

神奈川県産科医師確保対策研究会

提 言 書

～ 県内における安心安全な分娩提供体制を確保するために～

平成 27 年 3 月

神奈川県産科医師確保対策研究会

目 次

1	はじめに	1
2	3つの柱について	2
	(1) 産科医師の集約化	2
	(2) 産科医師が働き続けられるための環境の整備	2
	(3) 医学生・初期研修医の産科医療への参入の推進	3
3	産科医師を取り巻く社会的背景	4
	(1) 勤務・労務環境	4
	(2) 産科医師数の状況	6
4	産科医師確保対策研究会について	8
	(1) 開催日及び内容	8
	(2) 検討内容	9
5	終わりに	13
	産科医師確保対策研究会構成員（五十音順）	14

1 はじめに

分娩を取り扱う産婦人科医師（以下、「産科医師」という。）の不足は、初期臨床研修が法的に必修化された 2004 年を契機に顕在化し始め、2006 年の福島県立大野病院事件に象徴される産科医療を取り巻く厳しい環境がさらなる産科医師の減少を招き、産科医師を取り巻く環境の危機は大きな社会問題となった。

これを踏まえて、全国で産科医師を増やす様々な取り組みが進められている。しかしながら、新規に産婦人科を専攻する医師は減少しており、実際に分娩に携わる産科医師のマンパワーは増えておらず、依然として、現場の産科医師一人当たりの負担が重い状況は続いている。

このような中、昨年（2014 年 5 月）、県内の秦野赤十字病院において、産科医師の不足により、派遣大学が医師の引き揚げを予定しているとの報道があった。

このまま産科医師不足の状況が続くと、同様の事態が他の病院でも起こり得る恐れがあることから、産科医師不足による分娩環境の悪化を阻止し、県内における安心安全な分娩提供体制の確保に向けた方策を検討するため、産科医師確保対策研究会を 7 月に立ち上げた。

この研究会の委員には、県内の産科医師を育成する 4 医科大学の代表と県内の産科医師の現状を把握している県産科婦人科医会の代表が就き、県の政策顧問が座長となって、現場の状況を把握し、課題を明確にした上で、その対応策について検討してきた。

この結果、産科医師不足を解消し安心安全な分娩提供体制を確保するためには、次の 3 つの柱が重要であると提言する。

県内における安心安全な分娩提供体制を確保するために

- 1 産科医師の集約化
 - ・ 分娩施設の拠点化と地域連携の強化
- 2 産科医師が働き続けられるための環境の整備
 - ・ 保育所、ベビーシッターの活用
- 3 医学生・初期研修医の産科医療への参入の推進
 - ・ 様々なセミナーの拡充

次項以降で、具体的な検討内容について述べる。

2 3つの柱について

産科医師不足を解消し、安心安全な分娩提供体制を確保するために掲げた3つの柱について説明する。

(1) 産科医師の集約化

まず、地域において分娩環境を確保するには、ハイリスクの分娩とローリスクの分娩を取扱う施設の役割分担を明確にする必要がある。

妊婦の高年齢化などによるハイリスク分娩は、地域の基幹的な役割を果たす病院が対応し、ローリスク分娩は、診療所やその他の病院で対応する。

この役割分担を可能にするために、基幹的な役割を果たす病院へ一定数以上の産科医師を集約し拠点化する必要があり、さらには、医師が継続して勤務できる体制（日勤・夜勤の交代制勤務の導入、当直翌日の勤務緩和など）を整えることが重要となる。

なお、この集約化・拠点化は、診療所やその他の病院が、地域におけるローリスク分娩に適切に対応することが前提の上に成立する。

これらの実現には、次のような社会的支援が必要である。

基幹的な役割を果たす病院に対して医師の処遇改善に向けた支援を実施する。

（産科医のみならず救急医、麻酔科医、新生児を診る小児科医などの確保に係る経費への支援）

医師の勤務・労務環境と医療の安全を確保するため、公立病院の医師の兼務を可能とする制度の整備に取り組む。

診療所やその他の病院が、ローリスク分娩の対応を継続するための支援を実施する。（分娩手当など分娩を取扱うことへの支援、帝王切開術の実施に係る支援、公的病院の分娩費の適正化の推進など）

