視点

「男女共同参画・女性医師支援」について思うこと

福島県医師会常任理事
市　川　陽　子

１．はじめに

1985年に男女雇用機会均等法、1999年に男女共同参画社会基本法、2022年には女性活躍推進法が制定されました。これらによって、女性であっても外で「働く」ことはほぼ当たり前のことと認識され、またそれに伴う家庭生活のあり方にも変化が見られます。

この流れは医療界でも無関係ではなく、女性医師支援の取り組みは全国各地で行われるようになりました。「女性の医局員はいらない」と言われつつ入局した世代の筆者にとっては、これらの世の中の変化は喜ばしいことだと歓迎しつつも、一方では、時折り、モヤモヤしたすっきりしない感覚を覚えてしまいます。このモヤモヤの正体をうまく表現することはできないのですが、「男女共同参画・女性医師支援」について日頃感じていることを記したいと思います。

なお、この稿では一般的な男性・女性について私見も交えて述べますが、それはＬＧＢＴＱの方々を差別する意図では決してないことをご理解いただければ幸いです。

２．男女共同参画に関する法律　（太字は筆者です）

①男女雇用機会均等法

職場における性別による差別を禁止し、男女とも平等に扱うことを定めた法律です。1985年の制定当初、企業の募集や採用、配置などに関する男女間の均等な取り扱いを「努力義務」としていました。その後1997年の改正では、**女性であることを理由とする差別的扱いの禁止が定められ、さらに2006年には、男女共に性別を理由とした差別的扱いが禁止されました。**募集や採用、昇進などの面での男女の平等を定めているほか、セクシャルハラスメント防止のために、事業主に対して雇用の管理を義務づけています。**女性が差別を受けず、家庭と仕事を両立できるようにすることも目的**の一つです。（表１）

②男女共同参画社会基本法

事　項		S60制定時	H９改正後	H18改正後（現行法）
性差別①	募集・採用	努力義務（女性）	禁止（女性）	禁止（男女）
	配置・昇進	努力義務（女性）	禁止（女性）	• 禁止（男女） • 配置に「業務の配分・権限の付与」を含む旨を明記
	教育訓練	一部禁止（女性）	禁止（女性）	禁止（男女）
	福利厚生	一部禁止（女性）	一部禁止（女性）	一部禁止（男女）
	定年・解雇	禁止（女性）	禁止（女性）	禁止（男女）
	降格・職種の変更・雇用形態の変更・退職勧奨・労働契約の更新	［規定なし］	［規定なし］	禁止（男女）
間接差別②		［規定なし］	［規定なし］	一部禁止
女性のみ・女性優遇		適法	女性差別として禁止 （ポジティブ・アクションは可（女性））	性差別として禁止 （ポジティブ・アクションは可（女性））
妊娠等による不利益取扱い③		妊娠・出産・産休取得による解雇を禁止	妊娠・出産・産休取得による解雇を禁止	• 妊娠・出産・産休取得その他の理由による解雇その他不利益取扱いを禁止 • 妊娠中・産後１年以内の解雇は事業主の反証がない限り無効
ポジティブ・アクション		［規定なし］	事業主の取組に対する国の援助	事業主の取組やその開示に対する国の援助
セクシュアルハラスメント対策④		［規定なし］	事業主の配慮義務 （女性労働者を対象）	事業主の措置義務 （男女労働者を対象）
母性健康管理⑤		事業主の努力義務	事業主の措置義務	事業主の措置義務
調停		• 双方の同意が条件 • ①③が対象	• 一方申請が可 • ①③が対象	• 一方申請が可 • ①～⑤が対象（募集・採用を除く）
制裁		［規定なし］	企業名の公表（①③が対象）	•企業名の公表（①～⑤が対象） • 報告徴収に応じない場合の過料
施行期日		S61．4．1	H11．4．1（母性健康管理のみH10．4．1）	H19．4．1

表１　男女雇用機会均等法の変遷

男性と女性が同じように活動できる社会を実現するために、国や地方自治体、国民は何をなすべきかを定めた法律で、1996年６月に施行されました。政治・経済・社会のあらゆる分野において、男女の別なく共同で参画することで、お互いの人格を尊重し、性別に関わりなくその個性と能力を発揮できる社会を実現しようとすることが目的です。

