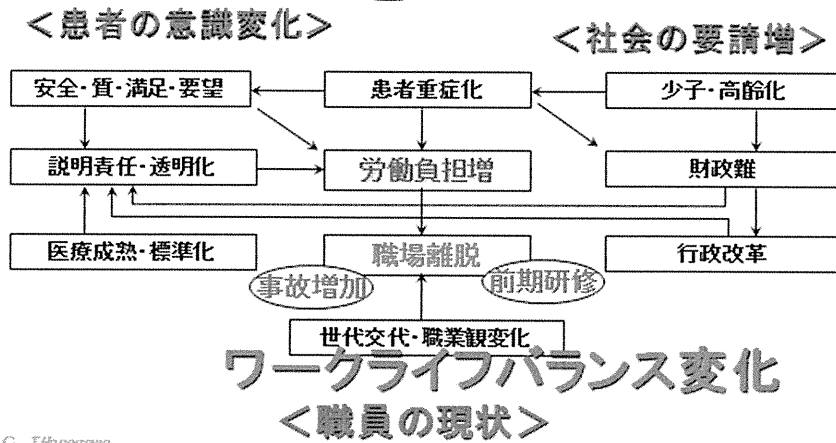


背景と引金要因関連図



© T.Hasegawa
1995 Japan

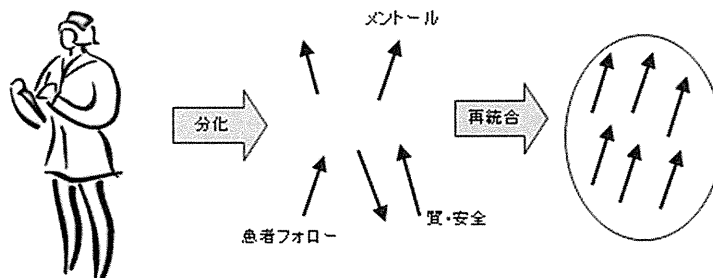
師長(病棟)の機能(役割)

ベッドコントロール	} 資源マネジメント	事務部門へ移行
看護師配置、勤務表、労務管理		
専門技術指導、提供	高度技術者	専門看護師へ移行
患者のフォロー		
入院、IC、退院、死亡立会い	} 過程把握者 結果担保者	無くなった 専門部署へ移動
質管理、事故予防		
教育者	厳しいお父さん	専門組織に移行
なぐさめ役	優しいお母さん、お姉さん、友人ラットな支援	
ロールモデル・メンター	専門家としての目標	無くなった??
患者の立場の理解と擁護	患者の代弁者	無くなった

© T.Hasegawa
1995 Japan

師長の機能

一つの人格の中に統合 バラバラに分散 チーム化



ベクトルの必要なし ベクトルが不統一 ベクトルを統一
過去 現在 未来

C. Y. Hasegawa
1995, Japan

医療マネジメントの各レベル

レベル	リンク	システム	マネジメント
医療崩壊			
地域	地域医療ネットワーク	地域医療システム	地域医療ネットワーク経営
病院	病院システム	病院システム	病院経営
病棟	病棟システム	病棟システム	病棟経営
医師臨床	医師臨床	医師臨床	医師臨床
キャリア崩壊	提供者と患者		
医療者患者関係崩壊	(人物金情報技術)		

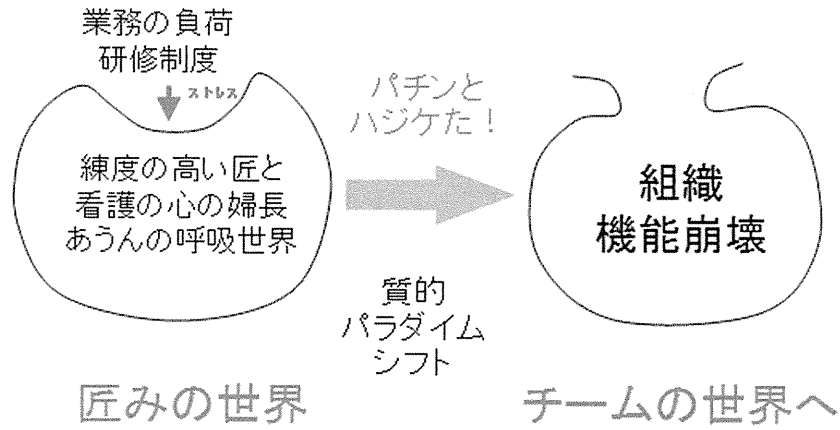
C. Y. Hasegawa
1995, Japan

この20(10)年におきた大変化

	信頼のチーム	関係性			匠と女将
		断裂	ねじれ	きしみ	
社会対医療界	相互理解		×		頼り (信頼・尊敬)
施設対施設	各施設機能分化 分担と連携			×	自己完結 (未分化)
職種対職種	分化分担 チーム化 再構築			×	匠を支える (一方的)
師長対病棟職	総合 分担と連携	×			病棟お母さん (総合機能)
医師対他医師	能力ある専門化 分担と連携			×	極端な専門分化 (そのくせ未分化)
患者対医療職	説明納得 チーム一員		×		おまかせ (信頼)

