「女性医師が働きやすい病院」チェックリストの開発

堀江 早喜^{*1}, 竹内 真純^{*1}, 山岡 和枝^{*2}, 野原 理子^{*3},
蓮沼 直子^{*4}, 沖永 寛子^{*1}, 野村 恭子^{*1,2,5}

^{*1} 帝京大学女性医師・研究者支援センター

^{*2} 帝京大学大学院公衆衛生学研究科

^{*3} 東京女子医科大学医学部医学科衛生学公衆衛生学教室

^{*4} 秋田大学医学部総合地域医療推進学講座

^{*5} 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座

Checklist Development for Women-Doctor-Friendly Working Conditions in a Hospital Setting

Saki HORIE^{*1}, Masumi TAKEUCHI^{*1}, Kazue YAMAOKA^{*2}, Michiko NOHARA^{*3},
Naoko HASUNUMA^{*4}, Hiroko OKINAGA^{*1} and Kyoko NOMURA^{*1,2,5}

^{*1}Teikyo University, Support Center for Women Physicians and Researchers

^{*2}Teikyo University, Graduate School of Public Health

^{*3}Department of Hygiene and Public Health 1, Tokyo Women's Medical University

^{*4}Department of Community Medicine and Primary Care Development, Akita University School of Medicine

^{*5}Department of Hygiene and Public Health, Teikyo University School of Medicine

Abstract **Objectives:** This study aims to develop a scale of “women-doctor-friendly working conditions in a hospital setting”.

Methods: A task team consisting of relevant people including a medical doctor and a hospital personnel identified 36 items related to women-doctor-friendly working conditions. From December in 2012 to January in 2013, we sent a self-administered questionnaire to 807 full-time employees including faculty members and medical doctors who worked for a university-affiliated hospital. We asked them to score the extent to which they think it is necessary for women doctors to balance between work and gender role responsibilities on the basis of the Likert scale. We carried out a factor analysis and computed Cronbach's alpha to develop a scale and investigated its construct validity and reliability.

Results: Of the 807 employees, 291 returned the questionnaires (response rate, 36.1%). The item-total correlation (between an individual item score and the total score) coefficient was in the range from 0.44 to 0.68. In factor analysis, we deleted six items, and five factors were extracted on the basis of the least likelihood method with the oblique Promax rotation. The factors were termed “gender equality action in an organization”, “the compliance of care leave in both sexes and parental leave in men”, “balance between life events and work”, “childcare support at the workplace”, and “flexible employment status”. The Cronbach's alpha values of all the factors and the total items were 0.82–0.89 and 0.93, respectively, suggesting that the scale we developed has high reliability.

Conclusions: The result indicated that the scale of women-doctor-friendly working conditions consisting of five factors with 30 items is highly validated and reliable.

Key words: woman doctor (女性医師), scale development (尺度開発), working condition (就労状況), hospital workplace (病院の職場), life event (ライフイベント)

受付 2014 年 11 月 27 日, 受理 2015 年 1 月 13 日

Reprint requests to: Saki HORIE

Teikyo University, Support Center for Women Physicians and Researchers, 2-11-1 Kaga, Itabashi-ku, Tokyo 173-8605, Japan

TEL: +81(3)3964-8456, FAX: +81(3)3964-8457

E-mail: saki-h@med.teikyo-u.ac.jp

はじめに

2012 年の医師・歯科医師・薬剤師調査 (1) によれば、我が国の医師数は人口 1,000 人当たり 2.4 人であり、OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development)

opment) 諸国における平均医師数の 3.2 人 (2011 年) より低い (2)。このように我が国は深刻な医師不足に直面しており、日本政府は 2010 年より全国医学部の定員数を増員させ医師数を増加させる政策をとっている。しかし、一人前の医師になるまでに医学部 6 年、研修医 2 年、さらに診療科にもよるが専門医まで 3 年とすると、少なくとも 11 年と時間がかかる。よって、現在有資格者である女性医師の社会活用は費用対効果からみても優先的に取り組むべき事項と考えられよう。ところが泉らによれば、医学部卒業後 10 年以内に離職を経験している女性は 85% であり、一度常勤を退くと常勤に復職する割合は 3 割程度であることが報告されている (3)。また同報告によれば、常勤を辞めた理由の第一位は「子どもの出産」、第二位に「子育て」とあり女性医師は出産・子育てのライフイベントに遭遇した際に仕事との両立が困難であることが主な原因であることされている。さらに、安川らによれば、週当たりの家事労働時間は、子どものいない女性医師は 15 時間、子どものいる女性医師は 36 時間に比べ、子どものいない男性医師はわずか 2 時間であり、子どもがいる男性医師でも 3 時間であった。このことから女性医師は男性医師に比べはるかに家事労働時間は長く、有資格者とはいえ男女の性別役割分業が根付よく浸透していることが明らかとなった (4)。我が国の年代別就業率 (5) の特徴は、子どもを産み育てる 20 代後半から 40 代前半に就労率が下がることで形成される「M 字カーブ」が知られている。この M 字カーブは日本と韓国のみ見られ、両国における女性医師の全医師数に占める割合は OECD 諸国の中で最低となっている (2)。

