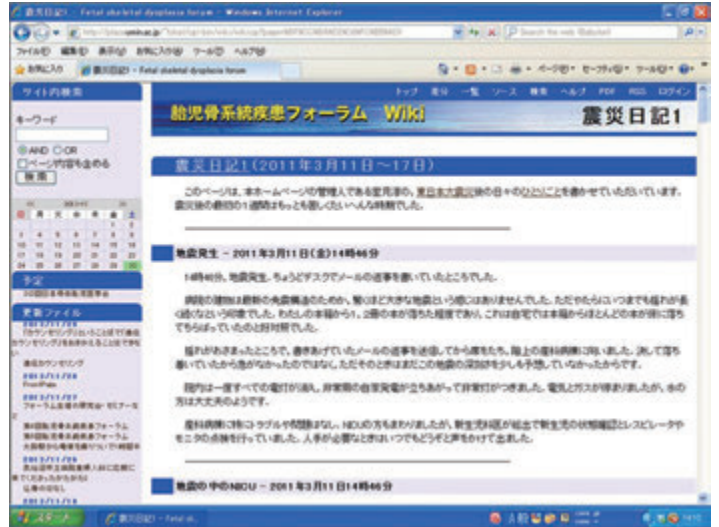


図1 中田雅彦先生フェイスブック



図2 室月淳先生ホームページ



## SNS を利用した診療連携とITリテラシー

川崎医科大学産婦人科学2 教授 中田 雅彦

パソコンが普及しスマートフォンが席卷して幾久しい世の中で、SNS を利用した情報交換はすでに世の中ではかなり普及しているのではないのでしょうか。産婦人科医は多忙で会合や仲間との付合いに参加することができないことも多く、夜な夜な mixi や Facebook で仲間と出会い愚痴をこぼし、癒しを得ている会員の皆様方も少なくないはずで

す。これまで症例に関する相談と言えば紹介状を利用したやり取りに頼るしかありませんでした。パソコンの普及とともに近年ではメーリングリストを使った議論も盛んに行われています。しかし、誰に相談したら良いのか、紹介状を書くまでではないが確認したいことがあるのに、といった事例で悩むことも多々あることでしょう。ここに登場した新たな手法が、セキュリティが確保された SNS 内での意見交換でしょう。例えば Facebook では“〇〇医の部屋”などといった専門領域の医療者のグループも沢山見受けられます。

私が数年前に仲間と立ち上げたのが“胎児エコー勉強会”です。その存在もメンバーも認証がなければ知ることはできませんが、政治や社会的問題は抜きにして、純粹に日頃胎児診断で悩んでいる画像をお互いにアップロードして意見交換を行っています。勿論、患者さんには、個人情報保護の上でそのような場での画像の供覧について承諾を得ていますが、瞬く間に診断や管理法についての意見が寄せられます。診断に苦慮する症例では次回診察時の撮像などの助言もあります(図1)。黒板に書き込むように加えられるアドバイス

は時に優しく時に厳しくもありますが、3年前に立ち上げましたが口コミで今やメンバーは200人を超え、常に若手を中心に入会があります。時には教科書に載るような平易な症例も向学のためにアップします。

Facebook を利用した場合、原則的にメンバーは本名で、所属も明らかですし、文字通り「顔がみえる」間柄での情報のやり取りなので安心感があります。あえて他人や匿名を希望する人はグループには入れません。「秘密」の設定にすれば、メンバー以外のアクセスはできません。かの“アラブの春”で政権を倒した民衆は、Facebook を利用したネットワークで活動したとのことですが、おそらく多くの秘密グループが活躍したのではないのでしょうか。安全性はかなりのものだと思います。都市部と異なり地方では、大病院と異なり個人医院では、相談相手もすぐに見つからず紹介先もすぐに探せない状態で途方に暮れることがあります。超音波機器や電子

### 目次

- SNS を利用した診療連携と IT リテラシー…………… 1～2
- ホームページと Facebook による情報発信 …………… 2
- 勤務医担当者懇話会…………… 3～10
- 若手勤務医のための Presentation Zen and Then (その3) …………… 10～12
- 編集後記…………… 12

カルテから画像を取得しアップロードすれば、沢山の意見を聞くことができ無駄な紹介をせず有用な情報が得られます。また、多くの画像を目にすることでスキルアップのスピードは格段に進むのではないかと考えています。施設も場所も選びませんし、パソコンでもスマホでもタブレットでもアクセスできます。時には国際学会に出席中のメンバーがスマホから有用な助言をくれることもあります。

SNS を利用したもう一つの試みは、日本周産期・新生児医学会の若手企画でした。企画の運営と進行を行う上で、やはり Facebook 上にグループを作成し、お互いの意見交換をしながらいろんな調整をしました。常に会合を開く必要が

ないのでスケジュールで惑わされることもなく、また、メーリングリストと異なり膨大なメールが次から次へと配信されてこない点が利点でしょうか。ワークショップもシンポジウムもまるで既知の友人と行っているような安心感になりますし、その後のお互いのネットワークも保てます。

SNS にしろ、電子カルテにしろ、私たちは IT 技術に翻弄されるのではなく、如何に IT を利用して便利に生活し医療に活かすか、それが求められる IT リテラシーなのだと思います。ただ、夜中に暇さえあればクリックするような SNS 中毒にはならぬように気をつけねばとつくづく思う今日この頃です。

## ホームページと Facebook による情報発信

宮城県立こども病院産科／東北大学大学院医学系研究科先進成育医学講座胎児医学分野 室月 淳

わたしはウェブ上でホームページ（図 2：1 頁参照）を持ち、さらに SNS のひとつである Facebook で積極的に交流をおこなっています。個人ホームページをつくることによって、研究費や設備といった資源不足の問題になやまされることなく、自分の意思で臨床や研究の過程や成果を発信可能となりました。医師や研究者がそれぞれ自分個人のウェブを管理し、専門分野の知見や情報を競って公開するようになれば、医療や医学が活性化し専門的のみならず社会的にも認知発展していくことになるでしょう。

わたしが臨床や研究の成果や個人の意見を公開する目的は、自分の仕事を進展させるうえでの資料や記録とすること、医師や研究者としての社会貢献、専門家同士のコミュニケーションの促進、そして医学生や若手医師への情報提供などです。ネット上で情報の公開や共有をはかることは、臨床や研究の形態や内容自体にも変化をおよぼします。これまで研究者における自分の研究の成果は、おもに顔見知りの範囲での著者の献本や論文の別刷の贈呈を通して交換され、共有されてきました。しかしホームページや SNS による公開によって、不特定多数に対してひろく自分の研究や臨床の過程や成果を提示し、情報発信できるようになっています。

Facebook ではそのときどきの臨床や研究、教育研修活動がリアルタイムで語られます。もちろんプライバシーには十分注意がなされていることが大前提です。Facebook は双方向性ですから、そこにはいくつかのレスポンスがあり、それにこたえるという形で議論が深化し発展することもしばしばです。さらに Facebook におけるいくつかの発言をまとめてひとつの内容とし、それをホームページに収載して記録にのこすという方法をわたしはとっています。そのようにして生まれた典型例は、震災当日から半年にわたって日々の状況をのべた「震災日記」や、NIPT 導入前から施行半年後までの経過や見解を経時的に記録した「無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) (いわゆる新型出生前診断) について」などであり、わたしのホームページのなかでもとくにアクセス数がおおいコンテンツとなっています。

ホームページや SNS で発言すれば、だれでも気軽にアクセスしてくるようになり、うらをかえせばだれがアクセスしてくるととめようもなくなります。医師、研究者の立場からすれば、みずからの存在と公開する臨床や研究の過程と成果をひろく知らしめる可能性と、見ず知らずの第三者につね

にみずからの存在と公開する情報をさらけ出す可能性という両面をもつこととなります。もちろんネット上で情報発信をしているからには、このふたつの可能性を受け入れる覚悟をしています。

