

指標

女性医師は医療を救えるか？

副会長

畑 俊一

1. はじめに

わが国では医学部入学者数に占める女性の割合（図1）や、医師全体に占める女性比率の割合（図2）が急速に増加しており、なおかつ若い世代で顕著であり、60歳代では9.0%であるのに対し、30歳代では24.5%、29歳以下では35.8%と4割に迫っている。30歳前後は医師として伸び盛り、働き盛り、この時期、出産や育児で職場を離れると診療技術は低下する。育児が一段落すると、復職をためらい、そのままドロップアウトする、あるいは復職しても急

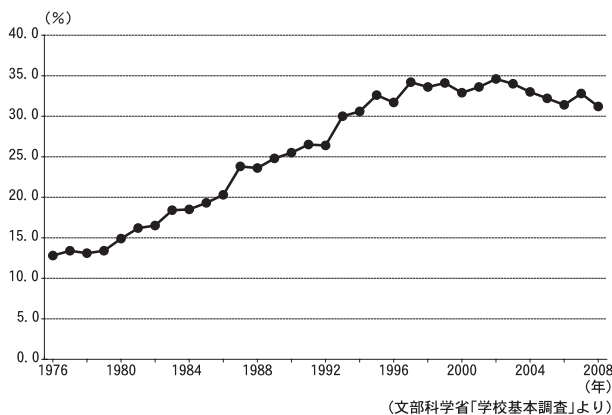


図1 医学部入学者数に占める女性の割合

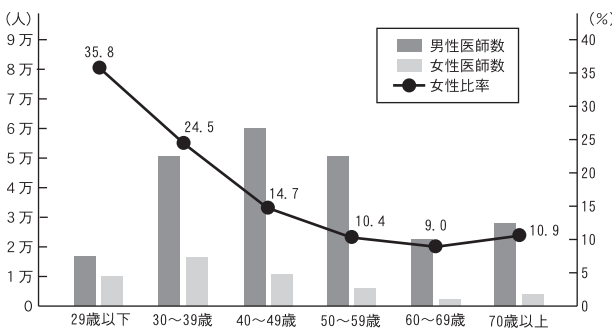
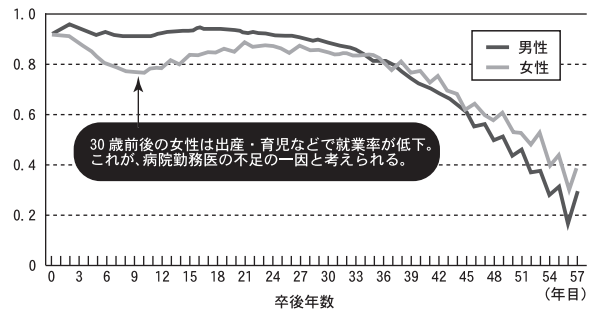


図2 年代別に見た男性・女性医師数と女性比率
(厚生労働省「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」より)



1998～2004年までの就業率の平均値。縦軸は、年ごとの医師免許取得者全体を「1」とした際の就業者の割合を示している。

図3 男女別に見た医師の免許取得後の就業率
(厚労省「医師の需給に関する検討会」における長谷川敏彦氏〔日本医大教授〕の提出資料より)

性期医療の現場から離れる場合も少なくない（図3）。

医療崩壊や医師不足の原因は、小泉内閣の低医療費政策、臓器別の専門分化が進んできたこと、新医師臨床研修制度の導入や女性医師の急増など複合的要素があると思われるが、女性医師が男性医師と同等の仕事ができていない現状では、女性医師の増加が大きな一因と考えられることは否定できないであろう。

事実、某医療系雑誌のアンケート調査では男性医師の4割強、当事者の女性医師の3割以上が「女性医師増が医療崩壊の一因」と考えている（図4）。

本稿では、女性医師は「医療の破壊者」であると責めるのではなく、「医療の救世主」となるにはどのようなことが必要なのか、北海道医師会の女性医師支援、男女共同参画事業を振り返りつつ、今後の方向性を探るのが目的である。

