

(別項) 平成 25 年度産婦人科医療改革公開フォーラムの発表内容
(以下のスライドの順番は縦方向に進んでまいりますのでご注意ください)

平成 26 年 1 月 26 日

平成 25 年度「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革公開フォーラム」
議事次第

司会者 :

光田信明 (大阪府立母子保健総合医療センター 診療局長)
澤倫太郎 (医療改革委員会 副委員長)

挨拶 : 厚生労働省医政局指導課救急周産期医療等対策室 田中 剛 室長

第 1 部 : 13:00-14:00 : 基調報告

- 「今年度の医療改革委員会調査報告」: 医療改革委員会 海野信也
- 「産婦人科の動向と勤務医就労環境」: 日本産婦人科医会常務理事 中井章人
- 「医学部定員の地域枠と地域枠奨学金の実態について」: 研究班 村上真紀
- 質疑応答

第 2 部 : 各地域からの報告 : 14:00-15:00

- 「関東連合産科婦人科学会に設置された地域活性化委員会の取り組み」: 関東連合代表 藤井知行、山梨大 平田修司
- 「産婦人科集約化についての経済的観点からの考察－大阪泉南地域での経験と岐阜飛騨地域での試み」: 流通科学大学総合政策学部 中島孝子
- 「高齢化と女性医師の出産による地域産婦人科医療体制崩壊の危機」: 富山大 斎藤滋
- 質疑応答

第 3 部 : 総合討論 : 15:00-16:00

平成26年1月26日

日本産科婦人科学会
平成25年度拡大医療改革委員会
兼 産婦人科医療改革公開フォーラム

医療改革委員会 活動報告

医療改革委員会委員長
海野信也
「周産期医療の広場」
<http://shusanki.org/>

平成25年4月12日

産婦人科勤務医の勤務条件改善のための提言
公益社団法人日本産科婦人科学会理事長 小西郁生

- http://www.jsog.or.jp/statement/statement_130415.html
- 産婦人科医は、分娩取扱施設の大規模化と交代勤務制の導入を推進すること。
- 産婦人科医は、他の診療科の医師および他職種との連携を強化することを通じて、勤務環境の改善に努力し、産婦人科医としての本来業務の遂行に支障のない体制の整備に努力すること。
- 医療機関の責任者は、産婦人科医の労働実態を正確に把握し、医師及び医師以外の職種の職員の負担を行うこと等によってその勤務条件の緩和のために最大限の努力を行うとともに、時間外労働に対して適正な割増賃金を支払う等、適切な処遇を行うこと。
- 国は、医療機関が赤字に陥ることなく適正な時間外割増賃金を支払うことが可能なよう、診療報酬等の対応を適切に行うこと。

日本産科婦人科学会
拡大産婦人科医療提供体制検討委員会
拡大医療改革委員会

- 平成18年4月24日 拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 パシフィコ横浜
- 平成19年3月21日 第2回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 学士会館本館
- 平成19年11月18日 第3回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 弘済会館
 - 「地域産科救急医療体制の問題点」
 - 「各地域における産婦人科医療体制整備の取り組み状況と残された問題点」
- 平成20年11月1日、公開市民フォーラム「わが国のお産のあり方を考える」兼平成20年度第1回(通算第4回)拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 学術総合センター
- 平成21年1月25日 平成20年度第2回(通算第5回)拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 弘済会館
 - 「わが国の産婦人科医療提供体制のグランドデザイン」
- 平成22年1月24日 第1回「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革公開フォーラム」弘済会館
 - 「産婦人科医療改革グランドデザイン2010にむけて」
- 平成23年1月30日 平成22年度第3回「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革公開フォーラム」東京ステーションコンファレンス
 - 「産婦人科医療改革の展開」—現状把握と地域間、診療分野間、施設間の格差は正への取り組み
- 平成24年1月29日 平成23年度「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革 公開フォーラム」東京ステーションコンファレンス
 - 「産婦人科医療における格差は正に向いて」
- 平成25年1月27日 平成24年度「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革 公開フォーラム」東京ステーションコンファレンス
 - 「産婦人科専攻医が再び減少始めた。その原因と対策を考える」

2013年11月9日

日本産科婦人科学会
年度別入会者数(産婦人科医)の推移
—2013年9月30日現在の状況—

日本産科婦人科学会
医療改革委員会

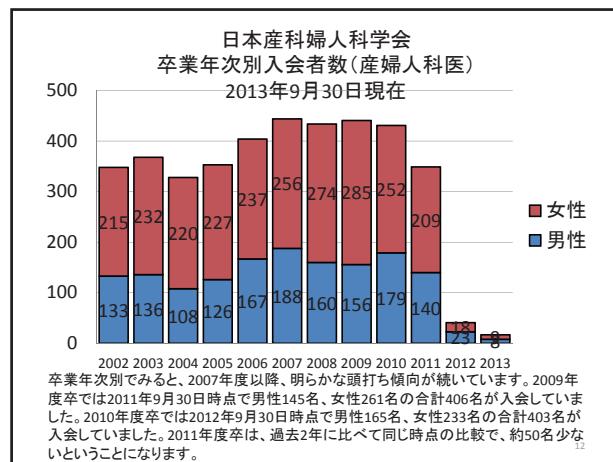
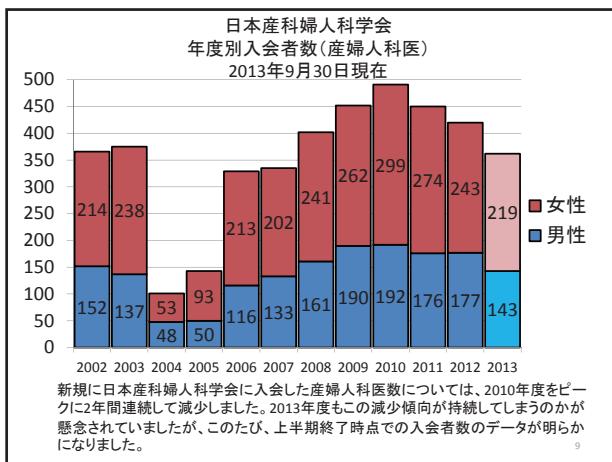
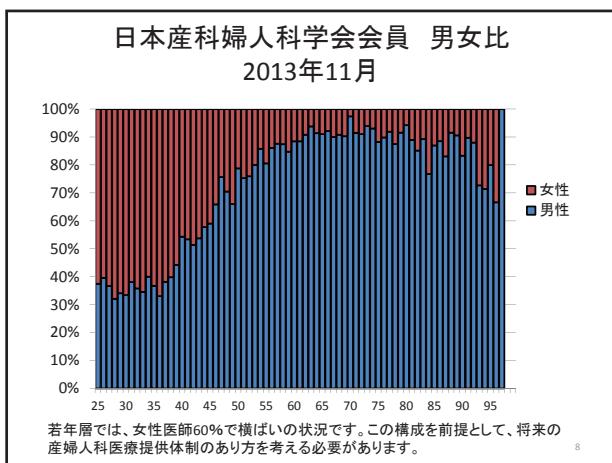
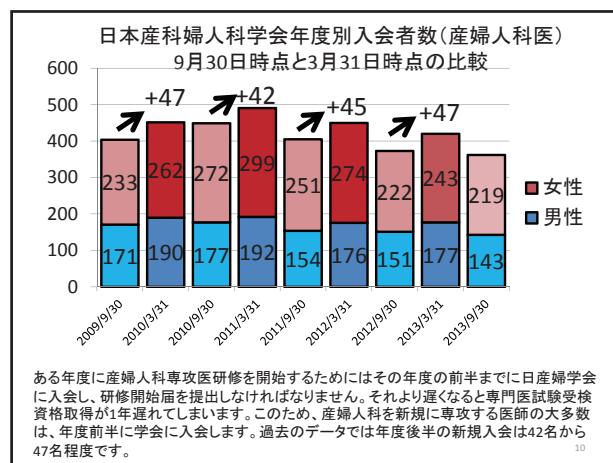
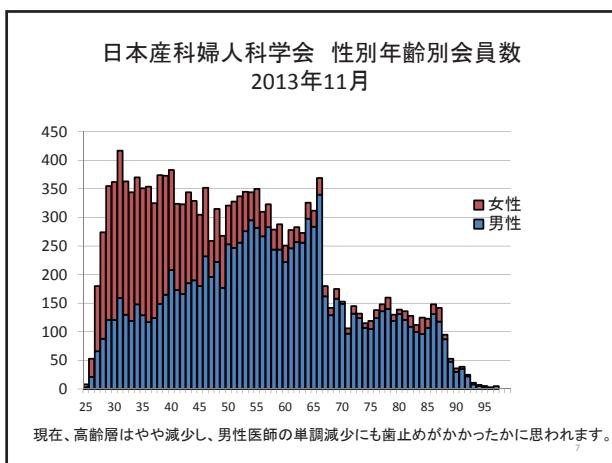
平成25年度の医療改革委員会の活動

- 常置的事業
 - 平成25年4月12日「産婦人科勤務医の勤務条件改善のための提言」
 - 日産婦学会員数に関する調査検討
 - 都道府県別高齢化率の比較
 - 都道府県別30歳代産婦人科医の数と構成について
 - 第6回「産婦人科動向意識調査」
 - 第7回「大学病院産婦人科勤務医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査」
- 新規事業
 - 第1回「医学部地域枠学生の動向」に関する実態調査
 - 第2回 産婦人科医の就労状況調査

日本産科婦人科学会 性別年齢別会員数
2005年11月

年齢群	女性	男性
25-29	20	10
30-34	350	200
35-39	330	220
40-44	300	250
45-49	380	350
50-54	320	300
55-59	350	280
60-64	200	150
65-69	150	100
70-74	200	150
75-79	180	120
80-84	150	80
85-89	100	50
90-94	50	20
95	10	10

2005年 産婦人科医は高齢層が多く、若年層で男性医師が急速に減少していました。

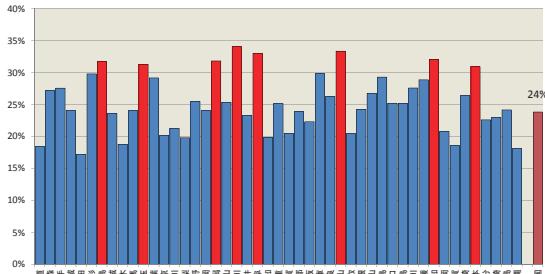


考 察

- 日産婦学会では2007年度にサマースクールを開始し、新規産婦人科専攻医500名を目指すProject 500を発表しました。その後2008年度から2010年度まで、新規入会者が漸増しましたが、2011年度以降徐々に減少してきています。
- 女性の入会者数は2010年度卒以降、明らかな減少が認められます。**また2011年度卒では早期入会の減少が認められます。これは、2010年度に医師臨床研修制度の見直しが行われ、産婦人科が必修診療科から選択必修に変更された結果、研修医の時点で産婦人科診療現場に接する機会が減少したことと関係があると考えられます。
- 今回の分析が正確だとすると、**2011年度卒の産婦人科医の数は2006年度卒の水準(400名程度)に戻ってしまうことになります。**このままで地域の分娩環境を確保し、産婦人科医療水準を維持することができなくなることは確実です。新規産婦人科専攻医数をもう一度増加に転じさせる必要があります。
- そのためには、これまで続けてきた産婦人科医療確保のための支援策を継続することだけではなく、医師臨床研修制度における選択科目のあり方をもう一度見直すこと、地域医学生や地域枠奨学金取得学生の進路選択において産婦人科専攻を推奨し誘導すること等の**抜本的な対策が必要**と考えられます。

13

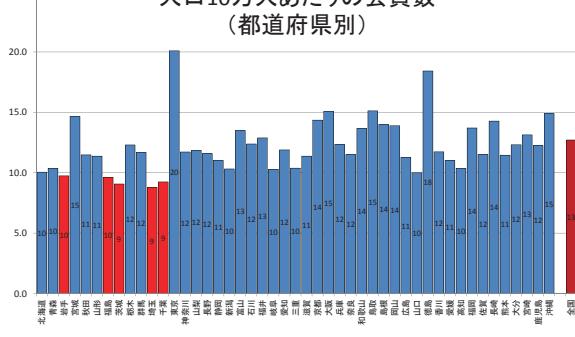
産婦人科医の高齢化率 日産婦学会員中で65歳以上の会員が占める割合 (都道府県別)



