

200501326A

平成 17 年度
厚生労働科学特別研究報告書

「日本の医師需給の実証的調査研究」

主任研究者
国立保健医療科学院
政策科学部
長谷川敏彦

平成 18 年 3 月 31 日

目次

I 総括

医師需給の現状と展望

長谷川敏彦

II 医師勤務状況調査

1. 病院勤務医師の勤務時間-性別を踏まえて- 井上まり子

2. 分析資料集

種田憲一郎

長谷川敏彦

III 女性医師分析

1. 女性医師活動性評価について

児玉知子

井上まり子

種田憲一郎

長谷川敏彦

2. ワークライフバランス社会における女性医師育成および支援策について

荒木葉子

IV 医学部調査

1. 医学生の出身地に関する研究

井上まり子

2. 医学生の臨床研修先選択に関する研究

井上まり子

I 総括
医師需給の現状と展望
長谷川敏彦

医師需給の現状と展望

1. はじめに

ここ1~2年、日本の医療界では「医師不足」が語られ始め、それが更に社会現象の感さえ呈し始めている。1980年代に「医師過剰」が問題とされていたことから考えると、隔世の間を禁じえない。事実、70~80年代は医師需給検討委員会の開催毎に「過剰」の記事が現れていたのに対して、ここ1~2年、「医師不足」の記事が急増している。

それは病院の現場から40歳前後の活動的な医師が相次いで辞め、「立ち去り型サボタージュ」と呼ばれる減少と呼応している。医師リクルート会社の大学医局アンケートによると大学医局での認識も80年代から90年代前半には、新設医大創設ラッシュの結果、「医師過剰時代が到来する」との意見が多かったものが、2000年前後を境に「到来しない」にシフトしており、既に現在の予兆が存在していたことがわかる。

しかし、本当に医師は不足しているのであろうか。毎年7700名もの新たな医師が誕生し、毎年リタイアする医師がいるものの、医師数は着実に増加している。一方、ここ1~2年で急激に需要が増加した事実はない。むしろ、外来は全体に減少傾向とさえいえる。また、一部の診療科では病院、診療所共にむしろ過剰が問題となっている。

実は医師の過不足の需給は単純ではなく、いくつも複合した要因が影響している。これらの相反する知見を理解するには、まずどのような現場、地域、診療科で医師不足なのか、そしてそれを国レベル、地域レベル、施設レベルで捉える必要がある。そして、その原因を分析するためには影響要因を短期、中期、長期のスパンで、それらの相互作用も含めて捉えることが問題を解く鍵であると考えられる。

2. 短・中・長期の影響要因

1) 短期的動向

医師不足、離職の急増はここ数年の超短期の現象で、病院が焦点となり、全国的傾向を示しているが郡部に著しい。元来、郡部は医師資源に恵まれず、世界の医師過剰国でさえもその充足を政策課題としてきた。しかし、このたびは東京・大阪・福岡内など一部を

除き、都市部にも同じ現象が生じている。急速で全国的要因が想定され、タイミングから考えて前期の卒後研修制度の導入がそのきっかけとなっていることは明らかである。事実、2年で1万5000人、病院医師の10%に及ぶ労働力が突然研修に囲い込まれた影響は、医師人材システムにとって極めて重大である。それは量的のみならず質的にも深大な影響を及ぼし、地方の国立大学の医局を中心とする郡部への医師供給システムを崩壊させた。研修医は上記3都市に3極集中し、相対的には大学病院から市中病院に移動したのである。量的影響は、全国レベルで捉えれば数年後には消滅すると予測される。ちょうど医学部教育が8年に延長され、2年間卒業生が出ない状態に類似するからである。それに、研修が充実したものであればより良質の労働力が全国的に提供されることとなる。

事実、一部の自信のある院長は「少し我慢すれば買い手市場になる、優秀な人材が集まる」と楽しみの様子だが、郡部、特に地方の国立大学では売り手市場で、全国の研修プログラムと競合することとなってしまった。前期研修の競争は病院単位で、その結果は地方国立大学にとって大変厳しいものとなっている。後期研修では医局単位の孤独な競争となり、状況は更に厳しい。競争に勝つためにこれまで研究においてきた優先順位を教育に移す医局も出始めている。数年人材が枯渇すると、医局・病院が崩壊することになる。これまで赤字が続くとつぶれるのは当然と理解されてきたが、実は資源（金も人も）が欠如するとシステムは機能を停止する。理論でわかっていたことが、これからは現実のものとなる。

古い医師人材供給システムが停止するとたちどころに困るのは、それに頼って来た郡部の病院で、縮小・廃止・集約するか否かの戦略的な岐路に立たされているといえよう。

近年、医師の現場離脱が社会問題化しているのは、1人減り、2人減り、そこまで耐えられても、それ以上ではすべての職員に負荷がかかり、全員が一挙に辞める現象である。急性期病院でポロポロと櫛の歯が抜けるように診療科がなくなり、そして病院としての機能停止に追い込まれるところが生じている。役職を持たない若年の病院医師の給与は、診療所と比べて驚くほど低い。それに上述のごとき共同負担と近年の医療訴訟の増加をみると高負担でハイリスク・ローリターン、結果としていわゆる「立ち去り」型のサボタージュが生じている。40歳前後の医師は若年医師の中核であり、立ち去られた後の負担は大きい。

2) 中期的動向

中長期的に見ると、短期の動向は瞬間風速によって元の状態に復帰すると考えられる。しかし元々中期的な背景影響要因がシステムの崩壊につながりつつある。そこでどのような要因が背景にあるのか、分析してみたい。

