

299床の病院であり、ついで100～199床の病院である。このような状況が小児科の強い不足感を生み出しているものと推測される。

一方、麻酔科に関しては、国際的な比較では、日本の外科医に対する麻酔科医の人数はもともと低いことが知られていた。しかし、最近になって特に麻酔科医不足が叫ばれるようになったのは、医療の質が問われるようになって、麻酔科医の必要性が強調されるようになったことと関係が深いであろう。1995年には医療機能評価機構が設立され、病院の機能評価が始まった。昨日評価は数回修正が加えられ、評価表は2005年より第5版が使われている。評価表の中には麻酔科医の確保を尋ねる項目もあり、医療の質・安全と麻酔科の確保が密接な関係を持っていることが示唆される。日本では、従来は外科医が麻酔をかけていたものである。医療の質・安全に対する関心の高まりが、多くの麻酔科医を必要とすることになったのであろうと推測される。残念なことに、この関心の高まりを表す公的な統計は無いが、新聞記事の検索で世論の傾向は把握することができる。図4は1990～2006年の医療の質・医療安全に関する新聞記事数の推移を表している。新聞記事検索システム「日経テレコン21」を用い、「医療の質」「医療安全」のそれぞれの検索語で、五大全国紙（日経、読売、朝日、産経、毎日）の記事数をカウントしたものである。図が示すとおり、近年これらに関する関心が高まっていることが示唆されよう。

現在の医師不足の状況は、明らかにしてきたように、診療科によって大きく異なっていることがわかる。これらの医師不足の解消のためには、長期的には医師の人数を増加させるという政策が必要かもしれないが、それには時間がかかり、現在の医師不足の問題に対しては有効ではない。短期的な問題に関しては、それぞれの診療科の不足状況に合わせた対策が必要である。たとえば、需要側の問題が大きな小児科、麻酔科に関しては、患者側の安心を得られるような情報の発信を行う必要があるだろうし、地方の医療体制が取れないまでに不足している産科・産婦人科に関しては、集約化とともに病院へのアクセスに関しても保険給付の対象にするなどの対策が求められるであろう。

参考文献

- 1) Cooper, Richard A., Weighing the evidence for expanding physician supply, *Annals of International Medicine*, Nov 2, 141(9), 705-14, 2004
- 2) Council on Graduate medical Education, Sixteenth Report: Physician Workforce Policy Guidelines for the United States, 2000-2020, <http://www.cogme.gov/report16.htm>, 2003
- 3) Kobayashi Y., Takaki H., Geographic distribution of physicians in Japan, *Lancet*, 340(8832), 1391-3, 1992
- 4) Hoshi H., Japan's Clinical Training System—Current Status and Future Directions —, *Japan Medical Association Journal*, 46(4), 139-145, 2003
- 5) Ministry of Health, Labour and Welfare , Report of the Study Group for Supply and Demand of Medical Doctor, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>, 2006
- 6) Gruber J., Owings M. Physician financial incentives and cesarean section delivery, *Rand J Econ.* 27(1):99-123, 1996
- 7) Hirschman AO, *National Power and the Structure of Foreign Trade*, University of California Press (Berkeley), 1945.
- 8) Herfindahl OC, *Copper Costs and Prices: 1870-1957*, John Hopkins Press (Baltimore) , 1959.
- 9) Pearse WH, Haffner WH, Primack A., Effect of gender on the obstetric-gynecologic work force, *Obstet Gynecol*, 97(5 Pt 1):794-7, 2001
- 10) Peipert JF, Bracken MB., Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 81: 200-5, 1993
- 11) Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES., Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: indications and associated factors in

- nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 185: 883–7., 2001
- 12) Kirchengast S, Hartmann B., Advanced maternal age is not only associated with newborn somatometrics but also with the mode of delivery. *Ann Hum Biol*, 30: 1–12., 2003
- 13) Lin HC, Sheen TC, Tang CH, Kao S., Related Articles, Links Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: a population-based multivariate logistic regression analysis., *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83(12):1178-83, 2004 Dec
- 14) Lin HC, Xirasagar S., Related Articles, Links Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: a 5-year population-based study., *Am J Obstet Gynecol*, 192(3):848-55., 2005 Mar
- 15) Hashimoto T, Nakamura Y, Minoura S, Nakae H, Goto S, Kitaoka Y, Souda H, Naitou H, Yoshizato T, Increased complications in pregnancy at late childbearing age, *Iryo*, 57(7): 476-480, 2003 (Japanese)
- 16) Yoshimura N, Tsushima M, Ohse K, Hamu Y, Oda T, Asayama K, Anesthesia Manpower in Japan, *Anesthesia and Resuscitation*, 35(3), 135-138, 1999

診療科別医師数卒業年度別選択推移分析

1. 目的と方法

各診療科の選択が歴史的にどのように行われてきたのかという分析は、医師の偏在に極めて重要な情報であるといえよう。そこで、3師調査 2008 と 1994 を用いて、卒業年度ごとの診療科別医師数を算出し、その全体に占める割合を男女別就業の場所、すなわち病院と診療所別に算出した。

2. 結果と考察

1) 標榜科の分析

日本の医師の専門分化は明確ではないとの指摘がなされてきている。事実 2008 年の 3 師調査では 27.2 万の医師が 43.4 万診療科の標榜を掲げており 1 人の医師が 1.6 の診療科にまたがった診療を行なっていることである。これは病院医でみると 1.24 倍、診療所医でみると 2.22 倍と診療所に著しい。(表 2)。

また診療科でみると逆に病院の主たる診療科が内科であるものは 1.4 倍内科の診療を行なっていると他の科からも標榜されており比較的未分化な診療科といえよう。しかし診療所での内科の循環器内科や消化器内科等、専門内科の標榜件数が多く診療所ではむしろ一般内科より専門内科の方に複数の専門が集まっているといえよう。確かに医科系とりわけ心血管系呼吸器系小児外科と専門性が高いものに関してはあまり他専門科から複数の標榜がある数は少ない。(表 3)

一方、日本専門医制度評価認定機構の 2010 年 11 月の統計を 2008 年の 3 師調査の主たる診療科のデータと比較してみると専門医の数が多。

専門医は 5 つのカテゴリーに分かれる総計 2.29 万人となるが基本領とサブスペシャリティーで 20.4 万人となり残りの 2.53 万人はきわめて細かい専門性を獲得したこととなっている。おそらくここでも 1 人の医師が複数の専門性を持っている可能性が示唆される。(表 1)

