

No.425

平成 31 年 4 月

日医総研ワーキングペーパー

女性医師の働き方の現状と課題

～インタビュー調査から～

女性医師の働き方の現状と課題 ～インタビュー調査から～

日本医師会総合政策研究機構/日本医師会女性医師支援センター 上家和子
大学共同利用機関法人 高エネルギー加速器研究機構/元読売新聞東京本社 北村節子

キーワード

- ◆女性医師の勤務環境の現況に関する調査（平成 29 年 8 月）
- ◆インタビュー ◆ガラスの天井 ◆医師の働き方 ◆労働法制

背景

- ◆ 日本医師会が実施した女性医師の勤務環境の現況に関する調査（2017 年 8 月）では、病院に勤務している女性医師の全体像を把握した。しかし、大規模質問票調査だけでは病院勤務を離れたりキャリアコースを変更したりした女性医師の実情や支援策の有効性を把握することには限界がある。このため depth interview を行って narrative な情報を収集し、大規模質問票調査を補完した。

ポイント

- ◆ 女性医師 20 人および管理者・支援者等として 10 人にインタビューを行った。
 - とくに大学病院や公的病院等において、医師本人も管理者も労働法制を十分理解していない。一方、労働法制が医師の勤務流動性に対応しきれていない。
 - 医師間のタスク・シフティングにより、同僚医師の働き方がさらに過酷になったり、診療制限が発生したりしている。
 - 医師の職場には、今も「ガラスの天井」がある。
 - ハラスメントを受けている女性医師がいる。
 - 家庭内の性別役割分担意識は根強い。
- ◆ 組織対応や、小さな配慮や身近な機会が効果的な支援となっている。
 - 復職枠の設定等組織的な勤務継続支援で高率に常勤復帰が可能となっている。
 - 身近な理解者、身近な仲間で話し合える機会が大きな支援となっている。
 - 女性医師は次々と独自の分野を開拓しつつある。
 - 完全に離職した人からは面談の受諾が得られなかったがそのうちの一部の方からは深刻な状況が文書等で寄せられ、伝えるだけでも救われると言われた。相談窓口が重要と考えられた。
- ◆ 女性医師に限らず、医師の働き方、勤務環境の問題として捉え直す時期にきている。
- ◆ 今回の結果が、女性医師支援センター事業等に活かされるのみならず、医師の働き方を考える上での基礎資料の一つとなることを期待する。

本ワーキングペーパーは、日本医師会総合政策研究機構ホームページ
<http://www.jmari.med.or.jp/research/working/index-0.html> にも掲載します。

謝 辞

今回、長時間のインタビューに応じてくださったみなさま、インタビューをご紹介くださったみなさま、そしてコメントをお寄せくださったみなさまに、心より感謝申し上げます。

目次

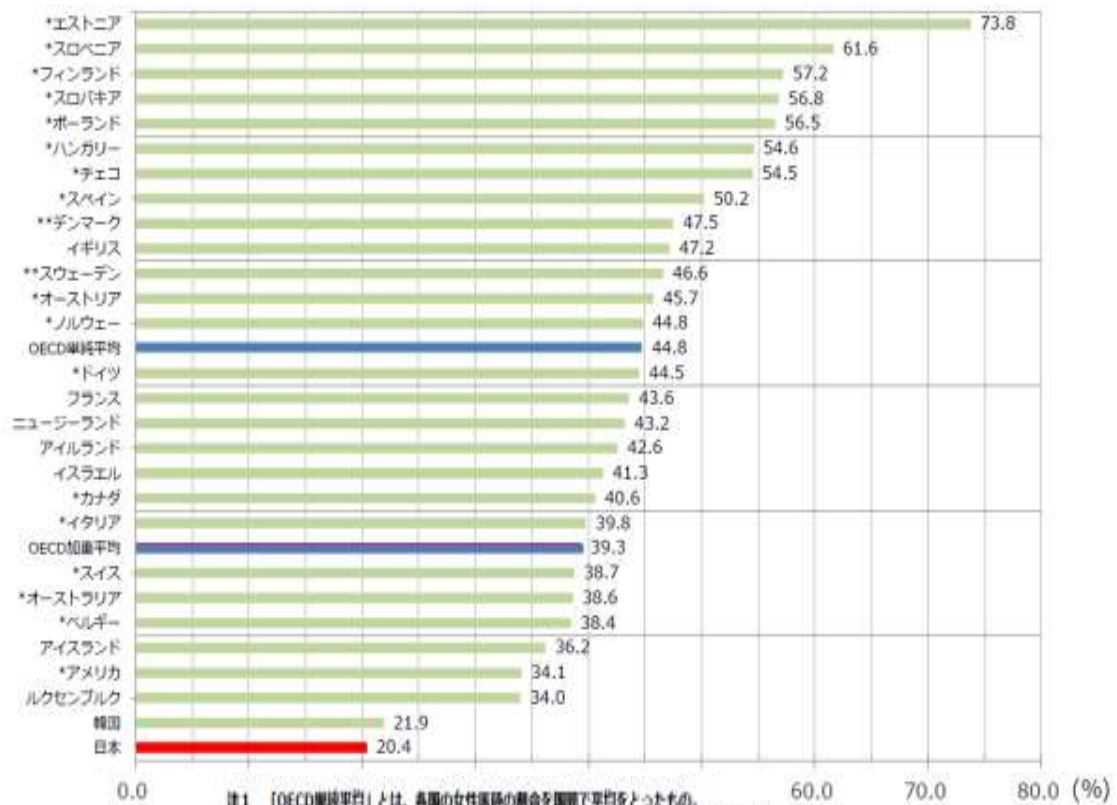
1. はじめに	1
2. 方法	3
3. 女性医師へのインタビュー調査	4
3.1. 対象	4
3.2. 方法	4
4. 管理者、指導者、支援者へのインタビュー調査	7
4.1. 対象	7
4.2. 方法	7
5. インタビュー結果	9
5.1. 苦境にある女性医師	9
5.1.1. 労働法制、子育て支援法制等への理解の不足や誤解と適用の限界	9
5.1.2. 医師間のタスク・シフティング	15
5.1.3. ガラスの天井	18
5.1.4. ハラスメント	19
5.1.5. 家庭内に最も残存する性別役割意識	21
5.2. 有効な支援と新たな活躍の場	22
5.2.1. 組織的な支援とキャリア教育	22
5.2.2. レスパイトの確保	23
5.2.3. ピア・カンファレンス	23
5.2.4. 理解者の存在	24
5.2.5. 新たな活躍の場	24
5.2.6. タイミングをとらえての出産・子育て	27
5.2.7. 子どもの教育優先という選択	28
6. 考察	30
6.1. 労働法制への理解と適用	30
6.2. 組織的支援、理解者・支援者の存在	31
6.3. 性別役割意識と医師免許	31
6.4. 「女性医師支援」から「医師支援」へ	34
附. 女性勤務医のインタビューを終えて	36

7. おわりに	39
資料	40
女性医師の勤務環境の現況に関する調査.....	40
参考	46

1. はじめに

2015年時点のわが国の女性医師の割合は約20%であり、OECD加盟国の中で最も低い割合である(図表1-1)。

図表 1-1.OECD 加盟国の女性医師の割合



注1 「OECD単純平均」とは、各国の女性医師の割合を国数で平均をとったもの。
 注2 「OECD加盟平均」とは、OECD加盟国全体における女性医師数を総医師数で割ったもの。
 注3 *の国は2013年のデータ、**の国は2012年のデータ、それ以外は2014年のデータ。
 注4 オーストラリア、フィンランド、アイルランドは推計値。

出典：OECD Health Statistics 2015

わが国の年齢階級別の女性医師割合をみると、図表 1-2 に示すとおり着実にふえており、いずれは半数に迫ると推測される。こうしたなか、女性医師が活躍し続けられる環境の整備が急がれる。

2017年2月～3月、日本医師会(男女共同参画委員会および女性医師支援センター)は、病院に勤務する女性医師を対象としたアンケート調査を実施し

た。当時の病院勤務女性医師の約 25%にあたる 10,373 人から回答を得ることができ、さまざまな課題が明らかとなった(巻末資料)。しかし、すでに病院から離れた医師や、非常勤勤務のみを選んだ医師らの状況など、大規模アンケート調査だけでは把握困難な実態もある。

本稿では、病院勤務医師を取り巻く状況、さらにキャリアコースを変更した女性医師の実情や支援策の有効性について、**narrative** な情報を収集することである。

図表 1-2. 年齢階級別の女性医師割合



2. 方法

今回、卒業当初想定したキャリアコースの維持に困難を感じている医師や、すでに変更した女性医師に、直接 2-3 時間程度のデプス・インタビュー(depth interview)を実施し、解析した。あわせて女性医師を部下にもつ管理者、診療科長等の指導者、支援者等に 1~2 時間程度のデプス・インタビュー(図表 2-1)を行った。

本調査実施にあたっては、事前に、日医総研研究倫理検討チームの予備審査に諮った。

図表 2-1. インタビューの分類

分 類	内 容	
構造化インタビュー	アンケート等の集計調査	
半構造化インタビュー	集計調査と質的調査	
非構造化 インタビュー	デプス・インタビュー	対話記録
	対話と観察	出来事の再現や対話を通して記録
フォーカス・グループ・インタビュー	集団で特定の話題について語り合う。	

池田光穂：インタビュー技法
<http://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/000602episte.html> より

3. 女性医師へのインタビュー調査

3.1. 対象

インタビュー調査の対象は、卒業当初想定したキャリアコースの維持に困難を感じている医師や、すでに変更した女性医師とした。

対象者は、日本医師会等の男女共同参画に関する委員会等からの紹介により目標 20 人としてリクルートした。

前述のとおり、診療科や世代によって状況が異なること、また、地域的な差異もあるかもしれないことから、できるだけ診療科、世代、地域が偏らないように打診した。

なお、当初は、「卒業当初想定したキャリアコースを育児等のために変更した女性医師」のなかに、完全に医師業務から離れている人も含めようと試みて、約 10 人に要請したが、面談の受諾は得られなかった。しかし、そのうちの一部の方からは文書等で意見が寄せられた。

3.2. 方法

調査方法はデプス・インタビューとしたが、導入については、インタビュー・ガイド(図表 3-2-1)に拠る半構造化インタビューとして、開始した。

図表 3-2-1. 女性医師に対してのインタビュー・ガイド

1	両親の職業、きょうだい構成は
2	なぜ医学部に進学したか
3	診療科を選んだ理由と研修の状況
4	現在の状況をどう考えているか

調査期間は、2018年1月23日から6月17日である。

1回当たりの所要時間は、120分程度として要請したが、実際には120分～180分と多くの場合、対象者の意向により延長した。聴取内容の正確性と客観性の担保のため、すべて2人体制でインタビューに臨んだ。No.20のみ、上家と紹介者(女性医師)の2人で臨んだ。

インタビュー調査の概要を図表3-2-2に示す。

図表 3-2-2. 女性医師へのインタビュー調査の概要

調査方法	デプス・インタビュー 一部、半構造化インタビュー
調査期間	2018年1月23日～6月17日
調査対象	20人
調査回数	20回
回答者数	20人
所要時間	120分～180分
調査者	No.1-No.19は上家・北村の2名 No.20のみ上家・紹介者の女性医師
調査場所	回答者が指定した地域の商業施設店舗内
調査目的	事実探索、課題発見

回答者の診療科別内訳、年齢階級別内訳、地域別内訳をそれぞれ図表3-2-3、図表3-2-4、図表3-2-5に示す。

図表 3-2-3. 調査対象女性医師のインタビュー時の診療科別内訳

診療科	n
内科（糖尿病科、血液内科、総合内科）	5
精神神経科	1
小児科	3
放射線科	1
外科（胸部外科、心臓外科）	2
整形外科	1
産科婦人科	1
脳神経外科	5
眼科	1

