



JAOG Information

社団法人 日本産婦人科医学会 勤務医ニュース

No.49

産科勤務医師の待遇改善に向けて

日本産婦人科医学会会長 寺尾俊彦

今、産科医師が疲弊している。総合周産期母子医療センターや都市部の基幹病院に勤務する医師は、取り扱い件数の増加で過労に陥っているし、地方自治体病院などに勤務する医師には、医師数が少ないための負担が大きい。これを改善することは医学会の大切な仕事である。殊に少人数勤務で悩む地方自治体病院では分娩の取り扱い中止にも繋がり、産科医師の待遇改善は喫緊の課題である。勤務時間、勤務体制、給与、研修の時間など労働諸条件の改善や女性医師の働きやすい職場作り、等々について各地方自治体に対し個別に積極的に働きかける必要がある。そこに勤務している医師とともに具体的に考え、その実現に向けて手助けをすべきであろう。

また、産科勤務医師の待遇改善には多様な方策がある筈だ。医学会の勤務医委員会としては、実現可能か不可能かは別にして、あらゆる方策を列挙することから始めて欲しい。

例えば「院内産科診療所」というのはどうだろうか。一人勤務医師では分娩の取り扱いを止めざるを得ない。労働基準法を遵守していたら一人勤務の労働者(医師)は、毎日

当直が出来ず、事実上分娩の取り扱いができなくなるからである。その結果、都市部への集約化、医局への引き揚げ、或いは診療所を開業するなどの連鎖を生んでいる。しかし、開業した診療所では、一人医師ではあるが、分娩を取り扱うことが多い。この理由は労働基準法に縛られずに働けるし、何にも益して「やりがい」があると共に「収入」が期待されるからであろう。この医師が開業したことによってその地方自治体病院は産婦人科医師はゼロになり、この影響を受けてこの病院の小児科も衰退、小児科医も引き揚げとなり、負の連鎖が起こる。この地域の医療レベルの沈下は単に分娩ができなくなっただけでは取まらない。

もしも、地方自治体が、この産科医師に限って、自治体病院の中に産科診療所の開業を許可すれば、産科医師はゼロにはならない。これによって助かるのはこの自治体の住民である。これは、病院の敷地内に産科診療所(外来施設)を開設(入院は従来の病院の病棟をオープン形式で利用)する方法である。この開設は、医療法施行規則に則った各都道府県知事の許可、および自治体病院の開設者の許可さえあれば可能と思われるが、従来の病院の外来や病棟をそのまま使って運営だけは独立した産科診療所とすることは、困難かもしれない。医療法の改正や規制緩和に関する特別な措置が必要であろう。院内助産院(日本看護協会では、「助産師が自立して助産ケアを行う体制」、佐野病院では院内助産科)とは異なり、院内産科診療所は、病院とは別個の組織が運営する独立した診療所となる。地方の自治体病院に産科医師を確保して分娩の取り扱いを維持することが困難な状況においては緊急避難的にこんな方式も許されるかもしれない。

勤務医師の待遇改善に繋がる方策について、色々なアイデアを出し、できることから実行すべきである。



平成 17・18 年度勤務医委員会

目次

- | | |
|--------------------------------|---|
| ○産科勤務医師の待遇改善に向けて …………… 1 | ○「若手産婦人科医師獲得のためには
～医学生への意識調査から～」…………… 9～11 |
| ○各小委員会の活動報告 …………… 2～3 | ○産婦人科専攻の後期研修医からの声 …………… 11～12 |
| ○平成 17・18 年度勤務医委員会活動を終えて … 4～5 | ○平成 19 年度勤務医部事業計画 …………… 13～14 |
| ○地方からの勤務医の声 …………… 6～8 | ○編集後記 …………… 14 |

勤務環境とその自己評価に対するアンケート（最終報告）

勤務医の待遇のための小委員会委員長 小 笹 宏

JAOG Information No.46（平成18年4月1日発行）に掲載の中間報告にあるように、今回のアンケート調査は勤務環境、仕事量、収入に立脚しての各現場医師の仕事の現状に対する満足度を尋ね、この満足度が当該医師の仕事継続意欲に関連しているかを付度することを目的とした。調査対象は、パイロットスタディーとして各支部勤務医部担当者各1名とした。最終的に37支部から回答を得た。

現有の医師数については、「やや不足」・「非常に不足」が89%に達し、本会が10年前に行った調査結果（産婦人科勤務医師の業務量および将来像に関する平成8年度アンケート報告、平成10年3月発行、以下前調査という）では、「やや不足」・「非常に不足」が65%であったことに比べ、医師不足が増悪している。これに連動してか、当直が「やや過重」・「非常に過重」が80%となっており、前調査の30%に比べ、当直状況が格段に悪化している。これらを総括しての各医師の仕事量に対する自己評価は、「少ない」・「妥当」が29%、「やや過重」・「非常に過重」が65%であった。前調査のそれぞれ34%、60%に比べ、やはり若干は過重感が高まっていると見てよいだろう。

収入については、「多い」・「まあまあ」が42%、「やや不満」・「非常に不満」が58%であった。前調査のそれぞれ53%、45%に比べ、不満群が過半数を占めるに至っている。

仕事の現状に対する満足度は、「非常によい」・「よい」・「ややよい」・「普通」が合して51%、「やや悪い」・「悪い」が49%であった。前調査ではそれぞれ73%、24%であり、満足度は低下している。仕事量と収入に対する自己評価が仕事の現状に対する満足度に関与しているか検討してみると、仕事量「やや過重」・「非常に過重」かつ収入「やや不満」・「非常に不満」群（A群）（13人）の満足度は「やや悪い」・「悪い」・「非常に悪い」が9人（69.2%）、「普通」が2人（15.4%）、「ややよい」・「よい」・「非常によい」が2人（15.4%）

であるのに対し、仕事量「少ない」・「妥当」かつ収入「多い」・「まあまあ」群（B群）（6人）の満足度はそれぞれ1人（16.7%）、3人（50.0%）、2人（33.3%）であり、仕事量と収入の自己評価が満足度に反映されている。仕事量「やや過重」・「非常に過重」であるが、収入に不満のない群（C群）（17人）の満足度はそれぞれ9人（52.9%）、5人（29.4%）、3人（17.6%）、一方仕事量に不満はないが収入に不満がある群（D群）（15人）の満足度はそれぞれ10人（66.9%）、2人（13.7%）、3人（20.0%）であった。もしパターン的にA群はC群よりD群に似ているとの見方が許されるならば、仕事の現状に対する満足度は、仕事量よりも収入により強く依存するということになるが、どうであろうか。

最後に、仕事の現状に対する満足度と今後の希望について尋ねると、「このまま続ける」と答えた医師は2/3に過ぎない。「このまま続ける」群（23人）の仕事の現状に対する満足度は「やや悪い」・「悪い」が7人（30.4%）であるのに対し、「職場を変える」又は「職場を辞める」群（10人）では満足度が「やや悪い」・「悪い」が9人（90.0%）に達している。仕事の現状に対する満足度が、現状継続の如何に如実に反映されていると言わざるを得ない。

今回の調査は産婦人科勤務医不足を再確認するとともに、仕事の現状に対する満足度が仕事量と収入により規定されている現状を改めて示した。さらに、各医師の満足度が離職に直結しかねないことが示された。昨今の勤務医不足は若い医師たちの産婦人科離れに加え、中堅勤務医の離職による部分も少なくない。これら離職を食い止めるためには、今回の調査で示されたように、各医師の仕事に対する満足度を高めることが不可欠であることから、満足度に直結する仕事量および収入の改善を図らなければならない。医師不足から仕事量の改善が困難であれば、収入の改善こそ今取りうる有効な方策ではないだろうか。

産婦人科女性医師のための小委員会 平成18年度事業報告

産婦人科女性医師のための小委員会委員長 東 館 紀 子

I. 各支部の女性医師に関するアンケート調査報告

47都道府県支部勤務医担当者に依頼し、33支部より回答が得られた（回収率70%）。

1) 会員数（33支部より回答）

全体で7,998名、うち女性会員は1,551名であり、19%を占めている。支部により女性の比率は差がみられ、7%（新潟）から30%（長野）まで幅があった。

2) 支部役員・委員の女性の人数

各支部により差が大きく、女性の比率は全体で7%であるが、0%が15支部にも上り、1人が8支部と極めて少ない。

3) 女性医師の児が入所可能な託児所のある施設は、

ある …… 14支部

ない …… 7支部

不明 …… 13支部

さらに、施設数を記入していただいた10支部中、1支部で18/52（35%）であったが、残りの9支部では1～3施設にとどまっていた。

4) 育児中の女性医師を非常勤やパートで受け入れている施設は、

ある …… 16支部

ない …… 4支部

不明 …… 14支部 となっている。

さらに、施設数を答えていただいた10支部でも1～5施設と少ない。なお、8支部合計517施設中、16施設のみ受

け入れており、その割合は3%である。

- 5) 育児や家庭の事情で退職した女性医師は、
 いる …… 17支部
 いない …… 6支部
 不明 …… 11支部 となっており、人数が記入されている12支部合計45人が退職している。

- 6) 産休・育休後に常勤として復職している女性医師は、
 いる …… 20支部
 いない …… 3支部
 不明 …… 11支部 となっており、人数が記入されている15支部で合計64人が復職している。

II. 考察

第2次男女共同参画基本計画（2005年閣議決定）では、「社会のあらゆる分野において、2020年までに、指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも30%程度になるように期待し、各分野においてそれぞれ目標数値と達成期限を定めた自主的な取り組みが進められることを奨励する」とされている。

本医会本部では平成17年度発足時、役員62人中女性は

2人で3%にすぎず、各委員会委員を含めても9%である。産婦人科医師の女性比率は急速に拡大しており、20歳台では7割を占めることを考慮すれば、本部支部とも女性役員・委員があまりにも少なすぎる。