ほかの立場の医師や研究者、あるいは一般の市民と接触することにより、自分が前提とする考えかたや学問の枠組みを共有していないひとたちと接点をもつこととなります。いかなれば異質の他者と出会うということです。基本的な枠組みを共有していないため、ふだんの場では出くわすことのない誤解や無理解がつきつけられることも当然出てきます。そのとき自分が前提とする枠組みによって立つことに終始するだけでは事態は解決しません。異質な他者を排除することはなるべくさせて、可能なかぎりのコミュニケーションを重ねていきたいと思っています。そのことによりこれまでにはおよそ体験できなかった意外な展開や不思議な関係性がうまれてくることもあるかもしれません。

Facebook での「友達」たちの書き込みをみると、仕事環境への批判や、ときには愚痴がくりひろげられていることがしばしばあります。そこで述べられていることはおおかた事実ですし、また事実であるかどうかを問わないにしても、周産期医療に従事している医師ひとりひとりがそのような実感をもっていることには疑いありません。しかし同じ領域の別の医師、あるいは他科の医師、一般のひとたちが、そこで繰りひろげられる批判や愚痴をどのように受けとめるでしょうか。とくに周産期医療を志望している医学生やレジデントなどにとって、ネガティブ情報だけが延々と吐露される分野に期待や希望を感じることができのでしょうか。

ですから、わたしは周産期医療のおもしろさ、たのしさを伝える努力をしたいと思います。なぜ自分がその臨床や研究に取り組んでいるのか、その理由、そこから得られるよさやうれしさ、将来にひそむ発展の可能性を真正面から語ってみたいのです。自分がなにをたのしいと感じているのか、それをきちんと伝えたいと心から願っています。

わたしの宮城県立こども病院産科は、東北大学大学院の連携講座（先進成育医学講座胎児医学分野）が併設されており、産科スタッフと（社会人）大学院生を、大学や地域の枠にとらわれず全国からひろく公募しています。そのためにも今後とも情報発信を続けていく予定です。

# 勤務医担当者懇話会 - 東北・北海道ブロック

## テーマ：若手医師が勤務環境に望むこと

平成 25 年 10 月 12 日 (土)  
第 40 回日本産婦人科医会学術集会  
江陽グランドホテル

第 40 回日本産婦人科医会学術集会に先立ち、平成 25 年 10 月 12 日 10 時より江陽グランドホテルで勤務医担当者懇話会が開催されました。今回は特別企画として若手医師を各道県よりご推薦いただき、上記テーマについてシンポジウム形式で議論しました。診療と教育・研究の最前線にいる卒後 10 年前後の世代からは、研修内容や習得可能技術の病院間格差や、広い医療圏を抱える地域の実態など様々な問題提起がなされ、活発な議論が行われました。



### 北海道

#### 若手医師が勤務環境に望むこと

NTT 東日本札幌病院  
清水 亜由美

今回の勤務医担当者懇話会のテーマが、「若手医師が勤務環境に望むこと」であるため、札幌医科大学産婦人科の医局に所属する若手医師（卒後 10 年以内）にアンケートをお願いし、協力して頂いたため、その結果を発表します。札幌医科大学産婦人科の過去 10 年の入局者数は、男子 17 名（43.6%）、女子 22 名（56.4%）、合計 39 名となっています。女性医師の占める割合が若年層ほど高い傾向があり、特に 30 歳以下では約 70% を占めるという報告もあることから考えると、若干男性医師の占める割合が高いようです。

過去 10 年の年度別入局者数（スライド 1）ですが、毎年 4 名前後の入局者があります。（ ）内は子供を持つ方的人数であり、女性医師の約 40% に子供がいます。労働条件は異なりますが、現在のところ産婦人科を辞められた女性医師はいません。

勤務環境に関するアンケート結果（スライド 2）です。有効回答率は 32%（医局を辞めた人数 2 名を除く）、休日は月平均 4.5 日、時間外勤務は週平均 6.58 時間、当番時の呼び出し回数 1.56 回、分娩手当 1 件当たり 1.67 万円、平均睡眠時間 6.08 時間でした。アンケートの結果では、意外に時間外勤務が少なく、休日も、睡眠時間も確保されているのではないかと印象です。

産婦人科医師を志した理由としては、「学問的興味があった」との回答が圧倒的多数を占めました。訴訟が多く、夜間、休日関係なく呼び出されるという劣悪な労働条件でありながら、自らのやりがいでも産婦人科を選択した方が多い、ということも心強い結果でした。

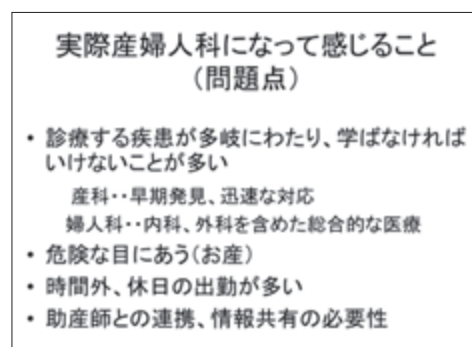
産婦人科になって感じること、問題点（スライド 3）としては、診療

する疾患が多岐にわたり、学ばなければいけないことが多い（産科：早期発見、迅速な対応 婦人科：内科、外科を含めた総合的な医療）、危険な目にあう（お産）、時間外、休日の出勤が多い、助産師との連携、情報共有の必要性を痛感しているとの意見がありました。

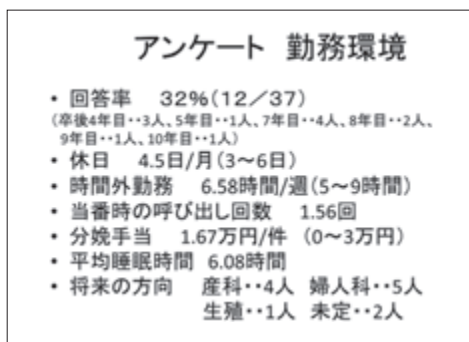
今後望むこと（スライド 4）としては、給料アップや適正な評価の項目より、休暇増加、職場の増員を望む声が過半数を占めていました。休日や睡眠時間はある程度確保されているように思えますが、若手として学ばなければならないこと、経験しなければならないことがたくさんあり、やりがいを感じながらもストレスを抱えて仕事に取り組んでいる様子がありました。仕事の性質上、日々の勉強はもちろん、学会発表の準備など休日でも完全なフリーは内実無いのかもしれませんが。医師の偏在、研修施設間の格差、独身、既婚者の待遇格差など、いろいろな問題がありますが、やる気のある若手（若手に限らず）を疲弊させて辞めさせないためには、まず産婦人科医を増やすことが重要だとあらためて感じました。今後は、多種多様な勤務形態を取り入れ離職者を減らすなど、柔軟に対応することで、より長く勤務し続けられるよう環境が改善されることを期待します。



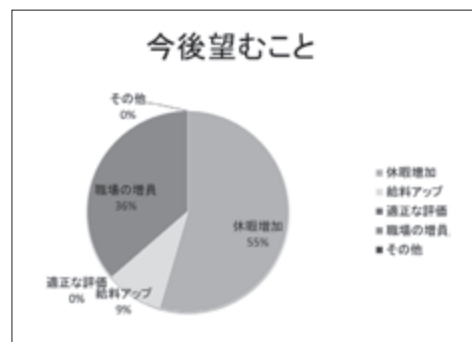
スライド 1



スライド 3



スライド 2



スライド 4



## 青森県

### 若手医師が勤務環境に望むこと — 青森県の状況 —

むつ総合病院  
柞木田 礼子

青森県は比較的面積の広い県であり、中央には八甲田山がそびえているため、地域間の交通の便が悪く、それぞれの地域にてある程度の医療を完結することが望まれるのですが、産婦人科医の減少に伴い、集約化せざるを得ない状況となっています。