病院医師離職の直接原因としては、近年、医師の事務処理が増え、医師本来の業務に支障をきたしていることが挙げられている。患者や家族に対してはインフォームド・コンセ

ントが必須となり、それに伴う手続き業務が増加していること、また行政や保険者も財政難で、支払についての説明書類が要求されていることである(図2)。

ここ10年にわたり、医療技術が成熟し確立されることにより、複雑で侵襲性の高い診療技術が多く病院に普及し、多数の職種の間密なチームワークを必要とする診療が増えていること、さらに平均在院日数が短縮化し、受け持ち患者の重症化により、労働密度が濃くなっていることも繁忙さの増加に貢献していると思われる(図3)。さらに、その背景には病院の機能の分化と強化が求められ、政策的にも過去10年間にわたって次第に推進されてきたことが考えられる。

このような変化の下、2000年前後以降、医療事故が続発し、患者からの要望が厳しくなった。その背景の下、ほぼ同時に消費者運動の高まりや、国民の医学知識の向上により説明した上での同意が必要となってきたことが考えられる。

確かに医療の成熟化、標準化により国民の目にも次第に医療の質や安全性を比較することが可能となってきたこと、また保険者も効率や効果を求めて標準的診療を要望していることが、医療過程の透明化および説明責任の明確化を促しているといえよう。行政も病院経営者も、これまで医師は聖職意識の故にいくら労働負荷をかけても働き続けると考えていたかもしれない。しかし、想定外の現象、あっさりとした職場離脱が生じている。やはり医師も人の子で「家庭や趣味が大切」という考えが若い世代に生じても不思議ではない。若年世代の医師の職業観の変化もその背景にあるかもしれない。

しかし、考えてみると、診療内容の患者への説明は医療の一部であり、近年の財政難を考えると「保険者に対する説明責任」も必要である。また、販売すること、医療技術者による技術サービスが商品の中核をなす医療産業界では、「技術の後継、即ち教育」は必須の課題といえよう。これらの課題は、以前は顕著ではなく、ここ数年の間に明らかになったものといえ、本来行われるべきもので、日本の医療界でも世界標準が求められるようになったといえよう。

新たに求められた世界標準に対して、現在の日本の医療界は昭和23年の医療法の世界、古い診療報酬体系の下での経営を迫られている。看護師は法律を楯に死因料行為の代替を拒否し、それでいて免許がなくてもできる仕事にしがみついて、病院全体の経営効率を下げている。インフォームド・コンセントは経営の課題で、患者相談室、ビデオ、パンフレットを用いた説明システムを院内に構築することが経営者の責任なのではなかったか。

残念ながら、医療界ではこれらに組織的に取り組んでこなかった。例えば「時間単価の高い医師に伝票を書かせる」など、増加した労働負担を経営の課題として受け止め、病院組織の改善や他の職種に配分することなしに現場の医師に押しつけてきたことが現場の疲弊を生んだのではなからうか。

中期的な要因が存在する病院が突風によって大きな、場合によっては永久的な損害を受けている。例えば、給与の調整が効かない公的病院、院長に権限のない病院、そして経営

センスのない病院などである。また、診療科や地域に起因する問題もある。

3) 長期的動向

国際的動向を見ても 2000 年前後を境に医師過剰から医師不足にシフトしたように思われる。特にアングロサクソン系の国々、英加豪米では医師数抑制から転換が図られつつある。その背景としてはそれまで一定だった高齢者の割合が増加に転じ始めたこと、高齢医師、女性医師が増加したこと、医療安全や質が国民の関心となり、それまでの医師による供給誘導需要論が影を潜めたことが挙げられよう。加えて、アングロサクソン系の国々では特に途上国からの頭脳流出の倫理的な責任が問われ始めたことでも理由の一端となっている。

3. 日本の医師の生産性

このような負担、長時間にもかかわらず日本の医師の生産性は他国と比較して低い(図 5)。病院医師が一年間に退院させる患者数は 100 を越し、フランスでは 160 にのぼり、日本の 82 に比し倍近くとなっている。

その理由としては日本の医師が外来患者を多く診ていることが挙げられる。国際比較研究からは外来患者数に反比例して生産性が高いことがわかる。ついで、他の支援スタッフの数が少ないことがあげられる。国際比較分析では、日・蘭・英・豪が看護師やスタッフ数に正比例して生産性が高く、さらに独仏など外来を持たない国ではもっと高い。もっと言えば「時間単価が高い医師に伝票を書かす」といったことに象徴されるごとく病院経営の不効率がその背後にあるのではなかろうか(図 6, 7)。

4. 今後の展望

今回の医師需給検討委員会の結論では、現状では病院医が不足しており診療所医は特に大都会を中心に若干過剰気味で全体として現在不足しているもの 2020-30 年にかけて充足すると予測されている。様々な条件を前提に予測されたもので、予測どおりとなるかは難しい。

しかし、分析の中でどう条件を変えてみても正しい結論がある。それは、現在の病院の医師の労働の過重については医学部定員を増やしても最低 10 年、場合によっては 20 年近く解決されないということである。つまり、新たな医師の養成には時間がかかるので、解決方法は他の職種を短期にトレーニングして医師免許を授与するか、外国人医師を急速に導入するかしかない。それらが無理とすれば病院の生産性を上げる手法しかありえない。逆に言うと、経営改革により現在の労働過重が改善できれば、それによって長期的には医

