

原 著

# 新医師臨床研修制度導入年度の小児科医の状況 —導入前と比較して偏在は進行していない

江 原 朗\*

## はじめに

昨今の新聞記事では、医師不足の原因を平成16年4月からの新医師臨床研修制度(以下、臨床研修制度)の導入に求める傾向がある。しかし、毎年医育機関から新卒の医師が誕生しており、急激な医師の減少が生じているとは考えられない。そこで、研修制度導入により各地域の小児科医師数がどう変化したのか、全国に400弱ある二次医療圏(入院治療を主体とした医療活動がおおむね完結する区域で保健所の管轄地域にほぼ一致する)について検討した。

## I. 方 法

小児科(主たる診療科)医師数は厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査(平成10, 12, 14, 16年の12月31日現在の値)によった<sup>1)</sup>。各二次医療圏の小児科医師数の最小値, 10%タイル値, 20%タイル値, 30%タイル値, 中央値(メディアン), 70%タイル値, 80%タイル値, 90%タイル値, 最大値を求め、平成14年と16年の値とを比較した。なお、パーセントイル値とは、小さいほうから並べたときに、ある値が全体の何パーセント目に当たるかを示す値で、50%タイル値とは中央値のことをいう。

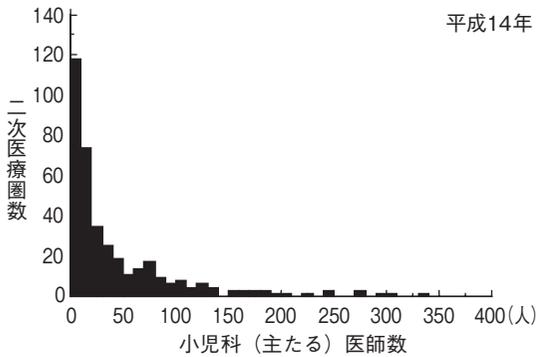
## II. 結 果

臨床研修制度導入前の平成14年12月31日と導入後の平成16年12月31日の二次医療圏の小児科医師数の分布を図1, その中央値, 最小値, 最大値および各パーセントイル値を表1に示す。平成14年, 16年共に中央値は17人, 10%タイル値は4人, 20%タイル値は6人, 30%タイル値は9人と変化がなかった。90%タイル値, 最大値は、平成14年が101人, 330人であるのに対し、平成16年には103人, 341人と若干増加が認められたが、大差があるとはいえなかった。

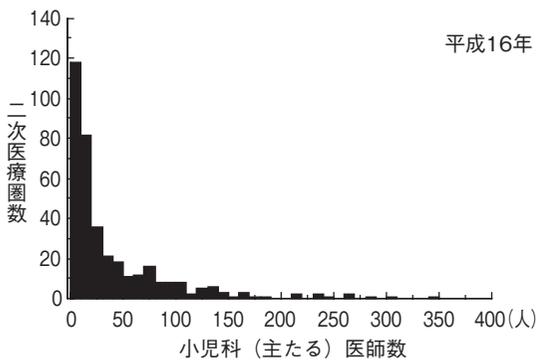
二次医療圏の規模による小児科医師数の増減を表2に、減少した医療圏の割合を図2に示す。なお、対象は圏域の変更のない344医療圏とした(平成14~16年に、宮城県, 茨城県, 千葉県, 愛知県, 奈良県, 広島県は二次医療圏の圏域を変更している)。減少した二次医療圏の割合が最も高かったのは小児科医の数が150~199人の医療圏であり、規模の小さな二次医療圏で医師の減少傾向が高いとはいえなかった。

全国の主たる診療科が小児科である医師の数を表3に示す。病院, 診療所従事者の総計は、平成14~16年にかけて196人増加していた。しかし、病院従事者に限定すると36人減少していた。

\*えはら・あきら：北海道大学大学院医学研究科客員研究員(公衆衛生学)。平成3年北海道大学大学院医学研究科修了。主研究領域/公衆衛生, 小児科。



平成14年



平成16年

図1 臨床研修制度導入前後における二次医療圏当たりの小児科(主たる)医師数(平成14, 16年)

二次医療圏の総数：平成14年363, 平成16年370。

### III. 考 察

二次医療圏の医師数は、各パーセンタイル値、中央値共に2年間で大きな変化がなく、へき地の二次医療圏から、都市部の二次医療圏へと小児科医が移動して偏在が進行したとはいえない。では、二次医療圏の小児科医師数が変動していないにもかかわらず、地域医療の危機が報じられるのはなぜだろうか。

1つは、小児科病院勤務医の減少と開業の増加である。表3のとおり、平成14～16年に、病院勤務の小児科医が36人減少したのに対して、診療所を開業している小児科医は232人増加している。平成10～12年には、小児科医(主たる)全体で167人、病院勤務医(主たる)で136人増えている。また、平成12～14年には、小児科医(主たる)全体で325人、病院勤務医