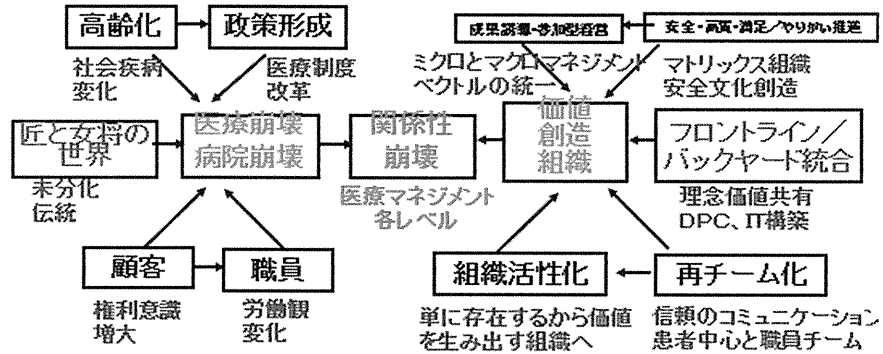
C. Y. Hasegawa
1995, Japan

このたびの医療崩壊



© Hisasegawa
IMS, Japan

崩壊から創造へ



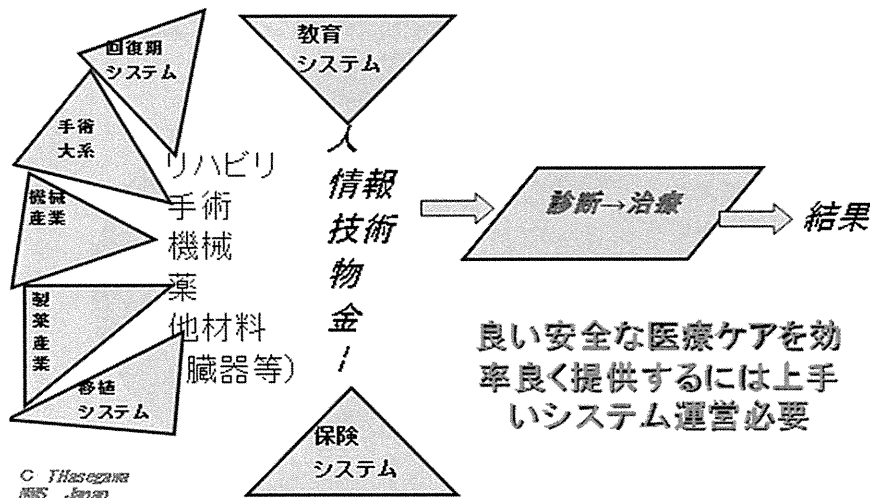
© Hisasegawa
IMS, Japan

スキルミックスとチーム型

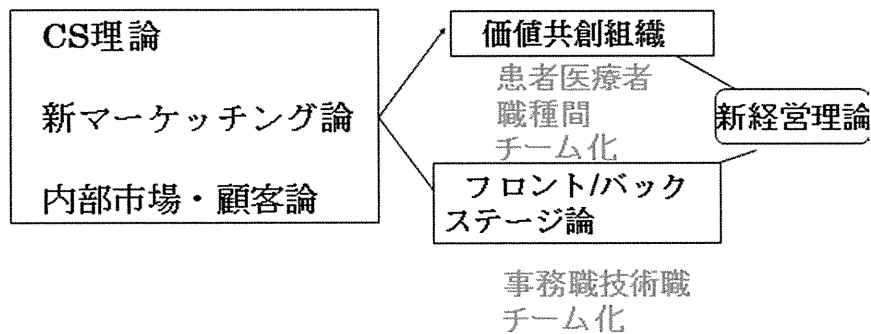
ケア	スキルミックス	チーム類型	医師の役割
生活習慣病管理	個人パターン (開業医中心) 疾病管理 (保険者中心)	運動、栄養 専門家	
在宅ケア	コーディネーター中心 介護、リハ 家族、地域重要	患者中心	
末期ケア	精神、スピリチュアル必要 家族、地域重要	みとり	?
救急ケア リハ 急性期ケア	救命士 看護 OT、PT、リハ医 多種多量 病院崩壊と共に 新しい組織構想必須	タイト	大

© T.Hasegawa
IMS, Japan

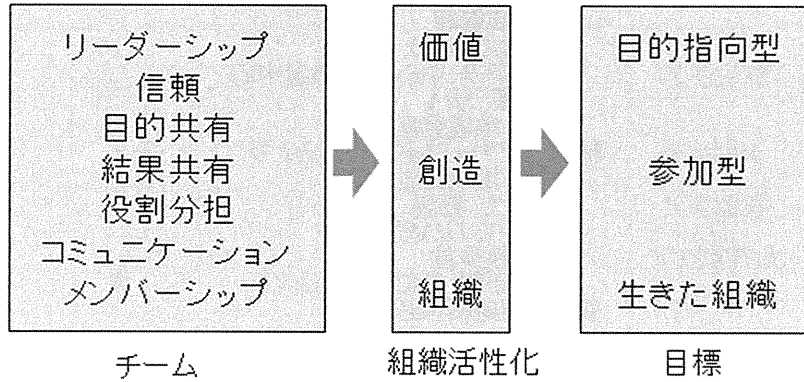
システムの統合-----効率的運営



2つの新理論

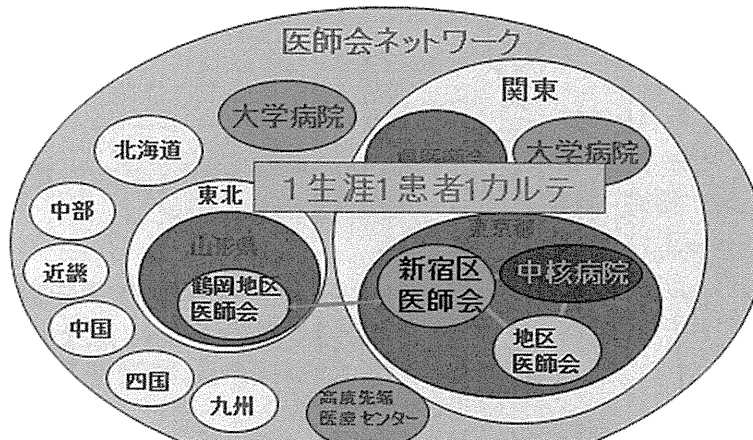


病院経営の言語では



© T.Hasegawa
NISC, Japan

地域医療における病院情報システム



© T.Hasegawa
NISC, Japan

継続には必須

MIT 教授
秋山 昌樹より引用

3つの波

新たな医療システムへの模索

新たな医療システムの構築
超高齢社会に向けて20年

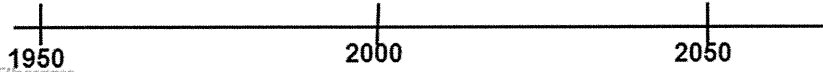
この数年の急変
立ち去り型サボタージュ
病院崩壊・医療崩壊

津波

大波
日本中様変わり

徐波

国民意識・労働観変化
次第に変化



© Hasegawa
NIPH Japan

V 総括

1. 基本的視点

業界の4分の3の人材は専門技術職で、免許職種だけでも二十数種にのぼるという業界は、他の産業界には稀で、世界にとっても各個人にとっても、社会からみた効率、個人からみた満足、両方の観点からプロフェッショナルなキャリアを支えるという視点が重要と思われる。確かに4分の1は非専門職で、恐らく事務職がその多くを占めると想定されるが、マネジメントの専門家として期待されるところが大きく、キャリア支援という観点からは同様の視点が重要である。

