



JAOG Information

社団法人 日本産婦人科医会 勤務医ニュース

No.43

語れるか、産婦人科医療の将来像

- 深刻な産婦人科勤務医不足・高齢化 -

勤務医委員会委員長 徳永昭輝

厚生労働省は「医師の需給に関する検討会」(座長・矢崎義雄国立病院機構理事長)を2月25日開催し、医療法に定める標準人員のあり方や女性医師の処遇改善、大学の医局講座制のあり方、臨床研修終了後の後期研修のあり方などについて、2005年度中に報告書をまとめるとの報道がされた。

第31回日本産婦人科医会学術集会・千葉大会開催の前に「関東ブロック勤務医担当者座談会」が開催されたが、出席された勤務医担当者からは、①深刻な産婦人科勤務医不足に加え、医師の高齢化の問題が報告され、②また厳しい勤務医状況にあって産婦人科を志す若い医師が少なく、③産婦人科勤務医も女性医師が増えているが女性医師をめぐる労働環境の厳しい現状、④臨床研修制度の必須化に伴う大学派遣医師の大学への引き揚げに伴い、分娩を取りやめたり、手術をやめて外来だけとする診療業務の縮小といった厳しい現状が報告された。また、これからは後期研修のあり方について勤務医委員会として取り組んでいく必要があるといった提言も。厚生労働省が取り組み、解決を目指している課題について、医会の勤務医部では既に取り組んできた。今は、現状認識を踏まえて行動を起こす時に来ていると思っている。

日本の医師の需給の現状について(No.2843:メディカルウェーブ)、「2002年の医師数は26万2,687人、人口10万対医師数は206.1人。人口1,000人あたりの臨床医数は2.0人でOECD加盟国30カ国中27位。診療科別では内科医が全体の4割約10万人、外科医が3万5,000人、小児科医3万3,000

人、眼科医1万3,000人、産婦人科医1万1,000人、放射線科医1万人、麻酔科医9,000人。外科や小児科、産婦人科、放射線科は減少傾向で、眼科、麻酔科は増加している」と産婦人科にとっては厳しい現状を報道している。

勤務医委員会のアンケート調査でも、婦人科に入局後辞めていく医師の多くは内科、眼科、皮膚科、精神科、放射線科へ転科する傾向がみられている。

日本産科婦人科学会の調査として、平成17年2月17日の毎日新聞は「大学病院の産婦人科に医師の派遣を依頼している全国1,096病院のうち、大学が派遣を取りやめ、産婦人科医が全くなかった病院が全体の11%、117施設」と報道している。

昨年4月から臨床研修が必須化され、産婦人科を志す医師や産婦人科医療に与える影響はすでに厳しいものとなっ



目次

語れるか、産婦人科医療の将来像

- 深刻な産婦人科勤務医不足・高齢化 - 1 ~ 2

勤務医の待遇のための小委員会活動 2 ~ 3

産婦人科女性医師のための小委員会活動..... 4 ~ 5

産婦人科専攻医師増加のための小委員会活動..... 5 ~ 8

「女性専用外来アンケート調査」について..... 8 ~ 9

平成17年度勤務医部事業計画について.....10 ~ 11

投稿 - これからの産婦人科医、特に女性医師の働く環境改善のために -11 ~ 12

編集後記.....12

ており、さらに医師の地域的偏在・格差は今以上になると予想されます。

産婦人科勤務医不足・勤務医の高齢化は深刻な問題であるが、特定の病院に医師を集めるセンター化構想やオープン・セミオープンによる周産期医療構想だけでは問題は解決しないと思われます。地域によっては、お産の過疎地が。

しかし、高齢化社会、少産少子の現状や産婦人科勤務医の厳しい労働環境をマイナス思考だけで語るより、“地域社会に根ざした、患者中心の産婦人科医療、周産期医療”を目指して、今こそ産婦人科医師としての「夢を語る」ことが求められていると思います。

平成17年1月6日の日経新聞は「出産、今こそ国の支え」と日本における少子問題に対して、政府が「エンゼルプラン」という少子化対策を始めて10年が経つ。この10年間に合計特殊出生率は1.5から1.29に落ちた。戦中の「産めよ増やせよ」の亡霊に支配されてきたわが国の人口政策に対して、平成版「産めよ増やせよ」は、“そのトラウマを克服して育む責任を社会が共有することから始まる”とメッ

セージを送っている。

今の現状を変えられる力は世論であり、産婦人科医療に期待を寄せる“女性のパワー”だと思います。

学会と医会は3月1～8日まで「女性の健康週間」と定め、“産婦人科医は女性を守りつづけます” - 生涯主治医のいる安心を -、と女性の健康に関する知識の普及啓発活動を企画・実施しました。

医師として日常診療の中だけでなく、あらゆる機会に“どのような産婦人科医療を、周産期医療を考えているのか、いまの産婦人科医療・周産期医療の問題はどこにあるのか”目線を一にして語り、行動を起こす時期にあると思っています。

地域の特性を活かし、日本古来の伝統を大切にしながら、「安全な、快適な産婦人科医療」を提供するために、“医師としての人生観・夢を語る”

“誰のための医療なのか、一人一人が語り・実行していく”

厳しい医療環境を改善し、また産婦人科を志す若い医師が増えることになると信じて。

「勤務医の待遇のための小委員会」の将来の展望

小委員会委員長 前田光士

勤務医の待遇のための小委員会では産婦人科医の減少、高齢化、女性産婦人科医師の増加を踏まえて平成14年度にアンケート調査を①女性医師の産休や育児休暇後の復職、②勤務医の定年後の再就職に関して産婦人科医会定点モニター病院について行い、その結果より提言と展望を提示した。

①女性医師の産休や育児休暇後の復職

女性医師が平成11年度以後に男性医師より増加してきていることより、女性医師の待遇改善が急務である。

- 1) 男性医師の産休・育休も考慮する
- 2) 産後の退職者へ復職のために人材バンク設置を考える
- 3) 女性医師の産婦人科医会入会を積極的に行う

②勤務医の定年後の再就職

産婦人科業務は激務のため定年後は半数以上の医師が外来診療のみを続ける希望があり、人材バンクの検討が必要である。

- 1) 産婦人科医の収入を労働対価に見合わせる（他科と別給与・高額に）
- 2) 現役産婦人科医の激務の解消のため退職後の産婦人科勤務医を活用する
- 3) 産婦人科専用の人材バンクにつき産婦人科医会に設置を検討する
- 4) 各支部内の勤務医部と本部勤務医部の連携を密にして活性化する

I. 短期的な将来の展望

医師不足が新聞に掲載されるようになり久しくない。また、医師の宿直の現状は病院の7割が労働基準法違反で超過勤務に匹敵し過酷な労働であり労働基準監督署、厚生労働省は医師数を増やし昼夜交替制にするなどの勤務体制の改善を指導したと報道された。産婦人科は他科に比べ過重労働とストレスが多く、病院では何時でも救急疾患での搬送があること、さらに個人診療所や病院の当直では分娩前の待機間のストレスは並大抵ではない。しかし、新しく産婦人科医師になろうとする学生や研修医は10年前から小児科希望者の半数の約250人/年間であり、勤務は当直を含めますます過酷になる。実際に各大学では新研修医制度開始後は医学生と研修医を指導する産婦人科医が不足という理由で大学へ帰局させているので、地方病院のみならず都内においても産婦人科医師の欠員は増加している。特に研修指定病院の産婦人科責任者が産婦人科希望者を直接勧誘し、産婦人科医師を育て、大学医局に頼らない体制にしなければならない状況など、病院の産婦人科存続は危機的状態であるとの視点から、以下の方針を実現すべく提案する。

