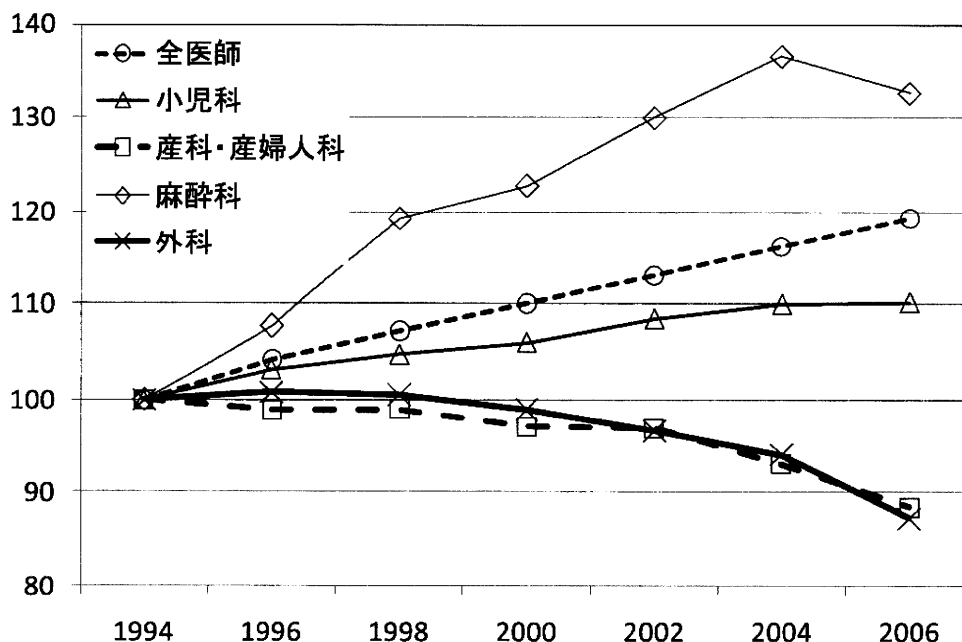


図2：1994年を100とした時の医師数（主たる診療科）推移

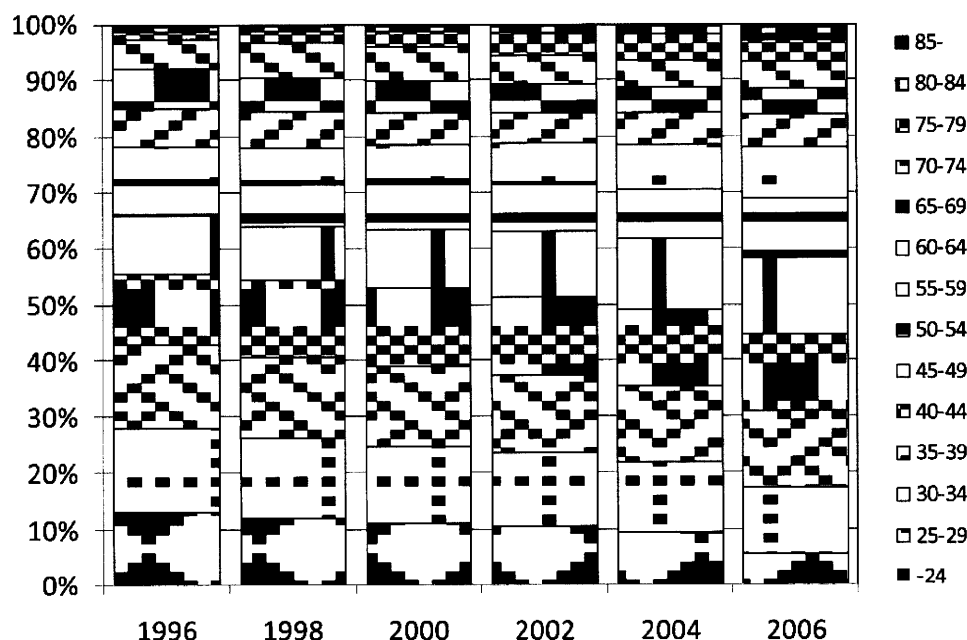


出所：「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

全医師数、および「主たる診療科」がそれぞれ「小児科」、「産科」および「産婦人科」、「麻酔科」、「外科」である医師数を、1994年を100として表わしている。

この外科医師の減少は、新規参加者が減少していることによると考えられる。そしてこのことは外科医師の高齢化という問題につながる。図3では5歳年齢階級ごとの外科医師の割合の推移を示した。40歳未満の医師が減少傾向にあり、1996年には43%を占めていたものが、2006年には31%にまで減少している。それに対して、40～59歳が次第に高い割合を占めるようになっており、1996年には35%であったものが、2006年には47%を占めるに至った。1996年から2006年までの10年間で、40歳未満と40～59歳の比率が反転している。更に75歳以上の医師割合をみると、1996年には2.7%であったものが、2006年には7.0%となっている。平均年齢をみても、1998年には46.6歳であったものが2006年には49.2歳となっており、外科医師の高齢化傾向がうかがえる。このような傾向は実質的なワークフォースの減少と考えられるであろう。

図3：外科医師の年齢構成



