

医師の地域偏在の解消を目指して¹ ～女性医師に着目して～

早稲田大学
須賀晃一研究会
労働雇用②分科会
山下隆介
小川朝子
後藤聡子
水野悠馬

2019年 11月

¹ 本稿は、2019年12月07日、08日に開催されるISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2019」のために作成したものである。本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

日本は時代に合わせた労働環境の整備が急務となっている。今後の日本においては生産年齢人口が急激に減少していくことは避けられないため、いかに限られた資源を最適配分するかという課題は、日本社会が取り組むべき重大な問題の1つである。中でも医療分野に着目したのは、後述するように日本の医療分野がとりわけ危機的状況に陥っているからである。したがって本稿の目的は医師の偏在を解決することにより、持続可能な日本医療の新しい姿を実現することにある。

まず現状分析において、日本医療の労働供給は絶対的医師不足と相対的医師不足（これが医師の地域偏在と呼ばれる問題である）という2つの問題を抱えていることが明らかになった。だが本稿では行政の管轄範囲とそれぞれの緊急性を鑑み、後者に焦点を当てることとした。そこで相対的医師不足に対する政府の施策を分析した結果、女性医師が地方で働くことを促進する取り組みがなされていないことが浮き彫りとなった。本稿がこの点に問題意識を覚えた理由として、男女別に地域偏在の程度を比較すると、特に女性において偏在が深刻化しているという事実がある。年々医師総数における女性医師割合は上昇しているにも関わらず、女性医師に特化した偏在対策の取り組みはなされていないことは問題であると考えられる。つまり本稿の研究方針としては、信頼性の高い分析と実現可能性の高い政策を提言するために、医師偏在問題のすべての要因にアプローチするのではなく、ターゲットを女性に絞り現状対策が不十分な部分へ新しく働きかけることで状況改善を目指す。

先行研究では、現状分析で明らかになった医師の地域偏在の現状・原因とその問題点、対策を裏打ちする研究を複数引用した。特筆すべき点は、医師の就業場所選択においてキャリアアップの可能性が大きく影響していることが判明したことである。複数の研究において、医師がキャリアアップの観点から、地方病院における医療設備の不十分さや学会等への参加の困難性から地方勤務を倦厭していることが示されていた。また女性医師に関する先行研究では、女性医師の就業場所選択に影響を与えうる要因として院内保育サービスが変数に用いられていた。その一方で、これら現行の研究では女性医師に注目し定量的に分析、政策提言しているものはあまり見られなかったため、本稿では先行研究で用いられていたキャリアアップの指標や院内保育サービスなどを参考に、新たに変数を設定し女性医師の偏在に焦点を当てた分析を行うこととした。

本稿では仮説を4つ設定し、2つの分析を行なった。それらは、①院内保育施設への通いやすさは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える、②特定機能病院への通いやすさは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える、③当該都道府県出身者の医学部生数は可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える、また③から派生して、④当該都道府県における医学部予備校数は当該都道府県出身者の医学部生数に正の影響を与える、の4つである。この仮説を実証分析するために、1つ目の分析では被説明変数として可住面積当たり女性医師数、説明変数として可住面積当たり院内保育施設数、可住面積当たり特定機能病院数、当該都道府県出身の医学部生数を設定した。その結果、仮説①②③は統計的に有意に支持された。また2つ目の分析では被説明変数に当該都道府県出身の医学部生数、説明変数として当該都道府県における医学部予備校数を設定し、仮説④が統計的に有意に支持された。

以上を踏まえ本稿が提言する政策は、医学部入学段階、キャリア構築、ライフイベント対応の3つの段階において、地方就業を促すものである。

目次

第1章 現状・問題意識

- 第1節 医師を巡る現状
- 第2節 取り組みを巡る現状
- 第3節 現行対策の不足点

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

- 第1節 先行研究
- 第2節 本稿の位置づけ

第3章 分析

- 第1節 分析Ⅰ
 - 第1項 分析の目的
 - 第2項 仮説の構築
 - 第3項 分析
 - 第4項 推定結果
 - 第5項 分析の解釈
 - 第6項 仮説との関連
 - 第7項 仮説のまとめ
- 第2節 分析Ⅱ
 - 第1項 分析の目的
 - 第2項 仮説の構築
 - 第3項 分析
 - 第4項 推定結果
 - 第5項 分析の解釈、仮説との関連・まとめ
- 第3節 分析のまとめ

第4章 政策提言

- 第1節 政策提言とその効果
 - 第1項 医学部入学段階
 - 第2節 キャリア構築
 - 第3節 ライフイベント対応
- 第2節 政策の実現可能性
 - 第1項 医学部入学段階
 - 第2節 キャリア構築
 - 第3節 ライフイベント対応

第5章 論文の限界

参考文献・データ出典

第1章 現状・問題意識

第1節 医師を巡る現状

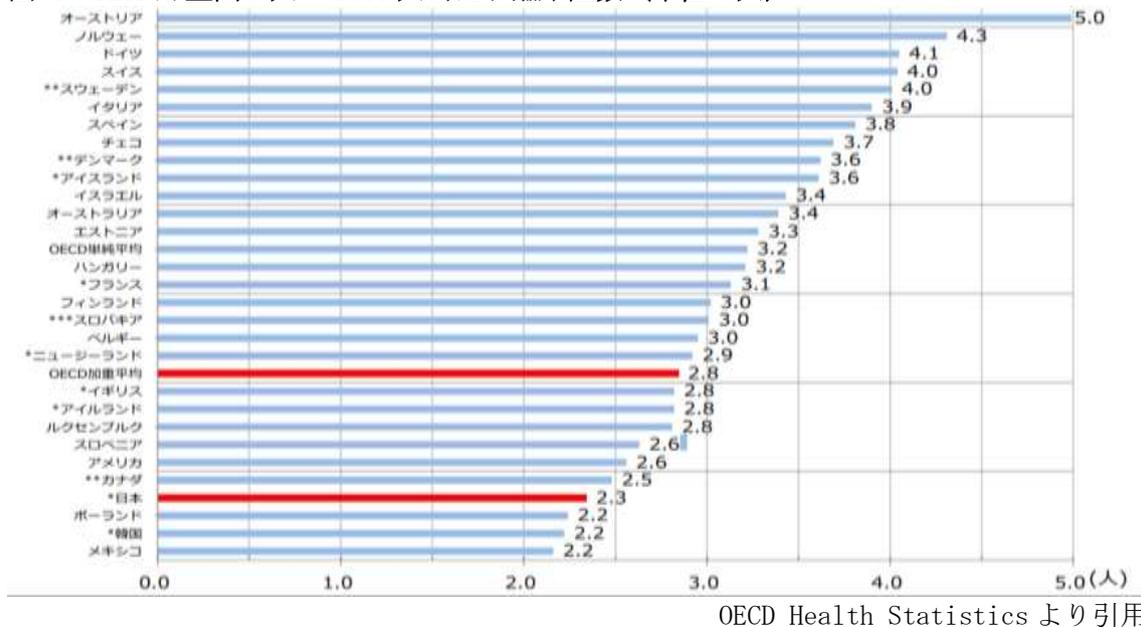
日本は時代に合わせた労働環境の整備が急務となっている。今後の日本においては生産年齢人口が急激に減少していくことは避けられないため、いかに限られた資源を最適配分するかという命題は日本社会が取り組むべき重大な問題の1つである。人的資源はあらゆる分野で用いられるが、中でも医療分野、特に医師の偏在問題に着目したのは、後述するように、日本の医療分野がとりわけ危機的状況に陥っているからである。

地域間医師偏在の改善は、地方における医師の労働環境改善に資すると考えられる。現在地方での医療崩壊が一部食い止められているのは、強い使命感を持った医師たちの献身によるものと言っても過言ではない。したがって、日本で医療に従事している医師の労働環境のギャップを多角的な視点から改善することで、より生産的かつ働きがいのある雇用を実現できると考えられる。さらに公共的な観点からも、医師偏在の改善は少子高齢化に伴い増加する医療ニーズに対して適切に医療サービスを提供することができ、国民一人一人の生活の質を向上させることに寄与する。よって、本論文では医師の偏在を解決することにより、持続可能な日本医療の新しい姿を実現したいと考えている。