日産婦学会員の65歳以上である率が30%以上であるのは、福島県、埼玉県、新潟県、石川県、岐阜県、和歌山県、高知県、熊本県です。

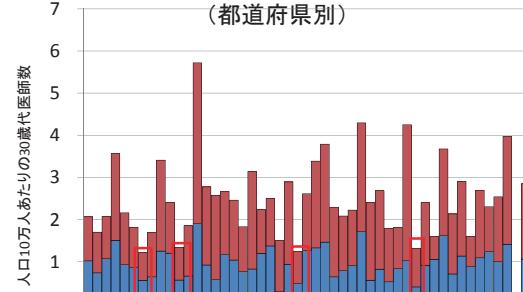
16

日本産科婦人科学会
人口10万人あたりの会員数
(都道府県別)



全国平均では、人口10万人あたりの産婦人科医数は12.7名です。仮に10名未満のところを「異常に少ない」とすると、岩手県、福島県、茨城県、埼玉県、千葉県がそれに該当することになります。

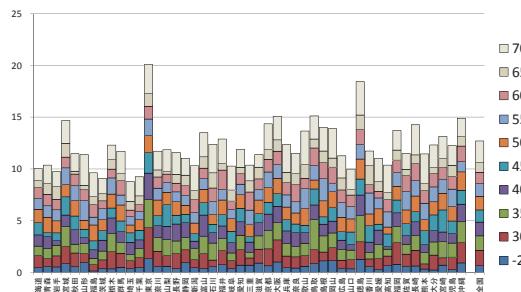
若年層の産婦人科医数
人口10万あたり
(都道府県別)



30歳代の産婦人科医が人口比で多めのところは、宮城、栃木、東京、富山、京都、大阪、鳥取、徳島、福岡、沖縄であり、少なめのところは、福島、埼玉、岐阜、三重、香川となっています。

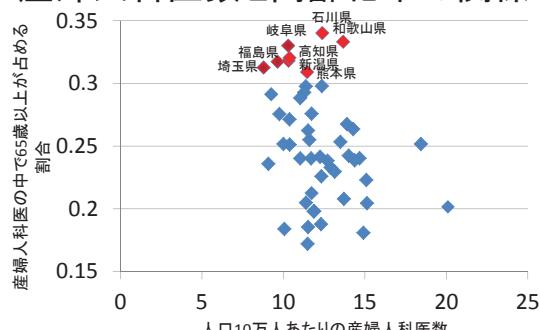
17

日本産科婦人科学会
人口10万人あたりの年齢層別会員数
(都道府県別)



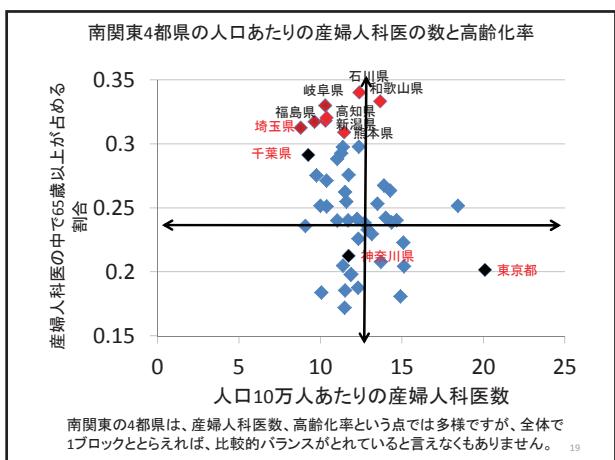
日産婦学会員の中で65歳以上の会員が24%を占めています。都道府県別にみると、17%の秋田県から34%の石川県まで比較的広い幅に分布していることがわかります。

産婦人科医数と高齢化率の関係



人口あたりの産婦人科医数が少なく、高齢化率が高く、30歳代産婦人科医が少ない、という点で、福島、埼玉、岐阜の状況は厳しいと考えられます。

18



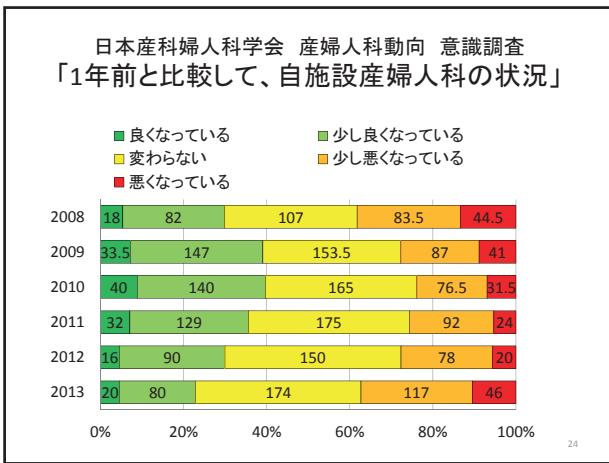
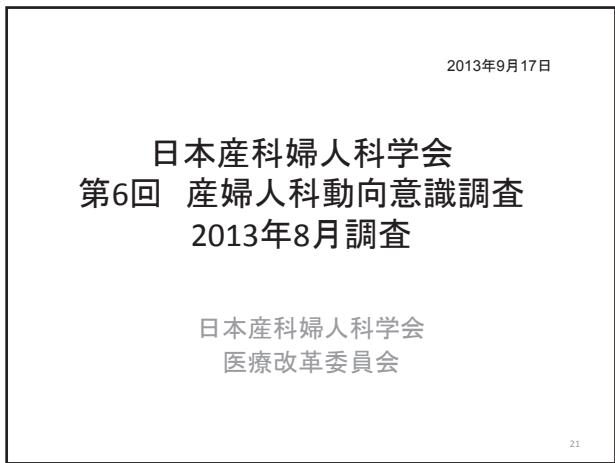
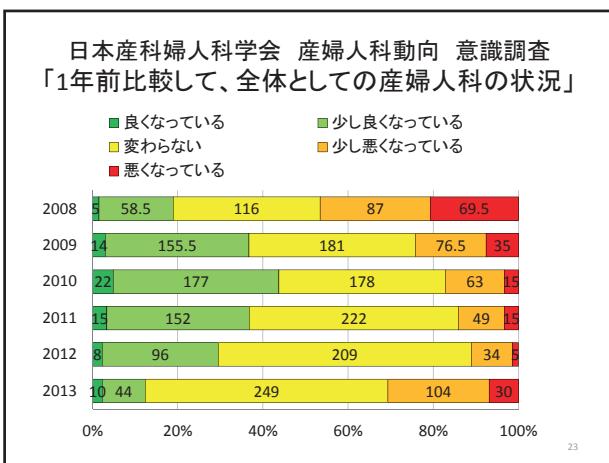
日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査
調査結果

	調査対象施設数	回答数	回答率
2008年	756	332	44%
2009年	742	462	62%
2010年	744	458	62%
2011年	726	456	62%
2012年	723	349	48%
2013年	666	442	66%

南関東4都県を1ブロックととらえた場合

- 人口:3570万人(全人口の28%)
- 産婦人科医数:4927名(全体の30%)
- 人口10万人あたりの産婦人科医数:138名(全国平均の108%)
- 65歳以上の産婦人科医:1127名(23% 全国平均は24%)
- 55-64歳の産婦人科医:766名(全体の26%)
- 30-39歳の産婦人科医:1221名(全体の34%)

20



動向指数の計算

- 全国および各地域における「全体」と「自施設」に関する回答について以下の方法で動向指数を計算した。

【良くなっている+少し良くなっている】-【悪くなっている+少し悪くなっている】/全体の回答数

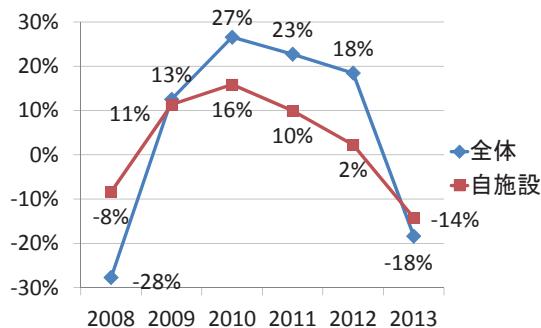
25

2013年8月 日本産科婦人科学会
第6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	90
2. 勤務の過酷化	31
3. 女性医師の勤務緩和・産休・育休関連	30
4. 高齢化	6
5. 待遇悪化	3
6. 地域医療システム悪化	3
7. 小児科医不足	2
8. 患者の要求増大	2
1. 人員増	45
2. 新入局者増	15
3. 診療の活性化	11
4. 勤務条件の緩和	8
5. 待遇改善・手当増	6

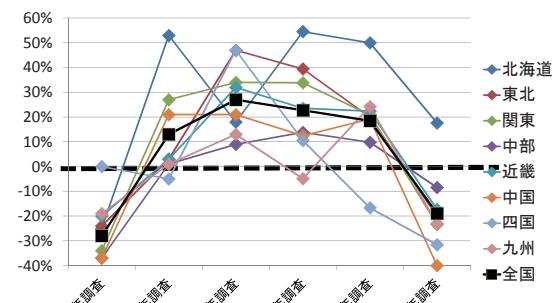
28

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



26

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



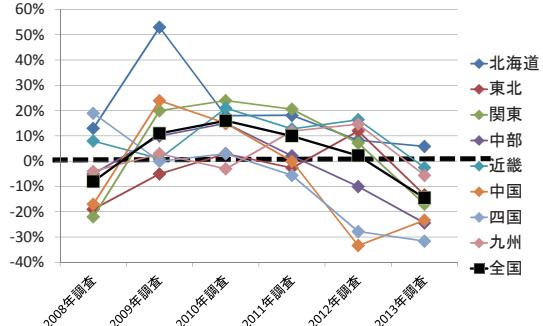
29

2013年8月 日本産科婦人科学会 第6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	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 産婦人科医師数減	34	1.	人員増	11				
2. 産婦人科新規専攻医減	25	2.	志望者増	6				
3. 地域格差拡大	15	3.	地域医療システムの改善	3				
4. 分娩施設減	11	4.	学会の姿勢	3				
5. 業務の増加	9	5.	訴訟減	3				
6. 志望者減	8	6.	待遇改善	2				
7. 女性医師の増加・男性医師の減少	7	7.	社会の理解	2				
8. 患者からの要求増大	4							

27

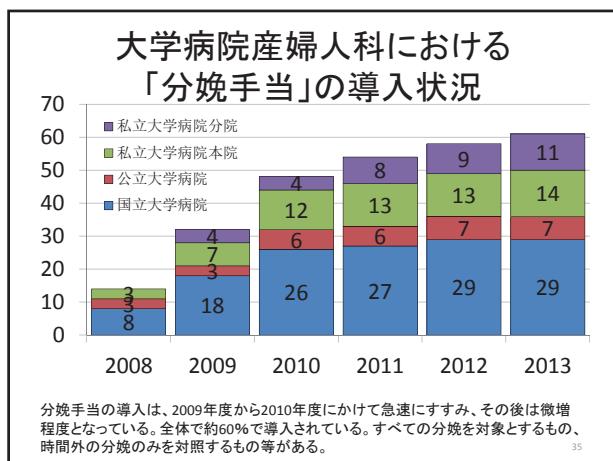
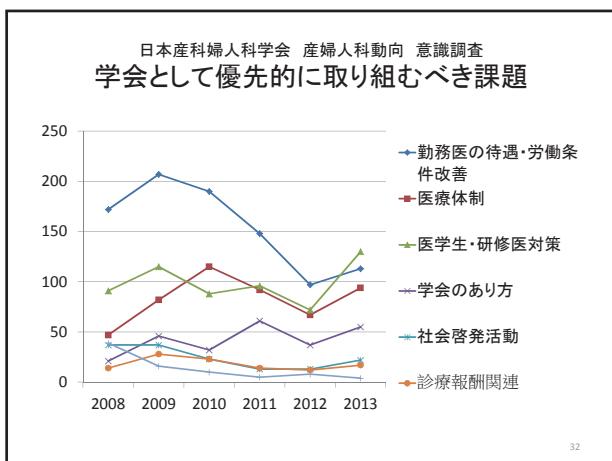
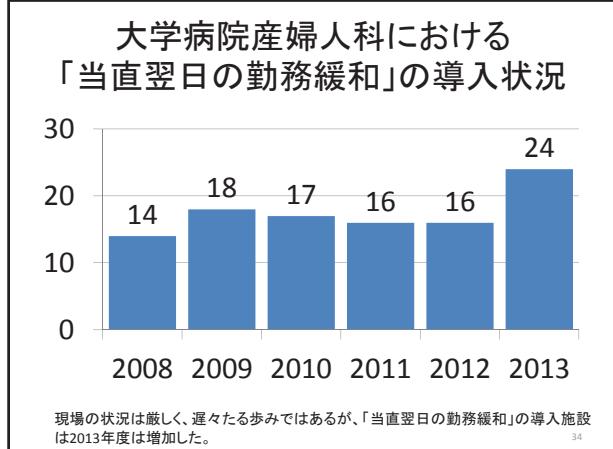
日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 「産婦人科の状況に関する意識」 動向指数の変化 地域別 自施設の産婦人科の動向



