

I: 上ですね。今は上です。

司会: 上のお子さんが中……

I: いえ、高校生です。

司会: その子を起こして、お弁当を持たせないといけないんで、前の晩、泊まっていくわけにはいかないと。

I: そうですね。朝、6時前には起きて、7時に送り出さないといけないんですけど、私以外は寝ぼすけなので、そういうことは全然できないんです。だから夜遅くの仕事はします。夜中の緊急カイザーも行ってます。だから6時までには、部長には決断してくださいって……。お弁当に帰れる、間に合うように帰らしてほしいので、へんに引っ張らないでくれって……。

司会: そうすると、今後も当直に復帰することは、下のお子さんが高校出るまで、ちょっと難しいなと感じるわけですね。

I: 難しいなと自分では思っていました。

司会: 分かりました。先生が今までいた病院って、かなり革新的なところですね、それね。そういう幼稚園にまで送って行ってきて、というシステムを作り上げてきたっていうのはすごいですよね。

I: 京都の▽▽病院です。

司会: ▽▽病院は、良い病院なのかもしれませんね。

I: そういう意味では……。

司会: 部長については、結局、たとえば××先生なんか、かなりマゾっ気が強い方ですよ。ああいう人ばかり部長やったらいいのと思うんですけど。たぶんでも、そのうちですね、ほんとに女性だけの病院できると思うんですよ。部長も女性、下も女性。どうしたらいいですかね。どうぞ。

E: だんだんと、みんながしゃべるうちにみんなも言いやすくなるのかな、と思つてるところがあるんですけども。やっぱりバランスだと思うんですね。今、H先生がおっしゃったように、昔はそういうこと、やっぱり言えなかったし、自分たちも考えれなかったし。それで、世間の流れによって、自分たちの理想とする像も変わってくるし。仕事でも、自分の同じ科、違う科の同僚でも、やっぱり取られたくない仕事というのあれば、もちろん家族や子どもも優先させたり、習い事もこうさせたり、子どもの面倒もこうしたいというのもある。だけど仕事にもっと食欲にいかなければと思つても、できないということであれば、そのワークライフバランスはまた自分の中で、けりを付けるところがあると思うんですね。ただ、意欲があるのになかなかかなえられないという状態は、非常に残念だと思うので、そこはやっぱりまたシステムとか、こういった話し合いをすることで解決して欲しい。どこへ持っていったらいいんだろう、ということもありますけれども、こういう話し合いをやっぱりすることで、お互い、それぞれ立場が違ったりすることを、ほんとにディスカッションすることで想像したり、自分の違う立場の人が、今、何を悩んでるかがわかる。今、子育て女医の意見がよく出てますけれども、逆に今、現実、子育てされてなくて、仕事にさく時間が多くて、頑張っておられる先生にも、それぞれの望むこと、理由もあると思うので、そういったことがやっぱり上手い形で、みんな話し合える環境の場が整って、こういったかたちで公で話し合えればよい。女医会っていうのは毎年やってますけれども、なかなかそういったところまで、お互い話し合う時間もないです。また今、数も増えてきて、いろんな形態をしてる人間が増えてきたので、これからうちの医局というか、これからほんとに大きな問題になってくる、みんな考えざるを得ない問題だと思うので、ぜひぜひ、こういう公の会の場で、みんながいろんな意見を出し合う場を作ってってもらいたいなと思います。仕事に関して、いろんなパターンが、多様性があって、そこに自分が行きたいので、なんとか自分の家族や環境を自分の力で、子育て女医も整えていくという、やっぱり覚悟がないとなかなか他力本願だけでは、あきらめないといけないものも自分で決めていかないといけないと思いますし、それを人のせいにしない人生を送れるように、覚悟も決めていかないと。みんな、通ってきてるとは思いますけれども、そうしないといけないと思いますし、同僚とのバランスですね。自分もこうしたいとか、こうさしてくれ、はっきり言つても、それはちょっと、ということにやっぱりなることはよくあることだと思うので、そういうバランス感覚を、人間関係を含めて、調整を取るためにも、こういった話し合いの場とか、医局全体の雰囲気であったり、そういったコミュニケーションを女医の中でも大切にしていきたいなと思うし、ほかのそういった、子育て女医の場合は子育て以外の先生方や、例えば男の先生とかの、やはりQOLとか、そういった仕事の充実だとか、そういっ

たものも上がっていかないと、もちろん全体的に解決しない問題だと思うので。で、どうするっていうのは、なかなか難しいんですけども、まずは今みたいに、個々の先生の話は個々の先生の話なんですけれども、どんなふう実際に子育てしているのか、こういった形で教授をはじめ、部長を担当してくださる上の男の先生が、実際はどうなんだろうということを、やっぱり知ろうとしてみてくださいはすごくありがたいですし、そういった会に、ささいなことでも、若い先生もみんな意見を言っていてですね、そして、全部の意見を全部聞いていくっていうことはとてもできないと思うんですけど、その中である程度方向性を決めていかないと、実際、動いていかないような状況にもきてると思うので、いろいろ意見を、一言でもみんな、言っていっていただけたらどうかな、と思います。

司会： ありがとうございます。僕の言いたいことを言っていただいて、大変ありがとうございます。せつかくの機会ですから、皆さん、一言ずつぐらい、何か思いのたけを述べていただければありがたいと思います。どうですかね？