以上の日本の将来像を達成するためにまず現状を把握する。医療分野における労働供給に関して、日本社会は大きく2つの問題を抱えていると考えられる。

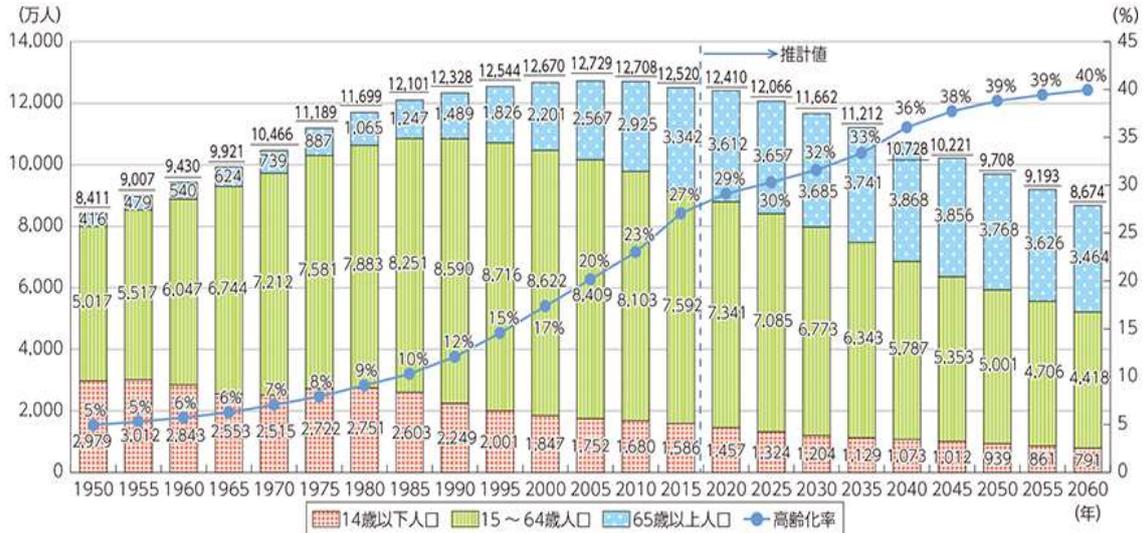
第一に、日本は絶対的な医師不足に陥っている。厚生労働省（2016）によると、日本における医師数は4000人程度毎年増加している。しかし、国際比較をすると日本は医師の絶対数が不足していることが分かる。図1は、OECD加盟国の人口1000人当たりの臨床医師を、多い順に示したグラフである。日本はOECDの平均2.8人に対して2.3人となっていて、加盟国30か国中28番目であることが読み取れる。

図1：OECD加盟国の人口1000人当たり臨床医数（単位：人）



一方で、図 2 は、日本の人口の推移を示したグラフである。日本は少子高齢化が今後進み、2060 年には高齢化率が 40%に達すると予測されている。これに伴い医療への需要はさらに高まり、絶対的な医師不足がより深刻化すると考えられる。

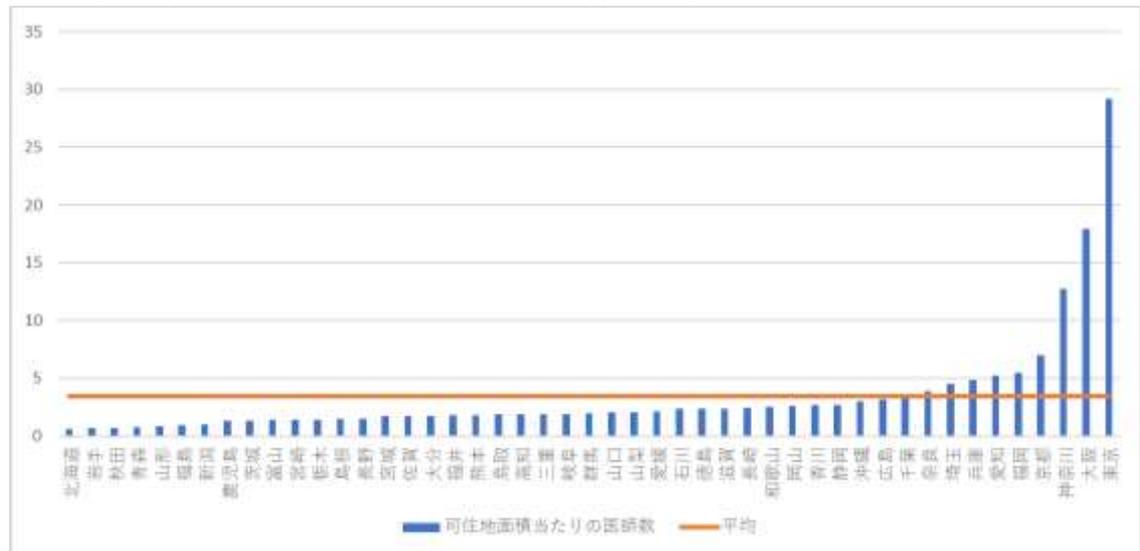
図 2：日本の人口構造の推移（単位：万人（右）、%（左））



総務省（2017）「平成 28 年版情報通信白書」より引用

第二に、日本では相対的な医師不足が深刻化している。これが医師の地域偏在と呼ばれる問題である。図 3 は、都道府県単位で見た可住地面積当たりの医師数を表わしているものである。この図から、都道府県によって医師へのアクセスのしやすさに大きな差があることが読み取れる。

図 3：都道府県ごとの可住地面積当たりの医師数（単位：人/100ha）



平成 28 年「医師・歯科医師・薬剤師調査」をもとに作成

もし地域偏在がさらに加速した場合に起こりうる問題は、過剰供給といわれた歯科医師の実際の例から予想できる。日本歯科医師会（2014）によると、都市部では医師の過剰供

給により給料が低下することで医者を志望する人が減少する恐れがある。それに伴い医学部の入試基準が低下し、医師の質の担保が困難となる恐れがある。一方で、過疎地域では必要な時に必要な治療を受けることが出来ず、国民の健康に重大な影響を及ぼすだけでなく、医師不足による医師の労働環境の悪化により、医者の地方就業のインセンティブ低下がさらに加速する恐れもある。

以上の現状を踏まえ、医師の絶対的な不足を解消しないと市民の医療ニーズを満たすことができず、また医師の労働環境も改善することが出来ないことは明白である。一方で、医師の数を増やすためには医学部の定員の操作から始める必要があり、医師会の存在などを鑑みると国の政策には資金面・裁量ともに限界がある。その上、境・熊谷（2018）によると、条件付きだが医師の需給は2030年頃に一致する見込みであることから、都市一極化がより深刻化していくとみられる日本においては、絶対数として全体の医師需給の一致を図るよりも地域別に見た需給の一致に着手することの方が急務であると考えられる。よって、本論文では医師の地理的偏在化問題について、その原因を特定して分析する。

第2節 取り組みを巡る現状

ここで、医師の地理的偏在問題に対して諸外国が行なっている取り組みを紹介する。岩本（2010）によると、例えばドイツでは、開業の場所を定員制にすることによって、過剰に都市圏に開業することを防止している。また、イギリスでは地域の医療全体について計画を立てる戦略保険局が大学医学部、専門医を認定する学会と緊密な連携をとり、計画的な医師の配置を行なっている。以上のように、海外では強制的に医師を地方に公平に配分する政策をとっているケースが多く見られるが、日本でこのような政策を採用することは困難である。なぜならば上で述べたとおり日本は絶対的医師不足にも陥っているため、医師の強制配置は医師を志望するインセンティブを低下させてしまう恐れがあるからである。よって日本で医師の地域偏在を改善するには、強制的な手法ではなく就業場所としての地方を魅力的にすることで地方就業を促進する必要がある。

では日本政府は医師の地域偏在についてこれまでどのような施策を実施してきたのだろうか。第66回社会保障審議会医療部会（2019）によると、医師の地域的偏在化への取り組みとして、以下のようなものが取り決められている。

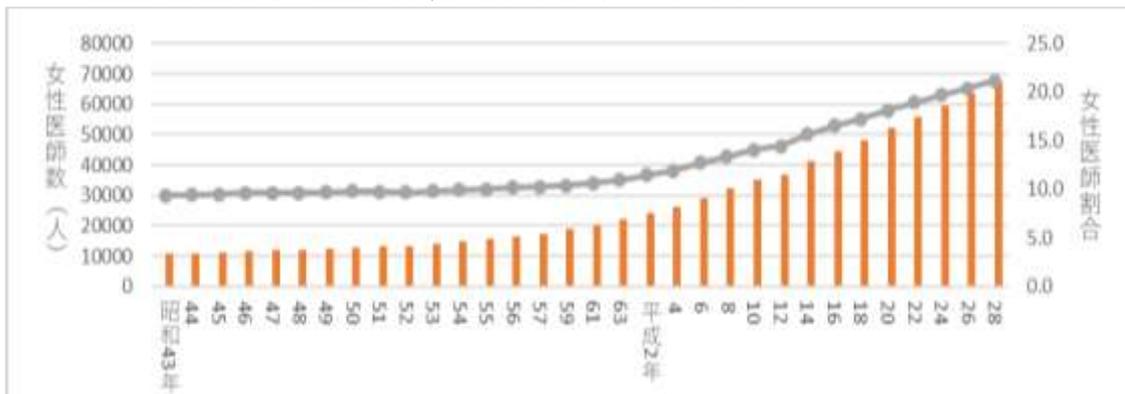
- ①医師偏在指標の算定
- ②医師少数区域・多数区域の認定
- ③医学部における地域枠・地元出身者枠の設定
- ④診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化
- ⑤医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

