

日本小児科学会専門医制度運営委員会報告

小児科専門医の職責・貢献・勤務実態に関する調査研究報告

第2報：小児科専門医の全国動態

日本小児科学会専門医制度運営委員会委員<sup>1)</sup>、同 副委員長<sup>2)</sup>、同 委員長<sup>3)</sup>、同 担当理事<sup>4)</sup>、日本小児科学会将来の小児科医を考える委員会<sup>5)</sup>、日本小児科学会広報委員会<sup>6)</sup>

鈴木 康之<sup>1)</sup> 宮入 烈<sup>2)</sup> 足立 壯一<sup>1)</sup> 清水 俊明<sup>1)</sup> 高村 昭輝<sup>1)</sup>  
土井庄三郎<sup>1)</sup> 西屋 克己<sup>1)</sup> 松原 知代<sup>1)</sup> 三浦健一郎<sup>1)</sup> 吉川 哲史<sup>1)</sup>  
大田 千晴<sup>5)</sup> 嶋岡 鋼<sup>6)</sup> 森尾 友宏<sup>4)</sup> 森岡 一朗<sup>4)</sup> 和田 和子<sup>4)</sup>  
高橋 尚人<sup>3)</sup>

要 旨

小児科専門医の全国動態を明らかにする目的でウェブアンケートを実施し、全国の専門医 3,559 名から回答を得た。専門医の出身背景として私立高校出身者が世代ごとに増加し、1980 年以降出生の世代では約 50% を占め大都市圏で高率であった。出身高校と同じ都道府県内の医学部進学率は全国平均 33.7% で、東京以外の関東各県は県内進学率が低く、北海道・沖縄は道県内進学率が高かった。また出身都道府県内の専門研修率 46.4%、現在勤務先 46.9% と、出身都道府県への回帰傾向が認められた。1980 年以降出生世代を対象とした圏域別の分析では、圏域内医学部進学率 65.9%、初期研修率 78.2%、専門研修率 77.7%、現在の勤務地 75.1% となり、卒業時点で出身圏域へ多く回帰し、特に大都市圏出身者は回帰傾向が強かった。北海道、東北は人口あたりの勤務者数・専攻医採用数ともに低く、地域格差が拡大する懸念が示された。小児科専門医は地域・世代・性別・勤務機関・活動分野など、多様な立場と価値観に基づいて幅広い活動をしているが、本報告が立場の違いを超えて子どものための政策立案と専門医制度構築の一助になることを願っている。

はじめに

日本小児科学会専門医制度運営委員会報告第1報において、小児科専門医の幅広い職責と社会貢献を示し、それが過重労働によって支えられていることを示したが、小児科専門医となる人材がどのようにキャリア形成しているかを知ることは今後の施策を考える際に不可欠の情報である。

医師育成に関する議論は、医師不足・地域格差・医療安全・医療経済などの観点から、これまで常に医学教育と厚生行政の重要テーマとなってきた。1960 年代まで我が国の医学部は 46 校（国立 24、公立 9、私立 13）、入学定員 3,000 名台で維持されてきたが、医師不足を背景に 1973 年に無医大県解消構想が閣議決定され、1980 年代には 81 医大（国立 43、公立 9、私立 29）、入学定員 8,000 名台まで急速に拡大した<sup>1)2)</sup>。その後、医師過剰の懸念から入学定員は 7,000 名台に抑制されてきたが、21 世紀に医師不足が再び社会問題化し、2008 年以降、入学定員が段階的に増加して今日では 9,000 名台に至っている。2010 年の時点で江原は医学部入学定員増によっても 15 年程度は小児科医師不足が続くとの予測を報告しているが<sup>3)</sup>、2021 年度に実施した

我々の調査においても、小児科専門医の長時間勤務、過剰な宿直回数、休養日不足などを明らかにしている<sup>4)</sup>。日本小児科学会には現在約 16,000 名の小児科専門医が登録されているが、表 1 に示すように人口 100 万人あたりの専門医数には地域差があり、医師全般と同様に東日本で少なく、特に東北圏域で少ない<sup>5)~9)</sup>。本報告では 2021 年度に実施した「小児科専門医の職責・貢献・勤務実態に関する調査研究」から、小児科専門医の出身地、教育歴、卒後研修、現在勤務地等のデータを分析し、小児科専門医の全国動態を明らかにした。

方 法

小児科専門医・専攻医を対象として、2021 年 3 月～2022 年 3 月にウェブアンケートによる全国調査を実施した（日本小児科学会理事会・倫理委員会承認：第 2020-20 号）。調査方法・調査項目、勤務実態等の結果は文献 4 を参照されたい。圏域区分は以下のように分類した：北海道、東北（青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島）、関東（茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川）、中部（新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、三重）、関西（滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山）、中四国（鳥取、島根、岡