そこで本研究の目的は、医師不足対策の一環として、女性医師が離職せずキャリアを構築し両立させながら就労するために必要な職場環境尺度を開発することである。本研究の結果より、女性医師を雇用する医療機関に対し、必要な職場環境の具体的なチェックリストを提示することが可能となる。

対象と方法

1. 研究チームによる尺度原案の作成

先行研究の既存文献 (3, 4, 6) および労働基準法 (7)、育児・介護休業法 (8)、短時間正社員制度 (9) をもとに尺度項目を抽出し、医師、看護師、薬剤師、病院総務課、人事課などの女性医師の就労に関し、経験と知識のある研究チームにて尺度項目を精選した。精選した尺度項目のスキームとして、その意味内容より「保育支援」、「労働基準法に遵守した働き方」、「組織のリーダーシップ」、「柔軟性のある働き方」、「男性医師・組織の意識改革」、「相談窓口」、「男女共同参画の教育体制」と設定した。その後、尺度原案の作成に向けて研究チームにおいて協議し、設問、注釈の必要性、選択肢について検討した。尺度原案作成の際、設問は年齢、所属、婚姻状況、子どもの有無などに関わらず回答できるように配慮し、経験年数や

婚姻状況にばらつきのある男女の医師 10 人を対象に pretest を行い、尺度項目の表現を修正した。

2. 尺度開発

(1) 調査対象

調査対象は、某大学医療系キャンパスの常勤職員と附属病院の研修医、大学院生の 809 名を対象とした。内訳は、医学部所属の女性 56 名と男性 357 名の 413 名 (基礎 71 名、臨床 342 名)、薬学部所属の女性 25 名と男性 79 名の 104 名、医療技術学部所属の女性 36 名と男性 25 名の 94 名、研修医 93 名 (初期: 女性 13 名と男性 40 名の 53 名、後期: 女性 14 名と男性 26 名の 40 名)、大学院生である女性 32 名と男性 73 名の 105 名である。倫理上の配慮として、帝京大学医学部倫理委員会の承認を得た (帝倫 12-71 号 平成 24 年 9 月 1 日)。

(2) 調査方法と項目

2012 年 12 月～2013 年 1 月に無記名自記式の質問紙調査を行った。調査項目は、36 項目の環境尺度と基礎属性、婚姻状況、子どもの有無、保育室利用の希望および介護の状況を含めた。環境尺度については、各項目について「女性医師が働きやすい職場づくりに際し、どのくらい必要でしょうか」と尋ねた。選択肢は「絶対必要である」から「まったく必要ない」の 5 段階による Likert scale とした。

本研究は某大学の男女共同参画活動の一環として行い、対象者に調査票とともに調査協力依頼書、同意書を郵送した。回収率を上げるために、学内リマインダーメールを配信した。調査参加者は同意書に同意の上、同意書とは別に用意した返信用封筒にて研究者宛に返送するよう依頼した。

(3) 分析方法

分析方法は、弁別力のある項目の決定を行うため、各項目得点と総項目の合計との相関係数である項目-全体相関 (Item-Total 相関係数: 以下、I-T 相関係数) を算出した。項目-全体相関は有意差のない項目は削除するとされている (10)。その後、構成概念妥当性の検討のため、重み付けのない最小二乗法およびプロマックス回転による因子分析を行った。各因子の構成項目から求めた得点 (尺度) の内的一貫性信頼性についてクロンバック α 係数を算出した。性別、婚姻状況、子どもの有無、職位による比較を行うため Student の t 検定を行った。有意水準は 0.05 とした。分析には統計パッケージ SAS (version 9.3) を用いた。

結 果

調査票の回収数は 291 (36.0%)、性別は女性 107 名、男性 178 名であった。対象者の基本属性を表 1 に示す。年齢の平均値、標準偏差は、女性 42.2 ± 11.4 歳、男性 46.4 ± 10.1 歳であった。教員の有無については教授・准教授・講師・助教からなる教員の男女構成は、女性 58