J： 今、◇◇病院に勤務しております、Jです。皆さんすごく意欲があるっていうのが、このアンケート、見せていただいて、ほんとにみんな頼もしいと思っているんですけども、みんながたぶんがん研に行きたいとか、ラパロやりたいと思っても、基本的に「私、行きたい、行きたい」というのが、おそらく手を挙げて、「行きたい」と言える雰囲気じゃないかなって……、私のいた時代は、そういうふうに思います。子育てとかいろんなことで、どうしてもちょっと迷惑をかけた、お休みもらったりして、引け目があるところにさらにこんなことをやらせて、って言ったら、「何言ってるんだ」という雰囲気があると思いますし、そういうことでなくても、子育て中はみんなに迷惑をかけてる、っていうのがあって、やりたいことの方は辛抱しようという雰囲気になっていると思います。もちろんこうやって女医が子どもを産んだりして、育てていくには、ハード面の、保育所とかいろんなベビーシッターとか、いろんなことの補助はすごい大事なことで、それぞれの準備資金なんかも大事だと思いますけれども、やはり同僚のシンパシーとか、上司の理解というのが、やっぱり一番大切かなと思うんですけども、それを得るためには、女医のことだけではなくって、産婦人科っていうか、ひいては医師全体の労働条件というんですか、そういうのをちょっと一緒に良くしていかないと、余裕がないとか、「あ、いいよ、いいよ、休んでいいよ」って言う優しさが生まれてこないと思うので、女医のことを進める時に、できれば、どうしてもしわ寄せがいつてしまったり、当直の回数が増えてしまうほかの先生方のことも、ちょっと一緒に挙げていただく方がスムーズにいくんじゃないかな、と思います。

司会：　そうですね……。だから、本当はここに男性医師が来て、全然OKやと思ったんですけど、ただ、話がまとまらないようになってしまったので、ちょっと今回は皆さまだけをご招待しました。絶対数が少ないということがあるので、簡単ではないですけど、でも、結局、先生方が今丁度、J先生がおっしゃったように、もちろん子どもを産んで、育てているということに引け目を感じつつ仕事をするという、その感覚をなくさないことには、本当の男女共同参画社会なんて実現しないんだと思うんですよね。その感覚をいかにして消失させるかを、これから努力せんといかんのやろう、と思うんですよね。根本的なところはやっぱり、新しい人たちに入ってもらって、余裕を取り戻すことやと思うんですけど。そのためには、こんなふうに滋賀県は努力していますよ、というようなことを見せないことには、新たな人が入ってこないというか、負のスパイラルから脱出しなければいけないと思ってます。どうですか？あと、なんか発言してない先生、あるいは発言が足りない……。何か追加をいただけないですか？　これだけの女性医師を一同に集めるっていうのは結構難しいっていうか、これでもお手紙を書いた方の半数ぐらいなんですよね、それぞれお仕事やPTAの会がある、とかっていうことがあって。毎年のようにこういうのをやる、というのも一つの手なんですけども、休日にはなかなか皆さん集まってもらうのも、ほんとに難しいと思うんですよね。なので、もう終わりにしてもいいんですけど、ぜひこの機会やということで、何か言うてもらえませんか？　じゃあ、Kさんからいきますか。

K：　□□病院で非常勤で働かせてもらってますKです。私のような三下が発言するのもちよっと気が引けるんですけども、今、私はちょっと去年病気をしたところなので、今、週4回、平日の日勤だけでお世話になっていて、研修の経験はあるんですけども、本当に、さっきから何回も話が出てるんですが、部長はじめ、□□先生とか周りの先生方も、ほんとにすごい理解があって、すごく不十分の働き方であるにも関わらずいろいろ手術とか、外来のことも指導してくださって、すごく働きやすい環境で働かせてもらってます。子育てとか、結婚してる方の、っていう立場ではないんですけども、同じような感じで、全然不十分な状況でしか働けてなくて、やっぱりそのしわ寄せっていうか、その分たくさん働かなくっちゃいけない人が周りにいて、もっと上手く言えないんですけど……。ただ、でもそのフルで働いて、その人たちのサポートをしている先生方でも、やっぱりそれぞれ何か、家庭のことであったりとか、自分のことであったりとか、いろんな人にいろんな事情が絶対あるんで、そのフルで働いているからといって、その状況がすごくいい、ベストな状態っていうわけじゃなくって、それぞれに負担があると思うので、その周りがサポートしてフルで働いてくれてはる先生たちの……。しんどくない環境というか、みんながしんどくない環境を作ることでしか、

やっぱり根本的には解決にはならないと思うんですけど、そうしようと思うとやっぱり人数が絶対的に増えていかないと、そこからすべてが始まるような気がするんで、普通のなんか一般企業とかに勤めてる友人とかの話の聞くと、なんかみんな有給とかもすごい自由に、みんな夏休み取ってたりとか、自分の、例えば事情だけで有給を楽に取って、それで別に、周りの人間が何も思わない環境があるってというのは、やっぱりそれだけゆとりがある環境で働いているからそうなのかな、というふうに思うんです。で、例えば公務員の友人とか。そういう状況を作るには、やっぱり人を増やさないと始まらないと思うので、今、一番することは、すべきことは、産婦人科の数を増やすために、これから新しく、今、今日、学生さんとかも来てくれてはるんですけど、が、産婦人科に、この状態やったら入っても、なんかやっていける、なんか楽しそうやな、って、産婦人科っていう科自体は、すごく、絶対的に魅力がある科やと自分では思っているんで、そういう人数を増やす努力をもっとしていけたらなと思います。まとまりがなくてすみません。

