないという論調で、かなりステレオタイプに報じられていますが、決してそうということはないことをわれわれ認識する必要があると思います。次をお願いします。

小児科勤務医の勤務環境	
病院勤務小児科医数	8,429人
施設数	3,359
施設当り小児科医数	2.5人

(2002)

これを勤務医というくくりで見ますと、問題点

がはっきり見えてくるわけです。病院勤務小児科医の数は、これは自分が小児科医であると申告された人の数ですが、最新のデータによると、大体8,000人くらい全国におられまして、小児科を抱えている病院の数が3,000を超えています。従って、施設あたりの小児科医の数は2.5人という、極めて小規模の病院が全国に乱立しているということになります。2年ほど前に、ここに何人か関係の先生がいらっしゃいますが、国立病院の小児科勤務医の実態がどうかということが調査されました。国立病院の小児科の規模は、小児科医数大体2人から3人のところに中央値がありました。国立病院小児科はまさに日本の病院小児科の縮図であると思われます。施設あたりの小児科医数、2.5人ということは、1年のうち半分は勤務医は当直しなければいけない、オンコールになるということですので、この状況を変えることが非常に重要なことだと思われまます。次をお願いします。

	日本	米国
認定施設数	467	207
研修期間(年)	4	3
研修医数	2000	7700
施設当り指導医数	≥3	72
施設当り研修医数	4	37

この現状に対して、私ども日本小児科学会も、少なからざる責任を持っていることは明らかです。それを示すデータですが、米国は卒後臨床研修施設として、200ほどの施設が認定されていますが、わが国には467という極めて膨大な数の施設が認定されています。小児科研修医の数ですが、最近小児科医を希望する方が増えていまして、大体年間500人くらいの方が研修届けを出されています。従って、4年間で約2,000人ということになります。アメリカは3年間で7,700人です。非常に違うところは、指導医の数ですが、1

施設あたりアメリカは 72 人が平均ですが、日本は 3 人以上が学会の規定です。小児科研修医約 2,000 人をこの 467 の研修施設に均等に振りわけますと、大体 1 施設あたり 4 人となります。一方米国は 37 人ということになります。わが国の研修の効率も悪いですし、研修医の生活の質も、指導医の生活の質も惨憺たる状況にあることがお分かりいただけたらと思います。次をお願いします。

### Workforce(ワークホース)

- 統計数値
- 小児科医の役割
- 医師 vs 非医師
- 専門分野
- 分布
- 需要・供給

専門看護師、心理士 等

一般小児科医 85%

サブスペシャリスト 15%

地域間・地域内

ワークフォースの現状と問題点の一部を箇条書きにしたものです。第 1 に、わが国には小児科医、ないしは産科医のワークフォースに関しまして、信頼に足る統計データが存在しないということがあります。我々は架空の仮定の基に議論していることをまず認識する必要があると思います。第 2 に、小児科医の役割につきましても、上気道炎の診療や予防注射・乳児検診を主要な業務とする従来型の小児科医から、子どもの心の問題、様々な慢性疾患を抱えた子どものケアなど幅広い問題に対応できる小児科医に、小児科の役割を transform する必要があります。この小児科医の役割についての議論がまだ十分になされていないと思われます。第 3 に、先ほどの産科のお話もありましたが、助産師が重要な役割を担っているというのが、米国の状況と理解しておりますが、小児医療におきましても小児専門看護師や心理士の果たす役割との役割分担を考える必要があります。第 4 にサブスペシャリストの問題があります。わが国の小児科医のひとつの特徴といたしまして、数値はアメリカのデータですが、全小児科

医中、15%のサブスペシャリスト比率は多すぎるというふうに今言われておりますが、日本の小児科医はアメリカより更にサブスペシャリスト志向が強い、ということがあります。わが国においては、一般小児科医と小児科サブスペシャリストの区分も極めて不明確です。第 5 に小児科医の分布が地域間、地域内で異なっていることは極めて大きな問題です。誤って議論されるのは小児科医の数を増やせばこういった問題は解決するという錯覚です。アメリカ小児科学会のデータによりますと、過去 20 年間でアメリカの小児科医は約 2 倍に増えたわけですが、逆に、小児科医の地域間、地域内の分布格差はより拡大しています。地域に小児科医が増えないという問題が発生しているわけです。われわれは小児科医の数を増やせばいいという主張は慎重にしなければいけないと思います。スライドをお願いします。

### 医師数

---

米国労働省 (Department of Labor)	59.8万人
米国医師会 (American Medical Association)	81.4万人

---

説明性の高い議論のために信頼できるデータの重要性はどれほど強調しても強調しすぎることはないと思います。統計数値がいかに当てにならないかという 1 例です。アメリカの労働省の統計と米国医師会が出している統計が極めて大きく食い違っています。両者の差は勤務実態のある医師だけに限っているかどうかにもよると理解しておりますが、正確なデータを、この研究班が終わるところまでにはまとめたいと思っております。次をお願いします。



**Female pediatricians in direct patient care work 82.8% as many hours per week (46.1 vs 56.1) and see 76.5 % as many patients per week ( 82.9 vs 108.4)as male pediatricians.  
American Academy of Pediatrics**

