

なぜ日本の産婦人科専門医が減少しているのか？ —九州大学の産婦人科医局に参加する医師の動向の変化—

ふくしまこうたろう* ひらかわとしお*² えがみ*³ つきもりきよみ*² のがまきひろ*⁴
 なかのひとお*⁵
 福岡恒太郎* 平川俊夫*² 江上りか*³ 月森清巳*² 野崎雅裕*⁴
 中野仁雄*⁵

はじめに

2004年4月の卒後臨床研修必修化を背景にした、大学病院の医師引き上げがマスメディアなどで報道されている。これまで医師の卒後専門研修は、いわゆる「医局」とその関連病院の関係をベースに行われてきた。その是非についても報道などで問う声が多い。しかしながら、少なくとも現時点では多くの医師が医局に属し、病院からの医師斡旋の要請に対応するのみならず、大学病院に雇用されていない医師に対する専門学会の連絡、調査登録など、地方部会業務についてもボランティアベースで行うなど、医師確保や卒後専門研修において医局が果たしている役割は大きい。

産婦人科においては、専門学会である日本産科婦人科学会の会員数にこそ急激な変化がないものの、会員の構成は高齢化している¹⁾。また、医療訴訟が多いこと、拘束時間が長いことなどから、産婦人科専門医を志望する医師が減少しており²⁾、平成14年度からは、厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）として「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」が発足し、九州大学もこれに参加している。

九州大学の産婦人科医局は九州大学と関連研修施設において、診療、教育、研究、ならびに

卒後研修を行う医師が自由意志で参加している任意団体である。平成15年度には31施設の医師斡旋依頼に応じたが、平成16年度はそのうちの6病院の依頼に応じることができなくなった。にもかかわらず、九州大学勤務の医師数は減少し、残りの25施設についても依頼のすべてには応えられないのが現状である。国立大学病院の法人化に伴う労働基準法の適用など、労務管理の問題、少子化に伴う産科医療の問題などの社会状況のなかで、産婦人科医師不足の原因の解析と対策を考える基礎資料として、当医局に参加する医師の動向を調査したので報告する。

I. 目的

一大学の産婦人科医局における医局員の動向を検討し、産婦人科医師不足との関連を解析することを目的とした。

II. 対象と方法

九州大学大学院生殖病態生理学分野、九州大学病院産科婦人科、九州大学病院周産母子センター母性胎児部門、九州大学生体防御医学研究所ゲノム機能制御学研究部門、九州大学病院別府先進医療センター産婦人科、九州大学医学部保健学科、九州大学医学部婦人科学産科学教室研修教育連絡協議会関連施設（以下、関連研修施設）において、診療、教育、研究、ならびに卒後研修を行う医師が自由意志で参加している任意団体を医局と定義し、これに参加する医師を医局員と定義した。参加した時点を入局、退

*九州大学病院周産母子センター助手。

*²九州大学病院産科婦人科講師。

*³国家公務員共済組合連合会浜の町病院産婦人科医長。

*⁴九州大学大学院医学研究院助教授（生殖病態生理学）。

*⁵九州大学大学院医学研究院教授（生殖病態生理学）。

表1 現医局員の所属先 (2004年4月1日現在)

所属	医師数	男性/女性
九州大学/九州大学病院	33	28/5
	福岡地区 25	
	別府地区 8	
関連研修施設	62	36/26
大学院	15	13/2
その他	15	9/6
計	125	86/39

会した時点を退局と定義した。

2004年4月1日現在、退局していない医局員を現医局員とし、現医局員ならびに現教授が就任した1982年度以降に入局した医局員計232名を対象とした。現医局員については入局から2004年4月1日現在までの年数を、すでに退局した医局員については入局から退局までの年数を、それぞれ在局期間とした。なお、入退局とも、その年度の一部でも在籍していた場合には1年と数えた。1996年度に入局し、在局3年で病死した医師1名は、在局期間の検討から除外した。

統計学的解析は、Kaplan-Meier法、log-rank test、ならびに一次相関解析、Mann-Whitney's U testを行った。統計学的には $p < 0.05$ を有意とした。

III. 結果

1. 現医局員の背景

表1に2004年4月1日現在の医局員の所属先を示す。総数は125名で、九州大学大学院医学研究院、医学部保健学科、ならびに九州大学病院に勤務している者が33名(26.4%)、関連研修施設勤務者が62名(49.6%)、九州大学大学院医学研究院在学者が15名(12.0%)、その他が15名(12.0%)であった。その他には関連研修施設以外に勤務する医師(産婦人科以外の診療科や基礎教室)、海外留学、産休、育児休暇などを含む。

表2 現医局員の年次別構成 (2004年4月1日現在)

入局年度	現医局員数	男性	女性
1967	1	1	0
1968～1977	0	0	0
1978	1	1	0
1979	1	1	0
1980	0	0	0
1981	2	2	0
1982	1	1	0
1983	2	2	0
1984	5	5	0
1985	1	1	0
1986	3	1	2
1987	3	3	0
1988	3	3	0
1989	5	4	1
1990	2	1	1
1991	1	1	0
1992	8	6	2
1993	4	2	2
1994	5	3	2
1995	10	8	2
1996	10	7	3
1997	7	5	2
1998	12	9	3
1999	7	4	3
2000	8	5	3
2001	9	2	7
2002	10	6	4
2003	4	2	2
計	125	86	39

表2に現医局員125名の年次構成を示す。入局年度は1967年度から2003年度にわたり、125名の在局期間は 10.2 ± 6.9 年、中央値は9年であり、在局期間10年未満が67名(53.6%)、5年未満が23名(18.4%)であった。男性医師は86名(68.8%)、女性医師は39名(31.2%)であった。

2. 1982年度以降に入局した医局員の背景

以下、現教授が就任する1982年度以前に入局した現医局員3名を除く、229名について検討を行った(表3)。

男性168名(73.4%)、女性は61名(26.6%)、学位取得者ならびに大学院進学者は97名(42.4%)、原籍が福岡県の者は108名(47.2%)、

表3 年次別入局者のプロフィール (1982～2003)

入局年次別の医師分布詳細

年度	入局者数	男性	女性	学位取得者	福岡県出身者	九州大学卒業者
1982	6	6	0	3	3	2
1983	12	12	0	4	6	7
1984	13	13	0	8	7	8
1985	12	12	0	8	4	8
1986	13	10	3	10	8	10
1987	12	9	3	3	5	4
1988	11	9	2	6	5	3
1989	10	8	2	6	5	6
1990	8	7	1	1	5	6
1991	5	2	3	2	5	3
1992	10	7	3	5	2	9
1993	8	6	2	1	6	5
1994	5	3	2	4	4	4
1995	15	13	2	6	7	10
1996	13	8	5	7	6	8
1997	16	9	7	7	4	8
1998	15	11	4	7	2	7
1999	8	5	3	3	6	4
2000	10	6	4	3	6	6
2001	13	4	9	2	7	6
2002	10	6	4	1	5	1
2003	4	2	2	0	0	2
計	229	168	61	97	108	127

学位取得者には大学院博士課程在籍者を含む。福岡県出身者は入局時の原籍が福岡県であったものを示す。

九州大学医学部卒業者は127名(55.5%)であった。現医局員のうち、1982年度以降の入局者は120名(96.0%)であった。すでに退局した医局員の在局期間は 8.0 ± 4.7 年、中央値は8年であった。

3. 入局者数ならびに性別の年次推移

図1に入局者数とその性別の年次推移を示す。入局者数の推移には有意な相関は認められなかったが、女性医師に関しては $r^2=0.599$ と有意に増加していた。

4. 在局期間の年代、性別による差異

次に、1982年度以降の入局者の入局年度をA群：1982～1988年度(昭和57～63年度)、B群：1989～1995年度(平成元～7年度)、C群：1996～2003年度(平成8～15年度)の3群に分け、各群の医局員の在局期間について

