

# 第13回 男女共同参画フォーラム 報 告 書

テーマ 「今後10年の医療界で男女共同参画は何をめざすか」

期 日：平成29年7月22日（土）  
会 場：名古屋東急ホテル  
主 催：日本医師会  
担 当：愛知県医師会  
企 画：日本医師会男女共同参画委員会



## はじめに

2015年8月28日、女性の職業生活における活躍推進に関する法律（女性活躍推進法）が国会で成立し、2016年4月1日からは従業員301人以上の企業に女性活躍に関する数値目標や行動計画の策定等が義務付けられました。安倍内閣が設置した「働き方改革実現会議」は、2017年3月28日に「働き方改革実行計画」を決定し、医療界においても長時間労働の是正に向けての議論が本格化しています。

「医師の働き方」には、応召義務との関係、労働と研修のあり方、女性医師の働き方、さらには地域医療に与える影響等多くの課題があります。今回の第13回男女共同参画フォーラムは、愛知県医師会の企画・運営のもと開催されましたが、基調講演、シンポジウム等を通じて、この問題に真正面から取り組んでいただきました。

基調講演では、産業医科大学公衆衛生学教授の松田晋哉先生より「医師の働き方を考える」と題して、医師の働き方に関する基本的な視点と今後必要なことをお示しいただきました。シンポジウムでは「これからの医療制度変革とそれに伴う医師の働き方の変化は」というテーマで、4人のシンポジストから専門医を指導する立場、経営者の立場、女性医師の立場、患者の立場とそれぞれの視点から、医師の働き方に踏み込んでいただきました。

また、特筆すべきは愛知県医師会として「イクボス大賞」を設け、会場で表彰式が行われたことが挙げられます。「イクボス」は単に男性の仕事と育児の両立を促進し、勤務環境の改善を図る上司を意味するにとどまらず、男性女性を問わず職場で働く部下やスタッフの育児や介護等のワークライフバランスを考慮し、個々の人生の充実と勤務先の業績の向上の両方を目指す上司の総称とされています。「イクボス宣言」や「イクボスの表彰」等を通じて、勤務環境の整備や経営・管理層の意識改革が着実に進むことが期待されます。

「医師の働き方」は立場の違いにかかわらず、全ての医師にとって大きな関心事であり、総合討論では活発な質疑応答が交わされ、会場は熱気に包まれたものとなりました。少子高齢時代において、女性医師が十分に能力を発揮し得る働き方が出来るようになるためには、これまで以上に多様な価値観の理解とその実現が求められます。

引き続き、どうぞ皆様のご支援、ご協力をお願い申し上げます。

平成29年10月  
日本医師会男女共同参画委員会  
委員長 小笠原 真澄

## 第13回男女共同参画フォーラム 名簿

### 愛知県医師会役員

会長 柵木 充明  
副会長 横井 隆  
副会長 城 義政  
副会長 市川 朝洋  
理事 伊藤 健一  
理事 西山 朗  
理事 伊藤 富士子

### 愛知県医師会男女共同参画委員会

委員長 小出 詠子  
副委員長 室谷 眞美  
委員 安藤 智子  
委員 水野 美穂子  
委員 春原 晶代  
委員 室谷 眞美  
委員 酒井 和好  
委員 小谷 友美  
委員 小嶋 雅代  
委員 長谷川 みどり  
委員 北川 好郎  
委員 丸山 晋二  
(平成29年7月22日現在)

### 日本医師会男女共同参画委員会

委員長 小笠原 真澄  
副委員長 鹿島 直子  
委員 伊藤 富士子  
委員 笠原 幹司  
委員 神崎 寛子  
委員 計田 香子  
委員 貞永 明美  
委員 篠原 裕希  
委員 島崎 美奈子  
委員 滝田 純子  
委員 藤根 美穂  
委員 藤巻 高光  
委員 細谷 紀子

## 第13回男女共同参画フォーラム プログラム

メインテーマ「今後10年の医療界で男女共同参画は何をめざすか」

総合司会：愛知県医師会男女共同参画副担当理事 西山 朗  
開会 愛知県医師会副会長／日本医師会常任理事 市川 朝洋  
挨拶 日本医師会会長 横倉 義武  
愛知県医師会会長 柵木 充明  
来賓挨拶 愛知県知事 大村 秀章  
基調講演「医師の働き方を考える」 座長：愛知県医師会理事 伊藤 健一  
産業医科大学公衆衛生学教授 松田 晋哉

報告

1. 日本医師会男女共同参画委員会

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 今村 定臣

愛知県医師会イクボス大賞表彰式

シンポジウム「これからの医療制度変革とそれに伴う医師の働き方の変化は」

コーディネーター：愛知県医師会男女共同参画担当理事 伊藤富士子

愛知県医師会男女共同参画委員会委員長 小出 詠子

1. 「新専門医制度の導入による働き方の変化」

筑波大学医学医療系教授 前野 哲博

2. 「患者の立場から見た医師需給問題」

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 山口 育子

3. 「これからの日本医療制度変革とそれに伴う医師の働き方の変化」

社会医療法人宏潤会大同病院理事長 吉川 公章

4. 「女性医師のキャリアデザイン」

公立陶生病院小児科部長 加藤 英子

総合討論

第13回男女共同参画フォーラム宣言採択

愛知県医師会男女共同参画委員会副委員長 室屋 眞美

次期担当医師会会長挨拶

高知県医師会会長 岡林 弘毅

閉会

愛知県医師会副会長 横井 隆

# 目 次

はじめに

第 13 回男女共同参画フォーラム名簿

第 13 回男女共同参画フォーラム プログラム

目次

開会・・ 1

挨拶・・ 2

祝電紹介・・ 6

基調講演・・ 7

報告

1. 日本医師会男女共同参画委員会・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29

2. 日本医師会女性医師支援センター事業・・・・・・・・・・・・・・ 32

愛知県医師会イクボス大賞表彰式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37

シンポジウム

テーマ「これからの医療制度改革とそれに伴う医師の働き方の変化は」

1. 新専門医制度の導入による働き方の変化・・・・・・・・・・・・ 39

2. 患者の立場から見た医師需給問題・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 48

3. これからの日本医療制度改革とそれに伴う医師の働き方の変化・・・・・ 54

4. 女性医師のキャリアデザイン・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 60

総合討論・・ 71

第 13 回男女共同参画フォーラム宣言採択・・・・・・・・・・・・・・ 76

次期担当医師会会長挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 78

閉会・・ 78

おわりに・・ 79

## 開 会

### 総合司会

---

愛知県医師会男女共同参画副担当事務 西山 朗

皆様、こんにちは。本日は非常に暑い中、名古屋にお越しくださいまして、誠にありがとうございます。本日、総合司会を務めさせていただきます、愛知県医師会理事の西山朗と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、はじめに、愛知県医師会副会長および日本医師会常任理事の市川朝洋より、開会の辞を述べたいと思います。市川先生、よろしくお願いいたします。

### 開 会

---

愛知県医師会副会長/日本医師会常任理事 市川 朝洋

ただ今ご紹介いただきました市川と申します。第13回男女共同参画フォーラムにご参加いただきありがとうございます。メインテーマは、「今後10年の医療界で男女共同参画は何をめざすか」です。

まだ、現状、闇の中、霧の中にいるような男女共同参画が、10年後にどのような形になるか非常に楽しみにしております。その第一歩が、今日のこの名古屋だと思っておりますので、どうか今日一日、活発なご議論をお願いします。

それでは、ただいまより男女共同参画フォーラムを開催いたします。

## 主催者挨拶

日本医師会会長 横倉 義武

第13回男女共同参画フォーラムの開催にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本日は非常に暑い中、全国より多数の先生方にご参集いただきまして、心より御礼を申し上げます。また本フォーラムの開催にあたりましては、愛知県医師会の柵木充明会長を始め、役職員の皆様方に準備段階から大変なご苦勞をいただきました。この場をお借りして、厚く御礼申し上げます。本日は大村秀章愛知県知事にもお越しいただいており、重ねて感謝を申し上げます。

今回の男女共同参画フォーラムのテーマは、「今後10年の医療界で男女共同参画は何をめざすか」ということでございます。3年前に日本医師会館で開催いたしました第10回フォーラムでは、10年で医療界における男女共同参画は進んだのかということ振り返りました。今回は、これからの10年はどこを目指して進むのか考えるということで、大変意義のあるフォーラムになるだろうと感じているところでございます。

10年前は男女共同参画と謳っても、やはり女性医師支援が活動の中心でありました。女性医師が増加しつつあるのに対し、仕事を継続出来る環境が整っていなかったということが背景にあり、出産や育児のために離職する医師が多く、その後、復職することが困難であった、そういう事情でありましたので、早急に対応が求められたためでありました。

その後、日本医師会におきましても、男女共同参画委員会の先生方にお力添えをいただきながら様々な取り組みを行い、臨床研修制度における産休期間中の身分保障や、日本医師会が行う研修会等への託児施設の設置、医療機関での短時間勤務正社員制度の一部実現等、多くの成果を残しております。

国におきましても、平成12年には第1次男女共同参画基本計画が出され、平成15年に次世代育成支援対策推進法の制定、平成28年にはいわゆる女性活躍推進法がスタートし、少子高齢化対策という背景はありますが、女性が働きやすい社会の推進には前向きな流れとなりました。こうした状況から、女性医師が仕事を継続するための環境整備について、着実に前進し、改善が進んでいるという実感を得ている方も多いかもしれません。

しかし、女性にフォーカスした配慮に一定の前進がある一方で、医師全体としてはまだまだ働き方において課題が多くございます。平成26年に行いました「男女共同参画についての男性医師の意識調査」でも、“忙しすぎてワークライフバランスがとれない”とか、“育児に関わりたくてもその時間がとれない”といったような意見が多数見受けられました。世間では過重労働による悲しい事件がございましたが、現在国では、一億総活躍社会の実現のために働き方改革を進めております。医師の働き方につきましては応召義務や夜間救急もあり、慎重な議論が必要であるこ



とから、2年間検討しようということになりました。政府における検討会の第1回が8月にスタートするので、そこにも日本医師会から委員を出して、議論していこうと取り組みを始めたところでございます。

国民に質の高い医療を提供するためには、働き方の改革は大変重要であります。先に触れました調査におきましても、仕事と介護の両立に悩んでいる男性医師の声もございました。超高齢社会を迎えると、介護のダブルケアを抱える家庭も少なくないわけで、今後は男性も女性もライフイベントを持ちながら、仕事を継続出来る仕組みが必要であり、それぞれの事情を考慮した多様な働き方が求められてまいります。

本日は、基調講演に産業医科大学公衆衛生学教授の松田晋哉先生をお迎えしております。松田先生は様々な地域の医療事情、また将来を見据えてどのような医療提供をすべきかについて、私どももご指導いただいている先生であります。来年は診療報酬と介護報酬の同時改定の他に、第7次医療計画、また介護保険事業（支援）計画がスタートします。医療制度改革の重要な局面を迎えるわけですが、私たちの働き方に大きく影響する医療制度について、松田先生から詳しくお話をお聞かせいただけたらと思います。

また平成26・27年度男女共同参画委員会の答申において、イクボス大賞のご提案をいただきました。委員の伊藤富士子先生が、地元の愛知県で自らイクボス大賞を創設され、今回初の受賞者2名の先生が、本日のシンポジウムにシンポジストとして出てくださいます。今日、この場にいらしている先生方の多くが、医療機関の管理者や指導者の立場でいらっしゃると思いますが、イクボス大賞を受賞されたお2人に何うお話は、実践に生かせる興味深いものであると思います。

どのようなことも明確な目標を持って進むことが大切でありますので、今日のフォーラムが、皆様とこれからの男女共同参画について考え、そして進むべき方向性を探る有意義な時間となりますように祈念いたしまして、挨拶の言葉とさせていただきます。どうぞ1日、よろしく願いいたします。

## 担当医師会会長挨拶

愛知県医師会会長 柵木 充明

皆様、こんにちは。愛知県医師会の柵木と申します。今日は暑い中、全国よりこうして名古屋の地にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。日本医師会第13回男女共同参画フォーラムの開催にあたりまして、一言ご挨拶をさせていただきます。

今日は愛知県の大村知事にご臨席いただいております。誠にありがとうございます。この会の主催者である日本医師会からは、横倉会長、今村副会長を始め、多数の先生方にご出席いただいております。心より感謝を申し上げます。

日本全国そうかもしれませんが、今年は私ども愛知県医師会にとって設立70周年記念の年であります。私ども愛知県では、10年を区切りとして記念式典を開催して

おります。こうしたタイミングでこのフォーラムを開催出来ることを、誠に喜ばしく思っているところでございます。

さて、政府の一億総活躍社会の提唱に伴って、医師の働き方改革も議論の俎上へ上がっております。ややもすると、「医師は労働者か」という議論が先行し、医師の過重労働ばかりに焦点が当たる傾向が見られますが、私は本質的な論点がぼかされているような気がいたします。私たちが医師として医師の働き方を考えるに際し、真っ先に考えるべきことは、恒常的に医療の質を上げていくことの出来る、そういう働き方を考えることです。当然のことながら、医師の質は医療の質でございます。知識を主とする診療科は今後AIがかなりの部分を占めてくると思いますし、そういう意味では、そうした診療科の需要は確実に減ってくるだろうと推測されます。その分、手術や手技等、いわゆる職人的技術を要する診療分野に、もっと多くの医師が参入していく必要があると考えております。

しかしながら、残念なことにその方面の診療科は若い人たちにあまり人気がないと聞いております。よくメディアで言われるような卓越した神の手ではなく、今までの医療技術を確実に承継し、これを進化発展させ、未来につなぐことの出来る重層した医師の配置システムの中で、医師の働き方を考える必要があると考えております。中でも手術は数をこなす必要があり、先輩から後輩への技術伝承もございません。ロボット手術や遠隔操作技術も今後どんどん進むでしょうが、これらも最終的には人の手が加わる作業でございます。

医療技術の進歩の反面、その技術を見つめる目は厳しくなる一方であります。患者、家族、メディアのみならず、医師相互の間でも決して甘えは許されません。その中で医療の手技を伝承し、進化させていくことは決して容易な道ではありませんが、女性医師には男女共同参画の立場からも、「中年の男性」というお医者さんのイメージを払拭するためにも、是非挑戦してほしいと思います。男性医師と比べて働き方の多様な女性の医師だからこそ、知恵を振り絞って医療の進歩に寄与する働き方を見つけてほしいと心より願っている次第でございます。

愛知県医師会では、愛知県が実施する「あいち女性の活躍促進行動宣言」に賛同し、県のホームページにて、女性医師を始めとする医師の働き方に対する愛知県医師会の「女性の活躍促進宣言」を掲載しております。さらに、育児中の医師の勤務環境の整備に努める上司たち、先ほど横倉会長からご紹介がありましたけれど、イクボスに焦点を当て、このフォーラムで顕彰させていただきます。今後、さらに医療界でイクボスが増えていくことを願っております。

本日は、「今後10年の医療界で男女共同参画は何をめざすか」をテーマに掲げて、今後の医療の在り方を検討していただきます。基調講演では松田晋哉先生に、「医師の働き方を考える」という題名でご講演いただき、シンポジウムでは、「これからの医療制度改革とそれに伴う働き方の変化は」をテーマとして、4名のシンポジストをお招きしております。

結びとなりますが、今回のフォーラムが、医師の働き方を通して、国民医療の質の向上に寄与することを心から祈念し、私からのご挨拶とさせていただきます。今日は本当に遠い所からご参加いただき、誠にありがとうございました。

皆様、こんにちは。愛知県知事の大村秀章です。本日は日本医師会の主催により第13回男女共同参画フォーラムがこのように盛大に開催されますことを、心からお喜び申し上げます。各県持ち回りで開催し、今回が13回目ということですが、愛知県での開催は初めてということで大変喜ばしく、また、全国各地から多くの皆様に愛知、名古屋にお越しいただいたこと、心から歓迎を申し上げたいと思います。

そして、横倉会長、今村副会長、今村常任理事を始め、日本医師会の関係者の皆様にも心から歓迎を申し上げたいと思います。私は知事になりまして7年目でございます。その前に国会議員を15年やりました。その間、社会保障、厚生労働関係を担当しておりましたので、先生方には大変お世話になり、懐かしい感じがいたします。その当時、医療関係、例えば産科関係では産科医療補償制度を作らせていただいたり、C型肝炎の薬害訴訟は、守られない部分を議員立法で救済していく等、様々な仕事をさせていただきました。臨床研修制度見直しや、がん対策基本法を作ったり、救急ではドクターヘリの運用のこともございました。様々なことを当時、日医の先生方と一緒にさせていただいたことが思い出されますが、またこれからも是非よろしくご指導のほどお願いいたします。

また、柵木愛知県医師会会長を始め、準備に当たられた役職員の皆様には、心から感謝を申し上げる次第であります。

さて、平成27年9月に、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」が公布され、昨年28年4月から施行されました。女性の活躍の推進が、国を挙げて積極的に進められるということでもあります。私ども愛知県も、女性の活躍促進プロジェクトということでずっと取り組んでおります。医療の現場におきましては女性医師の割合が増加傾向にありまして、今、約5人に1人が女性医師ということでもあります。また、医学部の入学者では約3分の1が女性ということもございます。この傾向はさらに進んでいくと思います。

一方で、女性医師は出産、育児により仕事と家庭を両立させるということがあり、そういう中でキャリアを中断したり、離職せざるを得ない状況もございます。そういう意味で、女性医師が子育てをし、家庭生活と両立させながら医師を続けられる取り組み、そしてまた支援が必要だと思っております。

私ども愛知県としましても、医療現場における勤務環境改善が重要だと考えておりまして、平成28年2月に医療勤務環境改善支援センターを設置いたしました。勤務環境改善を図る医療機関の支援を行っており、病院内保育所の整備、運営の助成、短時間勤務制度の促進等、女性医師の働きやすい職場環境を支援するための事業も実施しております。

本日の基調講演は、「医師の働き方を考える」をテーマにお話がありますが、男性、女性に関わらず医師の皆様が、様々なライフイベントに応じた充実した医師生活を送れるよう、働き方への理解がより進むことを期待しているところであります。

本日はこの後、愛知県医師会イクボス大賞の表彰式もあるとお聞きしております。

受賞される皆様には、心からお祝いを申し上げます。女性医師が働きやすい環境作りや、男性医師がサポートしやすい環境作りを実践しておられる先生方は、大変素晴らしい上司だと思います。愛知県で取り組んでいる事業等を活用し、本日受賞されるお2人の先生に続くイクボスが増え、医療現場の勤務環境がさらに整っていくことを期待したいと思います。

そういう意味でも、このようなフォーラムは大変意義深いものだと思います。医療現場の過酷な勤務環境は昔も今も変わらないと思いますが、使命感ややる気だけでやっていく時代ではないと思いますので、合理的、科学的に働き方をしっかり作っていくことが大事だと思います。

最後になりますが、今日は基調講演、シンポジウムの後、夕方から懇親会があるということでございますが、愛知県医師会が楽しい計画をしていると思いますので、是非、名古屋をお楽しみいただければと思います。

今日の会が記憶に残る有意義な会になりますよう、また医療もさらに前進することを心からご祈念申し上げまして、お祝いのご挨拶とさせていただきます。本日はおめでとうございます。

## 祝電紹介

参議院議員 自見 はなこ

○西山 ここで、参議院議員の自見はなこ先生より、祝電をいただいておりますのでご紹介させていただきます。

「日本医師会会長横倉義武先生 謹啓 時下ますますご静粛のこととお慶び申し上げます。本日は第13回男女共同参画フォーラムのご開催、誠におめでとうございます。日頃より医療界の発展および男女共同参画の推進に貢献くださっている先生方に、心より敬意を表します。本日は第13回男女共同参画フォーラムに参加することが叶わず、誠に残念と存じます。現在、女性医療職エンパワメント推進議員連盟の事務局長を拝命しており、様々な機会に先生たちのお声をしっかりと聞きし、女性医療職の働き方に貢献出来るよう微力ながら国政の場で頑張っておりますので、何卒ご指導のほど、よろしく願い申し上げます。最後になりましたが、今回ご参加の先生方のますますのご健勝とご活躍をお祈り申し上げますとともに、男女共同参画フォーラムの一層のご発展を心よりお祈り申し上げます。謹言。

平成29年7月22日 参議院議員 自見はなこ

医師の働き方を考える

産業医科大学公衆衛生学教授 松田 晋哉

○西山 基調講演は、愛知県医師会伊藤健一理事に座長を務めていただきます。伊藤先生、よろしくお願いします。

○伊藤 愛知県医師会の伊藤でございます。よろしくお願いいたします。

松田先生のご略歴をご紹介します。松田先生は、現在、国の地域医療構想を引っ張っておられるお1人であります。1985年に産業医科大学を卒業され、フランスに留学されて、1999年から産業医科大学公衆衛生学の教授をしておられます。著書も多く、『病院』という雑誌には、DPCを含めた数字の読み方やデータのハンドリングについて書いておられますので、皆様もお目を通したことがあるかと思えます。

本日は、「医師の働き方を考える」というテーマでお話いただきます。愛知県は女性医師の割合が全国で5番目に高く、若い医師が多いのが特徴で、そのことで愛知県の救急医療が成り立っているという状況であります。今後も女性医師や若い先生方に働き続けていただくため、有意義なお話が聞けるのではないかと考えております。松田先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○松田 伊藤先生、ご紹介ありがとうございます。産業医科大学の松田でございます。今日ここに来まして、大変なものを引き受けてしまったと思っております。研究者として貧乏な時期が長く、研究費をもらうためにとりあえずノーと言うなど教えられたので、伊藤先生に頼まれてイエスと答えたら、こんなことになってしまいました。

今日は、「医師の働き方を考える」ということで、つたない私の経験から少しお話をさせていただきたいと思っております。僕はフランスに留学していましたので、フランスのことをまじえ、問題の整理をして何が出来るのかということをお話させていただきます。

特に今、一番大きな関心と呼ぶのは、働き方改革だと思います。実行計画というものがあり、時間外労働の上限を原則月45時間、労使が合意した場合は月平均60時間、上限を超えた場合は罰則が設けられるということで、医師については2年間猶予対象となりました。

そもそも、病院医師の長時間労働が非常に悪化しているわけですが、ただこれはニーズに応えるためにやっていることで、応召義務もございますし、実際に労働者として働き方改革実行計画の内容を適用して良いかどうかということは、少し冷静に考える必要があると思っております。そうはいつても、病院医師の勤務時間が非常に長いというのは、これはもう色々なところで言われていることでもあります。労働政策研究・研修機構の少々古いデータですが、週当たりの全労働時間は、病院医師の4割が60時間以上であります。

実際、職場改善がどうしても出来ないのかということを知ると、地域・診療科にお

ける医師数の偏在ですとか、医療行為以外の業務量の多さとか、色々なことが言われておりますが、やはり要求されているものに対して、圧倒的に医師数が足りないという状況があります。医師数が足りないというか、医師が働かなければいけない時間が多くなっているという言い方がいいのかもしれませんが。

改善対策として医師数を増加して欲しいとか、当直明けの休み、休憩時間を確保して欲しい、他職種との役割分担の促進、診療以外の業務の負担軽減をして欲しいといったことが挙げられます。医師を増やすべきか、現状のままでいいのかということに関しては、それぞれの地域、それぞれの立場によって考え方が色々あるだろうと思います。恐らく非常に忙しい思いをしている病院の医師からすると、もう少し仲間がほしい。ただ、国全体で見ると十分いるではないかということで、論点の整合性がとれていないのが、今の状況ではないかと思います。

新医師臨床研修制度が始まってから、社会学の領域に入ってくる医師がとて減ってしまいました。基礎に入ってくる医師も減ってしまいました。恐らく、僕の上司の時代はもう少し融通を利かせて働くことが出来ていたと思いますが、僕はこの数年間、土日にほとんど休んだことがありません。土日もずっと大学に行って仕事をしている状況が続いているのですが、何故かと考えると、下が入ってきていないのです。任せる相手がいなくて、ずっと使われっぱなしで仕事量も多い。他の領域でも、このようなアンバランスな状況が起こっているのではないかと思います。

女性医師は、やはり若い人に増えてきています。医学部学生の3割、4割が女性になってもう10年は経ちます。僕が学生の頃は、1クラスに3人しか女性がいなかったという状況でしたが、今、その10倍ぐらいの女性がいる状況で、そういう現実を踏まえてどのような働き方をしたらいいのかということ、大学としても考えなければいけない時代になってきていると思います。

ただ、この女性医師と男性医師の割合の話は、実はかなり地域差があります。これは福岡県の場合ですが、福岡・糸島医療圏という博多があるところでは、確かにもう3分の1ぐらいが女性医師になっているという現状です。

ところが、そこから少し奥に入った田川医療圏になりますと、ほとんど女性医師がいません。増えてきた女性医師たちに、これから色々なところで働いていただかなければいけないのですけれど、彼女たちが働きやすい、働きたいと思っているところには、かなり地域差があるのが現状だということです。

診療科別でもこのようになりかなり差があります。皮膚科や小児科、産婦人科という診療科は女性医師の占める割合が高いが、外科、脳外科では非常に低いという現状があります。

これは有名なM字カーブです。30代から40代にかけて、女性の就業率が落ちるとい現象があります。女性医師が仕事を中断した理由として、出産、子育てというのが非常に大きいということです。この問題は医師会としてもずっと検討されてきて、**「女性医師がいきいきと仕事を続けていくために」**ということでもまとめられております。基本的に必要なこととしては、医師全体の勤務環境の改善、医療への適正な投資、指導的立場・意思決定機関への女性の参画とありますが、そのとおりだと思います。このことについては、また後ほど触れたいと思います。女性医師

の悩みは、家事と仕事の両立、プライベートな時間がない、勉強する時間がないというところが非常に大きな課題として挙がっています。

以上をまとめますと、結局問題は何なのかということですが、病院医師の長時間労働・過重労働の問題です。これは診療以外の業務が非常に多いということと、それから応召業務、これには患者の受療行動の問題もあります。そして業務範囲の問題、ワークライフバランスをどうしていくか。医師もやはり社会人ですので、社会生活をしなければいけないのですが、例えば子育てをどうするのか等、色々な問題が出てきます。診療科間・地域間の医師の偏在の問題もあります。女性医師が働きやすい環境作りということが言われるわけですが、そもそも考えると、これはたぶん女性だけの問題ではないだろうと思います。

そこで、こういう問題を整理した上で、他の国の状況はどうなっているかということをお話させていただきます。

労働時間の問題ですが、フランスもこの問題に今から17年ぐらい前に直面しました。2000年の1月19日に制定されたAubrey法というものがありますが、当時の社会党政権の中で週35時間労働制が制定されました。全ての職種で1週間の労働時間を35時間にする。これはワークシェアリング等もやっていって、その当時大きな問題になっていた失業対策ということもあったのですが、これが導入されたためにフランスでは医療現場に大きな混乱が起きました。これと同時にもう一つ、当直を行った医師は24時間働いてはいけないという法律を併せて決めました。

そこで何が起こったのかというと、圧倒的な医師不足に陥ったのです。ちょうどその時に調査に行っていたのですが、全国で救急をやっている病院がストップしていました。皆さん働けないということでデモが起こって、結局、こういう労働法の対象外である教授や診療部長等が出張って仕事をすることが起こっていました。

その後は38時間と少し緩やかになったのですが、フランスは定年制もありますので医師不足が非常に深刻になってしまい、EUの他の国から医師を集めるという行為にでました。結果として、東ヨーロッパから麻酔科医、新生児科医等を沢山集めてしまい、東ヨーロッパ諸国で医師が足りなくなるということが起きました。

そういった色々なことが起こりまして、結局、労働法典が改正になり、2010年12月12日法によって1週間の労働時間の上限を48時間に設定した上で、評価期間を連続12週にする形で弾力化しました。要するに、週ごとにその上限に触ってしまったら罰するというのではなくて、評価期間を連続12週という形にして、その間で弾力的な運用をするようにしようということで、比較的医療現場に合う形での労働時間の見直しをしています。いずれにしろ60時間を超えてはならないということでありまして、当直や治療上の必要性がある場合には、さらに4時間超過が認められるということで、かなり弾力化をしています。

このような事例を、国も少し研究された方がいいのではないかと思います。この2000年の35時間労働法というのがフランスに導入された結果、どういう混乱が起こって、どういう議論があって、それに対してどのように対応していったのかということをお話いただくと、今回の日本の労働時間規制に関する問題を考える上

で、色々なヒントがあるのではないかと思います。

ただ、フランスも状況は変わりません。医師年金基金が調査をした Le burn-out à l' hôpital という病院医師の Burn-out についての資料がありますが、非常に大きな問題になっています。まず、医師のうつ罹患率は一般の人の 2 倍です。休職日数も増加傾向で、休職の原因として一番はメンタルヘルスです。障害給付をもらうのも 4 割がメンタルヘルスだということで、原因は管理業務的なプレッシャーと業務過多、それから財政的重圧感です。成果報酬が導入されて、医師に働け、働けという心理的プレッシャーが強くなるようになった。それから電話によるハラスメントです。フランスでもだんだん医師・患者関係が変わってきていて、患者からの苦情等に対する問題で非常に悩んでいる。そして私生活の問題もあります。

こういう状況を見て若手医師の意識が変化してきていて、病院等で働きたがらないということが起こっています。より良いワークライフバランスを求めて、これは偏在問題を助長していますが、常勤ではなくてパートタイムで勤務することを望む医師が増えています。イギリス等でもそうですが、フランスでもそういうことが起こっています。

そうすると、特定の地域や領域で過重労働が起こり、また偏在の問題が起こります。こういう問題を解決するために Berland 報告というのがあるので、後で読んでいただけたらいいと思いますが、いずれにしても、これから医療を担っていかねばいけない若い医師が、働く場所を選ぶようになってきています。若い方は家庭生活を維持することを強く求めているのと、非常勤を選ぶということは、いわゆる専門医志向、専門職としての自分の技術レベルを高めることに非常に興味を持っています。

それからもう一つは、これは日本と少々違うところかもしれませんが、ソロプラクティスよりも休みを取りやすいグループプラクティスを希望する医師が増えているということです。

そして開業する医師が減ってきていて、その理由として長い診療時間が挙げられます。これを見てはっと思ったのですが、確かに実際日本でも、いわゆる山間地域か地方都市で開業しようと思う若手医師が非常に減っているのです。ある地域に束縛されるということに関して、心理的に強い抵抗を持っている。僕の友人も何人か開業していますが、ほとんどが都市部のビル診という形です。本当にそれでいいのかという話になります。

過疎地域で就業促進をするために色々な取り組みをしており、一つは地域枠みたいなことをやっています。それから、遠隔診療です。本来フランスでは認められていなかったのですが、都市部で開業、あるいは勤務している医師が、過疎地域で第二診療所を開設してパートタイムで働くのを認めようという動きも出ています。

