

8. 医師需給に係る医師の勤務状況調査（無床診療所）中間集計結果

（1月31日までのデータ入力分）

回答数

医師数：298人

参加グループ：3箇所（東京都内 40人、茨城県 59人、青森県 199人）

Q1 - Q3. 属性等

男性医師 (262人) 平均年齢: 60.2 (±12.8) 歳 (35-90) 卒業年 (250人): 1971年 (1944-1996)

女性医師 (34人) 平均年齢: 55.9 (±15.4) 歳 (32-86) 卒業年 (29人): 1978年 (1951-2000)

Q4. 診療科 (複数回答) (有効回答 291人)

内科 48.1%

外科 30.6%

産婦人科 3.4%

小児科 18.6%

精神科 1.7%

その他 10.7%

Q5. 常勤・非常勤 (有効回答 293人)

常勤： 284人 96.9%

非常勤： 9人 3.1%

Q6. 「この病院」以外での勤務時間 (平均的な1週間の合計)

常勤： 254人 6.3時間/週 ±13.5 (0 - 60)

非常勤： 8人 28.5時間/週 ±17.7 (0 - 50)

Q7. 役職 (294人)

診療所所長： 90.5%

所長以外の勤務医師： 7.8%

その他： 1.7%

Q8. 家庭環境（複数回答）

独身：	7.5%	
配偶者あり：	82.3%	
要介護の家族有：	6.5%	
中学生以下の子供あり：	18.1%	
夫婦共働き：	30.4%	（うちフルタイムは71.9%）

Q9. 「この診療所」に3年以上勤務：

250人（87.7%）

→ 3年前と比較した勤務負担

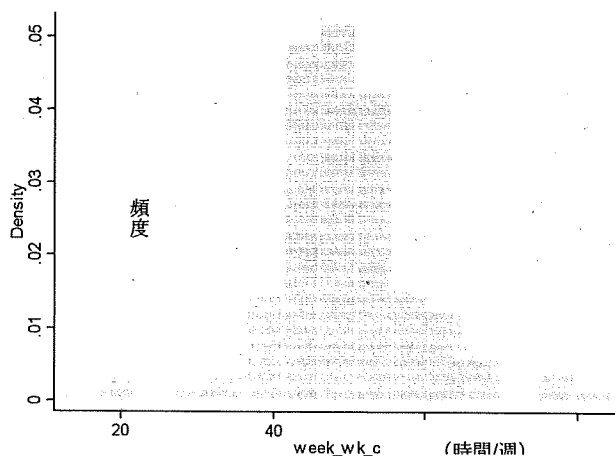
変わらない：	90人	36.4%
減っている：	87人	35.2%
増えている：	70人	28.3%

→ 増えている（または減っている）理由：

外来患者数の増加（または減少）：	26%
外来患者1人に費やす時間：	24%
教育・指導：	21%
診療所内の診療外業務： （会議など）	9%
その他：	54%

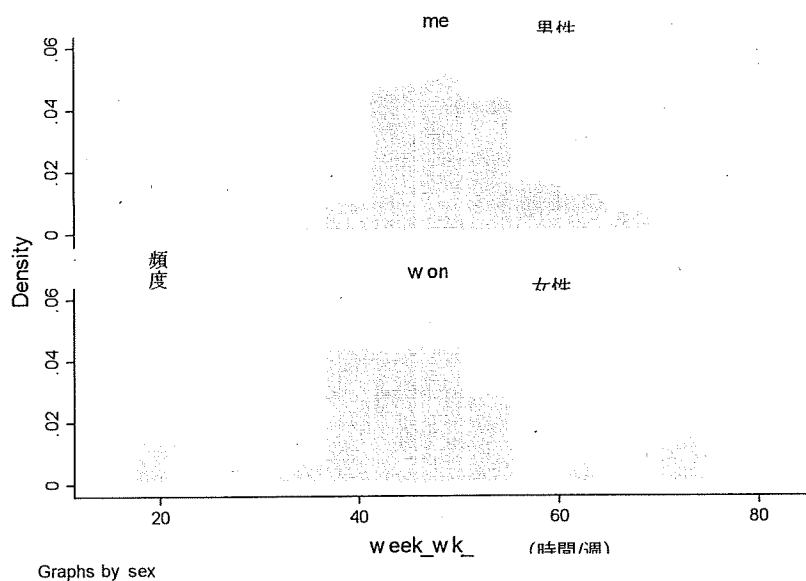
Q10-1. 1週間当りの勤務時間（常勤のみ、「実際の始業・就業時間」より算出）

全体（250人）： 49.6時間/週（±9.8）（最大84.5）



男性 (222 人) : 50.1 時間/週 (±9.2) (最大 84.5)

女性 (28 人) : 46.0 時間/週 (±12.8) (最大 76.3)



Q10-2. 勤務時間の内訳 (常勤のみ)

(月曜日から金曜日: 勤務時間毎の平均時間/日 (±標準偏差))