2. キャリアの視点

キャリア開発の過程を社会の側からみると、選抜育成、認定、質の担保・確保となり、個人の視点からみると、選択、学習、免許、就職、労働、退職となり、そこに職業人ではないプロセス、すなわち結婚、出産、育児、あるいは趣味、娯楽等の生活要素が加わることとなる。医療人材の場合、特に急性期病院での労働は厳しく、50歳過ぎの徹夜等を要する仕事の継続は難しく、一般には病棟業務を離れて管理職への道か、急性期以外の施設への転職が想定される。

キャリアパスの視点から捉えると、育成期、労働期、転職期、あるいは復帰期などそれぞれの期間と移行の課題が存在している。

元来、専門家は自己実現のために職種を選んだ人も多く、第2の人生から第3の人生の特徴を併せ持ち、特に物理的に50歳前後から明確に第3の人生の設計を必要とする。従って医療界は、女性が多いことも合わせて、女性の育児支援や第3の人生の組織化のパイロット分野でもありともいえよう。

3. 社会の視点

大きな社会の視点からみると、日本の社会は大きく転換し、医療需要もこれからとは大きく異なると考えられる。日本は西洋近代医学をもとにする医政を確立してから約140年、19世紀に開発された西洋近代医学の医療とその医療制度をうまく有し、日本の文化と伝統に合わせて運営してきた。ものづくりを尊ぶ伝統の上に、匠を中心に、それを支えるお上がマネージしてきたと言い換えることもできる。しかし、国民意識の変化、低経済成長による財源の枯渇、高齢化による量的負担増、質的転換によって従来のシステムが崩壊し、新しい需要に摘要したチームとシステムによる医療が求められている。それにも増して、個々の専門家の労働観の変化により、新たなワークライフバランス、プロフェッショナルリズムが求められているともいえよう。

4. 職種の視点

これから5年、10年をかけ、超高齢社会に必要なケアを担えるシステムの形成と人材の育成、そして従来の職種間の役割分担の再整備が必要で、それには従来の専門家の意識改革と、新たな教育が必要といえよう。次いでそれを担保する組織、意思命令系統、法的整備が必須である。当然、それには責任と労働に対応した給与体系の見直しも必要である。

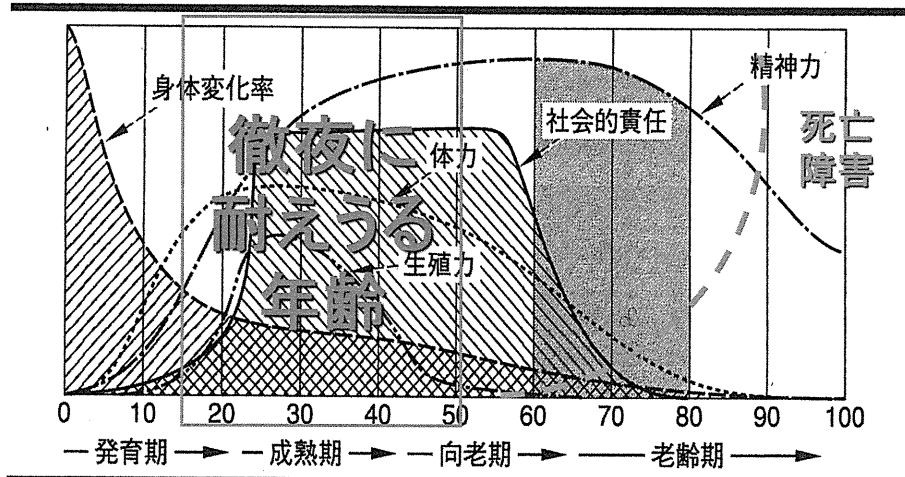
5. 地域の視点

今後の急性期医療は地方中核都市を中心に、地方中小都市や郡部をカバーするシステム整備がなされねばならず、全国およそ 100 存在すると推定される地方中核都市ごとに教育研修システムを想定する必要がある。専門家確保のためには、地域ごとの必要に応じた教育システムの設立と同時に、キャリアを積むための地方の魅力など地域全体の文化の独自性やレベルの高さが求められる。

6. 国際的視点

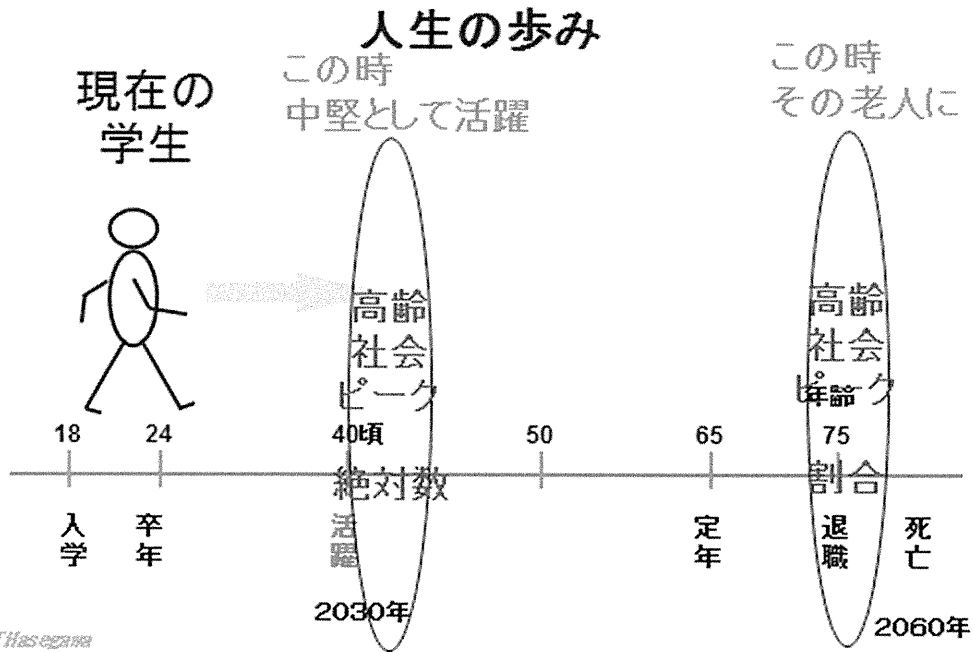
最後に、選抜と専門家の確保について、他産業とのバランス、あるいは外国からの導入に関する早急なる意志決定が必要である。東アジアは中国の高齢化と共に地域全体として医療保健福祉の人材が不足すると考えられるからである。

