

- ⑦ 2011年03月21日 災害時の乳幼児栄養に関する指針
- ⑧ 2011年03月22日 被災妊産婦等の住居等の確保について
- ⑨ 2011年03月24日 水道水について心配しておられる妊娠・授乳中女性へのご案内
- ⑩ 2011年03月24日 水道水摂取の乳児の飲用に関する小児3学会見解
- ⑪ 2011年03月27日 被災地外の受入可能分娩施設(暫定版)
- ⑫ 2011年03月27日 【WHO】飲料水の安全性について
- ⑬ 2011年04月18日 日産婦学会：放射性物質汚染と妊娠・授乳(続報)

(オ) 平成23年8月16日より、「地図上で検索」の機能を付加し、Google Map上で分娩取扱医療機関を、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター。救命救急センター、それ以外の分娩取扱医療機関に区別して検索できるシステムを稼働させた。

(カ) 研究分担者自身が提供した、本研究のオリジナルの最新周産期医療情報とその分析として、以下の7項目が掲載された。

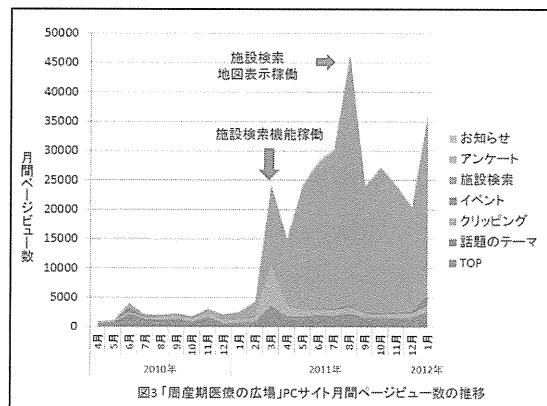
- ① 母体の年齢別周産期死亡率(2009年) 2011/04/07 up!
- ② 「喜ぶのはまだ早すぎる」2011年版 2011/04/22 up!
- ③ 【日本産科婦人科学会】年

代別・男女別会員数 2011年3月31日現在 2011/06/11 up!

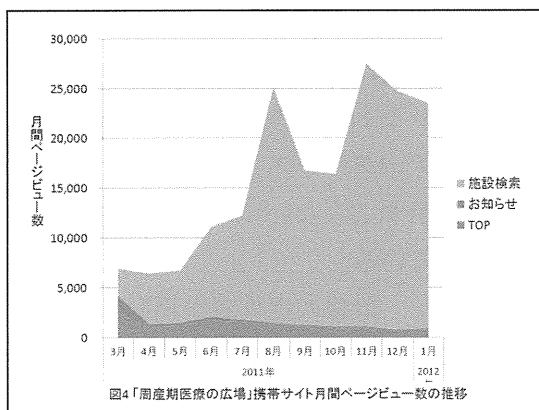
- ④ 「周産期医療の広場」運営状況について 2011/12/04 up!
- ⑤ 平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査における産婦人科医数の分析 2011/12/10 up!
- ⑥ 【日本産科婦人科学会】2011年9月30日現在の日本産科婦人科学会新入会員数の推移 2011/12/17 up!
- ⑦ 日本産科婦人科学会 年齢別・性別 会員数の推移 2011/12/23 up!

(キ) サイト全体としてのページビューは、施設検索機能が稼働した平成23年3月以降急増した。(図3)平成22年度のPCサイトのページビューは、51,260件、平成23年度は1月31日までで277,948件だった。また、携帯サイトの平成23年度のページビューは1月31日までで177,430件となっている(図4)。

(ク) 研究チーム website「周産期医療の広場」の検索サイト Googleにお



ける状況：平成23年2月10日の時点では、キーワード「周産期」で20位、「周産期医療」で13位だった。平成24年2月7日の時点では「周産期」で14位、「周産期医療」で7位となった。



3) 平成23年度第1回拡大医療改革委員会兼産婦人科医療改革公開市民フォーラムの開催：平成24年1月29日に日本産科婦人科学会との共催で、以下の様なプログラムで開催した。出席者数は報道関係者10名を含め合計83名だった。フォーラムの様子は「周産期医療の広場」より動画配信した。

(ア) 司会： 斎藤 滋（富山大学・日本産科婦人科学会若手育成委員会委員長）・澤倫太郎（日本医科大学・日本産科婦人科学会副幹事長）

(イ) 【第一部（午後1時開始）】

① 挨拶：

1. 岡井 崇（昭和大学・日本産科婦人科学会副理事長）
2. 泉 陽子（厚生労働省雇用均等児童家庭局・母子保健課長）
3. 佐久間 敦（厚生労働省

医政局指導課・救急周産期医療等対策室長）

② 基調講演

1. 「産婦人科医数の現状等について」海野信也（北里大学・医療改革委員会）
2. 「婦人科腫瘍診療に関するアンケート調査報告」高倉 聡（東京慈恵会医科大学・医療改革委員会）
3. 「産婦人科勤務医の就労環境と編在－日本産婦人科医会調査から」中井章人（日本医科大学・日本産婦人科医会勤務医部会）

(ウ) 【第二部（午後1時45分開始）】

① 各地域からの報告

1. 「岩手県周産期医療情報システム（いーはとーぶ）による地域連携－東日本大震災の経験を踏まえて－」岩手県立大船渡病院副院長 小笠原敏浩
2. 「秋田の現状：離れられない、学べない」秋田大学医学部附属病院周産母子センター准教授 熊谷 仁
3. 「埼玉県の大学病院における妊産婦の問題点」防衛医科大学校産科婦人科教授 古谷健一
4. 「長崎における医師確保の取りくみ」佐世保市立総合病院産婦人科医長

三浦清徳

5. 「熊本大学における医学
生・初期臨床研修医に対
する働きかけの紹介～東
洋医学と産婦人科診療と
の関連性の提示を通じて
～」上天草市立上天草総
合病院産婦人科部長 姫
野隆一

② 総合討論（午後 4 時まで）

【考察】

- 1) 研究班 website「周産期医療の広場」の
活動：PC サイトおよび携帯サイトのア
クセス状況について
- (ア) 「周産期医療の広場」の PC サイ
トは平成 23 年 3 月以降、アクセス
が急速に増え、それ以前の 10 倍以
上になっている。その理由として
は施設検索機能を付加し、情報提
供を開始したことがもっとも大き
いと思われる。
- (イ) 携帯サイトについても、施設検索
機能を中心にアクセスの増加がみ
とめられ、地図検索機能を有する
PC サイトに匹敵するアクセス数
になっている。この事実は情報提
供における携帯電話端末の重要性
を示唆するものと考えられる。
- (ウ) 東日本大震災直後の平成 23 年 3
月には厚生労働省や学会・医会か
らの震災及び放射能汚染関連情報
を多数掲載しクリッピングのコー
ナーへのアクセスが一時的に急増
した。この事実は、緊急時には、
正確で信頼できる専門情報を迅速

