

図8 地域医療支援センター (仮称)案

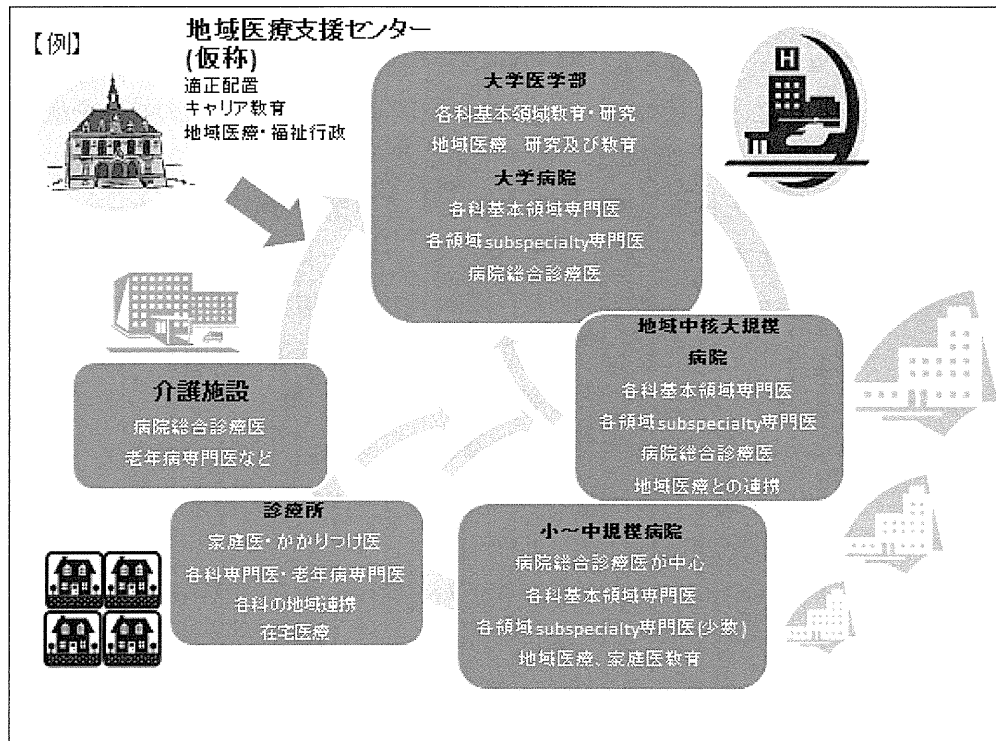
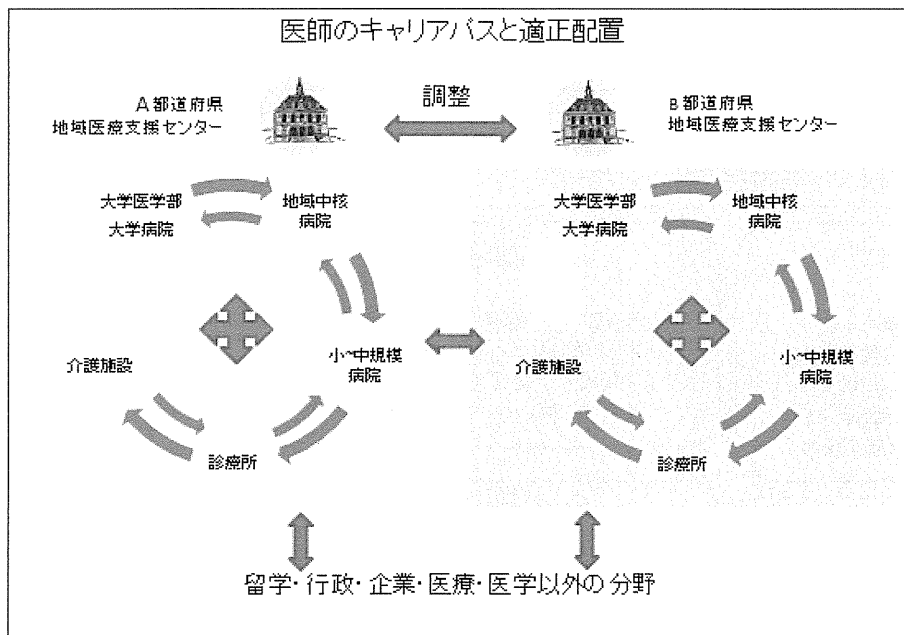


図9 地域間連携 案



2. 専門医制度と医師の偏在是正の関係

高齢者の増加に伴い、慢性疾患対応や QOL に配慮した「総合医」「家庭医」が必要であるという意見がある。一方、Subspecialty が急激に増加していることからわかるように、医学は高度化、細分化の道をたどっている。医学・医療系のメディアの発達もあり、受療者の意識も、より高度

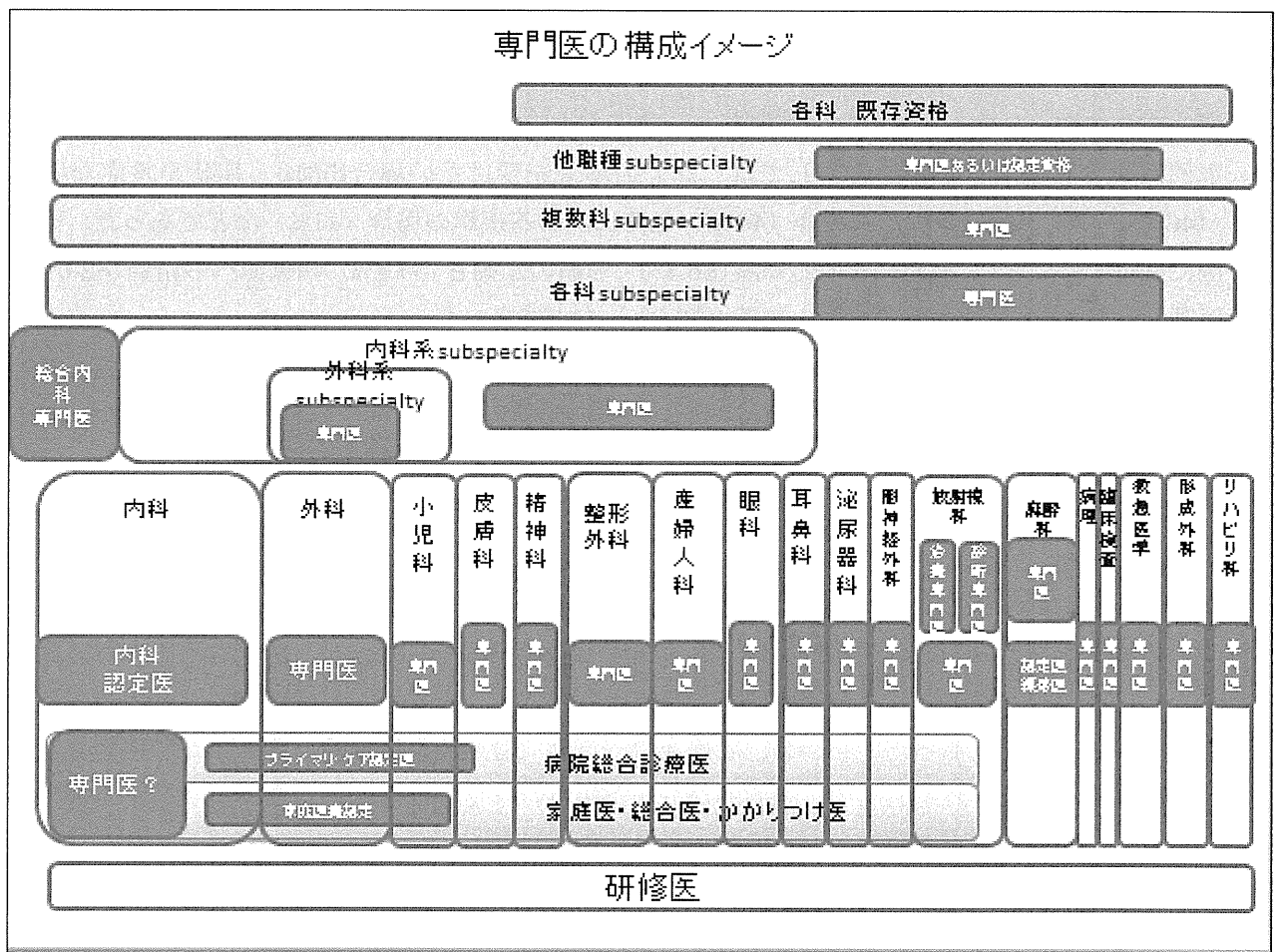
で専門的な医療への要望が高まっている。日本専門医制評価・認定機構が一般者 15,000 人を対象に行った調査では、一般医を受診したいと回答したのは 12.8%、専門医を受診したい 13.8%、必要に応じて使い分けたい 83.5%と専門医が一般医を上回り、その傾向は年代が高いほど強かった。専門医を受診するきっかけとしては、詳しい検査を受けたい場合(53%)、症状が重症な場合(46%)、症状が改善されない場合(46%)、生死に関わる疾患の場合(41%)などであった。専門医に期待することは、疾患に対する知識(86.1%)、診断の正確さ(85.4%)、治療法への精通(82.0%)、医師としての能力(79.3%)、薬剤の知識(73.0%)などであった。

