

開した。<http://shyoni.org/>

この中に、ワクチン接種施設検索というコンテンツを作成した。ワクチン接種可能な施設とリンク可能なHPのURL、開始時期と同時接種の絞り込み検索機能を付加した。

D. 考察

本研究では、信頼できる最新の医療情報を可視化し、一般市民、医療関係者、行政担当者等に提供する目的で、「周産期医療の広場」というウェブサイトを活用してきた。

(<http://shusanki.org/>)

今回は、その姉妹版ともいえる、ウェブサイト「小児医療の広場」を構築した。

日常生活を送るうえで、情報を得るためにインターネットは欠かす事のできないツールとなっている。特に若い世代にとっては、携帯やスマートフォンを使わない日はおそくない。一方、インターネットで得られる医療情報は、必ずしも確実、最新でない情報も含まれ、一般市民には、その判断は難しいと思われる。

「周産期医療の広場」では、誰でも分娩取り扱い医療機関が検索できるようになっている。この情報は、関連学会等の協力を得て、正確を期し、適宜更新を行っている。周産期医療の提供体制に関して、信頼できる情報が容易に検索しアクセス可能となることは、地域の国民にとって有用であり、医療機関や自治体の担当者にとっても、地域の医療提供体制が把握できるメリットがある。このウェブサイトは、施設検索機能や地図表示機能を付加することで飛躍的にアクセス数を伸ばしている。

今回は、小児医療の分野でも同様の情報提供ができないか検討した。

乳幼児を持つ若い保護者にとって、最大の関心事は、やはり子どもの健康である。特に疾患

がなく健康な乳幼児であっても、その保護者に提供すべき情報として、ワクチン接種可能な医療機関と小児一次救急施設がまず挙げられる。特に前者は、数年前まで、最初に受けるべきはBCGで、3ヶ月健診の際に公的機関から通知があり、それからでよいと指導されていた。ところが、この数年で、我が国で接種できるワクチンが大幅に増加し、開始も早まったことから、様相が一変した。保護者は、地域のどこでワクチンが受けられるのか、信頼できる情報を得ることは容易ではない。しかも、周産期医療者がワクチンに精通しているとは限らないため、母親学級や退院診察、一ヶ月健診を行う医療者にも、信頼できるワクチン接種施設の情報は、たいへん有用である。

ワクチンを取扱っている医療機関は地域に多くあるが、最新情報に精通し、同時接種や個別のワクチンスケジュールの相談に対応できるかどうかは、一般市民からはなかなか判断できない場合が多い。また、一ヶ月健診後にワクチンを勧奨すべき周産期医療関係者にとっても、保護者の居住地の近くで、できれば同時接種、ワクチンスケジュール相談を行ってくれる施設を簡単に検索できることができれば、非常に有用である。今回、そのような施設情報の提供を依頼する機関として、NPO法人「VPDを知って、子どもを守ろうの会」を選択した。この団体は、2008年に設立され、ワクチンで防げる病気（VPD）の情報提供啓発活動、調査、ネットワーク形成、提言を活動内容としており、その接種施設情報は、最新かつ確実である。この研究に賛同し同意を得た会員から情報を提供していただき、リストを作成し、位置が検索できる地図を作成した。同時接種や開始時期の検索機能も付加した。また、同時に、ワクチン啓発のコーナーを設け、一般向けにわかりやすい解説も公開した。

今後は、一般市民、医療関係者双方への広報を通じて、広く利用していただくようにしたい。

小児医療の広場のコンテンツは、現在、小児救急施設検索、ワクチン接種施設検索、予防接種啓発、小児医療関連情報、診療ガイドラインとなっている。今後は、それぞれのコンテンツの内容を充実させ、一般市民にも、医療者、行政担当者にも有用なサイトとなるよう運用していきたい。

E. 結論

地域における小児医療の最新かつ信頼できる情報をだれでも簡単に入手できるためのウェブサイト「小児医療の広場」を公開した。ワクチンは、近年接種機会が増加し、複雑化していることから、NPO 法人の協力を得て、乳幼児予防接種実施施設、同時接種の可否の情報をリスト化し、位置が検索できる地図を作成した。今後、これらの有効性の評価を行う必要がある。

平成 24 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）

「地域における産科医、小児科医の実態把握に関する研究」

（24090201）

研究代表者 海野信也

「ウェブサイト「小児医療の広場」の作成と公開

ー地域における時間外診療可能な小児医療施設に関する調査の実施と
試験的情報公開の開始～」

研究分担者 植田 育也 静岡県立こども病院 小児集中治療センター

研究要旨

本分担研究では、地域で時間外に小児救急医療を提供している医療機関の情報をリスト化し、そのリストに基づいて地図を作成し、インターネットからの一般公開を行った。公開後、情報の正確性や利便性について検討し、サイトの内容の修正、改善、充実に関する計画を策定した。

まず、小児の時間外診療の実態に関して、いくつかの県においてその実態調査を行い、その類型化を行った。結果として、時間外の小児救急診療の応需体制には地域によって多様な形態があることが判明した。地域の救急医療情報は各県の担当部署がインターネット上にサイトを構築して情報を提供している。そのサイトを閲覧し、救急医療全体の情報から小児救急関係の情報を抽出し、その内容を検討した。結果として、各県の救急医療情報サイトは小児の情報には特化しておらず、まずは成人の救急医療も含む全情報から小児関連の情報を抽出することが困難であった。そして、当該サイトから得られる情報の正確性、更新の迅速性についても問題点が指摘された。

以上から、市民が当座受診することとなる出務型の1次救急診療施設のマップ化を試みた。さらに情報の陳腐化を避けるため、各自治体の救急医療情報サイトへのリンクを作成した。そのサイトを<http://shyoni.org>で試験公開した。マップ化にあたっては、正確な情報を得られるように、各自治体には責任を持って各自治体の救急医療情報サイトを更新させ、更新後は更新情報を迅速に提供させるシステム作りが肝要である。

A. 研究目的

成育医療の分野で市民に流通している情報の中には、不確実かつ不正確な情報も少なくない。安心して子育てのできる環境を整備するために、市民に対して、地域で夜間・休日等の時間外に小児救急医療の提供が可能な施設情報を確実に提供できる体制を整備する必要がある。