30

日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査
第5-6回 産婦人科動向 意識調査
学会として優先的に取り組むべき課題 上位の10項目

		2012	2013
1	産婦人科医をふやす努力	47	77
2	地域偏在対策	35	41
3	女性医師の勤務環境整備	31	30
4	勤務医の待遇改善	22	22
5	勤務医の労働条件改善	9	21
6	分娩施設・病院の集約化・定員増	4	17
7	男性医師を増やす方策	11	17
8	ドクターフィー・分娩手当	2	11
9	医療体制に関する方針のさらなる検討・地域病診連携・病病連携	2	11
10	専門医申請要件・指導施設要件の厳格化への批判	12	10 ₃₁



日本産科婦人科学会
第6回 産婦人科動向意識調査
調査結果のまとめと考察

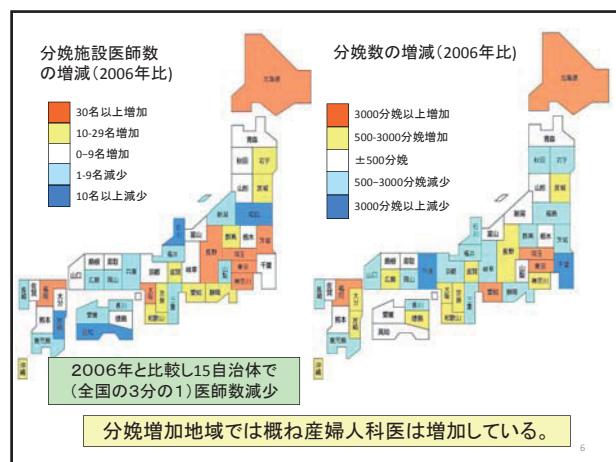
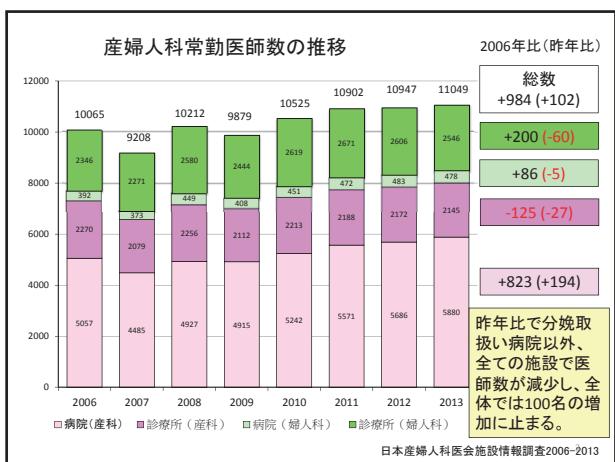
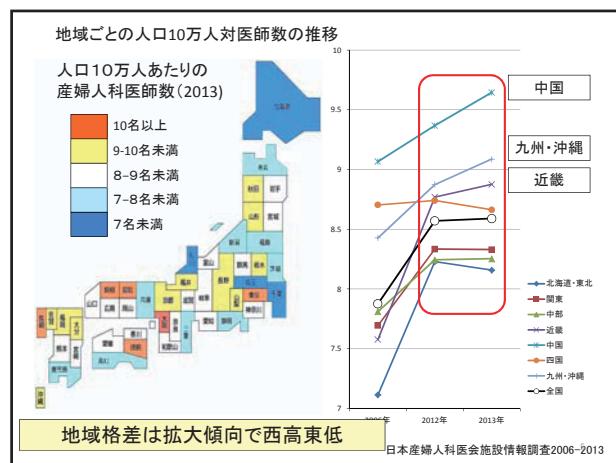
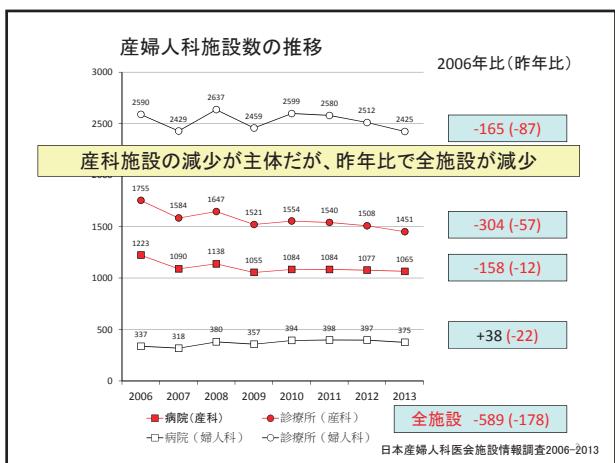
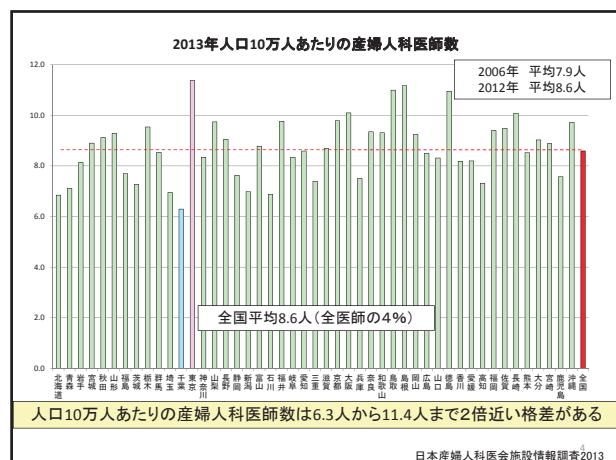
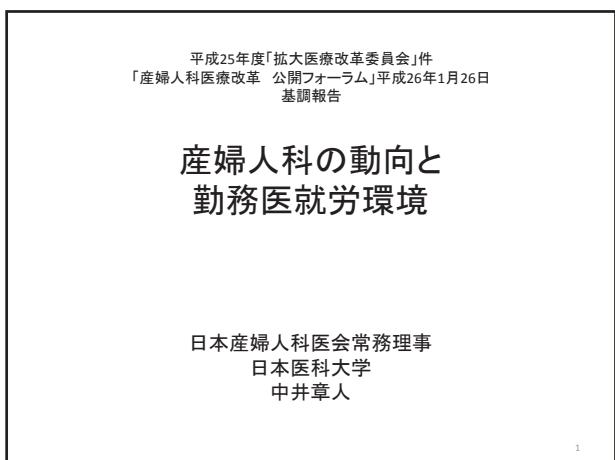
- 第一線の産婦人科医の産婦人科の現状についての認識は、2010年をピークとして、3年連続で悪化し、調査を開始した2008年のレベルに戻ってしまった。
- その理由としては、産婦人科医の不足・減少、地域格差の拡大があげられている。これは産婦人科新規専攻医の増加が2010年まで続いた後、減少に転じていること、そして増加した医師の多くが大都市圏に集中していることと密接に関係していると考えられた。
- 今回はじめて、優先課題として勤務医の待遇・労働条件の改善よりも医学生・研修医対策をあげる意見が多くなっており、産婦人科医不足に関する現場の危機意識の高まりを反映していると考えられた。
- 具体的な優先課題としては、これまでの調査同様、産婦人科医をふやす努力、地域偏在対策、女性医師の勤務環境整備、勤務医の待遇改善、勤務医の労働条件改善が上位を占めた。

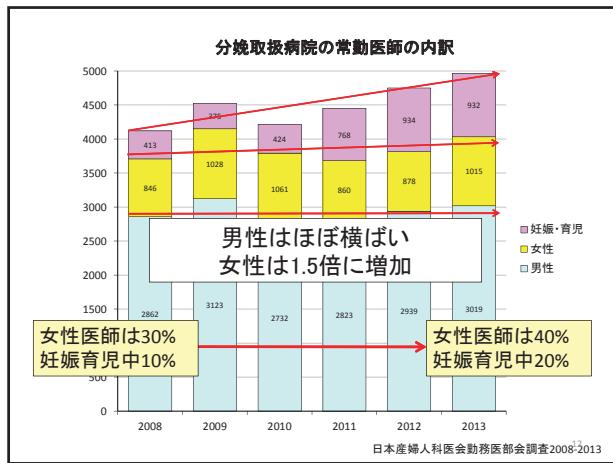
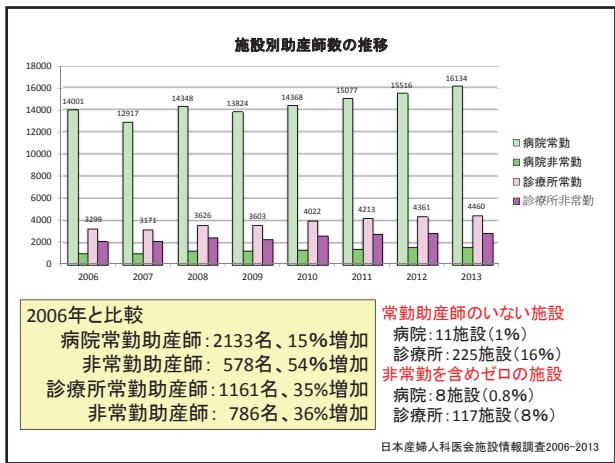
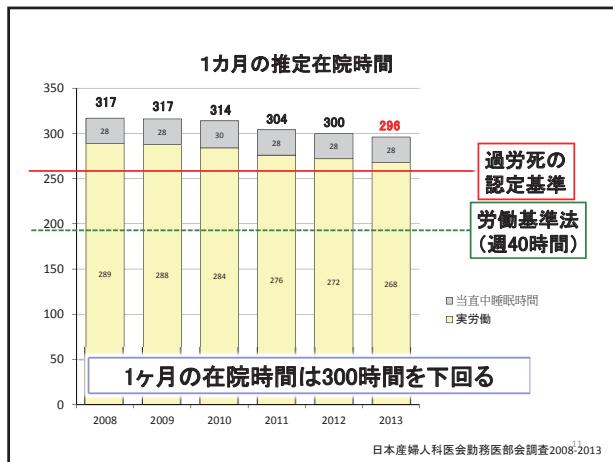
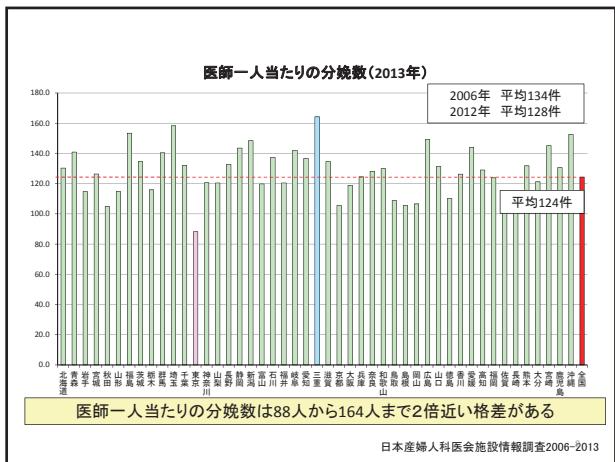
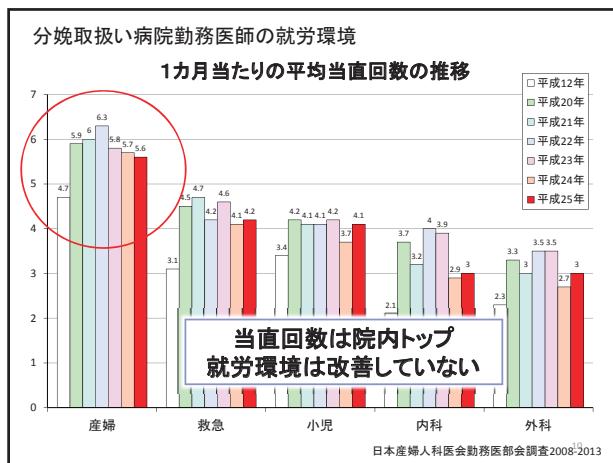
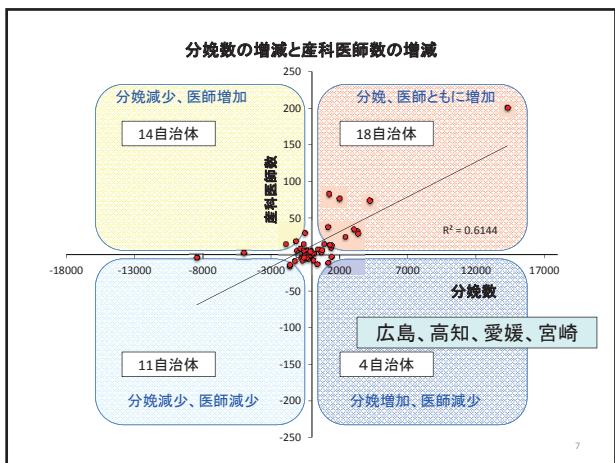
33