Kaplan-Meier法を用いて検討した(図2)。在局期間の中央値から観察は8年で打ち切りとした。なお、log-rank testを用いて検定したところ、C群は他群に比し、有意に在局期間が短いことが分かった。また、全医局員における性別での差異を検討したところ、女性のほうが男性より有意に在局期間が短かった(図3)。

5. 在局期間と早期退局者の動向

近年、在局期間が短縮していることが分かったので、在局期間と退局者数の分布について検討した。図4に示すとおり、在局期間は5年未満、10年前後の2峰性のピークを有していた。在局期間5年未満の退局者を早期退局者として、その年代別変化について検討した。表4には早期退局者の性別と退局直後の専門領域を示す。また、図5に示すとおり、早期退局者の割合

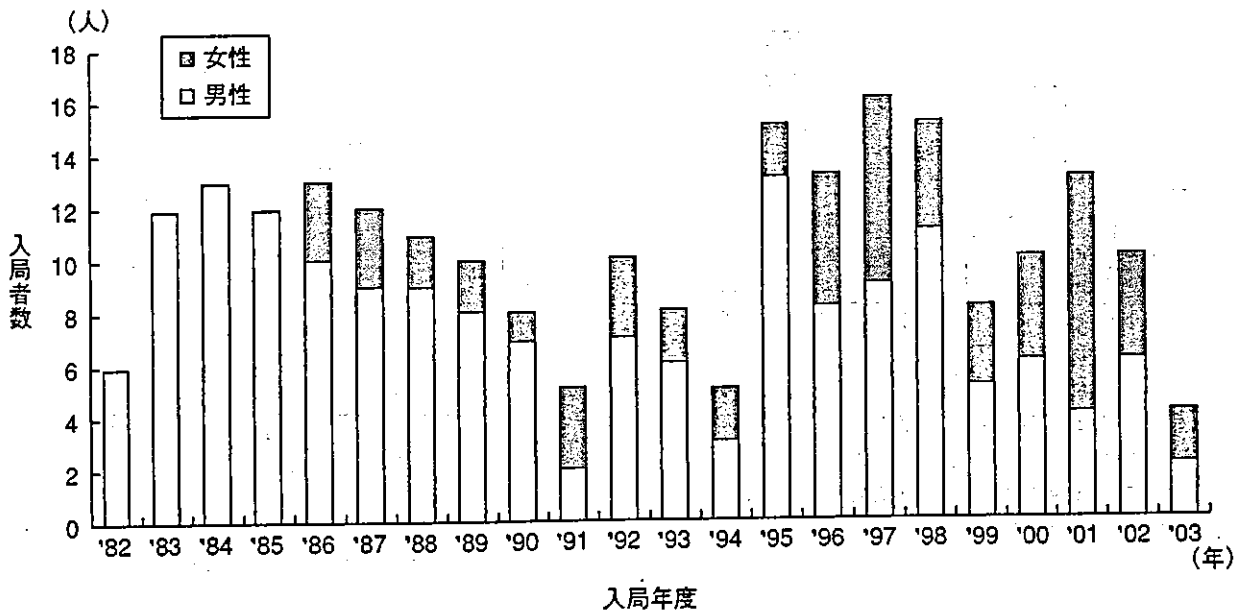


図1 入局者数ならびに性別の年次推移 (1982~2003)

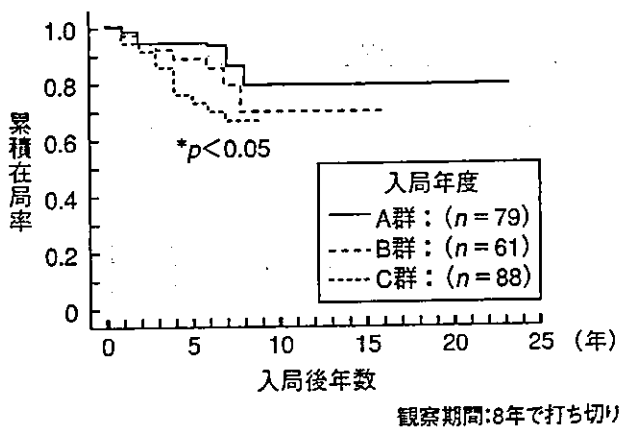


図2 年代別の在局期間の比較

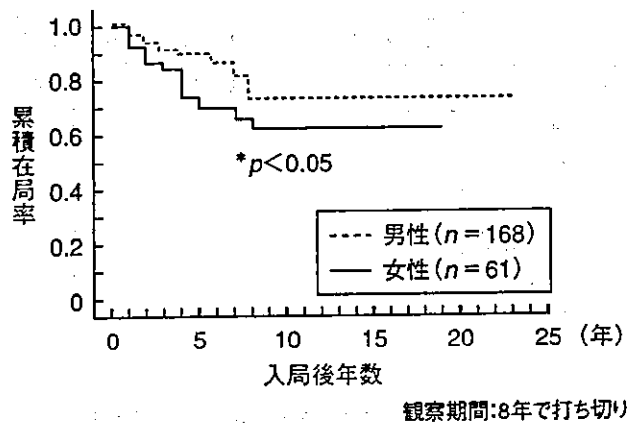


図3 性別の在局期間の比較

はA群 (5.1%), B群 (13.1%), C群 (20.5%)と年代ごとに増加し, A群とC群の間には統計学的有意差が認められた。他の群間には有意な差は認められなかった。

次いで男女別に検討したところ, 早期退局者の割合は男性167名中15名 (9.0%), 女性61名中15名 (24.6%)と女性が高かったが, 有意差は認められなかった。男女別に年代別推移を比較すると, A, B, C群それぞれ, 男性では2.8%, 13.0%, 14.0%, 女性では25.0%, 13.3%, 28.9%であり, 男性医師では早期退局者が有意に増加していた。

次に退局者の動向を知るために, 5年未満の

専門転向者を早期転向者と定義し, 年代別に比較した。A群の早期転向者は4名 (5.1%)であったが, 退局後はすべて産婦人科を専門領域としていた。B群では, 産婦人科を続けた者が3名 (4.9%)に対し, 産婦人科以外の専門領域に転向した者が5名 (8.2%), C群はそれぞれ6名 (6.8%), 12名 (13.6%)であった。B, C群では, A群に対して早期転向者の割合は有意に増加していた。B群からC群については増加していたが, 両群間に有意差は認められなかった (図6)。

性差について検討したところ, 男性167名中9名 (5.4%), 女性61名中9名 (14.8%)と女性

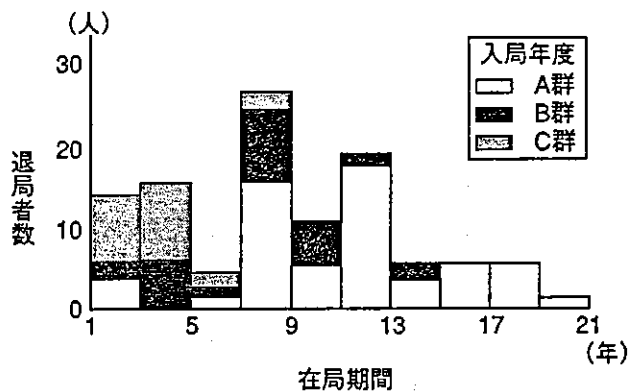


図4 退局者の在局期間

1982年度以降に入局した医師のうち、2004年4月1日までに退局した医師108名について、その在局期間を3群に分け、ヒストグラムとして示す。

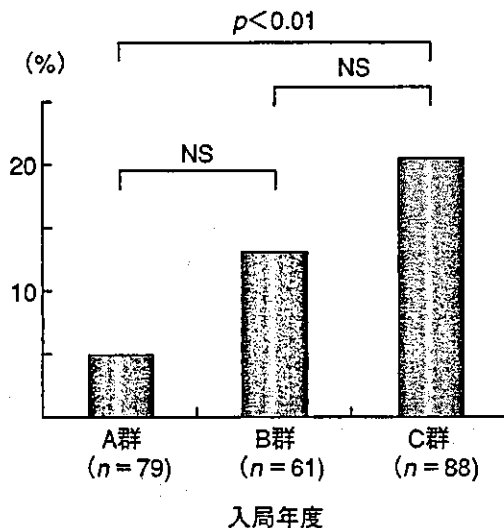


図5 早期退局者の年代別変化

表4 早期退局者のその後の志望

	A群	B群	C群
産婦人科	4 (2:2)	3 (3:0)	6 (1:5)
他領域	0	5 (3:2)	12 (6:6)
内科		2	4
行政		2	2
形成外科		1	1
救急・麻酔			2
基礎医学			1
精神科			1
整形外科			1