師が充足して、過剰になる可能性がある。

病院経営の生産性を高めるまず第一の課題は、外来を診療所に逆紹介することである。これまで病診連携は診療所のために病院が連携する、あるいは平均在院日数を短縮するために病院と連携を高めるということが期待されてきた。しかし、これからは病院の臨床医の負担を減らすために、外来患者を逆紹介によって減らしていくことが必要ではなかろうか。また、開業医を積極的に夜間の外来、救急に参加してもらうことによって院内の負担を肩代わりしてもらうことも必要、すなわち提供の側においても病院と診療所の壁をなくす、いわば「ウォールレス・ホスピタル」が必要なのではないだろうか。

ついで、病院の業務の徹底的見直しが必要なる。もう一度、病院内の職種間の役割分担の見なおし、医師や看護師の機能を行かせる業務過程の改善、そしてそれを支援する院内組織の確立が急務ではなかろうか。

1. 医療システム全体

1) 供給

① 医師数増

休眠医師発掘

女性医師労働支援

② 効率向上

病診役割分担と連携強化需要

他職種への業務移行（システムレベルでのスキルミックス）

2) 需要

① 全般

予防強化

医療標準化推進（EBM、ガイドライン）

卒後臨床教育強化

② 外来

受診間隔延長

③ 入院

入院適応厳密化、適正化

手術適応厳密化、適正化

2. 病院医師・医療の確保

1) 医療体制の整備

① 病院・診療所役割分担の見直し

外来の診療所への移行

逆紹介、病診連携の推進

開業医の病院診療参加支援

② 病院機能の見直し

外来の機能向上と入院診療の負担減
拠点病院への機能、人材の集約化

2) 病院経営の効率化

① 医師の業務の見直し

医師間でのチーム化、勤務のシェアリング、シフト化の推進
女性・高齢医師の勤務環境の改善

② 他職種の活用

他職種への業務の移行（院内体制の整備）
病棟事務員の有効活用、看護師との役割分担
他職種とのチーム化（スキルミックス）

③ 病棟マネジメントの変革

病棟当り病床の削減（例えば 30 床）
病棟師長の責任と権限の拡大
病棟経営の改善、調整看護師等の導入

④ 経営戦略の見直し

公的病院における院長権限の強化
評価の確立と給与体系の見直し
説明責任と教育を病院機能の一環として組み込む
医療の標準化と業務の見直し
医療の安全、良質・満足を軸に組織変革