図 99 生涯における体力, 生理機能および精神力の変化と社会的責任



(吉田寿三郎：1981. を一部改変)

© T.Hasegawa
NIMS, Japan



© T.Hasegawa
NIMS, Japan

日本の医療と医療システム
過去と未来－生存転換概念を用いて

老年医学教育におけるコア・コンピテンシーの 日米比較について

1. はじめに

わが国は他の先進諸国に先駆けて人類未踏の高齢社会に突入しようとしている。これは未だかつてどこの社会も経験したことのない現象であり、社会システムの大転換が余儀なくされるものである。その中で真っ先にはパラダイムシフトすべき時期を向かえているのが保健医療システムであり、医学教育は未来に向けてその重責を担っている。

高齢者の疾患は多臓器に渡って起こり、「単一疾患＝単一エピソード」では終わらず、高齢者はキュアとケアのサイクルを循環して高齢期を終えることになる。これに対応する高齢者の診療には今まで行ってきたような型の医学教育では不十分であり、老年医学教育の重要性が近年叫ばれている。そこで本研究では、現在大学医学部に求められる老年医学のカリキュラムにおける、医学生が学ぶべき「コア・コンピテンシー」とは何かを日米で比較し、老年医学教育の重要性をあらためて検証することを試みた。

2. 方法

日本の「社団法人 日本老年医学会」(<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>)とアメリカの「AGS: American Geriatrics Society」(<http://www.americangeriatrics.org/>)をサイト内で関連項目を調査・比較し、その中で特に大学医学教育に関連する項目を検索して、医学教育カリキュラムと関連するものについて全て抽出した。

日本国内の医学教育現状については主に「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成22年度改訂版）」に記載の、老年医学に関連する項目から抽出した調査資料（荒井 2010）をもとに整理した。

3. 結果

① 老年医学の特殊性

2012年に社団法人日本老年医学会から出された立場表明では、老年医学に関するくんだりとして以下の文章が入れられている。

「終末期患者に最善の医療およびケアを提供するために、医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は、死の教育ならびに終末期医療およびケアについての実践的な教育を受けるべきである。さらに、全人的医療の立場から実施する、終末期における最善の医療およびケアについて、国民にひろく理解を得るための啓発活動が必要である。」とされている。教育の内容としては「死の教育」及び「患者とのコミュニケーション」に重点を置き、「医師の教育に関しては、各大学の老年医学講座や日本老年医学会は、モデルカリキュラムの作成などを通して日本の終末期医療およびケアの教育の標準化に努めるべきである。」と結んでいる。これは2001年に表明されたものと比べ、「死の教育」を必修化すべきであるとの提言が付加されている。

② アメリカにおける老年医学教育に求められる卒前卒後医学教育のシラバス

アメリカ老年医学会で示される「老年医学（及び内科学、家庭医学）における最低限のコンピテンシー」は以下のような表に纏められ、全米大学院教育学会誌と全米医科大学教育学会誌の両者が示す見解として、26の項目が掲げられている。ここではテーマのみを示す。ちなみに学会の調査では全米の医科大学・医学部で老年医学をローテーション必修に入れているのは11%にしか過ぎないと憂慮している。また米国においても医学部でのカリキュラムの多さから、学習量が過剰であるとの指摘があり、これ以上カリキュラムを増やすことは学生にとっても負担であるとの意見もある。一方では未だ高齢化を迎えていないアメリカにおいても高齢化の予測は感じているようで、老年医学教育の重要性は叫ばれている。以下に示す表は米老年医学会と米国医学教育学会が共同でまとめた老年医学教育に対する提言である（表1）。

表1 (Minimum Geriatric Competencies Medical Students and IM/FM Residents (with ACGME) Sept, 2010)

全米大学院教育学会誌	全米大学院教育学会誌	大学院教育認証機構
メディカル・マネジメント	メディカル・マネジメント	医学知識 コミュニケーション システムベース実習
認知症	認知症その他	医学知識 コミュニケーション
SCC (運動機能及び生活機能評価等、地域医療者との連携、家庭療養でのリスクマネジメント)	CCI (急性期と慢性期疾患) TOC (患者移送—入院時と退院時の対処、他の医療職との連携、他の福祉施設との連携)	医学知識 コミュニケーション プロフェッショナリズム システムベース実習
転倒、筋力低下、歩行障害	AMB (外来診療時における筋骨神経系の診断)	医学知識 コミュニケーション プロフェッショナリズム システムベース実習
HCP (健診と予防)	CCI (慢性期疾患とケアプラン)	医学知識 コミュニケーション プロフェッショナリズム システムベース実習
ATYP (非定型性疾患の対応)	CCI (非定型の急性期疾患)	医学知識
PC (緩和ケア)	PC (緩和ケアと死にゆくケア)	医学知識 コミュニケーション プロフェッショナリズム システムベース実習
HOSP (高齢者の入院治療、術後管理、院内感染等の医療安全)	HOSP (高齢者の病院でのケア、術後管理、服薬指導、家族の対応、医療安全、院内感染、退院後ケアプラン) AMB (虐待の有無の観察)	医学知識 コミュニケーション プロフェッショナリズム システムベース実習

③ 日本における老年医学教育に求められる卒前医学教育のシラバス

2010年現在わが国では老年科を設置する大学が24（平成12年度（2000年）報告では19大学（23.7%）に老年医学の講座乃至は診療科が設置）あるとの報告がある。つまり7割の学生は臨床実習において、なんらかの老年医学を学ばずに卒前教育を終え、医師になるということの意味しているとされる。現在の医学教育の中でもことさらに老年医学教育

を分けている訳ではないが、現在の医学教育モデル・コア・カリキュラムの中で老年医学教育に該当するものがどれかを調査したものがあるので、それを基に表として整理してみた（表2）。また2009年度に公表された「わが国の大学医学部（医科大学）白書2009」では福祉教育（高齢者医療）について実施している大学は全80大学中70大学であった。実施学年や実施時間数においてもバラツキがあり、1学年で実施している大学や6学年で実施するという大学もあり、統一されたものはない。最も多い傾向としては複数学年で実施するタイプが22大学であった。さらに時間数も文部科学省での大学設置基準第21条（文部省令第28号）にある1単位を45時間とする授業時間を基準にすると、45時間以上実施している大学は15大学で、これは全体の21%に過ぎず、半数近くは1単位以下の授業時間しか行われていない（表3及び表4）。ちなみに最長授業時間は120時間であった。実習講義の別は不明である。

