

第15回 男女共同参画フォーラム 報告書

テーマ

「男女共同参画のこれまでとこれから
—さらなるステージへ—」



期 日：令和元年7月27日（土）
会 場：仙台勝山館
主 催：日本医師会
担 当：宮城県医師会
企 画：日本医師会男女共同参画委員会

はじめに

1999年6月に「男女共同参画社会基本法」が制定されてから、2019年で20年目を迎えました。新元号令和のはじめの年でもあり、大きな節目となった第15回男女共同参画フォーラムは、宮城県医師会の企画・運営のもと、「男女共同参画のこれまでとこれから—さらなるステージへ—」というテーマで開催されました。

基調講演は、東北大学加齢医学研究所 遺伝子発現制御学分野教授の本橋ほづみ氏より、「酸化ストレス応答と健康長寿と介護」と題してお話いただきました。環境応答の仕組みに対する研究の解説とともに、抗老化作用にもその研究範囲がひろがりつつあること、さらにはご自身の子育てから介護まで含め幅広くご紹介いただきました。

シンポジウムでは、新専門医制度において専門医を取得する立場、長く男女共同参画に関わった立場、女性外科医の育成・働き方に成果を挙げている立場からそれぞれ現在の状況や課題をご報告いただきました。

過渡期の新専門医制度の渦中にいる研修医、医学生の皆さんには、直面している不安や期待を率直に語っていただき、私たちが取り組むべき方向がより明確になったと感じました。医療界における男女共同参画については、学会、大学医学部等の意思決定の場における女性医師の参画状況を2014年と2019年で比較した結果、着実に良い方向へ進んでいることが報告されました。また、外科医の減少は全国的に問題となっているところですが、勤務継続のためには女性医師が働きやすい環境を整備するとともに、それぞれの要望に丁寧に対応することが肝要であるとの指摘がありました。

日本医師会男女共同参画委員会では、これまでのフォーラムを通じ、「多様性」「男女平等の意識の醸成」「公平な医療界」などについて繰り返し取り上げて参りました。残念ながら、2018年に不公平な医学部入試結果が明らかになり、それに関連した各大学のコメントをみてもわかるように、我が国におけるジェンダー平等意識は、まだまだ遠い道のりの途上にあると言わざるを得ません。

しかし、地道に男女共同参画社会の実現に向けて活動を継続していくことにより、少しずつでも前進していると評価しうる結果が得られていることも確かであります。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。

日本医師会男女共同参画委員会
委員長 小笠原 真澄

第15回男女共同参画フォーラム 委員名簿

宮城県医師会

会 長	佐 藤 和 宏
副 会 長	橋 本 省
副 会 長	板 橋 隆 三
副 会 長	相 場 節 也
常任理事	奥 村 秀 定
常任理事	赤 石 隆
常任理事	登 米 祐 也
常任理事	佐々木 悦 子
常任理事	安 藤 由紀子
常任理事	福 與 なおみ

宮城県医師会女性医師支援センター

センター長 高 橋 克 子

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	島 崎 美奈子
委 員	笠 原 幹 司
委 員	鹿 島 直 子
委 員	神 崎 寛 子
委 員	小 出 詠 子
委 員	今 野 信太郎
委 員	貞 永 明 美
委 員	滝 田 純 子
委 員	蓮 沼 直 子
委 員	福 與 なおみ
委 員	藤 根 美 穂
委 員	藤 卷 高 光

目 次

はじめに

第 15 回男女共同参画フォーラム 委員名簿

第 15 回男女共同参画フォーラム プログラム

目次

開会 1

挨拶 1

基調講演 酸化ストレス応答と健康長寿と介護 5

報告

1. 日本医師会男女共同参画委員会 23

2. 日本医師会女性医師支援センター事業 27

シンポジウム

1. “新専門医制度” に対していただく期待と不安～女性研修医と女子医学生の立場
から～ 32

2. 医療界における男女共同参画は進んだか 43

3. 女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス . . . 56

総合討論 71

第 15 回男女共同参画フォーラム宣言採択 80

次期担当医師会会長挨拶 82

閉会 83

おわりに 84

開 会

開 会

宮城県医師会副会長 橋本 省

本日は仙台にお越しくださいまして、誠にありがとうございます。空も晴れてきて梅雨明けかと思われましたが、これからまた雨が降るようで、今晚は雨を避けるために、ぜひ仙台でゆっくりと夜を過ごしていただきたいと思います。では、ただいまより第 15 回男女共同参画フォーラムを開会いたします（拍手）。

挨拶

主催者挨拶

日本医師会会長 横倉 義武

皆さん、こんにちは。今日は村井宮城県知事をご来賓にお迎えして、第 15 回男女共同参画フォーラムを開催することになりました。開催するに当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。まず冒頭に、先週の日曜日、参議院議員選挙がありました。先生方のご支援のおかげで、私どもの代表として羽生田俊議員が誕生いたしました。心から感謝を申し上げます。ありがとうございました（拍手）。

さて、本日は全国 47 都道府県から多数の先生方にご参集いただいております。今年には宮城県医師会のご担当でこの会を開催することができましたが、東北での開催は平成 23 年に秋田県で開催して以来、8 年ぶりということでございます。このフォーラムの開催に当たりましてご尽力をいただきました宮城県医師会の佐藤和宏会長はじめ、宮城県医師会の役職員の皆様に心から感謝を申し上げる次第でございます。ありがとうございます。

さて、このフォーラムも今年で 15 回目を迎えることになりました。今年のテーマは「男女共同参画のこれまでとこれから—さらなるステージへ—」ということでございます。日本医師会では、平成 10 年に女性会員懇談会が発足して以来、先生方のご尽力を賜りながら、女性医師の支援、男女共同参画の推進を続けて参りました。先生方のご努力が実り、実現した制度も数多くあります。そうした取り組みもあり、男女共同参画が遅れていると言われている医療界ではありますが、女性医師が働きやすい環境の整備や男女共同参画への意識は、着実に進んでいるのではないかと感じています。

一方で、世界経済フォーラムが発表しているジェンダーギャップ指数というものがございまして、この指数は、経済、教育、医療（健康）、政治の四つの分野のデータ

から作成され、ゼロが完全不平等、1が完全平等を意味しているそうですが、2018年の日本の総合スコアは0.662、順位は149か国中110位という、非常に残念な結果でございます。このスコアについては重みづけに対する問題点等が指摘されてもいますが、4分野の中で特に格差が開いているのは政治分野であります。海外諸国では女性の総理大臣、首相が誕生している国も多々ありますが、そういう中で、我が国の政治への女性参画はまだまだ不十分な点があるかということでございます。

医療界からは、ご案内のとおり、自見はなこ参議院議員が先生方のご支援で3年前に私どもの代表として政界に進出することができました。また、今年の統一地方選挙では、富山県医師会の常任理事であります種部恭子先生が県会議員に当選されまして、ぜひそういう面でもしっかりとリードしていただきたいと思っております。また、世界医師会では、今年の理事会で世界医師会副議長として本会常任理事の道永麻里先生が選出されました。アジアから女性医師が世界医師会の役員に就任したのは初めてのことでございます。しっかり頑張りたいと思っております。

このような中、日本の女性医師の活躍が今後大変期待されるところでございますが、ご承知のとおり、昨年は医学部入学試験の選抜において、男女格差が大変問題になりました。日本医師会では、性別によって差別をすることに対して遺憾であるという声明を発表したところでございますが、今年の春の入学試験では、随分と女性の合格者数が増えて参りました。恐らく、将来的には男女比が1対1になるのではないかとと思うところでございます。

今後は、医療界全体をリードする女性医師が望まれてくるのではないかと考えております。様々なライフイベントを抱えながらも、男性と同じ土俵で強いリーダーシップを発揮できる女性医師の出現を、楽しみにしているところでございます。

本日の基調講演は、東北大学加齢医学研究所遺伝子発現制御学分野教授の本橋ほづみ先生をお招きしております。我が国では、研究者も論文数も減少傾向にある基礎研究であります。我が国の酸化ストレス応答研究の第一人者として活躍されている方です。また、シンポジウムでは、若い先生方から新専門医制度のことや、女性に敬遠されがちな外科にあって、多くの女性が勤めておられる自治医科大学附属さいたま医療センターのお話も伺えるということで、大変期待をしているところでございます。

そしてこのフォーラムの最後には、今年の宣言が採択されるかと思いますが、日本医師会としても、その宣言に沿ってしっかりと男女共同参画社会をつくる活動をしていきたいと思っております。どうぞよろしく願いましてご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました（拍手）。

担当医師会会長挨拶

宮城県医師会会長 佐藤 和宏

宮城県医師会会長を務めております佐藤和宏と申します。本日は、県内、また、県外から多数の先生方、皆様方のご参加をいただき、誠にありがとうございます。

ご承知のように、本フォーラムは日本医師会が主催し、本県は担当県ということでございますが、本日は、ただいまご挨拶いただきました日本医師会会長横倉義武先生をはじめ、日本医師会役員の先生方にご出席いただいております。また、公務ご多忙の中、宮城県知事村井嘉浩様にご臨席賜りました。ありがとうございます。

さて、本フォーラムは、平成 17 年に「女性医師は何を求め、何を求められているか」をテーマとして初めて日本医師会館で開催されました。その目的は、女性医師の勤務環境の向上や医療に係る様々な団体、会議等における女性医師の活躍を期待するものであったと考えます。今回のメインテーマは「男女共同参画のこれまでとこれから—さらなるステージへ—」といたしました。今回のフォーラムが、これからの男女共同参画の促進につながることを強く期待しております。

結びに、皆様のご協力のもと本フォーラムが有意義なものになることを祈念いたしまして、挨拶とさせていただきます。ありがとうございました（拍手）。

来賓挨拶

宮城県知事 村井 嘉浩

皆様、こんにちは。宮城県知事の村井でございます。本日は第 15 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慶び申し上げますとともに、全国各地から多くの皆様に宮城県にお越しいただいたことに対し、県民を代表し心から歓迎をいたします。主催者であります日本医師会の横倉会長をはじめ役員の皆様、並びに本フォーラムの準備・運営を担当されました宮城県医師会の佐藤会長はじめ役職員の皆様のご尽力に対し、心から敬意を表する次第であります。

さて、平成 28 年 4 月に「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」が全面施行され、3 年余りが経過いたしました。本県では、平成 27 年に「みやぎの女性活躍促進連携会議」を設立し、官民連携・協力のもと、女性活躍促進に関する各種施策を実施して参りました。医療分野におきましても、女性医師の割合は増加しており、その活躍をいかに支援していくかが重要となっております。

宮城県医師会におかれましては、宮城県女性医師支援センターの運営を通して、キャリアデザインに係る相談事業、セミナーの開催等に取り組まれており、このような活動が医療界の男女共同参画につながるものと期待しているところであります。

また、平成 30 年 6 月には、いわゆる働き方改革関連法が成立し、平成 31 年 4 月から一部が施行されました。働き方改革関連法では、労働時間管理の適正化や時間外労

働の上限規制、並びに勤務間インターバル制度の普及・促進、5日間の年次有給休暇付与義務等、労働に関する制度の見直しが行われ、これまでの働き方が大きく変わることになります。

こうしたことから、本県では、勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、女性医師等の就労支援や医療業務補助者の配置支援、並びに病院内保育所の運営支援等の補助事業を実施しております。また、宮城県医療勤務環境改善支援センターを設置し、その運営を宮城県医師会にお願いいたしまして、宮城労働局とも連携し、医業経営や医療労務管理に係るアドバイザーによる医療機関への助言等を行っているところでございます。本フォーラムの目的であります医療界の男女共同参画の推進は、医療従事者がそのポテンシャルを十二分に発揮して、安全で質の高い医療を将来にわたり提供するためにも大変重要であり、県といたしましても、今後とも関係者の皆様とともに取り組んで参りたいと思っております。

さて、話は変わりますが、県ではただいま幅広い世代に人気の国民的アニメ「サザエさん」や「ポケットモンスター」のラプラスをPRキャラクターに起用した観光キャンペーンを実施しております。今月からは、県内周遊企画として、サザエさんグッズがもらえるスタンプラリーの他、巨大化したタマちゃんを探して写真を撮って楽しんでいただく特別企画も実施中であります。お時間がございましたら、宮城の美しい風景やグルメを堪能し、また、楽しんでいただければありがたいと思っております。東日本大震災からの復興はまだ途上ではありますが、皆様に元気な宮城の姿を実感していただきたいと考えております。

結びに、本日ご参集の皆様のみすますのご健勝とご活躍、そして本日のフォーラムが実り多きものとなりますことを祈念いたしまして、私からの挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございます（拍手）。

酸化ストレス応答と健康長寿と介護

東北大学加齢医学研究所遺伝子発現制御分野教授 本橋 ほづみ

○安藤 本日は、講師として東北大学加齢医学研究所遺伝子発現制御分野教授の本橋ほづみ先生をお迎えいたしました。座長は宮城県医師会副会長橋本省が務めます。

○橋本 それでは、ただいまより基調講演を拝聴したいと思います。私は、担当副会長の橋本でございます。よろしくお願いいたします。

本橋ほづみ先生は、東北大学加齢医学研究所遺伝子発現制御分野の教授という非常に難しそうな肩書をお持ちでいらっしゃいますが、実はもともとは臨床医でいらっしゃり、私は耳鼻咽喉科ですけれど、私が大学に講師でおりましたときに、引っ張ってようやく入局してもらった逸材でございました。1990年のことです。入局してくれましたのですけれど、もともと非常に優秀で、大学院に進んだ後、自分の道は基礎研究により向いているだろうと研究に入られて、そのまま現在に至っているという方でございます。

本日の基調講演をお願いしたのは、学者としてそのように素晴らしいだけでなく、結婚してお子さんを育て、なおかつ今、介護もされており、世の中の女性がいろいろと経験するであろうことを全て経験しながら学問を続けている方でありまして、本日はそういうことも含めてお話をいただくことにいたしました。

研究の内容は非常に難しく、スライドを見ますと英語がたくさん出てくるのですが、その辺はわかりやすく解説していただけるようお願いしてございますので、興味深いお話が聞けるのではないかと思います。聞いた話ですが、最近、お孫さんも生まれましたということで、もう孫がいるのかと先程驚いたところでございました。それでは、本橋先生、よろしくお願いいたします。

○本橋 東北大学加齢医学研究所の本橋でございます。橋本先生、非常に丁寧なご紹介をいただきまして、ありがとうございます。今ご紹介いただきましたとおり、私は1990年に東北大学を卒業いたしまして、当時は初期研修の段階でも入局ということで、耳鼻咽喉科に入局いたしました。その当時、我々は省（しょう）ちゃんと呼んでおりまして、いろいろとご指導いただきました。

今日は、私が長年してきました仕事と、多少若い方もいらっしゃると思ったので、私のキャリアパスのようなことも併せてお話させていただければと思います。簡単に自己紹介から始めるつもりでスライドを準備してきています。私は1966年に、鹿児島島で生まれました。両親が九州の出身だったので、鹿児島生まれなのですが、2歳になってすぐに仙台に引っ越して参りまして、幼稚園から仙台です。

実は私の初恋は幼稚園でございまして、幼稚園のときに初めてのボーイフレンドをゲットいたしました。その後、小学校は立町小学校、中学校は仙台市立第二中学校、

そして高校は、今は共学になりましたが、宮城県第一女子高等学校で、その後、東北大学に入学して、その間ずっと自宅生でした。ひとりっ子、ひとり娘なので、基本的にはいわゆる箱入り娘でありまして、身の回りのことは全て母がしてくれて、洗濯もしたことがない、自分の部屋の掃除もしたことがない、もちろんお料理なんかもしたことがないという状況でありました。

もう少し自己紹介を続けたいと思います。大学に入学した後は卓球部に入りまして、私は卓球が非常に下手だったので、男子部員からはボールにハエがとまっているぞと言われていました。ちなみに、私は1990年卒業なのですが、今日最後にお話をされる力山先生とは同級生でして、当時から非常に格好よく、私たちは力(りき)さんと呼んでいました。聞いたところでは、力さんの魅力で、さいたま医療センターに女性医師がいっぱい入ってくるということです。

ちょうど大学1年生のときに、幼稚園以来2番目のボーイフレンドをゲットすることができましたが、先生方ご存じのとおり、解剖実習が非常に忙しいので、解剖実習のせいで何となく自然消滅してしまいました。その後、卒業目前の、当時いわゆる学4(がくよん)と言っていましたが、6年生の秋口に3番目のボーイフレンドができて、彼が現在の夫であります。

1990年に卒業して耳鼻咽喉科に入局した後、当時の仙台逋信病院の耳鼻科で初期研修の続きをして、初期研修1年目が終わったところで結婚しました。結婚して初めて親元を離れて、実は夫に洗濯機の使い方を教えてもらったのですが、ここでようやく独立して、親元を離れて磐城共立病院(いわき市医療センター)で研修の続きを行いました。

その後、大学院に入学していわきで妊娠しまして、大学院の1年生の間に出産しました。こちらが当時の私の息子でありまして、非常に可愛かったのですが、今はこんな感じになっております。こちらは孫でして、こうしてスライドを作りながら思ったのですが、ほとんど同じ顔をしているということに私自身非常に驚きました。孫娘は明日が2歳の誕生日で、もうおばあちゃんをしていまして、誕生日にいろいろなプレゼントを贈っております。孫は可愛いというのは、本当にそうだと感じています。

大学時代の卓球部には女性の先輩たちが何人かいて、「本当は、子どもを生むのは一番暇な学生時代がいいんだよ」とよく言われました。「悲しいかな、相手がないしね」と当時は言っていたのですが、何となくその言葉を思い出して、子どもを生んで育てるなら大学院の時かなと、多少計画的に子どもを作ることを考えました。

そこで、子どもをお腹に抱えながら耳鼻咽喉科で仕事をしました。当時このような、これはマウスですけど、野生型に対して少し耳の聞こえが悪いマウスがいるという情報が入って参りまして、そのマウスの解析をしてみたいとお願いしました。これはマウスの聴力検査で、野生型のマウスの耳が聞こえているかどうかは脳波でわかります。こちらのマウスは同じ音を聞かせてもほとんど反応がないので、耳の聞こえが悪いだろうということになるわけです。

では、なぜそういうことが起こっているかを調べるために、当時、東北大学の耳鼻咽喉科は内耳の電子顕微鏡の解析が非常に優れていたもので、私もその電子顕微鏡のチームに入り、電子顕微鏡の解析をさせてもらったところ、これは内耳の血管条という、いわゆる内リンパ液の代謝に非常に関わっている部分があるのですけれど、その部分がとても薄くなってしまっているということがわかりました。

ところが、これがわかったのはよかったのですが、では、どうしてこうなっているのかということがこの形態を見ているだけではなかなかよくわからなくて、若干欲求不満になったのですね。当時 1991 年、92 年、93 年は、ようやく分子生物学というものがアメリカ方面から日本にやってきて、日本の国内でも遺伝子が研究対象として大分浸透してきた時期でありました。私は遺伝子というものに非常に興味が出てきて、遺伝子の仕事をすればこういう原因がわかるのではないかと考えました。

これは、私たちが例えをするときによく使う絵です。例えば、受精卵がその後分化して血管や神経の細胞になったりするわけですが、いろいろなところで運命決定をしなければいけません。細胞として、選択をしなければいけないことの連続なのです。こちら側に行くのか、あるいはあちら側に行くのか、さらにこちら側に行ったときにどちらに行くのかという、細胞は絶えず選択をしながら自分の本来なるべき系統に分化していく、あるいは反応していくということがあります。そこを制御しているのが遺伝子の働き方であるということがちょうどわかってきた時期だったので、そこに非常に興味を持ったわけです。

これが細胞の核の中に収納されている DNA の漫画です。この核の中に染色体があり、それを細かく見ていくとクロマチンという形をとっていて、もっと細かく見ていくと、いわゆる DNA の二重らせんになるのですけれど、この DNA の二重らせんのところに大事な遺伝子が乗っており、その遺伝子がどう使われるかというのが、私たちの体を形作っている細胞の性質を決める上でとても大事です。そこで働くのがこの転写因子というタンパク質でありまして、DNA に結合して、その遺伝子の働き方を制御しています。

私は耳鼻咽喉科の大学院 1 年目の終わり頃に出産して、次に何をしようかなというときでしたが、その頃、現在、東北メディカル・メガバンクの機構長と医学部医化学分野の教授をなさっている山本雅之先生が、アメリカで分子生物学というフィールドを開拓されて東北大学に戻ってこられました。たまたま私の友人が山本先生の研究室に出入りしていて、ちょっと行ってみようかとお話をお伺いに行ったのが 1993 年のことでありました。そのときに、山本先生から遺伝子の発現制御のおもしろさをお話していただき興味を持って、先生のところに行ってもいいですかとお伺いしたところ、女性がプロとしてやっていくなら、臨床より基礎がいいよと勧められました。

臨床の先生方が多くいらっしゃる中で、少し失礼な言い方かもしれませんが、学生をリクルートするときは、「臨床だと決まった時間に回診しなければいけないし、決まった時間に仕事が入るけど、基礎は自分で好きなように組み立てられるからやりや

すいよ」と言って、女子学生を一生懸命説得しようとしています。

もう一つは、橋本先生の前ですけれど、耳鼻咽喉科であまり期待されていないなら来てもいいよと言ってもらいました。当時、少しは期待してもらっているかもしれないと思っていたのですが、やはりこの遺伝子の発現制御ということに大きな魅力を感じましたので、実は耳鼻咽喉科の先生方には大変な不義理をしてしまったのですけれど、医化学のフィールドに転向することにさせていただきました。ということで、このときからほぼ 20 年間、山本先生と一緒に転写制御の研究を行って参りました。山本先生のところからは、私も含めて女性教授が今までに 4 人出ていて、「僕は日本医師会から表彰されてもいいんだけどな」と、よくつぶやいていらっしやいます。

大学院時代、耳鼻咽喉科から医化学に移って何をしたかという、転写という、遺伝子がどう働くか、どう使われるかを制御するタンパク質の研究をしました。ここにいろいろタンパク質が出ていますが、特に大学院時代に私が着目したのは、この Maf 系というタンパク質がどのように作られているかという、かなり基礎的な研究を行いました。

大学院を無事に終えたのが 1996 年だったのですが、その時、山本先生が東北大学の講師でいらして、任期付きの講師だったので東北大学から移らなくてはいけないこととなり、筑波大学の教授になって引っ越しをされることになりました。そこで、研究室をあげてほぼ全員、東北大学からつくばにぞろぞろと引っ越しをしたのが 1996 年の夏でありました。これは私たちが仕事をしていた筑波大学の先端学際領域研究センターというところです。その後、2000 年に半年ぐらいいましたがノースウェスタン大学に留学して、その後またつくばに戻り、何だかんだとつくばには 1996 年から 2006 年の 10 年間ほどいました。

その間、子育てをどうしたかという、息子を連れていくことも考えたのですが、主人は医者だったので、やはり仕事の関係であちこち病院を移らなければいけなく、私の母に 3 歳の息子を託しまして、単身赴任をすることにいたしました。ということで、毎週末土曜日の朝一番につくばから仙台に行って、日曜日の夜に仙台からつくばに戻るという生活を 10 年間続けました。よくよく計算してみると、新幹線で仙台から東京に行って、常磐線で土浦まで行って、土浦から車につくばへというコースなので、かれこれ 10 年間で 1,000 万円ぐらい JR 東日本に支払ったことになり、新幹線に乗るたびに、この電柱 1 本は私が立てたと思っています。しかし、研究者として 10 年間、つくばで得がたい体験ができたので、プライスレスということを感じています。

そろそろ本題に入ります。今日私がお話させていただく内容を聞いていただいて、何でこういう野菜が体にいいのかということをご理解いただければ十分かと思っています。特にハーブとかブロッコリースプラウトといった、いわゆるアブラナ科の野菜が私たちの体に非常によい、フェイバブルな成分を含んでいるということがご理解いただければいいと思ってお話ししたいと思います。

私たちは、様々な環境因子と相互作用しながら生命を営んでいます。人間に限らず

どんな生物でもそれを取り巻く環境からいろいろな刺激を受けて、そしてそれにも関わらず、恒常性を維持しながら生きているわけです。例えば、我々を取り巻く様々な要因の中には、水に溶けにくい、いわゆる脂溶性のものがかなり含まれていて、こういったものは一旦体に取り込まれてそのまま放っておきますと、水に溶けにくいですから、体の脂に溶けたまま体に蓄積します。そうなっては困るということで、私たちの体には解毒反応という仕組みが備わっています。

まず、このような脂溶性の環境中の化学物質が体に入りますと、第一相反応と呼びますが、チトクロム P450 と言われている仕組みが働いて、この化学物質が少しだけ活性化されます。つまり、少し反応性が高い状態になります。その後、第二相反応と呼びますがけれど、グルタチオンとかグルクロン酸と言われるような、非常に水に溶けやすい物質と結合し、これを抱合と呼びます。このようなことが起こると、最初水に溶けにくかった環境中の化学物質が、比較的簡単に水に溶けるようになって、その結果、尿中に排せつされる第三相反応が起きます。このような仕組みで、環境中の化学物質は体内に取り込まれても、排せつされて問題がないということになるわけです。

例えば、たばこはベンツピレンですが、たばこ等の中に入っている化学物質がたばこを吸って肺の中に入ってきたとき、肺の上皮の細胞で何が起こるかということ、今ご説明したような反応が起こっています。チトクロム P450 という酵素の働きで、ここに少し酸素が入って酸化される形になり、反応性が高い状態になって、そこにグルタチオンが結合して排せつされていきます。いきなりグルタチオンが結合することではできないので、一度活性化して反応できるようにして結合するということになります。

反応性が高いということは、この中間体が溜まると、反応してほしくないタンパク質や核酸を修飾してしまうことになり、例えば DNA 等に結合してしまうと、いわゆる DNA の損傷が起こり、ひいては発がんということが起こってきます。ですので、この反応をなるべく速やかに起こすことが大事になります。第二相反応という、ここが本当の解毒反応の役割を担っているわけです。

実は、ここの第二相反応を活性化する役割を持っているのが NRF2 というタンパク質でして、これは先ほど少しお話ししました転写因子です。つまり、DNA に結合して遺伝子を活性化させるという働きを持っているタンパク質です。英語ばかりのスライドになってしまうのですが、言わんとしていることは非常に簡単なことで、NRF2 がどのようにして働くかということ、DNA にこうして結合します。

もう一つ、一緒に働くタンパク質があるのですが、いずれにしても NRF2 がこのように結合すると、その近傍の遺伝子が活性化されて、非常に活発に働くようになります。NRF2 が活性化したときに、体を守ろうとする遺伝子がたくさん働くことになり、つまり、第二相反応という解毒を高めようという因子がたくさん働きますので、例えばたばこを吸ったりしても、肺胞の上皮は守られます。

例えば、世の中に様々な化学発がん物質というものがあるのですが、そういったものに暴露されても NRF2 が活性化した状態であれば、発がんが予防できます。実は NRF2

は抗酸化作用も持っておりまして、お日様に当たったりした場合、皮膚とかレンズを守る働きもしてくれます。さらに、内因性にできてくる活性酸素種、一番有名なのは虚血再灌流という、心筋梗塞や脳梗塞といった、そういう虚血再灌流の状態では活性酸素種が非常にたくさんできるということがわかっておりまして、そういった場合も NRF2 をあらかじめ活性化させておくことで、重症の組織障害を防ぐことができることがわかっています。ということで、NRF2 は解毒機能、抗酸化機能を増強するという働きがあります。

ここで少しだけ、耳鼻咽喉科から私の研究室に来てくれた学生の仕事を紹介させていただきます。本蔵（ほんくら）さんという非常に熱心な学生が研究室に参加してくれました。彼は耳鼻咽喉科医として内耳のプロテクション（保護）に興味があり、騒音性難聴に対して NRF2 が保護的に働くのではないかという仮説を持って実験をしてくれました。実験の内容は、少し可哀相な感じですが、マウスを2時間ほど強大音にさらし、1週間後に聴力検査をします。最初のスライドでお見せしたように、脳波をはかることで耳の聞こえをモニタリングします。これがその結果です。横軸が周波数、縦軸がその閾値になります。つまり、閾値が高いほど耳が悪いということです。見ていただきますと、野生型のマウスに比べて NRF2 を持っていないマウスだと、非常に耳の聞こえが悪くなっていることがおわかりになると思います。

