

2) 周産期医療における産婦人科医師の労働量に見合った収入の確保

- (1) 多い仕事量、長時間の拘束に見合った昇給の確保
 - (2) 高次周産期医療機関に勤務する産婦人科医師へのインセンティブ（付加的給与）の導入
- 3) 周産期医療における産婦人科医師の待遇改善に関する財政的基盤の確保

- (1) 周産期医療における診療報酬の引き上げ
- (2) 出産育児一時金の引き上げ
- (3) 産婦人科診療行為を適切に評価できる新しい用語・コード体系の導入
- (4) 私費診療部分の確保

2. 周産期医療における産婦人科医師確保に関する積極的支援

1) 女性産婦人科医師が仕事と家庭・育児を両立できる就労環境の整備

- (1) 仕事と家庭・育児を両立できる、柔軟性のある勤務態勢の導入

◆時間帯交代主治医制、グループ制、ワークシェアの導入に対する支援

- (2) 子育て支援：育児後方支援体制の充実

◆育児中の女性産婦人科医師雇用施設に対する優遇処置

◆保育所の充実、保育サービスの柔軟性と多様化への支援

◆職場併設保育所の整備

◆24時間保育の整備

◆病児保育の整備

◆学童保育の改善と充実

◆保育施設・ベビーシッターなど利用可能なシステムに関する情報ネットワークの整備

◆出産・育児休業中の身分保障

◆段階的復職の保証

2) 産婦人科医師についての人的資源活用システムの導入

- (1) 休職中産婦人科医師登録制度など学会・医会等の自主的な産婦人科医師人材バンク・情報ネットワーク整備に対する支援

- (2) 定年退職後の産婦人科医師の再雇用の促進

3) 産休・育休後ならびに定年退職後の復職に際しての再教育システムの整備

- (1) 講習会開催

- (2) 臨床研修

- 4) 産婦人科医師の子育て支援、労働条件改善に向けた新しいルールづくりに対する社会的認知・合意の形成への支援

- 5) 医学生、卒後研修医師に対する周産期医療への積極的動機付けへの支援

◆奨学金制度、優先枠、地元枠の設定など

- 6) 産婦人科研究への支援

3. 地域の特性に応じた周産期医療システムの確立・推進

- 1) 周産期医療の集約化に関する中長期計画の策定

- 2) 妊産婦救急への迅速な対応と医療スタッフの集約化のための分娩のセンター化

- (1) 総合周産期母子医療センター（三次）・地域母子医療センター（二次）・診療所（一次）の三者間の役割分担の明確化

- (2) 患者情報の連絡体制の整備

- (3) 患者搬送体制の整備

- (4) オープンシステムの導入推進

- (5) 周産期医療集約化への移行期における一次医療機関（有床産科診療所）の保護

- 3) 周産期医療のセンター化にむけた財政的基盤の確保

- 4) コメディカルとの連携

4. 医事紛争の減少に対する取り組みへの支援

- 1) non-fault compensationシステムの導入

D. 考察

戦後の我が国の年間出生数は、1971年から1974年の第二次ベビーブーム以降減少を続けており、合計特殊出生率も年次減少を続け2003年には1.29と過去最低となった。少子化の要因としては、女性人口そのものが減っていることに加えて、未婚率が増えて晩婚化が進み、結婚しても出産を先延ばしにすること、子どもをつくらぬ夫婦が増えていることなどがあげられている。その理由としては、子どもの生活費や教育費がかかりすぎる、働く女性が増え家庭と仕事の両立が難しい、子どもより自分の生活を充実させたい、などの意識があるといわれている。この結果、わが国の総人口

はまもなく減少を始め、また高齢化がいつそう進行すると考えられている。

少子高齢化は労働人口の減少と消費市場の縮小による社会経済の衰退につながり、また高齢化の進行は社会保障費の増大につながるといわれており、この対策は国政の重要課題にあげられている。また女性の社会参画の推進を求める国民の意識は強く、男女共同参画社会の実現にむけての取り組みが求められている。このような社会情勢を受けて、国は健やか親子21国民運動計画、労働基準法の改正、男女雇用機会均等法、育児・介護休業法、次世代育成支援対策推進法等の制定、不妊治療費助成事業など、次世代育成支援のための種々の施策を行ってきている。今後も少子化対策として、出産、子育てに対してインセンティブを与える施策・行政支援が行われるであろう。

また近年は、患者・国民のニーズが多様化し、医療を自ら選択し、自ら医療に参加したいとの意識が高まり、また安全で快適な医療サービスを望む意識が高まってきた。また国際的にも女性の性と生殖に関する健康と権利（リプロダクティブヘルスライツ）を求める意識が高まっている。

さらに医療過誤に対しても国民が厳しい姿勢で望むようになっており、医療訴訟も増加の一途をたどっている。厚生労働省は2004年1月の「医療分野における規制改革に関する検討会報告書」において、刑事事件とならなかった医療過誤についても不適切な事例には厳正に対応するとともに、掲示、民事を問わず、処分を受けた医療資格者の再教育の徹底を図ることが必要である、と述べるに至った。

一方経済の低成長化・国民所得の急落に伴う医療費の対国民所得比の上昇、高齢化による医療サービス需要の増加と医療保険システムの財政破綻等の情勢を踏まえ、我が国の医療政策の基本方針は全医療費の抑制へと転換された。このため診療報酬の引き下げが続き、医業経営はより困難となってきた。

我が国の医師数は年次増加を続けている。将来的に深刻な医師数の過剰が生じると予測した旧厚生省は、すでに1998年5月の「医師の需給に関する検討会報告書」において、高齢化のピーク時において需給の均衡が達成されるよう、新規参入者の概ね10%の削減を目指すよう提言しているほど

である。しかしながら、増加する医師は全診療科に均等に進んでいるわけではない。医師数の年次推移には、診療科別の偏在傾向がみられるのである。内科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、理学診療科、麻酔科は増加、産婦人科、小児科、放射線科は減少、外科も近年になって横ばいかやや減少の傾向がある。そして女性医師の増加も注目される。

さらに、今年から開始された新たな医師臨床研修制度により、産婦人科は小児科、精神科、地域保健・医療とともに必修科目となった。しかし、この制度を支えるためには研修指導にたずさわる教育スタッフを新たに確保しなければならない。また将来的に、この制度の導入により今後産婦人科医療の専門性がどのように変化してゆくのか、まだ不透明である。

戦後の日本の産婦人科医療は昭和20年代から30年代にかけて産婦人科医となった世代によって支えられてきたといっても過言ではない。戦後のベビーブームを支えた世代であり、全国に数多くの有床診療所をつくり、その多くが医師一人の診療所であった。時代は移り、その世代が引退して臨床の第一線を去った。しかし、その後の世代の若手医師は産婦人科を徐々に選ばなくなっている。わが国の医師数は年次増加しているにもかかわらず、卒業後産婦人科に進路を定める新卒医師は1970年代以降漸減しているのである。その結果、産婦人科医師の高齢化が進んでいる。このため産婦人科医師の実労働数は、見かけ上の医師数よりさらに少なく見積もる必要がある。

また近年全診療科にわたって女性医師は増加の傾向にあるが、特に産婦人科ではその度合いが著しく、若い世代で女性医師の割合が急増しているのが産婦人科の大きな特徴である。すなわち40歳以上の世代では全診療科と同様の割合だが、それより若い層での女性の割合が著しく高くなり、特に25-34歳では小児科・眼科・皮膚科など女性医師割合の高い診療科と同様の割合となる。すなわち産婦人科の女性医師割合はこの10年間で急増している。一方で、産婦人科における女性医師のproductivityは男性医師の約85%と推計されており（米国の調査）、この女性医師割合の増加は相対的な労働力の低下につながると考えられる。産婦人科医師の勤務内容は他科と比較して、当

直・時間外労働が多い、有給休暇の消化率が少ない、超過勤務手当を受けていないことが多い、など決して良好ではない。また他科と同様、当直業務と救急業務は分離されておらず、また当直に引き続く翌日の勤務も当然のごとく要求されている。さらに産科医療の特徴として、分娩は昼夜を問わない、検査時間が長い（例えば胎児心拍陣痛図）、分娩は時間を要しなおかつ急変への迅速な対応が求められるなど、医師の拘束時間が長い。

