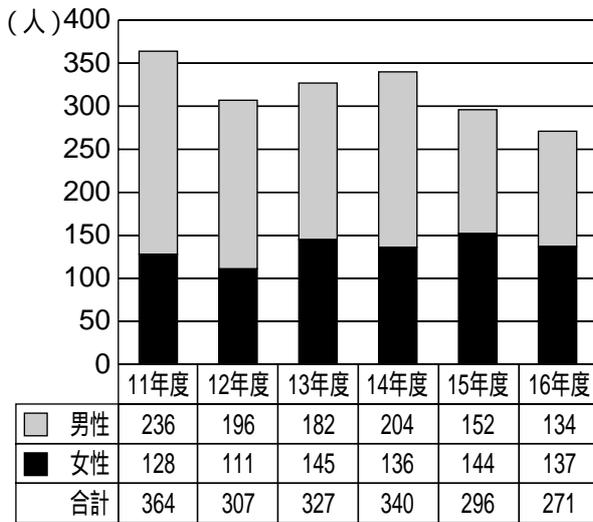




ついに女性が男性を上回る 平成16年度専門医認定審査

勤務医委員会副委員長 東 館 紀 子



日本産科婦人科学会専門医認定審査合格者数

(1) 女性医師も増加していない

上の図は最近数年間の専門医取得者数の推移であるが、明らかに減少を続けるなか、女性の比率が上昇し、16年度はついに男性を上回ることになった。しかし、絶対数では女性も13年度をピークに頭打ちとなっており、一方男性は減少し続けている。この傾向は今後しばらく続き、医学生数の4割以上を女性が占めていることから、一部で期待されている男性の増加は当分望めないと思う。16年度は271名で、毎年約7,600名の医師免許取得者に比しあまりにも少ない。この271名がさらに周産期・腫瘍・不妊内分泌に分かれてしまう。

産婦人科医師の業務は医師全体の約10%を占めるといわれており、毎年新たに参入してくる医師数の実際はその1/3にすぎない危機的状況にある。また、産婦人科医12,000余名のうち60歳以上が3割を占め、高齢化が進んでいるこ

とも周知の事実であり、今後ますます産婦人科医は不足する。また、半数を占める若手女性医師（現在はほとんど勤務医と思われる）が出産・育児のため休職・非常勤・他科への転科の道を選ばざるを得なければ、産婦人科医とくに勤務医の不足・欠員はより一層深刻となる。現在でも約3割の病院で産婦人科医が欠員となっている。

(2) 周産期医療

とくに周産期医療はその高度な専門性を24時間要求されているため少人数では超過勤務、当直回数が多く、過重労働となる上、訴訟問題の多さとも相まって若手医師から敬遠されている。とくに、妊娠・出産・育児をする女性医師が勤務できる状況ではないため、退職に追い込まれ、補充ができないことが多く、残りの医師がさらに過重労働となる悪循環に陥る。また、男性医師も含めて若手医師は自分のQOLを確保したいという気持ちが強く、長時間拘束を嫌い、一昔前のように家庭のことは任せきりで二人分働くことは敬遠される。

(3) 今後の対応

少ない産婦人科医でどう医療レベルを維持することができるか？ これは効率のよい人員配置を行う以外にはない。センター化により医師を数多く集約し、労働条件を向上させる。設立母体の違いを理由に躊躇している時間はないと思う。医師の集約化によりワークシェアリングが可能となったり、長時間の拘束や頻回の当直から開放されれば、育児中の女性医師も復職しやすくなると期待する。また、オープンシステムを行っている地域のアンケート調査でも、分娩登録医の50%が妊娠・育児中の女性医師でも同等の診療が可能と回答しており（非登録医では20%のみ）、女性医師にとり歓迎すべきシステムと思われる。若手医師は、分娩はチーム医療であるとの教育を受けており、訴訟問題を予防し、自分のQOLの確保のためにも望ましいシ

目 次

ついに女性が男性を上回る
- 平成16年度専門医認定審査 - 1 ~ 2
勤務医担当者座談会
第31回日本産婦人科医会学術集会（千葉大会）
平成16年10月9日（土）幕張プリンスホテル..... 2 ~ 12

編集後記.....12

平成 17 年 1 月 1 日

ステムと考えるのではないだろうか。

一方、産婦人科医師数の確保のためには、定年後の勤務医という人材を有効に活用したり一度離職した医師の再教育制度なども考える必要がある。

(4)最後に

男性が敬遠する3Kの産婦人科に敢えて入局してくる女性医師をぜひ大切に育ててもらいたい。女性医師が妊娠・出産・育児をすることは少子化対策からは歓迎されるべきであり、産婦人科医としては妊娠・出産の体験は重要である。ただ家事・育児を自分ひとりの責任と思いつくことなく、夫・家族・社会に応分の負担を求め、専門職として早

期の復帰を期待する。男性医師にも等分の家事・育児分担が求められる時代であることを知ってほしい。また病院の責任者には、託児所の充実は無論のこと、妊娠中、授乳中の勤務の軽減を認め、短時間労働など柔軟な対応をお願いしたい。母体保護を掲げる産婦人科医だからこそ、率先して配下の女性医師の待遇改善に取り組んでもらいたい。

フランス唯一の女性産婦人科教授 Dr.ニコル曰く、「専門医5,150人中女性はたったの39%しかいない」日本では18%であり、まだその半分にも達していないのである。

勤務医担当者座談会

平成16年10月9日(土)

第31回日本産婦人科医学会学術集会(千葉大会) 幕張プリンスホテル

本部勤務医委員会主催による「関東ブロック勤務医担当者座談会」が、台風23号が千葉方面に接近し交通機関が寸断するといった状況の中で、学術集会(千葉大会)開催前の午前11時から行われました。

座談会は、「開催ブロックの勤務医担当者の先生方と産婦人科勤務医の抱える問題について意見交換する」ことを目的に、いままで関東・北海道・北陸・九州・四国ブロックの開催地で行われてきました。今回の座談会には、関東ブロック各支部から10名の担当者に出席していただきました。

出席者

関東ブロック

茨城県 満川 元一(水戸赤十字病院)
栃木県 深澤 一雄(獨協医科大学)
群馬県 竹中 恒久(伊勢崎市民病院)
埼玉県 栃木 武一(川口市立医療センター)
千葉県 吉田 幸洋(順天堂大学医学部附属順天堂浦安病院)
東京都 荻野 雅弘(東京警察病院)
神奈川県 奥田 美加(横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター母子医療センター)
山梨県 端 晶彦(山梨大学医学部附属病院)
長野県 仲井 育子(厚生連佐久総合病院)
静岡県 鈴木 康之(清水厚生病院)

勤務医委員会

委員長 徳永 昭輝(とくなが女性クリニック)
副委員長 東館 紀子(東京女子医大成人医学センター)
前田 光士(都立荏原病院)
委員 小笹 宏(大津赤十字病院)
増田美香子(東京医科歯科大学医学部附属病院)
高松 潔(東京歯科大学市川総合病院)
和田 裕一(国立病院機構仙台医療センター)
副会長 清川 尚(船橋市立医療センター)
常務理事 栃木 明人(日本大学医学部附属板橋病院)
平原 史樹(横浜市立大学医学部附属病院)
幹事長 宮崎亮一郎(順天堂大学医学部附属順天堂東京

江東高齢者医療センター)

幹事 神谷 直樹(東京慈恵会医科大学附属柏病院)
栗林 靖(聖マリアンナ医科大学東横病院)
清川: 本日は台風のために足元のお悪い中お集まりいただきありがとうございます。



