
産婦人科—医師の現状と今後に関して —産婦人科医を増やすための日本産科婦人科学会の取り組み—

研究協力者：海野信也 北里大学医学部産婦人科学 教授

【研究の概要】

日本産科婦人科学会の医療提供体制関連の検討と取り組みについて以下の事項を中心に総合的に検討した。

- 1) 2005年以降の産婦人科医療周辺の状況について
- 2) 分娩取扱施設の動向について
- 3) 病院勤務産婦人科医の勤務実態について
- 4) 産婦人科医不足への取り組みについて
- 5) 産婦人科志望者の動向について
- 6) 産婦人科指導者の意識動向について

産婦人科医療提供体制の危機に際しての、日本産科婦人科学会の新規専攻者増加策は一定の成果を上げているが、産婦人科医療提供体制の安定的確保のためには一段の努力が必要な状況と考えられる。

【研究目的】産婦人科医不足は2005年以降に表面化した「医療崩壊」に際して、「分娩施設の減少」による「分娩難民」の発生として社会問題化した。日本産科婦人科学会では「産婦人科医療提供体制検討委員会」「医療改革委員会」等を設置し、産婦人科医療提供体制を確保するための方策を検討するとともに、産婦人科医を増やすための活動を展開してきた。その結果、新規産婦人科専攻医の増加傾向を認める等一定の成果が観察されるようになった。産婦人科と同質の問題は他の診療部門でも認められると考えられることから、産婦人科の取り組みを検討することを通じて、特定診療科の医師不足、偏在の問題の解決策について検討することを目的として本研究を行った。

【研究方法】日本産科婦人科学会（以下「学会」と表記）の医療提供体制関連の検討と取り組みについて以下の事項を中心に総合的に検討した。

- 7) 2005年以降の産婦人科医療周辺の状況について
- 8) 分娩取扱施設の動向について
- 9) 病院勤務産婦人科医の勤務実態について
- 10) 産婦人科医不足への取り組みについて
- 11) 産婦人科志望者の動向について
- 12) 産婦人科指導者の意識動向について

【研究結果】

- 1) 2005年以降の産婦人科医療周辺の状況について：以下に概要を列記する。医療体制に徐々に変更が加わるとともに、産科・救急医療現場での様々な問題がほぼ連続して発生して、それが大きく報道された。産婦人科志望者、すなわち医学生及び初期研修医にとって、それは進路決定の際、非常に大きなインパクトをもっていた。日本産科婦人科学会では、このような問題によって産婦人科専攻医が減少することに対して、重大な危機感を抱き、産婦人科専攻医確保のための方策の検討を行った。その結果、社会問題化していた訴訟リスクの問題以外にも、女性医師の急激な増加の問題、過剰長時間労働の問題等、産婦人科医療提供の持続可能性に疑義が生じるような問題点が見出されることになった。

- 2004年—2005年 臨床研修制度 空白の2年間
- 2005年 日産婦学会理事長制に
- 2005年 政府医師確保総合対策：公的病院における産科・小児科の集約化
- 2005年 日産婦学会 産婦人科医療提供体制検討委員会設置
- 2006年 診療報酬改定：ハイリスク分娩管理加算導入・出産育児一時金 35万円に