加えて、近年の産婦人科医療の進歩は著しく、特に周産期の分野では胎児心拍陣痛計、超音波断層法、カラードプラ法、3D・4D撮像法などの各種検査技術の開発に伴って、ノンストレステスト、biophysical profile score、臍帯動脈/中大脳動脈 resistance index (RI)、胎児採血、amniotic fluid indexなど様々な胎児健常性の評価法が導入されており、触診とトラウベ胎児心音聴取法で行っていた時代と比べて管理が格段に複雑化してきた。早産管理についても、塩酸リトドリンや硫酸マグネシウムなどの子宮収縮抑制剤の導入により格段に進歩したが、他方長期の占床を余儀なくされる例も多い。また体外受精・胚移植をはじめとした生殖補助医療技術の導入により不妊治療は著しい進歩を遂げたが、このことによる多胎、低出生体重児の増加が周産期医療を大きく圧迫している。さらに周産期医療における診療報酬は厳しく制限されており、母体適応症のない胎児検査の保険適応は認められていない。また認められる場合でも回数に制限がある。このために高次周産期医療施設において日常的に行われている胎児検査・健常性評価は、多くの場合診療報酬の裏付けがない行為とならざるを得ない状況である。

現在我が国における周産期医療システムは、総合周産期医療センターを三次施設、地域周産期母子医療センターを二次施設として地域でネットワークを構成する構想の下に整備が進められている。しかし総合周産期医療センターの整備は順調には進んでおらず、その原因として専門医の不足と不採算性があげられている。また地域における体制整備には、搬送上の問題と病診・病病連携の問題を解決する必要がある。また妊産婦救急症への対応はなお十分でなく妊産婦死亡の減少につながっていないので、周産期救急と母体救急との機能分担を明確にしたシステムを再構築する必要がある。

ある。

産婦人科医療を支えるには、強い使命感とたゆみない自己犠牲の精神が必要である。昼夜を問わず妊産婦の異常に対応する医師であればこそ、社会の尊敬を受けその社会的な地位も高い。しかしこのことは、生活の質の向上を求める若い医師やその家族の希望とは必ずしも一致しない。米国の調査によれば近年の傾向として、医学生が専門分野を選ぶ際の目安として最も重視する要因はcontrollable lifestyle、すなわち仕事の責任から解放されて自由に使える時間が多いことである、とされている。我が国においても状況は同様であり、医師の自己犠牲に頼った旧来のシステムではなく、労働者としての医師の生活に十分配慮した新たな医師供給態勢の構築が必要であろう。

加えて産婦人科医療に対する医療訴訟は高額化の一途をたどり、若い医学徒が産婦人科の道を選ぶことを逡巡させている。特に産科が関与する分娩時の過誤は高額な賠償が必要であり、医師賠償保険制度の財政をも圧迫している。確かにリピーターと呼ばれる、医療過誤を繰り返すハイリスクの医師も少数ながら存在し、これらに対してはすでに日本産婦人科医会において自律的な監視制度も始まっている。しかし、そもそも医療事故に対する解決方策としての訴訟制度は、医療提供者個人の過失に焦点が当てられるため背景となるシステム上の欠陥などが表面化しにくく、また個人への避難、責任追及、賠償請求が中心となるため被告は自己防衛的になり進んで情報提供をしない、などの理由で、医療事故の真相・原因が正しく究明できず、データ収集・解析が不十分で防止対策が遅れ、システムの改善が進まないとの欠点があるといわれている。このため、患者・家族にとって訴訟の手段とは別の原因究明・補償システムが検討されるべきである。

1. 産婦人科医療体制の整備

産婦人科医師数の減少に対応し、労働量とリスクに見合った、医療経済的にも効率の良い新しい医療体制を整備するためには、新たな地域周産期医療ネットワークの確立が必要である。特に重要な点は、周産期医療施設の集約化、機能分担であり、具体的には分娩・手術のセンター化、オープンシステムの導入、機能に応じた産科施設のレベル分け、機能が低い施設をサポートするネットワ

一々の整備、周産期救急と母体救急との機能分担、一人医長病院の統廃合、周産期医療担当の二次病院の医師数を3名以上とすること、地域における産婦人科グループ診療の形成、などである。医学教育研修の時間の保証も欠かせない。また今年度より新たに始まった新臨床研修制度のもとでの教育システムを支えるために、指導に携わる教育スタッフの確保も必要である。これを実際に進めるにあたっては、地域の特性に応じて、学会、医会、医師会、地方医療機関、行政機関などの連携で産科医療の需給見通しに関する青写真を作成し、具体的な導入を試みるべきであろう。また行政のレベルでは、診療報酬について、産婦人科の労働量とリスクに見合った政策的適正化を図る必要がある。

2. 産婦人科医師勤務態勢の改善

産婦人科医療の現場における産婦人科医師が第一に希望することは、労働時間・拘束時間の適正化であろう。彼らは定員の増加と当直・待機日数の軽減を切に願っている。医師の生殖意識、自己犠牲の精神に頼るのではなく、労働基準法を遵守した勤務環境の改善が求められる。

女性産婦人科医は、出産・育児に大きな不安を持っており、託児所など育児後方支援体制の充実（職場併設保育所、24時間保育、病児保育、学童保育、保育支援情報の公開を含む）、柔軟性のある多様な勤務態勢（フレックス制、ワークシェア、複数主治医制など）、休業中の身分保障、復職に際しての講習会・研修制度など再教育システムの充実、出産・育児休業に関するルールの社会認知を求めている。休職中の女性医師を人的医療資源として活用するための方策として、休職中女性医師登録制度、非常勤医師要望情報連絡制度なども検討が必要である。増え続ける女性産婦人科医の労働力を確保し、彼女らがその労働力を効果的に発揮できるようにするためには、労働環境に関するこれらの問題に対して早急な対策を講じる必要がある。

また、産婦人科の潜在的労働力を活用する観点からは、高齢医師のリクルートも重要である。日本産婦人科医会の調査によれば、産婦人科勤務医の定年年齢は64-65歳が最も多く（58%）、産婦人科勤務医の64%が定年後も産婦人科診療への従事を希望している。定年後の再就職で希望する勤務

形態の多くは外来診療（49%）やがん検診（16%）であり、通常勤務を希望するものは23%であった。従ってこれらの希望に沿う柔軟な勤務態勢を提供し、再教育システムを整備することによって、高齢医師の潜在的な労働力を引き出せる可能性がある。

3. 医療供給内容の転換

少子高齢化の進行、産科医療の高度専門化、産婦人科医師不足の社会情勢をうけて、専門診療領域としての産婦人科自体もインフラストラクチャーの整理が必要となってくるであろう。産婦人科診療の質的転換、産科以外の領域の拡大、特に高齢者を対象とした産婦人科学の領域拡大が社会から求められており、また欧米にみられるwomen's health care medicineすなわち女性の思春期から老年期までの幅広い年齢層を対象とした医療・保健・福祉を包括する診療領域の視点も極めて重要である。

また一方で、現実の産婦人科医師不足を打開する方策として、産婦人科医の診療領域のうち、外科医、内科医、助産師など他の専門職が代替可能な部分はこれを動員することも考えなければならない状況にきている。

4. 医療訴訟の減少のための取り組み

欧米において、医療事故による被害患者を効率的に補償し医療事故を減少させる観点から、医事訴訟に代わる新しい社会制度としてno-fault compensation制度が導入され、効果をあげている。本制度を本邦に導入し国民と社会に有益な制度とするためには、医療事故を調査し医師の規範を審議し過誤を犯した医師への処罰提案などを検討する、独立した審査機構が必要であり、この観点から本制度導入に関する研究を早急に進める必要がある。

E. 結論

少子化を克服する国家的取り組みの一翼の担い手として、産婦人科医の役割は極めて重要である。しかし産婦人科医師数の実質的な減少のなかで、産婦人科医療は医師の誇りと自己犠牲の精神でかろうじて支えられているのが現状である。医療経済的・人的資源を効率的に活用するために、地域医療ネットワークを整備し、産婦人科医師を効率的に配置し、女性医師・高齢医師がその能力を十

分に発揮できるような支援システムを整備し、さらに医療訴訟を減少させるための制度的改革に取り組む必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中野仁雄：展望—産婦人科医療 日本産科婦人科学会雑誌 2003; 55 (8): 795-800
- 2) 福嶋恒太郎、平川俊夫、江上りか、月森清巳、野崎雅裕、中野仁雄：なぜ日本の産婦人科専門医が減少しているのか？—九州大学の産婦人科医局に参加する医師の動向の変化— 日医雑誌 2004;132 (9) : 1157-1163
- 3) 中野仁雄：シンポジウム「若手産科小児科医師確保に向けての対策」序論 日本周産期・新生児医学会雑誌 2004; 40 (4) :710-711
- 4) 中野仁雄：産婦人科医療—今日から明日へ 教育と医学 2005; 53 (1) :36-44
- 5) 平川俊夫、中野仁雄：産婦人科若手医師の増加対策 周産期医学2005;35 (1) : 105-110