集約化が安心安全な分娩体制の確保に繋がることを、社会（県民、市町村、関係団体）に理解してもらうため、積極的な広報・啓発活動に努める。

(2) 産科医師が働き続けられるための環境の整備

2006年以降増えた産科医師の約8割は女性であるが、育児などの制約から10年後に分娩に係わっている女性医師は半分程度となっている。

制約のある女性医師は、当直には就けないなどの緩和勤務となることから、こうした医師と一緒に働く勤務制限のない医師に係る負担はますます重くなり、勤務・労務環境が悪化し、さらには、この勤務の負担感が産科医師の現場からの離脱にも繋がることになる。

また、このような勤務・労務環境は、産科を目指す若い医師に魅力ある

職場と映らず、若手医師の確保を困難としている一因となっている。

制約のある女性医師が現場から離脱せず働き続けることができるようにするためには、その女性医師に対する支援はもちろんのこと、共に働く医師の勤務・労務環境を改善していくことも考慮する必要がある。

これらの実現のためには、次のような社会的支援が必要である。

学童保育も含めた院内保育事業の一層の整備促進を図る。一方で、子どもを病院まで連れて行く院内保育所は、勤務している病院が自宅から遠いと利用しにくい面があることから、自宅で子どもを見てもらうベビーシッターであれば利用しやすい。

ベビーシッターを利用することで、制約のある女性医師でも当直勤務などの対応が可能となるだけでなく、育児を行っている男性医師への支援にもなるため、ベビーシッター制度を導入する医療機関への支援を実施する。

勤務・労務環境を改善するために必要な医師を雇用し、短時間勤務制度導入や宿直勤務制度の改善などに取り組む医療機関に対して支援する。

(3) 医学生・初期研修医の産科医療への参入の推進

医学部学生にとって産科は、他科と比べかなり印象の異なる分野であり、学習面でも取りかかりにくい分野とされる。また、卒後臨床研修制度において、産婦人科が必修科目から選択必修科目となり、産婦人科の現場に触れる機会が失われたことが、新規産科医師減少の一つの大きな要因となっている。

こうした事に対応し、未来の産科医師を増やすためには、学生や研修医が早期から産婦人科に親しみ、産婦人科医師として働くことの素晴らしさに触れ、産科を身近に感じてもらう機会を提供することが重要である。

これを実現させるためには、次のような社会的支援が必要である。

現在、県産科婦人科医会では、年1回サマーセミナー（サマーキャンプ）を開催し、産科医療の現状の理解の促進や県内の医療体制や産科医療の繋がり、縦横の連携の良さをPRし、県内で産婦人科医となることの魅力を伝え、産科医師を確保することに努めており、実績に繋げている。

年1回のサマーセミナー（サマーキャンプ）のみでは、参加できる人数に限りがあるため、医師になる前の早い段階からより多くの医学部学生に産科に親しむ場を提供する実践的なミニセミナー等を、4医科大学が県内外で実施することが効果的である。

このため、サマーセミナーの充実と合わせ、4医科大学が独自に開催するミニセミナー等に対して支援する。

3 産科医師を取り巻く社会的背景

(1) 勤務・労務環境

産婦人科に勤務する医師の過酷な勤務・労務環境については、公益社団法人日本産婦人科医会が、平成 19 年から全国調査を開始し、その問題点を明らかにしている。

平成 26 年 7 月から 8 月にかけて実施した「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告（2015 年 1 月）」（有効回答 1,097 施設中 780 施設（71.1%））では、就労環境等について次のような結果が出ている。

(ア) 勤務時間・当直の回数と待遇

	当直を除く1週間の勤務時間	日勤・夜勤の交代制勤務を導入している施設数（件）	1カ月間の平均当直回数					当直睡眠時間	当直翌日勤務緩和体制が有る施設数（%）	当直翌日勤務緩和体制が有る施設の実施率				
			産婦人科	（参考）						100%	75%	50%	25%	0%
				救急科	小児科	内科	外科							
全施設	49.6	50	5.8	4.5	4.0	3.2	3.1	4.9	23.1	6.9	17.2	30.3	25.5	20.0

うち、周産期母子医療センターによる分類

	当直を除く1週間の勤務時間	日勤・夜勤の交代制勤務を導入している施設数（件）	1カ月間の平均当直回数					当直睡眠時間	当直翌日勤務緩和体制が有る施設数（%）	当直翌日勤務緩和体制が有る施設の実施率				
			産婦人科	（参考）						100%	75%	50%	25%	0%
				救急科	小児科	内科	外科							
総合	52.5	6	5.2	4.9	4.4	2.6	3.1	4.1	39.8	-	-	-	-	-
地域	52.2	14	5.5	4.2	4.4	2.6	2.7	4.7	28.1	-	-	-	-	-
一般	47.8	30	6.1	4.6	3.5	3.5	3.3	5.1	17.7	-	-	-	-	-

