

総合討論

清野 はい、それではぜひ、せっかくですので、まず演者間の先生、フロアを問わずフリーなディスカッションをしたいと思います。時間もありませんので、後ろで手を挙げていらっしゃる先生。もう質問が始まっていますので、よく聞いておいてください。

伊藤 伊藤智子と申します。今7歳と10歳の子どもを育てながら小児科医をフリーターで続けています。上司のおかげで10年間子どもを育てながら今まで仕事を続けることができました。三つお願いがあります。ひとつはフレックスタイム。当然です。私は産婦人科医の夫と私の間に2人の子どもを持つ核家族です。夜でも祝日もなく夫は呼ばれます。ですから私も呼ばれたときは、子どもを背負って仕事に出たこともありましたが。そうやってしながら女性医師は働いています。ですからフレックスタイムですら働けない女性医師もいることをぜひ分かって下さい。二つ目です。私が5年前、産婦人科の夫が突然転職になりました。そこには私を含めて、3人の失業した小児科医の女性医師がいました。一人は完全に失業したまま働くことができず、6カ月後に刑務所で刑務医官として働いていました。私は週に1回聴診器を持って働く場がありました。もう一人の女性医師はそれを期に内科医に転向しました。女性医師が小児科医を続けていく、このためにはいったん小児科医が子どもを持ったあと、もう一度、再度帰ってこられる再研修医制度、再研修の場を与えてほしいと希望します。私も子育てや産休で半年間休んでしまっても、臨床の場で復帰できる様な環境を整備してほしい。多くの女性医師がそこで辞めてしまう。そこで保健所や老人施設

に行くのは、私は惜しいと思います。子どもを産んでも働ける環境があれば女性医師は戻ってきます。抱えながら週1回でも働いていたら、いつか私も毎日働けるようになれると今でも信じています。ですから、少しでもその勤を失わせないように戻れるチャンスを与えてほしいと希望します。

清野 先生、大体分かりました。先生一人でしゃべるわけにいかない・・・

伊藤 はい、1年間に40人の認定医を持った小児科医が辞めているみたいです。どうぞよろしくお願いします。

清野 今伊藤先生がおっしゃったことは、すべて小児科学会の女性支援の大澤先生のところに盛り込んでありますが、ようは盛り込んでいるだけで、要するに実現できるかどうかの問題なので、その点はどうですか。衛藤先生一言。谷口先生からも一言。

衛藤 先生のおっしゃったことはまさにそのとおりで、一応学会としましては、政策的にはそういうものを作っていこうと。女性医師の休暇期間、それを再教育制度、そういうシステムを作っていこう、あるいはドクターバンクを作っていこうというようなことを今考えています。それを具体的にどのように進めていくかは今後重要な課題だと思いますので、どのような形で進めていくか、早急に具体化していきたいとは思っております。

清野 はい、谷口先生は何か。

谷口 同じです。ドクターバンク、特に子どもはやはり小児科、産科等につきましては重要だと思っておりますので、日本医師会の先生方とお話しても、これはやるべきだと認識もされているので、このへん衛藤会長ともご相談させていただきなが

ら進めていきたいと思っています。

清野 それでは他にどなたかいらっしゃいませんか。どうぞ、飯沼先生。

飯沼 東北大学小児科の飯沼です。松尾先生にお聞きしたいのですが、先生は小児科医の数が少ないのではなくて、ワークフォースの問題だというふうにおっしゃったのですが、もう少し具体的にどういったことなのか、ということと、それから、マルディストリビューションということをおっしゃっていました。それも意味がいろいろあると思うのですが、例えば首都圏に多くて地方に少ない、という意味でのマルディストリビューションなのか、あるいは地域で、例えば大病院に集中しているという意味なのかなど、そういったようなことをもう少し具体的にお聞きしたいのですが。

松尾 2番目のご質問ですが、マルディストリビューションの一番の問題点は、病院の数が多すぎることだと思います。小児科医の数を2倍にしても現在の病院小児科を運用することは困難です。それぐらいの数があるということです。病院小児科の統廃合を行っていくことは非常に重要で、働きかける相手は各都道府県の知事だと思います。小児科のworkforceに関する正確な情報を伝えていくことが大事だと思います。それから1番目のご質問ですが、ワークフォースの基本的な考え方を改める必要があります。先ほども少し述べましたが、小児科医だけで小児医療をやることは完全に時代遅れだと思います。小児科の専門の看護師、小児科の専門の心理士等々、あるいはもっと広く言えば、医療情報処理に精通したセクレタリーもワークフォースだと思います。小児科医の仕事を医師でなければ出来ない仕事に限定して、他の職種の方でサポートしていただけるような仕事はチームワークで行っていくこととなります。最終的な責任やコーディネーションは小児科医にあると思いますが、そういう意味で申し上げたものです。

飯沼 少し分かりましたが、私の意見も少しよろしいでしょうか。

松尾 どうぞ。

飯沼 今の話ですが、確かにそのとおりだと思う

のですが、現実は今医師のほうに、恐らく現場でやっておられる先生方皆さんお分かりだと思うのですが、医師への仕事の集中が非常に多くなってきています。例えば、われわれの病棟で薬が配られて、その薬の中身を点検するのをお医者さんが処方したので医師がやってください、というような。あるいは書類を書くのも医師がやってください、先生がおっしゃったことは今逆行しているような感じがするので、どこかの場で今のようなことを、やはり声高にしていけないといけなのではないかという気がしています。それから前段の話ですが、私がいます宮城県などから見ると、現在確かに病床数が日本の場合非常に多くて、半分くらいにしたほうが良いという話もあるとは思いますが、現実的にやはり都市に医師集中しているということがどうしても多い、あるいはこれを全国的に見ますとやはり首都圏集中が現実には多いのではないか、という気がしています。もしもそのことを是正するとするならば、私たちみたいな東北の一田舎の大学で何をやろう、といっても何もできないというのが現実にあります。そういった意味では、国などもっと大きなところで今のようなことを根本から考え直していただかないといけなのではないかという感じがしています。

清野 はい、どうもありがとうございました。他にはどなたか、黒田先生。

黒田 徳島大学の黒田です。今日、シンポジウムをいろいろ聴かせていただきましたが、もう既に小児科医になっておられる方の勤務環境を改善することは、確かに重要なことだろうと思いますが、私は、若い学部学生が小児科を選択することが、一番大切ではなからうかと思っています。渡邊先生も少し研修医のことについては触れられましたが、この研究班でも学部の学生にいかにか小児科の魅力を感じさせるか、いつ頃、どのような方法でやるのがいいのか、というようなことの検討も必要でなからうかと感じました。と言いますのは、小児科の臨床実習で患児を担当させますと、乳児や幼児を抱くということで子どもの大切さ、子どものかわいさを実感したなどという素直な感想が返ってきますので、ぜひこのへんのとこ

ろ、もう卒業しますと学生もだんだん擦れてきますので、まだ初々しい時期になんとか小児科の良さを感じさせる、そういう教育のほうも力を入れていただきたいと感じています。以上です。

