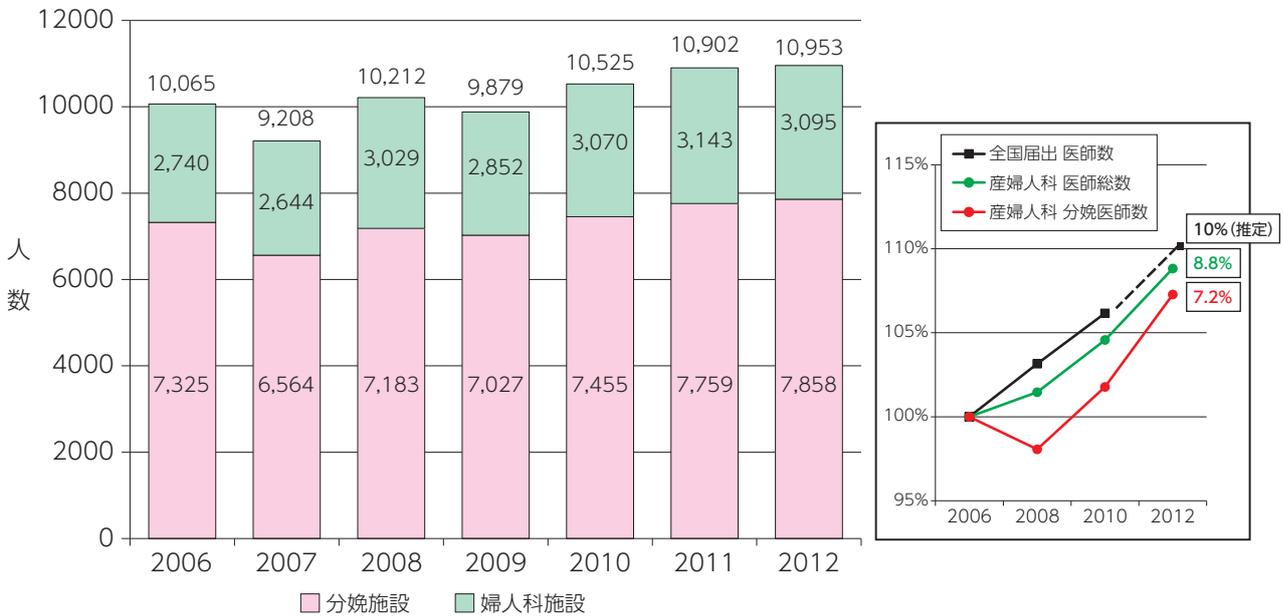


特集：産婦人科危機再び！

図 2 産婦人科医増加は停滞！



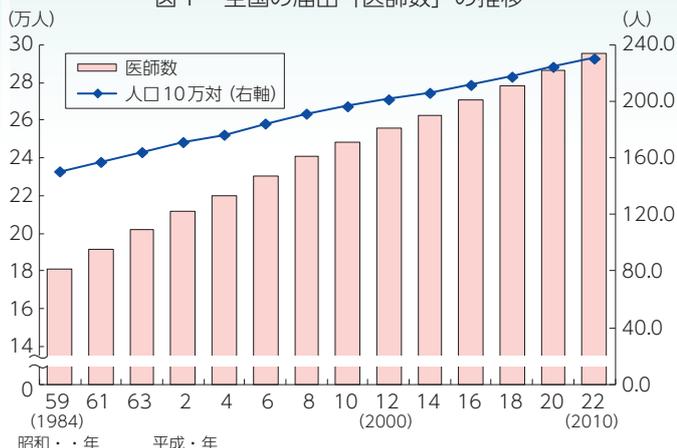
産婦人科医師の増加は停滞し、増加率は医師全体の増加率を下回り、分娩取扱施設ではさらに低い。

産婦人科専攻医減少—その背景と対応

日本産婦人科医会常務理事 中井 章人

厚生労働省が2年ごとに発表する医師・歯科医師・薬剤師調査では、全国の届出医師総数は年々増加し、2010年には295,049人(男性81.1%、女性18.9%)となり、人口10万対医師数は230.4人に至っている(図1)。では、産婦人科医師数はどうであろう。これまでに行政、自治体に対し、多くの提言を行う基礎データとなってきた本会施設情報調査(2006～2012年)をもとに解析する。

図1 全国の届出「医師数」の推移



平成22年(2010年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況2010年12月31日現在
厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室2011.12.06

1. 産婦人科医増加率は停滞

確かに産婦人科医師数は増加しているが、2011年以降停滞している(図2、表1)。調査が開始された2006年を基準に比較すると、分娩を取扱う診療所を除き、すべての施設で医師は増え、6年間で888名(増加率8.8%)の増加となっている。しかし、問題は、この増加率が前述の届け出医師総数の増加率(10%)を下回ることである(図2)。また、産婦人科の中でも分娩取扱施設の医師増加はさらに低率だ(7.2%)。

目次

特集：産婦人科危機再び！

- 産婦人科専攻医減少—その背景と対応…………… 1～5
- 産婦人科専攻医減少—女性医師へのさらなる就労支援はどのように？… 6～8
- 産婦人科医の仲間を増やす方策を探る…………… 8～10
- 「どんな専門医になれる？」専門医取得要件…………… 11
- 注目される研修／教育プログラム…………… 12～14
- 編集後記…………… 14

表 1 日本産婦人科医会施設情報調査 2006 - 2012

| | 分娩施設 | | | | | | 婦人科施設 | | | |
|---------|------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|
| | 回収率 | 総医師数 | 病院 | | 診療所 | | 病院 | 診療所 | 施設数 | 医師数 |
| | | | 施設数 | 医師数 | 施設数 | 医師数 | | | | |
| 2006 | 96% | 10,065 | 1,223 | 5,057 | 1,755 | 2,270 | 337 | 392 | 2,590 | 2,346 |
| 2007 | 88% | 9,208 | 1,090 | 4,485 | 1,584 | 2,079 | 318 | 373 | 2,429 | 2,271 |
| 2008 | 96% | 10,212 | 1,138 | 4,927 | 1,647 | 2,256 | 380 | 449 | 2,637 | 2,580 |
| 2009 | 90% | 9,879 | 1,055 | 4,915 | 1,521 | 2,112 | 357 | 408 | 2,459 | 2,444 |
| 2010 | 96% | 10,525 | 1,084 | 5,242 | 1,554 | 2,213 | 394 | 451 | 2,599 | 2,619 |
| 2011 | 97% | 10,902 | 1,084 | 5,571 | 1,540 | 2,188 | 398 | 472 | 2,580 | 2,671 |
| 2012 | 96% | 10,953 | 1,077 | 5,686 | 1,508 | 2,178 | 397 | 483 | 2,512 | 2,606 |
| 2006 年比 | | 888 | - 146 | 629 | - 247 | - 96 | 60 | 91 | - 78 | 260 |

文科省、厚労省では 2007 年より地域枠の入学制度を導入し、2009 年には 700 名を増員し、医学部の定員は過去最大の 8,486 名に達している。2011 年度の時点で、84% の大学が地域枠を導入し、全入学者の 16% が地域枠となっている。年間 1,300 名に及び地域枠入学者は、今後本邦の地域医療に大いに貢献してくれるはずである。しかし、産婦人科の志望者はどこまで増加するのであろう。困っている診療科に医師が配分されなければ意味がなく、今後、その動向を注視していかなければならない。

もうひとつの問題は、新医師臨床研修制度である。2006 年は発足から 2 年が経過し、新しい制度のもとすべての診療科に後期研修医（産婦人科では専攻医）が就職した re-start の年である。したがって、それ以降に産婦人科医師数の増加が停滞しているのは、制度の影響と言うこともできる。さらに、2010 年度からは産婦人科が必修から選択必修となり、研修医が産婦人科に接する機会が激減した。この改定も産婦人科に暗雲をもたらす可能性を排除できないのである。

2. 産婦人科専攻医減少 !?

医師数の推移を、より若手の動向を反映する日本産科婦人科学会入会者数でみると、2010 年度をピークに減少に転じていることが分かる（図 3）。この減少が前述の医師数増加率停滞の主因である。また、学会入会者の男女構成をみると、2002 年度以来、概ね 60% を占めていた女性が、2010 年度以降減少している。女性医師の就労環境対策では、医療界をリードしているはずの我が産婦人科に於いてである。当直明けの勤務

緩和すら、その意味を知らなかった他の診療科が女性医師獲得にシフトし、徐々にそのシェアを伸ばしているのである。

今後、定年退職者の増加が予想され、少なくとも年間 500 名程度の増員がなければ、病院勤務医師を確保していくことはできない。深刻な事態が、目前にある。

3. 産婦人科医の偏在

この事態に拍車をかけているのが、地域偏在だ。都道府県ごとの産婦人科医師数の増減を比較すると、6 年間に 12 の自治体で減少に転じている（図 4）。人口 10 万人対産婦人科医師数の推移も同様で、8 の自治体で減少している（図 5）。参考までに各自治体の 2006 年と 2012 年の産婦人科医師数とその増減（人口 10 万人対産婦人科医師数とその増減）を示しておく（表 2）。

地域偏在の傾向は分娩取扱施設の医師でより顕著である。2012 年、分娩施設の医師数は 7,858 名で全産婦人科医師の 71.7% を占めるが（図 6）、6 年間に 17 自治体で減少している（図 7）。参考までに各自治体の 2006 年と 2012 年の分娩取扱施設の医師数とその増減（医師 1 人あたりの分娩数とその増減）を示しておく（表 3）。

こうした偏在は自治体間のみならず、自治体内にも散見される。東京では人口当たりの医師数は 23 特別区と多摩地域で 2 倍の開きがある。また、大阪や京都などでも、中心部とその他の地域で同様の格差があると聞く。

4. 増加低迷と地域偏在への対応

この問題に対応するために、必要なものは何か。何をにおいても医師数確保である。十分な産婦人科医師が確保されれば、医療過疎地域への派遣をはじめ、かつての大学医局が行っていたようなローテーション・システムの再構築も可能になる。いかにして医師を確保するか、以下に私見を記す。

1) 若手医師は少しでも早く専門領域を定めるべき

持続可能で魅力的な産婦人科医師のあり方を提案することは重要だが、提言だけでは、若者は振り返らない。いかに現在産婦人科を専攻している若手医師が、魅力的な仕事をし、生活を楽しんでいるか、それを実践し示さなければならない。では、そのために何が必要か。

