

参考まで、ひとつの例として、北海道更別村の実践に関する住民意識調査の分析結果を示しておきたい。更別村は帯広市近郊の小村であるが、2001年1月から国民健康保険診療所の運営を医療法人 社団 カレス アライアンスに委託し、北海道家庭医療学センターの教育と実践のフィールドとなっている。更別村は「一つの比較的限られた地域で完結するタイプの農村型家庭医実践のフィールド」(葛西 2001,p.22) というべきであろうが、現実には医師不足に悩んでいる地域が少なくない中で、「家庭医」の機能と効果を考察する上で一定の意義を有すると思われる。また、今後、大都市部など他の地域における取組みとの比較検討を行う際の素材にもなるとと思われる。

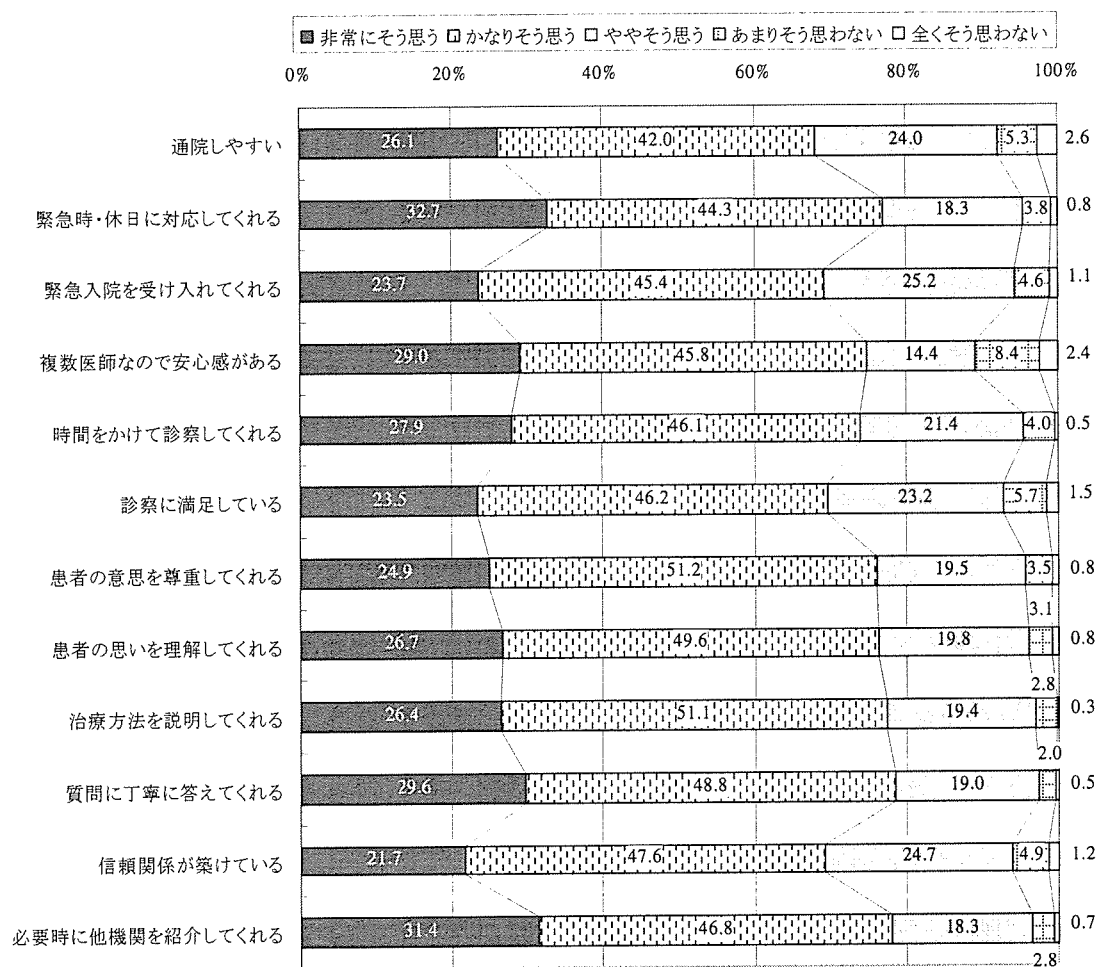
表 6 は、更別村診療所に通院中の患者を対象に樋口 (2001) と全く同じ調査票を使い調査した結果をまとめたものである。興味深いことは、①あるべき理想モデル (望ましい患者と医師の関係) と更別村診療所の現状モデル (更別村における患者と医師の関係) がほぼ重なっていることである。また、更別村診療所に通院中の患者が、「日本の患者と医師の関係は理想と現実が乖離している」と更別村の患者が認識していることもうかがえる。例えば、更別村の患者のうち、モデル 1 (医師が診療の情報も決定も主導するというパートナーシップなモデル) が理想だと考えている割合はわずか 5.0% であるのに対し、日本の患者と医師の関係の現実モデル 1 であると考えている割合は、34.3% と一番多いからである。しかし、更別村診療所における患者と医師の関係の現実モデル 1 だと考えている割合は 7.8% にとどまる。以上をまとめていえば、更別村の患者の多くは、「日本の他の地域では患者と医師の関係は理想と現実が乖離しているが、更別村診療所では理想どおりの患者と医師の関係が構築されている」と考えていることが推認できる。そして、理想と現実の認識ギャップが小さいことが、良好な医師と患者の関係の構築、患者の医療 (または医師) に対するプラスの評価に結びついていると考えられる。実際、以前の体制との比較について患者の意識調査を行った結果は図 3 のとおりであるが、「医師の診察に対する満足度」、「治療方法の説明」、「医師との信頼関係」など医師と患者の関係についての質問項目に対しても高い評価が与えられていることに注目すべきである。医師と患者の関係は「家庭医」の実践的取組みや政策によって可変的である可能性を示唆するからである。

表 6 : 更別村診療所の通院患者の回答結果

	あるべき理想	更別村の現状認識	日本の現状認識
①パートナーシップモデル	6.6%	7.7%	27.5%
②インジェクションモデル	29.1%	28.0%	15.9%
③パートナーシップモデル	31.9%	35.2%	23.1%
④リミテッド・パートナーシップモデル	32.4%	29.1%	33.5%

(出典) 島崎 (2006) ,p159(川越雅弘執筆部分)

図3：患者と医師の関係性などに対する評価の比較（対前体制）



(出典) 島崎 (2006) ,p162 (川越雅弘執筆部分)

5. 結語

医師と患者の信頼関係が重要であることは、医療に携わる者が異口同音に強調することである。しかし、昨今の医療をめぐる訴訟の増加等を見ると、医師と患者の関係は良い方向に向かうよりも、むしろ悪化する方向に進んでいるように思われる。医療関係者は日夜心身を磨り減らしているのに報われれないと思ひ、少なからぬ国民が医療や医師に対し不信感を抱いている。これは双方にとって非常に不幸なことである。それを食い止めるためには、医療関係者、法律家、行政関係者、マスコミ関係者、そして国民が、実態を直視し率直に問題点を出し合い、「対話」を重ねる中で妥当な解決策を見出していくことよりないように思われる。

筆者は医師ではなく、また、必ずしも法律の専門家でもない。したがって、見当違いあるいは不十分な議論であるとの批判もあろうと思われる。ただし、本稿で強調したかったことは、医師と患者の関係を改善するためには、①患者が医師や医療機関に何を望み何に

不満を感じているかという分析、②医療現場の実態を踏まえた法的な論点の整理と考察、③政策的に解決すべき課題の提示と考察、という多面的な検討を行うことが必要であり、そのいずれを欠いても適切な対応策にならないということである。本稿は荒削りの“たたき台”にすぎないが、関係者の建設的な「対話」の素材に資すれば幸甚である。

