

# 我が国における女性医師の現状

－ 諸外国との比較を踏まえて －

米本 倉基

## あらまし

本研究の目的は、医療分野において注目されている女性医師の増加に関して、その現状を国内外の統計データ、および先行論文をレビューすることで明らかにし、女性医師の就業支援が、今後のわが国の医療政策の重要な視点の一つとなることを論じることである。レビューの統計データは、主に厚生労働省、および OECD ヘルスデータを、論文は国内を CiNii に、海外は Pub Med Central を中心として収集した。その結果、わが国において、女性医師の占める割合は、諸外国に比べていまだ低いことが確認されたが、その割合は近年急激に増加しており、その対応策の遅れが、わが国の医療現場の疲弊にいつそう拍車をかけることになる懸念が示された。

現状における政策の問題点をあげれば、女性医師は、眼科や皮膚科などの特定の専門診療科へ集中する傾向や、結婚や出産後における離職と復職へのハードル、特にパート勤務や診療所開業医への転出する割合は男性医師よりも高く、病院経営に大きく影響している。にもかかわらず、その対策としての女性医師のキャリア

支援や柔軟な勤務スタイルの整備など、勤務医のワーク・ライフ・バランス支援策が遅れ、これによって、わが国全体の勤務医不足に影響を与えている現状が明らかとなった。一方、すでに女性医師の割合が、わが国よりはるかに高く、その対策も進んでいる諸外国においても、前述した女性医師の特徴的な傾向を認めることができるが、その政策には見習うべき点が多く、今後の「研究上の視点」とした。

## 1. はじめに

日本の医師全体に占める女性医師の割合は、1959年の9.3%から1980年の10.0%と、21年間でわずか0.7ポイントの増加しかなかったが、1990年から2008年の18年間には、11.5%から18.1%と、6.6ポイントの増加となり、その割合を急伸させている。特に、29歳以下の若年層においては、1959年から2008年までの50年間に9.6%から36.2%まで増加し、女性医師がその世代医師の3分の1以上を占めるまでに達し(表1)、厚生労働省に提出された医師の需給に関する検討会資料(長谷川, 2006) [1]

表1 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	10.0
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: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

では、2050年の女性医師の割合は、全医師の50%に達すると予測されている。このように著しい増加率を示す日本の女性医師数であるが、国際的には、医師全体に占める女性医師の割合が最も低い国のひとつに位置づけられる。OECDの2007年データによると、主要国のイギリス、フランス、ドイツとも女性医師の全医師に占める割合は約40%で、比較的女性医師の割合が低いとされるアメリカにおいてもその割合は30%と、日本の17%との差は顕著である。また、次世代の医学を担う医学部学生に占める女性の割合も、2003年において、イギリス、フランスで過半数を上回り、アメリカにおいても45.2%というように、今後、しばらくは女

性医師の増加傾向が続くと考えられる(表2)。この女性医師の割合の高さは、これら主要先進国だけの傾向ではない。2007年における女性医師の割合が最も高い5カ国は、スロバキア57%、フィンランド56%、ポーランド56%、チェコ53%、ハンガリー53%の北欧や東欧旧共産圏を中心とする国々で、対して、最も低い5カ国は、日本17%、トルコ21%、ルクセンブルグ25%、アイスランド29%、アメリカ30%であり、特に、日本の女性医師の割合は突出して低く、わが国の女性医師数は、諸外国からみれば、いわば発展途上の状態で、今後、この女性医師増加に対する政策研究が課題となっている。(表3・4)。

表2 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人当たり)	2.3	2.2	3.4	3.4	2.0	* 1
女性医師割合(2004/対全医師数)	28.1	37.1	37.7	37.6	16.4	
同上(2007/対全医師数)	30	41	39	40	17	
医学部学生女性割合(2003/対全医学部生数)	45.2	56.0	59.0	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) フランスは初年時入学人数

表3 女性医師の割合が最も高い5カ国(単位:%)

	スロバキア	フィンランド	ポーランド	チェコ	ハンガリー
1990年	-	49	54	51	48
2007年	57	56	56	53	53

出所: OECD Health Data 2009

表4 女性医師の割合が最も低い5カ国(単位:%)

	日本	トルコ	ルクセンブルグ	アイスランド	アメリカ
1990年	11	-	10	17	20
2007年	17	21	25	29	30

出所: OECD Health Data 2009

注) 表3・4に示すランキングは OECD Health Data 2009 に示される国の順位であって、全ての国のデータに基づくものではない。というのも、別の内閣府資料では、2004年時点で1位ラトビア52.7%、2位リトアニア47%、3位ポルトガル46.6%、4位ブルガリア45.5%、5位エストニア43.3%で、特にポーランド38.1%、フィンランド29.1%、チェコ26.8%、ハンガリー33.0%等となっており、両者の間でデータが大きく異なる。本論では、内閣府資料の出所が不明なので OECD データを採用した。

そこで本研究は、医療分野において注目されている女性医師の増加に関して、その現状を国内外の統計データ、および先行論文をレビューすることで明らかにし、女性医師の就業支援が、今後のわが国の医療政策の重要な視点の一つとなることを論じることを目的とする。具体的には、第2章でレビューの方法からはじまり、第3章の1節で、わが国の女性医師の現状を、勤務場所と診療科、勤務形態、職務ストレス、賃金、結婚・出産・育児の面からのレビューを示し、続いて第2節で海外における現状を同じく先行論文に基づきレビューした後、第4章でそれらの比較等の考察によって女性医師の就業支援等の研究上の視点について述べる。そして最後に第5章として今後の研究を展望する。

## 2. レビューの方法

女性医師の現状を把握するためのデータ、および文献は、以下によって収集した。

### 2.1 統計データ

統計データは、日本の厚生労働省、およびOECDの統計データに、各学会の調査等を補足として加えて、特に女性医師の人数割合、勤務場所と専門選択、職場環境、処遇(山崎, 2007) [2]をキーワードとしてレビューを行った。尚、データはできる限り直近ものを求めたが、比較するデータ年によっては同年、または類似年のデータを直近データよりも優先し用いた。

### 2.2 国内文献

国内における文献検索方法として、国立情報学研究所(NII: National institute of informatics)が運営する学術文献のデータベースであるCiNii(Citation Information by NII)において、「女性医師」をキーワード入力し検索した。その結果360件の論文がリストアップされ、うち本研究目的に関連性のない論文を除いてレビューを行った。尚、論文検索日は2011年7月10日であった。

## 3.3 海外文献

海外における文献検索方法として、NLM(米国国立医学図書館)などが主催するライフサイエンス分野のフリーアクセス電子ジャーナルのデータベースであるPubMed Central(PMC)において、「Women physician」をキーワード入力し検索した。その結果1,159件の論文がリストアップされ、うち本研究に関係のある論文の中から2000年以降に発表された69件に、女性医師政策で最も著名な書籍の一つとされる「WOMEN IN MEDICINE」(Boman, Frank&Allen, 日本語翻訳書名「女性医師としての生き方」片山みゆき訳, 2006)にある引用文献の中から、2000年以降の発表で、本研究に関連する論文11件を加えた計80件の論文をレビューした。尚、論文検索日は2011年7月10日であった。

## 3. レビュー結果

### 3.1 わが国の現状

#### 3.1.1 女性医師の勤務場所と診療科

2006年における日本の女性医師の医療機関別の勤務場所は、30-39歳の若年層で、その8割を病院勤務が占めるが、40-49歳になると診療所と病院の勤務医数はほぼ同数に、そして50-59歳になると診療所勤務医が6割と逆転し、60-69歳ではさらに割合を増して73.2%の女性医師が診療所勤務となり、多くの女性医師が、40歳前後を節目として病院から診療所へ勤務先をシフトさせている。さらに、診療所に勤務する30-39歳の医師の割合を男性医師と女性医師で比較すると、1996年では、男性医師7.4%に対して女性医師16.8%(9.4ポイント女性医師が多い)、2006年においては男性5.5%に対して女性医師17.3%(11.8ポイント女性医師が多い)と、両調査年ともに、他の世代に比べて30-39歳の比較的若い年齢で、女性医師は、男性医師よりも診療所勤務の割合が高い(表5)。また、この30-39歳の診療所勤務医に占める割合に注目して、1994年から2008年の15年間の推移を男女別にみると、一貫して女性診療所勤務医は、男性診療所勤務医よりこの世代で割合

表5 医師の年齢世代別勤務場所 男女別・病院-診療所別(単位:人)