(表1)

I. 基本領域の学会	1144225
II. Subspecialty の学会	89798
III. 他領域に横断的に関連する学会	6793
IV. 上記の領域に属さない学会	412
未分化の学会	17609

3 師調査のデータで専門特化が高いと考えられたでは心血管気管では主たる診療科と標榜しているものの半分しか専門医としては認定されておらずおそらく専門医の認定が厳しい事が推定される。残りの診療科についてはほぼ主たる診療科と同等の専門医の数が登録されている。これらは3師調査が2008年12月に行われ約1年間差がある事や専門医の場合はプラクティスは止めても登録から外されていないといったことも考えられるので解釈には注意をするといえよう。

これらの分析から日本の医師は極めて狭い範囲の専門性を志向している一方、専門以外の医師が他の診療科を専門として評価する傾向があるなど未分化な特徴があることがわかる。

(表 2)

	総 数	病院の従事者	診療所の従事者	病院医の割合
医療施設の従事者	1.0	1.0	1.0	0.641
内科	1.4	1.9	1.4	0.376
呼吸器内科	1.4	1.1	15.2	0.903
循環器内科	1.2	1.1	6.6	0.832
消化器内科(胃腸内科)	1.4	1.1	5.6	0.719
腎臓内科	1.2	1.1	3.7	0.878
神経内科	1.2	1.0	6.4	0.911
糖尿病内科(代謝内科)	1.3	1.1	5.1	0.856
血液内科	1.1	1.1	12.0	0.986
皮膚科	1.1	1.0	2.2	0.409
アレルギー科	6.1	9.5	77.6	0.593
リウマチ科	2.5	1.6	23.0	0.823
感染症内科	1.7	1.8	5.1	0.796
小児科	1.1	1.0	3.2	0.572
精神科	1.0	1.0	1.3	0.781
心療内科	5.9	1.6	5.8	0.367
外科	1.3	1.6	3.0	0.755
呼吸器外科	1.3	1.1	8.3	0.988
心臓血管外科	1.1	1.0	4.7	0.977
乳腺外科	2.1	1.6	2.6	0.829
気管食道外科	6.6	5.2	43.3	0.857
消化器外科(胃腸外科)	1.5	1.2	4.8	0.923
泌尿器科	1.1	1.0	2.0	0.737
肛門外科	9.7	43.0	10.6	0.371
脳神経外科	1.1	1.0	1.4	0.851
整形外科	1.1	1.0	1.5	0.621
形成外科	1.1	1.0	3.9	0.827
美容外科	6.3	17.5	1.8	0.066
眼科	1.0	1.0	1.0	0.374
耳鼻いんこう科	1.0	1.0	1.0	0.396
小児外科	1.3	1.2	11.6	0.961
産婦人科	1.0	1.0	1.0	0.569
産科	1.3	1.2	2.3	0.719
婦人科	1.2	1.2	1.7	0.385
リハビリテーション科	3.3	1.3	78.9	0.929
放射線科	1.2	1.0	11.2	0.938
麻酔科	1.1	1.0	4.0	0.927
病理診断科	1.0	1.0	1.9	0.984
臨床検査科	1.4	1.2	4.8	0.985
救急科	1.3	1.1	9.6	0.997
臨床研修医	1.0	1.0	1.3	0.999
全科	1.0	1.0	1.0	0.617
その他	1.4	1.2	1.9	0.783
不詳	0.9	1.3	0.3	0.449

(表3)