では、NRF2 を活性化させるような薬を使ったらどうだろうということで、薬を事前に投与しておきます。そうすると、野生型のマウスは薬の投与によって余り耳が悪くならない。一方、NRF2 がいないマウスは薬をやってもやらなくても相変わらず耳が悪くなってしまふということから、NRF2 が欠損していると騒音性難聴に対して脆弱になっている。逆に言えば、NRF2 があることによって内耳が守られているということになります。

では、どれぐらい守られているかということも、少し見ていきたいと思えます。これは内耳の内毛細胞と外毛細胞が3列になっているのを上から見ています。音響暴露しますと、野生型は1か所欠損が出ています。あらかじめ NRF2 を活性化させる薬を投与しておきますと、ほとんどそういった欠損は見られません。一方、NRF2 がいないマウスですと、薬があってもなくてもこのようにポツポツと有毛細胞の欠損が出ています。

では、酸化ストレスとの関係はどうかということで、ここでは4-HNE と書いていますが、これは4ヒドロキシノネナールといいまして、いわゆる過酸化脂質の一種です。過酸化脂質をモニタリングしていると思ってください。そうしますと、この音響暴露、音を聞かせると、少し赤くなっています。あらかじめ薬をやっておくとほとんど赤くならない。一方、NRF2 のないマウスではかなり赤くなっている。ということは、かなり活性酸素種のレベルが上がってしまっている。つまり、組織の酸化障害が起こっているということです。

この辺は、実際もう少し定量的にということで、この4-HNE に修飾されているよう

なタンパク質の量を調べていますが、NRF2 がないとこういったタンパク質が非常に増えてしまっていることとなります。それから、組織の酸化ストレスに対して防御的に働く因子として、これはグルタチオンですが、グルタチオンのレベルがどうかを見ますと、NRF2 がないとそのレベルが下がってしまっているということから、NRF2 が働くということは抗酸化機能を強めているということです。

実は私たち人間の NRF2 を作る遺伝子には、人によって少し違いがあるということがわかっています。これは NRF2 の遺伝子の模式図で、ここから遺伝子が働くのですが、その上流、遺伝子の働き方を制御するような領域に、人によって少し違いがある。いわゆる SNP（一塩基多型）というものです。人によってここが C だったり、もしくは A だったりという違いがあります。この C もしくは A の違いがどのように影響しているかを見ているのがこちらの図になります。これは何をしているかという、何人かの患者の血液リンパ球を培養して、そのリンパ球の中の遺伝子の働き方を調べているものです。

見ているのはこの NQO1 という因子ですが、簡単に言うと、これが高いほど NRF2 の働き方が強いと思ってください。そうしますと、A/A というタイプ、つまり、こちら側の遺伝子を二つ持っている人は少し低いです。A/C を持っている人は中くらいで、C/C を持っている人が非常に高い。A/A タイプ側の人は NRF2 がよく働く、C/C タイプの人は少し働き方が弱いということになります。

では、このような違いで、騒音性難聴に対する感受性がどれくらい違っているかということに、本蔵さんは非常に興味を持って調べたいということで、防衛医大の先生方と共同研究という形で、陸上自衛隊の隊員さんの聴力検査の結果と、その方たちの NRF2 遺伝子の一塩基多型の種類の相関を調べました。

この 4kHz notch というのは騒音性難聴の初期初見です。こちらが正常聴力で、人数との関係を見ても、どうも NRF2 の働きが弱目な人は、やはり少し騒音性難聴のリスクが高まっているのではないかということがわかってきました。簡単に申しますと、NRF2 を多目に持つ方は騒音性難聴になりにくいけれど、少ない方はなりやすい傾向があるということで、NRF2 を活性化させることによって、NRF2 が少ない方でも騒音性難聴に対しては抵抗性を獲得できるだろうということが考えられます。

NRF2 はいいことがもっとあって、実は抗炎症作用も非常に高いことがわかってきました。これは血液免疫科から来てくれた学生、鈴木さんがしてくれた実験ですが、様々な自己免疫疾患に対して NRF2 の活性化が効くのではないかということで、彼はスカフィーマウスというマウスを探し出してきました。

これは、制御性 T 細胞という、免疫を抑制する働きを持っている T 細胞が生まれつき欠損しているマウスです。このマウスは、耳たぶやしっぽとかを見ていただくと、いかにもかゆそうな感じになっていて、かわいそうなことに大体生後 3 週目ぐらいで全滅してしまいます。恐らく死因は肺炎か何かだと思えるのですが、とにかく死んでしまう。このマウスを用いて、NRF2 を全身で活性化させるという実験をしてみまし

た。

どうしたかという、NRF2 を抑制している因子である Keap1 という因子を減らしたマウスを作りました。Keap1 が減る、つまり、NRF2 を抑制している因子が減りますので、NRF2 が全身で増えるということになります。ということで、このマウスを Keap1 の減ったマウス、すなわち NRF2 が全身で活性化したマウスと交配させますと、耳もしっぽも非常にきれいな、野生型と似たような感じになりました。つまり、炎症が抑制できているということになります。炎症がひどいと貧血になってくるのですけれど、その貧血のパラメータもまあまあ回復したということです。実際に寿命も、完全回復まではいかなかったのですけれど、半分くらいは生き延びることがわかりました。

例えば組織図を見ても、炎症のひどいマウス、耳介も分厚くなって、炎症性の細胞浸潤がかなり多く入ってきています。肝臓、肺いずれも好中球、リンパ球といったものが非常にたくさん入ってきているのですけれど、Keap1 を減らして NRF2 を活性化させたマウスでは、まずまず改善しているということがわかり、さらに、血清中のインターフェロングamma や TNF とか IL-6 といった、いわゆる炎症性サイトカインのレベルも、右から 2 番目がスカフィーマウスですけれど、一番右側が NRF2 を活性化させた状態のスカフィーマウスでレベルが低下しているということがお分かりだと思います。

では、NRF2 を活性化させる薬を与えてみようということで、このスカフィーマウスに 1 日おきに、CDDO-Im という NRF2 を活性化させる薬を投与しました。寿命に有意差はつきませんでした。長生きする傾向にはなりました。皮膚の炎症、肝臓の炎症、肺の炎症もまあまあ抑制でき、そしてインターフェロングgamma のレベルも下がりました。ということで、やはり NRF2 の活性化が、こういった重度の自己免疫疾患の改善にもいいということがわかりました。

抗酸化機能、抗炎症作用と来ると、やはり抗老化作用もあるのではないかとということが予想されるわけです。これは私たちの仕事ではないのですが、おもしろい報告があるので紹介させていただきます。アメリカのチームから出た報告ですが、様々なげっ歯類、ネズミの仲間たちの平均寿命がここに書いてあります。私たちがよく研究室で使うのはラボラトリーマウスといい、大体 2 年から 3 年、長くて 4 年ぐらいの寿命です。一方、例えばこれはネイキッドモールラット、日本語ではハダカデバネズミというすごい名前がついていますが、このマウスは 31 年も生きています。

ということで、様々なげっ歯類、寿命も様々ですが、この平均寿命を横軸にとって、このげっ歯類の体の中の NRF2 のアクティビティ（活性度）を評価してみると、正の相関が出ました。一方、NRF2 を抑制する方の因子である Keap1 のタンパク質レベルとの相関を見ると、負の相関が出たということから、自然界でネズミが進化するときに、NRF2 の働きが強い方が寿命はより長くなる。つまり、寿命の延伸に NRF2 の活性化が高いということが非常に有利だったのだろうと考えることができます。

では、ヒトではどうかということ、ここは実はまだまだ議論のあるところというか、これからきちんと調べなくてはいけないところではあるのですけれど、ヒトの早老症にハッチンソン・ギルフォード症候群という病気があって、その患者で調べられた結果が報告されておりまして、本来、NRF2 の働きが DNA の上に乗っかって働くはずなのですが、この早老症の患者さんは、NRF2 が角膜のところにトラップされた形になって働きにくくなっているということが報告されています。つまり NRF2 が働きにくいということが、早老症の患者さんの表現型の一つの原因になっているだろうということです。

現在、私は加齢医学研究所というところに所属しておりまして、所のミッションとして、やはり健康長寿の実現があります。加齢研は基本的な加齢のメカニズムに加えて、認知症あるいは難治性がん等の加齢に伴う疾患の克服を目指して、一丸となって研究を進めようとしているわけですが、私が 2013 年に山本先生の教室から独立して加齢医学研究所に自分のラボを構えたその前後から、息子をすっかり頼んでいた私の両親が、大分おかしな感じになって参りました。

母は 75 歳ぐらいから骨粗しょう症がひどくなりまして、常に背中が痛い、腰が痛いという生活になっていました。若い歌手や、最近の歌謡曲、ポップス等が大好きな母でしたが、78 歳ぐらいから、そういうものをぱたっと聞かなくなって、何かおかしいなと思っていました。私が「出張に行くからね」と言うと、お小遣いをくれるのですが、お小遣いをくれたことを忘れて何回もくれようとする。お母さん、もらったからいいよと言っても、「あれ？ そうだっけ？」というようなことが増えてきて、これはおかしいと思い調べていただいたところ、典型的な認知症状だということがわかりました。現在 82 歳ですが、要支援 1 の認定をいただいています。

一方、父は 60 歳ぐらいから高血圧でずっと薬を飲んでおりましたが、70 歳ぐらいから心房細動があり、いわゆる心腎連関のかなり典型的な例でありまして、腎臓の方もだんだん機能が低下してきました。80 歳ぐらいから、多分この心房細動からだと思いますが、心不全、そして下腿浮腫等が出てきて、いよいよこれは心不全だなという状況になってきています。昨年要支援 1 をいただき、現在は要介護 1 という認定をいただいています。

私はひとりっ子、ひとり娘で、最近になって海外出張等が増えてきました。夫は夫で、現在全然違うところにおります。どうしようかと悩み、やはり介護付きの高齢者住宅に入れてしまおうと考えました。昨年 12 月に、泉にある少々立派な感じの介護付き高齢者住宅に入居させ、少しほっとしたと思ったところでした。

ところが、施設によって違いはあるかもしれませんが、入居しますと、身の回りのことを全てやってもらえます。母は、自分で洗濯機を使って洗濯をして干すことはできていました。それから、お料理はしませんでした。食器を洗うのは割と好きで、普通にやっていたのですけれど、そういうことを一切やらなくてもよくなってしまい、やることといえば、部屋でテレビを見るだけという状態になってしまいました。

父の方は、まだ頭はある程度しっかりはしていたのですが、部屋が変わると電気をどうやってつけたらいいのか、そういうところがよくわからなくなってしまって、電気のつけかたを聞くためにナースコールを押してしまうような状態でした。これはあまりよろしくないということで、2か月弱で施設を撤退いたしまして、自宅に戻しました。

今は、私の家と両親の家が同じマンションの中なので、毎朝「どう？」と、いわゆる朝回診をして朝ご飯を作ってあげ、6月からは家政婦さんに毎日来ていただいています。何ととっても、私は息子をほぼ100%と言っていいぐらい、両親に預けて好きな研究を勝手にやらせてもらい、やはり恩は忘れてはいけないということを感じており、この先両親は見ていこうと思っています。ただし、働けるうちは働かせるべしということで、簡単な仕事をなるべく親にしてもらって、体を動かしてもらおうようにしています。家政婦さんにも、なるべく母を働かせてくださいとお願いしています。

介護を自分自身で経験することになって、何を大事にしているかということ、スキップです。特に母は、父とすごく仲睦まじかったわけではなくて、父の言うことは全然聞かないのですが、私の言うことは何でも聞いてくれるのです。私は毎朝ぎゅっと母を抱きしめて、「じゃ、行ってくるよ」と言って、投げキッスをして仕事に行くという、娘が1人できたような感じで対応しています。

もう一つ、自分自身で考えていることは、両親の介護のために何かを諦めることを、なるべくしないことにしています。介護に関わっている方がもしいらっしゃれば、多分おわかりいただけると思うのですが、結構イライラすることも多いです。何でさっき言ったのにわからないのよ、と言いたくなることはたくさんあるのですが、そういうときに、「こういう恩があったよな」ということを思い出す心のゆとりを持つためには、「この間、お母さん、お父さんに我慢してもらって、私は好きなことをやったな」ということを思い出せることが大事だと思っています。「あなたたち2人のために私はあれを諦めた」という気持ちにならないために、なるべく自分のことは優先させてしまうことを考えていて、これは介護に関わる方にとっては、大事なところではないかと思います。つまり、心の余裕を持つためには、あまり自分を犠牲にしないことが大事だということを最近感じています。将来的に、いずれかの時点で寿命というものは来るとは思いますが、家政婦さんの力をかりて、2人とも自宅で看取りをしようと、今心に決めたところです。

このように、最近2人がどんどん老いていくのを間近に見て生活しているわけですが、現在、加齢医学研究所で健康長寿を目指して仕事を進める中で、今までご紹介してきた NRF2 の活性化が、実はその手がかりになるのではないかという感触をつかみ始めているので、その具体例を二つ、最後に紹介したいと思います。

一つは、これまた耳鼻科から来てくれている大石さんという学生ですが、彼が加齢性難聴に興味があると言ってくれたので、マウスを使った加齢性難聴の実験を試みることにしました。マウスは、年をとらせるのに1年~2年かかります。学生が年を

とるのとどっちが早いかということになるのですが、12 か月ぐらい、つまり、1 歳齢ぐらいで何とか表現型が見えたので彼はラッキーでした。これは内耳の蝸牛という、音を感知する、いわゆる感覚器の断面図になります。この軸の中心部に神経細胞があり、蝸牛神経節というところがあるのですが、5 か月齢ですと、上の方と下の方に、神経細胞がきれいにあるのが見えます。

12 か月齢になりますと、少しスカスカになってきているのがおわかりだと思います。特に下の方、basal と書いていますが、下の方はだいぶスカスカです。NRF2 が欠損したマウスでは、どちらもスカスカになっています。一方、NRF2 が活性化した状態、つまり、NRF2 を抑制している因子 Keap1 を減らしたマウスという意味ですが、かなり細胞がみちっとしていることがおわかりだと思います。ということで、NRF2 が活性化した状態が維持できると、加齢に伴う神経細胞の脱落が抑制できそうだということがわかってきました。

では、機能的にどうかということになって、聴力検査をしてみました。これがその結果ですが、先ほどと同じで、上に行くほど耳が悪いということになります。Keap fa/fa と書いていますが、これは NRF2 を活性化した方のマウスです。残念ながら耳の悪い子が 1 匹いたのですが、押しなべてまずまず耳がいい。野生型の方もやはり 1 匹耳のいい子がいたのですが、それ以外は耳が悪いということで、もう少し定量的に評価しますと、各周波数でこの辺では有意差がついたかなということで、やはり NRF2 が活性化している方は、組織学的に見ても機能的なところを見ても改善が得られたようだということになります。

もう一つは、アルツハイマーです。私の母に限らず、やはりこれから日本の社会、日本に限らず、全世界的に認知症は非常に大きな問題でありまして、先日政府でも、認知症の予防として具体的な数値目標を掲げたと聞いております。そこで、NRF2 の活性化でアルツハイマー病が何とかならないかということで実験してみました。私たちが使った認知症のモデルマウスは、理化学研究所の西道先生という方がおつくりになった、一番新しいモデルマウスです。これまでのモデルマウスは、おかしくなるようなタンパク質を無理やり神経細胞に発現させてモデルマウスとしていたのですが、彼らのつくったモデルマウスは、本来マウスが持っているアミロイド・プリカーサー・プロテインという、いわゆるアミロイドβのもとになっている遺伝子に対して、ヒトの患者さんで見ついている変異を導入しているという、本来の姿に非常に近い形のモデルマウスです。

このマウスは、大体生後 2 か月～3 か月経つと、脳の中でアミロイドβが非常にたくさん蓄積してきます。このマウスを使って、先ほどと同じ作戦で Keap1 の減ったマウスと掛け合わせをしてみました。この APPNL-G-F/NL-G-F というのがアルツハイマーのモデルマウスのことです。このマウスを NRF2 の活性化したマウスと交配させて全身で NRF2 を活性化させてみるという実験を、私どもの研究室の助教である松丸君が行ってくれました。比較しているマウスは野生型、それからアルツハイマーのモデ

ルマウス、この二つは少し程度の違いがあるのですが、アルツハイマーのモデルマウスで、かつ NRF2 が活性化した状態のマウスです。

まず、アミロイドβの蓄積がどうなっているかということを見ていただくと、この三つを比較して、あまり茶色の加減に違いはないかと思います。ですから、NRF2 が活性化してもしなくてもアミロイドβの蓄積自体には大して変わりがない。そこで、NRF2 が活性化すると抗酸化機能が強くなるということを最初にお話ししましたが、脳の中のグルタチオンがどうなっているかを、質量顕微鏡という手法で調べています。

そうすると、野生型に比べてアルツハイマーのマウスは少し差が小さいのですが、全体に色が青っぽくなっているかと思います。色が青っぽいほどグルタチオンの量が少ないということです。一方、アルツハイマーモデルマウスをこの Keap1 ノックダウンマウス、つまり、NRF2 を活性化したマウスと交配させると、全体に少し黄色くなっている。つまり、脳の中のグルタチオン、抗酸化作用を持った因子が増えているということです。

では、本当に酸化障害が抑制できているかということですが、8-OHdG という、これは核酸の酸化障害を示しており、これを抗体を使って調べることができます。そうしますと、野生型に対してこのアルツハイマーモデルマウスでは少し紫に染まっているところがあることがわかります。大脳皮質と海馬です。いずれも少し核酸の酸化障害が起こっている。NRF2 を活性化させた状態にしますと、こういった紫の染まりがなくなっていることから、NRF2 の抗酸化機能というのがきちんと中枢神経系で働いているということになります。

NRF2 には、抗炎症作用もあるとお話ししました。炎症性のサイトカイン、IL-6 や IL-1β というものがありますが、こういったものがどうなっているかという、NRF2 が活性化している方のマウスたちで低下していました。ここは低下が余り見られませんでした。押しなべて IL-6 に関しては急な低下があるということから、脳の中の、いわゆる神経炎症と呼んでいます。そういった病態が NRF2 の活性化によって抑制できているだろうということになります。

そこで接点をよく見てみると、少し面白いことがわかってきました。いわゆる光顕レベルで見ているのですが、この辺はいかにもアミロイドが溜まっているように見えるのですが、その周りに細胞が集まってきている様子がアルツハイマーモデルマウスでは見えており、NRF2 が活性化すると、その周りの細胞の集まりがあまりないようだということから、もう少しきちんと調べてみようということで、免疫染色をしてみました。

この緑に染まっているところがアミロイドβです。赤に染まっているところは、少しバラ色っぽく見えますが、いわゆる活性化されたミクログリアです。見ていただきますと、こちら側で緑のところには赤が結構あるのですが、NRF2 が活性化すると、その赤が少し減ってきています。実際に数を数えてみても、減っていることがわかりました。ということから、NRF2 の活性化によってアミロイドβの蓄積という、ある意

味根本的な原因を改善することはできないけれど、それに対して起こる炎症性の応答の方を抑制することができたということになります。

もう少しパラメータを増やして調べてみました。アルツハイマーの病態では、リン脂質、神経系はたくさん脂質があるのですが、その中でリン脂質は2種類あります。ジアシルリン酸タイプとプラズマローゲンタイプというのがあって、実はアルツハイマーの患者さんはこちら側のプラズマローゲンタイプが減ってくるのがわかっています。このプラズマローゲンタイプのリン脂質は、抗酸化機能を担っているとも言われています。

それでは、モデルマウスではどうかということ、先ほどと同じイメージング、質量顕微鏡というもので調べています。けれども、野生型に対してこのアルツハイマーのモデルマウスでは、全体的に少し青いところが増えている。例えば、ここはちょうど海馬ですが、少し青っぽくなっています。ところが、NRF2を活性化させますと、こういうところが大体回復しているということから、プラズマローゲンタイプの脂質の低下が回復しているだろうということがわかります。

では、本当に記憶がよくなっているかということになりますが、結論としては、多分まあまあよくなっているだろうということです。どうやって調べたかといいますと、これは加齢医学研究所の所長である川島隆太先生との共同研究ですが、彼らに様々な行動解析をしてもらいました。一番きれいに見えたのがパッシブ・アボイダンス（受動回避試験）というものになります。マウスは暗いところが好きなので、明るいところから暗いところに入ります。ですが、暗いところに入った途端に、電熱線を仕込んでおいてビリッと痛みを与えます。そうすると、きちんと物を覚えることができるマウスは、一回痛みを感じると、暗いところは好きだけれど明るいところにしばらくとどまります。ところが、すぐ忘れてしまうと、やはり暗いところが好きなのでスルッと中に入って、2回目の電撃を食らうという、このような試験です。

野生型のマウスは、最初はすぐ中に入りますが、2回目の試験では、ほとんど中に入ることなくとどまります。アルツハイマーのモデルマウスはといいますと、すぐ忘れてしまうので、2回目もすぐに中に入ってしまって2回目の電撃を食らいます。NRF2を活性化させておくと、ばらつきはあってだめな子もいたのですが、まずまず割と長い時間明るいところにとどまっていることができたということで、ある程度は記憶力の回復も認められているのではないかと、解釈しています。

ということで、NRF2を活性化させると非常に健康にいいし、恐らく抗老化作用というところにも貢献できると考えられます。もう大体気づいていらっしゃる先生方も多いかもしれませんが、NRF2の活性化は、創薬のターゲットになるということで、現在様々な製薬会社がNRF2活性化剤の開発を進めています。

特に、糖尿病性腎症や多発性硬化症といったところには、もうほぼNRF2の誘導剤が使われ始めていて、多分こちらに関しては承認されていると思います。それに加えて、食品中、ブロッコリースプラウトに入っているスルフォラファンといったものが

NRF2 の誘導作用として非常に強力なので、薬だけではなく、食品を介しても、NRF2 を活性化させることができます。現在、NRF2 の活性化剤は様々な病態に有効であるということが言われていまして、例えば、バルドキシロンメチル等も挙がっておりますが、非常に幅広く我々の健康に貢献できることが予想されます。

薬ももちろんいいのですが、病気になる前に、いわゆる未病というところでどう対応するかというのが、これからの高齢化社会では大事になってくると思います。現在、私たちは食品を大事にしたいと思っております、薬に進む前に、こういった野菜を食べる、もしくはハーブ等、あるいはワサビといったものに NRF2 の誘導作用がある物質、いわゆるファイトケミカルと呼んでいるものが入っているので、こういったものを上手に摂取しましょうということです。特に若い学生たちは野菜嫌いが多いので、しっかり野菜を食べよう、医化学の授業等で話しているところです。

今日は、非常に多くの方々の協力を得て、私たちの研究室を中心に進めている仕事を紹介させていただきました。特に、いろいろな臨床家の先生方には学生を派遣していただいて、それぞれの臨床の分野で大事な視点、私は臨床を離れて大分長く、そういう視点がなくなってきたので、学生たちからいろいろな提案をもらいながら、人の健康にどう貢献できるかという視点で、そして、日本が、世界が直面している超高齢化社会をどう乗り切っていくかというところに、少しでも貢献できたらという思いで仕事を進めております。ご清聴どうもありがとうございました（拍手）。

○橋本 本橋先生、ありがとうございました。NRF2 の抗酸化作用、ひいては抗老化作用について、それを軸にご自身のいろいろな経験も交えてお話をいただきました。何か新しいことを教わったような気がいたしまして、私も、今晚は寿司にワサビをたくさんつけて食べようかと思いますが、確かにこれから、日本の社会は老化が進むわけで、それに対する一つの防止策になってくれればという気持ちで拝聴しておりました。

一つだけ、山本先生に本橋先生を拉致されてしまったわけですが、臨床で期待されていなければなんていう話があったというのは私も知らなくて、実は非常に期待して、せっかく入局してもらったのに拉致されて、その点はとても残念に思っているところでございます。これからも、研究のご発展と、それから、ぜひ日本の老化を食い止める何かの役に立つようなお仕事をさせていただきたいと思っております。本当にどうもありがとうございました。もう一度拍手をお願いいたします（拍手）。

○安藤 本橋先生、ありがとうございました。

第15回男女共同参画フォーラム
「男女共同参画のこれまでとこれから—さらなるステージへ」
仙台勝山館
2019.7.27

酸化ストレス応答と健康長寿と介護

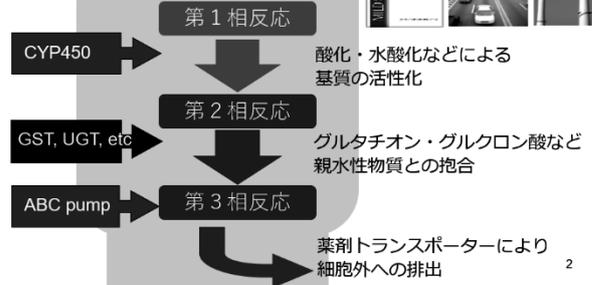
本橋ほづみ
東北大学加齢医学研究所



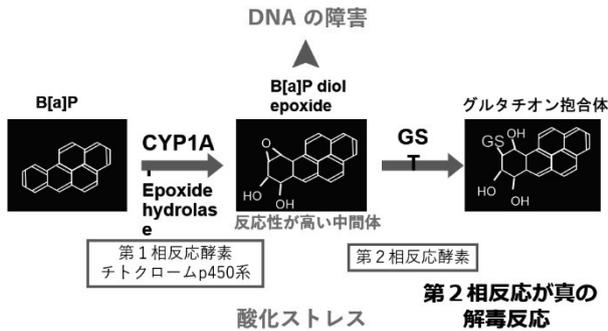
環境応答

Environmental Response

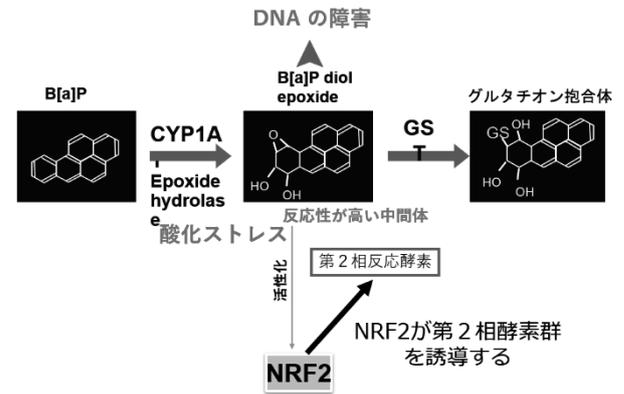
生体は環境中の毒性を感知し、
遺伝子の発現を変化させること
により応答・適応している



