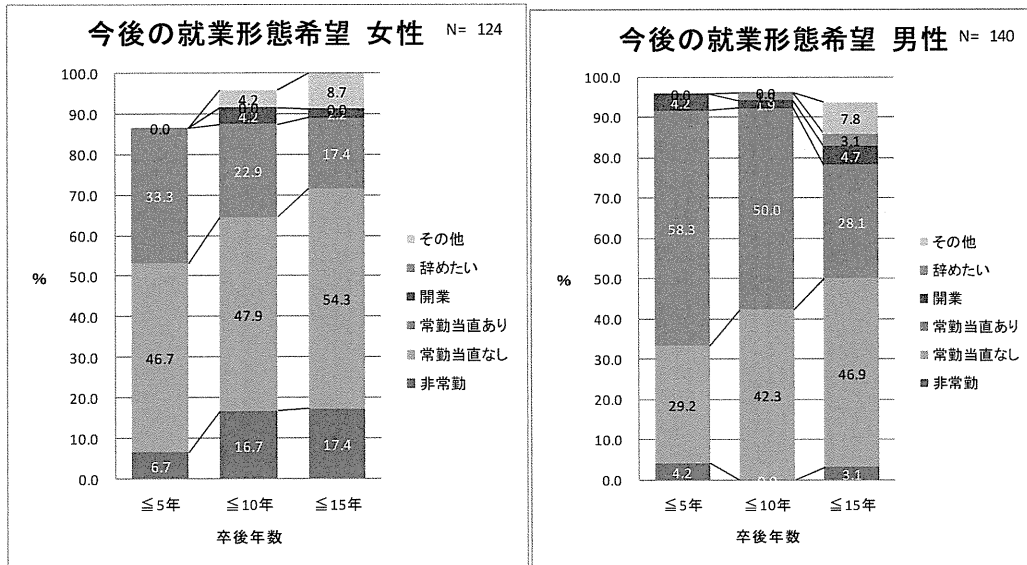


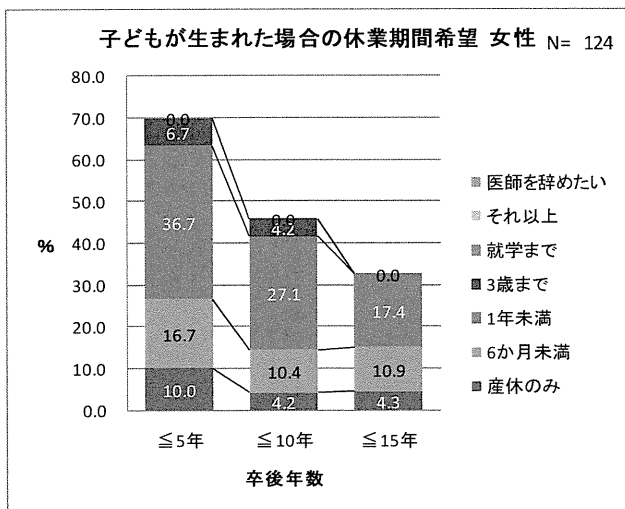
図4-1 これからの勤務形態の希望 女性と男性



4-2) 現在医師業務をしており、子どもがおらず、今後子どもを持ちたいと考えている人

子どもが生まれた場合、女性は、6か月から1年の休業希望者が多かった。男性では、6か月の休業希望者が10%程度おり、特に若年男性にその傾向が強かった。子どもが生まれた場合の勤務時間希望は、女性は非常勤、常勤当直なしが多かった。男性も非常勤当直なしの希望者が10~20%認められた。

図4-2 子どもが生まれた場合の休業希望期間



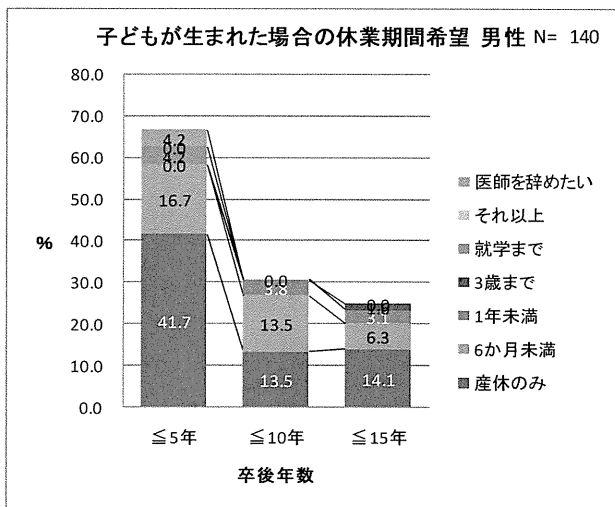
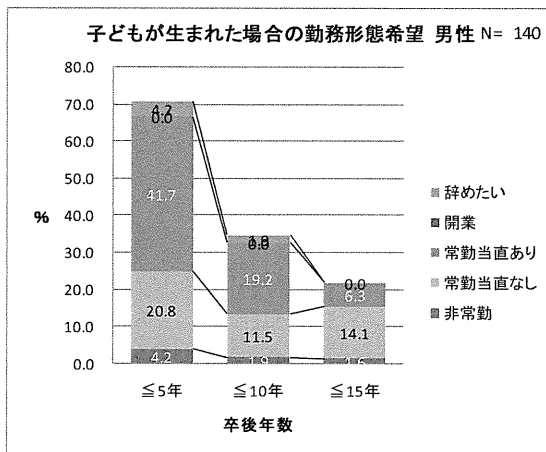
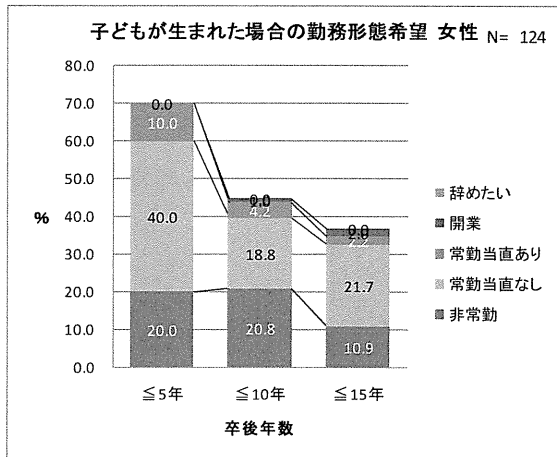


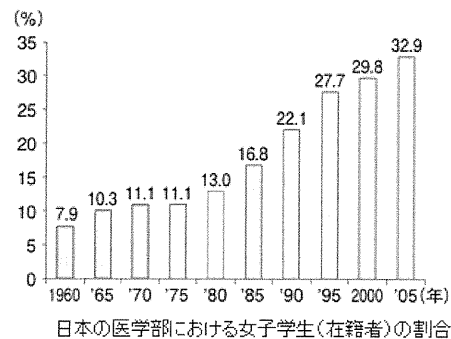
図4-3 子どもが生まれた場合、勤務形態の希望



(4-3) 医学部生の意識

わが国の医学部における女子学生比率は、1960年(昭和35年)7.9%から1985年(昭和60年)13.0%、1990年(平成2年)22.1%、2005年(平成17年)32.9%と3割を超えた。

この状況を踏まえ、医学部生のキャリア・ライフプランに関する調査が報告されている。



例) 奈良県立医科大学

http://www.naramed-u.ac.jp/~josei/pdf/woman_doctor_support_forum_1.pdf (2012.2 現在)

奈良県立医科大学1年生から6年生（男子学生430名、女子学生177名）に対し、アンケート実施。回答者 男300人（回答率70%）、女130人（73%）。男86%、女92%が臨床医希望。男94%、女89%が卒業後10年目までは大学病院や地域の中核病院での勤務を希望。職場選択の理由としてやりがい（男44%、女性34%）、ワークライフバランス（男28%、女48%）を重視。男女とも30歳までに子供二人を持つことを希望、男34%、女90%が育児休暇取得希望。子育てのために一時的にでも休職を希望するのは男40%、女72%。現行の大学病院や中核病院の労働環境が自分の望むワーク・ライフ・バランスをとれる環境であると考えてるのは男14.1%、女4.5%。子育て中に希望する支援は、男女とも当直免除、保育施設の充実。大学の教員や中核病院の管理職の女性比率を改善すべきと考えるのは男65.2%、女80.5%。もっとも重要な改善策は、労働環境の改善による女性医師の離職防止 男67.4%、女81.2%、教員・管理職への女性の積極的な登用 男17.1%、女13.9%、女性の専門医や学位取得等のキャリア向上 男13.4%、女5.0%であった。

