

産科・産婦人科における女性医師 離職防止・復職支援に向けて¹

～すべての女性が働きやすい環境づくり～

京都産業大学 田中寧研究会 医療分科会

赤木里紗 新井優太 池内勇太 粕克善
大角侑 田甫梓 美藤尚人

2008年12月

¹本稿は、2008年12月20日、21日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2008」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、田中寧教授、田中伸明教授（京都産業大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、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

日本で医師不足が問題となって久しいが、とりわけ産婦人科においては深刻である。その勤務環境の過酷さもさることながら、医師の逮捕や、妊婦のたらいまわしなど危機的な状態にある。マスコミでも取り上げられることも多くなり、その状態改善は急がれる。

本稿の目的は産婦人科における医師不足の状況を改善し、医師の働きやすい環境を作ることにある。その結果として安全なお産の確保や医師数の増加が見込めると考えている。

第1章では、産婦人科の現状について触れている。産婦人科の過酷な勤務の原因として産婦人科医師の絶対数の不足がある。現在、医師は総数としては増加傾向にあり、1984年から2004年にかけて173452人から256668人と32.4%増加している。しかし産婦人科においては減少傾向で、12181人から10555人と15.4%減少している。不足といわれている状況の中において減少傾向にあるので、このままでは更なる状態悪化は避けられない。産婦人科が減少しているのには、複数の要因がある。まず、分娩取扱離脱・産婦人科離脱の増加がある。分娩取扱離脱が増えれば分娩を取扱う医師への負担が増え労働環境が悪化する。産婦人科離脱の増加は、直接的に医師不足を悪化させる。次に労働条件の厳しさやそれによる医療訴訟の増加がある。労働条件の悪化は、研修医の意思決定に悪影響を与える。医療訴訟の増加の背景には、労働条件の悪化のほかに分娩そのものが持つリスクの高さが伺える。そして、2004年に導入された新医師臨床研修制度の影響が挙げられる。この新医師臨床研修制度によって、研修が義務化・研修先病院が選択できるようになった。その結果、平成16年度卒業医の中で日本産婦人科学会専門医研修を開始した医師は285名程度であり、それ以前より約20%減少している。制度導入からの4年間で現場の産婦人科医の新規参入の減少分は全体で820名程度¹というのが、現場の実感に即していると考えられる。

第2章では、産婦人科医が減少していく現状を改善する為に、分娩取扱離脱・産婦人科離脱に注目している。そこでまず、両ケースの離脱に関して、男性医師と女性医師で比較し、男性医師の分娩取扱離脱・産婦人科離脱に比べて女性医師の分娩取扱離脱・産婦人科離脱が多いことを言う。そして、産婦人科における女性医師の割合が多く、急激に増加していることを述べることで、産婦人科における女性医師の存在の重要性を認識する。これらのことから、両ケースの離脱の増加は、女性医師による影響が大きいことが分かる。そこで、分娩取扱離脱・産婦人科離脱の焦点を、女性医師の分娩取り扱い離脱・産婦人科離脱を抑制することに置く。次に、女性医師が分娩取扱離脱や産婦人科離脱する要因を知るため、記述分析や回帰分析を用いて要因を探る。結果として、女性医師の分娩取扱離脱の要因には子供の有無、女性医師の産婦人科離脱の要因には分娩を取扱う医師への負担の増加があることが分かった。これらをまとめると、分娩取扱離脱の解消が分娩を取扱う医師への負担を軽減する。そのことが産婦人科離脱の解消にも繋がるという構図が見えてくる。

それを受け第3章では、各大学病院が行っている女性医師継続就労支援対策について挙げ、まとめていく。ここでは、各大学病院が行っている女性医師継続就労支援対策を、病院内に24時間体制の保育所を設置する「24時間院内保育制度」、短時間労働者を正社員と同様に扱う「短時間正規雇用」、当直の回数を減らす、あるいはなくす「当直免除」、「フレック

¹ 350名×2[平成16、17年度]+70名[平成18年度]+50名[平成19年度]

クスタイム制度」等のその他政策の4つに分ける。各対策について、各大学病院での実施状況やその制度内容等の詳細を述べる。それらの政策を第4章での私達の政策提言の参考とする事にする。

最後の第4章では、女性医師が継続的に就労できるための政策、つまりは女性医師の分娩取扱離脱・産婦人科離脱を解消するための政策を提言する。具体的な政策としては、①各病院に対しての「当直免除」の積極的導入、②「短時間正規雇用」と「院内保育の24時間体制」の促進の2つである。これらを政府が主導で行うことにより、各病院での「当直免除」の導入や「短時間正規雇用」、「院内保育の24時間体制」の促進が見込める。それにより、女性医師の分娩取扱離脱・産婦人科離脱が解消され、産婦人科医減少の抑制にも寄与するのではないかと考えられる。

目次

はじめに

第1章 産婦人科における現状と問題点

- 第1節 医師の総数増加と産婦人科医減少
- 第2節 産婦人科医の減少要因
 - 1. 分娩取り扱い離脱と産婦人科からの離脱
 - 2. 労働環境と勤務体系
 - 3. 医療訴訟
 - 4. 医師臨床研修制度の影響
- 第3節 政府による医師不足対策

第2章 産婦人科医師減少の焦点とその要因分析

- 第1節 注目すべきは分娩取り扱い離脱と産婦人科離脱
- 第2節 産婦人科における女性医師とその重要性
- 第3節 女性医師の分娩取扱離脱・産婦人科離脱要因
- 第4節 結論

第3章 女性医師の継続的就労支援のための対策

- 第1節 各大学病院の女性医師継続就労支援対策
- 第2節 各対策の概要
 - 1. 当直業務の免除
 - 2. 短時間正規雇用制
 - 3. 院内保育の24時間体制
 - 4. その他の対策
- 第3節 まとめ

第4章 政策提言

参考文献・データ出典

はじめに

日本の産婦人科医療、特にここ数十年間の周産期医療¹の進歩はめざましい。この周産期医療が発達したことによって、出生件数 1000 件あたりの周産期死亡率は 1975 年の 16.0% に対して 2005 年では 3.3% まで低下し、現在では欧米先進国を上まわり、世界でも最高水準の医療を国民に提供することが可能となった。

しかしながら、近年、産婦人科の問題をマスコミで耳にすることが多くなった。2004 年 12 月 17 日に福島県立大野病院で帝王切開手術を受けた産婦が死亡し、担当医師が起訴されたいわゆる「大野病院事件」。さらに、東京都内の妊婦が都内 8 病院で受け入れを断られ、出産後に脳内出血で死亡するという問題が発生した都立墨東病院（墨田区）など、次々と問題が起こっている。

また、産婦人科の問題は、単に訴訟、たらい回しが起こるといったことだけではない。根本的に医師数が足りていないという問題がある。実際問題として産婦人科の医師数は年々減少している。

私達は、普段からゼミ内で社会保障について勉強しており、国民の最低限の生活を保障するといった観点から、このような現状に危機感を覚えた。そこで、私達の視点から産婦人科の問題について何か提言したいと思い、このテーマを選んだ。

詳しくは本稿の中で述べるが、産婦人科では女性医師の数が増加しており、産婦人科全体における女性の割合が高くなってきている。このことから結婚や出産、育児などによる離職の影響が強くなっており、産婦人科医の医師不足に拍車をかけている。

本稿の目的・特徴は近年増加している女性医師に注目し、その離職や分娩からの離脱を防ぐ環境を整備することで、医師の負担を軽減し、医師不足を解消することである。

第 1 章では、日本の医師数と産婦人科の医師数の時系列での推移、産婦人科でどのようなことが主な原因となっているのかを示す。さらには、その問題を解消するために、政府が行っている政策を紹介する。

第 2 章では、第 1 章で示した問題から産婦人科医減少に寄与している最も対処すべき要因である分娩取扱離脱、産婦人科離脱について分析、考察していく。

第 3 章では、全国の各大学病院において、女性医師離脱防止のために行われている女性医師の継続就労支援対策を挙げ、次章での政策提言に繋げていく。

第 4 章では、これまでの結果踏まえて、私達が考える産婦人科における女性医師が継続的に就労できる政策を提言する。

なお今回の分析対象となった医療分野においては、まとまった統計を入手することが非常に困難なため、統計分析が極めてシンプルになってしまったことは残念ある。今後統計の入手が容易になったときにも私達の分析が有効であることは言うまでもない。

¹周産期とは妊娠後期から新生児早期までのお産にまつわる時期を一括した概念をいう。この時期に母体、胎児、新生児を総合的に管理して母と子の健康を守るのが周産期医療である。

第1章 産婦人科における現状と問題点

近年、医療問題特に産婦人科の問題を耳にすることが増えてきた。メディアでも産婦人科医不足をはじめに、医療訴訟、妊婦のたらい回しなど多くの問題が取り上げられている。

なぜこういった問題が起こるのであろうか。まずは産婦人科の現状を見ていく。

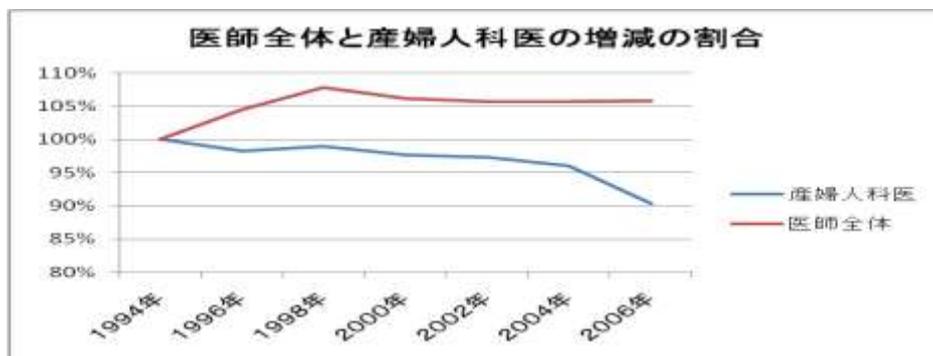
第1節 医師の総数増加と産婦人科医減少

産婦人科の問題がおこる根本的な理由として産婦人科医の減少による医師不足が挙げられる。厚生労働省の調査¹によると、1994年から2006年の10年あまりの期間に医師総数は230519人から277927人と約5%増加しているのに対し、産婦人科医数は11039人から9592人と約10%も減少している。(図1-1)