司会： ありがとうございます。実は最後に、この会終わる時に、その話をしようと思っていました。どうもありがとう。この会の結論というわけでもないとは思いますが、今みたいに勤務でたいへんな状態を解決するには、それは結局先生方のそばにいる学生さん、研修医をなんとかこの産婦人科に入れるように、先生方に努力していただきたいというか、ほんとに、最後をお願いしようと思っていたことであります。そうしないことには立ちいかないという事実が、間違いなくあるので。女性が活躍している職場というところ、一つ、小学校の先生とか、ああいうところがありますよね。ああいうところをモデルにする必要があると思うんですけども、例えばあそこっていうのは産休補助教員っていう制度があるわけですよね。産休に入った瞬間に次の人を雇えるわけです。でも、大学に確認しましたがこれも無理ですね。産休、産前、産後8週が終わって、育休に入ったら非常勤みたいな形から、常勤になれるのか、ちょっと分からないですけど、要はその人に払ってるお給料がなくなった瞬間にその人の分のお給料が浮いてくるから、次の人を雇ってもいいよ、っていうような、そういう制度なんですね。ただし、当然育休が終わって、復帰してきた時には、辞めてもらわなきゃいけない。そんな短期間で都合のいい人なんて、世の中にゴロゴロいるわけではないですし、そういう方向でものを考えても多分無理だろうなと。正しい努力をせなかん、というのはそういう意味なんですね。産休に入ったら一人雇うようにしてくれ、っていうような努力を一生懸命して、それが実現したとしても、現実にはたぶん何も解決しないだろう。そういう意味ですけども。だからやっぱりシステムの問題を何とか解決する方向に進むしかないな、というふうに一つ、思ってます。ごめんなさい、

ちょっとしゃべり過ぎました。先生、どうぞ。

L： ●●病院の L と申します。私は子どもがいないので、皆さん、すごく大変な思いをして、子育てしながら、必死で働いている姿を学んで、すごく頭の下がる思いがしていますが。例えば病院の集約化がある程度必要やな、という話はさっきも出たと思うんですけど、私がいる病院の近くに、ほんとに車で5分ぐらいのところに■■病院があって、前々からあそこを一緒にすればいいやんか、っていう話が、ずっとあるんですけど、やっぱり産婦人科に限って言えば、それぞれ長いこと、別の医局の先生が部長をやっている、例えば■■病院が完全主治医制で働いているのに対して、こちらはチーム医療でしていたりとか、あとは部長のキャラが濃いか、例えば●●病院はすごく、産婦人科医にとって働きやすい病院で、小児科の先生が、28週以上っていう制限はありながらも、嫌な顔一つせずに、満床でなければ、しっかり診ていただける。あとは麻酔科の先生の理解もすごくあって、例えばもう早剥ですぐに出さないといけないのだったら、データも何もなしに、すぐにオペ室に入れさしていただけるとか、あるいは分娩室で緊急事態が起きたら、麻酔科の先生を呼んで、そのまま手術室に運ぶとかいうこともしていただけるぐらい、双方そういう体制が整っている。そういうのをこう、どちらかの病院に集約して、っていうのが、現実問題、すごく難しいな、というところは感じます。

司会： 先生がおっしゃる通り難しいと思うんですけど、医局が違うとか言うこともあるんですけど、例えば F 先生に、「お前が決めろ」と言われて、僕も決めたいと思って動いたりするとですね、だんだんここに来て、長くなってくると、情報がそれぞれ入ってくると、今、先生がおっしゃったようなことが起こるわけです。産婦人科をこっちに移したらええやん、って、でも、麻酔科とか小児科はこっちの方がいいんだ、という話になると、こう、簡単にはやっぱり動かせない。産婦人科だけの問題じゃなくなってくところがあるんですよね。結局、患者さんのためになるような動きをすべきだという、これが王道ですよ。で、僕らの都合でこうしようとしても、例えば●●病院の方が産婦人科が働きやすいなら、みんなそちらに移ってもらえばいいっていう話にもなるんですけど、今度は、行政の方は、地域周産期母子センターの看板は、自由に挙げさせたり取り上げたりすることはできないとかですね。もういろいろ複雑なことがからまって、なかなか決め難い。でもこれは、いいわけですね。これから決めるようにしたいと思います。そういう大きな流れは作ろうと思います。この前京大の小西先生ともお話をしましたし、京都府立医大の北脇先生とも協力をしていこうと言っていたので、大きなうねりは作り上げるつもりではありますけど、それはちょっとまた別の機会に