さらに卒後臨床研修における老年医学教育に関するシラバスについても調べてみたところ、特に具体的な統一された項目としては見当たらなかった。あくまで参考資料として2011年に日本医師会が今後の医学教育に対する提言として発表した中に、老年医学に対する若干の取組要請がなされていたので、併せて紹介する（表5）。

表2 「医学教育モデル・コア・カリキュラムと老年医学教育」 荒井啓行 日老医誌 2010 表は著者改訂

大項目	中項目	到達目標
A.基本事項	チーム医療	チーム医療の重要性、他の医療者との連携を図る能力
B.医学一般		該当なし
C.人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療	神経系	認知症と変性疾患、アルツハイマー症、脳血管性認知症等
	運動器系	骨粗鬆症の病因と病態、骨折の好発部位等
	呼吸器系	嚥下性肺炎の発生機序とその予防法を説明できる
	消化器系	咀嚼と嚥下の機構を説明できる
	精神系	認知症の診断と治療を説明できる
D.全身に及ぶ生理的変化、病態、診断、治療	加齢と老化:老化に伴う生理変化、老年者に特有な疾患の概念と介護に関わる問題を学ぶ。	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の心理・精神の変化を理解し、対応できる。 ・加齢に伴う臓器の構造と機能の変化を説明できる。 ・高齢者における病態、症候、治療の特異性を説明できる。 ・高齢者における、治療の留意点、栄養摂取の特殊性、老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、じょくそう）、総合機能評価法（CGA=Comprehensive Geriatric Assessment）、生活支援の要点等について説明できる。
E.診察の基本	症候、病態からのアプローチ	ショック、痙攣、発熱、意識障害、失神、チアノーゼ、脱水、全身倦怠、肥満、痩せ、黄疸、発疹、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、浮腫、動悸、胸水、胸痛、呼吸困難、咳・痰、血痰・喀痰、めまい、頭痛、運動麻痺、筋力低下、腹痛、悪心、嘔吐、嚥下困難、食思不振、便秘・下痢、吐血・下血、腹部膨隆、蛋白尿、血尿、排尿異常、関節痛、関節腫脹、腰背部痛
	診察の基本:年齢による薬剤投与の注意点	<ul style="list-style-type: none"> ・小児・高齢者の検査値の特徴を説明できる。 ・介護の定義と種類を説明できる。 ・日常生活動作（排泄、摂食、入浴）の介護と環境整備の要点を説明できる。 ・在宅医療（酸素療法、栄養療法、透析）を概説できる。
F.医学・医療	地域医療	地域における保健（母子保健、老人保健、学校保健）・医療・

と社会		福祉・介護の分野間の連携及び多職種間の連携の必要性。
	保健医療、福祉と介護の制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険を説明できる。 ・高齢者医療の特徴を説明できる。
G.臨床実習	全期間を通じて身につけるべき項目	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者を診察でき、総合機能評価（CGA）ができる。 ・胃管の挿入と抜去ができる。 ・尿道カテーテルの挿入と抜去ができる。
	内科系実習	肺炎、パーキンソン病、せん妄など

表3（福祉教育の実施学年別表 「わが国の大学医学部（医科大学）白書 2009」より 表は著者作成）

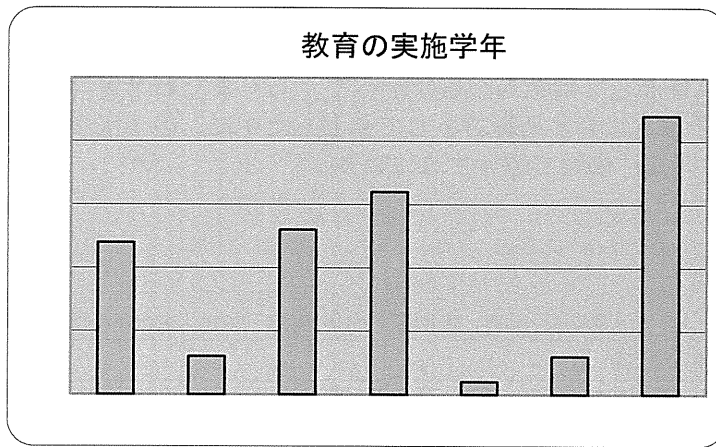


表4（福祉教育の大学別実施時間数 「わが国の大学医学部（医科大学）白書 2009」より 表は著者作成）

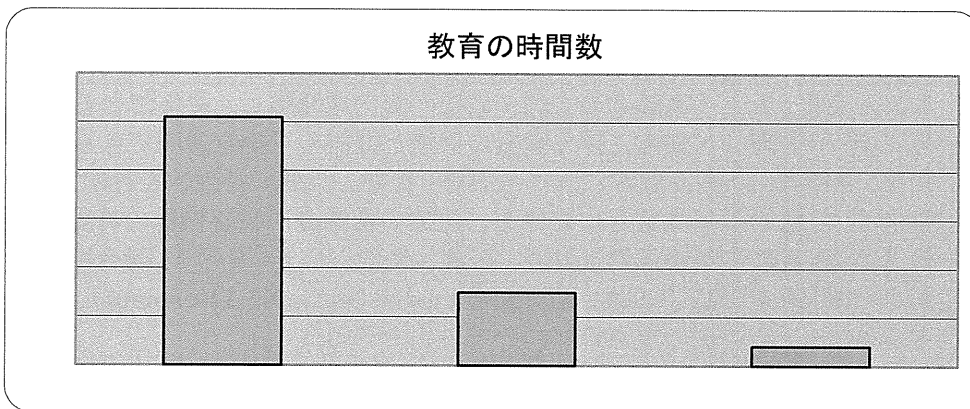
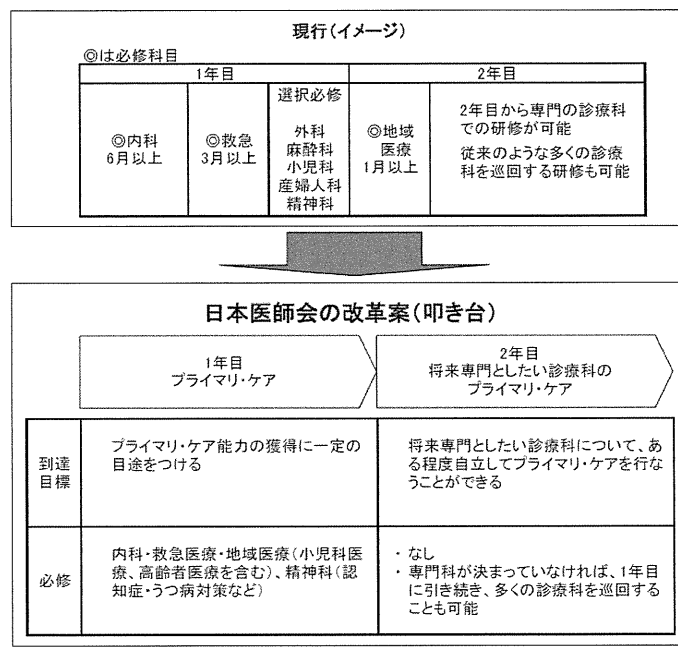