最近の産婦人科医不足のなかで、12支部45人が育児等で退職している。また、育児中の女性医師を非常勤やパートで受け入れる施設がほとんどないのが疑問である。施設側に必要なのないのか、女性医師側に求職の意志がないのかは不明である。一方、産休・育休後に15支部64人が常勤で復帰しており、喜ばしいことである。いかに退職者を減らして、復帰者を増やすかを考えることが、産婦人科医絶滅の危機から脱する有効な手段の一つである。

III. おわりに

予想されたことではあったが、本部支部とも女性役員は極めて少ない。特に、産婦人科は女性を対象とする医療であり、他科に先んじて意志決定機構の中により多くの女性を入れるべきであろう。具体的に目標数値と達成時期を設定し、行動すべき時期に来ているのではないだろうか。

産婦人科医増加に関する支部へのアンケート調査に関する最終報告 （～初期臨床研修制度についての調査）

産婦人科専攻医師増加のための小委員会委員長 和田 裕一

前年度末に各支部勤務医担当者ネットワークを利用して新医師臨床研修制度の実態の把握状況や研修制度の産婦人科専攻に対する影響についてアンケート調査を実施した。すでに医会勤務医ニュースNo.46に中間報告としてその結果をまとめたが、質問のポイントとして初期研修医の指導を行った経験から、現在の初期研修が産婦人科専攻の増加につながるかどうか、増加につながる場合その理由、つながらないとする場合その理由を挙げていただき、また増加に向けた工夫についても伺った。中間報告後も回答をいただき最終的に39支部より回答をいただいた。結論的には現在の初期研修2年目に産婦人科を短期間ローテートする研修システムについて産婦人科専攻増加につながるという回答は5件のみで、産婦人科専攻増加にあまりにつながらない(30/39支部)～むしろ逆効果である(4/39支部)との回答が多く寄せられ、あわせて回答の87%(34/39支部)が現在のローテーションシステムは問題ありとする結果であった。この研修制度がスタートする前に危惧されたという結果ともいえる。

現在のローテーションシステムが産婦人科専攻増加につながるという回答の理由のひとつに産婦人科指導者が必死で指導しており、産婦人科医を増やそうと努力している姿勢をみてもらえるからとする前向きな意見もあったが、その他の回答は産婦人科を回らないよりは回ったほうが興味を持ってもらう機会が増えるからという消極的な理由であった。研修が産婦人科専攻増加につながらないとする理

由として2年目に産婦人科を回ってくるときにはすでに志望診療科が決まっているためとする回答と、産婦人科の良さを理解してもらうためには期間が短すぎるとする回答が多くみられた。今後の研修システムについては卒後臨床研修に関する有識者会議でも、より弾力的な運用をすべきとの意見が出されており、2年目に短期間産婦人科を回る画一的な現在の研修システムについて研修の時期や期間について各研修施設が工夫して柔軟な運用を行う余地があると考えられる。

次に、産婦人科をローテートすることが専攻増加に対して逆効果であるとする理由としては、産婦人科診療の過重労働を目の当たりすることが産婦人科専攻を躊躇させるといった意見が多かった。この点については専攻増加のための工夫として待遇～労働環境の改善が医事紛争対策、産婦人科診療報酬のアップ、産婦人科の重要性や現状についてマスコミや医学生へアピールなどの意見とともに数多く寄せられた。これらの問題は今年で言い尽くされた感があり、まさに改善に向けた行動が必要であり、勤務医部でも待遇に関する問題について調査を実施してきている。一方、研修医には指導医側の実感とはまた異なった意見もあるようであり、産婦人科は学問的に興味があり、やりがいがあると声も少なくない。そのような声を含め産婦人科を専攻した後期研修医の声を勤務医ニュースで取り上げ今後の指導に向け参考にしたい。

平成17・18年度勤務医委員会活動を終えて

勤務医委員会この2年をふりかえって

勤務医委員会担当理事・黒部市民病院 新 居 隆

勤務医問題が重みを増して幾年もたちました。しかし、現状は深刻です。なかでも、われわれのあとを担ってくれる若い医師たちを仲間に入れていくことが一番大きな課題でしょう。いま中堅・ベテランの産婦人科医は若かりしころ、どのような思いで産婦人科専攻を決心し、いままでどういう気持ちで仕事に従事してきたのか。仕事が面白くて、懸命に医療に従事して気がついたら今の自分だったという方が多いのではないのでしょうか。なぜそこまでして仕事に没頭できたのか。

報酬や就業時間、医療事故と訴訟の問題は解決しないとますます勤務医問題が深刻化するのでこれはやるべきです。しかし、それだけではおそらく研修医たちは産婦人科を志さないでしょう。少なくとも私が接する研修医たちは自らの医師としての修練に極めて真剣な態度を持ち自らが将来選考すべき分野を真剣に考えながら日々を送っています。逆に少し収入が増えるからといって志望をコロコロ変えるような若者に産婦人科医になってほしいとも思いません。

「最近の若者は…」という常套句的な物言いは一見当たっているようでも彼らの心の奥底を見抜いているようには思えません。若い医師は仕事の充実を一番求めていると思います。われわれが充実感にあふれて仕事をしている姿をみせ、その一端とともに体験させ、産婦人科医療の魅力を認識させることが一番の解決策ではないかと思います。研修現場が一番重要なポイントではないでしょうか。ネガティブな表現はやめたほうがいい。ためいきは自宅に帰ってからにしたほうがいい。われわれ自身の態度が一番問われているのかもしれない。

根本的には現場の一人ひとりの指導医がどのような態度で臨むかにかかっているでしょう。この委員会の任務は、会員が、特に勤務医会員がそのような気持ちを維持するのに障害になっていることを明らかにし、取り除き解決する糸口と指針を提示することではないかと思います。最後に、委員の皆様が2年間の熱心な取り組みの姿勢に感銘しご尽力に感謝するとともに、新しい執行部のもと、新勤務医委員会のご健闘を期待しております。

勤務医部会での活動を通して感じたこと

勤務医委員会委員・横浜市立市民病院 茂 田 博 行

産婦人科医療提供体制が崩壊しつつあることは周知の事実であり、現状がどうであるのか、今後どうすべきか、についてはもはや語りつくされている感すらあります。今考えなくてはならないのは、そういった対策をいかに実行するか、ということだと思います。しかし、それは容易なことではないようです。厚生労働省の医師の需給に関する検討会報告書では、病院における勤務の繁忙感が経年的に強まっており、勤務に見合う処遇が与えられていない一方、訴訟のリスクにさらされていることも含めて社会からの評価も低下しつつあるという感覚が病院診療の中核を担う中堅層に広がり、病院での勤務に燃え尽きるような形で、病院を退職する医師が増加していることが指摘されている、と述べられています。産婦人科における対策については、各施設は産婦人科医として従事することの魅力を上向きさせる必要があり、相当の産科医師の配置が可能となるよう産科医療を提供する医療機関の集約化・重点化を進める必要があると述べられています。また、新規の就業者の確保に加え、退職を抑制するための方策を講じる必要があり、周産期医療では、可能な限り適切な医療を提供しても、一定の患者が不幸な転帰をたどることがあることについて、国民・患者に周知が図られる必要があるとも述べられています。さらに、全科的な今後の対応として、医師にとってキャリアパスや処遇といった点で魅力があり、併せて持続可能な医療提供体制

とするため、国を含む行政、医師会、医療機関、学会、大学等が総力を挙げて医師の確保の調整を行うシステムの構築を行う必要があると述べられています。

また、安部総理および柳沢厚生労働大臣は、国会において、拠点病院を整備し、医師派遣のネットワークを構築し、女性医師バンクを設立する。病院勤務医と開業医の連携をとるための電話相談医事業を行い、労働基準法に違反している事例等に対する基準監督局の指導を徹底する。産科医療保障制度の創設に向けて検討をし、診療報酬改訂においても検討すると述べています。

はたしてこれらの対策がどの程度実行され、どの程度産婦人科医療提供体制の改善に結びつくのでしょうか。それをしっかりと監視し、不十分であれば声を大にしてアピールし続けることが産婦人科医会にとって大切なことだと思います。そして、最も必要なことは、分娩を扱う産婦人科医の数を確保することであり、そのためには待遇の改善を図ることしかないのではないかと考えます。実際、待遇の改善が困難な国公立病院で、産婦人科の引き上げが目立っています。したがって、まず待遇の改善を断行することで産婦人科医を確保し、十分な数の産婦人科医を擁する拠点病院を整備する、ここから始めていくしかないように思われます。そのためには今何をすべきかを考えながら、まずは自分の病院で粘り強く交渉していきたいと思っています。

産婦人科の必修研修

勤務医委員会委員・東京医科歯科大学医学部附属病院 増 田 美香子

平成 17、18 年度の 2 年間は、産婦人科医療をめぐる諸問題が世間に広く明らかとなった。数年前より勤務医委員会が指摘してきた、産科医不足、地方・都市を問わない分娩施設の閉鎖とお産難民の問題。さらに福島県立大野病院事件、内診問題と記憶に残ることも生じ、われわれの周囲には闇の煙が立ち込めている。

この他、「産婦人科専攻医師増加対策」を考える上で、臨床研修必修化を念頭に置くべきと思う。必修研修医が全国の産婦人科で研修を始めたのが平成 17 年度。それまでは、スーパーローテーションを導入していた一部の病院を除くと、皆ストレート研修医であった。彼らにとって日々の診療は専門医への道のりであり、指導医にとって彼らは将来も一緒に仕事をするかわいい後輩であった。