働省は医師数を増やし昼夜交替制にするなどの勤務体制の改善を指導したと報道された。産婦人科は他科に比べ過重労働とストレスが多く、病院では何時でも救急疾患での搬送があること、さらに個人診療所や病院の当直では分娩前の待機間のストレスは並大抵ではない。しかし、新しく産婦人科医師になろうとする学生や研修医は10年前から小児科希望者の半数の約250人/年間であり、勤務は当直を含めますます過酷になる。実際に各大学では新研修医制度開始後は医学生と研修医を指導する産婦人科医が不足という理由で大学へ帰局させているので、地方病院のみならず都内においても産婦人科医師の欠員は増加している。特に研修指定病院の産婦人科責任者が産婦人科希望者を直接勧誘し、産婦人科医師を育て、大学医局に頼らない体制にしなければならない状況など、病院の産婦人科存続は危機的状態であるとの視点から、以下の方針を実現すべく提案する。

1) 産婦人科勤務医待遇調査結果と広報

支部勤務医担当者と連絡網を用いて議論し、勤務医にかかる問題点について支部間の相違点を明確にする。その後、医会の行動計画案を都道府県母子保健課、マスコミ関係、各大学と医局、産婦人科医会各支部に広報活動する。

2) 産婦人科医師増加

早急に行える勧誘方法として、各病院が直接研修医に産婦人科をアピールし、個人的な勧誘ができるような情報を検討する。

3) 人材バンク

平成14年度のアンケート調査より、女性医師は育児休暇後の退職者が21.7%であった。復職に関して人材バンクがあれば活用したい希望者は60%存在し、大学関係や人脈等

の個人的な情報ではなく公共的な機関を望んでいた。しかも、人材バンクの設置場所を産婦人科学会本部と地方部会に希望していたことより、早急に人材バンクの設置を計画し、広報する必要がある。

II . 長期的な将来の展望

全科的であるが現在の勤務医の医師給料は不満足な状況であり、特に公的病院においては私的病院に比較して苦しい。修練機関のうち短期間だけの勤務と考えて我慢しながら務めると考えている若手医師が多く、また産婦人科はオープンシステムを実施した病院の場合には夜間に限らず分娩と緊急手術に追いまくられ、睡眠不足、疲労、消耗した疲弊状態が想像される。現代の若者気質はこれを避けるきらいがあるが、それでも公的病院産婦人科勤務医を希望

するような魅力ある待遇改善を産婦人科医会が主導していく必要があるであろう。そのために以下の方針を提案し、該当機関に働きかけたい。

1) 産婦人科医会の情報伝達と収集

IT 化によるネットワーク作りをすすめ、産婦人科医会と病院間や、各病院間の情報入手や連絡を迅速にすることにより、産婦人科医師の欠員補充や待遇に関して正確にしかも信頼性のある情報を速やかに得られるようにしたい。

2) 公的病院勤務医給料体系

産婦人科医師の勤務に見合った本給の見直しや特別手当等を実施することを提案する。

3) 当直体制、拘束体制

労働基準法に基づく許可基準をできるだけ遵守するためにも、常勤医の拘束体制を調査し改善する必要がある。

勤務医委員会に所属して(待遇てなに)

勤務医委員会委員 栃木 武一

産婦人科医会勤務医委員会の検討課題の1つである勤務医の待遇に関する問題に携わってみて感じたことは、待遇という言葉は極めて広い意味をもっている事を知り、しかもその役割は勤務医にとって生命線であることを痛感した次第です。今までは医師の給与、勤務時間、当直問題などの項目が中心と考えていましたが、昨今の医療体制の変化が厳しくどのように待遇を考えればよいか困惑しております。例えば国立病院の独立法人化、現在検討されている自治体病院の認定医療法人化等の公的病院の役割を考え直す必要性が生じたり、病院の赤字経営問題や医師不足により病院が閉鎖したり、産科部門の閉鎖が生じたりしていることが困惑させる原因となっていると思われま

す。増加する医事紛争や若手医師の増加は期待できそうもないこと、医師の定年制の問題、老後の問題に加えて新たに臨床研修医の指導問題など勤務医のあり方そのものが検討されるべき時期と思われます。当然のことではありますが、若手産婦人科医師の確保と育成なくしてどれ1つ問題は解決されないと思います。しかも、現在増加しつつある女性医師の待遇改善や広く産婦人科医師を求める意味でも求人コーナー体制の確立が重要であります。このような問題に対処するためには産婦人科医会皆様の協力なくしてはできません。小生も微力ではありますが今後とも問題解決に向けて努力を続ける所存ですので、よろしくお願い申し上げます。

勤務医の明るい未来のためにまずやるべきこと

勤務医委員会委員 高松 潔

「君も勤務医なのだから出てみてよ」と言われて何も考えずに本委員会に参加して早2年が経ちました。振り返ると「目からうろこ」のことばかりで、これまでいかに自分が待遇や女性医師問題について通り一遍の知識しかなかったということを思い知らされた2年でした。他の先生方も書かれておられるとおり、今、医療にも多くの変革が起っています。新臨床研修医制度の導入、加えて個人情報保護法も完全施行され、「これまでの常識は非常識」とまで言えるのではないかなと思うような昨今です。同時に以前と比較して、仕事量、特に書類などの事務的な仕事が絶对的に増加していることが、安全対策やインフォームド・コンセント上やむを得ないこととはいえ、負担となっていることは誰もが認めるところでしょう。四面楚歌という四字熟語が頭をよぎります。

ではどうすれば勤務医に明るい未来が開けるのでしょうか？ここで待遇という言葉がキーワードになりますが、待遇にはお金だけではない広い意味があります。また、報酬にしても他科とのバランスや病院収支の問題など関連す

る事項は多くあり、簡単に解決する問題でもありません。といて、うつ患者に「頑張れ」が禁句のように、今のわれわれにもただ「頑張れ」だけではドロップアウトしたくなるというものです。

勤務医委員会では上記のとおりいくつかの提言をまとめました。しかし、皆が同じ危機感をもって取り組まなければ、うまく機能しませんし、大きな力とはなりません。本JAOG Informationを読んでいらっしゃる方には釈迦に説法のこととは思いますが、しかし、自分もそうでしたが、勤務している病院のことしか見えないと、残念なことにこのような議論をお話しても「へえ」というどこかのテレビ番組のような返事だけしか返ってきません。幸い、徳永委員長のご努力で各都道府県支部勤務医部担当者とのネットワークもスタートしました。このネットワークを活用し、一人でも多くの産婦人科医に議論に加わっていただくことが大切です。まず本JAOG Informationの内容を隣に座っている同僚や若い先生方に伝えていただくこと、それが明るい未来への第一歩ではないでしょうか？