以上の取り組みには不十分な面が見受けられる。第一に、③より、医学部進学時点での出身者の地理的不公平さを除外する試みが見られるものの、医学部進学にかかる資金（塾費用、受験費等）の援助に着目した働きはされていない。第二に、⑤より、過疎地域で働くことのインセンティブを与える努力が見られるが、具体的な政策の打ち出しは不十分である。例えば医師過疎地での就業を促進するために要不可欠な、学会や研修会などの参加支援は行われていない。臨床医は患者を診療しながら学会や研修会に参加することで最先端の知識を得て医療の質の向上に寄与する役割を担っているが、学会や研修会が開催される都市部から遠ければ遠いほど時間的・金銭的なコストがかかり、地方で働くインセンティブは低下する。したがって、これらの現状対策が不十分である点が、医師の地域偏在を助長している可能性がある。

第3節 現行対策の不足点

以上に加えて、本論文は女性医師が地方で働くことを促進する取り組みがなされていないことに強い課題意識を持っている。図4は、女性医師数とその総数に占める割合の変遷を示したグラフである。年々女性医師の数と割合は上昇し、その活躍は日本全体の活性化に必要不可欠である。

図4：女性医師数とその割合（単位：人（右）、%（左））

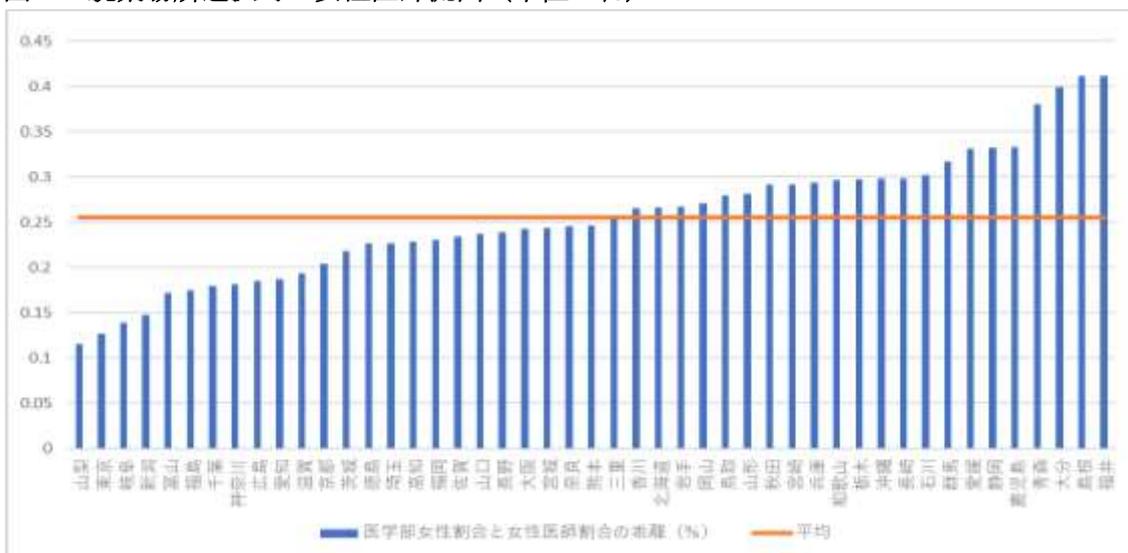


平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査」をもとに作成

医師全体の偏在問題に取り組む際には、女性に焦点をあてた取り組みを考えることにより、アプローチが不十分な所へ新しく働きかけて改善が見込めると思われる。ここで想定している女性医師偏在の原因は、子育てのしやすい環境が整っていないこと、さらに前述の医学部予備校が都市部に偏在していることである。特に後者については、今回の研究にあたり現役女子医大生に対してヒアリング調査を行った。その結果、地方の男子医学部志望者は浪人中に上京して予備校の寮に入るケースが多く見受けられるが、女性医学部志望者が浪人する際には1人暮らしへの抵抗感が強いことが分かった。また、数少ない地方出身の医学部生の多くは、将来的には出身地に戻って就業したいと考えていることも分かった。よって地方の医学部志望者に対して学習機会の拡大をすることは、女性医師偏在の改善に有効であると考えられる。そのために本稿においては女性医師数の増加を見込むための変数として出身者数や予備校数などを検討した。

しかし、女性の偏在が医学部進学の時点で生じている場合、自身が進学した大学の病院に勤めることが多い医療分野においては、就業場所のインセンティブ付与ではなく大学入試の改革が必要となる。図5は、都道府県における医学部の女子の割合から、女性医師割合を引いた値を示すグラフである。このグラフから、地方ではその差が大きくなっている一方、都市圏では比較的小さいことが分かる。つまり、地方では医学部に所属する女子学生が多くいても、就業する際に流出しているという現状が読み取れる。故に、大学入試改革に留まらず、地方就業を促す政策が必要となることがわかる。

図 5：就業場所選択時の女性医師流出（単位：％）



平成 30 年「HUFFPOST 独自調査」より作成

ここで、医師偏在全体を解消したいのであれば、母体数の少ない女性医師に着目するよりも性差で区別しない包括的な取り組みの方が効果的なのではないかという批判が想定される。しかし、以下のように女性医師が不足することで生じる重大な弊害が存在するため、女性医師の偏在は優先的に解消することが求められている課題であると考えられる。

1 つ目は、産婦人科医の更なる地域偏在を引き起こす可能性がある、ということである。堅田・今井（2013）によると、「産婦人科医数は増加傾向の一方で、都道府県別の医師数の格差が大きい。日本産婦人科医会によると、人口 10 万人当たりの産婦人科医数をみれば、全国平均を下回る道府県は 06 年の 20 から 12 年には 23 と増えており、地域偏在は顕著」である。また、産婦人科医はその業務内容や患者の特性により女性医師の占める割合が高く、よって女性医師が少ない都道府県では産婦人科医も少なくなっている。産科医不足により、近くの病院や里帰り先で分娩の予約を取ることができない「出産難民」という言葉も生まれている（エキサイトニュース, 2014）。2006 年には奈良県で緊急搬送の受け入れ先が見つからずたらい回しにされた妊婦が死亡するという事件も起きており、産婦人科医の地域偏在は患者の命に重大な影響を及ぼす問題であることがわかる。たしかに、男性の産婦人科医を増加させるのも一つの手段である。しかし、産婦人科はその業務の特性により今後も女性割合は高い水準で推移すると考えられるため、女性医師の地方就業を推進することは喫緊の課題となっている。

2 つ目の理由は、女性医師の地域偏在が深刻化することで医療ニーズが満たされない患者が増加する可能性があることである。島田昇（2012）によると、男女両者の患者にとっても、女性医師の最も評価される魅力は「女性患者への配慮」であった。つまり、女性の患者にとっては同性の医師に診てもらいたいという心理的需用が高いことが分かる。医療では、一般的な内診に始まり産婦人科といった性別に依存する診療科、さらに性犯罪被害者診療といった特殊なケースまで存在するため、患者の医者への性別についての希望は最大限満たされなければならない。故に、患者側が病院に行く心的ハードルを下げ、長期的に国民健康の促進を促すためにも、女性医師に特化した地域偏在解消へのアプローチが必要だということが分かる。

これらを踏まえ、我々の本論文の分析を進めていく。

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

第1節 先行研究

我々が先行研究を参照する最も重要な目的として、現在の医師の地域偏在の現状・原因とその問題点、対策（すでに実施されているもの、検討されているものの両方）について理解を深めた上で、現在我々にできること、考える余地のあるものを明らかにすることにある。特に、医師がどのような理由で就業場所を選ぶのかについて最低限認識・理解し、その上で自分たちなりの仮説を構築していくことを試みている。

尚、偏在の現状や現在政府が行っている施策についての詳細に関しては、第66回社会保障審議会医療部会（2019）『医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次取りまとめ』を適宜参照した。

- ・平成18年度厚生労働科学研究「日本の医師需給の実証的調査研究」

この研究では、医師の需給に関して、2030年まで需要が供給を上回るとしている。また、女性医師は仕事と家庭の間のキャリアの選択を迫られており、これらを支援する社会全体としてのシステムが必要であるとしている。さらに医師の地域偏在について、県全体を1つの病院として県などの公的機関が人の配置を強制する必要性、その医師個人の研修や開業などのキャリアパスを考慮した対策が必要であると主張している。

- ・日本歯科医師会（2014）「歯科医師需給問題の経緯と今後への見解」

日本の歯科医の需給問題について述べた研究である。良質な歯科医療サービスの提供のためには経営基盤の安定が必要であるが、低い技術評価の診療報酬制度の中での経営は、不安定なもので新しい技術の導入や優秀な人材の確保ができず、その結果良質な歯科医療サービスの提供を阻害してしまっている。そして現在の歯科医の過剰供給の現状はその環境にも支障をもたらすほどだと述べている。このように医師の偏在によって、医療サービスが過剰供給される都市部では良質な医療サービスの提供が妨げられてしまうため、需給バランスを整えることが急務になると考えられる。