清野 はい。これはいいですね、コメントとして受け止めます。それでは他にいらっしゃいますか。フロアの方で、どうぞ。

牧 名城病院の牧と申します。今までのお話からいくと時代に逆行してしまうかもしれないのですが、現在でも、昼間は内科にかかっておきながら夜になると救急、救急といって小児科専門医にと、大騒ぎなさるお母さんがよく見かけられます。うちの病院などは小児科医が2人から3人と少ないところですので、夜になると内科医や内科以外の先生が当直にあたり診察します。小児の患者さんが救急車で運ばれる場合もきちんと診察されて、私の目から見てもちゃんとやれているにも関わらず、専門医を呼べと大騒ぎなさるお母さんがいらっしゃって、昼間ではどこで診てもらっているかと思うと内科で診てもらっている。そういういろいろなお母さん方への教育と言うのか、私たちが見たときには言えるのですが、なかなか広くそれを言うことはできませんで、お母さん方への教育をもう少ししていただけたらいいかと思うのですか。

清野 これはまさに鴨下班で、保科先生、あるいは電話相談などでやっている事業だと思えますので、全国展開していくことと思えます。他、どうぞ。

北條 福島のわたり病院小児科の北條と申します。私のところも東北で、医者は少ないのですが・・・。松尾先生にお伺いしたいのですが、先

ほど日本と米国の小児科医の数を比較されて、日本は決して小児科医は少なくない、むしろ多いくらいの統計を出されましたが、米国の場合、小児科医はちゃんとそれなりのトレーニングを受けた方が小児科医として登録されていると思うのですが、日本の場合は、小児科標榜医を統計の根拠とされましたが、標榜医の場合は自由に標榜できるわけですから、この人たちを全部小児科医、もちろん標榜医で一生懸命子どもも診てしっかりやって下さる先生もいらっしゃいますが、国民の多くの方は小児科専門医を小児科医と考えているわけで、ここで同じような比較すること自体はかなり誤った結果が出てくるのではないかと思うのですが、先生のお立場のような先生が決して日本は、小児科医は少なくないとおっしゃるのはかなり大きな影響があるのではないかと思うのですが。そのへんについてお願いします。

松尾 はい。大変重要な点をご指摘いただいたと思います。日本の小児科医の数は、今先生がおっしゃったように主たる診療科として小児科を標榜している医師、これは自己申告制です。アメリカのデータもアメリカの医師会のデータで、これも自分が小児科医と考えた人が申告した数でして、そういう点では同じ土俵、同じ条件で比較しております。ただ、先生がご指摘のようにアメリカの小児医療の担当者は日本よりも幅広い人材がいろいろありますので、小児医療のワークフォースを論ずるべきであると思います。しかし、小児科医のワークフォースを考えればわが国の小児科標榜医の数は、数としては決して少なくないと思います。

まとめ

清野 それでは、6時からポスター発表にもなりますので、そろそろお開きにしたいと思います。最後に、本日の結論はまだなかなか出ませんが、一応みなさんの合意が得られたのは、女性医師を徹底的に支援しなさい、勤務を多様性にしなさい。女性医師の支援というのは保育のことも全部含めて入っています。それから病院の集中と拠点化を図りなさい。これは大学の教授の主導力を発揮しなさい、現実にそうなりつつあります。医者が送れないところはだんだん廃止されていっていますから。それから小児科医と産科医に患者さんを集中することはやめて下さいということです。もっとコメディカルをたくさん、もっと仕事を作ってあげて下さい、谷口先生。どんどんコメディカル、クラーク、そういうことを増やすべきだと思います。それから、もっと他科の先生にも診てもらうシステムを作る。これはやはり地域連携などいろいろなことありますが、少なくとも救急ひとつをみても、はじめから全部小児科医が診ろという日本みたいな国はないのです。例えば岡山大学で、私がいたときに、救急部の教授が来て救急の教室ができたのです。その先生が来てから小児科に直接送ってくる救急の患者は半分以下に減りました。何もクレームは出ていません。つまり、小児科医の指導のもとに他科の先生が一般の小児救急の患者も診られるようにすべきです。ですからまともな第一線の臨床医、一般家庭医をもっともっと柳澤先生のやっつけやりに訓練していただく、そういう訓練センターも作って下さい。だいいち岡山県北部のほうに小児科医など全然いないのに、そこで小児科の救急診てくれと言ってもできない相談です。ですから助産院の活用や、オープンシステムの活用も主旨は同様であると思います。あとは皆さんで考えて下さい。本日はどうもありがとうございました。

司会 ありがとうございます。これをもちまして、A会場第1日目のプログラムを終了いたします。尚、招待公演にて通訳レシーバーをお使いいただきました方は、会場出口の係員にお渡し下さい。

研究組織（平成16年度）

■主任研究者		
鴨下 重彦	賛育会病院	院長
■分担研究者		
環境調査班		
松尾 宣武	国立成育医療センター	名誉総長
衛藤 義勝	東京慈恵会医科大学 小児科学	教授
木下 勝之	順天堂大学医学部 産婦人科学	教授
藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター	院長
市川 家國	東海大学医学部専門診療学系小児科	教授
村田 雄二	大阪大学大学院医学系研究科 産婦人科学	教授
高橋 孝雄	慶應義塾大学医学部 小児科学	教授
田中 康雄	北海道大学大学院教育学研究科 教育臨床講座	教授
勤務改善班		
中野 仁雄	九州大学大学院医学研究院 生殖・病態生理学	教授
桃井 眞里子	自治医科大学 小児科学	教授
大澤 眞木子	東京女子医科大学 小児科学	教授
岡井 崇	昭和大学医学部 産婦人科学	教授
加藤 達夫	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	病院長
岡村 州博	東北大学大学院医学系研究科 周産期医学	教授
石川 睦男	旭川医科大学附属病院	院長
田中 憲一	新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科学	教授
五十嵐 隆	東京大学大学院医学系研究科 小児科学	教授
藤井 信吾	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
医療体制班		
清野 佳紀	大阪厚生年金病院	院長
朝倉 啓文	日本医科大学附属第二病院 産婦人科学女性診療科・産科	教授
桑原 正彦	広島県医師会 地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会	委員長
柳澤 正義	国立成育医療センター	総長
保科 清	東京通信病院 小児科学	部長
有賀 正	北海道大学大学院医学研究科 小児科学	教授
平原 史樹	横浜市立大学大学院医学研究科 産婦人科学	教授
徳丸 賢	徳丸小児科医院	院長
コメディカル班		
片田 範子	兵庫県立大学看護学部 小児看護学	教授
蝦名 美智子	神戸市看護大学看護学部 小児看護学	教授
田邊 美智子	福井大学医学部看護学科 母子看護学・助産学	教授
西田 美佐	国立国際医療センター研究所 代謝疾患研究部栄養障害研究室	室長
横尾 京子	広島大学医学部保健学科 臨床看護学	教授
山口 桂子	愛知県立看護大学 小児看護学	教授
舟島 なをみ	千葉大学看護学部看護学科 看護教育・小児看護学	教授