表1 臨床研修制度導入前後における二次医療圏の小児科(主たる)医師数の変化

	平成14年(363): 導入前	平成16年(370): 導入後
最小値	0	0
10% タイル値	4	4
20% タイル値	6	6
30% タイル値	9	9
中央値	17	17
70% タイル値	41	40
80% タイル値	68	68
90% タイル値	101	103
最大値	330	341

パーセンタイル値：小さいほうから並べたときに、ある値が全体の何パーセント目に当たるかを示す値。中央値は50% タイル値となる。

表2 臨床研修制度導入前後における二次医療圏の規模と小児科(主たる)医師数の増減

二次医療圏の小児科 (主たる)医師数 (平成14年)	平成14～16年にかけて小児科 医師数が変化した二次医療圏数			
	増加	不変	減少	合計
0～4	16	18	7	41
5～9	26	19	28	73
10～19	36	17	18	71
20～29	12	7	13	32
30～39	7	2	13	22
40～49	9	1	4	14
50～69	11	3	7	21
70～99	17	2	11	30
100～149	11	2	9	22
150～199	2	0	7	9
200～249	3	0	1	4
250～299	2	0	1	3
300以上	1	0	1	2
合計	153	71	120	344

圏域の変更がなかった344医療圏を対象

(主たる)で271人増えている。臨床研修制度の導入により、平成16年度には小児科を選択する新卒者はいない。したがって、平成14～16年の増加数は、平成10～12年、平成12～14年の増加数の約半分になるはずである。確かに、小児科医全体では、196人増加しているので、以前の増加数とほぼ同じ割合で増えていたと考えられる(平成10～12年分の

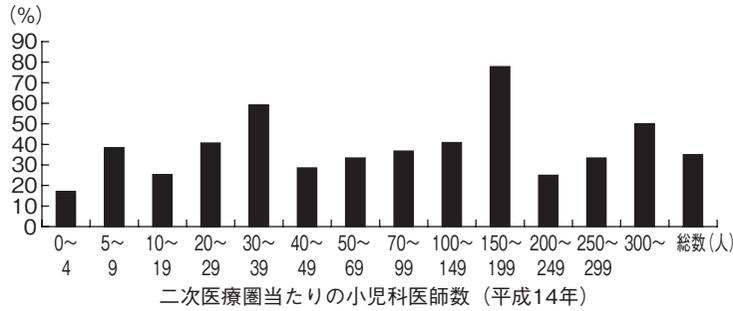


図2 小児科(主たる)医師数(平成14年)からみた二次医療圏の規模と小児科医師数が減少した二次医療圏の割合

平成14~16年, 圏域の変更のなかった344医療圏を対象.

表3 小児科(主たる)医師数の年次推移と2年ごとの増加数

	病院	診療所	総数
平成10年	8,022	5,967	13,989
平成12年	8,158	5,998	14,156
平成14年	8,429	6,052	14,481
平成16年	8,393	6,284	14,677
平成10~12年	136	31	167
平成12~14年	271	54	325
平成14~16年	-36	232	196

平成16年は臨床研修制度の導入年であり, 平成14年12月31日~平成16年12月31日に, 小児科を選択した新卒者は平成15年度分だけである.

1/2は $167/2=83.5$ , 平成12~14年分の1/2は $325/2=162.5$ であり, 196人の増加はむしろ多いくらいである). 勤務医が以前と同様の割合で増えるならば, 68~135人(平成10~12年分の1/2は $136/2=68$ , 平成12~14年分の1/2は $271/2=135.5$ ) 増えていいはずである. しかし, 勤務医は36人減少している.

病院に勤務する小児科医師数の約3%に相当する医師が2年間で開業している. しかし, 二次医療圏の各パーセンタイル値にほとんど変化がないので, 同じ医療圏内で開業した可能性が高い. もし, へき地の勤務医が退職して都会で開業するなら, 二次医療圏の医師数の10%タイル値, 20%タイル値が低下し, 80%タイル値, 90%タイル値が上昇するはずである.

表4 小児科(主たる)医師数が10人未満である二次医療圏

	全二次医療圏数	小児科医師が10人未満の二次医療圏数	比率
平成14年	363	118	32.5%
平成16年	370	118	31.9%

もちろん, 一部の勤務医が開業したからといって都会では救急医療体制に支障は来さない. しかし, 表4のとおり, 全国の二次医療圏の3割強では小児科医が10人未満しかいない. 全国の従業先別の小児科医師数は, 病院8,393人, 診療所6,284人(平成16年, 表3)である. この比率を単純に当てはめると, 小児科医が10人未満の地域における病院勤務医は4名以下しかいないことになる. したがって, 1人の小児科勤務医の退職が小児救急体制の崩壊に直結する.

