

		1	2	3	4	5	6	
		フランス	ドイツ	イギリス	アメリカ	カナダ	ニュージーランド	
I	総人口	61,330千人(W 06年)※	82,641千人(W 06年)	60,512千人(W 06年)	302,841千人(W 06年)	32,577千人(W 06年)	4,140千人(W 06年)	
	出生数	797千人(OE 06年)※	673千人(OE 06年)	749千人(OE 06年)	4,174千人(OE 06年)	340千人(OE 05年)	59千人(OE 06年)	
	出生率	1.9(W 06年)	1.4(W 06年)	1.8(W 06年)	2.1(W 06年)	1.5(W 06年)	2.0(W 06年)	
	新生児死亡率(出生数1,000人あたり)	2(W 04年)	3(W 04年)	3(W 04年)	4(W 04年)	3(W 04年)	3(W 04年)	
	出産件数と場所	807,400(総数:06年)	673,000(総数)	640,473:病院が98%	4,138,349(総数) 4,100,608(病院)、350(診療所: Clinic or Doctors Office)、37,391(自宅、その他)	343,464(病院)	64,040(総数)	
	医師数	260,352人	284,427人(OE 06年)	148,648人(OE 06年)	921,904人	70,060人(OE 06年)	8,746人(active) 9,945人(常勤換算)	
	うち産科医数	男性	2,326人(67.4%)	15,234人(ob/gyn:OE 06年)	1,141人(OE 06年,71.3%)	23,813人(ob/gyn,56.3%)	980人(ob/gyn,56.5%):推定70%が産科	234人(ob/gyn):多くは主に婦人科である
		女性	1,123人(32.6%)	うち病院医師4,702(07年)	459人(OE 06年,28.7%)	18,520人(ob/gyn,43.7%)	754人(ob/gyn,43.5%):推定77%が産科	
	産科医の平均年齢	男性	51歳	na	na	52歳(ob/gyn)	56歳(ob/gyn):産科のみは推定54歳	44歳(all doctors)
		女性	42歳	na	na	44歳(ob/gyn)	45歳(ob/gyn):産科のみは推定43歳	
	助産師数	15,596(04年データ)	18,000(半数は病院、半数は独立)	31,186(OE 06年)	6,385人:7割が出産に立ち会う	509人	34,660人(多数の看護師含む)	
	人口1,000人あたり医師数	3.4(OE 06年)	3.5(OE 06年)	2.5(データより算出)	2.4(OE 06年)	2.1(OE 06年)	2.3(OE 06年)	
	産科医一人あたり分娩数(出生数÷産科医数)※※	231.1	143.1	468.1	140.9	268.4	252.1	
	産科医の平均勤務時間	na	60時間/週	44時間/週	65時間/週	53時間/週 +138時間/月のオンコール	47時間/週(all specialist)	
医師の勤務時間の制限	無:民間部門 有:公的部門	na	有	無。ただし研修医についてはACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education)が勤務時間を制限している。	無	無		
	時間/週	48時間/週+残業	na	48時間/週	na	na		
医学生の数規制	有:7,100人の医学生(2007年) 医療専門家の高齢化に備えて8000名が適しているとCNOM(仏医師会)は推計	有:政府ではなく大学が規制	有	無:学生数の制限はAAMC(Association of American Medical Colleges)、もしくはAMA、もしくはAAMCとAMAの両者によって行われる	有:州政府が入学者数を規制	有		
II	産科医の需給	地域によって不足や過剰など偏在が起きている	不足や偏在はない	総数が不足	現時点での不足はない 地域によって偏在がある	総数が不足 地域によって不足	産科医は不足	