- 2006年 福島県立大野病院事件
 - ◇ 院内事故調査・医療事故の刑事立件・医療事故報道のあり方
 - ◇ 医療提供体制の機能不全
- 2006年 「子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点」公表
- 2006年 横浜市 堀病院事件：看護師内診問題
- 2006年 奈良県 町立大淀病院事件：「たらいまわし」報道
- 2006年 産科医療補償制度の導入決定
- 2007年 大野病院事件裁判開始
- 2007年 改正医療法施行：助産所の連携医療機関問題
- 2007年 看護師内診問題一応の決着
- 2007年 産婦人科医療提供体制検討委員会 「最終報告書」
- 2007年 日本産科婦人科学会サマースクール事業開始
- 2007年 奈良県 未受診妊婦死産事例報道：未受診妊婦問題
- 2007年 NICU 長期入院児問題に関する医政局長・雇用均等児童家庭局長通知
- 2008年 厚労省：医師の緊急派遣
- 2008年 診療報酬改定：ハイリスク妊娠分娩管理加算拡大・勤務環境改善策評価
- 2008年 産婦人科診療ガイドライン産科篇 発刊
- 2008年 都道府県：地域医療計画改定
- 2008年 厚労省：「医療安全調査委員会」大綱案
- 2008年 厚労省「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会：医師数増へ
- 2008年 8月20日 大野病院事件福島地裁判決
- 2008年 東京都：母体脳出血事例報道
- 2008年 厚労省：周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会
- 2008年 日産婦学会：産婦人科病院勤務医 在院時間調査
- 2009年 厚生労働省医政局指導課「救急・周産期医療等対策室」設置
- 2009年 産科医療補償制度 創設
- 2009年度予算 産科医等確保支援事業
- 2009年 日産婦学会：医療改革委員会発足
- 2009年 新型インフルエンザ対策
- 2009年 出産育児一時金直接支払制度：出産育児一時金 39万円+3万円に
- 2009年 HPV ワクチン承認
- 2010年 厚労省：周産期医療体制整備指針改定：母体救命救急体制・広域搬

送・NICU増床

- 2010年 診療報酬改定：急性期病院重点評価・勤務環境改善策評価
- 2010年度予算 周産期・新生児医療への重点支援策
- 2010年 日産婦学会 産婦人科医療改革グランドデザイン2010
- 2010年 社会保障審議会医療保険部会：出産育児一時金制度改革についての検討

2) 分娩取扱施設の動向について

(ア) 図1にわが国の出生場所別の出生数の推移を示した。近年では診療所48%、病院51%という状況が続いている。

(イ) 図2に分娩取扱医療施設数の年次推移を示す。診療所、病院とも一貫した漸減傾向を示している。分娩施設の減少は出生数の減少速度より早く、従って診療所においても病院においても施設当たり出生数は増加を示している。各分娩施設では業務が増大していることになる。また、出産する立場からは分娩施設へのアクセスが次第に困難になっている可能性が考えられる。

3) 病院勤務産婦人科医の勤務実態について

(ア) 図3に医師歯科医師薬剤師調査に基づく産婦人科医の医師全体に対する割合の推移を示した。産婦人科は1970年代には医師全体の10%以上を占めていたがその後漸減し、4%を切るところまで減少している。この間出生数は減少しているものの、産婦人科医の勤務実態はなかなか明確に示されなかった。

(イ) 図4に2007年に日産婦学会の女性医師継続的就労支援委員会が実施した勤務状況調査の結果を示す。この調査は大学の産婦人科医局を対象とし、過去15年間の入局者の現在の勤務場所を調査したものである。その結果、男性医師は入局11-15年後80%が分娩取扱施設に勤務しているが女性医師は50%程度しか勤務していない実態が明らかになった。出産子育ての時期の女性医師では、頻回の当直や呼び出し、夜間勤務に対応できない実情が浮かび上がった。

(ウ) 日産婦学会は2008年に病院勤務医の在院時間実態調査を行った。この調査では、ボランティアを募り、1ヶ月間の出退勤時刻をすべて記録してもらい集計した。図5に当直体制の一般病院の図6に大学病院の在院時間の概要を示す。産婦人科勤務医がきわめて長時間在院している実態が明らかになった。

4) 産婦人科医不足への取り組みについて

(ア) 長時間勤務は産婦人科に限らず多くの外科系診療科が抱えている問題である。新医師臨床研修制度の導入後、外科系専攻者の著明な減少が問題となった。図7はこの時期の外科系学会への侵入会員数の推移を示したものである。このような状況が続けば外科系診療科の医療提供自体が不可能になることが危

