

女性医師の活躍促進政策¹

～安定的な医療提供を目指して～

大阪大学 赤井研究室

2016年12月

白石佳菜子 松本侑馬 山田怜美

横田真由子

熊谷勇 榊原美月 島田魁

¹本報告書は、2016年12月3、4日に行われるWEST論文研究発表会2016年度本番発表会に提出する論文内容を報告するものである。本稿の作成にあたっては、赤井伸郎教授（大阪大学）をはじめ、多くの方々から有益か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。本報告書にあり得る誤り、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。

要旨

本稿では、女性医師が活躍できるような環境整備を通じて、安心できる医療提供体制を構築することを目指し、都道府県が実施する「女性医師等就労環境改善事業」と「病院内保育所運営費補助事業」及び「病院内保育所施設整備費補助事業」に着目する。

近年、我が国では医師不足が深刻な問題となっている。OECD の調査によると、人口 1,000 人あたりの臨床医数は、平成 26 年度の調査の統計で確認された OECD 加盟國中下位 5 番目に位置している。また、「病院における必要医師数調査結果」(2015) では、必要医師数に対して現員医師数が計 1 万 3,000 人以上不足していることが示された。医師が不足すると安定的な医療提供体制が維持できなくなるため、医師不足の解消は喫緊の課題といえる。

医師不足の解消のため、厚生労働省は様々な政策を打ち出してきた。大別すると、医学部の定員増等による新たな医師の養成、そして医師の勤務環境を整備することによる、医師の勤務継続の促進の二つである。本稿では、医師の勤務環境の整備に注目し、中でも、離職・休職率が高い傾向にある女性医師に焦点をあてる。女性医師の離職・休職の主な理由は出産や育児である。医師不足解消の観点から、女性医師の就労の継続は重要であるにもかかわらず、出産・育児を機に勤務を継続できなくなってしまうことを問題意識とする。

第 1 節では、医師不足の現状を述べ、医師不足の解消に重要な役割を担う女性医師を取り巻く現状を説明する。また、女性医師の離職防止を目的として行われている施策を説明し、文献調査や聞き取り調査より明らかとなった課題について述べる。

第 2 節では、先行研究を三つ挙げ、本稿の位置づけを述べる。一つ目は、女性医師のワーク・ライフ・バランスにおける現状の課題と、それに対する支援ニーズを明らかにしたものである。二つ目は、柔軟な勤務体制の確立や育児休業の取得できる安定した勤務環境の整備が、キャリア構築に重要であることを明らかにしたものである。三つ目に、コントロール変数の参考とするものも取り上げる。女性医師の勤務環境整備において、離職防止が効果的であることに着目し、都道府県での取り組みが女性医師の離職防止に与える影響について定量的な分析を行ったものは筆者の知る限り存在しない。よって、その点に本稿の新規性がある。

第 3 節では、パネルデータを用いた二つの分析を行い、都道府県が打ち出す施策が女性医師の離職防止に与える影響を明らかにする。被説明変数には、「医師・歯科医師・薬剤師調査」から女性医師の増減を推定したものを採用し、説明変数には女性医師の離職防止に関する政策を採用した。まず、分析Ⅰにおいては、「女性医師等就労環境改善事業」、「病院内保育所運営費補助事業」、「病院内保育所施設整備費補助事業」が女性医師の離職防止に対し影響を及ぼすか分析を行い、女性医師の勤務環境改善が離職防止に関して影響を与えているという結果を得た。次に、分析Ⅱでは、分析Ⅰで有効であると分かった「女性医師等就労環境改善事業」の具体的内容について分析を行い、「就労環境改善委員会」、「短時間正規雇用制度」、「出勤希望日制」、「保育所以外の育児支援」が有効であることが分かった。

第 4 節では、第 3 節の分析結果をもとに、以下の政策提言を行う。

【政策提言Ⅰ】 就労環境改善事業の実施

【政策提言Ⅱ】 都道府県による就労環境改善のための委員会の設置

【政策提言Ⅲ】 短時間正規雇用制度・出勤希望日制の利用促進のための環境整備

【政策提言Ⅳ】 育児支援におけるファミリー・サポート・センター事業の利用促進

提言Ⅰでは、現在就労環境改善事業を実施していない都道府県において、事業を導入することを提言する。各都道府県に対するアンケート調査により、当事業を導入していない都道府県における課題として、制度設計が困難であることが明らかとなった。そこで、厚生労働

省が制度設計の参考となる先行事例をまとめ、全都道府県に提示することで、事業の導入を促進する。

提言Ⅱでは、都道府県が主体となり各医療機関との情報共有の場を設けることを提言する。この場は二次医療圏ごとに開催する。二次医療圏内の医療機関を集め、就労環境について協議しながら各医療機関に対して意識づけを行うことにより、各医療機関の就労環境改善委員会の設置またはその他の就労環境改善の取り組みにつながると考える。

提言Ⅲでは、就労環境改善事業における短時間正規雇用制度及び出勤希望日制に対する補助制度の利用を促進するため、複数主治医制を導入した医療機関に対し各都道府県が補助金を交付することを提言する。複数主治医制とは、一人の患者の治療に対し、複数の主治医が対応可能であるように体制を整備するものである。この体制を導入することで、勤務環境改善のための制度を活用しやすい職場環境の整備、雰囲気づくりが可能になるといえる。また、複数主治医制の導入時に課題となる業務負担増加及び患者への理解に対し、それぞれ医師事務作業補助者の導入及び患者への理解促進を提言する。

提言Ⅳでは、女性医師に対する保育所以外の育児支援を充実させるために、地域全体で育児をサポートする体制を活用することを提言する。具体的には、市町村が行うファミリー・サポート・センター事業の情報提供及び活用促進である。ファミリー・サポート・センターとは、育児の援助を受けたい人と援助を行いたい人によって構成される保育サポートシステムである。この制度の活用により、女性医師の過酷な勤務体制に柔軟に対応できる保育システムが構築され、女性医師の仕事と育児の両立を可能にする。

以上の政策提言により、女性医師の離職防止が図られ、安心できる医療提供体制の構築が実現され则认为する。

目次

要旨	2
目次	4
はじめに	6
第 1 節 現状分析・問題意識	7
第 1 項 深刻化する医師不足	7
(1) 医師不足の状況	7
(2) 医師不足による弊害	8
(3) 医師不足への対策	8
第 2 項 女性医師の現状	9
(1) 女性医師の離職の現状	9
(2) 女性医師の割合	10
(3) 女性医師の就業継続に関する課題	10
(4) 研究対象	11
第 3 項 女性医師の離職防止に関する施策	11
第 4 項 施策の課題	14
(1) 施策の整備状況	14
(2) 施策の課題に関する聞き取り調査	14
第 5 項 問題意識	14
第 2 節 先行研究及び本稿の位置づけ	16
第 1 項 先行研究	16
第 2 項 本稿の位置づけ	17
第 3 節 分析	18
第 1 項 分析の方向性	18
第 2 項 分析 I	18

(1) 検証仮説	18
(2) 分析とデータの枠組み	19
(3) 分析の概要	19
(4) 変数選択	20
(5) 推定結果	24
(6) 結果の解釈	26
第3項 分析Ⅱ	26
(1) 検証仮説	26
(2) 分析とデータの枠組み	27
(3) 分析の概要	28
(4) 変数選択	29
(5) 分析結果	32
(6) 結果の解釈	33
第4節 政策提言	35
第1項 政策提言の方向性	35
第2項 政策提言	35
(1) 就労環境改善事業の導入	35
(2) 都道府県による就労環境改善のための委員会の設置	36
(3) 短時間正規雇用制度・出勤希望日制の利用促進のため の環境整備	38
(4) 育児支援におけるファミリー・サポート・センター事 業の利用促進	40
第3項 政策提言のまとめ	42
おわりに	44
先行研究・参考文献	45

はじめに

近年、我が国では医師不足が深刻な問題となっている。OECD の調査によると、人口 1,000 人あたりの臨床医数は、平成 26 年度の調査で統計が確認された OECD 加盟国中下位 5 番目に位置している。また、「病院における必要医師数調査」(2015) では、必要医師数に対して現員医師数が計 1 万 3,000 人以上不足していることが示された。

医師不足の状況下では、患者と医師の両者においてそれぞれ弊害が生じている。患者側の弊害としては、特定の診療科の利用制限や病院施設の閉鎖による医療の質の低下が報告されている。医師側の弊害としては、医師不足に伴う人員不足により、さらなる過重労働を強いられていることが報告されている。以上のことから、医師不足は、国民が、必要とする時に適切な医療を受けられる体制を損なわせるといえ、国民の生命にかかわる喫緊の課題であるといえる。

上記のような安定的な医療体制の維持のためには、医師を新たに養成するだけでなく、離職による医療資源としての医師の減少を防ぎ、勤務継続を促進することが重要となる。勤務の継続を促進するために政府は、就労環境の改善を政策として行ってきた。

医師の構成に目を移せば、近年、女性医師の役割が高まっていることがわかる。医師全体に占める女性医師割合は、平成 2 年から平成 26 年までに 11.5% から 20.0% まで上昇した。総数からみても 2 万 4,000 人から 6 万 3,000 人という 2 倍以上の増加が認められる。また、女性医師は特定の診療科に多い傾向があるといわれており、とりわけ政府が重点的に医師不足対策を行っている小児科・産婦人科においては、若年層の女性医師の割合が高まっている。平成 26 年度の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、25~29 歳の医師における女性医師の割合が、小児科では 34.8%、産婦人科では 64.9% と、非常に高い数値となっている。

しかしながら、女性医師は、男性医師と比較して出産や育児を理由として離職・休職する傾向が高い。井手野ほか (2013) では、臨床を離れた経験があると回答している男性が 26% であるのに対して、女性は 49% であった。また、厚労省の調査によると、一度離職し、その後未だ現場に復帰していない女性医師が平成 18 年度時点で 4,500 人にのぼると推定されている。以上のことから、近年、医療資源として重要な役割を果たすようになってきている女性医師の離職者を増加させないことは、医師不足解消の点から重要であるといえる。

女性医師の離職を防止するためには、時間外勤務の免除などの負担を減らすような制度や仕組みと、子どもの保育の体制が必要であり、都道府県は、「女性医師等就労環境改善事業」、「病院内保育所運営費補助事業」、「病院内保育所施設整備費補助事業」を実施している。本稿では、これらの都道府県の施策が女性医師の離職防止に与える効果を検証するため、パネルデータを用いた 2 つの分析を行う。女性医師の勤務環境整備において、離職防止が効果的であることに着目し、都道府県での取り組みが女性医師の離職防止に与える影響について定量的な分析を行った点に本稿の新規性がある。

本稿の構成は以下のとおりである。第 1 節では、女性医師を取り巻く現状や政府の政策を概観する。また、文献調査や聞き取り調査より明らかとなった、それらの施策の課題を説明する。第 2 節では、先行研究を 3 つ挙げ、本稿の新規性を説明する。第 3 節では、女性医師の離職防止に関する施策の効果を検証するためにパネルデータを用いた 2 つの分析を行う。分析 I の結果、女性医師等就労環境改善事業が、分析 II の結果、短時間正規雇用制度、出勤希望日制、保育所以外の育児支援、就労環境改善委員会が、有効であるという結果を得た。この分析結果を踏まえ、第 4 節において政策提言を行う。

第1節 現状分析・問題意識

第1項 深刻化する医師不足

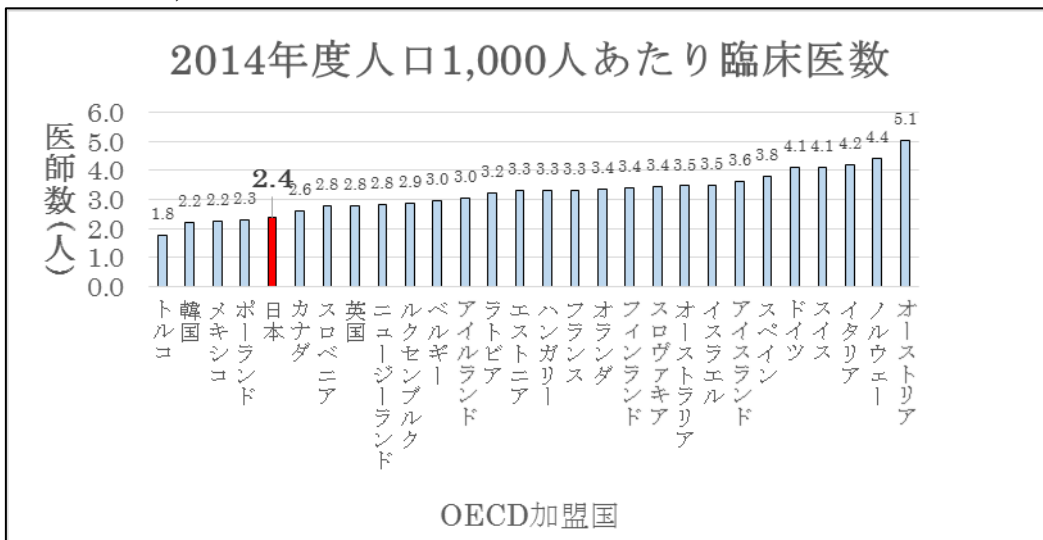
(1) 医師不足の状況

近年、我が国では医師不足問題が深刻化している。医師不足を原因とする診療科の閉鎖や病院施設の閉鎖、また救急患者のたらい回しによる死亡事故の発生などが数多く報道されてきた。

OECDの調査によると、人口1,000人あたりの臨床医数が、我が国は平成26年度時点の統計で確認できる加盟国24か国中下位5番目に位置している(図1)。また、厚生労働省²の「必要医師数³実態調査」(2010)を踏襲した、日本医師会による「病院における必要医師数調査結果」(2015)では、有効回答率51.0%で医師が約1万3,000人不足していることが明らかとなり(図2)、実際にはさらに多くの医師が必要とされていると推測される。

このように、国際的な視点と現場に即した視点の両方から、我が国において医師不足の実態が存在することが確認されている。

図1 人口1,000人あたり臨床医数

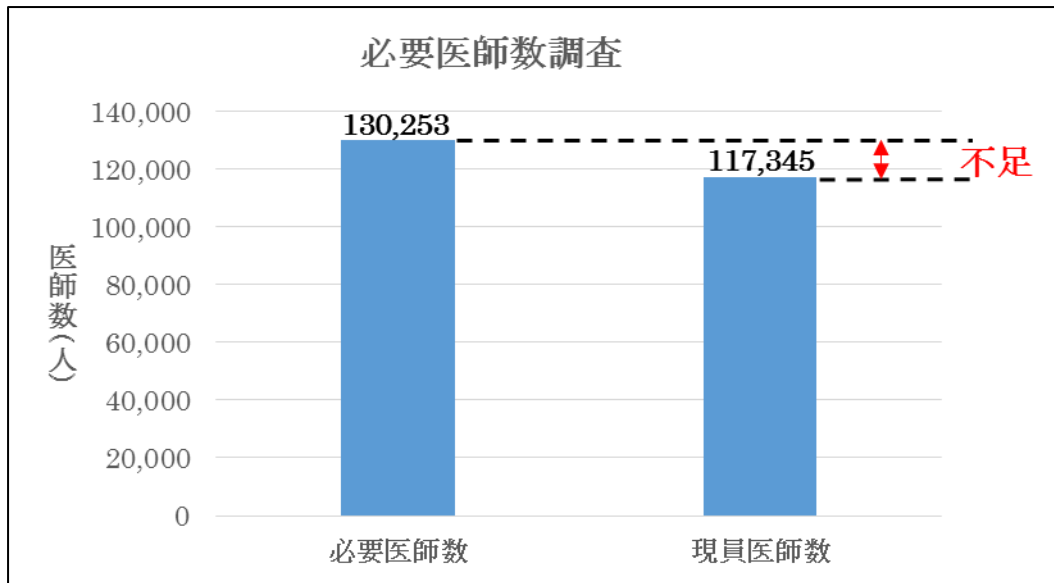


(OECD ホームページより筆者作成)

