

日医総研ワーキングペーパー

「医師確保策－15ヶ国における産科医調査－」

No. 185

2009年3月3日

日本医師会総合政策研究機構
江口 成美

医師確保策－15ヶ国における産科医調査

日本医師会総合政策研究機構 江口成美

キーワード

- ◆ 医師の不足・偏在
- ◆ 海外調査
- ◆ 産科医不足
- ◆ 医師確保策

ポイント

- ◆ 日本を含めた15カ国の調査から、15カ国中11ヶ国の国が全体、もしくは地域の産科医の不足あるいは偏在があると回答し、産科医確保はいわば国際的な問題であることが判明した。諸外国においても女性医師の割合の増加や、訴訟の増加、また医師の勤務意識の変化など日本と似通った課題を抱えていた。
- ◆ 研修医の地域別人数を管理している国は7カ国にのぼった。専門学会や医育機関を含めた関連機関からなる委員会が地域別の医師数を検討している国もあった。ただし、最終的な勤務地は医師の意志で決めるため、地方部での医師不足が依然として問題となっていた。
- ◆ 日本は国内の出生数に対する産科医数、助産師数、産科医1人あたり分娩数などの数値は他国と比べて必ずしも例外的でなかったが、平均勤務時間が対象国の中で最も長い国であった。
- ◆ 勤務環境の良いという評価のある国では学生の人気が高く、両者の強い関連性がみられた。また、産科医確保のために、学会が学生を勧誘するなど積極的な方策を講じている国もあり、広い角度からの働きかけが行われていた。
- ◆ 臨床研修制度の見直しが進められる中、将来的には、地域別に研修医の数をおおよそ決めることは、都市部の病院への集中や偏在を軽減することにつながるであろう。地域の医師数を検討する委員会の強化を進めることが必要である。
- ◆ その上で、財政面のみならず、地方部での勤務環境の整備、最新技術へのアクセスの担保、医師のキャリア上の優遇措置などによって地方部からの離脱を防ぐための多面的な対応が必要と思われる。

目次

はじめに	1
1. 調査概要	2
2. 調査結果	4
1. 産科医の現状	4
2. 産科医の需給	7
3. 産科医確保のための政策・手段	9
4. 助産師	12
5. 分娩施設の集約化	12
6. 訴訟と勤務環境	13
3. まとめと考察	14
アンケート回答結果表(15カ国)	16
添付資料1 質問票	質問票-1
添付資料2 フランスの診療科別地域別インターン定員枠	資料-1-

はじめに

わが国では産科医の不足や偏在が大きな社会問題となり、政府や各地の自治体や団体による対応がようやく始まりつつある。しかしながら、産科医の不足は地域でいまだに続いており、長期的な視点からの検討が必要である。日本以外の諸外国では、産科医の確保の問題を抱えているのか、あるいは、安定的に確保するためにどのような対応を行っているかについては必ずしも知られていない。それぞれの国の医療保険制度、提供体制、分娩に関わる文化や歴史的背景などの違いはあるが、海外での状況や施策を把握し、今後の日本の産科医療政策の参考としたい。

1. 調査概要

目的

わが国の周産期医療を取り巻く環境は極めて厳しく、産科医不足や偏在に対する解決策が急務となっている。本調査は、アンケート調査を行い、諸外国における産科医の需給の現況を把握し、産科医の確保のために行っている各国の方策や手段を調べる。本調査の結果を踏まえて日本の実情にふさわしい確保策のあり方を検討する。

対象

調査対象：世界医師会のメンバー国から抽出したアメリカ、カナダ、欧州諸国、アジア諸国を含む 17 カ国の医師会を対象に、アンケート調査票を送付した。14 カ国（フランス、ドイツ、イギリス、アメリカ、カナダ、韓国、台湾、シンガポール、タイ、フィンランド、デンマーク、ニュージーランド、イスラエル、アイスランド）から回答を得た。

調査期間

2008 年 1 月～8 月

調査項目

- 基本データ（男女別産科医数、分娩数、施設別分娩数、助産師数、産科医の平均勤務時間、医学部定員制限の有無）
- 産科医の需給に関わる課題、顕在化している問題の有無
- 具体的方策（産科医総数の設定、地域枠の設定、地方部・過疎地での経済的インセンティブによる誘導、産婦人科研修医数の設定、医学プログラムによる誘導、医師のキャリアプログラム上の考慮、外国人医師の利用、など）
- 産科医療を取り巻く環境（医療訴訟の増加の有無、女性医師数、産科施設の集約化の有無、産婦人科という診療科に対する意識、妊婦の自宅から分娩施設までの平均時間など）
- 追加調査として、各国の出生数、人口あたり医師数を含む指数の調査、アメリカ、フランスにおける地域別医師数の管理状況

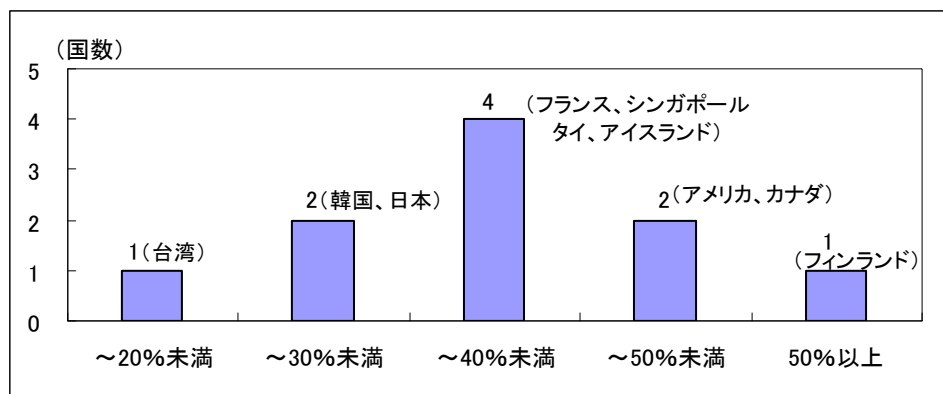
2. 調査結果

各国からの回答結果に基づき、産科医師の現状、産科医需給の状況、確保策、産科取り巻く環境の観点からまとめた。調査結果のまとめはアンケート回答表を参照。質問票は巻末に添付。

