

# 女性医師支援対策

## —私たち病院の取り組みから—



● 大阪厚生年金病院院長

清野 佳紀

せいの よしき

1940年2月23日生まれ。1965年3月大阪大学医学部卒業。89年8月大阪大学助教授。90年4月岡山大学教授(小児科)。2003年4月大阪厚生年金病院 院長就任。岡山大学名誉教授。

- ◆ 現在、日本における若手医師、すなわち29歳以下の医師の増加数は毎年250名程度で、男性医師が毎年100名ほど減少しているのに比べ、女性医師は毎年350名以上も増加している。
- ◆ つまり若手医師の供給においては、地殻変動的に女性医師の比率が増加しつつあるのだ。
- ◆ ところが、この事実を知ったうえで日本の女性労働者の就業率を見てみると、30代になると急激に就業率が減少し60%までに落ち込む。日本小児科学会で女性小児科医師の就業率を調査すると、日本の女性小児科医の就業率ピークは20代後半であり、30代後半には50%以下に低下していた。
- ◆ この理由は、わが国では女性医師を含めた女性労働者の両立支援がされていないからである。
- ◆ この状況をそのまま放置すると深刻な医師不足が到来することになる。
- ◆ ましていわんや皮膚科、眼科、産婦人科、小児科のように女性医師の比率の高い診療科では、深刻な問題となる。
- ◆ いずれの先進国でも起こったように、近い将来、日本でも女性医師の比率が50%近くになるであろう。
- ◆ 行政当局、医療現場を問わず今のうちに抜本的な対策を立てなければならない。

昔は、大学の医学部の教授や病院長などの管理職の立場の人が、「うちには女医はいらない」というようなことを平気で口にしていた。ところが、現在では日本全国の全医師数は毎年3,000名あまり増加しているが、その内訳は女性医師が2,000名近く増加しており、男性医師は1,000名余りの増加数である。しかも29歳以下の医師の増加数は毎年250名程度であり、その内訳は男性医師が毎年100名ほど減少しているのに比べ、女性医師は毎年350名以上も増加しているのである(図1)。つまり

図1 日本人医師の増減(2000～2002)

|      | 医師数     | 増減/年<br>(人) | 比<br>(%) |
|------|---------|-------------|----------|
| 計    | 246,387 | 3,186 ↑     | 100      |
| 男    | 209,558 | 1,205 ↑     | 85.1     |
| 女    | 36,829  | 1,981 ↑     | 15.0     |
| <29歳 | 25,949  | 256 ↑       | 100      |
| 男    | 17,654  | 96 ↓        | 68.1     |
| 女    | 8,295   | 352 ↑       | 32.0     |

(厚生労働省)

若手医師の供給では、地殻変動的に女性医師の比率が増加しつつある。一般的に女性労働者の就業率のパターンは、その国の先進性を

表すともいわれている。たとえば、スウェーデンでは、女性労働者は男性労働者と全く同じパターンを描き、就業率は30代になっても40代になっても上昇する傾向がある。それに比べて、わが国や韓国などでは、女性就業率は20代後半がピークであり、30代後半には40ないし50%低下するパターンを描いている。米国及びドイツでは、日本とスウェーデンの中間に位置している(図2)。この就業率の差は、その国の社会が女性労働者の就業をどれだけ支援しているかで決まる。このことは、当然ながら医療労働者にも当てはまる。日本小児科学会では、女性小児科医師の就業率を調査した。その結果、日本の女性小児科医師の就業率ピークは20代後半であり、30代後半には50%以下に低下していた(図3)。いまや、大学卒業後の小児科医を希望する女性医師は、小児科希望者の5割に到達している

時に、その人たちが10年後には半分以上も勤務小児科医を辞めてしまうということは、今後深刻な問題となるであろう。わが国では、女性医師は皮膚科、眼科、産婦人科、小児科で比率が多いが、その中でも多忙を極める産婦人科、小児科などは、そのまま放置するとますます深刻な医師不足が到来することになる。