当直勤務緩和体制が有る施設の実施率は、回答 145 施設における実施率

日勤・夜勤の交代制勤務が導入されている施設は、全体の 6.4%に留まり、93.6%は交代制がない。また、1カ月の平均当直回数は他科に比べ多くなっており、当直翌日の勤務緩和体制がある施設は、全体の 23.1%に留まり、勤務緩和体制を 100%実施している施設はわずか 6.9%であった。

(1) 施設機能の概要

	施設数	分娩数	帝王切開術数	母体搬送受入数	分娩数		帝王切開術率	母体搬送受入数
					/施設	/常勤医		
H26年 全施設	780	407,491	102,278	24,093	522.4	82.9	25.1	30.9
H20年 全施設	853	404,996	88,748	20,622	474.8	98.3	21.9	24.2

H26年とH20年では、有効回答施設数に違いがある。

うち、周産期母子医療センターによる分類

	施設数	分娩数	帝王切開術数	母体搬送受入数	分娩数		帝王切開術率	母体搬送受入数
					/施設	/常勤医		
H26年 総合	88	70,945	24,849	9,534	806.2	55.4	35.0	108.3
H26年 地域	217	124,597	36,546	10,957	574.2	73.8	29.3	50.5
H26年 一般	475	211,949	40,883	3,602	446.2	108.8	19.3	7.6

常勤医師 1 人あたりの分娩数は平成 20 年から減少しているものの、1施設あたりの分娩数、母体搬送受入数は増加している。また、常勤医師 1 人あた

りの分娩数、帝王切開率、1施設あたりの母体搬送受入率は、総合周産期母子医療センターで55.4件、35%、108.3件、地域周産期母子医療センターでは73.8件、29.3%、50.5件に対し、一般医療施設では108.8件、19.3%、7.6件と患者リスクに応じた対応がされていると考えられる。

(ウ) 女性医師を取り巻く環境

育児支援を必要とする医師数

	施設数	女性 医師総数	妊娠中または 育児中(小学生以下)の女性 医師総数(%)	内訳			
				妊娠中の女性 医師数(%)	育児中(就学 前)女性医師 数(%)	育児中(小学 生)女性医師 数(%)	
H26年	全施設	780	1,903	52.3	8.5	38.5	14.4
H24年	全施設	793	1,812	51.5	7.5	33.5	10.5

H26年とH24年では、有効回答施設数に違いがある。

うち、周産期母子医療センターによる分類

	施設数	女性 医師総数	妊娠中または 育児中(小学生以下)の女性 医師総数(%)	内訳			
				妊娠中の女性 医師数(%)	育児中(就学 前)女性医師 数(%)	育児中(小学 生)女性医師 数(%)	
H26年	総合	88	542	49.4	7.4	36.9	11.1
H26年	地域	217	652	52.1	8.0	40.2	13.7
H26年	一般	475	709	54.7	9.9	38.2	17.6

妊娠中・育児中の勤務緩和

	妊娠中の勤務緩和 当直軽減制度実績 あり(%)	各施設における育児中の勤務緩和			育児中分娩担当 あり(%)
		夜間当直あり (緩和あり) (%)	夜間当直なし (%)	時短勤務あり (%)	
全施設	46.4	14.7	26.9	20.6	25.5

重複回答あり

うち、周産期母子医療センターによる分類

	妊娠中の勤務緩和 当直軽減制度実績 あり(%)	各施設における育児中の勤務緩和			育児中分娩担当 あり(%)
		夜間当直あり (緩和あり) (%)	夜間当直なし (%)	時短勤務あり (%)	
総合	77.3	29.5	44.3	31.8	43.2
地域	61.3	21.2	34.6	23.5	29.0
一般	33.9	9.1	20.2	17.3	20.6

妊娠・育児中の医師以外の男女医師に対する配慮と対策

	対策あり (%)	勤務時間 軽減	当直翌日 勤務緩和	給与較差	手当支給	資格取得 促進	昇進機会 付与
全施設	22.3	43	77	30	32	22	13

うち、周産期母子医療センターによる分類

	対策あり (%)	勤務時間 軽減	当直翌日 勤務緩和	給与較差	手当支給	資格取得 促進	昇進機会 付与
総合	26.1	3	9	5	4	3	2
地域	28.6	16	32	11	11	9	5
一般	18.7	24	36	14	17	10	6

