

特集 女性医師がよりよく活躍するには——現状の分析と課題——

女性医師の就労・就労継続・キャリア形成のために
——自助・互助・共助・公助の観点から——

山本 纈子

「一億総活躍社会」と銘打って高齢者や女性の就労により労働人口の増加が促進されているが、女性医師に関しても医師不足の折、就労かつ就労継続が期待されている。自ら就労・就労継続を希望する女性医師は、家族の援助や一般の保育所を利用し（自助）、近隣の子育て中の友人などを頼って（互助）努力してきたが、10年余も前から公的な補助をきっかけに院内保育所の設置が進み、さらに日当直免除や時短勤務などの育児を考えた勤務体制が構築され（共助）、一段と働きやすくなってきた。これらの施策に対し国でも女性就労に向けた予算を年々増やし、座談会・シンポジウムなどを行って広く関係者や国民にアピールしている（公助）。これらの取り組みはまだ十分ではないが、次第に支援が充実するとともに女性医師の同僚には相当の負担が課せられ、問題になってきている。特に週数回の外来勤務で、相応の収入を得、余裕をもって子どもの受験や自分の趣味に時間を使っている女性医師が少なからずいることも個人の自由とはいえ、やはり疑問視されてきている。ここでもう一度、医師になるときの気持ちに立ち返り、医療のために努力する自助の精神が第一で、互助、共助、公助は自助の大きさに比例して大きくなることを銘記すべきではないかと考える。

<索引用語：女性医師就労・就労継続，自助，互助，共助，公助>

はじめに

1999年6月に男女共同参画社会基本法が制定されて17年、さまざまな取り組みがなされ、「男性は社会で活躍し、女性は家庭を守る」という既存概念は、完全に払拭されないまでも、少なくとも口にはできない状況になってきた。

その背景には世界に先駆けて超高齢・少子化社会に突入し、GDP（大まかには労働人口×労働時間×労働生産性）をできるだけ高値に保つためには、女性の労働力の男性労働力人口比率（図1）および女性の年齢階級別労働力率（図2）を欧米に近づけることが要求され、加えて女性には合計特

殊出生率の上昇が期待されている¹⁾。内閣府は、2014年3月19日付の「人口減少と日本の未来の選択」のなかで、高齢者が65歳まで、30～40歳の女性がスウェーデン並みに働き、合計特殊出生率が2.07まで回復したとしても2060年には5,400万人程度に労働力人口は減少すると推計している。近年では定年を順次65歳まで延長して対応しているが、合計特殊出生率は、2005年の1.26を底に2013年1.43、2014年1.42、2015年1.46と回復傾向にはあるものの2.07には程遠く、後は30～40歳の女性労働力率におけるM字カーブの解消を工夫することになる²⁾。

著者所属：藤田保健衛生大学名誉教授/医療法人並木会並木病院院長

本稿は、第112回日本精神神経学会シンポジウム「女性医師がよりよく活躍するには——現状の分析と課題——」の講演内容について山本纈子先生にご執筆いただいたものであるが、山本先生が編集作業中に逝去されたため、当編集委員会で責任をもって編集・校正作業を行った。

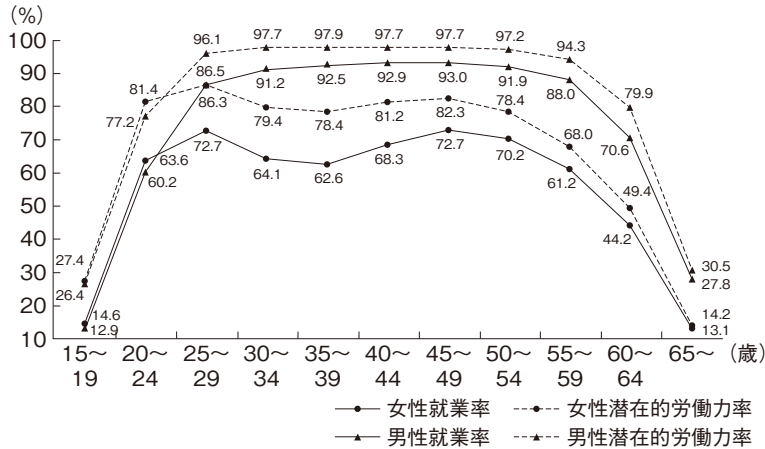


図1 年齢階級別就業率および潜在的労働力率 (文献1より引用)
 総務省統計局：労働力調査 (平成22年), 労働力調査 (詳細集計) (平成22年)
 より作成