惧された。

(イ) 日産婦学会では以下に述べるような、産婦人科新規専攻者を増やし、産科臨床からの撤退者を減らすための、多方面にわたる活動を行った。

- ① 診療報酬改定において勤務医の労働環境・処遇の改善を要件とするように厚労省・中医協に要望しいくつかの加算について実現した。
- ② 出産育児一時金の引き上げを厚労省に対して要望し、35万円から42万円までの引き上げが実現した。
- ③ 厚労省に対して、分娩手当の支給及び産婦人科後期研修医への奨学金制度の導入を要望し、2009年より産科医等確保支援事業として実現した。
- ④ 医学部が入学者の選考に際して診療科枠を設ける場合、産婦人科専攻を条件に加えるように要望し、多くの医学部で実現した。
- ⑤ 企業の寄付により西日本の医学部学生に対する産婦人科専攻を条件として奨学金制度が実施された。
- ⑥ 数多くの産科関連の事例報道に際して、マスコミの取材に真摯に対応し、産婦人科医療の実情について詳細に繰り返して説明を行った。その結果次第に診療現場の実情を理解しない報道は減少していった。
- ⑦ 初期研修医を主な対象とする「サマースクール」を学会主催で開催した。

(ウ) 「産婦人科サマースクール」について：2007年より毎年8月の週末に産婦人科専攻を検討して初期研修医または医学生の合宿制の勉強会を開催している。2007年は86名の参加だったが、その後2008年174名、2009年285名、2010年327名と参加者は増え続けている（図8）。表1に示すように、サマースクール参加者の学会入会率は非常に高く、2011年1月の時点で63%に達している。

5) 産婦人科志望者の動向について

(ア) 図9に日産婦学会会員の年齢・男女別の分布を示す。50歳未満の世代で女性医師の割合が増加し、若い年代ほどそれが著明になっている。結果として40歳未満では女性医師が男性医師より多くなり、20代では女性医師が3分の2を占めている。年代ごとの産婦人科医数は60歳以下ではほぼ一定で、男女比において変化が進行していることがわかる。前述のように女性医師の分娩施設勤務率は年齢と共に減少している現状があり、このままだと、分娩への対応が非常に困難になることが予測される。

(イ) 図10に過去9年間の年度別日産婦学会入会医師数を示す。2008年以降、着実に増加していることがわかる。全体が増えるだけでなく、男性医師も増加傾向を示している。

(ウ) 図11に卒業年度別の日産婦学会会員医師数を示す。2004年を底としてその

後 2007 卒までは順調に増加していたが、2008 年はやや減少していることがわかる。

6) 産婦人科指導者の意識動向について

(ア) 日産婦学会では産婦人科専門医研修指導施設責任者（大学教授と産婦人科基幹病院の部長を含む）を対象として、2008 年から毎年意識動向調査を実施している。設問は非寿に単純で「1 年間と比べて産婦人科の状況は全体としてどうなっていると思うか」5 段階で回答を求め、同時に回答理由を自由記載で記載してもらっている。図 12 に過去 3 回の調査結果を示す。

(イ) 2008 年の第 1 回調査では、positive な現状認識（良くなっている+少し良くなっている）の回答が全体の 18%であったのに対し、第 2 回調査では 37%へとほぼ倍増した。第 3 回の調査ではさらに増加し、44%だった。また negative な現状認識は第 1 回が 47%、第 2 回が 24%であったのが第 3 回は 17%となり、減少傾向が持続している。この結果からは、少なくとも現場の産婦人科医の意識は、2 年間から、positive な方向に変わってきていると考えられる。

(ウ) 悪くなっていると感じる理由：

- ① 第 1 回調査において、悪くなっていると感じる主な理由（複数回答）としては、「産婦人科医不足（61）」、「分娩施設の減少（38）」、「周囲の施設減少のため、残っている施設の負担が増加し、勤務条件が過酷化（37）」、「診療の質の低下（9）」という回答が多数を占めていた。
- ② 第 2 回調査では、「産婦人科不足（50）」、「分娩施設減少（26）」、「勤務の過酷化（23）」、「女性医師の増加、男性医師の減少（4）」という結果であり、基本的傾向に違いはないものの回答数がやや減少していた。
- ③ 第 3 回調査では、「産婦人科不足（21）」、「分娩施設減少（7）」、「勤務の過酷化（6）」、「地域格差の拡大（6）」となり、悪くなっているという回答数の減少とともに、地域格差の拡大という新たな要因が指摘されるようになっていた。