現在の産婦人科学は多様化し、業務内容も格段に増加した。また、専門医の種類も多様化に伴い増加した。かつての（昭

図 3 日本産科婦人科学会年度別入会者数（2013.3 月現在）

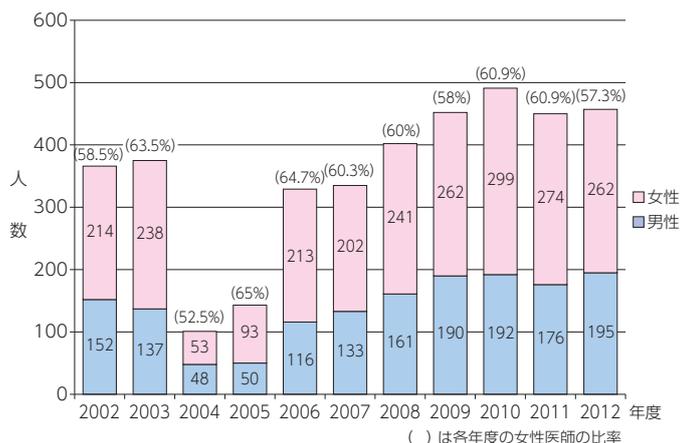


図 4 産婦人科総医師数の増減（2006 年～ 2012 年比較）

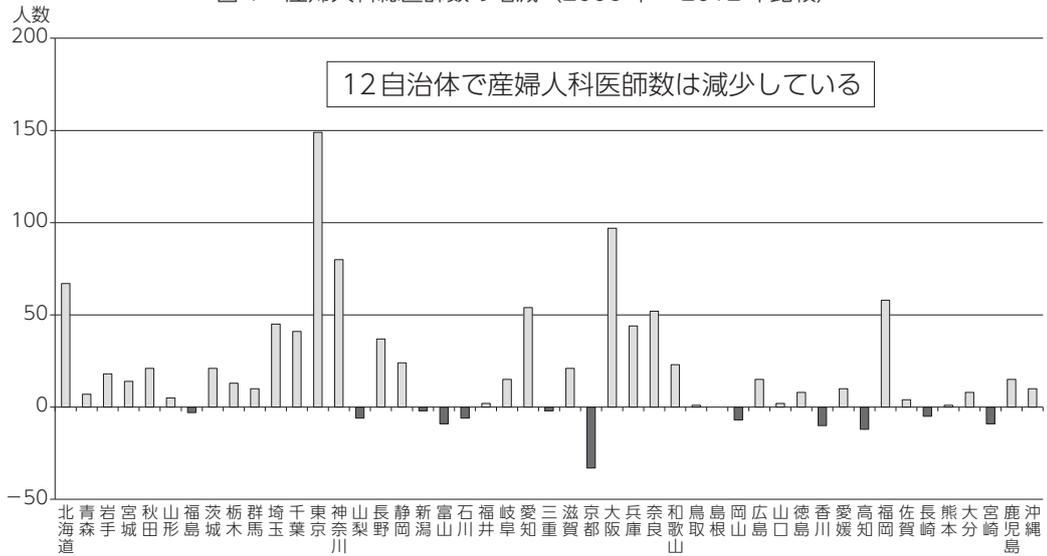


図 5 医師数増減（2006 年～ 2012 年比較：人口 10 万対）

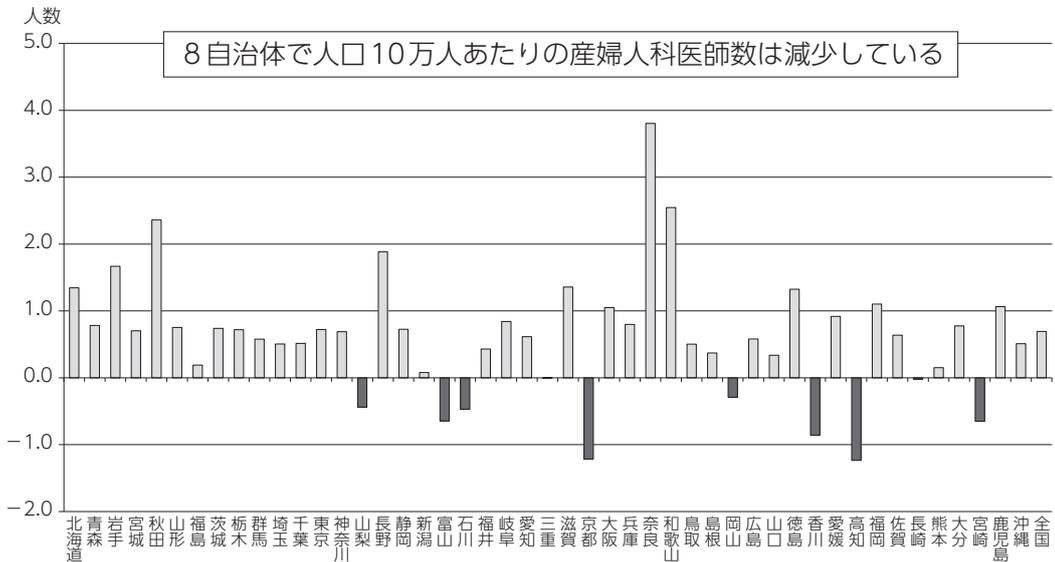
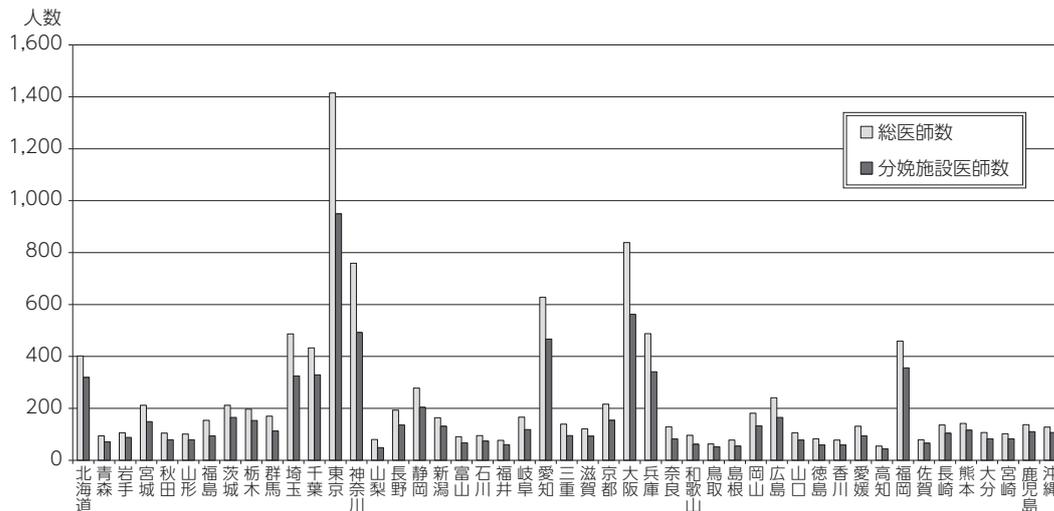


表 2 産婦人科医師数の推移

| | 総数 | | | 人口 10 万対 | | | | 総数 | | | 人口 10 万対 | | |
|------|-------|-------|-----|----------|------|------|------|--------|--------|-----|----------|------|------|
| | 2006 | 2012 | 増減 | 2006 | 2012 | 増減 | | 2006 | 2012 | 増減 | 2006 | 2012 | 増減 |
| 北海道 | 335 | 402 | 67 | 6.0 | 7.3 | 1.3 | 滋賀県 | 100 | 121 | 21 | 7.2 | 8.6 | 1.4 |
| 青森県 | 87 | 94 | 7 | 6.1 | 6.9 | 0.8 | 京都府 | 249 | 216 | -33 | 9.4 | 8.2 | -1.2 |
| 岩手県 | 88 | 106 | 18 | 6.4 | 8.1 | 1.7 | 大阪府 | 742 | 839 | 97 | 8.4 | 9.5 | 1.1 |
| 宮城県 | 198 | 212 | 14 | 8.4 | 9.1 | 0.7 | 兵庫県 | 444 | 488 | 44 | 7.9 | 8.7 | 0.8 |
| 秋田県 | 84 | 105 | 21 | 7.4 | 9.8 | 2.4 | 奈良県 | 77 | 129 | 52 | 5.4 | 9.2 | 3.8 |
| 山形県 | 96 | 101 | 5 | 7.9 | 8.7 | 0.8 | 和歌山県 | 73 | 96 | 23 | 7.1 | 9.6 | 2.5 |
| 福島県 | 157 | 154 | -3 | 7.5 | 7.7 | 0.2 | 鳥取県 | 62 | 63 | 1 | 10.3 | 10.8 | 0.5 |
| 茨城県 | 191 | 212 | 21 | 6.4 | 7.2 | 0.7 | 島根県 | 78 | 78 | 0 | 10.6 | 11.0 | 0.4 |
| 栃木県 | 184 | 197 | 13 | 9.1 | 9.9 | 0.7 | 岡山県 | 188 | 181 | -7 | 9.6 | 9.3 | -0.3 |
| 群馬県 | 160 | 170 | 10 | 7.9 | 8.5 | 0.6 | 広島県 | 226 | 241 | 15 | 7.9 | 8.4 | 0.6 |
| 埼玉県 | 442 | 487 | 45 | 6.3 | 6.8 | 0.5 | 山口県 | 104 | 106 | 2 | 7.0 | 7.4 | 0.3 |
| 千葉県 | 392 | 433 | 41 | 6.5 | 7.0 | 0.5 | 徳島県 | 75 | 83 | 8 | 9.3 | 10.6 | 1.3 |
| 東京都 | 1,266 | 1,415 | 149 | 10.0 | 10.7 | 0.7 | 香川県 | 88 | 78 | -10 | 8.7 | 7.9 | -0.9 |
| 神奈川県 | 679 | 759 | 80 | 7.7 | 8.4 | 0.7 | 愛媛県 | 121 | 131 | 10 | 8.3 | 9.2 | 0.9 |
| 山梨県 | 86 | 80 | -6 | 9.8 | 9.3 | -0.4 | 高知県 | 67 | 55 | -12 | 8.5 | 7.3 | -1.2 |
| 長野県 | 156 | 193 | 37 | 7.1 | 9.0 | 1.9 | 福岡県 | 401 | 459 | 58 | 7.9 | 9.0 | 1.1 |
| 静岡県 | 254 | 278 | 24 | 6.7 | 7.4 | 0.7 | 佐賀県 | 75 | 79 | 4 | 8.7 | 9.3 | 0.6 |
| 新潟県 | 166 | 164 | -2 | 6.9 | 6.9 | 0.1 | 長崎県 | 141 | 136 | -5 | 9.6 | 9.6 | 0.0 |
| 富山県 | 100 | 91 | -9 | 9.0 | 8.4 | -0.6 | 熊本県 | 141 | 142 | 1 | 7.7 | 7.8 | 0.2 |
| 石川県 | 101 | 95 | -6 | 8.6 | 8.1 | -0.5 | 大分県 | 99 | 107 | 8 | 8.2 | 9.0 | 0.8 |
| 福井県 | 75 | 77 | 2 | 9.2 | 9.6 | 0.4 | 宮崎県 | 111 | 102 | -9 | 9.7 | 9.0 | -0.7 |
| 岐阜県 | 151 | 166 | 15 | 7.2 | 8.0 | 0.8 | 鹿児島県 | 122 | 137 | 15 | 7.0 | 8.1 | 1.1 |
| 愛知県 | 574 | 628 | 54 | 7.9 | 8.5 | 0.6 | 沖縄県 | 118 | 128 | 10 | 8.6 | 9.1 | 0.5 |
| 三重県 | 141 | 139 | -2 | 7.5 | 7.5 | 0.0 | 全国 | 10,065 | 10,953 | 888 | 7.9 | 8.6 | 0.7 |

図 6 2012 年都道府県別産婦人科総医師数 (10,953 名) と分娩施設医師数 (7,858 名 : 71.7%)



参考：2006 年分娩医師 / 総医師数 (7,325 / 10,065 : 72.8%)

図 7 分娩取扱医師数の増減 (2006 年との比較)

