

地域の産婦人科「集約化」

安心お産の街へ

「妊婦さん声聞かせて」



福岡恒太郎医師

出生率を取り扱う産婦人科医や助産師が減少し、社会的には九州大病院関係者を中心に産婦人科医を地帯の中核病院へ集める「集約化」の検討が進んでい

福岡恒太郎医師は、産婦人科を担う産婦人科医や助産師が減少し、社会的には九州大病院関係者を中心に産婦人科医を地帯の中核病院へ集める「集約化」の検討が進んでい

福岡恒太郎医師は、産婦人科を担う産婦人科医や助産師が減少し、社会的には九州大病院関係者を中心に産婦人科医を地帯の中核病院へ集める「集約化」の検討が進んでい

14日、北九州でフォーラム

14日、産道順に付合、立病院を中心に産科、小児科の集約化の検討を指し示した。地域の産科病院に医師を集めて負担を減らし、多胎や中産産を産科の高い分娩に対応する。だが、地域の産科病院は、産科医が9大病院と久留米大病院(福岡県)で、昨年10月、11月、12月の3回、10人、10人、10人の産科医が参加し、14日午後、北九州市の西日本総合ビルで、産科医の集約化に関するフォーラム(安心)が開催された。このフォーラムは、産科医の集約化に関するフォーラム(安心)が開催された。このフォーラムは、産科医の集約化に関するフォーラム(安心)が開催された。

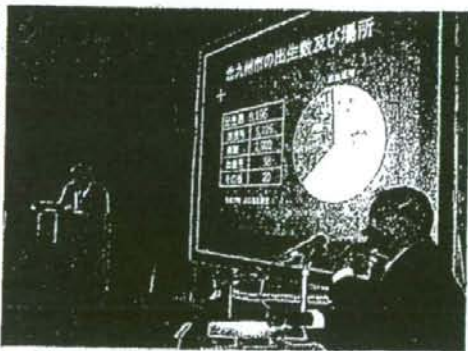
毎日新聞夕刊
平成19年1月11日

安心なお産を考えるシンポジウム 医師不足問題など討議

小倉北区で100人参加

安心なお産をテーマにした市民フォーラム(九州大学病院など主催)が十四日、小倉北区浅野三丁目の西日本総合ビルで開かれ、産婦人科の医師不足問題などについて討議した。約百人の参加者が耳を傾けた。

今回のフォーラムは、



産婦人科医の問題点などについて意見発表があったシンポジウム

産科医の減少や、スタッフ不足などを背景に、妊婦が病院への搬入を断られるなどの問題が生じていることから、安心して出産できる環境を考へようと企画された。

現役医師のほか、大学教授や行政の担当者など六人のパネリストが意見を発表。北九州市長は「産科医の確保は、市内で出産ができる十病院(ベッド数二十床以上)のうち、三病院の

また、市立医療センターの高島健産婦人科部長が「後継者を育てないため、研修医への指導、育成が重要」と話したほか、医療現場での助産師の重要性を訴える意見も出た。

「リスク減らす努力を」

お産のあり方考える

小倉北区 フォーラムに100人

出産を取り扱う産科医や施設が減少する中、お産のあり方考えるフォーラム「安心してお産ができるまちづくり」(厚労省研究班主催、北九州市など共催)が14日、小倉北区の西日本総合展示場であった。約100人が参加し、講師の話に熱心に耳を傾けた。



北九州市で開催された市民フォーラム「安心してお産ができるまちづくり」の様子

院に集める「集約化」の高島健医師に密着し、産科医の過剰な勤務を取材したリポートを紹介。お産にリスクはつきものということを、妊婦自身が知り、体重管理などリスクを減らす努力をする必要がある」と指摘した。

高島医師は市立医療センターで昨年1年間に135件(88%)の母体搬送を受け入れる一方、19件(12%)は満床や入出不足で受け入れられなかった現状を説明し、「産

科医を留やすためには、医師の給与や勤務時間を改善しなければならぬ」と訴えた。

会場からは「リスクの高い分娩への対応を検討する時には、産科医だけでなく小児科医や麻酔科医も含めてほしい」との要望が出たほか、分娩事故で医師に過失がなくても患者に補償金を支払う「無過失補償制度」について、「飛行機に乗る際の掛け捨て保険のようなものはできないか」などの意見が出た。

【本岡敏子】

毎日新聞朝刊
平成19年1月15日

市民参加フォーラム
安心してお産ができるまちづくり2008

○日時 平成20年1月20日 午後1時30分～

○会場 北九州国際会議場(国際会議室)
北九州市小倉北区浅野3丁目9番30号

○進行

開会

講演 安心してお産ができるまちづくり

パネリスト

| | |
|-----------------|-----------------|
| 九州大学病院周産母子センター | 福嶋恒太郎(コーディネーター) |
| ドンナ・マンマ編集長 | 谷 美紀 |
| 久留米大学准教授(母性看護学) | 中嶋カツエ |
| 北九州市立医療センター新生児科 | 関 真人 |
| 九州厚生年金病院産婦人科 | 中原 博正 |