(注) 潜在的労働力率 = $\frac{\text{就業者} + \text{完全失業者} + \text{就業希望者}}{\text{人口 (15歳以上)}}$

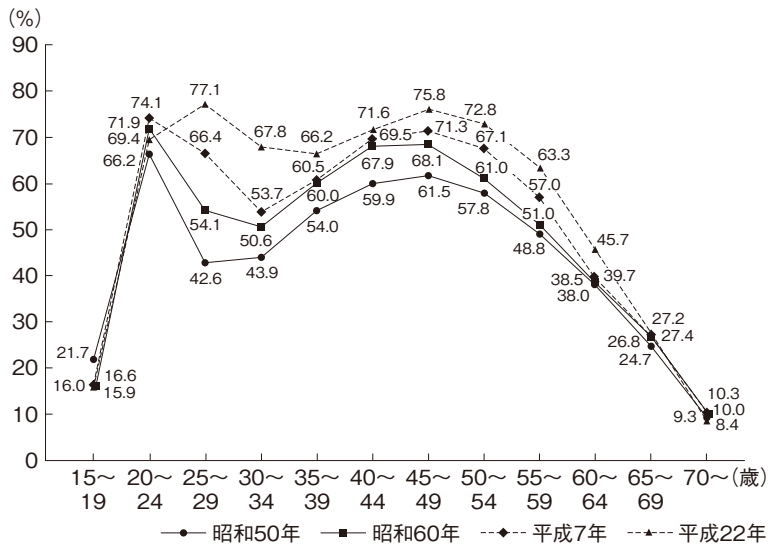


図2 女性の年齢階級別労働力率の推移 (文献3より引用)
 総務省：労働力調査より作成
 労働力率：15歳以上人口に占める労働力人口 (就業者+完全失業者) の割合

このような状況を背景に現政権は、「希望を生み出す強い経済」「夢をつむぐ子育て支援」「安心につながる社会保障」の実現を目的とする「一億総活躍社会」を提唱し、加藤勝信担当大臣を任命して一方ならぬ努力をしている。

一方、医療の世界でも医師、特に勤務医不足が非常に切実となり、女性医師の全医師に占める割合が2014年に20.4%となり、2030年には35%、2050年には50%となる現状では女性医師のさらなる活躍なくして医療は成り立たないことが認識

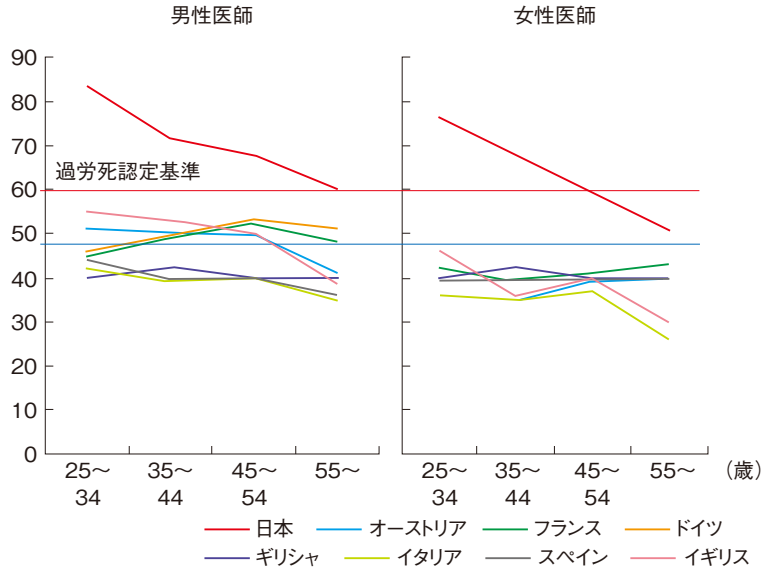


図3 医師労働時間国際比較 (文献4より引用)
週労働時間の医師男女年代別国際比較, OECD data 2006

された。そしてこの10年余前から医療界でも男女共同参画のさまざまな取り組みが推進され、少しずつ効果を上げてきている。しかし、日本の医師の労働時間は、男女ともに過労死認定基準をはるかに超えており、医師の健康を守るためには欧米並みにする必要がある (図3)⁴⁾。