清川 尚 氏
副会長

この勤務医担当者座談会では、医会学術集会開催ブロックの勤務医担当の先生方にお集まりいただき、忌憚のないご意見をいただいております。このたびの座談会は関東ブロック10県の勤務医担当者の先生方にお集まりいただきました。

今の産婦人科の現状は、ご存じのように勤務医を含めて医師が減っています。今年の8月1日に行われた学会の専門医試験では、約300名受験しましたが、合格者は271名でした。毎年約8,000名、国家試験に合格した新しい医師が誕生していますが、産婦人科を専攻する医師が300名以下では日本の産科・周産期医療を維持していくことは非常に難しくなると思われます。

産婦人科医療をとりまく現状は誠に厳しく、「安全なお産をするにはオープンシステム」、あるいは「看護師の内診問題」など、とくに診療所の先生方にとっては大問題が起きております。これは、勤務医の先生方にとっても大きな問題です。ご自分の将来も含めて、またこれから産婦人科医を目指す研修医、学生のためにも、意義あるお知恵を拝借したくこの座談会を設けております。どうぞよろしくお願いたします。



徳永 昭輝 氏
勤務医委員会
委員長

徳永: この勤務医担当者座談会は、関東ブロックから始まり、また関東ブロックに戻ってまいりましたが、今回で6回目の開催になります。

会の運営をスムーズに行うために、8支部の代表の先生方から発言要旨に関するアンケート回答をいただいております。アンケートの内容を踏まえながら座談会を進めさせていただきます。

平成 17 年 1 月 1 日

現在、医会における勤務医（平成15年10月現在）は54%と半数以上を占めております。医会の会員数が12,887名です。学会の会員数が15,753名です。医会と学会員の約3,000名近いギャップはどこに原因があるのか、そんなことも念頭に置いて勤務医の抱えている問題を考えていく必要があると思っています。

徳島の大会では、産婦人科勤務医の厳しい勤務環境・労働条件などに対して、「待遇、あるいは勤務改善のための統一した条件」というようなものを医会としてまとめられないかといったことが議題になりました。今日の座談会で何か全国に向けて、各支部に合った活動が展開できる問題提起ができればと思っております。

各支部での勤務医部の活動について



満川 元一 氏
水戸赤十字病院

満川（茨城）：茨城の産婦人科医会の勤務医部会は、まだほとんど動いていません。私も4月からですので、まだ積極的なことをやっていません。ただ勤務医部会で話をする段階よりも、医師の不足は茨城県内においては、もう明らかです。この2年くらいの間に、大学が茨城県内の病院3カ所、水戸でも1カ所から引き揚げました。

前田：それは産婦人科だけですか。

満川（茨城）：他の科もそういう傾向にあります。比較的大きな2つの病院と中規模の2つの病院で医師不足になっています。ある病院では産婦人科医師を徐々に減らしていったら、もう分娩をしない状況になっている。一番の問題は、水戸にある周産期センターで4人でやっていますが、医長以外は女性医師で、分娩や結婚という問題に大学が対応しきれない状況です。したがって、ほとんど婦人科疾患はよそへまわすしかない。そうすると大学の若い医師は分娩だけの、しかも周産期救急の患者の来るところに行きたがらない。今は教授の命令で行ってという時代ではない。このため周産期センターは特に勤務状況がひどくなっています。

大学に頼って生きていけるのは、少なくとも5人以上医師がいて教育ができるところだけです。悪性腫瘍から腹腔鏡、分娩もそこそこできるところならば、教室は確保してくれるだろうと思いますが、ただ働くだけの医長と2人だけ、あるいは3人というようなところはもう駄目だと思います。

医師不足についてはいくら話し合っても、解決するのは難しい。そのような状況の中で、働く人は働く、暇な人は暇で待遇の差はまったくくないですね。今後コンピューター



吉田 幸洋 氏
順天堂大学医学部
附属順天堂浦安病院



荻野 雅弘 氏
東京警察病院



奥田 美加 氏
横浜市立大学医学部附属
市民総合医療センター



端 晶彦 氏
山梨大学医学部
附属病院



仲井 育子 氏
佐久総合病院



鈴木 康之 氏
清水厚生病院

化で収支を出すような計画をありますが。

とくに周産期センターに関しては公的補助も受けてやっていますが、医師としての待遇は変えられないのかもしれない。そこで周産期センターにだけ、県から何か補助を病院に出すのではなくて、個人の医者に出して、産婦人科は医者の中でも、給与体系がいいということになっていけば、産婦人科の医局に入る人もいるかもしれません。

私の病院では時間外手当はフルに出ます。時間でカットしようという動きに対して、せめて暇な科と忙しい科に差をつけなかったらどうしようもないと反対しています。

深澤（栃木）：栃木県におきましても、医療機関における産婦人科の定員不足は、同じような状況です。今回始まった臨床研修制度のために、どうしても大学に戻さなくてはいけないところは公的病院でもあるようです。そのため勤務医が不足しています。

竹中（群馬）：公的病院の医長は、口を揃えて人間が足りないと言っており、公的病院ではほぼ100%が産婦人科の定員不足という印象を受けています。

ご他聞に漏れず、病院から産婦人科医を引き揚げるといった話が毎年出ています。公的病院は大学からの派遣が多いのですが、連絡会議などでは「人をよこせ」といった取り合いの会議になっているのが現状です。今話に出た新臨床研修制度のために、今年から少なくとも2年間入局者がなく、この2年間が特に大変だと思います。

栃木（埼玉）：埼玉県では、勤務医部会として今やっていることは、当直改善、定年の問題、休暇の問題。とくに産婦人科医は激務であるということで、健康管理の問題、また学会出張の問題、たとえば学会出張するのに、実際病院からお金が出ているのかという問題も含めて、具体的な調査を行っております。

それから、いわゆる関連病院、とくに医育機関からの出張の問題ですが、38施設が医育機関からの関連病院です（平成11年のアンケート調査）。周産期センターが6施設ありますが、1つは総合周産期、5つは地域周産期です。ある地域周産期センターでは、部長以外



東館 紀子 氏
勤務医委員会
副委員長



前田 光士 氏
勤務医委員会
副委員長



小笹 宏 氏
勤務医委員会
委員



高松 潔 氏
勤務医委員会
委員



増田美香子 氏
勤務医委員会
委員



和田 裕一 氏
勤務医委員会
委員

はすべての医師が大学からの派遣でまかなっております。最近その地域医療センターの医師の総引き揚げというようなことが起こっています。先程筑波の先生からの、やはり周産期センターが1つ引き上げてしまったという報告ですが、具体的には医育機関との兼ね合いが非常に大きなネックになっております。

今まで大学側がOKと言って、出張要員をまわしていたところが、一気に切ってしまう。そうすると切られた病院は、その地域で今までも同じ形を取ることができなくなります。そのような現実が、医師会も含めて頭を悩ませています。私のところの病院でも1名少なくなっております。

それから産婦人科医を増やすこともそうですが、勤務医全体の数が少ないことも問題です。先程来他県の現状報告を聞いていますと、大学ディペンデントから、インディペンデントな医療を目指すのにどうしたらいいか、大きな課題を提起したように思います。埼玉県はこれからの産婦人科医療を、従来の大学ディペンデントからインディペンデントな形でやっていくのにはどうしたらいいのか、これは周産期医療のみならず、実際の産婦人科医療においても起こっている大きな課題です。徳永：大きな問題が出されました。とくに大学と研修制度を引き受けた医育機関との関係、それからどういう独立した医育機関へと発展していくかということを含めて、検討課題とさせていただきます。