日本小児科学会では、女性医師になぜ仕事をやめるのかというアンケート調査を行った。圧倒的に多い理由は

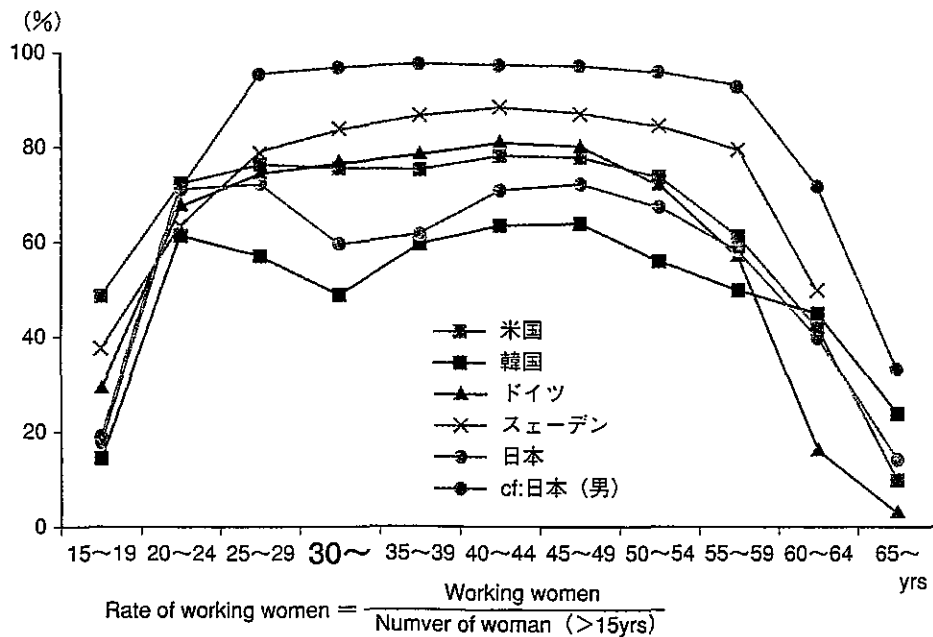
①育児 ②妊娠および出産

であった。そのほか

③子どもの教育 ④結婚生活

などである。

つまり、主な休職の理由は、社会ならびに家族の支援が得られないことによるものである。もちろん家族も支援したいのであろうが、



(厚生労働省)

図2 国別、年齢別就労女性の場合

日本の社会のしくみでは夫にすら妻の育児を支援しにくいからであろう。さて、病院の育児制度に関して調査をしてみると、

- ①産休中の身分保障や代替要員
- ②妊娠中の当直の免除      ③育児休業制度
- ④育児休業中の代替要員
- ⑤職場内保育園

などの未整備が目立っている。女性医師のライフサイクルを見ると、30代に妊娠・出産・育児が始まり、50代には老父母のケアが始まる。自分自身も社会的にきわめて重要な仕事をこなしながら、これらの重荷を背負わなければならない。必然的に医師を休職するか、子どもをあきらめるか、ということになるのかもしれない。