図表 3-2-4. 調査対象女性医師の年齢階級別内訳

年齢階級	n
30 歳代	8
40 歳代	5
50 歳代	6
60 歳代	1

図表 3-2-5. 調査対象女性医師の勤務地

地 方	n
東北地方	2
関東地方	7
近畿地方	9
中国地方	1
九州地方	1

4. 管理者、指導者、支援者へのインタビュー調査

4.1. 対象

インタビュー調査の対象は、女性医師を雇用している管理者・部下にもつ指導医、行政側の支援者等とした。

対象者は、日本医師会等の男女共同参画に関する委員会等からの紹介によりリクルートした。

総計は9人だが、うち4人は、女性医師としての本人インタビューの際、後輩に対する指導者的としての状況・考えを聞き取ったものである。

4.2. 方法

調査方法はデプス・インタビューとした。

調査期間は、2018年1月23日から6月17日である。

1回当たりの所要時間は、120分程度として要請したが、実際には120分～180分と多くの場合、対象者の意向により延長した。聴取内容の正確性と客観性の担保のため、すべて2人体制でインタビューに臨んだ。

インタビュー調査の概要を図表4-2-1に示す。

図表 4-2-1. 管理者・指導医等へのインタビュー調査の概要

調査方法	デプス・インタビュー
調査期間	2018年3月8日～6月17日
調査対象	9人 (うち、4人は自身についての聴取に続き現在の活動として聴取)
調査回数	9回
回答者数	9人
所要時間	60分～120分
調査者	上家・北村の2名
調査場所	4人は回答者の勤務先 5人は回答者が指定した地域の商業施設内
調査目的	事実探索、課題発見、対応仮説検討

回答者の内訳は図表 4-2-2 に示す通りである。

図表 4-2-2. 調査対象管理者・指導医等の内訳

内 訳	n
一般病院診療科部長	5
前 大学病院長	1
前 大学病院講師	1
医療法人 理事長	1
広域自治体担当者	1

5. インタビュー結果

インタビューの承諾を得る時点で、趣旨、背景等はメールにて事前に説明したが、聴取にあたって、冒頭、口頭にて再度、趣旨、背景を説明し、録音の許可を得た。あわせて、より具体的に物語性をもった文章による書籍化についても、本人に記述内容について確認を求めることを約して同意を得ている。

以上の手続きを経て、インタビューを開始した。

聴取した内容は、録音とともに、調査者の一人がインタビュー中にメモに起こした。メモは、同行した調査者によってダブルチェックされ、適宜追加・編集して保存した。

また、前述のとおり、今回のインタビューのリクルートにあたり、医療から全く離れている医師からは、インタビューの応諾は得られなかったものの、文書等で自身の状況と意見が2人の元内科医、1人の元小児科医から寄せられた。また、先輩医師を介して個別事情を伝えてきた放射線科医が1人あった。

本稿では、インタビューでの聴取内容および文書等で寄せられた内容を整理し分析した。

5.1. 苦境にある女性医師

5.1.1. 労働法制、子育て支援法制等への理解の不足や誤解と適用の限界

労働法制の観点からは、当然のことではあるが、勤務医は被雇用者であり、労働者である。しかし、医師の働き方改革*の議論のなかでも浮かび上がったように、医師には「自分は労働者」という意識は薄い。要因としては、診療と研鑽の負荷が膨大であり社会制度を知る時間的余裕がないことのみならず、労働法制

* https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html

がもともと対象として想定した労使関係にあてはまりにくいこと、職務上、医師以外の医療専門職に指示する立場であり、管理的立場にあること、雇用関係を結んだ組織ではなく大学医局などの組織に人事決定権がある場合が多いこと、わが国で一般的な終身雇用を前提としつつ非正規労働者が増えているといった労働市場とは異なるメカニズムで雇用関係が極めて流動すること、大きな組織で雇用されている場合でも労働組合加入率がその流動性ゆえに極めて低いこと、などが想定される。

妊娠出産に関しては、労働基準法等に母体保護に関する権利と義務が定められている。さらに育児については育児介護休業法、子ども・子育て支援法のほか、雇用保険法等さまざまな法制度に、子育てを支援するための方策が定められている。こういった法制度についても、当事者である医師も、人事労務管理を事実上担っている医師も、疎い場合が多い。

【育児のための時短勤務を認めない自治体】

30代 子育て中の小児科専門医。医局人事により地方独法病院から公立病院へ異動となり、短時間勤務で乗り切ろうと考えていた。

ところが、異動先の病院に短時間勤務を申し出たところ、正職員の短時間勤務は認められないとして、退職願を提出するよう病院から求められた。

短時間正職員は認めないとした理由について、病院の総務担当から、本庁(市役所)に確認した結果、として、以下の説明文を受けとったという。公的病院における、法に違えていると考えられる事例であるので原文のまま紹介しておく。

短時間正職を不可とした主な要因は

- ・地方公営企業法適用の地方公務員（企業職員）であること。

地方公務員法では常勤職員はフルタイム職員とされています。

育児短時間勤務や部分休業等は育児休業法に基づきフルタイムの部分短時間勤務にすることを可能にしていますが、公務員であるが故に、医師だけにこの制度を導入すると、職員組合（労働組合）から、市全体の他職種にも適応してほしい旨の要求に応じざるを得

ない状況が予想され、経営状態が厳しい市全体の運営に支障をきたす恐れがあります。

地方公務員法を超える運用（条例改正）となるため、公務員に厳しい意見を持つ市民（市会議員）等に対して説明できない恐れがあります。

若干経営や政治的な部分も含んでおり、総合的に勘案された上で市の担当部局で判断されたものです。

確保の難しい医師の勤務条件なので、複数の提案を投げかけはしましたが、地方公務員法上で規定されている短時間勤務＝非常勤の構図を破ることはできませんでした。先生のご希望に添えず申し訳ございません。

代替提案として、非常勤医師の賃金設定（5年目までの研修医・専攻医を想定し、以後はその単価を足伸ばししていたもの）をこの4月からの変更をめざし、正職により近い単価で調整していたところです。

ご確認よろしくお願いたします。

労使協定の内容によっては異動によって新たな雇用となるため適用除外に当たる場合もあるが、労使協定に関する説明ではなかったという。こういった事情について実質的に人事権をもつ大学医局が確認した様子はなく、救済のための支援もなかった。勤務開始にあたって病院事務から記入や署名押印を求められた書類一式のなかには『一身上の都合により退職します』と印字され、署名押印するばかりの退職願も入っていた。この小児科医は抗弁する余地もなく、署名押印した。1年経過した時点でも、非常勤の身分のまま、超過勤務は無報酬で重症患者を含む診療にあたりるとともに、後輩の指導も担当し続けている。病院と処遇について争うだけの気力はないという。

「育児介護休業法の適用は地方公務員法の規定に反するため不可」という、解釈権限をもたない市が国とは異なる解釈をとっている事例である(図表 5-1-1-1、図表 5-1-1-2、図表 5-1-1-3 参照)。

図表 5-1-1-1. 育児介護休業法：所定労働時間の短縮措置等 抜粋

第二十三条 事業主は、その雇用する労働者のうち、その三歳に満たない子を養育する労働者であって育児休業をしていないものに関して、労働者の申出に基づき所定労働時間を短縮することにより当該労働者が就業しつつ当該子を養育することを容易にするための措置を講じなければならない。ただし、当該事業主と当該労働者が労働組合との書面による協定で、次に掲げる労働者のうち育児のための所定労働時間の短縮措置を講じないものとして定められた労働者に該当する労働者については、この限りでない。

- 一 当該事業主に引き続き雇用された期間が一年に満たない労働者
 - 二 育児のための所定労働時間の短縮措置を講じないこととすることについて合理的な理由があると認められる労働者
 - 三 業務の性質又は業務の実施体制に照らして、育児のための所定労働時間の短縮措置を講ずることが困難と認められる業務に従事する労働者
- 2 事業主は、その雇用する労働者のうち、前項ただし書の規定により育児のための所定労働時間の短縮措置を講じないこととするときは、当該労働者に関して、労働者の申出に基づく育児休業に関する制度に準ずる措置又は労働基準法により労働させることその他の当該労働者が就業しつつ当該子を養育することを容易にするための措置を講じなければならない。

【以下略】

第二十三条の二 事業主は、労働者が前条の規定による申出をし、又は同条の規定により当該労働者に措置が講じられたことを理由として、当該労働者に対して解雇その他不利益な取扱いをしてはならない。

図表 5-1-1-2. 地方公務員法：勤務条件の根本基準 抄

第二十四条 職員の給与は、その職務と責任に応ずるものでなければならない。

【中略】

4 職員の勤務時間その他職員の給与以外の勤務条件を定めるに当つては、国及び他の地方公共団体の職員との間に権衡を失しないように適当な考慮が払われなければならない。

5 職員の給与、勤務時間その他の勤務条件は、条例で定める。

図表 5-1-1-3. 地方公務員育児休業法：育児休業の承認 抄

第二条 職員は、任命権者の承認を受けて、当該職員の子であつて、当該職員が現に監護するものを養育するため、当該子が三歳に達する日まで、育児休業をすることができる。ただし、当該子について、既に育児休業をしたことがあるときは、条例で定める特別の事情がある場合を除き、この限りでない。

2 育児休業の承認を受けようとする職員は、育児休業をしようとする期間の初日及び末日を明らかにして、任命権者に対し、その承認を請求するものとする。

3 任命権者は、前項の規定による請求があつたときは、当該請求に係る期間について当該請求をした職員の業務を処理するための措置を講ずることが著しく困難である場合を除き、これを承認しなければならない。

【育児のための時短勤務制度を理解していない人事権者】

2 例目はインタビュー回答者自身ではなく、後輩医師から相談を受け、調整にあたった事例。

30代 公的病院に常勤で勤務している放射線科医。研修医1年目で第1子を出産したが、育休はとらず、研修を終了して、専門医を取得している。

大学医局の人事で企業立病院への異動予定となった後、第2子の妊娠が判明した。今度は育休を希望して、異動予定先の企業立病院に相談したところ、「1年以上の勤務歴がないので産休・育休はとれない。」と説明を受けた。このため、現任地である公的病院の上司である放射線科部長に、残留希望を申し出た。放射線科部長が病院長に育休中の応援を願いでたところ、病院長は、『産休中の応援を雇う余裕がないから残り的人で何とかしてくれ』と言ったという。そこで、放射線科部長は、本人の意向に反して、大学の医局長に、『ひとり減では仕事がこなせないのも無理だから、休みをとらない医師に交代させてくれ。』と要望した。

大学の医局長は、本人に対して『産休までの3ヶ月は臨時職員として勤務を続け、産休中は無職になるから夫の扶養家族となって、産休が明けたら非常勤で復帰するという方法なら、勤務が続けられる。』と告げた。

驚いた本人は、医局内の女性の先輩医師(本インタビューの回答者のひとり)に相談した。先輩医師が、医局内の女性医師の代表として、医局長に対して、理不尽な提案であると申し立てたところ、医局長は『本人が希望した』と抗弁した。本人に確認したところ、『異動についての意思も訊かれていない。無職になったら上の子どもも保育園に預けられなくなり、復職できなくなる。』と言い、事態は全く異なっていた。このため、再度、女性医局員の代表として医局長に再調整を働きかけた。

その結果、大学から、現任地の公的病院に1人増員派遣し、本件の当事者であった女性医師は残留して育休を取得できた。転任予定先だった企業立病院には、同じ医局から大学院生が着任して収束した。

この事例は、大学の医局と2つの基幹病院で、教授、病院長、部長、医局長らが調整に努力した結果ではあったが、本人の状況を聴取せず、さらに労働基準法、雇用保険法、健康保険法、育児介護休業法等の制度も理解しないまま、調整を続けて混乱し、女性医師が集まって交渉した結果、収まったものである。

