

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

医師のキャリアパスを踏まえた動態把握のあり方  
及びその有効活用に関する研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 今村 知明

平成19（2007）年 3月

## 目 次

### I 総括研究報告書

- 医師のキャリアパスを踏まえた動態把握のあり方及びその有効活用に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1  
今村 知明

### II 分担研究報告書

1. 医師届出票データの縦断化及び再処理状況の報告・・・・・・・・・・ 1 1  
井出 博生
2. 医師の属性と仕事満足度の関連についての分析・・・・・・・・・・ 1 8  
康永 秀生
3. 病院医師規模と労働生産性分析による病院類型化の試み・・・・・・・・ 2 5  
中村 利仁
4. 在宅医療の充実をめざした医師養成のあり方・・・・・・・・・・ 4 0  
前沢 政次
5. 日本における医師分布の平準度および集中度・・・・・・・・・・ 4 2  
丁 漢昇

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

総括研究報告書

医師のキャリアパスを踏まえた動態把握のあり方  
及びその有効活用に関する研究

主任研究者 今村 知明（東京大学医学部附属病院）

研究要旨

現役の医師のキャリア選択、離職要因等を分析している先行研究を対象としてレビューを行った。関連の研究は、イギリス、アメリカ、カナダの3カ国に認められ、医師の専門間移動の頻度は、諸外国では問題とはならず、むしろキャリアの変化は離職または就業地の変更に関心が持たれていた。女性医師の実質的な労働供給、労働条件が厳しい診療科のキャリアへの関心は各国で共通であった。へき地への医師の供給を問題とした研究が行われており、医師供給の地理的な不均衡に関しては共通の関心が持たれていた。わが国でも他国で行われているように郵送調査などを実施し、追加的に補助調査を行うことや、医師届出調査の設計を再考する必要があるかもしれない。

A. 研究目的

これまで医師の需給予測等は、厚生労働省が行っている医師調査等のデータを中心に解析がなされてきたが、昨今の医師のキャリアパスをめぐる状況の変容に対応し、より精緻なレベルでの解析を行うためには、新たなデータセットの構築が不可欠である。また、より精巧な医療資源の配分が求められるようになっている現況においては、全ての医師を単一化した医療提供主体としてみなすのみでなく、その集合体である病院の機能を最適化させる必要も生じている。

本研究班では、医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票データをもとに、医籍登録番号によって昭和47年～平成16年における個票データを作成し、医師の需給

について年齢別、二次医療圏別、勤務の種別、診療科別等のデータを集計し、これにより特定の年齢集団・地域集団・業態集団について時系列の移動(異動)に関する詳細な分析を進めている。本研究では、今後より詳細な分析を行うために、諸外国で行われている同様の調査について検討し、それらの研究を行うに至った動機、用いているデータおよびその質的特性、分析方法などを検討する。検討の目的は、医師キャリアパス研究の方針を明確にすることである。

B. 研究方法

Ovid Medline で、career、career mobility、career choice を検索ワードとして関連の研究を検索した。検索結果のうち、英文原著の抄録を参考として、現

役の医師のキャリア選択、離職要因等を分析している論文を検討の対象とした。また、これらの研究のうち、特定の属性や診療科を対象とした研究を排除して検討を行った。

### C. 研究結果

医師のキャリアパスに関する研究は、イギリス、アメリカ、カナダの3カ国に認められた。特にアメリカでは、医学生の進路選択、外科系女性医師のキャリアパス、研究医療機関における女性医師のキャリアパスに関する研究など、幅広い問題意識にしたがった研究が行われていた。先行研究の要旨は、添付の表にまとめた。

以下では国別の特徴と、その他特徴的な視点と結果等を記載する。

#### 1. イギリス

1996年と1998年に4つの調査結果が報告されている。調査の対象となったのは1977年 (Davidson et al. 1998)、1983年 (Lambert et al. 1996a)、1988年 (Lambert et al. 1998)、1993年 (Lambert et al. 1996b) にライセンスを取得した医師の進路選択状況である。調査の対象は、これらの特定の年にライセンスを取得した全ての医師である。いずれも、免許取得時点の名簿に基づく郵送調査が行われていた。