小児科産科若手医師の確保・育成のために

平成 16 年 9 月

発行者 小児科産科若手医師の
確保・育成に関する研究班
〒 130-0012 東京都墨田区太平 3-20-2
社会福祉法人 賛育会 賛育会病院院長室
電 話 03-3622-9191
F A X 03-3623-9736
ホームページ <http://www.wakate-ishi.jp/>

印刷・製本 文昭堂印刷株式会社

周産期医療発展の ための問題点

～若手産科小児科医師確保に向けての対策～

会期：平成16年7月12日(月)

会場：東京プリンスホテル



小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班

共 催：平成16年度 厚生労働科学研究 小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班 (<http://www.wakate-ishi.jp>)
後 援：日本医師会／日本病院会／日本産科婦人科学会／日本小児科学会

小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究

公開シンポジウム

「周産期医療発展のための問題点」
～若手産科小児科医師確保に向けての対策～

平成 16 年 7 月 12 日
場所：東京プリンスホテル

はじめに

本年4月には国立大学、国立病院の法人化が行なわれ、また医師の臨床研修必修化が開始されるなど、医師の教育研修にとって大きな変革の年であった。それによって恐らく今後の医師の需給や病院医療の体制にも様々な影響が出るであろうことが予想されている。そのような中、厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班」は三年目、すなわち最終年度を迎えた。

すでにこれまでの2年の研究で明らかになったように、産科も小児科も医師の不足は絶対数の不足もさることながら、その分布、特に地域的また病院によって偏りのあることが最大の問題であり、そのために周産期医療の人手不足や小児救急医療の歪み、その他の問題が生じているといつてよい。

7月11日より東京において開催された日本周産期・新生児医学会学術集会は、日本新生児学会と周産期医学会が合併することになって開かれた最初の総会でもあり、また新生児学会としては第40回という大きな節目にも当たった。従来も新生児学会は小児科医と産科医が一堂に会する唯一の学会であり、周産期に関わる医師の確保・育成を論ずるには絶好の機会である。そこで早くから会長の多田裕東邦大学教授にお願いして、当研究班のシンポジウムを行なうこととしていた。

本書はそのシンポジウム「周産期医療発展のための問題点 ～若手産科小児科医師確保に向けての対策～」の全記録集である。プログラムについては分担研究者である中野仁雄教授、藤村正哲院長にお任せし、演者の選定から当日の司会進行までお願いした。当日会場には約300人の参会者が集まり、産科側小児科側それぞれの演者が熱弁を振るい、活発な討論が行なわれ、多くの有益なご意見も頂戴した。産科医療、新生児医療にはそれぞれ固有の問題を抱えていると同時に、相互理解を深めて協力して解決しなければならない問題も多い。そのためにこのシンポジウムの果たした役割は大きかったと思う。

シンポジウム開催に貴重な時間と会場の提供を頂き、また様々の形でのご支援を賜った東邦大学小児科新生児学教室の多田裕教授をはじめ皆様方に感謝する。また記録集を手にした方々が、この問題に対して忌憚のないご意見を寄せられるよう期待したい。

平成16年11月

小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班
主任研究者 鴨下 重彦
(E-mail:info@wakate-ishi.jp)

目 次

司会	九州大学副学長、理事、大学院医学研究院教授 中野 仁雄 大阪府立母子保健総合医療センター病院長 藤村 正哲	
産科医療の現状と改革への提言 (1)	.....	1
～若手産科小児科医師確保に向けての対策～		
東北大学大学院医学系研究科周産期医学教授 岡村 州博		
産科医療の現状と改革への提言 (2)	.....	9
～若手産科小児科医師確保に向けての対策～		
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 藤井 信吾		
小児科新生児科医療の現状と改革への提言 (1) — 医育機関の立場から —		19
「勤務実態と職業観、医学生における意識」		
筑波大学臨床医学系小児内科講師 杉浦 正俊		
小児科新生児科医療の現状と改革への提言 (2) — 地域病院の立場から —		27
埼玉県立小児医療センター未熟児新生児科長 大野 勉		
周産期新生児医療の視点から	.....	33
厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長 谷口 隆		
< 指定発言 >		
1) 産科若手医師の声 ～産婦人科医を選んだ理由、やめていく理由～	.....	39
九州大学病院産科婦人科 内田 聡子		
2) 若手医師の声 ～小児科より～	.....	45
東京慈恵会医科大学小児科 菅野 啓一		
総合討論	.....	51
研究組織 (平成 16 年度)	.....	57

産科医療の現状と改革への提言（1）

～若手産科小児科医師確保に向けての対策～

東北大学大学院医学系研究科周産期医学教授 岡村 州博

中野 小児科・産婦人科の医師が足りないというのは大変な問題でして、まさに我々共有の、しかも、おどろおどろしい、基盤を揺さぶるような問題になってきています。少し前に予測されたことではありましたが、こうして年々、一方では、退職あるいは定年等々で減っていく数を見ますと、リアライズと言いましょか、実感する速度が増したのだと、今年1年そう思っておりますけれども。2年ぐらい、3年前ですか、厚労大臣の肝煎りで鴨下先生を班長とするそのための特化した研究班の活動が開始しています。その中で、種々の対策を検討しては社会にアピールし、そして若い人いろいろインセンティブを付与しようという行動をしてきましたが、そういった趣のシンポジウムとして本学会の学術集会長多田先生の御高配によりこの場でこういった意見交換の場ができたことは大変ありがたく、敬意を表すものです。

さて、前置きはもう出来るだけ、今みたいなことで省略いたしまして、本日は藤村先生と私とで司会と言いましょか、タイムキーパーをさせていただくというわけです。順番にお話を伺って、その後ご確認いただくくらいの1、2のQ&Aをやって、余った時間を30分あるいは40分くらいと予定していますが、皆様との意見交換と。こういう運営でやっていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

先生何かおっしゃいますか。一言でも。

藤村 本音で話し合いたいということ。

中野 ということで、藤村先生のお声も御披露したわけでございます。ではさっそくですが、御準備よろしいでしょうか。最初は東北大学の岡村教授に若手確保・医師確保というお話を頂戴したい

と思います。どうぞ先生よろしくお願いいたします。

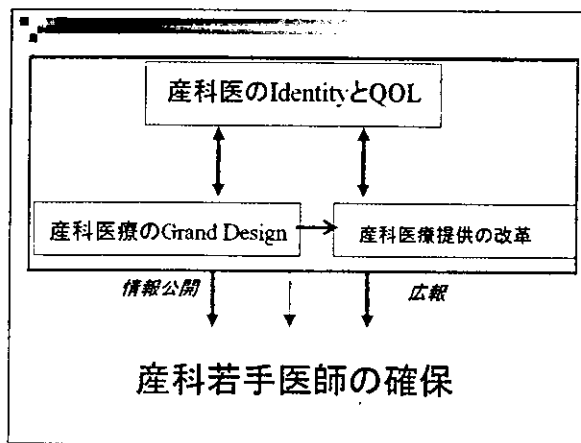
シンポジウム2「周産期医療発展のための問題点」

若手産科小児科医師確保に向けての対策：産科医療の現状と改革への提言

厚生労働科学研究「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」
厚生労働科学研究「地域における分娩施設の適正化に関する研究」

