

表14. 仕事ストレスを規定する人的要因の重回帰分析の結果 (N=691)

目的変数	説明変数	β ($p < 0.05$)	R ²	F 値
仕事量の多さと身体疲労	敵意行動	0.104	0.388	85.163***
	日本的ワークホリック	0.165		
	職業満足度	0.248		
	健康度	0.399		
	ソーシャルサポート	0.069		
医者間の人間関係と評価	自己と人生の受容	-0.196	0.17	27.581***
	敵意行動	0.101		
	日本的ワークホリック	0.083		
	職業満足度	0.21		
	健康度	0.098		
仕事の要求水準の高さ	人格的有能感	-0.36	0.251	56.483***
	日本的ワークホリック	0.143		
	職業満足度	0.208		
	健康度	0.127		
仕事のやりがいのなさ	日本的ワークホリック	-0.079	0.261	79.151***
	職業満足度	0.484		
	自己と人生の受容	-0.071		
コメディカルとの人間関係	自己と人生の受容	-0.131	0.094	17.319***
	敵意行動	0.132		
	健康度	0.178		
	ソーシャルサポート	0.076		
仕事負担の不平等感	敵意行動	0.136	0.216	36.867***
	完璧主義	0.076		
	日本的ワークホリック	0.123		
	職業満足度	0.277		
	健康度	0.178		

*** $p < 0.001$

表15. ストレス対処を規定する仕事ストレス要因の重回帰分析の結果 (N=703)

目的変数	説明変数	β ($p < 0.05$)	R^2	F 値
カタルシス	仕事の要求水準の高さ	0.12	0.014	10.19**
回避的思考	仕事の要求水準の高さ	0.084	0.02	7.197***
	仕事のやりがいのなさ	0.087		
放棄・諦め	仕事の要求水準の高さ	0.242	0.141	57.524***
	仕事のやりがいのなさ	0.212		
肯定的解釈	医者間の人間関係	-0.143	0.02	14.674***
計画立案	仕事の要求水準の高さ	-0.128	0.017	11.784***
気晴らし	就労環境	-0.1	0.015	5.319*
	仕事の要求水準の高さ	0.149		
責任転嫁	仕事の要求水準の高さ	0.17	0.082	31.153***
	仕事のやりがいのなさ	0.176		

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

表16. 精神身体的健康を規定するストレス対処要因の重回帰分析の結果 (N=708)

	説明変数	β ($p < 0.05$)	R^2	F 値
一般的疾患傾向	カタルシス	0.077	0.044	10.885***
	放棄・諦め	0.113		
	肯定的解釈	-0.184		
身体的症状	カタルシス	0.104	0.027	6.594***
	放棄・諦め	0.096		
	肯定的解釈	-0.113		
社会的活動障害	放棄・諦め	0.21	0.106	41.649***
	肯定的解釈	-0.264		
睡眠障害	回避的思考	0.16	0.046	11.190***
	肯定的解釈	-0.173		
	気晴らし	-0.109		
不安と気分変動	カタルシス	0.093	0.1	25.943***
	放棄・諦め	0.222		
	肯定的解釈	-0.237		
希死念慮とうつ傾向	回避的思考	0.122	0.037	25.077***
	放棄・諦め	0.198		
	肯定的解釈	-0.225		

*** $p < 0.001$

表 17-1 研修をより充実させるための質問 回答率

(単位 %))

	全体 N=697	男性 N=322	女性 N=374	前期研修 N=122	後期研修 N=535
1)教育カリキュラムの充実					
絶対必要	51.1	53.4	49.2	54.1	51
かなり必要	34.9	29.2	39.6	32.8	35
あるとよい	13	15.8	10.7	12.3	13.3
必要でない	1	1.6	0.5	0.8	0.7
2)症例検討会(病棟単位)					
絶対必要	31.4	30.2	32.5	26.2	32.5
かなり必要	38	37.4	38.4	34.4	38.9
あるとよい	28.6	29.3	28	37.7	28.7
必要でない	2	3.1	1.1	1.6	1.9
3)勉強会(講座・教室単位)					
絶対必要	29.8	31.4	28.5	25.4	31.1
かなり必要	39.7	39.1	40	41	38.8
あるとよい	28.9	26.7	30.9	33.6	28.4
必要でない	1.6	2.8	0.5	0	1.7
4)英文抄読会(講座・教室単位)					
絶対必要	17.5	17.4	17.7	12.3	18.3
かなり必要	24.4	23.3	25.3	24.6	23.1
あるとよい	48.5	47.5	49.3	51.6	49.6
必要でない	9.6	11.8	7.7	11.5	9
5)学会への参加					
絶対必要	34	37.6	31	28.9	34.7
かなり必要	36	32.6	38.8	28.5	38.2
あるとよい	28.6	27.9	29.1	43.8	25.4
必要でない	1.4	1.9	1.1	0.8	1.7
6)研修必修科目の明確化					
絶対必要	23.8	25.9	21.9	27	23
かなり必要	31.5	29	33.7	32	31.3
あるとよい	38.1	36.1	39.9	34.4	39.1
必要でない	6.6	9	4.5	6.6	6.6
7)研修・履修科目のチェック機構					
絶対必要	21.8	23.3	20.5	22.1	21.6
かなり必要	26.9	27	26.7	24.6	27.4
あるとよい	42.6	39.1	45.6	44.3	42.2
必要でない	8.7	10.6	7.2	9	8.8
8)教授回診の充実					
絶対必要	5.4	6.6	4.5	4.9	5
かなり必要	11.5	10.9	12	12.3	11
あるとよい	47.1	38.6	54.4	43.5	47.9
必要でない	36	43.9	29.1	39.3	36.1
9)病棟指導医による教育の充実					
絶対必要	48.9	48.3	49.3	53.3	48
かなり必要	39.1	35.5	42.4	41	39.1
あるとよい	11.5	15.3	8.3	5.7	12.3
必要でない	0.4	0.9	0	0	0.6

(単位 %)