出所：「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

外科医師に占める女性医師の割合を時系列で検討してみると、1996年には2.4%であったが、2006年には4.5%に増加した。40歳未満に限ると、1996年には4.7%であったが、2006年には11.0%と大きく増加している。いずれも医師全体の女性医師増加率を大きく上回っている。女性の割合の増加は組織の活性化などにつながる場合もありプラスの面が大きいが、一方で産休等を契機として臨床の現場から離れ、そのまま離職してしまう場合があり、ワークフォースの低下につながる懸念も持たれる。

このように、外科医師を供給側からみた場合、外科医師実数は減少しており、高齢化も進んでいる。この10年間にワークフォースは減少していると考えられる。

C. 手術件数の変化

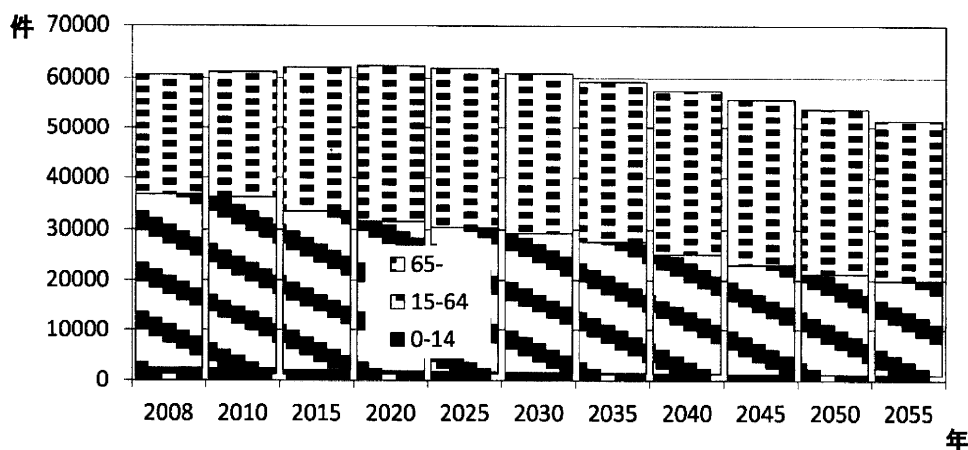
外科医師の需要の動向を見るために手術件数の変化を観察した。近年、腹腔鏡を使った手術が発達し、開腹手術を代替している可能性が考えられる。「患者調査」からこの両方の手術の動向を観察すると、開腹手術件数は1996年、1999年、2002年、2005年、2008年でそれぞれ6万8600件、6万7600件、6万1600件、6万4300件、6万500件と減少傾向であるのに対し、腹腔鏡手術は7200件、9300件、1万700件、1万2100件、1万7700件と増加傾向にある。この2つを合計すると7万5000～7万9000件の間を変動しており、はっきりした傾向は見られない。