²以下厚労省とする。

³地域医療において、現在、各医療施設が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数。

図 2 我が国における必要医師数



全国 8,462 病院を対象、有効回答率 51.0%

(「日本医師会病院における必要医師数調査結果」(2015)より筆者作成)

(2) 医師不足による弊害

医師不足の状況下では、患者と医師の両者においてそれぞれ弊害が生じている。

患者側の弊害としては、特定の診療科の利用制限や病院施設の閉鎖による医療の質の低下が報告されている。平成 28 年には、愛知県の調査より、県内の 323 病院のうち、73 病院が医師不足により、初診や時間外の患者の受け入れを制限したり、診療日数を縮小したりしていることが明らかとなった。

医師側の弊害としては、医師不足に伴う人員不足により、さらなる過重労働を強いられていることが報告されている。労働政策研究・研修機構が行った「勤務医の就労実態と意識に関する調査」(2012)によると、週当たり全労働時間が「60 時間以上」と回答した医師が、回答者の 4 割にも上ることが明らかとなった。これは、労働基準法において定められている法定時間を大幅に超えている医師が多く存在することを意味している。このことより、医師の中には勤務継続が困難になるものもいることが分かる。

以上のことから、医師不足は、国民が、必要とする時に適切な医療を受けられる体制を損なわせるといえ、国民の生命にかかわる喫緊の課題であるといえる。

(3) 医師不足への対策

政府が医師不足の現状を改善するために行っている対策は、二つの種類に大別される。一つは、医学部の定員増などで、新たに医師の数を増加させ、医師不足の解消を図る政策である。もう一つは、勤務環境の整備などにより、医師の勤務継続を促進する政策である。

これらの二つの医師不足対策はどちらも重要である。しかし、安定的に医療を提供するためには、新しく医師を養成するだけでなく、医師の就労環境を整備し勤務継続を促進することが必要となる。

医師の勤務環境整備に関する施策の中でも、近年特に女性医師が注目されている。

政府が平成 18 年度に打ち出した「新医師確保総合対策」では、出産・育児等のライフステージに対応した女性医師の多様な就業の支援を行うことを定めた。さらに、平成 26 年度には、「日本再興戦略 改訂 2014」が閣議決定され、女性医師が働きやすい環境の整備が事業目標として掲げられた。これを受け、厚労省は「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を設置した。翌年に作成された当懇談会の報告書では、女性医師が働きやすい環境整備の具体的な取り組みについて明示されるに至っている。

以上のことより、本稿では、女性医師の勤務環境整備に焦点をあて、研究を行う。

第 2 項 女性医師の現状

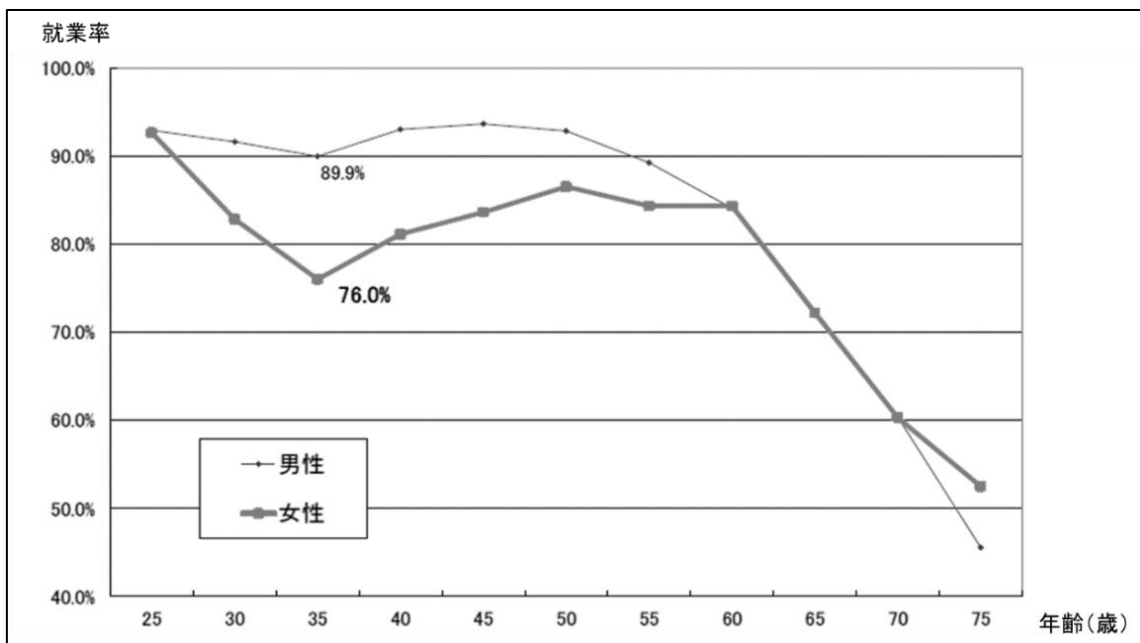
(1) 女性医師の離職の現状

女性医師は、男性医師と比較して出産や育児を理由として離職・休職する傾向が高い。井手野ほか（2013）による「医師の生涯教育・復帰支援に関するアンケート調査」では、臨床を離れた経験があると回答している男性が 26%であるのに対して、女性は 49%であった。片岡ほか（2014）でも、岡山大学卒業生及び同大学臨床系講座入局者のアンケート調査より、回答者の女性医師のうち離職経験者が 46.6%と約半数であり、井出野ほか（2013）とほぼ同様の結果を得られた。

男性医師と女性医師の就業率でも、特に 60 歳までにおいて、女性医師は男性医師よりも就業率が低く、女性医師が職を離れてしまう傾向があるといえる（図 3）。

さらに、厚労省の調査によると、一度離職し、その後未だ現場に復帰していない女性医師が平成 18 年度時点で 4,500 人にのぼると推定されている。このような女性医師を増加させないことは、医師不足解消の点から重要であるといえる。

図 3 男性医師と女性医師の就業率



(平成 18 年度厚生労働科学研究「日本の医師需給の実証的調査研究」(主任研究者 長谷川敏彦)より抜粋)

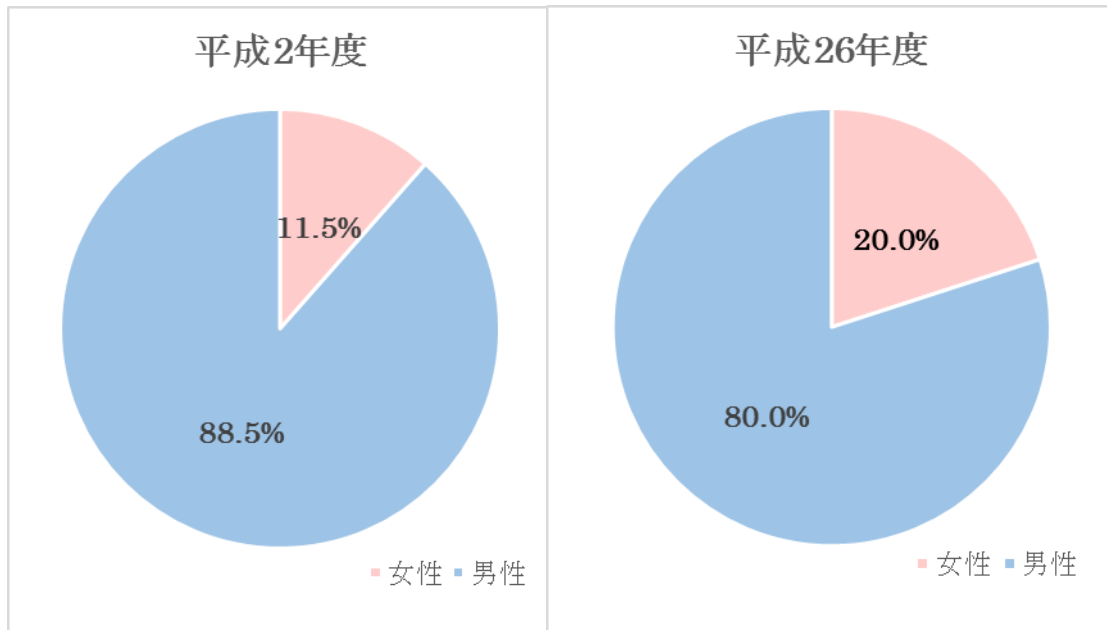
(2) 女性医師の割合

近年、女性医師は増加傾向にある。医師全体に占める女性医師割合は、平成 2 年から平成 26 年までに 11.5%から 20.0%まで上昇した。また、総数からみても 2 万 4,000 人から 6 万 3,000 人という 2 倍以上の増加が認められる(図 4, 5)。その中でも特に、若年層における女性医師の増加が顕著であり、医師国家試験の合格者における女性の割合は平成 26 年度時点で約 3 分の 1 に及んでいる。

また、女性医師は特定の診療科に多い傾向があるといわれており、とりわけ政府が重点的に医師不足対策を行っている小児科・産婦人科においては、若年層の女性医師の割合が高まっており、診療科内の医師不足に大きな影響を与えている。平成 26 年度の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、25～29 歳の医師における女性医師の割合が、小児科では 34.8%、産婦人科では 64.9%と、非常に高い数値となっている。

このように、女性医師は、医師全体に占める割合が増加しており、人員が不足している診療科に多い。このような中で、女性医師が離職する傾向にあることは、安定的に医師を確保する上で解決すべき課題となっている。

図 4, 5 全医師に占める女性医師割合



(平成 26 年度「医師・薬剤師・歯科医師調査」より筆者作成)

(3) 女性医師の就業継続に関する課題

女性医師は、男性医師と比べて離職・休職する割合が高く、その主な理由は出産・育児である。井手野ほか(2013)による「医師の生涯教育・復帰支援に関するアンケート調査」では、臨床を離れた経験がある女性のうち 85%は「出産・育児」を理由としていた。

さらに、女性医師の勤務状況は多忙なものとなっており、日本医師会による「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」（2009）によると、調査対象である女性医師の約7割が日勤だけでなく時間外勤務をこなしていることが明らかとなった。さらに、女性医師の約85%が宿直翌日に通常勤務を行っていることが分かり、女性医師の多くが過酷な勤務環境にあることが確認できる。このように、女性医師は多忙を極めており、仕事と家庭の両立が困難な環境にあることが実態として存在する。

以上より、離職する割合の高い女性医師は、仕事と家庭の両立が困難な状況にあり、女性医師が勤務を継続するためには、勤務環境を改善する必要があるといえる。

(4) 研究対象

前節までにおいて、女性医師における出産や育児を理由とした離職・休職の割合が高いことが明らかとなった。

離職する女性医師に対する就労支援としては、離職防止と復職支援という二つの方法がある。しかしながら、片岡ほか（2014）より、女性医師における復職者への聞き取り調査では、「一旦離職すると復職のハードルが上がる」という意見や、「離職を経て復職するより離職しないこと、すなわち就労継続が重要である」といった意見が多く出された。よって、とりわけ離職せずに勤務を継続できる環境を整備することは、一旦離職したのち現場に復帰することができない女性医師を増やさないことにつながり、女性医師の課題において重要な役割を果たすといえる。

したがって、離職防止に関する施策を本稿における研究対象とすることが適していると考え、以下では離職防止に関する施策に焦点をあてる。

第3項 女性医師の離職防止に関する施策

女性医師の離職を防止するためには、女性医師が勤務を続けられる環境の整備が重要である。そのために、どのような制度や仕組み・支援対策が必要なのかについて述べる。

日本医師会による「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」（2009）によると、勤務を続ける上で必要な制度や仕組み・支援対策について、「託児所・保育園などの整備・拡充」、「宿直・日直の免除」、「病児保育」を調査対象である女性医師の6割以上、「時間外勤務の免除」を約5割が挙げていた。このことより、女性医師が勤務を継続するためには、宿直・日直や時間外勤務の免除などの勤務の負担を減らすような制度や仕組み・支援対策と、子どもの保育の体制が必要であることが分かる。

片岡ほか（2014）によると、柔軟な勤務体制は離職防止に大きな意味を持ち、柔軟な勤務体制の導入により、「勤務継続できる見込み」を持つことが、離職防止に大きな役割を果たしていることが明らかとなっている。

このような現状の中、離職防止に関する施策として、女性医師等就労環境改善事業、そして病院内保育所運営費補助事業、病院内保育所施設整備費補助事業がある（図6）。厚労省は、女性医師の離職防止に関する事業の枠組みを取り決め、各都道府県が、この事業の実施主体となって、地域の実状に鑑みたくて事業の必要性を判断しこれを行っている。事業対象はいずれもその地域の医療機関である。以下これらについて個別に説明する。

(1) 就労環境改善事業

就労環境改善事業とは、産前・産後休暇や育児休暇などを経て職場復帰する女性医師が、仕事と家庭の両立ができる働きやすい職場環境の整備について取り組みを行う医療機関へ支援を行うものである。平成 25 年度までは女性医師等就労支援事業の枠組みの中で、平成 26 年度からは地域医療介護総合確保基金⁴の枠組みで都道府県が策定する計画に基づいて実施されている。基本的には、代替職員の人件費への補助が多い。具体的な補助対象には、主として以下のものが挙げられる。都道府県に対するアンケート調査によると、全都道府県中 36 都道府県が事業内で下記のいずれかの取り組みを行っている。

(ア) 就労環境の改善策を検討する委員会の設置

女性医師等の就労環境の改善策を検討する会議を行う医療機関に対して、補助を行う。アンケート調査より回答を得られた 41 都道府県のうち、6 道府県が実施している。

(イ) 短時間正規雇用制度

女性医師にとって仕事と家庭の両立ができる働きやすい職場環境の整備を目的とし、そのために必要な代替職員の人件費等に対し医療機関に補助を行う。アンケート調査より回答を得られた 41 都道府県のうち、22 道府県が実施している。

(ウ) 出勤日希望制

女性医師にとって仕事と家庭の両立ができる働きやすい職場環境の整備を目的とし、女性医師が柔軟な勤務体制のもとで働けるように、代替職員の人件費等に対し医療機関に補助を行う。アンケート調査より回答を得られた 41 都道府県のうち、6 道府県が実施している。

(エ) 宿日直の免除

産前・産後休暇、育児休暇の後、現場に復帰する女性医師の負担の軽減を目的とし、宿直や日直を免除するために必要な代替職員の人件費等に対し医療機関に補助を行う。アンケート調査より回答を得られた 41 都道府県のうち、19 道府県が実施している。

(オ) 保育所以外の育児支援

病院内保育所に関する取り組みを除く、ほかの育児支援を行っている医療機関に補助を行う。支援内容としては、主にベビーシッターの雇用や、ファミリー・サポート・センター⁵の利用などが挙げられる。アンケート調査より回答を得られた 41 都道府県のうち、15 道府県が実施している。

(カ) その他、医師の就労環境の改善に係る取り組み

(2) 病院内保育所運営費補助事業

病院内保育所運営費補助事業とは、医療従事者の離職防止及び再就業を促進するため、医療機関に勤務する職員の乳幼児の保育を行う病院内保育所の運営費の一部を補助するものである。給付対象は医療機関で、給付金は主に保育士

⁴ 国民の 3 人に 1 人が 65 歳以上となると予測されている 2025 年に向け、平成 26 年度に地域における医療及び介護を総合的に確保するため都道府県に新たに設置された基金。都道府県計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のために利用される。

