

女性医師の労働時間の実態と その決定要因 —非常勤勤務と家族構成の影響について¹⁾

富山大学

中村真由美

概 要

女性医師の増加と働き方の偏りが医師不足の一因になっているという。しかし、医師を対象とした統計データの限界により、女性医師の労働時間の実態や、勤務形態や家族構成による影響については十分に明らかにされてこなかった。本稿では、政府統計である『就業構造基本調査』の二次利用分析を通じ、日本の女性医師の労働時間の現状を明らかにし、勤務形態や家族形態による影響を検証した。女性医師の労働時間は、家族構成など他の条件を統制してもなお、非常勤では常勤に比べ、平均で週 20 時間前後も労働時間が短くなっていた。育児援助の有無など計測されていない要因が関わっていることも考えられるが、非常勤の労働環境そのものが原因になっている可能性がある。医師不足の問題を考える上で、女性医師の非常勤化とその労働時間への影響にも注目する必要がある。もちろん非常勤を希望する女性医師についてはその意志は尊重されるべきである。しかし、病院常勤職の継続を希望しながらも、家庭との両立の困難さのために常勤職を離れざるを得ない女性医師については、常勤職を離職しないで済むように、労働環境を整え、支援することが大切である。

キーワード

ワークライフバランス, 女性医師, 社会学, キャリア形成, 医師不足

I. 本稿の目的

本稿では、日本の女性医師の専門分野と働き方の偏りの現状とその背景に着目し、「医師不足」に与える影響を明らかにする。特に、女性医師の労働時間に焦点をあて、それが勤務形態や家族形態によってどのように影響を受けているのかを示す。

「医師不足」が社会問題になると、女性医師の増加とその働き方にも注目が集まってきた。それは、病院から診療所へのトランジションのタイミング、専門分野の偏り、勤務形態にはジェンダー差があり、それが医師の就労状況を左右する重要な要因と見なされているからである（川村 2008, 長瀬 2007, 吉田 2009, 中村 2010 など）。女性労働者の労働時間の実態に加えて、勤務形態や家族形態が労働時間に与える影響を明らかにすることは労働問題として重要な課題をもつ。マンパワーの総量の調整が政策的に決定される医師は、実際に国内では一部の例外を除いてほとんど注目されてこなかった（たとえば橋本 2008）。女性医師の労働時間の実態、および、勤務形態や家族形態による影響が十分に解明されてこなかったその原因の一つは、医師を対象とした政府統計の不備にある。例えば、医師の働き方についてもっとも詳しい『医師・歯科医師・薬剤師調査』では、勤務形態の区分（常勤・非常勤）と労働時間についての質問項目がなく、家族形態やライフコースについての質問項目もない。そのため、これらの項目については、主に学会や、医学部の同窓会による調査に頼ることが多かった²⁾。これらの調査によって、数々の貴重な知見は得られたが、調査目的の違いから、専門科別・出身校別以上の踏みこんだ傾向を掴むことができるデータは近年までほとんど存在しなかった。

本分析は、『就業構造基本調査』の二次利用分析を通じ、女性医師の労働時間の実態を明らかにする。『就業構造基本調査』は、医師のみならず、国民の全ての職業を対象とした、無作為抽出による全国標本調査である。この調査には、世帯構成員の職業、労働時間、勤務形態、および、勤務先についての情報が含まれている。世帯ごとに調査がなされているために、家族状況や配偶者の職業・労働時間についても情報を得ることが可能である。標本規模は 45 万世帯、調査対象に含まれる世帯構成員は 100 万人（平成 19 年度）の大規模調査である。このことから、医師のような人口規模の小さい職業集団であっても、十分に分析可能な標本規模を確保できる。

本稿では、まず、2 項で「医師不足」の原因と女性医師との関連について述べる。3 項では、既存の集計データにより医師の現状を示す。4 項では、『就業構造基本調査』の二次利用分析に基づき、医師の就労状況と家庭状況について概観し、年代と性別による医師サンプルの分布や、有配偶率、子供の数、勤務形態について示す。5 項では仮説（女性医師は、非常勤になった場合には、常勤である場合に比べ、他の条件を統制してもなお、労働時間が大幅に短くなる）

を示し、勤務形態ごとの労働時間の平均値の分析や OLS による分析により仮説の検証を行う。

本稿の分析による主な知見を示すと以下のようになる。未婚の女性医師は、未婚の男性医師と変わらない常勤率の高さであるが、既婚の女性医師は、子供がいてもいなくても、非常勤率が高くなる。さらに、子供のいる既婚女性医師は、20 代後半から 30 代後半まで、非常勤率が 3 割前後と高く、その影響は 40 代後半までにも及んでいる。つまり、医師として最も働き盛りの時期に非常勤化する女性医師が少なくない。また、医師の勤務形態ごとの労働時間を見ると、常勤医師は男女共に週 50 時間前後働いているが、非常勤になると、男性医師は 40 時間、女性医師はわずか 30 時間となる。女性医師の場合は、非常勤になることで約 20 時間も労働時間が短くなっている。労働時間を被説明変数にした OLS の分析では、未婚者を含めたサンプルの分析でも、既婚者のみを対象としたサンプルの分析でも、どちらの場合も、他の要因を統制してもなお、女性医師の場合には、非常勤であることが労働時間を大幅に短縮することにつながっていた。特に既婚女性医師の場合、この傾向が顕著であった（平均 20 時間以上も短縮）。また、女性医師の場合には 15 才未満の子供がいることで（子供が幼くなくても）労働時間が大幅に（約 6 時間（表 10））短縮されていた。

日本では、女性医師の労働時間の実態について十分に知られていない。さらに、女性医師の労働時間が、その勤務形態や家族形態によって、どのように影響を受けるのかということについては、ほとんど注目されてこなかった。しかし、本稿の分析により、非常勤になるということが、女性医師の労働時間を大幅に減少させていることが明らかになった。女性医師の数が増えている中で、また、医師不足が問題になっている中で、女性医師の勤務形態に注意を払う必要がある。非常勤になることが労働時間を大幅に縮めることにつながるのだとすれば、病院常勤職の継続を希望する女性医師が、家庭との両立の困難さから病院常勤職を離職することがないように、就労環境を整えることが医師不足緩和の一助になると考えられる。

II. 社会問題としての「医師不足」と女性医師

医師不足があらためて取りざたされるようになったのは、2000 年代半ば頃からである。この頃は卒後臨床研修制度が始まった時期であり、実際には働いていないのに医師がいたことにする「医師の名義貸し」が問題となった（吉田 2009）。また、医療過誤や医療訴訟について多く報道されるようになり、特に周産期医療や小児科における医師不足の問題が注目を浴びるようになった³⁾。

医師不足の問題については、吉田（2009）が3つの視点をまとめている。一つ目は、医師の数が足りないと見なすものである。1980年代半ばから行われた医師抑制政策により、医師数は10%削減された。他国に比べ、日本では医師の絶対数が少ない⁴⁾。二つ目は医師の絶対数は少なくないが、病院と診療所における医師の配置分布の偏りがあるという見方である。三つ目は、医師の絶対数が少ない訳ではないが、医師の専門科の偏りが医師不足につながっているという視点である。2004年に導入された新医師臨床研修制度によると、かつては大学病院など特定の病院でのみ可能だった研修が、民間病院でも可能になり、医局の人事権が弱くなった。そのことから、医局から地域の病院に医師を派遣し続けることが困難になり、地方で医師不足が起きているという（永田2007など）。さらに、医師の数には診療科ごとの偏りがあり、外科、小児科、産科、救急など、過酷な勤務状況にある診療科を希望する医学生は減っている⁵⁾。

