

病院にとってたいへん厳しい経営環境となっている。2008年の時点で人口10万に存在する病院数の平均は、精神病院1療養型病床のみの病院1、療養型混在の病院3、一般病床のみの病院は2に過ぎない。1万回の残り2000の退院を療養型混在の3、一般病床のみの1、42病院が奪い合うこととなる。1万回の退院患者から在院15日で逆算すると急性期に必要な病床は500程度となる。現在診療所も含め、1380床あることから病院間の競合の厳しさや機能集約化の道のりの長さがみてとれる。

### (3) 医療資源からみた4つの地域分類

資源と人口規模によって日本の地域を分類すると、資源が豊かでアクセスも自由な「大都市」、三次医療までの資源をセットで持ちうる「地方中核都市」約100ヶ所、そして二次医療の資源を支えるのでも人口の少ない「地方中小都市」と「郡部地域」の4ヶ所に分類できる。郡部の定義は難しいが、5万人以下の市町村は約1900の全数のうち約1200ヶ所ある。

これらを含む二次医療圏を4分類すると、2009年で「大都市」28ヶ所平均130万人、「地方中核都市」77ヶ所平均60万人、5万人を分割点にした場合、「地方中小都市」110ヶ所平均27万人、「郡部地域」は133ヶ所平均10万人である。「大都市」では地域中核病院も数的に多く、3次医療機能をも担っている(図28)。「地域中核都市」は人口当たりで計算すると平均6ヶ所の地域中核病院を持ちうる人口を有し、従って3次医療機能をカバーする病院の数は十分である(図29)。

「地方中小都市」や「郡部地域」では1~2の地域中核病院を持ちうる需要の人口しかない(図30)。

3次医療機能は1つの病院ですべてを持ちうる時代は終わった。2次医療機能を有する地域中核病院の中でその上に得意な3次機能を有するという構造となっている(図31)。がん、循環器疾患など「疾病別ケア」、救急回復期など「病期別ケア」、小児婦人科など「年齢性別ケア」など分類法によって数も異なるが、「地方中核都市」であれば保有しうる病院数3~8あれば各病院がそれぞれ複数の3次機能を持つことにより、地域に必要なほぼすべての3次機能のパッケージを保有しうる。「地方中小都市」では地域中核病院数が少なく、保有しうる3次機能も限られたものとなる。つまり残りの3次機能は近隣の「地方中核都市」に頼らざるをえないのである。

いや「地方中小都市」では、唯一つの地域中核病院でさえも存続があやういかもしれない。というのも多くの「地方中小都市」では人口に見合ったしっかり資源を投入し、一定の病床を持つ地域中核病院が計画的に設立されているのではない。また私的病院は個人の意志で資本投下されてきたし、自治体間の見栄で中途半端な100~200床の公立病院が建てられ、十分な急性期病院機能を持たない例も多い。「郡部地域」では1つの中核病院も支えられない人口規模の二次医療圏も存在する(図32)。

今、医師の引き上げにより病院崩壊や地域の医療崩壊が起きているのは、この「地方中小都市」が中心である。ここに病院の集約等の手法で十分な資源と一定の規模そして需要に見合った機能の地域中核病院を、構築または再構築あるいは確保することが崩壊を防ぐために必須である。

## 4. 医師の偏在

### (1) 地域偏在

地域格差は日本の場合、その偏在を改善するために1970年代に閣議決定による1都道府県に1医大を設置する政策がとられ、年間2000人強であった医師登録数が1980年代には全都道府県に医学校が設置された結果、年間8000人以上に増加し、1980年代には基本的には医師養成の目標数は達成されたとされ、むしろ医師過剰が懸念されるに至った。結果として医学部定員が削減され、1990年代に至り、医師登録者数は年間7000人台に割り込んでいる(図1)。

全国大学病院医局長へのアンケートによると、1990年代医師過剰感が多かったのに比し、2000年以降医師偏在むしろ医師の不足感に転じている(図2)。そして2004年の新しい卒後初期研修制度の導入により2年間で1万6000人の医師労働力が市場から奪われた結果、病院を中心に医師不足が露呈し、更にその結果として過重労働のゆえに病院を辞め、開業する医師が増加し、医師の病院から診療所への移動が問題となっている(図3)。

また近年、若年医師の専門医志向が強まり、医療研究者不足が懸念されている。これまでも大きな問題であった都市と郡部の格差においては、これまで地方の大学病院医局を通していわば強制的に人員派遣されていたような郡部も、新しい初期研修制度の発足と共に医局の労働力が不足し、医局の派遣先からの引き上げによって急激に医師不足が進行した。

医師数以前に、郡部・僻地では人口そのものが急激に減少し、いわゆる65歳以上人口が半分以上を占める限界集落が増え、全国で5000とも7000ともあると言われている。市町村合併により人口当たり医師数は、市町村単位では一見確保されているように見えるが、市町村内における限界集落等の僻地では、厳しい医師不足が想定される。

### (2). 医師偏在と地域特性

日本の医師の偏在の原因と対策を考える際に、実は地域特性に分けて分析せねばならない。

#### 1) 都市部

都市部はオーバーオールで人的資源は恐らく過剰で、局地的、すなわち産婦人科や小児科で不足している。両科共に社会問題化しているのは救急医療における接点である。しかし、元来この地域には資源が多く、適切な対策によって改善可能と考えられる。ただ長期的には

外科系の人材不足が深刻になることが懸念される。

しかし、3次の救命救急においては充足していると考えられ、むしろ2次救急に小児科の軽症患者のような1次医療対応の患者があふれ、パンクしていると考えられる。2次医療は多くの場合、人口の多い院内の当直医師で当たることが多く、院内の仕事との住み分けが必要とされる。

## 2) 郡部

一方、いわゆる僻地、限界集落、無医村はまったく人的資源がなく、元来医療需要も少ないので一揃えの医師を常時確保するという政策は難しく、長年の課題であった。恐らく幅広い様々な政策を組み合わせた対策が必要で、例えば限界集落から地方都市への住民の移住、ドクターヘリの整備、あるいは救急車の配置、さらにはその他の生活機能、郵便物や食料等の運搬と合わせた巡回サービスの提供等である。これらの地域は前述のごとくますます増加すると考えられる一方、他の僻地支援の政策の組み合わせでしか問題解決しないので、一定の成果は期待されるといえよう。

## 3) 地域中核都市部

県庁所在地等の地方中核都市では、人口当たりに換算するとむしろ大都会より豊かな医療資源が存在し、今のところ全体的にはバランスがとれているといえよう。しかし都市と同様に小児科・産婦人科等での医師不足は否めず、また長期には外科医の不足が懸念される。医療政策の範囲を超えるが、長期的に地方都市が生産性の向上や教育設備の充実等その地方の独自の文化や産業を再興しない限り、じり貧となって現在の医療需要を支えられなくなる可能性はある。そこでは、産業、教育、治水、農業等の総合的な政策が求められるといえよう。

## 4) 地方中小都市部

現在最も厳しい状況に置かれているのは、地方中核都市周辺の中小都市である。元来人口が少なく、医療資源が限られているにもかかわらず市町村の組長の意向で中途半端な病院をつくり、その赤字を税金でなんとか維持してきた。その医師が引き上げられたので、一挙にその地域の医療崩壊が生じているといえよう。今後の日本の著高齢社会においては、引き続き問題となる課題で、最低2次医療圏単位で場合によっては複数の市町村が医療を支えて

いく必要があり、医師の確保もその単位で考えていく必要があるといえよう。そこでは恐らくその地域に絶対必要な診療科や診療機能を考え、さらに高度で高価な医療機能は近隣の地方中核都市に仰ぐという考え方が必要で、むしろそのための道路網の整備等に資源を使うべきと考えられる。また、元来どうしても必要な医療機能については、税金を導入してでも維持する必要があるといえよう。