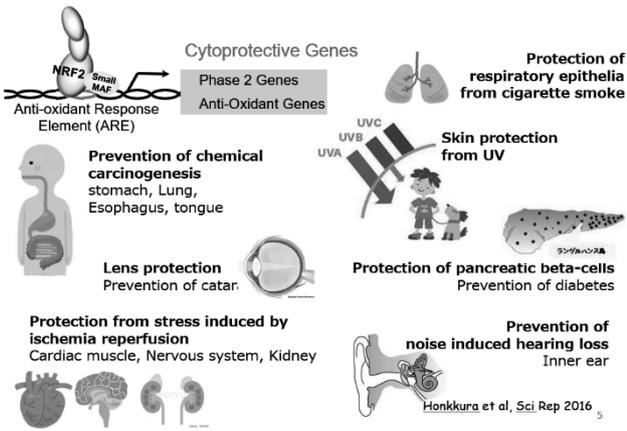
ベンツピレンの解毒



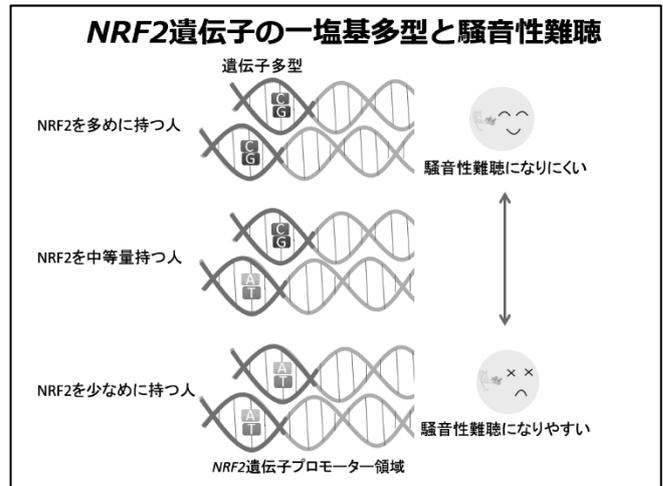
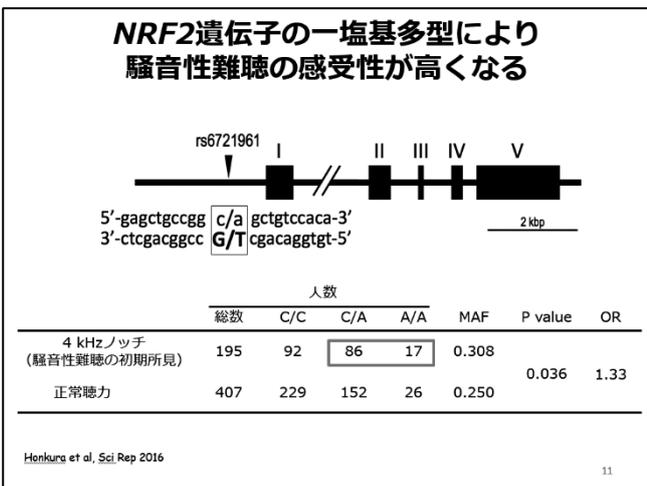
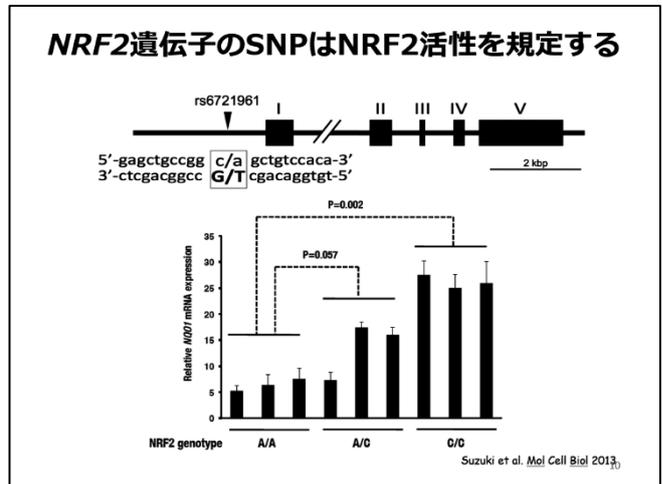
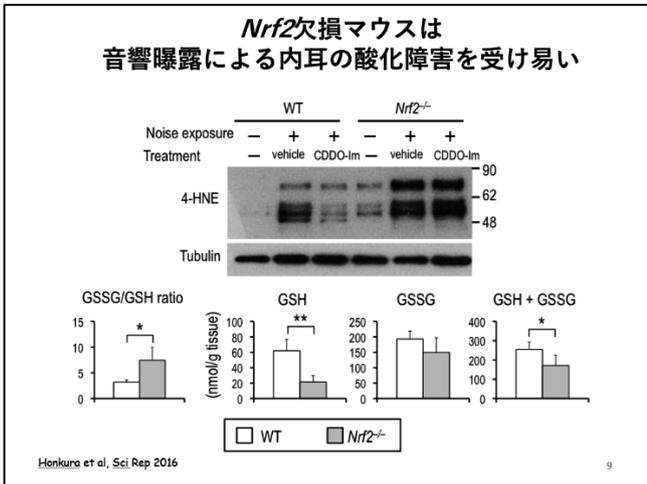
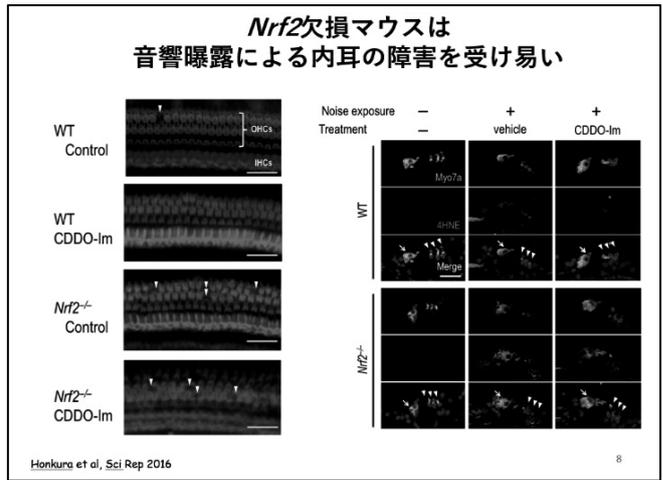
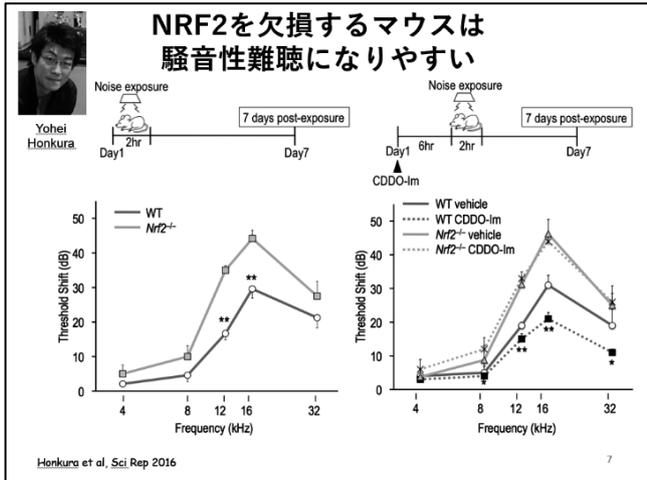
ベンツピレンの解毒に関与する転写因子



KEAP1-NRF2制御系は重要な生体防御機構である



NRF2は解毒機能・抗酸化機能を増強する



NRF2を活性化させると抗酸化作用にくわえて抗炎症作用も得られる

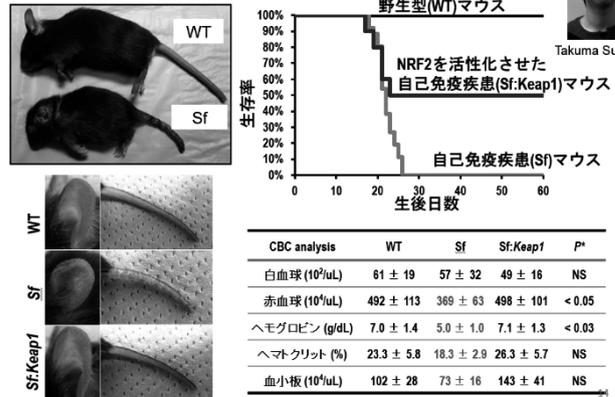
13

NRF2を活性化させると自己免疫疾患が改善する

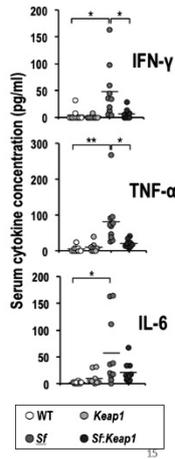
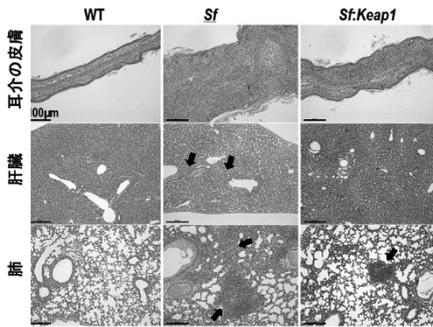
Suzuki et al. Mol Cell Biol 2017



Takuma Suzuki



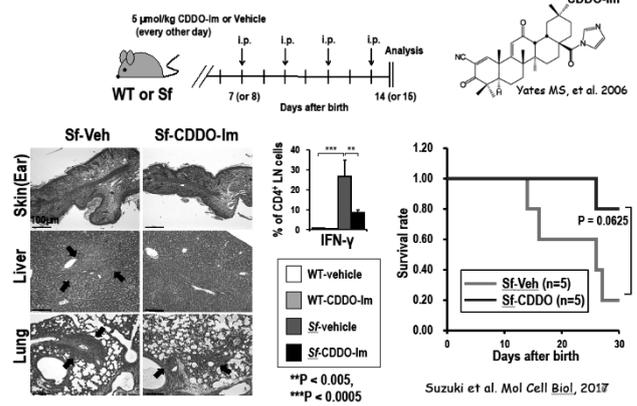
NRF2を活性化させると自己免疫疾患による炎症が改善する



Suzuki et al. Mol Cell Biol 2017

15

NRF2活性化剤の投与は自己免疫疾患の改善に有効である

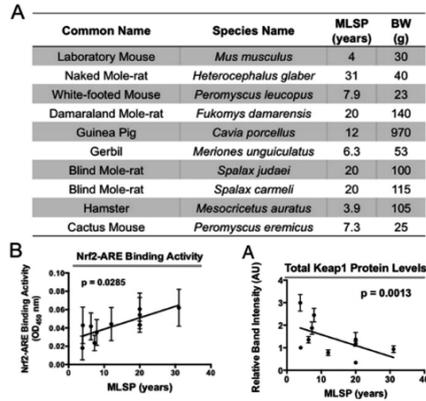


NRF2を活性化させると抗老化作用が得られる

17

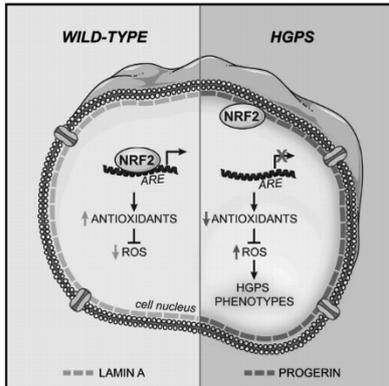
げっ歯類の平均寿命はNRF2の活性化レベルと正に相関する

Lewis et al, PNAS 2015



18

ハッチンソン・ギルフォード症候群では
NRF2機能が阻害されている



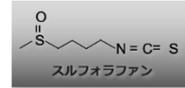
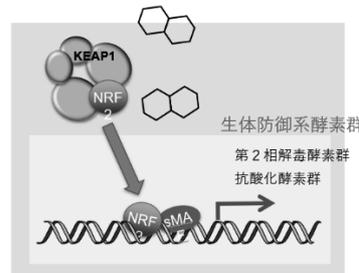
Kubben et al, Cell 2016

KEAP1-NRF2 システムと創薬

バルドキシロン
糖尿病性腎症
ジメチルフラレート
多発性硬化症・心筋保護作用

NRF2活性化剤は
糖尿病性腎症
多発性硬化症
脳梗塞・心筋梗塞後の組織の保護
に有効である。

NRF2の分解を止める薬剤



NRF2誘導剤の有効性が示唆されている疾患例

- | | | |
|---|--|--|
| 慢性腎臓病
急性腎障害
糖尿病性腎症 | 多発性硬化症
アルツハイマー病
パーキンソン病
フリードライヒ失調症 | 薬剤性肝障害
アフラトキシン肝がん
ピロリ菌感染 |
| 高酸素による肺障害
胸膜炎
肺気腫
気管支喘息
肺がん発症 | ハンチントン病
筋萎縮性側索硬化症
ミトコンドリア病
脳虚血再灌流障害 | 紫外線皮膚障害
放射線皮膚障害
悪性黒色腫
糖尿病性網膜症
角膜内皮細胞障害 |
| 肺高血圧症
心虚血再灌流障害
圧負荷心肥大 | 2型糖尿病
1型糖尿病
インスリン抵抗性
肥満症 | 難聴
関節リウマチ
敗血症 |

Nrf2誘導剤は多くの疾患への臨床応用が期待される

KEAP1-NRF2 系を活性化させるのに
有効な食品

スルフォラファン (ブロッコリースプラウト)

スルフォラファン

CCCCC(=O)N=C=S

ローズマリン酸 (ローズマリー)

クルクミン (ウコン)

カルノシン酸 (ローズマリー、セージ)

イソチオシアネート (わさび、貝割れ大根)

共同研究者

- | | |
|---|---|
| 東北大学 加齢医学研究所
遺伝子発現制御分野
趙名月 劉尊
加藤伸史 早坂一希
大野木孝嘉 大石哲也
岡崎慶斗 安藤正勝
Sisca Meida Wati
Md. Morshedul Alam
太田奈緒 松丸大輔
北村大志 関根弘樹 | 東北大学大学院医学系研究科
医化学分野
田口恵子 鈴木隆史 山本雅之
血液・免疫学分野
鈴木琢磨 張替秀郎
耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野
本蔵陽平 香取幸夫
整形外科学分野
萩原嘉廣 井樋栄二 亀井 尚 |
| 防衛医大
松尾洋孝
CEA, France
村上昌平
Paul-Henri Romeo | 呼吸器内科学分野
光石陽一郎 一ノ瀬正和
呼吸器外科学分野
桜田 晃 岡田克典
環境保健医学分野
赤池孝章 |

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

私からは、2018・2019年度を中心といたしまして、男女共同参画委員会の報告をさせていただきます。

今期の会長諮問は、「男女共同参画の推進と医師の働き方改革」です。全7回の委員会が予定されており、今まで3回の委員会が開催されたところで、鋭意検討中です。

続きまして、委員会が実施した具体的な取り組みは、ここにお示ししました四つの項目がございます。これらを順次ご紹介いたします。

まず、会長諮問・答申でございますが、諮問の中の「医師の働き方改革」という部分につきましては、これまで日本医師会の会内委員会や厚生労働省の検討会でも検討され、報告書がまとめられておりますので、これらを確認いたしました。日本医師会の会内委員会、「医師の働き方検討委員会」では、昨年4月に答申「医師の勤務環境改善のための具体的方策」が出ており、その中の「医師の効率的活用」という項目で、当面の診療環境改善に必要な対応策として女性医師の離職防止・復職支援の取り組みが取り上げられております。①から⑥までお示ししましたが、これらについて、具体的な提言がなされています。

また、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」では、今年の3月に報告書を公表しております。検討会は全部で22回開催されまして、その第11回目に「勤務環境改善策について」が議題として取り上げられており、女性医師が働きやすい勤務環境をどのように推進するかについて意見交換がなされています。ここでは、「今後目指していく医療提供の姿」という項目において、女性医師等が働きやすい環境の整備の推進として以下のような記載がございます。

働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境を整備していくことが重要である、勤務時間の制約のある医師でも、働きやすい勤務環境を整備していくことによって就労意欲のある医師が就労を継続すれば、医師数の面からもその確保につながっていくというような内容です。

これまでの男女共同参画委員会や女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会等では、ここにお示しした①から⑦までの項目を繰り返し検討し、その対応策が示されてきました。私どもは、これらをさらに深めていくとともに、今後さらに検討していく事項としまして、労働法制の周知と理解、労働時間の管理方法の検討、行政・大学・医師会の連携による相談窓口の機能充実、勤務環境の改善、偏在対策等を取り上げていく予定でございます。

厚生労働省の検討会では、時間外労働時間1,860時間が公表されまして、関係各方面の非常に大きな関心を呼んだところですが、この時間が女性医師の働き方に及ぼす

影響という視点からも検討を重ねて参りたいと思っております。

続きまして、委員会が実施した具体的な取り組みです。第一に、この男女共同参画フォーラムがございます。昨年の第14回フォーラムは高知県医師会のご担当のもと、「次世代がさらに輝ける医療環境を目指して」と題して行われました。第15回は、本日、宮城県医師会ご担当のもと、「男女共同参画のこれまでとこれから—さらなるステージへ—」と題して行われております。

次に、ドクターゼ「医師の働き方を考える」コーナーの企画・取材がございます。これは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しているものであり、今期は第29号から第36号（2021年1月25日号）までの企画を予定しております。

三つ目は、「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」がございます。これは2006年より2年ごとに女性役員比率、女性医師に関す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しているものであり、今期は2019年度内に調査を行う予定でございます。

次に、一つ紹介がございます。男女共同参画委員会では、2017年に女性医師支援センターと共同で女性医師の勤務環境の現況に関する調査を行いました。これを補完するものとして、「女性医師の働き方の現状と課題」と題する日医総研ワーキングペーパーが上家子主席研究員、北村節子氏によってまとめられております。2017年の調査で女性医師の全体像を把握しましたが、離職した医師やキャリアコースを変更した女性医師の実情、支援策の有効性を把握することには限界があったため、女性医師20名、そして管理者・支援者合わせて約30名にインタビュー調査を行って補完したというものでございます。

これらの報告書の中では、医師本人も管理者も労働法制を十分理解していない一方で、労働法制自体も医師の勤務の流動性に対応し切れていない。そして、医師の職場には今もガラスの天井があり、ハラスメントを受けている女性医師がいる。家庭内の性別役割分担意識は根強い等のことが指摘されております。さらに、重要な支援策として組織対応、小さな配慮、身近な支援があり、復職枠の設定等、組織的な勤務継続支援策で高率に常勤復帰が可能であるとあります。身近な理解者、身近な仲間話し合える機会が大きな支援となり、そういう環境の中で、女性医師は次々と独自の分野を開拓しつつあるということが指摘されております。日医総研のホームページにワーキングペーパーとして公開されておりますので、ご興味がある方はぜひご一読いただければと思います。

毎回恒例になっております、方針決定過程への女性医師参画状況をご覧ください。これは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が、10年の変化で見てくださいと、まず、女性医師が在籍する委員会の割合は56.6%から62.0%へと微増しております。実際に委員会に参画している女性医師は大体50名から60名、その割合も1割強となっております。

日本医師会の役員に占める女性医師の割合は、常任理事、理事それぞれ1名、6.5%でございます。日本医師会の代議員はこの10年で1.1%から3.8%へと、また、都道府県医師会の女性役員は4.8%から6.3%へと、いずれも微増はしております。また、都道府県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が、10年で4.9%から7.8%へと、これも微増でございます。

この10年で日本医師会会員数は16万5,000人台から17万1,000人台へと、6,034人増えております。女性医師は13.9%から16.7%へと増加しておりますけれども、その人数は5,620人ということで、増えている会員数の多くを女性医師が占めているという数字が見てとれます。この傾向は、研修医の会費無料化の影響もあり、今後も続いていくものと思われます。

男女共同参画委員会では、2014・2015年度の会長諮問の答申の中で、ポジティブアクションの推進として数値目標を再設定しております。これは日本医師会会員数における女性医師の割合から、2020年度までに都道府県医師会の女性役員の割合や日本医師会代議員における女性医師の割合を15%にする等の目標を掲げたものでございます。ただ、先ほど10年間の推移を見ていただきましたように、増えてはおりますけれどもいずれも微増であり、2020年度に15%という数字をクリアすることは、かなりの至難のわざであろうと思ひます。

このことは、方針決定過程へ女性医師を登用する側もされる側も、それぞれよくよくお考えいただきまして、対処していただければと思っております。私どもの委員会では多様で公平な医療界を目指して今後も活動を続けて参りますので、どうぞ皆様方のご支援を引き続きお願い申し上げます。以上をもちまして活動報告を終わりといたします（拍手）。



2018・2019年度
日本医師会男女共同参画委員会報告

1. 会長諮問
『男女共同参画の推進と医師の働き方改革』
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への協力

男女共同参画委員会諮問答申

2018・2019年度の会長諮問
「男女共同参画の推進と医師の働き方改革」

<p>日本医師会（H30年4月） 医師の働き方検討委員会 答申 「医師の勤務環境改善のための具体的 方策」</p> <p>医師の効率的活用の項目で 当面の診療環境改善に必要な対応策として、女性 医師の離職防止・復職支援が取り上げられて いる。</p> <p>① 療育・介護支援の充実 ② 柔軟な働き方と研修プログラム ③ 個別事情に応じたキャリア支援 ④ 勤務緩和を支える医師の処遇改善 ⑤ パートナー・家族との話し合い ⑥ 「女性が働きやすい医療機関」認証制度</p>	<p>厚生労働省（H31年3月） 医師の働き方改革に関する検討会 報告書 検討会は22回開催され、第11回「勤務環境改善 策について」で女性医師が働きやすい勤務環境 をどのように推進するか が取り上げられている</p> <p>今後目指していく医療提供の姿の項目 女性医師等が働きやすい環境の整備の推進 働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務 環境を整備していくことが重要である。連続勤務時間制 限等の導入により、勤務時間の制約のある医師もチ ームの一員として、重要な役割を担うことにより、働き やすさにもつながっていくと期待される。勤務時間に制約 のある医師でも働きやすい環境整備をすることにより、就 労意欲のある医師が就労すれば、医師数の確保にも つながっていく。</p>
---	--

男女共同参画委員会諮問答申

2018・2019年度の会長諮問
「男女共同参画の推進と医師の働き方改革」

<p>これまでの委員会や「女性医師のさらなる活躍 を応援する懇談会」等で検討されてきた事項等</p> <p>① 社会・職場・家庭の理解 ② 相談窓口の充実 ③ 勤務環境の改善（短時間正規雇用 当直 時間外勤務への配慮など） ④ 医療提供体制（チーム医療の推進 複数 主治医制） ⑤ 保育環境 ⑥ 復職支援 ⑦ キャリア支援</p>	<p>今後さらに検討していく事項 ・労働法制の周知と理解 ・労働時間の管理方法の検討 ・相談窓口の機能の充実 （行政・大学・医師会の連携） ・勤務環境の改善 （タスクシフト・AI・ICTの活用） ・備前対策 など</p> <p>時間外労働1860時間が女性 医師の働き方に及ぼす影響</p>
---	---

2018・2019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14回男女共同参画フォーラム（高知 2018. 5. 26）
テーマ「次世代がさらに輝ける医療環境をめざして
～超高齢化社会で若者に期待する～」

第15回男女共同参画フォーラム（宮城 2019. 7. 27）
テーマ「男女共同参画のこれまでとこれから～さらなるステージへ～」
- 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

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（今期の委員会では第29号から第36号までの担当を予定）
- 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
組み状況調査

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（2006年より2年ごとに調査 2019年内に調査予定）

＜紹介＞ 女性医師の働き方の現状と課題

女性医師の勤務環境の現況に関する調査（2017年8月）の補完として

日医総研ワーキングペーパー（上家 和子 北村 節子）
女性医師の働き方の現状と課題
～インタビュー調査から～

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査（2017年8月）」（日医女性医師支援センター・男女
共同参画委員会実施）により、病院に勤務している女性医師の全体像を把握した。しかし勤務
を離れたキャリアコースを必要とした女性医師の実情や支援策の有効性を把握することには限
界がある。このため、個別にインタビュー調査を行ない大規模調査を補完した。

ポイント

- ・女性医師20人および管理者・支援者等として10人にインタビューをおこなった
- ・医師本人も管理者も労働法制を十分理解していない。一方労働法制が医師の勤務の流動性に対応し
ていない。
- ・医師の職場には、今も「ガラスの天井」がある。
- ・ハラスメントを受けている女性医師がいる。
- ・家庭内の性別役割分担意識は根深い。
- ・結婚対応や、小さな配置や身元保証が効果的な支援となっていない。
- ・産休後の設定等組織的な勤務継続支援で高率に復帰可能となっている。
- ・身近な理解者、身近な仲間と話し合える機会が大きな支援となっている。
- ・女性医師は次々と独自の分野を開拓しつつある。
- ・女性医師に限らず、医師の働き方、勤務環境の問題として考え直す時期にきている。

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

	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 (重複あり) (重複なし)	女性医師 委員数 (重複あり) (重複なし)	女性医師 委員割合 (重複あり) (重複なし)
平成20/21年度	53委員会	30委員会	56.6%	700人 603人	66人 56人	9.4% 9.3%
平成22/23年度	56委員会	32委員会	57.1%	697人 603人	73人 57人	10.5% 9.5%
平成24/25年度	54委員会	26委員会	48.1%	671人 594人	58人 51人	8.6% 8.6%
平成26/27年度	50委員会	27委員会	54.0%	640人 563人	65人 60人	10.2% 10.7%
平成28/29年度	50委員会	27委員会	54.0%	724人 581人	58人 50人	8.0% 8.6%
平成30/31年度	50委員会	31委員会	62.0%	741人 602人	70人 61人	9.4% 10.1%

7

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

	H20・21	H22・23	H24・25	H26・27	H28・29	H30・31
日本医師会 常任理事(10名)	0人 (0.0%)	1人 (10.0%)	1人 (10.0%)	1人 (10.0%)	2人 (20.0%)	1人 (10.0%)
日本医師会 理事・監事(18名)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	1人 (5.6%)	1人 (5.6%)	1人 (5.6%)
日本医師会代議員 (H30:368名)	4人 (1.1%)	8人 (2.2%)	6人 (1.7%)	9人 (2.5%)	11人 (3.0%)	14人 (3.8%)
都道府県医師会 女性役員	49人 (4.5%)	51人 (4.6%)	53人 (5.1%)	58人 (5.1%)	60人 (5.4%)	71人 (6.3%)

日本医師会の役員(32名中、女性役員2名=6.5%)

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

8

方針決定過程への女性医師の参画推進
都道府県医師会 役員・会内委員会に占める女性医師の割合

	都道府県 役員数	女性医師 役員数	女性医師 役員割合	都道府県 委員会 委員数	女性医師 委員数	女性医師 委員割合
平成20年度	1,092人	49人	4.5%	14,993人	738人	4.9%
平成22年度	1,103人	51人	4.6%	15,663人	861人	5.5%
平成24年度	1,108人	57人	5.1%	14,832人	864人	5.8%
平成26年度	1,127人	58人	5.1%	15,739人	980人	6.2%
平成28年度	1,114人	60人	5.4%	15,806人	1,034人	7.1%
平成30年度	1,124人	71人	6.3%	15,651人	1,115人	7.8%

H20.8.1 日医会員数 165,072人(女性医師22,968人=13.9%)
H30.11.1 日医会員数 171,106人(女性医師28,588人=16.7%)

9

2014・2015年 男女共同参画委員会諮問
輝く女性医師の活躍を実現するための医師会の役割

ポジティブアクションの推進

日本医師会では、2011(平成23)年3月に
「女性一割運動」として積極的改善措置を公表した

5年が経過し、男女共同参画委員会では、2016(平成28)年に
目標値を再設定した
2020年度までに
・都道府県医師会の女性役員の比率を15%にする (今期6.3%)
・日本医師会代議員に占める女性の比率を15%にする (今期3.8%)
・日本医師会の女性役員の比率を10%以上にする (今期6.5%)
・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10.1%)

2. 日本医師会女性医師支援センター事業

日本医師会常任理事 小玉 弘之

日本医師会女性医師支援センター担当常任理事の小玉でございます。私からは、日本医師会女性医師支援センター事業の2018年度の報告と、今後の方向性について若干お話ししたいと思います。

これは2018年度の求職登録者状況でございます。ご覧のように、2016年度からは約6倍増えておりまして、2018年度は301名の登録がございました。今後も増加が予想されております。ブロック別の内訳を見ると、傾向は余り変わっていません。関東甲信越・東京が多くなっております。

2018年度の就業成立状況は、204件でありました。これも増えておりまして、2019

年度は220件の就業成立を目標として取り組んでいるところでございます。勤務形態の内訳は、非常勤の割合が57.0%と多い状況ですが、傾向としては常勤を希望する人が増えてきていると言えると思います。

2018年度は新たな取り組みの一つとして、ドクターバンク・女性医師支援担当役職員連絡協議会を1月18日に開催いたしました。開催前に実施した「平成30年度ドクターバンク事業に関するアンケート」調査では、ドクターバンクを医師会で開設しているがうまく機能していない、必要性を感じているけれど運営手法、費用の問題で開設できない都道府県が多数ある、県外への転出、県内への転入等、県単独で行うよりも全国で情報を共有した方がより効率的である、男性医師やシルバー医師についても全国レベルでの展開をお願いしたい、等のご意見がありました。そこで、全国規模で連携が図れるような仕組みをつくらなければいけないと考えており、都道府県医師会担当者連絡会を現在も検討しております。

もう一つの新たな取り組みとして、今まで都道府県医師会との連携がなかなかうまくいかなかったことはご承知のとおりでございますが、その連携がなされた事例を三つご紹介いたします。

一つは、都道府県の医師会から女性医師バンクへ求職者の紹介があった例でございます。茨城県医師会からご相談いただき、その先生に女性医師バンクへ登録してもらったところ、就業先を2か所紹介できました。

二つ目は、女性医師バンクから都道府県医師会へ就業先の相談をした例でございます。埼玉県内で就業を希望されている求職者について、埼玉県医師会に相談して求職者の希望条件に合う施設をご紹介いただき、施設との面談が決定いたしました。