	全体 N=697	男性 N=322	女性 N=374	前期研修 N=122	後期研修 N=535
10) 専門医による教育の充実					
絶対必要	40.7	41.9	39.5	41.8	39.7
かなり必要	42.4	38.1	46.1	44.3	42.5
あるとよい	16.2	18.8	14.1	13.9	17
必要でない	0.7	1.2	0.3	0	0.8
11) 経済的安定					
絶対必要	44.7	48.4	41.3	51.6	42.9
かなり必要	35	34.8	35.2	27.9	36.7
あるとよい	19.7	16.5	22.7	18.9	20
必要でない	0.6	0.3	0.8	1.6	0.4
12) 労働条件の軽減					
絶対必要	39.4	41	38.1	34.4	40.5
かなり必要	30.7	27.6	33.1	32.8	30.6
あるとよい	26.6	26.1	27.2	29.5	25.4
必要でない	3.3	5.3	1.6	3.3	3.5
13) インターネットによる教育システムの構築					
絶対必要	11.9	13.3	10.7	13.9	11.6
かなり必要	17.9	20.2	15.7	15.6	17.9
あるとよい	55.4	50	60.3	52.5	57.1
必要でない	14.8	16.5	13.3	18	13.4
14) コメディカルとの人間関係の改善					
絶対必要	27.7	32.4	23.8	33.6	26.8
かなり必要	30.9	40.2	39.6	36.9	40.6
あるとよい	30.5	25.5	34.8	28.7	30.5
必要でない	1.9	1.9	1.8	0.8	2.1
15) 医師間の人間関係の改善					
絶対必要	33.2	35.1	31.7	39.3	31.9
かなり必要	38.4	41	36	34.4	39.2
あるとよい	26.4	21.7	30.4	23.8	27.1
必要でない	2	2.2	1.9	2.5	1.8
16) キャリア相談(上司との相談)					
絶対必要	30.2	31	29.6	35.2	29.3
かなり必要	41.7	41.6	41.6	41	41.6
あるとよい	26.7	25.5	27.7	22.1	27.8
必要でない	1.4	1.9	1.1	1.6	1.3
17) 医療以外の雑務の軽減					
絶対必要	44.3	47.8	41.1	43.5	44.6
かなり必要	33.4	32.9	33.9	35.2	32.8
あるとよい	21	17.7	24	20.5	21.1
必要でない	1.3	1.6	1	0.8	1.5

表 17-2 研修をより充実させるための買回率

(単位 %)

	完全スーパーローテーション N=117	ストレート方式 N=455	その他 N=121
1)教育がキラムの充実			
絶対必要	58.1	50.3	47.1
かなり必要	31.6	35.8	33.9
あるとよい	8.6	13	18.2
必要でない	1.7	0.9	0.8
2)症例検討会(病棟単位)			
絶対必要	39.3	31.1	25.4
かなり必要	34.2	39.8	33.6
あるとよい	23.9	27.3	38.5
必要でない	2.6	1.8	2.5
3)勉強会(講座・教室単位)			
絶対必要	40.2	28.8	23
かなり必要	35	41.1	38.5
あるとよい	23.1	28.6	36.9
必要でない	1.7	1.5	1.6
4)英文抄読会(講座・教室単位)			
絶対必要	23.1	17.4	13.1
かなり必要	23.1	24.8	23
あるとよい	43.6	47.9	55.7
必要でない	10.2	9.9	8.2
5)学会への参加			
絶対必要	40.2	34.6	27.1
かなり必要	26.5	38.1	36.9
あるとよい	31.6	25.8	35.2
必要でない	1.7	1.5	0.8
6)研修必修科目の明確化			
絶対必要	34.2	22.9	18.3
かなり必要	28.2	32.1	31.7
あるとよい	33.3	38.7	40
必要でない	4.3	6.3	10
7)研修・履修科目のチェック機構			
絶対必要	30.8	21.1	16.4
かなり必要	23.9	27.5	27
あるとよい	41	42.4	44.3
必要でない	4.2	9	12.3

(単位 %)

	完全スーパーローテーション N=117	ストレート方式 N=455	その他 N=121
7)研修・履修科目のチェック機構			
絶対必要	30.8	21.1	16.4
かなり必要	23.9	27.5	27
あるとよい	41	42.4	44.3
必要でない	4.2	9	12.3
8)教授回診の充実			
絶対必要	10.3	4.8	3.3
かなり必要	9.5	11.4	13.1
あるとよい	43.1	47	50.8
必要でない	37.1	36.7	32.8
9)病棟指導医による教育の充実			
絶対必要	57.3	48.2	42.6
かなり必要	29.9	40.7	42.6
あるとよい	12.8	10.4	14.8
必要でない	0	0.7	0
10)専門医による教育の充実			
絶対必要	51.7	40	32.8
かなり必要	33.6	44.4	42.6
あるとよい	13.8	14.7	24.6
必要でない	0.9	0.9	0
11)経済的安定			
絶対必要	57.3	41.5	45.1
かなり必要	27.4	38.5	29.5
あるとよい	14.5	19.3	25.4
必要でない	0.9	0.7	0
12)労働条件の軽減			
絶対必要	43.6	38	41.8
かなり必要	33.3	31	27.1
あるとよい	18.8	28.1	27
必要でない	4.3	2.9	4.1

(単位 %)

	完全スーパーローテーション N=117	ストレート方式 N=455	その他 N=121
13)インターネットによる教育システムの構築			
絶対必要	21.4	9.9	10.7
かなり必要	19.7	17.6	18
あるとよい	43.6	58	55.7
必要でない	15.4	14.5	15.6
14)コメディカルとの人間関係の改善			
絶対必要	33.3	27.8	22.1
かなり必要	33.3	40.5	44.3
あるとよい	30.8	30.2	31.1
必要でない	2.6	1.5	2.5
15)医師間の人間関係の改善			
絶対必要	41.9	32.1	29.5
かなり必要	30.8	39.3	41.8
あるとよい	24.8	26.8	26.2
必要でない	2.5	1.8	2.5
16)キャリア相談(上司との相談)			
絶対必要	33.3	30.1	27.9
かなり必要	43.6	41.8	39.3
あるとよい	20.5	26.8	32
必要でない	2.6	1.3	0.8
17)医療以外の雑務の軽減			
絶対必要	44.4	45.7	40.2
かなり必要	26.5	34.5	36.1
あるとよい	28.2	18.7	21.3
必要でない	0.9	1.1	2.4