大きな動向としては、GPを選択する医師の数が約半数から4分の1に減少していることと、女性医師の場合、ライセンス取得後12年経過でGPの約半数、病院勤務の3割がパートタイムの勤務形態

となることがわかった。

また、1977年に免許を取得した者については、キャリアの中でいつの時点でキャリア選択を行ったのかが調査されている。外科の場合、1年目時点で84%の者が進路選択を行っていた。GPに関しては、進路選択時期に男女差はなく、病院勤務の者に関しては、男性の方が女性よりも早期に進路選択を行っていた。

1983年、1993年の免許取得者に対して、進路選択に影響を与える因子に関する調査が行われた。1983年の者が進路選択を行うにあたり影響があったと答えた因子は、適性(67%)、経験(55%)、労働条件(47%)であった。1993年ではやりがい(67.7%)、適性(52.4%)、経験(46.0%)、労働条件(43.7%)、学生時代の経験(40.0%)であった。

#### 2. アメリカ

アメリカでも、わが国と同様、へき地、医師不足地域にどのように医師を供給するのかというのは大きな問題である。そのため一部の大学では専門のプログラムが提供されており、卒業生と対象群のキャリアパスを比較するなどして、プログラムの評価が行われている。

ライセンス取得後10年目の医師を無作為抽出した調査(Rabinowitz et al. 2000)によれば、医師不足地域で診療する医師を予測する因子は、人種(OR=2.9、 $p<0.001$ )、地方出身(OR=1.6、 $p<0.001$ )、National Health Service Corpsに所属(OR=2.2、 $p<0.001$ )、医学部入学以前での医師不足地域での診療意思(OR=1.7、 $p<0.001$ )であった。

また、Jefferson Medical College の The Physician Shortage Area (PSA) Program の修了生とそうではない者の追跡調査 (Rabinowitz et al. 2001) では、データベースに入力されていた 19 属性の中でへき地診療を予測する因子は、へき地出身 (RR=3.5、 $p<0.001$ )、入学時の進路計画で family practice を選択した者 (OR=3.9、 $p<0.001$ )、同じくへき地での診療を計画した者 (OR=4.0、 $p<0.001$ )、PSAP に参加した者 (OR=5.9、 $p<0.001$ )、NHSC (The National Health Service Corps) の奨学生 (OR=4.7、 $p<0.001$ )、family practice の実習 (OR=2.3、 $p<0.001$ ) であった。

へき地での就業期間に関する分析 (Rabinowitz et al. 2005) では、PSA プログラムの修了者の方がそうでない者に比べ、有意に長くへき地就業していることがわかった。

### 3. カナダ

1989 年に卒業した 1722 人に対して 1996 年にデータベースを用いた調査 (Ryten et al. 1998a, 1998b) が行われた。1516 人が国内で活動しており、878 人 (57.9%) が GP であった。へき地である Newfoundland と Saskatchewan では、医師の新卒医師の確保が困難であった。1996 年時点では、58% が generalist、42% が specialist を選択していた。また、222 人 (12.9%) が何らかの理由で最低 1 年研修から離れていたことがわかった。

### 4. 女性医師のキャリアパス

イギリスでの調査でも明らかであった

ように、女性医師はキャリアの途中でパートタイムでの働き方を選択する者がおり、医師の実働人口に影響を与える。このことは、医師という職業が、女性の私生活の両立という面で困難な点があることを示しているようである。

女性医学生の増加は各国で同様に観察される現象であった。女性が占める割合について言えば、現時点では、むしろわが国の方が低い。女性医学生の進路選択がもたらす影響は、米国などの国のでより大きな問題であるといえる。

また、アメリカでは、大学などの研究機関、大学病院でのシニアの女性医師の割合が少ないこと、外科領域での女性医師のキャリアパスのあり方を問題意識とする研究も行われていた。