産婦人科女性医師のための小委員会活動

小委員会委員長 東 館 紀 子

産婦人科医の不足はこの「新医師臨床研修制度」により顕在化し、新聞でも報道されるようになった。また、ついに産科を閉鎖する地方大学病院もあると聞いている。

女性医師が抱える問題の調査はいくつか行われ、妊娠出産育児に伴うことであることは誰も疑う余地はなく、今後は具体的な対処法を実行しなければならない。妊娠中から産後復帰までの女性医師の勤務の軽減はどうしてもマンパワーで補わなくてはならないときに、全体の人数が低下していることはその解決を一層困難にするものである。この事態によってより一層産婦人科医療施設の再編が加速することにならざるを得ないであろう。

女性医師への育児支援を考える

昨年、女性の育児支援に成功している他業種（ベネッセコーポレーション）と懇談会を開催した。男女均等処遇が原則で、性差より個人差を認め、多様な働き方を施策で支援する原則とし、産後復帰システムは、社長の見識の下、当事者と人事部の女性が構築したものが成功していること、ある程度女性社員が多くなればこのシステムは機能しないことが指摘された。今、産婦人科の若手女性医師はかなりの数に増加しているの、今こそまとまって、産後復帰システムを作る時期が来ていると思う。一医局で決定するより、他施設と横の連携をとり、ある程度共通したシステムになるのが理想である。地域による事情の違いもあり困難も予想されるが。

次に東京都医師会女性会員問題検討会との懇談会では、より具体的な話し合いとなった。子供のいる女性医師が望む勤務時間帯は昼間であるが、それを認めると、それ以外の人に負担がかかり不公平となるという発言があった。なぜ昼間を望むかについて言及はなかったが、子供をみる人がいないことが第1で、中には自分でみたい人もいるようである。勤務医であれば当直は義務であり、すべて免除は難しいが、回数を減らし、休日の日直などで対応していく

ことや、当直の翌日は全員フリーにするなどの勤務状態の改善が望ましいと思う。また、個人により復帰の時期や勤務の軽減など希望が異なることもあり、選択肢がいくつかあればよいと思われる。

医師会の役員の中に女性は極めて少なく、本来は役員となって積極的に発言してほしいが、仕事に育児に奮闘し、開業後自分の時間をやっと持つことができるため、余分な医師会活動は避けたいと考えてしまう人が多く残念であるとの発言があり考えさせられた。

次世代育成支援対策推進法

「地方自治体および従業員300人以上の事業主は、次世代支援対策のため、労働者が職業生活と家庭生活の両立を図れるようにするため必要な雇用環境の整備を行うことより、自ら次世代育成支援対策を実施するよう努めるとともに、国または地方公共団体が講ずる次世代育成支援対策に協力しなければならない」と定められており、5年ごとに育児中の男女が働きやすい環境をつくるための行動計画を提出する義務がある。それによって今後は少し加速されて育児支援の対策が進むことを期待する。

発想の転換を

産婦人科医の不足はようやく認識され、周知されてきた感がある。高度の専門性を長時間にわたって要求されながら、あまりにも報いられないことが理解されたため、入局してくる者が減少したのである。これを千載一遇の機会ととらえ、産婦人科医の必要性を再認識していただくことができると思う。需要があるのに供給が少ないわけであるから、女性医師をはじめとして、全体の思い切った勤務条件の見直しが可能にならないであろうか。

これからしばらくの間は、困難な時期が続くと思うが、10年後、20年後の勤務医のあり方を視野に入れた活動でありたいと思う。

勤務医委員会委員 茂 田 博 行

働く女性を取り巻くさまざまな問題は、医療界における女性医師の問題にとどまらずすべての職種において存在しているはずである。昨年度はそのような観点から、多くの女性を雇用し、また多くの女性管理職を登用して、女性の力が活かせる会社としてよく知られているベネッセコーポレーションを訪問し、お話をうかがう機会を得た。その会談においては数多くの貴重な経験談やご意見をいただくことができたが、その中で最も印象深かった点は次の2つ、すなわち①妊娠・出産、子育てを支援し、雇用関係を継続していけるようなシステムを立ち上げ、確立するためには、熱意を持ってリーダーシップをとっていく現場の、当事者である女性が必要であったという点と、②そのシステムを維持していくためには実際にそのシステムが適応されている人間が常に一定数必要である（10%程度必要なのはな

いか、とおっしゃっていた）という点である。

実際には勤務医はさまざまな異なった機関に雇用されており、個々の病院における人数は概ね2～6人程度であろう。この少ない勤務者のなかで、ベネッセコーポレーションのようなシステムを維持していくというのは不可能な話である。したがって、このようなシステムが必要であるとするならば、雇用主を越えた、地域の産婦人科医師によるネットワークを作成するより他にないのではなからうか。これまで、せいぜい各医局の単位において行われてきたことであると考えられるが、これからは産婦人科医会の舵取りにより、医局や雇用主を越えたネットワークを形成し、大きな視点で産婦人科医の勤務状況の改善を図っていきたいものである。仮に1つの病院で産婦人科医のマンパワーが不足するのであれば、他病院から手伝いに行き、その費

用は手薄な病院に負担してもらう、というのは難しいのであろうか。もちろん子育て中の女性医師や退職後の先生方を登録しておくようなシステムを作ることも重要であろう。また、ネットワークの基幹的病院を充実したものでできれば、そこから地域の病院の実情にあわせ周産期や腫瘍などの専門的な医師を定期的に派遣することも可能になる。現実的には産婦人科医師の絶対数が足りないという問題がある。また、例えば公務員が他病院で勤務する、というのは難しいのかもしれない。しかし、産婦人科医が足りない現状であるからこそ産婦人科医は雇用主に主張しやす

いとも言えるし、公務員にしても、病院が国や自治体から独立していく中で、可能となってくる可能性もあるように思われる。大きなネットワークから各病院の病院長や経営責任者に産婦人科の特殊性をアピールし、上記のような夢物語を現実のものとしていきたいものである。少なくとも、たとえ小さなものでも何らかのネットワーク作りが急務であるように感じさせられた。

ベネッセコーポレーションの方々には、本当に熱心にいろいろなことについてお教えいただきました。この場をお借りして感謝いたします。

勤務医委員会委員 和田 裕一

医会勤務医委員会に所属して活動してまいりましたが、宮城から出席している立場で、議論のなかで時に中央と地方の状況に格差を感じることもありました。今年度徳永委員長が発案で各支部の勤務医部との連携を深める方向性が打ち出され各県、各地方の問題がフィードバックされることになるかと思えます。勤務医の問題でも共通の問題のほかに地域地域で異なった問題もあると思われ、今後勤務医委員会へ数多くの意見が寄せられることが期待されます。

さて委員会での議論を考えてみますと、最終的にはすべての問題が産婦人科医師の減少とくに若手勤務医の減少の問題に集約されてゆくように思われた2年でした。女性医師問題について考えると、診療の現場では医療の質が求められ、医事紛争対策その他に伴って医師の仕事量が格段に増えましたし、女性医師の負担を考慮する余裕がないのが現状ではないでしょうか。そして産婦人科に占める女性医