本分担研究では、地域において時間外に小児救急医療を提供している医療機関に関する情報を地域の救急医療情報を統括する

県の担当部署の協力を得てリスト化し、そのリストに基づいてその医療機関の位置と診療情報を容易に検索できる地図を作成し、インターネットから一般に公開する。

公開後、情報の正確性や利便性について検討する。そしてその検証結果から、情報収集の方法論を検討し、またサイトの内容の修正、改善、充実に関する計画を策定する。

また、この改訂作業を迅速かつ継続的に行うことこそが、情報の信頼性維持にとつ

て非常に重要である。よって、このサイトの継続性を担保する仕組み作りについて考察する必要がある。これが実現すれば、常に国民が小児救急医療の提供体制に関するもっとも信頼できる情報にアクセスすることが可能となる。

B. 研究方法

まず、小児の時間外診療の実態に関しては、地域により様々な差違があることが予測される。いくつかの県においてその実態調査を行い、小児の時間外診療体制について類型化を行う。

地域の救急医療情報は各県の担当部署がインターネット上にサイトを構築して情報を提供している。そのサイトを閲覧し、救急医療全体の情報から小児救急関係の情報を抽出し、その内容を検討する。

各県の救急医療情報サイトから得られた小児救急関係の情報をグーグルマップ[®]上にプロットする。

完成したサイトを公開し、情報の正確性やサイトの利便性に関して検討を加える。必要に応じてサイトの内容の修正を行い、また再調査も視野に入れていく。

(倫理面への配慮)

本研究は個人を特定するものではなく、人権擁護等の倫理的問題は発生しない。

C. 研究結果

時間外の小児救急診療の応需体制には地域によって多様な形態がある。特に本研究と関連のある1-2次救急診療に関しては、下記のような類型が見られた。

1. 1次小児救急

a) 出務型の1次救急診療施設

既存の病院の施設を利用、あるいは独立に施設を持ち、地域の開業医や病院勤務医が交代で出務する形の、救急外来診療を担当する施設。入院が必要な場合は2次救急病院に転送する。

b) 開業医の休日当番医

c) 上記a) 及びb)の併存

2. 2次小児救急

a) 輪番制

地域の病院が交代制で、入院が必要な小児救急患者を診療する。

b) 固定制

上記1、2の診療機関の実際の連携体制については、地域によってかなり差違が見られた。これら1、2が時間外診療時間帯全てにわたって稼働する場合と、時間帯によっては1が稼働せず、2が1の機能を果たす場合、あるいはそれぞれの可動時間帯に空白が存在する場合等も見られ、複雑な様態を呈していた。

また、各県の救急医療情報サイトは小児の情報には特化しておらず、成人の救急医療も含む全情報から小児関連の情報を抽出することが非常に困難であった。そして、当該サイトから得られる情報は、先に述べた「時間外の小児救急医療の応需体制」を網羅している場合もあったが、その一部のみしか提供されていない場合も見られた。特に輪番制の場合は将来のどの時点までの情報が得られるかについても差違が見られた。

以上から、まずは市民が当座受診することとなる出務型の1次救急診療施設をマップ化することとした。さらにそのバックアップの2次救急病院が時間帯によっては1次診療も兼ねるといような場合にも対応するため、各県の救急医療情報サイトへのリンクを作成した。そのサイトを <http://shyoni.org> で試験公開した。

D. 考察

試験公開後、地域によっては医師会等の関係者が把握している情報と県のサイトの情報が必ずしも一致しない例が見られ、指摘を受けた。

まずは、市民に公開される情報の正確性を担保しなければならない。これについては、各県担当部署が、各県の救急医療情報サイトにおいて正確な情報の公開および変更の際の迅速なアップデートを確実にを行うことが重要である。なぜなら

本研究により構築されたサイトは、各県の当該サイトの情報を収集・集積したものであり、情報の正確性については各県のサイトに完全に依存するためである。

さらに、各県の救急医療情報サイトにおける情報の変更の際の迅速なアップデートを本研究サイト側にタイムリーに反映させることが必須となる。この情報がどこで立案、形成され、どの段階で市民に対して正確性を保証する責任を帯びるかについては判断が難しい。ただ、いずれにしろ最終的に市民に対して情報公開をして責任を負っているのは各県である。このことから考えれば、各県での情報開示・更新の際に、同時に本研究サイトが当該情報の提供を受けるシステムが最も現実的と考える。具体的には各県のサイト更新時に使用する csv ファイル等を転送する事でそれが可能になるため、手順としては煩雑ではない。

これを実現するためには、各県担当部署に対し、各県の救急医療情報サイトの情報の正確性の保持、合わせてその更新情報の提供を厚生労働省から指導する必要がある。

今後は、まずは受診すべき1次救急診療施設の情報を正確に把握し、そしてその正確性を維持しつつ全国マップ化することに専心する。さらに各県からの更新情報を受けつつ、タイムリーにサイトの更新を図る。そしてその事業の維持にどの程度のコストがかかるかを分析し、サイトの恒久化運営の方向性を探る事を模索して行く。

E. 結論

時間外の小児救急診療応需施設の全国マップ化及びインターネット上の公開を試みた。まずは情報収集過程で、各県による救急医療情報サイトにおける小児の情報抽出が困難であることがわかった。このことから、「小児救急医療」に特化したシームレスな全国マップ作成については意義のある事業と考えられる。

マップ化にあたっては、正確な情報を得られるように、各県に責任を持って情報を更新させ、更新後はそれを迅速に提供させることが肝要である。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

特記すべき事項なし

2. 学会発表

特記すべき事項なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定含)

1. 特許取得

特記すべき事項なし

2. 実用新案登録

特記すべき事項なし

3. その他

特記すべき事項なし

平成 24 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）

「地域における産科医、小児科医の実態把握に関する研究」

（24090201）

研究代表者 海野信也

平成 24 年度分担研究課題成果報告書

「産婦人科医師数の実態に関する研究」

研究代表者

北里大学医学部産婦人科学教授 海野 信也

研究分担者

東京女子医科大学総合母子医療センター教授 松田 義雄

日本医科大学多摩永山病院教授 中井 章人

日本医科大学講師 澤 倫太郎

研究協力者

愛和病院産婦人科 村上 真紀

【研究の要旨】

- 日本産科婦人科学会の会員数の年齢別・性別の推移について検討を行った。その結果、「50歳未満の層における数的増大傾向」「40歳未満の層における女性医師の数的優位」「男性医師減少に歯止めがかかった可能性」が示唆された。
- 日本産科婦人科学会の新規入会者数の年次推移及びその地域分布についての検討を行った。その結果、「産婦人科医の増大」は大都市圏を中心とする一部地域にのみ認められる現象であり、地方では減少している県が存在するという実態が明らかになった。減少している県では、産婦人科新規専攻医が少ない傾向が認められており、地域における新規専攻医の確保がきわめて重要と考えられた。日本産科婦人科学会の「産婦人科新規専攻医を増やし、結果として毎年500名以上となることを前提条件とした『産婦人科医療改革グランドデザイン2010』は達成が非常に困難と考えられ、グランドデザイン全体の見直しが必要と考えられた
- 日本産科婦人科学会の平成24年度産婦人科意識動向調査の結果を分析した。その結果、著しい人員不足の中で勤務している現場の産婦人科医にとっては産婦人科医、特に新規産婦人科医の増加がきわめて重要であり、2010年以降の新規専攻医の減少が、今後の産婦人科医療現場に与える影響が懸念される。