表1 圏域別 人口・小児科専門医数・医師数・医学部入学定数・医学部入学者数

圏域	人口 100 万人あたり					19 歳人口 1 万人あたり 医学部 入学者数 <sup>8)</sup>	私立 高校生 <sup>9)</sup>
	人口 <sup>5)</sup>	小児科専門医 <sup>6)</sup>	小児科 専攻医 採用数*	全医師 <sup>7)</sup>	医学部 定員 <sup>8)</sup>		
北海道	5.22	116.7	3.40	2,461	59	54.6	25.4
東北	8.61	105.8 (97.3 ~ 120.9)	3.83	2,226	78 (55 ~ 111)	49.4 (37.2 ~ 57.9)	24.0 (9.8 ~ 32.0)
関東	43.66	130.4 (82.9 ~ 183.1)	5.15	2,309	61 (17 ~ 145)	71.9 (39.1 ~ 137.8)	39.4 (21.7 ~ 56.4)
中部	22.92	120.0 (107.3 ~ 149.4)	3.52	2,229	63 (31 ~ 186)	65.7 (51.3 ~ 90.8)	27.5 (19.1 ~ 33.0)
関西	20.54	142.4 (127.3 ~ 169.8)	4.92	2,730	64 (39 ~ 136)	87.2 (37.7 ~ 159.3)	35.2 (18.8 ~ 46.5)
中四国	10.95	135.7 (109.7 ~ 196.4)	3.11	2,856	96 (41 ~ 178)	86.4 (51.2 ~ 109.5)	27.7 (4.1 ~ 32.9)
九州	12.78	134.7 (98.1 ~ 154.7)	4.68	2,905	83 (64 ~ 125)	79.1 (57.9 ~ 130.3)	36.0 (25.4 ~ 41.8)
沖縄	1.47	141.5	5.95	2,370	77	53.1	6.7
全国	126.15	130.9	4.44	2,467	69	73.2	32.9

\*2017 ~ 2020 年度平均 (専門医制度運営委員会調べ) ( ) は都道府県別の範囲

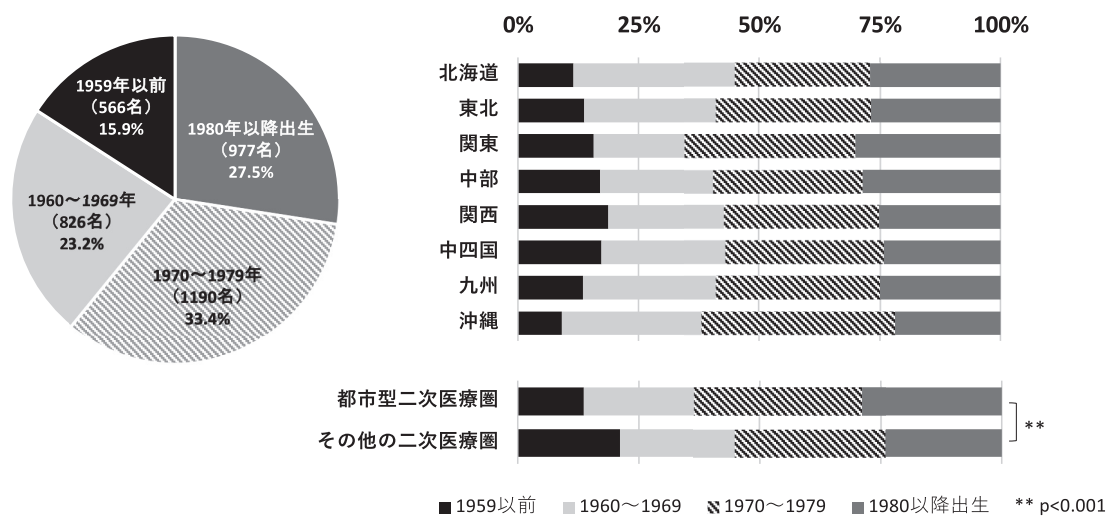


図1 回答者の世代分布

山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知), 九州(福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島), 沖縄. 二次医療圏は都市型医療圏 (県庁所在地, 政令指定都市, 東京 23 区, 医大所在地) と, その他の医療圏に大別した. 統計解析は Mac 統計解析 v.3.0 (エスミ) を用いた.

結 果

1) 回答者の背景

有効回答のあった小児科専門医 3,559 名 (小児科専門医総数 16,516 名の 21.5%) を対象として分析を行っ

た. 回答者の世代分布を図 1 に示す. 1960~1979 年の出生者は概ね 40~50 歳代で, 一県一医大が完成後に医学部に進学した世代で, 全体の過半数を占めた. 1980 年以降の出生者は概ね 30 歳代以下で, 初期臨床研修義務化・医学部定員増・地域枠入試などが開始された世代を含み, 全体の約 1/4 を占めた. 都市型二次医療圏に勤務する小児科専門医 (平均出生年 1973 年) は, その他の二次医療圏 (1970 年) よりも有意に若かった (図 1 右下).