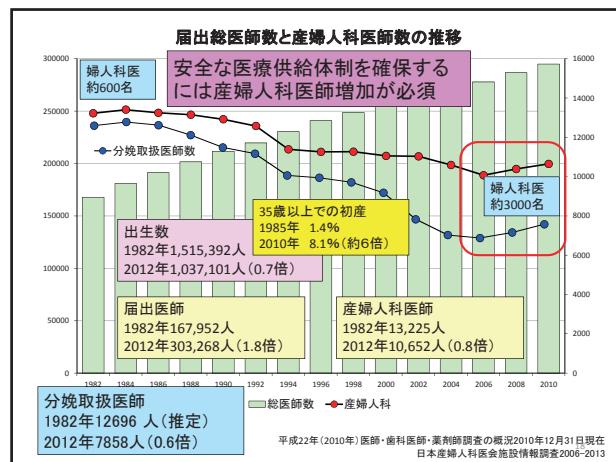
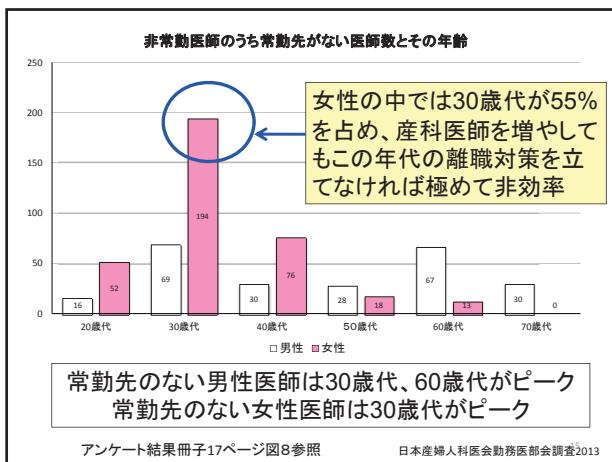
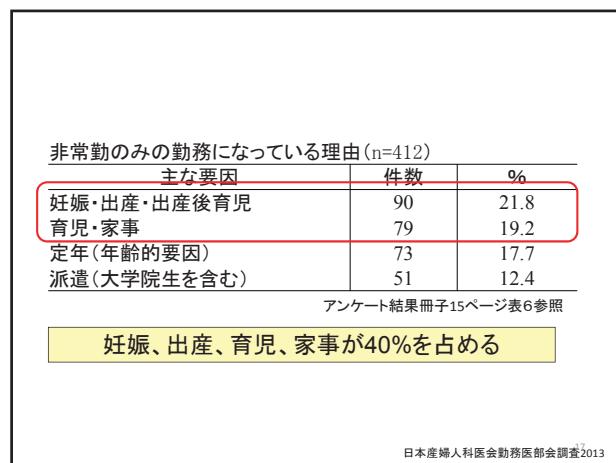
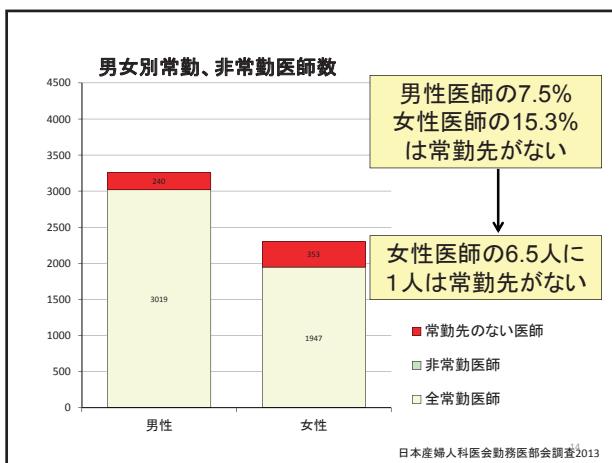
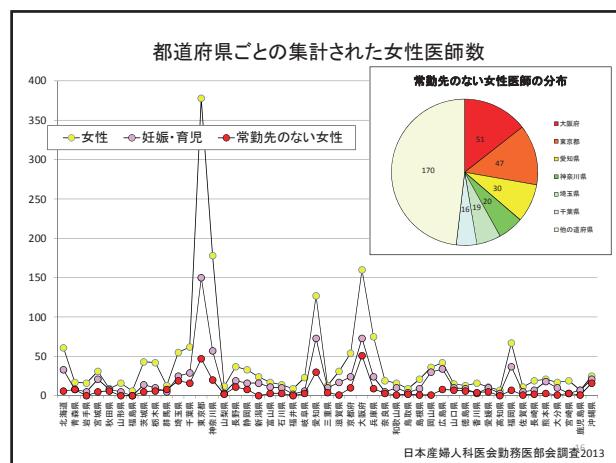
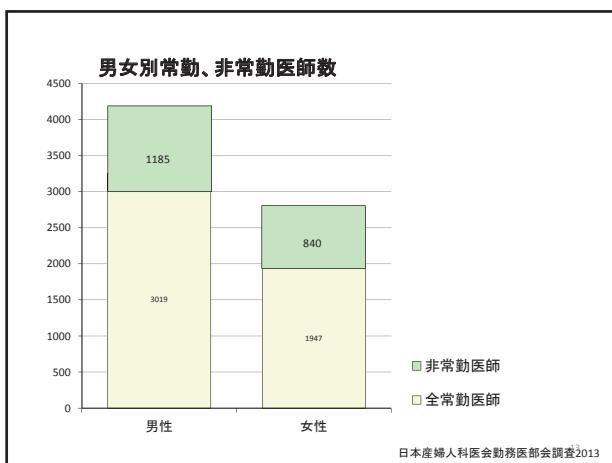
総括

- 産婦人科医には高齢化の問題と若手医師不足とその中の女性医師の割合増加という問題があり、多くの地域で状況は悪化しつつある。
- 様々な努力によっていったん増加した新規産婦人科専攻医は、3年連続で減少し、事態を開拓する方策は見つかっていない。
- 産婦人科医は、
 - 分娩取扱施設の大規模化と交代勤務制の導入を推進、
 - 他の診療科の医師および他職種との連携を強化することを通じて、勤務環境の改善に努力する必要がある。

36







問題点

30年前と比較し届出総医師数は1.8倍に増加したが、産婦人科医師は20%減少している。

全国3分の1の自治体で常勤産婦人科医は減少し、地域格差は2倍近くに及んでいる。分娩取扱い病院では就労継続のため、保育所設置、時短勤務、勤務緩和、各種手当の支給など支援に努めているが、女性医師の離職は進む傾向で、6.5人に1人は常勤先がない。新人の60%を占める女性医師の就労継続がなければ、産婦人科医療は破綻する。

今後の検討課題

- ・女性医師の就労支援:
従来の支援に加え、非常勤医師の活用を検討(調査中)。
- ・医師増加と偏在解消:
年間約1300名(16%)の地域枠入学者への産婦人科専攻勧誘。

19

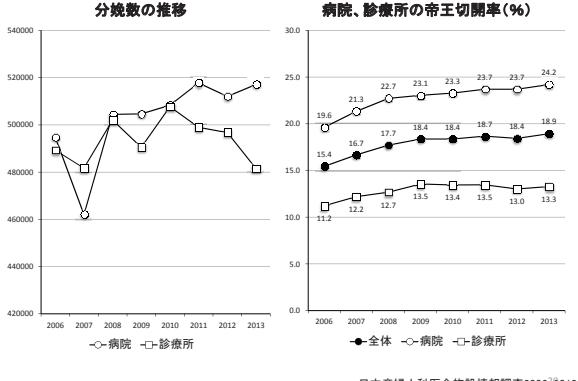
医師1人あたりの分娩数の年次推移

	2006年	2012年	2013年		2006年	2012年	2013年
北海道	134.4	129.0	130.3	滋賀	148.2	145.2	134.6
青森	155.2	148.3	140.9	京都	115.2	107.8	105.5
岩手	146.2	115.8	114.6	大阪	136.3	123.1	118.9
宮城	125.7	114.4	126.4	兵庫	151.9	128.2	124.5
秋田	131.3	99.2	104.9	奈良	132.0	133.8	128.2
山形	130.9	127.3	114.9	和歌山	154.6	129.7	129.9
福島	147.2	150.5	153.4	鳥取	117.2	113.9	108.7
茨城	167.7	137.0	134.7	島根	111.1	106.9	105.6
栃木	116.4	110.0	115.9	岡山	109.4	94.5	106.6
群馬	180.0	146.8	140.4	広島	139.3	159.0	149.2
埼玉	166.7	154.0	158.3	山口	147.8	150.2	131.4
千葉	150.0	133.9	132.1	徳島	106.3	82.8	110.2
東京	92.2	94.4	88.2	香川	130.7	132.8	126.4
神奈川	137.2	128.8	120.6	愛媛	132.0	133.4	144.0
山梨	115.3	123.4	120.5	高知	94.7	129.2	129.0
長野	173.2	134.2	132.8	福岡	140.5	129.1	123.9
静岡	163.9	156.8	143.5	佐賀	123.8	117.4	112.2
新潟	148.1	149.0	148.4	長崎	112.9	117.6	113.7
富山	121.5	120.5	119.8	熊本	137.2	147.8	131.8
石川	135.1	128.1	137.5	大分	122.9	130.6	121.2
福井	127.5	121.9	120.5	宮崎	116.3	138.5	145.2
岐阜	150.2	155.9	142.1	鹿児島	132.6	141.7	130.7
愛知	138.2	142.8	136.7	沖縄	161.4	159.2	152.6
三重	165.7	165.7	164.2	全国	134.3	128.3	124.4

2006年と比較し10自治体、昨年比で12自治体で
医師一人あたりの分娩数は増加している。

22

参考資料



日本産婦人科医会施設情報調査2006~2013

アンケート結果冊子36ページ表23参照							
	2013年	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年	2007年
対象施設	1,103	1,112	1,118	1,142	1,157	1,177	1,281
有効回答(%)	795(72.2)	793(71.3)	754(67.4)	769(67.3)	823(71.1)	853(72.0)	794(62.0)
分娩数							
1施設あたりの医師数	510.8	501.0	507.0	498.3	499.8	474.8	446.3
常勤医師	81.8	83.6	85.9	90.9	88.9	98.3	98.4
1施設あたりの医師数	6.2	6.0	5.9	5.5	5.6	4.9	4.5
常勤医師	2.5	2.4	2.0	1.9	1.9	1.9	1.5
推定平均在院時間(1ヶ月)	296	300	304	314	317	317	NA
当直							
回数(ヶ月)	5.6	5.7	5.8	6.3	6.0	5.9	6.3*
翌日勤務緩和(%)	193(24.3)	172(21.7)	163(21.6)	156(20.3)	156(19.0)	142(16.7)	58(7.3)
手当増額(%)	NA	NA	NA	130(16.9)	144(17.5)	124(14.5)	73(9.2)
分娩手当(%)	463(58.2)	467(58.9)	427(56.6)	416(54.1)	339(41.2)	230(27.0)	61(7.7)
特殊手当(%)	NA	122(15.4)	139(18.4)	154(20.0)	143(17.4)	110(12.9)	41(5.2)
ハイリスク加算の還元(%)	59(10.2)**	57(12.1)**	47(10.3)**	42(9.5)**	39(8.2)**	66(7.7)	5(0.6)

* 2006年度定点調査より換算

**ハイリスク加算の請求がある施設における頻度

NA: not applicable.