参考文献

- 池上直己（2005）「終末期医療等に関する意識調査の課題と今後の在り方」終末期医療に関する調査等検討会編集『今後の終末期医療の在り方』中央法規
- 今井澄（2002）『理想の医療を語れますか』東洋経済新報社
- 医薬産業政策研究所（2005）「医療消費者と医師のコミュニケーションー意識調査からみた患者満足度に関する分析」リサーチペーパー・シリーズ No.29
- 岩村正彦（2002）「社会保障法入門 第38講」自治実務セミナー41巻4号
- 植木哲（2003）『医療の法律学（第2版）』有斐閣
- 内田貴（1997）『民法Ⅱ債権各論』東京大学出版会
- 葛西龍樹（2001）「日本の家庭医の現状と養成に向けた取り組み」健康保険 2001年1月号
- 葛西龍樹編著（2005）『家庭医療マニュアル』永井書店
- 加藤良夫編著（2005）『実務医事法講義』民事法研究会
- 河上正二（1994）「診療契約と医療事故」法学教室 167号
- 菅野耕毅（2004）『医事法学概論第2版』医歯薬出版
- 畔柳達雄（2002）『医療事故と司法判断』判例タイムズ社
- 郡司篤晃（1998）『医療システム研究ノート』丸善プラネット
- 厚生労働省（2004）『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』
- 潮見佳男（2006）「輸血拒否ー東大医科研病院事件」『別冊ジュリスト医事法判例百選』
- 島崎謙治（2006）『医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究（平成17年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書）』
- 副島秀久（2006）「専門医より一般医の充実を」朝日新聞 2006年3月1日。
- 谷田憲俊（2006）『インフォームド・コンセントーその誤解・曲解・正解』NPO 医薬ビジネスセンター
- 塚本泰司（2004）「インフォームド・コンセント法理・再考」湯沢雅彦・宇都木伸編集『人の法と医の倫理』信山社
- 辻伸行（1990）「医療契約の当事者について」獨協法学 31号
- 手嶋豊（2005）『医事法入門』有斐閣
- 新美育文（1991）「診療契約論では、どのような点が未解決か」椿寿夫編『講座・現代契約

- と現代債権の展望 第6巻新種および特殊の契約』
- 日医総研（2003）『平成14年度第1回医療に関する国民意識調査』
- 日経BP社（2003）「患者4000人インターネット大調査」日経ヘルスケア170号
- 野田寛（1987）『医事法（中）』青林書院
- 唄孝一（1970）『医事法学への歩み』岩波書店
- 樋口範雄（1999）「医師患者関係と契約—契約とContractの相違」棚瀬孝雄『契約法理と契約慣行』弘文堂
- 樋口範雄（2000）「『エホバの証人』最高裁判決」法学教室239号
- 樋口範雄（2001）「第4章—A 医師患者関係・診療情報・医療従事者教育のとらえ方—アメリカ医師会倫理規定を素材として」岩井郁子（主任研究者）『医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究（平成12年度厚生科学研究費補助金行政政策研究分野政策科学推進研究事業報告書）』
- 樋口範雄（2006a）「医療と法を考える第1回—『Why=なぜ』で始まる医事法入門」法学教室307号
- 樋口範雄（2006b）「医療と法を考える第2回—医師・患者関係の性格」法学教室308号
- 樋口範雄（2006c）「医療と法を考える第6回—医師の応召（応招）義務・診療義務」法学教室312号
- 藤山雅行（2006）『判例にみる医師の説明義務』新日本法規出版
- 前田正一（2005）『インフォームド・コンセント』医学書院
- 前田達明・稲垣喬・手嶋豊（2000）『医事法』有斐閣
- 森岡恭彦（1994）『インフォームド・コンセント』日本放送出版協会
- 森岡恭彦・畔柳達雄（2006）『医の倫理—ミニ事典』日本医師会
- 吉田邦彦（2003）『契約法・医事法の関係的展開』有斐閣
- UFJ総合研究所（2004）『健康と生活の安全・安心に関する意識調査（厚生労働省委託調査）』
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, Patient-Centered Medicine :Transforming the Clinical Method, Radcliffe Medical Press, Abingdon, UK.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

④ 医師・診療所開設者の動向に関する実証的検討

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所室長

（平成 16 年度・平成 17 年度・平成 18 年度実施）

研究要旨

プライマリ・ケアの制度化をそもそも可能化することが可能か、プライマリ・ケア医師の供給を確保することが可能なのか、という点を検証するために医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票個票データを用いて実証的な検討を行った。

その結果、診療所開設者について（1）昭和 63 年から平成 16 年の間でネットの開業比率は 2%から 2.7%の間と安定していること、（2）平成 14 年-16 年では、最も開業率が高い年齢階級は 40-44 歳であり開業する年齢は遅くなったと言えること、（3）開業者の市部選択率は 90%に到達していること、（4）それゆえ、「診療所数の地域差」が解消されにくい、全く市場機能が働いていないわけではないこと、（5）平均すれば 6 割の開業者が勤務医時代の専門診療科目を標榜して開業していること、（6）診療所の医師は 80-84 歳が引退のピークであり、7%の医師が引退していること、（7）診療所開設者から診療所の勤務医になる比率を計算すると、60-64 歳階級から 80-84 歳階級まで診療所開設者から無職になる者の比率よりも診療所勤務医になる比率の方が高く、60-64 歳階級で 1.01%、80-84 歳階級では 5.2%までになること、などが明らかになった。

これらの実証分析の結果を踏まえることにより、プライマリ・ケアを制度に組み込むための諸条件が明らかになったと考えることが可能である。

A. 研究目的

プライマリ・ケアの制度化をそもそも可能化することが可能か、プライマリ・ケア医師の供給を確保することが可能なのか、という点を検証すること

B. 研究方法

医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票個票データを用いて実証的に検討する。

（倫理面への配慮）

個人情報に関わる問題は存在しない。医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票個票の使用は厚生労働省大臣官房統計情報部長の承認

(統発 013001 号)を受けている。

C. 研究結果

次の結果を得た。(1) 医師免許保有者の年齢分布として、戦中ないしは戦後直後に医師免許を取得したグループのシェアが平成 16 年では小さくなっていること、(2) 医学部入学時点や卒業時点での男女比率は現実として現在 1:1 に近づいていること、それゆえ女性医師の確保策が医師労働力の半数に対して影響を与え得ること、また有業率に余り差が無いものの医育機関残存率などには男女差が見られること、(3) 診療科ごとの傾向的な医師数の変動が存在すること、(4) 昭和 63 年から平成 16 年の間でネットの開業比率は 2% から 2.7%の間と安定していること、(5) 平成 14 年・16 年では、最も開業率が高い年齢階級は 40-44 歳であり開業する年齢は遅くなったと言えること、(6) 開業者の市部選択率は 90%に到達していること、(7) それゆえ、「診療所数の地域差」が解消されにくい、全く市場機能が働いていないわけではないこと、(8) 平均すれば 6 割の開業者が勤務医時代の専門診療科目を標榜して開業していること、(9) 診療所の医師は 80-84 歳が引退のピークであり、7%の医師が引退していること、(10) 診療所開設者から診療所の勤務医になる比率を計算すると、60-64 歳階級から 80-84 歳階級まで診療所開設者から無職になる者の比率よりも診療所勤務医になる比率の

方が高く、60-64 歳階級で 1.01%、80-84 歳階級では 5.2%までになること、が明らかになった。

D. 考察および E. 結論

上記の結果は医師、特に開業医の動向についての記述統計的な分析であるが、プライマリ・ケアの実現可能性について少なくない情報を与えてくれる。

診療所がプライマリ・ケアを担うとすれば、多くのプライマリ・ケア医は 40 代後半から参画することになる。それゆえ、自由開業制の下でプライマリ・ケアを実施すると、プライマリ・ケア医(診療所を前提)として働く期間はそれほど長いわけではないと考えられる。また、自由開業制の下では開業の市部選好が強く、人口当たり医師数が均等化される力が強くなり、プライマリ・ケアを制度化するためには何らかの方法でプライマリ・ケア医の立地を誘導する必要があることが示唆される。

これらの実証分析の結果を踏まえることにより、プライマリ・ケアを制度に組み込むための諸条件が明らかになったと考えることが可能である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

[この研究は、平成 16 年度、平成 17 年度および平成 18 年度に行った研究である。]

第4章 医師・診療所開設者の動向に関する 実証的検討

泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

医師の充足についての考え方は近年幅広くなってきた。近年までの支配的な意見は、医師は将来的に過剰となるというものである。もっとも、医師需給の問題は当初、医師の不足という形でとらえられていた。昭和44年の自民党の国民医療対策大綱において、昭和60年までに人口10万対150人の医師を必要とすることを打ち出された。そこで厚生省医務局長は自民党の意向を受けて、文部省大学学術局長に対して昭和49年までに医学部の定員を1700人増員し、6000人程度とすることを要請した。次いで昭和48年2月には「経済社会基本計画」が閣議決定され、無医大県解消に向けて動き始めた。