討論

○主催 厚生労働科学研究
「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化
モデル事業」(主任研究者 東北大学大学院医学系研究科 岡村州博教授)
分担研究者 九州大学病院 周産母子センター 福嶋恒太郎

共催 北九州市、北九州市医師会、北九州産婦人科医会

市民参加フォーラム

「安心してお産ができる まちづくり2008」



いま、全国で産科医が不足しています
安心して安全にお産ができるまちづくりをめざして
これからの産科医療について
みんなで考えてみませんか

コーディネーター

九州大学病院 周産母子センター 福嶋恒太郎

講師 (50音順)

| | |
|------------------|--------|
| 北九州市立医療センター 新生児科 | 関 真人 |
| ドンナ・マンマ 編集長 | 谷 美紀 |
| 久留米大学准教授 (母性看護学) | 中嶋 カツエ |
| 九州厚生年金病院 産婦人科 | 中原 博正 |

参加無料

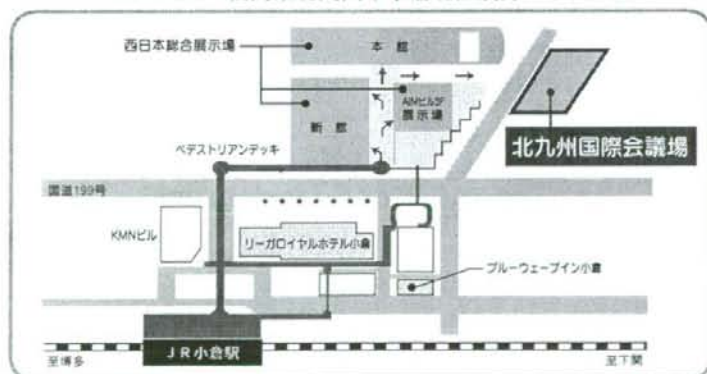
参加の申込みは不要です。
※ただし、託児を希望される
方は事前に相談を

問い合わせは、
北九州市保健福祉局医療課
〒803-8501 小倉北区城内1-1
☎093・582・2678まで

日時 平成20年1月20日(日)午後1時30分から

場所 北九州国際会議場 国際会議室

〒802-0001 福岡県北九州市小倉北区浅野三丁目9-30



- ・JR小倉駅・モノレール小倉駅より徒歩5分
- ・北九州都市高速道路・小倉駅北ランプから車で1分

主催：厚生労働科学研究

「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業

(主任研究者 東北大学大学院医学系研究科 岡村州博教授)」

分担研究者 九州大学病院 周産母子センター 福嶋恒太郎

共催：北九州市、北九州市医師会、北九州産婦人科医会

「飛び込み出産」深刻化

北九州で3年半に109件

半数が異常分娩

市医師会調査

経済的な理由などで産科を飛び込みに来る出産困難に医療機関が対応しきれず、飛び込み出産が、北九州でも3年半に109件あり、半数以上が産婦たちの異常分娩で、胎児・新生児の死に至るケースも増加している。市医師会の調査で分かった。医師会は「今後、地域で産科不足が深刻化すれば、妊婦の受診機会がますます減り、リスクの高い飛び込み出産が増える可能性がある。行政的支援も必要だと対策を講ずる必要がある」と強調している。

背景に経済的理由

昨年12月20日あった「産科を飛び込みに来る出産困難に医療機関が対応しきれず、飛び込み出産が、北九州でも3年半に109件あり、半数以上が産婦たちの異常分娩で、胎児・新生児の死に至るケースも増加している。市医師会の調査で分かった。医師会は「今後、地域で産科不足が深刻化すれば、妊婦の受診機会がますます減り、リスクの高い飛び込み出産が増える可能性がある。行政的支援も必要だと対策を講ずる必要がある」と強調している。

調査は2014年1月～17年12月、医師会が市医師会アンケートによる。市内の産科病院は約30の一次医療機関を対象とした。飛び込み出産は、妊婦が産科を受診せず、自宅やホテル、車内などで出産したことを指す。調査は2014年1月～17年12月、医師会が市医師会アンケートによる。市内の産科病院は約30の一次医療機関を対象とした。飛び込み出産は、妊婦が産科を受診せず、自宅やホテル、車内などで出産したことを指す。



が、経済的理由で、産科を飛び込みに来る出産困難に医療機関が対応しきれず、飛び込み出産が、北九州でも3年半に109件あり、半数以上が産婦たちの異常分娩で、胎児・新生児の死に至るケースも増加している。市医師会の調査で分かった。医師会は「今後、地域で産科不足が深刻化すれば、妊婦の受診機会がますます減り、リスクの高い飛び込み出産が増える可能性がある。行政的支援も必要だと対策を講ずる必要がある」と強調している。

毎日新聞
平成20年1月21日朝刊

■ 毎日jp ■

子育て

フォーラム: 医師不足時代のお産を考えるーあす北九州・小倉

◇進む集約化、望ましい形は

医師不足時代の産科医療のあり方を市民と共に考えるフォーラム「安心してお産ができるまちづくり2008」(厚生労働省研究班主催)が20日午後1時半から、北九州市小倉北区浅野の北九州国際会議場である。国は拠点病院に産科医を集中させる「集約化」を進めているが、「近くで産みたい」と望む妊婦は多い。主催者の一人で九州大学病院の福嶋恒太郎医師(41)は「望ましい産科医療をみんなで考えて」と呼びかけている。【柳原美砂子】