- ・中澤（2010）『医師不足の現状と対策』

この研究では、日本では絶対的医師不足及び相対的医師不足（地域、診療科間など）が起きていると述べ、特に医師の地域偏在については、医師の地理的な分布は市場原理に従わず、人口当たりの医師数が多い都道府県でも地域偏在は解消されていないことを指摘している。その大きな原因として、2004年4月から始まった新臨床研修制度を挙げている。研修医が都市部の病院を好む理由として、都会への地理的嗜好などに加え、キャリアアップの観点から、教育環境が整備され指導医の質が担保された病院で研修を受けることを望むからだとしている。このような都市部の病院と比較して、地方病院勤務がキャリアアップにつながらないという現状が存在している。そこで我々は、地方で医師が勤務するインセンティブを積極的に与えていかなければならないと考えるに至った。

- ・岩本裕（2010）『失われた『医療先進国』』

本書では、イギリスやドイツにおける医師の地域偏在への取り組みを紹介している。まずイギリスではブレア政権の下で、政府の戦略保険局を、大学医学部などを認定する学会と連携させ、計画的な医師の配置を行っている。また、ドイツでは、開業医に関して地域ごとの定員などを規定し、さらに夜間救急医療や休日診療の参加を義務付けるなどしてい

る。このような日本以外の取り組みは非常に参考になるものだが、全体の医師数など日本とは異なる背景も存在する。ここで我々が政策を考えていくにあたり、絶対的な医師不足に関しても深刻な日本において、医師になるインセンティブを引き下げようような強制的な政策ならないように注意するべきだと考えられる。

・佐野・石橋（2009）『医師の就業場所の選択要因に関する研究』

この研究ではコンジョイント分析により、就業場所となる医療機関の属性（勤務条件）に対する医師の選好の定量的な分析を行っている。具体的には、26 病院の 2436 人の勤務医に対し、二つの仮想的な医療機関を提示したうえで、彼らが勤務先としてどちらを選ぶかを記録した。分析の結果、勤務医が就業場所を選ぶうえで重視する要素が大きく分けて 3 つわかった。1 つ目はへき地でないこと、2 つ目は診療について相談できる医師がいること、3 つ目は、学会や研修会に参加できることである。また、とりわけ既婚女性医師においては、男性医師や未婚の女性医師に比べて業務の負担が増すことを敬遠する傾向があるとわかった。このような分析結果より、対象者に合わせた適切な就業支援策が必要であり、特に女性にも特有のインセンティブ付与が必要であることがわかった。この研究における問題として、分析で用いられた仮想的な医療機関の 7 つの属性や水準が妥当だったかどうかというものがある。我々の研究においては、医師の就業場所に影響を与える要因に漏れがないかを幅広く検討していく必要がある。

・大木ほか（2003）『女性医師の育児との両立に必要な支援に関する研究』

この研究は、1978 年から 2001 年までに自治医科大学を卒業した全女性医師（196 人）を対象とし、女性医師本人の年齢・卒業期、女性医師の家庭の状況、女性医師本人の仕事、育児について調査したものである。調査結果として、仕事に関しては、フルタイムでの勤務形態が多く、労働時間は 1 日平均 10.33 時間となっており、家事や育児に時間をかけることが難しい現状があるとわかった。また、育児に関して、家事・育児を手伝ってもらえる人がいないと答えた女性医師は 37.2%と手伝ってもらえる人がいると答えた女性医師より多く、病児保育、夜間保育へのニーズ、保育所や学童保育の必要性があることもわかった。これらの事実より、女性医師が労働環境に対して抱く不満や、現在それらを解決するような施策が不足していることがわかった。

・九州大学 浦川邦夫研究室（2012）『病院勤務医の地域偏在が起こる要因 ―二次医療圏および指定都市・中核市データを用いた分析―』

この研究は、病院勤務医の地域偏在について主に二つの重回帰分析を行っている。一つ目の重回帰分析では、二次医療圏での病院勤務医数を被説明変数と置いており、説明変数の内、研修病院への第一希望者数ダミーなどが正に有意となっている。このことは、勤務医がキャリアアップの観点で研修先（しいては勤務先）の病院を決定していることを意味している。二つ目の重回帰分析では、分析単位を都道府県を二分割したものとし、20、30 代病院勤務医数を被説明変数としている。この分析では、院内保育サービス実施病院数割合の説明変数が正に有意となっており、このことは育児に関する支援が医師の勤務医の就業支援となることを意味している。また、政策としては、医師不足地域での勤務の義務付け、魅力的な研修環境の整備、女性医師の職場環境の充実、復職推進などを提案している。この研究は、地方就業のインセンティブを医師に与える上で非常に示唆に富んだ分析を行っている。しかし、政策提言に女性医師の職場環境などに触れているにもかかわらず、女性医師に焦点を絞った分析は行われていなかった。

第2節 本稿の位置づけ

現行の研究の特徴として、医師の地域偏在の理由やその現状、問題点を説明しているものは多い。しかし、その多くは定性的で若干説得力に欠けるものが多く、定量的な分析を行って説明を試みている研究は非常に少なかった。また、数少ない定量的な計量分析を行っている、九州大学浦川研究室（2012）の研究の中では、育児に関する要因が医師数に影響を与えることについて分析しているが、女性医師数を被説明変数におく女性に焦点をあてた分析はなされていなかった。このように先行研究においては、特に女性医師に注目し定量的に分析、政策提言しているものはあまり見られない。

そこで我々の研究、本稿の独自性として、医師の地域偏在問題の中でも特に女性医師の偏在に焦点をあて計量分析を行うことがある。具体的には、男性医師に比べ女性医師の就業により大きな影響を与えるような要素、事象を幅広く考え仮説を構築し、分析を行っていくことで、女性医師の地域偏在に有効な政策提言ができると考えている。

第3章 分析

第1節 分析 I

第1項 分析の目的

現状分析で述べたように、医師の地域偏在が深刻な状態にあることがわかった。また、先行研究では性別ごとに定量分析を行っているものがなかった。しかし、男性と女性とではライフプランが大きく異なるはずであり、同時に就業地の設定についてもその要因は大きく異なるはずである。そのためその2つを同一視して分析を行うべきではないと考えられる。また現状分析の中でより地域偏在が大きいのは女性であることを確認した。そこで本稿では「女性医師の地域偏在に影響を与える要素は何か」について、定量分析を通じて明らかにする。

また、分析において被説明変数は「可住面積当たりの女性医師数」とした。医師偏在問題をとらえる上で私たちが注目したのは「患者から医師への近さ」である。都道府県別に医師数を扱ったとき、都道府県ごとに面積は大きく異なる。そのため扱う面積を一定にし、患者から医師への近さを分析の対象とすることを試みた。

仮説は以下のとおりである。

第2項 仮説の構築

女性医師の偏在に対する分析を行う上で注目したのは、保育のしやすさ、キャリアアップのしやすさ、医学部への入りやすさの地域差の3点である。これらについて3つの仮説を立てた。

仮説1：院内保育施設への通いやすさは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える。

ここでの「院内保育施設への通いやすさ」は「可住面積当たりの院内保育施設数」を示す。女性のライフプランにとって非常に大きく影響するのは出産や子育てにどう向き合うかである。女性医師は保育環境が整っている病院に勤務したいのではないかと考えた。そのため、院内保育施設への通いやすさは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与えると考えられる。

仮説2：特定機能病院への通いやすさは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える。

ここでの「特定機能病院への通いやすさ」は「可住面積当たりの特定機能病院数」を示す。性別問わず、キャリアアップを目指す医師にとって、高度な医療を提供する病院に勤務することは、知識を深め経験を積む上で重要なことである。そのような環境が整った特定機能病院への通いやすさは、可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与えると考えられる。

仮説3 その県出身の女性医学部生の多さは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える。

医者が就業値を選ぶときの要因として直観的に思い浮かぶのは出身地に帰るということである。大学の時点では医学部に入学するという目的で親元を離れた学生も、大学を卒業し、就業地を選ぶという段階で、自分がもともと住んでいた都道府県を選ぶことは大いに

考えられる。そのためその県出身の医学部生の多さは可住地面積当たりの女性医師数に正の影響を与えると考えられる。

第3項 分析

モデル式、及び各変数の定義は以下のように表される。

- ・モデル式

$$Y_i = \beta_0 + \sum_{n=1}^4 \beta_n X_{ni} + u_i$$

- ・変数

Y_i : 女性医師数 (可住面積当たり)