師の割合がこれだけ増えると女性医師問題自体、産婦人科全体の問題とってよいかと思われま。いずれにしろ何とか産婦人科を専攻する若手医師の絶対数を増やすことの努力がやはり最優先事項と考えられます。最近ではマスコミも産科医の不足をやっと報道し始めていますが、スーパーローテートが開始されて1年、初期研修終了後の研修医の動向が未だ不明確です。この先産婦人科を回ってくる短い期間の中でしっかりと指導することが基本的には重要ですが、この期間で研修の実が挙がるようにし、その一方で産婦人科を十分アピールするのはかなり困難です。しかし、何とか産婦人科をアピールするための知恵をしばる必要があります。次年度はまず初期研修の実態を知るために、これから回ってくる研修医や研修指導医に初期研修の状況について調査することが必要と思われま。

産婦人科専攻医師増加のための小委員会活動

各支部勤務医担当者とのネットワークシステムとこれからの展望

委員長 徳永 昭輝

昨年4月から「新医師臨床研修制度」がスタートしましたが、必須化された研修制度は産婦人科医療の現場に対して大きな影響を及ぼしていると思われま。

学会の調査では、医師派遣を大学に依頼している全国の1,096病院の11%、117施設が臨床研修必須化に伴う人手不足による医師引き揚げで産婦人科医が全くいなくなったことが明らかになっています。

勤務医委員会では、勤務医部の活動を地域に根ざしたものにするために、支部の勤務医担当者との連絡網を構築する活動を行ってきました。担当者とのネットワークがほぼでき上がり、同時に調査した内容についても順次公表していきたいと考えています。

いつでも対応できる支部は68%、未回答の8支部以外は、定期的な連絡体制ができる状態になっています。しかし、実際には勤務医担当者を中心とした具体的な活動が行われている支部は少ないのが現状です。

勤務医担当者のアンケート結果

（回答40支部、未回答7支部）

（1）産婦人科医会の研修医師の会費について

研修医の医会会費を現状より安くするほうがよいと回答した支部担当者が現状維持と回答した担当者より多かった。

（2）支部の勤務医活動について

- ①具体的な活動があると回答した支部……10支部
- ②活動はないがこれからの活動について…10支部

また、栃木からは、医会としての勤務医のニーズを検討していく。大阪は、女性問題についての座談会、産科診療におけるオープンシステム、セミオープンシステムに関する調査、研究といった積極的な活動内容が寄せられた。他の支部からの活動などについては支部担当者から支部の勤務医の先生方に情報提供するようにしたいと考えています。

(3) 支部における女性医師の割合について

1) 勤務医における女性医師の占める割合

		勤務医	うち女性医師	割合
1	長野県	79	38	48.1%
2	山梨県	56	23	41.1%
3	茨城県	104	37	35.6%
4	千葉県	291	100	34.4%
5	島根県	50	17	34.0%

全国平均は25.7%で、全国平均を上回った支部18支部。

10%以下の支部は、①群馬(4/151、2.6%) ②佐賀(1/20、5.0%) ③新潟(8/97、8.2%) ④岩手(4/41、9.8%) の4支部であった。

2) 勤務医・開業医を合計した女性医師の占める割合

		勤務・開業医	うち女性医師	割合
1	長野県	169	51	30.2%
2	愛知県	740	193	26.1%
3	京都府	351	91	25.9%
4	大阪府	1191	300	25.2%
5	東京都	1351	335	24.8%
6	山梨県	103	25	24.3%
7	富山県	118	27	22.9%
8	千葉県	537	122	22.7%
9	鳥取県	97	22	22.7%
10	香川県	97	21	21.6%
11	茨城県	248	53	21.4%
12	神奈川県	888	185	20.8%
13	島根県	96	20	20.8%
14	兵庫県	667	137	20.5%

全国平均は19.2%であり、2割以上占めた支部は14支部。

1割以下の支部は、熊本6.4%、佐賀、石川が7.5%、鹿児島9.2%、岡山9.8%の5支部であった。

(4) 女性医師の増加に関して

メリットとして、患者のニーズ・女性医師を希望する患者の増加をあげた支部が32支部と最も多かった。

デメリットとしては、回答した32支部のほとんどが結婚・出産・育児に関係した問題をあげていた。

(5) 新臨床研修制度について

回答された内容を見ると、産婦人科研修期間の問題、勤務医の負担増加、医師不足への影響などを危惧する意見が多かった。

委員会としての当面の活動として、アンケート結果を分析・検討し、ネットワークシステムを利用して各支部の勤務医担当者に情報提供していく。また、JAOG Informationに掲載する。

委員会としての今後の展望

若手産婦人科医師の確保と育成のための活動について、各支部の勤務医担当者と連携できる形で具体的な活動をこれからもしていきたいと考えています。

①勤務医の待遇改善に対する、共有できる、共通した改善要求は可能か？

②女性医師の労働条件改善に向けた、フレックスタイム、ワークシェアリングなどの導入は可能か？

③医学生や研修医向けの具体的な活動は？

深刻な産婦人科勤務医不足

勤務医委員会委員をさせていただいて4年になりますが、この間年を追うごとに産婦人科勤務医をとりまく諸問題（不足する産婦人科専攻医師と改善されるべき勤務・生活環境）がその重みを増し、とくにこの1年間は新医師臨床研修制度が実施されたことに伴い、問題の重大性が飛躍的に増大したように感じられます。新臨床研修制度の実施により主要な勤務医供給源である大学医局が診療要員不足となり、派遣先病院からの医師の引き剥がしや補充の見合わせが少なからず行われました。産婦人科のみならず、小児科、麻酔科の医師不足もいわれておりますが、これら診療科が敬遠される理由には医師の生活環境が過重労働により侵蝕され、いわゆるQOLに問題があることに加え、これら診療科の医療自体がそもそもハイリスク・ローリターンの世界であることがあげられると思われま。

最近公表された日産婦学会調査によると、大学に医師派遣依頼の1,096病院のうち大学が新臨床研修制度導入に伴い派遣をとりやめた結果、産婦人科医がゼロとなった病院が117施設、全体の11%にのぼることが分かり

勤務医委員会委員 小 笹 宏

ました。産婦人科医師の不足はもはやのっぴきならないところにきてしまっていると言わざるを得ません。新産婦人科専門医は平成16年度前年より25名減少して271名となり、一方40、50台のベテラン医師が勤務医に見切りをつけ開業していくことも頻発しており派遣可能な勤務医不足に歯止めがかからないのが現状です。

勤務医不足対策はいわば焦眉の急となっておりますが、どのような解決策が求められるのでしょうか？日産婦学会会長の藤井教授は良い勤務条件で経験を積めるよう、特定の病院に医師を集めるセンター化構想が必要と述べています。産婦人科を若い医師達に魅力あるものにするためには、マンパワー不足と勤務環境悪化の悪循環をたちきることが必須です。センター化はこの悪循環をたちきるのに有効であるのみならず、異常分娩に迅速に対応し母体死亡など最悪の事態を回避する上でも、メリットがあります。ただ、センター化に伴う妊婦側の利便性の低下をどう手当てするかが今後の検討課題でしょう。