1. 産科医の現状

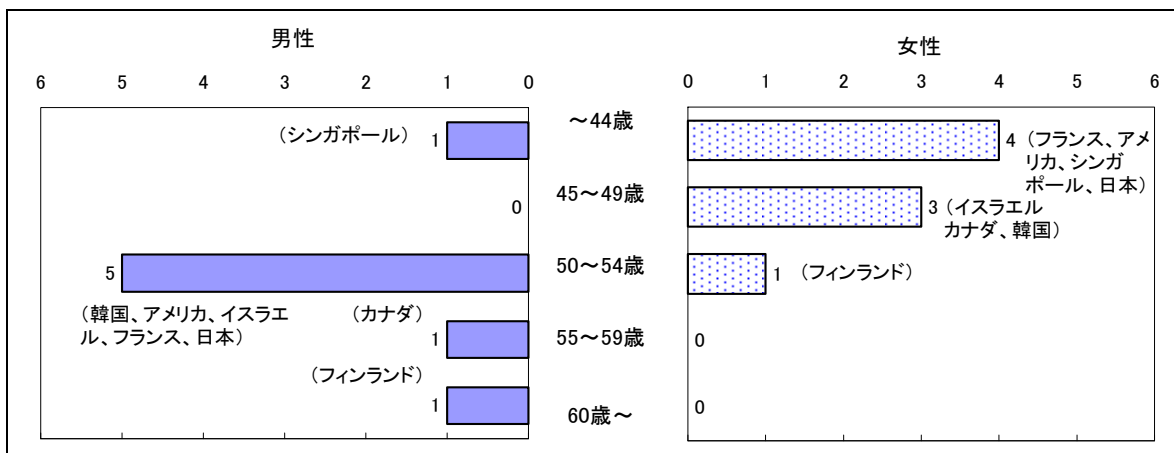
産科医のなかで女性医師が占める割合は、回答国 10 カ国のうち 4 カ国が 30%～40% の範囲であった。アジアの国（日本は 23.0%）に比べて欧米諸国では女性医師が占める割合の高い国が多くみられた（図 1）。一方、産科医の年齢は男性が 50 代前半、女性が 40 代半ばという回答が多く、日本の産科医の年齢は男女ともアメリカ、フランスと似通った傾向がみられた（図 2）。

図 1 産科医の中で女性医師が占める割合 n=10



無回答および男女別の統計がなかった 5 カ国を除く。アメリカとフィンランドは産婦人科

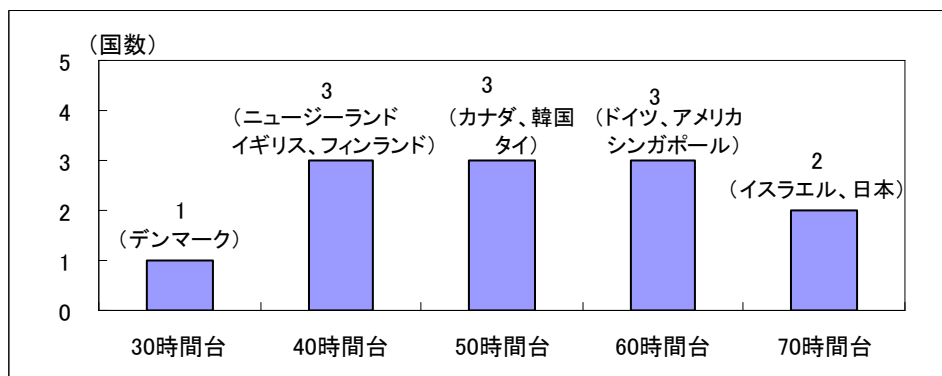
図2 産科医の平均年齢 男女別 n=8



※無回答および男女別の統計がなかった7カ国を除く

産科医の勤務時間は、12カ国中、30時間台が1カ国、40時間台が3カ国、50時間台3カ国、60時間台3カ国、70時間台2カ国であった(図3)。日本は74時間で、最も長い勤務時間であった。

図3 産科医の勤務時間(週平均) n=12



※無回答の3カ国を除く

産科医1人当たり分娩数を(分娩数/産科医数)で単純計算すると、イギリス(468.1)、カナダ(268.4)、フランス(231.1)が多く、ドイツ(143.1)、アメリカ(140.9)、日本(137.9)が続いていた。ただし、産科医の分娩へ関わり方や助産師を含む医療スタッフの介入度合いなどが国によって異なるため、これらの数字の単純比較は必ずしも意味をなさない。特に、フランス、イギリス、ドイツでは病院内の助産師の介入が積極的に行なわれている状況である。

表1 各国の出生数および医師数、助産師数など

国	①出生数	②産科医数※1	人口1,000人あたり医師数	総医師数の中で産科医が占める割合	産科医1人あたり分娩数 (①÷②)	助産師※2	産科医の平均勤務時間(週)	産婦人科の人気※3	勤務環境※4	現在の産科医不足・偏在※5
アメリカ	4,174,000	29,633	2.4	3.2%	140.9	4,470	65	2	3	地
日本	1,101,000	7,985	2.1	3.0%	137.9	25,775	74	2	1	総・地
フランス	797,000	3,449	3.4	1.3%	231.1	15,596	-	1	1	地
イギリス	749,000	1,600	2.5	1.1%	468.1	31,186	44	4	5	総
ドイツ	673,000	4,702	3.5	1.7%	143.1	18,000	60	2	4	なし
韓国	452,000	4,711	1.7	5.1%	95.9	9,121	54	1	1	地
カナダ	340,000	1,267	2.1	1.8%	268.4	509	53	3	3	総・地
デンマーク	65,000	515	3.3	2.1%	126.2	2,262	37	3	-	なし
ニュージーランド	59,000	234	2.3	2.4%	252.1	34,660	47	2	2	総・地
フィンランド	59,000	612	2.7	2.7%	96.4	4,000	48	3	4	地
シンガポール	32,361	269	1.6	3.9%	120.3	224	60	4	4	なし

※1 アメリカ、フィンランドは(産婦人科医総数×0.7)で算出。日本は分娩を行っている産科常勤医師数(「全国周産期医療データベースに関する実態調査」(日本産科婦人科学会))。 ※2 アメリカでは看護助産師が31万人いるなど、助産師の定義にはバラツキがある。 ※3 「大変人気がある(4点)～「非常に人気がない(1点)」の4段階評価 ※4 「大変よい(5点)～「大変よくない(1点)」の5段階評価 ※5 総・地:総数が不足し地域による偏在もある、総:総数が不足、地:地域による偏在がある

2. 産科医の需給

「現在の産科医の需給をどのようにみるか」という設問に対して、15カ国中11カ国が全体もしくは地域の不足・偏在の問題があると回答した(表2)。「総数に不足がある」と回答したのは、カナダ、イギリス、ニュージーランド、タイ、台湾、イスラエル、日本の7カ国で、うち4カ国は総数が不足している上に地域の不足・偏在もあると回答した。「総数に不足ないが地域による不足(偏在)がある」と回答したのは、アメリカ、フランス、フィンランド、韓国の4カ国であった。「不足や偏在はない」と回答したのはドイツ、デンマーク、シンガポール、アイスランドの4カ国のみであった。将来も不足偏在があるとした国は10カ国、不足や偏在がないと回答したのは2カ国、過剰が1カ国、無回答が2カ国であった。

表2 産科医の不足及び偏在の状況-15カ国

	現在	将来
産科医の不足や偏在はない	ドイツ、デンマーク、シンガポール、アイスランド(4カ国)	シンガポール、デンマーク(2カ国)
産科医の不足や偏在がある	11カ国	10カ国
総数が不足＋ 地域による偏在	カナダ、ニュージーランド、イスラエル、日本(4カ国)	フランス、イギリス、ドイツ、カナダ、ニュージーランド、台湾、タイ、イスラエル、フィンランド、日本(10カ国)
総数が不足	イギリス、タイ、台湾(3カ国)	0
地域による偏在	アメリカ、フランス、フィンランド、韓国(4カ国)	0
産科医が過剰である	0	アイスランド(1カ国)