	産科医の不足により生じている問題	・フランスで産科医を見つけることが難しい 専門医で、特に、パリ、リヨン、マルセイユ、トゥールーズなどの都市以外では産科医の予約を取るのに時間を要す。 ・都市以外では産科医が新患を受け入れないことが多く妊婦は産科医を見つけることが困難。	分娩を取り扱う機関が減少し、妊産婦が遠方の医療機関で出産をしなければならないなど、日本と同じようなことが起きている。	・中央政府の予算制限で、産科医を専門医とする認定を柔軟に行うことができない状態である。 ・研修医数は将来の需要に対して十分である。	・現在は不足が生じていないが、5年以内に不足となるのが予想されている。大都市と地方過疎地の間の地域偏在が大きい。 ・訴訟の増加によって、小規模病院では分娩を中止するところがある。また、VBACのような医療行為に制限を設けるところもある。 ・早期退職をしたり、リスクが低い手術や出産のみ診療を行う医師が多いことも、医師不足の要因の1つである。 ・政府による制限はないが、産婦人科学会の承認機関がガイドラインを設けて、研修医を容易に増やすことや、将来的な不足の防止につなげている。 ・産婦人科の研修医の75%は女性であるが、女性医師は男性と比べて労働時間が短い。産科をやらない・退職が早いなどの傾向がある。また男性医師同様、ライフスタイルへの関心が高く、長時間労働を好まない。 ・政府による勤務時間制限は行われていないが議論は行われている。	・大都市部では妊婦が2~4ヶ月かけて産科医を探さなければならない ・週末などに診察可能な産科医数に問題があり、出産を取扱う医師を確保するために代理の医師を高額で雇う必要がある ・分娩施設のない地方やへき地では通院に時間がかかる(1~2時間)ため、妊婦にとって心理的・社会的・経済的に厳しい環境である ・地域によっては産科医不足のため分娩施設を閉鎖するところもある	・医療における労働力は不足しており、産科医は不足している。政府による政策の強い影響を受けて、産科は他の診療科よりも魅力のない科になっている。 ・産科医や産科に関心のある一般医が少ないため、ニュージーランドでは大部分の女性は助産師に診てもらっている。	
III	産科医不足の原因	・医師が民間部門でなく、公的病院での勤務を好む ・産科医を希望する医師が少ない ・産科医の高齢化:若い医師による交代がない	将来については東西ドイツ分離の歴史的・地理的事実が影響している。	上記参照	・広大な国土に3,800万人の人口が点在し、産婦人科医は約1,300人しかいないこと(需要と供給のミスマッチ)。 ・より多くの女性医師が卒業している。 ・若い世代の医師の労働時間が上の世代の医師より減少している。またオンコールを行う医師が減少している。	原因のひとつは医学部の定員規制による。毎年2つのメディカルスクールの卒業生数は約315人である。		
	産科医数の将来予測	不足や偏在が起きる	不足や偏在が起きる	不足や偏在が起きる (中央政府の予算に依存)	不足や偏在が起る	不足や偏在が起きる	医学部定員の増員と政府が産科をより魅力的な分野にするための政策変更を行わない限り、不足や偏在が起きる	
IV	産科医確保のための政策・手段	① 全国の産科医数枠	① 全国の産科医数枠	③ 地方部勤務の奨励	⑤ 研修医受入数の規制(全国レベル)	① 全国の産科医数枠:研修医評価委員会(RRC:Residency Review Committee)が研修医数を認可している	③ 地方部勤務の奨励	
		② 地域別の産科医数枠	⑤ 研修医の地域別の産科医数枠(診療科枠)	④ 財政支援(奨学金)	⑨ 外国人医師の雇用	⑤ 研修医受入数の規制(病院レベル)	④ 財政支援:いくつかの州ではうまくいかなかった	
		③ 地方・過疎地勤務を奨励するプログラム	⑨ 外国人医師(全科で総数8,431人:2007年)	⑧ 地方勤務の医師のキャリアプラン		⑨ 外国人医師:数は不明	⑤ 研修医受入数の規制:州によって行われる;国によるマッチングプログラムがある	
		④ 地方・過疎地勤務の財政援助(補助金/奨学金)					⑦ 医学生の勤務地選択のためのプログラム(地方/遠隔地/コミュニティエリアでのローテーション)	

※W→WHO OE→「OECD Health Data 2008」。( )内はデータの出典年。内→台湾内政部 総→総務省統計局 厚→厚生労働省 日産婦→日本産科婦人科学会 ※※産科医単独の記述がない国は(産婦人科医数×0.7)で算出。

		1	2	3	4	5	6
		フランス	ドイツ	イギリス	アメリカ	カナダ	ニュージーランド
V	訴訟の増加	増加している	増加している	増加している	増加している	増加していない	不明 欄外※を参照
	訴訟の増加が産科の選択に及ぼす影響	影響している	影響していない	影響している(部分的に)	影響している	na	na