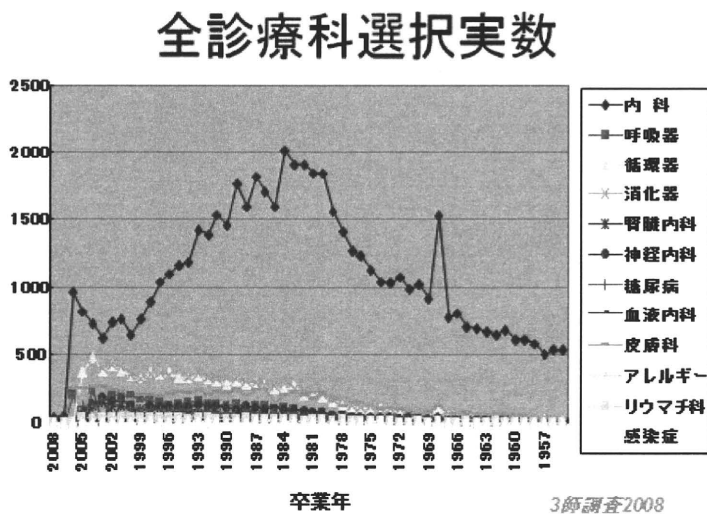
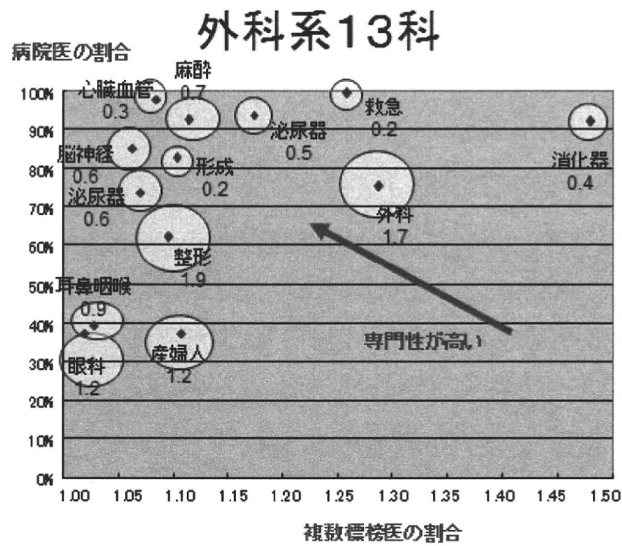
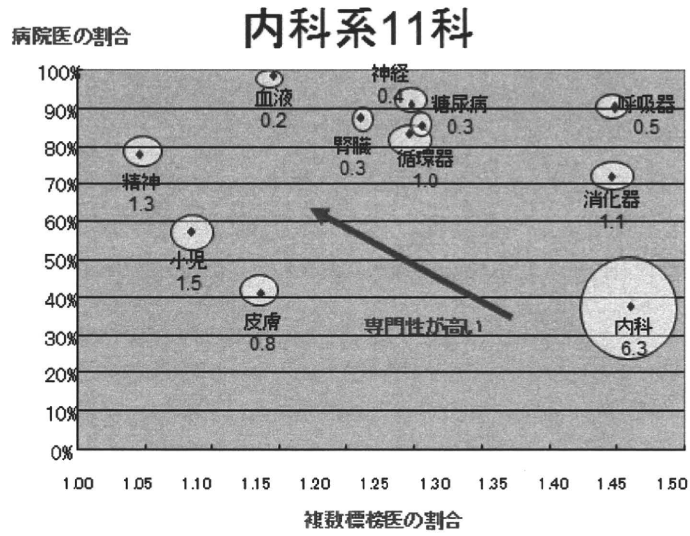
	主たる診療科医師数	割合	専門医数	専門医名
医療施設の従事者	平成21年11月現在			
内科	62845	0.2224202	13,978	総合内科専門医
呼吸器内科	4578	0.8914373	4,081	呼吸器専門医
循環器内科	10144	1.1316049	11,479	循環器専門医
消化器内科(胃腸内科)	11187	1.4345222	16,048	消化器病専門医
腎臓内科	2597	1.2217944	3,173	腎臓専門医
神経内科	3890	1.114653	4,336	神経内科専門医
糖尿病内科(代謝内科)	2954	1.3341232	3,941	糖尿病専門医
血液内科	1867	1.4022496	2,618	血液専門医
皮膚科	8214	0.7018505	5,765	皮膚科専門医
アレルギー科	177	16.124294	2,854	アレルギー専門医
リウマチ科	913	4.5235487	4,130	リウマチ専門医
感染症内科	353	2.5864023	913	感染症専門医
小児科	15236	0.8874376	13,521	小児科専門医
精神科	13534	0	0	
心療内科	883	0.8255946	729	心身医療専門医
外科	16865	1.0998518	18,549	外科専門医
呼吸器外科	1445	0.7418685	1,072	呼吸器外科専門医
心臓血管外科	2889	0.5552094	1,604	心臓血管外科専門医
乳腺外科	913	0.8882804	811	乳腺専門医
気管食道外科	91	9.956044	906	気管食道科専門医
消化器外科(胃腸外科)	4224	1.0741004	4,537	消化器外科専門医
泌尿器科	6324	0.9854522	6,232	泌尿器科専門医
肛門外科	439	3.6492027	1,602	大腸肛門病専門医
脳神経外科	6398	1.0754923	6,881	脳神経外科専門医
整形外科	19273	0.8763036	16,889	整形外科専門医
形成外科	2109	0.8207681	1,731	形成外科専門医
美容外科				
眼科	12627	0.7954383	10,044	眼科専門医
耳鼻いんこう科	8936	0.9602731	8,581	耳鼻咽喉科専門医
小児外科	659	0.861912	568	小児外科専門医
産婦人科	11961	1.0074408	12,050	産婦人科専門医
産科	同上含む			
婦人科	同上含む			
リハビリテーション科	1916	0.8862213	1,698	リハビリテーション科専門医
放射線科	5187	1.0285329	5,335	放射線科専門医
麻酔科	7067	0.8785906	6,209	麻酔科専門医
病理診断科	1374	1.4941776	2,053	病理専門医
臨床検査科	389	1.5064267	586	臨床検査専門医
救急科	1945	1.4658098	2,851	救急科専門医
臨床研修医				
全科				
その他				
不詳				

2) 全体と比較的多い診療科

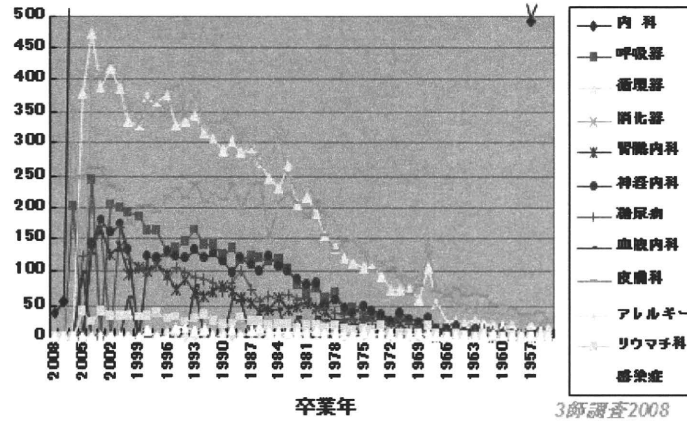
各学年毎の卒業者の診療科選択で、最も多い診療科は内科である。その割合推移は戦後次第に上昇し、そして1980年頃をピークに減少している。恐らく医療の技術革新並びに専門分化と共に内科一般の選択から次第に個別の診療科へ移行してきたものと推定される。ちなみに、1994年が最初にした診療科の統計をとり、2008年では一部内科に新たな診療科を加えているので、内科の場合には被調査者の定義が異なっている可能性がある。次いで、数の多い選択は循環器科や消化器科等内科のサブグループで、しかも近年増加傾向にある。比較的良好に選択されている整形外科をみると、1990年代は増加傾向にあったものが2000年代減少に転じ、一方外科は既に1960年代からコンスタントな減少傾向をみせ、2000年前後には最低を記録したが、奇妙なことに新研修制度導入以降、かなり大きな回復傾向をみせている。小児科については1970年代後半に極めて高い人気のピークがあり、それ以降下降、1980年代後半に反転して、近年まで増加傾向にあったが、新研修制度導入以降、わずかな減少をみせている。

