

男女共同参画委員会答申

男女共同参画の推進と医師の働き方改革

2020年6月

日本医師会男女共同参画委員会

令和 2 年 6 月

日 本 医 師 会

会長 横倉 義武 殿

男女共同参画委員会

委員長 小笠原 真澄

男女共同参画委員会答申

男女共同参画委員会は、平成 30 年 12 月 20 日の第 1 回委員会において、貴職から「男女共同参画の推進と医師の働き方改革」との諮問を受けました。

これを受けて、委員会では 2 年間にわたり鋭意検討を続け、ここに委員会の見解を答申に取りまとめましたので、報告いたします。

なお、委員会では、「男女共同参画フォーラム」の開催等、諮問事項を踏まえた活動を行ってまいりました。それらの活動が諮問に対する具体的な成果であると考え、参考資料として、活動の記録を巻末に取りまとめております。

日本医師会男女共同参画委員会

委員長	小笠原 真澄	大湯リハビリ温泉病院院長
副委員長	島崎 美奈子	東京都医師会理事
委員	笠原 幹司	大阪府医師会理事
”	鹿島 直子	鹿児島県医師会常任理事
”	神崎 寛子	岡山県医師会専務理事
”	小出 詠子	愛知県医師会理事
”	今野 信太郎	三重県医師会理事
”	貞永 明美	大分県医師会常任理事
”	滝田 純子	栃木県医師会常任理事
”	蓮沼 直子	広島大学医学部附属医学教育センター教授
”	福與 なおみ	宮城県医師会常任理事
”	藤根 美穂	岩見沢市立総合病院小児科
”	藤巻 高光	埼玉医科大学病院脳神経外科教授

(委員：五十音順)

目 次

1. はじめに	1
1－1. 医師の働き方改革における男女共同参画の重要性	1
(1) 働き方改革が求められる背景	1
(2) 医師の働き方改革における男女共同参画の重要性	1
(3) 答申に向けて	2
1－2. 働き方改革にいたる社会的歴史背景と男女共同参画委員会	3
2. ライフイベントと医師の働き方	7
2－1. 妊娠・出産	7
2－2. 育児休業	8
2－3. 保育問題	10
2－4. 放課後児童クラブ	13
2－5. 家庭経営	14
3. 医師の働き方改革の中での女性医師のキャリア形成	17
3－1. 新専門医制度	17
3－2. 方針決定過程への女性の参画	21
(1) 日本における方針決定過程への女性の参画状況	21
(2) 方針決定過程への女性の参画が遅れている理由	21
(3) 医療界における方針決定過程への女性の参画状況	22
(4) ポジティブ・アクションのプロセス	23
(5) トップの資質	24
(6) 日本医師会イクボス大賞の創設	25
3－3. 医育機関におけるキャリア教育	26
3－4. 組織的なキャリア継続支援	29

(1) 相談窓口の設置.....	29
(2) 診療体制の整備・職場の理解.....	30
(3) 復職支援.....	31
3－5. 多様な働き方.....	32
3－6. 医師の労務管理の在り方	35
(1) 労働時間から労働効率へ.....	35
(2) 実労働時間の定義と管理.....	36
3－7. 労働法制の医師への適用	37
(1) 労働法制	37
(2) 働き方改革と女性医師支援.....	38
3－8. ジェンダー・バイアスと医師の働き方改革	40
(1) ジェンダー・バイアス	40
(2) 家庭内でのジェンダー・バイアス.....	40
(3) 働き方とジェンダー・バイアス.....	42
(4) アンコンシャス・バイアス.....	43
3－9. ICT、AI 活用の可能性.....	44
(1) 労務管理	45
(2) 業務の効率化.....	45
(3) 再研修制度.....	47
(4) シニア世代も含めた AI によるジョブ・マッチング・システム.....	47
(5) 今後の課題.....	48
4. おわりに 日本医師会として取り組むこと	49
参考資料 男女共同参画委員会活動報告	52

1. はじめに

1-1. 医師の働き方改革における男女共同参画の重要性

(1) 働き方改革が求められる背景

日本の人口は2008年の1億2,802万人をピークに減少に転じた。総人口が減り続ける一方で、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年頃には、老年人口はピークを迎える。生産年齢人口の減少が加速し、2040年には人口1億1,000万人程度に対して生産年齢人口が約6,000万人となることが推定される¹⁾。

生産年齢人口が減少する社会においては、生産年齢人口のうち「労働する能力と意思を持つ」労働力人口をこれまで以上に増やす対策が求められる。このため、国は女性や高齢者が積極的に労働市場に参加しやすいように、多様な人材が働きやすい環境の整備を進めてきた。結果として、厚生労働省の「労働経済の分析」によれば、2012年以降、女性や高齢者の労働参加により就業者数は減少傾向から増加に転じている²⁾。

しかし、生産年齢人口そのものが減少し続ければ、労働力人口の拡大にも限界があり、どの職種においても少なくなる労働力人口への対応が求められる。少ない人手（労働力人口）でいかに生産性を維持し高めていくかを考えなければならない。

医療現場は長時間労働を当たり前とする男性中心型労働慣行が長く続いてきた。このような医療界においてこそ、長時間労働の是正による働く人の健康と生活に配慮した働き方や、育児・介護等の個々の事情に応じた多様な働き方を可能とするとともに、少ない人手においても持続可能な医療・福祉を実現させるために、働き方そのものを見直す働き方改革は必須である。

(2) 医師の働き方改革における男女共同参画の重要性

働き方改革が目指すものは、イノベーションによる生産性向上とともに、就業機会の拡大や、意欲・能力を存分に発揮できる環境をつくることとされている。2019年4月から順次施行されている国の「働き方改革関連法」では、①働き方の総合的継続的な推進②長時間労働の是正と多様で柔軟な働き方の実現 ③雇用形態に関わらない公正な

待遇の確保を3つの柱として掲げている。これらは老若男女すべての働く人に求められることであるが、中でも重要課題とされる長時間労働の是正や多様な働き方は、国の施策として男女共同参画白書や少子化社会対策白書等で多元的に取り上げられ強調されている。

一方、男女共同参画の基本的方針は、「性別に関わらずすべての個人が互いにその人権を尊重し、各人が個性と能力を十分に発揮できる社会を実現すること」とされる。第4次男女共同参画基本計画では、「男女共同参画の実現は、少子高齢化が進み人口減少社会に突入している我が国において、社会の多様性と活力を高め、経済が力強く発展していく観点や男女間の実質的な機会の平等を担保する観点から極めて重要であり、社会全体で取り組むべき最重要課題である」とし、具体的な取り組みの第1分野に「男性中心型労働慣行等の変革と女性の活躍」を挙げている。このように働き方改革と男女共同参画は目指す方向が同じであり、実現すべき具体的課題において多くの部分で重なりあっている。

医師の働き方は、前述したように男性中心型労働が慣行となっており、他職種に比べて明らかに長時間労働となっている。またその過重労働は以前から問題視されており、過酷な労働環境での勤務は業務遂行能力の低下を招き、医療の質や安全を脅かすため、早急に改善されるべきである。

長時間労働の是正や仕事と生活の調和、多様な働き方等の実現が求められているが、これらは、男女共同参画推進の中で実効性のある女性医師支援策として検討されてきた事項でもある。女性のみならずすべての個人が仕事を継続し、個々の能力をその状況に応じて発揮していくという男女共同参画の理念は、医師の働き方改革において根幹をなすものであり、男女共同参画の推進なくして医師の働き方改革の実現はない。

(3) 答申に向けて

1999年に「男女共同参画社会基本法」が成立し、それから20年以上が経過した。この間、2003年には男女共同参画推進本部が「2020年までに指導的地位に女性が占める

割合が少なくとも 30%程度になるように期待する(『2020.30』)」という目標を設定し、2016 年には「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律(女性活躍推進法)」が成立した。

しかし、医療界における指導的立場における女性の割合は相変わらず目標には到達せず、2018 年には大学入試の不公正・不平等な実態が発覚する等、男女共同参画社会の実現には程遠い現状が続いている。このところ、「男女共同参画」は「働き方改革」とともに長時間労働の是正、多様な働き方の実現というキーワードで括られ、国の最重要課題と喧伝されている。働き方改革が一元的に労働力確保に終始しないように注視し、男女共同参画社会の確かな実現に資するものとしなければならない。

当委員会は 2008・2009 年度の諮問「女性医師に対する実効ある就業支援策について」の答申として、女性医師の勤務環境の整備や育児支援策を提言した。その後も、職場や社会の意識の醸成・行動改革、就業継続・復職支援、多様な働き方としての短時間正規雇用制度、勤務医の労務管理に関する認識の醸成等の必要性を繰り返し提言してきた。これらは医師の働き方そのものを議論するものであり、国が進めている働き方改革の内容と多くの部分で重なっている。

本答申では、これまでの提言をさらに多角的に再考するとともに、人口減少社会において持続可能な医療・福祉を実現するための方策を考え、日本医師会として取り組むべきことを提言していきたい。

参考資料

- 1)「人口統計資料集」国立社会保障・人口問題研究所 2020 年
- 2)「令和元年版 労働経済の分析(厚生労働白書)」

1-2. 働き方改革にいたる社会的歴史背景と男女共同参画委員会

働く女性の増加に伴い、1970 年代から職場における女性の地位保全や待遇が注目されるようになった。1979 年に国連は「女子差別撤廃条約」を採択し、日本は 1985 年に

批准した。その後 40 年を経た 2019 年 12 月、世界経済フォーラムは日本の GGI (Gender Gap Index : ジェンダー・ギャップ指数) を世界 153 か国中 121 位と発表した。これは政財界で活躍する女性の数を反映したものであり、衝撃的な数字である。

日本においては 1985 年に「男女雇用機会均等法」が公布され、社会における性差別や出産育児等にかかる職場の待遇差別は法的に禁止された。1991 年「育児休業法」が公布され、1997 年には「男女雇用機会均等法」の改正があり、女性の積極的な登用やセクシャル・ハラスメントを防止する文言が盛り込まれた。また同時期に、内閣府男女共同参画局は「男女共同参画白書」を発表し、①政策、方針決定過程への女性の参画②職場・家庭・地域への男女共同参画③女性の人権等について、今後の方針・見解を示した。続いて 1999 年には、「男女共同参画社会基本法」が公布、施行された。

このように、20 世紀は日本において、少なくとも法的には女性の人権が保護され、女性の社会的進出も増えてきた時期にあったが、現状は大きな課題を抱えつつ 21 世紀を迎えた。決して女性の社会的進出だけが原因ではないが、歯止めのかからない出生率の低下（少子化の進行）、生産人口の絶対的減少、それに伴う国の経済力の低迷は、男女に関わらず働く環境の劣化となって表れた。

21 世紀に入り、ようやく働き方の見直し、仕事と家庭の両立等が国民的課題となってきた。働き手としての女性のキャリア形成と出産・育児等のライフイベントの両立、少子化対策、次世代育成問題は国の重要課題となり、2003 年に国は「少子化対策社会基本法」「次世代育成支援対策基本法」を制定し、企業等への対策も求めた。そして「ワーク・ライフ・バランス」という言葉が市民権を得た。この時期、日本医師会が日本においていち早く、女性医師のキャリア形成について組織的な取り組みを開始した点は高く評価されるべきである。

日本医師会では、1998 年に女性会員懇談会を設置、2001 年には「女性会員フォーラム」を開催した。翌 2002 年には、日本医師会役員として初めて女性医師 2 名が参画したものの、女性会員懇談会の設置は見送られた。その後 2004 年に再度、女性会員懇談会を設置し、2005 年 7 月には日本医師会館において「第 1 回男女共同参画フォーラム」

を開催した。2006 年度以降、女性会員懇談会は「男女共同参画委員会」と改組名称変更し、活動を継続している。

「男女共同参画フォーラム」は毎回テーマを設定し、今日まで 15 回、担当の都道府県医師会の協力の下、全国各地で開催している。同フォーラムの成果としては以下の 3 つが挙げられる。

- ① 女性医師を取り巻く社会的環境や職場の問題点を分析し、女性医師支援の方向性を探求し、かつ明らかにした
- ② キャリア形成と出産・育児等のライフイベントが重なる時期の支援について提言した
- ③ 研究室や学会の男女差別の存在を指摘し、改善を求めた

日本医師会は 2006 年に、厚生労働省より「医師再就業支援事業」を受託した。2007 年には事業の主軸となる「日本医師会女性医師バンク事業」が始動し、2009 年には「日本医師会女性医師支援センター」と改称し、女性医師バンク事業のみならず様々な女性医師支援事業を展開した。そして 2010 年には各ブロックから集結した女性医師バンク事業担当者（就業支援医師コーディネーター）をメンバーとした「日本医師会女性医師支援委員会」を設置した（2016 年組織改編により解散）。

事業内容は多岐にわたり、「女性医師支援事業連絡協議会」「大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会」の開催や、各地区医師会が企画する「医学生、研修医等をサポートするための会」等を支援してきた。その成果として、地域の院内保育所、病児・病後児保育の充実等をもたらした。「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」の開催を支援することによって、出産・育児中の女性医師の立場への理解を求め、女性医師の前に立ちはだかる「ガラスの天井」の理不尽さを訴えてきた。啓発活動だけではなく、2014 年、2019 年と 2 回にわたって全国的アンケートを実施し、方針決定過程への女性の参画状況や、女性医師支援の状況を明らかにした（3-2.方針決定過程への女性の参画参照）。

当委員会と日本医師会女性医師支援センターは、まさに車の両輪として機能してきた。女性医師バンク事業は 2016 年に現役女性医師コーディネーターから専任コーディネーター体制に変更され、2019 年には通算就業成立件数 1,000 件に到達し、成果を上げている。

当委員会は創設当初から、女性医師のキャリア形成とライフイベントが重なる時期に焦点を当てて、各地区で開催している男女共同参画フォーラムや会長諮問への答申等で多くの提言をしてきた。多様な働き方を模索し、かつ「保育所・病児・病後児保育の充実」「家庭における男女平等（ともに楽しむ子育て）」の提言等、実務機関の役割を担ってきた日本医師会女性医師支援センター事業とともに成長してきた。また、大学に設置された（女性）医師支援センターや勤務医委員会との連携による女性医師の地位保全も訴えてきた。

しかしながら、2019 年に開催した第 15 回男女共同参画フォーラム（宮城県）においてもなお、「ガラスの天井」「上司の無理解」等の言葉が行き交い、まだ道半ばであると感じた。我々はこれからも、次世代につながる活動を続けていかねばならない。

医師の「働き方改革」、つまり「魅力ある職場づくり」の実現を考えると、男女を問わず「勤務医問題」そのものでもあり、特にキャリア形成期の女性医師が所属する教育機能を担う大学や基幹型病院の問題でもある。もちろん、男性医師にも「働き方改革」が必要であることは言うまでもない。