先ほど女性の医師のワークフォースの問題がありました。桃井先生のご指摘のとおりでありまして、あれはマクロの捉え方ですけれども、勤務時間につきましても、患者数につきましても、女性医師は大体男性医師の8割というデータを米国小児医学会が出しております。わが国におきましては、同様のデータを検討する必要があると思っています。次をお願いします。

## まとめ

**わが国における小児医療の workforce の最大の問題点は小児科医の絶対数の不足ではない。小児科医の不適正配置 (maldistribution) 及び、小児科医の役割分担の曖昧さにある。**

まとめですが、数の問題ではなくて小児科医の質の問題、あるいは分布の問題であるということをお願いいたします。どうも、ご清聴ありがとうございました。

**鴨下** ありがとうございました。松尾班では実態の調査ということで、これまでも過去にいろんなアンケート調査が行われているわけですが、いろいろ問題がありまして、特に回収率が悪いのが一番問題ですけれども、その点を松尾班長は非常に克明にいろいろなデータを検討されて、結論を出

されたわけです。何か、この点に関してご意見ありますでしょうか。はい、どうぞ。

**市川** 東海大学の市川です。松尾先生は非常に個人的なご見解と言われましたが、班員の1人としてしまして全くその通りだと思います。私の班員としての役割上欧米のデータを集めて参りましたが、松尾先生は小児科医は少ないという意味で絶対数をお出しになりましたが、ある意味では米国での小児科医の扱う小児の年齢は非常に高いところまである、ということまで考慮しますと、小児科医の数が日本とアメリカは1対5と、日本は5分の1でいいのですが、そういう数字ではいよいよ日本に小児科医が足りないはずがない、ということになるわけです。私自身が、各種データを調べた結果では(非常に政治的な見解になってしまうかもしれませんが)、産婦人科の中野先生が高次医療に対して経済的恩恵がないと言われた事に合致して、軽症に対しては大変経済的恩恵があるけれども、重症に対して非常に恩恵が薄いというのが日本の医療の特徴だと思われました。例えば、救急車が無料、小児外来がほぼ無料、入院の期間が非常に長いことなどです。私どもで調べた範囲では入院のインディケーションは同じなのですが、入院の期間が3倍もあるということですから、軽症になっても入院している人が多いという事です。それから風邪で外来に訪れる回数が日本は2.3回、アメリカは1回、つまり初診しかない。そのようなことで軽症を非常に厚く保護するのですが、一方重症に対しては例えば Pediatric ICU は実質的に存在し、看護師の数も少ないですし、重症心身障害者に対する施設もないということです。結局は受益者が多勢に無勢という関係で、どうしても少ない人数の人に財源をまわすというような政治的背景がないと、非常に悲しい社会的な現象ではないかと思われま。こういった内容のものはマスメディアが取り扱うということについては非常に不得意な分野ではないかなと、私は思っているのですが。そういう意味で学会、医師を中心とした専門家のまとめた意見というものが非常に必要なのではないかと考えられますし、それ以外に意見を言うソースがない

と感じております。どうもありがとうございました。

**松尾** どうもありがとうございました。

**鴨下** 他にいかがでしょうか。はい。

**衛藤** 松尾先生、大変すばらしいお話ありがとうございました。小児科医がアメリカと比べて不足していないという、実数はそうだと思うのですが、結局、問題は医療制度の体制そのものに問題があると思うのです。コメディカルスタッフの数、あるいは実際小児医療を支えていく指導者の数など、そういう諸々の数がやはり日本は10分の1くらいでやっているのではないかなと。市川先生はもっと詳しいと思いますが、それと小児救急が結局問題になっているかと思うのですが、小児救急の場で実際に担っている人は、アメリカの場合は小児科医でない人が多いわけです。救急医や総合臨床医、あるいは practical nurse など、そういう方々が担っている部分がかかなりあるので、そのへんが結果として小児科医が足りないという形で出てきているのではないかと思うのですが、その辺、先生のお考えいかがでしょうか。

**松尾** ご指摘のとおりだと思います。小児医療を小児科医だけでやるという時代は終わったのだと思います。チームを組んでコーディネートする能力が小児科医には求められているのだと思います。

**鴨下** よろしいですか。はい、どうぞ。

**大西** 香川医科大学在任中（7年前）に行われました日本小児科学会百周年のミニシンポジウム「これからの小児科医のあり方」において「我が国の小児科の現状と問題点—大学医学部小児科の立場から—」と題して発表した内容に非常に関係のあるご講演ですのでひと言申し上げたいと思います。本邦の小児科の窮状について、子供の諸々の問題に対応出来る体制になっていないから、政治家、国民、関係省庁（当時の厚生省、文部省など）やマスコミに小児科のありのままの姿を、公開シンポジウムを開催して示し、ほんとうにこれでよいのか、ということをお願いしたいと、会頭の前川喜平教授に開催一年前に注文いたしました。詳細は2年後に発行しました日本小児臨床薬理学会雑誌の資料の欄 12:151 - 157, 1999に