		【1996年】						
	勤務場所	29歳以下	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	総数
女性	病院	7156	7854	2917	898	509	460	19794
	診療所	113	1800	2771	1475	2134	2442	10735
男性	病院	19753	51346	32834	11867	8007	4598	128405
	診療所	278	5307	17676	12390	18482	17230	71363

うち男女別診療所医師数に占める各世代の割合(世代別男女別診療所医師数/男女別診療所医師総数:%)

女性	1.1%	16.8%	25.8%	13.7%	19.9%	22.7%	100.0%
男性	0.4%	7.4%	24.8%	17.4%	25.9%	24.1%	100.0%
ポイント差	0.7	9.4	1.0	-3.7	-6.0	-1.4	-

【2006年】

女性	病院	9189	13106	5263	1938	557	424	30477
	診療所	106	2555	4501	3557	1522	2504	14745
男性	病院	16506	44546	39300	23341	8275	5882	137850
	診療所	195	4395	18637	25083	12914	19244	80468

うち男女別診療所医師数に占める各世代の割合(世代別男女別診療所医師数/男女別診療所医師総数:%)

女性	0.7%	17.3%	30.5%	24.1%	10.3%	17.0%	100.0%
男性	0.2%	5.5%	23.2%	31.2%	16.0%	23.9%	100.0%
ポイント差	0.5	11.8	7.4	-7.1	-5.7	-6.9	-

出所:厚生労働省平成18年「医師・歯科医師・薬剤師調査」

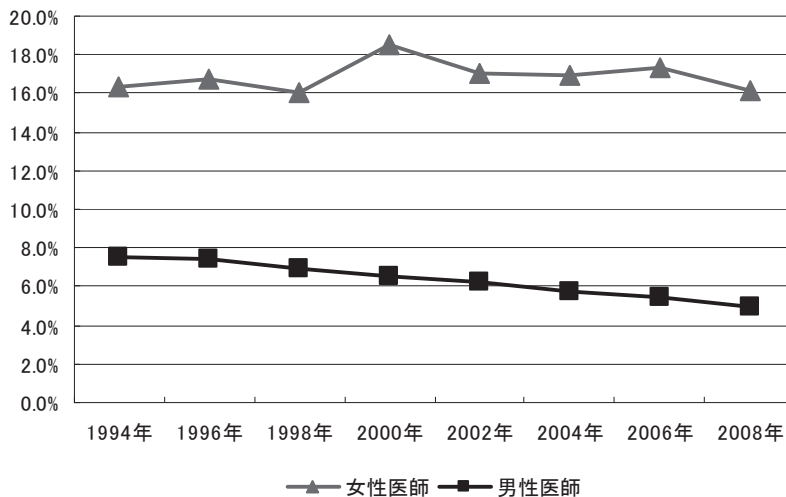


図1 各年の診療所勤務医数全体に占める30-39歳世代の割合推移(男・女別)

を高くしており、女性医師にとって男性医師よりも早期に開業医へ転出するキャリア・コースは、わが国の女性医師の最も一般的なものとし

て定着している(図1)。この理由として、日本の診療所勤務医の多くが自営開業医であり、かつ、身分として家庭医制度が確立されてい

表6 女性医師全体を100とした場合の主たる科別女性医師割合（単位：％）  
－女性医師の専門分布－

	1位	2位	3位	4位	5位	6位
	内科	小児科	眼科	皮膚科	精神科	産婦人科
女性医師	23.2	10.1	10.1	6.8	5.1	4.8
(男性医師)	(27.5)	(4.6)	(3.6)	(2.2)	(4.7)	(3.4)
	7位	8位	9位	10位	11位	12位
	麻酔科	耳鼻咽喉科	消化器科	外科	放射線科	循環器科
女性医師	4.1	3.7	2.5	2.1	2.1	2.0
(男性医師)	(2.0)	(3.3)	(4.4)	(9.4)	(1.8)	(3.9)

出所：厚生労働省平成18年「医師・歯科医師・薬剤師調査」

表7 同一診療科目医師数を100とした場合の女性医師が占める割合（単位：％）  
－診療科目別の男女比－

	1位	2位	3位	4位	5位	6位
	皮膚科	眼科	小児科	麻酔科	婦人科	産科
総数	39.1	37.0	31.2	29.7	26.4	26.1
(34歳以下)	61.0	44.6	44.6	48.1	57.4	67.9
	7位	8位	9位	10位	11位	12位
	産婦人科	形成外科	アレルギー	神経内科	心療内科	放射線科
総数	22.8	22.0	20.1	19.6	19.3	19.2
(34歳以下)	58.4	35.6	45.5	32.3	41.6	33.7

出所：厚生労働省平成18年「医師・歯科医師・薬剤師調査」

いたため、所属する医局の人事ローテーションから離れれば、場所と時期、専門科にかかわらず、自由に診療所を開設できる他の先進諸国にない我が国の特徴的な制度（猪飼，2000）[3]の影響があり、統計的にも、川村（2008）による1998年と2004年のコホート調査[4]や、耳鼻科における女性医師の卒後10～19年の開業調査（工藤他，2010）[5]の結果によって、男性医師よりも女性医師の早期開業が確認され、女性医師にとって、子育てと両立しながら比較的高収入が得られる開業医は（米本，2010）[6]、病院勤務医より魅力的と考えられる。

また、女性医師の専門診療科の選択傾向にも、男性医師と比べ特徴的な傾向がみられる。2006年、全女性医師のうちの23.2%が内科を専門として選択していたが、一方で男性医師も27.5%が内科医であるため、内科医のみに占める女性医師の割合は相対的に低い。しか

し、女性医師に人気の高い小児科（全女性医師に占める割合10.1%）、眼科（全女性医師に占める割合10.1%）、皮膚科（全女性医師に占める割合6.8%）の診療科については、男性医師が、それらの専門を選択する割合が比較的小さいため、各診療科別に限って、科内に占める女性医師の割合でみると、相対的に内科に比べ上昇し、皮膚科で39.1%、眼科医で37.0%、小児科で31.2%と、その割合が高くなる。さらに、近年の若年層での女性医師割合の増加が、この偏重に拍車をかけ、34歳以下の医師に限れば、皮膚科医の61.0%、眼科医の44.6%、小児科医の44.6%、産科においては67.9%の高率で女性医師となり、その一方で女性医師に人気の低い外科は深刻な医師不足の状態に陥る事態となっている（表6）（表7）。吉田（2010）は、医師の診療科選択倍率を用いて、男性医師よりも女性医師は皮膚科や眼科を3倍以上の確率で選択

し、一方で外科は男性医師の5分の1しか選択していないことを統計データから明らかにし、この女性医師の外科関連科目の敬遠は、今後の女性医師の増加を考えれば、手術を担う外科医の供給政策に深刻な影響を及ぼすとしている[7]。Koike 他(2009)も、日本の将来の診療科目別の医師数を統計的に推計したうえで、何らかの対策がなければ外科など診療科目によっては医師の不足がますます著しくなると、日本の逼迫した現状を世界に発信している[8]。しかし、この外科系診療科を女性医師が敬遠する理由として、手術などの体力的な問題や、不規則な勤務時間だけをその理由とすると、同じ勤務が不規則で、体力を要する産婦人科、小児科を選択する女性医師が多いこと(長瀬, 2007)[9]と矛盾し、例えば、男性医療というイメージが強い泌尿器科医に占める女性医師の割合はわずか4%に過ぎないことに象徴されるように、従来、女性医師が少なかった診療科が、女性医師が増加して労働環境が変化していることへの意識改革が遅れ、女性医師の勤務ニーズに十分に答えきれていないことがその理由とも考えられ(中川、高橋, 2010)[10]、女性医師の専門選択の理由が、勤務時間の長短だけではなく、家庭や子育てを両立しながら勤務を続けられる総合的な職場環境にある(大越, 2010)[11]ことが推察される。それを裏付けるように、長谷川他(2009)による、女性研修医が外科に魅力を感じているにもかかわらず、労働環境が悪いことを理由に外科志望を断念している[12]と

の報告もあり、この女性医師の専門科の偏りは、上司や女性医師本人の伝統的な性別役割観によるものというよりは、わが国の医療制度、教育システム、診療体制によって引き起こされている側面が強く、その改善が求められている(中村, 2010)[13]。