北海道医師会の例は、女性医師ではありませんので、地域医療に貢献する事例の一つと言えるかもしれません。息子さんにご自身のクリニックを譲り、今後は北海道等の医師不足の地域で働きたいという求職者からの相談を受け、北海道医師会にご相談しました。資料では調整中となっておりますが、就業が成立したと聞いております。

三つ目は、新規ドクターバンク事業の立ち上げに対する支援でございます。秋田県医師会では、シニア世代ドクターのキャリア支援事業の立ち上げを検討しており、女性医師バンクのノウハウを提供するとともに、女性医師バンクとの連携に向けて調整を図っているということでございます。

今後の女性医師バンク事業の課題と展開についてご紹介いたします。一つは日本医師会女性医師バンクの全国的な連携体制の構築でございます。これについては先ほど申し上げたとおりでございますが、都道府県のご協力、ご理解をいただきながら体制をつくって参りたいと考えております。

二つ目は、マッチングノウハウのさらなる向上でございます。日本医師会女性医師バンクのコーディネーターをはじめ、マッチングに対するスキル等々をしっかりと身につけさせ、就業までの丁寧できめ細やかな対応を図るべく、その向上を目指したいと考えています。

三つ目は、女性医師支援にとどまらず、シニア医師支援や医業承継支援への事業展開も現在検討しておるところでございます、これについては国と調整を図っているところでございます。

ご案内のとおり、女性医師支援センター運営委員会、アドバイザー会議での先生方のご意見を拝聴しながら、今年から「ブロック別会議」の開催方法を変更しております。今までは、各都道府県医師会に女性医師支援に関する取り組み事例をご発表いただき、情報交換の機会として開催しておりました。今回からは、二つのテーマに絞り議論していただくことになりました。今年度のテーマ1は「病児・病後児保育について」でございます。また、テーマ2は自由に各ブロックでテーマを設定してご議論いただくこととなります。既に5月25日に関東甲信越・東京ブロックで開催され、日本医師会からは計田理事が出席して皆様のご意見を拝聴したところでございます。これからの「ブロック別会議」にも、各担当役員が手分けをして出席し、皆様のご意見をしっかり拝聴しながら、今後の活動に生かして参りたいと思っております。

昨年は、今まで別々に開催していた「女性医師支援事業連絡協議会」「大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会」を、「女性医師支援担当者連絡会」として一堂に会して開催させていただきました。おかげさまで、参加人数は310名となり、非常に熱心な協議をいただいたところでございます。連絡会と同時に、アンケート調査もさせていただきました。アンケートでは、女性医師支援においては病院長・管理者の意識改革が重要だという回答をいただきました。今年度も同時期に開催したいと、準備に取り組んでいるところでございます。

女性医師支援に関するアンケート調査も実施しました。実施期間は4月1日から5月7日で、今回はWeb調査とし、82大学医学部、133医学会分科会にお願いしました。詳細は本日のシンポジウムで宮城県医師会女性医師支援センター長 高橋先生からご発表をいただける予定でございます。

また、日本医師会では、院内保育・病児保育の充実へ向けた予算を要望しております。その中で二つご紹介させていただきます。一つは新規の要望として、院内保育所の無償化の対象拡大に40億円をお願いしております。継続要望としては、病児・病後児保育の充実と小児デイケアショートステイ施設等の整備のために300億円を要望しているところでございます。

令和元年度女性支援センター事業計画（概要）について少しお話をさせていただきます。引き続き女性医師の就業・復職支援を中核事業とし、女性医師支援の啓発推進・キャリア継続支援事業も行いますが、先ほど男女共同参画委員会の委員長、小笠原先生からもご案内がございましたが、「病院開設者・管理者等への講習会」の中で、労働法制についての講演もしなければいけないと考えているところでございます。

以上でございます。ありがとうございました（拍手）。

日本医師会女性医師支援センター事業

日本医師会 常任理事 小玉弘之

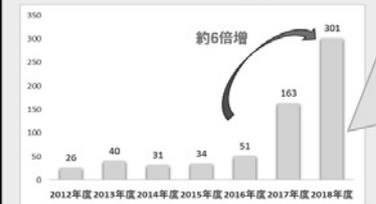


女性医師支援センター

日本医師会女性医師バンク

1. 2018年度の運用実績報告 ～求職登録者状況～

新規求職本登録者の推移
(2012年度～2018年度)



2018年度は、2016年度に比べ約6倍の求職者登録がありました。
今後ますます求職登録者数の増加が予想されます。

日本医師会女性医師バンク

2. 2018年度の新たな取組み

(1) ドクターバンク・女性医師支援担当職員連絡協議会 (2019年1月18日開催)

▼事前アンケート「H30年度ドクターバンク事業に関するアンケート」を実施

アンケートの結果

- ドクターバンクを医師会で開設している都道府県においても、上手く機能していない状況がある。
- ドクターバンクの必要性を感じているが、運営手法、費用の問題で開設できない都道府県が多数ある。
- 県外への転出、県内への転入など県単独で行うよりも全国で情報を共有したほうがより効率的である。
- 男性医師やシルバー医師についても、全国レベルでの展開をお願いしたい。

地域ごとのニーズ把握による需給バランスを考慮した紹介体制の構築
全国規模で連携が図れるような仕組み作りが大切。

日本医師会女性医師支援バンク「都道府県医師会担当者制度(仮)」を検討中
各都道府県医師会に女性医師支援バンクの担当者を置いていただき、地域での紹介体制を強化する。(担当者は事務職員を想定、コーディネーター業務が可能な場合は、コーディネーター業務も担っていただく想定)

女性医師支援センター

日本医師会女性医師バンク

2. 2018年度の新たな取組み

(2) 都道府県医師会との連携事例紹介

連携事例① 都道府県医師会から女性医師バンクへ求職者のご紹介

◎茨城県医師会 茨城県医師会にご相談があった女性医師を女性医師バンクへ登録。
→就業先を2箇所紹介。

連携事例② 女性医師バンクから都道府県医師会へ就業先の相談

◎埼玉県医師会 埼玉県内で就業先を希望されている求職者について埼玉県医師会にご相談。
求職者の希望条件に合う施設をご紹介いただき、施設との面談が決定。

◎北海道医師会 息子さんにご自身のクリニックを譲り、今後は北海道などの医師不足の地域で働かれないという求職者からの相談を受け、北海道医師会に相談。現在、北海道医師会の方で就業先について調整をいただいている。
(※北海道医師会では、より求職者の希望に沿った就職先を紹介できるように、行政や道内にある他のバンクと連携して支援を進めている)

連携事例③ 新規ドクターバンク事業の立上げ

◎秋田県医師会 シニア世代ドクターのキャリア支援事業の立上げを検討中。女性医師バンクのノウハウを提供するとともに、今後、女性医師バンクとの連携に向けて調整を図っている。

女性医師支援センター

日本医師会女性医師バンク

3. 今後の女性医師バンク事業の課題と展開について

【今後の課題と展開】

1. 日本医師会女性医師バンクの全国的な連携体制の構築
2. マッチングのノウハウのさらなる向上
3. 女性医師支援にとどまらず、シニア医師や医業承継支援への事業展開



女性医師のみではなく、医師全体の就業斡旋事業へと展開

ドクターバンク事業がさらに充実した事業となるよう、今後、国と調整を図って参ります。

女性医師支援センター

ブロック別会議:開催方法の変更

【これまで】

- 各都道府県医師会の女性医師支援に関する取り組み事例をご発表
 - 双方向による情報伝達ならびに情報交換の機会として開催
- その結果として、全国における女性医師支援の状況につきまして、情報共有が図られた

【今年度】 以下の2つのテーマで議論

テーマ1: 病児・病後児保育について

- 【資料1】: 各都道府県内の研修指定病院等における院内保育・病児病後児保育の状況をご調査の上、発表。
- 【資料2】: 病児・病後児保育を行っている施設の取組事例の紹介。
- 【資料3】: 保育ファミリーサポート制度等育児支援施設への取り組みについて。

テーマ2: フリー

- 各担当県が自由にテーマを設定し、ご議論。
- 例: 今後の女性医師支援について、ピアカンファレンスの状況把握と支援策について
病院長、開設者・管理者講習会の在り方について、潜在女性医師への対応について等

- ◇北海道・東北ブロック (担当: 青森県医師会) 令和元年11月16日(土) 14時～16時, 場所: 青森国際ホテル
- ◇関東甲信越・東京ブロック (担当: 神奈川県医師会) 令和元年5月25日(土) 15時～17時, 場所: ホテルメルパルク横浜
- ◇中部ブロック (担当: 富山県医師会) 令和元年11月10日(日) 12時～14時, 場所: 富山第一ホテル
- ◇近畿ブロック (担当: 和歌山県医師会) 令和元年10月12日(土) 15時～17時, 場所: ホテルパルコム紀の国
- ◇中国四国ブロック (担当: 高知県医師会) 令和元年11月10日(日) 11時30分～13時30分, 場所: ホテルグランヴィア岡山
- ◇九州ブロック (担当: 熊本県医師会) 令和元年10月19日(土) 14時～16時, 場所: 熊本県医師会館

女性医師支援センター

平成30年度 女性医師支援担当者連絡会

日本医師会女性医師支援センター・日本医学協会 共催

平成30年度は、旧「女性医師支援事業連絡協議会」と、旧「大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会」の合同会議として開催。

【日時】平成30年12月9日(日)10時～15時40分
(於: 日本医師会大講堂)

【参加者】各都道府県医師会、各大学医学部、各日本医学会分科会の女性医師支援や男女共同参画の担当者等

【内容】

- ・2大学医学部 2学会 6都道府県医師会から発表
- ・日本医師会女性医師支援センターの取り組みや情報提供、質疑応答 参加者数 310名

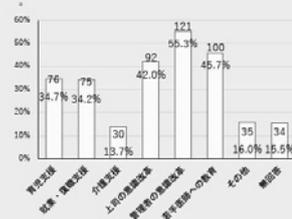
※Youtubeに動画公開



Youtubeで検索「日本医師会 女性医師支援センター」
<https://www.youtube.com/>

【アンケート結果】

今後、女性医師支援を行う中で特に重点を置いて取り進まなければならないと思う項目はなんですか。



※令和元年度の当連絡会については、令和元年12月以降を目標に日程調整中。

公益社団法人 日本医師会
女性医師支援センター
Japan Medical Association Women's Support Center

7

女性医師支援に関するアンケート調査

2014年に大学医学部、医学会を対象として実施した「女性医師支援に関するアンケート調査」をベースに、その後、5年間における女性医師を取り巻く環境の変化を把握するため、再度、調査を実施。

【実施期間】2019年4月1日～5月7日

【調査基点日】2019年4月1日の状況を調査

【手法】Web調査(Googleフォーム)

【対象】82大学医学部、133医学会分科会

詳細は、本日のシンポジウム「医療界における男女共同参画は進んだか」宮城医師会女性医師支援センター長高橋克子先生の発表にて。

「日本医師会 女性医師支援センター」速報版資料
<https://www.med.or.jp/jpsseisn/1904su/>

公益社団法人 日本医師会
女性医師支援センター
Japan Medical Association Women's Support Center

8

日本医師会2020年度概算要求要望

日本医師会は国に対して、院内保育・病児保育の充実へ向けた予算を要望。

①院内保育所の無償化の対象拡大

医療機関に設置している院内保育所では、0～2歳児が多くを占めており、同年齢層を無償化の対象として拡大することにより、医療機関開設者の経営上の負担を軽減し、従事者の働き方を支援する。

【前年度継続要望】<新規>2020年度要望額40億円

【要望先: 子ども家庭局】

②病児・病後児保育の充実と小児デイケア・ショートステイ施設等の整備

親の仕事と育児の両立を支援するため、病児・病後児保育の充実を図るとともに、短期間子どもを預かる施設としてのデイケア・ショートステイを整備し、子育てに不安や息づまりを感じている親のための子育て支援を強化する。

【前年度継続要望】

<継続>2020年度要望額300億円

【要望先: 子ども家庭局】

※出典: 「2020年度概算要求要望」2019年5月 公益社団法人 日本医師会

公益社団法人 日本医師会
女性医師支援センター
Japan Medical Association Women's Support Center

9

令和元年度女性医師支援センター事業計画(概要)について

1. 女性医師の就業・復職支援(女性医師バンク)

就業斡旋、就業に関わる育児・介護等の相談、求職・求人登録数増加に向けた施策、都道府県医師会・大学医学部・医学会・行政等との連携、病児・病後児保育の実情把握等

2. 女性医師支援の啓発推進・キャリア継続支援事業

(1) 啓発推進・キャリア支援

- ①女性医師支援センター事業ブロック別会議
- ②女性医師支援担当者連絡会(全国会議)
- ③医学生、研修医等をサポートするための会
- ④地域における女性医師支援懇話会

(2) 働き方改革

- ①女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会の開催
- ②厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」対応と情報共有

(3) 育児支援

医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と費用補助

(4) 女性医師支援シンポジウムの開催(おイネ賞事業) (11月30日(土)予定)

(5) 全国の女性医師支援に関する取組事例の収集と情報提供体制の検討

- ①医学生、若手医師へのキャリア形成支援
- ②働き方改革、意識改革の推進
- ③病児保育等子育て支援

公益社団法人 日本医師会
女性医師支援センター
Japan Medical Association Women's Support Center

10

座長

宮城県女性医師支援センター長 高橋 克子
宮城県医師会常任理事 佐々木 悦子

コメンテーター

日本医師会副会長 今村 聡

○安藤 それでは、時間となりましたので、シンポジウムを始めさせていただきます。座長は宮城県医師会女性医師支援センター長の高橋克子、ならびに宮城県医師会常任理事の佐々木悦子が務めます。

○佐々木 本日の座長を務めさせていただきます宮城県医師会常任理事の佐々木悦子でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○高橋 同じく座長を務めさせていただきます宮城県医師会女性医師支援センター長の高橋克子でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○佐々木 本日はプログラムにございますように三つの演題を用意してございます。討議にたくさんの時間を使いたいと思っておりますので、演題に入らせていただきます。

第1席目は、「新専門医制度」に対していただく期待と不安～女性研修医と女子医学生
の立場から～と題しまして、宮城県医師会常任理事の福與なおみ先生、そして、
東北大学病院初期研修医2年目の横山日南子先生、また、東北大学医学部医学科の6
年生であります岩田彩加さんをお願いいたします。福與先生は東北大学病院で小児科
の先生をしていらっしゃる、研修医や若いドクターへの指導・教育等も担当されてい
ます。3人の先生方、どうぞよろしくお願いいたします。

1. “新専門医制度” に対していただく期待と不安

～女性研修医と女子医学生の立場から～

宮城県医師会常任理事 福與 なおみ
東北大学病院初期研修医2年目 横山 日南子
東北大学医学部6年生 岩田 彩加

○福與 全国の皆さま、宮城県へようこそいらしてくださいました。今日は私たち3
人から専門医制度を中心にお話させていただきます。恐らく、新専門医制度を考える
ことは、男女共同参画を考えることと同じ課題があるのではないかと思ったからです。
私たち3人は、三つの立場からお話させていただきます。

まず、私からは、従来の制度で専門医を取得した立場からお話します。そして、そ

の後はお2人の生の声を聞いてもらいたいと思います。1人は女子医学生、もう1人は、現在、実際に初期研修医をされている方です。今日私が聞いていただきたいのは、現役の学生と初期研修医の声です。その背景にあるものということで、少し私が前座をさせていただきます。

自己紹介をさせていただくと、私は東京生まれ東京育ちで、出身大学も東京女子医科大学です。卒業後はすぐに大学院に入りました。大学院の4年間のうち2年半は完全に初期研修、そして、残りの1年半は大学院でベッドフリーとなりました。結婚を機にこちら仙台にやってきました、その後、3人子どもを生んで現在に至っております。

では、私がどのように専門医を取得したかという、まず第一子妊娠中に小児科の専門医を取得して、その後、第二子出産後に小児神経専門医と、次のサブスペシャリティを取得しまして、その後、てんかん専門医や臨床遺伝専門医を取得しました。その間も決して楽だったわけではなく、自分の病気や子どもの病気、療養後という経験をしています。それでもなお、私が専門医を取り続けてきた理由を考えてみますと、恐らく、従来のカリキュラム制度だったから専門医を取得し、続けることができたのではないかと考えています。

例えば、私は研究で完全にベッドフリーという期間がありました。また、私と私の夫は高校の同級生で、同じ東京の出身です。結婚を機に仙台に来たので、完全に病院を変ったわけです。さらに、子どもが生まれた後は、両親は全く別の県外にいますし、私も夫も、親戚や友人が全くいない仙台で3人の子育てをしてきました。

その中で言えることは、やはり従来の制度では、病院を変えることもできる、かつベッドフリー期間があっても、そのカリキュラムの中で決められた課題をこなしていればいいというところがありました。よって、“ライフイベントと仕事との両立に対する不安”はあったものの、ライフイベントを乗り越えていく中で、“専門医取得に対する不安”というものは、一切ありませんでした。

ところが、今既に始まって2年目となっている新専門医制度では、こんなふうには上手いかないのではないかと私は思っています。実際、小児科の教育担当という立場で医学生や研修医を指導していると、私のところに非常に多くの女性がキャリアのことで相談に来ます。そこで、今日はその生の声を聞いていただきたいと思います。この後、女子医学生の代表として岩田さんに、そしてその後、研修医の代表として横山先生にお話していただきたいと思います。

新専門医制度が発足した背景として、医療の質を保証するということがあります。今のプログラム制度の一番大きいところは、この質の保証をするために研修できる病院があらかじめ決まっているところです。よって、研究や留学のタイミングはどうしたらいいのか、はたまた結婚や妊娠、子育てのタイミングはどうしたらいいのかという悩みがあるのではないかと推測しています。まずは、岩田さんにその話をさせていただきます。では、岩田さん、よろしくお願ひします。

○岩田 よろしくお願ひします。東北大学医学部医学科 6 年の岩田彩加と申します。私からは、医学生の見点で考える現在の専門医制度に対する期待と不安について述べさせていただきます。

まず、簡単に自己紹介ですが、私は愛知県名古屋市で生まれ育ちました。平成 26 年に東北大学医学部に入学して、こちら仙台に移り住んで6年が経とうとしています。順調にいきますと、令和 2 年に東北大学を卒業することになります。

ここに示しますのが6年生の1年間の大まかな流れになっております。現在、実習を行いながらマッチングの準備を進めているところです。目下の悩みはマッチングで、マッチング試験は8月を中心に行われますが、皆それぞれの思いを胸に臨んでいます。悩み、選択に迷っている学生も多いはずで、そんな学生の見線で、専門医制度について思うことをお話させていただきます。一学生の見見として、温かく見守っていただけますと嬉しいで、す。

新専門医制度に期待することは、プログラムに乗れば全員がある一定の知識や技術を習得した医師になることができるという点で、す。また、取得基準が明確化され、わかりやすいという点もとてもいいポイントだと思っ、ています。

一方で、不安に思うこともあります。これまで、大学の講義や医師会主催のセミナー等で、ライフイベントと仕事を両立してこられたロールモデルとなる先輩女性医師の話聞く機会がありました。苦勞を乗り越えてご活躍なさっている先生方のお話からは学ぶことが多く、私も同じように医師として、そして女性としてしっかりと歩んでいきたいと漠然と考、えていました。

しかし、新専門医制度においては、私たちはロールモデルの先生方と同じような働き方をすることができない可能性が高いで、す。今ご活躍なさっている先生方のようになれないのではないかと不安に思っ、ます。また、新専門医制度が始まってまだ間もないので、ロールモデルとなる先生方がいないことも心配要素の一つで、す。自ら道を開いていくことも大切なことではあります、が、それぞれの人生の大切なときに、実際にできるかどうかわからないということは、やや不安に感じるところであります。

また、先ほど申し上げましたように、現在まさにマッチングに向けて履歴書を準備しているところです。その中で、医師としてのキャリアプランや初期研修後の具体的な展望の記載を求められる場合が多く見られます。記載するためには専門医制度について考える必要があり、私も大変悩みました。その結果、マッチングの志望先は、私が現在志望している診療科の後期研修プログラムが確立されている病院を選択するのが一番だと思っ、ましたが、そのような病院と、私が雰囲気等を気に入って初期研修をしたいと思っ、た病院をすり合わせるのは、案外難しいものであります。

診療科を迷っている学生が多いのが現状であり、そのような学生にとって、専門医取得を見据えた初期臨床研修先の決定は難しいと考、えます。マッチング先によっては、後期研修の病院を変えざるを得なくなることや、他の病院で研修した人たちと比較して症例数が少なくなるのではないかと心配もしています。いずれにせよマッチングを

受ける段階で、専門医取得までを考えた病院決定をするのは、学生にとって大変難しい問題だと考えます。

以上を踏まえて、私が思う今後の展望について述べさせていただきます。今回このような講演の機会をいただき、専門医制度について学ぶことができました。この問題は、今後、私たちに関わってくることであり、自覚するとともに、自分たちのことであるからこそ、自らもしっかりと考えていく必要があると改めて感じました。このきっかけを生かして、今後も専門医制度等、私たちの働き方に関わってくる情報の収集を怠らず、しっかりと責任を持って関わっていこうと思います。また、立派な先輩方のように自分も誰かのロールモデルとなれるよう、女性医師としていい道しるべになりたいと思います。

このたびはこのような貴重な機会をいただき、誠にありがとうございました(拍手)。
○横山 よろしくお願ひします。初期研修医2年目の横山日南子と申します。多くの先輩方を前に大変恐縮ではございますが、初期研修医の視点から考える現在の内科専門医制度と、今後の展望について発表させていただきます。

まずは自己紹介です。私は青森県の弘前市出身です。お城と桜とリンゴのきれいな町です。東北大学医学部を1年半前に卒業し、大学病院での初期研修を希望して、現在、大学病院の2年目初期研修医として賑やかな同期たちとともに働いております。

初期研修内容については割愛させていただきます。医師としてはまだまだ半人前ですが、初期研修も後半戦で、今、診療科の選択を迫られる時期となってきました。現在、同期たちは各医局の見学に伺っていると、いろいろなところで耳にします。個人的に、私は放射線腫瘍学分野を希望しており、専門医プログラムに登録し、来年度は大学院に入学することを考えているところです。

内科専門医制度について私からも少しお話させていただきますと、やはり、カリキュラム制からプログラム制へ変更になった点が大きいと思います。プログラムに登録された基幹病院、またはその協力病院で一律のプログラムをこなすことが求められるためです。

新内科専門医ができた背景を考えますと、2025年問題として、人口全体の高齢化が進みます。様々な疾患の合併がある患者さんを診ることや、慢性疾患のケアをしていくことが多く求められます。よって、総合診療の専門医や新内科専門医ができ、ジェネラリストであることの質の担保が求められるようになったと考えます。

また、専門医を持つことをスタンダードにするという風潮もあり、これから専門医の取得、そして、その維持が求められていくことは容易に想像できます。内科の専門医制度では、従来の認定医制度を廃止し、内科専門医の取得後にサブスペシャリティ専門医を取得できるというものです。

研修医の目線からですが、今の新しい専門医制度を不安に思うことがあります。まず、始動したばかりで過渡期の制度であるということです。当初は、図のようにサブスペシャリティ研修も連動して行うことができるという話でしたが、今年3月にサブ

スペシャルティとの連動研修は見送られたと報道されました。大きく知らされず、また、ホームページ等でもその点について目立つ記載がないことが気になります。

女性医師という観点から考えますと、プログラム制では、出産・育児でのプログラム中断を余儀なくされることへの不安を感じます。半年以内の休みであればそのままプログラムを続行でき、それ以上になる場合は、プログラムを延長することで解決するとは言われています。しかし、結婚後に配偶者の転勤等で病院を移動しなければならない、特に県外への移動になった場合には、かなり大変になるだろうということを聞きます。もし移動する先のプログラムにシーリングがかかっていた場合は、どうなるのでしょうか。

シーリングについて簡単にご説明しますと、都道府県別、診療科ごとに必要医師数を計算し、必要医師数より多い数の応募があった都道府県は、プログラムの参加を制限するものです。シーリングのかかっているプログラムに登録している専攻医は、登録先の都道府県とはさらに別の、医師の少ない都道府県での研修が求められると言われます。また、先ほどの話に戻りますが、シーリングのかかっている都道府県へのプログラムの転入はほぼ不可能と考えられており、再度新たなプログラムへの登録が求められる可能性があるとのこと。医師の偏在化を解消するためにはよいシステムかもしれませんが、柔軟な対応が求められると思います。

新しいシステムに期待することは、手厚い指導体制の中、安心して研修に臨めるということを第一に挙げたいと思います。また、一定の経験をするという事は、今後の診療への自信にもなり、医療の質の担保にもつながっていくはず。です。

今後について少し考えますと、やはりサブスペシャルティ専門医は求められるため、サブスペシャルティ専門医をとる人は内科専門医を取得しますが、果たして内科専門医だけを取得することにどの程度のメリットがあるか、ということがたびたび話題に上がります。サブスペシャルティ専門医取得のための手段として形骸化するようであれば残念に思います。

これからも変更点が様々あると思われませんが、変更時には変更点の周知徹底が望めます。また、専門医の更新についてですが、臨床ありきの更新制度には、今後働き方が多様化する中、少し疑問に思うことがあります。この点についても検討していくことが望ましいかと思われ。ます。

今後について、私ごとですが、放射線腫瘍医となり、がん診療の一端を担いたいと考えております。そして、会場にいらっしゃる先輩方のように働けるよう、生涯医師を目指して研鑽を積んでいけるよう努力したいと考えます。ご清聴ありがとうございました（拍手）。

○福與 岩田さん、横山先生、ありがとうございました。最後に私から、宮城県で私が大好きな景色を二つご紹介して終わりにしたいと思います。一つはこちらで、明日お時間があつたらぜひ見に行っていたきたいと思うのですけれど、中心地にある定禅寺通です。ここには非常に立派なケヤキの並木が50メートルぐらい続いています。

東京から仙台に来たとき、これを見てとても感激したのです。ほぼ同じ高さで、ほぼ同じ太さのケヤキの木がずっと同じように並んでいるのです。とても素晴らしいのですが、今思うと、均一的な医療の質保証というところに少し似ているかなと思います。同じ木々が全く同じように育てられて、同じように育っていく。それは見る人にとってとても感動させます。医療を享受する国民にとって、大変素晴らしいことかもしれません。

もう一つ私が大好きな景色が、宮城県庁前にある勾当台公園の景色です。ここは立派な宮城県庁の前に各種様々な木が植わっています。背の低い木があれば、非常に背の高い木もあり、いろいろな種類の木があって、そして、季節が変わればいろいろな色に染まるのです。恐らく私たち医師というものも、先ほどのケヤキのように、みんな同じような機能と質を持った人が育つことも大変重要かもしれません。しかし、人それぞれ違ったバックグラウンドがあり、違ったいいところがあるので、勾当台公園のような景色もまたいいのではないかと思います。そのキーワードは「多様性」です。

恐らく、医療界における男女共同参画の課題も、一番重要なことの一つが多様性ではないかと思います。私たち医師も、これから専門医研修を受ける学生とともに新専門医制度における課題を考えることで、医療界における男女共同参画を考えていきたいと思っております。本日はご清聴ありがとうございました（拍手）。

○佐々木 福與先生、横山先生、そして岩田さん、本当にありがとうございます。大変な問題を最初から出されてしまったように思われますが、医療現場で若い先生方、と対面している福與先生、そしてこれから専門を学んでいこうとしている人でなければ、なかなか見つからない視点であったと思われます。

幸い本日は、日本医師会から役員の先生方が来てくださっていますので、今、提示していただいた大きな問題を一つ一つ、きちんとお答えくださると思います。そして必ずや、日本医師会の中枢部、そして厚生労働省にも持って行ってくれるのではないかと期待しております。では、3人の先生方にもう一度拍手をお願いいたします（拍手）。ありがとうございました。