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
外来診療	6.7 (±2.5)	6.3 (±2.5)	5.6 (±2.9)	5.0 (±3.4)	6.4 (±2.7)
自己研修	0.5 (±0.8)	0.6 (±1.0)	0.5 (±0.9)	0.5 (±0.9)	0.5 (±0.9)
教育	0.1 (±0.3)	0.1 (±0.3)	0.1 (±0.4)	0.1 (±0.4)	0.1 (±0.3)
研究	0.1 (±0.3)	0.1 (±0.3)	0.1 (±0.4)	0.1 (±0.6)	0.1 (±0.3)
休憩	1.2 (±0.9)	1.2 (±1.0)	1.0 (±0.9)	0.8 (±0.9)	1.2 (±0.9)
その他	0.4 (±1.0)	0.4 (±1.2)	0.5 (±1.4)	0.4 (±1.2)	0.5 (±1.0)

(土曜日・日曜日: 勤務時間毎の平均時間/日 (標準偏差))

	土曜日	日曜日
外来診療	3.9 (±2.0)	0.3 (±1.1)
自己研修	0.3 (±0.7)	0.3 (±0.9)
教育	0.1 (±0.3)	0.1 (±0.7)
研究	0.1 (±0.3)	0.0 (±0.3)
休憩	0.4 (±1.1)	0.2 (±1.4)
その他	0.2 (±0.8)	0.2 (±0.9)

Q11-3. その日の診察患者数（常勤のみ）

（月曜日から日曜日：平均患者数/日（±標準偏差））

外来患者数

月曜日	76.9	(±57.1)
火曜日	65.6	(±50.4)
水曜日	58.7	(±49.9)
木曜日	53.3	(±43.2)
金曜日	72.7	(±52.8)
土曜日	55.7	(±40.8)
日曜日	3.3	(±10.9)

Q11-4. 夜間・休日当番の有無（常勤のみ）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
有り (%)	2.2	1.5	1.9	2.3	1.5	2.7	3.0
無し (%)	97.8	98.5	98.1	97.7	98.5	97.3	97.0

分析 1 :

診療所（無床）に於ける

週当たりの平均勤務時間（常勤のみ、男女年齢区分別）

病院・男性医師

年齢	平均（時間/週）	標準偏差	頻度（人）
<30	-	-	0
30-34	-	-	0
35-39	49.0	12.0	8
40-44	52.9	7.2	17
45-49	52.5	7.9	27
50-54	52.3	10.3	40
55-59	49.8	8.0	28
60-64	50.0	7.3	22
65-69	51.2	8.3	16
70-74	46.6	10.9	24
75-79	45.9	9.8	29
80-	49.1	6.6	10

病院・女性医師

年齢	平均（時間/週）	標準偏差	頻度（人）
<30	-	-	0
30-34	76.2	0.0	1
35-39	44.0	10.3	2
40-44	51.3	11.9	3
45-49	52.5	11.8	6
50-54	46.0	3.3	6
55-59	37.4	1.3	2
60-64	-	-	0
65-69	29.8	17.3	2
70-74	51.3	0.0	1
75-79	37.2	15.2	4
80-	43.2	0.0	1

分析2：無床診療所における一日当たりの勤務内容別（外来）の時間

（常勤のみ、男女年齢区分別）

男性

年齢	外来診療（時間/週）	外来患者診察数（人/週）
<30	0.0	0.0
30-34	0.0	0.0
35-39	37.7	517.8
40-44	35.3	408.2
45-49	38.3	456.6
50-54	35.2	492.7
55-59	34.7	401.7
60-64	32.7	438.9
65-69	30.5	345.2
70-74	35.0	281.4
75-79	28.2	236.5
80-	18.6	130.1

女性

年齢	外来診療（時間/週）	外来患者診察数（人/週）
<30	0.0	0.0
30-34	41.1	236.0
35-39	30.8	276.5
40-44	37.1	222.7
45-49	40.9	395.3
50-54	39.8	287.1
55-59	26.7	452.5
60-64	28.0	350.0
65-69	16.0	145.5
70-74	0.0	391.0
75-79	27.6	161.3
80-	34.6	119.0

Ⅲ 医師勤務状況調査

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

女性医師活動性評価について

1. 背景

日本においては2004年度の女性医師の割合は全体の14.5%とOECD諸国では最低であるが、昨今の女子医学生の在籍数は40%程度とされており、今後は徐々に女性医師の割合が欧米並みに増加することが予想される。近年、勤務医師の過剰労働状況の報告が相次いでいるが、国立大学の独立法人化、臨床研修医制度の開始など医療を取り巻く体制の変化が激しく、今後医療の質や安全をどのように確保するか議論が高まっている。女性医師の増加が国内の医療現場にどのような影響を与えるか、出産・育児に伴う医師の勤務形態、労働時間、ライフスタイル、就業先、職場環境などとの関係を考慮に入れながら大きな枠組みで検討し、専門科や業務内容についての現状把握と改善策が必要と考えられる。

2. 対象と方法

2004年のOECDレポートと2002年の医師・歯科医師・薬剤師調査（以下、三師調査と略す）から日本における女性医師割合と国内格差を検討した。また、1882年から2002年までに医籍登録に記録のある女性医師の中から、2002年の三師調査報告で医療施設従事者38,810名の医師を対象とし、70歳未満の35,569名について、実際の診療業務従事率を年代別に集計し、個票から性別を判別できた女性医師38,701名の主たる診療科名を年齢階級別に分析した。また、1985年から2005年の文部省報告医学部入学者数と6年後の医師登録数を比較、その割合を男女別に算出した。（また1996年から2002年までの各年毎の医師・歯科医師・薬剤師調査個票データと医籍登録データを用いて、卒後年数（1年階級）別診療活動従事率と、各医師が病院から診療所へ移行する時期を集計した。）