③女性活躍推進法

女性活躍推進法は、女性が活躍しやすい職場環境をつくるための法律で、2016年４月に施行されました。法に基づき、常時101人以上の労働者を雇用する事業主に対して、行動計画の策定や情報公表などの取り組みが義務づけられています。**この法律の目的は女性の優遇ではなく、社会が抱える男女間の不平等の改善**です。男女間の不平等を改善するには、女性が仕事に参画しやすくするとともに、**男性が家事や育児、介護などへ積極的に関われる環境**が求められます。

3．女性医師養成の歴史

日本で初めての女医として一般的に有名なのは、ドラマ「オランダおいね」にもなったシーボルトの娘・楠本イネ（1827～1903年）でしょう。しかしこの時代は一定の修行を積み医学を学べば医師と名乗ることができました。医術開業試験という国家資格を女性で初めて手にしたのは荻野吟子（1851～1913年）です。吟子は28歳の時に私立医学校に入学し医学を学び、3年間で優秀な成績で卒業するのですが、当時制定されていた医術開業試験は、「女性には前例がない」という理由で受けることができませんでした。様々な紆余曲折の末、国からの受験の許可が出てようやく資格を得ることができたのは吟子が34歳、医師を目指してからすでに15年も経ていました。

その後、帝国大学や医学専門学校ができて、その多くは男性の医師が養成されていくのですが、その詳細はここでは割愛します。

太平洋戦争末期、国内の医師不足を解消する目的で、全国各地に女子医学専門学校が増設されました。しかし敗戦により学制も変わり、11校あった女子医専のうち7校は医科大学または大学医学部に(A)、3校は高等学校または医学ではない大学(B)へと転換しました。（表2）

4．女性医師支援とは

医学部入学者における女子学生の割合は入学者の約30％に増加しており、女性医師数は約22％となっています（図1、2）。これらのグラフで言えることは、医学部の女子学生増加とそれに伴って女性医師が増えている、ということだけでしょうか。筆者は、女子医

判定：校名（設立年月）	旧　学　制	新　学　制	備　　考
A：北海道立医学専門学校（1945年4月）	申請が間に合わず、一旦廃校	札幌医科大学:1950年（共学）	
B：秋田県立女子医学専門学校（1945年2月）	秋田高等学校：1947年9月		
A：福島県立女子医学専門学校（1944年4月）	福島県立医科大学予科：1947年、医学部：1950年3月	福島県立医科大学：1952年	
B：山梨県立女子医学専門学校（1944年12月）	山梨県立高等学校：1947年5月		
A：岐阜県立女子医学専門学校（1943年12月）	岐阜県立医科大学予科：1947年6月、医学部：1950年	岐阜医工科大学：1949年 岐阜県立大学：1950年 岐阜県立医科大学：1954年	岐阜大学医学部：1964年
A：名古屋市立女子高等医学専門学校（1943年1月）	名古屋女子医科大学予科：1947年6月、医学部：1950年	名古屋市立大学医学部：1952年	名古屋市立大学医学部（共学）：1954年12月
B：高知県立女子医学専門学校（1944年12月）	高知県立女子専門学校：1947年3月	県立高知女子大学：1949年2月	
A：東京女子医学専門学校（1900年設立、1912年専門学校）	東京女子医科大学予科：1947年6月、医学部：1950年3月	東京女子医科大学：1952年	
A：帝国女子医学専門学校（1925年）	東邦医科大学予科：1947年6月、医学部：1950年3月	東邦大学医学部：1952年	
A：大阪女子高等医学専門学校（1928年）	大阪女子医科大学予科：1947年6月、医学部1949年3月	大阪女子医科大学：1952年	関西医科大学（共学）：1954年12月

表2：『平成22年度　全国大学一覧』、『専門学校資料（下）』（文部省）、各大学沿革史等より湯川次義氏作成

学生の割合が30％でありながら、女性医師数の割合が22％程度ということが気になりました。約10％の女性医師たちはどうなったのでしょうか。

出産や子育てのために一旦休職せざるを得ないのがその主な理由と考えられます。その後現場復帰が叶わず不本意ながら家庭に入ったままの女性医師もいるのかもしれません。男性の妊娠・出産・授乳は現代の医学では不可能ですから、これは女性の宿命でもあります。

