

ることに対して11名(61%)の研修医が強い不満を持っていた。また、特殊な疾患、症例についてのクルズスや技術指導をこまめに短時間でも良いので開催して欲しい(6名、33%)などの要望が多かった。

#### b) 一般病院への要望

一般病院では指導医も患者を受け持っており大学病院医師に比べ指導医が研修医に接する時間が少なく指導が不十分と感じる、自分一人で診療することが増えるが自分が行う医療行為の指導医による評価がないことに不安を感じるなど、指導医による研修医への直接の指導の少なさを訴える者が6名(33%)いた。一般病院では当直制を取っているものの一部の指導医の考えが主治医制であるため、夜間や土日祭日も受け持ち患者への対応をしなければならぬ、体力が続く限り勤けと指導医から言われる、当直翌日の休みが確保されていないなど、診療体制への不満を指摘する者が3名(17%)見られた。

#### c) 研修期間中に困った事や担当したくない医療行為

特に大学病院での雑用(9名、50%)、当直翌日の勤務(2名、11%)、当直でもないのに行う土日祝日の勤務(2名、11%)、予防接種や健診のアルバイト(2名、11%)についての指摘があった。

### III. 初期研修先としてふさわしいと考える医療施設は？

初期研修先としてふさわしいと考える医療施設は、大学病院が2名(11%)、一般病院が12名(67%)、大学病院と一般病院の両方が4名(22%)と解答していた。

#### D. 考察

昨年度の調査により、特定の医療圏に責任を持つ2次病院の小児科勤務医(指導医)が一週168時間のうち83時間以上(49.7%)というきわめて長時間の勤務をしていることが明らかとなった。今回の調査では、小児科の初期研修医は平日昼夜を問わず長時間にわたり勤務し、土日祭日も当直の担当でもないのに病院に勤務している実態が明らかになった。研修医の平日の勤務時間は平均12.4時間で、土日の勤務時間は平均5.3時間であった。一月あたりの当直回数は平均5ないし6日であった。当

直勤務中の睡眠時間は平均2.8時間であった。昨年度の調査でも50%の指導医は当直時に平均2時間未満しか睡眠できないことが明らかになっており、当直中に極めて短時間の仮眠しか取れない状況は指導医も研修医も同様であった。さらに、当直勤務翌日午後の休みが確保されていたのはわずかに22%であった。また、土日祝日のうち出勤しなかった日は一月あたり1ないし2日であった。

このように小児科研修医も指導医と同様に過酷な勤務状況にあり、その原因の一つは指導医が研修医と同じくらい日常診療に従事せざるを得ない状況にあるためと考えられる。さらに、当直制が敷かれているにもかかわらず、一部の指導医が主治医制にて診療をしているがために、当直の小児科医がいるにもかかわらず研修医が主治医として夜間や土日祭日も患者の診療にあたらざるをえない状況を生み出していることも明らかとなった。主治医制は患者からの信頼を得る上で貴重な制度であるが、研修医のQOLを確保する上で障害となる危険性が高い。今後は入院患者や夜間、土日祭日の患者の診療は当直制あるいはグループ診療制にするなどの配慮が必要と考えられる。一方、研修医は夏休み、冬休み期間中に休みをそれぞれ平均8日、4日とれていた。これは研修医の勤務する施設が大学病院や小児病院あるいは指導医が平均8名いる比較的人的資源に恵まれた施設であったためと推定される。

研修医は21ヶ月の研修期間中に小児科学会の定める小児科初期研修の到達度について平均5.3割の到達度を得ていると自己評価していた。研修医が不足していると考えられる技術は気管内挿管や呼吸管理などの救急蘇生に関する事が主であった。また、指導医から受けた技術指導は十分と評価する者が44%であった。このように研修医の半数以上が実地で役立つ実際の手技などの指導の点での研修が不十分と感じていることが明らかとなった。さらに、カルテ記載のしかたの指導を十分に受けてこなかったとする研修医が44%も存在したことも重要である。インフォームドコンセントを含め今後カルテの記載は医療安全対策上も極めて重要であり、研修医はこのような重要性を認識しないで診療をしてきた指導医の体質に気づいていると推定された。

医療には雑用はつきものである。医師の初期研

修においても同様の側面を持つ。しかし、一般病院ではコメディカルが行う業務を大学病院では研修医が行うことに研修医の多くが不満を持っていた。特に大学病院では一般病院よりも重症で手の掛かる処置が必要な患者が多く、気管内吸引や入浴介助、薬剤や検体の運搬などを最も立場の弱い研修医に担当させることの問題点について今後議論し改善することが必要である。一方、一般病院では忙しい指導医から研修医への指導が不足していることや研修医が行う医療行為について指導医から評価を受けることが少ない事への不安が明らかとなった。今後、一般病院でも研修指導責任医を置いてより研修医への綿密な指導が求められる。そのためには、指導医が現時点でも多忙である状況を考慮すると、指導医クラスの人的資源を大幅に充実させることなしに研修医への指導を今まで以上に篤くすることは実施不可能である。

以上述べた状況下においても研修医自身が初期研

修先としてふさわしいと考える医療施設は、大学病院が11%、一般病院が67%、大学病院と一般病院の両方が22%であった。この結果は大学病院と一般病院の両方の研修施設での研修を受けている研修2年目の研修医の率直な意見と思われ、今後特に大学病院における研修内容や研修医の業務分担に関する大幅な見直しが必要である。

#### E. 結論

当直制を完全実施し夜間や土日祭日の研修医の勤務を出来るだけ減らすこと、指導医による研修医への研修指導を増やすこと、研修施設が初期研修の到達目標を目指した研修内容を配慮すること、施設による研修内容のばらつきを減らすこと、特に大学病院では雑用や手の掛かる処置を研修医に負担させないことが必要である。そのためには、小児医療への人的資源を増やすことが不可欠である。

## 日本における産婦人科医療の近未来構造改革に関する研究

【分担研究者】 藤井 信吾 日本産科婦人科学会会長  
京都大学大学院医学研究科器官外科学(婦人科学産科学)教授

### 1.はじめに

人類はその誕生の時から、再生産を重ねての今日がある。生殖行動から280日を経て、人類の次世代を担うもの、すなわち新生児を娩出してきた。この再生産があつてはじめて、今日の人類の繁栄があるのである。

我が国における国民の再生産の現場を支えている診療科は産科婦人科である。この産科婦人科の仕事は、出産での時間の拘束による生活の質が低下、激務、そして医療訴訟の頻度の高さから、最近では男性の医学生から敬遠され始めている。女性の医学生は、対象患者が女性であり、外科的な診療科であることから産婦人科を希望する者が増加しており、ここ数年の新入産婦人科医師の75%を女性が占めるにいたっている。しかし、女性の産婦人科医師は結婚・出産等、家庭と仕事の両立に苦勞する。一方、産婦人科医師の中で、70歳以上の年齢の医師の占める割合が増加しており<sup>1)</sup>、全体で見ると、産婦人科の労働力は不足状態にある<sup>2)</sup>。さらに昨年4月に導入された2年間の卒後研修必須化はこの状態を悪化させた。2年間で約800人の新しく加わるはずの産婦人科医がいない状態は各地方で産婦人科医のいない病院を急増させた。産婦人科の労働力の低下は、国民の再生産の現場において実害を生じる可能性を秘める。実際に北海道地区での調査は、産婦人科医師の不足が、新生児の死亡と深く関連を持つことを明らかにした。現時点ですでに我が国の一部の地方では産婦人科医療が危機的な状況に移行しつつあるのである。近未来にはさらに深刻な産科婦人科という診療科の混乱が予測される。したがって、現時点で早急な対応策を立て、産婦人科医師不足の状態を解決の方向に導くことをしなければ、国民の一部が不幸になる可能性が極めて高い。そこで、本稿ではこうした産婦人科の現状を分析した上で、今後産婦人科という診療科がどのような形態になるべきかその近未来の構造改革に関する提言を行いたい。