### 5. 職務負担が高い専門性でのキャリアパス

外科、産婦人科等の診療科は、職務に対する個人の自立性の程度が低く、これらを専門にしている医師の離職について分析が行われていた。また、米国の産婦人科では、近年医師賠償責任保険の保険料が急激に上昇している州があり、医師が州外に退出している。このような州では、医療供給体制の維持に深刻な影響をもたらすという懸念がある。

他には医学生などの職業人になる以前の者が、どのような専門性を選択するのかについて複数の研究が行われていた。

### D. 考察

本研究班の問題意識は、既に医師である者が職業人としての診療科目の変更、

就業地の変更、離職の動向を把握することである。今回レビューした先行研究では、各国の固有の事情が反映されている部分と共通の部分があった。

### 1. わが国との差異

わが国では、診療科目の標榜自体は自由であるため、医師の専門間移動はより容易であり、頻度も高いことが予想される。医師の専門間移動の頻度は、諸外国では問題とはならず、むしろキャリアの変化は離職または就業地の変更に関心が持たれていた。

アメリカでは女性医師のキャリアパスに大きな関心が寄せられているという点で、他国とは大きな違いがあった。

### 2. 各国での共通性

女性医師の実質的な労働供給、労働条件が厳しい診療科のキャリアへの関心は各国で共通であった。

米国やカナダといった地理的に広大な国では、医師の地理的偏在がもたらす受診機会の格差の影響は、わが国よりも大きい。そのようは背景で、へき地への医師の供給を問題とした研究が行われているが、医師供給の地理的な不均衡に関しては共通の関心が持たれていた。

### 3. 方法論

本研究班で用いる医師届出票のデータと同規模のレベルの大規模マイクロデータを用いた調査は行われておらず、網羅性という点で比肩しうるものはない。しかし、マイクロデータの集計、分析により医師のキャリアパスの変遷は明らかに

なるが、その先の専門の選択理由、離職動機などを探る必要がある。したがって、他国で行われているように郵送調査などを実施し、追加的に補助調査を行うこと、また、将来的には属性等を含めた長期データの作成が必要であり、その点でわが国の医師届出調査の設計を再考する必要があるかもしれない。

### E. 結論

医師のキャリアパスに関連した先行研究をレビューすることにより、他国での研究の状況、また各国で固有の問題と共通の問題があることがわかった。研究班ではマイクロデータの分析を進めるが、分析作業の進捗に従い、必要に応じてサンプリングを行った上での追加調査の実施を検討する必要がある。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

なし

#### 2. 学会発表

なし

### 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

先行研究の要旨

	目的	対象	調査方法	主な結果
Lambert et al. (1996a)	医師の進路選択に関する長期の動向を明らかにすること	UK 1983年に免許を取得した医師3845人について、1994年に調査	The General Medical Council のリストによる調査	2716人(71.1%)が回答 2523人が英国内におり、2409人が英国内で医療関係に従事していた。1179人(48.9%)がGPで、GPの後のキャリアは、男性は外科、medical specialties、麻酔科、病理、精神、女性は精神、medical specialties、community health、麻酔科であった。 女性のGPの49.7%、病院勤務医の33.9%がパートタイムであった。 進路選択の理由として多いのは、適性(67%)経験(55%)、労働条件(47%)であった。
Lambert et al. (1996b)	1993年に免許を取得した医師と、それ以前に取得した者の進路選択を比較すること	UK 1993年に免許を取得した医師3657人	郵送調査	2621人(71.7%)が回答 全体で、1974年と1977年には違いはなく、1977年と1980年、1980年と1983年、1983年と1993年の間に差があった。1983年と1993年の違いは、GPが44.7%から25.9%に減少し(p=0.001)、病院勤務の中で選択が変化したことであった。男性ではGPは39.6%から17.5%に、女性では52.4%から34.0%となった。 進路を選択する理由は、やりがい(67.7%)、適性(52.4%)、経験(46.0%)、労働条件(43.7%)、学生時代の経験(40.0%)であった。
Davidson et al. (1998)	医師になった直後におけるキャリア選択とその後との関係、リタイアに	UK 1977年に免許を取得した3135人について、1995年に調	郵送調査	所在が確認できた3069人(男性2068人)のうち、2398人(78.1%)が回答 2152人(89.7%)が何らかの形で医療に従事していた。男性が外科、女性が精神、地域医療(communit health)に多く、男性の97.0%、女性の75.3%がNHSに勤務していた。