図３は年代別の女性全体の年齢階級別労働力率の推移です。昭和・平成・令和いずれも、20～30代にかけて労働力率が低下し、その後若干回復するという、M字カーブになっています。

この傾向は女性医師でも同様で、医籍登録後の年代別就業率もM字カーブを描いています。

女性医師の離職をなるべく最小限にとどめ、復帰後のキャリアサポートのために、ここ数年で様々な支援対策が取られてきました。院内保育所、時短勤務、日当直免除など、育児と両立できるような制度や対策は、筆者の時代と比べると格段に向上していると感じています。

筆者が初めての出産を控え産休に入る当時は、子育てする女性医師はあまり歓迎されませんでした。その時に、先輩医師から言われた言葉があります。

「俺たちは、モルモットやウサギや献体してくれた方々のおかげで医者になれた。その命を無駄にしたらあかん。そのためにも君は絶対にやめたらあかん。」

内科医の母からはいつも言われていました。

「人が１年でできることを５年かかってもいいから、続けることが大切だ」と。

実はこの「やめるもんか！」という意識こ

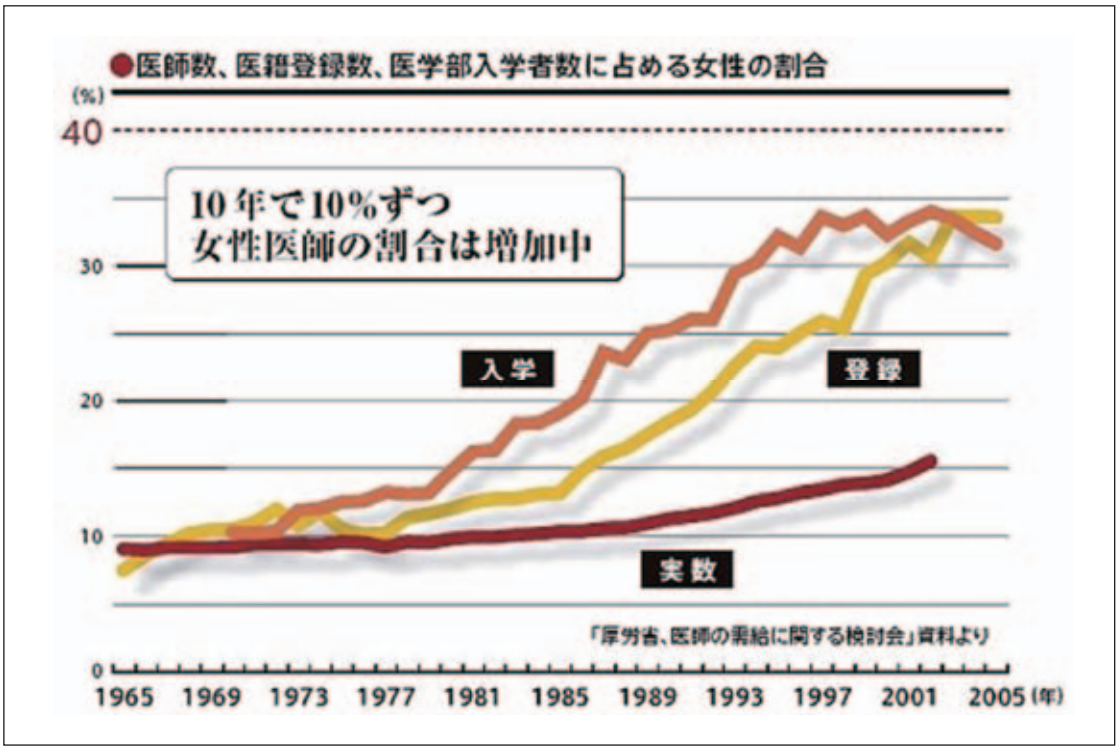


図１：医師数、医籍登録数、医学部入学者数に占める女性の割合（1965～2005）

そ、何より大きな要因ではないかと思います。

どんなに支援対策を厚くしても、「続けたい」という本人のモチベーションが低ければ意味がありません。形のある支援対策と同時に、モチベーションを保ち続けるためのメンタル支援が重要だと感じています。そのためには、パートナーの協力は不可欠で、職場の上司を含めた医師たち、コメディカルの方々の意識改革も必要になってきます。そういう時代になったのです。