人数 (男:女)

1982年度以降に入局した医師のうち、2004年4月1日までに在局5年未満で退局した医師の性別と、退局直後の専門領域を年代別に示す。

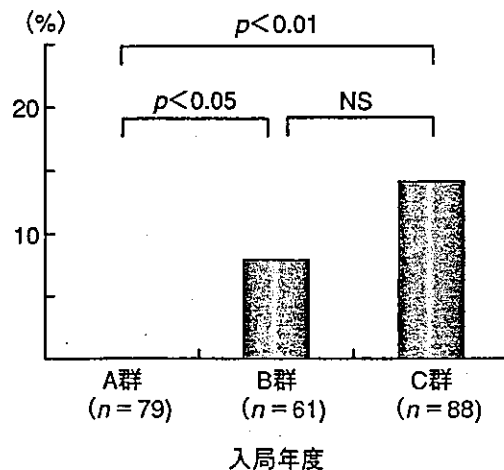


図6 早期転向者の割合の年代別変化

における早期転向者の割合が高かったが、統計学的有意差は認められなかった。男女別に年代別推移を比較すると、A, B, C群それぞれ、男性では0%, 6.5%, 12.0%, 女性では0%, 13.3%, 15.8%と男女とも増加していたが、統計学的有意差は男性にのみ認められた。

IV. 考察

小児科・産婦人科の若手医師の不足が社会問題化してきている。小児科においては、特に夜間救急における医師不足の問題が取り上げられており、医師の増加策や意識調査などが学術学会誌に掲載されるようになってきたが⁴⁶⁾、産婦

人科に関する論文は少ない。厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)として「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」⁴⁷⁾により、医学生が産婦人科、特に産科についてネガティブなイメージをもっている⁴⁸⁾、卒後研修中のみならず第一線で臨床に携わる医師の多くが労務負荷を感じている⁴⁹⁾、などが報告されはじめた。また、日本産科婦人科学会による調査をもとに、2003年には産婦人科医師の約1/3が60歳以上であることが報告されている²⁾。いずれの報告においても労務負荷による過酷な労働条件による医学生、若手医師の産婦人科離れ、高齢化などによるフルタイム実働で

きる医師の減少が悪循環を来していると共に認識されている。

日本の医師総数、産婦人科医師数の推移をみると、医師数は昭和30年のおよそ10万人から平成12年にはおよそ25万人へと増加しているが、産婦人科医師数は12,000~13,000人前後で変化はない⁹⁾。この間、出生数は年間200万人超から120万人へと半減している⁹⁾が、周知のとおり分娩への社会ニーズの変化から医師への要求は増し、件数の減少にもかかわらず医師1人当たりの負担は重くなっている。これは何よりも全医療訴訟の30%以上が産婦人科に関するものであること⁹⁾が雄弁に物語っている。

日本産科婦人科学会会員の年齢分布では、2003年では、60歳以上の会員が全会員の約1/3を占めるといふ分布をとっている⁹⁾。全国的にも近年の大学産婦人科医局入局者は、医学部卒業生の4%前後、ほぼ400名で、漸減からほぼ横這いとなっており、産婦人科専門医受験者数は300名強で推移している^{13,9)}。医師の供給の視点からは、供給の減少に加えて、ピークを形成する世代の高齢化により、問題が急速に表面化したものと思われる。実際、われわれは1955~1970年度に入局した産婦人科医師に、現在の勤務についてのアンケート調査を行い、80名から回答を得ているが、その予備的な解析では、10%が完全に医療の現場を離れ、常勤医師として分娩に携わっている医師は、取り扱う分娩数の多少を問わず25%前後にすぎない(福嶋、未発表)。

医局をいかに定義するかは難しい問題であるが、本研究では、卒後研修ならびに診療、教育、研究を行う医師が自由意志で参加している任意団体とした。狭義には当該施設に勤務する医師の集団が医局であろうが、実際には歴史的な診療圏を背景として関係の深い施設間で医師の人的交流があり、多くの医師が卒後専門研修を大学病院とその関連施設の集団のなかで行っている現状を踏まえて、上記のように定義した。一

般的には在局の初期には学会専門医取得を目的とした研修を行い、その後、サブスペシャリティの取得や研究、さらに長期間在局する医師は教育を中心とし活動していると考えられる。この観点からみれば、退局とは個々がそれまでの研修によって得た資格や能力によりプロモーションを行う時期であるといえる。

今回の検討により、少なくとも九州大学の産婦人科医局においては、入局者数は減少していないこと、しかしながら早期に医局から離れていく医師が近年増加していること、さらにその際に専門診療科を変更する者が増加していることが分かった。当医局では直近8年間に入局した医師の20.5%が5年未満で退局し、13.6%は専門領域を変更していた。当医局においても、卒後5年未満の医師の多くは大学病院、地域の基幹病院で研修を行っている。

日本産科婦人科学会では、学会入会后5年間の卒後臨床研修を専門医試験受験資格としており、5年未満で志望を転向するということは、産婦人科専門医を取得することを希望しないということになる。つまり、学生のとくに専門診療科として産婦人科を志望しても、このような基幹施設で実際の現場を体験することにより、職業として継続することが困難であると判断した医師が多数いるものと推測される。もちろん、退局の早期化が当医局に特有の事情による可能性が完全に否定されるわけではないが、志望変更先の傾向が日本産科婦人科医会の調査と同様の傾向を示していること⁹⁾、産婦人科医局に入局した医師と日本産科婦人科学会専門医受験者数の差を考えれば、全国的にもほぼ同様の現象が起こっているのではないかと推察される。もしこの傾向がさらに悪化していけば、産婦人科サービスを提供できる医師が急速に減り、さらなる産婦人科医師の離職に拍車がかかるおそれが多分にある。

本来、このような検討は、ポピュレーションデータベースによって行われるべきである

が、属性でラベルした医師の個票データが存在しないため、施設レベルのデータベースに頼らざるをえない。しかしながら、その理由や背景を明らかにするためには、大規模調査や志望転向した者への調査、収入・実労働量について、他専門診療科との客観的な比較などが必要となってくると考えられる。今回の検討では、女性医師は医局に在局する期間が有意に短かった。統計学的有意差はなかったが、早期退局者ならびに早期転向者の割合も女性医師が高い傾向にあった。しかしながら、男性医師においても早期転向者の割合は有意に増加しており、早期退局者ならびに早期転向者の増加は女性医師特有の問題ではないことを認識する必要がある。

もう1つの問題として、医局員、特に若い世代の医師が実働する病院は、地域の高次病院として機能している病院であることがあげられる。実際、九州大学の産婦人科医局の場合、医師斡旋の依頼に対する充足率は6~7割で推移している¹⁰⁾。つまり、九州大学に限らず、医局員が減ることによって地域の高次病院に医師が不足する危険性がある。絶対数が減少し、高齢化が進む産婦人科医師の中で、ローリスク診療、クリニック診療に特化する医師が増えれば、逆に重症患者を搬送しようとしても、その受け入れ先には医師がいないという事態が起こりうると思われる。