3) 専門性の強い診療科

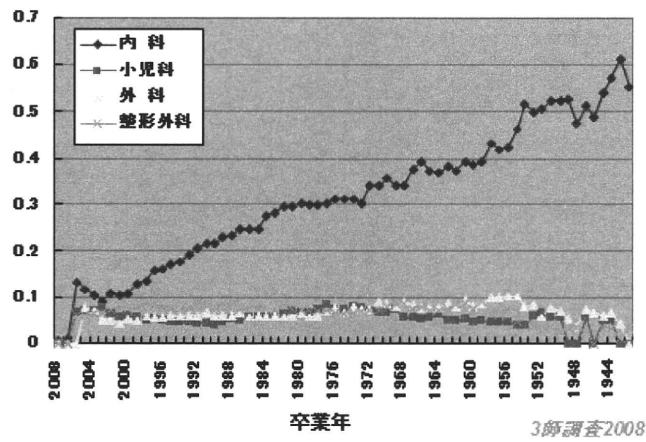
専門性の強い診療科について分析すると、脳外科は1980年代まで次第に増加傾向があったのちは、ほぼ一定であり、新研修制度導入以降、急激に減少している。形成外科は近年次第に上昇傾向を示し、新研修制度導入以降わずかな低下を示している。診療科については全般に増加傾向を示していたが、新研修制度導入以降低下しており、小児外科についてはほぼ一定であったものが初期研修導入以降ほとんど選択されていない。比較的良好な選択の多い科では、眼科は1970年代以降増加傾向を示していたが、90年代に至り、一定となり2000年前後より低下している。耳鼻咽喉科は2000年まで一定の傾向を示していたが、それ以降低下、新研修制度導入以降大きな低下を示している。泌尿器科は1970年代まで増加傾向を示し、その後一定かもしくはわずかな上昇を示していたが、新研修制度導入後は低下している。麻酔科と放射線科については、一貫して増加傾向を示している。産婦人科関連では1980年代以降一定した増加傾向を示している。しかし産婦人科については産科と婦人科があるため、内部の選択の変遷についてはわからない。



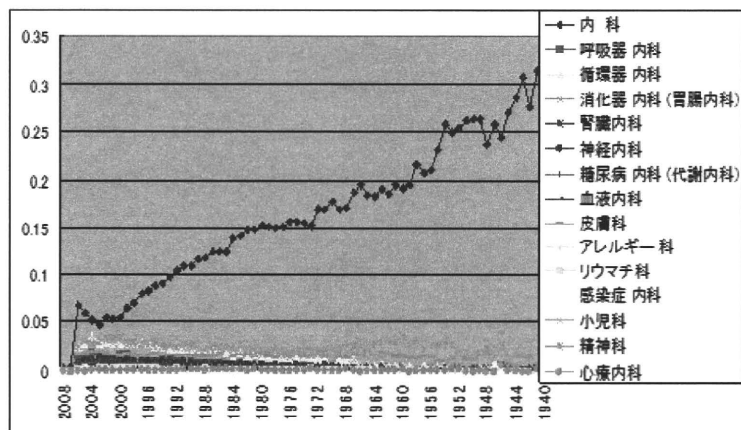
診療科選択数(内科を除く内科系)