出身高校区分では世代を経るごとに私立高校出身者の割合が有意に増加し (図 2 左上), 平均出生年は私立

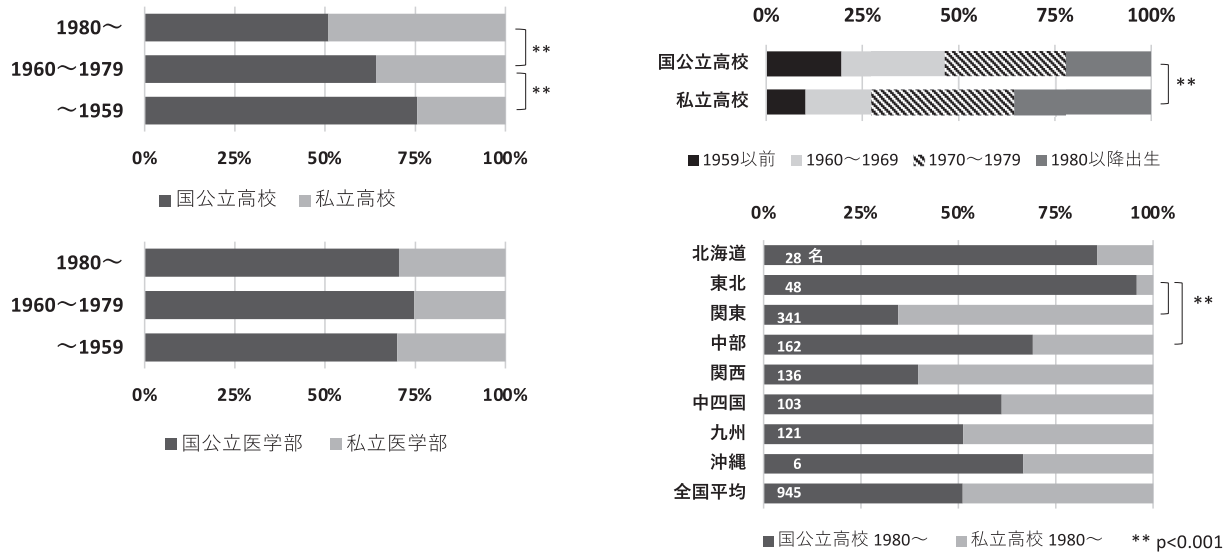


図2 出身高校と出身医学部

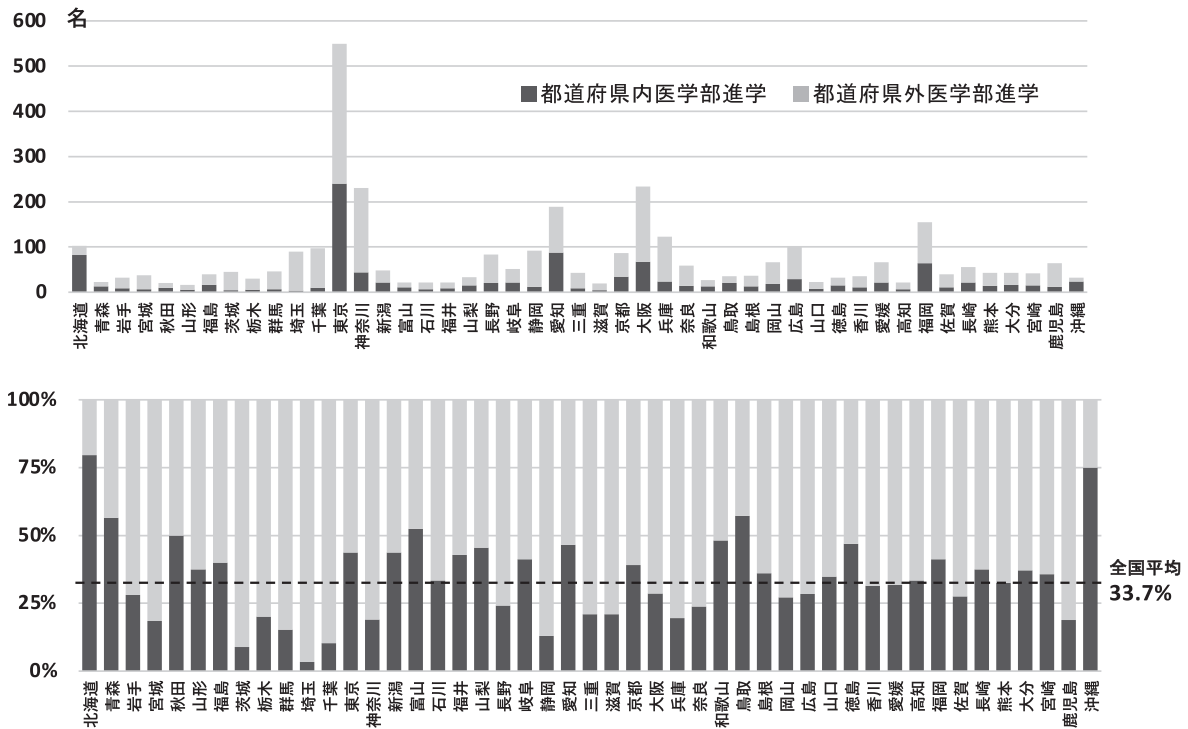


図3 小児科専門医の出身地（出身高校所在地）

高校出身者が1974年で国公立高校出身者1970年より有意に若かった(図2右上)。また私立高校出身者の割合は圏域ごとに大きな差を認め、関東、関西で多かった(図2右下)。出身医学部区分は各世代ともに約7割が国公立医学部出身者で一定しており、概ね医学部入学定数に比例していた(図2左下)。

2) 出身高校と進学医学部の関係

図3上は小児科専門医の出身高校所在地を示し、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡の5都府県で専門医全

体の39.9%を占めていた(5都府県の人口は35.5%)。図3下は出身都道府県内の医学部への進学率で、全国平均は33.7%であった。回答者数が十分ではないが、東京を除く関東各県は県内医学部への進学率が非常に低く、北海道・沖縄は地元進学率が高かった。

図4は(各都道府県の高校卒業者数) - (各都道府県の医学部卒業者数)を示し、プラスは県外流出、マイナスは県外からの流入を意味している。首都圏、長野、静岡、愛知、関西圏、広島、鹿児島などは高卒者