その改革の起点は、男性医師の「男女共同参画」に対するさらなる意識改革と同時に、女性医師も強い意思を持ってまずは同じ土俵に上がり、ともに取り組むことにある。そのプロセス形成には、今までの女性医師支援活動の過程と結果が、大いに生かされるものと考えている。

参考資料

- 1) 「女性医師の多様な働き方を支援する」日本医師会女性医師支援センター 2013 年
- 2) 「日本医師会女性医師バンク 12 年の歩み」日本医師会女性医師支援センター 2019 年

2. ライフイベントと医師の働き方

2-1. 妊娠・出産

社会学者の山口一男氏による統計分析によれば、第一子出産に影響するのは女性の出産意欲、第二子出産に影響するのは第一子目での子育て体験、特に夫の育児協力の有無、第三子出産に影響するのは経済的事情である。これを受けて 2005 年当時、内閣府の男女共同参画・仕事と生活の調和に関する専門委員会会長であった佐藤博樹氏は、第一子出産にプラスに作用するのは勤務先における両立支援の充実度、第二子では夫がどの程度子育てにコミットするか、第三子では教育費等子育ての経済的要因だと語っている¹⁾。

ところで、妊娠・出産には適した年齢があり、母親の年齢が 34 歳以下で男性の年齢が 39 歳以下のカップルが、最も流産のリスクが低くなるという報告がある²⁾。2016 年における出産時の母親の平均年齢を出生順位別に見ると、第一子が 30.7 歳、第二子が 32.6 歳、第三子が 33.6 歳となっており、かろうじてリスクの少ない「妊娠適齢期」内に収まってはいるものの、高齢化しつつある。妊娠・出産における母体側、児側双方のリスクを考えても、出産年齢の高齢化は問題である。

日本外科学会の調査によれば、妊娠・出産をあえて希望していない女性医師は 2%に過ぎない³⁾。川瀬氏らの東京慈恵会医科大学に勤務する女性医師の調査⁴⁾によれば、第一子の平均出産年齢は、外科系で 31.3 歳、内科系で 31.0 歳、基礎系で 32.7 歳と国民全体よりも 1~2 年遅れていることが分かる。

また、出産希望年齢について、臨床系、特に外科系では専門医取得後に出産を希望するケースが多く、基礎系では 35 歳までの希望が多い。医籍登録時の平均年齢が 26.8 歳であることを考えると、専門医制度の取得時期と妊娠・出産の時期が重なることは周知の事実である。こうしたことから、女性医師の妊娠・出産に関わる支援は、現状に即して対応するなら、初期研修終了後から専門医取得時期を中心とした年齢層に手厚く行われることが必要である。

さらに、医学的に比較的安全で安心な年齢での妊娠・出産を可能にするためには、卒業後から専門医取得時期を通じ中堅に至るまでの時期の女性の「sexual and

reproductive health and rights：性と生殖に関する健康と権利」に添う工夫が必要である
と考える。なお、高齢出産のリスクについて十分理解していなかったという回答もあり、
キャリアパス教育の中に妊娠・出産についての情報を改めて盛り込む必要がある。

また、人事担当者や管理職が労働法規に習熟するための、十分な教育も必要である。
都道府県医師会には女性医師支援センターを設置し、相談に対応しているところもある。
医師会からの情報発信や相談等のサポートができるシステムづくりも重要である。

セクシュアル・ハラスメント、マタニティ・ハラスメントを経験したという例が各機
関・学会ごとの調査で報告されている。sexual and reproductive health and rights は基
本的な人権である。日本は人権に対する意識が世界的に低く、最近まで医学部入学試験
における性別による傾斜配点があったことも事実である。加えて、それを容認するよう
な発言が女性からも聞かれたように、ジェンダー・バイアス（3-8.ジェンダー・バイア
スと医師の働き方改革参照）がステレオタイプとして深く意識に染み込んでいるように
感じられる。

また、前述のように専門医取得のための準備期間がちょうど妊娠・出産適齢期と重な
るため、妊娠・出産によって資格取得が妨げられるのではないかという不安が、学生、
研修医からしばしば聞かれる（3-1.新専門医制度参照）。妊娠・出産・育児は医師の人生
において有意義な経験であり、そこから学ぶ事柄も多い。医術を学ぶという点では回り
道をするようでも、医師である人としての学びに淀みがあるわけではない。時間がかか
ったとしても志した道を諦めずに全うできるような方法を工夫し、誰にでも分かりやす
いように提示するべきである。そのためには当事者たる学生、若手医師、女性医師の意
見も十分取り上げ、できれば当事者がシステム策定に参画できるようにすべきであろう。

2－2．育児休業

女性医師が理想とする子どもの数は、前出の川瀬氏らの調査⁴⁾によれば、分野によっ
て若干違いはあるものの概ね二人か三人だが、実際の子どもの数は一人か二人である⁵⁾。
そこで、二人目出産のためのプラス要因として重要な夫の協力について、特に最も手の

かかる乳児期の子どもの世話に関わる育児休業について考えてみる。

日本の育児休業制度は、世界全体から見ても決して見劣りするものではない。父親の育児休業制度は、ユニセフの報告書によれば日本が世界一（41 か国中。母親については16位）である⁶⁾。ところが実際に育児休業を取得する父親は非常に少なく、5.4%にとどまっている。

当委員会と日本医師会女性医師支援センターが作成した2019年4月の「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書 比較詳細版」⁷⁾によれば、女性医師はその8割ほどが育児休業を取っており、8年前の調査から10ポイント以上増加している。また、若年者ほど取得率が高い傾向にある。

しかし、「代診医がない」「職場で取得しづらい雰囲気がある」という理由で育児休業を取得しない女性医師もあり、制度について十分理解していない者も相当数いる。開業している女性医師では、育児休業どころか産後数日目から外来診療をしていた例もあり⁸⁾、こうした場合の代診医利用の支援を考える必要がある。女性医師の育児休業については、取得を希望する者は取得することができるよう、本人及び周囲への制度の周知徹底を図ることがまだ必要であるばかりでなく、取得させる場合の周囲の医師たちの働き方にも十分配慮していく必要がある。後述のキャリア支援枠（3-4.(2)診療体制の整備・職場の理解参照）等の活用も1つの方法である。

男性医師も、妻の出産に伴い育児休業を取るケースがわずかだが見られるようになってきた。その増加速度は非常にゆっくりであるが、子どもと過ごす時間の中で得難い体験や学びをしたという感想も稀ならず聞く。

一方、女子医学生は年々増加しており、特定の診療科では若年医師の過半数を女性が占めるまでになっている。それにも関わらず当委員会と日本医師会女性医師支援センターが実施した「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書⁹⁾」からは、育児のために働き方や仕事内容を変更する、収入を減らす、仕事を辞めてしまうといったケースは依然として女性医師の方が多い現状がうかがえる。夫の育児参加が当たり前となり、第二子、第三子を出産しやすい社会になることは日本全体にとって歓迎すべきことであり、

医学界においても、半数に迫ろうという女性医師のキャリア継続にとって大事なことがある。

2-3. 保育問題

改正育児・介護休業法では、子育て期間中の働き方が見直され、短時間正規雇用制度の義務化、所定外労働の免除の義務化、そして子の看護休暇が拡充された。

また、子ども・子育て支援新制度では、①認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付（「施設型給付」）及び小規模保育等への給付（「地域型保育給付」）の創設②認定こども園制度の改善（幼保連携型認定こども園の改善等）③地域の実情に応じた子ども・子育て支援（利用者支援、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブ等の「地域子ども・子育て支援事業」）の充実の3点が主なポイントとなり、支援事業が各市町村事業として始まった。

一方、子育て支援の中で重要である病児・病後児保育は医療機関が中心となって運営されていることが多いが、一般的に不採算事業である。子どもの発病は予測不可能であり、急に仕事を休めないときの子どもの預け先として、病児・病後児保育が強く求められる。「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書⁹⁾」では、「女性医師の悩み」のトップは「家庭・育児に関する悩み」であり、その内容は「家事・育児・介護と仕事の両立」がすべての年齢層で多かった。不採算であっても今後も病児・病後児保育が持続可能となるように、支援の強化を国・地方自治体に働きかけていく必要がある。

保育所に関しては様々な問題が挙げられる。医師においては院内保育所を必ず活用できるわけではない。実際には医師としての働きが求められても「大学院生」の身分である場合や、基礎の講座の研究者である場合等、院内保育所が利用できないこともある。後に述べるが、専攻医の転勤に伴って保育所が利用できなくなることもある。

病児・病後児保育を実施している病院は、全国で9.3%に過ぎない（次項表参照）。「働き方改革」の点から、子どもの病気のときは休みを取得できるような環境を職場がつくるべきだとの意見もある。

表：病児保育を実施している病院（厚生労働省令和元年 7 月 1 日資料より）

病院数	院内保育を実施している				
	病児保育あり				
A（病院数）	B（病院数）	B/A	D（病院数）	D/A	D/B
8,412	3,685	43.8%	783	9.3%	21.2%

しかし、同じ診療科で多数の医師が働いているような環境下ではタスクシフト等も可能であろうが、多くの中小病院では、各診療科常勤医師が 3 名以下であり、働き手がいなくなれば地域医療が大きな痛手を負うことも明白である。各医療機関において、これらの制度を実効あるものにするためには、補充要員、代替医師の確保等が必要となり、その調整は非常に難しいことが現状である。体力のある病院のみ対応が進み、結果的にさらに病院間の格差が拡大することも推測される。医師の絶対数の増加と適正配置が喫緊の課題であり、雇用側の努力だけでは現状は難しく、中小病院への助成等行政の支援が不可欠である。

前出の調査⁹⁾では、子育てに必要と思う支援として、病児病後児保育を 65%、保育施設の充実を 61%の人が挙げた。保育施設に関しては、保育士の不足、保育園医の不足、都市部における新規設置場所の確保困難等、多くの課題があるのは周知の事実である。保育士不足の中、保育園の数だけ増やしても質（すなわち安全性）の低下に直結する。また、院内保育所運営には小規模であっても高額な費用が発生し、病院経営を大きく圧迫する。病児・病後児保育はさらにハードルが高い。本来なら保育所整備とセットでなければ意味はないが、高額な経費、行政の理解不足、小児科医の協力が必須、設置場所等、問題は山積である。

子育てとの両立支援に求められるのは、以下の事項である。

- ① 職場側から仕事と育児・介護の両立支援に対するメッセージ発信
- ② 育児・介護休業法に基づく就業規程の整備・周知
- ③ 雇用側の、仕事と育児・介護の両立ができる体制確保、法改正の理念を管理者、

人事を担当する医局長、同僚等がしっかり受け止め、制度を利用しやすい職場風土をつくる

- ④ 雇用される側が、仕事と育児・介護を両立するための意欲を向上させ、制度利用に対する自覚を促すセミナー等を実施する
- ⑤ 病児・病後児保育を含めた保育所、放課後児童クラブ等整備拡充、補助金制度の拡充、ベビーシッター、保育料助成の要望
- ⑥ 男性医師の育児、家事、介護への積極的参加、その啓発活動、並びに広報活動
- ⑦ 医師会主体の保育所設置を進める。医師会と行政が協働で病児・病後児保育施設を設立し、成功例をモデルケースとして発信する

子どもを預ける場所の充実は、子育て支援において当然必要であるが、さらに必要とされるのは、子どもを預けておくことができない状況への対応である。北海道には「緊急サポーター」という制度があり、一定の研修を受けて保険に加入しているサポーターが、病児を自宅、あるいは利用者宅で預かる他、保育所で体調を崩した場合の受診の送迎等もする。乳幼児のみならず、低学年児童であれば、病気のときに1人で留守番をさせることを不安に思うであろうし、やはり「緊急サポーター」のような制度が求められるだろう。北海道のような取り組みを、広く全国に周知していくことも重要である。

また、この度の新型コロナウイルスの流行は、突然の長期休校・休園、子ども・高齢者のデイサービスの休止という事態をもたらした。いち早く院内保育所の機能拡大を図った病院もあれば、出勤できない看護師が多数に上って対策に迫られた病院もあった。この答申を作成している今現在も、いつまで続くか先が見えない状態である。人の移動が激しい現代社会では、こうした新たな感染症の拡大は少なからず起き得るだろうと予測されてきたが、このようなときに私たち医師は職場を放棄して休むことはできない。事態が収束した後はしっかりと調査を行い、医療活動の必要度が高まる事態においてこそ十分な力が発揮できるよう、今後に備える必要があると思われる。

病児・病後児保育や放課後児童クラブ、ベビーシッター制度等の整備については、地

域医療介護総合確保基金の利用（医療従事者の確保・養成に関する事業等）の具体例を提示し、このことも広く情報提供する必要がある。

2-4. 放課後児童クラブ

乳児期、幼児期には、保育所が就労時間中の子どもの養育を支援してくれる。延長保育や夜間保育、休日保育、病児病後児保育等、様々な形態があり、保護者は比較的手厚い支援を受けながら過ごす。

ところが学齢期に入った瞬間、この手厚い支援が「突然のように」失われる。代わりに放課後児童クラブ（あるいは学童保育、留守家庭児童会）を利用するようになるのであるが、利用できる時間帯等について乳幼児期とのギャップが大きく、保護者にとっては大きな負担となり、しばしば「小1の壁」と呼ばれる。それは放課後児童クラブのシステムが就労する保護者のニーズと乖離していることによる。

放課後児童クラブの様々な問題点や諸外国との比較については、日本総研主任研究員池本美香氏の各論文^{10) 11)}に詳しいが、特に医師とその子どもの視点から考え、以下を指摘したい。

- ① 医師の働き方に対応していない（開設時間が短い、当直や休日就労に対応していない）
- ② 放課後児童クラブの活動プログラムが子どもにとって魅力的ではない。そのため、高学年になると参加しなくなる。大人の目のない場所で子どもだけで過ごす可能性が高くなり、子どもの安全確保という点からも望ましいとは言えない
- ③ 都市部には相応の費用負担で利用できる、サービスの豊かな民間の放課後児童クラブも存在するが、地方では自治体設置の放課後児童クラブしか利用できないことも多く、体験の差が生じる。結果的に、子どもを持つ女性医師の地域医療への参画の妨げになる場合がある

このような課題に対して、国は2018年に「新・放課後子ども総合プラン」を策定し、

厚生労働省管轄の放課後児童クラブと文部科学省管轄の放課後子ども教室が一体型として実施されることになった。生活の場から学習・体験活動まで幅広いプログラムの提供や内容の充実が期待されるが、開設時間が短い等、医師の働き方に対応していないという課題は残る。各地域の実情に応じた開設時間やプログラムの内容、配置人員等について、医師会が積極的に関わっていくことも必要であろう。

なお、放課後児童クラブとは直接関係ないが、子どもの課外活動には部活動や少年団活動、塾や習い事等もある。これらについては親が送り迎えや活動の手伝いをする等、一定の負担をすることが当たり前とされている。共働きである保護者にとって、送迎や手伝い等は大きな負担となり、子どもの課外活動参加に影響が出ることも考えられる。1日中預けておける乳幼児期の子どもより、学齢期になってからの方がより子育てと仕事の板挟みになりやすく、そのため仕事を辞める、転職する、非常勤になる、というケースも稀ならず見聞きする。