日本産婦人科医会勤務部会調査2008~2013

産婦人科医師数(人口10万対)年次推移			
	2006年	2012年	2013年
北海道	6.0	7.3	6.8
青森	6.1	6.9	7.1
岩手	6.4	8.1	8.1
宮城	8.4	9.1	8.9
秋田	7.4	9.8	9.1
山形	7.9	8.7	9.3
福島	7.5	7.7	7.7
茨城	6.4	7.2	7.3
栃木	9.1	9.9	9.5
群馬	7.9	8.5	8.5
埼玉	6.3	6.8	6.9
千葉	6.5	7.0	6.3
東京	10.0	10.7	11.4
神奈川	7.7	8.4	8.3
山梨	9.8	9.3	9.7
長野	7.1	9.0	9.1
静岡	6.7	7.4	7.6
新潟	6.9	6.9	7.0
富山	9.0	8.4	8.8
石川	8.6	8.1	6.9
福井	9.2	9.6	9.8
岐阜	7.2	8.0	8.3
愛知	7.9	8.5	8.6
三重	7.5	7.5	7.4
全国	7.9	8.6	8.6

2006年と比較し11自治体、昨年比で14自治体で
人口10万人あたりの産婦人科医師数は減少している。

21

女性医師支援に関する調査結果の比較					
	2013年	2012年	2011年	2010年	2009年
対象施設	1,103	1,112	1,118	1,142	1,157
有効回答(%)	795(72.0)	793(71.3)	754(67.4)	769(67.3)	823(71.1)
集計された女性医師数(%)**	1,947(39.2)	1,812(38.1)	1,626(36.6)	1,485(35.2)	1,503(32.5)
妊娠・育児中の女性医師数(%)***	932(47.9)	934(51.5)	768(47.2)*	424(28.5)	475(31.6)
院内保育所の設置状況					
設置施設数(%)****	526(66.2)	494(62.3)	457(60.6)	426(55.4)	436(53.0)
病児保育(%)****	190(23.9)	149(18.8)	122(16.2)	92(12.0)	85(10.3)
24時間保育(%)****	183(23.0)	151(19.0)	114(15.1)	135(17.6)	134(16.3)
利用者数	196	174	190	172	163
代替医師派遣制度(%)****	101(12.7)	104(13.1)	86(11.4)	72(9.4)	79(9.6)
妊娠中の勤務					
制限がある(%)****	375(47.2)	384(48.4)	363(48.1)	359(46.7)	378(45.9)
勤務可能な医師数	22.9	21.9	21.8	22.0	22.5
育児中の勤務					
制限がある(%)****	345(43.4)	338(42.6)	314(41.6)	338(44.0)	363(44.1)
勤務可能な医師数	20.5	17.9	20.6	14.7	17.5

*妊娠中:123人(7.6%),育児中(就学前):477人(29.3%),育児中(小学生):168人(10.3%)を別に集計(重複有り)

**全医師に対する頻度

***全女性医師数に対する頻度

****全施設に対する頻度

NA: not applicable.

日本産婦人科医会勤務部会調査2013

医学部定員の地域枠と 地域枠奨学金の実態について

厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域における産科医・小児科医の実態把握に関する研究」
研究協力者
・医療法人愛和会愛和病院産婦人科
村上 真紀

1

医療改革委員会による 各大学病院を対象とした調査

- 各大学病院を対象に調査
 - 入学時の定員としての地域枠の有無及び定員数・実数
 - 地域枠と連動した奨学金・修学資金制度の有無
 - 地域枠及び奨学金・修学資金制度対象者に対する教育プログラム等の有無
- 設問は、「地域枠」「地域枠の奨学金制度」の有無を尋ねるものだったが、実際には大きく分けて以下の3つが存在している
 - 「地域枠」
 - 入学時の定員
 - 「地域枠と連動した奨学金・修学資金制度」
 - 地域枠入学者に貸与される奨学金・修学資金制度
 - 「地域枠と連動しない奨学金・修学資金」
 - 地域枠入学者以外に、入学後に貸与が決定される奨学金・修学資金制度

設問に難があり、②と③が区別されない回答が多くった
→各大学の入試要項等を確認して可能な限り補足、確認困難だった施設は回答のまま集計

4

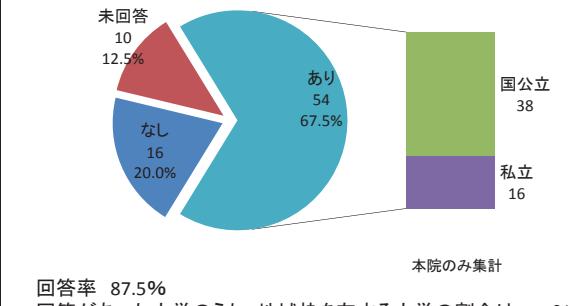
地域枠とは

Wikipediaより(抜粋)

- 医学部地域枠推薦とは、僻地の医師不足を解消するため各地方の国公私立大学医学部医学科が設置している推薦入試枠のことである。
- 受験条件は各大学によって異なるが、受験者をその大学が立地する県の高校の出身者に限定したり、卒業後の勤務地をその県に限定していることが多い。

2

地域枠の有無



本院のみ集計

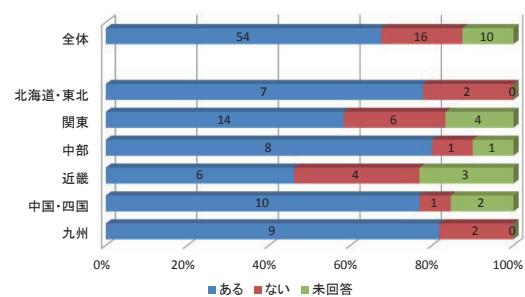
地域枠の実態把握

地域枠制度が(若手)医師の地域への定着が目的と考えられることを踏まえ、

- 各大学及び地域における地域枠制度について実態を把握するとともに、地域枠制度を利用した学生を地域の産婦人科医に誘導できる可能性を検討する
- 自治体等で実施されている、特定の診療科を選択した場合に貸与される奨学金制度についても併せて調査する

3

地域枠の有無 (地域別)



6

地域枠制度の詳細

	①入学時の枠としての 地域枠定員がある	②地域枠の 奨学金制度がある	③その他の 制度がある
全体	36	31	2
北海道・東北	5	3	1
関東	11	11	1
中部	5	4	0
近畿	3	1	0
中国・四国	7	6	0
九州	5	4	1

①②③は重複の場合あり

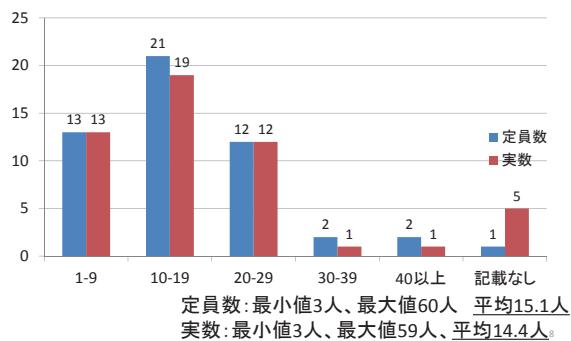
7

地域枠学生に 特別なアプローチを行っているか

- 行っている 4施設
 - 行っていない 49施設
 - 今は無いが今後企画する予定 13施設
- どの学生が地域枠か分からないのでアプローチ
できない 2施設

10

1校・1学年あたりの地域枠定員数 (平成25年度入学の定員数)



小括

- 地域枠定員を有する大学は7割以上に及んでいた
 - 総定員の4分の1程度を占める大学も少なくなかった
 - 他県からの地域枠を有する大学も多数あった
- 地域枠対象者に対して、
 - カリキュラム・セミナー等を実施する大学は半数に及ばなかった
 - 実施されている大学は、地域医療学に関する講座が教育を行ったり、自治体がセミナー等を実施したりしていた
 - 産婦人科医局として特別なアプローチはほとんど行われていなかつた
 - 地域枠対象者を大学等から明らかにされていないと回答した施設もあった

11

地域枠学生向けに 特別なカリキュラム・セミナー等は 行われているか

- 行われている 21施設
- 行われていない 41施設
- 今は無いが今後企画する予定 5施設

9

各都道府県自治体ホームページからの 情報収集

- 各都道府県のHPで【医師確保】【修学資金】【地域枠】などのキーワードで検索し、以下の募集があるものについてリストアップ
 - 地域で医療に従事することを前提とした、医学生に対する修学基金貸与制度
 - 特定の大学における地域枠
 - 初期・後期研修医及び大学院生に対する資金貸与制度も併せて収集
 - 都道府県の制度でなくとも都道府県HPで紹介されれば収集
- 各医学部HPにおける地域枠・自治体からの奨学金の情報と過不足がある場合は追加
- 可能な限り最新の情報: 平成26年度入学・採用・貸与開始に関する内容をピックアップ
 - 募集・公開がまだのものについては平成25年度の要綱を記載

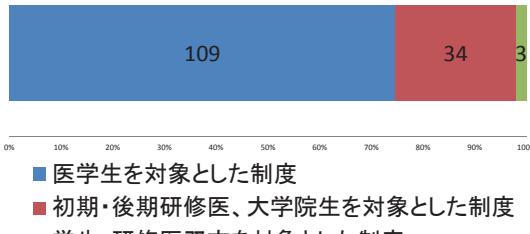
12

ピックアップした項目

- ・ 対象者の条件
 - 出身地、大学の規定の有無
 - 自県対象の地域枠か、他県の地域枠か
- ・ 貸与額と貸与年数
- ・ 返還免除の条件
 - 義務年限、施設及び診療科等の規定
- ・ 制度名がひとつであっても、含まれる個々の条件により募集人数や返還条件等の明確な区分がある場合(例:診療科縛りの有無など)は、複数制度としてカウント

13

地域・大学における 地域枠・奨学金制度の総数



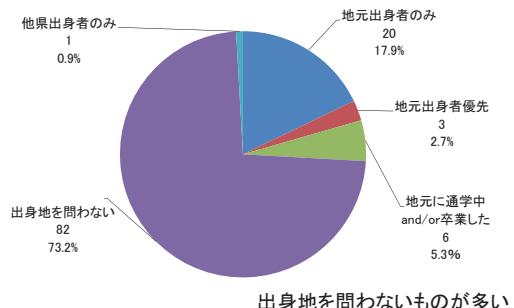
16

The screenshot shows the official website for the Kanagawa Prefecture Medical Education Loan Program. It features two main sections: 'Kanagawa Prefecture Medical Education Loan Program' and 'Kanagawa Prefecture Regional Medical Education Loan Program'. Both sections provide detailed information about the application process, including requirements for residence, financial aid amounts, and repayment terms. The site also includes a link to the 'Application Page' and a note indicating the date of the latest update.