新専門医制度に対する 期待と不安 ～女性初期研修医, 女子医学生の立場から～

宮城県医師会 常任理事 福與なおみ
 東北大学病院 初期研修医 横山日南子
 東北大学医学部医学科 6年 岩田彩加

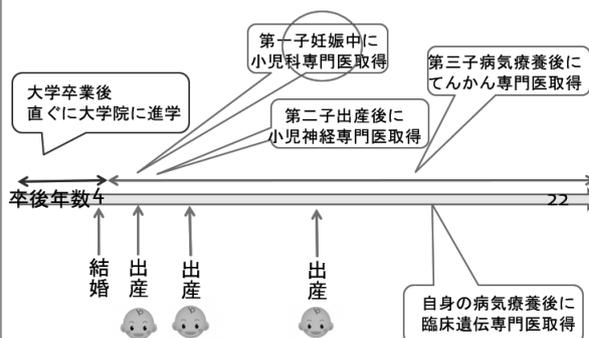
本日の話

- (1) 従来の制度で専門医を取得した立場から
- (2) これから医師になる女子医学生の立場から
- (3) これから専門医研修を受ける女性初期研修医の立場から

カリキュラム性で専門医 を取得した立場で考える 現在の専門医制度に対する 期待と不安

宮城県医師会 常任理事
 福與 なおみ

自己紹介



私が専門医を取得できた理由

結婚を機に職場を異動

転居先には親戚なし、頼れる友人や先輩も居ない

夫婦共に実家は県外

従来の制度～カリキュラム制～
 学会が一定の基準を満たす病院を研修施設として認定し、研修医は認定施設を自由に選択して研修できた（認定施設であれば研修できる病院に制限はない）

大学院の研究で一時期ベドフリー

結婚を機に病院が変わる

ライフイベントに伴う専門医取得に対する不安

ライフイベントと仕事の両立の不安

(新) 専門医制度の背景

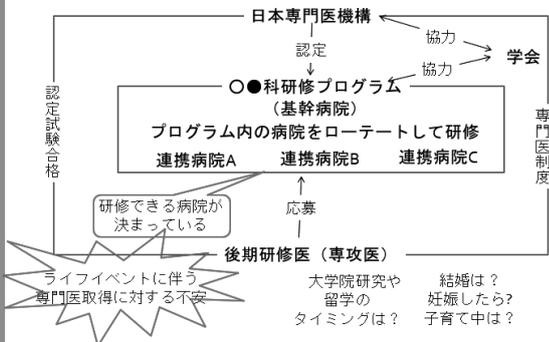
・高齢者人口のさらなる増加、割合増
 「2025年問題」
 2025年には、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上



様々な疾患の合併、慢性疾患の管理→自分の専門以外の領域についても一般的な知識を持つこと、医療の質を保證することが大切となる

厚生労働省データより

新しい専門医制度：プログラム制



医学生の視点から考える現在の専門医制度に対する期待と不安について

東北大学医学部医学科 6年
岩田 彩加

自己紹介

幼少期～高校まで 愛知県 名古屋市で過ごす

平成26年 東北大学医学部 入学

令和2年 東北大学医学部 卒業見込み

6年生の流れ

- ・高次修練（～9月）
- ・マッチング試験（7～9月）
- ・OSCE（9月末）
- ・卒業試験（10月末）
- ・医師国家試験（2月）

← 現在

期待に思うこと

- ・プログラムにのれば、全員がある一定の知識や技術を修得した医師になることができると保証される
- ・取得基準が明確化され、わかりやすい



不安に思うこと

- ・ロールモデルがない
- ・先生が大変そうだというからきっと大変なんだろうという漠然とした不安



初期臨床研修を踏まえて

- ・初期臨床研修病院を専門医取得まで見据え選択する必要がある
- ・診療科未定や迷っている学生多数
 - 専門医を見据えた初期臨床研修決定が困難な場合も多い



これから

私個人として

- 無事初期研修先が決定されることを望む
- 今後も専門医制度について情報収集を続ける
- ロールモデルとなれるよう研鑽を積んでいきたい

初期研修医の視点から考える現在の専門医制度と今後の展望について

東北大学病院 初期研修医2年目
横山 日南子

自己紹介

幼少期～高校まで 青森県 で過ごす
平成24年 東北大学医学部 入学
平成30年 東北大学病院 初期研修医

来年度からの進路

東北大学放射線腫瘍学分野入局、
大学院進学（予定）



初期研修

- ・各病院の初期研修プログラムに所属し、厚生労働省で決められた内容のローテートを行う。
- ・内科6か月以上、救急3か月以上、地域医療1か月以上
外科・麻酔科・産婦人科・小児科・精神科から2科以上
選択し各1か月以上
(12か月間は自由に選択できる制度)

現在同期たちは興味のある診療科・医局に見学へ...
どの診療科+どのプログラムに所属するか悩んでいる



内科専門医制度

- ・従来のカリキュラム制
→認定施設であれば研修できる病院に制限なく、自由に研修可能
- ・新しいプログラム制
→決められたプログラムに所属。
基幹病院と連携病院をローテートして研修する
- ・元来のカリキュラム制からプログラム制となる
→皆一律の同じプログラムをこなすことが求められる

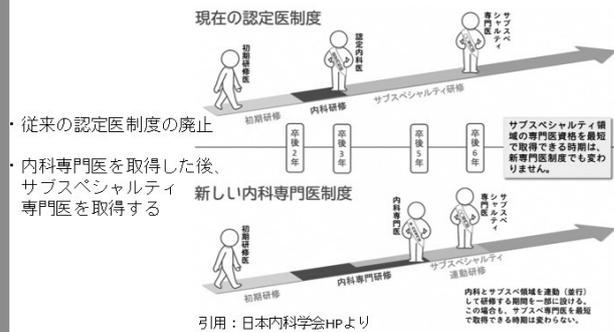
今後の動向

- ・専門医に総合診療医が追加
- ・新内科専門医制度
→ジェネラリストであることの質の担保が求められる。
- ・専門医を持つことがスタンダードに

専門医を取ること、維持することが求められる
様々なライフイベントを経験するであろう過程で
どのように考えたらよいか...



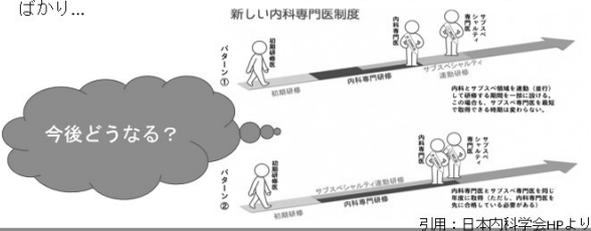
内科専門医制度



内科専門医制度

不安に思うこと

- ・今も過渡期の専門医制度
専門医研修とサブスペシャルティ研修の連動研修は今年3月に見送られたばかり...



内科専門医制度

不安に思うこと

- ・女医という観点から
- ①出産・育児でプログラムを中断したとき
→半年以内なら続行可 以上なら延長
 - ②事情により別の都道府県に移って研修を続行したいとき
→可能ではあるがかなり煩雑で大変な手続きが必要
また移った先でシーリングがかかっていたら...?



内科専門医制度

不安に思うこと

- ・シーリング（募集定員の上限）について

2016年足下充足率（医師数/必要医師数）
→必要医師数に対する充足率を計算

充足率に対し応募者の多い都道府県のプログラムに所属している場合
医師不足が顕著な他の都道府県での研修を求められる
（東北では宮城県を除く5県が医師不足が顕著とされる）

*シーリングのかかっている都道府県のプログラムに転入は不可...？
一度プログラムをやめ、再度新たなプログラムへの加入となる可能性

内科専門医制度

期待すること

- ・手厚い指導体制の中研修ができること

- ・医師として一律の知識をもち、
診療にあたる事が出来ること

またその自信が得られること



今後の展望

様々な立場に寛容な専門医制度に

- ・サブスペシャリティ専門医が求められる
→内科専門医が、サブスペシャリティ専門医をとるための条件に
形骸化する可能性
サブスペシャリティ専門医を取らない人にはメリットがない...？
- ・制度変更時の情報の周知徹底
- ・専門医の更新
→学会参加や臨床参加ありきの更新制度は働き方の多様性に
即した内容を望みたい

今後の展望

個人としては

放射線治療医となり、がん診療の一端を担いたい

様々挫折することもあると思うが生涯医師でありたい

各分野の諸先輩方の様に
胸を張って働いていけるよう努力します！



最後に

サブタイトルを入力



均一的な医療の質を保証



2. 医療界における男女共同参画は進んだか

宮城県医師会女性医師支援センター長 高橋 克子

○佐々木 それでは、第2席目でございます。「医療界における男女共同参画は進んだか」と題しまして、宮城県医師会女性医師支援センター長であります高橋克子先生にお話をいただきます。高橋克子先生は、宮城県医師会の常任理事として宮城県医師会女性医師支援センターの立ち上げからずっと、宮城県の女性医師、そして男女共同参画を引っ張ってこられた先生でございます。では、高橋先生、どうぞよろしくお願いたします。

○高橋 ただいまご紹介にあずかりました、宮城県医師会女性医師支援センター長の高橋克子でございます。本日は「医療界における男女共同参画は進んだか」という大変大上段に構えた演題でございます。男女共同参画フォーラムも今回で15回目を迎えましたので、15年目の節目に思うこととお話したいと思っております。

最初に、gender equality (ジェンダー・イクオリティ) という言葉です。これは「男女共同」と訳されておりますが、「男女平等」ではないかと感じます。今年は特に、昨年の性差別による入試問題のこともありまして、強く感じました。以前、大阪の上田真喜子先生が、しきりに「男女共同」ではなくて「男女平等」と訳すべきだとおっしゃっていらして、そのころ私は、「はあ、そうかな」と深く考えずにいたのですが、やはり平等という言葉の方が、ずっと正しい日本語のような感じがいたします。

女性をめぐる様々な差別がございます。まず、土俵では、救命しようとした女性看護師が、女性は上がってはいけませんと言われて拒否されました。また、女性大臣や女性市長等も、土俵の上でご挨拶しようとしてもやはり拒否されました。それから、

昨年のご事情でございますが、医学部入試において、男性はコミュニケーション能力が低いから下駄を履かせますと、医学部のトップの方がおっしゃって啞然とさせられ、大変なショックでした。女性天皇が認められていないことも、なかなか難しい問題でしょう。

このように、日本では悪い意味の伝統、前例、慣習、差別、偏見、既得権等のお化けがいっぱいいると私は思います。今から106年も前、お化けがもっといっぱいいたころ、東北帝国大学は、旧制高校を卒業した男子学生のための大学でした。しかし、1913年に3人の女性を理学部に合格させました。文部省からは非常に厳しいおとがめといただきますか、質問状が来て、今もその文書が残っているそうです。質問状に対しては委細構わず3人の女性を合格させまして、その3人の女性は後に、有名な女性物理学者になられたそうです。

女性医師を阻む固い天井。ご覧下さい。男性はすいすいはしごを上っているのに、女性は壁に当たってそれ以上上れません。2016年にヒラリー・クリントンが大統領選で破れたときに、女性には目に見えないガラスの天井があると言って大粒の涙を流したのを、私は今でも鮮明に覚えております。しかしながら、日本にはまだしっかりと目に見える厚いコンクリートの壁があるのではないかと思います。女性はとても戸惑っております。どうしたらいいのだろうか。

本日の内容は、日本医師会の女性医師支援に関する取り組みと、医学会・大学医学部・医師会の男女共同参画についてのアンケート調査結果を5年前と比較したもの、それから、医療界における男女共同参画のこれからについてお話したいと思います。

まず、日本医師会の女性医師支援です。私は2004年に宮城県医師会常任理事になり、2017年に日本医師会女性医師支援センターが組織改変するまで、女性医師支援委員会委員と女性医師バンクコーディネーターを務めておりました。事業の内容は、女性医師バンク事業、「ブロック別会議」、「学会・医学部・女性医師担当者連絡会」等の開催、「2020.30」推進運動、それから、研修会・学会への託児補助運営、医学生・研修医向けのセミナーの補助、以上六つが主なものでした。

2014年より始めました「学会・医学部・医師会女性医師担当者連絡会」、現在は「女性医師支援担当者連絡会」と名前が変わったそうですが、年1回の連絡協議会の開催によってそれぞれの意識が高まり、様々な取り組みがなされたと思います。今回は、この取り組みを5年前と比較検討したいと思います。

もう一つは、「2020.30」推進運動です。これは2010年に始まったもので、指導的立場の女性を2020年までに、つまり10年間で30%にしようという運動でございます。来年は2020年オリンピックの年でございますが、国が率先して数値目標を立てたものの、今はすっかりトーンダウンして、なかなかこの言葉を聞くことができません。日本医師会はこの運動を、今後もぜひ推し進めてほしいと思います。

私は2014年に日本内科学会で医療界における男女共同参画について発表する機会を与えられ、日本医師会女性医師支援センターでアンケート調査を実施し、その結果

を講演しました。それを元に、5年後の変化をこれからお話したいと思います。

まず男女比についてです。学会に所属している女性医師の割合は2014年15.7%から2019年19.1%、大学に勤務する医師は23.9%から27.0%、日本医師会会員も15.2%から16.7%と、いずれも増加しております。先ほど小笠原先生もおっしゃられましたが、やはり女性医師が増えているせいか、微増ではありますが増えております。日本の女性医師は大体20.0%前後でございます。

次に、指導的立場（役員）の女性割合の推移です。女性役員の割合別に学会の数を比較したところ、学会の役員、大学の教授、都道府県医師会の役員、あるいは日本医師会の役員も少しずつ増えております。

学会代議員・評議員、日本医師会代議員の女性の割合でございます。学会は5.3%から7.7%に増えております。日本医師会の代議員は、2014年は1.7%、2019年は3.7%と、微々たる数でございますが、増えているようでございます。私は2018年まで日本医師会の代議員を務めておりましたけれど、370名弱の代議員の中で女性は数名で、会場はいつも真っ黒という雰囲気ございました。

日本医学会分科会における指導的立場の女性医師です。学会は2014年に118ございましたが、2019年には133と増えており、回収率が少々違いますが、学会に所属する医師の女性の割合、これも15.7%から19.1%と増えております。女性医師の割合別に見ると、女性医師が5.0%未満の学会は2019年には1学会しかございません。それから、20%以上いる学会は、26.8%から41.7%と大幅に増えております。

学会役員（会長・副会長・理事）の性別割合です。2014年は46人、2.7%でしたが、2019年にはなんと79人、4.4%へと増えております。

学会評議員（代議員）は、2014年は女性医師がゼロという学会が8.5%もございましたが、2019年は1学会2.0%へと減っています。2014年に女性医師が10.0%以上15.0%未満の学会は11.1%でしたが、2019年には10.0%から20.0%以上の学会が31.8%となり、何と3倍にも増えております。これは著しいことだと思います。

評議員（代議員）の選出にクォータ（割り当て）制、例えば20%の女性学会員がいたとすると、20.0%の女性代議員を出しましょうというポジティブアクションがあるかどうかという調査でございます。これは非常に嬉しいことに、2014年は8.9%だったのが、何と13.6%へと増えております。

次は、各学会における女性の専門医の割合です。新専門医制度が既に始まっていますので、旧専門医制度でございますが、2014年に女性専門医の割合がゼロだった学会は五つ、7.8%もございましたが、2019年には3学会、4.8%と減っております。また、女性の割合が20.0%以上である学会が何と18学会から23学会、28.1%から36.5%と、それぞれ着実に増えております。

専門医制度更新の猶予の有無についても聞いております。例えば、どうしても専門医更新のための単位を取れない、妊娠・出産で休まなければいけない、そのような理由で猶予してほしいとお願いした場合に、2014年に認めるとしていた学会は85.1%

でしたが、2019年には92.3%となりました。妊娠・出産、育児、介護、病気、いずれの理由も、2019年は認める学会が多くなっていることに驚きます。

大学医学部・医科大学における指導的立場の女性医師はどうか。2014年の医学部数は80でしたが、2019年には二つ増えて82となりました。回収率は大体似たようなものです。医学部に勤務する女性医師は、若い先生方が大変増えておりますので、23.9%から27.0%と増加しております。

医学部における女性医師の役職者数は、教授においても、准教授、講師、助教においても、少しずつですが増加しております。

医師が利用できる院内保育所は、2014年が84.6%で、設置予定または検討中が4.6%ありましたが、この予定がきちんと設置できたようで、91.4%と増えております。

学部に女性医師支援・男女共同参画推進組織があるかどうか。これも10.0%も増えております。2014年に設置予定としたところは確実に設置されましたし、それ以上に増えております。

医学部生でのキャリア教育ですが、今、医学部の授業のコマ数が非常に多くて、なかなかキャリア教育を入れることができないということもお聞きしましたが、確実に増加しております。

医師が利用できる施設内病児・病後児保育所です。今後、日本医師会も力を入れてくださるそうですが、確かに2014年から2019年まで、病児保育は確実に増えております。しかしながら、病後児保育に関しては、現状維持のようですが、別に運営されているのかもしれない。

医師会における指導的立場の女性医師割合です。都道府県医師会の女性の役員数は非常に気持ちよく伸びております。しかしながら、日本医師会の代議員の増え方は鈍く、医師会の理事・監事あるいは日本医師会常任理事は増えていないようです。

都道府県医師会の女性役員が非常に増えているというデータが余りにうれしくて、もう1回ここに出しました。平成16年あたりと比べますと3倍に増えているのが大変うれしく思います。

それから、日本医師会の会内委員会に占める女性の割合です。これも小笠原先生がお話したとおりでございますが、やはり10.0%前後です。私たちが日医の女性医師支援委員会をやっていたときに20.0%に増やそうという数値目標を立てたのですが、なかなか難しいことでした。会内委員の女性医師を増やすように、執行部は宜しくお願い申し上げます。

今回のアンケート調査から見えるものは、この5年間で、学会・医学部・医師会は着実に変化していると思われることです。もちろん母数や比較対照の違いがあり、厳密には断定できないかもしれませんが、全体の傾向としてはよい方向に進んでいるのではないのでしょうか。これからさらに進んでいくことを切に願っております。

少々話がそれますが、4月4日に欧州議会が、パパの産休10日間を議決したというニュースを見ました。産前産後休暇を10日間、パパも取得することができる。女性の産前産後休暇8週というのは、体の都合等、当然のことでございますが、パパが10日間休暇をとれるというのは大変素晴らしいことだと思います。育児休暇を小刻みにとれると、赤ちゃんの健診、予防接種等、どんなに助かることでしょう。両親の育休4か月のうち2か月の所得補償、全ての労働者は介護休暇を年5日間とることができる。このようなことを聞くと、日本も同様になればいいと思いました。

先ほど、横倉会長のご挨拶にもありましたジェンダーギャップ指数というものがございます。政治、経済、教育、健康をインデックスにあらわしたものです。日本の順位はといいますと、2018年で政治に関しては125位。参議院選でも女性が増えたのは少しだけで、なかなか女性の議員は増えません。それから、経済の管理職の割合も117位、教育に関しては65位、健康も41位でございます。

では、総合ではどうでしょう。国際比較では149か国中110位でございます。これが年々少しずつ上がっているのかといえ、この6、7年の間、実は少しずつ下がっているのです。これは非常に残念なことだと思います。

女性医師を阻む固い天井はどうしたらとれるのでしょうか。私見でございますが、この四つが大事ではないかと思えます。まず、ジェンダー・イクオリティ（男女平等）という考え方、それから、ワークライフバランスです。そして多様性と認めるということ。もっと自分自身、及び家族との生活を大事にして、お互いを認識し、仕事、あるいは研究を認め合うことが大事ではないかと思えます。ワークライフバランスやダイバーシティ等、これから働き方を模索する中で実現できたらどんなにいいかと思えます。そうすれば、女性医師を阻む固い天井はなくなるかもしれません。このスライドは、女性は男性よりもすいすいと上り、気持ちよい風を受けています。

本日は、5年前のアンケート調査と今回、女性医師支援センターで調査していただいたことを比較して、この結果を述べることを大変幸運に存じます。事務局の方々にも大変お世話になり、ありがとうございました（拍手）。

○佐々木 高橋克子先生、ありがとうございます。日本医師会女性医師支援委員会の委員として、また、東北ブロックの女性医師支援センター長としても、長い間男女共同参画に関わり見つめてきた高橋先生ならではの貴重なデータと視点であったと思えます。ご一緒に仕事を続けてこられた先生方も多くご出席のことと思えますので、また後ほど、ディスカッションでご意見をいただきたいと思えます。

医療界における 男女共同参画は進んだか

～15年目の節目に思うこと～

宮城県医師会女性医師支援センター長
高橋克子



大上段に構えて

決して一刀両断にしようと思っ
てません！

◆ gender equality = 男女共同

◆ gender equality = 男女平等

女性をめぐる様々な差別



救命しようとした女性
看護師が拒否された
女性大臣・市長が土
俵にあがれなかった



コミュニケーション能力が低いから、
男性に下駄をはかせる??

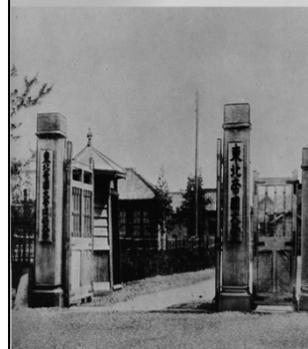


女性天皇がいまだ認められ
ない

伝統、前例、慣習、差別、偏見、既得権
などのお化け



おばけがいっぱいたころの 東北帝国大学の英断



◆ 帝国大学は、旧制高
校を卒業した男子学
生のための学校

◆ 1913年4人の女子
学生の受験を認め3
人が合格した

◆ 文部省からの質問状に
は委細構わず

女性医師を阻む硬い天井



内容

- ◆日本医師会女性医師支援事業
- ◆医学会、大学医学部、医師会の男女共同参画についてのアンケート調査結果 5年前との比較
- ◆医療界における男女共同参画のこれから

日本医師会女性医師支援事業



2014年より開催

学会・医学部・医師会女性
医師担当者連絡会

③

- 年一回この連絡協議会開催により、それぞれの意識改革が高まり、さまざまな取り組みがなされた。
- 今回はこの取り組みの5年前と比較検討

2010年より推進運動

2020.30推進運動

④

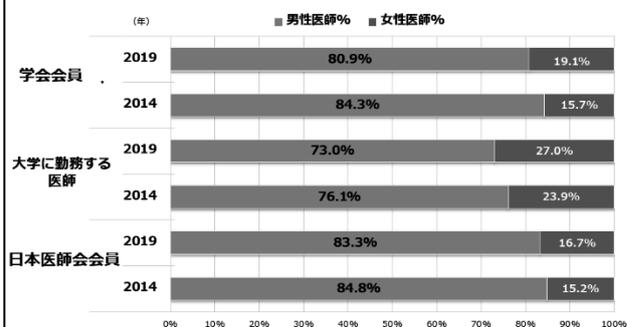
- ◆2010年、指導的立場の女性を2020年まで30%にしようとする運動
- ◆国が率先して数値目標を立てたが、.....。
- ◆日医はこの運動を今後も推し進める

大学、学会、医師会の男女比と意思決定の場の男女比

(2014.2と2019.4との日医アンケート調査より)

組織、構成、規模は大きく異なるが
医師であれば一生のうち必ずかかわっている

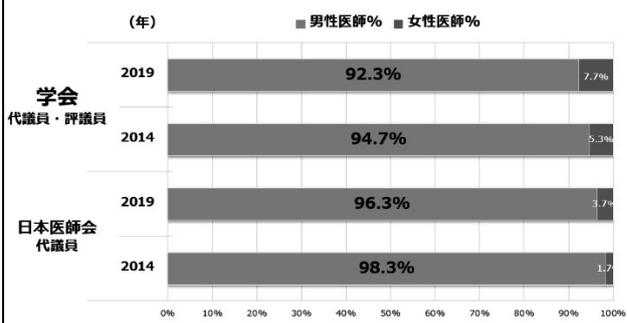
学会・医学部・医師会における女性医師の割合 (全女性医師は20.3%)



学会・医学部・医師会における指導的立場(役員)の女性医師の割合



学会代議員・評議員、日本医師会代議員の女性の割合

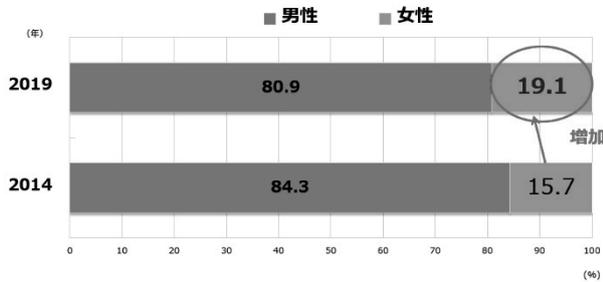


日本医学会分科会における指導的立場の女性医師

日本医学会分科会調査

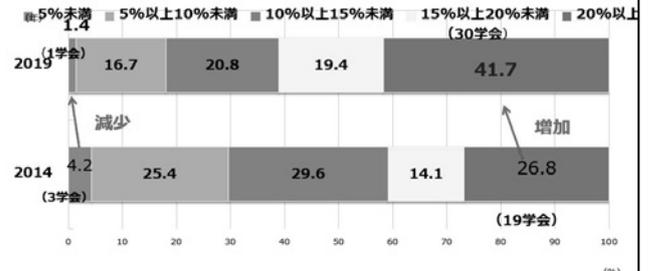
	回収数	学会数	回収率
2019年調査	87	133	65.4%
2014年調査	101	118	85.6%

学会に所属する医師の女性の割合(全数)

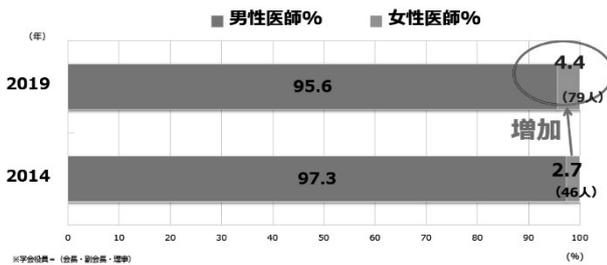


学会に属する医師の女性の割合 (女性医師割合別)

- 女性医師割合が5%未満の学会は、2014年4.2%から2019年1.4%へと減少した。
- また、20%を超えている学会が2014年26.8%から2019年41.7%へ大幅に増加した。

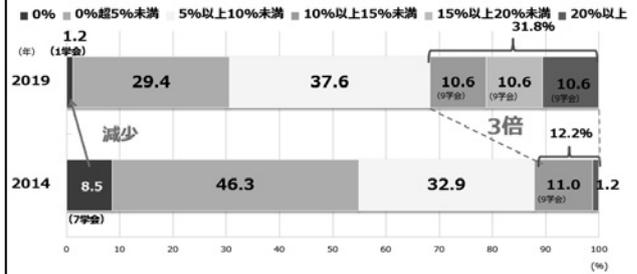


学会役員(会長・副会長・理事)の性別割合

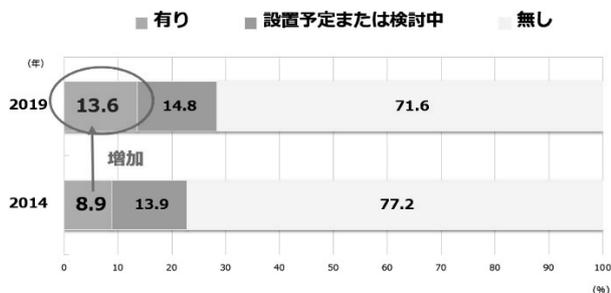


学会評議員(代議員)の女性の割合

評議員(代議員)に女性医師がいない学会(割合0%)は、2014年で7学会あったが、2019年に1学会に減少した。また、女性医師割合10%以上の学会は2014年で12.2%であったが、2019年に約3倍の31.8%に大幅増加した。