β_0 : 切片

x_1 : 院内保育施設数 (可住面積当たり)

x_2 : 特定機能病院数 (可住面積当たり)

x_3 : その県出身の女性医学部進学者数

x_4 : その県出身の大学進学者数 (人口当たり)

u_i : 誤差項

女性医学部進学者数へのコントロール変数として人口当たり各都道府県出身の大学進学者数を追加した。

表 1 : 変数の出所

変数名	単位	定義	出所
女性医師数 (可住面積当たり)	人/100ha	女性医師数 可住面積	統計局 (2017) 「統計でみる都道府県のすがた」 < https://www.e-stat.go.jp/regional-statistics/ssdsview/prefectures >
院内保育施設数 (可住面積当たり)	カ所数/100ha	院内保育施設数 可住面積	厚生労働省 (2018) 「認可外保育施設の現状取りまとめ」 < https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000159036_00001.html >
特定機能病院数 (可住面積当たり)	カ所数/100ha	特定機能病院数 可住面積	厚生労働省 (2019) 「特定機能病院について」 < https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html >
その県出身の女性医学部進学者数	人	各都道府県出身の女性医学部 進学者数	独立行政法人大学改革支援・学位授与機構 (2016) 「大学基本情報」 < https://portal.niad.ac.jp/ptrt/h28.html >
その県出身の大学進学者数 (人口当たり)	人/人口	各都道府県出身の大学進学者数 人口	統計局 (2017) 「統計でみる都道府県のすがた」 < https://www.e-stat.go.jp/regional-statistics/ssdsview/prefectures >

第4項 推定結果

基本統計量および推定結果は以下のようになっている。

表 2 : 基本統計量

変数名	平均値	標準誤差	最小値	最大値	標本数
女性医師数 (可住面積当たり)	0.7851478	1.441022	0.0906028	9.092896	47
院内保育施設数 (可住面積当たり)	0.0193135	0.183579	0.0014369	0.1198474	47
特定機能病院数 (可住面積当たり)	0.001024	0.0016405	0	0.0105748	47
その県出身の女性医学部生数	50.89362	45.4443	11	218	47
その県出身の大学進学者数 (人口当たり)	448.3969	63.05069	352.4138	594.7793	47

表 3：推定結果

変数名	女性医師数（可住面積当たり）		
	係数	T値	P値
院内保育施設数（可住面積当たり）	15.62** (6.390)	2.44	0.019
特定機能病院数（可住面積当たり）	683.2*** (55.54)	12.39	0
その県出身の女性医学部生数	0.0021* (0.0011)	1.9	0.064
その県出身の大学進学者数（人口当たり）	-0.0003 (0.0008)	-0.41	0.687
切片	-0.1734 (0.3256)	-0.53	0.597

1)***,**,*はそれぞれ有意水準1%,5%,10%で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。
2)係数の()はロバストな標準誤差を示している。

第5項 分析の解釈

本稿の初めに示した仮説に対し、分析結果は以下のように解釈できる。

〈院内保育施設への通いやすさ〉

院内保育施設への通いやすさは、可住面積当たりの女性医師数において正に有意になった。可住地面積当たりの院内保育施設数が増えれば、可住地面積当たりの女性医師数も増加することがわかった。

〈特定機能病院への通いやすさ〉

特定機能病院への通いやすさは、可住面積当たりの女性医師数において正に有意になった。可住地面積当たりの特定機能病院数が増えれば、可住地面積当たりの女性医師数も増加することがわかった。

〈その都道府県出身の女性医学部生数〉

その都道府県出身の女性医学部生数は、可住地面積当たりの女性医師数において正に有意になった。その都道府県出身の女性医学部生数が増えれば、可住地面積当たりの女性医師数も増加することがわかった。

第6項 仮説との関連

〈仮説1〉

分析の結果、仮説1は支持された。院内保育施設への通いやすさは女性医師にとって就業地を選ぶ1つの指標であるといえる。

<仮説 2>

分析の結果、仮説 2 は支持された。特定機能病院への通いやすさは女性医師にとって就業地を選ぶ 1 つの指標であるといえる。

<仮説 3>

分析の結果、仮説 3 は支持された。その都道府県出身の女性医学部生数がその地の女性医師数に対してプラスの影響を与えているといえる。

第 7 項 仮説のまとめ

仮説 1. 2 の検証の結果、女性医師にとってそれぞれのライフステージにあった環境が整えられていること、キャリアを構築していくための環境があることが就業する上で重要であることが明らかになった。また仮説 3 の検証の結果、女性医師の偏在は就業のタイミングだけでなく、医学部を志す機会そのものに地域差が生じていることが分かった。すなわち、女性医師の偏在を解消するためには、女性特有のライフステージにあった環境を整える、キャリアアップへの弊害を取り除く、そして大学入学以前に医学部を目指す時点での地域差を改善するための提言が必要だ。

ここで、医学部を目指す時点での地域差について政策提言に繋げるために、より詳しく分析する。

第 2 節 分析 II**第 1 項 分析の目的**

分析 1 仮説 3 の検証を通じて、医学部を目指す時点での地域差が存在することが分かった。しかし、政策提言に繋げるためには具体的な分析が必要になる。その都道府県出身の女性医学部生数を被説明変数とし、回帰分析を行うことで医学部を目指す時点での地域差の原因を見つけることにする。

第 2 項 仮説の構築

地域差の要因として考えられるのは、医学部へ進学するための学びの機会、すなわち医学部予備校への通いやすさである。これについて 1 つ仮説を立てた。

仮説 4 医学部予備校への通いやすさがその県出身の女性医学部生数に正の影響を与える。

医学部に入学する者の多くが医学部予備校に入る。しかし、都道府県によって医学部予備校への通いやすさは異なる。大学入学以前では、女性は特に親元を離れて 1 人暮らしをすることへの抵抗があることが前述のヒアリング調査の結果よりわかっている。そこで、実家から医学部予備校へ通いやすいことが、医学部を目指すことへの 1 つの条件になっていると考えられる。

第 3 項 分析

モデル式、及び各変数の定義は次のように表される。

・モデル式

$$Y_i = \beta_0 + \sum_{n=1}^2 \beta_n X_{ni} + u_i$$

・変数

Y_i : その県出身の医学部進学者数

β_0 : 切片

x_1 : 医学部予備校への通いやすさ

x_2 : 平均月収

u_i : 誤差項

医学部予備校への通いやすさへのコントロール変数として平均月収を追加した。

表 4 : 変数の出所

変数名	単位	定義	出所
その県出身の女性医学部生数	人	各都道府県出身の女性医学部進学者数	独立行政法人大学改革支援・学位授与機構 (2016) 「大学基本情報」 < https://portal.niad.ac.jp/ptr/h28.html >
医学部予備校数 (可住面積当たり)	カ所数/100ha	医学部予備校数 可住面積	医学部予備校マニュアル (2019) 「全国の医学部専門予備校・塾・家庭教師一覧」 < https://www.med-pass.net/yobikou/search/ >
平均月収	千円	各都道府県の平均月収	厚生労働省 (2016) 「毎月勤労統計調査」 < https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/roudou-nenpou/03.html >

第 4 項 推定結果

基本統計量および推定結果は以下のようになっている。

表 5 : 基本統計量

変数名	平均値	標準誤差	最小値	最大値	標本数
その県出身の女性医学部生数	50.89362	45.4443	11	218	47
医学部予備校数 (可住面積当たり)	0.0084	0.0083	0.0006	0.0662	47
平均月収	307	32.86	255.3	410.8	47

表 6 : 推定結果

変数名	女性医師数 (可住面積当たり)		
	係数	T値	P値
医学部予備校数 (可住面積当たり)	1570** (629.3)	2.5	0.016
平均月収	0.5332* (0.3129)	1.7	0.095
切片	125.9 (88.89)	-1.42	0.164

1) ***, **, * はそれぞれ有意水準 1%, 5%, 10% で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。
2) 係数の () はロバストな標準誤差を示している。

第5項 分析の解釈、仮説との関連・まとめ

医学部予備校への通いやすさはその都道府県出身の女性医学部生数に対して正に有意になった。可住地面積当たりの医学部予備校が増えれば、その都道府県出身の女性医学部生数も増加することが分かった。

つまり分析の結果、仮説4は支持された。女子学生にとって、医学部予備校への通いやすさが医学部を目指す時点での地域差の1つの要因であるといえる。したがって、女子学生にとって医学部を目指すための勉強の環境の地域差を解消することが、医学部を志すための機会の地域差、ひいては女性医師の偏在の解消に必要であることが明らかになった。すなわち、女子医師偏在を解消するためには、女子学生に対して医学部を目指すための勉強の機会の地域差を解消するための政策提言が必要になる。