ある程度以上の規模の組織であればこういった交渉は労働組合を通じておこ

なわれるかもしれない。実際、所属している病院にも労働組合はある。しかし、医師の場合、雇用側である病院と被雇用者である労働組合によって雇用関係のトラブルが調整されることはまれである。法的に雇用関係のない医局と、法的に労働組合ではない、医局のなかの医師たち、この例においては放射線科医局に所属する女性医師が集まった「任意団体」である放射線科女医会が組織されていたため、医局側との調整にあり、解決に至ったものである。前に挙げた事例のように、医師個人ではどうにもできなかつた恐れがある。

多くの大学で実質的に人事管理を担当している医局長は、ほとんど人事労務管理の経験も研修機会もないまま 40 代半ばでその任につき、数年で交代する。また、公的病院や企業立病院の管理職の医師の多くは、診察や医学研究のエキスパートが医局から推薦されて着任しており、診療上の指導には長けている医師であるが、マネジメントの実務経験を問われることはなく、社会保障制度に精通しているとは言えない。その結果、こうした混乱は少なくないと思受けられる。

一方、労働法制自体も、終身雇用またはある程度の雇用を前提として労働者を守る体系となっており、医師の勤務実態では適用されにくい面がある。とくに、研修医、専攻医など若手医師は、症例を経験し研鑽を積むために比較的短期間で勤務先を異動し、公務員になったり、民間機関の被雇用者になったり、を繰り返すことが多い。育児休業は雇用保険で対応しているため、公的病院と民間病院の間で異動すると、対象からはずれてしまうことがある。早急に対応を検討すべき課題である。

5.1.2. 医師間のタスク・シフティング

妊娠・出産での休業、さらに育児期間中の時短勤務は法律で認められた権利である(図表 5-1-2-1)。

しかし、そのために診療需要が減る訳ではない。医師の働き方改革の議論のなかでは、他の職種へのタスク・シフティングが推奨されているが、診療は、医師の誰かがカバーしなければならない。

図表 5-1-2-1. 育児介護休業法：育児休業関係 抄

第五条 労働者は、その養育する一歳に満たない子について、その事業主に申し出ることにより、育児休業をすることができる。ただし、期間を定めて雇用される者にあつては、次の各号のいずれにも該当するものに限り、当該申出をすることができる。

- 一 当該事業主に引き続き雇用された期間が一年以上である者
- 二 その養育する子が一歳六か月に達する日までに、その労働契約が満了することが明らかでない者

【以下略】

第六条 事業主は、労働者からの育児休業申出があつたときは、当該育児休業申出を拒むことができない。ただし、当該事業主と労働組合で、次に掲げる労働者のうち育児休業をすることができないものとして定められた労働者に該当する労働者からの育児休業申出があつた場合は、この限りでない。

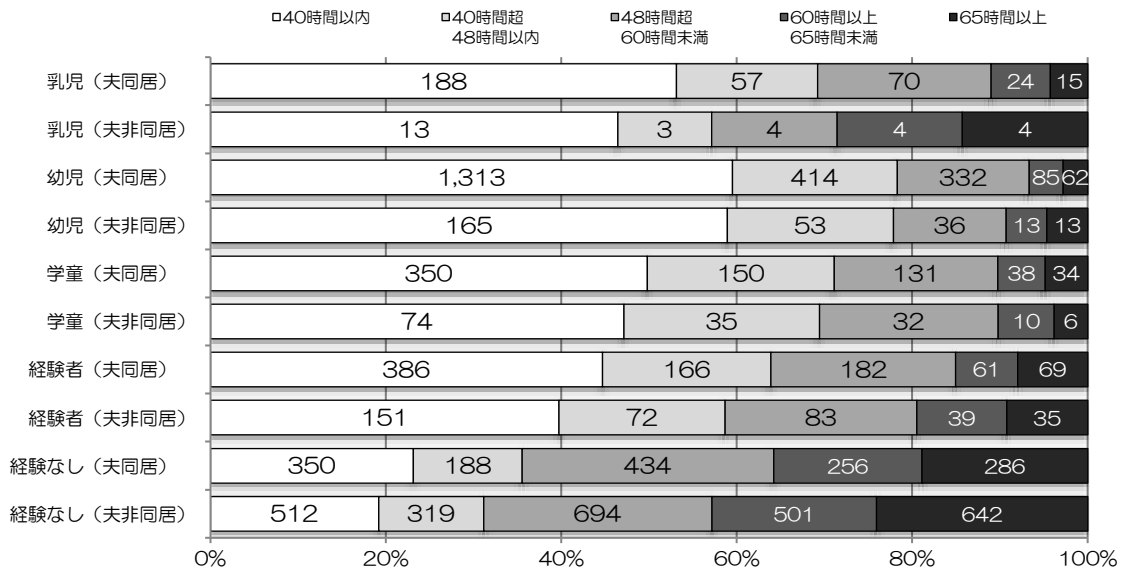
- 一 当該事業主に引き続き雇用された期間が一年に満たない労働者
- 二 前号に掲げるもののほか、育児休業をすることができないこととするについて合理的な理由があると認められる労働者として厚生労働省令で定めるもの

【以下略】

ある基幹病院は、子育て中の女性医師に対して短時間勤務、当直免除をひろく認めた。「女性医師にやさしい病院」として医師間に広く知られた結果、妊娠出産を迎えた女性医師が数多く就職し、皮肉にも、重症例を引き受けなくなったという事例がある。同じ地域にある別の基幹病院では NICU への受け入れが増加し、超過勤務が増加している、という。実際、その地域の重症新生児受け入れ実績の分布は変化していた。

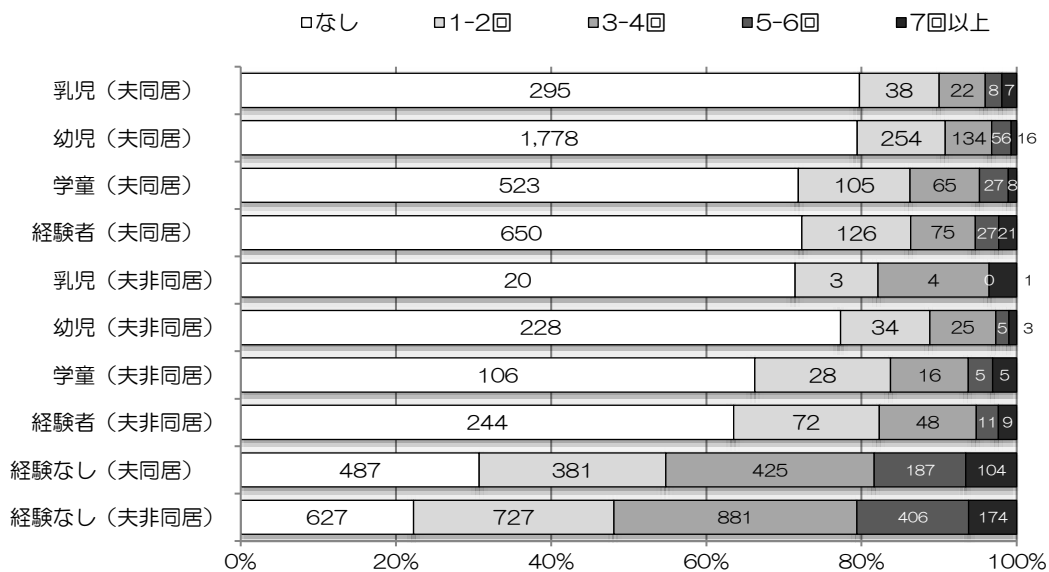
医療ニーズが変わらないなかで、医師間、医療機関間でタスクがシフトしたのでは対応に限界があり、シフト先での過重負荷など新たな問題が発生するおそれもある(図表 5-1-2-2、図表 5-1-2-3)。

図表 5-1-2-2.子育ての有無別にみた女性医師の週当たり実勤務時間



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

図表 5-1-2-3.子育ての有無別にみた女性医師の月別宿日直・オンコール回数



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

【労働法制を盾にした損害賠償請求】

一方で、労働法制を熟知した医師と、現実に追われる病院や関係者とのギャップが軋轢を生んだ例もあった。この例はインタビュー回答者が管理者側で直面した事例である。

30代小児科医をめぐるトラブル。在籍中の大学から基幹的な地方独法病院へ派遣されることとなった。インタビュー回答者は予定派遣先の診療科の部長である。人事案が調整されている時点で、本人は挙児を希望していたが、大学には知らせていなかった。予定派遣先の病院は三次救急病院で、医師たちは50代の部長も含め週二回以上の宿直ローテーションがつづき、限界状態だった。ようやく1人増員となったのがこの女性医師であった。

人事手続きを終えて、常勤雇用の契約が成立した時点で、妊娠が判明。本人が、派遣先部長にメールで妊娠を伝え、勤務開始から5か月後に産休に入る、と申し出た。メールを受けた部長は医局に事態を報告し、人事の差し替えを願い出た。すると、この小児科医は「マタニティ・ハラスメントを受けた。」と喧伝。

これが女性上司によるマタハラとしてネット上で話題となり、当該部長は独法内で注意処分を受けるに至った。

医局は人事を差し戻し、渦中の小児科医は異動予定時期に別の病院に着任し、そこで産休、育休をとった。

しかし、この事例はこれで収まらず、雇用契約を一旦締結したのちにさし戻されて別の病院への就職が3か月遅れたのは病院側の責任である、と訴えて、3か月間の報酬分の損害の賠償を請求した。独法では争わず賠償金を支払って決着した。

この事例では、厳しい働き方のなかで日々に追われている現場、病院・大学等管理者側と、労働法制を熟知した医師との知識の大きな差がこういった顛末を招いたのではないかと考えられる。

5.1.3. ガラスの天井

今回のインタビューのなかで、大学内の通常助手ポストから任期付き助手に変更となった医師が1例、公立病院の部長として当時大きな案件を収拾したのちに「正規の部長」が着任して実質的に格下げとなった医師が1例、企業立病院

で長らく副部長として勤務しているところに後輩が部長として着任した医師が1例あった。また、大学医局で医局長のポストを与えられながら、「子育て中だから」と、職務の大半を本人の意向を確認せず免除された「名ばかり医局長」の例もあった。

1例目の変更理由は「配偶者(開業歯科医)もあり生活が安定しているので」と説明されたという。2例目は「正規の部長としてまだ手続きをとっていなかったから」という説明があり、3例目は当人が別の病院に移ったのちに主任教授から「君がいたのであれば部長にしたのに」と後日コメントされた、という。本人は「論文の質では負けないけれど、医局のなかでは『路肩走行組』だから。」と自嘲した。4例目は、自身の子育て中の経験をもとに、人事においてもきめ細かな聴取をしようと意気込んでいたところ、職務を不本意に免除され、「できるかできないか、まず本人に訊いてほしかった。できないと決めつけられることに傷ついた。」という。

いずれも男性であれば想定しがたい理不尽な状況であるといえよう。

5.1.4. ハラスメント

今回のインタビューのなかで、セクシャル・ハラスメントを同じ部署の先輩から受けた例があった。先輩女性医師に相談し、責任者に伝えられ、加害医師は別の病院に異動とはなったが、その理由は伏せられたままで、今も謝罪はないという。

パワー・ハラスメントが疑われる経験をしている医師も1例あった。診療科内カンファレンス等において、管理者から、メンバーのそろっている前で、「子どもだからだめなんだ」といった叱責をたびたび受けているという。

ハラスメントとはいえないまでも、妊娠を職場または所属する医局に伝えた際、「医局長が舌打ちしたのが聞こえた。」「教授に『辞めるの？続けるの？』といきなり訊かれた。」「部長に『いつまで休むつもりか？』と怒鳴られた。」「ここは忙しい病院だから、と、先輩に婉曲に中絶を迫られた。」「指導医に『君は元気

だから産前休暇は要らないね。』と軽い調子で言われた。」と、20人のインタビューのなかで、労働基準法(図表 5-1-4)に抵触するような状況を次々と聞くこととなった。