(エ) 良くなっていると感じる理由：

- ① 調査において、よくなっていると感じる主な理由としては、「一般の方・マスコミの理解の深まり（33）」、「人員増（12）」、「待遇改善傾向（12）」、「診療報酬の重点評価（8）」という回答が多数を占めていた。
- ② 第 2 回調査では、「一般の方・マスコミの理解の深まり（50）」、「人員増（40）」、「待遇改善傾向（35）」、「産婦人科志望者増（19）」となっており、産婦人科が negative、positive に感じる要因自体は変化がないものの、特に positive な回答において、その回答数が大きく増加していることが明らかになった。

- ③ 第3回調査では、「産婦人科志望者増 (85)」、「一般の方・マスコミの理解の深まり (26)」、「待遇改善傾向 (22)」、「人員増 (21)」となり、産婦人科志望者の増加が現実のものとなり、それが現場の医師の意識に positive に作用していることと考えられた。

【考察】

- 1) 産婦人科医療の主要部分である分娩取扱は、わが国では診療所と病院で勤務する産婦人科医が主として担ってきた。出生数は1990年代以降100万から110万を推移してきたが、その間分娩取扱施設は次第に減少し、結果としての分娩の集約化が進行している。産婦人科医は絶対数でも全体として減少傾向を示しており、医師全体の中に占める割合は低下を続けている。その結果、勤務の過酷化が起きている。分娩取扱の特性上、24時間対応をとる必要があり、限られた数の産科医が長時間の拘束を強いられている。
- 2) 産婦人科という診療分野の特性、外科系を志望する女性医師の増加、患者の要望等を背景として、産婦人科医の中で女性医師の占める割合が著明に増加している。これはおそらく前記の分娩取扱勤務の状況とは独立して進行している。すなわち、産婦人科を専攻する女性医師は分娩勤務の過酷さを受け入れて産婦人科医になっているわけではなく、女性医師が主体的に関与しやすい産婦人科という診療領域の特徴と女性医師を求める産婦人科患者のニーズを勘案して産婦人科を選択していると考えるのが妥当である。その結果、産婦人科専門医となった後、結婚・出産を機に分娩の現場を離れる女性医師が増加することになっている。
- 3) 産婦人科医という専門職の養成に要する期間を考慮すると、産婦人科専門医の相当部分がその能力を十全に発揮しないという状況は到底合理的とは言えない。数少ない産婦人科専門医が最大限にその能力を発揮する勤務環境を整備する必要がある。
- 4) 勤務環境を改善するためには、分娩施設の集約化による夜間勤務の緩和や、分娩に関わる専門職の増員による産婦人科医の負担軽減が必要と考えられ、系統的な対策の継続的实施が必要と考えられる。
- 5) 産婦人科新規専攻医を増加させるための多くの施策の中で、現時点でもっとも効果が実感されているのは「サマースクール」である。参加者の高専攻率の理由は複合的なものと思われるが、産婦人科専攻を考慮している同世代の医師が一同に会し、意見を交換する機会を作ること自体に positive な効果があるのかもしれない。
- 6) 様々な取り組みにより、産婦人科新規専攻者は徐々に増加傾向を示してきたが、2010年度は伸び悩みが懸念される結果となった。日産婦学会の産婦人科医療改革グランドデザインでは、産婦人科医療提供体制の安定的確保のための最低条件として、年間新規専攻者500名以上が20年間持続することが必要とされている。さら

なる努力が必要な状況と考えられる。

【結論】

産婦人科医療提供体制の危機に際しての、日本産科婦人科学会の新規専攻者増加策は一定の成果を上げているが、産婦人科医療提供体制の安定的確保のためには一段の努力が必要な状況と考えられる。

【研究成果の発表】

本研究の内容は、厚生労働省の雇用均等児童家庭局母子保健課主管の平成21年度子ども家庭総合研究事業『地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究』（H21-子ども一般-002）（主任研究者 岡村州博）の分担研究課題「周産期救急医療体制と分娩環境の安定的確保」を担当する分担研究者 海野信也（北里大学医学部産婦人科学単位教授）が解説するウェブサイト「周産期医療の広場」に掲載した。<http://shusanki.org/index.html>