<考察>女子医学生の科の選択理由、育児休暇取得希望などは従来通りと考えられる。女子学生や研修医のワーク・ライフ・バランスに関する調査は多いが、男子医学生のワーク・ライフ・バランスに関する調査は少なく比較は困難であるが、男子医学生の育児休暇取得希望率、休職希望率は近年上昇傾向ではないか、と考えられる。重要な改善策として、男女医学生ともワーク・ライフ・バランスに配慮した労働環境の整備やポジティブアクションが必要であると認識していた。

5. 大学の役割について

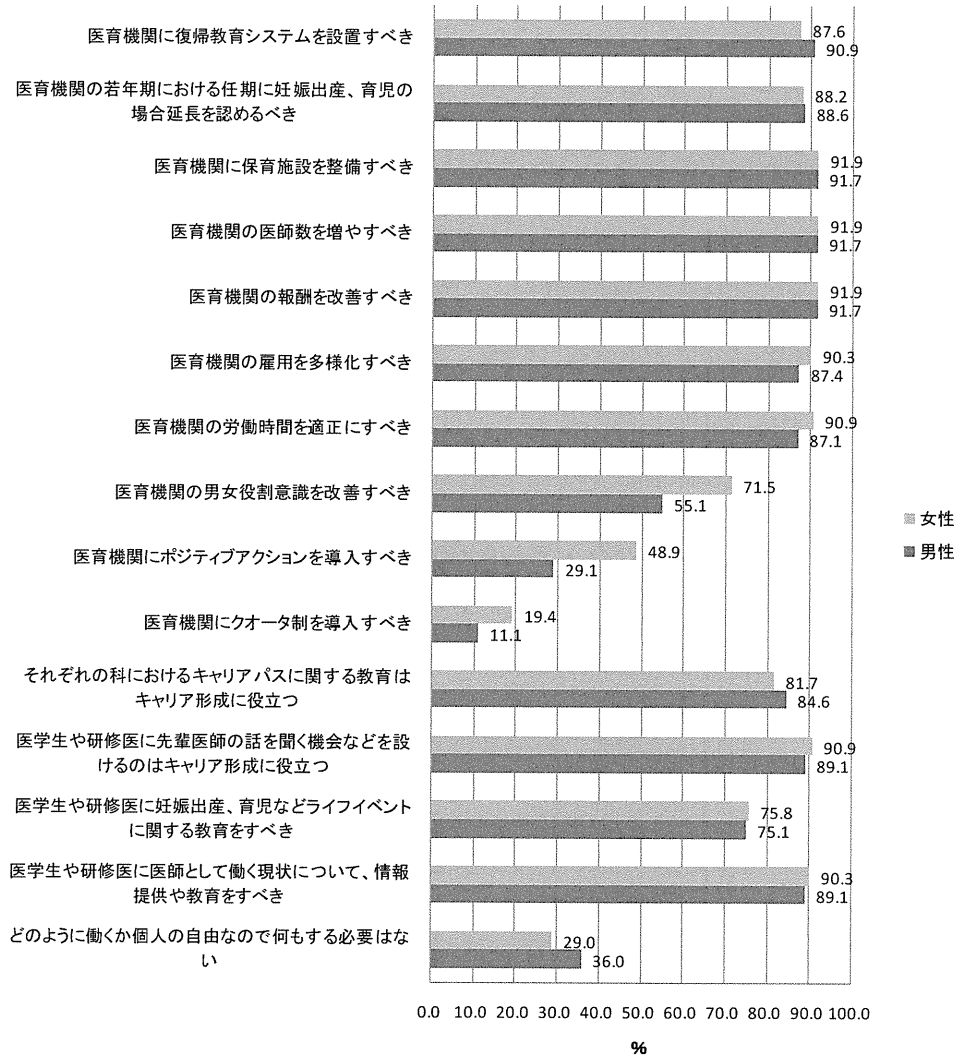
女性医師は医育機関に残らないことが多く、将来のモデル像を見出しにくいという現況での医育機関の役割について、キャリア形成のための支援、男女共同参画・男女平等、労働条件、保育施設、任期制への配慮、復帰教育などを検討した。「何もする必要はない」という回答は女性で29.0%、男性で36.0%であった。男性と女性で意見の差を認めたのは、「医育機関にクォータ制（どちらかの性を4割とし、性による数の偏りを是正する制度）を導入すべき」「医育機関にポジティブアクションを導入すべき」「医育機関にポジティブアクションを導入すべき」の3項目であった。

キャリア形成のための情報提供、交流会、キャリアパス教育などは70~90%の男女が賛成し、また、雇用の多様性、労働時間、報酬、医師数など労働条件の整備も男女とも90%程度の男女が賛成した。妊娠、出産に関しては、保育施設の整備、任期の延長、復帰支援には男女とも90%程度の男女が賛成した。

図5-1 女性比率の低い現状での医育機関の役割

女性比率の低い現状での医育機関の役割

男性N= 350
女性N= 186



2. 女性医師の離職防止策について

1. ニーズ調査

2008年に日本医師会男女共同参画委員会が全国8800病院、女性医師7467人を対象に行った調査では、女性医師の悩み（表9）、必要な支援策（表10）が上げられている。これまで行われてきた様々な調査も同様な内容が多く、1. 労働時間、2. 労働基準法、母性保護など法律の遵守、3. 人的資源、4. 保育施設や保育支援、5. 待遇の改善、6. 職場の性差別、セクハラ対策、7. 更衣室、授乳室などの環境整備、8. 復帰支援、9. 家庭での協力体制、などであった。

表1

女性医師としての悩み	
家事と仕事の両立	64.1%
プライベートな時間がない	44.6%
勉強する時間がない	43.8%
当直室、更衣室など職場環境が不備	28.2%
男性主導社会	17.9%
セクハラ	5.8%
配偶者の非協力・無理解	8.1%
配偶者の家族の無理解	3.7%
その他	10.0%

（日本医師会男女共同参画委員会 平成21年）

表2

仕事を続ける上で必要な制度や仕組み・支援	
託児所・保育園などの整備拡充	64.8%
宿直・日直の免除	62.3%
病児保育	62.0%
時間外勤務の免除	61.5%
男性の家事・育児への参加	50.8%
学童保育施設	44.6%
出産育児休業取得者に対する職場復帰支援	44.3%
事業場内託児施設	43.5%
複数主治医制度の導入など主治医制の見直し	43.2%
フレックス制度	41.0%
代替医師の配置（代診医師派遣制度の導入）	40.2%
保育施設やベビーシッターの斡旋	38.6%
短時間正社員制度の導入、拡充	34.1%
ベビーシッター利用の費用補助	30.5%
保育施設利用の保育料助成	29.2%
診療報酬引き上げ	26.7%
国の事業所への補助金制度整備・拡充	19.7%

（日本医師会男女共同参画委員会 平成21年）

2. パンフレット

社団法人日本産婦人科医会は、平成20年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）の

病院勤務医等の勤務環境改善に関する研究「女性医師就労支援事例の収集・検討」により、「妊娠・出産・育児中の女性医師が働きやすい職場作り」パンフレットを作成した。

図1 パンフレット

STEP1 勤務環境の見直し

- 1) 診療体制にチーム制が取り入れられているか
- 2) 労働時間は明確化され、守られているか
- 3) 勤務環境の改善に取り組む制度があるか
- 4) 基幹病院の勤務医に多くの負担が集まっていないか
- 5) 当直回数は適正か
- 6) 当直を含む勤務時間について考えよう
- 7) OnCall に正当な対価が支払われているか
- 8) 常勤医と非常勤医の対価が逆転していないか