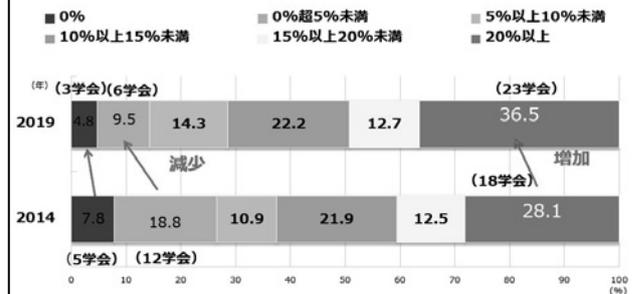


評議員(代議員)選出にクォータ性等の ポジティブアクションの有無

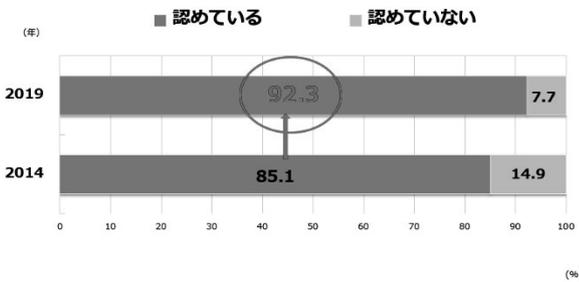


専門医制度と女性医師の割合

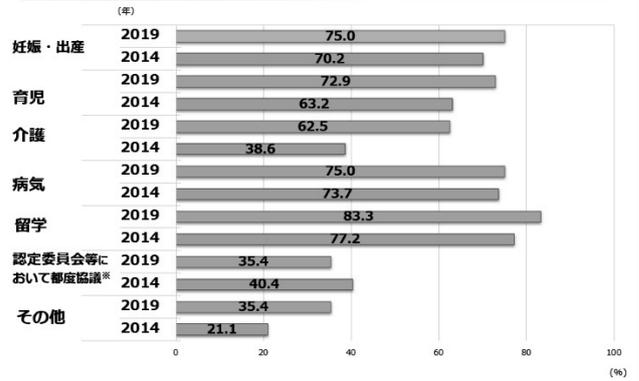
20%以上は23学会で着実に増えている。



専門医制度更新の猶予の有無



専門医更新の延長を認める場合の理由



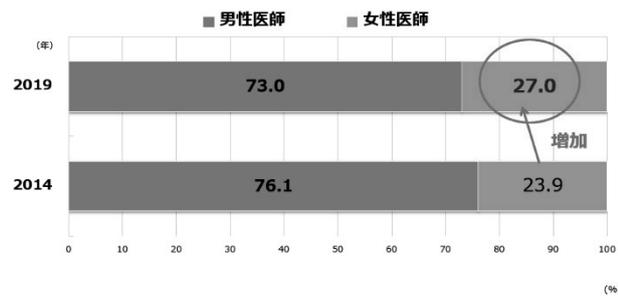
大学医学部・医科大学における指導的立場の女性医師

全国大学医学部・医科大学調査

	回収数	医学部数	回収率
2019年調査	58	82	70.7%
2014年調査	63	80	78.8%

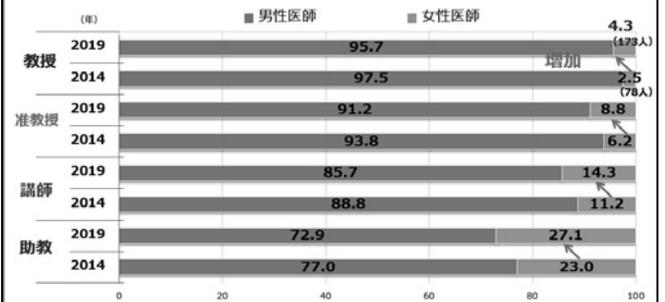
医学部に勤務する医師数

基礎系を含む医学部に勤務する医師のうち、女性は27%を占めた。前回(基礎系を含まず)とそのまま比較はできないが、増加と見受けられる。

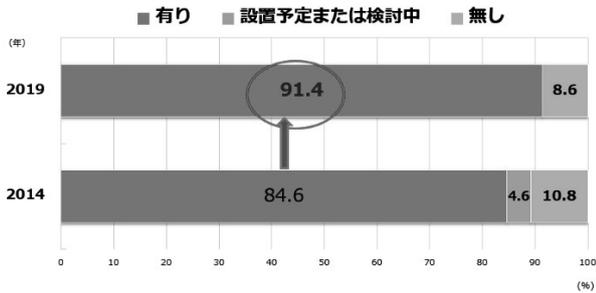


医学部における女性医師の役職者数

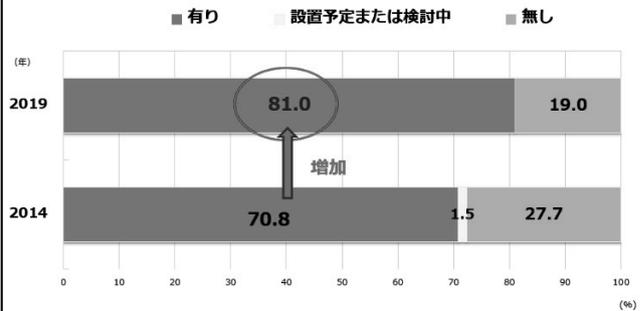
教授である女性医師の割合は、2014年の2.5%(78人)から、2019年の4.3%(123人)へ大きく増加した。その他、医師の役職者数は、准教授・講師・助教とも割合が増加している。



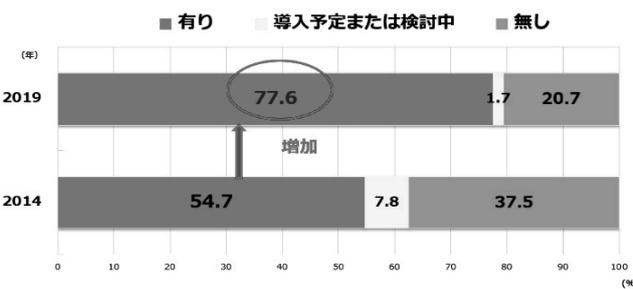
医師が利用できる院内保育所



学部内の女性医師支援・男女共同参画推進組織



医学部生へのキャリア教育



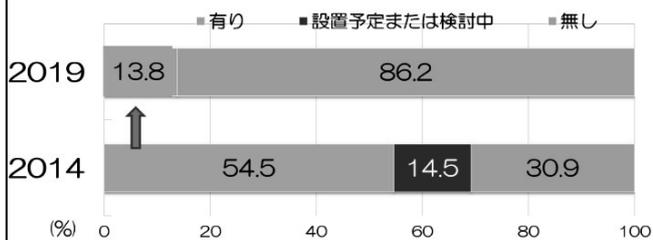
医師が利用できる施設内病児・病後児保育所

- 医師も利用できる施設内病児保育は、前回準備中だったものが概ね開設されたように見える。病後児保育は病児保育とは別に運営されているものがあるように見える。



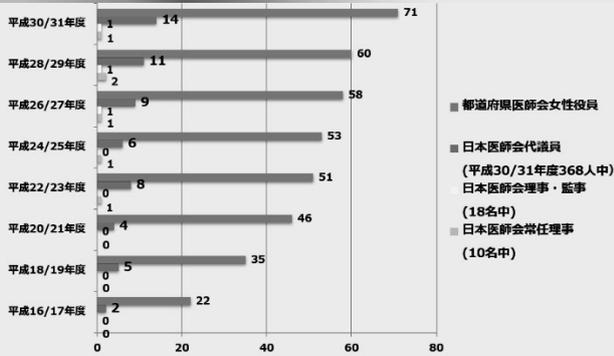
医師が利用できる施設内学童保育

- 学童保育は8校(前回30校)であった。
- 減少したのは、むしろ一般の学童保育が普及してきたためではないかと考えられる。

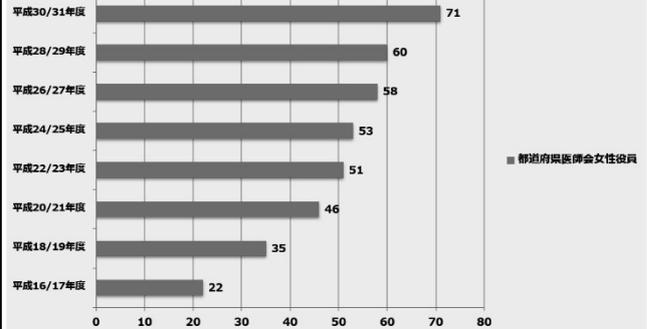


医師会における指導的立場の女性医師の割合

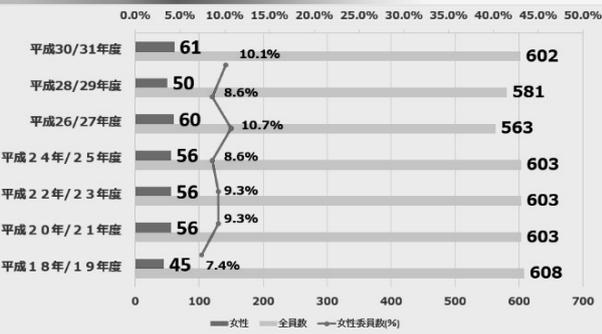
日本医師会役員及び都道府県医師会役員等に占める女性の割合



都道府県医師会役員等に占める女性の割合



日本医師会 会内委員会に占める女性の割合 (重複なし)



アンケート調査から見えるもの

- ◆この5年間で、学会・医学部・医師会は、着実に変化をしている
- ◆母数、比較対象のちがいが厳密には断定できないが、全体の傾向としては良い方向に進んでいるのではないかと

欧州のパパ産休10日



- ◆4月4日EU連合議会の議決
- ◆産前産後休暇10日間とれる
- ◆両親の育休4か月のうち2か月の所得補償
- ◆すべての労働者に介護休暇を年5日間

男女格差国別ランキング (2018.IMFによる)

- 政治・125位 国会議員の割合、女性首相の在任期間
- 経済・117位 管理職の割合、賃金格差、就業率
- 教育・65位 識字率、就学率
- 健康・41位 出生の男女比、健康寿命

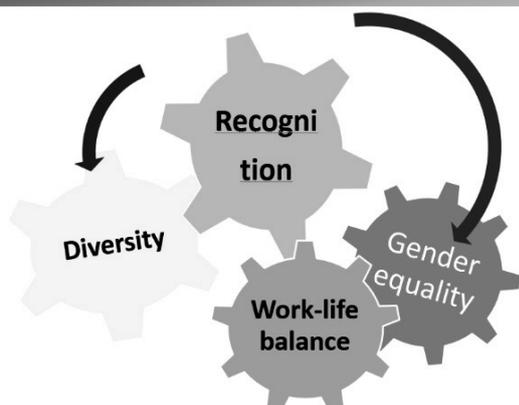
女性の社会進出の国際比較
総合では？

149か国中110位

女性医師を阻む硬い天井



この4つが合わさると。



女性医師を阻む硬い壁は取れる！！



謝辞

日本医師会今村副会長、小玉担当常任理事をはじめ女性医師支援センターの事務局の皆様には、アンケート調査、集計、結果作成など多大なご尽力をくださり、感謝いたします。

また、日本医学会分科会、医学部・医科大学のご協力に深く御礼申し上げます。



3. 女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス

自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長 一般・消化器外科教授
力山 敏樹

○高橋 それでは、引き続きまして、「女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス」について、自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長、一般・消化器外科教授 力山敏樹先生にお願いしたいと思います。力山先生、どうぞよろしくお願ひします。

○力山 ただいまご紹介にあずかりました自治医科大学附属さいたま医療センター外科の力山と申します。このような機会を与えてくださった橋本省先生はバスケット部の大先輩でございまして、去年病院に電話がかかってくる、「こういう会があるから話してほしい」とおっしゃいました。私の学生時代に既に OB 会長でしたので逆らえるわけもなく、今日はこのように参加させていただくことになりました。

先ほど基調講演をなさった本橋先生は、大学1年生から卒業まで、うちの学年の主席です。本当に優秀な方で、しかもピアノも、確か東北コンクールで3位等の腕前で、スーパーウーマンでした。私は劣等生の代表みたいなものでしたから、余り会話をすることはありませんでしたので、本橋先生がおっしゃった2番目のボーイフレンドというのは、もちろん私ではないのですね、残念ながら。

冗談はさておいて、始めさせていただきたいと思います。あくまで当科での取り組みということでお話させていただきます。なぜ私がこういう機会を与えていただけるようになったかという、平松昌子先生という大阪の先生がいらして、この人は外科のスーパードクターでして、独身でばりばり働いて、消化器外科女性医師の活躍を応援する会「AEGIS-Women」を立ち上げました。

最近、学会やシンポジウムで女性医師の働き方を取り上げることが多く、私のところの女性医師たちも出て話している、平松先生から「あなたも一緒にマスコミの前で話して」と言われまして、マスコミ 30社ぐらいを前に女性医師の今後の育て方等の話をさせていただきました。それが「Medical Tribune」という雑誌に取り上げられまして、その後、m3.comの「医療維新」が取材に来て2回ぐらい載せていただいて、3月には「日経メディカル」と次から次へと取材が来て、さも私のところは女性外科医をすばらしく育てているみたいに書いてもらったのです。実際はそれほどでもないのですが。今日は正直にお話いたします。

序論として、外科医の減少ということ。いろいろな統計があるので一致はしていませんが、1994年に比べて2016年では、外科だけがこんなに減っているというデータがあります。パーセンテージでいうと、例えば、糖尿病科、精神科はプラス69.0%なのに、小児科はマイナス17.0%、外科はマイナス25.0%。統計は病院勤務医のみや、自ら外科と標榜している人等、いろいろな取り方がありますが、総数は2万8,800人から2万8,000人と、そんなに変わっていないデータなのですが、実は39歳以下

の方々はこのようにどんどん減ってきています。29歳以下もどんどん減ってきています。

今、日本の外科が成り立っているのは、40歳から60歳ぐらいまでの我々の前後の世代、ここが手術を一生懸命やっているからですが、このペースでいくと、20年後には日本で外科手術を受けられなくなり、恐らく韓国か中国に行って手術を受けろと言われる時代が来てしまいます。ですから、外科医の減少というのは本当にせっぱ詰まっている問題です。

これは年度別の外科の後期研修に入った医師数です。少し古いデータですが、我々のころ、1990年ぐらいというのは毎年1,000人以上が外科を選んでいました。それがどんどん減ってきていて、ここの3年間はガクガクッと減って行って、外科学会の入会者数は2010年には655人しかいなくなった。昨年、一昨年は微増し、ようやくまた700人ぐらいになりました。いずれにしても、外科医の減少というのは非常にシビアです。

これは厚生労働省が出した事務的な試算で、現在の実数、これが2024年、2030年、2036年と、20年後の必要数、何人足りないかですけれど、常に5,000人ぐらい足りないという試算です。これは現在と比べて5,000人足りないわけですから、今の減少傾向のままでいくと、もっともっと減るのです。本来なら3万4,000人必要になるはずのところ、このままいくと多分2万人を切るような状況になっているということです。

もう一点の序論としては、皆さんご存じのように、女性医師の増加です。女性医師数の割合はどんどん増えて、今20.0%を超えているところですし、入学者数、国試の合格者数も最近では33.0%から35.0%ぐらいで推移しているのは皆さんご存じのとおりだと思います。ですから、若い医師、29歳以下ですと35.0%。もちろん年齢が上がっていくにつれてパーセンテージは減りますが、逆に言うと、若い世代ほど女性医師の割合が高いということになります。

では、診療科別の男女比はどうか見ますと、例えば麻酔科ですと、女性36.8%、皮膚科は44.0%ですが、外科は7.1%です。学会別に見ると、麻酔科学会は36.9%、外科学会で8.2%、消化器外科学会で5.4%です。私のところは今26.0%が女性です。

次に、専門医の数字でいきますと、小児科学会が32.0%、産科婦人科学会が30.0%、麻酔科学会が30.0%。ほぼ最近の女性医師の比率にマッチした女性医師割合になるのですが、外科学会の専門医は6.4%、消化器外科学会に限っては1.9%という、まだまだ少ない比率であります。

外科学会では外科医不足に対する対策をたくさん出したのですが、そのうちのひとつに、やはり女性外科医の参画を挙げておりまして、そのためには労働環境を整えて女性が働きやすい外科にしましょうということです。ここにアンケートよりと書いてあるのですが、後で外科学会のアンケート結果を我々の取り組みと一緒にご報告します。

序論の総括としては、外科医数は年々減少しています。一方、女性医師は増加しているのですが、恐らく外科を志望する女性も増加しているのではないかと思われていますが、実際には減っておりまして、外科医減少を食い止めるには、まず女性を外科に勧誘しまして、女性外科医が仕事を継続できる環境を整えることが非常に大事だと考えています。

私がいる自治医科大学さいたま医療センターを少し紹介しますと、大宮駅から東側に直線で2キロぐらい行った平地にドーンと建っています。昔は田んぼだらけだったそうです。診療科が20科で、病床数が628床です。初期研修医は1学年28人、フルマッチで56人、そのうち女性は45.0%。院内保育所「あおぞら」、病児保育所「ひまわり」もあります。ただ、院内保育所は定数がそれほど多くないので、もちろん医師の子どもも入れるのですが、慢性的に定数が不足している状況です。

我々の一般消化器外科は在籍者が今39名で、そのうち女性が10名(26.0%)です。大学院生が6名、そして、関連病院に交代で常時9名ほど派遣に出しています。少しゆっくり仕事をしている人も何人かいるものですから、実働は18人ぐらいです。5チームに分かれて、私は肝胆膵を主に担当しているので、肝臓がんやすい臓がん、胆管がんがメインになります。上級医は固定で、シニアをローテートさせて、大体年間の手術件数が1,100件から1,200件ぐらいです。

今年開院30周年で、グラフは30年間の推移です。ここ3年は大体1,150件から1,200件ぐらい外科手術をしていて、それを先ほど言った約18人で、緊急手術もあるので結構忙しく手術をしまくっています。1日外科が4列、心外が4列、呼吸器外科が2列というような手術をしている病院です。

この春の外科の専攻医は、一般消化器外科は女性1名のみで、心臓血管外科が大体年間950件から1,000件手術しているのですが、そこに男性が2名です。呼吸器外科も年間500件ぐらい手術をしていて、男性が1名だけでした。本当は10人ぐらい入っていいよと募集しているのですが。

当科の女性医師を10人、AからJとずらっと並べたのですが、Dさんからは、平成23年度以降に僕らの教室に入ってくれた方々です。実は平成23年以降、僕のところに男性は1人も入ってきてくれていなく、全員女性です。もちろん、男がいないわけではないのです。例えば、東京の病院でシニアレジデントを5、6年して肝胆膵をやりたいから僕のところへ来たい等、途中で入ってくる男性がポコポコいるのでなんとか総数は保っているのですが、新入局者は7年間女性だけです。

今日は、子どもを育てながら働いている3人を、少しだけご紹介いたします。まず、Aさんは、旦那さんは医師ではなくて、子どもは2人。実は東北大の後輩でして、学位を取得して2年間アメリカに研究留学し、ミュージシャンと結婚して帰ってきて、内視鏡外科の技術認定医をとりたくて2014年に私のところに来たのです。3年間子育てしながら手術を一生懸命してもらったのですが、その3年では技術認定医がとれなくて、やはり子どもとの時間を大切にしたいということで、一昨年2017年の春から

時短勤務になりました。時短勤務といっても、手術の助手を1日やってもらって、それ以外に外来や化学療法も半日してもらっています。やはりゼロよりは0.5でも0.7でもいてもらわないと困るぐらい、仕事量が多いものですから、時短勤務であってもとても助かるのです。

もう一人、Dさんは旦那さんが外科医で、子育ても何も全くしない人なのです。Dさんは内視鏡外科の技術認定医を目指して、がんセンター東病院に国内留学し、去年の春に出産と同時に見事合格しました。ただ、先ほど本橋先生もおっしゃいましたけれど、子育てのためには臨床を離れて研究の方がいいだろうと、本人も我々も思うところがあって、本来は1年間義務にしている病棟勤務を免除し、大学院に入学進んで研究と子育てを同時にしています。

Bさんはよくマスコミに取り上げられた人です。夫が単身赴任で、僕のところに来て9年間ずっと別居しています。第一子出産後、第二子出産までの5年間に消化器外科の専門医と内視鏡外科の技術認定医をとって、ここは外科の先生だけではないのでご説明しますと、実は消化器外科の専門医は450例経験し、筆頭の論文を3本書かなければならなくて、試験もなかなか膨大です。ただ、合格率は一応7割、8割あります。内視鏡外科の認定医は、手術は50例ぐらいでいいのですが、ビデオを出して、この審査が非常に厳しく、合格率が20.0%から30.0%ないぐらいなのです。ですから、これをとるのはなかなか大変ですが、彼女はよく頑張って取ったと思います。

うちの取り組みとしては、毎朝7時半からカンファレンスをしているのですが、子育て中の方は参加免除としています。原則は18時まで勤務して、あとは一切呼び出しもなしにしてあげます。その一方で、日中に行われる予定手術は、普通の医者と同等に参加してもらうようにしました。彼女が言うには、取得に必要な症例も積める上に、学会発表や論文執筆の時間も確保できたということです。

これがAさん、Bさんの勤務形態です。保育園のお迎えも普通に行っていたので、多分僕が見ている限り、実際はこんなに遅くまで働いていなかったと思いますが、大体こんな感じでした。

学会等が主催する、いろいろな勉強会、シミュレーション、トレーニングがあるのですが、子どもを連れて出ていくのは大変なので院内ですることにし、我々の病院に有名な講師を呼んで、そこでカンファレンスやトレーニングをする取り組みがあります。

日本外科学会が調査した、女性医師が希望する支援です。労働条件の明瞭化からずらっと並んでいますが、私がここ数年で取り組んだことは、まずチーム制を完全に導入して、長時間手術は交代ですることです。手術も定型化して、土日も、昔は全員土日に回診に来て、帰ってからまた夕方に来てという具合でやっていたのですが、交代で休むようにしました。回診業務も全員でぞろぞろ歩く必要はないから、手術が終わっていなければ、終わった人たちだけで夕方等に回診しなさいとしました。週1回の外勤日は、病院には絶対戻ってこないようにということも言いました。

労働条件の明瞭化というのは、特に子育て中は、先ほどみたいに朝カンファレンス免除や、当直、オンコール免除等です。周りから最も不満が出るのですが、そのように免除するのだけれど、術者に充てるのです。「普通は術者をやるのなら、術後管理をするのは当然だ」「そんな勤務体制だったら自分から術者をしたいと言わないだろう」等、結構きつい意見が出てきましたが、鶴の一声でオーケーにしました。

長い手術のときは手をおろしても可。ここ数年は、5時ぐらいになると周りの若い男の子が来て、「先生、そろそろ保育園お迎えでしょう。代わりますよ」と言うようになってきました。その代わり、日中の可能な雑用は積極的にするように言っています。それから、主治医という概念をなくして、とにかく当直、オンコールで対応することです。代替要員ですが、この辺は協力し合うしかありません。

職場の意識改革が、最初が一番大変でした。チーム医療ということで、子育て中の女性医師はこのように働くのだということを経験していき、負担は多少増えるけれどシェアしていこうよと。特に、若い女性医師の説得が大変で、女性の敵は女性なのだと思いました。「絶対に私だったらやらない」等、そういうことを強く言うのはみんな若い女性で、男の人は皆、優しかったです。それから、他職種への役割分担。これはまだ導入されたばかりですが、メディカルクラークやナース・プラクティショナーを導入し始めています。

もう一つ大事なことは、希望する支援としては非常に順位が低いのですが、家族の意識改革です。これは本当に大事で、私は女性医師の夫に直接学会で会って、もっと家庭のことをするように説得したり、時には夫の上司である教授や部長に電話をして、旦那を早く帰してくれと言いました。よくいろいろな世界で、妻の同僚が協力して夫の出世を助けると言われるのですが、やはり絶対にあってはいけないことなので、まず家庭内、夫の同僚も同じようにシェアしないといけないと思っております。

あとは、休業後の再教育制度です。先ほどのカンファレンスの話ですが、申し込んで学会の認定をとるのです。そうしますと、遠くに行かないで自分の院内、あるいは近くで開催するものに参加して、学会の専門医等のクレジットがとれるようになりますので、こういうことをやってあげるだけで、皆さん非常に楽になります。

問題は、十人十色だということです。目指すものがやはり皆異なっていて、1、2人ロールモデルを作れば、皆ついてくるだろうと最初のころは思ったのですが、そんなことはないのです。ばりばりやりたい人と、ほどほどという人、もしくは、時にばりばり、少し休む、またばりばり、少し休むというような、その時その時、その人その人で、目指すものが異なるのです。

自分を振り返ると、私はアメリカに2年半留学したのですが、外科医というのは24時間365日、手術は開始から終了まで1人の執刀医、術後管理は夜も休日も執刀医、こういう教育を受けて育ってきました。ただ、帰国後、妻が白血病で7か月ぐらい入院してしましまして、子どもが小学校4年生と2年生だったのですが、突然僕が子育てして、外科医をやって、看護もしなければならなくなりました。習い事の送

り迎えをして、夕飯を食べさせて、妻の見舞いに行っ、それから自分の病院に戻ってというような生活を7か月して、当直はやはり無理だと思って、仕方なく自分から当直免除をお願いしました。

退院した後もいろいろありましたし、自分も少しずつ偉くなってくると雑用も増えますので、長い手術の後半や術後管理も任せざるを得ません。そういう自分の意識改革があって、やはりグループ制や休日交代制、オンコールの免除等、こういうものは人によって対応していくしかないというふうに変わりました。

もう一つ、僕の実家は神社で、父は宮司をやっているのですけれど、87歳とかなり高齢になりました。宮城県の方はご存じだと思いますが、青葉山の宮城縣護國神社というところです。私で16代目になりますが、実家の宮司を継ぐために、去年30日間休日を使って、ここに朝から晩まで修行に行っていました。娘が来てくれたものから、厄祓いをしてあげました。

何故こんな話をしたかという、先ほどからダイバーシティ等いろいろな話が出ていますが、女性だけではなく、やはり男性も含めて、その立場、あるいは年齢で環境が変わってきますので、いつまでもばりばりフルタイムで働ける男性、女性ばかりではないということです。それぞれの人生のそれぞれの時期に必要な働き方を聞いて、それを提供するという組み合わせが最も大事だと感じています。これは東北大学の植松先生にいただいたスライドですが、「社会が必要としているのは美しい妥協」という、とてもいい言葉なので使わせていただきました。

まとめです。女性外科医を増やさないと外科医は増えない。外科医が増えないと、もちろん我々のワークシェアも破綻します。女性外科医のキャリアパスと多様な働き方を提示しないと、後進の女性医師は外科を選択しません。ワークライフバランスの各自の考えを尊重して、要望を一人一人丁寧に聞いてあげるのが一番大事だと思っています。再教育を含め、組織として積極的にその要望に対応して、それから各自の不公平感をなだめながら意識改革をしていくのが大事だと思っています。

今週、医局の歓送迎会がありました。3月まで10人いたのですが、実はこの春4人辞めました。1人また女性が入ってきましたが、今7人に減っています。それぞれの理由は、Aさんは「外科のフルタイムはもう体力的に不可能なので」と言って緩和の病院に行ってしまいました。先ほどのばりばり働いていたBさんも、「2人の子育てで別居はもう無理だ」ということで、夫の職場近くに行って外科医として就職しています。Gさんという若い子は、新婚ですけど、「夫との時間がとれない、あなたの病院は忙しすぎる」と言って、他の大学に行ってしまいました。一番若い子は、「私、外科は向いていません」と言って皮膚科に行ってしまいました。

外科は毎年浴衣の納涼会というのをやっていて、病院全員なるべく広く声をかけて、日ごろお世話になっていることに感謝をするという会で、昨日がちょうどその日で、何と216人も参加してくれました。むなしさも感じるのですけれど、とにかく外科の魅力を伝え続けるしかないと思っている次第であります。ご清聴どうもありがとうございます

ざいました（拍手）。

○高橋 変興味深いお話をお聞きいたしました。こういう上司が全国にいたら、女性医師はもっと働きやすくなるのではないかと思います。非常に外科医が少ない中で、魅力を感じて先生のところには女性医師がたくさん集まるといことがよくわかりました。ありがとうございました（拍手）。

レイアウト変更の間に、2018年に東北大学の副学長に就任されました、大隅典子先生をご紹介して、コメントをいただきたいと思います。旧帝国大学で女性の副学長は、たしか九州大学にもう1人おいでだったと思います。大隅先生は、医学系研究科発生発達神経科学分野教授、それから東北大学医学系研究科附属創生応用医学研究センター長を歴任されております。2006年より長いこと東北大学の男女共同参画担当をしておられますので、コメントをいただければ大変幸いです。先生、どうぞ壇上をお願いいたします。

○大隈 ご紹介にあずかりました、昨年より東北大学の副学長を務めております大隅と申します。担当しておりますのは、公報と男女共同参画、さらに、附属図書館長も務めております。本日はこのような機会にご挨拶させていただく機会をいただきまして、本当にどうもありがとうございます。