東北大学大学院 先生・発達医学講座周産期医学分野
岡村州博

岡村 東北大学の岡村です。このシンポジウムトッパッターとして、後には強打者が控えていますので、望に出ることを考えて進めたいと思います。私のお話はここにございまして、厚生労働科学研究の小児科産科若手医師確保の育成に関する研究と、同じく厚生労働科学研究の地域における分娩化の適正化に関する研究と、二つに基づいて産科医療の現状と改革への提言ということでお話申し上げたいと思っています。



最初に、結論めいたこととお話申し上げたいと思いますが、これはどなたの先生もお考えになっていることかと存じますけれども、産科医としてのアイデンティティ、すなわち産科医の理想像といいますが、そういうものとQOL(Quality of Life)、この二つはぜひ産科若手医師確保のためには必要なことでして、それらと共に産科医療のグランドデザインを考えていかななくてははいけません。産科医療のグランドデザインをいかに具現化するかということになりますと、そのプロセスとして産科医療提供の改革ということが浮かんでくるわけですが、これはもう別個にあるものではありませんで、やはり産科医のアイデンティティ、QOLとこの三つをトータルとして考えていかなければならない問題であろうと思います。そういうことが、情報公開と共にいかに社会なり、医学部の学生なりにアピールできるかという問題が産科若手医師確保のキーになるのではないかと考えているわけです。

- 産科医のIdentityとQOL
 - 医学部学生の考え
 - 臨床研修必修化問題
 - 女性医師問題
- 産科医療のGrand Designと産科医療提供の改革のため
 - 地方産科施設の現状
 - 産科医療変革への取り組み
- まとめと提言

そこで、私の話の筋立てとしましては、最初に産科医のアイデンティティとQOLに関して医学部学生の考え方、臨床研修必修化問題、それから女性医師の問題。それから次の産科医療のグランドデザインと、産科医療提供の改革のために地方産科医療施設の現状をお話して、産科医療変革への取り組み。そして、最後にまとめをしたいと思います。

米国では

- “controllable lifestyle”=家族と過ごす、仕事と関係ない時間を多くとれる専門を選ぶ傾向。JAMA. 9/3/03
- 学生を選択
 - 麻酔科: **controllable Lifestyle**の代表
 - 1.6% (1997) → 6.4% (2002)
 - 産婦人科: **uncontrollable Lifestyle**の代表
 - 7.8% (1997) → 6% (2002)

まず最初に、医学部学生の考え方です。アメリカを例に取りますと、「controllable lifestyle」、これはイコール、家族と過ごす、仕事と関係ない時間を多く取れる専門を選ぶということですが、アメリカではこのような傾向にあると考えられ、「controllable lifestyle」の代表としまして麻酔科が挙げられています。これは、昨年のJAMA(The Journal of the American Medical Association)に出ています統計ですが、1997年には麻酔科が1.6%であったものが2002年には6.4%と増えております。一方「uncontrollable lifestyle」の代表として産婦人科が挙げられていまして、1997年には7.8%であったものが2002年には6%と減っているわけです。

医学部生に対する産科・小児科に対する意識調査並びにその解析(分担研究会田中重一)

“貴方は、産婦人科を選択科としてどのように思いますか？”

学年	性別	考えている	少し考えている
2年生(M401.F172)	■ M	4.8%	11.8%
	□ F	22.2%	31.4%
5年生(M489.F159)	■ M	8.5%	18.3%
	□ F	27.7%	25.0%

さて、わが国の医学部の学生の意識というものはどうであろうかと考えてみます。これは分担研究者でいらっしゃる新潟大学の田中先生を中心にもとめていただいたものからとってきたので

すが、「あなたは産婦人科を選択科としてどのように思いますか」という設問に対して、2年生の男性では、約15.6%の方が少し考えているも含めると、ポジティブに考えています。女性の方は、これはもう半分以上がポジティブに考えているわけでありす。一方、実際にベッドサイド・ティーチングというものが始まり、病院に出てくる5年生になると、やはり男性では26.7%がポジティブに考えていますし、女性に至ってはやはり半分以上が産婦人科を選択科として少し考慮しているという結果が出ておるわけです。

医学部学生の産婦人科への見方

女性 283人 男性 546人

- 産婦人科が選択肢に入っていない
 - 女性 : 123/283人 (43.5%)
 - 男性 : 443/546人 (81.1%)
- 産婦人科が選択肢に入っている
 - 女性 : 160/283人 (56.5%)
 - 男性 : 103/546人 (18.9%)

平成15年度厚生労働省科学研究補助金・小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究
分担研究者：村田雄二大阪大学教授、研究協力者 神崎雄

これは、同じく分担研究者の大阪大学の村田先生と神崎先生からいただいたものですが、やはり医学部学生の産婦人科の見方としまして同じような結果ですけれども、産婦人科が選択肢に入っているというのは、女性で56.5%、男性でやはり20%弱の方が産婦人科をポジティブに考えているということになります。

平成15年度厚生労働省科学研究補助金・小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究
医学士に對ける産科・小児科に對する意識調査並びにその解析(分担研究者田中重一)

医学部学生の産婦人科の印象

■ 良い印象	
□ 外科系だが内科的疾患も取り扱う	11.2%
□ 生命の発生から更年期・老年期まで診れる	18.8%
□ 出生前診断や不妊治療などの最先端医療に従事できる	17.7%
□ お産や不妊治療後の妊娠などで患者さんから感謝される	15.0%
□ 生命の誕生に立ち会えるなど明るい科である	35.2%
■ 悪い印象	
□ 夜起こされることが多い	23.2%
□ 他の科に比較して忙しそうである	17.0%
□ 分娩数の減少により将来が心配	24.2%
□ 訴訟などが起こり易い	26.4%

そこで医学部学生の産婦人科の印象をみてみると、やはりこのようにポジティブに考える原因としましては、いちばん多いのは生命の誕生に立ち会えるなど明るい科であるということが最も重要なポイントとして挙げられています。悪い印象としては、これはもう先生方が日頃感じていることですが、夜起こされることが多い、他の科に比較して忙しそうである。また分娩数の減少により将来が心配である。また、訴訟などが起こりやすいということです。こういう悪い印象がありますけれども、概して医学部の学生は産婦人科に関しては、生命の誕生に立ち会える明るい科であるということに代表されるように、ポジティブに考えていると言って宜しいのではないかなと思うわけです。

さて、そうしますと医学部の学生がそういうふうに一生懸命産婦人科のことを考えているということは、学生教育なりそういうものに対して日頃大学にいる先生方が一生懸命やっている結果であろうと解釈できるわけですが、学生時代の産婦人科を考えている気持ちを保ち続けているために、今度は卒後に今臨床研修が義務化しておりますので、そのポジティブな考え方をどう保ち続けてこの2年間を過ごしていただくかということが、次の産婦人科を選んでいただくための大きな問題点であると思っています。

産科のHistoryとOB
産科研修の4人
□ 強制的な研修に際して
産科研修
産科研修(Clinical Design)と産科研修の
研修内容
産科研修の研修
産科研修への研修
産科研修