医師の過剰感が最初に厚生行政に反映されたのは厚生省が1984年に設置した「将来の医師需給に関する検討委員会」である。この検討会は①医療の供給だけを考えるのではなく、需要の面も検討する。②地域医療、医学教育など幅広い視点で検討する。③将来の医師供給については二十一世紀までの短期的なものではなく、それ以降の見通しもふまえて議論していくことを目標としていた。この検討会は1986年7月に委員会意見を公表し、昭和70年（平成7年）を目途に医師の新規参入を最小限10%削減するとした。しかしながら、医学部の入学定員数は結局7.7%程度しか削減されなかった。

他方、ごく最近医師不足ないしは医師の配置のミスマッチが指摘されるようになってきた。小児科や産科の医師数に不足感が生じるなどの診療科目間のミスマッチが代表的であろう。これは少子化による患者数減や訴訟リスクの増大によるものと考えられている。また、極めてごく最近開業医志向や臨床研修の影響などによって病院勤務医の不足感が高まっていることも伝えられている。

このような伝えられる医師需給の問題がある一方、新高齢者医療制度の構築が進められている中で、後期高齢者については、原則として診療所の中らかかりつけ医を選ぶことなども提言されている。これは医師の提供するサービスに対する需要の形が変わったとしても根強いものがあることを意味している。すなわち、一方で医師の提供するサービスにミスマッチがあったとしても基本的にはそのサービスに対する需要は強いと考えられるのである。

本稿の目的は、診療所開設者の動向に関する基礎的な実証的検討を行うことである。これは上述のとおり現在様々な議論がある医師サービス供給の確保を考えるためには基礎的な分析を積み重ねる必要があると考えられるためである。医師サービス供給の確保に関する研究は重大な意味を持つ割にはそれほど研究成果の蓄積が多いわけではない。それはデータの制約による点が多い。そこで、本研究では厚生労働省大臣官房統計情報部編『医

師・歯科医師・薬剤師調査』の昭和 61 年度から平成 16 年度の個票データを用いて、データによる制約をなるべく受けない形の分析を行っていくこととする。

分析に当たってはプライマリ・ケアの実行可能性について重心を置いて検討を行った。これは泉田（2006）でも述べられているように、制度改革の案として度々述べられるところのプライマリ・ケアが実際に構築可能であるのか、という疑問点を解決することを目的としている。泉田（2007）では、診療所医師数の比率の高い地域ほど平均在院日数が短縮化されていることを実証的に示している。これは診療所における医師サービスが確保されている地域では病院との適切な役割分担が可能となることによると考えられるが、これは将来的にプライマリ・ケアが制度化された場合のひとつの短期的な効果を示すものかもしれない。しかしながら、プライマリ・ケアの制度化をそもそも可能化するプライマリ・ケア医師の供給を確保することが可能なのか否かについて明らかにする作業もまた必要である。

本稿は以下において次のように構成される。次節では使用したデータが説明される。第 3 節では基本的な集計結果が与えられる。女性医師の動向、幾つかの診療科について医師数の動向、についても検討している。第四節では開業の動向について検討している。開業とは病院の勤務医が診療所の開設者になることを意味している。診療所開設者である医師を将来的なプライマリ・ケアの担い手であると想定していることから開業について集中的に検討した。検討内容は、全般的な動向、開業年齢の動向、開業の地域性、標榜診療科目、引退過程である。最後の節ではこれらの検討結果についてまとめて考察している。

2.使用したデータ

医師・歯科医師・薬剤師調査（医師票）を昭和 61 年から平成 16 年までを出生年月日、医籍登録番号、登録年月日をキーにしてマッチングした¹。出生年月日、医籍登録番号、登録年月日が欠損値となっているデータを除外し、さらに複数年度間でマッチング可能なもののみを使用して分析しているため、集計結果は医師・歯科医師・薬剤師調査の報告書として公的に刊行されている数値とは必ずしも一致しない。性・年齢 5 歳階級別の登録者数は表 1 において与えられている。

各年度のデータにおいて業務の内容に関する情報が与えられている。業務の内容とは診療所の開設者、勤務者、病院の開設者、勤務者、等々である。これらの業務の内容の定義は各年度で分類の詳細さが若干異なる。本稿では最も古い時期の分類に合わせる形で業務の内容の定義を統一した。それらは（1）診療所の開設者等、（2）診療所の勤務者、（3）病院の開設者等、（4）病院の勤務者、（5）医育機関の勤務者、（6）無職、（7）その他、である。定義の詳細は本稿末尾の補論にまとめられている。

¹医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票個票の使用は厚生労働省大臣官房統計情報部長の承認（統発 013001 号）を受けている。

表 1：年度別性・年齢階級別医師数

年齢階級	61年度			63年度			02年度			04年度			06年度		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
	08年度	08年度	08年度	10年度	10年度	10年度	12年度	12年度	12年度	14年度	14年度	14年度	16年度	16年度	16年度
20-24歳	445	126	571	398	134	532	306	124	430	348	167	515	397	217	614
25-29歳	21362	3816	25178	21319	4295	25614	20912	4969	25881	20288	5395	25683	19660	6319	25979
30-34歳	25634	2990	28624	28212	3606	31818	29306	4034	33340	29107	4497	33604	28872	5140	34012
35-39歳	23725	2321	26046	24019	2484	26503	25999	2879	28878	28400	3395	31795	30366	3997	34363
40-44歳	13566	1481	15047	17943	1930	19873	22302	2348	24650	24324	2531	26855	25172	2765	27937
45-49歳	12612	1096	13708	12282	1228	14210	13381	1416	14797	15675	1747	17422	19942	2234	22176
50-54歳	14238	1212	15450	13304	1066	14370	12609	1062	13671	12276	1127	13403	13058	1301	14359
55-59歳	18132	2075	20207	14639	1405	16044	14084	1203	15287	13317	1086	14403	12465	984	13449
60-64歳	18622	2074	20696	21210	2367	23577	19044	2177	21221	15191	1616	16807	13060	1162	14222
65-69歳	8559	1257	9816	10928	1546	12474	14404	1745	16149	17821	2003	19824	18008	2156	20164
70-74歳	6722	1010	7732	6291	983	7274	6460	1048	7508	7925	1185	9110	10215	1380	11595
75-79歳	4583	632	5215	4972	740	5712	5025	780	5805	4741	770	5511	4508	788	5296
80-84歳	1877	173	2050	2247	238	2485	2622	357	2979	2901	446	3347	3129	488	3617
85歳-	894	59	953	957	87	1044	1052	104	1156	1242	143	1385	1423	194	1617
合計	170971	20322	191293	179421	22109	201530	187506	24246	211752	193556	26108	219664	200275	29125	229400
	08年度			10年度			12年度			14年度			16年度		
20-24歳	374	208	582	361	226	587	256	197	453	320	226	546	257	195	452
25-29歳	20156	7229	27385	19326	7575	26901	17836	7874	25710	17513	8537	26050	16826	9138	25964
30-34歳	27518	5650	33168	26771	6445	33216	25304	6946	32250	24825	7754	32579	24480	8450	32930
35-39歳	31171	4496	35667	30452	4938	35390	29542	5509	35051	28008	5841	33849	26967	6471	33438
40-44歳	28148	3390	31538	30557	4042	34599	31543	4398	35941	31251	4839	36090	30717	5335	36052
45-49歳	24209	2598	26807	24563	2727	27290	26488	3116	29604	28847	3708	32555	30890	4344	35234
50-54歳	13308	1497	14805	17599	1956	19555	21821	2353	24174	23693	2601	26294	24719	2856	27575
55-59歳	12135	1053	13188	12477	1213	13690	12816	1359	14175	15119	1680	16799	19347	2153	21500
60-64歳	13104	1124	14228	12345	983	13328	11577	940	12517	11279	1029	12308	12237	1206	13443
65-69歳	14940	1741	16681	12078	1172	13250	11654	975	12629	11181	917	12098	10568	819	11387
70-74歳	13733	1617	15350	15742	1834	17576	14017	1665	15682	11202	1266	12468	9997	947	10944
75-79歳	5190	851	6041	6713	1054	7767	9344	710	10054	11346	1388	12734	11737	1499	13236
80-84歳	3001	524	3525	2806	519	3325	3380	64	3444	3769	642	4411	5018	778	5796
85歳-	1661	280	1941	1809	322	2131	2019	185	2204	1922	389	2311	1956	426	2382
合計	208648	32258	240906	213599	35006	248605	217597	36291	253888	220275	40817	261092	225716	44617	270333