図表 5-1-4. 労働基準法：産前産後、育児時間関係 抄

第六十五条 使用者は、六週間（多胎妊娠の場合にあつては、十四週間）以内に出産する予定の女性が休業を請求した場合においては、その者を就業させてはならない。

2 使用者は、産後八週間を経過しない女性を就業させてはならない。ただし、産後六週間を経過した女性が請求した場合において、その者について医師が支障がないと認めた業務に就かせることは、差し支えない。

3 使用者は、妊娠中の女性が請求した場合においては、他の軽易な業務に転換させなければならない。

第六十六条 使用者は、妊産婦が請求した場合においては、一週間について第三十二条第一項の労働時間、一日について同条第二項の労働時間を超えて労働させてはならない。

2 使用者は、妊産婦が請求した場合においては、時間外労働をさせてはならず、又は休日に労働させてはならない。

第六十七条 生後満一年に達しない生児を育てる女性は、休憩時間のほか、一日二回各々少なくとも三十分、その生児を育てるための時間を請求することができる。

2 使用者は、前項の育児時間中は、その女性を使用してはならない。

さらに、今回のインタビュー調査に際して、インタビューには応じられないが伝えたいことがある、という医師たちもいた。セクシャル・ハラスメントおよびパワー・ハラスメントを訴え係争中のため、弁護士からインタビューに応じることを禁じられているというものであった。さらに、別の医師からは、「パワー・ハラスメントの加害者やそれを傍観した大学医局と同じ地域で今後も診療を行わざるを得ないためインタビューへの協力は難しい、パワハラセクハラのために自身の専門家としてのキャリアを断念せざるを得なかったが、現在も医局支配

の強い地域で診療を行わざるを得ないために告発すらできない例もあることは報告に加えてほしい」という切実なメールも届いている。

積極的なハラスメントでなくても、女性医師の働き方に対する無理解、無関心も、子育て中の女性医師を働きにくくしている面がある。

ほんの少しの配慮に欠けていることが、退職の「最後の一突き」となった事例もある。地方の大病院では職員駐車場もかなり広い。そんなある病院では、駐車場の割り当ては職階が高いほど近い場所が与えられ、若い医師の駐車場所は敷地の端であった。急患や保育園の送迎で1分1秒の捻出に日々苦勞している医師にとって、駐車場所までの長い距離の往復がカンファレンスへの遅刻や保育園への迎えの遅れ、といったことにつながり、疲れ果ててしまう。オンコール対応も保育園への送迎もない医師が病院の玄関脇の定位置に駐車しているのを横目に、長い距離を毎日、時によると日に数回走らなければならない。保育施設といった大きな設備や金銭的な手当でなくとも、駐車場所を変更するだけで助かるのでは、という事例である。

5.1.5. 家庭内に最も残存する性別役割意識

40代 外科系専門医。配偶者は同じ医局に所属する同業者。就学前の子どもがひとり。大学病院で激務のなか、保育園への送り迎えの時間のやりくりを追われている。夫は急患や急変に躊躇なく応じているばかりか、医局の懇親会等へも相談することなく参加しているが、本人は保育園への送り迎えと病棟からのコールとの調整、子どもの突発的な不調時の対応など、分刻みでぎりぎりにこなしている。インタビューの最後に、「敵は夫です。」と言い放った。

30代 外科系専門医。配偶者は医師ではない医療専門職。就学前の子どもがひとり。外科系の中でも長時間の手術のある専門分野であり、しばしば超過勤務が生じているが、夫は定時勤務で、長時間勤務の厳しさを理解しない。インタビュー当時は別居に踏み切った直後であった。「ひとりで子どもは育てます。」という。

家庭内で育児・家事への当事者意識の薄い、『手伝っている』すなわち、ヘルパー感覚で、「育児・家事よりも自分」といった夫への妻の不満は強い。これは本来、家庭内で話し合い、解消されるべきである。しかし、現在もなお、30代の夫婦においても解決されていない状況がある。

5.2. 有効な支援と新たな活躍の場

5.2.1. 組織的な支援とキャリア教育

ある大学病院では、組織として事業資金を得て女性医師支援枠を創設している。この制度は、ドイツでの取り組み例を参考にして設計したという。

女性医師支援枠は、フルタイムで勤務できない女性医師が、専門医を取得するまで、等の目標を設定したうえで利用している。この支援枠を利用した医師は、その後、80%以上が常勤に復帰しているという。医師は、一旦子育て等で「減速」したとしても、続けている限り、再び第一線に戻って活躍することが可能である。復帰の可能性を維持するために、この制度は極めて有効であるという。

この大学では、医師の職場の流動性を考慮して規約を改正している。時短常勤対象について、「勤務期間1年以上」という限定を解除して、着任時からただちに時短勤務を認めるようにした。さらに、小児科の協力を得て開設している病児保育室では、メールによる入室申し込みを朝6時の時点で受理し、入室前の医師の診察を、医師である親による診察も許容したうえで、入室後速やかに小児科医が診察する体制をとることで、親の始業に間に合うよう配慮している。

さらに、この大学では、医学部として医学生に対してのキャリア教育にも取り組んでいる。学生時代にこうしたカリキュラムを通して先輩の話を聞くことなどで、男女とも、「自分の将来を想像して、ワーク・ライフ・バランスを考えながら学習することができる」と聞いた。

こうした大学は少しずつ増えてきている。

5.2.2. レスパイトの確保

重症例や救急の多い、ある基幹病院の小児科。女性の部長自らの経験をもとに、子育てや介護のための医師間のタスク・シフティングで医師が疲弊しないようにするため、子育てや介護の有無にかかわらず、科に所属する医師全員が、月1回、必ず年休をとり、その日は病院に顔を出さない、と決めた。週日の休暇をとることによって、子育て中の医師がレスパイトや雑用を消化できるだけでなく、子育て中の医師のタスクを肩代わりしている医師にとっても余裕ができ、子育て中の医師への共感を示せるようになってきている、という。働き方改革が急務のなか、有効な勤務環境改善策となっている。

休暇や時短を活用して職場の雰囲気や協力的にした事例はほかにも見られた。その病院は、地域の一般病院であるが、患者の入院に際して必ず「当院は完全当番医制です」と説明するという。具体的には休日の回診、急変対応は当番医に任せ、当番医以外の医師には休日の病棟への登院を禁じている、いわば強制的に休養を取らせている体制である。これによって、前述の事例と同様、病院内の共感が深まっているという。その結果、医師不足が深刻な地域にあって、医師確保は十分できているという。

5.2.3. ピア・カンファレンス

毎年、子育てをしながら診療に従事している医師に呼び掛けて集会を開催している50代の女性小児科専門医がいる。二足の草鞋という意味で『WARAJIの会』とし、診療科も大学、病院も問わない、任意の地域的な活動である。1年に1回であっても、共通の悩みや工夫を話し合うことで救われる人は多いという。

集会にはリピーターも多く、年々参加者は増え、範囲も広がっている。家事、育児は女性に特化した役割ではないという認識が広がりつつあるなか、男性医師も参加し始めている。ピア・カウンセリング、ピア・カンファレンスの有効性が実証されている活動といえる。

5.2.4. 理解者の存在

30代 血液内科専門医。夫は医療とは無関係の他職種。夫の両親と同居。
彼女はインタビューでまっさきに、「夫と夫の両親は、私が医師であることを歓迎し、尊敬してくれている。夫が応援してくれているから仕事が続けられる。本当に感謝している。これをぜひ書き留めておいてほしい。」と言った。

職種が異なり、職場が異なることが、理解の妨げになるわけではなく、むしろ患者側の視点をもって応援してくれている、という。実際の子育ては本人が中心になっており、時間のやりくり等には苦労しているようであるが、応援してくれている、という実感は、精神的に大きな支えとなっている。

40代 外科系専門医。子育てに配慮のない職場と、子育てのために自分の時間が全くないことを理解しない夫のため、閉塞感のある日々を送っているが、先輩のひとりが職場の状況も家族の状況も理解したうえで、専門性を評価し、応援してくれている、という。

直接的な支援でなくとも、理解し、応援してくれている人が身近にいることは職務を継続する大きな支えになっている。

5.2.5. 新たな活躍の場

【アピアランス・ケア】

がん治療が効果を上げ、治療と生活、特に職業生活との両立が注目されるようになり、外見ケアは重要な領域となりつつある。

今回のインタビュー回答者のなかにふたり、ひとは、自身の闘病生活から、もうひとは乳腺外科医としての経験から、がん患者のQOLのための外見ケアを専門領域に加えた医師がいる。

30代 脳神経外科専門医。自身が大学院生時代に悪性腫瘍に罹患、治療を受けるにあたりいち早くかつらを入手したことが早い職場復帰につながった、と自覚し、外見ケアの重要性を訴える講演や執筆をつづけている。大学へのアピランス・センター設置を働きかけて実現し、成果を出している。インタビューした時点は、開業直後であったが、外科系専門医として、自身の診療所でもきめ細かな相談に応じていくとのことである。

40代 乳腺外科専門医。まさに外見ケアの専門家として大学病院で診療にあたるとともに、研究テーマとして、取り組んでいる。医師をはじめ医療者への教育啓発活動とともに、患者への啓発も積極的に行い、この新たな分野を牽引している。

患者のQOLに執刀している医師が取り組むことは極めて効果が高く、波及効果も大きい。こういった新しい分野の開拓は、ひとつの働き方として重要なモデルになるものである。

【舞踏家のための整形外科】

30代 整形外科医。幼少期はプロのバレリーナになることを目指していた。そういったなかで、バレリーナに故障が多いことに気づいていた。アスリートのためのスポーツ医学は発展してきているが、舞踏家の領域の専門家はみあたらなかった。整形外科医として研修を積んだのち、バレリーナにおける故障を専門領域として開拓した。診療ニーズは高く、ワーク・ライフ・バランスも確保できるという。

この医師は、実家がバレエ学校を運営しており、本人もバレエのトレーニングを経験しているというユニークな背景を活かした。患者にとっても、状況を理解したうえで治療にあたってくれる医師の存在は大きい。ニッチな分野に専門特化することで、新たな整形外科医像を自ら創りだしたことで、活躍の場を広げている。

【復職支援プログラムで転科】

男女を問わず、一旦選択した専門分野を変更する例はある。診療科を変えることで仕事の内容も働き方も一変することがある。

一旦育児等のために診療から離れた女性医師の復職を支援するための研修を提供する取り組みがある。

40代 精神科医。内科医として研修を受け、診療に従事していたが子育てのため休業したのち、女性医師の復職支援プログラムを利用して精神科医に転身した。精神科の研修を受け、精神科病院の常勤となっている。精神科病院において、内科的合併症のある患者に対して、内科診療の経験を活かすことができ、勤務先の精神科病院からは歓迎されている。救急もなく、内科医時代とは全く異なる勤務環境で、子育てと無理なく両立できているという。

この医師の場合は、女性医師復職支援プログラムのなかで、経験と働き方の希望など、様々な条件を踏まえて、新たな専門分野の研修受け入れ先の紹介を受けることができた。復職支援プログラムの機能が発揮された例と言える。

【燃え尽きるかと思われたときフレキシブルな職場に移ることで叶った再出発】

40代 内科医。地元の国立大学を卒業しそのまま入局。過疎地への目配りは薄く、多くの医師が研究と急性期治療に従事していた。東日本大震災でたったふたりの医師で切り盛りしていた100床規模の病院からその二人も撤退すると聞き及び、医局から離れ、飛び込んだ。過酷な時期を一人で切り抜けたが、自分でも限界を感じるころまで来たとき、ようやく、後任の医師二人が着任。

おりから、他業種の男性との結婚が決まり、夫の転勤を機に同じ東北地方の別の民間病院に職を求めた。その病院は、回復期ケアや在宅医療など、慢性期の地域医療を担っていた。勤務体制を医師ひとりひとりが選べる病院で、週4日勤務を選んだ本人は、週中の休日、「生まれて初めて明るい太陽の下で洗濯物を干し、買い物に出かけた。明るいうちに買い物をする人がこんなにいるとは知らなかった」と笑った。