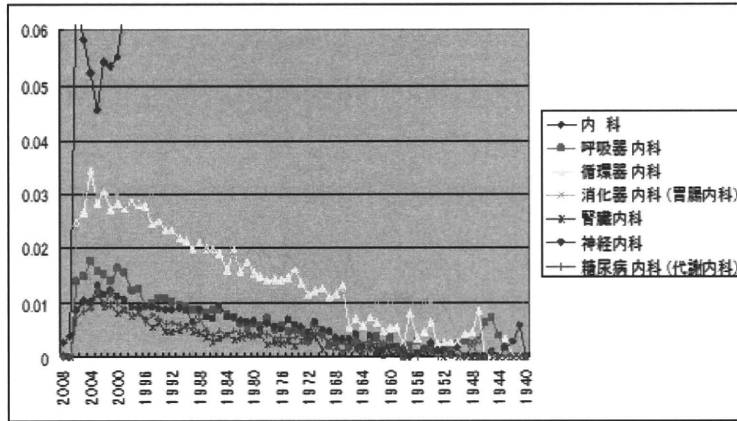
主要診療科選択率



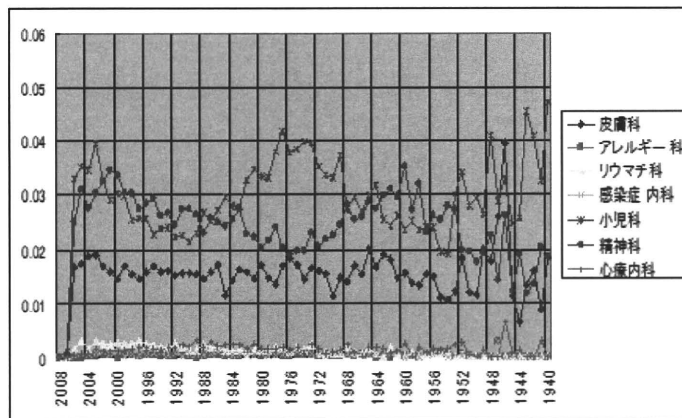
全内科系



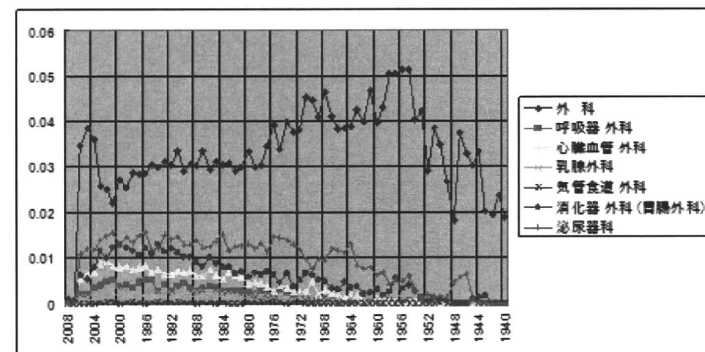
内科系



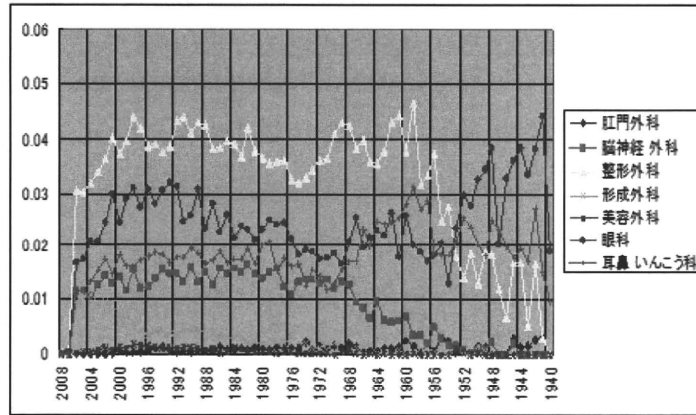
内科系



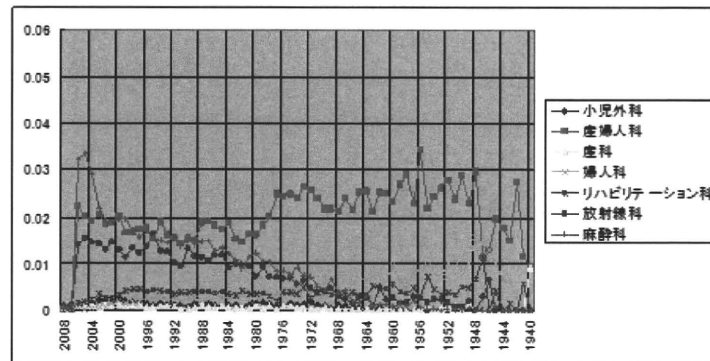
外科系



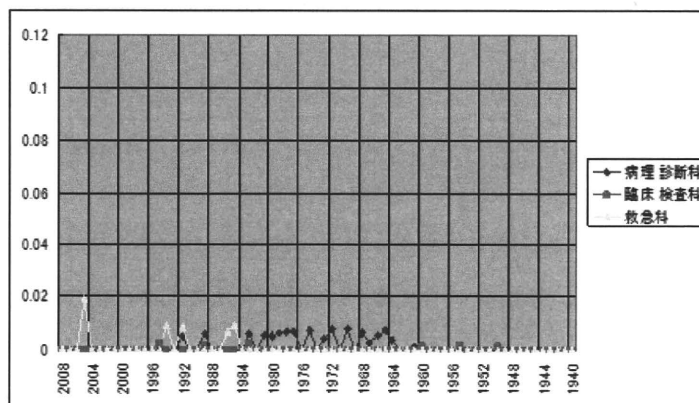
外科系



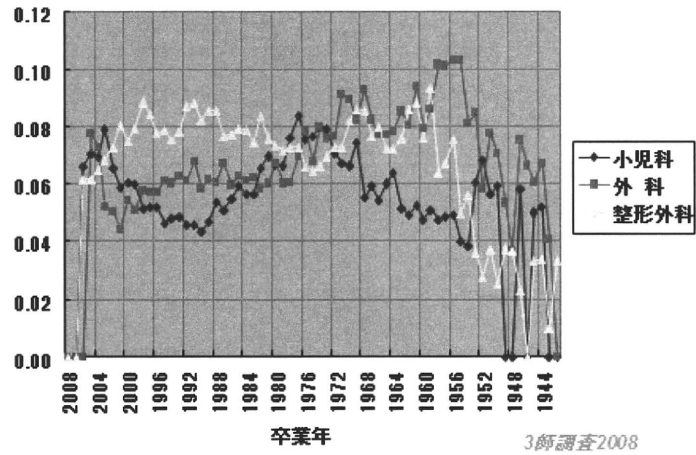
外科系



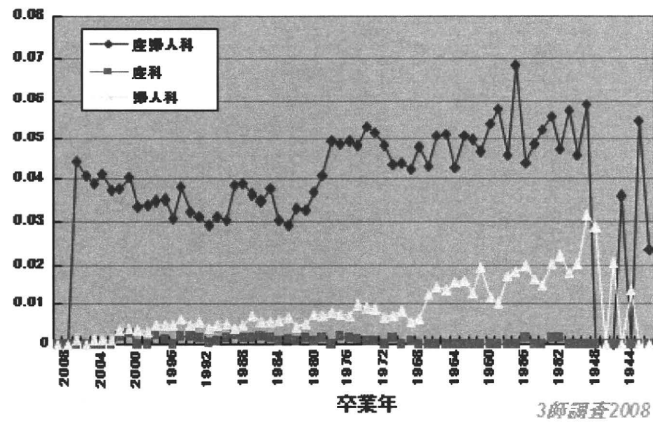
外科系



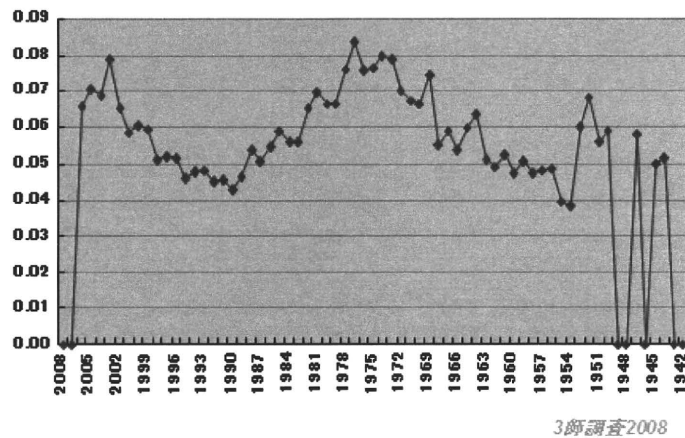
主要科



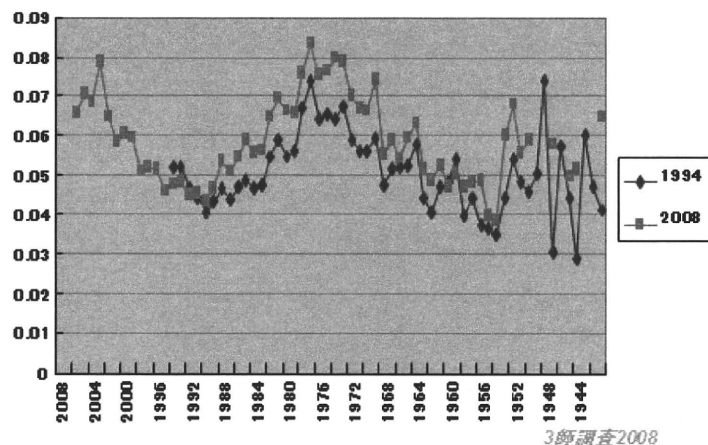
産科関連



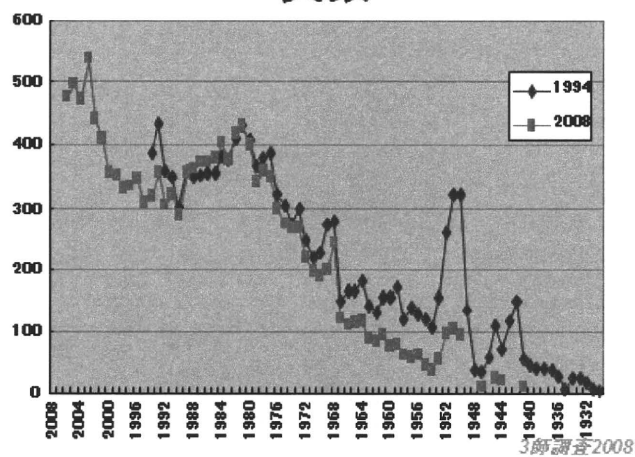
小児科



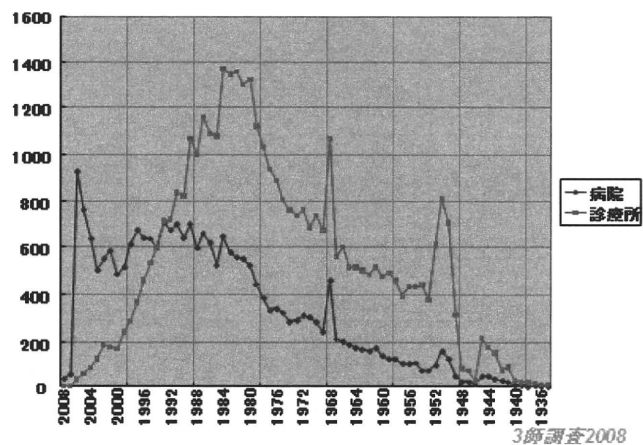
小児科割合



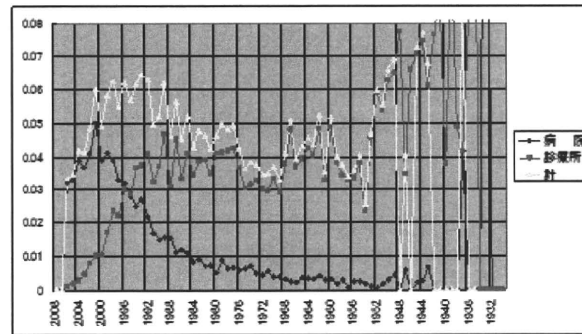
実数



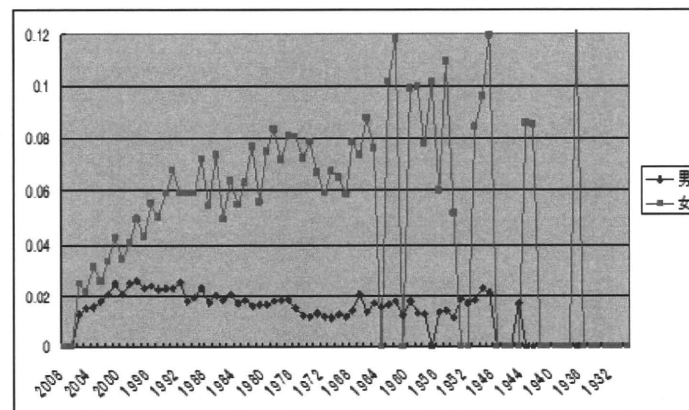
小児科 病院と診療所



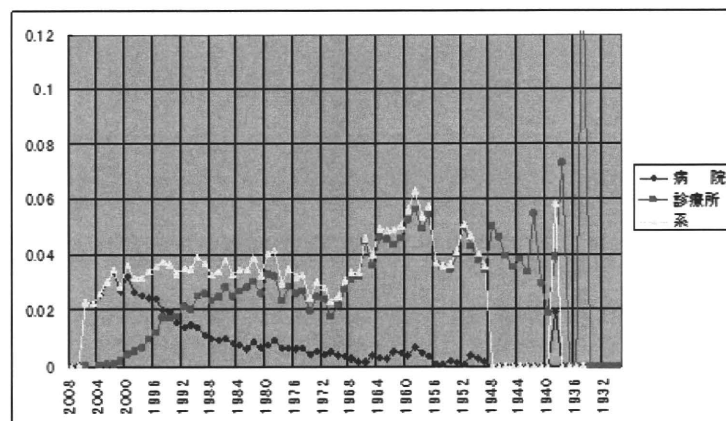
眼科 就業場所



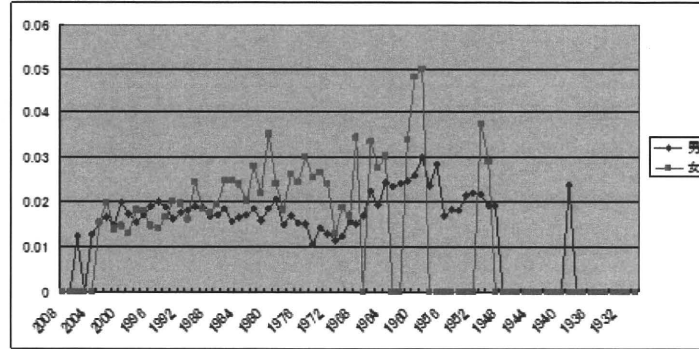
眼科 男女別



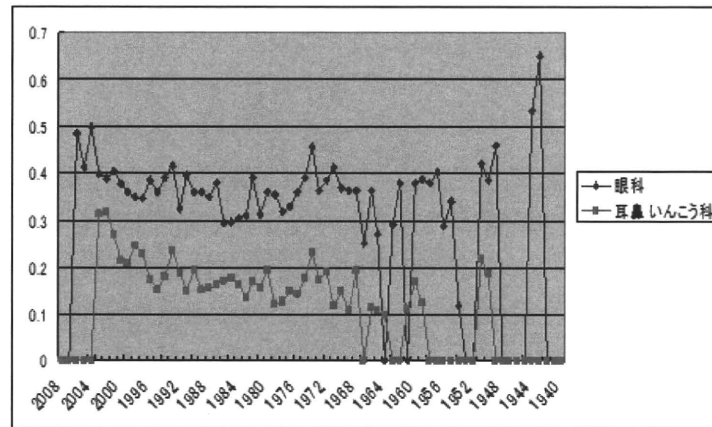
耳鼻科 就業場所



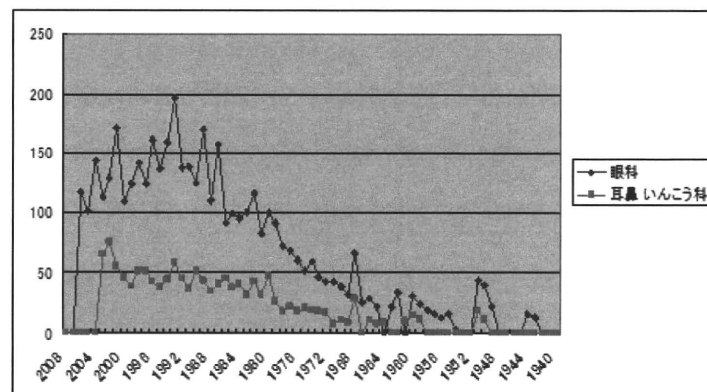
耳鼻科 男女別



女性医師割合



女性医師絶対数



外科医師の需給と地域偏在にみる 政策課題と決定プロセス

序文

我が国の医師不足の問題は今世紀に入ってからメディアなどで取り上げられるようになり、2008年頃にそのピークを迎えた。この間、2007年9月に東京都北区の東十条病院が、医師の確保が困難になったことを理由に新規の患者や救急搬送の受け入れの休止を表明するなどの事態¹⁾も発生しており、大きな社会問題となっている。2009年以降、医師不足に関する報道はやや落ち着きを取り戻しているが、メディアの報道による医師不足感は広く浸透している。