表 1 対象者の属性 (N=291)

項目	内訳		人数	%
年齢	23 ～ 29 歳		18	6.2
	30 ～ 39 歳		85	29.2
	40 ～ 49 歳		73	25.1
	50 ～ 59 歳		73	25.1
	60 ～ 69 歳		30	10.3
性別	女性		107	36.8
	男性		178	61.2
職位 *	教員	教授	68	23.4
		准教授	34	11.7
		講師	44	15.1
		助教	61	21.0
		計	207	71.2
	教員以外	研修医	5	1.7
		研修生	4	1.4
		医員	3	1.0
		研究助手	5	1.7
		臨床助手	23	7.9
		その他	39	13.4
		計	79	27.1
		婚姻状況	独身 **	88
既婚	201		69.1	
子ども	なし	113	38.8	
	あり	164	56.4	

N に満たさない項目は欠損値あり

* 職位は教員 (教授・准教授・講師・助教), 教員以外 (研修医・研修生・医員・研究助手・臨床助手・その他)

** 独身は死別・離婚含む

名 (54.7%), 男性 147 名 (84.0%) であり, 教員以外は女性 48 名 (45.3%), 男性 28 名 (16.0%) であった。婚姻状況は, 独身 (離婚・死別を含む) が女性 52 名 (49.1%), 男性 33 名 (18.5%), 子どものいる者は女性 38 名 (35.5%), 男性 123 名 (69.1%) であった。

尺度原案の各項目に関する度数分布, 平均値, 標準偏差を表 2 に示す。各項目の平均値は最小 3.4～最大 4.6 (5 点満点) であった。I-T 相関係数は, 0.46～0.70 の範囲であった。本研究においては削除の対象となりうる項目はなかった。構成概念妥当性を検証するため, 36 項目について因子分析 (最小二乗法, プロマックス回転) を行った。固有値 1 以上では, スクリーンプロットおよび解釈可能性から因子数を 5 と判断し, 30 項目とした。これらの 30 項目を再度行った因子分析結果を表 3 に示す。すべての項目の因子負荷量は 0.35 以上となり各因子に含まれる項目の意味内容に矛盾のない最適解を得た。因子間相関は, 0.37～0.52 の範囲であった。

第 1 因子は〈就労・キャリアなどの相談窓口〉, 〈管理職に女性の登用〉などからなる 10 項目から構成された。この因子は, 男性が大半を占める「医師」の職場環境対策としての重要な取り組みと解釈し『男女共同参画への組織的な取り組み』と命名した。第 2 因子は〈産前・産

後休暇〉, 〈労働基準法の遵守〉などからなる 9 項目から構成され, 『ライフイベントと仕事の両立』と命名した。第 3 因子は〈職場保育所〉, 〈保育支援体制〉などからなる 5 項目から構成され, 『保育体制の整備』と命名した。第 4 因子は〈男性の育児・介護休暇取得〉, 〈女性の介護休暇取得〉からなる 3 項目から構成された。この因子は, 現時点で取得できていない法的休暇環境であることを鑑み, 『介護休暇・男性の育児休暇』と命名した。第 5 因子は 3 項目から構成され, 『柔軟な勤務形態』と命名した。

また, 信頼性の検討のためクロンバック α 係数を算出したところ, いずれの因子および全体においても 0.80 以上であり (表 3), 内部一貫性が見られた。表 4 に t 検定による性別や婚姻状況, 子どもの有無, 職位による各因子の平均点の比較を示す。性別については, 『男女共同参画への組織的な取り組み』, 『保育体制の整備』, 『介護休暇・男性の育児休暇』, 『柔軟な勤務形態』の 4 因子については, 女性が男性よりも平均値が有意に高かった (p 値<0.05)。一方, 婚姻状況ならびに子どもの有無, 職位においては, 2 群で差は認められなかった。

考 察

本研究の目的は, 「女性医師が働きやすい病院」の構成概念を明らかにすることである。女性医師の就労に関し専門知識のある研究チームにより, 選定した 36 項目を用い因子分析を行った。因子分析では, 5 因子 30 項目から成る尺度が得られ, 各因子名は『男女共同参画への組織的な取り組み』, 『ライフイベントと仕事の両立』, 『保育体制の整備』, 『介護休暇・男性の育児休暇』, 『柔軟な勤務形態』と命名した。