まず偏在対策からお話したいと思います。フランスでは、これも日本とは違うのですが、卒業時にいわゆる国家試験があります。全国クラス分け試験というのですが、11の専門診療科ごと、それぞれの地域ごとに今年は研修医を何人呼ぶかということが決まっています、この試験の成績で行ける所が決まってくるという形になっています。心臓外科医になりたいけれどパリではなれないが、パドカレという辺鄙な



所だったならなれるということであれば、どうしても心臓外科医になりたい人は少し田舎に行く。あるいは、どうしてもパリにいたい場合、パリでは専門医になるのは無理だが一般医だったならなれるということであれば、一般医になることでパリにいる。こんな形で、地域と診療科の偏在を卒業時に解消するための仕組みを導入しました。

医学部の定員数の変化と、診療科別の養成課程の定員を表したものですが、それぞれに定員数が決まっています、これを超えて研修医を取ることは出来ません。これがフランスの現状です。

2007年から2014年の医師数の変化を見ると、イルドフランスとか、PACA（プロヴァンス・アルプ・コートダジュール）という地中海沿いの地域圏みたいに、もともと医師が多くいる所は、実はもうあまり医師が増えていません。パドカレとかノルマンディに近い方ですと、非常に医師が少なかったのも、そういう所では医師が増えています。

2007年から2014年の人口当たり医師密度の変化を見ると、緑が減っている所、茶色が増えている所で、このような感じでコントロールができています。僕は働き方ビジョン検討会の中でもこのような資料を出させていただいて議論をしたのですが、日本でこれが可能かどうかということは、まだまだこれから検討が必要だと思います。ただ、フランスではこのような形で偏在対策をやっています。

再掲ですが、医師密度を見るとパリでは5.6%減っていて、ローヌ・アルプ、あるいはアルザス等の医師が足りない所は増えています。特にペイ・ド・ラ・ロワールみたいな人気のない所は5%ぐらい増えています、こういう偏在対策を強力にやることによって問題は解消していきます。

フランスに行って一番驚いたのは、子育て支援の手厚さです。フランスの医療職の状況をまず見ていきたいと思いますが、フランスではざっと見て、男性医師が6割、女性医師が4割です。一般医と専門医を比較すると、一般医では男性、特に開業している場合は男性が多く、女性は勤務医に多くなっています。勤務医の中でもどちらかというとな科系、公衆衛生医、産業医に女性が多くなっています。

産業医で見ていただきますと、若い人にも結構人気があり、産業医の70%が女性医師であります。勤務医で見てみますと、例えば内科系専門医の大体半分が女性医師であり、臨床検査医等は5割を越えています。精神科医も約5割ということで、勤務医の場合どちらかというとな科系に多くなっています。

これはパリのある病院を上から見たものですが、ここにCrèche（保育所）があります。フランスに行って非常に驚いたのは、どんな地方の病院に行っても必ずそこに保育所があるのです。そういった保育所は夜間保育もやっています。どういう保育所かというとな科系、これは高齢者施設ですが、こういう高齢者施設の中にも保育所があり、もちろん優先されるのはその従業員ですが、従業員以外に近隣の人も利用することが出来ます。こういう保育所が、小さな工場等、どんな所にも必ずあります。

フランスは保育体系がとても充実しています。これを見ていただくと分かりますが、0歳から3歳まではCrècheがあり、それ以外に一時託児所や、それから保育マ

マという制度もあります。これはもともと保育士だったり、あるいは研修を受けた女性が、自分の家で2～3人の乳幼児を預かることが出来るという仕組みです。利用費用も全て社会保障費として給付されます。医療職に限らず、働く人たちに対して子育てを支援するベースの仕組みがあるので、何とかなっているということです。

働き方改革では、パートタイム労働やワークシェアリングということを促進しています。少し考え方が日本と違うかもしれませんが、日本ではフルタイムが絶対という意識が強く、パートタイムになると給与等の待遇や、あるいは社会的な認知度が落ちる傾向にあります。ヨーロッパでは、これはオランダが先鞭をつけたのですが、パートタイムであろうとフルタイムであろうと、評価に変わりはありません。基本的にジョブ型の人たちに対しては、同一労働、同一賃金です。社会保障上の差別もありません。

日本でも、パートタイム、ワークシェアリング自体をどういうふうにしていくかということを考えないといけないと思います。なんとなく日本では、専門職の人たちでもパートタイムで働いていると一段低く見られ、労働市場から一歩引いている形になりますが、専門職の専門性を生かして働くことがパートタイムであっても出来るのであれば、それは問題ないのではないかというのが基本的な考え方です。オランダではワッセナー合意の後パートタイム労働者の待遇が変わりましたが、パートタイム勤務に加えて、グループプラクティス、ワークシフト、ワークシェアリングというものがあります。

これは、実際にあるリヨン郊外の多機能診療所です。Maison multifonctionnelle というのですけれど、どのようなものかといいますと、もともと偏在対策で出てきたものです。リヨンのかなり郊外の、ワインの好きな方はご存知かもしれませんが、マコンヴィラージュという所から少し行ったところにある、社会保険がやっている診療所です。面白いのは、まずここで働いている人は全て女性です。ほとんどの人がリヨンでも働きながら、交代制のパートタイムで多機能診療所をやっています。

ここを訪れた時、多機能診療所の提案をしたCaen大学のClaudet教授がついてきてくれたのですけれど、なぜこういうものを作ったのかと聞くと、これからはやはりグループプラクティスが非常に重要になってくる。それから、地方でプライマリケアを維持していくために、こういうグループ診療の診療所は非常に有効だが、男性はグループ診療に向いていない。フランスでもやはり男性は一国一城の主義みたいな考え方がある、トラブルが出てきてしまうらしいです。女性の場合は、多様な働き方に対してあまり抵抗感がない。これは社会心理学的なことらしいのですが、そういうことで、女性を中心として、専門職がパートタイムで働くような多機能診療所というものを作って運用しているということでした。なかなかいいアイデアだと思って、帰ってきたところです。

こういう問題を踏まえて、皆で何をしなければいけないのかということのを少し考えてみたいと思います。まず基本的な問題として、医師はいわゆる労働者なのか。これは、やはりとても違和感があります。例えば僕は研究者ですが、僕ら研究者に対しても、労働時間みたいなものが適用されてしまうと非常に困ります。僕らの仕事は、時間ではないのです。何かをしようと思った時に、その成果をどのくらい上

げていくかということですので仕事をしていますので、1週間当たりの時間数等で制限をされてしまうとそぐわない。恐らくそれは、僕らが専門職だからだと思います。同じ思いを医療職の方はお持ちになるかと思いますが、専門職としてのレゾンデートルである代理人機能としての裁量権を侵されたくないですし、医師は名誉ある自由人という言い方をしていますけれど、やはり感情的に労働者というのは違和感があると思います。

ただし、個人的には専門職としての機能を発揮するために、働く時間については、防波堤的な意味で一定の基準があった方がいいのではないかと考えています。長時間労働はBurn-outという形で個人の人生の質を損ないますし、また社会的な損失にもなります。長時間労働は医療事故の原因になりますし、長く働けばいいパフォーマンスが出るのかというと、そうではないですよ。

例えば、僕の教室は僕が50代で、あとはみな30代～40代なのですが、土日に大学に来て仕事をしているのは僕だけです。若い先生は一切来ません。では、彼らのパフォーマンスは悪いかというとそうではなくて、うちの准教授は42歳ですがインパクトファクターが450あります。それから、その下の講師がまだ40歳そこそこですけれど、インパクトファクターは300あります。僕はそのぐらいの歳に、同じぐらいのインパクトファクターを持っていたかということ、持っていませんでした。長く働いていたと思うのですが、そんなに仕事は出来ていなかった。色々考えると、結局パフォーマンスを上げるために、必ずしも長い労働時間は必要ではないわけで、働き方を考えることがとても大事なのだろうということは経験として分かります。

そうはいつでも、罰則規定についてはやはり慎重であるべきだと思います。これは、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」に出した資料ですので簡単に流します。僕もメンバーですが、この検討会が色々なハレーションを呼んだのは理解しています。医師の働き方に関して、本省の方で議論をしているのにいきなりこれが出てきて、僕は断れない性格で委員になってしまって、また色々怒られているわけですが、ただ、中で議論したことはかなりまともな話でありました。様々に議論しましたが、ここでのキーメッセージはタスクシェアリング、タスクシフティングをやりましょうということです。

問題意識は、やはり医師が医師ではなくても出来る仕事をしているのではないかということです。僕自身、大学病院の経営担当副院長をやっていて、本当にそう思います。診療報酬上、定められている色々な条件があるために、沢山の会議に出て多くの書類を作らなければならず、それが本当にやらなければいけないことなのかと疑問に思います。そういったことが、医療職として本来やらなければいけないことをする時間、働かなければいけない時間をかなり奪ってしまいます。

恐らく同じことは看護師にも言えます。看護師は本来、看護の仕事をしなければいけないのに、記録や会議等が多く、しかも最近は医師も看護師も誰がその会議にどのくらい参加したのかということも事細かに報告しないと、特定共同指導でいじめられてしまう。

本当にこんなことをしていていいのかというのは、個人的な意見です。もう少しタスクシェアリングやタスクシフティングをして、医師ではなくても事務の方が出

来ることは事務の方に任せる。看護師ではなくても、看護助手が出来ることは看護助手に任せていくという形で、やはり本来業務に集中出来るような仕組みを作っていくことが大事だと思います。

そうすると、やはり今の診療報酬の在り方そのものを考えていただかないといけません。色々な管理料や加算を取るのに、とても多くの書類を作る必要があります、結局そういうことに忙殺されてしまっているという病院の医師の状況があります。

もう一つ、どこの病院でもそうだと思いますが、うちの大学病院で医療職の時間を奪っているのはインフォームドコンセントです。インフォームドコンセントは一度で終わりません。本人とその奥さんに説明をしたら、今度は息子さんや親戚がやってくる。そのたびにインフォームドコンセントを医師と看護師と、時によっては栄養士というような色々な人たちでやる。そういうことがずっと繰り返されていて、医療職がなかなか本来の業務に集中出来ない状況があります。これは大きな問題なのではないかと思います。

実際に、今回の10万人調査でも、タスクシフトを進めると50歳台以下の常勤勤務医について、医療事務や医療記録等を約20%、50分ぐらい軽減可能だという結果があります。50分というのは、1週間では5、6時間になりますので、とても大きなことだと思います。医師が本来の業務に集中できるよう、タスクシェアリング、タスクシフティングをしていくのは大事なことです。

例えば、高知県の近森病院はタスクシェアリングやタスクシフティングで非常に有名な病院です。近森病院の場合、管理栄養士の仕事は、給食を管理することではないのです。病棟に行って聴診器を取って患者さんの状態を観察し、この人は食事を開始出来る状況なのかどうかの判断と、栄養状態のアセスメントをすることが仕事です。そういうものをNSTにつなげて、最後に医師が承認するという形です。

このように、病院の中で働いている色々な職種の人たちが本来の業務を出来るようにする。チーム医療をやることによって、今医師がやっている、看護師がやっている業務を削減出来るのではないか。こんなことも考えていく必要があるだろうと思います。

女性医師の就業継続に必要な対策ですが、上司と同僚の理解と協力が半分、託児育児施設の整備が40%ですけれど、やはり上司、同僚の理解と協力が半分以上であるということが、一番重要なポイントで、心理的な負い目を感じないような仕組みが必要だと思います。ヨーロッパのように、育休を取るのは女性医師だけではなくて男性医師でもいいと思います。

うちの病院でも、最近ようやく男性医師が育休を取ることが普通に行われるようになってきました。それを何となく斜めから見るのではなくて、受け止めて、それが望ましいのだということを一般的な感覚にしていく組織文化を作ることが大事だと思います。僕の妻も医師で、この話をしたらそのとおりでと言いましたが、やはり女性が就労を継続していくにあたって、上司や同僚の目が気になるという組織文化自体を変えていかないと、なかなか先に進まないのではないかと思います。そのため何をしたらいいのか。それは、僕はもうそういう経験をする事はないですが、男性医師であっても育休をきちんと取る、そのようなことが当たり前になるという

ことが大事なのだと思います。

子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件は、職場の理解・雰囲気的重要ですし、あと配偶者や家族の支援もあります。

こういう問題は私が述べるまでもなく、すでに「女性医師がいきいきと仕事を続けるために」という、医師会の男女共同参画委員会でまとめた資料があります。実際にしなければいけないこととして、託児所・保育所や人員の増員等がありますけれど、やはり本来は、男性の家事・育児への参加、これがもっと上に来なければいけないのだらうと思います。そのように組織文化を変えることが大事です。

それと、実際に託児所・保育所の整備拡充ということがありますが、自分自身の経験をお話すると、私たち夫婦は、一時期に0歳児と5歳児の2人の子どもを保育園に預けていました。夫婦2人で育てましたので、なかなか大変でした。送り迎えは普通にやるとして、それだけでは足りません。当然、その他にも沢山の家事があり、2人保育園に預けることが出来ても家事まで手が回りませんので、家政婦さんを雇いました。一応、私たちは夫婦で医師ですので高収入ということになって、保育所の保育料は最高額を請求されました。さらに家政婦さんを雇っていると、妻の給料は吹き飛んでしまいます。

フランスの事情と比較すると、フランスでは親の所得は関係ありません。一般的なものとして保育サービスがあります。ところが日本の場合、僕たちのような医師夫婦であっても、なんとなく保育サービスを受けにくい状況がありました。今は少し良くなっていると思いますが、僕たちの頃はまず民生委員の所に行って、保育に欠ける夫婦であるかどうかということ判断されて、非常に屈辱的な判定を受けました。要するに、僕たちは保育に欠ける夫婦であり、保育に欠ける夫婦であるから保育園に預けていいよという形でした。その上、最高額を払わされるという状況でしたので、そういうところが変わっていかないと、なかなか難しいのではないかと思います。

特に女性医師の場合は、配偶者もドクターである確率が非常に高いわけですが、30代の若い医師夫婦が、一番キャリアを積みなければいけない時期に働くことが出来るような、そういう社会的なサービスをもう少し工夫しないといけないのではないかと思います。

産前産後の休業取得、保育・託児施設とか、柔軟な勤務制度、主治医制度の見直し、こういうことがどれくらい進んでいるかが大事です。それから再研修・再就業支援というのがありますが、これは大事だと思いますけれど、本来であれば、こういうものが不要ない仕組みが一番重要なのだと思います。ようするに、多少働く時間が短くなっても、ずっと継続的に働くことが出来て、その専門分野の技術を使い続け、学び続けることが出来る働き方が本当は良いのだと思います。

九州大学のきらめきプロジェクトや、岡山大学のMUSCATプロジェクト等、良い取り組みが各地で行われています。ご存じだと思いますが、九州大学ですと、外来は時短勤務等の子育て期の女性医師や男性医師が中心にやっていて、病棟の方はそうではない先生たちが担当するという形で、子育て時期であっても、自分の専門医としての機能を維持していく働き方が出来るということです。進んでいるのは、女性

医師だけではなくて、男性医師もこういう仕組みが使えるようになってきているということです。そういう意味で、一般化してきたというのが非常に大きなポイントだと思います。岡山大学女性医師キャリア支援の取り組みは、先ほどの医師会の提案に沿ったものが並んでいると思います。

話が変わりまして、ワークシェアリングがなぜ大事なのかということをお話します。これは福岡県で、医科のレセプトと介護のレセプトを1人ずつつないで、どんな状況になっているかを分析したものです。急性期病院において脳梗塞で急性期の治療を受けていらっしゃる方が、その前後6か月にどういったサービスを受けていたかということ調べています。1か月経つと6割が回復期に移り、半年経つと2割ぐらいが療養病床に移って、2割ぐらいはデイサービスになります。

一番見ていただきたいのがここでありまして、脳梗塞で急性期の治療を急性期病院で受けた方です。この地域は高齢化が進んでいるので顕著ですが、4割が半年前、既に介護保険を使っていたということです。僕たちは今まで一次医療、二次医療、三次医療と習ってきました。でも、そうではないのです。脳梗塞でも、急性期から回復して慢性期に入るという流れではなくて、実態との差がある。急性期、回復期、慢性期、外来、それから介護。ここは全部同じ平面上にあって、患者さんが行ったり来たりしている。そういう時代になっているということです。

ということは何を意味しているのかということ、もう連携をしないとどうにもならない。連携をすることによって、それぞれの病院も、それぞれの人たちも負荷を取っていく。ワークシェアリングをしないと、患者さんのためにも適切な医療、介護が提供出来ない状況になっているということです。

うちの大学でも若い先生に聞いてみると、地域連携室とかソーシャルワーカーに相談すればそんなに悩まないで出来ることを、自分で抱え込んでいる。問題は、基本的にはこういう連携の中で物事が動いているのに、患者さんのニーズや患者の家族の要望に応えきれていない。そういうことがかえってまた仕事を増やしている。今後は、患者さんの持っている様々なニーズをチームでシェアして、自分以外で出来ることは誰かにやってもらい、シフトしていくことが出来ないといけないのではないかと思いますし、こういう環境変化に医師も対応しなければいけないと思います。超高齢社会では患者の医療介護ニーズは複合化して、生活を考慮したサポートが必要となります。そうすると、多職種によるチーム医療の実践が当たり前でありまして、そういうところのタスクシェアリングをしていく中で、タスクシフティングが出来るようになっていくという考え方です。「働き方ビジョン検討会」のキーメッセージは、タスクシェアリング、タスクシフティングをやっていって、医師の労働負荷を下げたいこうということです。それは、意識の変革をしないと出来ません。

それともう一つは、1人の先生が1人で開業してやっていくというプラクティスが、これからの時代に合うのかということも、そろそろ考える時なのだろうと思います。

もう一つ、救急における施設集積性の話をします。図は岡山市と倉敷市のGini係数です。倉敷の方が少し機能分化が進んでおりまして、この結果を救急を4回以上

断る回数である応需率で見ると、岡山の方が大変多く、倉敷の方が少ない結果です。これが意味していることは、機能分化が出来ている地域の方が、出来ていない地域よりも同じ医師数、同じ病床数でより多くの受け入れをしているということです。色々な所が救急をやっているわけですが、救急隊がどこに運んでいいかわからない所では応需率が悪くなる。その先生の専門ではないとか、あるいはキャパシティが小さいとかで断られてしまうのです。

では、その裏側で働いている医師はどうかというと、とても忙しいのです。それぞれの業務に忙しいけれど、全体的にパフォーマンスが悪くなっているという状況が生まれていると思います。こういうことを改善するためにも、医療機能の集積化ということをやっけないと、特に救急部門でのBurn-outは防げないのではないかと思います。

これも見ていただきたいのですが、今、急性期の救急にやってくる肺炎の患者さんの実に半分近くが誤嚥性肺炎です。誤嚥性肺炎はどこからくるかというと、大体介護施設から来ます。誤嚥性肺炎の分析をすると、繰り返し搬送される方が多いことが分かります。誤嚥性肺炎はある程度介護の方で防げますので、介護で予防的なケアが、もしかして不足しているのかもしれない。そのために病院も救急が忙しくなってしまうことがあるかもしれない。

そう考えると、ワークシェアリング、シフティングの話に戻りますが、介護で、もし看護師がもう少し予防的なケアが出来るようになれば、もしかしたら救急部門での医師の負荷が下げられるかもしれない。こんな形で社会全体としてワークシェアリングやワークシフティングをしていくと、軽減出来るものももっとあるのではないかと考えていかないと、そもそも医師の過重労働は解消出来ません。

国民、患者も変わらなければいけないと思います。かつてコンビニと同じように救急を使っていいと言ったジャーナリストがいましたが、そういう感覚が、非常に医療職を悩ますのです。コンビニ受診や重複受診の問題ですね。

この図は小児科の救急搬送についてです。平日はそれほどではありませんが、これが日曜日になると昼間の時間帯に沢山来られて、平日でピークがあったところは少し減ってきます。恐らく、患者の都合でかかりやすい時間帯に救急にかかってしまうということです。それはもちろん仕事のこともあるのかもしれませんが、でも、病院側として、こういう形で来てくれるのであればまだ対応はそれほど辛くありません。ところが、夜間帯になって、特に深夜帯にパンパンに来られると、やはり大変です。国民全体として、医師がいるのは当たり前だと思っているふしがあるのではないかと。そのため、かかりやすい時間にかかっているのではないかと考えられます。このような医療の使い方をしていくと、やはり医療職は疲れてしまいます。医療の使い方に関する国民の意識改革をしなければ、医師の過剰労働の問題というのは解決出来ないと思います。

そして、先ほども申し上げたように、医療制度、介護保険制度を、もう少しシンプルなものにしていただかないといけません。診療報酬の各種加算や管理料の要件が、医師の事務作業量を増やしています。増やして時間をなくすだけでなく、そういうことをやらなければならない医師のモチベーションも下げています。

また、本当に電子カルテが効率化につながっているかということ、そうではない場合がかなり出てきています。なぜかということ、電子カルテが電子レセプトと連動しないから業務がなかなか改善しません。その整合性をとるために、また色々な事務作業をしなければいけない状況があり、制度そのものに医師の業務を増やしていく問題がありそうなので、そこをぜひ改善していただきたいと思います。

自分の話をしますが、どういう人生を歩んできたかということ、医師になってすぐ留学しました。妻は専門医なので、大学勤務で日本に残りました。第1子の出産時はこともあろうに私が1人で留学していたので、このことはいまだに言われます。

帰国して大学勤務を続けて、その後、産業医大でするので産業医をやらなければならず、その頃第2子が産まれました。それでも妻は仕事を続けられましたが、仕事を継続出来た一番大きな理由は上司の理解です。妻の上司はアメリカ帰りで、家庭と仕事の両立にも関心を持って、非常に働きやすいところに配置してくれました。それはとてもありがたかったです。

産業医だった時に、大学と企業はこんなにも違うのかと思いました。企業では、産休育休を取るのが当たり前になっていました。当たり前休めて、休んでいる間はきちんと補充をしてくれる。その時に補充で僕が行ったのですけれど、代替がないので僕の教授に相談したら行っていいと言ってきて、これも上司の理解でした。

その後、僕は研究者を続けて、妻は一般病院に勤めて、今は複数の医療機関で働いています。先ほどから申し上げているように、このようなことが出来ているのは職場の理解です。うちの教授はお子さん7人いらして、ご自身が子育てに熱心な方だったことも大きいと思いますが、子どもが熱を出した時には、在宅勤務を許してもらい僕が見ていました。

そういう意味でも、僕たちはとても恵まれていたと思います。職場の上司と同僚の理解、そういう組織文化を作れるかどうかが一番大きな問題ではないかと思えます。色々な制度をいじることでもいいですが、それぞれの専門性を生かし続ける働き方が出来る、そういう組織文化をどのように作っていくか、それを応用していくことが一番大事であると思います。

僕の妻は、彼女自身が専門医を取って、専門医として複数の医療機関で働くことが出来るようになったので、子育ての時も何とかあったことがあると思います。ただ、妻は非常に優秀で、大学を一番で卒業したのですが、一度も大学の教職員になることなくここまで来ていて、このことはずっとお前のせいだと、彼女の上司から怒られています。

これからの医師の働き方の基本的視点は、専門職として生涯にわたって自己研鑽が出来る環境作り、モチベーションが維持出来る環境作りが一番のポイントです。そのためには、病院の組織文化、医療界の組織文化をどのように作っていくかです。やはりワークライフバランスは大事です。僕たち夫婦が2人で働きながら子育てもそれなりに出来て、とても楽しい30代、40代を今振り返れば過ごせたと思ひ、上司の理解があったことに非常に感謝しています。

そのような環境を作るために必要なことは、ネットワーク型のサービス提供、タ



スクシェアリングやタスクシフティング、それからフランスのような柔軟な働く時間の基準作り。そして一番望みたいのは、一般的な行政課題として、子育て支援策の充実です。これなしで医療界だけでやろうというのは難しいので、是非そこは改善してほしいところです。

また、医師の長時間労働を助長するような、今日申し上げたような環境、これはやはり改善が必要です。

以上、つたない話でありましたけれども、これで私の話を終わります。ご清聴ありがとうございました。

○伊藤 松田先生、ありがとうございました。僕も3人の子どもがいて家内が医師で、今、罪滅ぼしで家内を手伝っておりますが、捨てられないように頑張りたいと思います。

先生のお話の最後は本当にまとまっていて、我々がやらなければいけないことを述べていただきました。松田先生にはシンポジウムにも参加していただきますので、その時にご質問をお受けします。今日のご講演は今後を示唆するものが多かったと思います。今一度、拍手をお願いしたいと思います。ありがとうございました。

○西山 松田先生、伊藤先生ありがとうございました。

## 医師の働き方を考える

産業医科大学  
公衆衛生学教室  
松田晋哉

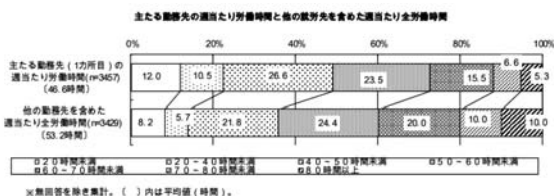
## 本日の講演の内容

1. はじめにー問題の整理ー
2. ほかの国は？ーフランスの例ー
3. では、何ができるのか？
4. まとめ

## 「働き方改革」と医師

- ・「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日)
  - ー 時間外労働の上限を原則月45時間、労使が合意した場合は月平均60時間(繁忙期は月100時間未満)
  - ー 上限を超えた場合は罰則
  - ー 医師は2年間猶予対象の職種
- ・病院医師の長時間労働問題
  - ー 週当たり全労働時間は4割が「60時間以上」。約半数が年休取得日数「3日以下」
  - ー 応召義務との関係
    - ・ 医師法19条「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」

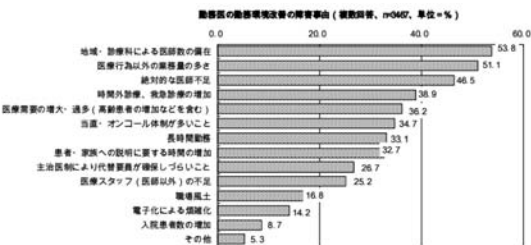
## 病院医師の勤務時間調査(H24)



週当たり全労働時間は4割が「60時間以上」

出典: 労働政策研究・研修機構 <http://www.jil.go.jp/press/documents/20120904.pdf>

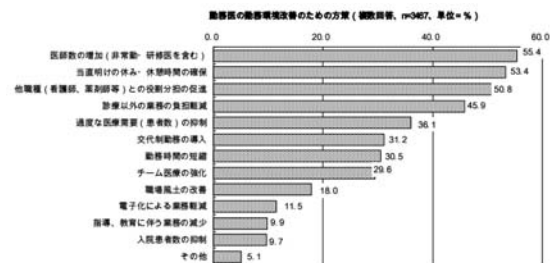
## 病院医師の勤務時間調査(H24)



「地域・診療科による医師数の偏在」53.8%、「医療行為以外の業務量の多さ」(51.1%)、「絶対的な医師不足」(46.5%)、「時間外診療、夜急診療の増加」(38.9%)

出典: 労働政策研究・研修機構 <http://www.jil.go.jp/press/documents/20120904.pdf>

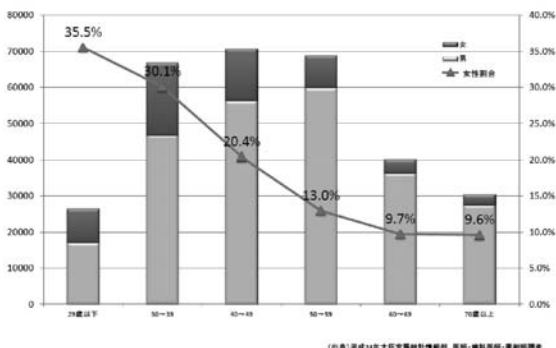
## 勤務医の職場環境改善に必要な対策



「医師数の増加(非常勤・研修医を含む)」55.4%、「当直明けの休み・休憩時間の確保」(53.4%)、「他職種(看護師、薬剤師等)との役割分担の促進」(50.8%)、「診療以外の業務の負担軽減」(45.9%)

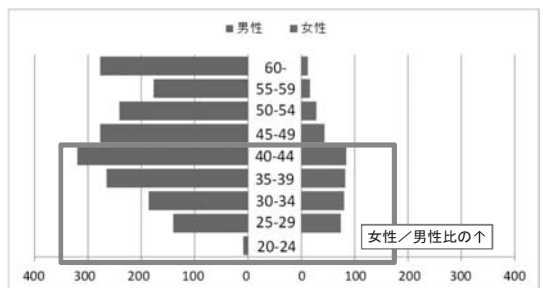
出典: 労働政策研究・研修機構 <http://www.jil.go.jp/press/documents/20120904.pdf>

## 平成24年 年代別女性医師の割合(総数)



(出典)平成24年大卒者数統計情報誌 医師・歯科医師・薬剤師調査

## 医師の性・年齢別分布 (病院・有床診療所: 福岡・糸島医療圏)



出典: 浜福研、福岡県有床医療施設 従業員調査 報告書(2015)



## 本日の講演の内容

1. はじめにー問題の整理ー

2. ほかの国は？ーフランスの例ー

3. では、何ができるのか？

4. まとめ

## フランスの医師の労働時間に関する法律

・労働法典Code du Travail・2010年12月12日法 (Loi du 12 décembre 2010)

ー1週間の労働時間の上限を48時間に設定

ー雇用主と労働契約を結んで勤務する医師はこの法律の対象

- ・評価期間である連続12週の平均労働時間が週48時間以内であること
- ・いずれの週も60時間を超えてはならない
- ・当直や治療上の必要性がある場合はさらに20時間の超過が認められる。

【参考】35時間労働法 (Loi le 19 janvier 2000, la loi dite Aubry) Jospin左派政権下で導入

ー失業対策の意味もあった

## 状況はあまり変わらない・・・



医師年金基金の調査

- ・医師のうつ罹患率：一般人口の2倍
- ・休職日数の増加：対前年比2000年+3.8%、2001年12.4%、2002年6.5%
- ・休職の原因：メンタルヘルスの問題ががん(21%)について2位(18%)
- ・メンタルヘルスが障害給付の1位(40%)

病院医師のBurn outの原因 (Gleizes et Favazet)

- ・管理業務的プレッシャーと業務過多(70%)
- ・財政的重圧感(82%)→成果報酬の導入
- ・電話によるハラスメント(電話対応：62%)→患者の医療者に対する態度の変化
- ・私生活における問題(57%)