お話しする機会があると思います。あと、どうですか？ 女性の問題で……。

M : すいません、◆◆病院のMと言います。数々のアンケートの結果を見ていて、最終的に思うのは、結局女性医師、子どもがいようが何だろうが、その人それぞれの意欲次第なんだろうな、とは思いますが。その意欲の話とちょっと別になりますけど、産婦人科医に、産婦人科にどう人を集めるか、っていうところで、やっぱり今、どうしてもマイナー科に若い先生が流れていく傾向がある中で、産婦人科がどこが悪いのか、となると、やっぱり当直かな、と思います。当直、若い男性医師にとっても、当直の数がすごく負担で、特に今、大学の男性の先生は、月13～15回が普通だったということで、経済的なことも考えてそれだけの数になるんだろうとは思いますが、やっぱり今……、私のような若輩者が言うのもなんですけれども、やはり女性医師もできることはやっぱりやる、やっていくことが滋賀県全体の産婦人科医の活性につながるだろうと思います。で、もちろんそれぞれ皆さん、事情に応じて、当直やりたくてもできない先生も、もちろんいらっしゃるし、それは分かる、分かりますし、生活があつての仕事ですから、それを崩しては昼間の仕事もできなくなると思うので、それは正しいとは思いませんけれども、意識を高めると言いますか、ほんとに大先輩の方々に前にしてこんなことを言うのもあれなんですけれども、ちょっとずつでも、例えば週末の日直を、今、二分割でやったらどうか、という話が出てますけど、それを例えば昼間をさらに二分割してみるとか、午前だけとか、午後だけとか、夜はちょっと今、男性の先生にお願いしている傾向が、大学はありますけど、そういうふうなことを一般病院でも取り入れてみるとか……。あとは……、私の知ってる、大学病院ではないですけども、外の病院ですと、当直明けが1日休み、京都の▲▲病院とか、それで私の同期の先生が入ったんですけども、産後2ヶ月で復帰して1年たつ前から当直にも戻っていらっしゃいますし、やっぱり翌日休みだからできると、彼女は言っていました。それはマンパワーなんだろうと思いますけども、やっぱり上の先生にお願いするのは、やっぱりその日によって、翌日休みというところで、女性医師の意識をちょっと高めていただく。あとは日直に関しても4分の1分割のようなことにすれば、そういうことの体制を考えていただく。あとはもう女性医師の家族、I先生のお話にもありました、家族の協力というか、理解してもらって、産婦人科の現状を。家族懇談会みたいなものをしてもいいのかもしれないかと思えますけども、私の場合は、主人がどちらかと言えば頑張れと言ってくれるので、今のところは背中を押されて、なんかやってるようなところがありますが、主人は野洲病院で研修をさせていただいたので、産婦人科の現状を少し垣間見ていることもあるので、それが一番大きなところかな、と思います。やはり産婦人科の家族が愚痴を言うだけでもいいですけども、ちょっとご主人や家族、お子さんと

かも、交えて話をする。それからもちろん家族、子どもがいなくても、親の介護なんかでご苦労されてる先生もいらっしゃると思いますし、そういう先生のお話もお伺いしたいと思いますし、みんなで、それぞれが意識を高めて、男性の先生の負担を少なくする、っていうだけではなくてですね、村上先生がおっしゃるように10年後は私たちが何とかしないといけない時代も、ひょっとしたら来てしまうのかもしれないので、それに向けて頑張っていかないといけないな、と思います。そのために、部長を背負えるような女性医師を育てるような環境を、できる環境を作っていただくのと、われわれの意識だと思います。

司会： 力強い決心の言葉、ありがとうございます。H先生、お願いします。

H： すいません、ちょっと最後の方、子育ての話に終始してしまっているのですが、ちょっと全然違うお話なんです、最初の年齢分布から言うと、たぶん私はこの中で最年長だと思いますので、ぜひ若い先生にエールというか、送りたい。私の教育を受けている時代はサブ・スペシャリティーという言葉が、まだあんまりなくて、ちょっと自分の個人的な事情とか志向もあって、あんまり大学に置いてもらえなかったとか、いなかったというのもありまして、大学病院に、もうほんとに最短ぐらいしかいなかったの、余計そうだったのかもしれないんですけど。今の若い先生、うちの病院にもローテーターもたくさん、女子も男子も来ますし、若い先生、産婦人科の後期研修の先生も見てても、すごく勉強も良くできるし、男女とも優秀だということを実感して、日々、おしりに火が付いてるといふか、後ろからせきたてられてるような状態なんですけど。サブ・スペシャリティーを志向される方が、先ほどのアンケートでも多かったですし、なのでいろいろ難しいことはあると思いますが、ぜひ今、サブ・スペシャリティーを取りたい、何かを専攻したい、あるいは極めたいと思っている人は、ぜひそれを実現していただきたい。その専門医とか認定医とか、指導医とかっていうことが、最終的には芸は身を助くじゃないですけど、最終的に自分を高く売る時に、非常に役に立つと、持ってない私からも、非常にそれは思います。皆さんは努力家でもあり、勤勉でもありますし、大学時代とか研修医の時代に非常によく勉強されているっていう資質があれば、必ずいけるといいますので、ぜひその志を持ち続けていただいて、それをどう実行するかは、村上先生に考えていただくとして、まずその志を持ち続けるということが、何よりも大事なんで、ぜひそのところは、皆さんに頑張っていたきたいと、心から、子どもがいがうが、いまいが、結婚しようが、しなかりうが、そこんところは、医師として一生やっていく限り、すごく役に立つんじゃないかな、というふうに思いますので、私は残念ながらそういう機会には恵まれませんでした、ぜひ頑張っていたきたいと、今日は若い先生が多いの



で、お伝えしたいと思います。

司会： ありがとうございます。場をまとめていただくような、夢のある、建設的な意見でした。今ですね、もう6時半になろうとしているので、どなたかご意見、ないですか？ よろしいですか？ じゃあ、しまいになりますか？ 思うんですけどね、今は、表面上は女性医師の問題というふうになってますが、これは実は男性医師の問題でもあると思うんですね。男性医師が育児休暇を取る時代に入っていますから。大きな問題は、世の中で男女共同参画社会の実現と言っているのに、比較して、日本はどうしてもそれが難しいのは、僕らの仕事には当直が付いて回るからなんですよ。会社員で9時5時で済んでるような仕事を僕らもしていたら、もうちょっと何とかなってるんです。僕らの仕事はどうしても、別に産婦人科だけじゃなくて、どうしても医師は当直が付いて回る。そうすると、そういう当直ができない状況の人が生まれた瞬間に、比重が、偏重がどつと来るという、これは構造不況の問題で、もしかしたら将来は、当直できない女性は、女性っていうか男性でもいいですけども、日勤形態で、夕方来れるような人が、それをメインで仕事するような、二交代制みたいなものを作る方が、解決には早いのかもしれないな、などということ、妄想ですけども、考えたりしています。これ、本当に今からシステムを作り始めないと、今考えて、来年の4月から進めるとかしないと、簡単にはできないことなんで。意識を変えなきゃいけませんし。それこそ主治医制が生き残ってるっていうのは、患者さんが私の先生はこの人、って思ってるからですね。「私がこれからお産に臨もうとしてるのに、先生、帰ってしまうんですか？」みたいなことを平気で言いますから。チーム医療を根付かせるだけじゃなくて、そういう住民の方々の意識も変えてもらわなきゃいけないというのがあるんですよ。日本人には難しいかも知れませんが。なのでもうこれ、たぶん僕が教授職を終わるくらいの時に何か変化が起こっていたら、まあ御の字かな、と実は思っています。ただ、そのためには今から始めないと、もう間に合わない、たぶん……。今日は皆さま、先生方にいただいたご意見、大変参考になりました。ありがとうございます。これを参考にして、正しい努力を務めるように努力したいと思っています。