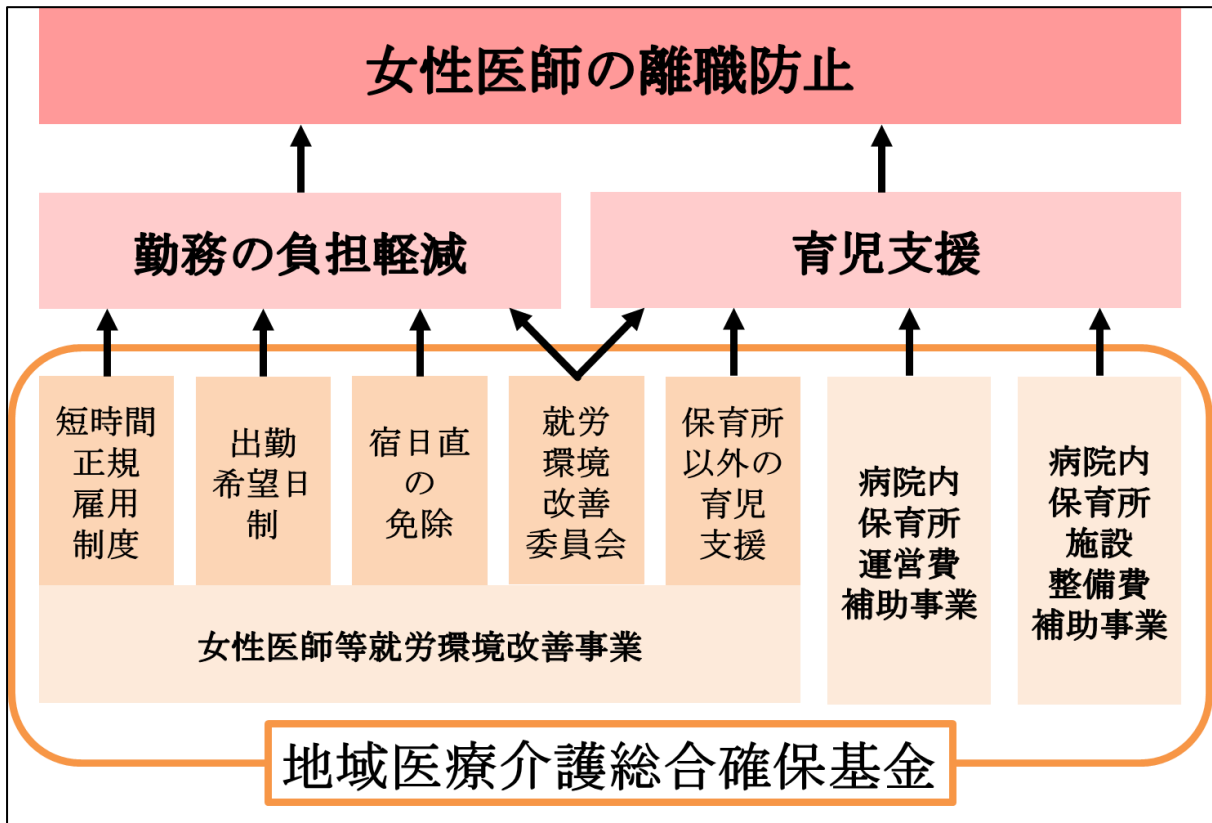
⁵ ファミリー・サポート・センターとは、育児の援助を受けたい人（依頼会員）と援助を行いたい人（提供会員）によって構成される保育サポートシステムである。

の人員費に充てられている。平成 26 年度から地域医療介護総合確保基金の枠組みで実施されるようになった。受け入れる保育児童の人数や、保育職員数、保育時間によって補助基準が定められており、さらに 24 時間保育や病児等保育を行う機関には補助額が加算される仕組みとなっている。アンケート調査より回答を得られた 47 都道府県のうち、45 都道府県が実施している。

(3) 病院内保育所施設整備費補助事業

病院内保育所施設整備費補助事業は、医療従事者の離職防止及び再就業を促進するために、地域医療介護総合確保基金の枠組みで実施されている。医療機関を対象として、新たに病院内保育所を新築する場合や、既存の病院内保育所の増改築を行う場合に、工事費及び工事請負費の一部を補助するものである。都道府県ごとに、収容定員や面積によって補助基準額が定められている。アンケート調査より回答の得られた 47 都道府県のうち、31 都道府県が実施している。

図 6 女性医師の離職防止に関する施策



(筆者作成)

第4項 施策の課題

(1) 施策の整備状況

前項で述べたように、女性医師の離職防止に対して様々な施策が実施されている。しかしながら、これらの施策の整備が十分に行われているとはいえない現状がある。日本医師会による「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」(2009)によると、女性医師としての悩みについて、「仕事と家庭の両立」を64.1%の女性が挙げており、またそれを支えるための就労環境や規則などについては、「整備されていない」との回答が40.2%で、「整備されている」と答えた30.7%よりも多い結果となっている。

(2) 施策の課題に関する聞き取り調査

女性医師に対する施策の実状や課題を探るため、大阪府医療対策課を訪問し、担当者への聞き取り調査を行った。加えて、全国47都道府県担当部署に電話調査及び質問票送付によるアンケート調査を行った。さらに、厚労省への電話調査を行った。都道府県への電話調査では北海道、島根県、香川県を除く44都道府県、アンケート調査では静岡県を除く46都道府県から回答を得た。

大阪府医療対策課への聞き取り調査からは、前項までに述べた女性医師に対する事業において、いずれの施策・取り組みに関しても十分な効果検証がなされないまま実施されているという課題が明らかになった。聞き取り調査の詳細については別添に記している。

都道府県に対する電話調査及びアンケート調査では、さまざまな施策の課題が挙げられた。女性医師等就労環境改善事業に関しては、「制度設計が困難であること」、「医療機関に対する事業の内容・成果の周知が十分でないこと」、「女性医師が短時間の勤務体制を利用するには、制度の整備だけでなく周りの理解が不可欠であること」等が挙げられた。病院内保育所運営費補助事業及び病院内保育所施設整備費補助事業に関しては、「運営費全体に対して補助額が小さく、補助の有効性が限られるということ」、「国の予算が厳しいことから財源の確保が難しいこと」が施策の課題として挙げられた。

また、厚労省への聞き取り調査によると、「女性医師が、短時間正規雇用制度や出勤日希望日制などを利用する際、周囲の目や職場の雰囲気から、制度を利用しづらくなっている」ことが示唆された。聞き取り調査の詳細については別添に記している。

第5項 問題意識

以上までに述べたように、近年深刻な状況にある医師不足問題は、国民が必要なときに適切な医療を受けられる環境の維持に大きな影響を及ぼすため、これを解決することは喫緊の課題である。さらに、女性医師が増加しているにもかかわらず、男性医師と比較し離職する傾向にあることは、女性医師の活躍の観点のみならず、医師確保の観点からして、重要な課題となっている。また、出産・育児に伴い離職・休職する人の割合が高い女性医師に対し、離職防止の対策を講じることは、女性医師が勤務を継続するために重要である。

厚労省は、離職防止に関する施策として、女性医師等就労環境改善事業と、病院内保育所運営費補助事業、病院内保育所施設整備費補助事業を定めている。各都道府県は、地域の実

情に合わせ必要性を判断し、これらを行っている。しかしながら、女性医師の中にはそのような施策が効果的に行われていないと感じている人が存在し、また都道府県による施策の効果検証は未だなされていない。すなわち、現状において実施されている施策が本当に目標を達成しているかどうかは不透明である。

したがって本稿では、医師不足解消の観点からして、女性医師は重要な存在であるにもかかわらず、出産・育児を機に勤務を継続できないことを問題意識とし、女性医師の離職防止に関する施策の効果検証を行っていく。

第2節 先行研究及び本稿の位置づけ

第1項 先行研究

女性医師に関する先行研究としては、アンケート調査などによる個票データを取り扱った記述研究が多く存在する。その中でも、本項では、女性医師のワーク・ライフ・バランス⁶における現状の課題とそれに対する支援ニーズを明らかにしたものと、柔軟な勤務体制の確立や育児休業を取得できる安定した勤務環境の整備がキャリア構築に重要であることを明らかにしたものを取り上げる。また、これに加えコントロール変数の参考とするものを取り上げる。

まず、女性医師がワーク・ライフ・バランスを保つために何を課題としているか、そしてそれに対しどのような支援を必要としているかを分析し、階級別に明らかにした研究として米本(2014)がある。この研究では、女性医師18名に半構造化インタビュー調査を行い、得られたテキスト・データへ修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)⁷に基づいた質的分析を加え、その結果と先行研究で得られた知見との整合性による検証により、課題の明確化と支援ニーズを導出している。その結果、性差役割分業意識、子育てサポート不足、職務特性、組織特性という四つの課題が明らかとなり、それぞれに対し、性差役割分業の意識啓蒙活動の推進、病児や低学年児童への子育てサポートの充実、当直勤務や長時間勤務の是正、人的資源管理という支援ニーズがあることが分かった。

次に、女性医師の勤務環境の整備がキャリア構築に重要であることを明らかにした研究として、片岡ほか(2014)がある。この研究では、岡山大学卒業生及び同大学臨床系講座に入局した女性医師1403名に質問票を送付し、420名の得られた回答をもとに、離職に影響を及ぼす要因について解析している。その結果、就労意欲の高い女性医師が多い傾向があること、さらにそのような女性医師が環境要因によって就労が困難となる場合に、キャリア支援の有用性が発揮されることが明らかとなった。そして、若手の女性医師に対するキャリア支援は、「家族のサポート」「上司の理解」「同僚の理解」「家族の理解」などのソフト面での支援だけではなく、育児休業や短時間正規雇用などの柔軟な勤務体制の導入にも、高い有効性が認められることを示唆している。

そして、コントロール変数の参考としたものとして、女性医師の就労に何が影響を与えているかを明らかにした野村ほか(2011)がある。この研究では、就労形態を被説明変数として、専門医取得の有無、性差に伴う就労上の不利益な体験、男女就労機会格差、子どもの有無、世帯収入などの影響をロジスティック回帰分析にて検討している。このロジスティック

⁶ やりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる状態のこと。

⁷ グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下GTA)とは、データに密着した分析から独自の概念をつくっていく質的研究法のことである。それらによって統合的に構成された説明図が分析結果として提示されるのがグラウンデッドセオリーと呼ばれる。GTAは、質的データを使いながらも数量的な方法と同じ厳密さで分析し、それによってデータに基づいた理論を構築していくことに重きを置くのに対し、修正版GTAすなわちM-GTAは、研究者の問題意識に忠実にデータをコンテキストでみていき、そこに反映されている人間の認識や行為、そしてそれに係る要因や条件などを丁寧に研究していくものである。

回帰分析より、女性医師の就労に影響を与える因子が分かるため、本稿でも一部参考にした。

第2項 本稿の位置づけ

本稿では、以上三つの先行研究を参考とし、どのような施策が女性医師の離職防止に影響を与えるかを明らかにするため、実証分析を行う。

先行研究の限界として、

- (1) 女性医師の離職防止に絞って定量的な分析を行っていないこと
- (2) 各都道府県における施策の効果を検証していないことが挙げられる(表1)。

したがって、(1)の限界に対しては、女性医師が勤務を継続するために必要な離職防止に関する施策に焦点をあて定量的な分析を行うこと、(2)の限界に対しては、実際の施策について、各都道府県の施策の取り組みの差異を考慮した上で分析を行うことで、女性医師の離職防止に対しどのような施策が有効であるのかを明らかにする。これが本稿の新規性である。

本稿の分析及び政策提言は、これからの都道府県による、女性医師の活躍を促進する施策の効果的な実施、ひいては地域の安定的な医療提供体制の構築に寄与するところが大きいと考える。

表1 先行研究の内容と限界

	米本 (2012) 「女性医師のワーク・ライフ・バランスに関する質的研究」	片岡ほか (2014) 「女性医師の離職と復職に関する現状と課題」	野村ほか (2011) 「女性医師の就労に影響を与える因子の検討」
内容	○女性医師がワーク・ライフ・バランスを保つために何を課題としているかを調査 ○分析より女性医師が必要とする支援をカテゴリー化	○女性医師の離職に及ぼす要因についてアンケート調査より解析	○女性医師の就労に影響を与える因子について定量的に分析
限界	●実際の施策の効果を検証していない	●要因を明らかにするのみにとどまっている ●有効性があると認められた支援について定量的な分析を行っていない	●離職防止に焦点を絞っていない

(米本 (2012)「女性医師のワーク・ライフ・バランスに関する質的研究」、片岡ほか (2014)「女性医師の離職と復職に関する現状と課題」、野村ほか (2011)「女性医師の就労に影響を与える因子の検討」より筆者作成)

第3節 分析

第1項 分析の方向性

現状分析で述べたように、女性医師の離職を防止するためには、時間外勤務の免除などの負担を減らすような制度や仕組み・支援対策と、子どもの保育の体制が必要であることが明らかとなった。また、大阪府への聞き取り調査より、女性医師が必要としているこれらの制度にあたる女性医師等就労環境改善事業、病院内保育所運営費補助事業、病院内保育所施設整備費補助事業が女性医師の離職防止に対し効果があることが示唆された。ゆえに、本稿では「離職防止を推し進める都道府県の施策が、女性医師数の増減に影響を与えている」ことを検証仮説とし、以下分析を行っていく。

第2項 分析 I

(1) 検証仮説

分析 I においては、前項で述べた目的を達成するため、女性医師等就労環境改善事業、病院内保育所運営費補助事業及び病院内保育所施設整備費補助事業が女性医師の離職防止に対し影響を及ぼすかどうかについて分析を行う。分析 I における仮説は以下の通りである。

- 仮説 1 「女性医師等就労環境改善事業」は女性医師の離職防止に関して正の影響を与える。**
女性医師等就労環境改善事業は、産前・産後休暇及び育児休暇を経験する女性医師等にとって、仕事と家庭の両立が可能である働きやすい職場環境の整備について取り組みを行う医療機関へ支援を行うものである。女性医師の勤務継続可能な環境を作ることにつながることから、離職防止に関して正の影響を与えると考えた。
- 仮説 2 「病院内保育所運営費補助事業」は女性医師の離職防止に関して正の影響を与える。**
病院内保育所運営費補助事業は、医療機関に勤務する職員の乳幼児の保育を行う病院内保育所の運営に対する支援を行うものである。離職・休職の原因となる育児の負担の減少につながることから、離職防止に関して正の影響を与えると考えた。
- 仮説 3 「病院内保育所施設整備費補助事業」は女性医師の離職防止に関して正の影響を与える。**
病院内保育所施設整備費補助事業は、病院内保育所の新設・増改築等に要する工事費等を補助するものである。仮説 2 と同様、育児の負担を減少させることにつながることから、離職防止に関して正の影響を与えると考えた。

(2) 分析とデータの枠組み

分析 I においては、上記の仮説を検証するため、パネルデータを用いた分析を行う。

被説明変数として、「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いて都道府県別女性医師の増減を推計したもの、説明変数として政策に関する変数とコントロール変数を採用した。

女性医師の離職防止に関する先行研究は、個人標本データに従った分析を用いるものが多く、個人の特性が離職に与える影響について研究を行ったものが多い。しかしながら本稿では、都道府県が打ち出す政策が、個々の医師ではなく医療資源としての医師の供給に与える効果を分析するゆえ、都道府県別のデータを分析に使用する。モデルについては次項で詳述する。

また、都道府県の施策の実施状況を把握するため全都道府県の担当課に対し電話調査及びアンケート調査を行った。この調査から回答を得られた⁸47 都道府県を対象として分析を行う。

(3) 分析の概要

女性医師等就労環境改善事業、病院内保育所運営費補助事業、病院内保育所施設整備費補助事業が女性医師の増減に与える影響について分析する。モデル式、及び各変数の定義は以下のように表される。

ただし $\beta_0 \sim \beta_{12}$ は推定されるパラメータ、 u は誤差項である。

●モデル式

分析 I

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2it} + \beta_3 X_{3it} + \beta_4 X_{4it} + \beta_5 X_{5it} + \beta_6 X_{6it} + \beta_7 X_{7it} + \beta_8 X_{8it} + \beta_9 X_{9it} + \beta_{10} X_{10it} + \beta_{11} X_{11it} + \beta_{12} X_{12it} + u_{it}$$

$$\{i=1 \sim 47, \quad t=(2006-2011) \sim (2009-2014)\}$$

●変数

Y_{it} : 5 年間での女性医師の増減

β_0 : 切片

X_1 : 女性医師等就労環境改善事業実施年数

X_2 : 病院内保育所運営費補助事業実施年数

X_3 : 病院内保育所施設整備費補助事業実施年数

X_4 : 女性医師の賃金の対数値

X_5 : 女性医師の労働時間

X_6 : 出生率

X_7 : 1,000人当たり病床数

X_8 : 公営医療機関割合

X_9 : 病院に従事する医師の割合

X_{10} : 内科医割合

X_{11} : 外科医割合

X_{12} : 整形外科医割合

⁸ 平成 28 年 10 月末現在

u_{it} : 誤差項

(4) 変数選択

分析 I においては、被説明変数には 2006 年度から 2014 年度までの「医師・歯科医師・薬剤師調査」から推定した女性医師数の増減を採用し、説明変数には前項で述べた三つの政策変数とコントロール変数を用いる。