５．働き方改革とダイバーシティー

支援対策が功を奏して、現場復帰する女性医師が増えました。

では、時短・日当直免除の分のカバーは誰が行うのでしょうか？

筆者はいつも、このことに引っ掛かりを感じていました。

例えば、20人医局員がいて、男性がほとんどの時代なら当直は20日に１回、日直も20日に１回の割合、合わせると負担は10日に１回でよかった。でも、20人のうち６人が女性でうち５人は小さい子どもがいたら？20日に１回の当直・日直が15日に１回と増えてしまうのです。日直と当直は別ですから、７日に１回の日直または当直、という単純計算になります。

女性医師支援を時短勤務や日当直免除をメインに行なっていれば、その分をカバーする医師の負担が増えるのは当然のことです。

日本医師会では「男女共同参画フォーラム」というシンポジウムを毎年開催しています。

女性医師の現場復帰のための対策がいつも主なテーマでしたが、本年度の内容は若干異なっていました。女性医師を妻に持つ男性医師からの発表がありました。その方はある大学の教授で、医局内での様々な声を挙げていました。

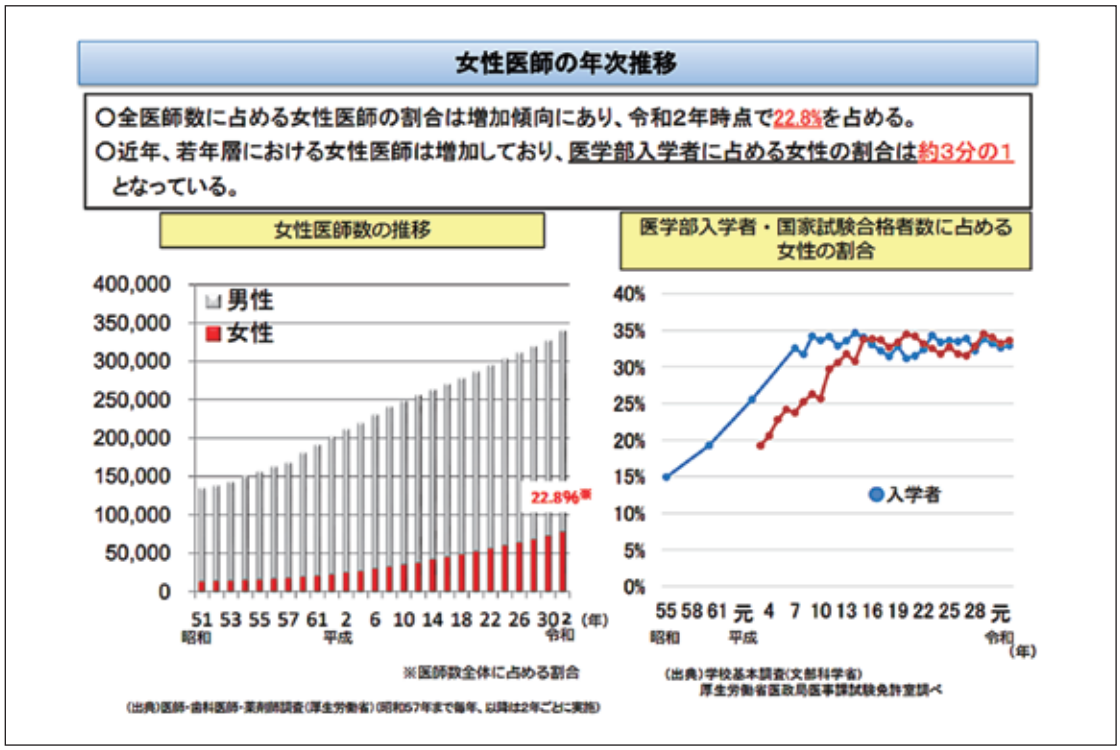


図２：女性医師の年次推移

一部その内容をご紹介すると、

- 時短にしてもらっているのに、手術には入るんだ
- 学会は行くんだ（日当直免除なのに）