現在、日本専門医制評価・認定機構により、専門医制度の整理が行われており、第三者認定システムを根付かせようとしている過程にある。基本領域の専門医取得のためには、卒後研修 2 年を含め、約 6 年以上は必要となる。専門医の適正数を考慮している基礎領域学会は多いが、具体的に数の制限をおこなっているかどうかは不明である。専門医資格の有無により、保険点数に違いがあるなど、インセンティブで誘導を考えている学会もあったが、直接的な専門医数の調整になるかどうかは不明である。専門医が地域に何名いるかはほとんどの学会が把握しており、すべての研修プログラムを終了するために、医育機関や基幹病院を必須とし、関連病院を専門医取得のためのグループ単位とし、専門医取得の機会を利用して、結果として病院間の医師の偏在是正となっている場合もあった。しかし、雇用上の一貫性(身分や健康保険、勤務年数の積算など)などは明確に規定されておらず、強制的な分布調整は行っていなかった。学会が専門医の数や分布に対し、大きな権力を持つことは困難であると考えられた。

3. 専門医と総合医について

「専門医の在り方に関する検討会」において、厚生労働省は多様な病気に対応できる「総合診療医(仮称)」を育成する制度の検討に着手したとされ、国家試験合格後、2年間の臨床研修を終えた医師を対象に、3年程度の特別な研修の上で総合診療医と認める案が有力である。機構が進めている二段階方式とどのような整合性をとるのか明確ではなく、第 19 番目の専門医制度となるのか、他の専門医と並行して取得できるのか、などが新たな課題となる。

図 10 専門医と総合医の構成イメージ



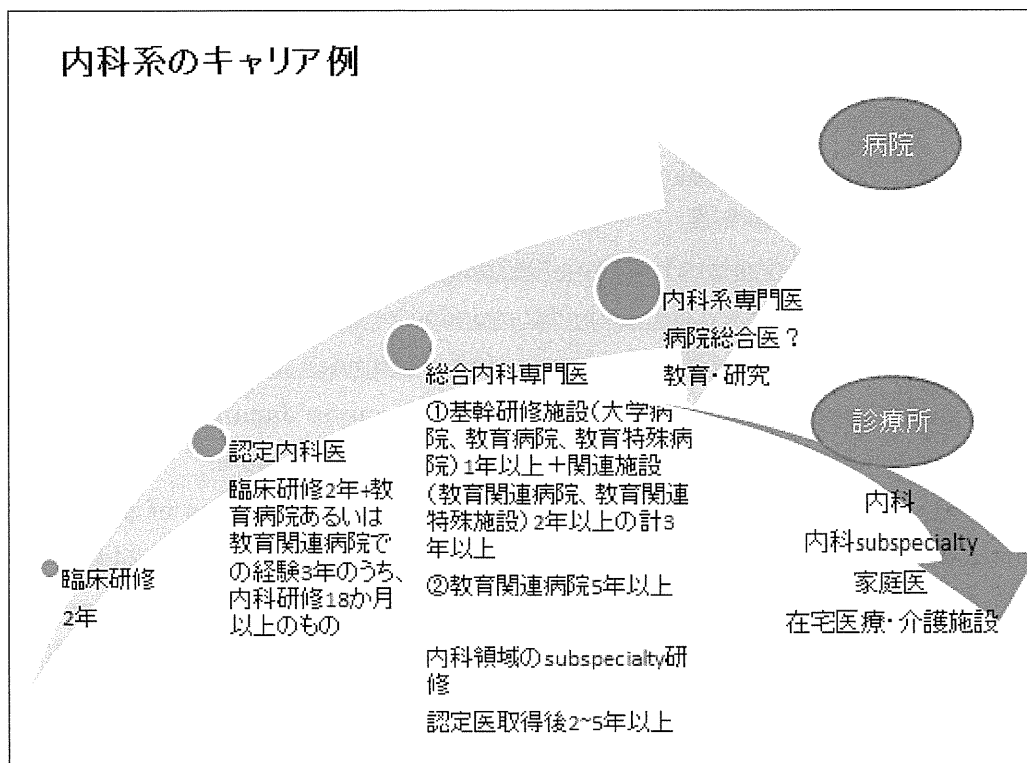
しかしながら、個人のキャリア形成から考えると、診療科の規制および専門医の規制には課題が多い。

外科および精神神経科は、専門医研修に入る際に申請することを義務付けている。専門医研修に入る時点で数の規制をすることは、その後の subspecialty の potential まで奪う可能性がある。

内科医のキャリア形成例を図 1 1 に示したが、内科総合専門医あるいは subspecialty 専門医を獲得したのちに、総合診療を病院あるいは地域で行う可能性は高く、subspecialty 研修と同時に総合医的な研修を義務づけたり(例: 日本医師会の生涯研修)、認定医あるいは専門医更新の方法を改善することで、再教育制度の役割を果たすことができる。開業の際に、総合医研修を義務付けるなども、効果的であると考えられる。

図 1 1 内科医のキャリア例

内科系のキャリア例



4. 偏在是正解消のための規制について

卒業生調査でも明らかになったように、医師の診療科選択、勤務場所、労働時間、開業の自由などに対する規制には反対する意見が多い。強制でなければ、インセンティブによる是正が考えられるが、専門医制度によって専門医に課せられる責任について論議はまだ不十分であり、今後の検討が望まれる。

専門医取得のためにハードルを上げすぎると、家庭責任のある者などは取得や更新が困難となるため、研修や認定システムに格差が生じない工夫が必要である。

一方では、女性医師の離職原因として、家庭責任に対する支援の低さと女性医師自身のモチベーションの低さが課題となっている。専門医制度の取得および更新が、医師のモチベーションの維持に役立つとすれば、医師労働力の維持に効果的である可能性も考えられた。

【参考資料】

1. 社団法人 日本専門医制評価・認定機構 日本専門医制度概報（平成 23 年度版）
2. 社団法人 日本専門医制評価・認定機構 平成 21 年度厚生労働省医療関係者研修費等補助金 専門医制度推進支援事業 報告書
3. 社団法人 日本専門医制評価・認定機構 平成 22 年度厚生労働省医療関係者研修費等補助金 専門医制度推進支援事業 報告書
4. 社団厚生労働省. 医師・歯科医師・薬剤師調査 平成 10 年、12 年、14 年、16 年、18 年、

20年、22年 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/index.html> (平成22年度版 2012.2現在)