掲載してあります。東京国際フォーラムの5,000人収容出来るA会場で資料として、当日1,500部配布し、公開という私の願いとは全く異なり、小児科医だけを前にして講演を致しました。日本の医学部小児科80教室へのアンケート調査（回収率72.5%）によれば、年間の小児科教室の研究費の分布は1,000万円以下が22教室、1,000から3,000万円が26教室、3,000から5,000万円が10教室で、5,000万円以上はゼロでした。米国アイオワ州立大学小児外科木村健主任教授に教えていただいた小児科の年間の研究費は、米国での小児科の5位の位置づけですが、当時の1ドル120円で計算して、22億2,000万円で、人件費など制度上の差の問題はありますが、日本は平均で、その1%にも満たないのです。それからもうひとつは、中外製薬株式会社の医育機関名簿を見るまでもなく、本邦の当時の国立大学教授、助教授、講師の合計が日本では平均4人に対して、アイオワ州立大学の例を挙げるまでもなく小児科の教授、助教授、講師の合計が80から100人位の体制で教育・研究・診療が行われているのは周知のことです。今、松尾先生がおっしゃったマルディストリビューションということも大きな問題ですが、上で述べましたような具体的な事実として、量的質的な国際比較で、本邦の小児医学や小児医療に関する卒前・卒後教育が極めて貧弱であると申し上げたいと思います。百周年の講演の時に、米国と日本とは比喩的に原子爆弾と竹やり位の差が存在すると指摘したことをあえて発言させていただきました。

**鴨下** ご意見としてうかがっておきたいと思います。他にございますか。それでは時間の関係がありますので、松尾先生どうもありがとうございました。次へまいります。今度は「行政の立場で期待するもの」ということで、当研究班の母体であります、厚生労働省雇用均等・児童家庭局の母子保健課長、谷口先生にお出でいただきました。班の立ち上げから今日までいろいろご指導いただいております。先生は見かけによらず優しいソフトな方なので、お叱りを受けることは少ないので

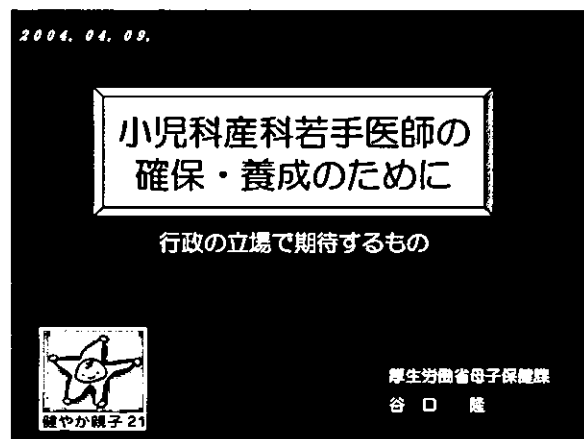
すが、しかし、いろいろ思いがおりになると思いますので、今日はそれをご披露いただきたい。なお、ご承知の方もおられると思いますが、先生は岡山大学のご出身で、54年に卒業され、大阪府の衛生部に入られ、それから各地、秋田、広島

等出向されましたが現職にあられます。大学でも秋田大学、広島大学で非常勤講師をしておられました。どうぞ、先生、今日うんと厳しく、班員を叱咤激励して下さい。

## 行政の立場で期待するもの

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長 谷口 隆

谷口 ご紹介賜りました母子保健課長の谷口です。鴨下先生からは、見かけどおりに優しい、と言っていただけるかと思いましたが、あにはからんや、そんなに厳しい顔をしているのかなと、少し鏡を見直したいと思いますが、今日お話をさせていただきますのは、研究班に期待をするといったことを大いに私ども常々言うておるのですが、それはただ単に一方的に期待をするだけではやはりわれわれとしての責務も果たせませんので、行政の役目、これまでの動きに対する反省も含めて、少しお話をさせていただけるかと考えているところです。



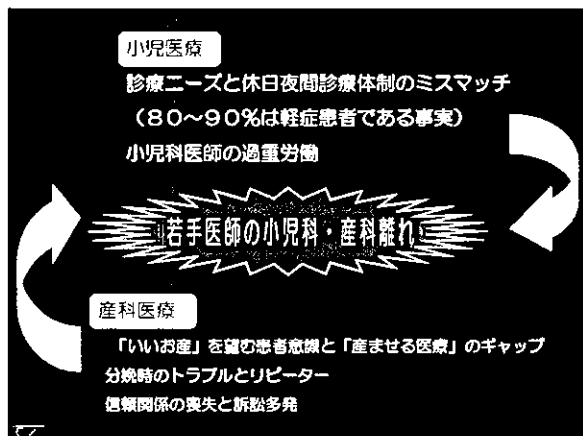
最初、余談でございます。スライドの左下にございます、これは先生方ご存知でいらっしゃるでしょうか。21世紀の母子保健のあるべき姿、方向性をどうすべきか、というのを平成12年の末ですがまとめました。それを国民運動として展開していこうということで今進めている最中ですが、そのスローガンでございます。「健やか親子21」とネーミングしております。日本国民全体の健康づくりという意味では、「健康日本21」