STEP 2 妊娠・出産・育児中の女性医師への具体的な支援

- 1) 院内保育、病児保育
- 2) 勤務形態の工夫（短時間正規雇用の活用、当直免除、ワークシェアリング、育児時間、駐車場の優先使用など）

STEP 3 先行事例

- 1) 急な呼び出しにタクシーチケット
- 2) ベビーシッター・家事サービスへの費用補助
- 3) 地域保育所・学童保育などへの送迎支援

POINT

- 1) 多様なニーズに対応する選択肢の多さ
- 2) 公平性
- 3) 仕事へのモチベーション
- 4) 相談窓口
- 5) 精神的なフォロー体制

女子学生・女性医師に関する実態調査、ニーズ調査は多数行われており、また、上記のようなパンフレットも類似なものが各所で発行された。

3. 全国医学部長病院長会議の取り組み

女性医師の就労環境に関する実態調査 2011年11月

<http://www.ajmc.umin.jp/m-kaiken.html> (2012.2 現在)

1) 女性初期研修医数は、大学病院1施設当たり26.1人であり、関東36.1名、北海道14.7名、東北8.0名であり、都市部に多く、北海道・東北に少ない傾向があった。男性研修医数の分析はなかった。常勤医4523人、非常勤5286人であり、研修医の身分が非常勤である率が高かった。

2) 育児施設があるのは、2006年次には56%であったが、今回(2011年)は89%に増加していた。1964年から2005年の42年間に27施設だったものが、2006年から2011年5月までの5年半に44施設が設置された。2006年から文部科学省科学技術振興調整費「女性研究者支援モデル育成」事業および「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」が開始されており、その影響が考えられた。国立大学は95%に設置されたが、私立大学は83%で格差がみられた。

表3



育児施設の有無				
	全国	国立	公立	私立
回答数	80	43	8	29
ある	71	41	7	23
設置予定	2	0	1	1
ある・設置予定	91%	95%	100%	83%

保育施設の利用者は増加傾向にあり、また医師の利用が増加している。

保育時間は、18時以降の延長もなされている施設が多く、20時までが39%、21時までが27%となっており、保育時間は長くなっている傾向がある。45% (32/71) の病院で24時間保育が週1～4回可能とであった。土日保育が可能なのは79% (56/71) であった。

院内病児保育は、30% (21/71)、病後児保育や外部委託支援を含めると39% (28/71) だった。その他の支援制度として、病院内に病後児保育室や病児一時預かり室を設置、小児科医・産婦人科医対象に周産期医療環境整備事業の一環として地域の一般病院と共同で病児保育利用制度構築、病児保育を実施しているNPO法人との事業委託契約により大学が負担金の一部を補助するなどがあった。

育児施設の利用者は、97% (69/71) が看護師と同様に男女医師が利用可するものが増えており、以前のような看護師のみという施設はなかった。17施設では大学院生、医学部生も利用可、としていた。常勤のみとする施設が5施設あった。

3) 女性医師の就労継続支援を目的として勤務制度がある、または予定しているのは、95% (76/80) であった。具体的な制度としては、短時間正規雇用制度 (常勤) 52/75、勤務時間の短縮 (非常勤) 39/75、ジョブ・シェアリング 1/75、当直免除 26/75、日直免除 23/75、時間外勤務免除 37/75、その他 16/75 であった。その他としては、深夜勤務の制限、改正育児・介護休業法に準拠、女性医師職場復帰支援のための非常勤診療医採用制度、早出遅出免除、診療支援医師 (パート医) 制度などが挙げられていた。

図2 経年保育施設設立数

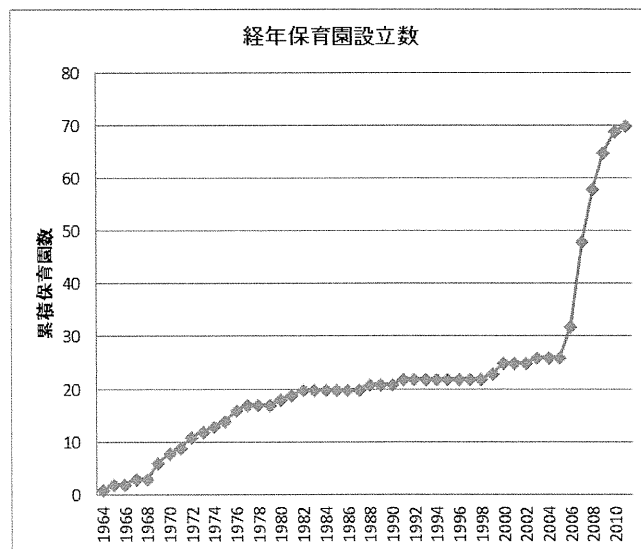


表4 女性医師就労継続支援策

女性医師の就労継続支援を目的とした支援策がある場合、その内容				
	全国	国立	公立	私立
回答数	75	41	8	26
短時間正規雇用制度 (常勤)	52	24	5	23
勤務時間の短縮 (非常勤)	39	33	3	3
時間外勤務の免除	37	26	5	6
当直免除	26	15	4	7
日直免除	23	14	4	5
その他	16	8	3	5
ジョブ・シェアリング	1	1	0	0

こうした制度を使える条件として、育児・介護両者が63% (47/75)、育児のみ29% (22/75)

であった。男性も利用できるのが 88%(66/75)であった。

4) 複数主治医制に賛成なのは 75% (60/80)であった。

5) 医学教育におけるキャリアプランニング教育について賛成が 81% (65/80 大学) であった。

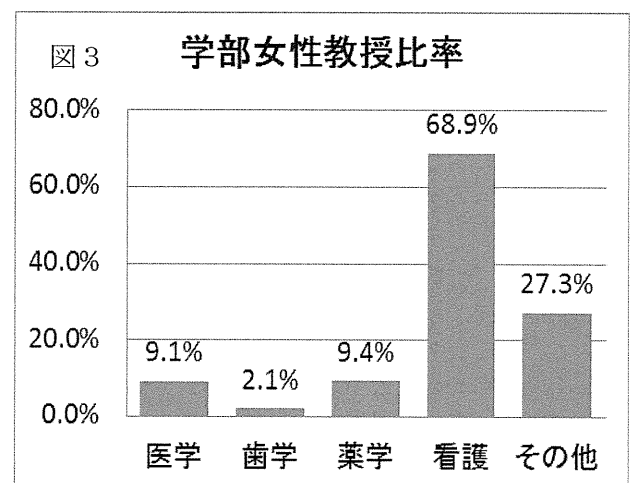
6) 女性医師の病院勤務を中断させない方法としては、「保育施設の充実」「本人のモチベーション持続への支援」「産休・育休取得の保証」「過重勤務環境の緩和」であった。

表 5 女性医師離職防止策

女性医師の病院勤務を中断させないため重要と考えられること（複数回答）				
	全国	国立	公立	私立
回答数	80	43	8	29
保育施設の充実	71	38	8	25
本人のモチベーション持続への支援	70	36	8	26
産休・育休取得の保護	63	34	8	21
過重勤務環境の緩和	59	31	6	22
直属上司の意識改革	52	27	7	18
価値観の多様性の理解	36	15	6	15
医学教育におけるキャリア教育システムの充実	36	19	4	13

4. 大学医学部教授における女性比率

平成 18 年以降、文部科学省および厚生労働省において女性研究者、女性医師支援策が行われている（表 6）。平成 22 年の調査では、医学部女性教授比率は 9.1%となった。