(1) 被説明変数

被説明変数には、「医師・歯科医師・薬剤師調査」の平成 18 年度から平成 26 年度における女性医師数から医師の増減を推計したものを採択した。また、地域ごとの女性医師の総数の差を考慮するため、都道府県の総医師数による重みづけを行った。

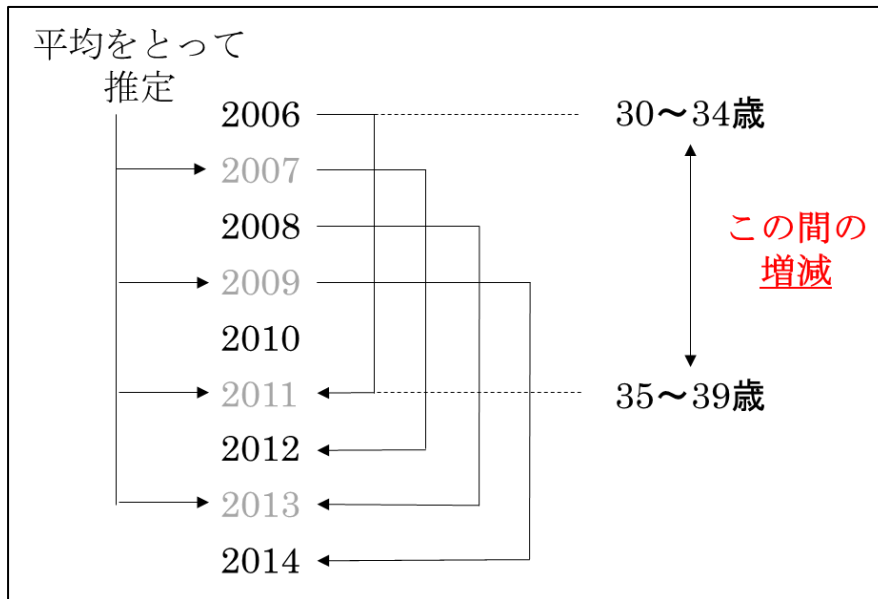
「医師・歯科医師・薬剤師調査」は、2 年ごとの調査かつ 5 年の年齢階級ごとの公表となっているため、10 年ごとのコホート（集団）⁹しか作成できないというデータの制約が存在する。そこで、被説明変数に関して、調査の取られていない奇数年についてはその前後の偶数年の平均を使用してそれぞれの年齢階級別女性医師数を推定し、さらに 5 年ごとのコホートを作成することにより、 x 年から $x+5$ 年の 6 年間 ($x, x+1, \dots, x+5$ 年) において、その集団の女性医師の増減を算出することを可能とした（図 7）。

また、年代については 30-34 歳の人々が 35-39 歳になる時のコホートデータを採用した。

多くの医師は 30 歳までに医師となることから、25-29 歳の人々が 30-34 歳になるまでのコホートを用いると、新規に医師となるものの影響が大きく、離職による影響を計ることができない。さらに、西（2013）では、女性医師が結婚や出産、育児などのライフイベントを経験する時期である卒業後 10 年以内に離職した割合が 92.4%を占めることが明らかとなった。これらを踏まえ、本稿の検証仮説として、離職防止の検証を行うという性質を考えた場合、30-34 歳の人々が 35-39 歳になる時のコホートを用いることが妥当であると考えた。さらに、各コホートでの増減を比較した場合、最も減少が大きいコホートであることから、離職の影響を計るのに適していると考えられる。また、平成 26 年度における各コホートでの増減を以下の表に示した（表 2）。

⁹ 同時出生集団。コホートを用いた分析とは、計画的な社会調査データを用いて社会の変化を捉えようとする方法の一つである。ここの調査データを単に時系列的に比較分析するのではなく、継続調査データの全体を有機的に結びつけながら分析することができれば、社会の変動に関してより多くの知見が得られるとされる。

図 7 被説明変数の推計方法



(筆者作成)

表 2 平成 21-26 年度の全国での各コホートの増減

(25-29) → (30-34)	(30-34) → (35-39)	(35-39) → (40-44)
+1327.5	-198.0	+371.5

(筆者作成)

女性医師数の増減 = x 年から $x+5$ 年の 6 年間で女性医師数の増減 / x 年の女性医師数の総数

(2) 説明変数

〈都道府県の政策に関する変数〉

●女性医師等就労環境改善事業実施年数

女性医師の就労環境の改善に努める医療機関への補助を表す変数である。 x 年から $x+5$ 年の間の女性医師の増減を考慮するため、6 年間 ($x, x+1, \dots, x+5$ 年) において政策が実施された年数を変数として用いる。医療機関に対して女性医師の勤務環境改善を促す効果があると考えられる。よって、予想される係数の符号は正である。

●病院内保育所運営費補助事業実施年数

医療機関内の保育所の運営への補助を表す変数である。6 年間において政策が実施された年数を変数として用いる。保育環境が確保できることから、子どもを持つ医療従事者の離職防止を促進する効果があると考えられる。よって、予想される係数の符号は正である。

- 病院内保育所施設整備費補助事業実施年数

病院内保育所の新設・増改築等に要する工事費への補助を表す変数である。6年間に於いて政策が実施された年数を変数として用いる。医療機関に対し保育環境の整備を促す効果があり、子どもを持つ医療従事者の離職防止を促進する効果があると考えられる。よって、予想される係数の符号は正である。

〈コントロール変数〉

以下のコントロール変数は全て女性医師の増減を推計した6年間（ $x, x+1, \dots, x+5$ 年）の平均値を採用した。

- 女性医師の賃金の対数値

賃金が高いほど、女性医師の労働することへの意欲が上昇すると考えた。予想される係数の符号は正である。単位は円/時間である。

- 女性医師の労働時間

労働時間の増加に伴い、仕事と家庭の両立が困難となり、勤務を継続することができなくなることが考えられるため、この変数を採択した。予想される係数の符号は負である。単位は時間/月である。

- 出生率

井手野ほか（2013）の「医師の生涯教育・復帰支援に関するアンケート調査」では、臨床を離れた経験があると回答した女性のうち85%は「出産・育児」を理由とした。そのため、出生率は女性医師数に影響を与えると考えた。予想される係数の符号は負である。

$$\text{出生率} = \text{出生数} / \text{人口} \times 1,000$$

- 1,000人当たり病床数

医療に対する需要の影響を取り除くために採択した。需要の増加に伴って、医師の責任が増加し、責任への不安から継続が困難となる可能性があると考えられる。予想される係数の符号は負である。

$$1,000 \text{人当たり病床数} = \text{病床数} / \text{人口} \times 1,000$$

- 公営医療機関割合

公営病院と民営病院の間での差をコントロールするためにこの変数を採択した。井奈波（2013）より、民間病院と比べて公立病院における勤務医は、一週間の実労働時間が長く、職業ストレスも多いということが示唆された。よって、公営医療機関の方が、勤務環境が過酷であると考えられる。予想される係数の符号は負である。

$$\text{公営医療機関割合} = \text{公営医療機関数} / (\text{公営医療機関数} + \text{民営医療機関数})$$

●病院に従事する医師の割合

先行研究である野村ほか(2011)で変数として用いられているため採用した。病院の場合、診療所と比較して入院患者が多いこと等、医師の労働環境が過酷であることから、勤務の継続が困難であると考えられる。よって、予想される係数の符号は負である。

病院に従事する医師の割合 = 病院に従事する医師数 / (病院に従事する医師数 + 診療所に従事する医師数)

●診療科別割合

特定の診療科の影響を取り除くために採択した。ここでは、とりわけ全医師に占める割合の高い内科、外科、整形外科を採択した。

診療科別割合 = 各診療科の医師数 / 全医師数

表3 変数の出典

変数名	出典
5年間での女性医師数の増減	厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より算出
女性医師等就労環境改善事業実施年数	筆者実施の各都道府県へのアンケートより作成
病院内保育所運営費補助事業実施年数	
病院内保育所施設整備費補助事業実施年数	
女性医師の賃金の対数値	厚労省「賃金構造基本統計調査」より算出
女性医師の労働時間	
出生率	厚労省「人口動態調査」より算出
1,000人当たり病床数	厚労省「医療施設調査」より算出
公営医療機関割合	
病院に従事する医師の割合	厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より算出
内科医割合	
外科医割合	
整形外科医割合	

(筆者作成)

表 4 分析 I の基本統計量

変数名	平均	標準偏差	最小	最大	標本数
5年間で的女性医師数の増減	-0.0177	0.1026	-0.2698	0.3482	188
女性医師等就労環境改善事業実施年数	2.4521	2.0034	0	6	188
病院内保育所運営費補助事業実施年数	5.6862	1.2464	0	6	188
病院内保育所施設整備費補助事業実施年数	1.5904	1.8636	0	6	188
女性医師の賃金の対数値	3.6115	0.0791	3.3642	3.8455	188
女性医師の労働時間	173.2293	7.9216	151	201.5	188
出生率	8.2861	0.8704	6.1167	12.2	188
1,000人当たり病床数	14.8946	3.479	8.9829	25.251	188
公営医療機関割合	2.6743	0.2319	2.1953	3.2289	188
病院に従事する医師の割合	0.926	0.0223	0.8594	0.9661	188
内科医割合	0.2332	0.0253	0.1842	0.3082	188
外科医割合	0.0654	0.011	0.0379	0.0914	188
整形外科医割合	0.0745	0.006	0.0571	0.0876	188

基本統計量は小数点以下4位まで表示している。

(筆者作成)

(5) 推定結果

推定結果は表 5 のとおりである。

表 5 推定結果

分析モデル 女性医師の増減	分析 I	
	変量効果モデル 係数	
女性医師等就労環境改善事業実施年数	0.00947 (-0.00529)	*
病院内保育所運営費補助費事業実施 年数	-0.00352 (-0.0102)	
院内保育所施設整備費補助事業実施年	0.00238 (-0.00632)	
女性医師の賃金の対数値	-0.063 (-0.132)	
女性医師の労働時間	-0.00194 (-0.00137)	
出生率	0.00468 (-0.0157)	
1,000人当たり病床数	0.00273 (-0.00425)	
公営医療機関割合	0.0536 (-0.0922)	
病院に従事する医師の割合	-1.265 (-0.576)	**
内科医割合	0.21 (-0.494)	
外科医割合	1.027 (-1.169)	
整形外科医割合	2.581 (-2.233)	
切片	1.319 (-0.902)	
R-square(within)	0.043	
Ftest (F)	4.51	***
Breusch ang Pagan test(χ^2)	46.34	***
Hausman Test(χ^2)	14.89	
標本数	188	
1)*, **, ***はそれぞれ有意水準10%, 5%, 1%で 帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。 2)係数の()は標準誤差を示している。		

(筆者作成)

(6) 結果の解釈

●仮説 1 の女性医師等就労環境改善事業については、正に有意となり仮説が支持された。女性医師の勤務環境の改善を行うことにより、仕事と家庭の両立が可能となり、離職の防止につながると考えられる。

●仮説 2 の病院内保育所運営費補助事業については、有意な結果とならず、仮説は支持されなかった。アンケート調査より、運営費に占める補助額が比較的少額であり女性医師に関して与える影響が限定的であることが示唆された。このことから、有意な結果を得ることが出来なかったと考えられる。

●仮説 3 の病院内保育所施設整備費補助事業については、有意な結果とならず、仮説は支持されなかった。日本医師会の資料より、施設整備の際の病院の費用負担が大きく、十分な支援ができていないという考察が得られた。このことから、施策の効果が女性医師の離職に関して与える影響が限定的であるという可能性が考えられる。

分析 I では仮説 1 が支持され、女性医師の勤務環境改善が離職防止に関して影響を与えていることが明らかとなった。しかし、女性医師等就労環境改善事業の中のどの内容が離職防止に影響を与えているのかを明らかにすることはできなかった。そこで、分析 II においては女性医師等就労環境改善事業の具体的内容について定量的な分析を行う。

第 3 項 分析 II

(1) 検証仮説

分析 II においては、女性医師等就労環境改善事業の具体的内容である「就労環境改善委員会」、「短時間正規雇用制度」、「出勤希望日制」、「宿日直の免除」、「保育所以外の育児支援」が女性医師の離職防止に対し影響を及ぼすかどうか、分析 I と同様、パネルデータを用いた分析によって明らかにする。分析 II における仮説は以下の通りである。

●**仮説 1 「就労環境改善委員会」は女性医師の離職防止に関して正の影響を与える。**

女性医師等の就労環境改善策を検討する会議を行う医療機関に対して、補助を行うものである。医療機関内での情報共有・制度設計を行う委員会の設置は、医療機関内の就労環境の改善に効果があると考えられ、よって離職防止に関して正の影響を与えると考えた。

●**仮説 2 「短時間正規雇用制度」は女性医師の離職防止に関して正の影響を与える。**

仕事と家庭の両立のために、就業時間に制約がある女性医師が、他の正規型のフルタイム労働よりも労働時間が短い体系で働くことに対する補助である。フルタイム勤務の緩和により、出産・育児との両立が容易になるので離職防止に関して正の影響を与えると考えた。

●**仮説 3 「出勤希望日制」は女性医師の離職防止に関して正の影響を与える。**

女性医師にとって仕事と家庭の両立ができる働きやすい職場環境の整備を目的とし、女性医師が柔軟な勤務体制のもとで働くことに対する補助である。柔軟な勤務体制の構築に

より家庭との両立が容易になると考えられるので、離職防止に関して正の影響を与えると考えた。

●**仮説 4「宿日直の免除」は女性医師の離職防止に関して正の影響を与える。**

現場に復帰する女性医師の負担の軽減を目的とし、宿直や日直を免除する医療機関に対し補助を行うものである。女性医師の宿直・日直の免除により、出産・育児との両立が容易になると考えられるので、離職防止に関して正の影響を与えると考えた。

●**仮説 5「保育所以外の育児支援」は女性医師の離職防止に関して正の影響を与える。**

病院内保育所に関する取り組み以外に育児支援を行っている医療機関に補助を行うものである。当該施策では、主に保育所などではなくベビーシッター等への補助を行っており、より柔軟な保育体制の提供が可能となる。児玉ほか(2011)では、女性外科医の長時間勤務に対応できる長時間保育を行っている保育所は限られており、倍率も高いため入園が難しいことが示されている。このように、外科医に代表される手術などによる深夜対応といった、医師特有の勤務体制から生じる、保育所では対応しきれない保育サービスについても外部化が可能になる。よって、保育所以外の育児支援は、女性医師の就業継続に伴う負担を軽減し、育児との両立に伴う勤務継続のハードルを下げることから、離職防止に関して正の影響を与えると考えた。

(2) 分析とデータの枠組み

これらの仮説を検証するために分析Ⅱにおいては、分析Ⅰ同様、パネルデータを用いた分析を行う。

被説明変数には、分析Ⅰ同様、「医師・歯科医師・薬剤師調査」の平成18年度から平成26年度における女性医師数から医師の増減を推計したものを被説明変数として採択する。

また、説明変数として、女性医師等就労環境改善事業の具体的内容を示す変数にコントロール変数を加えたものを採用した。また、アンケート調査の女性医師等就労環境改善事業に関して回答を得られた¹⁰41都道府県を対象として分析を行う。対象都道府県については以下の表に示した。

また、政策どうしの相関が大きいいためi~vに分けて分析を行った。

表6 分析Ⅱ対象都道府県

分析対象都道府県				
北海道	埼玉	長野	奈良	愛媛
青森	東京	岐阜	鳥取	高知
岩手	神奈川	愛知	島根	福岡
宮城	新潟	三重	岡山	長崎
秋田	富山	滋賀	広島	熊本
山形	石川	京都	山口	宮崎
福島	福井	大阪	徳島	鹿児島
茨城	山梨	兵庫	香川	沖縄
群馬				