5. 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html>
6. 厚生労働省 患者調査 平成20年度
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html>
7. 統計局 労働力調査 <http://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2010/index.htm>
8. 日本看護協会看護統計資料室 <http://www.nurse.or.jp/toukei/index.html>
9. Ide H, Yasunaga H, Koike S, et al. Shortage of pediatricians in Japan: a longitudinal analysis using physicians' survey data. *Pediatr Int.* 2009 Oct;51(5):645-9.
10. Koike S, Yasunaga H, Matsumoto S, Ide H, et al. A future estimate of physician distribution in hospitals and clinics in Japan. *Health Policy.* 2009 Oct;92(2-3):244-9.
11. Ide H, Koike S, Kodama T, et al. The distribution and transitions of physicians in Japan: a 1974-2004 retrospective cohort study. *Hum Resour Health.* 2009 Aug 14;7:73.
12. Ide H, Yasunaga H, Kodama T, Koike S, et al. The dynamics of obstetricians and gynecologists in Japan: a retrospective cohort model using the nationwide survey of physicians data. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009 Aug;35(4):761-6.
13. Koike S, Matsumoto S, Kodama T, et al. Estimation of physician supply by specialty and the distribution impact of increasing female physicians in Japan. *BMC Health Serv Res.* 2009 Oct 7;9:180.
14. Ide H, Koike S, Yasunaga H, Kodama T, et al. Long-term Career Transition in the Surgical Workforce of Japan: A Retrospective Cohort Study Using the Nationwide Survey of Physicians Data from 1972 to 2006. *World J Surg.* 2010 Apr 7.
15. Kaneto C, Toyokawa S, Inoue K, et al. Gender difference in physician workforce participation in Japan. *Health Policy.* 2009 Jan;89(1):115-23.
16. Koike S, Matsumoto S, Kodama T, Ide H, Yasunaga H, Imamura T. Specialty choice and physicians' career paths in Japan: an analysis of National Physician Survey data from 1996 to 2006. *Health Policy.* 2010 Dec;98(2-3):236-44. Epub 2010 Jul 21.
17. Koike S, Kodama T, Matsumoto S, Ide H, Yasunaga H, Imamura T. Residency hospital type and career paths in Japan: an analysis of physician registration cohorts. *Med Teach.* 2010;32(6):e239-47.
18. Koike S, Ide H, Yasunaga H, Kodama T, Matsumoto S, Imamura T. Postgraduate training and career choices: an analysis of the National Physicians Survey in Japan. *Med Educ.* 2010 Mar;44(3):289-97.
19. Kodama T, Koike S, Matsumoto S, et al. The working status of Japanese female physicians by area of practice: Cohort analysis of taking leave, returning to work, and changing specialties from 1984 to 2004. *Health Policy.* 2011 Sep 9. [Epub ahead of print]

- 2 0 . Ide H, Yasunaga H, Koike S, et al. Shortage of pediatricians in Japan: a longitudinal analysis using physicians' survey data. *Pediatr Int.* 2009 Oct;51(5):645-9.
- 2 1 . Koike S, Yasunaga H, Matsumoto S, Ide H, et al. A future estimate of physician distribution in hospitals and clinics in Japan. *Health Policy.* 2009 Oct;92(2-3):244-9.
- 2 2 . Ide H, Koike S, Kodama T, et al. The distribution and transitions of physicians in Japan: a 1974-2004 retrospective cohort study. *Hum Resour Health.* 2009 Aug 14;7:73.
- 2 3 . Nomura K. Physician shortage in Japan: the new postgraduate medical education program and physicians as a human medical resource. *Nihon Eiseigaku Zasshi.* 2011 Jan;66(1):22-8.
- 2 4 . Nomura K, Inoue S, Yano E. The shortage of pediatrician workforce in rural areas of Japan. *Tohoku J Exp Med.* 2009 Apr;217(4):299-305.

若手医師の診療科選択の現状に関する研究

研究分担者 平尾 智広 (香川大学医学部 公衆衛生学)

研究協力者 吉岡 哲 (香川大学医学部 公衆衛生学)

研究要旨

若手医師の診療科選択を傾向分析することを目的とし、1) 医籍登録年別および性別に大学卒(卒後臨床研修)直後の若手医師の診療科選択状況を、2) 診療科の所属者数の経年的変化を、検討した。本研究から、若手医師の診療科選択は、診療科により差があり、また年により診療科選択の傾向が異なることが明らかになった。さらに経年的変化から、診療従事女性医師数が医籍登録 2 年後から経年的に減少していることが明らかになった。これらの知見から、職場環境の充実や、特に出産～育児期の女性に対する診療継続支援を充実することが医師数確保の一助になりうるものと推察する。

A. 研究目的

必要医師数の確保は、日本の医療提供体制にとって重要な課題である。必要医師数の現員医師数に対する割合は、都道府県、診療科によって異なる(病院等における必要医師数実態調査。厚生労働省)。このことから、単なる量的拡大だけでは、医師数確保について問題解決できないものとする。

本研究は、若手医師の診療科選択を傾向分析することを目的とし、1) 医籍登録年別および性別に大学卒(卒後臨床研修)直後の若手医師の診療科選択状況を、2) 診療科の所属者数の経年的変化を、検討した。

B. 研究方法

平成 16 年から平成 24 年の医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省医政局)の特別集計を用いて、検討した。対象は診療従事医師とし、対象診療科は内科(内科、心療内科、呼吸器科、消化器科(胃腸科)、循環器科、腎臓内科、糖尿病内

科(代謝内科)、血液内科、感染症内科、神経内科)、外科(外科、乳腺外科、消化器外科(胃腸外科)、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、肛門科)、小児科、精神科(神経科含む)、産婦人科(産科・産婦人科)、整形外科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、放射線科、麻酔科)の 13 診療科とした。

- 1) 平成 14 年、16 年、18 年および 20 年の医籍登録者の各診療科への進路状況を検討した。平成 14 年医籍登録者は卒後 1 年目の進路、平成 16 年以降の医籍登録者は卒後 3 年目の進路とした。

- 2) 平成 14 年、16 年および 18 年の医籍登録者の各診療科の所属者数の経年的変化を検討した。平成 14 年医籍登録者は平成 14 年の所属者数を、平成 16 年および 18 年医籍登録者は卒後 3 年目の所属者数を 100%とし、その後の所属者数を相対値で表し、検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、公表データをもとに実施したものであり、個別データなどを使用していないため、倫理面での配慮は必要ない。

C. 研究結果

- 1) 男女とも麻酔科および放射線科では増加傾向を示すのに対し、眼科および耳鼻咽喉科は減少傾向を示した。男性では皮膚科が減少傾向を、女性では外科および産婦人科が増加傾向を示した。全体では、産婦人科が増加傾向を、整形外科が減少傾向を示した。
- 2) 精神科、整形外科および泌尿器科が増加傾向を示したのに対し、小児科および麻酔科は減少傾向を示した。女性では、多くの科で減少傾向を示し、特に外科、小児科、産婦人科及び整形外科で減少傾向が大きい。さらに平成 22 年に診療に従事している医師は、平成 14 年の 81.8%まで減少した。

D. 考察

本研究から、若手医師の診療科選択は、診療科により差があり、また年により診療科選択の傾向が異なることが明らかになった。医学生および研修医を対象とした調査から、将来の進路選択の際に重視する要因の上位に「仕事内容に興味がある」「やりがいがある」といった仕事内容に加え、「尊敬できる教員・指導医がいる」「雰囲気の良い診療科」などといった職場環境に関することが挙げられており、研修時の職場環境などが影響している可能性がある。

各診療科の所属者数は、各診療科ともに、医籍登録 2 年後から増減が観察された。その中で特筆すべき事項として、女性の診療従事医師数が医籍登録 2 年後から経年的に減少していることである。このことが診療科医師数に影響しているものと考えられる。医師国家試験合格者の約 3 割を女性が占める我が国において、特に出産～育児期の女性に対する診療継続支援を充実することが医師数確保の一助になりうるものと推察する。