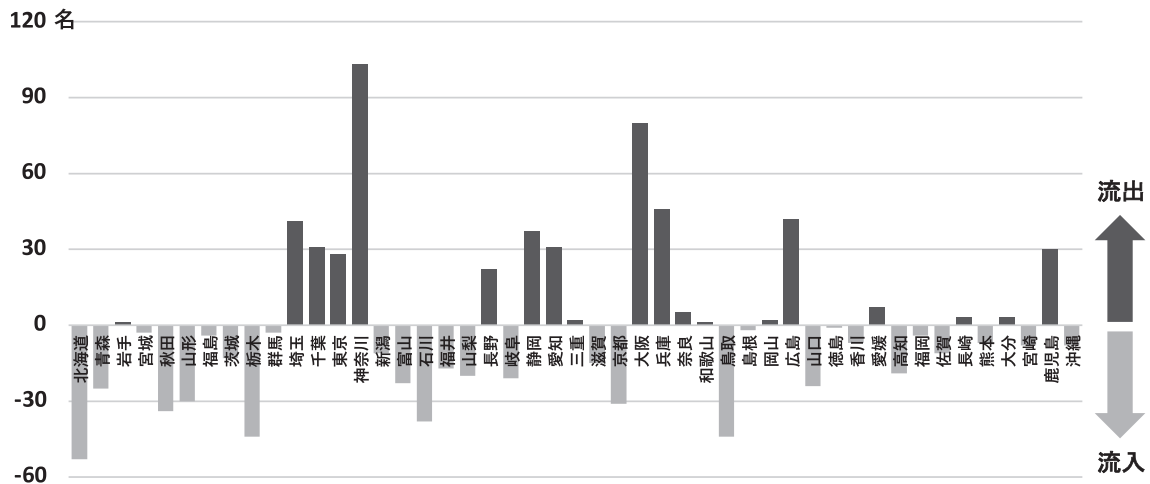


図4 医学部受験段階での県外流出・県内流入

が県外流出し、北海道、東北、北関東、北陸、岐阜、京都、鳥取などは県外から流入している。

出身高校と進学した医学部所在地の関係をさらに詳しく分析したところ(表2)、同一都道府県内の医学部へ進学する者が最も多いものの(黒:10名以上)、近隣県・同一圏域内への進学も比較的多く(グレー:3名以上)、その他の都道府県へも広く分散して進学していることが明らかとなった。圏域別の特徴としては、北海道は道内進学率が非常に高く、次いで東京を中心とした関東からの進学者が多かった。東北は県内出身者が10名に満たない県が3県あり、東北圏域出身者に加えて関東圏域からの進学が多かった。関東では東京都を中心として圏域内で相互に進学する者が多く、茨城、栃木、群馬、埼玉は県内進学者が少なかった。また東京、神奈川は全国に進学する傾向が強く、東京は全国からの進学者も多かった。中部では愛知が多数を占め、全国へ進学する傾向が認められた。石川、福井、三重は県内進学者が少なく、山梨、長野、静岡3県は関東との結びつきが強く認められた。関西では圏域内での進学が多く、大阪、兵庫は全国への進学も多かった。中四国では自圏域出身者の他に関西、関東からの進学者も比較的多く認められた。九州、沖縄は圏域内での進学が多かった。

### 3) 出身高校と現在勤務地の関係

医学部進学に比べ、現在の勤務地は全国への分散が低下し、出身地への回帰があると考えられた(表3)。圏域別の特徴としては、東北は関東出身者が減少し、東北出身者への依存度が増加していると考えられた。関東では全国へ進学した者が回帰するとともに、関東に進学した者が卒業後もそのまま定着する傾向があると考えられた。中部、中四国では関東、関西から進学した者がそれぞれの出身地へ回帰していると考えられた。九州も出身県への回帰が明らかであった。沖縄は

県内出身者と他都道府県出身者がほぼ同数勤務していた。

### 4) 圏域別の解析

圏域別に出身高校と医学部進学・現在勤務地の関係を分析したところ、圏域内の医学部への進学率は全国平均65.9%で、約2/3が自圏域内の医学部に進学していた(表4)。特に北海道、九州、沖縄は高率であった。関東出身者は全国に進学する傾向があり、すべての圏域において医学部在籍者の5%以上を占め、東北圏域では医学部在籍者の約35%を占めていた。医学部在籍者のうち地元圏域出身者が占める割合は、関西が最も高く78.3%、次いで関東が73.1%であった。一方、北海道と東北は地元圏域出身者の割合が低かった。各圏域出身者の医学部進学率(人口100万人あたり)は江原らの報告と同様の傾向を示し<sup>8)</sup>、北海道、東北、沖縄で低かった。

現在の勤務地が出身圏域である割合は全国平均75%で、医学部進学率よりも有意に増加し( $p < 0.001$ )、地元への回帰が明らかであった(表5)。関東出身者は関東で勤務している割合が81.7%と沖縄を除いて最も高く、回帰傾向が最も強かった。また東北に進学した関東出身者91名のうち、東北で勤務を続けている者は31名に減少していた。現在の勤務地における地元圏域出身者の占める割合は九州が最も高く、沖縄が最も低かった。また、各圏域の人口100万人あたり勤務者数は東北が最も低かった。

圏域外の医学部に進学した者が、どの程度出身圏域に回帰しているかを分析したところ(図5)、回帰率の全国平均は51.2%で、関東では圏域外に進学した394名のうち239名(60.7%)が関東に回帰しており、北海道、東北、中四国出身者は出身圏域への回帰率が低かった。







表4 出身高校所在地と進学医学部所在地の関係 (圏域別)

出身高校	医学部									同一圏域内の医学部進学%	人口100万人あたり進学者(補正)*
	北海道	東北	関東	中部	関西	中四国	九州	沖縄	小計		
北海道	82名	5	7	4	1	1	0	1	101	81.2	99.7
東北	5	112	33	8	3	1	4	0	166	67.5	102.0
関東	35	91	674	143	29	54	35	5	1,066	63.2	111.0
中部	14	30	102	358	26	38	13	2	583	61.4	125.9
関西	6	13	25	56	353	59	15	2	529	66.7	131.4
中四国	3	3	44	27	27	258	36	2	400	64.5	151.6
九州	3	2	35	18	12	39	320	3	432	74.1	142.0
沖縄	1	2	2	0	0	0	2	24	31	77.4	84.4
小計	149	258	922	614	451	450	425	39	3,308		122.0
圏域内出身者%	55.0	43.4	73.1	58.3	78.3	57.3	75.3	61.5		65.9	