D. 女性医師分析

医学部卒業生就労状況調査

荒木葉子

医学部卒業生就業状況調査

【目的】 医育機関に女性医師が少ないことは課題となっており、女性医師のキャリア育成や継続を支援するために、キャリア選択因子、障害因子、促進因子を明らかにすることは重要である。卒業生の就労状況を調査することで、効果的な施策が明らかになると期待される。また、本調査は、男女を対象に行うため、支援の在り方に性差を考慮することが可能になる。

【方法】 東京医科歯科大学医学部の卒業生（卒後 1 年から 30 年まで）の全員（2159 名）を対象とした。同窓会名簿の使用について同窓会の許可を得、被験者に対して、無記名自記式アンケート調査を行った。アンケートは住所が明らかな卒業生に郵送し、女性研究者支援室において回収した。本調査は、医学部倫理審査委員会の承認を受けた。（平成 22 年 3 月 23 日）

【期間】 平成 22 年 6 月 1 日～8 月 31 日

【結果】 不達 34 通。有効回答数 536 通有効回答率 25.1%(536/2125)
医師の研修制度の変化および年齢による影響を検討するため、卒後 5 年きざみで群別し、考察を試みた。

第 1 章 属性

女性 186 人（卒後 5 年以下 30 人、卒後 6~10 年 48 人、卒後 11~15 年 46 人、卒後 16~20 年 29 人、卒後 21~25 年 18 人、卒後 26~30 年 15 人）、男性 350 人（卒後 5 年以下 24 人、卒後 6~10 年 52 人、卒後 11~15 年 64 人、卒後 16~20 年 65 人、卒後 21~25 年 81 人、卒後 26~30 年 64 人）から回答を得た。卒業生名簿から明らかに女性と思われる人数を数え概数値とした。送付者の男女数が不明なため、正確な回答率は不明だが、概算した回答率は、女性 44.0%、男性 15.5%であった。平均年齢は、女性 37.8 歳、男性 42.7 歳であり、卒後年数が同じ場合、女性の方が若い傾向があった。既婚率は女性 64.5%、男性 84.6%で、卒後年数が同じ場合、女性の方が既婚率は低かった。配偶者が医師であるのは、女性 39.2%、男性 13.1%、配偶者が無職であるのは、女性 1.6%、男性 40.9%であり、男性の場合、卒後年数が短い場合、有職の女性と結婚している率がやや高かった。有子率は女性 54.3%、男性 74.3%であり、卒後年数が同じ場合、女性の方が有子率は低かった。また、子どもがいる人の中で就学

前の子どもがいる率は女性 52.5%、男性 36.2%と女性の方が多く、卒後年数 15 年以下の場合は、男性の方が多いが、卒後年数 16~20 年の群では、女性の方が多かった。要介護者がいる率は、女性 9.1%、男性 8.9%であり、卒後 20 年ごろから増加する傾向にあった。

第 2 章 科の選択および学位・専門医取得状況

1. 科の選択理由

科の選択の理由としては、「やりがいがある」(女性 25.8%、男性 25.8%)、「専門性が高い」(女性 18.3%、男性 20.5%)、「人の役にたつ」(女性 8.8%、男性 11.7%) が上位を占め、女性では、「家庭と両立しやすい」(女性 7.7%、男性 1.4%) や「肉体的負担が少ない」(女性 5.9%、男性 2.7%) という回答が男性よりもやや多い傾向にあった。男性に多いのは、「将来性がある」(女性 5.4%、男性 8.2%)、「新しいことができる」(女性 2.7%、男性 5.0%) であった。「親の勧め」、「継承のため」、「独立しやすい」、「訴訟リスクが低い」、「報酬が良い」などは科の選択理由としては低率であった。卒後年数で比較すると、科の選択理由は、男女とも上位 3 位はほぼ同様な傾向であるが、卒後年数が短い群では、女性は、「家庭と両立しやすい」や「肉体的負担が少ない」がやや多く、男性でも「家庭と両立しやすい」が多い傾向を認めた。選択した科は内科(女性 32.8%、男性 26.0%) が最も多かったが、卒後 5 年以内は、研修医制度の影響を考慮する必要があると考えられた。女性に多い科は、内科、小児科(10.8%)、産婦人科(10.2%)、眼科(6.5%)、耳鼻科(5.9%)、皮膚科(5.9%)、男性に多い科は、外科(14.9%)、泌尿器科(8.3%)、小児科(7.4%)、精神科(6.6%) であった。卒業年数の比較では、若年世代では、女性は小児科、産婦人科、男性では小児科、外科が減少傾向を認めた。科を変更したものは女性 15 人、男性 34 人の計 49 人であり、回答者の 9.1% であった。