女性医師の増加も、医師の偏在の背景にあると考えられている（吉田2009、中村2010など）。女性医師の専門科選択には偏りがあり、それが医師の偏在に影響している。たとえば、女性医師は外科を選択しない傾向にあるが、女性医師の比率が増えるにつれ、外科を志す医師の絶対数が減る⁶⁾。さらに、女性医師は産科・小児科・麻酔科を選ぶ傾向にあるが、女性医師は男性医師よりも10年ほど早く、30代半ばに病院勤務から診療所へのトランジションを経験することから、30代半ばという働き盛りの世代で、これらの専門科で病院勤務の医師が減っている（吉田2009）。

女性医師の勤務形態が医師偏在に影響している可能性を示す研究もある。例えば、長瀬（2007）はインターネット調査の分析から、非常勤で勤務する医師については、男性非常勤医師に比べて女性非常勤医師の勤務時間が短い傾向にあることを示している。非常勤医師の労働時間にジェンダー差があるのであれば、女性医師の増加により、医師不足（医師のマンパワーの総量という意味で）の一因になっている可能性がある。

III. 日本の女性医師の現状

日本の女性医師が置かれた概況について既存の統計を用いて述べる。表1～2、図1～2を説明すると以下ようになる。表1では、女性医師割合の国際比較による現状を、表2では日本における女性医師の年代構成を示した。日本の女性医師比率は低いですが、若い世代に多くなっている。次に、図1では医師のキャリアパスを示した。医師のキャリアパスには、病院から診療所へのトランジションがあり、女性医師は35歳あたりでトランジションのピークを迎える（この時期は、一般的な女性のライフコースでは、出産・育児などの家族形成期と重なることがわかっている）。さらに、就業先のトランジション（転職）ばかりでなく、休

業も起きている可能性がある。このため、男女の医師の年齢別就業率を確認したものが図2である。家族形成期には、転職ばかりでなく、休業も起きていることが解る。家族形成期をすぎると男女共に就業率は回復するが、復帰した就業者の中には非常勤も含まれている⁷⁾。図3は、女性医師の偏在の原因と見なされる専門科による偏りの現状を示したものである（図3については、群細は後述する）。

表1：欧米4カ国と日本の女性医師割合の比較（単位：％）

	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ	日本
医師数(2003/人口1000人あたり)	2.3	2.2	3.4	3.4	2 *1
女性医師割合(2004/対全医師数)	28.1	37.1	37.7	37.6	16.4
女性医師割合(2007/対全医師数)	30	41	39	40	17
医学部学生女性割合(2003/対全医学部学生数)	45.2	56	59	不明	32.9 *2

出所: OECD Health Data 2007 および 2009, Department of Health . Statistical Bulletin 2004, BMA Board of Medical Education. The demography of medical schools: a discussion document. London: BMA, 2004.

*1) アメリカ, 日本は2002年データ, *2 フランスは初年次入学者数. 米本 (2011) によるまとめ.

表2：日本の年齢階層別女性医師割合（単位：％）

	29歳以下	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	総数
1959年	9.6	10.4	12.3	7.6	3.3	1.9	9.3
1980年	12.7	9.2	7.6	10.3	12.8	8.6	10
1990年	19.4	11.1	9.5	7.8	10.5	13.1	11.5
2004年	35.3	22.5	13.6	10.2	8.2	11.3	16.5
2008年	36.2	26.8	16.4	11.2	9.4	10.1	18.1

出所：医師・歯科医師・薬剤師調査各年 . 米本 (2011) によるまとめ.

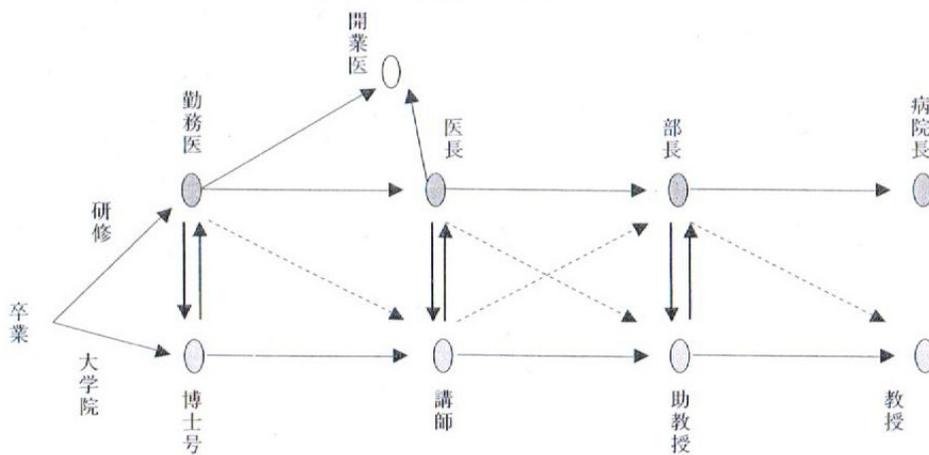


図1：医師のキャリアパス

出所：吉田 2009

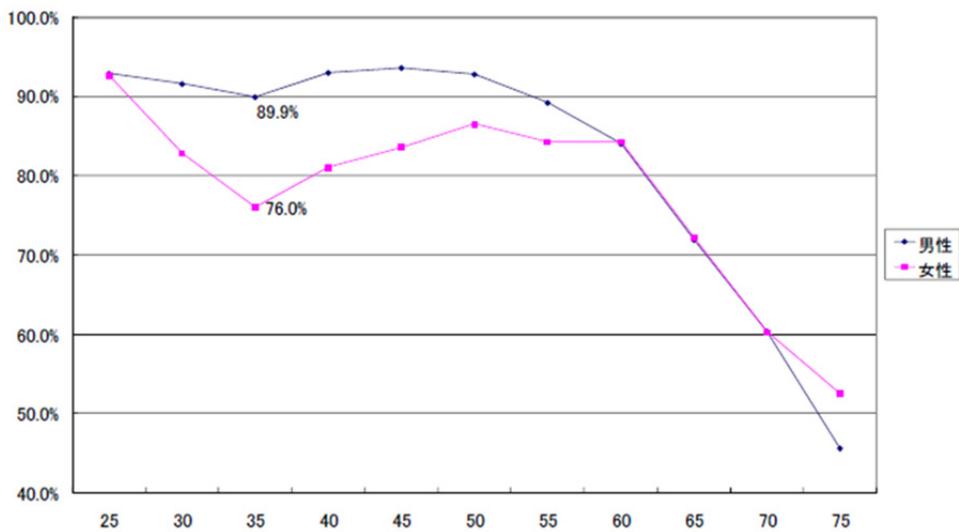


図2：男性医師と女性医師の就業率

出所：厚生労働省医政局2010「医師を取り巻く現状等について」第1回今後の医学部入学定員の在り方に関する検討会

図3は、専門科のうちの女性比率である。皮膚科、眼科、麻酔科、小児科、婦人科、産科、糖尿病内科、乳腺外科、産婦人科と続く。Boulis and Jacobs (2008)によれば、アメリカの女性医師比率の高い科は、順に、小児科、小児精神科、産婦人科、皮膚科、一般予防医学で

ある。小児や女性を対象とする科や、女性が興味を持ちやすい美容と関連する皮膚科に女性比率が高い点では似ているが、日本の方が皮膚科、眼科、糖尿病内科という、患者の状況の「急変」を伴わない慢性疾患を対象とする科により順位が高い傾向がある。たとえば、日本の女性医師の構成比は全体の2割ほどなのに、皮膚科医においては全体の7割を女性医師が占めている。アメリカでは最も女性比率の高い小児科でさえ、5割強程度にすぎない。女性医師比率の低い外科の場合は、アメリカでは15%前後であるが、日本では5%程度である。日本の女性医師が慢性疾患を対象とする科に集まる傾向をもつのは、主治医制というシステム下の勤務状況の特性が、家庭との両立に困難をもたらすからである。（中村2010）。主治医制は患者一人一人に担当医がつくことによる、きめ細かな診療ができる一方で、担当医は、患者の急変の際には、夜間の呼び出しや電話相談に応じなければならない。家庭生活に比重をおく女性医師には負担の大きい制度なのである。そのため、急変の少ない専門科に女性医師が集中する傾向にあるのである。