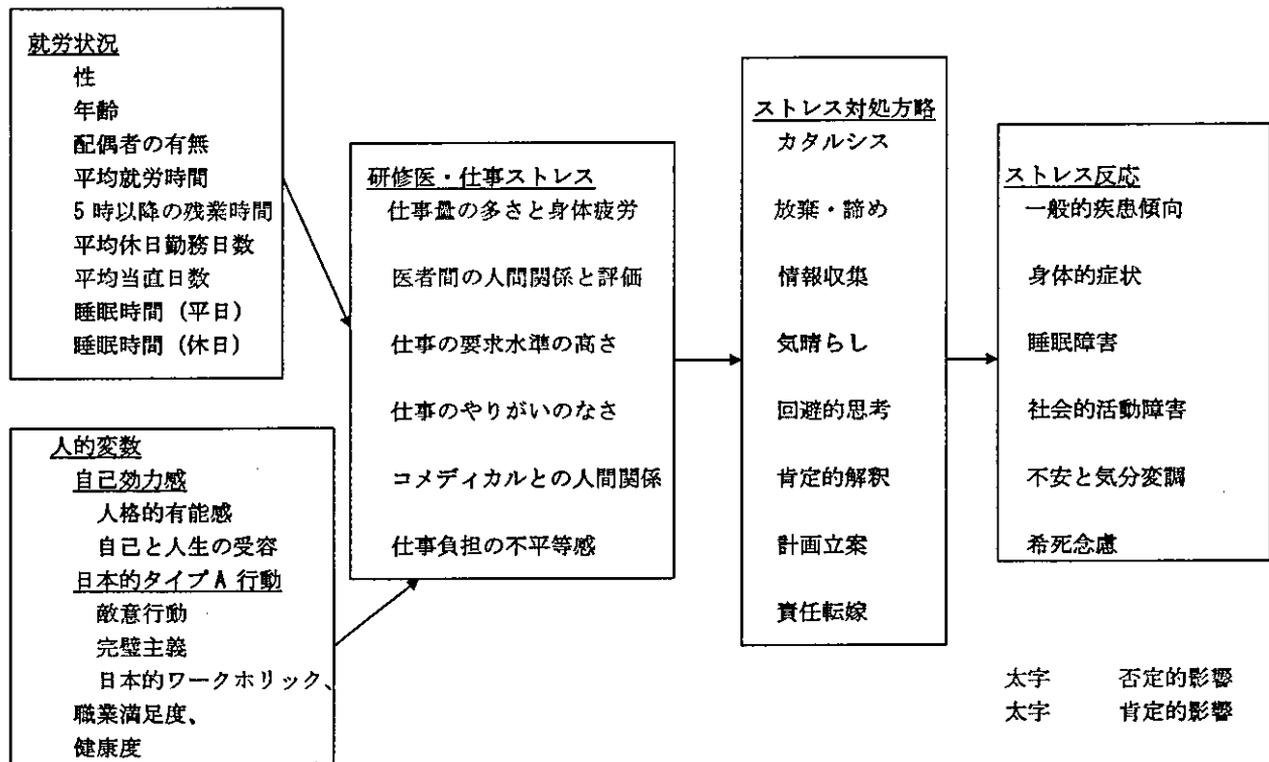


図 11 就労状況・人的変数 仕事ストレス ストレス対処 精神身体症状の関連

産科医の勤務状況と意識調査

【分担研究者】 木下 勝之 順天堂大学医学部産婦人科学教授

■研究要旨

近年の小児科、産科医師不足の問題は小児科と産科では診療対象、内容やシステムなど大きく異なるために一元的な問題ではないと考えられる。今日の産科診療を考えると、女性医師の増加、男性医師の減少、医療訴訟の増加は大きく産科医療を行う環境・診療体系を変化させている。このため現在の産科医師の不足を解消するため、産科診療に対する産婦人科医師の考え方、また、安全な産科診療のために何が求められているのかを明確にし、産科診療の問題点を明らかにすることを、本研究目標としアンケート調査を行った。

今回の調査により女性医師問題では現在子供のいない女性医師も約半数しか出産後のフルタイムの勤務を希望していないことがわかった。その理由は様々であり、施設およびシステムの改善だけで、全ての女性医師が出産後も就労を行える環境が整うとは考えられない。しかし産休および託児施設などのシステム上の問題は常にその理由として上位にあがっており、現在増加傾向にある女性医師の育児と診療業務の両立のためには各医療施設での産休および託児施設などの充実が不可欠となっていくと思われた。

また、今回の調査により産科診療は多くの産婦人科医師にとり多大なストレスとなっていることが明らかになった。産婦人科医になっても産科診療を敬遠するようでは、真の産科医増加にはつながらない。今回のアンケート結果からも産科診療をとりまくシステムの問題および卒後教育の問題が解決すべき問題として明らかとなった。これらの問題の解決策を見出し、安心して診療を行える体制を確立していくことが産科医増加の糸口になると考えられた。

A. 研究目的

近年小児科、産科医師不足の問題は周産期医療にとって深刻な問題となっている。この原因は小児科と産科では診療対象、内容やシステムなど大きく異なるために一元的な問題ではないと考えられる。今日の産科診療を考えると、女性医師の増加、男性医師の減少、医療訴訟の増加は大きく産科医療を行う環境・診療体系を変化させており、産科を希望する若手医師の減少に関係していることが予測される。このため現在の産科医師の不足を解消するため、産科診療に対する産婦人科医師の考え方、また、安全な産科診療のために何が求められているのかを明確にし、現在の産科診療の問題点を明らかにすることを、本研究目標とした。

今回は若手医師の意見をより重要視したため、平成元年以降に卒業した産婦人科医師を対象にアンケート調査を行った。また、様々な環境の産婦人科医師の考え方を聞くため、現在診療を実際に行っている医師から、子育てや他の要因により現在診療を行っていない医師まで調査の対象とした。アンケートの内容は主に女性の就労環境の現

状とそれに対する男性、女性医師の考え方、希望と産科診療に対するやりがい、医療訴訟の問題に焦点をあて質問事項を設定した。

B. 方法

平成元年以降卒業の産婦人科医師をアンケート調査の対象とした。日本全国の医育機関に依頼し、各医育機関に所属している対象となる医師に対し就労先病院や現在の就労の有無に関係なくアンケート調査を依頼した。また、日本産科婦人科学会の協力により平成元年以降に入会している医師名簿を作成し、返答のなかった病院や現在就労先の届出のない医師に対しては個人宛にアンケートを送付し、回収を行った。なお、スーパーローテーションを行っている医師や日本産科婦人科学会に入会希望のない医師は対象から除外した。