若手医師の意識の変化 → より良いWork Life Balance  
→ 偏在問題の助長 → 特定の地域・領域での過重労働

## 2005年4月・Berland報告(1)

(フランスにおける医師偏在問題解決のために行われた調査レポート)

1)現状

- ① 人口の0.6%が一次医療にアクセスことができず、また4.1%がアクセスが非常に困難な状況になる。
- ② 医師密度には大きな地域格差がある(対10万人で256人~426人)
- ③ 今後、団塊世代の医師の退職により20年から30年間にわたり現役の医師数が減少する。
- ④ 若い医師は技能形成に関する魅力及び生活環境を開業する地域を選定するに当たって重視している。
- ⑤ 若い医師は、医療技術のレベルの維持向上及び家庭生活との両立を図るために、ソロプラクティスよりもグループプラクティスを好んでいる。
- ⑥ 多くの医師、特に専門医は開業医よりも病院医師として勤務し続けることを望んでいる。
- ⑦ 若い一般医は徐々に開業をしなくなってきているが、その理由として長い診療時間がある。

出典：[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_berland.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf)

## 2005年4月・Berland報告(2)

(フランスにおける医師偏在問題解決のために行われた調査レポート)

2)解決策

- ① 現状把握と改善計画策定：地域における医療の需給に関する調査を行い、地域ごとに課題を整理する。そして、これまでの医療計画は病院計画的な性格が強かったが、開業医部門の整備についても行動計画を策定する。
- ② 医師の偏在問題解決につながる卒前医学教育・卒後臨床研修の改善
  - i. エクスターナなどの臨床実習を大学病院のみならず、地域の他の医療施設においても実施する(地方病院、一般医の診療所、医療機能付老人ホームなど)。
  - ii. 卒後臨床研修も大学病院のみならず、地域の他の医療施設においても実施する(地方病院、一般医の診療所、医療機能付老人ホームなど)。特に、地域内の医療過疎地域の施設における研修を取り入れる。
  - iii. 採用枠を24の地方ごとに決めるのではなく、より広域化し、都市部と医療過疎地域とを含む形での臨床研修体制とする。
  - iv. 卒後研修過程を現在の11コースから5コース(内科、外科、精神科、一般医、医学生物学及び医学研究)とする。

出典：[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_berland.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf)

## 2005年4月・Berland報告(3)

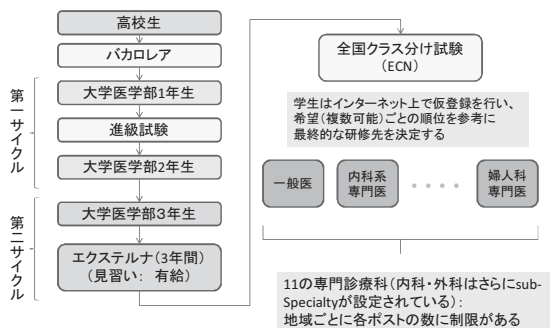
③ 医療過疎地域での就業の促進

- i. 医療過疎地域での勤務を希望する医学生への財政的補助を導入する。
- ii. 医療過疎地域で開業する医師への税制上の優遇措置
- iii. 医療機能付老人ホームの整備(開業医及び勤務医の非常勤での勤務の促進)
- iv. 都市部で開業あるいは勤務している医師が過疎地域で第二診療所を開業することの認可
- v. 遠隔診療体制の整備による過疎地で勤務する医師の支援
- vi. 患者搬送システムの改善とコールセンターの整備などによる患者支援

出典：[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_berland.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf)

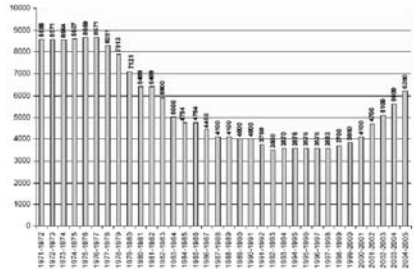
## 偏在対策

## フランスの医師養成課程の概要



社会の高齢化に伴いプライマリケアが重要になるという認識のもと、一般医の養成を強化。また、社会的認識向上のため一般医を専門診療科の一つにした。

### 医学部定員数の経時的推移



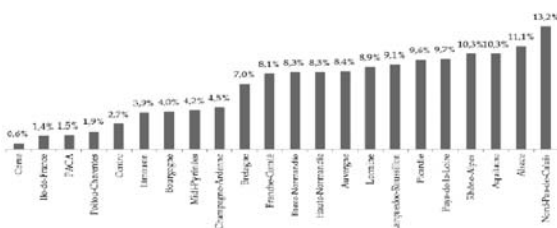
パートタイムで働く医師の増加(女性医師の増加が関係)と専門分化、そして週35時間労働制の導入(2002年)により医師数が不足。また、今後団塊世代の医師が大量退職するため医学部定員の増員が図られた(フランスの医師の退職年齢は原則として65才)。

### 診療科別の専門医養成課程の定員(2013年・2014年)

	2013年	2014年	増減
産科産生科	416	432	17
臨床検査科	97	120	23
婦人科(内科)	41	48	7
産婦人科	208	212	4
一般医	3789	3752	-47
産業医	170	177	7
小児科	298	320	22
精神科	514	528	12
公衆衛生	90	95	6
<b>外科系専門医</b>	<b>654</b>	<b>688</b>	<b>32</b>
一般外科	413	423	10
脳神経外科	18	24	6
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	86	86	0
眼科	128	142	14
口腔外科	9	11	2
<b>内科系専門医</b>	<b>1533</b>	<b>1684</b>	<b>151</b>
病理診断科	68	65	-3
臨床遺伝科	180	200	20
皮膚・性病科	93	96	3
内分泌・糖尿病・代謝科	71	79	8
消化器・肝臓内科	113	124	11
遺伝診療科	20	21	1
血液内科	48	45	-3
一般内科	114	132	18
泌尿器科	34	40	6
理学療法・リハビリテーション科	89	97	8
神経内科	104	118	14
腎臓内科	76	87	11
腫瘍内科	125	132	7
呼吸器内科	102	114	12
放射線診断科	212	244	32
リウマチ科	54	57	3
<b>一般医養成合計</b>	<b>4021</b>	<b>4302</b>	<b>281</b>
<b>合計</b>	<b>7820</b>	<b>8094</b>	<b>274</b>

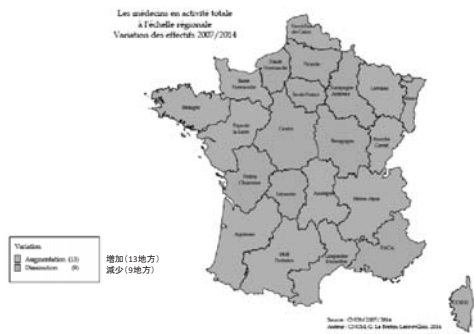
各年の専門医養成数は各地方の必要数に応じて決められる。一般医の養成数が全体の約40%と、最も多い。

### 地方別に見た2007年から2014年の医師数の変化



専門診療科別研修医の数は地域の医療需要及び退職する医師数などを考慮して決められるため、Ile-de-FranceやPACAのような医師密度の高い地方の医師数の伸びが抑えられる一方、Nord-Pas-de-Calaisのような医師密度の低い地域の医師数の伸びが大きくなっている。

### 2007年から2014年の人口当たり医師密度の変化(地方別)



### 2007年から2014年の人口当たり医師密度の変化(再掲)

Tableau n°2 : Variations régionales des actifs réguliers 2007/2014

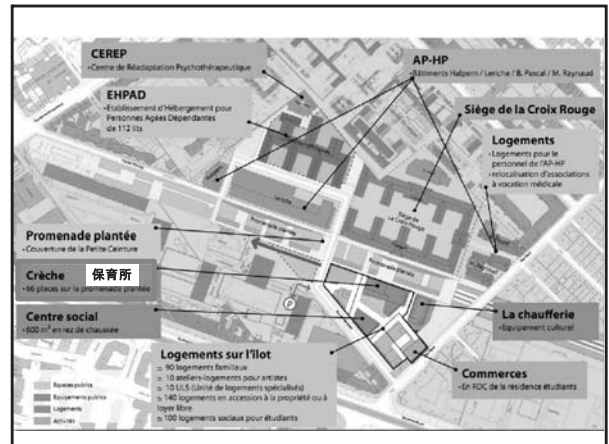
Region	variation	Région	variation
Alsace	4.4%	Ile-de-France	-5.6%
Aquitaine	2.6%	Languedoc-Roussillon	2.7%
Auvergne	0.5%	Limousin	-1.2%
Basse-Normandie	2.5%	Lorraine	-0.4%
Bourgogne	-2.7%	Midi-Pyrénées	-0.9%
Bretagne	3.3%	Nord-Pas-de-Calais	1.6%
Centre	-3.2%	Pays de la Loire	5.7%
Champagne-Ardenne	-3.4%	Picardie	-1.8%
Corse	0.8%	Poitou-Charentes	0.1%
Franche-Comté	2.1%	Provence-Alpes Côte d'Azur	-2.4%
Haute-Normandie	0.3%	Rhône-Alpes	4.4%

### (女性)医師の子育て支援

### 勤務形態別・専門別・性別にみたフランスの医師数(2009)

	開業			勤務			合計		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
医師合計	83,885	38,218	122,103	43,474	42,614	86,088	127,359	80,832	208,191
	68.7%	31.3%		50.5%	49.5%		61.2%	38.8%	
一般医	47,972	20,560	68,532	14,230	18,787	33,017	62,203	39,346	101,549
	70.0%	30.0%		43.1%	56.9%		61.3%	38.7%	
専門医	36,000	17,571	53,571	29,295	23,776	53,071	65,295	41,347	106,642
	67.2%	32.8%		55.2%	44.8%		61.2%	38.8%	
(再掲)									
内科系専門医	8,958	5,171	14,129	2,041	1,629	3,670	10,998	6,801	17,799
	63.4%	36.6%		55.6%	44.4%		61.8%	38.2%	
外科系専門医	12,300	3,821	16,121	6,663	1,934	8,597	18,963	5,755	24,718
	76.3%	23.7%		77.5%	22.5%		76.7%	23.3%	
臨床検査医	688	334	1,022	895	1,140	2,035	1,583	1,474	3,057
	67.3%	32.7%		44.0%	56.0%		51.8%	48.2%	
精神科医	4,013	2,459	6,472	3,616	3,588	7,204	7,629	6,047	13,676
	62.0%	38.0%		50.2%	49.8%		55.8%	44.2%	
産業医	24	40	64	1,459	3,487	4,946	1,483	3,527	5,010
	37.5%	62.5%		29.5%	70.5%		29.6%	70.4%	
公衆衛生医	7	6	13	490	727	1,217	497	733	1,230
	53.8%	46.2%		40.3%	59.7%		40.4%	59.6%	

出所: DREES (2010)

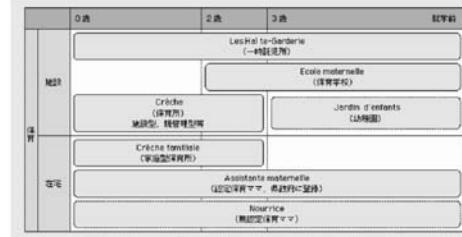


## パリの高齢者施設の例



## フランスの保育体系

### 年齢別子供を預ける方法



資料：フランス憲法、在米フランス大使館海外福祉対策課資料  
<http://ameblo.jp/mamacampus/image->  
[http://pigeon.info/manga/zumi/zumi\\_11.htm](http://pigeon.info/manga/zumi/zumi_11.htm)  
 出典：www.nihon-u.ac.jp/research/careway/SNS/kaigai/pdf

重要なのは、一般的な子育て支援が充実しているということ

## 働き方改革

- パートタイム労働・ワークシェアリングの促進  
 - 専門職にとってパートタイムという働き方は悪いものなのか？
- グループプラクティス+ワークシフト/ワークシェアリング

## リヨン郊外の多機能診療所 (Maison multifonctionnelle)



男性よりも女性の方がグループ診療にうまく適応できる傾向がある  
 Caen 大学：Dominique Claudet 教授 (社会学)

## 本日の講演の内容

- はじめに一問題の整理
- ほかの国は？ - フランスの例 -
- では、何ができるのか？
- まとめ

## 基本的な問題

- 医者はいわゆる「労働者」なのか？  
 - 感情的な違和感「医者は名誉ある自由人」  
 ・ 専門職としてのレゾナントルである「代理人機能」と「裁量権」  
 - しかし、専門職としての機能を発揮するために、働く時間については一定の基準 (= 防波堤) があってもいいのではないかと  
 ・ 長時間労働はBurn outという形で個人の人生の質を損なう。また、社会的損失にもなる。  
 ・ 長時間労働は医療事故などの原因になりうる。  
 ・ ただし、罰則規定については慎重であるべき
- 生活の質への配慮も必要(職業生活以外の忙しさへの配慮)

### 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 報告書概要

**新たなビジョンの必要性**  
 医療を取り巻く環境は大きく変化  
 ⇒ 今後の医療提供及び医療従事者の在り方について、介護等の視点も含めて、前向きで建設的な議論を積み出すことが必要

医療を提供する側が疲弊することなく、プロフェッショナリズムを高め、住民・患者と協働しながら対応するためのビジョンを構築  
 ⇒ 今後の医療政策の基本哲学となり、医療従事者が将来展望をもち、新たな時代に即応した働き方をするための指針を目指す

**医療を取り巻く環境の変化**  
 ① 需要側の変化  
 ・ 人口構成の変化  
 ・ 疾病構造の変化  
 ・ 患者の期待の膨らみ  
 ・ 地域偏在  
 ② 供給側の変化  
 ・ 「働き方改革」  
 ・ 女性医師・高齢医師の増加  
 ・ 地域偏在  
 ③ テクノロジーの変化等  
 ・ AI、IoT等のICTの進歩  
 ・ 組織間協働の可塑性

**現在の医療の課題**  
 ⇒ モチベーションに欠ける待遇、不十分なマネジメント、限られたリソース  
 ⇒ 患者への十分な価値を生み出すことが困難なサービス提供モデル  
 ⇒ 医療従事者の自己犠牲を伴う負担と士気(モラル)に依存  
 ⇒ 医師不足や診療報酬等による経済的インセンティブ  
 ⇒ 負担軽減・働き方の本質的な変革にはつながりにくい

**今後の方向性**  
 ⇒ 安心・安全かつ国民への価値を最大限生み出すことができ、生産性・高付加価値・機動性に転換  
 ⇒ 新たな時代にふさわしい、柔軟かつ進歩的な医療や制度設計、現場の経営努力を進めるためのパラダイム転換が必要  
 ※ 医療従事者の負担軽減の観点から、働き方の改革、労働・協働環境、医療・介護の連携の深化等について一体系

**働き方実態調査の実施と活用**  
 全国の医師(病院・診療所勤務)に対し、現在の働き方や将来のキャリア選択に関する10万人規模の調査を実施(回収済み:15,677人)

**1. 週間の勤務時間**  
 ⇒ 若年の常勤医師をはじめ、多くの医師で過重労働や超過勤務  
 ・ 20代医師は男女を問わず勤務時間に大きな差がなく、診療と診療外の労働は1週間で平均58時間程度。これに、当番・オンコールの待機時間(男性16時間、女性12時間)が加わる。  
 ⇒ 子育てに関しては、男性の勤務時間が子育て前より長くなる一方、女性は短くなっており、家事・育児負担のジェンダーギャップ

**2. 他職種との役割分担**  
 ⇒ タスクシフトを進めた場合、50代以下の常勤勤務医について、医療事務(診断書等の文書作成、予約業務)、医療記録(電子カルテの記録)、等に要する労働時間のうち約20%は(約14分)軽減可能

**3. 地方勤務の意識**  
 ⇒ 44%の医師が地方勤務の意思ありと回答。若い医師ほど高い傾向  
 ⇒ 地方勤務の意思がない理由は、「労働環境への不安」の他、20代は専門医等の資格取得の困難、30-40代は子供の教育環境など

### 新たなパラダイムと実現すべきビジョン

**実効的な変革の推進**  
 医療・介護分野が「高生産性・高付加価値」構造へと転換  
 ⇒ 専門性を高め続けるプロフェッショナリズムの下で、住民・患者の価値を最大化  
 ⇒ 「働く人が疲弊しない、財政的にも持続可能なシステム」の確立が必要

**根幹に据えるべき方向性**  
 ① それぞれの医療・介護従事者が持つ力を最大限に発揮できる環境  
 ② 均一化・規格化されたサービスを必要としない「フレキシブル」モデルから脱却  
 ⇒ 住民・患者の能動的な関与とニーズに併せて多様なサービスを設計・創造する(「フレキシブル」モデル)の確立  
 ③ 医療・介護従事者の役割や機能、加えて社会的・経済的・技術的な時代の変化に柔軟かつ迅速に対応し、進化できるシステム

**1. 働き方**  
 ヒエラルキーと縦割り構造  
 ⇒ 組織・職種・種を超えたフラットな協働・機動性の統合

**2. 医療の在り方**  
 疾病の治癒・回復を担う存在であり、画一的にパッケージ化したサービス提供  
 ⇒ 保健・介護・福祉とフラットに連携し、予防・治療から看取りまで、患者・住民のQOLを継続的に向上

**3. ガバナンスの在り方**  
 全国一律のトップダウン  
 ⇒ 地域と住民とを実現すべき価値・ニーズ・費用対効果を判断しながら主体的に設計

**4. 医師等の働き方・価値の在り方**  
 ⇒ 従事者数、施設等を外形的に養成・配置  
 ⇒ 住民・患者にとって必要とされる価値の創出に貢献、組織・制度、行動規範を定め、高付加価値医療の実現  
 ⇒ 本来医師が行うべき業務に注力できる環境整備、医療従事者が意欲と能力を発揮できる制度・組織  
 ⇒ 取組を医師数や給与に依存しない「環境づくり」が重要  
 ※ 長期的な医師の供給の在り方  
 具体的な方面の達成状況や成果の継続的な検証、定期的な働き方実態調査に基づく供給増加により、その影響、高給フランスを確保  
 ※ 医師偏在  
 規制的手段による強制配分や経済的インセンティブという発想に依存しない  
 ⇒ 地方勤務を促す医師の意向の意向が地方勤務に繋がるよう医師、住民、医療機関、行政等が中心となり対話

ビジョンの方向性と具体的方法 1 3/5

### 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方をフル・サポートする

医療従事者が意欲・能力を発揮できるように、多様な生き方・働き方の選択と、「研さんし続けるプロフェッショナル主義の追求」とを両立  
医療従事者や医療機関が、主体的な選択や取組みができる支援と環境整備

- ① 個々の医療機関の人員・労務マネジメント体制の確立と支援等
  - ・地域医療支援センター・地域医療連携センターの体制整備。管理職の職責・マネジメント能力向上。
  - ・ICT等を活用した業務効率化・業務改善。業務改善の推進。
  - ・業務改善の推進。業務改善の推進。
  - ・業務改善の推進。業務改善の推進。
- ② 地域医療支援センターの重点的強化
  - ・都道府県、地域医療支援センター、医療機関連携改善支援センター、病院等が連携して「地域医療支援センター」の体制整備。
  - ・キャリアアップ、働き方の多様化に対応できる「キャリアアップ」の推進。
- ③ 地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
- ④ 医師の柔軟なキャリア選択と専門性の追求を両立できる研修の在り方
  - ・研修期間に於いて研修できるような柔軟な研修体制の構築。
  - ・キャリアや専攻分野、働き方等に応じて柔軟に選べる研修体制。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
- ⑤ 看護職のキャリアの多様化・多様化
  - ・多様で柔軟な看護ケアの中心を担う看護職育成のための研修体制の構築。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
- ⑥ 医療・介護の潜在スキルのシェアリング促進
  - ・地域の医療・福祉人材不足解消のための研修体制の構築。
  - ・地域の医療・福祉人材不足解消のための研修体制の構築。

ビジョンの方向性と具体的方法 2 4/5

### 地域の主権により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

経済発展により実現に向けた人材の確保確保。地域が目指すべき姿やその基礎となる医療介護について、住民も主体的に参画・協働  
住民・患者の個別かつ総合的なニーズ・価値観に応え、価値を維持・向上させる専門職の教育養成整備、専門性向上とキャリア構築  
地域の日中夜で疾病予防・重症化予防が図られ、病負・障害等も減り、地域社会の繋がりがもたらした必要支援を受け、生き生き

#### 地域におけるリソース・マネジメント

- ① 都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり
  - ・地域、プライマリ・ケア等の資源を把握し、地域医療支援センター、医療機関の連携。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
- ② 都道府県における主体的な医師確保は正取組の促進
  - ・医師・医療機関、住民が一体で、医師の地域勤務の支援を確保。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
- ③ 外来医療の最適化に向けた枠組みの構築
  - ・地域の医療機関の連携。地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
  - ・地域の医療機関の連携。地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。

#### 地域を支えるプライマリ・ケアの構築

- ① 医療機関の基盤としてのプライマリ・ケアの確立
  - ・プライマリ・ケアの推進。地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
- ② 地域包括ケアの基盤を支える人材確保と連携・統合
  - ・医師、介護等の協働に必要な基礎教育課程の一部共通化。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
- ③ 住民と地域医療機関の連携・協働
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。
  - ・地域医療支援センターの体制整備、業務の再構築。

ビジョンの方向性と具体的方法 3 5/5

### 高い生産性と付加価値を生み出す

医療従事者の業務の生産性向上、従事者の業務分担と協働の最適化 ⇒ 専門職が専門性を発揮して担うべき業務に集中できる環境  
ニーズの多様化・深化に対応した臨床を創出し続けることのできる保健医療サービスであり続ける  
AI, IoT等のICTの進展や変化に対応した保健医療システムへの変換

- ① タスク・シェアリング(業務の移管) / タスク・シェリング(業務の共同化)の推進
  - ・業務の移管。業務の移管。
  - ・業務の移管。業務の移管。
- ② 医科連携・産科予防の推進等
  - ・産科連携。産科連携。
  - ・産科連携。産科連携。
- ③ 業務の生産性と付加価値の向上
  - ・業務の生産性。業務の生産性。
  - ・業務の生産性。業務の生産性。
- ④ フォジション・アシスタント(PA)の創設等
  - ・業務の生産性。業務の生産性。
  - ・業務の生産性。業務の生産性。
- ⑤ テクノロジーの積極的活用・推進
  - ・業務の生産性。業務の生産性。
  - ・業務の生産性。業務の生産性。

提言の実現に向けて

現場で意思を取り組む医療従事者に未来展望を強くメッセージして伝える  
関係者会議等で検討を行い、業務の最適化を明らかにする(右表)  
医療従事者に対する、業務改善の推進。業務改善の推進。

## 「働きかたビジョン」のキーメッセージ

- ・タスクシェアリング/タスクシフティングによる本来業務への集中と長時間労働の回避
  - タスク・シフトを進めた場合、50代以下の常勤勤務医について、医療事務(診断書等の文書作成、予約業務)、医療記録(電子カルテの記録)、等に要する労働時間のうち約20%弱(約47分)軽減可能
  - 医療・介護の潜在スキルのシェアリング促進

## 近森病院における管理栄養士の役割

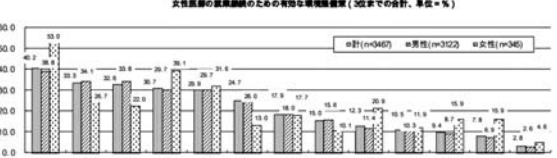


1. 栄養リスクのある患者に接して、直接一次情報を取る(問診)
2. お腹を触り腸音を聴く(理学所見を取る)
3. 栄養評価を行う(栄養学的に診断する)
4. 栄養プランを作る(栄養学的に治療プランを作る)
5. 1~4を電子カルテに記載し担当医師と相談、承認を得て看護師と共に栄養サポートを行なう

医療専門職としての責任ある対人サービスを任されている

<http://blogs.yahoo.co.jp/wadobashi/26147857.html>

## 女性医師の就業継続に必要な対策



「女性」が求める対策:


- 「上司・同僚の理解と協力」(53.0%)
- 「託児園児施設整備」(39.1%)
- 「24時間保育の実施」(31.6%)
- 「産休・育休取得時の代替医師の確保」(26.7%)

出典: 労働政策研究・研修機構 <http://www.jil.go.jp/press/documents/2012102004.pdf>

## 子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件

臨床研修中に子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件を問うところ、「職場の理解・雰囲気」「短時間勤務制度」「当直や時間外勤務の免除」「勤務先に託児施設がある」「配偶者や家族の支援」の順が多かった。

子育てをしながら勤務を続ける上で必要と考えられるもの(複数回答のうち「最も必要」と回答した項目)

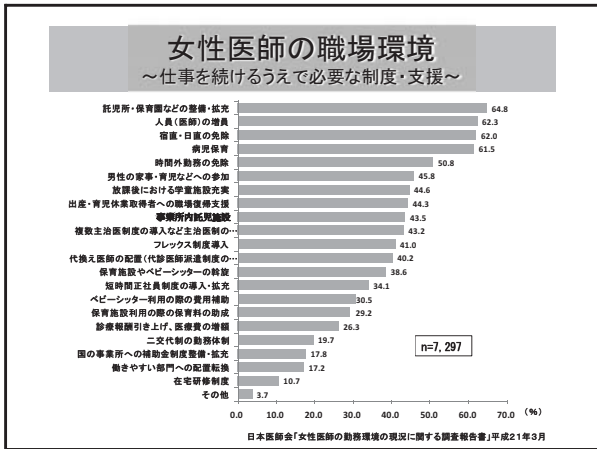


出典: 平成25年度臨床研修移住者アンケート調査(厚生労働省調べ)

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平成25年度版

## 「女性医師がいきいきと仕事を続けていくために」

日本医師会男女共同参画委員会



- ### 必要な女性医師の勤務支援
- ・産前産後休業取得の徹底
  - ・育児休業取得の徹底と代替医師制度
  - ・保育・託児施設・病児保育室の整備
  - ・柔軟な勤務制度(短時間正社員制度など)
  - ・主治医制度の見直し(チーム医療やシフト制の導入)
  - ・上司・同僚などの理解と支援
  - ・再研修・再就業支援

すでにいろいろな組織で対策が開始されている。そのいくつかは女性医師だけを対象としたものではなく、男女や職種を問わず支援が必要な人をサポートするというものになってきている。

岡山で働く女性医師キャリアサポート  
MUSCATプロジェクト

- ### 岡山大学女性医師キャリア支援の取り組み
1. アンケートによる現状分析とニーズ調査
  2. 離職防止と復職支援
    - ①オーダーメイドの柔軟な勤務体系(キャリア支援制度)の構築
    - ②トレーニングコースによるスキルアップ
    - ③緩やかなネットワークの構築
  3. 次世代育成支援
    - ①病児保育ルームの設立
    - ②その他の育児支援
  4. 地域連携と新たな取り組み
    - ①地域への発信と連携
    - ②女性外来の開設
    - ③キャリア教育
    - ④介護支援

### 脳梗塞のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後6か月サービス利用状況

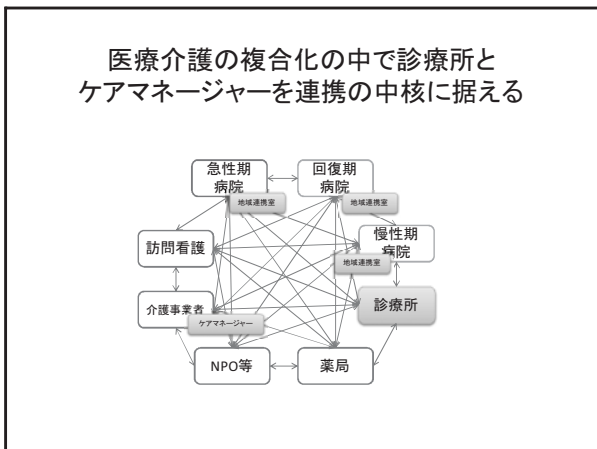
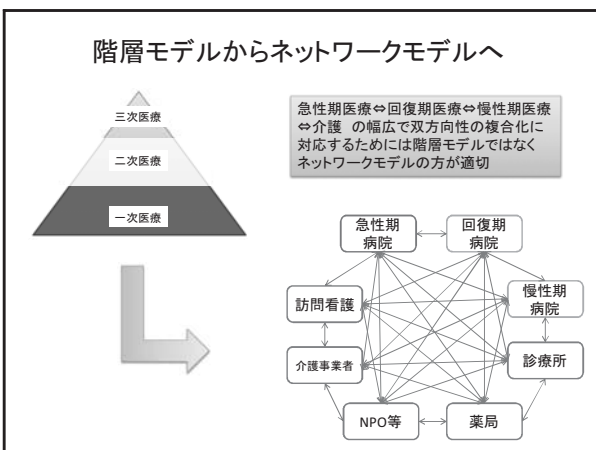
サービス	1月前	1か月後	3か月後	6か月後
要介護度	1.0	1.0	1.0	1.0
要支援1	0.0	0.0	0.0	0.0
要支援2	0.0	0.0	0.0	0.0
要介護1	0.0	0.0	0.0	0.0
要介護2	0.0	0.0	0.0	0.0
要介護3	0.0	0.0	0.0	0.0
要介護4	0.0	0.0	0.0	0.0
要介護5	0.0	0.0	0.0	0.0

- ・入院1月前で53%が介護保険によるサービスを受けている
- ・発症後経過とともに医療では回復期→療養に転棟(ただし、6か月後も31%は一般病床)
- ・入院後30%以上が肺炎に罹患
- ・約35%が入院に認知症の診断あり
- ・発症後経過とともに介護サービス利用者が増加(6か月後は70%以上、最も多く使われるサービスは通所介護)

一月前の要介護度の分布

要介護度	%
要支援1	9.3%
要支援2	18.6%
要介護1	16.3%
要介護2	14.0%
要介護3	23.3%
要介護4	11.6%
要介護5	7.0%

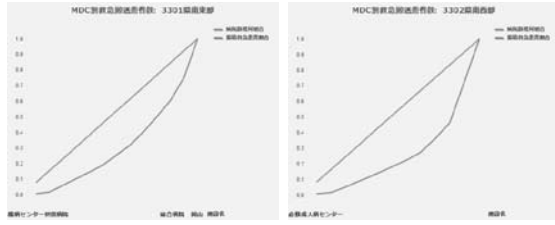
出典: 松田・他(掲載予定)



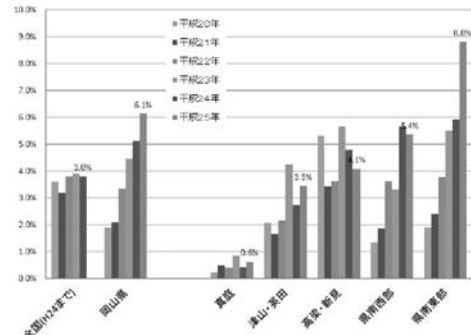
- ### このような環境変化に医師も対応しなければならない
- ・超高齢社会では患者の医療介護ニーズは複合化する。また、生活を考慮したサポートが求められる
    - －多職種によるチーム医療の実践(タスクシェアリング/タスクフティング)
  - ・競争よりは協働が求められるようになる
    - －組織内及び組織間
  - ・求められるのは「意識の変革」
  - ・開業のありかた



## 救急における施設集積性 (H25年度DPC公開データ:MDC16)

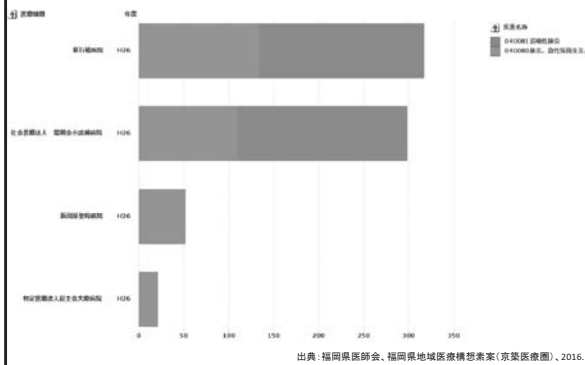


## 重症以上の救急搬送における照会4回以上の割合の比較 (岡山県医療圏別)



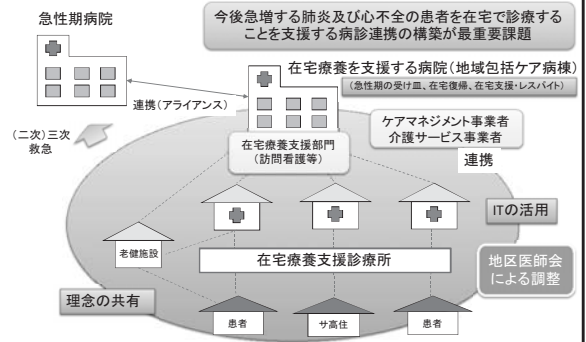
資料: 金田道弘医師

## 京葉医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成26年度厚生労働省データ:肺炎患者)



出典: 福岡県医師会、福岡県地域医療構想案(京葉医療圏)、2016.