【研究目的】

- 産婦人科医の実態について「医師数」という側面から分析を行うこと。

【研究方法】

- 【日本産科婦人科学会員の構成の分析】

日本産科婦人科学会の会員数の年齢別・性別分布を日本産科婦人科学会事務局より提供されたデータをもとに、2005年度と2012年度の間で比較し、7年間の推移について検討を行った。

- 【日本産科婦人科学会の産婦人科医の新規入会者数の年次推移及びその地域分布の検討】

- 1) 日本産科婦人科学会事務局より提供されたデータをもとに、日本産科婦人科学会の年度別入会者数(産婦人科医)の推移について分析した。
- 2) 日本産科婦人科学会事務局より提供されたデータをもとに、平成25年2月末日の時点での卒業年度別会員分布について分析した。
- 3) 日本産科婦人科学会事務局より提供されたデータをもとに、2006年度から2011年度の産婦人科専門医制度新規専攻医数の推移と地域間の差について検討した。

- 【初期臨床研修医数と産婦人科専攻医数の関係に関する検討】

- 1) 2011-2012年度の初期臨床研修医数の都道府県別分布について検討した。
- 2) 都道府県ごとの人口比データを用いて2011-2012年度の初期臨床研修医数と2006年度から2011年度の産婦人科専門医制度新規専攻医数の関係を検討した。

- 【日本産科婦人科学会の平成24年度産婦人科意識動向調査の結果の分析】

公開されている日本産科婦人科学会の平成24年度産婦人科意識動向調査の結果を分析し、産婦人科医師数が現場の産婦人科医の意識に与える影響について検討した。

【結果】

- 【日本産科婦人科学会員の構成の分析】

- 図1に2005年11月の時点の、図2に2013年2月の時点の日本産科婦人科学会会員数の分布を年齢別性別に示した。

図1 日本産科婦人科学会 年齢別会員医師数
2005年11月

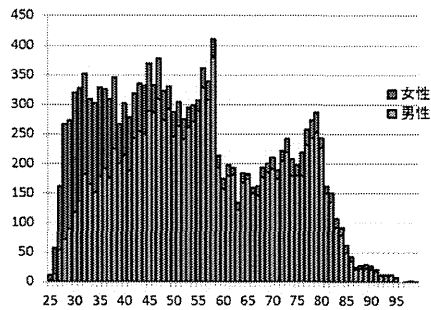
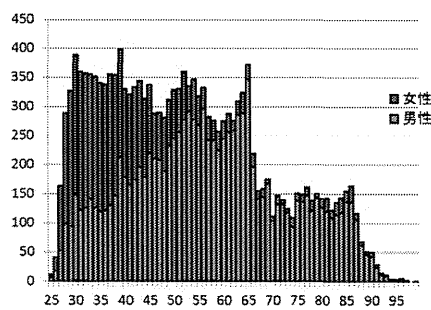


図2 日本産科婦人科学会 年齢別会員医師数
2013年2月



- 図1と図2を比較すると以下の様な変化が認められた。
 - ◇ 2005年に認められた75歳以上のピークは2013年には認められなかった。

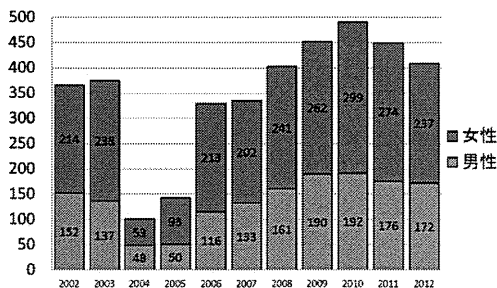
められなくなった。

- ◇ 2005年に認められた50歳代後半のピークが2013年には（当然のことながら）ややその数を減らし、60歳代前半に移動した。
- ◇ 2013年には、40歳未満で女性医師が数的に優位である状況が定着している。
- ◇ 2013年の男性医師数は30歳代でほぼ横ばいであり、男性の新規専攻者の減少には歯止めがかかっているようにも思われる。
- ◇ 30歳代前半では2005年から2013年にかけて全体の数の増加傾向が認められる。

● 【日本産科婦人科学会の産婦人科医の新規入会者数の年次推移及びその地域分布の検討】

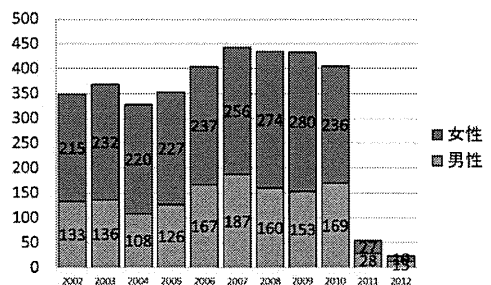
- 図3に2013年2月末日の時点での日本産科婦人科学会年度別入会者数の年次推移を性別に示した。（2012年度は1ヶ月を残した時点の集計だが、今後の上積みはあったも数名のレベルと考えられる。）初期臨床研修の必修化に伴って産婦人科専攻医研修開始者が著しく

図3 日本産科婦人科学会
年度別入会者数(産婦人科医)
2013年2月28日現在



減少した2004-2005年度の後、2006年-2007年の低迷期を経て、2008年度以降、年々増加していた入会者数は2010年度の491名をピークに2011年度は440名、2012年度は409名（暫定値）と減少に転じた。この2年間、女性医師数も男性医師数も減少している。

図4 日本産科婦人科学会
卒業年次別入会者数(産婦人科医)
2013年2月28日現在



- 図4に2013年2月末日の時点での卒業年度別の会員数を示した。大多数の入会者は初期臨床研修修了後に産婦人科専攻医研修を開始するときに入会する。少し遅れて研修を開始する医師も相当数存在することを勘案する必要があるが、それを考慮しても、産婦人科医数は2007年度卒業生以降、450名に満たないレベルで横ばいしないし微減していると判断できる。

図5 都道府県別の直近6年間の新規産婦人科専攻医数
(後期研修医)