3. 結果

1) 国際比較と国内地域比較

日本における女性医師数の割合は2002年時点ではOECD諸国内で最も低い割合である

(図1)。この結果は、総務省統計局の「労働力調査」において、育児期に当たる25-29歳層から30-34歳層における国内一般女性の年齢階級別労働力率の推移が、諸外国と比して低い傾向が続いていることや、日本の女性労働力率の特徴として高学歴の女性の労働力率が低いという傾向の一端を表すものと考えられる¹⁾。

一方、国内間では、2002年の医師・歯科医師・薬剤師調査(以下、三師調査と略す)から算出された平均女性医師割合は14.8%であり、日本の各地域ブロック別女医率を検査すると(表2参照)、全地域において50歳未満で女性医師の割合の増加傾向がみられており、1970年代から女性医師が増加傾向になっていることがわかる。日本女性の労働力率は国際婦人年である1975年以降1992年までは緩やかな上昇が続いたことから、これに一致した現象がみられている。特に近年では、ブロックによっては女性医師が半数以上を占めているところもみられている。(図2) また都道府県別10万人あたり医師数との比較からは、東京都(20.6%)が突出しており、以下神奈川県(17.6)、徳島県(16.8)、京都府(16.7)、愛知県(16.4)、香川県(15.8)、千葉県(15.7)、栃木県(15.5)、大阪府(15.4)、埼玉県(15.3)、茨城県(14.9)と続いたが、この地域差は必ずしも医師総数と相関していない(図3)。

2) 女性医師の診療従事率の卒後年数による経時変化

医籍登録番号を元に集計した1882年以降の70歳未満の女性医籍登録者数はのべ40,734名であり、H14年報告の医師・歯科医師・薬剤師調査における70歳未満の女性医師数37,404名はその91.8%にあたる。過去の医籍登録状況の正確さを現在と比較することは難しいと考えられるが、残りの医師は通常の医師・歯科医師・薬剤師調査では把握されていない医師(離職もしくは死亡による)と考えられる。

1996年から2004年まで各年毎の三師調査で報告された医療施設(病院・診療所)従事者の医籍登録医師数における割合を卒後年数毎に集計した。医師の卒業時平均年齢は男性26.9歳、女性26.0歳であったが、特に女性では卒後10年後(約36歳前後と推定)をピークとした就労率の低下が認められている。男性でも卒後やや低下が見られているが、これは若い医師の大学院就学や研究従事者がいるためと考えられる。就労先の比較では、卒後は病院勤務が圧倒的に多数を占めており(研修も含まれるためと考えられる)徐々に診療所勤務の割合が増加する。男性では卒後約30年で診療所勤務者の割合が病院勤務者を上回っているが、女性では男性より早く卒後約18年前後で診療所勤務者が上回る結果となっている。²⁾

3) 年齢別女性医師の登録数

2002年の三師調査の個票データから性別を判別できた38,701名の女性医師について、主たる診療科においては、10,925名と内科がトップであり、ついで小児科4,447名、眼科

4,580名、皮膚科 2,754名、産婦人科 2,202名（産科のみ登録 71名、婦人科のみ登録 326名を総計すると 2,599名）、精神科 2,134名、麻酔科 1,704名、耳鼻咽喉科 1,658名と続いている。増加してきた若年女性医師が最も高いものは 24-29歳で内科、小児科、産婦人科、麻酔科、皮膚科、外科である。また眼科では 30-34歳の医師がピークとなっている。これらの科では 24-34歳まで傾向が一定しており、診療科の中でも女性医師の割合が増加しているといえる。尚、全科を登録しているのはほぼ 24-29歳であり、研修医と考えられた。

4) 女子医学生の推移

女子医学生の割合は 1970年の 10.5%から 1997年の 33.8%までほぼ直線状に増加しているが、その後は 32-33%台で 2005年の医学生女子入学者の割合は 31.9%にとどまっている(図 4)。これらの学生が 6年後に卒業すると仮定（実際には留年・中途退学、その他で入学者 100%が卒業・医師免許取得となることはないという前提のもと）し、6年後の医師登録数と比較したところ、26年間の平均卒業・医師免許取得率は男性 98%(91-110%)、女性 97.4%(90-107%)であった。

4. 考察

1) 女性医師の労働・労働環境に関する主要な過去のスタディ

女性医師の労働・労働環境に関しては、大学関連や医学部スタッフ、女医会、医師会、専門学会など様々なスタディがこれまで行われてきた。中でも平成 14年の循環器分野における女性医師の労働環境調査³⁾では、学会専門医と医局に対してアンケートが行われており、専門医の 63.2%が医学博士号を有し、ライフステージごとの平均通算就業時間数は臨床研修医（約 80 時間）、大学院・非常勤医・助手（約 60 時間強）、大学出向医療機関（約 55 時間）、就職先医療機関（約 52 時間）としている。教育課程を離れ、臨床の現場に進むにつれ男女間での差別を実感することが多くなり、妊娠・出産での出産休暇取得は 90%、平均出産休暇日数 93 日、育児休暇を取得者は 26%との報告である。内科系の中でも循環器内科は消化器科に次いで女性医師数が多い(2002 三師調査)。調査で回答のあった 32 医科大学のうち、インフラ整備に関しては、女医用の当直・宿直室、産休制度、育児休暇、施設内の保育室について、また医局でのカンファレンスなどの業務は大半が午前 9 時前ないしは午後 5 時以降であると回答している。また、出産、育児、家庭の都合などで、第一線を離れた女医の復職については全ての大学が「医局、研究室などが相談に乗る」と回答しているものの、個別対応が現実のようである。職場に対する問題点として挙げられているのが、