この民間病院の管理者は、「一人一人の医師が勤務体制を自分で決めることで、ワーク・ライフ・バランスを大事にする医師も引き付けており、人材確保にも益している」と語った。

この医師は、週4日の短時間勤務ながら、患者の信頼が厚く、まもなく部長級に処遇される予定だという。

5.2.6. タイミングをとらえての出産・子育て

30代、脳神経外科医。大学院への進学の間をとらえた子育てである。大学院生としての研究生活も決して楽なものではないが、救急対応や患者の急変対応、長時間の治療など、自分ではコントロールできない時間の多い診療とは異なり、ある程度自分で時間のコントロールが可能となる、という。

50代、産科婦人科医。専門性を獲得し、講師の職についてからの、40代になってからの出産、その後の育児である。若い時代にはとても子育てができる状況ではなかったが、部下、後輩がいる立場になると、自由度が格段にあがり、子育てとの両立が叶った、という。

タイミングを選んだ結果、専門性と子育てが両立できた例である。社会人大学院生は増えてきているが、とりわけ医師の場合は、医師は、研究者と臨床医の両面をもち、様々な年齢で大学院へ入学する医師がいる。

また、高齢出産を推奨するわけではないが、上位の職階になるほど裁量の自由度はあがることがある。

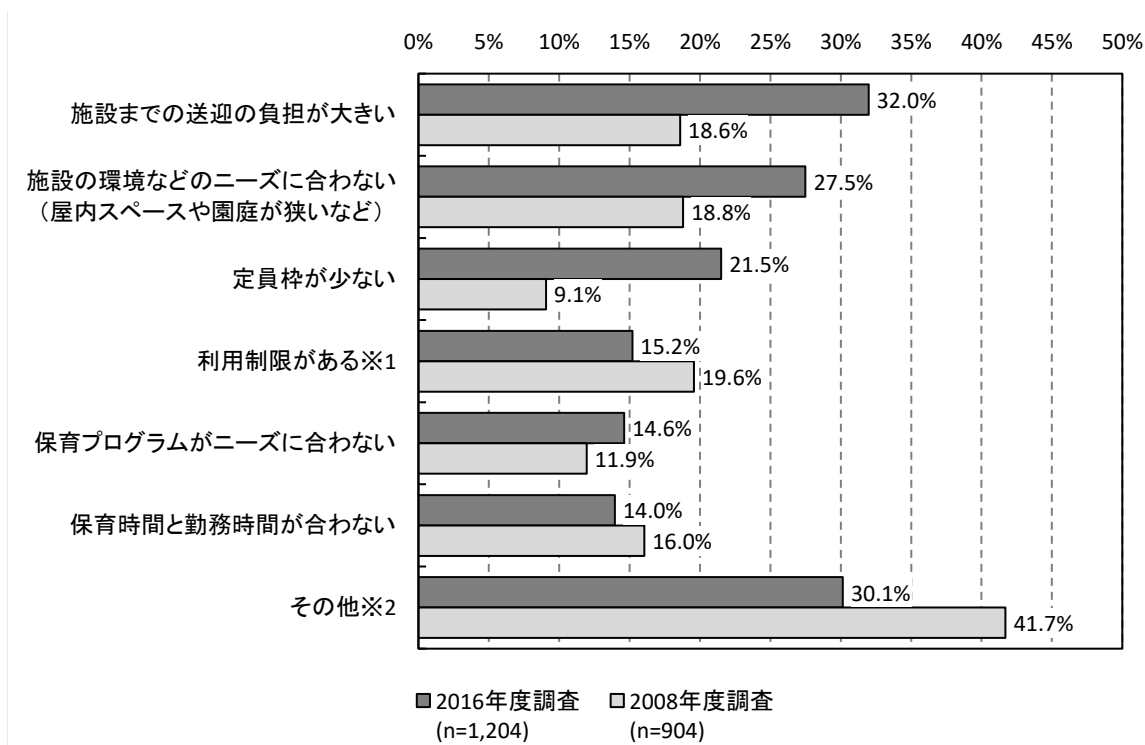
さまざまな乗り切り方があることを、若い医師や学生が知ることによって、将来の選択肢は増え、活躍し続ける医師が増えていくのではなかろうか。

5.2.7. 子どもの教育優先という選択

仕事に邁進してきた女性医師のなかには、出産・新生児の子育ての段階を乗り切った後も、「子どもの教育」というハードルを自ら課す例がある。

医師を目指した学生時代や専門医を目指した研修医時代には本人も想定していなかった、子どもの教育環境を中心に働き方や職場を選ぶ女性医師も珍しくない(図表 5-2-7)。高学歴者である医師が、自分の子に同様の学歴を期待する傾向は無視できない。親として子どもの成長期にかかる時間とエネルギーのコストはある程度考慮されてもよいのではなかろうか。

図表 5-2-7. 院内保育はある(あった)が利用しない(しなかった)理由



※1 利用制限の具体的な内容は、「職種による制限」(83件)、「子どもの年齢による制限」(49件)、「雇用形態による制限(正規職員・常勤職員のみなど)」(18件)などがあった。

※2 その他の具体的な内容は、「他の施設に入所できたから・すでに預けていたから」(94件)、「勤務先が家から遠いから・家の近くで預けたほうが便利だから」(53件)、「家族が子どもを見ていたから」(42件)、「院内保育所がよくなかったから(給食がない・料金が高いなど)」(40件)、「転勤・転職のときに退園しなければならないから」(21件)、「年齢制限があるから・きょうだいで入所できないから」(20件)などがあった。

女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

30代、内科医。震災で勤務先の病院自体が被災し壊滅したために同業の配偶者とともに病院を移った。震災の記憶が消えたわけではないが、子どもが成長するにつれ、教育環境が気になり、教育環境の整っている地域へ戻りたい、すぐに職場はみつかると思う、という。

50代、内科系専門医。40代で出産したところ、大学では子育てとの両立に配慮がなく、子どもの教育環境に不安を覚えた。講師の職を捨て、これまでに培った専門性を生かして診療所での非常勤勤務を掛けもちしつつ、当面は子どもの進学のための教育を大事にしたいと考えている。

出産・幼児期の子育てに加え、実際には子の思春期までの教育も、女性医師には大きな課題となっている。勤務環境が整わず、専門性を断念したり、妥当とはいえない処遇に甘んじたりする人も多い。そのとき、職場に柔軟な選択肢があれば最大限の両立が可能となるのだが。

6. 考察

インタビューからみえてきた課題と考えられる対応を整理すると、以下のとおりである。

6.1. 労働法制への理解と適用

労働法制をはじめ様々な法律事項を当事者も管理者も十分理解しているとはいいがたい状況がみえてきた。労働者としての権利、使用者の義務、たとえば、出産手当や出産育児一時金の財源や趣旨がきちんと理解されていれば混乱を回避できたかもしれない事例もあった。

一方で、医師の「労働市場の特殊性」から、労働法制は十分に機能しない。特殊性とは、研修、研鑽やサブスペシャリティのための異動、流動性である。本人の意思とともに、医局等のスーパーバイズもあって、雇用関係が短期に変更される。たとえば国家公務員から民間へ、民間から独法へ、独法から地方公務員へ、と数年もたたないうちに移る雇用関係は、雇用保険と共済組合保険という被保険者としての身分も次々移ることを意味する。そもそも公務員法および共済組合法が終身雇用を前提としており、身分が次々移る状況は、労働法制、保険法制の運用上、ほとんど想定されていない。

さらに、医師特有の流動性と、「高賃金を得ている」との社会一般の認識から、労働組合と使用者の協議の場においても労働者としての医師が考慮されることはまれである。

こういった状況は簡単には打開できないが、少なくとも管理者、人事権者が労働法制を学んでおくことは重要である。女性医師支援センターの事業のなかの研修機能を活用して、管理者研修を展開すべきである。

根本的には、医師が労働法制を理解するとともに、一方で、流動性の高い労働者である医師にも労働法制が有効に適用できるように関係法令を解釈し運用していくことが望まれる。

6.2. 組織的支援、理解者・支援者の存在

組織として、柔軟な対応が望まれる。例えば、出産子育てなどの時期、定員外であっても特別枠を確保するといった身分保障があれば、報酬は低額であっても、医学的知見が保持できる、組織とつながりが保てる、など、意味は大きく、復帰への道を広げる。こういった取り組みへの財源確保は社会保障制度維持の一環としてとらえるべきであろう。

立場や関係性に拠らず、理解者がいることは大きな支えとなる。運よく理解者が身近に見つかるに越したことはないが、前節で紹介した「WARAJI の会」のようなピア・カウンセリングの場は有効な支援となる。行政や女性医師支援センターも場を提供しているが、ピア・カウンセリングといった観点を導入した事業にしていくことが効果的ではないかと考えられる。

一連のインタビューのなかでも医師業務と子育て等個人の生活とのバランスのとり方は様々であった。働き方の多様性を認めたいうでの配慮や支援、「決めつけず」「まず訊く」ことが重要である。管理者研修等の機会をとらえて、こういった現状を紹介していくことも必要ではないかと考えられた。

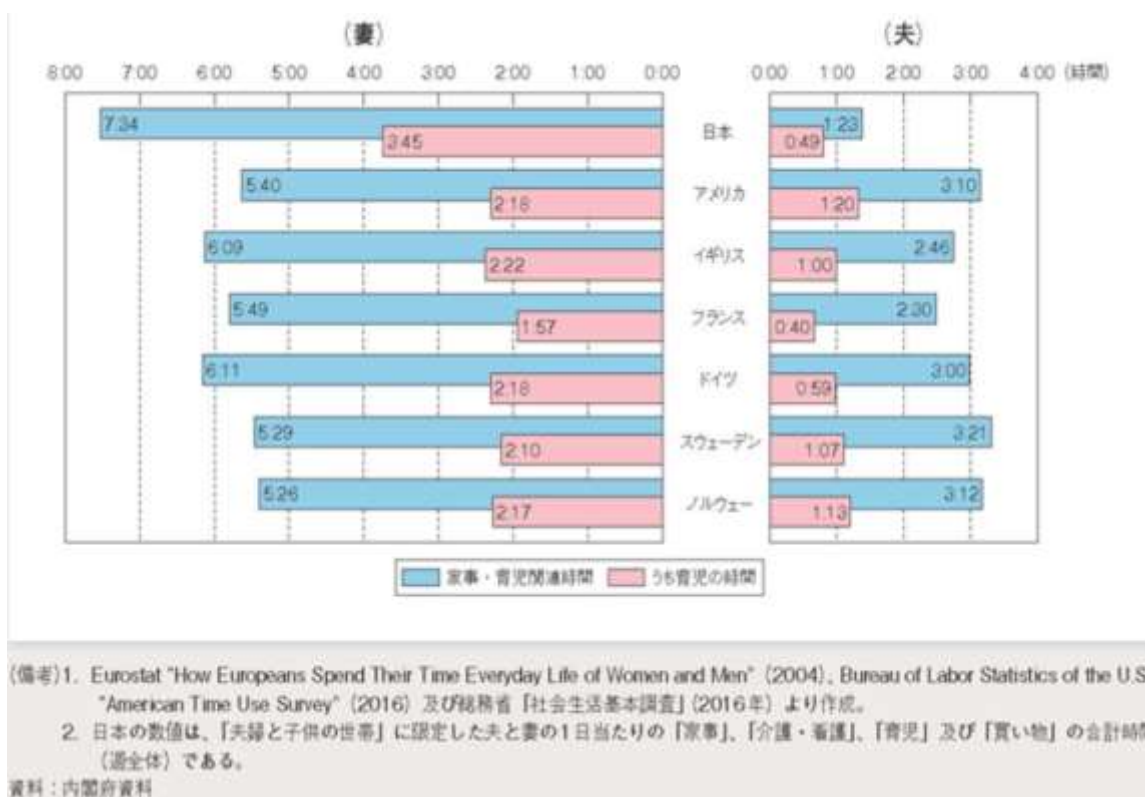
6.3. 性別役割意識と医師免許

男女雇用機会均等法が 1985 年に制定され、職場において募集・採用・昇給・昇進・教育訓練・定年・退職・解雇などが性別を問わず平等に扱われることとなった。1990 年、「1.57 ショック」以降、少子化対策が次々と打ち出された。女性が働きつづけることは建前としては推奨されている。