次になぜ医師総数は増加しているのに対し産婦人科医は減少しているのだろうか。詳しくは第2節で述べるが、主に4つの大きな原因がありここで簡単に説明する。1つ目に産婦人科では分娩取り扱いの離脱、産婦人科を離脱する人が増加しているということ。2つ目に労働環境の劣悪や勤務形態。3つ目に訴訟リスクの高さ。そして4つ目に新しく導入された臨床医師研修制度の影響によって、若手医師が都市部大規模病院に集中化し、地方の医師不足が深刻化しているということが挙げられる。またこれらを理由に産婦人科医を敬遠する医学生が多く、産婦人科の新規入局者は年々減少傾向にある。この状況が続けば、少子化によって引き起こる産婦人科の診療の減少を差し引いても、医療サービスの低下、産婦人科不足による休診や診療所の閉鎖、妊婦の受け入れ拒否などの問題が増加していくことが懸念される。

以上の4つの主な原因を中心とし、第二節で現状と問題点を把握していく。

図1-1 医師全体と産婦人科医の増減の割合²



〔出典〕厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査

¹ 平成18年度「医師・歯科医師・薬剤師」調査

² 1994年を100%として2006年までの増減の割合を算出

第2節 産婦人科の減少要因

第1節では、実際に産婦人科医が減少していることを示したが、ここでは具体的にその原因となっているものを見ていく。

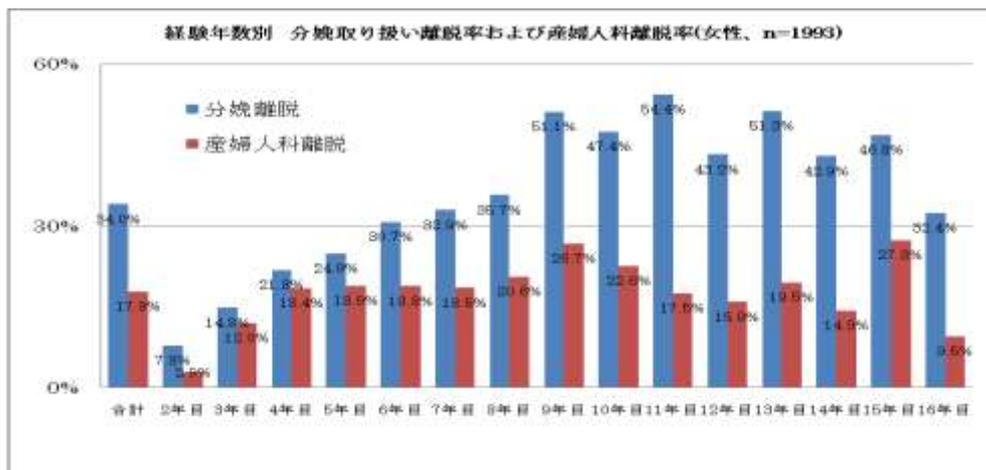
2.1 分娩取り扱い離脱と産婦人科からの離脱

まず産婦人科の減少の原因として、分娩の取り扱いをやめてしまう、あるいは、産婦人科から離脱してしまう医師の増加が危惧されている。日本産婦人科学会の調査¹では、分娩の取り扱いをやめる医師と産婦人科から離脱する医師とでは、離脱の時期がやや異なっていることがわかった。(図1-2、1-3)

女性医師の分娩取り扱い離脱²については、自身の妊娠・出産・育児の時期と同期して一時的に高くなっている。一方、女性医師の産婦人科離脱³は、経験年数9年目と15年目がそれぞれ26.7%、27.3%と高かったが、それらの医師を除くと、経験年数4年目の18.4%以降は急激な増加は見られず、分娩取り扱い離脱とはやや異なる傾向がみられた。女性医師については、3人に1人は分娩取り扱い離脱をし、6人に1人は産婦人科離脱している。男性医師では17.4%が分娩取り扱い離脱し、9.8%が産婦人科離脱する。男性医師の離脱は女性医師の約半分である。女性医師は、出産・育児の時期を迎えた時、一時的に分娩取り扱いから離れることを選択肢としているが、必ずしも産婦人科からの離脱にはつながっているわけではない。男性医師は分娩取り扱い離脱と産婦人科離脱が一致する傾向にあることが推測される。

キャリア10年超の中堅の女性産婦人科医の半数がお産の現場から離れており、特に子供がいる医師にその傾向が強い。若い産婦人科医は半数以上が女性であるが、長時間労働など働く環境が改善されないと、お産の担い手不足がさらに深刻化することが予想される。

図1-2 分娩取り扱い離脱ならびに産婦人科離脱(女性、経験年数別)

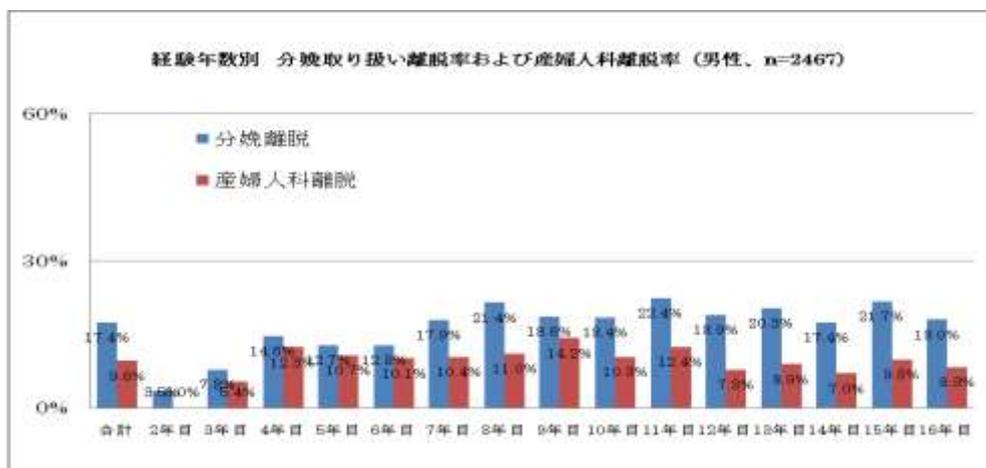


¹ 平成19年度「日本産婦人科学会員の卒後2年から16年における就労状況について」

² ここでの「分娩取り扱い離脱」は、病院・診療所勤務・パート・その他(他科転科・無職などの医師)の医師とする。

³ 「産婦人科離脱」は、病院・診療所に勤務しない「その他(他科転科・無職などの医師)」の医師とする。

図 1 - 3 分娩取り扱い離脱ならびに産婦人科離脱(男性、経験年数別)



〔出典〕平成 19 年度 日本産婦人科学会「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」

2.2 労働環境と勤務形態

2.2.1 労働環境

産婦人科医の労働環境が苛酷であることはよく耳にするが、実際にどのくらいの時間医師が働いているのかをみていく。日本産婦人科学会の調べ¹では、産婦人科医の在院時間²は月平均 295 時間で、オンコール時間³は月平均 144 時間であった。

調査結果を年齢別にみると、在院時間が最も長いのは 30 歳未満で 328 時間、ついで 40 - 44 歳で 308 時間、45 - 49 歳で 291 歳であった。オンコール時間で、50 - 54 歳で 195 時間、30 - 34 歳で 155 時間、45 - 49 歳で 148 時間の順だった。

産婦人科医師数が少ない病院で当直体制を取ると、医師一人当たりの当直回数が多くなり、在院時間が長くなる。また、オンコール体制⁴の場合帰宅後もいつでも呼び出しに対応しなければならないため、「その間は精神的緊張が持続する」とのアンケート結果もあり、今回の集計では、オンコール時間が月 500 時間以上の医師が 4 人、200 時間以上の医師が 22 人いた。

この調査で、病院産婦人科医の在院時間が非常に長いことが示され、いわゆる『過酷な勤務』の実態の一端が数値として示された。これにより産婦人科医の労働環境の改善が急務であることが再認識されたといえる。

¹ 平成 20 年度「産婦人科勤務医・在院時間調査」

² 産婦人科医が病院にいる時間のことで休憩時間、宿直時間、時間外の診療時間などがすべて含まれる。

³ 勤務時間外に必要な生じた際に対応する時間帯

⁴ 病院産婦人科は異本的に 24 時間体制で運営されているため、当直体制をとっていない施設では、入院患者の急変、分娩の進行、救急の外来患者への対応等の必要が生じた場合に備えて、必要時に呼び出されるオンコール体制をとっている。