平成26年の妊娠中または育児中(小学生以下)の女性医師数は、平成24年に比べ増加しているが、妊娠中の勤務緩和、当直軽減制度の実績がある施設は46.4%に留まっている。また、妊娠・育児中ではない医師に対する配慮と対策がある施設は22.3%でほとんどないに等しく、産科医療の厳しい情勢が明らかとなっている。

(2) 産科医師数の状況

まず、県内の産科医師数は微増しているが、現場では、産科医師1人にかかる負担が大きくなっている状況である。

(ア) 産科・産婦人科医師数の推移 (各年12月31日時点)

	H12年	H14年	H16年	H18年	H20年	H22年	H24年
神奈川県	690	713	663	638	670	699	722
全 国	11,059	11,034	10,594	10,074	10,389	10,652	10,868

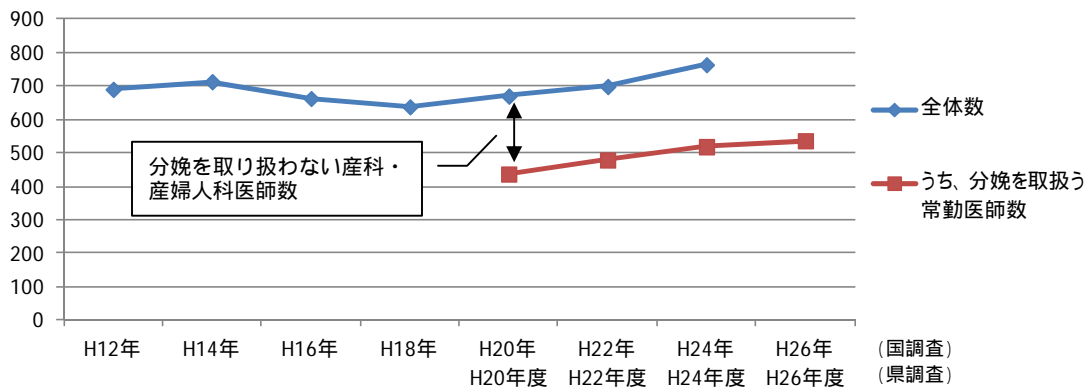
(出典：医師・歯科医師・薬剤師調査(国調査：H12年は統計表39、H14年以降は統計表41))

(イ) 分娩取扱い施設の産科にかかる常勤医師数の推移 (各年度4月1日時点)

	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
病 院	335	359	380	412	418	422	423
診療所	102	96	99	99	101	102	114
計	437	455	479	511	519	524	537

(出典：産科医療及び分娩に関する調査(県調査))

神奈川県における産科・産婦人科医師数の推移(国調査)
分娩取扱い施設の産科に係る常勤医師数の推移(県調査)



では、そもそも何故産科医師は少ないのか。

これは産科という診療科の特有の事情によるところが大きく、

分娩は、に示すような特殊事情を扱っていることから、365日24時間体制で対応する必要があること、

妊娠出産は、健康な妊婦であっても前兆なく突然状態が急変するなどリスクを伴うものであること、

一般には、お産は病気ではなく母子ともに安全な状況で出産することが当たり前との認識があるため、何かあればすぐに訴訟に繋がる恐れがあることなどから、他科に比較し、医師への負担が大きく、回避される傾向にある。また、女性医師の割合が非常に高いことも産科医師の特徴として挙げられる。

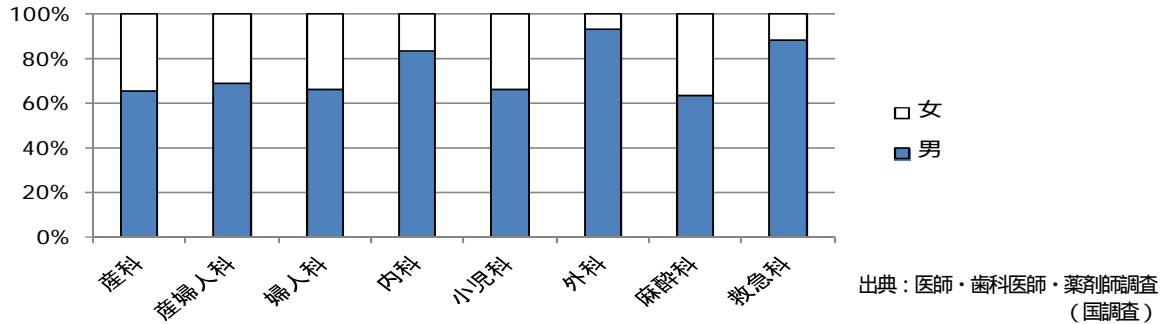
(ウ) 主な診療科の男女別の医師数 (全国)

