医師のワークライフバランス(仕事と生活の調和) への考察 —「M」字就業率の解消が日本の医療を救う—

檜山 桂子

〔日内会誌 100 : 534~539, 2011〕

Key words ワークライフバランス, 男女共同参画, 女性医師

はじめに

昨今、医学関連学会や医師会で、医師（特に女性医師）のワークライフバランス支援策が活発に議論されるようになってきているが、そうした医師の会で支援に反対する意見はほとんどなく、誰もがその必要性を理解しているものと筆者は思っていた。しかし、市民公開講座で同様の議論がなされた時、市民の受け止め方は違っていることを思い知らされた。「医師は一般市民と比べて高額な年俸を得ているのだから、忙しいのは当たり前。他の職業でも忙しい人はいくらでもいる。何故、(女性)医師だけ支援する必要があるのか?」という疑問を投げかけられた。市民の理解を得ない(女性)医師のワークライフバランス支援は、市民と医師の信頼関係を損ねる危険も孕んでおり、医学界は支援策を打ち出すとともに市民の理解を得る努力も必要である。

筆者は大学（広島大学男女共同参画推進委員

会）、学会（米国内科学会日本支部Women's Committee、日本内科学会内科専門医部会女性医師に関するワーキンググループ）、医師会（広島県医師会女性医師部会）で男女共同参画活動に参加してきたが、その経験から、表に挙げる項目の重要性を痛感してきた。これらの活動を通しての私の答えはこうである。「現在、女性が勤務を継続しないことにより一般市民に弊害が及ぶ最たる職業が医師であり、そのために勤務支援が必要である」と。地方の医師不足により地域の基幹病院の閉鎖・縮小が続き、現実に市民が弊害を被っているが、医学部定員を増やしても、それにより実働できる医師が増えるのは早くても8年後である。その間をすぐに埋められるのは休職中の女性医師の復帰であり、さらなる医師不足を加速させないための、現勤務医の離脱防止でもある。女性医師の配偶者は医師であることも多く、勤務を継続する理由に経済的理由は比較的少ない。継続するためにはライフへの犠牲を減らすこと、ワークへのモチベーション

医療法人社団福原医院

Series, For Attending Physicians ; Professionalism ; Discussion on the work-life balance of the doctors—Vanishing “M-curve” in the employment rate may restore the medicine in Japan—.

Keiko Hiyama : Fukuhara Medical Clinic, Japan.

表. ワークライフバランスの改善のために

-
1. 専攻科にかかわらず同等のQOLを可能に
 2. 多様な働き方の実現（生活に合わせて選択可能に）
 3. 大学（医局）と医師会の協調支援体制
 4. モチベーションの維持
 5. 意思決定の場を両性で
 6. 女性医師に優しい職場は男性医師にも優しい
-

を上げること、が必須である。この支援をしなければ、継続しないことを選択する女性医師を引き止められない、あるいは復帰させることができない。女性のみならず男性医師においても、勤務医のQuality of life（QOL）とモチベーションを高めなければ、地方の基幹病院から医師が離脱し、都市部の開業医へと変容する。もし将来、医師過剰となれば、このような支援の必要性は下がるかも知れない。しかし、医師過剰となれば、現在ほどの長時間労働を要求されることもなくなり、ライフへの犠牲が減り、自然にワークライフバランスが保たれるかもしれない。いずれにしても、医師不足の現在こそ、早急に（女性）医師のワークライフバランス問題を解決しなければならない。

1. QOL格差の解消

米国内科学会（ACP）日本支部Women's Committeeで2007～8年に学生委員の視点から実施したアンケート調査¹⁾では、現在医師不足が問題となっている小児科、産婦人科、外科においては、単に「興味のある科」から「選択希望の科」、そして診療科毎の医師割合²⁾の現状へと、現実によく近づくと割合が減り、逆に眼科、耳鼻科、皮膚科では増えており、その傾向は特に女性で強かった（図1）¹⁾。全国医師数は年齢分布も広く年代による影響もあり得るが、ワークライフバランスを保つために、興味がある科を選ばず、家庭と両立できる科を選んでいる人が少なくない