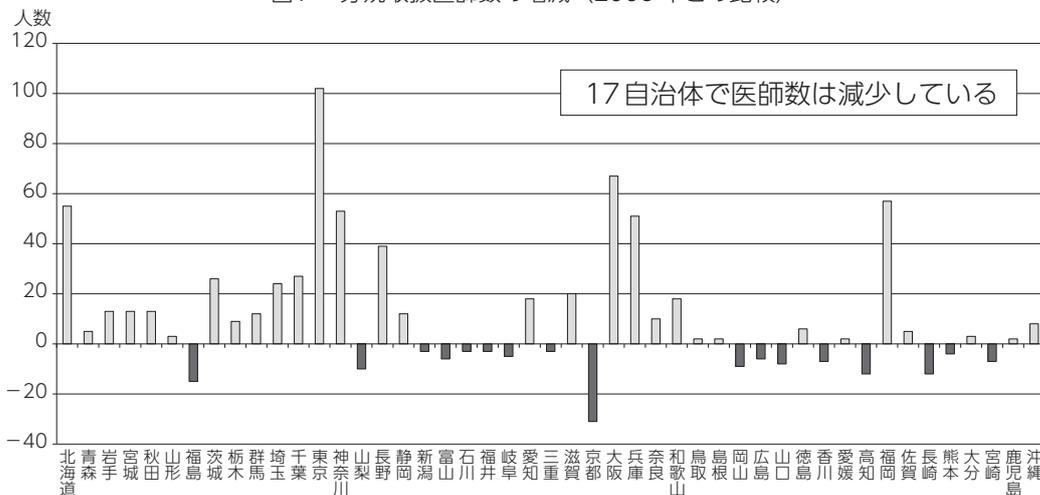


表 3 分娩施設医師数の推移

| | 常勤医師数 | | | 医師 1 人あたりの分娩数 | | | | 常勤医師数 | | | 医師 1 人あたりの分娩数 | | |
|------|-------|------|-----|---------------|------|-----|------|-------|-------|-----|---------------|------|-----|
| | 2006 | 2012 | 増減 | 2006 | 2012 | 増減 | | 2006 | 2012 | 増減 | 2006 | 2012 | 増減 |
| 北海道 | 264 | 319 | 55 | 134 | 129 | -5 | 滋賀県 | 72 | 92 | 20 | 148 | 145 | -3 |
| 青森県 | 66 | 71 | 5 | 155 | 148 | -7 | 京都府 | 185 | 154 | -31 | 115 | 108 | -7 |
| 岩手県 | 75 | 88 | 13 | 146 | 116 | -30 | 大阪府 | 495 | 562 | 67 | 136 | 123 | -13 |
| 宮城県 | 136 | 149 | 13 | 126 | 114 | -11 | 兵庫県 | 290 | 341 | 51 | 152 | 128 | -24 |
| 秋田県 | 66 | 79 | 13 | 131 | 99 | -32 | 奈良県 | 71 | 81 | 10 | 132 | 134 | 2 |
| 山形県 | 76 | 79 | 3 | 131 | 127 | -4 | 和歌山県 | 44 | 62 | 18 | 155 | 130 | -25 |
| 福島県 | 109 | 94 | -15 | 147 | 150 | 3 | 鳥取県 | 50 | 52 | 2 | 117 | 114 | -3 |
| 茨城県 | 139 | 165 | 26 | 168 | 137 | -31 | 島根県 | 53 | 55 | 2 | 111 | 107 | -4 |
| 栃木県 | 143 | 152 | 9 | 116 | 110 | -6 | 岡山県 | 142 | 133 | -9 | 109 | 95 | -15 |
| 群馬県 | 101 | 113 | 12 | 180 | 147 | -33 | 広島県 | 171 | 165 | -6 | 139 | 159 | 20 |
| 埼玉県 | 301 | 325 | 24 | 167 | 154 | -13 | 山口県 | 86 | 78 | -8 | 148 | 150 | 2 |
| 千葉県 | 301 | 328 | 27 | 150 | 134 | -16 | 徳島県 | 53 | 59 | 6 | 106 | 83 | -24 |
| 東京都 | 847 | 949 | 102 | 92 | 94 | 2 | 香川県 | 66 | 59 | -7 | 131 | 133 | 2 |
| 神奈川県 | 439 | 492 | 53 | 137 | 129 | -8 | 愛媛県 | 92 | 94 | 2 | 132 | 133 | 1 |
| 山梨県 | 59 | 49 | -10 | 115 | 123 | 8 | 高知県 | 56 | 44 | -12 | 95 | 129 | 34 |
| 長野県 | 97 | 136 | 39 | 173 | 134 | -39 | 福岡県 | 299 | 356 | 57 | 140 | 129 | -11 |
| 静岡県 | 192 | 204 | 12 | 164 | 157 | -7 | 佐賀県 | 61 | 66 | 5 | 124 | 117 | -6 |
| 新潟県 | 132 | 129 | -3 | 148 | 149 | 1 | 長崎県 | 116 | 104 | -12 | 113 | 118 | 5 |
| 富山県 | 73 | 67 | -6 | 122 | 120 | -1 | 熊本県 | 120 | 116 | -4 | 137 | 148 | 11 |
| 石川県 | 77 | 74 | -3 | 135 | 128 | -7 | 大分県 | 80 | 83 | 3 | 123 | 131 | 8 |
| 福井県 | 63 | 60 | -3 | 127 | 122 | -6 | 宮崎県 | 90 | 83 | -7 | 116 | 138 | 22 |
| 岐阜県 | 123 | 118 | -5 | 150 | 156 | 6 | 鹿児島県 | 108 | 110 | 2 | 133 | 142 | 9 |
| 愛知県 | 449 | 467 | 18 | 138 | 143 | 5 | 沖縄県 | 99 | 107 | 8 | 161 | 159 | -2 |
| 三重県 | 98 | 95 | -3 | 166 | 166 | 0 | 全国 | 7,325 | 7,858 | 533 | 134 | 128 | -6 |

和の)我々が実践してきたようなオールラウンダーを目指すにはあまりにタスクが多いのである。専攻医のうちに少しでも早く、専門領域を定めワーク・ライフバランスを保ちながら、その道を極める必要があるのではないだろうか。

参考までに2つの症例を一部改変し引用する¹⁾。

① 症例1 (昭和型産婦人科医)

35歳の男性(あるいは女性)産婦人科医師。結婚しており、配偶者は会社勤務をしている。子供は1人で、2歳になる。県内の大学を卒業後、市内の県立総合医療センターで初期研修を開始し、以来、同施設の勤務を続け、複数のサブスペシャリティー専門医の取得に励んでいる。同施設の産婦人科勤務医師は16名で女性が11名を占める。月に4回の当直と4回のオンコール待機があるが、当直明けは朝から帰宅することができる。週に1度の研修日には、出身大学の基礎研究室に通い実験を行い、これまでの成果を論文にまとめ、学位の取得を目指している。総合医療センターの産婦人科科長からは大学病院での勤務を勧められ、基礎研究室の教授からは海外留学を勧められている。

こうして想像すると素晴らしい人材である。そして、目指しているものがすべて叶えば、彼(彼女)は第一線の臨床を身につけ、複数の専門医を取得し、医学博士になり、海外でPh.D.を取得し、帰国後大学病院の講師を務めることになる。いずれは教職の道を極め、大学定年後は県立総合医療センターの総長になり、県の要職を歴任する。まさに、平成の「名誉のコース」である。

しかし、そのために彼(彼女)は何を失うであろう。子供と遊ぶはずであった当直明けの休日は論文の作成に追われ、同僚男性医師の育児休暇取得により担当患者数が増え保育園の送り迎えには間に合わず、海外留学は配偶者の昇進と重なり単身赴任となり、大学勤務で給料は半減する。壮年期を迎えるころ独身に戻っていないことを願うばかりである。

② 症例2 (平成型産婦人科医)

35歳の男性(こちらは男性)産婦人科医師。結婚しており、子供は2人で、3歳と1歳になる。県内の大学を卒業後、同級生の症例1と伴に市内の県立総合医療センターで初期研修を開始し、同施設に就職後、同僚の後輩産婦人科医師と結婚した。専門を周産期に絞りサブスペシャリティー専門医の取得に励んでいる。週に1度の研修日には同施設内のNICUで新生児管理を勉強している。当直明けの休日は子供の面倒をみて、1日を家事に費やし、配偶者の2人目の出産後は育児休暇を取得し、育児に専念している。

昭和育ちの著者にとっては、きわめて現代的な男性像である。症例1が准教授に昇任した翌年、同センターの産婦人科科長に就任し、定年まで勤め上げ、症例1の総長就任と入れ替わりに退職する。その間、子供の学校行事やスポーツの試合には欠かさず参加した。長男はプロサッカー選手になり現在ドイツのサッカーリーグに所属し、長女(第2子)は県立総合医療センターで産婦人科医になった。配偶者は次女の医学部入学を契機に、市内で産科クリニックを開業した。定年後は夫婦でクリニックを切り盛りし、持ち前の新生児管理のスキルを活かし、late pretermまでカバーする評判のクリニックにな

る。また、娘の手伝いや配偶者との分業により、医師会理事から会長を歴任する。まさに、平成の「名誉のコース」である。

2) 魅力的な教育プログラムを構築する

最近の若者(学生)はセットメニューが好きである。また、実践を行うにあたりOSCE(Objective Structured Clinical Examination)など模擬訓練の実施が義務づけられ、それらをこなすことで一定の満足感を得るようである。

実際、産科領域で行われているNCPR、ALSOといった教育プログラムは、高評価を得ている。今後、腫瘍、生殖、女性のヘルスケア各領域でも、学生時代から産婦人科に親しむことができるような同様のセットメニューを構築していく必要があるだろう。

3) 診療のスリム化

診療面での負担軽減は、魅力的な産婦人科を示すために必須である。クリニカルパスの導入はもとより、少人数であってもチーム医療体制を構築することは極めて重要である。

診療を標準化し簡素化することで、教育効果が薄れると心配する声も聞かすが、必ずしもそうではない。より多くの症例に関わり、合議制で診療を進めることで、1対1の診療では得られない症例やその対応を経験することに繋がる。

4) 研究システムの再構築

研修制度導入以来、研修医の半数は市中病院からそのキャリアをスタートする。大学離れは、研究離れに繋がりが、本邦の産婦人科学の進歩を妨げる。これを防止するには市中病院に勤務しながら、大学院や基礎教室で研究できるシステムを構築しなければならない。他の学部では夜間授業ははじめ社会人大学院など、多くの取組みがなされているが、医学部には浸透していない。この改革は、大学単位では難しく、各自治体や行政を巻き込んだ取組みが期待される。

少しでも産婦人科危機を認識していただけたであろうか。2004年から2008年にかけて、福島、奈良、大阪、東京など多くの地域で発生した、医師不足による問題を思い出していただきたい。勤務医部会では問題発生以来、多くのデータの集積・解析から行政などへの提言を行ってきたが、再びその危機感に苛まれている。

学会は春、夏のキャンプなどを企画し、学生、研修医獲得にむけ、多大に努力している。また、各大学も様々な取組みをしている。私の所属する日本医科大学でも、岡山大学にならない産婦人科若手医局員と学生のサークル(部活動)を発足して様々なイベントを企画し、学生と産婦人科の距離を縮める努力をしている(勧誘にみせかけない勧誘)。勤務医諸氏が最も若手(学生、研修医)に接する機会を持っている。どうか一人でも多くの若手を産婦人科に導いてもらえないだろうか。みんなでがんばるしかないのである。