(平成24年12月31日時点)

	産科	産婦人科	婦人科	内科	小児科	外科	麻酔科	救急科
男	298	7,192	1,220	88,493	10,832	32,685	5,185	2,302
女	158	3,220	620	17,183	5,508	2,346	2,955	298
総数	456	10,412	1,840	105,676	16,340	35,031	8,140	2,600
女性の割合	34.6%	30.9%	33.7%	16.3%	33.7%	6.7%	36.3%	11.5%

(出典：医師・歯科医師・薬剤師調査(国調査：統計表10))

主な診療科の医師の男女別の割合



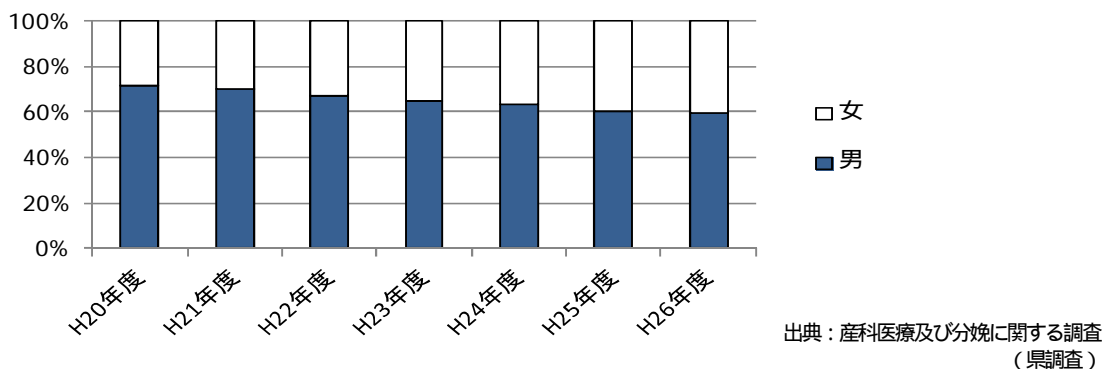
(イ) 分娩取扱い施設の産科にかかる常勤医師数の推移と女性医師の割合

(各年度4月1日時点)

		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
病院	男	223	233	232	244	236	226	221
	女	112	126	148	168	182	196	202
	計	335	359	380	412	418	422	423
診療所	男	91	87	90	87	91	91	100
	女	11	9	9	12	10	11	14
	計	102	96	99	99	101	102	114
計	男	314	320	322	331	327	317	321
	女	123	135	157	180	192	207	216
	計	437	455	479	511	519	524	537
女性医師の比率	病院	33.4%	35.1%	38.9%	40.8%	43.5%	46.4%	47.8%
	診療所	10.8%	9.4%	9.1%	12.1%	9.9%	10.8%	12.3%
	計	28.1%	29.7%	32.8%	35.2%	37.0%	39.5%	40.2%

(出典：産科医療及び分娩に関する調査(県調査))

分娩取扱い施設における常勤医師の女性医師の割合



女性医師が多くなると、中には子育てによる制約から、子どもが学童期に入ると離職したり、分娩を取り扱わなくなったり、現場に残ったとしても当直のシフトに就けない（夜間・休日勤務ができない）といったことが生じ、同じ職場の医師への夜間・休日勤務の負担が増すといった課題が生じている。