文部科学省「学校基本調査」平成 22 年
表 6 女性研究者・女性医師支援策

都道府県	組織	名称	文部科学省			厚生労働省	
			女性研究者支援モデル育成	女性研究者養成システム 加速	社会人学び直し ニーズ対応 教育推進	特色GP	医療人GP
1	北海道	国立 旭川医科					2007 育児と介護を支える オールホスピタル計画
		国立 北海道大医	2006 生かす育てる支えるプラン	2009 根を張れ花咲け実 を結べ			
2	青森県	公立 札幌医科				2007 チーム地域医療	
		国立 弘前大医	2010 つがるネッサンス 地域で つなぐ				
3	宮城県	国立 東北大医	2006 杜の都女性科学者ハード リング支援事業	2009 杜の都ジャンプアッ プ事業			
4	秋田県	国立 秋田大医	2009 大学間連携と女性研究者 支援				
5	山形県	国立 山形大医	2009 山形ワークライフ balan ス・イノベーション				
6	岩手県	私立 岩手医科	2010 共生の時代を拓く				
7	福島県	公立 福島県立医科	2011 採択				
8	茨城県	国立 筑波大医	2009 持続可能な女性研究者支 援			2007 チーム医療	2007 女子医師看護師 キャリアアップシステム 2007 女性医師支援プロ グラム
9	栃木県	私立 自治医科					
		私立 獨協医科					
10	群馬県	国立 群馬大医				2007 チーム医療	
11	埼玉県	私立 埼玉医科				2005 保健医療福祉の連 携	
		大学校 防衛医科					
12	千葉県	国立 千葉大医	2007 支援循環型体制による女 性研究者育成モデル	2010 理系女性教員キャ リア支援プログラム			
		国立 東京大医	2007 キャリア確立の10年支援	2010 知の頂点に向かっ て加速			
13	東京都	国立 東京医科歯科	2008 女性研究者への革新的支 援		2008 ママさん ドクターリター ンプログラム		
		私立 杏林大医					
		私立 慶応大医	2008 ソーシャルキャピタルをは ぐむ女性研究者支援				2008 産科婦人科救急医 療に関わる新しい診療形 態の創出
		私立 昭和大医					
		私立 順天堂大医	2011 採択				
		私立 帝京大医					
		私立 東京医科					
		私立 東京慈恵会医科					
14	神奈川県	私立 東京女子医科	2006 保育とワークシェア		2008 女性医 師再教育セン ター	2007 地域医療教育 2007 女性医師育成医学 教育	
		私立 東邦大医	2009 生命科学で未来をつなぐ 女性研究者への継続的支援				
		私立 日本大医	2008 キャリアウェイユニバー サル化日大モデル				
		私立 日本医科				2006 包括能動学習プロ グラム	
		公立 横浜市立大医					2008 不足診療分野の長 期専門医研修コース
		私立 北里大医					
		私立 東海大医	2008 産学共同女性キャリア支 援				
		私立 聖マリアンナ医 科					
15	新潟県	国立 新潟大医	2008 キャンパスシッターによる 育成支援プラン				
16	富山県	国立 富山医科薬科	2008 富山循環型女性研究者育 成システム				
17	石川県	国立 金沢大医	2008 やる気に応えます金沢大 学女性研究者支援				
18	福井県	私立 金沢医科					
19	山梨県	国立 福井大医					
20	山梨県	国立 山梨大医					
20	長野県	国立 信州大医	2011 採択				2008 分野別偏在解消の ための一貫研修
21	岐阜県	国立 岐阜大医	2010 多様性活力発揮に向け て				
22	静岡県	国立 浜松医科					
		国立 名古屋大医	2007 発展型女性研究者支援名 大モデル	2010 女性研究者採用加 速プログラム			
23	愛知県	公立 名古屋市立大医					
		私立 愛知医科					
24	三重県	私立 藤田保健衛生大 医					
		国立 三重大医	2008 パールの輝きで理系女性 が三重を元気に			2006 国際医療人	
25	滋賀県	国立 滋賀医科					
26	京都府	国立 京都大医	2006 女性研究者の包括的支援	2009 京大式女性研究者 養成コーディネートプラン			
		公立 京都府立医科	2010 しなやか女性医学研究者 支援みやこモデル				

都道府県	組織	名称	文部科学省			厚生労働省	
			女性研究者支援モデル育成	女性研究者養成システム 加速	社会人学び直し ニーズ対応 教育推進	特色GP	医療人GP
27	大阪府	国立 大阪大医	2007 次世代につなぐ女性研究者サポートの連鎖				2007 子育てとキャリアアップの両立
		公立 大阪市立大医					
		私立 大阪医科					
28	奈良県	私立 関西医科	2011 採択				
		私立 近畿大医					
29	和歌山県	公立 奈良県立医科					
		公立 和歌山県立医科					
30	兵庫県	国立 神戸大医	2007 再チャレンジ女性研究者支援神戸スタイル	2010 女性教員養成神戸スタイル		2006 緩和医療	2007 FD教育による意識改革とコーチング
		私立 兵庫医科					
31	鳥取県	国立 鳥取大医				2007 他職種の医療人の共働	2007 D&Nブラッシュアップ教育の組織的展開
32	島根県	国立 島根大医	2008 地方から開く女性研究者の未来				2007 新しいキャリア継続モデル事業
		国立 岡山大医					
33	岡山県	国立 岡山大医				2007 指導的医療人育成	2007 岡山マスカットモデル
		私立 川崎医科					
34	広島県	国立 広島大医	2007 リーダーシップをはぐむ 広大大型女性研究者支援	2010 広大システム改革 による女性研究者活躍促進			
		国立 山口大医					
35	山口県	国立 山口大医				2006 ITを用いた自主教育	
36	徳島県	国立 徳島大医	2010 AWAサポートシステム				
37	香川県	国立 香川大医	2010 地域ぐるみ女性研究者支援				
38	愛媛県	国立 愛媛大医	2010 坂の上の雲 女性研究者育成プラン				
39	高知県	国立 高知大医	2007 世界にはばたけ女性研究者プログラム	2009 女性枠設定による 教員採用養成プラン			2007 女性医療人きらめきプロジェクト
		国立 九州大医					
40	福岡県	私立 久留米大医					
		私立 産業医科					
		私立 福岡大医					
41	佐賀県	国立 佐賀大医	2009 三世代サポート型				
42	長崎県	国立 長崎大医	2009 おもやいキャンパスサポート				2008 女性医師麻酔科復帰支援プロジェクト
		国立 熊本大医					
43	熊本県	国立 熊本大医	2006 地域連携によるキャリアパス	2010 バッファリングによる女性研究者養成の加速			
44	大分県	国立 大分大医	2010 地域社会で育む女性研究者				
45	宮崎県	国立 宮崎大医	2008 逆風を順風に				
46	鹿児島県	国立 鹿児島大医					
47	沖縄県	国立 琉球大医					2008 専門 研修センター 女性医師部門

【結論および考察】

1. コホート調査による労働時間

卒後のコホート調査では、どの卒後年数群でも、女性医師の平均週労働時間は、卒後 3 年目ごろから減少し始め、卒後 10 年程度で平坦となっていた。卒業直後は週平均 70 時間と長時間労働をしており、卒後 10 年目でも週 50 時間程度であった。卒後年数の長い群では、一度下がった労働時間は卒後 10 年すぎるとやや上昇する傾向が認められた。男性医師は、卒業直後は週 70 時間程度、卒後 10 年ごろまでゆっくり減少するが、週 60 時間程度であった。当直および休日当直については、女性医師は卒業後 3 年目ごろから減少し、卒後 10 年では約半数であり、労働時間の質にも男女差が認められた。

コホート調査で見られた女性医師の労働時間の減少は、主として妊娠・出産・育児による非常勤化および休業、病院から診療所への移行が原因であった。医学部は 6 年制であるため、他の学部卒に比して、妊娠・出産の年齢が若干高いことが推察された。