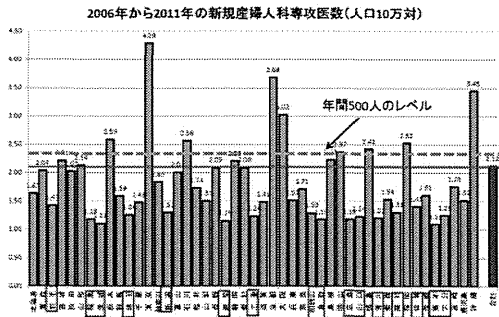
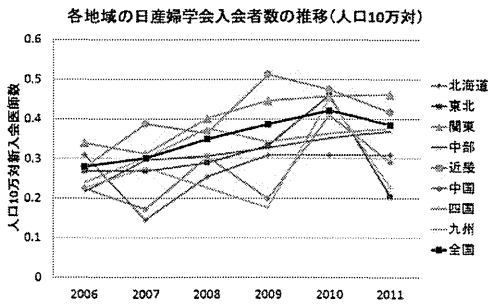


図5に都道府県別人口10万にあたり
の2006年から2011年の新規産
婦人科専攻医の合計数を示した。
東京、京都、沖縄、大阪が多く、
県名を赤枠で囲った県は特に少な
かった。

図6 地域別の新規産婦人科専攻医数の推移
(人口10万対)



- 図6に地域別人口10万人あたりの新規産婦人科専攻医合計数の2006年度から2011年度までの年次推移を示した。2010年度まで漸増していた産婦人科新規専攻医数は、2011年度は減少に転じた。特に東北、中国、四国地方の減少が著しいと考えられた。

- 図7から図11に人口10万人あたりの都道府県別新規産婦人科医数の推移を示した。安定して新規専攻医が増加しているのは東京都のみであり、東京を除くと、都道府県別にみて右肩上がり

の基調はほとんど認められない。

図7 都道府県別 新規産婦人科医数の推移(1)

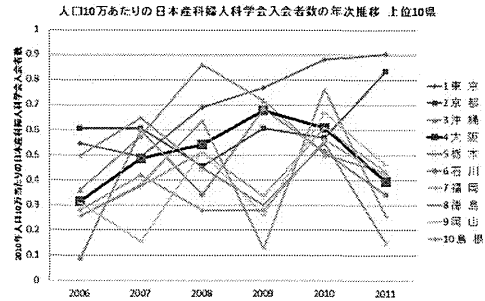


図8 都道府県別 新規産婦人科医数の推移(2)

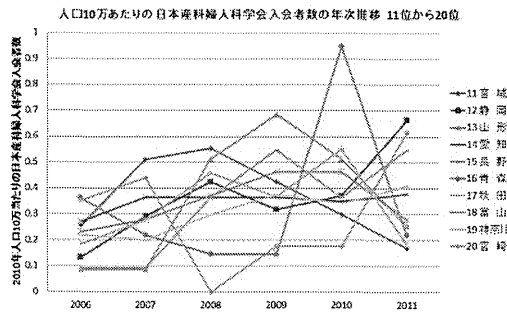


図9 都道府県別 新規産婦人科医数の推移(3)

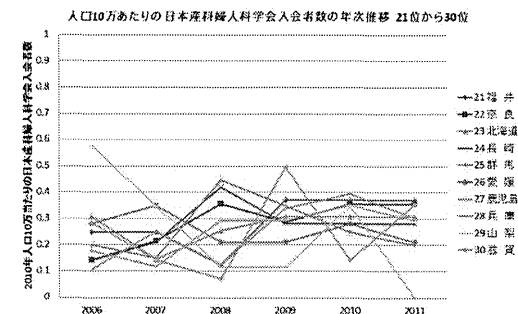


図10 都道府県別 新規産婦人科医数の推移(4)

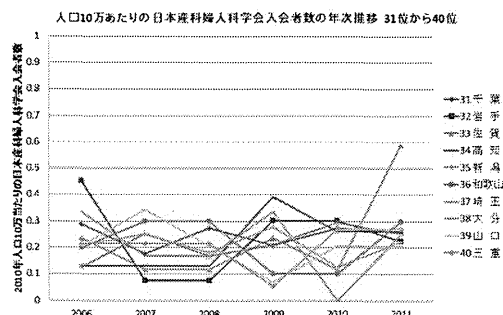
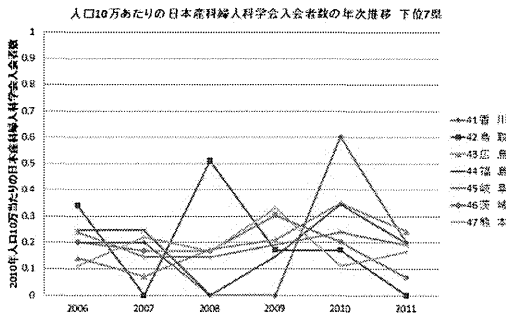


図11 都道府県別 新規産婦人科医数の推移(5)



- 20位以下の県には大きな差はなく、一様に低いレベルにあることが明らかになった。

【初期臨床研修医数と産婦人科専攻医数の関係に関する検討】

- 表1に厚生労働省の発表¹⁾に基づく都道府県別の人口10万人あたりの平成23-24年度の初期臨床研修医採用合計数を示した。最大の東京都と最小の福島県の間には3倍以上の開きがあった。

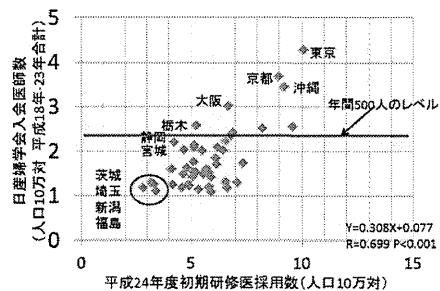
表1 平成23-24年度の都道府県別 初期臨床研修医合計数(人口10万人あたり)

全国	11.99						
1 東京都	20.44	17 奈良県	11.42	33 青森県	9.83		
2 京都府	19.20	18 栃木県	11.21	34 三重県	9.76		
3 沖縄県	18.02	19 秋田県	11.14	35 広島県	9.61		
4 石川県	17.70	20 長崎県	11.00	36 北海道	9.48		
5 福岡県	15.81	21 滋賀県	10.92	37 千葉県	9.25		
6 岡山県	15.22	22 熊本県	10.84	38 鹿児島県	8.97		
7 和歌山県	14.57	23 香川県	10.74	39 大分県	8.78		
8 福井県	14.26	24 山口県	10.61	40 宮城県	8.60		
9 鳥取県	13.76	25 山形県	10.44	41 群馬県	8.42		
10 大阪府	13.28	26 長野県	10.17	42 静岡県	8.34		
11 鳥根県	13.10	27 岩手県	10.15	43 宮崎県	7.66		
12 愛知県	12.78	28 愛媛県	10.06	44 茨城県	7.17		
13 徳島県	12.60	29 岐阜県	10.04	45 新潟県	6.91		
14 神奈川県	12.21	30 富山県	9.97	46 埼玉県	6.67		
15 兵庫県	11.86	31 山梨県	9.96	47 福島県	6.21		
16 高知県	11.51	32 佐賀県	9.88				

