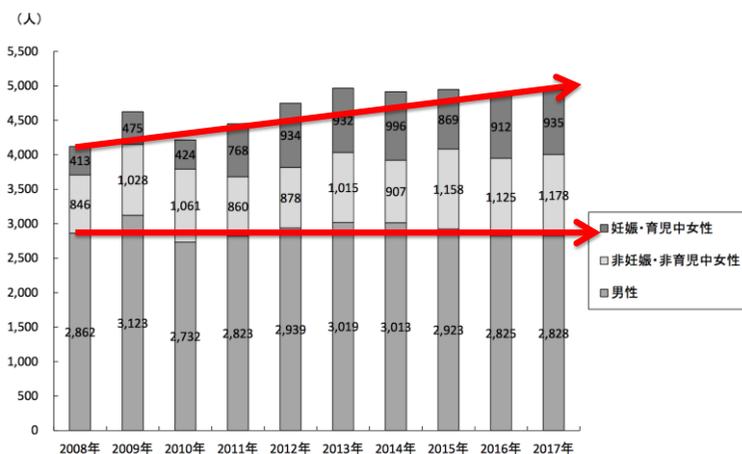


女性の活躍が支える周産期医療 医師の働き方改革のヒントがここにある

～本会のアンケート調査 および
諸外国の女性医師の就労環境比較研究調査から～

日本産婦人科医会
勤務医委員会
木戸 道子

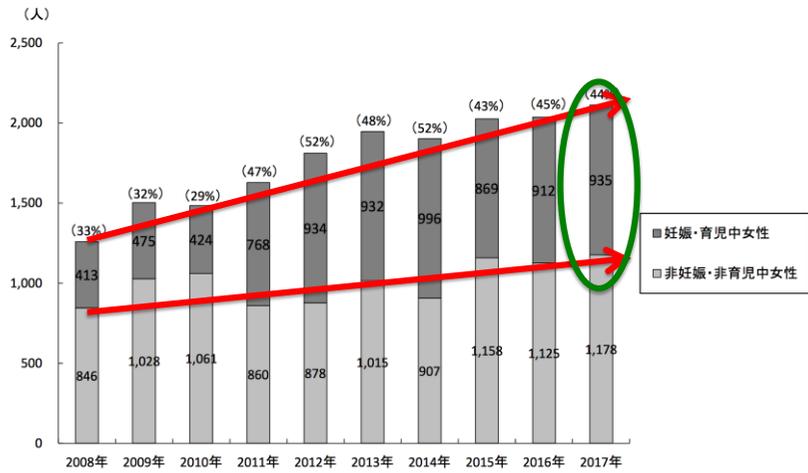
【図13】男性・女性常勤医師数の年次推移



産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告(平成29年度)
P34より引用

常勤において男性医師は減少傾向で女性医師のみが増加

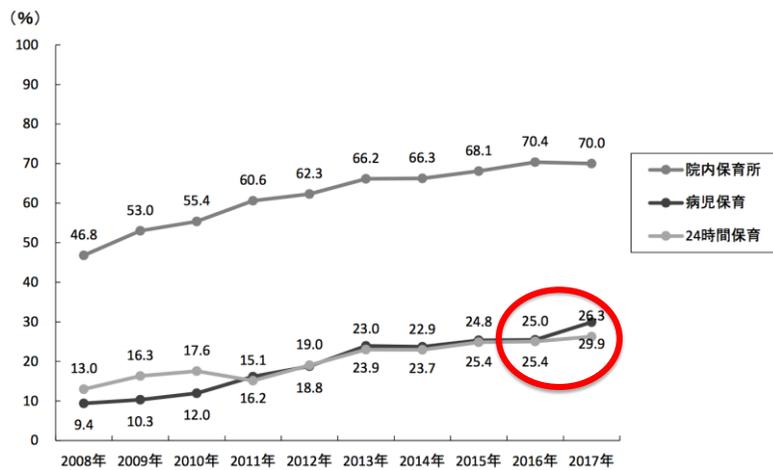
【図 14】妊娠中・育児中の女性常勤医師数の年次推移



産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告（平成29年度）
P34より引用

女性医師の増加分のほとんどは妊娠・育児中
周産期医療のゆくえはその働き方にかかっている

【図 18】院内保育所の設置率の年次推移



産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告（平成29年度）
P37より引用

院内保育所設置率は7割まで増加するも
病児保育や24時間保育は2割台

【表 12】育児中の勤務緩和（医師ごと調査、末子の年齢別）

合計人数	夜間当直あり (緩和なし) (%)	各医師に対する育児中の勤務緩和			分娩担当免除 (%)	
		夜間当直あり (緩和あり) (%)	夜間当直なし (%)	時短勤務あり (%)		
未就学児	659	109 (16.5)	223 (33.8)	307 (46.6)	160 (24.3)	29 (4.4)
小学生	197	71 (36.0)	57 (28.9)	46 (23.4)	28 (14.2)	9 (4.6)