このように、女性医師の働き方は、病院から診療所へのトランジションの早さ、就労パターン（M字カーブに示されるような、家族形成期の休業）、非常勤比率の高さ、専門科の偏りという点から、医療現場における（特に、病院における常勤医師の）医師不足につながっているとされる。しかしながら、女性医師の労働時間の実態は十分には知られてこなかった。長瀬（2007）の男女非常勤医師の労働時間の分析は示唆に溢れたものであるが、インターネット調査によるデータであり、データの代表性に限界がある。厚生労働省（2006）「医師需給に係る医師の勤務状況調査」は、労働時間とジェンダー、および、勤務形態の関連についても調べた貴重な調査であるが、問題関心の違いから、労働時間がライフコースや家族状況にどのように影響を受けるのかということについては検証していない。一般の女性であれば、配偶状況や家族の状況によって、就労状況や家事分担状況が影響を受ける。女性医師にも同じようなことが起きている可能性がある。このことから、本稿では無作為抽出による全国調査である『就業構造基本調査』の二次利用分析を通じ、女性医師の労働時間の実態を明らかにし、勤務形態、性差、および、家族形態による影響を検証する。

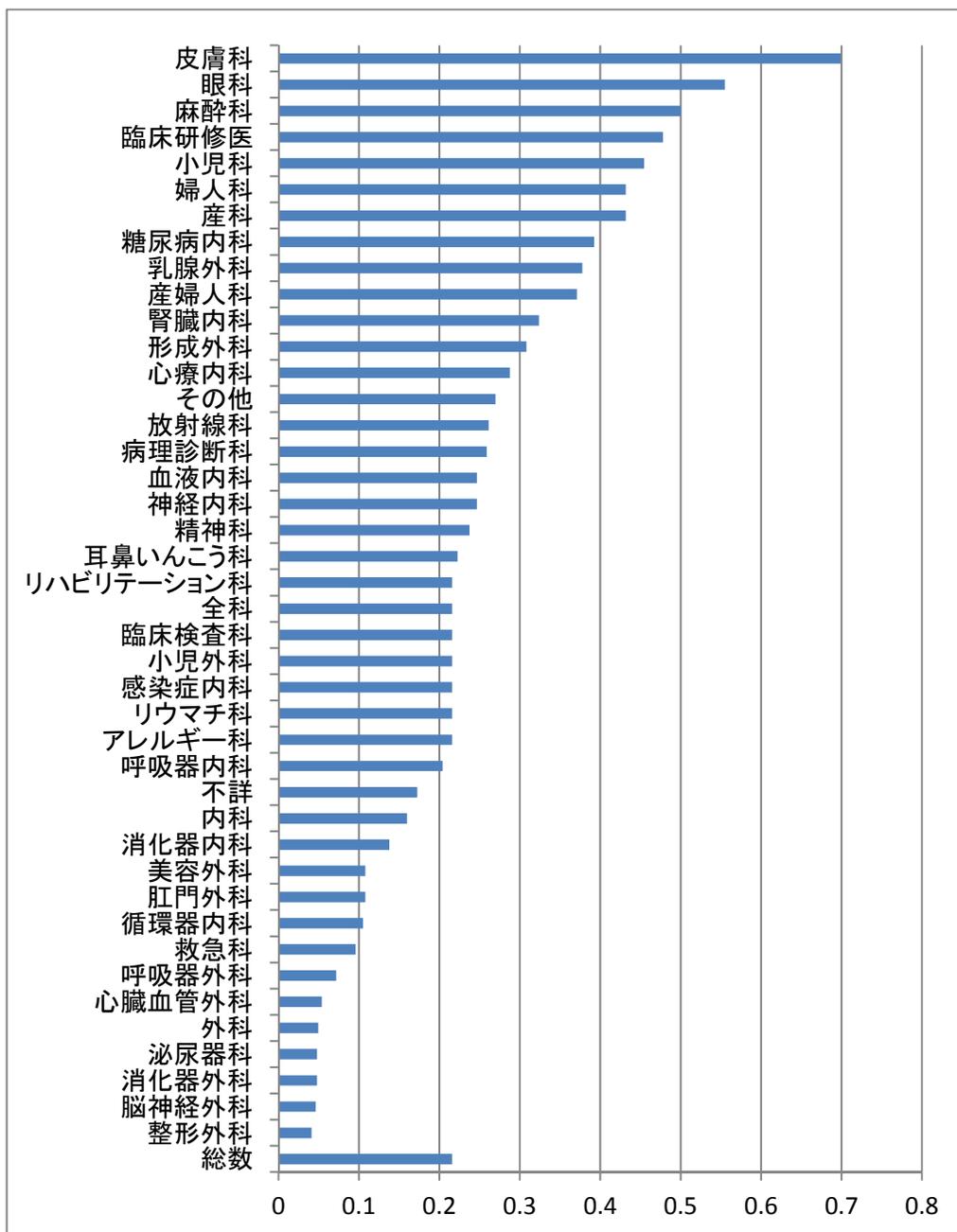


図3：専門科の女性比率

出所：厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」より再構成

IV. データの概要

データは政府統計である、『就業構造基本調査』を用いる。就業構造基本調査は、医師に限らず、日本の人口全体を対象とした調査であるが、無作為抽出による全国調査であり、さらに、標本規模が大きいために（たとえば平成19年調査では、45万世帯、100万人をサンプリング）医師のような人口内の比率の少ない職業集団でも標本数を確保できるというメリットがある。さらに、世帯ごとにデータを取っているために、同居家族全員のデータをマッチングさせることが可能であり、配偶状況、配偶者の就労状況、労働時間、同居の親の有無、および、子供の数や年齢を知ることができるのが当該データのメリットである⁸⁾。なお、現在入手可能なデータで、医師という職業グループに属するケースを判別可能なデータは平成14年度と19年度データのみであったため、この2つの年度のデータを使用する。

平成14年度データの医師数は1965人、うち女性医師は270人であった。平成19年度データの医師数は1962人、うち女性医師は329人であった。本稿では、分析に必要な女性医師の標本規模を確保するために、2つの年度のデータを合併させて使用する⁹⁾。

以下に『就業構造基本調査』のデータの概要を示す。医師については、無作為抽出による、家庭状況についての質問項目も含めた、専門科別、出身校別を超えて実施された全国調査は稀であるため、現状が十分に知られていない。そのために、まず、当該データの特徴を生かし、医師の配偶状況や子供の状況について明らかにする。結果をまとめると、以下ようになる。若い世代に女性医師が多く（表3）、女性医師は婚姻率が低い一方で、男性医師は高い（表4）。男性医師の配偶者には無業（専業主婦）が多いが、女性医師の配偶者には無業（専業主夫）は非常に少ない（表5）。さらに女性医師が男性医師と結婚する比率は7割以上と非常に高いが、男性医師が女性医師と結婚する比率は16%と低い（表6）。子供の数についても医師でジェンダー差がある（男性医師の方が、女性医師より子供が多い）（表7）。家庭状況と就業形態との関連を見てみると、未婚の女性医師は、未婚の男性医師と変わらない常勤率だが、既婚の女性医師は、子供がいてもいなくても、非常勤率が高い。特に子供のいる既婚女性医師は、20代後半から30代後半まで、非常勤率は3割前後と高い。

以上から窺えることは、以下のとおりである。男性医師は、有配偶率が高く、半数は専業主婦を妻とするために、家事育児の多くを妻に負担してもらうことが可能であり、結婚や子供の出生によって常勤率が低くなることはない。子供も女性医師より多い傾向にある。一方、女性医師は、専業主夫を夫とすることは稀で、既婚者の場合には、家事育児と両立するために、就労形態を非常勤にする傾向がある。女性医師は未婚者の比率も高く、子供の数も少ない傾向にある。女性医師の場合には、家庭役割と職業役割の間にコンフリクトが起きていることが解る。そして、このコンフリクトのために、病院の常勤医として、も

特集 「ワーク・ライフ・バランス」と「男女雇用機会均等」

っとも活躍が期待される時期である, 20代後半から30代後半にかけて, 既婚の女性医師のうちの3割前後が非常勤勤務となっている.