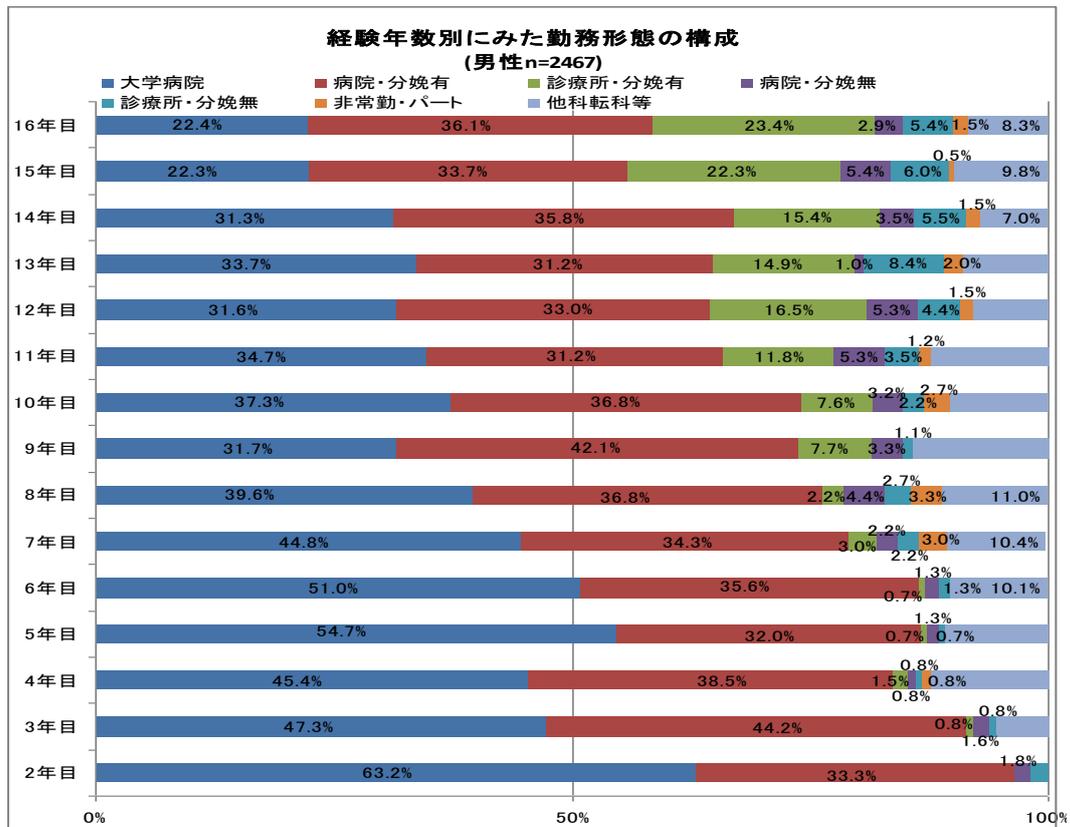
2.2.2 勤務形態

次に大学病院や診療所など勤務形態の違いについて調べたところ、男性医師と女性医師とでは、経験年数に伴う勤務形態の変更に明確な違いがみられた。(図 1 - 4、1 - 5) 経験年数 2 年目から 16 年目の男性医師の勤務形態の内訳をみると、大学病院の勤務が平均 37.1%で、全体の約 4 割が大学病院に残っていた。男性医師は年代別での「分娩を取り扱う病院」での勤務割合に大きな変化が見られなかったが、経験年数 11 年目以降に「分娩を行う診療所」での勤務の割合が増加し、16 年目には 23.4%に達していた。これは経験を積んでから開業するという勤務状況の変化と考えられる。一方、経験年数 2 年目から 16 年目の女性医師のうち大学病院勤務は平均で 30.4%であった。男性医師に比べると割合は低いものの、全体の 3 割が大学病院に勤務していた。経験年数 9 年目から 13 年目では大学病院勤務の割合が低下する傾向がみられた。特に 11 年目で 19%と最低になるのは、分娩取り扱い離脱と同様である。

女性医師の「分娩取り扱い病院」での勤務は、一時的な落ち込みはあるものの、再び増加する傾向がみられた。経験年数 3 年目の「分娩取り扱い病院」勤務の割合は、50.7%であったが、年数が上がるにつれてその割合は低下し、16 年目では 40.5%にまで回復していた。

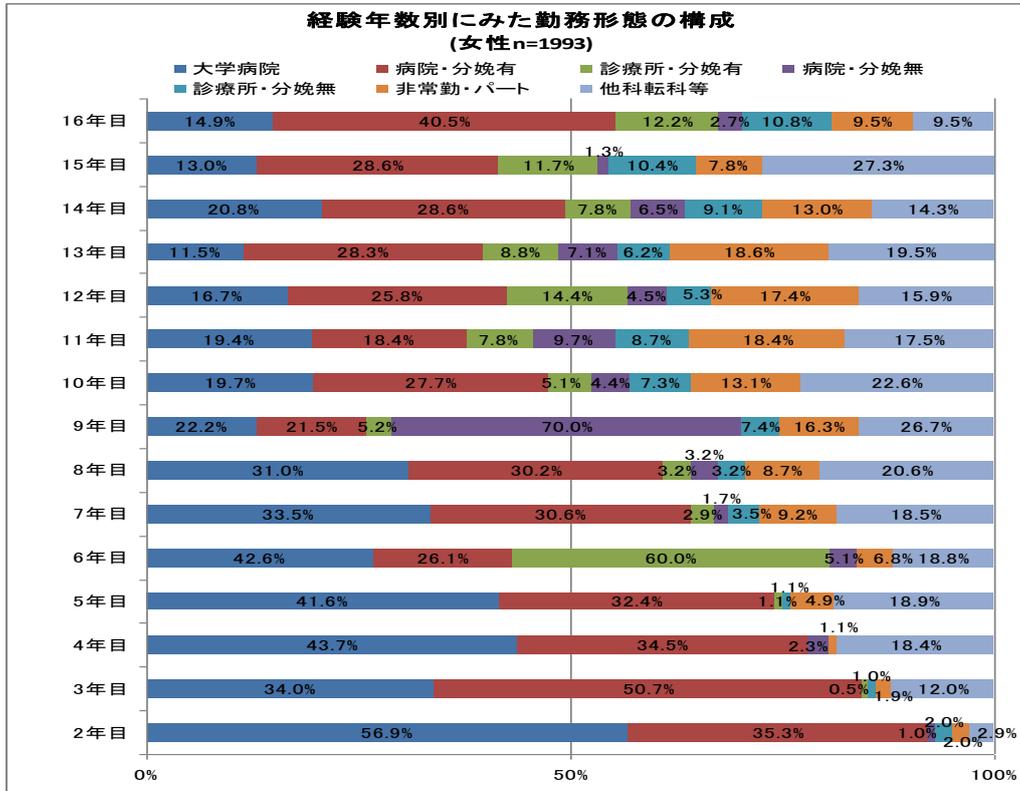
一方、「分娩取り扱い診療所」での勤務は 12 年目以降も 10%前後にとどまっておられ、男性医師との違いがみられた。また、非常勤もしくはパートの勤務形態は 1 割から 2 割を占めており、特に 9 年目より増加している。これは男性医師には見られない傾向である。

図 1 - 4 経験年数別勤務形態 - 男性 -



[出典] 平成 19 年度 日本産婦人科学会「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」

図 1 - 5 経験年数別勤務形態 - 女性 -



[出典] 平成 19 年度 日本産婦人科学会「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」

2.3 医療訴訟

ここ数年、医療訴訟の問題が増えていると言われている。実際に最高裁判所の調査によると、医療訴訟件数は 1993 年には 442 件であったのが、2002 年には 896 件となっており、約 10 年間で倍増している。これほどまでに医療訴訟が増加した原因としては、医療事故への社会的批判が強まっていること、被害者の権利意識が高まっていること、医療情報へのアクセスが以前より容易になっていることなどが考えられる。

中でも産婦人科における医療訴訟の問題はとりわけ深刻なものである。2006 年の産婦人科における医療訴訟は 161 件にのぼる。診療科別の訴訟件数で見ると、産婦人科は内科、外科について 3 番目に多い。この数もさることながら注目すべき点は医師一人当たりの訴訟件数の割合である。他科は 1%にも満たないのに対し産婦人科は飛びぬけて高い 1.5%となっている。ちなみに内科は 0.3%、外科は 0.6%である。(図 1-6) また記憶に新しい事件として 2006 年の 2 月 18 日に起きた福島県立大野病院の産婦人科医が帝王切開中の大量出血による患者の死亡により、刑事事件として医師が逮捕される事があった。判決は無罪となったが、事件が発生した福島県内では事件以後産婦人科からの撤退が相次ぎ、2005 年 12 月末から 2008 年 7 月末までの間に産婦人科を掲げる医療機関は 15.3%も減少した。このことからこの事件が与えた影響がいかに多大なものであったかが伺える。

図 1-6 診療科別訴訟件数と医師一人当たりの割合

順位	診療科名	2006年訴訟件数	医師数	医師一人当たりの訴訟件数の割合
1位	内科	256	98,232	0.30%
2位	外科	188	34,055	0.60%
3位	産婦人科	161	10,555	1.50%
4位	整形外科	119	24,595	0.50%
5位	歯科	74	162,962	0.00%
6位	小児科	33	32,151	0.10%
7位	精神科	32	13,609	0.20%
8位	眼科	28	12,778	0.20%
9位	泌尿器科	24	8,562	0.30%
10位	耳鼻咽喉科	23	9,499	0.20%

〔出典〕最高裁判所 医事関係訴訟に関する統計

2.4 医師臨床研修制度の影響

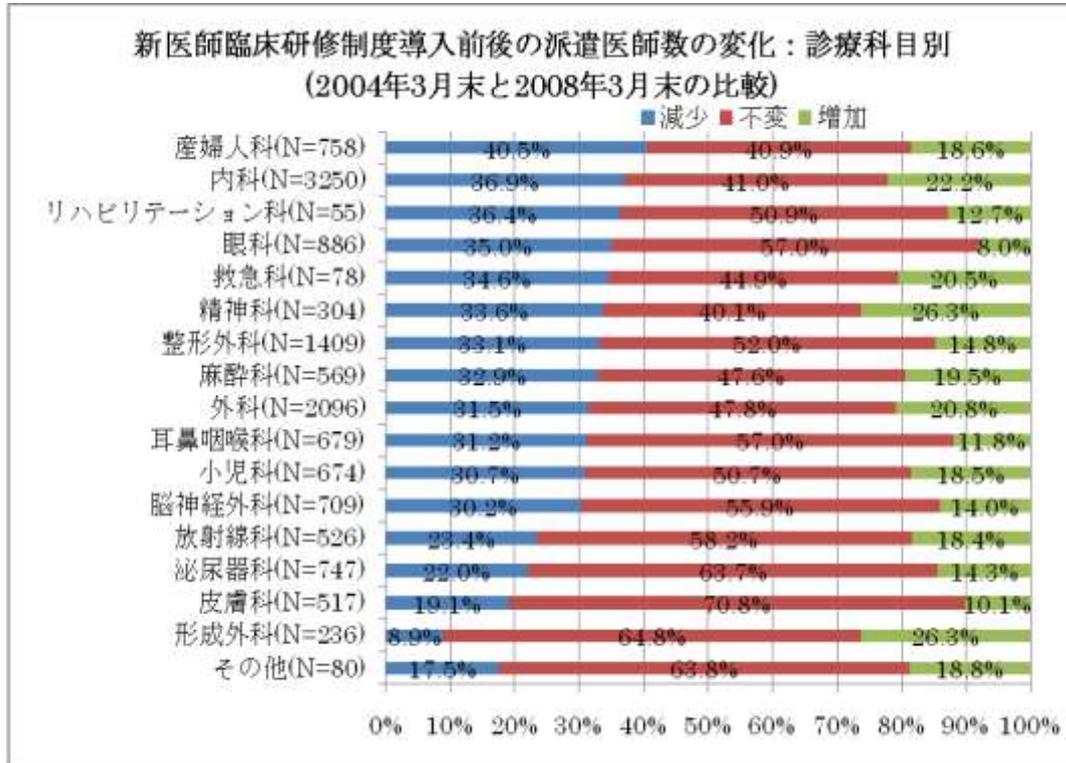
産婦人科医減少の理由として、新規入局者数の減少も大きな要因となっている。その原因のひとつと言われているのが、2004年に導入された医師臨床研修制度の影響である。この制度は、幅広い分野における基本的臨床能力を習得することを目的として、内科・外科・救急部門など様々な臨床分野での研修を実施することを必修化したものである。旧制度では、臨床研修を受けることは「努力義務」としていたが、新制度では2年間の臨床研修を義務化し、内科、外科、救急部門（麻酔科含む）、小児科、産婦人科、精神科などでそれぞれ1か月以上研修するよう定められた。研修医の処遇については公表することをルール化、研修中のアルバイトも実質禁止された。また研修先については、研修医が自由に選択できるようになっている。医師臨床研修マッチング協会¹によると、2007年度の研修病院の募集定員はマッチングに参加した研修希望の医学部生の1.3倍に上るなど、学生側の希望が通りやすい状況にある。