表5（医師養成についての日本医師会の提案－医学部教育と臨床研修制度の見直し－第2版より抜粋）

1年目	プライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけることを目指し、内科、救急医療、地域医療（小児医療、高齢者医療を含む）、精神科（認知症対策、うつ病対策など）を必修とし、約1年間研修する。それぞれの必修科においては、介護、福祉との連携も視野に入れる。
2年目	将来専門としたい診療科のプライマリ・ケアを中心に研修する。

図 1 (医師養成についての日本医師会の提案—医学部教育と臨床研修制度の見直し—第 2 版より抜粋)

図 2.1 臨床研修制度の改革案



4. 考察

日本の医学教育のカリキュラムにおける老年医学にかかわる部分と米国での老年医学教育専門カリキュラムを比較した結果はどちらも 25~26 の項目に集約されている点は共通している。定型的な疾患に対するケアの管理等では多くの内容が共通していた。一方、米国では緩和ケアから「死にゆくケア」に関する教育が行われているのに対し、日本では死に対する教育には重きがおかれていない。医学教育の中でどのような死生学が教えられるかは個別に研究調査が行われるべきであるが、現在の日本の医学教育では QOL を中心にした、急性期の救命医療に重きが行われている。その陰で確実に死と隣り合わせの高齢者にとっては死を避けられない。どのように生を全うするかを患者に選択させる情報を、正確に理解させることも医師の大きな役割であろう。QOD (死の質) も QOL (生命の質) と同様に重要な課題である。

また個別に具体的中身を見た場合に、両者に質的な差が見られる。例えば、アメリカにおいては入院時に、患者をどこから受入れて、医師が受入の状況を記録把握する訓練が設けられており、さらに患者が退院する際の患者住居環境の把握、患者の生活地域の把握を医師が行うような訓練がなされている。連携医療における医師の役割を明確に理解するプログラムを基本としている。

一方日本の場合、医療は病院完結型の教育中心であるためか、医師が患者の地域の把握をするような教育プログラムにはなっていない。医療連携の項目があるが、各医療者が何をやるかの理解に止まらず、医師は連携医療の際にどのような役割を担うかについて、実践的な訓練が必要ではないかと思われる。現状でも医学部における福祉教育にはバラつきがあり、医師の福祉情報量に大学間での差が生じるのではないかと危惧される。今後の老年医学教育にはその点を改良するべきではないかと思われる。

さらに新卒後臨床研修の中では具体的に老年医学について研修を示すような具体的項目は見当たらなかった。新たに提案されている研修改革ではプライマリ・ケアの重要性が叫ばれる。高齢者を総合的に診る総合診療医の養成が必要であるとの考えに基づくが、ここで老年内科医と一般内科医、そして総合診療医がどのようなコンピテンシを備え、どのよ

うに違うのかを明確にすることが前提となる。現在のカリキュラムの中ではその点が明らかにされていない。さらに、地域医療における医療福祉連携（統合？）の活性化や総合診療医、家庭医の必要性が叫ばれる中で、何を目的にした連携なのか、何を目指した総合診療医要請なのかのモデルが不明確であり、連携の意味を十分に吟味する必要がある。医師のコンピテンシに関しては、これからの医師にとって、支える医療が中心になるため、医療は医学知識だけでは完結せず、福祉の知識も要求されるであろう。

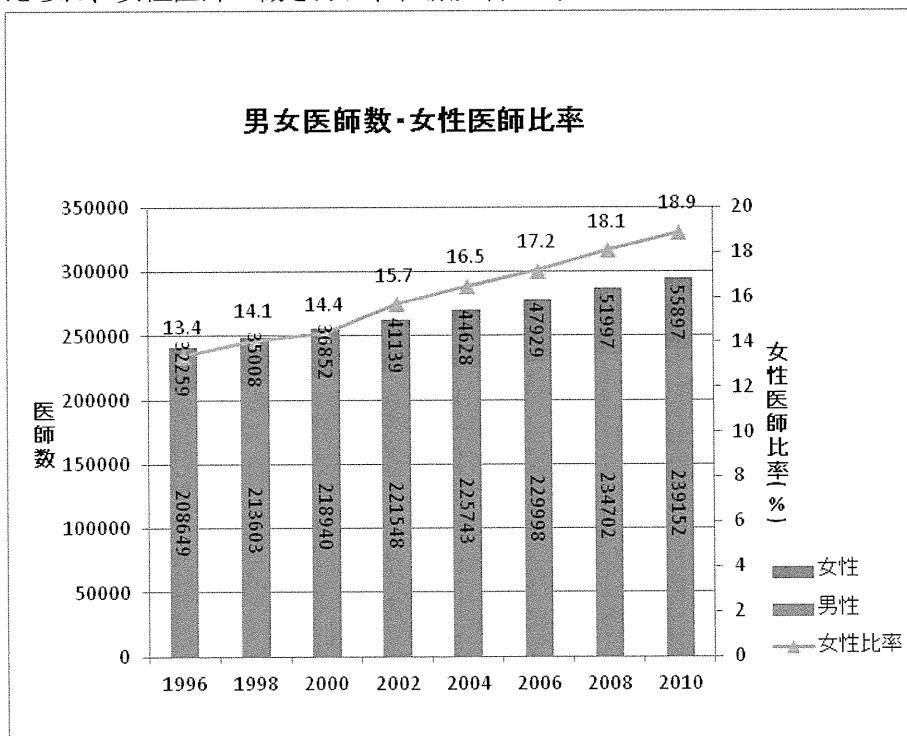
少子超高齢化社会における医師の需要と供給

女性医師の課題

木労働衛生コンサルタント事務所 所長 荒木葉子

【目的】

医学部入学者における女子学生比率は 3 割を超えており、医師全体における女性医師比率は 18.9%（平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査）となった。このまま医師免許取得者の女性比率が同程度で推移すれば、2030 年には女性医師比率は 3 割程度にまで増加すると考えられ、女性医師の働き方は、医療人材に対し大きなインパクトを持つことになる。