表3：年代と性別による医師サンプルの分布

	年代									合計
	25歳未満	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-60歳	60歳以上	
男性	3 .1%	185 5.6%	233 7.0%	339 10.2%	415 12.5%	432 13.0%	468 14.1%	357 10.7%	898 27.0%	3330 100.0%
女性	4 .7%	109 18.2%	92 15.4%	89 14.9%	76 12.7%	69 11.5%	48 8.0%	29 4.8%	83 13.9%	599 100.0%
合計	7 .2%	294 7.5%	325 8.3%	428 10.9%	491 12.5%	501 12.8%	516 13.1%	386 9.8%	981 25.0%	3929 100.0%

$\chi^2(7) = 230.224, p < .001$

表4：男女医師と一般男女の配偶状況

	配偶なし	配偶あり	合計
一般男性（医師以外）	151587 27.1%	407912 72.9%	559499 100.0%
男性医師	367 11.0%	2959 89.0%	3326 100.0%
一般女性（医師以外）	155982 35.5%	282913 64.5%	438895 100.0%
女性医師	251 41.9%	348 58.1%	599 100.0%

一般男性と男性医師 $\chi^2(1) = 432.631, p < .001$

一般女性と女性医師 $\chi^2(1) = 10.572, p < .01$

表5：男女医師と一般男女の配偶者の就労状況

	夫就労状況				妻就労状況		
	有業	無業	合計		有業	無業	合計
一般女性（医師以外）	232230 92.1%	19820 7.9%	252050 100.0%	一般男性（医師以外）	227003 62.4%	136836 37.6%	363839 100.0%
女性医師	294 97.4%	8 2.6%	302 100.0%	男性医師	1372 50.6%	1341 49.4%	2713 100.0%
合計	232524 92.1%	19828 7.9%	252352 100.0%		228375 62.3%	138177 37.7%	366552 100.0%

一般男性と男性医師 $\chi^2(1) = 160.186, p < .001$

一般女性と女性医師 $\chi^2(1) = 11.329, p < .01$

表6：男女医師と一般男女の医師との配偶状況

	夫職業				妻職業		
	一般男性 (医師以外)	男性医師	合計		一般女性 (医師以外)	男性医師	合計
一般女性 (医師以外)	210452	1085	211537	一般女性 (医師以外)	210452	75	210527
	99.5%	.5%	100.0%		100.0%	.0%	100.0%
女性医師	75	210	285	男性医師	1085	210	1295
	26.3%	73.7%	100.0%		83.8%	16.2%	100.0%
合計	210527	1295	211822	合計	211537	285	211822
	99.4%	.6%	100.0%		99.9%	.1%	100.0%

$\chi^2(1) = 25078.769, p < .001$

表7：男女医師が同居する15歳未満の子供の数

	15歳未満の同居する子供の数						合計
	0	1	2	3	4	5	
男性	2087	520	497	196	23	7	3330
	62.7%	15.6%	14.9%	5.9%	.7%	.2%	100.0%
女性	404	100	63	26	6	0	599
	67.4%	16.7%	10.5%	4.3%	1.0%	.0%	100.0%
合計	2491	620	560	222	29	7	3929
	63.4%	15.8%	14.3%	5.7%	.7%	.2%	100.0%

$\chi^2(5) = 13.188, p < .05$

表 8-1：医師の家庭状況と勤務形態（現在配偶なし）

				常勤	非常勤	役員	自営	合計	
配偶なし	子供なし	男性	25-29歳	81.1%	18.9%			100.0%	132
			30-34歳	75.0%	20.0%	1.7%	3.3%	100.0%	60
			35-39歳	70.0%	12.5%	5.0%	12.5%	100.0%	40
			40-44歳	87.0%	4.3%		8.7%	100.0%	23
			45-49歳	70.0%	5.0%	5.0%	20.0%	100.0%	20
			50-54歳	57.1%		7.1%	35.7%	100.0%	14
			55-60歳	40.0%		30.0%	30.0%	100.0%	10
			60歳以上	20.8%	5.7%	17.0%	56.6%	100.0%	53
						67.3%	13.4%	4.8%	14.5%
		女性	25-29歳	76.3%	22.6%		1.1%	100.0%	93
	30-34歳		88.1%	9.5%		2.4%	100.0%	42	
	35-39歳		70.6%	11.8%	5.9%	11.8%	100.0%	17	
	40-44歳		92.9%	7.1%			100.0%	14	
	45-49歳		69.2%		15.4%	15.4%	100.0%	13	
	50-54歳		57.1%	14.3%	14.3%	14.3%	100.0%	7	
	55-60歳		60.0%		20.0%	20.0%	100.0%	5	
	60歳以上		24.3%		18.9%	56.8%	100.0%	37	
					69.3%	12.7%	5.3%	12.7%	100.0%
		子供あり	男性	25-29歳	100.0%				100.0%
35-39歳						100.0%	100.0%	1	
40-44歳					100.0%		100.0%	1	
45-49歳					100.0%		100.0%	1	
50-54歳	100.0%						100.0%	2	
60歳以上	16.7%				33.3%	50.0%	100.0%	6	
				33.3%		33.3%	33.3%	100.0%	12
	女性		30-34歳	100.0%				100.0%	3
35-39歳			100.0%				100.0%	6	
40-44歳			83.3%			16.7%	100.0%	6	
45-49歳			50.0%		50.0%		100.0%	2	
50-54歳						100.0%	100.0%	1	
60歳以上			100.0%				100.0%	1	
				84.2%		5.3%	10.5%	100.0%	19