日本においては、医師数に比して施設数が多いため、1施設当たりの医師数が少ないことが産婦人科医師に限らず救急を扱う医師の負担を招いているといわれる¹¹⁾。その対策として、分娩施設の集約化、オープンシステムの導入¹⁰⁾などが提言されているが、病院や地域の事情、同じ産婦人科施設のなかでも一次施設と高次施設の関係もあり、これまでのように大学と病院や同窓会との関係だけで医師の供給を安定して行うことは、さらに困難となっていくものと思われる。これまでの日本の専門医システムは需要と供給からではなく、自由選択に基づいて志望

が決定されてきたが、産婦人科のみならず、専門診療科間、施設間の医師配置、労働条件などを勘案した医師定数や診療報酬の設定に対して、行政の介入も含め、早急な対策が望まれる。

謝辞：本研究の一部は、厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）として「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」によって行われた。

文 献

- 1) 水口弘司：我が国の産婦人科医療に関する検討。日産婦会誌 1995; 47(7): 677-684.
- 2) 中野仁雄：展望—産婦人科医療。日産婦会誌 2003; 55(8): 795-800.
- 3) 岡井 崇：日本に於ける産科医師不足の現状とその原因。厚生労働科学研究「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 平成14年度研究報告書, 2003; 84-97.
- 4) 江原 朗：小児救急における小児科医師の人材難—外国人医師導入の可能性。小児科 2003; 44(7): 1151-1154.
- 5) 市川光太郎, 山田至康, 田中哲郎：日本小児科学会認定医研修施設医長の小児救急医療研修・教育に関する意識調査。日小児救急医会誌 2002; 1(1): 113-116.
- 6) 村田雄二：医学生産科に対する意識調査。厚生労働科学研究「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 平成14年度研究報告書, 2003; 65-68.
- 7) 木下勝之：産科卒後入局者の動向調査・分析, 病院小児科医の workforce 調査分析。厚生労働科学研究「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 平成14年度研究報告書, 2003; 12-13.
- 8) (財)母子衛生研究会編：母子保健の主なる統計。母子保健事業団, 東京, 2001.
- 9) 徳永昭輝：産婦人科新入医局員増加のための小委員会報告 産婦人科を志望する医師の現状—全国の医局長・産婦人科研修指定病院部長・科長アンケートから—。日本産婦人科医会報 2002; 4(付録): 2-5.
- 10) 中野仁雄, 平川俊夫, 古恵良恵子, 山本順子：小児科・産科医の勤務状況の改善に関する研究。厚生労働科学研究「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 平成14年度研究報告書, 2003; 70-72.

投 稿 平成16年4月9日受付

連絡先 〒812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1

九州大学病院周産母子センター 福岡恒太郎

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」

序 論

九州大学

中 野 仁 雄

日本周産期・新生児医学会雑誌 第40巻 第4号 別刷

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」

序 論

九州大学

中 野 仁 雄

およそ一世紀前に文部省（現、文部科学省）が、半世紀前からは厚生省（現、厚生労働省）も加わって国家事業としての教育（研修）・研究・診療が営まれてきた。当初、医育機関である大学病院が専ら医療サービスの中核として活動したが、ここ半世紀は厚生省が医師法、医療法などの法律を所管し、保健と医療の全てに責を負って事業を推進している。源流に水かさが増し、新しい流れが加わり、ともに混じり合って流れるうち、別の名前で海にたどり着く…、と、まさに「川の流れのように」である。経ること一世紀、はじめはドイツ型・研究室型医学によって開花した本邦の医学、そして医療はフンボルトの教育研究の二位一体の理念に支えられて困り込み型の「附属病院」を配置し、研究志向型の医療を運んできた。第二次世界大戦の敗戦を機にアメリカ型医学が導入されたが、そこに見たのはかねてドイツ型と対比され育っていたイギリス型・病院型医学医療であり、地域志向型教育研修であった。米国はこの半世紀、それをさらに高度化・分化させて、医療サービスと研究とをそれぞれに特化させてきている。後者は新産業創出に一役を買って、起業化応用の世界も示してきた。科学技術立国を国是とする本邦の今日は、主要四分野のひとつにライフサイエンスを掲げ、まさに米国に追従しようとしている。

このように若者を駆り立ててやまない研究の世界、そこから展開する産業創出、これによって得られる社会の礼賛、実に多くの、しかも刺激的な要素がインセンティブとなって医師の卵に自らの進路選択を追っている。太古の昔からの営みであり、今日の必要であることにも変わりはない保健と医療の底辺の支えは、ヒト、モノ、カネからなる資源配置の観点からはまるでエアポケットに陥ったかの感すらある。小児科・産婦人科医療の今日をここに位置づけるのはあまりに近視眼的で、悲観的な見方になるのであろうか。いろいろな見方があったにせよ事実もまた見逃すことはできない。

小児科もそうならば産婦人科にも医師が足りない。近年の若手医師確保の状況とその推移からしてどうやら我が国は未曾有の事態に突入している。それでは産婦人科の現状を見てみよう。

およそ半世紀の間、医師の全体数は直線的に増加し、これによって広く深いサービスが医療の現場を支えて今日がある。この中で、産婦人科医師数は増加はおろか、全くの横一直線で、これをグラフに表してみると、見た目には極めて安定していると言う人がいるかもしれない。しかし、医師供給の現実はそのような論評を許さない。他の臨床領域と同様に半世紀の医学の進歩は産婦人科臨床においても、萌芽した新領域に対し、深化した個々のサービスに対し、あるいはより安全に、より確実に、の目標に対して現有の医師労働力をフルに活用し、その時々を過ごしてきた。今日、産婦人科医師個人にとっては一人まえ分の働きでは追いつきそうにない状況にある。

産婦人科医師数は変動なくほぼ一定数が確保されてきたとの言い方をしたが、その背景として手放しには安心できないからくりがある。日本産科婦人科学会会員の年齢層別構成をみると七十一歳以上集団が断然のピークを作っており、がけから落ちるようにしてそれ以下の集団が低い丘のようにつながる。要は、働き盛りの集団が不足していることである。そしてそこに安定して供給されるはずのさらに若手の医師集団が絶対的に欠乏していることである。この医師不足の問題は定年を迎え、あるいは転職し、といったベテランの、あるいは古手医師の専門職能離脱により、年々深刻になって行くものと予想される。対策が講じられ、それが奏効したとしても産婦人科専門医としての活躍の場は、専門研修を終える五年を経てしか訪れない。直近の問題は、この五年をどう凌ぐかということである。ここでは若手医師だけではなく、古手の医師の「リクルート」も視野に入れた短期処方求められる。

若手医師の問題、「古手」医師の問題、そして女性医師の勤務条件改善の問題などそれぞれに問題を選別、特化し、固有の対応を考え、そして行動することが必要な時代がきた。さらに地域差が大きく関わる問題であることにも目を向けなければならない。若手、「古手」、女性医師の抱える問題を解決するための短期処方と中期処方が当然必要であり、人材資源の需給に手がかりが見えてくるであろう。加えて、医療サービスの分担、再配置、或い

平成16年12月

は財政的支援などなど複合問題を解く視点に立って対策を講じなければならない。

本学会の40周年を記念する意味も込めて、厚生労働省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（主任研究者：鴨下重彦）の活動現

況を紹介する機会を得た。小児科・産婦人科医療サービスの明日を確保し、よりよい社会をもたらすためには、ヒト、カネ、モノなどの資源の適正な再配置を考え、筋道を世に示し、立ち上がらなければなるまい。

産婦人科若手医師の増加対策

平川俊夫 中野仁雄

周産期医学 第35巻 第1号 別刷

(2005年1月)