(オ) 母の年齢別、第1子出生数の推移

年	総数 (第1児)	10歳代			20歳代			30歳代			40歳代		50歳 以上	
		15歳 未満	15 - 19歳	10歳代	20 - 24歳	25 - 29歳	20歳代	30 - 34歳	35 - 39歳	30歳代	40 - 44歳	45 - 49歳		
平成11年	42,650	0	915	915	6,378	19,800	26,178	12,470	2,769	15,239	310	7	317	1
平成12年	42,950	3	964	967	6,284	19,222	25,506	13,040	3,045	16,085	378	12	390	2
平成13年	42,445	3	1,072	1,075	6,125	18,316	24,441	13,325	3,214	16,539	377	11	388	2
平成14年	42,350	4	1,087	1,091	6,136	17,307	23,443	13,767	3,606	17,373	425	14	439	4
平成15年	41,342	6	958	964	5,540	15,917	21,457	14,333	4,073	18,406	503	11	514	1
平成16年	40,848	2	947	949	5,113	14,866	19,979	14,729	4,635	19,364	539	17	556	0
平成17年	38,956	5	780	785	4,734	13,635	18,369	14,341	4,806	19,147	630	24	654	1
平成18年	40,298	2	833	835	4,907	13,640	18,547	14,843	5,360	20,203	695	17	712	1
平成19年	40,370	1	789	790	4,664	13,132	17,796	14,958	6,003	20,961	812	8	820	3
平成20年	40,261	3	745	748	4,588	13,106	17,694	14,610	6,300	20,910	882	26	908	1
平成21年	39,995	4	760	764	4,276	12,589	16,865	14,396	6,888	21,284	1,049	32	1,081	1
平成22年	39,736	1	693	694	4,075	12,364	16,439	14,244	7,128	21,372	1,201	29	1,230	1
平成23年	38,305	1	665	666	3,822	11,734	15,556	13,592	7,046	20,638	1,413	32	1,445	0
平成24年	37,855	4	674	678	3,434	11,625	15,059	13,296	7,271	20,567	1,504	44	1,548	3

(出典：神奈川県衛生統計年報)

50歳以上には年齢不詳も含む

4 産科医師確保対策研究会について

(1) 開催日及び内容

(1回目)平成26年7月22日(火)

- ・県内の周産期の現状について

県内の分娩取扱施設数の調査結果を報告してもらうための委員以外
の出席者1名

(2回目)平成26年8月26日(火)

- ・各大学(4医科大学)の状況について

(3回目)平成26年9月26日(金)

- ・県内自治体の産科医療提供体制の現状等について

県内自治体(横浜市、横須賀市、小田原市、秦野市、松田町)の状況
を報告してもらうための委員以外の出席者5名

(4回目)平成26年11月5日(水)

- ・県内医療機関の産科医療提供体制の現状等について

県内医療機関の状況を報告してもらうため、分娩の取扱いが多い医
療機関からの出席者9名と神奈川県へ医師を派遣する立場から東京都
の医療機関からの出席者1名

(5 回目) 平成 27 年 1 月 7 日 (水)

・提言書案の検討について

(6 回目) 平成 27 年 3 月 2 日 (月)

・提言書案の検討について

(2) 検討内容

(1 回目) 県内の周産期の現状について

1 回目では、県産科婦人科医会で実施している神奈川県内の産科医療機関における分娩取り扱い数調査結果についての説明を受け、県内の周産期の現状を把握し、意見交換を行った。ここでは、主に次のような意見が挙げられた。

<主な意見>

2006 年の産科医療崩壊の時と状況が似てきた。昨年辺りから産科医になる医師が減少しているため、早急な対応が必要である。

産科医の待遇をいかに良くして増やすかという方向があって初めて産科医療が充実する。医師の待遇問題を含めた供給体制の根本の見直しが必要。

集約化を進めながら労働条件を改善して、より魅力のある産科の勤務状況を作る必要がある。

神奈川県の産科医師は、34 歳以下では女性医師が圧倒的に多く、35 歳以上では男性医師が多い。女性医師は 10 年経つと半分くらいが分娩から遠ざかる。これは学童保育などの支えがないことによる。また、中堅の男性医師が辞めていくのをいかに食い止めるかがポイントである。

産科も 70% から 75% が女性である。女性医師が働き続けることができる環境、なおかつ指導者としてやっていける環境を整えることが必要。

正常分娩は診療所がしっかり対応し、救急搬送は大きな病院が対応するという構造が崩れないよう、診療所に対する支援も必要。

神奈川県の分娩の取扱い件数は、病院と診療所の割合が 2 対 1 で、構造的に個人の先生が支えてきているが、そこも崩壊してきている。これは公的病院の分娩費が低く抑えられていることが原因の一つであり、見直しが必要。

分娩費を公立病院が低く設定しているため、周囲の民間病院や診療所が標準的な額に設定できない。帝王切開の診療報酬も今年度から 10% ほど下がっており、民間病院や診療所のバックアップが必要。