E. 結論

- ・ 若手医師の診療科選択は、診療科により差があり、また年により診療科選択の傾向が異なることが明らかになった。
- ・ 平成 14 年医籍登録者の診療従事女性医師数が医籍登録 2 年後から経年的に減少していることが明らかになった。特に出産～育児期の女性に対する診療継続支援の充実が望まれる。

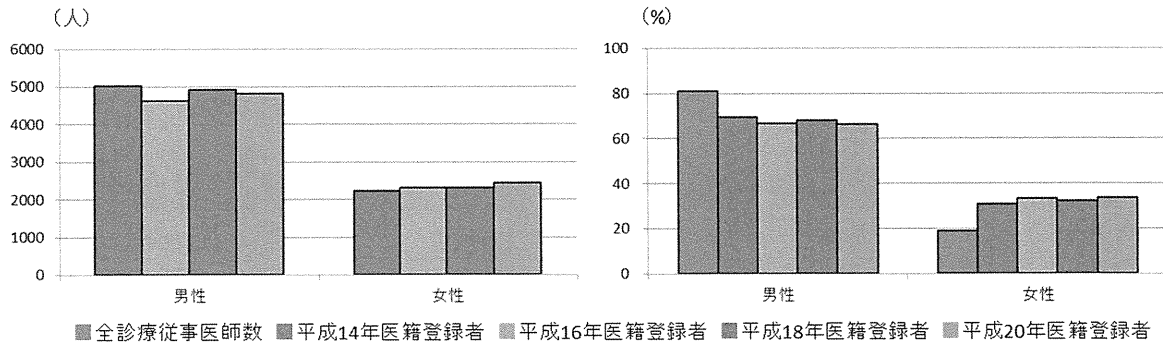


図1. 男女別診療従事医師数（左）および男女の占める割合
 平成14年医籍登録者：卒後1年目、平成16年以降の医籍登録者：卒後3年目

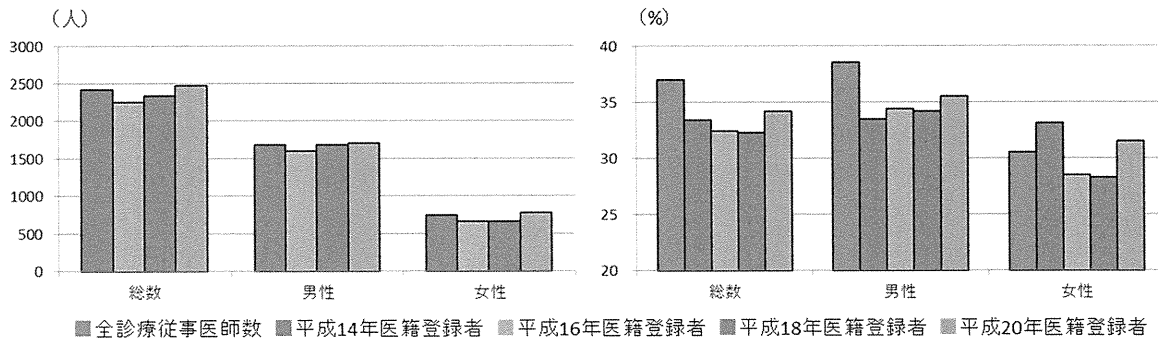


図2. 医籍登録年別所属医師数（左）および所属医師が占める割合（内科）
 平成14年医籍登録者：卒後1年目、平成16年以降の医籍登録者：卒後3年目

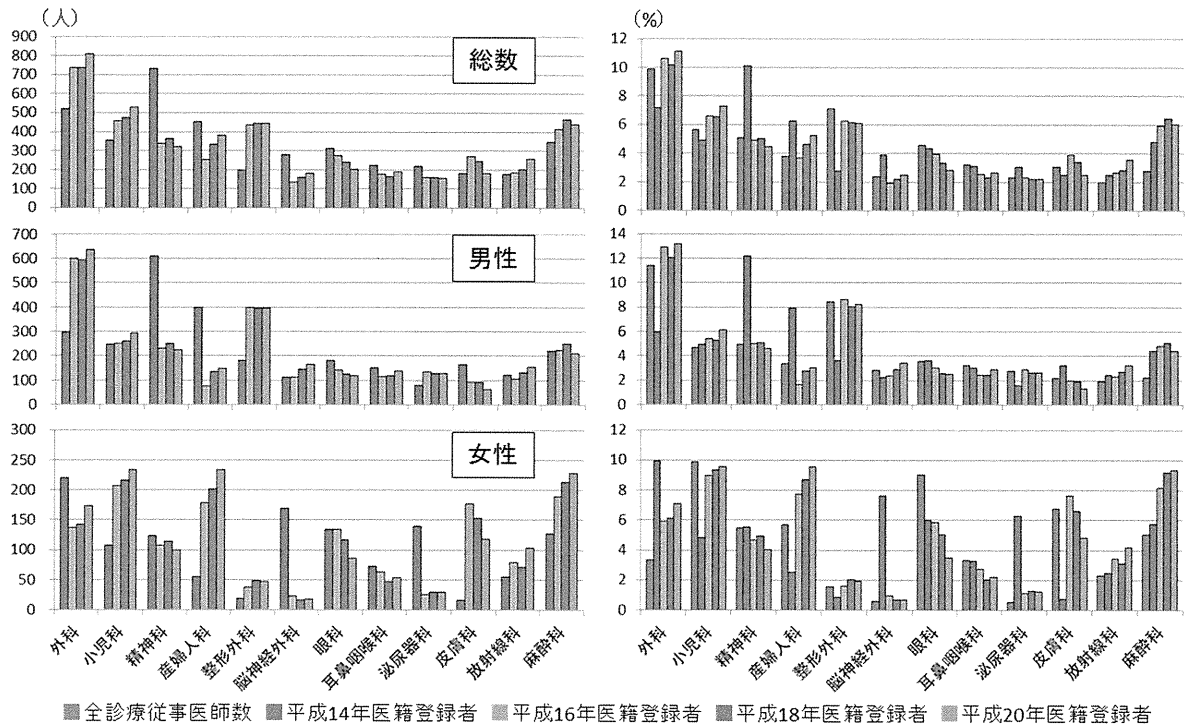


図 3. 医籍登録年別所属医師数（左）および所属医師が占める割合（内科除く）
 平成 14 年医籍登録者：卒後 1 年目、平成 16 年以降の医籍登録者：卒後 3 年目