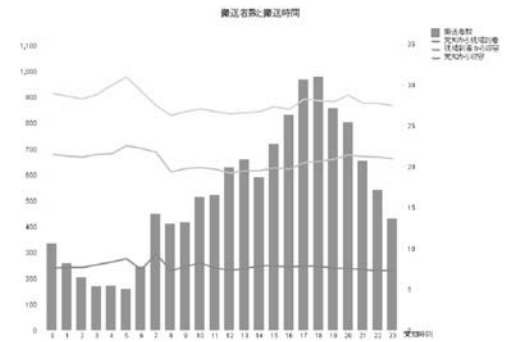
## 在宅療養を支援する病院を拠点とした ネットワーク化の必要性



## 国民・患者も変わらなければ いけないのではないかな？

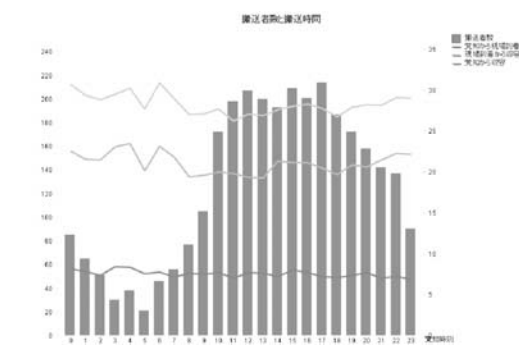
- 現在の国民・患者の医療サービスの利用の仕方に問題はないのか？
  - コンビニ受診や重複受診
  - 望ましい医師・患者関係のあり方
  - ...

## 覚知時間別にみた搬送の状況 (平成23年度 消防庁データ: 福岡県: 新生児・乳幼児・小児、平日)



出典: 平成25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)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

## 覚知時間別にみた搬送の状況 (平成23年度 消防庁データ: 福岡県: 新生児・乳幼児・小児: 日曜日)



出典: 平成25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)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

## 医療制度・介護保険制度をより シンプルなものにすべきではないか？

- 診療報酬の各種加算や管理料の要件は医師の事務作業量を徒に増やしていないか？
  - 政策的な効果を評価したうえで、シンプルにできるところはそうすべきではないか。
  - 多すぎる事務作業は医師の専門職としてのモチベーションを低下させてしまう。
  - 効率化が目的のはずの電子カルテが非効率をもたらしている場合が少なくない→診療報酬制度との整合性の向上

## 本日の講演の内容

1. はじめにー問題の整理ー

2. ほかの国は？ーフランスの例ー

3. では、何ができるのか？

4. まとめ

## まとめ

- これからの医師の働き方の基本的視点
  - 専門職として、生涯にわたって自己研鑽ができる環境づくり(モチベーションの維持)
  - 医療介護の複合化(超高齢社会)への対応
  - Work life balance への配慮
- そのために必要なこと
  - ネットワーク型のサービス提供(タスクシェアリング／タスクシフティング)
  - フランスのような「柔軟な」働く時間の基準作り
  - 一般的な行政課題としての子育て支援の充実
  - 医師の長時間労働を助長するような社会環境の改善

## 1. 日本医師会男女共同参画委員会

日本医師会男女共同参画委員会委員長 小笠原 真澄

○西山 日本医師会男女共同参画委員会に関しまして、日本医師会男女共同参画委員会委員長の小笠原真澄先生にご報告いただきます。

○小笠原 男女共同参画委員会の小笠原でございます。それでは、ただ今より私どもの委員会の活動報告を行います。

まず、私どもの委員会の第一の役割は、会長諮問に対する答申でございます。本年の答申は、「医師会組織強化と女性医師」ということで、様々な角度から現在検討を重ねております。

次に、委員会が実施した具体的な取り組みにつきましては、ここに掲げております四つの項目がございます。4)の女性医師支援センター事業「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」への協力という項目につきましては、この後、センター事業の報告の中で、この調査に関する概要についてのお話があるかと思っておりますので、ここでは項目のみを掲げさせていただきます。

今期の答申につきましては、組織率の向上、いわゆる数の増加ということと、質の向上という二つの視点で考えていく必要があるかと思っております。まず数の増加ということにつきましては、研修指定病院勤務、一般病院・医院勤務、さらには非常勤というような、勤務先や就業形態別に検討を進めているところであります。

例えば、一般病院・医院勤務につきましては、会員・非会員を問わず、まず医師会で女性医師部会や女性医師の会というようなものを立ち上げ、顔の見える関係を広く構築し、そこから医師会加入へとつなげていく。あるいはフリーター・フリーランスといった非常勤医師に関しましては、特にそういう立場にある医師においてこそ、安定した将来のため日本医師会の年金制度や、医療訴訟に備えた医師賠償責任保険制度が必要であり、こういうものの活用により入会促進へとつなげていく。そのためには、この両制度のメリットをより分かりやすく可視化し、それをホームページ、例えば医師求人情報サイトに発信していくということが必要ではないかと話し合われております。

続きまして、質の向上に関してです。これに関しては方針決定過程や会内委員会への女性のさらなる登用の促進が求められます。女性の登用が増えることにより、女性医師にとりましては組織の在り方を理解し、自身の活動が能動的になります。組織にとりましても、異なる視点・論点をもたらされます。そのことから、医師会の結束力の向上や機能の活性化につながると考えております。現在のところ、まだフリートークの段階でございますけれども、さらに議論を重ねまして、実行力のある答申としてまとめたいと思っております。

次に、委員会が実施した具体的な取り組みとしまして、まず、男女共同参画フォーラムがございます。第12回フォーラムは栃木県医師会のご担当のもと、昨年開催されました。第13回フォーラムは、ただ今愛知県医師会のご担当のもと開催さ

れております。

次にドクターゼ「医師の働き方を考える」コーナーの企画があります。これは私どもの委員会が企画・取材を担当しまして、男女共同参画の視点や女性医師の多様な働き方を紹介しているものであります。今期の委員会では、第18号、21号、22号を担当いたしております。

三つ目といたしまして、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があります。これは平成18年から2年ごとに女性役員比率、女性医師に関わる委員会や部会の設置状況、今後の課題、そして必要な取り組み等を調査しているものでございまして、今期は平成29年末頃までに調査を行いまして、平成30年早々に報告書をまとめたと思っております。この取り組み状況調査ですけれども、これまでの調査の内容について少々ご紹介いたします。

まず、都道府県医師会における女性役員の比率は、平成20年の4.5%から平成28年は5.4%と微増しております。また、代議員数の比率は2.0%から2.8%へと、これもまた微増であります。委員会委員数の女性比率につきましては4.9%から7.1%へと、少々増加しているといったところでしょうか。これらの後者2項目につきましては、勤務医委員会の調査でございます。

次に、女性医師に関わる委員会・部会の設置状況につきましては、平成20年に25医師会でありましたが、平成28年には41医師会へと増加しております。勤務医部会との連携につきましては、平成22年には15医師会でしたが、平成28年には26医師会へと増加しており、女性医師等相談窓口設置状況につきましては、平成22年に10医師会から、平成28年には27医師会へとそれぞれ増加はしております。

ここにお示ししましたのが、日本医師会の会内委員会に占める女性医師の割合でございます。平成18年から平成28年まで、6期にわたりましてその推移をご紹介します。女性医師が在籍する委員会の割合につきましては、大体50%は超えているのですが、なかなか6割に達しないという状況が続いております。また、委員数に占める女性委員の割合が10%を超えることは時に出てきておりますが、なかなかこれも10%以上で定着する状況にございません。

日本医師会の役員の比率でございますが、役員32名中、女性役員の比率は3名、9.4%になっております。私どもの委員会では、前期の委員会の諮問答申におきまして、平成32年、2020年度末に女性医師の登用につきまして、ここに掲げますような目標値を提言いたしました。これは日本医師会の会員数に占める女性医師の割合15%というものを一つの目安にして提案しているものでございます。日本医師会の女性役員の比率9.4%という数字は目標値に近づいておりますけれども、それ以外の数値につきましては、現時点では日本医師会、都道府県医師会ともに目標値に達していない、ほど遠いというのが実情であります。

しかしながら、先ほど来申し上げてまいりましたように、女性医師の医師会活動参加あるいは方針決定過程への参画というものは、医師会の組織強化にとって必要であります。本日このフォーラムにご出席の先生方におかれましては、女性医師の登用につきまして、その意識、思いというものは十分におありのことと承知しておりますけれども、その思いを近い将来是非形にしてくださいますようお願い申

上げます。

以上をもちまして、男女共同参画委員会からの報告を終わりとさせていただきます。



平成28・29年度  
日本医師会男女共同参画委員会報告

1. 会長諮問『医師会組織強化と女性医師』についての検討
2. 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に対する意見具申
  - 2) ドクターゼ「医師の働き方を考える」コーナーの企画・取材担当
  - 3) 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
  - 4) 女性医師支援センター事業「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」への協力

男女共同参画委員会諮問答申

平成28・29年度の会長諮問  
「医師会組織強化と女性医師」

- 組織率の向上について(会員数の増加について)  
勤務先・就業形態別に検討
  - ① 研修指定病院勤務については勤務医の組織強化対策と重なる
  - ② 一般病院・医院勤務について  
会員・非会員を問わず、県医師会レベルでの女性医師部会を設け、顔の見える関係を構築し、医師会加入へとつなげる
  - ③ 非常勤医師(フリーター・フリーランス医師)について  
安定した将来のための日本医師会の年金制度や、医療訴訟に備えた制度としての医師賠償責任保険制度の活用により、入会促進へつなげる  
⇒ 両制度のメリットを可視化しHP等(医師求人・求職情報サイト)で公開

男女共同参画委員会 諮問答申

平成28・29年度の会長諮問  
「医師会組織強化と女性医師」

- 組織の質の向上について  
方針決定過程や会内委員会への女性の登用の推進

↓

組織の在り方を理解し、自身の活動が能動的になる  
組織にとって異なる視点・論点をもたらされる

↓

医師会の結束力の向上・機能の活性化

平成28・29年度  
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  
第12回男女共同参画フォーラム (栃木 H28.7.30)  
テーマ「男女共同参画が医療界にもたらすメリットとそのエビデンス」  
第13回男女共同参画フォーラム (名古屋H29.7.22)  
テーマ「今後10年の医療界で男女共同参画は何をめざすのか」
- 2) ドクターゼ「医師の働き方を考える」コーナーの企画  
男女共同参画委員会が企画・取材を担当し、男女共同参画の視点や女性医師の多様な働き方を紹介  
(第18号、第21号、第22号を担当)
- 3) 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  
H18年から2年ごとに女性役員比率、女性医師に関わる委員会や部会の設置状況、今後の課題、必要な取り組み等を調査(H28年1月に報告書)

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

● 女性医師役員の比率	H20年 4.5% ⇒ H28年 5.4%
● 女性医師代議員数の比率	H20年 2.0% ⇒ H28年 2.8%
● 委員会委員数の女性比率	H20年 4.9% ⇒ H28年 7.1%
● 女性医師に関わる委員会および部会の設置状況	H20年 25/47 ⇒ H28年 41/47
● 勤務医部会との連携	H22年 15/47 ⇒ H28年 26/47
● 女性医師等相談窓口設置状況	H22年 10/47 ⇒ H28年 27/47

## 方針決定過程への女性医師の参画推進

日本医師会 会内委員会に占める女性医師の割合

年度	委員会 数	会内 委員会数	女性医師が 在籍する 委員会数	女性医師が 在籍する委 員会の割合	全委員数	女性医師 委員数	女性医師 委員割合
平成18/19年度	52	22	22	42.3%	716人	52人	7.3%
平成20/21年度	53	30	30	56.6%	700人	66人	9.4%
平成22/23年度	56	32	32	57.1%	697人	73人	10.5%
平成24/25年度	54	26	26	48.1%	671人	58人	8.6%
平成26/27年度	50	27	27	54.0%	640人	65人	10.2%
平成28/29年度	50	27	27	54.0%	724人	58人	8.0%

## 方針決定過程への女性医師の参画推進

日本医師会及び都道府県医師会役員等に占める女性の割合

	H18・19	H20・21	H22・23	H24・25	H26・27	H28・29
日本医師会 常任理事(10名)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	1人 (10.0%)	1人 (10.0%)	1人 (10.0%)	2人 (20.0%)
日本医師会 理事・監事(18名)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	1人 (5.6%)	1人 (5.6%)
日本医師会 代議員(359名)	5人 (1.4%)	4人 (1.1%)	8人 (2.2%)	6人 (1.7%)	9人 (2.5%)	11人 (3.0%)
都道府県医師会 女性役員	35人 (3.2%)	49人 (4.5%)	51人 (4.6%)	53人 (5.1%)	58人 (5.1%)	60人 (5.4%)

日本医師会の役員(32名中、女性役員3名=9.4%)

常勤役員:会長1名、副会長3名、常任理事10名  
理事15名、監事3名

### H28・29年度男女共同参画委員会諮問 「医師会組織強化と女性医師」に向けて

#### H26・27年度男女共同参画委員会答申 輝く女性医師の活躍を実現するための医師会の役割

2020(平成32)年までに

- ・各都道府県医師会の女性役員の比率を15%にする (今期 5.4%)
- ・日本医師会代議員に占める女性の比率を15%にする (今期 3.0%)
- ・日本医師会の女性役員の比率を10%以上にする (今期 9.4%)
- ・日本医師会の会内委員会委員に女性を1名以上登用し、  
女性委員の比率を15%以上にする (今期 8.0%)

現時点では日本医師会・都道府県医師会ともに目標値に達していない

女性医師の医師会活動参加・方針決定過程への参画は  
「医師会組織強化」に必要である

## 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 今村 定臣

○西山 続きまして、日本医師会女性医師支援センター事業のご報告をお願い申し上げます。報告は日本医師会常任理事、今村定臣先生にお願いをします。

○今村 先生方こんにちは。今期、女性医師支援センターを担当させていただいております、日本医師会常任理事の今村定臣と申します。今日は日医の女性医師支援センター事業について簡単にご説明をさせていただきます。

平成28年度、女性医師支援センター事業の一覧でございます。この事業は厚生労働省の委託によって行われている事業でございます。そのため、厚労省から通知される交付要綱の目的に沿って事業計画を立案し、また実施するというところでございます。

まず一つ目が、女性医師バンクによる就業継続、復帰支援、これを継続的に実施しております。その他に、医学生、研修医等をサポートするための会、女性医師支援事業連絡協議会、ブロック別会議、託児サービスの補助、『2020.30』推進懇話会、大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会、学会総会等へのブース出展、

こういったようなものがございます。最後にあります女性医師の就業等に係る実情把握調査につきましては、平成28年2月から3月に調査を行い、現在結果を取りまとめているところでございます。

女性医師バンクについて説明をさせていただきます。昨年10月に体制の見直しを実施いたしました。新しい体制におきましては、より機動的なコーディネート体制の構築を目指しており、従来と変わりました専任コーディネーターを配置いたしました。この専任コーディネーターは医師ではないために、医師でなければ難しい相談等が発生した際には、アドバイザーである女性医師へ相談し、助言を求めることが出来る仕組みでございます。必要があれば、求職者への相談にも直接のついでにいただくような体制となっております。アドバイザーには、これまでコーディネーターとしてご活躍いただいた先生方5名の方をお願いをしております。

女性医師バンクは、日医の会員・非会員を問わず利用可能であり、他の民間事業者と最も異なる点が、求人・求職とも無料で利用出来るということでございます。開設からの累計求職登録者数は857名、現在は毎月10件前後の新規登録がございました。求人登録施設数は延べ3,617施設、求人登録件数は2,341件ということでございます。開設からこれまでの就業実績が566件です。なお昨年10月に体制変更をして以降の就業実績は84件でございます。

平成28年度事業にございます、女性医師の就業等に係る実情把握の実施についてご説明いたします。正式名称は、「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」というもので、女性医師支援をさらに具体的かつ実効あるものにするために、全国の病院勤務女性医師の現況を詳細かつ正確に把握することを目的に、平成20年度に実施した同名調査をベースに実施しております。

調査は全国全病院、8,475施設に対しまして、病院に勤務する女性医師に調査票の配布を依頼し、女性医師に無記名で回答していただく方法で、本年2月～3月にかけて実施いたしました。回収数は10,612件であり、病院に勤務している全女性医師数は42,000人ということでございますので、およそ、その4分の1にあたる方から回答をいただきました。現在、集計と分析がほぼ終了し、日医内の男女共同参画委員会のお力を借りながら、報告書を作成中でございます。8月上旬の完成が見込まれております。

続いて、今年度の女性医師支援センター事業の事業計画でございます。今年度は女性医師バンクの就業成立数の増加に向け、広報活動の強化を重点課題といたしました。学会総会へのブース出展のほかに、医療関係刊行物への記事・広告掲載、女性医師バンクホームページの刷新、都道府県医師会との連携強化を実施してまいります。特に昨年度から変更のあった箇所を、赤字でお示ししております。

9番の地域における女性支援活動の促進は、これまでの「2020.30実現を目指す地区懇談会」に、女性医師バンクの普及計画を合わせて推進する形で再定義したものです。日医といたしましては、今後も都道府県医師会、あるいはまた関連団体等と連携強化を図りながら、女性医師支援の取り組みを進めてまいります。

事業計画の2番にお示しした女性医師バンクのホームページ刷新についてです。本年4月にホームページをリニューアルしております。以前のホームページでは、

女性医師が必要としている項目での検索が出来ないということがございましたために、新しいホームページではそれが出来るよう、機能を追加いたしました。例えば、託児所があるかどうか、病児・病後児保育があるかどうか、時短勤務が可能であるか、こういった項目で医療機関を検索することが出来るように変更いたしました。その他に、外来、病棟管理、画像診断、リハビリ、検査等、業務内容での検索も可能にいたしました。また、8月上旬頃には求職者向けにスマートフォン対応ページもオープンする予定であります。

女性医師バンクの二つ目の取り組みといたしまして、今後女性医師支援に関しての情報をFacebookで発信していくことで、女性医師支援センター、女性医師バンクをPRしていくことを予定しております。Facebookは、現在日本で1,400万のユーザーがおりまして、子育て世代、これから支援を必要とする若い世代が多く、その世代に向けて情報発信出来るツールとして活用してまいります。現在準備中でございます。

その他、広報活動の強化といたしまして、GoogleやYahoo!等の検索エンジンで検索した時に、女性医師バンクのホームページが検索結果の上位にランクされるようにするリスティング広告、また医療機関へ向けたダイレクトメールの発送、雑誌への記事掲載等々の活動を実施しております。

次に、女性医師支援に関する都道府県医師会との連携強化についてご説明をさせていただきます。現在、女性医師バンクホームページ内に、都道府県医師会用ページの作成を進めております。これが出来上がりますと、今後、都道府県医師会から女性医師バンクへ求職・求人情報の登録を行うことも可能となってまいります。例えば、ドクターバンクを保有しない、またはドクターバンクがあっても検索システムを保有していなかったり、担当コーディネーターが不在の都道府県医師会のご利用を想定しております。都道府県医師会におきまして、求職・求人の相談があった際に、女性医師バンクに登録いただくことで、求職者の就業斡旋を女性医師バンクのコーディネーターが行わせていただくことも可能でございます。

また、都道府県医師会で既に登録のある求人情報も、女性医師バンクに新たにご登録いただくことで、県内求職者だけでなく、転居等の理由によって、他県からの求職者の目に触れる機会が増えてまいりますので、就業成立件数の上昇へつながることを期待しております。ページにつきましては現在準備中でありまして、秋頃をめどに公開を予定しております。

最後に、日本医師会女性医師支援センターでは、愛媛県西予市と共同でシンポジウムを企画しております。愛媛県西予市では、お伊ネ賞事業を以前より行っておりまして、医学研究や医療活動に活躍する女性を顕彰してまいりました。西予市で学んだ、日本初の産科女性医師となった楠本伊ネさんがこの由来でございます。そのお伊ネ事業表彰式を第1部とし、第2部では日本医師会女性医師支援シンポジウムを開催させていただきます。基調講演といたしまして、日本医科大学特任教授である海原純子先生、そして参議院議員の自見はなこ先生にご講演をいただきます。また、安心して暮らせる地域作りをテーマにいたしまして、パネルディスカッションも予定しております。本日はチラシ原稿のコピーをお手元に配付させていただきます。



した。来週には、都道府県医師会宛てに正式にご案内をいたします。

以上、駆け足でございましたが、日医の女性医師支援に関する取り組みについてご説明をさせていただきました。ありがとうございました。

○西山 今村先生、ありがとうございました。以上で報告を終了いたします。

「第13回男女共同参画フォーラム」

## 日本医師会 女性医師支援センター事業

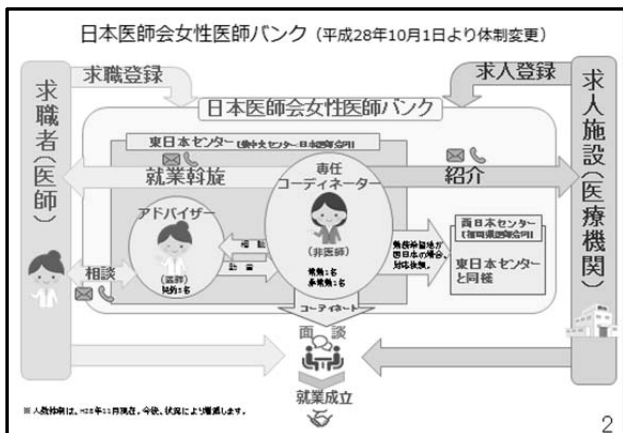
公益社団法人 日本医師会 常任理事 今村定臣

2017年7月22日（土） 場所：名古屋東急ホテル

### 平成28年度女性医師支援センター事業について

1. 女性医師バンクによる就業継続、復帰支援（再研修含む）
2. 「医学生、研修医等をサポートするための会」の実施
3. 「女性医師支援事業連絡協議会」の開催
4. 「女性医師支援センター事業ブロック別会議」の実施
5. 医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と補助
6. 「『2020.30』推進懇話会」の開催
7. 「大学医学部・医学会の女性医師支援担当者連絡会」の開催
8. 学会総会等へのブース出展等の広報活動
9. 「2020.30実現をめざす地区懇談会」の開催
10. 女性医師の就業等に係る実情把握調査の実施

1



### 女性医師バンクの現況について

「日本医師会女性医師バンク」平成19年1月30日開設

- ☆ 会員・非会員を問わず利用できる
- ☆ 求人・求職共に無料
- ☆ 専任コーディネーターが、相談・マッチングにあたる

◇求職登録者数：累計857名  
(月平均新規求職登録数12件\_平成29年4月～6月)

◇求人登録施設数：延べ3,617施設

◇求人登録件数：2,341件

◇就業実績：566件 (H28年10月以降84件)

内訳 就業成立：548件  
再研修紹介：18件 (平成29年6月末現在)

日本医師会女性医師バンク 検索

TEL: 03-3942-6512 FAX: 03-3942-7397  
E-mail: info-bank@jmadb.k.med.or.jp

3

### 「2016年度 女性医師の勤務環境の現況に関する調査」概要

2008年度に実施した同様のアンケート調査項目をベースに再度「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」を実施。

■目的: 女性医師支援をさらに具体的かつ実効あるものにするため、全国の病院勤務女性医師の現況を詳細かつ正確に把握する。

■調査期間: 2017年2月～3月末

■調査方法: 全病院(8,475施設)に対して、病院に勤務する女性医師に調査票の配布を依頼。女性医師に無記名で回答していただき、調査会社へ直接返送。

■調査主体: 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

■配布数: 30,323

■回収数: 10,612 (病院勤務の全女性医師に占める回収割合 24.7%)

■有効回答数: 10,373 (配布数を分母とした場合の有効回答率 34.2%)

<スケジュール>

- ・7月 報告書(案)作成。
- ・8月上旬 報告書完成予定。

4

### 平成29年度女性医師支援センター事業 事業計画

1. 女性医師バンクによる就業継続、復帰支援（再研修含む）
2. 広報活動の強化(学会総会等へのブース出展・医療関係刊行物への広告掲載・女性医師バンクホームページの刷新・都道府県医師会との連携強化)
3. 「医学生、研修医等をサポートするための会」の実施
4. 「女性医師支援事業連絡協議会」の開催
5. 「女性医師支援センター事業ブロック別会議」の実施
6. 医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と補助
7. 「大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会」の開催
8. 女性医師の就業等に係る実情把握調査の実施
9. 地域における女性医師支援活動の促進
10. 女性医師支援フォーラム(仮称)の開催

5

### 女性医師バンクの新たな取り組み(1/3) 1. ホームページの刷新



〈検索機能〉  
 ・「託児所あり」「病児・病後児保育あり」「時短勤務可」  
 ・「再研修可/再教育制度あり」など、女性医師が必要としている特徴で検索ができる機能を追加。  
 ・「外来」「病棟管理」「画像診断」「リハビリ」「検査」といった業務内容での検索機能も追加。


6

### 女性医師バンクの新たな取り組み(2/3) 2. 広報活動の強化

#### Facebook

- Facebookページの作成予定
 

今後、女性医師支援に関しての情報をFacebookで発信していくことで、女性医師支援センター、女性医師バンクをPR。現在、準備中。


- Facebook広告の活用
  1. ターゲット層を簡単に見つけられる人口統計データ、行動、連絡先情報に基づいて広告を出します。
  2. 注目を集めるデザイン広告が可能  
通常の画像広告の他、動画、スライドショーの広告など多様な広告が簡単に作成できます。

現在、日本では1400万のユーザーがいます。Facebookを使用している人は、子育て世代、これから支援を必要とする若い世代が多く、そこに向けて情報発信できるツールとして活用は必須です。

7

### 女性医師バンクの新たな取り組み(3/3) 3. 都道府県医師会との連携強化

- 都道府県医師会から女性医師バンクへ求職・求人情報の登録ご提案(予定)  
【利用を想定している都道府県医師会】

- ・ドクターバンクを保有しない
- ・ドクターバンクはあっても検索システムを保有していない
- ・担当コーディネーターが不在

➡ 都道府県医師会へ求職・求人のご相談があった際に都道府県医師会が女性医師バンクにご登録

➡ 求職者の就業斡旋を日本医師会女性医師バンクのコーディネーターが調整。

➡ 求人情報も他県の求職者から閲覧可能に。

➡ 就業成立件数の上昇

全国ネットワークを構築し、より効果的な女性医師支援体制の強化を目指します！

8

### 第6回西予市おイネ賞事業表彰式・日本医師会女性医師支援シンポジウム(案) ～もっと素敵な西予市へ～

【主催：西予市、日本医師会、愛媛県医師会】  
 【開催日時：平成29年11月26日(日)13時～16時】、【場所：西予市宇和文化会館】

<第1部>  
 第6回西予市おイネ賞事業表彰式(13時～13時50分)

<第2部>  
 日本医師会女性医師支援シンポジウム(14時～16時)


I 基調講演 座長：今村定臣(日本医師会常任理事)

1. 健康寿命と輝き思考 ～素敵に年を重ねよう～  
海原 純子(日本医科大学特任教授、心療内科医)
2. 女性医療職の輝く明日へ～地域の健康をめざして～  
自見 はなこ(参議院議員、東海大学医学部医学科客員准教授)

II パネルディスカッション  
 座長：久野 祐郎(愛媛県医師会会長)

1. もっと素敵な西予市へ(仮) 管家 一夫(西予市長)
2. パネルディスカッション  
登壇者：管家一夫(西予市長)、海原純子、自見はなこ、井関満永(西予市医師会長)、今井淳子(愛媛県医師会常任理事)

III 総括 今村 定臣



橋本イネ  
\*西予市ホームページより

9

進 行

愛知県医師会男女共同参画担当理事 伊藤 富士子

○西山 お待たせいたしました。ただ今より、愛知県医師会イクボス大賞表彰式をとり行いたいと思います。それでは、愛知県医師会男女共同参画担当、伊藤富士子理事、よろしくお願いたします。

○伊藤 皆様、こんにちは。愛知県医師会男女共同参画担当理事の伊藤富士子でございます。

はじめに、イクボス大賞についてご説明させていただきます。先ほどの松田先生のお話にもありましたように、子育て期の長期離職は、医師のような専門職就業者にとって復職が困難となる恐れが大であります。就労継続が望ましいのですが、様々な問題が伴い、周囲の援助なしに実現は困難であります。産休・育休明けの医師の復職には、若手医師を育成しようという周囲の理解、援助が必要であり、仕事と育児を両立しやすい勤務環境整備に努める上司の存在も必要不可欠であります。このような上司を一般的に「イクボス」といい、イクボスに恵まれた部署には若手医師が多く集まり、キャリア継続に良好な環境が築かれる等、勤務環境が改善され、医師の離職防止に繋がります。このような改善により、患者が安心出来る医療を提供出来るようになり、病院収益が向上する好循環を実現している例を見聞きしております。