図1 医師過剰と不足比較

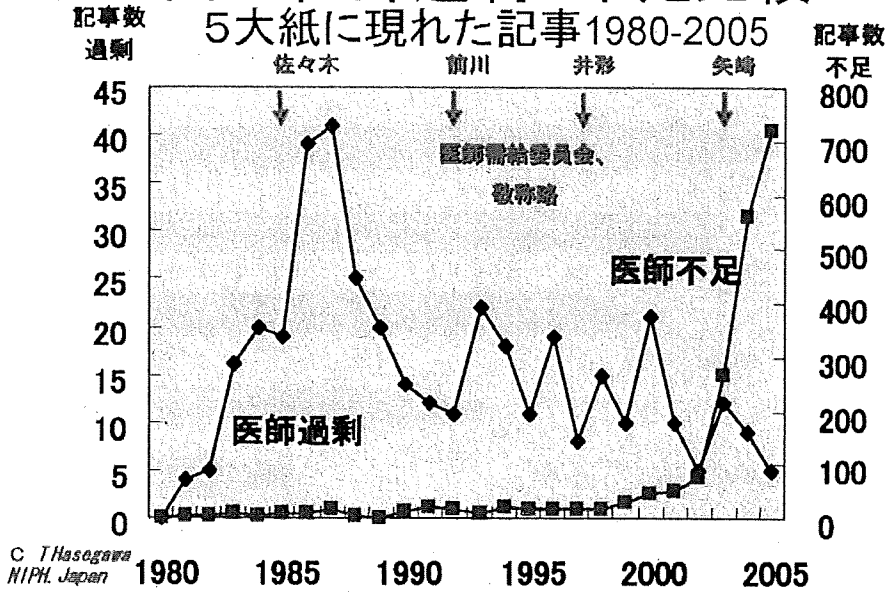


図2 大学医局アンケート

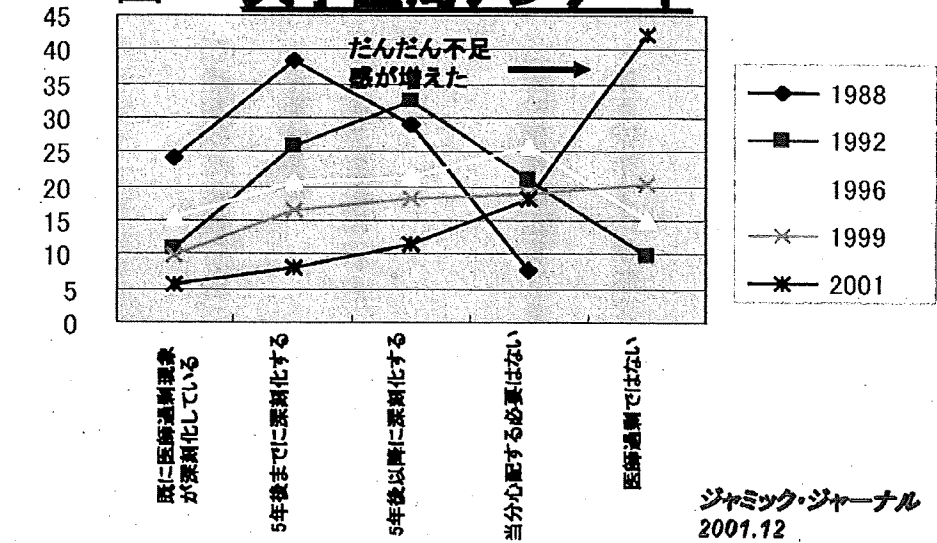


図3

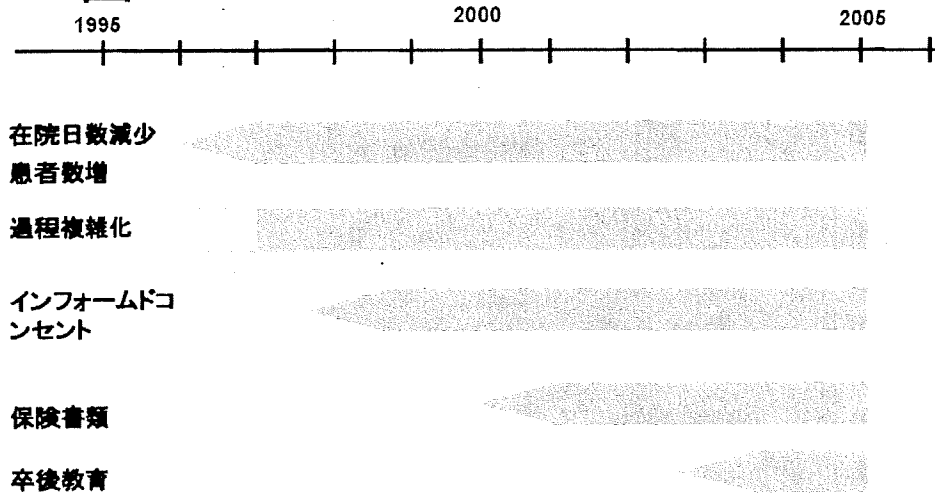