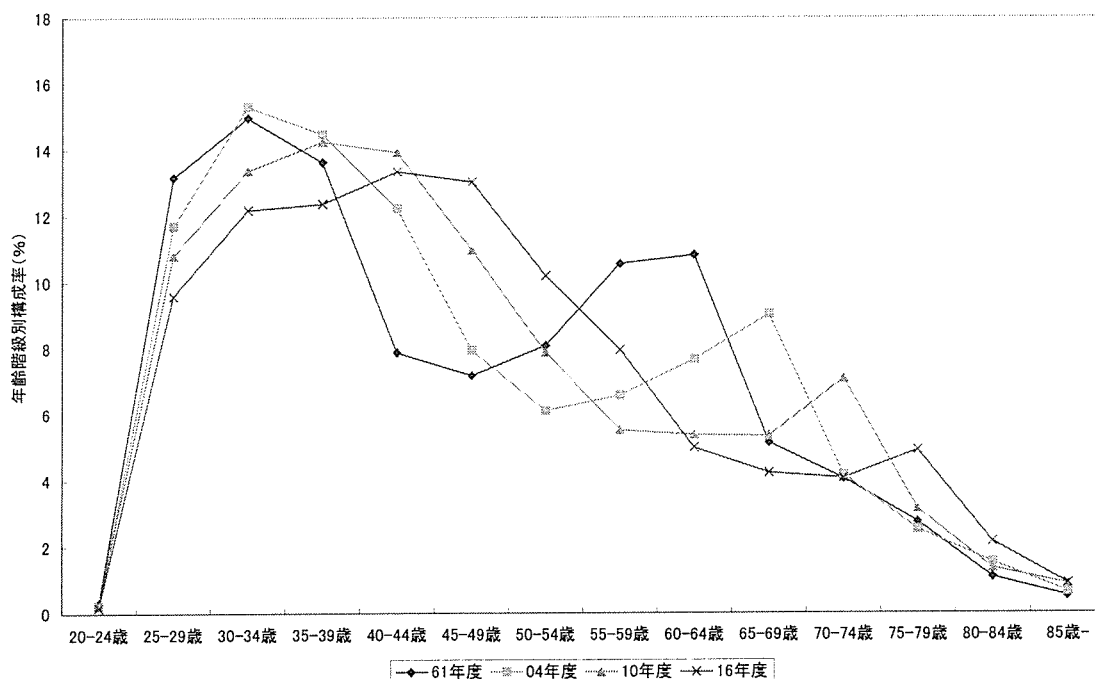
定義のうち重要なものは、診療所の開設者等がいわゆる開業医ではないことである。ひとつには、国立の診療所などもあるためいわゆる自己資金で開設する診療所の開設者も診療所の開設者等に含まれることがあげられる。また、診療所を複数所有する医療法人の代表者も含まれている。医療法人の代表者が実際に診療を行っているかは定かではない。プライマリ・ケアの確保を考える場合、診療所を開設する医師が占めるウェイトは大きい。このため、定義に含まれている医師の種類が分析に影響することがないように注意して以下の分析を行った。

標榜診療科の情報についても年度間で異なる。具体的には、使用しているデータでは平成6年度、8年度において標榜科目の追加が行われている。平成6年度に消化器科(胃腸科)が、平成8年度に心療内科、アレルギー科、リウマチ科、リハビリテーション科、が追加されている(診療科目名の推移については表を参照。)。ただし、以下の分析においてはこれらの標榜科目名の使用を避けているので標榜科目名の時系列間での切断の問題は生じない。

3.基本的な分析結果

(1) 年齢階級別構成

図1：医師免許保有者の年齢分布



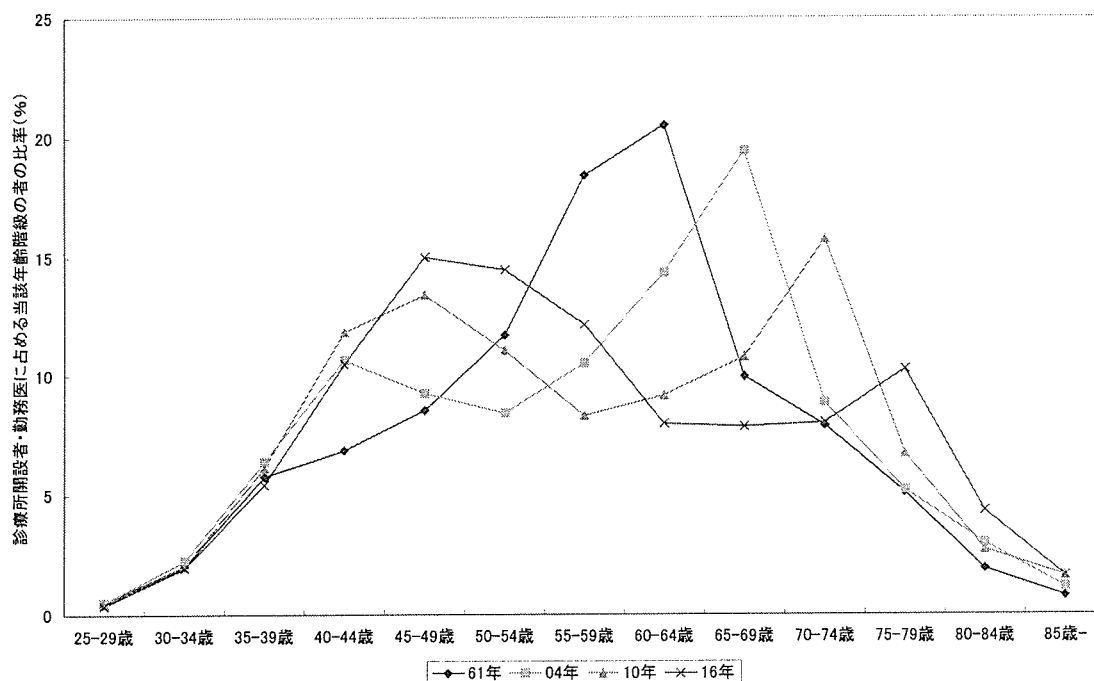
医師全体の年齢構成の分布は、昭和61年時点で見れば、55-64歳のあたりと30-34歳のあたりのふたつのピークから構成される形となっていた。前者の55-64歳のグループは戦

中ないしは戦後直後に医師免許を取得したグループと想定される²。平成 16 年度までの推移の中でこのグループのシェアは小さくなっていき、75・79 歳階級として 5%を占めるのみとなっている。他方、30・34 歳階級のピークは 35・39 歳階級 40・44 歳階級へとその位置を変えてきている。これは医師全体として高齢化していることを意味する。

(2) 診療所医師

診療所の開設者（法人の代表者）、診療所の勤務者の年齢構成について記述したのが図 2 である。診療所の開設者・勤務者についても昭和 61 年時点の 55・64 歳のグループが 40%程度の大きなシェアとなっていることがわかる。このグループが時間経過とともにシェアを落とし、平成 16 年には 45・54 歳のグループのシェアが最も大きくなっている。