福嶋医師は06年度から、厚労省の補助金を受けて産科医集約化の研究に取り組んでいる。厚労省によると、産婦人科、産科の医師数(06年末)は1万751人で、10年前から1484人(約12%)も減った。このため、地域の産科医を拠点病院に集め、多くの分娩(ぶんべん)を扱う集約化は、産科医不足の打開策として注目されている。

しかし、福嶋医師が昨年10～11月、福岡県の医療機関で出産した397人に実施した調査によると、受診医療機関を選んだ理由は「家から近い」など利便性がトップ。通院に要した時間は30分以内が約9割を占めた。また「妊娠から出産後まで同じ病院で診てほしい」「どこに住んでも同じ医療を受けたい」など、集約化とは逆の意見も寄せられた。

福嶋医師は「集約化は最善策ではないが、産科医を急に増やすこともできない。どうすれば安心してお産ができるのか考えてほしい」と話す。

フォーラムには福嶋医師のほか、新生児科の医師ら3人が参加し、医療機関の連携のあり方や救急搬送についても話し合う。参加無料。問い合わせは北九州市医療課093・582・2678。

毎日新聞 2008年1月19日 西部夕刊

「出産危機」九州でも

足りない産科医

不安募らす妊婦

産科医不足が深刻化する中、産婦人科の集約を推進する「産科医確保法」が議論されている。九州でも産科医不足が深刻化している。九州でも産科医不足が深刻化している。九州でも産科医不足が深刻化している。

産科の集約本部、九州大産科産子センターが主催する「産科医確保法」の議論が、産科医不足の深刻化を背景として行われた。産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

医療 健康

「安心してお産ができるまちづくり」 北九州市で市民フォーラム



産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

効率的な集約化・助産師外来の導入—提案さまざま

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。産科医確保法は、産科医の確保や産科医療の充実を図るための法律である。

西日本新聞
平成20年1月28日朝刊

フォーラム「安心してお産ができるまちづくり」

アンケートのお願い

本日は、フォーラム「安心してお産ができるまちづくり」にご参加ありがとうございました。各演者の講演や討議等をお聞きになったの、あなたのご意見をお聞かせください。

みなさまからいただいたご意見は、本研究の班会議、研究報告書等において発表させていただき、よりよい産科医療作りに生かしていきたいと考えております。

なお、アンケートは終了後受付にご提出ください。

厚生労働科学研究

「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」

(主任研究者 東北大学大学院医学系研究科 岡村州博教授)

分担研究者 九州大学病院 周産母子センター 福嶋恒太郎

1) あなたの「安心してお産ができるまちづくり」への関心を教えてください。

5 点：とても高い、4 点：まあまあ、3 点：普通、2 点：あまり高くない、1 点：低い

参加前 点

参加後 点

2) あなたについてお教えてください (あてはまるところに○をおつけください)。

ご年齢 () 20 才以下 () 21-25 才 () 26-30 才
 () 31-35 才 () 36-40 才 () 41-45 才
 () 46-50 才 () 51 才以上

性別 () 男性 () 女性

お子様 () おられる () おられない

お住まい _____ (市・郡)

フォーラムへの参加は () 今年がはじめて () 昨年も参加した

3) 今後の周産期医療のあり方について、あなたのご意見に近いものをひとつお選びください

- () 急変時の対応など安全性が一番大事なので、そのための我慢は仕方がない。
 () 大多数は問題ないのだから快適性や利便性を優先させてもよい。
 () あくまでも、安全と快適を両立させるべきだ。
 () そのほか→具体的にご記入ください

()

4) 産婦人科医師を増やすための様々な検討や施策について、それぞれに賛成か反対かお教えてください。

①外国人の医師を導入したり、他の科の医師に産婦人科や小児科の研修と勤務を義務づけたりするなどして、周産期に関わる医師を確保していく

() 賛成 () 反対 () どちらともいえない

裏に続く

②助産師だけでも問題のない症例は多いのだから、突発的に起こるリスクには目をつぶっても、助産師にお産を積極的にまかせていったほうがいい。

() 賛成 () 反対 () どちらともいえない

③いろいろな職種や病院の、機能分担がうまくいくように、健康保険制度を変更したり、健診や分娩施設を割当制にしたりすればいい。

() 賛成 () 反対 () どちらともいえない

④患者の自己決定権を重視し、積極的に市場原理を導入すればよい。

() 賛成 () 反対 () どちらともいえない

⑤民間企業のように、患者と医師の関係あるいは病院と病院の間の契約制度を整備し、「ビジネス」として整備していったほうがよい。

() 賛成 () 反対 () どちらともいえない

⑥近くに分娩取り扱い施設がなくなっても、アメリカのように自己完結できる大規模な施設を増やして、医師や医療資源の配置を合理化したほうがよい。

() 賛成 () 反対 () どちらともいえない

⑦未健診の妊婦さんなどには、みんなの税金や健康保険の負担が増えても積極的に経済的支援を行い、医療機関へ受診できるようにしたほうがよい

() 賛成 () 反対 () どちらともいえない

⑧比較的状況のよい西日本の産婦人科医師を北海道や東北に移し、国内の格差を減らしたほうがよい。

() 賛成 () 反対 () どちらともいえない

ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金
(分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業)
分担研究報告書