次に、今後人口の高齢化が進んだ場合の需要がどのように変化するのか、シミュレーシ

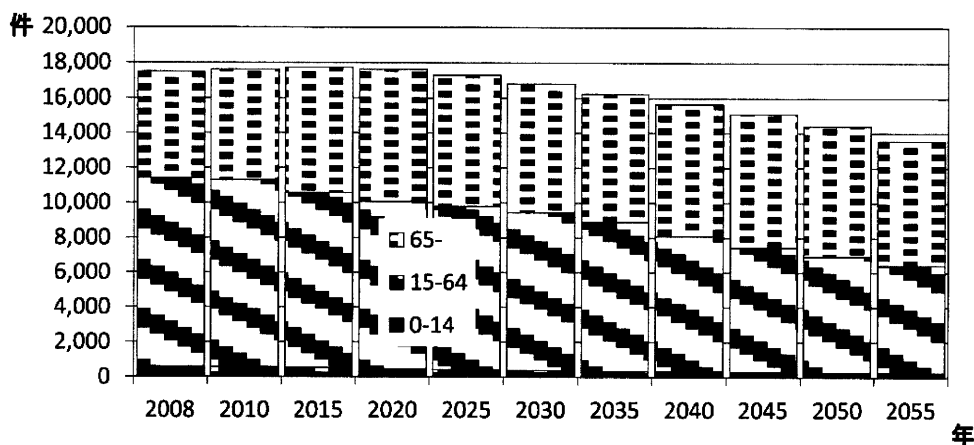
ョンを行った結果を図 4 に示す。現在の性・年齢階級人口当たりの手術件数が不変であると仮定し、人口構成の変化によって将来的にどのような需要の変化が起こるかを見た。これによると、開腹手術は 2020 年にピークを迎え、その後緩やかに減少する。腹腔鏡手術も 2015 年にピークを迎えた後で減少することが推計され、両方を合わせても、2020 年をピークに需要は減少していくと推計される。

図 4 外科手術の年齢別将来推計件数

a. 開腹手術



b. 腹腔鏡手術



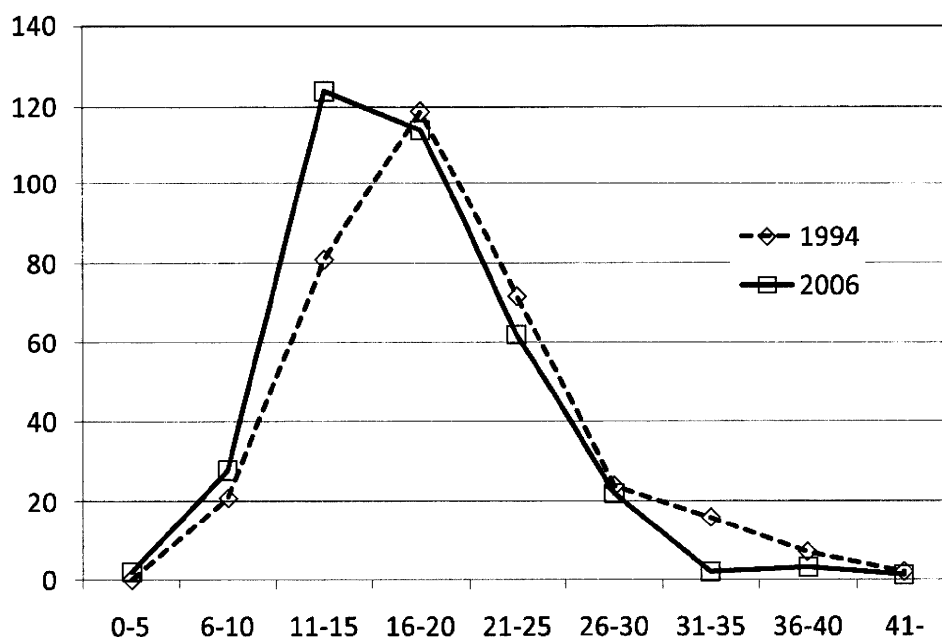
出所：「患者調査 2008」より 5 歳年齢階級別に人口当たり年間開腹手術数を求め、国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計に乗じて計算した。

D. 地域間偏在

1994 年と 2006 年の外科医師数の分布状況を図 5 に示す。二次医療圏は、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを圏内において提供する医療圏である。医師の分布を考える上で二次医療圏別の分布の状況を見ることは重要である。しかし、二次医療圏は各都道府県

で3年ごとに見直され、しかも見直しの年が全国で一致しているわけではないので、事実上毎年医療圏の範囲、医療圏数が変わっている。時系列で比較するために、各年の医師・歯科医師・薬剤師調査の外科医師数を市町村単位で把握し、2010年の二次医療圏区分けに沿って再集計した。1994年には、二次医療圏人口10万人あたり外科医師数16~20人の医療圏が119箇所と最も多かった。しかし2006年には、11~15人の医療圏が124箇所と最も多くなり、全体的に減少する方向へ移行している。2006年には、外科医師数0~10人の二次医療圏が30箇所（1994年は21箇所）と増加し、うち2箇所では0~5人しか外科医を有していない。外科は地域医療システムを考える上で基本的な診療科であり、一定数以上の外科医が確保できない場合、国が進める地域医療計画の中の4疾病5事業ごとの医療連携体制の構築にも支障を来すことが危惧される。現状の地域偏在は深刻な状況といえるであろう。