に提供するという本サイトへのニ
ーズが増大した結果と考えられる。

- 2) 分娩取扱医療機関検索機能の意義につ
いて

(ア) 本研究で作成した分娩取扱医療機
関検索機能にはこれまでの民間あ
るいは行政が作成し、インターネ
ット上で提供されている分娩施設
データベースと比較して、以下に
示すようないくつかの特徴を有し
ている。

- ① 情報の提供者が産科医療の専
門家であること。提供情報の
内容が、ほぼ全分娩施設が参
加している産科医療補償制度
のデータ提供を受け、これを
産科医療の専門家が補正した
上で、産科医療の専門団体で
ある日本産科婦人科学会、日
本産婦人科医会の承認を前提
としたものであること。
- ② 提供情報について、各地域の
産科医療の専門家及び分娩施
設からの直接の情報提供によ
って更新を行っていること。
- ③ その表示範囲を自在に調節可
能な地図表示機能を備えるこ
とによって、行政単位の枠に
とらわれず、分娩施設の位置
関係を明確にすることが出来
ること。

(イ) このため、「周産期医療の広場」の
施設検索機能を用いることによ
って、これまでは難しかった分娩施
設に関する確実な情報に簡便なア

アクセスが可能になった。それにより、以下に示すような効果が期待できると考えられる。

① 妊婦・一般市民

1. 受診可能な最寄りの分娩取扱医療機関を容易に検索でき、連絡のために必要な情報を得ることができる。
2. 地域の周産期医療体制の概要を把握することができる。

② 医療機関

1. 地域の周産期医療体制の概要を把握できる。
2. 他施設ウェブサイトの検索が容易、情報提供方法を比較検討できる。
3. 他地域の医療機関への紹介が容易

③ 地方自治体

1. 地域の周産期医療体制の概要を把握できる。
2. 周辺地域と自地域の関係が把握しやすいので、合理的な施策立案ができる。
3. 自地域と他地域を比較して、必要な施策の検討ができる。

④ 国

1. 全国の周産期医療体制の概要を網羅的に把握できる。
2. 地域の特性を理解しやすい。

(ウ) 今回開発した施設検索機能を用い

ることによって、全国の分娩取扱施設の位置的な分布状況を把握することが可能になった。今後は、提供情報の内容を充実させることにより、地域周産期医療提供体制の実態を総合的に把握、評価するための重要なツールとしてさらに有効に機能することが期待できる。また、他の診療領域においても同様な施設リストを作成し地図表示することによって、医療提供体制の充実と医療へのアクセスの向上に寄与できる可能性が示唆された。

【結論】

- 1) インターネットを介した周産期医療情報提供サイトには、特に分娩取扱施設情報をを中心に多くのアクセスがあり、この分野の信頼できる情報を提供するサービスに対する社会のニーズが大きいことが明らかになった。
- 2) 全分娩取扱施設情報を施設機能ごとにリスト化し、自在に縮尺を変えて地図表示することにより、わが国全体、及び各地域の周産期医療提供体制の実情が容易に検索できるシステムを構築した。このようなシステムをさらに充実させることにより、周産期医療提供体制の改善の方策立案が容易になると考えられた。また、同様のシステムを用いて、他の診療領域の施設情報の提供も十分可能と考えられ、今後、検討されるべき課題であると考えられた。

【研究成果の発表】 なし。

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」

（H21-子ども-一般-002）研究代表者 海野信也

分担研究課題「周産期救急医療体制と分娩環境の安定的確保」その2
『全体としての産婦人科医数とその地域偏在に関する研究』

<http://shusanki.org>

平成 23 年度研究成果報告

研究分担者：海野信也 北里大学医学部産婦人科学 教授
研究協力者

板倉敦夫 埼玉医科大学教授

内野直樹 社会保険相模野病院院長

奥田美加 横浜市立大学市民総合医療センター産婦人科准教授

金井 誠 信州大学医学部保健学科教授

鈴木 真 亀田総合病院総合周産期母子医療センター長

相馬一亥 北里大学医学部教授（救命救急医学）

中井章人 日本医科大学多摩永山病院副院長

中林正雄 愛育病院院長

中村利仁 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野助教

光田信明 大阪府立母子保健総合医療センター部長

水上尚典 北海道大学医学部教授

吉里俊幸 福岡大学医学部准教授

渡辺 博 獨協医科大学教授

【研究の要旨】

- 1) 日本産科婦人科学会の会員数と、医師・歯科医師・薬剤師調査結果の推移を分析し、地域における病院及び診療所、都道府県別の産婦人科医数の現状分析を行った。
- 2) その結果、平成 18 年から平成 22 年の間の産婦人科医の増加は、東京、大阪、神奈川等の大都市圏の一部に限局した増加を反映しており、全国的には、産婦人科医の減少が認められる地域が多数存在していることが明らかになった。産婦人科、小児科、救急等の診療部門はその過酷な勤務条件のため、地域における医師の不足が恒常化しており、これまでに多くの施策が実行されてきている。その効果もあり、産婦人科の新規専攻者は平成 18 年以降平成 22 年までは増加傾向を示してきた。しかし、そのような施策では、絶対的な総数の不足とともに存在している地域間の医師の偏在というもう一つの重大な課題を短期的に解決することには成功していないことが示された。
- 3) 都道府県別の初期臨床研修マッチング者数と新規産婦人科専攻医数の関係を分析し、初期臨床研修医の地域偏在が、産婦人科医の地域偏在の一つの要因となっていることが明

らかになった。しかし、人口比でほぼ同数のマッチング者数でも産婦人科専攻医数には相当な幅が認められており、地域の条件も大きな要因と考えられた。地域での産婦人科医の養成方法について、「噴水方式」と「分散育成」方式という二つのシステムに関して新たな提言を行った。

- 4) 地域における産婦人科医療提供体制の安定的確保のためには、地域間偏在という問題への新たな対策が必要と考えられた。

【研究目的】 わが国の産科周産期医療体制は、分娩取扱機関の減少、産科医、新生児科、助産師の不足等の種々の要因で危機的状況にあり、これを安定した状態に導いていくことが強く求められている。しかし、出生数、出産する母体のリスクの変化等により、必要な医療資源の量は今後さらに変化することが予測され、将来にわたって安定的な医療提供体制をこの分野で確保するためには、産科・周産期の医療提供体制が全体としてどのような方向に向かっているか、その原因はなにか、という観点で現状を分析するとともに、その実情を広く社会に公開することを通じて、現状に対する十分な理解に基づいて、必要な資源の投入等政策的な介入を行うための検討を行う必要がある。

本研究では、日本産科婦人科学会の会員数と、医師・歯科医師・薬剤師調査の結果を詳細に分析し、病院及び診療所の産婦人科医の現状分析を行うとともに、地域における産婦人科医療提供体制を担う産婦人科医の安定的確保の方策について検討した。