吉田（千葉）：千葉県支部の勤務医部の活動は年に1回、千葉県内の県立病院、国公立病院、それから千葉県内7大学附属病院の医長にお集まりいただき、懇談会を開催しております。懇談会の内容は主として医事紛争、医療安全対策に関すること、およびおぎゃー献金への協力など、支部の担当理事から各医長に伝えられております。各病院の医長からは、現状についていろいろご意見が出されますが、昨今の医師不足、そういったことが話題になって

いますが、具体的な対策については、支部のレベルではされていません。

千葉県の医師不足の現状としては、ある国立病院ではやはり新臨床研修制度に絡んで医師が削減される、減員され



栃木 明人 氏
常務理事



平原 史樹 氏
常務理事



宮崎亮一郎 氏
幹事長



神谷 直樹 氏
幹事



栗林 靖 氏
幹事

るということから、来年からは分娩を中止せざるを得ない状況に追い込まれていることが懇談会で報告されています。

奥田（神奈川）：神奈川の活動では、患者さんへの情報提供の際参考にできるようなデータを整理して、ホームページに掲載しています。現在は、定年後についてアンケート調査を行っています。神奈川は医師不足という点では、他の県よりかなり恵まれているほうだと思います。県全体のことは把握してはいませんが、横浜市大に限って言いますと、過去10年の入局者は女性のほうが多い状態です。ただ、出産を機に、一線から引かれる先生が非常に多いのが現状ですが、条件さえ整えば働いてもいいという先生方がけっこう居られます。一例を申し上げますと、24時間預かってくれる保育園を持っている病院に勤めていた時はフルで当直もしていたのに、そこから移動したら、当直はできなくなり昼間の勤務だけの先生もいらっしゃいます。女性医師としては、せっかくお産を扱う仕事をしているのに、一生の間にお産をしないという選択をするのはナンセンスだと思います。

企業ですと企業内保育所というのも非常に整備されています。病院でも看護師だけが利用するものではなくて、医師も利用できたらと個人的には考えております。

徳永：勤務医委員会のアンケート調査でも、1年目で辞めたり、6年程して専門医になってから辞めていくといった傾向があります。

端（山梨）：山梨県支部の勤務医部の活動は、とくに今日立ってやってはおりません。産婦人科医師不足の現状で

すが山梨県は大学病院が昭和55年にできた、いわゆる新設医大の県です。大学病院が遅くできた県ですが、小さい県ですからすでに多くの病院が山梨大学出身の先生方で占められています。それでもいくつかの病院で、東京他の大学病院の先生方が出張でいらして診療されているのが現状です。

医師の引き揚げ問題に関し山梨県では、遠隔地のため引き揚げやすい、引き揚げる口実が付きやすいのかもかもしれません。そういうこともあって、ここにきて医師不足が目立ってきています。これからもそれが加速するのではないかと心配しています。ただそれに対して、根本的な対策がないのが現状です。

平成 17 年 1 月 1 日

仲井（長野）：当県は勤務医委員会としての活動はまったく皆無といった状況です。どこも同じような医師不足のようですが、長野県は、全国的な傾向がより先鋭化しているような感じがしております。医師の高齢化と女性医師の増加、この 2 点に集約されますが、60 歳代以上が全体の約 3 分の 1 を占めているのが全国的傾向だと思われませんが、長野県では、65 歳以上の方が多く、開業の先生を中心に、実際には診療されてない医師が増えています。ここ 10 年ぐらいの間はかなりの方が診療辞退をされたということです。

長野県の場合信州大学にかなり依存していますが、最近の入局者はやはり女性が増えています。8 割強が女性です。幸い引き揚げという問題にはなってはいませんが、リタイア、若手女性の増加という状況が続くとこれから数年から約 10 年、一番氷河期的な状況かなと思っています。非常に厳しい状況が続くために、まだ 40 歳代ぐらいの開業医でも産科診療はやめるという状況が出てきています。結果的にいくつかの公的病院への負担が増えてしまう。充足している病院は皆無に近いと思います。公的病院で人数的に充足していると思われるものは長野日赤ぐらいです。1 人医長といった医療機関は減りましたが、まだいくつかあります。だいたい 2～3 人、多いところで 4 人ぐらいで、大学から週に 1 日、2 日交替で応援に行くという形でのいであるのが現状です。

私どもの病院でも、妊婦健診に遠い方は 1 時間半かけて来る。それぐらい、ひとつの病院が抱えている診療圏が広く、オープンシステムを含めてですけれども、地域の特殊性を加味していかないと、診療の安全性という意味では非常に問題が大きいと思っております。現在大学医局は若手が多いので、まだ大きい問題になっていませんが、ケースバイケースでのいであるのが現実です。今、子育て中の女性医師が 2 人。小さい子どもを抱えている医師が 2 人。そのような状況に対する対応も、上司としての男性医師の認識が遅れている。内心正直いえば、困った問題、どうすりゃいいんだという戸惑いのほうが大きいようです。そのへの認識も含めて、ハード面での保育所とかだけでは解決がつかない。ご本人の意思だけでも解決がつかない、パートナーの問題も大きくて、同業者であるドクターとの結婚率も高い。なかなか難しい問題と思っております。

鈴木（静岡）：静岡県は比較的広域な県で関東の大きな大学、名古屋大学、京都大学などからも多く勤務医が派遣されています。その中で年間分娩数 600 の市民病院から常勤医が消えてしまった。その近隣のベッド数 500 床ぐらいの病院でも、産婦人科医が引き上げてしまい問題が起こって、院長の更迭の一因となったところもあります。県下全般に人員不足が見られているのに結局は浜松医大が補わないといけないという状況です。当然、無理ですが。

浜松医大では、勤務医の勤務条件として、分娩を取り扱う病院の産婦人科医は常勤が最低 3 人必要と考えていますが厳しい状況です。今後、分娩を行う病院というのは、だんだん集約されてくる可能性もあると思います。

先程女性医師の話がありましたが、当然静岡県でも女性医師に働いていただかないとまわっていきません。長野と

は違って、静岡県は結婚されて勤務をされている方が比較的少なく、各病院の医長も結婚してほしくないという本音があるようです。また、実際に育児休暇をとられたらどうなるかという問題に対しても、現実として把握はしてないようですし、女性医師に対する当直の優遇などもなかなか難しいという意見が多いです。大学病院勤務では、充分育児休暇等をとらせるとも言っていますが、実際は研修医の身で妊娠なんてとんでもないという風潮が根本にはありません。

徳永：出席された先生方から一通り意見が出されました。今までの各支部からの発言を踏まえて、女性医師のための小委員会担当の東館先生、何かございませんか。

各小委員長から

東館：若手医師は女性が半数を占めていますので、働いてもらわなければ絶対数が断然足りません。なんとかして働くにはどうしたらいいかということですが、まずハードの面はもちろん、つまり保育園とか。保育園に関しては、医師の子どもは入れない、保育時間が短いなどといった問題があるのですが、子どもにとって長時間保育がはたしていいのか疑問です。また、男性の育児分担が少なすぎます。妻が当直の時は夫が見ればよいではないかと、私は個人的には思うわけです。本音では女性医師には子どもを生んでほしくない、妊娠してほしくないっていうことは、少子化に向けて発言してよるしいのでしょうか。私は自分のところの女性医師が、どのくらいお産をしてるかというのは、教授や部長の評価になるのではないかと思います。