- 専門医は欲しいんだ

などなど…。

女性医師支援が声高らかに謳われていますが、実際はこれが本音でしょう。

従って、勤務形態を免除するだけでは本当に支援には繋がらないと感じています。

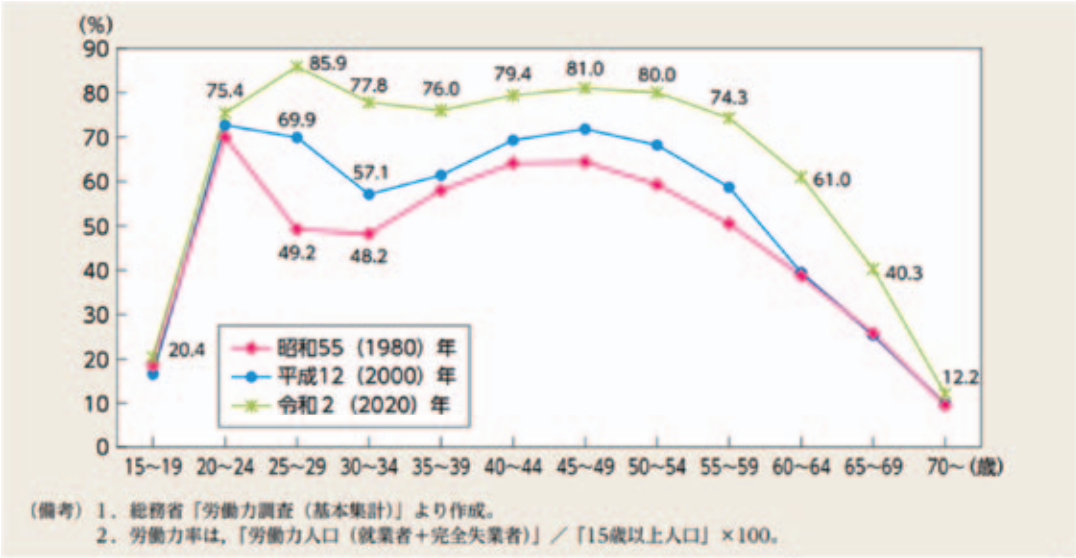
来年度から医療の現場も働き方改革が導入されます。この制度が現場にどのような恩恵をもたらすのか、あるいは弊害になるのか（こちらの方が大きいと予想しています）は、まだ誰にもわかりません。言えることは、男性だから、女性だから、という一般的なイメージを払拭して事に当たらなければならない時代になってきているということです。実際に、当事者の世代は男性医師でも育児休暇を取得する方々が増えつつあります。意識改革が喫緊の課題であるのは、筆者を含む年代の医師たちかもしれません。その意味でも、多様性を認めることすなわち、ダイバーシティーという考えが今後重要となって来るのでしょう。男性医師にも女性医師にも、等しく支援が必要な時代なのだと思います。

6．終わりに

えらそうにダイバーシティーなどと書きました。とはいえ、男性・女性という生物学的な性差（差別ではなく区別）は厳然としてあります。性の違いによる男性らしさ、女性らしさも持ち合わせたまま、多様性を認めてお互いを尊重し合うことこそが、あらゆる場面で平和に穏やかに事が進むのではないかと思っている自分がいます。