これらの点を考慮し、解決すべき課題としては、

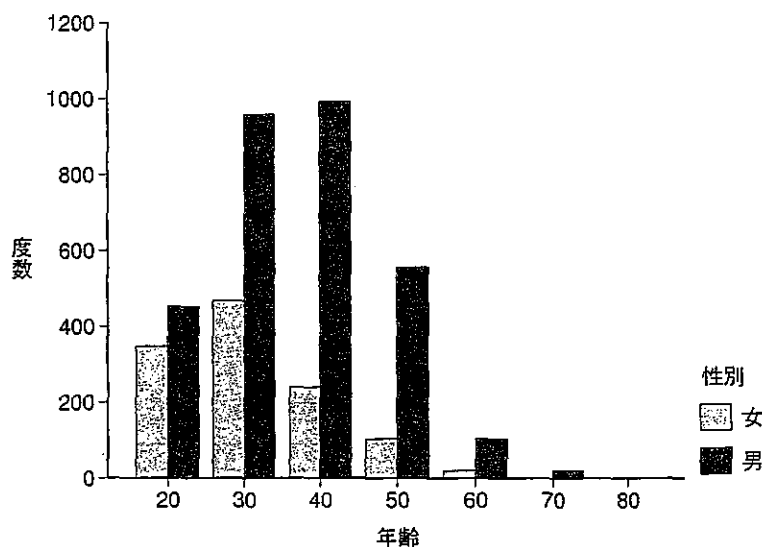
- ①子育て支援      ②勤務制度面の改善
- ③生涯教育、再教育支援

などが挙げられる。

医師および女性医師をとりまく現行の支援制度を調べてみると、

- ①男女雇用機会均等法
  - ②労働基準法
  - ③3世代育成支援対策推進法
- などが挙げられる。

とくに三番目の3世代育成支援対策推進法は、今年度から施行される画期的な法律である。すなわち「地方自治体および従業員300人以上の事業主は、次世代支援対策のため、労働者が職業生活と家庭生活の両立を図れるようにするため、必要な雇用環境の整備を行うことにより、自ら次世代育成支援対策を実施するよう努めるとともに、国または地方公共団体が講ずる次世代育成支援対策に協力しなければならない」となっており、5年ごとに、育児中の男女が働きやすい環境を作るための行動計画を提出する義務がある。この法



(病院小児科・医師現状調査。日本小児科学会、2004)

図3 男女別小児科医の就業率推移

律は、もろに各病院に当てはまることになる。

私が当病院の院長に就任して以来、以下のことを実行した。

- ①大阪厚生年金病院の職員の出産・育児に伴う休暇支援として、正式職員、臨時職員を問わず、有給の産前・産後休暇を取得できる。また、出産休暇も取得できる。さらに、配偶者への出産の際に子育て支援休暇も与えることにした。

勤務制度の面でも時差出勤やフレックスタイム制を取り入れて、子育て中の女子職員が働きやすいような環境作りを行った。

- ②職員が勤務のために駐車場を取得する際に、子育て中の女子職員を最優先することにした。

- ③女性医師の比率の高い産婦人科をオープンシステムにし、重点的に分娩数を増加する一方で、妊婦検診などの外来診療はできる限り地域の診療所や助産院にお願いすることにした。これにより医師のQOLを出来る限り改善するようにした。

- ④職員の病児保育室を開設し、女性職員に限らず3歳までの子どもをもつ職員も利用できるようにした。

とくに、医療の現場においては臨時職員に育児支援をすることは極めて重要なポイントであると考えている。なぜならば、例えば医師の場合、25歳で卒業して以降、研修生、レジデントなどの制度があり、卒業後5、6年以上も常時勤務しているにも関わらず、法律上

は臨時職員扱いとなっている。また、看護師の場合も常時勤務しているが、臨時職員扱いの待遇である場合が非常に多い。このように若手の医療労働者が臨時職員の扱いを受けているので、出産、育児などの支援をしなければ彼らは休職に追い込まれることになる。

さて、本来の育児支援というものを考えてみると、育児に関して男性と女性が平等に関わっているならば、育児支援制度というものは男女平等に支援されるものである。ところが、わが国では、いまだに育児は圧倒的に女性にゆだねられているために育児支援というものは女性職員支援になってしまうのである。

もちろん、医師であるなしに関わらず、一般市民が働く女性をいかに支援していくかということは極めて重要である。もっと女性が働き、もっと老人が働き、もっと子どもが生まれる社会にしなければ、年金制度も医療保険もこのままでは成り立たなくなるのは明白である。私は常日頃から院長として、

①子どもは社会が育てる。

②家事は家族全員が行う。

を目標にして病院の環境改善を図るべく努力している。

いずれの先進国でも起こったように、近い将来日本でも女性医師の比率が50%を超えるであろう。行政当局・医療現場を問わず、今のうちに抜本的な対策を立てなければ、日本の医師供給制度は破壊されてしまうであろう。