C. 結果

1) アンケート回収率

2245名の医師より回答が得られた。このうち対象卒業年でない医師よりの回答が34名を除外し、有

効回答数は2211名であった。

2) 回答医師のback ground

a.性差

2211名の内、男性1218名、女性993名であった。平均年齢は男性医師34.3歳、女性医師31.5歳、全体で33.1歳であった。

b.結婚

既婚者は1296名（58.6%）、未婚者911名（41.2%）、未回答4名（0.2%）であった。これを男女別にみると男性の既婚者は863名、女性の既婚者は433名であり、それぞれの既婚者の割合は男性70.9%、女性43.6%であった。離婚歴のある医師は未婚者911名の内86名であり、このうち男性は47名（男性医師の3.9%）、女性39名（女性医師の0.4%）であった。子供のいる医師は954名（男性661名、女性293名）であった。

c.専門医

日本産科婦人科学会専門医の資格を取得している医師は1390名（62.9%）であった。

d.勤務先

表1に回答者の勤務先所在地をしめした。東京都が385名と一番多く、大阪府、神奈川県、福岡県、北海道の順に多くなっている。また最も少ない県は佐賀県であった。回答者の勤務先の内訳は開業医53名（2.4%）、個人開業医での勤務92名（4.1%）、私立の一般病院勤務407名（18.2%）、国公立病院勤務461名（20.6%）、大学および医育機関病院勤務1057名（47.3%）、パートタイム94名（4.2%）、現在勤務・診療していない20名（0.9%）、無回答54名（2.4%）であった。

分娩を取り扱っていない施設での勤務者は105名であった（4.7%）。分娩取り扱い施設での年間分娩数では「250以上500未満」である施設での勤務者が最も多く764名（34.4%）、次いで「250未満」472名（21.3%）、「500以上750未満」436名（19.6%）の順であった。年間分娩数750以上の施設では「750以上1000未満」217名（9.8%）、「1000以上1250未満」79名（3.6%）、「1250以上1500未満」45名（2.0%）、「1500以上」24名（1.1%）であった。

e.パートタイム医師

パートタイムで勤務している医師は94名で、このうち男性は29名、女性は65名であった。既婚者が94名中67名で、うち女性医師が67名中51名を占めた。51名の既婚女性のうち子供がいる女性医師

は44名であった。

f.診療を行っていない医師

20名の医師が現在診療を行っていないと回答があった。5名が男性医師であり、15名は女性医師であった。15名の女性医師の内10名が既婚者であり、そのうち子供のいる医師は9名であった。

3) 女性医師問題

a.託児施設、産前産後休暇

回答者の勤務施設での女性医師の割合は26.4±18.6%であった。

医師の利用できる託児施設を有している病院に勤務しているのは437名（19.8%）で、託児施設はないが斡旋してくれると回答した医師は22名（1.0%）であった。医師の利用できる託児施設がないと回答した医師が1347名（60.9%）であり、知らないと答えた医師は313名（14.2%）であった。また産前産後休暇に対する取り決めに関しては「細部にわたりされている」「大まかにされている」と答えた医師がそれぞれ236名（10.7%）、637名（28.8%）で、「されていない」413名（18.7%）「知らない」831名（37.6%）と半数以上の医師が産前産後休暇について明確にされていない施設での就労を行っていた。女性医師の割合が平均26.4%であるため、女性医師の割合が平均以上である病院に勤務している医師914名で見ても託児施設の保有に関しては「ある」186名（20.4%）、「斡旋してくれる」10名（1.1%）、「ない」589名（64.4%）、「知らない」125名（13.7%）と全体と比較してもその割合はほとんど変わらなかった。また、産前産後休暇に関しても「細部にわたり取り決めがされている」74名（8.1%）、「大まかにされている」313名（34.2%）、「されていない」203名（22.2%）、「知らない」318名（34.8%）と託児施設と同様、その割合にほとんど変化はなかった。

b.出産と診療業務

(1) 子供のいない女性医師

子供のいない女性医師に対し、出産した後の診療業務内容に対する希望をアンケート調査した。有効回答数は724であった。その結果、「他の医師と区別のない診療業務を希望する」と回答した女性医師は回答女性医師の22.7%で、「フルタイムの診療業務を希望するが、現在の勤務先からの変更を希望する」と回答した女性医師は26.9%であった。これら2つの回答者を出産後もフルタイム勤

務を希望する女性医師と考えた場合、出産後フルタイム勤務を希望する女性医師は子供のいない女性医師の49.6%、つまり約半数しかいなかった。一方「週に2、3日のパートタイム希望」の女性医師は43.6%、「他の診療科へ変更する」が0.8%、「当分診療は行わない」が5.9%であった。

そこで、フルタイム勤務を希望しない女性医師を対象にその理由を調査した。複数回答を認めたため有効回答数が1135であった。主な理由としては「現在の病院の業務内容が大変だから」（全回答の21.3%）、「現在の病院では産休、託児施設などの制度、施設が不十分であるから」（全回答の20.0%）、「子供のことで他の医師に迷惑をかけたくない」（全回答の19.4%）ではほぼ同数の回答であった。次に多かったのが「自宅もしくは近所に子供の面倒を見てくれる人がいないから」（全回答の14.7%）で、「大学からの突然の人事異動などに対応できないから」（全回答の12.9%）、「子育てに専念したいから」（全回答の10.8%）の順であった。「産婦人科診療に興味がなくなった」と回答したのはわずか0.8%であり、産婦人科診療は続けたい意思をもっているが、回答数のばらつきからもわかる通り、子育てと診療の両立のためには女性医師取り巻く労働環境の複雑さが大きな障害になっていることを表している。

(2) 子供がいて常勤医師として就労している女性医師

子供がいても常勤医師として就労している女性医師を対象としてアンケート調査を行った。有効回答数は201であった。これらの女性医師に対し、出産後の勤務病院について調査を行ったところ、「出産前と同じ病院で勤務することが可能であった」と回答した医師が最も多く、71.6%であった。次いで「関連病院への転勤希望」が12.9%と多く、「退職して自分で勤務先を見つけた」が10.9%と続いた。「関連病院への転勤を強制された」と回答した医師は4.5%であった。

また、これらの医師に出産後も常勤医として就職可能な理由を質問した。回答は複数回答とした。「家族の協力が得られているから」と回答した医師が最も多く43.5%であった。次いで「当直免除などの他の医師の協力があるから」26.4%、「条件にあった託児施設を自分で見つけることができたから」19.5%と続いた。「病院の産休および託児施設