この企画が杞憂に終わることを望み稿を閉じる。

参考文献

- 1) 中井章人. 男性産婦人科医師の未来予想図. 産婦人科の実際 61巻10月号:1503-1511.2012

産婦人科専攻医減少—女性医師へのさらなる就労支援はどのように？

勤務医委員会委員 関口 敦子

近年、産婦人科における女性医師は増加の一途をたどっている。30 年前、産婦人科医師に占める女性医師の割合はわずか 9%で、他の診療科よりも低かった。ところが 2010 年、全診療科では新人に占める女性の割合が 35%のところ産婦人科では新人の 68%が女性となり、全診療科平均の倍近い割合で産婦人科に女性が入局してくるようになった。産婦人科医師全体に占める女性の割合は 38%を超え、もう少しで半数に達する勢いである。表 1 をみてもわかるように、女性は産婦人科各所で活躍し、ハイリスク分娩を取り扱う総合周産期母子医療センターにおいても 40%を超える。

しかし、せっかく産婦人科に入局した女性医師は、日本の産科医療危機に対応するべく、全員が分娩業務を継続しているであろうか。答えは NO である。2007 年のデータであるが、日本産科婦人科学会の男女共同参画委員会の調査によれば、経験年数 11 年目の女性医師のうち、2 割弱は産婦人科そのものから去り、また半数以上は分娩業務から離脱している。同調査によれば分娩離脱の最も多い 11 年目は、女性医師の子持ち率は 8 割となり、医師自身の妊娠・育児経験が、産婦人科勤務の継続の助けになるどころか、妨げとなっている可能性が極めて高い。

こうした実態の報告を受けて、我々は、妊娠・育児をめぐる女性医師の勤務環境を、ここ 5 年の間にわずかでも改善できたのか？ 金の卵であるはずの新人医局員を、10、20 年と継続勤務させるようなシステムを作ってきたか？ 例年医会で行っている『産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告』をもとに考えてみたい。これは全国の分娩取り扱い病院で働く医師を対象としており、分娩取り扱い診療所は含まれておらず、また回答率約 70%と限定された調査ではあるが、全般的な傾向は分かると思われる。

表 1 2008 年から 2012 年にかけて、分娩取り扱い病院の常勤医師は 4,100 人から 4,700 人となり、約 600 人以上増えた。しかし男性医師の増加分はわずか 70 人、女性医師の増加分が約 550 人である。

結果として、1 施設平均 6 人の常勤医師のうち、2～3 人は女性医師となっている。総合周産期母子医療センターでは 14 人の常勤医師のうち、5～6 人が女性医師であり、女性の進出はめざましい。

表 1 回答 793 施設の常勤医師数の分布

| 施設運営母体による分類 | 常勤医師 | | | 施設当たり常勤医師 | | |
|------------------|-------|--------------|--------------|-----------|-----|-----|
| | 総数 | 男性 (%) | 女性 (%) | 総数 | 男性 | 女性 |
| 大学 | 1,597 | 980 (61.4) | 617 (38.6) | 15.7 | 9.6 | 6.0 |
| 国立 | 228 | 135 (59.2) | 93 (40.8) | 6.2 | 3.6 | 2.5 |
| 都道府県立 | 339 | 209 (61.7) | 130 (38.3) | 5.5 | 3.4 | 2.1 |
| 市町村立 | 705 | 453 (64.3) | 252 (35.7) | 4.1 | 2.6 | 1.5 |
| 厚生連 | 154 | 102 (66.2) | 52 (33.8) | 3.8 | 2.5 | 1.3 |
| 済生会 | 125 | 74 (59.2) | 51 (40.8) | 5.2 | 3.1 | 2.1 |
| 社保 | 70 | 45 (64.3) | 25 (35.7) | 5.0 | 3.2 | 1.8 |
| 日赤 | 276 | 158 (57.2) | 118 (42.8) | 6.4 | 3.7 | 2.7 |
| 私立 | 782 | 500 (63.9) | 282 (36.1) | 4.1 | 2.6 | 1.5 |
| その他 | 475 | 283 (59.5) | 192 (40.5) | 4.4 | 2.6 | 1.8 |
| 周産期母子医療センターによる分類 | | | | | | |
| 総合 | 1,057 | 618 (58.5) | 439 (41.5) | 13.6 | 7.9 | 5.6 |
| 地域 | 1,706 | 1,026 (60.1) | 680 (39.9) | 7.8 | 4.7 | 3.1 |
| 一般 | 1,988 | 1,295 (65.1) | 693 (34.9) | 4.0 | 2.6 | 1.4 |
| 2012 年 全施設 | 4,751 | 2,939 (61.9) | 1,812 (38.1) | 6.0 | 3.7 | 2.3 |
| 2011 年 全施設 | 4,451 | 2,823 (63.4) | 1,628 (36.6) | 5.9 | 3.7 | 2.2 |
| 2010 年 全施設 | 4,217 | 2,732 (64.8) | 1,485 (35.2) | 5.5 | 3.6 | 1.9 |
| 2009 年 全施設 | 4,626 | 3,123 (67.5) | 1,503 (32.5) | 5.6 | 3.8 | 1.8 |
| 2008 年 全施設 | 4,121 | 2,862 (69.4) | 1,259 (30.6) | 4.9 | 3.4 | 1.5 |

表 2 妊娠中か育児中（学童以下つまり 12 歳まで）の女性医師は、2012 年に平均 50%を超え、総合周産期母子医療センターでも 38%を占めた。妊娠中の女性医師が 7～8%と仮定

表 2 妊娠中・育児中の女性医師数と勤務緩和・対策

| 施設運営母体による分類 | 女性医師における頻度 | | 妊娠中 | | 育児中 | | 院内保育所 | | |
|------------------|--------------------|---------|------------|-----------|------------|------------|----------|----------|-------------|
| | 妊娠中か育児中 (学童まで) (%) | 妊娠中 (%) | 当直免除あり (%) | 免除される妊娠週数 | 当直軽減あり (%) | 時短勤務あり (%) | 設置あり (%) | 病児保育 (%) | 24 時間保育 (%) |
| 大学 | 46.5 | 8.6 | 64.7 | 24.3 | 68.6 | 44.1 | 76.5 | 23.2 | 15.0 |
| 国立 | 39.8 | 7.5 | 45.9 | 24.2 | 35.1 | 13.5 | 91.9 | 19.9 | 17.4 |
| 都道府県立 | 44.6 | 4.6 | 45.2 | 21.4 | 41.9 | 29.0 | 69.4 | 16.8 | 15.7 |
| 市町村立 | 61.5 | 6.7 | 33.7 | 23.2 | 33.1 | 18.6 | 60.5 | 11.2 | 14.1 |
| 厚生連 | 73.1 | 1.9 | 22.0 | 22.9 | 17.1 | 22.0 | 53.7 | 7.9 | 6.5 |
| 済生会 | 58.8 | 5.9 | 54.2 | 21.5 | 45.8 | 25.0 | 75.0 | 9.4 | 9.4 |
| 社保 | 92.0 | 8.0 | 42.9 | 29.3 | 50.0 | 21.4 | 57.1 | 0.0 | 4.1 |
| 日赤 | 50.0 | 8.5 | 48.8 | 23.4 | 44.2 | 34.9 | 65.1 | 4.5 | 13.6 |
| 私立 | 55.3 | 8.9 | 27.0 | 19.8 | 28.0 | 19.6 | 52.9 | 8.7 | 10.1 |
| その他 | 47.4 | 5.7 | 36.7 | 23.7 | 38.5 | 17.4 | 54.1 | 9.9 | 7.9 |
| 周産期母子医療センターによる分類 | | | | | | | | | |
| 総合 | 37.8 | 5.7 | 71.8 | 21.3 | 62.8 | 39.7 | 82.1 | 21.0 | 20.0 |
| 地域 | 47.1 | 7.1 | 49.5 | 24.8 | 48.2 | 30.7 | 75.2 | 18.6 | 18.6 |
| 一般 | 64.6 | 8.9 | 29.2 | 22.2 | 30.4 | 18.3 | 53.5 | 8.1 | 8.4 |
| 2012 年 全施設 | 51.5 | 7.5 | 39.0 | 23.0 | 38.5 | 23.8 | 62.3 | 11.7 | 11.9 |
| 2011 年 全施設 | NA | 7.6 | 39.5 | 23.1 | 41.6 | NA | 60.6 | 9.8 | 9.2 |
| 2010 年 全施設 | 28.5 | NA | NA | NA | 44.0 | NA | 55.4 | 6.6 | 9.7 |
| 2009 年 全施設 | 31.6 | NA | NA | NA | 44.1 | NA | 53.0 | 5.5 | 8.6 |
| 2008 年 全施設 | 32.8 | NA | NA | NA | 40.6 | NA | 46.8 | 4.4 | 6.1 |

すると、学童以下の子供を持つ割合は、12歳に達するまでの累積で90%に達するはずだが、達していない。昨今の女性医師の妊娠率が上昇しているか、または、子持ち女性が分娩現場から既に去っているということが推定される。

妊娠中に当直免除を行う施設、育児中に当直軽減を行う施設の割合は、ともに平均40%弱である。半数以上の施設では、今まで通りに働けというシステムである。妊娠・分娩・育児を担う立場からみると、子育て環境は大変厳しい。

院内保育所は増設され、6割の施設に設置された。しかし、病気の子供を見てもらえる病児保育、夜間でも子供を見てもらえる24時間保育は、院内保育所の20%弱、つまり全施設の10%に過ぎない。残り90%の施設の女性医師は、育児は個人努力、というわけである。つまり、子供が病気になって保育所から呼び出しを食ったら、職場の同僚に平身低頭して子供の迎えに行き、職場に対しても子供に対しても自責の念にかられながら病気の子供をみるのである。さもないければ、実家の父母・義理の父母に頼れる場合は頼るか、シッター代に給与の大半をつぎ込むことになる。

表3 分娩取り扱い病院における一般的な男女常勤医師の平均的勤務時間はどうか。1週間の勤務時間、1カ月の当直回数から計算した1カ月の推定在院時間は300時間に達し、当直中の睡眠時間を除いたとしても、過労死基準を超えている。当直翌日に何らかの勤務緩和措置がある施設は、全体の20%に過ぎない。妊婦でも同じに働けという妊娠管理は間違っており、子育て中の親のあり方としても非常に無理がある。しかし、妊娠・育児中の女性医師に配慮してやろうとすると、残る医師にはさらに余計な負担がかかり、身体的・精神的にも余裕はなく、妊娠・出産した女性医師にも腹が立つてくるような状況である。

それでは、妊娠・育児中でない男女医師、妊娠・出産によって1回あるいは2回、3回と他の医師に度重なる迷惑をかけることなく、地道に働いている者には何かインセンティブが

あるのか。対策をしていると答えた施設はわずか16%である。回答した約800施設中、対策の内容は、勤務時間軽減、当直翌日勤務緩和は各40～50施設、給与較差、手当支給、資格取得促進、昇進機会付与は各10～20施設程度である。残り8割以上の施設では、妊娠・出産した医師の勤務のしわ寄せを善意で吸収しろという体制である。多く働いた分だけ与えられるべき休みもないどころか、給与や昇進機会まで、勤務緩和をされた女性医師と同列では、バカバカしくてやっていけないという意見も理解できる。

表4 各自治体において、院内保育所のありかたはまちまちである。また、各自治体の分娩取り扱い病院における、常勤女性医師の数と、非常勤女性医師のうち常勤先が全くないフリーの医師の数の比率を示す。