(筆者作成)

¹⁰ 平成28年10月末現在

(3) 分析の概要

女性医師等就労環境改善事業の具体的内容が女性医師の増減に与える影響について分析する。モデル式、及び各変数の定義は以下のように表される。ただし $\beta_0 \sim \beta_{14}$ は推定されるパラメータ、 u は誤差項である。

●モデル式

分析Ⅱ・i

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{1it} + \beta_6 X_{6it} + \beta_7 X_{7it} + \beta_8 X_{8it} + \beta_9 X_{9it} + \beta_{10} X_{10it} + \beta_{11} X_{11it} + \beta_{12} X_{12it} + \beta_{13} X_{13it} + \beta_{14} X_{14it} + u_{it} \\ \{i=1 \sim 41, \quad t=(2006-2011) \sim (2009-2014)\}$$

分析Ⅱ・ii

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_2 X_{2it} + \beta_6 X_{6it} + \beta_7 X_{7it} + \beta_8 X_{8it} + \beta_9 X_{9it} + \beta_{10} X_{10it} + \beta_{11} X_{11it} + \beta_{12} X_{12it} + \beta_{13} X_{13it} + \beta_{14} X_{14it} + u_{it} \\ \{i=1 \sim 41, \quad t=(2006-2011) \sim (2009-2014)\}$$

分析Ⅱ・iii

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_3 X_{3it} + \beta_6 X_{6it} + \beta_7 X_{7it} + \beta_8 X_{8it} + \beta_9 X_{9it} + \beta_{10} X_{10it} + \beta_{11} X_{11it} + \beta_{12} X_{12it} + \beta_{13} X_{13it} + \beta_{14} X_{14it} + u_{it} \\ \{i=1 \sim 41, \quad t=(2006-2011) \sim (2009-2014)\}$$

分析Ⅱ・iv

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_4 X_{4it} + \beta_6 X_{6it} + \beta_7 X_{7it} + \beta_8 X_{8it} + \beta_9 X_{9it} + \beta_{10} X_{10it} + \beta_{11} X_{11it} + \beta_{12} X_{12it} + \beta_{13} X_{13it} + \beta_{14} X_{14it} + u_{it} \\ \{i=1 \sim 41, \quad t=(2006-2011) \sim (2009-2014)\}$$

分析Ⅱ・v

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_5 X_{5it} + \beta_6 X_{6it} + \beta_7 X_{7it} + \beta_8 X_{8it} + \beta_9 X_{9it} + \beta_{10} X_{10it} + \beta_{11} X_{11it} + \beta_{12} X_{12it} + \beta_{13} X_{13it} + \beta_{14} X_{14it} + u_{it} \\ \{i=1 \sim 41, \quad t=(2006-2011) \sim (2009-2014)\}$$

Y_{it} : 5年間での女性医師の増減

β_0 : 切片

X_1 : 就労環境改善委員会実施年数

X_2 : 短時間正規雇用実施年数

X_3 : 出勤希望日制実施年数

X_4 : 宿日直の免除実施年数

X_5 : 保育所以外の育児支援実施年数

X_6 : 女性医師の賃金の対数値

X_7 : 女性医師の労働時間

- X_8 : 出生率
 X_9 : 1,000人当たり病床数
 X_{10} : 公営医療機関割合
 X_{11} : 病院に従事する医師の割合
 X_{12} : 内科医割合
 X_{13} : 外科医割合
 X_{14} : 整形外科医割合
 u_{it} : 誤差項

(4) 変数選択

分析Ⅱにおいては、分析Ⅰと同様の被説明変数、コントロール変数を用いる。以下、政策変数について詳細を述べる。

(2) 説明変数

〈都道府県の政策に関する変数〉

●就労環境改善委員会実施年数

女性医師等の就労環境の改善策を検討する会議を行う医療機関に対して、補助を行うものである。6年間に於いて政策が実施された年数を変数として用いる。就労環境を改善し、女性医師等の離職を防止し勤務を継続させることを促進する効果があると考えられる。よって、予想される係数の符号は正である。

●短時間正規雇用実施年数

仕事と家庭の両立のために、就業時間に制約がある女性医師が、他の正規型のフルタイム労働よりも労働時間が短い体系で正規として働くことに対する補助である。6年間に於いて政策が実施された年数を変数として用いる。女性医師の離職を防止し勤務を継続させることを促進する効果があると考えられる。よって、予想される係数の符号は正である。

●出勤希望日制実施年数

女性医師にとって仕事と家庭の両立ができる働きやすい職場環境の整備を目的とし、女性医師が柔軟な勤務体制のもとで働くことに対する補助である。6年間に於いて政策が実施された年数を変数として用いる。女性医師の離職を防止し勤務を継続させることを促進する効果があると考えられる。よって、予想される係数の符号は正である。

●宿日直の免除実施年数

現場に復帰する女性医師の負担の軽減を目的とし、宿直や日直を免除する医療機関に対する補助である。6年間に於いて政策が実施された年数を変数として用いる。女性医師の離職を防止し勤務を継続させることを促進する効果があると考えられる。よって、予想される係数の符号は正である。

●保育所以外の育児支援実施年数

病院内保育所に関する取り組み以外に育児支援を行っている医療機関に対し補助を行うものである。6年間において政策が実施された年数を変数として用いる。子どもの保育環境が確保できることから、女性医師の離職を防止し勤務を継続させることを促進する効果があると考えられる。よって、予想される係数の符号は正である。

表 7 変数の出典 2

変数名	出典
5年間での女性医師数の増減	厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より算出
就労環境改善委員会実施年数	筆者実施の各都道府県へのアンケートより作成
短時間正規雇用実施年数	
出勤希望日制実施年数	
宿日直の免除実施年数	
保育所以外の育児支援実施年数	
女性医師の賃金の対数値	厚労省「賃金構造基本統計調査」より算出
女性医師の労働時間	
出生率	厚労省「人口動態調査」より算出
1,000人当たり病床数	厚労省「医療施設調査」より算出
公営医療機関割合	
病院に従事する医師の割合	厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より算出
内科医割合	
外科医割合	
整形外科医割合	

(筆者作成)

表 8 分析Ⅱ・i の基本統計量

変数名	平均	標準偏差	最小	最大	標本数
5年間での女性医師数の増減	-0.0177	0.1026	-0.2698	0.3482	164
就労環境改善委員会実施年数	0.4878	1.412	0	6	164
女性医師の賃金の対数値	3.6115	0.0791	3.3642	3.8455	164
女性医師の労働時間	173.2293	7.9216	151	201.5	164
出生率	8.2861	0.8704	6.1167	12.2	164
1,000人当たり病床数	14.8946	3.479	8.9829	25.251	164
公営医療機関割合	2.6743	0.2319	2.1953	3.2289	164
病院に従事する医師の割合	0.926	0.0223	0.8594	0.9661	164
内科医割合	0.2332	0.0253	0.1842	0.3082	164
外科医割合	0.0654	0.011	0.0379	0.0914	164
整形外科医割合	0.0745	0.006	0.0571	0.0876	164

基本統計量は小数点以下4位まで表示している。

(筆者作成)

表 9 分析Ⅱ・ii の基本統計量

変数名	平均	標準偏差	最小	最大	標本数
5年間での女性医師数の増減	-0.0177	0.1026	-0.2698	0.3482	164
短時間正規雇用実施年数	1.6646	1.9916	0	6	164
女性医師の賃金の対数値	3.6115	0.0791	3.3642	3.8455	164
女性医師の労働時間	173.2293	7.9216	151	201.5	164
出生率	8.2861	0.8704	6.1167	12.2	164
1,000人当たり病床数	14.8946	3.479	8.9829	25.251	164
公営医療機関割合	2.6743	0.2319	2.1953	3.2289	164
病院に従事する医師の割合	0.926	0.0223	0.8594	0.9661	164
内科医割合	0.2332	0.0253	0.1842	0.3082	164
外科医割合	0.0654	0.011	0.0379	0.0914	164
整形外科医割合	0.0745	0.006	0.0571	0.0876	164

基本統計量は小数点以下4位まで表示している。

(筆者作成)

表 10 分析Ⅱ・iii の基本統計量

変数名	平均	標準偏差	最小	最大	標本数
5年間での女性医師数の増減	-0.0177	0.1026	-0.2698	0.3482	164
出勤希望日制実施年数	0.4268	1.3156	0	6	164
女性医師の賃金の対数値	3.6115	0.0791	3.3642	3.8455	164
女性医師の労働時間	173.2293	7.9216	151	201.5	164
出生率	8.2861	0.8704	6.1167	12.2	164
1,000人当たり病床数	14.8946	3.479	8.9829	25.251	164
公営医療機関割合	2.6743	0.2319	2.1953	3.2289	164
病院に従事する医師の割合	0.926	0.0223	0.8594	0.9661	164
内科医割合	0.2332	0.0253	0.1842	0.3082	164
外科医割合	0.0654	0.011	0.0379	0.0914	164
整形外科医割合	0.0745	0.006	0.0571	0.0876	164

基本統計量は小数点以下4位まで表示している。

(筆者作成)

表 11 分析Ⅱ・ivの基本統計量

変数名	平均	標準偏差	最小	最大	標本数
5年間での女性医師数の増減	-0.0177	0.1026	-0.2698	0.3482	164
宿日直の免除実施年数	1.4573	1.9702	0	6	164
女性医師の賃金の対数値	3.6115	0.0791	3.3642	3.8455	164
女性医師の労働時間	173.2293	7.9216	151	201.5	164
出生率	8.2861	0.8704	6.1167	12.2	164
1,000人当たり病床数	14.8946	3.479	8.9829	25.251	164
公営医療機関割合	2.6743	0.2319	2.1953	3.2289	164
病院に従事する医師の割合	0.926	0.0223	0.8594	0.9661	164
内科医割合	0.2332	0.0253	0.1842	0.3082	164
外科医割合	0.0654	0.011	0.0379	0.0914	164
整形外科医割合	0.0745	0.006	0.0571	0.0876	164

基本統計量は小数点以下4位まで表示している。

(筆者作成)

表 12 分析Ⅱ・vの基本統計量

変数名	平均	標準偏差	最小	最大	標本数
5年間での女性医師数の増減	-0.0177	0.1026	-0.2698	0.3482	164
保育所以外の育児支援実施年数	1.1585	1.8233	0	6	164
女性医師の賃金の対数値	3.6115	0.0791	3.3642	3.8455	164
女性医師の労働時間	173.2293	7.9216	151	201.5	164
出生率	8.2861	0.8704	6.1167	12.2	164
1,000人当たり病床数	14.8946	3.479	8.9829	25.251	164
公営医療機関割合	2.6743	0.2319	2.1953	3.2289	164
病院に従事する医師の割合	0.926	0.0223	0.8594	0.9661	164
内科医割合	0.2332	0.0253	0.1842	0.3082	164
外科医割合	0.0654	0.011	0.0379	0.0914	164
整形外科医割合	0.0745	0.006	0.0571	0.0876	164

基本統計量は小数点以下4位まで表示している。

(筆者作成)

(5) 分析結果

推定結果は表 13 のとおりである。

表 13 分析Ⅱの推定結果

分析モデル 女性医師の増減	分析Ⅱ				
	固定効果モデル 係数	変量効果モデル 係数	固定効果モデル 係数	固定効果モデル 係数	変量効果モデル 係数
女性医師等就労環境改善事業					
就労環境改善委員会 実施年数	0.0377 ** (-0.0173)				
短時間正規雇用実施年数		0.0123 ** (-0.00585)			
出勤希望日制実施年数			0.0549 *** (-0.0173)		
宿日直の免除実施年数				-0.00739 (-0.0108)	
保育所以外の育児支援 実施年数					0.0113 * (-0.00609)
女性医師の賃金の対数値	-0.763 *** (-0.213)	-0.255 * (-0.141)	-0.614 *** (-0.208)	-0.708 *** (-0.215)	-0.252 * (-0.142)
女性医師の労働時間	-0.00658 *** (-0.00216)	-0.00449 *** (-0.00158)	-0.00696 *** (-0.0021)	-0.00719 *** (-0.00219)	-0.00408 *** (-0.00155)
出生率	-0.00885 (-0.0965)	0.00763 (-0.0144)	0.0181 (-0.0948)	-0.0639 (-0.0957)	0.00938 (-0.0143)
1,000人当たり病床数	0.0726 (-0.103)	0.00326 (-0.00431)	-0.00233 (-0.104)	0.0724 (-0.105)	0.00214 (-0.00422)
公営医療機関割合	0.12 (-0.0983)	0.0341 (-0.0923)	0.109 (-0.0961)	0.126 (-0.101)	0.0286 (-0.0931)
病院に従事する医師の割合	-0.76 (-1.226)	-1.504 *** (-0.574)	-0.768 (-1.197)	-0.463 (-1.248)	-1.475 ** (-0.574)
内科医割合	-1.948 (-2.237)	0.0933 (-0.501)	-0.607 (-2.207)	-1.78 (-2.283)	0.114 (-0.503)
外科医割合	4.102 (-4.809)	0.306 (-1.114)	2.298 (-4.718)	3.4 (-4.91)	-0.0565 (-1.112)
整形外科医割合	12.27 (-14.43)	4.037 * (-2.182)	19.03 (-14.13)	15.96 (-14.75)	3.975 * (-2.179)
切片	2.819 (-2.623)	2.609 *** (-0.925)	2.558 (-2.563)	2.674 (-2.672)	2.532 *** (-0.925)
R-square(within)	0.1793	0.1078	0.2151	0.1485	0.099
Ftest (F)	4.4 ***	4.1 ***	4.68 ***	4.13 ***	4.07 ***
Breusch ang Pagan test(χ^2)	30.66 ***	35.65 ***	37.59 ***	33.84 ***	35.08 ***
Hausman Test(χ^2)	20.94 **	12.52	22.64 ***	16.21 *	13.13
標本数	164	164	164	164	164

1)*, **, ***はそれぞれ有意水準10%, 5%, 1%で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。

2)係数の()は標準誤差を示している。

(筆者作成)

(6) 結果の解釈

●仮説 1 の就労環境改善委員会については、正に有意となり仮説が支持された。医療機関内での情報共有・制度設計を行われることで、医療機関内の就労環境が改善され、離職防止につながると思われる。

●仮説 2 の「短時間正規雇用制度については、正に有意となり仮説が支持された。女性医師の労働時間の短縮により、仕事と家庭の両立が容易となり、離職防止につながると思われる。

●仮説 3 の出勤希望日制については、正に有意となり仮説が支持された。柔軟な勤務環境の構築により、家庭との両立が容易なものとなり、離職防止につながると思われる。

- 仮説 4 の宿日直の免除については、有意な結果とならず、仮説は支持されなかった。

佐野ほか（2009）によると、医師が就業場所の選択の際に重視する要因の分析において、「1 週あたり勤務時間が増えること」と「1 か月あたり夜間宿直回数が増えること」がともに負に有意となったが、宿直はより係数値が高く、医師一般にとって忌避される傾向にあることがわかる。

上記の研究を踏まえると、女性医師自身にとっては、この制度が利用された場合、宿直を含む宿日直の免除による勤務負担の軽減効果は大きいと考えられる。しかしながら、女性医師に代わって宿直勤務をする医師にとっても負担感が大きいことから、女性医師が周囲に配慮して申請がためられる可能性があり、制度の利用が限定的になる可能性がある。そのため、宿日直の免除による効果が表れなかったものと解釈される。

- 仮説 5 の保育所以外の育児支援については、正に有意な結果となり、仮説は支持された。女性医師の勤務に柔軟に対応することができるため、離職防止につながると考えられる。かい

〈コントロール変数〉

最後に分析 I 及び II における都道府県特有の影響をコントロールする変数に関して解釈を行う。

「女性医師の労働時間」、「病院に従事する医師の割合」は多くの分析で負に有意な結果となり仮説が支持された。医師の勤務環境が厳しくなることで、仕事と生活を両立することが困難になるためと考えられる。