ことが予想される。そして、それは女性で強いものの、男性にもあてはまることを示す。この結果から、我々は、現在考えられている政策のうち、「志望診療科の調整を行っていくこと」が重要とは言えず、むしろ、志望通りの診療科を選択できる支援体制、すなわち、どの診療科に進んでも、望まれるワークライフバランスが保てる労働環境改善が重要であると提唱した¹⁾。内科については、内科各分野の専門医(subspecialty 専門医)は前者、総合内科医は後者の傾向を示し、学生時代は第一線の病院で専門医として働くことを希望しながら、現実には開業医としての総合内科医が増加していることが考えられる。開業を選択する理由は様々あるが、ワークライフバランスを保つためにも重要な要因の一つと考えられる。

2. 多様な労働形態

現在、ひとたび病院に勤務すれば長時間労働、主治医としての全責任が課せられることが多く、家庭への負担や責任への不安から勤務そのものを諦める事例も多い。医師以外の医療職は、基本的に医師の指示を受けて対応するので多少のブランクがあっても比較的復帰しやすい。患者にとっても主治医のような唯一無二の存在ではないため、短時間勤務でも交代しやすい。しかし指示を出す医師は、最新の医療を知らなかったでは済まされない。また、患者は常に主治医の診療を希望することが多いため、今までのような主治医制では、休業中の医師の復職を躊躇させる。時間を限った勤務（外来、健診、当直明け常勤医の日勤業務交代など）、複数医師でフルタイム一人分を担当するワークシェアリング、フレックスタイム制（検査結果の判定や書類作成業務などは時間に捉われない）、責任と知識の共有が可能な複数主治医制・チーム制などを推進し、多様な労働形態を選択可能にすれば、復

図 1. 特徴的な分布を示した 6 分野と内科専門医・総合内科医における、医学生に一番興味のある科 (男子n：女子n=525：289, 左), 医学生が現実に進む科 (502：276, 中央) 割合¹⁾と、現実の全国医師割合²⁾ (男性n：女性n=218,318：45,222, 右) との比較 (文献 1 より内科を加えて引用)

職もしくは勤務継続が可能となる医師が増加するのではない。

3. 大学 (医局) の支援体制

日本医師会主導の医師バンクなどは予算も人も付いているが、相談件数は必ずしも多くない。復職のソースとして期待される休職中の医師の多くは若い女性医師であり、彼らも「2」で記載したような多様な労働形態があれば復職希望は高いであろう。しかし、更にここでもう一つ障壁となるのが、医局の姿勢であろう。いかに多様な職場情報が提供され、本人がそれを希望しても、ひとたび医局人事以外の職場を選択したために医局人事からはずされる可能性があるとして、若い医師、特に子育てが一段落ついた後に学位

取得や専門医取得を希望している医師は、医局人事からはずれることを回避するために、大学以外からの職場斡旋を諦める。ゆえに、復職支援や多様な労働形態の提供には、大学 (医局) の協調姿勢が不可欠と考える。

「1」で紹介した ACP 日本支部 Women's Committee のアンケート調査でも、子育てに不安を感じる医学生が求める対策としては、職場の理解と支援を求める声が圧倒的に多かった¹⁾。これらのことから、本年度、広島県医師会女性医師部会では、広島大学の医学部生が入局する可能性のある広島大学の 59 講座・診療科 (基礎系含む) に女性医師支援についてのアンケート調査を行い、得られた回答を「女子医学生、研修医等をサポートするための会」を開催して医学部生・研修医等に情報提供するとともに、各講座にも

フィードバックした（11月24日付け中国新聞11面掲載）。講座により支援体制の温度差は大きく、勤務時間短縮・フレックスタイム・複数主治医制、当直減免、育休応援医師派遣などさまざまな支援体制を配慮している支援先進講座のアイデアを全講座に共有してもらい、大学全体として支援が向上してゆくことを期待したい。