産科医を恒常的に確保するための各国の施策についての調査

分担研究者 木下 勝之 成城木下病院 理事長

研究協力者 江口 成美 日本医師会総合政策研究機構 主任研究員

研究要旨

わが国では、産科医の不足や偏在が大きな社会問題となっているが、諸外国でも産科医をめぐる同様の問題があるのか、また、産科医を安定的に確保するためにどのような政策や対応を行っているかは必ずしも明らかでない。国の医療制度や保険制度をはじめ、医師を取り巻く提供体制、分娩に関わる文化や歴史的背景などの違いは大きい。海外での状況や対応を把握し、今後の産科医確保のための参考とする。調査は、世界医師会のメンバーの中から抽出した17ヶ国の医師会に調査票を送付し、産科を取り巻く環境や産科医の勤務状況、産科医の過不足の現状、具体的に行っている施策について質問した。14ヶ国から回答を得た。

調査結果より、日本を含めた15ヶ国中11ヶ国で全体もしくは地域での産科医の不足・偏在の問題を抱えていた。不足・偏在のある国々では、その原因として訴訟の増加、女性医師の増加、若い医師の勤務に対する意識の変化をあげており、日本と似通った状況であった。フランスなどインターンの診療科別地域枠を地域のニーズに合わせて設置している国があったが、最終的な医師の勤務地には必ずしもつながっておらず、地域による偏在が問題となっていた。対象国の中では日本の産科医は最も勤務時間数が長く、厳しい勤務状況を示した。

今後は、地域別に研修医数、医師数を検討する地域の委員会を強化し、医師の地域への定着を図るための多面的なプログラムが必要である。また、産科医数の絶対数の確保を行う方策の一環として、産科医の勤務環境の向上などの働きかけが必要と思われる。

A. 研究目的

わが国の周産期医療を取り巻く環境は極めて厳しく、産科医不足や偏在に対する解決策が急務となっている。本調査では、諸外国における産婦人科医師の確保のために、行っている具体的施策を把握する。特に、地域別に産科医など診療科別の医師数を設定する診療科枠などの対応の現状把握を行う。本調査の結果を踏まえて日本の実情にふさわしい確保策のあり方を検討する。

B. 研究方法

1. 調査対象および調査期間

調査対象：世界医師会のメンバー国から抽出したアメリカ、カナダ、欧州諸国、アジア諸国を含む17カ国の医師会を対象に、アンケート調査票を送付した。イタリア、オーストラリア、ブラジル以外の14カ国（フランス、ドイツ、イギリス、アメリカ、カナダ、韓国、台湾、シンガポール、タイ、フィンランド、デンマーク、ニュージーランド、イスラエル、アイスランド）から回答を得た。

調査期間：2008年1月～8月。その後、内容確認や追加情報収集のためにフォローを行った。

2. 調査項目

- 基本データ（男女別産科医数、分娩数、施設別分娩数、助産師数、産科医の平均勤務時間、医学部定員制限の有無）
- 産科医の需給に関わる課題、顕在化している問題の有無
- 具体的方策（産科医総数の設定、地域枠の設定、地方部・過疎地での経済的インセンティブによる誘導、産婦人科研修医数の設定、医学プログラムによ

る誘導、医師のキャリアプログラム上の考慮、外国人医師の利用、など）

- 産科医療を取り巻く環境（医療訴訟の増加の有無、女性医師数、産科施設の集約化の有無、産婦人科という診療科に対する意識、妊婦の自宅から分娩施設までの平均時間など）
- 追加調査として、各国の出生数、人口あたり医師数を含む指数の調査、アメリカ、フランスにおける地域別医師数の管理状況

C. 調査結果

各国からの回答結果に基づき、産科医師の現状、産科医需給の状況、確保策、産科取り巻く環境の観点からまとめた。調査結果のまとめは別添A3版資料を参照、調査票は巻末に添付。

1. 産科医の現状

産科医のなかで女性医師が占める割合は、回答国10カ国のうち4カ国が30%～40%であった。アジアの国（日本は23.0%）に比べて欧米諸国では女性医師が占める割合の高い国が多く、最も女性医師の割合が高いフィンランドでは女性産科医が男性産科医数を上回っていた（図1）。一方、産科医の年齢は男性が50代前半、女性が40代半ばという回答が多く、日本の産科医の年齢は男女ともアメリカ、フランスと似通った傾向がみられた（図2）。