#### (4) 地域医療システムとガバナンス

上述のごとく「地方中小都市」は単独ないしは複数の地域中核病院を支える人口しかなく、しかも需要を超え、規模及び範囲の経済を満たさぬ中途半端な中核的病院が存在することも多く、そこが病院崩壊の焦点として地域医療崩壊のトリガーとなっているとすれば、二次医療が完結する圏域全体でもう一度需要と供給を捉え、システムを設計し直す必要がある。その際、規模及び範囲の経済を満たす中核的病院を医療システムのハブとして最低1つ、可能なら複数想定する必要がある。二次医療の圏内での一応の完結を目指すなら、その上でその地域に最低限必要な3次医療機能を地域特性に合わせて選択し、需給が充分でない場合は近隣の「地方中核都市」での確保をアクセスの充実によって担保する必要がある。

この作業には漠然とした2次・3次医療機能を想定するだけでは不十分で、「疾病別」「病期別」「性・年齢別」の医療需要と医療機能を丁寧に分析し、既存ないしは新設の医療施設がそれぞれどのような機能を担うか効率性や技術集積性、つまり採算や医療の質を勘案して選択することになる。この際、効率や質とアクセスはトレードオフの関係にあり、地域住民への公平性、そして住民の理解が必要となろう。実際の作業には、まずその地域の需給のデータが必要であり、その結果を供給側と共有し、1つ1つの機能の分担について納得してもらうプロセスである。

しかし日本の病院の設立主体は多岐にわたり、国約300自治体、約1000、公的及び保険関係約420、他法人約900、そして医療法人や個人の私的病院が6200あり、7割を占める。しかし急性期の地域中核病院は、国・自治体など公的設立が大半を占め、急性期病院でも多くを占めていた。逆に医療法人等の私的病院では療養型病床を有する病院、即ち福祉施設的機能の病院が多い。人口10万にすると、国公立病院が約1ヶ所、私的病院が5ヶ所あり、前者が急性期中核的病院、後者が長期の福祉的病院である例が多いが、地域によっては私的病院が急性期中核病院の機能を担っている場合もある。

このように地域での役割分担の再配分を行うに当たっては、各種の設立主体間の調整が必要で、前述のごとく複数の市町村調整で主要な役割を果たすべき行政主体にもまたがる例が多い。地域での非効率や質安全の問題がありながら放置されてきたのは、データを集めにくい、分析が難しいという以上に、このような分母（地域の行政主体）、分子（病院の設立主体）の問題が大きいといえよう。

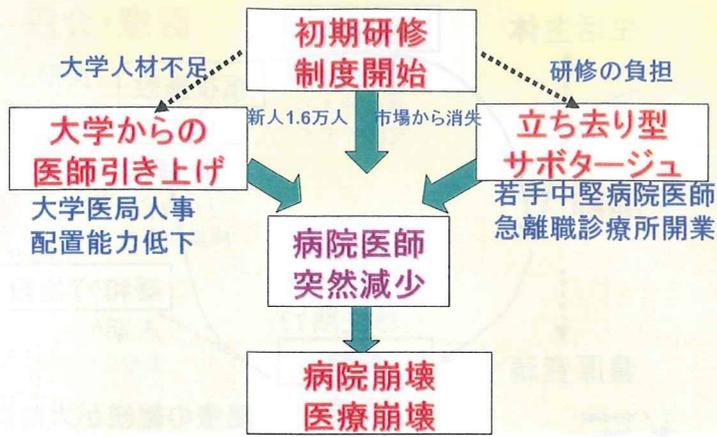
英国のように地域ベースの国立医療システム（NHS）があり、予算も設立も国で統一されている場合、このような調整は容易かもしれないが、日本の場合は、新たな地域医療システムのガバナンスを確立する必要があるといえよう。ガバナンスの守備範囲は、地域の医療機能の同定と計画と調整、そしてそれを形にするキャピタルインベストメントの計画と実施、そしてその経営、つまり資源、例えば医師等の人的資源や財源の確保さらには算出の質、安全効率の追跡にまず及ぶ。近年、医療費は病院で収支割れを起こしており、何らか補助金を必要としているから財源の負担は大きな課題である。また、施設を超えた地域全体システム経営ノウハウもまた開発途上であるといえよう。これまでに無い行政手法が必要となる。

ないないづくしの中でも、1 課題ずつ知恵を出し押し進めて、医療システムの最も脆弱な部分から再構築していかねば日本の医療の未来はない。

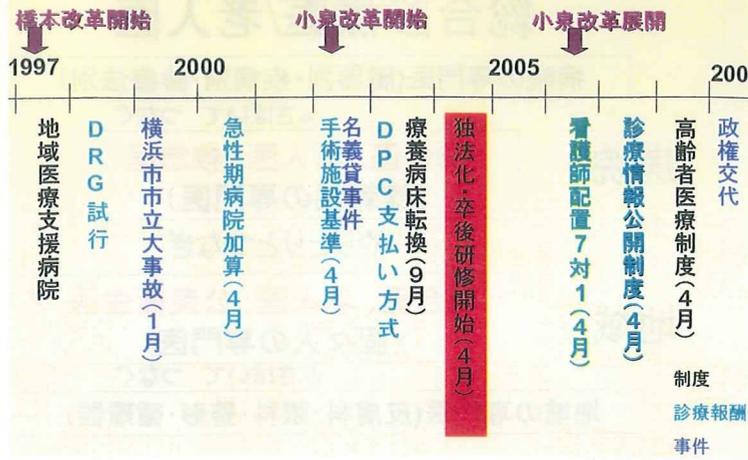
#### 4. 総括

近年、突然現れたように見える日本医療システムの不全の兆候を短期的及び中長期的に分析し、その原因がここ数十年の世界的な医療の標準化、システム化の流れに対応してこなかった「日本の医療システムの適合不全」によると診断した（図 33）。日本の従来の医療システムは個々の匠の技に、そしてその個人的努力に依拠し、従ってその犠牲の上に一見有効な医療を生み出してきた。しかし、これから人類未曾有の超高齢社会に人類史上最初に直面し、短期間で一挙に、「高齢化による需要増、需要の質的变化」「経済の低迷に対応したシステム化」「国民意識の変容、期待増への対応」「従来の機能の未分化性からの脱却」「若年医療労働者の労働観の変容への対応」など、多数の変数を同時に解いていかねばならない（図 34）。恐らく医療界の中ではなく、社会全体の観点に立つ新しい叡知が必要で、同時に地方都市での医療を軸としたまちづくりなど具体的で斬新な実験が必要なのではないだろうか。