必修研修医のモチベーションの高さには、個人差が大きくみられる。幸い職場の大学病院では、質の高い研修医がそろっているためか、それとも臨床実習中の学生の前で下手なことはできないと考えているためか、大層困る研修医はいない。それでも、先々の診療計画を考えて積極的に行動する者は一部であると、若き指導医たちはこぼしている。全国には、ただ産婦人科研修期間が過ぎ去るのを待っているだけの者もいると聞く。専攻決定後で勧誘成功の可能性はなく、その上研修に身が入っていないため医療安全上目を光らせていなければならないような研修医に対し、どうして熱心に教えることができようか。現在現場では、研修医・指導医双方ともモチベーションの維持が課題となっている。

それでも必修研修がリクルートの機会であることは事実であり、指導医たちはいろいろな努力をしてきた。食事をご馳走するだけでは効果が殆どないこともわかってきた。やはり研修内容が充実しており、楽しんで一生懸命働いて、研修医が「満足できる研修だった」と思えることが大切であろう。

1 か月でも研修医の満足度が高い、本学の診療所研修をヒントにすると、

- ・研修開始前に研修医が産婦人科研修に期待していること、行いたいことを十分ヒアリングし、研修医とともに目標とスケジュールを立てる。
 - ・研修医に責任をもって果たすべき役割を与える。
 - ・2 週間経た時点で、研修医の自己評価や研修で困っていることなどを聞く。その上で残り 2 週間のスケジュールを見直す。
 - ・医師だけでなく、診療科スタッフ、時には患者さんも交えて、皆で研修を支える。
- などが方略としてあげられる。

さらにもう 1 つ、医学科低学年が患者さんと対話をする実習にもヒントがあった。ある 2 年生が実習後のレポートで次のように述べている。「私が今回の実習で気づかされたことは、まず、子供は幸せな気分を運んでくるものなのだということだ。私がお話をうかがった患者さんは妊婦さんで、幸せにあふれた表情をしており、今が一番幸せだということだった。」妊婦そして産科のもつ独特の幸福な光、これを研修医にも感じてもらい、闇からの突破口としたい。

日本産婦人科医会勤務医委員会に参加して

勤務医委員会委員・済生会新潟第二病院 吉 谷 徳 夫

新臨床研修制度導入や福島県立大野病院事件を契機に、産婦人科医師不足問題の顕性化が加速しており、とりわけ分娩を取扱う医師不足から周産期医療の崩壊が全国的規模で始まっている現況より、今後の産婦人科医療において、産婦人科専攻医師の増加対策は重要な課題であります。

従来から本勤務医委員会では産婦人科専攻医師の増加対策、勤務医の待遇改善や女性医師対策などの諸問題に関するアンケート調査の実施や座談会を開催し、勤務医が抱える問題点の抽出や解決策を提言することなどを活動の柱としてきている。「アンケート調査などやっても勤務状況は全く改善しない」との意見もありますが、産科診療の集約化に伴い、分娩手当や産直料の新設・増額が認められ産科勤務医の待遇面が改善した病院もあることが委員会や座談会で報告されています。「産婦人科は時間外対応や拘束が多いのは当然で、労働基準法は関係ない」などと言っている様では、新規産婦人科専攻医師の増加は望めないと思われます。勤務医自ら就労環境改善に努力するとともに、病院管理者等に対し、報酬面も含む就労状況の適正化を粘り強

く要求していくことが、産婦人科医不足の解消に繋がるものと思えます。

私は平成 17 年度から本委員会に参加しておりますが、討論の中で地域差を感じるがよくあります。地方においては、卒後前期研修医の減少や大学離れが顕著であり、医師の地域偏在や地域間の医療格差に繋がることが、全診療科において懸念される状況となって来ております。平成 18 年研修医マッチングの結果によれば、新潟県は募集定員数 176 人に対しマッチ者数 70 人で、マッチ率（マッチ者数／募集定員数）は 39.8% で全国最低を示し、研修開始初年度 65.8%（100／152 人）に比し大幅に減少している。同様に、新潟大学の平成 18 年のマッチ率は 24.2%（22／91 人）であり、全国の国公立大学別にみたマッチ率では弘前大学（17.0%）、三重大学（17.1%）に次ぐ低さであった。このような状況を鑑みれば、地方においては、産婦人科だけではなく、前期臨床研修に係る全ての診療科がその研修の在り方を早急に再検討することが必要と言えよう。

「地方からの勤務医の声」

勤務医の労働条件～産婦人科医の立場から～

越谷市立病院 依田 綾子 山本 勉

【はじめに】

ここ数年、相次ぐ全国の中核病院からの産婦人科医とくに産科医の立ち去りは、「分娩する場所がない」、「産科医療崩壊」という少子化対策の根幹を揺るがす社会問題となっている。とくに地域の基幹病院においては、ひとりの医師が産科医と婦人科医を兼ねていることから、産婦人科医の減少は結果的に手術を中心とする婦人科診療も止めざるを得ない状況となる。この背景には、従来から持続する過重な労働量、労働量に見合わない給与体系、女性医師の増加、医事紛争の頻発、医学生のマインドの変化、更には現役産婦人科医の高齢化、新医師研修制度等々が要因として挙げられる。そこで、今、如何に産婦人科医師の精神的、肉体的負担を軽減し、患者のニーズに応える医療を継続的に提供すべく抜本的な改革を行うかが喫緊の課題である。

【産婦人科医師の減少】

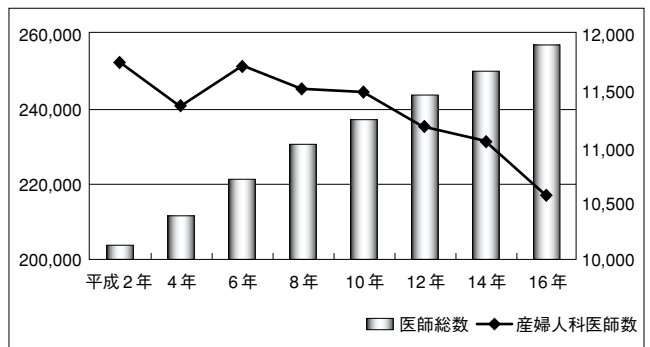
ここで産婦人科医師減少に関連する具体的な数値について、述べることにする。平成2年から平成16年の14年間に総医師数は緩やかながらも増加傾向にあるのに対し産婦人科医師数は約10.1%の減少を示しているが、この2年間だけでも4.3%減少している（図Ia）。そのなかで特徴的なことは性別分布と年齢構成である。

性別分布については、女性産婦人科医師の増加、とくに20歳代の女性医師の増加が顕著で、この年代では男性医師数を上回っている（図Ib）。日本産科婦人科学会会員に占める女性会員は近年急増し、新規会員の3分の2を超える状況になっている。学会員で女性会員の占める割合は35歳以下で57%、40歳以下で49%に達している。

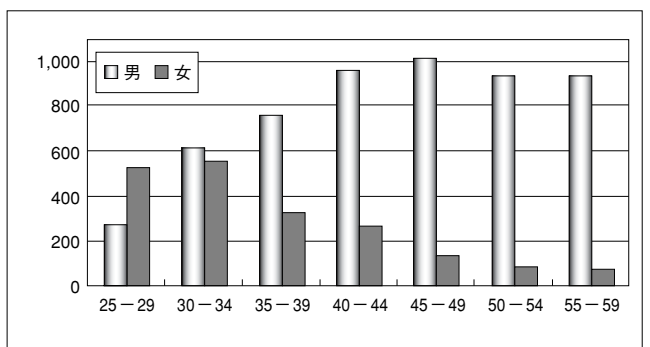
また、医師の年齢構成について、厚労省発表の平成16年度における全国の病院勤務医師の平均年齢は42.1歳、診療所医師の平均年齢は58.0歳であるが、産婦人科医師についてみると、前者は49.6歳、後者は64.0歳で、他科と比較して最も高齢である。埼玉県においても病院・診療所両者を含めた医師の平均年齢は48.5歳であるが、産婦人科に限ると51.8歳で、高齢化が最も進んだ科と見なすことができる。以上、わが国の出生の47%は診療所で管理されていることから、診療所医師の高齢化は、時を待たず診療所における分娩取り扱いの急速な減少をもたらすことは明らかである。

次に診療内容からみた産婦人科、とくに産科医療は常に24時間体制が組まれ、宿直時の業務が他科に比較して恒常的に多忙である。即ち産科の特殊性として昼夜を分かたず分娩があり、また、基幹病院においては母体救急搬送が多く、帝王切開分娩、子宮外妊娠手術等の緊急を要する処置に追われ、肉体的精神的疲労が多大である。とくに妊娠、育児

中の女性医師にあっても、産婦人科医師不足から独身医師とほぼ同等の業務を余儀なくされることが多い。従って産婦人科を志す女性医師は増加する一方で、結婚、出産を機に周産期医療を担う大学病院、地域の基幹病院等から職を離れ家庭に入る、あるいは限られた曜日、限られた時間だけのパート医師として勤務せざるを得ない場合が多い。何れにせよ、妊娠・分娩・子育てを行う時期の女性医師が抱えている諸問題の解決がなされていない現状では、女性医師に対し男性医師と同様の勤務体制を要求すること自体、全く非現実的である。産婦人科を志す医師が極端に減少し女性医師の占める割合が増加するなかで、働き盛りの中堅医師は過重労働で燃え尽きて辞め、一方、高齢化した産婦人科開業医師が廃業しつつある現在、過酷な労働実態等、産婦人科医療の構造的欠陥を早急に改善する方策を考え、即実行がなされなければ、わが国の産婦人科医療供給体制は壊滅的な方向に進むことは明らかである。