中学生以上	50	25 (50.0)	10 (20.0)	9 (18.0)	4 (8.0)	4 (8.0)
未就学児と小学生の合計	856	180 (21.0)	280 (32.7)	353 (41.2)	188 (22.0)	38 (4.4)
全ての合計	906	205 (22.6)	290 (32.0)	362 (40.0)	192 (21.2)	42 (4.6)

【表 13】当直完全免除の理由

	病院医局の方針	本人の希望
施設運営母体による分類		
大学	37	48
国立	1	9
都道府県立	11	13
市町村立	26	42
厚生連	4	8
済生会	5	5
社保	2	1
日赤	10	16
私立	26	43
その他	22	24
周産期母子医療センターによる分類		
総合	29	32
地域	57	82
一般	58	95
全施設 (%)	144 (40.8)	209 (59.2)
2016年 全施設	154 (44.9)	189 (55.1)

(%) は実施施設における頻度

育児中の女性医師の働き方

緩和なく当直 2割

緩和あり当直 3割

当直なし 4割

当直免除の理由

医局の方針 4割

本人希望 6割

時短勤務 2割のみ

産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告（平成29年度）
P28、P29より引用

【表 14】分娩完全免除の理由

	病院医局の方針	本人の希望	その他
施設運営母体による分類			
大学	4	16	5
国立	0	2	1
都道府県立	4	6	0
市町村立	10	14	3
厚生連	1	3	0
済生会	3	3	1
社保	1	1	1
日赤	3	4	1
私立	11	15	4
その他	5	9	3
周産期母子医療センターによる分類			
総合	6	11	3
地域	16	21	4
一般	20	41	12
全施設 (%)	42 (31.3)	73 (54.5)	19 (14.2)
2016年 全施設	66 (43.7)	71 (47.0)	14 (9.3)