というものが進んでおりまして、こちらのほうはわりと認知度が高いのですが、残念ながら母子の分野における国民運動ということで、「健やか親子21」をやっているのですが、意外にご存知ない方もいらっしゃる。ぜひ、これは今日、ご参加の先生方覚えて帰っていただきまして、少なくとも、現場でやっていただいている方々には周知をお願いしたいと思っておりますので、ちょっと付け加えさせていただきました。基本的にこういった「健やか親子21」の中でも小児、産科医療の問題は非常に大きく取り上げられておりまして、具体的にどうしていくのかにつきましても私どもに課せられた課題のひとつになっているところです。



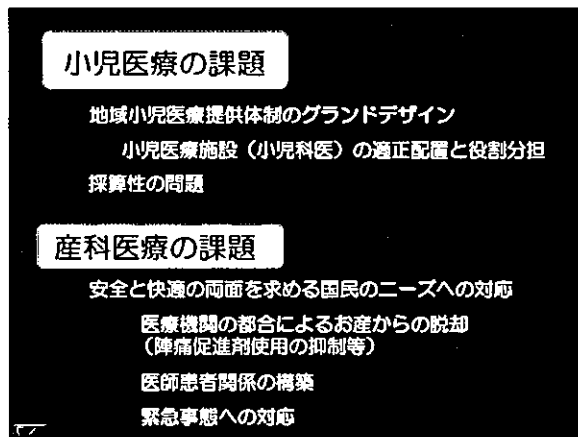
少しセンセーショナルなスライドですが、昨今は少し治まったかもしれませんが、2年前くらいにもものすごく派手に、新聞にこういったトーンの記事が書かれておりました。特にその地域、救急関係でたらい回しにされて子どもが死んでしまう、などという話がさんざん出まして、何かというと国民の不满をマスコミが代弁して、センセーショ

ナルな記事になったと、私も認識をしているわけなのですが、それはやはり耳を傾けなくてはいけない問題があるわけです。



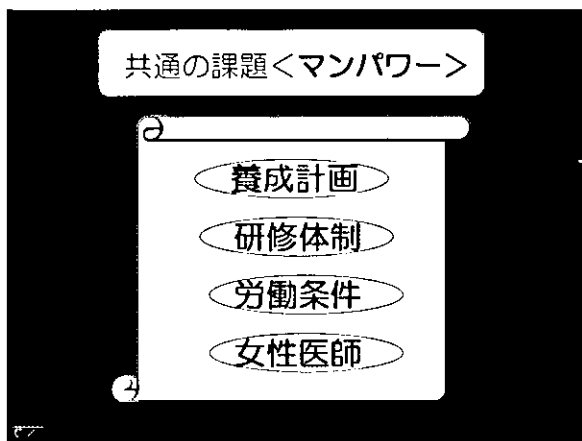
小児医療については診療ニーズと特に休日・夜間診療だと思えますけれども、提供体制のミスマッチが起きてくるというのが一番の理由だろうと思います。この裏には、8割から9割が軽症の患者さんであるという現実があり、本当に大切な、と言いますか、手をかけなくてはいけない重症の方々へ小児科の先生方の力が回せないといったことがあったりするわけでありまして、で、全体として過重労働になって小児科離れが進むと。片や産科につきましては、これも中野先生から大変見事なプレゼンテーションいただきましたが、「いいお産」というものが、国民の間でもうあたりまえのように権利意識として芽生えてきているということ、われわれは認識しなくてはいけないのではないかと思うのであります。「いいお産」、かぎ括弧つきで書きましたけれども、要は安全で快適なお産であるというふうにならなければなりません。この「いいお産」を望む患者さんの意識と、それから片や、言葉を選んで話さないとお叱りを受けそうですけれども、頭の固い、ご年配の先生が中にはいらっしゃるかもしれません。そういう方にとってみると、産ませるのだ、というふうな医者側から見たお産といったところでどうもギャップがあるのではないかとということで、そういうことが、ひいては分娩時のトラブルになり、それに気付かず、リピーターとなって、その内医道審議会で医籍剥奪されるといった恐れがで

るわけでありまして、そういうことを踏まえまして、結局その患者さんとお医者さんとの信頼関係というのは本当に希薄になってまいります。当然、訴訟がでてくるということで、それは若手のお医者さんにとりまして、嫌になるのもあたりまえだろうと、私もよくわかります。そういうことで産科離れは進むのだろうと理解しているわけでありまして。