ちょっと若い先生に苦言を呈すると、昔よりずっと恵まれているはずなのに、若い先生は子どもができると簡単にやめてしまう人が多い気がします。世代間の格差があるのかもしれないけれども、女性自身の問題もあるのではないのでしょうか。それから研修医の時には妊娠してほしくないし、出産の時期というのはちゃんと考えなくてはいいいでしょう。またブランクもなるべく短くして、育休を何年もとるのではなくて、専門職なので早く戻ってきたほうがいいと私は思っています。なかなか難しい問題がございます。

徳永：意識の問題、分娩の集約化というようなことにも言及されました。今までのツケがまわってきているのではないかというようなことを含めて、厳しい発言だったと思いますが。では待遇のための小委員会担当の前田先生、何か感想を含めてご意見を。

前田：昔に比べれば医師数は増えています。ただ産婦人科の医師数が少ない。なぜかという根本を考えなきゃいけないと思います。現実にも私のところも、医長が辞めて、1 人欠員に対して大学にお願いしても、人数の関係で出さない。某大学の教授にお願いして、都立荏原病院だと出しましょうということ。そのかわり将来は、1 つの大学で 7 人も 8 人も送り込むという時代じゃないから、2 つの大学で半々ずつ医者を出して、それでトータル 8 人にしようとかいう話まで進んでいながら、結局出してもらえなかった。もう大学自体に頼ってはいけない時代になったと思います

平成 17 年 1 月 1 日

す。大学の医局に入ってもらいのも必要ですが、公的病院とか、卒業研修を認められている病院が、医者を育てていく教育もしなくてはいけないという時代になったと思います。両方でやるべきですよね。だけど産婦人科だけどうしても少ない。

東京都は都立病院の数を減らしています。都立病院を5つだけにするという方向です。たとえば荒川産院、築地産院、そして墨田産院もやめました。それから都立大久保病院も公社化しました。産婦人科の医者はどこへ行ったかっていうと、みんな大学に戻ったのです。または開業したという状況です。東京都は責任持たないでそういうふうにさせている。東京都の医者ですから、他の都立病院に、ここは応援に行ってくれとか、そういう格好にはしない。それは大学の関係でできないと言う。公的病院も独立した公的病院だったらそういうことができるのですが、東京都の場合はそれができない。

2年前から都立病院の産婦人科連絡会議を作りました。東京都の人事課長なども出席して会議をやっているのですが、結局やはり産婦人科の医者も、若い先生方も、楽なところで同じ給料をもらえ、なおかつ当直も少ないところへ行きたがる。産婦人科医はハードだ、きつい、そういうところは行きたくない。楽なところへ行きたいという。私は産婦人科手当というのを特別に作るべきだろうと思います。東京都に50万ぐらい付けろって言ったのです。そしたらそういうのは、個人の病院だったらできるかもしれないけれども、都立の場合は議会を通さないと、給料体系は変えられないのです。市立病院も県立病院も国立病院も、多分そうだろうと思います。

私立の病院はけっこうそういうことをやっているの、そっちへ行っている先生もいるのですよね。それをなんとかうまく取り入れてくれると、産婦人科医の数が増えるのではないかなと思います。

産婦人科の医師の不足について

和田：宮城県の場合は、周産期医療が仙台市と他郡とはちょっと状況が異なりまして、仙台市は開業でお産をされている先生が少なくなり、公的病院でのお産が多くなっています。そうしますと人数が少ない病院では、お産を制限せざるを得ないために、妊婦をどこの病院へ紹介すればいいのだという開業の先生からの声も、仙台市内の地区によってはあるような状況です。勤務医が1人でお産をやっているようなところもあり、そういった状況からやはり集約化という動きがあります。10月に、そういった問題に対して市民に理解していただき、医療は、患者さん、あるいは妊婦さんがより良い状況で受けられるかということです。市民の声もうかがって将来に向けて進めていこうという動きがあります。

それともうひとつ感じるのは、実際に医師の数も産科医師の数も減っているだけでなく、それと同時に1人にかかってくる仕事の量がものすごく増えてきています。それにも関わらず、診なくてはならない患者さんの量は同じでも、内容が非常に濃くなってきています。そういった問題も

なんとか解消しなくてはならないと思います。そうすると、たとえば医療費とか、先程前田先生がおっしゃったような、経済的なことも踏まえて何かをやらない限り、産科の医者は増えてこないと思っています。

徳永：勤務医委員会を実施した54大学の医局アンケート調査では、男女ともに婦人科に入局して、1年以内に15.6%が辞めています。6年以上たって辞めていく人もけっこういる。辞めて、内科、眼科、精神科、麻酔科、皮膚科へ。男女ともだいたい同じような状況です。仕事がついと、自分に合わないというのが大きな理由のようです。この問題は議論してもそれほど変わらないだろうと思います。

産婦人科の専門医試験合格者の状況は、平成13年が327名。14年度は少し増えて340名でしたが、平成15年度はもう300名を割って296名です。明らかに産婦人科を専門とする医師が減っている。医師のトータルとしてはそんなに減っているわけではないわけですから、「婦人科を選ぶ、そういう医師に光をあてられる、未来があるような状況を作れる」かどうかということが、大きな問題のように思います。

満川（茨城）：産婦人科の仕事のハードさは、多分増えていくことはあっても、それを何等かの対応で減らすということは難しいと思います。例えば助産師の仕事の分野を法的にもっと認めるとか、看護師の仕事を認めるとか、そういうことでしないと無理だと思います。先程も言われましたが、待遇を良くするという以外にない。ただ自分で待遇を良くするっていうのもなかなか言いにくい。とくに自分の勤務している病院で、自分のだけ上げろとか、産婦人科だけ上げろっていうのは、極めて難しい。ですからひとつは、私は産婦人科医会の公的でも私的でもいいのですが、最低女性医師に対してだけでも、大規模な人材バンクを作って、医師の要望と病院の要望とを聞いて、そういった施設が、あなたのところでこういった条件でならばいますよ、保育所どういうふうにしなさい、そういうふうなことを他から病院に言えば、こんなに困っているのだから、院長やはりこれはなんとか対応できることは対応しましょうというふうになると思うのです。自分たちで自分たちの病院の待遇というのはなかなか変えられない。産婦人科医会がやれば一番いいのかもしれませんが、やれるかどうか私も知りませんが、私的なところよりは、よほど信用がおけるといいます。まずは女性医師。働きたいと思っている女性医師はたくさんいるんじゃないかって想像するのですが、条件さえ整えば。

徳永：大学に頼っていてもなかなか不足した医師の派遣というのは望めない状況にある、そこで人材バンク的なものをこれからは考えていったらどうかという意見が出されました。どなたかご意見ないでしょうか。

仲井（長野）：医長会議などで真っ先に報告されるのは、その月の収支決算です。今月の患者数が外来・入院がどのぐらいで、それぞれの単価がどのぐらいで、前月比と比べてどうで、前年比と比べてどうで、累計赤字がいくらというぐらいに。ですから待遇改善を要求したいが今の医療状況では厳しい経営内容の病院が多く、どこの病院もそれを

平成 17 年 1 月 1 日

なかなか言いにくい。

私の病院の場合も、私たちは4人でやっていますが、他の科の先生からは同情されています。結局4人で均等にまわして毎月7～8回当直しまして、私はハイリスク分娩、緊急手術全部オンコールで呼び出しがあるので、院長からもぶっ倒れそうだなと、しょっちゅう言われます。そういう止むを得ない現実があるのではないかと。待遇の改善を果たして、医会として出したとしても現実には出せない病院が圧倒的に多いと思います。