図4 歴史経緯

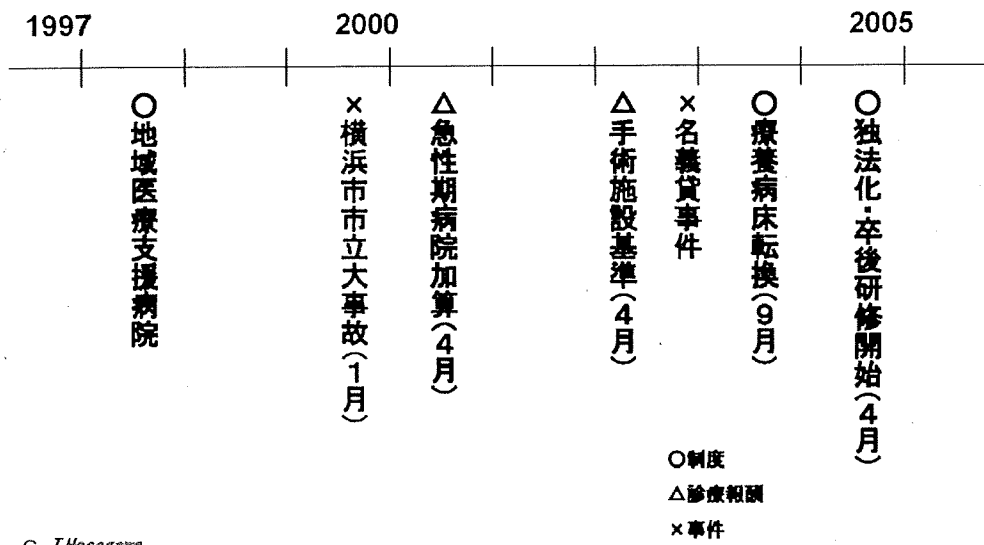


図5 要因関連図

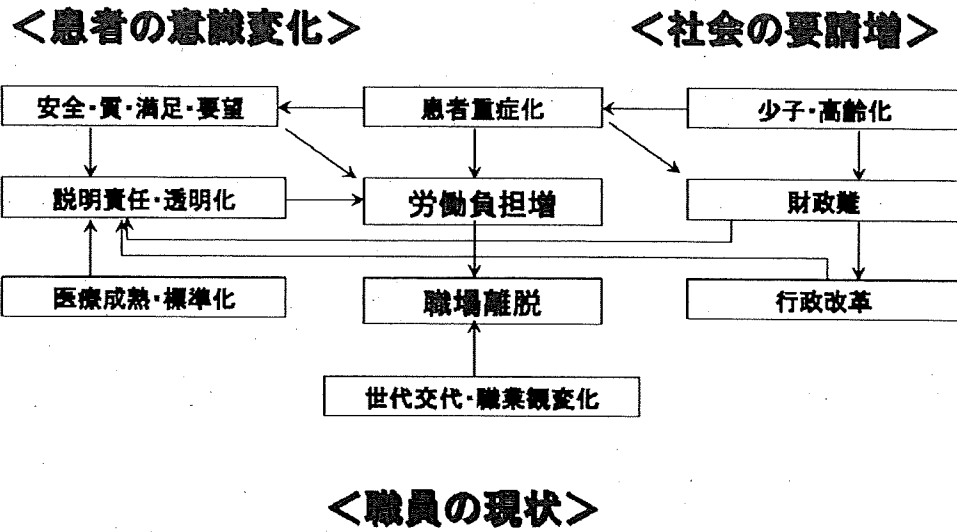
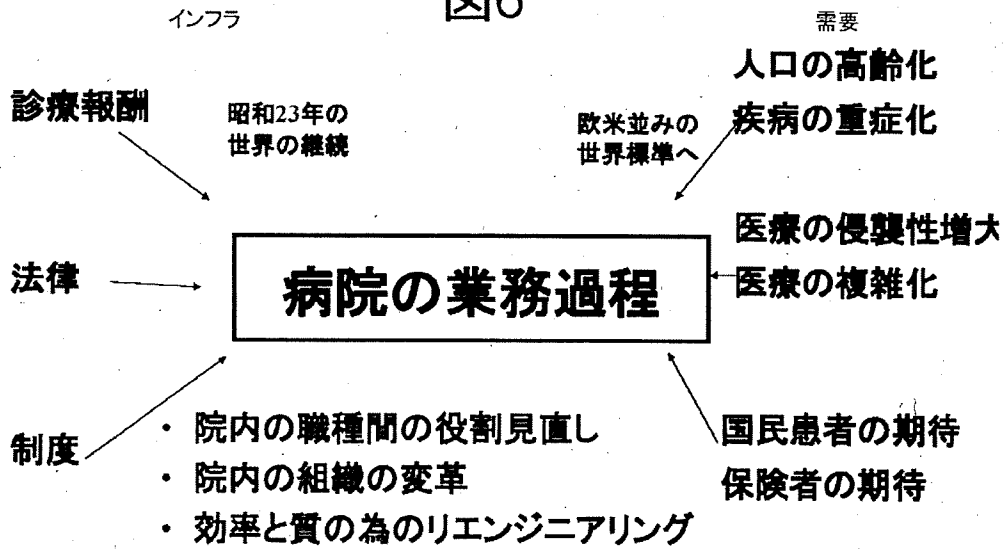