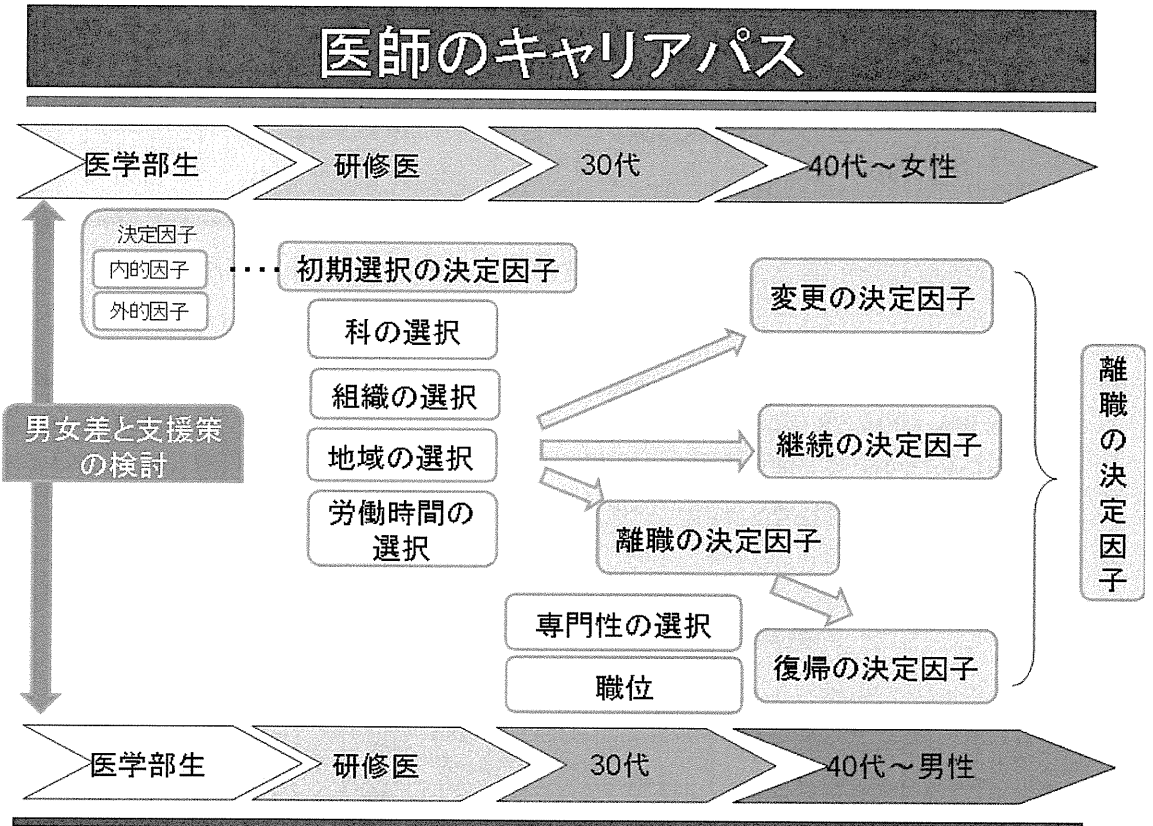


女性医師の課題は、我が国における女性の課題と医師の課題の重なりである。

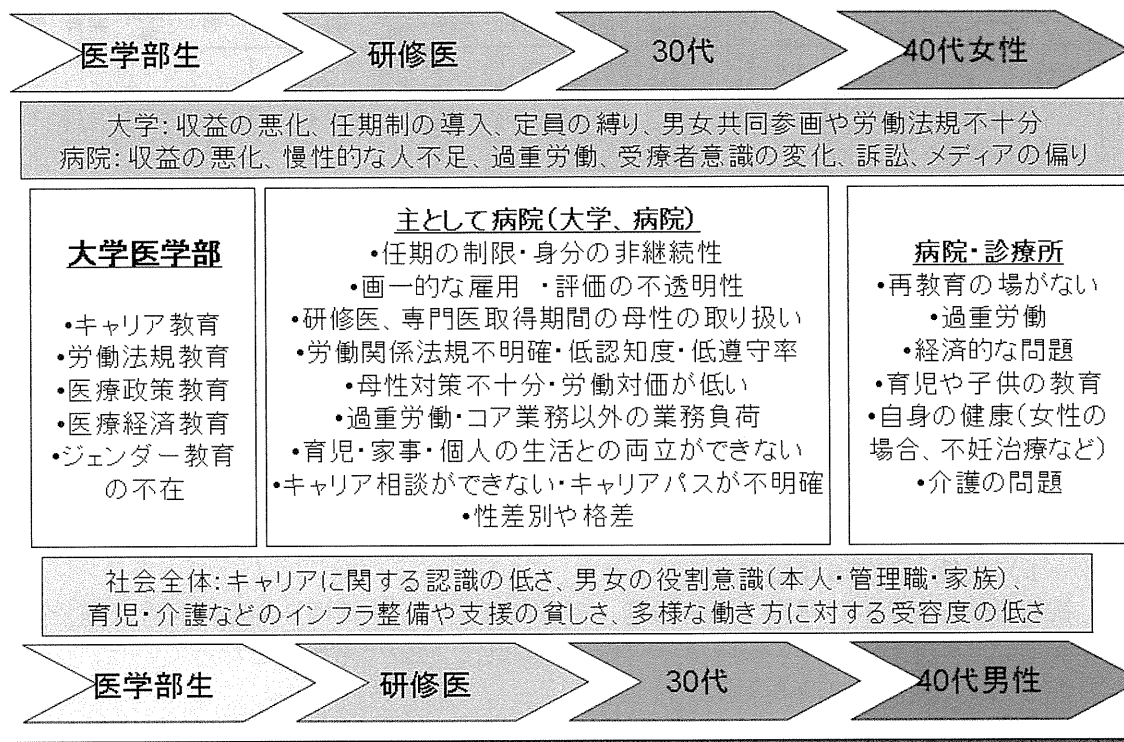
少子超高齢社会において、女性は産む性として、家事労働者を担う性として、生産・経済活動をする性として、育児・介護を担う性として期待される。家庭と仕事の役割負担率が男性とは異なることで、世帯全体で見た場合には、問題となりにくいですが、女性個人として見た場合には、雇用形態、職位、給与 に差が生じやすい。また、女性は、男性とは異なる疾患構造を持ち、長寿でしかも寝たきりになりやすい性であり、独居や貧困、暴力の対象になりやすいなど社会的な問題を抱えた性である。