意外なことに、フリーの女性医師の割合と、院内保育所の設置率は関係しない。本調査によれば、定員や看護師優先の事情で院内保育所に入所できない例もあり、低率な病児保育・24時間保育をみれば、子供を院内保育所に入れるメリットは高くない。形の上で保育所設置をするだけでは不十分で、定員が十分かつ、病児保育や24時間保育を伴う院内保育所があって、はじめて女性医師にとって有用となる。現状の保育所はその条件を満たしていない。

次に気付くのは、フリーの女性医師の半分は千葉・東京・神奈川・愛知・大阪に合計127人もおり、これら5自治体での対策が必要ということである。しかし、これは、あくまで分娩取り扱い病院に関わる医師の中での計算である。分娩取り扱い診療所で活躍する医師、分娩業務や産婦人科から離脱した医師数については不明で、別の調査が必要である。

表5 分娩から離脱した女性医師を分娩業務に戻すのに有効であったのは、当直軽減を中心とした勤務時間の様々な工夫である。長期的にみれば、こうした工夫こそが産婦人科医師の地道な増加に役立つ。しかし、女性医師の妊娠・育児対策

表3 勤務時間・当直回数と待遇

| | 当直を除く 週間勤務時間 | 1カ月の 当直回数 | 1カ月の 推定在院時間 | 当直中の 睡眠時間 | 当直翌日の 勤務緩和あり(%) | 分娩手当 あり(%) | 妊娠・育児中医師 以外への対策あり(%) |
|------------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|--------------------|---------------|-------------------------|
| 施設運営母体による分類 | | | | | | | |
| 大学 | 52.9 | 5.3 | 317 | 4.5 | 14.7 | 52.0 | 21.6 |
| 国立 | 52.6 | 5.0 | 312 | 5.0 | 10.8 | 94.6 | 2.7 |
| 都道府県立 | 50.1 | 4.9 | 299 | 4.5 | 21.0 | 71.0 | 14.5 |
| 市町村立 | 49.4 | 5.3 | 302 | 4.9 | 26.2 | 61.6 | 15.7 |
| 厚生連 | 50.8 | 5.8 | 316 | 4.9 | 19.5 | 70.7 | 9.8 |
| 済生会 | 47.8 | 5.3 | 295 | 4.8 | 25.0 | 75.0 | 20.8 |
| 社保 | 51.1 | 5.2 | 308 | 4.7 | 21.4 | 85.7 | 35.7 |
| 日赤 | 49.1 | 5.6 | 306 | 4.4 | 34.9 | 46.5 | 11.6 |
| 私立 | 46.6 | 6.7 | 312 | 5.1 | 21.2 | 49.2 | 18.0 |
| その他 | 45.3 | 5.6 | 289 | 5.1 | 21.1 | 52.3 | 16.5 |
| 周産期母子医療センターによる分類 | | | | | | | |
| 総合 | 53.8 | 5.2 | 320 | 4.1 | 42.3 | 52.6 | 28.2 |
| 地域 | 51.2 | 5.2 | 308 | 4.6 | 23.9 | 66.5 | 16.1 |
| 一般 | 47.0 | 6.0 | 303 | 5.1 | 17.5 | 56.5 | 14.7 |
| 2012年 全施設 | 48.8 | 5.7 | 306 | 4.9 | 21.7 | 58.9 | 16.4 |
| 2011年 全施設 | 49.5 | 5.8 | 310 | 4.8 | 21.6 | 56.6 | NA |
| 2010年 全施設 | 49.5 | 6.3 | 319 | 4.8 | 20.3 | 54.1 | NA |
| 2009年 全施設 | 51.6 | 6.0 | 323 | 4.8 | 19.0 | 41.2 | NA |
| 2008年 全施設 | 52.1 | 5.9 | 324 | 4.7 | 16.7 | 27.0 | NA |

表 4 都道府県育児支援の状況

| | 回答施設数 | 院内保育所設置あり (%) | 病児保育あり (%) | 24時間保育あり (%) | 女性医師数 | | 回答施設数 | 院内保育所設置あり (%) | 病児保育あり (%) | 24時間保育あり (%) | 女性医師数 | | |
|------|-------|---------------|------------|--------------|-------|---------|-------|---------------|------------|--------------|-------|---------|----------|
| | | | | | 常勤 | フリー (%) | | | | | 常勤 | フリー (%) | |
| 北海道 | 36 | 47.2 | 5.6 | 16.7 | 40 | 1 2.4 | 三重県 | 11 | 72.7 | 9.1 | 36.4 | 13 | 7 35.0 |
| 青森県 | 10 | 30.0 | 10.0 | 20.0 | 14 | 8 36.4 | 滋賀県 | 9 | 66.7 | 22.2 | 22.2 | 18 | 0 0.0 |
| 岩手県 | 10 | 70.0 | 20.0 | 30.0 | 18 | 4 18.2 | 京都府 | 21 | 47.6 | 33.3 | 4.8 | 51 | 7 12.1 |
| 宮城県 | 13 | 61.5 | 15.4 | 23.1 | 25 | 3 10.7 | 大阪府 | 60 | 68.3 | 25.0 | 31.7 | 173 | 25 12.6 |
| 秋田県 | 9 | 22.2 | 11.1 | 0.0 | 10 | 1 9.1 | 兵庫県 | 31 | 67.7 | 9.7 | 6.5 | 71 | 8 10.1 |
| 山形県 | 13 | 61.5 | 30.8 | 30.8 | 11 | 0 0.0 | 奈良県 | 8 | 87.5 | 12.5 | 12.5 | 16 | 1 5.9 |
| 福島県 | 9 | 66.7 | 22.2 | 22.2 | 8 | 0 0.0 | 和歌山県 | 8 | 75.0 | 0.0 | 12.5 | 16 | 0 0.0 |
| 茨城県 | 16 | 62.5 | 18.8 | 12.5 | 34 | 9 20.9 | 鳥取県 | 5 | 40.0 | 60.0 | 40.0 | 10 | 1 9.1 |
| 栃木県 | 8 | 50.0 | 12.5 | 12.5 | 31 | 5 13.9 | 島根県 | 10 | 60.0 | 10.0 | 20.0 | 16 | 4 20.0 |
| 群馬県 | 16 | 68.8 | 6.3 | 18.8 | 13 | 5 27.8 | 岡山県 | 15 | 66.7 | 40.0 | 33.3 | 30 | 4 11.8 |
| 埼玉県 | 25 | 80.0 | 12.0 | 32.0 | 56 | 8 12.5 | 広島県 | 18 | 61.1 | 5.6 | 16.7 | 38 | 1 2.6 |
| 千葉県 | 27 | 66.7 | 25.9 | 29.6 | 70 | 20 22.2 | 山口県 | 16 | 75.0 | 31.3 | 18.8 | 17 | 5 22.7 |
| 東京都 | 75 | 45.3 | 16.0 | 10.7 | 361 | 36 9.1 | 徳島県 | 6 | 16.7 | 0.0 | 16.7 | 9 | 9 50.0 |
| 神奈川県 | 50 | 84.0 | 22.0 | 28.0 | 148 | 25 14.5 | 香川県 | 10 | 60.0 | 20.0 | 0.0 | 12 | 0 0.0 |
| 山梨県 | 4 | 50.0 | 25.0 | 50.0 | 12 | 2 14.3 | 愛媛県 | 8 | 37.5 | 25.0 | 25.0 | 12 | 7 36.8 |
| 長野県 | 17 | 82.4 | 29.4 | 0.0 | 21 | 4 16.0 | 高知県 | 5 | 80.0 | 0.0 | 40.0 | 9 | 0 0.0 |
| 静岡県 | 22 | 95.5 | 9.1 | 31.8 | 47 | 4 7.8 | 福岡県 | 28 | 60.7 | 25.0 | 17.9 | 63 | 6 8.7 |
| 新潟県 | 19 | 21.1 | 5.3 | 0.0 | 24 | 1 4.0 | 佐賀県 | 3 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 5 | 0 0.0 |
| 富山県 | 10 | 70.0 | 30.0 | 20.0 | 13 | 5 27.8 | 長崎県 | 11 | 36.4 | 9.1 | 9.1 | 21 | 3 12.5 |
| 石川県 | 13 | 30.8 | 30.8 | 0.0 | 6 | 0 0.0 | 熊本県 | 11 | 72.7 | 9.1 | 18.2 | 18 | 0 0.0 |
| 福井県 | 6 | 83.3 | 16.7 | 16.7 | 14 | 5 26.3 | 大分県 | 7 | 71.4 | 14.3 | 14.3 | 20 | 2 9.1 |
| 岐阜県 | 12 | 91.7 | 50.0 | 16.7 | 28 | 0 0.0 | 宮崎県 | 8 | 37.5 | 25.0 | 12.5 | 19 | 2 9.5 |
| 愛知県 | 43 | 74.4 | 23.3 | 25.6 | 120 | 21 14.9 | 鹿児島県 | 11 | 54.5 | 18.2 | 9.1 | 12 | 3 20.0 |
| | | | | | | | 沖縄県 | 10 | 40.0 | 10.0 | 10.0 | 19 | 2 9.5 |
| | | | | | | | 全施設 | 793 | 62.3 | 18.8 | 19.0 | 1,812 | 264 12.7 |

を推進するためには、他の医師への、休養・給与・昇進優遇などの配慮が不可欠である。そのためには、ある程度、業務の効率化を計ることも重要であろうし、他科においては前例のない勤務体制でも、科独自に取り入れていく努力が必要であろう。妊娠・分娩しない医師への勤務対策をとることこそが、妊娠・分娩した女性医師へのさらなる勤務配慮を円滑にする。

表 5 分娩離脱した女性医師の復帰に有効であった対策 (n = 289)

| 対策 | % |
|--------------------|------|
| 当直軽減・免除、日勤のみの勤務等 | 25.2 |
| 時短勤務、フレックス等勤務時間の工夫 | 23.5 |
| 院内保育所の設置、ベビーシッター制度 | 9.3 |

産婦人科医の仲間を増やす方策を探る

国立病院機構横浜医療センター、日本産婦人科医会幹事 奥田 美加

はじめに

分娩取扱い施設が減少し、産科医療崩壊が報道され、産科医不足、産婦人科医師の過酷な勤務が認識された 2006 年当時、私の所属している横浜市立大学産婦人科学教室でも、断腸の思いで派遣病院を減らすなどして医師配置のやりくりをし、青息吐息で神奈川の産婦人科医療を支えていた。しかし当教室は幸いなことに、近年、多くの新しい仲間を迎え、各関連病院の産婦人科定員を増やすことができた。

人材不足の当時、年度により増減はあるものの、平均すると 4～5 人/年の新入局員がコンスタントに入っていたはずだが、なぜあんなにも人手不足だったのか、そして今、どうして新しい仲間が来てくれたのか。過去の動向を振り返ることにより、これから産婦人科医を増やす方策のヒントを探る。