今日はこの会は、もうこれでおしまいになりますけど、話はこれで終わりではないんですよ。なので、どこかの研修会でも、飲み会でも、お会いしたらですね、「先生、こういうことを考えてます、こうしたらいいんじゃないですか？」という話を、ぜひいただきたい、手紙を書いてくださいという気もないですけども、会った時にぜひ声をかけてですね、こういうことをしてもらおうとありがたいというような話を、ほんとにこれからもずっと待ち続けておりますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思っています。ほんとに、それじゃあ、もう2時間にわたってです

ね、結構意味のある会になったんじゃないかなと、僕は本当にありがたく思っています。せっかくの土曜日の良い時間にお集まりいただき、最後までディスカッションしていただきありがとうございました。それじゃあこの会をクローズしたいと思います。本当にどうもありがとうございました。

#### IV. 終わりに

いかがでしたでしょうか。

本報告書の表紙には滋賀県産婦人科女性医師フォーラムのポスターを配しました。その中に掲載した和歌は藤原定家の作です。この歌は、新古今集に入っている式子内親王の作である『玉の緒よ 絶えなば絶えね ながらへば 忍ぶることの 弱りもぞする』という歌の本歌取の一首とされます。式子内親王の歌は、小倉百人一首に選ばれているので、こちらには皆様もよくご存じのことでしょう。ちなみに、この歌は忍ぶ恋を題材に詠み上げた恋の歌であり、一説には、その恋の相手は小倉百人一首の選者である定家であったとも言われています…が、閑話休題。

『思うこと むなしき夢の なか空に 絶ゆとも絶つな つらき玉の緒』

この定家の一首を掲載したのはもちろん歌に纏わる恋愛云々の話ではありません。たとえば想いが途中で絶えても女性医師の皆さんにはキャリアを絶たないで欲しいという願いを重ねています。無論小生も、むなしき夢に終わらぬように「正しい」努力を続けていく所存です。皆様のご意見をお待ちしています。

村上 節  
2011.12.13 記



厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)  
地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究  
(分担) 研究報告書

分担研究課題：秋田の地域事情に即した周産期医療専門医の育成プランの構築  
研究分担者 寺田幸弘 秋田大学大学院医学系研究科産婦人科学講座 教授

## 研究要旨

ここ数年産科医の減少、女性医師の増加、地域による偏在がますます顕著となり、現在の医療システムの改革なしにわが国の周産期医療、特にハイリスクを扱う病院の診療を維持できない状態となってきている。特に地方における病院勤務医はリスクの高い産婦の診療に携わり、労務環境は改善せず離職するという傾向にある。広い地域に少数の分娩が散在する秋田県の状況に合致した周産期医師育成システムを考案することを今回の研究目的とした。秋田県の産科施設すべてに関して平成21年、22年度の周産期の実数調査と地域を担う医師の現状への意見を募った。また、年に4回開かれる秋田県産科婦人科学会集会時に各病院の代表が集まり、秋田の実情に即した周産期医療専門医のありかたについて検討を重ねた。それらの結果に基づき秋田県の実情に即した「地域周産期医育成システム」を作成した。このプロジェクトを今後提言、実行していく。

## A. 研究目的

地域における産科医療システム整備とモデル構築の構成で、産科医療が危機に瀕しているなか、新しい制度設計を提言し、地方と全国のバランスをとり、産科医療の安全性を担保するための施策を検討する。広い地域に少数の分娩が散在する秋田県におけるこの目的に合致した周産期医師育成システムを考案することを今回の研究目的とした。

## B. 研究方法

### 1：秋田県の産科施設の実情調査

秋田県の産科施設すべてに関して平成22年度の分娩件数と常勤医師数、産科スタッフ数の調査を行った。また、年に4回開かれる秋田県産科婦人科学会集会時に各病院の代表が集まり、秋田の実情に即した周産期医療専門医のありかたについて検討を重ねた。それらの結果に基づき秋田県の実情に即した「地域周産期医育成システム」の素案を作成し、県内の産科中核システムの代表者によるブラッシュアップを行った。

## C. 研究結果

### 調査会合で明らかになった秋田周産期医療の実情と医師育成上の問題点：

○ 秋田は気象が厳しい広大な地域に少数の分娩症例が散在する。このような地域では手技習得に必要な症例を経験するまでに多大な時間

が必要とされる。すなわち、医師数を増加させただけでは解決されない学ぶ機会が少ない実情が存在する。さらには、医師が学習する期間、赴任地域の周産期医療を代わりに保守する人材も地方では存在しない。すなわち、離れられない、学べない実情がある。

○ 周産期専門医に求められ母体から胎児・新生児を一連として診療する力を系統立てて教育する場が存在しないことが明らかになった。これを一連の医学医療として学習させるシステムが必要である。