前田：現在自分たちの待遇を改善するのもいいけれど、女性医師が平成11年から男性より増えてきていますから、女性医師の待遇を改善するというのが、医師不足を解消する唯一の対策ですよ。その医師不足の状態というのは、若い先生はできれば楽なところ、高給なところというふうに言っているので、せいぜい待遇は良くしておけば。しかもその時に教育をするのに、きちんとハイリスクの管理ができる、そういうプライドを持った、他の科とここは違うんだよとしてあげるしかない。

徳永：医師数を増やすといっても、専門医になる人間がもう減っているという現状なわけですよ。

荻野（東京）：東京の現状はいろんな大学がありますから、多々見る機会が多いわけですが。女性医師の話が先に出了たので、病院のなかに保育所を作らなければ、看護師のお子さんは病院で預かることはけっこうあるのです。医師に対しても当たり前にならなくていけないのではないかなと私は思っています。そこに預けておいて、夕方になったら赤ちゃんを帰れるシステム作りを、われわれは積極的に病院に働きかけてやるべき時期がもう来ていると思います。

先程病院の全体の赤字、黒字とおっしゃっていましたが、産院ならば別でしょうけども、病院は、私自身は外科と内科がしっかりしていれば、そこに赤字を埋めてもらえると思っています。われわれが頑張っても、トラブルが起きても、そんなに黒字は出てこない、総合病院における産婦人科の位置付け、なくては困る科だけれども、そんなに稼がなくてもいいのではないかと感じます。

もうひとつは、若い先生はかわいそうだと思います。最近の患者さんの意識の動向が、非常に利を欲して、簡単に分からない分からないと言っていると、患者さんにとちめられてしまう。若い先生に言わせると入りづらいような環境もあるのではないかと考えております。この分逆にベテランの先生の負担が多くなっていく。ゆっくりでもいいから、間違いのない診療をしたくなる環境も生まれてきていると思っています。

日産婦に關しましては、産科婦人科学会の専門医、その次に腫瘍、内視鏡、生殖の専門医を作られて大丈夫なのかなと非常に危惧しております。例えば子宮内膜症を勉強した人は何の専門医ですかと言われてしまうと、専門医はありませんというような形になってしまう。これから勤務医も危ない時代がきて、医師が医師の首を絞めているというような印象がございまして。

清川：私は千葉県船橋にいますが、県の周産期医療協議



会の会長を仰せつかっています。周産期医療は専門性を有し、特に極小未熟児に対処する医師は24時間つきっきりで、現場を離れることができません。このような医療現場の医師には環境改善を含めた特別な支出を捻出してほしいと県当局に要望しても、他科との兼ね合いがある等で実現に至っておりません。もちろん満川先生がおっしゃったようなことも、当然言いますが、やはりそこはなかなか難しい。どうしてこういうふうにならなくなってしまったかということも現実を踏まえて、いかにこれからのわが国の母子保健医療、周産期医療、産科医療を活性化させなければいけないということを、明日のシンポジウムではやろうと思います。

とくにシンポジウムとしては、現状と未来ということで、国も一生懸命やってくださっているのですが、法律がありますのでなかなか動きが難しいということ。それから昨年の12月に「良い産院の10ヵ条」、あるいはお産は大病院、診療所は検診だけをやりなさいなんていうような間違った報道が出ましたけれども、そういうことも現実にはできないわけですね。現実を知らないお役人の発想から出たのです。私たちはもちろん統計的にも現実には少しずつ近づいていることも認識しております。先程荻野先生が言ったように、患者さんの権利意識が非常に強くなってきました。ですからやはりベテランの医師、若手の医師が同じ環境で働くようなことも、わが国の産婦人科医療は今後もっていかねばいけない。

私が院長になってから院内に保育所を作りました。もちろん女性医師も利用しております。しかしそれだけでは駄目ですね。問題は過剰労働です。しかしそれには底辺を作らなければいけない。これが一番なんですね。ですからここをぜひ勤務医の先生方も、私ども産婦人科医会の会員は、勤務医と開業医の先生の集まりですので、ここをうまく協調して、リタイアした先生方、それからベテランの先生方、若手の先生方、女性医師の方々も含めて同じ土俵で問題意識を提供していきたいと考えております。

徳永：現実には、われわれ産婦人科医が抱えている問題を、どのようなところに訴え、どのような形で解決の方向を求めると、簡潔にご意見をうかがいたいと思います。今年の勤務医部の方針は、勤務医部会としてはいろいろな活動をして、情報を提供していると思っているが、各支部の活動が見えてこない。現実にごこの座談会に行っても、各支部ではなかなか具体的な勤務医活動が行われていない現状が分かり、今年は各支部の勤務医部の先生方とのネット

ワークを作って、共通した情報をわれわれから提供するけれども、各支部からのご意見をなるべく吸収して、それに新たな情報を加えてまたお返しするというような、そういうネットワーク作りにはひとつの活動の方向を見出だそうとしております。

前田：待遇の改善に関し、具体的に提言を載せてあります（JAOG Information No.40）。ただ提言だけでは今の時代駄目です。たとえばマスコミ、大学の医局、または厚生省とか、対象を決めて、この提言に対してどう行動を、アクションプログラムを組んでいく必要があります。

竹中（群馬）：仕事量の多さ、拘束時間の長さなどが産婦人科医の問題となっており、産婦人科を選択する若い医師が減少し、そのため1人あたりの負担がさらに増加するといった悪循環に陥っていると思われます。これを打開するためには何としても若い人を産婦人科に取り込むことが肝要と考えます。

今回、新しい臨床研修制度で産婦人科が必修となったのはある意味ではチャンスだと思います。研修に来た人に産婦人科のよさを体感してもらえれば将来の産婦人科医の増加に結びつくかもしれません。ただ、そのためには研修指導にあたる人の負担は大きくなると思います。

吉田（千葉）：現在の産婦人科医療が抱えている最大の問題がマンパワー不足ということのようですが、このマンパワー不足を改善する方法というのは2つあると思います。1つは産婦人科の女性医師の数をできるだけ減らさないようにする。これは働く環境を良くするというのが大事だと思います。もう1つは産婦人科を志望する医師をいかに増やすかということ。従来は大学の教室がその大学の学生をいかに勧誘するかということに頼っていたわけですが、今後は臨床研修制度が開始されますと、卒業生が大学から離れてしまいますので、各研修病院におきまして、産婦人科医を志望する医師をいかに確保するかということもわれわれ各地域で研修医を指導する者たちの重要な課題と思います。

まわってくる研修医に対してできるだけ産婦人科というのは素晴らしい科であるということをアピールして、2年が済んだ時に産婦人科をやりたいという研修医を増やす、これが一番重要な、とくにこの勤務医部会でできる内容ではないかと思えます。

徳永：新潟では、今病院だけではなく開業医も含めて学生に臨床研修をさせるような場を提供するような案も実際には出てきております。今吉田先生がおっしゃられたように学生をどのように取り込んでいくかということも、委員会の大きな課題にしています。

仲井（長野）：うちの病院は以前からスーパーローテートの方式で研修をとってきました。春休みや夏休みに主に5年生、6年生が対象で、夏期実習というか、見学ですが、1週間単位で希望者を募って各科希望される現場に来ていただいて研修という形で実習を受け入れています。春休みでも80人～100人。今年の夏は130人ぐらいです。

臨床研修必修化ということもあり、実習に来る学生さんたちの意欲は高いものがあります。今年の夏は産婦人科の

実習にも3名みえましたが、非常に意欲が高くて、自分がやりたいと思うものを見つけたいという意味は、非常に伝わってきました。そういうところに来る学生さんたちの意識は非常に高いということです。

今の学生さんたちは楽なところ、待遇のいいところをという意識はあるとは思いますが、やはり自分のやりたい医療をみつきたい、そういう意欲は相当あるのではないかと思います。そういう学生の受け入れ先をもっと広げることができないかと思えます。