医師不足の報道の中でも特に不足が指摘されてきた診療科は、分娩を扱う産科・産婦人科、小児科、麻酔科であった。これらの診療科間の偏在や地域偏在を指摘する研究は多く、筆者らもこれまで官庁統計を用いた実証研究を行ってきた^{2,5)}。2005年2月に厚生労働省内に設けられた「医師需給に関する検討会」（座長：矢崎義雄氏）が提出した報告書⁶⁾でも、この3つの診療科に関しての分析が行われている。近年、この3つの診療科に加えて外科医師の不足感が高まってきている。実際に、医師不足が認識されるようになったのは2000年頃からである。1970年代までは地方の医師不足に対する対策として新設医大の設置が進められた時期もあったが、1980年代半ば頃からは、医師の需給の問題は、増加した医学部定員によって将来予想される医師過剰をどのようにコントロールするかが主要な論点となった。厚生労働省は、医師需給に関する検討委員会を1975年、1984年、1993年、1997年、2005年と5度にわたって設置したが、1975年委員会で立てた医師の供給増の目標は1983年には達成され、その後3回の委員会ではむしろ医師数のコントロールが課題となった。2000年頃から強まってきた医師の不足感を背景に、医師需給の問題が「医師不足」の方に振れるのは、2005年の委員会を待たねばならなかった⁴⁾。しかし2000年頃からメディアなどが主として取り上げたのは、小児科、産科・産婦人科の医師不足であり、外科医師不足の問題はこの2診療科に比べて深刻なものと捉えられていなかった。2005年に設置された委員会の報告書でも医師不足が懸念される診療科として、小児科、産科・産婦人科、麻酔科の3診療科のみがあげられている⁷⁾。

しかし、現実には外科医師の不足は深刻なものである。日本外科学会は2009年11月に理事長名で、厚生労働大臣に宛てて「外科医志望者減少問題に関する要望書」を提出し、外

科医師不足は小児科、産科、救急の医師不足よりも急激に進行しており、外科医療が引き金となって我が国の全面的な医療崩壊を招く危険性があることを指摘し、その問題解決として、医師数を増員することで外科志望者を増やす、コ・メディカル・スタッフの充実による外科医の勤務環境の改善を図る等の対策を提言している⁸⁾。しかし提言では、日本外科学会の入会者数の減少以外には客観的なデータが示されていない。また、研究論文や提言として外科医師不足に言及している研究もいくつかあるが⁹⁻¹³⁾、客観的データを用いた分析はほとんどない。