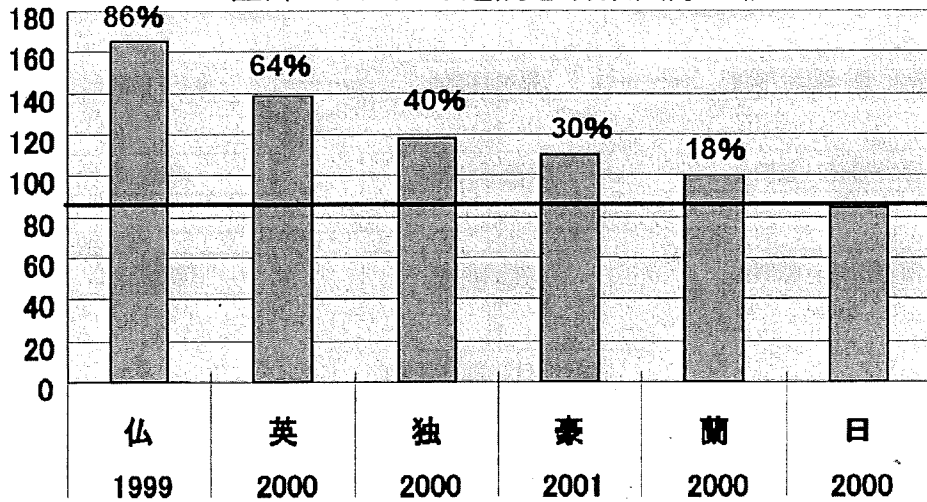
図6



医師対
年間退院数

図7 医師の労働生産性

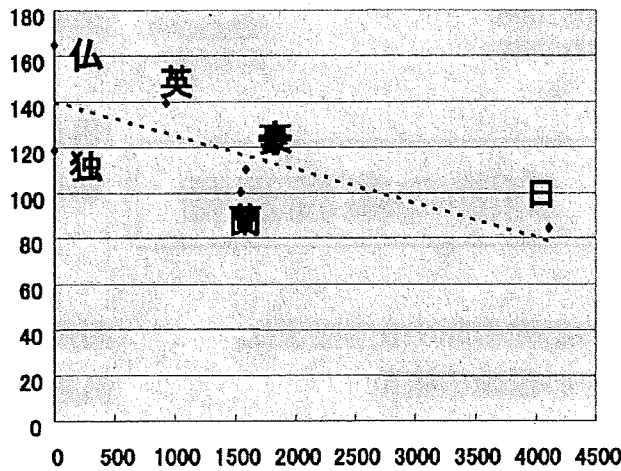
医師一人当たり退院患者数国際比較



各国政府統計資料、OECDデータベース

医師対
年間退院数

図8 外来負担と医師生産性



医師あたり外来患者数

各国政府統計資料、OECDデータベース2000頃

© T.Hasegawa
NIPH, Japan

図9 他職種投入と医師生産性

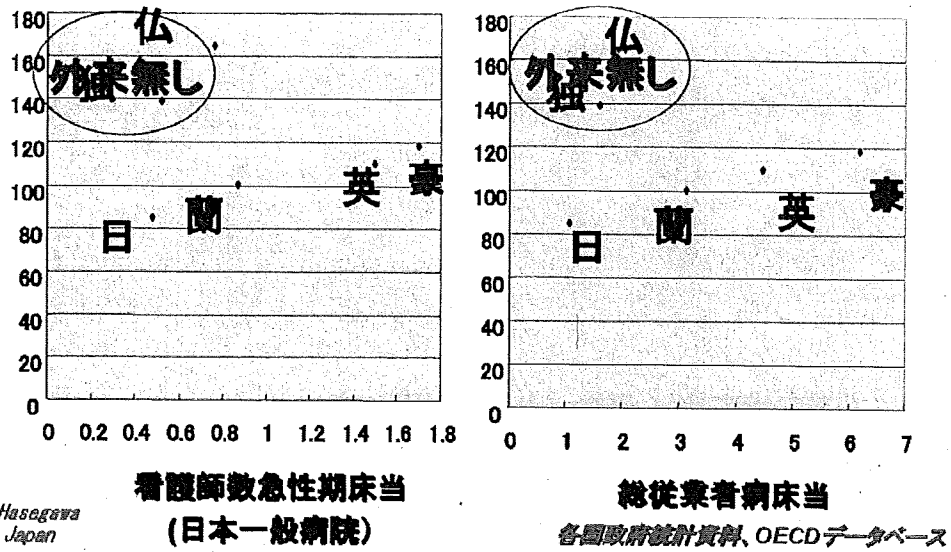
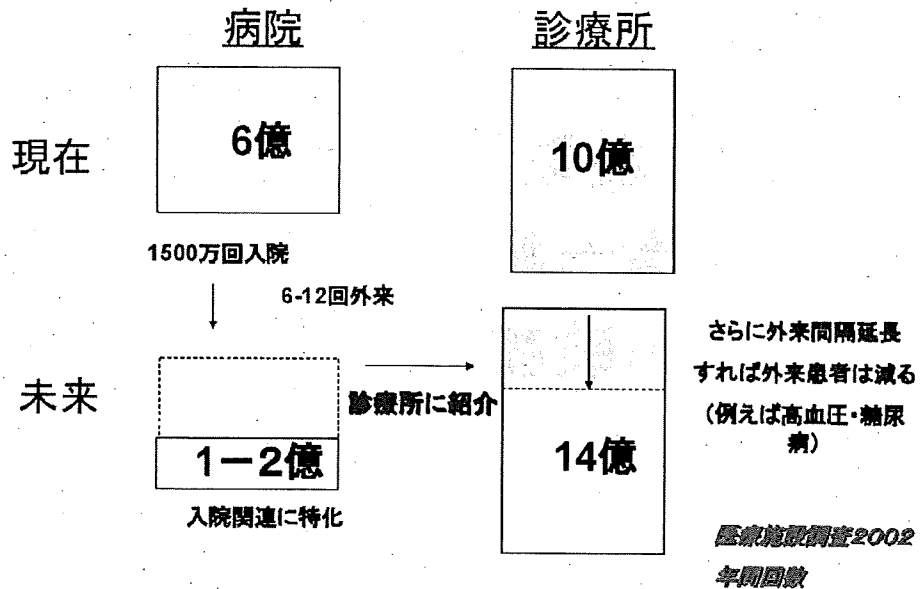


図10 病院外来から診療所外来へ



II 医師勤務状況調査

1. 病院勤務医師の勤務時間

-性別を踏まえて-

井上まり子

2. 分析資料集

種田憲一郎

長谷川敏彦

病院勤務医師の勤務時間

—性別による検討—

1. 背景

医師の長時間労働は従来から指摘されており、特に長い勤務時間に伴う睡眠時間減少 (Friedman RC et al. 1971)、医療事故との関連 (Landrigan et al. 2004)、ストレスとの関連 (井奈波ら 2005) が報告されてきた。しかし、日本国内における医師の勤務時間に関する研究は少なく、過去の研究のほとんどは、限られた病院や地域で実施された研究であるか、あるいは1つの診療科の医師を対象に行われた研究であった。少なくとも日本国内では、多数の病院において複数の診療科の医師について勤務時間を計測した研究は行われていない。

医師の勤務時間の長さを測ることは医師個人の労働状態の負担を把握すること以外に、医師数を計画する際に必要な情報を得るという社会的側面がある。現在、日本では統計上1人の医師は同じように勤務することを仮定して医師数を計上しているが、実際には一生涯を通じて同じ状態で活動する医師ばかりではない。医師の人生の個人的イベント—具体的には出産、育児、家族の介護、本人の体調不良、定年など—によってその医師が診察に従事している勤務時間が異なると予想される。したがって、医師の個人的背景に関しては、勤務時間や医師の一生の過ごし方についても言及して医師数を計画する必要がある。実際、「Full-time で勤務した場合の医師数 (Full-time equivalents)」と称されるフルタイムで勤務すると想定した場合での医師数を計上する方法も報告されており (CIHI 2004, AIHW 2004)、より現実の医師の活動数に近い数値で医師数を把握するためにも医師の勤務時間に関する情報を得ることが有用であると考えられる。

2. 目的

本研究の第1の目的は、病院に勤務する常勤医師の勤務時間を把握することである。第2の目的は、その勤務時間について性別での差がみられるかどうかを、次の条件別に検討

することである。条件とは、病院の特徴である病院設立主体、病床数、設立地域、そして医師個人の特徴である年齢、診療科、職位、家族構成である。

2. 方法

1) 調査方法

10の病院団体（国立病院機構、自治体病院、日本病院協会、済生会、日本赤十字社、厚生連、全日本病院協会、地域医療振興協会、日本精神科病院協会、大学病院（個別交渉））に依頼し、調査候補病院のリストを得た。このうち同意が得られた病院に対して調査を実施した。調査事務局から発送した調査票は15,282通であり、病院内で実際に配布したのは11,616通であった。参加施設が病院内で実際に調査票を配布した数を調査事務局に報告していない場合、調査事務局からの発送数を配布数と想定した。