第3節 分析のまとめ

以上2つの仮説検証のための分析により、地方での女性医師数の数を増やして偏在をなくすためには、医師の各ライフステージにおける機会の平等の担保が必要であることが分かった。第一の段階としては、医学部に入学する際、予備校を初めとする教育格差の是正が必要である。第二の段階としては、女性医師がキャリア構築を行なう機会の平等化が必要である。第三の段階としては、女性特有のライフイベントに適応できる制度や環境作りが必須となる。以上の3段階に対応することにより、女性の医師偏在の解消が見込まれることが分かった。

第4章 政策提言

分析を行なった結果、医学部入学、キャリア構築、ライフイベントへの対応の3段階の政策を行なうことにより、女性医師偏在の解決が見込まれることが分かった。ゆえに、以下においては各段階に対応する政策を提言し、これらを実現させることによって網羅的に女性医師偏在の解決に寄与することが期待される。

第1節 政策提言とその効果

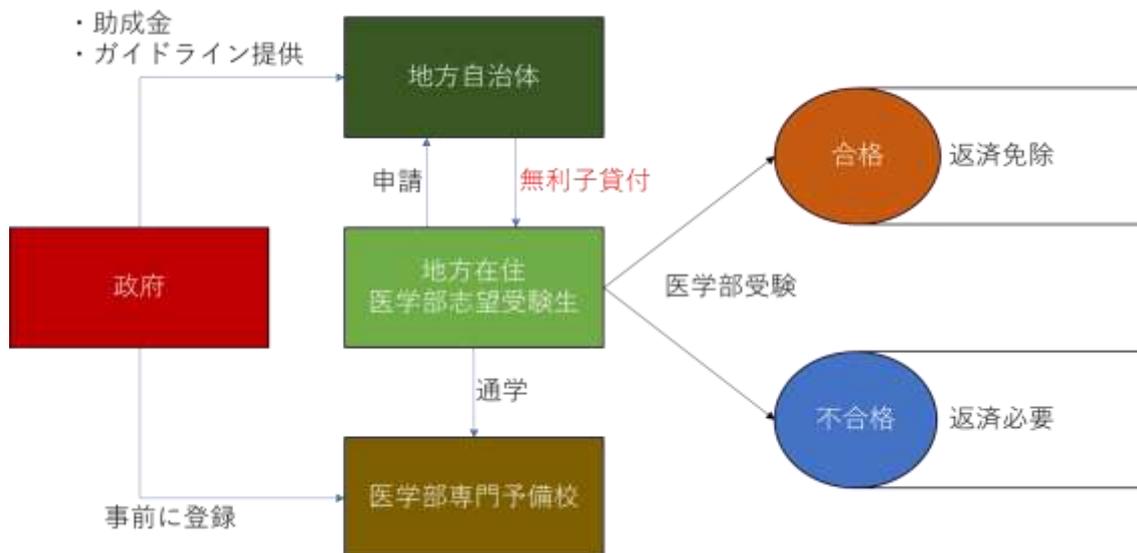
第1項 医学部入学段階

まず医学部入学段階に対する施策として、地方在住医学部受験生支援貸付事業を提言する。

これは仮説1.3及び2.1で実証された、「地元出身の女性医大生の多さが当該都道府県における可住地面積当たりの女性医師数に正の影響」を与え、さらに「地元出身の女性医大生の数は医学部予備校への通いやすさから正の影響」を受けるという結果に対応している。上述の分析結果より医学部進学専門予備校の都市部集中が、女性の医学部進学機会の不平等については女性医師偏在の一要因となっていることがわかった。だが直接的に医学部専門予備校を地方に誘致することは、政府の施策として現実的ではない。したがって、進学にかかる費用の援助という切り口から進学機会の平等化を試みる。現状、公的な教育ローンとしては日本政策金融金庫が行っている教育一般貸付が存在する。これは所得に応じて最高350万円まで、固定金利1.71%（年）で貸し付けを受けられる制度である。返済期間は最長15年である。この制度は学校納付金以外にも受験費や在学のための住居費用、さらに教科書代などにも利用できる点で有用であるが、現行では進学準備時にかかる塾等への費用として充てることができない。

そこで今回提案する地方在住医学部受験生支援貸付事業では、学習塾等受講料（通学にかかる交通費を含む）に特化した貸付を行う。これは東京都で実際に行われている「受験生チャレンジ支援貸付事業」をモデルにしている。この制度は学習塾、各種受験対策講座、通信講座、補習教室の受講料や、高校や大学などの受験料の捻出が困難な一定所得以下の世帯に必要な資金の貸付を行うことにより、将来の自立に向けて意欲的に取り組む子供たちが高校や大学への進学を目指し、受験に挑戦することを支援する事業である（東京都福祉保健局HPより）。この制度の特徴は、受験生又はこれに準じる人（浪人生等）を対象に塾費用や受験料の貸付を無利子で行い、さらに合格すると返済が免除される点である。ここではこのチャレンジ支援貸付事業を参考に、地方在住医学部志望の高校生に対して、事前に政府が登録した学習塾等にかかる費用（交通費を含む）を無利子で貸し付け、実際に医学部に合格したら返済を免除する制度の導入を提案する。政府にはこの制度導入にかかる資金を該当地方自治体に助成すること、導入にむけて既に制度を実施している東京都等のノウハウをガイドラインとして共有することを提言する。

図 6：地方在住医学部受験生支援貸付事業の実施フロー



第2項 キャリア構築

次に、女性がキャリア構築を行なう際に地方との格差をなくす政策として、以下 3 つを提言する。

1. 地方勤務医の学会や勉強会への遠隔参加の推進
2. 特定機能病院勤務医の地方訪問の機会増大
3. キャリアアップ研修の一環としての地方就業の促進

1 つ目は、地方の病院に勤務する医師が、都市部で頻繁に行なわれる学会や勉強会への参加機会が少なく、技術の向上に限界がある問題への対策である。医師がキャリアを積むに当たり、技術を継続的に向上することは必要不可欠である。その上、特に近年医療格差が拡大していると言われる中、地方においても都市部と同様に最先端の治療法が提供される状況を創出することは急務である。そこで、その地理的障害を克服するために遠隔参加を促進することが有効であると考えられる。

一方で、遠隔での学会参加を実現するには、学会を主催する側にも遠隔装置を設置するコストが発生する。よって積極的に遠隔での学会参加の実現に取り組んだ場合は補助金を支給することも検討される。

この政策によって、地方に勤務する医師が都市部を拠点とする最先端医療にアクセスすることが可能となる。だが、2 つ目の政策においては、その逆のベクトル、つまり都市部や特定機能病院で勤務する医師が地方を訪問することで、最先端医療の共有を図る取り組みである。

政府によると、「安倍内閣では、大臣、副大臣、政務官が地域に赴き、テーマを決めて、現場の方々と少人数で車座の対話を行い、生の声をつぶさに聞いて、政策にいかすとともに、重要政策について説明する『車座ふるさとトーク』を開催」している。この取り組みにより現場が政策を理解するのは無論、政策を多様な意見を取り入れたものにするのに効果的である。このように、公に関わる政策や業界においてボトムアップを図るためには、現場がそれを理解すると共に、その方向性は包括的に決定されなければならない。よって、

医療の現場においても、この「車座ふるさとトーク」のように都市部や特定機能病院の勤務医が地方を訪問する機会を設けることを促進することで、地方の医師にとっては情報を入手できる機会となり、最先端医療にとっては実用化に向けて様々な視点からの意見を取り入れることが出来ると考えられる。

具体的には、特に実用化がこれから見込まれる分野に取り組む都市部や特定機能病院の医師を対象にする。情報提供を希望する地方病院のデータのプールを医師ネットワークで構築し、当該医師の派遣を制度化するためのガイドラインを国で作成する。また、助言や地理的状况に応じた補助金等も検討する。これらにより実用化に向けての問題点を多様な視点から考察することも可能になり、医療の発展にも貢献すると考えられる。

3つ目の政策は、「即戦力」として熟練の技術を持った医師の地方就業を促す政策である。山口（2017）によると、今回の分析結果でも、当該都道府県の出身者を増やすのが効果的であると分かったように、近年は医学部入試において「地域枠」を設けるなどの対策をとっている。しかし、彼らの第一陣はまだ研修制度を終えたばかりであり、緊急に医療を立て直す必要のある地方病院にとって「即戦力」は未だに欠けることになる。よって、キャリアの後半で地方へ就業するインセンティブ付与も短期的には必要となる。

しかし、山口によるとこれらを促進するための強制案は実現可能性が低い。一度「病院長になるには地方勤務を必須にする」という対策が議題に上がったが、地方勤務を嫌う医師などから反発があり、議論はストップしてしまった。よって、これらの規制を緩和し、地方就業を行なったら、そこでの貢献度が海外への研修における選考で考慮されたり、退職金に上乘せされたりする、などの対策が有効であると考えられる。強制的に地方へ派遣すると、就業先での勤務態度に問題が生じる可能性があるため、インセンティブ付与というアプローチから以上の政策を提言する。