なぜこの新医師臨床研修が問題視されるかという点、新制度のスタート後、研修先を自由に選べることから、研修制度が充実して給料が高い都市部の一般病院に研修医が集まり、研修医の“医局離れ”が起きた。そして、これまで地域医療を支えていた「医局による医師派遣システム²」が機能しなくなった。そのことにより、大学の医局で人手不足が起これ、地域の病院に派遣していた医師を呼び戻すケースが増加した。その結果、働き盛りの医師が都市部に集中し、地方では不足するという事態に陥った。そして、大都市においても有名病院に偏在し、公立病院は足りないという現象が見られるようになった。さらに、様々な科を体験することにより勤務状況が厳しい産婦人科は自然と敬遠されるようになっている。新医師臨床研修制度の導入前後の派遣医師数の変化を診療科目別にみると、訴訟リスクなどの要因も絡み、産婦人科は医師数減少の割合が他科と比べると最も大きかった(図 1-7)。地方へ派遣される産婦人科医が足りないため、各地の病院で産婦人科もしくは産科が廃止されているといわれている。

¹ 研修医マッチングとは、医師免許を得て臨床研修を受けようとする者と、臨床研修を行う病院の研修プログラムとを研修希望者及び研修病院の希望を踏まえて、一定の規則に従って、コンピューターにより組み合わせを決定するシステムである。医師臨床研修マッチング協会は、日本医師会、医療研修推進財団、全国医学部長病院長会議及び臨床研修協議会から構成される

² 医学部卒業生の大部分は大学病院の一つの科の医局に入り、数年間、その科の医療や研究に従事し、その後、その医局から地方に派遣される制度。

図 1 - 7 新医師臨床研修制度導入前後の派遣医師数の変化



〔出典〕平成 20 年度 日本医師会「新医師臨床研修制度と医師偏在・医師不足に関する緊急アンケート調査」

第3節 政府による医師不足対策

最後に医師不足問題に対して政府が現在行っている政策を紹介することにする。

・平成 18 年 新医師確保総合対策

これは現在の産科・小児科の広く薄い配置を改善し拠点病院への集約化、医師派遣システムの構築、都道府県による取り組みを支援することが明記されている。

具体案としては、医師不足が特に深刻化している都道府県に限り大学医学部への定員増加を暫定措置として認めるほか、離島やへき地で勤務する医師を養成している自治医科大学の定員も増員させる。さらには、都道府県の要請に応じて緊急避難的に医師を派遣・紹介できるシステムを構築する策などがある。この新医師確保対策の背景には、臨床医師研修制度による医師の大都市への流出・偏在を解決しようという狙いがある。

・平成 19 年 緊急医師確保対策

これは新医師確保総合対策に加えて国レベルの緊急臨時的医師確保システムの構築や病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備、女性医師の働きやすい環境の整備、研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し、医療リスクに対する支援体制の整備等が明記されている。また医師確保対策に当てられる予算も 20 年度は対前年比で 74%増の 160 億 3400 万円と大幅増している。

・安心と希望の医療確保ビジョン

平成 20 年 6 月に政府が打ち出したもので、国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう医療従事者を含めた国民の声に耳を傾けたうえで提言された改革案である。ここではその中からいくつか本稿と関連性があるものを紹介する。

(I) 女性医師の離職防止・復職支援

近年女性医師の割合が上昇しており、女性医師が家庭と仕事を両立できる環境を整備は緊急を要する課題である。具体的な政策としては「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児等に配慮した勤務環境の導入・普及や、キャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職研修の充実などを進める。

(II) 医師の多様なワークバランス

医師のワーク・ライフ・バランス等に配慮し、特定の医師に過剰な負担を掛けることがないようにする。例えば、公務員である医師を含め、週のうち数日は地方の医療機関で勤務するなど非常勤医師の活用により地域医療を支える多様な勤務形態の導入、コメディカルの利用も含めたチーム医療の徹底、交替勤務制の導入促進などを図る。また、産科医療補償制度の早期実現や、医療事故における死亡の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など医療リスクに対する支援体制の整備を進めることにより、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につなげるとともに、医師等が萎縮することなく医療が行える環境の整備を進めることが重要である。

第2章 産婦人科医減少の焦点と その要因分析

この章では、第1章で述べた産婦人科医が減少しているという現状を受けて、詳しくは後に説明するが、産婦人科医の減少に歯止めをかける為の即効性を重視した短期的な政策を打ちたいと考えた。そこで、私達が注目すべきだと考える要因を比較や計量分析を用いて説明していく。

第1節 注目すべきは分娩取扱離脱と産婦人科離脱

第1章では、日本における医師の総数は増加傾向にあるにも関わらず、産婦人科における医師は減少していることを述べた。医師の総数は増加傾向にあるにも関わらず、産婦人科医が減少しているというのには何か理由があるはずである。そのことについては第1章でも触れており、分娩取扱離脱・産婦人科離脱の増加、勤務状況の悪化、医療訴訟の増加、新医師臨床研修制度の影響の4つが産婦人科減少に寄与していると言われている。

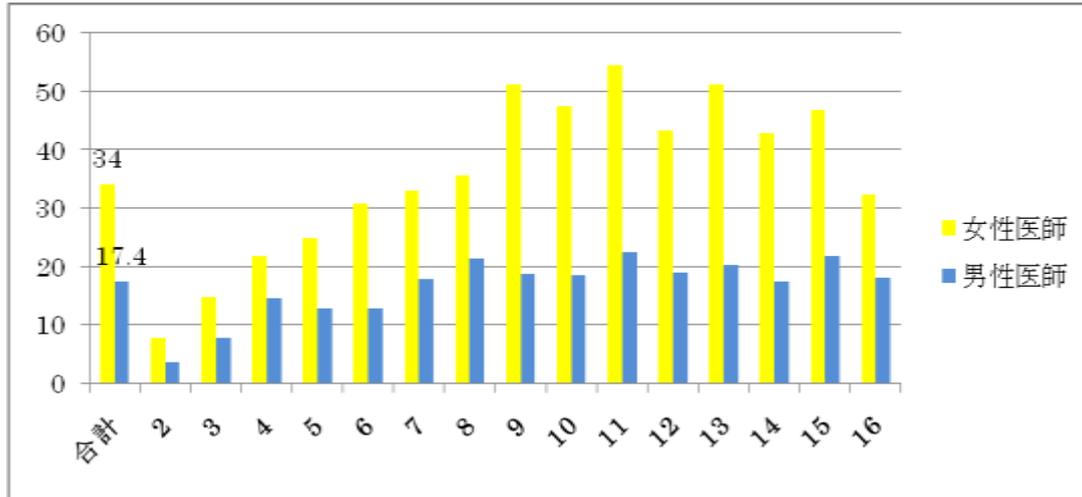
では、私達が政策提言を行っていく上でどの要素に注目していくべきか。まず、勤務状況の悪化は医師の不足が直接的な要因となってしまっている。また医療訴訟に関して言うと、勤務状況の悪化等によるリスクの上昇は考えられるものの、元々ついて回る分娩行為そのものの高いリスクはどうしても排除することはできない。そして、新医師臨床研修制度の影響についてだが、新医師臨床研修制度が産婦人科医の減少に寄与するのは、研修医から産婦人科医師になるまでの段階においてのみである。よって、新医師臨床研修制度に対しての政策は中期的あるいは長期的なものになってしまう為、即効性を重視した短期的な政策を提言したいという私達の考えに反する。以上のことから、勤務状況の悪化、医療訴訟の増加、新医師臨床研修制度の影響の3つに関しては扱わないこととする。その一方で、分娩取扱離脱・産婦人科離脱の増加は既存の産婦人科医におけるものであり、政策としても短期的な政策になると考えられる。そこで私達は、分娩取扱離脱・産婦人科離脱を解消に向けた政策提言を行うことで産婦人科医減少に歯止めをかけようとする。