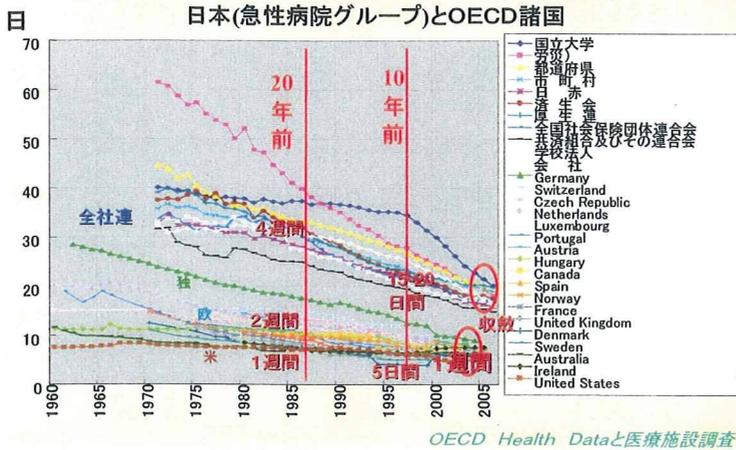
# 医療崩壊の契機



# 政策と事件の歴史経緯



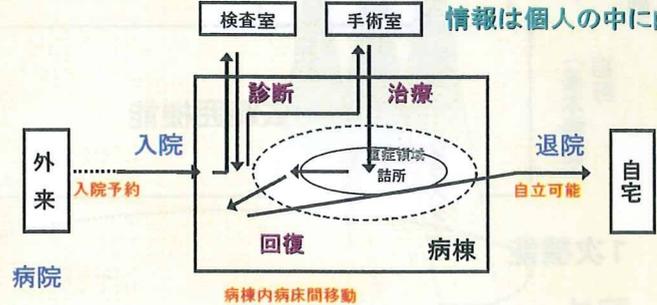
# 平均在院日数変化1985-2006



患者-医療者  
1対1の関係  
病棟内継続

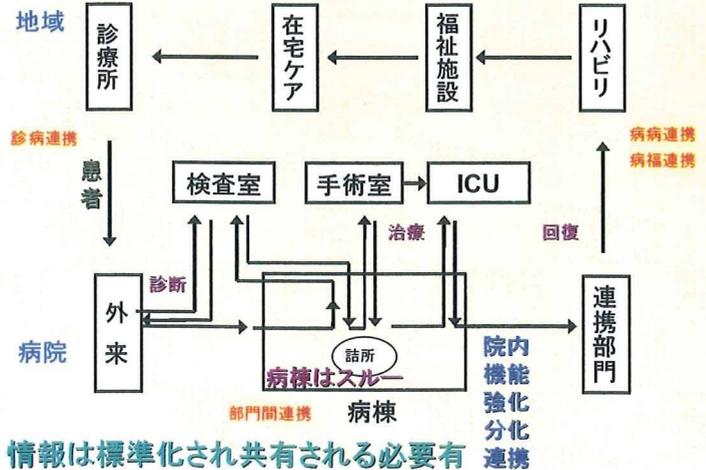
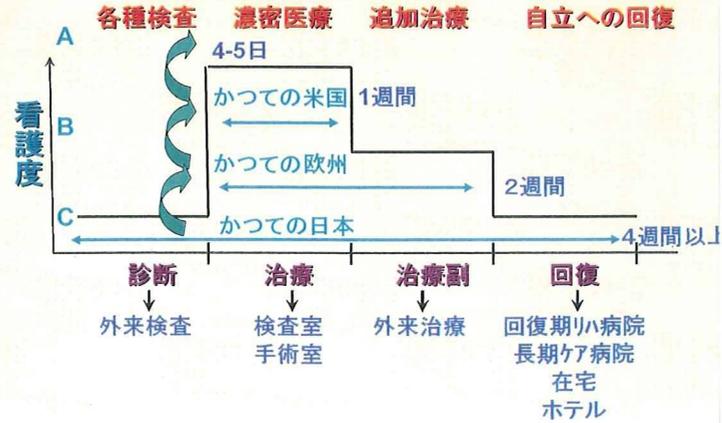
練度の高い医療者  
「匠の世界」  
「看護の原風景」

長い在院日数  
機能未分化  
ラポート良好  
情報は個人の中に内包



# 治療の場の転換と在院日数

## 急性期病院国際比較過去20年間



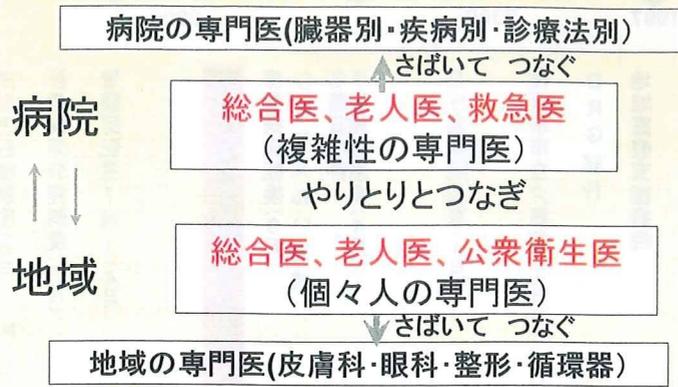
# 医療マネジメントの必要性

	1950	1975	2000
		医療高騰	質安全の関心
要素技術 技術革新	×	×	×
	第一次 費用対効果高	第二次 診断中心	第三次 技術成熟化 これから
医療革命	×	×	×
	第一期 拡張期	第二期 抑制期	第三期 評価期
医療制度	社会保障充実	医療計画	制度改革

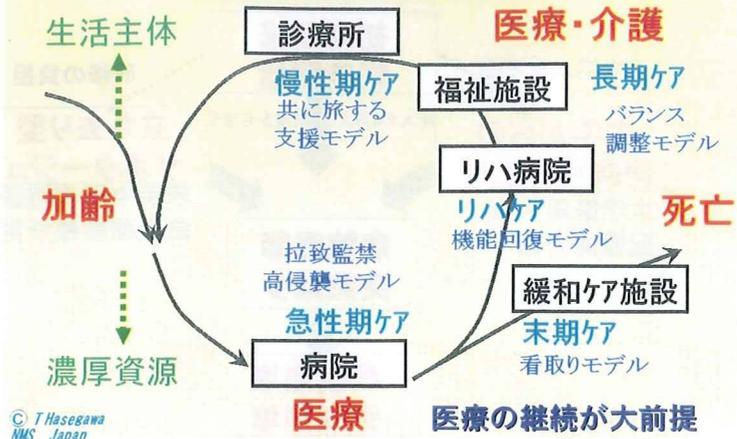
# 人口将来推計年齢別



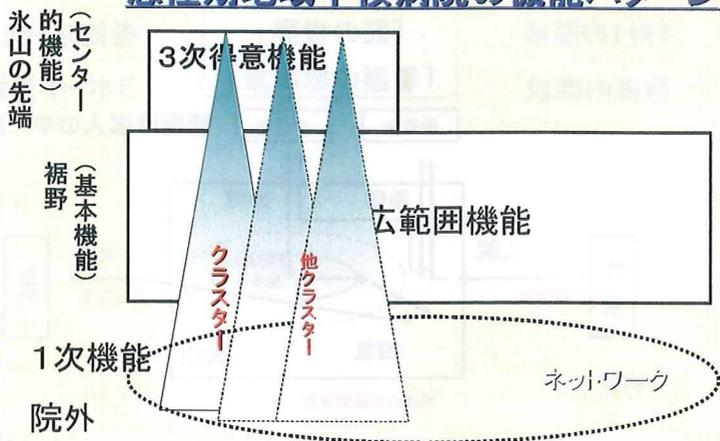
# 総合診療医/老人医



# 高齢者に必要な5つのケア



# 急性期地域中核病院の機能パターン



---

---

# 医療資源や地域特性に対応した 日本の4つの地域類型の研究

---

---

## 1. 研究の目的

医師の需給は、医師そのものの数のみが生問題となるだけではなく、医療連携などによって、存在する医療資源でどのような医療サービス供給体制を作っているのかが極めて重要である。しかし、地域によって利用できる医療資源の量は一定ではなく、存在する医療資源によって異なる医療供給体制システムを構築していかなければ、医師不足の問題は解決することはできないだろう。