「預ける」印象の強い乳幼児だけでなく、「自ら活動する」学齢期の子どもの姿を想定して支援を考えなければ、こうした点は解決できない。学齢期の子どもを持つ親のニーズをどのように満たすかと、地域医療を支えることとの両立に必要なことを考えていくことが求められる。

2-5. 家庭経営

家庭経営とは、家庭において計画され実行される様々な事柄、消費される様々なもの等についての計画及び決定のことである。その方針は判断可能なすべての構成員の参加によって決められるべきものであり、必要とされる業務は構成員全員でその能力に応じて分担される必要がある。そこで最も問題になるのは、家庭内での家事・育児・介護労働の分担についてであろう。

2017年に実施した北海道医師会勤務医部会若手専門委員会での世代間ギャップ現況調査¹²⁾¹³⁾では、家事分担の傾向について、ごみ出しや風呂掃除等の「分かりやすい」仕事や、家族のレクリエーションの企画実行等、自分も楽しめる事柄についての男性の参

加は良好であったが、繊細なコミュニケーションを要すこと（子どもの学校とのやりとり等）、またいわゆる「名もなき家事」に含まれるようなきめ細かな家事に関しては、女性がつばら引き受けている傾向が見られた。「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書 比較詳細版」⁷⁾では、夫の育児・家事参加状況に対する女性側の主観的な満足度は、前回調査の8年間前からほとんど改善していない。ただし世代間の差を見ると、若い世代になるほど満足度が高くなっており、若い世代の男性がより積極的に育児や家事に参画しようとしていることが推察される。

しかしながら、客観的に見て日本の男性の家庭内での仕事分担の状況については、国際比較においてはまだまだ不十分なレベルである。日本では、妻の方が夫よりも一般に週当たり10時間以上長く家事をしているというが、フィンランドやデンマークではその差が2時間強である。日本外科学会の調査では、男性医師の約7割が専業主婦の妻を持っており、家事や育児は妻がほとんど行うという結果になっている。日本の医療において医師の1人当たりの仕事量はかなり多い。家事を妻に任せてきた男性医師がこれを支えてきたのが現実である。この現状のまま、妊娠・出産・育児のために仕事量を減らす、あるいは休職せざるを得ない医師の仕事を残された医師に負担させると、さらに仕事の重量が増して心理的・時間的ゆとりが減少し、不満が募ることも予想できる。そうした中でこの家事分担の不均衡を早急に是正することはかなり難しく、医師全体の働き方や医師数を含めた医療全体の在り方を根本的に見直さなければならないだろう。

しかし、最近の医学生や若い医師たちの間では、男女を問わず家事や育児に関わりたい、ワーク・ライフ・バランスを大事にしながらキャリアパスを描いていきたいという気持ちが育っていることも感じられる。そうした若手の気持ちを支え、実現のために積極的に力を貸すことで「お互い様」の気持ちを育て、家庭内での働き方を含めた医療界の働き方全体の見直しにもつながっていくと思われる。

参考資料

- 1)「ワークライフバランス 実証と政策提言」山口一男 ニッポン経済新聞出版社 2009年

- 2) de la Rochebrochard E, Thonneau P. Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; Results of a multicentre European study. Hum Reprod . 2002, 17:1649-56
- 3) 「女性外科医の妊娠・出産に対する意識とその実態に関するアンケート」日本外科学会男女共同参画委員会 2019 年
- 4) 「女性外科医の妊娠・出産とキャリアー女性医師を対象としたアンケート調査の分析ー」川瀬和美、中村清吾、野木裕子、神尾麻紀子、武山浩、大木隆生 日本外科学会雑誌 120 (1) : 117-119, 2019
- 5) 「女性医師・歯科医師 開業医会員アンケートまとめ」全国保険医団体連合会女性部 全国保険医団体連合会 2015 年
- 6) Chosen Y, Gromada A, Rees G, Are the worlds's richest countries family friendly? Policy in the OECD and EU. UNICEF 2019
- 7) 「女性医師の子育て～8 年間で何が変わったか、何が変わっていないか～女性医師の勤務環境の現況に関する調査 2017 年と 2009 年の詳細比較報告書」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 比較詳細版ワーキンググループ、日本医師会女性医師支援センター 2018 年
- 8) 「女性医師の働き方の現状と課題～インタビュー調査から～」上家和子、北村節子 日本医師会総合政策研究機構 2019 年
- 9) 「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、日本医師会女性医師支援センター 2017 年 8 月
- 10) 「放課後児童クラブの整備の在り方ー子どもの成長に相応しい環境の実現に向けてー」池本美香 JRI レビュー, 21-49 2016 年
- 11) 「放課後児童クラブの国の整備目標の妥当性ー 2045 年までの利用ニーズの試算をふまえてー」池本美香 JRI レビュー, 1-28 2019 年
- 12) 「地域医療の現況調査／世代間ギャップ現況調査」北海道医師会勤務医部会/若手専門委員会 北海道医師会 2017 年
- 13) 「勤務医の環境改善と地域医療を守るために 地域医療の現況調査ならびに世代間ギャップ・アンケートの結果から -北海道医師会勤務医部会・若手医師専門委員会報告 (2018 年度)」

http://www.hokkaido.med.or.jp/doctor/d_members/library.php

3. 医師の働き方改革の中での女性医師のキャリア形成

3-1. 新専門医制度

2018年3月に初期臨床研修を終了し、専門医を目指して専攻医（従来の呼称で後期研修医）となった医師は、新専門医制度設計がなかなか定まらないことで非常に困難を感じた世代である。多くの「専門医」が乱立し、学会により専門医の認定基準が統一されておらず、また「専門医」に対する捉え方に国民（受療者）と医師との間にギャップがあったこと等から、国民の視点に立った上で医師（専門医）の質の一層の向上を目指し、また医師の偏在是正等にも配慮して学会から独立した中立的な第三者機関で専門医を認定する仕組みをつくろうとして¹⁾厚生労働省医政局が設置した検討会（専門医の在り方に関する検討会）の議論を経て2014年5月、日本専門医機構が設立され、専門医制度整備指針（第一版）²⁾が示された（2014年7月）。

当初、2017年4月までに新専門医制度発足としており、制度設計の期間が3年と短く、この間、基本領域の制度設計さえ二転三転し、若手医師や医学生を困惑させることとなった。結果的に、2017年に新専門医制度を開始した一部の専門領域を除き、2018年4月から新制度の開始となったが、これでも振り返って見ると拙速な開始だったといわざるを得ない状況であった。この新専門医制度では、当初は原則プログラム制での研修が必要とされ、研修の中断については、整備指針（第一版）では「専門研修の休止・中断、（中略）出産・育児休業（中略）等の場合における扱いを明示すること」とされたものの、この一文のみで、どうすべきであるという具体的な方針は全く明示されていなかった。専門医更新の際も、特定の理由で更新ができない場合は「活動休止」とすることとなっていた。「活動休止」はその期間、専門医を名乗ることができないばかりではなく、要件更新のための講習受講等もできない（受講しても単位とならない）という内容であった。

ライフイベントに当たってどうしても産前産後休業という形で研修を中断せざるを得ない女性医師は、中断のない医師と比較して専門医取得が遅れてしまう。また専門医更新が産前産後休業や育児休業の時期に当たる場合、専門医の更新ができない可能性が

高くなるばかりではなく、更新手続きが完了するまでは、育児休業から復職した場合でも「非専門医」として勤務しなくてはならなくなる制度であった。当委員会ではこの点を重視し、2015年10月、中間答申という形で女性医師にとって不利にならない制度設計を求める意見を発し³⁾、日本医師会から日本専門医機構へ要望した結果、専門医制度新整備指針第二版⁴⁾（2017年6月）では女性医師のライフイベントに配慮することが記載されたところである。同様の趣旨で、専門医研修はプログラム制のみならずカリキュラム制でも可能となり、専門医試験の受験資格が与えられるようにと明記された。更新に関しても、所定の期間内で更新基準を満たせない場合は「更新延長」を行うことで、その猶予期間中は「機構専門医」ではないが、「基本領域学会専門医」を維持できることが明記された。

しかし、専門医制度は理念として、「新専門医制度の研修・更新等が、結婚、出産、育児等のライフイベントと重なる女性医師にとって、臨床実績を積み重ねることがハードルの高いもの」にならないようにすべきであったが³⁾、実態は「高いハードル」が様々あると言わざるを得ない。その中でも保育所探しは大きな問題の1つである。産前産後休業や育児休業明けの医師（男性医師も育児休業は取得できるが、実態は育児休業においても取得するのは女性医師であることがほとんどである）が働く上で適切な保育所を見つけること（通称「保活」）は容易ではない。勤務先付設の保育所に預けられる場合はそう多くはなく、公設あるいは民間の保育所を探さなくてはならない。「保活」それ自体に困難があることはここではあえて強調しないが、専門医研修が、施設群内の複数施設を計画的に異動することが地域医療確保の観点からも重要とされているために⁴⁾、ひとたび適切な保育所に預け入れることができても、勤務先が変わるときに新たな保育所を探さなくてはならない。一か所のみ異動であっても、戻るときにも同様のことが生ずる。ベビーシッターを利用するという選択肢は、東京はじめいくつかの大都市では可能性はあるが、地方都市では県庁所在地でもそもそも十分な人的資源がない上に、経済的にも非常に大きな負担となる。

続いて、専門医制度では「症例数」がキーワードの1つとなっており、またいわゆる

「二階建て」のサブスペシャリティ専門医制度における認定において「症例登録が容易になる」こと等もあり、多くの学会がオンラインでの症例登録によるデータベース（National Clinical Database, NCD 等）を専門医資格申請時の経験症例とリンクした⁵⁾。

しかしこのため、専攻医や若手医師の負担が逆に激増している。必要とされる症例自体の数も多くなり、またそれをオンラインで登録する作業に時間をとられる。病院での電子カルテ作成で要求される事項、すなわち適切な要約作成や上級医に承認を求めること、医療安全のための書類作成、患者に渡す説明同意書類等に患者や家族から署名を求めて電子カルテに入力すること等、近年多くの事務作業に時間をとられている若手医師であるが、さらに症例登録のためデータベースへの入力作業に著しく多くの時間的負担を強いられている。若手医師は専門医取得に向けて勉強する時間が削られるのみならず、育児家事の時間が加わると睡眠時間を削って対処せざるを得ないのが実情である。

電子カルテと、専門医とリンクしたデータベースとの連結化や、AI（Artificial Intelligence：人工知能）の活用等、大胆で思い切った改革が行われないと、子育て中の医師のみならず若手医師全体が疲弊することになると言っても過言ではない。本来の医師としての研修、修練、態度技能の習得にも支障をきたし得ると考えられる。

さらに、新専門医制度において「質の向上のみならず、地理的偏在および診療科偏在に対して是正」を行うためにシーリング制度が導入されたが⁶⁾、これについても問題点がある。すでに一部の診療科、地域で実際にシーリングとして専攻医数の制限が行われているが、プログラム統括責任者が専攻医を選考する際に人数制限があるとなると、ライフイベントを控え「労働力」として不安がある女性医師に対して、潜在的に厳しい目が向けられる可能性があるからである。2018 年、医学部の入学試験で女性受験生への差別が問題となったが「結婚や出産による離職率が男性に比べて高い女性の入学者を、できる限り少なく抑える」⁷⁾ことが差別の大きな理由の 1 つであったとされており、同じことを繰り返してはならないと考える。専攻医選考の透明性を確保するとともに、女性、男性を問わずに過重な労働環境ではなく専攻医として働く環境が整えられなくてはならない。

本項の主題ではないが、地域枠医師の専攻医登録に関して現在問題となっている点が、女性医師と密接に関係していることを指摘しておく。地域枠から都道府県の同意を得ずに離脱した場合、研修プログラムで採用してはならないとなっている。地域枠は医師の偏在解消のために設けられたものであり、同意なき離脱はたしかに「不公平である」とことは事実である。しかし、2019 年に専攻医として研修を開始した地域枠医師のうち、29 名の離脱者について厚生労働省が行った調査では、離脱理由の最多（12 名。性別についての統計は公表されていない）が、「結婚による配偶者への他都道府県同伴」を理由として挙げている⁸⁾。これについて、個人の勝手な行動と決めつけるのではなく、何らかの合理的な解決策（一度、地域枠としての貢献を「中断」して、例えば子育て終了後に「再開」する、県の異なる自治医科大学卒業生夫婦が両名で義務年限を分担して両県で勤務する制度を参考にする等）を考えるべきである。

当委員会は、新専門医制度が、ライフイベントを伴う女性医師の現実から、今もってあまりに乖離した制度であることを懸念する。言葉は悪いが、「男目線」「上から目線」から脱却できていないとさえ言える制度である。ワーク・ライフ・バランスは、超高齢社会を迎えた日本にあって、介護に関する問題も多く生じる中、男女を問わず医師にとって大きな問題となることは言うまでもない。単に地域、診療科間の偏在を数合わせて調整しようとするのではなく、保育問題や症例登録を含む事務作業等、多くの「ハードル」についての抜本的な対策を講ずることで働きやすい環境を整え、自らの人的資源の確保につながる環境を専門医制度設計でも考慮すべきであると提言する。

参考資料

- 1) 「専門医の在り方に関する検討会報告書」厚生労働省 平成 25 年 4 月 22 日
- 2) 「専門医制度整備指針第 1 版」日本専門医機構 2014 年 7 月
- 3) 「男女共同参画委員会中間答申」平成 27 年 10 月 <http://dl.med.or.jp/dl-med/female/danjiyo2627ir.pdf>
- 4) 「専門医制度新整備指針（第二版）」日本専門医機構 2017 年 6 月
- 5) 「日本専門医制度概報」日本専門医機構 2019 年度版

- 6)「2020 年度専攻医募集シーリングの背景」厚生労働省 2019 年 11 月 27 日
- 7)「第三次調査報告書（最終報告書）」学校法人東京医科大学第三者委員会 2018 年 12 月 28 日
- 8)「従事要件等が課されている医師の専門研修プログラムにおける採用について」令和元年度第 2 回 医道審議会医師分科会 医師専門研修部会資料 2019 年 9 月 11 日

3－2．方針決定過程への女性の参画

（１）日本における方針決定過程への女性の参画状況

日本において、方針決定過程への女性の参画割合は低い。2018 年の UNDP（国連開発計画）の「人間開発に関する指標」によると、基礎的な人間の能力が平均どこまで伸びたかを測る指標 HDI(Human Development Index：人間開発指数)において、日本は 189 か国中 19 位、HDI と同じく基本的能力の達成度を測定した指標であって、女性と男性の間で見られる達成度の不平等に着目した指標 GDI（Gender-Related Development Index：ジェンダー開発指数）は、166 か国中 51 位となっている。