第2節 産婦人科における女性医師の影響と重要性

分娩取扱離脱と産婦人科離脱の解消に向けた政策提言を行うにあたり、まずは分娩取扱離脱と産婦人科離脱の特徴について考察していく。

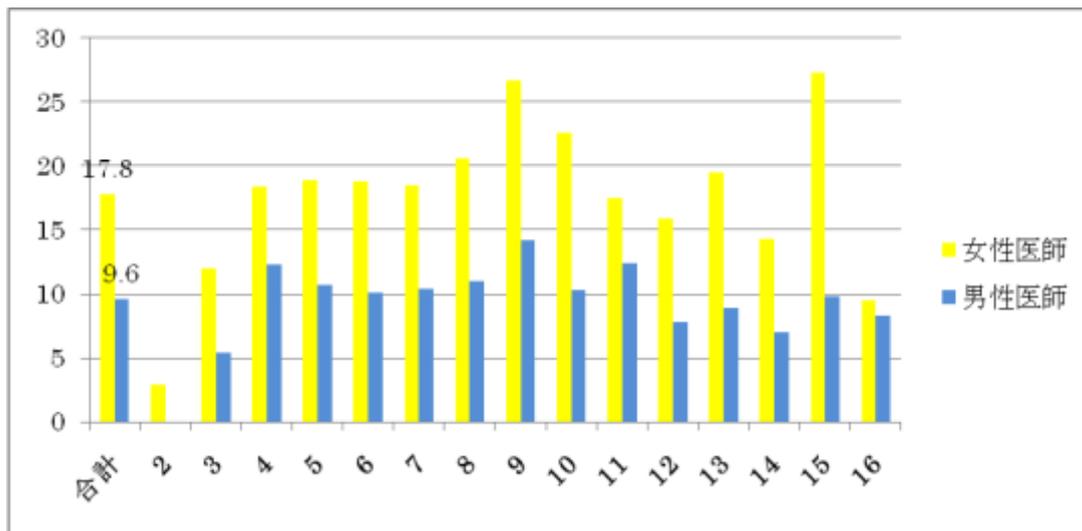
次のグラフは、経験年数ごと（入局後2年～16年）に分娩取扱離脱率と産婦人科離脱率を男女別に表したものである。（図1、図2）

図1 分娩取扱離脱率（経験年別、男女別）



〔出典〕平成19年度 日本産婦人科学会「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」より作成

図2 産婦人科離脱率（経験年別、男女別）



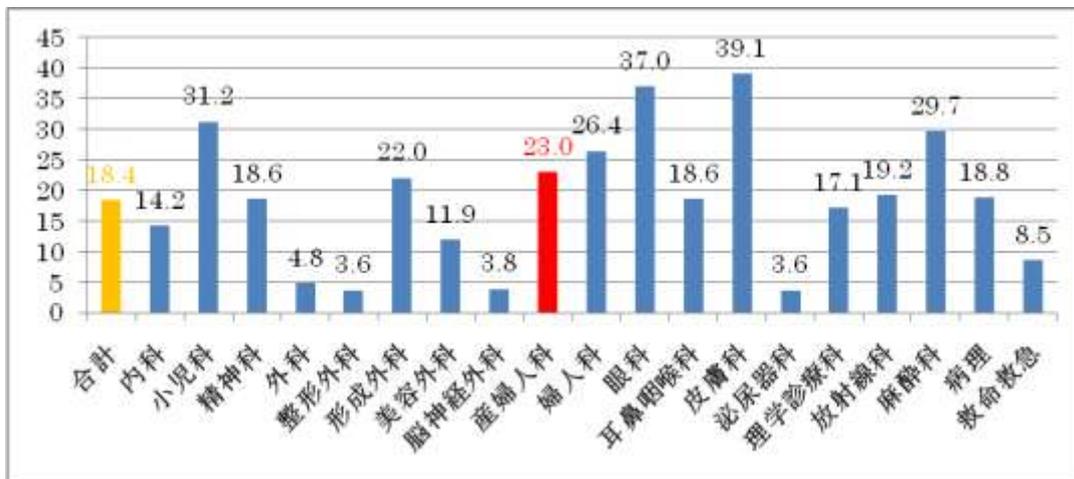
〔出典〕平成19年度 日本産婦人科学会「日本産婦人科学会員の卒後2年から16年における就労状況について」より作成

まず、分娩取扱離脱率について男女別に比較していく。(図1) 一目見ればわかるように、女性医師の分娩取扱離脱率はすべての経験年数において男性医師の分娩取扱離脱率を上回っている。当然ながら、全体で見た分娩取扱離脱率も女性医師が男性医師を上回っており、その値は女性医師 34.0%に対し男性医師 17.4%と、約2倍の値にまで昇っている。また、男性医師の分娩取扱離脱率の推移の仕方と女性医師の分娩取扱離脱率の推移の仕方を比較してみると、女性医師の分娩取扱離脱率は経験年数9年目から急激に上昇し、経験年数15年目まで分娩取扱離脱率が50%前後と高い水準で推移していることがわかる。

次に、産婦人科離脱率について男女別に比較していく。(図2) こちらに関しても、女性医師の産婦人科離脱率がすべての時点で男性医師の産婦人科離脱率を上回っており、全体の数値も女性医師 17.8%に対し、男性医師 9.6%と分娩取扱離脱率ほどではないもののかなり差があることがわかる。産婦人科離脱率の推移の仕方に関しては、男性医師と女性医師ではさほど変わらないと言えるだろう。

では、産婦人科にはどのくらい女性医師がいるのであろうか。厚生労働省のデータ¹によると、産婦人科における女性医師の対男性医師比率は23.0%で他科平均の18.4%を大きく上回る。(図3) そして、女性医師増加の度合いを示している女性医師の対男性医師比率の変化動向は、平成8年から18年にかけて7.9%増加しており、この値は他の科と比べても最も高い値である。(図4) また、厚生労働省による「医師臨床に関する調査」では、臨床研修終了後の進路として産婦人科を選択する人の約7割が女性であるという調査結果も出ており、今後産婦人科における女性医師の割合はさらに高まっていくことが予想される。

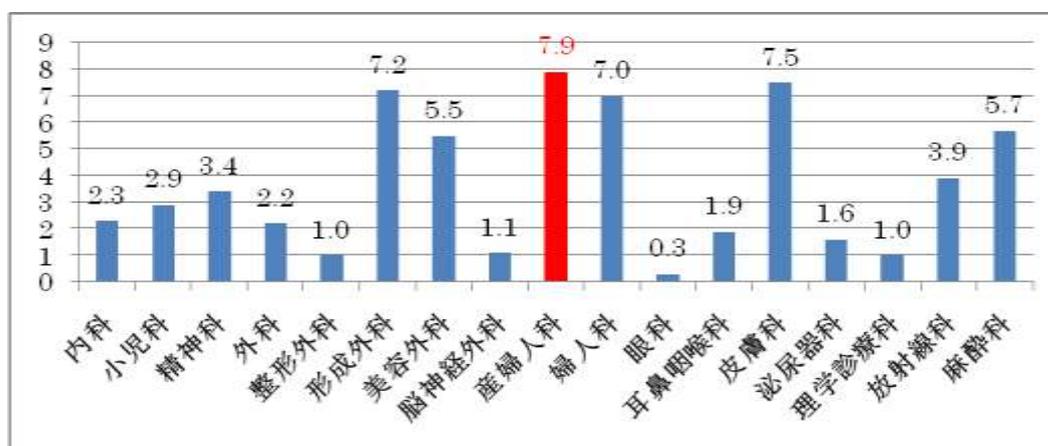
図3 女性医師の対男性医師比率 (平成18年、診療科目別)



〔出典〕平成18年度 厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」

¹ 平成18年度「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図 4 平成 8 年から平成 18 年における女性医師の対男性医師比率の変化動向（診療科目別）



〔出典〕平成 18 年度 厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」

これらのことから、分娩取扱離脱あるいは産婦人科離脱の増加には、女性医師の分娩取扱離脱または産婦人科離脱による影響が大きく関与しており、今後その影響は更に大きなものになっていくと考えられる。よって、私達は分娩取扱離脱あるいは産婦人科離脱の解消に向けて、女性医師の分娩取扱離脱、産婦人科離脱に注目することにする。

第3節 女性医師の分娩取扱離脱・産婦人科離脱要因

ここでは、女性医師が分娩を取扱う事から離脱する要因と産婦人科から離脱する要因について、記述分析、回帰分析を用いて説明していく。

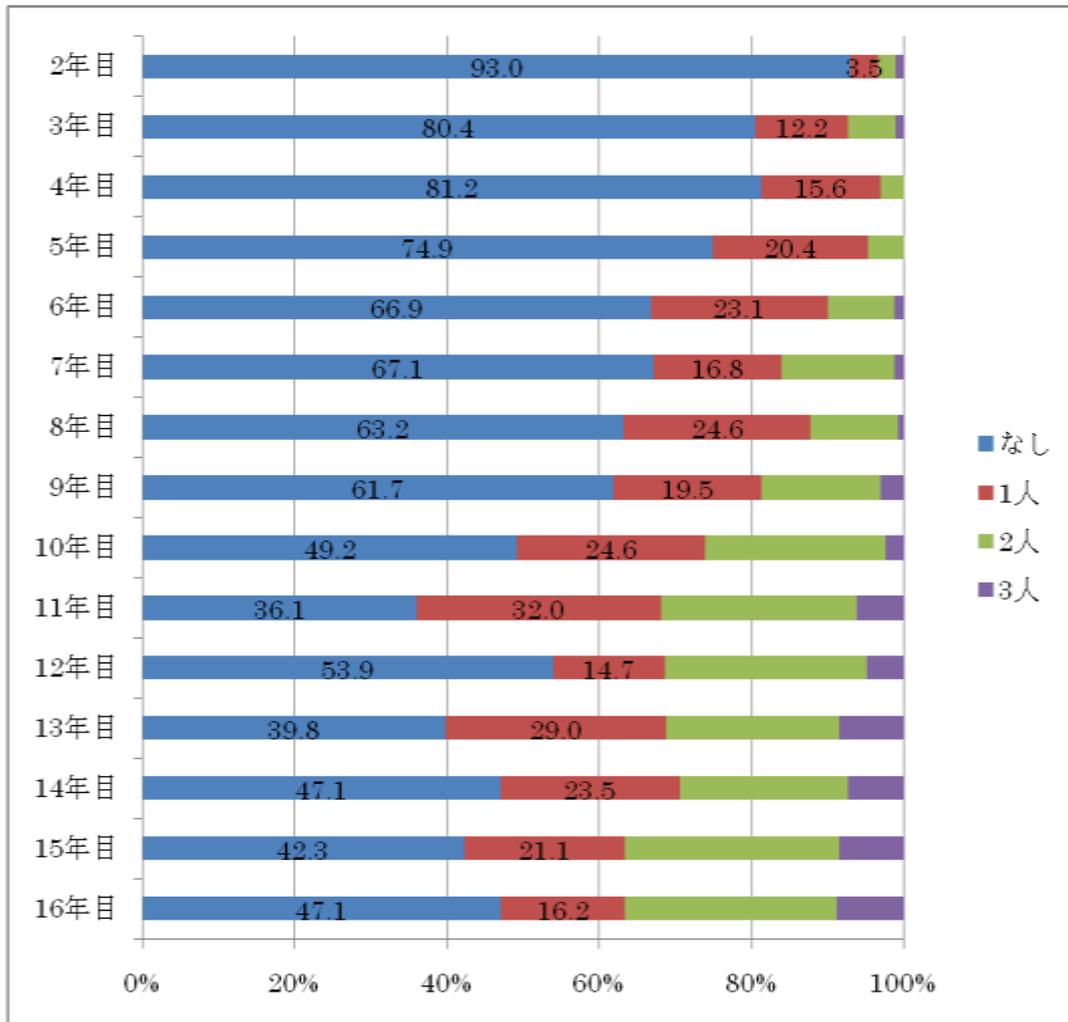
それではまず、女性医師が分娩取扱いを離脱する要因について説明していく。私達は女性医師の分娩取扱離脱に寄与すると考えられる要因に、子供の有無による影響、経験年数を重ねることによる影響、地域差による影響の3つを挙げた。まず、地域差による影響については、女性医師の分娩取扱離脱の要因となっている可能性があることは否定しない。しかし、打つべき政策は地域ごとに異なってくる為、地方自治体がそれぞれの地域に合った政策を打つのが妥当であり、今回行うべき政策提言には適さない要因であると言える。そして、経験年数を重ねることの影響については、女性医師の分娩取扱離脱の要因になりうるかは疑問符がつくところである。経験年数による影響というのは、1つの例を挙げるなら、産婦人科医としての経験が増えるにつれ分娩を取り扱うことの大変さやそのリスクを知ること、分娩取扱いをやめてしまうのではないかということである。この要因が女性の分娩取扱離脱の要因となっているのなら、先ほどの第2節で扱った分娩取扱離脱率の男女比較のグラフ(図1)において、男女のグラフの推移の仕方がほぼ一致するような形でなければならない。しかし、このグラフからは女性医師の分娩取扱離脱率と男性医師の分娩取扱離脱率の推移の仕方には明らかな違いが見られる。したがって、経験年数を重ねることによる影響は女性医