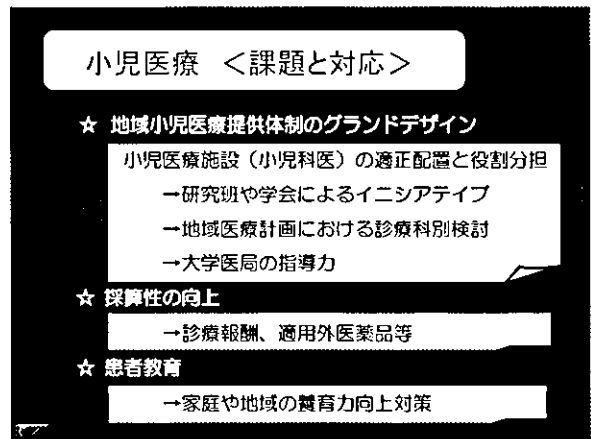
それぞれ考えてみますと、やはり小児科医療につきましての大きな課題は、行政ですけれども、結局、提供体制のグランドデザインが十分に作られていない。これは大いに行政にも責任があるわけでありまして。ただ、小児科だけではなくて、今の医療提供体制は、はっきり言えば、診療科別に全然できていません。産科であろうと、内科であろうと、小児科であろうと、外科であろうと全部ひっくるめた形のもの地域における医療提供サイドとしてどうあるべきか、という形で、それもベッドの数だけ、こういうものさえ決めればよいという形でこれまでできていた部分が非常に大きいわけでありまして。この辺はわれわれとしてもたいへん反省しなくてはいけないのではないかと考えているのですが、特に、母子保健課ですから、子どもとお母さんのことばかり考えるようになりますが、小児医療について地域における提供サイドはどうあるべきかということをやりに考えなくてはならない、ということでありまして、その中には小児医療施設、それから、小児科医というワークフォースも入っているのではないかと思いますけれども、施

設、人材、両面からの適正配置と役割の分担を医療計画に書くべきであろうと、私は考えています。それからもうひとつは採算性の問題ということで、これはなかなか医療経済という視点から見ると、たいへん厳しい問題になってまいります。ここも看過してはいけないというふうに考えているところであります。産科医療につきましては、繰り返しになりますが、安全と快適の両面を求める国民のニーズにどう対応していくのかということだろうと思います。これもなかなか言いづらい話ではありますが、医療機関側、提供側の都合によるお産というものを、もうそろそろ脱却しなくてはいけないのではないかと。陣痛促進剤でしょっちゅう事故を起こします。そういうところから結局、信頼関係が崩れていくのを、私ども一番恐れておりますので、これは1例だろうと思いますが、医療機関の都合ということから、患者さんの求めに応じた医療というふうに脱却しなければいけないのではないかとということでもあります。それが、ひいては医者患者関係の構築にもつながりますし、もっと言えば、医療機関相互のネットワークというものの中で、先ほども出ていましたけども、オープン化もひとつの方向性であろうと思います。緊急事態の対応がその中でなされていけば、そんなに悲観することはないのではないかと私自身は考えているわけでありませう。



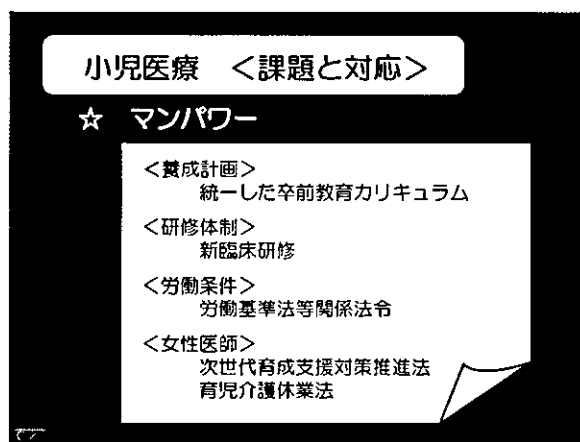
産科、小児科共通の話題としてマンパワーの話、ワークフォースの話が出てくると思います。養成の問題、研修の体制の問題、労働条件、女性医師の問題というふうに便宜上整理をしてみました

が、当然オーバーラップする話でもございますので、その辺は偏りがあるかもしれませんがお許しをいただきたいと思ひます。これから先は、小児科学会でありますので、あんまり産科の話ばかりしていると怒られますので、若干小児科にシフトしますので、中野先生、お許しをいただきたいと思ひます。



先ほども言いましたように、小児医療体制のグランドデザインということで繰り返しになりますが、その施設、それから人材、これの適正配置と役割分担をしなくてはいけないのだらうと思ひます。現在、研究班でもそうですし、学会のほうでもグランドデザインというものを考えたいしている最中では。これは大変私ども、期待をいたしてございまして、研究班、学会によるイニシアティブの下にそういったお考えを、行政としてどのように反映していくかを、今から心構えをして、3年間のこの研究班の成果、もしくは学会のほうのまとめていただいたものを真摯に受け止めて、施策に生かしていければと考えているところであります。その際のツールが、繰り返しになりますが、都道府県ごとに定めている地域医療計画というものであります。これは先ほども言ひましたように、今は単にベッドだけの計画であります。具体的にどういふ診療体制を取るのかなど、そういったことについては、救急など、その辺は若干行われておりますけれども、産科はどうだとか、小児科はどうだとか診療科別にこういう計画を持っている県はまずないと思ひます。そういったところに反映させないとたぶん駄目だらうとい