2. 学会発表

- 1) 中野仁雄：日本における周産期医療の現状と今後の周産期医療、第20回記念産婦人科MEセミナー記念講演、2002年1月27日、東京

- 2) 中野仁雄：産婦人科医療—今日から明日へ、第29回日母産婦人科大会特別講演、2002年10月13日、熊本
- 3) 中野仁雄：展望—産婦人科医療 若手医師が足りない、第55回日本産科婦人科学会学術集會会長講演、2003年4月12日、福岡
- 4) 中野仁雄：産婦人科医師不足への処方—小児科学会の理解を求めて—、第107回日本小児科学会学術集會シンポジウム、2004年4月9日、岡山
- 5) 中野仁雄：産婦人科医師を確保できるか？ 福岡県産婦人科医会50周年記念大会特別講演、2004年8月28日、福岡
- 6) 福嶋恒太郎、平川俊夫、月森清巳、野崎雅裕、中野仁雄、江上りか：九州大学に関連する産婦人科医師の動向、第130回日本産科婦人科学会福岡地方部会、2005年1月30日、福岡

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

小児科医の労働条件

【分担研究者】 桃井真里子 自治医科大学小児科学教授

【研究協力者】 森 雅人 自治医科大学小児科学

■研究要旨

小児科医の労働条件の実態について病院小児科医、大学病院勤務小児科医にアンケートを行い検討した。小児科医の労働時間、時間外労働は法定労働時間を遙かに超え、休日もほとんどない医師が多数認められ、特に若い医師に長時間労働が認められた。この傾向は一般病院、大学病院ともに同じであった。夜間救急は小児科全体の問題であり、一般病院小児科医、大学病院小児科医ともに小児科として評価を希望する業務の最も多い回答であった。親と子供を同時に診る小児科医としての専門性、特殊性の評価について診療報酬などに反映させることも小児科医としての意欲、意識の維持、向上には欠かせない問題と思われた。夜間救急体制については4人以上の常勤医がいる一般病院小児科では24時間体制の救急体制をとり、大学病院も回答のあった半数が一次医療から夜間救急を行っていた。入院病床を持つ病院の負担の軽減には小児科学会が推進するような思い切った地域医療圏毎の小児医療体制の整備が急務であると思われた。また、科別収支が計算可能であった施設のうち一般病院、大学病院ともに約40%で小児科の収支が赤字であり、小児科の運営は経済的に困難であり、制度の見直しが必要と考えられた。更に詳細な検討を行い、赤字の要因を検討するとともに黒字病院についても検討を行い、多角的に検討する必要があると思われた。

A. 研究目的

少子高齢化がすすむなか、小児科医の激務、特に夜間救急の小児科医不足、病院の小児科閉鎖が報道され、我が国における小児医療は危機的な状態にある。小児医療改善のためには小児科医の確保に加え、小児科医の適正な配置、救急医療体制の確立など包括的な視点での改善が必要である。小児科医、特に病院勤務小児科医の労働は過重であり、病院小児科診療報酬も不採算であるとされるが、その具体的な内容は十分には検討されていない。このためわれわれは、現在の一般病院、大学病院小児科医の労働実態、小児科収支、大学小児科のおかれている状況を検討することにより、救急医療、小児医療に対する医師配置の改善、あるべき小児医療の体制を提示することを目的として以下の検討を行った。

B. 研究方法

平成15年度は大学病院、小児病院を除く小児科を診療科として標榜している全国の1154の一般病院に調査票を送付し、小児科医の労働実態として1週間の労働時間、小児科診療の収支、医師、看護師人件費率などに関して調査を施行し、平成16年度は全国の大学の医学部小児科83施設（以下大

学病院）に調査票を送付し、同様の検討を行い、一般病院小児科医の労働条件、大学病院小児科医の労働条件を検討した。

C. 結果

平成16年度は83の大学病院にアンケートを送付し、55大学病院より回答が得られた（回収率66.2%）。なお、回収できなかった大学には、追加調査の予定である。

労働条件に対する個別のアンケートには55の大学病院の859人の小児科医から勤務実態調査に対する回答が得られた。

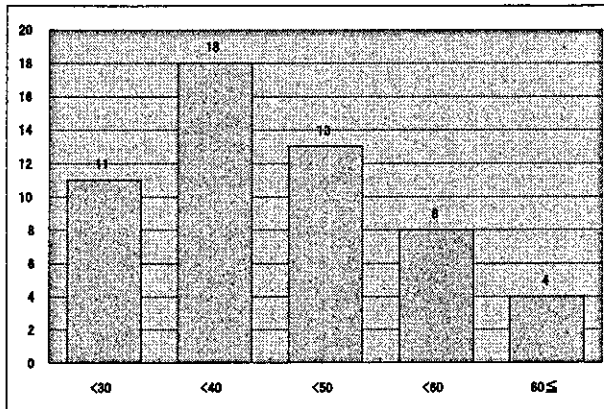
1. 全体調査

(1) 小児科医師数、小児科病床数、病床稼働率

各大学病院の小児科常勤医師数は4人から41人で10人未満の施設が10大学、20人未満が29大学、30人以上が15大学であった。

小児科病床数として30床未満が11大学、40床未満が18大学、50床未満が13大学、60床未満が8大学、60床以上が4大学であった。（図1）

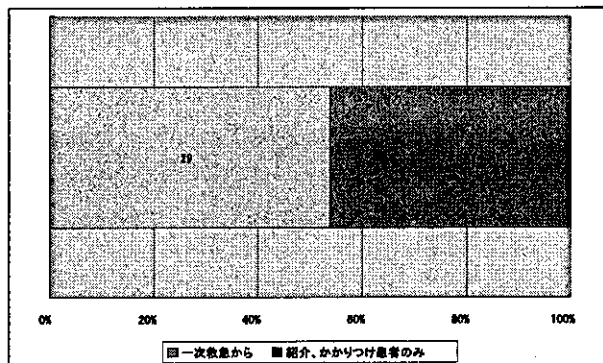
図1：病床数



小児科病床稼働率では平均40～60%が2大学、60～80%が12大学、80～90%が26大学、90～100%が14大学であり、80%以上の病床稼働率が40大学（74%）をしめた。

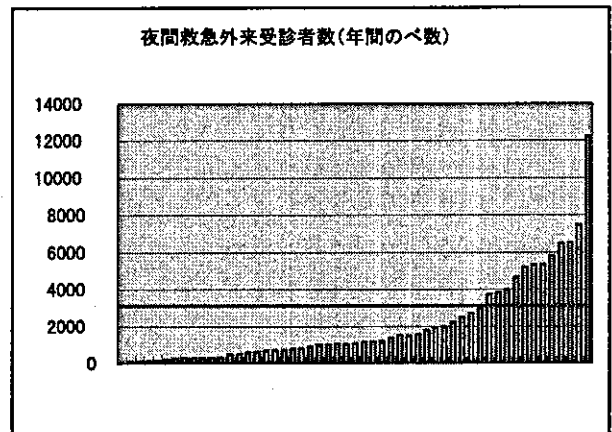
夜間救急体制をどうしているかについては29大学が一次医療から、25大学が紹介患者、かかりつけ患者のみという結果であった。（図2）

図2：夜間救急医療体制



夜間救急外来受診者数の年間のべ数は12大学病院で3500人を超え、毎日約10人以上が受診している。回答の中で延べ数が最も多かったのは12263人であった。実に1日に30人以上夜間に受診している計算となる。（図3）

図3：夜間救急外来受診者数の年間のべ数



(2) 収支（表1）

小児科のみとしての収支計算は難しい、収入は計算できるが、人件費が大学会計と病院会計になっていたり、コメディカルの計算など正確な計算ができないといった大学が多数を占めた。外来（12大学、22.2%）、入院（12大学、22.2%）、全体（21大学、38.9%）での回答であった。計算方法も統一されておらず、小児医療収支の数字を単純に比較するのは困難と思われたが、出された数字について、収支について 収入/支出 で検討した。表1のように外来、入院、全体とも約40～50%の大学がマイナス収支であった。

表1. 収入の支出に対する割合

収入/支出	入院 (n=12)	外来 (n=12)	全体 (n=21)
60%未満	1 (8.3%)	2 (16.7%)	1 (4.8%)
60-69%	1 (8.3%)	0	2 (9.5%)
70-79%	1 (8.3%)	2 (16.7%)	1 (4.8%)
80-89%	0	1 (8.3%)	1 (4.8%)
90-99%	2 (16.7%)	2 (16.7%)	5 (23.8%)
100-110%	3 (25%)	3 (25%)	6 (28.6%)
120%以上	4 (33.3%)	2 (16.7%)	5 (23.8%)