厚生労働省によると毎年3,000人の医師が定年退職して

います。最近これら引退した医師の再雇用のため、へき地医療情報センター構想が浮上していますが、当委員会のアンケート調査(平成15年1月)からも推量されますように、

退職医師の就労意欲は少ないと思われます。勤務医不足解消の一助として、非就労女性医師と共に退職医師の活用も進める必要があると思われます。

勤務医委員会の活動を通して

勤務医委員会委員として3期6年間、新入医局員増加のためには何をしたらよいか、女性医師が産婦人科医として働き続けられるようにするにはどこを改善すればよいか、産婦人科勤務医の待遇が良くなるにはどうしたらよいかを考えてきました。

女性医師

医師は男女差別のない職業といわれています。また、産婦人科医師は女性が多いので、「女だから」という奇異な目で見られることも普通ありません。しかし産婦人科であっても、勤務医で現在リーダー職を務めているのは大部分が男性医師です。大学の講師以上では、女性の割合が2~3%というデータもあります(『産婦人科女性医師の有する諸問題に関するアンケート結果』平成13年3月)。理由として、リーダー職を務めている世代には女性医師の数もともと少ないこと、が容易に考えられます。それでは、現在若い世代で女性医師の割合が増加しましたが、今後リーダー職を務める女性医師の割合も同様に急増すると考えられるでしょうか。産婦人科のリーダーには、高い外来診療能力や臨床研究能力、次世代への指導力だけでなく、手術の技能や産科救急における即断力なども高度なものが求められます。これらを身につけるには、長年十分な経験を積まなければなりません。

育児が原因で、女性医師は勤務形態を変えたり辞職したりする、と本委員会では繰り返し述べてきました。リーダー職に至るまでの経験を積むことが困難な女性医師が多いのです。さらには、それだけの技量を身につけても、過酷なリーダー職を全うするための時間が得られない女性医師もいるのが現状です。

日本の人口はピークを過ぎたとのことで、今少子化対策が叫ばれています。正月の某新聞記事に、「子どもを産めるのは女性だけ。女性が戦力だと思えば、産み、働ける仕組みが必要だ。」「育児のための短時間勤務や残業免除などの制度がある企業は45%に増えた。だが、どれだけ器を整えても、妊娠や出産を嫌う社会では絵に描いたもちだ。」と書いてありました。残念ながら女性医師の職場では、器もまだ整っていません。

「女性医師は子育ての関係で、40歳代になってから多くの仕事をこなすことができるようになる。」と、某大学(アメリカ)の副医学部長が話していました。女性医師が、育児から手が離れた後も勤務につけない場合は、多大な社会的損失が生じます。医師育成には、時間も費用もかかるのです。また、勤務を再開したとしても、過去に受けた研修だけをもとに行うのであれば診療の質が問われますし、指導医の役目は到底果たせません。そのような点から、若手女性医師には、将来のキャリアを展望しながら育児期間を過ごしてほしいと思います。同時に、ワークシェアリング

勤務医委員会委員 増田 美香子

で幅広く人材を保持する工夫や、再研修のシステムなどを組織的に早急に考える必要があると考えています。

産婦人科医が足りない

勤務医委員会では、女性医師の勤務環境整備のみならず、全勤務医の労働環境改善を願っています。家事、育児は夫妻両方で行うべきものです。仕事と生活とが両立するよう、ハード・ソフト両面から改善されることを希望します。しかし産婦人科勤務医の現状は、医師不足のため、ゆとりとは対極の状況です。

昨年も終わりになってやっと、産科医不足がマスメディアに取り上げられました。本勤務医委員会では一昔も前から指摘してきたのですが、ようやく国民に認識してもらえるようになったわけです。これをきっかけとして、大事故が発生しないうちに、少人数でも現在と同レベルの医療を提供できるシステムが構築されることを祈っています。

研修制度

この6年間で起こった一番大きな変化は、昨年4月から始まった卒後臨床研修必修化だと考えています。この1年間は研修医がおらず、大変な苦労をされた産婦人科医が多かったことと思います。今年度からは、1カ月から3カ月間ごとに(研修プログラムにより異なる)、ローテート医師がきます。彼らに産婦人科医療の魅力を伝えられるか否かが、今後産婦人科を専攻する医師が増加するか否かのキーポイントといえます。何をどのように伝えればよいのか、学会・医会においても各施設においても、早急に考える必要があるでしょう。

この度の臨床研修必修化には到達目標が定められていますので、産婦人科ブロックでは、「泌尿・生殖器の診察(産婦人科的診察を含む)ができ、記載できる」や、「妊娠と生殖器疾患(1)妊娠分娩(2)女性生殖器およびその関連疾患を経験する」「周産・小児・成育医療の現場を経験する」などに対応した内容を指導することが求められています。この他に、各施設独自の教育があればよいでしょう。例えば、私は産婦人科をローテーション中に「Taking a Sexual History」を教える機会を作りたいと思っています。4月からの研修は、1年目に内科、外科、救急での研修を終えていますので、医療面接の能力は高くなっているものと期待されます。彼らに1段階上の問診として、「Sexual History」を教えるのは効果的であろうと考えているわけです。

研修への積極性には個人差があらわれるものと思います。とはいえ、消極的な研修医に対しては、指導が手薄になってもよいというわけではありません。研修医もまた、「どうせうちの科にはこないのだからと、適当に扱われるのではないかと不安に思っており、指導医が親身に教えてくれているかどうか、実に敏感になっています。チームの一員としてともに診療する時間が多いほど、研修医は親

身な態度を感じ取り、お互いに信頼を得ることができるようです。

勤務医委員会

勤務医委員会では、アンケート調査を冊子にまとめる、JAOG Information に提言を出す、学会発表するなどをし

ました。私はこれらの活動の中で、支部ごとに問題となっている点異なることを知り、問題解決への道りは複雑であろうと感じつつも、勤務医（特に女性医師）の就労環境改善を真剣に考えている医師が多数おられることを知って、心強く思っている次第です。

産科、婦人科医療の仕事量と必要医師数

厚生労働省は2005年2月25日に「医師の需給に関する検討会」の初会合を開いた。この検討会では、医師の需給見通しの見直しを検討するという。

医師需給に関しては、厚生労働省は1993年（平成5年）に設置された前回の委員会の提言を受けて、将来的には医師の供給が必要数を上回るとして、それ以前より約7.7%の医学部入学定員数を削減してきた。

十数年前に、小生が勤務医の労働時間について労働省の出先機関に、当直回数の多さや、週当たりの勤務時間の多さなど不合理な点について尋ねた際には「当直は勤務時間に相当しないし、医師には管理監督責任があり、医師の労働時間の制限については今まで問題にされたことはない。看護師からの労働時間の話はよくあるが、医師からの質問は初めてだ。問題にならない。」との回答を得た。

しかし、現状はどうか。全体としての医師の需給は充足されつつあるのかも知れないが、不足といわれている産婦人科や小児科、麻酔科などの実働医師数が、本当に充足していると厚生労働省は考えているのであろうか。各診療科

勤務医委員会アドバイザー 濱田和孝

における仕事量に対応した医師の需要数と供給数との検討は全然なされていない。

計画不十分な見切り発車的な卒後臨床研修制度の実施に伴い、数多くの病院で産婦人科、とくに産科が医師不足のために閉鎖された。閉鎖されなくても、多くの病院とくに公的医療機関の産科は、医師不足、当直医不足のため閉鎖寸前に追いやられている。かろうじて、産科医療の必要性を認識する勤務医たちの献身的な努力により持ちこたえている状況といっても過言ではあるまい。しかし、この問題は今まで隠されていた労働条件の悪さが表面に出ただけのことである。労働基準法を満たし、当直や自宅待機を勤務とすれば、いったい何人の産科医が必要なのか。