■当該圏域医学生の50%以上 ■25%以上 ■5%以上

\*各圏域出身者÷圏域人口(100万)を回答率で補正

表5 出身高校所在地と現在勤務地の関係 (圏域別)

出身高校	現在勤務地									同一圏域内での勤務%
	北海道	東北	関東	中部	関西	中四国	九州	沖縄	小計	
北海道	80名	3	15	3	0	2	0	0	103	77.6
東北	5	113	39	7	2	2	1	0	169	66.9
関東	18	31	889	86	28	13	17	6	1,088	81.7
中部	6	13	124	414	23	14	5	3	602	68.8
関西	4	6	60	24	414	27	8	6	549	75.4
中四国	2	2	52	23	34	273	27	3	416	65.6
九州	4	3	41	11	20	16	341	7	443	77.0
沖縄	0	0	3	0	0	0	1	28	32	87.5
小計	119	171	1,223	568	521	347	400	53	3,402	
圏域内出身者%	67.2	66.1	72.7	72.9	79.5	78.7	85.3	52.8		75.0
人口100万人あたり勤務者(補正)*	114.0	105.1	127.3	122.7	129.4	131.5	131.5	144.2		125.4

■当該圏域勤務者の50%以上 ■25%以上 ■5%以上

\*各圏域勤務者÷圏域人口(100万)を回答率で補正

#### 5) 医学部進学から現在勤務地に至るまでの回帰状況

出身都道府県内における医学部進学率, 専門研修率, 現在勤務率の推移を比較したところ(図6), 全国平均では医学部進学33.7%, 専門研修46.4%, 現在勤務地46.9%と年齢が上がるにつれ徐々に上昇し, 出身地への回帰傾向が認められた。個々の都道府県の回答数は十分ではないが, 地元医学部進学率30%未満の都道府県が19府県あるのに対し, 専門研修30%未満は6県, 現在勤務地30%未満は3県と減少しており, 都道府県

単位でも回帰現象があると推測された。

次に, 初期臨床研修制度導入後の世代を含む1980年以降の出生者を対象として圏域ごとの動向を分析したところ(図7), 圏域内での医学部進学率は全国平均65.9%, 初期研修78.2%, 専門研修77.7%, 現在勤務地75.1%となり, 卒業と同時に出身圏域へ多く回帰し, 専門研修以降, 少数が再度圏域外に出ていると考えられた。初期研修率と専門研修率の差は少ないが, 北海道, 東北は専門研修段階で圏域外(約2/3は関東)へ出る傾向があり, 関東, 関西, 九州は専門研修段階で回帰