しかし、世界経済フォーラムが 2019 年に公表した男女格差を測る GGI では、153 か国中 121 位である。GGI は経済、教育、保健、政治の各分野で男女間格差を見ているが、日本の順位は経済と政治での分野で著しく低く、賃金格差や方針決定過程への参画が遅れていることによる。つまり、女性の能力の開発はかなり進んでいるが、それを発揮する機会があるかという点では十分でないことが分かる¹⁾。

（２）方針決定過程への女性の参画が遅れている理由

方針決定過程への女性の参画が遅れている背景に関して、1999 年に男女共同参画基本法が制定された当時は以下の 4 つが挙げられていた。

- ① 男女の性別役割分業（家事・育児・介護等に係る総時間の 9 割を女性が担っている）
- ② 就業（女性の労働力人口全体に占める割合は高まったが、国際的に見て男女の労働力率の差は大きい。管理職の割合や賃金等、統計的に見ると男女間で格差があ

る)

- ③ 家庭（我が国の男性は、他の国の男性に比べ仕事時間が長い一方、家事時間が極端に少ない）
- ④ 地域（社会的活動を行った者の割合は、男性より女性の方がやや高く、専業主婦については女性全体よりもわずかに高い）。

男女共同参画基本法が制定されてから 20 年が経過した現在においても、これら 4 つの背景は大きく変わることなく、医師を取り巻く環境にも当てはまる。医療界でもこれまでに課題として大きく取り上げられ、議論されてきた。医療界における方針決定過程への女性医師の参画状況の推移について、日本医師会女性医師支援センターによるアンケート結果を用いて以下に述べる。

（３）医療界における方針決定過程への女性の参画状況

日本医師会女性医師支援センターが 2014 年と 2019 年に実施した、日本医学会加盟各医学会、及び全国大学医学部・医科大学を対象にしたアンケート調査²⁾では、女性医師の立場、方針決定過程への女性医師の参画状況等の経年比較データが掲載されている。2003 年に政府が示した『2020.30』という目標には、2019 年であっても程遠い結果が示されている。

しかし、前進している状況も見受けられる。具体的な数字を次に挙げる。

学会に所属する女性医師の割合は、2014 年の 15.7%から 2019 年の 19.1%へ増加した。女性医師割合が 5%未満の学会は、2014 年 4.2%から 2019 年 1.4%へと減少している。また、20%を超えている学会が 2014 年 26.8%から 2019 年 41.7%へ大幅に増加した。ただし、このこと自体は、女性医師が増加したこともあり自然経過と考える。着目すべきは、学会における方針決定における重要な役割である理事の女性医師の割合が 0%の学会数は、2014 年は 47 だったのに対し、2019 年には、34 と大幅に減少したことである。評議員(代議員)の女性医師の割合が 0%の学会も、2014 年で 7 学会だったが、

2019 年には 1 学会に減少していた。学会役員（会長・副会長・理事）として見ると、2014 年の 2.7%から、2019 年の 4.4%へ増加した。大学医学部に着目すると、教授である女性医師の割合は、2014 年の 2.5%（78 人）から、2019 年の 4.3%（173 人）へ大きく増加した。その他、医師の役職者数は、准教授・講師・助教とも割合が増加している。学部内に女性医師支援または男女共同参画推進のための組織が設置されていたのは 8 割以上に上り、5 年間で約 10 ポイント上昇した。

（４）ポジティブ・アクションのプロセス

『2020.30』には届かずとも、少なからず前進している背景には、医師会や学会がポジティブ・アクション（積極的改善措置）を実施していることが大きく寄与している。2010 年 12 月、第 3 次男女共同参画基本計画が閣議決定され、この中で「社会のあらゆる分野において、2020 年までに指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも 30%程度になるよう期待する」という目標が改めて明記された。日本医師会ではいち早くポジティブ・アクションを発表し（2011 年）、具体的な取り組みとして、第 1 回『2020.30』推進懇話会」を日本医師会館で開催した（2012 年）。学会においても、ポジティブ・アクションをとっている割合は 5 年前に比べ 4.7 ポイント増加し、13.6 %であった²⁾。

しかし、実際に働いている現場の勤務医は、方針決定過程に女性が参画していると実感しているのかどうかは不明である。そもそも、ポジティブ・アクションとは、内閣府の男女共同参画局によれば「社会的・構造的な差別によって不利益を被っている者に対して、一定の範囲で特別の機会を提供すること等により、実質的な機会均等を実現することを目的として講じる暫定的な措置のこと」と定義される。

本当に重要なのは、「指導的地位にある女性の割合が 30%」という結果ではなく、この「実質的な機会均等を実現することを目的として講じる暫定的な措置」というプロセスなのではないだろうか。恐らく、実際に女性が方針決定へ参画できるような立場になるには時間がかかることを見越した政府の方針と推測する。Facebook COO のシェリル・サンドバーグが女性のキャリアパスを、「梯子のような一本道ではなく、ときに下

がり迂回しながら、手足を縦横無尽に伸ばして登るジャングルジムである」と例えている³⁾。ライフイベントにより一時的にキャリアを中断したとしても、続けてさえいれば道が閉ざされるわけではない。ジャングルジムは自分なりのルートで登り、頂上では仲間とその眺望を共有できる、という考え方である。この考え方には、女性医師のみならず男性医師も共感するのではないかと推測する。「暫定的な措置」というポジティブ・アクションのプロセスを経て、最終的に指導的立場に立つ女性医師が増えることは大変望ましい。プロセス自体がポジティブ・アクションという認識を医師全体で共有しなければ、ポジティブ・アクションは、組織のトップにとっては結果として数字を出さなければならない「面倒な政策」、同僚の男性医師にとっては「納得のいかない政策」として受け取られてしまうだろう。

(5) トップの資質

方針決定過程への女性の参画を実現するためには、医師それぞれが、プロセス自体がポジティブ・アクションであるという認識を持つことの重要性を述べてきたが、他にも1つ重要な点があると考ええる。それは、トップの資質である。どのような組織をつくるか、どのように環境を整えるのかもトップ次第である。その環境づくりは組織力ではなく、トップのリーダー力によって成り立っている。残念ながら、医師にとって最も必要な「想像力」が欠けている医師が上司やトップになった場合は、男女共同参画の実現は困難となる。

一方で、女性特有のライフイベントを抱えた女性医師に対して、勤務緩和を勧めてくる上司にも2つのパターンがある。1つは、想像力が働き多様な提案をしてくれるパターン、もう1つは、女性が方針決定過程に参画することを潜在的に否定しているパターンである。前者のような上司は、部下のライフイベントに遭遇したときに、それが地域社会への貢献の1つであり、かつライフイベントに関わる家庭生活もその人にとって1つのキャリアであると考えることができる。特に転勤したばかりで周囲に相談相手がいない医師の場合等、このような上司は非常にありがたい存在となる。こういう上司の下

で働いている医師には、それぞれが活躍できる状況に見合った職場環境が提供されるであろう。結果として、気がついたら指導的立場になっていたという医師が育つのではないだろうか。

一方、後者のような上司の下では(その医師自身の努力が足りない場合は論外である)、努力する中でのキャリア形成のモチベーションは乏しくなってしまう可能性がある。一見「女性医師への理解」はあるが、ポジティブ・アクションを理解できていない上司であり、「女性医師への理解」がありそうに見えても、本当にその部下のことを1人の医師として考えていない上司と言える。そのような上司の下で働く医師は、たとえ能力があっても指導的立場への道を自ら退いてしまう結果になることが推測される。

大きな組織のみならず、1病院の1診療科の1診療グループのような小さな組織においても、トップとなる人の資質そのものが、その人の方針決定過程への参画を決定するとも言える。それは、方針決定過程への女性の参画という点で重要なのは、評価すべき「人」を見定め、正當に評価するトップかどうかという点だからである。評価基準が明確でない、疑問が生じるような評価結果の場合、働く医師はモチベーションをなくし、組織はまとまることはなく、結果として医師としてのキャリアは育たず、方針決定過程への女性の参画割合増加には程遠い結果になると推測される。

本当は、このようなトップ次第で方針決定過程への参画における女性の割合が決まるような仕組みを変えることも、解決策の1つかもしいない。

(6) 日本医師会イクボス大賞の創設

部下の仕事とライフイベントの両立を支援する上司、いわゆる「イクボス」の資質はその人の人格によるところが大きい。しかし、現在いくつかの都道府県医師会で取り組んでいるイクボスの顕彰では、素晴らしい人格の持ち主で、イクボス大賞の受賞に誰もが納得する人物が選出されており、医療界に対して「理想的な上司」「理想的なトップ」を啓発する良い機会となっている。受賞者は「イクボスを意識してきたわけではない」としながらも、結果的に部下の医師に対してそれぞれのキャリアを見据えた課題の提供

と、明確な評価を実践している。イクボス大賞受賞者を選出し表彰するということ自体、ジェンダー・バイアス等から男女間に生じている差を解消しようとする1つのポジティブ・アクション」と言えるのではないだろうか。その観点から、日本医師会のポジティブ・アクションの1つとして、「日本医師会イクボス大賞」を設け、男女共同参画フォーラムの際等に表彰することを提案したい。

誰もが「イクボス」を無意識に実践できるようになったとき、イクボス大賞の選出に悩むことになり、方針決定過程へ参画する女性の割合は確実に増加していることであろう。

参考資料

- 1) 「男女共同参画の現状と施策 一男女共同参画 2000 年プランに関する報告書（第1回）」の概要

内閣府男女共同参画局 http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/press/genjyo.html

- 2) 「平成 31 年度女性医師支援に関するアンケート調査」日本医師会女性医師支援センター
- 3) 「LEAN IN(リーン・イン) 女性、仕事、リーダーへの意欲」シェリル・サンドバーグ

3-3. 医育機関におけるキャリア教育

まず前提として、ワーク・ライフ・バランス支援とキャリア支援は別物である。ワーク・ライフ・バランス支援は子育て支援や働き方改革につながるものであり、男性・女性を問わずすべての働く人々にとって必要なものである。

一方、キャリア支援は医師として一人前になること、すなわち専門医取得やサブスペシャリティの確立、地域医療への貢献等、個々の医師の目標達成を支援するべきものである。もちろんそこには、地域や社会からの要請が基本にあるが、個人の主体的、自律的な選択への支援という側面は重要である。

そういった中でキャリア教育は、それぞれの個人が生涯を通じて医師としての職務を、あるいは社会の中で達成したいと考えるビジョン、ミッションを全うするために必要なものである。それらに影響を与えるライフイベントは出産や子育てだけではなく、転居、

転勤、退職、転職、性差によるライフサイクル、病気、介護、別離（死別、離別）等も含まれる。ワーク・ライフ・バランスについて知ることは、キャリアプランニング能力とともにすべての人にとって必要だと考える。

キャリア教育では、以下のことが目標とされる。

- ① 自己理解を促進する
- ② 自分の進路についてあふれる情報を吟味し、取捨選択できる
- ③ ライフイベント等を考慮しながら将来設計ができる（意思決定）
- ④ 多様な価値観を容認しながら、ネットワークづくりができる
- ⑤ キャリア支援に関わる施策や資源を知り、活用できる
- ⑥ 自分にとって必要なメンター、スポンサーといった支援者を求めることができる
（メンターとはキャリアの相談に乗ってくれる人、スポンサーとはキャリアアップに必要な様々な経験をさせ、昇進の支援をする人のこと）

上記の項目の重要性を理解し、卒前から卒後までしっかりと目標を達成しなければならない。キャリア形成に「ゴール」はなく一生追及していくべきことであり、卒業後も医師としてのキャリアが長くなっても、これらの能力を必要ときに常に発揮できるよう医学生のときから身につけておくべき重要な事項である。

キャリア教育の実施については、これまでも全国医学部長病院長会議や日本小児科学会等でも調査されてきたが、まだすべての大学で必修カリキュラムとして行われているわけではない。しかし近年、男性医師の育児休業取得増加や価値観の変化、地域枠による従事要件や新専門医制度等、医師を取り巻く環境が変わってきており、将来はすべての医学生、若手医師が考えていく必要がある。

また、講義として一方向性のものではなく、学生が参加し実際に考えながら進めていく形が望ましい。秋田大学、東京女子医科大学、帝京大学、長崎大学、大分大学、東京医科大学、杏林大学等はその講義内容を発信している。秋田大学では、実際に医師になった際に起こり得る選択の場面についてシナリオを用いてグループで考えさせ、発表さ

せている。そのディスカッションの中で、同級生の多様な価値観と出会い、情報の吟味や将来設計や意思決定をシミュレーションすることができる。

現在はそれぞれの大学で工夫して行っているキャリア教育だが、キャリア教育が何を指し、どのようなことが学生に必要なのかということを共有すべきである。講義内容は各大学の裁量だが、キャリア教育の到達目標はある程度標準化が必要との考えもあり、現在、日本医学教育学会の生涯・キャリア教育委員会では、入学後から研修医、専攻医、生涯教育としてのキャリア教育としてどのような能力がどの段階で学ぶ必要があるのかをキャリア教育マトリクスとして作成しているところである。こういった取り組みは、卒前教育におけるキャリア教育の構築が容易になり、また学生も自身がどのような能力を身につける必要があるのか理解しやすくなると考える。

最近増加している地域卒の学生へのサポートも重要である。専門医取得後の道筋や、将来どのようにして地域に貢献するか等、具体的にシミュレーションを行い、自分自身がキャリアビジョンを持つことが大切である。制度も刻々と変化しているので、正しい情報にいかにアクセスするかを示す必要もあり、学生時代からの先輩医師とのネットワーク構築も重要である。正しい情報が得られることで不安を軽減し、選択肢を広げることにもつながる。

キャリア教育を担う教員、先輩医師は、自分自身が「キャリアを形成してきた」経験者ではあるが、キャリア教育に関して専門的な教育を受けているわけではない場合が大多数である。これらの人々が指導医講習会やファカルティ・デベロップメント（FD）を通じてキャリア教育、サポートのための知識やスキルを身につけることも重要であると考ええる。

また、知識やスキルだけでなく、キャリア教育担当者やキャリア支援者、組織管理者や組織管理者は下記に提示した①～⑦のようなことを正しく理解し、教育・支援を行うことが望ましいと考える。

- ① 組織の利益のための誘導をしないよう努める
- ② 被支援者の自律的キャリア構築を支援する

- ③ 管理者は職場文化の醸成に努める
- ④ アンコンシャスバイアス（無意識の思い込み）に注意する
- ⑤ 多様性を認め、それぞれが活躍できるような仕組みづくり（ダイバシティ&インクルージョン）の達成を意識する
- ⑥ 必要な支援が受けられるように留意する
- ⑦ メンター、スポンサーとの出会う機会づくりのサポートを行う