産科医の勤務時間は、12カ国中、30時間台が1カ国、40時間台が3カ国、50時間台

3カ国、60時間台3カ国、70時間台2カ国であった(図3)。日本は74時間で、最も長い勤務時間であった。

産科医1人当たり分娩数を(分娩数/産科医数)で単純計算すると、イギリス(468)、カナダ(268)、フランス(231)が多く、ドイツ(143)、アメリカ(141)、日本(138)が続いていた。ただし、産科医の分娩に関わり方や助産師を含む医療スタッフの介入度合いが国によって異なるため、これらの数字は必ずしも単純比較できない。特に、フランスやドイツでは病院内の助産師の介入が積極的に行なわれている状況である。

2. 産科医の需給

「現在の産科医の需給をどのようにみるか」という設問に対して、15カ国中11カ国が全体もしくは地域の不足・偏在の問題を抱えていた(表2)。「総数に不足がある」と回答したのは、カナダ、イギリス、ニュージーランド、タイ、台湾、イスラエル、日本の7カ国で、うち4カ国は総数が不足している上に地域の不足・偏在もあると回答した。「総数に不足ないが地域による不足(偏在)がある」と回答したのは、アメリカ、フランス、フィンランド、韓国の4カ国であった。「不足や偏在はない」と回答したのはドイツ、デンマーク、シンガポール、アイスランドの4カ国のみであった。

現在、「不足や偏在はない」と回答した国々のうち、ドイツについては、もともと

人口あたりの医師数が多い点¹、政府の需要計画に基づいた開業医の地域別配置指針がある点が寄与していると考えられる²。しかし、近い将来については「不足や偏在が起こる」と回答しており、また政府は不足への対応策が必要となっていることを明言している。また、日本と同様、分娩を扱う医療機関が減少し、妊婦が遠方の医療機関で出産しなければならないなどの現象が起きている。一方、デンマークでは、現在のみならず将来も不足・偏在への危惧がないと回答している。共通点は、医学生の間で産科に「人気がある」と回答した点と全国の産科医数総数を設定している点である。これらの国では診療科の魅力が、安定した供給を確保する要因のひとつになっていると思われる。

産科医が「不足・偏在している」と回答した国々は、原因として以下の点を挙げていた。フランスでは、産科医を希望する人が少ないことと高齢化が主な理由であった。アメリカでは女性医師の増加による人で不足が起こっていること、訴訟の増加で産科医が早期退職していること、分娩を好まない産婦人科医が増加していることを挙げていた。また、医師全般に長時間勤務を好まない傾向が高まっているとしている。カナダでは、広大な土地に対して絶対的な医師数の不足、女性医師の増加、若い医師の勤務意識の変化であった。韓国では、産婦人科医の報酬が低く訴訟リスクが高いことや、

¹ OECDヘルスデータ(2008年)では、1,000人あたり医師数はドイツ4.9、アメリカ3.1、フランス4.2、日本2.2である。

² 戸田典子「ドイツの医療費抑制施策」リファレンス 2008.11

分娩に携わるスタッフが不足していることから、産婦人科医のなかで産科を選ぶ医師が4分の1まで減少しているという。台湾では、訴訟に関わる保険料、勤務環境の厳しさから産科医になる医師が減少していることを挙げていた。フィンランドでは医師の開業志向により勤務医が減少していることを挙げていた。

3. 産科医確保のための政策・手段

産科医確保のための政策・手段として、研修医（インターン）の定員数の管理を行っている国が7カ国、地方部や過疎地での勤務のための補助金などの財政援助を行っている国が6カ国、全国の産科医数枠を設置している国が5カ国であった(表3)³。カナダでは、医師の地方部・過疎地での勤務の奨励のため、財政支援と研修などのプログラムの両面から行なっていた。外国人医師の雇用は4カ国で行われていた。外国人医師の活用は、アメリカなど西欧の国で多く用いられており、アジアの国では行われていなかった。

① 研修医の地域枠

フランス

フランスでは、医学部の定員制以外、全国席次試験に基づいて研修医数を地域別診療科別に振り分ける枠を定めている(表4ならびに添付資料 Epreuves Classantes

³ 設問では「その他」を含む10項目を挙げて、それらから当てはまるものを選択してもらった(複数回答)。添付資料参照。

Nationales)。2009年の総ポスト数は5,704ポストで、近年は増員が行われている。ポストは学生の希望と医学試験の結果で割り振られる⁴。産科のポストは総数で155であった。産科は2007年に150ポストから5ポスト増員が行われている。研修後は、開業立地の自由が権利として主張されているため、国は強制的な地理的・専門科の配分や配置を行うことはできない。

各県には医学教育地方委員会があり、保健と文部省からの出先機関および大学医学部長ならびに医師会などの代表で構成される。専門医は地方からの需要データに基づく提案が中央で検討される⁵。今後、地方部での医師確保を徹底するために、医学教育でより細かな進路方向の誘導を行うと同時に、地域別専門科別のポスト数の5年計画を策定するなどの法案が検討されているという。