14

<学生を対象とした制度> 出身地は条件？

(2親等以内が県内に在住、小・中・高校いざれか県内に通学、なども含む)



17

神奈川県地域医療医師修学資金貸付制度について

1 貸付対象者

北里大学医学部、聖マリアナ医科大学及び東海大学医学部に入学された方で、将来県内の医療機関において、一定期間以上、産科(産科医の資格を行う産科人科を含む)、小児科、麻酔科、外傷、内科又は救急科(以下「地域医療関連診療科」といふ。)を担当する医師の業務に従事する意思を有する方

2 収入基準及び貸付期間

入学前のうち6名(東海大学医学部は6名)に、大学1年次から6年次までの6年間、修学資金が貸付けられます。

3 貸付方法

神奈川県から原則、毎月貸付けが行なわれます。

4 貸付金

月額10万円

5 還還免除

大学卒業後直ちに臨床研修を受け、特定期間(臨床研修を除く9年間)以上、指定医療機関(県内の医療機関のうち、県が指定する病院又は診療所の指定診療科(地域医療関連診療科)のうち、大学5年次に県が指定する診療科)の業務に継続して従事した者は、修学資金の返還の債務を免除します。

※ 返還免除に該当しなくなった場合には、原則1月以内に貸付けを受けた修学資金に利息(年10%)を付した額を返還していただきます。

6 指定診療科・指定病院について

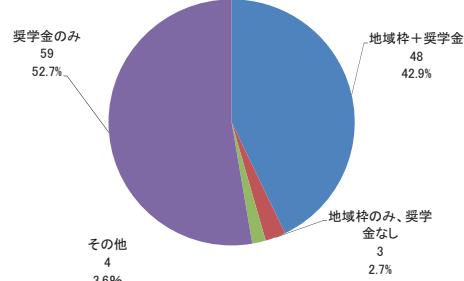
【指定診療科】 大学5年次終了時に、県内医療の状況、学生本人の特性(希望、能力、適性)、大学の意見を総合的に勘査して、地域医療関連診療科の中から県が指定します。

【指定病院】 臨床研修終了時に、神奈川県医療奨学協議会(*)において協議のうえ、県内医療機関の中から勤務していくべき医療機関が県が指定します。

なお、指定する医療機関は、医師が不足している地域の病院又は診療所を想定しています(県立病院に限るものではありません)。また、指定後は9年間同一の指定医療機関に勤務していただくことは限らず、県内医療の状況をみながら、いくつかの医療機関に勤務していく場合もあります。

15

<学生を対象とした制度> 大学地域枠と連動した奨学金？



18

地域枠・奨学金の条件として 診療科は含まれるか

医学生	診療科指定あり	26	23.2 %
	診療科またはへき地を条件	7	6.3 %
	診療科で奨学金加算	2	1.8 %
	診療科で義務年限減免	1	0.9 %
	診療科に関する条件なし	76	67.9 %
研修医	診療科指定あり	25	67.6 %
	診療科で奨学金加算	1	2.7 %
	診療科に関する条件なし	11	29.7 %

産科を条件とするものは、医学生対象で32制度、研修医対象で21制度

小括

- 地方自治体による奨学金制度が多数設けられている
 - 大学の地域枠制度と連動しない制度が半数
 - 大学を問わない奨学金も多い
 - 後半学年から貸与が開始される奨学金も
 - 特定の診療科を選択したら貸与が決まる制度がこのタイプ
 - 自治体からの貸与に加えて、大学法人からの貸与額がプラスされる制度も存在
- 出身地を条件にする奨学金は3割弱にとどまる
- 返還免除の勤務上の条件のほとんどは、知事や自治体が指定するへき地等の病院または特定の診療科に一定期間在職すること

22

＜産科従事者を対象とした制度＞ 貸与額

	大学生	研修医・大学院生
月額10万円未満	3	0
月額10万円以上～15万円未満	13	2
月額15万円以上～20万円未満	5	0
月額20万円以上～30万円未満	7	7
月額30万円以上	1	0
年額100万円未満	0	2
年額100万円以上～150万円未満	1	0
年額150万円以上～200万円未満	1	2
年額200万円以上～250万円未満	5	2
年額250万円以上	1	1

学生を対象とする制度のうち、月額20万円・年額200万円を超える制度のほとんどが、入学金・授業料の貸与がない

20

- 学生向け奨学金制度で診療科の指定があるものは3割程度
 - 産科、小児科、救急、麻酔科が最も多く、次いで内科、外科
 - 入学時から診療科の指定がある制度はごく少数
 - ほとんどが、在学中に貸与が開始される
 - 学部4年生以降や、初期研修医、大学院生（研究費の貸与等）など、ある程度進路が定まった時期の者を対象としたものが多い
- 特定の診療科を選択すると
 - 義務年限が減免される
 - 奨学金が増額される
 - 研究資金・研修資金の支給がある
 - へき地勤務が免除される
- 産科に従事することが要件の制度は、地方に限らず全国に存在している
- しかしながら、再募集がかかっている制度も散見された

23

＜産科従事者を対象とした制度＞ 返還免除の義務年限

	大学生対象	研修医・大学院生対象
貸与期間の1倍	5	10
貸与期間の1.5倍	18	9
貸与期間の1.5倍+4年	1	0
貸与期間の2倍	1	0
3年	0	1
5年	1	1
6年	1	0
9年	4	0
12年	1	0

21

まとめ

- 地域枠制度、地域枠奨学金及び医師修学資金貸与制度が大きな広がりを見せていることは分かったが、実効性の評価はこれから
 - これらの制度を利用した学生及び研修医がどの程度・どのように地域に定着したのか
 - 産科や麻酔科など、特定の診療科の医師を増やすことに貢献しているのか
 - 学生時代にどの程度まで進路を決められるか
- 産婦人科側から、地域枠等の学生に有効なアプローチができるといふことは言い難い

24

平成 25 年度「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革公開フォーラム」

第 2 部 ①

関東連合産科婦人科学会に設置された 地域活性化委員会の取り組み

関東連合代表 藤井 知行(東京大)
地域活性化委員会 平田 修司(山梨大)

1

関東連合産科婦人科学会の最近の動き

平成 25 年 6 月 代表制導入、藤井知行代表着任

藤井知行代表のもと、実務を担当する委員会を設置

学術委員会	竹田 省
編集委員会	岡本 愛光
教育委員会	生水 真紀夫
庶務委員会	金山 尚裕
財務委員会	青木 大輔
地域活性化委員会	平田 修司

平成 26 年 4 月 一般社団法人化

地域活性化委員会

- 1) 分掌事項
関東連合地域における産婦人科医師偏在解消のための実現可能な方策の策定
- 2) 委員会構成
平田修司、石本人士、大口昭英、甲賀かをり、本藤 徹、村越 毅、多賀谷光
- 3) 本年度の活動
 - 4月 準備委員会、本年度事業として会員と医療機関へのアンケート調査の実施
 - 8月 厚生労働省(医政局指導課)と協議
 - 10月 アンケート実施
 - 1月 アンケート結果とりまとめ完了
今後、委員会内でこの結果を解析し、方策を検討する予定

3

会員向けアンケート回答率 16.1 % (1037/6442)

【個人情報、実務に関する質問】
性別 (男性、女性)
年齢 ()才
医師免状取得年 ()年
勤務地 (都、道、府、県)
配偶者の仕事 (医師、その他) _____
お子様の有無 (有、無)

あなたが所属している専門医資格について
産婦人科医 (有、無) 取得年 ()年
婦人科産科医 (有、無)
がん治療認定医 (有、無)
産科専門医 (有、無)
産科専門医 (指導医、専門医、無)
細胞診指導者 (有、無)
日本外科学会認定医 (指導医、専門医、無)
日本外科学会認定医 (指導医、専門医、無)
臨床検査専門医 (有、無)
その他の資格 (有、無)
専門医会員登録、その他 (有、無)

学位 (医学博士) 取得の有無 (有、無)

あなたの仕事に対する満足度 ()
1 不満 2 満足 3 非常に満足 4 非常に不満 5 非常に不満
現在の勤務に対する満足度 ()
1 不満 2 満足 3 非常に満足 4 非常に不満 5 非常に不満

【医事・医療の問題に関する質問】
専門医会員登録を希望する場合はありますか? (Yes, No)
手術の執刀医、助手として、手術に参加したいですか? (Yes, No)
分娩業務に携わるかされているですか? (Yes, No)
分娩業務に携わるかされることはありますか? (Yes, No)
学会発表、論文作成に興味はありますか? (Yes, No)
地方病院での武者修行的な勤務に興味はありませんか? (Yes, No)
会員の会員病院での勤務と興味はありませんか? (Yes, No)

あなたが所属している専門医資格について
産婦人科医 (有、無) 取得年 ()年
婦人科産科医 (有、無)
がん治療認定医 (有、無)
産科専門医 (有、無)
産科専門医 (指導医、専門医、無)
細胞診指導者 (有、無)
日本外科学会認定医 (指導医、専門医、無)
日本外科学会認定医 (指導医、専門医、無)
臨床検査専門医 (有、無)
その他の資格 (有、無)

専門医会員登録、その他 (有、無)

あなたの仕事に対する満足度 ()
1 不満 2 満足 3 非常に満足 4 非常に不満 5 非常に不満
現在の勤務に対する満足度 ()
1 不満 2 満足 3 非常に満足 4 非常に不満 5 非常に不満

【医事・医療の問題に関する質問】
もし、関東連合産科婦人科学会地域活性化委員会が開業の会員・人材の育成・病院・病院について、船井、当直医数、研究日、夏休み期間、学会発表等に関する情報を提供していただけますか? (Yes, No)

4

病院向けアンケート回答率 23.5 % (501/2131)

【病院情報、医師配置に関する質問】
医院・病院名: _____

開業年: ()年

産婦人科 ()床

皮膚科 ()床

産科・婦人科病棟が設けている場合 産科()床、婦人科()床

地域活性化委員会に登録されていますか? (Yes, No)

会員登録料金を支払っていますか? (Yes, No)

会員登録料金を支払う予定ですか? (Yes, No)

主な勤務先での勤務形態は「常勤」ですか? (Yes, No)

主な勤務先での勤務形態は「非常勤」ですか? (Yes, No)

主な勤務先は土曜日も診療がありますか? (毎週ある、隔週、ない)

【可能な範囲で回答していただきたい質問】
もし、院内への就業希望医師がいて、就業書を関東連合産科婦人科学会地域活性化委員会へ提出した場合、その医師と面談することには可なりですか? (Yes, No)

主な勤務先の年間給料 (月直手当を含む)
例えば、医師免状取得後5年目 (約30歳) 約()万円
部長クラス

主婦人科医師の月半たりの当直回数 (日直・日直・夜勤の合計)

例えば、医師免状取得後5年目 (約30歳) ()回/月
部長クラス

土曜日の外来診療はありますか? (毎週、隔週、無)

研究日の有無 (有、無)
その場合、研究日としての時間は? (週に半日、週に1日、その他:)

夏休みの期間 ()日間

学会出張手当の有無 (有、無)
その場合、何回までですか? ()回/年間

有の場合は上級医はいくらですか? ()万円/回

産婦人科医師は、独自で就業しているですか? (Yes, No)

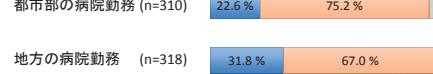
産婦人科医師は、院内に就業しているですか? (Yes, No)

または、どこの医局にかかりますか? ()

勤務する場合、医局・同門会に所属する義務がありますか? (Yes, No)

5

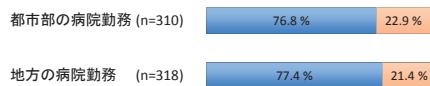
問12 地方病院での武者修行的な勤務に興味はありますか?



問13 都会の大病院での勤務に興味はありますか?