の条件が良いから」と回答した医師は4.9%しかおらず、また「常勤医師として勤務しなければ十分な給料が得られないから」と回答した医師も4.6%であった。「一時休職していたが、子供が成長して復職した」を選んだ医師は対象とした医師が平成卒業の若手医師ということもあり、1.2%であった。

(3) 出産後診療を辞めたもしくはパートタイム勤務をしている女性医師

出産後診療を辞めたもしくはパートタイム勤務をしている女性医師にその理由を質問した。回答は複数回答とした。理由として最も多かったのが「現在の病院の業務内容が大変だから」であり、21.8%の医師を選んだ。次いで多かったのが「子供ことで他の医師に迷惑をかけたくない」16.2%であり、「自宅もしくは近所に子供の面倒を見てくれる人がいない」14.8%、「現在の病院では産休、託児施設などの制度、施設が不十分であるから」14.1%、「子育てに専念したい」14.1%がほぼ同数でそれに続いた。「大学からの突然の人事異動などに対応できない」は8.5%であった。また「常勤医師として働かなくても経済的にゆとりがある」と回答した医師も7.7%存在した。「退職、パートタイムを強制された」医師は2.1%であり、「産婦人科診療に興味がなくなった」は0.7%であった。常勤医師として働く医師があるにもかかわらず勤務していた病院の労働条件によりパートタイム勤務もしくは休職をしていることを理由としてあげたと思われる医師（「現在の病院の業務内容が大変だから」「現在の病院では産休、託児施設などの制度、施設が不十分であるから」「大学からの突然の人事異動などに対応できない」「退職、パートタイムを強制された」を理由としてあげた女性医師）を対象として、常勤医師としての復職の意思を調査した。その結果、「復職の希望はない」と回答した医師が20.4%存在した。また復職希望をしている女性医師でも「当直がない常勤医師として希望する」が59.3%を占めて、「他の医師と同様の診療業務への復職希望」は13.0%であった。また「開業希望」は7.4%であった。

c.男性医師の印象、協力

これらの女性医師の労働条件、また希望に対し男性医師がどう考えているか、調査を行った。

まず、女性医師の増加に伴う、男性医師の当

直・日勤業務の負担の増加について質問をした。有効回答数は1192であった。「負担が大きくなったと思わない」と回答した男性医師は55.8%、「負担が大きくなった」と回答した男性医師は44.2%であった。

次に女性医師の出産後の復職について質問をした。有効回答数は1190であった。女性医師の復職に対し「出産前より業務軽減をしても構わないので、復職をしてほしい」と回答した男性医師は69.7%であり、「出産前と同等の業務が行えるなら復職してほしい」27.2%、「復職希望をしない」3.0%を大きく上回った。

復職希望しない男性医師に対してその理由を質問した。有効回答数は76であった。「子供のことで、他の医師に負担がかかることがあるから」48.7%、「育児しながらの業務を支援するだけの施設、設備が十分でないから」36.8%が多く、「人手が足りている」9.2%、「女性医師は産婦人科診療に向いていないと考えている」5.3%を大きく上回った。

4) 産科診療のストレスと医療訴訟

a.産科診療のストレス

産科診療が通常の業務の中でどの程度ストレスになっているかを調査した。有効回答数は2172であった。産科診療に対し最も多かったのが「ストレスは感じるが、産科診療は興味を持って行っている」と回答した医師であり、全体の66.4%であった。その一方「診療科を変更しようもしくは辞めようと思うくらいストレスになっている」8.6%、「できれば産科診療を行わず婦人科診療のみを行いたい」18.2%と産科診療をやりたいくないと感じている医師も26.8%存在した。「全くストレスを感じない」と回答した医師は6.8%と最も少なかった。そこで、できれば産科診療を行いたくないと回答した医師に、その理由を質問した。複数回答のため有効回答数は750であった。最も多い理由が「診療業務の負担（当直、不規則な診療時間など）が大きい」であり52.8%の医師が選んだ。次いで「医療訴訟が多い」33.2%であった。「産科の手技に自信がない」「産科診療そのものに興味がない」はそれぞれ7.1%、6.9%であった。

b.医療事故

産科診療と婦人科診療での医療事故の経験もしくは医療事故を起こしそうになった経験を質問し

た。結果産科診療においては53.5%の医師（有効回答数2163）が医療事故の経験もしくは医療事故を起こしそうになった経験を持っており、婦人科診療で同様に医療事故の経験もしくは医療事故を起こしそうになった経験した医師38.3%に比し有意($p<0.00$; カイ二乗検定)に産科診療の方が医療事故の危険が高いことが示唆された。

c.安全な産科診療のための対策

より安全な産科診療を行うため、その対策について調査を行った。その結果「大規模施設での分娩の集約化（オープンシステム）の普及」24.5%、「無過失賠償システムの充実」22.8%と産科診療を取り巻く医療システムの改善に期待が寄せられていた。その次に「研修病院での産科教育カリキュラムの充実」16.4%、「卒後研修システムの充実」16.0%、「学会によるより安全な分娩のためのマニュアル作り」8.0%と産科の卒後教育の充実が求められていた。その一方で「どれも安全な診療への改善策にはなりえない」という意見も12.3%に認められた。

D. 考察

今回女性医師問題と産科診療のストレス改善という観点でアンケート調査を行った。今回のアンケートで取り上げたこのテーマは、今後産科若手医師を確保していくために重要な課題となりうるテーマである。

今回の調査により女性医師問題では現在子供のいない女性医師も約半数しか出産後のフルタイムの勤務を希望していないことがわかった。その理由は様々であり、施設およびシステムの改善だけで、全ての女性医師が出産後も就労を行える環境が整うとは考えられない。しかし産休および託児施設などのシステム上の問題は常にその理由として上位にあがっており、現在増加傾向にある女性医師の育児と診療業務の両立のためには各医療施設での産休および託児施設などの充実が不可欠となっていくと思われた。このことは出産後に常勤医師として働いている女性医師のアンケート調査結果や現在パートタイムで働いている女性医師の結果からも明らかであった。男性医師の希望としても出産後業務軽減を行っても女性医師に復職を希望している医師も多いことから、女性医師の働きやすい環境作りのためにはまず着手すべき問題