栃木（埼玉）：埼玉県では平成13年にアンケート調査をしています。休暇中の医学生を対象とした臨床体験制度を受け入れる態勢がありますかという質問を、埼玉県の県下の病院に依頼しましたところ、約140の回答がありました。そのうちあるのは30施設、22%でした。約80%近くは、そういう態勢を持っておりませんでした。

実際に学生はすごくやる意思があると思っています。各支部で学生実習を受け入れる制度を積極的に取り入れてもらいたいと提言していくことも意義のあるような気がします。

前田：2年前、東邦大学医学部の学生が学外授業で、都立荏原病院に1ヶ月来ました。国家試験に受かって整形にこられたのですが、婦人科を1ヶ月間やったために、婦人科に入ろうか、整形に入ろうか迷っていますと手紙がきました。研修や実習を受け入れる、そういう効果はやはりあると思います。

小笹：私の病院は京都大学と滋賀医科大学から来のですが、滋賀医科大学の場合、例えば一昨年は全部女子学生だったのですが4名来ました。最終的にその4名は産婦人科に入局しました。初めから非常に高いモチベーションを持って来ている。私はその気持ちを下げさせてしまうようなことをすれば責任重大です。少なくとも彼女たちが思っている気持ちを、最低限維持できるぐらいの研修をやらなくてはいけない。現実問題として、スーパーローテーションで産婦人科の魅力を提供できる、難しいと思いますが、それを多少なりとも涵養するように気は使っています。全員が入ってくれた時、非常に嬉しかったですね。

女性医師の問題への対応について

徳永：医師不足という問題に対しても、地域性を生かしながら検討していく必要があるようです。増田先生はアメリカでいろんなことを体験してこられていかがですか。

増田：1年間主人の留学でアメリカに行っていました。そこでちょっとヒントになることを感じましたのでお話しします。アメリカに行った当初は、仕事がなくなったという不安感がありました。ところがその不安をずっと抱えて過ごすわけにもまいりませんので、だんだん専業主婦という立場に満足してくるというか、自分自身を適応させていったように思います。その時に、以前働いていた職場の先生方から、今はこういう治療法があるんだよとか、君が戻ってきたらこういうことをしてもらいたいとかと、時々刺激を受けることができれば、復職がしやすくなると思いました。

平成 17 年 1 月 1 日

また、私と同様の立場でアメリカに来ていた産婦人科医師がおりました。彼女には、アメリカで生まれた子を含め 3 人のお子さんがあり、子育てのため研修を中断されました。戻るにしても最初からやり直して、どうしたものかとかなり悩まれていましたが、医局と十分ご相談され、帰国後仕事を始めています。休職医師一人一人への細かな対応というの、医師不足という問題に有効かと思いました。

徳永：女性医師の問題では、結婚して辞めていく場合も多い。結婚したあとのパートナーとの関係などいろいろな背景があると思いますが、増田先生が発言されたように、常にそういう情報提供いただくと、また古巣に戻ってやりたいていう気持ちも失わないでやれるといったご意見が出てきましたが、女性医師に対してどうでしょう。

奥田（神奈川）：たしかにフルで戻るとするのは難しいことだと思いますが、日勤からだけでも少しずつ復帰するという希望はあると思います。例えば産休に医師が入った時に、ちょうど今人材不足のことが問題になっていますが、仮に補充する人材が充分にあったとして、産休に入った医師の枠にその定員を埋めるためのポストというので、人に来てもらってもいいかということ、公立病院とかですと、事務方が認めてくれない。そういう人材を受け入れるといった状況はまだ整備されていない。昼間だけ働くというような医師を認めるにしても、その分定員を増やしてくれるかということ、給料も出してくれない、増やしてもくれない。

「私は昼間だけの診療をやるから、その代わり身分は低くてもいい」という人もたしかにいますが、同じような立場になりたくて待っているのに「どうして私は当直をさせられるのか」という不公平感がある。バラエティに富んだポストを用意するという案がいいと思うのですが、それを経営者側がうんと言ってくれない。

徳永：医師の社会ではなかなか難しいかもしれないですけど、学校の先生っていうのは、非常にそういうシステムがうまくできていますよね。とにかく出産で辞めた時でも、それを補充するような、ちゃんと人材確保ができています。

われわれはもう少し女性医師の労力を埋もらせないように、復職に対する状況や情報提供することと同時に、そういう仕組みを作ることが大事かもしれないですね。

オープンシステムと地域性

栃木（明）：いろいろと意見をうかがっておりますと、これから産婦人科医を増やすための方策はいくつかありそうだが、決定的なものが見当たらないということだと思います。その増やす土台は皆さんのご意見にありますように、現状の私たちがいかに魅力ある医療活動ができるかに懸かっています。

医師数の問題では、女性医師だけではなく、退職された医師をパートタイムとして、さらにはショートピリオドの医師としていかに活用するかも必要です。いわゆる雇用者側である病院長などが、医師が欠員になったときに新しい医師が半年来て、言葉は少し悪いですが、中の体制が若干

ギクシャクするよりは、医師の少ない状況で半年間我慢して、その後に長期間勤務できる医師に来てもらうなど、辛いことを短時間であれ強いっているような場面もあると思います。このようなときには、委員長が先ほど話されたような、学校の先生の代用教員的な制度を取り入れて勤務状況の改善を図っていかなくてはならないと思います。

産婦人科医のおかれている状況やその対応について社会、患者にももっと理解してもらう必要がありますし、私たち医会も積極的に行動しなければいけない。そのためには、私どもが人材バンクとしての組織を立ち上げることは難しいと思いますが、例えばホームページ上の掲示板に情報提供の場を提供して、人材の交流を促すということなど今可能のところから活動する必要があると思います。

こうした活動を少しずつ進めていって、産婦人科の医療現場が労働的、あるいは経済的に少しでも恵まれるようになり、今よりも少し優雅な生活となって魅力ある医療活動ができれば、将来的に産婦人科を専攻する医師の増加にかなり結び付くと感じています。

新しい医師の増加については産婦人科の良い面をどんどん見せないといけません。また、女性医師や勤務医を定年された医師については、今申し上げたような点や提示された問題点で早急にできるところから行動に移したいと思います。

関東ブロック内でもこれだけ立場や意見が違います。まして、全国ではかなりの違いがあると思いますので、本日先生方の忌憚のないご意見をうかがい、順次情報発信や問題解決をしていきたいと思っています。

徳永：私は20年勤めた市民病院を辞めて、開業をしました。2年になりますが、非常にやり甲斐をもってしております。みんな大変だろうと言いますが、お産も手術もしています。新潟市内ということもありますが、オフィスだけで開業されている先生と連携をもって、手術は一緒にやる。それからこういうような会に出る時には、留守番をしていただくというような連携をしています。

1人で今開業する場合、むしろ週に2回でもいいから、定年退職された先生方と連携をして安全な信頼された医療を提供していくことも選択肢の一つと思っています。

和田：産科のオープンシステムは、いろいろなバリエーションがあると思いますが、婦人科医療でも例えば手術に、開業の先生が入ることも行われています。また、週に1回とか、何人かの開業された先生に新患のお手伝いをお願いしている。実際に将来的には産科の妊婦健診も、われわれの仕事に少し余裕ができれば学生と初期研修の教育にも時間を割ける。できる範囲で、病病連携、病診連携をやっていききたいなというふうに今考えております。