また, 二次医療圏内において病院小児科の集約化が行われたため, 市町村や集落単位でみると医療資源が少なくなり, これを新聞が問題視した可能性もある. 日本小児科学会では, 24時間365日対応できる地域小児科センターを二次医療圏単位で整備するよう提言している<sup>2)</sup>. 二次医療圏内で集約化されても, 二次医療圏における医師数に変化はないが, 病院小児

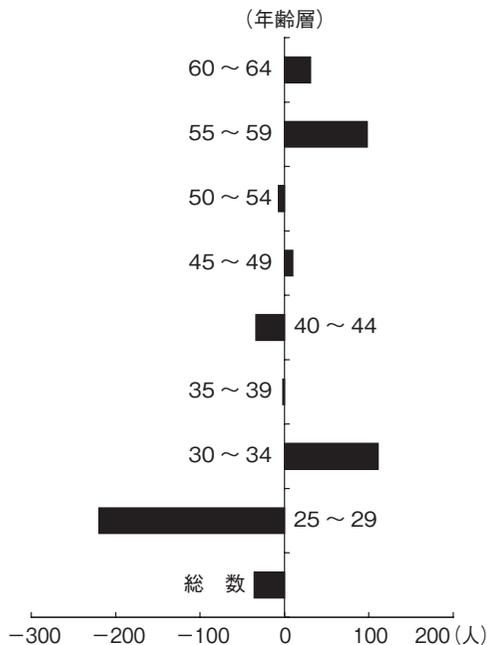


図3 病院勤務の小児科(主たる)医師数の年齢別変化 (平成14~16年)

科の縮小や廃止は住民の利便性の低下をもたらすので、社会問題化する。しかし、この場合は、集約化により医療の質の向上が期待されるので若干の不便は生じても医療が崩壊したとはいえない。

さらに、医師の年齢構成の変化が医療提供体制の減弱化につながった可能性もある。病院勤務の小児科医に関しては、50代後半の医師の増加と30代後半から40代前半の医師の減少がみられる(図3)。減少と増加が相殺され、絶対数の増減は目立ってはいない。しかし、体力的に休日・夜間の激務をこなすことができる30代後半から40代前半の医師が減少していることは、地域医療の質を考えるうえで大きな問題である。

そのうえ、女性医師の比率が上昇している。40歳未満に限れば、平成10年の病院勤務医に占める女性の割合は36%であったが、平成16年には41%まで上昇している(図4)。しかし、現在、子育て支援体制が十分に機能していると

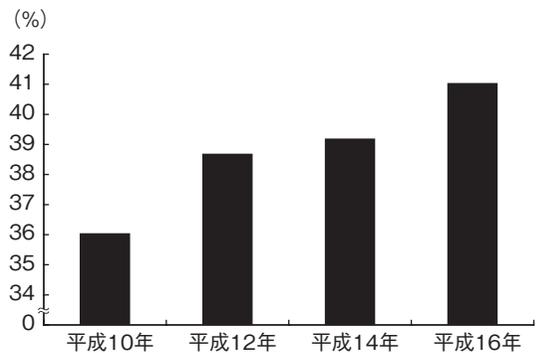


図4 病院勤務の小児科医(主たる)における女性の比率 (40歳未満)

はいえない。子どもをもつようになった女性医師が常勤で働けないとすれば、地域医療は先細りする以外にない。病院1施設当たりの小児科医師数は平均で2人を上回る程度にすぎない<sup>3)</sup>。マンパワーの若干の低下が、365日24時間の診療体制の維持に大きな支障を来す可能性は十分にある。

臨床研修制度の導入は、研修医自身に影響を及ぼしただけではない。平成16、17年度の2年間、新卒の医師が供給されなかった地域の医療機関に大きな打撃を与えた。若手医師が減少した各地域の病院では、疲弊感からか、30代後半から40代前半の医師が退職、開業する傾向がみられる。この流れを少しでも止めなければ、小児救急医療体制は早晚瓦解する。二次医療圏単位で医療施設の集約化を行って勤務医の労働環境を改善しつつ、住民の受診アクセスを低下させないような制度設計を早急にすべきである。

## おわりに

臨床研修制度の導入によって、二次医療圏ごとの小児科医師数の格差は増大していない。しかし、制度の導入を機に、病院勤務の30代後半から40代前半の医師が減少していることは確かである。全国の二次医療圏の3割強では、10人未満しか小児科医がいない。こうした地域で

は、病院勤務の小児科医が1人でも退職すると地域の小児救急医療体制に支障を来す。崩壊を防ぐには、施設の集約化によって勤務医の労働環境を改善しつつ、住民の受診アクセスが著しく低下しないような制度の設計が切に求められる。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省統計情報部：医師・歯科医師・薬剤師調査，平成10，12，14，16年。http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm\_k\_1chiran  
なお，平成14，16年の各二次医療圏の小児科医師数

は、「第4表 医療施設従事医師・歯科医師数の年次推移，病院・診療所・診療科名（主たる）別」にて閲覧可能。

- 2) 日本小児科学会理事会：小児医療提供体制改革の目標と作業計画。平成17年2月19日（版）。http://jpsmodel.umin.jp/ACTIONPLAN20050219.htm
- 3) 江原 朗：法定労働時間で24時間体制を構築するには最低3つの病院小児科を1つに統合する必要がある。小児科 2007；48：363-365。

---

受付日 平成19年6月20日

連絡先 〒062-0021 札幌市豊平区月寒西1条6丁目3-15-201  
江原 朗