本研究の対象者は一私立医科大学・附属病院の教員とその他の臨床医, 研究員などの職員である。サンプルサイズがやや少なく, 単一の大学病院であることから結果の一般化には限界がある。さらに, 本研究の対象集団の特性を見ると, ライフイベントに遭遇している該当者が少なかったこと, 独身者が少なかったことよりニーズのあるものの回答数が少なく, この点については結果を慎重に考慮する必要がある。現実的に職場でも家庭でも保育支援が得られていない当事者においては, 忙しくて調査に参加する余裕がないことは当たり前かもしれない。

しかしながら, この尺度が女性医師の就労環境整備を目的に作成された趣旨を考慮すると, 将来的にこの尺度を用いる対象者は病院医療機関の事業主および管理職が想定される。この点において本研究の対象集団は 7 割が管理職の立場にある教員であり, 用いた回答者データは想定する概念的母集団と近似していた。さらに確認のため, 職位の違い, 婚姻状況ならびに子どもの有無において, 第 1 因子から第 5 因子の平均値に違いがあるか検討したが, 有意差は認められず様々なライフステージにおいて適応可能な尺度であると思われる。

本研究により女性医師が働きやすい病院のチェックリ

表 2 女性が働きやすい病院チェックリストの記述統計量

	絶対必要 (%)	やや必要 (%)	中間 【どちらとも いえない】 (%)	あまり 必要でない (%)	まったく 必要ない (%)	I-T 相関 係数
1 院内保育所・保育室があること (N=249)	170 (68.3)	58 (23.3)	18 (7.2)	2 (0.8)	1 (0.4)	0.49*
2 24 時間保育体制があること (N=250)	119 (47.6)	88 (35.2)	32 (12.8)	9 (3.6)	2 (0.8)	0.48*
3 病児・病後児保育体制があること (N=250)	137 (54.8)	82 (32.8)	26 (10.4)	5 (2.0)	0	0.53*
4 学童保育体制があること (N=250)	91 (36.4)	102 (40.8)	44 (17.6)	12 (4.8)	1 (0.4)	0.49*
5 子どもの急な体調の変化にも柔軟に対応できること (N=250)	177 (70.8)	60 (24.0)	12 (4.8)	1 (0.4)	0	0.52*
6 一日の労働時間が 8 時間を超えないこと (N=250)	53 (21.2)	90 (36.0)	86 (34.4)	19 (7.6)	2 (0.8)	0.61*
7 当直の翌日は休日扱いになること (N=249)	92 (36.9)	75 (30.1)	69 (27.7)	13 (5.2)	0	0.60*
8 医師の労働時間の記録を管理していること (N=250)	111 (44.4)	74 (29.6)	50 (20.0)	13 (5.2)	2 (0.8)	0.52*
9 過重労働者の産業医による介入が機能している (N=249)	100 (40.2)	98 (39.4)	39 (15.7)	11 (4.4)	1 (0.4)	0.54*
10 妊娠中の当直業務をさせないこと (N=250)	142 (56.8)	75 (30.0)	29 (11.6)	2 (0.8)	2 (0.8)	0.53*
11 産前休暇を 6 週間すべて取得できること (N=248)	101 (40.7)	90 (36.3)	45 (18.1)	12 (4.8)	0	0.64*
12 産後休暇を 8 週間すべて取得できること (N=248)	101 (40.7)	86 (34.7)	50 (20.2)	11 (4.4)	0	0.63*
13 生理休暇を取得できること (N=248)	37 (14.9)	79 (31.9)	98 (39.5)	20 (8.1)	14 (5.6)	0.49*
14 休憩を取れる部屋があること (N=251)	96 (38.2)	93 (37.1)	49 (19.5)	10 (4.0)	3 (1.2)	0.46*