キャリア教育担当者やキャリア支援者、組織管理者は、若手医師、医学生を異なる価値観を持つ一個人として尊重し、医師としてのキャリアのみならず、人生を応援する意識が重要である。日本医師会女性医師支援センター事業の「大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会」等での情報提供、共有の充実も望まれる。

3-4. 組織的なキャリア継続支援

（1）相談窓口の設置

全国の大学病院（本院）で90%、大学病院分院・公立病院等で60%前後に女性医師支援に関わる部局が設置されており、そのうちの約60%で相談窓口（キャリア支援窓口）業務が行われている¹⁾。都道府県医師会（行政との協力を含む）でも80%で女性医師等相談窓口事業が行われている²⁾。

キャリア形成のためには離職を防止することが大切であり、そのためにはキャリア支援窓口で医師がコーディネーターとして常駐し、女性医師の抱える様々な問題に対処していく必要がある。相談は多岐にわたり、職場の人間関係、専門医取得のための研修、果ては家庭の事情にまで及ぶ。それらの解決のために相談窓口は、院内はもちろん院外にも様々なネットワークを持っておく必要がある。また、支援を受けた女性医師がコーディネーターやメンターとして後輩をサポートしていけるようになることが理想である。こうした組織は短期間で出来上がるものではないが、ライフイベントで診療のペースを落とさざるを得ない女性医師も、大切な医療人材としてサポートしていこうと考え

組織づくりをしていく必要がある。

ライフイベントの関係で、異なる都道府県へ勤務先を変更しなければならないケースもある。こうした場合、各大学や都道府県医師会のキャリア支援窓口へ相談することが有用であるが、問題となるのはアクセスである。キャリア支援窓口は学内利用に限定されていることも多く、部外者でも利用できるよう各キャリア支援窓口を公開すること、全国のキャリア支援窓口が検索できるシステムの構築が望まれる。

（２）診療体制の整備・職場の理解

子育て等で短時間勤務や当直・時間外の免除を受ける、あるいは早退・欠勤を余儀なくされた場合に、それを補完するシステムの構築なしにキャリア継続支援は行えない。大方の場合は残った医師に負担が集中することになり、職場に不公平感をもたらすことになる。短時間勤務や当直・時間外免除について、いくつかの大学病院ではこうした医師のために定員外の枠（キャリア支援枠）を設置しており¹⁾、勤務緩和を受けている医師ができないことをマイナスとして捉えるのではなく、できる仕事をプラスと捉えてもらうシステムもつくられている。キャリア支援枠は利用期限が設けられているものが多く、女性医師自身も一旦は落としたペースをどうすれば元に戻せるかをこの時期に模索して、その後のキャリアアップに役立てるようにする必要がある。こうしたシステムは人件費が余分に必要となるため、全国規模の財政的支援が求められる。

急な欠勤に対する対応としてはジョブ・シェアリングが有用で、シェアリングしている同士でカバーをすることが可能である。キャリア支援枠を設けて、スキルや経験が似通った２名以上の医師が協議をしてジョブ・シェアリングを行っている例も見受けられる¹⁾。ジョブ・シェアリングは非常に有用なシステムであるが、参加する医師同士が顔の見える関係で「お互い様」の思いを持って初めてできるものであり、構築は容易ではない。コーディネーターがおり、立場にあまり差のないキャリア支援制度利用者の中でジョブ・シェアリングを組むことを積極的に考慮し、システムのモデルケースとしていくべきだと考える。現状ではジョブ・シェアリングには緊急時のカバーというメリット

が注目されているが、当直・時間外勤務についても、すべてには対応できなくてもシェアリングすることにより対応が可能になってくるであろう。男女を問わず、医師の勤務環境を改善するためにも、今後、必要となってくる制度ではないかと考える。そのためにもジョブ・シェアリングという制度がさらに多くの施設で導入されるよう周知が必要である。

（３）復職支援

ライフイベントのため臨床から遠ざかると、再研修等の復職支援が必要となる。キャリア支援制度を利用して OJT（On-the-Job Training）を行いながら臨床現場への復職が支援されているのは、全国の大学病院（本院）で 40%程度、大学病院分院・公立病院等で 20%程度の整備状況である¹⁾。また、制度利用には申込期間の決まっているもの、定員のあるもの等があり制度はあっても利用できない場合もある。

一方、地域医療機関でも OJT で復職支援が可能などところがある。いずれも最終的には常勤として臨床現場に復帰することを期待して OJT を提供してくれていることを利用者は認識しておく必要がある。OJT が可能な地域医療機関情報を取りまとめ、キャリア支援センターホームページに掲載する等情報提供がされているケースもあるが、全国的に見ると多くはない。全国で、復職に向けた OJT が可能な医療機関を検索できるシステムの構築が待たれる。

また、復職支援利用希望者は各大学の研修登録医制度を利用し、スキルトレーニングへ参加、配信されている e-ラーニングコンテンツの視聴等を利用して、離職中も最新の技術や知識を得ておくことも必要だと思われる。ただ、e-ラーニングコンテンツは現状、数が少なく、コンテンツを所属大学に関わらず利用できるようにし、それらをまとめた検索・閲覧サイトの構築も必要ではないかと考える。

女性医師がキャリアを継続し、臨床・研究の場で指導者となり後輩を育てていくことが、今後の地域医療を守るためにはどうしても必要なことである。指導者となる女性医師たちが前向きにキャリアを積んでいくことを、大学、行政、医師会の 3 者が協働する

ことを期待したい。

参考資料

- 1)「平成 30 年度 女性医師等キャリア支援モデル全国展開事業報告」 一般社団法人全国医学部長病院長会議 2019 年 3 月
- 2)「都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取り組み状況調査結果」日本医師会男女共同参画委員会 2020 年

3－5．多様な働き方

2018 年、働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（働き方改革関連法）が成立した。その目的は、「働き過ぎ」を防ぎ、「ワーク・ライフ・バランス」と「多様で柔軟な働き方」を実現するというものである。これによって労働時間の上限規制が導入され、有給休暇の積極的な取得や規定内での残業に対する再評価と勤務環境の改善を促す働き方が義務付けられた。医師に関しては、地域医療の崩壊を避けるため 5 年間の猶予が認められ、現在、あらゆる医師の働き方について細部に至るまでの検討が進められている。

昨今の医療状況は、地域医療構想における公立・公的病院の病床再編・統合を筆頭に、医療費削減に向け度重なる診療報酬改定に影響された経済的な諸問題が表面化している。また、人口が大都市に集中して地方の過疎化が進むことで地域格差が拡大し、医師の地域偏在、診療科偏在等も顕在化してきている。その上、医療機関は働き方改革関連法の施行に向けて、順次具体的に打ち出される方針に適応するべく現状を変革しなければならない状況であり、過渡期における大きな混乱の中にいる。

新医師臨床研修制度が導入されてから、医師の派遣機能を一手に担っていた各大学の医局制度が弱体化したことと、医師のスキルを測る尺度として学位論文より専門医取得が重視されるようになったことで、医局に属さない立場の、いわゆるフリーランスの医師が急激に増加している。また、民間の人材派遣企業が医療者の派遣業務に参入し、事

務職や介護職、看護師や医師にまでその業務を拡大してきており、その勢いは目を見張るばかりである。医局に属することなく職場を見つけることができる現在、制約を嫌う若手の医師たちをコントロールすることは至難の業である。極端な医師の地域偏在を避けるために、厚生労働省による医師多数区域へのシーリングが導入されつつあるが、落ち着くまでにある程度の期間が必要であることは否めない。

また、生き残りをかけて実質的な働き手の医師を確保するべく、フレックスタイムや短時間正規雇用制度のシステムを導入している都市部の病院も多く、各種の公的予算を利用し、院内保育、病児・病後児保育等を設置して医師獲得を目指している。しかし、人口減少区域にある医療機関では、医師数も少なくそれらのシステムを利用することは不可能なことも多い。多くの医師を獲得できている都市部の医療機関には多彩な症例が集まり、それが現場のモチベーションアップや医療機関の利益向上、専攻医の専門医取得に有利となり、それによってさらに医師の増員を見込めるという、自由競争での勝ち組となり得る医療機関がある一方、逆の悪循環に陥る地域の医療機関も多く存在し、大変流動的な状況となっている。

最近の女性医師は、医学部卒業まで女性であることで大きな差を感じることは少なくなってきた。しかし、専門性を深めていく時期に結婚・出産・子育てに直面し、初めてジェンダー・ギャップの洗礼を受ける。夫や親たちと育児を共有できている恵まれた環境にいる女性医師の中でさえ、自分のキャリア形成や多忙な日常生活に疲れ果て、また子どもの教育への思い入れから、フリーランスを選ぶ人も少なからず存在する。

彼女たちを身近で見てきた若い医師たちは、学生時代から情報収集を行い、現実を考えて最初から拘束時間の少ない診療科を選択する傾向も見られる。女性に限らず、男性にもこの傾向は年々顕著になってきている。人口減少に直面している日本において、出生数を増やすことと働き手を増やすことを同時に推し進めることは容易ではない。多様な働き方を認め合いながらチーム医療をつくり上げていく必要性があらゆる医療現場の責任者たちに求められており、働き方改革関連法の実施に向けて日々環境を整えながら、個人のバランスを取ることが必須となる。

さらに、各県によって差はあるものの、大学医局による影響は完全に消滅したとはいえず、制度変革途上の混乱と中途半端な医局機能が医療現場には混在し、不確定要素は増すばかりである。地域医療における、医師の集団離脱や、代替医師の確保がままならない状況は日常茶飯事となり、都市部の医師過剰区域の医療機関においてもそれは見受けられる。今や医療現場は、医師たちの自己犠牲と、医療者であるという志の上に成り立ってきた時代からは想像もできない状況を呈している。

このような現実に対して、日本医師会が女性医師バンクの機能を、男性やシニア医師、産業医等にまで拡大する方向性を打ち出した意味は大変大きい。地域医療の主たる担い手である医療機関が、厚生労働省のデータ解析に基づく公立・公的病院や民間も含めた再編・統合等を経て各地域においての着地点を目指している今、その機能を補完する働き手として、短時間勤務やフリーランス、パートタイム等の医師の存在意義がさらにクローズアップしてくることは間違いない。その派遣や人員配置を、日本医師会が全国を包括して把握することが可能となれば、医師自体の職業としての権利を他業種に参入されることなく、医師自身の元に確保することができる。そしてもちろん、日本医師会の組織強化にもつながることは確実である。いわば、日本医師会による全国医局とでも言えるものかもしれない。このような動きの中で、男女共同参画活動として進めてきたシステムやツールを利用し、各地域においてその調整を補完することが求められる。

ただ1つ懸念されることは、医師の兼業・副業に関しての解釈である。医師としての仕事以外の業種との副業（例えば、非常勤の医師がタレント活動をする、在宅クリニックを複数人で経営しながら医師の人材派遣業を営む等）は、今現在少しずつ若い医師たちを中心に見られるが、この活動が医療界の現在の問題に有益なものであるとは判断しにくいところである。

一方、大学病院の常勤医師たちが、週に1日関連病院に出向し、外来や当直等を行う兼業とも言える慣行は、それによって地方の病院のマンパワーを確実に補完してきたという事実は大きいものであり、この部分に関しての労働時間算出と医師自身への収入補助機能に関しては慎重に議論すべき問題が多い。研究を行う特定機能病院としての大学

病院の働き方に関しては、厚生労働省と文部科学省という省庁をまたぐ議論が必要であり、若手から中堅医師たちの働き方、また日本の医療研究を担う次世代に対し、職場環境をしっかりと整備していくことが必須であることは言うまでもない。

今や、男性も女性も働きやすい環境が望ましいことは共通の認識であるが、応招義務の解釈が注目されるように、医師という職業には、単なる労働者という以外に別の側面があると考ええる。いわゆる「救急外来のコンビニ受診」が大きな問題となり、それらが医療現場を逼迫させていることは確かであるが、2019年12月、アフガニスタンで銃弾に倒れた亡き中村哲医師が残してくれた、「医療者としての矜持」を持ち得る医師が今後の医療界を背負って行ってほしいものと切に希望する。

参考資料

- 1)「厚生労働省医政局地域医療計画通知」2018年2月7日
- 2)「厚生労働省医療従事者の需給に関する検討会（第27回医師需給分科会）」 2019年1月30日
- 3)「厚生労働省医療従事者の需給に関する検討会（第28回医師需給分科会）」 2019年2月18日
- 4)「成立働き方改革関連法」2018年6月29日
- 5)「医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省 2016年
- 6)「第1回医師の働き方改革の推進に関する検討会」厚生労働省 2019年7月5日

3－6．医師の労務管理の在り方

（1）労働時間から労働効率へ

一般に、出勤・退勤および休憩時間は職場で一元的に管理され、職場に拘束されている時間イコール労働時間と見なされることが多いが、医師の場合はより複雑である。自己研鑽・研究等は元より、変則的な診療時間や手術・急変対応等で労働と休息を厳密に分けることは事実上不可能と言ってよい。このような特殊な労働環境に柔軟に対応するため、医師は医療現場に「滞在」していること自体が求められてきた。さらに患者と1対1の関係を築く必要のある主治医制度が多くの医療現場を支えてきたことから、長

時間労働の可能な医師の評価が高くなるのが通例であった。このような中で、出産・育児等で医療現場を離れるのは女性がほとんどであったことから、女性は男性に比べると医師としての労働力が劣るという見方が多かったのもまた事実であろう。

しかし、女性医師の割合が増加している現状において労働の評価基準を時間の長さに置くと、どうしても女性医師の評価全般が低くなる傾向となり、ひいてはモチベーションの低下から離職につながる危険がある。働き方改革の推進により将来的に労働時間の上限が法律で制定される決定がなされた以上、まずは労働時間の枠を決め、その中でいかに効率よく医療に従事できるかという考え方が今後非常に重要とならざるを得ず、これに伴い医師の労働に対する評価基準も発展的に見直す必要がある。

このような背景から、今後は医療現場に滞在する時間の長さのみならず、時間当たりの労働効率を新たな評価基準として取り入れることを提案する。これにより必ずしも長時間労働に従事しなくても、短い時間で効率よく業務を行う医師を適切に評価することが可能となる。

また、このような価値観に基づく医師の評価手法は、今後医療を提供される社会全体にも共有してもらえよう、情報発信を行っていく必要がある。

（２）実労働時間の定義と管理

医療従事者としての性質上、医師に必要とされる業務内容は多岐にわたり、医師自身が従事する職場環境において「労働」の範囲を厳密に定義することは困難である。例えば、論文の執筆、学会の準備、ただちに臨床と関連しないが新しい知見を得ることを目的とした実験等については、今までも議論の対象となってきた。これがまさに医師の業務の特殊性と言ってよい。

また、医師の応招義務や職業倫理への期待から「いついかなるときでも診てくれる医師が良い医師である」という社会通念が醸成されてきたため、これに応えるべく医師の側もしばしば労働に対する対価を必ずしも求めることなく、医療の提供に邁進してきた。