2) 調査期間

平成17年11月から平成18年1月までの間で、祝日がない1週間を選び、調査期間とした。具体的には、第1期：平成17年11月22日～平成17年11月28日、第2期：平成17年12月5日～平成17年12月11日、第3期：平成17年12月12日～平成17年12月18日、第4期：平成18年1月23日～平成18年1月29日の日程で、病院との実施時期の調整を経て行った。

3) 測定方法

勤務時間の計測は対象者である医師による自記式を採用した。本研究で述べる「勤務時間」とは、医師が病院で勤務を開始した時刻から終了した時刻によって求められる時間のことである。本研究において質問したその他の項目は、年齢、性別、卒業年次、診療科、常勤・非常勤の有無、家族構成、職位、該当勤務先への3年以上の勤務経験の有無であった。質問項目の詳細を説明するために調査に使用した質問票を資料1とする。

3. 結果

調査票回収数は、全体で6,650通（回収率57.2%）であり、このうち常勤医師は4,678人（70.3%）、非常勤医師は1,776人（26.7%）、無回答196人（3.0%）であった。本研究では常勤の医師を対象とするため、4,678人のうちで性別、年齢、診療科、職位という分析に必要な基本的情報を有さない者を対象外とした結果、最終的な分析対象者は3,869人であった。

分析対象者の特徴を表1と表2に示す。対象者のうち男性は3,272人（84.6%）であり、

女性は 597 人 (15.4%) であった。最も多い年代は男性では 40 代、女性は 30 代であった。回答者の職位では男性は医長以上の管理職が最も多く、女性ではスタッフ医師 (医長以上の職に就かない医師) が最も多かった。

年齢で調整した 1 週間の勤務時間を表 3 と表 4 に示す。男性の平均勤務時間は 65.0 時間、女性の平均勤務時間は 58.2 時間であり、男女の勤務時間に差がみられた。10 歳階級の年代別にみると、男女とも若年ほど勤務時間が長い傾向がみられた。そしていずれの年代でも男性と比べて女性の勤務時間が短かった。診療科別では、最も勤務時間が長かったのは男女とも産婦人科であり、次いで小児科、外科系診療科の順であった。特に男性の産婦人科と小児科では平均で週 70 時間以上の勤務していた。男女の勤務時間で差がみられた診療科は内科系、外科系、精神科、放射線科、その他の診療科であり、これらはいずれも女性より男性の勤務時間が長かった。一方、男女で勤務時間に差がみられなかったのは、産婦人科、小児科、麻酔科、病理であった。職位で比較すると、最も長く勤務しているのは、男女とも初期臨床研修医であり、次いで大学院生や研究員を含むその他の医師であった。この 2 つの職位では勤務時間に男女差がなかった。一方、医長以上の管理職の医師と、スタッフ医師では勤務時間に男女差がみられた。いずれの職位であっても男性より女性で勤務時間が短い傾向は変わらなかった。家族構成では子どもがある場合と配偶者がいる場合において、勤務時間に男女差がみられた。

表 4 には病院の種類別にみた 1 週間の勤務時間を示した。国公立病院、大学病院、民間病院の 3 群では、勤務時間は男女とも大学病院で最も長く、男性の勤務時間は 70 時間を越えていた。3 つのいずれの病院群とも女性と比べて男性で勤務時間が長いという勤務時間差がみられた。地域ブロック別でみると、最も勤務時間が長いのは男性では関東の 67.7 時間、女性では中国地方の 63.0 時間であった。中国・四国地方では勤務時間に男女で差がなかったが、その他の地域では勤務時間に男女差がみられた。病床数は 500 床以上の病院で最も長く、病床数が少ない病院ほど短かった。またいずれの病床群でも勤務時間の男女差がみられ、男性は女性と比べて長時間勤務する傾向にあった。

表 5 には男性医師の勤務時間に影響を及ぼす要因に関する重回帰分析の結果を示す。分析の結果、年齢が若いと勤務時間が長くなる傾向がみられた。診療科では内科系と比較した場合の外科系、産婦人科、小児科であった。それぞれ、年齢やその他の因子で調整しても、週の勤務時間は外科で 2.15 時間、産婦人科で 4.93 時間、小児科で 4.51 時間長くなっていた。職位ではスタッフ医師と比較した場合、医長以上の管理職に就く医師では 2.37 時間勤務時間が長かった。その他の職位では有意な差がみられなかった。また、厚生労働省の医療施設調査の病床規模分類に用いられている 12 群に分類して分析した結果、より病床数が多い群になるごとに、医師の勤務時間は 1.14 時間長くなる傾向にあった。病院が設置されている都道府県の医師数が全国平均か否かという条件は、特に有意な差をもって示される結果が得られなかった。

同様に、表6として女性医師の勤務時間に影響を及ぼす要因に関する重回帰分析の結果を示す。女性の場合も年齢が若いと勤務時間が長くなる傾向にあった。男性でみられなかった要因としては、中学生以下の子どもがいる場合、週の勤務時間が約11時間減少することが示された。診療科でみると、内科系と比較した場合、産婦人科では1週間当たりの勤務時間が7.88時間長く、精神科では8.60時間、放射線科では9.60時間1週間当たりの勤務時間が短かった。職位で分析した結果からは、スタッフ医師と比較した場合、初期臨床研修医では勤務時間が7.62時間長かった。病床数に関しては、病床数が多くなるほど勤務時間が長い傾向がみられた。病院が設置されている都道府県の医師数が全国平均か否かという条件は、男性の場合と同様に、特に有意な差をもって示される結果が得られなかった。