### 3.1.2 女性医師の勤務形態

厚生労働省による病院常勤勤務医の週当たりの平均勤務時間の男女差を比較した調査(2006年)によると(表8)、女性医師の労働時間は、男性医師を1とした場合、30-34歳で0.90、35-39歳で0.88と短い。また、29歳以下と35-39歳の労働時間の年齢世代別増減の比較では、男性医師の場合、週当たり29歳以下の77.3時間から、35-39歳の69.7時間と、この2つの世代間で加齢とともに7.6時間の減少しているのに対して、女性医師の場合では、29歳以下の73.1時間から、35-39歳での61.3時間と、2つの世代間で加齢とともに11.8時間の減少と、男性医師より女性医師の35-39歳での減少幅が大きい。これによれば、30歳代の病院勤務医のマンパワーは、この世代で労働時間の男女差が大きいことから、医師の数が同数の場合、女性医師の割合が多い診療科ほど低くなるのではと推察される。また、表8で示す労働時間は、病院常勤勤務医のみのデータで、パート勤務の病院勤務医や、勤務時間が短く女性医師が30-49歳で多いとされる診療所勤務医を考慮に加

表8 病院常勤勤務医の1週間当たりの平均勤務時間男女比較(単位:時間)

	29歳以下	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳
男性医師	77.3	71.2	69.7	68.6	64.9	63.8	60.4	55.6
女性医師	73.1	64.2	61.3	59.6	58.5	60.2	56.6	43.8
対男性比	0.95	0.90	0.88	0.87	0.90	0.94	0.94	0.79

出所:厚生労働省「平成18年医師需給に係る医師の勤務状況調査」

表9 年齢別就業率 一般男女と女性医師の比較(単位:%)

	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳
一般男性	95.0	96.8	97.1	97.3	97.2	95.8	94.0
一般女性	69.7	56.7	61.5	69.5	71.8	67.9	58.7
女性医師	94.2	85.0	84.0	89.0	93.0	92.0	91.0

出所:厚生労働省平成16年「労働力調査」及び日本女医会資料

えると(表5)、女性医師全体の35歳以降の労働時間の男女差は、さらに広がる可能性がある。

さらに、この女性医師の勤務形態を就業率でみると、一般女性の就業率が30-34歳において56.7%であるのに比べて、女性医師の就業率は85.0%と、女性医師はプロフェッショナルな職業として、極めて高い就業率水準にある(表9)。但し、女性医師の世代間の就業率の推移は、25-29歳において94.2%であった値が、30-34歳で85.0%、35-39歳では84.0%まで落ち込み、その後、回復傾向を示して40-44歳に89.0%、45-49歳には93.0%まで戻す、全体として緩やかなU字カーブを示す。しかし、この女性医師の就業率の回復は、この年齢世代の多くの女性医師が、病院勤務から診療所勤務へシフトしている傾向(表5)から、再度病院に復職するというよりは、自営開業医として復職している可能性が高い[1]。この自営開業医としての復職傾向の理由として、女性医師は、その職業が高度なプロフェッションであるがゆえに、日進月歩の医療技術を必要とする病院勤務医として復職するための技能回復のハードルが他の職業より極めて高く、復職支援制度が未整備な現状では、個人の努力だけでは容易に復職が難しい状況に置かれていことが考えられる。これを裏付けるように、長谷川(2006)の勤務先別の医師経験年数別就業率の男女比較の報告データによると、出産適齢期後の開業が女性医師の復職の受け皿となって、診療所における女性医師の就業率は男性医師よりも高率となり、結果として、病院女性勤務医の就業率の曲線は回復しないままだらかに落ちている[1]。

この女性医師の離職と復職の現状は、先行論文においても調査結果が報告されている。日本小児科学会の調査(2004)では、女性小児科医の47%が離職の経験があり、うち既婚の女性小児科医の非常勤雇用の割合は、男性小児科医よりも高いと報告され[14]、この離職経験は、一般女性医師を対象とした他の2つの別々の調査でも、55%(泉他, 2008)[15]の割合、或いは46%(片岡他, 2009)[16]の割合と高い値を示している。また、離職理由としては、妊娠、出産、育児が上位に(泉, 2008)[15]、続いて夫の転勤があげられ(片岡他, 2009)[16]、さらに、この離職した女性医師の33%が復職

しておらず(泉他, 2008)[15]、復職したとしても出産後は非常勤勤務や短時間勤務などの勤務形態を望んでいる割合が多い(小泉, 2008)[17]。また、親族の援助なしには仕事と育児、家事の両立は難しい親頼みの状況で(金本他, 2009)[18]、このような先輩医師の現状を観てか、後に続く多くの女性医師は、専門医を取得するための臨床経験を積み重ねる期間中にできるだけ結婚、妊娠し、産休中の時間を利用して専門医を取得、出産後はパート勤務や非常勤としてキャリアを重ねた後、子供の手がかからなくなってから常勤として復帰するキャリア・コースを描いている(野田他, 2011)[19]。

この離職と復職の割合傾向を、就労率として統計的に算出し、各世代の就業率の総和である生涯における医師の労働力として男女別に比較した研究によれば、女性医師の労働力は男性の約80%とされ(金村他, 2007)[20]、この復職率をいかに向上させるかが、今後の大きな課題となる。これに対して、森下(2008)は、自ら勤務医から開業医へ転職した経験から、病院には、個別的、かつ柔軟な勤務体制の許容が必要とし[21]、また、北川他(2009)は、外科女性医師の離職防止には、時短勤務などの特例措置が[22]、また、川瀬他(2011)は、女性外科医へのカンファレンスの時間帯の配慮など、従来の慣例を見直す必要があるとしている[23]。さらに、子育て支援策として、児玉他(2010)は、一層の学童保育の充実をあげ[24]、富澤他(2011)は、学術集会時の学会託児所設置のさらなる整備を求めている[25]。また、この問題の解決には、文化的・社会的全体の背景からくる性別役割分担のあり方も含めた検討を加えることを忘れてならない(野崎, 2005)[26]との指摘もある。

### 3.1.3 女性医師の職務ストレス

女性医師のストレス面では、そのインディケータの一つとして職業別自殺率があるが、男性の場合、2000年で一般男性0.037、男性医師0.030、2002年で一般男性0.037、男性医師0.034と、特に男性医師が一般男性の平均値より高い値を示してはいないのに対して、女性の場合、2000年で一般女性0.014、女性医師0.019、

2002年で一般女性0.014、女性医師0.024と、女性医師の自殺率が一般女性より高い値を示している。しかし、この高い値も、2006年には一般女性の平均値0.014を下回る0.010まで減少し、また、男性医師との比較では低い値を示すなど、自殺率からは女性医師のストレスに関する特徴的な傾向は確認できない(表10)。先行論文としては、医師のストレスについて、豊田、望月、高田(2007)[27]や栗原(2007)[28]、井奈波、黒川、井上(2007)[29]、Umehara et al.(2007)[30]、Sakata et al.(2008)[31]による研究があるが、いずれの研究でも明確な男女差は確認されていない。その一方で、Hayasaka et al.(2007)は、女子医師の46.1%が心理的ストレスを抱え、年齢、婚姻、医療機関別、地位、労働時間、当直回数が健康度と関係しており、特に年齢が若く、離婚経験があり、夜勤回数が多い女性医師と抑うつ度との関係が高いとしている[32]。また、2007年の全国保険医団体連合会による医師・歯科医師の調査では、回答者の27.3%が「うつ状態」と回答したとする報告もある[33]。

これらストレス対策としては、夫、家族、第三者によるサポートが重要で(塩入他, 2009)[34]、諸外国の中でも、特にアメリカ、イギリス、カナダで医師のストレス対策への取り組みが進んでおり、日本においても医師のウェル・ビーイングの必要性が求められている(和田, 2010)[35]。吉田(2007)は、佐賀県内の女性

医師を対象とした調査から、40歳代の多くの女性医師が管理業務の負担が原因で体調不良を感じているとし、女性医師のストレスは出産や育児だけではなく[36]、また、孤立しがちな、僻地に勤務する女性医師の職務達成感、夫の職務達成感と相関し、困り事の相談者は、夫、および同じ大学の卒業生が最も多く、共に45.8%で(大木他, 2006)[37]、メンターとして、夫の役割の重要性が指摘されている。また、女性医師は希望の勤務形態で働いている場合には、フルタイム、短縮時間勤務に係らず、仕事での役割の質が良いほどバーンアウトが少なく、家庭内での役割も充実しており、満足度が高いとの報告もある(児玉他, 2006)[38]。