キーワード

結論から先に言うと、教室員増加の要因は、これまで言い尽くされたキーワードばかりで、目新しい提言はない。しかし、努力する余地はある。

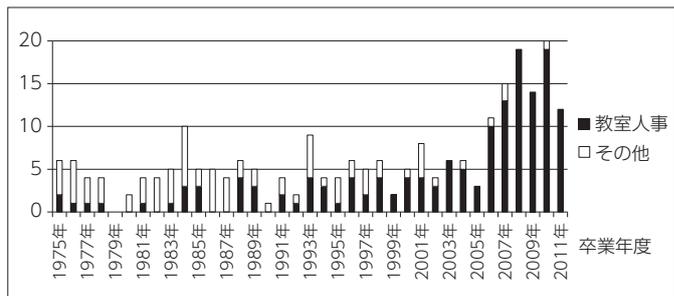
キーワード：診療科の魅力、分娩、女性の診療、使命感、

先輩、ロールモデル、早期からの途切れないコンタクト、実家、所在地、女性医師支援

教室員数動向の概要

図 1 に、横浜市立大学産婦人科学教室同門会名簿に記載されている医師の人数を卒業年度別に示す。

図 1 卒業年度別の教室員数



■現在教室人事に従って勤務している者
 大学附属病院、教育関連病院常勤医、大学院生、制限勤務者を含む
 □教室人事から離れている者
 退局者（開業や他施設就職）、休職者など

※途中入局者が存在するため、同期入局者数とは一致しない

これを見ると比較的コンスタントに新しい人を迎えていたことがわかるが、その一方でまたコンスタントに相当数の医師が教室人事から外れていった。グラフからは時系列が読み取れないが、2007年までの人員は毎年マイナスバランスで、関連病院の人員配置に四苦八苦していた。急増し始めたのは2008年（2006年卒）からである。

冬の時代 ～増加前の潜伏期～

横浜市立大学は、現在の研修制度が始まる前から、2年間の初期臨床研修ののち各診療科に入局するスーパーローテーション形式であった。したがって新研修医制度移行期の2004～2005年に2年間新入局がゼロとなるということはなかったが、教室会員は増加しない状況が続いていた。

2005年になると、当直をしないまま常勤の勤務を継続する例が出現し始めた。なぜか。いま振り返るとこの変化は、子育て女性医師支援の発想から積極的に取り入れたことではなかった。大学と関連病院すべての常勤定員枠を埋める人員が確保できず、このままでは定員を削られてしまうという危機的状況にあっては、当直をできなくても常勤で所属してもらい日勤帯だけでも仕事をしてくれれば、辞めてしまってポストを埋められないよりも百倍ありがたいという流れから生じた勤務形態であった。もちろんそのためには中堅の我々が月半分近い当直オンコールをこなさなければならなかったが、そんなことは私がやりますからどうか辞めないでください、という心情だった。現在この勤務形態を認めることが重要な意味を持つ。それ以前の、少ない人員で仕事をこなすことに慣れ、少ない定員をどうにか埋められていた頃は、当直が困難となった者は常勤枠から外れるしかなかった。今思えばなんともったいないことをしていたものか。

そうした努力もむなしく、2006年度には派遣病院を減らさざるをえなかった。

産婦人科医は当直が多い、訴訟が多いなどネガティブなイメージが植えつけられていたところに、追い打ちをかけるように2006年2月大野病院事件が発生し、事件後最初の2007年の新入局者は、近年最少の2名まで落ち込んだ（なお図1の2005年卒3名のうち1名は後年の入局者）。この年、初期研修医の間は産婦人科を進路としてかなり強く考えていたものの、事件を聞いた親やパートナーから反対され、他の診療科に進んだ医師が複数存在した。

しかしこれをきっかけに、産婦人科医療崩壊が世間に知られるところとなった。厚生労働委員会で産婦人科医療の窮状を訴える機会を得たのもこの年の4月であった。2006～2007年は各方面からの取材も多く、医師に対して批判的であったメディアの態度から一転、過酷な勤務のなかでも使命感を持って笑顔で働く我々の姿が報道された。

産婦人科志望者を増やす努力は絶え間なく継続した。産婦人科に興味を示す学生や、見学に来た初期研修医と密に連絡を取りあうために、電子メールというツールは極めて有用であった。教室説明会開催などの情報をこまめに送り、つながりが途切れないよう努めた。

増加に転ずる

2007年、2つの大学附属病院には、当直はしないが院内保育所に子を預け授乳に通い保育時間ぎりぎりまで働いていた教員のほか、子持ちでも家庭のサポートを得てフル勤務する女性教員が複数所属していた。女性医師支援のための環境も整い始め、2006年から横浜市大で始まった不足診療分野の長期専門研修コース（後述）と、並行して子育て支援室の設置、院内保育所の充実が図られた。また、分娩手当などの新設、病院側から産婦人科医師定員数の増員要請など、広く間口を開けて新しい仲間を迎える下地は整った。

産婦人科に興味を示す者へ密にアクセスし、若手の使命感を刺激し、働きやすい環境とロールモデルを示したことにより、2008年の春に一転、9名の新しいメンバー（女性8＋男性1）を迎えることとなった。この人員増加により各関連病院の定員が増え、増えた分で当直・オンコールに制限のある医師を受け入れられるようになり、労働環境が改善した以後は、正のスパイラルに突入し、毎年二ケタの入局者を迎えるに至った。

産婦人科を選んだ理由・医局を選んだ理由

若手医師に、産婦人科および当教室を選んだ理由を聞き取り調査した。

○仕事内容の魅力

入局者数が少ない世代も多い世代も、必ず挙げる理由が、産婦人科という仕事内容の魅力である。学生時代から興味を持っていた者、研修医で回ってみて面白かったとする者の両者が存在する。

- ・悪性腫瘍から内分泌、妊娠分娩まで、幅広い診療内容
- ・手術もでき、子どもとも関われる
- ・周産期に興味があった
- ・手術内容（臓器がわかりやすい、ダイナミックなど）
- ・外科系に進みたいが、長時間の大手術は自信がない
- ・初期研修で回って面白かった
- ・学生時代に見学した分娩に感動した
- ・講義が面白かった

○使命感

2008年度、入局者数が急増した年の医師は、産婦人科医の過酷な勤務状況、医師数の少ない現状をみてもなお産婦人科を選択した。彼らからはこんな声が聞かれた。

- ・人が少ない方が、「オレがなんとかする」という気持ちになった
- ・人が少なく使命感を感じた、カッコイイと思った、忙しいのがよかった

○実家、パートナー

出身校が当大学でも他大学でも、大半の医師が挙げた理由が「実家が横浜または首都圏」であった。また、パートナーの就職先についてきた者も存在した。

○所在地

所在地は、大きな要因のひとつである。実家が近隣でなくても、横浜市という土地に利点を感じて選択した者がいる。

また、当教室の教育関連病院はすべて神奈川県内にあり、人事異動で遠方に勤務する可能性がない点を挙げる者もいた。

○勤務環境

教室員が増加したのちの近年の入局者は、就労環境が整ったことを選択の理由として挙げている。

○不足診療分野の長期専門研修コース

横浜市立大学では、2006 年度より、不足診療分野の長期専門研修コースが導入された。初期研修修了後、小児科、産婦人科、麻酔科、救急科をめざす後期研修医を対象に、通常の専門医研修はフルタイムで 3 年間の勤務に対し 4～6 年間の長期専門医研修期間を提供し、育児期間中は週 1～2 日の勤務、期間中 2 年間のフルタイム勤務、専門領域のスキルアップ教育を盛り込んだ。並行して子育て支援室の設置、院内保育所の充実が図られた。「働きながらも子育てを応援すると大っぴらに教授が言ってくれた」という声に代表されるように、このような支援体制が整備され、出産しても就労を支援してもらえる環境を期待できることが産婦人科を選択することにつながった。

○ロールモデルの存在

現在、関連病院にも複数の育児中の女性が常勤として勤務し当直もこなしている。また、大学には子持ち准教授や助教がいる。こうしたロールモデルの存在が、自分が将来子をもっても働ける具体的なイメージとなり、後に続いてくれたと考えられる。また女性だけでなく、若手男性から「男性医師が忙しいながらもやりがいを感じて楽しそうに仕事をしているから」という声が聞かれた。

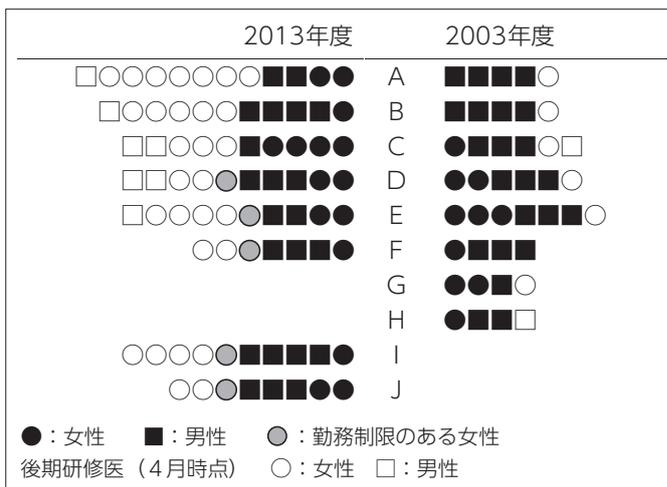
これからの課題

このような過程で、横浜市大産婦人科学教室は、近年多くの教室員を迎えるに至った。関連施設のうち、当教室から単独で医師を派遣している総合病院について、10 年前と現在の構成員を比較した (図 2)。

最も定員を増やした A 病院を見ると、10 年前には常勤医 5 人で業務のすべてをこなしていた。同じ病院に現在は 12 名の医師が勤務している。ここ数年で医療現場の業務量は格段に増えており、それをこなすためには必要な人数である。また、5 名のうち 1 名が休むのに比べ、12 名のうち 1 名が休む方が許容できる。学会やセミナーへの参加が容易になり、妊娠出産や急な病気の者が発生しても自院で対応できるようになり、大学および関連病院全体には、妊娠中および育児中の者が常に存在するようになった。

しかし現在の後期研修医は、かつての我々が総合病院の産婦人科において 1,000 件近い分娩や日々の手術を 4 人 5 人でこなしていた真冬の時代を知らない。D 病院を例にとると、当直オンコールが可能な医師数は 6 名から 9 名に増加した。10 年前から教室に所属している医師にとっては、各病院の定員が増えたからこそ、家庭や健康上の理由から当直制限などが必要な者を吸収できるようになって、彼らが日勤の業務を分担してくれることをありがたいと思えるのだが、現在だけを知る者は、10 人の常勤のうち 1 名が当直できない分を自分がかぶっていると感じてしまう。

図 2 教育関連病院医師数 10 年前との比較



また、きわめて贅沢な課題だが、10 年前にはすべての小手術や分娩がすべて 1 年生に回ってきたところが現在は複数の若手同士で症例を分け合っており、各病院における症例数の増加速度を若手人数の増加が上回っている状態である。また若手の教育に当たる中堅医師数が不足しており、専門医以上の者の負担が大きい。やっと専門医数が増加し始めてくれたので、この点はこれから解決が見込まれるが、今後はサブスペシャリティの教育体制を充実させる必要がある。

以上の課題に取り組み、教室員離れを防がねばならない。

産婦人科医の仲間を増やす方策

当教室が現在の教室員数を確保できたのは、複数の幸運と好条件が重なったためであったが、ここから導き出された方策をいくつか示す。

- ・実家は重要な要因。入学時から地元の学生を確保する。
- ・学生に対して産婦人科医療の魅力を見せつける。
- ・産婦人科に興味を持つ学生をキャッチし、継続して関わりを持つ。
- ・自分たちが公私ともにロールモデルとなる。
- ・さまざまな就労形態を必要とする者を認める。上司の意識改革。