【研究方法】

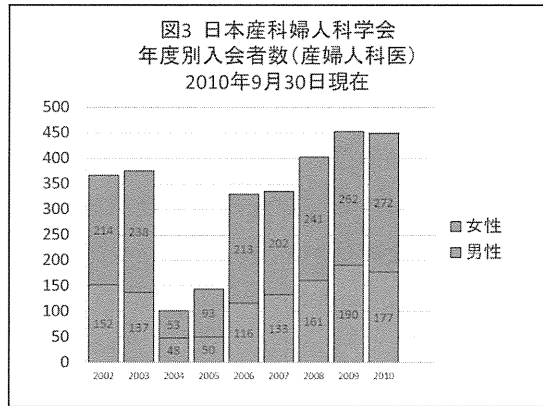
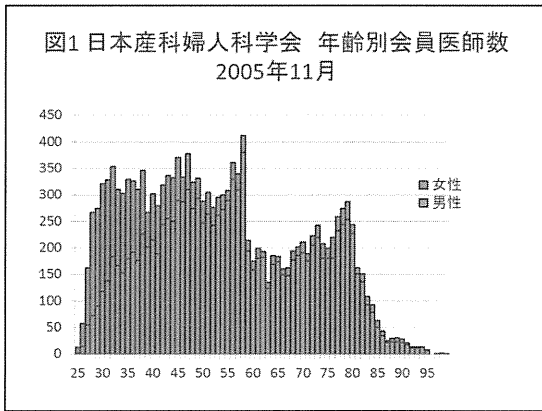
- 1) 日本産科婦人科学会の会員数の分析を行った。
- 2) 最新の新規産婦人科専攻者の状況を日産婦学会の年度別入会者数のデータを

用いて検討した。

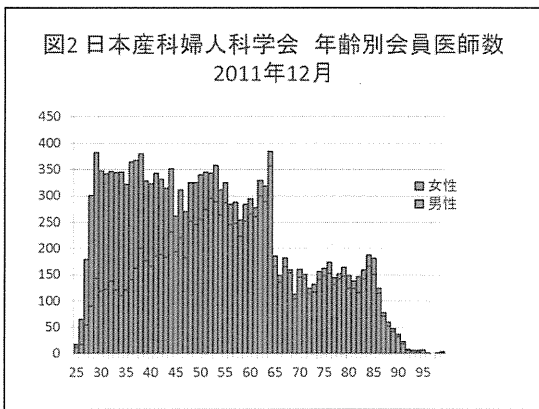
- 3) 医師・歯科医師・薬剤師調査（三師調査）
(1) の結果を分析し、病院及び診療所の産婦人科医の現状分析を行った。
- 4) 三師調査における産婦人科医師数の都道府県別の増減を分析し、地域偏在の状況について検討した。
- 5) 2006年度から2010年度の都道府県別の新規産婦人科専攻医数と2004年度から2008年度の初期臨床研修マッチング者数の関係を都道府県別に分析し、新規産婦人科専攻医数に初期臨床研修制度が及ぼす影響について検討した。

【研究結果】

- 1) 日本産科婦人科学会（日産婦）会員数の分析—男女構成の年次推移（図1、図2）：2005年11月の時点と、2011年12月の時点で、日産婦の会員構成を比較すると、過去20年前から持続してきている女性医師の割合の増加は、過去10年間に限れば、ほぼ安定した状況になっており、現時点で30歳代前半までの医師の男女比率は女性が60%前後でほぼ一定となっている。

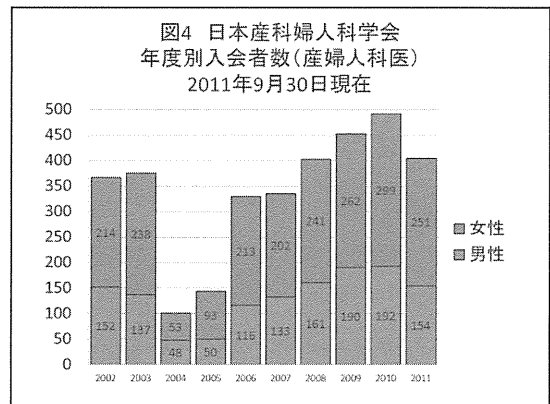


(イ) 図4にその1年後の2011年9月30日の時点の日産婦学会の年度別入会者数を示す。2010年度の入会者は最終的には491名だった。10月以降42名が入会したことになる。2011年度の入会者数は9月30日の時点で406名だった。この時点で1年前より43名少ない。このままでは、前年度並みの入会者数は確保できない可能性が懸念される。

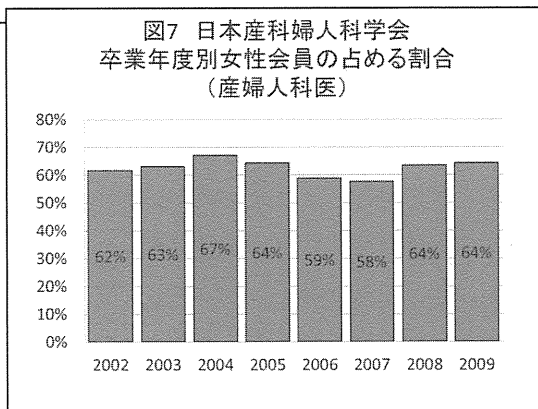
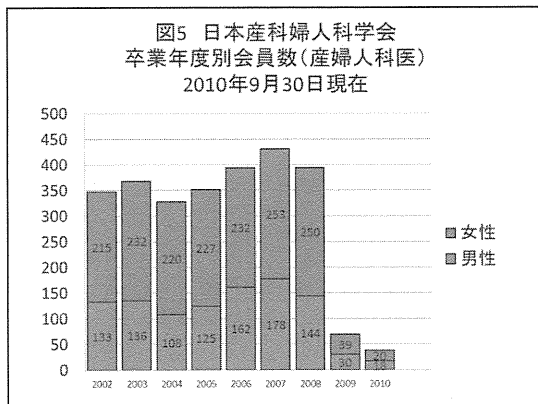


2) 最新の新規産婦人科専攻者の状況 (図3—図7)

(ア) 図3に2010年9月30日の時点の日産婦学会の年度別入会者数を示す。2006年度以降、2009年度まで入会者数は右肩上がり推移してきた。2010年9月30日の時点で、2010年度の入会者は449名だった。



(ウ) 図5に2010年9月30日の時点の日産婦学会の卒業年度別入会者数を示す。2004年度卒以降、2007年度卒まで入会者数は右肩上がり推移してきた。2010年9月30日の時点で、2008年度卒の入会者は394名だった。



(エ) 図6にその1年後の2011年9月30日の時点の日産婦学会の卒業年度別入会者数を示す。2008年卒の入会者はこの時点で426名だった。1年間で32名が入会したことになる。2009年卒の入会者数は9月30日の時点で406名だった。この時点で1年前の2008年卒より12名多いことになる。2009年卒の入会者数は2008年卒よりは若干多くなる可能性があるが、2007年卒を超えることができるかは微妙な情勢といえる。図6に明瞭に示されているように、2004年卒から続いてきた日産婦新規入会者の増加傾向には2008年卒以降変化が認められ、横ばいあるいは減少に転じつつある可能性が