(%) は実施施設における頻度

産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告（平成29年度）
P29より引用

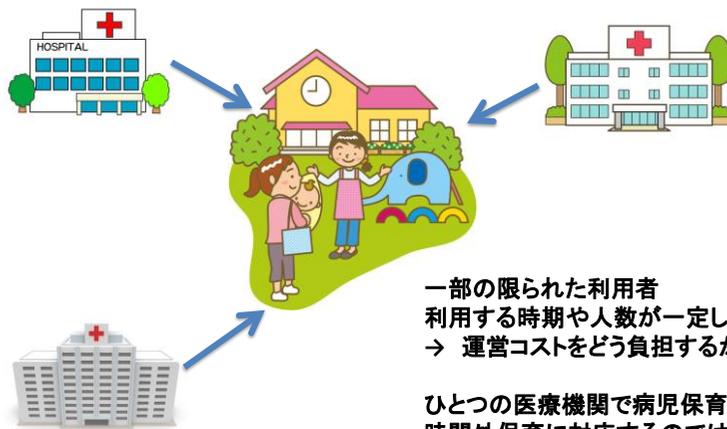
分娩が完全免除になっている女性医師は多くないが
半数は本人希望による

アンケート調査からの提言

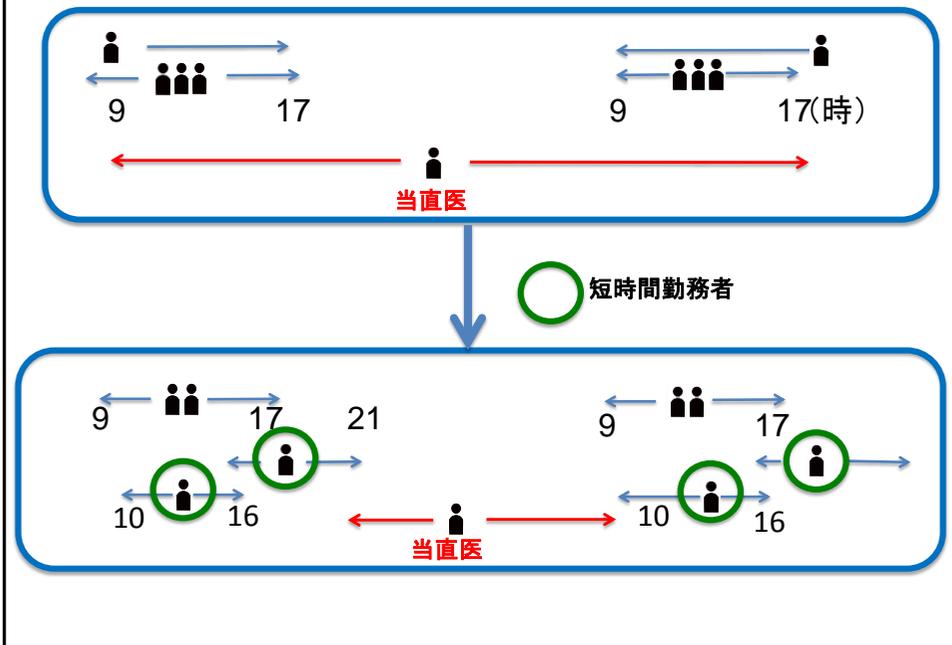
- 分娩取扱い病院数の減少 → 施設あたり業務の増加
- 働き方に制約がある医師の割合が多い
 - 業務配分の不均衡 当直医の負担が増加
- 保育施設で時間外や病児対応が可能な施設はまだ少ない
- 短時間勤務、交代勤務等の柔軟な勤務体制の導入はわずか
 - 育児をしながら働くための制度はまだ不十分

周産期医療を支える人材を育成し、活躍できるようにするために
勤務実態に合う支援、家庭生活との調和を考えた働き方が必要

例：病児保育・時間外保育の充実



例：短時間勤務者活用(当直医の勤務時間短縮策)



日本と諸外国の女性医師の就労環境と条件に関する比較研究プロジェクト委員会

プロジェクトリーダー 中井 章人 (日本医科大学多摩永山病院)

委員 木戸 道子 (日本赤十字社医療センター)

武知 公博 (公立昭和病院)

長谷川ゆり (長崎大学医学部)

吉田 穂波 (神奈川県立保健福祉大学)

米本 倉基 (藤田保健衛生大学)

幹事 百村 麻衣 (杏林大学医学部)



GMS Z. Med. Ausbild. 2012; 29(2): Doc19.
Published online 2012 Apr 23. doi: 10.3205/zma000789

PMCID: PMC3339702

Language: English | German

Where have they gone? – A discussion on the balancing act of female doctors between work and family

Lucia Jerg-Bretzke¹ and Kerstin Limbrecht¹

¹University Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Medical Psychology Section, Equal Opportunity Officer, Ulm, Germany

*To whom correspondence should be addressed: Lucia Jerg-Bretzke, University Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Medical Psychology Section, Equal Opportunity Officer, Frauensteige 6, 8075 Ulm, Germany, E-mail: lucia.bretzke@uni-ulm.de

Received 2011 Apr 21; Revised 2011 Oct 24; Accepted 2011 Nov 24.

Returning Inactive Obstetrics and Gynecology Physicians to Clinical Practice: The Drexel Experience

NELUFAR VALLEJANO, MD, NIGEL PERERA, MD, DEBRA DELVADO, DO

Introduction: Physicians returning to clinical practice after inactivity may face many challenges. Few programs provide medications, and data are limited about their experiences. We describe the physician re-entrance program at Drexel University College of Medicine, Philadelphia, and the lessons learned in our efforts to facilitate obstetrics-gynecologists' clinical reentry.