本稿では女性医師に就労や就労継続に災害や地域包括システムにおける自助・互助・共助・公助をあてはめ、その取り組みを総括し、解決策を考えてみたい。

I. 女性医師就労・就労継続における自助

結婚し、子どもができれば専業主婦となって家庭を守るのが当然と考えられた時代は終わり、医師を含む一般女性の仕事と家庭の優先性についての調査では60歳代と20歳代を比較すると若い世代では仕事のみ、家庭のみを優先する割合が減少し、両立の希望が増加している。また、女性医師に関しては、60歳代では特別な使命があり厳しい勤務環境はやむを得ないと考えているが、20歳代では現状でも勤務環境は工夫次第で改善可能と考えている割合が多くなっている。

女性医師と一括りにして対応を考えることが多いが、女性医師には独身、配偶者あり、配偶者・子あり、配偶者・子・要介護者ありなど多様性があり、それぞれ医師、主婦、保育者、介護者としての役割の占める割合も千差万別である。当事者である女性医師は、自分のおかれた立場を熟慮してそれぞれの役割にあてる時間配分を勘考する必要がある。医師以外の役割を担いながら医師として就労・就労継続あるいはキャリア形成をするために自分の力でできること(自助)を挙げてみる。

1. 学生時代

2人の子どもをもつと想定すると出産・育児には5~6年間かかり、この間、医師としての知識獲得、実践時間は男性医師に比し毎日2~3時間短縮されるので、学生時代にこの分の知識・経験を貯金しておく。

あるいは卒後の負担を軽減するために比較的自由度の高い学生時代に結婚・出産・育児を開始するのもよい考えである。

さらに学生時代に多くの先輩の女性医師の状態を観察し、結婚、家族計画、研究・臨床、留学、

勤務形態、開業など今後の人生計画の参考にする。

2. 研修医時代

この時期に臨床医としての基礎作りを徹底的に行う。内科診断学で学んだ病歴聴取、ベッドサイドの診察、その結果得た所見から疾患を診断することを訓練しておけば、仕事を中断してもすぐに外来診療に復帰でき、外来診療をしながら休職していた間に進歩した新技術も習得する機会ができる。この一連の診察技術は、ヒポクラテスが「art is long, life is short」と言った「art」で、この技術は古くはならず、しかも言葉が多少不自由でもベッドサイドの診察は同じなので、海外で診療もでき、「universal」である。

医師は、病歴聴取、ベッドサイドの診察も十分知っているが、実際に患者さんを診察するとき常に教科書通りに行っている医師はそれほど多くない。これらの技術は、若いときからルーチンに行うことを励行して初めてどの患者さんに対しても気軽に実施できるようになるが、この習慣がないとなかなかできない。研修医時代にこの技術を自家菜籠中のものにする。

したがって研修病院の選択は、非常に重要で、特定機能病院などでは多種類の患者さんを診ることはできるが、診断群分類包括評価 (diagnosis procedure combination : DPC) の関係で外来にて検査を済ませて入院するので、診断はすでに決まっており、加えて患者さんは、診療報酬の関係で14日あるいは19日で早々に退院していくので、ベッドサイドの診察をじっくりできる時間的余裕はなく、次から次へと走馬灯のように患者さんが通り過ぎていくだけである。本来なら臨床が好きで教育熱心な医師を集め、診療報酬の低減なしに2~3ヵ月入院できる病院を作り、そこでじっくり患者さんを診ることのできる研修システムを構築する必要があると提唱したい。

3. 研修後の時代

基礎研究をするか、臨床医になるかで必要性は異なるが、生涯の生活変化を考慮して認定医・専

門医の資格は取得しておく必要がある。

また、この時期には結婚・出産・育児をどうするかを考えざるを得ない年齢となるが、就労・就労継続を考えているならば、配偶者選びにあたっては相手およびその周辺が就労に理解があることが不可欠である。