であると考えられた。

また、今回の調査により産科診療は多くの産婦人科医師にとり多大なストレスとなっていることが明らかになった。産婦人科医になっても産科診療を敬遠するようでは、真の産科医増加にはつながらない。今回のアンケート結果からも産科診療をとりまくシステムの問題および卒後教育の問題が解決すべき問題として明らかとなった。これらの問題の解決策を見出し、安心して診療を行える体制を確立していくことが産科医増加の糸口になると考えられた。

政策提言

- ・ 24時間保育所など女性医師の働きやすい環境作りの整備
- ・ 分娩の安全性を確保するための産科診療システム（オープンシステムを含む）
- ・ 母児の安全を目指した卒後の分娩研修実施の整備

表1 回答者勤務先所在地

都道府県名	回答者数	都道府県名	回答者数
東京	385	山口	29
大阪	145	三重	28
神奈川	111	宮崎	27
福岡	94	山梨	27
北海道	93	岐阜	25
愛知	83	高知	25
京都	82	鳥取	25
埼玉	81	徳島	21
兵庫	80	鹿児島	19
千葉	72	滋賀	19
茨城	58	石川	18
静岡	51	島根	18
栃木	51	香川	17
広島	47	山形	15
長野	44	和歌山	15
岡山	43	岩手	14
大分	41	熊本	14
沖縄	36	奈良	12
宮城	35	愛媛	11
新潟	32	福井	11
福島	32	青森	10
群馬	31	長崎	10
富山	31	佐賀	9
秋田	30	不明・無回答	4

小児医療提供体制の改革ビジョン —わが国の小児医療・救急医療体制の改革に向けて—

【分担研究者】	藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター・日本小児科学会・小児医療改革・救急プロジェクトチーム
【研究協力者】	衛藤 義勝	東京慈恵会医科大学小児科
	中澤 誠	東京女子医科大学心臓血管研究所
	桃井眞里子	自治医科大学小児科
	安田 正	大宮医師会市民病院
【共同研究者】	和田 紀久	近畿大学医学部小児科
	青谷 裕文	滋賀医科大学
	恵谷 ゆり	大阪大学大学院医学系研究科生体統合医学小児発達医学講座小児科
	江原 伯陽	エバラこどもクリニック
	大矢 幸弘	国立成育医療センター第一専門診療部アレルギー科

■研究要旨

小児医療、新生児医療提供体制の改革ビジョンの目的として3つのポイントを掲げた。

1. 効率的な小児医療提供体制へ向けての構造改革としては、
 - (ア) 入院小児医療提供体制の集約化
 - (イ) 身近な外来小児医療の提供は継続
 - (ウ) さらに広く小児保健、育児援助、学校保健などの充実を図る
2. 次に広域医療圏における小児救急体制の整備を進める。その主な内容は
 - (ア) 小児時間外診療は24時間、365日をすべての地域小児科医*で担当し
 - (イ) 小児領域における3次救命救急医療の整備を進める
3. それらの改革を進めるに当たって、労働基準法等に準拠した小児科医勤務環境の実現を目指す。また医師の臨床研修・卒前・卒後教育に必要な場を提供する。

A. 研究目的

小児医療提供体制の改革に関連する諸課題について研究する。実践的な改革道程表を作成し、実施する。その過程における小児医療改革の課題についてさらに問題点の整理と解決対応を行なう。

B. 研究方法

病院小児科・医師実態調査を実施し、小児科医療の現状と課題を解析する。平成15年度に実施した。その結果、本年度は全国調査を実施した。調査結果は資料として添付する。昨年度および本年度の調査、文献考察、班員討論を経て、わが国の小児医療提供体制の改革ビジョンを策定し、それに関する考察と提言を行なった。

C. 研究結果

I. 現状認識と改革の方向性

1. 現在、小児医療・小児救急においては：

- ①病気の軽重に関わらず、こども専門の診療を受けたいという“こどもの医療のニード”が高まっている。
- ②特に若手を中心に女性小児科医師が増加し、そのため産前産後・育児休業を保障しつつ小児科の診療を維持する新たな仕組みが必要になってきた。
- ③そうした結果、特に地域における小児時間外診療の要求はますます高まり、一方で小児科時間外診療の現体制維持すら困難になってきた。
- ④高度の小児救急医療について、その体制はごく不十分で、大部分の重症小児救急患者（死亡例

など）は成人施設や救命救急の準備のない小児医療機関で対処されている現状である。

- ⑤小児の時間外診療の体制改善について地域での取り組みが進められているが、わが国の小児医療に一貫する体制としてのコンセプトが欠けたままに事態が進行することは好ましくない。

わが国の病院小児科が提供する小児医療・救急医療・新生児医療の体制は、小規模な病院小児科と小規模な新生児集中治療室NICUで構成されている。その結果として少数の医師は他科の医師と比較にならない頻回の当直、休日勤務を強いられてきた。同時に患者の小児科専門志向とあいまって時間外に受診する患者は増加の一途をたどり、サービスの低下を招くようになってきている。そこで我々は日本小児科学会に「小児救急プロジェクトチーム」を設置してこの問題を検討してきた。その結果として「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」をとりまとめるに至った。

2. 改革ビジョン・3つのポイント

ここでは小児医療、新生児医療提供体制の改革ビジョンの目的として3つのポイントを掲げた。

1) 効率的な小児医療提供体制へ向けての構造改革としては、

- (ア) 入院小児医療提供体制の集約化
- (イ) 身近な外来小児医療の提供は継続
- (ウ) さらに広く小児保健、育児援助、学校保健などの充実を図る

2) 次に広域医療圏における小児救急体制の整備を進める。その主な内容は

- (ア) 小児時間外診療は24時間、365日をすべての地域小児科医*で担当し
- (イ) 小児領域における3次救命救急医療の整備を進める

3) それらの改革を進めるに当たって、労働基準法等に準拠した小児科医勤務環境の実現を目指す。また医師の臨床研修・卒前・卒後教育に必要十分な場を提供する。

*小児科標榜医、救命救急部など小児を日常的に診療している医師・部門

3. そうすると、地域の病院小児科やこどもの救急医療は今後どうなるか？

具体的なモデルとしては、現存する病院小児科

の中から、二次医療圏（いくつかの市町村で構成）に1箇所ないし数箇所の「地域小児科センター」を整備し、これを地域における小児専門医療の中心に育てる必要がある。「地域小児科センター」は小児救急・新生児集中治療の両方またはいずれかの機能を備えることにする。