### 2.日本における産婦人科ことに産科診療の現状

人類の再生産の場を、現在の日本では産科という診療科が担っている。しかし、ほんの百数十年前までは、日本にも産科という診療科はなく、分娩は家庭で行われ、出産は人生の一大事業であり、分娩後の感染、大出血による母体の死亡、難産のあとの直腸陰瘻・膀胱陰瘻・膀胱子宮脱など、出産を契機とした母体の重大な障害や死亡がしばしば見られた。「産後の肥立ちが悪く…」という言葉がしばしば使われた。そして、新生児の死亡も極めて頻度の高いものであった。そして育つ子供は貴重であったし、育たなくても産み替えるという考えがあった。即ち、種の再生産の基本であるロスに対する許容の考えがあった。こうした考えは、つい30-40年前まで存在したのである。しかし、この30年の間に我が国においては、急速な経済成長が起こり、人々は豊かさを手にするようになった。そして、女性の社会進出が始まり、種の再生産に急速なブレーキがかかった。生産数の減少が起こってきたのである。生産数の減少は、基本的に種の再生産のロスを許さなくなる。一例の出産のもつ意味が以前にも増して重要となった。このことは産科に関わる診療を濃密にさせ、一方で失敗が許されない土壌を作りあげた。こうしたことと周産期医療の急速な進歩によって、我が国は今では世界で最も周産期死亡率が低い国になった<sup>3)</sup>。この周産期死亡率の低下は誇るべきものである。実際われわれ産科医の努力も大きく貢献してきたが、一方で新生児を扱う小児科医の新生児医療への進出と新生児・未熟児治療の進歩の賜物があることを忘れてはならない。しかし、この裏には医療訴訟の増加があり、萎縮した産科医療を展開する面があることも忘れてはならない。

一方、今日の生殖補助医療(体外受精胚移植など)の我が国での急速な発達、多胎妊娠を増加させ<sup>4)</sup>、早産、低出生体重児や極低出生体重児の増加<sup>5)</sup>、ひいてはその後の発達異常の問題を惹起し、新生児を扱う小児科医師の労働力不足を招来して

おり、近未来的において周産期死亡率の悪化を招く可能性がある。生殖補助医療の適切な運用が我が国の人口を増加させる方向にあるとして推進する機運もあるが、多胎妊娠を契機とした障害児の増加についても一方で危惧する必要がある。今後は生殖補助医療を行った一例一例の個票を作成して、生殖補助医療のもたらす功罪にきっちりとした評価を加えて、多胎妊娠を防ぐための生殖補助医療の基準作りが必要である。多胎妊娠になれば減数手術を行うという安易な考え方ではなく、確実に多胎妊娠を防ぐ方向の医療が必要である。

母体の死亡率は先進国の中で、決して低い水準ではない<sup>6)</sup>。周産期死亡率で世界のトップを走る成績を残すことが出来る医療水準をもつ我が国において、なぜ母体死亡率が低下しないのか、ここを分析する必要がある。医療技術全体が決して低いレベルではない状態で、いつまでも母体死亡があることは、診療体制の構造に問題がある可能性がある。

### 3.日本における産婦人科診療所で働く人の数の特殊性

産科領域は、家庭で自然分娩することができるように、自然の営みの一部を介助する程度のものから、一度それがこじれると児の死亡、異常、ひいては母体の重大な障害や死亡にいたるために、その防御に全力を尽くさなければならない診療科でもある。こじれた場合は、それを防ぐ、あるいは救命するために高度の医療技術を必要とする。自然で問題のない分娩の介助は、一般人でもできる程度のこともある。しかし、いったんそれがこじれると医師としてそれも産科医としての豊富な医療技術が要求される。産後の出血などでは、多くの医師、助産師や看護師の力を集学的に駆使して初めて救命できる。この極めて複雑な診療が突発的に発生することに産科の特徴がある。突発した診療の対処には英知と勇気が必要である。勇気を持って果敢に対応して初めて救命できる。極めて短時間の勇気ある決断と医療技術が伴って救命が出来る。これは産科の「やりがい」でもある。この「やりがい」をやりとげる産婦人科医を一人でも多く育てなくてはならない。このような医師が国民にとって必要な産婦人科医なのである。

しかし、こうした複雑な診療が常に起こるわけ

ではない。むしろ自然の営みに近いものが多いために、一人あるいは小人数の産婦人科医師が分娩を取り扱う施設が日本に発達した。この結果、我が国は先進国の中で突出した分娩施設数を持つ特殊な国となった。妊産婦にとっては、一人あるいは小人数の産婦人科医は近所で妊婦管理をしてもらえ、分娩も行ってもらえる施設として大変便利な仕組みである。そして殆どの場合が良い形で機能している。通常、だれ一人として妊娠した婦人は、自らが急変して死にいたるような状態になることを想像していないし、死に至るような危険が妊娠に内在していることを知らない人が多い。したがって、この医療形態に疑問を感じないのである。しかし、この形態は、多くの医師、助産師や看護師の集学的な力を要する周産期の突発的な出来事に対して弱いのである。突発的な出来事が起これば、二次病院に患者は送られる。しかし、複数の産婦人科医師を抱えている公的な二次病院においても、産婦人科医師の数が3-5人までの所が多く、こうした場所においても真の意味における集学的な力を発揮することが難しい状況にある。英国や、米国での分娩施設あたりの平均医師数7-8人である。日本の分娩施設数あたりの医師数を正確には算出できないが、分娩を取り扱っている施設をおおまかに六千とし、これを全産婦人科学会員数(一万五千人)で割ると2.5という数がでる。しかし、実際に分娩にかかわっている会員は大きく減少しているので、施設あたりの平均医師数が2.0を越えることはない。この数値は極端に少ない。この分娩施設数あたりの少ない医師数の状態が母体死亡率の高さと深く関連しているものと考えられる。少ない人数で診療を繰り返すと必ず萎縮した診療になる。急変した状態に耐えられる実力を育もうと思っても、少ない人数の診療には限界が自ずと生ずる。日本の産婦人科医療の質の向上は、人的資源の分散で妨げられ、「少数数体制診療」と「診療の質の向上」の間に負の相関が考えられる。

二次病院では、分娩のみならず悪性腫瘍の治療まで全ての婦人科領域をカバーしているのが現実である。産科医療、生殖医療、腫瘍医療にはそれぞれの高い専門性が要求されるが、多くの産婦人科医はこれらの医療を同時にこなしているのである。これは産科医療のみならず、婦人科腫瘍医療

においても人的資源の分散があり、診療の質の向上を妨げていると言わざるを得ない。また、倫理性が高く要求される生殖医療での少人数診療には客観的な討論を欠く可能性が高い。いずれの医療においても少人数による診療は、臨床検討会による客観的な討論を欠く可能性が高く、日本における産婦人科医療の質の向上の妨げになっているものと考えられる。

#### 4.産科という診療科のアカデミズム

分娩はあまり人為的な力を要しないものから、分娩の進行が停止して人為的な介助を強く要するものや帝王切開のように外科的な手段を要するものまで幅広い種類のものが存在する。この百人百様の分娩の異常あるいは突発的な出来事に対応する学問が産科学である。難しい分娩にどう対応できるか、そしてそれが大変こじれた時に対応できる医師を教育すること、ここに産科のアカデミズムと誇りがある。大切なことは、真の意味で、勇気と実力を兼ね備え、全責任を担うことのできる産婦人科医師を育成することである。医療の現場に、言い訳を言うことは許されないのである。

日本は母子健康手帳制度を導入し、妊婦健診を普及させた。妊婦健診は妊娠中の母体と胎児の異常を早期に発見するために行う。約25年前までは、血圧、尿検査、内診所見、児心音の変化などで、医師の五感に頼った診断を行い、対応をしてきた。しかし、近年は超音波画像診断が可能となり、胎盤の位置、羊水量、胎児の異常の有無が相当克明にわかるようになった。また、胎児モニタリングシステムの発達も胎児の異常状態を教え、早急な娩出の必要性の有無を判断する材料として使われるようになった。いままでの産科は、自然の摂理である分娩に対して、なるだけ自然に近い形の介入を加える診療科であったが、近年は多大な情報を持つ診療科となった。そしてその情報量を学問的に分析して客観的に対策を立てることができる診療科へと大きく変化したのである。帝王切開術で娩出させる子供が増えた理由は、この情報量の増加によるものである。

しかし、いかに情報量が増え、分析、対策をたてても、一方で、分娩は自然の摂理として百人百様の進行状況を示す。すなわち、骨盤と児との相関関係は分娩に要する時間の多様性をもたらす。

ここに産科医師の時間との闘いが存在する。産科にはアカデミズムで解決される部分とともに経過を観察することで解決されるという時間軸で対応する部分とが常に共存する。この時間軸での解決は産科医師に時間の拘束を求め、その間の医師に、分娩時期の推定その他の心理的葛藤を産む。他の診療科では理解できない時間帯である。ただ、分娩が無事に済み、母親が無事生まれた子供をみて喜ぶ顔を知っているからこそ、この時間的拘束と心理的葛藤に耐えるのである。

この出産にかかわる喜びを知る人が、今まではやりがいを求めて産科医となったが、近年はこの拘束される時間軸を嫌う若い人も増え、そして少産少子化とともに産科にまつわる医療訴訟も増加して、産科を志望する学生が減少してきた。国民再生産の場を支える医師の不足は、国にとっても深刻な問題であるはずである。