秋田のような地方で総合力を有する周産期医師を養成するには、この2点を解決する方策が適していることが明らかになった。

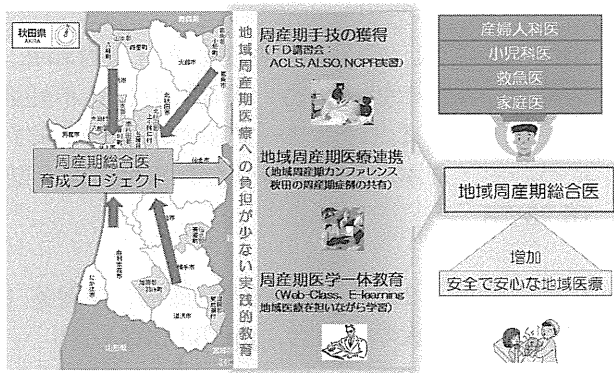
### 秋田県地域周産期専門医育成システムの概要(図1)

#### (概要構想)

秋田の周産期医療を維持しながら「地域周産期総合医」育成を現実にするため、集約シミュレーションセンターとWebを用いた教育を融合した育成システムを整備する。それらを全国に周知展開し広く研修希望者を募り、秋田の地域周産期医療の再生と活性化をはかる。

以下の事業でプロジェクトは構成される。

## 秋田の医療事情に即した周産期総合医育成システムの構築と展開



### ○遠隔病院でも周産期各分野の臨床手技が習得可能な Web class のカリキュラムの作成と受講システムの普及

産婦人科および小児科より指導教員を確保し、各分野の臨床手技を、Web-Class（当大学のインターネットを使用した講義システム）を用いた形式で講義し、重要点などの整理を行う。教材は、産科指導医と新生児科指導医により、周産期医療として母体から胎児・新生児へと渡る一連の学習が可能となる内容を盛り込んで作成する。

### ○スキルアップ用 FD 実技講習会の開催

周産期医療に必要な種々の学際的領域に関する研修会、すなわち ALSO（産科救急：産科）、NCPR（新生児蘇生：小児科）、ACLS（成人蘇生：麻酔科）、JATEC（外傷初期診療：救急）による FD 実技講習会を開催し、地域周産期総合医に必要な知識、技能を身に着ける機会を与える。

### ○全県的周産期シミュレーションセンターの設置と稼働

診療業務を行いながらも使用しやすい環境を得るために、秋田大学医学部メディカル総合シミュレーション教育センター内に周産期総合医師育成シミュレーターユニットを設置する。具体的には分娩シミュレーターと超音波診断シミュレーターを設置する。これらを整備し、全県の施設に紹介し解放する。使用に関しては設置予定の事業ホームページ上に予定表を作成して、全県の産科医師が空いた時間に大学に来校し、短時間で効率的に学習ができるようにする。

### ○シミュレーションセンター施設内での合同カンファレンスの定期開催とインターネットによる中継

県内の周産期関連病院と産科新生児科との合同カンファレンスを定期的で開催する。このカンファレンスを通じて、母体から胎児・新生児への一連の周産期医療症例の検討を行う。学内の医師キャリア形成支援センターで構築されているテレビ会議システムとインターネット会議システムを用いて、参加病院の産科医および新生児科医を含めた周産期カンファレンスシステムを構築する。秋田におけるそれぞれの症例を共有して経験することにより、地域事情が加味された周産期医療の研修が効率よく行われる。

### D. 考察

周産期総合医育成プロジェクトは地域の实情に沿ったものでなければ稼働できない。分娩を少数の施設に集約化し、大規模分娩施設のなかでそれを稼働する、いわゆる〈集約化〉は交通網の発達した都市地域でなければ実行不可能である。翻って秋田は広大な地域に少数の分娩が点在し、また冬季の気象事情も厳しいためこれ以上の分娩施設集約化は危険をともしない不可能である。

今回考案した〈秋田県周産期専門医育成システム〉はインターネットを駆使し、またシミュレーションセンターを全県的に使用できる充実したものにすることにより、希望者が現在担当している地域周産期医療を守りながら学習できる秋田の实情に整合した新しいシステムである。また、地域の周産期事情を体験しながら育成された地域周産期総合医は、その地域に必要な知識、技術を携えた新しい総合医の姿を創造してゆくことが期待される。

### E. 結論

広大な地域に分娩症例が点在する秋田県の实情を周産期専門医育成という観点から分析し、その育成のために必要な事項を明らかにした。その知見に基づき「地域周産期育成システム」の概要を練り上げた。今後、本施策を現実化する事業の展開を企画する。

### F. 研究発表

#### 1. 論文発表

1) Shibuya, Y., Terada, Y., Kumagai, J., Kumazawa, Y., Saito, M., Hoshiai, T., Yaegashi, N. (2011) Management of pregnancy achieved by oocyte donation to a woman with 47,XXX and POF. *J Mama Ovs Res*, 28, 139-142.

2)Ogawa,M.,Sugawara,T.,Sato,A.,Tanaka,T.(2011)  
1)Distinctive ultrasonographic finding of complete uterine rupture in early mid-trimester. *J Med Ultrasonics*,38(2),93-95.

3)Ogawa,M.,Nagao,D.,Mori,K.,Kamada,K.,Sato,A.,Terada,Y.(2011)Is a pericardiocentesis need for preventing hypoplastic lung in case with massive pericardial effusion? *Prenat Diag*,31,917-918.