15 女性が介護休暇を取得できること (N=251)	97 (38.6)	108 (43.0)	41 (16.3)	4 (1.6)	1 (0.4)	0.64*
16 女性が育児休暇を取得できること (N=250)	145 (58.0)	82 (32.8)	21 (8.4)	2 (0.8)	0	0.62*
17 復職支援体制が整備されていること (N=250)	146 (58.4)	84 (33.6)	20 (8.0)	0	0	0.55*
18 遠隔教育体制が整備されていること (N=249)	52 (20.9)	103 (41.4)	77 (30.9)	13 (5.2)	4 (1.6)	0.59*
19 短時間勤務制度があること (N=248)	84 (33.9)	105 (42.3)	45 (18.1)	12 (4.8)	2 (0.8)	0.64*
20 ライフイベントに応じて雇用形態の変更が可能であること (N=250)	95 (38.0)	114 (45.6)	36 (14.4)	4 (1.6)	1 (0.4)	0.57*
21 ライフイベントに応じて勤務形態 (時間) の変更が可能であること (N=250)	103 (41.2)	115 (46.0)	29 (11.6)	3 (1.2)	0	0.59*
22 複数主治医制を導入していること (N=248)	62 (25.0)	106 (42.7)	72 (29.0)	5 (2.0)	3 (1.2)	0.50*
23 週に 1 日は休めること (N=250)	162 (64.8)	56 (22.4)	24 (9.6)	7 (2.8)	1 (0.4)	0.58*
24 当直回数は多くとも週に 1 日以下であること (N=249)	90 (36.1)	89 (35.7)	63 (25.3)	7 (2.8)	0	0.55*
25 院長・理事長のリーダーシップがあること (N=250)	119 (47.6)	72 (28.8)	50 (20.0)	8 (3.2)	1 (0.4)	0.50*
26 パワハラ・セクハラの相談窓口があること (N=251)	137 (54.6)	82 (32.7)	27 (10.8)	5 (2.0)	0	0.55*
27 医師のメンターがいること (N=246)	53 (21.5)	110 (44.7)	72 (29.3)	9 (3.7)	2 (0.8)	0.57*
28 管理職に女性の登用を積極的にしていること (N=251)	66 (26.3)	101 (40.2)	75 (29.9)	5 (2.0)	4 (1.6)	0.63*
29 就労・キャリアの相談窓口がある (N=250)	72 (28.8)	106 (42.4)	68 (27.2)	3 (1.2)	1 (0.4)	0.70*
30 メンタルの相談窓口があること (N=249)	83 (33.3)	115 (46.2)	50 (20.1)	1 (0.4)	0	0.64*
31 ロールモデル (キャリアと私生活を両立できている女性医師) がいること (N=249)	77 (30.9)	115 (46.2)	51 (20.5)	5 (2.0)	1 (0.4)	0.53*
32 組織全体を対象とした男女共同参画のセミナーやワークショップがあること (N=248)	37 (14.9)	106 (42.7)	89 (35.9)	12 (4.8)	4 (1.6)	0.60*
33 卒前教育に医師のキャリア教育を行うこと (N=245)	51 (20.8)	91 (37.1)	89 (36.3)	12 (4.9)	2 (0.8)	0.67*
34 男性医師の意識改革 (注) に対する取組みをしていること (N=247)	69 (27.9)	113 (45.7)	56 (22.7)	8 (3.2)	1 (0.4)	0.70*
35 男性が介護休暇を取得できること (N=249)	91 (36.5)	114 (45.8)	38 (15.3)	5 (2.0)	1 (0.4)	0.59*
36 男性が育児休暇を取得できること (N=250)	93 (37.2)	112 (44.8)	40 (16.0)	4 (1.6)	1 (0.4)	0.58*