第3項 ライフイベント対応

院内保育施設数が女性医師数に正の影響を与えることを受けて考えられる政策は以下の3つである。

1. 地方における病院内保育所設置の促進
2. 地域コミュニティ内での保育支援システムなどの構築
3. 代替医師派遣制度の拡大

まず一つ目の政策は、地方における病院内保育所設置の促進である。女性医師にとっては、出産・育児などのライフステージの変化が医師としてのキャリアアップにとって重要な期間と重なっているため、育児などを行いつつも医師として働き続けなければならないことが大きな問題である。そのため、育児をしながらも働くことができるような支援が必要であるため、その一つとして院内保育施設の設置や拡大を促進するべきである（また、このことは他の女性医師や男性医師の支援にもつながる）。現実に行われているものとして、岡山大学において病児保育室の利用拡大の例がある。保育士の人員不足から、病児保育室の受入困難な状況が続いていたが、この事業により保育士を増員することで、復職希望者が円滑に復帰を果たすことが出来る環境を整備している。また病児が少ない日は附属保育施設にて保育補助を、復職面談や復職トレーニング時に当保育士による託児を可能にしている。

また、現在の院内保育施設設置・拡大に関する課題もいくつか存在する。まず、医師の勤務時間は不規則になることが多く、一般的な保育所や学童保育の運営では医師のニーズに対応できない場合がある。2016年の調査によると62.8%の院内の保育所・託児所が24時間対応を行っていないという現状がある（『女性医師の勤務環境の現状に関する調査報

告書』（平成29年8月）より）。単純に院内保育の拡大を図るだけでなく、このような医師特有のニーズに応えた保育サービスを提供せねばならない。また、施策を実施する上での問題として、厚労省の制度は申請の手続きが煩雑であること、政府の助成金の対象となる保育施設について、施設の状態や保育士などに関する規定も多く複雑であるなどの問題もある。

二つ目の政策は、地域コミュニティ内での保育支援システムなどの構築である。具体的に行われている例として、東京女子医科大学における、ファミリーサポート制度がある。この制度は、学内にファミリーサポートシステムを構築し、地域の人々を中心とするファミリーサポーター（提供会員）を募集し、依頼会員（病院に勤める医師）の子供の急病時や放課後の保育など幅広く支援を行い、育児を行いつつも勤務を続けられるような制度である。この制度は、地域社会の人々の献身によって成り立つものであるが、特に地域社会に対する責任や愛情の強いと考えられる地方部においての活用が期待される。

三つ目の政策として、代替医師派遣制度の拡大を促進すべきだと考える。この施策は、女性医師の出産後の労働環境の改善のみならず、直接的に女性医師偏在解決につながることも期待できる。代替医師派遣制度とは、出産や育児によって勤務が難しくなった医師の代わりに、ある地域から医師を派遣し補うといったものである。しかし現状として、へき地拠点病院からへき地診療所への派遣に限られている。このような現状に対して、へき地同士以外での代替医師派遣、同時に複数の医師の派遣、へき地以外での遠隔診療支援などを促していく必要がある。また、へき地同士での代替医師派遣が多くなってしまっている原因として、都道府県内の地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携がうまくいっていないことが挙げられる。地域医療支援センターは都道府県全体の医師確保を、へき地医療支援機構はへき地における医師確保を目的としているが、この両機関の連携が不足していることで、特にへき地での医師確保に関して非効率になっている現状がある。この連携・統合を積極的に進めていく必要がある。以上のような施策で促進された代替医師派遣制度と育児休業の取得の徹底と組み合わせることも有効であると考えられる。

表 7：政策まとめ

アプローチ	対応する分析結果	政策	具体的な内容
医学部入学段階	その県出身の女性医学部生の多さは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える	地方在住医学部受験生支援貸付事業	・塾費用や受験料の貸付を無利子で行う ・合格すると返済が免除 ・不合格の場合は所得連動型返済システム
	医学部予備校への通いやすさがその県出身の女性医学部生数に正の影響を与える		
キャリア構築	特定機能病院への通いやすさは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える	地方勤務医の学会や勉強会への遠隔参加の推進	・テレワーク導入にかかる費用を助成 ・導入における院内での周知やメンテナンスに関するコンサルティングも提供
		特定機能病院勤務医の地方訪問の機会増大	・情報提供を希望する地方病院のデータのプールを医師ネットワークで構築 ・医師の派遣を制度化するためのガイドラインを国で作成
		キャリアアップ研修の一環としての地方就業の促進	・地方就業での貢献度が海外への研修における選考で考慮される ・退職金に上乗せされたりする など
ライフイベント対応	院内保育施設への通いやすさは可住面積当たりの女性医師数に正の影響を与える	地方における院内保育所設置の促進	・保育士増員支援 ・新規開設助成金 等
		地域コミュニティ内での保育支援システム構築	・依頼会員（病院に勤める医師）の子供の急病時や放課後の保育などをコミュニティ内で幅広く支援
		代替医師派遣制度の拡大を促進	・へき地拠点病院以外からのへき地診療所への派遣も可能にする

第2節 政策の実現可能性

第1項 医学部入学段階

地方在住医学部受験生支援貸付事業において課題となるのは必要な財源の確保である。これについて、文部科学省は教育投資分野における方針として大学等奨学金事業の充実を掲げており、意欲と能力のある学生・生徒の進学を後押しするため奨学金事業を拡充するとともに返還負担を軽減することを目指している。実際に平成29年現在、無利子奨学金の大幅拡充により希望者全員への貸与を実現することは政府の目標の1つであることから、地方在住医学部受験生支援貸付事業は政府の指針と一致しているため十分な実現可能性を見込むことができると考えられる。さらに本制度では医学部に合格した場合返済が免除されるため、受験生のモチベーションが高く維持されるだけでなく、最終的な支出の範囲が不合格者に限定されることから無尽蔵な貸付に陥る可能性は低い。

また、このような教育ローン制度において憂慮すべきは未返済問題である。医学部予備校では一般的な予備校よりも学費が高く設定されていることから年間200万円以上の費用がかかると言われており、不合格になった場合、実費での返済は学生にとって大きな負担となる。この問題については長期に渡る返済期間を設定し、アメリカなどで導入されている就職後の所得と連動した返済システムを採用することを推奨する。具体的には納税システムと教育ローン制度を連動させることで将来所得を捕捉し、医学部受験が不合格だった場合でも所得と連動した無理のない返済を課すことで地方在住医学部受験生支援貸付事業の持続性を担保する。

第2項 キャリア構築

次に第1節で示したキャリア構築における3つの政策について、それぞれ実現可能性を検討する。

1つ目の、地方勤務医の学会や勉強会への遠隔参加の推進に関しては、既存の制度の拡大により実現可能性が高いと考えられる。厚生労働省によると、現在いわゆる「働き方改革」の一端として「時間が労働等改善助成金（テレワークコース）」という制度が設けられている。この制度はテレワーク制度を導入し、浸透させるための対策をとった中小企業の事業主に対して、その導入にかかった費用を助成するシステムである。この制度を地方病院にも適用することで、学会等における情報収集が容易となり、日本の医療水準の底上げにも貢献できると考えられる。また、金銭的な費用だけでなく、導入における院内での周知やメンテナンスに関するコンサルティングも提供することで、持続可能な制度となると考えられる。

また、これらの助成を行なうに当たって必要となる財源の確保について、厚生労働省（2019）によると、現在医師偏在問題等に1000億近くの予算を見込んでいることから、その政策の一貫であるICT化の1つの取り組みとして導入することで、実現できると考えられる。

2つ目の特定機能病院勤務医の地方訪問の機会増大に関しては、「車座ふるさとトーク」の応用により一定程度実現性は見込まれる。一方で、医師を地方に派遣することには限界もある。その理由として挙げられるのが、医師全体の業務量の増加である。よって、政策として強制策がとれない中、地方を頻繁に訪問する施策は実現可能性が低い。そこで、同様の効果が見込まれる取り組みとして、直接型住民参加が有効であると考えられる。大塚（2010）によると、三鷹市を初めとした複数の自治体で、「素案をまとめるまでの策定プ

プロセスに住民が直接参加し、提案することができる機会を設ける例が増えている」という。つまり、本論文の医師の場合に関しては、直接医師が足を運ぶことのインセンティブ付与と同時に、最先端医療の情報提供を地方医師に行なった上で、それについての討論の場を地方で国が設け、意見などを特定機能病院の医師に提出できる仕組みも活用でき、これは実現可能性が高いと考えられる。

3 つ目のキャリアアップ研修の一環としての地方就業の促進に関しては、医師が重視する「海外での研修の際の選考で考慮される」や、「退職金に上乘せする」と言った漠然とした案に留まっているのが現状である。即戦力を地方において確保するためには有効な政策ではあるが、選考にいかにして考慮されるかや、退職金にどの程度上乘せされるかなどは更なる検討が必要である。