そこで、本稿においては、日本全国の二次医療圏を都市機能や人口サイズから4類型に分類し、その類型に基づいてそれぞれの医療資源の現状を把握しその問題点を分析する。

4類型とは、大都市型、地方都市型、中小都市型、郡部型の4つである。

## 2. 研究の方法

2009年を基準年とし、2009年の市区町村データをもとに、人口推計、国土地理院データ、医師・歯科医師・薬剤師調査（2008）を連結して全国の市区町村のデータベースを作成した。さらにそれを各市区町村が所属する二次医療圏で集計して、二次医療圏のデータベースを作成した。

市区町村データベースを作る際に、医師数は2008年のものを使用し、都市人口データや

面積などは2009年のものを使用している。この間市町村合併などの影響があるが、市区町村の単位は2009年度のものを使用し、それ以前は全て2009年の市区町村単位に合うように合計している。

二次医療圏を4類型に分割する時の基準は、第1型（大都市型）：13大都市を含む二次医療圏、第2型（地方都市）：中核都市、特例市、県庁所在地を含む二次医療圏、第3型（中小都市）：第1、2型以外の人口7万以上の都市を含む二次医療圏、第4型（郡部）：その他の二次医療圏、と分類した。

### 3. 研究の結果

4類型それぞれの二次医療圏数は、第1型22、第2型83、第3型127、第4型116であった。それぞれの人口総数は第1型3005万人、第2型5241万人、第3型3440万人、第4型1088万人で、人口密度はkm<sup>2</sup>あたりそれぞれ、2448人、647人、232人、83人である。医師総数は84741人、110665人、59844人、16647人、人口10万人対医師数は282人、211人、174人、153人であった。表1はこうした基本属性を4類型ごとにまとめたものである。特に目を引くのが人口構成であり、65歳以上年齢人口は第1型で低く4型で高い。第4型では、慢性期の医療需要が高いことが予想され、それに応じた医療供給体制の準備が待たれる。

表1：4類型の基本属性

行ラベル	人口総数	15歳未満人口割合	15～64歳人口割合	65歳以上人口割合	一般世帯数	核家族世帯割合	単独世帯数割合	65歳以上の高齢単身者世帯割合	総面積	可住地面積
1	30057377	12.5%	68.5%	18.1%	13155673	54.1%	38.7%	8.6%	12278.84	5996.77
2	52405507	14.3%	66.5%	19.2%	19547139	60.4%	27.0%	7.5%	80962.58	33459.73
3	34398978	13.9%	64.4%	21.5%	12377105	58.4%	25.1%	7.6%	148006.65	49340.02
4	10876173	13.6%	59.7%	26.6%	3859638	56.1%	24.0%	10.4%	131178.38	32235.8
総計	127738035	13.7%	65.8%	20.2%	48939555	57.8%	29.4%	8.1%	372426.45	121032.32

表2は人口10万人対診療科別医師数を見た時に、第1型地域と第4型地域で差が大きな

診療科上位 10 科を選んで表したものである。上位 10 位に入る診療科は、気管食道外科、美容外科、リウマチ科など専門分化した科が多いのであるが、救急、産科など基本的な科も上位にランクされている。特に産科に関しては、近年、不足を問う声が強くなっており、地方における不足問題が深刻であることが推測される。」

表 2：第 1 型と第 4 型の差が激しい診療科上位 10 科

	第1型	第2型	第3型	第4型	全国	地域1/地域4
気管食道外科(主たる)	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	-
美容外科(主たる)	0.8	0.3	0.1	0.0	0.3	91.91
血液内科(主たる)	2.5	1.5	0.9	0.3	1.5	8.97
救急科(主たる)	2.3	1.6	1.2	0.3	1.5	8.67
臨床検査科(主たる)	0.4	0.3	0.2	0.1	0.3	8.14
産科(主たる)	0.5	0.3	0.2	0.1	0.3	7.91
リウマチ科(主たる)	1.4	0.6	0.4	0.2	0.7	6.81
乳腺外科	1.3	0.7	0.4	0.2	0.7	6.63
肛門外科(主たる)	0.5	0.4	0.2	0.1	0.3	6.60
糖尿病内科(代謝内科)(主たる)	4.1	2.2	1.4	0.7	2.3	6.27

表 3：第 1 型と第 4 型の差が少ない診療科上位 10 科

	第1型	第2型	第3型	第4型	全国	地域1/地域4
循環器内科(主たる)	0.1	0.2	0.4	0.9	0.3	0.08
呼吸器内科(主たる)	0.1	0.2	0.3	0.6	0.2	0.13
全科(主たる)	0.2	0.1	0.2	0.5	0.2	0.45
外科(主たる)	14.8	12.7	12.4	14.1	13.2	1.05
内科(主たる)	56.9	46.9	44.9	52.4	49.2	1.09
精神科(主たる)	12.0	10.8	9.6	9.0	10.6	1.33
整形外科(主たる)	18.0	15.3	13.1	12.6	15.1	1.43
泌尿器科(主たる)	6.1	5.1	4.0	3.8	5.0	1.60
脳神経外科(主たる)	5.8	5.2	4.5	3.5	5.0	1.63
産婦人科(主たる)	10.1	8.1	6.2	5.6	7.8	1.80

表 3 は逆に第 1 型と第 4 型の差が少ない診療科上位 10 科である。医師の絶対数の少ない科は除いて考えると、外科、内科、精神科のような基本的な診療科医師数には地域による大きな違いは認められない。また 10 位に産婦人科が入っているが、このデータからは分娩を扱っている医師かそうでないかは判別できない。

#### 4. 考察

都鄙の違いによって医師数は大きな偏りを見せている。第1型、第2型は連携を促進することで医療資源を融通することが可能であり、第4型はへき地医療などの対策が行われているが、第3型が最も医師不足が顕在化する可能性がある。特に医師不足が叫ばれる科では、救急や産科の都鄙間格差が大きい。救急の整備は地方においてもなされるべきであるが、あらかじめ入院時期が予想される参加などは、都市部に医療施設に対するアクセスをどう保障していくかが課題となるだろう。

**結論：**都市機能や人口サイズから二次医療圏を類型化すると、それぞれに大きな医療資源の偏りがみられる。連携をとれない地域への対策が必要となろう。

二次医療圏	医師数	病床数	人口	医師/人口	病床/人口
1	100	1000	100000	1/1000	1/1000
2	200	2000	200000	1/1000	1/1000
3	300	3000	300000	1/1000	1/1000
4	400	4000	400000	1/1000	1/1000
5	500	5000	500000	1/1000	1/1000
6	600	6000	600000	1/1000	1/1000
7	700	7000	700000	1/1000	1/1000
8	800	8000	800000	1/1000	1/1000
9	900	9000	900000	1/1000	1/1000
10	1000	10000	1000000	1/1000	1/1000

医師数と病床数の増加に伴って、人口あたりの医師数と病床数も増加している。これは、都市部の医療資源が地方に比べて豊富であること、また、地方では医師や病床の確保が難しいため、都市部に依存していることを示している。この結果から、地方の医療資源を充実させるためには、医師や病床の確保が重要であることがわかる。

### 3. 女性医師の労働実態把握

---

---

# 男女医師の就業場所と就業率の分析

---

---

## 目的

医師は卒業後どのような場所でどのように働くか、とりわけその就業率は医師の将来推計のためにきわめて重要な基本的分析となる。とりわけ男女別の就業率や就業場所の推計のための重要な要素となる。更に就業率を生命表と比較し就業状態を分析することにより医師の離職の状態を把握することができる。また、一般人との比較は特に女性の場合、今後の動向を把握するのに必要となる。