加えてこの時期に協力し合える仲間作りをする努力を行い、家庭をもっている場合にはワーク・ライフ・バランスを考えつつ、その時々で最優先と判断した事柄に真剣に向き合っていれば、もう限界と感じ、勤務体制を変えようと思ったときに周囲からの支援が得られることが多い。

著者も3人の子育てと大学の仕事で挫折しそうになったときに「せつかくここまで頑張ってきたのだから、もう少し続けたら？」という配偶者の言葉と私の友人の御祖父の古武弥四郎教授 (和歌山医科大学初代学長・文化功労者) が大学時代にお目にかかったときに「女性が家庭を持って仕事をするのは大変と思うが、その時々で最も大切と思うことをして、遅れは長生きして取り返せばよい」と言われた言葉が常に支えとなった。

最近では支援側の負担が増え、これ以上支えきれないという状況が出てきている。2015年11月に多くの女性が働き、産休取得者100%、時短勤務や育休取得者も多く女性にとって働きやすいと評価されていた資生堂が、子育て中の社員を優遇して早番勤務をしてもらっていたが、遅番勤務や土日勤務もしてもらおうと発表し、資生堂ショックとして話題になった。

今や医療の世界でも男性医師あるいは独身女性医師の負担が重くなっており、育児中の女性医師も子どもがある年齢に達したら日直などの勤務を担うという配慮があってもよいと思われる。このところ随分環境が整備され、育児と就労は両立しやすくなっているが、常勤に近い就労を避け、子どもの稽古事、受験教育、自分の趣味などを優先して医療との接点を週10時間程度のアパートで満足している女性医師は少なくない。ここで女性にも医師をめざした初心に戻ってできる限り常勤に近い就労を心がけるという自助が望まれる。

Ⅱ. 女性医師就労・就労継続における互助

互助には家族、同僚、友人、地域の人々の支援がある。

1. 家族の理解と協力

家族のうち、最も重要なのは配偶者で、子どもに問題が起きたときの最初の相談相手および協力者で、加えて学会や研究会への参加協力も重要である。これらのことで理解や協力を得る際に配偶者の些細な言葉や否定的な態度で離職を決意したという例は多い。近年、家事・育児に参加するイクメンは若い男性の間で着実に増加し、意識変化が進行しているといわれているが、一方女性医師と結婚する男性医師が減少している傾向もあり、意識変化が普遍的かどうかは疑問である。

2. 配偶者以外の家族の理解と協力

女性医師の実母や義母が専業主婦であった時代は育児の主要支援力となっていたが、近年は母親が就労している場合が多く、そうでない場合でも遠方に住んでいる場合、病弱な場合あるいは老後の豊かな生活を追及して孫育てに専従する気がない場合などあまりあてにできない状況となっている。

3. 職場の同僚・上司、友人

職場の同僚・上司は、状況を共有しているので、最も状況が理解でき、それに即した協力をしてほしいが、今はかなり無理をして協力している場合も多く、協力者の側が疲弊している状況である。

4. 地域の人々の支援

子どもが同じような年齢で、放課後の行動パターンも同じという意味ではママ友の協力や向こう三軒両隣というご近所さんに学童保育後の世話を頼むことができれば時間的に非常に効率的である。

これらの協力を得るためには普段からの付き合いが重要で、医療相談などについて give and take の関係を構築する。

Ⅲ. 女性医師就労・就労継続における共助

共助は、組織あるいは組織された地域・市民レベルでの協力で、個人的なレベルの互助とは異なる。

1. 病院での取り組み

病院での取り組みで最も女性医師あるいは看護師の就労および就労継続に貢献したのは院内保育所設置であろう。母子ともに健康な場合には保育所の開所時間を利用して常勤勤務が可能になったし、送り迎えの時間を考慮した保育時間延長も実施されている。次に困った事態は子どもが病気のときであるが、これも病児保育を行う施設が増えつつあり、問題を解消しようとする方向に確実に進んでいる。

次に大きく貢献している取り組みは、勤務体制・診療体制の整備で、常勤時短勤務、日当直免除、複数担当医制を取り入れる施設が増えつつあることであろう。他の施設でもそれなりに対応しているが、最も焦点があてられたのは独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院（旧大阪厚生年金病院）の清野佳紀院長の取り組みで、院内保育、院内病児保育はもとより子どもが3歳まで短時間正職員制度適用、3歳以上でも残業・当直免除、介護休暇制度などを取り入れ、女性医師就労・就労継続支援のモデルとなり、につけい子育て支援大賞や女性のチャレンジ支援賞内閣総理大臣表彰を受けている。この病院では当直のための医師をアウトソーシングし、給与面での配慮など女性医師を支援する同僚医師に対する配慮もなされている。