今回の「医師の需給に関する検討会」ではぜひとも、産科医、婦人科医の仕事量の分析から、適切な労働量を試算した上で、産科医と婦人科医の必要数を導き出してほしい。仕事量や難易度、危険度などを基にした医療資源の配置と労働環境の整備が、医療の質を高め国民の健康を確保することになる。

「女性専用外来アンケート調査」について

幹事 安達知子

医学の発展過程においても、あるいは日常診療の中においても、疾病の考え方、診断や治療の基準は男性を中心になされています。しかし、近年、社会に進出する女性が増え、女性特有の疾患のみならず、男性と同様の疾患の頻度も高いことが注目されてきました。これを受けて、性の違いに配慮した性差医療が重要であることがわかってきました。

一方、今、日本では「女性専用外来」等の名称で女性のための特殊外来が続々と設けられており、女性からの需要はますます増加しているとの情報もあります。しかし、その実態や内容については、統一されているわけではなく、やや混乱しているのも事実です。そこで、産婦人科医会は女性保健部を中心として、勤務医部の協力のもと、「女性専用外来」に関するアンケート調査を2004年8月に行いましたので、この場を借りて概要をお示しします。

今回のアンケート調査にあたり、はじめに、医会の各支部長にそれぞれの地域で女性専用外来を行っていると考えられる施設を推薦していただき、その施設へアンケート調査を依頼しました。なお、各施設には、女性外来の定義については、通常の産婦人科外来はもちろん、産婦人科に設けられている更年期外来や思春期外来などの特殊外来は今

回の「女性専用外来」には該当しないことをあらかじめ申し添えました。

その結果、全国166施設に調査用紙を送り、回収は102施設、61.4%でした。この内、女性専用外来を設置しているところは91施設で回答者の89.2%を占め、設置していない施設は、11施設で10.8%でした。また、女性専用外来設置施設は今回のアンケートでは、国公立病院が57.1%と多く、私立病院15.4%、大学病院14.3%、診療所11.0%、無記入2.2%の順でした。

アンケート調査項目

1. 女性専用外来に用いている名称
2. 女性専用外来の開設している診療科
3. 外来担当者の性別、年齢、専門の診療科
4. 女性専用外来での診療の頻度
5. 初回および2回目以降の診療の平均時間、診療費の扱いと金額
6. 回答者の「女性専用外来」についての考え方
7. 診療状況に関して、多い疾患、患者への診療形態、採算性、患者の評価
8. その他、感想など

結果

1. 名称は女性専用外来が29.7%と最も多く、以下、女性外来、女性専門外来、女性総合外来の順で、この4種類で67.1%を占めました。
2. 外来開設の診療科では、婦人科が31.9%と一番多く、内科19.8%でしたが、担当医師の専門の診療科は、内科系が35.3%と最も多く、産婦人科は30.7%でした(表1、2)。
3. 外来担当者総数237名の分析では、性別では92.4%が女性医師で、女性医師のみが担当している施設が90%でした。しかし、男性医師だけが担当している施設も4施設ありました。年齢は30代が39.1%、次いで40代が30.3%でした。
4. 女性専用外来での診療の頻度は、週1回が46.2%と一番多く、週2～4回が27.5%でした。
5. 診療の平均時間は、初回は30分以上が46.2%、15～30分未満が30.8%、特に決めていないが14.3%で、2回目以降は特に決めていないが31.9%、15～30分未満が29.7%、30分以上が11%で、2回目以降は振り分けた外来で診察するが9.9%ありました。診療費は78.0%の施設がすべて保険扱いで、7.7%の施設がすべて自費扱い、どちらでもが12.1%でした。しかし、すべて保険扱いでも予約料は自費で別料金のところもありました。自費の場合の金額は、初診で2,000円から1万円に、再診で1,000円から1万円でした。
6. 回答者の「女性専用外来」についての考え方は、複数回答で、患者の話を聞くための診療時間を十分にとる、女性患者が話しやすい環境を確保するが、それぞれ80.4%、79.4%と最も多くを占めました(表3)。
7. 多い疾患を挙げる設問では、更年期障害が最も多く、その他の婦人科疾患、心身症、精神科疾患、内科疾患の順でした。患者への診療形態は、初回話を聞いて、他科や他院に振り分ける窓口の役割が49.5%と最も多く、次いで、他科に振り分けるが引き続き女性外来の場で診るものが36.3%、予約段階からかかりたい科の女性外来担当者に受診できて、引き続き女性専用外来で診るものが15.4%でした。採算性については、単独で採算は取れていると回答した施設は4.4%にすぎず、採算は合わないが施設のイメージアップになるというものが57.1%、あとは、他科での診療継続や、具体的疾患として継続診療するので採算が取れると回答した施設が、それぞれ15%未満でした。
8. 自由記載での感想では、女性のからだについてよく理解した医師で、このマインドがあれば、特に担当者の性別にはこだわらない、という意見も多々ありました。一方、女性がリラックスして受診できる、種々の理由で男性とはうまくコミュニケーションが取れない女性もいるので、やはり女性医師の外来は必要という意見も多くみられました。

今回の調査は、医会の行った女性専用外来のはじめての実態調査でした。本外来は、今後いろいろな方向へ発展する可能性があります。担当者や施設長からみた問題点や要

表1 女性専用外来の開設場所

(含、重複回答)		回答数	%
1	総合診療科	7	7.7
2	内科	18	19.8
3	婦人科	29	31.9
4	精神科	3	3.3
5	外科	5	5.5
6	複数科	4	4.4
7	その他	35	38.5
*	無記入	2	2.2
計		91	100.0

表2 女性専用外来担当医師の専門診療科

診 療 科			
診療科系統		計	
1	内科	84	35.3(%)
2	産婦人科	73	30.7
3	外科	25	10.5
4	精神神経科	17	7.1
5	皮膚科	9	3.8
6	麻酔科	7	2.9
7	その他	23	9.7
計		238名	100%

表3 貴院では、「女性専用外来」とはどのようなものご理解されておられますか。

(含、重複回答)		回答数	%
1	女性医師が女性患者を診療する	67	65.7
2	女性患者が話しやすい環境を確保する	81	79.4
3	患者の話を聞くための診療時間を十分にとる	82	80.4
4	カウンセリング・マインドで診療する	56	54.9
5	全人的に診療する女性のためのプライマリ・ケア	62	60.8
6	女性医療は、医師ばかりでなく医療スタッフ全員も女性が望ましい	40	39.2
7	性差医学の発展に寄与する	41	40.2
8	形式、内容は決まったものではない	24	23.5
9	その他	12	11.8
*	無記入	3	2.9
計		102	100.0

望もいろいろ出されていますが、今後も、女性がリラックスして、十分時間をかけて自分の訴えに対応してもらいたいというニーズに応えるという診療姿勢が最優先されることに疑いはありません。

また、性差を考慮した医療を行う上で、女性専用外来はこれから重要な位置を占める可能性があり、若い産婦人科医の過半数を占める女性医師の生涯の活躍の場としても、期待できる分野と考えます。