図 2：診療所開設者・勤務者の年齢分布



(3) 女性医師の動向について

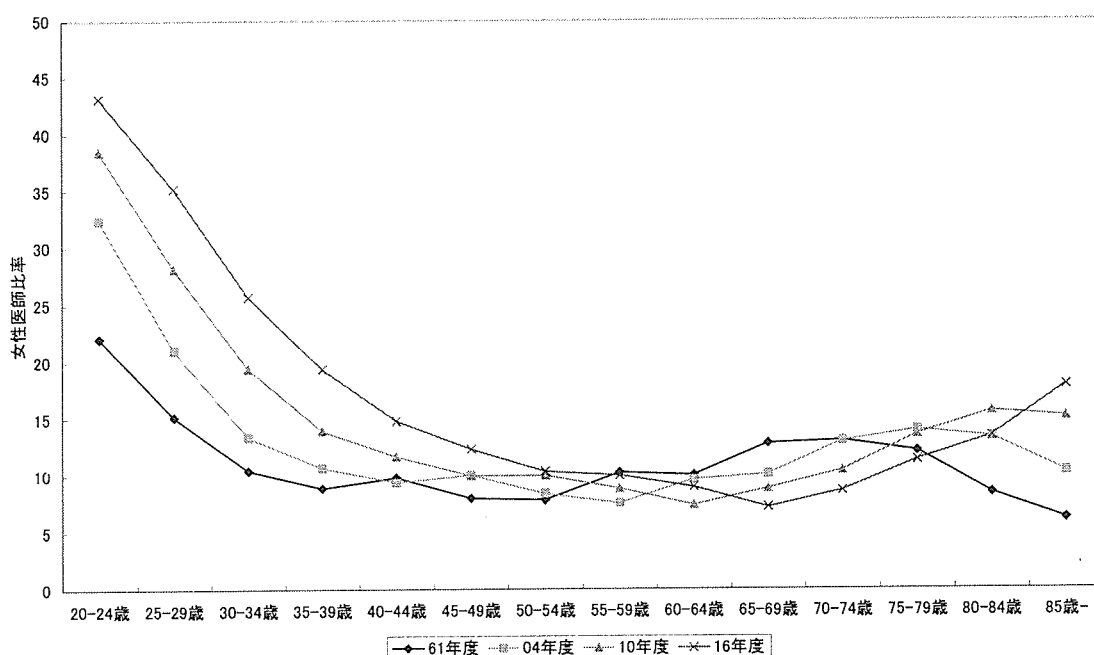
女性医師比率は興味のある情報のひとつである。全体としては昭和 61 年の 10.4%から平成 16 年の 16.5%まで一貫して女性医師比率は拡大してきている。図 1 は年齢階級別に 6 年ごとの女性医師比率を示したものである。この図は女性医師の置かれている状況を極めて如実に示していると思われる。20・24 歳階級の女性医師比率は昭和 61 年：22.07%から平成 16 年の 43.14%まで倍増しているものの、年齢が高くなるほど女性医師比率は急速に低下し、55・59 歳階級になると昭和 61 年：10.27%から平成 16 年：10.01%とほぼ差が無くなる。

² 有岡(1997)を参照のこと。

医学部入学時点や卒業時点での男女比率は現実として現在 1:1 に近づいているが、現在の 50 代の女性医師比率は 30 年前から現在までの女性医師をとりまく各種要因の影響を受けて決定されている。それゆえ、男女比率が医学部入学時点で同率に近づいたとしても、それが高い年齢階級での男女比率に影響を与えるには時間経過が必要である。

少子高齢化は今後労働力不足という形で医療部門に影響を与える可能性がある。男女比率が 1:1 に近づいていることは、女性医師の確保策が医師労働力の半数に対して影響を与え得ることを意味している。

図 3：年齢階級別女性医師比率の推移



男女に関わらず、医師免許を保有していても仕事に就いていない可能性がある。しかし女性は妊娠・出産のために一旦離職する可能性が高い。このような就業に関する男女間の違いがあるのか否かについて図 4 によって確認した。昭和 61 年時点で 25-29 歳階級であった男女について無職でない者の比率（有業率）をその後の年次について継続的に観察した。

男性についてはその後 18 年間にわたって常に 99.9%以上の者が有業であるが、女性は当初から 99.5%と低く 8 年後（年齢は 33 歳から 38 歳）に 99.0%まで低下する。しかしその後すぐに回復し始め、数年で当初の水準に戻る。男性と女性の間で有業率に差があるがそれは非常に小さく、妊娠・出産等に起因すると思われる低下を経験するもすぐに回復することがわかる。

図 4 : 昭和 61 年に 25-29 歳階級であった者の男女別有業率

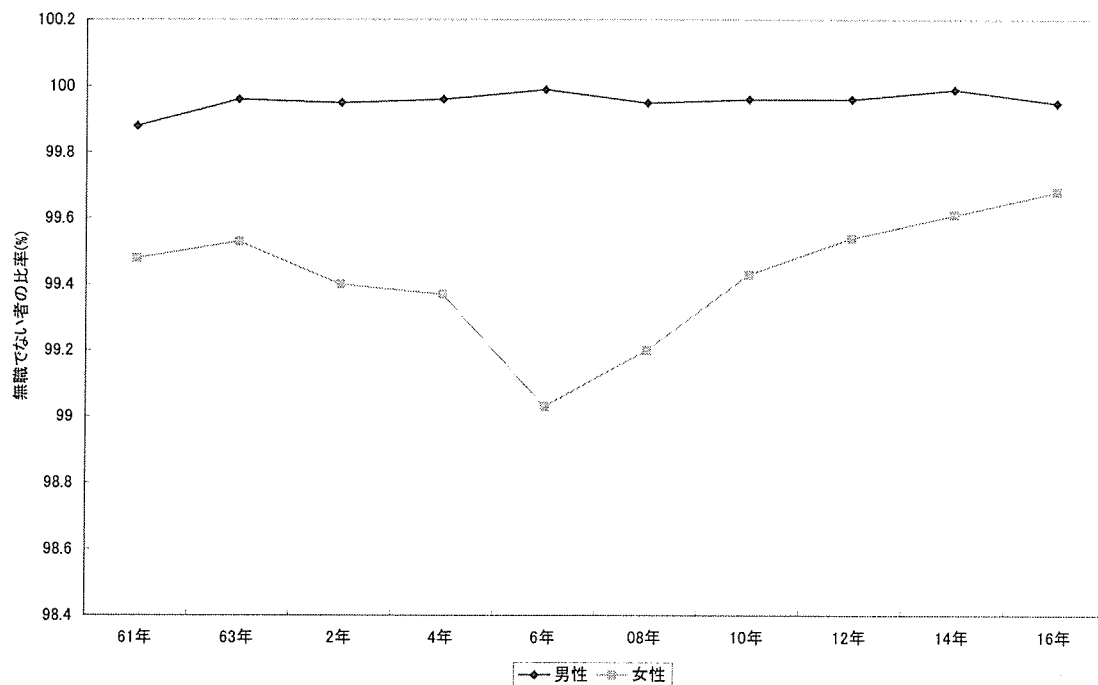
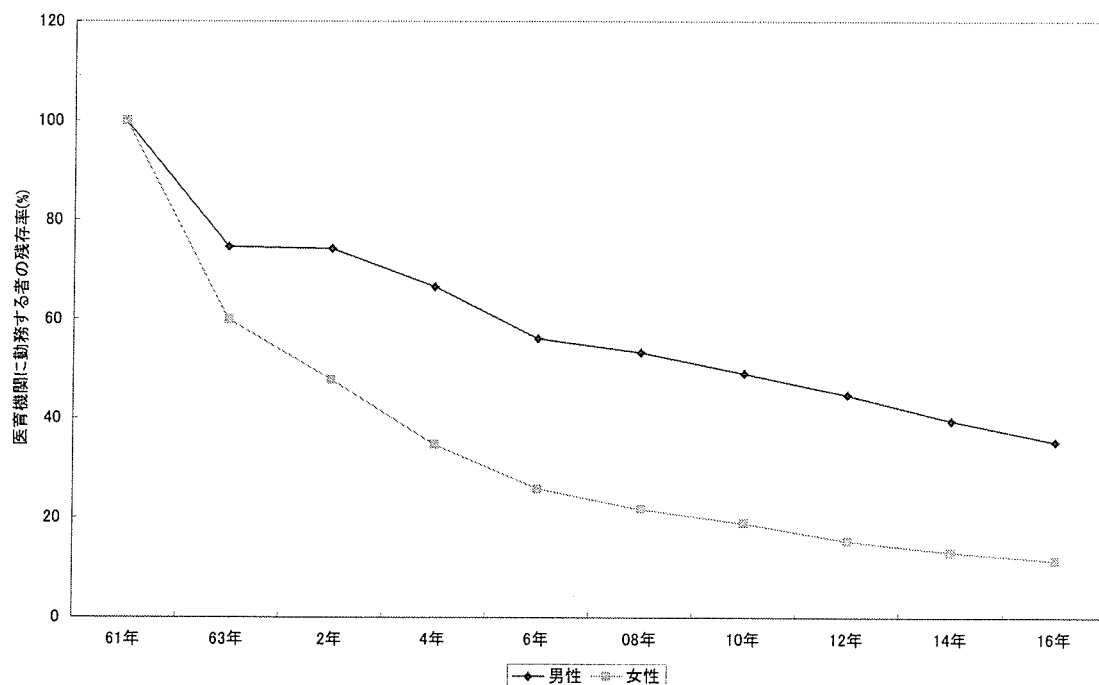


図 5 : 昭和 61 年に 25-29 歳階級であった者の医育機関残存率



25-29 歳階級は医育機関で教育を受けているケースが多い。医局人事制度の下では様々な医療機関をローテーションしながら教育を受けるとされているが、同じく昭和 61 年に 25-29 歳階級であった者について医育機関に残る比率を見たのが図 5 である。それぞれについて昭和 61 年に医育機関に在籍していた者の人数を 100 としてその後の状況を継続的に観察した。その結果、10 年後には男性の 53%が残存していたが、女性は 23%のみが残存した。18 年後の平成 16 年には男性の 35%が残存したが女性は 11.5%が残存した。