ある。

(オ) 図7に過去8年間の卒業年度ごと女性会員の占める割合を示す。女性会員の割合は60%前後でほぼ一定となっている。

3) 医師・歯科医師・薬剤師調査(三師調査)における産婦人科医師数の全体的な変化(図8—図12)

(ア) 1996年から2010年までの三師調査における主たる診療科が産婦人科または産科の医師数の推移を図8に示した。平成8年(1996年)から18年(2006年)まで産婦人科医は全体として減少し続けたが、平成20年(2008年)と22年(2010年)には若干の増加が認められた。これには特に40歳未満の年齢層の医師の増加の寄与が大きいと思

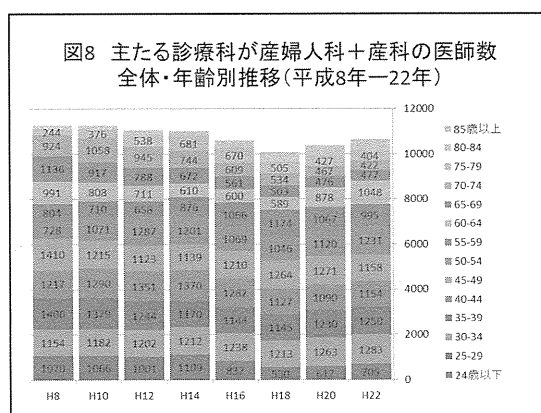
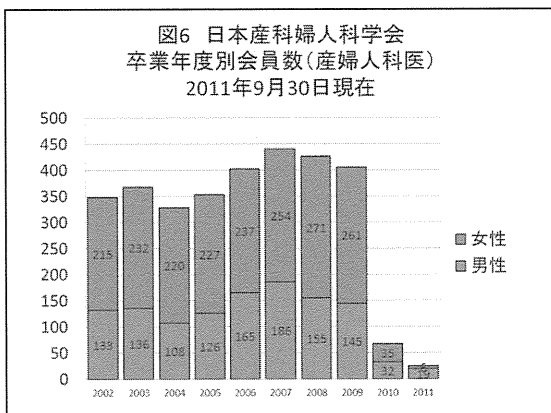
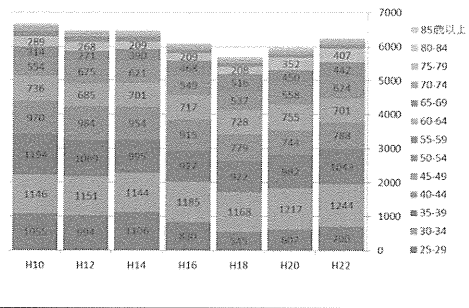


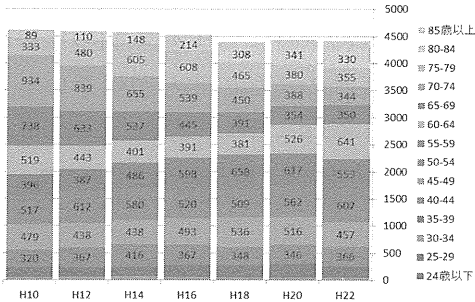
図9 主たる診療科が産婦人科+産科の医師数
病院勤務・年齢別推移(平成10年—22年)



われる。

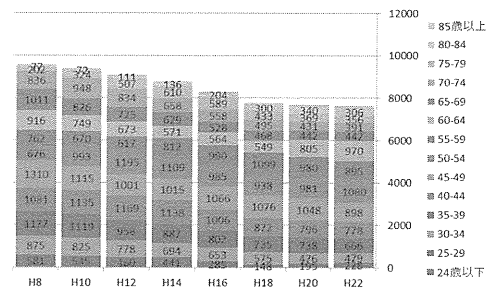
- (イ) 病院勤務医について同様の検討を行った(図9)。平成20年以降の比較的若年層の医師の増加傾向は病院勤務においても明瞭に認められる。40歳代後半から50歳代にかけては増加傾向が認められない。60歳代前半の増加は、いわゆる「団塊の世代」の産婦人科医が多いことが関係していると思われる。
- (ウ) 診療所勤務医について同様の検討を行った(図10)。診療所の産婦人科医は、減少傾向にあり、特に65歳以上の高齢者は減少してきている。

図10 主たる診療科が産婦人科+産科の医師数
診療所勤務・年齢別推移(平成10年—22年)



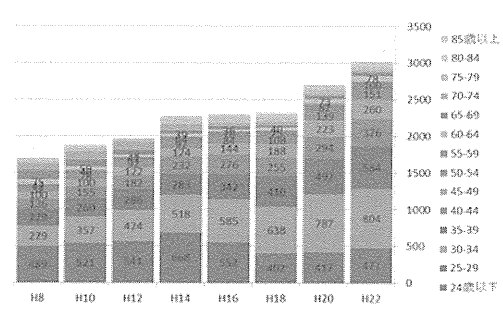
- (エ) 図11、図12に性別の年次医師数の推移を示した。図11に示すように男性医師の減少傾向が続いている。しかし30歳代前半と20歳代

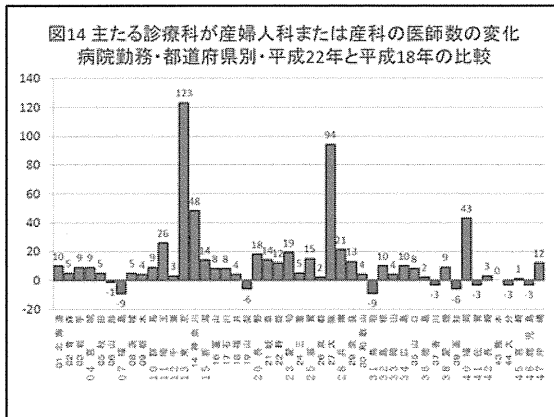
図11 主たる診療科が産婦人科+産科の医師数
男性・全体・年齢別推移(平成8年—22年)



の男性医師数では平成22年に微増傾向が認められる。平成20年に認められた20歳代後半の男性医師の増加の効果が30歳代に「若干」及んだものと考えられる。図12に示すように女性医師の増加傾向は一貫して持続しており、60歳代にいたるほぼすべての年齢層で増加が認められる。

図12 主たる診療科が産婦人科+産科の医師数
女性・全体・年齢別推移(平成8年—22年)