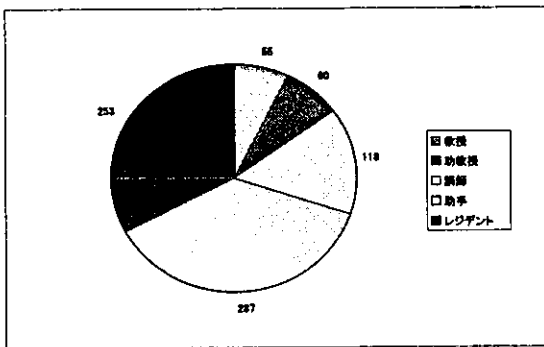
2. 個人調査

(1) 医師の役職構成 (図3)

回答が得られた医師の役職は以下のような割合であり、助手、レジデントが約70%をしめた。

教授	7% (55人)
助教授	8% (60人)
講師	15% (118人)
助手	37% (287人)
レジデント	33% (253人)

図3：役職

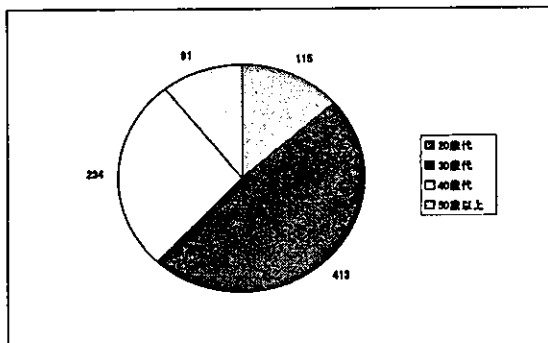


(2) 医師の年齢・性別 (図4)

年齢構成は30歳代の医師が約半数を占め、若干病院小児科の比率より30歳代に偏りが見られた。

20歳代	13% (115人)
30歳代	49% (413人)
40歳代	27% (234人)
50歳以上	11% (91人)

図4：年齢



小児科医経験年数は10年以上が半数以上であった。

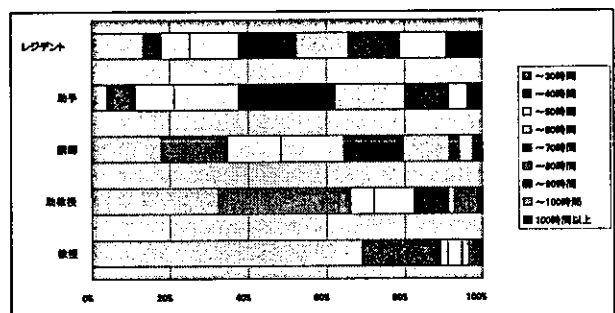
2年以内	6.1% (52人)
3～5年	11.9% (102人)
5～10年	28.5% (243人)
10年以上	53.5% (457人)

性別は男性621人 (74.2%)、女性216人 (25.8%)であり、男性が約4分の3をしめた。

(3) 週の診療に関わる (病棟、外来、当直など) 労働時間 (図5)

週の診療に関わる労働時間は、年齢、役職とともに減少する傾向にあったが、助手、レジデントでは60%以上が週に60時間以上の労働時間であった。44人 (約5%) が100時間を超す労働時間であると回答していた。

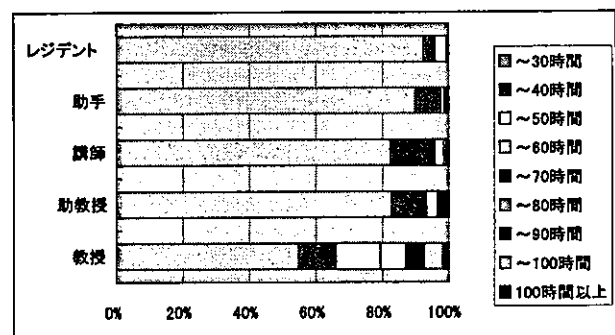
図5：1週間の診療に関わる労働時間



(4) 週の診療以外の業務 (会議、講演、授業、教育など) 労働時間 (図6)

大学病院勤務医師として大学職員は教育、研究などの診療以外の業務が必須であるが、診療に関わる業務時間のほとんどの回答が半分以下の30時間未満であった。

図6：1週間の診療外業務に関わる労働時間



(5) 時間外労働時間 (図7)

週の時間外労働時間は特に役職による差はみられず、10～30時間とした回答が多数を占めた。

図7：週の時間外労働時間

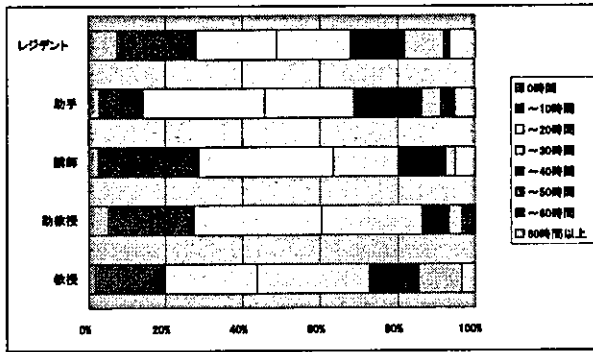
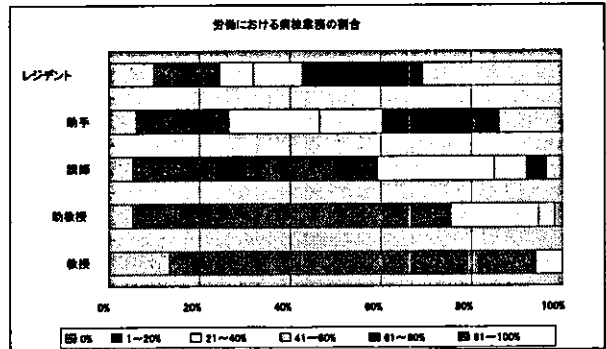


図8b 労働における病棟業務の割合



(6) 労働に占める仕事内容毎の割合 (図8a~e)

役職毎の各業務の労働に占める割合をパーセンテージで質問した。外来業務の占める割合は講師が高く、他の役職では20%以下が半数を占めた(図8a)。病棟業務はレジデント、助手では大部分を病棟業務としていた(図8b)が、検査については小児科診療上の特徴と思われるが、20%以下がどの役職でも多数を占めた(図8c)。

NICU業務は施設によって体制が異なり比較は困難ではあるが、今回の回答では20%以下が多数であった(図8d)。

教育については講師、助教授でも労働の20%以下の回答が大部分であった(図8e)。

図8c 労働における検査の割合

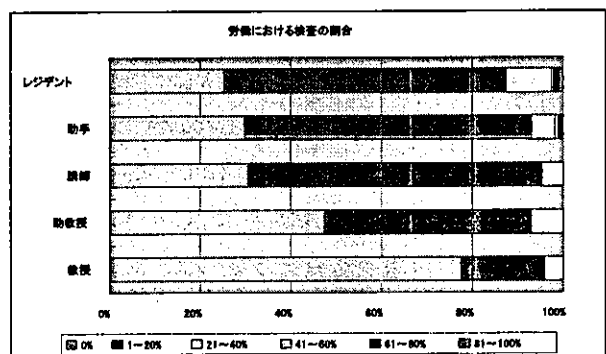


図8a 労働における外来業務の割合

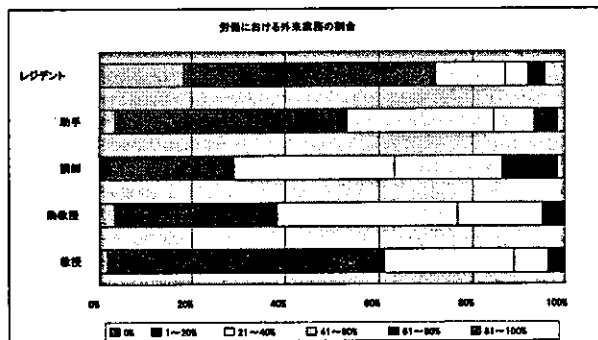


図8d 労働におけるNICU業務の割合

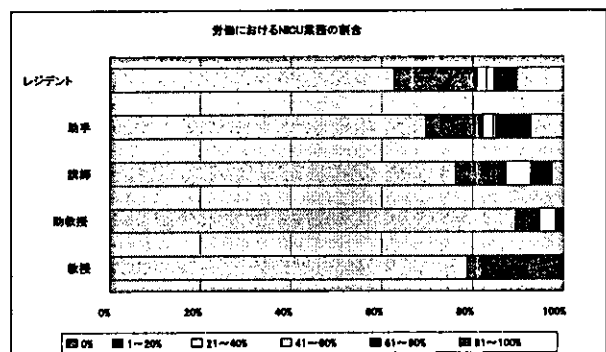
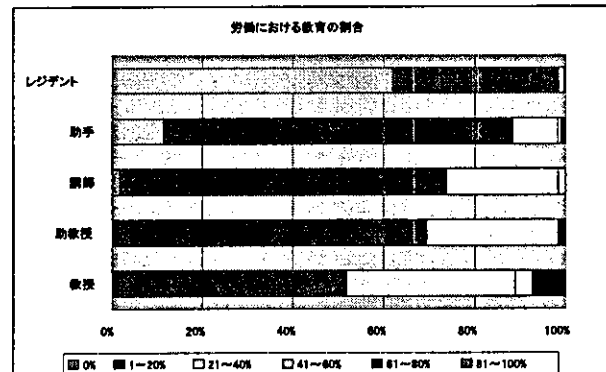