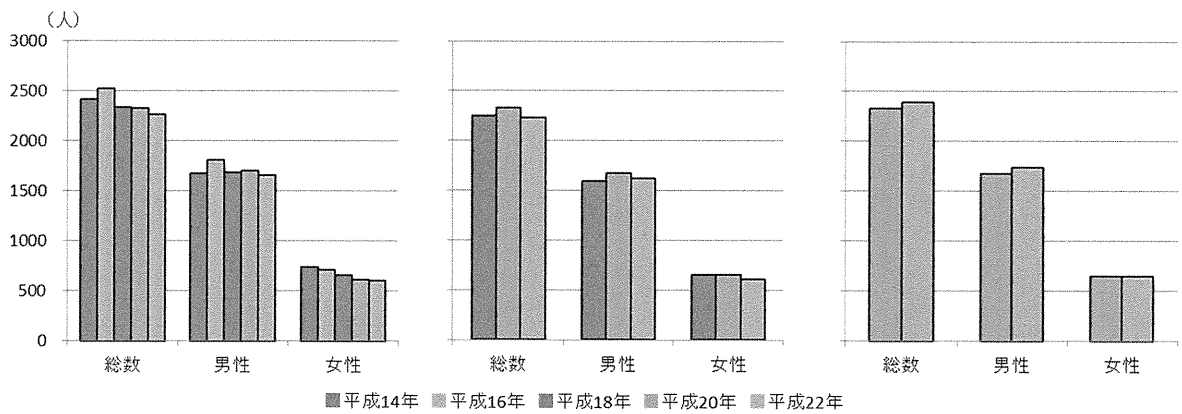


図 4. 医籍登録年別・性別所属医師数の変化（内科）
 平成 14 年医籍登録者：左、平成 16 年医籍登録者：中央、平成 18 年医籍登録者：右

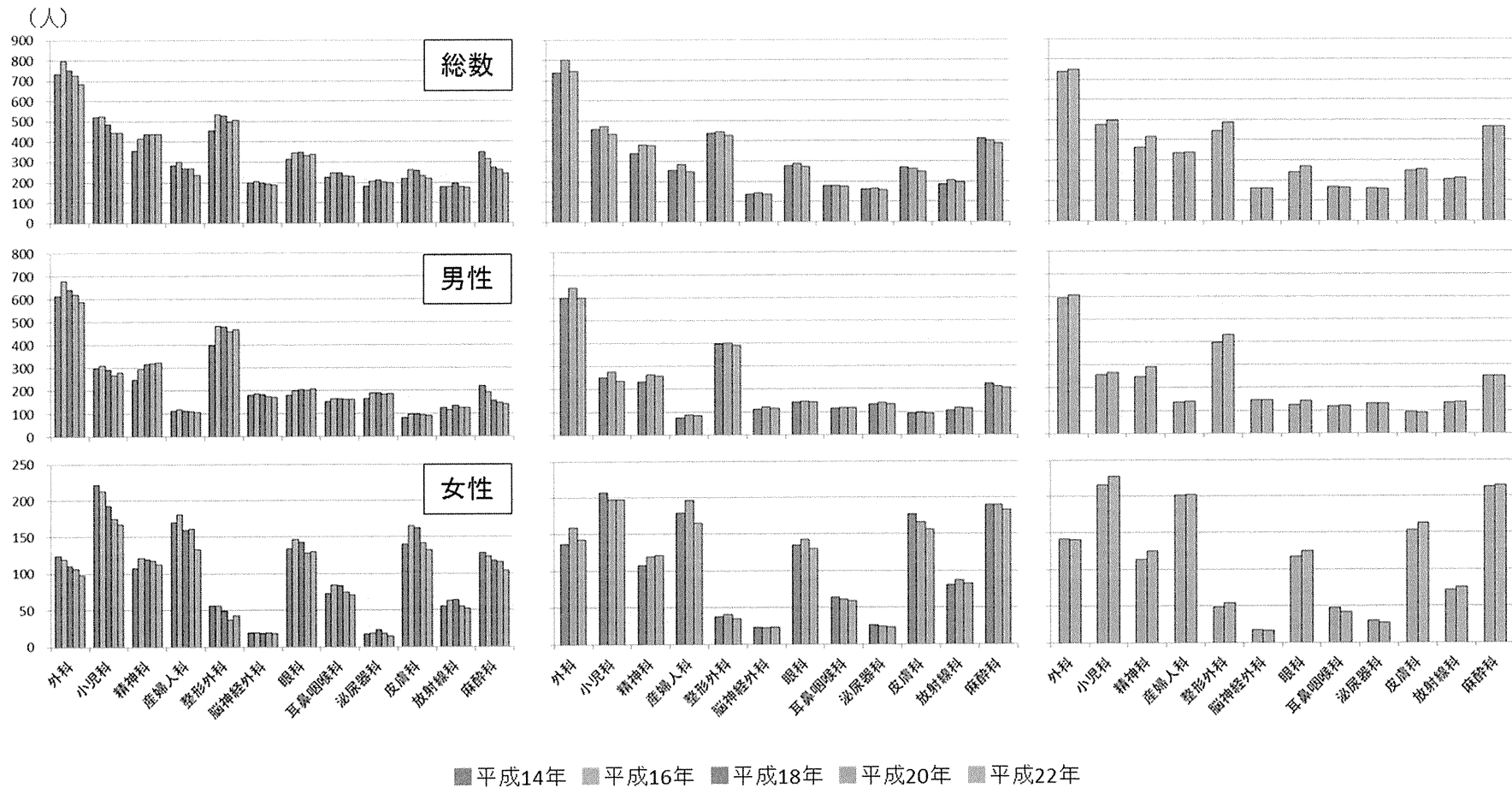


図 4. 医籍登録年別・性別所属医師数の変化（内科除く）

平成 14 年医籍登録者：左、平成 16 年医籍登録者：中央、平成 18 年医籍登録者：右

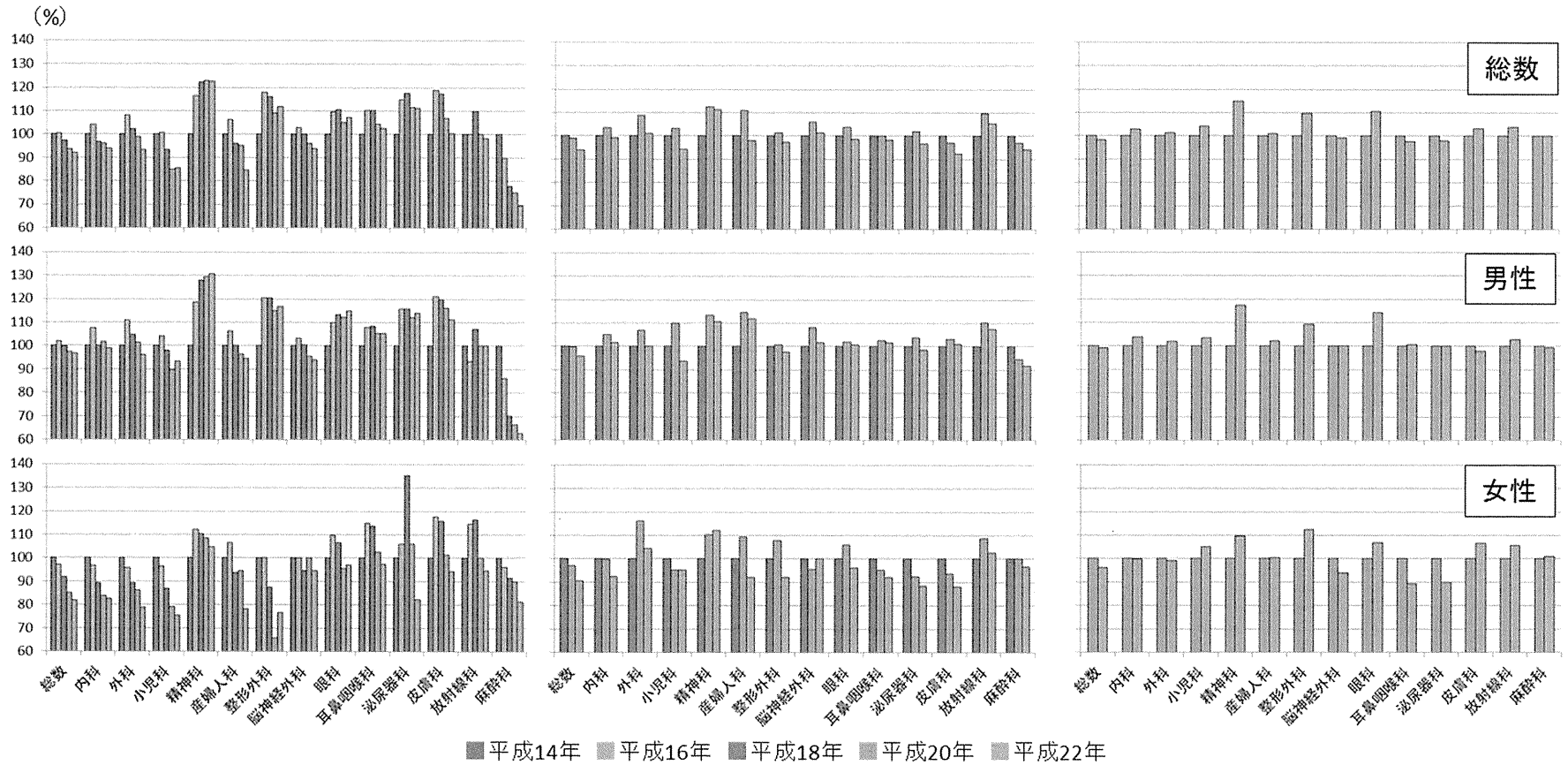


図 5. 医籍登録年別・性別所属医師数の変化（相対値）

平成 14 年医籍登録者：左、平成 16 年医籍登録者：中央、平成 18 年医籍登録者：右

産婦人科—医師の現状と今後に関して

—産婦人科医を増やすための日本産科婦人科学

会の取り組み—

研究協力者：海野信也 北里大学医学部産婦人科学 教授

【研究の概要】

日本産科婦人科学会の医療提供体制関連の検討と取り組みについて以下の事項を中心に総合的に検討した。

- 1) 2005年以降の産婦人科医療周辺の状況について
- 2) 分娩取扱施設の動向について
- 3) 病院勤務産婦人科医の勤務実態について
- 4) 産婦人科医不足への取り組みについて
- 5) 産婦人科志望者の動向について
- 6) 産婦人科指導者の意識動向について

産婦人科医療提供体制の危機に際しての、日本産科婦人科学会の新規専攻者増加策は一定の成果を上げているが、産婦人科医療提供体制の安定的確保のためには一段の努力が必要な状況と考えられる。

【研究目的】産婦人科医不足は2005年以降に表面化した「医療崩壊」に際して、「分娩施設の減少」による「分娩難民」の発生として社会問題化した。日本産科婦人科学会では「産婦人科医療提供体制検討委員会」「医療改革委員会」等を設置し、産婦人科医療提供体制を確保するための方策を検討するとともに、産婦人科医を増やすための活動を展開してきた。その結果、新規産婦人科専攻医の増加傾向を認める等一定の成果が観察されるようになった。産婦人科と同質の問題は他の診療部門でも認められることから、産婦人科の取り組みを検討することを通じて、特定診療科の医師不足、偏在の問題の解決策について検討することを目的として本研究を行った。

【研究方法】日本産科婦人科学会（以下「学会」と表記）の医療提供体制関連の検討と取り組みについて以下の事項を中心に総合的に検討した。

- 7) 2005年以降の産婦人科医療周辺の状況について
- 8) 分娩取扱施設の動向について
- 9) 病院勤務産婦人科医の勤務実態について
- 10) 産婦人科医不足への取り組みについて
- 11) 産婦人科志望者の動向について

12) 産婦人科指導者の意識動向について

【研究結果】

1) 2005 年以降の産婦人科医療周辺の状況について：以下に概要を列記する。医療体制に徐々に変更が加わるとともに、産科・救急医療現場での様々な問題がほぼ連続して発生して、それが大きく報道された。産婦人科志望者、すなわち医学生及び初期研修医にとって、それは進路決定の際、非常に大きなインパクトをもっていた。日本産科婦人科学会では、このような問題によって産婦人科専攻医が減少することに対して、重大な危機感を抱き、産婦人科専攻医確保のための方策の検討を行った。その結果、社会問題化していた訴訟リスクの問題以外にも、女性医師の急激な増加の問題、過剰長時間労働の問題等、産婦人科医療提供の持続可能性に疑義が生じるような問題点が見出されることになった。

- 2004 年—2005 年 臨床研修制度 空白の 2 年間
- 2005 年 日産婦学会理事長制に
- 2005 年 政府医師確保総合対策：公的病院における産科・小児科の集約化
- 2005 年 日産婦学会 産婦人科医療提供体制検討委員会設置
- 2006 年 診療報酬改定：ハイリスク分娩管理加算導入・出産育児一時金 35 万円に
- 2006 年 福島県立大野病院事件
 - ◇ 院内事故調査・医療事故の刑事立件・医療事故報道のあり方
 - ◇ 医療提供体制の機能不全
- 2006 年 「子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点」公表