また、「女性医師の賃金の対数値」は負に有意な結果となり仮説が支持されなかった。女性医師の賃金が高い地域では、男性医師の賃金も高くなると考えられる。また、先行研究である野村ほか（2011）より、女性医師の約 8 割は男性医師と結婚していると示唆された。「ダグラス＝有澤の法則」より、世帯主の収入と配偶者の就労率には負の相関があるとされているため、負に有意な結果が得られたと解釈できる。

最後に、「出生率」「1,000 人当たり病床数」「公営医療機関割合」「診療科割合」については、多くの分析で有意な結果を得ることができず、仮説が支持されなかった。それらについては、今後の研究課題としたい。

第 4 節 政策提言

第 1 項 政策提言の方向性

前節では、「医師・歯科医師・薬剤師調査」から女性医師の増減を推計したデータを利用し、パネルデータを用いて、女性医師の離職防止に関する現行の施策の効果を検証した。

その結果、女性医師の離職防止に効果がある都道府県の取り組みとして、

1. 就労環境改善事業
2. 就労環境改善委員会の設置に対する補助制度
3. 短時間正規雇用制度を利用する際の補助制度
4. 出勤希望日制を利用する際の補助制度
5. 育児支援に対する補助制度

があり、これらの施策がより推進されることで女性医師の離職を防止し、勤務の継続を促進することができることが分かった。この結果を踏まえ、女性医師の活躍を促進し、我が国の医師不足を解消すべく、以下の四つの政策提言を行う。

- I. 就労環境改善事業の導入
- II. 都道府県による就労環境改善のための委員会の設置
- III. 短時間正規雇用制度・出勤希望日制の利用促進のための環境整備
- IV. 育児支援におけるファミリー・サポート・センター事業の利用促進

次項では、四つの政策提言について、その効果や実現可能性にも触れながら詳述する。

第 2 項 政策提言

(1) 就労環境改善事業の導入

本稿の分析により、就労環境改善事業の導入を促進することが女性医師の離職の防止を実現できることが明らかとなった。さらに、①委員会の設置に対する補助制度、②短時間正規雇用制度に対する補助制度、③出勤希望日制に対する補助制度、④保育所以外の育児支援に対する補助制度、という四つの具体的内容が有効であるということが明らかとなった。

しかし、各都道府県に対して行ったアンケート調査によると、平成 28 年度時点で当事業を行っている都道府県は 36 都道府県であり、さらに、有効であると分かった四つの具体的内容を全て行っている都道府県は、調査の回答を得られた 41 都道府県のうち、3 県にとどまる。

したがって、就労環境改善事業を実施していない都道府県に対し、当事業を導入することを促進する。さらに、導入の際に分析により有効だと分かった四つの具体的内容を盛り込むこともあわせて促進する。

そこで、以下の提言をする。

【政策提言Ⅰ 好事例集の作成】

提言対象：厚労省

● 概要

いくつかの都道府県における、女性医師等就労環境改善事業についての好事例集を作成し、厚労省が都道府県に対して、その事例集を提供することを提言する。都道府県によっては多忙のため、事例集を配布しても、その有効的な活用に至らないこともある。よって、厚労省は、簡潔に見やすく事例をまとめ、都道府県が短時間で事例集の内容を把握できるように、それを電子化し配布する。事例集を電子化することにより、より容易に参考となる事例を探し出すことが可能とする。

● 打ち出す理由と期待される効果

各都道府県に対するアンケート調査により、当事業を導入していない都道府県における課題として、制度設計が困難であることが明らかとなった。それに対し、厚労省が制度設計の参考となる先行事例をまとめ、各都道府県に提示することで、事業の導入を促進する。またその際に電子化することにより、都道府県の負担を軽減することができる。

また、現在『女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会』報告書において、勤務環境改善の取り組み例が紹介されているが、これらは全て医療機関が主体となる事例であるため、都道府県がこれを参考にすることは難しい。よって、都道府県が実施している取り組みに関する事例集を作成することで、各都道府県が行うべき取り組みがより明確になり、事業の導入につなげることができると考えられる。

● 実現可能性

厚労省は、現在当事業を実施し一定の成果をあげている都道府県の好事例集をまとめ、47都道府県のみでそれを配布するため、時間的・金銭的成本は少ない。また、好事例集の電子化により、事例集の作成費を節減することができる。よって実現可能性は高いといえる。

(2) 都道府県による就労環境改善のための委員会の設置

【政策提言Ⅱ 都道府県による就労環境改善のための委員会の設置】

提言対象：都道府県

本稿の分析により、女性医師の離職防止に有効であると明らかとなった就労環境改善事業の中でも、医療機関が設置する就労環境改善委員会に対する補助制度が女性医師の離職防止に対してより効果的であることが明らかとなった。

● 概要

就労環境改善委員会において議論されている女性医師の就労環境に関して、各医療機関に意識づけを行うため、都道府県が主体となり各医療機関との情報共有の場を二次医療圏¹¹ごとに設けることを提言する（図8）。

- **政策を打ち出す理由と期待される効果**

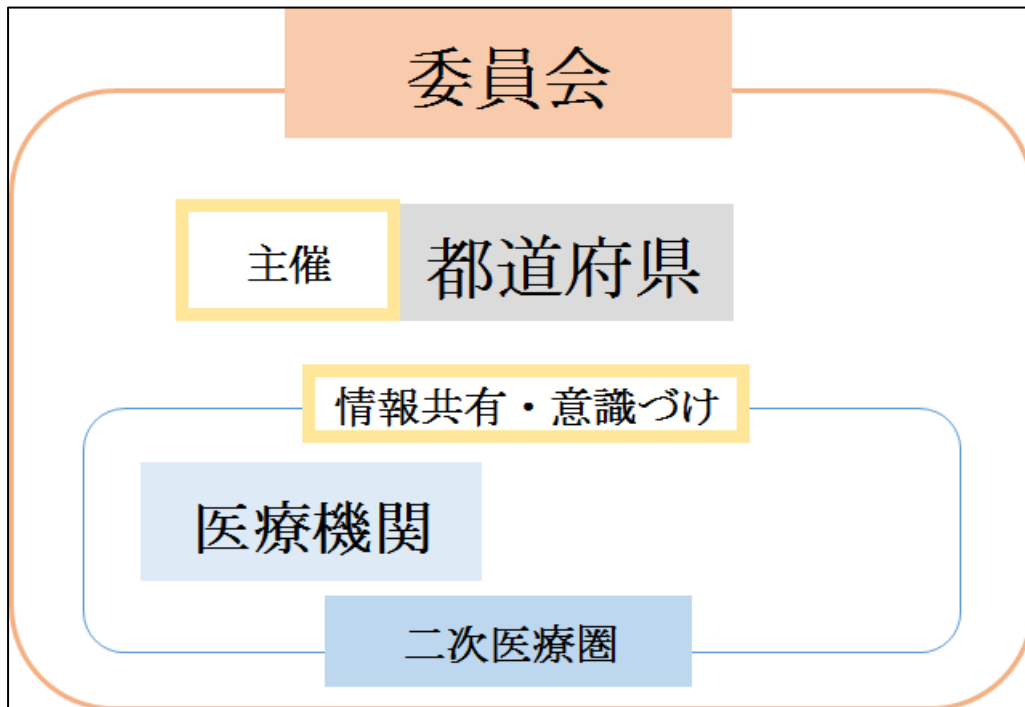
現在委員会を設置していない医療機関は、委員会設置の必要性を認識し、就労環境改善に取り組む必要がある。したがって、二次医療圏内の医療機関を集め、就労環境について協議しながら各医療機関に対して意識づけを行うことにより、各医療機関の就労環境改善委員会の設置またはその他の取り組みにつながると考える。

また、各都道府県へのアンケート調査で明らかとなった、「医療機関のニーズ・実態が明らかでない」という課題に関しても都道府県が各医療機関との情報共有の場を設けることで解決することができると考えられる。

- **実現可能性**

医療機関での勤務環境改善が叫ばれる中、政府は平成26年の医療法改正に伴い、医療機関の勤務環境改善システムを制度化し運用を始めている。ここでは、各医療機関の課題を把握するための医療機関の勤務環境改善システムの構築が行われており、都道府県と一体となった就労環境の整備は国の方針と適合するものであるといえる。また、都道府県内全ての医療機関で構成される委員会の設置は困難であることから、二次医療圏ごとに設置することにより、実現可能性は高いと考えられる。

図8 都道府県による就労環境改善のための委員会の設置



(筆者作成)

¹¹各都道府県がそれぞれの医療計画において、一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定しているもの。地理的条件等の自然的条件や日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して定められる。

(3) 短時間正規雇用制度・出勤希望日制の利用促進のための環境整備

本稿の分析により、女性医師の離職防止に有効であると明らかとなった就労環境改善事業の中でも、短時間正規雇用制度及び出勤希望日制に対する補助制度が女性医師の離職防止に対してより効果的であることが明らかとなった。

【政策提言Ⅲ-i 複数主治医制の導入促進】

提言対象：都道府県

● 概要

就労環境改善事業における短時間正規雇用制度及び出勤希望日制に対する補助制度の利用を促進し、当事業をより有効的に実施するため、都道府県が、各医療機関に対し複数主治医制の活用を促進するために補助金を交付することを提言する（図 9）。複数主治医制は、一人の患者の治療に対し、複数の主治医が対応可能であるように体制を整備するものである。

● 政策を打ち出す理由と期待される効果

厚労省への聞き取り調査より、女性医師が、短時間正規雇用制度や出勤希望日制などを利用する際、周囲の目や職場の雰囲気から、制度を利用しづらくなっていることが示唆された。加えて、都道府県へのアンケート調査でも、女性医師が短時間の勤務体制を利用するには、制度の整備だけでなく周りの理解が不可欠であることが示されている。すなわち、これらの制度の利用をさらに促進するためには、制度を活用しやすい職場環境整備や、雰囲気づくりが重要である。そこで、医療機関に対し複数主治医制の導入を促進することにより、制度を活用しやすい職場環境の整備を進め、女性医師が離職せずに勤務を継続することを可能にする。

従来の主治医制は、患者の緊急時なども担当の主治医が駆けつける必要があり、結果として 24 時間 365 日勤務となるというデメリットを持つ。

これに対し、複数主治医制は、新たに医療機関内の医師を増やすことなく、医師の勤務体系を柔軟にするというメリットがある。また、複数人が対応可能であることから、仮に女性医師等が育児中であっても、他の医師がその分をカバーすることができるというメリットがある。さらに、育児中の女性医師だけでなく、子どものいない女性医師や男性医師の勤務体系にまでも柔軟性をもたせることができるため、医療機関全体の勤務環境改善につながり、結果として勤務緩和のための制度が活用しやすい職場環境の整備、さらには雰囲気づくりが可能になる。

● 実現可能性

複数主治医制の導入は、現在厚労省による勤務環境改善マネジメントシステムでも推奨されているため、これを都道府県が推し進めることは国の方針と合致する。また、大阪府や茨城県においては、就労環境改善事業において、複数主治医制の導入自体が既に補助対象となっている。このように先進的事例となる都道府県が存在することから、実現可能性は高いといえる。

【政策提言Ⅲ-ii 複数主治医制の導入時の課題の改善】

提言対象：都道府県

- **概要**

複数主治医制の導入時に課題となる①医師の負担増加、②患者への理解に対し、①については医師事務作業補助者の導入の促進、②については医療機関に対し患者の理解を促進することをそれぞれ提言する。

- **打ち出す理由と期待される効果**

複数主治医制のデメリットとして、患者との信頼関係の構築が難しい点がある。がんなど比較的重症な病気で、長期に渡る治療の場合には、治療を進める際に患者との信頼関係の構築が重要となる。また、医師は、引き継ぎやカンファレンスの際に、多くの患者の基本的な情報や治療の経過を把握している必要がある。そのため、情報の共有という点において業務量がかえって増加してしまうというデメリットも存在する。

よって、複数主治医制の導入を促進するためには、患者に対し複数主治医制について理解を得ること、そして主治医となる医師を支える周囲の環境が必要といえる。よって、都道府県は、各医療機関に複数主治医制のメリットについて周知し、各医療機関の患者に対する周知を促進することを提言する。

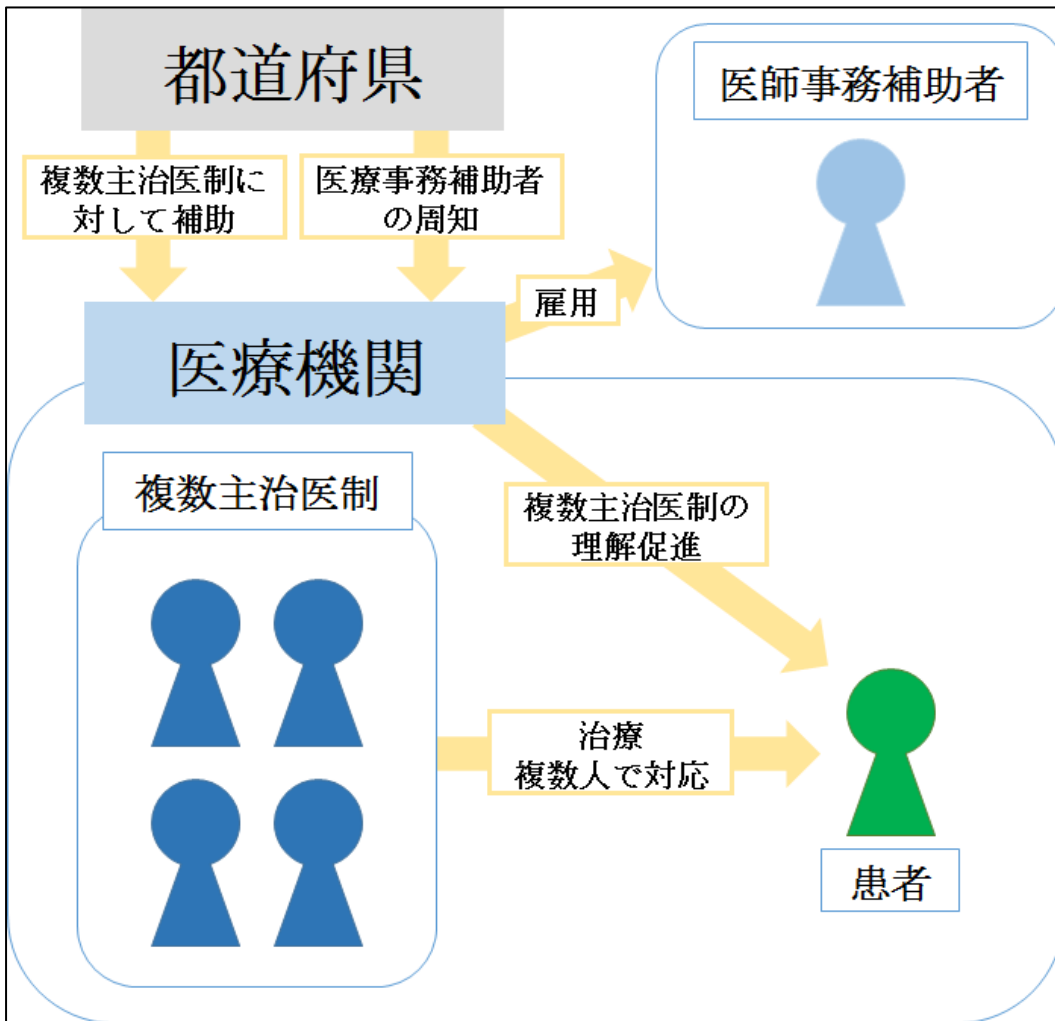
また、患者に関する情報共有の際の業務負担を軽減するために、医師事務作業補助者を導入し、医師の負担感を軽減することを提言する。