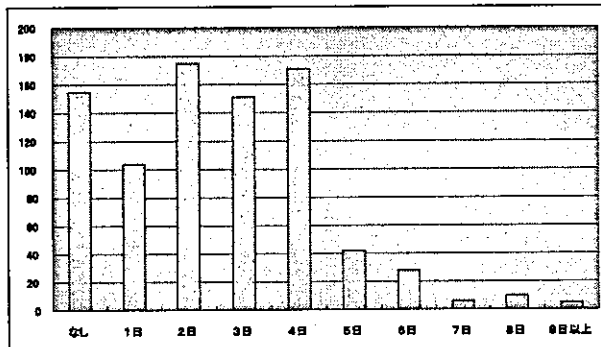
図8e 労働における教育の割合



(7) 月の実際に休める日数（図9）

1ヶ月に実際に休める日数は756人（84.8%）が月に4日以下であり、ほとんどが週に1日以下の休日であった。休みなしとの回答は155人（18.0%）であった。

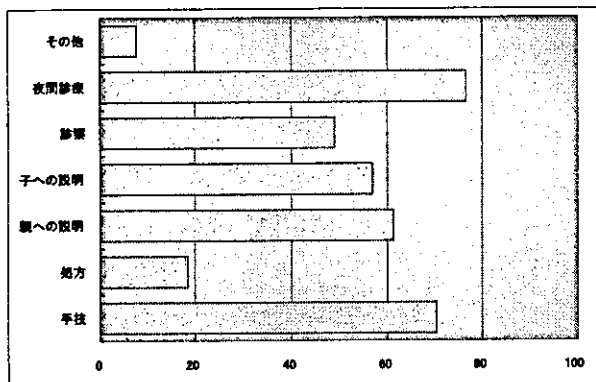
図9：休日の日数



(8) 小児科医としてもっと評価してもらいたい業務（図10）

小児科医としてもっと評価してもらいたい業務内容はなんですか。という質問に対して以下のような回答が得られた（重複回答あり）。夜間診察が76.6%で最も多く、手技70.3%、親に対する説明61.2%、診察49%となり、一般病院小児科医も同様の結果であり、大学病院でも夜間救急の負担が増加していることが伺えた。

図10：小児科として評価を希望する業務



D. 考察

平成16年度は平成15年度にアンケート方式で行った一般病院勤務の実態調査を大学病院勤務医に行った。

①回収率は66.2%で、55の大学病院とその小児科

医859人から回答が得られた。平成16年度から研修必修化となり一般病院、大学病院ともに大きな変化を抱えている時期のアンケートとなった。大学病院は周囲のこども病院の有無など地域により果たす役割は異なっていると思われる。回答のあった大学病院の病床数は30～50床が8割を占め、夜間救急体制に関する質問では約半数の29大学病院が一次救急から行っており、地域の小児医療を一次から支えていると考えられた。

②病院小児科収支：昨年度の一般病院小児科でのアンケート同様、小児科単科の収支の検討では多くの施設で回答が得られず、小児科単科としての収支計算は行っていないか、困難であったりするのが現状であった。常勤医、非常勤医の算定、減価償却の算定、備品の償却の算定、新生児医療等の公的補助金の算定等、算定に係る基本的方針が異なるものの単純比較は意味が少ないが、回答された収支につき解析した。昨年の一般病院小児科の結果と同様に大学病院でも約40%の施設が入院、外来、小児科全体の収支として支出が収益を上回っていた。大学病院の特殊性、包括医療の導入がされ、収支の詳細な内容までは検討は困難ではあるが、約40%がマイナス収支であるという報告には地域の小児科医療を支える大学病院に対する負担の軽減が必要と考えられた。また、プラス収支の病院における小児科医療がどのような小児科医の労働条件で支えられているのか、どのような規模の小児科診療が行われているのかの分析も必要であると思われた。マイナス収支である、という事実も重要であるが、病院経営上、マイナス収支の診療科を存続させられる病院は希少であるはずであり、収支改善のために、医師の労働条件にどのようなしわ寄せがきているのか、の分析が今後なされるべきであると思われた。

③大学病院小児科医の労働時間：各個人における調査では約50%が30歳代の医師であった。1週間の労働時間は法定労働時間の40時間を遙かに超え、レジデント、助手では約80%が週に60時間以上を診療に費やしていた。一般病院と異なり、大学病院の業務には診療以外の教育、研究などの時間も必要であるが、80%以上が診療以外の業務として週に30時間未満と答えており、ほとんどの時間が診療に費やされていた。研修必修化や国立大学の独立法人化など大学病院の抱える問題は大き

いと思われた。やはり一般病院同様、大多数の回答が、60時間を遥かに超える労働時間は、医療安全管理上も、問題があると考えられる。義務としての労働時間と、医師の任意意思としての診療時間は、区別して考えられるべきであり、義務的労働時間の制限は、医療安全管理上も、昨年のアンケートの結果と同様に、緊急の課題であると思われる。

時間外労働は、1週あたり10～30時間に達しており、これも一般病院の結果と同様であった。

休日は月に4日以下という医師が756人（84.8%）であり、ほとんどが週に1日以下の休日であった。休みなしとの回答は155人（18.0%）であった。連続労働時間の制限と同様、休日の確保は、小児医療では病院小児科でも大学病院小児科でも、重要な考慮事項であると思われた。

④小児科医として評価が必要と思われる業務：夜間診察、手技、親への説明が多かった。この評価が必要と思われる業務に関する回答は、昨年度の一般病院小児科医の回答とほぼ同じ結果になった。やはり、専門医として適切な評価が行われることは、より良い労働への強力なインセンティブになることが推定される。説明は当然の医療行為であるので、全ての医療行為に不随するものであるが、一定時間以上の説明、時間外における説明には、医師の時間あたりの労働評価として別途算定するべきであろう。また、受益者側も、時間外の長時間の説明の要求などに対して、当然の対価を支払う、という意識があるべきである。また、夜間診療に対する評価を希望する回答が、大学病院小児科、一般病院小児科ともにもっとも多く、行政、地域の小児医療の問題であるとともに小児科医にとっても大きな負担になっており、早急な制度の改善が必要である。そのためには労働条件のみならず、夜間診療の実態について調査を行い、適切な医師の配置、診療報酬体制などを議論する必要があると思われた。

E. 結論

アンケート方式により小児科医の労働条件について一般病院、大学病院について検討した。個人の労働時間、時間外労働時間は一般病院、大学病院ともに60時間を遥かに超え、ほとんど休日もとれないという医師が多いことが確認された。平均値だけではなく、医療状況と労働時間の関係の分析が必要である。小児科医の労働条件の改善には医療圏毎に各病院の機能、役割を再検討し、トータルな小児医療体制の作成を行わない限り困難であり、少数の医師の勤務する入院病床を持つ一般病院小児科、さらには地域の医療までも担っている大学病院への負担が増大すると考えられた。

小児科の病院収支は多くの病院で算出されていなかった。算出された施設でも約40%は赤字であった。多くの施設でマイナス収支であることは診療報酬に対する再考も必要であると思われた。特に特殊検査施行が少なく、診療点数が低い小児科医にとって小児科を専門とすることに対する付加価値が得られることは診療に対するモチベーション、小児科医師としての誇りにもつながると考えられ、これらの適切な評価法の検討も必要と考えられた。また、黒字の病院についてもどのような規模で、どのような診療体制か検討し、比較する必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

準備中

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

女性医師支援に関する研究

【分担研究者】	大澤真木子	東京女子医科大学医学部小児科教授
【研究協力者】	加藤 郁子	東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二
	猪子 香代	東京都精神医学総合研究所児童思春期部門
	岡本 和美	奈良県医師会
	河西 悦子	神奈川県衛生部
	溝部 達子	溝部子供クリニック
	三石知左子	葛飾赤十字産院
	桃井真里子	自治医科大学小児科
	山上実千子	恵仁堂医院
	清野 佳紀	大阪厚生年金病院
	古川 漸	山口大学医学部小児科
	貴田 嘉一	愛媛大学医学部小児科
	衛藤 義勝	慈恵会医科大学小児科