①サービス残業・当直などの労働体制に問題がある

- ②医局行事の時間設定が家庭と両立しない
- ③給与、休暇などにおいて契約がきちんとされておらず、問題点が多い
- ④入局、就職、昇進、職場での配置などにおいて、職場での取り扱いにおけるジェンダー・バイアスがある
- ⑤職場の設備が女性対応となっていない

などの項目である。

また産婦人科女性医師への別の調査でも過半数の大学に託児所が無く、女性医師の産休後の復帰が困難とされており、これまでのような産休後に通常勤務を強いる体制では、産まない選択、退職、非常勤が多くなり、急増した若手女性医師のいる現場でさらなる産婦人科医の減少傾向を懸念している⁴⁷⁾。これらの課題には看護職がこれまで対応を余儀なくされた離職率の問題と相通ずるものがあり、男性医師と同じ労働形態が果たして男女共同参画という意味で女性医師にとって平等であるかどうかの議論もある⁸⁾。

また 鴨下らは、女性医師の労働力は重要であり、特に女性勤務医の生活向上のために、出産や育児の支援体制が今後一層充実すること。一つの具体的な施策は院内保育所の完備と 24 時間保育を可能とすること。育児を行う女性医師が安心して診療に従事できる体制を築くことは、小児科産科に限らず、21 世紀の医療界では重要になると述べている⁹⁾。

2) 国内の女性労働者との比較

女性の労働力率を各年齢層ごとにみると、総務省の調べでは、「25～29 歳層」及び「30～34 歳層 (M 字の底)」はそれぞれ 42.6% (1975 年) 74.0% (2004 年)へ、43.9% (1975 年) から 61.4% (2004 年)へと大きく上昇している。その一方、M 字のボトムから労働力率が再び上昇し始める「35～39 歳層」は、1975 年の 54.0%から 1990 年の 62.6%へ上昇しているが、それ以降は伸びが鈍化し 2004 年では 62.4%となっている。医師においては、最若年齢でも 24 歳で卒業、卒業後研修を経ても 30 代前半は臨床現場において、中堅層であり、専門科によっては労働時間も長く、ライフスタイルを自由に選択することは難しい。現段階での国内の実態調査は、このライフスタイルとの関わりに関して情報が乏しく、今後研究を進め、労働体制についても大きな枠組みで検討していく必要がある。

厚生労働省の「平成 15 年度女性雇用管理基本調査」結果によると、産業、規模、男女別育児休業取得者割合出産した者に占める育児休業者の割合は 73.1%、配偶者が出産した者に占める育児休業者の割合は 0.44%である。中でも医療・福祉業における育児休業者(出産者)は 80.2%と平均より高いが、これは一般に看護職を反映していると考えられる。

育児のための措置に関しては、勤務時間短縮等の措置 ((1)短時間勤務制度、(2)フレック

スタイム制度、(3)始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ、(4)所定外労働の免除、(5)事業所内託児施設の設置運営その他これに準ずる便宜の供与、(6)育児休業に準ずる措置)の制度がある企業割合は45.3%で、企業規模別にみると、規模が大きい企業ほど制度のある割合が高く、300~999人規模以上では概ね8割以上の企業が何らかの制度を有している(5,000人以上規模で89.0%、1,000~4,999人規模で88.2%、300~999人規模78.7%)。この中で制度のある企業について最長で子が何歳になるまで利用できるかをみると、「3歳に達するまで」とする企業割合が73.7%、「子が3歳~小学校就学前の一定の年齢まで」とする企業割合が3.6%、「小学校就学の始期に達するまで」とする企業割合が19.0%となっている。

また、一般の女性の継続就業に必要な因子や希望として「助成労働者の処遇等に関する調査」(「女性労働白書(平成16年版)」)では、国内における一般の女性の継続就業に必要な因子や希望として

1. 育児しながら働き続けられる制度や職場環境
2. やりがいが感じられる仕事内容
3. 育児・介護のための労働時間面での配慮
4. 相談できる同僚や先輩がいる
5. 結婚・出産・育児で女性が差別されない職場風土、環境
6. 男女均等な待遇と公正な人事評価
7. 残業が多くない
8. 勤務時間が柔軟
9. 女性を一人前に扱う企業風土