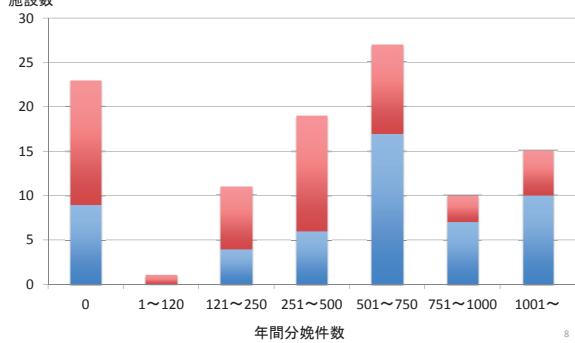
問16 病院の情報(勤務条件、待遇、他)を関東連合保有しているとすれば、その内容を利用したいですか？



7

独自に産婦人科医を公募している医院・病院 (319 施設中)

■ 公募あり医局派遣あり ■ 公募あり医局派遣なし
(総数 53 施設) (総数 53 施設)



8

まとめ

- 1) 関東連合地域の産婦人科医の偏在を解消する方策を検討する目的で、関東連合産婦人科学会内の委員会として地域活性化委員会が新設された。
- 1) 本年度、まず、会員ならびに医療機関にアンケート調査を行った。その結果、都市部の病院に勤務する者で、地方での勤務に興味持つ者が 20 % 程度みられた。逆に、地方の病院に勤務する者で、都市部での勤務に興味持つ者が 30 % 程度みられた。また、大学医局からの派遣の有無に関わらず、産婦人科医の公募を行っている医療機関が 30 % 程度みられた。
- 1) 今後、アンケート結果の詳細な解析を行い、「実現可能な」方策を立案していくたいと考える。そのためには関係各方面・各立場からの様々な方法論を提起していただくことが必要である。

9

産婦人科集約化についての 経済的観点からの考察

—大阪泉南地域での経験と岐阜飛騨地域での試み—

2014年1月26日

中島孝子

流通科学大学総合政策学部

本報告は、大阪大学臨床医工学融合研究教育センター「予測社会医学特論」における研究プロジェクトの成果に基づく。



発表の流れ

- ①泉南地域における産婦人科の集約化に伴う費用便益分析
- ②泉南地域における集約化が妊婦の施設選択行動に与えた影響
- ③飛騨医療圏の例

2-1. 集約化における便益・費用項目

2-1-a. 便益項目

- 集約化による消費者余剰
- 集約化における生産者余剰:
泉佐野病院の産科の追加便益

選択型実験のアンケート調査から求める

泉佐野病院から集約化前後のデータで求める

2-1-b. 費用項目

- 集約化のための追加設備投資費
- 集約化のための追加人件費
- 集約化のための追加運営費

2

9

泉南地域における産婦人科の 集約化に伴う費用便益分析

- ・泉南地域での集約化は、供給者、特に医師たちにとってメリットあり。
 - ・しかし、貝塚市民を中心に泉南地域における妊婦は選択肢を一つ失う。
- 疑問: この集約化は社会的に妥当か?

費用便益分析を用いて検証

* 経済学では、便益を計算するとき「消費者」を考慮

結果 便益 > 費用 (集約化は妥当)

Shen et al. (2012) "A cost-benefit analysis on the specialization in departments of obstetrics and gynecology in Japan." *Health Economics Review*.

2-2. 選択型実験のアンケート調査

2-2-a. チョイスセットの一例

分娩施設	A	B	C
分娩にかかる費用(万円)	42	48	42
施設までの車での時間(分)	25	35	5
診察までの待ち時間(分)	30	120	30
夕方・土曜診療	なし	あり	なし
産科医の数(人)	8	6	2
看護スタッフの数(人)	15	20	15
小児科医の体制	なし	24時間	なし
□の中に一番望ましい分娩施設を一つ選んで✓してください	□	□	□

2-3. 消費者便益の推定

- 2-3-a. チョイスモデルはランダム効用理論に基づく。
- 2-3-b. ランダム効用理論では、ある個人 q が選択肢(施設)を選んだ時の効用は、決定できる部分(V)と決定できない部分(ランダム部分 ε)の合計である。

$$U_{iq} = V_{iq} + \varepsilon_{iq} \quad (1)$$

- 2-3-c. 個人 q が選択肢セット J から選択肢 i を選ぶ確率は(2)式のように書ける。

$$P_{iq} = P(U_{iq} > U_{jq}; \forall j(\neq i) \in J) = P(\varepsilon_{iq} < \varepsilon_{jq} + V_{iq} - V_{jq}; \forall j(\neq i) \in J) \quad (2)$$

2-3. 消費者便益の推定

- 2-3-d. (2)式のランダム項目がタイプIの極値分布(type I extreme-value distribution)に従うと仮定すると、条件付きロジットモデルが得られる。

$$P_{iq} = \exp(V_{iq}) / \sum_{j=1}^J \exp(V_{jq}) \quad (3)$$

- 2-3-e. 間接効用関数 V が各属性の線形関数であると仮定する。

$$\begin{aligned} V = & \beta_0 + \beta_1 Cost + \beta_2 Traveling_time + \beta_3 Waiting_time \\ & + \beta_4 Early-evening_Weekend + \beta_5 Obstetrician \\ & + \beta_6 Nurse + \beta_7 Pediatrician \end{aligned} \quad (4)$$

2-3. 消費者便益の推定

- 2-3-f. 消費者余剰(個人)の変化は下記の式で得られる。

$$\Delta CS_q = \frac{1}{\beta_1} \left[\ln \sum_{j \in J} \exp(V_{jq}^2) - \ln \sum_{j \in J} \exp(V_{jq}^1) \right] \quad (5)$$

β_1 : (4)式の分娩費用のパラメーター

V^1 : 集約化を実施する前の間接効用

V^2 : 集約化を実施した後の間接効用

3-2. 基本シナリオ・評価基準での結果

消費者便益の現在価値	生産者便益の現在価値	追加費用の現在価値	費用便益比(便益/費用)
17.63億円	19.94億円		
37.57億円	27.48億円		1.367

<「費用便益比1.367」の意味>

大阪府泉南地域における産婦人科の集約化は社会全体に

36.7% あるいは 10.09億円の純便益をもたらす。

16

4. 集約化により、誰が得をしたか



- 4-1. 市立泉佐野病院
追加的便益は19.94億円、追加的負担(費用)は11.62億円
→純便益 19.94 - 11.62 = 8.32億円
- 4-2. 妊婦たちの純便益 1.77億円 = 10.09 - 8.32

集約化により、病院も妊婦たちも得をした。Win-Win!

泉南地域における集約化が妊婦の選択に与えた影響

市立貝塚病院と市立泉佐野病院における産婦人科の集約化は

疑問-1. 泉南地域における産科の供給体制を改善したか。

疑問-2. 妊婦の分娩施設を選択する行動に影響を与えたか。

結果-1. 市立泉佐野病院でハイリスク分娩*が増加したという意味で、産科の供給体制は改善した。

*ハイリスク分娩とは、出生時において、体重2500g未満、妊娠週数37週未満。

結果-2. 集約化前に比べて、妊婦は域内の分娩施設をより選択するようになった。

Adachi et al. (2013) "Impact of specialization in gynecology and obstetrics departments on pregnant women's choice of maternity institutions." *Health Economics Review*.

5. データと方法

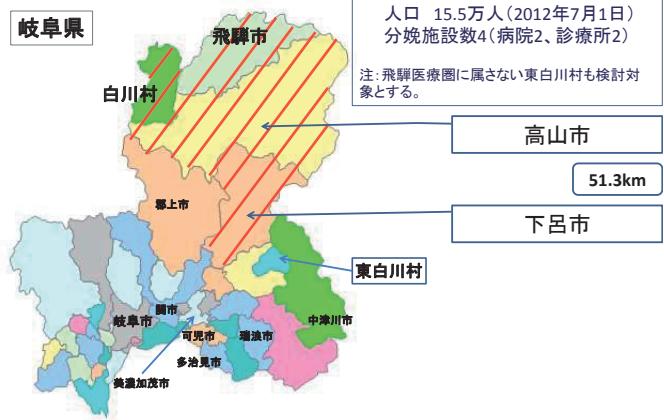
5-1. データ:

人口動態調査出生票
収集したデータ数 約16,000

5-2. 方法:

記述統計
“Before and After Analysis”

8. 飛騨医療圏の概要



7. 2つの分析のまとめ

- 7-1. 集約化の便益は費用を上回る。
泉南地域における集約化は社会的に妥当。
- 7-2. 集約化後、ハイリスク・ローリスクともに域内で分娩する傾向が強まった。
- 7-3. 市立泉佐野病院で集約化前よりも多くハイリスク分娩がおこなわれるようになった。

泉南地域における周産期医療提供体制は改善された。

8. 飛騨医療圏の概要

8-2. 泉南地域との比較

(泉南地域:岸和田市、貝塚市、熊取町、泉佐野市、田尻町、阪南市、泉南市、岬町)

	面積 (km ²)	人口密度 (人/km ²)	可住地面積割合 (%)
飛騨医療圏	4177.59	37.7	11.8
泉南地域	327.49	1780.2	56.8

岐阜県飛騨医療圏の例

背景:県立下呂温泉病院

2011年9月末に一時的に分娩を休止、12年1月20日再開

- 疑問-1.休止期間中、妊婦はどこで分娩していたか。
疑問-2.仮に県立下呂温泉病院の分娩を長期的に休止した場合、妊婦のWTC (Willingness to accept) はいくらか。

- 結果-1. 高山市および岐阜県内
結果-2. 分析途上(統計的手法による推計)

高山本線 岐阜～高山



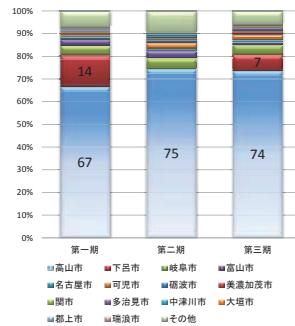
高山本線 岐阜～高山



データ全体

- ・全期とも、分娩場所の中心は高山市。
- ・分娩場所が下呂市である割合は第一期14%から第三期7%に減少。

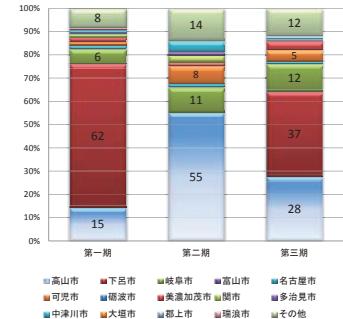
分娩場所の集計(全体)



下呂市

- ・第一期、分娩場所の中心は下呂市。
- ・第二期、高山市。
- ・第三期、分娩場所の中心は下呂市に戻るが、その割合は第一期より少ない。

期別分娩場所の集計(下呂市)



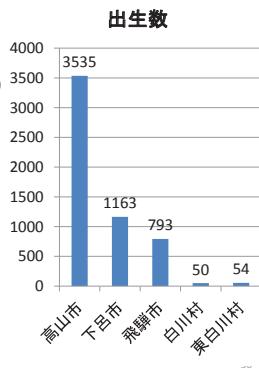
9. データ

9. データの概略

種類: 人口動態調査出生票

期間: 2008年1月～2012年6月(4月)

データ数 5595



10-2. WTC (Willingness to accept)

10-2-a. 仮に県立下呂温泉病院の分娩を休止した場合、妊婦のWTCはいくらか。
* 産科外来は継続

10-2-b. 統計的検討: 推計モデルとデータ

10-2-b-1. 泉南地域において消費者余剰を求めた時と同じモデル (ランダム効用理論より導出される条件付ロジットモデル)