	目的	対象	調査方法	主な結果
	関する意思を 明らかにすること	査		就職後 12 年目で女性の約半数はパートタイムとなり、この割合は 18 年目でもほとんど変化しなかった。 現在外科医の者は、キャリアの 1 年目に 84%が進路選択を行った。 GP に関してはキャリア選択時期の男女差はなく、病院勤務の者は女性のほうが 1、3、5 年目でのキャリア選択が有意に少なかった。 (P=0.001)
Lambert et al. (1998)	1988 年に免許 を取得した医 師の 1995 年時 点での進路を 明らかにする こと	UK 1988 年に免許 を取得した 3724 人	郵送調査	2885 人 (77.7%) が回答 男性で、非医療、海外で勤務する者が 1983 年、1888 年のコーホ ートよりも増加した。(p=0.03) GP 選択の男女差が大きくなった。 女性の GP の 53.0%、病院勤務の 20.0%がパートタイムであった。
McManus et al. (2003)	医学部入学時 点での成績と その後の進路 選択の関係を 明らかにする こと	UK 1975 年から 1982 年 年 に Westminster Medical School に入学した 511 人を 2002 年に 追跡	郵送調査	511 人を調査 離職した 47 人は低い A レベルのグレードであった (p=0.001)。成 績は、学生時代のトレーニングの成績、postregistration house officer posts の成績、membership の認定までの期間の予測因子 であったが、学位の取得、論文発表、ストレスまたは燃え尽き症 候群の予測因子ではなかった。知性は register からの離職、キャ リアの結果、その他の予測因子ではなかった。
Horner et al. (1993)	North Carolina の都市部と地	US 1981 年 年 から	The State of North Carolina	1947 人を調査 平均継続期間は 4.5 年であり、demographic な要因は診療の継続

	目的	対象	調査方法	主な結果
	方でプライマリケアの診療を開始した医師の数とその継続期間を明らかにすること	1989年に診療を開始した1947人	Board of Medical Examiners physician registration data	を予測に有効因子ではなく、どこでトレーニングを受けたか (RR=0.81, P=0.01)、診療形態 (RR=0.46, P=0.001) が有効な予測因子であった。
Rabinowitz et al. (2000)	医師不足地域で診療をする医師を予測すること	US 1983年または1984年に卒業した医師から、1993年に無作為に抽出した2955人	郵送調査	2199人 (74.0%) が回答 医師不足地域で診療する医師を予測する因子は、人種 (OR=2.9, p<0.001)、地方出身 (OR=1.6, p<0.001)、National Health Service Corps に所属 (OR=2.2, p<0.001)、医学部入学以前の医師不足地域での診療意思 (OR=1.7, p<0.001) であった。
Rabinowitz et al. (2001)	へき地医療を担う医師を育成するプログラムの評価を行うこと	US 1978年から1993年にJefferson Medical Collegeを卒業した3414人 (The	The Jefferson Longitudinal Study of Medical Education	3365人 (98.6%) が回答 19属性のうち、へき地診療を予測する因子は、へき地出身 (RR=3.5, p<0.001)、入学時の進路計画で family practice を選択した者 (OR=3.9, p<0.001)、同じくへき地での診療を計画した者 (OR=4.0, p<0.001)、PSAPに参加した者 (OR=5.9, p<0.001)、NHSC (The National Health Service Corps) の奨学生 (OR=4.7, p<0.001)、family practice の実習 (OR=2.3, p<0.001) であった。