栃木（埼玉）：勤務医の生き方としては、委員長の言われたネットワークを利用して、いわゆる分業化を図っていかないと、外来の患者数が多くて、外来患者は診させられる、お産はやらなきゃならない、手術はやらなきゃならない、なんでもやらなきゃいけないと。これはやはり理不尽な感じがしますね。ですから外来患者数をできるだけ減らすようにして、今だいたい産科患者の6割が紹介患者になって

います。

妊婦健診は他でやってきますので、私のところへはだいたい妊娠 9 カ月か 10 カ月になって来院します。このような体制作りを、地区ごとにこれからはやっていかないと、開業の先生が大きな医事訴訟を起こしてしまうと開業を中止してしまいます。その地域のお産は全部引き受ける。このことはその地域の産婦人科医療を考える上に大きな問題となっています。

やはり外来診療が忙しいってというのは、はっきり言って問題ですね。外来診療は少ないが、分娩を取り扱う仕事が多い方が一番良い形と思います。

端(山梨)：若い先生に魅力がある産婦人科。しかも産婦人科医が自分の仕事に誇りが持てて楽しくやっていける、そういう条件はどういうものかは皆さんだいたいお考えは同じと思うのです。山梨県では 1 人、2 人でお産をやっている病院が比較的多いのですが、やはり分娩取り扱い病院の医師の数というのが、一番重要になってくる。

仲井(長野)：お話をうかがって、やはり地域性は差があると思いました。うちの病院もオープンシステムを全科で受け入れようという方向で走り始めてはいます。うちのよう小さな医療県内でも、登録医が 20 人必要です。1 カ月間試用期間があった上で、初めて認められる。実際にどれだけ医師会の人たちが手を挙げてくださるか疑問ですけども。産婦人科に関して言いますと、私が勤めている病院のまわりを開業の先生は、実は 2 人しかいらっしゃいません。公的病院が私の診療圏内に他に 2 カ所ありますけど、この 3 つで全部引き受けざるを得ないというのが現実です。

都会ですと相談できる総合病院がいくつかありますから、オープンシステムっていうのは非常に魅力的ですし、やはり集約してやる地域が成り立つと思いますね。それが地方ではまったく機能しないところもある。これだけ狭い地域でも、地域差が非常に大きくて、病院の数を見ても違うなということを改めて今日感じました。

長野県は県の産科婦人科医会として、年に 2 回は学術集会を産婦人科学会と医会と一緒に開催しており、全員医会にも入会しています。女性医師のうち 6 割が 5 年未満、残り 2 割強がまだ 10 年に満たない先生です。10 年以上の女性医師は県内に 1 桁というのが現実です。

鈴木(静岡)：オープンシステムの話ですが、静岡県では西部のほうが非常に産科に関してうまくいっているということで全国的にも知られておりますけれども、特定の施設間だけが非常に進んでいる。浜松市を中心としたオープンシステムがいいなという話はみんな聞いているのですが、実際には他地域では進んでいない。どういうきっかけで具体的にオープンシステムを進めていくか考えなければならぬと思います。

徳永：そうですね。実際私自身が開業してみて、まだ忙しくない時には、手術に行ったりしていましたが、今の医療体制でオープンシステムを実施するのは難しいと思っています。新潟の場合でも現状では分娩を集約化してオープンシステムを推進する状況にないと思います。実際には

患者さんのニーズに応えながら、地域の特性を生かしながらどうやって実現するかっていうことになるんだろうと思います。

栃木(明)：分娩のことに集約してお話しますと、全国では全分娩の 47.8% が診療所での分娩ですし、都道府県別に見ますとそれよりもずっと高い比率の 60% 以上が診療所での分娩となっている現状があります。そういう点も含めて委員長がおっしゃいましたように、全国ではさまざまな点で格差があります。医会としましては、そのような点も十分に理解した上でオープン、セミオープンシステムの問題点をいろいろと探っているというのが現状だとご理解いただきたい。

栃木(埼玉)：ある市立病院の副院長は医師会の先生になって入っています。公立病院のなかに医師会の先生が入り込んで、非常勤の副院長ですが、病院経営のなかに携わってきています。ですから何等かの形でオープン化ということは医療のオープン化だけではなくて、経営も含めたオープン化という形で、自分たちが門を開かないとオープン化になりませんので、それらをやっていくことが、地域性をうまく利用した医療運営を行う上で必要な気がいたします。満川(茨城)：皆さんの意見を聞いて、なかなかスタンダードというのは作りにくいですね。私の病院のことだけ言いますと、先程できるだけ外来は近隣の先生に診てもらって、紹介患者を増やす話がありました。私も充分それを感じるのですが、私のところは 7 人が同じひとつの大学から来ていて、専門医はそのうち 3 人です。4 人の教育っていうのが大前提で、教室は送ってきてくれている。問題のない妊婦さんの初診から、あるいは癌検診も含めて、そういう患者さんも大事になってくる。紹介されてむずかしい患者さんばかりが来てもらうっていうシステムもまた問題があるわけです。

今日聞いて一番感じたのは、提言とか協議とか、もう言い尽くされた感じがしています。何かしなくちゃいけないという考えでいます。戻ったら会長と相談します。

徳永：そのような形で各支部が動きださないとなかなかうまくいかないのではないかなってところに来ていると思います。

後期研修への取り組みと課題

栃木(埼玉)：先生方の意見も聞いていませぬので分かりませんが、後期研修を各病院でどうするのですか。各県で考えていかないと大変だと思います。例えばこの病院は産婦人科医療が有名だからといって後期研修のための医師が集まり、この医療機関の産婦人科は訴訟ばかり起こしているから誰も来ないとしたら、両医療機関の間に格差が生じます。それを県のほうで、何等かの形で受け皿を設けて、もしその地区の出身の医師で、地域に戻ってきたい時に、その受け皿を支部として、何かやれる方法はないでしょうか。後期研修の医師の受け入れに関して、もしお考えがあればお聞きしたいと思います。

荻野(東京)：まだ後期研修のところまで入ってない、われわれのほうは認識が非常に甘くてですね。自分の施設で

はだいたいのものはできているのですけども。今までレジデント制度がありましたので。

前田：都立病院も考えていません。要するに実際には3年目は大学から出張に来てますからね。それで、もう3年レジデントとしてやるのではなくて、医師としてやる。ローテーションとしてやる。

栃木（埼玉）：大学でレジデントを受け入れますね。そうすると受け入れたレジデントを、今度は出張要員として派遣してくると思います。そうすると1年、2年後にはまたローテーションが復活できるという希望的観測の人たちが多いと思います。大学の機能をそこに組み込んで、もう1回考えたいと。ところが現実には、それがうまくいくかどうかというのは誰もわからないわけで。例えば今の研修医のマッチング制度の中でも、大学には誰も行かないかもしれない。しかし、有名な医療機関にはみんな行くのではないかっていう考えも流れていますね。

例えば私のところでは、住居費を病院が援助しています。先日の院内の話し合いでは研修医のために夕食は出そうという話が出てきています。それで給料も支払います。待遇を良くして行って、病院としては良い研修医を集めたいという希望はあります。

端（山梨）：われわれの医局では卒後臨床研修を終えて3年目に入ってきてもらって3年目からの3年間で、今まで5年間でやってきたプログラムをやるスタンスです。卒後5年間で専門医になってもらいたい。具体的に、他の病院との後期受け入れの先生方をどうするかまだ未確定の部分

はあります。

栃木（埼玉）：臨床研修医制度の後期の場合は、専門医を取得することが問題で、それには専門医が必要となります。例えば個人の先生のところでも、専門医がいれば、そこへ派遣できます。そして指導を受けたという証明をもらうことは可能です。専門医を取得するために、勤務医部会として、中央でも後期研修のあり方というものを討議してもらいたいと思います。