### 3.1.4 女性医師の賃金

賃金構造基本統計調査(厚生労働省, 2010)によれば、わが国の大学・大学院卒の全女性の平均所定内給与額が274.7千円であるのに対して、女性医師は646.6千円で、一般女性の2.4倍と高い水準にある。しかし、男性医師の所定内給与額の平均828.9千円と比較すると、0.78倍と逆に低くなり、医師にも賃金水準の男女格差がある。但し、25-29歳と35-39歳で、女性医師の賃金は男性医師より一時的に若干高くなり、また、35-39歳から40-44歳で男性医師の給与は、781.6千円から943.5と1.2倍に上昇し続けているが、女性医師では850.8千円から656.5千円と0.8倍と大きく減少する。(表11・図2)。

女性医師の職位は、野村(2011)による大病院における調査で、役職がない男性医師が77%であるのに対して、女性医師は82%と5ポイント高く、一方で講師以上の役職は、男性医師が17%(講師6%、准教授6%、教授5%)であるのに対して、女性医師は11%(講師6%、准教授3%、教授2%)と、逆に6ポイント低くなっている。また、一般病院を対象とした

表10 女性医師の自殺率：  
一般・男性医師との比較(単位：%)

	2000年	2002年	2006年
男性一般	0.037	0.037	0.037
女性一般	0.014	0.014	0.014
男性医師	0.030	0.034	0.037
女性医師	0.019	0.024	0.010

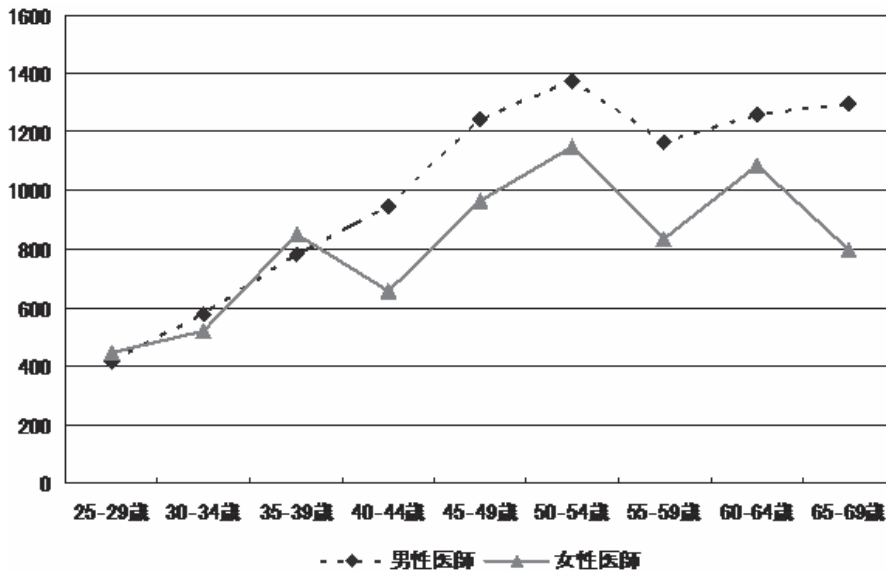
出所：警察庁生活安全局地域課、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

表11 医師の賃金：所定内給与額の男女間の比較(単位：千円)

	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	総数
男性医師	414.8	577.9	781.6	943.5	1243.4	1375.7	1163.7	1256.6	1294.8	828.9
女性医師	446.9	520.1	850.8	656.5	963.0	1149.0	835.4	1085.3	795.8	646.6

出所：平成22年厚生労働省「賃金構造基本統計調査」





出所：平成22年厚生労働省「賃金構造基本統計調査」

図2 医師の賃金世代別推移グラフ：所定内給与額（男・女別：単位：千円）

表12 大学病院における医師の職位割合：男女間の比較（単位：%）

	役職なし	医局長	診療科長	講師	准教授	教授
男性医師	77	2	4	6	6	5
女性医師	82	6	2	6	3	2

出所：野村恭子「医師不足時代の女性医師就労支援に向けた疫学研究」（2011）

表13 一般病院における医師の職位割合：男女間の比較（単位：%）

	役職なし	医局長	診療科長	部長	院長
男性医師	60	8	5	18	9
女性医師	66	14	7	9	4

出所：野村恭子「医師不足時代の女性医師就労支援に向けた疫学研究」（2011）

同じく野村（2011）の調査においても、役職がない男性医師60%に対して、女性医師は66%で、女性医師は6ポイント高く、その逆に、部長と院長では男性医師27%（部長18%、院長9%）、女性医師13%（部長9%、院長4%）と、女性医師は14ポイント低い。このように女性医師の職位は、男性医師に比べ勤務場所に関わらず低い傾向にあり、特に一般病院の院長、大学病院の教授といった組織のトップに就任する割合は、教授で男性医師5%に対して女性医師2%、院長で男性医師9%に対して女性医師

4%と、男性医師の半分以下と著しく低い結果となっている（表12・13）。

### 3.1.5 女性医師の結婚・出産・育児

日本の女性医師の結婚を産婦人科医の調査（産婦人科学会、2010）[39]で見ると、その約3割に結婚経験がなく、同じ世代の一般女性の未経験率10.9%より高い割合となっている。また、既婚の女性医師うち、63.9%の配偶者が男性医師で、女性医師は医師と結婚する確率が高

表 14 医師の結婚と出産状況：産婦人科医のケース・一般男女と医師男女との比較

	結婚経験がない割合（平均年齢）	配偶者が医師である割合	子供がいない割合
男性一般	18.1%（44.0 歳）	—	—
女性一般	10.9%（39.0 歳）	—	（27% <sup>*1</sup> ）
男性医師	6.2%（53.9 歳）	15.1%	10.5%
女性医師	32 %（42.5 歳）	63.9%	35.4%

出所：日本産婦人科学会「次世代を担う男女産婦人科医師キャリアサポート委員会調査結果報告書」（2010, 12）

厚生労働省「平成17年、出生コホート別にみた年齢別累積初婚率（人口千対）

\*1 厚生労働省「2011年出生に関する調査：40歳時点で出産経験がない女性割合」

い。しかし、一方で男性医師の配偶者が女性医師である割合は15.1%と、女性医師の場合と比較して高くなく、女性医師がパートナーとして男性医師を選ぶ傾向の理由については定かではない。（表14）。

この産婦人科の女性医師の結婚、出産、育児に関する統計データの解釈は、いくつかの先行論文によって確認することができる。日本の女性医師は、いずれの調査でも一般女性に比べ未婚率が高く、宮川他（2006）は、平均年齢46±14.1歳時点において、その2割で結婚経験がなかったとし[40]、また、結婚についても小児科で医師同士のカップルが多くなっていた（上原, 2005）[41]。また、出産については、どちらからといえ、女性医師は、男性医師より子供の数が少ない傾向にあり、日本産婦人科学会の調査（2010）では、34%の女性医師がキャリア形成のために上司から出産の先送りを言われた経験があるとしている[39]。

このような結婚生活の中で、日本の女性医師は、出産と育児を機に、勤務形態を見直し（山崎、工藤、福寿, 2010）[42]、さらに、子どもの数が増加するほど、常勤での病院勤務から、当直の少ない診療所勤務や非常勤、パート勤務へとシフトせざるを得ない状況にある（日本産婦人科学会, 2007）[43]。すなわち、子どもがいる女性医師の44%が当直をしておらず（法井他, 2007）[44]、加えて女性医師本人の意識に「3歳までは母親がそばにいて育てた方がよい」とする、いわゆる「3歳児神話」の意識を女性医師の4割が持つなど（上田他, 2006）[45]、女性医師の結婚、出産、育児、家事には複雑な要因が絡み合っただけで単純ではないことがわかる。

このような育児、家事の最大の協力者であるはずの夫の貢献度は、残念ながら2割に満たない状態（丹羽, 2003）[46]では、必然的に家

事の援助者の6割を親頼りとならざるを得ない（板井他, 2008）[47]。また、一旦、子どもが病気となると、その保育者は78%が女性医師自身であり（法井他, 2007）、[44]、親の援助にも限界があることが窺える。

こうした状況から女性医師のほとんどが、妊娠後も就業継続を当然と考え（佐々木他, 2011）[48]ながらも、離職者の半数が、その理由として、家事、育児を理由にあげており（堀, 2008）[49]、ワーク・ライフ・バランスは、女性医師個人の問題から、男女を問わず全ての医師を対象とした医療政策として取り組まなければならない問題となっている。