	目的	対象	調査方法	主な結果
Rabinowitz et al. (2005)	PSA プログラムの修了者がへき地医療にとどまる程度を明らかにすること	US Physician Shortage Area Program の 220 人を含む) 1978 年から 1986 年に Jefferson Medical College を卒業し、生存している 1937 人	The Jefferson Longitudinal Study of Medical Education	1937 人を調査 PSA プログラムの修了者の方が、そうでない者に比べて有意に長くへき地医療にとどまった。(p=0.04)
Ryten et al. (1998)	1989 年の卒業者の就業地域、進路選択を明らかにすること	カナダ 1989 年に卒業した 1722 人を 1996 年に調査	Association of Canadian Medical Colleges, The Canadian Post-MD Education Registry などのデータ	1722 人を調査 1516 人が国内で活動しており、878 人 (57.9%) が GP であった。比較すると Newfoundland と Saskatchewan で医師の新卒医師の確保が困難であった。
Ryten et al.	1989 年の卒業	カナダ	Association of	1722 人を調査

	目的	対象	調査方法	主な結果
(1998)	生について1996年までの研修の詳細を明らかにすること	1989年に卒業した1722人を1996年に調査	Canadian Medical Colleges, The Canadian Post-MD Education Registry などのデータ	222人(12.9%)が研修から最低1年離れた。301人(17.5%)が研修開始以後に専門を変更した。58.0%が generalist、42.0%が specialist を選択した。
Easterbrook et al. (1999)	医師のバックグラウンドとローテーションが進路選択に与える影響を明らかにすること	カナダ1977年～1991年に Queen's University の Family Medicine Program を卒業した303人	郵送調査	230人(75.9%)が回答し、159人が分析対象 卒業直後のへき地診療については、在学中にへき地でトレーニングを行なった者は、そうでない者に比べて1.7倍多く選択し(p=0.041)、出身地の人口が1万人未満の者は、それ以上の者に比べて、2.3倍多く選択していた。(p=0.001) 現在のへき地診療については、出身地の人口のみが有意であった。(RR2.48, p=0.001)

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
分担研究報告書

医師届出票データの縦断化及び再処理状況の報告

分担研究者 井出 博生（東京大学医学部附属病院）

研究要旨

厚生労働省から提供された医師届出表の個票データを、医籍登録番号、生年月日をキーにして、医師各人の経年的なデータを縦断化し、あらたなデータベースを作成した。対象年度は昭和47年から平成16年である。処理前の総レコード数は4,080,589件であった。現在までの再処理の結果、昭和50年では97.49%のデータが、平成16年では99.99%のデータが利用可能となっている。しかし、相当のレコードについて主たる診療科が欠損しており、このレコードの再処理が必要であるという問題が残った。海外の調査では医師の専門分野の区分数は、医師届出票の診療科数よりも少なく、ある程度集約化されている。本研究班の作業もこれらの例を参考にして、レコードの再処理を進める。

A. 研究目的

これまでに行われてきた医師調査を個票レベルで経年的に縦断化し、医師のキャリアパスとしてのモデルの検討を行う。

これまでの医師調査においては、医師の従事先の所在地および該当する二次医療圏、従事する施設および業務の種別（診療所、病院、医育機関、等）、主たる業務内容（診療、教育・研究、管理、等）、従事する診療科名等、といった基礎的情報がすでに集積されている。これらを個票レベルで縦断化し、各因子の変動と因子間の相互関係を捉えることを、研究全体の目的としている。

この目的を達成するために、医師の異動状況を分析するため、医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票データをもとに、医籍登録番号によって、昭和47年～平成16年における個票データの名寄せデータセットを作成する。作成したデータセットを用いて、医師の需給について年齢別、二次医療圏別、勤務機関別、専門分野別等のデータを集

計し、これにより特定の年齢集団・地域集団・業態集団について時系列の移動（異動）に関する詳細な分析を行う。また、二次医療圏別・市区町村別に各診療科医の分布状況の現状を時系列で把握し、各地域でどの科の医師に需給の問題が発生しているのかに関する詳細な分析を行う。