を挙げている(高率順)。国内外の一般女性の労働状況と女医労働を比較し、その関連性を分析することは、今後重要と考えられる。

平成15年7月に成立・公布された次世代育成支援対策推進法は、仕事と家庭の両立支援を企業と国や自治体に求めた法律であり、行動計画には育児休業取得率などの目標や、目標達成のための対策、期間などを盛り込んでいる。従業員301人以上の企業と国、自治体は計画策定が義務、300人以下の企業の場合は努力義務とされており、厚生労働省によると、平成17年4月までに行動計画の策定を届け出た企業は5088社とされ、うち策定義務のある大企業は4609社で対象大企業全体の36%、努力義務の中小企業で届け出たのは479社としている(読売新聞調べ)。このように、社会全体が育児支援に動く中、積極的な企業は、仕事と子育ての両立支援を「福利厚生」でなく「経営戦略」として位置づけており、今後の病院・診療所経営という観点からも考慮されていく点と考える。

3) 女性医師の生産性について

国際的には、一人の医師がフルタイムで働いた労働力を FTE(Full-Time Equivalent)として、性・年齢別の評価を試みた研究が進んでいる。カナダ健康情報施設 (Canadian Institute for Health Information) では、カナダにおける医師の FTE を、地域別また専門科特異的にベンチマークし、年間サービス料金請求 (annual fee-for-service billings) に基づいて推計し、経時的評価を行っている¹⁰⁾。(この推計方法はワーキンググループによって開発され、別筋からの給与や臨時収入などの情報は含まれていないが、通常のカナダの医師給与の一部がサービス料金請求によってなされているため、これに関与する医師が推計に含まれることとされている。)概算比較によると年代別の FTE 比は 30-39 歳で 0.865, 40-49 歳で 1.02、50-59 歳で 1.032、60-69 歳で 0.837、70-79 歳で 0.478 となっており、男性で 0.953、女性で 0.726 である。女性医師の値は 1989-90 年と 1993-94 年比較で労働力は 0.679 から 0.726 へと上昇しているが、FTE-physician 比が General and Family practice で 0.0841 に比較して Medical Specialists や Surgical specialist が 0.952-0.989 と高値であるため、General and Family Practice における FTE に対してサービス請求料が低いため、女性医師の専門医・外科医傾向が強まったとの解釈も可能である。特に地域別では FTE-physician 比が有意に変化していたのはクベック州で 0.819 から 0.937 へ上昇している。このように、労働力は診療の専門科や性質、診療報酬等の面を考慮された評価が複雑であるため、性別による生産性を問う際には注意が必要と考えられる。

4) 海外の女性医師就労に関する調査

米国の最近の研究では、1922 年から 1999 年にイェール医科大学に入学した 863 名の女性に (回答率 70%) で、医業と母親業について調査したところ、40 歳以上の女性医師は 82% が子供を持ち、子供のいない女性医師はより外科系に従事、プライマリケア従事者はより少なく、フルタイムワークをしている傾向があった。医学部入学時の年齢は 80 年間で高くなっており、医学トレーニング中に子を持っている割合が 1950 年以前は 24% であったところが、1950-1989 年には 42% に上昇していた。育児休暇の期間はこの間に長くなったものの満足度は下がっている。結論として、以前より多数の女性が医学トレーニング中に子供を持っており、より長い休暇や柔軟な研修 (トレーニング)、育児ケア施設の整備を求めている¹¹⁾。

また、ボストン大学での類似の調査では、共働きで短縮時間労働の 25-50 歳の女性医師について、仕事の短縮が家庭での役割、親としての役割、仕事上の役割にどのように質的に影響するか、インタビュー方式とアンケート方式で行った。その結果、就業時間を短縮した女性医師はよりジェネラリスト (一般内科、総合診療) として働いており (40% vs. 12%, $p = 0.001$)、フルタイムの医師より患者診療により多くの割合を割り (64.5% vs. 50.1%, $p = 0.003$)、研究に割く時間は少ない (4.9% vs. 18.0%, $p = 0.002$)。しかし、仕事 が家庭生活へ障害と感ずる率 (1.8 vs. 1.7, $p = 0.17$; scale 1-7 with 7 high) もしくは家庭生

活が仕事への障害と感じる率 (1.4 vs. 1.5, $p = 0.62$)はフルタイム勤務者も短縮時間勤務者でも差が無い。医師が希望の就業状態で働いている場合には、(25% of full-time and 57% of reduced-hours physicians), フルタイム (自己申告で週に 35-90 時間)、短縮時間勤務 (週に 20-60 時間) に関わらず、仕事での役割の質が良く、バーンアウトが少ない傾向にあり、家庭内での役割も充実しており、満足度が高い。就業時間の選択が仕事と家庭生活の両方に良い結果をもたらしていると結論づけている。

5. 結論

日本女性の労働力率の特徴としては学歴別にみて、諸外国に比較して、特に高学歴の女性の労働力率が低いという特徴がある。医学生の場合、医師免許という特殊性のある資格であるため、他職種と比較しても免許取得後の就労率は高いと想像されるが、その継続度や実態が把握されることが、今後重要と考えられる。

また、厚生労働省における医師需給に関する検討会でも、委員から女性医師の就労特性の尊重について触れられており、女性医師の就労特性を勘案した医師必要数の考え方を究明すべき (一旦、医療現場から離れた女性医師の再研修の実施や処遇改善を図る等、女性医師の生涯にわたる医療貢献が可能となるような施策が現在、整備されていないことを勘案すべきこと) とされており¹³⁾、今後は女医労働の現状を把握するため、女性医師を対象に年齢、専門科、卒後年数、認定医・専門医取得状況、労働時間、家庭環境 (婚姻状況、児の有無や児の年齢)、育児を支援する環境、また職場での受け入れ状況や理解度などについて等、女性医師就業 (又は就業継続) を実現する要因について、今後も引き続き調査が必要と考えられる。尚、現在行われている医師タイムスタディ (国立保健医療科学院) においても、男女別の医師労働の実態について調査中である。