## 方法

就業率の分母は各年度毎に医籍に登録された医師数を用いた。分子は各卒業年度毎の医師数を用い、更に就業行場所の分析を加えた。一般人との比較には労働力調査を用い年齢階級別の過去からの就業率の歴史的推移を抽出した。特に出産可能時期の女性の就業率を一般人と女性医師で比較検討した。最後にコホート生命表を用い25歳における各年の生存者数(1x)を抽出し出生年毎に分母として用いた。分子としては2008年の生存者数(1x)を出生年毎に抽出した。これらを割り出すことにより出生コホート毎の2008年における年齢別生存率が算出される。これを男女の医師の就業率と比較した。

## 結果

### (1) 基礎的統計

医学部入学定員は1960年代まで約3000で女性の占められる率は10%以下であった。その後新設時代の増加と共に1.8000を超え、1980年頃には1万人を超え、その後一時期検討委員会の提言により80年代の後半から次第に減少し2006年以降は医師不足の政策提言から増加に訂している。その間女性の入学者割合は10%から1998年頃までに33%に増加し、2000年ごろまでには一定となっていたがその後減少傾向になり23%と医籍登録者数はほぼ入学定員の推移を追っており従って女性の割合も同様となっている。医籍登録した女性の割合はほぼ6年間遅れて入学者の割合を追っているが医師数は大きな男性の多い医師全体に少しづつ追加される形で増加の傾向は少ない。その結果入学者に比べると

### (2) 就業率分析

2008年の算出調査を用いた就業率は男女で異なった形態となり女性はいわゆるM字カーブが深い、男性もやはり卒業後10年前後で一度低下の傾向にある。理由は海外留学や研究室など調査票が到達しにくい施設での労働に従事している事が考えられる。男女共に当

初は病院で働き次第に診療所への仕事での従事者が増加して約 30 年後に横ばいとなり 40 年後から低下する。病院から診療所への以降は、女性が男性よりも早い。男女共に卒業の出発点が 0.96 であるのは驚く調査票がすべての医師を把握していない可能性を示唆している。これまでの最高研究によると約数%から 5%までの間で調査の把握がありこの図に示された 4%すべてが就職していないとは考えられない。1992 年から 2008 年まで 16 年間に渡る就業率は男性ではあまり大きな変化を見ていない。しかし女性では特に出産が多い卒後 10 年から出産子育てが多い卒後 10 年から 25 年にかけてこの 16 年間に低下の傾向がある。卒後就業率の推移を卒業後年毎に分析すると 0 年から 10 年に関しては 0 から 3 年に渡ってわずかに上昇を見、4 年から 8 年に渡っては一定で 9 年 10 年でわずかに減少を見ている。しかし 11 年から 20 年ではすべての年齢でこの期間は低下していると言えよう。21 年から 30 年となると比較的安定していると言えよう。

就業率を労働力調査から分析すると女性は男性に比して出生年齢で大きな低下を見、いわゆる M 字カーブを形成している。それを年齢階級別に推移をみると 15 歳から 19 歳では低下して 20 歳から 24 歳では 73 年頃から上昇に転じ 93 年頃から逆に下降している。25 歳から 29 歳については 75 年以降一貫して上昇している。また 30 歳から 34 歳についても同様で 35 歳から 39 歳、40 歳から 54 歳に関してはわずかに上昇の傾向を示している。これらを女性医師と比べると 25 から 29 については女性医師が 90% 台の就業率を示しているのに対し一般人は 75% に留まっている。しかし一般人も増加の傾向にありその意味では女性医師に近づいていると言えよう。女性医師の 30 歳から 34 歳は比較的安定で 35 から 39 でコンスタントに低下の傾向にあり、また 40 歳から 50 歳においても同様の傾向である。その意味では一般人と医師は近づいてきていると言えよう。これらの動向は女性医師と将来を占うに重要な示唆となるが一般人の就業率も上がっているので、度の程度女性医師が下げ止まるかは推測が難しい。

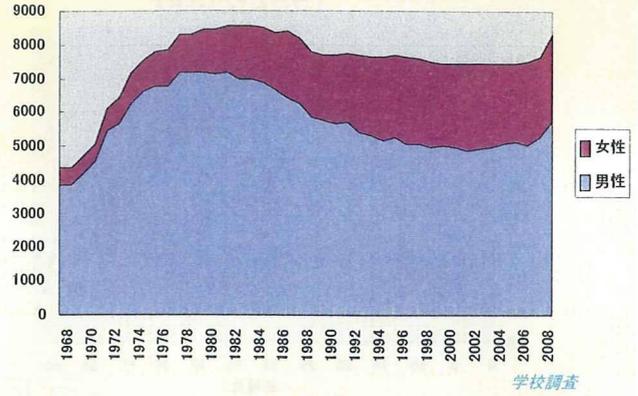
### (3) 生命表との比較

簡易生命表を用いてその生存率と医師の就業率を比較すると生命表の値が就業率よりもかなり高く出る。しかし生命表を用いた場合、就業率の曲線と近似し医師も一般人と生命余後は余り変わらないことを示しているのかも知れない。ただ前術のごとく算出調査でカバーされない医師の数が存在しここではそれを 4% と想定して生命表は 0.96 倍を掛けた値とした。男女共に 60 歳から 65 歳頃までの就業率は生命表によく似た値を示すが女性の場合は 35 歳から 45 歳にかけて出産育児と思われる M 字カーブを示す。65 歳以降は生命表と就業率の差が大きくなり医師が調査不可能な就業場所に異動するか退職するかもしれないか、もしくは一般人よりも死亡率が高いかのどれかによるものと考えられる。女性の場合 70 歳以上でデータに大きな変動が見られるがこれは戦争直後の女性医師の数がうまく把握されていないからだと考えられる。

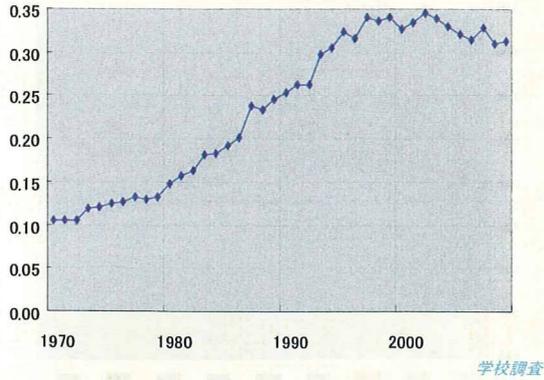
図 10 生命表と就業率の比較 (1) 1992 年調査 (2) 2008 年調査