師の分娩取扱離脱要因にはならないと推測できる。一方で、この点に関して子供の有無という要因では説明がつく。なぜなら、子供がいることによる影響とは子育ての負担の影響であるので、一般的に男性より女性の方が子育てを行っている日本では、女性より男性のほうが子育ての負担は大きくなるからである。また、子供の有無は既存の女性産婦人科医に対して影響を与えている為、対策としても短期的な政策を提言することができる。よって私達は、女性医師の分娩取扱離脱の要因を子供の有無による影響に絞り、後ほど行う回帰分析により本当に子供の有無が女性医師の分娩取扱離脱に影響を与えているのかを確かめることにする。

続いて女性医師が産婦人科を離脱する要因について同じように説明する。女性医師の産婦人科離脱に寄与すると考えられる要因に、子供の有無による影響、分娩取扱離脱の増加による分娩を取扱う医師への負担の増加、地域差による影響の3つを挙げた。ここで、先ほどの女性医師の分娩取扱離脱要因についての説明の中で述べているのと同様の理由から、地域差による影響については女性医師の産婦人科離脱要因として考えないものとする。残りの2つについて、この時点ではいずれも女性医師の産婦人科離脱要因であると考えられる。そこで、子供の有無、分娩取扱離脱の増加による分娩を取扱う医師への負担の増加が女性医師の産婦人科離脱の要因となっているかについても、回帰分析で明らかにする。

その前に、分娩取扱離脱と産婦人科離脱の要因としてあげた子供の有無に関して、産婦人科における女性医師の子供の有無の現状を少し紹介しておく。図5は産婦人科において、子供をもつまたはもたない医師の割合を、子供の数別に表したものである。これによれば、女性医師は経験年数が増すにつれて子どもなしの割合が減少している。この点は産婦人科医に関してのみいえることではなく、当然のことである。ただ、ここで注目したいのは、経験年数11年目以降は子供がいない女性医師の割合が約4割に達している点である。これは、他の職業の女性と比較した場合には高い割合であるといえる。また、厚生労働省の就業構造基本調査によれば、子どものいる一般就業女性のうち子ども1人の割合は44.2%であったのに対し、女性産婦人科医は52.9%と過半数を子ども1人が占めた。このような現状からも、分娩取扱離脱や産婦人科離脱の要因に、子供の有無による影響があるのではないかと考えられる。

図 5 産婦人科における子供の数別女性医師割合（経験年数別）



〔出典〕平成 19 年度 日本産婦人科学会「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」

それでは、ここから回帰分析を行っていくことにする。まず、ここで扱うデータについて触れておく。データはすべて産婦人科の女性医師に関するもので、分娩取扱離脱率、産婦人科離脱率、子供の有無（産婦人科医の子供をもつ割合）、1人当たり分娩取扱負担を経験年数別に表したものを使用する。データの詳細は以下参照。

《経験年数別・分娩取扱離脱率》 《経験年数別・産婦人科離脱率》 《経験年数別・子供の有無》

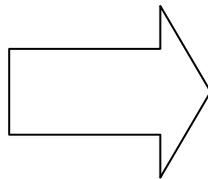
経験年数	分娩離脱率(%)	経験年数	産婦人科離脱率(%)	経験年数	子供の有無(%)
2	7.8	2	2.9	2	7.0
3	14.8	3	12	3	19.6
4	21.8	4	18.4	4	18.8
5	24.9	5	18.9	5	25.1
6	30.7	6	18.8	6	33.1
7	32.9	7	18.5	7	32.9
8	35.7	8	20.6	8	36.8
9	51.1	9	26.7	9	38.3
10	47.4	10	22.6	10	50.8
11	54.4	11	17.5	11	63.9
12	43.2	12	15.9	12	46.1
13	51.3	13	19.5	13	60.2
14	42.9	14	14.3	14	52.9
15	46.8	15	27.3	15	57.7
16	32.4	16	9.5	16	52.9

〔出典〕平成19年度 日本産婦人科学会「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」より作成

1人当たり分娩取扱負担は、経験年数別の分娩取扱率のデータを参考にする。経験年数2年目における1人当たり分娩取扱負担を1として、これを基準に各経験年数における分娩取扱負担を割り出す。(例、経験年数2年目： $92.2/92.2=1$ 、3年目： $92.2/85.2=1.082$)

《経験年数別・分娩取扱率》

経験年数	分娩取扱率(%)
2	92.2
3	85.2
4	78.2
5	75.1
6	69.3
7	67.1
8	64.3
9	48.9
10	52.6
11	45.6
12	56.8
13	48.7
14	57.1
15	53.2
16	67.6



《経験年数別・1人当たり分娩取扱負担》

経験年数	一人当たり分娩取扱負担
2	1.000
3	1.082
4	1.179
5	1.228
6	1.330
7	1.374
8	1.434
9	1.885
10	1.753
11	2.022
12	1.623
13	1.893
14	1.615
15	1.733
16	1.364

〔出典〕平成19年度 日本産婦人科学会「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」より作成

分析方法としては、非説明変数に分娩取扱離脱率、産婦人科離脱率をとり、前者の説明変数には子供の有無を、後者の説明変数には子供の有無と1人当たり分娩取扱負担をとり、それぞれ回帰分析を行った。その結果として、以下のデータが得られた。(表1)

表1 分析結果

被説明変数	分娩取扱離脱		産婦人科離脱	
	係数	t値	係数	t値
子供の有無	0.741	7.37	0.154	1.67
一人当たり 分娩取扱負			12.078	2.77

この結果から、女性医師の分娩取扱離脱に関しては、やはり子供の有無が要因となっていること、つまりは子供をもつ女性医師が増えるにつれて分娩取扱離脱が増えるという関係があることが分かった。説明変数に2つの要因を使用した女性医師の産婦人科離脱に言っていると、分娩を取扱う医師への負担が増えれば女性医師の産婦人科離脱も増えるという結果が得られた。一方で、子供の有無は女性の産婦人科離脱の要因になっているとは言えないという結果が出た。よって、女性医師の産婦人科離脱の要因は分娩取扱離脱による分娩を取扱う医師への負担の増加であると言える。

第4節 結論

結果をまとめると、女性の分娩取扱離脱には子供の有無が関係しており、産婦人科離脱の要因の一つに分娩取扱離脱の増加による分娩を取扱っている医師への負担の増加が挙げられることが分かった。言い換えれば、子供がいることによる子育ての負担を軽減することで分娩取扱離脱を防ぐことができる。それにより、分娩を取り扱う医師を確保することができれば、分娩の負担も軽減されるので女性医師の産婦人科離脱の解消にも繋がっていくのではないかと考えられる。

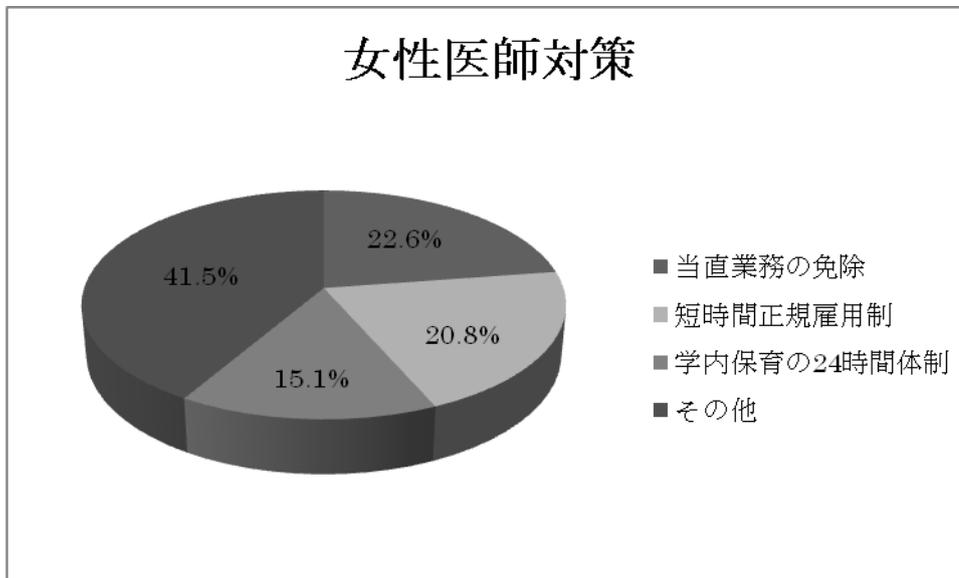
これらを踏まえ、私達は子育ての負担を軽減させることに重点を置いていく。次章では、全国の各大学病院で行われている女性医師支援対策について触れていき、女性医師の子育ての負担を考慮しながら私達が最良だと考える政策提言に繋げていく。