うふうに思います。すべての科でそういうのを作るのは大変だと思いますので、当座はやはり小児科、産科といった大変なところからやっていただければいいと思います。そういった方面にぜひ学会、地方会が都道府県ごとにありますが、そういったところで行政のほうへ都道府県の医療審議会というところでこういう計画は作られるわけですから、ぜひ地方会の先生方からもご指導いただきたいというふうに考えているわけです。その際、抵抗勢力という話が先ほど出てきましたが、どうしてもやはり大学医局の指導力ということで英断をもって統合再編をするというふうに踏み切っていただくしかないのではないかと私自身は考えているところです。採算性の問題については、診療報酬、それから適用外医薬品の問題等もありますが、こういった問題についても、ぜひわれわれとしてもがんばってまいりたいというふうに思っています。患者教育、これはなかなかいわく言い難いです。先生方の立場、それから行政もそうですが、なかなかこういうのは患者さんに理解してもらえにくい問題です。でもやはり言わなくてははいけません。昔口うるさいおじさん、おばさんが街角にいたように、やはり日本の社会の中でそういうものが消えていくのはよくないと思います。正しいことはやはり正しく誰かが言わなくていけないということで、今地域において大変養育力が低下しているというふうに言われます。こういう問題についても役目を誰かが果たさなくてははいけないということで、先ほどのスライドに出ていましたが、保科先生がやっていただいたような患者のためのテキストなど、そういったものもひとつの方法でしょうし、そういったツール、何でも構わないと思うのですが、やはり患者さんに対して医療の問題も十分考えていただいて、地域、家庭といったところで子どもをちゃんと見ていける力をつけていただくということも大事なのではないかと考えているところです。



それからマンパワーの話です。これは養成計画というので、少しうちが手を出しにくいところですが、文科省と大学のほうで、少なくとも各大学でばらばらなカリキュラムはやめていただきたいと私は考えています。最低限、小児科医療でこれくらいのことはやはり身に付けさせるといった統一したカリキュラムは本来どこかであるはずなのですが、それがたぶん守られていないと私は理解していますが、そういったものをぜひカリキュラムを統一するということと合わせて実行する、実践するというので、上積みはいくら大学ごとに特色があってもいいかとは思いますが、最低限ベーシックなものについては統一させて、しかも同じようなレベルでの医学生教育をやっていただきたいということを学会にお願いしたいと思っています。それから研修については、新臨床研修が本当に始まりますので、若干その期間についてのいざこざがこれまでありましたが、少なくともスタートするわけです。この点については有効に使わなくてはならないということですので、できるだけ厚労省としても小児科・産科そういったところへの若手の医師の確保・養成のために努力をしてまいりたいと思っています。労働条件、これも先ほどどなたかご指摘いただきましたが、やはり労働基準法に基づくというのが基本です。医者も労働者だという認識を持たなくてははいけない部分があると思います。ただそれだけで、権利意識ばかり持ってしまえばまたこれはこれで国民との軋轢が生じるとは思います。その辺が難しいのですが、ただ全然労働者ではないというのも、もう社

会にそぐいません。この部分はやはりちゃんと押さえておくべきだろうと思います。それから女性医師の問題です。ここは少し管理職の先生方多いと思いますので一言お願いをしておきますが、次世代育成支援対策推進法が昨年成立いたしました。これは事業所において従業員のための育児支援、こういったものをどのようにしていくかを事業所ごとに行動計画を作っただいて、それに反映をさせるといったことが主旨の法律です。病院も適応外ではありません。300人以上従業員をかかえる病院は、すべからく行動計画を作っただいて、その病院の中の従業員の方々がいかに子どもを育てやすくするかについて、しっかりと書き込んでいただかなくはいけません。これはなかなか厳しいと思います。でもやっていただかなくはいけない、というので、ぜひこの点につきましては先生方、頭に入れていただきたいと思えます。

育児介護休業法についてですが、これは今国会に出しているのですが、年金の関係やイラクの関係でどうなるか、なかなか難しいのですが、やはり女性医師の問題として育児休業、こういった問題を幅広く認知していただかなくはいけませんので、この問題についても法律が制定されますと、ぜひ病院の中でそういった体制がちゃんとできるように管理職の特に院長先生などにおかれましてはご理解いただきたいと考えているところです。



## 健やか親子 21

最後、「健やか親子 21」、ぜひこれを忘れずに今日は覚えて帰っていただきたいということです。また足りないところは後ほどの討論の中でまたお答えをさせていただきたいと思えます。ありがとうございました。

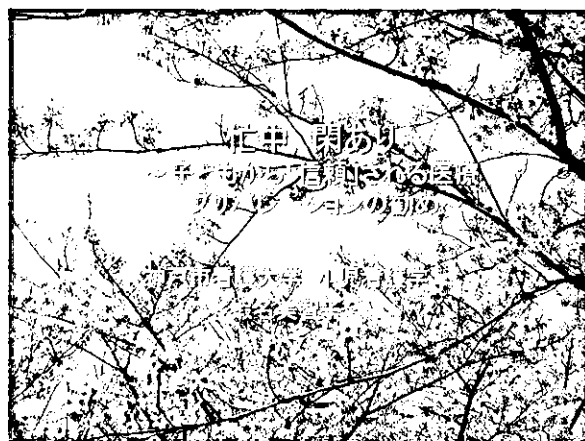
**鴨下** どうもありがとうございました。研究班としてのひとつの今後の方向をまたあらためて示していただいたと思えます。一言申し上げたいのですが、最後に話された次世代育成支援対策法を成立させた陰の立役者が谷口課長だと伺っております。健やか親子 21 に対してもすべての小児科医・産科医が協力すべきだと思えます。ありがとうございました。何かご質問ありますか。時間が少し迫っておりますので、総合討論のほうでお願いしたいと思います。これから指定発言をいただきたいと思えます。引き続き私が座長を務めますが、最初は蝦名美智子先生にお願いしたいと思えます。蝦名先生は聖路加看護大学を 1969 年にご卒業になられまして、筑波大学附属病院で小児病棟の婦長などを経験されたこともあります。1996 年から、現在の神戸市立看護大学小児看護学の教授をしておられます。片田班のメンバーとして、いろいろと小児医療と看護との連携ということで、非常にいつもいい研究をしていただいております。どうぞよろしくお願ひします。