表 8-2：医師の家庭状況と勤務形態（現在配偶あり）

配偶あり	子供なし	性別	年齢	常勤	非常勤	役員	自営	合計	人数	
				%	%	%	%	%		
配偶あり	子供なし	男性	25-29歳	72.7%	27.3%				100.0%	22
			30-34歳	84.4%	13.3%		2.2%	100.0%	45	
			35-39歳	88.9%	2.2%	6.7%	2.2%	100.0%	45	
			40-44歳	71.7%	1.7%	13.3%	13.3%	100.0%	60	
			45-49歳	62.6%	.8%	16.8%	19.8%	100.0%	131	
			50-54歳	48.8%		21.5%	29.7%	100.0%	303	
			55-60歳	42.4%		28.3%	29.3%	100.0%	314	
			60歳以上	26.9%	3.8%	26.2%	43.1%	100.0%	808	
	女性	25-29歳	41.5%	2.7%	23.1%	32.8%	100.0%	1728		
		30-34歳	61.5%	38.5%			100.0%	13		
		35-39歳	76.5%	23.5%			100.0%	17		
		40-44歳	90.9%		9.1%		100.0%	11		
		45-49歳	44.4%		44.4%	11.1%	100.0%	9		
		50-54歳	57.1%	4.8%	4.8%	33.3%	100.0%	21		
		55-60歳	58.3%	8.3%	22.2%	11.1%	100.0%	36		
		60歳以上	52.2%		17.4%	30.4%	100.0%	23		
子供あり	男性	25-29歳	28.6%	4.8%	19.0%	47.6%	100.0%	42		
		30-34歳	53.5%	8.7%	15.1%	22.7%	100.0%	172		
		35-39歳	89.7%	10.3%			100.0%	29		
		40-44歳	89.0%	11.0%			100.0%	127		
		45-49歳	87.4%	3.6%	2.8%	6.3%	100.0%	253		
		50-54歳	75.2%	.6%	4.8%	19.3%	100.0%	331		
		55-60歳	63.9%	.4%	14.3%	21.4%	100.0%	280		
		60歳以上	47.0%		22.8%	30.2%	100.0%	149		
	女性	25-29歳	24.2%		27.3%	48.5%	100.0%	33		
		30-34歳	31.0%	3.4%	20.7%	44.8%	100.0%	29		
		35-39歳	71.1%	2.4%	9.1%	17.4%	100.0%	1231		
		40-44歳	66.7%	33.3%			100.0%	3		
		45-49歳	73.3%	26.7%			100.0%	30		
		50-54歳	61.8%	32.7%	1.8%	3.6%	100.0%	55		
		55-60歳	59.6%	21.3%	6.4%	12.8%	100.0%	47		
		60歳以上	51.5%	9.1%	9.1%	30.3%	100.0%	33		
子供なし	女性	25-29歳	50.0%		25.0%	25.0%	100.0%	4		
		30-34歳	55.0%			100.0%	100.0%	1		
		35-39歳	33.3%		33.3%	33.3%	100.0%	3		
		40-44歳	60.2%	22.7%	5.1%	11.9%	100.0%	176		

V. 仮説と分析

医師の勤務形態は、家庭状況と年齢によって、どのように変わるのだろうか。本項では、女性医師が「非常勤になること」の労働時間への影響に着目する。女性医師へのインタビュー¹⁰⁾に基づき、非常勤勤務が労働時間に与える影響について、以下のような仮説を立てた。

仮説： 女性医師は、非常勤になった場合には、常勤である場合に比べ、他の条件を統制してもなお、労働時間が大幅に短くなる。

上記の仮説を立てた理由は、インタビュー調査によって以下のような傾向が窺えたからである。第一に、非常勤勤務はモチベーションの低下につながりうる。非常勤になるということは多くの場合、医局と縁を切ることになるので、キャリアパスや新しい技術を学ぶ場から切り離されてしまう。そのことから、スキル向上や長時間労働へのモチベーションが下がることがあるという。第二に、非常勤は、一番忙しい時間帯（午前中のみ）の雇用が多いので、結果として、労働時間が短くなる。第三に、医師同士の同類婚率が高いために、一度女性医師が非常勤になってしまうと、多忙な夫の勤務を優先させて、女性医師が労働時間を短縮して、家事育児を負担する傾向がある。第四に、非常勤であっても、医師の所得は高い。夫も医師の場合は、世帯所得も高い。そのために、お金を得ることのみを目的として長時間労働する必要がない。以上4点の知見から、上記のような仮説を立てた。

上記の仮説を、週労働時間の平均の分析（表9）、および、週労働時間の規定要因のOLS分析（表10、表11-1、表11-2）によって検証する。

1. 労働時間の平均値

表9は、医師と一般（医師含む、全職業）の勤務形態別の労働時間（週）の平均を示したものである。常勤医師は、女性の方が4時間程度、労働時間が短いものの、男女共に週50時間前後働いており、平均労働時間に、ジェンダーによる大きな差はない。しかし、常勤から非常勤になった場合、労働時間の「短縮幅」にはジェンダー差がある。男性非常勤医師は週40時間、女性非常勤医師は週30時間である。つまり、女性医師の場合には、非常勤になることで、約20時間も週の労働時間が短くなっている。女性医師の労働時間の「短縮幅」は一般（全職業）の女性（10時間）に比べても大きい。

それでは、家庭状況など、他の要因を統制した場合、同じような結果が得られるだろうか。それをOLS分析によって検証したのが、表10、表11-1、および、表11-2である。

表9：労働時間（週）の平均

	性別	医師			一般		
		平均値	度数	標準偏差	平均値	度数	標準偏差
常勤	男性	51.1092	1818	10.63893	46.5537	420704	9.39421
	女性	47.3051	372	13.53075	38.5303	290483	11.53980
	合計	50.4630	2190	11.27043	43.2766	711187	11.05219
非常勤	男性	40.1316	114	20.24999	35.1308	32116	13.99153
	女性	30.9474	76	21.76995	28.4447	66869	12.21302
	合計	36.4579	190	21.29761	30.6140	98985	13.19376
役員	男性	45.6231	524	10.67509	46.8216	47539	10.43413
	女性	40.4891	46	10.62988	40.5066	14318	13.09916
	合計	45.2088	570	10.75360	45.3599	61857	11.42278
自営	男性	41.7658	822	10.73114	46.6345	89203	12.46873
	女性	36.8371	89	11.03861	39.9892	61207	15.66449
	合計	41.2843	911	10.85458	43.9303	150410	14.23768
合計	男性	47.5075	3278	11.91064	45.9653	589562	10.61643
	女性	43.0369	583	15.55833	37.2440	432877	12.93296
	合計	46.8324	3861	12.62922	42.2729	1022439	12.42471

表10, 表11-1, および, 表11-2は, 女性(全職業), 女性医師, 男性(全職業), 男性医師の4つのグループに対して, 被説明変数を労働時間(週)にして, 重回帰分析(OLS)を行い, 仮説を検証したものである。ここで検証する仮説は, 「女性医師は, 非常勤になった場合には, 常勤である場合に比べ, 他の条件を統制してもなお, 労働時間が大幅に短くなる」というものである。表10は未婚者も含めたサンプルを用い, 表11-1と表11-2は既婚者に限定して分析を行った。

2. 労働時間の規定要因(未婚者を含むサンプルの分析)

表10を見てみると, 4つのグループ全てにおいて, 非常勤である場合には, 常勤と比べて労働時間が短くなっている。その中でも女性医師の「短縮幅」が一番大きく, 17時間である。つまり, 女性医師が非常勤になった場合の労働時間の「短縮幅」は, 家庭状況などの要因を統制してもなお大きい。仮説は支持された。

配偶者がいることは, 女性には労働時間を短縮する効果を, 男性には労働時間を延長する効果を持っていた。

特集 「ワーク・ライフ・バランス」と「男女雇用機会均等」

子供がいること（正確には、「家庭内に15歳未満の子供がいること」）は、女性にとって労働時間を短縮する効果を持っていた。特に女性医師の「短縮幅」は女性（全職業）より大きく、平均で6時間もの労働時間の短縮につながっていた。

表10：労働時間（週）の規定要因（未婚者含む）

	女性 (全職業)		女性 (医師)		男性 (全職業)		男性 (医師)	
(定数)	43.756	***	55.727	***	52.159	***	61.732	***
年齢	-.060	***	-.307	***	-.166	***	-.384	***
勤務形態								
非常勤	-9.928	***	-17.177	***	-10.604	***	-12.122	***
役員	3.600	***	3.773	†	1.160	***	3.517	***
自営	3.070	***	1.918		1.388	***	.301	
(基底) 常勤								
従業先規模	.000	***	.012	***	-.002	***	.008	***
公務	-.506	***	-.360	†	.104	***	-.069	
現在配偶あり	-2.820	***	-2.132	†	2.744	***	2.308	**
子供の有無	-2.359	***	-5.755	***	.824	***	-.660	
2007ダミー	-1.087	***	.518		.675	***	1.808	***
F値	6425.130		43.758		7082.959		183.719	
自由度	9		9.000		9.000		9.000	
有意確率	0		.000		.000		.000	
調整済R ² 乗	0.119		.402		.098		.335	
N	428785		573		585719		3258	