(4) 診療科ごとの動向

主たる診療科目として小児科、産婦人科、眼科、耳鼻科、麻酔科、外科、を標榜する医師について平成 8 年、12 年、16 年の 3 年について、年齢階級ごとの医師数の分布を検討する。当該診療科全体の医師数分布と診療所開設者に限定した医師数分布を検討する。

小児科は全体としては 45-49 歳階級、65-74 歳階級にピークがある年齢分布となっている(図 4)。図 5 は診療所開設者の年齢分布であるが、図 6、7 を比較すると 45-49 歳階級のグループは半数が診療所を開設し、65-74 歳階級のグループはほぼ全員が診療所開設者であることがわかる。このため、65-74 歳階級のグループが事業継承せずにいれば小児科を標榜する診療所数が減少してきたことになる。

図 6：年齢階級別主たる診療科目が小児科である医師数

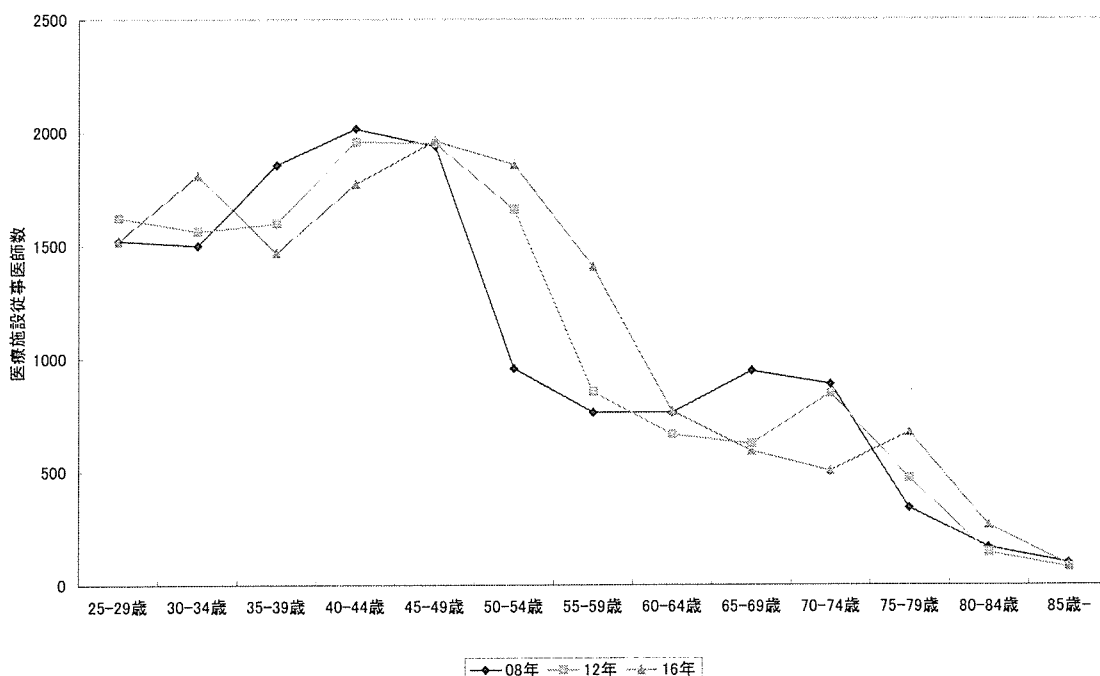


図7：年齢階級別主たる診療科目が小児科である診療所開設医師数

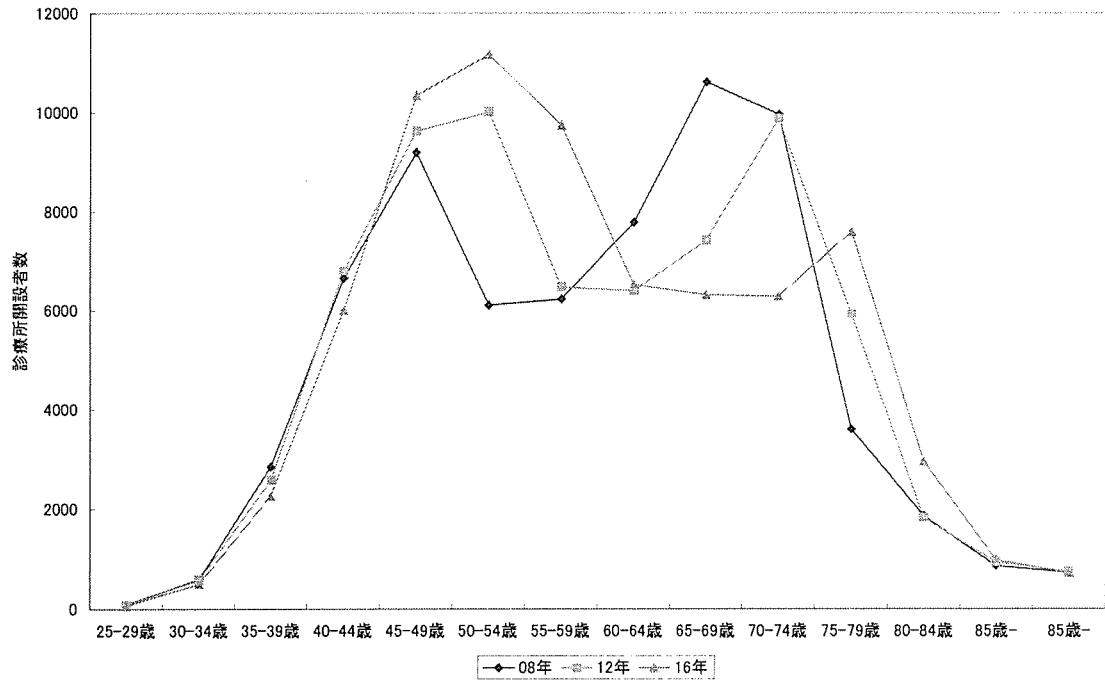
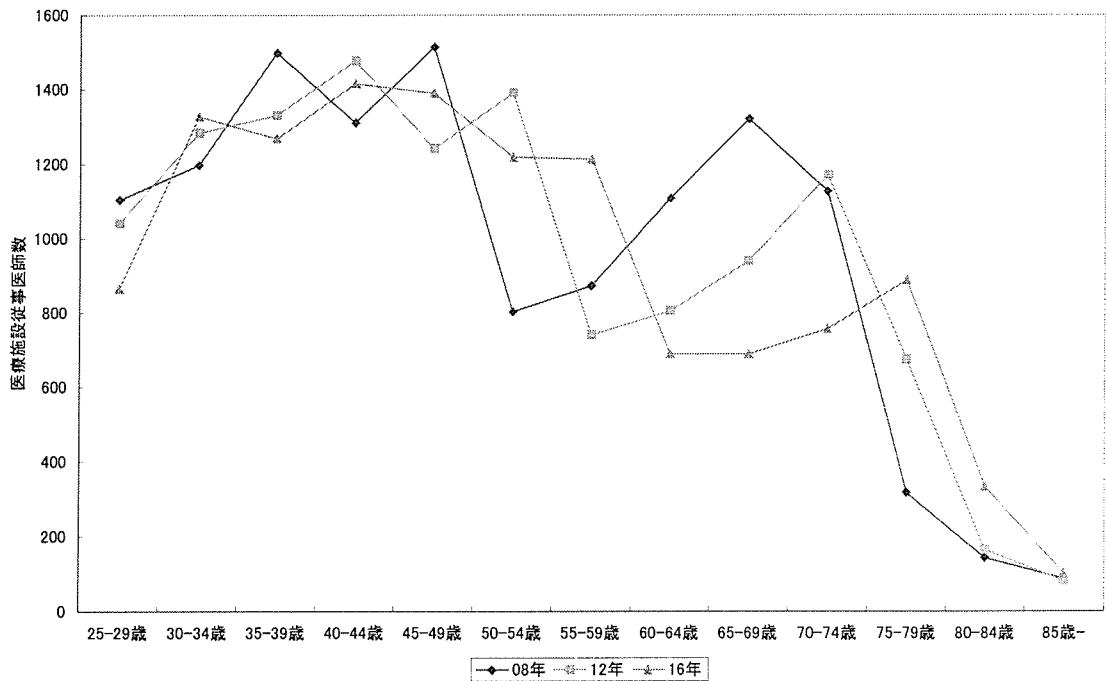
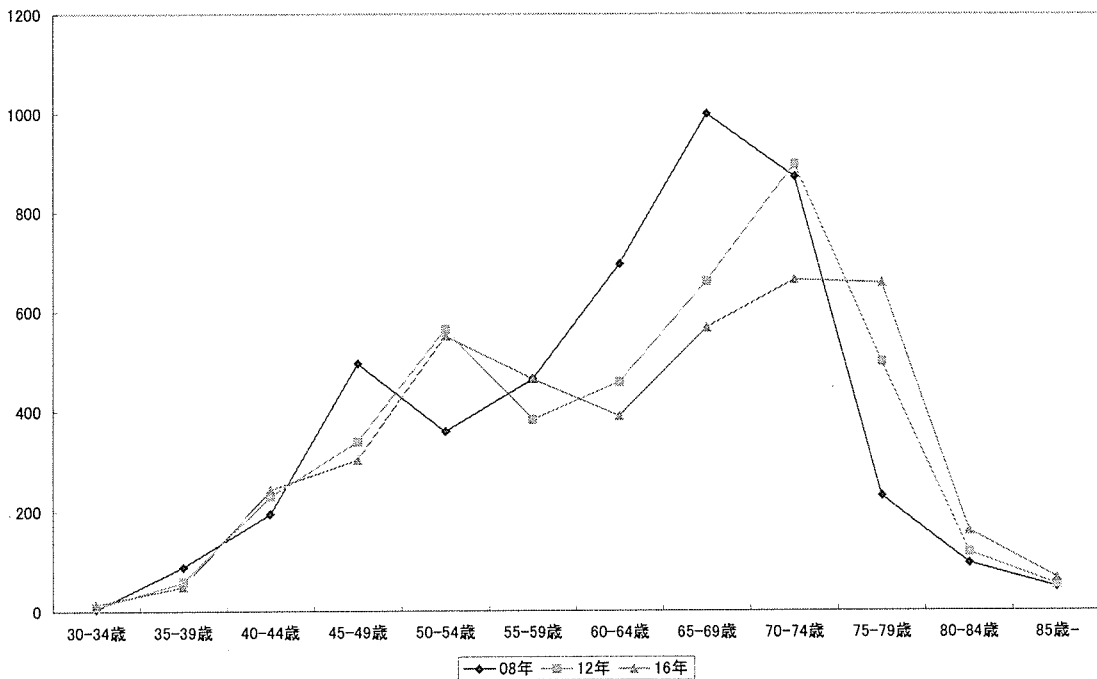