■研究要旨

昨年までは、女性医師の実態調査、子への心理的影響を配慮した保育支援の充実、勤務形態の多様性の必要性、新臨床研修制度の影響、再教育システムの必要性を述べてきた。本年度は社団法人小児科学会会員を対象に2003年12月～2004年1月に、郵送自記入式無記名アンケート調査を行った（送付数：18,110通（男12,285 女5,825）、返送数6950通、有効回答率39.0%（男性36.4%、女性42.5%、回答者：男性4472人（64.3%）、女性2478人（35.7%）、年齢：男性24～100歳、女性24～92歳）。全国の小児科医師現状調査の概要は以下の通りであった

■目的

昨年までは、女性医師の実態調査、子への心理的影響を配慮した保育支援の充実、勤務形態の多様性の必要性、新臨床研修制度の影響、再教育システムの必要性を述べてきた。本年度は日本小児科学会会員を対象としたアンケートを分析し、男性小児科医師との比較をした。

対象：社団法人小児科学会会員を対象に2003年12月～2004年1月に、郵送自記入式無記名アンケート調査を行った。送付は全18,110通（男12,285 女5,825）、返送数6950通、有効回答率は39.0%（男性では36.4%、女性では42.5%）であった。アンケートの内容は以下のごとくである。

- 問1 年齢 3
- 問2 性別 3
- 問3 婚姻の有無 4
- 問4 主に家事をしている人は誰ですか（ひとつだけ○） 4
- 問5 お子さんはいらっしゃいますか 5
- 問6 現在、卒後何年目ですか 5
- 問7 現在の年収をお答えください 5
- 勤務形態別に見た年収問11別の問7) 6
- 問8 現在働いていますか 8
- 問9 （問8でいいえと答えた方）現在職場に籍はありますか 8
- 問10 主な勤務地（現在） 8
- 問11 現在の主な勤務形態（職種） 8
- Total 9

未婚既婚別の勤務形態	9
子どもの有無別の勤務形態問5別の問11)	10
問12 現在の1週間の実労働時間	11
Total	12
子どもの有無別に見た実労働時間	12
勤務形態別に見た実労働時間問11別に見た問12)	12
勤務先別に見た実労働時間問13別に見た問12)	13
問13 主な職場はどこですか	14
Total	14
婚姻状況別に見た職場問3別に見た問13)	14
・子どもの有無別に見た勤務先問5別に見た問13)	15
問14 現在の立場をお答えください主たるものをひとつだけ)	16
問15 現在の専門分野主たるものをひとつだけ)	16
問16 一ヶ月に当直は何回	17
Total	17
職場別当直回数問13別の問16)	17
問17 一ヶ月に休日は何回ありますか学会参加や会議出席は除く)	18
問18 現在の仕事の状況の満足度	19
収入	19
Total	19
勤務形態別の収入に関する満足度問11別の問18の1)	19
・子どもの有無別の収入に関する満足度問5別の問18の1)	21
地位	21
Total	21
勤務形態別の地位への満足度	21
子どもの有無別の地位への満足度	22
労働時間	23
Total	23
勤務形態別の労働時間への満足度	23
子どもの有無別の労働時間への満足度	24
技能・能力の発揮	24
Total	24
勤務形態別の技能・能力の発揮への満足度	24
子どもの有無別の技能・能力の発揮への満足度	25
家庭とのバランス	26
Total	26
勤務形態別家庭とのバランスの満足度	26
子どもの有無別の家庭とのバランスの満足度	27
問19 これまでに休職したことがありますか	27
Total	27
婚姻状況別の休職経験	28
・子どもの有無別の休職経験	28
問20 問19ではいと答えた人は卒後何年目に休職したか	29
問21 これまでに専門分野を変更したことがあるか	29

Total 29

子どもの有無別専門分野の変更経験 29

問22 問21ではいと答えた人は卒後何年目に転向したか 30

問23 問21ではいと答えた人の転向前の専門分野 30

問24 仕事をしていない、または休職したことがある場合、その理由 31

問25 これまでに非常勤としてのみ勤務したことがあるか 31

問26 問25ではいと答えた人は卒後何年目に非常勤となったか 33

問27 開業している方は卒後何年目に開業したか 33

問28 充実した仕事を続けるため支障になっているもの当てはまるものすべて) 33

問29 あなたの仕事が充実するために次のものは必要ですかひとつずつについて回答) 40

問30 あなたの職場に以下の制度はありますか 46

問31 またそれを自分が実際に利用しましたか 48

問32 またそれは一般的に必要なだと思いますか 50

問33 通常の勤務中、子どもはどうしているか（当てはまるものすべて)53

問34 勤務に当たって次のことは問題になったか 54

問35 問34のような問題にどのように対応したか（当てはまるものすべて) 59

結果：

1. 男女別回答者数（問1、2）

回答者は男性4472人（64.3%）、女性2478人（35.7%）であり、年齢幅は男性24から100歳、女性24歳から92歳であった。男性では40-59歳群の回答が2344と最も多く、他の2群の約倍であった。女性では39歳未満群と40-59歳群では、1101名、1070名とほぼ同数であった。（表1、図1）回答者は男性4472人（64.3%）、平均年齢は男性50.01±14.08歳、女性43.76±13.05歳であった。

表1 問1. 年齢別性別回答者数

		性別×年齢						Total
		1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	
年齢	対象数	1062	2344	1066	1101	1070	307	6950
	欠測数	0	0	0	0	0	0	0
	平均値	33.112	48.495	70.505	32.372	48.302	68.772	47.832
	標準偏差	4.057	5.23	6.702	3.963	5.567	6.911	14.049

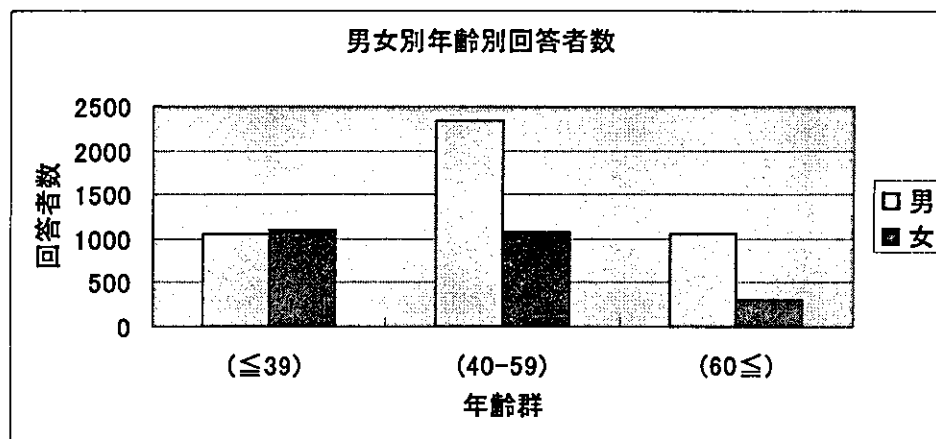
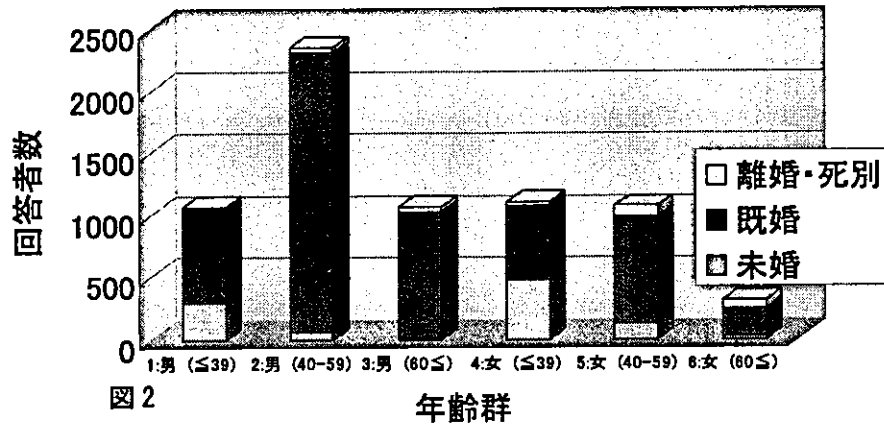


図1

2. 婚姻の有無（問3）：既婚者は全回答者のうち5668人（81.6%）で、男性4005人（男性回答者の89.6%）、女性1472人（女性回答者の59.4%）であった。59歳以下の群では男性の方が既婚者の割合が多かった（表2、図2）。