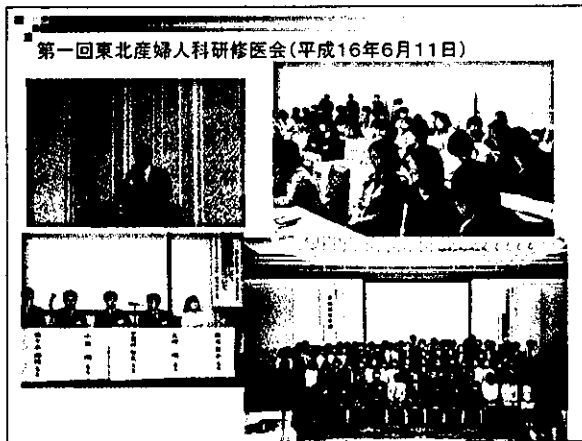
臨床研修必修化にむけて

- 学生時代の「産婦人科を考えている」気持ちを保ち続けるために、何ができるか。
 - 産婦人科研修カリキュラム(平成15年1月、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会ワーキンググループ案)
 - 3ヶ月の場合
 - 正常経産分娩産科管理=受け持ち医として8例以上経験
 - 15ヶ月の場合
 - 正常経産分娩産科管理=受け持ち医として4例以上を経験
 - 初期研修医への接触
 - 産婦人科研修医会

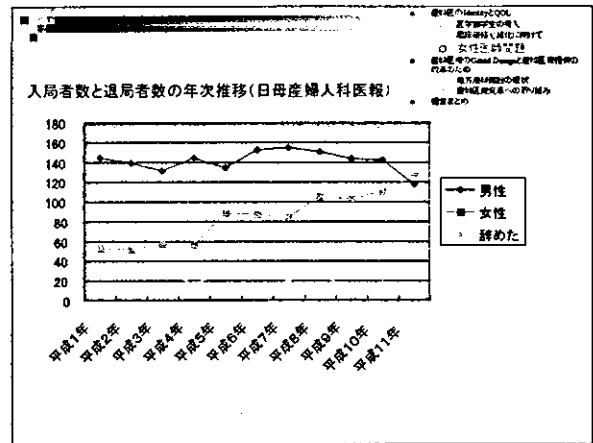
その1つの取り組みとしまして、臨床研修中のカリキュラムをどうしたらいいのかということ積極的に日本産科婦人科学会並びに医会のワーキンググループなどで案として出しております。

こういう取り組みも非常に大切な問題でありまして、2年間の研修中、産婦人科は病院によっては3ヶ月ということがありますけれども、主に1ヶ月しかないということが多いと思います。その中で産婦人科をいかにアピールできるかということが、非常に大切な問題として浮かび上がってまいりました。

もうひとつは、やはりそのような2年間の初期研修医と、我々はスーパーローテーションと言いますが、より接触する機会を多く持たないと我々の産科医療を理解していただけない、若い先生方に理解していただけないのではないかと危惧をしております。是非接触する機会をたくさん持っていかなくてはなりません。そのために、私どもで、東北地方で産婦人科の研修医だけが集まってお互いの情報交換をする会を立ち上げました。

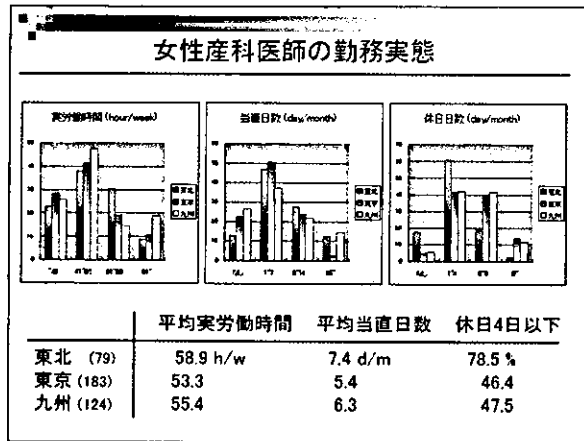


今年の6月11日に日本産科婦人科学会東北連合地方部会がございましたけれども、その前に1.5日を使いまして卒後5年までの研修医約80人が一堂に会しまして、自分たちで立案して、自分たちで運営をするという会を持ったわけです。その中に、実はスーパーローテーションの先生方は5月からスタートしているわけですが、この中に2人プラス学生1人という方も来ておりました。来年以降これを続けることでスーパーローテーションをしている初期研修医の方々に、私のような年寄りが上から言うよりは、こういう若い先生方が実際に接してそのアピールをすることが非常に大切であろうと考えておるわけです。

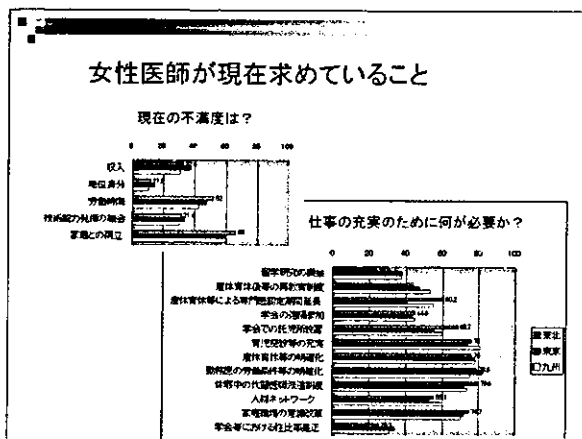


次に、女性医師問題に少し入らせていただきます。女性医師問題は、各地で話題になっている問題であります。これは日母産婦人科医報に載っておりますものですが、平成11年には新入医局員が男性を女性が上回ったことを示しておるわけです。女性がどんどん増えて、ついに産婦人科の場合は女性が過半数を占めるようになったということです。私がおります東北大学の産婦人科における女性医師比率を少し調べてまいりました。大体少ない時は2人ぐらい、多いときは13人ぐらいの入局者ですが、平成10年は全て100%女性で、男性は入りませんでした。このように、平成16年は今申し上げましたとおり、研修の義務化で2年スーパーローテを終わった男性1人が来ましたので100%男性ですけれども、他のところを見ても、新入医局員の過半数が女性で占められる時代になってきたわけでありまして、私どもの産婦人科医局全体を見ますと、人数も大体40人、前後しておりますけれども、人数も段々減ってまいりましたが、特に男性は段々減ってまいりました。しかしそれをカバーしているのは女性医師でありまして、ついに平成16年では約26~27%が男性医師で残りは女性医師という構成になっているということです。

このようなわけで、これからの時代やはり女性医師の問題を考えないわけにはいきません。どのように問題点を解決していくかということが、産科医療にとっても大変大きな問題であろうと考えております。