図Ia 医師総数および産婦人科医師数の年次別推移



図Ib 男女別年齢別産婦人科医師数の年次別推移

【勤務実態】

昨年(2005年)、埼玉県医師会が県内の勤務医を対象に「勤務医現状アンケート調査」を行った。全科医師総数1,084名のうち産婦人科医師75名から回答を得た。勤務実態に関する調査内容は、①実労働時間、②週休、③当直回数、④緊急呼び出し回数であった。結果、産婦人科医師はすべての調査

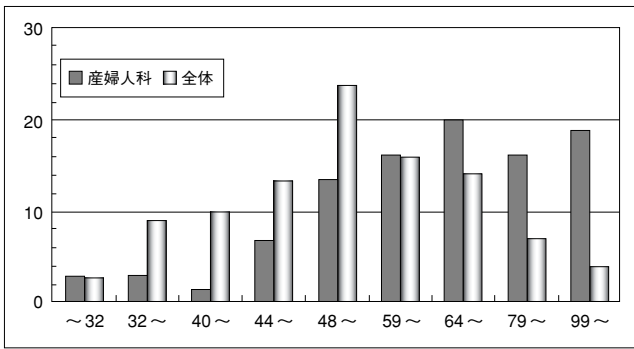


図 IIa 産婦人科医師およびそれ以外の医師の実働時間

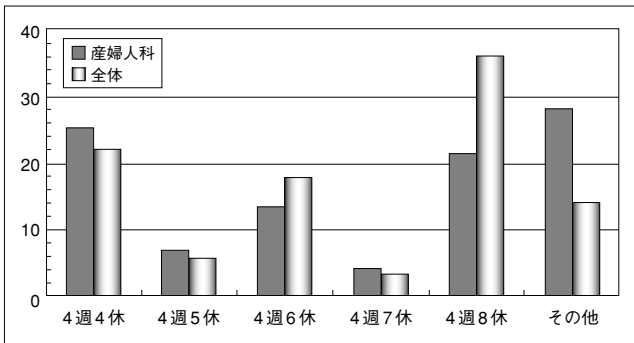


図 IIb 産婦人科医師およびそれ以外の医師の勤務体制

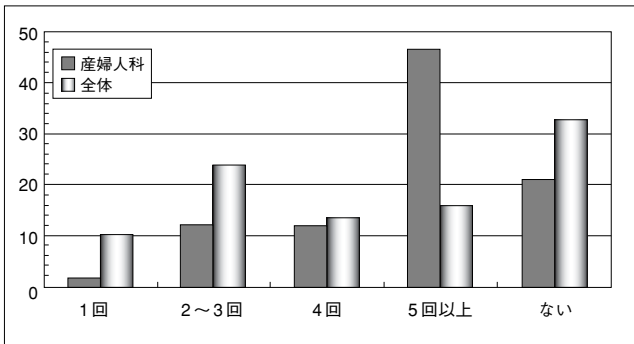


図 IIc 産婦人科医師およびそれ以外の医師の月間当直回数

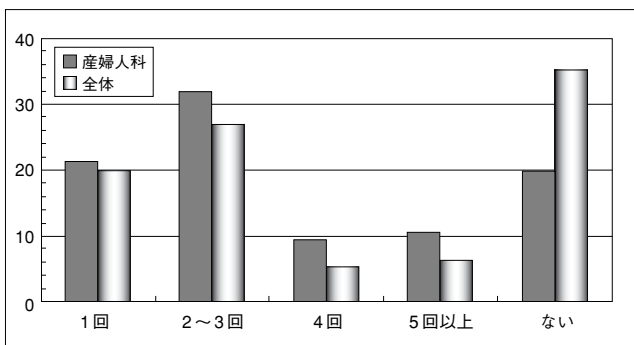


図 II d 産婦人科医師およびそれ以外の医師の月間緊急呼び出し回数

において他科に比較して厳しい労働条件下に置かれていることが判明した（図 IIa～d）。

まず①実働時間に関して、週64時間以上は他科に比較して産婦人科が圧倒的に多く、とくに産婦人科医全体の19%は実労働時間が99時間以上であった。②週休については4週4休、即ち土曜日が通常の勤務である割合が25%で他科に比較して多く、逆に週休二日制である4週8休体制が他科は36%、産婦人科は21%に過ぎなかった。③当直回数は月に5回以上と答えた産婦人科医師が46%、他科は18%に止まっている。④緊急呼び出し回数（オンコール体制）は全ての回数で産婦人科が上回っており、月5回以上が11%であった。

以上から、埼玉県においても産婦人科医は他科の医師に比較して労働が過酷であり、且つ時間外労働が極めて多く、医師自身のQOLを保つことができないことが明らかとなった。実際、自分自身の経験からすると医師になって3、4年目の時期は医局からの給与は限られていたため（当時は当直費を含めて月収15万円程度であった）、休日をいわゆるアルバイトの当直に当てざるを得なかった。結果的に自分を含め、同世代の医局員の大半は月に10～15回の当直を行い、翌日は平常勤務を行っていた。また、産婦人科にかかわらず外科系の科では当直医師のほかにオンコール体制を整えている場合が殆どであるが、常勤医師が少なく、当直医師を大学医局などの外勤医師に依頼しているような施設では、常勤医師はほぼ連日オンコールの状態ということも稀ではない。

【周産期医療の集約化】

産婦人科医師の減少、それに伴う分娩可能な施設の減少により分娩を行う医療施設への妊産婦の集中が既に始まっている。分娩の集中化により、母子に危険を伴う妊娠・出産の数も増加することが予測されるが、緊急事態発生時に総合母子周産期医療センターや地域周産期医療センター等が地域に整備されていないために、あるいは満床のために母体搬送が困難なことが多々ある。実際、昨年8月に奈良県において分娩中に意識を失った妊婦が18もの医療施設への搬送を断られたあげくに死亡した事例がある。

昨年4月、日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会が今後の周産期医療の体制を検討すべく、以下の案（図 III）を提示した。

- ・人口30万～100万人をめぐりに設定した産科診療圏毎に、24時間救急に対応する中核病院を整備する（産科医数は10人以上を目指す）。
- ・出産を扱う全施設で診療実績などを公表する。
- ・出産を扱う全施設で、急変時に30分以内に帝王切開が行える体制が原則として整備されている。

しかし、先ずこのような体制を整えるに当たり、現時点で産婦人科医不足の施設が多いなかで集約化により更なる産婦人科医過疎地が生ずる可能性が十分に予測される。診療形態について、分娩を取り扱わない施設は妊婦健診を行わないようにすべきか否か？ 分娩を取り扱う施設は原則

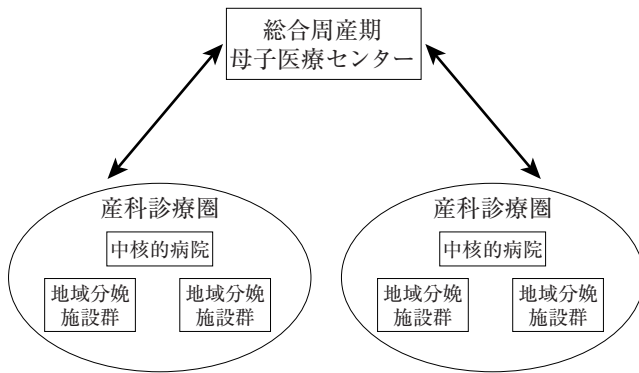


図 III これからの新しい周産期医療供給体制

的にオープンシステムないしセミオープンシステムを導入すべきか？ 等々の問題が議論されなければならないであろう。現実問題として日本では前述の様に分娩の約47%は個人の診療施設（地域分娩施設群）で行われており、これらすべての分娩を中核的病院で行うことは物理的に不可能である。

周産期管理においては、予測不可能な事態を招くことも必ずしも少なくないが、ある程度ハイリスク妊婦やハイリスク分娩を事前にスクリーニングすることは可能である。医療施設で“何かが起こったので”ではなく極力“何かが起こる前に”高次医療施設への搬送ができる体制、すなわち地域医療施設と高次医療施設の密なる連携が極めて大切になってくる。一方、周産期医療に欠かせないのが小児科医、麻酔科医との連携で、これが最も重要であることは言うまでもない。即ち産婦人科医の集約化を考える時点で同時に新生児・未熟児専門のスタッフ、小児科・麻酔科のスタッフとの連携を視野に綿密な計画がなされなければ国民が納得し、安全に医療を提供することは不可能である。

【無過失保障制度】

医療関連訴訟は、一般の民事訴訟を上回るペースで増加している。地方裁判所における民事訴訟件数は1996年と比較し、2004年は1.33倍増加しているが、医療関連訴訟についてみると1.93倍と約2倍増加している。2005年の医療関連訴訟件数は999件で、診療科目別にみると内科が265件、外科が257件と上位を占める。一方、産婦人科や小児科はそれぞれ118件、30件と一見多くはないが、2004年の件数を医師1,000人当たりで比較すると、産婦人科は11.8件と内科の3.7件、外科の9.8件を遙かに上回っており、産婦人科が訴訟に発展するリスクが高いことが窺える。

こうした背景もあり、日本医師会、日本産婦人科医会などが分娩時に障害を持つ児が生まれた場合、医師の過失がなくても患者に保証金を支払う無過失補償制度創設を政府、自民党に強く要望した。これに対して、自民党政務調査会社会保障制度調査会「医事紛争処理のあり方検討委員会」が現在この問題を検討している段階であるが、現時点での補償の対象は通常分娩で脳性麻痺になり、障害1～2級と診断された児のみであり、先天性の障害や未熟児は対象外となる見込みである。即ち医療側に過失がなくても出産

時の予期できないトラブルにより新生児に脳性麻痺が残ったケースに絞って本制度が検討されており、運営機構（仮称）を新設し、医療機関が機構を通じて民間の保険に任意で加入、障害児が生まれた場合は機構が審査し、給付対象の場合は1件数千万円を補償し、また原因分析を行って情報公開することが検討されている。

