

# 第3回男女共同参画フォーラム 記録

- 医師の勤務環境の改善を目指して -

日 時：平成19年7月28日(土)午後1時～4時

場 所：神奈川県総合医療会館 7階講堂

< 司 会：男女共同参画委員会委員 秋葉 則子、大坪 公子 >  
 樋代 昌彦、藤井 美穂 >

開 会

挨拶 日本医師会長 唐澤 祥人 - - - - - 1  
 神奈川県医師会長 大久保 吉修 - - - - - 3

## 第1部 日本医師会の取り組み

1. 日本医師会 医師再就業支援事業報告 - - - - - 4  
 (1) 女性医師バンクについて  
     日本医師会医師再就業支援事業部長 保坂 シゲリ  
 (2) 各地の再研修制度  
     日本医師会医師再就業支援事業部長 保坂 シゲリ  
 2. 男女共同参画委員会からの報告  
 (1) 病院長、病院団体への働きかけ - - - - - 9  
     男女共同参画委員会副委員長 中川 やよい  
 (2) 日本医療機能評価機構への働きかけ - - - - - 11  
     男女共同参画委員会副委員長 中川 やよい  
 (3) 女子医学生や若い女性医師サポート事業 - - - - - 11  
     男女共同参画委員会委員 櫻井 えつ  
 (4) 保育についての提案 - - - - - 14  
     男女共同参画委員会委員 小笠原 真澄

## 第2部 ラウンドテーブルディスカッション「女性医師の勤務支援を巡って」

- 座長：男女共同参画委員会委員長 保坂 シゲリ  
 1. 今後の女性医師の活躍を展望する - - - - - 17  
     厚生労働省医政局長 松谷 有希雄  
 2. 法で定める産休、育休と望まれる育児支援 - - - - - 23  
     厚生労働省雇用均等・児童家庭局長 大谷 泰夫  
 3. 政策・方針決定過程への女性の参画の拡大について - - - - - 28  
     内閣府男女共同参画局長 板東 久美子  
 演者の間の討論 - - - - - 37

総合討論 - - - - - 45

## 第3回男女共同参画フォーラム宣言提案

- 男女共同参画委員会副委員長 池田 俊彦 - 61  
 次期担当県挨拶 福岡県医師会長 横倉 義武 - 62  
 閉 会 日本医師会常任理事 羽生田 俊 - 63

## 【開 会】

秋葉委員（司会） 定刻になりましたので、ただいまから、日本医師会第3回男女共同参画フォーラムを開会いたします。

本日のフォーラムの司会を務めさせていただきます、日本医師会男女共同参画委員会委員の秋葉則子でございます。

大坪委員（司会） 大坪公子でございます。

秋葉委員（司会） どうぞよろしく願いいたします。

このフォーラムは、日本医師会の男女共同参画委員会が企画したものでございまして、第3回目を迎える今年は、神奈川県医師会のご担当のもと、このようにフォーラムを開催させていただくことができました。全国より多くの先生方に、お忙しい中、また、暑い中ご参加をいただきまして、大変ありがたく思っております。

## 【挨拶】

秋葉委員（司会） それでは、はじめに、日本医師会の唐澤祥人会長よりご挨拶をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

唐澤会長 皆様こんにちは。ただいまご紹介賜りました日本医師会長の唐澤でございます。本日は大変暑い中、また、お忙しい中を、かように全国各地からたくさんの先生方にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

第3回男女共同参画フォーラム開催に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げたいと思いますが、その前に、過日、日本を縦断いたしました超大型の台風4号、さまざまな地域でたくさんの被害がありました。また、先だっても新潟県中越沖地震という大変規模の大きな地震もございまして、甚大な被害を受けられました。被災者の皆様には心よりお見舞い申し上げまして、一刻も早い復旧をお祈り申し上げたいと思います。

それでは、改めまして、第3回男女共同参画フォーラムの開催に当たりまして、一言ご挨拶申し上げます。

本フォーラムも、平成17年に第1回が開催されまして、今年で3回目を迎えることになりました。今回のフォーラムの開催につきましては、神奈川県医師会の久保会長先生を始め、役員の方、職員の皆様にご協力を賜りました。この場をお借りいたしまして厚く御礼申し上げます。

さて、政府では、第2次男女共同参画基本計画にのっとりまして、男女共同参画社会の実現に向けた取り組みを推進しております。医療におきましても、「男女の性差に応じた的確な医療の推進」が同基本計画の重点項目として挙げられておりますように、例外ではございません。

医師国家試験合格者の3分の1を女性が占める時代になりました。女性医師に対する期待と、担うべき役割がますます大きくなる一方で、出産・育児等を契機としたしまして、離職を余儀なくされる女性医師が依然として多く見られているところでございます。

女性医師が医師として誇りを持って、その社会的使命を果たしていけることが第一の大事なことでございますし、そのための環境整備をしていくこともさらに重要であります。女性医師の問題は、医師不足や勤務医の過重労働等の問題が、医療の質・安全の面からも看過できない状態にあることから重要であると考えております。

日本医師会といたしましても、会内に男女共同参画委員会を設置いたしまして、諮問「女性医師の勤務支援についての日本医師会の取り組み」について検討をお願いしているところでございます。

本年度は、同委員会の企画によりまして、本フォーラム開催のほか、「女子医学生、研修医等をサポートするための会」、「平成19年度女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」の開催を都道府県医師会においてお願いしているところでございますが、開催趣旨をご理解の上、ご協力を賜りたいと思います。

また、本年度のフォーラムでございますが、お手元の白いほうの資料でございますとおり、2部に分かれております。そして、本日は、日本医師会男女共同参画委員会の保坂委員長、池田副委員長を始め、同委員会の各先生方にご出席いただき、このフォーラムの司会、講演、運営、さまざまな面で参加していただいております。厚く御礼申し上げます。

厚生労働省からは、松谷医政局長、大谷雇用均等・児童家庭局長、内閣府から板東男女共同参画局長をお招きしております。お三方には、ご講演のほか、フロアを交えた総合討論にもご参加いただくこととなっておりますので、この機会に活発なご議論をいただければと思っております。

結びといたしまして、本日のフォーラムが実り多い会となりますことを期待いたしております。また、ご参加いただきました皆様におかれましては、ますますご健

勝でご活躍くださいますことをご祈念申し上げまして、簡単でございますが、冒頭の挨拶にかえさせていただきます。よろしく願いいたします。

秋葉委員（司会） 唐澤先生、ありがとうございました。

引き続きまして、神奈川県医師会長の久保吉修先生より、ご挨拶をちょうだいしたいと思います。

大久保神奈川県医師会長 ただいまご紹介にあずかりました神奈川県医師会会長の久保でございます。第3回男女共同参画フォーラムの開催に当たりまして、全国各地より多数の皆様方を神奈川県にお迎えいたしまして開催できますことを非常に喜ばしく思い、歓迎する次第でございます。

本日ご参会の皆様方におかれましては、日ごろから地域医療の発展、向上に努められ、さまざまな専門分野においてご活躍なされていることと拝察いたしております。

さて、時代の移り変わりとともに、医療を取り巻く環境が大きく変化している中で、医師の資質向上、患者と医師のより深い信頼関係の確立が強く求められております。その中で、医師の勤務環境についてもさまざまな問題が提起されております。

ご承知のとおり、昨今の医師不足による全国各地で起こる医師の偏在化のために、労働環境の悪化により過重労働を招いていることは、非常に問題になっている事実でございます。

これら諸問題の改善のためにも、男女共同による議論はもちろんのこと、生命の尊厳や倫理に深い認識を有する人間性を兼ね備えた医師を多く輩出するためにも、我々も医師として常に命の尊さと確固たる倫理観を持ち、医師として責任を再認識し、自覚することが極めて重要であると思っております。

最後になりますが、本日のフォーラムがご参集の先生方にとっても実りの多く、今後の活動に大きく反映されますことと、皆様方のますますのご健勝を心より祈念いたしまして挨拶といたします。

秋葉委員（司会） ありがとうございました。

## 【第1部】 日本医師会の取り組み

大坪委員（司会） お待たせいたしました。それでは、「第1部 日本医師会の取り組み」に入らせていただきます。

はじめに、1. 日本医師会 医師再就業支援事業報告といたしまして、（1）女性医師バンク、（2）各地の再研修制度 について、日本医師会医師再就業支援事業部長の保坂シゲリ先生より、ご報告をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願います。

### 1. 日本医師会 医師再就業支援事業報告

#### （1）女性医師バンクについて

#### （2）各地の再研修制度

日本医師会医師再就業支援事業部長 保坂 シゲリ

それでは、日本医師会医師再就業支援事業についてご報告させていただきたいと思えます。

日本医師会医師再就業支援事業は、一昨年の夏ごろから厚生労働省で企画がございました。その後、厚生労働省から日本医師会にお話がございまして、昨年11月に契約が成立いたしました。そして、厚生労働省の委託事業として日本医師会がこの事業に取り組むことになったわけがございます。

当初この事業は、厚生労働省といたしましては、離職している女性医師や、どこかに眠っているかもしれない女性医師を、この医師不足の中、何とか現場に呼び戻そうということで計画されたように聞いております。そのために、女性医師バンクというの、パートバンクというようなものが中心になるという考えで企画されておりました。

しかしながら、皆様方ご承知のように、一度離職した医師が現場復帰するのは、並大抵なことではございません。女性医師がそのライフステージを通じて、医師としてのキャリアを継続することを可能にすることが重要でございます。

そのような観点から、事業のタイトルは再就業支援でございますが、実際には、継続的就業支援を目的として、この事業を開始しております。

事業の内訳といたしまして、（1）「女性医師バンク創設・運営」、（2）「長期離職医師の再研修の支援」、（3）「女性医師の勤務環境整備についての啓発活動」

の3本の柱で当面、事業を行っております。

最初の女性医師バンクについてでございます。民間にも多くのバンクがありますが、それとの違い・特性を当然持たなければいけないわけでございます。

私どもは、求人・求職側の双方に一切の費用負担を求めずに、求職者のさまざまな状況に適合した求人先の紹介を行いますが、その際に必要があれば就業環境の調整も行います。

また、求職・求人側に保育や駐車場等についての生活にかかわる詳細な情報の登録を求めます。そして、就業後の相談を受け付け、必要な支援を行うということを特色としております。

さらに、医師であるコーディネーターを置いて業務に当たることが最大の特色と言えるかと思えます。

スライドをお願いします。〔以下、(スライド)〕

(スライド2)

組織図でございます。日本医師会の常任理事会の下に、運営委員会を設けまして、男女共同参画委員会はこれに協力しております。実務を行う機関として、日本医師会女性医師バンクの中央センターを設けております。担当理事は羽生田日医常任理事でございますが、センター長には宝住日医副会長が就任しております。

ここに医師再就業支援事業部長という全く新しい職責を設けていただきまして、私とその任に当たらせていただいております。

実際の運営は、東日本センターと西日本センターの東西のセンターで行っておりますが、東日本センターは、中央センターが兼ねておりますので、コーディネーターだけがついております。コーディネーターとして、私と、男女共同参画委員会委員の秋葉千葉県医師会理事が担当しております。

西日本センターは、福岡県医師会のご協力を得まして、センター長として横倉福岡県医師会長に就任していただきました。また、コーディネーターとして、池田福岡県医師会副会長、家守福岡県医師会理事のお二方についていただいております。

(スライド3,4)

実際の女性医師バンクの運営状況についてのお話をさせていただきますが、本年1月30日に開設いたしまして、約半年、7月25日現在の状況でございます。登録者数は、求職者が147名、求人施設が514施設、求人件数が892件、就業成立件数が、再研修を含めて26件でございます。

この数が多いか少ないかということについては、今までいろいろな団体等がやっ

たバンクの実績を鑑みていただければ、非常に多いものだとご理解いただけると思います。

ただ、全くゼロからの出発でございますので、今後、この内容をどんどん充実させて、発展させていかなければならないというところでございます。

そのことにつきましては、例えば、コーディネーターがもっと多数いなければ、きめ細かい求職者に対するフォローはできないということで、コーディネーターを増やしていくこと等について、厚生労働省にもお願いしているところでございますし、日本医師会の中でも検討しているところでございます。

続きまして、登録者の細かい内容についてご説明します。

(スライド5)

まず、年代別の構成ですが、左側が全求職者、右側は就業決定者についてのグラフでございます。求職者には、30代、40代が多く見られますが、就業決定した方の年齢分布とそんなに変わっておりません。60歳以上の方の登録が11人で、そのうち就業決定した方が4人いらっしゃるということで、いわゆるリタイアされた年齢に当たる方についても十分に機能しているということだと思います。

(スライド6)

求職者の中で、小学校入学前のお子さんのいらっしゃる方、いらっしゃらない方を分けたグラフでございますが、全求職者の中では約40%そういう方がいらっしゃいます。実際に決まった方の中では、約60%が小学校入学前のお子さんがいらしたということで、入学前のお子さんがいらっしゃる方のほうが今までのところでは決まりやすかったのではないかと考えております。

私どものフォローの仕方が、もしかすると後押ししたのではないかと考えています。

(スライド7)