#### 5.婦人科医療の問題点

婦人科医療の中で最も産科に直結する分野は、不妊医療を主とする生殖医療である。子供が恵まれない夫婦に対して、妊娠が成立するように指導する医療であった不妊治療は、1978年に体外受精胚移植が成功してから、不妊治療の中の体外受精胚移植は急速な進歩を遂げて、いまでは身近な治療となった。そして、さまざまな新しい体外受精胚移植の応用は、倫理面での軋轢を各国で起こしている。この生殖補助医療は患者の便利な場所で行われることも大切であるが、日本にはすでに約600施設が実施施設として登録されており、本医療の適応その他に新たな問題が生じる可能性を秘めている。さらに、生殖補助医療を行う施設は必ずしも分娩施設を備えていない。すなわち、生殖補助医療から出産、児の発育の経過を把握しない形での、生殖補助医療を行う施設の増加が起こっているのである。日本産科婦人科学会が生殖補助医療の客観的な評価機構を立ち上げる準備をしている理由は、将来の生殖補助医療の健全なる発展に正しい評価が必須であると考えられているからである。一方、研究段階の生殖補助医療も存在する。このような研究段階の生殖補助医療には厳しい倫理審議とその実施にあたる公的な機関の設立が必要である。生殖補助医療の中で真の差別をなくすためには、研究段階の生殖補助医療が公的生殖補助医

療施設で公的補助のもとで行える新たな仕組みの  
立ち上げが必要である。

婦人科腫瘍の治療の中で子宮頸癌の治療は日本  
で手術療法が発達し、随分治療成績が向上した<sup>7)</sup>。  
しかし、いまだに子宮頸癌の患者は多く、また近  
年は子宮体癌や卵巣癌患者の増加が著しい<sup>8)</sup>。こ  
うした癌は、専門性の高い病院での加療もあるが、  
あまり専門性の高くない病院での加療も依然高  
い。後者のような病院であれば萎縮した医療が行  
われることもあり、治療を受けて、納得がいかず  
セカンドオピニオンを求める患者も多く、その中  
には、何故このような悲惨な状態に患者さんがお  
かれているのかと、憤りを覚えるようなものも少  
なからずある。癌治療の専門性を磨くためには、  
多くの症例の治療経験を必要とする。それも、客  
観的な討論を経た治療が行われる病院において  
ある。そうした意味において、高度な婦人科腫瘍  
の治療が行える施設が必要である。そして、癌の  
治療の原則は早期発見と早期治療であり、さら  
に大切なことはその予防である。癌の検診の啓蒙  
とともにその普及ができる癌検診センターも併  
せて総合的な癌検診・治療が行われる施設が必  
要である。

以上のようなことを考慮すると、日本における  
産婦人科診療の為と若い医学生の目を産婦人科  
医療に向かわせる為にはその構造改革が必要であ  
る。

## 6.日本における産婦人科診療の構造改革に関する 提言

(1)勤務医と個人開業医師との報酬格差の是正  
産婦人科医療は、誕生から老年医学も含めて、女  
性の一生の健康にかかわる診療を行うことができ  
る。生命の誕生において産科の役割は大きく、ま  
た分娩後の新生児を扱う小児科医の存在も必須  
である。そして、この両者が時間軸の拘束で深夜  
の仕事等の激務をこなす。しかし、公的病院では  
こうした立場の医師に対する理解が十分でない。そ  
してこの労働量に対して相応の対価を払っている  
とは言いがたい。この労働に対する対価が低いゆ  
えに産婦人科の場合は個人開業の道を選ぶので  
ある。個人開業して得られる報酬と勤務医の報酬  
の格差はあまりに大きい。個人開業に走る医師が  
産婦人科に多いのは、問題になる患者は二次病院に

送り、楽な診療で収入が大きい点にある。病院の  
使用者側は産婦人科勤務医の仕事のつらさを知ら  
ない過ぎるように思う。この忙しさと生活の質の低  
さでこの収入かと考えると、同じ忙しさと生活の  
質の低下であっても、その働いた対価がそのまま  
支払われる個人開業の道を選ぶのである。

二次病院の勤務医は、個人開業から送られた問題  
のある患者の診療を時間外も含めて行う。患者を  
送ることで個人開業の医師は危機を脱することが  
できるが、受ける側はそれなりの高度の医療技術  
と緊急性に対応する体制が必要である。しかし、  
高度な技術を発揮して転送された患者を良い方向  
に治療することが出来ても報酬が増加するわけ  
もなく、単なる産婦人科医師としてのやりがい  
を満足させるのに過ぎない。現代では自己満足の  
ための医療は長続きしない。産科や新生児を取り  
扱う小児科の場合に、相応の勤務医に対する対価  
を払わない限り、質の高い勤務医を確保すること  
は難しくなる。産婦人科勤務医師に相応の対価を  
払うこと、年俸制を導入して納得した形での勤務  
が大切である。以下に述べる新しい体制の病院を  
支える人材を確保するためには、実力相応の年俸  
を払う必要がある。

(2)全ての病院に産婦人科という診療科が必要であ  
ろうか？

日本に現在のように六千(推定)もの分娩施設(産  
婦人科)が必要なのだろうか。現時点での日本の  
分娩数は約110万である。一施設年間約180件  
の分娩ということになる。年間約180件の分娩  
をこなすために1施設に最低2人の産婦人科医師  
が必要である。2日に1件の分娩を取り扱うた  
めに要する人員配置としては、余りにも効率が  
悪い。この際、公的病院は少なくとも整理統廃  
合をして、地域における真の意味での二次病  
院としての産婦人科センター病院(産婦人科  
医師集約型病院)を作る必要がある。センター  
病院は年間最低二千件以上の分娩を取り扱う  
施設とする。最低産婦人科医師15人とレジ  
デント15人を配置する。以下に述べるよう  
なオープンシステムやセミオープンシステム  
にも対応する必要があるから、実際の分娩  
数は四千件位になる。

また、産婦人科センター病院は婦人科悪性腫瘍  
の治療拠点病院ともなる必要があるし、生殖補助

医療の公的認定拠点病院となって公的な治療を要するような生殖補助医療の症例を取り扱う病院とする。そのためには、それぞれの専門医師の存在が別途必要である。

### (3)オープンシステム・セミオープンシステム

個人開業の場合は、出来るだけ産婦人科センター病院とオープンシステムあるいはセミオープンシステム契約を結び自らが足を運んで産婦人科センター病院で分娩を行う。オープンシステムやセミオープンシステム契約を結ぶことで産婦人科センター病院の分娩数はさらに増加する。病院のセンター化には、行政の強力な指導力と経済的援助を必要とするが、学会の強力な指導も必要である。現在、大学が各病院から要請をうけている医師の派遣についても、学会が調整する立場をとれば、ある程度の公的病院の整理統廃合も不可能ではない。

### (4)新しい概念のウーマンズ&チルドレン・ホスピタル(Women & Children Hospital)構想

以上に加えて産婦人科と小児科を中心として、誕生から墓場まで、女性と子供に特化した病気を診察して治療する新しい概念の病院を10万人に1病院単位でつくり、それを真の意味で3次病院として女性と子供に特化した高度な医療を展開できるものとする。近年性差医療が注目されているように、女性に対しては性差を認めて治療することも大切である。しかし、この診療チームは真に優秀な人材で構成することが望ましい。女性と子供に特化した病気の医療を行える診療科を備えた新しい概念の病院とする。女性と子供の医療の診療・研究の拠点病院とする。当然研究施設も備える。周産母子センター構想を中心にしてその骨格をさらに大きくする構想である。

当然この病院は女性や子供の悪性腫瘍の治療拠点病院ともなる。さらに、生殖補助医療の公的認定拠点病院となって公的に治療を要するような症例を取り扱う病院とする。女性や子供がかかりやすい難治性疾患の拠点病院ともなりうる。

### (5)大学の役割

近年、大学病院に対しての評価は厳しく、卒後研修の必須化は、研修医の大学離れ現象を起こし

た。プライマリーケアができる医師を育成することが大切であるとのことで、多くの研修医は大学外で卒後研修を始めている。そして2年間の各診療科のローテーションを経て、専門分野を専攻して、専門医を目指すことになる。産婦人科もこの3年目から、専門医としての臨床教育が始まる。

大学には一般的な症例もあるし、難しい症例も集まる。分娩も正常分娩はやや少なく、異常分娩が多い。約20年前までは、分娩料を安く設定していたので、大学での正常分娩も多かった。これは、学生が実習する、研修医が研修することに対して患者さんに教育の協力をしていただくことから分娩料を安くしていたと聞く。しかし、現在は市中の診療所、病院と同じ料金に設定してある。そのためか分娩の見学は学生にとって大変難しい状況にある。分娩があっても見学を断られることから、学生の多くは大学で分娩を見学することなく卒業してゆく。