全体の需給の問題に加えて外科医師の偏在も大きな問題である。医療機関へのアクセスの良さは我が国の医療体制の特徴であった。しかしながら、近年医師確保の問題等による診療科の閉鎖、閉院も現実化しており、生活圏外の地域への受診を余儀なくされる事態も出現している。治療経過の中で高度医療を必要とする状態となった患者がより高次の医療機関へ転院する場合は、遠方の医療機関への受診も厭うものではなかろう。しかし、受診が日常的に必要な場合や、事故や救急等緊急的な医療の必要に対してである場合は、患者に大きな負担感を抱かせることになると考えられる。

本研究の目的は、このような状況を鑑み、「医師・歯科医師・薬剤師調査」や「患者調査」などの官庁統計を用いた分析を行い、地域間の格差を含めた外科医師数の状況（医師の供給）、手術の状況（医師の需要）に関して今後の予測を含んだ時系列での比較を試み、外科医師需給の問題を包括的に捉えることにある。

1. 方法

外科医師の不足感を明らかにするために、マスメディアでの捉えられ方を、新聞記事検索システム日経テレコン 21 を用いて分析した。2000年1月1日から2010年12月末日までの主要全国紙5紙（日経、読売、朝日、毎日、産経）を対象とし、「医師不足 and 外科」というキーワードを含む記事数をカウントした。また他診療科との比較を行うために、麻酔科、小児科、産科、産婦人科についても同様にカウントした。

次に供給側の変化を、官庁統計を用いて概観した。供給側の要因として取り上げるのは①外科医師数の変化、②外科医師の年齢構成の変化、③女性外科医師割合の変化である。これらの状況を見るのに現在我が国で入手できる最も信頼性の高い悉皆データは厚生労働省大臣官房統計情報部管轄の「医師・歯科医師・薬剤師調査」である。診療科別に包括的な医師数を把握できる唯一の悉皆調査であり、電子化されたデータが1972年から利用可能である。ただし、最新の2008年のデータは診療科の分類が変わっており、「消化器外科」「乳腺外科」などの診療科が新たな分類として加わったため連続性が維持されず時系列での比較が困難である。このため、本研究での分析は原則2006年までのデータを用い、2008年データについては必要に応じて文中でコメントした。