次に診療科別でございますが、求職者は内科系、小児科系が半分を占めております。それに続きまして、眼科、皮膚科、産婦人科の方がおりますが、決定したほうは4分の3が内科、小児科でございます。

残念ながら、今のところ、産婦人科と眼科については決まっておりませんが、これは一定の数以上になると非常に組み合わせがうまくいく例が増えてくるということで、これから数が増えていけば、各科についても決まっていくのではないかと考えております。

(スライド8)

次に、施設種別でございますが、これは求職者全体から見ても、診療所を希望される方、病院を希望される方にあまり差はなくて、実際に決まった方も大体同じような割合です。

(スライド9)

勤務形態別の構成ですが、全求職者について見ても、就業決定者についても、約2割が常勤の希望の方でございます。常勤の希望の方も、非常勤の希望の方も、比較的うまくマッチしているのではないかと考えております。

(スライド10)

続きまして、地域別構成でございます。おかげさまで、全国から求職の登録をいただいております。決定した26人を見ましても、求職全体を見ましても、東京、関東甲信越、近畿に多い傾向があることは、人口からいっても当然なのかなと思っております。

残念ながら、中部地方と北海道、東北地方は今まで1人も決定者はありませんが、現在進行中の方はおりますので、今後、全国的に偏らずに求職・求人をいただき決定していくのではないかと期待しております。

(スライド11)

登録したときの就業状況ですが、全く就業していない方は20%程度でございます。就業決定者のほうを見ますと、就業していなかった方が半分近くになっておりますので、やはりその時点で就業していなかった方のほうが早めに決まる。当然のことでございますが、そういうところでございます。

(スライド12)

それから、未就業で登録された方の離職期間ですが、6カ月未満、1年未満、長くて3年未満という方が圧倒的に多くて、3年以上という方も、3年ちょっとという方が多く、非常に長期で、再研修が必要であるという方は少なかったと思えます。

未就業者の就業決定のうち、未就業期間が3年以上のお一方は、長期に離職していた方で、この方は再研修に入っています。ほとんどの方は離職していても再研修をするということではなくて、就業しながら研修していくという体制でやっております。

それから、常勤、非常勤につきましては、まずは非常勤で入って、いずれは常勤になろうという方が非常に多くおられます。それから、非常勤で今まで働いていたけれども、もう少し増やしていきたいということで登録されている方も多いという

ことで、事業の方向としてはある程度うまくいっているのではないかと考えております。

再研修の施設のことですが、再研修については、その方の住んでいる場所から通えるところでなければ受けられない、いわゆる新医師臨床研修のように集めてやるということはできないので、まず場所が問題となります。また、その方の離職期間がどのくらいだったかも問題となりますし、離職後、再研修にどのくらいの時間を費やせるかということにも差がございます。さらには、将来、再研修して何をを目指すかということにも差がございます。

本当にオーダーメイドの研修をやっていくしかないと考えておりますが、今までも幸いなことに、各地から再研修を受けますよというお申し出をたくさんいただいております。しかしながら、より細かい一人ひとりの状況に応じて、実はこちらからこういう方がいるのだけれども、そちらでいかがでしょうかと、お申し出がないところにも話していかねばならなくなるのではとも思っておりますので、全国の皆様、今後ともどうぞよろしく申し上げます。

(スライド 14)

最後に、就業決定者からのメールをご紹介します。この方は1歳のお子さんがいらっしゃる方で、常勤での勤務が決定された方でございます。

『先生にお電話をいただいていたければ、  
漠然とそろそろ復職したいなと思い、  
募集ページをたまに見たりしながらも、  
子どもを預けての勤務へのふん切りがつかず、  
ずるずると育児休業を続けていたような気がします。  
先生に復職への背中を押していただき、また親身にアドバイスをいただいたことに心より感謝しております。  
先生のおっしゃるとおり、私にも子どもにも良い方向に行くように努力していきたいと思っております。  
本当にありがとうございました。  
また今後ともよろしく申し上げます。』

以上です。ご清聴ありがとうございました。

大坪委員(司会) ありがとうございました。

続きまして、2. 男女共同参画委員会からの報告といたしまして、日本医師会男女共同参画委員会の中川やよい副委員長より、(1) 病院長、病院団体への働きか

け、(2) 日本医療機能評価機構への働きかけ について、報告をお願いいたします。

## 2. 男女共同参画委員会からの報告

### (1) 病院長、病院団体への働きかけ

### (2) 日本医療機能評価機構への働きかけ

日本医師会男女共同参画委員会副委員長 中川 やよい

病院長、病院団体への働きかけについてご報告させていただきたいと思います。

(スライド1)

このスライドは、何度も皆様見ていただいておりますし、本日の資料集の中にも入っております。女性の労働力率の国際比較(2000年)ですが、我が国では30代にへこみがあるということが言われております。

(スライド2)

女性医師の活動率を示したのですが、女性医師について特化した活動率を示す資料がなかなかございませんで、1999年の総務庁のこのデータのみです。赤い線が女性医師の活動率ですが、一般女性と同じように、30代のところで大きなへこみがあるというのが特徴でございます。

(スライド3)

現在、女性医師を巡る問題として挙げられますのが、出産を契機として休業、退職をしなければならないということ。それから、育児休業を取れずに非常勤、パート職員としての労働形態を取ることが多いということ。また、保育施設が院内保育所を始めまだまだ未整備の状態、どうしても子育てを両親、家族などに頼っていかなければならないということで、女性医師に関しましても「ワーク・ライフ・バランス」は非常に困難な状況にあるということが言えます。

(スライド4)

これは、全国の医師会が女性医師を対象に行いましたアンケート調査の結果です。出産後に休職、退職をしている割合を示しておりますが、千葉県、長野県、東京都のアンケートによりますと、やはり20%から30%近い女性医師が出産後に休職、退職をされておられます。

(スライド5)

育児休業の取得率というのは、女性全般では75%と言われているのですが、女性

医師に関しましては、まだ 20%から 25%という現状でございます。

(スライド 6)

これは実際、育児休業を取れない理由、また、取りたくない理由として挙げられているものですが、大部分が「同僚に迷惑をかける」という理由になります。

(スライド 7)

したがって、産前、産後の休業取得が不徹底であるため、約 20%が休業、退職を強いられているということが挙げられます。また、常勤者だけでなく、非常勤者に対しては、さらにこの状況は厳しいものとなっております。

また、育児休業の取得率が低いことの問題点として、一緒に働いている周囲・同僚・上司の無理解、それから、本人が遠慮してしまうとか、本人自身のキャリアの中断ということがあります。

(スライド 8)

そこで、日本医師会の男女共同参画委員会では、平成 19 年 1 月に「平成 18 年度女性医師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」を行うためのプログラムのモデルとスライド集をつくりまして、各都道府県医師会に配付させていただきました。

女性医師が勤務を続けることに関しまして、病院長、病院開設者、管理者の方たちに女性医師の状況を知っていただくことは重要なことと考えております。

このプログラムのスライド集を本日の配付資料の中に入れさせていただいておりますが、現在の女性医師を取り巻く現状、女性医師に関する法律の条項、それから、産休、育休の問題点、保育施設の現状と、子育て支援の実際というものでつくらせていただいております。

これを受けまして、平成 19 年 3 月、実際にはスライド集を提示させていただいたのが 2 月になりますので、2 月から 3 月の間に全国で 22 の府県の医師会で、「病院長、病院開設者・管理者等に対する講習会」を開いていただくことができました。

短期間で非常に多くの医師会にご協力いただいたということで、感謝しております。

(スライド 9)

今後の取り組みですが、平成 19 年度の改訂スライド集を 8 月から 9 月につくらせていただいて、配付する予定でございます。今年度は、全国 47 のすべての都道府県で、女性医師の勤務環境の整備に関する講習会の開催をお願いしたいと思います。

(スライド 11,12)

次に、日本医療機能評価機構への働きかけについてご報告をさせていただきます。

皆様ご存じのように、現在、勤務医の過重労働や長時間労働、それから、女性医師に対する就労環境の未整備などによりまして、多くの勤務医師が燃え尽き、立ち去り、離職するという状況が生じておりまして、その結果、各地で医師不足という状況が起こっております。

このようなことの解決策の1つといたしまして、日本医師会の勤務医委員会と男女共同参画委員会が共同いたしまして、本年3月15日に「日本医療機能評価機構への働きかけ」という要望文を、唐澤会長に提出させていただきました。

本日の資料の中にも入れさせていただいております。

その中で要望いたしましたのは、1.ゆとりのある勤務体制、2.子育てをしながら勤務できる支援体制、3.休業後の再就業を支援する体制の3点を取り上げまして、これらの体制を取っている病院を医療機能評価機構の項目に加えて評価していただきたいということをお願いさせていただきました。

この要望につきましては、早速、日本医療機能評価機構のほうに唐澤会長から送付していただいております。現在、検討中と聞いております。

以上、ご報告させていただきました。

大坪委員(司会) ありがとうございます。

続きまして、日本医師会男女共同参画委員会の櫻井えつ委員より、「女子医学生や若い女性医師サポート事業」についてご報告をお願いいたします。

## 2. 男女共同参画委員会からの報告

### (3) 女子医学生や若い女性医師サポート事業

男女共同参画委員会委員 櫻井 えつ

女子医学生や若い女性医師サポート事業についてご報告させていただきます。限られた時間ですので、文章を読ませていただきます。

(スライド1)

はじめに、この事業の目的と実施概要ですが、ご承知のとおり、医療技術の進歩や患者さんとの関係の変化により、医師の労働量はますます増加しております。男性、女性に限らず、安心して医療を提供できる体制をつくるために、医師の勤務条件の改善が急がれております。

とりわけ、女性医師が妊娠、出産、育児などの理由で離職を余儀なくされることなく、生涯にわたって能力を発揮できる環境づくりが重要になっています。

この目的で計画されたのが本事業であり、昨年度は、日医男女共同参画委員会の企画によるモデル事業として、女子医学生や研修医などの若い女性医師たちへの働きかけを全国 10 カ所で行いました。

(スライド 2, 3)

事業を実施いたしましたのは、北は北海道から南は鹿児島までの 10 道県でございます。それぞれの県で実施されました事業につきましては、サブタイトルがつけられております。文言はさまざまですが、基本的にはキャリア継続への期待と願望を表したものになっております。

(スライド 4)

次に、講師として出ていただいた方ですが、主として子育て中か、子育て経験があり、現在、就業されている女性医師が多く選ばれましたが、6 カ所では男性医師が講師あるいはパネリストとして選ばれています。

具体的な職種としましては、官公民の病院勤務医、開業医、病院長、管理者、行政職とさまざまでございます。

講師には地域で家庭を持ちながら医師として仕事をなさっている方々が多く選ばれております。女子学生、若い女性医師の方たちには、自分が働き続けることができるかどうか、自分の将来の姿を写してみる身近な対象者を求めていると考えられ、この意味で、地域の先輩女性医師が多く選ばれたものと思われま

す。モデル事業では、そういった先輩の先生方から、体験談を交えながら若い世代への期待が多く語られました。それぞれ有益なアドバイスが語られたのですが、そのうち代表的な内容をお示しいたします。

(スライド 5)

まず、その 1 として、女性医師としての心構えです。「主婦になるために医学部に入学したのではない」「女性医師という選ばれた仕事への誇りと、社会に還元していく使命の自覚を持つこと」「社会的支援はあくまで子育て支援であることの認識を持って、ほかのことで甘えてはならない」「持続することが大切である」というふうなお話がありました。

(スライド 6)

その 2 としましては、働き続けることへの考え方についてです。「才能やこれまでの努力を無駄にするのはもったいない」「一度やめると復職は難しいということ」

「どんな形でも仕事を続けてほしい」「一時的には周囲と同じスピードのキャリアアップは望めないかもしれないが、決して焦らないこと」などのアドバイスがありました。

(スライド7)

その3です。古い言葉ですが、仕事と生活、家庭の両立ということで、若い先生方の将来の関心として一番大きな問題だと思われまます。それにつきましては、「二者択一ではなく、両方手に入れてほしい。そのためには働く環境を改善する努力が必要。特に保育体制の整備が必要である」ということを、多くの先生が語られておられました。

2番目に、「パートナー、上司、同僚、コメディカル、スタッフなどのサポートは遠慮なく受けなさい。ただし、感謝の気持ちを絶対忘れないこと」

3番目に、「人に任せる仕事、自分しかできない仕事の区別をつける」

4番目に、「お金で時間を買う」。少し嫌な表現ですが、家電製品や家政婦さん、家事の外注、食品宅配システムなどを大いに利用するなど具体的なお話もしていただきました。

以上ご紹介しましたのは、若い先生方に対するアドバイスですが、女性医師が仕事を続けていくということにつきましては、何より配偶者や上司など、周囲の男性の理解と協力も非常に大切です。

(スライド8)

ご夫婦で内科医院を開業されている男性医師の方が話されたことを、ここで紹介しておきます。

「女医さんと結婚するなんて思っていなかったけれども、仕事は同じ。だから、収入だってイーブンだろう。ということは、家事、育児もイーブンにするべきだろう。やるべきことをやっておかんと、言いたいことも言われへん」