その上で既存の病院小児科と「地域小児科センター」をグループとして位置づけ、医師や研修医はセンターとの交流を図りつつ、外来診療を中心とした身近な小児医療を提供することとし、入院医療はオンコールで対応可能な患者を中心とするように縮小する。

従って「地域小児科センター」の医師数は少なくとも10名以上とするが、一般小児科はむしろ医師数を縮小して、3名で診療が可能な形を考える。なお一般小児科は小児救急を担当せず、その医師も「地域小児科センター」の一次救急に当番参加することになる。また定期的に「地域小児科センター」の医師と交代して、地域の病院で働く小児科医がセンター医療と一般小児科医療の両方を担うことが望ましい形であろうと考えられる。両者は診療面の交流だけでなく、専門医研修や研究においてひとつの組織体として取り組むことも可能となる。

小児救急については「地域小児科センター」に、地域の小児科医が全体として共同で参加する一次時間外診療「夜間・休日24時間急病診療所」（市町村から委託）を設置し、「地域小児科センター」本体は入院の必要な患者への対応を行うこととする。

さらに将来的には「地域小児科センター」は身近な地域小児医療圏の中核的性格を生かして、その地域の子育て支援、小児保健活動、予防接種、学校保健、思春期医療、在宅医療、小児メンタルヘルス、訪問看護ステーションなど、これからのわが国の社会が必要とするこどもの為の総合的保健・医療サービスのセンターとしての機能を付与される可能性が期待できる。同時に福祉的活動とのリンクが不可欠となり、こどもの医療・福祉の地域センターとして発展する可能性も秘めている。

こうした小児保健・臨床の場の形成は、有能な小児職能教育の実践場として最適の環境を提供することになり、医学生・医師卒後臨床研修、救急医療研修をはじめとして、看護師、保健師その他

多岐にわたる小児職業教育を効果的に実現することができるかと予測される。地域における集約化の結果としてのこの「地域小児科センター」は、そのすべての提供するサービスにおいて、費用対効果の効率面においても最少の費用で最大の効果を発揮することが期待できるものであろう。

三次医療圏（都道府県全域）には大学や小児病院を中心として少なくとも一箇所の中核小児科を整備して、高度な小児医療を提供すると共に、教育・研究を担うことになる。

4. 目指す形は

この構想により次のような体制が構築されて行く必要がある。

- ①地域の病院小児科は機能分担を進める。
- ②二次医療圏の病院小児科医は「地域小児科センター」または「病院（過疎）小児科」に所属しつつ連携・交流を進め、医療圏の病院小児科医療を医師全体のグループで維持する体制を目指す。
- ③小児科・新生児科の専門医研修、新医師臨床研修プログラムを「地域小児科センター」とグループ全体で履修できる条件を整える。
- ④医師の夜間勤務の翌日は勤務なしとし、労働条件を整える。
- ⑤女性医師は産前産後休暇、育児休暇を取れる条件を整える。

5. どの様にして実現するか？

日本小児科学会理事会は調査や現状分析と平行して、今具体的な行動の一步を踏み出すことが重要であるとの判断のものに、小児科学会の事業として本計画を強力に推進する決意である。しかしそれを着実かつ具体的に各地域の実情に適合した改革として推進するためには、それぞれの地域での主体的な取り組みが不可欠と考えている。

同時に、こうした小児医療提供体制を構築してゆくための基本条件として、

- ①小児科診療報酬が一般小児科でも採算をとれる内容とすること。
- ②市町村を越えた「小児救急医療圏」を実現するため、地方自治体と住民の理解と協力が得られること。
- ③現在医師派遣という形で医師の人事に関与して

いる大学小児科教室が、新しい小児医療提供体制の必要性を理解し、その発展のために主体的に参加すること。必要に応じて「地域小児科センター」に複数大学の共同支援を行うこと。

本案はわが国における将来の小児医療提供体制の基本骨格を提案しているものであり、全国統一の医療組織を提唱しているものではない。また、その具体的な肉付け、詳細プランの立案はこれからの検討に委ねられており、それを実施するのは地方単位の主体的な取り組みであり、日本小児科学会は基本方針についての指導・助言・調整等の役割を果たすものである。

Ⅱ) わが国の小児医療・救急医療提供体制の改革ビジョンの骨子

I. 病院小児科の種類と定義

表1に病院小児科の種類と定義をまとめた。

1) 一般小児科 : 「地域において、小児科診療所と共に、日常的な小児医療・小児保健を実践」

●（専門性） 病院小児科に必要とされるような診断・検査・治療を提供する。勤務医の専門性に応じた臓器専門医療を行う。責任者は小児科専門医であること。

●（対象患者） 直接受診者に加えて、地域の一般医・小児科医からの紹介患者の診療にあたる。

●（入院診療） 軽症と中等症の入院患者の診療を行う。常時監視・治療の必要な患者の診療は実施しない。夜間・休日はオンコールで対応できるような範囲とする。

●（夜間・休日体制） 夜間休日の当直は実施しない。勤務時間内の急病は診療対象とするが、24時間体制の救急医療は実施しない。

2) 過疎小児科 : 「過疎地域において、小児科診療所と共に、日常的な小児医療・小児保健を実践」

●（専門性） 病院小児科に必要とされるような診断・検査・治療を提供する。勤務医の専門性に応じた臓器専門医療を行う。責任者は小児科専門医であることが望ましい。

- （対象患者） 直接受診者に加えて、地域の一般医・小児科医からの紹介患者の診療にあたる。
- （入院診療） 軽症と中等症の入院患者の診療を行う。常時監視・治療の必要な患者の診療は実施しない。夜間・休日はオンコールで対応できるような範囲とする。
- （夜間・休日体制） 夜間休日の当直は実施しない。勤務時間内の急病は診療対象とするが、24時間体制の救急医療は実施しない。

3) 地域小児科センター：「二次医療圏において中核的な小児医療・小児保健を実践」

- （専門性） 病院小児科から紹介される患者に必要とされるような、高度の診断・検査・治療を提供する。勤務医の専門性に応じた臓器専門医療を行う。責任者は小児科専門医であること。
- （対象患者） 主に紹介患者の診療を行う。
- （入院診療） 一般小児科で入院診療が困難な、あるいは常時監視・治療の必要な患者の入院診療を行う。
- （夜間・休日体制） 夜間休日の医師勤務は夜勤体制が望ましい。少なくとも毎日当直体制とする。
- （救急医療） 24時間体制の救急医療を実施する。二次救急に中心的役割を果たす。一次救急を実施する。その組織・運営は地域の実情に沿うこととし、勤務医師には医療圏の小児科診療所および病院小児科医師が加わることとする。
- （教育） 新医師臨床研修制度、小児科専門医研修制度の臨床研修病院となる。医学部学生教育に参画する。