東京医学社

〒113-0033 東京都文京区本郷3-35-4
電話 03(3811)4119(代表)

産婦人科若手医師の増加対策

平川俊夫* 中野仁雄**

はじめに

産婦人科の医師不足が深刻である。長年医師の供給を担ってきた大学医局が関連病院への医師派遣を打ち切った結果、地方病院の産婦人科が閉鎖される事態が社会問題として取り上げられているが、このままではこの状況はもっと拡がっていくであろう。

一方で、少産少子の時代となった我が国では産婦人科医はもはやそれほど多くは必要とされないという意見もある。はたしてそうなのか。我が国の将来を担う次世代の健やかな誕生を守り、そしてこれを育む母性を守るこの重要な医療専門職を、より層厚くより能力の高いものに育ててゆく必要はないのか。日本産科婦人科学会ならびに日本産婦人科医会はこの問題に対して長年取り組みを続けているが、加えて厚生労働省をはじめとする行政側もこのことに目を向けるようになってきた。産婦人科若手医師の増加対策は必要なのか。どのような方策が求められるのか。現状を分析する中で、今後の方向性を探してみたい。

社会的背景

戦後の我が国の年間出生数は、1971年から1974年の第二次ベビーブーム以降減少を続けて

表 出生数と合計特殊出生率の年次推移

年次	出生数	合計特殊出生率
1950	2,337,507	
1955	1,730,692	
1960	1,606,041	
1965	1,823,697	
1970	1,934,239	
1975	1,901,440	
1980	1,576,889	1.75
1985	1,431,577	1.76
1990	1,221,585	1.54
1994	1,238,328	
1995	1,187,064	1.42
1996	1,206,555	
1997	1,191,665	
1998	1,203,147	
1999	1,177,669	1.34
2000	1,190,547	1.36
2001	1,170,662	1.33
2002	1,153,855	1.32
2003	1,123,828	1.29

(厚生労働省統計表データベースシステム厚生統計要覧第1-16表ならびに第1-24表より作成)^{1,2)}

おり¹⁾、合計特殊出生率(対象とする年次について女性の年齢別出生率を15~49歳にわたって合計して得られる出生力の指標:1人の女性がその年齢別出生率に従って子どもを生んだ場合に生涯に生む子ども数として解釈される)も年次減少を続け、2003年には1.29と過去最低となった²⁾(表)。少子化の要因には、女性人口そのものが減っていることに加えて、未婚率が増え、晩婚化が進

* ひらかわ としお ** なかの ひとお

* 九州大学病院産科婦人科

** 九州大学医学研究院生殖病態生理学教授・九州大学副学長

[〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1]

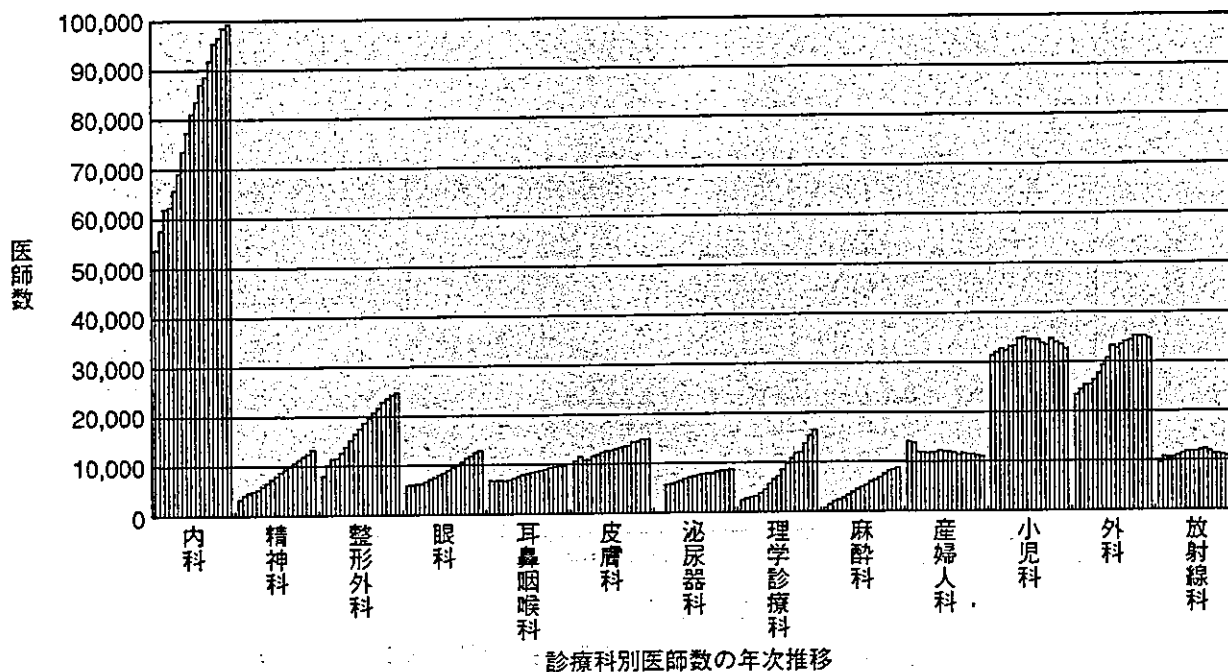


図 1 診療科別医師数の年次推移 (1965~2002年)

内科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、理学診療科、麻酔科は増加、産婦人科、小児科、放射線科は減少、外科も近年減少の傾向がうかがえる。

(複数回答可；1965~1975年は5年ごと、1976~2002年は2年ごとに表示；厚生労働省統計表データベースシステム平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査第5表より)⁴⁾

み、結婚しても出産を先延ばしにしたりまた子どもをつくらない夫婦が増えていることなどがあげられている²⁾。その理由としては、子どもの生活費や教育費がかかりすぎる、働く女性が増え家庭と仕事の両立が難しい、子どもより自分の生活を充実させたい、などの意識があるといわれている。こうした少子化の結果、我が国の総人口はまもなく減少を始め、また高齢化がいつそう進行すると考えられている³⁾。

少子高齢化は労働人口の減少と消費市場の縮小による社会経済の衰退につながり、また高齢化の進行は社会保障費の増大につながるといわれており、この対策は国政の重要課題にあげられている。また女性の社会参画の推進を求める国民の意識は強く、男女共同参画社会の実現にむけての取り組みが求められている。このような社会情勢を受けて、国は健やか親子21国民運動計画、労働基準法の改正、男女雇用機会均等法、育児・介護休業法、次世代育成支援対策推進法等の制定、不妊治療費助成事業など、次世代育成支援のための種々の施策を行ってきている。今後も少子化対策とし

て、出産、子育てに対してインセンティブを与える施策・行政支援が行われるであろう。

また近年は、患者・国民のニーズが多様化し、医療を自ら選択し、自ら医療に参加したいとの意識が高まり、また安全で快適な医療サービスを望む意識が高まってきた。また国際的にも女性の性と生殖に関する健康と権利（リプロダクティブヘルスライツ）を求める意識が高まっている。

さらに医療過誤に対しても国民が厳しい姿勢で臨むようになっており、医療訴訟も増加の一途をたどっている。厚生労働省は2004年1月の「医療分野における規制改革に関する検討会報告書」において、刑事事件とならなかった医療過誤についても不適切な事例には厳正に対応するとともに、刑事、民事を問わず、処分を受けた医療資格者の再教育の徹底を図ることが必要である、と述べるに至った。

一方経済の低成長化・国民所得の急落に伴う医療費の対国民所得比の上昇、高齢化による医療サービス需要の増加と医療保険システムの財政破綻等の情勢を踏まえ、我が国の医療政策の基本方