2. 学位および専門医取得

学位取得率は女性 39.8%、男性 50.3%と女性の方が低かった。卒後 15 年以下の群では、女性の方が取得率は低かった。女性で子ども有無について比較した場合、卒後 6~10 年の群では、子ども無の方が取得率は高かったが、卒後 11~15 年の群では、子ども有の方が高かった。専門医資格は、女性 66.1%、男性 79.4%だった。卒後年数での男女差は認めなかったが、女性で子どもの有無で比較すると、子ども無の群で取得率が高い傾向を認めた。

第3章 現在医師業務に従事している人の現状

1. 就業機関および就業形態

就業機関は、女性：医育機関 28.5%、公的病院 24.7%、私立病院 21.0%、診療所 11.3%、男性：医育機関 32.9%、公的病院 21.7%、私立病院 20.0%、診療所 19.1%、であった。卒後5年以下は、男女差はあまりなく、卒後6~10年の群で医育機関（女性 29.2%、男性 51.9%）、病院（女性 54.1%、男性 44.2%）、診療所（女性 8.3%、男性 2.0%）と男女差を認めた。女性は、子どもの有無により、就業機関が大きく異なり、卒後6~10年の群で医育機関（子ども無 36.8%、子ども有 17.4%）、病院（子ども無 52.6%、子ども有 56.5%）、診療所（子ども無 0%、子ども有 17.4%）であった。就業形態は、女性：大学院生 5.9%、研修医 6.5%、常勤医 48.4%、非常勤医 22.6%、開業 9.1%、男性：大学院生 4.3%、研修医 2.3%、常勤医 64.3%、非常勤医 8.0%、開業 16.9%、であった。卒後6~10年の群で大学院生（女性 14.6%、男性 15.4%）、常勤医（女性 43.8%、男性 57.7%）、非常勤医（女性 35.4%、男性 13.5%）と男女差を認めた。女性は子どもの有無で就業形態が大きく異なり、卒後6~10年の群で、大学院生（子ども無 21.1%、子ども有 13.0%）、常勤医（子ども無 47.2%、子ども有 30.4%）、非常勤医（子ども無 26.3%、子ども有 47.8%）であった。

2. 労働時間

労働時間はすべての卒後年数で男性よりも少なかった。平均労働時間は女性 40.1 時間/週、男性 51.1 時間/週であった。平均労働時間で比較すると、特に卒後6~10年群の男女差が大きく、男性 59.6 時間に対し、女性 38.1 時間であった。子ども有の女性の労働時間は卒後すべての群で子ども無の女性に比して低値であり、特に卒後6~25年の群では低い傾向があった。平均労働時間は、子ども無では、51.8 時間/週と男性とほぼ同様であり、子ども有では 36.5 時間/週であった。男性の就業機関ごとの労働時間を比較すると、全体的には医育機関の労働時間が長い傾向があった。

3. 当直

当直回数は女性が著明に少なく、卒後6年以降の群で女性が当直をしない率は半数以上だった。

4. 収入

卒後年数5年以下では、男女の差は小さいが、卒後6~10年の群では女性 688 万円、男性 1027 万円と 339 万円の差があり、卒後11~15年の群では女性 1058 万円、男性 1175 万円（差 117 万円）、卒後16~20年の群では女性 1147 万円、男性 1488 万円