- 図12に都道府県別・人口10万人あたりの、平成24年度の初期臨床研修医採用数と平成18-23年度の日本産科婦人科学会入会者数の関係を示した。対象となっている時

期が異なっているが、両者には有意の正の相関が認められた。東京、京都、沖縄では初期研修医と産婦人科専攻者がともに多く、茨城、埼玉、新潟、福島では初期研修医と産婦人科専攻医の双方が少なかった。

図12 人口あたりの初期研修医数と日産婦学会入会医師数の関係

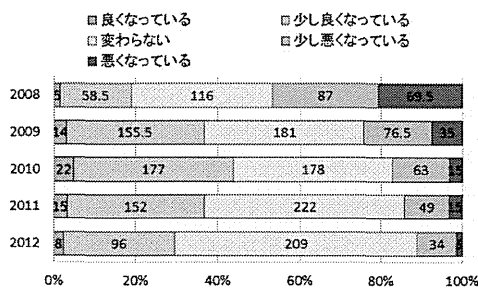


- 【日本産科婦人科学会の平成24年度産婦人科意識動向調査の結果の分析】

- 図13から図17に過去5回の日本産科婦人科学会産婦人科動向意識調査の結果の概要を示した。この調査は、産婦人科専門医制度研修指導施設の責任者を対象として、1年前と比較して「産婦人科全体の状況」及び「自施設産婦人科の状況」について意見を5段階評価でたずね、そう考える理由を自由記載で求める、という形式で、毎年同じ時期に行っているもので、2012年度の回答率は48%だった。
- 図13に示されているように、「全体としての産婦人科の状況」が1年前と比べて、「良くなっている」あるいは「少し良くなっている」と回答した割合は、2008年度には20%を下回っており、逆に「悪

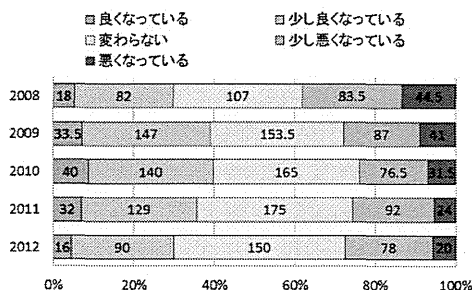
くなっている」「少し悪くなっている」と回答した割合 40%を超えていた。その後、状況認識は年々改善し、2010 年度には前者が 40%を超え、後者は 30%を下回った。しかし、2011 年度以降は「悪くなっている」「少し悪くなっている」という回答だけでなく、「良くなっている」あるいは「少し良くなっている」という回答も減少し、2012 年度には「変わらない」という回答が 60%程度を占めるようになった。

図13 日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 「全体としての産婦人科の状況」



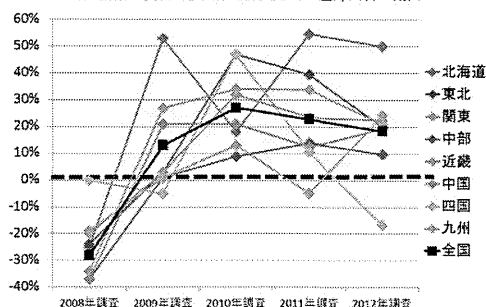
- 「自施設の産婦人科の状況」を 1 年前と比較した場合には、2010 年度までは「全体の状況」とほぼ同様の動きを示していたが、2011 年

図14 日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 「自施設産婦人科の状況」



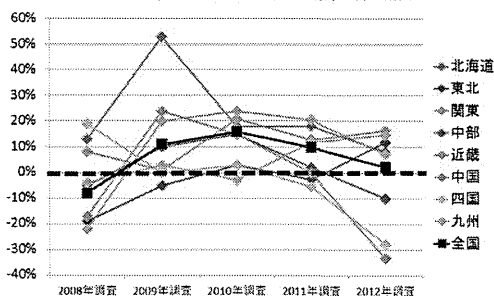
年度以降は、「悪くなっている」「少し悪くなっている」という回答の割合の増加が認められている。

図15 日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 「産婦人科の状況に関する意識」 動向指数の変化 地域別 全体としての産婦人科の動向



- 「良くなっている」あるいは「少し良くなっている」と回答した割合から「悪くなっている」「少し悪くなっている」と回答した割合を差し引いた「動向指数」の変化では、「全体の状況」では図 15 に示すように、四国の現状認識が特に悪化しており、「自施設の状況」では図 16 に示すように、中国、四国、中部地方の現状認識の悪化が顕著だった。

図16 日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 「産婦人科の状況に関する意識」 動向指数の変化 地域別 自施設の産婦人科の動向



- それぞれの回答の理由記載の分類は表 2 及び表 3 で示されている。この調査が、若い医師を指導する

立場の産婦人科専門医研修指導施設の産婦人科責任者を対象としていることを勘案する必要はあるが、現場の産婦人科医の現状認識に係る最も大きな要素は、それぞれの理由として多いものが「志望者増」「人員増」「新入局者増」「産婦人科医師数減」「産婦人科医不足・減少」であることから明らかに、産婦人科医、特に若い産婦人科医の数であることが示された。

表2 2012年7月 日本産科婦人科学会
第5回 産婦人科動向 意識調査
全体としての産婦人科の状況
回答の理由(複数回答)

悪くなっていると感じる理由		良くなっていると感じる理由	
1. 産婦人科医師数減	12	1. 志望者増	37
2. 地域格差拡大	6	2. 人員増	28
3. 産婦人科新規専攻医減	4	3. 地域医療システムの改善	9
4. 分娩施設減	4	4. 待遇改善	6
5. 女性医師の増加・男性医師の減少	3	5. 負担軽減	4
6. 周産期高次施設減	3	6. 診療報酬改定効果	4
7. 婦人科手術待機期間延長	2		
8. 業務の増加	2		
9. 震災の影響	3		

表3 2012年7月 日本産科婦人科学会
第5回 産婦人科動向 意識調査
自施設産婦人科の状況
回答の理由(複数回答)