青森県内の産婦人科を有する病院について示します（スライド 1）。病院の集約化に伴い分娩の取り扱いを中止した病院も多く、また常勤医がおらず非常勤医師による外来のみを行っている病院も少なくはありません。そのため若手医師の勤務可能な病院も限られております。以下は青森県に関連病院を多く有する、私の出身大学である弘前大学を中心として現状を報告致します。弘前大学産婦人科に所属する若手医師の人数についてはスライド 2 に示します。平成 16 年に臨床研修制度が開始した後から入局者は激減し、その後増加傾向となりましたが、今年は入局者がおらず、来年の予定者も現在 1 名のみで再び厳しい状況となってきております。ただし更に厳しいのは、転居や開業などにより医局を離れる上級医師が多くなってきたために、若手医師を指導する医師が減少していることであり、その分指導医の負担も大きくなってきていることです（スライド 3）。50 代医師にも若手と同様

の当直をお願いしたり、定年後も勤務の継続をお願いしている状況です。

このような状況での卒後 10 年以下の若手医師らの考えを、アンケートで述べてもらいました（スライド 4・5）。若手医師は希望と魅力を感じて産婦人科を選択し、実際にやりがいを感じています。しかし現状に不満を持つ者がいるのも事実です。その内容ですが、給料や休暇などの待遇に関する不満の声はほぼ聞かれず、充実した研修を行いたいというのが彼らの最も大きな希望でした。十分な研修を行う妨げになっている最も大きな要因はマンパワー不足です。現在の青森県の状況では、中堅層が少ないことによるものも大きく、この点に関してはすぐに改善を見込むことは難しいと思われる。今いる医師がそれぞれ経験を重ね、今後さらに若手医師が増加したときに備えていくことが、時間はかかりますが最善の方法と思われる。

### 勤務医の卒後年数

分娩を取り扱っている弘前大学の関連病院 (数字はそれぞれの卒後年数に当たる人数)

勤務人数	1~10年	11~20年	21~30年	31~40年	40年以上	
弘前大学医学部附属病院	20	11	5	3	1	0
青森県立中央病院	6	3	1	2	0	0
大館市立総合病院	5	2	2	0	1	0
むつ総合病院	5	2	2	0	0	1
国立病院機構弘前病院	4	1	1	2	0	0
青森市民病院	3	0	2	1	0	0
西北中央病院	3	1	1	0	0	1
黒石市国保黒石病院	2	0	1	1	0	0
計	48	20	15	9	2	2

卒後10年未満の医師の割合が高く、指導医の少ない状況となっている

スライド 3

### 青森県内の産婦人科を有する病院

#### 若手医師の勤務する病院

- 青森県立中央病院
- 青森市民病院
- 黒石市国保黒石病院
- 西北中央病院
- 八戸市立市民病院
- 八戸赤十字病院
- 弘前大学医学部附属病院
- 国立病院機構弘前病院
- むつ総合病院

#### 若手医師の勤務していない病院

##### 分娩あり

- あおもり協立病院
- 健生病院
- 五戸総合病院
- 三沢市立三沢病院

##### 分娩なし

- 青森厚生病院
- 青森労災病院
- 三戸中央病院
- 十和田市立中央病院
- 平内中央病院
- 磐ヶ沢町立中央病院
- 厚生病院
- 公立野辺地病院
- 公立七戸病院
- 弘前市立市民病院

県内の産婦人科医の減少により、分娩を中止した病院、非常勤医師による外来のみの病院も多数

スライド 1

### ① 産婦人科を選択した理由

- 産婦人科学・産婦人科疾患への興味
  - 子供が好き 手術が楽しそう 不妊症に興味があった
  - 治療法が多岐にわたる 生と死に携わり命の大切さを実感した
  - 手技や知識は外科的・内科的と幅広く求められる
- 産婦人科医としての満足度
  - 自科だけで治療を完結できる 生命予後延長やQOL向上に最も寄与している
  - 労力対効果が優れている 特有の手技が多く「自分らにしかできない」と感じる
- 女性特有の科であること
  - 女性の一生を診られる 自分が女性である 女性を診ることが自分に合っている
- 自分のライフスタイル
  - 様々な分野があり年齢を重ねても続けられそう

スライド 4

### 弘前大学産婦人科の若手医師

卒後年数(年)	3	4	5	6	7	8	9	10	計
男性医師(人)	0	3	1	2	0	0	0	0	6
女性医師(人)	0	1	3	5	1	1	1	0	12

(うち既婚者：男性3名 女性7名 子供あり：男性3名 女性5名)

10年前に臨床研修制度が開始した後、入局者は激減。ここ数年は入局者も増加したが、今年は0名。再び厳しい状況になってきている。

スライド 2

### ② 問題点

- 医師数の不足
  - マンパワー不足(日常の仕事量・産休や育休のカバー・産休や育休からの復帰)
  - 男性医師が少ない 若手が増えているが、指導できる中堅医師が不足している
- 仕事内容
  - 大学病院での事務仕事の多さ 研修病院の体制により学べる内容に幅がすぎる
  - 子供のいる女性が勤務内容・勤務地の選択において優遇されている(独身者は後回し)

### ③ 今後望むこと

- マンパワー不足の改善
- 独身者の意見も採用してほしい
- それぞれに平等な条件のもとで、それぞれの研修のために勤務体制を決定してほしい
- ハーフタイムでも働けるような産後の勤務体制
- 指導者・手術件数など 成長できる環境

スライド 5



## 岩手県

### 若手医師が勤務環境に望むこと

岩手医科大学附属病院  
尾上 洋樹

岩手医大産婦人科の尾上洋樹と申します。私は卒後11年目になります。これからお話をさせていただく内容は県内の若手医師の意見を統合したものではなく、あくまで私の個人的な意見として聞いていただけたら幸いです。

#### 1. 産婦人科を選択した理由

なぜ今私は産婦人科医でいるかを考える為に35年の人生を振り返ってみました。私が医師を目指す最初のきっかけとなったのは、幼少時に病床にいた祖父のお見舞いに行ったときに“お前は医者になれ”と言われたことだと思います。祖父がどういう想いで言ったのかはわかりませんが、幼い私には何かインパクトを与えました。葬祭業の父と専業主婦の母からは〇〇になれと言われた記憶がほとんどなく、職業選択の自由を与えられていました。覚えているのは小学校低学年の時にクリスマスプレゼントで買ってもらった凶鑑セット。何でおもちゃじゃないの？と内心思いながらも紐解いて、確か宇宙、動物、植物など12巻ぐらいのセットだと思っていますが、その中で“人のからだ”と“世界の鉄道”の2冊に自然と興味を持ちました。中学、高校になるとより具体的に職業を考える時間も増え、医師になるか某旅客鉄道会社に入職するか2択になりましたが、今ひとつ電車の運転手になるまでのプロセスは不明瞭であり、医師になるには医学部に入ればよいという明確な筋道があったので努力がしやすかったのかもしれませんが医学部への進学を目指すようになりました。中学高校の恩師が“お前なら医師になれる”と押し進めてくれたことも大きな要因だったと思います。

大学に入学した当初は漠然と小児科医になりたいと考えていましたが、比較的早期に選択肢から外れました。どうも子どものあやし方が下手だしネルソンとか妙に分厚いし、よし、小児科はやめようと。臨床実習を通して“命とより直結しているような場所がいい”“手術がしたい”という気持ちが芽生えました。また“滅私奉公”というものに美徳を感じるように育てられたので“みんながやりたがらない仕事をしたい”“夜中に呼ばれたい”という思いもありました。あと客観的にみて“医局の先生方が醸し出す雰囲気明らかに自分と異なる医局はやめよう”とも思いました。外科も考えましたが、0時まで手術して、その後3時まで飲み、早朝6時から野球の練習をする、そんな医局は雰囲気は良くてもちょっとついていけそうもない。産婦人科の医局は忙しいけど和やか、そんな風に私の目には映りました。

そして何より本当の辛さを分かっていたからこそ選べたのかもしれないと今は思います。

#### 2. 問題点

10年働いて、なりたての頃はピンと来なかった問題が身

近に感じるようになりました。医療紛争・訴訟問題（意識して働きたくはないが、考えざるを得ない。怖い思いをする度に診療が萎縮してしまう）、産婦人科医の絶対数の減少と地域間の偏在（キャリアアップの為には都市部にいたい、でも地域では働きたくないなんて少ない医局員で岩手県を支えているわけだから我儘は言えない）、女性医師の育児休暇等の就労問題（本当の意味での男女平等は、男性医師が育児休暇を抵抗なく長期に取ることが可能な職場環境になることだと思っています）など。そしてこのような問題には医会の先生方が様々取り組んで下さっているということは末端の一若手医師にも伝わってきます。