(本研究は平成 16・17 年度 厚生労働科学特別研究「医師需給と医学教育に関する研究」の補助による)

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

女性のみならず医師全体の問題であることを踏まえて

1. 女性医師の現状

日本の近代的医師免許制度による女性医師は、1885年に初めて誕生し、1965年に10,128人、2004年には44,628人になり、更に増加傾向にある。2004年には、医師全体の16.5%となり、医師国家試験の合格者は、2006年には32.7%になっている。

各診療科における女性医師割合は、平成16年の調査では、皮膚科38.0%、眼科36.8%、小児科31.2%、産婦人科22.1%で、外科系における女性比率は低値に留まっている。

医師の活動率を有資格者に占める従事者の割合として見てみると、一般女性労働者での落ち込みが目立つ30代でも女性医師は85%と高率であり、40代以降も90%以上と活動を維持している。しかしながら、その内容をみると、常勤医比率は30代で低下し、勤務場所も大学病院から民間病院あるいは診療所に移行する率が同年代の男性よりも高いことが示唆されている。

一方、所定内現金給与額については、平成12年は女性753万円（平均年齢37.0歳）、男性885万円（平均年齢37.4歳）と格差を生じており、また、女性医師の管理職登用状況を大学医学部教授職に占める女性医師の数で見ると約2%と極めて少なく、管理的業務への進出が遅れていることがわかる。

また、2002年に日本女医会が行った、学会における理事の女性比率、専門医、認定医の取得状況調査によれば、たとえ女性構成比率が高くても、理事などの管理的立場の女性比率はきわめて低く、専門医、認定医取得率も男性を下回ることが明らかになった。

女性医師、特に若年女性の数が増加することは、今後の医学、医療体系に大きな影響を及ぼす可能性がある。特に母性保護としての深夜労働の免除や育児休業などは、人的・財政的問題とリンクしており、政策を含めた実効性の高い解決方法を探る必要がある。高い専門性を維持するために、再教育制度も焦眉の問題である。母性保護やセクシャルハラスメントの問題に加え、男女ともに労働時間を含めた労働環境の整備、技能の向上と活用、家庭と仕事のバランスなどについて、医師という職能・職務に特化した現状把握を行い、

問題点を洗い出すことが重要であると考えた。日本女医会は、2003年に、最もキャリアと家庭形成の問題に直面している卒後11年から15年目の医師調査を行った。その結果をもとに、今後の女性医師育成および支援策について述べる。

2. 卒後11-15年目医師の労働実態に関する調査報告概要

<対象者>

1) 方法

協力を得られた7大学医学部卒業生名簿から卒後11～15年目の男女医師を抽出し、2003年8月に郵送での無記名アンケート調査を行った。

2) 回収

3311通送付し、住所不明230通、返送数478通、有効回答は473通（有効回答率15.4%）であった。

3) 年齢

回答者は、男性186人（39.6%）、女性287人（60.7%）であり、平均年齢は男性38.4±2.9歳、女性37.1±2.3歳であった。年齢幅は男性が34～52歳、女性が34～53歳であった。

4) 婚姻

既婚率は、男性163人（87.6%）、女性229人（79.8%）と女性の方が低く、有子率は男性147人（79.0%）、女性190人（66.2%）と女性の方が低かった。

5) 家事負担

家事を担うのはほとんど女性であり、女性医師は、本人が245人（85.4%）、両親27人（9.4%）、配偶者7人（2.4%）、男性医師は、本人21人（11.3%）、配偶者153人（82.3%）、両親7人（3.8%）と回答し、男性医師に比して、女性医師の家事負担が高かった。

<就労状況>

6) 就労

就労していないのは、男性1人（就労率99.5%）、女性25人（就労率91.3%）であり、女性のうち16人は在籍していた。

7) 勤務形態

勤務形態は、男女とも研修医が1人（男性0.5%、女性0.3%）、男性の常勤勤務医136人（73.1%）、非常勤勤務医6人（3.2%）、開業医25人（13.4%）、女性の常勤勤務医141人（49.1%）、非常勤勤務医93人（32.4%）、開業医35人（12.2%）であった。女性が非常勤医である率は男性よりも高かった。

男性の非常勤医は、全体数が6人と少なく、評価しにくい、婚姻、子供の有無では差が認められなかった。女性の非常勤は、未婚では5人（10.4%）であるのに対し、既婚では86人（37.6%）と既婚者に高かった。子供の有無に関しては、子供有りの場合では75人（39.5%）、子供無しの場合は18人（18.6%）で、子供有りの場合に高かった。

男性の開業医は、未婚1人（5.0%）、既婚23人（14.1%）、子供有り21人（14.3%）、子供無し4人（10.3%）であったが、少数なため、評価は困難であった。女性の開業医は、未婚1人（2.1%）、既婚33人（14.4%）、子供有り29人（15.3%）、子供無し6人（6.2%）で、既婚者、子供有り、に多い傾向があった。