悪くなっていると感じる理由		良くなっていると感じる理由	
1. 産婦人科医不足・減少	57	1. 人員増	62
2. 勤務の過酷化	9	2. 新入局者増	22
3. 女性医師の勤務緩和・産休・育休関連	6	3. 勤務条件の緩和	6
4. 震災の影響	6	4. 待遇改善・手当増	6
5. 高齢化	3		
6. 地域医療システム悪化	3		
7. 小児科医不足	2		

【考察】

● 【日本産科婦人科学会員の構成の分析】

- 2005年に認められた産婦人科医若年層における女性医師の著しい増加傾向は、2013年には完全に定

着した。その一方男性医師の著しい減少は、2013年における30歳代男性医師数をみる範囲では、歯止めがかかっているようにも思われる。その結果として、2013年の時点で産婦人科医師数は30歳代から40歳代において、若年層ほど人数が多くなっている傾向が認められる。

- このような傾向が産婦人科医療現場に与えている影響について考察する際には、今回提供を受けたデータは「日本産科婦人科学会員」の数であり、現場で実際に診療に従事する産婦人科医数のデータではないことに留意する必要がある。

「女性医師の数的優位の確立」は、特に若年層で著明であり、出産、育児のための休職者や「常勤職としての勤務のできない医師」は、当然増加していると考えられる。

- 「50歳未満の層における数的増大傾向」は、現場の状況の改善につながっている可能性も考えられるが、今回のデータはあくまでも全国集計であり、結論を導くにはより詳細なデータに基づく分析が必要である。

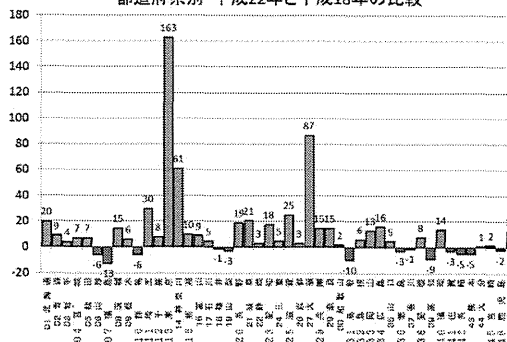
● 【日本産科婦人科学会の産婦人科医の新規入会者数の年次推移及びその地域分布の検討】

- 産婦人科新規入会者とその大多数を占める新規産婦人科専門医制度専攻医数の推移から、産婦人科を新たに専攻する医師数の動向を検

討した。

- 全体としての入会者数・新規専攻医数は 2010 年度をピークに減少した。
- 過去 6 年間の新規専攻医の地域分布。都道府県分布から、明らかな「地域偏在」の存在が認められた。東京、京都、沖縄、大阪が明らかに多く、岩手、福島、茨城、埼玉、新潟、岐阜、三重、和歌山、鳥取、広島、山口、香川、高知、佐賀、熊本、大分では東京の 3 分の 1 以下だった。このような新規専攻医の地域偏在は、地域の産婦人科医の増減に大きく影響していると考えられる。昨年度の報告書に記した²⁾ように、医師・歯科医師・薬剤師調査における産婦人科医数は平成 18 年調査と 22 年調査との間で、全体では 578 名の増加となったが、その増加は都道府県間で均一では全くなく、東京、大阪、神奈川、埼玉の増加分の和が全体の増加分の 59%を占めており、その一方で、山形、福島、群馬、福井、山梨、鳥取、徳島、香川、高知、佐賀、長崎、熊本、鹿児島では減少していた。この 13 県の中で、7 県が前述の 16 県と重複していた(図 17)。
- 地域別の入会者数の推移では、東北、中国、四国が相対的に少ないと考えられた(図 6)
- 相対的に条件がよいと思われる都道府県別新規入会者数の上位 10

図17 主たる診療科が産婦人科または産科の医師数の変化
都道府県別・平成22年と平成18年の比較



県(図 7)の中でも、東京と京都以外は 2011 年度に明らかな減少が認められた。より下位の県では条件はさらに厳しいと考えられる。

- 医師・歯科医師・薬剤師調査の結果から示唆されていた「産婦人科医の増大」は大都市圏を中心とする一部地域にのみ認められる現象であり、東北地方、中国、四国地方、九州地方では減少している県が存在するという実態が明らかになった。減少している県では、産婦人科新規専攻医が少ない傾向が認められており、地域における新規専攻医の確保がきわめて重要と考えられた。
- 日本産科婦人科学会は産婦人科新規専攻医を増やし、結果として毎年 500 名以上となることを前提条件とした『産婦人科医療改革グランドデザイン 2010』を推進してきたが、2011 年度、2012 年度の経過から、このままでは、この前提条件は達成が非常に困難と考えられ、グランドデザイン全体の見直しが必要な可能性が高いと考えられる。

- **【初期臨床研修医数と産婦人科専攻医数の関係に関する検討】**

- ▶ 初期臨床研修医の地域偏在については、既に多くの議論があり、一定の改善策が進められている。しかし、平成 24 年度においても、結果的に 3 倍以上の「格差」が認められた。このような偏在が起きる要因には、初期臨床研修医の定員が研修病院ごとに決定され、地域の人口への考慮が十分でないことが関係しているものと考えられる。このような初期臨床研修医数の偏在は、必然的に後期研修医の偏在につながると考えられる。産婦人科においても、初期研修医の多いところで産婦人科新規専攻医が多く、少ないところで少ないという明らかな傾向が認められた。もちろん、産婦人科専攻医数を決める要因が他にも存在することは、図 12 で同等程度の初期研修医数でも、産婦人科医専攻医数には 2 倍程度の差が普通に認められていることから明らかであり、各地域での産婦人科研修環境の整備・充実のための努力が必要であることは言うまでもないが、人口比初期研修医が著しく少ない、茨城、埼玉、新潟、福島については、初期臨床医数を増加させるための施策が必要不可欠と考えられる。

- **【日本産科婦人科学会の平成 24 年度産婦人科意識動向調査の結果の分析】**

- ▶ この調査の結果から、現場の産婦人科医の現状認識が、現場の産婦

人科医数、特に若い医師の数に強く関係していることが明確に示された。

- ▶ このような単純な関係が成立する最大の理由は、現場の産婦人科医の絶対数が不足状態とぎりぎりの充足状態との間に存在し、わずかな変動が、現場の負担感に大きく影響するためと考えられる。
- ▶ 現場の医師にとってはそれはまず自施設の状況によって敏感に認識され、それが継続拡大するにつれて一般化されていくものと考えられた。