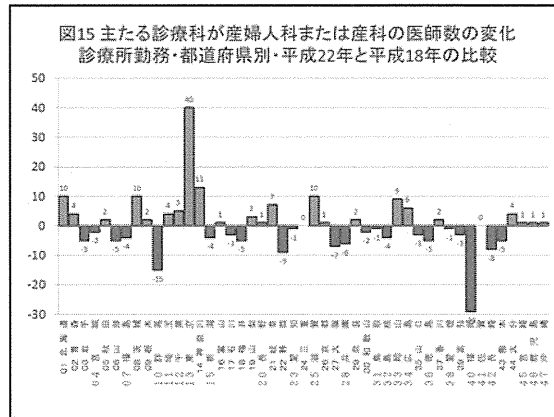




4) 医師・歯科医師・薬剤師調査（三師調査）における産婦人科医師数の都道府県別の増減（図13—図15）

(ア) 産婦人科医数の増減の詳細について検討する目的で、三師調査より、主たる診療科が産婦人科または産科の都道府県別医師数について、平成18年調査の結果と平成22年調査結果の変化について検討した（図13）。全体では578名の増加となっているが、増加数の多い東京、大阪、神奈川、埼玉の4都府県の増加分の和は全体の増加分の59%を占めている。その一方、山形、福島、群馬、福井、山梨、鳥取、徳島、香川、高知、佐賀、長崎、熊本、鹿児島では減少が認められた。

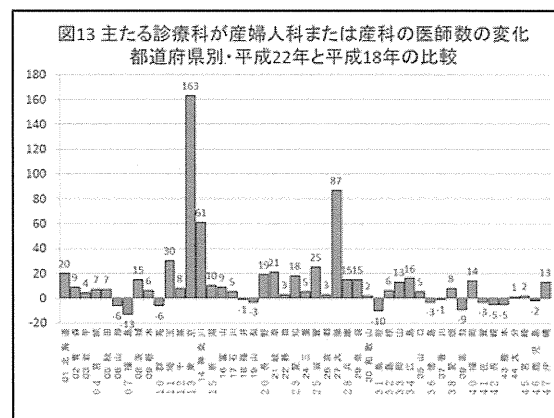
(イ) 同様の分析を病院勤務医に限定して行った（図14）。病院勤務医は全国で566名増えているが、東京、大阪、神奈川、福岡等の大都市圏での増加が著しい。その一方で、山形、福島、山梨、鳥取、香川、高知、佐賀、大分、鹿児島では、産婦人科病院勤務医が減少していた。



(ウ) 同様に診療所勤務医の分析を行った（図15）。診療所医師数は増加と減少が相半ばしているが、東京と神奈川の増加が目立つ。東京と神奈川では病院も診療所も産婦人科医が増えていることになる。

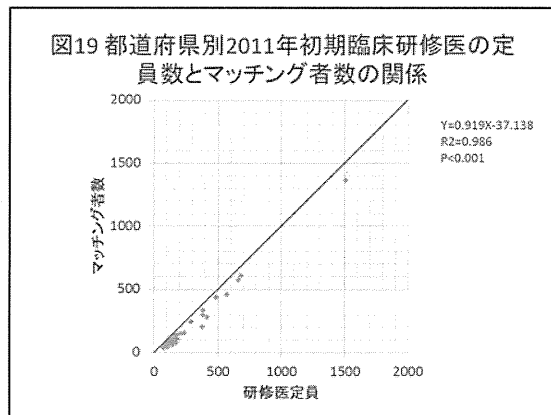
5) 都道府県別の新規産婦人科専攻医数と初期臨床研修医数との関係

(ア) 表1に日本産科婦人科学会の2006年度から2010年度までの新規入会医師（ほぼ産婦人科新規専攻医と一致すると考えて良い）数の推移を示した。図16に都道府県ごとの人口10万当たりの5年間の合計医師数を示した。人口で補正した値でみると、新規産婦人科専攻医数には、佐賀の0.82から東京の3.38まで4倍以上の大きな地域差が認められた。特に赤枠で示す各

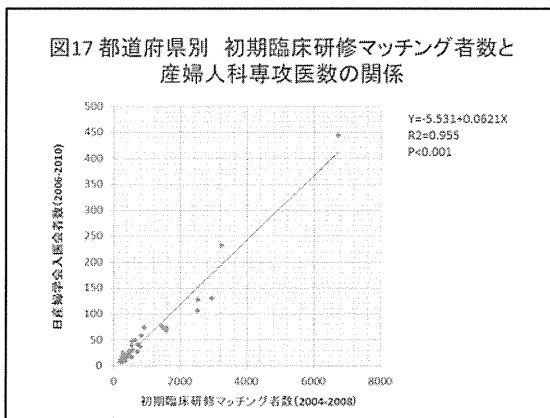


県は人口当たり新規産婦人科専攻医が少ないと考えられた。

- (イ) 医師臨床研修マッチング協議会のサイトより、研修開始年度 2004 年度より 2008 年度までの都道府県ごとの初期臨床研修マッチング者数の合計を求めた。各都道府県の 2004 年度から 2008 年度までの初期臨床研修マッチング者数と 2006 年度から 2010 年度までの産婦人科新規専攻者数の関係を図 17 に示した。両者には強い相関が認められた (2)。初期臨床研修を

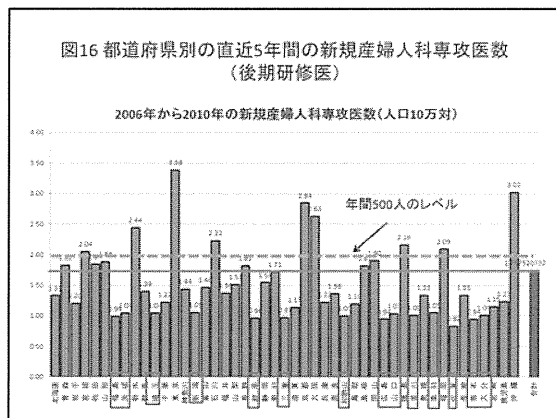


数に関するデータに基づいて、各都道府県の 2004 年度から 2008 年度までの人口 10 万当たりの初期臨床研修マッチング者数と 2006 年度から 2010 年度までの人口 10



終えてから専攻する診療科に進むこと、初期研修ではマッチングの制度があるが、後期研修ではないこと等の理由から、都道府県別初期研修医数と各診療科の後期研修医数は相関すると考えられるが、産婦人科では非常に強い相関が認められた。相関係数から、研修医全体の 6%程度が産婦人科を専攻しているものと考えられた。

- (ウ) 医師臨床研修マッチング協議会のサイトのデータ及び日本産科婦人科学会から提供された新規入会者



万当たりの産婦人科新規専攻者数の関係を図 18 に示した。両者には有意の相関が認められた。都道府県別の人口 10 万あたりの初期臨床研修医数は埼玉の 12.7 から京都の 56.0 まで大きな幅が認められた。その一方で、人口 10 万当たりの 5 年間の初期臨床研修マッチング者数が 30 人台前半で同一水準にある栃木、徳島から佐賀までの県で、産婦人科新規専攻医数に 2.45 から 0.82 まで約 3 倍の開きが認められた。

(エ) 医師臨床研修マッチング協議会のサイトのデータに基づいて、都道府県別 2011 年初期臨床研修医の定員数とマッチング者数の関係を検討した (図 19, 図 20)。初期臨床研修医の定員数と実際のマッチング者数には有意の相関が認められた。