冒頭の3人の方々のお話は、新専門医制度に向けて、もしかすると女性のワークライフバランス等々やキャリアパスを考えたときに難しい面があるのではないかという問題提起であり、この後さらに総合討論でお話を深めていただきたいと思いました。また、高橋先生からは、2014年と2019年のデータを比較してご紹介いただきましたが、男女共同参画は、遅々としてではあるが進んでいるという感じなのかと思いました。力山先生からは、遅々としてはいられない状況なのではないかということで、どのように女性医師が働きやすいようにするかという、具体的なお話を伺いました。女性外科医を増やすことが、日本の外科医を増やし、その活性化につながるという観点で、すばらしい取り組みをされていて非常に心強く思いました。

今出版されている本で、「なぜ女性管理職は少ないのか」というタイトルの本があります。ご関心のある方は、ぜひ一度お読みいただきたいと思います。高橋先生のお話の中にもありました、日本の政治家に女性が少ないことは、いろいろな政策決定に女性の意見が反映されにくいということにもなりますので、そこにどう切り込んでいくかということです。それから、私は自分の専門が脳科学ですが、女性の科学者が少ないので、もっと人材が活用されたいと思っております。

恐らく、女性の医師が増えるということは、さらに次世代の方々に対する影響がありますので、非常に大きな意味があると思います。高橋先生から、医師会等々の政策、意思決定に関わる女性の参画が進んでいないことをご紹介いただきましたが、そのあたりのところをぜひ、これから変えていただくことが、日本で女性医師が力を発揮し、日本全体がよくなっていくことにつながるのではないかと思います次第です。どうも貴重な機会をありがとうございました（拍手）。

第15回男女共同参画フォーラム（2019年7月27日）於 仙台湯山館



女性外科医の育成と ワークシェア・ワークライフバランス （あくまで当科での取り組み）

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科
カ山 敏樹



Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University



消化器外科女性医師の活躍を応援する会 Association for Empowerment of Women Gastrointestinal Surgeons (AEGIS-Women)

HOME 当会について お知らせ 入会案内 ニュースレター 会員専用ページ 会員専用ページ
個人専用ページ 会報制作スタッフ



早松 昌子氏

カ山 敏樹氏

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

医療維新 | 新着 | レポート | インタビュー | オピニオン | スペシャル企画 | 医師調査



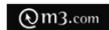
医局員の4分の1が女性医師の外科、子育ても手術もこなすーカ山敏樹・自治医大さいたま医療センター副センター長に聞く◆Vol.1
スタッフからの不満にも、「子育て中は9時5時勤務。夜は緊急呼び出し免除」

インタビュー 2018年6月5日 (火)配信 長谷克枝 (m3.com編集部)

新着 | レポート | インタビュー | オピニオン | 地域情報 (県別) | スペシャル企画 | 医師調査 | 臨床実務関連 | 医療維新

子育てと仕事の両立は女性医師だけの問題にあらずーカ山敏樹・自治医大さいたま医療センター副センター長に聞く◆Vol.2
今後はリーダーシップを取れる女性医師に期待

2018年6月12日 長谷克枝 (m3.com編集部)



Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

目録メディカル



REPORT

シリーズ◎医師の「働き方改革」

ママ外科医が時短勤務で技術認定を取得するまで
自治医科大学附属さいたま医療センターのカ山敏樹氏と長谷川美氏

2019/3/12

清武 里奈=日経メディカル



本日で5回目の講演

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

序論



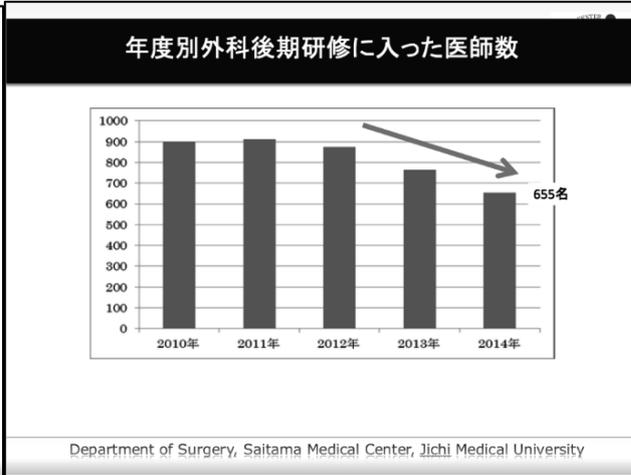
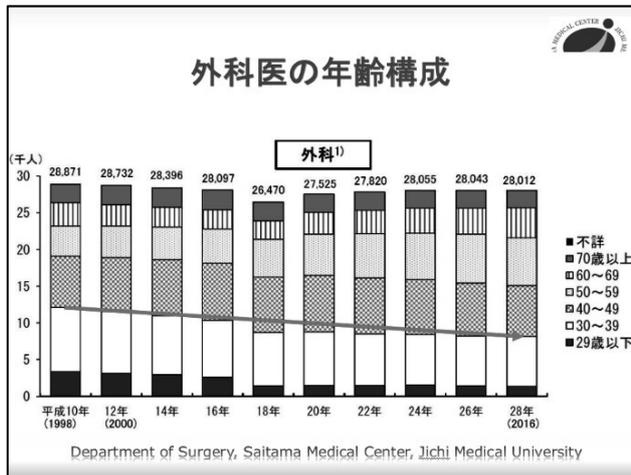
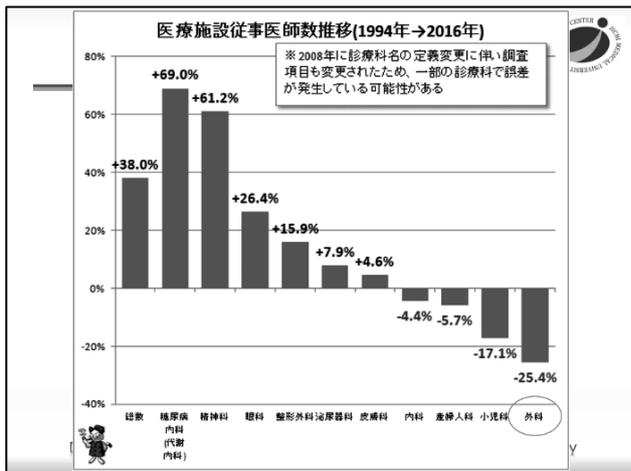
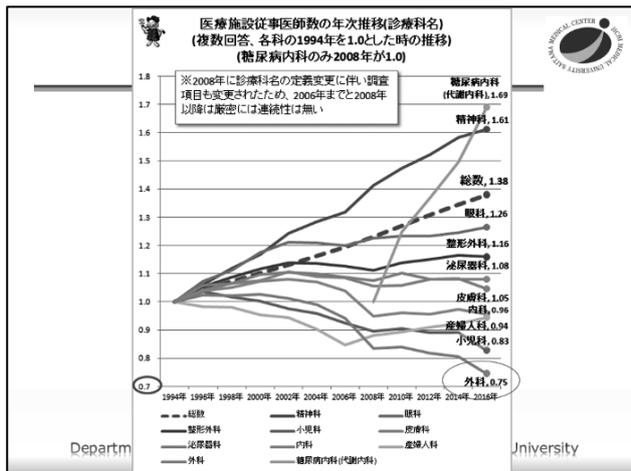
- 外科医の減少
- 女性医師の増加

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

外科医の減少



Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University



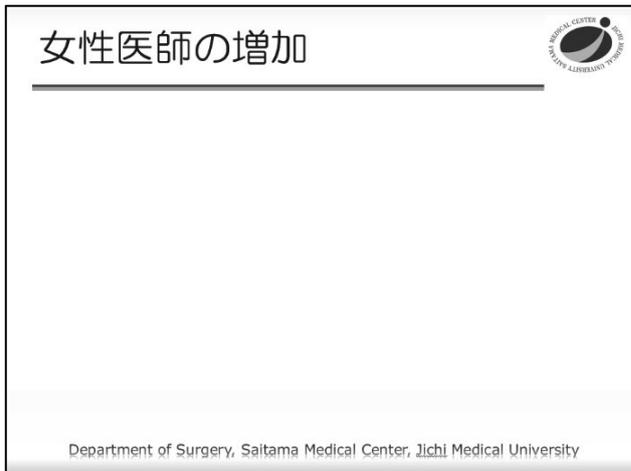
診療科ごとの将来必要な医師数の見通し(たたき台)

※ 事務局において機械的に計算したたたき台

	2016年	2024年	2030年	2035年	必要員構成に係る推計								
内科	112,978	122,253	9,275	127,446	14,466	129,204	16,226	127,167	14,189	2,289	3,910	3,246	2,978
小児科	16,587	18,620	2,033	17,813	1,227	17,212	625	16,374	-213	394	538	480	457
皮膚科	8,485	8,376	-109	7,999	-480	7,695	-208	7,276	-1,414	150	115	147	150
外科	29,085	34,741	5,656	34,916	5,831	34,605	5,520	33,448					
整形外科	22,329	23,162	1,153	24,374	2,242	24,680	2,658	24,021	1,903	499	744	656	613
泌尿器科	12,632	14,811	2,179	13,624	992	12,938	305	12,165	-447	284	394	349	331
眼科	12,724	12,954	-670	12,336	-310	12,293	-432	11,830	-815	271	227	245	252
耳鼻咽喉科	9,125	8,967	-158	8,621	-554	8,345	-433	7,844	-1,210	219	156	181	191
泌尿器科	7,426	8,320	894	8,599	1,173	8,653	1,228	8,429	1,003	199	334	281	260
脳神経外科	7,713	9,621	1,309	9,289	2,677	10,170	2,457	10,235	2,523	189	423	330	292
放射線科	4,931	2,861	-1,130	2,147	-211	7,126	195	6,918	-13	154	177	168	164
眼科	9,496	10,076	579	10,126	630	10,036	540	9,701	204	232	365	276	265
皮膚科	1,887	2,178	291	2,189	302	2,170	283	2,097	210	48	81	68	63
産婦人科	567	432	-135	630	72	638	78	619	12	21	30	27	25
小児科	3,656	4,250	594	4,302	645	4,289	633	4,164	506	93	172	141	129
形成外科	3,321	3,431	110	3,448	127	3,417	97	3,303	-118	95	169	104	102
消化器科	2,999	2,489	-510	2,519	120	2,612	112	2,439	-39	51	64	59	57

※ 数値は千名未満を四捨五入

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University



序論総括



- ✓外科医数は年々減少している
- ✓女性医師は増加している
- ✓外科を志望する女性も増加(?)している(印象)



- ✓外科医減少を食い止めるにはまず女性を外科に勧誘
- ✓女性外科医が仕事を継続できる環境を整える

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当院当科紹介



Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

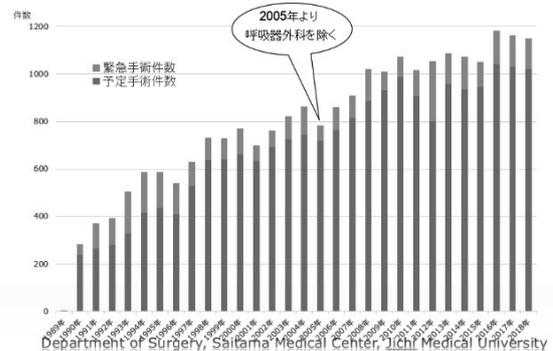
一般・消化器外科



- ✓医局在籍者39名
 - ✓女性10名(約26%)
 - ✓大学院生6名、派遣等9名
 - ✓病棟外来の実働は18名程度
- ✓臨床は肝胆膵、上部、下部、乳腺甲状腺、小児の5チーム
- ✓上級医は固定、シニアはローテート
- ✓病床数75床
- ✓手術件数年間1100~1200件

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科手術数推移



Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

今春外科専攻医



- ✓一般・消化器外科
 - ✓女性1名のみ
- ✓心臓血管外科
 - ✓手術件数年間950~1000件
 - ✓男性2名
- ✓呼吸器外科
 - ✓手術件数年間450~500件
 - ✓男性1名

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年3月時点)



- ✓A 平成12年卒、既婚(夫非医師)、子供2人(8歳、6歳)
- ✓B 平成17年卒、既婚(夫外科医)、子供2人(6歳、1歳)
- ✓C 平成19年卒、未婚、大学院4年
- ✓D 平成21年卒、既婚(夫外科医)、大学院1年
子供1人(0歳)
- ✓E 平成22年卒、未婚、国内留学中
- ✓F 平成23年卒、未婚、大学院1年
- ✓G 平成24年卒、既婚(夫非医師)、国内留学中
- ✓H 平成26年卒、既婚(夫内科医)、派遣中
- ✓I 平成26年卒、未婚(非医師と年内結婚予定)
- ✓J 平成28年卒、未婚

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年3月時点)



平成23年以降の新規入局者は女性のみ！！
(当センター初期研修終了者)

- ✓D 平成21年卒、既婚（夫外科医）、大学院1年 子供1人（0歳）
- ✓E 平成22年卒、未婚、国内留学中
- ✓F 平成23年卒、未婚、大学院1年
- ✓G 平成24年卒、既婚（夫非医師）、国内留学中
- ✓H 平成26年卒、既婚（夫内科医）、派遣中
- ✓I 平成26年卒、未婚（非医師と年内結婚予定）
- ✓J 平成28年卒、未婚

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年3月時点)



- ✓A 平成12年卒、既婚（夫非医師）、子供2人（8歳、6歳）
- ✓B 平成17年卒、既婚（夫外科医）、子供2人（6歳、1歳）
- ✓C 平成19年卒、未婚、大学院4年
- ✓D 平成21年卒、既婚（夫外科医）、大学院1年 子供1人（0歳）
- ✓E 平成22年卒、未婚、国内留学中
- ✓F 平成23年卒、未婚、大学院1年
- ✓G 平成24年卒、既婚（夫非医師）、国内留学中
- ✓H 平成26年卒、既婚（夫内科医）、派遣中
- ✓I 平成26年卒、未婚（非医師と年内結婚予定）
- ✓J 平成28年卒、未婚

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年3月時点)



- ✓A 平成12年卒、既婚（夫非医師）、子供2人（8歳、6歳）

- ✓独身時代に出身大学で学位取得
- ✓2年間の米国研究留学中に結婚（夫ミュージシャン）
- ✓内視鏡外科技術認定医（大腸）を目指し2014年当科へ
- ✓3年間子育てしながら手術（後述のカンファ当直免除）
- ✓3年間では技術認定医取得できず
- ✓子供との時間を大切にしたいと2017年春から時短勤務（手術助手1日、外来及び化学療法半日、外勤1日）

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年3月時点)



- ✓D 平成21年卒、既婚（夫外科医）、大学院1年 子供1人（0歳）

- ✓内視鏡外科技術認定医（胃）を目指しがんセンター東病院へ2年間国内留学
- ✓昨年春出産と同時に技術認定医合格
- ✓子育てのため大学院入学（本来は1年間病棟勤務義務だが免除）

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年3月時点)



- ✓B 平成17年卒、既婚（夫外科医）、子供2人（6歳、1歳）

- ✓夫は単身赴任で当院赴任以来9年間別居中
- ✓第1子出産後、第2子出産までの5年間に、消化器外科専門医、内視鏡外科技術認定医（大腸）取得

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

専門医取得のためには



	消化器外科学会	内視鏡外科技術認定医
症例数	450例	低難度手術 50例 もしくは高難度手術20例
学会など	総会・大会それぞれに1回	セミナーの受講（5年以内） 総会の参加や縫合結紮講習会などの参加
業績	筆頭者として3編、 学会発表3件	論文2編、学会発表3つ （共著も可）
試験	筆記100題、 口頭試問	手術ビデオ、縫合結紮ビデオ
合格率	7-8割	2-3割

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科での取り組み (B医師発表スライド)

朝7:30からのカンファレンスの参加免除
原則18時（最大で20時）までの勤務
当直・夜間呼び出しの免除（3才まで）

その一方で、
日中に行われる予定手術には他の医師と同等に参加、修練できる。

専門医取得に必要な症例を積める
学会発表・論文執筆の時間を確保できる

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

A、B医師の勤務形態

	8時半	12時	16時	20時
月	手術			回診・病棟業務 カンファ
火	病棟業務	外来	回診・病棟業務	
水	手術			回診・病棟業務
木	外勤			
金	外来	大腸内視鏡検査	回診・病棟業務	
土	回診・病棟業務	休み		
日	休み（日直、オンコール 2回/月）			

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

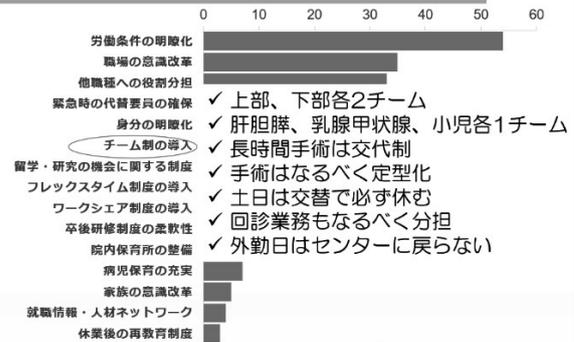
当科での取り組み (B医師発表スライド)

- ・院内でシミュレーターを使ったトレーニング
 - ・他病院のエキスパートによるビデオカンファレンス
 - ・アニマルラボ
- 医局行事はすべて子連れで参加可



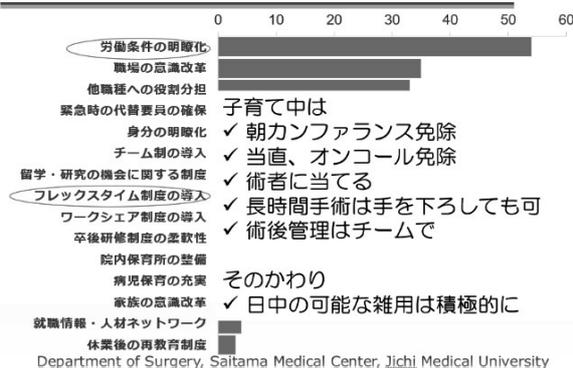
Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

希望する支援 (外科学会調査)



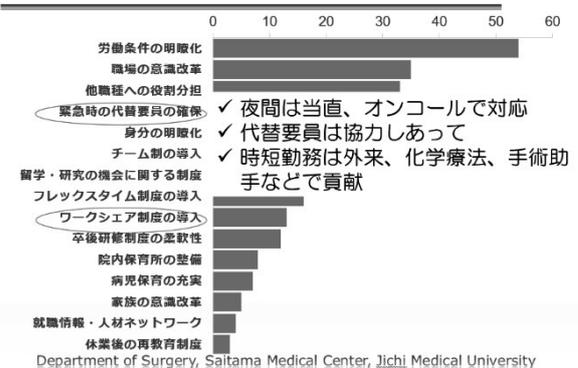
Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

希望する支援 (外科学会調査)

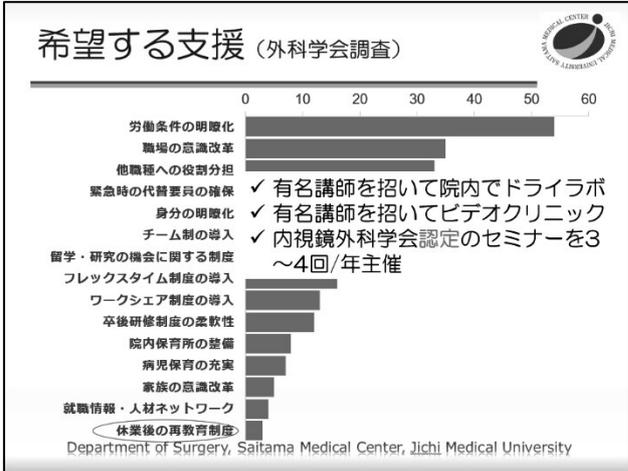
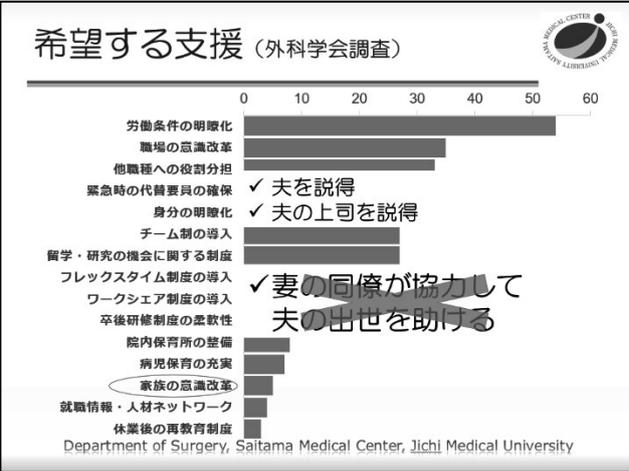
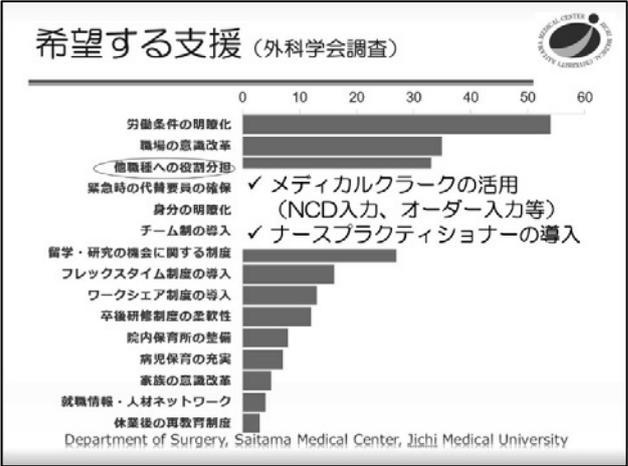
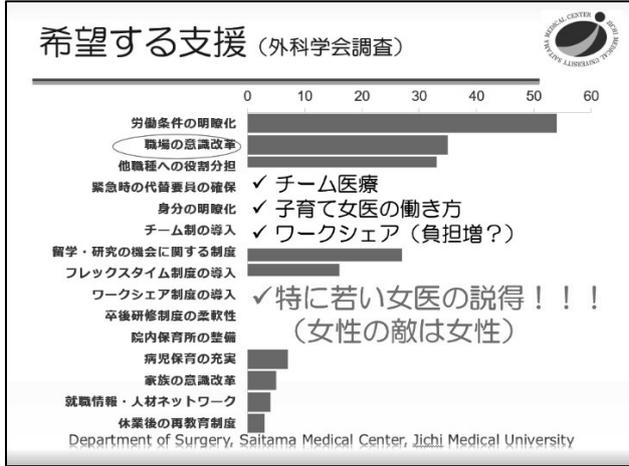


Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

希望する支援 (外科学会調査)



Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University



- ### 当科女性医師
- ✓A 平成12年卒、既婚 (夫非医師)、子供2人 (8歳、6歳)
 - ✓B 平成17年卒、既婚 (夫外科医)、子供2人 (6歳、1歳)
 - ✓C 平成19年卒、未婚、大学院4年
 - ✓D 平成21年卒、既婚 (夫外科医)、大学院1年
子供1人 (0歳)
 - ✓E 平成22年卒、未婚、国内留学中
 - ✓F 平成23年卒、未婚、大学院1年
 - ✓G 平成24年卒、既婚 (夫非医師)、国内留学中
 - ✓H 平成26年卒、既婚 (夫内科医)、派遣中
 - ✓I 平成26年卒、未婚 (年内結婚予定)
 - ✓J 平成28年卒、未婚
- Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

- ### 当科女性医師
- ✓A 平成12年卒、既婚 (夫非医師)、子供2人 (8歳、6歳)
 - ✓B 平成17年卒、既婚 (夫外科医)、子供2人 (6歳、1歳)
 - ✓C 平成19年卒、未婚、大学院4年
 - ✓C
- 問題は
十人十色
- ✓E 目指すものがそれぞれ異なる
 - ✓F 目指すものがそれぞれ異なる
 - ✓G 平成24年卒、既婚 (夫非医師)、国内留学中
 - ✓H 平成26年卒、既婚 (夫内科医)、派遣中
 - ✓I 平成26年卒、未婚 (年内結婚予定)
 - ✓J 平成28年卒、未婚
- Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

自分を振り返って



留学前までは

- ✓ 外科医は24時間365日働くもの
- ✓ 手術は開始から終了まで一人の執刀医が行うもの
- ✓ 術後管理の責任は夜も休日も執刀医

帰国後

- ✓ 妻が白血病で7ヶ月間入院（子供小4、小2）
- ✓ 突然の子育て、外科医、看護の両立！！
- ✓ 子供の習い事の送り迎え
- ✓ 子供に夕飯を食べさせ、妻を見舞い、病院に戻る生活
- ✓ 仕方なく当直免除をお願いした

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

自分を振り返って



- ✓ 妻は無事退院したが家事は手伝う必要
- ✓ 息子が少年野球→車出しや審判で日曜回診不可
- ✓ 所用が増え長い手術の後半や術後管理を任せるように



- ✓ 私自身の意識改革
- ✓ グループ制導入、休日交代制、当直やオンコール免除、術者交代制、等の考え方の基本に

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

ダイバーシティ (DIVERSITY) ≠ 女性支援・女性活用
ダイバーシティ (DIVERSITY) = 多様性 (VARIETY)



まとめ



- 女性外科医を増やさないと外科医は増えない
- 外科医が増えないとワークシェアは破綻する
- 女性外科医のキャリアパス、多様な働き方を呈示しないと後進女性は外科を選択しない
- ワークライフバランスは各自の考えを尊重
- 各自の要望を丁寧に聞く
- 再教育を含め要望に組織として積極的に対応
- 不公平感をなだめながら組織として意識改革

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年3月時点)



- ✓ A 平成12年卒、既婚（夫非医師）、子供2人（8歳、6歳）
- ✓ B 平成17年卒、既婚（夫外科医）、子供2人（6歳、1歳）
- ✓ C 平成19年卒、未婚、大学院4年
- ✓ D 平成21年卒、既婚（夫外科医）、大学院1年 子供1人（0歳）
- ✓ E 平成22年卒、未婚、国内留学中
- ✓ F 平成23年卒、未婚、大学院1年
- ✓ G 平成24年卒、既婚（夫非医師）、国内留学中
- ✓ H 平成26年卒、既婚（夫内科医）、派遣中
- ✓ I 平成26年卒、未婚（非医師と年内結婚予定）
- ✓ J 平成28年卒、未婚

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年7月時点)



- ✓ A 平成12年卒、既婚（夫非医師）、子供2人（8歳、6歳）
- ✓ B 平成17年卒、既婚（夫外科医）、子供2人（6歳、1歳）
- ✓ C 平成19年卒、未婚、市中病院派遣
- ✓ D 平成21年卒、既婚（夫外科医）、大学院2年 子供1人（0歳）（妊娠中）
- ✓ E 平成22年卒、未婚、国内留学中
- ✓ F 平成23年卒、未婚、大学院2年
- ✓ G 平成24年卒、既婚（夫非医師）、国内留学中
- ✓ H 平成26年卒、既婚（夫内科医）（妊娠中）
- ✓ I 平成26年卒、既婚（夫非医師）
- ✓ J 平成28年卒、未婚
- ✓ H 平成29年卒、既婚（夫麻酔科医）

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

当科女性医師 (2019年7月時点)



- ✓A 外科のフルタイムは不可能→緩和ケアの病院へ
- ✓B 別居はもう無理→夫の職場近くへ外科医として就職
- ✓C 平成19年卒、未婚、市中病院派遣
- ✓D 平成21年卒、既婚(夫外科医)、大学院2年
子供1人(0歳)(妊娠中)
- ✓E 平成22年卒、未婚、国内留学中
- ✓F 平成23年卒、未婚、大学院2年
- ✓G 忙しすぎて自分や夫との時間が取れない→他大学へ
- ✓H 平成26年卒、既婚(夫内科医)(妊娠中)
- ✓I 平成26年卒、未婚(夫非医師)
- ✓J 外科自体向いていない→皮膚科へ
- ✓H 平成29年卒、未婚(夫麻酔科医)