広く愛知県下から、環境整備に努めるイクボスの事例を集め顕彰することで、愛知県における医療勤務環境の一層の向上に貢献することを目的として、このイクボス大賞を創設いたしました。

それでは、受賞者を発表いたします。愛知県医師会イクボス大賞、大賞受賞、社会医療法人宏潤会大同病院理事長、吉川公章様。愛知県医師会イクボス大賞特別賞受賞、公立陶生病院小児科部長、加藤英子様です。

次に、受賞理由を述べさせていただきます。まず、大賞受賞の吉川公章先生は、愛知県下でいち早く病児保育や24時間保育について積極的に取り組んでこられました。また、女性職員の時短勤務に限らず、男性職員の育児介護等への参加等、男女ともに多様な働き方を可能にしてこられました。これらは女性職員の妊娠率の上昇、復職者の増加、男性の育児参加の促進に大きく寄与いたしました。このような取り組みが職員の士気を高め、結果として病院収益の向上につながった功績は大であり、ここに顕彰いたします。

続いて、特別賞の加藤英子先生です。自らの子育て経験を通じて愛知県を始めとする広域にまたがった名古屋大学小児科関連病院において、子育て中の女性医師をサポートするシステム作りに努力し、平成20年に子育て支援制度を設立されました。結果、女性医師の復職者数の増加促進に成功いたしました。中京圏における女性医師支援の有数の功労者であります。

以上2名の先生が、愛知県医師会イクボス大賞の大賞および特別賞を受賞されました。それでは表彰状および記念品授与をいたします。この記念品でございますが、前日本医師会女性医師支援委員会委員であり、前愛知県医師会男女共同参画委員会委員長でいらっしゃいます小栗貴美子先生のお嬢様で、陶芸家の水野静様に制作していただきました。水野様におかれましては、日展、日工会展に数多く入選される等、数々の栄誉に輝いておられる方でございます。

それでは表彰状授与に移ります。まず大賞受賞、吉川公章先生、前へお進みください。

○**柵木** 表彰状。イクボス大賞。社会医療法人宏潤会大同病院吉川公章殿。あなたは、職場の環境改善にいち早く取り組み、若手医師の育成や求職中の医師の復職増加に大きく貢献されました。これは男女共同参画において他の模範とするところであり、よってここに記念品を贈り、表彰いたします。平成29年7月22日 公益社団法人愛知県医師会 会長 柵木充明。おめでとうございます。

○**伊藤** 続きまして、特別賞受賞、加藤英子先生、前にお進みください。

○**柵木** 表彰状。イクボス大賞特別賞。公立陶生病院加藤英子殿。あなたは、自身の経験を通じて、育児中の女性医師をサポートする子育て支援制度を設立し、自らが関係する多くの病院へそれを広めた継続的な貢献は大なるものであります。よって、ここに記念品を贈り、表彰いたします。平成29年7月22日 公益社団法人愛知県医師会 会長 柵木充明。おめでとうございます。

○**伊藤** 吉川先生、加藤先生、おめでとうございます。皆様、受賞されましたお二方へ今一度祝福の拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

ただ今をもちまして、愛知県医師会イクボス大賞表彰式を終了いたします。

「これからの医療制度変革とそれに伴う医師の働き方の変化は」

コーディネーター

愛知県医師会男女共同参画担当理事 伊藤 富士子  
愛知県医師会男女共同参画委員会委員長 小出 詠子

○伊藤 シンポジウムのコーディネーターを務めさせていただきます伊藤でございます。よろしくお願いいたします。

○小出 皆様、こんにちは。愛知県医師会男女共同参画委員会委員長の小出と申します。同じくコーディネーターを務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○伊藤 今回のシンポジウムでは、「これからの医療制度変革とそれに伴う医師の働き方の変化は」というテーマで、まず4名のシンポジストの先生方よりご発言いただきます。それぞれのご講演の後、基調講演にてご講演いただきました松田先生にもご登壇いただきまして、ご来場の皆様を交えた総合討論を行います。皆様からのご質問やコメント等、活発なシンポジウム、総合討論になりますようにご協力お願いいたします。

なお、各シンポジストの先生方のご紹介は、お手元の資料をもって代えさせていただきます。よろしくお願いいたします。それでは、早速ご講演いただきます。

まずはじめに、「新専門医制度の導入による働き方の変化」と題しまして、筑波大学医学医療系教授、前野哲博先生、よろしくお願いいたします。

1. 新専門医制度の導入による働き方の変化

筑波大学医学医療系教授 前野 哲博

皆さん、こんにちは。今日はこのような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。こんなに沢山の方が参加する会だと思わず来ました。そもそも私は専門医機構の委員でもなければ、公式に新しい専門医の仕組みに委員として関わっているわけではないのですけれど、だからこそ自由な立場で言えることがあるのではないかと、一つの提案をさせていただきたいと思います。

最初にお断りしておきますが、今日申し上げることは私の個人的な見解です。誰かの発言を引用しているとか、話の根拠等は特にありませんが、今後皆さんが議論する一つのきっかけになればと思っております。

私は今、筑波大学で臨床研修の仕事をしております。また日本プライマリ・ケア連合学会で副理事長をしておりまして、総合診療専門医導入に非常に強い関心を持っております。今日はそのような立場で専門医制度全体に関して、日ごろから

思っていることをお話させていただきたいと思います。

最初に、専門医制度導入の経緯ですが、現在、専門医を予定どおり来年からやるべきか、どうするかという議論が色々なところから上がっております。よく聞かれる議論は、今、別に困っていないということです。何故今、専門医制度をわざわざ変えなければいけないのかというような議論があります。

これはもともと2015年に出された、「専門医の在り方に関する検討会」の報告書がベースになっているのですが、そのころはまだどんな形になるかというのが具体化していなかったの、あまり大きな議論にならなかったのではないかと思います。しかし、すべてはそこから始まっているので、やはりそこを最初に振り返ってみたいと思います。

ちょうど今、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」が開かれています。インターネットに出ていたその会議資料です。最初に、専門医の質ということから始まっています。今まで、各学会が独自の基準で、自分たちが良いと思う専門医を作って、それを運用してきました。そのため、基準が一定ではなく、質の担保に懸念があるところが議論のスタートです。ですから、ここまで戻ったら、何もなかったのと同じことになってしまう。やはりここから質を上げていくということが議論のスタートだったということです。

次に、求められる医師像として、医師と国民の間にギャップがある。そこを国民にとって分かりやすくしようということがあります。

そして三つ目に、地域医療との関係です。私が知り得る限り、今よりは悪化させないというようなことが議論されていたと認識しております。この地域医療との関係に関しては、マイクを持ってこんな所で言うのは非常に怖いのですが、基本的に医師養成の問題と偏在の問題というのはぴったりイコールではない。もちろん密接にリンクはしておりますけれど、それはそれとして議論すべき問題だと思います。ですから、その質保証で始まった専門医制度に、どこまで地域偏在の要素を求めるのかということがあります。プライオリティをどちらにするかということです。要するに、質はさて置き偏在解消をするのか、それとも偏在をさて置き質保証するのかということですが、今申し上げた両極端、その中間に恐らく落とし所があると思います。どちらをどれだけ優先するかという議論に、これからなっていくのでしようし、全ての議論はそこにあるのではないかと思います。

平成25年4月に出た「専門医の在り方に関する検討会」の報告書の中で、中立的な第三者機関を置くべきだという答申が出まして、その結果、日本専門医機構が設置されました。あとは、総合診療専門医を設置するとか、地域医療との関係に関しては、基幹病院と診療所が病院群を組むことによって、きちんと地域まで医師が回るようにするという事です。

スケジュールは平成29年度を目安に開始するという事でしたが、これは皆さんご存じのとおり、1年間延期されて今に至っております。

その後、色々なことがありました。実際にプログラムが出来ると、どの病院、どの科に、どういう医師がいなくなる、あるいはここはプログラムに入れる、入れないということが各論レベルで明らかになったことによって、それまで議論されてき

たものの、机上の空論で見えなかったことが地に足のついた意見が出てきて、まだ少し時期早尚なのではないかということで、もう一回検討しましょうということになったと理解しております。

様々な議論があって、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」が厚生労働省に設置されました。そこでなされた論点は、次の三点です。まず一番目、全ての医師が専門医になると、専門外の診療を敬遠する傾向が生まれて、専門科を整備出来ない中小病院が困難になるので、専門医は自発的な自己研鑽として位置付けるものであって、取っても取らなくてもいいということを明確に確認しなさいということ。ここで、質保証と自由というのはある程度トレードオフの関係にあります。ある程度システムを作ってしっかりやれば、例えば工場製品でいうなら、不良品を作らないために工程を標準化して、安定して動かすということになります。そういうものは、いわゆる匠の職人が作ったものには到達しないけど、手作りというのは逆にピンキリになってしまいます。ですから、これは専門医を持った人の質をどれくらいきちんと保証するのかということと、専門医を持っている内科医と専門医を持たない内科医は両方いてよく、それはチョイスであるということになります。そうすると、専門医制度の議論の最初にあった、国民が安心出来る分かりやすい質保証という観点と、どう両立させるかが難しくなる側面があるように思います。

二番目、これが今日の主な論点になりますが、カリキュラム制とプログラム制というのは、医学教育の世界ではそんなに違わない意味で使われているのですが、専門医制で論じる場合は対立軸として議論されています。後でご説明しますが、それを柔軟にしなさいということなのですが、柔軟にするということがなし崩しにつながったら、質保証というところとバッティングしてしまいます。ですから、柔軟にするのはあくまで質を下げずに、あるいは質は下がっても許容範囲でというのが頭に必ずついていないといけません。このことは、これからの女性医師の働き方に大きく関係してくると思います。目の前はいいかもしれませんが、医師という職種全体に対する信用を損なうようなことがあっては、最終的にはマイナスの部分も出てくるかと思っています。

三番目は大学病院だけではなくて、市中病院も重要な研修拠点としなさいということなのですが、これには私も大学の人間なので色々と言いたいことがあるのですが、今日はあまり関係がないので、コメントを控えさせていただきます。

プログラム制とカリキュラム制というものが議論されています。最初に用語の整理をしておきたいと思います。専門医制度でいうところのプログラム制とカリキュラム制は、このように定義されています。プログラム制は研修開始時に登録して、定められた内容を年ごとのプログラムに則って履修し、終了した時点で専門医の受験資格が与えられる。例えば医学部でどんなに医学を勉強していても、医学部に入って1年生から6年生まで年次のカリキュラムを修了しなければ、専門医の受験資格は与えられない。

それに対してカリキュラム制というのは、もちろん色々なカリキュラム制があるのですが、ここで言うのは、極端な言い方で言えばいつ始めてもいいし、終わりは特に決まっていない。要するに定められた症例を経験して、定められた診療実績

を上げれば、その時点で受験資格を与えようという制度です。

このプログラム制かカリキュラム制かというところがなぜ問題になるのかということなのですが、単純に質を保つことから考えれば、プログラム制の方が間違いはありません。その施設、指導医、それから年次ごとの研修内容が明確に規定されているので、それに沿っていけば、質のいい医師が、もちろん全員とは言いませんが、生まれる可能性が高い。

カリキュラム制の方は、柔軟であるというところが一番の売りですが、そのカリキュラムは何と何と何の病気を、例えば手術だったら何例経験したら受験資格をあげましょうという形になります。結局は、質か量かという話で、あとは確実か柔軟かという趣旨なのですが、このカリキュラム制は柔軟ではあります。

ただ、カリキュラム制には一つ見逃せない問題があると思っていて、例えば先輩との1対1の関係の中でいわゆるプロフェッショナリズムを引き継ぐとか、手術を5例やればいいのか、形に見えない、いわゆるHidden curriculumというのですが、Hidden curriculumの部分が確実に乗せられるかどうかということに関しては、かなり議論が必要だと思っております。

私はカリキュラム制に反対しているわけではなくて、認識しておく必要があるということです。逆にプログラム制の場合は、プログラムに沿っていればいいのかということ、やはりきちんと考える必要があります。ですから、これは一長一短な部分があるわけです。

プログラム制とカリキュラム制の話では、地方の病院でも自由に回れるように、また大学病院以外の所、基幹型の所に入っても、きちんと専門医が取れるように、そして女性医師や留学等にも配慮するという議論がされているのですが、今はプログラム制、大学、学会が悪で、市中病院、カリキュラム制が善であるというような、そういう論調で語られることが多いです。

一つ懸念しているのは、カリキュラム制はある意味症例を経験すればいいわけですから、そうすると短期間で集中的に症例を経験出来る方が有利になります。カリキュラム制では、むしろ都会の方が専門医を取りやすくなります。もちろん、地方でも取りやすくなりますが、同じように、あるいはそれ以上に都会でも取りやすくなると認識された上での議論なのか、気になるところです。これは、医師の配置という非常に複雑なシステム体系のなかで、本当に地域に良い形で医師が動くのか、それから女性医師にとって良い形になるのか、これらは、システム全体を見渡した議論も必要だと思っております。

色々申し上げましたが、今日はテーマが男女共同参画ですので、それぞれの個人のキャリアということから考えれば、これはやはり柔軟な方がいいに決まっています。ただ、先ほど話した質の保証というところに戻ってみますと、これは平成25年の時に議論されていた図ですが、従来のカリキュラム制をプログラム制に変えるというもので、平成25年当時から見ればだいぶ変わっていますけれど、そもそも質保証から始まった専門医制度の議論は、カリキュラム制をプログラム制にするということが目的で走っていたのです。ですから、カリキュラム制を取り入れるなら、質を下げない仕組みを一緒に入れないと単なる先祖返りになってしまう。国民の期待



に応えられる質保証というところを守りながらも、カリキュラム制にいければと思っております。ただ緩めるのではいけないということです。

ただ、実際に一度、プログラム制で作ろうとしたということは、非常に大きなインパクトがあったと思っています。それを理解するには、最近の医学教育のトレンドとっていいと思うのですけれども、アウトカム基盤型教育ということを少しお話させていただきたいと思います。

このアウトカム基盤型教育というのは、例えば、材料を工場加工して、工業製品になる。その時にこういう工程で製品を作りました。でもその結果、欠陥品が出来ました、では駄目なわけです。最終的にいい製品が出来るためにはどんなプロセスが必要かというふうに、出来上がりから戻って考えないといけません。

それと同じように、医学部に入って医師になる。そうすると、例えば内科と外科と産婦人科と小児科を教えました。では、良い医師になれるのですねという、そこは保証されていないというのが、いわゆる従来型の医学教育でした。

ただ、良い医療者であるというのは、診療能力を持っているということ以外に、プロフェッショナリズムとか協調性とか多職種連携とか、いわゆるサイエンスとしての医学以外の領域も非常に大事だということになってきて、今、それをどうやって体系的に教えるかということが医学教育で大きなテーマになっています。つまり、最終的に良い医師を送り出す。ここが大切なところなのです。

今の教育プログラムの構造を車作りに例えると、アクセルを作る部門はアクセルはこれでいいかな、ヘッドライトを作る部門はこういうヘッドライトでいいかな、ドアはこれでいいだろうと、それぞれのパーツ工場で考えるこれでいいだろうという部品を集めれば、きっと車は出来るだろうという観点で行われています。しかし、例えば軽トラのエンジンに、スポーツカーのタイヤというふうにちぐはぐでは、非常に燃費が悪い車が出来てしまう。今の研修は、内科を回って、外科を回って、小児科を回って、最後に良い医師になるかどうか分からないという形では困るわけです。

ということで、最近の医学教育では、例えば、燃費はこれぐらい、4人は楽に乗れて、加速もこれぐらい出来るようにしてほしいというようなアウトカムをまず決めて、そしてそういう車を作るためにはどんなエンジンが必要か、どんなドアが必要かというような方法で作るようになってきました。これがアウトカム基盤型教育ということで、そのアウトカムには医師としてのスキルだけではなく、プロフェッショナリズムや協調性等も確実に入るような仕組みが求められるようになってきました。

何の話をしているのかと思われるかもしれませんが、結局、専門医を質の保証を担保しながら柔軟な働き方にするためには、このアウトカムを明確に決め、そこだけは譲らないということが非常に大事になってくるわけです。それをしないままプログラムをただ柔軟にしたら、それはなし崩しにつながりかねない。

今回、全領域がきちんとした文字で、しかも統一のフォーマットで、領域の使命や、期待される医師像というものを文字にしました。ですから、やはりそこに立ち返って、カリキュラム制にするなら、そのような医師にきちんと成れなくてははいけ

ません。つまり、専門医を持っているということは、国民に対して責任を取れるのですかということです。その範囲でカリキュラム制を検討していかなければならない。逆に言えば、それさえ出来ればどうにでもなるということで、これまで以上にカリキュラムの柔軟性を手にすることが出来るかもしれないと思っています。色々な研修がありますが、それぞれがばらばらの方向を向いてはいけません。全てが全体のアウトカムを持って動いていかなければいけないということになります。

私は産婦人科医ではないですが、産婦人科研修管理システムで非常に良い工夫をしているので紹介します。今はICTの時代ですから、どこにいてもインターネットで管理が出来る。ログインやログアウト、そういう記録もきちんとタイムスタンプに残ります。産科婦人科学会ではインターネット上で利用出来る研修プログラムを作っていて、この中に入ると、今、私が申し上げたアウトカムとしての医師像、例えば出産で赤ちゃんをきちんと取り上げられるとか、がんの手術が出来るだけではなくて、インフォームドコンセントや、患者の要望に配慮してとか、医療チーム全体に対してというアウトカムの部分がしっかり入っています。これに対して、きちんと指導医がコメントをする。ここで指導医が認めてくれないと、産婦人科専門医と名乗ることは出来ないということです。これも非常に大切な取り組みだと思います。もちろん、経験症例はこういうふうになって、登録と確認をするということです。

こういう形でアウトカムをしっかり認識することで、これからの多様なキャリアにも対応することが出来るのではないかと思います。今、実際にはそれぞれの専門医プログラムがどのようにカリキュラムを取れるかということに関しては、まだどの学会もバタバタしているところがあると思うのですが、その中で逆に皆さんがこういう働き方をしたいと思ったら、それでもアウトカムにきちんと到達出来るということをセットで議論していただければ、色々なキャリアが開けていき、そしてそれに到達したかどうかで測られる。新しい専門医制度が始まると、男女共同参画を始めとする多様なキャリアパスというのは、そういう形に議論が広がっていくのではないかと思います。

今日は個人的な見解を申し上げさせていただきました。どうもご清聴ありがとうございました。

○伊藤 前野先生、どうもありがとうございました。総合診療科の医師でいらっしゃる前野先生から、最もホットな話題である専門医認定、教育についてのご講演でございました。

# 新専門医制度の導入による 働き方の変化

筑波大学医学医療系 地域医療教育学  
筑波大学附属病院 総合診療科  
前野 哲博

Department of Primary Care and Medical Education University of Tsukuba

# 専門医制度導入の経緯

Department of Primary Care and Medical Education University of Tsukuba

## 専門医に関する議論の背景

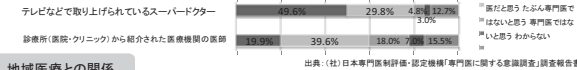
### 専門医の質

- 各学会が、自立的に独自の方針で専門医制度を設け、運用。
- 学会の認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念。

### 求められる専門医像

- 専門医としての能力について、医師と国民との間に捉え方のギャップが存在。
- 現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。

### イメージする専門医像



### 地域医療との関係

- 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。



## 新たな専門医に関する仕組みについて

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。 H25.4.22

現状 <専門医の質> 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。  
<求められる専門医像> 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ、医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

### 新たな仕組みの概要

- (中立的な第三者機関)
  - 中立的な第三者機関を設立し、**専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一に行う。**
  - (専門医の養成・認定・更新)
  - 専門医の認定は、**経歴や研修等の活動実績を要件とする。**
  - 広告制度(医師の専門性に関する資格名等の広告)を廃止し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。
  - (総合診療専門医)
  - 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。**
- (地域医療との関係)
  - 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が**養成院**を構成して実施。(スケジュール)
  - 新たな専門医の養成は、**平成29年度を自任に開始**。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。  
※ 平成30年度を目途に19基本領域の養成を一旦に開始予定。

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供) ○医療提供体制の改善

## 新たな専門医の仕組みの経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成26~27年	機構	専門医制度整備指針及び(領域ごとの)プログラム認定基準の策定、申請されたプログラムの審査等
平成28年2月~		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日医・西病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」(医事専門医機構及び基本領域学会に討議する委員書)、「専ら思わぬ」(地域医療、学会発表、地方自治、患者・国民の代表による意見)発表された検討の場を新たに設置 「新たな検討の場、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査」
6月7日	大臣談話	「国家の加担を期待する」として、「専門医制度と学歴が、地域医療関係者や研修医等の意見を反映し、必要に応じて一層の取組をすることを強く期待。」
6月27日	機構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制へ
7月20日	機構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(議表の場)を開催 → 平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を自任に一任を開始
7月25日	機構	社員総会を開催し、執行開始を1年間延期することを正式に決定。
12月16日	機構	社員総会を開催し、「専門医制度整備指針」を決定 → 基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする → 機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議 → 経歴、出席、発表等の理由による研修中断に柔軟に対応 等
平成29年2月15日	機構	総合診療専門医に関する委員会を開催し、研修プログラムの内容等を議論
2月17日	機構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を議論
3月17日	機構	→ 3月21日よりプログラムメンタを開始
4月24日	厚労省	「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催

(予定)○ 今後、運用細則を策定するとともに、作成されたプログラム認定基準が新整備指針に沿っているかチェック  
○ 機構は、研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と事前に協議

## 専門医に関する論点について

- すべての医師が機構の認定する専門医になると、専門外の診療を敬遠する傾向が生まれ、多くの専門科を整備できない中小病院での診療が困難になる等の指摘を踏まえ、専門医はすべての医師が取得しなければならないものではなく、自発的な自己研さんとして位置付けられるものであり、実質上義務づけられるものではないことを、明確にすることについて、どう考えるか。
- 地域医療従事者や休職・離職を選択した女性医師等に対し、専門医資格の取得を促す観点から、地域医療従事者等に配慮したカリキュラム制の設置について、明確にすることについて、どう考えるか。
- 高度な医療の分野でも、医師が研修段階に応じて技術と知見を向上できるよう、様々な患者を診ることができ、市中病院も重要な研修拠点とし、必ずしも十分な経験を積むことができない場合がある大学病院に研修先が偏らないようにする観点から、研修の中心は大学病院のみではなく、症例の豊富な地域の中核病院等であることを、明確にすることについて、どう考えるか。

第3回 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会 参考資料  
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000167587.pdf

## プログラム制とカリキュラム制

Department of Primary Care and Medical Education University of Tsukuba

## プログラム制とカリキュラム制

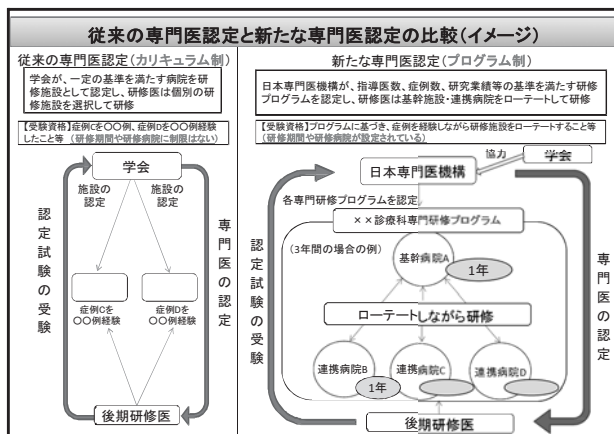
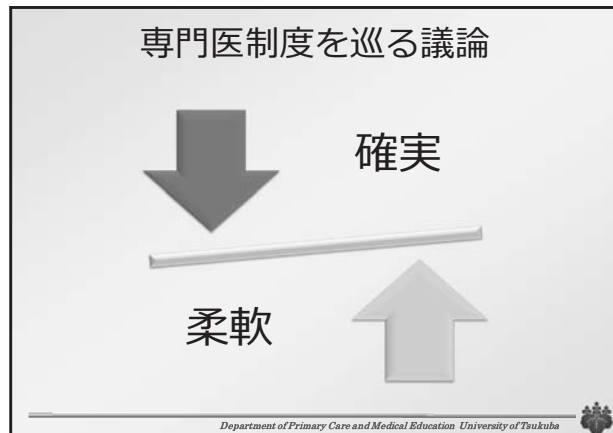
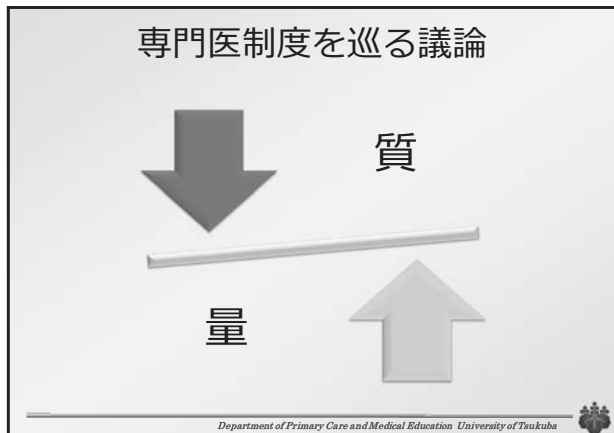
研修開始時に登録して、定められた内容を、年次毎に定められた一定のプログラムに則って履修し、修了した時点で専門医の受験資格が得られる制度

### プログラム制

### カリキュラム制

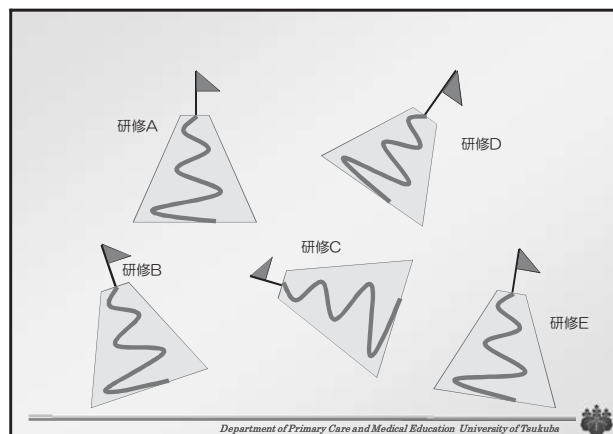
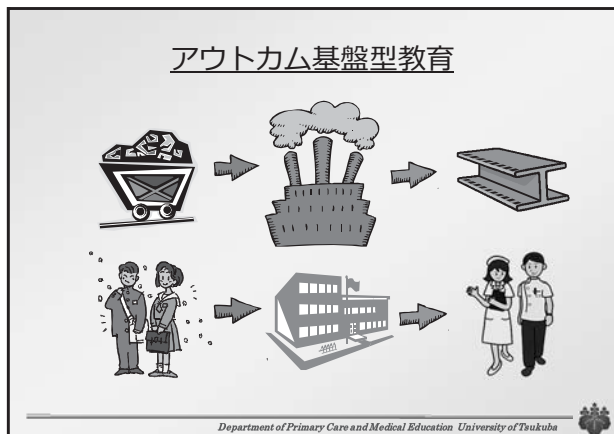
研修開始時の登録は必要なく、特に研修期間を設けず、症例経験数などの基準を充足した時点で専門医の受験資格が得られる制度

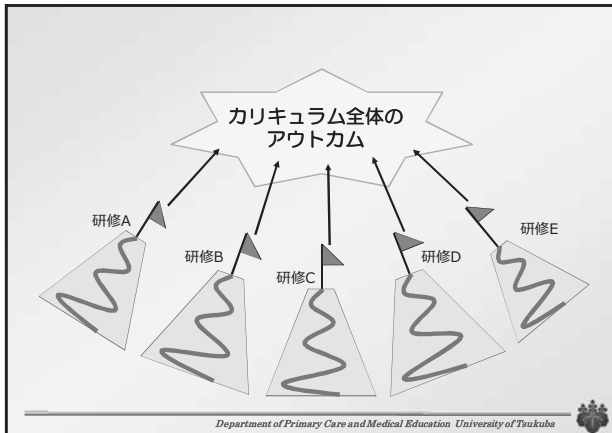
Department of Primary Care and Medical Education University of Tsukuba



## アウトカム基盤型教育

Department of Primary Care and Medical Education University of Tsukuba





### 産婦人科研修管理システム

第3回 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会 参考資料  
<http://www.mhw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Isaikyoku-Soumuka/0000167575.pdf>

### 評価の実際

内容	期待値の評価	期待値のコメント
養育としての倫理性と社会的責任	3. 普通	
患者に対して適切な処置を行い、患者の多様性を理解でき、インフォームドコンセントの重要性について理解できる。	3. 普通	
患者の苦痛に配慮し、患者・家族との信頼関係を築くことができる。	3. 普通	
最新ゲームを用いた適切な処置を行い、医療安全と患者の標準化された処置の重要性、救急隊との連携の重要性を学ぶことができる。	3. 普通	
試行を認め、患者の負担を軽減することができる。	3. 普通	
最新のシミュレーションシステムとして、高度を持って習得して行け、実用化に貢献できる。	3. 普通	

第3回 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会 参考資料  
<http://www.mhw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Isaikyoku-Soumuka/0000167575.pdf>

### 経験症例の登録と承認

症例名	実地施設名	登録件数	承認件数	未承認件数	再評価件数	詳細
実地経験症例1	経陰分娩-立ち会い-薬として	100	4	0	4	内訳
実地経験症例2	帝王切開助産	30	2	0	2	内訳
実地経験症例3	帝王切開助産	20	0	0	0	内訳
実地経験症例4	前置胎盤症例(あるいは前置胎盤手術経験者)の帝王切開助産(あるいは助産)	5	1	0	1	内訳
実地経験症例5	子宮内胎死検出、あるいは子宮内胎死を疑った経陰分娩(検出高率を含む)	10	0	0	0	内訳

第3回 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会 参考資料  
<http://www.mhw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Isaikyoku-Soumuka/0000167575.pdf>



## 2. 患者の立場から見た医師需給問題

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 山口 育子

○伊藤 それでは、続きまして「患者の立場から見た医師需給問題」と題しまして、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長、山口育子様、よろしくお願いいたします。

○山口 皆様、こんにちは。ご紹介をいただきました、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLで理事長を務めています山口でございます。今日、これだけ大勢の方がいらっしゃる中で、恐らく患者の立場というのは私だけではないかと思えますけれど、その患者の立場から見た医師需給問題ということテーマにいただきました。