【おわりに】

産婦人科医の激務、医療訴訟の増加により産婦人科医を志す若手医師が減少傾向にあるのは事実である。一方、中堅産婦人科医師がバーンアウトし、次々に医療現場を離れている現況も極めて重大である。自分が入局した当時（新臨床研修制度以前）の医学生は、臨床現場を実際に知る以前に、純粋に興味および志をもって入局するケースが多かった様に思う。実際の臨床は忙しいながらも女性医師としてやりがいのある職業のように見え、現時点でも産婦人科を志望したことに悔いはない。しかし、この数年来、入局希望者が減少し、中堅医師が立ち去り、また、女性医師においては出産、育児を期に現場を離れていく状況を目の当たりにし、産婦人科の将来について不安を感じるようになってきたことも偽らざる事実である。最後に産婦人科が将来的に少しでも夢と希望が満ち溢れる科となるように、そして産婦人科の崩壊を少しでも食い止めるために、いくつかの方策を挙げてみたい。

- ・医学生には、産婦人科医療が女性を生涯にわたって、トータルにケアする学問であることを強調し、周産期学、生殖内分泌、腫瘍それぞれが極めて興味ある分野であることを機会ある毎に強調する。
- ・臨床研修医には、妊婦診察、分娩経過観察・介助を行わせ、手術等も実際に参加させ、産婦人科の本来の楽しさ・やりがいを体験させる。
- ・医療体制の集約化で効率的な勤務体制を整える。
- ・医療、とくに周産期医療は社会生活上、必須のインフラであることを社会に強力にPRし、現場で働く産婦人科医師の士気を鼓舞する。
- ・出生率の低下は、医療の質の向上から云えば必ずしも医療需要の減少とは云えず、医学の進歩により、むしろ先進的医療需要は増加することは必須であることを強調する。
- ・増加する女性医師を活用するために女性医師が働きやすい環境を整え、勤務体制の見直し、とくにフレックスタイム制、仕事を多人数でシェアできる体制等を整える。
- ・産科医療は自費診療であるから、医療の質を確保するために診療費を値上げして、医師を実質的に優遇した給与改定を行う。
- ・周産期医療の特質上、予期せぬ事故の発生は避け得ないことを社会に対し説明をし、理解を求め、周産期医療従事者への風当たりを極力減らす。
- ・医師法21条（異状死体の届け出義務）の取り扱いの早急な改善を要求する。
- ・臨床研修病院にあっては指導に指導手当を支給する。

若手産婦人科医師獲得のためには～医学生への意識調査から～

琉球大学医学部附属病院 銘 莉 桂 子

産婦人科医が減少し続けている。過酷な労働条件、それに見合わない評価、人手不足からくる医療事故・訴訟の多発、ここ数年で産婦人科に対する若者の印象はさらに悪化していることだろう。もし、今の状況で私が研修医だったら産婦人科を選択しただろうか？

大きな原因はマンパワー不足、新たに産婦人科医を志す若手医師の不足にある。その理由について医学生や研修医から、生の声を聞いた。琉球大学医学部学生や附属病院をスーパーローテートした研修医へ産婦人科に対する意識調査を行い、前回の産科婦人科学会学術講演会において「若手産婦人科医を獲得するためにはどうすべきか～医学生への意識調査から～」と題し、発表させていただいた。今回、その概要について述べさせていただこうと思う。

対象は当大学医学部医学科4・5・6年生262名と研修医32名の計294名で、平成17年10月に記入式アンケート用紙を配布し回収した。質問は10項目で選択肢を3つまで選択可能とした。223名より回答を得（回答率75.9%）、男性145名（65.0%）、女性79名（35.4%）であった。「質問1. 医師としての仕事に何を求めるか」では救命（36%）、患者とのコミュニケーション（27%）、収入（21%）と続いた。「質問2. 将来希望する科」は学生が内科25%、小児科、外科と続き、産婦人科も4位で9%を占めた。しかし、スーパーローテーションを終えた研修医は内科、麻酔科で48%を占め、産婦人科は0であった。「質問3. 科を決定する要因」としては、やりがい（30%）、科への興味（22%）、医局の雰囲気（19%）と続いた。「質問4. 忙しい科とゆとりのある科ではどちらを選択するか」ではゆとりある科62%、忙しい科24%であり、「質問5. その理由」はゆとりある科を選択した群では、自らのQOLも大事にしたい（61%）、ミスを起こす（35%）と正直でもっともな理由であった。忙しい科を選択した理由は、やりがいを重視する（81%）、忙しいほうが好き（16%）であった。「質問6. 産婦人科の良いイメージ」としては、生命誕生に立ち会える（34%）、女性を活かせる（14%）、女性外来にニーズがある（11%）、明るいイメージがある（10%）、と続いた。

「質問7. 産婦人科の悪いイメージ」は労働条件が悪い（夜間の対応が多い、拘束時間が長い、救急が多い）、訴訟が多い、で7割を占めた。ところが「問8. 産婦人科は希望科目のひとつに入っているか」では42%（86/207、男性42%、女性58%）と実に半数近くが産婦人科に興味をもっていた。「問10. 産婦人科に興味はあるが実際選択しないのは何故か」では、労働環境が悪い、他科に興味がある、が3割ずつを占めた。ということは、他科に興味がある3割の学生は他科よりもさらに産婦人科に興味を持ってもらえば産婦人科医を目指す可能性があるということである。今回の選択肢にも問題はあがるが、学生の産婦人科に対するイメージは、質問1の医師に対するイメージと結びつかない。学生が医師としての仕事に求める「救命」という点においては、過去40

年の母体死亡率の劇的な改善だけをみても救命という使命は十分全うし得る科である。それが学生にうまく伝えきれていないのかもしれない。また、女学生は女性を活かせる、男子学生は逆に男性に向かないというメッセージが伝わっているために、本来はニーズのある男子学生が産婦人科を敬遠する状況になっている。婦人科領域の癌に対する手術や化学療法、産科領域における救急救命、劇的な発展を遂げ続ける不妊症領域など、どれをとっても男女を問わない医師としてのやりがいに満ち溢れた科であるのに。学生が最終的に科を選択する理由はやりがいや興味であり、産婦人科への興味も低くはない。そして若者の中には、どんなに労働条件が悪くてもやりがいがある科を選択する人たちもいる。そんな彼らに、産婦人科が救命という医師としての使命を全うし得る科であること、男女を問わないやりがいのある科であることを、胸を張って言えることが我々大学のできることはないかと思う。なぜなら、学生が初めて産婦人科という医療に接し、その印象を決めるのは大学であるからである。しかし、実際は日々の業務に疲弊し、常に疲れた背中を見せているのかもしれない。産婦人科に興味がある学生も、実際の現場をみて労働条件の悪さだけが強調されれば、そこに希望を見出すことはないだろう。今回、このアンケート結果をみて、一番つらいこの時期だからこそ、この悪循環を断ち切るには医局員の休養が必要だと感じ、当医局ではまずQOL対策部門を設置した。当直明けは数時間でも早く帰れるときは帰る、ささやかな決まりを設けた。それすらも十分実行されてはいないが、これまで多忙であるために、休みをもらうことがタブーようになっていた中で、少しずつ意識に変化が出てきているように思う。

プライベートを優先しなければならぬ時間は限られている。子供の入学式、家庭訪問、急な病気に悩まされるのもせいぜい幼稚園まで。女性が働きながら悩むのは、休みが取れないからではない。休みは取れるかもしれないが、そのことを気軽に相談できないこと、そしてそれを言い出して周りに迷惑をかけるくらいなら、辞めてしまったほうが良いと考えてしまう。男性も同じように休む権利を気軽に言え、補い合える環境であったら、精神的にはすごく楽になるであろう。実際当医局は、以前よりも休みが取りやすい雰囲気となり、お互いの体調やプライベートを思いやるようになってきた。そして、以前よりも学生に教育する気持ちのゆとりが生まれてきたように感じる。医局員が目を輝かせて働き、少しでも産婦人科に興味を持っている学生がそれをみて希望をもって産婦人科を選択してくれることが理想である。

大学だからこそできる研究分野においても、もっと外に向かって発信し、学生に産婦人科の学問としての興味、重要性を知ってもらえるといい。また、産婦人科医が減少しマスコミや世論が注目している今だからこそ、訴訟や労働条件の悪さなどnegativeな部分だけでなく、産婦人科が社会へ