※将来については2カ国(アメリカ、韓国)が無回答

現在、「不足や偏在はない」と回答した国々のうち、ドイツについては、もともと人口あたりの医師数が多い点¹、政府の需要計画に基づいた開業医の地域別配置指針がある点が寄与していると考えられる。しかし、近い将来については「不足や偏在が起こる」と回答しており、政府は不足への対応策が必要となっていることを明言している。また、日本と同様、分娩を扱う医療機関が減少し、妊婦が遠方の医療機関で出産しなければな

¹ OECDヘルスデータ(2008年)では1,000人あたり医師数(臨床医)はドイツ3.5、デンマーク3.3、日本2.1である。

らないなどの現象が起きている。デンマークは、現在のみならず将来も不足・偏在への危惧がないと回答している。人口あたり医師数が多く（1,000人あたり医師数3.3）、産科医の平均勤務時間は37時間で日本の約半分であった。医学生の間で産科医に人気があり、診療科の魅力が安定した供給を確保する要因のひとつになっていると思われる。

産科医が「不足・偏在している」と回答した国々は、原因として以下の点を挙げていた。フランスでは、産科医を希望する人が少ないことと高齢化が主な理由であった。アメリカでは女性医師の増加による人手不足が起きていること、訴訟の増加で産科医が早期退職していること、分娩を好まない産婦人科医が増加していることを挙げている。また、医師全般に長時間勤務を好まない傾向が高まっているとしている。カナダでは、広大な土地に対して絶対的な医師数の不足、女性医師の増加、若い医師の勤務意識の変化であった。韓国では、産婦人科医の報酬が低く訴訟リスクが高いことや、分娩に携わるスタッフが不足していることから、産婦人科医のなかで産科を選ぶ医師が4分の1まで減少しているという。台湾では、訴訟に関わる保険料、勤務環境の厳しさから産科医になる医師が減少していることを挙げている。フィンランドでは医師の開業志向により勤務医が減少していることを挙げている。

3. 産科医確保のための政策・手段

産科医確保のための政策・手段として、研修医（インターン）の定員数の管理を行っている国が7カ国、地方部や過疎地での勤務のための補助金などの財政援助を行っている国が6カ国、全国の産科医数枠を設置している国が5カ国であった（表3）²。カナダでは、医師の地方部・過疎地での勤務の奨励のため、財政支援と研修などのプログラムの両面から行なっていた。外国人医師の雇用は4カ国で行われていた。しかも、EU諸国ではそれぞれの免許がEU内では同等免許とされるため医師の移動は自由である。外国人医師の活用は、アメリカなど西欧の国で多く用いられており、アジアの国では行われていなかった。アジアの国で外国人医師が活用されていない背景には言語の問題や歴史的経緯があると推測される。

表3 各国の対応策(12カ国)

対応策	国数	国
研修医(インターン)数の管理・制限	7	カナダ(州単位)、フィンランド(病院単位)、イギリス(全国単位)、韓国(病院)、タイ(全国、病院)、アメリカ、フランス
地方・へき地での医師確保のための財政支援(奨学金、補助金)	6	カナダ、フィンランド、ドイツ、韓国、タイ、日本
国内の総産科医数の管理・制限	5	フィンランド、デンマーク、シンガポール、フランス、アメリカ、
外国人医師の採用(EU諸国ではEU以外の国)	4	イギリス、デンマーク、フランス、アメリカ
医学生や研修医が地方・過疎地での勤務を奨励するプログラム	3	カナダ、ドイツ、デンマーク
医学生の勤務地選択のための教育プログラム	2	カナダ、台湾
医学生の専門科目選択のための教育プログラム	2	韓国、日本(モデル事業)
地方・へき地に勤務する医師の将来の職歴を保障するキャリアプラン・プログラム	1	ドイツ
その他 兵役の免除	1	韓国

記入なし: ニュージーランド、イスラエル、アイスランド

² 設問では、「その他」を含む10項目を挙げ、それらから当てはまるものを選択してもらった(複数回答)。添付質問票参照。

①研修医の地域枠

フランス

フランスでは、医学部の定員制以外、全国席次試験に基づいて研修医数を地域別診療科別に振り分ける枠を定めている（表 4 ならびに添付資料 *Epreuves Classantes Nationales*）。2009 年の総ポスト数は 5,704 ポストで、近年は増員が行われている。ポストは学生の希望と医学試験の結果で割り振られる³。産科のポストは総数で 155 であった。産科は 2007 年に 150 ポストから 5 ポスト増員が行われている。研修後は、開業立地の自由が権利として主張されているため、国は強制的な地理的・専門科の配分や配置を行うことはできない。

各県には医学教育地方委員会があり、保健省と文部省からの出先機関および大学医学部長ならびに医師会などの代表で構成される。専門医数については地方からの需要データに基づく提案が中央で検討される⁴。今後、地方部での医師確保を徹底するために、医学教育でより細かな進路方向の誘導を行うと同時に、地域別専門科別のポスト数の 5 年計画を策定するなどの法案が検討されているという。

³ 保健省調査部 DREES の「2006 年全国試験後の専門科選択」調査(*Etudes et Resultants No.571*)では、女性インターンの選択は、内科、小児科、一般医、外科、麻酔、産婦人科、精神、病理、婦人科、公衆衛生、産業医の順であった。男性インターンの選択は、内科、外科、麻酔、一般、小児科、病理、産婦人科、精神科、婦人科、公衆衛生、産業医の順であった。

⁴ GP については計算式が公表されている。当該地方の理論上の GP 数 = フランス国民総数対比 GP 数 × 当該地方人口総数とし、A = 当該地方 GP 数 - 理論上の GP 数 とする。適正数 = $(A \times 3500) \div$ フランス全国 GP 数。(3500 は 2011 年の GP インターン定員予定数(概数))。専門医については今後の検討課題とされている。(Les Internes en Medecine, Le rapport 2006-2007, ONDPS)

表 4 2009 年度フランス医学部研修医インターン定員数(要約)

	イルドフランス地方	北東地方	西北地方	ローヌアルプス地方	西部地方	南部地方	南西部地方	アンティール・ギアナ諸島	合計
内科系専門医	144	156	163	94	165	76	82	5	885
外科系専門医	91	93	100	57	91	57	54	7	550
一般医	372	615	605	415	620	190	308	75	3,200
産科	30	24	26	17	26	14	16	2	155
婦人科	4	2	3	2	2	2	5	0	20
小児科	36	38	37	22	28	19	16	4	200
麻酔科	35	46	48	36	38	26	28	3	260
精神科	36	53	56	28	54	23	29	1	280
産業医	9	8	14	7	7	4	5	0	54
病理医	6	7	7	4	7	3	5	1	40
公衆衛生医	12	11	8	6	10	3	9	1	60
合計	775	1,053	1,067	688	1,048	417	557	99	5,704