	女性産科医の増加	増加している	増加している	増加している	na	増加している	医学を勉強する女性数は増えているが男女比の変化を示すデータはない
	産科医の労働環境	大変よくない	よい	大変よい	まあまあ	まあまあ	よくない
	学生間での産科の評価	非常に人気がない 😞	人気がない 😞	大変人気がある 😊	人気がない 😞 人気はやや上昇しつつある。主要大学に研修産科医産婦人科クラブ(Medical Student O&G club)を作り、医学生が臨床研修開始後、専攻を決定する前に産婦人科に触れる機会を設けている。	人気がある 😊	人気がない 😞
VI	医師会としての取組み	5年後には同じ問題が小児科医にも起きることが予測されるので、医師会は医師確保に関する意識を広めるように努力している。		<ul style="list-style-type: none"> <li>大学の募集プログラムの推進</li> <li>産科医が働きやすい勤務環境の推進</li> <li>卒後研修のカリキュラム再構成</li> </ul>	na	<p>カナダ産科婦人科学会として</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急分娩が行える医師の把握についての調査、ならびに研修医が医師となったときに産科を選択するかどうかについての調査を行っている</li> <li>医学生に産科の宣伝を行っている。例えば、学生を無料で総会に招待したり会員登録をさせている</li> <li>強力な研修医プログラム/会員制度がある</li> <li>州政府に研修医のポストの増加を勧告している</li> <li>新しい医療モデルの促進 (MCP2: Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project)</li> <li>産婦人科の学生の専門分野取得年数の短縮化を検討している組織がある。まだ実施されていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政府の戦略に影響を与えることが医師会の主要な役割である</li> <li>政府は医療分野の労働力について長期的戦略を持つべきだということを何年も主張してきた。それが不成功であったために現状の医師不足が起こっている。ただし、最近では政府がこの問題を深刻に受け止めている兆候が見られる。</li> </ul>
追加質問	妊婦が分娩施設に着くまでに要する時間(平均)	na	na	na	通常:30~60分 農村部・過疎地:1~2時間を超える 大都市:30分以内	15~30分	na
	出産施設の集約化について	na	na	na	※大規模施設での出産(政府の政策ではない)	大規模施設での出産(政府の政策ではない)	変化なし
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>医学部定員Numerus Clausus及び全国席次試験(ECN: Epreuves Classantes Nationales)が医師人口を調整。</li> <li>7年前から医学部定員数は増加が計られており、2002年の4,200から2009年は7,400になっている。</li> <li>ECNでも2008年度から、州のニーズに応じて配置が増員されている。医師の少ない州のポストで増員されるなど。</li> <li>ECNで募集される総ポスト数は受験者数と同数である。</li> <li>ただし、上記だけでは医師数の調整が十分でないため、現在、国民議会で審議中の法律案により、医学教育でより細やかな進路方向の誘導を行うことになる。州別専門科別のポスト数の計画策定や、研修医養成と大学病院ごとの配分を5年間にわたり計画することになる。政府のNDPSが管轄する。(フランス保健省 人口問題担当者)</li> <li>不足地方では奨学金、税制優遇、社会保障負担軽減、外国人雇用(東欧、アフリカ、マグレブ等)などが行われている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院勤務医については病院、州保健局、州の保険連合の間での合議で決定されている。地域保険協会連合によると家庭医の不足地域はあるが専門医の不足地域は現在のところない</li> <li>ドイツの場合は医師が過剰であるためむしろ高給を求めて医師が他国へ流出(イギリス、デンマークなど)していることが問題となっている。