もっと現場目線で私が最近気になることを挙げてみると、① 行政の区切りと医療圏文化圏の違いを感じることがあります。県境の病院で働いている時によく感じます。そこでしか出来ない治療であれば話は別ですが、そうでなければ必要があって他院に紹介する時は“近いから”や“患者さんの希望で”という理由だけで決めていいと思うけど、そうもいかない。これは例えば“他県の病院には他大学の医局の先生が勤務しているからお願いできない”という意味ではありません。実際働いていて、本当に困った時の患者搬送などで県外や圏外にお願いして断られたことなんて一度もありません。地理的な都合もあり秋田大学、弘前大学、またその関連病院にお勤めの先生方に紹介することは度々ありましたが、いつも快く引き受けて下さります。

② 地域の一般病院に勤務していると“血液がない”ことを実感します。ある血液型のRCCは備蓄0単位、取り寄せて使用するまでにはなんやかんやで2時間はかかる、という病院もあります。血液事業の集約化も必要なことです。私のリスクマネジメントが足りないだけなのかもしれませんが、予見できない大量出血に出会うことは周産期医療をしていれば必ずあるので、そういう時に現場では困ります。

③ 妊娠出産という現象には医学では超えられない壁がある、ということを理解していない方は意外と多いのかもしれないと思います。それを患者さんに説明することももちろん仕事のひとつだと思いますが、大体は問題が生じてから受診してお会いするので、もっと前に知っておいてもらえればと思うことがあります。

#### 3. 今後望むこと

客観的に見れば、大学の医局はブラック企業であり産婦人科医はブラック職業に当てはまります。ただそのつらさを超えるやりがいがあるから今後も続けていけるのだと思います。私自身がややワーカホリックなところがあるからかも知れませんが、勤務条件や待遇面の改善はあまり望みません。個人的には満足しています。

患者さんの利益だけで医療連携ができ、現場に血液が迅速に供給され、思春期からの妊娠出産に対する教育の充実が図れば、より良い職場環境になるのではと思います。



## 宮城県

### 若手医師が勤務環境に望むこと

東北公済病院  
柿坂 はるか

#### 1. はじめに

スライド 1 に宮城産科婦人科学会 2012 年 11 月の時点での男女別年齢別会員数を示します。

60 歳未満の男性医師が減少し続けているのに対し、女性医師数は増加し続け、特に 40 歳未満では男性医師数とほぼ同数になっております。この傾向は全国的な傾向と同様です。

#### 2. 宮城県の入会者の動向

平成 10 年から 15 年の日本産科婦人科学会入会者にアンケートをとりました。スライド 2 に示した通り、この間の入会者（＝入局者）は 44 名です。出身大学別の人数を表に示しさらに現在の勤務地を示しました。宮城県には東北の各県からの入局者が多いことがわかります。現在宮城県で勤務する 28 人のうち女性が 19 名と 3 分の 2 を占めています。さらにそのうち 16 人が育児中であり、常勤（時短を含む）は 10 名、非常勤は 6 名でした。このため女性医師の勤務環境

を改善することがまず必要と考えられるため、今回は女性医師の勤務環境を中心に調査しました。

#### 3. 就労環境に関するアンケート

育児中の女性はすべて当直を行っていませんでした。仙台市内の当直にかかわっている医師の平均当直回数は 4.5 回、待機は平均 6 回、当直時の平均睡眠時間は 3.8 時間でした。仙台市以外では宅直が 10 回、待機が 24 回と非常に多い病院がみられ、宮城県内で就労環境に格差があることがわかります。

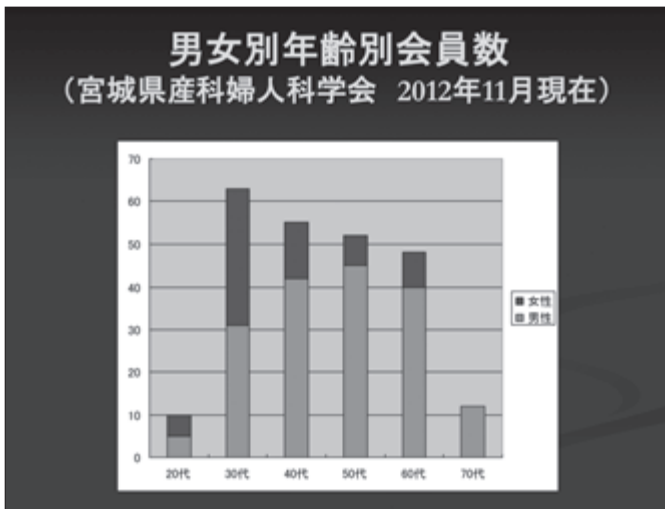
スライド 3 に対象施設の就労環境を示しました。育児中女性医師は東北大学病院を筆頭に院内保育所のある 4 施設に集中しておりましたが、院内保育所の利用率は 75% でした。病児保育、夜間保育はそれぞれ 1 施設のみが有していました。当直翌日の勤務緩和は 4 施設が制度上有しておりましたが、実際には人数不足や主治医制のために実行されていないことが多いことがわかりました。

#### 4. 問題点と今後望むこと①～育児中女性医師に対して

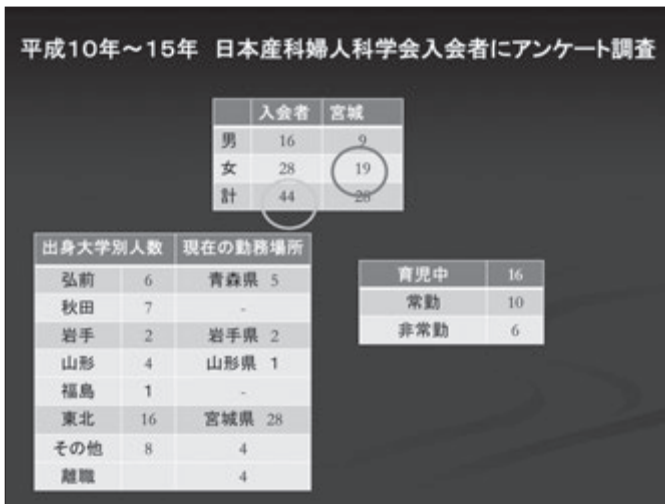
宮城県では若手の育児中女性医師が増えていることから、まず一番の問題としては今後の受け皿を拡大していくことが必要です。現在大学病院に集中していますが、より一般的な医療を学ぶには市中病院での雇用拡大が求められます。手術、分娩にかかわることでより勤労意欲を維持できると考えます。病児後保育も必要ですが、子供の発熱等の理由で仕事を休まなくてはならない場合は他の非常勤医師でサポートできるような体制やワーキングシェアなども有効では、との意見がありました。

#### 5. 問題点と今後望むこと②～育児中以外の医師へ

育児中以外の医師への負担増加がもうひとつの大きな問題です。アンケートの回答からは、制度上は当直翌日の勤務緩和が可能でも実際には主治医制や人数不足のために実施されていない実態が明らかになりました。今後、日中は育児中の女性医師を多用し当直翌日の勤務緩和を確実に実施していくことが望まれます。



スライド 1



スライド 2

	分娩取り 扱い	育児中 女性医師	院内 保育	病児 保育	夜間 保育	当直翌日の 勤務緩和
東北大学病院	○	10	○	○	×	○
仙台医療センター	○	3	○	×		
仙台市立病院	○	×	×	×	×	○
仙台赤十字病院	○	2	○	×	○	○
東北公済病院	○	4	○	×	×	×
NTT東日本東北病院	×	×	×	×	×	×
スズキ記念病院	○	×	×	×	×	○
大崎市民病院	○	×	○	×	×	×
気仙沼市立病院	○	×	×	×	×	×