4)Ogawa,M.,Nagao,D.,Mori,K.,Sato,M.,Shimizu,D.,Terada,Y.(2012)Elastography for differentiation of subchorionic hematoma and placenta previa. *Ultrasound Obstet Gynecol*,39(1),112-114.

5)Ogawa,M.,Sato,A.,Mori,K.,Nagao,D.,Kamada,K.,Sato,M.,Terada,Y.(2011)Clinical significance of amniotic fluid glucose concentration in polyhydramnios. *J Matern Fetal Neonat Med*(in press) 【Epub 2011 Oct 14】

6)Kawamura,K.,Kawamura,N.,Kumazawa,Y.,Kumagai,J.,Fujimoto,T.,Tanaka,T.(2011)Brain-derived neurotrophic factor/tyrosine kinase B signaling regulates human trophoblast growth in an *in vivo* animal model of ectopic pregnancy. *Endocrinology*,152(3),1090-1100.

7)Kawamura,K.,Cheng,Y.,Kawamura,N.,Takase,S.,Okada,A.,Kawagoe,Y.,Mulders,S.,Terada,Y.,Hsueh,AJ.(2011)Pre-ovulatory LH/hCG surge decreases C-type natriuretic peptide secretion by ovarian granulosa cells to promote meiotic resumption of pre-ovulatory oocytes. *Human Reprod*,26(11),3094-3101.

8)Miura,H.,Ogawa,M.,Hirano,H.,Sanada,H.,Sato,A.,Obara,M.,Terada,Y.(2011)Neutrophil elastase and interleukin-6 in amniotic fluid as indicators of chorioamnionitis and funisitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,158,209-213.

9)赤平沙恵子, 能登彩, 久保真一, 佐藤敏治, 柴田悟史, 松井俊彦 (2011) 塩酸リトドリンの投与後

横紋筋融解症症状を来した妊婦の一症例. 日本産科婦人科学会秋田地方部会誌16,15-18.

10)熊澤由紀代, 熊谷仁, 白澤弘光, 河村和弘, 兒玉英也, 寺田幸弘 (2011) 当科における不妊症患者に対する子宮内膜ポリープ除去術後の妊娠予後について. 日本産科婦人科学会秋田地方部会誌16,25-28.

11)寺田幸弘 (2011) 卵子核成熟機構. 森嵩英 (編) 卵子学. 京都大学出版会, pp283-292

12)宇賀神智久, 寺田幸弘 (2011) 卵子加齢の機序とその対策. 森嵩英 (編) 卵子学. 京都大学出版会, pp603-613

13)河村和弘, 田中俊誠 (2011) 神経栄養因子. 森嵩英 (編) 卵子学. 京都大学出版会, pp239-520

14)河村和弘, 田中俊誠 (2011) 胚発育における傍分泌・自分泌調整. 森嵩英 (編) 卵子学. 京都大学出版会, pp806-817

15)小川正樹, 新井浩和, 吉野裕顕, 真田広行, 後藤良治, 小原幹隆, 松田武文, 細谷直子, 米山法子 (2011) 周産期医療連携強化推進事業 秋田県周産期死亡調査 平成 21 年度調査報告書

16)小川正樹, 新井浩和, 吉野裕顕, 真田広行, 後藤良治, 小原幹隆, 松田武文, 細谷直子, 米山法子 (2011) 周産期医療連携強化推進事業 秋田県周産期死亡調査 平成 22 年度調査報告書

## 2. 学会発表

第 47 回日本周産期・新生児医学会, 7 月, 札幌

1)清水大, 小川正樹, 長尾大輔, 森耕太郎, 鎌田久美子, 佐藤朗, 寺田幸弘 (2011) 前置胎盤に対する経膈的妊娠中期中絶に関して.

2)真田広行, 三浦広志, 細谷直子, 平野秀人 (2011) 妊娠中期に重症妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離等を繰り返した後に生児を得たプロテイン S 欠乏症の 2 例.

3)細谷直子, 三浦広志, 真田広行, 平野秀人 (2011) 分娩時における羊水補充の有効性について.

4)熊澤由紀代, 小川正樹, 佐藤朗, 長尾大輔, 森耕



太郎，鎌田久美子，寺田幸弘（2011）羊水過多症における羊水糖濃度測定の有用性.

s 5)長尾大輔，森耕太郎，鎌田久美子，佐藤朗，小川正樹，寺田幸弘（2011）妊娠第 1 三半期から認められる胎児孤立性心嚢水で肺低形成は発生するか.

6)森耕太郎，小川正樹，長尾大輔，鎌田久美子，佐藤朗，寺田幸弘（2011）胎内輸血療法を施行した妊娠18週先天性パルボウィルスB19感染性胎児水腫の一例

2.第 63 回日本産科婦人科学会学術講演会，8 月，大阪

1)小川正樹，森耕太郎，長尾大輔，鎌田久美子，佐藤朗，寺田幸弘（2011）分娩時出血量と肥満に関する後方視的検討～妊娠中の肥満は帝王切開術の適応となりうるのか～.

2)佐藤朗，下田勇輝，森耕太郎，鎌田久美子，小川正樹，寺田幸弘（2011）当科における羊水過多症と羊水中糖濃度の検討.

3.平成23年度「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革 公開フォーラム」，1月，東京

1)熊谷仁（2012）秋田の現状：離れられない、学べない.