言いたいことは、教育をどこでどのように行うかということである。大学は基本を十分に教えることが出来る施設である。大学に勝る施設が他にあるとは考えられない。産婦人科という診療科でみても、自分で考えて診療を行う場であり、その考えを多くの先輩の意見で確認することも出来るし、訂正することも出来る。即ち、大学には多くのヘテロの考えを持った人たちがいて、客観的な思考が養える場である。他の専門領域の医師からも学ぶことが出来る施設、それが大学である。臨床医師としての基本姿勢の養成、そして客観的な思考過程の養成に最も適している場が大学である。産婦人科のアカデミズムは大学で学べる。このことを忘れてはならない。もしそのような教育をする教授や教育陣がないとしたら、そのような教授を選考した教授会が悪いのである。大学には本当に多くの宝物がある。しかし、それを掘り出し、使わなければ宝の持ち腐れである。

大学での研究がいかに臨床能力を高めうるかということも述べたい。一つの疑問に対して答えをみつける作業が研究である。その作業がいかに客観的なものでなくてはならないか。それは研究してみないと解らない。客観的な思考を磨き抜く過程が研究にある。研究を通じたより深い客観的な思考能力を臨床に応用すると、臨床能力はさらに高まる。臨床に対する基本姿勢と客観性を身に付

けた医師は、アカデミックな臨床を展開することが出来る筈である。

産婦人科センター病院への人的資源は大学からの供給が基本となろう。しかし、一つの大学でセンター病院を多く維持することは難しい。4施設くらいの産婦人科センター病院を維持するとしても、その関係は、真の意味での関係病院であり、大学病院の産婦人科とセンター病院の産婦人科は一体となる必要がある。複数の大学でセンター病院を維持する場合は、ヘテロの関係で組織の成長も望めるが、足の引っ張り合いも起こりうる。センター病院は大学と合体した形が望ましい。

新しい概念のウーマンズ&チルドレン・ホスピタルの場合は、必ずしも大学と一体化する必要はない。むしろ、大学に対抗する程度のアカデミズムを発揮する施設として発展することが望ましい。

既存の病院群でどのような調整を行うのか。それは、行政と既存病院、既存病院と大学などの話し合いが必要であるが、学会は貴重な調整役になりうる。産婦人科センター病院構想は地方により、規模の変更は可能である。要は、国民に最高級の産婦人科医療を提供できる体制の構築であり、少人数の分散型から集約型への変更が基本理念である。

#### (6)医療訴訟から守る組織と医師再教育の組織の構築

産婦人科に医療訴訟が多いと言われるが、医療訴訟の中には医師の明らかな過失がから、そうでないものまで様々なものが含まれる。医療訴訟を受けると医師の多くは労働意欲を失う。心理的に鬱状態になり、決してその後の診療に良好な結果をもたらさない。特に近年は、医療における過失が、民事の場から刑事の場へと移る傾向がみられ、さらには医師免許をいかにして剥奪するかという議論が行われている。このような国民感情をどのように受け止め、どう対応したらよいかを真剣に考えなくてはならない。

大切なことは、医療訴訟を受けた医師を守る組織の構築が必要であることである。それは、学会の外に置くと良いと考える。そしてその組織は医師、弁護士や保険会社との協力関係で対処し、訴

訟された医師を勇気づける組織とする。そして、医師の再教育を頻繁に行う組織を構築して、訴訟を受けた医師のみならず産婦人科医全体の再教育にもとづいて医療訴訟の減少をはかる。このような組織が構築されていれば産婦人科医も安心感をえるし、産婦人科を志望する学生にとっても一歩踏み込み安いい環境になるものと考え。さらに、現在検討されている脳性麻痺に対する無過失責任賠償制度が、実現すればこれも産婦人科医師として極めて明るいニュースとなるものと考え(11)。

#### (7)女性医師のサポート体制の構築

女性医師が安心して家庭をもち、子育てができるためのサポート体制が必要である。今後女性の産婦人科医師が増えることは間違いない。しかし、多くの女性医師は、結婚、出産、育児の過程でこれまで築き上げてきた産婦人科医療を中断する、あるいは方向転換する例が多い。こうした女性として極めて重大な人生の大事業を無事に通過させてあげ、そして産婦人科という学問を継続して行う体制づくりが必要である。産休、育児休暇は勿論のこと、勤務のシフト体制、当直業務の一時的免除など、さまざまなサポート体制を構築する必要がある。そして、こうしたブランクの後に復業できるための教育システムの構築も必要である。女性の産婦人科医師が産婦人科医師として専門性を発揮できる段階まで育成することが重要な課題なのである。

#### (8)産婦人科医グローバルネットワークの構築

世界の中には、まともな形で出産することも出来ず、産後の大出血で母体が死亡する、あるいは直腸陰瘻や膀胱陰瘻で重大な障害をもつ女性がいまだに多いことか。アフリカや南アジアにおいては多数の女性がこうした問題を抱えている。今までの日本は、我が国の産科医療あるいは婦人科医療の向上で手一杯であったとも考えられるが、今後は産婦人科も先進国との人的交流を密にして、これらの国と協力して、アフリカやアジアで悩んでいる女性を助ける事業を起すべきだと考える。産婦人科の仕事がいかにグローバルに役立つ仕事であるのかこれを、示すことが若く優秀な人材の集積につながるものと考え。

学会は、手始めに若い産婦人科医師同志の、国



内のみならず国際的な交流の場を提供して、こうしたグローバルネットワークの構築に着手した。あとは、手始めにアジアにおける産婦人科医療のサポート体制をいかに構築していくかであり、これは行政のサポートが必要である。産科だけではなく婦人科癌においても強力なサポートを必要としている国がまだまだ多いことを認識しなければならない。

#### (9)産婦人科という診療科のアピール

学会は、大学生に対して初期の段階から、産婦人科診療の魅力と意義をアピールする必要がある。そして、産婦人科という学問に魅力を感じる学生を特別に育てて行く位の考えが必要である。真に必要な人材は、学会から求めに行くぐらいの覚悟が必要である。すべては人である。

産婦人科という診療科に対する国民の理解も大切である。3月1日から3月8日までを今年から「女性の健康週間」として産婦人科が女性の健康をサポートすることを世間にアピールする予定である。女性の生涯の健康サポート役として産婦人科を世間に認知させることで、産婦人科という診療科の重要性の認知と社会的信頼の獲得が大切であると考える。

#### 7.まとめ

日本の産科婦人科医療では基本的に多くの施設に医師が分散して、患者さんに便利さを提供しているが、医療の質の向上を妨げていると分析できる。医療の質の向上には多くの医師が集まった病院が必要である。そうした病院で教育を受けると高度の診療が修得できるもの、すなわち病院のセンター化である。そしてそこに働く医師の報酬は年俸制として質の高い医師に相応の対価を払う制度を作らなくてはならない。そして、個人開業は産婦人科センター病院とオープンシステムあるいはセミオープンシステム契約を結んでより安全な診療を国民に与えるシステムをつくる。さらに、そうしたものを集約した形で女性や子供に特化した疾患を治療する新しい概念のウーマンズ&チルドレン・ホスピタルをつくり、誕生から墓場まで、女性と子供の疾患を治療する機関を新設する。そして女性医師が産婦人科専門医師として育つ環境を作ること。さらに医療訴訟から医師を守り、再

教育する機構を立ち上げること。そして、産婦人科医がグローバルに医療を提供できる体制を構築すること。基本は人である、真に優秀な人材を集め国民に安全の提供ができる構造改革を早急に検討しなくてはならない。

#### 8.参考資料および参考文献

1)社団法人日本産科婦人科学会 理事会内委員会 学会のあり方検討委員会

答申書 -平成14年度活動報告について- D39頁 表13 「日本産婦人科医会の年齢階級別会員数分布の変遷」

2)平成14年度厚生労働科学研究 “子ども家庭総合研究事業”

研究課題:小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究

第2班研究課題:小児科・産科の勤務状況の改善(分担研究総括:中野仁雄)

分担研究報告書「日本に於ける産科医師不足の現状とその原因」

分担研究者:岡井 崇(昭和大学産婦人科教室)

3)国民衛生の動向 2004年第51巻第9号 60頁 表3 「周産期死亡率の国際比較」

4)厚生労働省統計表データベースシステム

出生 第4.36表「単産-複産(複産の種類・出生-死産の組み合わせ)別にみた年次別分娩件数」

[http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2003/toukei/ihyou/0004670/t0099122/MB360\\_001.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2003/toukei/ihyou/0004670/t0099122/MB360_001.html)

5)母子保健の主なる統計 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課監修 2001年 42-43頁第10表 「出世時の体重別、出生数及び割合(昭和26年~平成12年)」