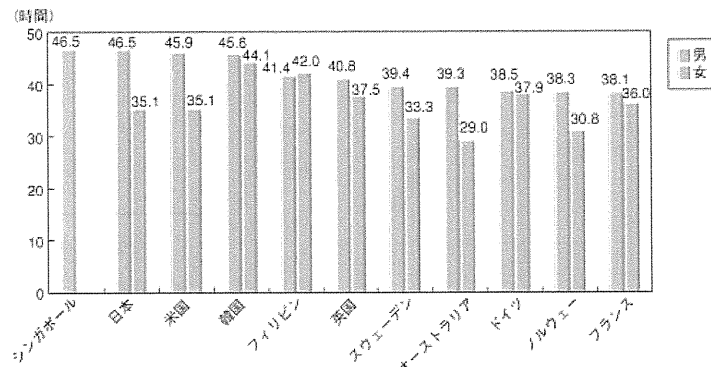
横断調査でも、労働時間は女性の方が男性よりも短く、特に子どもを持つ女性の労働時間が短かった。男性では労働時間が長い順に、医育期間、公的病院、私的病院、診療所であった。

我が国の労働者の労働時間は諸外国に比して、長いことが報告されている。以下のデータは 2006 年の総計局 労働力調査であるが、非農業労働者の週労働時間男性 46.5 時間、

女性 35.1 時間である。2010 年のデータでは、男性 45.0 時間、女性 34.1 時間とわずかではあるが減少傾向にあるが依然として長い。

男女とも医師は、すべての卒業年数でこの平均値を上回っていた。

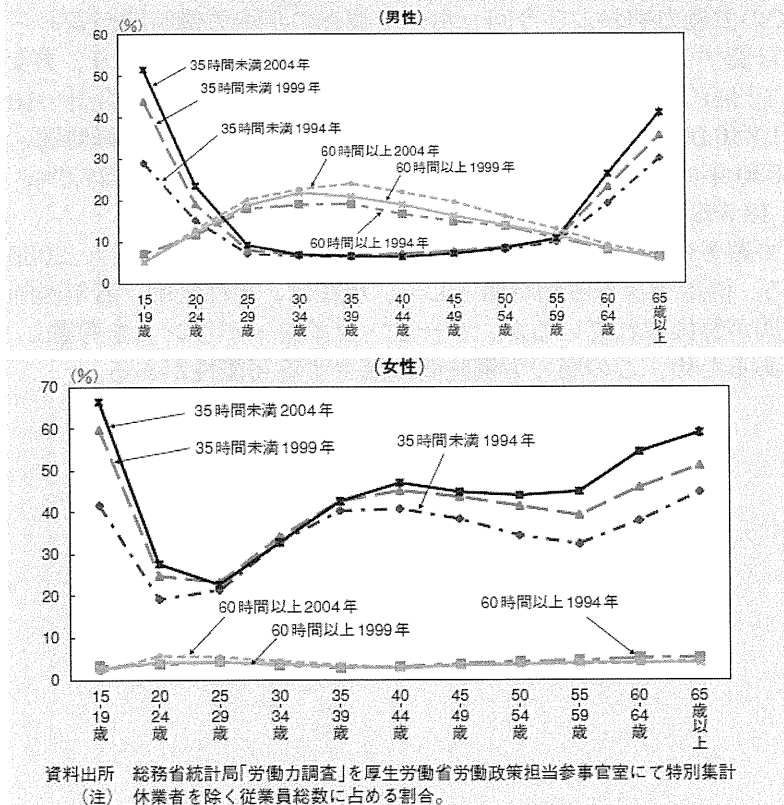
第14図 適当たり実労働時間



備考 1. ILO「LABORSTA」より作成。
 2. 2005年のデータによる（英国は2001年）
 3. シンガポールは男女計の数値。
 4. ドイツ以外は全産業の平均。ドイツは全産業平均データがないため、産業別の平均労働時間と産業別の雇用者数により総労働時間を算出し、これを総雇用者数で除して算出。

週 60 時間を超える男性労働者は 30~50 歳で増加傾向にあり、20%に上ると報告されている。週 60 時間以上勤務は、男性医師は、すべての年齢で 20%は超えており、女性医師にも 10%以上認められた。特に卒後 5 年以下の群で、男性 60.2 時間、女性 49.8 時間、10 年の群で男性 59.6 時間、女性 38.1 時間であり若年期の労働時間の長さが顕著であった。

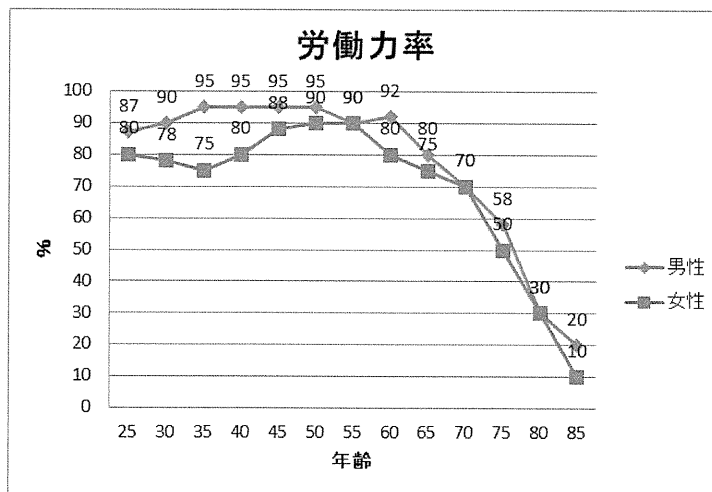
第1-(2)-24図 年齢階級別 35時間未満及び60時間以上雇用者の割合



2. 労働力率および労働時間推計

Kaneto らによって、1980 年、1990 年のコホート調査による医師労働力率が報告

されている。



(Kaneto C, et al. Policy. 2009 Jan;89(1):115-23. 1880年コホートによる労働力率：図改変)

女性医師の労働力率は、M字カーブを描かないとされているスウェーデンと比較すると20~30歳代の労働力率は低いが、我が国の女性労働者の労働力率と比較すれば、この年代の労働力率は高く、また、70歳を過ぎてからも高い労働力率を保っている。

医師の需要と供給を検討するに当たり、Kanetoらの労働力率からの概算、今回の調査からの週労働時間の概算をもとに、総医師週労働時間を推計した。2030年の医師数は、平成23年 高齢社会の医療提供体制における必要医師数の推計に関する調査（診療科別医師数と業務負担の将来予測—平尾ら）を使用した。

2010年と2030年推計を比較すると、総医師数は1.23倍、男性医師は1.10倍、女性医師は1.83倍になるが、現行での労働力率および今回コホート調査の平均労働時間が変わらないと仮定して週労働時間を計算すると、男性医師1.02倍、女性医師1.76倍となり、男女医師合わせた週労働時間は1.12倍に微増すると推計された。すなわち、男女医師合計の総週労働時間は、2010年は、11,846,027時間（人数における女性比率は18.3%、労働時間における女性比率は13.6%）、2030年は、16,737,083時間（人数における女性比率は27.0%、労働時間における女性比率は18.5%）となる。

単純に対人口当たりの医師の週労働時間を換算すると、2010年は92.5時間/1000人、2030年は143.5時間/1000人となる。供給できる労働時間として、現在は、男性医師、若年医師の長時間労働によって労働時間が算出されているが、ワーク・ライフ・バランスを考慮した労働時間への是正が必要であるため、この層の労働時間は減少する可能性がある。

表 医師労働時間推計

2010年

	医師数(人)			労働力率(%)		週平均労働時間		総週労働時間		
	総数	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男女計
29歳以下	26213	16798	9415	90	78	60	50	907092	367185	1300768
30~39歳	64497	46093	18404	95	75	55	40	2408359	552120	3025241
40~49歳	68064	55768	12296	95	80	55	35	2913878	344288	3326495
50~59歳	61791	54639	7152	93	80	45	40	2286642	228864	2577555
60~69歳	43117	39969	3148	85	75	40	40	1358946	94440	1496743
70歳以上	26649	24062	2587	50	30	30	30	360930	23283	411002
総数	290331	237329	53002					10235847	1610180	11846027
	100.0%	81.7%	18.3%					86.4%	13.6%	