スライド 3



秋田県

若手医師が勤務環境に望むこと

秋田大学医学部付属病院  
佐藤 亘

1. 産婦人科を選んだ理由

われわれの時代は、まだ初期研修制度が始まる前であり、直接入局の時代でありました。そのため、あくまで医学部学生時代の考え方、捉え方で入局する科を選ばざるを得ず、一義的な見方のみかもしれないが、産婦人科は他科と比べ、診断・治療（手術も含めて）・管理・フォローすべてについて、「(もちろん他科との連携は大切ですが) 自分の科のみで一貫した管理ができる」ことが最大の魅力でした(スライド1)。このことは、医師になってからも実感することで、「女性の一生に関わることができ、一貫した管理ができる唯一の科である」ことを痛感し、責任を感じるとともにやり甲斐も感じております。

2. 若手医師が勤務環境に望むこと

このテーマを与えられ、3つの点について考えてみようと思います。①手技・分野(偏り)について、②意欲(やる気)に対する考え方について、③実際の勤務環境(給与や当直体制など)の3点です。まず、以下箇条書きで問題点を挙げてみようかと思います。

①手技・分野(偏り)について

- ・産科中心の病院では婦人科の症例が少ない(逆も同様)
- ・不妊症(生殖医療)の勉強をしたいが、人事(人数配置)の関係で関わる機会が少ない
- ・病院勤務の上級医により、症例に偏りが大きい(癌の手術の有無、腹腔鏡下手術の有無、IVFの有無、早産管理の有無など)

など

②意欲(やる気)に対する考え方について

- ・ON-OFFをはっきりさせたい若手医師が増加  
※年配の医師からみると、この若手医師はやる気が無いと考えがちである

※逆に、若手医師の側からするとは当番の日はしっかり働いているので、ON-OFFをはっきりさせて、休みの日は完全に休みたいと考えている  
⇒年配医師の考え(成長させよう)と若手医師のモチベーションが解離

など

③実際の勤務環境(給与や当直体制など)

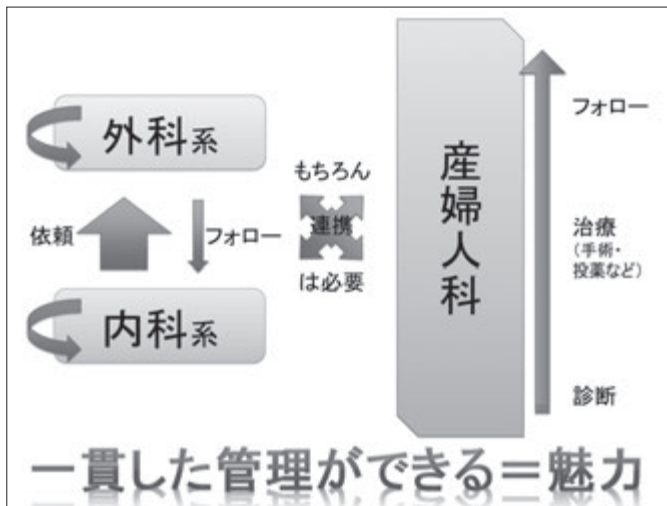
- ・分娩手当や時間外手当がつく病院が増えたことは改善された点である
- ・大学病院と市中病院との給与差が大きい(大学病院<市中病院)
- ・当直回数や当直翌日勤務緩和の差(病院間、都市-地方の格差が拡大)
- ・女性医師環境向上の問題(出産にかかわる女性医師間の問題)

など

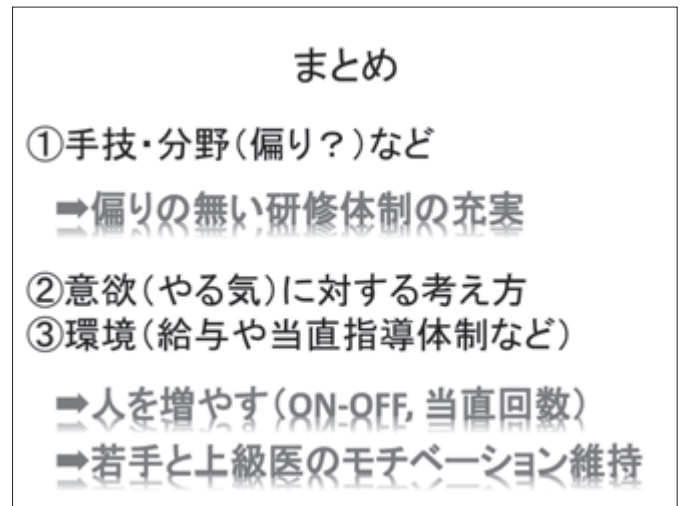
以上が考えられる。これらの内容について、日本産婦人科医会勤務医担当者懇話会で議論された内容をもとに、できる限りの改善点を以下に述べる。

①については、「偏りの無い研修体制の充実」に尽きる。これは、各大学で様々な事情があると思いますが、これから入局してくる未来ある若手医師のためにも、必ずや「偏りの無い研修体制」を構築していただきたい。特に、初期研修制度で病院間での研修体制の善し悪しを吟味している若手医師にとっては、「偏りの無い研修体制」は必要条件であると考えます(スライド2)。

②③については、結局「人手不足」が主たる原因である。特に、都市-地方の格差に問題がある。ON-OFF体制、当直回数や当直翌日勤務緩和、女性医師勤務環境問題(時短勤務やワークシェア)についても、人手が充実すれば、ある程度は改善が見込まれる問題である(スライド2)。これから先、初期研修医制度における都市部への集中回避(地方への分散)の施策が打ち出されているが、後期研修医、産婦人科を希望している若手医師に対する同様の施策も必要であろう。



スライド1



スライド2



### 山形県

#### 若手医師が勤務環境に望むこと ～山形県の現状～

済生会山形済生病院  
原 周一郎

#### ○問題点

山形県では昨今の社会事情により、病院の集約化がすすんでいます。医師になって 10 年目までの若手医師が研修できる病院は大学病院も含めて、関連病院の約半数に当たる 6 施設となっています。山形県では現在、20 名の若手産婦人科医師がいますが、その約 3 分の 2 に当たる 13 名が大学病院に勤務しています（スライド 1）。

若手医師へのアンケートの結果、当直料金の値上げ、分娩手当給付などにより、給与面に関する不満はありませんでした。多くが大学病院で勤務しているため当直回数が分散され、忙しさに対する不満もほとんどありませんでした。しかし、多くの医師が研修システムに関する不満を訴えました。山形県における研修システムの主な問題点として、以下の 2 点が考えられました。