6)厚生労働省統計表データベースシステム

第2-20表「諸外国の妊産婦死亡率、年次別」

<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data15k/2-20.xls>

7)がんの統計

「悪性新生物年齢調整死亡率、主要部位別・年次別(昭和25年~平成13年)」

<http://www.ncc.go.jp/jp/statistics/2003/data05.pdf>

8)がんの統計

「悪性新生物年齢調整罹患率、主要部位別・年次別(昭和50年~平成10年)」

<http://www.ncc.go.jp/jp/statistics/2003/data08.pdf>

9) 社団法人日本産科婦人科学会 理事会内委員会 学会のあり方検討委員会

答申書 -平成14年度活動報告について-

10) 社団法人日本産科婦人科学会 理事会内委員会 学会のあり方検討委員会 答申書 -平成15年度活動報告について-

11) 平成15年度厚生労働科学研究 “子ども家庭総合研究事業”

研究課題:小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究

第2班研究課題:小児科・産科の勤務状況の改善(分担研究総括:中野仁雄)

分担研究報告書「No Fault Compensationの理念と海外での実践状況」

分担研究者:岡井 崇(昭和大学産婦人科教室)、他

アンケート：大学が関係を持つ病院の産婦人科における医師充足度に関する実態調査  
(日本産科婦人科学会理事会内委員会・学会のあり方検討委員会)  
結果報告

(1)本調査を行うに至った経緯

日本産科婦人科学会理事会内委員会・学会のあり方検討委員会では「産婦人科医の存在意義の社会的なアピールについて」というテーマで平成14年より検討が続けられている。現在、産婦人科学及びそれに携わる産婦人科医の仕事の重要性が社会的に十分な認知を受けておらず、またこの不当に低い社会的評価は、産婦人科を選択する医学生への減少に繋がる極めて重要な課題との認識に基づくものである。平成14年度の協議では、この問題に、一人で担われる診療所や、中規模の2、3人の産婦人科医を擁する病院が多いという、現在の産婦人科の診療体制が大きく関与しているとの現状の認識が示された。そのような病院では昼夜を問わない分娩を扱うために、医師が長時間の拘束を受ける、あるいは当直という夜間勤務の翌日も平常の勤務を行うなどの過重労働を強いられ、必然的に、診療レベルの向上に重要な、学会への参加も制限されることになる。そこで本課題の克服には、診療体制の抜本的な改革が必要であるとの認識に至り、将来的な方向性として病院の統合を踏まえたセンター化、病診連携のひとつの形態として以前より知られているオープンシステム、過重労働解消のためのシフト制勤務の導入、増加している女性医師のサポート体制の充実といった、めざすべき診療体制が示唆された。

続く平成15年度では、より具体的に社会にアピールする内容、方法についての協議を進めたが、まず定量的に産婦人科医が不足しているということを確認する必要があるという認識に至った。そこで、産婦人科医の充足度および当直などの労働環境の実態を明らかにするために、日本全国の研修指定病院を対象としてアンケートを行った。その解析結果については、平成16年度の本委員会で報告されたが、研修指定病院という社会的な重責を担った病院を対象としたことから、比較的産婦人科医師不足の影響を受けにくい可能性が考えられ、そのようなバイアスが入っているという問題点が示唆された。そこで、別の角度から産婦人科医不足の実態について検討を加えるために、全国の大学への今回のアンケートを施行する

に至った。

(2)目的

全国の産婦人科を有する病院において、平成15年度、16年度の2年間に産婦人科勤務医の減少あるいは不在となる状況が生じたか否かを明らかにすること。具体的には産婦人科医派遣を依頼されている全国の大学病院産婦人科に、各病院から依頼されている医師数に依拠することができない状況が生じたか否かを明らかにすること。

さらに医師不足によって分娩の取り扱いを止める、あるいは手術件数を制限するといった業務縮小を余儀なくされる場合も想定されることから、そのような業務縮小を行った病院があるか否か、その実態についても明らかにする。

(3)方法

全国大学産婦人科へのアンケート調査(平成16年6月24日にアンケート票発送)。産婦人科医派遣を依頼されている全国の大学病院産婦人科に、各病院から依頼されている医師数に依拠することができない状況が生じたか否かを調査した。

なお各病院において、産婦人科勤務医数が減少した場合、これが0、すなわち不在という状況になったか、例えば5人から4人というような減少であったかを区別するために追加調査を平成16年9月末に行った。

なお、産婦人科勤務医が不在となっても、他の大学に補充を求めるなどの対策を行うと考えられ、最終的にその病院の産婦人科が閉鎖に至ったか否かについては本調査では明らかではない。

(4)結果

4-1)対象大学病院数および各大学に産婦人科医師派遣を依頼している病院数について

①アンケート票を送付した大学病院数 102

有効回答 72(70.6%)

この72大学産婦人科に医師派遣を依頼している病院数を合計した総数は、

病院総数 1096

②次に、定員数と実際の勤務医数から、充足率を計算した。ここで、定員数不明との回答のあった大学病院が4施設あったため、これを対象から除くと以下ようになった。

大学病院数(定員数の回答あり) 68  
病院総数 1014  
定員数合計 3431名  
実勤務医数合計 3039名 → 充足率:88.6%

③さらに定員3以下の病院については、以下のようになった。

病院(定員3以下)総数 598  
うち定員数が判明した病院 572  
定員数合計 1217名  
実勤務医数合計 1017名 → 充足率 83.6%

#### 4-2)平成15年度に産婦人科勤務医数が減少した病院

①産婦人科勤務医数が減少した病院数合計:100

②この100病院の中で、

- I)産婦人科医数が0となった病院数:60
- II)勤務医数が減少したが、0にはならなかった病院数:17
- III)勤務医数が減少したが、上記。I)、II)の区別が確認できなかった病院数:23

③定員数別にみると、

I)0となった病院(60病院)の定員数別内訳:定員1…19病院、定員2…14病院、定員3…12病院、定員4…8病院、定員5…3病院、定員6…3病院、定員7…1病院

II)0にはならなかった病院(17病院)の定員数別内訳:定員2…4病院、定員3…5病院、定員4…4病院、定員5…4病院

III)0となったかどうかを確認できなかった病院(23病院)の定員数別内訳:不明

④次に、この100病院について地域別に分けた。

平成15年度					
	撤退	減少	不明	合計	病院総数
北海道	3	0	0	3	48
東北	1	0	14	15	113
関東	16	6	5	27	269
北信越	4	2	0	6	97
東海	9	8	0	17	125
近畿	8	0	0	8	159
中国四国	11	1	1	13	188
九州沖縄	8	0	3	11	97
計	60	17	23	100	1096

#### 4-3)平成16年度に産婦人科勤務医数が減少した病院

①産婦人科勤務医数が減少した病院数合計:39

②この39病院の中で、

- I)産婦人科医数が0となった病院数:30
- II)勤務医数が減少したが、0にはならなかった病院数:9
- III)勤務医数が減少したが、上記。I)、II)の区別が確認できなかった病院数:0

③定員数別にみると、

I)0となった病院(30病院)の定員数別内訳:  
定員1…11病院、定員2…7病院、定員3…4病院、定員4…4病院、定員5…2病院、定員6…1病院、定員8…1病院

II)0にはならなかった病院(9病院)の定員数別内訳:

定員2…1病院、定員3…3病院、定員4…1病院、定員5…2病院、定員6…2病院

④次に、この39病院について地域別に分けた。

平成16年度					
	撤退	減少	不明	合計	病院総数
北海道	1	0	0	1	48
東北	3	0	0	3	113
関東	8	4	0	12	269
北信越	0	0	0	0	97
東海	7	0	0	7	125
近畿	3	0	0	3	159
中国四国	6	3	0	9	188
九州沖縄	2	2	0	4	97
計	30	9	0	39	1096

#### 4-4)平成16年度中に産婦人科勤務医数が減少することが決定している病院

①産婦人科勤務医数の減少が決定している病院数合計:34

②この34病院の中で、

- I)産婦人科医数が0となる病院数:27
- II)勤務医数が減少するが、0にはならない病院数:5
- III)勤務医数が減少するが、上記。I)、II)の区別が確認できなかった病院数:2

③定員数別にみると、

I)0となる病院(27病院)の定員数別内訳:  
定員1…4病院、定員2…12病院、定員3…6病院、

定員4…4病院、定員5…1病院

Ⅱ)0とならない病院(5病院)の定員数別内訳:

定員2…1病院、定員3…1病院、定員4…2病院、  
定員5…1病院

Ⅲ)0となるかどうかを確認できなかった病院(2  
病院)の定員数別内訳:不明

④次に、この34病院について地域別に分けた。

平成16年度(決定)					
	撤退	減少	不明	合計	病院総数
北海道	3	0	0	3	48
東北	1	0	2	3	113
関東	3	3	0	6	269
北信越	1	0	0	1	97
東海	3	0	0	3	125
近畿	6	1	0	7	159
中国四国	6	0	0	6	188
九州沖縄	4	1	0	5	97
計	27	5	2	34	1096