アメリカ

米国には全国に125のメディカルスクールがあり、毎年約17,000人が卒業している。医学生数は、米国の人口増加に対応する

⁴ 保健省調査部 DREES の「2006年全国試験後の専門科選択」調査(Etudes et Resultants No.571)では、女性インターンの選択は、内科、小児科、一般医、外科、麻酔、産婦人科、精神、病理、婦人科、公衆衛生、産業医の順であった。男性インターンの選択は、内科、外科、麻酔、一般、小児科、病理、産婦人科、精神科、婦人科、公衆衛生、産業医の順であった。

⁵ GPについては計算式が公表されている。当該地方の理論上のGP数=フランス国民総数対比GP数×当該地方人口総数とし、A=当該地方GP数-理論上のGP数とする。適正数=(A×3500)÷フランス全国GP数。(3500は2011年のGPインターン定員予定数(概数))。専門医については今後の検討課題とされている。(Les Internes en Medecine, Le rapport 2006-2007, ONDPS)

ため、今後数年間に15%以上の増加を予定している。アメリカでは、研修医評価委員会(RRC: Residency Review Committee)が全国組織として設置されており、当機関が卒業研修プログラムに参加する研修医数を決定している。当委員会は複数の専門医認定機関(American Board)、米国産科婦人科学会(ACOG)、米国医師会からの代表や研修医1名などから構成されている。米国には産科婦人科医領域の専門医研修プログラムが全国各地に245あり、定員は全部で1,150である。半数は大学病院、残り半分が市中病院である。研修医評価委員会は年に3回開催され、個々のプログラムは2~5年おきにレビューされる。

臨床研修に必要な費用はいくつかの組織から出資されており、連邦政府は直接的な補助金を各ポストに分配して交付している。連邦政府は研修プログラムを持つ病院へ間接的な補助も行っている。州政府や病院自身も研修の費用負担を行っている。連邦政府は補助金に上限を設けているため、財政的な制約が研修プログラムと研修医の定員につながっている。このように、米国では、中央政府が医師数を決めるわけではなく、RRCと各病院の研修プログラムによって研修医数が決定される。ただし、あくまで研修医の数であり、フランスと同様、最終的な勤務地の選択は個人の自由となっている。そのため、訴訟の多い州や過疎地での産科医の不足が問題となっている。

4. 助産師

分娩における助産師の関与はそれぞれの国

の文化や医療制度・提供体制が大きく反映されている。一般に、医師一人あたりの分娩数が多い国では助産師の数が多く、分娩への関わり方が大きいことが予想される。各国の助産師数はバラツキが大きく、ニュージーランドでは出産数64,040件に対して助産師が34,660人と最も多かった。ニュージーランドでは産科医が不足しているため分娩の多くが助産師によって行われている。フランスでは産科医数約3,400人に対して助産師は約16,000人と多く、病院内での正常分娩に対応している。ドイツでも同様に医師の監視のもと、正常分娩は病院で助産師が行っている。

5. 分娩施設の集約化

分娩の医療施設形態について回答を得た10カ国のうち、病院での分娩が98%以上を占める国が7カ国、95%が1カ国で、大半が病院で行なわれていた。残りの2カ国は韓国と日本で、両国では診療所での分娩数が多い。韓国では病院の分娩が22万件、診療所が21万件、日本では病院の分娩が57万件、診療所が54万件である。診療所での分娩が病院での分娩数に近い点で日本と韓国は似通っていた。

集約化について回答した8カ国中6カ国が、大規模施設への集約化が進んでいると回答している。韓国でも大規模施設への集約化を進められているが、地方部では妊婦が分娩施設に着くまでに要する時間が2~4時間、都市部でも30~60分と長時間を要しており、問題が顕在化している。

6. 訴訟と勤務環境

訴訟の増加については、増加している国が11カ国、増加していないが3カ国、不明が1カ国であった。また、産科における訴訟の増加が研修医の産科選択に影響を与える度合いについては、増加している国11カ国のうち8カ国は研修医の産科選択に影響を与えていると回答している。

医学部生の間での産科という診療科の人気度は、人気がある国が15か国中7カ国で、人気がない国が8カ国で拮抗していた。学生への魅力と産科医の労働環境との間の関連を調べると、相関がみられた（相関係数＝0.840）（図4）。非常に人気があるイギリスとシンガポールでは、労働環境がそれぞれ「大変よい」と「よい」であった。反対に、フランス、韓国、台湾では、3国とも産科医の労働環境が「大変悪い」と回答していた。

D. 考察

14ヶ国の調査結果から、産科医の確保はいわば国際的な問題であることが判明した。本調査はアンケート調査に基づき、それぞれの国の状況の詳細を把握するものでないが、産科医の不足や偏在が起きている原因や背景に共通点があることが判明した。また、一部の国では研修医の枠を設けていることもわかった。いずれの国も複数の対応策を講じているが、大半が将来の産科医の不足・偏在を予想していた。結果から以下の点を考察した。

第一に、産婦人科医の女性の割合の増加という傾向や、訴訟の増加、また医師の勤務意識の変化は諸外国でも起こっており、日本と極めて似通った状況であった。産科医の年齢や出生数に対する産科医数も日本は平均的であった。産科医確保策として最も多く実施されていたのは、産科医数の総数管理、病院の研修医受け入れ数の管理、地方部勤務のための経済支援であった。研修医の枠については、フランスでは各地域にインターンの医師数を検討するためのいくつかの機関からなる委員会が設置されていた。今後の参考になると思われる。