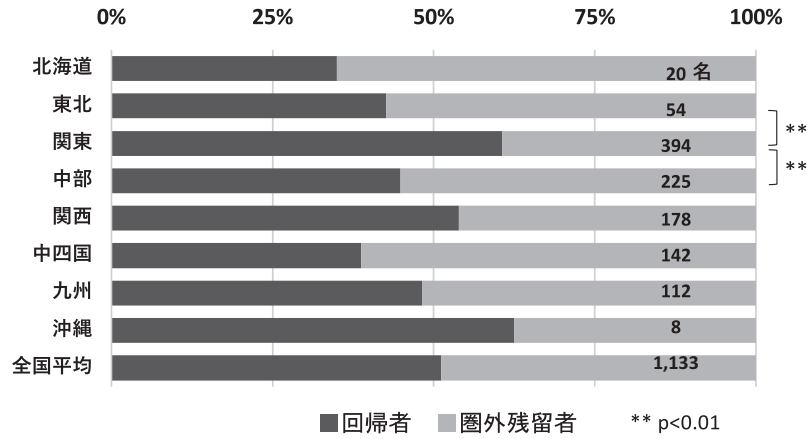


図5 圏域外進学者の回帰率

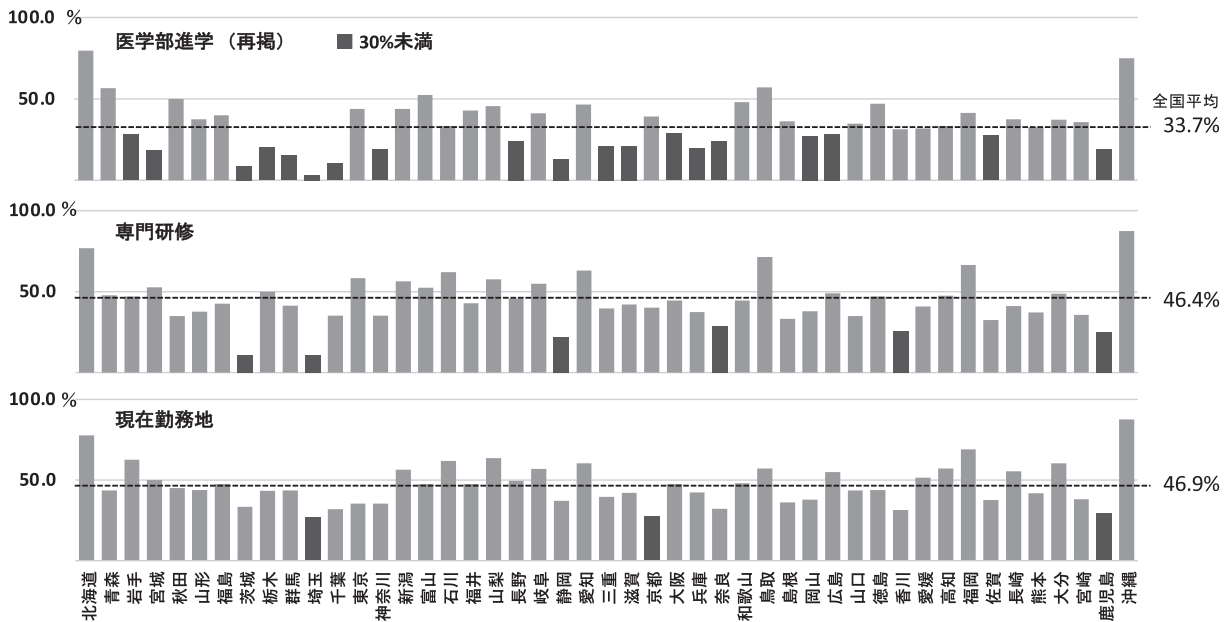


図6 都道府県内での医学部進学，専門研修，現在勤務地

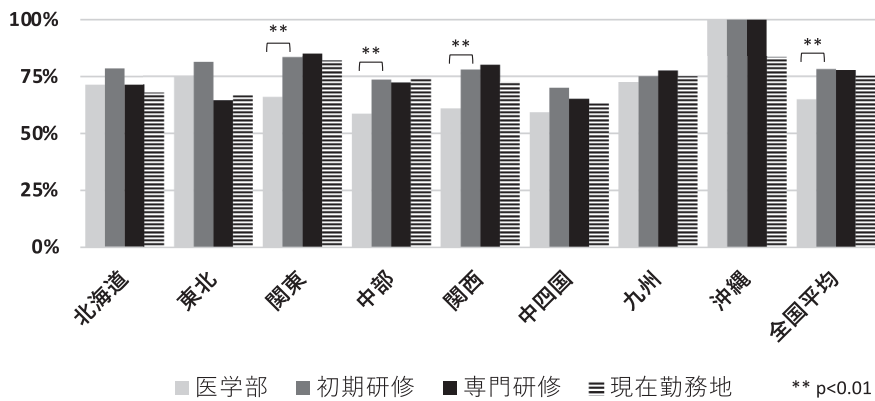


図7 圏域内での医学部進学，初期研修，専門研修，現在勤務地（1980年以降出生者）

率がさらに上昇していた。また、圏域間の移動は少ないものの、初期研修では大学・小児病院以外の病院で

の研修が多数を占めるが、専門研修は大学・小児病院の割合が高くなり、圏域内で都市部への移動が生じて



いる可能性が示唆された (図8)<sup>4)</sup>.

6) 出身医学部・高校の区分と勤務先・専門分野

現役世代である1960年以降の出生者を対象に、出身医学部・高校区分と勤務先・専門分野に差があるかどうかを分析した。出身医学部区分では、国公立医学部出身者は大学・小児病院勤務者、新生児・周産期医療、二次・三次医療に携わる頻度が私立医学部出身者よりも有意に多かったが、二次医療圏の差は認めなかった (図9左)、一方、出身高校区分に関してはいずれの比較も有意差を認めなかった (図9右)。

考 察

今回の調査によって明らかになった主な点は以下の通りである。

- 1) 小児科専門医の出身医学部区分は世代間で大きな変化はなかったが、出身高校区分は私立が著しく増加し、1980年以降出生者では約50%を占めた。また私立高校の割合は特に関東、関西で高率であった。
- 2) 小児科専門医全員を対象とした都道府県別の分析では、出身都道府県内の医学部への進学率は全国平均33.7%で、東京以外の関東各県は県内進学率が低く、北海道・沖縄は道県内進学率が高かった。また出身都道府県内での専門研修率46.4%、現在の勤務先46.9%と増加し、出身都道府県への回帰傾向が認め

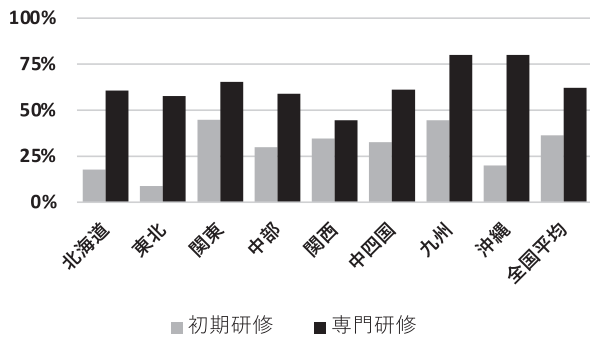


図8 大学病院・小児病院で初期研修，専門研修を受けた割合 (1980年以降出生者)

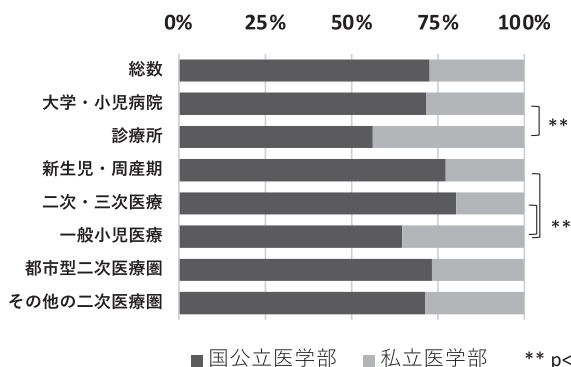


図9 医学部区分・高校区分と勤務地・専門分野 (1960年以降出生者)