Journal Officiel De La Republique Francaise 2008

アメリカ

米国には全国に 125 のメディカルスクールがあり、毎年約 17,000 人が卒業している。医学生数は、米国の人口増加に対応するため、今後数年間に 15%以上の増加を予定している。アメリカでは、研修医評価委員会（RRC : Residency Review Committee）が全国組織として設置されており、当機関が卒後研修プログラムに参加する研修医数を決定している。当委員会は複数の専門医認定機関（American Board）、米国産科婦人科学会（ACOG）、米国医師会からの代表や研修医 1 名などから構成されている。米国には産婦人科医領域の専門医研修プログラムが全国各地に 245 あり、定員は全部で 1,150 である。半数は大学病院、残り半分が市中病院である。研修医評価委員会は年に 3 回開催され、個々のプログラムは 2～5 年おきにレビューされる。

臨床研修に必要な費用はいくつかの組織から出資されており、連邦政府は直接的な補助金を各ポストに分配して交付している。連邦政府は研修プログラムを持つ病院へ間接的な補助も行っている。州政府や病院自身も研修の費用負担を行っている。連邦政府は補助金に上限を設けているため、財政的な制約が研修プログラムと研修医の定員につな

がっている。このように、米国では、中央政府が医師数を決めるわけではなく、RRC と各病院の研修プログラムによって研修医数が決定される。ただし、あくまで研修医の数であり、フランスと同様、最終的な勤務地の選択は個人の自由となっている。そのため、訴訟の多い州や過疎地での産科医の不足が問題となっている。

4. 助産師

分娩における助産師の関与はそれぞれの国の文化や医療制度・提供体制が大きく反映されている。一般に、医師一人あたりの分娩数が多い国では助産師の数が多く、分娩への関わり方が大きいことが予想される。各国の助産師数はバラツキが大きく、ニュージーランドでは出産数 64,040 件に対して助産師が 34,660 人と最も多かった。ニュージーランドでは産科医が不足しているため分娩の多くが助産師によって行われている。フランスでは産科医数約 3,400 人に対して助産師は約 16,000 人と多く、病院内での正常分娩に対応している。ドイツでも同様に医師の監視のもと、正常分娩は病院で助産師が行っている。

5. 分娩施設の集約化

分娩の医療施設形態について回答を得た 10 カ国のうち、病院での分娩が 98%以上を占める国が 7 カ国、95%が 1 カ国で、大半が病院で行なわれていた。残りの 2 カ国は韓国と日本で、両国では診療所での分娩数が多い。韓国では病院の分娩が 22 万件、診療所が 21 万件、日本では病院の分娩が 57 万件、診療所が 54 万件である。診療所での分娩が病院での分娩数に近い点で日本と韓国は似通っていた。

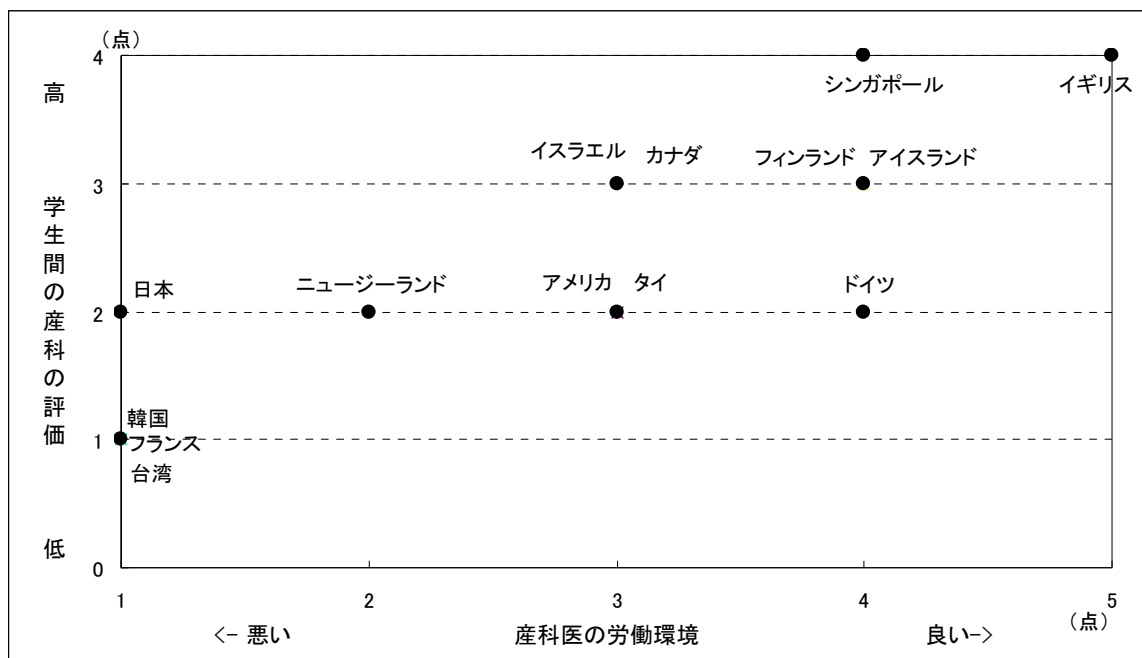
集約化について回答した 8 カ国中 6 カ国が、大規模施設への集約化が進んでいると回答している。韓国でも大規模施設への集約化を進められているが、地方部では妊婦が分娩施設に着くまでに要する時間が 2~4 時間、都市部でも 30~60 分と長時間を要しており、問題が顕在化している。

6. 訴訟と勤務環境

訴訟の増加については、増加している国が 11 カ国、増加していないが 3 カ国、不明が 1 カ国であった。また、産科における訴訟の増加が研修医の産科選択に影響を与える度合いについては、増加している国 11 カ国のうち 8 カ国は研修医の産科選択に影響を与えていると回答している。

医学部生の間での産科という診療科の人気度は、人気がある国が 15 か国中 7 カ国で、人気がない国が 8 カ国で拮抗していた。学生への魅力と産科医の労働環境との間の関連を調べると、相関がみられた（相関係数=0.840）（図 4）。非常に人気があるイギリスとシンガポールでは、労働環境がそれぞれ「大変よい」と「よい」であった。反対に、フランス、韓国、台湾では、3 国とも産科医の労働環境が「大変悪い」と回答していた。

図 4 産科医の労働環境と学生間の評価(n=14)



3. まとめと考察

14ヶ国の調査結果から、それぞれの国の制度や文化の違いはあるものの産科医の確保はいわば国際的な問題であることが判明した。本調査はアンケート調査に基づくため、詳細を把握するものでないが、産科医の不足や偏在が起こっている原因や背景に共通点があることが判明した。いずれの国も複数の対応策を講じているが、大半が将来の産科医の不足・偏在を予想していた。結果は以下の点であった。