徳永：後期臨床研修医制度については、勤務医会として検討してこなかったのが、今後委員会としても取り組んでいきたいと考えています。

医師不足の問題に関しても、やはり学生に何等かの対応が必要だというご意見、指摘がされました。さらに委員会として、待遇改善等も含めて学生対策に関しても活動を展開していきたいと思います。

女性医師の問題については、ハード面と同時に、地域性も考慮した調査・検討をしていきたいと思っています。代用教員制度など、もう少し情報を集め、働きやすいような環境を作れるように、お互いにお互いの情報を出し合い、マッチした場合にスムーズに働ける、復職できるような、情報提供できる活動をしていきたいと思っています。

この座談会を契機に、これから委員会が進めようとしている各支部の勤務医担当者を中心とした活動を展開していきたいという熱意だけはお感じになり、各支部に帰られて勤務医部の活動をしていただければありがたいと思います。長時間にわたりご協力ありがとうございました。

勤務医担当者座談会を終えて

勤務医委員会委員長 徳永 昭輝

勤務医担当者座談会は時間を延長して行われ、各支部における産婦人科勤務医の現状、今後の課題など活発な意見交換が行われました。事前に実施したアンケート結果を踏まえ座談会のまとめを報告します。

どうしたらできるか？ 各支部における勤務医活動

埼玉県、神奈川県における勤務医活動はアンケート活動を中心に待遇問題や勤務医の定年後の問題などの実態調査などが行われているとの報告以外、他の支部における勤務医活動はほとんど行われていないのが現状である。

勤務医委員会では、各支部にあった活動を展開していただけるように、勤務医担当者とのネットワークを作り連絡を密にしていきたいと考えています。

明らかになった産婦人科勤務医不足と高齢化

座談会では、どの支部においても勤務医不足が深刻な問題となっているとの意見が出されました。また、大学からの医師派遣を要望しても、教育ができるスタッフが揃っているなどの条件が提示されるなど、今までのような大学ディペンデントの形からインディペンデントな医療を考える時期にあるといった意見も出された。

医師の引き揚げ問題も深刻な問題として出されました。

内容は地域性があるようですが、勤務医不足の他に医師高齢化の問題も。全国的には60歳以上の医師が約1/3を占めていますが、長野県では65歳以上の医師が多く、また診療を辞退する医師が増えているとの報告がされた。

公的病院と私的病院の医療機関数にも地域性が

アンケート結果から、表1に示すように公的病院と私的病院の医療機関数には地域性が見られます。これからの勤務医の活動はこのような状況を踏まえた活動を展開する必要があると思います。

また、このような現実を踏まえ母子保健医療、周産期医療、産科医療を活性化させていくことが求められており、オープン・セミオープンシステムを考える場合にも地域の

表1 関東ブロックにおける公的・私的病院数

	公的病院	私的病院	合計
茨城	15	31	46
栃木	18	87	105
群馬	12	116	128
埼玉	16	45	61
山梨	13	5	18
長野	28	15	43
静岡	30	3	33

平成 17 年 1 月 1 日

特殊性を加味した検討が必要であるとの意見が大勢であった。

女性医師増加には地域性はない

アンケート結果(表2)では、各支部における女性医師は産婦人科医師数の約22%を占めています。若手の医師では半数近くが女性医師で、結婚して産婦人科を辞めていく場合も多い。それらの背景には、受け入れ態勢などのソフト面の問題だけでなく、パートナーとの関係もあることも多い。女性医師問題に関してはこれからも重要な課題として勤務医委員会では取り組んでいくことが必要である。

後期研修への取り組みと課題

後期研修のレジデント受け入れについて検討している支部

表2 関東ブロックにおける産婦人科医師数と女性医師数

	産婦人科医師数	うち女性医師数	割合
茨城県	278	71	25.5%
栃木県	173	39	22.5%
群馬県	253	36	14.2%
埼玉県	531	90	16.9%
千葉県	537	122	22.7%
東京都	1,351	335	24.8%
神奈川県	888	185	20.8%
山梨県	103	25	24.3%
長野県	236	52	22.0%
静岡県	351	68	19.4%
	4,701	1,023	21.8%

編集後記

今秋は自然災害が多く発生し、その被害は莫大なものとなっています。特に台風23号と新潟県中越地震は、政府の激甚災害に指定されるほどの影響を地域住民に及ぼし未だに完全に復旧されていません。これら災害地域でご苦労されている先生方には1日も早い復興を心より願っております。

日本産婦人科医学会学術集会・千葉大会のプレ・セッションで行われた勤務医担当者座談会もちょうど台風23号が千葉県に上陸する直前に開催されました。暴風雨の中、関東の各県より勤務医担当者全員が出席され、勤務医の抱えている問題への関心の高さを感じました。現在勤務医部で取り上げている問題は、産婦人科専攻医師増加のための検討、女性医師の有する諸問題の検討、勤務医の待遇に関する検討を3つの柱として小委員会を設け討議しています。しかしながら、これらの諸問題は勤務医だけの問題ではなく、産婦人科医全体の問題となってきたことを今回参加していただいた先生方は、切実に感じられているようでありました。座談会の内容をお読みいただいでお解かりのように、有床・無床診療所の先生方にとっても関係のない事柄ではなくなっています。これらひとつひとつの問題には、

部はほとんどなかったが、埼玉県支部から問題提起がされた。「どのような後期研修がよいのか」これからの検討課題として意見を受けとめた。産婦人科専攻を希望する医師に対する各病院の後期研修プログラムなども今後調査検討が必要であると思われた。

勤務条件改善要求は夢物語か

各支部の担当者から、産科部門が医師の間でも敬遠されがちであり、絶対的なマンパワー不足、高齢化といった現実の前に勤務条件改善要求は夢物語かといった意見も出された。

「仕事量の多さ」、「拘束時間の長さ」など産婦人科勤務医の厳しい勤務条件に対して、これに見合う報酬が得られていないことも「お産をしたくない」若い医師が増えている原因の1つ。しかし、「公立・公的病院において診療科別の給与体系などを作ることは困難ではないか」といった意見も出された。「待遇面・勤務条件改善に向けた活動」は勤務医委員会における重要な課題として取り組んでいきたいと思えます。

夢を語れるような産婦人科医療の確立を!

厳しい産科・婦人科医療の中にあっても、これから産婦人科を目指す若い医師に対して夢を語れる勤務医委員会の活動を展開していきたい。ネットワークを活用し、地域性を考慮し「共有できる課題」を情報提供できるように勤務医委員会活動を考えていきます。ご協力をよろしくお願い致します。

医師数、病院数など地域性がございます。これらの点も考慮し全国の勤務医担当者と共に連絡を取り合い、改善、改革への行動指針を示したいと考えております。勤務医の先生方はもとより、有床・無床診療所の先生方のご意見・ご提案がございましたらお教えいただきたいと思えます。よろしくお願いたします。

F A X 03 3269 4730

E mail jim@jaog.or.jp 勤務医部宛

(幹事・栗林 靖)

(平成15・16年度)

勤務医委員会		勤務医部	
委員長	徳永 昭輝	副会長	清川 尚
副委員長	東館 紀子	常務理事	栃木 明人
"	前田 光士	"	平原 史樹
委員	小笹 宏	"	池ノ上 克
"	茂田 博行	理事	神谷 直樹
"	高松 潔	"	栗林 靖
"	栃木 武一	幹事	安達 知子
"	増田美香子	"	
"	和田 裕一	"	
アドバイザー	濱田 和孝	"	