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05, † p<.10

3. 労働時間の規定要因（既婚者のみのサンプルの分析）

次に、有配偶のみに限定したサンプルに焦点をあて、仮説を検証したのが表11-1と表11-2である。

表 11-1：労働時間（週）の規定要因（既婚者のみ）

	女性 (全職業・既婚・ 夫有業)		女性 (全職業・既婚・ 夫有業・子供有)		女性 (医師・既婚・ 夫有業)		女性 (医師・既婚・ 夫有業・子供有)	
(定数)	19.566	***	16.119	***	42.166	***	36.056	**
年齢	.055	***	.127	***	-.216	*	-.292	
勤務形態								
非常勤	-9.827	***	-9.527	***	-22.077	***	-23.629	***
役員	3.429	***	3.521	***	4.697		5.544	
自営	3.184	***	2.865	***	3.678		3.994	
(基底) 常勤								
従業先規模	-.001	***	-.001	***	.010	**	.012	*
公務	6.520	***	6.869	***	3.139		2.391	
子供の有無	-2.874	***			-4.413	*		
末子年齢			.053	***			.497	
夫医師	-4.842	***	-4.795	***	-1.864		-1.712	
夫労働時間	.314	***	.261	***	.181	*	.194	*
親同居	3.342	***	3.726	***	4.379		4.048	
2007ダミー	-.770	***	-.847	***	-1.489		-.960	
F値	4347.908		2777.495		14.147		10.722	
自由度	11		11		11		11.000	
有意確率	.000	▶	.000	▶	.000	▶	.000	▶
調整済R ² 乗	.198	▶	.182	▶	.351	▶	.375	▶
N	193823		137366		267		178	

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

表 11-1 は、女性（全職業）と女性医師の労働時間を被説明変数として、仮説を検証したものである。どちらのグループにとっても、非常勤であることは、週労働時間を短縮することにつながっている。しかし、他の要因を統制しても、女性医師の非常勤化することによる労働時間の「短縮幅」は、女性（全職業）より遥かに大きい。2倍以上である。15才未満の子供がいることは、どちらのグループにとっても労働時間を短縮することにつながるが、ここでも女性医師の短縮幅が、女性（全職業）より大きかった。夫が医師であることは、女性（全職業）にとっては、労働時間を短縮することにつながっている。女性医師の場合には、夫が医師であることは、本人の労働時間に有意に影響を与えていなかった（ただし、係数はマイナスであった）。15歳未満の子供がいることは、女性医師の労働時間短縮につながっているが、末子の年齢は労働時間に有意に影響していなかった。

表 1 1-2：労働時間（週）の規定要因（既婚者のみ）

	男性 (全職業・既婚・ 妻有業)	男性 (全職業・既婚・ 妻有業・子供有)	男性 (医師・既婚・ 妻有業)	男性 (医師・既婚・ 妻有業・子供有)
(定数)	51.468 ***	53.489 ***	54.053 ***	55.327 ***
年齢	-.204 ***	-.221 ***	-.293 ***	-.305 ***
勤務形態				
非常勤	-8.062 ***	-7.023 ***	-15.304 ***	-9.768
役員	1.689 ***	1.719 ***	3.870 **	3.147 *
自営	3.179 ***	3.756 ***	.539	-.628
(基底) 常勤				
従業先規模	-.001 ***	-.001 ***	.015 ***	.013 ***
公務	-3.168 ***	-2.978 ***	-6.475 ***	-5.685 **
子供の有無	.448 ***	.053 ***	-.812	.125
妻医師	2.369 ***	3.501 ***	-2.546 **	-1.724
妻労働時間	.166 ***	.123 ***	.147 ***	.090 **
親同居	-.707 ***	-.805 ***	.376	-.708
2007ダミー	.752 ***	.823 ***	2.180 **	2.168 *
F値	2793.216	1563.530	35.232	15.681
自由度	11.000	11.000	11.000	11.000
有意確率	.000	.000	.000	.000
調整済R ² 乗	.145	.118	.288	.225
N	181395	128970	931	557

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

男性の労働時間については、非常勤であることは、男性医師にとっても、男性（全職業）にとっても労働時間の短縮につながっている。しかし、男性医師は、男性（全職業）より「短縮幅」が大きかった（ただし、女性医師に比べると「短縮幅」は小さい）。妻が医師であることは、男性医師の労働時間を短くしていた。男性医師は、妻が医師の場合には、労働時間をややセーブする傾向がある。親と同居することは、女性（全職業）の労働時間を延長し、男性（全職業）の労働時間を短縮していた。しかしながら、医師に関しては、有意な影響を与えていなかった。

VI. まとめと考察

「女性医師は、非常勤になった場合には、常勤である場合に比べ、他の条件を統制してもなお、労働時間が大幅に短くなる」という仮説は支持された。医師は非常勤になると一般

人（全職業）よりも労働時間が短くなる傾向が見られたが、特に女性医師において、その傾向が顕著であった。女性医師は、非常勤になると、他の条件を統制してもなお、週 20 時間前後も常勤医師に比べて労働時間が短くなっていた。

医師に共通する要因としては、非常勤になることによるモチベーションの低下と、非常勤の雇用形態、および、医師の所得の特性が挙げられるだろう。非常勤になると、多くの場合、医局と縁が切れることになり、キャリアパスや新しい技術を学ぶ場から切り離されてしまう。そのことから、技術を向上させたり、長時間労働したりするモチベーションが下がることがあるという。また、非常勤勤務の場合には、午前中のみの雇用が多いので、労働時間が短くなる。さらに、非常勤であっても、医師の所得は比較的に高いために、長時間働かなくても生活が可能である。これらが男女に共通して、非常勤医師の労働時間を短縮する要因になっていると考えられる。

女性医師に特有な要因としては、医師の家計戦略と世帯所得の影響がある。女性医師は同類婚率が高いために、一度非常勤になってしまうと、多忙な夫の勤務を優先させて自分は勤務時間を減らし、家事育児を担う傾向にある（中村 2010）。また、女性医師の夫は医師である比率が 7 割を超え、夫が医師以外である場合も専門的な職業についている傾向にあることから、世帯所得も高いことが多い。ダグラス＝有沢の法則によれば、世帯主の収入と配偶者の就労率には負の相関があるとされるが、女性医師にも同じことが起きている可能性がある。このような要因から、女性非常勤医師の労働時間は、男性非常勤医師の労働時間より、さらに短くなっていたと考えられる。

仮説で予想した以外に、今回浮かび上がってきたもう一つの要因は、子供への教育投資の熱心さである。女性医師は 15 歳未満の子供がいる場合、6 時間（表 10 より）も労働時間を短縮していた。これは一般の女性より、かなり大きい。さらに、15 歳未満の子供の有無は、女性医師の労働時間に影響したが、末子の年齢は、有意に影響していなかった¹¹⁾。つまり、幼い子の世話をするためにだけでなく、大きくなった子供への教育をするためにも、家庭での時間を必要としている可能性がある。ある女性医師の方の話によれば、「女性医師は子供の教育に熱心であることが多い。子供が幼いうちだけではなく、大きくなってからも、子供の受験などの際に子供の世話に集中したいと考え、仕事を控えるケースが少ない。」とのことであった。女性医師やその配偶者は高学歴である。このことから、子供にも高い教育を受けさせることを希望し、子供への時間的投資も多く行う傾向にあると考えられる。それが労働時間の短さにつながっている可能性がある。