産婦人科医の素晴らしい仕事

最後に、この声を紹介する。2001 年卒の男性。「学生実習で、妊娠高血圧症候群の双胎の緊急帝王切開を見学した。産婦人科の先生が、1,000g のベビーを二人出し、そのままベビーを抱いてインファントウォーマーへ走り、ベビーの蘇生をした、その姿にヤラれました」

学生に向かって産婦人科医療の魅力を見せつけてやろう。ほら、我々の仕事はこんなに素晴らしいぞ、どうだ、一緒にやりたいだろう、と。

我々はカッコイイのである。自信を持とう。しかし、疲れた顔をしなくて生き生きと働いていないと説得力がない。そのためには良好な就労環境が必要である。今、10 年前と比較すればかなり改善されたが、これからも引き続き戦っていかなければならない。

「どんな専門医になれる？」 専門医取得要件

近年、各学会において様々な専門医制度が導入されている。産婦人科においても、専門医を取得し、自身のサブスペシャリティーを明確にすることが求められてきているように思われる。そこで、産婦人科と関連した専門医制度の一覧を表に示したので参考にされたい。

なお、母体保護法指定医、産業医などについては他を参照されたい。

(まとめ：勤務医委員会委員長・茂田博行)

| サブスペシャリティー 専門医制度名 | 学会名 | 申請要件 申請書 類応募時の要件 (学会入会など) | 修習年数 | 受験に必要な 経験症例条件 | 論文要件 | 学会発表要件 | 試験の制度、 実態、時期、 問題形式 | 指導 施設 限定 要件 | 資格更新 |
|-----------------------------------|--|--|---|---|--|---|--|----------------------|------|
| 婦人科腫瘍 専門医 | 日本婦人科腫瘍学会 | 産婦人科専門医、 婦人科腫瘍学会 員3年以上、指 定修練施設で3 年以上 | 産婦人科専門 医取得後3～ 5年 | 婦人科浸潤が ん150例以上、 15例以上の広 汎子宮全摘出術 執刀など | 婦人科腫瘍に 関する筆頭者 としての論文 1編以上 | 婦人科腫瘍に関 する筆頭者とし ての研究発表2 件以上 | 毎年12月ごろ 筆記と口頭試問 | あり | 5年ごと |
| 細胞診専門 医 | 日本臨床 細胞学会 | 医師資格取得後 5年以上、会員 歴3年以上、5 年間以上にわたり 細胞診断学の 研修を受けた者 | 産婦人科専門 医取得後2年 | なし | 細胞診断学なら びに細胞病理学 に関する論文3 編以上をもち、 その内1編は筆 頭者であること | なし | 毎年12月初旬 筆記試験 印刷物による細 胞診断の試験 ガラス標本によ る検鏡試験 | なし | 4年ごと |
| 日本がん治 療認定医 | 日本癌学 会、日本 癌治療学 会、日本 臨床腫瘍 学会 | 産婦人科専門医、 日本がん治療認 定医機構認定研 修施設での2年 以上の研修指導 責任者の証明 | 産婦人科専門 医取得後2年 | 担当医として 経験したがん 患者20症例 (入院・外来は 問わない) | がん診療につ いての業績1 件以上 | がん診療につ いての業績2件 以上 | 書類審査後、11 月に必須のセミ ナー受講後に筆 記試験 | あり | 5年ごと |
| 周産期（母 体・胎児） 専門医 | 日本周産 期・新生 児医学会 | 産婦人科専門医、 入会および研修 開始後3年 | 産婦人科専門 医取得後3年 | 9領域のハイ リスク妊娠分 娩管理症例に ついて、各領 域5～20例 | 周産期医療に 関する筆頭著 者の論文1編 以上 | 筆頭演者として の学会発表 | 6月に出席 10月に試験 筆答試験、症例 要約に対する口 頭試問 | あり | 5年ごと |
| 生殖医療専 門医 | 日本生殖 医学会 | 産婦人科専門医、 入会2年以上で 研修開始申請可 | 産婦人科専門 医取得後3年、 認定研修施設 で1年以上 | 一般不妊症例5 例、体外受精一 胚移植または顕 微授精症例5例 | 生殖医学に関 する論文を筆 頭著者として 1編以上 | 生殖医学会で筆 頭演者として1 回以上発表 | 年1回 1次申請書類の審査 2次筆記試験+口頭 試験 | あり | 5年ごと |
| 内分泌代謝 科専門医 (産婦人科) | 日本内分 泌学会 | 産婦人科専門 医、継続3年ま たは通算5年以 上会員 | 産婦人科専門 医研修を含む 6年以上およ び認定施設で 3年以上 | 内分泌疾患、 思春期・更年 期疾患、妊娠 合併症の7つ の疾患群の経 験15症例以上 | 内分泌代謝疾患 の臨床に関する 学会発表、また は論文発表が5 編以上、少な くとも2編は 筆頭者であること | 左記 | 1次書類審査 2次筆記試験 (12月) | あり | 5年ごと |
| 内視鏡技術 認定医 | 日本産科 婦人科内 視鏡学会 | 産婦人科専門医、 会員歴3年以上 | 産婦人科専門 医取得後2年 以上 | 術者として腹腔 鏡下手術100 件以上、ないし 子宮鏡手術50 件以上 | 5題以上うち 1題は筆頭著 者 | 5題以上筆頭 演者として | 実際の手術の DVDを提出 毎年2月中に応募 | なし | 5年ごと |
| 日本内視鏡 外科学会技 術認定医 (産科婦人科) | 日本内視 鏡外科学 会 | 本学会会員 | 産婦人科専門 医取得後2年 以上 | なし | なし | なし | 日本産科婦人科 内視鏡学会認定 医の認定証 | なし | 5年ごと |
| 超音波専門 医 | 日本超音 波医学会 | 医師資格取得者、 入会5年以上 | 指定研修施設 で5年間 | 500例以上 | 5篇以上筆頭 論文が発表 | 左記 | 年1回7月筆記 試験 | あり | 5年ごと |
| 臨床遺伝専 門医 | 日本人類 遺伝学会、 日本遺伝 カウンセ リング学 会 | 産婦人科専門医、 いずれかの学会 に入会および研 修開始後3年 | 入会および研 修開始後3年 | 遺伝医療ない し遺伝カウ ンセリング20 症例以上 | 臨床遺伝関連 の論文または 総説2編以上 (研修期間外の 論文も可) | 臨床遺伝関連学 会において臨床 遺伝に関する発 表を2回行った 場合には、論文 1編に代えるこ とが可能(共同 演者を含む) | 7月に出席 10月に試験 筆記試験および 面接試験 | あり | 5年ごと |
| 日本産婦人 科乳癌学会 乳房疾患認定医 | 日本産婦 人科乳癌 学会 | 産婦人科専門医、 会員歴3年以上 | 産婦人科専門 医取得後なら 可 | 一定の学会参 加、研修実績 | 点数制により 合算 | 左記 | 10～12月に申請 試験は3月上旬 筆記と面接試験 | なし | 5年ごと |
| 日本女性医 学学会認定 医 | 日本女性 医学学会 | 会員歴3年以上 | 学会歴3年 | なし | 単位に変換 | 左記 | 1月に出席 8月に筆記・面 接試験 | なし | 5年ごと |
| 日本性感染 症学会認定 医 | 日本性感 染症学会 | 会員歴3年以上 | 産婦人科専門 医であり、5年 以上の性感染症 に対する経験 がある | 一定の教育プ ログラムの参 加ないし業績 | 点数制により 合算 | 左記 | | なし | 5年ごと |

注目される研修／教育プログラム

＊ ALSO について ＊

Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) とは、医師やその他の医療プロバイダーが、周産期救急に効果的に対処できる知識や能力を身につけ、発展・維持するための教育プログラムである。1991年に米国の家庭医により分娩に立会う機会の少ない非産科医が分娩に立会うために必要なトレーニングとして考案された。1993年には American Academy of Family Physicians (AAFP; 米国家家庭医学会) によって認可され、現在、全米のほとんどの分娩施設において、産科医を含めた分娩に関わる医療プロバイダーが ALSO を受講することが義務づけられている。本邦では 2008 年に金沢大学の周産期医療専門医養成支援プログラムグループが ALSO セミナー運営権を AAFP より取得した後、NPO 法人周産期医療支援機構が ALSO-Japan 事業として全国普及活動を行っている。これまでの受講者は延べ 2,000 名を超えており、その内訳は産科医 27%、助産師 33%、プライマリケア医 / 救急医 13%、初期臨床研修医 14%、医学生 8%、その他 5% であり、産科医、助産師だけでなく、妊婦と関わる他の診療科医師が参加していることは、彼らが妊婦・胎児・新生児の健康を守ろうとしている証であり、彼らと協働することは産科診療の今後の発展に寄与するものと考えている。

ALSO は当初分娩に関わる「個々人」の知識やスキルの向上を目的として考えられ、医学生教育の Bed Side Learning や臨床研修医教育の産科知識や技術の習得に効果を挙げてきた。しかし、現在では「個人」から実地臨床産科診療において欠かすことのできない助産師との協働、つまり「チーム」としてのアプローチという観点をプログラムに多く取り入れている。医師と助産師、また他の診療科とともに、妊産褥婦と胎児、新生児を頂点として、互いに同じプログラムを学ぶという今までにない素晴らしい教育プログラムにより、互いの知識、スキル、思考過程を理解しあえるよい機会となっている。例えば吸引分娩や会陰縫合のワークステーションではその手技を体験することにより、難しい手技を行っている医師とともに患者のために何をすべきか再認識をしているようにうかがえる。

本コースは講義形式、症例検討形式、実技のあるワークステーション形式の 3 つのスタイルがある。妊娠初期の合併症（流産、異所性妊娠、絨毛性疾患など）、妊娠後期の性器出血（常位胎盤早期剥離、前置胎盤、前置血管など）、早産、難産は講義形式、分娩中の胎児監視、妊娠の内科的合併症（妊娠中の痙攣）の 2 つは症例を提示してグループ討議形

亀田総合病院総合周産期母子医療センター 鈴木 真

式によるワークショップ、補助経膈分娩、肩甲難産、胎位・胎向異常、分娩後大出血、妊婦の蘇生法は少人数グループによるマネキンを用いたワークショップとなっている。さらにオプション・ワークショップとして会陰縫合、超音波検査、出産危機における両親への対処などがある。プログラムの最初に行われる「マタニティケアにおける安全性」では、チームワークに基づく医療安全研修プログラムの一つであるチーム STEPPS プログラムの概念を取り入れて、その後のワークステーションで実際に使われるコミュニケーションツールや状況モニタ、相互支援、リーダーシップといったコンピテンシーを習得するための講義が行われる。例えば分娩後大出血のワークステーションでは、WHO が分娩後大出血の予防に効果があると推奨する分娩第 3 期の積極的管理をすることを取り入れ、その後は日本産科婦人科学会など 5 学会が共同して作成した産科危機的出血のガイドラインと同様のショック・インデックス (SI) 値に基づいて、ショックに対する全身管理（酸素投与、血管確保、輸液、輸血など）、子宮収縮剤投与方法、原因検索としての 4T (Tone: 子宮弛緩、Trauma: 産道損傷、Tissue: 胎盤遺残、Thrombin: 凝固異常) など基礎的な要素をシナリオ形式で習得するワークステーションを行っている。