【考察】

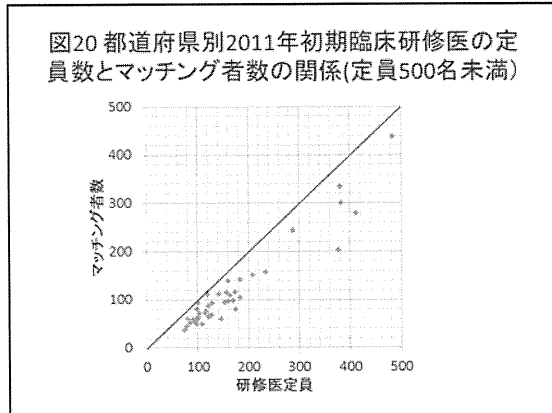
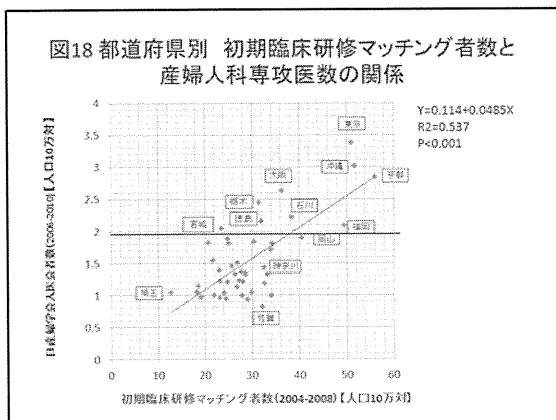
- 1) 日本産科婦人科学会 (日産婦) 会員数の分析: 女性医師優位の状況には変化は認められていない。この傾向を前提として、今後の産婦人科医の養成、勤務環境、産婦人科領域の医療提供のあり方等について検討を進めていく必要がある。
- 2) 新規産婦人科専攻者の状況: 増加傾向を示していた新規産婦人科専攻者数は頭打ちないし微減傾向を示していると考えられる。そして女性医師の占める割合が多いという状況には変化が認められない。日本産科婦人科学会が策定した「産婦人科医療改革グランドデザイン 2010」(3) では、20 年後の安定的な産婦人科医療提供体制の確保のためには、毎年の新規専攻医が最低 500 名は必要とされている。これを達成するためには

産婦人科専攻医をさらに増やす必要があるが、これまでの施策の単純な継続では、現在の伸び悩み状態から脱するのは難しいと思われ、さらに積極的な施策を展開する必要があると考えられる。

- 6) 産婦人科医師数の全体的な変化: 三師調査の結果からは、若年層を中心に微増傾向が認められている。産婦人科医全体でとりくんできている若手医師増加のための取り組みが奏効している可能性がある。男性医師は全体として減少を続けており、産婦人科医の微増傾向は、女性医師数の増加によって支えられているものと考えられる。

- 3) 都道府県別の地域偏在に関する分析:

(ア) 三師調査における主たる診療科が産婦人科または産科の都道府県別医師数の平成 18 年調査と平成 22 年調査の比較から、各地域における産婦人科医数の変動の実態の一端が明らかになった。産婦人科医の増加は東京、大阪を中心とする大都市圏の一部で著明である一方、東北地方及び九州では減少県が目立つ。最近の産婦人科医数動向の特徴は、全体としての微増と地域偏在の拡大ということになる (図



13)。

- (イ) この傾向は、病院勤務医に限定しても同様に認められる (図 14)。診療所医師では高齢化による引退に伴う全体としての減少傾向の中で、やはり地域間で大きな違いが認められ、東京における増加が顕著になっている (図 15)。診療所医師の増加は病院勤務医からの参入者数と引退者数によって決まる。増加地域については新規の参入者が多いと考えられる。注意すべきなのは、診療所医師が増加している地域と病院勤務医が増加している地域が重なっている場合が多いことである。一次医療を含む産婦人科医療体制全体の偏在が進行している可能性が考えられる。
- (ウ) 日産婦への都道府県別入会医師数の分析から、大都市圏における産婦人科医の増加は、特に東京、大阪、京都では診療対象となる人口の違いを考慮しても、他地域に比べて著明であることが明確になった (図 16)。
- (エ) 地域における新規産婦人科専攻医数に影響を与える因子：以下の 4 点を考慮する必要がある。
- ① 地域における産婦人科医の充足状態
 - ② 地域における初期臨床研修医数
 - ③ 医学部教育における産婦人科教育の内容
 - ④ 初期臨床研修における産婦人科臨床研修の内容

このうち、①については当面、基本的に充足している地域はないという認識でよいと思われる。②については、現行のマッチング制度の中で決定されており、一部の診療科の努力による増減は大きくなり得ないと考えられる。これに対して③④については、産婦人科医が当事者として改善しうるものである。②の因子がどのように産婦人科医数の地域偏在を関係しているかを検討する目的で、都道府県ごとの初期臨床研修医の定員及びマッチング者数と産婦人科新規専攻医数との関係について検討した。

- (オ) 都道府県別の初期臨床研修マッチング者数と、初期研修を終えて専攻診療科を選択する時期の産婦人科新規専攻医数との間には有意の相関が認められ (図 17)、地域における新規産婦人科専攻医の確保の上で、その地域の初期臨床研修医数が非常に重要であることが明確になった。両者を人口 10 万対の人数として標準化することによって、現行の臨床研修制度において、マッチング者数に地域間で大きな差が存在することが明確になった (図 18)。産婦人科の場合は、この差が初期研修後の後期研修医数の大きな要因の一つとなっていると考えられた。その一方で、5年間の人口 10 万対初期臨床研修マッチング者数が 30 人前半であった地域における 5年間の人口 10 万対産婦人科新規専攻医数に

は栃木の 2.44 から佐賀の 0.82 ま
で 3 倍弱の幅が認められており、
地域の産婦人科新規専攻者数が、
初期臨床研修医数だけできまるわ
けではなく、産婦人科側の条件に
よって変動する可能性があること
を示していると考えられた。

(カ) 図 19、図 20 に示されているよう
に、都道府県の初期臨床研修マッ
チング者数は、研修医定員と相関
する。従って、各地域の初期研修
医の分布を均てん化するためには、
その人口比定員の幅をさらに狭め
る必要があると考えられる。

4) 地域における新規産婦人科医の安定的 確保のための方策

(ア) 本研究によって、地域における産
婦人科医数の変動に、産婦人科新
規専攻医数の変動が大きく関与し
ていること、現状は東京、大阪等、
大都市圏の一部で増加が認められ
るものの、多くの地域で減少が認
められており地域偏在が進行しつ
つあることが示された。そして、
地域における産婦人科新規専攻医
数を決定する因子として、人口当
たりの初期臨床研修医定員数およ
びマッチング者数の地域間格差の
存在が示された。その一方で、初
期臨床研修の段階でマッチング者
数が人口比ではほぼ同一レベルと考
えられる諸地域で、産婦人科新規
専攻医数には大きな幅が認められ
ており、地域における産婦人科研
修体制の整備状況が影響している