「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、標榜診療科に加えて、1994年からは標榜している診療科のうち主たる診療科が何かも聞いている。医師数の把握のためには後者の主たる

診療科の医師を把握することが望ましい。両者を区別するため、前者を「医師（複数回答）」、後者を「医師（主たる診療科）」とする。両者は、医師（複数回答） \geq 医師（主たる診療科）の関係にある。

分析方法としては、外科医師数（主たる診療科）について1994年を基準年とし、基準年の医師数を100としてどのように数が変化したかを観察した。また、医師不足が問題となった他診療科との比較も行い外科医師数の相対的位置を明らかにした。年齢構成の変化は、5歳年齢階級別外科医師数（主たる診療科）の全年齢階級に占める割合を、データの取れる1996年から時系列で追った。女性医師に関しては、全体の動向と40歳未満の女性外科医師の動向を明らかにした。

次に需要面の変化として、近年の手術数の変化に加え、将来予測を含めて分析した。使用データは、厚生労働省による「患者調査」および国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口データである。「患者調査」は全国の医療施設を利用する患者を対象とし、層化無作為により抽出した医療施設における患者を客体とした調査で、疾病の動向を捉えるのに最も信頼のおけるデータである。国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口データは、「国勢調査」及び「人口動態調査」の調査結果をもとに発表しているもので高位・中位・低位推計の3つがある。本研究では中位推計を用いた。まず、2008年「患者調査」集計表から、男女別に、5歳年齢階級別人口当たりの開腹手術、腹腔鏡手術件数を明らかにした。この5歳年齢階級別人口当たりの手術件数が一定であると仮定して、将来推計人口データを用いて各年の推計手術件数を求めた。

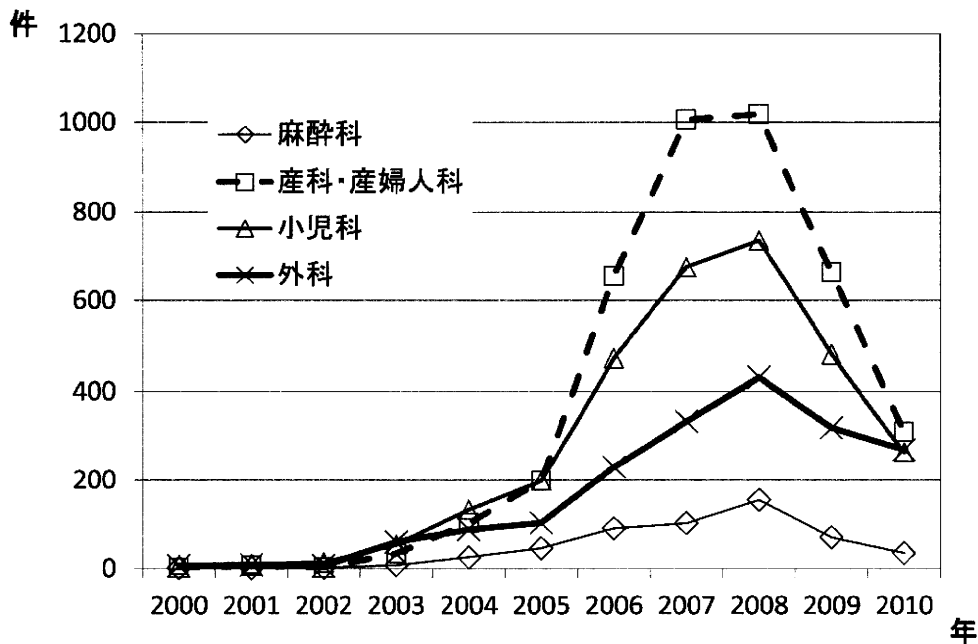
最後に地域間の偏在に関する分析であるが、「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いて二次医療圏毎の人口対外科医師数のばらつきに関して、1994年と2006年とを比較した。1994年と2006年とでは、市町村合併等により二次医療圏の区分が異なるので、最も新しい2010年の区分に基づいて比較を行った。

2. 結果

A. 外科医師需給に関する認識の推移

小児科、産科・産婦人科、麻酔科、外科の診療科毎の医師不足の報道について、新聞記事検索システム日経テレコン21を使って記事数をカウントした結果を図1に示す。外科医師不足に関する記事は2005年から増え始めたが、小児科、産科・産婦人科医師に関する記事がより急速に増加したため、その陰に隠れてしまったように見受けられる。しかし小児科、産科・産婦人科の記事は2008年をピークに急速に減っているのに対し、外科に関する記事数は他診療科ほど減少しておらず、2010年にはこの3科の取り扱い数はほぼ同数となっている。

図1 新聞掲載記事数の変化



出所：新聞記事検索システム日経テレコン 21 にて、「麻酔科」「産科・産婦人科」「小児科」「外科」と「医師不足」をキーワードに主要5紙の記事数を検索。

B. 外科医師数の変遷

「医師・歯科医師・薬剤師調査」による全医師数、および「主たる診療科」がそれぞれ「小児科」、「産科・産婦人科」、「麻酔科」、「外科」医師数の変化を図2に示す。4診療科それぞれに関して、最も古い統計の取れる1994年を100とし、それに比べて医師数はどのように変化したかを全医師数の変化と比較した。「外科」「産科・産婦人科」は絶対数として減少、「小児科」は増加しているものの全医師数の伸び率よりは低く、「麻酔科」は全医師数の伸び率を上回って増加している。「外科」医師数を実数で見ると、1994年に24,718人であったのが、2006年には21,574人に減少している。2004年に始まった臨床研修必修化の影響で、臨床研修医という項目が新たに設けられたことの影響もあるが、仮に臨床研修医を各診療科医師の全体に占めるシェアで按分しても、2004年に比較して2006年の外科医師数は減少している。また、2008年の外科医師は16,865人であるが、それまでは主たる診療科を「外科」としていたと考えられる「消化器外科」が新設されているため時系列での比較は難しい。しかし「消化器外科」4,224人を加えても21,089人であり、やはり減少傾向にあると考えられる。また「複数回答」でみた場合では、1994年には34,426人であったのが、2006年には32,488人となり5.7%減である。2008年には28,717人となったが、これは前述の通り、2008年の調査から診療科の分類が変更されたのに加え、2004年に導入された新臨床研修制度によって「研修医」のカテゴリができたことが影響した可能性がある。