- 2006 年 横浜市 堀病院事件：看護師内診問題
- 2006 年 奈良県 町立大淀病院事件：「たらいまわし」報道
- 2006 年 産科医療補償制度の導入決定
- 2007 年 大野病院事件裁判開始
- 2007 年 改正医療法施行：助産所の連携医療機関問題
- 2007 年 看護師内診問題一応の決着
- 2007 年 産婦人科医療提供体制検討委員会 「最終報告書」
- 2007 年 日本産科婦人科学会サマースクール事業開始
- 2007 年 奈良県 未受診妊婦死産事例報道：未受診妊婦問題
- 2007 年 NICU 長期入院児問題に関する医政局長・雇用均等児童家庭局長通知
- 2008 年 厚労省：医師の緊急派遣
- 2008 年 診療報酬改定：ハイリスク妊娠分娩管理加算拡大・勤務環境改善策評価
- 2008 年 産婦人科診療ガイドライン産科篇 発刊
- 2008 年 都道府県：地域医療計画改定
- 2008 年 厚労省：「医療安全調査委員会」大綱案
- 2008 年 厚労省「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会：医師数増へ
- 2008 年 8 月 20 日 大野病院事件福島地裁判決
- 2008 年 東京都：母体脳出血事例報道
- 2008 年 厚労省：周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会
- 2008 年 日産婦学会：産婦人科病院勤務医 在院時間調査
- 2009 年 厚生労働省医政局指導課「救急・周産期医療等対策室」設置

- 2009年 産科医療補償制度 創設
- 2009年度予算 産科医等確保支援事業
- 2009年 日産婦学会：医療改革委員会発足
- 2009年 新型インフルエンザ対策
- 2009年 出産育児一時金直接支払制度：出産育児一時金 39万円+3万円に
- 2009年 HPVワクチン承認
- 2010年 厚労省：周産期医療体制整備指針改定：母体救命救急体制・広域搬送・NICU増床
- 2010年 診療報酬改定：急性期病院重点評価・勤務環境改善策評価
- 2010年度予算 周産期・新生児医療への重点支援策
- 2010年 日産婦学会 産婦人科医療改革グランドデザイン 2010
- 2010年 社会保障審議会医療保険部会：出産育児一時金制度改革についての検討

2) 分娩取扱施設の動向について

- (ア) 図1にわが国の出生場所別の出生数の推移を示した。近年では診療所48%、病院51%という状況が続いている。
- (イ) 図2に分娩取扱医療施設数の年次推移を示す。診療所、病院とも一貫した漸減傾向を示している。分娩施設の減少は出生数の減少速度より早く、従って診療所においても病院においても施設当たり出生数は増加を示している。各分娩施設では業務が増大していることになる。また、出産する立場からは分娩施設へのアクセスが次第に困難になっている可能性が考えられる。

3) 病院勤務産婦人科医の勤務実態について

- (ア) 図3に医師歯科医師薬剤師調査に基づく産婦人科医の医師全体に対する割合の推移を示した。産婦人科は1970年代には医師全体の10%以上を占めていたがその後漸減し、4%を切るところまで減少している。この間出生数は減少しているものの、産婦人科医の勤務実態はなかなか明確に示されなかった。
- (イ) 図4に2007年に日産婦学会の女性医師継続的就労支援委員会が実施した勤務状況調査の結果を示す。この調査は大学の産婦人科医局を対象とし、過去15年間の入局者の現在の勤務場所を調査したものである。その結果、男性医師は入局11-15年後80%が分娩取扱施設に勤務しているが女性医師は50%程度しか勤務していない実態が明らかになった。出産子育ての時期の女性医師では、頻回の当直や呼び出し、夜間勤務に対応できない実情が浮かび上がった。
- (ウ) 日産婦学会は2008年に病院勤務医の在院時間実態調査を行った。この調査では、ボランティアを募り、1ヶ月間の出退勤時刻をすべて記録してもらい集計した。図5に当直体制の一般病院の図6に大学病院の在院時間の概要を示す。産婦人科勤務医がきわめて長時間在院している実態が明らかになった。