男女年齢群別の婚姻状況

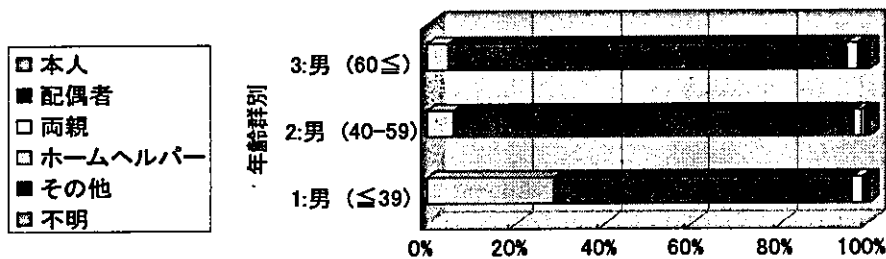


3. 家事の担い手（問4）：本人と答えた2529人のうち男性499人（19.7%）、女性2030人（80.3%）、配偶者と答えた3829人のうち男性3796人（99.1%）女性33人（0.9%）で家事の担い手はほとんどが女性であった。両親、ホームヘルパーと答えたものはそれぞれ255人（3.7%）、151人（2.2%）であった。（表3、図3、4）

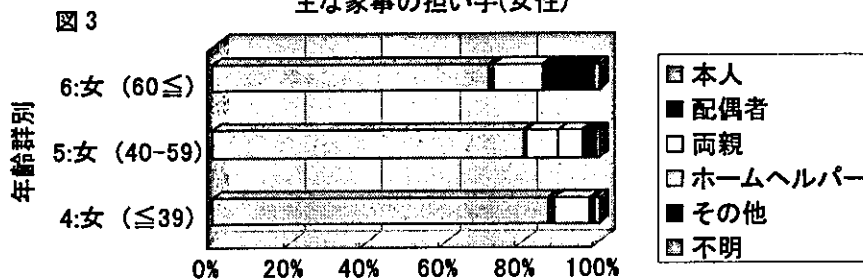
表3 問4 主に家事をしている人は誰ですか（ひとつだけ○）

主に家事をする人	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
本人	303	143	53	953	858	219	2529
配偶者	717	2122	957	20	9	4	3829
両親	26	40	1	98	90	.	255
ホームヘルパー	3	10	25	8	66	39	151
その他	8	26	29	8	39	41	151
不明	5	3	1	14	8	4	35
Total	1062	2344	1066	1101	1070	307	6950

主な家事の担い手(男性)



主な家事の担い手(女性)



4.子の有無（問5）：子が居ると答えたものは5234人（75.3%）いないと答えたものは1703人（24.5%）不明13人（0.2%）であった。男性回答者で子どもがいるものは3730人（83.4%）いないものは735人（16.4%）、女性回答者では順に1504人（60.7%）、968人（39.1%）であった。女性は39歳未満では子供がいない割合の方がいる割合より多かった。（表4、図5、6）

・表4 問5 お子さんはいらっしゃいますか

子どもの有無	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
いる	594	2138	998	411	841	252	5234
いない	467	204	64	687	229	52	1703
不明	1	2	4	3	.	3	13
Total	1062	2344	1066	1101	1070	307	6950

男性年齢別の子どもの有無

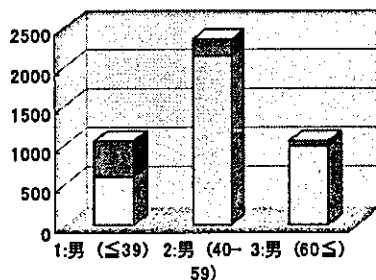


図5 □いる ■いない □不明

女性年齢別子どもの有無

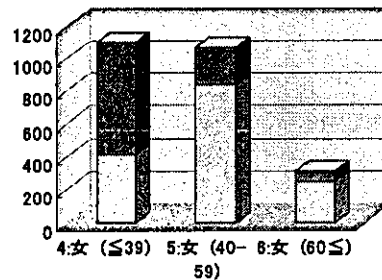


図6 □いる ■いない □不明

5. 現在の卒後年数（問6）：男性 22.5 8年、女性 23.18 年であった。（表5）

表5 問6 現在、卒後何年目ですか

卒後年数	性別×年齢					
	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)
対象数	1060	2335	1047	1098	1066	300
欠測数	2	9	19	3	4	7
平均値	8.24	22.582	44.196	7.802	23.183	43.873
標準偏差	4.1	5.521	9.317	3.844	5.991	8.318

6.年収

1) 男女別年齢別年収（表6、図7、8） 39歳未満においては、500-1000万の回答が最も多かったが、女性は次で500万以下の割合が高く、男性は1000-1500万の割合が高かった。

表6 年齢別、性別年収（問7 現在の年収をお答えください）

現在の年収	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
500万円以下	129	11	94	364	77	35	710
500～1000万円	501	151	206	541	235	79	1713
1000～1500万円	370	898	272	167	364	69	2140
1500～2000万円	45	560	186	13	167	56	1027
2000～2500万円	8	226	101	4	83	24	446
2500万円以上	8	474	171	6	133	34	826
不明	1	24	36	6	11	10	88
Total	1062	2344	1066	1101	1070	307	6950

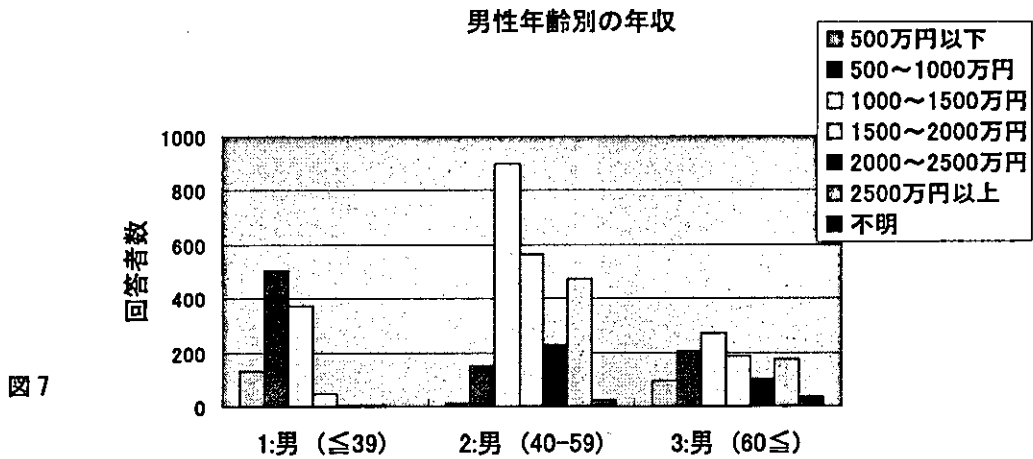


図 7

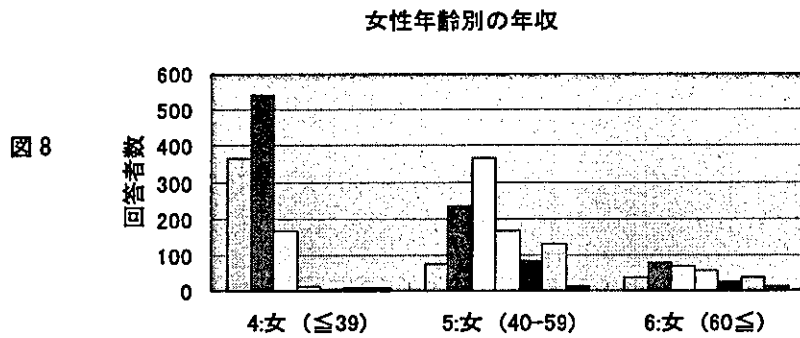


図 8

2) 勤務形態別に見た年収(問11別の問7)

勤務医に於いては、常勤医の39歳未満の男女、非常勤医の全ての年齢群で年収500-1000万の回答が最も多かったが、常勤の40-59歳群の男女、男性の60歳以上では1000-1500万の回答が最も多かった。開業医に於いては、40-59歳群の男女、男性の60歳以上では2500万以上の回答が最も多かった。(表7、図9)

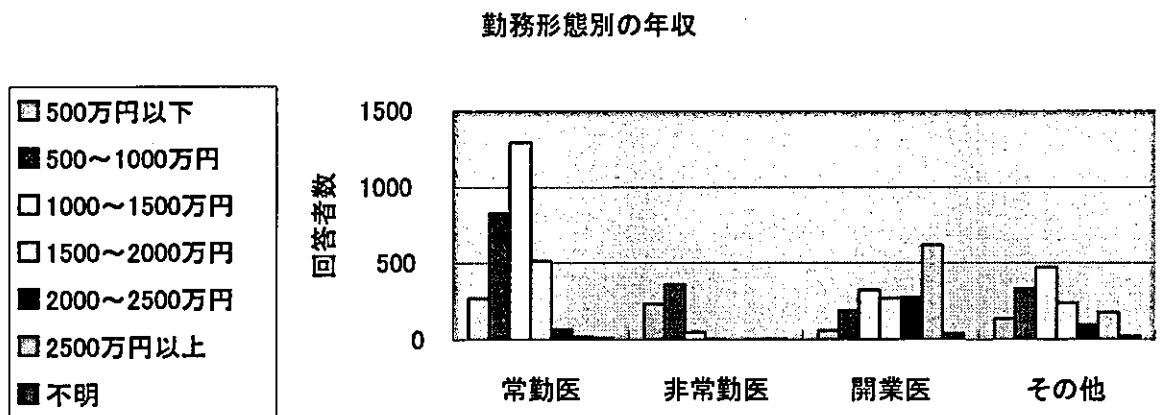


図 9 勤務形態別年収

▶ 表 7-1 勤務形態別年収 1:常勤(研修医、常勤)勤務医の場合

現在の年収	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
500万円以下	79	3	10	167	12	2	273
500~1000万円	289	74	31	336	86	11	827
1000~1500万円	291	598	67	116	211	11	1294
1500~2000万円	31	353	46	9	62	12	513
2000~2500万円	3	42	15	0	7	3	70
2500万円以上	0	14	4	0	3	1	22
不明	1	4	2	4	2	1	14
Total	694	1088	175	632	383	41	3013