円（差 341 万円）、卒後 21~25 年の群では女性 1217 万円、男性 1641 万円（差 424 万円）、卒後 26~30 年の群では女性 1160 万円、男性 1768 万円（差 608 万円）と差が開く傾向があった。女性では、子どもの有無で比較すると、卒後 20~25 年の群では子ども有<子ども無だったが、その他の群では差は大きくなかった。男性では、医育機関<公的病院<私的病院<診療所の順で開業医の年収は高い傾向にあった。常勤で比較した場合、すべての卒後年数で女性が低い傾向にあった。平均年収を平均労働時間で割り、平均時間給を算出したところ、男性の方が女性よりも 200~300 円高い傾向を認めた。女性の場合、子ども有の方が子ども無よりも 1500~2000 円高い傾向があった。

5. 満足度

男女とも満足度が高かったものは、「患者さんとの人間関係」（女性 86.6%、男性 88.0%）、「職場の人間関係」（女性 83.3%、男性 84.9%）、「勤務地」（女性 79.3%、男性 81.4%）、「医師としての生きがい」（女性 76.3%、男性 80.9%）、「技能や能力の活用」（女性 72.6%、男性 74.6%）、「仕事の量」（女性 76.3%、男性 72.9%）であった。男女とも「個人生活とのバランス」（女性 69.9%、男性 67.4%）、「家庭と仕事とのバランス」（女性 69.9%、男性 70.9%）はやや満足度が低く、女性では、「地域生活とのバランス」（女性 66.1%、男性 69.4%）、男性では「収入」（女性 72.0%、男性 65.4%）の満足度が低かった。女性の子どもの有無で比較すると、子ども有で満足度が高いのは「個人生活とのバランス」「家庭とのバランス」「収入」「職場との人間関係」「仕事の量」であり、満足度が低いのは「地域生活とのバランス」「医師としての生きがい」であった。医育機関は、仕事の量、技能や能力の活用、医師としての生きがい、収入、家庭とのバランスのいずれも満足度が低かった。開業医はすべての面で満足度が高かった。

第 4 章 無職期間・パートタイム期間があった人の状況

1. 無職期間があった人の状況

女性 51 人（27.4%）、男性 10 人（2.9%）から回答があった。無職になった時期は、女性では、卒後 5 年以内、10 年以内に無職期間がある人が多かった。無職の期間は 1 年以内が多かったが、卒後 10 年以上の群では、長期無職もあった。女性の場合、無職になった理由として育児が 59.6%（総数からは 16.7%）、配偶者の転勤が 13.5%（総数からは 3.8%）と多かった。復帰した理由に関し、女性 47 人、男性 9 人からの回答があり、女性では、医師の専門性の維持、医師業務が好き、という回答が多かった。現在も無職の場合、今後の希望について 6 人の回答があり、非常勤あるいは常勤当直なしの希望が 5 人であった。6 人とも休業前の診療科復帰を希望していた。

2. パートタイム期間があった人の状況

女性 56 人 (30.1%)、男性 23 人 (6.6%) がパートタイムを経験しており、卒後 6~10 年目に経験した人が多かった。パートタイム期間は様々であった。女性の場合、パートタイムになった理由として育児が 52.9% (総数からは 19.4%)、子どもの教育が 8.8% (総数からは 3.2%)、配偶者の転勤が 5.9% (総数からは 2.2%) と多かった。フルタイムに戻った理由としては、女性 57 人、男性 27 人からの回答があり、女性では、医師の専門性の維持、医師業務が好き、男性では経済的理由という回答が多かった。現在もパートタイムの人の今後の勤務時間の希望は、パートタイム継続希望が多く、次いで当直のない常勤希望が多かった。

第 5 章 卒後 15 年以下の医師の就業意識

女性は、半数以上が常勤当直なしを希望しており、卒後年数が増えるほどその率は多かった。男性でも常勤当直なしの希望が卒後 6 年以上では 40%以上を占めていた。今後どのような診療をしていきたいか、という希望では、女性は、卒後年数が多いほど負担の少ないもの、との回答が多く、男性は専門性の高さが多かった。就業機関として、女性は病院、男性は医育機関と病院勤務の希望が強かった。子どもが生まれた場合は、女性は、6 ヶ月~1 年未満の休業希望者が約半数であり、ついで 6 ヶ月以内、産休のみであった。男性では、産休のみが約半数であり、6 ヶ月未満が卒後 5 年で 20%、卒後 6~10 年の群では、約半数であった。子どもが生まれた場合の勤務時間希望は、女性は非常勤、常勤当直なしが多かった。男性も非常勤当直なしの希望者が 10~20%認められた。