4. モチベーションの維持

「1」「3」で紹介したACP日本支部Women's Committeeのアンケート調査では、育児に「不安を感じる」回答者のうち、不安軽減の対策として、女子医学生では「再就職の斡旋」「復帰のための研修施設・制度」など仕事の「中断」「休止」を前提とした回答者が計16.4%を占めるのに対し、男子医学生では4.9%であった（ $P<0.0001$ ）¹⁾。現在、医学部生は女性が1/3を占めるのに対し、大学教員、特に講義を担当する講師以上の家庭を持つ女性医師割合は非常に少なく、学生時代に家庭と仕事を両立させている先輩女性医師と接する機会が少ないことから、女子医学生は、ワークライフバランスやキャリアを積むことの将来設計をイメージできない可能性がある。「はじめに」で述べたごとく、家庭を持つ女性医師が勤務を続けるには、経済的な理由以外のモチベーションが不可欠である。学生時代から、医師という職業のすばらしさ、プロフェッショナリズムを考える機会とともに、生き活きとワークライフバランスを実現している先輩女性医師と接する機会を増やす必要があると考える。

5. 意思決定の場を両性で

ACP日本支部では、2007年度からWomen's Committeeを発足させ、最初の活動計画として「情報の共有システム」と「すべての意思決定の場を男女両性で」の実現を挙げていたが、前者

は発足前に全女性ACP会員のメーリングリストを立ち上げ実働させ、後者はそのメーリングリストを活用し、発足1年で理事会も含めすべてのACP日本支部の委員会への女性委員参画が実現した。一方、日本内科学会内科専門医部会女性医師に関するワーキンググループでは、日本内科学会と関連学会の各種委員会の女性割合をアンケート調査し、2010年4月の第107回日本内科学会講演会でポスター提示を行ったが、倫理や教育など、女性の視点も重要と思われる委員会に女性が皆無の学会も少なからず存在した。ハラスメント問題や子育て中の女性医師がいかに専門医を継続するかを議論するとき、男性だけの討論では十分ではないのは自明ではないだろうか？

女性を意思決定の場に、と提案すると、決まって出てくる反論は、「ふさわしい人材がない」、「未経験の女性委員では業務が滞る」、「引き受ける女性がない」であり、そしてこれらの意見は必ずしも男性からだけではない。そこで提案したいのは、男性委員を女性におきかえるのではなく、女性委員を最低一人、追加することから始めてはどうだろうか。そうすれば業務が滞ることなく、「ふさわしい」人でなくても参加可能である。最初は、意思決定の場に女性もいる、それだけで良いのではないかと考える。メダルを取れる選手だけが参加するオリンピックでは意味がないように、メダルを取れないとわかっている国を含め世界中の国が参加することにこそ意義がある。最初は実務がこなせなくても、両性で構成されている、そのことに意義がある、と考える。参加しているうち、必ず実務も同等にこなせるようになるのではないか（もちろん初めから同等以上の猛者もおられるが）。少なくとも国家試験の成績は、女子学生の方が男子学生よりも上回っているのである。国が策定した「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」や「ヒトES細胞の使用に関する指針」ではそれ

図2. 女性の年齢階級別労働力率の国際比較⁴⁾

日本、韓国では、結婚、出産、子育て期に労働力率が低下してM字型になるが、欧米ではその傾向を認めない。女性医師においても、日本では同様にM字を描く⁵⁾

それ「男女両性で構成されていること」「男性および女性がそれぞれ二名以上含まれていること」という規定があり、全国の当該委員会には、必ず1~2人以上の女性委員が参画しているが、女性が含まれているために業務がうまく遂行されなかったという話は聞かないのである。ルールとして決めればすぐに実現可能で、なんら問題もないのに、ルールになれば実現しないのである。クォータ制とまでは言わないが、女性医師にも関係する事項を協議する意思決定の場には、最低一人の女性医師が参画することを、ルールとできないものだろうか？