# 女性割合推移

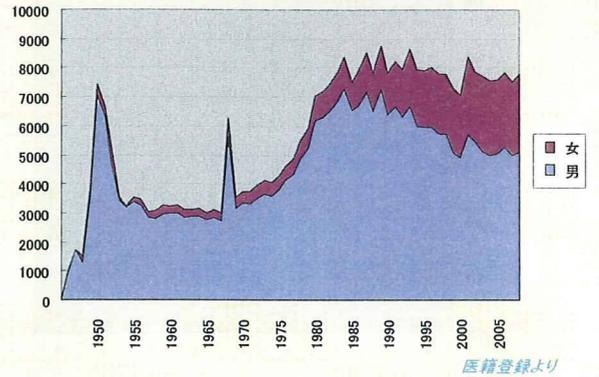
# 入学定員推移



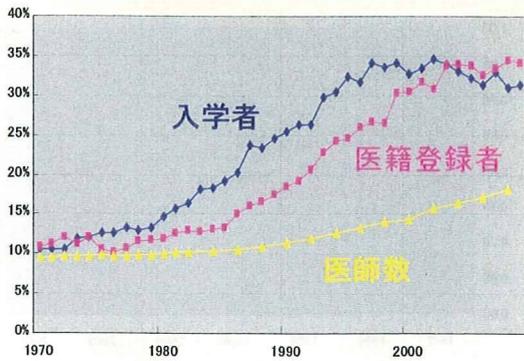
# 女性入学者割合 1970-2009



# 医籍登録者推移 男女別

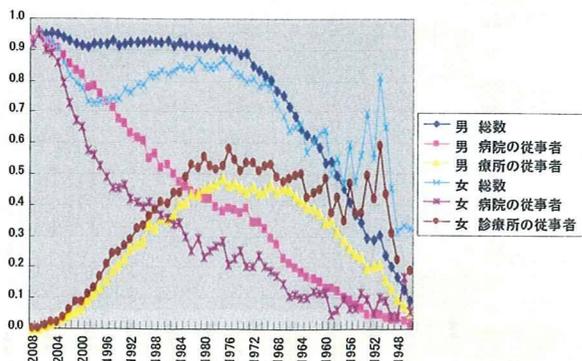


# 女性割合推移

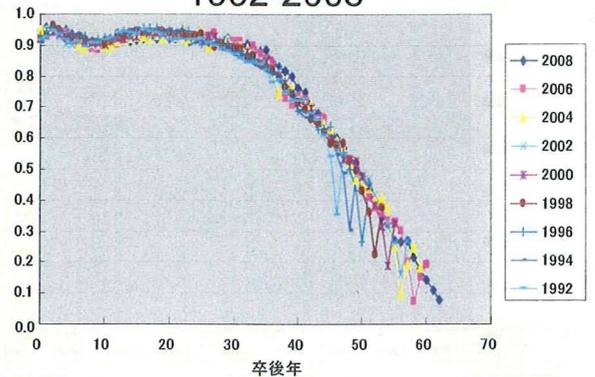


# 就業率

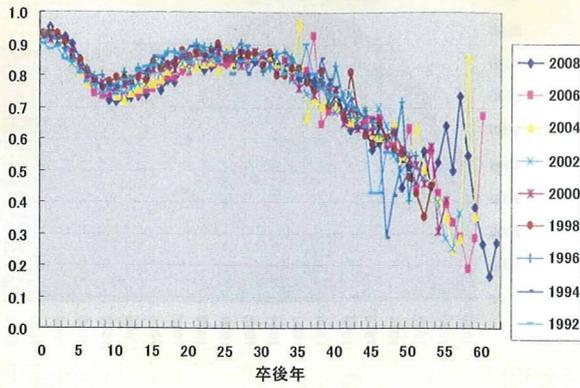
# 就業率と就業場所2008



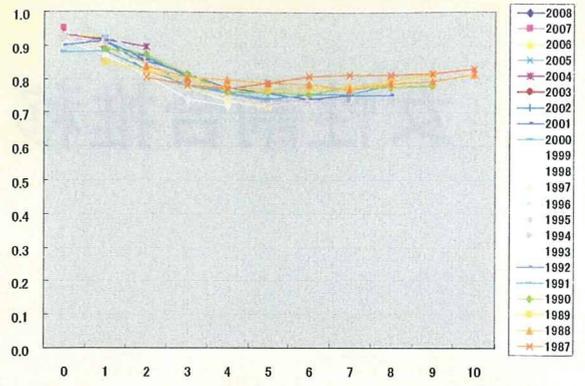
# 就業率推移 男 1992-2008



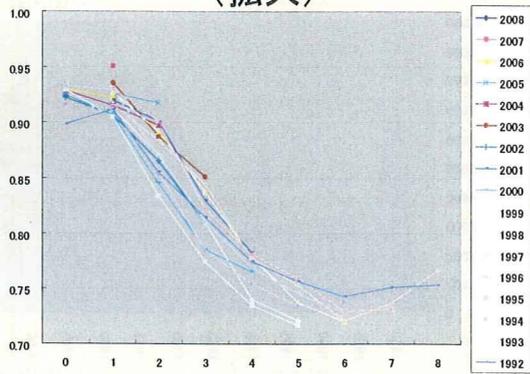
# 就業率推移 女 1992-2008



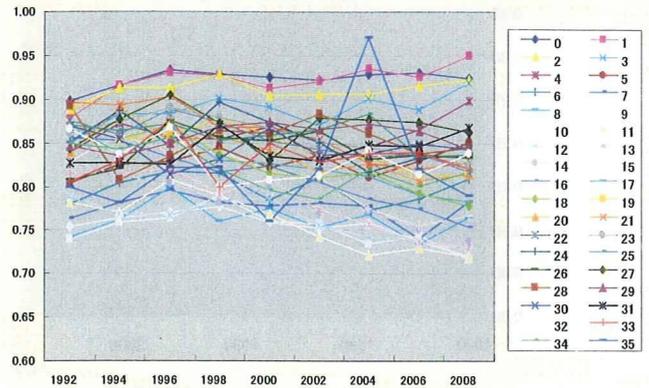
# 女性医師 コホート就業率



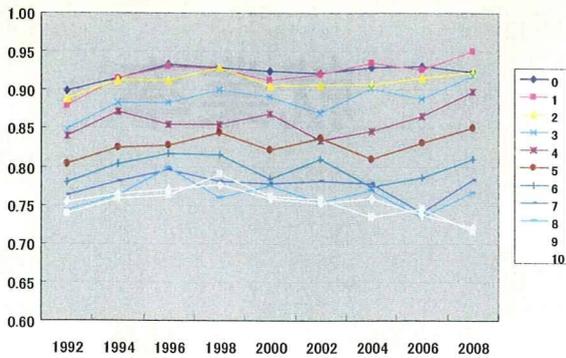
# 女性医師 コホート就業率 (拡大)