第 6 章 医育機関の役割

医師の職業選択は個人の自由なので、何もする必要はない、との回答は、男女とも 30%程度であった。若年期では、低率の傾向を認め、研修医あるいは医員は何らかの改善を求めていると考えられた。男女とも、労働環境整備 (労働時間、報酬、雇用の多様化、医師数、任期制)、保育施設、復帰支援を求める率が高かった。また、それぞれの科のキャリアパス、先輩からの体験談、妊娠・出産などのライフイベントへの対処、リアルな医師の働き方など、学問としての医学のみならず、医師として、また妊娠や出産など若年期で遭遇するライフイベントへの具体的な対処方法に関する情報への要望が多かった。一方で、医育機関にクオータ制 (どちらかの性が 4 割以上) を導入することやポジティブアクションに対しては、男女ともに他の項目よりも賛成する率は低かった。ポジティブアクションは女性の半数は賛成していたが、クオータ制は 20%に満たなかった。医育機関の男女役割意識の改善は、女性で 70%、男性で 55%が

賛成していた。

第7章 医師の偏在の是正策

職業選択は個人の自由なので何もすべきではない、との回答は男女とも40%程度であった。特に、卒後5年以下の女性では、68%が介入すべきではない、と回答していた。労働時間の適正化、保育・介護施設やサービス充実、短時間勤務など多様な勤務形態の導入、男女の役割意識の是正により、偏在は減少すると回答したのは女性に多い傾向があったが、女性の選択は男性とは異なるので、様々な介入を行っても偏在は減少しないとする意見も、男性では25%に認めた。女性入学比率の制限には、男性で賛成25%であった。偏在は診療科、労働時間や当直、医療機関（医育機関や病院）、地域（へき地）に起こっているが、診療科、医療機関、医療地域への強制的な規制に対しては、賛成率が低かった。離職に対する規制には賛成者は少なかった。医療の質を確保するために、認定制度を明確にし、報酬と連動すべき、という項目には、男女とも70%以上が賛成していた。卒後のキャリア支援や復帰教育が重要であるとの意見は高率に見られ、教育の場として医育機関への期待は大きいと思われた。

第8章 卒後の経年就業状況

卒業年度ごとに、主たる就業機関、主たる就業形態、主たる業務の週労働時間、当直の有無、休日勤務の有無、手術や分娩の有無について経年的に調査した。女性163人、男性299人、合計462人の回答があり、卒後年数5年刻みで解析を行った。卒後6年以上で、男女で就業機関、就業形態、労働時間、当直や休日勤務、手術や分娩に差が認められた。

第9章 自由記述

自由記述は女性117人、男性161人、合計278人の回答があった。自由記述回答率は女性62.9%、男性46.0%で、すべての卒後年数、すべての診療科からの回答があった。意識、労働時間、雇用制度、医療人材制度、妊娠・出産・育児関係、復帰システム、医学教育、男女の課題、規制、他組織との連携というカテゴリー別に分類した。意識（上司、男性、女性、同僚、配偶者、セクハラ等）が212件と最も多く、次いで妊娠・出産・育児関係が166件、雇用制度155件、労働時間84件、規制53件であった。

まとめ

医学部卒業後 30 年の現状と軌跡を追った調査は少なく、貴重なデータを得ることができた。医師の卒後のキャリアには男女差があり、特に女性は子どもの有無によって強く影響を受けることが明確になった。現状および満足度、今後のキャリア意識など、性差のみではなく世代間にも差があることがわかり、今後の医師のキャリア支援および適正配備の検討に重要な因子となることが明らかになった。医育機関の役割として、男女ともに労働環境の整備、キャリア支援の重要性を指摘するものが多く、また、妊娠・出産・育児に関する意識改革やシステム整備が望まれた。女性医師の増加に伴う、医療人材の偏在については様々な意見があり、国、地方自治体、医育機関、医療機関、学会、医師会などマルチレベルでの検討が必要であることが示唆された。

E. 地域分析

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
松本邦愛

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だけでなく、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け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った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km²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るだろう。