平成18年度調査では、医師のキャリアパスの動向や医師の生涯における移動・異動を捉えることを目的とした分析のために医師調査票データの加工と再構築を行い、各医師の年代・性別・業務種別・診療科・所在地等の客観的データを時系列で縦断的に捉えた集計を一部実施した。

B. 研究方法

厚生労働省から提供された医師届出表の個票データを、医籍登録番号、生年月日をキーにして、医師各人の経年的なデータを縦断化し、あらたなデータベースを作成した。

## C. 研究結果

データベースの作成は、データの持つエラーを発見し、それぞれのエラーについて、可能な限り合理的な修正を加えるという方法を行った。対象年度は昭和47年から平成16年である。処理前の総レコード数は4,080,589件であった。(表1)

### 1. 対象レコード

医籍登録番号が空白、もしくは「999999」であるレコードを対象外とした。同一医籍登録番号が同一年で複数発生した場合には、生年月日が一致したレコードを選択した。この方法でも特定できないレコードは、目視にて診療科、勤務地などの項目を前後の年度のレコードと比較して、正しいと考えられるレコードを選択した。

### 2. 構築するデータベース内の項目

各年によって格納されているデータ項目は異なっているが、一定の処理を行うことを前提とし、以下のデータ項目を取り上げた。

- ①種別、②住所地都道府県番号、③生年月日、④医籍番号登録年、⑤業務の種別、⑥主たる業務内容、⑦従事先都道府県番号、⑧市郡コード、⑨従事する診療科名、⑩主たる診療科名、⑪年齢階級コード、⑫登録年コード、⑬診療科名(単科)、⑭診療科目数、⑮主たる診療科名コード

### 3. 再処理を行ったデータ項目

医籍登録番号等で各年のデータを縦断

化した後、必要なデータ項目について矛盾が生じないように内容の修正を行った。

処理対象データは、昭和47年から平成16年であり、最も古いデータは現在から35年前のものになる。各年のデータを観察すると、古いデータほど欠損、誤入力が多いことがわかった。したがって、再処理の方針は、直近の年度の入力値を正しいものと仮定し、修正した。

再処理を行ったデータ項目は、下記の通りである。

#### (1)年齢、年齢階級コード

12月31日を基準として、満年齢を再計算した。また、それに併せて年齢階級コードを修正した。

#### (2)医籍登録年月日、登録年コード

直近の医籍登録年月日を参照し、過去に遡り、医籍登録年月日を直近の数値に置き換えた。登録年コードもこれに併せて修正した。

#### (3)性別

医籍登録年月日と同様の方法で修正した。

#### (4)主たる診療科

全体で400万件強のレコードの中で、比較的古いデータで主たる診療科が入力されていないレコードが233,980件あった。これらのレコードについて、診療科目の届出状況を確認すると、4科目から最大で22科目を指定しているものまであった。(表2) また、組み合わせのパターン数は、9,512パターンであった。最も頻度

が多い組み合わせは、内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科（5科、21,379件）、次は最も頻度が多い組み合わせから小児科を除いた組み合わせ（4科、17,635件）であった。（表3）

比較的古いレコードに欠損が集中していることから、これらのレコードを一律に除外したとすると、相対的には古い調査ほど欠損が多くなる。しかし、もとより長期のデータを分析し、個別に異動の状況を観察することに本研究の意義がある。したがって、分析精度を向上させるためには、これらのレコードを除外するのではなく、何らかの方法で主たる診療科を定める必要があると考えた。複数の方法を試行しているが、これらのエラーのうち、どの程度の割合を再処理によって活かすのか、そのために適当な方法に関して、方針を定めなければならない。

#### 4. 再処理後の結果

現在までの再処理の結果、昭和50年では97.49%のデータが、平成16年では99.99%のデータが利用可能となっている。（表1）古い調査ほど欠損になったデータが多い状況であるが、概ね欠損数は許容範囲であると考えられる。