</li> <li>過疎地での医師確保は経済的なものが大きいといわれる。</li> <li>開業医数は府の需要計画でコントロールされており、医師1名に対する住民数が診療科別と、人口集中度による地域区分別に算出されている。</li> <li>病院の研修医の数、専門医の数はいずれも病院単位で決定される。公的病院以外は病床数で左右される。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訴訟の増加により小規模病院では麻酔や分娩のために24時間の院内体制を整える余裕がなく、分娩を中止している。</li> <li>例えばフィラデルフィアのある都市では、ほとんどの病院が産科をやめ、2つの大学病院だけが産科を扱っている。</li> <li>他の地域でも産科を続ける病院とやめる病院に分かれている。分娩数の少ない農村部では、数が少なすぎて(年500件未満)、賠償責任保険の高い保険料の負担がでず、分娩取扱いをやめる病院もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ニュージーランドでは医療従事者による事故や過失は全てACCで補償されているため医師を訴える権利はない。いかなる訴えも健康障害委員会(Health and Disability Commissioner)に対するものだけである。</li> <li>委員会は訴えを検討する責務があり、過誤が重大だと考えられる場合には訴訟手続きを行う担当者に案件を照会する。</li> <li>産科医に対する訴訟は特に増加しているように思われませんが、助産師の過失や病院での組織的な過失などの産科訴訟は増加しているとみられる。</li> </ul>		

		7	8	9	10	11	12		
		韓国	台湾	シンガポール	タイ	イスラエル	フィンランド		
I	総人口	48,050千人(W 06年)	22,946千人(内 07年11月)	4,382千人(W 06年)	63,444千人(W 06年)	6,810千人(W 06年)	5,261千人(W 06年)		
	出生数	452千人(OE 06年)	204千人(内 07年)				59千人(OE 06年)		
	出生率	1.2(W 06年)		1.3(W 06年)	1.8(W 06年)	2.8(W 06年)	1.8(W 06年)		
	新生児死亡率(出生数1,000人あたり)	4(W 04年)		1(W 04年)	9(W 04年)	3(W 04年)	2(W 04年)		
	出産件数と場所	223,249(病院)、212,592(診療所)、1,242(助産所)	204,414(総数)	32,361(総数、07年)	809,485(総数)	150,000(総数、病院が99%)	58,160(病院99.9%、その他0.1%)		
	医師数	91,872人	35,000人	6,931人	34,000人	24,577人(W 03年)	22,358人 うち63歳以下で国内在住は17,609人		
	うち産科医数	男性	3,490人(74.1%)	2,186人(86.0%)	176人(65.4%)	1,376人(64.4%)	1,200人	432人(ob/gyn,49.4%)	
		女性	1,221人(25.9%)	355人(14.0%)	93人(34.6%)	761人(35.6%)		442人(ob/gyn,50.6%)	
	産科医の平均年齢	男性	50歳(clinic obstetricians)	na	40歳	na	53歳	62歳(ob/gyn)	
		女性	48歳(clinic obstetricians)	na	40歳	na	48歳	51歳(ob/gyn)	
	助産師数	9,121人	na	224人	助産師のシステムはない	na	約4,000人		
	人口1,000人あたり医師数	1.7(OE 06年)	1.5(データより算出)	1.6(データより算出)	0.5(データより算出)	0.3(データより算出)	2.7(OE 06年)		
	産科医一人あたり分娩数(出生数÷産科医数)※※	95.9	80.4	120.3	na	123.8	96.4		
	産科医の平均勤務時間	53.6時間/週	na	60時間/週	40-60時間/週	72時間/週	48時間/週		
医師の勤務時間の制限		有	無	無	無	有			
	時間/週	na	na	na	na	48時間/週			
医学生の数規制	有:41の大学に3,300人	na	有	有	有	有			