第二に、研修医の地域別診療科別人数枠を定めることは、地方部への研修医の誘導となっていた。しかしながら、最終的な勤務地は医師の意志で決めるため、地方部での医師不足が発生していた。研修プログラム後の定着を向上するには、経済的な措置のみならず、地方部に勤務する医師の将来のキャリアプランを含めたトータルな施策が必要と思われる。フランスや米国などでは、不足地域の医師は外国人医師を割り当てる対応が行われているが、言語の障壁があり日本では可能な対策とは思えない。

第三に、産科医の不足や偏在が生じていないデンマークなどでは、産科医の勤務環境が良いという評価で、産科に対する学生の間での人気も高かった。確保策には、産婦人科という診療科そのものへの魅力が重要なポイントであり、その要因のひとつは医師の勤務環境であるといえる。

第四に、日本は、国内の出生数に対する産科医数、助産師数、産科医1人あたり分娩数などの数値は他国と比べて必ずしも例外的でなかったが、平均勤務時間が対象国の中で最も長い国であった。その背景には、分娩への医師や医療スタッフの関わりの違いや医療施設体系の違いがあることも考えられる。産科医の過酷な勤務を軽減するには、それらの違いを踏まえた絶対的な数の確保が必要と思われる。

第五に、診療所が分娩の約半数を担っている国は韓国と日本のみであったが、西欧諸国との医療施設体系や分娩に関する文化の違いがあり、それらの違いを踏まえて、住民が安心できる産科医の確保を検討すべきである。

E. 結論

いずれの国も産科医確保のための決定的な対策が実践されているわけではなく、日本だけが抱える問題でないことが判明したが、アンケートの回答からは、他国において日本のように産科医不足や産科医の過酷な勤務が社会問題として大きく取り上げられている状況は浮かび上がらなかった。その中で、

- 外国人医師の活用による補完をできない日本においては、医師の確保は他国以上に切迫した大きな課題である。勤務医の長時間勤務を減らすための対策が急務である。
- 臨床研修制度の見直しが行われる中、将来的には、地域別に診療科別の研修医の数をおおよそ決めることで都市部

の病院への集中や偏在を減らすことは可能になるであろう。

- 専門学会や医育機関を含めた関連機関からなる委員会で地域別の医師数が検討されている国もあり、日本においても現行制度を踏まえて、地域のニーズを検討する委員会の強化を早急に進めるべきである。
- ただし、研修医の地域別の振り分けは勤務地とは異なり、最終的な医師の勤務地につながるとは限らない。勤務環境の整備、最新技術へのアクセスの担保、医師のキャリア上の優遇措置など多面的に対応を行わない限り、地方部からの離脱を防ぐことは難しいと思われる。
- より多くの学生を産科に惹きつけるには、病院の勤務環境の向上はいうまでもない。学会が学生を勧誘するなど積極的な方策を講じている国もあり、広い角度からの働きかけが必要と思われる。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 木下勝之「産科・周産期医療の安全への取り組み」日本医師会雑誌、2007.10
- Katsuyuki Kinoshita, "Professional Liability Insurance Program of the Japan Medical Association", JMAJ, 2007.10
- 江口成美 他「産科医療の将来に向けた調査研究」日医総研 WP No.141、2007.4
- 江口成美「医療に関する意識の国際比較」

日本の医療をどうするのかー医療の質とグローバルスタンダードー、メディカルレビュー社、2006.11

2. 学会発表

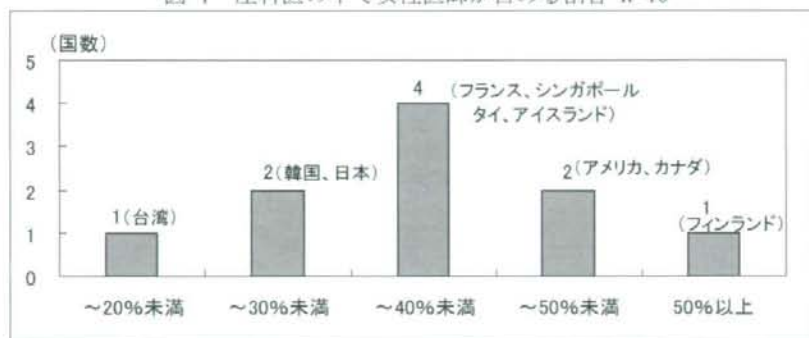
- 木下勝之「医療崩壊を防ぐための医療安全に関する日本医師会の取組み」医療の質・安全学会 第2回学術集会 2007.10