図5：二次医療圏別人口10万人対外科医師数分布



出所：「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

3. 考察

我が国における外科医師の需給の状況は、現状においては均衡が取れたものであるとはいいがたい。しかし、今回行った手術需要のシミュレーションで示されたように、2020年をピークに手術需要が減少していくならば、外科医師需給問題の対策としては、今後10年~20年の在り様に焦点が置かれるべきであろう。今回のシミュレーションでは、性・年齢階級人口当たりの手術件数は2008年と同じと仮定した。仮に全年齢階級で5年ごとに1%

ずつ直線的に性・年齢階級人口当たりの手術件数が増加すると仮定しても、開腹手術と腹腔鏡手術を合計した手術件数は2025年をピークにして減少に転じる結果となる。すなわち、2020～2025年までの不足に対してどのように対応するかが重要である。その観点から言えば、大学医学部の定員枠を増加させることは、医師の養成に10年近くの年月を要することを考えると現状を改善させる有効な手段とはなりにくく、むしろ現状において対処しうる方策の立案が望ましい。厚生労働省は「緊急医師確保対策」として、需要と供給のバランスを図るべく様々な取り組みを行っているが、前述の日本外科学会による「外科医志望者減少問題に関する要望書」の提言にもあるように、外科の特性に留意した対策も重要である。

外科は、①新規参入者の減少、②女性医師の増加、③地域偏在の悪化が顕著で、更に④過重労働による離職が先行研究で示されている⁹⁻¹³⁾。ワークフォースの減少によって、外科医療を担っている医師により一層の負荷がかかるという悪循環が指摘されている。門田は、2006年に日本外科学会が行ったアンケート調査から当直明けの手術参加率を示し、それによれば「いつも」31%、「しばしば」28%、「まれにある」13%の計72%が当直明けに手術を行っているとの回答であった¹¹⁾。これは医師の過重労働を示唆すると同時に、患者から見ても「医療の安全」を脅かしかねない状況と言えよう。

このような状況下での対応はいくつか考えられる。まず①新規参入者の減少に関しては、外科手技に対する保険点数の配分を増額することが考えられよう。2010年の診療報酬改定で難手術の点数が引き上げられたが、この効果は今後現れてくるものと考えられる。②女性医師の増加に関しては、離職を最小限にするための方策が必要である。約4人に1人が30代半ばで出産等を理由に離職しているとの報告もあり¹³⁾、離職によるワークフォースの低下は今後益々問題になるものと考えられる。外科には従来女性医師は少なかった。しかし新規医師全体の中での女性医師割合を上回るスピードで女性医師は増えており、女性のキャリア・パスを考慮した対策が必要不可欠である。出産後に復職できるトレーニングシステムを大学病院に設けるなど、地域・国全体としての取り組みが必要となろう。③地域偏在の悪化に関しては、対象の絞り込みを図り地域医療支援病院等の中核的な機能を有する病院への医師の集積、及びへき地医療施設との連携の強化が求められるだろう。またアクセスの公平性の観点からは、アクセスにかかる費用そのものに対しても保険給付の対象にしたり、補助金を給付したりするなどの対策が検討される必要がある。

このような形で外科医師の減少に歯止めがかかれば④過重労働による離職も減少することが見込まれるが、それに加えて、日本外科学会が示す「コ・メディカル・スタッフの充実による外科医の勤務環境の改善」は有効な手段となるだろう。治療に協力・補助する職種（他科医師・看護師・臨床工学士等）との協働は勿論のこと、医療クラーク・医療ソーシャルワーカー等を拡充し、事務処理面や患者の社会的問題の解決面において協働することで外科医師の負担を軽減できるだろう。一連の診療過程の中で、コ・メディカル・スタッフとの協働をよりシステムティックに図り、外科医師が「専門性」に特化した役割に専

念できるよう環境を整えることは、外科医師のモチベーションを喚起し、労働生産性を高めるものと考えられる。

外科医師の需給の不均衡は、医療の質の低下に直結する恐れがある。国民に対し現在ある問題を説明し、医療の提供側と受益側双方の議論によって解決策を模索することが求められるであろう。