徳島の方ですが、「妊娠、出産の間はこっちに比重がかかるけれども、それはしゃあない。仕事で負けないように、家事でも負けないようにしよう」ということでした。

すべての男性がこういうことを話される時代になれば、わざわざ男女共同参画などという事業は必要がなくなることと思います。

(スライド9)

モデル事業では、以上ご紹介しましたように、講師の方々からのお話为中心になりましたが、それぞれの会場で必ず懇親会あるいは意見交換の場が設定されており

まして、それぞれ活発な質問がありました。内容はここにお示ししますとおり、いろいろとありましたが、代表的なものをお示ししてあります。

(スライド 10, 11, 12, 13)

こういったいろいろな不安や疑問を受けとめ、それに応えられるよう、行政も医師会も取り組むべき課題は少なくありません。しかしながら、それだけでは不十分でありまして、やはり身近なところで誇りを持って仕事をしている先輩女性医師の姿が何よりの答えになるのではないかと感じました。

参加者の感想としましても、多くの苦労はあっても、誇りを持って働いている先輩女性医師の生の姿を知ることにより、医師として生涯働き続けることができるであろうという期待と自信が持てたという声が多くありました。

そのことから、本事業は一定の成果を上げられたと思いますし、また、今後ともこのような事業がさらに拡大して、継続されていくことが必要であると確信しております。

男女共同参画委員会では、今年度全国で実施が予定されている本事業のモデル案になるスライド案を作成し、各都道府県へ送らせていただいております。本日の資料の中にも入っておりますので、どうぞご利用いただき、各都道府県の会が盛会でありますようお願いしまして、ご報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。

大坪委員(司会) ありがとうございました。

続きまして、日本医師会男女共同参画委員会の小笠原真澄委員より、「保育についての提案」をテーマにご報告をお願いいたします。

## 2. 男女共同参画委員会からの報告

### (4) 保育についての提案

男女共同参画委員会委員 小笠原 真澄

早速ですが、保育についての提案をさせていただきます。

(スライド 1, 2)

これまでもお話がございましたように、女性医師が勤務を継続していくためには、ハード面、ソフト面におきまして職場環境の整備ということが必要であります。特に結婚、出産、子育ての時期におきましては、柔軟かつ多様な子育て支援が求められていることは、これまでの各種のアンケート結果から明らかであります。

今回は、現在あるシステムを有効に活用するための提案をさせていただきたいと思っております。

(スライド3)

現在、用意されている保育資源でございますが、これはご存じのとおり、認可保育所、認可外保育施設、そして、認定こども園があります。

(スライド4)

また、その他の多様なサービスといたしまして、病児・病後児保育から、スライドにお示ししましたように、保育ママ、ベビーシッターなど、さまざまな制度が現在でも用意され、活用されております。

(スライド5)

このような多様な保育資源に対しまして、国でもさまざまな助成制度がございます。これは資料集の72ページ以降に詳細が掲載されていますので、後でゆっくりとご覧になっていただければと思います。

スライドはその一例でございますが、例えば、両立支援レベルアップ助成金では、事業所内託児所や、ベビーシッター費用等補助にかかわる制度がございますし、また、別枠の制度として、病院内保育所運営費補助の制度もございます。

しかしながら、これらは重複して申請することはできず、重複しての助成を受けることはできません。それらのことが資料集にございますので、後でお目通し願いたいと思います。

(スライド6)

一方、女性医師に求められる保育システムということになりますと、まず、女性医師の特徴として挙げられることは、他の職業に比して絶対数が少ないということでございます。そして、その専門性により個々の状況が異なるため、画一的な支援策が取りにくいということがその特徴であろうかと思っております。

したがって、労働形態の多様性ととも、保育システムの多様性が求められるということになります。

(スライド7)

ここでは3つ大枠(「院内保育の充実」「学童保育の充実」「制度利用の柔軟性」)をお示ししておりますが、例えば、院内保育の充実ということでは、院内保育施設の設置が義務付けられることが望ましいと思っておりますが、さらに延長保育や24時間保育、病児・病後児保育など柔軟な対応が求められております。

また、就学時前の時期には多様なサービス・制度が現在でも用意されております

が、それに比べますと、学童期に入りますと多少制度的に見劣りするという感が否めません。

したがって、保育所に併設した学童保育施設などの設置を含めた学童児に利用できる制度の整備・拡充も大いに望まれるところであります。

そして、これらの制度があっても、その制度を利用する際の柔軟な考え方が何より必要であろうかと思われまます。「勤務形態が非常勤であっても使用可とする」「就労予定を持って入所の申し込みを可能とする」「年度途中での入所を容易にする」ことなどは、よく言われていることでありまして、これにとどまるものではございませんが、一応このようなことが何よりも求められていることであろうかと思います。

(スライド8)

このような現状を認識しました上で、保育システムに関する提案をさせていただきたいと思っております。施設の設置や整備は大切なことではあります、時間と費用を要することも確かであります。

そこで、特に早急な対応が求められている現況を鑑み、今あるシステムや利用できる制度を有効に組み合わせて、利用者の相談窓口となる制度といたしますか、育児システム相談員の養成、あるいは、相談室の設置を提案したいと思っております。

女性医師の勤務形態、先ほど申しましたような勤務形態を理解した上で、各種制度の利用や手続について情報提供できるような相談員の養成、あるいは、情報提供の仕組みについて、日本医師会が主体となってシステム構築をしていってはどうでしょうかという提案でございます。

すでに、ある地区、ある組織ではこのような取り組みがなされていることは承知しておりますが、日本医師会が主体となりまして、全国的な展開といたしますか、全国的に利用できるシステム構築という趣旨からの提案でございます。

以上でございます。

大坪委員(司会) ありがとうございます。

## 【第2部】 ラウンドテーブルディスカッション 「女性医師の勤務支援を巡って」

保坂（座長） お待たせいたしました。それでは、準備が整いましたので、第2部のラウンドテーブルディスカッション「女性医師の勤務支援を巡って」を行いたいと思います。座長は、私、保坂が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、ご多忙中にもかかわらず、本フォーラムの趣旨をご理解いただきまして、厚生労働省から松谷有希雄医政局長、大谷泰夫雇用均等・児童家庭局長、内閣府からは板東久美子男女共同参画局長にお越しいただきました。先生方、お忙しい中、本当にありがとうございました。

それでは、最初に、松谷医政局長から、「今後の女性医師の活躍を展望する」をテーマにご講演いただきたいと思います。

松谷先生のご略歴を簡単にご紹介させていただきます。松谷先生は、昭和50年に北海道大学医学部を卒業されまして、その年の4月に聖路加国際病院の小児科に入られております。その後、厚生省へ入省されまして、各種の重職を重ねられ、平成16年7月に大臣官房技術総括審議官になられた後、一昨年8月に医政局長に就かれて、その後ご活躍のところでございます。

では、先生、お願いいたします。

### 1. 今後の女性医師の活躍を展望する

厚生労働省医政局長 松谷 有希雄

ご紹介いただきました厚生労働省医政局長の松谷でございます。時間が1人15分でございますので、すぐ中身に入りたいと思います。

とは言いながら、1つだけ申し上げます。実は我が省から各地にお願いいたしまして、DMATをつくっていただいております。災害で医療が必要な時に救援に駆けつける体制を取っていただいております。先般の中越沖地震のときには、すぐに準備をして、駆けつけていただきました。本当にいの一番に駆けつけて、政府の対策本部等でも大変高い評価をいただいたところでございます。

常日ごろからの準備と、災害のときに助けようという体制には、頭が下がる思いでございます。感謝を申し上げます。

さて、「女性医師の活躍を展望する」ということですが、私は医政局で医療提供の責任でございますので、その話から入りたいと思います。

(スライド1)

医療につきましては、人類始まって以来の営みでございますが、特に近代の医療は大変複雑、高度になってきました。また、国民の医療に対する期待も、それに伴って非常に高くなっているわけでございます。

一方で、これを支える資源には限りがございますので、これを効率的に提供していかなければならないということで、近年、いろいろな面から医療制度の改革を進めているところでございます。

我が国は、年金が今話題になっていますが、社会保障の一環として医療提供を行っているところもございまして、社会保障についての改革の一つという面も医療改革にあるわけでございます。数年毎に改革を行っておりますが、昨年も医療法、医師法等の改正を含めて、社会保障としての健康保険法等の改正も行われたところでございます。

(スライド2)

きょうは第5次医療法改正の話をする会ではありませんので、詳しくは申し上げませんが、医療提供については、全部で6つの柱がございます。「患者等への医療に関する情報提供の推進」「医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進」「地域や診療科による医師不足問題への対応」。

(スライド3)

「医療安全の確保」「医療従事者の資質の向上」「医療法人制度改革」、その他ということで、おおむねこの4月から施行されているわけでございます。

(スライド4)

この改革を進めるに当たっても、その中心となる医師は大変重要な役割がございます。医師については、ここ数年の間、不足という声が社会に広がっておりまして、地域の課題となっております。

ご存じのとおり、医師数そのものは、スライドにございますように、昭和30年代から最近までずっと右肩上がりで増えております。昭和30年のころは人口10万人対100人ぐらいだったのが、今は200人を超している。

働いている方だけを見ても、201人ぐらいです。総数でいうと211人という状況で、昭和30年代と比較すると倍ぐらいに増えている。医師が足りなかったので、各県1医大という政策が採られましたが、その後、反対に、医師が増え過ぎるので

はないかといって例えば120人の定員を100人に減らしたことがございました。

それでも今、大体7,500人前後の医学校卒業生が国家試験に合格されるということです。

もちろん、亡くなられる方とか、リタイアする方もいますので、差し引きしますと3,500から4,000人ぐらいずつ毎年増えていて、決して減っていくことではないのでありますが、需要も一方で増えていますので、地域あるいは診療科によって足りないところが目立ってきたということがございます。

絶対数としてこれが多いのか、少ないのかというのはまた別な議論がございまして、OECD諸国の算術平均では、これが300ぐらいありますし、人口比の加重平均で見ますと260ぐらいなのですが、それに比べても我が国は医師が少ないではないかという議論も一方では出ています。

絶対数が多いか、少ないかは、価値観の問題になって、要求水準は切りがないです。1人に1人の侍医をつけるというところまで行き着くと、人口の半分を医師にしないでなりませんから、どこまでこれを満たすかということですが、絶対数の話というよりも、具体的に医療を提供する上でどのくらい必要か考えていくということではないかと思っています。

(スライド5)

これを都道府県別に見ますと、女性医師の話になかなか行かないで申しわけありませんが、大体、多いところ、少ないところ、総医師数で見ると埼玉県と徳島県で倍ぐらい、従事医師数で見ても、倍ぐらいの違いがございます。

(スライド6)

県別に見ますと、西が多くて、東が少ない。医師数は西高東低になっております。これは、西日本のほうに医科大学が多くて、伝統的に卒業生が積み重なってきたということを反映していると考えられます。

(スライド7)

このスライドは細かくて申しわけありませんが、各都道府県内の格差です。先ほど、県間の格差は多いところと少ないところ、最大・最小で2倍ぐらいの差でしたが、圏内の二次医療圏ごとに一番多いところと少ないところを見ますと、県によりますが、6倍とか4倍という差があるところもございまして、おおむね2倍以上の差がございます。

県間格差よりも県内格差、県庁所在地とそうでないところとの差のほうが大きいということが言えると思います。したがって、地域差としては、県内の差をどうす

るかが重要です。

(スライド5)

ここにございますように、県別に見て、東京、大阪、愛知、大都市圏の増加率は、全国の増加率よりも少ない。したがって、大都市圏にどんどん医師が集中しているということではなくて、もちろん差し引きはありますが、どの県も医師は増えております。

その増え方が、もちろん大都市は絶対数が多いので、数としては多いですが、医師については、平均を上回って集中しているということはないと言えます。

したがって、県内の差をどうするかということが大きな課題でございます。

(スライド8)

診療科別に見ますと、小児科と産科ですが、小児科の医師はこのように増えていきます。子ども当たりの比率で見ても、子どもは減っていますから、より増えていきます。

産婦人科の医師のほうは実数で減っています。お産も減っていますので、対お産当たりで見ると横ばいぐらいになっています。

もっとも、産婦人科の場合は、必ずしもお産を取り扱われている医師だけではないので、お産を取り扱っている医師の数で見ないと正確ではありませんが、こういう状況になっています。

(スライド9)

女性医師についてですが、女性医師は、全医師の数で見ますと約16.5%です。じわじわと増えてきて、最近、この比率は上がりつつございます。

ここにございますように、最近の医師国家試験の合格者、医学生数は全体の3分の1ぐらいが女性になっておりますので、この比率はどんどん急カーブで増えていくだろうと考えられます。今はもう、20代の医師のうち、3割は女性医師になっております。

(スライド10)

小児科、産科で見ますと、昔から小児科、産科は比較的女性医師が多い科でございますが、小児科で見ますと、20代の方、若い医師の半分近くは女性医師です。それから、産婦人科で見ますと、3分の2ぐらいが女性医師ということになっておりまして、産科、小児科の今後の医療を考える上では、女性医師の勤務環境をどうするかということが大事な課題になっているわけでございます。