その他、病院では管理者・上司・同僚および他職種職員の理解を得るための研修、相談窓口設置、院内あるいは他医療機関の被支援者情報の交換の場の設置、復帰希望者の教育と柔軟な受け入れなどさまざまな取り組みを行っている。

2. 大学での取り組み

現在は全国の大学で女性医師問題に男女共同参画あるいは女性医師支援の担当を決めて取り組んでいるが、自治医科大学では早期に女性医師支

援センターを立ち上げ、就労継続支援の一環として、育児支援、復職支援、地域医療を希望する医師の支援などを実施している。育児支援は、地域在住の高齢者を巻き込んで支援システムを作り、高齢者の生きがいにもなっていると評価されている。東京女子医科大学は、女性医師が多く、就労継続を希望する医師も増え、早期の病児保育の導入など積極的に取り組みを始めた。岐阜大学では医学部のみならず全学的な男女共同参画運動を早期に展開し、これに続いて岡山大学では男女共同参画室・ダイバーシティ推進本部、名古屋大学でも男女共同参画室を設置し、2009年に全国初の大学内学童保育施設を設けている。

また、多くの大学で学生や研修医のキャリア形成を意図した自発的な組織が形成され、大学もこの運動に協力している。

3. 日本医師会・都道府県医師会の取り組み

日本医師会と都道府県医師会は、行政の実施機関としての役割を受けもっている。

日本医師会では2004年に男女共同参画委員会を組織し、男女共同参画を推進するフォーラムの開催および宣言、女性医師の勤務・勤務継続の整備に関する病院長、病院開設者・管理者への講演会実施、男女共同参画についての各種意識調査、日本医師会理事女性枠設置、女性医師勤務・勤務継続に貢献したイクボス表彰などを実施する一方で、女性医師バンクを中心とする女性医師支援センター事業を展開している。

都道府県医師会では医師会と大学病院が連携した学生・研修医を対象に仕事と家庭の両立の問題やキャリア形成についての啓発を目標とした講演会やシンポジウムの開催、女性を含むドクターバンク設置・再就職支援、日本医師会からの要請による病院開設者・管理者への講演会、県・市医師会と行政が協力した保育サポーター制度など地域の医師の必要性に対応したよりきめ細かな支援を展開している。

4. 医学会の取り組み

今や大半の学会では女性医師抜きには成り立たない状況にあり、女性医師支援に積極的に取り組んでいる。特に学会としては研修医、専門医制度の柔軟な対応が望まれており、特に専門医制度の改革は、出産育児をする女性医師にとって非常にハードルの高いものとなっているが、この対応も重要な取り組みとなっている。

特に各学会では来る女性医師増加の時代に高度の医療を推進する担い手を確保するためにも女性医師の男性医師に準じたキャリア形成を支援することが望まれる。

IV. 女性医師就労・就労継続における公助

公助は、行政による支援、つまり公的サービスを意味する。女性医師就労・就労継続においては国が予算の多くを医師会および都道府県に配分した。

都道府県は、医師会とは別の切り口で、支援している。主なものは院内あるいは病児保育所開設・維持のための補助、ワークシェアリングなど医療勤務環境改善のための経済的支援、各都道府県における女性医師も含めた医師確保委員会設置、大学と連携した女性医師支援のためのセミナー開催などの施策である。しかし、大学と連携した女性医師支援など医師会の活動と類似したものが、縦割りではなく行政と医師会が緊密に連携し、より効率的かつ効果的な成果を期待したい。

国としては日本医師会、都道府県への予算配分、厚生労働省主催の女性医師の就労・就労継続を支援するための懇談会やシンポジウムの開催などを実施しており、予算に関しては年々増額され、対策に力を入れていることが理解される。