このワーク・ライフ・バランスの支援策として、具体的には「託児所、保育園等の整備の拡大」、「出産、育児休業取得者の復職支援」、「男性の家事、育児への参加」の3つを特に求める声が高く（法井他, 2007）[44]、また、女性医師は、医師同士の結婚が多いことから、男性医師の職務軽減も含めた複数担当主治医制や勤務時間のシフト制の導入など（河野, 2009）[50]、男女に関係なく医師全体の職場環境を整える経営者、上司や同僚、配偶者と家族、女性医師自身の意識の転換が求められている（山崎他, 2007）[2]。

## 3.2 海外における現状

### 3.2.1 海外でも重要な政策課題

このような日本の現状に対して、女性医師数が高い割合で先行するイギリス、アメリカ、カナダ、オーストラリアの主要国において、その増加の歴史は、その段階ごとで医療政策に大きな影響を与えてきた（McKinstry, 2008）[51]。イギリスにおいては、1990年以降、医学部卒

業生のうち女性の占める割合は50%を超え、2005年現在、61%が女子学生であり、今後はこの水準を維持するだろうとしている(Allen, 2005) [52]。しかし、現在でもイギリスの医学部における女性教授の割合は11%と少なく(Dacre, 2008) [53]、これまでもジェンダーによる女性医師の職場の不平等の解消が幾度となく求められてきた(Heath, 2004) [54]。最近では、カナダにおいて、女性医師の増加が医療サービスに与える影響について論議が活発化し、今では、この問題を男・女の供給配分のあり方を議論することから、女性医師の増加は、性差医療を含めた社会的にプラスな傾向をもたらすものとしたうえで、男女を問わず、全ての医師のワーク・ライフ・バランスを考慮した良好な労働環境が維持できることを目指す医療政策への転換が図られ、(Carol et al., 2008) [55]、同様の宣言はイギリス医師会でも行われている(Hitchen, 2007) [56]。また、国際的な医学界に大きな影響力を持つアメリカにおいても、1980年代からBowman et al.によって、女性医師に関する研究が盛んに行われてきた [57]。その取り組みの契機となったのが1970年代のAffirmative action plan (差別撤廃措置)による政治面でのフェミニズム活動と言われており、1970年から1974年のわずかな期間に女性の医学部入学志願者数が3倍になるなど [58]、影響は大きかった。しかし、その実態の裏には、当時の受け入れ側である大学医学部に依然として残る男性社会の中で、入学した女子学生が様々な差別を受けた苦い経験があった。その後、その困難を克服した女性医師が医学界で活躍するのと呼応して徐々に改善が進み、1993年までにアメリカとカナダにある140の医学部の半数で女性の教育やキャリアをサポートするプログラムや委員会が設置されなど、その労働環境の変化がさらに女性医師の増加を促進されることとなった [58]。このような女性医師差別の長く険しい障害を乗り越えてきた経験から、欧米社会では、女性医師の増加は、それまでの育児や家事は女性である配偶者に任せ、医師として人生の全てを医師の職務に捧げて働く男性医師に都合がよかったロール・モデルだけが、男女平等が進んだ今日において、必ずしも、自身のキャリアや生活の満足につながっているのかという自問を男性医師らに投げかける機会を与えたと言

われる(Williams, 1999) [59]。さらに、今日のアメリカでは、ヒスパニックの半数と、アジア人のほとんどの女性医師は、アメリカ国外での出生で、女性医師の間にも人種と国籍の問題が新たに発生するなど(Corbie, Frank and Nickens, 2000) [60]、主要国での女性医師増加に対応する政策は、多角的で広範囲な社会的政策の視点を加えた総合的なものとなっている。

### 3.2.2 共通点の多い女性医師のキャリア・デザイン

日本でみられる女性医師の専門選択の特徴は、海外においても似たような傾向が確認できる。イギリスでは、女性医師が、プライマリ・ケアや精神科のようなfamily friendlyな診療科を選ぶ傾向があるとし(McKinstry, 2008) [51]、また、アメリカのメディカル・スクールでも、女性医師はプライマリ・ケアを選択する傾向があると報告されている(Arcidiacono and Nicholson, 2005) [61]。しかし、この両国の報告をもって、直ちに海外の女性医師も、日本の事情のように働き方の自己裁量の幅が広く、収入の多いことを見込んで家庭医を選択していると単純には同一視はできない。なぜなら、それらの国々の家庭医とその他の診療科別の勤務時間の自由度の幅は、国の制度によって異なり、また比較の前提として家庭医の定義が必要である(Schwartz, 1990) [62]。米国医科大学協会(AAMC, 2006)の調査では、アメリカでの家庭医は時間的自由度が低いとされているにもかかわらず、女性医師は、家庭医、内科医、産婦人科医、小児科医を選ぶ割合が低くないとされ、これはアメリカの女性医師が、必ずしも日本のように勤務時間の自由さを理由に家庭医を選択していないひとつの根拠となる。このように、女性医師の勤務場所や専門の選択は、国の制度の違いに影響され、比較には注意を要するが、全体傾向としては、特に若手女性医師ほど、小児科、精神科、緩和医療、家庭医など、どちらかといえば対人コミュニケーション能力が重要とされる専門を選ぶ傾向にあり(Gray, Finlay and Black, 2005) [63]、これは日本の傾向と共通点が少なくない。

### 3.2.3 多様化が進む女性医師の勤務形態

女性医師の勤務形態の選択にも、各国の社会や医療制度の違いが影響している。瀧野(2010)は、北欧では育児と介護を社会制度に組み込むことで、また、東南アジアの女性医師は、社会的経済的優位性をもって自前でメイドを雇用することで家事の完全外注化を行っているのに比べ、日本の女性医師は、出産、育児、仕事を完璧にこなす良妻賢母型のプロトタイプの刷り込みが、女性医師の負担感を増加させているのではないかと指摘がある[64]。また、加藤他(2010)も、ベトナムと日本の大学病院に勤務する女性医師を対象に比較調査を行い、医師としてのキャリアの満足度は日本の女性医師の方が高いが、個人の生活とバランスの満足度はベトナムの女性医師の方が高い傾向にあったとしている[65]。また、イギリスにおいても、女性医師は、子育てなどの期間中はパートタイムで働くことを選ぶ傾向があり(McKinstry, 2008)[51]、アメリカでも、女性医師の休職、パートタイム勤務の割合は男性医師より高く、その理由として育児目的が最も多く、それによって収入も男性医師より低くなっているとしている(Josefson, 2000)[66]。Mayer, Blair, and Files(2006)は、調査したアメリカの女性医師の58%がフルタイムで働いているが、うち41%の女性医師が勤務時間を減らしたいとしていた[67]。

### 3.2.4 ストレスに悩む女性医師

McMurray et al.(2000)によるアメリカ家庭医を対象とした調査によれば、女性医師は、男性医師よりも専門性や患者、同僚との関係性に満足度が高いが、自律性や地域との関連性、報酬、仕事上の資源には満足度が低いとし、特に裁量権の広さは、バーンアウトと深く関係し、小さな子供がいることや、同僚や配偶者によるサポートがバーンアウトの軽減に繋がっているとされている[68]。Pompili et al.(2004)は、アメリカにおける女性医師の自殺率は一般女性の4倍であり、それは家庭と仕事との間の葛藤が強いストレスを発生させているため述べている[69]。また、Gautam(2001)は、女性医師が日常のストレスを解消する方法に触れ、その中

で、職場から家庭へとストレスを持ち込むスピル・オーバーへの対応を示し[70]、ストレス対策には、柔軟な研修体制(Davies and Eaton, 2002)[71]と勤務形態(Kmietowicz, 2001)[72]、そして、育児休暇制度の促進(Phillips, Richardson and Stemart, 2000)[73]が重要であるとしている。