しかし、家庭内における役割は未だ歴然としている。内閣府男女共同参画局がまとめた資料(平成 29(2018)年 10 月)によると、わが国の男性の家事関連時間は、先進国中最低の水準にある(図表 6-3)。女性医師の家庭も例外ではない。

「子育て＝女性の役割」「家庭と仕事の両立＝女性の悩み」といったステレオタイプの性別役割意識の弊害を当事者が自覚する必要がある。そのためには、男女ともに学生時代など若い段階でのキャリアプラン教育も有効であるだろう。

図表 6-3. 6歳未満の子どもをもつ夫婦の育児・家事関連時間（1日当たり）
—国際比較—



医師も、多様な生き方、働き方が認められるべきであり、実際、他の職種に比べ、見方によっては、自由度は高い。わが国のシングルマザー世帯の平均所得や置かれている雇用環境からみると、医師は高度な専門職種の典型であり、恵まれている。パートタイム勤務の職場を得ることはある程度可能であり、かつ、相応の収入も確保できる。

一方で、多額の税金と限られた貴重な機会が与えられて育成された医師は、たとえば子育てが落ち着いたら、再び第一線に戻って貢献することが望まれる。また、実際に、他の職種にくらべ、診療現場への復帰の可能性は高い。復帰の可能性を維持するためには、完全な離職をせず、パートタイムであっても診療の場から離れないことが重要であるといわれている。一時的に『減速』している時期の医師が完全な離職を回避し、必要とされている職場を見つける仕組みが重要である。

新潟県医師会理事の高井和江先生が書かれた、あらたに医師国家試験に合格した女性医師にエールを送る記事を紹介する。

女性医師の活躍を願って一言述べさせていただきます。現在医学部卒業生の30%以上が女性であり、医師としての能力と使命感にあふれています。私が勤務していた研修病院でも女性研修医は非常に優秀で積極的に医学的知識や技術を習得し、内科系のみならず、整形外科、乳腺外科、救急科などで幅広く活躍されています。しかし、出産・育児と医師としての仕事の両立は、どんなに優秀な女性医師でも周囲の理解と協力がなければ困難です。

妊娠・出産は女性の特権ですが、「育児・家事は女性が担う」という性別役割分担意識は日本だけという国際比較調査があります。東京医大の不正入試問題から、複数の大学医学部で女子受験生への不当な差別があった事実が明らかになりました。背景には出産・育児を女性だけの問題とする性差別の現状、出産・育児で離職せざるを得ない支援体制の不足、医師の厳しい労働環境問題があり、女性にも男性にも働きやすい勤務環境改善に向けた取り組みが始まっています。

新潟県内の病院でも、育児休暇や育児短時間勤務制度、部分休業などの制度を上手に利用して就業を継続している先輩医師もいます。就業継続により、医師としてのキャリアを形成し、フルタイムへの復帰や専門医取得も可能となります。新専門医制度が女性医師にとって不利にならないための施策も提言されています。

「女性だから」という理由で進みたい診療科やキャリア形成を決して諦めず、医師としてのモチベーションを高く持ち続けてほしいと思います。新潟県内でも大学、行政、県医師会が連携して「女性医師等キャリア支援連絡会議」が発足しました。県医師会では就業継続支援として相談窓口や保育サポーターを検討しています。率直な意見や要望をぶつけて、女性医師が生き生きと活躍できる未来をみなさんの力で切り開いてください。

新潟県医師会 理事 高井和江

にいがた勤務医ニュース平成31年3月20日(水)

「誠実な医療と女性医師の活躍を願って」より

6.4. 「女性医師支援」から「医師支援」へ

男女を問わず、社会においても家庭内においても『自立した個』として、個々のワーク・ライフ・バランスの上で働き方を選択できることが理想である。しかし、勤務医の場合、現実には、図表 6-4 のとおり、週 40 時間以内に収まっている医師は 15%程度に過ぎず、70 年ぶりに改正され 2019 年 4 月から施行される労働基準法の時間外労働上限の適用も 5 年間猶予されて検討が続いている状況である。男女ともに厳しい労働環境にある勤務医の状況は、真剣に議論されなくてはならない。

図表 6-4. 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



※労働基準法第32条に定める週40時間との比較であり、個々の労働者について変形労働時間制等が採用されている可能性は推察している。

※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。

今や、「女性医師支援」ではなく、男女ともに対象とした医師支援が急がれる時代である。長年、女性医師支援に携わってきた北海道医師会の藤井美穂先生からのコメントを紹介する。

私は 2016 年に日医勤務医委員会に参加するまで、2004 年から日本医師会女性会員懇談会、2006 年から懇談会から名前を変えた男女共同参画委員会委員として、女性医師問題に継続的に関わってきましたが、女性医師に対する支援内容が時代を経て大きく変わってきていると実感しています。女性医師は急速に増加し、最近では 22%を超え、さらに、医学生では女子が 4 割に達しています。女性医師支援も、初期のうちは育児支援のための当直や時間外呼び出しの免除などでしたが、最近ではキャリア形成支援にシフトしてきています。医療界以外の社会同様、男性医師の家事・育児への参画をすすめる意識改革の必要性が叫ばれる現在、項目の頭に「女性」とつくと、逆に家事・育児・介護などは支援制度のある女性医師の役割となってしまうのではないかと危惧する議論も出ています。

私の病院には大変多忙な診療科の男性医師が父子家庭の柱として、育児と仕事を両立していますし、医師以外の職種の幹部職員が父子家庭の中で同様に育児しながら仕事をしています。女性医師には育児中の勤務条件が緩和されている現状と比べて、男性への支援も必須であると感じています。

超高齢社会の日本で仕事をする上で、介護との両立、自らの病気の治療との両立を必要とする人が増加してきています。これは女性に限らず男性も同様に直面する場面です。勤務環境を改善していくためには、「女性」という属性ではなく、それぞれの置かれた状況の中で勤務を継続していける環境を作るために、男女ともに対象とした医師支援を進めていくべきではないかと考えています。

医師の働き方改革は男性、女性ともに働き続けられる環境を作るいい機会です。女性という単独の属性のみを強調しない支援が望まれます。

附. 女性勤務医のインタビューを終えて

共同研究者 北村節子

2017年に実施された日医の全国助成勤務医のアンケート調査（巻末参照）には、「仕事と家庭の両立」に苦戦奮闘する女性勤務医の姿が浮かび上がります。上家と北村は、「生の声を聞きたいね」と話し合い、人づてに、具体的な仕事と生活を語ってくださる女性勤務医を訪ね歩きました。このインタビュー報告はその結果です。

みなさん、向上心の強い少女の日々を送った方々です。自立心があり、社会に役立ちたいという思いを抱いて進学してきました。「女性は理系に向かない」という偏見を蹴散らし、「長くて厳しい学生時代」に専門性を身に着け、国家試験をクリアしてきました。

ところが、さあ、これで一人前、というときに、勤務先に待ち構える、「女性はハードな仕事に使えない」、「結婚、出産、子育てとなると、病院のローテーションに穴が開く」という「二軍的扱い」。事実、新しい知見や技術を得ようという2,30代に、妊娠・出産というライフイベントが重なります。どの業界でもそうですが、「女性の働き盛りはライフイベントの集中時」でもあるのです。多くの方は、それを自分の努力と工夫で克服しようとしていました。女性だから、と甘えずに、睡眠不足を振り切り、実家のお母さんの援助に頼り、という具合です。

しかし、一方で、今よりさらに少数派として働いてきた「少しお姉さん年代の」女性勤務医たちは、働きやすい職場を積極的に求め、後輩を励まし、問題あるシステムを改善し、また、女性向きの新しい医療分野を開拓し、といった、「ただ我慢して粘る」だけではない力も発揮しつつあります。広い年代層に女性が進出してきた医療界では、年齢を超えたある種の「シスターフッド（姉妹のような連帯）」が芽生えつつあるようで、頼もしい限りです。

いろいろな感想があらうかと思いますが、ここでは敢えて、若い世代の女性勤務医に外部からの「応援歌」を送りたいと思います。

ひとつ。医師免許は現在、女性が手にすることのできる最強のライセンスの一つです。生涯、有効です。仕事で悩むことは多いでしょうが、なかなか仕事に出

会えない女性よりはずっと有利。あなたはもう、力強く自立しています。

ひとつ。医師を育てるには、多くの国税も費やされています。この職業を選択した時点で、社会の負託にこたえるという道に踏み入ったわけです。「女性の医師免許は高価な嫁入り道具」と辛口を言う医師の方もいるようですが、「ちゃんと使っていますよ」と見せてください。

ひとつ。子どもさんを育てるのに、躊躇しないでください。昭和の時代、仕事を持つ母親は「子どもをないがしろにする悪い母」といった言説が幅を利かせていました。ところが私が新聞記者として大勢の有職母親に聞いた限りでは、「罪悪感を持つ母親より、自分の仕事を明るく子どもに語る母親の方が子どもとの関係が良い」という傾向がありました。働く母親、特に社会に求められる医療に携わる母親は、胸を張って子どもに「ママもがんばっているの」と語ってほしいのです。

ひとつ。女性医師は医師と結婚する率が大変高いようです。二人で励ましあうのも素敵ですが、まずは「私を支えてくれる人」を探すのも一手では？ 欧州では、専門性の高い仕事の妻を尊敬して支える夫、という図式がたくさん見られます。もちろん、これには『男性改造』も必要ですが、とりあえず、女性勤務医がそんなカップルを形成できたら、それは世のモデルになれますよね。忙しくて同僚以外の男性に接する機会がない、という残念な事情を改善したいものです。

残念、といえ、職業の継続が、女性医師本人の努力だけに拠っている、という現実自体が残念です。職場のシステムを変えなくてはならない。家族の考え方を換えなくてはならない。日本のあらゆる職場でいま、「働き盛りがライフイベントの集中時」というジレンマを解決しなくては、と知恵を絞っているところで。皆さん方には、「働き続けること」「仕事を中断しても必ず復帰すること」を期待したいです。継続が周囲を変えますから。

最近見えてきたちょっと明るい傾向。本人が医師か否かにかかわらず、「娘が医師になった」という父親の、「医者には男性でなくては」という考えが変化してきていることです。娘が専門職になったパパたちに共通の現象のようですが、「女性は二軍」と思っていた男性たちを、その娘たちが内側から変えていく～なかなかナイスな革命だと思いませんか？

そして、経験を積んでベテランの域に片足を入れた女性勤務医の皆さんに、年

長者として一言。日本の社会では、年齢カードがものを言います。良し悪しは別にして、それが現実。ですから「もう若くて無理が効かない」と考える代わりに、「いま、年齢カードを手に入れつつある」と考えてみてください。職場の改善案も、年下の女性勤務医の応援も、あなたの一言が威力を持ち始めます。どうぞこれまでの経験を「くやしがる」だけでなく、女性勤務医全体の環境改善に使ってください。あなたの年齢カードは強力です。

先般、日米の医師たちの共同研究で、男性医師に担当された患者より女性医師に担当された患者の方が、余命が長い傾向があるという分析結果が報告されました。女性医師の方が、治療法を慎重に選び、患者の予後を考え、患者の家族に目配りする、などの誠実でマルチな対応をするからではないか、とのこと。