(注) 女性には社会的な女性としての役割分担 (妻・母・娘として) があり, この性別役割分担の見直しが重要といわれています。

* p<0.001

表 3 「女性医師が働きやすい病院」の因子構造 (5 因子 30 項目, 全体の α 係数=0.93)

項目	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	第 5 因子
第 1 因子 10 項目「男女共同参画への組織的な取組」 $\alpha=0.89$					
医師のメンターがいること	0.69	-0.02	0.00	0.01	-0.02
パワハラ・セクハラ相談窓口があること	0.68	0.10	-0.08	-0.11	0.02
就労・キャリアの相談窓口があること	0.68	0.10	-0.07	0.11	0.05
管理職に女性の登用を積極的に行っていること	0.64	-0.10	0.02	0.21	0.01
メンタルの相談窓口があること	0.61	0.13	-0.05	0.13	-0.03
院長・理事長のリーダーシップがあること	0.60	0.02	0.06	-0.15	0.04
組織全体を対象とした男女共同参画のセミナーやワークショップがあること	0.55	-0.03	0.14	0.15	-0.07
ロールモデル（キャリアと私生活を両立できている女性医師）がいること	0.53	-0.09	-0.04	0.10	0.17
卒前教育に医師のキャリア教育を行うこと	0.47	0.10	0.10	0.28	-0.10
男性医師の意識改革に対する取組みをしていること	0.42	-0.03	0.14	0.28	0.14
第 2 因子 9 項目「ライフイベントと仕事の両立」 $\alpha=0.84$					
産後休暇を 8 週間すべて取得できること	-0.13	0.70	0.00	0.30	-0.02
産前休暇を 6 週間すべて取得できること	-0.11	0.66	-0.02	0.33	0.00
妊娠中の当直業務をさせないこと	-0.04	0.62	0.01	0.12	-0.04
一日の労働時間が 8 時間を超えないこと	0.12	0.59	0.04	-0.17	0.16
当直の翌日は休日扱いになること	0.10	0.58	0.01	-0.04	0.08
過重労働者の産業医による介入が機能していること	0.44	0.48	-0.03	-0.20	-0.11
医師の労働時間の記録を管理していること	0.34	0.47	-0.01	-0.23	0.00
生理休暇を取得できること	0.14	0.37	0.01	0.06	-0.01
女性が育児休暇を取得できること	-0.01	0.35	0.12	0.31	0.08
第 3 因子 5 項目「保育体制の整備」 $\alpha=0.83$					
病児・病後児保育体制があること	0.00	-0.01	0.86	-0.13	0.07
24 時間保育体制があること	-0.03	-0.08	0.80	0.11	-0.07
学童保育体制があること	0.02	0.04	0.72	-0.01	-0.08
院内保育所・保育室があること	0.01	0.04	0.62	-0.05	0.07
子供の急な体調の変化にも柔軟に対応できること	-0.01	0.11	0.46	0.05	0.13
第 4 因子 3 項目「介護休暇・男性の育児休暇」 $\alpha=0.82$					
男性が育児休暇を取得できること	0.02	0.02	-0.05	0.87	0.02
男性が介護休暇を取得できること	0.07	-0.02	-0.05	0.84	0.04
女性が介護休暇を取得できること	0.12	0.26	0.16	0.37	-0.05
第 5 因子 3 項目「柔軟な勤務形態」 $\alpha=0.87$					
ライフイベントに応じて雇用形態の変更が可能であること	0.00	0.00	-0.06	0.00	0.95
ライフイベントに応じて勤務形態（時間）の変更が可能であること	-0.03	0.03	0.05	0.02	0.86
短時間勤務制度があること	0.11	0.03	0.11	0.08	0.61
因子間相関					
第 1 因子	1.00				
第 2 因子	0.52	1.00			
第 3 因子	0.38	0.40	1.00		
第 4 因子	0.40	0.39	0.43	1.00	
第 5 因子	0.42	0.40	0.43	0.37	1.00

ストは、5 因子で構成される 30 項目となった。尺度原案における 36 項目のうち、6 項目は因子分析の過程において除外した。これらの除外項目は、「休憩を取れる部屋があること」、「復職支援体制が整備されていること」、「遠隔教育体制が整備されていること」、「複数主治医制を導入していること」、「週に 1 日は休めること」、「当直回数は多くとも週に 1 日以下であること」であった。除外した 6 項目については、「複数主治医制を導入して

いること」は、がん患者などの診療において主治医が変わることは好ましい状況とはいえない。「週に 1 日は休めること」、「当直回数は多くとも週に 1 日以下であること」については、各診療科のマンパワーに依存する項目である。「休憩を取れる部屋があること」については、医療法 (11) に基づく設置基準より患者の占有スペースが優先される現状がある。「復職支援体制が整備されていること」と「遠隔教育体制が整備されていること」に

表 4 性別・婚姻状況・子どもの有無・職位による各因子の平均点の比較 *

	性別			婚姻状況			子ども			職位 ***		
	女 (N=107)	男 (N=178)	p 値	独身 ** (N=88)	既婚 (N=201)	p 値	有 (N=164)	無 (N=113)	p 値	教員 (N=207)	その他 (N=79)	p 値
男女共同参画への組織的な取組	41.0	39.0	0.02	40.5	39.3	0.15	40.0	39.3	0.38	39.9	39.3	0.45
ライフイベントと仕事の両立	37.2	36.0	0.11	36.3	36.5	0.86	36.5	36.3	0.76	36.7	35.8	0.26
保育体制の整備	22.7	21.7	0.01	21.8	22.1	0.46	22.2	21.9	0.41	22.0	21.9	0.73
介護休暇・男性の育児休暇	13.1	12.2	0.001	12.6	12.5	0.69	12.6	12.4	0.63	12.5	12.5	0.97
柔軟な勤務形態	13.2	12.1	<.001	12.8	12.4	0.12	12.4	12.7	0.24	12.3	12.8	0.10

* Student の t 検定による

** 独身は死別・離婚含む

*** 職位は教員（教授・准教授・講師・助教）、その他（研修医・研修生・修練生・医員・教務職員・研究助手・臨床助手・病院教授・病院准教授・その他）

については、同じくマンパワーの問題や IT 環境整備の拡充に向けた費用の問題など医療機関個別の状況がある。しかし、これら 6 項目は半数以上が必要であると回答していたことや女性医師の就労環境整備上重要ではあるが、類似の項目が少なかったため共通因子が得られなかったと考える。