しかしながら、過剰な労働はときに医師自身の健康を損なってきたことも事実であり、

労働効率を客観的に評価する上で、今後「適正な」労働の内容を検討することが必要となってくるが、何らかの定義をすぐに明文化するのは難しい。まず職場の上司や同僚といった職場環境の中で話し合い、意識を共有することで、労働時間の多寡により生じる不公平感を解消し、お互いに適切に評価し合うことが可能となるであろう。

3－7．労働法制の医師への適用

(1) 労働法制

労働法制の点から見ると、勤務医師は被雇用者であり「労働者」である。労働者である以上、労働法制に従わなければならないが、勤務医師に「自分は労働者である」という意識は薄く、診療・自己研鑽に割く時間が膨大で社会制度を学ぶ余裕がない。

また、職務上医療専門職に対し指導的立場であることから、「自分は管理職である」と誤解している医師が多数いる。大多数の勤務医師は労働法制に疎く、医師の働き方改革という面から見ると医療機関側も勤務医師も法令違反となっていることに気づいていない場合がある。医師自身の意識改革とともに、医療機関のマネジメント改革の推進が必要となる。

医師の働き方に関する労働法制は以下が挙げられる。

- ① 妊産婦の時間外労働、休日労働、深夜業の制限
- ② 産前・産後休業
- ③ 育児休業
- ④ 短時間正規雇用制度
- ⑤ 不利益取り扱い

雇用する側もされる側も法律を理解しないまま就業していることが多く、女性医師が妊娠したことを上司に報告したところ、ハラスメントと捉えられる発言を受けたケースもある。そのような発言がなされる背景には、医療現場は圧倒的に人手が足りず、そこを医師の自己犠牲ですべてまかなっており、医療需要が変わらない中で1人でも欠ける

と同僚の医師への負担が増加し、上司としては憤りを抑えられず、つい口走ってしまったというところであろう。

①に関しては母性健康管理の措置が講じられず、事業主と労働者の間に紛争が生じた場合、調停等紛争解決援助の申出を行うことができる。②に関しては規定に違反した者は、6 か月以下の懲役又は 30 万円以下の罰金に処せられる。③に関しては労働局において、同局長による助言・指導等で紛争解決援助および両立支援調停会議の調停により、紛争解決の援助を行うことができる。つまり、医療機関が妊娠中の医師を雇用するに際し、法令上遵守すべき事柄は多く、育児休業中の医師（女性・男性）を雇用する場合にも労使間で話し合えば解決できる問題も少なくない。例えば、小学校就学前までの育児中においては、労働者看護休暇、法廷時間外労働の制限、深夜業の制限等を申し出ることができる。

（２）働き方改革と女性医師支援

医師の働き方改革で乗り越えなければならない最も困難な事項は、労働時間の制限・当直体制の維持（連続勤務時間・勤務時間インターバル）であり、医療機関は女性医師が当直体制に参加できる方法を考案しなければならない。例えば、主治医制をとらず、時間外勤務は免除し、時間が来たら必ず帰宅できる環境を用意する一方、女性医師に当直体制に入ってもらい、その時間はベビーシッター（費用は労使間で協議）を利用する等、環境整備や費用捻出で乗り越えられる可能性がある案件は多数ある。そこには、労使間の合意は元より、職場の上司・同僚の理解と協力が必須であることは言うまでもない。

また、医師のキャリアを継続するためには、育児中等にたとえ短時間であっても職に就くことで医学的知見が維持できるものだが、職に就くことにより雇用保険から給付される育児休業基本給付（給与の 67%）が中止となり、免除されていた社会保険料の負担も生じる。これでは、職場への復帰に二の足を踏むのも理解できる。制度を知ることには必要だが、制度の不備を指摘し変えていくことも必要である。出産・育児の時期、定

員外であっても特別枠（無給）を確保し、キャリア維持のため無給で働き育児手当を受け、社会保険料を免除しつつ、ケースによっては他財源より確保し一部有給とする等ができれば理想的である。その財源は、地域医療介護総合確保基金と、働き方改革を実現するための診療報酬等の活用が考えられる。

出産適齢年代は、医師として知識・技術が最も身につく多様な症例を経験する時期でもある。いわゆる就業率の M 字カーブのボトムをいかに上昇させるかを基本に考えなければならない。労働法制を詳しく知らないまま、「労働者としての権利」「雇用主としての義務」を理解しないで自由気ままに発言すると罰則の対象になることもある。

しかしながら、現行の労働法制・保険法制は医師の「労働市場の特殊性」（職場が次々と異動する等）を想定していない。終身雇用を想定した現在の法制度から他業種を含め流動性の高い職種に対応できる労働法制・保険法制の整備を急ぐ必要がある。

2019 年 3 月に厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」が、医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革を推進するための報告書を取りまとめ、引き続き、同省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」にて具体的検討を始める中で、同年 9 月に「医師の働き方実態調査」が実施された。同調査結果により医師の勤務実態を的確に把握し、医師の時間外労働規制に対応する事例や基準の明確化が必要となった。医療機関は業務管理体制の整備に取り組み医師の健康を確保した上で、医療の質と安全確保の向上につながる体制づくりが求められる。

本人次第ではあるが、出産しても育児に追われながらも医師を続けたい意欲のある医師は数多くいる。家族・上司・同僚がそのことを十分に理解し、配慮した上で法に基づいた雇用・勤務をすることが必要だと考える。

参考資料

- 1) 「日医総研ワーキングペーパー 女性医師の働き方の現状と課題」日医総研
- 2) 「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」日本医師会

3-8. ジェンダー・バイアスと医師の働き方改革

(1) ジェンダー・バイアス

「ジェンダー・バイアス」とは、男女の役割について固定的な観念を持つこと、社会の女性に対する評価や扱いが差別的であることを指す。

世界経済フォーラムが毎年公表する日本の GGI が、2019 年は 153 か国中 121 位と前年の 110 位より大きく後退した。一部の国家のように、宗教、習俗上の制限があるわけではない日本の状況は深刻である。政治、経済の女性進出が遅れ、健康、教育部門において指数では上位を保っている。しかしその教育部門においても、東京医科大学の女性受験生が差別されていた事実が発覚したのは記憶に新しい。日常の社会生活の中で男女平等意識の醸成が未成熟というだけでなく、構造的な問題があると思われる。

医師のワーク・ライフ・バランスの実現や女性医師支援から具体的にになってきた課題を踏まえ、男女平等の視点から働き方を改革する必要があると考える。

(2) 家庭内でのジェンダー・バイアス

「家庭内の男女共同参画はすすんでいるのか」というテーマの鹿児島県医師会のアンケート調査結果（2019 年）¹⁾では、フルタイムの常勤でもパートタイムの非常勤でも、女性医師の家事・育児の時間は、パートナーの男性医師よりも圧倒的に長い。また、パートナーが医師と医師以外の場合では、後者の方が、家事・育児の時間が長くなっている（次頁図参照）。

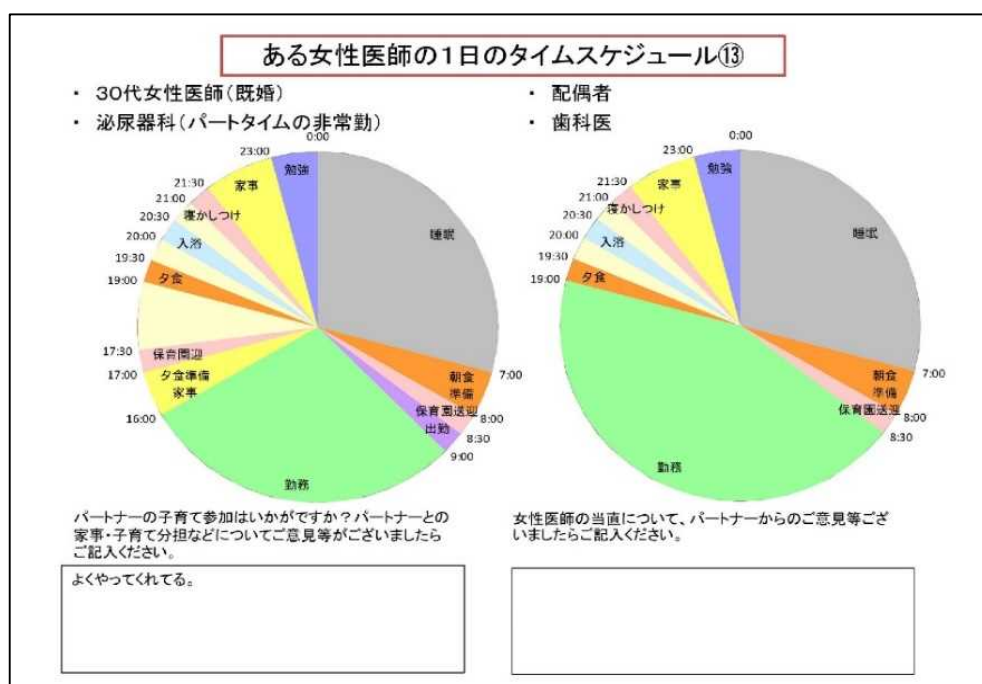
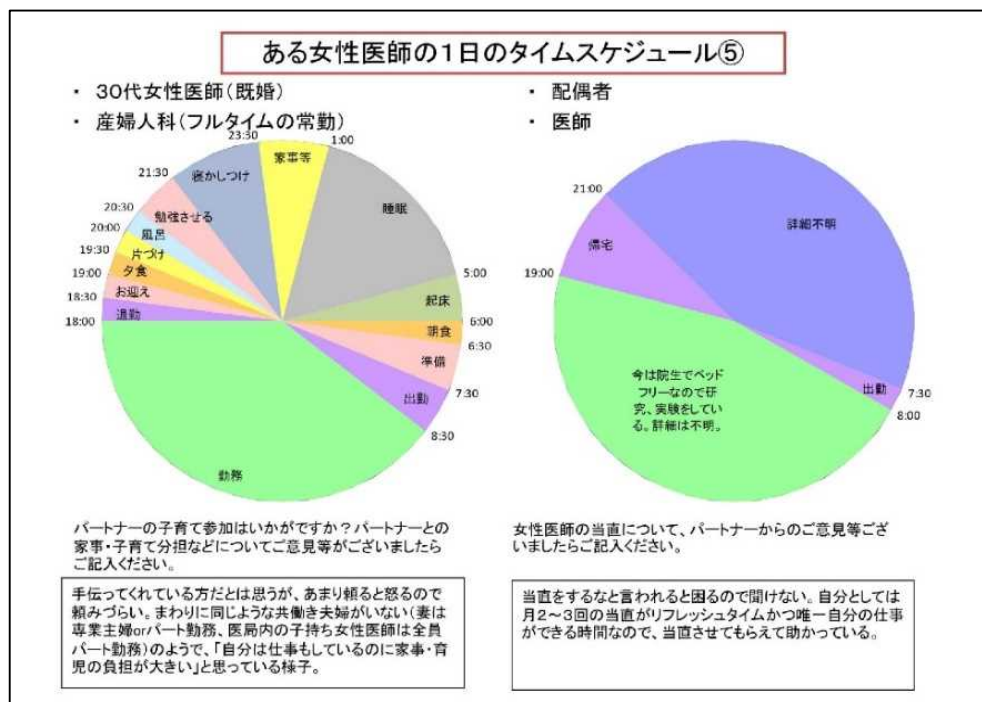
家事分担意識の項目では、家事、育児への参加は「手伝ってもらう」「頼ると怒られるので頼みにくい」「基本自分がする」等、行動主体は妻であるが、意思決定は夫にあることがうかがえる。当直については、「子育て中はしないで欲しいとはっきり言われている」「自分としては唯一のリフレッシュタイムかつ自分の仕事ができる時間」等の回答が並び、女性医師の仕事、家事、育児の状況は、パートナーと対等とは言えないことが分かる。

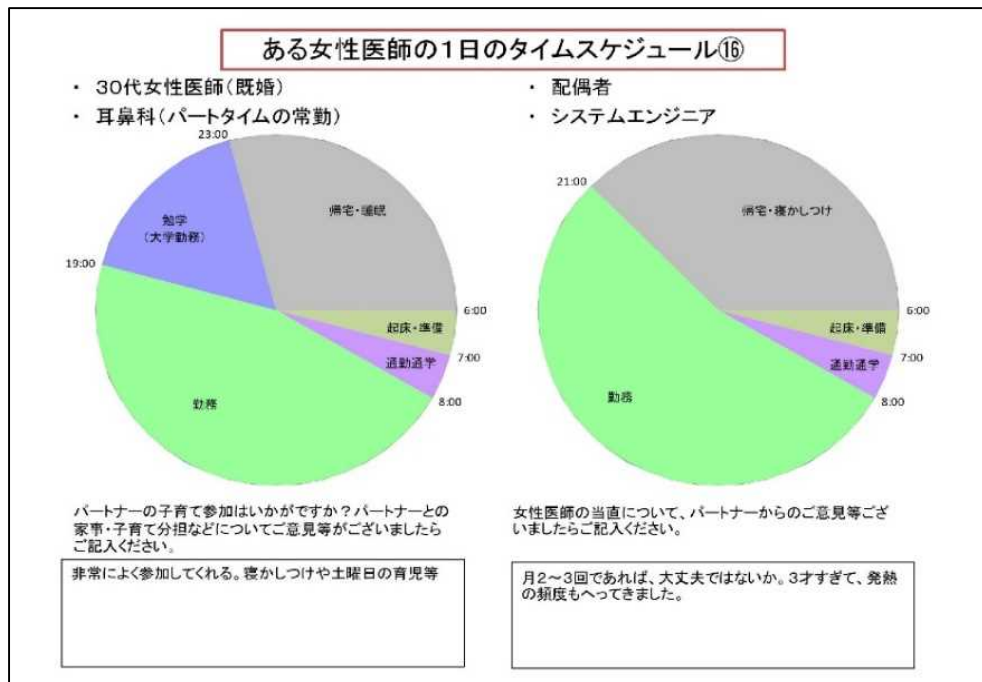
家事や育児だけではなく、今後増えてくるとされる介護に関しても、女性が主たる

介護者になりやすい。女性の方が要介護度や認知症の程度が高い要介護者を介護しており、介護負担が偏りがちになるため介護による離職や転職も女性が多いと考えられる²⁾。

図:ある女性の1日のタイムスケジュール

(日本医師会女性医師支援事業九州ブロック別会議鹿児島県医師会報告より)





子育て時期の多くの女性医師は、育児環境が整備されれば、フルタイムの常勤で当直もする働き方を考えるのではないだろうか。同時に、この時期にしかない育児経験も、それぞれの考えで選択できる状況が理想である。そのためには、男性の家事、育児への主体的参加が必須である。日本の男性の家事労働時間は世界でも下位で出生率と反比例しており、また残業時間の長さとも出生率の関係も反比例している³⁾。労働人口拡大のためにも、長時間労働の改善がなければ少子化は解決できないことが明らかである。