第3章 女性医師の継続的就労支援のための対策

第1節 各大学病院の女性医師継続的就労支援対策

日本産婦人科学会は平成 20 年に全国の 103 大学病院の産婦人科教授を対象に「大学病院産婦人科医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査」を実施した。ここでは分娩、時間外手術、緊急入院対応等の手当や女性医師の継続的就労支援のための対策の有無について聞いている。本章ではこの中で 60 の大学病院で行われているもしくは予定されている女性医師の継続的就労支援に焦点を当てて分析した。これらの 60 大学病院における女性医師対策の詳細については章末の(表 3-2)でまとめてある。これによると、各大学病院が回答した女性医師対策は大まかに以下の 5 つのグループに分類できる：(1)当直業務の免除 (2)短時間正規雇用制 (3)学内保育の 24 時間体制 (4)その他の対策 またこれらの割合を円グラフに表したものが(図 3-1)である。

図 3-1 女性医師の継続的就労支援のための対策



日本産婦人科学会「大学病院産婦人科医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査」から作成

各対策の割合は(1)当直業務の免除が 22.6% (2)短時間正規雇用制が 20.8% (3)学内保育の 24 時間体制が 15.1% (4)その他の対策は 37.7%で、これらの対策が各大学病院でまんべんなく採用されていることが分かる。以下、(1)～(3)の政策について簡単に解説してみる。

第2節 各対策の概要

2-1 当直業務の免除

当直業務とは、入院設備がある病院の勤務医師による休日・または時間外(深夜)に外来入院治療を行うものである。ただでさえ、出産と育児を経験しこの期間での仕事と出産・子育ての両立が難しくなる多くの女性にとって当直などの不定期な勤務は大きな負担となる。このため多くの大学病院が女性医師対策として当直業務の免除を一番に打ち出したことは不自然ではない。具体的には当直業務免除の条件は一律ではなく、女性医師全員に当直業務免除を与える場合や、出産を経て産休中の女性医師に限って当直を免除するところなどがある。

2-2 短時間正規雇用制

この制度は1週間の所定労働時間を下回る労働者を正規職員とする制度である。出産を控える女性医師にとって長時間の労働は負担が大きいため、短時間正規雇用制度は女性医師支援制度として大学病院で位置づけられる。また将来出産を考えている女性医師にとっても長時間勤務は不安定要素として離職や復職の妨げとなりうる。柔軟性を持った勤務時間と共に正規職員としてのメリットを得られることは女性医師にとって重要である。

また子育て中の女性医師にとっても育児に必要な時間が作れるため、この制度はメリットが高い。

2-3 院内保育の24時間体制

院内保育に関しては第1章の4節で述べたように、女性医師の分娩取扱いを支援できると推測できるため、女性医師の復帰率を助ける働きをしていることが分かっている。

また現役で子供を持ちながら働いている女性にも院内保育は仕事を助ける効果を与えると予想される。

2-4 その他の対策

その他の対策の中で興味深い取り組みとしては以下のようなものが挙げられる。

- (1) 女性の復帰を支援するための医師の声聞き対応のもの、
- (2) 育児休暇中の大学病院とのつながりの確保。
- (3) D&Nブラッシュアップ教育：女性医師・看護師の職務復帰を支援するネットプログラム、キャッチアッププログラムの開発も人材プログラムとして実行されつつある。
- (4) フレックス出勤：一日の労働時間は一定であるが出勤と退社の時間を自身に委ねるといふ制度であり、類似してフレックスタイム制と呼ばれるものがある。フレックスタイム制とは一か月以内の期間における総労働時間を決めておき、その内で各日の始業と終業の時刻を自主的に働くものである。
- (5) ワークシェアリング：当直明けでも勤務を続ける激務の医師に交代制を導入していくことのほか女性医師が子育て等と勤務を両立できるように雇用を分け合うシステムである。
- (6) 女性医師看護師キャリアアップ支援システム

第3節 まとめ

日本産婦人科学会が平成20年に「大学病院産婦人科医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査」を実施した。その報告書の中で女性医師の継続的就労支援のための対策について焦点を当て分析した。これにより女性医師対策は(1)当直業務の免除 (2)短時間正規雇用制度 (3)院内保育の24時間体制 (4)その他の対策に分類される。各自の対策の概要を説明すると(1)当直業務の免除は病院の休日や時間外に外来治療を行うものであり、(2)短時間正規雇用制度は1週間の所定労働時間を下回る労働者を正規職員とする制度である。また(3)院内保育の24時間体制は、女性医師を支援する対策としてリストアップしている。これらの他には各大学からフレックス出勤やワークシェアリングをはじめとする様々な対策が打ち出されている。

表 3-1 女性医師の継続的就労のための対策一覧

大学病院名	女性医師の継続的就労支援のための対策
旭川医科大学	・平成20年4月より短時間正規雇用制、産休育休からの復帰支援策の導入予定
弘前大学	・平成20年4月から学内保育所が24時間体制で稼働する ・子供をもつ女性医師に対して当直の制限を行っている
岩手医科大学	・朝・夕の出勤などの時間を緩和する処置 ・県で育児支援事業あり ・当直業務(子育て中の医師)の免除
東北大学	・検討中:短時間正規雇用制 週30時間まで
秋田大学	・必要に応じて当直等を免除する
山形大学	・医員については週40時間勤務のしびりがなくなる ・育休の保障 ・医学部敷地内に24時間保育所がある
筑波大学	・病院全体として「女性医師看護師キャリアアップ支援システム」をスタートさせた
自治医科大学	・短時間勤務者は講座の定数に含めないという規定がある(小学校入学時までという制限あり) ・病児保育あり 女性医師支援センターが設立されており、育児相談も含めた全般的なサポート体制を展開中である
獨協医科大学	・検討中
群馬大学	・院内保育所の設置 ・育休明けの女性医師については当直、待機を行わなくても良い条件で関連病院での常勤医として勤務できるよう教室で個別に手配
埼玉医科大学	・産婦人科内の対策として当直など勤務時間の配慮を行う
埼玉大総合医療センター総合周産期母子医療センター	・事務員等の増員が検討されている
東京歯科大学市川総合病院	・院内保育所拡充を検討
日本大学	・病院併設の保育施設があり利用可、但し数に限りがあり現在当科での利用者はいない
帝京大学	・無給だが、外来だけを数コマ担当してもらおうなどの方法で少しづつ復帰できるようにしている
帝京大ちば総合医療	・院長に週3~4日の雇用でも保険加入が可能かどうか等を問い合わせせて検討している
日本医科大学附属多摩永山病院	・育児中の女性医師(期間は問わず)の減免勤務(週3日程度の勤務) ・1年以内の早期復帰の場合、週2日程度の出勤を認めている

順天堂大学	<ul style="list-style-type: none"> ・週4日勤務の常勤採用(基本的に当直勤務の免除) ・当直なしの常勤採用 ・出勤時間の調整 ・帰宅時間の調整 ・条件の良い関連病院の斡旋(自宅近くの保育施設付病院 4日勤務の常勤職、当直なし、フレックス出勤)
東京医科歯科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・託児所(医師専用)の導入を病院に申請中
慶應義塾大学	<ul style="list-style-type: none"> ・外来のみの勤務形態を認めている ・派遣病院も考慮している ・女性医師の育児支援を目的とした新たな身分を創設 <p>身分概要 業務: 診療 勤務時間: 10:00~16:00 勤務形態: 週5日を上限として週1日以上から勤務可能 身分: 助教(非常勤)</p>
東京医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・現在復帰のため本人の希望日に臨床を行うようにしている(日数も本人の希望)が、病院としては無報酬である
東京慈恵会医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・短時間正規雇用: 給料、正規の半分(教室の定員には算定しない) ・妊娠している場合は状況により当直免除としているが、妊娠していない者には特になし
昭和大学附属藤が丘病院	<ul style="list-style-type: none"> ・当直免除 ・勤務時間9~17時を原則とするも、可能な限り午後勤務はフリーとする ・上記該当女性医師1名に適応
東邦大学医療センター佐倉病院	<ul style="list-style-type: none"> ・病院保育園あり
横浜市立大学	<ul style="list-style-type: none"> ・短時間正規雇用制あり教育関連病院でも実施
北里大学	<ul style="list-style-type: none"> ・平成19年度より子供を保育園に預けて(大学病院ないし関連病院に)常勤復帰している場合、産婦人科同窓会で月額50000円を上限としてその費用を補助している
浜松医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・当直回数を減らしている ・週1回の勤務を認めている
富山大学	<ul style="list-style-type: none"> ・週2日勤務制 or 週40時間制勤務を選択できる ・1年間の産休を安心してとれるように配慮をしている ・その後は1年間は当直免除(土日の日勤勤務あり) ・2年目以降に当直を含めた通常勤務に復帰するようにお願いしている(困難な場合が多い) ・平成18年度に院内保育所を開設
金沢大学	<ul style="list-style-type: none"> ・小学校就学前の子供を有する正職員は週20時間 or 週25時間 勤務
金沢医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・当直免除
福井大学	<ul style="list-style-type: none"> ・育休明けの女性医師が平成19年4月より病院助手として採用(当直の義務はなし)
岐阜大学	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修医(非常勤)として登録し、できるだけ支援(パート先を紹介し収入を確保) ・「女性バンク」があり希望の就労条件をコントロール
名古屋大学	<ul style="list-style-type: none"> ・平成20年4月1日から育児短時間勤務制度を導入 ・学内保育所の設置(2歳まで)
名古屋市立大学	<ul style="list-style-type: none"> ・外来のみ代務のみなど個々の希望に応じて働いてもらっている