【結論】

- 日本産科婦人科学会の会員数の年齢別・性別の推移について検討を行った。その結果、「50 歳未満の層における数的増大傾向」「40 歳未満の層における女性医師の数的優位」「男性医師減少に歯止めがかかった可能性」が示唆された。
- 日本産科婦人科学会の新規入会者数の年次推移及びその地域分布についての検討を行った。その結果、「産婦人科医の増大」は大都市圏を中心とする一部地域にのみ認められる現象であり、地方では減少している県が存在するという実態が明らかになった。減少している県では、産婦人科新規専攻医が少ない傾向が認められており、地域における新規専攻医の確保がきわめて重要と考えられた。日本産科婦人科学会の「産婦人科新規専攻医を増やし、結果として毎年 500 名以上となることを前提条件とした『産婦人科医療改革グラン

ドデザイン 2010』は達成が非常に困難と考えられ、グランドデザイン全体の見直しが必要と考えられた

- 日本産科婦人科学会の平成 24 年度産婦人科意識動向調査の結果を分析した。その結果、著しい人員不足の中で勤務している現場の産婦人科医にとっては産婦人科医、特に新規産婦人科医の増加がきわめて重要であり、2010 年以降の新規専攻医の減少が、今後の産婦人科医療現場に与える影響が懸念される。

【研究成果の発表】 なし。

【参考文献】

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/matching/dl/100915-2d.pdf>
- 2) 海野信也 「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』平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金「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」平成 23 年度研究成果報告書 http://shusanki.org/reports_page.html?id=19

平成 24 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）

「地域における産科医、小児科医の実態把握に関する研究」

（24090201）

研究代表者 海野信也

平成 24 年度分担研究成果報告書

「地域における産婦人科医養成施設の実態に関する研究」

研究代表者

北里大学医学部産婦人科学教授 海野 信也

研究協力者

愛和病院産婦人科 村上 真紀

【研究の要旨】

- 日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本周産期・新生児医学会、日本生殖医療学会が公開している産婦人科専攻医指導施設、婦人科腫瘍専門医制度指定修練施設、母体胎児研修基幹施設・母体胎児研修指定施設・母体胎児研修補完施設、生殖医療専門医制度認定研修施設・研修連携施設のリストをもちい、これを相互に突合し、重複して認定されている施設を明らかにし、これらの施設の分布をウェブサイト「周産期医療の広場」における「施設検索」のコーナーに「産婦人科研修検索」として、外部から自由にアクセスし検証可能な状態でアップした。
- 日本産科婦人科学会産婦人科専攻医指導施設は 723 施設存在し、このうち、婦人科腫瘍専門医制度指定修練施設は 167 施設、周産期（母体胎児）研修施設は合計 531 施設、生殖医療専門医制度研修・連携施設は合計 167 施設であった。このうち二階建て専門医制度について 3 学会から認定されている施設は 67、2 学会から認定されている施設は 102、1 学会から認定されている施設は 396、二階建て専門医取得のできない施設は 158 だった。
- 都道府県ごとの分布では、2 種類以上の二階建て専門医研修を実施可能な施設が 1 施設しかない県が 11 県存在していた。また、県庁所在地以外には 2 種類以上の二階建て専門医研修を実施可能な施設がない府県が 18 存在していた。
- 今後、地域における産婦人科医の確保のためには地域で専門医養成を確実に行うシステムを構築することが望ましい。またそれは、地域卒で入学し、それぞれの医学部の所在地で初期・後期研修を行うことが義務づけられている医学生たちが産婦人科専攻を選択しやすい環境を作るためにも必要性が高いと考えられた。

【研究目的】

- 地域における産科医養成施設の実態把握を行い、産婦人科医の地域格差是正のための方策を検討することを目的とした。

【研究方法】

- 産婦人科医養成に関わる専門医制度としては産婦人科専門医が基本領域の専門医として、婦人科腫瘍専門医、周産期（母体胎児）専門医、生殖医療専門医がいわゆる二階建て専門医として存在している。これらを運営している日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本周産期・新生児医学会、日本生殖医療学会が公開している産婦人科専攻医指導施設、婦人科腫瘍専門医制度指定修練施設、母体胎児研修基幹施設・母体胎児研修指定施設・母体胎児研修補完施設、生殖医療専門医制度認定研修施設・研修連携施設のリストをもちい、これを相互に突合し、重複して認定されている施設を明らかにした。
- これらの施設の分布をウェブサイト「周産期医療の広場」における「施設検索」のコーナーに「産婦人科研修検索」として、外部から自由にアクセスし検証可能な状態でアップした。
(<http://shusanki.org/area2.html?dflg=1>)
- 二階建て専門医制度の重複認定施設について都道府県ごとに検討し、地域差の有無を検討した。

【結果】

- 日本産科婦人科学会産婦人科専攻医指導施設は 723 施設存在し、このうち、婦人科腫瘍専門医制度指定修練施設は 167 施設、周産期（母体胎児）研修施設は合計 531 施設、生殖医療専門医制

度研修・連携施設は合計 167 施設であった。このうち二階建て専門医制度について 3 学会から認定されている施設は 67、2 学会から認定されている施設は 102、1 学会から認定されている施設は 396、二階建て専門医取得のできない施設は 158 だった。

- 都道府県ごとの分布を表 1 に示した。2 種類以上の二階建て専門医研修を実施可能な施設が 1 施設しかない県が 11 県存在していた。
- また、県庁所在地以外には 2 種類以上の二階建て専門医研修を実施可能な施設がない府県が 18 存在していた。

【考察】

- 地域における産婦人科専攻医を増やすための方策の一つとして、各地域での産婦人科の研修システムを整備し、大都市でなくても、充実した産婦人科専門医研修を行うことができる環境作りを行うことが考えられる。本研究では、産婦人科専攻医指導施設の中での二階建て産婦人科専門医養成施設の分布状況を明らかにすることを目的とした調査を実施した。
- この調査では施設認定の重複の状態を明らかにすることもできるが、それにより、初期研修・後期研修段階からより幅広く高度な産婦人科診療を経験することのできる施設の地域ごとの状況を明らかにすることも可能となる。
- その結果、複数の二階建て専門医制度の認定施設は産婦人科専攻医研修指導施設 723 施設中で 169 施設（23%）にとどまっていることが明らかになった。

特に 11 県では、複数の二階建て専門医制度から認定されている施設が 1 施設のみという県が 11 県あり、こうした県では専攻医研修の際に幅広く高度な産婦人科医療に接することのできる施設が非常に限定されていることが改めて明らかとなった。選択肢の乏しさは、地域における専攻医確保を制限する要因になる可能性が考えられた。