尺度の理論的整合性について既存文献との比較から以下に考察する。第 1 因子は相談窓口や女性の登用、組織改革より構成された『男女共同参画への組織的な取り組み』は、医療機関における女性医師の職場環境を改善させるために最も重要である (12)。我々が行った 13 医科大学を対象に行った先行研究では、性別のために有給ポスト獲得・昇進人事・終身雇用の機会を得られなかった割合は女性で 21%、男性で 3% であった ($p < 0.0001$)。こうした就労機会の性別格差は男女の就労パターンに大きく影響を与え、男女の就労格差を強く認知している者は認知していない者に比べ、パートタイムワーカーになりやすいことが明らかとなっている (13)。別の先行研究では、女性は男性に比べ自己評価が厳しく、たとえ同等に仕事のパフォーマンスができていても自信が低くなる傾向が知られている (14)。こうした自信の低さや男女就労格差の認知は、医師の労働特性が肉体的な労働であり女性にとってはハンディであることが影響していると報告されている (15)。よって、相談窓口設置や女性の登用によるロールモデルの存在、組織の意識改革、卒前教育介入など男女共同参画の特徴が表れていると考えられる。第 2 因子の『ライフイベントと仕事の両立』については、日本医師会の調査 (6) より「産前・産後休暇を取得しなかった割合」は 20% であることがわかった。産前・産後休暇を取得するという労働基準法を遵守できないほどの劣悪な医師の就労状況が蔓延しており、早急な労働環境の改善が必要である。労働政策研究・研修機構調査 (16) によれば、勤務医の 40% が週 60 時間以上の過重労働が明らかとなっている。さらに、日本医療労働組合連合会の調査 (17) において、約 9 割は交代制勤

務がなく、宿直翌日の勤務体制は、「通常通り勤務する」が約 80% を占める。こうした過重労働が蔓延している状況においては、子どもを持つ、あるいは性別役割分業を周囲から期待される女性医師が仕事と両立することは難しい。第 3 因子の『保育体制の整備』については、女性医師が出産、子育てなどのライフイベントの遭遇時期が丁度、認定専門医に必要な病院の修練の時期と重なるため保育支援が重要な課題である。ただし病院保育所の運営は常に赤字採算部門であり、公的補助金を受けていない病院においては保育所を自前で設置するほどの余裕はないであろう。その場合には、ベビーシッターやファミリーサポートの情報提供などソフト面の支援の充実を代替項目として用いるなど応用があってもよいと思われる。第 4 因子の『介護休暇・男性の育児休暇』について、労働政策研究・研修機構の調査研究 (18) によれば、介護休暇を「取得したい」とする正規雇用・主介護者は 45.9% であるにもかかわらず、年間の介護休暇日数は 5 日を超えていないとある。また、他の調査においても常用労働者に占める介護休暇取得者の割合は 0.14% であり (19)、介護休暇は産休や育児休暇以上に取得率が低い現状がある。男女問わず年老いた親の面倒などの休暇が取得できるよう、男性における育児休暇とともに重要な取り組み課題である。第 5 因子の『柔軟な勤務形態』はライフイベントに対応できる勤務環境と育児・介護休業法 (8) にある短時間勤務制度が含まれている。これらの項目が独立した因子として抽出された背景には労働環境面からみた管理体制が職場にあることが望まれている状況がある。

本研究の限界については、検討した尺度には、保育体制の整備が因子として抽出されている。日本医師会総合政策研究所の「院内保育所を含む医師就労支援に関する調査 (2008 年)」(20) によれば、保育所の運営費は一施設当たり年間 1,200 万円の赤字採算と公表されており、この尺度を病床数の少ない一般病院に強いるのは到底できない。しかし、医師不足の背景の中で卒後間もない若

手の女性医師が修練を受ける場として大学病院や研修指定病院などの大きな病床数持つ病院においては、女性医師がライフイベントに遭遇しても離職しないで働き続けられるために保育体制の整備は必要であると考えられる。よって、そのような病院においては本研究で検討した尺度を活用できるものと期待する。

本研究で抽出された 5 因子『男女共同参画への組織的な取り組み』、『ライフイベントと仕事の両立』、『保育体制の整備』、『介護休暇・男性の育児休暇』、『柔軟な勤務形態』は、いずれもその名称から一般女性労働者にも共通して応用できる環境整備項目である。しかし、対象者を変えれば、その職種や職場に応じた必要と思われる取り組み項目が抽出されるわけで、本研究も修練と子どもを産み育てる時期が重なることが問題となっている女性医師を対象に分析をした結果、5 つの因子が抽出されたと解釈している。特に、5 因子中、『男女共同参画への組織的な取り組み』、『ライフイベントと仕事の両立』、『保育体制の整備』の 3 つは女性医師には特別に必要な因子であり、一方『介護休暇・男性の育児休暇』、『柔軟な勤務形態』はより一般の女性労働者全体に適応できると思われる。