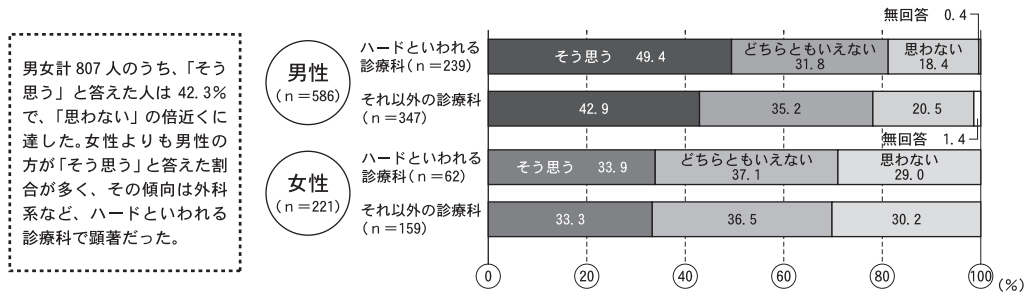
医学部定員が、定員抑制の最後の年の2009年の7,625人から2013年には過去最高の8,923人になる予定である。1.17倍、1,298人の増加で医学部が10ほど新設された数となる。しかしながら、この数字で「絶対的医師不足」は解消できるかどうかは不明である。また「医師の地域偏在」と「診療科の偏在」が以前にもまして著明になってきている。二次医療圏別医師数は札幌圏に約半分が集中しており、根室圏がワーストワンである（図5）。女性医師は都市圏には多く、郡部には少ない。診療科の偏在も大きな課題で、女性医師のみならず最近の男性医師も同じような傾向になってきているといわれているが、外科系などのハードな科を敬遠するという。ちなみに診療科で女性医師の人気の高いのは、皮膚科、眼科、小児科がトップスリーである（図6）。

2. 北海道医師会の女性医師支援、男女共同参画事業について

北海道医師会は初めての女性役員の登用とともに、積極的に活動を展開してきた。

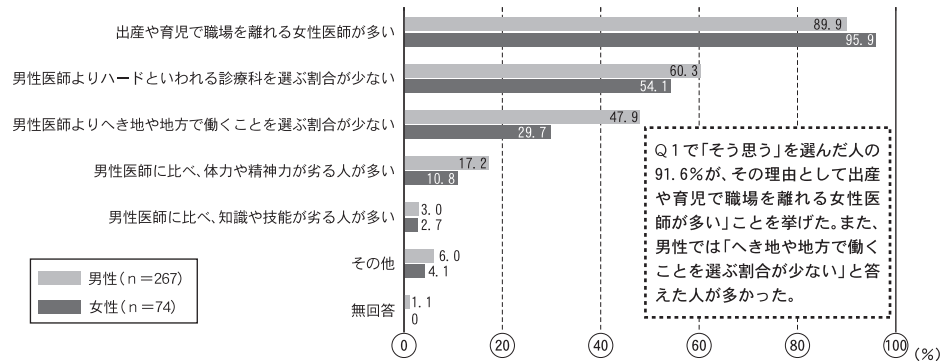
①日本医師会男女共同参画フォーラムに参加

Q1 女性医師の増加が、いわゆる「医療崩壊」の一因になっていると思いますか？(ひとつだけ)



※アンケートでは、ハードといわれる診療科について、一般外科、脳外科、心臓外科などの外科系、産婦人科、小児科、救命救急などの診療科と定義した。

Q2 女性医師の増加が「医療崩壊」の一因になっていると思う理由は？(いくつでも)



(日経メディカル2010年1月号より)

図4 女性医師に関するアンケート調査結果

札幌圏に全道の医師の約半分が集中しており、地域偏在が著しい。

(単位：人)

区分	全国	北海道				
		全道	市部	町村部	最高圏域	最低圏域
医師数	286,699	12,447	11,433 (91.9%)	1,014 (8.1%)	札幌圏 6,371	南檜山圏 34
人口10万対	224.5	224.9	257.3	94.4	上川中部圏 317.5	根室圏 91.2

圏域	人口10万対医師数
1 上川中部	317.5
2 札幌	275.0
3 南渡島	222.6
4 中空知	206.4
5 西胆振	201.5
6 北空知	195.1
7 後志	191.2
8 南空知	169.6
9 十勝	167.7
10 上川北部	165.1
11 東胆振	162.9
12 北網	159.8
13 釧路	158.9
14 富良野	138.5
15 遠紋	129.2
16 留萌	128.7
17 南檜山	122.3
18 北渡島檜山	114.6
19 日高	112.1
20 宗谷	96.0
21 根室	91.2
全道	224.9



図5 2次医療圏別格差(平成20年末)