#### D. 考察

本年度の作業では、主にデータクリーニングを行った。主たる診療科の欠損問題を除いては、縦断化、再処理共に想定どおりに進められた。しかし、相当のレコードについて主たる診療科が欠損しており、このレコードの再処理が必要であるという問題が残った。

わが国では医師の専門科目の標榜は一定の範囲内で自由であり、学会が認定する専門医資格等とも関係ない。特に開業医では営業上の都合などの理由で、診療科目を複数掲げていることが多い。このことは、主たる診療科が欠損しているレコードの診療科の組み合わせを見れば、想像できる。例えば、内科系を中心に、他には整形外科が加えられるというもので、これは診療所の標榜科目に多いパターンである。このような現象はわが国の特殊事情であるが、何らかの形で医師の本来の専門性を特定する必要がある。本研究班の調査にとって、主たる診療科の入力値は、最も重要である。

合計で23万件以上の主たる診療科が欠損しているレコードを削除したとしても、408万件強の総レコード数からすれば、5%強の欠損に過ぎない。しかしながら、古い調査年に欠損が集中していることを考えると、23万件を削除するという処理を行えば、調査年によって相当の偏りが発生する可能性は否めない。したがって、発生パターンの頻度を考慮しながら、処理方法を検討する必要がある。

厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査によると、平成16年の医師数は270,371人であり、これは本研究班でデータクリーニングを行う前のレコード数に相当する。現在までの作業では、平成16年のレコードは270,353人へわずかに減少している。これは本研究班で、同一人物と思われるレコードを削除するなどの処理を行ったためであり、実体は後者の件数に近いと考えられる。実際の調査は、調査時点の問題、記入者自身の認

識によって影響を受けるものであり、このようにレコード数が前後することは、現状の調査方法では致し方ないと考えられる。しかしながら、より正確にわが国における医師の供給状況の実態を把握し、統計の取得方法、政策に反映させる必要があるだろう。

#### E. 結論

具体的な集計、分析作業を開始するためには、医師の主たる診療科を特定する必要がある。海外の調査では医師の専門分野の区分数は、医師届出票の診療科数よりも少なく、ある程度集約化されている。本研究班の作業もこれらの例を参考にして、レコードの再処理を進める。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### 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



表 1 各調査年のデータ件数

	総データ数	処理後	B/A
昭和47年	125,302		
昭和48年	126,327		
昭和49年	128,455		
昭和50年	132,479	129,156	97.49%
昭和51年	134,934		
昭和52年	138,316	135,273	97.80%
昭和53年	142,984	139,801	97.77%
昭和54年	150,229	147,208	97.99%
昭和55年	156,235	153,440	98.21%
昭和56年	162,882	159,796	98.11%
昭和57年	167,952	165,115	98.31%
昭和59年	181,101	178,197	98.40%
昭和61年	191,346	188,623	98.58%
昭和63年	201,658	198,807	98.59%
平成2年	211,797	208,828	98.60%
平成4年	219,704	217,234	98.88%
平成6年	230,519	227,775	98.81%
平成8年	240,908	240,215	99.71%
平成10年	248,611	248,275	99.86%
平成12年	255,792	253,897	99.26%
平成14年	262,687	261,093	99.39%
平成16年	270,371	270,353	99.99%

表2 「主たる診療科」が欠損しているレコードの診療科パターン数とレコード数

診療科数	パターン数	パターン数の比率	レコード数	レコード数の比率
4	1,473	15.49%	111,425	47.62%
5	1,766	18.57%	66,969	28.62%
6	1,670	17.56%	31,780	13.58%
7	1,330	13.98%	12,481	5.33%
8	977	10.27%	5,142	2.20%
9	751	7.90%	2,452	1.05%
10	516	5.42%	1,562	0.67%
11	337	3.54%	886	0.38%
12	229	2.41%	538	0.23%
13	175	1.84%	358	0.15%
14	116	1.22%	169	0.07%
15	90	0.95%	112	0.05%
16	39	0.41%	52	0.02%
17	21	0.22%	24	0.01%
18	8	0.08%	13	0.01%
19	5	0.05%	5	0.00%
20	4	0.04%	7	0.00%
21	2	0.02%	2	0.00%
22	3	0.03%	3	0.00%
合計	9,512		233,980	