4) 産婦人科医不足への取り組みについて

- (ア) 長時間勤務は産婦人科に限らず多くの外科系診療科が抱えている問題である。新医師臨床研修制度の導入後、外科系専攻者の著明な減少が問題となった。図7はこの時期の外科系学会への侵入会員数の推移を示したものである。このような状況が続けば外科系診療科の医療提供自体が不可能になることが危惧された。
- (イ) 日産婦学会では以下に述べるような、産婦人科新規専攻者を増やし、産科臨床からの撤退者を減らすための、多方面にわたる活動を行った。
 - ① 診療報酬改定において勤務医の労働環境・処遇の改善を要件とするように厚労省・中医協に要望していくつかの加算について実現した。

- ② 出産育児一時金の引き上げを厚労省に対して要望し、35万円から42万円までの引き上げが実現した。
- ③ 厚労省に対して、分娩手当の支給及び産婦人科後期研修医への奨学金制度の導入を要望し、2009年より産科医等確保支援事業として実現した。
- ④ 医学部が入学者の選考に際して診療科枠を設ける場合、産婦人科専攻を条件に加えるように要望し、多くの医学部で実現した。
- ⑤ 企業の寄付により西日本の医学部学生に対する産婦人科専攻を条件として奨学金制度が実施された。
- ⑥ 数多くの産科関連の事例報道に際して、マスコミの取材に真摯に対応し、産婦人科医療の実情について詳細に繰り返して説明を行った。その結果次第に診療現場の実情を理解しない報道は減少していった。
- ⑦ 初期研修医を主な対象とする「サマースクール」を学会主催で開催した。

(ウ)「産婦人科サマースクール」について：2007年より毎年8月の週末に産婦人科専攻を検討して初期研修医または医学生の場合の合宿制の勉強会を開催している。2007年は86名の参加だったが、その後2008年174名、2009年285名、2010年327名と参加者は増え続けている(図8)。表1に示すように、サマースクール参加者の学会入会率は非常に高く、2011年1月の時点で63%に達している。

5) 産婦人科志望者の動向について

(ア) 図9に日産婦学会会員の年齢・男女別の分布を示す。50歳未満の世代で女性医師の割合が増加し、若い年代ほどそれが著明になっている。結果として40歳未満では女性医師が男性医師より多くなり、20台では女性医師が3分の2を占めている。年代ごとの産婦人科医数は60歳以下ではほぼ一定で、男女比において変化が進行していることがわかる。前述のように女性医師の分娩施設勤務率は年齢と共に減少している現状があり、このままだと、分娩への対応が非常に困難になることが予測される。

(イ) 図10に過去9年間の年度別日産婦学会入会医師数を示す。2008年以降、着実に増加していることがわかる。全体が増えるだけでなく、男性医師も増加傾向を示している。

(ウ) 図11に卒業年度別の日産婦学会会員医師数を示す。2004年を底としてその後2007卒までは順調に増加していたが、2008年ハヤや減少していることがわかる。

6) 産婦人科指導者の意識動向について

(ア) 日産婦学会では産婦人科専門医研修指導施設責任者(大学教授と産婦人科基幹病院の部長を含む)を対象として、2008年から毎年意識動向調査を実施している。設問は非寿に単純で「1年間と比べて産婦人科の状況は全体としてどうなっていると思うか」5段階で回答を求め、同時に回答理由を自由記載で記載してもらっている。図12に過去3回の調査結果を示す。

(イ) 2008年の第1回調査では、positiveな現状認識(良くなっている+少し良くなっている)の回答が全体の18%であったのに対し、第2回調査では37%へとほぼ倍増した。第3回の調査ではさらに増加し、44%だった。またnegativeな現状認識は第1回が47%、第2回が24%であったのが第3回は17%となり、減少傾向が持続している。この結果からは、少なくとも現場の産婦人科医の意識は、2年間から、positiveな方向に変わってきていると考えられる。

(ウ) 悪くなっていると感じる理由：

- ① 第1回調査において、悪くなっていると感じる主な理由(複数回答)としては、「産婦人科医不足(61)」、「分娩施設の減少(38)」、「周囲の施設

減少のため、残っている施設の負担が増加し、勤務条件が過酷化（37）」、「診療の質の低下（9）」という回答が多数を占めていた。

② 第2回調査では、「産婦人科不足（50）」、「分娩施設減少（26）」、「勤務の過酷化（23）」、「女性医師の増加、男性医師の減少（4）」という結果であり、基本的傾向に違いはないものの回答数がやや減少していた。

③ 第3回調査では、「産婦人科不足（21）」、「分娩施設減少（7）」、「勤務の過酷化（6）」、「地域格差の拡大（6）」となり、悪くなっているという回答数の減少とともに、地域格差の拡大という新たな要因が指摘されるようになっていた。

(エ)良くなっていると感じる理由：

① 調査において、よくなっていると感じる主な理由としては、「一般の方・マスコミの理解の深まり（33）」、「人員増（12）」、「待遇改善傾向（12）」、「診療報酬の重点評価（8）」という回答が多数を占めていた。

② 第2回調査では、「一般の方・マスコミの理解の深まり（50）」、「人員増（40）」、「待遇改善傾向（35）」、「産婦人科志望者増（19）」となっており、産婦人科が negative、positive に感じる要因自体は変化がないものの、特に positive な回答において、その回答数が大きく増加していることが明らかになった。

③ 第3回調査では、「産婦人科志望者増（85）」、「一般の方・マスコミの理解の深まり（26）」、「待遇改善傾向（22）」、「人員増（21）」となり、産婦人科志望者の増加が現実のものとなり、それが現場の医師の意識に positive に作用していることと考えられた。

【考察】

- 1) 産婦人科医療の主要部分である分娩取扱は、わが国では診療所と病院で勤務する産婦人科医が主として担ってきた。出生数は1990年代以降100万から110万を推移してきたが、その間分娩取扱施設は次第に減少し、結果としての分娩の集約化が進行している。産婦人科医は絶対数でも全体として減少傾向を示しており、医師全体の中に占める割合は低下を続けている。その結果、勤務の過酷化が起きている。分娩取扱の特性上、24時間対応をとる必要があり、限られた数の産科医が長時間の拘束を強いられている。
- 2) 産婦人科という診療分野の特性、外科系を志望する女性医師の増加、患者の要望等を背景として、産婦人科医の中で女性医師の占める割合が著明に増加している。これはおそらく前記の分娩取扱勤務の状況とは独立して進行している。すなわち、産婦人科を専攻する女性医師は分娩勤務の過酷さを受け入れて産婦人科医になっているわけではなく、女性医師が主体的に関与しやすい産婦人科という診療領域の特徴と女性医師を求める産婦人科患者のニーズを勘案して産婦人科を選択していると考えるのが妥当である。その結果、産婦人科専門医となった後、結婚・出産を機に分娩の現場を離れる女性医師が増加することになっている。
- 3) 産婦人科医という専門職の養成に要する期間を考慮すると、産婦人科専門医の相当部分がその能力を十全に発揮しないという状況は到底合理的とは言えない。数少ない産婦人科専門医が最大限にその能力を発揮する勤務環境を整備する必要がある。
- 4) 勤務環境を改善するためには、分娩施設の集約化による夜間勤務の緩和や、分娩に関わる専門職の増員による産婦人科医の負担軽減が必要と考えられ、系統的な対策の継続的实施が必要と考えられる。
- 5) 産婦人科新規専攻医を増加させるための多くの施策の中で、現時点でもっとも効果が実感されているのは「サマースクール」である。参加者の高専攻率の理由は複合的なものと思われるが、産婦人科専攻を考慮している同世代の医師が一同に会し、