可能性が示唆された。

(イ) 現在の新規産婦人科専攻医養成の
取り組みは、地域偏在の拡大をも
たらしている可能性があり、この
まま同様の施策を継続するだけで
は、地域偏在を解消することは非
常に困難と考えられる。現状は行
き詰まり状態と考えざるを得ない。
初期臨床研修医定員の地域間格差
についてはこれまでも徐々に改善
の方向で調整されてきているが、
今後もさらに格差を縮小する方向
で進めて行く必要がある。その上
で、産婦人科医の立場でも、新規
産婦人科専攻医の地域間格差の改
善のために、これまでとは異なる
アプローチが必要と考えられる。

(ウ) 新たな産婦人科医の育成方法の検
討

① 地域における産婦人科医獲
得・育成方法について：大都
市圏への集中、偏在という産
婦人科専攻医の現状を踏まえ
て、地域周産期医療提供体制
確保に必要な医療専門職の獲
得、育成方法について検討し
た。

1. 「撒水器方式」：現状では
産婦人科専門医を目指す
専攻医の配置に特に制限
はない。この状況を許容
せず、専攻医研修開始段
階で地域間のバランスを
考慮して適正配置を行う、
という方法が考えられる。
この場合、一定数の専攻

医が確保できれば、地域間のバランスがとりやすくなり、各地域での専攻医数の均てん化が可能となる結果、安定的な医療体制の構築が実現する可能性がある。しかし、初期臨床研修段階の専攻医候補者にとって、産婦人科選択の門戸が狭くなり、産婦人科志望者が減少する可能性がある。最悪の場合、大都市でも専攻医確保が困難になる危険性がある。

2. 「噴水方式」: 専攻医の大都市集中という現状を前提として、専門医取得後に再マッチングを行うシステムを構築する。大都市で専門医になり、その後、各地域で臨床経験を積みつつ、専門性を高めていくことになる。この場合、大都市集中という現状からの連続性を描きやすいという利点がある。現状のような大都市集中が持続すると、専門医資格取得後、安定した常勤職を確保することが困難になる事態も予測される。研修面でも経済面でもより好条件の地方病院への移動を促すシステムが必要と考えられる。し

かし、実際問題として、東京・大阪で専攻医研修を行った医師は、地方勤務を忌避することが多く、対象となる医師の数的確保が課題となる。また、地方には、大都市圏と比較して症例数が限定され、指導医が少ないため、専門性を高めるための研修機会を確保しにくいという課題があり、そのような実情の改善がこの方式が実現するための前提となる。

3. 「分散育成方式」: 地方の施設には、医療圏が限定されている限り、その研修内容が多様性に乏しくなるという課題がある。産婦人科医療の中でも、妊娠、分娩関連のcommonな病態とその対応だけでなく、高度先進的な技術領域の研修体制を整備しようとするれば、対象となる医療圏を大きくする必要はある。人口がそれほど多くない地域でも、研修指導施設が都道府県や大学関連の枠を超えて連携し、広域で各施設の特色を生かしバラエティに富んだ魅力ある専攻医プログラムを提示することができれば、大

都市圏と比較して、より良い研修条件を提示することが可能になる。その場合、地域と指導者の特殊性、適性を生かし、都道府県を超えたブロック内での競争、連携により、全体としての研修環境を確保する。地域としては安定した常勤職確保が実現しやすくなるとともに、研修者も地域での専門性を生かした開業の道が開ける可能性がある。しかし、このようなシステムは、その地域の指導者の資質に依存しており、指導者の負担が大きい。また、特定領域に特化した診療を行って専門性を高めることは、個別施設にとっては収益に直結しない場合があるなどの課題が考えられる。。

- ② 上記の3方式にはそれぞれ一長一短がある。専攻医研修開始段階で配置を調整する「撒水器方式」は、専攻医に受け入れられにくいと思われる。現実的には「噴水方式」と「分散育成方式」を組み合わせるのが現実的と考えられる、いずれの場合でも、地域における産婦人科専攻医研修とその後の、subspecialty 研修の魅力を高める努力が必要になる。

大都市で専門医になった医師については、大都市に居続ける必要のない受け皿を整備する必要がある。そのためには過度に現場に縛り付けられることのない、ある程度集約化された勤務環境が必要であり、地域において専門性を高める研修が可能な体制の整備が必要になる。

- ③ 産婦人科医の大都市集中は、地方の住民にとって深刻な問題だが、それが極端になれば、産婦人科医自身にとっても、自らの条件にあった職場の確保が困難になる等の不利益が生じるようになる。大都市ばかりでなく、地方でも基幹病院の勤務環境を改善するとともに専門性の高い診療を展開できる体制を整備することが、医師の安定的確保のために重要と考えられる。その意味で、全国の産婦人科医の職場の紹介斡旋を行う、合理的で（自らも専門家である）当事者が納得できる専門医レベルでのマッチングシステムを構築する必要がある。その場合、積極的な施設情報の公開が重要である。日本産科婦人科学会では現在、「JOBNET」事業として、会員向けに公的医療機関の求人情報提供を行っているが、今後は、アクセスを改善し、よりきめ細かい情報

提供を行うとともに、病院側、医師側双方にアドバイスする相談機能を構築する等の努力を行い、地域産婦人科医療提供体制の確保にさらに有用な事業となるよう発展させていくことが重要と考えられる。

【結論】

- 1) 日本産科婦人科学会の会員数と、医師・歯科医師・薬剤師調査結果の推移を分析し、地域における病院及び診療所、都道府県別の産婦人科医数の現状分析を行った。
- 2) その結果、平成 18 年から平成 22 年の間の産婦人科医の増加は、東京、大阪、神奈川等の大都市圏の一部に局限した増加を反映しており、全国的には、産婦人科医の減少が認められる地域が多数存在していることが明らかになった。産婦人科、小児科、救急等の診療部門はその過酷な勤務条件のため、地域における医師の不足が恒常化しており、これまでに多くの施策が実行されてきている。その効果もあり、産婦人科の新規専攻者は平成 18 年以降平成 22 年までは増加傾向を示してきた。しかし、そのような施策では、絶対的な総数の不足とともに存在している地域間の医師の偏在というもう一つの重大な課題を短期的に解決することには成功していないことが示された。
- 3) 都道府県別の初期臨床研修マッチング者数と新規産婦人科専攻医数の関係を分析し、初期臨床研修医の地域偏在が、産婦人科医の地域偏在の一つの要因と

なっていることが明らかになった。しかし、人口比でほぼ同数のマッチング者数でも産婦人科専攻医数には相当な幅が認められており、地域の条件も大きな要因と考えられた。地域での産婦人科医の養成方法について、「噴水方式」と「分散育成」方式という二つのシステムに関して新たな提言を行った。