Methods: In 2006, Drexel rebranded the Medical College of Pennsylvania's physician reentry course. This structured yet individualized program provides medication and assessment for physicians who have left clinical medicine for any reason and are hoping to return. We report the results achieved for 8 obstetrics-gynecologists who successfully completed Drexel's course between November 2009 and November 2012.

Results: The 4 men and 4 women had left their practices for different reasons. Seven were twenty years old, and 2 were reentering; more had left practice for medical negligence. Of the reentering physicians, 5 achieved their goal within 1 month. Of the reentering physicians, 1 achieved his/her goal.

Discussion: Through continual self-assessment and participant feedback, we have learned to expand our staff and faculty career advisory roles and assess specialty-specific assessment. Despite our small sample size, Drexel's experience may provide guidance to the growing field of obstetrics-gynecologist reentry in the United States.

Key Words: career transitions; physician assessment/retransition; physician reentry; problem/competency

Why do women choose or reject careers in academic medicine? A narrative review of empirical evidence

Laura D'Edmund*, Paul V. Booth*, Sooke Skjerve, Tasha Greenhigh, Peggy Firth, Elizabeth Roberts, Linda H. Pahl, Aigis W. Buxton

Women are underrepresented in academic medicine. We reviewed the empirical evidence focusing on the reasons for women's choice or rejection of careers in academic medicine. Using a systematic search, we identified 53 studies published between 1985 and 2015. More than half had methodological limitations and most were from North America. Eight main themes were explored in these studies. There was consistent evidence for four of these themes: women are interested in teaching more than in research; participation in research can encourage women into academic medicine; women lack adequate mentors and role models; and women experience gender discrimination and bias.

The evidence was conflicting on four themes: women are less interested in research than men; women have commitment to research as their education and training progress; women are deterred from academic careers by financial considerations; and women are deterred by concerns about work-life balance. Inconsistency of findings across studies suggests significant opportunities to research leaders and providing a more enabling environment. We identified substantial gaps in the scientific literature that could form the focus of future research, including shifting the focus from individual career choice to the societal and organizational contexts and cultures within which those choices are made; extending the evidence base to include a wider range of countries and settings; and testing the efficacy of interventions.

調査結果:海外における女性医師の現状

- 女性医師の割合が日本よりも高い国は多く社会福祉もより充実している国もあるが、女性医師は日本と同様、仕事と育児との両立に苦勞している。
- 女性医師が指導的立場にある割合は低い。
- プライマリケアなど特定の診療科を選択する傾向がある。
- 平均給与は女性のほうが男性より少ない。
- 女性医師が仕事を続けている場合、独身や子どもをもたないケースが多い。

海外における女性医師のキャリアの障壁

- 保育施設の整備不足
- 柔軟な働き方の選択肢がない
- 女性自身の自己肯定感が低い
- 適切なロールモデルの欠如
- 女性・母としての家庭責任が重い
- ガラスの天井、リーダーは男という古い概念

キャリアアップのために提案されている施策

- 安全で信頼できる保育制度の整備
- 短時間勤務など多様な働き方
- キャリア教育、柔軟なキャリアパスやプログラム
- メンター・ロールモデルの充実
- 家庭や組織風土の変革

施策推進のために適切な財政的支援が必要であるとしている

女性医師支援は医師の働き方改革において重要事項

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組

(厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」(2018年1月15日))

- 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- 36協定の自己点検
- 既存の産業保健の仕組みの活用
- タスク・シフティング(業務の移管)の推進
- **女性医師等に対する支援**
- 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

性別に関わらず技量を高め、キャリアを築ける仕組みが必要

医師の偏在を是正し地域医療を守る観点から、個人の問題として片付けるのではなく、組織的に対応すべきである

産婦人科で活躍する女性医師の働き方が医師、そして女性全体の働き方の先進モデルとなるよう今後も調査・提言を進めていきたい