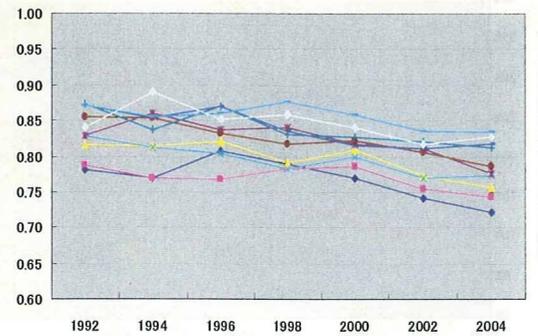
# 卒後年就業率推移



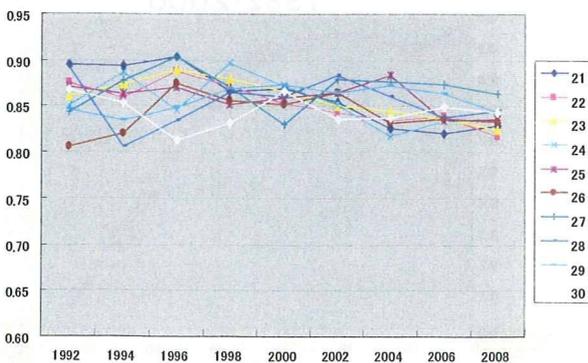
# 0-10年



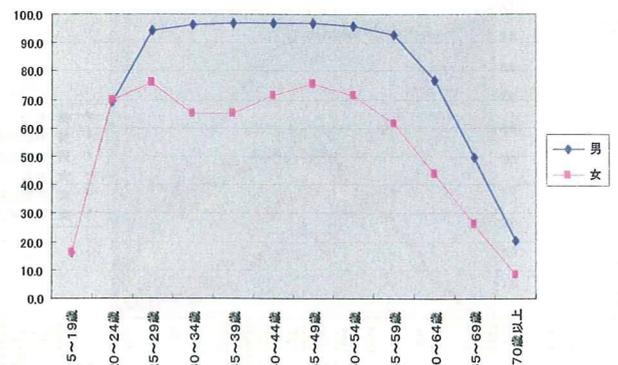
# 11-20年



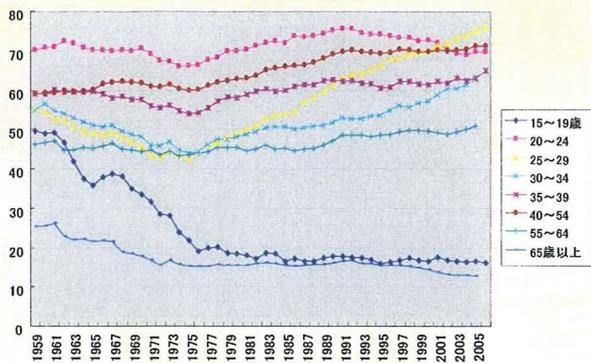
# 21-30年



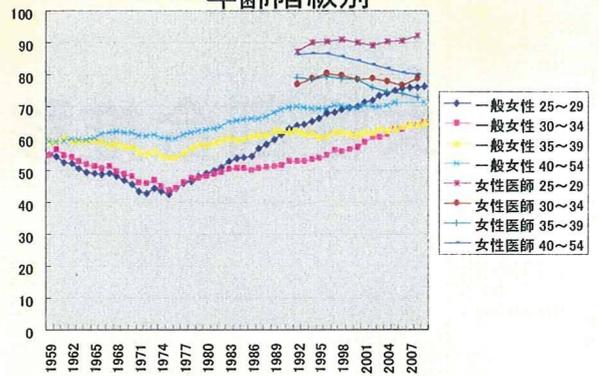
# 一般男女就業率



## 年齢階級別就業率推移 一般女性

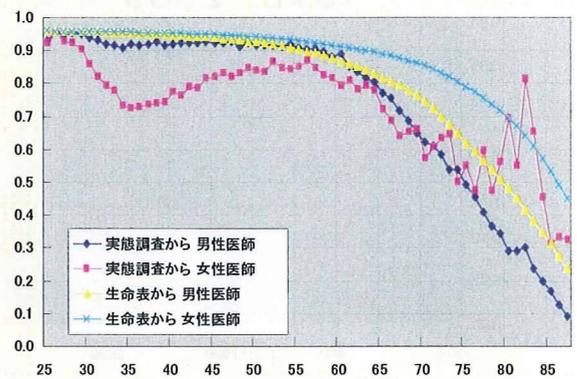


## 一般と医師 比較 年齢階級別



## 生命表との比較

## コホート生命表を0.96倍



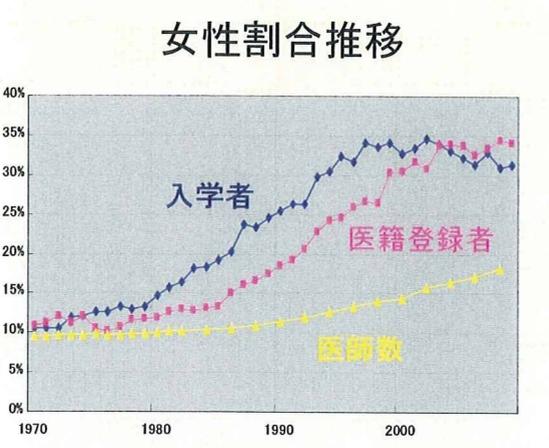
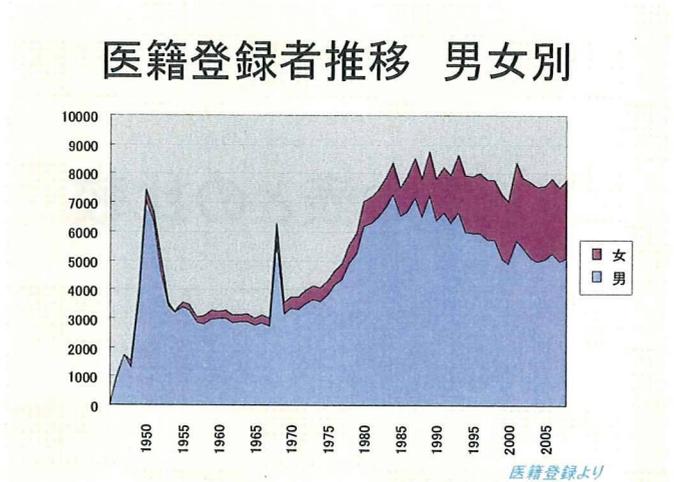
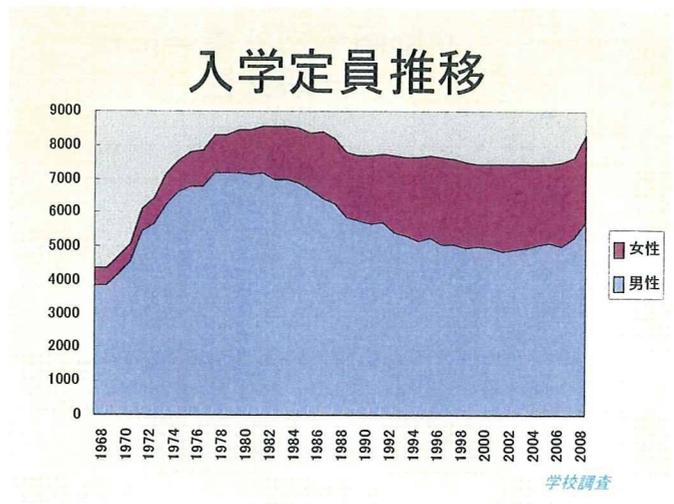
率業就

民 群計率業就

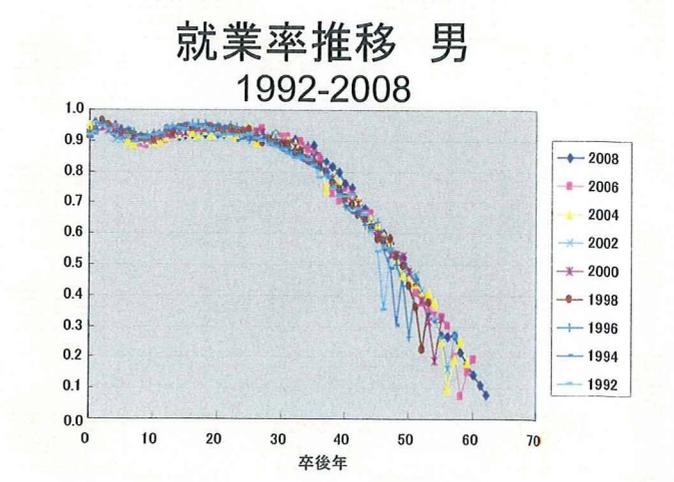
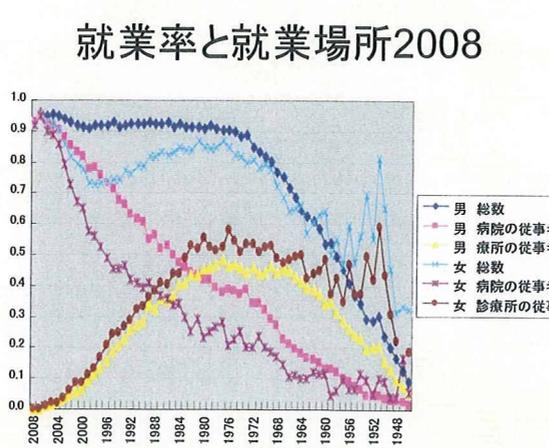
8005-8007