図8：年齢階級別主たる診療科目が産婦人科である医師数



診療所開設者では 45・49 歳階級と 50・54 歳階級が新たにピークとなっており、また診療所開設者数は減少しているわけではない。それゆえ、地理的な配置や診療時間の点を除けば小児科医師の供給は数量的な面では減少していないと言える。

図 9：年齢階級別主たる診療科目が産婦人科である診療所開設医師数



産婦人科は 60・74 歳階級のグループが占める割合がより大きく、彼らの引退がより大きな影響をもたらしてきたと考えられる。図 8 から若年層（25 歳～49 歳）の人数は平成 8 年から平成 16 年までほとんど変化が無い。50～59 歳階級の層が、60・74 歳階級のグループの減少を補ってきたため、産婦人科医自体の数が減少しなかったと考えられる。

ただし、それはそれ以下の年齢層が産婦人科を選択し続けてきた帰結であり、若年層での選択者数が減少すれば長期的に産婦人科医全体の減少に結びつく可能性が当然存在する。ただし、産婦人科の診療所開設者（図 9）については 65・74 歳階級の層が減少している一方、若年層の診療所開設者が増加しているわけではない。その結果として産婦人科の診療所開設者は漸減している。

眼科を主たる診療科目とする医師は、他の科目とは明確に異なり、その数が増えている。診療所開設者についても増加しており、8 年間で 1 割程度増加している（図 10,11 参照）。

麻酔科と外科については診療所の開設者の動向を検討していない。どちらも病院が診療の中心となると考えられるためである。麻酔科は 40 歳以降の人数は増大してきている。ただし、医療事故対策などで麻酔科医の需要が増大しているとも考えられ、需要に対して不足なく満たすほど増大しているか否かはさらに詳細な検討が必要である（図 12 参照）。