(3) 働き方とジェンダー・バイアス

「働き方改革」は、過重労働による「過労死」を回避することが直接的動機となっているが、医師の働き方は、使命感による自己犠牲的な労働形態を基に現状が維持されてきた。特に地方の救急体制、周産期医療は、医師の過重労働によりどうにか維持されているのが現状である。しかし、先に述べたようにジェンダー・バイアスが根強い日本において、女性に家事や育児の負担が偏っている現状、男性中心型労働は女性の離職、転職を招く。

男女共同参画社会の実現のためには、男性の働き方、意識の改革が必要である。分かりやすい指標としては、「男性の育児休業取得」が挙げられる。取得によって上司等職

場での理解が進み、さらにはいわゆる「ピア効果」によって、他の男性医師も育児休業を取得しやすくなると考えられる。長時間労働の是正とライフスタイルの見直し、健康に留意した多様な働き方の実現が喫緊の課題であり、社会慣行としての性別役割分担を解消し、男女間での実質的な機会均等を実現して様々な領域で責任と利益の分かち合いを進めていくことが重要である。

ジェンダー・バイアスのような人の価値観に関わることは環境による働きかけが大きく、一朝一夕に解決する問題ではないが、少なくとも背負う責任が同じである以上、差別があってはならない。医学教育からではなく思春期のライフプランを立てていく時期に、人間の対等な関係性、人権教育（性の人権）として性教育をしていく必要があると考える。医師に限らず社会全体の問題でもあり、将来的に医師となる子どもたちをも含めた社会全体への人権教育を今後どのようにしていくのかに対しても、医師会の積極的な介入が求められる。

（４）アンコンシャス・バイアス

これまで述べたように、社会全体、とりわけ男性中心型労働慣行が長年続いてきた医療界において、アンコンシャス・バイアスの問題は大きい。アンコンシャス・バイアスは、人が経験則によって持つ物の見方・考え方の偏りであり、本人には十分意識されずコントロールもされていない。このバイアスは、ジェンダー、年齢、人種、宗教、文化、学歴等、様々なものに及ぶ。迅速な意思決定や日常生活を円滑に進める上で役に立つこともあるが、本人にも意識されない「無意識の」バイアスであるため根は深い。女性医師に対するバイアスは上司、同僚、患者等周囲の人々だけではなく、女性医師自身にも存在している。方針決定過程に参画する女性医師が少ない理由として、「女性医師自身が管理職を望んでいない」「妊娠・子育て中の女性が管理職になるのはかわいそう」等の言い訳が用意されていることも少なくない。専門性の高い組織の中での少数派に対しては、バイアスの影響が出やすいとされている。

しかし、組織を活性化しより強固なものとしていくために多様性が求められるとすれ

ば、アンコンシャス・バイアスをなくすことはできないとしても、この影響を低減していく仕組みを考えていかなければならない。アンコンシャス・バイアスが冒頭で触れた医学部入試における差別につながっているものであり、まずはすべての人たちがバイアスの存在を認識する必要がある。その上で、バイアスの介在を可能な限り低減するために、それぞれの場面で客観性、透明性を高める仕組みに変えていかなければならない。これまでは不当な評価を受ける側へのサポートが主体であったかもしれないが、不当な評価をする側への対策も同時に講じていくことが求められている。これは女性医師に限らず、「働き方」の評価をできるだけ可視化・数値化することであり、まさしく働き方改革につながるものである。日本医師会女性医師支援センター事業の「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」等を利用して、アンコンシャス・バイアスに対する意識を高める必要がある。

参考資料

- 1) 「日本医師会女性医師支援事業九州ブロック別会議鹿児島県医師会報告 病児・病後児保育について
～鹿児島県医師会の取り組み～」 鹿島直子 2019 年
<https://www.med.or.jp/joseiishi/files/b/2019/46kagoshima.pdf>
- 2) 「ジェンダー役割不平等のメカニズム－職場と家庭」 鈴木淳子 慶應義塾大学
- 3) 「社会生活基本調査」 総務省統計局 2006 年
- 4) 「新しい男性の役割に関する調査報告－男女共同参画（ジェンダー平等）社会に向けて－」 J R F 笹川
平和財団
- 5) 「男女共同参画白書」 内閣府男女共同参画局 2012 年度

3－9. ICT、AI 活用の可能性

ICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）は IT の情報処理システムに加えて、情報共有コミュニケーションを重要視する概念である。医師の働き方改革において女性医師支援を実効性のあるものにするためには、労働時間短縮だけ

ではなく、男女ともに医師の労働環境の改善が重要課題である。労働環境の整備は結果的に医療安全を担保し、より高度な医療を国民に提供することにつながる。さらに、実地の研鑽が求められる医師の研修や評価方法の効率化も求められる。

「医師の業務の効率化とより良い医療提供体制構築」の達成のために、医療界における ICT リテラシーの向上と将来の医療を見据えた ICT・AI を活用したイノベーションは喫緊の課題である。

（１）労務管理

四病院団体協議会が厚生労働省へ提出した 2019 年度予算要望書には、ICT を活用した勤怠管理の補助が挙げられた。ICT による勤怠管理はスムーズな就業を支援するだけでなく、管理職の医師の負担軽減につながる。スマートフォン等の GPS 機能を利用したタイムカードの打刻、勤怠データの集計作業だけではなく、シフト作成や給与計算、院外での就業管理等、管理者の手間や事務職も含めた人件費コスト軽減につながる。勤務時間に制限のある子育て世代の女性医師が適正な配置の下、チーム医療の一旦を担う一員として勤務することが可能になり、かつ適切な評価を得ることで、女性医師の意欲の向上が期待される。

他業種でも、組織が労務管理の効率化を進め、働く環境を整備し働き手のワーク・ライフ・バランスを向上させると生産性が上がることが明らかになっている。

医療現場の特殊性、チーム医療体制での患者との信頼関係の維持や ICT 整備の財源確保は大きな課題ではあるが、他業種を参考にして医療界でも労務管理における ICT 活用に早急に取り組まなければならない。

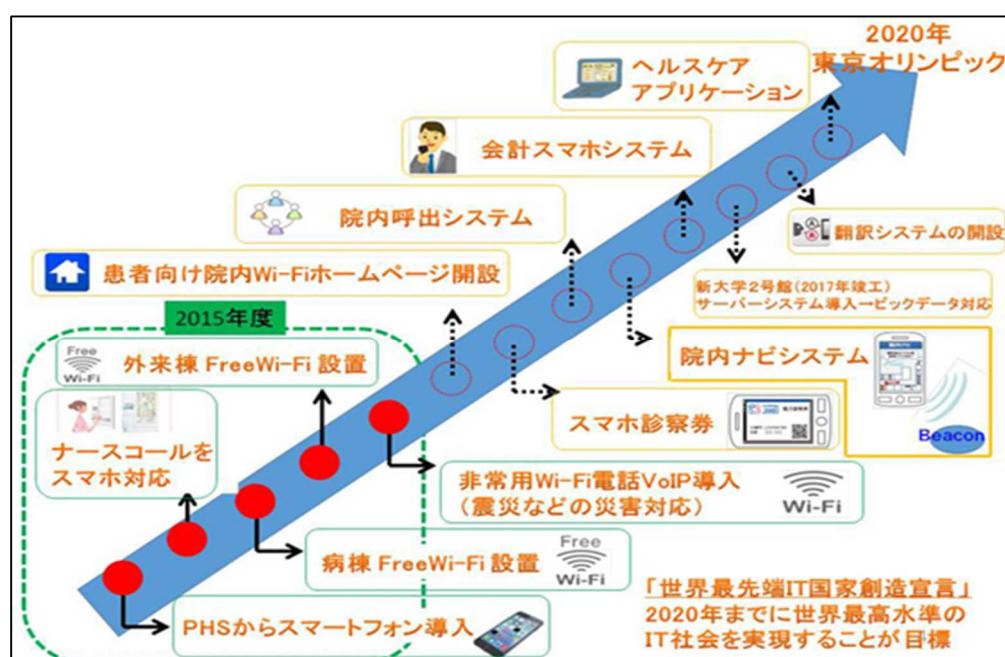
（２）業務の効率化

電子カルテの音声入力、文書作成の簡略化、訪問診療等で在宅医が利用する端末のリモートアクセス環境の整備、地域の医療機関での情報共有等々、ICT や AI は医療業務の効率化を担う。2018～2019 年、厚生労働科学研究「ICT を活用した医師に対する支

援方策の策定のための研究」で、医療機関における ICT 活用の現状と課題についてアンケート調査を実施した。電子カルテの端末以外のデバイスで医師が情報共有するためには電話による情報提供のみが最多で、情報の管理・セキュリティーの問題や、システム上の整備が整っていない等の理由で ICT 整備が進まない現実がある。男女ともに医師がキャリアアップするためには、臨床現場での経験の重要性は言うまでもないが、業務を効率化することで研究・教育・研鑽の機会を担保することが医療の質の向上につながる。また、専攻医、若手医師の負担軽減策としても ICT、AI の活用の促進が重要である（3-1.新専門医制度参照）。

東京慈恵会医科大学では、大規模な院内の ICT 化を進めている。2015 年に約 3,400 台のスマートフォンを導入し、考え得るリスクに丁寧に対応して医師同士で画像や手術室等の院内ライブ映像を共有できるアプリケーションも開発している。また、ICT の活用で、育児中の医師が自宅で読影を行う等の取り組みも行われている。こういった組織全体の ICT 化は、チーム医療の推進や女性医師の勤務環境の改善に確実に繋がっている。

図：東京慈恵会医科大学の IT ロードマップ



（３）再研修制度

子育て世代の女性医師にとって、時間的な問題もあり学会や勉強会に出席することは難しい。託児所を開設しても、利用率がそれほど上がらないのが現実だ。出産や子育てで一旦、離職して復帰する女性医師に再研修の場を設けるシステムづくりが大学病院や研修病院、学会で始まり、成果を得ている。e-ラーニングや、3Dシミュレーションでの技術トレーニング等、ICTを活用した時間と場所をフレキシブルに使える研修システムの開発、導入は、女性に限らず世代を超えてすべての医師に求められている。

東京女子医科大学では結婚、育児、介護等、様々なライフイベントで臨床を離れた女性医師の復職支援・現役の女性医師の離職防止を目的にe-ラーニングによる教育・学習支援プログラムを運営し成果を得ている。

（４）シニア世代も含めた AI によるジョブ・マッチング・システム

女性医師支援は、ジェンダー、世代を超えた医師全体の就業支援なくしては達成できない。多様性のある医師の働き方に対し、柔軟に対応していく必要がある。

一方、医師は医療という社会保障制度を担う職種であり、研鑽の機会を確保して医療の質の向上を担保しなければならない。

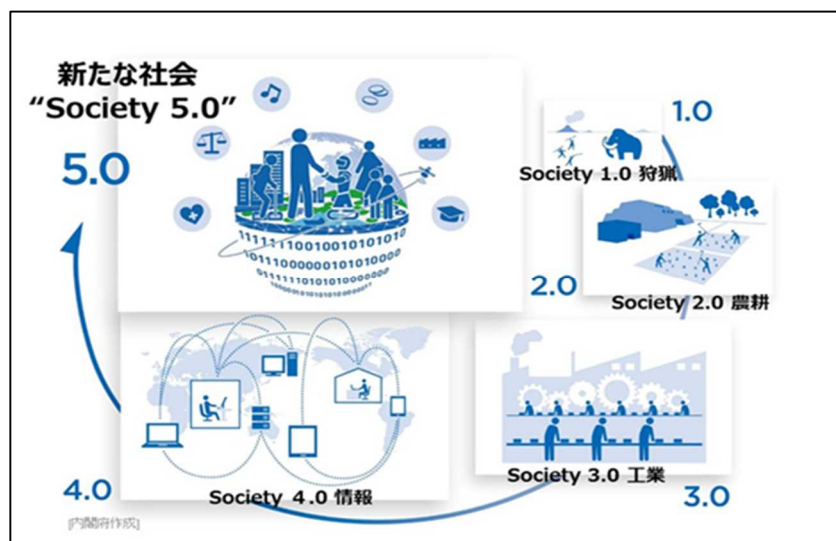
前述した「ICTを活用した医師に対する支援方策の策定のための研究」の一環として日医総研は、「ICTを用いた医師バンクにおける人材マッチング支援」で検証を行った。これまで12年間の日本医師会女性医師バンクの実績を基に、医師という職業の人材市場の特殊性を踏まえたAIによるマッチングアルゴリズムを検討し、医療界独自のシステムづくりを提言している。

医師の産前産後休暇・育児休業や介護休暇からの復職支援、キャリア形成、代替医師の組織的な確保のみならず医療継承、産業保健等、多岐にわたる医師と職場のAIによるジョブ・マッチング・システムの構築の実現が期待されている。

(5) 今後の課題

内閣府科学技術基本計画で提唱される Society 5.0 の概念は、IoT (Internet of Things: モノのインターネット) ですべての人とモノがつながり知識・情報が共有されることで新たな価値を生み出し、少子高齢化・地方の過疎化・性差・貧富の差等、様々な課題を克服して互いに尊重し合える社会、1人1人が快適で活躍できる社会を目指している。

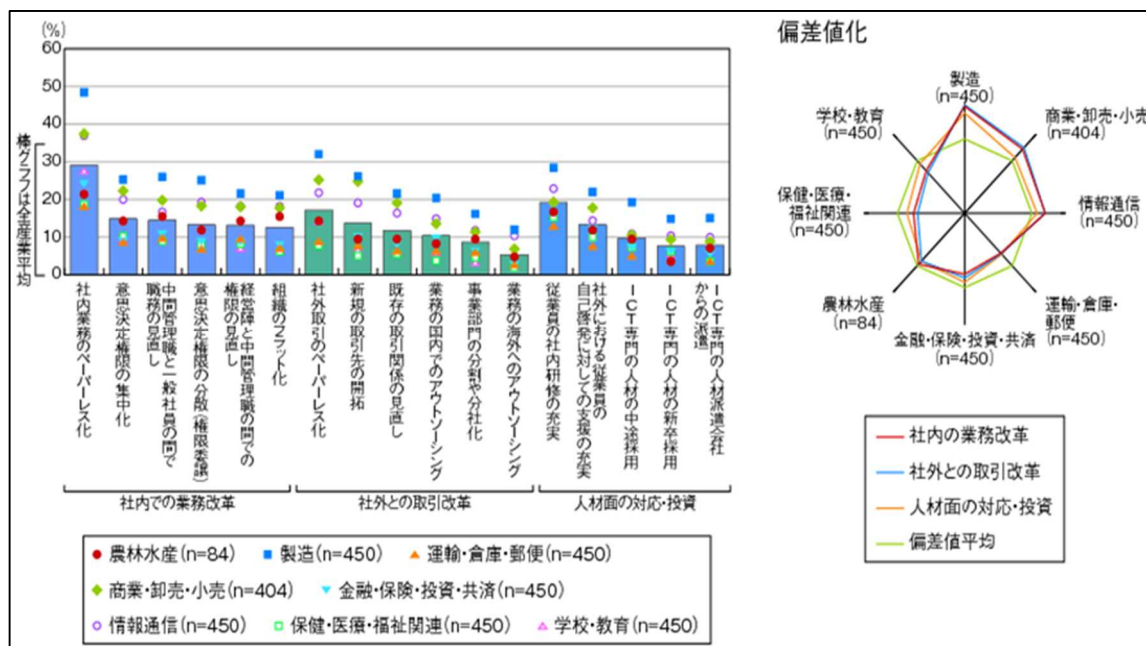
図: Society 5.0 とは(内閣府ホームページより)