4-5)平成15年、16年に分娩の取り扱いを止めた、  
あるいは止めることが決定している病院

①分娩の取り扱いを止めた、あるいは止めること  
が決定している病院数合計:45

②45病院の地域別

	分娩休止病院数	病院総数
北海道	5	48
東北	5	113
関東	12	269
北信越	3	97
東海	6	125
近畿	8	159
中国四国	4	188
九州沖縄	2	97
計	45	1096

③理由(複数回答あり)

I)人員不足 42

Ⅱ)分娩に起因する訴訟による 1

Ⅲ)小児科不在となるため 1

Ⅳ)収益性低下および経営方針により 1

Ⅴ)当直の確保が困難 1

4-6)平成15年、16年の間に業務縮小を行った病院

①業務縮小を行った病院数合計:25

②25病院の地域別

	業務縮小病院数	病院総数
北海道	0	48
東北	2	113
関東	8	269
北信越	3	97
東海	3	125
近畿	6	159
中国四国	1	188
九州沖縄	2	97
計	25	1096

③縮小業務内容

I)取り扱い分娩数の制限 5

Ⅱ)手術中止あるいは制限 12

Ⅲ)外来診療のみ 8

(5)結果まとめ

1) 解析対象となった大学病院数は72、各大学に派遣を依頼している病院総数は1096であった。1096病院のうち、定員3以下の病院数は598(54.6%)であった。定員充足率は全体で88.6%、定員3以下の病院に限ると83.6%であった。

2) 平成15および16年度に、0になった場合を含め産婦人科勤務医数が減少した病院数合計は139(11.7%:139/1096+60+30)。これに平成16年度中に34病院がさらに加わることが決定されている(平成16年6月末の調査時点)。従って合わせて、この2年間で173病院(14.6%:173/1096+60+30)の産婦人科で医師数の減少が生じる。

注1:ここで「産婦人科医が減少した、または0になった」と表現しているが、これは、病院が医師派遣を依頼している大学産婦人科が、人員不足により、必要数を送れなくなった、さらに「0になった」場合は一人も医師を送れなくなったという状況を意味する。この場合、下記補足2)に記載したように、病院側としては、もともと依頼していた大学産婦人科以外の施設より医師派遣を得る場合があり、減少した人員がそのまま固定するわ

けではない点に注意されたい。

注2:まとめ2)、および次項3)における減少病院の割合算出時の母数を1096+60+30すなわち計1186としている理由について。

アンケート施行時点(平成16年6月末)ではアンケートの対象となった各大学が医師派遣を依頼されている病院数の合計は1096病院である。一方この割合算出のための母数は、平成15年度が始まる時点での病院数であるべきと考えた。従って、平成15年度始めからアンケート施行時までで大学側から送る産婦人科医師が0になった病院数、すなわち平成15年度60病院と平成16年度でアンケート施行時までで0にした30病院を1096に加えた1186病院を平成15年始めの病院数とした。ただし、注1に述べたように、病院がこのアンケートの対象となっている他の大学へ医師派遣を依頼することで補給できた場合は、この1186という数字にならなくなる。全国的な産婦人科の人員不足により起きていると考えられることから、そのように他大学から補充できる例は少ないと推定されるが、しかし、1186という数は、この意味で推定値である。

3) この173病院の中で産婦人科勤務医が0になる、すなわち不在となる病院が少なくとも117病院(9.9%:117/1096+60+30)ある。減少しても0にならないか、完全に0になるかを区別できない病院が25あるため実数はさらに多いと考えられる。

4) 定員数別内訳をみると、不在となる病院117のうち、定員3以下の病院数合計は89(75.4%)であり、さらにこれに定員4の病院を加えると105(89.0%)と規模の小さい病院を中心として起こっていることがわかる。

5) 同じく平成15年16年の2年間における産婦人科の勤務医数減少病院173のうち、減少したが0にはならなかった病院は30施設であるが、この内訳でも定員3までの病院数の合計が15(48.4%)、定員4の

病院を加えると22(71.0%)と、この場合も規模の小さい病院を中心として生じていることが伺える。

6) また医師不足により業務縮小を行なわざるをえない病院もあることが予想されたことから、この点についても調査したが、結果として平成15,16年に分娩の取り扱いを止めた、あるいは止めることが決定している病院の数は45であった。確認した理由は結果に示したが、人員不足によるとの理由を示した病院が、当直確保が困難とした1病院を含めて43あった。またその他の業務縮小を行った病院が25あり、その内容は取り扱い分娩数の制限が5病院、手術中止あるいは制限が12病院、外来診療のみとして入院管理を止めた病院が8病院であった。

#### (6)補足

1)平成16年1月に行われた前回の全国の研修指定病院を対象としたアンケートでは、最終的に解析された対象病院数は471であった。大学病院を除くと対象は400施設となり、そこでの定員充足率は90.3%であった。

2)ある大学に医師派遣を依頼しても得られない場合、病院側としては他からの補充を得られるように努力すると考えられ、その病院の産婦人科が最終的に閉鎖に至ったか否かは本調査からは明らかではない。ただし、産婦人科入局者数が漸減傾向にあること、産婦人科医全体として高齢化していること、産婦人科医全体の中で女性医の占める割合が増加していることから産婦人科医の実労働力は減少傾向にあると予想しうること、これに新しい研修制度、すなわち卒後研修の必修化に伴い平成16年度、17年度には新入局員はまったく0になっていることを合わせると、病院側が補充を確保することはかなり困難な状況にあると考えられる。

## 今後の小児科・産科医療体制に関する研究

【分担研究者】 清野 佳紀 大阪厚生年金病院院長

【研究協力者】 小田 慈 岡山大学医学部保健学科 教授

氏家 良人 岡山大学大学院医歯学総合研究科救急医学 教授

### ■研究要旨

①卒後研修における診療科の枠を超えた、研修医に対する小児救急医療教育のあり方に関する研究、②総合患者サービス支援センターによるITを利用した僻地医療対策に関する研究、③他の医療・保健職種と協働で行うヘルスプロモーション事業に関する研究を行った。何れも、今後の小児科・産科医療体制を構築する上で極めて有用な対策であると思われ、小児科・産科医の過重労働を抑制し、より充実した高度小児科・産科医療に対応できる専門性をもった小児科・産科医師養成の為に必須事項と考えられた。

### A.研究目的

小児科・産科においては、医療に対する一般社会のニーズの変化を背景として、時間外診療・救急などをはじめ小児科医・産科医に過重な労働が強いられている現状がある。少子化傾向、小児科・産科を志望する医学部学生の減少傾向が加わり、マンパワー不足に陥りつつある小児医療、産科医療の危機的状況が指摘され、更に小児医療の不採算性が、この問題の深刻化に拍車をかけている。平成14年度、15年度において、我々は①第一線病院における小児科医師へのフレックスタイム導入に関する研究、②僻地における小児医療対策に関する研究、③中核・特定機能病院における救急医学部門との連携と医学部学生・研修医教育に関する研究、④卒後研修における診療科の枠を超えた、研修医に対する小児救急医療教育のあり方に関する研究、⑤総合患者サービス支援センターによるITを利用した僻地医療対策に関する研究、を行ってきた。何れも、今後の小児科・産科医療体制を構築する上で極めて有用な対策であると思われ、小児科医の過重労働を抑制し、より充実した高度小児医療に対応できる専門性をもった小児科医師養成のためにも必須事項と思われた。すでに実際にこれらのシステムを取り入れている施設も散見されはじめた。平成16年度はこれら過去2年間の研究から得られた知見、ならびにこの過程で浮き彫りになってきた問題点をもとに、卒後研修必須化、国立大学、国立病院の独立行政法人化という大きな変革の嵐の中にある社会状況をふまえ、限られた人材、財源等資源を如何に効率よ

く分配・配置し、一般国民が満足しうる小児科・産科医療を可能とするかという課題について、今後の小児科・産科医療体制に関する提言を行うことを目的とし、以下の研究を行なった。

### B.研究方法

①卒後研修における診療科の枠を超えた、研修医に対する小児救急医療教育のあり方に関する研究

岡山大学医学部・歯学部附属病院では、平成15年度より卒後臨床研修プログラムの試行を開始した。小児科研修ローテーション期間は3ヵ月(選択科として小児科を選択した場合は、2年目後半の6ヵ月が加わる)である。また救急部の研修ローテーション期間も3ヵ月である。岡山大学救急部はいわゆる総合診療的救急部(ERタイプ)を理念として各診療科協働による院内システムを構築しており、研修医は、この3ヵ月間、小児救急医療(初期救急を含む)に携わることになる。さらに研修医にたいして他科(内科総合診療、内科、外科、産婦人科、精神神経科、選択科)ローテイト中も当直研修として、救急部当直が組み込まれた。この結果、小児科3ヵ月(小児科を選択科とした場合は9ヵ月)と救急部の3ヶ月のみならず2年間の研修ローテイト中、常に初期救急を含む小児救急の研修をうけることになる。