8005計率業就と率業就

# 女性割合推移

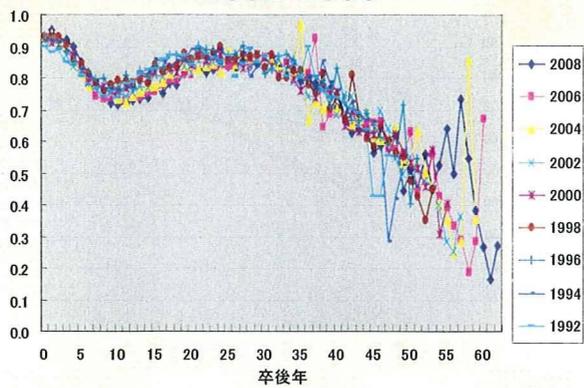


# 就業率

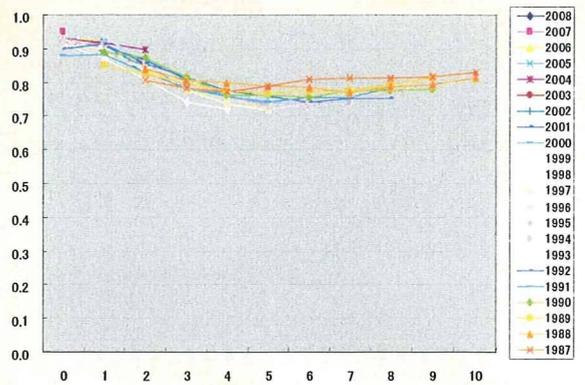


# 就業率推移 女

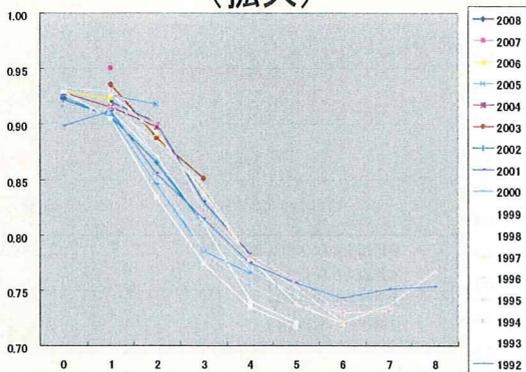
## 1992-2008



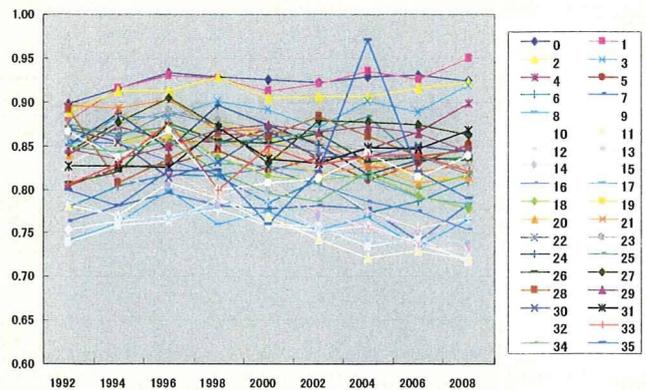
# 女性医師 コホート就業率



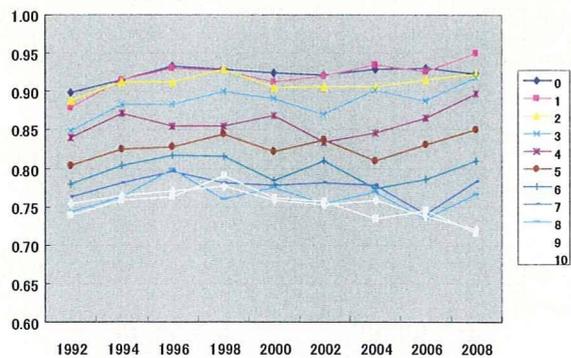
# 女性医師 コホート就業率 (拡大)



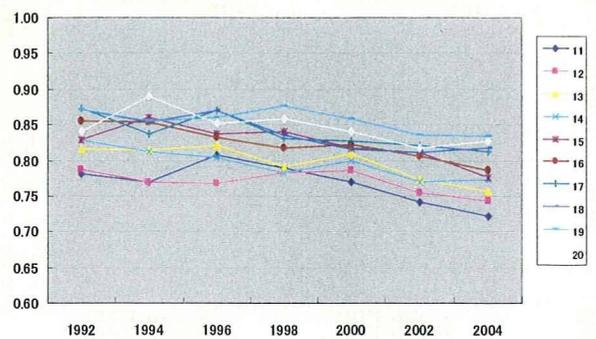
# 卒後年就業率推移



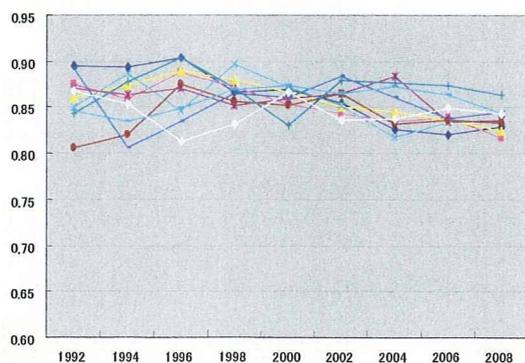
# 0-10年



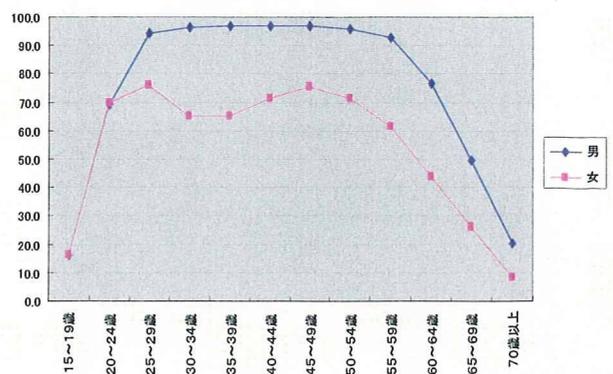
# 11-20年



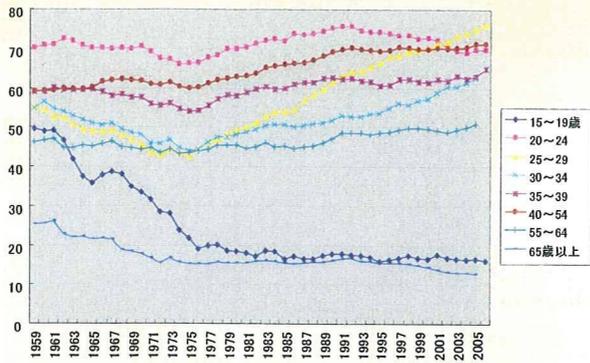
# 21-30年



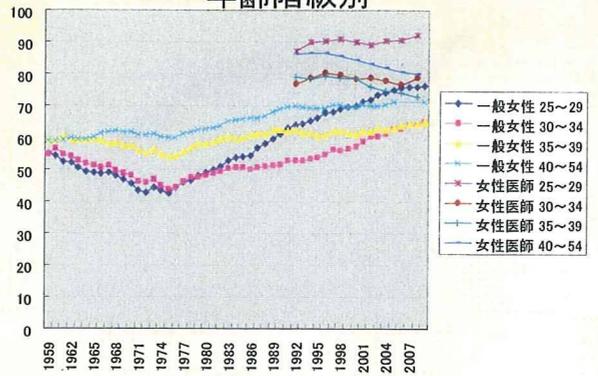
# 一般男女就業率



### 年齢階級別就業率推移 一般女性



### 一般と医師 比較 年齢階級別



### 生命表との比較

### コホート生命表を0.96倍