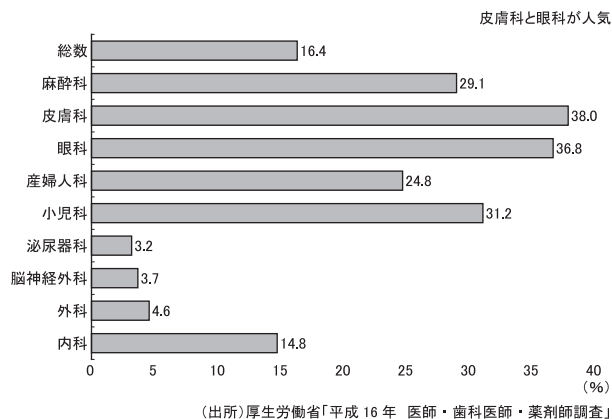


図6 診療科目別の女性医師比率

第1回は2006年に開催され、このときの参加者総数は218名であった。圧倒的に女性医師が多かった。現在までに6回開催されており、第5回は一昨年、札幌市で開催され、252名の参加者であった。最近では男性医師の参加者が半数近くを占めるようになった。

- ②日本医師会の会内委員会、男女共同参画委員会のメンバーに当医師会の藤井美穂常任理事が選出されている。
- ③病院管理者や病院長を対象にした、女性医師支援や男女共同参画事業の研修会や講演会の開催を行ってきた。
- ④女性医師活用、男女共同参画事業が成功しているモデル病院と全国的に高い評価を受けている大阪厚生年金病院を、当医師会役員と札幌市内の病院関係者で視察。将来的に道内でモデル病院をつくることを考えている。
- ⑤女性医師サポート事業の推進。最近では全道規模の専門医会等が主催・後援する研修会や講演会に対して、託児サービス併設に対する費用助成を行っている。
- ⑥インターネットの北海道医師会のホームページで女性支援コーナーを開設し、就職相談、短時間正社員制度導入の手引き、女子医学生、研修医のサポート事業などを紹介している。
- ⑦北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学において定期的に開催している、医学生や研修医を対象にしたサポートの会の共催。
- ⑧北海道医師会医療関連事業部が担当して、「北海道医師会男女共同参画検討会」を本年度、立ち上げた。構成メンバーは当医師会役員と郡市医師会、北海道女性医師の会、3医育大学と病院関係者である。
- ⑨郡市医師会勤務医懇話会における女性医師の問題についての話題提供。

以上のごとく、さまざまな活動を展開しているが、成果のほうはまだ極めて不十分である。何がキーポイントなのか、活動を点検しながら模索中である。

3. アメリカの女性医師の現状

アメリカの女性医師は復職支援体制などなく、離職してキャリアから離れることはほとんどないとのことである。アメリカですべての職種に性差別をなくす国家方針が明確になったのは1972年のことである。職業における男女性差別の撤廃を強く意識した社会の仕組みと、女性が医師として働き続けるために必要な社会的サービスの整備がアメリカの女性医師を支えている。

アメリカで現役の女性臨床医師として育児の経験もある赤津晴子氏のレポートは参考になる。2007年にアメリカのメディカルスクールを卒業した学生の49%は女性であったという。1960年の5%、1980年の25%、1990年の36%と比較すると、40年間で飛躍的に女性の比率が増加したことが分かる。

卒後研修分野別にみると、日本と同様、女性が多い科、少ない科がある。2006年では女性が男性より高いのは産婦人科の76%、小児科の68%、皮膚科の62%。男女差がほとんどないのが精神科の54%、病理の52%であり、逆に低いのは内科43%、救急37%、外科30%、外科の専門分野12%であった。しかし10年前の1996年と比べると、外科の専門分野が12%から18%に、産婦人科は61%から76%に増えている。それ以外の科もおしなべて1.2倍ほど増加している。

彼女は、女性医師を取り巻く環境が日本とアメリカでは異なっていることを指摘している。①終身雇用制ではなく、一匹オオカミ社会である。フレキシブルに状況に応じて職場を変えることができる。②主治医制でなく複数の医師とのグループ診療制である。③子育てとキャリアを両立させている良いロールモデルが多い。④プライベートタイムとプロフェッショナルタイムを両立させるワークライフバランスの考えが浸透しているなどを挙げている。