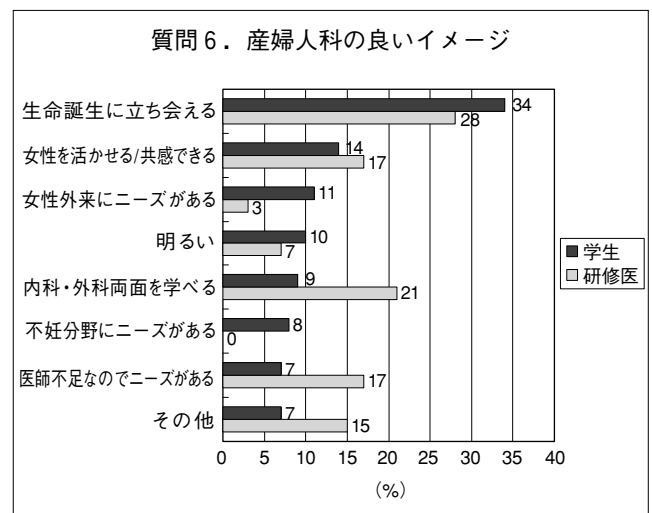
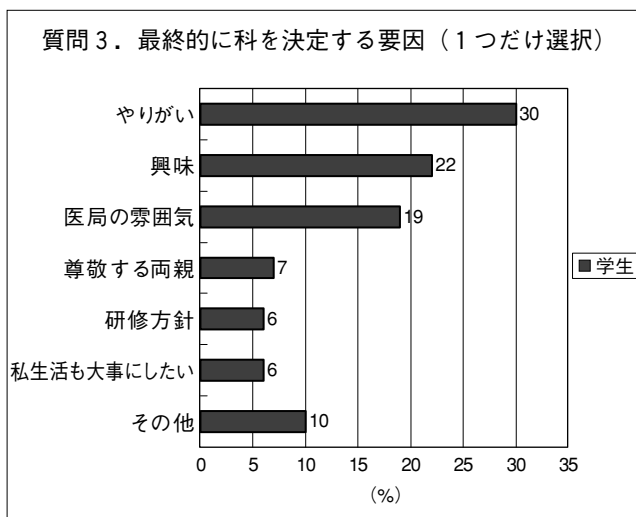
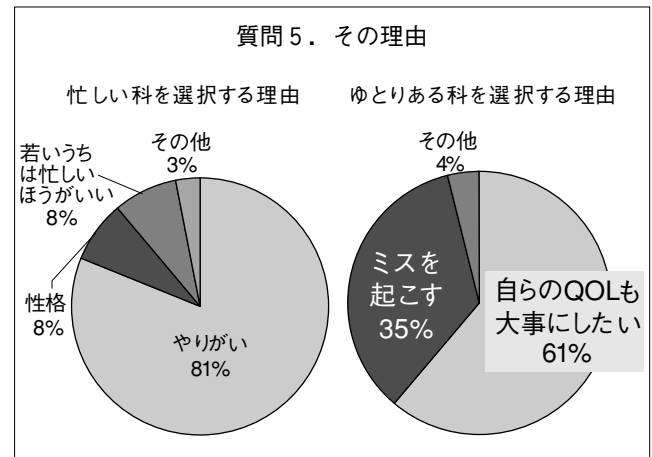
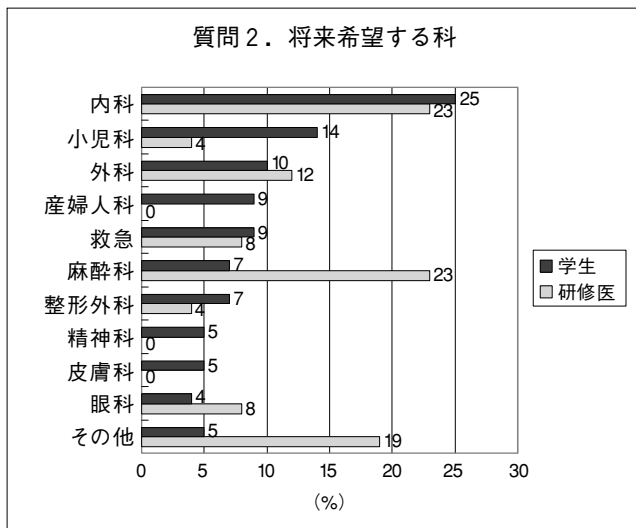
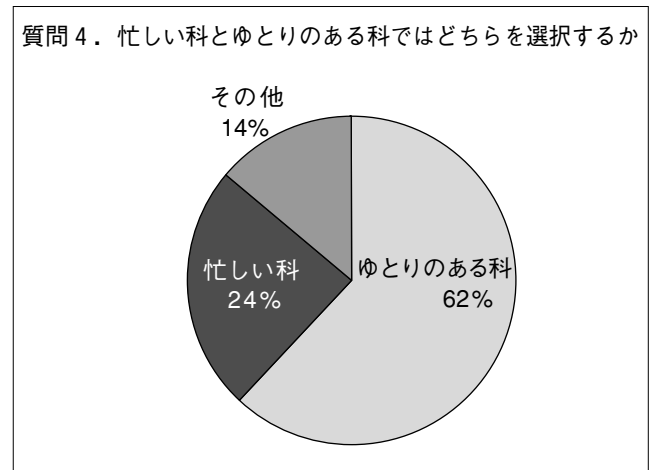
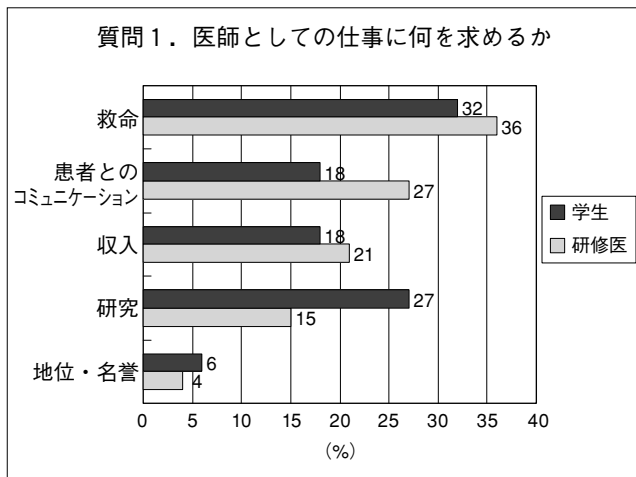
貢献してきたこと、現在も日本の女性、未来のために日夜頑張っていることを、IT等を通してアピールし社会に産婦人科に対する十分な評価が得られるようにならなければならないと思う。

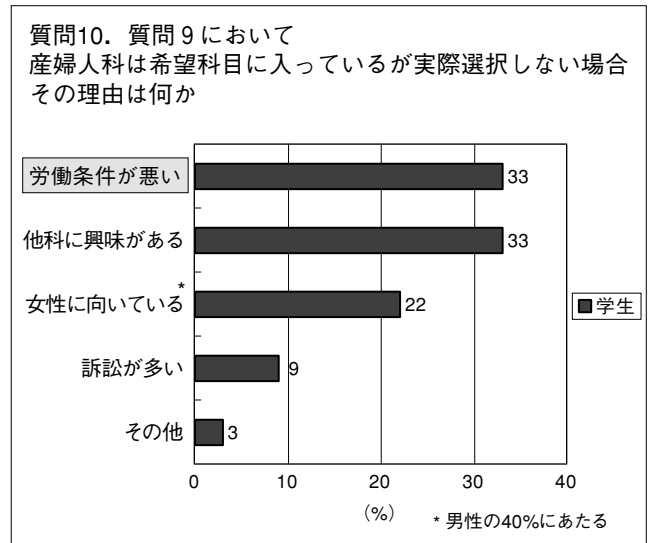
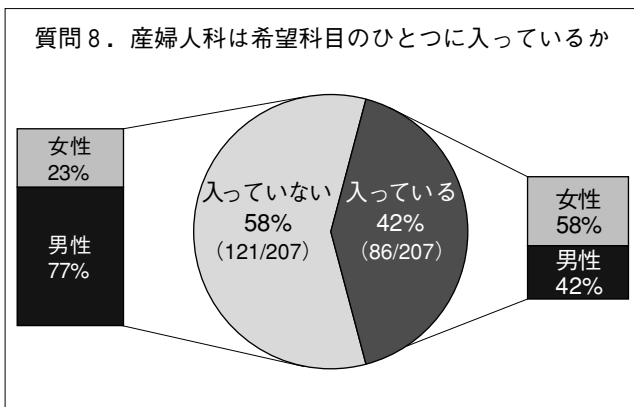
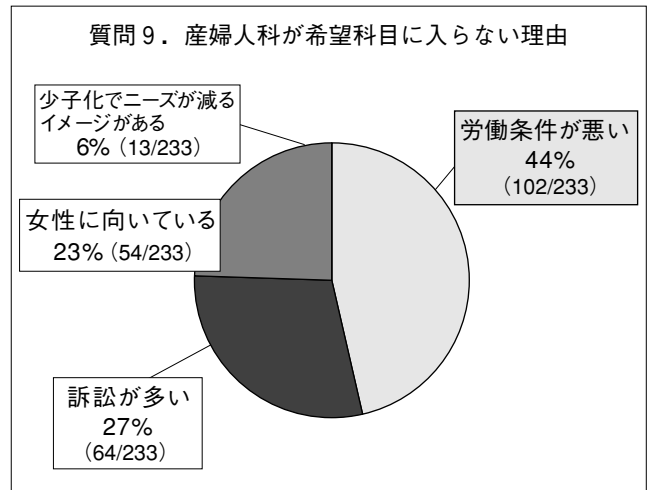
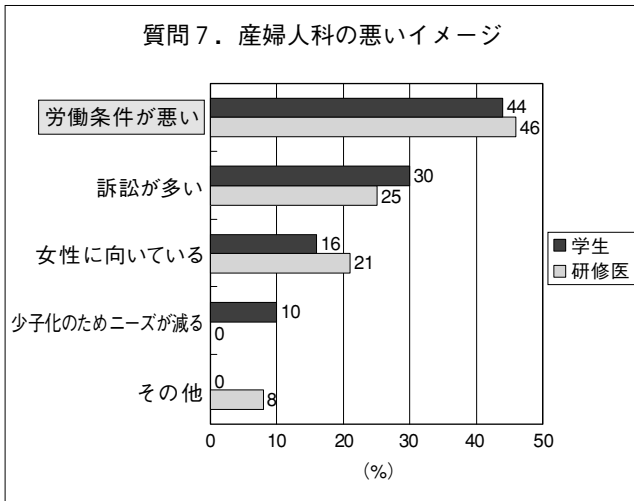
今回、アンケートの結果から大学として何ができるのかという視点から述べさせていただいた。抽象的な部分もあり、即効性があるわけでも、確実性があるわけでもない。しかし、立ち去っていく者もいる中で残った人間が辞めずに

気持ちをひとつにすることはたやすいことではない。今回QOL改善を掲げただけで、医局員の気持ちに少しでもゆとりが生まれれば一歩前進である。

実際は訴訟の多発や、労働に見合わない報酬の低さなど大学では到底解決できない問題が山積みではある。どうか、しかるべきところで議論していただき、産婦人科を選択した若者が、「産婦人科医になったことを後悔しないような」しっかりとした制度を作ってほしいと切に願う。