- 4) 地域における産婦人科医療提供体制の安定的確保のためには、地域間偏在という問題への新たな対策が必要と考えられた。

【参考文献】

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>
- 2) <http://www.jrmp.jp/suii.pdf>
- 3) http://shusanki.org/theme_page.html?id=75

表 1 日本産科婦人科学会 新入会員数 (各地方部会別・男女別)

	人口 2010	出生数 2010	2006	2007	2008	2009	2010	合計
北海道	5507456	40158	17	8	14	17	17	73
青 森	1373164	9711	5	3	2	2	13	25
岩 手	1330530	9745	6	1	1	4	4	16
宮 城	2347975	19126	6	12	13	10	7	48
秋 田	1085878	6688	2	3	5	4	6	20
山 形	1168789	8651	1	1	6	8	6	22
福 島	2028752	16126	5	5	0	3	7	20
茨 城	2968865	23989	6	5	5	9	6	31
栃 木	2007014	16473	10	13	9	6	11	49
群 馬	2008170	16023	4	3	9	7	5	28
埼 玉	7194957	59437	15	18	13	20	9	75
千 葉	6217119	51633	18	11	17	13	17	76
東 京	1.3E+07	108135	72	65	91	101	116	445
神奈川	9049500	78077	20	18	27	34	31	130
新 潟	2374922	18083	3	6	4	5	7	25
富 山	1093365	8188	1	1	4	6	4	16
石 川	1170040	9602	1	7	4	8	6	26
福 井	806470	6874	2	2	1	3	3	11
山 梨	862772	6651	5	3	1	1	3	13
長 野	2152736	17233	5	6	8	10	10	39
岐 阜	2081147	16887	5	3	3	4	5	20
静 岡	3765044	31896	5	11	16	12	14	58
愛 知	7408499	69872	20	27	27	27	26	127
三 重	1854742	15262	4	4	4	1	5	18
滋 賀	1410272	13363	4	2	1	7	2	16
京 都	2636704	21234	16	16	12	16	15	75
大 阪	8862896	75080	28	43	48	60	54	233
兵 庫	5589177	47834	6	14	7	19	22	68
奈 良	1399978	10694	2	3	5	4	5	19
和歌山	1001261	7587	2	3	3	1	1	10
鳥 取	588418	4790	2	0	3	1	1	7
島 根	716354	5756	2	3	2	2	4	13
岡 山	1944986	16759	6	3	10	5	13	37
広 島	2860769	25546	4	2	5	6	10	27
山 口	1451372	11551	3	5	3	1	3	15
徳 島	785873	5904	2	3	5	1	6	17
香 川	995779	8397	2	2	0	0	6	10
愛 媛	1430957	11427	4	5	3	3	4	19
高 知	764596	5518	1	1	1	3	2	8
福 岡	5072804	46818	13	19	26	17	31	106
佐 賀	849709	7640	2	1	1	2	1	7
長 崎	1426594	12004	2	3	6	4	4	19
熊 本	1817410	16246	2	4	3	6	2	17
大 分	1196409	10072	4	2	2	4	0	12
宮 崎	1135120	10217	4	5	0	2	2	13
鹿 児 島	1706428	15124	3	2	5	5	6	21
沖 縄	1392503	17098	5	8	12	10	7	42
在 外			1	0	0	1	1	3
合計	1.3E+08	1071179	358	385	447	495	540	2225

表 2

	人口 10 万対			人口 10 万対	
	初期研修医 マッチング数	日本産科婦人科 学会入会医		初期研修医 マッチング数	日本産科婦人科 学会入会医
東京	51.01	3.38	鹿児島	27.37	1.23
沖縄	51.71	3.02	千葉	23.26	1.22
京都	56.02	2.84	兵庫	28.02	1.22
大阪	36.35	2.63	岩手	24.88	1.20
栃木	31.44	2.44	鳥取	32.63	1.19
石川	38.37	2.22	宮崎	18.50	1.15
徳島	31.94	2.16	滋賀	26.80	1.13
福岡	49.54	2.09	新潟	18.19	1.05
宮城	23.51	2.04	高知	29.82	1.05
岡山	40.41	1.90	茨城	18.42	1.04
山形	24.90	1.88	埼玉	12.68	1.04
秋田	30.39	1.84	山口	24.12	1.03
青森	20.75	1.82	香川	27.92	1.00
島根	34.20	1.81	大分	21.90	1.00
長野	25.13	1.81	和歌山	33.96	1.00
愛知	33.97	1.71	福島	19.27	0.99
静岡	21.73	1.54	三重	19.09	0.97
山梨	26.89	1.51	岐阜	23.16	0.96
富山	25.70	1.46	広島	24.50	0.94
神奈川	32.50	1.44	熊本	29.00	0.94
群馬	23.11	1.39	佐賀	32.13	0.82
福井	27.65	1.36			
奈良	28.50	1.36			
長崎	33.23	1.33			
愛媛	26.49	1.33			
北海道	28.65	1.33			

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
分担研究報告書

地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究
—院内助産システム推進のための研修と助産師数算定の基礎研究—

研究分担者 遠藤俊子 京都橘大学看護学部

研究協力者（五十音順）

石渡 勇 石渡病院院長 日本産婦人科医会常任理事
石川 紀子 総合母子保健センター愛育病院助産師長
井本 寛子 日本赤十字医療センター副看護部長
片桐麻州美 杏林大学保健学部看護学科教授
神崎 光子 京都橘大学看護学部看護学科准教授
齋藤 益子 東邦大学看護学部看護学科教授
澤 倫太郎 日本医科大学医学部講師 日本医師会研究部長
爪田久美子 聖隷浜松病院看護科課長
中込さと子 山梨大学大学院医学工学総合研究部教授
長坂 桂子 NTT 東日本関東病院 母性看護専門看護師
中林 正雄 総合母子保健センター愛育病院院長
福島 裕子 岩手県立大学看護学部准教授
前田 一枝 京都橘大学看護学部看護学科助手

研究要旨

昨今、日本の産科医療提供体制においては、産科医の減少、地域偏在が益々顕著となり、集約化とともにチーム医療の観点から助産師の活用について検討が進んでいる。すなわち、助産外来や院内助産など助産師の自律した活動が普及している一方、安全で質の高い助産ケアを提供するためには、チーム医療体制の具体的な検討とともに、助産師の量・質が課題であった。地域的偏在や診療所における助産師の確保が困難な状況は続いている。

そこで、平成 23 年度は、平成 22 年度に実施した「院内助産の普及と助産師実践能力強化研修の評価」に関するまとめ（調査 A）と、新たに「助産ケア必要量から算出する看護職員配置に関する検討」（調査 B）を実施した。調査 A からは、院内助産システムを導入している施設の医師（29.5%）、助産師（40%）とも、実施していない施設の医師（3.1%）、助産師（29.5%）に比し有意に有用性を認めていた。また、助産師の充足率は提供体制から比較すると産科単科、産婦人科混合、他科混合と順次低下していた。分娩件数が多くても、助産師配置率が高いことで、充足率は低くても充足感は高いことも明らかになった。