第3項 ライフイベント対応

最後に第1節で示した、ライフイベントに関する3つの政策について実現性を検討する。

1 つ目は病院内保育施設の設置促進についてである。院内保育施設を増やしていくためには、政府による金銭的な支援が不可欠であるので、院内保育施設設置にあたっての助成金を活用していく必要がある。ここで重要なのが、助成金を受け取るための条件、規定の多さである。保育施設が助成金を受け取るための条件は、敷地面積や保育士の数、設備環境など様々であり、保育施設はこれの厳しい条件を満たす必要がある。特に保育士は全国的に不足しており、基準を満たすことのできない地域も少なくない。このような状況を鑑みて、院内保育施設設置に関しての条件を緩和させていくことが必要になると考えられる。加えて、助成金拡大のための財源も考えていかなければならない。

2 つ目に、ファミリーサポート制度をはじめとした地域コミュニティ内でのサポートシステムの利用、拡大についてである。まず、ファミリーサポート制度を行うにあたって、ファミリーサポートセンターが運営を行う必要があるが、運営が担うのは主に子育て支援などを望む依頼会員と、子育てなどを支援したいという提供会員のマッチングのみであり、報酬の支払いも会員同士で行われるため、費用面に関しては実現性が高いといえる。次に、ファミリーサポート制度実施の問題として考えられるのは、制度自体が地域住民の献身性に依存していることである。報酬の支払いは依頼会員からあるものの決して高いとは言えないものであり、提供会員自身の献身性が必要不可欠である。このことを考えると、地域に対する愛情や責任感がより強い地方部での活用を積極的に考えていく必要がある。

3 つ目に、代替医師派遣制度の拡大についてである。最も重要な問題は、へき地へ派遣する医師に対してどのようにそのインセンティブを与えていくかということである。一つの考え方として、へき地病院における医師一人一人の責任や裁量権が大きく成長機会としては恵まれているということもできる。しかし、都市部での生活からへき地での生活へ移行することへの抵抗や、へき地での医師としての働き方に抵抗を覚える医師も少なくない。そのような医師にどのようにインセンティブを与えていくかが重要である。本稿の第3章の分析において、女性医師はキャリアアップに関する要因を重視するという結果が示されており、(本稿では趣旨と異なるため割愛したが、男性医師においても同様な結果となっている)このことを踏まえると、へき地での勤務経験がキャリアアップを促すような評価体系を作っていくなどのインセンティブの与え方が考えられる。

第5章 論文の限界

本論文における分析 I では、被説明変数として可住地面積あたりの女性医師数を用いた。これは医師の偏在を計る指標として物理的なアクセスのしやすさを重視したためであるが、先行研究では被説明変数に人口あたりの医師数を用いている論文が散見された。時間的制約から今回は可住面積あたりの医師数のみの分析となったが、人口あたりの医師数を用いた分析も行い比較等を行うことができれば、より分析に深みを持たせることが可能であったと考える。また追加の分析として都道府県ごとに固有の特性を排除し正確な分析を行うためパネルデータ分析を試みたが、データの制約上本論文では重回帰分析に留まった分析となっている。

以上のような課題が残ったものの、本論文の研究により女性医師に着目した体系的な要因分析ならびに政策提言による医師の地域偏在改善が可能になることを願い本論文を締めくくる。

参考文献・データ出典

主要参考文献：

- 岩本裕 (2010) 「失われた『医療先進国』」ブルーバックス
 <<http://www.c-mei.jp/BackNum/157n.htm>>2019年10月27日データ取得
- エキサイトニュース「分娩医数に地域差 10年後の出産難民ゼロを目指す対策早急に必要」<https://www.excite.co.jp/news/article/Economic_43617/>2019年11月1日データ取得
- 大木ほか (2003) 『女性医師の育児との両立に必要な支援に関する研究』医学教育, 34(5), pp. 343-348
- 笠井英夫 (2015) 「日本医師会が考える女性医師勤務環境整備」
 <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000091622.pdf>>2019年10月27日閲覧
- 加藤琢真「厚生労働省が取り組む女性医師等勤務環境改善」
 <https://www.ajmc.jp/pdf/jyoseiishi_20181102-5.pdf> 2019年10月27日データ取得
- 九州大学 浦川邦夫研究室 (2012) 『病院勤務医の地域偏在が起こる要因 ―二次医療圏および指定都市・中核市データを用いた分析―』
- 堅田・今井 (2013) 「産科医の地域偏在なくせ 医療機関や自治体が対策」日本経済新聞 2013年10月25日付夕刊
- 厚生労働省「時間外労働等改善助成金 (テレワークコース)」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/jikan/syokubaisikitelework.html>2019年10月27日データ取得
- 厚生労働省・都道府県労働局雇用均等室「事業所内保育施設設置・運営等支援助成金」(2014)<<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ryouritsu01/dl/hoikupanhu.pdf>>2019年10月27日データ取得
- 酒井雅浩、熊谷豪 (2018) 「医師不足：充足、4年遅れ 働き方改革影響 厚労省推計」東京朝刊 2頁 二面
- 佐野・石橋 (2009) 『医師の就業場所の選択要因に関する研究』季刊社会保障研究, 45(2), pp. 170-182
- 島田昇 (2012) 「女医の強みは同性患者と細やかな配慮」医療維新<<https://www.m3.com/open/iryoiShin/article/162160/>>2019年10月27日2019年10月27日データ取得

政府広報オンライン「車座ふるさとトーク」

<<https://www.gov-online.go.jp/topics/furusato/>>2019年10月27日データ取得

第66回社会保障審議会医療部会（2019）『医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次取りまとめ』<

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504403.pdf>>2019年10月27日データ取得

東京女子医科大学「男女共同参画型NICU人材養成プログラム」

<<http://www.twmu.ac.jp/NICU-support/family/fami-gaiyo.html>>2019年10月27日データ取得

東京都福祉保健局「受験生チャレンジ支援貸付事業」（2019）<

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/teisyotokusyataisaku/jukenseichallenge.html>>2019年11月1日データ取得

東京都福祉保健局「病院内保育所運営事業について」（2018）

<<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/smph/kodomo/hoiku/H20innaihoiku.html>>2019年10月27日データ取得

内閣府「医師確保に向けた都道府県における新しい取組例」

<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/priority/tenken/k_3/19html/s_5_2.html>2019年10月27日データ取得

中澤（2010）『医師不足の現状と対策』信州医誌，58(6)，pp.291-300

日本歯科医師会（2014）「歯科医師需給問題の経緯と今後への見解」<

http://www.ousda.jp/cmsdesigner/data/entry/saisin_news/saisin_news.04943.0000002.pdf>2019年10月27日データ取得

平成18年度厚生労働科学研究「日本の医師需給の実証的調査研究」

<<https://research-er.jp/projects/view/107902>>2019年10月27日データ取得

文部科学省（2017）「我が国の成長のための教育投資の充実～教育費負担軽減について～」<

<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg7/290313/shiryoku4.pdf>>2019年10月27日データ取得

山口聡（2017）「地方の医師不足、解消進まず 強制勤務案には反発も」日本経済新聞 2017年7月10日付朝刊

GemMed（2017）「地域枠医師は地元出身者に限定し、県内での臨床研修を原則とする-医師需

給分科会（1）」<<https://gemmed.ghc-j.com/?p=14326>>2019年10月27日データ取得

データ出典：

医学部予備校マニュアル（2019）「全国の医学部専門予備校・塾・家庭教師一覧」
<<https://www.med-pass.net/yobikou/search/>>2019年10月27日データ取得

厚生労働省（2019）「特定機能病院について」
<<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html>>
2019年10月27日データ取得

厚生労働省（2018）「認可外保育施設の現状取りまとめ」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000159036_00001.html>
2019年10月27日データ取得

厚生労働省（2016）「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」
<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/16/index.html>>
2019年10月27日データ取得

厚生労働省（2016）「毎月勤労統計調査」
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/roudou-nenpou/03.html>>
2019年10月27日データ取得

総務省（2017）「平成28年版情報通信白書」
<<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h28/pdf/28honpen.pdf>>
>2019年10月27日データ取得

田中（2018）「全医学部に聞いてみた。男女の医学科合格率、大学でこんなに違う【独自調査】」 Huffpost

統計局（2018）「賃金構造基本統計調査」
<<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003084962>>2019年10月27日データ取得

統計局（2017）「統計でみる都道府県のすがた」
<<https://www.e-stat.go.jp/regional-statistics/ssdsview/prefectures>>
2019年10月27日データ取得

特定機能病院数（2019）「特定機能病院について」
<<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000253pd-att/2r985200000253u3.pdf>>2019年10月27日データ取得

独立行政法人大学改革支援・学位授与機構（2016）「大学基本情報」
<<https://portal.niad.ac.jp/ptrt/h28.html>>2019年10月27日データ取得

OECD（2015）' OECD Health Statistics'
<<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>2019年10月27日データ取得