女性医師は、なかなか、です。世間は、女性医師の力を知るべきです。みなさんに期待しています。

北村節子 略歴

1972 お茶の水女子大 文教育学部卒

読売新聞東京本社入社 社会部、地方部、生活情報部などを経て
調査研究本部主任研究員

2008 読売新聞退社 同時に法務省中央更生保護審議会委員～2014

2016 大学共同利用機関法人 高エネルギー加速器研究機構監事～現在

7. おわりに

インタビューによって、生まれ育った環境、家族、同僚、患者さん、そして社会構造から影響を受けつつ形づくられたそれぞれの物語を伺った。2時間のお約束で開始したインタビューであったが、ほとんどの場合、いつのまにか、どんどん語り続けられて3時間前後に及んだ。インタビュー終了時に、多くの回答者から、話をすることで自分の状況を整理できた、と感謝の言葉までいただいた。

日々の診療や生活に追われるなか、どこかで立ち止まって振り返り表現することに、意味があるように思われた。

医師の働き方改革については、長時間連続勤務の禁止やインターバル制度の導入が決まり、2019年4月からは、猶予期間の制度の具体的運用方策を検討する段階に入る。医療機関における勤務環境改善計画の評価、他職種へのタスク・シフティングの推進、ICTの活用など医師の業務負担の軽減具体策とともに、医師の健康管理の徹底も課題としてとりあげられている。それでも当面、医療需要は拡大し続ける。医師がワーク・ライフ・バランスを保ちつつ活躍をつづけ、社会保障の基本である医療提供体制が維持されるためには、医療ニーズ自体も見直さなくてはならない。これには国民の理解と同意が欠かせない。患者教育、国民の医療リテラシーをどのように高めていくのか、中長期的な視点をもちつつ早急に取り組むべき大きな課題である。

翻って、日本医師会としてすぐにも着手できることとしては、管理者への労働法制研修の実施とピア・カンファレンスの場への支援が挙げられる。妊娠を報告したとき、おめでとう、と言ってもらえない職場が多いことには驚いたが、それは、医師全体の過酷な働き方の反映であると考えられる。

女性医師の働き方、ではなく、医師全体の働き方としてとらえていくことが重要であると思われた。

今回の、キャリアコースを変更した女性医師へのインタビュー結果が、医師の働き方を考える上での基礎資料の一つとなることを期待する。

資料

女性医師の勤務環境の現況に関する調査

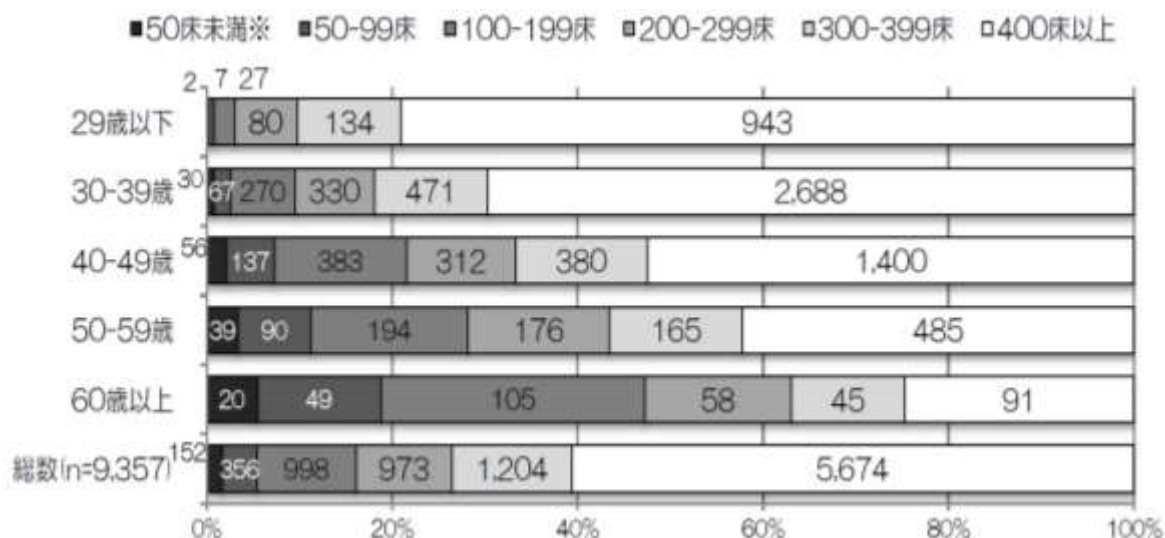
https://www.med.or.jp/joseiishi/wp-content/uploads/2018/10/h29wd_survey.pdf

調査結果の詳細については日本医師会女性医師支援センターホームページに掲載されている。ここでは、本文に關係の深い部分等を抜粋して紹介する。

回答者の勤務形態は、常勤が75%、時短常勤が3.2%、研修医が8.8%、非常勤13%であった。

勤務先の病院の規模は、20歳代では8割、30歳代では7割、40歳代で半数以上が400床以上の大規模機関に勤務しており、年齢階級が上がるにつれて小規模機関に分散していた(図表8-1)。

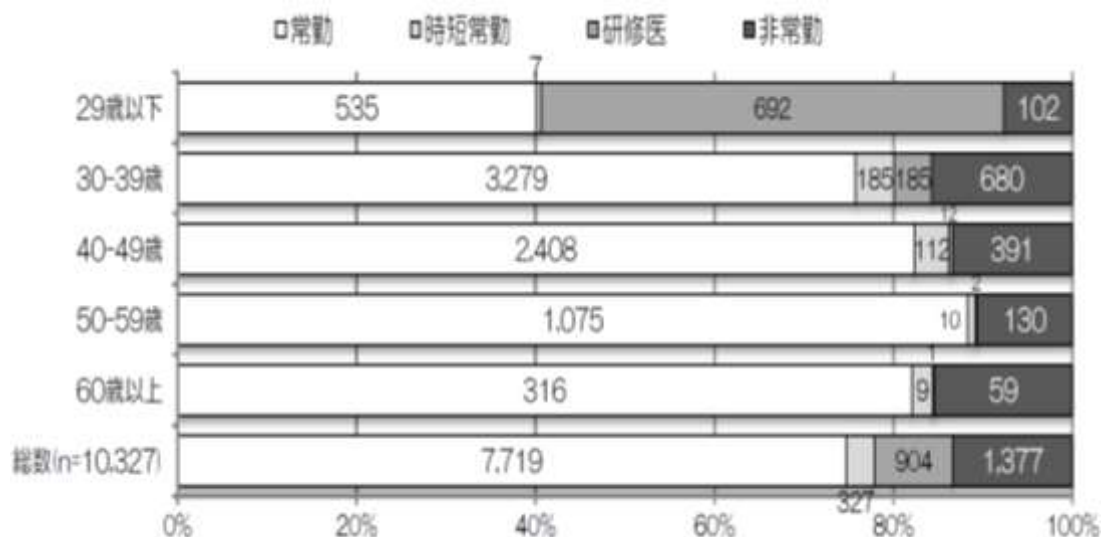
図表 8-1. 年齢階級別の所属病院規模



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

雇用の形態としては、病院勤務女性医師のうち、75%が通常の常勤、時短常勤3.2%であった（図表 8-2）。

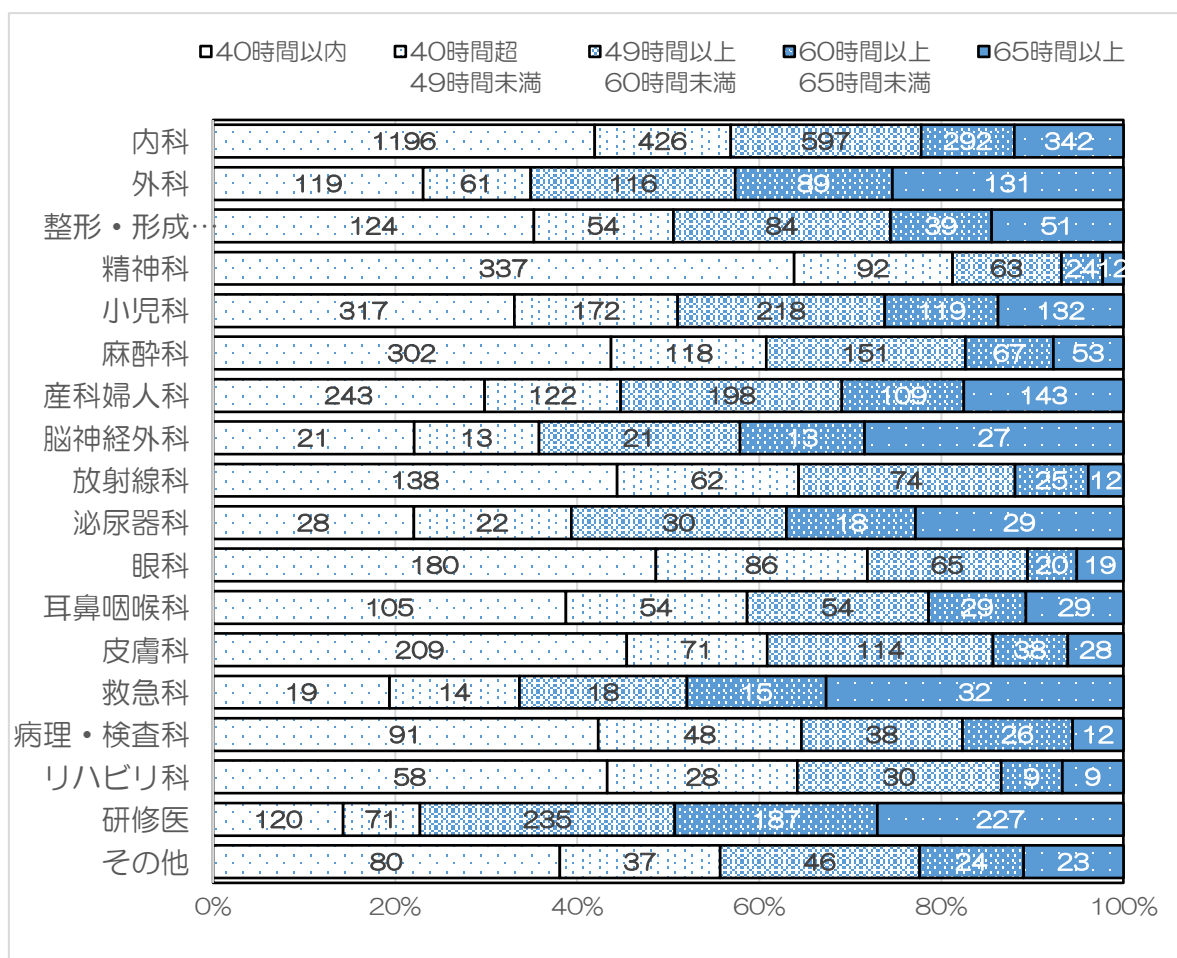
図表 8-2.女性医師の年齢階級別雇用形態構成割合



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

働き方については、1週間の実勤務時間は、時短・非常勤医師を含めても40時間以内は3分の1にとどまり、労災認定基準となる概ね月超過勤務80-100時間（週当たり60時間以上）が12%、概ね月超過勤務100時間以上（週当たり65時間以上）が13%を占めた。診療科によっては4割以上が月超過勤務80時間以上の科もあった（図表 8-3）。