愛知医科大学	・病院として全くなし(医局内では当直の免除)
藤田保健衛生大学	・サービス残業軽減 or 宿直免除 or 回数軽減 ・手術割り振りへの配慮(なるべく朝からの手術の受け持ちになる) ・託児所の送迎への配慮
三重大学	・短時間正規雇用制は大学においてはまだ導入されていないので、必要に応じて関連病院で時間を短縮して雇用してもらうよう調整している ・一定期間(本人の希望に応じて半年~1年)当直免除 ・産休、育休期間は本人の希望に応じて決める ・当直業務が困難な場合は、関連病院で外来のみは可能な施設を紹介することもある ・長期間の完全離職は後の臨床復帰の妨げとなるので、可能な範囲で害エア業務に携わってもらえるよう配慮している
滋賀医科大学	・部分(時間育休)の制度あり
京都大学	・京都大学女性研究者支援センター(2006年9月~) ・病児保育室(京大病院内に設置、2007年2月~) ・乳児保育室(保育園入園待機乳児のため、試行中) 医師だけでなく京大教職員、学生全般を対象としている
関西医科大学	・非常勤務としては週20時間を限度として時給5000円で外来、手術担当が可能(産婦人科、小児科、麻酔科の3科に限定して運用されている) ・分娩後1年間は当直勤務なし ・産休、育休は規定どおり(多職種と同様)
大阪大学	・産休中を非常勤医として登録(但し賃金はない) ・大学全体の保育所で病児保育開始を予定している(保育所の拡充策は進行しているがNPO法人化は認められず)
近畿大学	・本人の希望により2回/週程度(日勤のみ)の就労より開始して
神戸大学	・D&Nブラッシュアップ教育の組織的展開—女性医師、看護師の職務復帰に向けたネットプログラム、キャッチアッププログラムの開発が本大学病院の人材育成プログラムとして動き
兵庫医科大学	・9:00~17:00までの勤務 ・17:00以降の勤務は免除、当直も免除して家庭をもつ女性医師の支援を行っている ・平成19年10月頃に(病院として)保育所の設置
奈良県立医科大学	・検討中:週20時間制の導入
和歌山県立医科大学	・医師により当直免除(外の当直も免除)
島根大学	・現在妊娠中の医師あり、産休、育休後について検討する時期と考えている
岡山大学	・個別に定期的にインタビューし、できるだけ早期にできる範囲で復帰するよう支援し、そのポストの交渉を各院長に行っている ・文部科学省の医療人要請推進プログラムに「女性を生かすキャリア支援計画」が採択され、最適助言者紹介しすてむ、家庭と両立可能な復帰支援コースを実施している
川崎医科大学	・非常勤医師として短時間勤務での採用
広島大学	・教室の対応として、育休後育休期間中の当直回数を減らす or 免除 ・夜間待機の免除 ・関連病院と大学の中から、女性医師数と医局長で、女性医師の勤務を考えるワーキンググループを作っている ・妊娠、出産、育児期間の要望、勤務内容、バイトなどの援助、保育施設などの情報交換をしている
山口大学	・山口県の施策として「在宅医師に対する再就職支援」がある 県の指定する病院(山口大学病院)で6ヶ月間研修後、一般の病院へ派遣させる 月に30万円を6ヶ月間だけ県から支給される ・本人が希望する勤務形態での勤務でよいから働いてくれるように依頼している(但し、正規雇用はできない)

香川大学	<ul style="list-style-type: none"> ・ぎりぎりの人数で行っている為、特に就労支援策はない ・平成20年4月から院内保育が開始 ・教室では休みをとる場合は自由にとれるように配慮している
愛媛大学	<ul style="list-style-type: none"> ・当直業務はないようにしている
高知大学	<ul style="list-style-type: none"> ・個別に対応(宿直の免除等)
福岡大学	<p>産休、育休からの復帰支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・産休、育休: 規定どおりにとることが大原則(希望があれば延長可能) ・育休中の仕事斡旋(子育て中の経済支援): 育休中でも可能な仕事を優先的にしてもらう ・育休中のカンファレンス参加(復帰支援) 育休中でも大学とのつながりをもつ(他学の学生でも自由に) ・大学非常勤医師を有給へ(復帰支援): 研究生もパートタイムで報酬を受ける権利作る <p>復帰後の子育て支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内保育所: 24時間保育、病児保育、学童保育はまだ ・お子さんの発熱時、学校行事の際の勤務免除: 同僚医師によるカバー <p>当直免除: 医師によるカバー & 同僚医師の負担は増えるがそれが当然だという医局全体の意識改革(雰囲気作り)が重要</p>
久留米大学	<p>外来診療のみ、当直なし 保育施設の積極的(優先的)確保</p>
熊本大学	<p>出産後少なくとも一年間は当直を免除する。それ以降は状況を見て個別に考慮する。復帰後暫くは病連主治医を免除し、外来のみを担当とする。期間は個別に考慮する。</p>
大分大学	<p>検討中; 当直回数を減らす</p>
宮崎大学	<p>1. 当直なし 2. 出勤時間 退勤時間は融通を利かせている。</p>
琉球大学	<p>短時間勤務正規雇用制: 平成20年4月より規則改正で導入予定 教室としては1)臨床研修生として臨床業務への参加(本人の都合時のみ)。2)近医外来勤務紹介</p>

第4章 政策提言

産婦人科の危機的な状況を改善するため、どのような政策が、短期的に効果があるのかこれまで見てきた。本章では今までの結果を踏まえ私達の政策を提言していく。

産婦人科においては、女性医師の割合が高く、その離職率・分娩取り扱い離脱率が高いことがわかった。そして女性医師の離職は「子育て」が最も大きな原因となっていることから、短期的な政策として最も効果があるのは女性医師の継続就労支援であるという結論に達した。

現在政府では、そのための対策として緊急医師確保対策により院内保育の拡充を掲げており、その中で24時間院内保育についても補助を行う方針を立てている。また短時間正規雇用に関して、厚生労働省は平成20年10月16日より「短時間正規雇用支援事業実施要綱」を定め、適用することに決めた。

一方、第3章で示したように、大学病院で行われている女性医師継続就労のための対策としては、「当直業務の免除」「短時間正規雇用制」「院内保育の24時間体制」の3つが大きな割合を占めている。このうち、院内保育の24時間体制はすでに整備が行われつつあり、さらなる推進が予想される。さらに近日、短時間正規雇用支援事業が政府により実施され、これからの効果が期待される。

これらを踏まえ、産婦人科の医師不足解消のための短期的対策として、以下のような対策を私たちは提言する。

I 当直業務の免除の導入

各大学病院の調査によると、当直業務の免除の導入は割合でいえば、一番多くの病院で対策が講じられている。しかし政府の継続就労支援対策では、このことは現在考慮されていない。多くの大学病院で実施されつつあることから、この対策は就労支援対策に効果があると見込めるので、政府もこの対策を掲げることで更なる継続就労支援につながると確信する。

II 短時間正規雇用制・院内保育の24時間体制の推進

上記より比較的多くの大学病院で対策が行われている短時間正規雇用制と院内保育の24時間体制については政府も対策を講じ始めている。しかし現状で2割ほどしか行われていないことを鑑みると、更なる推進をし、多くの大学で実行することで継続就労支援に効果があると期待できる。

以上2点を政策提言とする。

参考文献・データ出典

《先行論文》

日本産婦人科学会 「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」
平成 19 年

《参考文献》

森田豊「産婦人科医が消える前に～現役産婦人科医が描く危機回避のシナリオ～」(朝日新聞社出版)

産婦人科学会 「女性医師の継続就労支援のための調査」 <http://www.jsog.or.jp/>

「産婦人科勤務医・在院時間調査」 <http://www.jsog.or.jp/>

「緊急的産婦人科医確保が必要な医療機関の調査」

www.jsog.or.jp/news/pdf/ishihaken_2008-3-24.pdf

厚生労働省

「医師・歯科医師・薬剤師調査」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-18.html>

「安心と希望の医療確保ビジョン」 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/s0618-8.html>

「新医師確保総合対策」 www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf

「緊急医師確保対策」 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/index.html>

「診療科別に見た医師」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/kekka1-2-3.html>

最高裁判所 「医事関係訴訟に関する統計」 <http://www.courts.go.jp/saikosai/>

日医総研 <http://www.jmari.med.or.jp/>

日本医師会 「新医師臨床研修制度と医師偏在・医師不足に関する緊急アンケート調査」

<http://www.jmari.med.or.jp/>

医者になる方法 http://homepage3.nifty.com/bom-money/2_isya/index.html

Half-boiled doctor <http://www.geocities.jp/halfboiledoc/index.html>

日本産婦人科学会 産婦人科医療提供体制検討委員会

「大学病院産婦人科勤務医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査」 報告書

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/08/dl/s0805-3g_0002.pdf

D&N ブラッシュアップセンター <http://dis.ne.jp/works/portfolio/medical/brushup.html>

CB ニュース <http://www.cabrain.net/news/>

タウンニュース <http://www.townnews.co.jp/index.html>

湘南新聞 <http://www.shounanshinbun.com/index.html>

産経ニュース <http://sankei.jp.msn.com/top.htm>

日本周産期・新生児医学会 <http://www.shounanshinbun.com/index.html>

医療安全推進者ネットワーク HP:

<http://www.medsafe.net/contents/recent/37takenaka.html>

《データ出典》

厚生労働省 HP : <http://www.mhlw.go.jp/>

文部科学省 HP : <http://www.mext.go.jp/>

最高裁判所 HP : <http://www.courts.go.jp/saikosai/>

高等裁判所 HP : <http://www.courts.go.jp/tokyo-h/>

日本産婦人科学会 HP : <http://www.jsog.or.jp/>

日本医師会総合政策研究機構 HP : <http://www.jmari.med.or.jp/>

日本医師会 HP : <http://www.med.or.jp/>

日本医療労働組合連合会 HP : <http://www.irouren.or.jp/>

日本産婦人科医会 HP : <http://www.jaog.or.jp/>

日本医学会 HP : <http://jams.med.or.jp/>

日本医師会女性医師バンク HP : <https://www.jmawdbk.med.or.jp/app/PZZ000.MAIN>