### 3.2.5 男女間格差は残るが、改善も進む賃金

日本の女性医師は、男性医師に比べ、賃金、職位ともに有意に低い格差が認められるが(荒木他, 2002)[74](野原他, 2002)[75]、海外では、この問題への関心は高く、比較的多くの調査、研究がなされている。イギリスでは、上級医師であるコンサルタントの女性医師が占める割合は、1983年の12%から2004年までの約20年間で25%と2倍に増え、急速に女性医師の地位は上昇している(Allen, 2005)[52]。また、賃金水準においても、常勤医師の勤務形態が同じ場合には、性差で有意な賃金の差は確認されず、賃金格差の理由は、性差というよりは、女性医師が常勤医として働き続けられない勤務形態に大きく影響している可能性が高いとしている(Taylor, Trevor and Goldacre, 2009)[76]。しかし、その背景には、いわゆる「ガラスの天井(glass ceiling)」と揶揄される伝統的な差別意識が未だに存在し(McManus and Sproston, 2000)[77]、女性医師は男性医師に比べ地位が低いから収入が低いのは当然であるとする理屈がまかりとおることなく、社会制度として女性であることで我慢の選択を強いることがないようにしなければならぬとしている(Fabre, 2005)[78]。アメリカにおいても、日本と同様に女性医師は高度な専門職として、一般的な女性よりも高い収入を得ているものの(BMA, 2009)[79]、男性医師より女性医師は収入が低く、具体的な金額では、年収差で22,000ドル(McMurray, 2000)[68]とも、63,000ドル(Josefson, 2000)[66]とも報告されている。しかし、この男性医師の収入を100とした女性医師の収入格差は、2000年の89.4から2004年には93.5と、4年間で4ポイント改善され、男女間賃金格差の幅は徐々にではあるが縮小傾向にある(Wright et al., 2007)[80]。カナダにお

いても、同じように女性医師は男性医師より収入が全ての世代で低く、その差は平均して少なくとも 50,000 ドルで、特に 40 歳代において、また、専門医ほど格差が大きい (Buske, 2003) [81] とされている。

### 3.2.6 重要とされるパートナーとの関係

女性医師の結婚、育児、家事に関する、調査、研究は、海外においても、これまでいくつかの研究なされてきた。Dobson (2005) [82] の調査によれば、アメリカにおける女性医師の既婚率は 80% で、男性医師の 89% より 9 ポイント低く、別の調査でも、既婚率は 76% に留まっている (Anita, Janis and Files, 2006) [67]。そして、アメリカでは既婚女性医師の 40% の配偶者が医師で (Dobson, 2005) [82]、カナダでも、既婚医師全体の 16% が医師同士の結婚であり、若い世代では 20% の高い割合となっている (Woodward, 2005) [83]。そして、男性医師を配偶者にもつ女性医師は、パートナーが専業主婦の割合が高い男性医師よりも、妻として親として子どもの世話や料理に費やす負担が多くなっており (Bickel and Lawson, 2001) [84]、この傾向は、アメリカでも既婚女性医師の 93% がワーク・ファミリー・コンフリクトを感じていると報告されている (Anita, Janis and Files, 2006) [67]。この結果として、女性医師の子供や、他の家族との関係を理由とする休職は、男性医師のその休職理由を有意に上回り (Bickel and Lawson, 2001) [84]、収入面でも、結婚、または子供のいない同じ世代の女性医師より、結婚によってマイナス 11%、子供がいることでマイナス 14% 収入が低くなっている (Dobson, 2005) [82]。カナダにおいても増加する女性医師に対応した、託児施設、柔軟な勤務時間、ジョブ・シェアリングを一層充実し、仕事と家庭を両立できる環境を女性医師は求めている (Mobilos and Chan, 2008) [85]。

## 4. まとめ ー研究上の視点ー

2008 年時点、日本の女性医師の割合は全医師の 18.1% で、国際的にはその割合が最も低い国のひとつであるが (OECD, 2009) [86]、近

年の急激な割合の増加から生じる課題からすれば、その対策は急務であり、その課題の内容が本レビューで確認できた。また、この課題への対処には、カナダやイギリスの政策でみられるような、女性医師増加をメリットの多いポジティブな傾向として捉えることの重要性がわかった。すなわち、「女性医師が働きやすい病院をつくるのが、結果として男性医師にとっても働きやすく、医療の質を高めることにつながる」(清野, 2010) [87] という戦略的な視点に基づくワーク・ライフ・バランス改善の支援策が、医師不足の理由のひとつとされる女性勤務医の早期開業離職の抑制と復職を促進させ、結果として勤務医不足の是正に繋がる可能性を見出せたと考える。とりわけ早期開業による離職は、特に地方での医師不足や勤務医の過酷な労働環境改善の新たな受け皿として押し付けられることを女性勤務医が合理的に回避した結果とも解釈でき、今後、その理由を深く分析することが、病院女性勤務医の結婚・出産・育児などのワーク・ライフ・バランス (藤本, 2010) [88] 改善の効果的な支援制度の提言の足がかりになるのではないかと考える。(瀧野, 2010) [89]。

一方で、この問題を政策的に捉えたとき、あるべき姿と現実との間には、相当のギャップが存在し、その是正は容易でないことも理解できた。例えば、多くの女性医師が、出産や育児など家庭の事情により離職を余儀なくされている現状 (吉田, 2009) [90] や、女性医師が男性医師よりも労働環境の劣る病院から診療所へ早期に開業転出 (川村, 2008) [91] の抑制は、女性医師の就労支援策に留まらず、日本の医療供給システム全体と深く関連し、複眼的な視座で問題解決に当らねばならない。また、女性医師が出産や育児によって生涯での労働率力が男性医師より低くならざるを得ないことを医療界全体が当然のこととして受入れ、それを踏まえたデータによって病院勤務医数の増加を計画的に図るには (長谷川, 2006) [92]、相当の年月が必要となる。さらに、一部医療機関の現場でみられる、一過性の女性医師優遇策によって、新たな負担を強いられた男性医師と女性医師の間で性差対立を増加させてしまう (津田, 2010) [93] ことなどは、男性医師の意識改革も含め、日本社会全体における働き方の見直しと同時平行して進める必要がある。(志賀,

2011) [94]。

このように要因が複雑に絡みあい、その解決には長く険しい道程が予測されるにもかかわらず、すでにその克服に果敢にチャレンジし、成果をあげている病院があることに着目したい。そして、政策研究としては、その実践する病院の中にわが国のこの課題に対する具体的な施策のモデルが内在し、それを掘り起こし、一般化する作業が求められていると考える(清野,2010) [87]。

## 5. 今後の研究

1849年、世界初の女性医師エリザベス・ブラックウェル (Baker, 2002) [95] がアメリカで誕生してから160年以上、また、1885年に日本初の女性医師荻野吟子が医術開業試験に合格して120年以上を経た今日、これまで医師は男性、看護師は女性という前提にあった医療界において、男性中心の経営、上司と同僚の関係、配偶者と家族の役割、そして医師としての生き方に、医療サービスの供給サイドとして大きな転換期が到来していることは間違いない。さらに、医療ニーズの高まりは、性差医療という女性特有の疾病や悩みに十分に配慮した医療サービスが求められており、例えば女性外来の設置のように女性医師が活躍する場はその広がりを見せ、患者側、すなわち受容サイドからも従来の女性医師への見方に変化が生じている。この質、量ともに拡大をみせる女性医師への期待に対して、これまで女性医師の職能集団である日本女医会を中心に多くの研究成果を得てきたものの、政策的研究としては必ずしも十分とは言えない。今後は、本レビューで確認できた女性医師の現状を踏まえ、先行する諸外国の政策事例を参考としつつ、医師不足の解消につながる女性勤務医のワーク・ライフ・バランス改善の支援策を、早期開業離職の理由に着目して明らかにし、医療政策の提言につなげたいと考える。

## 謝辞

最後となったが、この女性医師の増加と医師不足の関係性における医師のワーク・ライフ・

バランスの政策的意義に着目し、研究を進めるうえで、多くの助言をいただいた同志社大学大学院総合政策科学研究科の久保真人教授、並びに査読レフェリーの先生方に深謝申し上げる。また、本研究は、平成23年度文部科学省科学研究費(基盤C)の「産科勤務医不足対策のための労働と賃金バランスに関する研究」(代表、米本倉基)助成の一環として行った。