8) 労働時間

一週間の平均実労働時間は、男性 58.3 ± 18.6 時間、女性 36.7 ± 18.1 時間であり、男性の方が長かった。

婚姻、子供の有無については、男性の未婚者は 63.4 ± 15.2 時間、既婚者は 57.0 ± 16.7 時間、子供有り 57.6 ± 19.4 時間、子供無し 60.9 ± 15.5 時間で、既婚者、子供有りの方がやや短かった。

女性の未婚者は 51.5 ± 15.4 時間、既婚者は 33.1 ± 16.6 時間、子供有り 31.8 ± 15.9 時間、子供無し 46.6 ± 18.3 時間で、既婚者、子供有りの方が有意に短かった。

未婚者の男女、既婚者の男女で比較すると、両者とも女性の方が有意に短かった。

勤務形態別では、男性の常勤医 59.5 ± 16.6 時間、非常勤医 53.0 ± 9.1 時間、開業医 50.3 ± 6.0 時間で、非常勤医、開業医は短かった。女性の常勤医 47.9 ± 14.0 時間、非常勤医 22.4 ± 14.6 時間、開業医 32.4 ± 10.9 時間で、非常勤医、開業医は常勤医に比して、有意に短かった。

職場別では、男性は大学病院 66.2 ± 17.7 時間、公的病院 58.3 ± 16.6 時間、私的病院 54.1 ± 13.8 時間、開業医 47.7 ± 26.5 時間、女性は大学病院 53.0 ± 17.7 時間、公的病院 37.9 ± 19.2 時間、私的病院 37.9 ± 15.4 時間、開業医 26.4 ± 12.7 時間で、いずれの職場でも女性の方が短かった。男性は、大学病院での長時間労働が認められた。

9) 勤務場所

勤務場所は、男性は大学病院 32.3%、公的病院 21.5%、私的病院 19.4%、診療所 16.1%、研究所 1.1%、行政機関 1.1% であり、女性は大学病院 17.4%、公的病院 14.3%、私的病院 29.3%、診療所 30.0%、研究所 0.7%、行政機関 1.0% であった。男性が大学病院にと

どまっている率が高いのに比し、女性は私的病院あるいは診療所勤務が多くなっていた。

男性の未婚者は少ないので、婚姻別での解析は行わなかった。女性は、大学病院勤務は、未婚者 31.3%に対し、既婚者 14.4%であり、診療所勤務は、未婚者 16.7%に対し、既婚者 33.2%で、未婚者は大学病院にとどまっている率が高いが、既婚者は診療所勤務に移行している率が高かった。

女性で大学病院勤務は、子供無し 23.7%、子供有り 14.2%、診療所は子供無し 17.5%、子供有り 36.3%で、子供無しの場合は大学病院にとどまっている率が高いが、子供有りの場合は診療所勤務に移行している率が高かった。

女性の勤務場所と雇用形態に関しては、常勤では、私的病院 38.3%、大学病院 25.5%、公的病院 19.1%、診療所 11.3%、非常勤では、診療所 38.7%、私的病院 30.1%、公的病院 14.0%、大学病院 12.9%であった。

10) 専門分野

男性では、多い順に、内科 28.5%、整形外科 10.2%、外科 9.7%、小児科 7.0%、耳鼻咽喉科 6.5%であった。女性では、多い順に内科 33.4%、眼科 13.6%、皮膚科 11.1%、小児科 9.4%、産婦人科 5.9%であった。

11) 当直回数、休日回数

一ヶ月の平均当直回数は、男性 3.2 ± 3.9 回 (0~30回)、女性 0.9 ± 1.8 回 (0~14回) であり、女性の方が少なかった。当直が無い、と回答したのは男性 44 人 (22.7%) に対し、女性 198 人 (69.0%) であった。当直が多いのは、男性、若年、未婚、子供無し、常勤医、大学病院勤務者であった。

一ヶ月の休日数は男性では、1~4日 が最も多く 51.6%、次いで 5~7日 24.7%であった。休日が無いと回答したのは 3.2%であった。女性で最も多かったのは 8日以上 46.7%、1~4日 25.8%、5~7日 22.0%で、休日が無いと回答したのは 1.0%であった。女性は男性よりも取得できる休日が多い傾向にあった。

12) 年収 (税込み)

男性では、1001~1500万円が最も多く 44.6%、次いで 501~1000万円と 1501~2000万円が 18.3%、2001万円以上が 10.3%、500万円未満が 1.6%であった。女性では、501~1000万円が最も多く 37.3%、1001~1500万円が 31.0%、500万円以下が 10.8%、1501~2000万円が 6.3%、2001万円以上が 5.2%であった。

男性の方が年収は高い傾向にあった。

常勤医で比較すると、500万円以下が男性、女性がそれぞれ (1.5%、5.7%)、501~1000万円が (20.6%、35.5%)、1001~1500万円が (54.4%、47.5%)、1501~2000万円が (18.4%、

8.5%)、2001万円以上が(5.1%、2.8%)と男性の方が高収入であった。

男性の非常勤は少ないため、検討は省いた。女性では、500万円以下35.5%、501～1000万円46.2%、1001～1500万円17.2%であった。

開業医は、人数が少ないため、限定的なデータであるが、1000万円以下が男性、女性それぞれ(12.0%、31.4%)、1001～2000万円(48.0%、28.6%)、2001万円以上(40%、31.4%)であった。