図 10：年齢階級別主たる診療科目が眼科である医師数

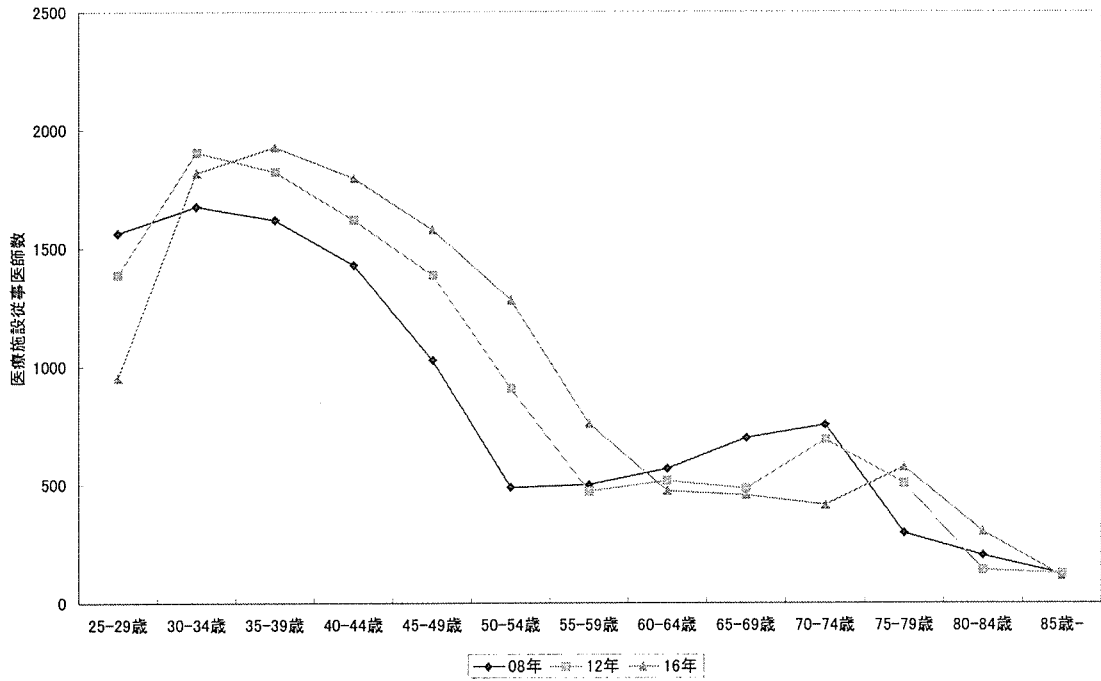


図 11：年齢階級別主たる診療科目が眼科である診療所開設医師数

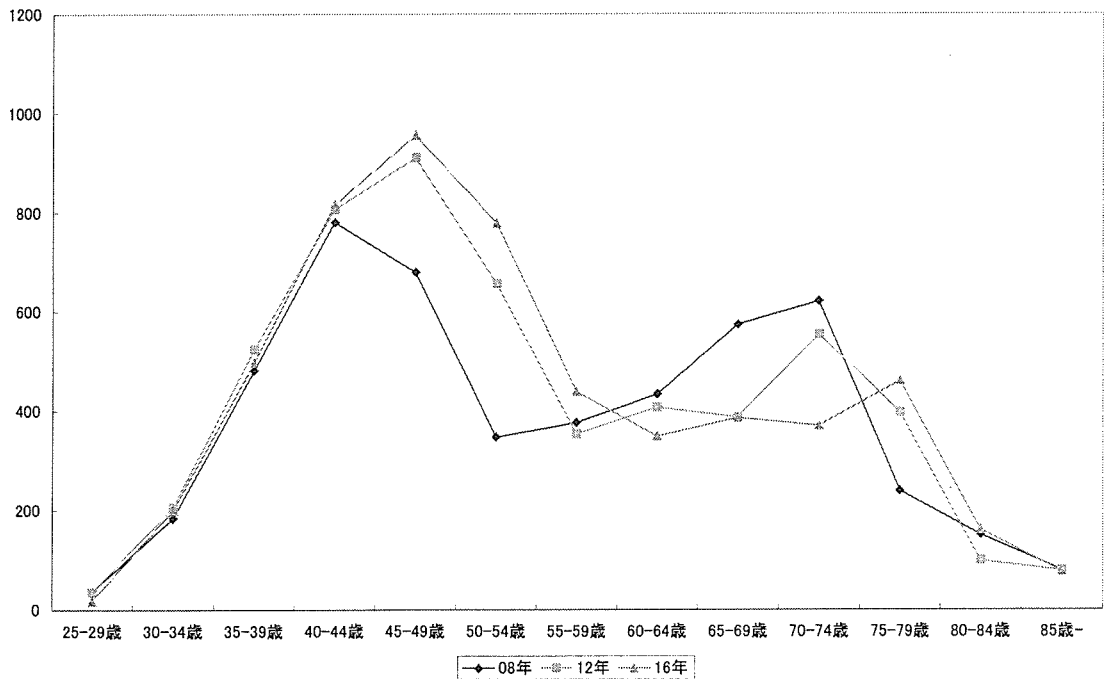


図 12：年齢階級別主たる診療科目が麻酔科である医師数

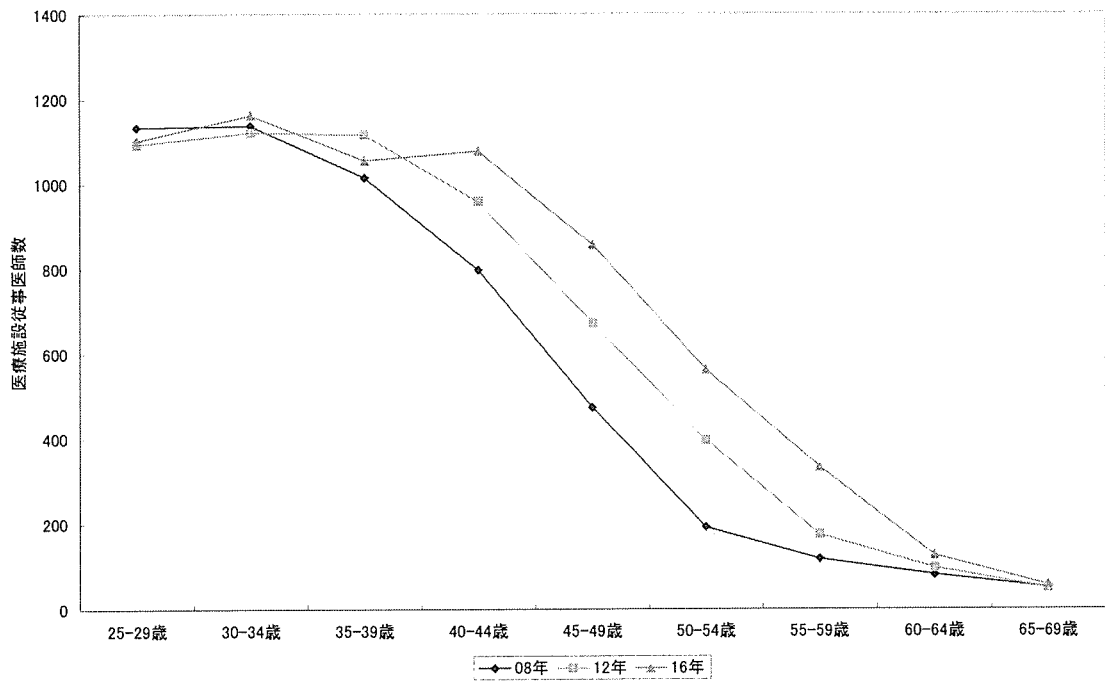
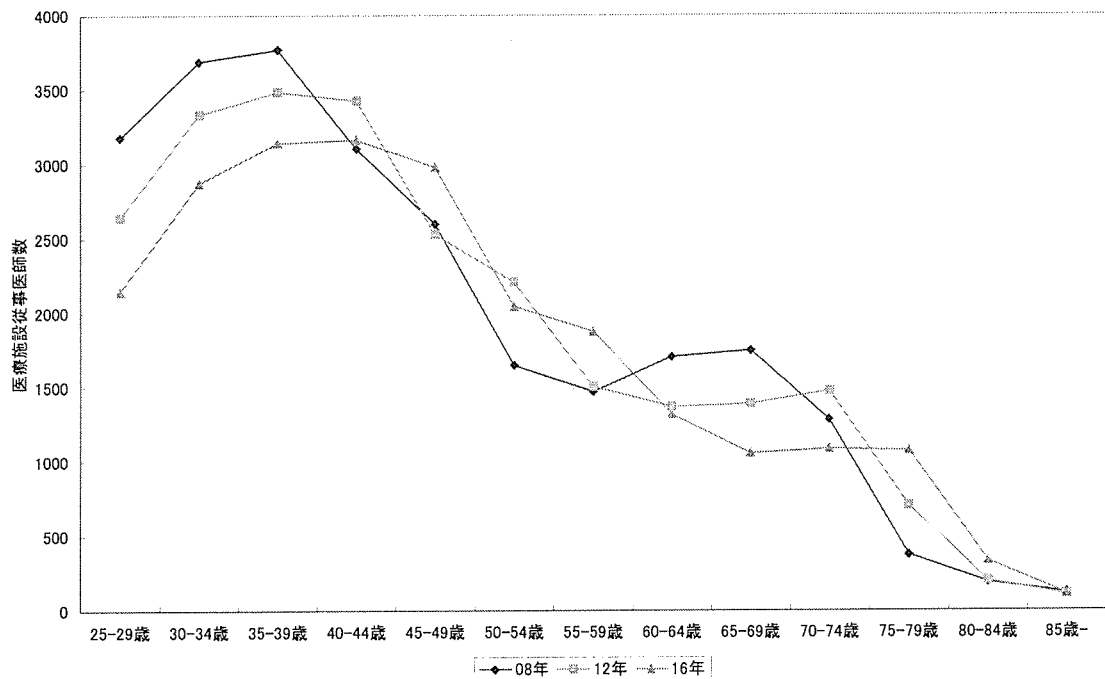


図 13：年齢階級別主たる診療科目が外科である医師数



外科については 25-39 歳のグループで人数が明確に減少している。また、比較的若い年齢層で外科を標榜する医師が減少している（図 13 参照）。ただし、外科系は整形外科、脳

神経外科、心臓外科といった外科に近いと考えられる診療科もあわせて考える必要があるかも知れない。

4.開業の動向

(1) 開業の定義と全般的な動向

ここでの開業とは、病院勤務医から診療所開設者になることを指している。病院勤務医の定義には医育機関以外の病院の開設者や法人の代表者は含まないが、医育機関の開設者や法人の代表者は含んでいる。他方、診療所開設者には診療所を設置する法人の代表者は含む。これは補論でまとめられているように、医師・歯科医師・薬剤師調査における業務の種類が時系列で異なり、異時点間比較を可能にするためには定義を緩やかにする必要があるためである。また、開業という言葉は自ら所有する診療所を開業するというイメージが本来あるが、ここでは診療所に国公立のものも含まれるため、厳密にはやや概念が広い。この点は以下の分析で注意されねばならない点である。開業はデータ上、次のように捉えられる。ある調査時点の開業とは前回調査時点において病院勤務医であった者が当該時点で診療所の開設者になっている場合である。

以上の点を注意した上で開業の分析を行うと、まず昭和 61 年から 63 年時点での開業した者の病院（医育機関含む）勤務医に対する比率（開業比率）は 2.63%であった。他方、診療所開設者から病院勤務医、医育機関勤務医に戻った者の比率は 0.45%であった。それゆえ、ネットの開業比率はそれぞれ 2.18%となる。

診療所開設者から病院勤務医、医育機関勤務医に戻る者は医局人事の一環とも考えられる。そのような医局人事に組み込まれている診療所の開設者はネットの開業比率を検討することにより排除できることになる。

このほかの年においても、ネットの開業比率は 2%から 2.7%の間にあり、昭和 63 年から平成 16 年の間で安定している状況である。

表 2：勤務医が開業医等になる比率

	開業比率	勤務医に戻る比率	ネットの開業比率
63年	2.63	0.45	2.18
02年	2.70	0.37	2.33
04年	2.72	0.52	2.20
06年	2.56	0.34	2.22
08年	2.84	0.23	2.61
10年	2.56	0.47	2.09
12年	2.86	0.20	2.66
14年	2.63	0.36	2.27
16年	2.46	0.39	2.07