第一に、産婦人科医の女性の割合の増加という傾向や、訴訟の増加、また医師の勤務意識の変化は諸外国でも起こっており、日本と極めて似通った状況であった。産科医の年齢や出生数に対する産科医数も日本は平均的であった。産科医確保策として産科医数の総数管理、地方部勤務のための経済支援が多く用いられていた。研修医の枠については、フランスでは各地域にインターンの医師数を検討するためのいくつかの機関からなる委員会が設置されていた。今後の参考になると思われる。

第二に、研修医の地域別診療科別人数枠を定めることは、地方部への研修医の誘導となっていた。しかしながら、最終的な勤務地は医師の意志で決めるため、地方部での医師不足が発生していた。研修プログラム後の定着を向上するには、経済的な措置のみならず、地方部に勤務する医師の将来のキャリアプランを含めたトータルな施策が必要と思われる。フランスや米国などでは、不足地域の医師は外国人医師を割り当てる対応が行われているが、言語の障壁があり日本では可能な対策とは思えない。

第三に、産科医の不足や偏在が生じていないデンマークなどでは、産科医の勤務環境が良いという評価で、産科に対する学生の間での人気も高かった。確保策には、産婦人科という診療科そのものへの魅力が重要なポイントであり、その要因のひとつは医師の勤務環境であるといえる。

第四に、日本は国内の出生数に対する産科医数、助産師数、産科医1人あたり分娩数などの数値は他国と比べて必ずしも例外的でなかったが、平均勤務時間が対象国の中で最も長い国であった。その背景には、主治医制を初めとする医師の体制の違い、助産師

や看護師などの医療スタッフの関わりの違い、医療施設体系の違い、さらに妊婦の医師への期待に違いがあることが考えられる。医師や医療スタッフの体制についての再検討を検討するとともに、産科医の過酷な勤務を軽減するには、それらの違いを踏まえた絶対的な数の確保が必要と思われる。

第五に、診療所が分娩の約半数を担っている国は韓国と日本のみであったが、西欧諸国との医療施設体系や分娩に関する文化の違いがあり、それらの違いを踏まえて、住民が安心できる産科医の確保を検討すべきである。

いずれの国も産科医確保のための決定的な対策が実践されているわけではなく、日本だけが抱える問題でないことが判明したが、アンケートの回答からは、他国において日本のように産科医不足や産科医の過酷な勤務が社会問題として大きく取り上げられている状況は浮かび上がらなかった。検討課題として以下の点が考えられる。

- 西欧他国では外国人医師の活用による補完を行っている。補完機能がない日本においては、医師の確保はより切迫した大きな課題である。勤務医の長時間勤務を減らすための対策が急務である。
- 臨床研修制度の見直しが行われる中、将来的には、地域別に診療科別の研修医の数をおおよそ決めることで都市部の病院への集中や偏在を減らすことは可能になるであろう。
- 専門学会や医育機関を含めた関連機関からなる委員会で地域別の医師数が検討されている国もあり、日本においても現行制度を踏まえて、地域のニーズを検討する委員会の強化を早急に進めるべきである。
- 研修医の地域別の振り分けは勤務地とは異なり、最終的な医師の勤務地につながるとは限らない。地方部やへき地での勤務環境の整備、最新技術へのアクセスの担保、医師のキャリア上の優遇措置など多面的に対応を行わない限り、地方部からの離脱を防ぐことは難しいと思われる。
- より多くの学生を産科に惹きつけるには、病院の勤務環境の向上はいうまでもない。学会が学生を勧誘するなど積極的な方策を講じている国もあり、広い角度からの働きかけが必要と思われる。

アンケート回答結果表(15 カ国)

		1	2	
		フランス	ドイツ	
1	総人口	61,330千人 (W 06年)※	82,641千人 (W 06年)	
	出生数	797千人 (OE 06年)※	673千人 (OE 06年)	
	出生率	1.9 (W 06年)	1.4 (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)	
2	出産件数と場所	807,400 (総数: 06年)	673,000 (総数)	
	医師数	260,352人	284,427人 (OE 06年)	
	うち産科 医数	男性	2,326人 (67.4%)	15,234人 (ob/gyn: OE 06年) うち病院医 師4,702 (07年)
		女性	1,123人 (32.6%)	
	産科医の 平均年齢	男性	51歳	na
		女性	42歳	na
	助産師数	15,596 (04年データ)	18,000 (半数は病院、半数は独立)	
	人口1,000人あたり医師数	3.4 (OE 06年)	3.5 (OE 06年)	
	産科医1人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	231.1	143.1	
	産科医の平均勤務時間	na	60時間/週	
	医師の勤務時間の制限	無: 民間部門 有: 公的部門	na	
時間/週	48時間/週+残業	na		
医学生の人数規制	有: 7,100人の医学生(2007名) 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		
3	産科医の需給	地域によって偏在が起きている	不足や偏在はない	
	産科医の不足により 生じている問題	・フランスで産科医は特に見つけること 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。	
	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・地理的事情が影響している。	
4	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	

※W→WHO OE→OECD 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
		フランス	ドイツ
5	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	①全国の産科医数枠	③地方部勤務の奨励
		⑨外国人医師(8,431人:2007年)	④財政支援(奨学金)
		⑤研修医の地域別の産科医数枠(診療科枠)	⑧地方勤務の医師のキャリアプラン
6	訴訟の増加	増加している	増加している
	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
	女性産科医の増加	増加している	増加している
	産科医の労働環境	大変よくない	よい
	学生間での産科の評価	非常に人気がない 😞	人気がない 😞
7	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。	
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
	出産施設の集約化について	na	na
他	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医学部定員Numerus Clausus及び全国席次試験(ECN: Epreuves Classantes Nationales)が医師人口の調整につながっている。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。 ・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。ECNで募集される総ポスト数は受験者数と同数である。 ・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数を5年間にわたり計画することになる。政府のONDPSが管轄する。(フランス保健省 人口問題担当者) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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 ・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。 ・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。

		3	4	
		イギリス	アメリカ	
1	総人口	60,512千人(W 06年)	302,841千人(W 06年)	
	出生数	749千人(OE 06年)	4,174千人(OE 06年)	
	出生率	1.8(W 06年)	2.1(W 06年)	
	新生児死亡率 (出生数1,000人あたり)	3(W 04年)	4(W 04年)	
2	出産件数と場所	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)	
	医師数	148,648人(OE 06年)	921,904人	
	うち産科 医数	男性	1,141人(06年,71.3%)	23,813人(ob/gyn,56.3%)
		女性	459人(06年,28.7%)	18,520人(ob/gyn,43.7%)
	産科医の 平均年齢	男性	na	52歳(ob/gyn)
		女性	na	44歳(ob/gyn)
	助産師数	31,186(OE 06年)	6,385人:7割が出産に立ち会う	
	人口1,000人あたり医師数	2.5(データより算出)	2.4(OE 06年)	
	産科医1人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	468.1	140.9	
	産科医の平均勤務時間	44時間/週	65時間/週	
	医師の勤務時間の制限	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。	
時間/週	48時間/週			
医学生の人数規制	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		
3	産科医の需給	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	
	産科医の不足により 生じている問題	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・現在は不足が生じていないが、5年以内に不足となることが予想されている。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。 	
	産科医不足の原因	上記参照		