もちろん産科、小児科に限りませんが、医師全体、特に勤務医師の勤務環境につ

いては、女性医師のキャリアを考えながらこれを仕組んでいく必要があるということでございます。

(スライド 11)

今申し上げましたように医師不足については、いろいろ議論がございますが、ここにありますように、いくつかの背景がございます。大学医学部の医師派遣機能の問題、これが相対的に低下してきた。それから、病院勤務医の問題。今の医師不足は基本的に病院勤務医の問題なのですが、これについて、夜間・休日といった時間外に患者さんが集中する問題や、先ほどの厳しい勤務環境。女性医師が増えていることそれ自体の問題。さらには、間接的ですが、医療紛争の増加に対する懸念といったことが背景として言われております。

(スライド 12, 13)

それぞれごとに短期的な対応を示したスライドでございます。

(スライド 14)

女性医師増加についての対応、それから、紛争の懸念に対する対応といった、それぞれの背景に応じた対策を、一昨年来、総務省あるいは文部科学省とも共同しながら行っているところでございます。

長期的対応としては、医学部の卒業生の地元定着を促進するということで、定員増も含めた対応をしているところでございます。

このうち女性医師の増加につきましては、ライフステージに応じた就労支援を中心に、先ほど保坂先生からのお話にございましたように、日本医師会に委託をしておりますが、女性医師バンクを設立しました。

このバンクは、単に仕事のやりとりの斡旋というだけではなく、実際の研修、まさに就業の支援という仕組みに具体的に取り組んでいただいております。そこでのノウハウをさらに拡大していくという機能を担っていただきたいと思います。

もう1つは、院内保育の充実でございます。これは職場の保育所、もちろん一般的な施策としての保育施策が大事ですが、特に女性医師の場合は、24時間勤務等、特殊なものがございます。院内での保育を充実することが特に必要でございます。

院内保育所は歴史的に、看護師等のために発足しております。平成14年に女性医師も使えるようになったわけですが、まだまだ女性医師の子弟を片手間でというようなところもございます。女性医師の子どもが入れるような対応を取り、中身についても、24時間対応を含めて、もっときめ細かな、あるいは、病児・病後

児保育を含めてどのように対応するかということを進めているところでございます。

また、ここにはございませんが、学童の保育への対応も考えなければならないと思います。これはもちろん一般対応としての学童保育がございしますが、院内保育所に学童の子どもまで考えますと、学童は地元の学校に通っているのです、職場のほうにするとうまくないとかございしますので、具体的にどうするか対応を今練っているところでございます。

これを行うには、実際に子育て中の女性医師の声を聞く、あるいは、女性医師をたくさん抱えている病院の管理者のいろいろな工夫の意見を聞きまして、それを一般施策として実現できるかどうかということを進めています。

(スライド 15)

先ほどお示ししたのは医師不足への対応として、昨年の夏に打ち出したものを整理したのですが、さらに、今年の5月末には、政府・与党として、さらに6項目の短期・中期・長期に亘る緊急医師確保対策がまとめられました。この中でも女性医師への対応が課題となっております。

ご用意した資料はこれだけでございますが、医療提供体制のいろいろな改革、さらに、その中での医師の確保という観点からお話を申し上げました。

医師の確保という観点から女性医師の問題を捉えるということではなくて、女性医師の就業そのものを考えるということは、女性に限らず、今課題となっている病院勤務医の勤務環境の問題と実はイコールでございまして、それについて今後、労働部局とも連携しながらこれを進めているところでございます。

お手元のブルーの資料集の15ページをご覧くださいと思います。先ほどもスライドが出ておりましたが、女性医師の活動率が下のほうに出ています。上のほうは一般的な女性労働者の労働力率で、赤線で示されております日本が典型的なM字カーブを描いて、諸外国と違って30代のところが凹んでいるというのがよく出てございます。

これの女性医師版に近いもので、一昨年の検討会の際に出された資料でございしますが、やはり女性医師の場合も、一般の女性労働力と同様にM字の形が出てございます。一般の女性労働者ほど落ち込みは多くはないのでありますが、それでもM字になっているということでございます。

ただし、女性医師は一般の労働と違いまして、年を経まして、40代、50代になりましても男性医師に追いつくということで、戻れるところが医師の場合は一般労働

働者と違う点でございます。

また、働く内容につきましては、ここに別の資料がございます。20代の若いときに働いている女性医師の労働時間、労働密度については、男性医師とほとんど同じということで、働いているときの女性は男性とほぼ同じ、あるいは、それ以上の働き方をしていることが言えるということでございます。

M字の後の、退職された方が復職した後の働き具合がどうかということについては、残念ながらきちんとした資料はございませんが、ヒアリング等の結果を見ますと、必ずしも若いときのような働き方に戻る方はそう多くはないと言われております。

その辺をどのようにするか。かつてのような、若い方と同じようにするのではなくて、むしろ子どもを育てながら働けるような環境を、労働環境としてどう仕組んでいくのか。時間のフレキシブルな対応その他、いろいろな施策がございますが、そういうことを病院の勤務体系として考えていくことが一つの課題ではないかと思っている次第でございます。

時間が参りましたので、以上で終わります。

保坂（座長） どうもありがとうございました。

それでは、お時間の都合がございますので、次に、大谷雇用均等・児童家庭局長をお願いいたします。

大谷先生のご略歴を紹介させていただきます。大谷先生は、1976年に東京大学の法学部を卒業。その後、厚生省に入省されまして医政局総務課長にお就きになりました。2004年に厚生労働省の大臣官房審議官、2005年8月に総務省大臣官房審議官を務められた後、2006年の9月に厚生労働省雇用均等・児童家庭局長になられた方でございます。

どうぞよろしくをお願いいたします。

## 2. 法で定める産休・育休と望まれる育児支援

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長 大谷 泰夫

雇用均等・児童家庭局というのは、かつて、厚生省と労働省が別々にあったものが、平成13年に1つの役所になったときに、局も、かつて婦人少年局、婦人局、女性局といった女性の雇用均等問題を担当しておりました局と、児童家庭局、いわゆる保育所であるとか母子保健、そういった仕事をしておった局がドッキングして

長い名前の局になっております。

私は今ご紹介いただきましたように、医務局の総務課が振り出しでありまして、しばらく医療から離れたのでありますが、平成 13 年から 2 年弱、今の医政局の総務課長をやりまして、その当時、本日ご担当の羽生田先生にも随分お世話になったということを記憶しているわけでありまして。

本日の立場は、雇用均等という立場と児童家庭、2つの立場がありますが、もっぱら本日用意しております資料は、雇用均等の立場からの資料でございます。

もちろん母子保健の仕事も担当しておりますので、実際に母子保健、松谷局長からお話がありましたように、小児科、特に産科については、女性医師の活躍、仕事を確保していくということは、行政の水準を維持するためにも不可欠でありますから、我々としても死活問題、重要なテーマであります。まず前半は、一般的な男女の雇用均等政策についてざっとご説明申し上げたいと思います。

(スライド 1)

これは、ご承知のように、M字カーブのお話もありますが、我が国全体の就業状況でございます。M字カーブの底は年々上がってきておりますが、まだ出産、育児を機に労働市場から退出する女性が多いことが示されております。

特に右のグラフを見てわかりますとおり、第 1 子の出産を機に、それまで働いていらっしゃった女性の約 7 割の方が離職されているのが現在の我が国の状況であります。

(スライド 2)

仕事と家庭の両立支援の現状を見てみますと、育児休業の取得率は、女性については年々上がってきているわけでありまして。男性については、掛け声は相当かかっているわけでありまして、ほとんど取得が進んでいない。0.5%というような状態にまだとどまっているわけでありまして。

女性の育児休業の取得者も、先ほど申しましたように、7 割の女性が離職された後の、残り 3 割の方が取得されているということでありまして、まだまだ大いばりできるような内容ではないということでありまして。

平成 16 年 12 月に策定されました「子ども・子育て応援プラン」に基づきまして、現在、育児休業の取得率であるとか、勤務時間短縮等の措置の普及について、目標を立てて努力しているところであります。

また、育児休業を利用できたのに、取得しなかったという理由を見ますと、「職場への迷惑がかかる」ということが最も多い理由になっているということでありま

して、職場に遠慮してなかなか育児休業が取得できない、これは全業種共通の考え方であろうかと思えます。

(スライド3)

これは政府が今行っております仕事と家庭の両立支援対策の概要について、ざっと説明を申し上げますと、これは大きく3つの柱からなっております。

1つは、産前、産後の就業や、育児休業、勤務時間短縮等の措置といった法制度面での両立支援であります。

2つ目でありますが、次世代育成支援対策推進法という長い名前の法律がありますが、こういった次世代育成のための法律に基づきまして、事業主の取り組みを促進する、助成金を支給する、あるいは、ファミリー・フレンドリー企業を表彰する等によりまして意識醸成をする。こういった事業主に対する支援取り組みというのが2つ目の柱であります。

さらに、3つ目としましては、労働者への支援ということになるわけでありますが、待機児童ゼロ作戦、これは保育所のことです。あるいは、延長保育、休日保育などの保育所の問題、ファミリー・サポートセンターの設置促進、育児等によりいったん離職した労働者への再就職支援、こういったテーマであります。

これらが両立支援対策の全体でありますが、実績を見てみますと、このスライドには書いておりませんが、昨年度のファミリー・フレンドリー企業表彰におきまして、大臣表彰を受けた医療機関は実はなかったわけでありますが、都道府県で労働局賞を受賞した病院を運営する法人は4法人ございました。

(スライド4)

4つ目は、労働者が安心して妊娠・出産し、働き続けることができる環境を整備するための制度について、妊娠中から、出産、育児中といったステージごとに整理したものです。

さまざまな制度、あるいは、経済的支援を整備しておりますが、制度面では平成17年の4月から、子どもが保育所に入れなかった場合に、育児休業期間を1歳6カ月まで延長できるようになり、あるいは、子どもの看護休暇制度といったものを創設したりして、こういう充実も図ってきているわけであります。

また、経済的支援でありますが、出産の育児一時金、これが30万円から35万円、あるいは、出産手当金が健康保険の標準報酬日額の60%から3分の2へ、また、育児休業給付金、これが今年度から40%から50%に順次拡大するということ。

あるいは、児童手当につきましても、先般法律改正いたしまして、今年度から3

歳未満のお子さんについては、出生順位にかかわらず、従来5,000円だったものを、一律1万円に引き上げたところでございます。こういった経済的な労働支援があります。

(スライド5)

次は、次世代の育成支援対策推進法です。この法律に基づきましてやっている内容に触れております。これは行動計画の策定を301人以上の大企業に義務付けております。そして、300人以下の中小企業につきましても、努力義務ということで、各企業において今この計画の策定に取り組んでいただいているわけでありまして。

本年4月から、認定申請の受付をしております、いわばこの計画を達成した企業について、それを認定する「くるみん」というマークをつけることを認めるということでありまして。128社がすでにこの4月から認定を受けておりまして、この中には、医療法人が2法人含まれております。名前を言いますと、岐阜県の蘇西厚生会、それから、宮崎県の和敬会、2つの医療法人がすでに認定を受けておられるということでありまして。

この認定を受けた企業というのは、先ほど申しました「くるみん」というマークを商品や求人票などにつけることができるということで、子育てをサポートしている企業として広くアピールする、あるいは、優秀な人材の確保や、企業イメージの向上に役立てていただく、こういうことを考えているわけでありまして。

先ほど、「日本医療機能評価機構への働きかけ」というレポートがありましたが、これもその考え方に近いものかと思ひまして、共感をして見ていたわけでありまして。

(スライド6)

中小企業の子育て支援助成の状態ではありますが、これはすでにどんな助成制度があるということのお話がありましたので、これにプラスして、100名以下の中小企業についても昨年から新しくできた助成制度があるということで、特にこんなものを情報として持ってまいったわけでありまして。

代替要因確保の助成金とか、事業所内託児所の運営、こういった従来のものに加えまして、今回は、従業員が100人以下の中小企業、事業所において、育児休業や短時間勤務制度の適用者が初めて出たといった場合に、育児休業については100万円、あるいは、短時間勤務についてはその期間に応じて60万円、80万円、100万円を事業主に対して支給する、こういった制度を考えたところでございます。ぜひこういったものをご活用いただきたいと思います。

(スライド7)

「子どもと家族を応援する日本」重点戦略ということではありますが、最近、政府として官邸が中心になって、少子化について国全体でどういう取り組みをしていくか、毎度いろいろな内閣ごとに取り組みを進めているわけではありますが、現内閣としてもっと重点を絞った戦略を立てようということで、現在、策定の作業中であります。

この6月1日に基本的な考え方がまとめられたところでありまして、今後、予算編成、あるいは、国へのいろいろな法律の検討等の中で実現していきたいということで、少子化というくくりの中からもワーク・ライフ・バランスというものが最優先課題として、政府としても浮上しているということでもあります。

(スライド8)

企業の取り組みの例ではありますが、先ほど申しましたようないろいろなことに取り組んだ例について、いくつかここに紹介しているわけであります。

(スライド9)