医療体制の違いがあるにせよ、現在の日本の女性医師を取り巻く環境は、アメリカの環境の萌芽的状态であり、学ぶべき点は多いと思われる。

4. おわりに

アメリカのような社会的意識改革や社会的サービスの整備がないまま、日本では女性医師の急増だけがあった結果、激務が当然という医師としての生活と育児や家事といった女性の家庭における従来の役割意識の両立や併走は極めて酷で、現場からの離脱は当然の結果だったのかもしれない。

現在の医師不足、医師の地域偏在、診療科の偏在にかかわり、現実的に医療崩壊の一因になっていることは否定できない事実であろう。「女性医師4割時代」が到来した今、「医療の破壊者」の汚名を着せられることなく、「医療の救世主」にならねばならないと思う。

現在の深刻な事態をとらえ、医学部受験において、女性の入学をゼロや一定の割合にすべきであるとい

う極端な意見も交わされている実情もある。出産や育児は女性の当然の権利であり、プライベートライフの充実は当然であるが、一方、医師になった目的を忘れずにプロフェッショナルライフを自分のためにも、国民の医療のためにも全うすべきであろう。男性医師も女性医師が働くことによって、過重労働から解放されるのである。男女共同参画事業の意味がそこにある。複数主治医制、チーム医療制、交代制勤務、ワークシェアリング、フレックスタイム制など柔軟な勤務体制の導入が求められている。再研修等、復職支援事業も当然必要である。院内保育所の設置、ベビーシッターサービスの斡旋等、育児と仕事の両立を支援する環境の充実、これらを実現するための十分な財源の確保を国は早急に手当てすべきである。

若い女性医師のモチベーションが下がってきているとの声も聞く。出産や育児が終わって、復職できる環境になっても復職しないのである。女性医師の配偶者は約7割が同業の医師であり、またそれ以外の職業であっても経済的には自分が働かなくても良い環境も影響しているかも知れない。現在の厳しい環境にありながらも、一部の女性医師はそれなりの役割を果たしており、就業環境の整備とともに女性医師自身のキャリアに対する覚悟の在り方が問われている。

「医療崩壊から再生」に欠かせないのは女性医師の

力であり、「人生もメスも捨てない」気概を男性医師のみならず、国民も期待しているのである。

女性医師のみでなく男性医師を含めての課題として、医師の偏在や診療科の偏在是正の仕組みが必要になっており、欧米の方法も参考になる。フランスでは、国が地域や診療科ごとに必要な医師数を決め、各病院の研修医の数を決めている。卒業時の国家試験の成績上位の学生から順に希望する地域や診療科に進める。希望通りの分野や地域に進める学生は5,500人から6,000人の卒業生のうち1,000人程度である。ただし、研修が終われば働く病院を自由に選べる。ドイツでは地域ごとに人口当たりの医師定数を設け、開業医の計画配置をしている。アメリカでは医療団体や市民でつくる協議会が心臓外科や脳外科など24の分野について、専門医になるための研修病院を選定する。症例実績の十分ある病院が選定され、募集枠人数も実績に応じて決まる。この結果、特定の地域や診療科の医師の偏在は防止できる。例えば脳外科専門医は約3,000人で人口当たりの医師数で日本の約5分の1である。このため、一人の医師の手術件数は日本の医師の5倍で医師の技量も向上する。

わが国でも早急に医学部定員数の増加のみならず、地域偏在、診療科偏在の問題を、女性医師の増加の問題と重ね合わせながら検討することは喫緊の課題である。

お知らせ 研修会等への託児サービス併設費用の助成について

当会では、育児中の女性医師などに対し、学習する機会を確保することにより、勤務継続や復職の支援を行うことを目的に、**全道規模の専門医会等**が主催・後援する会議や研修会などにおいて託児サービスを併設した場合の費用として2万円を上限に助成することといたしました。

つきましては、該当の会議、研修会等がございましたら、当会事業第五課までご連絡くださいますようお願いいたします。

助成基準

1. 対象 全道規模の専門医会等が主催・後援する会議、研修会、講演会など
【助成内容】託児室利用料、保育料、交通費
(遊具・おやつ・おむつ等購入代は対象外)
2. 開始日 平成22年4月1日から
3. 助成額 2万円を限度として実費を助成いたします。
4. 申請方法 領収書の写し等を添付の上、所定の用紙*によりご申請ください。
※ 下記連絡先までご請求願います。

《連絡先》 北海道医師会事業第五課
〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目
TEL 011-231-1434 (直通) FAX 011-241-3090 E-mail: jigyo5ka@m.dou.jp