2030年

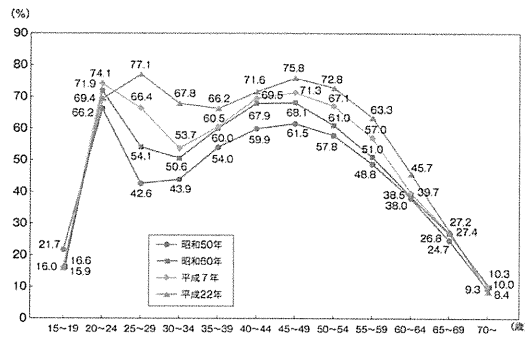
	医師数(人)			労働力率(%)		週平均労働時間		総週労働時間		
	総数	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男女計
29歳以下	26061	16735	9326	90	78	60	50	903690	363714	1293743
30~39歳	73858	48886	24972	95	75	55	40	2554294	749160	3377577
40~49歳	73552	48683	24869	95	80	55	35	2543687	696332	3313836
50~59歳	67566	47567	19999	93	80	45	40	1990679	639968	2698471
60~69歳	60577	49697	10880	85	75	40	40	1689698	326400	2076915
70歳以上	56939	50204	6735	50	30	30	30	753060	60615	870754
総数	358553	261772	96781					10435107	2836189	13271296
	100.0%	73.0%	27.0%					78.6%	21.4%	

2030/2010

	医師数(人)			労働力率(%)		週平均労働時間		総週労働時間		
	総数	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男女計
29歳以下	0.99	1.00	0.99	90	78	60	50	1.00	0.99	0.99
30~39歳	1.15	1.06	1.36	95	75	55	40	1.06	1.36	1.12
40~49歳	1.08	0.87	2.02	95	80	55	35	0.87	2.02	1.00
50~59歳	1.09	0.87	2.80	93	80	45	40	0.87	2.80	1.05
60~69歳	1.40	1.24	3.46	85	75	40	40	1.24	3.46	1.39
70歳以上	2.14	2.09	2.60	50	30	30	30	2.09	2.60	2.12
総数	1.23	1.10	1.83					1.02	1.76	1.12
		0.89	1.48					0.91	1.57	

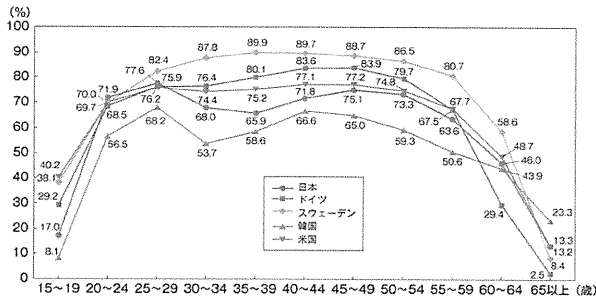
我が国の女性労働力率は、年々上昇傾向にあるが、出産・育児を理由に就業を止める女性は依然として多い。スウェーデン並みに女性の労働力率を上昇させることにより、生産人口の減少影響を緩和しようとする考え方があるが、同国は労働時間が我が国に比較して男女とも短く（週平均労働時間 男性 39.4 時間、女性 33.3 時間）、社会システムとして育児・介護支援が充実しているという違いがある。既に我が国の医師労働時間は長時間化しており、男女とも労働時間の短縮および社会的なインフラの整備が必須であると考えられる。

第1-2-1図 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」より作成。
2. 「労働力率」は15歳以上人口に占める労働力人口(就業者+完全失業者)の割合。

第1-3-3図 女性の年齢階級別労働力率(国際比較)



(備考) 1. 「労働力率」は15歳以上人口に占める労働力人口(就業者+完全失業者)の割合。
2. 韓国は「15~19歳」は、16~19歳。
3. 日本は総務省「労働力調査(詳細集計)」(平成22年)、その他の国はILO「LABORSTA」より作成。
4. 日本は平成22年(2010年)、韓国は平成19年(2007年)、その他の国は平成30年(2008年)時点の数値。

3. 若年世代のワーク・ライフ・バランス意識

また、近年、我が国では非正規雇用が若年層および女性において増加傾向にある。ワーク・ライフ・バランスにおける意識は、年齢(年代)に差があり、雇用状況の変化と相まって、男女とも非正規化が進行している。今までは非正規および短時間勤務は女性に特徴的にみられていたが、若年世代の意識変化にも注目する必要がある。

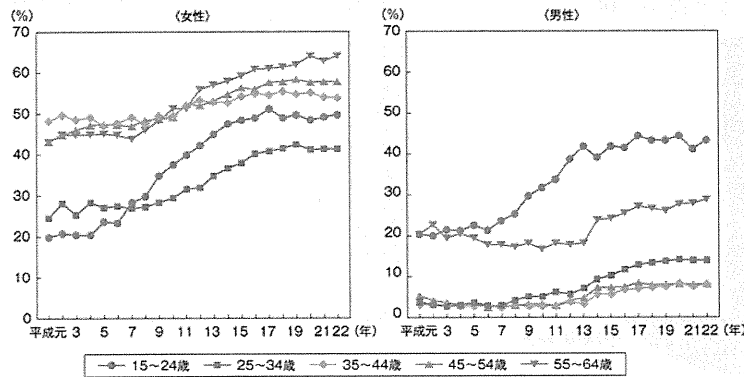
第1-2-6図 雇用形態別にみた役員を除く雇用者の構成割合の推移(性別)

年	〈女性〉			年	〈男性〉		
	正規の職員・従業員	パート・アルバイト	その他		正規の職員・従業員	パート・アルバイト	その他
昭和60年	28.5	67.9	3.6	昭和60年	92.6	3.3	4.1
平成元年	32.6	64.0	3.4	平成元年	91.3	4.7	4.0
平成4年	34.6	61.7	3.7	平成4年	91.1	5.1	3.9
平成7年	35.5	60.9	3.7	平成7年	91.1	5.2	3.7
平成10年	39.0	57.1	3.8	平成10年	89.7	6.6	3.7
平成13年	42.9	52.1	5.0	平成13年	87.5	8.9	3.6
平成16年	40.5	48.3	11.2	平成16年	83.7	8.3	8.1
平成19年	40.7	46.5	12.8	平成19年	81.7	8.7	9.6
平成22年	41.2	46.2	12.6	平成22年	81.1	9.1	9.8

正規の職員・従業員
 パート・アルバイト
 その他(労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員・嘱託、その他)

(備考) 昭和60年から平成13年は、総務省「労働力調査特別調査」(各年2月)より、14年以降は総務省「労働力調査(詳細集計)」(年平均)より作成。

第1-2-7図 男女別・年齢階級別非正規雇用比率の推移



(備考) 1. 総務省「労働力調査」より作成。
 2. 非正規雇用比率=(非正規の職員・従業員)/(正規の職員・従業員+非正規の職員・従業員)×100。
 3. 2001(平成13)年以前は「労働力調査特別調査」の各年2月の数値、2002(平成14)年以降は「労働力調査詳細集計」の各年平均の数値により作成。「労働力調査特別調査」と「労働力調査詳細集計」とでは、調査方法、調査月などが相違することから、時系列比較には注意を要する。

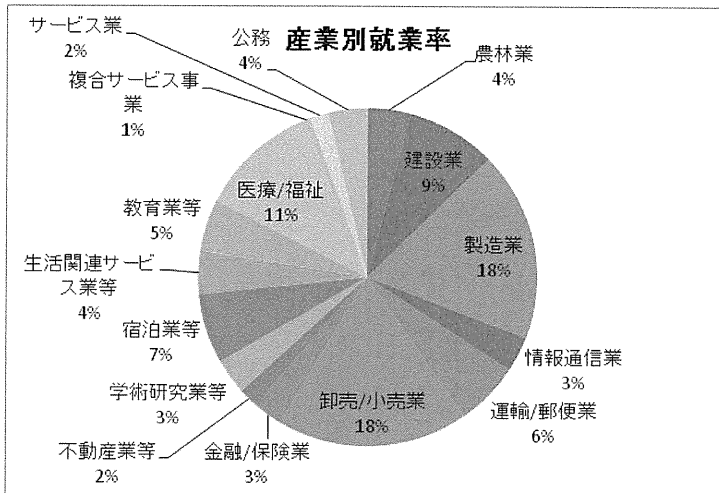
4. 女性医師支援策の効果について

保育施設の設置および勤務制度の変更が、女性および男性の研修医数や若年医師の労働力・労働時間の増加をもたらしたかどうかの検証はなされていない。産休・育休取得や短時間勤務に関しては、代替労働者の課題があり、サバイバーシンドロームを起こさない工夫が必要となる。過重労働環境の緩和は、業務の効率化など可能な部分もあるが、地域および病院により事情が異なっており、一元的な解決は困難であると考えられる。