6. 女性医師に優しい職場は男性医師にも優しい

かつて女性医師が少なかった時代、男性医師が少しずつ分担してカバーすることにより女性医師の業務軽減が可能であった。しかし女性医

師が増えた今、分担は少しに留まらないし、医師不足により、カバーする前から男性医師も疲弊している。ゆえに、女性医師の負担軽減は、男性医師の負担増強によるものであってはならない。むしろ、多様な労働形態を選択可能とすることで休職中の女性医師の職場復帰を促し、常勤医の負担を軽減し、「女性医師に優しい職場は男性医師にも優しい」を実現すべきであろう。そして結果として市民への医療サービスが向上してこそ、女性医師のワークライフバランス支援の必要性が、一般市民にも理解してもらえる。男性医師の負担を増やしてさらに疲弊させては、市民の理解を得られるはずがない。そして最終的にめざすものは「女性医師支援」ではなく、男女を問わない「育児・介護支援」「教育」「医師数充足」によるワークライフバランスの改善である¹⁾。

おわりに

実はもう一つ、女性医師のワークライフバランスを支援すべき理由がある。私の持論でエビデンスなき仮説であることを最初にお断りしておく。それは、ほとんどの男性医師が仕事と家庭を両立しているのに、女性医師はしばしば子供かキャリアか二者択一を迫られる結果、後者を選んだ女性(すなわち子供のいない女性医師)が持っていたサイエンスを志向する遺伝子(主としてSNP：一塩基多型の組み合わせと考える)は、その代で永久に失われ、男性(高率に子供がいる)に受け継がれた場合のみ子孫に受け継がれてゆくのではないかということだ。この現象について筆者は、“ソシアルインプリンティング”(社会的要因により、女性医師が持つ遺伝子は男性に比して子孫への継承率が低い、の意)という造語を提唱した³⁾(インプリンティング＝“刷り込み”とは、雛が生まれて最初に見たものを親と思い込む＝刷り込まれることからの転用で、受精前に父親由来の遺伝子か母親由来の遺伝子かを刷り込まれ、出生後もどちらか由来の遺伝子だけ発現し他方は発現しない現象をゲノムインプリンティングと言う)。欧米では、女性医師が日本ほど二者択一を迫られていないことから(図2)^{4,5)}、数世代後にサイエンスを志向する遺伝子を減少させた日本がサイエンス後進国

にならないためにも、活躍している女性医師が男性と同等の割合で結婚、出産を選択できる支援体制が必要と考えるのである。欧米諸国では女性の年齢階級別労働力率に「M」字が見られない(図2)⁴⁾、ということは、「M」字は女性の生物学的な宿命ではなく、意識改革と支援体制さえ整えば、日本の「M」字も解消される、すなわち、子育て中の女性医師もワークライフバランスを保つことができ、日本の医師不足・医療崩壊が解消されるのではと期待する。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文 献

- 1) 遠藤香織, 他：医学生を中心とした男女共同参画に関するアンケート結果—医師のワークライフバランスへの考察—, 医療の質・安全学会誌 5:306-314, 2010.
- 2) 厚生労働省：統計表9 医療施設従事医師・歯科医師数の年次推移, 施設の種別・性・診療科名(主たる)別, 平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況. (厚生労働省ホームページ<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/tou9.html>), 2007.
- 3) 檜山桂子：No more “ソシアルインプリンティング”. 広島県医師会速報 第2087号：44. (http://www.hiroshima.med.or.jp/ishi/docs/0625/2087_044.pdf), 2010.
- 4) 男女共同参画推進連携会議 男女共同参画ハンドブックp13. (男女共同参画局URL：<http://www.gender.go.jp/renkei/handbook/index.html>).
- 5) 医師の需給に関する検討会 平成18年報告書p7. (厚生労働省URL：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>), 2006.