しかしながら、女性医師の全てが、好んで非常勤勤務になっている訳ではない。非常勤になるということは、多くの場合、医局との縁を切ることであり、キャリアアップの道から外れることにつながる。医師としてのキャリアアップを望む女性医師の中には、非常勤

化を望まず、できれば病院常勤職として続けたいという希望を持つ者も少なくない。以前行なったインタビュー（中村 2010）では、病院の常勤医師の職に残ることを希望しながらも、夜間当直や夜間の呼び出しの負担に耐えられなくなり、不本意ながら、病院の常勤職を離れた女性医師の方のお話を伺った。また、医育機関の病院によっては性差別があり、女性医師は常勤ポストに安定的に留まることが難しいこともあるという。このことから、家計を安定させるためには、夫である男性医師の仕事を優先し、自分が家事育児を引き受けざるを得ないと語った女性医師の方もいた。夫婦で長時間労働や夜間当直を行うと、子供の世話をする者がいなくなるために、不本意ながら、自分が病院常勤職を離れ、家事育児を担当せざるを得ないと語った方もいた。つまり、家族形成期にある女性医師の非常勤率が高いとは言え、本人たちが必ずしも望んで非常勤になっている訳ではないということである。インタビューで話を伺った女性医師の中には、可能であれば、病院常勤職を継続したいと考えていた人たちも少なくなかった。

ある女性医師は「非常勤は根無し草のようです。寂れていってしまう。医師のスキルが無駄になることは、日本の国にとっても損失なんですよ。」と表現していた。非常勤になることは、多くの場合、医局のネットワークから外れ、医師としてのキャリアアップの機会から疎外されることを意味する。本人の望まない非常勤化は、個人の職業達成という意味で損失である。また、医師の養成には、国が多大な投資をすることから、望まぬ非常勤化により医師のスキルが衰えることは、国にとっても損失である。

もちろん、非常勤勤務を希望している医師については、その希望は尊重されるべきである。しかしながら、病院常勤職の継続を希望しながら、家庭との両立の困難さから、非常勤化する医師については、病院の常勤医として勤務し続けられるように支援する必要がある。

政策という意味では、今回の分析の結果は、病院常勤職の継続を希望する女性医師を離職させないこと、「非常勤にしないこと」の重要性を示している。非常勤になることで女性医師の労働時間が週 20 時間前後も減ってしまう。常勤医師が週 50 時間勤務なら、その 6 割しか稼働していないことになる。このことが、女性医師の多く集まる専門科の医師不足の一因になっている可能性がある。過去に医師の需給の予測がなされた際には、女性医師の就労形態ごとの勤務時間の実態については考慮せず、女性医師はその働き方に関わらず、フルタイムの医師 1 人分とカウントされ、結果として医師の需給の予測が正確なものではなくなってしまったという経緯があった（厚生労働省医政局 2006）。今後、医学部の定員の拡大など、医師の数を決定して行く上で、女性医師の働き方と労働時間の関係により着目し、ライフコースに伴う労働時間の変動を考慮に入れる必要がある。一方で、女性医師の労働時間にはライフコースに伴う変動があるとはいえ、同じような家庭環境にある者でも、

女性常勤医師の労働時間は、男性常勤医師よりはやや短いものの、大きくは変わらなかった。育児支援の有無など、観察できない様々な要因が関わっている可能性はあるが、安定した病院常勤職に就き、労働時間をやや短めに設定され、働き方に配慮を受けることで、本人のモチベーションが高く維持され、夫からの家事育児支援も頼みやすく、外部の家事育児支援サービスを購入しやすくなり、両立が可能になっているケースも少なくないのではないだろうか。

医師不足の改善のための施策の一環として、女性医師バンクや女性医師の再訓練プログラムなどが行われている。このように、既に労働市場を離れた女性医師を復職させるという施策も重要である。しかし、女性医師が病院常勤職から離れないで済むような施策により重点を置くことが大切である。医学部の定員の拡大など、医師の数を増やす施策は行われているが、医師の養成には10年ほど時間がかかり、効果が現れるのにはまだ時間がかかる。既に医師としてのスキルを身につけた女性医師を活用できれば、新しい医師の養成まで待つことなく、病院常勤医の不足を改善する一助となる。一度、完全に現場を離れてしまった医師を一から再訓練するより、現役の医師が常勤職を離れないようにする方が、医師のスキル形成という意味でもより効率的である。医師の方とのインタビューによれば、非常勤の期間が長ければ長いほど、スキルの衰えが大きくなるということであった。専門科にもよるが、一度中断してしまうとスキルが衰えてしまい、回復が難しい傾向にある。このことから、病院常勤職の継続を希望する者については、最初から非常勤化しないで済むように支援することが重要である。

さらに、非常勤化は、労働時間の長さ以上に現場の医師不足に影響しうる。医師不足が実感されているのは、病院の夜間当直などの現場であるが、非常勤の医師になってしまえば、夜間当直などの義務がない。つまり、非常勤の医師が増えるということは、夜間当直を担当する医師が減り、現場の医師不足感が悪化することにつながりうる。医師を常勤職から離れないで済むように支援することが、現場の医師不足の改善につながる。常勤医師から離れないで済むような環境を作っていくことがこの意味でも重要である¹²⁾。

女性医師にとっては、頻繁な夜間当直や夜間の呼び出しが家庭生活との両立に障害になっており、病院常勤職からの離職を決意させていた(中村 2010)。このことから、これらの負担を減らすような施策が重要である。短時間常勤職の導入や、シフト勤務制度、複数主治医制の導入などは、家庭を持つ女性医師が病院の常勤職を継続する上で役立つ。これらの施策の導入は、医局ごとなど、個別の判断で導入されていることが多い。これらのルールを「公のルール」として普及させることができれば、女性医師の病院常勤医としての就労継続に役立つ。さらに、女性医師に限らず男性医師の労働環境を改善することも必要である。なぜなら、男性医師は女性医師の配偶者や上司・同僚であり、男女医師に共通した労

働環境の過酷さが、家庭との両立を難しくしているからである。ただし、長時間手術を行わなくてはならない外科など、これらのルールの導入が業務の性質から難しい専門科もあり、そこに難しさがある。

女性医師の代わりに夜間当直や夜間呼び出しを引き受ける医師にとって、それらの業務を代わることがメリットになるような報酬体系に設定する必要もある。国公立病院の常勤医の場合、自分の常勤先で夜間当直をする場合の報酬はわずかであるという。負担が大きい割に報酬が極端に少なければ、代わりに当直する者にも、インセンティブがない。頼む方も頼みづらい。報酬体系を改善することが必要であろう。

上記に加えて、外国人労働者の受け入れが、女性医師の働きやすさにつながる可能性がある。アメリカなど、海外の女性医師の場合、外国人労働者による家事援助を受けることは少なくない。さらに、外国人医師の受け入れが、医師不足を補う上で役立つ可能性がある。ただし、外国人労働の受け入れは様々な問題を孕んでおり¹³⁾、新たな格差を産み出す可能性につながりうるという問題がある。

医学部の増員や女性医師の就労状況改善により、病院の常勤医師が増えたとしても、専門科ごとの医師の供給の偏りがあれば、医師不足が続く可能性がある。吉田（2009）が指摘するように、医師が専門科を選択する際に「枠」を設けて、医師の供給が特定の専門科に偏りすぎないようにすることも必要である。

最後に、本稿では、『就業構造基本調査』の再分析を通じて検証したが、当該調査は一般向けの調査であることから、医師特有の調査項目（たとえば専門科の違いや、所属機関が医療機関かどうかの区別など）については、情報を得ることができなかった。できれば医師を対象とした専門の統計である、『医師・歯科医師・薬剤師調査』において、常勤・非常勤の区別や、労働時間等も項目に加え、これらの項目についても継続的に検証可能にすることが医師の需給の予測をしていく上でも望ましい。

参考文献

- Boulis, Ann. 2004. "The Evolution of Gender and Motherhood in Contemporary Medicine" Pp. 172-206 in The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, Vol. 596, No. 1.
- _____ and Jerry Jacobs 2008. *The Changing Face Of Medicine: Women Doctors And The Evolution Of Health Care In America*. Ithaca: Cornell University Press.
- 長谷川美美, 堀口和美, 岩本善毅, 高橋慶一. 2009. 「外科医を志す女性医師の抱える問題点と今後の展望-研修医の立場から-」日本外科学会雑誌 110 巻臨増 2782 ページ.
- 橋本鉾市. 2008. 『専門職養成の政策過程-戦後日本の医師数をめぐって』学術出版会.