II	産科医の需給	総数は過剰 地域、施設によっては足りないなど偏在あり	総数が不足 地域によっても不足	不足や偏在はない	不足している	総数が不足 地域によって不足	地域によって不足		
	産科医の不足により生じている問題	・韓国の状況は日本と似かよっているが、出生率の低下により近年、産科医は過剰になっている。 ・ただし、分娩取り扱い病院は都市部に集中しており、地方によっては病院を見つけることが難しい地域もある。 ・診療所の62.3%、女性医師の90%が分娩取り扱いをしておらず、いくつかの地方で産科医の偏在が発生している。	・産科医の訴訟問題や保険料の急増。 ・仕事がきつ、勤務時間も長いので、若い医師が産科医になる気はない。	問題はない。	・地方では産科医が不足しているため、医師の管理の下、助産師が妊婦を診ている。 ・医師会では母親の死亡率や疾病率を減らすためにNursing Council(看護師協議会)と共同で母体保護計画を作成した。	産科医の負担が重くなっている。	・フィンランドには純粋な意味での産科医はいない。現在産婦人科医不足は起きていないが、いくつかの地域では確保が困難になっている。これは、小規模病院で医師の雇用が困難であることに起因している。これらの病院ではオンコールの負担が増大し問題を深刻化させている。 ・地域によっては分娩施設の病院までの距離が遠くなっている。		
III	産科医不足の原因	・産婦人科医は総数では過剰であるが、分娩を扱う産科医は、低報酬、高い訴訟リスク、スタッフ確保が困難であるため減少している。 ・分娩を扱う産婦人科医は4分の1に過ぎず、将来的には出産に関わる産科医数は不足するであろう。	・年間の分娩数は減少している。 ・国民健康保険からの出産に関わる支払いが低く、産科医の労力と釣り合っていない。	該当なし(na)	医師の配置が偏在しており、それに対する法的処置がなされていないこと。そのため地方部などでは産科医の不足が生じているところもある。	予算不足による産科医ポストの不足	多くの若手産婦人科医は開業志向が強く、出産の取扱いや病院勤務を行わなくなった。		
	産科医数の将来予測	na	不足や偏在が起きる	不足や偏在は起きない	不足や偏在が起きる	不足や偏在が起きる	不足や偏在が起きる		
IV	産科医確保のための政策・手段	① 全国の産科医数枠 ② 地域別の産科医数枠 ③ 地方・過疎地勤務を奨励するプログラム ④ 地方・過疎地勤務の財政援助(補助金/奨学金) ⑤ 研修医受入数の規制・管理 ⑥ 医学生の専門選択のための教育プログラム ⑦ 医学生の勤務地選択のための教育プログラム ⑧ 地方勤務の医師のキャリアプラン導入 ⑨ 外国人医師 ⑩ その他	④ 財政支援(公衆保健医: public health doctor) ⑤ 研修医受入数の規制(病院レベル) ⑥ 医学生の専門選択のためのプログラム(臨床診療教育課程: clinical practice education process) ⑩ その他: 男性は3年間地方の保健所で公衆保健医として勤務することで、兵役の代わりとすることができる(すべての専門科)。しかし、産科医や分娩施設の偏在は依然として問題である。また、研修の最後に産婦人科を希望する研修医の減少も問題である。	⑦ 医学生の勤務地選択のためのプログラム(国立の医学部を卒業した者は、政府によって2年間勤務地を決定される)	① 全国の産科医数枠	④ 財政支援(extra money) ⑤ 研修医受入数の規制(全国レベル、病院レベル)	na	① 全国の産科医数枠 ④ 財政支援: へき地の医師に対して高い給与を支給する ⑤ 研修医受入数の規制(病院レベル)	

※W→WHO OE→「OECD Health Data 2008」。( )内はデータの出典年。内→台湾内政部 総→総務省統計局 厚→厚生労働省 日産婦→日本産科婦人科学会 ※※産科医単独の記述がない国は(産婦人科医数×0.7)で算出。

		7	8	9	10	11	12
		韓国	台湾	シンガポール	タイ	イスラエル	フィンランド
V	訴訟の増加	増加している	増加している	増加している	増加している	増加している	増加していない
	訴訟の増加が産科の選択に及ぼす影響	影響している	影響している	影響していない	影響している	影響している	na
	女性産科医の増加	増加している	増加している	増加している	増加している	増加している	増加している 産婦人科の研修医の約95%が女性
	産科医の労働環境	大変よくない	大変よくない	よい	まあまあ	まあまあ	よい