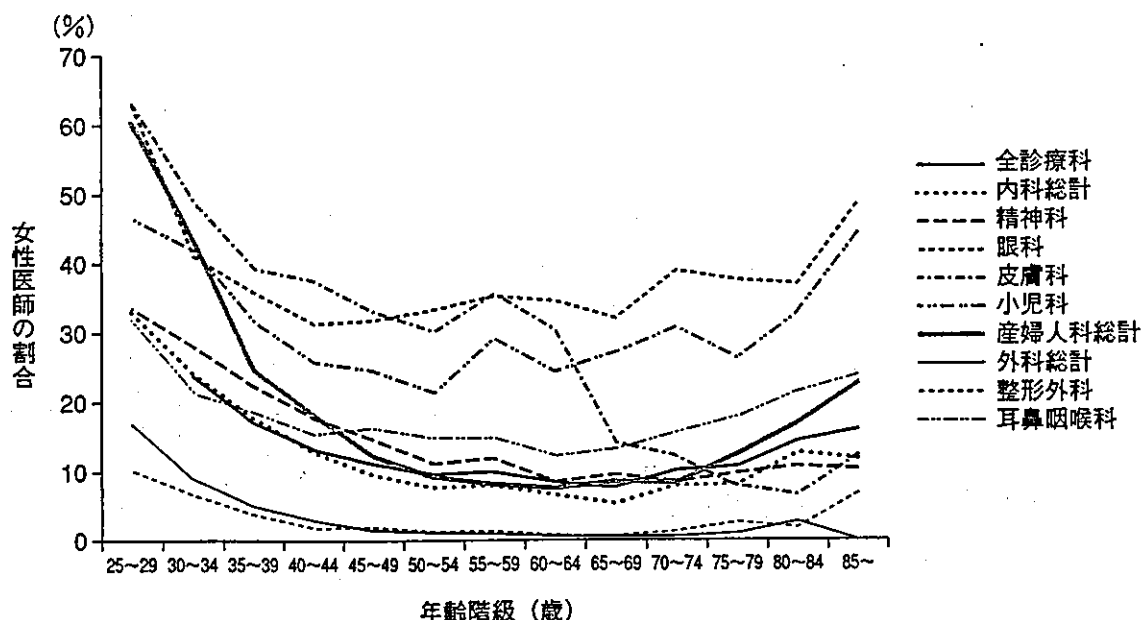


図2 主たる診療科別・年齢階級別にみた女性医師の割合 (2002年)

内科総計とは、主たる診療科のうち内科、心療内科、呼吸器科、消化器科（胃腸科）、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科の合計。産婦人科総計とは、主たる診療科のうち産婦人科、産科、婦人科の合計。外科総計とは、主たる診療科のうち外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科の合計。主たる診療科とは、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科である。（厚生労働省統計表データベースシステム平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査第39表より）⁵⁾

針は全医療費の抑制へと転換された。このため診療報酬の引き下げが続く、医業経営はより困難となってきた。

我が国の医師数は年次増加を続けている。将来的に深刻な医師数の過剰が生じると予測した旧厚生省は、すでに1998年5月の「医師の需給に関する検討会報告書」において、高齢化のピーク時において需給の均衡が達成されるよう、新規参入者の概ね10%の削減を目指すよう提言しているほどである。しかしながら、増加する医師は全診療科に均等に進んでいるわけではない。医師数の年次推移には、診療科別の偏在傾向がみられるのである。内科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、理学診療科、麻酔科は増加、産婦人科、小児科、放射線科は減少、外科も近年になって横ばいかやや減少の傾向がある⁴⁾ (図1)。そして女性医師の増加も注目される⁵⁾。

さらに、今年から開始された新たな医師臨床研修制度により、産婦人科は小児科、精神科、地域保健・医療とともに必修科目となった。しかし、

この制度を支えるためには研修指導にたずさわる教育スタッフを新たに確保しなければならない。また将来的に、この制度の導入により今後産婦人科医療の専門性がどのように変化してゆくのか、まだ不透明である。

産婦人科医療体制の現状とその問題点

戦後の日本の産婦人科医療は昭和20年代から30年代にかけて産婦人科医となった世代によって支えられてきたといっても過言ではない。戦後のベビーブームを支えた世代であり、全国に数多くの有床診療所をつくり、その多くが医師1人の診療所であった。時代は移り、その世代が引退して臨床の第一線を去った。しかし、その後の世代の若手医師は産婦人科を徐々に選ばなくなっている。我が国の医師数は年次増加しているにもかかわらず、卒業後産婦人科に進路を定める新卒医師は1970年代以降漸減しているのである。その結果、産婦人科医師の高齢化が進んでいる。このた

め産婦人科医師の実労働数は、見かけ上の医師数よりさらに少なく見積もる必要がある。

また近年すべての科にわたって女性医師は増加の傾向にあるが、特に産婦人科ではその割合が著しく、若い世代で女性医師の割合が急増しているのが産婦人科の大きな特徴である⁵⁾。診療科別に女性医師割合の年齢分布をみると、ほぼ3群に分けられる(図2)。第1群は内科・精神科で、女性医師割合は全診療科と同様の年齢分布を示す。耳鼻咽喉科も高齢者で割合がより高いが、ほぼ同様の分布と考えてよい。第2群は眼科・小児科・皮膚科で、女性医師割合が多く65歳未満であれば3割前後あるが、特に眼科と皮膚科の25~29歳では60%を超える。第3群は外科・整形外科で女性医師割合はもともと極めて少ない。この中で産婦人科の女性医師割合は特異な分布を示す。すなわち40歳以上の世代では第1群に近似する分布だが、それより若い層で割合が急に高くなり、特に25~34歳では第2群と同様の割合となる。すなわち産婦人科の女性医師割合はこの10年間で急増している。産婦人科における女性医師のproductivityは男性医師の約85%と推計されており⁶⁾、この女性医師割合の増加は相対的な労働力の低下につながると考えられる。

産婦人科医師の勤務内容は他科と比較して、当直・時間外労働が多い、有給休暇の消化率が少ない、超過勤務手当を受けていないことが多い、など決して良好ではない。また他科と同様、当直業務と救急業務は分離されておらず、また当直に引き続く翌日の勤務も当然のごとく要求されている。さらに産科医療の特徴として、分娩は昼夜を問わない、検査時間が長い(例えば胎児心拍陣痛図)、分娩は時間を要し、なおかつ急変への迅速な対応が求められるなど、医師の拘束時間が長い。

加えて、近年の産婦人科医療の進歩は著しく、特に周産期の分野では胎児心拍陣痛計、超音波断層法、カラードプラ法、3D・4D撮像法などの各種検査技術の開発に伴って、ノンストレステスト、biophysical profile score、臍帯動脈・中大脳動脈resistance index (RI)、胎児採血、amniotic fluid indexなどさまざまな胎児健全性の評価法が導入されており、触診とトラウベ胎児心音聴取法で

行っていた時代と比べて管理が格段に複雑化してきた。早産管理についても、塩酸リトドリンや硫酸マグネシウムなどの子宮収縮抑制剤の導入により格段に進歩したが、他方長期の占床を余儀なくされる例も多い。また体外受精・胚移植をはじめとした生殖補助医療技術の導入により不妊治療は著しい進歩を遂げたが、このことによる多胎、低出生体重児の増加が周産期医療を大きく圧迫している。さらに周産期医療における診療報酬は厳しく制限されており、母体適応症のない胎児検査の保険適応は認められていない。また認められる場合でも回数に制限がある。このために高次周産期医療施設において日常的に行われている胎児検査・健全性評価は、多くの場合診療報酬の裏付けがない行為とならざるを得ない状況である。