結語

現在、外科医師の不足は客観的なデータからみても大きな問題であるが、将来、社会の高齢化により需要はピークアウトするとみられる。今後 10 年～20 年をいかに乗り切るかが対策検討の焦点と言える。現状を打開するための時間経過を考慮した早急な対応策の構築が求められる。

現状は、医師不足が労働環境の悪化を招きそれが離職を促すといった悪循環がみられる。しかし、養成に長時間を要することを考慮すると医師の総量の増加による解決策は有効とは言えず、むしろ組織的・構造的問題を解決し、外科医師の労働生産性を高めていく体制作りが必要である。

文献

- 1) 東京読売新聞：『「災害拠点」東十条病院が新患・救急受け入れ停止…来月末で全科休止』、2007年9月29日
- 2) 松本邦愛、松裏裕行、平尾智広 他：小児科医師の需給と地域偏在に関する研究、病院管理 43(2)：31～42、2006
- 3) 松本邦愛、田中政信、前村俊満 他：産科・産婦人科医師の需給と地域偏在に関する研究、病院管理 44(2)：17～27、2007
- 4) 松本邦愛、難波江功二、長谷川敏彦 他：麻酔科医師の需給と地域偏在に関する研究—医療の質・安全のニーズと麻酔科医師への需要の増大—、日本医療・病院管理学会誌 46(2)：5～15、2009
- 5) Matsumoto K, Kitazawa T, Ito S et al： Study on supply, demand and distribution of physicians in JAPAN. 日本医療マネジメント学会誌 10(4)：575～582、2010
- 6) 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書のホームページ、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0728-9.html>、アクセス 2010年1月25日
- 7) 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書のホームページ、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>、アクセス 2010年1月25日
- 8) 社団法人 日本外科学会：外科医志望者減少問題に関する要望書のホームページ、
<http://www.jssoc.or.jp/other/info/info20100129.html>、アクセス 2010年1月25日
- 9) 篠原一彦：医療安全向上には医師不足と医療費不足の解決が必須、総合臨床 56(12)：3218～3222、2007
- 10) 西田博：外科修練医の処遇改善には“就労環境の改善”と“教育システムの整備”の両輪が必須、医学のあゆみ 227(2)：97～106、2008
- 11) 門田守人：外科からの提言 減少を続ける外科医の現状と展望、医学のあゆみ 225(3)：260～263、2008
- 12) 田林暁一：外科医を支援する外科医がいなくなる!? 外科医の果たしてきた成果と外科医の逃散および再生、病院 68(9)：714～717、2009
- 13) 伊東芳郎：外科医不足の取り組み いますぐやるべきこと 中・長期的プラン 医療提供体制について 医師不足対策を中心として

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年ハヤ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>

E. 女性医師

男女医師の就業場所と就業率の分析

長谷川敏彦

医師の需要と供給における女性医師のインパクト

荒木葉子

医学部卒業生就労状況調査

荒木葉子

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事ができる。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 (lx) 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 (lx) 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ず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である。

(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 字カーブが深いが、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 歳についても同様に 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りが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。

医師の需要と供給における女性医師のインパクト：

コホート調査の重要性

【目的】わが国の医学部における女子学生比率は、1960年(昭和35年)7.9%から1985年(昭和60年)13.0%、1990年(平成2年)22.1%、2005年(平成17年)32.9%と3割を超えた。近年、女子学生比率はやや頭打ちの傾向があり、30%代に留まっているが、医師全体における女性医師比率は18%となり、特に若年層での女性比率が高まっている。今後、妊娠・出産を迎える世代が多いため、妊娠・育児に伴う就労状況の変化が大きな意味を持つことがわかる。

女性医師は、男性医師と科の選択、就業組織、労働時間、当直や休日勤務の有無、休業期間、他の科やパートタイムへの移行、離職、観血手技の有無、専門性、職位、勤務地域などに差があることが報告されている。科の選択、働き方、職位などは時代的背景や世代によっても変化がある。

今後の我が国の医師の需要と供給を検討する上で、医師の数とともに質の検討が重要になってきている。また、医師の量と質を確保するために、どのようなキャリア支援策が必要であるかも重要な課題である。