医師事務作業補助者とは、医師が行う業務のうち、事務的な業務をサポートする職種のことであり、厚労省が平成 19 年度に定めた「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」に基づき、各医療機関が実態に応じて業務内容を定めている。国家資格や経験などは必要なく、医師事務作業補助者になるためのハードルは低い。厚労省によると、大阪済生会吹田病院においては、実際に医師事務作業補助者を導入し、結果として医師から良好な評価を得ていることが明らかとなっている。医師事務作業補助者について医療機関に対し情報提供を行うことで、各医療機関が複数主治医制を取り入れやすいようにすることが必要である。

- **実現可能性**

医療機関に対して、制度についての患者へ周知することを促すことや医師事務作業補助者についての周知を行うことについては金銭的費用が少ないため、実現可能性は高いといえる。

図9 複数主治医制の導入



(筆者作成)

(4) 育児支援におけるファミリー・サポート・センター事業の利用促進

【政策提言IV 育児支援におけるファミリー・サポート・センター事業の利用促進】

提言対象：都道府県

本稿の分析により、女性医師の離職防止に有効であると明らかとなった就労環境改善事業の中でも、保育所以外の育児支援に対する補助制度が女性医師の離職防止に対してより効果的であることが明らかとなった。

- 概要

女性医師に対する保育所以外の育児支援を充実させるために、地域全体で育児をサポートする体制を活用することを提言する。具体的には、市町村が行うファミリー・サポート・センター事業の情報提供及び活用促進である。ファミリー・サポート・センターとは、育児の援助を受けたい人（依頼会員）と援助を行いたい人（提供会員）によって構成される保育サポートシステムであり、援助内容としては、保育園までの送迎や、放課後等の子どもの預かり、緊急時の預かり対応などがある（図 10）。こうした地域全体での保育サポートシステムを活用するために、都道府県や都道府県医師会の HP で女性医師に対してファミリー・サポート・センターの情報提供を行う。また、女性医師等就労環境改善事業内で育児支援としてのファミリー・サポート・センターを利用することを促し、女性医師に対して援助を行った医療機関に対して、都道府県が補助金を交付する（図 11）。

- 政策を打ち出す理由と期待される効果

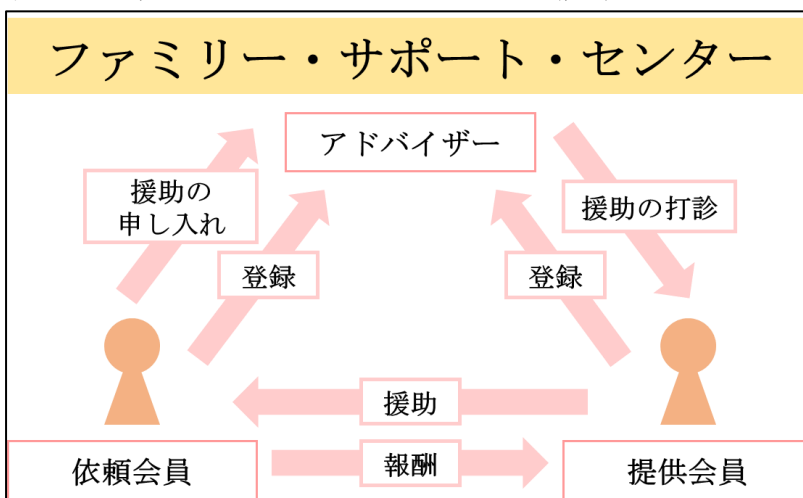
現状で医療機関によって行われている取り組みとしては、主にベビーシッターの雇用やファミリー・サポート・センターの利用がある。しかし、ベビーシッターについてみると、ベビーシッター事業者の数は人口が多い地域に偏りやすい傾向にあり、地域によっては、女性医師が思うようにベビーシッターを活用できない可能性がある。厚労省が活用を促す公益社団法人全国保育サービス協会の HP によると、協会に加盟しているベビーシッター事業者が存在しない地域は、14 県にもものぼる。

そこで、市町村が実施する地域保育サービスシステム、「ファミリー・サポート・センター事業」を活用する。センターの運営や活用の推進を行う「ファミリー・サポート・センター事業」は、平成 26 年時点で 769 市町村において実施されており、多くの地域で利用することができる。この制度の活用により、女性医師の過酷な勤務体制に柔軟に対応できる保育システムが多くの地域で構築され、女性医師の仕事と育児の両立を可能にする。

- 実現可能性

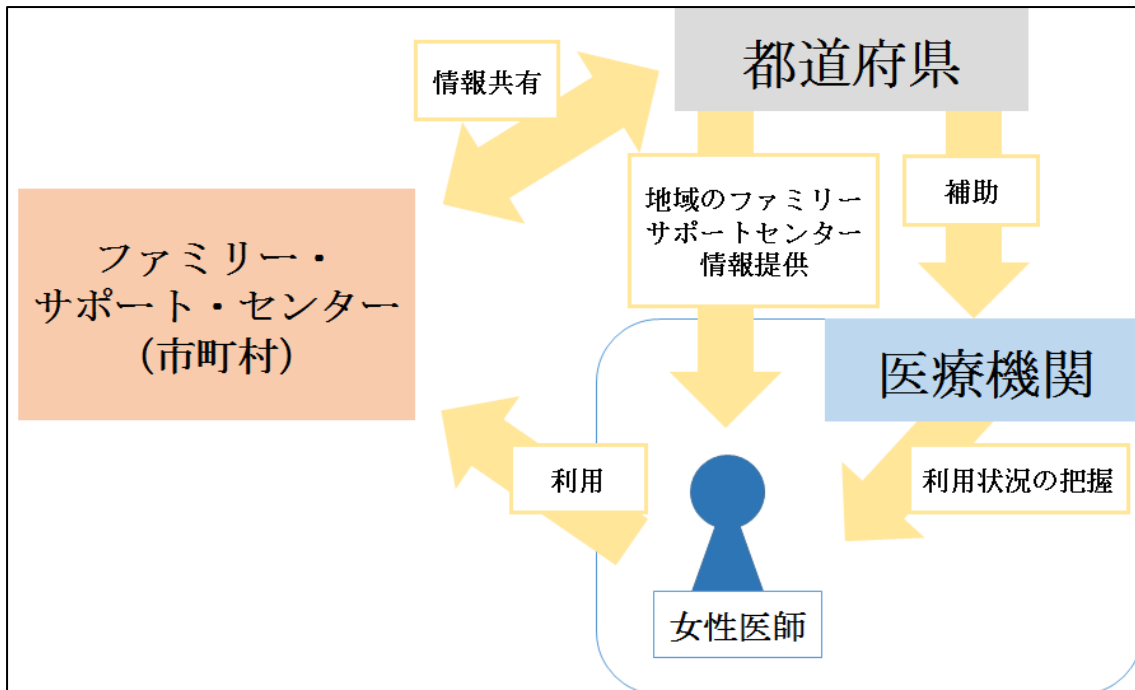
現時点で既に都道府県または都道府県医師会による女性医師への支援に関する HP において、ファミリー・サポート・センター事業を行っている地域・サービス内容について情報提供を行っているところや、実際に補助を行っている都道府県もあるため、実現可能性は高いと思われる。

図 10 ファミリー・サポート・センターの概要



(筆者作成)

図 11 ファミリー・サポート・センターの活用促進



(筆者作成)

第 3 項 政策提言のまとめ

提言Ⅰによって、女性医師等就労環境改善事業を導入していない都道府県においても容易に先行事例を把握し展開することが可能となり、更に多くの都道府県において施策が導入されることが期待される。

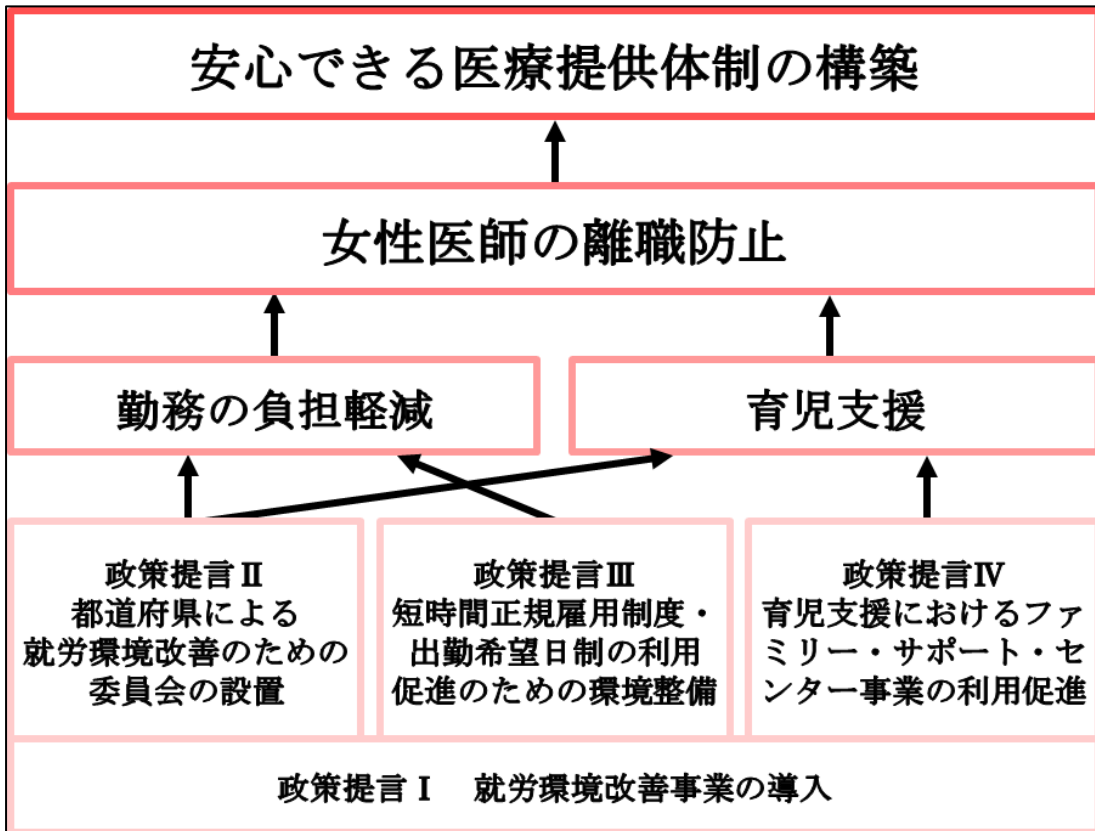
提言Ⅱによって、就労環境に関する情報を共有することにより、各医療機関における就労環境への意識づけを行うことが可能となり、各医療機関での委員会の設置、さらには就労環境改善の制度設計を促進することが可能となる。

提言Ⅲによって、医師の制度申請へのためらいが減少することにより制度の利用が促進され、女性医師の制度利用が促進されることが考えられる。

提言Ⅳによって、ベビーシッター等の制度が整っていない地域においても更に保育所以外の保育支援が促進される。

我々が提言した政策により、女性医師等就労環境改善事業が促進されることにより女性医師勤務の負担軽減・育児支援が図られ、女性医師の離職防止が促進されることが考える。また、それが医師不足解決の一助となることにより、我々がビジョンとして掲げた、「安心できる医療提供体制の構築」が達成されることが考えられる。政策提言のスキームは図 12 に示した。

図 12 政策提言のスキーム



(筆者作成)

おわりに

本稿では、安定的に医師を確保することで、「安心できる医療提供体制の構築」を実現することをビジョンとして、近年増加している女性医師の勤務環境の整備に焦点をあてた。文献調査や厚生労働省ならびに大阪府に対する聞き取り調査から、女性医師が勤務を継続する上での課題を洗い出し、現状の把握に取り組んだ。そのうえで、都道府県が実施している勤務環境の整備に関する施策について実証分析を行い、その結果をもとに、女性医師の離職を防止し、勤務を継続させる上で効果的な政策を提言した。また、提言の際には、都道府県に対し行った質問票調査により得られた各施策についての課題を考慮し、実態に合った提言ができるよう工夫した。

本稿の分析では、社会全体の政策が、個々の医師ではなく医療資源としての医師の供給に与える効果を分析するために、各都道府県の女性医師数のデータを使用した。しかしながら、状況をより正確に分析するには、女性医師の勤務継続に関する問題が根本的には個々の意思に関わるものであるという性質上、考慮できなかった要因を検討する必要もある。さらに、データ入手の制約上、被説明変数を作成するにあたり推定値を用いているため、女性医師の離職者数を正確に捉えることはできなかった。これらの点については、今後の研究課題としたい。

本稿の執筆にあたって、聞き取り調査にご協力いただいた、厚生労働省医政局医事課、大阪府健康医療部保険医療室医療対策課からは丁寧かつ有益な情報を頂いた。また、多くの都道府県の担当者の方にも、アンケート調査、及びデータの収集に協力していただいた。ここに感謝の意を表し、本稿の締めとする。

先行研究・参考文献

主要参考文献

- ・片岡仁美・野村恭子・川畑智子・勅使川原早苗・岩瀬敏秀（2014）「女性医師の離職と復職に関する現状と課題：岡山大学卒業生及び同大学臨床英講座入局者のアンケート調査より」
<https://www.jstage.jst.go.jp/article/mededjapan/45/5/45_365/_pdf>
- ・野村恭子・佐藤幹也・鶴ヶ野しのぶ・矢野栄二（2011）「女性医師の就労に影響を与える因子の検討」
<https://www.jstage.jst.go.jp/article/jph/58/6/58_433/_pdf>
- ・米本倉基（2014）「女性医師のワーク・ライフ・バランスに関する質的研究」
<https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsha/51/2/51_117/_pdf>

引用文献

- ・OECD<<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>>
- ・愛知県「病院内保育所運営補助事業について」
<<http://www.pref.aichi.jp/soshiki/imukokuho/0000087621.html>>
- ・愛知県健康福祉部保険医療局医務確保課（2016）
「県内病院における医師不足の影響に関する調査結果について」
<http://www.pref.aichi.jp/uploaded/life/140147_156779_misc.pdf>
- ・井手野由季・菊池麻美・田村遵一・坂本浩之助・和泉孝志（2013）「復職支援に求められること—『医師の生涯教育・復帰支援に関するアンケート調査』より」
<https://www.jstage.jst.go.jp/article/mededjapan/44/4/44_237/_pdf>
- ・井奈波良一・日置敦巳（2013）「民間総合病院と公立総合病院の勤務医における勤務状況と職業性ストレスの比較」
<<http://www.jsomt.jp/journal/pdf/061010055.pdf>>
- ・茨城県（2016）「平成28年度茨城県女性医師就業支援（働きやすい職場環境づくり）事業補助金交付要綱」
<
https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryoshi/isei/ishikakuho/doctor/documents/01_youkou.pdf>
- ・大阪府（2016）「女性医師等就労環境改善事業（概要）」
<<http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3506/00088161/gaiyo.pdf>>
- ・大阪府「病院内保育所運営事業」
<<http://www.pref.osaka.lg.jp/iryoshi/kango2/byouinnaihoikusho.html>>
- ・大阪府「病院内保育所施設整備事業」
<<http://www.pref.osaka.lg.jp/iryoshi/kango2/byouinnaihoikusiset.html>>
- ・小川明（2013）『医師になるには』ペリカン社
- ・木下康仁「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）の分析技法」（2007）
<
http://ci.nii.ac.jp/els/110006604099.pdf?id=ART0008565988&type=pdf&lang=jp&host=cinii&order_no=&ppv_type=0&lang_sw=&no=1473412334&cp=>>
- ・公益社団法人全国保育サービス協会ホームページ
<<http://www.acsa.jp/>>
- ・厚生労働省ホームページ<<http://www.mhlw.go.jp/>>