	学生間での産科の評価	非常に人気がない 😞	非常に人気がない 😞	大変人気がある 😄	人気がない 😞	人気がある 😊	人気がある 😊
VI	医師会としての取組み	特別な政策はないが、診療報酬の引き上げ、専門診療科のRBRVSの見直し、産婦人科の研修医にインセンティブを与えるシステムを政府に訴え続けている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出産率の向上や医師・患者間の法的な争いの減少のために、出産関連事故の救済基金(Birth-Related Risk Relief Foundation)を創設した。</li> <li>・出産に関する報酬の増加を中央国民保険局に要求した。</li> <li>・産婦人科医の職業上のリスクを防ぐためすべての産科医に医師賠償責任保険への加入を義務付けた。</li> <li>・政府に対して医療関係者向けの強制賠償責任保険(compulsory liability insurance)の制定を要求した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・政府は大学の定員の規制を行っている。(Yong Loo Lin School of MedicineとNational University of Singapore)</li> <li>・Singapore Medical Council(SMC)は外国人医師が臨時もしくは条件付で診療をするため登録する国外のメディカルスクールを制限している。</li> <li>・医師会としては医師が安定的に供給されるように、必要に応じて医学生や外国人医師の規制を政府やSMCと協調して行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タイ産科婦人科学会会長はタイ医師会の評議員であるため、高い水準の診療能力と知識を備えた産科医を養成するための研修を支援する施策を全国、地域レベルで多数行っている。</li> <li>・タイ医師会は、Medical Council(医療審議会)と共同で、専門医数の管理と女性医療に対する需要に備えた準備を行っている。また医療審議会や公衆衛生省と共同でいくつかの施策を実施している(生命保険や地方部にいる医師のための基金など)。さらに、産婦人科医が短期海外留学するための奨学金制度も準備している。</li> </ul>	na	<ul style="list-style-type: none"> <li>・将来の医師数を推定するための正確なデータの作成</li> <li>・師の採用には労働と給料の条件が重要だと考えている。公的医療制度における医師不足は医学部生を増やすことでは解決できない。勤務条件を重要視する必要がある</li> <li>・専門科ごとの将来予測を行うためのデータも作成している。ある診療科では新しく専門医になる人数を退職者数が上回っている。</li> <li>・北欧5カ国共同で医師の需給予測を行っている(フィンランド・スウェーデン・ノルウェー・デンマーク・アイスランド)</li> </ul>
追加質問	妊婦が分娩施設に着くまでに要する時間(平均)	地域による 都市部:30~60分、地方:2~4時間	15~30分	na	15~30分	na	30~60分
	出産施設の集約化について	大規模施設での出産 (政府の政策ではない)	大規模施設での出産 (政府の政策ではない)	大規模施設での出産 (政府の政策である)	小規模施設での出産 (政府の政策である)	na	大規模施設での出産 (政府の政策である)
	その他						

		13	14	参考	
		デンマーク	アイスランド	日本	
I	総人口	5,430千人(W 06年)	298千人(W 06年)	127,771千人(※総 07年)	
	出生数	65千人(OE 06年)	4千人(OE 06年)	1,101千人(総 07年)	
	出生率	1.8(W 06年)	2.0(W 06年)	1.3(※厚 07年)	
	新生児死亡率(出生数1,000人あたり)	3(W 04年)	1(W 04年)	1(W 04年)	
	出産件数と場所	63,814(病院)、1,360(その他)	4,560(総数、病院が約95%)	571,025(病院)、538,808(診療所) 10,882(助産所)、2,870(施設外)	
	医師数	24,126人	1,010人	277,927人(総数) 263,540人(医療施設従事者数)	