4) 中核小児科：「三次医療圏において中核的な小児医療・小児保健を実践」

- （専門性） 高度の診断・検査・治療を提供する。地域が必要とする広範囲の臓器専門医療を行う。責任者は小児科専門医であること。
- （研究体制） 研究組織をもつことが望ましい。

- （医療計画） 地域の小児医療・小児保健についての医療計画を策定し推進する中核となる。
- （対象患者） 主に紹介患者の診療を行う。
- （入院診療） 一般小児科ないし地域小児科センターで診療が困難な、高度医療の必要な患者の入院診療を行う。
- （夜間・休日体制） 夜間休日の医師勤務は夜勤体制が望ましい。少なくとも毎日当直体制とする。
- （救急医療） 小児救急科を設置して、24時間体制の救急医療を実施する。三次救急に中心的役割を果たす。一次救急を実施する。その組織・運営は地域の実情に沿うこととし、勤務医師には医療圏の小児科診療所および病院小児科医師が加わることとする。医師救急搬送を実施する。
- （集中治療室） 小児集中治療室PICUを運営することが望ましい。勤務医師は夜勤体制とする。
- （教育） 新医師臨床研修制度、小児科専門医研修制度の臨床研修病院となる。医学部学生教育に参画する。

5) 地域小児科センターと一般小児科、過疎小児科の連携・交流（診療、教育、研究、保健、人事）

- 「地域小児科センターおよびその地域の一般（過疎）小児科」をチームと理解し、その地域の小児医療を、チームの医師全体で維持する体制の構築を目指す。つまり二次医療圏内の病院小児科医師は、その地域において小児に求められている診療機能等を、連携・交流しながら完遂する体制を目指す。
- 小児科・新生児科の専門医研修、新医師臨床研修プログラムを地域小児科センターと病院小児科（＝グループ）全体の中で履修できる条件を整える。「地域小児科センターおよびその地域の一般(過疎)小児科」の勤務をローテーションする方式を目指す。

表1 「わが国の小児医療提供体制の構想」→今後形成すべき小児科の型

日本小児科学会

今後形成を目指す小児科の型	対象人口など	提供する小児医療	小児科医数 (研修医を含まず)	新生児医療
小児科診療所		一般小児科 地域小児科センターの一次救急に 当番参加		
一般小児科 (病院)	対象人口は 不定	一般小児科 ● 軽症用入院病床を設置し、それ 以上は地域小児科センターへ 紹介 ● 地域小児科センターの一次救 急に当番参加	6人未満 当直なし オンコール 地域小児科センタ ーと交流	NICU なし、重症 新生児は転送
過疎小児科 (病院)	対象人口は 不定	地理的に孤立し、その地域に不可欠 の小児科＝他地域の小児科と統廃 合が不相当である小児科 ● 軽症用入院病床を設置し、それ 以上は地域小児科センターへ 紹介	2人、当直なし 費用対効果が一定 値を上回る小児科 に「割り増し診療報 酬」を与える 地域小児科センタ ーと交流	
地域小児科センタ ー	(救急型) 人口 30(10-)~50万 人	1. 入院管理体制の整った一般小児 科 2. 小児救急 ● 一次、二次救急 365日、24時間診療 ● うち一次は市町村(複数共同も 含む)の運営で、地域小児科医 との共同参加	10人 +救急担当：4人、 シフト勤務制とす る	
	(NICU型) 人口 30(10-)~50万 人	1. 入院管理体制の整った一般小児 科 2. 小児救急は行わない	10人	地域周産期母子 型(新生児強化治 療室) B1型 91箇所 B2型 26箇所 +新生児専任4 人、シフト勤務制 とする
	(救急+ NICU型) 人口 50~100万人	1. 小児専門医療 2. 小児保健、育児援助、学校保健 など 3. 小児救急 ● 一次、二次救急(～三次) 365日、24時間診療 ● 一次は市町村(複数共同も含 む)の運営で、地域小児科医と の共同参加 ● 救急部がある場合、参加	10人 +救急担当：4人、 シフト勤務制とす る	総合周産期母子 型 (NICU) A1型 38箇所 A2型 60箇所 NICU 専任：10 人、シフト勤務制 とする

中核病院	三次医療圏 の中心的総合病院、小児 病院等 人口 100-300万人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 小児高度専門医療 2. 小児救急科 <ul style="list-style-type: none"> ● 一次は地域小児科医との共同 運営 ● 二次、三次救急は小児救急科で 感染病室を設置する PICU を設置する ● 救急搬送（入院・転送） 3. 小児救命救急センターを検討 	<p>小児科は救急科を 支援 （専門医療・研究専 従、は本案の員数 外）</p> <p>小児救急科：10人 （又は救急担当10 人）、シフト勤務制 とする PICU：10人、シフ ト勤務制とする</p>	
------	--	---	---	--

（注）「地域小児科医」とは、日常的に一般小児科の診療を担当している医師。小児科認定医、専門医に加えて、いわゆる内科・小児科など小児科標榜医を含む。臓器専門医研修中の医師を含む。

（注）「シフト制」とは、当直（夜勤）翌日は交代し勤務を離れるシステム。

（注2）新生児医療施設評価基準

「周産期医療体制に関する研究班」

ランク	施設の概要	運営実績
A1	総合周産期母子医療センターに匹敵する施設	人工換気 ≥ 50 例/年 & ELBW ≥ 20 例/年
A2	総合周産期母子医療センターになれる可能性の高い施設	人工換気 ≥ 20 例/年 & ELBW ≥ 10 例/年
B1	地域周産期母子医療センターに匹敵する施設で、今後総合周産期母子医療センターになれる可能性のある施設	人工換気 ≥ 20 例/年 or ELBW ≥ 10 例/年
B2	地域周産期母子医療センターになれる可能性の高い施設	人工換気 ≥ 10 例/年
C	地域周産期母子医療センターに今度になれる可能性のある施設	人工換気 ≥ 5 例/年
D	人工換気可能な二次施設	人工換気 < 5 例/年
E	人工換気が出来ない二次施設	人工換気 0 例/年