また、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」を制定し、2016年4月1日に10年間の時限立法で施行されることになった。この法律は、自らの意思で職業生活を営み、営もうとする女性の個性と能力が十分に発揮されることが重要との認識に立ち、女性の職業生活における活躍を推進して、それにより豊かで活力のある社会を

実現しようとするもので、国、地方公共団体、事業主に女性採用比率、勤続年数男女差、労働時間の状況、女性管理職比率などの改善などの努力義務を定めて、女性就労、就労継続を支援しようとしている。

おわりに

近年、家事・育児で顕著に低下する30歳代女性医師の就労を促す対策が図られてきた。出産・育児による休職期間長期化や非就労化を阻止しようと院内保育が直近10年で倍増し、産後や育児休暇後の再就労が容易になりつつある。

また、日当直免除、短時間勤務、複数担当医制の導入も進み、力強い復職支援になっている。

このように共助体制は充実してきているが、意識改革が進んでいないと指摘され、日本医師会男女共同参画委員会によって病院長・病院開設者・管理職などをターゲットに女性医師の勤務環境整備に関する講習会が各地で開催されて、子育てを応援する上司に対しイクボス大賞が創設され、近年、家事・育児に参加するイクメンは若い男性の間で着実に増加し、男性の育休取得を推奨する企業も増え、男性医師の意識改革も確実に進みつつある。

一方、女性医師の意識改革はどうであろうか？本人や子どもが病弱でない限りこのところずいぶん環境が整備され、育児と就労は両立しやすく

なっているが、常勤に近い就労を避け、子どもの稽古事、受験教育、自分の趣味などを優先して医療との接点を週10時間程度のアルバイトで事足りている女性医師は少なくない。「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」でも明示されている本人の意思が尊重されることは言うまでもないが、ここで女性にも医師をめざした初心に戻ってできる限り常勤に近い就労を心がけるとい意識改革が望まれる。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成22年版働く女性の実情(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/dl/10d-all.pdf>) (参照2016-11-14)
- 2) 内閣府：人口減少と日本の未来の選択―「選択する未来」委員会の検討状況―。平成26年3月19日(http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2014/0319/sankou_02.pdf) (参照2017-08-21)
- 3) 内閣府男女共同参画局：平成23年版男女共同参画白書 (http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h23/zentai/html/zuhyo/zuhyo01-02-01.html) (参照2016-11-14)
- 4) 湯地晃一郎：勤務医の過重労働―酷使される勤務医の実態と、その解消策。2013 (http://www.huffingtonpost.jp/koichiro-yuji/post_4867_b_3363253.html) (参照2016-11-14)

For Female Doctors to Work, Continue to Work, and Build a Career :
From the Viewpoint of Self-help, Mutual Help, Co-help and Public help

Hiroko YAMAMOTO

*Professor Emeritus of Fujita Health University
The Director of Namiki Hospital*

“Dynamic Engagement of All Citizens” has been promoted to increase the working population, encouraging women and the elderly to join or stay in the workforce. The field of medicine is no exception, and in the face of shortage of doctors, female doctors are expected to join and stay in the workforce.

Historically, female doctors hoping to work and continue to do so have relied on their family and made a use of locally available nurseries (self-help) and turned to child-rearing friends in the neighborhood (mutual help). For over 10 years, in contrast, it has become much easier to work or continue to do so, as the working environment has become more accommodating to child-rearing doctors, including establishment of in-hospital subsidized nurseries, exemption of over-night duties and shortened work hours (co-help). Observing this situation, the government has also increased the budget for the women’s employment each year, and has publicized their efforts to the concerned parties and the citizens in general by means of discussion panels and symposia (public help).

While there is still room for more to be done, as the working situation for female doctors get improved with fuller support and services, now coworkers of those female doctors have come to suffer a greater workload, which in itself presents another set of problems. There are even those who work only several days, out-patient, earning a considerably big income, and have much time at their disposal, be it for their child’s education or their own hobby. How one spends her resources is up to that individual, both time-wise and financially, but this has raised a few eyebrows.

The author believes that we need to stop and remember who we aspired to become in the first place and remind ourselves that the spirit of self-help for medicine is of utmost importance, with mutual help, co-help and public help to grow only in proportion to the amount of efforts made for self-help.

<Author’s abstract>

<Keywords : female doctors’ work and continuation of work, self-help, mutual help,
co-help, public help>