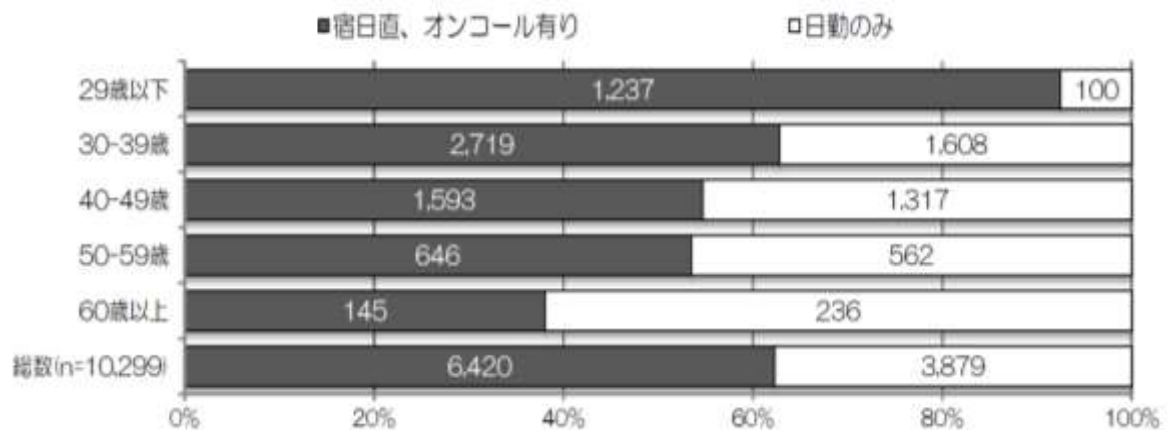
図表 8-3.女性医師の診療科別 1 週間の実勤務時間



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

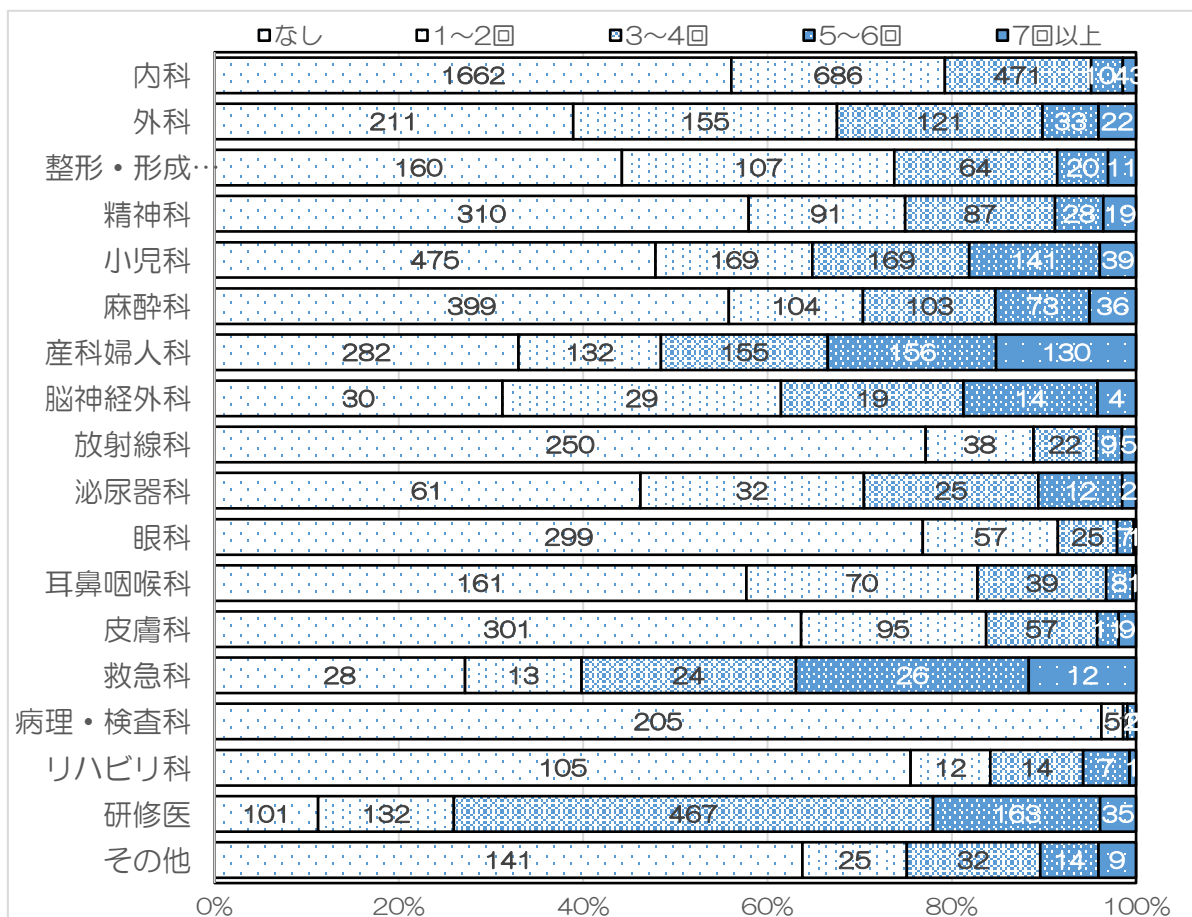
宿日直またはオンコール有は 6 割以上であった。年齢階級別にみると、29 歳以下は 9 割以上が宿日直またはオンコール有り、30 歳代以降では割合は下がるが、50 歳代でも 5 割を超えていた(図表 8-4)。診療科により大きなばらつきがあった。小児科と産科婦人科は、女性医師の割合が比較的高い診療科であるが、宿日直やオンコールの回数が月 5 回を超える割合は他科と比べ高かった(図表 8-5)。

図表 8-4. 女性医師の年齢階級別 1 か月の宿日直・オンコール回数



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

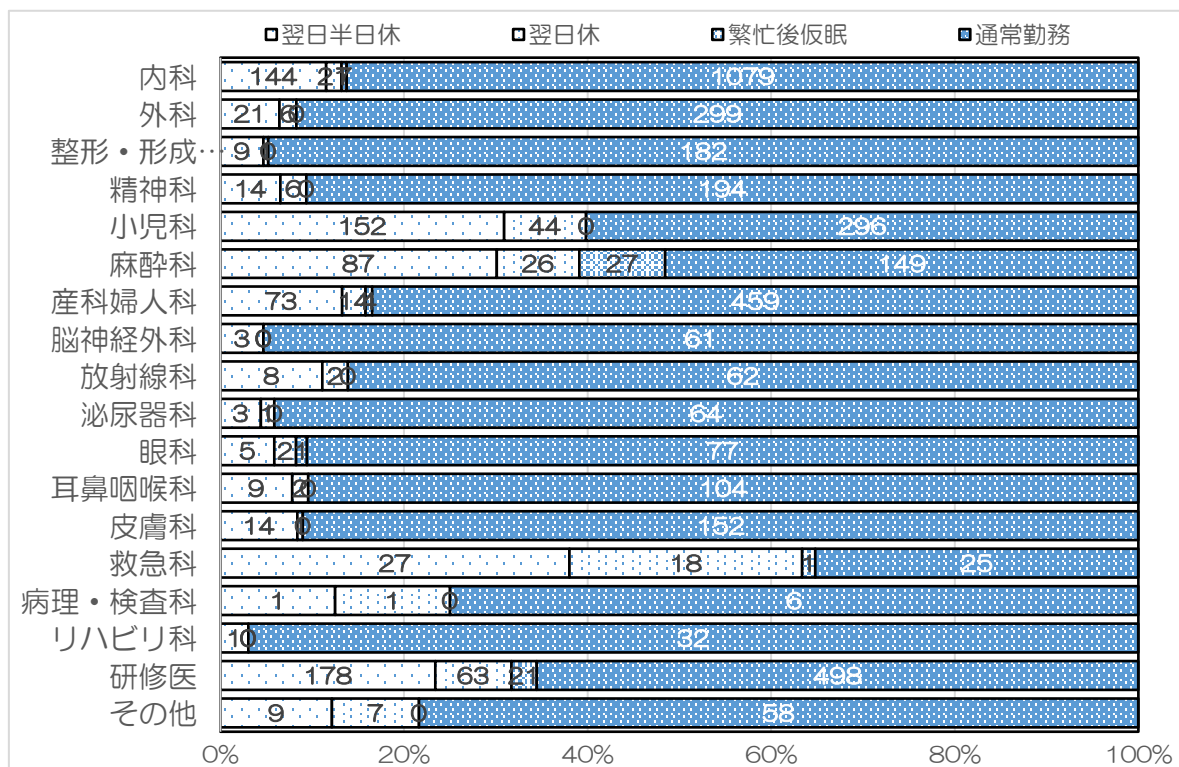
図表 8-5. 女性医師の診療科別 1 か月の宿日直・オンコール回数



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

宿直翌日の勤務についてはほとんどが通常通りであったが、一部の診療科ではある程度は翌日半休または翌日休のとれる体制となっていた(図表 8-6)。

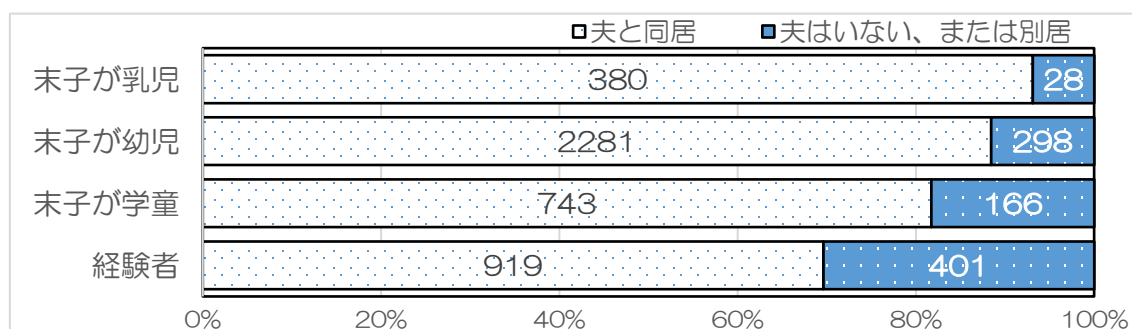
図表 8-6.診療科別の宿直翌日の勤務体制



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

この調査では、小学生までの子どもがいる人を「子育て中」として、子育て中の人は 38%を占め、8 割以上が常勤または時短常勤であった。また、子育て中で、夫と同居していない人が 13%あった(図表 8-7)。

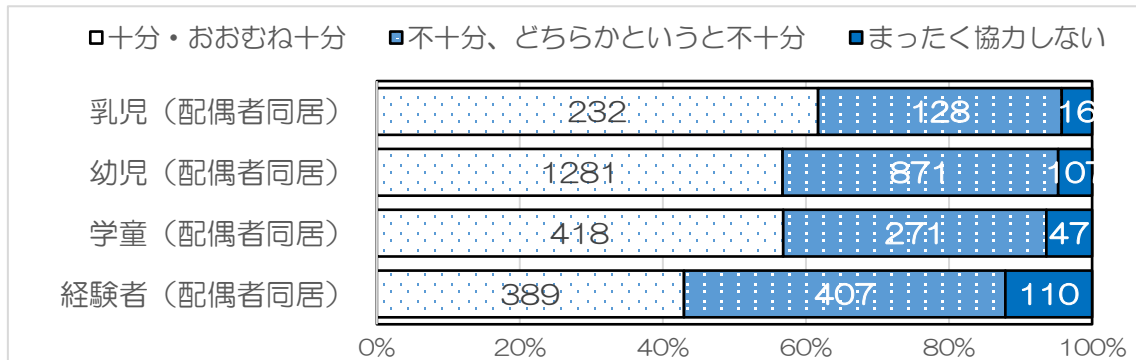
図表 8-7.子育て中または子育て経験のある女性医師の配偶者同居の割合



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

夫の育児・家事への参加状況について「不十分」は子どもが大きいほど、つまり、以前の子育てほど割合が大きかった(図表 8-8)。

図表 8-8.子育て中または子育て経験のある女性医師の配偶者の育児・家事への参加状況についての認識



女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017

仕事を続ける上で必要と思う制度や支援策としては、勤務環境の改善を回答者の 96%が挙げ、次いで子育て支援 88%、復職支援を 38%が挙げた。

家庭・育児に関する悩みを 71%が、医師としての悩みを 64%が、職場における女性医師としての悩みを 36%が挙げた。

これらの結果から、報告書では、「職場の男女共同参画や育児支援への意識は高まっている一方、家庭内ではまだ女性医師への負荷が大きいようにみえた。出産、育児を応援するのみならず、医師業務との両立、キャリア形成確保のための支援も重要である。」と結論付けている。

参考

日本医師会女性医師支援センター <https://www.med.or.jp/joseiishi/>

OECD <http://www.oecd.org/tokyo/>