意見を交換する機会を作ること自体に positive な効果があるのかもしれない。

- 6) 様々な取り組みにより、産婦人科新規専攻者は徐々に増加傾向を示してきたが、2010年度は伸び悩みが懸念される結果となった。日産婦学会の産婦人科医療改革グランドデザインでは、産婦人科医療提供体制の安定的確保のための最低条件として、年間新規専攻者 500 名以上が 20 年間持続することが必要とされている。さらなる努力が必要な状況と考えられる。

【結論】

産婦人科医療提供体制の危機に際しての、日本産科婦人科学会の新規専攻者増加策は一定の成果を上げているが、産婦人科医療提供体制の安定的確保のためには一段の努力が必要な状況と考えられる。

【研究成果の発表】

本研究の内容は、厚生労働省の雇用均等児童家庭局母子保健課主管の平成 21 年度子ども家庭総合研究事業『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）（主任研究者 岡村州博）の分担研究課題「周産期救急医療体制と分娩環境の安定的確保」を担当する分担研究者 海野信也（北里大学医学部産婦人科学単位教授）が解説するウェブサイト「周産期医療の広場」に掲載した。<http://shusanki.org/index.html>

小児科の医師確保策

研究協力者

広島国際大学医療経営学部教授 江原朗

小児科医師の不足が社会問題化している。しかし、病院に従事する小児科医師数は平成18年以降増加している。では、小児科医師の不足を新聞等が報道する原因は何であるのか。それは、夜間休日における受診者数と病院で診療に従事する医師数との不均衡である。つまり、少ない小児患者数ではあるが、少人数の小児科医師が24時間365日診療しなければならないため、患者の診療は日中と比べて手薄に、病院の経営も赤字に、そして、医師は疲弊してしまうのである。

1. 病院従事小児科医師が増えても小児科医師不足は必ずしも改善しない

医師歯科医師薬剤師調査において、病院に従事する小児科医師（主たる診療科が小児科である医師、以下同じ）の数は、新臨床研修制度が導入された平成16年には8393人、平成18年には8228人と減少した。しかし、以後増加傾向にあり、平成22年には9308人を数える（表1）。したがって、数値上は小児科医師の不足は改善しているはずである。しかし、女性医師の増加していること、病院あたりの小児科医師数が少なく勤務環境が劣悪なことから、夜間休日の診療に従事する小児科医師数は必ずしも増えていない可能性がある。

2. 女性医師は増加しているが男性と比べて病院における常勤比率は低い

出産・育児を行う20-30代において、女性医師は24時間365日の病院勤務から退出する可能性が高い。女性医師が診療現場からどの程度退出したかを定量的に解析した研究は見あたらない。しかし、以下の資料から女性医師が診療現場から退出することが数値の上でもうかがえる。

（1）病院に比べて診療所で高い女性医師比率（30-69歳）

小児科医師において女性が占める比率は、25-29歳50%、30-34歳44%、35-39歳40%、40-44歳39%、45-49歳30%と45歳以下の年齢層ではほぼ4割を超えている（表2）。しかし、病院：診療所と分けて女性医師の比率を比較すると、その比率は25-29歳50%：33%と病院従事の比率が診療所従事の比率よりも高いものの、30-69歳の年齢層においては診療所従事の比率が病院従事の比率に比べて高かった。

たしかに、小児科医師総数と比較して病院従事者の女性比率に差異は認めない。しかし、医師歯科医師薬剤師調査では常勤・非常勤の区別はできない。このため、病院における勤務形態の変化（常勤～非常勤）は不明である。一方、病院を退職して診療所に従事する比率が男性に比べて高ければ、診療所における女性医師比率は高くなる。30歳以上においては、女性医師が病院から診療所へとシフトする傾向が男性医師に比べて高いと考えられる。

（2）10年前の25-29歳と現在35-39歳の小児科医師数を比較すると、女性医師の減少率は男性医師に比べて高い

多くの女性は、20-30代に出産する。したがって、調査年の35-39歳の小児科医師数と10年前の25-29歳の小児科医師数を比較すると、結婚・出産等を契機として小児科診療（病院・診療所）の現場から退出した医師数を推計することができる。

もちろん、医学部入学前に浪人したり、卒業までに留年をしたために、卒業時の年齢が25歳を超えている医師も存在する。また、他科へ流出する医師や他科から小児科へ流入する医師もいる。したがって、10年前の25-29歳の小児科医師数と現在の35-39歳の小児科医師数とは等しくならない。しかし、女性医師が、男性医師と比べてこの年齢層で小児科診療の現場から退出する医師の割合が高いか低いかは推測できる。

表3に平成8年から平成22年の35-39歳の小児科医師数とその10年前の25-29歳の小児科医師数を示す。男性では、35-39歳の小児科医師数は、その10年前の25-29歳のそれよりも多かった。一方、女性では、35-39歳の小児科医師数は、その10年前の25-29歳のそれよりも少なかった。したがって、病院・診療所および常勤・非常勤のかかわりなく、女性医師は男性医師に比べて小児科診療の現場からの退出率が高いと考えられる。

(3) 病院勤務の女性医師は男性医師に比べて非常勤の比率が高い

平成20年の医療施設調査では、勤務時間の短い非常勤医師も常勤換算して医師数が表されている。つまり、半日勤務の医師は常勤換算で0.5人と計算される。一方、医師歯科医師薬剤師調査では、常勤・非常勤の区別なく1人は1人として計算される。したがって、常勤換算数と医師の人数との差が大きいほど、非常勤の勤務形態をとっている医師数が多いと考えられる。

病院従事の小児科医師数（主たる診療科が小児科である医師数、平成20年医師歯科医師薬剤師調査）とその常勤換算値（平成20年医療施設調査）を表4に示す。男性では、主たる診療科が小児科である医師数は5830人、常勤換算値は6135人で常勤換算値の方が大きかった。回答率が2つの調査で異なるか、小児科を主たる診療科としていない医師も病院での小児科診療に携わっていたものと思われる。一方、女性では、小児科医師数（主たる）は2891人、常勤換算値は2733人である。常勤換算値が小児科医師数（主たる）よりも158人少ない。したがって、女性医師の場合、短時間の非常勤勤務をしている医師の比率が男性に比べて高いと考えられる。

3. 小規模病院で時間外診療が行われ、医師の疲弊が生じている

(1) 少ないながらも夜間には受診者が途切れず、小児科医師は眠れない

平成18年および19年の社会医療診療行為調査から時間外・深夜の6歳未満の受診数を、平成17年医療施設調査から小児科を有する病院数を引用し、平日夜間(17時から翌日9時)における病院小児科1施設あたりの6歳未満の受診数を計算する。さらに小児の救急搬送の年齢層別比率（東京都。東京都における今後の小児救急医療体制の在り方について、平成12年）から15歳未満の受診数を推計すると、1施設・1日あたり25人の15歳未満の時間外・深夜の受診者がいることになる。また、これに小児の救急搬送の時間帯別比率（東京都。同調査、平成12年）を乗じると、各病院における時間帯別受診数が推計できる（図、文献：江原朗、医師の過重労働-小児科医療の現場から-、勁草書房、平成21年）。平日夜間の小児科診療に従事する医師数を各病院とも1人とすると、仮眠ができるのは、受診者が途切れた時間に相当する。受診者の途切れる時間のうち最も長いものは、23時から3時台の約4時間である（図）。他の時間帯では少ないながらも受診があり、小児科医師は眠れない。

もちろん、すべての小児科を有する病院が救急告示をしているわけではない。しかし、全国の病院小児科の72.3%が時間外診療を行っている（日本小児科学会。病院小児科・医師現状調査報告書、平成18年）。したがって、この推計が実際の診療現場の状況から大きくずれているとは考えにくい。

つまり、休日夜間の小児救急の問題点は、少ない患者数ではあるが、少数の医師が24時間365日対処しなければならないために、手薄な診療、病院経営の悪化、医師の疲弊を来すのである。