平成 17 年度勤務医部事業計画について

激動する産婦人科勤務医

勤務医の雇用環境（賃金体制、過酷な勤務など）は改善の傾向がないままに臨床研修医制度が開始した。これにより医師の異動などによる勤務医の集中・過疎化という現象が発生し、産婦人科の診療実態にも変化が発生している。

雇用環境などについてはこれまで当委員会では報告を行っているが、その改善は認められずさらに提言や広報が必要である。また、昨年度の学会による大学に医師派遣を依頼している病院の産婦人科医師充足度に関する実態調査では、医局と関連のある病院の充足率は88.6%、定員3名以下の病院では83.6%と少なく、対策が急務となっている。

産婦人科を専攻する医師増加のためには、専門医制度の定着しつつある現在その認定試験の合格者数の推移からも、早急に対策を講じる必要がある。最近の推移はJAOG Informationに掲載があり、これまで女性医師の増加が減少傾向の歯止めともなっていたが、その数にも減少傾向が認められる。また、専門医試験を受けるために研修を登録した医師数は、過去4年間は東京都で毎年60名前後、昨年度は新臨床研修医制度のために9名となっている。

臨床研修指定病院では本年度から産婦人科の研修が開始する。従来産婦人科専攻を決めた医師が大学病院など医療機関の産婦人科で研修を開始していたのとは異なり、診療科をローテートする中ですべての研修医が産婦人科の診療に携わることになる。臨床研修医の研修施設選択に変化あることが医師臨床研修マッチング協議会による集計で認められる。マッチング参加者の52.7%が大学で研修を行う予定であり、前年度より減少し、7割が卒業大学の付属病院を選んだ新臨床研修制度導入前と比べて大学医局とのつながりが希薄となってきている。したがって、新臨床研修制度下では直接研修医師に接する勤務医（研修指導医）が、産婦人科はいかに魅力ある診療科であるかなどを示し理解を得ることが産婦人科医師の増加のためにも必要である。

人の行動は広域化してきており、医師の勤務状況についても例外ではない。遠隔地への移動後の産婦人科勤務などについては、これまでオープン化した情報提示は少なく、個人的つながりなどに頼っていた。しかし現在IT化はあらゆる領域で浸透してきており、これにより情報提供の場を設置することは、勤務医情報の迅速化・広域化をもたらす、生活支援や潜在医師発掘にも役立つと考える。

産婦人科勤務医が抱えている問題に対処するためには、周辺環境と現場の診療環境を整備・改善する必要がある。日本産婦人科医会では研修医に直接接する若手勤務医への働きかけも積極的に行うとともに、これまで行ってきた日常診療に役立つ診療情報の提供、勤務医・開業医を問わずそれぞれが現在抱える問題点の抽出と解決策の提言、将来展望の提示、若手医師増加対策の提示などの活動をさらに推し進める計画である。

勤務医部としては、産婦人科専攻医師の増加対策を重要課題とし、産婦人科医師全体が共通認識の基に行動できる

ように情報発信し、産婦人科医会各支部の勤務医担当者との連携をとりつつ、すべての産婦人科医の職場環境の改善、ひいてはQOL向上に寄与するように活動するため、以下の平成17年度事業計画を作成した。

1. JAOG Information の発行

勤務医の抱えている問題点、将来展望などについて広報し、勤務医からの投稿原稿を掲載するとともに、会員の日常診療に役立つ医療情報の提供を行う。本年度も、日本産婦人科医会学術集会・近畿ブロック大会抄録集を含め計3回の発刊を予定している。

2. 勤務医の待遇に関する検討

過年度に実施のアンケート調査結果（女性医師の復職に関する問題、定年後再就職に関する問題）による提言の広報活動と成果について再検討を行い、支部担当者を經由した活動を検討する。

潜在医師の有効活用を目的として、勤務医間や勤務医と開業医間の人的労働交流のための情報提供の場の設置を検討する。方法としては医療対策部・情報システム部の協力を得て医会ホームページ上の掲示板設置を検討する。

3. 女性医師の有する諸問題の検討

女性医師が産婦人科医として活躍できる体制を構築することが、女性医師比率の上昇とともにますます重要となっている。まず、①各支部における女性医師の現状などについて情報収集を行い、対応策を検討する。②女性医師に関する各病院医局内規（妊娠・分娩・育児等について）や、それに対する男性医師の係わりなどを調査し、問題点の抽出と対応について検討する。

4. 産婦人科専攻医師増加のための検討

卒後臨床研修制度の開始後、医師の偏在の問題が顕著化し、研修病院における医師の労働負担が非常に大きくなってきている。本年度から産婦人科へのローテートが始まることを受けて、各支部勤務医担当者との連携を強化する。各都道府県における卒後臨床研修指定病院の確認を行い、研修指定病院の現状調査、指導医については卒後研修開始後の労働条件や環境における問題点を調査する。各卒後臨床研修指定病院指導医から、医学生や研修医向けのアドバイス、産婦人科専攻医師増加対策、後期研修医募集要項などの情報を収集する。これら情報の分析と問題解決のための提言も検討する。

5. 日本産婦人科医会学術集会開催ブロック勤務医担当者座談会

本年度で7回目となる勤務医担当者座談会を日本産婦人科医会学術集会時に開催する。本年度は滋賀県で、近畿ブロック勤務医担当者を対象とする。座談会の内容、結果についてはJAOG Informationで報告する。

6. 日本産婦人科医会学術講演会会場での医会広報活動コーナー設置への協力

平成17年4月に開催される日本産婦人科医会学術講演会会場に設置予定の医会広報活動コーナーに、参加協力する。

7. 医会ホームページ勤務医部コーナーの充実

- (1)平成16年度までに行った調査提言等の掲載
 (2)勤務医の生活に関する情報提供コーナーの設置
 勤務医自身および家族の将来に対する保障等は自分自身で熟考しなければならない時代である。そこで、ファイナンシャルプランナー（ライフプランナー）などの協力を仰ぎ情報を掲載する。

8. 委員会

- 勤務医部の活動のため以下の委員会を存置する。
 勤務医委員会
 必要に応じて小委員会の設置も考慮する。
 勤務医の待遇のための小委員会
 産婦人科女性医師のための小委員会
 産婦人科専攻医師増加のための小委員会
 （常務理事・栃木 明人）

投 稿： - これからの産婦人科医、特に女性医師の働く環境の改善のために -

東京都立府中病院産婦人科部長 桑 江 千鶴子

現在でも産婦人科医は不足しており、臨床現場は疲れきった医師がようやく支えているというのに、今後はより一層の医師不足が予想され、しかも周知のごとく新たに産婦人科医になる医師の半数以上が女性医師であることを加味すると、今後の医師不足のスピードはより一層早まるものと考えられる。平成16年度の新臨床研修医制度の開始が、現場の医師不足に輪をかけたと思われるが、平成18年度になって新研修医が専門医研修を始めるときにそれが解消されるとは、おそらく誰も考えていないのではないだろうか。そういった危機感は共有できているし、議論や協議、提言もかなり十分にされているが、今ひとつ明るい未来像が見えてこないように感じるのはおそらく私だけではないだろう。もう今は、具体的な戦略をたてて実現可能なところから1つひとつ実行していく時期ではないだろうか。今までの人生のおよそ半分を、勤務女性医師として、また2人の子供の母、妻として過ごした私的な経験も踏まえた上で、今回偶然に与えられたこのような機会に、私の考える具体案を供覧させていただき、御意見賜りたいと思う。