## 参考文献

- [1] 長谷川敏彦「第11回医師の需給に関する検討会資料」2006、厚生労働省。
- [2] 山崎麻美「女性医師の勤務環境改善プロジェクトに取り組んでみてきた問題点(女性医師の雇用問題を探る)」2007、日本循環器学会専門医誌15(2)、285-289ページ。
- [3] 猪飼周平「日本における医師のキャリア:医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析」2000、季刊社会保障研究、36(2)。
- [4] 川村顕「女性医師のキャリア選択病院/診療所選択の男女比較」2008、保健医療社会学論集、19巻2号、94-104ページ、及び「新卒医師の研修先決定要因」2009、病院、68巻12号、100-104ページ。
- [5] 工藤典代、飯野ゆき子、鈴鹿有子、川城信子、中島格、高橋姿、福田論「女性医師が働きやすい環境-日本耳鼻咽喉科学会女性会員に対するアンケート調査結-」第110回日本耳鼻咽喉科学会臨床セミナー」2010、日本耳鼻咽喉科学会会報113(9)、727-737ページ。
- [6] 米本倉基「医師報酬の国際比較」2010、同志社政策科学研究第12巻第2号、119-130ページ。
- [7] 吉田あつし「医師のキャリア形成と医師不足(特集プロフェッショナルの労働市場)」2010、日本労働研究雑誌、52(1)、28-41ページ。
- [8] Koike, S., Matsumoto, S., Kodama, T., Ide, H., Yasunaga, H., and Imamura, T., *Estimation of physician supply by specialty and the distribution impact of increasing female physicians in Japan*, 2009, BMC Health Serv Res.
- [9] 長瀬啓介「医師・歯科医師数の将来予測に関する研究」2007年厚生労働省報告書。
- [10] 中川由紀、高橋公太「女性泌尿器科医、その役割と未来-女性泌尿器科医への期待-」2010、泌尿器外科23巻3号、267-271ページ。
- [11] 大越香江「医師の勤務環境に関する考察-京大病院女性医師調査から-」2010、日本医師会雑誌139(6)、1299-1305ページ。
- [12] 長谷川美美、堀口和美、岩崎善毅、高橋慶一「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-」2009、日本外科学会雑誌110巻臨増2、782ページ。

- [13] 中村真由美「女性医師が専門科を選択する要因について－インタビュー調査の結果から－」2010、労働社会学研究(11)、37-61 ページ。
- [14] 厚生労働省および日本小児科学会、女性医師の職域における環境改善委員会編「小児科医師現状調査」2004、厚生労働省ホームページ。
- [15] 泉美貴「女性医師の就業実態調査」2008、第40回日本医学教育学会大会予稿集、医学教育、2008-07 39(補冊)、15-16 ページ。
- [16] 片岡仁美、川畑智子、岩瀬敏秀、関明彦、関典子、石崎美美子、小出典男「岡山医療圏の女性医師の意識調査(第二報): 卒後10年が支援の鍵(会議録)」2010、医学教育41巻、Suppl、92 ページ。
- [17] 小泉弥生「女性医師の状況を中心に－日本における女性医師の現状について－」2008、精神神経学雑誌110巻7号、548-553 ページ。
- [18] 金本真美、島田光生、内山秀昭、森根裕二、居村暁、金村普史、栗田信浩、三宅秀則「肝胆脾外科医を目指す女性医師の立場から: 女性外科医師の役割と課題(女性外科医の抱える問題とその対策)」2009、第109回日本外科学会定期学術集会、日本外科学会雑誌110(臨時増刊号2)、785 ページ。
- [19] 野田龍一、石井慧、伊藤萌、嘉村実裕子、佐治龍、遊昌子、水嶋春翔「女性医師のキャリア・デザイン－出産・子育てを中心に－」2011、横浜医学(0372-7726)62巻1-2、69-74 ページ。
- [20] 金村政輝、木村秀樹、溝口二郎、伊藤恒敏、小笠原博信、本郷道夫「今後の医師集団の人口動態の変化－高齢化と女性医師の増加が変化の主体－」2007、日本医事新報4363号、80-84 ページ。
- [21] 森下美知子「女性医師を取り巻く諸問題: 一般病院に勤務後、開業医として働く女性医師の経験から」2008、新潟医学会雑誌122巻10号、549-552 ページ。
- [22] 北川博昭、脇坂宗親、川瀬弘一、佐藤百合子、浜野志穂「大学病院における女性医師に対する勤務への取り組み(女性外科医が働き続けるために: 現状と今できること)」2009、日本外科学会雑誌110(臨時増刊号2)、79、2-25 ページ。
- [23] 川瀬和美、日本女性外科医会編「日本外科学会代議員の施設における女性勤務外科医師に関する調査報告書」2011、日本女性外科医会。
- [24] 児玉ひとみ、竹宮孝子、竹内千仙、加藤郁子、村越薫、大久保由美子、斎藤加代子、大澤真木子、岡本高宏、小原孝男「医師に対する学童保育支援の必要性」2010、東京女子医科大学雑誌80巻3号、65-68 ページ。
- [25] 富澤康子、川瀬和美、萬谷京子、野村幸世、明石定子、神林美智子、寺本龍生「医学会分科会における女性医師支援の現状－学術集会時の学会託児所設置状況－」2010、日本外科学会雑誌111巻5号、317-319 ページ。
- [26] 野崎京子「女性医師の生産性－女性医師の生産性と期待される社会システム－」2005、日本臨床麻酔学会誌25巻5号、494-506 ページ。
- [27] 豊田章宏、望月高明、高田佳輝「調査報告: 勤務医の労働実態分析－広島県医師会勤務医部会アンケート調査報告」2007、日本医師会雑誌135(10)、2231-2234 ページ。
- [28] 栗原伸介「医師・医療スタッフの過重労働とメンタルヘルス」2007、産業医学レビュー19、247-269 ページ。
- [29] 井奈波良一、黒川淳一、井上真人「大学病院医師の離職願望と勤務状況－日常生活習慣および職業性ストレス－」2007、日本職業・災害医学学会誌55、219-225 ページ。
- [30] Umehara, K., Ohya, Y., Kawakami, N., Tsutsumi, A., Fujimura, M., *Association work-related factors with psychosocial job stress and psychosomatic symptoms among Japanese pediatricians*, 2007, *Occup, Health*, 49: 467-81.
- [31] Sakata, Y., Wada, K., Tsutsumi, A., Ishikawa, H., Aratake, Y., Watanabe, M., Katoh, N., Aizawa, Y., and Tanaka, K., *Effort-Reward Imbalance and Depression in Japanese Medical Residents*. 2008, *Journal of occupational health* 50(6): 498-504.
- [32] Hayasaka, Y., Nakamura, K., Yamamoto, M., Sasaki, S., *Work environment and mental health status assessed by the general health questionnaire in female Japanese doctors*. 2007, *Ind Health*: 45: 781-786.
- [33] 全国保険医団体連合会編「医師および歯科医師の精神状況についての意識調査」2007、全国保険医団体連合会報告書。
- [34] 塩入明子、保坂隆「医師のストレス」第2章、2009、中外医学社。
- [35] 和田耕治「諸外国における医師の健康支援と日本の総合病院での展開」2010、総合病院精神医学22(1)、7-13 ページ。
- [36] 吉田和代「女性医師の休職・離職の原因は出産と育児以外にも」2007、日経メディカルオンライン・学会ダイジェスト、第71回日本循環器学会総会学術集会、2007年3月15日～17日、神戸、シンポジウム発表内容。
- [37] 大木いずみ、上原里程、小林英司、梶井英治、尾島俊之、倉澤美和、丹羽美和子、丹羽治男、高屋敷明由美、椎名くに「女性医師調査－地域医療を担う人材を応援するために－」2006、日本医事新報4302号、68-72 ページ。
- [38] 児玉知子、井上まり子、種田憲一郎、長谷川俊彦「女性医師活動性評価について」2006、日本医事新報4279号、74-79 ページ。
- [39] 日本産婦人科学会編「次世代を担う男女産婦人科医師のキャリアサポート委員会調査結果報告書」2010、日本産婦人科学会報告書。
- [40] 宮川路子「女性医師の就労に関わる問題について」2006、産業衛生学雑誌48巻臨増、412 ページ。
- [41] 上原里程「小児科医の婚姻および育児と勤務内容との関係」2005、日本小児科学会雑誌109巻4号、530-535 ページ。
- [42] 山崎由花、工藤綾子、福寿千絵子「順天堂大学を卒業した女性医師の勤務形態に関する調査(平成19年度学長特別共同プロジェクト研究報告書)」2008、*Juntendo medical journal* 54(4)、532 ページ。
- [43] 「日本産婦人科学会員の卒後2年から16年における就労状況について－女性医師の就労を中心として－」2007、社団法人日本産婦人科学会。
- [44] 法井薫、奥山亜由美、新井佑望、森谷薫、橋本陽、赤羽朋博、