	うち産科医数	男性	515人	20人(62.5%)	7,985人(※日産婦 06年) (参考:医師調査(厚 06年)では医療施設に従事する産科医と産婦人科医は計10,074人。男性:女性=77.0%:23.0%)
		女性		12人(37.5%)	
	産科医の平均年齢	男性	45-55歳	52歳	53.8歳(産科+産婦人科)
		女性		女性のほうが少し若い、データなし	
	助産師数	2,262人	220人(not all active)	25,775人	
	人口1,000人あたり医師数	3.3(OE 05年)	3.7(OE 06年)	2.1(OE 06年)	
	産科医一人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	126.2	125.0	137.8	
	産科医の平均勤務時間	37時間/週	na	74時間/週(日産婦 08年)	
医師の勤務時間の制限		na	有	無し	
	時間/週	na	44時間/週		
医学生の数規制	有	有:政府ではなく大学による規制 医学部のある大学は国内に1つだけ	無し		
II	産科医の需給	不足や偏在はない	不足や偏在はない	全体的に不足	
	産科医の不足により生じている問題	na	・産科医は最低2年間海外で研修を行うことになっており、産科医数のバランスは取れている。 ・自国で産科医としてのポジションがない医師は海外に居住している。これは、産科医が過剰であることを意味しているが、公式な数字には表れていない。	・分娩取り扱いの制限や廃止を行う医療機関の増加 ・病床数や人人体制の不足により、ハイリスク患者の受け入れが困難な場合がある ・当直や時間外勤務の増加により、医師の過重労働が深刻化	
III	産科医不足の原因	na	上記参照	・他科と比べ、訴訟に至るリスクが高いこと ・当直回数の多さや長時間労働など、過重労働に伴う心身的負担が大きいこと ・上記のリスクを理由に、産科医を希望する医学生が少ないこと ・産科を希望する女性医師は増加しているが、離職・休職後の支援体制が不十分であるため、臨床現場の復帰が難しいこと	
	産科医数の将来予測	不足や偏在は起きない	過剰となる	不足や偏在が進む	
IV	産科医確保のための政策・手段	① 全国の産科医数枠	産科医数を確保するための政策は特に実施していない。	④ 勤務地を指定した奨学金の支給	
		② 地域別の産科医数枠 ③ 地方・過疎地勤務を奨励するプログラム ④ 地方・過疎地勤務の財政援助(補助金/奨学金) ⑤ 研修医受入数の規制・管理 ⑥ 医学生の専門選択のための教育プログラム ⑦ 医学生の勤務地選択のための教育プログラム ⑧ 地方部勤務の医師のキャリアプラン導入 ⑨ 外国人医師 ⑩ その他		⑥ 2009年度より、臨床研修を行う40大学病院で特定の診療科を重点的に研修するモデル事業を開始予定(募集定員397人)。124ある研修プログラムのうち、「産科重点プログラム」は26プログラム(募集定員62人)  ⑩ 新医師確保総合対策「緊急医師確保対策」で医学部定員増加を容認	

※W→WHO OE→「OECD Health Data 2008」。( )内はデータの出典年。内→台湾内政部 総→総務省統計局 厚→厚生労働省 日産婦→日本産科婦人科学会 ※※産科医単独の記述がない国は(産婦人科医数×0.7)で算出。

		13	14	参考
		デンマーク	アイスランド	日本
V	訴訟の増加	増加している	増加していない	増加傾向
	訴訟の増加が産科の選択に及ぼす影響	無過失補償制度があるので、おそらく影響はない	na	影響している
	女性産科医の増加	わからない	増加している	増加している
	産科医の労働環境	na	よい	(大変)よくない
	学生間での産科の評価	人気がある 😊	人気がある 😊	人気がない 😞 (「臨床研修に関するアンケート調査(2008. 全国医学部長病院長会議他)」では、産婦人科を希望する医学生は5.7%)
VI	医師会としての取組み	専門医の研修ポスト数を増やすための政策や研修の質を高めるための政策をとっている。	北欧5カ国の医師会は医師数の予測プロジェクトを過去30年間にわたり行ってきた。この予測は各国の保健省が学生数や研修ポスト数を決定する際の情報源となっている。保健省や文部省がどの程度使用しているかは不明であるが、ある程度の効果が得られていると思われる。	na
追加質問	妊婦が分娩施設に着くまでに要する時間(平均)	na	na	na
	出産施設の集約化について	na	na	na
	その他			