むしろ本日ご出席の先生方のほうが詳しいと思いますが、厚生年金事業振興団の大阪厚生年金病院における取り組み例です。この病院もかつて表彰を受けたり、非常に熱心に取り組んでおられたということで、こういった例を我がほうでも持ち込んでみたわけではありますが、こういった大きな病院の事例等も参考に、ぜひ女性の医師の確保についてさまざまな取り組みを進めていただき、また、我々としてもできるいろいろな政策で応援してまいりたいということでございます。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

保坂(座長) 大谷局長、ありがとうございました。

それでは、続きまして、板東内閣府男女共同参画局長からお話しいただきたいと思えます。

板東局長のご略歴を簡単にご紹介させていただきます。板東局長は、昭和52年に東京大学の法学部をご卒業されました。昭和52年4月に当時の文部省に入省された後、さまざまな要職を経られまして、昨年の7月に内閣府の男女共同参画局長に就任されております。

板東先生、よろしくお願いたします。

### 3. 政策・方針決定過程への女性の参画の拡大について

内閣府男女共同参画局長 板東 久美子

ただいまご紹介いただきました、内閣府の板東と申します。

実は私は、義理の妹が当地横浜で勤務医をしております、子どもも3人育てているということで、女性医師の活躍の問題というのは非常に切実な問題として個人的にも感じさせていただいているところでございますが、男女共同参画行政の担当として、この問題についていろいろな側面からお話を申し上げたいと思います。

本日、私に与えていただきましたテーマが、「政策・方針決定過程への女性の参画の拡大」ですが、その問題もでございますが、先ほどからのお話のように、女性医師の活躍の問題一般、それから、男女共同参画、女性の一般的な活躍の状況がどういいう状況で、どういう施策が重点的に取り組まれているのか、そのあたりの全体状況につきましても、あわせてお話を申し上げたいと思います。

(スライド1)

まず、男女共同参画の全体的な状況ということでお話を申し上げたいと思いますが、男女共同参画社会基本法という法律が平成11年にできておまして、この法律によって、男女共同参画社会の理念が示され、推進の枠組みがつくられているわけでございます。

そういった法律などにより、ある意味では男女共同参画を推進する態勢づくりというのは、形の上ではかなり整備されてきたというのがこの数年の状況でございます。

しかし、実態のところはまだまだだということは、残念ながら申し上げざるを得ないところがございます。後からいろいろデータを見ていただきますが、まず、全体に見て、女性の能力は非常に高いのだけれども、まだ社会において活躍の機会、あるいは、活躍の条件が十分ではないこととか、特に政策・方針決定過程への女性の参画は不十分であるということです。

そのほかに、先ほどからM字カーブといった労働力率についての特徴のお話が出ておりますが、やはり仕事と、特に子育て、家庭生活との両立が困難という問題があります。

また、これも後で申し上げますが、女性が働く中で、非正規化というのが非常に進んでいます。今、労働市場全体として非正規化が進んでいると言われますが、実は端的に言うと、女性の非正規化がかなり進んできているという状況がありますが、

これも後でお話し申し上げたいと思います。

それから、意識の点でいいまでも、よく言われます固定的な性別の役割分担意識の問題があります。これは最近、変化してきておりますが、諸外国に比べても我が国は根強いものがあるのも事実でございます。そういったことも反映してくるわけでございますが、男性の家庭、育児への参画が非常に少ないという状況があります。

また、分野によっては非常に男女共同参画という概念から偏る分野が見られるということで、例えば、最近、政府も非常に具体的な施策に取り組んできておりますが、科学技術分野、研究分野を始め、女性の参画が非常に少ない分野があるということでございます。そのあたりについて、これからデータを見ていただきたいと思っております。

(スライド2)

これは何かといえますと、男女共同参画の状況をあらわすものとしてよく使われるのですが、国連開発計画(UNDP)が毎年、人間開発に関する指標というものを公表しております。

その中でよく取り上げられるのがスライドの2つの指標でございます。左のほう、HDI(人間開発指数)というのは、教育水準や平均寿命を始めといたしまして、人間能力の開発というのはどれくらい進んでいて、人間らしい生活をしているかということであらわすいろいろな指標を組み合わせて判断したものでございます。こちらのHDIは、日本はいつも非常に高いということで、昨年最新のデータで見ましても、177カ国中7位ということでございます。

ところが、右のほうに、GEM(ジェンダー・エンパワーメント指数)というのがございますが、こちらでは、我が国の評価は、がくっと低くなっていくという状況でございます。

GEMは、女性が経済、あるいは、政治、意思決定などの場に、どのように参画できているかという状況をあらわすものでございまして、例えば国会議員の女性比率、企業などの管理職比率、医師などの、専門職などの比率といったものを総合的に見たものでございます。

これは一定の経済水準以上の国を取っておりますので、GEMは75カ国中ということですが、我が国は42位となっております。

詳しいご説明をする時間がないのですが、実はノルウェーが両方とも1位です。アメリカなどほかの先進国を見ても、HDIが8位で、GEMが12位というよう

に、この2つの指標の間にそんなに大きな変動がないわけでありませう。

我が国は、ここの落差が非常に大きい。つまり、女性の能力は非常に高いのだけれども、なかなか活躍の場がなかったり、あるいは、十分に意思決定などについて参画できていないというのが、ここに端的にあらわれております。

(スライド3)

就業率は各国そう変わらないのですが、例えば、管理的職業従事者の比率は国によって大きく違います。我が国は、韓国などと並んで非常に低いほうの国ということでございます。

(スライド4)

これは先ほどから出ておりますが、女性の労働力率のM字カーブです。さらに、M字カーブの中身を見ていきたいと思ひます。

(スライド5)

先ほどのお話で、M字カーブの底が少しずつ上がってきているという話が出ておりますが、実はその中身が問題でございます。左が1982年、右が2002年ですが、どこが増えているのかといひますと、青い斜線のところ、これは無配偶、大ざっぱに言うと未婚の女性で働いている方は増えています。これがM字カーブの底を上げています。しかし、子どもを持ちながら働いている方々の数は決して増えていないというのがおわかりになるかと思ひます。

ですから、晩婚化、未婚化、少子化といったようなこと、子どもを育てながら働くということの環境がまだまだ厳しいというのが、ここからもうかがえるかと思ひます。

(スライド6)

これは大谷局長からもお話がありました、7割の人が辞めているというお話です。

(スライド7)

結果として見ますと、育児休業制度というのはできているわけですが、実際はそれを取引して仕事を続けている人は非常に少ないということがこの図であらわされております。

このグラフは結婚年次で見えており、最近が平成7年から9年の結婚年次ですが、確かに育児休業を使っていますという方が増えてきております。

しかし、ご覧いただきますように、継続して働く人で育児休業を取引しない人が減ってきているというだけでありまして、実は出産退職をされている方は、こんなにたくさんいらっしゃいます。むしろ割合でいくと増えている状況というのがおわ

かりになるかと思えます。

これは結婚年次ですから、全体にトータルで比較しにくいことですが、こういった状況が現実にはあります。

(スライド8)

これも詳しいご説明は省かせていただきますが、実は女性の希望と現実に非常に大きなギャップがあるということです。例えば、子どもが中学生以上ぐらいになると、フルタイムだけれども、残業の少ない仕事に就きたいという方が非常に増えるわけですが、現実にはなかなか働くことができなかったり、あるいは、パート、アルバイト職しかないといったような状況で、現実と希望との落差が大きいという、我々のところでやったアンケート調査の結果でございます。

(スライド9)

先ほども申しましたように、これは女性労働者一般でございますが、結局、正規社員・従業員という比率が女性の場合、急速に下がってきております。男性も下がってはきているのですが、女性の場合は半分以下という状況になっているということで、パート、アルバイトとか、契約、派遣といった形態が非常に増えているということでございます。

(スライド10)

結果として、非常に収入格差が大きくなってきているという状況がございます。

ご説明したい重要なものが1つ欠けておりました。お手元に『男女共同参画社会の実現を目指して』というパンフレットを配らせていただいております。これは一般的な説明のパンフレットで、先ほどの関係資料も一部載っておりますが、その資料の13ページをご覧いただきたいと思えます。

先ほど希望と現実というところで見えていただいたものと似たような資料です。M字カーブの後ろのほうの山を見ていただきますと、これは雇用者だけを見ているものですが、やはり正社員というのが後ろのほうの山では増えていないということで、結局、再就職などをしたときにパート・アルバイトというのが圧倒的に多いことがおわかりになるかと思えます。

こういった特徴を、先ほどのM字カーブという単純な山というだけではなくて、中身のところが非常に大きないろいろな課題を指摘しているということをおわかりいただければと思っております。

(スライド11)

意識の点のところ、先ほど申しました固定的な性別役割分担意識が強いということ。ほかの国と比較していただきますと、韓国なども含めまして、夫は外で働いて、妻は家庭を守るべきだという役割分担意識というのは、非常に最近各国低くなっているわけでございます。我が国は、特に男性のほうがより強いわけですが、この意識がまだほかの国に比べて非常に根強いということが見られます。  
(スライド 12)

一般的に女性が職業を持つということに対する意識変化というのを経年で取っているものですが、これを見ますと非常に大きく変化しているというのがおわかりになるかと思えます。

最近まで、子どもができたなら職業をやめて、大きくなったら再び職業を持つほうがいいという一時中断・再就職型、この考え方を持つ方が一番多かったわけですが、これが最近、子どもができてもずっと働いたほうがいいという継続就業型というのが急速に男女ともに増えまして、今一番多くなっております。

これは経済的な状況なども反映して、なかなか1馬力では大変だという意識を男性も持たれたというようなこともあろうかと思えますが、こういった働くことに関する意識変化というのも最近非常に大きくなっているという状況でございます。

先ほど、女性医師の場合はむしろ専門的なお仕事でございますので、継続が重要だというお話がございましたが、一般的な意識としてもそのように変わりつつあるということでございます。

(スライド 13)

先ほど家事、育児について男性の寄与が非常に少ないというお話が出ておりましたが、これも各国比較を取りますと、日本や韓国というのは非常に全体に占める男性の割合が低いという状況が出ております。

ただ、これは必ずしも意識の問題だけではなくて、育児期における男性の長時間労働というのが大きな問題になっておまして、その現実の前ではなかなか家庭の時間がとれないということもある。本当はもう少し家庭にかかわりたいという方々が多いということで、男性も含めての家庭との両立と申しますか、先ほどから言葉として出ておりますワーク・ライフ・バランスという問題が重要だということでございます。

(スライド 14)

現在、男女共同参画局でも、今のような状況の中で、重要なテーマとして取り組んでおりますのは、1つは、「『上』へのチャレンジ」といって、政策方針決定など

への女性の参画をさらに拡大していきましょうということです。また、科学技術など女性が少ない分野への参画ということで、「『横』へのチャレンジ」と言っております。それから、いったん子育てなどで退職されたような方々も再チャレンジをしていくことを支援していこうという「再チャレンジ支援」。この、“上”、“横”、“再”というチャレンジ支援です。

さらには、こういうこととも深く関係してまいります、先ほどから出ております仕事と生活の調和、ワーク・ライフ・バランスを推進していこうということがございます。

これは、子育て期の女性といった特定の方々に対する支援だけではなくて、男性も女性も生涯にわたって、いろいろな時期に仕事、家庭、地域、勉強といった活動の中で、みずからが好んでバランスを取っていけるような働き方、あるいは、それを支えていく上でのいろいろなサービスや環境の整備といったことが必要なのではないか。この推進を図っていこうということが、特に最近、非常に大きな課題であります。

それから、これはご説明を省かせていただきますが、配偶者暴力の問題なども非常に深刻なものがございまして、つい最近も国会で法律改正されましたが、これも大変医師の方々に支援していただいている、かかわりの深い分野でございます。

(スライド 15)

ようやく「政策・方針決定過程への女性の参画の拡大」という私に与えられたテーマのところに来たわけですが、これがなぜ必要かということに関して言いますと、1つはやはり多様な視点をいろいろな政策・方針決定過程にも入れていく必要があります。

例えば、先ほどからお話になります女性医師の問題なども、女性医師の方々のいろいろなご経験や、抱えておられる悩み、課題、考えといったことを女性医師の立場から伝えていただく、反映させていただくことが重要なのではないかと。こういった視点が、なかなか男性だけですと政策課題の中に入っていないという問題があるかと思えます。

少子化対策なども、実際のところどういう課題があるかというところが、単純な問題ではないわけですが、なかなかポイントを絞り切れませんでした。女性の意思決定への参画が不十分であるといったこともあったのではないかとと思いますが、こういった政策・方針決定に女性の参画を拡大していくというのは、よりよい政策決定、意思決定をしていくために重要ではないかと思っております。

もちろん、女性の能力の活用、活躍の促進、平等などという観点もございます。

そのために、いろいろな方法があるわけですが、特に我が国でよく取られております方法としては、一定期間の中にこういう目標を達成しましょうということを掲げて、その達成に努力しましょうという、ゴール・アンド・タイムテーブル方式というものがあります。一定の数を割り当てるのではなく、目標を掲げてそれに努力していきましょう、あるいは、そのための方策をきちんと推進していきましょうという形で、積極的な改善策、ポジティブアクションというものに取り組んでいるわけであります。

(スライド 16)