男性らしい判断力と決断力、女性らしい細やかさと優しさ、この特性を無視することな

女性の年齢階級別労働力率の推移



（備考）1．総務省「労働力調査（基本集計）」より作成。
2．労働力率は，「労働力人口（就業者＋完全失業者）」／「15歳以上人口」×100。

男女共同参画白書（概要版）
令和3年版

図３：女性の年齢階級別労働力率の推移

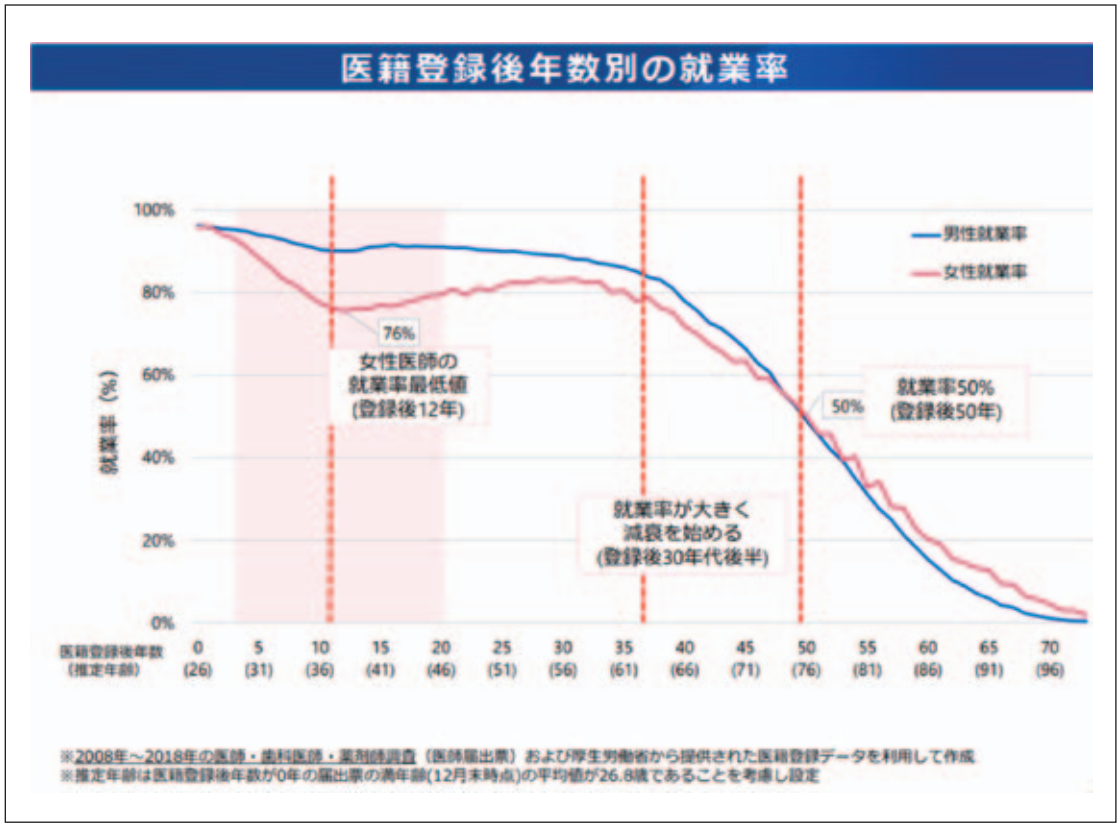


図４：医籍登録後年数別の就業率

く、その上で、互いの不足を補い合うことでもいいのではないでしょうか。

育児休暇について、小児科外来で、あるお母さんから聞いた愚痴話です。

ご主人が１ヶ月間の育児休暇を取ってくれたので、初めはとてもありがたいと思ったとのこと。

でも、１週間で疲れてしまったそうです。なぜなら、炊事・洗濯・掃除などの家事は相変わらず妻の仕事だったから。夫は赤ちゃんにミルクを与えたりオムツ交換はしてくれるものの、料理はできず、洗濯物も畳めず、結局大人２人が一日中家にいるので、食事の手間が面倒だとのことでした。そのお母さんは笑いながらこの話をしていたので、半分はノロケだと思います。しかしながら、このような話は小児科外来では時々聞かされます。

ですから、男性の育児休暇推進といっても、その男性が現実に家事一切ができなければ、かえって邪魔になるだけなのです（失礼！）。

この稿を書いている最中に、98歳の母が他界しました。母は福島女子医専の１回生で、92歳まで現役の内科医でした。公的な支援は何もなかった時代でしたが、多くの先輩・同僚に恵まれ、家族や地域の方々の助けもあり、医師を辞めたいと思ったことは一度もなかったと、よく言っていたことを、あらためて思い出しています。