## 忙中、閑あり

～子どもから「信頼」される医療：プリパレーションの勧め～

神戸市看護大学小児看護学教授 蝦名 美智子



**蝦名** ご紹介いただきました蝦名と申します。片田先生が、今日都合が付かないため、全体ではなく私がやっている範囲についての説明をさせていただきます。

私がいただいているタイトルは「子どもと親へのプリパレーションへの実践普及」というのが正式な名前ですが、タイトルをあえてこのように変えさせていただきました。それは、ひとつは一昨年私も 1,500 くらいの小児病院のドクターと看護師、お母さんたちに調査させていただいたのですが、その中に点滴、採血といった、一般的に普段よくやる検査について子どもに説明していますか、という質問をしました。それに関してドクターの皆さんから、「これ以上忙しくなるような余分なことは、あんた考えないでくれ」、「説明するなんて余分なことは絶対言い出さないでくれ」というふうな書き込みを集めてみましたら、約 A4 で 1 センチくらいの厚さになりまして、現場の先生方の忙しさをひしひしと感じながら、お忙しいのだなと感じました。しかしながら、実際には子どもに説明しているドクターもいらっしやい

まして、そのドクターたちは、子どもに説明したほうが、協力がもらえるし、泣き叫ぶ子どもを抑えるよりはトータル時間は短いのではないかと、おっしゃる先生方もおられまして、それで「忙中閑あり」というタイトルにしました。それから、子どもから信頼される医療というサブタイトルですが、小児科の先生たちは、お母様やお父様からの信頼は得ているのではないかと思うのですが、子どもから信頼される医療をされているのでしょうか、という問いかけをしたいと思います。

プリパレーションとは

子どもへ、子どもがわかる表現で説明を

行い、「これから起こること」に対して

子どもが「心の準備」をするように

医師や看護師がかかわること

～

私たちは、子どもから信頼される医療の中心にプリパレーションといったことを考えています。プリパレーションは、子どもへ子どもが分かる表現で説明を行い、これから起こることに対して、子どもが心の準備をすると言いますが、やる気になるように、医師や看護師が関わることとなっています。

## プリパレーションは

医療処置の手順の一部と考える

のではなく、子どもに対する倫理的

課題であり、省略してはいけない

ﷲ

私たちは、これは医療処置の手順やマニュアルの一部とは考えておりませんで、子どもに対する倫理的な課題で省略してはいけないこと、大人でいえばインフォームド・コンセントにあたるものであると考えています。

## 入院している子どもの権利章典

アメリカ・ロングビーチ・ミラー小児病院 1979年3月  
岡山大学 小田慈 訳 小児保健研究60(2), 2001

### 12. 自分の身体に何がおきているのか、自分のわかる言葉で理解できるように説明を受け、自分の質問に対して偽りのない答えを得る権利

ﷲ

これは岡山大学の小田先生が、小児保健研究で2001年にご紹介下さっているのですが、アメリカの病院の、入院している子どもの権利章典、1979年のものですが、その中の12番目に、子どもは自分の身体になにが起きているのか、自分の分かる言葉で理解できるように説明を受けて、自分の質問に対して偽りの無い答えを得る権利があるのだと。「今から散歩に行くのだよ」と言って手術室へ連れて行ってはいけないということを申し上げたいのです。

## 入院している子どもの権利章典

アメリカ・ロングビーチ・ミラー小児病院 1979年3月  
岡山大学 小田慈 訳 小児保健研究60(2), 2001

### 10. 可能な限り、希望があれば、いつでも自分の両親と一緒に過ごす権利

ﷲ

次に、これは10番目に書かれていることです。子どもたちは、病院の中にいる時は、いつでも両親と一緒にいることができることを保証しています。ですから、検査や処置、例えば点滴や採血、あるいはマルクやルンバールの時でも、両親と離されることなく、親も一緒に処置室にいらることができるのだよ、ということです。後でお見せしますが、点滴や採血の場合、親を離して子どもだけ処置室に連れて行って、固定したり押さえたりしてはいけないということです。

## 入院している子どもの権利章典

アメリカ・ロングビーチ・ミラー小児病院 1979年3月  
岡山大学 小田慈 訳 小児保健研究60(2), 2001

### 9. 自分がつらいとき、大声で泣いたり、叫んだり、いやだと言える権利≠抑えて泣かせる

ﷲ

それからこれは、入院している子どもの権利章典の中の9番目に、子どもが辛いときに大声で泣いたり叫んだりいやだと言ってもいいのだよ、というふうなことを言っているのですが、その文章の全体を読みますと、看護師が押さえつけて泣かせる、という意味はないかなと考えています。