ALSO-Japan の活動は、単なるセミナーの開催にとどまらず、東北メディカル・メガバンクが行っている被災地の地域医療支援の一環として災害時救急時の妊産婦救護対策へ向けて ALSO/BLSO (病院前産科救急を対象としたプログラム) の導入に協力している。また、隠岐島、種子島、奄美大島、対馬などの離島医療を支援する目的にプライマリケア医、救急医、助産師、看護師、救急救命士に対して ALSO や BLSO セミナーを行っている。最近では開業クリニックの医師・助産師の参加が急増しており、地域の中核周産期医療施設との連携を視野に入れた、分娩取扱一次医療機関において医療機関単位での研修希望も寄せられている。

分娩に関わるすべての職種がチームとしての統一した言語を用い、さらに統一した方針で診療を行うことはよりよい安全な医療提供に繋がるものである。その考え方が施設内はもとより地域、全国さらには世界で統一されていくことによって我々の使命である「妊産褥婦と胎児・新生児に質が高く、安全な医療を提供し続けること」が可能となる。ALSO はその一助になるものであり、今後、本邦においてすべての産科診療に関わる医療関係者がこのプログラムを受けられることを望む。

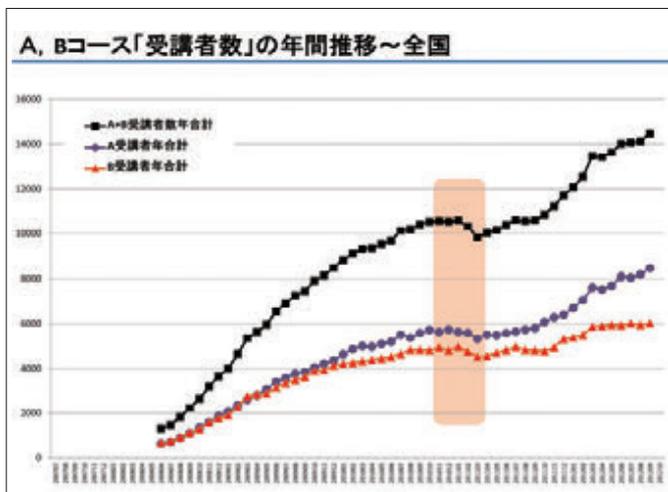
注目される研修／教育プログラム

＊ 新生児蘇生法 (NCPR) ＊

日本周産期・新生児医学会 / 新生児蘇生法委員会副委員長 茨 聡
(鹿児島市立病院総合周産期母子医療センター部長)

2007 年 7 月より日本周産期・新生児医学会の事業として日本版新生児心肺蘇生法普及 (NCPR) 事業を開始して以来、2013 年 3 月末現在で講習会開催件数:3,848 件、A・B コースの受講者総数:52,828 名、有効認定者総数:36,308 名となりました。また I コースインストラクターは 1,970 名となり、インストラクターの方々の積極的な活動により、毎月 100 件前後の公認講習会が開催されています (図 1)。

図 1



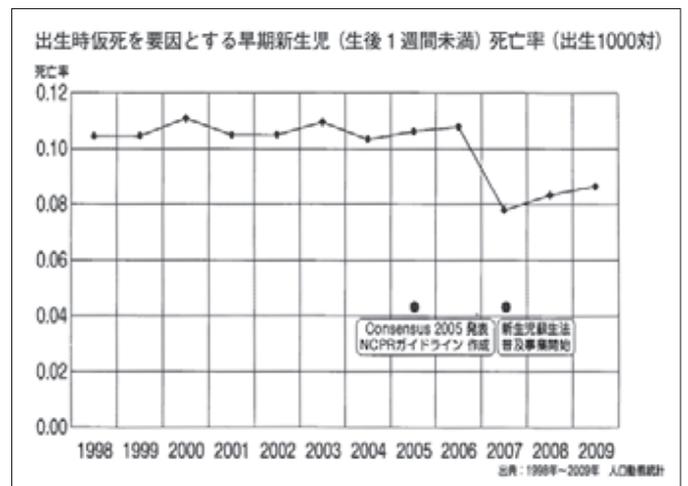
新生児蘇生法 (2010 年版) では、パルスオキシメーターの活用、過剰な酸素投与の抑制、CPAP の活用、羊水混濁時の処置の変更などが、2005 年版に比べ変更されていますが、基本的には遅延無き人工呼吸が蘇生の木の重要な幹になっています (図 2)。

図 2



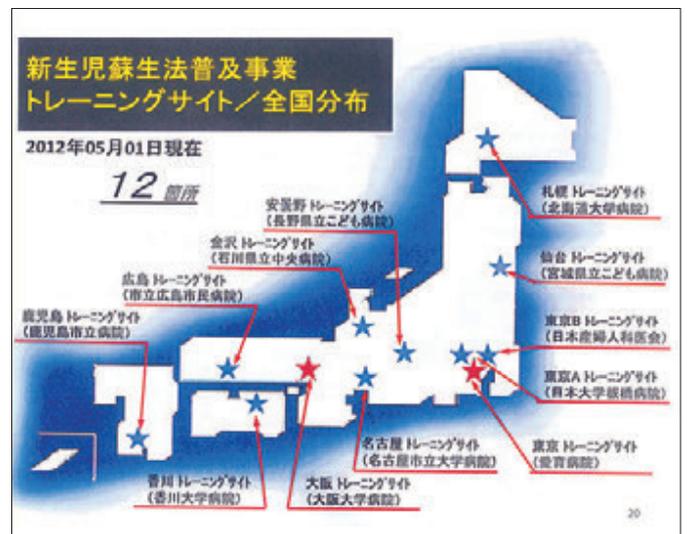
また、人口動態統計によりますと、出生児仮死を主因とする早期新生児 (生後 1 週間未満) 死亡率は、新生児蘇生法普及事業開始後出生 1,000 に対して 0.1 以上あったのが、0.9 以下に減少してきており、その効果があがっています (図 3)。

図 3



そして今後の本事業の更なる発展・普及・支援体制の強化を図るべく、平成 23 年度より、全国を 10 地区に分け、各地区ごとにトレーニングサイトを開設し、現在、全国で 12 カ所の施設 (2012 年 5 月 1 日時点) が整備されており、今後数を増やす予定です (図 4)。

図 4



これらのサイトは、その地区における NCPR の中心的な施設となり、新生児蘇生法委員会が直轄する講習会等 (インス

トラクター養成講習会、フォローアップコース) が定期的開催され、とくに実技実習を重点的に行うことを担っています。

昨年より、「インストラクター養成講習会」は成人教育を念頭にいた内容に大きく変わり、既に新しい受講者に対して、これらが実施されているところではありますが、過去に認定を受けたインストラクターの皆様には、この内容を補填して頂く「フォローアップコース」を提供する場となります。しばらくの間は、これらが交互に開催される予定ではありますが、講習指導方法等のスキルアップをご希望される方にも積極的に見学して頂けるように、今後とも検討を重ねてまいります。

新しいインストラクター養成講習会（リニューアル）の開催

インストラクターとして積極的に活動して頂ける方に対して、講習会を開催するための知識・実技実習を通して、新しい指導法の習得を目的としています。各トレーニングサイトでは、定期的（年 1～2 回）な開催が計画されています。

フォローアップコース「継続学習支援サービス」の開催

インストラクターの、5 年毎の認定更新に際して、これらのサイトにおけるフォローアップコースを受講すれば、更新手続きができることになりました。

もちろん、フォローアップコースはスキルアップを目指す方々を広範に受け入れ、日常的に技術の習得を図って頂くことを主目的としております。このことより、熟練インストラクターから新人インストラクターの皆様が学んで頂けるように、臨機応変に豊富なメニューを掲げてコースを運営し、継続学習の機会と場所を提供します。

今後、トレーニングサイトの活用により、新生児蘇生法の更なる普及と地域指導体制の充実に努めてまいります。

関係者の皆様方におかれましては、より一層のご協力とご支援をお願い申し上げます。

編 集 後 記

今回の特集は、産婦人科専攻医増加にブレーキがかかったことを受け、現状はどうか、その原因はどこにあるのか、仲間を増やすためにできることは何かを探るべく企画しました。いかがでしたか？ 誌面構成の都合上、編集後記にたくさんスペースをいただきましたので、8 ページの記事を補足解説します。私の教室は近年、多くの若手を迎えました。過去 10 年間で改めて振り返ってみたところ、自分でも認識していなかったいくつかのことに気づきました。教室員が減少し苦しんでいた状況、メディアからの厳しい風当たり、訴訟や過酷勤務などのマイナスイメージ、産婦人科医療崩壊、これら負の流れに当教室は運良く乗ったのだと分かりました。どういうことか。医局員が減少し関連病院を引き揚げざるを得なくなった、→派遣を継続する病院でも分娩取り扱い制限の危機を迎えた、→そこに産婦人科医療崩壊と過酷な勤務の現実が世間に認識された、→分娩ができなくなるとは困ると行政や病院が産婦人科医師の定員増や待遇改善を認めてくれた、→しかし枠ができて埋めるコマがなかった、→そこで当直できなくても辞めるよりはと定員を埋めてもらう形で制限勤務者が出現した、→一方で子持ちでもフル勤務せざるを得ないパワフル女性医師が大学に勤務シロールモデルとなった、と、増える直前はこんな流れでした。産婦人科医療に魅了され使命感を抱きつつも過酷さに躊躇していた若者が、子育て女性のさまざまなモデル、勤務場所のキャパシティ増加、今後の就労環境改善の兆しを見て、「私でもできるかも」と当教室の門をたたいてくれたのではないかと考えています。

何年前の関東連合地方部会でしたか、産婦人科医療崩壊に関するシンポジウムが開かれた際、男性医師をどう増やすか

という話題になったのだと思いますが、私は思わずフロアから発言しました。「男医さんがキラキラと働いていないと、男は入ってきません」。当時、フロアの笑いを買いましたが、ウケを狙ったわけではありません。男性医師も女性医師もキラキラと充実して楽しそうに働いていないといけません。皆が嫌そうに働いている医局にクールな若者が来てくれるはずはありません。管理者は、様々な就労形態を必要とする者がいることを認め、医師が笑顔で働ける勤務環境の整備をぜひお願いします。

私たちの仕事はとても魅力があります。まずはそれを知っていただかないと来る者も来ません。いま私たちがすべきことは、学生たち、初期研修医たちに産婦人科医の素晴らしい仕事を見せ、まず興味を持ってもらうことです。学生指導は大変ですが、やっつけ仕事で講義や実習をこなすのではなく、すでに勧誘はスタートしているのだと認識し、学生を熱く導いてあげてください。さらに、地方偏在という巨大な病魔への妙薬開発が喫緊の課題です。ご意見がありましたらどしどしお寄せください。

(幹事・奥田 美加)

(平成 25 年度)

| 勤務医委員会 | | | 勤務医部会 | | |
|--------|-------|--|-------|-------|--|
| 委員長 | 茂田 博行 | | 会長 | 木下 勝之 | |
| 副委員長 | 木戸 道子 | | 常務理事 | 中井 章人 | |
| 委員 | 川鱈 市郎 | | 理 事 | 安達 知子 | |
| | 佐藤 秀平 | | 理 事 | 小笹 宏 | |
| | 関口 敦子 | | 理 事 | 山下 幸紀 | |
| | 町田 綾乃 | | 幹 事 | 清水 康史 | |
| | | | 理 事 | 奥田 美加 | |