第 1 点として、関連病院により研修内容が違う点が挙げら

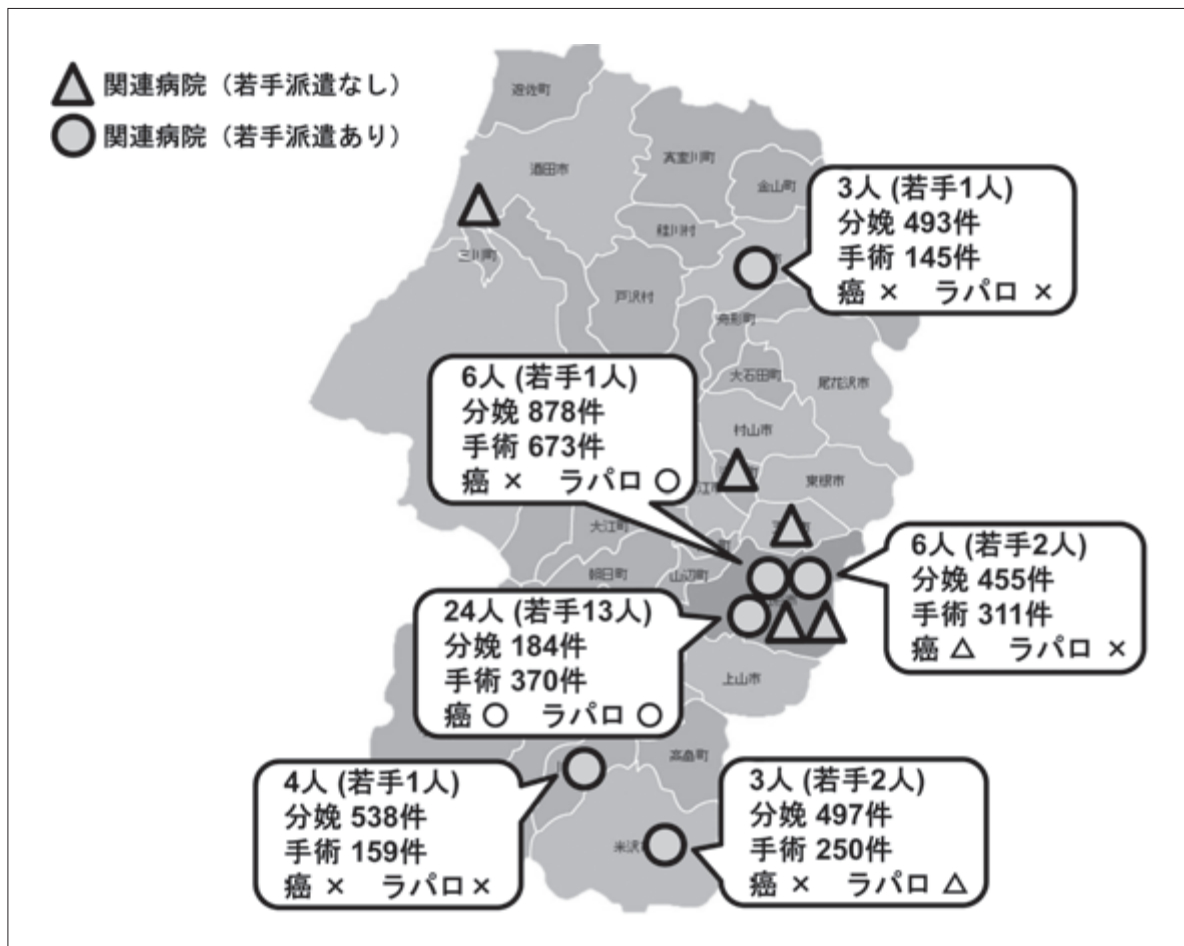
れます。スライド 1 のように手術件数、分娩件数も各病院で違いがあり、研修病院によって経験症例数に差が生じてしまいます。研修目標が設定されていないため、病院により担当できる症例、手術内容もかわってきてしまいます。また悪性腫瘍手術や腹腔鏡手術を行っている病院が少なく、多くの若手医師が集中する大学病院でしか経験できないのも問題点の一つと考えられます。

第 2 点として、サブスペシャリティー研修ができる病院がないことが挙げられます。関連病院にサブスペシャリティー専門医がほとんどいないため、産婦人科専門医取得後の研修病院が少ないことが問題となっています。

#### ○今後望むこと

上記の問題点を改善するためには、やはりきちんとした研修システムを確立することが重要になってきます。明確な研修目標を設定して、それを各病院においても徹底してもらうことが重要になってきます。

現在山形大学産婦人科は学生から非常に人気があり、毎年多数の入局者がいます。きちんとした研修システムが確立すれば入局者はさらに増え、益々活性化すると思われます。



スライド 1





**福島県**

**若手医師が勤務環境に望むこと**

福島県立医科大学附属病院  
鈴木 聡

2011年3月の東日本大震災の影響で13人の産婦人科医が福島県を離れました。13人の大半は分娩取扱施設で勤務しており、県の周産期医療に大きな影響を与えました。平成25年3月時点の福島県の主な病院の常勤医師数、分娩数、手術件数(概算)、NICUの有無を**スライド1**に示します。各病院とも常勤医師1人当たり約200件の分娩件数があり多いところでは300件近い分娩数があります。各病院とも地域周産期母子医療センターや各地区の基幹病院の役割を担っており救急患者、母体搬送の依頼も多数あり大学からの応援なども併せ何とかやり繰りしている状態でした。今年4月からはいくつかの病院に日本産科婦人科学会から応援の医師が派遣されており我々にとって大きな助けとなっております。

**スライド2**に私が産婦人科医になった理由を示します。私は医師不足が叫ばれる地方で地域医療を行いたいと思い医師を目指し、当初は内科を志望しておりました。しかし、当時から産婦人科は医師不足が危惧されており、医師として社会に最も貢献できるのは産婦人科ではないかとの考えから産婦人科を選択しました。学問的に興味があったのはもちろんですが福島県立医科大学の故佐藤章前教授、藤森敬也教授からのお誘いや初期研修時代の指導医の先生方の勧め、医局の雰囲気良かったこともあり診療科の選択ではほとんど迷いませんでした。スーパーローテート研修が開始されてから10年が経過しようとしていますが、学生時代産婦人科を志していた人が研修中に他科に志望を変更してしまうのを散見します。研修をしていると色々な科が魅力的に見えてくるのか、産婦人科の現実(特に悪い部分)が見えてしまうのか分かりませんが、これからの医学生、研修医の先生方には医師として自分は社会に対し何ができるのか、社会から何を求められているのかをよく考え、是非産婦人科を選択していただきたいと思います。

私の現在の勤務環境における問題点を**スライド3**に示します。当直、当番の回数が多い、大学独特の雑務が多いなどの問題は多くの先生方が抱えている問題だとは思いますが。特に学生や研修医の先生方

を指導する十分な時間がないのは大きな問題だと思います。本来大学の臨床実習は将来の産婦人科医の卵を勧誘する大きなチャンスなのですが、それを見ず見す逃しさらに産婦人科医が減るという悪循環に陥ってはいけないと思います。

**スライド4**に今後の産婦人科の勤務環境に望むことを示します。現在産婦人科医は特に地方において絶対的に不足しています。医学生・研修医が産婦人科に魅力を感じ将来産婦人科を選択してくれるようにする努力は当然ですが、同時に現役の産婦人科の先生方が燃え尽きたり、病気になって辞めてしまわないような環境の整備も大切だと思います。また、診療システムをより効率的に改良し、医師の偏在を解消する必要があります。福島県には**スライド1**にも示したように症例の多い研修病院が多数あり、それに見合った報酬も用意されています。肉体的には少々きついかもかもしれませんが若い先生方が研修を行うには絶好の場所だと思います。是非福島をはじめ東北地方に研修に来ていただきたいと思います。今後産婦人科の労働環境に望む具体例を**スライド5**に示しました。かなり個人的な意見も入っており賛否もあると思いますが、我々一人ひとりが意見を出し合い、議論を高めていくことによってより良い産婦人科の労働環境が実現できるのではないかと考えます。

**現在の勤務環境における問題点**

- 当直回数が多い
- 雑務の多さ(書類、手続き、大学独特のシステム)
- 診療以外の業務ができない(研究、勉強、学生の相手など)
- 家族との時間がない
- 学生をゆっくり指導できない

スライド3



スライド1

**今後望むこと**

- ①産婦人科医に関しては医師数が絶対的に不足(特に地方)  
現役の産婦人科医を辞めさせない、病気にさせない  
学生・研修医が魅力的に感じる産婦人科
- ②当面は少ない医師を有効に利用する必要性  
効率的な診療システム、医師の偏在の解消  
一般社会、妊婦への啓蒙活動

スライド4

**自分が産婦人科医になった理由**

- 医師不足 他に希望する人がいない  
現在医師として最も社会に貢献できるのは産婦人科医  
競争相手が少なくチャンス!  
(学問としても仕事としても)
- 学問的に興味があった
- 大学の医局の雰囲気が良かった
- 周りが自分は産婦人科になるものと思っていた  
友人たちも医局の先生方も・・・