4. 考察

今回の分析からは、病院に勤務する常勤の医師の勤務時間は全体平均で約62時間という結果を得た。特に週80時間以上勤務する医師は、男性で全体の19%、女性で16%を占めた。こうした医師に疲労がないか、あるいは自らの仕事や職場環境に満足しているかなどの検討が必要である。こうした長時間労働は本人の仕事意欲や責任感に支えられていることが推測できる。そして一般の労働者であっても週の勤務時間が労働基準法に定められる週40時間を越える職種は医師以外にもあるのは事実である。しかし、医師は人の生命に関わる任務であるという医師の職務柄、長時間労働と疲労などとの関係には特に注意が必要である。

勤務時間を性別に検討した結果、男性は女性より勤務時間が長いことが示された。既存研究で日本国内の麻酔科医について調査した結果、男女で勤務時間が異なるという見方があったこと(上田ら2005)を数値で示したことになる。確かに女性医師の勤務時間は短いものの、同じ女性の患者にとっては疾患によっては同性の医師に頼ることができる点で有利である。現在、女性医師は医師全体の16.4%を占める(厚生労働省2005)。また、平成16年度には医学部医学科在学生のうち、女性が33.1%であり(文部科学省2005)、今後女性医師が増加することが見込まれる。したがって、今後女性医師が活躍できる環境づくりや、勤務時間が短くなったことを補う措置を考慮すべきだといえる。

診療科ごとの分析では、男女共に、産婦人科、小児科、外科系診療科の勤務時間が長かった。小児科週80時間以上勤務した医師は全体の9%という過去の研究(上原ら2003)と同様の結果である。特定の診療科で週当たりの勤務時間が長いことが明らかになってはいるが、いずれの診療科の場合も1日あたりに直せば1時間程度の差であり、医師の勤務時間が長いことに変わりはない。統計分析を行った結果からは、産婦人科、小児科、麻酔科、病理といった特定の診療科や、初期臨床研修医や大学生や研究員といった医師では、

勤務時間に関する男女差がみられなかった。男女差がみられなかった診療科は医師不足によりそれを補うため性別に関係なく勤務時間が長くなる傾向にあると考えられた。

職位に関しては研修医の労働時間が長いことは従来から経験的にいわれている状況である。日本の過去の調査でも約 70 時間の勤務であったことが報告されている（井奈波ら 2005）。卒後 1 年目 2 年目の医師を対象にした米国の調査では、卒後 1 年目の医師で 83 時間、2 年目で 76 時間という結果があり（Baldwin DC 2003）、研修医の勤務時間の長さは日本だけのことではない。研修中の医師の長時間労働は専門家を育成する上で避けられない状況にある。ただし、米国では Resident と呼ばれる卒後医師の勤務時間を週 80 時間以内に制限する措置を講じている（ACGME 2003）。米国内でも賛否両論がみられる制限ではあるが、今後、労働者としての研修医の勤務状況については勤務時間と疲労などの健康状況に関して、より詳しい研究が必要である。男性では医長以上の医師の勤務時間が長いことが明らかになった。管理職に就くものが勤務中に診療以外にさく時間についても配慮する必要があるといえる。

家族構成では、中学生以下の子どもがいることは、男性では勤務時間の減少につながらないものの、女性では勤務時間を減少させる最も大きな要因になっていた。育児に関連して勤務時間が制限されることが考えられた。日本の過去の研究では、麻酔科の女性医師の 41% が妊娠・出産を契機に勤務時間を短縮したと回答しており（上田ら 2004）、その結果と適合する。別の見方としては、医師という職種では、中学生以下の子どもがいてもそのまま常勤で働くことができ、かつ勤務時間が医師の中で相対的に短くても勤務し続けられる環境にある職種だともいえる。今後は常勤でそのまま活躍しつづけられる女性医師と、そうでない女性医師の職場環境や本人の意思に関する研究も必要であると考えられた。

今回の分析から医師の勤務時間は性別や診療科別などで多様であることが明らかになった。医師の労働負担に関して、また、医師数を検討するのにあたって、勤務時間での差を考慮する必要があることを示唆する結果となった。医師の個人的生活と職業上の均衡をとることができるように、性別に関しては、特に女性は出産や育児に関連して勤務時間減少するため、医師個人の人生の設計と照らし合わせて医師数を考慮する必要がある。現在は医師が専門科を決定する際に、本人のライフスタイルに合わせることで比較的容易な診療科に従事する傾向も知られている（Dorsey ER, et al. 2003）。現在の医師不足の背景には、このように医師 1 人と考えられていても性別や診療科や個人的事由で勤務時間差があることと共に、医師本人の専門科選択の変化が関わっていると考えられた。現在の勤務時間の長さを考えると、医師の個人的生活を重視する傾向も理解することができる。したがって、医師の過重労働軽減や個人的選択を尊重することは必要である。しかしその一方で、日本では医師育成には公共の資金が投じられている。医師数計画には、医師個人の自由と社会の利益について考慮する必要があるといえよう。医師不足が問われる中での医療資源として医師勤務のあり方については数値分析以外の議論も必要である。