本人のモチベーション持続への支援は、日本医師会およびその支部、大学医学部、医学部同窓会、学会などで、先輩医師との交流会、ロールモデル集発刊などが行われている。こうした施策の女性医師の就業中断に有効であったか、今後検証が必要である。

5. 生産人口の中での医療職の適正比率について

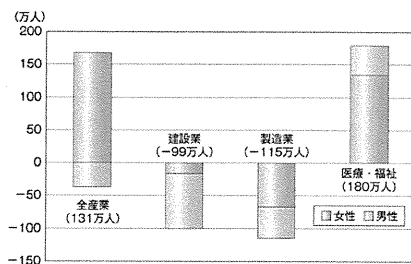
生産人口(15~64歳)は2010年 81,735,000人から67,730,000人に減少する。医療・福祉分野は平成22年データで653万人(11%)であり、内、医師29.5万人、歯科医師10.1万人、薬剤師17.6万人、看護師87.7万人、准看護師37.5万人、保健師4.3万人、助産師2.8万人、歯科衛生士9.6万人、歯科技工士3.5万人が含まれる。平成22年の本分野における女性比率は77.8%である。平成14年から22年までに180万人増加しているが、特に、看護系、福祉系が増加している。生産人口に対する医療・福祉分野比率がどの程度が適正なのかも今後の課題となる。



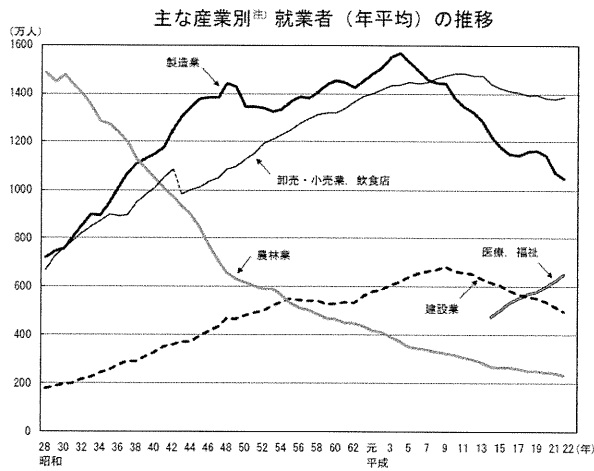
総務統計局 労働力調査 平成

22年

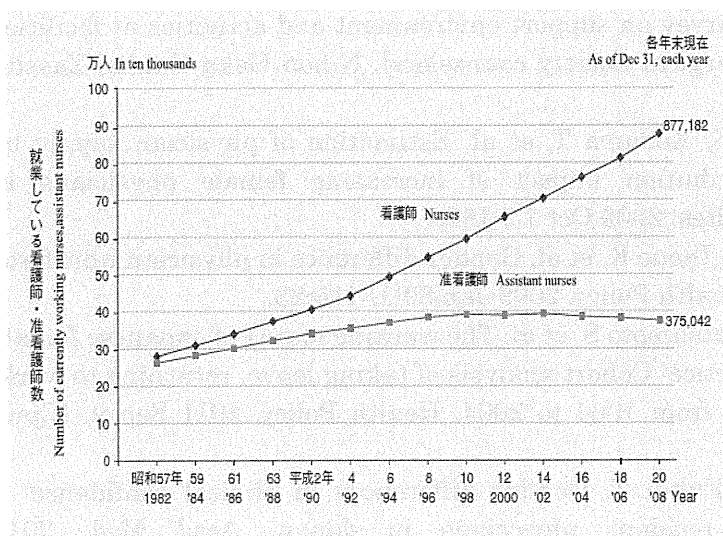
第1-2-6図 男女別産業別雇用者数の増減（平成14年～22年）



(備考) 1. 総務省「労働力調査」より作成。
2. () 内は平成14年から22年の間で当該産業の雇用者数の増減(男女計)。



医師・歯科医師以外は、女性比率が非常に高い分野であり、離職率が高いという課題がある。医師数は、こうした他の医療職・福祉職との連携方法、医師のコア業務への特化により、必要数が変化する可能性があるため、他の医療職の離職防止策も今後の医療体制の維持に重要な課題である。



6. 少子と高齢社会における女性・女性医師

未婚率が上昇し、出生率は低下し、出産年齢は高齢化している。少子化に歯止めをかけるならば、出生率の上昇および出産年齢の若年化が望まれる。一方では生産人口の減少のため、女性は労働力として、また在宅介護を推奨する立場からは家庭での介護者の役割を強く期待される。男性の労働力率および労働時間は max に達しており、女性および中年の労働力が頼みの綱となっている。育児・介護の社会化などが必要なのかもしれない。医師の需要と供給には、こうした社会構造の変化を考慮する必要があると考えられる。

」

【参考資料】(女性医師)

- 2 5. 厚生労働省. 医師・歯科医師・薬剤師調査 平成 10 年、12 年、14 年、16 年、18 年、20 年、22 年 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/index.html> (平成 22 年度版 2012.2 現在)
- 2 6. 全国医学部長病院長会議. 女性医師の勤務に際しての育児サポートの状況に関する実態調査. 平成 19 年
- 2 7. 日本外科学会女性外科医支援委員会. 日本外科学会女性外科医支援委員会によるアンケート. <http://www.jssoc.or.jp/other/info/info20090115.html> (2012.2 現在)、日本外科学会誌,110(1) : 37-44,2009
- 2 8. 日本医師会男女共同参画委員会. 女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書. 平成 21 年. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf (2012.2 現在)
- 2 9. 荒木葉子、橋本葉子、澤口彰子ら. 女性医師の学会活動の現状. 医学教育. 33(1) : 51-57、2002
- 3 0. 富澤康子、川瀬和美、萬谷京子ら. 医学会分科会における女性医師支援の現状 : アンケート結果から. 日本外科学会雑誌. 110(3) : 154~161,2009
- 3 1. Tomizawa Y, Kawase K, Yorozuya K, et al. [Current status of support for female doctors in the specialist medical societies of the Japanese Association of Medical Sciences: child-care facility at scientific annual meetings in Japan].Nihon Geka Gakkai Zasshi. 2010 Sep;111(5):317-9. Japanese.
- 3 2. Tomizawa Y, Kono E, Nomura S, et al. [Japanese women surgeons' present