スライド2

**具体的には**

- 医療事故・医療訴訟対策  
産婦人科医が安心して働ける 妊産婦も安心できる  
学生・研修医が安心して入局できる  
学生・研修医の職が安心できる
- 効率的な診療システム  
特に大学病院・公立病院  
医師でなくてもできる仕事は他の人がやる 医療クラークの導入  
コメディカルの職の強化
- 十分な報酬  
診療報酬の改定、地方自治体からの補助(今現場で働いている人にも!)、  
産科関連支援
- 社会への啓蒙  
産科医療は危機的状況であることに対する社会の理解、  
コンビニ受診の減少、クレーマー、医療訴訟の減少

スライド5

## ◀懇話会参加者▶

### (東北・北海道ブロック)

北海道	清水亜由美	NTT 東日本札幌病院
青森県	柞木田礼子	むつ総合病院
岩手県	尾上 洋樹	岩手医科大学附属病院
宮城県	柿坂はるか	東北公済病院
秋田県	佐藤 亘	秋田大学医学部附属病院
山形県	原 周一郎	済生会山形済生病院
福島県	鈴木 聡	福島県立医科大学附属病院

### (医会勤務医部会)

委員長	茂田 博行	横浜市立市民病院
副委員長	木戸 道子	日本赤十字社医療センター
委員	川鱈 市郎	長良医療センター
//	佐藤 秀平	青森県立中央病院
//	関口 敦子	日本医科大学多摩永山病院

会 長	木下 勝之	成城木下病院
常務理事	中井 章人	日本医科大学多摩永山病院
//	安達 知子	恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院
理 事	小笹 宏	滋賀県赤十字血液センター
//	山下 幸紀	公益財団法人北海道結核予防会
		札幌複十字総合健診センター
幹 事 長	五味淵秀人	河北総合病院
副幹事長	栗林 靖	杉山産婦人科 丸の内
//	塚原 優己	国立成育医療研究センター
幹 事	奥田 美加	国立病院機構横浜医療センター

## 若手勤務医のための Presentation Zen and Then (その3)

青森県立中央病院総合周産期母子医療センター、勤務医委員会委員 佐藤 秀平

学会発表において聴衆をひきつけ、そして頷かせる技術。「禅」の世界のように無駄な要素を省き、スマートでかつストレートな presentation によって自分の研究の成果や真実を発表する技術。若い世代の医師には、国際学会でも通用するプレゼン術を身につけることが求められてきました。present とは、ラテン語で pre (前に) + sun (存在する = esse の過去分詞形) という語源を持つ言葉ですが、目の前の存在を相手に感じさせるという意味を含みます。スライドやポスター発表がいかにして聴衆に印象深く、かつ、有意義な結果として受け入れてもらえるか、また、聴衆が振り返った際に聴いた時点 (Then) の内容を容易に思い浮かべることができるか。より良い発表をすることは、研究の内容と同じくらい重視すべきことです。

医学を含む科学は真実の探求を基本としていますが、「禅」の世界観には、様式美としてのスマートだけでなく、悟りや真実の探求という世界があります。学会での発表は持ち時間が何時間もあるわけではなく、殆どは数分間の presentation の中で、研究の方法や結果によって得られた真実を聴衆に対して正確で理解しやすく伝える必要があります。短い時間で研究過程で自分が辿った経緯や考えををすべて提示して理解してもらうことは、当然不可能です。我々の先輩達は自分の研究で 100 個得られた結果のうちの 1 個を学会で発表するのが発表のコツである、と教えてくれました。これは、1 つの結論や真実を発表するためには 100 倍の検討が必要であると言うことにも相当します。同時に、その過程を如何にスマートに発表するかという、禅の世界に共通する奥義が必要になるのです。

### 1. 発表の核：真実を伝える

今年日本の医学論文の信憑性が問われる事件がありました。各種の学会で作成されるガイドラインは、多くの医師にとって臨床をする上での根拠とツールになるものです。ガイ

ドライン中で示された論文や報告のデータはまさしく生命線になるのですが、データの信憑性に疑問があったり、統計解析が正しく行われていないというのはエビデンス以前の問題となります。

統計解析には正しい手順が必要です。研究結果そのものに直結する統計学的検討は、客観性、論理性、正確性、そして再現性すべてが揃っている必要があります。発表の中では最も核になる部分だからです。

学会発表では、統計学的な有意差だけが重視される傾向があります。しかし、有意差のあるデータはすなわち臨床的に重要かという、必ずしもそうではありません。少し長くなりますが、その理由の一部を解説します。

ガイドラインの解説内で最近よく使用される用語として、ランダム化比較試験 (いわゆる RCT) とか、メタ解析という手法があります。メタ解析はレベル 1 a、RCT はレベル 1 b というエビデンスのレベル分類がされていますが、メタ解析の方がよりレベルが高いエビデンスであるという解説文が時々見かけられます。メタ解析は、様々な研究を寄せ集めて検討した解析ですが、寄せ集めであるが故のバイアスが入り内的妥当性が低くなります。また、異なる研究のメタ解析の結果として、臨床的アウトカムが 0.5% 低くなって統計学的に有意差がある、という結論が出た場合、実際の臨床の現場では 0.5% の差は有用であると言えるレベルではない場合も多々あります。検定をする際に n が多数あることによって有意差ありという結論が出ることだけにとらわれると、方向を誤ってしまう危険性があります。1 a、1 b はレベルの優劣順位ではなく、単なる分類でしかありません。

また、統計学的有意差の無い研究結果は意味が無いのでしょうか？ 例えば、妊娠中に使用する薬剤の効果を検討し、臨床的に他の治療薬に比して 1 割多い患者さんの症状が軽快する傾向があった場合、効果だけではなく、副作用の頻度や費用対効果、新生児の予後なども含めた場合、臨床的には有

意義な結果になりうる場合もあります。あるいは投薬の対象を考慮することで、統計学的にも有意な結論に結びつけられるかもしれません。

ガイドライン評価委員会や学会発表や投稿の審査課程において、学会（誌）によっては統計学的手法の妥当性についても検討できる統計学の専門家を有する場合がありますが、全く審査が無いままで採用になる学会もあります。その場合は発表する側が責任を持って統計学的検討による真実を伝えなければなりません。

ここで例をあげてみます。ある治療薬の効果を判定するためのVAS (visual analogue scale、視覚アナログ尺度) という手法があります。VASは、同一の被検者で治療などの前後に於いて、主観的な値をつけていく方法であり、個々の被検者でみれば、痛みの基準も程度も同じと思われ、比較する対象になりますが、異なる被検者の値を平均したり比較したりすることは、統計学的には全く意味がなくなります。ある被検者にとっての3というスケールと、別の被検者の3は同じ痛みの程度という保証はありません。また、スケールをつける際に5段階あるいは10段階に表現した場合の値は、例えば5は1の5倍の痛みという意味ではなく、被検者の経験した痛みの中での順列的な段階の表現で、平均値の2.4とか標準偏差が1.8とかいう数値を出してt-検定を行い比較するなどという無謀な検討は、統計学の基本から言って大きく外れています。

VASやそれに準じた検討を使用する場合は、群間で平均値同士を比較するのではなく、症例毎にVASのスケールが上がりれば+ (プラス)、下がりれば- (マイナス)、変化しなければ0 (ゼロ)、というように符号をつけ、符号検定という手法を用いるのが正しい方法です。

何かの手法を間違えて用いて証明しようとしても統計学を知っている聴衆が聴いた時に、その発表は聴くに値しないものとされ、印象にも残らなくなってしまうかねません。発表するデータは抄録提出前に、必ず統計学の基礎は押さえておくことが必要です。

## 2. 個々のスライド：真実をわかりやすく伝える

科学的研究発表のpresentationには、いくつかの原則的な決まりごとがあります。昔は、カメラで撮影したポジフィルムを使ってスライドをカセットに入れ、文字通りに1枚ずつスライドさせ映写していたので、通常5～6分の発表は多くても10枚までという制限がついていましたが、現代はパソコンでプレゼンする時代で、自分で操作することでスライドの枚数はメッセージの数によって前後します。