(2 回目) 各大学 (4 医科大学) の状況について

2 回目では、医師を供給している 4 医科大学の状況を各委員が発表し、認識を共通にしたうえで、意見交換を行った。ここでは、主に次のような意見が挙げられた。

<主な意見>

県の周産期救急医療システムのブロックの中で、一次医療、ローリスクの分娩を含めての体制をどのように構築するのかを考える。

勤務・労務環境の安全と分娩の安全の双方を確保することが大切で、分娩の安全確保のためには、産科医師のみでなく、新生児を診る小児科医、麻酔科医、救命救急センターが備わっていることが大切である。

4大学は、産科の研究、教育、医療の3つの底上げを図る役割を担っているのであり、産科医師を確保することを4大学に求めるのは違う。

分娩を扱える医療機関を増やすことが大切で、神奈川県に魅力を感じ産科医師が集まってくるようにする。

時間はかかるが、産科医師を育てる環境を整えていかないと他県との戦いに負け、他県に産科医師を取られてしまう。

ローリスクの分娩を含め、県全体の分娩の70～80%の分娩は、診療所や民間病院で対応している。神奈川県は民間病院もたくさんあるので、民間活力を底上げし、対応していく必要がある。

(3回目) 県内自治体の産科医療提供体制の現状等について

3回目では、行政側からの地域の実情を把握するため、4市1町の代表から周産期医療体制の状況を聴取し、意見交換を行った。ここでは、主に次のような意見が挙がった。

<主な意見>

ローリスクは地域で対応し、ハイリスクやローリスクでも緊急対応が必要な場合は周産期センターで対応することで、分娩環境の確保と医療水準の確保を両立させる。

今回の診療報酬の改定で帝王切開術の点数が2千点ほど減った。このことで診療所などが帝王切開を辞めてしまうと、リスクがあまり高くない帝王切開まで高次医療機関に流れてきて大きな負担になる。地域でがんばってもらうために帝王切開を行うことに対するインセンティブを作る必要がある。

安全な労務環境が整っていることが、病院勤務医が最重要課題として求めるものである。

病院の内情(勤務医の労務環境、分娩安全確保環境の違い)を市民に理解してもらう行政の努力が足りない。

2006年以降増えた医師の約80%は女性で10年後には半分程度しか分娩に係わらない。現状を維持するためには、女性医師特有の課題に対応する必要がある。

(4回目) 県内医療機関の産科医療提供体制の現状等について

4回目では、医療機関側からの地域の実情を把握するため、県内の9医療機関から産科医療提供体制の現状を聴取するとともに、県内に多くの医

師を派遣している東京都の医科大学の産婦人科代表と意見交換を行った。
ここでは、主に次のような意見が挙がった。

<主な意見>

育休の復帰者に、当直オンコールを免除して研修医等の指導にあたってもらうといったことを考えているが、そのようなことをしないと人も確保できないし他病院との兼務というのも難しい。

医療の内容が濃くなっており、昔は分娩の時に起きればよかった当直が終夜勤務になってしまっている。

女性医師が非常に増えているが、育児などの制約があって常勤1名としてカウント出来ない状況であり、勤務環境を多くの人間でシェアできる都会型の周産期の維持を考えないといけない。

昼夜勤務している人と9時から5時までの勤務の人が同じ給料ではある意味モラルハザードが起こる。そういうところにちょっとした形でのバランスを取るための施策に取り組んでもらいたい。

人材派遣の元になる大学自体もやせ細っていくのが現実。大学に余力がないのだから、外の病院が厳しくなるのは当たり前である。

診療報酬も外科が上がっているのに産科が下がっているなど、深刻な状況である。なんらかの支援をしてもらうことが必要。

産科をなんとかしようと思うなら、若い先生に頑張ってもらう必要がある。若い先生を頑張らせるためには、保育所の設置が効果的である。

保育所は職場の近くがよいのか、自宅の近くがよいのかとの問題もある。駅の中に保育所を作っているところもある。

神奈川県全体で保育所連合体を作ればよいと思うが、それにはかなり強力な指導体制が必要になる。神奈川県は都会型の女性医師が集まるので考える必要がある。女性医師が長く続けるのには、学童保育も必要。