※W→WHO OE→OECD 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。

		3	4
		イギリス	アメリカ
4	産科医数の将来予測	不足や偏在が起きる (中央政府の予算に依存)	不足や偏在が起こる
5	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	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
		⑨ 外国人医師の雇用	⑤ 研修医受入数の規制(病院レベル)
			⑨ 外国人医師: 数は不明
5	訴訟の増加	増加している	増加している
	訴訟の増加が産科の選択に及ぼす影響	影響している(部分的に)	影響している
	女性産科医の増加	増加している	na
	産科医の労働環境	大変よい	まあまあ
	学生間での産科の評価	大変人気がある 😊	人気がない 😞 ただし、人気はやや増加しつつある。主要大学に研修医産婦人科クラブ(Medical Student O&G clubs)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。
VI	医師会としての取組み ・大学の募集プログラムの推進 ・産科医が働きやすい勤務環境の推進 ・卒後研修のカリキュラム再構成 (一般医(GP)になるには、臨床研修修了後、GP registerとして2年間を病院で、最後の1年を診療所に勤務する。GP registerの数は、deaneryという地域のGP register数を管理する役所によって決められている)		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	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
	出産施設の集約化について	na	※大規模施設での出産(政府の政策ではない)
他	その他		・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。 ・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出産を扱っている。 ・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えず、分娩取扱いをやめる病院もある。

		5	6	
		カナダ	ニュージーランド	
1	総人口	32,577千人(W 06年)	4,140千人(W 06年)	
	出生数	340千人(OE 05年)	59千人(OE 06年)	
	出生率	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)	3(W 04年)	3(W 04年)	
2	出産件数と場所	343,464(病院)	64,040(総数)	
	医師数	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	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	754人(ob/gyn,43.5%): 推定77%が 産科	
	産科医の 平均年齢	男性	56歳(ob/gyn): 産科のみは推定54歳	44歳(all doctors)
		女性	45歳(ob/gyn): 産科のみは推定43歳	
	助産師数	509人	34,660人(多数の看護師含む)	
	人口1,000人あたり医師数	2.1(OE 06年)	2.3(OE 06年)	
	産科医1人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	268.4	252.1	
	産科医の平均勤務時間	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	無
		時間/週	na	na
医学生の人数規制	有: 州政府が入学者数を規制	有		
3	産科医の需給	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	
4	産科医不足の原因	<ul style="list-style-type: none"> ・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人しかないこと(需要と供給の mismatches)。 ・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	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	

※W→WHO OE→OECD 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。

		5	6	
		カナダ	ニュージーランド	
5	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	③ 地方部勤務の奨励 ④ 財政支援:いくつかの州ではうまくいかなかった 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 ⑦ 医学生の勤務地選択の為のプログラム(地方/遠隔地/コミュニティエリアでのローテーション)	現在は産科医を増やすための政策や手段を講じていない。医療における労働力不足が継続的に報告されているが、保健相は医師の不足はないと発表している。
6	訴訟の増加	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	na	na	
	女性産科医の増加	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	まあまあ	よくない	
	学生間での産科の評価	人気がある 😊	人気がない 😞	
7	医師会としての取り組み	カナダ産科婦人科学会として ・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 ・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 ・強力な研修医プログラム/会員制度がある ・州政府に研修医のポストの増加を勧告している ・新しい医療モデルの促進 (MCP2: Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project) ・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	・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 ・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。	
追加質問	妊婦が分娩施設に着くまでに要する時間(平均)	15~30分	na	
	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)	変化なし	
他	その他		・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。 ・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。 ・産科医に対する訴訟は特に増加しているように思われるが、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。	

		7	8	
		韓国	台湾	
1	総人口	48,050千人(W 06年)	22,946千人(内 07年11月)	
	出生数	452千人(OE 06年)	204千人(内 07年)	
	出生率	1.2(W 06年)		
	新生児死亡率 (出生数1,000人あたり)	4(W 04年)		
2	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)	
	医師数	91,872人	35,000人	
	うち産科 医数	男性	3,490人(74.1%)	2,186人(86.0%)
		女性	1,221人(25.9%)	355人(14.0%)
	産科医の 平均年齢	男性	50歳 (clinic obstetricians)	na
		女性	48歳 (clinic obstetricians)	na
	助産師数	9,121人	na	
	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)	
	産科医1人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	95.9	80.4	
	産科医の平均勤務時間	53.6時間/週	na	
	医師の勤務時間の制限		有	無
		時間/週	na	na
医学生の数規制	有: 41の大学に3,300人	na		
3	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	
	産科医の不足により 生じている問題	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・産科医の訴訟問題や保険料の急増。 ・仕事がきつく、勤務時間も長いので、若い医師が産科医になる気はない。 	
	産科医不足の原因	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	
4	産科医数の将来予測	na	不足や偏在が起きる	

※W→WHO OE→OECD 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	
		韓国	台湾	
5	産科医確保のための政策・手段	<p>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</p>	<p>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。</p>	<p>⑦ 医学生の勤務地選択の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)</p>
6	訴訟の増加	増加している	増加している	
	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	
	女性産科医の増加	増加している	増加している	
	産科医の労働環境	大変よくない	大変よくない	
	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 😞	
7	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"> ・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。 ・出産に関する報酬の増加を中央国民保険局に要求した。 ・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。 ・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。 	
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	
	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)	
他	その他			

		9	10	
		シンガポール	タイ	
1	総人口	4,382千人(W 06年)	63,444千人(W 06年)	
	出生数			
	出生率	1.3(W 06年)	1.8(W 06年)	
	新生児死亡率 (出生数1,000人あたり)	1(W 04年)	9(W 04年)	
2	出産件数と場所	32,361(総数、07年)	809,485(総数)	
	医師数	6,931人	34,000人	
	うち産科 医数	男性	176人(65.4%)	1,376人(64.4%)
		女性	93人(34.6%)	761人(35.6%)
	産科医の 平均年齢	男性	40歳	na
		女性	40歳	na
	助産師数	224人	助産師のシステムはない	
	人口1,000人あたり医師数	1.6(データより算出)	0.5(データより算出)	
	産科医1人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	120.3	na	
	産科医の平均勤務時間	60時間/週	40-60時間/週	
	医師の勤務時間の 制限		無	無
時間/週		na	na	
医学生の人数規制	有	有		
3	産科医の需給	不足や偏在はない	不足している	
	産科医の不足により 生じている問題	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。	
	産科医不足の原因	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。	
4	産科医数の将来予測	不足や偏在は起きない	不足や偏在が起きる	

※W→WHO OE→OECD 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。

		9	10	
		シンガポール	タイ	
5	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	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)
6	訴訟の増加	増加している	増加している	
	訴訟の増加が産科の選択に及ぼす影響	影響していない	影響している	
	女性産科医の増加	増加している	増加している	
	産科医の労働環境	よい	まあまあ	
	学生間での産科の評価	大変人気がある 😊	人気がない 😞	
7	医師会としての取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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。 ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 	
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	15～30分	
	出産施設の集約化について	大規模施設での出産 (政府の政策である)	小規模施設での出産 (政府の政策である)	
他	その他			