わかりやすい発表のコツとポイントを挙げてみます。

- 1 聴いている聴衆の立場でストーリーが作られている。
- 2 最初にストーリーのあらすじや結論が伝わる（聴いている聴衆が迷子にならないように目的地を伝える）。
- 3 スライドの1枚に伝えるメッセージはできるだけ1つだけにする。
- 4 文章はできるだけ簡潔にし、言葉の繰り返しを避け、体言止めにする。

- 5 箇条書きの設定でスライドを作る時は最大でも5～6項目（行）とする。
- 6 文字の種類や色は、背景の色と識別しやすいものを使用し、強調したい部分はコントラスト（強弱の差）をつける（色覚視力バリアフリー）。
- 7 不要な線や絵はできる限り排除し、注視してほしい部分を明瞭にする。
- 8 図式を使用する場合は、他人が理解しやすいかどうか、自分以外の数名に意見を聴き必要な修正を行う。
- 9 スライド1枚の中で、聴衆の視線の動きは、左上、右上、左下、右下というZの字を書くように動くことを意識して、スライド内の情報の置き場所を配置する。ということが、大切なポイントになると思います。

## 3. 流れ：表題（演題名）、ストーリー、メッセージ、キーワード

学会発表のスライドは、この4つの項目を常に頭にいれながら作成します。

論文投稿をする際にも重要なことですが、まず、報告や発表の要点をいくつかのキーワードにしていくことです。キーワードは自分が興味をもって研究あるいは観察したことだけではなく、聴衆がどのような点に興味を湧くであろうか、ということ想像しながら選びます。

キーワードが決まったら、次にキーワードを分類しグループに分けていきます。グループ分けはその後のスライドの展開とストーリー作りに関係します。グループ分けされたキーワードから、自分が伝えたいメッセージを作成します。この段階では視覚化しながら1枚のスライドに入れるメッセージを1つ作っていきます。そして、メッセージが決まったところで、真実をわかりやすく伝えるようにスライド上に表現します。

時に1枚のスライドでは表現しきれないメッセージがある場合、2枚のスライドにわたることもあります。キーワードは次のスライドにも置き、スライドの切り替えで聴衆の興味がそれないようにして、次のスライドで続くようにします。

メッセージは研究発表などの場合、緒言（研究の目的）、方法、結果、結論、考察の順にメッセージが流れ、そのつながりでストーリーができていきます。ストーリーの最後で結論や考察を述べる際に聴衆が納得するかどうかは、それまでのメッセージが正確で且つ分かりやすいこと、論理的に飛躍していないこと、これに尽きます。

そして、学会発表での最も重要なもの、それが表題です。せっかく重要な研究結果や、症例検討で新しい知見が得られても、学会発表の表題を決める際に聴衆を呼び寄せられる題名が付いていなければ、抄録に目を向けてもらえないだけではなく会場にも足を寄せられません。よほどの著名人でなければ、表題（演題名）だけで発表を聴いてもらえるとは限りません。

最近は、期限までに抄録だけ提出し、学会の本番ぎりぎりまでスライドを作成し、本番に望むということも物理的に可能になったためか、とりあえずの演題名を作り提出されたような場合も見受けられます。本来伝えたい、あるいは伝えな

ければならない内容が演題名に盛り込まれず、損をしないように、演題登録の時点では発表のストーリーがほぼ完成していることが大切です。

#### 4. 聴衆を引きつける Presentation を

発表の仕方は、一般演題、シンポジウム、特別講演、教育講演、基調講演、招待講演、セミナーや講習会などの講師講演など、様々な立場や状況でも変わります。Apple 社の故 CEO の Steve Jobs が製品発表で行っていたキーノート講演や、最近、流行している TED という著名人やオピニオンリーダーなどの講演などの場合は、スライドにはキーワードの言葉だけが示され、他を口頭で説明するというスタイルが多く、ウィットに富んだスライドが数枚あるだけでも聴衆は講演に引きつけられていきます。しかし、通常私たちが発表する一般講演や特別講演では、TED 風にしてもうまくいきません。スライドの中身を吟味して、十分にメッセージが伝わるものを作る必要があります。

また、せっかくスライドがほぼ完璧に近い状態であっても学会発表の場での話し方がうまくいかなければ、聴衆の注目が途絶えたり、不完全な理解で終わりがねません。Presentation はスライドが 5 点満点で話し方も 5 点満点、併せて 10 点満点なのではなく、スライドも話し方もどちらも 10 点で合計 10 点満点になると言われます。スライドが

満点でも、話し方に難があれば満点にはならないという意味です。科学発表の場合は聴衆の理解を深め考え方を共有するためにはどうしても視覚的に補助する役割のスライドが大きな武器になりますが、同時に話し方も重要です。医学部の講義でも、この辺はなかなか教育されていません。

まだ発表に慣れない若い頃はよく事前に作った原稿に視線を合わせながら読むことが多くなりますが、棒読みや平坦な読み方で話しをすると、演者が何を強調したいかも分かりづらく、自信なさげに見えてしまいます。原稿通りに読もうとして自分の口調でなくなるより、多少原稿とは違っても頭の中にある自分の言葉でゆっくりと自信をもって、そして強調したい部分こそ聴衆の方を向いて話をします。自分の発表が相手に理解されるためには、複雑な内容であっても、自分自身がきちんと理解し、そしてストーリーを簡潔に説明できるようになってから言葉で説明できなければなりません。自信を持って、です。

最後に、Presentation Zen and Then という題の稿は、今回で最後になります。スマートフォンやタブレットでも Presentation が可能な時代になったのですから、若い世代の産婦人科の勤務医こそワクワクするような Presentation の技術を身に付け、世界に飛び出してほしいと願っています。

## 編 集 後 記

勤務医ニュース No.66 をお届けします。本号では第 40 回日本産婦人科医会学術集会の時に開催された勤務医担当者懇話会の内容を掲載しています。今回のテーマは「若手医師が勤務環境に望むこと」と題し、各道県から推薦いただいた卒後 10 年前後の若手医師を中心に、シンポジウム形式で討議がなされました。若手医師から、病院ごとに受けられる研修内容と習得できる技術に差がある点や、広い医療圏を持つ地域の実態など数々の問題提起が得られました。発表内容が皆様の参考になれば幸いです。

また、勤務医部会では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を毎年行っております。2013 年 11 月に発行された結果では、全国の分娩取り扱い病院数は 1,103 施設で 6 年前より 178 施設減少していました。平均常勤医師数は 6.2 人（男 3.8 人、女 2.4 人）で 6 年前より 1.7 人増加しており、1 施設あたりの年間分娩数は 511 件で 6 年前より 65 件増加していました。

回答施設の女性常勤医師は 1,947 名と全常勤医師の 39.2% を占め、その半数は妊娠中か小学生以下を育児中でした。さらに、非常勤医師の中でも、常勤としての勤務先をもたない非常勤医師、いわゆる〈フリーの医師〉を調査したところ、合計 593 人と非常勤医師 2,025 人中の 29.3% を占めていました。特に女性医師では、非常勤医師 840 人のうち 353 人（42.0%）が〈フリー医師〉であり、男性医師

（1,185 人中 240 人（20.3%））に比較し、高率でした。妊娠・育児中の勤務緩和導入率は 4 割、施設により 2～8 割と施設間の較差が大きいままでした。保育所設置は 7 割弱まで増加し、病児保育・24 時間保育導入率は 2 割強に微増していました。

このアンケート調査内容は日本産婦人科医会主催の記者懇談会で公表しており、新聞等のマスコミで取り上げられています。今後の勤務医の就労環境改善のためにも、若手女性医師が自らの妊娠・分娩により分娩業務から離脱しないように環境改善をはかり、同時に、特定の常勤先を持たなくなった女性医師への再就職支援や再教育システムを促進する必要があります。（幹事・清水 康史）

（平成 25 年度）

勤務医委員会			勤務医部会		
委員長	茂田 博行	会長	木下 勝之		
副委員長	木戸 道子	常務理事	中井 章人		
委員	川鱈 市郎	//	安達 知子		
//	佐藤 秀平	理 事	小笹 宏		
//	関口 敦子	//	山下 幸紀		
//	町田 綾乃	幹 事	清水 康史		
		//	奥田 美加		