- 木下勝之「新医師確保総合対策等を通しての産科医療支援の具体的施策」家族計画・母体保護法指導者講習会 2007.7

- 木下勝之「わが国の周産期医療の崩壊を防ごう」日本産科婦人科学会 2007.4

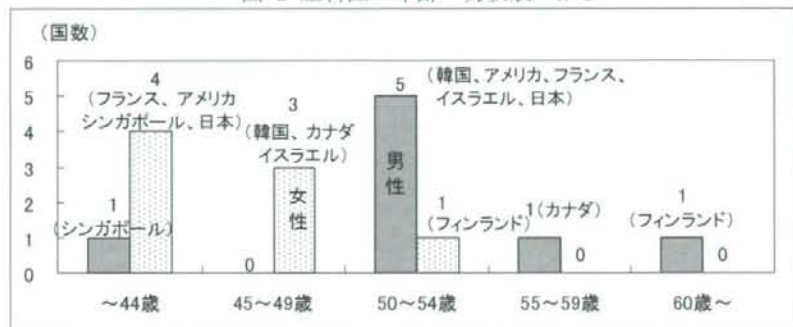
H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

図 1 産科医の中で女性医師が占める割合 n=10



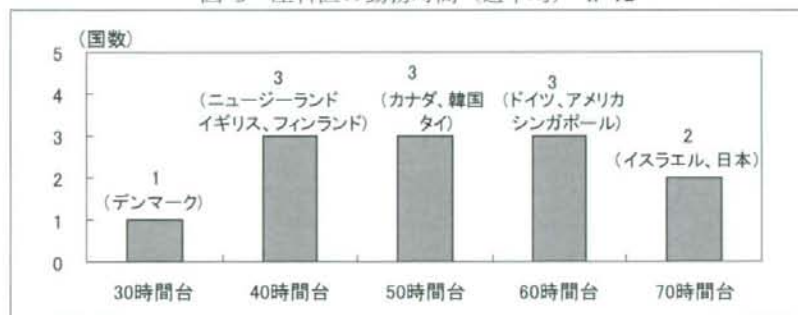
無回答および男女別の統計がなかった5カ国を除く

図 2 産科医の年齢 男女別 n=8



無回答および男女別の統計がなかった7カ国を除く

図 3 産科医の勤務時間 (週平均) n=12



無回答の3カ国を除く

表 1 各国の出生数、産科医数、助産師数など（回答結果表（A3）より抜粋）

| 国 | ①出生数 | ②産科医数 ※ | 人口1,000人 あたり医師 数 | 産科医が総 医師数の中 で占める割 合 | 産科医一人 あたり分娩 数 (①÷②) | 助産師※※ | 産科医の平 均勤務時間 (週) | 産婦人 科の人 気※※ ※ | 勤務環 境※※ ※※ |
|----------|-----------|------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|--------|-----------------------|------------------------|------------------|
| アメリカ | 4,174,000 | 29,633 | 2.4 | 3.2% | 140.9 | 4,470 | 65 | 2 | 3 |
| 日本 | 1,101,000 | 7,985 | 2.1 | 3.0% | 137.9 | 25,775 | 74 | 2 | 1 |
| フランス | 797,000 | 3,449 | 4.2 | 1.3% | 231.1 | 15,596 | - | 1 | 1 |
| イギリス | 749,000 | 1,600 | 2.5 | 1.1% | 468.1 | 31,186 | 44 | 4 | 5 |
| ドイツ | 673,000 | 4,702 | 3.5 | 1.7% | 143.1 | 18,000 | 60 | 2 | 4 |
| 韓国 | 452,000 | 4,711 | 1.7 | 5.1% | 95.9 | 9,121 | 54 | 1 | 1 |
| カナダ | 340,000 | 1,267 | 2.1 | 1.8% | 268.4 | 509 | 53 | 3 | 3 |
| デンマーク | 65,000 | 515 | 3.3 | 2.1% | 126.2 | 2,262 | 37 | 3 | - |
| ニュージーランド | 59,000 | 234 | 2.3 | 2.4% | 252.1 | 34,660 | 47 | 2 | 2 |
| フィンランド | 59,000 | 612 | 2.7 | 2.7% | 96.4 | 4,000 | 48 | 3 | 4 |
| シンガポール | 32,361 | 269 | 1.6 | 3.9% | 120.3 | 224 | 60 | 4 | 4 |

※アメリカ、フィンランドは(産婦人科医総数×0.7)で算出。日本は「全国周産期医療データベースに関する実態調査」(日本産科婦人科学会 2005年)に基づき分娩を行っている産科常勤医師の数。 ※※アメリカでは看護助産師が31万人いるなど、助産師の定義にはバラツキがある。 ※※※「大変人気がある(4点)～「非常に人気がない(1点)」の4段階評価 ※※※※「大変よい(5点)～「大変よくない(1点)」の5段階評価

表 2 産科医の不足及び偏在の状況-15 カ国

| | |
|------------------------|------------------------|
| 産科医の不足や偏在はない(4カ国) | ドイツ、デンマーク、シンガポール、イスラエル |
| 産科医の不足や偏在がある(11カ国) | |
| 総数が不足し、地域による偏在もある(4カ国) | カナダ、日本、ニュージーランド、イスラエル |
| 総数が不足している(3カ国) | イギリス、タイ、台湾 |
| 地域による不足・偏在がある(4カ国) | アメリカ、フランス、フィンランド、韓国 |