その一環に、日本医師会も協力する事業として戦略的イノベーション創造プログラム「AI ホスピタルによる高度診断・治療システム」がある。5 年計画で慶應義塾大学病院、国立成育医療研究センター、大阪大学附属病院、がん研究会有明病院の 4 病院が取り組んでいる。AI ホスピタルシステムを開発して先進医療を提供し社会貢献するだけでなく、医療機関の業務の効率化や医療従事者の負担軽減を実現するのが目的である。

2019 年 11 月に日本医師会で成果発表シンポジウムが開催されたが、業務効率化とタスクシフティング、教育・人材育成への期待が高まっていた。女性医師支援の立場からこういった取り組みに積極的に提言し、前述した AI を利用した女性医師の再就職マッチング支援をはじめ、キャリアアップにつながる新たな労務管理、教育システム開発に広げていきたい。

図：産業別にみた ICT 利活用状況（総務省情報通信白書 2012 年より）



4. おわりに 日本医師会として取り組むこと

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」の報告書は、医師の時間外労働規制の具体的な在り方や労働時間の短縮策等を提示した。今後も増加する女性医師の就労支援を、働き方改革でいかに実行していくのか、その具体的な制度設計は将来の医療提供体制構築に向けた最重要課題である。

日本医師会は冒頭の報告書を受けて、「臨床研修・専門研修や高度技能育成を要する集中技能向上水準を満たす医療機関での時間外労働年 1,860 時間は高い上限だが、医療提供が過度に制限されたり、地域医療が崩壊することがないような制度設計になっている。これまで日本医師会が主張してきた「医師の健康への配慮」と「地域医療の継続性」の両立という観点から評価する。今後、国民の理解も含めて慎重に検証しながら進めていく必要がある」と見解を示している。医師についても、一般則が求めている水準と同様の労働時間を達成することを目指し、2035 年度末の暫定特例水準の解消に向けて、各関係機関での検討が始まっている。今後、日本医師会として取り組むべき課題は多岐

にわたる。

女性医師のキャリア形成において、出産・育児というライフイベントと専門医取得や研修の時期が重なる現実を踏まえ、今後さらに女性医師の就労支援を進めていくには何が課題となるのか。当委員会では、日本医師会女性医師支援センターとともに国内全病院（8,475施設）に勤務する女性医師を対象とした「女性医師の勤務環境の現況に関する調査（2017年8月）」を行った。有効回答者数は病院勤務女性医師のおおよそ25%、約1万人に達し、現状を把握する貴重な統計となった。8年前の同調査と比較して院内保育や職場の環境改善は認められるものの、子育て中の女性医師の長時間労働や当直等の就労環境、職場や家庭での理解不足が女性医師の就労継続にいまだに足かせとなっている現実も明らかになった。

大都市の場合、場所の確保の問題等から病児・病後児保育等、勤務先の保育施設の整備は医療機関の経済的な負担が多く、通勤時間や保育環境の問題で利用率が上がらない現実もある。地域の保育設備の整備等、社会全体で子育てに取り組むこと、パートナーの育児休業取得支援等、働き方改革の議論に盛り込んでいくことも求められる。

医療提供体制の地域差を是正し、日本の医療レベルをさらに向上させるためには、女性医師の離職率を下げるとともに、臨床のみではなく研究や基幹病院での医学教育に女性医師が積極的に従事できる環境整備が必要である。就業時間に関わらず、キャリアアップのための知識や技術習得の評価基準を明確化すること、臨床研究制度における産前産後休業期間中の身分保障、再開時の研修継続の保証、さらには産前産後休業、育児休業中の医師の仕事を補完する周囲の医師が疲弊しないような勤務体制や、男女ともに相互理解しながら医療に従事するために、医学部の教育カリキュラムへ男女共同参画やワーク・ライフ・バランスの授業を組み込むことも求められる。

働き方の転換期に、課題を解決しつつ医療提供体制を維持するために医療界はどう対応していくのか。医師会には現場の医師の声と雇用側の経営上の課題解決、国民の医療機関への受診方法やヘルスリテラシーの向上等、社会への啓発を同時に進めていくことが求められている。

なお、今般の新型コロナウイルス感染症の流行第一波は、多くの医療従事者の献身的な働きによって辛うじて医療崩壊を免れたが、日本の医療体制の脆弱さを浮き彫りにした。同時に、感染者や医療従事者、その家族に対する不当な差別、偏見、長引く自粛生活の中での家庭内暴力の増加等、人権の危機も露呈した。男女共同参画社会の基本理念は、すべての個人の尊厳が重んぜられ人権が尊重されることにある。収束した後に様々な検証がなされるであろうが、あるべき医療体制の構築とともに、脆さを露呈した人権問題に対処することも忘れてはならない。

日本医師会には、本答申で示した医師の働き方に対する具体策の実現とともに、大所高所からの男女共同参画の牽引を期待する。

男女共同参画委員会活動報告

目 次

I. 委員会議事	53
----------	----

II. 男女共同参画委員会が実施した具体的な取り組み

1. 男女共同参画フォーラム	55
----------------	----

2. 都道府県医師会における

女性医師に関わる問題への取り組み状況調査	55
----------------------	----

資料 1 第 15 回男女共同参画フォーラム次第及び宣言	56
------------------------------	----

資料 2 都道府県医師会における

女性医師に関わる問題への取り組み状況調査票	58
-----------------------	----

Ⅰ. 委員会議事

今期開催した委員会の次第（議事）は次のとおりである。

■第1回（平成30年12月20日）

- (1) 女性医師支援センター事業について
- (2) 男女共同参画フォーラムについて
- (3) 『ドクターゼ』「医師の働き方を考える」コーナーについて
- (4) 諮問等に関するフリートーキング
- (5) その他

■第2回（平成31年3月8日）

- (1) 女性医師支援センター事業について
- (2) 男女共同参画フォーラムについて
- (3) 『ドクターゼ』「医師の働き方を考える」コーナーについて
- (4) 諮問等に関するフリートーキング
- (5) 平成30・31年度男女共同参画委員会の開催日程について
- (6) その他

■第3回（平成31年5月24日）

- (1) 女性医師支援センター事業について
- (2) 男女共同参画フォーラムについて
- (3) 『ドクターゼ』「医師の働き方を考える」コーナーについて
- (4) 諮問等に関するフリートーキング
- (5) その他

■第4回（平成31年9月12日）

- (1) 女性医師支援センター事業について
- (2) 男女共同参画フォーラムについて
- (3) 『ドクターゼ』「医師の働き方を考える」コーナーについて
- (4) 都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取り組み状況調査について
- (5) 諮問等に関するフリートーキング
- (6) その他

■第5回（平成31年12月13日）

- (1) 女性医師支援センター事業について
- (2) 男女共同参画フォーラムについて
- (3) 『ドクターゼ』「医師の働き方を考える」コーナーについて
- (4) 諮問等に関するフリートーキング
- (5) その他

■第6回（令和2年2月14日）

- (1) 男女共同参画フォーラムについて
- (2) 『ドクターゼ』「医師の働き方を考える」コーナーについて
- (3) 答申（案）について
- (4) その他

■第7回（中止）

II. 男女共同参画委員会が実施した具体的な取り組み

1. 男女共同参画フォーラム

(1) 第 15 回男女共同参画フォーラム

平成 31 年 7 月 27 日、宮城県医師会の担当により、勝山館にて開催し、テーマは「男女共同参画のこれまでとこれからーさらなるステージへー」であった。基調講演として、東北大学加齢医学研究所遺伝子発現制御分野教授、本橋ほづみ先生より、自身のキャリア形成とライフイベントとの両立についてご講演いただいた。その後、男女共同参画委員会・日本医師会女性医師支援センター事業報告を行った。

シンポジウムでは、「新専門医制度に対していただく期待と不安」「医療界における男女共同参画は進んだか」「女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス」のテーマで 5 名のシンポジストが講演・総合討論を行った。

最後に、第 15 回男女共同参画フォーラム宣言が採択された。参加者は 276 名であった。

(2) 第 16 回男女共同参画フォーラム

令和 2 年 5 月 23 日、大分県医師会の担当により、日航大分オアシスタワーにて開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の流行を受け、令和 3 年 5 月 15 日へ延期することとした。テーマは「医療人を育む一歩から～医師の多様な働き方について～」であり、基調講演は日本眼科医会会長 白根雅子先生を予定している。他に、男女共同参画委員会・日本医師会女性医師支援センター事業報告と、3 名の講師によるシンポジウムを行う予定である。

2. 都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取り組み状況調査

男女共同参画に関する各種施策に資することを目的として、隔年で実施しており、令和 2 年 2 月に報告書としてまとめた。

第 15 回男女共同参画フォーラム

日 時：令和元年 7 月 27 日（土）（フォーラム） 午後 1 時 30 分～
（懇親会） 午後 5 時 40 分～
場 所：仙台勝山館 仙台市青葉区上杉 2-1-50 TEL：022-213-9188
主 催：日本医師会
担 当：宮城県医師会

☆メインテーマ 「男女共同参画のこれまでとこれからーさらなるステージへー」

【次 第】

- 13：30 ○開 会 総合司会 宮城県医師会常任理事 安藤由紀子
○挨 拶 宮城県医師会副会長 橋本 省
日本医師会会長 横倉 義武
宮城県医師会会長 佐藤 和宏
宮城県知事 村井 嘉浩
- 14：00 ○来賓挨拶 座長 宮城県医師副会長 橋本 省
○基調講演 「酸化ストレス応答と健康長寿と介護」
東北大学加齢医学研究所遺伝子発現制御分野教授 本橋ほづみ
- 14：50 ○報 告（15分）
1. 日本医師会男女共同参画委員会 前日本医師会男女共同参画委員会委員長 小笠原真澄
2. 日本医師会女性医師支援センター事業 日本医師会常任理事 小玉 弘之
- <休 憩 10分> —————
- 15：20 ○シンポジウム
座長 宮城県女性医師支援センター長 高橋 克子
佐々木悦子
コメンテーター 日本医師会副会長 今村 聡
1. 「“新専門医制度”に対していただく期待と不安～女性研修医と女子医学生の立場から～」
宮城県医師会常任理事 福與なおみ
東北大学病院初期研修医 2 年目 横山日南子
東北大学医学部 6 年生 岩田 彩加
2. 「医療界における男女共同参画は進んだか」
宮城県医師会女性医師支援センター長 高橋 克子
3. 「女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス」
自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長
一般・消化器外科教授 力山 敏樹
- 総合討論
- 17：15 ○第 15 回男女共同参画フォーラム宣言採択
- 17：20 ○次期担当医師会長挨拶 大分県医師会会長 近藤 稔
宮城県医師会副会長 板橋 隆三
- 17：25 ○閉会
- 17：30 ○懇親会

第15回男女共同参画フォーラム 宣言

日本医師会男女共同参画フォーラムが平成17年に初めて開かれて以来、14年の活動で得た成果を基盤にし、医療においてもワークライフバランスが重要という意識を確信した。

この活動のさらなる発展を図るために、男女を問わず医師の働き方改革を進めながら、国民の医療に大きく貢献できる段階へと進化させることを決意し、以下宣言する。

一、多様な働き方を認め、男女を問わず豊かな医療人を育む

一、指導的立場の女性医師を増やし、2020.30運動の理念を

医師会・大学・学会ともに連携して推し進め、結果を出す

一、医師を目指す全ての人に対する、医育機関での公平で

公正な対応を求める

令和元年7月27日

日本医師会 第15回男女共同参画フォーラム

都道府県医師会における女性医師に関わる問題への 取り組み状況調査票

医師会

記入者名 _____

記入日： 令和 年 月 日

問 1 貴会における役員ならびに女性役員数についてご回答ください

役員総数： _____ 人 、女性役員数： _____ 人

問 2 貴会における会員区分ごとの女性会員数等についてご回答ください

会員区分	区分の定義	会員数	女性会員数
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
合 計		人	人

問 3－1 貴会では貴都道府県下の全女性医師数(貴会会員外、未就労の女性医師数を含む)を把握していますか

1. 貴会の調査や地域におけるネットワークの中などで把握している
2. 厚生労働省のデータでほぼ把握している
3. 把握していない

問 3－2 貴会では貴都道府県下の未就労の女性医師数を把握するための取り組みをされていますか

1. はい

↳ 具体的にご回答ください

2. いいえ

問 3－3 貴会で貴都道府県下における未就労の女性医師数を把握している場合は、可能な範囲でその数をご回答ください

人

問 4－1 女性医師に関わる委員会や部会を設置していますか

1. はい

2. いいえ

↳「問 5」へお進みください

3. 設置予定 ⇒ (平成_____年_____月)

↳「問 5」へお進みください

「問 4－1」で「1. はい」と回答した方のみ、「問 4－2」から「問 4－5」の質問にご回答ください。

問 4－2 その委員会や部会の名称をご回答ください

--

問 4－3 その委員会や部会の構成員数をご回答ください（男女別、会員区分別）

全構成員数		女性構成員数		男性構成員数	
会員区分	人数	会員区分	人数	会員区分	人数
	人		人		人
	人		人		人
	人		人		人
	人		人		人
	人		人		人
	人		人		人
	人		人		人
合 計	人	合 計	人	合 計	人

問 4－4 その委員会や部会の具体的な活動を教えてください

※委員会や部会の規約等を作成している場合は、調査票と併せて日医総務課までお送り
いただきますよう、お願いいたします

問 4－5 その委員会や部会は勤務医委員会や勤務医部会と連携して活動を行っていますか

1. はい
↳ 具体的にご回答ください

2. いいえ

【以下、すべての方にご回答をお伺いいたします】

問5 女性医師への取り組みについてご回答ください

(1) 女性医師に関する研修会や講習会は実施していますか

1. はい

2. いいえ



具体的にご回答ください

[]

(2) 女性医師等相談窓口事業に対する取り組み状況と、その具体的な内容を教えてください

1. 設置済み

2. 交渉中

3. 未対応

4. その他

[]

(3) その他の取り組みがありましたらご記入ください

①事業名：()

[]

②事業名：()

[]

問6 取り組み上、何か問題をかかえていれば、その具体的な内容をご記入ください

問7 今後どのような取り組みが必要であるとお考えですか

ご協力ありがとうございました。