◆◆◆アンケート結果◆◆◆





「産婦人科専攻の後期研修医からの声」

済生会新潟第二病院 佐藤ひとみ

私は 2004 年 3 月に旭川医科大学を卒業し、地元の新潟に戻り、新潟で 2 年間初期臨床研修を行い、2006 年 4 月から新潟大学産婦人科に入局し、現在は済生会新潟第二病院で研修中です。現在、産婦人科医不足、過密労働などが問題になっておりますが、研修中に感じたこと、専攻を決めた理由などを書かせていただきます。

産婦人科を専攻した理由としては、まず根底に大学在学中から発生学や周産期医学に興味があったこと、女系の家庭に育ったためか、女性に関わる仕事がしたかったことが挙げられます。大学 5 年生の頃から将来の進路選択に悩みましたが、それと同じ頃から産婦人科医不足や産婦人科医の過酷な勤務状況、医療訴訟の多さが世間で騒がれるようになりました。大学を卒業した年が新医師臨床研修制度(スーパーローテート)の初年度であり、すぐに専門に入らずに 2 年間の初期研修を行うことになり、新潟大学医歯学総合病院の臨床研修カリキュラムに沿って大学病院と一般病院(産婦人科常勤医 2 名)を 1 年ずつ研修しました。

初期研修の期間は内科、外科などを研修し、産婦人科につ

いては必修・選択期間を含め大学病院と一般病院を計 7.5 カ月研修しました。大学卒業時は気持ちの中では『将来は産婦人科でほぼ決まり』でしたが、初期研修の期間中に研修した科はどれも学生時代の印象とは違い、指導医の先生方が熱心に指導してくださり、臨床の楽しさを知り、各科とも興味を持てたので将来の専攻を産婦人科以外に内科や消化器外科とで迷うこともありました。正直なところ、初期研修中に世間で言われているような過労働状態であれば、他科へ移ろうと考えていましたが、初期研修中の 7.5 カ月で意欲的に日々の診療、手術などを行っている上級医の背中を見て、『この輪の中で仕事をしていきたい』と思い決めました。

もともと産婦人科に興味がある、ということでスタートの時点から指導医の先生方の対応が他の研修医と異なっていたのもありますが、研修の良かった点、悪かった点について感じたことは以下のとおりです。良かった点については、一般病院での指導医が『一人で仕事をやらせないと感じない。ただ、何かおかしいと思ったらすぐに呼んで。』という考えだったので、処置など初めて何かをするときには必ず一緒にしますが、その後はある程度の仕事までは研修医に任せてくれて、一人で処置をして初めて疑問に思うことや

こわい思いをすることがあり、それについての疑問点を指導医にぶつけてみると、必ず真正面からしっかり答えてくれました。

悪かった点については、緊急性を要する仕事上ある程度は仕方がないと思いますが、勤務時間外の特別な処置、緊急手術があったときなどはできる限り呼んでいただきかったです。研修中はチームの一員として仕事を行っているわけですが、自分の知らないところで処置が行われたりすると少し距離を感じます。どの科についてもいえると思いますが、研修期間中に簡単な処置、手技であってもある程度の仕事を任される、疑問点に答えてもらえる、というのが研修医にとって自信になり研修の満足感につながります。そんな中でもともと少しでも産婦人科に興味がある研修医がいれば、それが上手くいけば入局することにつながると思います。それと常に楽しく意欲的に診療に向かう姿を後輩に示すことが大切だと思います。後輩たちは上級医の背中を見ています。

今後の展望については医学部の定員の中で女性の割合が約半分を占めるようになり、産婦人科の中でもますます女

性医師が増えることが予想されますが、産婦人科医の絶対数の増加、産婦人科医をやめさせない待遇の改善が急務であり、そのためにはある程度の産婦人科医療の集約化、重点化は必要であると思います。

私自身、将来については、女性として妊娠、出産、子育てをしていきたいと思う一方で、医師としての仕事を続けるのに不安や疑問がたくさんあります。そんなときは医局の中で同じような悩みを持っていた先輩女性医師との会話やアドバイスがとても役に立ちます。数年後の自分に近いロールモデルが近くにいることで、自分の将来像を描きやすく、『何とかなる』と思えます。これからの後輩たちにたくさん興味を持ってもらうために、産婦人科医の不足→過密な診療体制という悪循環を断ち切るために、『後輩たちから常に背中を見られている』という意識で、自分自身が日々の診療に対して意欲的に取り組んでいくこと、彼らの問いにしっかり答えてあげること、チームの一員であるという意識を忘れさせないことを常に意識していきたいと思っています。今以上に産婦人科医療の環境が悪化しないことを望んでいます。

東京大学医学部付属病院 高村 将司

産婦人科を選ぶ人は年々少なくなっていると聞いています。最近の医学生がきつい仕事を敬遠し、より楽な方を選ぶといった傾向があるのが一因にあると思います。また、最も裁判に訴えられ易いという点も関係していると思います。僕も同様の事を考えていましたし、親にも強く反対されました。でも最終的に選択するに至りました。今研修は体力的にきつくも楽しく行っています。以下にその選択の経緯に触れつつ、いかに産婦人科が魅力的であるかについて述べたいと思います。

僕らの学年はストレート方式からスーパーローテート方式に変わった節目の学年です。卒業時には具体的な進路は全く決まっていない状態でした。2年間の初期研修はNTT関東病院で行い、2年目の自由選択の期間で実際にまわった後に決定しようと思いました。元々、専門的な手技の多い科に進みたいと思っていました。産婦人科ももちろんその候補の1つであり、他に整形外科や泌尿器科なども候補にありました。産婦人科は診断と治療を独自で行える点、内科的要素と外科的要素が均等にある点などが魅力的でした。産婦人科を選ぶ上で気になったこととして、①忙しすぎる、②男性医師は敬遠される等がありました。ローテートしてみると、①に関しては、当直の回数は決して少なくないけれども当直体制が確立していることからon-offがしっかりしており、言われている程にはきつくない職場だと思いました。②に関しては、そういった患者は殆どいないということが確認できました。

そのようにして、産婦人科をローテートして2週間で専門にしようと思いましたが、親からは、体力的にきついし、すぐ訴えられるからやめなさいと言われましたが以下のように反論したのを覚えています。きついという点に関しては、上記のように当直体制が整っているため、精神的には他の科よりも楽に感じられると反論しました。訴えられやすいという点に関しては、考え方を変わると、患者本人に対しても社会的にも影響が大きい科ゆえのことだと反

論しました。癒着胎盤の帝王切開後の弛緩出血による母体死亡が刑事告発された件はまだ記憶に新しいと思います。新生児の母親が亡くなってしまっただけで残された家族の悲しみははかり知れません。刑事告発すべきかの是非は別として、民事訴訟で訴えたいのは当然です。産科の入院患者の多くは切迫早産ですが、早産で生まれた場合に起こる障害は一生残る場合もあり、両親の一生も変わってくるでしょう。不妊症・不育症の方は、子供が生まれる事で、人生の喜びが一つ生まれ、生まれるのと生まれないのとはその後の人生もきっと変わってくるでしょう。

当然、訴訟になってしまうことは避けたいですが、逆に訴えられる危険性がないというのも緊張感がないものだと思います。実はローテーターとして2カ月まわった際には、手術室で整備を要した子宮内反症、出血シダグラス窩に凝固塊のあった子宮外妊娠などの症例を経験できました。(不謹慎ですが)非常にわくわくしたのを覚えています。このようなriskに対して報われないというのは産婦人科医師全ての思うところだと思いますし、それがこの不人気の一因となっていると思います。しかし、長い目で見れば市場原理が働くはずですので、それは心配ないと信じています。

現在僕は東京大学医学部付属病院で研修中です。東大病院では、産科、生殖医療、腫瘍の3チームに分かれて診療を行っており、現在それぞれ3カ月ずつの研修を終えたところです。それぞれ全く別分野のようで学ばなければいけない量も膨大です。しかしどれも興味深く、解決しなければいけない問題点、evidenceが明らかになっていないgreyな部分があることが分かりました。課題が多い点も産婦人科の魅力的なところでしょうか。

ふと9カ月前の自分を思うと、内診もろくに出来ず、エコーの使い方も分からないような医者でした。諸先生方に懇切丁寧に教えて頂き、思った以上に多くのことができるようになりました。産婦人科は手技が多いため、自分の成長が分かり易く、それがやる気につながってきました。今本当に産婦人科を選択できて良かったと思っています。

冒頭にもあるとおり、多くの医学生が産婦人科を敬遠し

ている様です。QOMLという言葉があり、自由時間・報酬が仕事の選択基準となっていると聞きます。仕事にやりがいを感じることができれば、生活の質は上がると思いま

るか。産婦人科は非常にやりがいがあります。多くのやる気ある先生方が産婦人科を専攻してくれることを切に願っています。

大阪市立総合医療センター 山本 浩子

私が初めて産婦人科に興味を持ったのは、国試の過去問を解いている時でした。モニターを見たり分娩が進行する様子を想像したりするだけで楽しく、なんとなく産婦人科を専攻することを考えていました。研修医になり、自分が選択することを考えもしなかった科をローテートしてみると、他の科も同じくらい魅力的で、最終的には産婦人科を専攻することはすごく悩みました。でも、同じくらいの魅力ならより需要のある科にしようと考え、産婦人科を専攻することを決意しました。