		11	12	
		イスラエル	フィンランド	
1	総人口	6,810千人(W 06年)	5,261千人(W 06年)	
	出生数		59千人(OE 06年)	
	出生率	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)	3(W 04年)	2(W 04年)	
2	出産件数と場所	150,000(総数、病院が99%)	58,160 (病院99.9%、その他0.1%)	
	医師数	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	1,200人	432人(ob/gyn,49.4%)
		女性		442人(ob/gyn,50.6%)
	産科医の 平均年齢	男性	53歳	62歳(ob/gyn)
		女性	48歳	51歳(ob/gyn)
	助産師数	na	約4,000人	
	人口1,000人あたり医師数	0.3(データより算出)	2.7(OE 06年)	
	産科医1人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	123.8	96.4	
	産科医の平均勤務時間	72時間/週	48時間/週	
	医師の勤務時間の制限		無	有
時間/週		na	48時間/週	
医学生の数規制	有	有		
3	産科医の需給	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	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荷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。	
	産科医不足の原因	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。	
4	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	

※W→WHO OE→OECD 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。

		11	12		
		イスラエル	フィンランド		
5	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	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）	
			訴訟の増加	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	na
			女性産科医の増加	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	まあまあ	よい
学生間での産科の評価	人気がある 😊	人気がある 😊			
7	医師会としての取組み	na	<ul style="list-style-type: none"> ・将来の医師数を推定するための正確なデータの作成 ・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 ・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。 ・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） 		
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	30～60分		
	出産施設の集約化について	na	大規模施設での出産（政府の政策である）		
他	その他				

		13	14	
		デンマーク	アイスランド	
1	総人口	5,430千人(W 06年)	298千人(W 06年)	
	出生数	65千人(OE 06年)	4千人(OE 06年)	
	出生率	1.8(W 06年)	2.0(W 06年)	
	新生児死亡率 (出生数1,000人あたり)	3(W 04年)	1(W 04年)	
2	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%)	
	医師数	24,126人	1,010人	
	うち産科 医数	男性	515人	20人(62.5%)
		女性		12人(37.5%)
	産科医の 平均年齢	男性	45-55歳	52歳
		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)	
	人口1,000人あたり医師数	3.3(OE 05年)	3.7(OE 06年)	
	産科医1人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	126.2	125.0	
	産科医の平均勤務時間	37時間/週	na	
	医師の勤務時間の制限		na	有
時間/週		na	44時間/週	
医学生の人数規制	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		
3	産科医の需給	不足や偏在はない	不足や偏在はない	
	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。	
	産科医不足の原因	na	上記参照	
4	産科医数の将来予測	不足や偏在は起きない	過剰となる	

※W→WHO OE→OECD 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	
		デンマーク	アイスランド	
5	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	① 全国の産科医数枠 ③ 地方部勤務の奨励 ⑨ 外国人医師の雇用	産科医数を確保するための政策は特に実施していない。
6	訴訟の増加	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	無過失補償制度があるので、おそらく影響はない	na	
	女性産科医の増加	わからない	増加している	
	産科医の労働環境	na	よい	
	学生間での産科の評価	人気がある 😊	人気がある 😊	
7	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。	
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	
	出産施設の集約化について	na	na	
他	その他			

		参考	
		日本	
1	総人口	127,771千人(※総 07年)	
	出生数	1,101千人(総 07年)	
	出生率	1.3(※厚 07年)	
	新生児死亡率 (出生数1,000人あたり)	1(W 04年)	
2	出産件数と場所	571,025(病院)、538,808(診療所) 10,882(助産所)、2,870(施設外)	
	医師数	277,927人(総数)／263,540人(再掲:医療施設従事者数)	
	うち産科 医数	男性	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	
	産科医の 平均年齢	男性	53.8歳(産科+産婦人科)
		女性	40.9歳(産科+産婦人科)
	助産師数	25,775人	
	人口1,000人あたり医師数	2.1(OE 06年)	
	産科医1人あたり分娩数 (出生数÷産科医数)※※	137.8	
	産科医の平均勤務時間	74時間/週(日産婦 08年)	
	医師の勤務時間の制限	無し	
時間/週			
医学生の人数規制	無し		
3	産科医の需給	全体的に不足	
	産科医の不足により 生じている問題	<ul style="list-style-type: none"> ・分娩取り扱いの制限や廃止を行う医療機関の増加 ・病床数や人員体制の不足により、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 	
	産科医不足の原因	<ul style="list-style-type: none"> ・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の負担が大きいこと ・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 	
4	産科医数の将来予測	不足や偏在が進む	

※W→WHO OE→OECD 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。

		参考
		日本
5	産科医確保のための政策・手段	<p>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</p> <p>④ 勤務地を指定した奨学金の支給</p> <p>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）</p> <p>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</p>
6	訴訟の増加	増加傾向
	訴訟の増加が産科の選択に及ぼす影響	影響している
	女性産科医の増加	増加している
	産科医の労働環境	（大変）よくない
	学生間での産科の評価	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%）
7	医師会としての取組み	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
	出産施設の集約化について	na
他	その他	

Survey on Policies to Secure Obstetricians in Fifteen Countries

1. Background and Purpose

The purpose of this survey is to learn your country's obstetric physician supply status and health policies to secure them. In Japan, the shortage and disparity of OBGYN doctors is a serious problem in some of the underserved areas, isolated islands or even urban areas. A number of hospitals are suddenly closing their OB department due to the shortage of doctors, and the pregnant women in the area are forced to find other obstetricians and facilities.

The shortage of obstetricians is due to the new medical training system, extremely tight work environments for practicing physicians and the increase of legal disputes. The increase of young female physicians in the specialty is also one of the reasons because they are more likely to work fewer hours than male physicians, particularly during childbearing age. We have a deep concern that more Japanese pregnant women will have difficulties finding their obstetricians. Also, Japanese OBGYN physicians are worried that their work environment will get much worse.

We would like to know your country's health policies to secure obstetricians, if there is any. The policies include the allocation of a specific number of specialty doctors in each geographic area to decrease the disparities of physician distribution.

2. Target

The medical associations in fifteen countries

3. Survey design

Mail survey

4. Survey schedule

January ~ February 2008

Survey on Policies to Secure Obstetricians – Questionnaire –

(I) Base data (please fill in data and specify the year in which the data was taken)

- A Total number of physicians () <year ()>
- B Total number of obstetricians Male () Female () <year ()>
- C Average age of obstetricians Male () Female () <year ()>
- D Total number of midwives () <year ()>
- E-1 Total number of deliveries per year () <year ()>
→ Delivered in Hospitals (), Clinics (), Midwifery (), Other ()
- E-2 Number of delivery facilities in your country
Hospitals (), Clinics (), Midwifery (), Other () <year ()>
- F Average work hours of obstetricians per week () hours <year ()>
- G Is there a cap on the number of physician work hours (YES NO)
→ If YES, () hours per week
- H Is the total number of medical school students regulated by the government?