②総合患者サービス支援センターによるITを利用した僻地医療対策に関する研究

僻地医療における小児科医、産科医の不足は深

刻である。大都市における小児救急医療体制の構築などとは、全く異なった現実が目に見える。現在日本小児科学会などにより小児(救急)医療体制の構築案が作成され、各地で検討されているが、専門医による24時間体制などというのは僻地、あるいは地域の中心市町村部においても夢物語である場合が多い。仮に実現したとしても専門医の過重労働問題が必発であり、医療の質の低下、医療事故の頻発をもたらすことは目に見えている。近年のITの進歩は瞬時に大量の患者情報を正確に転送することを可能にした。岡山大学医学部・歯学部附属病院では2003年10月から総合患者支援センターが発足した。現在、センター内に、岡山県内(特に僻地とされる県北部)に散在する小規模病院、診療所とリンクされたネットワークを構築中である。平成15年度に行われた本システムの試行結果を解析し、今年度は実用性などについて検討を行なった。

### ③産科オープンシステムの実践

大阪厚生年金病院では、患者と産科医のQOLを高め、かつ安全な産科医療を提供できる体制を整備するために、産科オープンシステムを導入した。同時に、NICU8床を設置するとともに、LDR2室を整え、このオープンシステムの運営をバックアップした。

### ④他の医療・保健職種と協働で行うヘルスプロモーション事業に関する研究

#### I)小児の発熱に対する母親の認識と観察行動に関する研究

育児中の保護者の子どもの疾病に関する知識、認識、またどのような状態のときに、保護者は小児時間外診療・救急外来を受診しようとするのかなどについて十分な調査・解析を行い、その結果に基づいて、保護者が求めているニーズに対応する教育・啓蒙活動を行なうことは、不要不急な小児時間外診療受診者を減少させる上で重要な命題と考えられる。岡山市保健所の協力を得て、平成16年7月から9月に岡山市の1歳6ヶ月健診を受診した小児の母親1078名を対象として、基本的属性・育児環境、子どもの発熱に対する認識、子どもの発熱時の母親の観察項目(19項目)についてアンケート調査を行った。

#### II)Heartful Health Promotion事業における小児を持つ保護者の健康相談・ファーストエイド教育に関する研究

小児科・産科医療において他の医療・保健職種との協働をいかに円滑に進めていくかということは、今後の地域医療、小児科・産科医療の充実、小児科・産科医のQOL改善、さらに若手小児科・産科医確保の面からも極めて重要である。近年、注目されているHealth Promotionの概念に基づいて、岡山大学医学部保健学科では岡山県御津町と協力しHeartful Health Promotion事業を推進中であり、この一環として、小児を持つ保護者の健康相談「はあとふるサロン」を設置した。御津町は岡山県のほぼ中央部に位置し、人口は約1万人、町内に5保育園、1幼稚園(在園児計215名)、3小学校(在校生計455名)、1中学校(在校生319名)が設置されている。小児科専門医は不在である。

「はあとふるサロン」は町立の保育園・幼稚園に隣接する御津子育て支援センターで毎月一回開催し、対象は保育園・幼稚園に通園児を持つ保護者、保育士、幼稚園教諭を中心として、講師は小児科専門医が勤めた

### C.研究結果

#### ①卒業研修における診療科の枠を超えた、研修医に対する小児救急医療教育のあり方に関する研究

開始二年の現時点で本システムは研修医、臨床各科からクレームなく受け入れられており、100~150名/月の小児救急受診者のうち、当初50%を超えていた、プライマリー小児科医対応受診者の比率が、現在25%を下回る状況になっている。また、本システムがより有効に機能する為に、主に研修医、他科医師を対象とした、小児救急ファーストエイドブックを作成した。大学病院のみならず、大学関連病院においても、本システムを導入するように働きかけを続けている。また後期の6カ月間の研修については、より地域に密着した初期医療の経験を可能にすべく、いわゆるたすきがけシステムの導入を検討中である。今後、本システムを用いた研修終了後の医師について、その効果についての評価を行ない、より有効な研修システムの開発につなげてゆきたい。



## ②総合患者サービス支援センターによるITを利用した僻地医療対策に関する研究

リンクされた小規模病院、診療所に小児救急あるいは小児科医の判断を要する患者受診があった際には、患者情報は速やかに総合患者支援センターに転送され、院内に待機している救急部、あるいは小児科医師が送信された患者情報をもとに、治療などに関する正しい指示を小規模病院、診療所に伝える。このようなシステムを将来的に設置・運用可能とするべく、未熟児・病的新生児の退院後のフォローアップシステムの試行を行った。また画像転送装置の試行も行い、関連病院間における専門医での症例カンファレンスを行った

## ③産科オープンシステムの実践

本年3月現在、オープンして9ヶ月が経過する。現在、登録医院13名、登録助産院26名である。過去10年以上にわたり、本院における分娩数は減少し続けていたが、オープンシステム開始後、前年比39%となっている。同時に開業医ならびに助産師のQOLは向上し、お産の安全性も高まったと思われる。また、患者は、外来通院が登録医になるため、通院の利便性が高まっている。しかしながら、勤務医にとっては、多少外来診療が軽減していると思われるが、決してQOLが高まったとは思われない。この原因は、本院における産科医が常時不足しているからにはほかならない。しかしながら、各地で産科オープンシステムが導入され、産科病院が拠点化されれば、拠点病院における産科医が増員可能となり、医師のQOLが改善されるのではなかろうか。

## ④他の医療・保健職種と協働で行うヘルスプロモーション事業に関する研究

### I)小児の発熱に対する母親の認識と観察行動に関する研究

アンケート調査の解析から、母親の「Fever phobia:発熱恐怖症」の存在が明らかになった。発熱により、もっとも不安に思う疾患は脳障害であり、発熱に伴うほかの症状の観察行動については、ばらつきが見られた。また母親の認識や観察行動には子ども自身の要因よりも、家族形態や、子どもの数、保健医療福祉関連の専門教育の有無などの家族背景がより強く関与していることが判明し

た。母親の発熱に対する不安を軽減し、落ち着いて対応できるようにする為には、母親だけではなく家族も視野に入れた対策が必要と考えられた。

### II)Heartful Health Promotion事業における小児を持つ保護者の健康相談・ファーストエイド教育に関する研究

「はあとふるサロン」において、子どもは自由に遊ばせながら、保護者(母親、祖母など)、保育士、幼稚園教諭などは小児科専門医とともに車座となり、身近な子どもの疾患、症状、注意事項、育児上の悩みなどについて、説明の後、自由討論・質疑応答を行った。テーマは保護者に自由に選択してもらう方式を採用し、毎回サロン終了後に感想・次回のテーマ希望などを調査した。その結果、子どもの疾患についての誤解の解消、理解の促進につながると思われる記載が多く、今後、「はあとふるサロン」を継続し、保護者の子どもの疾患の理解の向上、不要不急の時間外専門医の受診回数の減少などを科学的に確認していく予定である。

## D.考察

わが国の小児科の状況については、平成9年度厚生省心身障害研究「わが国の小児保健医療体制のあり方に関する研究」(主任研究者:松尾宣武)が行われており、大規模な小児科若手医師の育成に関する基礎的な研究がなされている。わが国における小児医療および産科医療の危機的状況は一般社会はもちろん、医療行政上も深刻な問題として認識されている。少子化の進行、核家族化、氾濫する医療情報などにより、保護者の育児不安は従来に比し著しく増強されて、大病院小児科志向、小児科専門医志向が顕著となってきている。

さらに小児医療の不採算性による小児科の縮小、過酷な労働条件の為の医学部卒業生における小児科希望者の減少、地域小児科医の高齢化、社会生活様式の変化などの様々な要因が加わり、小児科のマンパワー不足は今後、ますます深刻化するものと予想される。厚生労働省が21世紀の母子保健・医療の主要な取り組みを示した「健やか親子21」に関する報告においても、これらの問題が指摘され、小児救急についても特定の医療機関への過度の救急患者の集中の為、小児科医の過重労働についても言及され、小児救急を各都道府県の

医療計画に位置付けて初期、2次、3次救急の体制の整備の必要性が強調されている。

我々は、小児科医のマンパワーの確保と適正配置を行い、小児科医の過重労働を軽減し、小児科医をめざす研修医、若手医師のモチベーションを高く保ち、いかに地域住民に対してより良質な医療環境を提供するかという観点から研究を行ってきた。今年度は昨年度までの成果をふまえ①卒後研修における診療科の枠を超えた、研修医に対する小児救急医療教育のあり方に関する研究、②総合患者サービス支援センターによるITを利用した僻地医療対策に関する研究、③他の医療・保健職種と協働で行うハートフルヘルスプロモーション事業に関する研究、I)小児の発熱に対する母親の認識と観察行動に関する研究、II)Heartful Health Promotion事業における小児を持つ保護者の健康相談・ファーストエイド教育に関する研究、を行なった。