猪飼周平. 2010. 病院の世紀の理論』有斐閣.

川村顕. 2008. 女性医師のキャリア選択—病院/診療所選択の男女比較』保健医療社会学会論集 19 (2) :94-104.

厚生労働省医政局. 2006. 「医師の需給に関する検討会報告書」.

_____. 2010. 「第1回今後の医学部入学定員のあり方等に関する検討会」.

長瀬啓介. 2007. 「医師・歯科医師数等の将来予測に関する研究」厚生労働報告書.

永田宏. 2007. 『医師不足が招く医療崩壊』集英社.

中村真由美. 2010. 「女性医師が専門科を選択する要因について」労働社会学研究 (11) :37-61.

日本産婦人科学会. 2006. 「福島県の県立病院の医師逮捕について」声明文.

米本倉基. 2012. 「わが国における女性医師の現状」同志社政策科学研究 13 (2) 109-125.

吉田あつし. 2009. 『日本の医療のなにか問題か』NTT出版.

1) 本稿の執筆にあたり、横浜市立大学医学部、免疫・血液・呼吸器内科学教室の山崎悦子氏と国立社会保障・人口問題研究所の西村幸満氏に貴重なコメントをいただいた。ただし、あり得べき誤りについては、すべて著者の責任に帰する。また、東京大学社会科学研究所の佐藤博樹教授主宰の研究グループ（東北大学グローバル COE プログラム「グローバル時代の男女共同参画と多文化共生」、東京大学社会科学研究所グローバル COE プログラム連携拠点「企業の人材活用におけるワーク・ライフ・バランス支援（WLB）と男女雇用機会均等施策の効用に関する実証的研究」プロジェクト）の一員として、総務省統計局より、『就業構造基本調査』の個票データの提供を受けた。

2) 近年、この問題が改善される傾向にある。例えば、厚生労働省（2006）「医師需給に係る医師の勤務状況調査」では、勤務形態の区分と労働時間についての質問が設けられている。また、日本医師会（2009）「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」では、出身大学や専門科を超えた全国調査によって、女性医師の仕事と家庭の状況が調査されている。どちらも非常に優れた調査であるが、調査目的の違いから、女性医師の労働時間が、勤務形態や家族形態の双方によって、どのように影響を受けるのかということについては、十分にあきらかにされていない。

3) 例えば、2004年には「大野病院事件」が起き、福島県立大野病院で帝王切開手術による失血死に至った事件で、医師が逮捕・起訴された（日本産婦人科学会 2006）。2006年には、奈良県で「大淀町立大淀病院事件」がおき、脳出血を起こした妊婦の転院先が決まらず、「たらい回し」になった事件が報道された（毎日新聞 2006）。どちらの事件においても、背景にある原因の一つとして、医師不足が指摘された。

4) この点については、厚生労働省は長い間否定してきたが（医師の需給に関する検討会報告書 2006）、2008年に「安心と希望の医療確保ビジョン」が打ち出され、医学部定員が増加されることになった。

5) しかし、近年、小児科や外科等において、志望する医学生が若干増えている傾向が見られる（厚生労働省医政局「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」）。吉田（2009）は、専門科選択の偏りの背景に、医療サー

ビスの価格の固定化があると指摘する。通常の市場メカニズムであれば、あるサービスが供給不足になれば、そのサービスの価格が上昇し、結果として、そのサービスの供給量が増える。医師の場合に当てはめると、通常の市場メカニズムであれば、ある専門科の医師の供給が減れば、その専門科の医師のサービスに対する報酬が上がり、結果として、その専門科を選ぶ医師が増えるはずである。例えばアメリカでは、外科医は激務であるが、他の多くの科の医師よりも所得が高く、十分な希望者を集めることができる。しかし、日本の医療サービスの場合には、サービスの価格（診療報酬）が固定されている。そのため、ある専門科の医師が供給不足に陥り、勤務状況が過酷になっても、その専門科の報酬は基本的に変わらない。市場による価格調整メカニズムが働かないのである。ただし、近年、医師不足が特に問題となっている救急・小児・周産期医療などが診療報酬の改定の対象となり、一部見直しが行われている。

6¹ 女性医師が外科に参入しにくい理由については、上司からの差別や労働環境の厳しさが挙げられる（長谷川他 2009, 中村 2010 など）。

7¹ 常勤と非常勤の比率については、男性の 18.3%, 女性医師の 24.2%が非常勤であるというデータがある（厚生労働省医政局 2010）。この構成比は性別のみ公表されており、年代や家族形態の労働時間との関係については明らかではない。

8¹ 既存の医師を対象とした調査で、本人の就労状況だけでなく、配偶者の就労状況まで詳細に聞いている、学会ごとや出身校ごとの枠を超えて行われた、全国調査データはほとんど存在しない。

9¹ 2つの年度を合併してしまうと、経年変化が見えなくなってしまうというデメリットはあるが、2年度に分けて分析するにはケース数が足りないために、合併して分析した。回帰分析（OLS）では、ダミー変数を入れることで2年度の違いを統制した。なお、「労働時間」については、選択肢を階級値に置き換えて分析を行った。2つの年度で選択肢の数が異なる（14年度の選択肢数は10で、一番のカテゴリは「60時間以上」であるが、19年度の選択肢数は11で、一番上のカテゴリは「65時間以上」になっている）。労働時間のOLS分析においては、年度のダミー変数を用いて統制している。就業規模は、2年度で一番下のカテゴリが違う（14年度は「1~4名」であるが、19年度は「1名」「2~4名」という2つのカテゴリに分けられている）。そのために、後者については、2つのカテゴリを合併し、さらに、両者の選択肢を階級値に置き換えて分析を行った。「勤務形態」は、「常勤」、「非常勤」、「役員」、および、「自営」の4つのカテゴリにまとめた。この際、調査票の「常雇」を「常勤」に、「臨時雇い」「日雇い」を「非常勤」に、「役員」を「役員」に、「自営業（雇い人あり）」、「自営業（雇い人なし）」、および、「自家営業手伝い」を「自営」にまとめた。当該調査は、一般人を対象として設計されているために、設問の選択肢も医師を対象として作られた調査と比べると、構成が異なるという点に限界がある。

10¹ 中村（2010）の調査で得られたデータ、および、その後に行なった追加インタビューにより得られたデータに基づき、本稿で検証する仮説を立てた。

11¹ このことについては、15才未満の子供を持つ女性医師のケース数が少なかったことも影響している可能性がある。

12¹ 短時間勤務やシフト勤務が重要であるという主張と矛盾するようであるが、例えば、夜間当直であっても、回数や期間を限定すれば、継続可能である場合も少なくないと考え、このような主張となった。

13¹ 例えば、英語を話す外国人医師は多いが、日本語を話す外国人医師は少ないと考えられる。さらに、日本の医師の報酬はアメリカ等と比べれば低いいため、日本に来るインセンティブが低い可能性がある。