そういった目標、それから、そのための努力といたしまして、今、第2次男女共同参画基本計画の中にも、例えば、2020年までに社会のあらゆる分野で指導的な地位に女性が占める割合を少なくとも30%にしていくことを目標にしましょうというのを掲げておりまして、いろいろな分野でこういった取り組みをしていただくことを期待しているわけであります。

それから、同じ計画の中にも、科学技術基本計画の中にも入っておりますが、自然科学系は非常に女性の活躍が少ないということで、これについては、採用目標を全体で25%、分野ごとの目標も掲げまして、これを推進していくためにいろいろな施策の取り組みを始めているところであります。

それから、政府の審議会委員について、女性の登用は平成17年度までに3割という目標を掲げておりましたが、それは達成できたということで、次の目標として、2010年には3分の1、2020年には40%という目標を掲げて推進しているところであります。

(スライド 17)

それをフォローアップしていこうということで、スライドのようないろいろな分野を取り上げて、それが今どういう状況にあるのか整理して、毎年公表していこうということであります。

(スライド 18)

単に目標を掲げることが重要だというよりも、それに向けていろいろな環境整備をしていく、意識改革をしていく、あるいは、いろいろな促進のための施策を取っていくことが重要なわけございまして、先ほどからたびたび出ております両立支援や、ワーク・ライフ・バランスを実現するような働き方の見直しの問題、その他いろいろな環境整備が推進されて初めて、先ほど申し上げましたような意思決定な

どへの参画が進んでいくことになろうかと思えます。

(スライド 19)

再チャレンジに関しましても、今、特に支援プランをつくって施策を推進しているわけですが、この中にも、例えば女性医師の復帰支援といったことも、厚生労働省の政策の関係ということで盛り込んでいただいているところであります。

(スライド 20)

仕事と生活の調和というのが、今、非常に大きな政府全体のテーマになりつつございまして、後で資料をご覧いただければと思いますが、いろいろな角度からアプローチをされております。

経済財政諮問会議で労働市場改革、経済の活性化という観点からも、むしろ生産性の高い働き方、あるいは、労働力の増加という観点から取り組む必要があるというお話も出ております。少子化の観点、それから、男女共同参画、女性の活躍の推進といった観点からの話も出ているということです。

(スライド 21)

男女共同参画会議の関係でも、専門調査会を設けて報告を出しております。これは詳しいご説明をする時間がございませんので、省かせていただきます。

(スライド 22)

これもその報告書の中身です。先ほどから出ておりますように、例えば、育児休業を取りたくても、周りに迷惑をかけるのではないかというお話がございました。政府全体でいろいろな取り組みをするとともに、やはり企業の中でのマネジメント改革、組織の中でのマネジメント改革というのが重要ではないかということ、1人ひとりの問題ではなくて、マネジメント全体の戦略としてとらえていく必要があるのではないかということ、我々としても出させていただいております。

(スライド 23)

今年の骨太方針、来年の予算に向けての骨太方針の中でも、ワーク・ライフ・バランスの実現に向けて、ワーク・ライフ・バランス憲章とか、行動指針をつくっていきましょうということで、つい最近、官民のトップ会議というのがスタートいたしました。これから年内にこういったものをつくって、社会全体で本格的に取り組んでいこうという取り組みが始まったところであります。

(スライド 24, 25, 26, 27, 28)

最後に、女性医師の関係で一言だけ申し上げさせていただきますと、先ほどから

のお話で、女性医師数は増加して、割合も増加しているわけですが、やはりまだまだ女性医師の活躍できる環境整備ということでは不十分なのではないでしょうか。

それから、医師会の役員、例えば日本医師会の役員は女性ゼロということですが、政策・方針決定過程への女性の参画が非常に少ないという状況があるのかと思います。

女性医師の活躍できる環境づくり、これは今や医療全体にとって重要な問題であるのかと思います。

先ほどから出ております両立支援や復帰支援を、女性医師に着目しているだけではなくて、男性も含めてすべての医師、いろいろな医療関係者を視野に入れて、働き方の見直しとか、体制の整備という全体的な取り組みが必要なのではないかと思っております。

こういう取り組みを推進するためにも、政策・方針決定過程への女性の参画が重要なのではないかと。また、新しい視点とか、いろいろな提案を反映していくことが必要なのではないかとということです。最後に、日本医師会にも、こういった委員会を設置していただいているのは重要なことだとは思いますが、全体の意思決定過程の中にもぜひ女性の参画ということをお考えいただければありがたいと思っております。ありがとうございました。

保坂（座長） 板東先生、ありがとうございました。

3人の局長の先生方、本当にありがとうございました。

## 【演者の間の討論】

保坂（座長） 私どもの配分が悪くて、お時間が短くて申しわけございません。この格好での討論を少しだけさせていただきたいと思いますが、3人の局長先生方の間で何かお互いにお聞きになりたいことはございますか。

それでは、私から局長先生方にご質問させていただきます。フロアからのご質問は、これが終わりました後に総合討論がございます。そのときにフロアからも局長先生方にご質問していただけるようになっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、最初に板東局長にお聞きしたいのですが、今お話ししていただきましたように、政策・方針決定過程に女性が参画することは重要ではないかと私どももいつも思っているのですが、それについて、ある程度の強制力を持ってやらないと、組織のほうも努力しようとするのだけれども、何か外からの強制力があればやりやすいという面もあるのではないかと普段から思っています。

今度、公益法人制度改革がございまして、公益法人の認定基準が非常に厳しくなるところでございます。多分、来年の12月から施行されて5年以内ということで、そのときに、公益法人の認定基準に、内閣府が言っている2020年30%という目標がございますが、その辺のことをある程度盛り込むことはできないでしょうか。

板東局長 そういうやり方は、割り当て制とか規制ということだと思いますが、実を申しますと、そのあたりについては、かなり我が国の社会全体としても抵抗があります。

それから、分野によってもいろいろ状況も違うということもございまして、我々としてはもう少しマイルドな方法でとりあえずやらざるを得ないのではないかと考えております。

先ほど申しましたように、いろいろな分野がありますが、それぞれの分野で、先ほどの2020年に30%ということに取り組んでいただこうということで、いろいろな団体にもお願いをし、医師会のほうにも当然、お願いに一度うかがわせていただいたわけでありまして。

日本医師会では、地方から選出されてくる方々で役員が構成されているというお話でしたので、なかなか女性が選出されてこないというお話があるのですが、例えば、弁護士会も今検討しておりますのは、そういうものに加えて、全体で少し会長が任命できるような理事を考えていこうとか、そういった工夫をいろいろ検討され

ているようでございます。

そのような形で各団体が、やり方はいろいろあるかと思いますが、そういったご努力をいただくといったことをお願い申し上げているところでありますし、また、そのために必要な支援があれば、我々のほうでさせていただこうということでもあります。

保坂（座長） ありがとうございます。

それでは、松谷局長にお聞きしたいと思いますが、先般の国会で、柳澤厚生労働大臣が、全国で離職している女性医師の状況等について、そういった調査は現在ないし、調査が必要であるにご答弁されたことは多分ご存じだと思います。

要するに、全国で離職している女性医師がたくさんいるわけですが、離職している女性医師がどういう形で離職して、どういう状況にあるのか、さらには、どういう状況にあれば復職可能であるかということの調査については、全くないということでございます。

私どもも、各都道府県医師会でそのような調査を実施しているのですが、なかなかまとまった全国的な調査はないのです。

厚生労働大臣も必要であるということをお認めになっていらっしゃるので、厚生労働省でぜひその調査をやっていただきたい。あるいは、私どもに依頼されるのであれば、私どもはそれについてご協力は惜しみませんということでございますが、それはいかがでしょうか。

松谷局長 いろいろな議論をする上で、基礎的なデータは大変大事だということでございます。医師につきましては、2年に一遍、12月の末に医師法に基づく届け出をしていただいております。これは罰則のある義務でございます。医師・歯科医師・薬剤師調査として、統計情報部でまとめております。先ほどの数字なども、それを基にしています。

したがって、どのくらいの方が今、病院で働いている、診療所で働いている、あるいは、働いていないといったようなことの総数の調査はきちんとした統計として2年に一遍ずつ出されております。

実は統計が出されるまでに時間がかかるという問題もございますが、辞めた原因であるとか、そういうことになりますと、なかなかそういう調査では難しいものがございます。別途研究レベルでやる必要があるのではないかとということで、大臣からもそういうことで考えたいというお答えをしたところでございます。今後の施策に反映上必要なことについては、考えたいと思っているところでございます。

保坂（座長） 続きまして、松谷局長にお聞きいたします。OECDが発表しましたヘルスデータ 2007 を見ましても、日本の医師不足は明らかであると考えております。厚生労働省といたしましては、日本の医師は現在、偏在しているということはよくおっしゃっておりますが、本当に不足しているという認識をお持ちではないでしょうか。

先ほどのご講演の中では、いくら医師がいても医療を受ける側から見ると不足であるという認識は変わらないかもしれない。一人ひとりに侍医がつかなければならぬのではないかというお話もございました。ただ、諸外国と比べまして人口当たりの医師の数が少ないということについては、科学的なデータでございますので、日本は医師が少なくてもいいのでしょうか。

日本という国は医師の数が少なくてもいいということであれば、相対として医師が不足していないけれども、偏在しているというお考えで今後の施策を実施していただいてもいいのですが、そうではなくて、世界の先進国の中で、国民1人当たりの医療費の額は先進国の中では最低でございますし、平均寿命も世界一でございます。そういったことを考えて、今後もそれも保っていききたいという日本の医療のあり方を考えるのであれば、今の医師数は不足していると考えるのが妥当であると思えます。

お立場上なかなか難しいとは思いますが、ぜひ一言、松谷局長にお願いいたします。（拍手）

松谷局長 この拍手は質問に対する拍手だと思いますが、私から答えられることをお答えしたいと思います。

これは厚生労働省が決めるというよりも、国民が決める話です。先ほど中途半端に言ったので難しかったかもしれませんが、医師が不足しているかどうかということについては、それぞれの病院単位なり診療所単位で来ている患者さんを数えてどうかということ、ミクロのレベルではあるのですが、本当にマクロとして絶対数が足りているかどうかということ、価値観の問題があるので、行政的に決めることではないということをお先ほど申し上げました。偏在はもちろんありますし、見方によって不足とも言えるということ。それは相対的なことになりましょう。

したがって、何かと比較をすれば、足りているかどうか、先ほどのように国際比較で見て、OECDの先進諸国の単純平均で見ると300人ぐらい。人口比で重みをつけて、加重平均しますと260人ぐらい。我が国は200人ぐらいですから、加重平均で見ても我が国では少ない。

そういう意味では、我が国は少ない数で、大変よいパフォーマンスをしているということで、現場のお医者さんを含めて、医療関係者の努力は大変なものがあるということだと思えます。

この大変な努力のままで、引き続きやれるのかということで、私どもとしては、そうではない方向で行きたいと思っております。ただし、それを支える相対的なもの、国民がどこまで負担をして、どこまでこれを支えるかという両面を考えて選択していただくということだと思えます。

今の世論は、かつてと違って、むしろ医師を増やして、かからせてくれという声のほうがここ数年大きくなってきたということではないかと思っております。施策としては、そういう方向に今後進めていくことになるのではないかと思っております。

多いのか、少ないのかというのは、そういうことで、答えの出ない不毛な議論になりますが、相対的な価値観としては、不足なのではないかという世論が強くなってきていると思ひまして、今後、厚生労働省の施策はそういうことを反映したものに当然していくことになるかと思ひます。

保坂（座長） 医療費についてはお答えにくいと思ひますが、国民1人当たりの医療費が先進国中最低であるということについては、医療をつかさどっている厚生労働省の責任ある立場の方としてどう考えられるかということでございます。

松谷局長 保険局長ではないので正確には答えられませんが、医療費についても、先ほど言いましたように、我が国は、国民所得と比べるのがいいのかどうかという議論もありますが、GDPなどと比べて大変効率よく行われているという評価だと思ひます。

これをどこまで国民が負担していくかは、国民の選択の問題であります。今の医療費をどのように効率よく、これから高齢化が進んで、多分、有病率も上がりますし、死亡率も上がりますから、大量死亡の時代の医療をどのように支えていくかは大きな課題ですので、必然的に医療費は増えざるを得ないと思ひます。これを支えられる、払える範囲で増やす、そういう工夫をどうするか、そこが知恵の出どころだと思ひます。

医療費の中に国の予算が4分の1ぐらい入っていますが、これは膨大な経費です。国民医療費は30兆円あります。ご存じのとおり、私は防衛庁にいたこともありますが、防衛費は5兆円ぐらいです。

医療は膨大なお金を使っている制度ですから、公共事業費は減らしていますが、

社会保険の費用は、医療費も含めて毎年伸びています。効率化等を通じて、何とか極端に医療費が増加しないようにしようという努力で、医療費を減らそうとしているわけではないと思いますが、それでも、医療をしている側からすれば、とんでもない、もっともっとということになります。一方には払う側の方もいらっしゃいます。国民が医療も受けながら、一方で払いながら、ということですから、最後は、国民がどこまで負担して、どういう医療を求めるかという選択になるということだと思います。