表3 「主たる診療科」が欠損しているレコードでの診療科の組み合わせ（上位15種類）

	内科	心療内科	呼吸器科	消火器科	循環器科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	神経科	神経内科	外科	整形外科	形成外科	美容外科	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管	小児外科	産婦人科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	気管食道科	皮膚科	泌尿器科	性病科	肛門科	リハビリ科	放射線科	麻酔科	全科	その他	不明	診療科目数	人数
1	1		1	1	1			1																										5	21,379		
2	1		1	1	1																													4	17,635		
3	1		1	1	1			1																					1					6	9,281		
4	1		1	1	1																								1					5	6,009		
5	1			1	1			1																					1					4	5,577		
6	1			1	1			1																					1					4	4,751		
7												1	1													1								4	2,723		
8	1							1				1														1								4	2,562		
9	1			1	1																								1					4	2,307		
10				1	1							1	1																1					4	2,307		
11				1	1							1	1													1								4	2,277		
12	1							1																		1								4	2,157		
13	1											1														1	1							4	2,101		
14	1			1	1			1																					1					5	2,099		
15	1							1				1																						4	2,051		

## 医師の属性と仕事満足度の関連についての分析

分担研究者 康永 秀生（東京大学医学部附属病院企画情報運営部 助手）

### 研究要旨

医師の仕事満足度を高めることは、医療の質の向上という観点から重要である。本研究は、医師の総合的な仕事満足度を計測し、医師の属性との関連を明らかにすることを目的とする。2006年11月15日～11月23日にインターネット・アンケート調査を実施し、153名の医師から有効回答を得た。年齢、性別、勤務形態、従事する診療科、勤務地域の規模、仕事満足度および所得満足度（7段階 Lickert Scale）が質問された。開業医および200床未満病院の勤務医と比較して、200床以上病院および大学病院の勤務医の方が、仕事満足度は有意に低かった。多重回帰モデルを用いたパス解析では、「勤務形態→所得満足度」、「所得満足度→仕事満足度」、「勤務形態→仕事満足度」および「診療科→仕事満足度」に有意な因果関係を認めた。今後の課題として、医師の満足度の内容をさらに多重的な尺度を用いて解明することが重要と考えられた。

### 分担研究者

今村 知明（東京大学医学部附属病院企画情報運営部助教授）  
井出 博生（東京大学医学部附属病院企画情報運営部・助手）

### A. 研究目的

洋の東西を問わず、かつて医師という職業は、困難だがやりがいがあって、社会的に有用で、人々の尊敬を集める聖職であった(1)。しかしいまや、患者の権利意識の向上、医療事故の顕在化などもあいまって、患者の医師に対する信頼は次第に薄れ、医師はかつてほど尊敬されなくなった。これは米国でも同様である(2)。かつて医師は、患者のために献身的・自己犠牲的に働きとおすことが美德とされ

てきた。しかし医師も生身の人間であり、報われない過重負担は避けたいと感じ始めている。例えば、胸部外科医が自らの待遇改善を公然と訴えるようになった(3)。とくに医師のQOL(quality of life)が低い診療科は、医学部新卒者に忌避されるという事態にもつながっている。医師の需給バランス不均衡、すなわち診療科の偏在、地域の偏在なども、医師の処遇に関連していると考えられる。

医師の仕事満足(physician job satisfaction)の低下は、患者ケアの質低下につながる可能性も示唆されている(4)。医師のやりがいや仕事の満足度を高めることは、医療の質の向上という観点からも必要である。そのためには、医師の仕事満足度を定量し、それに影響を及ぼす背景要因を分析