- ・厚生労働省（2005）「小児科・産科における医療資源の重点化・集約化について」
<
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000101484.pdf>>
- ・厚生労働省（2006）「医師の需給に関する検討会報告書」
<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>>
- ・厚生労働省（2006）「新医師確保総合対策」
<<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf>>
- ・厚生労働省（2007）「医師及び医療関係職と事務員職等との間等での役割分担の推進について」
<<http://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/tuuti15.pdf>>
- ・厚生労働省（2007）「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/sigoto-seikatu/pdf/charter.pdf>>
- ・厚生労働省（2010）「必要医師数実態調査」
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/other/dl/14.pdf>>
- ・厚生労働省（2014）「医師国家試験の現況」
<<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000048624.pdf>>
- ・厚生労働省（2014）「医師・歯科医師・薬剤師調査」
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>>
- ・厚生労働省（2014）「女性医師の年次推移」
<<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000069214.pdf>>
- ・厚生労働省（2014）「地域医療介護総合確保基金の交付決定」
<<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000065770.pdf>>
- ・厚生労働省（2014）「二次医療圏の状況について」
<<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000058300.pdf>>
- ・厚生労働省（2014）「ファミリー・サポート・センター事業実施市区町村一覧」
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ikuji-kaigo01/dl/ikuji-kaigo01-01.pdf>>
- ・厚生労働省（2015）「『女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会』報告書」
<<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000071858.pdf>>
- ・厚生労働省（2016）「医療従事者の勤務環境改善関係参考資料」
<https://iryuu-kinmukankyuu.mhlw.go.jp/outline/download/pdf/160229_shiryuu.pdf>
- ・厚生労働省（2016）「子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）について」
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ikuji-kaigo01/>>
- ・厚生労働省（2016）「地域医療介護総合確保基金」
<<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000109016.pdf>>
- ・児玉ひとみ・竹宮孝子・斎藤加代子・大澤真木子・岡本高広（2011）「女性外科医に必要な育児支援」
<https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjsa/72/12/72_2989/_pdf>
- ・埼玉県（2015）「平成27年度女性医師等就労支援事業費補助金交付要綱」
<http://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/documents/youkou_1.pdf>
- ・佐賀大学「SAGAJOY 佐賀県女性医師等就労支援事業」
<<http://www.saga-joy.jp/sagajoy/index.html>>
- ・首相官邸（2014）「『日本再興戦略』改訂2014」
<<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/dai14/siryuu.pdf>>
- ・総務省（2015）「医師等の確保対策に関する行政評価・監視<調査結果に基づく勧告>」
<http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/91719.html>
- ・東京都（2014）「医師勤務環境改善事業補助金交付要綱」

<

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/kinmukankyoukaizen/kinmukankyoukaizenji/index.files/koufuyoukou.pdf>>

・東京都福祉保健局「病院内保育所運営事業について」

<<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/H20innaihoiku.html>>

・栃木県「栃木の女性医師支援について」

<<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/jyosei-isi.html>>

・中村隆（1989）「継続調査によって社会の変化を捉える コウホート分析の方法」

<https://www.jstage.jst.go.jp/article/ojjams/4/2/4_2_2_5/_pdf>

・奈良県「女性医師就労支援事業」

<<http://www.pref.nara.jp/dd.aspx?menuid=36698>>

・新潟県（2016）「新潟県女性医師等勤務環境改善モデル事業補助金交付要綱」

<http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Article/429/676/yoko-jyosei.pdf>

・西基（2013）「医師・看護師の婚姻状況」『北海道医療大学看護福祉学部紀要』20号,pp.37-40

・日本医師会（2009）「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」

<http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf>

・日本医師会（2015）「病院における必要医師数調査結果」

<<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP346.pdf>>

・長谷川敏彦（2006）「日本の医師需給の実証的調査研究」 pp.11

・広島県（2015）「女性医師等就労環境改善事業補助金交付要綱」

<<http://www.dnhiroshima.jp/www/contents/1336696369863/files/jyoseiisitoushuuoukannkyouseijijigyouyoukou.pdf>>

・北海道医師会「女性医師等支援相談窓口」

<<http://www.hokkaido.med.or.jp/josei-dr-shien/law/index.htm>>

・文部科学省（2010）「これまでの医学部入学定員増等の取り組みについて」

<

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryu/_icsFiles/fieldfile/2011/01/18/1300372_1.pdf>

・山梨県「病院内保育所施設整備費補助事業」

<<https://www.pref.yamanashi.jp/imuka/innaihoikuseibi.html>>

・労働政策研究・研修機構（2012）「勤務医の就労実態と意識に関する調査」

<<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>>

・和歌山県（2014）「女性医師等就労支援事業補助金交付要綱」

<http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/imuka/documents/99kohuyoko_000.pdf>

データ出典

・厚生労働省（2006,2008,2010,2012,2014）「医師・歯科医師・薬剤師調査」

<

https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001030962&requestSender=dsearch>

・厚生労働省（2006～2014）「賃金構造基本統計調査」

<

https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001011429&requestSender=dsearch>

・厚生労働省（2006～2014）「人口動態調査」

<
https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001028897&requestSender=dsearch>

・厚生労働省（2006～2014）「医療施設調査」

<
https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001030908&requestSender=dsearch>

(URL は全て 2016.9.4 最終閲覧)

(別添 1)

大阪府庁 ヒアリング調査概要	
実施日	場所
2016年8月24日	大阪府庁
参加者	
大阪府 健康医療部保険医療室医療対策課 小幡 和子様 吉備 栄太様	
大阪大学赤井研究室 白石佳菜子 松本侑馬 山田怜美 横田真由子	
議事内容	
<p>●<u>大阪府では女性医師の離職防止、復職支援に関してどのように取り組んでいるか（事業の実施状況・大阪府の特徴的な施策・課題・問題点などあれば）。</u> 短時間勤務支援、保育支援、復職支援等を行っている医療機関に対し、補助金を交付。補助金の額としては、1140万円を上限に申請額の二分の一を交付。現在は、300機関を対象としており、毎年申請数は約40機関、最終的に実施を行う機関は、そのうちの約30機関である。 女性医師就労支援事業は、欠員が出ておらず医療機関からの新たな要請もなく、一定の成果はあったと考えられる。課題としては、医療関係者の勤務改善などを挙げられる。</p> <p>●<u>平成26年から、女性医師等就労支援事業に関する枠組みが変わったが、その際に大阪府では、政策の変化はあったか。</u> 財源が、国庫補助基金から地方へと変化したのみで、政策としての変化はなし。しかし、財源が変わったことにより、地方の負担率は増加した。</p> <p>●<u>これらの女性医師の離職の防止・復職に効果のある施策はどのようなものかと考えているか。</u> 医療機関に対する聞き取り調査から、医療機関は復職支援よりも女性医師の離職を防止する施策の方を求めている傾向が掴める。麻酔科のような、専門技術が求められ且つ人数も少ない診療科においては、離職防止施策が重要な意味を持つ。</p> <p>●<u>現状の厚生労働省での制度設計に関して不満もしくは要望はあるか。</u></p>	

<p>予算の増加。</p> <p>●「<u>女性医師支援センター</u>」については、府が医師会に委託して府全体で行うものに加え、病院で独自で実施している所がある。府としては、その実績について把握されているか。また把握していれば、それをどのように測っているか。 把握している。</p> <p>●「<u>地域医療介護総合確保基金</u>」では、どの政策にどれくらいの予算配分をするのかという<u>ことについて、都道府県の裁量で決めることになっているのか。</u> はい。</p> <p>●国が言っていた、「<u>女性医師等就労支援事業</u>」における「<u>相談窓口</u>」とは、大阪府では大阪府医師会が設置しているものを指すのか。 はい。</p> <p>●<u>今後の女性医師の政策について、どのような方向で考えられているか。</u> 女性医師支援は、保育料を抑えることができるという利点もある。また、育児休暇は男女問わず必要であるが、産前・産後休暇は、女性にとっては不可欠のものである。そのためにもさらなる制度の充実及び周知を図っていきたい。</p>

(別添 2)

厚生労働省 電話調査概要
実施日
2016年10月18日
参加者
厚生労働省医政局医事課 医師臨床研修推進室 医師臨床研修専門官 櫻本恭司様 大阪大学赤井研究室 白石佳菜子 松本侑馬
議事内容
<p>【<u>離職・政策の一般について</u>】</p> <p>●<u>厚生労働省として、女性医師の主な離職要因は何であると考えているか？</u> 多いものから出産、子育て、自分の病気療養、夫の仕事の都合上等が挙げられるが、出産・子育てがその大部分を占めている。 その解決策として、①職場の理解、②相談窓口、③勤務体制、④診療体制、⑤保育環境、⑥復職支援が挙げられる。</p> <p>【<u>就労環境事業について</u>】</p> <p>●<u>就労環境事業について周知の工夫は何をしているのか。</u> 都道府県に対しての周知や、女性医師支援センター事業では各学会や都道府県に対しての広報を行っている。</p>

●アンケートに、短時間正規雇用制度を利用することに関して周囲に気を遣い利用を控えてしまうとあったが、どのように考えているか。

重要な問題だと認識している。チーム医療を推進し、交代制で勤務することで解決していこうとしている都道府県が多い。

【院内保育所事業について】

●院内保育所と事業所内保育所は混同していないか。

担当部署が異なるので、正確に答えることはできないが、非常に重要な指摘である。二つの事業のメリット・デメリットが分かりづらいという問題がある。

●今後、女性医師に対する政策として厚労省としてどのようなものを考えているか。

女性医師のキャリア支援モデル事業を実施し、効果の出たモデル事業を普及啓発、推進していこうと考えている。現在、岡山大学と名古屋大学において、昨年からの女性医師キャリアモデル推進事業を実施している。内容としては、リーダー研修会の実施とその振り返りや相談窓口コーディネーターを付けるなどである。

(別添 3)

以下の項目についての質問紙を Excel ファイルで作成し、各自治体の担当の方にメールで添付し回答を得た。この質問紙を文書化したものを以下に参考資料として掲載する。

1-1 女性医師等就労支援事業内における就労環境改善事業について (2006年～2014年)

- 医療機関を対象とした、女性医師等が短時間勤務などで現場復帰する際の代替職員の人件費補助
 - ・実施の有無
 - ・実施していればその実施額

1-2 就労環境改善事業の具体的な取り組み内容

- ・取り組みの有無
 - ① 短時間勤務の導入
 - ② 出勤希望日制の導入
 - ③ 宿日直の免除
 - ④ 保育所以外の育児支援 (ベビーシッターの雇上等)
 - ⑤ 院内での就労環境改善委員会の設置
 - ⑥ その他{自由記入}

1-3 就労環境改善事業を実施する際の課題について{自由記入}

2-1 病院内保育所運営費補助事業について (2006年～2014年)

- 医療機関を対象とした、病院内保育所の運営に対する補助について
 - ・実施の有無
 - ・実施していればその実施額

2-2 病院内保育所運営費補助事業を実施する際の課題について{自由記入}

3-1 病院内保育所施設整備費補助事業について

- 医療機関を対象とした、病院内保育所の施設整備に対する補助について

- ・実施の有無
- ・実施していればその実施額

3-2 病院内保育所運営費補助事業を実施する際の課題について{自由記入}

4-1 その他女性医師の離職防止に関する政策{自由記入}

(別添 4) 分析 I において、変数同士が相関している可能性があるゆえ、各変数を除いても結果が変化しないかを確認する必要がある。そのため、下記のように別途分析を行った。これより、安定した結果を得られていることが立証された。

分析モデル	分析 I									
	変数効果モデル	変数効果モデル	変数効果モデル	変数効果モデル	変数効果モデル	固定効果モデル	変数効果モデル	変数効果モデル	固定効果モデル	固定効果モデル
女性医師の増減	係数	係数	係数	係数	係数	係数	係数	係数	係数	係数
女性医師専攻労働者改善事業実施年数	0.00947 (-0.00529)	* 0.00922 (-0.00528)	* 0.00859 (-0.00519)	* 0.00945 (-0.00525)	* 0.00948 (-0.00529)	* 0.00953 (-0.00525)	* 0.00672 (-0.0103)	* 0.00902 (-0.00516)	* 0.00826 (-0.00509)	0.00719 (-0.0103)
病院内保育所運営費補助費事業実施年数	-0.00352 (-0.0102)	-0.00327 (-0.0102)	-0.00429 (-0.00996)	-0.00457 (-0.00943)	-0.00285 (-0.01)	-0.00345 (-0.01)	-0.0152 (-0.0254)	-0.00357 (-0.0101)	-0.00469 (-0.01)	-0.0127 (-0.0254)
院内保育所施設整備費補助事業実施年数	0.00238 (-0.00632)	0.00236 (-0.00634)	0.00296 (-0.00621)	0.00223 (-0.00625)	0.00168 (-0.00622)	0.00224 (-0.00627)	0.00675 (-0.0121)	0.0025 (-0.00626)	0.00086 (-0.00605)	0.00768 (-0.012)
女性医師の賃金の対数値	-0.063 (-0.132)		0.015 (-0.122)	-0.0586 (-0.131)	-0.0653 (-0.132)	-0.0521 (-0.13)	-0.545 (-0.201)	-0.0564 (-0.131)	-0.0614 (-0.131)	-0.543 (-0.201)
女性医師の労働時間	-0.00194 (-0.00137)	-0.00173 (-0.00128)	-0.00191 (-0.00136)	-0.0021 (-0.00135)	-0.0019 (-0.00135)	-0.0019 (-0.00136)	-0.00626 (-0.0021)	-0.00183 (-0.00135)	-0.00189 (-0.00137)	-0.0064 (-0.0021)
出生率	0.00468 (-0.0157)	0.00485 (-0.0157)	0.00485 (-0.0153)	0.00485 (-0.0157)	0.00514 (-0.0157)	0.00533 (-0.0155)	-0.0665 (-0.0928)	0.00382 (-0.0154)	0.00458 (-0.0156)	-0.0702 (-0.0932)
1,000人当たり病床数	0.00273 (-0.00425)	0.00272 (-0.00427)	0.00374 (-0.00409)	0.00282 (-0.00419)	0.00279 (-0.00419)	0.00279 (-0.0042)	0.109 (-0.0999)	0.00347 (-0.00412)	0.113 (-0.00413)	0.103 (-0.103)
公営医療機関割合	0.0536 (-0.0922)	0.0504 (-0.0916)	0.0527 (-0.093)	0.0554 (-0.0919)	0.0544 (-0.092)	0.0544 (-0.092)	0.104 (-0.0992)	0.0551 (-0.0921)	0.0499 (-0.0922)	0.0929 (-0.098)
病院に従事する医師の割合	-1.265 (-0.576)	** -1.231 (-0.574)	** -1.321 (-0.567)	** -1.33 (-0.533)	** -1.132 (-0.537)	** -1.201** (-0.559)		-1.329 (-0.533)	** -1.308 (-0.571)	** -0.23 (-1.104)
内科医割合	0.21 (-0.494)	0.205 (-0.496)	0.117 (-0.48)	0.189 (-0.485)	0.27 (-0.486)	0.22 (-0.489)	-1.421 (-2.255)	0.312 (-0.476)	-1.31 (-2.283)	
外科医割合	1.027 (-1.169)	1.043 (-1.175)	0.993 (-1.144)	1.022 (-1.157)	1.172 (-1.148)	0.995 (-1.156)	5.735 (-4.486)	1.142 (-1.123)	5.581 (-4.69)	
整形外科医割合	2.581 (-2.233)	2.453 (-2.241)	2.13 (-2.16)	2.886 (-2.175)	2.506 (-2.186)	2.462 (-2.206)	9.013 (-13.23)	2.689 (-2.19)	2.462 (-2.213)	
切片	1.319 (-0.902)	1.026 (-0.689)	0.799 (-0.822)	1.416 (-0.805)	1.217 (-0.885)	1.219 (-0.885)	1.306 (-1.958)	1.37 (-0.879)	1.398 (-0.891)	2.132 (-2.381)
R-square(within)	0.003	0.0317	0.0119	0.0425	0.0475	0.0398	0.1111	0.0416	0.042	0.1083
Ftest (F)	4.51	4.33	4.08	4.52	4.49	4.53	5.02	4.53	4.53	4.6
Breusch ang Pagan test(X^2)	46.34	56.62	47.21	46.31	49.53	46.13	52.48	46.25	47.09	46.75
Hausman Test(X^2)	14.89	3.28	8.53	14.71	13.07	13.84	20.36	15.08	14.06	17.79
標本数	188	188	188	188	188	188	188	188	188	188

1)*, **, ***はそれぞれ有意水準10%, 5%, 1%で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。
2)標本の0は標準誤差を示している。