私の立場から言えば、医療を提供する上では、もう少し投資をしていくことが必要なのではないかという立場で行政を進めているところでございます。

保坂（座長） ありがとうございます。厚生労働省も、私たち医療関係者も、本当は医療費を増やしたほうがいいと思っているということが今わかりましたので、今後もぜひ協力してやっていきたいと思っております。

続きまして、大谷局長にお聞きしたいのですが、医師の当直についてでございます。医師の当直が、実態としては時間外労働であるにもかかわらず、寝ていていいというような、番をしていなさいというような形の当直というものの中に含まれていることについて、労働局で指導等もしておりますが、指導して罰すれば、それで済むかということでございます。

松谷局長にもお聞きしましたように、医師の数が足りないわけですから、医師の当直勤務を時間外労働と認めてしまって病院を経営していこうとすると、実は、その病院の業務内容を縮小しなければならないという状況もあります。労働行政の立場から、実際には夜も寝ないで働いている当直というのが、時間外労働としてきちんと捉えられていないことについて、何かコメントがあればお願いします。

大谷局長 当直の問題は、労働基準行政、労働監督行政の問題で、私の所管ではございませんが、一般論として言えることは、かつて研修医の問題のときもそうでありましたが、実態を見て、当直というものが時間外労働に当たるか当たらないかを個別判断してみて、そして、医療としてほかの労働と違うルールで運営されているのでない部分については、一般の労働基準法の中でその判断をしていく。これは当然の流れだと思いますので、そういったことで個別判断を労働基準監督署ベースでしているのではあるかと思います。

その前段の問題ですが、これは女性医師の確保の問題にも共通する点かと思いますが、医療の労働というものを、ほかの労働者、医療の中でも医師以外のコメディカルがあると思いますが、そういうものと同じ労働条件の問題として処理してきた

かということになると、どうも違う色分けがされていて、むしろ医師は経営側のほうに属しているような運用がされてきてはいなかったか。

先ほど保育所についても、看護師の保育所は院内で先行していましたが、医師の問題が後で起きているわけであります。子どもを抱えて長時間労働しているということにおいて差はなかったと思います。

実は我々の仕事もそうですが、無定量、無際限の奉仕のような、どこかやはり専門労働者に果たされた義務みたいなものでしょうか、「残業や徹夜をいとうようでは役人としては役に立たない」と言われて、我々も労働条件という面から見たら褒められた仕事、生活をしてはいないわけであります。医療界にもそれに類するものが見て取れます。

しかし、特に当直の問題、一般論であります、女性のこれからの医師の働き方を確保するということを考えますと、マネジメントの問題として、精神論とか、そういうことではなくて、きちり合理的な労務管理がされるべきである。それは雇用の安定以上に、医療の安定につながるのではないかということは、私は個人的に強く感じています。

保坂（座長） 最後に、大谷局長と松谷局長にお聞きしたいのですが、先ほど日本医師会の男女共同参画委員会から、「保育システム相談員（仮称）」という提案をさせていただきました。

今ある保育システムを充実させていくことはもちろん大事なのですが、それにはお金と時間がかかります。今ある民間の保育システム等も使って、女性医師が育児をしながら仕事ができるようなことをサポートすること、地域におけるそのようなシステムを全部知っていて、女性医師の希望や、男性医師も育児をしなければいけないわけですから、男性医師の希望に沿って、こういうシステムがあるよ、こういうものが利用できるのではないかとということを相談に乗ってあげる、介護保険のケアマネジャーに似たようなものを各地域に置くことについての提案をさせていただきました。それについて何かコメントをお願いします。

松谷局長 病院で働く女性医師の保育、あるいは、子育てのいろいろなサポートをコーディネートする相談の方だと思いますが、大変重要な役割だと思います。

個々の病院にそういう方を置くのは、今の病院の規模からすると難しいと思います。しかし、病院に限らず、大谷局長のほうのお話になりますが、全体の中でのコーディネーターというのは、今は保育を担当している各市町村がそういう窓口で担当されているのだと思いますが、さらに必要であれば、提案されたようなことを含

め考えることになるのではないかと考えています。

病院については、病院内保育所は歴史的に補助もして、一定の普及がなされていますが、中身のきめ細やかさということについては、さらに工夫が必要だということをお先ほど申し上げました。

それとともに、ここで補えない、ベビーシッター、保育ママ、あるいは、学童保育をどのようにつなげていくのかとか、24 時間の場合についてとか、何段階かのものを持っていないと実際は働くことができないというのが実態でございます。

この辺は、実際働いている女性医師の方、あるいは、それに取り組んでいる病院の方からもいろいろお話を伺いながら、施策の芽をためている状況です。そういう中で、コーディネートの方、相談員の方というのも重要な役割があるのではないかと思います。

保坂（座長） 大谷先生、どうぞ。

大谷局長 保育所の利用の問題ですが、女性医師の中にも、例えば、一般の労働者と同じような条件での保育所を考えられているということであれば、地域によってまだ、都市部で待機児童があつて、すぐに入れなかったという問題が現在、完全に解消していないわけではありますが、日本全体で見れば、待機児童のない地域が相当あるということで、かなりのエリアで保育所が柔軟に活用できるようになっています。

しかし、医師という立場になりますと、例えば当直があるとか、深夜勤務があります。延長保育、特に夜間保育ということになります。医師固有の保育問題を解消するということになれば、院内保育所を強化していく方向、すなわち個別論で向かわないと無理だろうと思います。

特に地域の保育所に女性医師枠をつくれという話になつては、全く行政の中で受け入れられないと思うので、そういう意味で、一般論で吸収されるところについての情報を共有していただく。これは市町村や行政部局において丁寧に対応していきたいと思います。

一方、医師固有の問題については、どうやって医療の世界の中で解消していくか、院内保育所が典型的な例ではありますが、その2つに分けていく。

その両方の橋渡しのできる方を業界の中で養成していかなければ、一般の市役所にそういう人を置けといても、なかなか難しいという印象を持ちました。

保坂（座長） ありがとうございます。これから業界の中でそういうことをやっていくことについて、ぜひ厚生労働省としてのサポートをよろしく願いいたし

ます。

司会がまずくて時間が遅くなりましたが、これで第2部を終わらせていただきまして、この後、総合討論でフロアの皆様からのご質問等をお受けしたいと思います。

3人の先生方、ありがとうございました。この後も演壇に上がっていただいて、会場からの質問にお答えいただきたいと思います。

それでは、少しの時間お休みください。

## 【総合討論】

樋代委員（司会） ここからは、日本医師会男女共同参画委員の樋代と藤井の2人で司会を務めさせていただきます。

プログラムに従いまして、総合討論を行います。総合討論は、第1部と第2部の演者の先生方にご参加いただきまして、フロアからの質問にお答えする形で進行させていただきます。なお、ご質問に立たれる方は、お近くのマイクに進まれて、所属とお名前を申し上げます。

1時間という限られた時間ですから、テーマを4つに分けて討論したいと思います。

1番目は、保坂先生、中川先生の演題に対する質問や提言をいただきまして、2番目に櫻井先生、3番目に小笠原先生、最後に第2部のただいまの行政の先生方への要望や質問をいただきたいと思えます。

それでは、最初に、日本医師会の取り組みとして、「女性医師バンクについて」「各地の再研修制度」、男女共同参画委員会からの報告として、「病院長、病院団体への働きかけ」「日本医療機能評価機構への働きかけ」について、フロアから質問や提言がございましたら、挙手をお願いいたします。

齊藤恵子（岩手県） 岩手県では、県と医師会とで再就職の研修制度を開始しておりますが、女性医師を掘り起こすということがなかなか難しく、医師会員になっている人ですと女性医師の数を確認できるのですが、それ以外に潜在している女性医師を探すことは大変だと思います。

それを厚生労働省できちんと把握していただいて、各県にわかるようにしていただければ、再就職の研修事業ももっと成功すると思っておりますが、その辺はどうしてわからないのかと思っております。その辺をお聞かせいただきたいと思えます。

保坂部長 医政局長へのご質問だと思いますが。

齊藤恵子（岩手県） 再研修を日本医師会でなさろうとしているのですが、医師会外にいる人たちを医師会のほうに引っ張り込んで事業に参加させるということをしたいのですが、なかなか人数を捉えることができないでおります。

保坂部長 おっしゃるとおりだと思います。私どものやっている事業も、会員だけではなくて、会員でない方もということで、実際には、今回お出ししました求職者の方は、会員でない方もかなり入っております。

今、日本医師会では、各大学とか研修病院等に資料をお送りしておりますし、各

科の医会とか、各学会誌といったものにも広報させていただいておりますので、少しずつ浸透していくのではないかと考えております。

先ほど申し上げましたような調査を、松谷局長のほうでぜひ積極的に取り組んでいただくようにというようなことだと思っておりますが、松谷局長、いかがでしょうか。

松谷局長 医師の把握の問題で、これはいろいろな事業のスタートですから大変大事なことだと思っておりますが、会員でない方についてはなかなか難しいところがあると思っております。また、働かない方はなかなか会員になってくれないという問題があります。

これは医師の話ではありませんが、看護協会のほうでナースバンクをやっていますが、やはり同じ問題がございます。学校の同窓会にご協力をいただくとか、各学会、各医会、いろいろなグループを通じて把握していくことが地道なやり方だと思っております。

ご存じのとおり、2年に1度悉皆調査がありますが、これは統計法に基づく統計調査でございます。目的以外にデータを出すことができない仕組みになっております。それはそれで大事なことなので、それを流用することはできないのですが、それ以外のそれぞれの地域のグループなり何なりで調査を行っていくことが必要ではないかと考えています。

もう1つは、これは時間がかかるのですが、今、研修に行くようになりますと、研修病院での把握ということで、そこでの修了者名簿のようなものも出てきます。あるいは、研修へ行くときに希望調査をしたりしていますので、そういうデータを何年か後に追いかけられるようにしていくことも大事なのではないかと考えています。

時間をかけて名簿をつくっていかないと難しい。また、働いているときからの名簿をつくっていかないと難しいということではないかと考えています。

齊藤恵子（岩手県） 岩手県は医師不足の最先端でございますので、緊急的な事業として行われておりますので、いち早くそれがつかめるようになればいいなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

泉 美貴（東京都） 女性医師がどれくらい辞めているかという実態がないということで、私もそれに気づきまして、昨年と今年と来年度で科学研究費を取りまして、女性医師の長期離職に関する実態調査ということでお金をいただくことになりました。

それで、実際にアンケートをつくりまして、8月にもアンケートをするところまでこぎ着けました。実際には、莫大な人数ですので、私が今働いています東京医大

と、卒業しました川崎医大の2校に向けて、全卒業生の女性医師にそのアンケートを配るつもりです。

それによって、恐らく日本で初めて、どれぐらいの女性医師が辞めているのか、どうして辞めたのか、それから、復職した人の割合、どうして復職できたのか、どれぐらいの人が復職したいのかということアンケートに盛り込みまして、これから発送しますので、ぜひ全国の都道府県の方で両校卒業生の方は、ご協力願いたいと思います。

これはまだ2校ですが、もし成功しましたらぜひ全国に発展させて、日本で初めてそういうことを網羅した形のアンケートで、実態をつかむということをやろうと思っています。その段になりましたら、とても個人の研究では無理ですので、厚生労働省や内閣府などの協力をお願いしようと思っていました。よろしく願います。

長谷川 修（神奈川県） 中川先生から、「日本医療機能評価機構への働きかけ」という話がありましたが、これに関しましては、現在の病院機能評価項目の中では、例えば第1領域にある法令遵守というところで、労働基準法の問題とか、その辺の問題が1つあります。

もう1つは、労働安全衛生法との関係で、安全衛生委員会が開催されているかどうかということで、これは毎月1回開催しなければいけないということになっていますが、開催されていない病院が非常に多いという現状があります。ただ、開催されていても、そういったところでは、ほとんど医師の労働問題について議論された形跡は全くありません。

あと、第4領域で、看護師の精神的なサポートについては、4-2というところに載っているのですが、4-1の医師に関する部分には、全くそういったことは載っていない。

そういった具体的なものをいくつか含めて提言されておられるのでしょうか。それとも、ある程度載せてくれよという丸投げの形でされておられるのでしょうか。

中川副委員長 現在、要望で出しておりますのは、先ほどスライドでお示しましたとおり、具体的なものではなく、(1)ゆとりのある勤務体制を取っているかどうか、(2)子育てをしながら勤務できる支援体制を取っているかどうか、(3)休業後の再就業を支援する体制を取っているかどうか ということを加えてくださいということを申し入れております。

具体的なことにつきましては、本来ならそういうものが必要かと思いますが、ま

ず入り口として、勤務体制というものを評価の一部に加えていただくことが、女性医師だけではなくて、全部の勤務医の方たちの支援につながるのではないかということで、第一歩と考えていただいたらよろしいかと思えます。

長谷川 修（神奈川県） 第2歩としては、こちら側も「こういうのはどうだろうか」という提言も含めながらやっていただいたほうが、より効果があるのではないかと思って、発言させていただきました。ありがとうございました。

中川副委員長 ありがとうございます。

樋代委員（司会） 次に移らせていただきます。男女共同参画委員会からの報告「女子医学生や若い女性医師サポート事業」、これについて質問、あるいは、提言はございますでしょうか。この事業は、昨年度のモデル事業として10道県で開催されましたが、私の印象では楽しくできたような気がいたします。それでは、願いいいたします。