女性医師の抱えていると考えられる問題の多くは、実は男性の医師の抱えている問題と、本質的には変わらないのではないと思う。自分のQOLを考えたり、家族と過ごす時間を十分とったり、忙しさとリスクに見合う収入を確保したり、仕事以外に人生の喜びを感じる時間を確保するということは男性の医師とも共有可能ではないだろうか？つまり妊娠、出産、授乳という人生で1回か2回せいぜい3回ほどのことは女性でなければできないとしても、そのことそのものに費やす時間は実はそれほど長いものではない。子供を育てていく行為はかなり社会的な側面があるし、エンドレスの部分もあるが、少なくとも産んだ女性のみが抱えるようなものではないと思う。せっかく産婦人科医を選んでくれた若い女性医師に、子供を産んで家庭を築きながら仕事を続けてほしいと心から思うので、多少過激と感じる向きもあるかもしれないが、以下の具体策を提言してみる。議論のたたき台にいただければ有難い。

(1)勤務条件の改善

地域性はあるにしても周産期医療はいずれ集約化に向かうだろうし、人的資源の有効活用からもそうならざるを得ないと考えられる。分娩を診療所で行う割合が高い地域でも、ハイリスクや産科救急を24時間引き受ける施設の必要

性はあるだろう。医療のリスクの高さから行政医療の部分は増加すると思うので、公明正大に収入等で他科との差別化がなければ、いずれやる人がいなくなる危機感が高い。

A：繁忙性とリスクの高さが収入に反映されるように

1直2勤制の導入（都立病院は既導入の病院もある）、宿直明けの勤務は時間外手当を完全支給、緊急登院手当での増額と完全支給、オンコール体制に対する手当での支給、月5回以上の宿直に対しては、宿直料の増額、その他。

B：職住接近

希望者には病院の近くに住居を確保する（特に子供のいる女性医師は必ず）、職場内保育園の確保、時間外保育の充実、夜間保育の確保。

C：生活支援サービス

家事代行サービスの紹介、育児支援、保育ママさんやベビーシッター、保育園への送り迎えなどの代行サービスなどの紹介など。

(2)研修の充実

A：初期研修（2年間）後期研修（3年間）以降は専門医研修だが、妊娠出産などで中断したとしても、また中断したところから開始可能なような制度にする。

B：休職、中断後の復職支援研修制度の確立
マンツーマンで可能なようにネット等を活用する。
研修期間中の収入の確保を考慮。

C：研修を受け入れる機関などの紹介
指導医に対しても相当の手当てを確保する。

(3)相談窓口の設置

A：「やめる医師」に対する相談窓口の設置
条件等や解決策などの提示が可能であれば、他科への転科が防止できるかもしれない。1年未満でやめる医師が15.6%とは少ない数字ではない。

B：転職、職場変更などに対する相談窓口の設置
日勤のみのパート医師、外来のみ、夜勤のみ、等多様な働き方がある。

データバンクの設置などでワークシェアリングが進むように支援する。

現在は民間企業が多額の手数料を取って扱っているが、信用性の面で劣る。

人的資源の活用。情報の一元化で活用しやすくなる。

(4)産婦人科医不足のPR

小児救急医の不足は広く知れ渡り、希望する医学生も増えてきた。産婦人科医が不足していることは、あまりよく知られていないと感じる。マスコミを使ってもっと宣伝することで、国民の理解も得られるし解決策も立てやすくなると思われる。専門の機関の必要性はないだろうか。

(5)勤務女性医師委員会（仮称）の設立

どのような形でもよいが、戦略を立てて、具体的に行政に働きかけたりデータバンクを作ったりする専門の機関をつくってほしい。

以上荒削りでつたない提言ではあるが、明日の産婦人科医療とそれを支えるべき若い特に女性医師の方たちに何とか働き続けてもらいたいと、考えてみた。

勤務医委員会より

このたび、勤務医の先生より貴重なご意見をいただきましてので掲載いたしました。勤務医委員会では、産婦人科医師不足、女性医師の働く環境の整備、勤務医の労働条件待遇の改善などのために、数々のアンケート調査をし、その結果や提言を政府機関、関連団体、マスコミ等へ送り、機会あるごとに訴えてきました。しかし、状況は改善せずますます悪化しているといわざるを得ません。会員の先生方にも、個人的な機会をとらえて、こういった問題を話題にし、アピールして下さるようご協力お願い申し上げます。会員の皆様の、勤務医の問題についての投稿をお待ちしております。

原稿募集 (Eメール可)

「勤務医からの声」を募集します

新臨床研修医制度の導入や女性医師の増加等により勤務医の職場環境は激変しています。JAOG Informationの読者の先生方の勤務の状況について、家庭内の問題点、自由な時間の活用など、体験を交えて実地での問題点を挙げていただき、今後の勤務医部の活動の参考としたいと考えております。男性、女性を問いません。

なお、掲載に際し匿名は可能です。

締切 5 月10日 800字程度(採用者には記念品を贈呈)
Eメール : yyoshi@jaog.or.jp

編集後記

私事ですが、昨年9月に勤務の帰りに、地下鉄の階段を19段転落し、打撲、捻挫、挫創のみならず、骨折、脱臼も加わり、不本意ながら、4週間勤務を休むことになりました。この時いくつか感じたことがあります。

1. 周囲に迷惑をかけたことは間違いないのですが、複数の産婦人科医の働く施設に属していたからこそ、患者さんをはじめ、病院およびそこに勤める人たちに最悪の事態を招かないですむことができたということ。

2. 安静または固定により動かすことのできなかつた期間があると肢体に廃用性萎縮をきたすこと。

1に関しては、開業ないしは1人医長では、とても大きなリスクを背負うということであらためて痛感しました。私の立場でさえ、臨床の現場はもちろんのこと、目前にひかえた学会運営や各種委員会や審議会の進行にも大きな迷惑をかけました。責任あることは1人で背負い込まず、分散しておくことがリスクを避ける最大の手段でもあります。

2に関しては、6ヵ月あまりたった今でも廃用性筋萎縮の恐ろしさをいやというほど味わっています。初期の激痛が消えても、日常生活の動きに伴ういやな痛みがあり、可動制限も生じて、なかなか元通りには戻らないのです。しかし、その他にも、服を着る、物を取る、渡すという日常的な動作でさえ、時間がかかる、うまくできないというこ

とが周囲に分かってもらえないというストレスがあります。お金を支払うのも手が前に出ない、おつりを渡されても受け取れない、人とすれ違って肩がぶつかってもつらいなど、あまり意識したことがなかったのも事実です。

今まで何気なく行っていた行動の1つひとつは、すべて健康人を中心に組み立てられていることが改めて認識されたのであり、弱い人やハンディを持っている人たちにやさしい社会をつくることの難しさを考えました。

さて、いろいろ書いてみましたが、一瞬の出来事が、想像以上の大きな事態、ストレスを引き起こします。皆さん、病気もさることながら、事故にも十分お気をつけてください。
(幹事・安達 知子)

(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	"	