今後、基準関連妥当性の検討の際、抽出された 5 因子について女性医師の常勤数などをアウトカムに病院対象の調査を行うことなど検討の余地がある。本研究では医師不足時代における女性医師の人的資源をさらに活性化させるため、環境整備を目的にチェックリストを作成した。女性医師は卒後 10 年以内に半数以上が常勤を離職することが先行研究から明らかにされており、医師として修練の時期と女性として子どもを産み育てる時期が重なり問題となっている。本研究の結果、若い女性医師を持つ病院における就労環境整備が一層進むことを渴望する。

謝 辞

多忙な中、調査にご協力くださいました教職員および研修医の皆様に深謝いたします。本研究は、科研費基盤 C『女性医師の就労拡充に向けた労働衛生評価と職場環境整備尺度の開発 (研究課題番号: 25460814)』の一部として行われた。

本研究において、利益相反に相当する事項はない。

文 献

- (1) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況. 厚生労働省, 2012.
- (2) Organisation for Economic Co-operation and Development. An Analysis of the OECD Health Data: Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013.
- (3) Izumi M, Nomura K, Higaki Y, Akaishi Y, Seki M, Kobayashi S, Komoda T, Otaki J. Gender role stereotype

and poor working condition pose obstacles for female doctors to stay in full-time employment: alumnae survey from two private medical schools in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2013;229:233-237.

- (4) 安川康介, 野村恭子. 医師における性別役割分担一診療時間と家事労働時間の男女比較. *医学教育学雑誌* 2012;43:315-319.
- (5) 総務省統計局. 労働力調査, 2014. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001120261> (2014.8.25)
- (6) 日本医師会男女共同参画委員会・日本医師会医師再就職支援事業. 女性医師の勤務環境の状況に関する調査報告書. 平成 21 年. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf (2014.8.25)
- (7) 労働基準法 (第 32 条). 最終改正: 平成二四年六月二七日法律第四二号. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22HO049.html> (2014.8.25)
- (8) 育児休業, 介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律; 平成 21 年 6 月改正. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/07/tp0701-1.html> (2014.8.25)
- (9) 厚生労働省, 短時間正社員制度導入支援ナビ. 稼働日; 平成 20 年 12 月 1 日. <http://tanjikan.mhlw.go.jp/> (2014.8.25)
- (10) 徳永幹雄. 体育・スポーツの心理尺度. 東京: 不昧堂出版, 2004, 218-223.
- (11) 医療法 (第 4 章, 第 1 節). 最終改正: 平成二六年六月二七日法律第九一号
- (12) Yasukawa K, Nomura K. The perception and experience of gender-based discrimination related to professional advancement among Japanese physicians. *Tohoku J Exp Med* 2014;232:35-42.
- (13) Nomura K, Gohchi K. The impact of gender-based obstacle on working status among women physicians in Japan. *Soc Sci Med* 2012;75:1612-1616.
- (14) Nomura K, Yano E, Fukui T. Gender differences in clinical confidence: a nationwide survey of resident physicians in Japan. *Acad Med* 2010;85:647-653. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181d2a796.
- (15) Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Medical student gender and issues of confidence. *Patient Educ Couns* 2008;72:374-381. doi: 10.1016/j.pec.2008.05.021. Epub 2008 Jul 24.
- (16) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構, 勤務医の就労実態と意識に関する調査. 平成 24 年. <http://www.jil.go.jp/press/documents/20120904.pdf> (2014.8.25)
- (17) 日本医療労働組合連合会, 勤務医実態調査. 2012. <http://www.irouren.or.jp/old/jp/html/menu6/index.html> (2014.8.25)
- (18) 独立行政法人労働政策研究・研修機構, 労働政策研究報告書. 介護休業制度の利用拡大に向けて—「介護休業制度の利用状況等に関する研究」報告書—No. 73 2006. <http://www.jil.go.jp/institute/reports/2006/documents/073.pdf> (2014.8.25)
- (19) 厚生労働省, 「平成 23 年度雇用均等基本調査」の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/71-23r-05.pdf> (2014.8.25)
- (20) 日本医師会総合政策研究所, 「院内保育所を含む医師就労支援に関する調査 (2008 年)」—No. 164