女性医師のキャリア実態を把握するためには、質と量に関する調査が必要であり、現行でどのような調査が行われているか検索し、今後、必要な調査について検討を行なった。

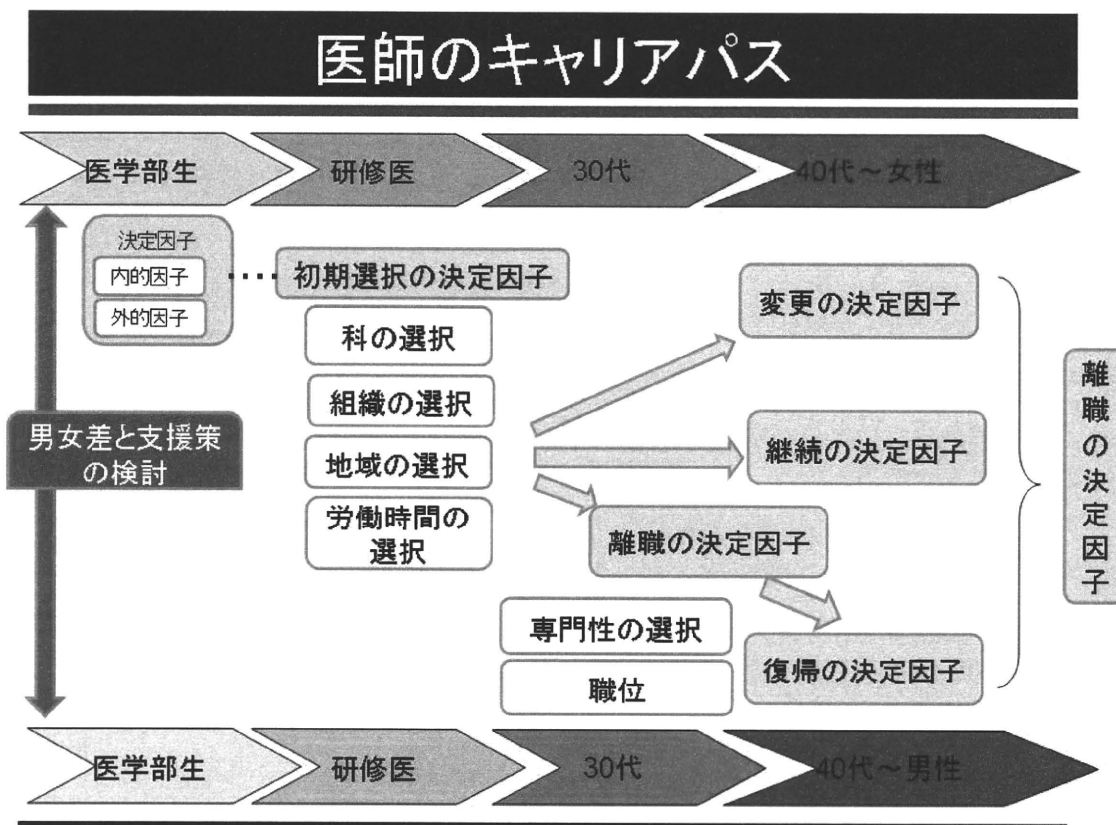
【方法】我が国の女性医師の就業に関するアンケートや調査資料について、2000年以降の医師会、大学医学部、学会で行われたものをWeb上あるいは学会誌で、「女性医師」、「アンケート、調査」「就労、勤務」「支援」のキーワードで検索した。

【結果】

卒後の女性医師の勤務状況調査は、日本女医会、東京女子医科大学、順天堂大学で行なわれていた。勤務医調査は、日本医師会、東京都医師会、日本外科学会女性外科医支援委員会、日本小児科学会、日本産婦人科医会、国立大学協会にて、比較的規模の大きい横断調査が行われていた。これらの調査において、女性医師の就労の質と量に関しては以下のようなものが検討されていた。

- ① 診療科の選択
- ② 育児などによる離職
- ③ 勤務組織（医育機関、病院、診療所など）

- ④ 勤務形態（常勤、非常勤、開業など）
- ⑤ 労働時間・休日勤務・当直業務
- ⑥ 職位（医育機関、病院、学会、医師会など）
- ⑦ 専門性（専門医、一般医）および手術や分娩の有無
- ⑧ 勤務地域（都市部、僻地など）
- ⑨ キャリア支援（保育、キャリアカウンセリング、ネットワーク、復帰再教育など）



4

1. 女性医師の数および比率

平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、男性医師23.4万人、女性医師5.2万人で女性医師比率は18.1%となり、過去最大となっている。特に、若年層では女性比率が上昇しており、20代では、36%、30代でも27%となっている。