## ヨーロッパ 病院の子ども憲章

European Association for Children in Hospital in 1988

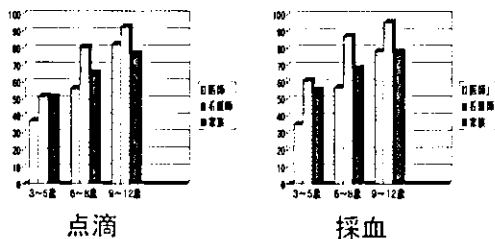
4. 子ども達や親たちは、年齢や理解度に応じた方法で、説明を受ける権利を有する。また、身体的、情緒的ストレスを軽減するような方策が講じられるべきである。

野村みどり訳  
(子どもの病院環境&フレイセラーネットワーク)

┌

これはヨーロッパ病院の子ども憲章の4番目の内容ですが、東京電機大学の野村先生の訳ですが、そこでも米国の権利章典と同じようなことを言っています。

### 子どもが「点滴・採血」の説明を受ける割合



┌

次に、これは私たちが一昨年、病院のドクターと看護師と親に調査したときのデータですが、「子どもが点滴や採血を受けるときに、十分に説明していますか」というところで「十分に説明している」とお答えになったドクターは、3歳から5歳のところで4割いません。それから、採血の方でも4割いません。看護師は5割くらいでしょうか。お母さんたちも5割前後というところで、3～12歳を全体的に見ていきますと、6割くらいの子どもは説明を受けていることになるのでしょうか。これを考えますとき、平成11年の患者調査を見ても、約80万の子どもが外来を受診したり、入院したりしているのですが、その半分として40万、4割として32万くらいの子どもは、何も説明を受けずに突然に採血や点

滴を受けていることになります。

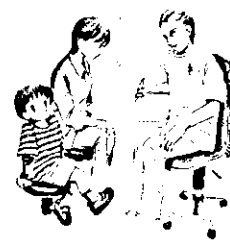
### 医師・看護師へお願いしたいこと

1. 親と子どもの同意なく、親子を離さない。
2. 子どもがわかる表現で説明する。
3. 医師だけで完結しようとしない。  
看護師は医師のパートナー  
≠医師の手足

┌

私たちは、医師や看護師にお願いしたいこととして、処置のときに親と子どもの同意なく親と子を離さないでくださいと。これはボウルビーというイギリスの児童精神科医も親子を離さないように、子どもの安全基地である親を取ってはいけないといったことを言っています。それから子どもが分かる表現で説明するということ。3番目ですが、今日お話を伺っていると、これからは医師だけで医療はできない、ということを何人かの先生方がおっしゃってくださっていますが、昨年度、ドクターのところへインタビューに行きましたときに、看護師はほとんどパートナーとしての、パートナーと言うと少し言いすぎだなという気持ちもあるのですが、医師と連携、チームを組んでいく時の対象とは考えてもらっていないことが良く分かりましたので、あえてこのところを僭越ですが書かせていただきました。

### 一緒にはいるけど、退屈だなー



┌

これは私たちがこの研究に入る前に、文部科研

で行った研究のときに得たデータから作ったものですが、ドクターに聞きますと、ほとんどは親子一緒に説明をしているから子どもは聞いているはずだ、とおっしゃっています。ですが、私たちが観察したところでは、話をしているのはお母さんとドクターで、子どもは退屈してイタズラしたりしていました。

### 子どもへの説明を聞いて、 私もよくわかったわ



レ

それから、これは私たちがお願いしているのですが、子どもの目を見て、子どもに説明をしてくださいませんかと言っているのです。データの中にも、血液疾患のドクターたちは、子どもにきちり説明をしないと血液の治療が続けられないということで、説明をやっておられるようですが、そのときは子どもの目を見てしっかり説明をされますので、お母さんたちが、先生の説明でわからなかったことが子どもの説明を聞いて分かった、というふうにおっしゃっています。

### 天使から悪魔へ (馬乗りはやめましょう)



レ

それから、これは私たちがよく見かけるところなのですが、子どもを押さえるときに馬乗りにな

ってしまう看護師さんがおられまして、これもやめていただけないかと。子どもは大変に恐怖感をもってしまいます。私たちは処置の場面に、ぜひお母さんあるいはお父さんをお入れして下さいと言いますと、ドクターやナースからの意見は、子どもとお母さんからじっと見られると、やはり手がすくんでできないといったことをおっしゃいますけれども。

### 年少幼児 お母さんが一緒① 子どもに採血を見せたくない時



レ

小さい子どもの場合には、目の前で見ていないものは現実ではない、というところがありまして、これは1、2歳くらいまでの子どもですが、お母さんにこういうふうな形で、脇の下で腕を支えてもらいながら、お母さんに遊んでもらいながら採血をするという方法で、実際にイギリスでやっていました。

### 年少幼児 お母さんが一緒② 人形でディストラクション



レ

これは年少幼児の場合、やはり背中まで向けなくても、子どもの気持ちをそらす方法でディストラクションといいます。ディストラクションは、子どもの気持ちを他にそらすという意味合いで