- また、地域間格差については、都道府県間の格差とともに、県内格差、県庁所在地とそれ以外の地域との間の格差の存在が指摘されている。今回の研究では、県庁所在地以外の産婦人科専攻医研修指導施設の二階建て専門医制度認定状況について検討を行った。その結果、18 府県では複数の二階建て専門医制度から認定されている施設が県庁所在地以外には存在しないことが明らかとなった。
- これまでの産婦人科専攻医数と専門医制度認定施設の整備状況について予備的な検討を行ったが、明らかな相関関係は認められなかった。
- 産婦人科の二階建て専門医制度は発展途上にあり、今後生殖医療専門医制度がさらに充実すると共に、婦人科内視鏡専門医制度、女性医学専門医制度についても施設認定が行われる予定となっている。また周産期領域では、超音波専門医、臨床遺伝専門医が今後非常

に重要な資格となると考えられている。

- 今後、地域における産婦人科医の確保のためには地域で専門医養成を確実に行うシステムを構築することが望ましい。またそれは、地域枠で入学し、それぞれの医学部の所在地で初期・後期研修を行うことが義務づけられている医学生たちが産婦人科専攻を選択しやすい環境を作るためにも必要性が高いと考えられる。
- 産婦人科研修施設マップは地域における産婦人科医養成の実態を明らかにする上で有用と考えられる。今後は各学会の施設認定更新ごとに情報を最新のものとするとともに、掲載する専門医制度の数を充実させていく予定である。

【結論】

- 地域における産婦人科医養成の実態を明らかにする目的で、産婦人科専攻医研修指導施設および産婦人科二階建て専門医制度認定施設分布を示す地図を作成し、地域による違いについて分析を行った。
- 地域における産婦人科医確保のためには、地域枠の医学生が産婦人科を専攻しやすい環境を整備する必要がある。そのためには、地域で産婦人科専門医養成を確実に行うシステムを構築することが望ましい。

【研究成果の発表】 なし。

表1：二階建て産婦人科専門医研修認定数ごとの施設数（都道府県別）

	産婦人科専攻 医研修指導施 設数	二階建て研修認定取得数 ごとの施設数				県庁所在地以外の二階建 て研修認定取得数ごとの施 設数			
		0	1	2	3	0	1	2	3
	全体	0	1	2	3	0	1	2	3
北海道	32	4	19	5	4	0	15	2	1
青森	10	4	5	0	1	4	3	0	1
岩手	8	2	5	1	0	1	4	0	0
宮城	13	2	8	2	1	2	4	1	0
秋田	10	0	9	0	1	0	5	0	0
山形	9	1	7	0	1	0	6	0	0
福島	9	5	3	0	1	4	3	0	0
茨城	13	6	5	2	0	6	3	2	0
栃木	9	0	6	1	2	0	5	1	2
群馬	13	5	6	1	1	3	6	0	0
埼玉	25	7	13	3	2	5	10	3	2
千葉	24	5	11	4	4	4	8	4	3
東京	84	29	33	11	11	6	8	3	2
神奈川	47	10	26	9	2	9	13	3	2
新潟	14	1	11	2	0	1	9	0	0
富山	8	3	3	2	0	3	1	0	0
石川	4	1	1	1	1	0	1	0	0
福井	7	1	3	2	1	1	1	0	1
山梨	6	4	0	1	1	2	0	0	1
長野	13	4	8	1	0	4	6	1	0
岐阜	11	2	7	1	1	1	7	0	0
静岡	24	4	17	2	1	3	11	2	1
愛知	41	12	20	4	5	9	9	3	2
三重	8	0	6	2	0	0	5	1	0
滋賀	9	0	7	1	1	0	6	0	0
京都	20	4	10	4	2	3	5	0	0
大阪	60	7	40	8	5	6	27	4	3
兵庫	32	9	18	3	2	7	13	3	0
奈良	7	0	5	2	0	0	4	1	0
和歌山	8	0	7	1	0	0	5	0	0
鳥取	5	0	4	0	1	0	2	0	1
島根	7	0	5	1	1	0	4	0	1
岡山	11	4	5	0	2	1	2	0	1
広島	18	4	11	2	1	1	8	0	0
山口	9	1	5	3	0	1	4	3	0
徳島	7	1	5	0	1	0	4	0	0
香川	8	1	5	2	0	0	3	1	0
愛媛	9	2	5	1	1	1	3	0	1
高知	6	0	5	1	0	0	2	1	0
福岡	23	6	7	7	3	5	4	4	1
佐賀	5	1	3	0	1	1	1	0	0
長崎	6	1	3	1	1	1	1	1	0
熊本	5	0	1	3	1	0	0	0	0
大分	5	0	3	1	1	0	2	0	1
宮崎	5	1	2	2	0	1	2	0	0
鹿児島	7	0	5	1	1	0	2	0	0
沖縄	9	4	3	1	1	3	2	1	1
合計	723	158	396	102	67	99	249	45	28

平成 24 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）

「地域における産科医、小児科医の実態把握に関する研究」

（24090201）

研究代表者 海野信也

平成 24 年度分担研究成果報告書

周産期医療機関の診療状況（医療資源・治療体制・教育体制） に関する研究

研究分担者

松田 義雄（東京女子医科大学産婦人科講座）

海野 信也（北里大学医学部産科学）

研究協力者

鈴木 真（亀田総合病院周産期医療センター）

研究要旨

周産期医療の質の評価のために必要な臨床指標について検討を行った。

医療の質の指標は構造・過程・結果の3つに分類され、評価される。構造の評価は第三者機関評価で多く取り入れられ、過程、結果の評価は、医学的評価で多く用いられている。過程の指標である診断、治療介入を適切に評価することが結果改善のためには有用であり、指標評価により問題点を明らかにして改善策を提示することができる。

周産期領域ではこれまで主として構造指標の一部のみが検討対象となってきたが、今後は、地域における医療の質の向上のために、客観的な評価方法の構築が必要と考えられる。

平成 24 年度は、全国周産期医療（MFICU）連絡協議会の実態調査結果の中から、医療の質の評価のための構造指標、過程指標の検討を行った。特に早産管理対応機能と産科危機的出血対応機能を例として、医療の質の評価の方法について検討した。

今回の検討により、周産期領域における医療の質の評価のために情報を収集すべき指標を整理することができた。

平成 25 年度にはこれらの指標から取捨選択し、地域ごとの診療の実情を客観的に示すことを目的として全国調査を実施する予定である。

A. **研究目的：**地域周産期医療提供体制の安定的確保を通じて、妊娠・分娩・産褥期を通して、女性と胎児・新生児に安全かつ質の高い医療を提供できる体制を構築するた

めに、現在の診療状況（医療資源・治療体制・教育体制）を把握・評価し、問題点を明らかにするための方法論を検討すること。