られた。

- 3) 1980年以降出生世代を対象とした圏域別の分析では、圏域内の医学部進学率65.9%、初期研修率78.2%、専門研修率77.7%、現在の勤務地75.1%で、卒業時点で出身圏域へ多く回帰していた。特に関東、関西出身者は出身圏域への回帰傾向が強く、東北は関東出身者が多数関東へ回帰することで専門医不足が生じていると推測された。また北海道、東北は専門研修段階でも回帰率が低下する傾向があり、関東等への圏外移動が生じていた。

医学部進学，初期・専門研修，地域への定着から見えること

著者らは委員会報告第1報において、小児科専門医が過重労働によって急性期医療のみならず非常に幅広い領域で貢献していること、また小児科専門医として今後一層幅広い領域での活動が必要と認識していることを明らかにした。こうした小児科専門医の現状を改善し、更なる貢献を果たすためには、どのような人材が医学部を目指し、小児科医としてキャリアを積み、専門医として地域で貢献しているかを明らかにすることが重要と考え、今回のウェブアンケートに出身高校・出身医学部・研修施設・現在勤務地などの入力を依頼し、ほとんどの回答者から情報提供を受けることができた。今回の分析結果は回答率21.5%という制約があるため、短絡的な結論は慎まなければならないが、従来から予想されてきたことが結果に現れており、今後の人材育成の参考になると考えられる。

1) 地域格差

今回の調査で明らかになった第一の点は地域格差である。表1で示すように、人口あたりの全医師数・小児科専門医数は東日本全般で少なく、特に東北圏域で小児科専門医不足があること、東北の医学部定員は全国平均を上回っているが東北出身者の医学部進学率が低いことは既知であるが<sup>8)</sup>、今回の調査でも東北の医学部に進学した者のうち過半数が他圏域出身者であった。東京を除く関東各県は人口あたりの医学部定員が

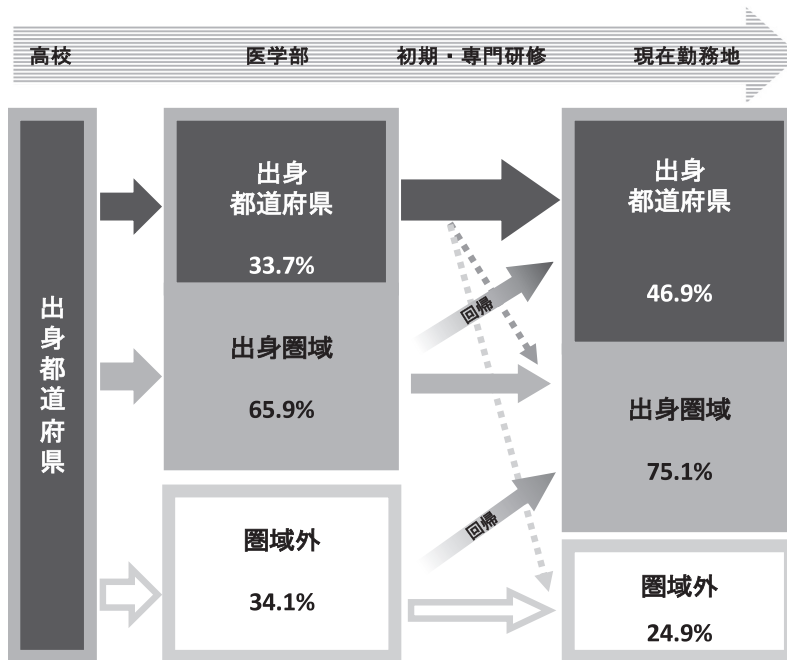


図10 小児科専門医のキャリアパス

かなり少ないため、県内進学率が低値となり、県外・圏域外の医学部を目指す結果につながっていると考えられる。西日本では全医師数・小児科専門医数ともに全国平均を上回っており、人口あたりの医学部進学者数も多いが、関西圏域は関東と同様に医学部定員が全国平均以下で、隣接する中四国・中部の医学部に進学する者が多いと考えられる。

北海道・東北・沖縄は人口あたりの医学部進学者が少ない状況にあり、医学部進学に何らかの障壁が存在すると考えられる。一つの可能性としては、医学部進学者に占める私立高校出身者の割合の増加が挙げられる。文部科学省学校基本調査によれば、1965年以降、私立高校生徒数は概ね30%前後で推移しているが<sup>9)</sup>、医学部在籍者の約55%が私立高校出身者で占められており(鈴木, 2021年度全国調査, unpublished data)、今回の調査でも1980年以降出生の小児科専門医では約50%が私立高校出身者であった(図2左上)。北海道、東北、沖縄は公立高校の比率が高く<sup>9)</sup>、今回の調査でも北海道・東北出身者は国公立高校卒業者が多いことから(図2右下)、医学部進学に力を入れる他圏域の私立高校出身者との受験競争において不利な状況が生まれている可能性がある<sup>10)</sup>。こうした不利は大学入試だけでなく、初等・中等教育を通じて存在すると推測され(鈴木, 2021年度全国調査, unpublished data)、地域格差を是正するためには、教育システム全般や入試制度の変革が必要であろう。

2) 小児科専門医の全国動態

本調査によって小児科専門医となる過程, すなわち,

高校卒業から医学部進学, 初期・専門研修, そして現在勤務地に至る動態(キャリアパス)の概略が明らかになった(図10)。小児科専門医となった高校生の約2/3は圏域内の医学部(約1/3は都道府県内の医学部)へ進学し、圏域外に進学した者の約半数は医学部卒業とともに出身圏域へ回帰し初期研修を受けていた。その後、一部医師の再移動などで最終的には約75%が出身圏域で勤務を続けていた。圏域ごとの特性も含め、小児科専門医の動態には共通の法則があると考えられ、こうした動態は医師全体にも当てはまると考えられる。