10年目になると女性医師は半分程度に減るが、男性医師も勤務形態を改善しないと、特殊な奉仕精神がある人だけが残っていくような状況。国全体の問題。

人数を増やした分の給料を全部病院が持つのは大変なので、兼務ができるようにする必要がある。

女性医師の課題は多いが、今は男性医師も子育てをするので、子育て中の医師全体を対象に支援を考える必要がある。

具体的に出来るとしたらお金はかかるが、子育て中の医師にベビーシッターを付けるといった、個別な対応が必要。

病院に託児所を作っても遠くから子どもを連れて来るのは無理なため自宅で見ってもらうほうがよい。

全国的に産科医師の取り合いになっているが、神奈川は女性医師が集まりやすい条件にある。子育て中の女性医師を集めるためには、ベビーシッターなどの支援の方法しかない。

男性医師も中・長期的には崩壊に繋がっていくので、近いことプラス

10年後のこともこの会で検討してもらいたい。男性に対する10年後、20年後のことも検討願いたい。

(5回目) 提言書案の検討について

5回目では、1回目から4回目までの議論を基に、具体的な提言書の作成について検討した。ここでは、主に次のような意見が挙がった。

<主な意見>

若い先生の大多数が、総合周産期センターか地域周産期センターで働いているが、この人達がこれから仕事を続けられるか、分娩の取扱いを続けられるかが、地域の分娩環境の確保ができるかということに繋がる。「何を集約するか」ということだが、診療所などでは、ローリスクの分娩を扱い、基幹的な病院がハイリスクの分娩を扱うというように役割分担を明確に分けて、基幹的な病院がある範囲の地域を守れるような体制を作っていくという流れになっている。

基幹的な病院として拠点化するなら、拠点化する病院の具備すべき条件を明確化したほうがよい。救急、麻酔、小児科が揃って初めて周産期であり、産科の医者だけの問題ではない。

女性医師が病院での勤務を続けられるように、病院では抱えきれない問題を補助金で手当するといったことも必要である。

当直明けを完全にフリーにするためには相応の医師が必要である。また、病院に雇用する力がないと無理で、神奈川県に医師を誘導するのであれば、そのための補助も必要である。ここが進まないと集約化も進まない。

集約化については、社会(県民、市町村、関係団体)に対する啓発活動も必要である。

集約化するには、施設へのインセンティブ、それと同時に医師確保のための個人へのインセンティブを付ける必要がある。

地域の診療所、あるいは市中病院が活性化して分娩を取扱い、さらにその上の周産期センターがしっかり機能するというのが一番よいピラミッドだと考える。

開業医は分娩・出産による費用で経営が成り立っている。分娩を取扱うことへの支援も必要。

公立病院の医師の兼務は、人的な補填に繋がる。

診療所の医師の昼夜を問わない勤務の状況を緩和していくことも考えないと、次の世代に受け渡していくことが難しくなる。病院は医師が引き上げるとすぐ不安定になるが、診療所はそこで一生腰を落ち着けてやっていこうという考えで始めている。

4大学にいる学生をどうやって産科の医局に入ってもらうかが確保に繋がる。大学で労務環境が悪い中で勧誘して医師を確保しているということに目を向けて、そこに補助することを考える必要がある。

学生をサマーキャンプに参加させてきたが、今年は県の予算が削減されたため、学生の参加がかなわなかった。サマーキャンプは、神奈川県で産科医となることの利点を知らせる良い機会であるので、医学部学生への産婦人科医療への Early exposure の必要性を理解してもらい、より多くの医学部学生が参加できるように県からの補助を拡充してもらいたい。

県産婦人科医会で行っているサマーキャンプを拡大して、県内4大学においても医学部学生を対象にミニキャンプを実施してもらい、最終的に県産科婦人科医会のサマーキャンプを実施し、それに対する補助を拡充してもらいたい。

5 終わりに

県内における安心安全な分娩提供体制を確保するためには、一定数の産科医師の確保は欠かせず、産科医師を確保するためには、産科医師の苛酷な勤務・労務環境の改善が必須である。

当直翌日の勤務緩和がなく、長時間労働となる状況が続いている限り、現場の医師は疲弊し、産科医師としてのモチベーションを保つことも難しくなり、現場を離れる医師も出てくる。

3つの柱は密接に関連しており、同時に進めてこそ、その効果は大きなものとなり、そのうちのどれか一つ欠けても、県内における安心安全な分娩提供体制を確保することは難しくなる。

3つの柱の中には、産科医師の集約化などのように時間を要するものもあるが、取り組みが可能なものから迅速に対応することを求める。

産科医師確保対策研究会構成員（五十音順）

北里大学医学部教授 海野 信也

聖マリアンナ医科大学教授 鈴木 直

神奈川県産科婦人科医会副会長 高橋 恒男

神奈川県顧問（政策推進担当） 土屋 了介（座長）

神奈川県産科婦人科医会会長 東條 龍太郎

横浜市立大学大学院教授 平原 史樹

東海大学医学部教授 三上 幹男