10-2-b-2. 異なる点: データ

泉南地域…選択型実験によるアンケート調査

飛騨地域…出生票データと医療機関へのアンケート調査結果

10-2-c. 妊婦のWTCの大きさ

分析途上

統計的分析については、今後さらなる検討が必要

39

10-1. 記述統計: 分娩場所の集計

10-1-a. 期間を3つに分ける

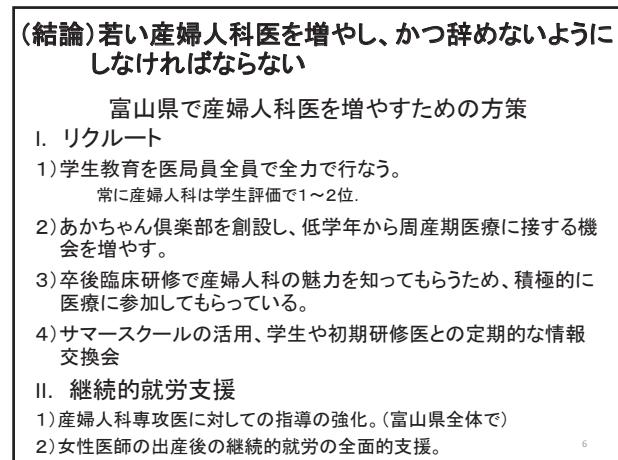
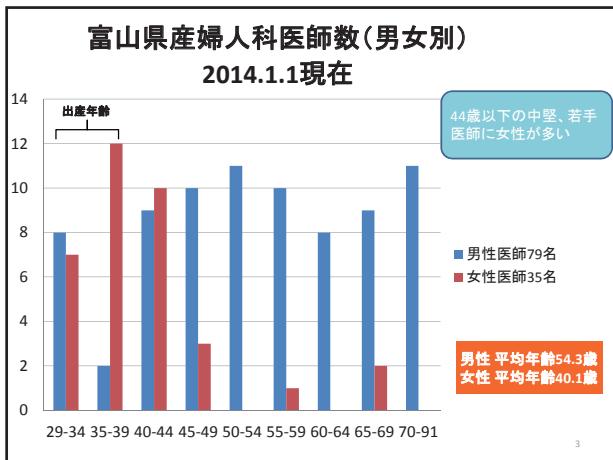
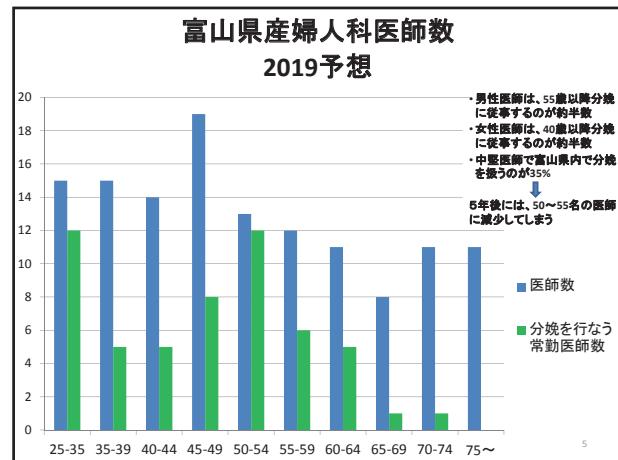
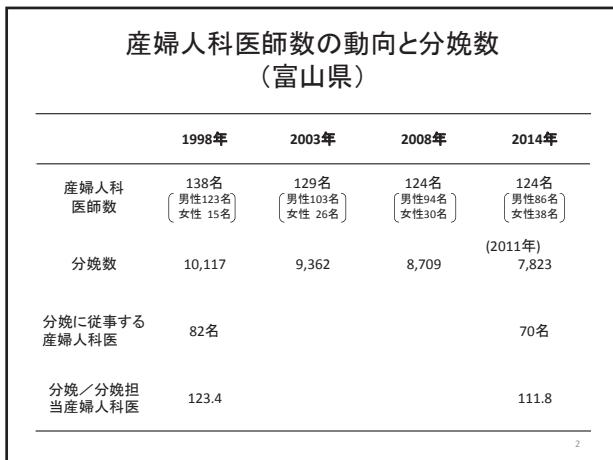
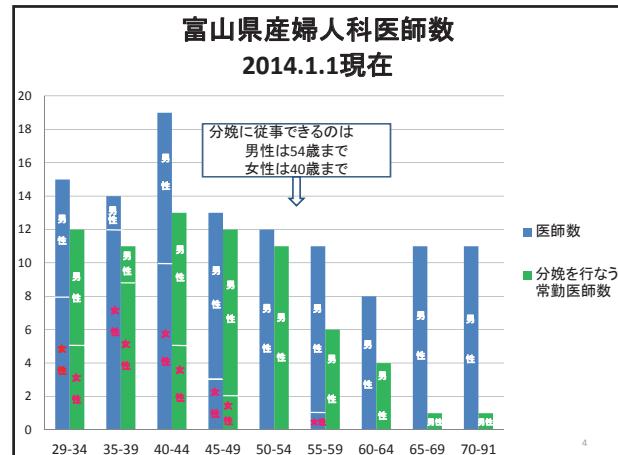
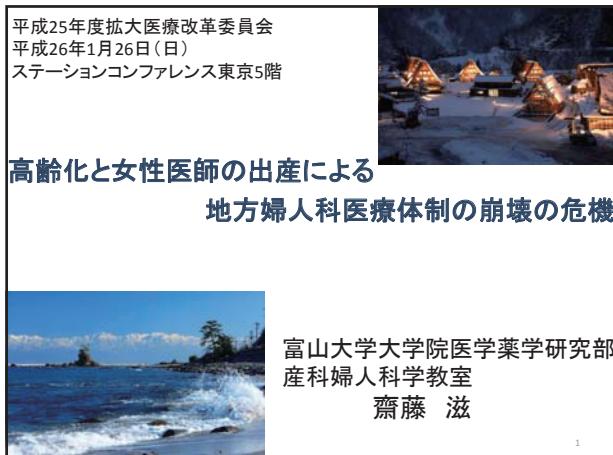
	期間	日数
第一期	2008年1月1日～2011年9月30日	1,369日
第二期	2011年10月1日～2012年1月19日	111日
第三期	2012年1月20日～2012年6月(4月)30日 (東白川村は102日)	163日

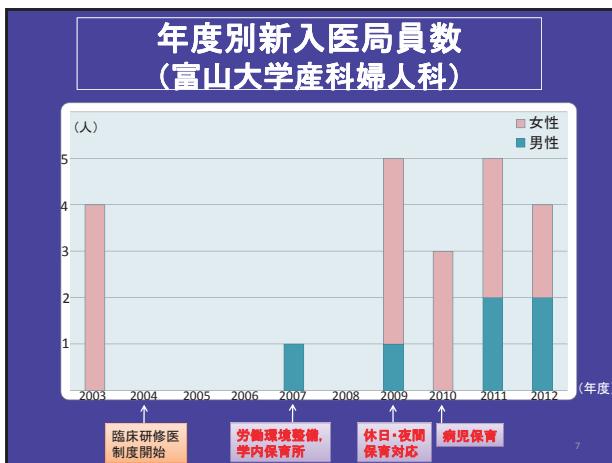
10-1-b. 期別・分娩場所の集計(グラフ参照)

本報告に関し、以下の方々に感謝します。

所属(括弧内は2008年当時の所属)	氏名
高知工科大学マネジメント学部 教授 大阪大学臨床医学融合研究教育センター 併任 (大阪大学社会経済研究所)	西條辰義
岐阜大学医学系研究科産科婦人科学教室 教授 大阪大学臨床医学融合研究教育センター 併任 (大阪大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室 准教授)	森重健一郎
岐阜大学医学系研究科産科婦人科学教室 准教授 神戸大学経済経営研究所 准教授 (広島市立大学国際学部)	古井辰郎
大阪大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室 教授 りんくう総合医療センター産婦人科 医長 (市立泉州佐野病院産婦人科)	木村 正
堺市重症心身障害者支援センター (市立貝塚病院産婦人科)	福井 温
大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座 教授 大阪大学医学系研究科博士課程公衆衛生学教室	橋本洋之
磯 博康	足立泰美

ご静聴
ありがとうございました





富山大学産婦人科医局入局者の就労状況

入局年度	男性	女性 (子供がいる 女性医師)	計	分娩に携わって いる医師(女性)	分娩に携わって いる医師(男性)	富山県内 (分娩取扱い)
1990	3	1(1)	4	2	0	2(1)
1991	3	1	4	3	1	2(2)
1992	3	0	3	1	0	1(1)
1993	1	0	1	0	0	0
1994	1	0	1	0	0	0
1995	1	1(1)	2	1	0	0
1996	2	4(4)	6	2	1	4(3)
1997	1	2(2)	3	1	0	2(1)
1998	1	1(1)	2	0	1	1(1)
1999	1	1(1)	2	0	0	0
2000	2	2(1)	4	0	0	1(0)
2001	5	5(3)	10	3	4	3(3)
2002	0	1(1)	1	0	0	0
2003	0	4(3)	4	0	3	2(2)
2004	0	0	0	0	0	0
2005	0	0	0	0	0	0
2006	0	0	0	0	0	0
2007	1	0	1	1	0	0
2008	0	0	0	0	0	0
2009	1	4(2)	5	1	3	2(2)
2010	0	2(0)	2	0	2	2(2)
2011	2	2(0)	4	2	2	4(4)
2012	2	2(2)	4	1(選局予定)	2	4(3)
2013	1	0	1	1	0	1(1)

10

女性医師支援

- 1) 医局内規を設定して、出産後の女性の継続的就労を全面的にサポートすることを明記した(妊娠22週以降の当直免除、復帰後の短時間勤務など)。
- 2) 院内保育所の整備、休日・夜間保育対応の整備、病児保育の整備を行なった。文科省の補助金事業「周産期医療環境整備事業」の支援が有益であった。
- 3) チーム医療体制とし、1チーム3人の構成とし、出産後の女性1人が3人の中に加わるようにした。
- 4) 当直をオンコールを含めて3人体制とし、夜間の緊急手術等はすべてこの3人で行ない、主治医を呼ばないようにした(完全当直制)。オン、オフの明確化。
- 5) 育休を1年間取れるようにし、復帰後も夜間当直の代わりに土、日の日直を担当してもらえるように配慮した(復帰後1年間に限る。その後は夜間当直も担当)。

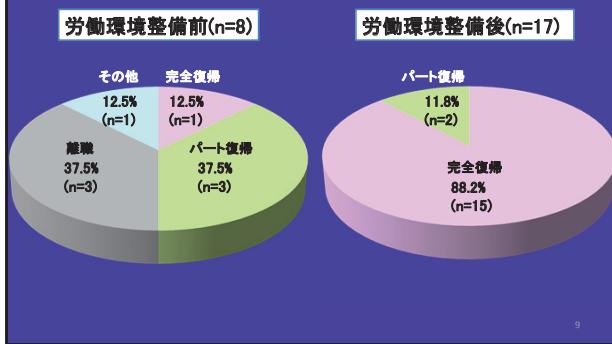
8

1990–2011年入局者総計

富山大学入局者	63名 (男性30名、女性33名)
女性医師33名中22名が出席	
現在も分娩を取り扱っている産婦人科医	38名 男性19名(1名退局予定)、女性19名
分娩なしの産婦人科	18/63(28.6%)
産婦人科から他科へ転科	9/63(14.3%)(麻酔科、皮膚科、形成外科、小児科)
計	27/63(42.9%)
富山県内で産婦人科医	27/63(42.9%)
富山県内で分娩を取り扱っている産婦人科医	22/63(34.9%)
富山県外へ転出した医師	36/63(57.1%)

11

女性医師の復帰率 (富山大学付属病院周産母子センター)



9

個々のレベルの改革、努力でどうしようも解決できないジレンマ

- 1) 労働環境の改善が都会と比べ、地方では劣る。
 - 都会では、1病院当たり10名以上の産婦人科医が勤務。当直は週1回、翌日勤務は休みを取れる。
 - 地方では、やりたくても不可能。夜間の呼び出しが多くなる。自由な時間がなくなる。
- 2) 地方では、症例数が少ない。
 - 専門医取得のための症例数が足らず、専門医取得を諦めるケースや、都会に移動するケースもある。
- 3) せっかく地方で産婦人科医になつても、長続きしない。
 - 産婦人科専門医取得後、故郷へ帰る。
 - 他診療科への転科。
 - 分娩を取り扱わない産婦人科医もしくは非常勤産婦人科医となってしまう。
- 4) 若い産婦人科医師不足
 - 現在地方で、過酷な労働環境のもと働いている産婦人科医は50~60歳代。あと5~10年で間違いなく、地方の産婦人科医療体制は崩壊する。

12

卒後臨床研修医が産婦人科研修を受けなくなった

2014年度 富山大学 1年次：26名中 5名のみ（うち2名は他病院）

2年次：26名中 7名のみ（うち3名は他病院）

これでは、産婦人科の魅力を伝えることができない！

↓
産婦人科医師のますますの減少

↓
地域周産期医療の崩壊

13

地方の医療崩壊を防ぐための方策(案)

- 1)新臨床研修制度の移行してから、医師の偏在化、診療科の偏在化が顕著になった。
⇒システムの改変が必要
 - ・初期研修における産婦人科の必須化
 - ・都会の病院での初期研修医の定員を大幅に減少させて、地方への医師の誘導を図る
- 2)地方では資金の援助より、若い医師を渴望している。
・地方での医療従事者を必須化する（初期研修の地域医療の枠を使う）
・専門医取得の条件に、一定期間の地域医療研修を義務付ける？
- 3)地方で症例数が足らず専門医資格を取れないケースを解消させるため、Exchange Programを策定する。



＜地方の産婦人科医からのメッセージ＞

- ・ 地方は、これまで精一杯頑張ってきた。
- ・ しかし、あと5年すると地方の産婦人科（周産期）医療は間違いなく崩壊します。
- ・ 直ちに、改善するための方策を実行されることを、国ならびに学会に望みます。
- ・ 富山県の実態は、地方における共通の問題点であります。
- ・ 今、やらないと将来、後悔することになります。

15