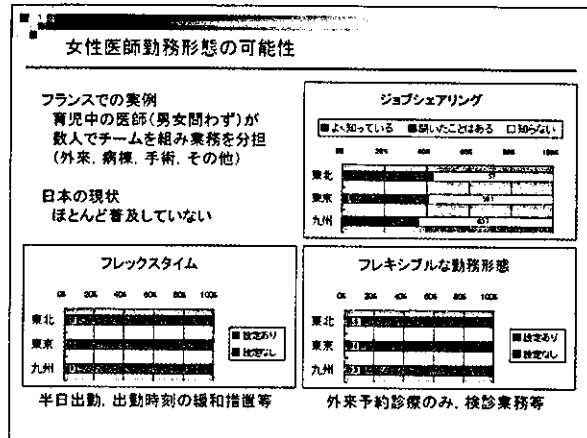


そういう状況の下で、鴨下先生の班研究の中で女性産科医の勤務実態をアンケート調査しました。この趣旨は地方の代表として東北地方、都会の代表として東京、九州は中野先生いらっしゃいますので地方と東京の間くらいというところで考えましてアンケートをしました。実際の声をいろいろ自由記載欄に書いていただいたのですが、大変悲惨な実状を実際に書いていらした女性医師の先生方がいらっしゃいます。しかしこの統計でみますと、まず女性医師であっても1週間に一回以上の当直をしている。また、東北地方におきましては、休日が4日以下の者が8割くらいということで、休む日もなく働いているというのが女性医師の実状であろうと思います。

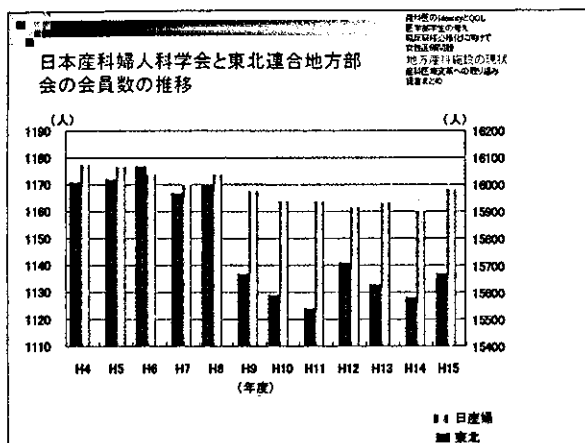


そこで、現在女性医師が現在求めていることを書いていただいたわけですが、現在の不満は何かと言いますと、別に地位が欲しいとか、収入がもう少し欲しいとか、技術能力発揮の機会が欲しいとか、そういう問題よりもいちばん大事なのは、

家庭との両立、労働時間をもう少しなんとかしてくれないかという不満がありまして、仕事の充実のために何が必要かと言いますと、いちばん多いのは休暇中の代替医師派遣制度、勤務医の労働条件の明確化、産休・育休の明確化、要するに家庭との両立をぜひ何かシステムの中で考えていただきたいということが女性医師の今いちばん求めていることであります。



その中で具体的には何が必要であろうかということですが、フランスでの実例を、フランスの医師を招請しましていろいろディスカッションしましたが、その中でフランスでは育児中に医師が数人のチームを組み、業務を分担しているということがございます。しかし日本では、いろいろな勤務形態が、フレックスタイムですとか、フレキシブルな勤務形態を取っているところはほとんどございませぬ。私は個人的には、産婦人科が外科系の医者としていちばん日本に合うものはジョブシェアリングではないかと考えておるわけです。要するにジョブシェアリングですと、例えば2人、3人の女性医師がチームを組んで何か手術の時に、緊急の時には誰かがそこに入って手術をするという形のジョブシェアリングです。そういうものがこれから必要ではないかと考えております。



さて、地方産科施設の現状ということに話を進めさせていただきます。こちらのピンクの部分（注：図表では青い部分）が日本産科婦人科学会の産婦人科医師の数ですが、徐々に減っているということが分かると思います。一方、この青いほうですけれども、これは東北連合地方部会、要するに東北6県の産婦人科医師数の推移を見たものです。平成4年から平成15年、約10年間です。ここで私は統計を取って大変驚いたことは平成9年から極端に減っている。この原因はよく分かりません。この辺までは、平成8年から見ますと極端に減っているということが分かりました。実は東北大学産婦人科の関連病院45の医師の勤務医を辞めた人数と、それから新入医局員をやはり平成10年、10年間の統計を取ってみました。勤務医を辞めたということは、定年並びに開業、その他ということですが、幸いにして11年、12年は新入医局員が多くて辞めた方が少なかったのですが、この10年間ですと、辞めた方が要するに11人多いということです。言葉を変えますと、この関連病院の勤務医の中で10年間、11人の医者が少なくなったということでありまして、これは勤務医の現状の大変大きな問題としてクローズアップをしてきたわけです。



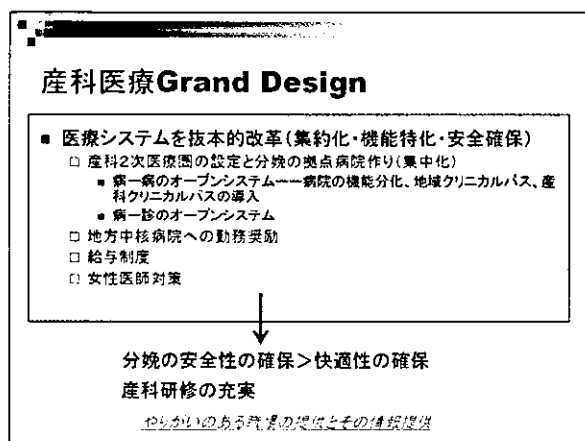
そういうこともありまして、地方産科医療の現状ということで、これはお恥ずかしい話ですが、東北地方の常勤医引き上げ、空洞化する地域医療ということが現実になってまいりました。これは本当に産婦人科の医者がいないということとして、適正配置以前の問題として大変足りないということでこういうようなことが起こったのです。

しかし実際に、例えばある病院で同じようなことがありました。それに対するホームページの投稿欄ですけれども、ここで一般の方から「辞めます、だったら患者さんは一体何なのよ、と辞めてしまいます。」という投稿がございまして。これを見ますと、産婦人科がこんなに人がいないということに対して、市民の理解はほとんど得られていない。もう産科医療というものに対して、市民の理解を得られた上で何かシステムを考えていかないと、我々だけが考えてはどのような問題が生じているのだろうと考えているわけです。

産婦人科現状の小括

- 医学部学生は産婦人科に興味を抱いている。特に女子学生に多い。
- 初期研修医に対する産科医療の理解を高める手段が必要。
- 女性産婦人科医の勤務の現状は悲惨であり、外科系女性医師の今後としてはジョブシェアリングを積極的に導入すべきである。
- (東北)地方の産婦人科医は減り続けている。とくに、勤務医を辞めるものが多いことが現在の地域医療の荒廃につながっている。
- 分娩を取り扱えない病院が増えている＝お産の安全性が脅かされている。社会の理解が得られていない。

そこで、もう時間ですので簡単に産婦人科現状の小括をしたいと思いますが、医学部学生は産婦人科に興味を抱いている。特に女子学生に多い。医学部学生のモチベーションをそのまま続けていくためには、初期研修医に対する産科医療の理解を高める手段が必要であると言えます。また、女性産婦人科医の勤務の現状は悲惨であり、外科系女性医師の今後としては、私はジョブシェアリングを積極的に導入すべきであろうと思います。また、東北地方を含めた地方の産婦人科医は減り続けております。特に勤務医を辞める者が多いことが現在の地域医療の荒廃につながっているということも言えると思います。現実には、分娩を取り扱えない病院が増えている。これはイコールお産の安全性が大変脅かされていると言わざるをえません。しかし実際にはこういうことが起こっているということが社会にはまだ理解が得られていないということが現状であろうと思います。