今日のシンポジウムの大きなテーマが、「これからの医療制度変革とそれに伴う医師の働き方の変化は」ということで、医療制度改革ということだと思いますと、私自身、厚労省、あるいは文科省の様々な検討会に患者の立場で関わらせていただいております。いつも多くの専門家の中で、たった1人患者の立場というのが日常なのですけれど、今日はその最大拡大版ではないかという思いで、先ほどから色々な話を伺っていました。

今日は医師需給問題にも関わらせていただいている関係から、今、どのような議論が制度改革の中で起こっているのか、そこで感じている私自身の疑問であるとか、それから皆様へのお願い、そしてこれからの女性医師のことについても少し触れて、この先どのように患者と医療者が協働していく必要があるのか、そういったことをお伝えしたいと思います。

初めて聞いたという方もいらっしゃるかと思いますので、COMLがどういうグループなのかということを最初に少し紹介いたします。

私たちは1990年、今から27年前に活動を始めました。創始者は愛知県出身の辻本好子といますが、6年前に胃がんで亡くなりまして、私は辻本と20年間二人三脚で歩んできた後、後を継いで理事長を務めております。ちょうど1990年といいますと、日本医師会の生命倫理懇談会で、インフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、これからの日本の医療に広めていくのだ、そういう発表をされたのと同じ年に、私たちは活動を始めています。

当時を思い出しましても、患者を取り巻く環境は今とは全く異なっていて、ほとんど情報が閉ざされていた時代でした。がんの患者にがんと伝えることもなければ、薬剤シートに薬の名前も書いていなかった時代です。当時はお医者さんに、「これ、なんの薬ですか」と聞いても、「あなたに必要な白い錠剤です」と、今なら冗談ですかというような、そういう情報しか得られなかった。それが当たり前でした。

そんな中で、患者の立場で活動をするグループだと申し上げると、まず、特に医師の方たちからとても構えられました。何か医療者に厳しい要求をする団体ではないかと言われました。でも、私たちの活動は医療者への要求ではなくて、当時受け身でお任せに甘んじていた多くの患者の人たちに、本当にそれでいいのですかと疑

間を投げかけたのが原点です。病気というのは命や人生をも左右することがあります。そんな大切なことを、例え専門家といえども、お任せにしているののだろうか。もっと私たちがしっかりと自立をして、主体的に主役になって医療参加をするような賢い患者になりましょう。こういうことを呼びかけて、活動をスタートしました。

ですので、まず賢い患者になるためのスタートラインとして、私たち1人ひとりが命の主人公として、体の責任者としての自覚を持とう。そして、一貫して私たちが大事にしてきたのは、決して患者と医療者是对立する立場ではないということです。同じ目標に向かって歩いていくのだから、対立ではなく協働しよう。そのためには、何よりも患者と医療者のコミュニケーションが大事だと申し上げてきました。苦情や文句を言うのはある意味簡単に出来ます。でも、そろそろ私たちもそこから脱却し、成熟して医療現場に提言・提案の出来る、そういう患者市民を増やしていきたい。そんな思いで様々な活動をしてまいりました。

真ん中にある写真が、私たちの日常の活動の柱である電話相談です。これが27年間で、5万7,600件を超えております。このようにして、患者・家族の生の声、全国から届く声に対応してまいりました。この5万7,600件の中の2万件以上に、私自身も対応してきています。

そのような経験を活かして、今、私の仕事の中心になっているのが、こういう講演をすることに加えて、各種検討会・委員会とここに書いてありますけれど、先ほど申し上げたような様々な会議に、患者の立場ということで関わってまいりました。

その中に、「医療従事者の需給に関する検討会」というものがあります。この検討会は、2025年問題に代表されるように人口構成が変わっていく中で、地域の実情に応じた医療提供体制を作らなければいけない。そのため、それに応じた医療従事者の需給を見直すことで医療従事者の確保をして、特に地域偏在対策を検討することを目的として、2015年12月から行われています。この検討会が親会になっていまして、その下に医師需給分科会、看護職員需給分科会、PTOT需給分科会という三つの分科会に分かれております。私は親会と三つの分科会全てに構成員として参加させていただいているところです。

特にこの2017年度に医学部定員の暫定的な増員が終了するということがあって、医師需給分科会をまず開催し、医師の必要数を推計するというようなところから始められました。

2016年6月3日ですが、医療従事者の需給に関する検討会（親会）と医師需給分科会連名の中間とりまとめが行われました。これは推計を出したことで、その推計をまず中間報告で発表するということが趣旨でした。ところが、この中間とりまとめ当日の朝に、最終資料ということで厚生労働省の事務局から資料が届きました。最終的にまた何か送られてきたなど私自身も思っていましたけれど、ほとんどの構成員も同じような思いで、これまでの中間とりまとめの案と、その朝送られてきた案を突合して見比べた人は、構成員の中でたった1人しかいらっしゃいませんでした。その方が、この中間とりまとめの検討会の中で、「今まで全く議論していないことが書かれている。これはどういうことだ」と質問をされたのですけれど、多く

の人は何を言っているか分からず、何の話かというような雰囲気になり、その中間とりまとめ案がそのまま発表されました。

その後、きちんと見てみますと、医師需給に関する検討会・分科会の中で一度も議論されてこなかった、医師の働き方の全国調査を行うということ、そして医師の働き方のビジョン策定のために、ビジョン検討会を作るということが盛り込まれていました。これは、医師需給分科会の中で一度も議論されていないことです。そのことが後で分かって、私はその次の検討会にたまたま出席出来ない事情がございましたので、別の検討会を作るのであれば、きちんと検討会の中で話されて、これが必要だから作るということで盛り込まれるのだったら分かるが、いきなり中間報告にねじ込んだような形で文言を入れられて、それに基づいて検討会が開かれるのはおかしいのではないかと意見書を出しました。そして、委員に対して全くその説明がないということに納得が出来ないので、きちんと説明をしていただきたいということも書かせていただきました。

ところがそれに対しても、一度取り下げてもらえないかというような話があり、私は取り下げないということで色々話し合いをした結果、委員のみの机上配布となりました。後で聞いた話では、座長にも、私が意見書を出しているということが知らされていなかったそうです。そしてその後、そのことについて何の回答もないまま、委員にも連絡もないままに、医師需給分科会は半年間中断されました。そして、ようやく今年の4月に再開したという経緯があります。

地域偏在ということに対しては急がなければならない問題であり、推計・中間報告をした後、急いで議論をしていくのだと当初は言われていました。それが何の説明もないまま中断されているということに対して、やはり委員の中からも疑問の声が上がりまして、この分科会の委員でもある日医の今村副会長も含め、何人かの委員が集まって議論を再開するためにはどうすればいいかを、何回か話し合った経過があります。

偏在を含む医師需給の問題というのは、私たち患者にとっても生活に密着する非常に大きな問題だと思っています。そういった大きな問題に対して、権力を持った人とその関係者の思惑で、中間まとめの中に議論されていないことがねじ込まれ、議論を止められるというゆがんだ構造に対して、非常に大きな疑問を抱きました。このことは、いくつかの検討会でも発言をしております。

この話をしますと、多くの方は、「やっぱり官僚ってそんなことをやるのですね」と言われます。官僚（事務局）がそれをしたのではなく、もっと大きな権力であるということは、少しここで触れておきたいと思います。

こういった実情に対して、ほとんどの方が現実を知りません。医師の皆様にとっては、医師の地域偏在はとても身近な問題だと思えますし、関心をお持ちのことだと思えます。患者にとってもとても大切な問題であり、そういったことが明らかにならないということに対して、非常に歯がゆい思いをいたしました。特にマスメディアが、このことについて全く取り上げてくれませんでした。どのように色々な制度が決まっていくのかということについてメディアが報道したところで、多くの国民はそんなことに何の面白みも感じないため、ほとんど報道してくれないという



現実があります。

医師の偏在問題は、今からでは遅いのではないかと私の中には焦りのようなものもありますけれど、皆様もこの議論の行方を見守っていただきながら、こんなおかしなことが行われていいのかということ、是非声を上げていただきたいと思っています。なかなかこういうことを言いにくい立場の方もいらっしゃると思いますので、現実を知っていただきたいという思いで、今日はこの話をさせていただきました。

その中で、特に女性医師のことについても様々な議論がございました。特に医師数の推計で、供給量を計算するのに女性医師を0.8とした経緯があります。これは非常に誤解を生んだようで、「私の価値は0.8しかないのか」という発言をされている女性医師のご意見を、私は何度か目にいたしました。決して女性の価値が0.8であるということではなくて、例えば、中には男性医師の1.5倍、あるいは2倍働いている。そういう女性医師の方もいらっしゃいます。でも、ライフイベントの中でどうしても働けない期間がある。そういったことを考えた時に、供給量の推計をするためには、どれぐらい働く期間があるかというようなことで0.8になったと私自身理解をしていますので、是非そこところは皆様も誤解のないようお願いをしたいと思います。

私自身は、女性医師に対しての期待はもちろん大きいです。色々な大学に講義に伺ったりしておりますし、模擬患者という活動を通して、あるいはCBTやOSCEの運営をしている医療系大学間共用試験実施評価機構にも、理事として深く関わっております。そのような場で医師を目指す人たちの熱い思いを見聞きして、若い方も含めた女性医師を見ていますと、やはりライフイベントがマイナスにならないような勤務環境を実現し、より進めていくことがとても大事だと思います。そして、多様な働き方を実現しながら、実力を積み上げていかれるような専門医制度の対策も不可欠ではないかと思っています。

働き方改革を患者の立場から見ていて、二律背反するような思いを私自身は持っています。というのも、やはり患者は元気な医師に診てもらいたいわけですから。心身共に余裕がない状態で、「大丈夫ですか」とこちらが声をかけたくなるような医師は不安です。当直明けに手術をすると聞いたら、「ちょっと一日遅らせてもらえませんか」と言いたくなります。医師には、きちんと心身共に元気であっていただきたい。そのようなことは、働き方改革の実現の中で、もしかしたらうまくいくのではないかと思います。

一方、そうすると医師不足がさらに加速してしまうかもしれない。義務をきちんと果たせなくなるとか、十分な対応が困難になるというようなことも、医師の口からお聞きしていますので、こういったことをどう解決していくのかを、やはり真剣に考えていく必要があるのではないかと思います。

こういうことは何も医師だけの議論ではなくて、先ほど松田教授のお話にもあったように、患者側の理解が欠かせない時代にきていると思います。「主治医に24時間いつでも診てもらいたい」と言い続けていては医療が破たんするので、チーム主治医制できちんと情報共有されていることが前提ですが、1人のドクターにいつで

もと求めることは、患者にとっても最終的にマイナスにつながるということを知らせていく必要があるのではないかと思います。医療の現状と課題をいかに患者に知ってもらおうかが、とても大きな問題です。

特に、医療機能がどんどん分化してきました。先ほども色々なベクトルの絵を見せていただきましたけれど、一つの医療機関の中で完結する時代ではなくなっています。ところがそれに対して、ほとんど国民への周知がなされていません。ですので、私たちの電話相談に、「何でこんなに短い期間で追い出されるのだ」という声が届きます。そういう言葉が象徴しているように、医療機能の分化が理解されていない現状があると痛感しています。

色々と制度改革等に関わっていますと、今は関心がなくても知っておいてもらいたいという情報を、同じ患者の立場から発信したい思いはとても強くあります。ところが情報化の時代になったことで、伝えたい情報を伝える手段がないという大きなジレンマに陥っています。どういうことかと言いますと、今、新聞を読む人、テレビを見る人がとても減ってきました。情報を何で得るかという、ほとんどがネットです。ネットで情報を得るということは、自分の関心のある分野に入って行って、そこから深掘りしていきます。そのような状況の中で、今は関心がなくても知っておいてもらいたいという情報を伝える手段が、本当になくなってきました。

ですから、今ほど医師と患者とが距離を縮めて、しっかり必要な情報をお互いにやり取りする必要性が問われている時代はないのではないのでしょうか。そのために何が必要なのかということ、是非一緒に考えたいと思っています。特に、医療の現状と課題については、医療者にお話する機会があると、是非、医療の不確実性や限界、そして皆様の抱えている課題や悩み、そういったことを患者側、国民に知らせていただきたいとお願いしています。私自身は何のライセンスもなく、患者経験を出発として医療の問題に取り組むようになったのですが、一患者として27年間医療に向き合ってきて、医療に対して過度な期待を抱くことはなくなりました。かといって、諦めてもいません。どんなことであれば医療の力を借りることが出来て、どういう質問なら答えてもらえるか、そういったことがある程度取捨選択出来るようになりました。これはつまり、医療を冷静に見つめることが出来るようになったということだと思います。患者が医療を冷静に受け止めるためには、やはり医療の現実を知らなければいけない。そのためにどうしていけばいいのかを、日々考えながら活動しています。

私は色々な集団というのは、全て正規分布曲線を描くと思っています。例えば、医師の集団も正規分布曲線で、一方に人格も知識も技術も優れたとても素晴らしい医師がいらっしゃいます。多くの方は善良で、真面目に医療に取り組んでおられる医師ですが、反対側にはリピーター何とかと呼ばれるような困った方もいらっしゃるわけです。これは患者の集団をとっても同じで、一方に成熟した賢い患者がいます。でも、反対側にはそうでない方がいるわけです。これまではお互いマイナスの側をたたき合ってきました。でも、それでは決して医療は良くなりません。それが私の考えであります。

そこで、今後の活動として、正規分布曲線の中央値を少し前にずらすようなこと

が出来ないかと思っています。そうすることによって、後ろの人も引っ張られる。そして全体が良くなる。こういったことをしていきたいと思い、これまで微力ながら活動をしてまいりました。これからは医師側、あるいは患者側と枠を作る時代ではなくなっていくと思っています。同じ目標に向かって、それぞれの立場で出来ることは違うかもしれませんが、協働しながらより良い医療を作るにはどうすればいいか。こういったことを働き方改革も含めた中で、一緒に考えていくことが出来ればと思っています。

以上で、私からの発表を終わります。どうもありがとうございました。

○伊藤 山口さん、どうもありがとうございました。「医療従事者の需給に関する検討会」の渦中にいらっしゃる山口さんからのお話で、経緯が分かりました。少しもやもやが晴れたような気がいたします。医療提供者への真摯なご意見、ご助言を、今後の医療改革に活かすようにしたいと思っています。

第13回男女共同参画フォーラム

## 患者の立場から見た 医師需給問題

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML  
理事長 山口 育子

認定NPO法人  
ささえあい医療人権センターCOMLとは

- 1990年スタート、2002年NPO法人化、2016年7月1日認定NPO法人認証
- 自立・成熟し主体的医療参加ができる賢い患者を目指す 一人ひとりが「いのちの主人公」「からだの責任者」の自覚から
- 対立せず協働 ⇒活動の目的より良いコミュニケーション
- 思いを言語化し、提言・提案できる患者・市民の増加が願い

COMLの活動 (2017年5月末現在)

講演: 3741回  
各種検討会・委員会  
相談: 57516件

SP活動: 1449回 (OSCE387回)

病院探検隊: 84回

患者と医療者のコミュニケーション講座: 91回 (出前16回)

医療をささえる市民養成講座 (2009年度～9期)

患者塾: 226回

## 医療者の需給に関する検討会

- 人口構造の変化、地域の実情に応じた医療提供体制構築のため、医療従事者の需給を見直し、医療従事者の確保と地域偏在対策を検討することが目的。初回は2015年12月。
- 親会の下に医師、看護職員、PTOT3つの需給分科会
- 2017年度に医学部定員の暫定的増員が終了するため、医師需給分科会を先行して開催

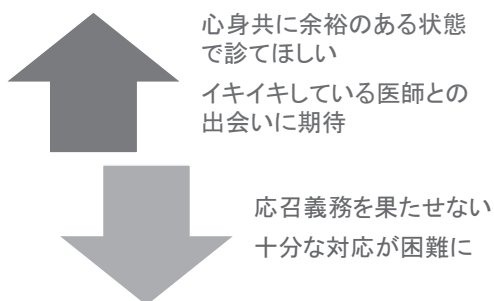
## 半年の中断で遅れた偏在の議論

- 2016年6月3日「医療従事者の需給に関する検討会」「医師需給分科会」連名の中間取りまとめ。
- 議論されてこなかった「全国調査」「医師の働き方ビジョン策定」が最終日に突然盛り込まれ…。
- 10月6日の検討会后、中断したまま半年の4月に再開。
- 2016年12月までにまとめるはずだった地域偏在問題の対策の議論が遅れたままに。

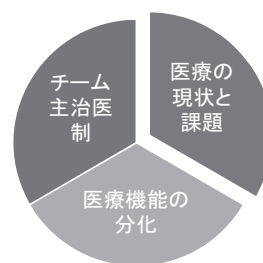
## 女性医師への期待

- 供給量の推計で女性医師を「0.8」としたのは、価値を低くみたのではなく実態を勘案。
- 中には「1.5」「2」として働いている女性医師も。
- ライフイベントがマイナスにならない勤務環境の実現が更に必要。
- 多様な働き方が実現しつつ、実力を積みあげていける対策が必要

## 働き方改革で感じる二律背反



## まずは患者側の基本的な理解から



### 3. これからの日本医療制度変革とそれに伴う医師の働き方の変化

社会医療法人宏潤会大同病院理事長 吉川 公章

○伊藤 続きまして、先ほどイクボス大賞を受賞されました、社会医療法人宏潤会大同病院理事長、吉川公章先生、よろしくお願ひいたします。

○吉川 ただ今ご紹介いただきました、社会医療法人宏潤会大同病院の吉川公章と申します。本日は名誉あるイクボス大賞を受賞させていただきました、本当にありがとうございます。これはもちろん私個人ではなくて、我々社会医療法人宏潤会の働き方に関していただいたと思っております。今日は、大同病院では何をしているかを中心にお話させていただきます。

社会医療法人宏潤会でございますけれども、福沢諭吉の娘婿、福澤桃介という方が愛知県に様々な産業を興したということは、よく知られていることだと思います。この方が作った会社の一つに大同製鋼株式会社、現在の大同特殊鋼という企業がございまして、これはノモンハン事件といった、世の中が、日本が戦争に向かっていく時に設立されております。当時、社会保険もないので、若い工員が病気になると亡くなってしまう。日本のサラリーマンの初めですので、そのような一家を支えている方々が病気になると一家離散してしまうというような時代に、会社として医療

を提供する大同製鋼病院というものが1939年に設立されております。戦争や、愛知県では伊勢湾台風という大災害がかつてございまして、そういった時になくなっているのですけれど、地域医療に対する希望があって、再建されております。

特に我々の歴史の中で特筆すべきは、1985年に医療法人化したことで、企業病院の中で完全に医療法人化したところは、愛知県では非常に少なかったと聞いておりますが、やはりこれは設立した企業が、医療は非営利でなくてはいけないということを確認していたからだと考えております。

2011年には社会医療法人宏潤会として従来の持ち分を放棄し、経営的にも完全に独立して運営しています。現在は404床の7:1看護配置の急性期病床を始め、いくつかの外来診療所や老人保健施設、社会福祉法人ゆうあいの里という特別老人ホームを経営しております。

我が国の医療と、我々が法人をどのように運営していくかについて、いつも一番に考えなければいけないのは社会状況です。少子高齢化で人口がどんどん減って、我々高齢者を支えてくれる若い人が少ないということも問題ですが、働き手がいなくなってしまうことがより問題であります。こういう現象を人口オナスというそうですけれど、そういう社会が、まさに目の前にあるという状況でございますし、高齢者を支える社会保障費が非常に増えているということも周知のことです。

こういったことを解決するためには、支出を減らして収入を増やすか、増税をして医療の質を下げるしかないのではないかと思います。医療の質を落とすことは絶対に出来ないと考えます。「社会保障と税の一体改革」のもとに、数々の医療改革がなされていますが、こういった厳しい状況において、我々医療機関がいかに医療の質を保ちながら、地域の中でそれぞれの役割を果たしていくかということを考えざるを得ない状況にあります。

これも同じ内容ですが、我々は、地域包括ケアシステムの患者を取り巻く介護・医療の複合ネットワークの中で、医療の部分をしっかり高い質を保って担当していきたいと法人の方針を決めました。我々の役割は地域ナンバー1の急性期病院になることで、この十何年努力をして、安定した経営のもと高度急性期病院を維持することを目指して活動をしています。

これは我々の病院の様々な診療科で、全国的に見てどれだけ女性医師の方々が活躍しているかを示したもので、松田教授のスライドにもあったように、産婦人科や小児科等は多くの女性が活躍し、女性抜きに医療が語れないという状況だと思います。

しかし、多くの女性が休職してしまうし、離職してしまうということで、その原因の多くは出産や子育てが占めているということが示されていきました。これは女性の先生からいただいたスライドなのですけれど、そもそも育児は誰がするのかということを知りました。「何で私ばかり」「私も学会に行き、しっかり勉強したい」「せっかく教育を受けてキャリアを積めるので、専門を活かしてしっかり勉強したい」「最前線にいたい」…等のことを常に思っているということを知りました。

離職した理由としては、「家事に専念したい」「家族の理解がない」ということ

等がありますが、それ以外に、勤務先の状況が非常に大事だということも教えていただきました。

反対に離職しない理由はどうかというと、「上司や同僚の理解がある」とか、「家族がしっかり協力してくれる」等です。松田先生に教えていただいたようなことですが、家族でしっかり支え合い、お互いに理解し合うことが本当に大事だということです。しばしば病院の中で結婚して、女性には外で仕事をさせず家に置いておきたいという方もいるので、大変困ったと思うこともありますけれど、やはり配偶者が働くことに反対しないということは大事なことだと思います。

そして最も大事なことは、やはり本人が仕事をしたいと思うことです。これは女性も男性も全く同じく、我々はせつかく教育を受けて医師になって、社会に貢献出来る大きな立場にいるわけですので、仕事をしたいと思うことが離職しない最も大きな理由だと思います。

では、法人として何が出来るのでしょうか。仕事をする人を支援するのは、我々管理者の大きな役割です。女性と男性に上下の差があるわけではない。多くの場面で女性が活躍しています。特に病院は、ほとんどが女性の職員です。実際、男性の職員は見つけるのが難しいくらいで、女性が仕事をしている最も代表的な職場が病院、医療機関だろうと思います。男性だけの仕事、女性だけの仕事があるわけではありませんし、女性の管理職も我々にはいます。子育ては男女の仕事ということで、男女共がしっかりと働ける法人を作っていきたいと考えて、様々な改革を実行しております。

これは小峰隆夫という経済学者から引用させていただいたのですが、同一企業で長期間雇用し、年功序列型賃金で、企業内でオンザジョブトレーニングをしながらどんな仕事内容に変わっても会社の中でしっかり仕事出来るように育てていくことを従来型のメンバーシップ型というそうです。これが我が国の高度成長、経済成長を支えたのだと思います。その対照はジョブ型と言って、専門能力に応じて企業を移り、能力や貢献度に応じた賃金を得ます。専門能力を伸ばし、職業訓練を繰り返して、メンバーシップではなく仕事を中心に雇用をしていく働き方です。

ワークライフバランスを考えると、我が国もこのジョブ型に一部を移行させる必要があるのではないのでしょうか。それぞれに利点、欠点はあるとは思いますが、移行するべきではないかと思えますし、医療機関での働き方を考えてみると、特に医師、看護師に関しては、ジョブ型に移行していくことが必要ではないかと考えています。

具体的に短時間就労常勤医はどう働くかということです。先ほど松田先生のお話にもありましたけれど、どのように病棟業務をこなし、入院患者を診ていくか、書類等の記載をどうするのか、どのように補助の人に手伝ってもらい、チーム医療をやっていくのか、診療科の中の役割をどうするのかということ等を、不公平感なく取り決めながら、フルタイムの常勤と短時間勤務の常勤の方々が協力していかないとはいけません。

短時間勤務の方に、当直が出来ない方は沢山います。10年前にこういったことを始めた時には、「当直しない先生とは一緒に勤務出来ません」と言いに来た先生方

も何人かいらっしゃいました。しかし、実際に勤務してみて、短時間勤務の方に昼間を担当していただくことにより、常勤の方も定時に帰ることができるようになる等の良いことがありました。当直をしなくても専門医としてしっかりと働いてくださる短時間勤務の先生方がいると、常勤の先生の勤務も随分楽になって、いつしか短時間で働く女性の先生方、男性の先生方が、専門医として役割分担することが定着しました。日曜祝日は短時間勤務の方が回診して患者さんの状態を診て、フルタイム常勤の先生は休むというように、お互いに役割分担をすることによって信頼感も生まれ、一緒に勤務することが可能になったと考えています。

子育て支援も大事だと思いますが、決して女性への特別待遇ではないと考えております。女性も男性も等しく仕事は継続出来るはずですし、様々な支援策があるのが宏潤会の特徴でもあるかと思えます。社内託児所、院内託児所から2014年には病院のすぐ近くに専用の建物を建てて大同こども支援センターとし、病児保育や名古屋市の補助を受けながら地域のお子さま方を預らせていただいています。病児保育は小さい子どもたちが中心ですが、インフルエンザが流行って学級閉鎖になると、中学生くらいのお子さんも引き取りに行かなければいけないということが起こります。そういった時には広い講堂を貸し切りにしてお子さんたちを預かります。病児保育ではまず病院でお子さんに受診してもらい、その後お子さんをお預かりして仕事をしていただいております。看護師が一番多いので利用数も多いのですが、医師やコメディカルの方々にも広く使っていただいております。

先ほどのイクボス大賞表彰式の際に、これらの取り組みによって病院自体が元気になり、多くの職員の方が集まるようになって経営的に非常に向上したということをご紹介いただきました。今日は経営データを持ってきませんでした。こちらは職員数の推移です。2004年は40～50人の医師で同じ404床を運営しておりました。現在は約130名を超える常勤医師で運営しており、看護師も500人以上が働いていて、1,000名を超える職員を擁することが出来ました。

人が沢山いればいいというわけではもちろんありませんが、医療関係者をご存知のように、急性期の医療・介護をやろうと思うと、本当に人が必要です。これは人の集約産業の代表的なものだと思います。人が医療の質を高める最も基本的な原資で、それぞれが専門キャリアを活かして働いてくださる結果として成果が得られると思っています。

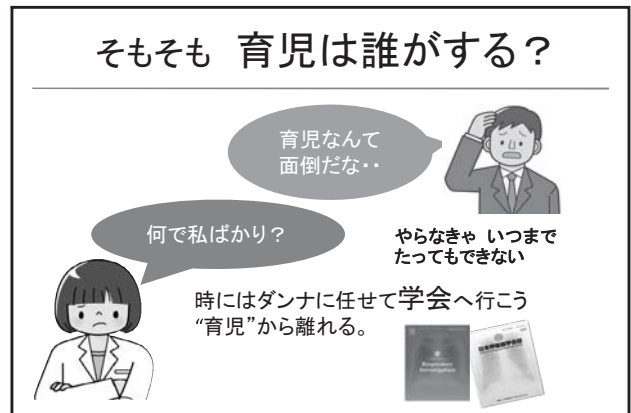
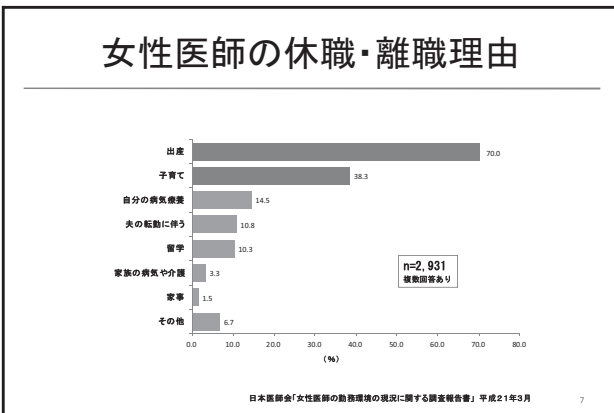
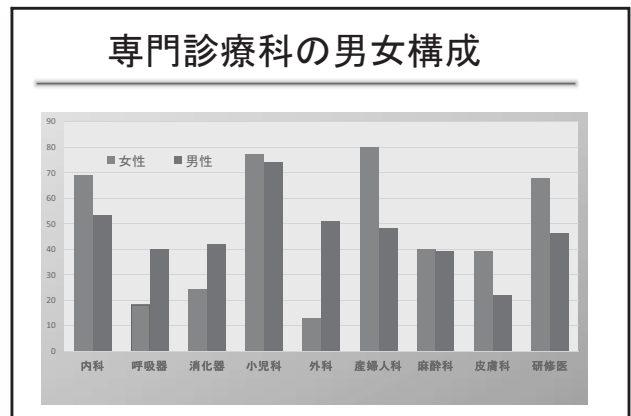
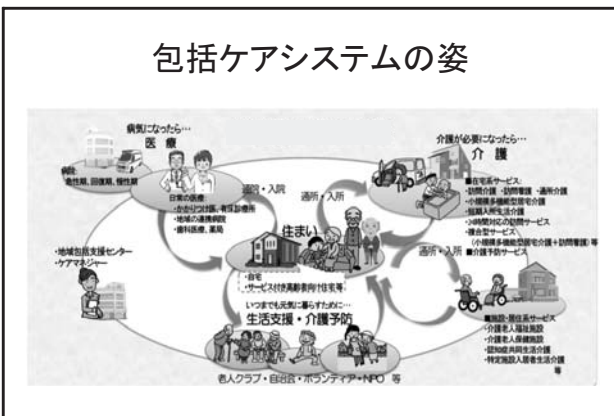
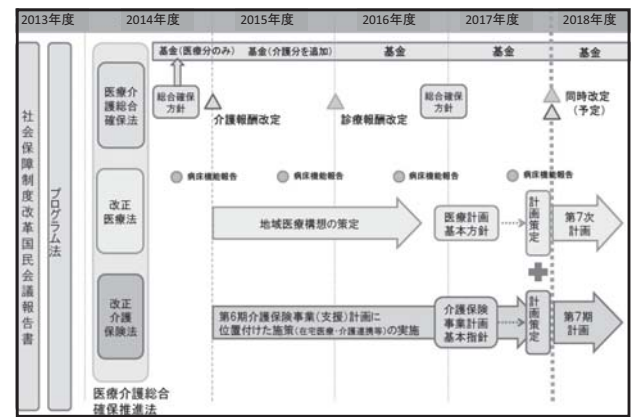
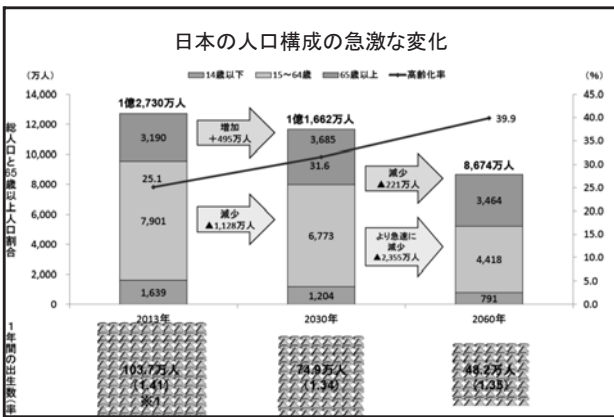
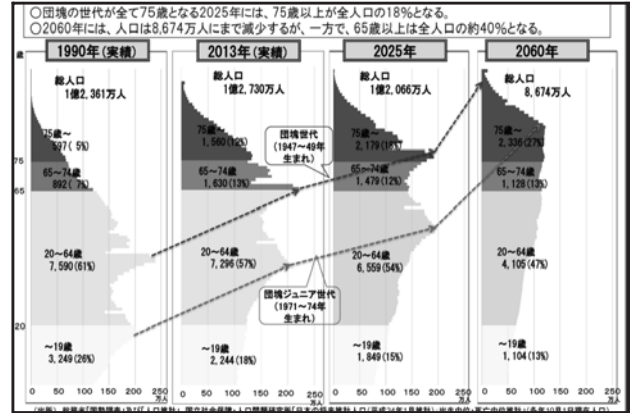
最後に、我々の法人が本日イクボス大賞を受賞することが出来たのは、こちらにいる大同こども総合医療センター長の水野美穂子先生と、大同病院小児科で副院長の浅井雅美先生、お2人の活躍が大きかったことは我々の病院を知っている皆様方のだれもがご存知のことだと思います。浅井先生は、感染対策で院内ラウンドや医療安全等、小児科だけではなく、広く院内で活躍されております。