- 岡野翼、渋谷綾子、西山直樹、野寺穰、長谷川哲也、後藤あや、藤野美都子「福島県立医科大学における女性医師のワーク・ライフ・バランスに関する現状」2007、福島医学雑誌 57 (2)、107-113 ページ。
- [45] 上田聡子「女性麻酔科医の現況に関する調査研究(続報) 社会的性別意識と育児負担」2006、日本臨床麻酔学会誌 26 (4)、418-428 ページ。
- [46] 丹羽治男「女性医師の夫へのアンケート(夫の現況と現状認識について)」2003、月刊地域医学 Vol.17、No. 4、172-178 ページ。
- [47] 板井八重子「子育て世代の女性開業医の生活実態調査」2008、全国保険医団体連合会(保団連)の女性部会。
- [48] 佐々木綾香「女子医学生における出産・育児の現況: アンケート調査から」2011、東京女子医科大学雑誌 81 巻 2号、116-120 ページ。
- [49] 堀貞夫「常勤医として働く女性眼科医師の問題点-東京女子医科大学における対応-あたらしい眼科-」2008、Journal of the eye 25 (12)、1737-1742 ページ。
- [50] 河野恵美子、山崎芳郎、弓場健義、藤井眞、稲田啓次、森本芳和、赤丸祐介、岩上佳史、梶原麻里、小西珠貴、長谷川慎一郎、村上剛平、田中裕美子、松山恭悠、大野喜代志「子育て外科医は継続可能か? 復帰からキャリアアップに至るまで(女性外科医のキャリアパス)」2010、日本外科学会雑誌 111 (臨時増刊号2)、646 ページ。
- [51] McKinstry, B., Are There Too Many Female Medical Graduates?. 2008, BMJ, 336 : 748-749.
- [52] Allen, I., Women doctors and their careers : what now?, 2005, BMJ, 331 : 569-572.
- [53] Dacre, J., Are there too many female medical graduates? No, 2008, BMJ, 336 : 749.
- [54] Heath, I., Women in medicine : Continuing unequal status of women may reduce the influence of the profession, 2004, BMJ, 329 : 412-413.
- [55] Herbert, C., Whiteside, C., McKnight, D., Verma, S., and Wilson, L., Ending the sexist blame game, 2008, CMAJ, 11, 178 (6) : 659.
- [56] Hitchen, L., Women are still left behind in academic medicine, 2007, BMJ, 21, 335 : 119.
- [57] Bowman, M. A., Frank, E., and Allen, D. I. 著(片山みゆみ訳、櫻井晃洋監修)『女性医師としての生き方-医師としてのキャリアと人生設計を模索して-』2002、じほう。
- [58] Preside, Restoring the Balance Women Physicians and Profession of Medicine. 1850-1995. 1999, Preside homepage.
- [59] Williams, J., Unbending Gender, Why family and work conflict and what to do about it, 1999, Oxford university press. New York.
- [60] Smith, G. C., Frank, E., and Nickens, H., The intersection of race, gender and primary care : results from the Women Physicians, 2000, Health Study. J.Natl Med Assoc, 92 : 472-480.
- [61] Arcidiacono, P., and Nicholson, S., Peer Effects in Medical School, 2005, Journal of Public Economics, 89 : 327-350.
- [62] Schwartz, R. W., The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty choices of graduating U.S. medical students. 1996-2003. 2005, Acad Med, 80 (9) : 791-6.
- [63] Gray, S., Finlay, I., and Black, C., Women doctors and their careers : what now? : The changing UK medical workforce's effect on planning and delivery of services, 2005, BMJ, 331 : 696.
- [64] 瀧野敏子「病院管理フォーラム: 女性医師支援(1) 女性医師への支援はなぜ必要か」2010、病院 69 (10)、817-819 ページ。
- [65] 加藤由理、小林小の実、森谷佳奈子、後藤あや、安村誠司「ベトナムから学ぶ女性医師のワーク・ライフ・バランス-平成21年度公衆衛生学海外実習の成果報告-」2010、福島医学雑誌 60 (2)、75-80 ページ。
- [66] Josefson, D., Women physicians earn \$63,000 less than male counterparts, 2000, West J Med, 173 (4) : 226.
- [67] Mayer, P. A., Blair, E. J., and Files, A. J., Peer Mentoring of Women Physicians, 2006, J Gen Intern Med, 21 (9) : 1007.
- [68] McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, R. T., Douglas, J., Shugerman, R., Nelson, K., and for the SGIM Career Satisfaction Study Group, The work lives of women physician. Results from the physician work life study. 2000, Gen Intern Med, 15 : 372-80.
- [69] Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., and Tatarelli, R., On Female Physicians Committing Suicide, 2004, MedGenMed, 6 (2) : 60.
- [70] Gautam, M., Women in medicine : stresses and solutions, 2001, West J Med, 174 (1) : 37-41.
- [71] Davies, M., and Eaton, J., Flexible training under the new deal : Must be supported to retain women in medicine, 2002, BMJ, 324 : 1111-1112.
- [72] Kmietowicz, Z., Flexible jobs needed to retain women doctors, 2001, BMJ, 322 : 1562.
- [73] Lent, B., Phillips, S. P., Richardson, B., and Stewart, D., Promoting parental leave for female and male physicians, 2000, CMAJ, 162 (11) : 1575-1576.
- [74] 荒木葉子、橋本葉子、澤口彰子、香川順「女性医師の学会活動の現状」2002、医学教育 33 (1) : 51-57 ページ。
- [75] 野原理子「医科大学および同附属医療施設の勤務医師のワーク・ライフ・バランスに関する認識の男女比較」2010、東京女子医科大学雑誌 80 巻 12 号、363-369 ページ。
- [76] Taylor, S. K., Lambert, W. T., and Goldacre, J. M., Career progression and destinations, comparing men and women in the NHS : postal questionnaire surveys, 2009, BMJ, 338, b1735.
- [77] McManus, I., and Sproston, K., Women in hospital medicine in the United Kingdom : glass ceiling, preference, prejudice or cohort effect?, 2000, J Epidemiol Community Health, January, 54 (1) : 10-16.
- [78] Fabre, C., Women in medicine : Women do not have to choose, 2004, BMJ, 329 : 743.
- [79] The British Medical Association, Male doctor earn?15000 a year more than women, study reveals, 2009, 2009, BMA Report.
- [80] Wright, A. L., Ryan, K., Germain, P., Schwindt, L., Sager, R., and Reed, K. L., Compensation in Academic Medicine : Progress Toward Gender Equity, 2007, J Gen Intern Med, 22 (10) : 1398-1402.
- [81] Buske, L., New data point to significant gaps in income of male,



- female MDs*, CMAJ. 2003, 168 (6) : 755.
- [82] Dobson, R., *Marriage costs women doctors in the US an 11% salary drop*, 2005, BMJ, 331 (7508) : 70.
- [83] Woodward, A. C., *When a physician marries a physician : Effect of physician-physician marriages on professional activities*, 2005, Can Fam Physician, 51 (6) : 851.
- [84] Bickel, J., Clark, V., and Lawson, R. M., *Women in U.S academic medicine statistics 2000-2001*, Washington. DC, 2001, Association of American Medical Colleges.
- [85] Mobilos, S., and Chan, M., *Women in medicine : The challenge of finding balance*, 2008, Can Fam Physician, 54 (9) : 1285-1286.
- [86] OECD INDICATORS - Health at Glance -, 2009, OECD, 65 ページ。
- [87] 清野佳紀「シリーズ地域医療：職員を大事にする病院でいたい－ワークライフバランスの向上は医師不足に対する特效薬－」2010, Suzuken Medical. 2010. 4 ; 13(2) : 13-14 ページ。
- [88] 藤本哲史『産業組織心理学ハンドブック－ワーク・ライフ・バランス』2010、産業・組織心理学会編、丸善、116-119 ページ。
- [89] 瀧野敏子「潜在女性医師を採用するには」2010、病院 Vol69, No.12, Dec.996-998 ページ。
- [90] 吉田あつし『日本の医療のなかが問題か』2009, NTT 出版、2009、202 ページ。
- [91] 川村顕「女性医師のキャリア選択 - 病院 / 診療所選択の男女比較」2008、保健医療社会学論、Vol.19、No. 2、94-104 ページ。
- [92] 長谷川敏彦「日本の医師需給の実証的調査研究」2006、厚生労働医療技術評価総合研究事業報告書、及び「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」2011、厚生労働省。
- [93] 津田蕎子「医師として、キャリアを生きる」2010、Medical ASAHI 2010 Nov.16 ページ。
- [94] 志賀舞「2度の出産・育児を経験した女性外科医の体験に基づく女性外科医の勤務継続について」2011、日本外科学会雑誌 112 巻 2 号、147-149 ページ。
- [95] Baker, R. 著 (大原武夫・大原一枝共訳)『世界最初の女性医師－エリザベス・ブラックウェルの一生－』2002、社団法人日本女医会。