▶ 表 7-2 勤務形態別年収 2:非常勤(勤務医)の場合

現在の年収	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
500万円以下	30	2	12	137	46	7	234
500~1000万円	120	6	34	118	68	15	361
1000~1500万円	10	1	15	10	11	3	50
1500~2000万円	0	2	1	1	1	0	5
2000~2500万円	0	0	0	0	0	1	1
2500万円以上	0	0	0	0	1	1	2
不明	0	0	1	2	0	2	5
Total	160	11	63	268	127	29	658

▶ 表 7-3 勤務形態 3:開業医の場合

現在の年収	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
500万円以下	2	1	43	3	4	10	63
500~1000万円	9	25	92	5	28	33	192
1000~1500万円	14	88	115	10	58	38	323
1500~2000万円	7	90	89	1	52	29	268
2000~2500万円	5	136	68	4	50	14	277
2500万円以上	5	366	123	5	101	21	621
不明	0	13	24	0	2	4	43
Total	42	719	554	28	295	149	1787

▶ 表 7-4 勤務形態 4 その他

現在の年収	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
500万円以下	18	5	29	57	15	16	140
500~1000万円	83	46	49	82	53	20	333
1000~1500万円	55	211	75	31	84	17	473
1500~2000万円	7	115	50	2	52	15	241
2000~2500万円	.	48	18	.	26	6	98
2500万円以上	3	94	44	1	28	11	181
不明	.	7	9	.	7	3	26
Total	166	526	274	173	265	88	1492

7. 現在の就労状況（問8）現在働いている者は6651人（96.1%）男性4350人（男性就労率97.6%）女性2301人（女性就労率93.3%）、働いていないものは253人（3.7%）で、うち男性は94人で働いていない回答者の37.2%であり、女性は159人で働いていない回答者の62.8%をしめていた。働いていない年齢群としては、男性では60歳以上が82%、女性では39歳以下が75%を占めていた。（表8、図10）

・表8 現在の就労状況 現在働いていますか

Q8	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
はい	1055	2331	981	980	1044	288	6679
いいえ	6	11	77	120	25	15	254
不明	1	2	8	1	1	4	17
Total	1062	2344	1066	1101	1070	307	6950

現在働いている割合

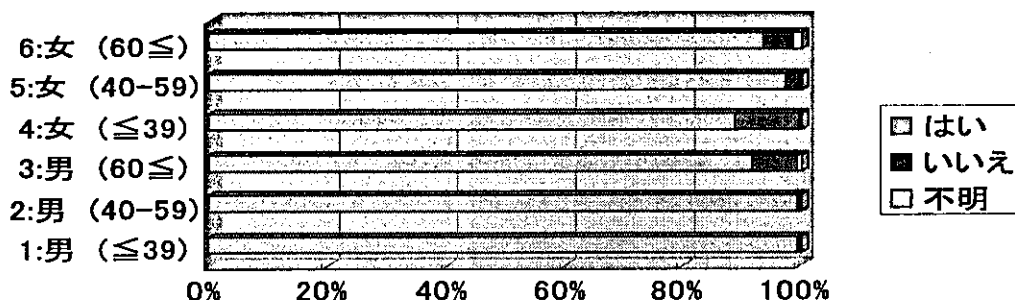


図10 男女別年齢別現在働いている割合（表8）

8. 休職者の職場における籍の有無（問9）

休職中の男性34名（休職男性の36.2%）女性70名（休職女性の44.0%）は在籍していた。39歳未満の女性、60歳以上の休職者では在籍していないという回答が在籍者を上回っていた。（表9）

表9 現在働いていない医師の籍（問8でいいえと答えた方）現在職場に籍はありますか

在籍しているか	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
はい	4	4	26	53	10	7	104
いいえ	2	6	42	65	14	8	137
不明	0	1	9	2	1	0	13
Total	6	11	77	120	25	15	254

9. 現在の主な勤務地（問10）

主な勤務地5つは東京841名（12.2%）大阪507名（7.3%）神奈川420名（6.1%）福岡336名（4.9%）北海道308名（4.5%）であった。

10. 現在の主な勤務形態(職種)（問11、表10、図11、12）

1) 男女別年齢別主な勤務形態（表10-1）

男性は常勤の勤務医41.4%、非常勤の勤務医3.3%、開業医は29.5%である。女性は常勤の勤務医37.9%、非常勤の勤務医13.2%、開業医は19%であり、男性より非常勤の割合が高かった。

2) 婚姻有無別主な勤務形態（表10-2）

未婚者では男女の差がなかったが、既婚者では40-59歳の男性に於いて常勤が46% 開業医が31% に

対し、女性では常勤が32.2%、非常勤が13.3% 開業医が28.8%であり、さらに39歳未満の女性に注目すると順に46.2%、21.6%、0.2%であり、男性の6.7%にくらべ非常勤の割合が高い。

3) 子の有無別主な勤務形態 (表10-3)

子供の有無でみると、40-59歳においては男性で常勤が45.5% 開業医が31.5%、女性では常勤が31.6%、非常勤が13.2% 開業医が29.8%とほぼ同様であったが、39歳未満に注目すると順に男性では62.1%、5.9%、6.4%に対し女性では44.01%、25.3%、5.3%と既婚全体及び子供のいない場合に比べ非常勤の割合が高くなる。

表10-1 現在の主な勤務形態 Total

現在の主な勤務形態	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
研修医	102	1	.	116	2	.	221
常勤の勤務医	592	1087	175	516	381	41	2792
非常勤の勤務医	75	9	63	177	121	29	474
開業医	42	719	554	28	295	149	1787
大学院生	72	1	0	63	3	0	139
研究生・見学生	13	1	0	28	3	0	45
その他	25	80	46	36	49	14	250
不明	141	446	228	137	216	74	1242
Total	1062	2344	1066	1101	1070	307	6950

現在の勤務形態

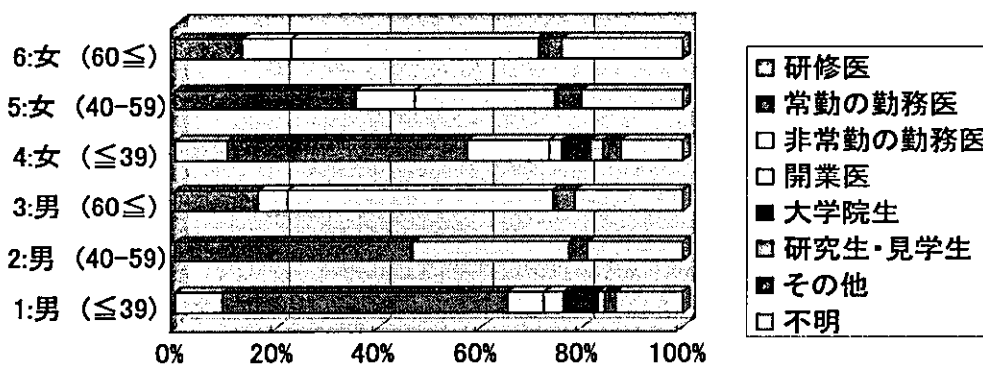


図11 男女別、年齢別 現在の勤務形態(表10-1)

表10-2 未婚既婚別の勤務形態

> 表10-2-1 Q3 1:未婚

主な勤務形態	1:男 (≤39)	2:男 (40-59)	3:男 (60≤)	4:女 (≤39)	5:女 (40-59)	6:女 (60≤)	Total
研修医	76	0	0	93	1	0	170
常勤の勤務医	130	34	1	221	68	8	462
非常勤の勤務医	25	0	0	46	5	3	79
開業医	1	10	3	3	22	10	49
大学院生	26	0	0	31	0	0	57
研究生・見学生	5	0	0	12	0	0	17
その他	6	1	0	12	5	2	26
不明	32	18	2	57	28	5	142
Total	301	63	6	475	129	28	1002