本当は私の代わりにお2人が受賞した方がいいのではないかと思います。今日の賞はイクボスということで、経営に携わらせていただいている私が代表して受賞出来たことを、大変うれしく思っています。

ご清聴、どうもありがとうございました。

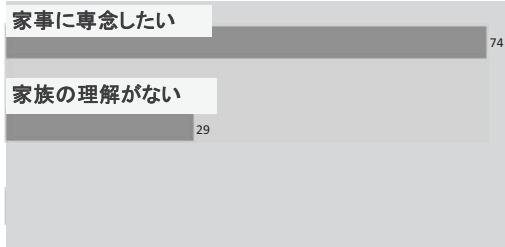
○伊藤 吉川先生、今後、愛知を代表するイクボスとして模範となっていたいただき

いと思います。ありがとうございました。

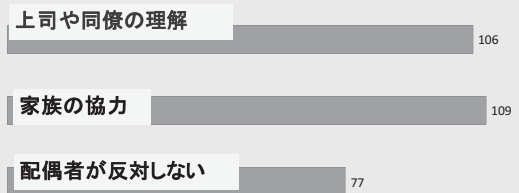




## 離職した理由 N=100



## 離職しない理由 N=182



## 法人の機会均等3大原則

1. 仕事をする人を支援する
2. 女性と男性に業務の差はない
  - 男性だけの仕事、女性だけの仕事はない
  - 女性の管理職もいます
3. 子育ては男女の仕事



## 短時間就労常勤医はどう働くか

- ◆ 外来担当数
- ◆ 病棟業務、入院患者数
- ◆ 書類などの記載
- ◆ 科内の役割分担
- ◆ 1日の勤務時間
- ◆ 当直免除 そのかわり日曜祝日の病棟回診
- ◆ 勤務日数4日～5日



## 子育て支援は

- 女性への特別待遇ではない
- 女性も男性も等しく仕事は継続出来る
- 様々な支援策は宏潤会の特徴

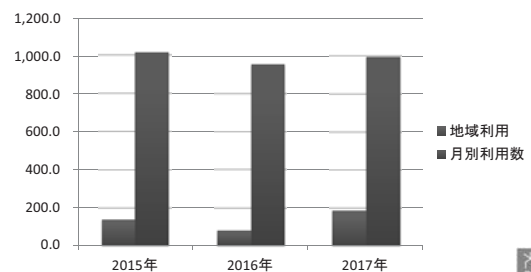


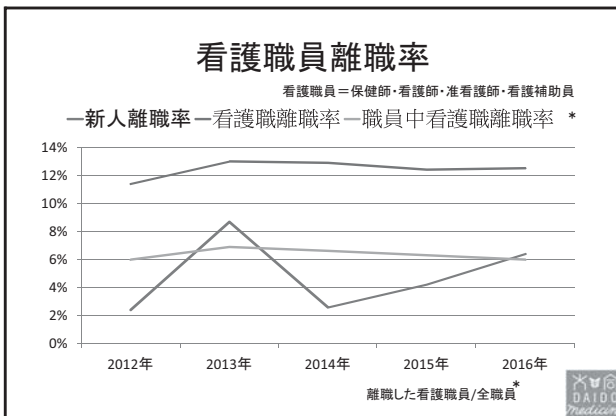
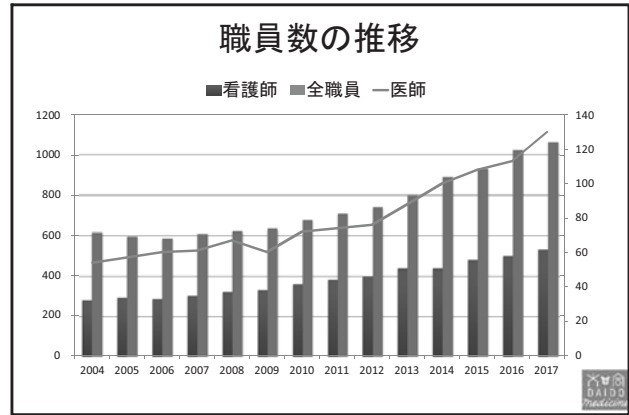
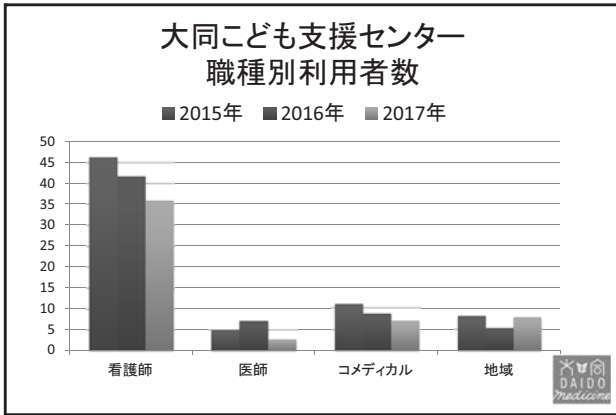
2014年夏  
大同子ども支援センター

病児保育、地域のお子さん  
も受け入れています



## 大同子ども支援センター利用数





- ### 子育て支援策
- 産休・育児休暇取得 年間34-35名
  - 100%復帰支援
  - 時短勤務制度
    - 忙しいときは1日でもフル勤務おねがいします
    - 小児科時短医師は日曜日回診
  - 託児施設の充実と利用者の拡大
    - 看護師、医師から全職種へ
  - 病児保育の利用
    - ベビーシッター対応
  - 高齢者介護支援 計画中



#### 4. 女性医師のキャリアデザイン

公立陶生病院小児科部長 加藤 英子

○伊藤 それでは最後のシンポジストとなりました。愛知県医師会イクボス大賞特別賞を受賞されました公立陶生病院小児科部長の加藤英子先生、よろしくお願いいたします。

○加藤 公立陶生病院小児科の加藤英子と申します。本日はイクボス大賞特別賞という素晴らしい賞を頂戴いたしまして、日本医師会、並びに愛知県医師会の先生方に御礼を申し上げます。ありがとうございます。

私がここにお招きいただいたことに関しては、先ほどご紹介いただきましたように、名古屋大学の小児科医局におきまして子育て支援制度の立ち上げに関わらせていた

だいたことが大きいと思いますので、本日はそのことを中心に、女性医師のキャリアデザインについてお話をさせていただきます。

組織において個人の違いを理解し、受け入れ、その違いを認めて活かしていくことをダイバーシティと言い、ダイバーシティの促進や実現ということが昨今のキーワードとなっております。

医療分野においてはいかがでしょうか。医師全体に占める女性医師割合が約20%、若手医師では30%を超える今、女性医師にとって働きやすい環境が整っていると言えるでしょうか。

政府は「ポジティブ・アクション」として、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%程度になるようにということ掲げて推進しています。

私は小児科医ですので、一般的なイメージとしては、昨今のニュースにありますような手足口病とか肺炎、胃腸炎のような感染症を診ているイメージでしょうか。しかし外来には、ぜん息や食物アレルギーによる患者さんも多くいらっしゃいます。実際には、心疾患から腎疾患、血液疾患、神経疾患、発達障害まで様々な疾患を診ています。

私の患者さんには、肥大型心筋症のあるコステロ症候群の5歳女児がいます。肥大型心筋症の方は難治性不整脈を発症しますので、通常は乳幼児期死亡が多いとされていますが、この患者さんは在宅呼吸器を着けた状態ではありますが、お家で過ごされて5歳まで元気にしていらっしゃって、現在、月に1回私が往診しています。

他に、18トリソミーの3歳女児がいます。18トリソミーという疾患も通常1歳生存率が10%、20%といわれる難治性の疾患ですが、この子も心血管手術を乗り越えて、1歳で家に帰っています。

プロジェリアという難病の患者さんもいます。平均寿命が13歳といわれる早老症で、10年前から私が主治医をさせていただいていますが、現在17歳になります。米国の治験に参加することが出来まして、元気に高校に通っておられます。

こちらの神経性やせ症の14歳の患者さんも印象深く忘れられません。クリスマス夜の夜に、立つことも出来なくてお母さんに抱えられて受診されました。この方は6月に元気に退院されました。

何が言いたいかと申しますと、私ども小児科医・新生児科医といえますのは、新生児から高校生ぐらいまで、年齢幅も疾患の幅も非常に広い患者さんたちに対応しながら、1人ひとりの命を輝かせる、そういった個別性、多様性に向き合うのが、まさに職務なのです。

私自身の職歴について少し触れさせていただきます。平成8年に医学部を卒業しまして、公立陶生病院で研修医として3年間研修させていただきました。その後、名古屋大学で小児科レジデントになります。ここで第1子を出産しました。産休とわずかな育休を取ってすぐに大学病院に戻り、新生児を診たいということで、愛知県では一番大きな総合周産期センターがある第一赤十字病院にて、新生児科レジデントとして5年目から8年目までを過ごしました。当直回数も月に7、8回ありましたし、ここで2人目を産んで2か月で仕事に戻りましたので、保育園に預けては、

日赤病院に走るといような日々でした。

非常に大変で辛い時期ではありましたが、仕事がとても面白い時期でもありました。その後、名古屋大学の総合周産期に戻りまして、公立陶生病院には卒後10年目に戻りました。この陶生病院に帰ってきたところで第3子を産みました。研修をしていた期間は忙しすぎて専門医を取る余裕がなく、10年目になってようやく、少し遅めでありますが小児科専門医を取得します。

ここまで死に物狂いで頑張ってきたのですが、ふと振り返ってみますと、自分の同僚や後輩医師に、第一線を退いている方が多いことに気づきました。子育てをしながらこの仕事を続けるのは、非常に苦労が大きいということだと思われま

す。この時期に、小児科医局で子育て支援制度を立ち上げることに教授たちと一緒に携わらせていただきました。そのことが今回の受賞につながったのかなと思いますし、自分自身もまた、この制度を利用させていただいたという経緯があります。その後、自分の専門でもある周産期専門医も取得いたしました。昨今は部長という役職も担っております。

子どもの出産の時に離職する人が多い、休職する人が多いという話ですが、実際、子どもは産んだらおしまいというわけにはいきません。日々、家事育児がごさいます。子どもが幼稚園や保育園、小学校に行き始めると親は役員をやらなくてははいけません。お父さんはやりません。習い事や部活を始めると、送り迎えや試合のサポート等、こちら親のサポートが多くごさいます。それ以外にも、受験をどうするか、毎日のお弁当作り、家族に合わせたマイホーム購入…産んだらおしまいではなく、ずっとずっと子育てが続いてまいります。

ということで、10年前に遡りまして、私がこの制度を立ち上げた時のことを少しお話させていただきます。ことの始めは、小島前教授宛に出したメールでした。

「どこも人手不足の中大変申しわけないのですが、休職させていただきたい。当直業務を月に6回、7回とこなし、休日回診や時間外の緊急呼び出しにも対応してきましたが、ここ数年は夫や子どもたちから仕事を辞するように言われ続けておりました。1歳、4歳、7歳の子育てと仕事の両立が、自分でも心身ともに限界になってきております。一旦、時間で帰ることが出来るパートタイムの代務医としての勤務形態をとらせていただくことをお許しいただけないでしょうか」という内容のメールを送りました。私は時間がないので仕事を辞めると言っているのですが、小島前教授からは宿題が出まして、「先生の悩みは小児科全体の悩みだから、先生と同じような人が医局内に一体どのくらいいるのか。どうすれば子育て中の女性医師が仕事を続けられるのか調査してほしい」ということでした。私はこれを「チャンス!」と思ったわけです。フルタイムを辞めてパートタイムになりたいということは医局長に言えばよく、わざわざ教授に言う必要はないわけです。どうにかして続けることが出来ないかと模索していたため、事態を動かすことが出来る大きな力を持った教授に、戦略的に伝えたというところが始まりでございます。

時期を同じくして、2006年の日経メディカルで「女医4割時代への宿題」という特集があり、その論調は、子どもを抱えた女性医師が周囲の厳しい目等で非常にストレスを抱えていて離職してしまう。そうして子育て中の女性医師が仕事を離れて

しまうと、残された医師たちの過労は大変なことになるので、女性医師の労働環境作りをすることは喫緊の課題である、というような調子で紹介されていました。そのころ、大阪厚生年金病院（現独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院）の院長先生が、週30時間以上働いていれば残業、当直なしでも常勤医として雇用するという先進的な取り組みをしてクローズアップされていました。これを行った結果、男性医師の理解もある程度得られ、非常に働きやすい環境になっただけではなく、男性医師の残業時間も減ったということでした。女性医師が日中に手術をしてくれるので、当直明けの男性医師が帰れるということです。男性医師の残業が減ったことをアピールしてくださいましたので、これだと思ひまして、医局にそういったことを伝えようと考えました。

当時、大体70歳台、60歳台ですと女性医師の割合は10%程度で、50歳台もそうでした。40歳台になると20%近く、30歳台で25%、20歳台の先生になりますと35%という状況でした。名古屋大学小児科医局でも調べてみましたが、当時全体で374名中126名、34%の女性医師が小児科医局に在局していました。年代別に見ていきますと、40歳台で27%、30歳台で41%、20歳台で45%と増えています。関連病院に勤務する医師の性別年齢層を示しましたが、男性医師も年齢が上がるにつれ、新病院等に移ったり、開業される先生方がいらっしゃるの、関連病院勤務の先生は減っていく傾向がありますが、女性医師の方がそれは顕著で、40歳台になると激減してしまいます。では、40歳台の先生はどこへ行ってしまうのでしょうか。調べてみますと、39歳までの先生方は、途中に出産等で休局されている方等もいますが、大体関連病院にいて研鑽を積んでいらっしゃいます。では40歳台の先生方はどこかという、辞めてしまったわけではなく、関連病院ではないけれど個人医院で働いていることが分かりました。

2007年7月に、名古屋大学小児科関連病院の部長会で発表したスライドですが、当時、子育て中の女性医師へのアンケートを行いましたので、こちらをご紹介します。

ダイレクトに、「先生は週30時間、当番当直なしの勤務であれば、育児しながら総合病院小児科への勤務が可能ですか」と聞きましたところ、「はい」と答えた先生方が92%にもものぼりました。皆さん、仕事を続けたいのです。

アンケートの自由記述には、「病児保育がないのが困る」「ワークシェアリング出来るといい」「職場では家庭・育児の状況をかなり理解してもらってはいるが、当番を融通してもらったり、早めに帰らせてもらったりして休みをもらうことへの気まづさが大きな心労」「近くに頼れる親戚がいない状況下、夫婦2人で子育てしながら働くのは非常にストレス。夫への負担が大きい」「大きなストレスや葛藤を抱えながら常勤の仕事続けるにあたり、仕事への情熱を凌駕しそうになることがしばしばです」「結局は自分で時間を決めて帰らないと、患者さんがいる限り際限なく仕事がある。規定労働時間帯を超えたら帰ることが出来る声かけや雰囲気作りを望むのは贅沢でしょうか」「年々体力が落ちている」「自分のキャパを考えると無理」「当直明けの勤務、帰宅後には保育園のお迎え、夕食の支度・片づけ、子どもの入浴・遊び相手、明日の支度etc…、もう限界です」…これを読んでいると目

頭が熱くなるわけでございます。

小島前教授が発起人となりまして、当時の高橋先生が教官を任命され、子どもが3人いる私と、2人いらっしゃる先生、それから妊娠中でこれから子育てが始まるという若手女性医師3人と、男性医師の参加を促す形で男性2人、計7人でのワーキンググループがスタートしました。

2008年4月から、名古屋大学小児科関連施設21病院と連携しまして、時間外勤務（当直・当番）のない常勤・非常勤での勤務を続けながら、安心して育児をし、同時に小児科医としてのキャリアを積むことが出来るようにするという、フレキシブルな制度を立ち上げました。

子育て支援制度運用のポイントです。一つ目として、制度利用条件を限定しました。詳しく言いますと、小児科に入局していることと、制度終了後に関連施設で当直、当番ありの常勤に復帰する意志があることということで、常勤医師に戻って働く、意識の高い人を選択的支援しますという話です。

制度利用者は、医局長が行う全体の人事の人数に含めないことを部長に伝え、徹底しました。すなわち、当直出来ない医師は必要人員のさらにプラス枠として扱うということです。制度運用に際してそれを動かす先生は副医局長、別の先生が行いますので、そういった形で男性医師がこの制度に理解を示し、参加しているということが大きな特徴です。

Google検索で「医師の子育て支援」と探していただきますと、当時は検索トップに名古屋大学の子育て支援制度が挙がっていました。今では三つ目ぐらいになっていますが、かなり有名な制度になっているかと思います。こちらが子育て支援制度のホームページですが、制度を実施している病院をご覧いただけます。名古屋市内で8病院、愛知県全体では13病院あり、それぞれの病院に、託児所の有無、小児科の体制が書かれており、このような働き方が出来ますという形で、求人情報が載っています。

このことを朝日新聞がすぐに大きく取り上げてくださりまして、名古屋大学で離職の歯止めという形で、この制度が紹介されました。少し時間をおいて、NHKや各民放からも沢山の取材が来て、当時は全国的にかなり注目度が高かったと思います。

制度開始から9年経ちまして、この9年間の利用者が17人ありました。子育てのために休職中だったという方が9人、この制度を利用して復帰しました。他に、大学院卒業時の方や、大学院在学中は自分で時間をやりくり出来たが一般病院に出るので心配されていた方、関連病院に勤務していた方等様々です。

勤務状況も、その方が働ける形をマッチングシステムで自由に決めるので、週1日の方から週5日働いている方まで色々です。制度を利用された17人の内、当直ありの常勤に7人、当直なしの常勤に3人、計10人は常勤医師として復帰しておられます。その後、第2子、第3子を出産されて子育て枠に戻られたり、また同じ形で働かれたり、当直ありから当直のない病院にシフトしたりしながら、皆さんキャリアを継続していらっしゃいます。

こちらは小児科の部長先生側に対して行ったアンケートです。

子育て支援につきましては「よいと思う」が9人中8人。制度開始後、スタッフ

の仕事量は「減った」というのは、9人中6人でした。病院収益は、あまり変わらないということでした。

利用してよかった点は、常勤医師の負担軽減になったという先生方が多く、女性医師のキャリア支援になるという意見も多くありました。専門性を発揮していただけるということもありました。

問題点や課題として、「時間制限があり入院等の仕事を任せにくい」「急な休み等のバックアップの負担」が挙げりましたが、これはワークシェアリングで解消出来そうなことかと思いました。「他のスタッフとの不平等感」を挙げられた先生もいましたけれど、こちらはトップの意識改革こそが重要で、そういうものが風土を作るのではないかと思います。また、「専門性を持っていない医師の活用が難しい」というご意見がありまして、女性医師側も、必要とされる能力を身につける重要性を感じました。

名古屋大学小児科に入局した理由です。入局者数は年間20人ぐらいいます。色々な理由が挙がっておりますが、その中に「女性医師支援制度がある」ということもあります。女性にとって子育て支援制度があるということは非常に安心材料となりますし、実際、この制度が開始された2008年以降、入局者が増加しているという事実があります。

繰り返しになりますが、当番・当直ありの常勤に復帰するという意思がある先生を選択的支援したということ。労働力減ではなく、病院にとってはプラス枠で運営しているということ。トップが主導して、教授主導で男性医師も参加している制度であるということが、非常にうまくいった要因ではないかなと思います。制度よりも風土、風土よりも上司ということを思います。

法律等の形は昔からありますけど、誰も「帰れ」とはおっしゃいませんし、若い先生方が「帰っていいよね?」「帰っていいんじゃない?」と書いていても、上の人たちが「帰るの?」という雰囲気であれば、やはり帰りづらいということです。

キャリアデザインモデルをお示しします。従来の直線型で書きましたが、大学病院にしても基幹病院にしましても、卒業して5年から15年ぐらいの間、ちょうどキャリアを積みかけたころに出産というライフイベントが、女性医師にのみ起こります。昔は子どもがいる女性であっても男性と同じように働くという雰囲気があり、以前と同じポジションに戻ることが非常に難しく、個人医院等、働ける形を他に探していたかと思えます。

今では、大学を出てどんな病院で研修をしても、途中で出産や子育てを経験しても、その後また同じ病院に戻ったり、あるいは大学病院に戻ったり、留学される方や研究される方等色々と多岐に渡って、多様な働き方が出来るようになっていると思います。

今の私は、急性期医療だけでなく、出生体重が500gとか600gとか、1,000gに満たないで生まれてきた赤ちゃんたちが大きくなって外来にいらっしやったり、重症なお子さんでも経管栄養や呼吸器をつけてお家に帰っていったり、そんなことがとても楽しくて仕事が辞められません。辞めることの方が難しいと思います。

陶生病院には、今現在187人の医師がおりまして、その内のちょうど20%、37人

が女性医師です。毎年3月に、歓送迎会的な形でランチをする女性医師の会を開催しております。私が研修医の先生に手伝いを頼み、女性医師全員に案内をお配りすると、ほとんどの先生がこの会をとっても楽しみにして来てくださいます。この会は、研修医の先生が40代、50代の部長クラスの先生と話せる好機であり、科や年代の垣根を越えて、働くことや女性医師ならではの悩み等を話し合う、非常に楽しい会となっています。

こちらは教育部門についてですが、私は研修管理委員会におりますので、研修医の先生たちと一緒に今年の5月5日もメッセに行きまして、学生のリクルート活動を行っています。

それから、新生児の蘇生法インストラクターでもありますので、5月にはこういった地域の助産師さん、看護師さんに蘇生法の講習会を行ったりもしています。

臨床一本でやってまいりましたので、研究がいちばん弱いのですが、この2月には全国的なシンポジウムでシンポジストをさせていただいて、多施設共同研究をまとめさせていただき、少ないながらも研究も頑張っています。

子育ての方ですが、先ほども産んだらおしまいではないと申し上げましたけれど、実際仕事だけではなくて、家でも働いているわけです。今日もこのような名誉ある賞をいただきますと、この裏で息子のサッカーの試合は見逃すという形で、自己実現と自己犠牲のバランスを取らなければいけないということもあります。

若手医師にとって、私が死に物狂いで働いていると、「あのようにはなれない」と思われてしまいますけれど、私が「子どものサッカーの試合に行って楽しんだよ」という話をしたり、「連休をいただけたから子どもと富士山に登った」「家族で旅行をした」「子どもの入学式や卒業式には、子どもにとって母親は私しかいないので、私が休みをいただいて必ず行っている」という話をすると、若い女性の先生方は目をキラキラさせて聞いてくださいます。毎日、何とかお弁当も頑張って作っていて、母としても充実した日々を送らせてもらっていると思います。

最後に、名古屋大学小児科子育て支援制度の協力病院の先生方に厚く御礼申し上げます。そして、この仕事は私だけではなく、小児科の女性医師支援ワーキンググループ、小島元教授、それから高橋現教授を始め皆様とやった仕事ですので、厚く御礼を申し上げます。また、私を推薦してくださいました公立陶生病院の酒井院長先生にも、厚くお礼申し上げます。

紹介だけさせていただきたいのですが、私どもの公立陶生病院は、瀬戸市と尾張旭市、長久手市の三つを経営母体とした公立病院でして、瀬戸市にございます。少し前ですと瀬戸物の瀬戸ですと説明していましたが、最近は、将棋の藤井聡太四段の瀬戸市ですとお話しています。来年度は新棟もオープンいたしますので、機会があればお寄りいただければと思います。ご清聴、ありがとうございました。

○伊藤 加藤先生、ありがとうございました。名古屋大学関連病院にて多くの医師のサポートをしていらっしゃる、このような活動がより多くの医療機関に浸透していくように継続していただきたいと思います。



## 女性医師のキャリアデザイン ～「子育て支援制度」が医局を活性化する～



仕事と子育ての両立を目指す  
女性医師のための働き方を提案します！

公立陶生病院小児科  
加藤 英子

## 根底にあるのは Diversity 多様性の尊重

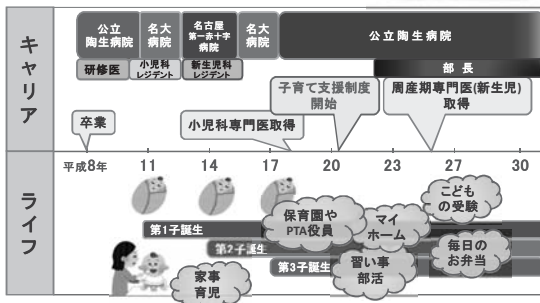


昨今の流行りとも言えるダイバーシティ・・・  
経済産業省はじめ、日本を代表する企業のHPにも「ダイバーシティの実現」「ダイバーシティの促進」といった言葉が掲げられています。  
組織において、個人の違いを理解し、受け容れ、違いから生じるギャップを埋める努力をすることで、人も集まり、結果的に業績が上がっています。

医療分野においては・・・  
女性医師の全体に占める割合が約20%、若手医師では30%を超える今、女性医師にとって働きやすい環境は整っていると言えるのでしょうか？  
政府は「社会のあらゆる分野に於いて、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%程度になるように」という目標を掲げており、2010年には厚生労働省がこの目標の達成に向けて、実効性のある取り組みの積極的改善措置(ポジティブ・アクション)を掲げ推進しています。

<http://www.mhlw.go.jp/positive-action.sengen/about.html>

## ある小児科医 新生児科医の軌跡



## 始まりは教授にあてた1通のメールから

この度メールさせて頂きましたのは、休職願いのためです。関連病院全体でどこも忙しく人材不足が深刻な中、大変申し訳なく思っていますが、理由と致しましては家庭と仕事の両立が困難になったと言うことに尽きます。

現在まで子育てと平行して当直業務を5~7回/月こなし、当直業務以外にも休日回診や時間外の緊急呼び出しにも対応して参りましたが、この4.5年は旦那および子どもからも仕事を辞するよう言われ続けており、毎日説得を続けておりました。

実際、1歳、4歳、7歳の3人の子育てとの両立が、自分でも心身ともに限界となってきました。

誠に申し訳ありませんが、9月末の人事で、現職を辞することおよび一旦時間で帰ることが可能な代務医としての勤務形態をとらせて頂くことを、御許し頂ければ幸いです。



## そこで与えられた Mission

先生の悩みは小児科全体の悩みだから、  
 > 一体先生と同じ立場のような人が医局内でどれくらいいるのか、  
 > どうすれば子育て中の女医さんたちが仕事を続けられるのか、  
 調査してもらえませんか？

小島前教授



Chance!!



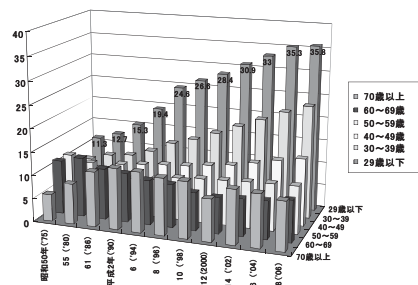
## Workshare & Flexitime フレックス制で 医師の負担を軽減



「働きやすい病院評価」(58ページ 読み記事参照)の認定第1号となった大阪厚生年金病院。同病院は、女性医師が働き続ける上で、最も問題となる育児と仕事の両立に注目して体制を整えてきた。子育て中の医師に、本人の希望に応じて労働時間を決めさせ、週30時間以上勤務している、残業、当直などでも常勤医として雇用している。冒頭の櫻根氏もその制度を利用する一人だ。

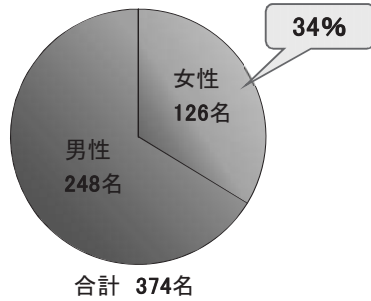
同院では、女性医師が働きやすい体制の構築を進めるだけでなく、男性医師の労働条件にも気を配っている。産婦人科の当直の3分の1はアルバイトの医師。また、診療所の医師が、自分の担当する患者を病院でも診る開放型病棟のシステムを導入して、病院医師の外発の負担を軽減した。男性のスタッフにも清野氏が直接声をかけ、1週間の出産休暇を「強制」に取らせている。  
 こうした一連の取り組みの結果、男性の理解もある程度得られ、女性医師が働きやすくなっただけでなく、男性医師の残業時間も、月平均100時間から60~70時間に減った。

## 各年代別女性医師割合 (各年代総医師数を100%とする)

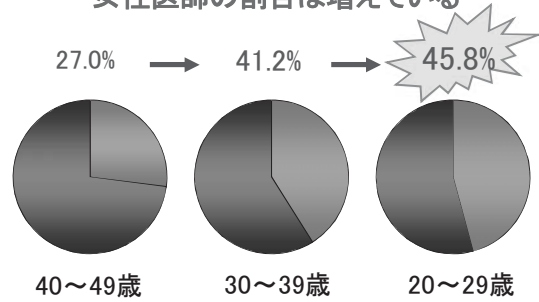


平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査より

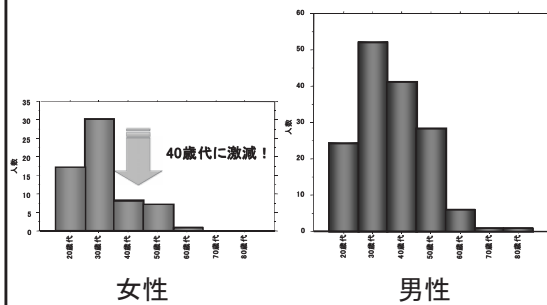
### 名古屋大学小児科医局員 制度開始前2007年 調査時



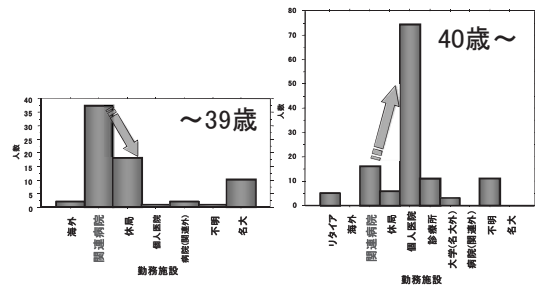
### 名古屋大学小児科医局員に占める 女性医師の割合は増えている



### 関連病院に勤務する医師の性別年齢層



### 40歳前後の女性医師の勤務先



関連病院→休局→個人医院  
という大きな流れが伺われる

2007.7.19. 名大小児科関連病院部長会にて発表

### 関連病院の子育て中 女性医師 アンケート

- ▶対象: 20～30歳代(平成4年～15年卒)の女性医師 (n=63)のうち、子育て経験者の先生方(n=31)
- ▶方法: メールアンケート (一部の先生方には郵送)

先生は「週30時間・当番当直なし」  
の勤務であれば、  
育児しながら総合病院小児科への  
勤務が可能ですか?