- and future: report of a survey on support environment and activities at facilities staffed with Japanese Surgical Society counselors]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi*. 2011 Sep;112(5):349-53.
- 3 3. Koike S, Matsumoto S, Kodama T, et al. Estimation of physician supply by specialty and the distribution impact of increasing female physicians in Japan. *BMC Health Serv Res*. 2009 Oct 7;9:180.
 - 3 4. Kaneto C, Toyokawa S, Inoue K, et al. Gender difference in physician workforce participation in Japan. *Health Policy*. 2009 Jan;89(1):115-23.
 - 3 5. Kodama T, Koike S, Matsumoto S, et al. The working status of Japanese female physicians by area of practice: Cohort analysis of taking leave, returning to work, and changing specialties from 1984 to 2004. *Health Policy*. 2011 Sep 9. [Epub ahead of print]
 - 3 6. Nomura K, Yano E, Fukui T. Gender differences in clinical confidence: a nationwide survey of resident physicians in Japan. *Acad Med*. 2010 Apr;85(4):647-53.
 - 3 7. Nomura K, Sato M, Tsurugano S, Yano E. [Factors associated with working among female physicians in Japan]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2011 Jun;58(6):433-45. Japanese.
 - 3 8. Ozaki M, Hiyama K, Hayano K, et al. [Career development of women fellows of Japanese Society of Internal Medicine. Results of the questionnaire survey]. *Nihon Naika Gakkai Zasshi*. 2011 Jul 10;100(7):2020-31.
 - 3 9. Royal College of Physicians. Women and medicine. The Future.(long version) <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/bd2d994a-7d38-465f-904a-21a70cdc7d9c.pdf> (2012.2 現在)
 - 4 0. Royal College of Physicians. Women and medicine. The Future.(short version) <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/9ff69ca9-ad30-436b-b48c-b70781dd0a62.pdf> (2012.2 現在)
 - 4 1. UK Medical Careers Research Group. Cohort studies of doctors' careers. <http://www.uhce.ox.ac.uk/ukmcrgr/publications.php> (2012.2 現在)
 - 4 2. 総計局 平成 22 年 労働力調査 年報 <http://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2010/index.htm>
 - 4 3. 内閣府 平成 22 年度版 男女共同参画白書 <http://www.gender.go.jp/whitepaper/h22/zentai/pdf/index.html> (2012.2 現在)
 - 4 4. 日本産婦人科医会 妊娠・出産・育児中の女性医師が働きやすい職場づくり http://www.jaog.or.jp/diagram/notes/jyoseiDR_2008.pdf

海外医療人材の受け入れの現状

第1章

経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師・介護福祉士の

受け入れの現状と課題

松本邦愛 瀬戸加奈子 長谷川友紀
東邦大学医学部社会医学講座

要旨

経済連携協定（Economic Partnership Agreement : EPA）は関税の引き下げを中心とした国際貿易上の協定であり、看護師・介護福祉士の移動に関する取り決めはその一部分をなす。現在の EPA を通じた日本の看護師・介護福祉士受け入れ規模は、諸外国と比べて小さく日本国内の労働市場にはほとんど影響を与えないと考えられる。しかし、送り出し国の多くは、将来の高齢社会に備えた看護・介護技術の習得を目的の一つとしており、EPA を通じた移動に一定の意味がある。日本は将来、看護師・介護福祉士が不足すると考えられており、将来の本格的受け入れの是非を検討することが求められている。受け入れ国、送り出し国双方の利益となるよう、国民的な議論を早急に始める必要があるだろう。

キーワード：外国人看護師・介護福祉士、経済連携協定（EPA）、労働移動

序文

インドネシア、フィリピンとの経済連携協定（Economic Partnership Agreement: EPA）に基づく看護師・介護福祉士受け入れに関しては、近年報道が増加してきたが、多くが看護師、介護福祉士の国家試験の合格の難しさのみに焦点があてられていて、全体像が把握できるような報道は稀である。もともと EPA 自体は保健医療セクターの外で決められたものであり、医療関係者にはわかりづらいものであることも一因であろう。

本稿はこのような状況を鑑み、まず EPA の背景と全体像を概観し、それによる看護師・介護福祉士の受け入れが、日本の需給に与える影響を、他国の受け入れ状況をも参照しながら明らかにする。さらに、日本に看護師・介護福祉士等の医療・福祉従事者を送っている、もしくは送ることを予定している東南アジア 4 か国（フィリピン、インドネシア、タイ、ベトナム）の意図に関して比較を試み、特にタイの戦略に関してヒアリング調査をもとに明らかにする。東アジア地域に共通にみられる社会の高齢化という見地から、各国の利害と日本の取るべき方策について考察を加えたい。

1. EPA の背景

現在、世界の様々な地域で自由貿易協定（Free Trade Agreement: FTA）や EPA が結ばれている。これらは、条約を結んだ国々の間で関税を原則撤廃にすることを核として、域内の直接投資の促進や経済協力の推進をも含んだ地域経済統合である。

日本にとって、EPA/FTA が重要な意味を持つのは、東アジア地域の経済的な結びつきが高まっていることに加え、東アジアの各国内間において製造業の「国際生産ネットワーク」

が形成されているためである^{1)~3)}。東アジア域内（ASEAN+日中韓）の、域内からの輸入は、1998年には3,020億ドル程度であったのが2007年には1兆1,610億ドルと、10年間で3.8倍以上に急増している。東アジア諸国の主要輸出・輸入品は、熱電子管半導体、事務用機器の部分品、通信機器などであり、電気・電子機器の部分品を相互に輸出・輸入することにより、一つの製品を作り上げる「国際生産ネットワーク」が形成されている。仮に、EPA/FTAが結ばれない場合、その国は、この「国際生産ネットワーク」から排除される可能性が高い。国内の経済の動向を外需に頼らざるを得ない日本にとって、この地域でのEPA/FTAの締結は極めて重要な問題となっている。

外国人看護師・介護福祉士の受け入れは、こうした背景の中、締結相手国からの要求によってEPA条文の中に入れられたもので、包括的な協力を謳うEPAのごくわずかな一部でしかない。例えば、日本・インドネシアEPAの日本語での条文は全部で617ページにわたるものであるが⁴⁾、外国人看護師・介護福祉士の移動については「第7章自然人の移動」の附属書10の中にわずか7ページで触れられたのみである。最も多くの記述は、「第2章物品の貿易」であり218ページになる。外国人看護師・介護福祉士の移動という観点からEPAを語るときには注意が必要であろう。

2. 諸外国の看護師・介護士受け入れ状況

今回のEPAに基づいてインドネシアとフィリピンから来日した看護師、介護福祉士候補生は、2010年までの合計で、それぞれ455人、669人である。我が国の介護福祉士の登録者数は、介護従業者処遇状況等調査によれば2009年時点で811,400人であり、現在来日している外国人介護福祉士候補生が全員国家試験に合格したとしても全体の0.082%を占めるに過ぎない。また看護師の就業者数は衛生行政報告例によれば877,182人（2008年）であり、仮に候補生が全員合格しても就業者のわずか0.052%を占めるに過ぎない。

他の先進国では国内の看護師、介護士（caregiver：無資格者を含めた「介護を職とする人」の意）の不足を補うために海外からの受け入れを進めた国が多く、国内の登録者数（あるいは就業者数）に占める割合も高い。米国では、2005年の時点で外国生まれの看護師が全登録看護師の13.2%を占めている⁵⁾。イギリスにおいては、Nursing & Midwifery Councilの推計によれば、2008年時点で外国人看護師の割合は8%程度である。これは1990年代に国内の看護師不足の調整のために積極的に外国人看護師を受け入れたことが影響している。欧州の他国においても、外国人看護師数は全体の3~15%程度を占める国が多く⁶⁾、外国人看護師の受け入れは国内の看護師の需給アンバランスの調整に一定の役割を果たしていることが推測される。

介護士に関しては、データはほとんどなく、かつ「介護士」の定義が各国で異なることもあり、同様の分析をすることは難しいが、フィリピンでは海外に派遣されるcaregiverに関して詳細なデータが利用可能である⁷⁾。これによると、2005年から2009年の5年間で、カナダに10,174人、イスラエルに10,631人、イギリスに2,506人、台湾に38,553人のcaregiverが派遣されている。また、台湾のデータによると、外国人看護工（介護士）が2005年時点で12万6,693人に上り、家事労働者を含めた社福外籍労工は2009年には17万4,035人に上っているとの報告がある⁸⁾。

このように諸外国の看護師・介護福祉士の受け入れは、規模にしてかなりのものであり、明確に国内の需給のアンバランスの解決のために導入された政策であることがわかる。これに比して、EPAによる我が国の受け入れは、受け入れの規模を考えても小さく、ほとんど国内の需給には影響を与えないと考えられる。さらには、2010年度は、インドネシアからの看護師受け入れ後3年目、フィリピンからは2年目であるが、看護師国家試験での合格者がわずか19名であった。厚生労働省は当初の受け入れ期間の3年間で4年間に延長することを決定したが、この1年間の延長によりどの程度合格率が高まるかは疑問である。介護福祉士に至っては、資格習得後の賃金の上昇が看護師と異なりほとんど見込めないこ