現在我が国における周産期医療システムは、総合周産期医療センターを三次施設、地域周産期母子医療センターを二次施設として地域でネットワークを構成する構想の下に整備が進められている。しかし総合周産期医療センターの整備は順調には進んでおらず、その原因として専門医の不足と不採算性があげられている。また地域における体制整備には、搬送上の問題と病診・病病連携の問題を解決する必要がある。また妊産婦救急症への対応はなお十分でなく妊産婦死亡の減少につながっていないので、周産期救急と母体救急との機能分担を明確にしたシステムを再構築する必要がある。

産婦人科医療を支えるには、強い使命感とたゆみない自己犠牲の精神が必要である。昼夜を問わず妊産婦の異常に対応する医師であればこそ、社会の尊敬を受けその社会的な地位も高い。しかしこのことは、生活の質の向上を求める若い医師やその家族の希望とは必ずしも一致しない。米国の調査によれば近年の傾向として、医学生が専門分野を選ぶ際の目安として最も重視する要因はcontrollable lifestyle、すなわち仕事の責任から解放されて自由に使える時間が多いことである、とされている⁷⁾。我が国においても状況は同様であり、医師の自己犠牲に頼った旧来のシステムではなく、労働者としての医師の生活に十分配慮した新たな医師供給態勢の構築が必要であろう。

加えて産婦人科医療に対する医療訴訟は高額化の一途をたどり、若い医学徒が産婦人科の道を選ぶことを逡巡させている。特に産科が関与する分娩時の過誤は高額な賠償が必要であり、医師賠償保険制度の財政をも圧迫している。確かにリピーターと呼ばれる、医療過誤を繰り返すハイリスクの医師も少数ながら存在し、これらに対してはすでに日本産婦人科医会において自律的な監視制度も始まっている。しかし、そもそも医療事故に対する解決策としての訴訟制度は、医療提供者個人の過失に焦点が当てられるため背景となるシステム上の欠陥などが表面化しにくく、また個人への避難、責任追及、賠償請求が中心となるため被告は自己防衛的になり進んで情報提供をしない、などの理由で、医療事故の真相・原因が正しく究明できず、データ収集・解析が不十分で防止対策が遅れ、システムの改善が進まないとの欠点があるといわれている⁸⁾。このため、患者・家族にとって訴訟の手段とは別の原因究明・補償システムが検討されるべきである。

今後の対策

1. 産婦人科医療体制の整備

産婦人科医師数の減少に対応し、労働量とリスクに見合った、医療経済的にも効率の良い新しい医療体制を整備するためには、新たな地域周産期医療ネットワークの確立が必要である。特に重要な点は、周産期医療施設の集約化、機能分担であり、具体的には分娩・手術のセンター化、オープンシステムの導入、機能に応じた産科施設のレベル分け、機能が低い施設をサポートするネットワークの整備、周産期救急と母体救急との機能分担、1人医長病院の統廃合、周産期医療担当の二次病院の医師数を3名以上とすること、地域における産婦人科グループ診療の形成、などである。医学教育研修の時間の保証も欠かせない。また今年度より新たに始まった新臨床研修制度のもとでの教育システムを支えるために、指導に携わる教育スタッフの確保も必要である。これを実際に進めるにあたっては、モデル地域を設定して、学会、医会、医師会、地方医療機関、行政機関などの連

携で産科医療の需給見通しに関する青写真を作成し、これに基づいて具体的な導入を試みるべきであろう。また行政のレベルでは、診療報酬について、産婦人科の労働量とリスクに見合った政策的適正化を図る必要がある。

2. 産婦人科医師勤務態勢の改善

産婦人科医療の現場における産婦人科医師がまず第一に希望することは、労働時間・拘束時間の適正化であろう。彼らは定員の増加と当直・待機日数の軽減を切に願っている。医師の聖職意識、自己犠牲の精神に頼るのではなく、労働基準法を遵守した勤務環境の改善が求められる。

女性産婦人科医は、出産・育児に大きな不安を持っている。日本産婦人科医会の調査によれば⁹⁾、出産時に産休・育休ともに取得できたものは46%であり、育休期間は1年を希望するものが最も多いが、実際は6カ月以内の取得が最も多い。育休中の身分が休職扱いであったものは54%であり、産休後の復職時に以前の身分を保障されるものは49%から70%であった。女性医師は、託児所など育児後方支援体制の充実(職場併設保育所、24時間保育、病児保育、学童保育、保育支援情報の公開を含む)、柔軟性のある多様な勤務態勢(フレックス制、ワークシェア、複数主治医制など)、休業中の身分保障、復職に際しての講習会・研修制度など再教育システムの充実、出産・育児休業に関するルールの社会認知を求めている。休職中の女性医師を人的医療資源として活用するための方策として、休職中女性医師登録制度、非常勤医師要望情報連絡制度なども考えられる。増え続ける女性産婦人科医の労働力を確保し、彼女らがその労働力を効果的に発揮できるようにするためには、労働環境に関するこれらの問題に対して早急な対策を講じる必要がある。

また、産婦人科の潜在的労働力を活用する観点からは、高齢医師のリクルートも重要である。日本産婦人科医会の調査によれば、産婦人科勤務医の定年年齢は64~65歳が最も多く(58%)、産婦人科勤務医の64%が定年後も産婦人科診療への従事を希望している¹⁰⁾。定年後の再就職で希望する勤務形態の多くは外来診療(49%)やがん検診

(16%)であり、通常勤務を希望するものは23%であった。したがってこれらの希望に沿う柔軟な勤務態勢を提供し、再教育システムを整備することによって、高齢医師の潜在的な労働力を引き出せる可能性がある。

3. 医療供給内容の転換

少子高齢化の進行、産科医療の高度専門化、産婦人科医師不足の社会情勢をうけて、専門診療領域としての産婦人科自体もインフラストラクチャーの整理が必要となってくるであろう。産婦人科診療の質的転換、産科以外の領域の拡大、特に高齢者を対象とした産婦人科学の領域拡大が社会から求められており、また欧米にみられる women's health care medicine すなわち女性の思春期から老年期までの幅広い年齢層を対象とした医療・保健・福祉を包括する診療領域の視点も極めて重要である。

また一方で、現実の産婦人科医師不足を打開する方策として、産婦人科医の診療領域のうち、外科医、内科医、助産師など他の専門職が代替可能な部分はこれを動員することも考えなければならぬ状況にきている。

4. 医療訴訟の減少のための取り組み

岡井らによれば、諸外国において、医療事故による被害患者を効率的に補償し医療事故を減少させる観点から、医事訴訟に代わる新しい社会制度として non-fault compensation 制度が導入され、効果をあげているという⁸⁾。本制度を国民と社会に有益な制度とするためには、医療事故を調査し、医師の規範を審議し、過誤を犯したもののへの処罰提案などにかかわる、独立した機構を適正に機能させることが必要であると述べられており⁸⁾、この観点から本制度導入に関する研究を早急に進める必要がある。

おわりに

少子化を克服する国家的取り組みの一翼の担い手として、産婦人科医の役割は極めて重要である。しかし産婦人科医師数の実質的な減少のなかで、

産婦人科医療は医師の誇りと自己犠牲の精神でかろうじて支えられているのが現状である。医療経済的・人的資源を効率的に活用するために、地域医療ネットワークを整備し、産婦人科医師を効率的に配置し、女性医師・高齢医師がその能力を十分に発揮できるような支援システムを整備し、さらに医療訴訟を減少させるための制度的改革に取り組むことを通じてこそ、将来への希望を胸に産婦人科を選択する若い医師たちが増えると思える。