### アンケート 自由記述

- ▶ 病児保育がないのが一番困る(多数意見)
- ▶ ワークシェアリングができるとういのですが(複数意見)
- ▶ 職場では家庭・育児の状況をかなり理解してもらっているが、当番を融通してもらったり、早めに帰らせてもらったり、子どもの行事参加のための休みをもらうことへの“気まずさ”が大きな心労(複数意見)
- ▶ 近くに頼れる親戚がない状況下、夫婦2人で子育てしながら働くのは非常に夫婦間ストレス、夫への負担が大きい。大きなストレス・葛藤を抱えながら常勤の仕事をするにあたり、仕事への情熱を凌駕しそうなことがしばしば。
- ▶ 結局は自分で時間を決めて帰らないと、患者さんがいる限り際限なく仕事はある。Duty freeの時間外はさっと帰ることができる声かけや雰囲気作りを望むのは賛沢でしょうか?
- ▶ 年々体力が落ちていく。
- ▶ 自分のキャパを考えると無理(複数意見)
- ▶ 当直明けの勤務、帰宅後には保育園のお迎え、夕食の支度・片付け、子どもの入浴・遊び相手、明日の支度...もう限界です。

順清会(小児科同門会)パネルディスカッション 2007.10.27.

### 子育て女性医師の働く環境改善を目指して

名古屋大学小児科女性医師支援ワーキンググループの立ち上げ

立ち上げメンバー: 7名  
高橋義行、加藤英子、村松友佳子、鳥居ゆか、  
岩山秀之、村松秀城、小島勢二

平成29年7月22日 第13回 男女共同参画フォーラム

順清会(小児科同門会)パネルディスカッション 2007.10.27.

### 子育て女性医師の働く環境改善を目指して

名古屋大学小児科女性医師支援ワーキンググループの立ち上げ

女性医師支援教官(男性)の任命  
子育て女性医師の意見を聞く


立ち上げメンバー:7名

高橋義行、加藤英子、村松友佳子、鳥居ゆか、  
岩山秀之、村松秀城、小島勢二

WGへ男性医師の参加  
教授が発起人

平成29年7月22日 第13回 男女共同参画フォーラム

### 名古屋大学小児科子育て支援制度 2008年4月開始



名古屋大学小児科関連施設(21病院)と連携して、時間外勤務(当直・当番)のない常勤・非常勤での勤務を続けながら、安心して育児をし、同時に小児科医としてのキャリアを積むことができるようにする。

子育て支援制度運用のポイント

- 1) 制度利用条件を限定した: 名大小児科入局していること、制度終了後に関連施設で当直・当番ありの常勤に復帰する意志があること(選択的支援)
- 2) 制度利用者は、医局長が行う全体の人事の数に含めないことを部長に伝え、徹底した(労働力減ではなくプラス枠)
- 3) 制度運用は、女性医師支援WG教官(男性)と副医局長が行う(男性医師が参加)

名古屋大学小児科  
子育て支援制度

仕事と子育てを両立したい女性医師のための支援制度

子育て支援制度

仕事と子育ての両立を目指す  
女性医師のための働き方を提案します!

子育て支援制度の目的

女性医師が出産・子育てを契機に退職し、医師としてのキャリアが継続できなくなる場合があります。

それは女性医師にとっても、他の医師にとっても、患者さんにとっても、また社会にとっても大きな損失となります。

そこで、名古屋大学小児科および20を超える関連病院小児科では、女性医師が子育てをしながら仕事を継続できるような労働環境を作りました。

お問い合わせはこちらから  
子育て支援制度  
お問い合わせ

Google検索:「医師 子育て支援」→ 第1位「子育て支援制度」→ 第3位

平成29年7月22日 第13回 男女共同参画フォーラム

### 子育て支援制度参加病院 名古屋市以外13病院



名古屋市以外13病院

名古屋市内8病院

平成29年7月22日 第13回 男女共同参画フォーラム

2008年4月9日 朝日新聞掲載  
「地域医療はいま」  
ママ医師 時短で支援

名古屋大学小児科とその関連病院は、子育て中の女性医師を短い勤務時間で受け入れる全国でも珍しい取り組みを始めた。

2008年11月14日  
NHKニュース(全国版)  
おはよう日本「女性医師の離職を助け」

2008年12月15日  
イッポウ(TBS系CBC放送)  
小児科医が足りぬ「ママさん医師を確保せよ」

2009年1月19日  
どですか!(テレビ朝日系列名古屋テレビ)  
小児科医不足に光!「ママ医師」を支援

週30時間勤務・当直なし

ママ医師 時短で支援

名古屋大、離職防止め

平成29年7月22日 第13回 男女共同参画フォーラム

### 名古屋大学小児科子育て支援制度の利用状況

【利用者】  
2008年4月～2017年3月までで17名  
子育てのため休職中:9名 大学院卒業時:4名 関連病院に勤務中:4名

【勤務状況】  
週1日:1名 週2日:3名 週3日:5名 週4日:3名 週5日:5名

【制度利用後の勤務状況】  
10名が制度を卒業し常勤に復帰している

子育て支援制度利用者 17名

- 常勤 当直あり 7名
  - 常勤 当直あり 1名
- 常勤 当直なし 3名
  - 常勤 当直なし 4名
- 非常勤 6名
  - 非常勤/子育て枠 8名
- 産休中 1名
  - 個人医院 3名

平成29年7月22日 第13回 男女共同参画フォーラム

### 子育て支援制度アンケート 制度利用施設(9病院) 小児科部長

子育て支援制度について

よいと思う 8人  
変わらない 1人

制度を利用後  
スタッフの仕事量は

減った 6人  
変わらない 3人

制度を利用後  
病院収益は

増えた 2人  
変わらない 7人

平成29年7月22日 第13回 男女共同参画フォーラム

### 子育て支援制度アンケート 制度利用施設(9病院) 小児科部長

利用して良かった点

0 9

常勤医師の負担軽減(時間内業務 当直明け) 6

女性医師のキャリア支援になる 5

専門性を発揮してもらえる(若手の指導 専門外来) 3

## 子育て支援制度アンケート① 制度利用施設(9病院) 小児科部長

### 問題点 課題

時間制限があり入院担当など仕事を任せにくい

⇒ワークシェアリングで解消できそう!

他のスタッフとの不平等感

⇒トップの意識改革こそが重要!それが風土を作る!

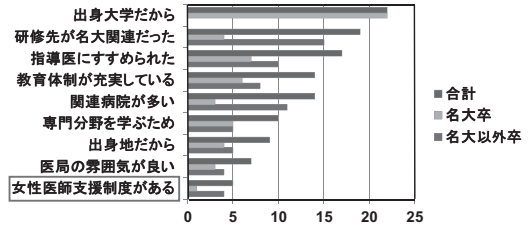
急な休みなどのバックアップの負担

⇒ワークシェアリングで解消できそう!

専門性を持っていない医師の活用が難しい

⇒女性医師側の必要とされる能力を身につける努力も重要!

## 名大小児科に入局した理由



名大に入局した理由としては、

①研修先が関連病院、②指導医の影響、③教育体制の充実

子育て支援制度が開始された2008年以降一層入局者が増加しており、子育て支援制度は入局者確保に貢献している。

## 名大小児科 子育て支援制度 運用のポイント

1) 制度利用条件を限定した。

名大小児科入局していること、制度終了後に関連施設で当直・当番ありの常勤に復帰する意志があること(選択的支援)。

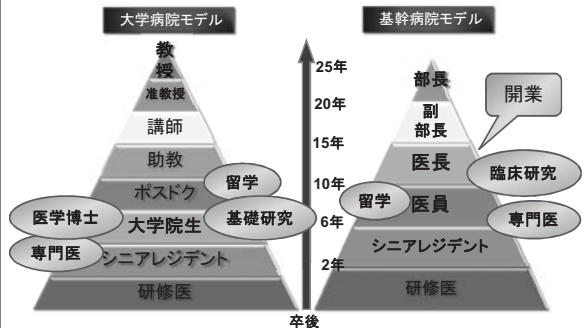
2) 制度利用者は、医局長が行う全体の人事の数に含めないことを部長に伝え、徹底した(労働力減ではなくプラス枠)。

3) 制度運用は、女性医師支援WG教官(男性)と副医局長が行う(トップの主導・男性医師の参加)。

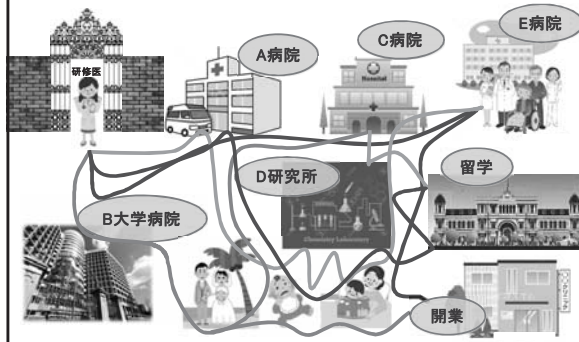


制度よりも風土  
風土よりも上司

## キャリアデザインモデル(従来の直線型)



## キャリアデザインモデル(現在の紆余曲折型) 固有のワークライフバランスを目指して...



## 謝辞

名大小児科子育て支援制度協力病院

名古屋大学医学部附属病院	安城更生病院
名古屋医療センター	岡崎市民病院
名古屋記念病院	豊田厚生病院
名古屋掖済会病院	トヨタ記念病院
名鉄病院	公立陶生病院
中京病院	春日井市民病院
名古屋第一赤十字病院	津島市民病院
三菱名古屋病院	福沢市民病院
青い鳥医療福祉センター	常滑市民病院
中津川市民病院	कोरोー中央病院
可児とうのう病院	

名大小児科女性医師支援 WG

村松友佳子 鳥居ゆか 岩山秀之 村松秀城 高橋義行 小島勢二  
公立陶生病院 酒井和好



2018年5月  
公立陶生病院  
新棟オープン

○小出 総合討論を開始させていただきます。フロアよりご意見、ご質問を頂戴したいと思いますが、ご発言の際に皆様にお守りいただきたいことがございます。

一つ目、発言される方ははじめに所属、氏名をお願いいたします。二つ目、より多くの方からのご発言をいただきたいと思いますので、ご質問は1回につき一つとさせていただきます。三つ目、どのシンポジストの方への質問か、また、個人か全員かについてご指名をお願いします。よろしくをお願いいたします。

○藤巻 埼玉医科大学脳外科の藤巻と申します。日本医師会男女共同参画委員会の委員をしております。松田先生への質問でございます。

先ほど先生がおっしゃったことは全て本当にそのとおりでと思うのですが、医師の需給に関しての質問です。確かにあのような調整係数の要項を満たすために日々夜遅くまで残業しているわけですが、医師は足りないとお考えでしょうか。また、特区ということで出来てしまった医科大学についてどうお考えか、ご意見を伺いたいと思います。

○松田 なかなか難しいお話なのですが、まず結論から言ってしまうと、もし今の医師が現状よりも少し少なめに、働き方改革で示されているよりは少し多めに働くということ的前提として、推計をしてみました。そうすると、このままいくと余ってしまいます。ただ、もし先生たちがもっと時間を短くして働くということだったら、もしかしたらもう少し余裕があった方がいいのかもしれない。よく考えてみても、子どもが100人いてその内1人が医師という状況は、やはり余るだろうと思います。ですから、それをどう考えるか。僕らは単純に推計をしているだけですが、少し考え直す必要があるのかなとは思っています。

○藤巻 ありがとうございます。

○小出 ありがとうございます。次の質問の方、どうぞ。

○蓮沼 秋田大学の蓮沼です。短時間勤務について質問です。短時間勤務で活躍されている先生が何人かいらっしゃるお話をされていたと思いますが、今日伺ったお話ですと、専門医を取った後の先生のように思われました。最近、専門医取得前の研修医時代に結婚し、出産して後期研修に進まれる方が多く、最初から短時間勤務や当直免除となると、例えば緊急時対応のトレーニングの機会を逸してしまうとか、学会発表の回数が減るということで、指導医になるにあたって問題になるケースが増えていると思います。先生方の中で、専門医取得前の先生が短時間勤務することに対して、他の先生と同じように沢山の経験をさせるという面において、何か工夫をされている先生がおられましたら、是非お伺いしたいと思います。

○小出 ありがとうございます。では、吉川先生その辺りについてお願いします。

○吉川 後期研修中に産休に入る先生がいらっしゃいます。その先生は産休明けにフルタイム勤務をするとおっしゃっていますが、状況に応じて当直免除や、短時間勤務も考慮していくべきだと考えています。当院では、平等に症例を経験出来るようにコントロールするようなシステムを新たに構築して研修を行っていますので、多少研修期間が延びることはあるかもしれませんが、しっかりとした専門

医の教育も可能だと考えております。

○蓮沼 緊急時の対応はいかがですか。当直時に、夜に1人で対応するのと、日中に同じことが起きるのでは対応の仕方も異なり、どのように他の方の援助を得ながら対応するかを教えるとなると、経験が少ないと難しく感じる先生も増えているのではないかと思います。当直を免除するにあたって、その辺りの対応はありますか。

○吉川 確かに当直をしないでどのようにキャリアを積んでいくかということはあると思います。経験が少ないと問題になるとは思いますけれど、頑張っている女性の先生方は、研修医の時から非常に頑張っていてキャリアアップを行っている方が多いとお見受けしますし、昼間の救急等でも、十分研修可能な範囲内ではないかと思っています。

○小出 ありがとうございます。蓮沼先生も秋田で頑張っておられる先生ですので、ご参考になればと思います。

○賀来 岡山県と鳥取県の境にある奈義ファミリークリニックで勤務医をしている賀来と申します。加藤先生にお伺いします。私はキャリアアドバイザーの資格を持ってキャリア支援や教育をしているのですが、ダイバーシティのマネジメント理論の中に、抵抗、同化、分離、統合というダイバーシティの進行度合い別に4つのステージがあり、先生がされている短時間勤務制度利用者を作るという取り組みは、第3段階の分離、特別な状況を作るということに相当すると思います。後に常勤に戻るという条件があるとのことですが、そうするとステージとしてはバックステップして、同化に戻っていくような印象を持つのです。そうせざるを得ない状況というのは、医局等の兼ね合いで生じるのかということがよく分からなかったので、教えていただければと思います。他のシンポジストの方は、もし解決の処方箋があれば教えていただけると助かります。

○加藤 ご質問、ありがとうございます。スライドに示しましたように、実際には当直ありの常勤に戻れたスタッフは7人でした。戻る“意思がある”ということがエントリーの条件であって、その後の勤務に関しては、ご両親が近くにいらっしゃるかどうか、サポート状況もそれぞれ異なりますので、個々の事情を考慮することになります。私が申し上げるダイバーシティというものは、個別性というか、それぞれのニーズに合った働き方をあてがえればというニュアンスですので、結果的には必ずしも当直ありの常勤に復していません。それは制度を利用するための条件というか、エントリーの際の意思確認であり、今後も小児科医師として働き、後進を育てていく気持ちのある方にエントリーしていただくという意味です。お答えになっているでしょうか。

○賀来 もしフルタイムの常勤に戻らなかった場合の、心理的な負担はないのかということが気になりました。

○加藤 罰則等はもちろん設けておりませんし、サポートしてくれる方がいないとか、実家のクリニックを継がなければならなくなったとか、色々な事情によって最終的にフルタイムの常勤に戻れなくても、ネガティブにはとらえられていないのが実情です。

先程の一つ前の質問のお答えですが、まだ専門医を取得する前の若い先生方が子

育て支援制度の利用を希望されるかといいますと、ほとんどの方がフルタイムで働きたいとおっしゃいます。そういう方へは、当直回数を減らす等のことで個々のニーズに合った働き方に変えていくことはありますが、最初からこの制度を使いたいという方ばかりではありません。近くにご両親がいない等のことで本当に頼るところがなくて不安だという方が制度を使うことはありますが、「当直をしてはいけない」のではなくて、「したければしてもよい」フレキシブルな制度ですので、皆さんわりと頑張っていると思います。

○小出 ありがとうございます。現在進行形で、常勤に戻っていない先生も今後また常勤に戻る可能性もあるということですね。

はい、吉川先生、どうぞ。

○吉川 追加をさせていただきたいのですが、当院では制度としてではなく、院内の勤務体制の中で時短勤務や当直なし勤務を受け入れていますが、やはり将来必ず当直もするような常勤に復す気持ちがあるかということ聞いています。そういう熱意がある方でないと、なかなか難しいということがあります。

現実には、加藤先生がおっしゃったように、様々な家庭の状況でどう考えてもこれ以上の無理は出来ないというようなこともありますので、そこはご本人の方向性を尊重いたしますが、しっかりその間に医師としてのキャリアを積んでいただくということが、次のステップだと考えております。

○小出 ありがとうございます。他にご質問はいかがですか。

○島崎 日医男女共同参画委員会委員の島崎と申します。東京都医師会で次世代医師育成の担当もしております。私は開業医として、地域の基幹病院から研修医を預かって、地域研修の教育を10年くらいさせていただいております。先日、地域の国立行政法人の病院からも研修医を預かりました。その病院では、前期研修2年目の研修医は16時半で帰すというシステムを作られたそうで、そのため、管理職が無給で月末に当直をするような勤務状態となることもあるそうです。研修医の研鑽に関しては時間の長さだけではないと思いますが、これからそういった歪んだ状況が起きる可能性もあると思いますので、松田先生と前野先生に、研修医、特に2年目の研修医たちの研鑽に関して、労働時間とのバランスをどのように考えていったら良いか、お伺いします。

○前野 ご質問、ありがとうございます。大変難しいテーマだと思います。私も筑波大学病院に、労基署が入ったことがありました。大変苦勞しましたけれど、やはりつくづく労基法と医師研修はフィットしないと感じています。ただ、多くの研修医は学びたいと思っています。研修医は、いわゆるオンザジョブトレーニングで、労働者としての側面と研修生としての側面の両方を持っていますが、研修の部分で充実感を持ってもらう。労基署というのは、労働者から不満があって、そこからスタートすることが多いので、やはりきちんと学んでいるという実感を得ることが出来れば、かなり柔軟な部分を残せるのではないかと感じています。ただ、地域研修のように義務で行くとなると、皆が望んで行っているわけではないので、権利を主張されたらある程度受けざるを得ない部分があります。ですから、研修はやらないと損だという部分を上手に使うしか現実的には方法がないということと、その中で

も権利を主張された場合には、無理強いは出来ないという現実があります。

○松田 基本的に研修医とは何なのかということを考えないといけないと思います。研修医が医師として一人前の労働者なのかといたら、たぶん違うと思います。私の娘が今、研修医をしています、やはりトレイニーです。そのトレイニーに対して、一般の労働基準法を適用すること自体がやはりおかしいと思います。10年先20年先に良い医師を育てるためには、ある程度の負荷を初期にかけなければいけないわけですから、一般の労働者と同じように扱うことは、非常に間違っていると思います。ですから、そのところは医師会としてもきちんと整理をした方がいいと思います。医師会だけでなく、私たち大学の人間も考えなければいけない問題です。

それから根本的な問題として、フランスやイギリスのように、5年目6年目の医学部のBedside teachingというのが、今の臨床研修のようなものにならなければいけないということです。他の国では卒業前にやっていることを、この国では卒業してから2年かけてやっているわけです。そのところを変えていって、卒業した段階である程度医師としてやれるような医学教育制度に変えていかないといけないと思います。

○小出 ありがとうございます。あと1問、お受けしたいと思います。

○鳥嶋 富山県医師会の鳥嶋と申します。松田先生にお尋ねいたします。今日ご提言いただきましたのは、比較的スパンの長い対策法だと思います。7月に入りまして労基署の活動が盛んになってきたような印象がございまして、例えば、三次救急救命病院に労基署がどんどん入っておりまして、我々近隣の大学にも先週入りまして、研修医と若いドクターを徹底的に調べたといったことがございます。新潟市民病院では、市長自ら救急の抑制をして、さらに市民にはこれ以上軽症の方は来ないでくださいと提言するという緊急事態が生じています。これはやはり7月3日にございました、都道府県はブラック病院を把握しなさいという厚労省からの通達と、7月7日にございました医師の超勤に関する最高裁の判決等が影響しているのではないかと思います。医療担当の労基署職員が過労死しそうな状況におきまして、松田先生、緊急の対応がありましたらご教授いただければと思います。

○松田 フランスでは、規制がかかった途端に何が起こったかということ、そんなことは受け入れられないと病院のストライキが起り、地域医療が非常に混乱しました。でも、そこまで規制しなければいけないという現状があったのだろうと思います。

日本でこれをやっていいのかどうかは分かりません。でも、それをやられてしまうと働けなくなると思います。これはシミュレーションでもいいと思うので、それまでの救急の患者数は大体分かっているわけですから、今いる職員で回した場合にこのくらいが受け入れられなくなるけれどいいですかという話と、仮にこの人たちを全部受け入れるとすると、このくらいの医師が必要で、それに対してはこのくらいの予算が必要だという話し方をしなければいけないと思います。受け身で批判ばかりされていると、何か悪いことをしているような感じになってしまいますが、データを作ろうと思えば作れるので、いくつかのパターンをシミュレーションして、ではどうですかという話をしなければいけないと思います。現実が規制に合ってい



ないというか、規制が現実に合っていないわけですから、それをそのままにして、いきなり報道ばかりされていてもお互いに良くないと思います。

○小出 ありがとうございました。ご質問がまだまだあるかと思いますが、時間が押してまいりましたので、これにて総合討論は終了とさせていただきます。沢山のご意見、ご質問、ありがとうございました。また、ご登壇いただきました演者の皆様、大変ありがとうございました。

## 第13回男女共同参画フォーラム宣言採択

愛知県医師会男女共同参画委員会副委員長 室谷 眞美

○西山 続きまして、本フォーラム宣言の採択を行いたいと思います。皆様、お手元の資料21ページをご覧ください。

それではここからの進行を、愛知県医師会男女共同参画委員会、室谷眞美副委員長にお願いいたします。室谷先生、ご登壇をお願いします。

○室谷 愛知県医師会男女共同参画委員会副委員長の室谷です。それではただ今より宣言（案）を提案させていただきます。

### 第13回男女共同参画フォーラム宣言（案）

わが国の少子高齢化対策の一環として制定された「女性活躍推進法」のもと、各分野で女性の管理職登用、各種ライフイベントへの対応などが進められ、現在では男女を問わない働き方対策が始まっている。

医療界においても、女性医師が医師全体に占める割合の増加、ようやく落ち着きをみせた研修医制度に加えて、新たに始まる新専門医制度、医療知識や技術の進歩、患者のニーズの多様化・高度化、増大する介護負担、医師の需給問題、地域格差など、早急に対処すべき課題が山積している。それらに対して男女共同参画の視点に立ち、10年後という未来を見据えて、以下のことを宣言する。

- 一、最良の医療提供には医師自身の心身の安定が不可欠であり、医師の過重労働、長時間労働是正のために、多様な働き方を可能とする制度構築を実現する。
- 一、患者・国民に対し、医療者の働き方や医療体制の改革への理解を求める。
- 一、ライフイベントに配慮したキャリア形成支援を更に推し進める。

平成29年7月22日、第13回男女共同参画フォーラム。

——拍手——

ただ今の拍手をもちまして、了承いただけたということで宣言の採択とさせていただきます。ありがとうございます。

## 第13回男女共同参画フォーラム 宣言

わが国の少子高齢化対策の一環として制定された「女性活躍推進法」のもと、各分野で女性の管理職登用、各種ライフイベントへの対応などが進められ、現在では男女を問わない働き方対策が始まっている。

医療界においても、女性医師が医師全体に占める割合の増加、ようやく落ち着きをみせた研修医制度に加えて、新たに始まる新専門医制度、医療知識や技術の進歩、患者のニーズの多様化・高度化、増大する介護負担、医師の需給問題、地域格差など、早急に対処すべき課題が山積している。それらに対して男女共同参画の視点に立ち、10年後という未来を見据えて、以下のことを宣言する。

- 一. 最良の医療提供には医師自身の心身の安定が不可欠であり、医師の過重労働、長時間労働是正のために、多様な働き方を可能とする制度構築を実現する。
- 一. 患者・国民に対し、医療者の働き方や医療体制の改革への理解を求める。
- 一. ライフイベントに配慮したキャリア形成支援を更に推し進める。

平成29年7月22日

第13回男女共同参画フォーラム

## 次期担当医師会会長挨拶

高知県医師会会長 岡林 弘毅

○西山 ここで次期担当県からのご挨拶を、いただきたいと思います。

次期担当は、高知県医師会となっています。高知県医師会会長、岡林弘毅様、よろしく願いいたします

○岡林 次期開催は高知県ということですので、ご挨拶を申し上げます。

高知県は、高齢化率が全国第2位でございます。日本の10年先を見ていると言われております。医療や福祉関係で、民間企業の管理職者に占める女性割合は、国の目標の30%には届きませんが22.7%と全国1位であり、女性が元気な県でもございます。

次期開催ですが「次世代がさらに輝ける医療環境を目指して、超高齢化社会の今後に期待する」をメインテーマに、準備を進めてまいりたいと考えているところでございます。日程は平成30年5月26日の土曜日、会場は市内のザ・クラウンパレス新阪急高知を予定しています。

開催まで1年もございませんが、大学や基幹病院、行政とも連携し、より良いフォーラムを開催出来ますよう、準備を進めております。

来年も多くの皆様が高知においでくださいますよう、心からお待ち申し上げます。私の挨拶とさせていただきます。

○西山 岡林会長、ありがとうございました。

## 閉 会

愛知県医師会副会長 横井 隆

○西山 それでは最後に、愛知県医師会副会長、横井隆より閉会の辞を申し上げます。横井先生、よろしく願いいたします

○横井 松田先生、またシンポジストの先生方、どうもありがとうございました。

皆様、本日は長時間にわたりましてご清聴、または熱心にご討論いただきましてありがとうございました。

これにて第13回男女共同参画フォーラムを閉会いたします。ご協力ありがとうございました。

## おわりに

思い起こせば2年前、徳島で開かれた第11回男女共同参画フォーラムで、女性医師支援センターの先生から「2年後は愛知での開催に手挙げをしてみてもは」と声を掛けて頂き、とっさに「愛知県医師会長の承諾があれば、立候補してみます」と答えていた。

帰名してから、恐る恐る柵木会長に伺うと、あっさり承諾して下さった。日本医師会男女共同参画委員会でもとんとん拍子に2年後の愛知での開催を決定して頂き、その時点になってようやく「これはえらいことになった」と実感した。

まず①テーマを決める②基調講演の演者選択③愛知色をどう打ち出すか、の3点に無い知恵をしぼった。

テーマは東京で開かれた第10回日本医師会男女共同参画フォーラムのテーマ「医療界における男女共同参画のさらなる推進に向けて～10年で医療界における男女共同参画は進んだのか～」の副題に呼応するものとして「今後10年の医療界で男女共同参画は何をめざすか」とした。近年の医療界に起こっている大きな変化を、男女共同参画という視点から捉えてみたいと考えた。

基調講演演者は、ここ数年他業種の方が続いたので医療界から選択し、現在大きな課題となっている医師需給問題を検討している「医療従事者の需給に関する検討会」主力メンバーの松田晋哉先生を講師として迎えた。

愛知色を出せないかと思案したところ、私も携わった日本医師会男女共同参画委員会平成26・27年度会長諮問「輝く女性医師の活躍を実現するための医師会の役割」への答申で、意識のさらなる改革—管理者および勤務医、女性医師等を含む全ての医師の意識改革—の一環としてイクボス養成を挙げ、各県でのイクボス大賞を提唱していたことに思い及んだ。そこで1年かけて愛知県医師会イクボス大賞を創設し、大賞・特別賞にこれ以上ないお2人を選ぶことが出来た。

構想から2年を要したフォーラムが盛夏の青空のもと、開始された。冒頭の横倉会長挨拶で、愛知県医師会イクボス大賞について私の名前まで加えて言及されたことに、まず大きな驚きと喜びを頂いた。

基調講演の演題「医師の働き方を考える」は、医師の働き方改革に注目が集まっている時期に遭遇し、タイムリーな講演となった。

シンポジストの講演およびシンポジウムも、全てが最後のフォーラム宣言へと収斂していく展開となった。

フォーラム宣言については、室谷愛知県医師会男女共同参画委員会副委員長の原案を、小笠原委員長を始めとする日医男女共同参画委員会の皆様からの貴重なご意見で深化させたものを掲げた。

出席者は総合計329名（男性135名、女性194名）と沢山の方にお集まりいただき、心より御礼申し上げます。

愛知県は家庭内役割分担に関して旧来の考え方が支配的で、医療界も例外ではない。イクボス大賞でこの問題への啓蒙が進むことを意図した。当日の熱気あふれる会

の中で、こうした気運を愛知県および全国へ広げることが出来たと感じたことが何よりの収穫であり、ご協力いただいた方々のご厚意に報いることであった。

毎年、各地でこうした会を開催し、地域での意識の底上げを地道に図ることの重要性・必要性を深く思い知った。来年の高知県での第14回男女共同参画フォーラムも、必ずや実り多いものとなると確信している。

愛知県医師会男女共同参画担当理事 伊藤富士子