卒前に関しては、北海道・東北などの医師不足圏域では医学部進学者が少ない上に、他圏域出身者の流入(受験における競争)と卒後の流出(出身地への回帰)という状況がある。一方、関東・関西などの大都市圏では、医学部進学希望者が多い上に、医学部定員が相対的に少ないため、他圏域の医学部を目指さざるを得ない現状があり、卒後の回帰現象も明瞭に現れている(図5)。大都市出身者の大都市回帰傾向はかなり根強いと考えられ、進学先の地方で定着することはかなり困難であろう。医師不足と地域偏在を是正するために2008年から地域枠入試が導入され、地域枠では小児科を選択する医師が有意に多いというデータも存在するが<sup>11)</sup>、小児科専門医確保の面で、地域枠がどの程度有効であるかは今後の検討課題である。

卒後の取り組みとしては、初期研修制度の中に「小児科重点プログラム」(一部産婦人科と合同)があり、全国100以上の研修病院に設定されているが、2021

年度は定員 293 名に対してマッチング 153 名と充足率は高くなく、地方での充足率はかなり低値である<sup>12)</sup>。2020 年度から小児科が必修診療科に復活しており、小児科の魅力を伝える機会を有効活用することが望まれる<sup>13)</sup>。専門研修に関しては、圏域ごとの専攻医採用数にかなりの地域格差が存在し、関東・関西などの大都市圏で人口あたりの採用数が多くなっている(表 1, 専門医制度運営委員会調べ)。小児科専門医が少ない北海道・東北で専攻医採用数も少ない点は、格差が一層拡大することを意味し、深刻に捉えるべきである(表 1)。日本専門医機構では「特別地域連携プログラム」として専門研修期間中に医師不足県へ 1 年以上派遣する取り組みが提案されているが<sup>14)</sup>、地域定着に結びつくかどうか不透明である。

### 立場の違いを超えた対策の必要性

今回の小児科専門医に対するアンケートによって、小児科専門医の現状と動態を委員会報告第 1 報、第 2 報として取りまとめることができた。一口に小児科専門医と言っても全国約 1 万 6 千名が、地域・世代・性別・勤務機関・活動分野など、多様な立場で幅広い活動をしており、様々な利害の相剋が生じる可能性があるが、本報告が立場の違いを超えて子どものための政策立案とより良い小児科専門医制度構築の一助になることを願っている。

謝辞 本調査研究にあたって、ウェブアンケートに回答していただきました日本小児科学会会員の皆様に感謝申し上げます。また、調査に協力いただきました日本小児科学会地方会、日本小児科医会、小児科チェアマン会議、小児科専門研修基幹施設責任者の皆様にも深謝いたします。

### 文 献

- 1) 鈴木康之. 医師. 医学教育白書 2018 年版. 東京: 篠原出版新社, 2018: 289-295.
- 2) Suzuki Y, Gibbs T, Fujisaki K. Medical Education in Japan: A Challenge to the Healthcare System. *Medical Teacher* 2008; 30: 846-850.
- 3) 江原 朗. 将来の医師数増加に関する推計—今後 10~15 年は小児科医不足が続く. *日児誌* 2010; 114: 1928-1933.
- 4) 鈴木康之, 宮入 烈, 足立壯一, 他. 小児科専門医の職責・貢献・勤務実態に関する調査研究報告第 1 報: ウェブアンケート集計結果. *日児誌* 2022; 126: 1557-1569.
- 5) e-Stat. <https://www.e-stat.go.jp/>, (参照 2022-8-6)
- 6) 小児科専門医概要. 日本小児科学会. [https://www.jpeds.or.jp/modules/specialist/index.php?content\\_id=24](https://www.jpeds.or.jp/modules/specialist/index.php?content_id=24), (参照 2022-8-6)
- 7) 平成 30 年度医師・歯科医師・薬剤師統計の概況. 結果の概要. 1 医師. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/kekka-1.pdf>, (参照 2022-8-6)
- 8) 江原 朗, 宮本恵弘. 地方間における研修医の流入・流出について. *日本医師会雑誌* 2013; 142: 1330-1335.
- 9) 学校基本調査—令和 2 年度 (文部科学省). [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/chousa01/kihon/kekka/k\\_detail/1419591\\_00003.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/kekka/k_detail/1419591_00003.htm), (参照 2022-8-6)
- 10) Otaki J, Taketomi K, Shibahara M, et al. Factors that hinder medical carrier aspirations: A nationwide questionnaire survey of teachers in charge of career guidance in Japanese high schools. *PLOS ONE* 2022; 17: e0270477. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270477>.
- 11) 前田隆浩, 大脇哲洋, 松本正俊. 地域枠の現状と今後の展望. 医学教育白書. 東京: 篠原出版新社, 2022: 249-256.
- 12) 2021 年度 研修プログラム別マッチング結果. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000847242.pdf>, (参照 2022-8-6)
- 13) 鈴木康之. 子どもの特性と医療を理解する研修を. *医学界新聞*, 医学書院, 2018.6.11. [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2018/PA03276\\_02](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2018/PA03276_02), (参照 2022-8-6)
- 14) 2023 年度専攻医シーリングについて. 令和 4 年度第 1 回医道審議会医師分科会医師専門研修部会資料 1-1. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000954161.pdf>, (参照 2022-8-6)