平成 23 年厚生労働科学研究費補助金  
「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正  
配置に関する研究」 主任研究者 海野信也

### 分担班研究

産婦人科診療所の将来の在り方に関する研究

平成 24 年 1 月 31 日

成城木下病院 木下勝之  
日本医師会総合政策研究機構 江口成美

## 内容

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 調査の背景と目的 .....             | 3  |
| 1. 産科医療施設と産科医 .....        | 4  |
| 1. 産科診療所数 .....            | 4  |
| 2. 産婦人科医師数と分娩取り扱い医師数 ..... | 6  |
| 3. 産婦人科医師数　－男女・年齢別 .....   | 12 |
| 2. 地域別にみた分娩の現状 .....       | 14 |
| 1. 診療所分娩率 .....            | 14 |
| 2. 地域別指標と診療所分娩率 .....      | 16 |
| 3. 産科診療所の現状 .....          | 18 |
| 1. 聞き取り調査 .....            | 18 |
| 2. 産科診療所の運営 .....          | 22 |
| 4. 産科診療所の今後の活用に向けて .....   | 24 |
| 1. 現状のまとめ .....            | 24 |
| 2. 分娩取り扱い診療所医師のニーズ .....   | 26 |
| 3. 今後に向けて .....            | 28 |

## 調査の背景と目的

### 背景

- 人口の急激な減少が予測されているなか、わが国の出生数の増加につながりうる、よりよい分娩体制・環境を整備していくことが必要である。
- 産婦人科勤務医の不足については、本研究班での平成 22 年度分担研究「地域における周産期医療システムの充実のための研究」で取り扱った。産科医師は平成 24 年時点も依然、厳しい勤務環境のなかで分娩取扱いを行なっており、医師確保策が大きな課題である。
- 一方、全国各地の分娩の状況をみると、診療所での分娩の割合は佐賀県の 74.9%から秋田県の 24.0%(平成 22 年 人口動態調査)と地域格差が大きい。地域事情に応じた分担が行なわれている状況である。
- しかしながら、日本産婦人科医会の調査では、分娩を行なう産婦人科診療所(以下、産科診療所)は、分娩を行なう病院と同様、2006 年より減少傾向が続いており、今後の対応が必要である。

### 目的

- 産科診療所の活用は病院勤務医の負担軽減にもつながる。地域それぞれの産科診療所の現状と全国の診療所分娩医師数の変化から、妊婦のより身近にある産科診療所の今後の活用とその方策を検討する。

### 調査手法

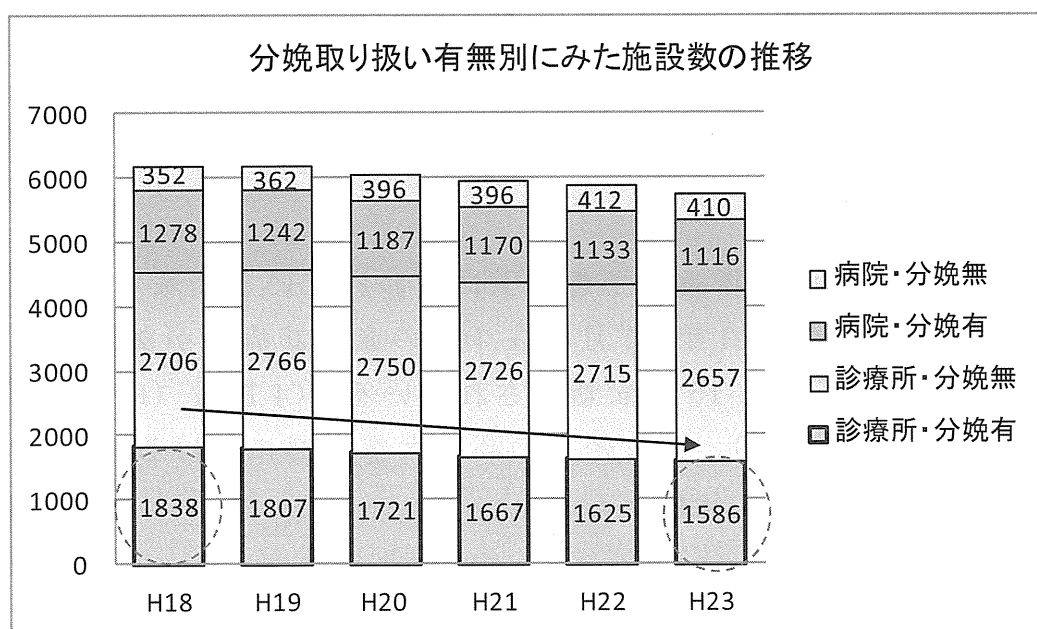
- 都市部、地方部(東京、福岡、埼玉、青森、三重)における産科診療所の聞き取り調査と既存調査から、診療所分娩とその経営の現状と課題を把握する。
- 医師数ならびに施設数の直近データから都道府県各地の病院と診療所の分娩実施の傾向を把握する。また診療所分娩率に影響している要因を把握する。そのうえで産科診療所の活用策を検討する。

## 1. 産科医療施設と産科医

### 1. 産科診療所数

日本産婦人科医会の調査では、分娩を行っている病院、診療所はいずれも減少傾向が続いている（日本産婦人科医会調査）。特に、分娩を行っている診療所は平成 18 年の 1,838 施設から平成 23 年には 1,586 施設に減少している。5 年間で 252 施設、全体の 13.7%が減少している。診療所は開設者の高齢化などで勤務の負担感が増し、分娩取り扱いを中止した施設が増加していることが推測される。

図 1 分娩取り扱いの有無別にみた施設数の推移



日本産婦人科医会施設情報調査 2011<sup>1</sup>

<sup>1</sup>日本産婦人科学会 平成 23 年度 拡大医療改革委員会 産婦人科医療改革公開フォーラム 2011.1.29 中井章人「産婦人科勤務医の就労環境と偏在—日本産婦人科医会調査から」より