勤務場所では、男性では、大学病院、公的病院は501～2000万円に集中しており、501～1000万円が(23.3%、27.5%)、1001～1500万円が(55.0%、55.0%)、1501～2000万円(16.7%、15.0%)であった、私的病院では1001～1500万円44.4%、1501～2000万円36.1%、2001万円以上13.9%、診療所は300未満～2501万円以上まで幅があり、最も多いのは1001～1500万円33.3%、1501～2000万円16.7%であり、2501万円以上が20.0%であった。

女性は、大学病院では、500万円以下が30.0%、501～1000万円が最多で44.0%、1001～1500万円が24.0%、公的病院、私的病院は500万円以下(19.8%、5.9%)、501～1000万円(36.6%、35.3%)、1001～1500万円(41.5%、45.9%)、1501万円以上(2.4%、12.9%)であった。診療所は300未満～2501万円以上まで幅があり、最も多いのは501～1000万円39.5%、1001～1500万円19.8%であった。

1.3) 仕事への満足度

収入、地位、労働時間、技能・能力の活用、家庭とのバランスに対する満足度を調査した。女性は男性に比し、収入、地位、労働時間、家庭とのバランスに満足度が高かった。特に、収入、地位、労働時間について、女性の半数は満足である、と回答していた。男性は、労働時間、収入、家庭とのバランスに不満足傾向が強かった。満足度で男女差があったのは、収入、地位、労働時間、仕事と家庭のバランスであった。

女性の満足度に関して検討すると、開業医が地位、収入、技能・能力の発揮の満足度が高く、常勤医と非常勤医を比較すると常勤医は地位、技能・能力の発揮は満足が高いが、労働時間、仕事と家庭のバランスでは満足度が低いことが認められた。職場に関しては、診療所が、収入、地位、労働時間、仕事と家庭のバランスで満足度が高かった。満足度が低いのは、私的病院では地位、技能・能力の発揮、大学病院では収入、労働時間、仕事と家庭のバランスであった。婚姻形態別では、既婚者、有子者の方が労働時間、家庭とのバランスに満足度が高い傾向が認められた。

1.4) 性差別の有無

雇用、昇進・昇給、教育訓練機会に関し、女性の方が性差別ありと回答した。雇用や教育訓練機会に関しては、性差別がないと回答したのは男女とも7割を超えたが、昇進・昇

給に性差別ありと回答したのは、女性 11.1%、男性 6.5%で、女性の方が差別を感じている率が高かった。

1 5) 職場での制度

全体集計の結果では、制度としてあると回答したのは、年一回の健康診断 (77.8%)、喫煙対策 (59.8%)、当直室やシャワールームの男女配慮 (42.9%)、放射線・化学・生物学曝露に関する健康教育 (40.8%)、セクハラ対策 (22.6%) であった。妊娠・出産に関しては、産休中の身分保障 (43.1%)、妊娠時の深夜勤務免除 (37.0%)、産休中の給与支払い (34.2%)、妊娠中の通勤緩和措置や健康診断 (27.3%)、産休中の代替要員 (19.7%)、育児休業中の身分保障 (31.7%)、育児に関しては、育児休業制度 (34.5%)、職場内保育園・託児所 (25.4%)、育児休業中の給与の支払い (21.1%)、育児休業中の代替要員 (11.8%)、介護に関しては介護休業制度 (9.1%) が制度としてあり、と回答された。

男性の方が「ある」の回答率が高かったのは喫煙対策 (男性 72.6%、女性 51.6%)、当直室やシャワールームなどの男女配慮 (男性 56.5%、女性 34.1%)、セクハラ対策 (男性 33.9%、女性 15.3%) であった。妊娠・出産に関しては、女性の方が「ある」と回答した率が高い傾向にあった。育児・介護に関しては、男女差は小さかった。

妊娠・出産に関しては男性の約 40%、女性の約 25%が「分からない」と回答し、育児に関しては男性の約 45%、女性の約 30%が「分からない」と回答した。介護休業制度は男女とも約 45%が「分からない」と回答した。

こうした制度が実際に取得できるかどうかについては、全体集計では、健康診断は 77.4%、産前産後休暇は 59.2%、育児休暇は 31.7%が実際に取得できる、と回答した。産前産後休暇は取得可能であると回答したのは女性に多く、65.9%であった。育児休暇は取得できないと回答したのは女性に多く、38.3%であった。男性は産前産後休暇、育児休暇が実際に取得できるかどうか分からないと回答した人が多く、それぞれ 28.0%、37.1%であった。

1 6) 休職

一時的に仕事を休んだり、辞めたりした経験があるのは、男性 13 人 (7.0%)、女性 162 人 (56.4%) であった。男性は卒後 7.3±4.3 年目、女性は 7.3±3.0 年目で休職していた。休職の理由としては、男性は健康上 (38.5%) とその他 (53.8%) が多く、女性は育児 (67.3%)、その他 (13.6%)、健康上 (9.9%)、結婚 (5.6%) であった。介護は男女とも低率であった。

1 7) 職務形態の変更時期