そこで、最後のスライドですけれども、産科医療のグランドデザインということで、これは私の私見で述べさせていただきたいと思いますが、医療システムをかなり抜本的に改革しないとだめだろうと思います。そのキーワードとしては、集約化、病院の機能を特化する、それからもちろん安全を確保すると、この3点に絞られるのではないかと思います。その中で、ひとつ提案としては今地域医療で二次医療圏が設定されておりますけれども、産科としての二次医療圏の設定と分娩拠

点の病院作り、すなわち集中化につながるものでありますが、その中で病院—病院のオープンシステム、病院の機能分化につながりますが、全体としては地域でクリニカルパスを作るなり、産科のクリニカルパスを作るなりして運営していくということも必要であろうと思いますし、今、浜松などで中心に行われております病—診のオープンシステムも非常に大事な問題であろうと思います。

また、地方中核病院の勤務を奨励するというシステムも考えていかないといけませんし、今は画一的な給与制度がありますけれども、これも女性医師は給与を安くてもいいから5時に帰りたいというような方もたくさんいらっしゃいます。そういうことで給与制度に関して、もう少しめりほりをつけた制度が必要であろうと思います。

女性医師対策、これも今先ほど申し上げましたとおりです。そういうことを全部含めて、いちばん大事なのは今は分娩の安全性の確保です。快適性の確保もありますけれども、分娩の安全性の確保を中心にして、産科のグランドデザインをやっていく必要があるだろうと思います。産科研修の充実も集中化することによって、多くの研修医がお産に立ち会うことができますので、そういうものが充実していくことになるだろうと思います。

最後にやりがいのある職場の提供、それから情報提供、これが重要な問題であろうと思います。駆け足でオムニバスの私の考えを申し上げました。最後に謝辞を書いております。以上でございます。

中野 岡村先生ありがとうございました。ご熱心なご討論でトップバッターの責を果たしていただきました。そのとおりです、時間がないものですから次にまいります。ご自身お分かりで降壇をいただきました。それでは、続けて日本産科婦人科学会の会長の立場も含んでお願いいたしましたのが藤井先生、京都大学です。未来におけるグランドデザイン辺りにも触れていただけたらと思います。先生どうぞよろしく申し上げます。

産科医療の現状と改革への提言 (2)

～若手産科小児科医師確保に向けての対策～

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 藤井 信吾

産科医療の現状と改革への提言 (2)

京都大学大学院医学研究科器官外科学・
婦人科学産科学

藤井 信吾

藤井 ただいまご紹介いただきましたように、ただいま日本産科婦人科学会の会長を務めております。この3年間産科婦人科学会の在り方検討委員会におきまして、産婦人科の将来をこれからどう考えていくかということを考えてきました。この検討結果をふまえて産科医療の現状と改革への提言ということで少しお話をさせていただきたいと思っております。

わたくし自身の経験

研修医2年間の医師経験の後、卒業3年目(1974年)から
一人医長として赴任

分娩数 1000例(年)
外来患者数 80100人(11)
開腹手術数 250例(年)
未熟児の管理、交換輸血等もすべて含まれた

の病院であった。

若さと情熱と奉仕精神でこれらの数を一人でこなすことが出来たが、それは短期間で大学に耐れるという約束があったからである。

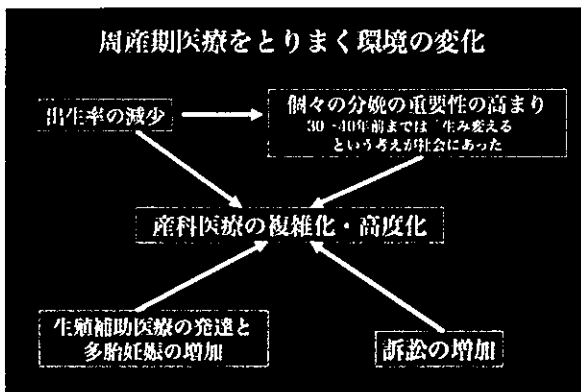
しかし、4年間の勤務となり最後には体調を崩した。

京都大学医学部婦人科学産科学教室の関係病院の推移

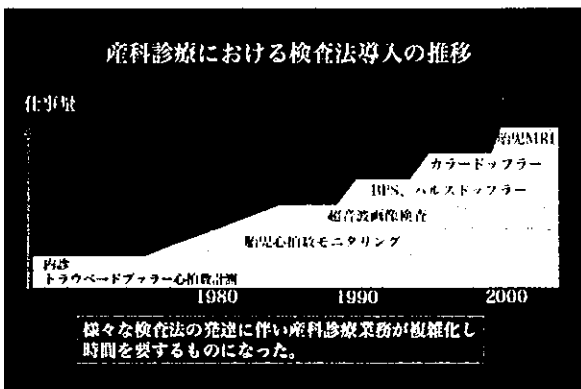
	全関係病院数	一人医長
1971年	85	30
1988年以降	43	0
現在まで	37	0

大学から派遣されているという責任感とともに個人の奉仕精神によって産婦人科の病院診療は支えられてきたと言っても過言でない。そして、このことに疲れると、仕事と収益のバランスを考えて開業を選択する医師が多かった。

私自身のまず経験をお話ししますと、私は研修医の2年目の時に、ですから卒後3年目に分娩数1000例、そして外来患者数80から100人、開腹手術250が年間ございまして、そして未熟児の管理、交換輸血もすべてのことをするという一人医長の診療の経験を持っております。この時は若さと情熱と奉仕の精神でこれだけの数を一人でこなすことができました。それは短期間で大学に帰られるという約束があったからであります。しかしこの4年間の勤務の後体調を崩してしまいました。しかしこのように1971年の頃は京都大学における関係病院が85ありまして、その時に30病院は一人医長でやっているということが現状でした。1988年以降は一人医長はなくすという形でやってきましたが、段々と関係病院として持てる数が減ってきております。関係病院は、大学から派遣されているという責任感とともに医師個人の奉仕的精神によって産婦人科の病院診療が支えて来られていたと言っても過言ではないと思っております。そして、このことに疲れますと仕事の収益とバランスを考えて、開業を選択する医師が多かったと考えられます。



ところが現在は周産期を取り巻く環境が変化してまいりまして、出生率の減少とともに個々の分娩の重要性が高まっています。30年か40年前は産みかえるという考え方もひとつにはあったと思います。それに対して、生殖補助医療の発達とともに多胎妊娠その他が増えてきました。あるいは訴訟も増えてきたということで、昔は内診手技しかなかったので、ある程度診療も簡単な面があったわけですが、産科医療が複雑高度化してきたことが問題です。