卒後研修における診療科の枠を超えた、研修医に対する小児救急医療教育のあり方に関する研究は、今後の卒後研修システムのあり方にも影響を与え、他科との協働にも関連し、多くの国民に、より良質な小児救急、小児時間外診療を提供するとともに、小児科医の過重労働を抑制し、より充実した高度小児医療に対応できる小児科医師養成の為の必須事項と考えられた。現在、本システムを大学病院のみならず関連病院にも取り入れるように積極的な働きかけを行っており、卒後研修制度を経験した研修医が研修が終了する来年度以降、この方式による研修成果と、総合診療的救急部を持たない研修病院で研修を行なった研修医の研修成果の比較検討を行なう予定であり、将来の小児救急医療対応能力を備えた医師養成、小児科医確保のための卒後教育に関する重要な知見が得られると考える。

さらに、総合患者サービス支援センターによるITを利用した僻地医療対策に関する研究については、今年度において、有用性が確認されたのを受け、今後工学部などとの連携を深め、常時運用が可能状態にもっていくべく計画を進めている。このようなシステムを取り入れることにより僻地における小児科・産科医療が特定の小児科・産科医の過重労働を伴うことなく実現され、より良質な

医療の提供が僻地においても可能となると考える。またこのような試みは、より良い労働環境を小児科・産科医に提供することとなり、若手小児科・産科医の確保につながると考えられる。

小児の初期救急医療を小児科専門医単独で行うことの限界が指摘され、他科医師との協働の必要性の認識が急速に高まる今日、ヘルスプロモーションの場での他の医療・保健職種との協働も極めて重要な課題と考える。すでに病院レベルにおいてはチーム医療の重要性が認識されているが、地域における保健、福祉、教育関係者との協働も小児科・産科医療体制の充実、小児科・産科医師のQOL向上の上で忘れてはならない。一般の保護者をはじめ、これらの職種の人々に対する子どもの健康・疾病に関しての十分な教育と啓蒙活動を行ない、協力して育児支援活動に取り組むことが、最終的には、不要、不急な時間外診療受診者の減少となって現れ、若手小児科・産科医のQOLの向上、より良質な小児科・産科医療、真の小児救急医療の提供につながると考えられる。

## E. 結論

卒後研修における診療科の枠を超えた、研修医に対する小児救急医療教育のあり方に関する研究は、多くの国民に、より良質な小児救急、小児時間外診療を提供するとともに、小児科医の過重労働を抑制し、より充実した高度小児医療に対応できる専門性をもった小児科医師養成の為の必須事項と考えられた。

らに総合患者サービス支援センターによるITを利用した僻地医療対策に関する研究は、僻地における小児科・産科医療を特定の小児科・産科医の過重労働を伴うことなく実現し、より良質な医療の提供を可能とする為に極めて重要と考えられた。

また他科医師との初期救急における協働のみならず、ヘルスプロモーションの場における医療、保健、福祉、教育関係者など他職種との協働による教育、啓蒙活動はが大切であることを忘れてはならない。

今年度のプロジェクトをはじめ、平成14年度以降、我々が行ってきたいくつかの試みは、より良い労働環境を小児科医に提供することとなり、若

手小児科・産科医の確保につながると考えられる。

#### F.研究発表

清野佳紀：「小児科医にとって、患者さんとの出会いとは」小児科臨床 57(8):pp1830-1832, 2004

清野佳紀：「急がれる女性医師支援対策」  
DOCTOR'S MAGAZINE 64(3):pp2,2005

T Miyamura, N Sakata, T Okamura, M Yasui, M Inoue, K Yagi, M Sako, Y Komada, T Matsuyama, M Oda, Y D Park, K Kawa: Clinical Significance of Minimal Residual Disease in Childhood Acute Myeloid Leukemia. International Journal of Hematology 79:243-249, 2004.

A.D.Choudhury, M.Oda, A.F.Markus, T.Kirita and C.R.Choudhury: Herbal medicine induced Stevens-Johnson syndrome: a case report. International Journal of Paediatric Dentistry 14:204-207, 2004.

C Takemoto, R Nishiuchi, C Endo, M Oda and Y Seino: Comparison of two methods for evaluating bone marrow metastasis of neuroblastoma: Reverse transcription-polymerase chain reaction for tyrosine

hydroxylase and magnetic resonance imaging. Pediatrics International 46(4):387-393, 2004.

Y Kosaka, K Koh, N Kinukawa, Y Wakazono, K Isoyama, T Oda, Y Hayashi, S Ohta, H Moritake, M Oda, Y Nagatoshi, H Kigasawa, Y Ishida, A Ohara, R Hanada, M Sako, T Sato, S Mizutani, K Horibe and E Ishii: Infant acute lymphoblastic leukemia with MLL gene rearrangement: outcome following intensive chemotherapy and hematopoietic stem cell transplantation. Blood 104:3527-3534, 2004.

小田 慈：「天使のような子どもたち-その成長を見つめて-」小児保健研究 63(増刊):134-135, 2004

氏家良人：「気管支痙攣治療薬 -硫酸イソプロテレノール、エピネフリン-」麻酔薬および麻酔関連薬使用ガイドライン. 日本麻酔科学会(東京)、2004, pp305-309.

氏家良人、並木昭義、岩槻舜三郎：「肝移植患者の術中・術後管理」臨床麻酔学講座、真興交易(東京)、2004, pp227-239.

氏家良人：「CPAPの適応と手技.呼吸管理Q&A」総合医学者(東京)、2004, pp93-99.

氏家良人：「アナフィラキシーショック.2004」今日の治療指針、医学書院(東京)、2004, pp15-16.

## 将来の産科リスクを減少する体制—産科オープンシステムに関する研究

【分担研究者】 朝倉 啓文 日本医科大学産婦人科教授

【研究協力者】 清川 尚 船橋市立医療センター院長

田中 政信 東邦大学第1産婦人科助教授

前田 眞 県西部浜松医療センター所長

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科長

### ■研究要旨

産科オープンシステムについて理解を増すため、オープンシステムを行っている県西部浜松医療センター（静岡県）の前田眞医師とセミオープンシステムを行っている国際親善総合病院（神奈川県）の多和田哲雄医師の対談を行い、日本独特のオープンシステムを把握した。また、米国で行われているオープンシステムの詳細を矢沢珪二郎医師に聞き取り調査を行った。日米におけるシステムの相違を把握した上で、日本における産科オープンシステムを行うために雛形となりうる契約書を作成した。

また、日本における周産期システムの円滑な運営を困難にしているNICUにおける長期入院患児の実態調査も行い、呼吸管理が必要で長期入院している患児のためNICUの後方支援ベッドが必要である実態を示した。安全な産科医療のためには、産科オープンシステムの拡充および、NICUの充実も必要であることが示された。

#### A. 研究目的

現在日本で行われている産科オープンシステムについて理解を増すため、オープンシステムを行っている県西部浜松医療センターの前田眞医師とセミオープンシステムを行っている国際親善総合病院の多和田哲雄医師との対談を行い、日本独特のオープンシステムを理解した。

また、米国で行われているオープンシステムの詳細を矢沢珪二郎医師に聞き取り調査を行った。その上で、日本における産科オープンシステムを行う場合の雛形となりうる契約書を作成した。

また、将来の周産期システムを考える上のデータとして、NICUにおける長期入院患児の実態調査を加えた。

#### B. 研究方法

本研究は以下の4つの研究からなる。

- ①産科オープン、セミオープンシステムの現況、
- ②米国における産科オープンシステム調査、③産科オープンシステムの契約書作りに関する検討。
- ④NICUにおける長期入院患児の実態調査である。
- ①「産科オープン、セミオープンシステムの現況」

現在、実際に産科オープンシステムを行っている県西部浜松医療センターの前田眞医師と、セミオープンシステムを行っている国際親善総合病院の多和田医師が対談し、その内容から日本における産科オープンシステム、セミオープンシステムの実情を把握した。

#### ②「米国における産科オープンシステム調査」

米国における産科オープンシステムの実情をハワイ在住の矢沢珪二郎医師に聞き取り調査を行った。

#### ③「産科オープンシステムの契約書作りに関する検討」

上記①、②の結果を踏まえ、日本における産科オープンシステムを行う上での契約書の雛形を、分担研究者および研究協力者が検討し作成した。

#### ④「NICUにおける長期入院患児の実態調査」

全国363のNICUに対して1年以上の長期入院患児の実態をアンケート調査した。

#### C. 研究結果

##### 1. 「産科オープン、セミオープンシステムの現況調査」

###### (1) 結果