私は今、産科で研修をしています。やはり産科の最大のデメリットは、時間を選んでくれないことだと思います。予想がつきにくく、安定していた患者さんが突然（しかも、何か用事がある時に）陣発したり破水したり、急変することもしばしばです。また、想像を超える忙しさで、重症な患者も多く、精神的にも肉体的にも滅入ることが多く、かなり辛い時期もありました。でも、1嬉しいことがあれば、辛いこと10を忘れられるくらいの喜びが産科にはあり、だから、なんとか続けられるのだと思います。また、産婦人科のメリットとして、扱う臓器が限られていることがあります。一般外科などに比べると、一通り経験するのにそれほど時間がかからないのではないかと思います。産婦人科を選択するための一つの要因になりました。結婚・出産の前に一通りマスターし、産休などで一時的に仕事を辞めていても、体力と状況が許せば社会からの需要も高いので復帰も比較的可能だろうと思いました。臓器が限られている一方で内容は

幅広く、内科系から外科系まで自分に合った分野を探すことができるのも魅力ではないかと思います。

産婦人科を専攻する医師が減っている事態は非常に深刻化しています。スーパーローテートが始まり、私の周囲でも研修が始まるまでは産婦人科を考えていた人たちが他科を研修するうちに産婦人科を辞めていきました。辞めた理由の多くは、産婦人科よりも興味の持てる科があったこと、やはり自分には忙しすぎて無理だと思ったことが挙げられます。私の印象では、初めからほぼ産婦人科を決めていた人はスーパーローテートをしてそのまま産婦人科を専攻していますが、産婦人科か何か別の科かと考えていた人は、もう一方の産婦人科ではない科を専攻していると思います。したがって、決意半ばであった人に産婦人科を決意してもらえかが重要ではないかと思います。私も経験がありますが、回ってくる研修医がよく言うのは、慣れてきた頃に研修が終了する、ということです。面白くなってきたところで終わってしまうので、忙しい印象だけが残ってしまうのではないかと思います。限られた研修期間の中で、興味のある科にはより長く研修できるようにプログラムを変えるのがひとつの方法ではないかと思います。

今年度は産科で研修していたので、婦人科に関する知識は国試レベル（以下？）で、私はこれからまだまだ勉強が必要です。自分がどの分野に向いているのかも分からない状態ですが、それはこれからじっくり見つけていこうと思っています。今後、より多くの症例に触れ経験を積んでいくために、色々な場で先生方にご指導していただくことがあります。その折には宜しく申し上げます。

平成19年度勤務医部事業計画

1. 「JAOG Information」の発行

勤務医の抱えている問題点、その解決策、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。そのため本年度も、日本産婦人科医学会学術集会中国・四国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。

「地方からの勤務医の声」には支部の機関誌等で紹介された勤務医に関する記事をJAOG Informationに再掲載して全国で紹介したり、あるいは支部の勤務医担当者の声を掲載するなどして、支部における問題点や取り組み等を他支部へ伝え、さらに本部と支部との連携の一助とする。

また、「産婦人科専攻の後期研修医からの声」（仮題）と題し、産婦人科を専攻した後期研修医から産婦人科選択の理由、産婦人科専攻によるメリット・デメリット、今後の展望などについての原稿を募集し、掲載する予定である。

2. 勤務医の待遇に関する検討

- (1) 平成18年度には分娩手当等の産婦人科勤務医の待遇改善が徐々にあるが進んでいる。そこで、産婦人科勤務医の待遇を改善するための方法にはさらにもうどのようなものがあるかを継続して検討する。

- (2) 周産期医療センター等産科の中核病院には平成18年度よりハイリスク分娩管理料が加算されたが、産婦人科勤務医の待遇に反映されているか等、待遇改善に関して本年度も継続して調査し、JAOG Information等で報告する。

- (3) 前期研修医は労働者と認定された。将来は一般の医師も労働基準法に則った勤務となることが考えられる。特に基幹病院での産科医療では、医療事故の防止の面からも、当直翌日は休日とするかせめて半休とすることが望ましい。そこで、産婦人科医が労働基準法に則った労働をする場合の条件等について継続して検討すると同時に、産婦人科勤務医の勤務緩和を広く訴える。必要に応じて労働に関する専門家の意見も聴取する。

3. 女性医師が有する諸問題の検討

- (1) 勤務の継続は不可能と考えられていた育児中の女性医師が、勤務条件を工夫することによって、活躍できる病院も出現し始めている。それらを参考に、女性医師が望む勤務条件・勤務形態について検討する。
- (2) 女性医師に関する各病院の医局内規（妊娠・分娩・育児等について）や、それに対する男性医師のかかわりなどを調査し、問題点の抽出と対応について本年度も継続して検討する。

- (3) 日本医師会内に女性医師バンクが設置され、登録は平成19年1月から、運用は平成19年1月30日に開始された。勤務医部としてはその動向を注視し、医会がかかわれるか否かを検討する。
- (4) 潜在女性産婦人科医を掘り起こすためには再研修が必要となることが多い。再研修制度に関して医師会（含：都道府県医師会）や大学等の動向を注視し、会員へ情報を伝える。

4. 産婦人科専攻医師増加のための検討

- (1) 平成18年度には新卒後臨床研修制度下における研修の実態、産婦人科専攻に関する情報収集、現在の研修制度の問題点についてなど各支部にアンケート調査を行い、新研修制度の問題点など多くの意見やアイデアが寄せられた。特に2年目に短期間産婦人科をまわる現在の研修システムの問題点を指摘する声が多く、研修システムの工夫や、産婦人科領域における独自の臨床研修制度の導入なども必要と考えられる。産婦人科専攻医師増加のため、今後この点についてさらに情報を収集し意見を集約してアピールする。
- (2) 平成18年4月より新卒後研修制度下で初期研修を終了し産婦人科を専攻した医師が、初めて大学や研修病院で後期研修を行っている。そこで初期研修終了後産婦人科を専攻した若い医師の産婦人科専攻の背景や今後の抱負を寄稿してもらい、JAOG Informationに掲載し、若い医師の考えや研修の実態について会員の理解

を深める。

また、後期研修医獲得のための各大学や医療機関での工夫や具体的なアピールの方策について調査し、検討する。

- (3) マスメディアなどによって産婦人科医師不足は宣伝されているが、医学生、研修医に対して産婦人科専攻に向けた働きかけが必要である。これに関しては産科婦人科学会で産婦人科の魅力をアピールするためのプロモーションビデオが作成されることから、医会ではその普及について協力し、各大学の医学生を対象にアピールする。

5. 日本産婦人科医学会学術集会開催ブロック勤務医担当者座談会
本年度で8回目となる勤務医担当者座談会を日本産婦人科医学会学術集会時に開催する。本年度は中国・四国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. 日本産科婦人科学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19年4月に開催される日本産科婦人科学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、勤務医部として参加協力する。

7. 医会ホームページ勤務医部コーナーの充実

- (1) 平成18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
(3) その他

編集後記

新臨床研修制度も1年が過ぎようとしていますが、産婦人科を囲む厳しい環境は昨年の冬からあまり変わっていません。来年度の産婦人科新入医局員はどの大学・病院も減少傾向にあり、われわれの大学も昨年度と比べて今年度は大幅な新入局研修医数の減少となりました。その厳しい環境のなかでも、今回の勤務医ニュースにあるように若い先生達はまじめに研修に励んでいます。産婦人科医の絶滅、産科医療崩壊などと言われていますが、若い先生達の熱意がある限り、急に日本のどこにも産科をする医師がいなくなったり、普通のお産ができなくなったりという事態が起こることは考えられないでしょう。

しかし、この厳しい時代、われわれ産婦人科医が若い産婦人科医のタマゴ達に、家族を持つ喜びを患者さんと分かち合うという、我々が先輩達から受け取ってきた、なにより大事な宝物を伝えていくことは、それほど簡単なことではありません。訴訟のリスク、安全管理、個人情報を中心とする患者の権利、等々といったわれわれにとっても新しい仕事を教えながら、この宝物の本当のすばらしさを伝えるためには、細々とした教育技術より、われわれ自身が産婦人科という「イエ」を守ることを真剣に考えなければなりません。考える時間をきちんと確保し、自分自身も勉強し、働くための休みも取って、余裕をもって、自分の人生を楽しんで仕事をつづけてこそ、われわれが先輩から受け継いで自分のなかに育てた宝物を素直に次世代に伝え、若い先生達がマスクミや周囲の風にながされず、何事もなかったように元気に研修を続ける事ができると思います。それさえ伝えるこ

とができれば、いくら産婦人科医の人数が少なくなっても、数少ない若い研修医達は入局時に持っていた熱意や夢を失うことなく、産婦人科がなんて素晴らしいかを受け取ってさらに先に進んでいってくれるはずです。

逆にわれわれが今まで通りの体制で仕事を続けることにこだわるあまり、自分の時間を削ったり、必要以上に努力をすることは、「宝物をもらうのだからこのくらいの仕事や我慢は当然だ」という、竹槍で大砲にむかえ式のゆがんだ考えを若い先生達に植え付けてしまうことになりかねません。

研修医を直接教える勤務医の現状を正しく把握して、それを医会の会員に伝え、産婦人科や社会全体でこの問題を考えていくために、勤務医部の仕事はますます重要なものとなって、身が引き締まる思いです。これからも、先生方のご協力をお願い致します。（幹事・久慈 直昭）

（平成17・18年度）

勤務医委員会		勤務医部	
委員長	栃木 武一	副会長	清川 尚
副委員長	小笹 宏	常務理事	田邊 清男
〃	東館 紀子	〃	栃木 明人
〃	和田 裕一	〃	〃
委員	小田 隆晴	理事	新居 隆
〃	茂田 博行	〃	〃
〃	高松 潔	幹事	栗林 靖
〃	増田美香子	〃	〃
〃	吉谷 徳夫	〃	竹内 亨
アドバイザー	濱田 和孝	〃	〃
〃	吉川 裕之	〃	久慈 直昭