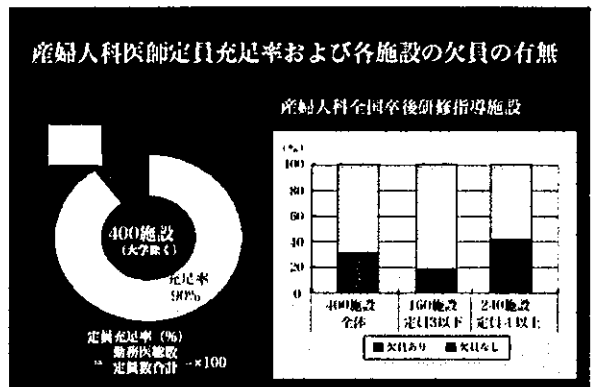
昔は内診とトラウベで見えていたものが、胎児心拍のモニタリングあるいは超音波画像診断、そしてパルスドップラー、カラードップラーそして胎児MRI、こういうふうには仕事量がどんどん増えていくという傾向がございます。様々な検査法の発達に伴いまして、産科・診療業務が複雑化して時間を要するようになってきたわけです。

産婦人科医師の充足度

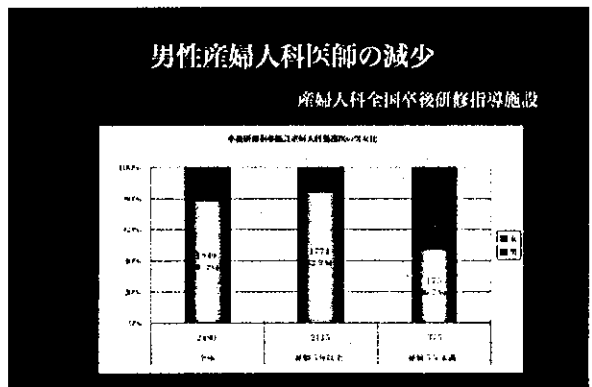
日本産科婦人科学会 学会のあり方検討委員会
「全国卒後研修指導施設へのアンケート調査」より

- ・ アンケート施行時期：
平成16年1月～平成16年2月8日
- ・ アンケート対象：
日本全国の産婦人科卒後研修指導施設 (828施設)
- ・ 回答：521施設 (63%) (大学含む)

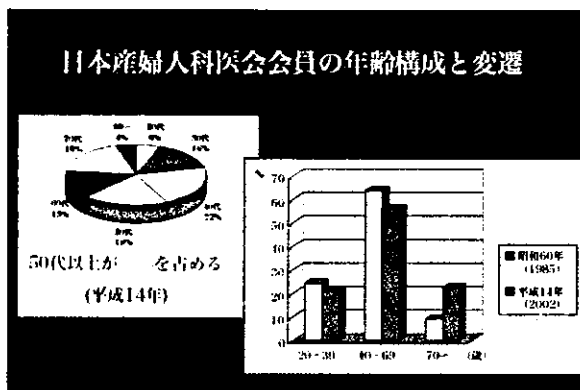
そこで学会の在り方検討委員会としまして、平成16年の1月にアンケート調査で全国521の施設に仕事の状態、充足度を検討させていただきました。



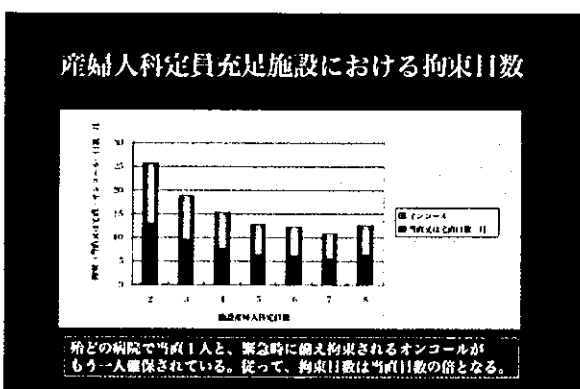
そうしたところ、充足率ですが、全定員総数と勤務医総数、これを割ったものでみますと不足率はたった10%しかないと思われまして。ところが、実際400施設全体で見ますと、欠員が有りとなされたのは32.3%で、実際には70%の施設が充足しているだけであるということで、32%の病院においては欠員がある状態でした。



この欠員のある状態の病院で、男性の医師と女性の医師がどのように分布しているかということを見ますと、全体では男性医師と女性の医師は、男性が78.3%で女性が21.7%ですが、経験5年以上の者になりますと男性医師が主体です。ところが経験5年未満になってきますと50%を超える医師が女性になってきます。ですから、女性の医師がどんどん増えてきているのは明らかです。

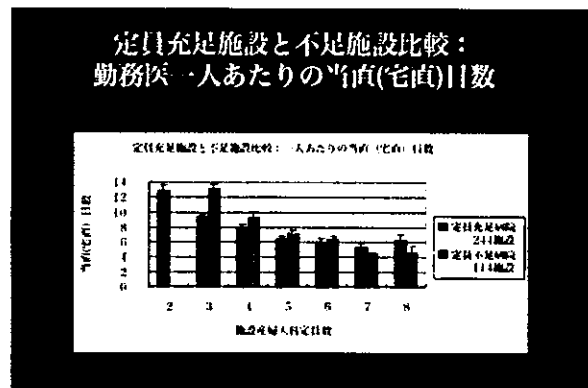


それとともに日本産婦人科医会の会員の年齢構成を見ていきますと、50歳以上が56%を占めているということになります。そして実際に1985年の時の年齢分布ですが、これが現在は70歳以上の年齢が増えてきておりまして、段々高齢化していくということが明らかになってきております。

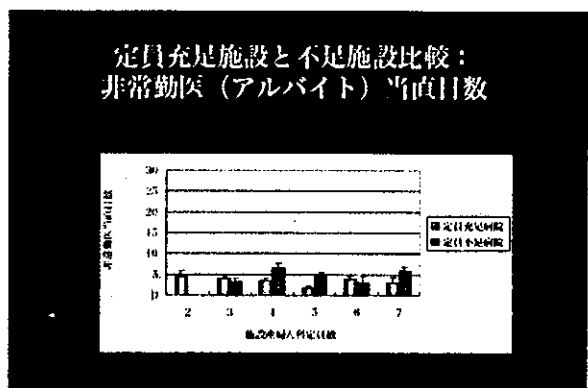


そして、産婦人科の定員充足施設における拘束日数、これはオンコールあるいは当直その他でどのようになっているかということを見ますと、当直は2人が勤務しているところであれば、1ヶ月に10何日間ということになります。それで

も大体5日以上当直をこなしているところが多いということになります。それに対して、どの病院も緊急時に備えて拘束されるオンコールというのがございますので、これを見ますと、非常にたくさんの日にちが拘束されているということが分かってくると思います。



充足している病院と充足していない病院における勤務医1人あたりの当直日数はこういう形になりますけれども、不足をしているところではもっと当直の日数が多いという傾向がございます。ですから、定員が不足のところでは、大変仕事量が増えてきているということになります。



アルバイトを雇っている病院がどれくらいあるかということになりますと、アルバイトの人の当直日数もこれくらいのことをカバーしていただかないとやっていけないということが現実としてございます。