総合討論

○佐々木 それでは討論に入りたいと思います。シンポジストの先生方、何かもう一言話しておきたいと思うことがございましたら、ご発言をお願いします。

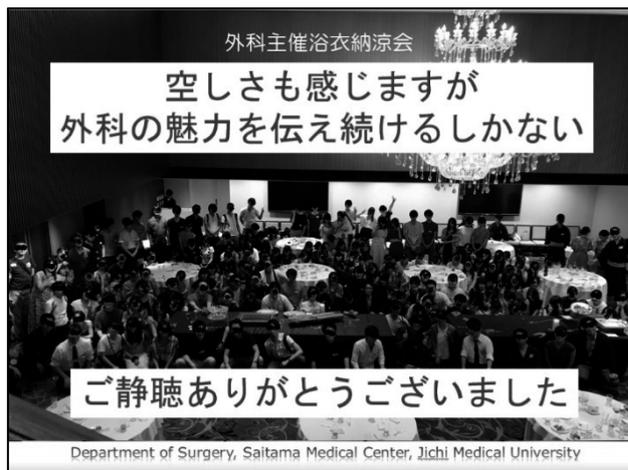
○高橋 では、福與先生、どうぞ。

○福與 どうして専門医を取得するのが、一番大事なところだと思います。男性もそうだと思いますが、女性は特に、自分のライフイベントを乗り越える中で指標となるのは、そこにどんな意義があるのかということだと思います。今回の男女共同参画というテーマとは少しずれてしまうかもしれませんが、若い先生や学生が、「私はいつ結婚や妊娠ができるのでしょうか」と聞いてくるときに、必ず同時にする質問が、「専門医をとるとそんなにいいんですか」ということなのです。

やはり今一度ここで、専門医をとる意義を考えていかないと、学生や研修医の先生たちが、「よし、専門医をとるために頑張ってライフイベントを乗り越えよう」と思えないのではないのかというのが正直なところです。

ですから、私たち専門医自身も発信していく必要があると思うのですが、国や医師会の先生方も、ライフイベントを乗り越えてまで専門医を取得する意義を、一緒に若い先生たちに発信していただきたいと思っています。私からは以上です。

○横山 初期研修医の横山です。先ほど、新専門医制度のシーリングについて内科専門医の話を中心にお話したのですが、それは全ての専門医で言われている話で、特に関東圏ではほとんどのマイナー科にシーリングがかかっている状態で、他の県での研修を余儀なくされているということです。私は地方出身で、地域医療という点ではいいのかもしれませんが、医師偏在の根本的解決には余りつながらないのかと思うと、例えば、転入したい人を制限してまで制限する必要があるのか等、疑問に思う点は様々あります。



現在、初期研修中の内科症例も専門医をとるための症例数にカウントできるのですが、そういうこともあって、学生は初期研修先を決めかねる、人気なところは集中するということがあるようなので、今後も制度は変わっていくと思いますが、もう少しいろいろな人に優しい制度になるといいと思っています。ありがとうございました。

○岩田 学生の岩田です。私はマッチング制度と専門医制度を絡めてお話させていただいたのですが、このマッチングという制度は、全国どこの病院に就職してもいいというもので、また、すぐ診療科を決めなくても2年間じっくりと決める時間を与えてもらえるような制度になっています。だからこそ私たちは、専門医における新たな悩みが生じているところではありますが、マッチングという制度自体は、今まで変更や改善等いろいろと積み重ねられてやっとできたもので、私たちそれぞれの悩みや要望、ニーズに合わせたものが反映されていると思います。今後、新専門医制度においても問題が生じてくるとは思いますが、私たちの要望等が反映されて、もっと多様性のあるものになればと願っています。ありがとうございました。

○高橋 会場からご質問、ご意見はございますか。

○蓮沼 広島大学の蓮沼です。今日は非常に重要な点を指摘していただいて、ありがとうございました。とても勉強になりました。私からは、研修医、医学生のお2人に質問させていただきます。私は医学生と非常に長い時間を過ごすのですが、研修中や学生時代に、どのようなキャリア支援が必要なのでしょうか。学生時代はやるのがいっぱいあるので、今日は専門医の研修の話もされましたけれど、それよりも目の前の初期研修のことを考えていたりすると思います。しかし、やはり困ることはあると思うので、今はキャリア教育もされているという話もありましたが、初期研修2年を終えるに当たって、学生時代にこんな支援があったらよかったと思うことや、今6年生でリアルに初期研修やその先のことを考えながら、大学で今こういう支援がほしいということがあれば、ぜひ生の声を聞かせてください。

○佐々木 どのような支援が必要かというご質問です。

○横山 ご質問ありがとうございます。私が初期研修に実際に行ってみて、学生のと きにあつたらよかったと思うものは、いろいろな女性の先生のお話を伺うことができ、それはもちろん大変参考になったのですが、大学にいらっしゃる先生は、途中で お休みした期間もあるかもしれませんが、コンスタントにずっと大学にすることができている先生方なのです。ずっと市中病院で働いていらっしゃる先生や、クリニックで働いている先生方のお話も、もう少し聞いてみたかったです。

○蓮沼 ありがとうございます。岩田さんはいかがですか。

○岩田 私も似たようなことですが、大学主催のキャリア講演等は聞く機会がありませんし、今日もさいたま医療センターの外科のお話を伺うことができましたが、もっと具体的に、女性医師としてどのような人生を歩んできたかを聞く機会があればいいと思います。個々の方々が、どのようにキャリアを積んでこられたのか、先ほども外科をやめて緩和医療に行った方の話がありましたが、今ご活躍なさっている方々の歩ん

できた道を具体的に聞きたいと思いました。

○蓮沼 ありがとうございます。多様性のあるロールモデルについてお2人とも聞きたかったということですね。参考になりました。ありがとうございました。

○高橋 宮城県女性医師支援セミナーを毎年開催しておりますので、学生や研修医の先生方には、ぜひおいでいただいて、話を聞いてくださったらうれしいと思います。

○藤巻 東京から来ました藤巻わかえと申します。内科のサブスペシャリティの連動が見送られたということで、大変ショックを受けております。実は、新専門医制度が始まる前に、研修医2年目の先生が、「これでは私たちの生活はどうなるのだ」という記事を日医ニュースに書き、お読みになった先生方もいるかと思えます。研修医の声を取り上げてくれた日本医師会に、私はとても感謝しているのですが、彼女はその記事を書くために一生懸命調べて、具体的に書いてくれました。彼女の力だけではないですが、その後サブスペシャリティの連動が認められたということがあります。

質問というよりお願いなのですが、岩田さんも横山さんも、当事者の声はとても大事なもので、これからも言い続ける勇気を持っていただきたいというのが一つです。応援しています。

それから、日本医師会や国等の立場の方にあっては、何か新しい制度を決めるときは、2004年の新医師臨床研修制度のときもそうでしたが、当事者の意見がなかなか勘案されていなかったということがありますので、やはり当事者を委員やオブザーバーに加える等して、その上で検討して、きちんとした制度のもとに始めていただきたいです。その二つを言いたいと思いました。

○高橋 藤巻先生、ありがとうございました。その通りだと思います。その他ございませんでしょうか。

○秋月 熊本県医師会の秋月と申します。高橋先生のご発言に対してです。その前に、本日は詳細なアンケートの結果と先生の熱いお考えをお聞きできて、本当に光栄に思います。ありがとうございます。

役員数ですが、この話をしますと、少し口の悪い男性の先生は、まず母体が違う、男性の人数と女性の人数を考えて、簡単にその人数で言うてはいけないということ言われます。確かに専門医で考えても、私は外科の専門医とサブスペシャリティとして乳腺外科を持っているのですが、やはり外科の学会の中では専門医やその評議員の数は少ないけれど、乳腺外科では少しずつ増えています。男性、女性という国民の数はほとんど変わらないのですから、医師会や学会でも、女性何人当たりで役員何名というような形をとる等、それをまた強く言うことも大事だと考えております。

もう一つ、役員になりますと、会議や委員会が増え、やることも増えます。女性の役員を増やす前に、女性が役員を務めやすい環境を作るということで、会議では託児室を置く、ビデオ会議にする等の取り組みをされているところもありますので、ぜひ、女性役員を増やすのと同時に環境づくりもしていただきたいと考えます。

○高橋 ありがとうございます。本当に大事な視点だと思います。その他何かござ

いませんでしょうか。

○小牟田 力山先生にお聞きします。すばらしい試みで非常に感動したのですが、女性医師に当直免除等を試みた際の抵抗勢力に対して、先生はどのように指導されているのか、あるいは何かインセンティブを与えているのでしょうか。医局の中でみんなが気持ちよく働きやすくするために、女性は早く帰ってもいいよ、男性は働けという状況の中で、どのようにチームを組んでいるかをもう少し伺いたいです。

○力山 これはとても難しく、特に子育て中でいろいろと免除してもらおう女性本人が生意気な態度をとると、激しくやられてしまいます。当然なのですが。「こんなにごめんなさいと言っているのに、まだ謝らなきゃならないのですか」と私に食ってかかってきた人もいますが、「とにかくみんなにいろいろやってもらって、ごめんね、ありがとう」という態度を、毎日示すように言っています。そのようにしていると、周りも、まあ仕方がないとなってくるのです。

ただ、たまたま2人だったので成立していましたが、今、次々と妊娠している方がいて、もっと多くの人数が同時に重なると、私のところは崩壊します。そうなったら、どこからか人を引っ張ってくるしかないとは思いますが。いずれにせよ、みんなに理解してもらおうように説得し続けることが大事だと思います。それ以外、余りいい答えは持ち合わせておりません。

○小牟田 何かインセンティブを与えているのですか。

○力山 一切ありません。

○小牟田 どうもありがとうございます。

○高橋 では、藤巻先生、どうぞ。

○藤巻 日本医師会の男女共同参画委員会委員をしております藤巻と申します。高橋先生のアンケートを見て、一番心配になったのは、アンケートの回収率が下がっていることです。医師会も医学会もアンケートの回収率が下がっています。男女共同参画はまだ道半ばで全然進んでいないのに、そのアンケートの回収率が下がっているというのは、男女共同参画に関する世間の意識が下がってきていて、男女共同参画疲れが起こっているのではないのでしょうか。「まあ何とかなっているし、もうそれほど頑張らなくても」という感じになるのがとても心配です。それから、先ほど、私のパートナーが専門医制度について発言しましたが、今村先生は日本専門医機構の副理事長でいらっしゃるので、後でコメントをいただければと思います。

○高橋 ありがとうございます。確かに、私が2014年に調査したときは、みんながあっと驚くほどの回収率でございました。大学は77.8%ですが、学会の方も非常に高い回収率でした。ところが、今回は学会数も非常に増えており、分科学会も133となっているのに、どうして低くなったのかわかりません。今回は少し低めではありましたが、60%以上は回収しておりますし、他の先生からさすが日本医師会ですねと言われました。

○島崎 東京都医師会の島崎と申します。先生方もご存じのとおり、今年3月、厚生

労働省が医師の働き方改革に関する検討会で提言を出しました。2024年4月から医師の時間外労働の規制について、特にC-1、C-2水準に関して1,860時間という具体的な数字が出ました。日本医師会は、この数字は適切であり、医師の偏在解消も担保し、これまで日本医師会が出してきた医師の健康確保もある程度担保できるとして評価しております。1,860時間に関して、数字だけが独り歩きしているような状況もありますが、2024年に向けて、特に女性医師の支援に関して、この1,860時間についてと、何を課題として取り組まなければいけないのか、そのあたりを今現役の研修医でいらっしゃる横山先生と、力山先生からご意見を伺いたいと思います。

○横山 ご質問ありがとうございます。これからの労働時間に関する事で、確かに研修医の間でも大変話題にはなるのですが、私自身は今、大学病院に勤務しております。多くの先生方から当直や時間外についてもかなり厳しくご指導いただいておりますので、実感として大変だと思うことはそれほどありません。しかし、地方の市中病院や地方の基幹病院で働いている同級生の話を聞くと、とても大変で、初期研修医でもドロップアウトしてしまう人が結構いるということです。当然の話かもしれませんが、医師が多いところでは守られてはいるものの、まだ地方では難しい話なのかなと思っておりました。

○島崎 ありがとうございます。

○力山 我々の施設では、この春からようやく研修医の時間外労働時間を正確に計り始めました。外科に回っている人たちの平均が、月おおよそ90時間から100時間です。年間でいうと1,080時間ほど、最長で1,200時間ぐらいです。しかし、それは先ほど横山さんがお話されたように、比較的人数が多いところなので、何とかその程度なのだと思います。小さい病院ではそのようなわけにはいきません。私の息子は、今、全体で研修医が1人しかいない病院で研修中なのですが、ほぼずっと病院に寝泊まりしているようです。そうしないと成り立たない病院があるのも事実なので、非常に難しい問題だと思います。

○高橋 ありがとうございます。今日は日本医師会の今村副会長がいらっしゃるので、新専門医制度、あるいは働き方改革について、いろいろとお話いただけるのではないかと期待しております。先生、どうぞコメントをよろしくお願いします。

○今村 本来は、フロアからもっと続けていろいろなご意見を伺いたいところですが、時間の関係もあってコメントを申し上げたいと思います。感想めいた話にもなるかと思いますが、

まず、シンポジストとしてご発表いただいた先生、そして座長をお務めいただいた先生に感謝を申し上げます。非常に重要なことをいろいろとご指摘いただきました。

まず、専門医制度につきまして、新しい制度が始まってまだ見えないことがたくさんあり、若い先生方が不安を持っておられるということに対して、本当に心が痛みました。日本専門医機構は今3期目の体制になっていて、非常に脆弱な中でも、これから専門医になる先生方を応援していこうということで、少しずついろいろな取り組み

をしているところですが、なかなかその中身が伝わっていません。

それから、厚生労働省の医道審議会（医師分科会医師専門研修部会）という国の委員会の決定に従わなければならないという縛りがある中で、日本専門医機構は思ったようにはできないということがあります。これは言い訳めいてしまいますが、いくつかご質問のあったことについてご説明したいと思っています。

まず、女性医師が留学や結婚、妊娠、子育て等のときに専門医をとれないのではないかという問題について、当初からプログラム制ではなくてカリキュラム制を認めるということを決めています。ただ、従来のカリキュラム制のように自分で一定の手術なり経験を積みばいいというものではなく、今回のカリキュラム制は、医療機関をある程度指定するところが違います。

日本専門医機構としては、このカリキュラム制を、ライフイベントを迎えた女性の先生方に積極的に活用していただきたいと申し上げているのですが、ある診療科でカリキュラム制をとりたいと思った場合に、その学会を通して機構に上がってきて認定するというプロセスを経るので、学会ごとに相当対応が違っていています。したがって、今のカリキュラム制をとられる先生方は非常に少数で、これだけ女性医師がたくさんいらっしゃるのに、妊娠、子育てをしている人がこんなに少数しかいないはずがないでしょうということは理事会の中でも議論になっていて、各学会に対して、これから専攻医を目指していく先生、あるいは今専門医の課程に入っている先生方に情報を提供してくださいと、日本専門医機構として学会にお願いしているところです。

先ほどご発表いただいた横山先生は日本内科学会のホームページで情報をとっておられるのですが、学会ごとに状況が全然違います。日本専門医機構からの情報発信もきちんとできていないという反省をされていて、今、ホームページを一新し、若い先生方の直接的な意見を日本専門医機構で吸い上げられるような仕組みをとっております。情報共有というのは本当に難しく、いろいろと発信をしても受けとめる側がどこからその情報をとったらいいかわからないという問題があります。今日はせっかくの機会ですので、若い先生方はぜひ日本専門医機構のホームページから情報を収集していただくことと、わからないことがあれば投げかけていただきたいと思っております。

それから、シーリングについても、もともと日本専門医機構は、シーリングの条件を頻繁に変えると現場の先生方に大きな混乱が生じるので、3年間は同じシーリングにしたいと強く働きかけておりました。ところが、専門研修部会という厚生労働省の検討会の中で医師偏在指標というものが出てきて、それに基づいてシーリングをかけるということが決められ、そのルールに従って機械的に数字が出て、このことが全国の、今までシーリングがかかっていなかった診療科や都道府県に対して大きな不安や混乱を生じました。日本専門医機構としては、シーリングはかかっているけれど実質上大きな影響が出ないような対応を厚生労働省に提案して、一応認められたという経緯があります。

それぞれの診療科や地域に、本当に細かい事情があり、そのことが全然勘案されないまま機械的に数字を当てはめるのは問題であると、日本医師会も日本専門医機構も認識していますので、とにかく現場の声を聞かせていただきたいということがございます。

もう一つ、サブスペシャリティ研修の連動が認められていないという話がありました。医道審議会医師分科会医師専門研修部会の中で、日本専門医機構が求めた内科・外科を含めたサブスペシャリティの連動研修を認めることは時期尚早となったのですが、今、サブスペシャリティの連動研修をしている先生方に迷惑がかからないように、後にサブスペシャリティ領域として認められた時に、勉強したものは遡及して認めることに一応なっているのです、形式的に、今止まっているとご理解いただければと思います。

それから、高橋先生の「医療界における男女共同参画は進んだか」では、歴史を含めてご指摘をいただきました。私は昭和46年に大学に入学しましたが、医学部に87人入学した中で女性は6人程でありました。恐らく、医師会等で今活躍している我々の年代は、女性の先生の割合も同じくらいではないでしょうか。若い先生方の中で女性の活躍が増えているというのは、医学部に入学する女性の割合が増えている結果ではあると思っています。

ただ、では、それで将来確実に女性の先生方が医療界で活躍できるようになるのかということ、それはやはり少し違うとされていて、ポジティブアクションをしっかりと出していくとか、女性医師が医師会や学会の要職で働けるような環境をつくっていくということは、我々が努力していかなければいけないことだと痛切に感じているところではあります。

政治の分野でも女性の活躍は非常に遅れているということで、恐らく医療界よりもずっと遅れていると思いますが、6年後に女性の先生が選挙に出てくださるようなことがあれば、日本の医療制度を決めていく国会の中でとても大きな影響力を持つと思いますので、我こそはと思う方は、ぜひ6年後に備えて準備をしていただければと思います。これは冗談ではなく、本当にお願ひしたいです。日本の女性活躍をリードするのは、まさに医療界からだと思っていますので、そういう意識で日本医師会もこれから取り組んで参ります。

それから、力山先生の話もとても参考になりました。地域の偏在だけではなく診療科が大きく偏在していて、その問題意識がありながら、今、具体的な解決手法がありません。そのため、必ずしも新専門医制度のシーリングだけで解決するとは思っていないのですが、現在、診療科の偏在に多少なりとも影響を及ぼす仕組みは専門医制度しかないのです、新たにシーリングを導入したということがあります。しっかりとシーリングの検証をしながら、何が本当に有効で何が有効でないかということ、きちんと見極めていきたいと思いますというのが、今の日本専門医機構の考え方です。

力山先生のお話の中で、やはりトップの意識や職場の意識改革はとても重要だと思

っております。女性だけを尊重するというよりも、結局、女性が働きやすい職場をつくるということは男性も働きやすい職場になるので、男女を問わず働きやすい環境をつくっていけば、医師の働き方改革の話にもなるかと思いますが、大きく変わると思っています。

先ほど1,860時間という数字が挙がりましたが、原則は960時間です。一般の労働者並みに医師も働いてもらうというのが原則です。ただし、いきなりそんなことを制度として強いると地域医療に大混乱を来すので、2036年までの間は、都道府県知事が認定した、この地域で医療を行っていく上で時間外労働960時間はどうしても難しいところに限って1,860時間を認めるということであって、世の中で大変誤解を招きましたが、全ての医師が1,860時間働けということではありません。今回の法改正は管理者に刑事罰がかかり、どうしても長時間働かなければいけない先生が病院の中に1人でもいれば問題になるので、まだ医療環境が悪いところでは、1,860時間を2036年までは認めます。

ただ、2036年までに960時間まで下げなければいけなく、2035年に1,860時間で、翌2036年にいきなり960時間にすることはできないので、病院には960時間に向かって着々と時間外労働時間を減らす努力をしていただかなければいけません。この仕組みについては、これから後続の厚生労働省の検討会の中で議論していくことになっています。

それから、C-1、C-2という、研修医と、高度な医療の研修をする先生については、1,860時間というスタートは同じですが、将来的にはそれをもっと下げていこうということになっていて、どこまで下げるかはこれからの努力によりますが、アメリカの研修医に倣って1,860時間まで働いてもいいことになりました。つまり、1,860時間まで働かせるということではなく、力山先生が十人十色とおっしゃっていましたが、若い時期に勉強したい、もっといろいろなことを研鑽したいという方が法律違反にならない上限として、1,860時間を置いていると理解していただきたい。若い時期に一生懸命勉強したい先生もいらっしゃるし、普通の労働者と同じ働き方にしてほしいという若い先生たちもいらして、国の検討会の中でも意見は真っ二つです。ですから、多様な働き方が認められるようなルールにしてあるとご理解いただきたいと思います。

それから、若い人たちの声を聞くようにとご指摘がありました。日本医師会も今、検討会等の中には若い先生たちに入っています。昨今では厚生労働省も、国の検討会に若い方を数名入れて意見を聞くことをしています。こういう場で直接生の声を聞かせていただくのは、本当に大変ありがたい機会だと思っていますし、先ほど申し上げましたように、どうぞ直接、日本専門医機構や日本医師会、あるいは県医師会を通して日本医師会にご意見をいただけますようお願いして、私からのコメントとさせていただきます（拍手）。

○佐々木 今村副会長、大変明確なコメントをありがとうございます。

このシンポジウムでは、これからの男女共同参画のためにたくさんの問題提起をさせていただいたかと思います。この辺でこのシンポジウムは閉じさせていただきます。ご協力ありがとうございました（拍手）。

○安藤 講師の方々、そして今村先生、大変ありがとうございました。続きまして、第15回男女共同参画フォーラム宣言採択を行いたいと思います。

高橋 克子

○高橋 では、宣言案をご披露したいと思います。

日本医師会男女共同参画フォーラムが平成 17 年に初めて開かれて以来、14 年の活動で得た成果を基盤にし、医療界においてもワークライフバランスが重要という意識を確信いたしました。この活動のさらなる発展を図るために、男女を問わず医師の働き方改革を進めながら、国民の医療に大きく貢献できる段階へと進化させることを決意し、以下宣言する。

- 一、多様な働き方を認め、男女を問わず豊かな医療人を育む
- 一、指導的立場の女性医師を増やし、2020.30 運動の理念を医師会・大学・学会ともに連携して推し進め、結果を出す
- 一、医師を目指す全ての人に対する、医育機関での公平で公正な対応を求める

令和元年 7 月 27 日 日本医師会第 15 回男女共同参画フォーラム

案をご検討ください（拍手）。

○安藤 ただいまの拍手をもちましてご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した（拍手）。

第15回 男女共同参画フォーラム 宣言

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

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

- 一、多様な働き方を認め、男女を問わず豊かな医療人を育む
- 一、指導的立場の女性医師を増やし、2020.30運動の理念を
医師会・大学・学会ともに連携して推し進め、結果を出す
- 一、医師を目指す全ての人に対する、医療機関での公平で
公正な対応を求める

令和元年7月27日

日本医師会 第15回男女共同参画フォーラム

大分県医師会会長 近藤 稔

○安藤 それでは、次期開催担当県の大分県医師会よりご挨拶をいただきたいと思えます。大分県医師会近藤稔会長、よろしくお願ひいたします。

○近藤 来年度第 16 回男女共同参画フォーラムを担当することになりました大分県医師会長の近藤でございます。まずはじめに、主催者であります日本医師会の横倉会長、並びに今回担当されました宮城県医師会長の佐藤先生をはじめ役職員の皆様方には、このようにすばらしいフォーラムを開催していただきまして、心から敬意を表したいと思えます。

大分県医師会におきましては、女性医師の活動は平成 18 年 2 月に大分県医師会の会員であります女性医師を中心といたしまして、女性医師の会をつくりました。その後平成 24 年に男女共同参画委員会と呼称を変更いたしまして、女性医師の復職支援等を行っております。また、大分大学医学部にも女性医師キャリアセンターがございまして、現在ここと協力しながら、女性医師の復職支援を継続しているところでございます。すばらしいフォーラムができるかどうか自信はございませんが、今日のフォーラムをお手本にしながら、役職員一同一生懸命勉強して充実したフォーラムを開催できるように、準備をしているところでございます。

開催日程は、来年 5 月 23 日土曜日に大分市内のホテル日航オアシスタワーで開催したいと思っております。宮城県仙台市には、観光地、温泉等すばらしいところがたくさんありますが、大分県にも皆様ご存じのように別府温泉がございまして。別府温泉は泉源の数、温泉の数、また、湧出量は恐らく日本一だろうと思えます。また、大分市の近郊には、女性に大変人気があります湯布院もございまして、少し足を伸ばしていただきますと、久住高原、あるいは飯田高原、瀬ノ本高原、本当に雄大な自然がたくさんございまして。

日ごろから皆様方、大変忙しくてお疲れのことと思えますが、大分に来ていただきまして、しばしお疲れを癒やしていただければありがたいと思っております。来年 5 月には、多数の皆様方のご来県を心待ちにして、担当県のご挨拶といたします。どうぞよろしくお願ひいたします（拍手）。

○安藤 近藤会長、ありがとうございます。閉会の挨拶を宮城県医師会副会長板橋隆三より申し上げます。

宮城県医師会副会長 板橋 隆三

○板橋 宮城県医師会の板橋でございます。本日は午後1時半から、プロと間違えるような安藤常任理事の司会でこのフォーラムが始まりました。無事、基調講演、日本医師会からの報告、そして5人のシンポジストによるシンポジウム、さらに、今村副会長のコメントをいただき、最後にフォーラム宣言が採択されて終了することができました。

これまでは少々肩の凝るような話も多かったですが、この後、上階の4階で懇親会があります。ぜひ、そちらにもご参加いただいて、まだ討論の足りなかった先生方は、周りの人をつかまえて、ご討論いただきたいと思います。そして、遠方から来られた方は、多分仙台にお泊まりになるのではないかと思います。仙台の夜もまたいいものですので、ぜひ仙台のものを買っていただいて、明日は観光もしていただいて、帰っていただければ幸いです。

それでは、本日はどうもありがとうございました（拍手）。

おわりに

日本医師会第15回男女共同参画フォーラムを、宮城県で開催いたしました。第15回目の節目としてふさわしい内容をと考え、「男女共同参画のこれまでとこれから—さらなるステージへ—」をテーマとして、これまでの取り組みによる成果を確認し、そして今後の課題を提案できるような基調講演とシンポジウムを企画させていただきました。

本橋ほづみ東北大学加齢医学研究所教授による基調講演では、本橋先生の研究テーマである NRF2 遺伝子の抗老化作用を紹介していただきました。研究と両立されてきた子育てと介護のエピソードが盛り込まれ、聴衆の誰もが興味を持って熱心に聴いていただける内容だったと思います。

続いて、日本医師会の小笠原真澄男女共同参画員会委員長と、小玉弘之日本医師会常任理事からそれぞれ報告があった後、三つの演題からなるシンポジウムを行なわせていただきました。一つ目の講演では、これまでのカリキュラム制から新たなプログラム制での専門医取得への変革期に直面している研修医や医学生2人に、期待や不安を話していただきました。彼女らの切実な想いは、会場の皆様に伝わったことと思います。二つ目は、高橋克子宮城県医師会女子医師支援センター長から、日本医師会における男女共同参画に関する複数年にわたるアンケート結果が紹介されました。「着実に変化し、良い方向へと進んでいる」ものの、女性にはやはり「ガラスではなくコンクリートの天井がある」現実に対し、「多様性を認める」必要性などが話されました。男女共同参画のこれまでの歩みがよくわかる内容で、複数回のアンケート結果の比較という膨大な結果を検討された高橋克子先生に、聴衆の誰もが感謝していたと思います。三つ目は、力山敏樹自治医科大学附属さいたま医療センター副センター長から、自ら実践されてきた女性外科医が働きやすい環境作りを話していただきました。「問題や目標は十人十色で、それぞれ丁寧に対応することが大事である」というメッセージに、聴衆の皆様が納得されていたことが印象的でした。

その後の総合討論では、シンポジストと参加者との間で活発な意見交換がなされました。コメンテーターとして出席された今村聡日本医師会副会長の、「学生や若い医師の声を直接聞き、心が痛んだ」とした上で、「日医としてもしっかり取り組んでいきたい」と、理解を示し協力を惜しまない姿を、とても心強く感じました。

杜の都を満喫していただける7月の仙台に、276名もの多くの皆様にお集まりいただいたおかげで、無事にフォーラムを終えることができました、誠にありがとうございます。感謝を申し上げますとともに、第16回のフォーラムが開催されます大分県で、男女共同参画の意識をさらに高められることを心より楽しみにしております。

宮城県医師会常任理事 福與なおみ

《仙台七夕まつり》

繁華街の一番町、中央通りでは、豪華絢爛な「くす玉、吹き流し」等の竹飾りが吊され、風に吹かれると波のうねりのようで一層豪華さが加わる。竹飾りは、毎朝9時ごろから始まり、10時ごろには、吹き流しのトンネルの下に見物客がどっと繰り出す。