本研究の一部は、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」によって行われた。

文 献

- 1) 厚生労働省統計表データベースシステム厚生統計要覧 第16-1表 人口動態総覧(実数・率)、年次別、http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html, 2004年8月22日アクセス
- 2) 厚生労働省統計表データベースシステム厚生統計要覧 第1-24表 合計特殊出生率、年次×年齢階級・出生順位別、http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html, 2004年8月22日アクセス
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所少子化情報ホームページ、<http://www.ipss.go.jp/syoushika/syindex.htm>, 2004年8月22日アクセス
- 4) 厚生労働省統計表データベースシステム平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査第5表 医療施設従事医師・歯科医師数の年次推移、診療科名(複数回答)別、http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/cgi/j_kensaku, 2004年8月22日アクセス
- 5) 厚生労働省統計表データベースシステム平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査第39表 医療施設従事医師数・平均年齢、病院・診療所・診療科名(主たる)・年齢階級・性別、http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/cgi/j_kensaku, 2004年8月22日アクセス
- 6) Pearse WH, Haffner WH, Primack A: Effect of gender on the obstetric-gynecologic workforce. *Obstet Gynecol* 97: 794-797, 2001
- 7) Dorsey EA, Jarjoura D, Rutecki GW: Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA* 290: 1173-1178, 2003
- 8) 岡井 崇, 木村武彦, 重光貞彦, 他: No-Fault Compensation の理念と海外での実践状況、厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)分担研究報告書
- 9) 日本産婦人科医会: 女性の復職に関する調査, 2003
- 10) 日本産婦人科医会: 定年後再就職に関する調査, 2003

学教育に必要不可欠として登場した「内に取り込んだ」形の大学病院は教材の確保に機能を発揮したが、同時に地域の全水準にわたる医療サービスの役割をも果たしてきた。今日、大学病院の経営が深刻な状況を生み出しているが、専ら地域医療サービスを担う医療機関の設置により、結果として、重複してサービスが実施される医療供給構造になってきたのではあるまいか。たとえ不採算部門として実施されている専門診療領域があるとしても、地域の医療ニーズからみればそれは厳然たるサービスの必要を伴うもので、医療ニーズに見合う施設の配置に変えることで採算性を確保し、これに併せて教材確保を行う視点を導入すれば教育の遂行もまた使命を果たしうる。すなわちこれは「大学病院」の門戸開放であり、市中への拡大でもある。これにより新たな医学教育カリキュラムが構築されることになるであろう。

ところで、患者の自己決定権をめぐってインフォームド・コンセントの大切さが論じられ、あるいは応召の義務の理念のもとで米国型医療契約とパターンリズムの概念とが対峙している。行間の行、言外の言を大切にしてきた日本型コミュニケーションに変革のとき

が訪れているのであり、それは日本人の精神構造の基本に及んで変貌する性質のものである。依存から自立へ、責任と義務を包み込んだ自己管理へと進化する過程で真のcivilizationを獲得する。そしてこの新しいステージで新しい文化が芽生えるものと思われる。若者に夢を、夢を持てる社会を、との標語もまたより確かなものになるであろう。そのあげく、自らに誇りをもち、誇りに支えられた情熱と勇気が行動を生み出す。そのためには「やっぱり教育」といわざるを得ない。人間形成のインフラ教育に始まって、専門職能を身につけるに至るまでのすべての学習過程は遠回りであつても確実な道のりであり、次世代、次々世代にわたる保障を与える。産婦人科医師の確保の問題も、この次元での取り組みを避けては通れない気がする。

差し迫った医療の問題として産婦人科医師不足を取り上げた。これを切り口として変わるべき教育・研修の方向性を探った。そして無理矢理にはあるが教育との接点を著わした。まさに長期処方方の根源に横たわる教育はすぐに形を表さない性格であるが故に勇気をもって取り組むべき、豊かで正当な人間性の発揮といえるのではないだろうか。

ル（基礎応用結合型）・リサーチの振興、文理融合型研究の創設、サブスペシャルティの世界水準化、ヘルスケア医学の振興などで表現されよう。

それを実行に移すには人材の確保がやはり前提条件であり、ここに循環のループが形成され、冒頭に表したように、医学教育研究においてもそれは拡大均衡と縮小均衡の二面性を有する。このジレンマはいかにも解きたいものであるが、戦略的な対応の方策は存在するはずである。例えば、現存する窮乏への短期処方としてサービス内容の整理について論じたが、これと同じように、必修化研修にあつては産婦人科に限らず、内科、外科などの現行の枠組みから離れて、新しい区切りによる専門医療サービスの世界を描き出すとともに、その基盤をなすものとして全領域横断型の知識・技能の習得を目指せばよい。

繰り返すが、これこそが「必修化」に含まれる大きなねらいのひとつなのである。また、学士課程教育においては、これをその前段に位置づけ、到達目標の方向性と質を現状から修正し、卒後の臨床研修の期間や内容に反映させるべく、必須の習得内容のコア化と選択習得コースの配置を実現する。前者は基盤的研修事

項につながり、後者は医学研究への、あるいは臨床の高度化、先端化を目指すための動機付けに役立つはずである。少なくとも、医学教育が産婦人科医療には人材供給効果を発揮していない、との指摘に答える必要がある。そして、その答えは、医療と人材供給ならびに教育と人材確保の舞台に立つて初めて考察されるべきものと考ええる。

● 地域医療と医学教育

近代医学の教育が系統的に行われ始めておよそ一世紀、わが国はドイツ型のいわゆる「研究室型医学」を採用しての今日がある。米国の医学・医療の躍進をみると、そこにはこれと並んで「病院型医学」との合体の重要さが浮かんでくる。医学研究者と臨床医師がそれぞれに相対的自律を成し遂げ、それぞれに専門性を獲得している。地域医療に教材を求め、それに支えられて医学教育が実施される以上、大切なのは地域志向型医学教育が仕組みられ、それを介して医師が養成されることの認識である。

医学研究にあつても構造は似ている。一世紀前、医

想は、一方で定格化をもたらしした。悪く言えばマニユアル化である。そこにサブスペシャルテイーの世界が登場する。そして、それ以外は非専門と公言できる世界が現れる。この現実があればこそ、苦肉の策としての人材確保についての視野拡大があり、伴つてのサービス内容の切り分けが登場する。皮肉なことに、医師不足の真つ只中にある産婦人科医療にとつて、当面の悩みにも等しい必修化臨床研修は、まさにこの問題を解決するために選定された人材養成のための教育・研修方策なのであり、これが目的どおりに機能することが大切なのである。

それでは、若手医師の確保に明日があるのだろうか。医学生への選択に産婦人科があげられ、期待どおりに専門研修を始めることになるのだろうか。これこそが速効的な短期処方ではない本来の医療サービス供給につながるものなのである。最近の、医学生に対するいろいろな意識調査はどれもが、産婦人科学とその実践に対しては高い関心を集めているとする。しかし前述の米国の事情を参照すると、にもかかわらず結果的に産婦人科を専攻せず、また、専攻し、研修を始めても中途離脱が続く。この現実を乗り越える方法に確か

なものがあるのだろうか。日本産科婦人科学会あり方検討委員会（二〇〇三年度）はまた、中長期処方として「新たな産婦人科医師像の確立」の必要を打ち出した（表3）。すなわち、学問の高度化とサブスペシャルテイー専門診療の実施、思春期から老年期に至る医療・保健・福祉の実践によるプライマリー・サービスの再構築と基盤化、インセンティブ向上のための社会広報と公開性、透明性の強化、そして負のイメージを払拭するための「無過失補償制度」の導入などによる医事紛争防止方略設立、そして政策誘導的な診療報酬体系の設置などの政治活動の必要を掲げ、これにより確かな動機付けと結果としての若手医師増加をもたらすべきであるとした。

医学生からみた産婦人科医療の背景を塗り替え、より魅力を高めようとするにはどれもが意義深い。しかし、忘れてならないのは医学生自らの意志の表現であり、そのための格別な意識の高揚である。これにはまず学問の高度化はもちろん、新規性を増し、あるいは領域の拡張と水準の世界化を引き続き心がけなければならぬ。産婦人科医療と研究の新たな結合であり、例示すれば基礎医科学の高度化、トランスレーショナ