(II-1) How do you evaluate the current supply of obstetricians in your country? (circle all the numbers that apply)

- 1() There is no shortage or disparity of Obstetricians
- 2() There is a shortage of obstetricians and/or disparity of distribution
→ Which of these? (circle all that apply)
A there is a shortage in the total supply B there is a disparity by geographic region
C there is a disparity by facility level D other ()
- 3() There is a surplus of obstetricians
→ Which of these? (circle all that apply)
A there is a surplus in the total supply B there is a disparity by geographic region
C there is a disparity by facility level D other ()

(II-2) What problems arise due to the current supply of Obstetricians? For example, in Japan, pregnant women in some areas have a hard time finding delivery facilities.

(V) Please answer the followings. Please circle one that applies in each question.

A Is the number of legal disputes increasing in the Obstetric area?

(YES NO Don't Know)

↓ If YES,

Is the increase in legal disputes affecting the medical students' choice of specialty? (YES NO Don't Know)

B Is the ratio of female obstetricians increasing compared with male obstetricians for the past five years?

(YES NO)

C How do you evaluate your obstetricians' practice environment in general compared with other specialties? .

() excellent, () good, () fair, () poor, () extremely poor

D Is OBGYN considered a popular specialty among the medical students?

() very popular, () popular, () same as others, () unpopular, () very unpopular

E How long, on average, does it take for pregnant women to go to their delivery facilities from home in your country?

() ~15 minutes, () 15~30 minutes, () 30~60minutes, () 1~1.5 hour,

() 1.5hour ~

F Is the number of deliver facilities in your country increasing or decreasing for the past five years? (Please circle all that apply)

() Large-scale facilities are increasing in number

() Small-scale facilities are increasing in number

() Large scale facilities are decreasing in number

() Small-scale facilities are decreasing in number

() The numbers are same

(VI) As the Medical Association (Society), have you implemented any policies or strategies to ensure the supply of physicians in your country? Please describe.

Thank you very much for your cooperation.

Additional Questions on Obstetrics

E How long, on average, does it take for pregnant women to go to their delivery facilities from home in your country?

- ~15 minutes、 15~30 minutes、 30~60minutes、
 1~1.5 hour、 1.5hour ~

F In general, are the delivery facilities in your country being centralized? (i.e. More deliveries are performed in larger-scale facilities) (Please circle one that applies)

- YES, more deliveries are being performed in large-scale facilities
 ↓
 Is it the government policy? YES NO
- NO, more deliveries are being performed in small-scale facilities
 ↓
 Is it the government policy? YES NO
- NO, there is no change in the number of deliveries

添付資料 2 フランスの診療科別地域別インターン定員枠

A N N E X E
ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES

Année universitaire 2008-2009

INTERRÉGIONS et subdivisions	SPÉCIALITÉS médicales	SPÉCIALITÉS chirurgicales	MÉDECINE générale	ANESTHÉSIE- réanimation	BIOLOGIE médicale	GYNÉCOLOGIE médicale	GYNÉCOLOGIE- obstétrique	MÉDECINE du travail	PÉDIATRIE	PSYCHIATRIE	SANTÉ publique	TOTAL
Ile-de-France	144	91	372	35	6	4	30	9	36	36	12	775
Nord-Est	156	93	615	46	7	2	24	8	38	53	11	1 053
Strasbourg	28	17	130	8	1	0	6	3	8	9	2	212
Nancy	41	21	170	13	1	1	6	2	9	12	4	280
Besançon	26	20	70	8	2	0	4	1	6	12	2	151
Dijon	32	18	125	8	1	0	5	1	7	9	1	207
Reims	29	17	120	9	2	1	3	1	8	11	2	203
Nord-Ouest	163	100	605	48	7	3	26	14	37	56	8	1 067
Caen	31	19	125	8	1	0	5	2	7	9	1	208
Rouen	40	17	126	10	1	0	5	3	8	11	2	223
Lille	67	48	226	19	3	2	12	7	15	25	3	427
Amiens	25	16	128	11	2	1	4	2	7	11	2	209
Rhône-Alpes	94	57	415	36	4	2	17	7	22	28	6	688
Clermont-Ferrand	25	12	89	7	1	0	5	2	5	5	2	153
Grenoble	18	11	100	8	1	2	2	2	5	10	1	158
Lyon	40	26	156	16	1	0	7	2	9	5	2	264
Saint-Etienne	13	8	70	5	1	0	3	1	3	8	1	113
Ouest	165	91	620	38	7	2	26	7	28	54	10	1 048
Brest	20	11	80	5	1	1	3	2	3	6	1	133
Rennes	22	14	100	7	1	0	5	1	5	8	1	164
Angers	23	13	95	7	1	1	4	1	4	8	2	159
Nantes	32	21	100	7	2	0	5	1	4	13	2	187
Tours	36	19	125	6	1	0	5	1	6	10	2	211
Poitiers	32	13	120	6	1	0	4	1	6	9	2	194
Sud	76	57	190	26	3	2	14	4	19	23	3	417
Montpellier	29	20	65	9	1	0	4	0	6	8	1	143
Alx-Marseille	32	24	90	13	1	2	6	4	8	10	1	191
Nice	15	13	35	4	1	0	4	0	5	5	1	83
Sud-Ouest	82	54	308	28	5	5	16	5	16	29	9	557
Bordeaux	30	24	117	7	1	2	4	2	6	11	4	208
Océan Indien	2	3	32	3	1	0	4	0	3	3	1	52
Toulouse	33	20	80	15	1	2	6	2	5	10	3	177
Limoges	17	7	79	3	2	1	2	1	2	5	1	120

6 juillet 2008

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Tome 16 sur 90

INTERRÉGIONS et subdivisions	SPECIALITÉS médicales	SPECIALITÉS chirurgicales	MÉDECINE générale	ANESTHÉSIE- réanimation	BIOLOGIE médicale	GYNÉCOLOGE médicale	GYNÉCOLOGIE- obstétrique	MÉDECINE du travail	PÉDIATRIE	PSYCHIATRIE	SANTÉ publique	TOTAL
Antilles-Guyane.....	5	7	75	3	1	0	2	0	4	1	1	99
Total.....	885	550	3 200	260	40	20	155	54	200	260	60	5 704

6 juillet 2003

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Tome 16 sur 90

研究協力者

14 Medical Associations (Members of the World Medical Association)

出口真弓 日医総研 研究員

土橋邦夫 日医総研 研究員

Ralph W Hale Executive Vice President, ACOG(米国)

奥田七峰子 日医総研 フランス駐在研究員

三浦淑子 日医総研 フランス駐在研究員

Paul Talcott 日医総研 ドイツ駐在研究員

本ワーキングペーパーは平成 20 年度厚生労働省・子ども家庭総合研究事業「分娩拠点病院の創設と産科 2 次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」(主任研究者 岡村州博 東北大学教授) の中の分担研究として日本医師会(木下勝之 常任理事) と日医総研が実施した「産科医を恒常的に確保するための各国の施策についての調査」に基づく。