医療・福祉に従事する女性数は多く、全女性労働者の 10%を占めるが、その中で、女性医師数は今までは少なかった。医学部における医学教育は、主として学問としての医学であり、医師としての生活プラン、結婚・子育て・介護などを含めたライフ・キャリア教育などは全くなされてこなかった。

医師の需要と供給を性差の視点で考察することが重要である。



医師のキャリア継続の壁



5

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。

前回の報告書で A 大学医学部卒業生調査の概略を報告したが、今回はその詳細を報告するとともに、各所で行われている、女性および医師全体に対する支援策について概説する。

1. 医学部卒業生就業状況調査

【方法】 A 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)

1. 卒後の経年就業状況

卒業者の就業実態について、卒業年数ごとに 1. 主たる就業機関、2. 主たる就業形態、3. 主たる業務の週労働時間、4. 当直の有無、5. 休日勤務の有無、6. 手術や分娩の有無について調査した。

回答数は、女性 163 人、男性 299 人、合計 462 人であった。卒業年数 5 年刻みで解析を行った。

表1 経年就業状況回答者属性 (人)

	卒後年数	総計	既婚者	子ども有	診療科													
					内科	外科	小児科	産婦人科	救命救急科	麻酔科	眼科	皮膚科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	整形外科	精神神経科	放射線科	その他
女性	≤5年	24	9	7	9		4	3		1	1					1	2	3
	≤10年	46	28	21	12	3	6	3		2	3	2	5	2	2	1	1	3
	≤15年	36	19	21	11		3	4		2	2	3	3	1	3	1		3
	≤20年	28	22	20	13	1	2	4			3	2		1				2
	≤25年	16	14	10	5		2	1			1	2			3	1		1
	>25年	13	12	9	4			2		1	2	1	1			2		
	女性合計	163	104	88	54	4	17	17		6	12	10	9	4	8	6	3	12
男性	≤5年	17	11	6	6	2	3		1	3			1	1				
	≤10年	48	38	29	12	7	2	2				1	2	6	5	2	3	6
	≤15年	56	46	38	17	8	3	3	2		1	2	1	3	1	2	4	8
	≤20年	56	49	47	12	8	4	4		1	1	2	2	3	3	6	1	9
	≤25年	59	52	45	12	7	2	3	2	1	2	3		3	6	7	2	9
	>25年	63	58	57	12	13	10	3		3	1	2	3		7	4		4
	男性合計	299	254	222	71	45	24	15	5	8	5	10	9	16	22	21	10	36

1) 就業機関と就業形態

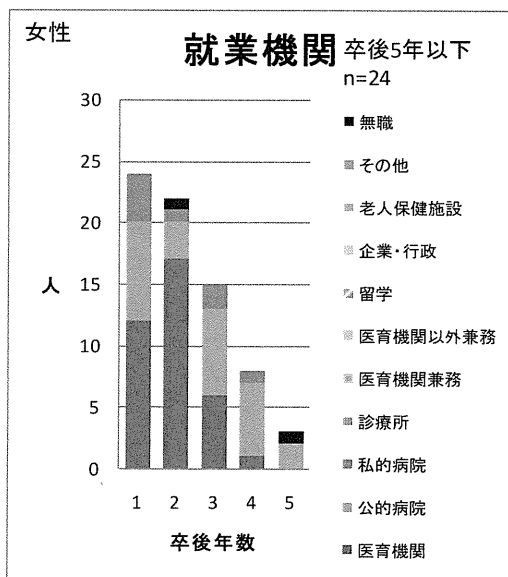
女性

1-1) 女性 卒後5年以下

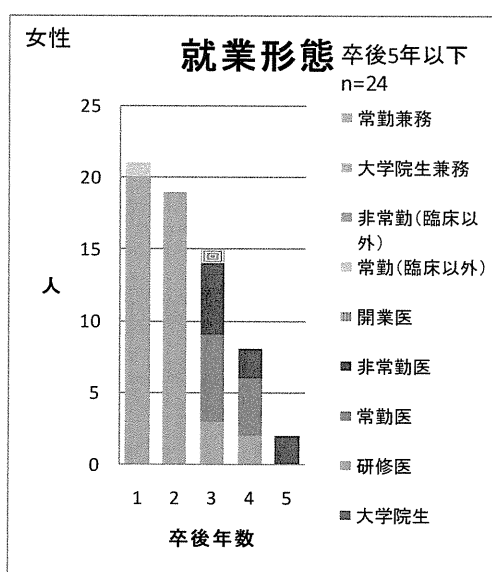
初期研修の1年目の半数は医育機関、半数は病院、2年目は8割程度医育機関で研修を行っていた。その後は医育機関で非常勤医(医員)、病院で常勤医となっていた。

図1-1 女性 卒後5年以下

a 就業機関



b 就業形態



1-2) 女性 卒後6~10年

卒後1年目研修は医育機関、その後医育機関を離れて病院で研修し、その後、再び医育機関に戻っていた。身分は非常勤医および大学院生で、大学院生兼務という就業形態をとっている人が2割程度いた。非常勤が医員を指すのか、パートタイムを指すのかが不明確であるが、非常勤は25%程度に見られた。

図1-2 女性 卒後6~10年以下

a 就業機関

b 就業形態