大谷美奈子（広島県） 学生のことにつきましては、昨年も私はご意見を申し上げましたが、広島では、学生に向けた講演会など、学生にかなりアプローチをしております。そして、現在は、医師会速報というのがあるのですが、その中に「よろず相談」というような項目で、どのような相談でも受け付けるということを行っております。これは学生だけに対するものではなく、あらゆる女性医師に向けたメッセージなのですが、これにはまだ相談を持ちかけている人はいません。

女子医学生に関しましては、この夏休みを利用いたしまして、希望を聞いて、1つは、どこか病院で研修をすることもよし、それから、女性医師の先輩の話を聞きたいということでもよしということで、広島大学の医学部にパンフレットを配ってもらいましたところ、現在のところ1人申し込みがございます。

これは最初から大きなことを期待しているわけではなくて、少し時間をかけて定着してくれば、学生の話も聞き、こちらから学生に積極的にアプローチができるという仕組みになるのではないかと思って始めているところです。ご紹介させていただきます。

樋代委員（司会） 長野県でも、信州大学で夏期セミナーをいたします。ICLSや病院見学やキャンプファイヤー、そのようなことをやって楽しむ3日間を組んでおります。参考までに申し上げます。

櫻井委員 よろしいでしょうか。私は、徳島県なのですが、徳島県もドクターバンクに絡めまして、相談窓口を考えております。

今のところまだ実働していませんが、今回のモデル事業で感じましたことは、学

生たちはすごく先輩たちの話を聞きたがっておられますから、いろいろな機会を捉えて話をする機会を全国で広げていただけたらよろしいかと思えます。

それと、学生と接触する機会ができますと、学生ならびに若い先生方のモチベーションが必ず上がります。上げないと、残念ながら、途中でリタイアする人の理由を聞いてみましても、大きな理由なく辞めてしまうという女子学生、若い先生方がいます。これを拾っておかないと先々大きな問題になってくると思えますので、とにかく入学の時点から、医師を続けるのだ、女性医師として医業を続けるのだというモチベーションを持たせるための努力を私たちが示していかななくてはならないと思っております。

藤井委員（司会） ありがとうございます。どうぞ。

齊藤恵子（岩手県） 岩手県医師会でも、岩手医大の女子医学生との交流というのをやっております、この間も、女子医学生が卒業してやってくる生活ということで、子育て中の大学講師の先生の1日というのを紹介しました。朝5時に起床して、夜、家に帰って、洗濯機を回しながら12時ごろに洗濯機に寄り掛かって寝ているような生活などが紹介され、大変な日々が待っているのですよというようなことを話したりしておりました。

それで、ある病院で、女性研修医の精神的な面の検査をしましたところ、かなりの割合で、うつ状態が出ているということでした。医師に対するバッシングが高まり、男性医師でさえも大変だ、辞めたいという状況の中で、これからは非常に、医師の精神的な面でのフォローや、ケアというものが女性医師を支えていくと思えます。そして、育児や結婚、そういったものをあわせてやらなければならないということでもありますので、医師へのケアというものを厚生労働省なり医師会なりがもっとやっていただきたいと思えます。

この間、自殺を地域で予防するという会に出席しましたところ、昨年の医師の自殺が90名とお聞きしました。ですから、本当に医師が精神的に追い詰められた状況にありながら、勤務医だけでなく、開業医も厳しい生活をしているということだと思えます。その中に入っていく女性医師たちを支える何かがあってもいいのではないかと考えております。

藤井委員（司会） それでは、後半ですが、保育に関するご質問を受けたいと思えます。行政の先生、それから、小笠原先生に対してのご質問も含めまして、まとめてご質問があれば、よろしくお願ひいたします。清野先生、お願ひします。

清野佳紀（日医男女共同参画委員会委員） 女性勤務医がどの程度勤務医を離職

しているかという正確な統計はありません。しかしながら推定することはできます。

近年、国家試験の合格者は、毎年7,600人あまりであり、そのうち33%が女性合格者とすれば、毎年2,500人あまりの女性医師が誕生することとなります。昨年各医師会によるアンケート調査の結果によれば、女性勤務医が出産育児の際に約2割が離職しているというおおよそのデータがあります。したがって、女性勤務医は毎年500人程度が離職していると類推できます。もちろん、彼女たちは医師を辞めるのではなくクリニックや、よりQOLを維持できる職場に転向していると思われます。それを食いとめるのは非常に大事なことだと思います。

それを食いとめるには、やはり子育て支援をせんといけないということになるのですが、例えば、我々の病院183人のうち、女性医師が60人おります。子育て支援制度をやっていますが、皆が皆受けるわけでもなくて、支援を受けているのは12人ぐらいです。そうすると、12人ぐらいの子育て支援のためには、全体の総数の医師を20人ぐらい増やす必要があるわけです。

病院というのは女性の職場で、うちの職場で正規職員の75%が女性です。管理職も33%います。ここで子育て支援が今までなかったというのは、驚くべきことです。

院長の立場で言うと、女性医師に限らず、子どもを持つすべての医師に子育て支援していくわけですから、結局のところ、人件費の問題にはね返るのです。ですから、人をたくさん雇って、環境もよくして、保育所もつくるというのを、結局、病院の経営にはそれだけのコストがかかるということで、何らかの強力なサポートが必要だと思いますが。松谷先生、大谷先生、いかがでしょうか。

藤井委員(司会) これに関して、松谷先生、何かコメントありますでしょうか。

松谷局長 清野先生のところは大変熱心にやっけていらっして、院長のリーダーシップが大変すばらしいと思います。見学に行く方もたくさんいらっして聞いていますし、私どももその取り組み等を聞かせていただいております。いろいろなノウハウが詰まっていると思います。

おっしゃるとおり、先ほどのワーク・ライフ・バランスで、医師についても3交代にしたらどうかというような議論も一部に出ています。これをしようとする、相当の医師数を確保しなければできません。

もっとも、3交代がそもそも医師の仕事としていいのかという根源的な話があって、主治医制がなくなって大丈夫なのかとか、もっと前の議論も必要なのですが、もしやるとしても、そういう問題があります。しかし、女性医師に限らず、病院勤務医の労働環境ということからすると、そのような後押しは必要になってきます。

もちろん、今まで働いていた労働量が減るわけですから、インカムのほうが今までどおりもらってというわけにはいかないのかもしれませんが、その辺のバランスを考えながら、しかし、必要な投資を今後していくことは、大いに議論されてしかるべきだと思っております。

大谷局長 人件費がかかるというのはおっしゃるとおりで、民間企業も含めて、女子職員を重要視している職場は今、相当な人件費を投入しています。

また、いろいろ努力している会社の方々の話を聞いてみますと、ワーク・ライフ・バランスといいますか、女性の就業について、実は両立支援レベル、これをやるだけだったらむしろ簡単だという意見を聞くのです。育児休業を取ることを容易にするであるとか、復職を楽にするとか、メニューがたくさんありますが、実は一番難しいというか、根幹はやはり、マネジメントそのもの、時間の管理であり、無駄な仕事を省き、そして、女性の働きやすい環境をつくることです。これも実際にはコストアップには結びつかないということを実践した経営者は言われます。

それはいろいろなやり方があるって、労働時間においても無駄が全くないか、会議という時間を1日何時間セットして、そこにどういう無駄があったか、参加者がこんなに必要だったか、そういう個々の業務を全部分析して経営のコストを上げないようにしているという民間企業の話を書きますと、医療現場において、長時間労働の実態の中に全く“削りしろ”はないのかということになると、そういう徹底した議論をしていることはあまり聞いたことがありません。

そういう意味で、コストの問題も含めて、徹底的にマネジメントをやってみるという意味はあって、なおかつ、それによって必要な部分があるならば、これは総医療費の中からそこに充てていくのか、プラスアルファを求めていくのか、次の議論があるのではないかと思います。

もう1つ、保育の問題と繰り返してしまして、非常に重要な問題で、特に病院の場合には、夜遅い勤務まで含めて特殊な事情があります。そういう意味で、現在の事業所内託児のいろいろな施設が十分かといえば、医療機関においては不十分である。そこをどのように補完していくかという保育の制度を手厚くする方法論があると思います。

私どもが今、パートタイムの労働についても法律等を出しながらいろいろ議論している中で、この国の中で有効なのに全く機能していない1つの方法として、短時間の正社員という制度があります。

例えば、4時間の労働をする人がいて、普通、4時間労働というのはパートタイ

マーですから、民間のいろいろな企業でいえば、では自給 800 円、900 円ということで、ほとんどスキルのある労働者には顧みられることのない制度なのではありませんが、医療の現場のように、ある程度のスキルが確立していて、時間が 4 時間かちり組んで、その人について、4 時間分の正社員と同等で 8 分の 4 の処遇をしていく。その人が現場に復帰できるのであるならば、それをローテーションの中に組み込んで、当直した後の人の 4 時間を埋める。それで働く場を得る人が出てくるかもしれない。短時間労働者が即非正規社員で、その労働の処遇を大きく下げるということではなくて、短時間のままに正規の評価を与えれば行けるのではないか。

こんなことに取り組んでいる民間企業がありますが、これはまさに、私は病院の、特に専門職の中にもっと使える制度ではないかということも考えます。まだ思いつき段階で恐縮ですが、本日お話を聞いていると、そういうことについてむしろ経験があればお聞かせ願いたいと思いました。

清野佳紀（日医男女共同参画委員会委員） 実は我々の病院では、子どもが小学校卒業までは週 30 時間で正規職員にしているのです。その場合、給料部分は 5 分の 3 にして、賞与とか退職金の積立、勤務評価は一切下げないということで、皆それは喜んで受けているのです。

ただ、これはそう難しいことではなくて、国立病院とか日赤の方も我々の病院に全部お見えになって、これならできると言って帰りましたから、恐らく数年先にはそうなるのではないかと思います。

藤井委員（司会） ありがとうございます。ほかにありますか。先生どうぞ。

家守千鶴子（福岡県） 今の大谷局長の話についてですが、医師会とか厚生労働省の方にもっと気にかけていただきたいのは、患者さんの側の希望との兼ね合いということです。

短時間労働など、私も随分いろいろな病院に提言してきたのですが、そこで言われるのは、主治医が診ないと患者が来ないということでした。午前中だけの外来だけだったらパートは必要ないということを言われたり、あるいは、産婦人科であっても、お産のときは夜中でも主治医の先生がいないと患者さんが納得しないということでした。

8 時間労働の 3 交代制にしる、2 交代制にしる、医師が勤務に誇りを持って全うする場合、完全に分業することがそもそもできるのか。それを進めるのであれば、やはり世論にも働きかけていただきたいという意見を一言言わせてください。

もう 1 つは質問ですが、保育についての提案というところで、これは非常に大事

なことだと思えますし、保育についてのホットラインもあったほうがいいなというのは常々思っておりますが、抜けているなと思ったのは、学童保育の問題です。むしろ、小学校に上がる前まではお母さんの後ろにくっついているから、院内保育所に朝連れて行って、次の日の夕方当直して帰ってもいいのですが、小学校に上がってしまうと、逆に身動きが取れなくなってしまう。そうすると、必然的に当直ができなくなってしまうのです。

そこで、やはりドロップアウトしていかれる方、開業に向かわれる方は結構多いと思えますが、そのあたりをどのように考えていらっしゃるのか、あるいは、何か展望を持っていらっしゃるのか伺えればと思えます。

藤井委員（司会） どちらの先生にご質問ですか。

家守千鶴子（福岡県） 小笠原先生にご質問です。「保育についての提案」とありましたので、保育の後のことにどういう展望を持っていらっしゃるのかということをお伺いします。それから、当直、あるいは、患者さんの側への問題提起というのはなかなか難しいでしょうけれども、医政局長の松谷先生にお願いできますでしょうか。マスコミではないけれども、世論のほう、患者さんとの兼ね合いということですね。

医師としての仕事はどこまでが聖職であるか、あるいは、24時間専門医ないし主治医が張りついていなければいけないのかということところは、国民のご要望ということになるのでしょうかけれども、そういうご要望があるのであれば、それなりに勤務体制が整備され、診療報酬が上がらないと難しいのではないかと思います。いかがでしょうか。

藤井委員（司会） では、小笠原先生のほうからお願いいたします。

小笠原委員 保育に関する提案は、どちらかといいますと就学前の支援が中心ではございましたが、女性医師に求められている保育システムの多様性というものの中で、学童保育は重要な柱であります。

私見も交えて述べさせていただきますと、スライドにも一部お示ししましたように、例えば、院内保育等の保育施設に附属した形での学童保育施設の設置や、隣接した形での設置など、いろいろなことが考えられると思いますが、そういうことが求められていることは確かでございます。

保育システム相談員のような窓口や人を設置していく場合には、そういうことも含めたご相談にのれるようにと考えております。ただ、確かに制度として実態がなければ、ご紹介も相談にものれないわけですので、さらにいろいろな制度の充実、

制度の支援というものは、行政の方へのお願いにも一部なりますが、当然、求めていかなければいけないだろうと思っています。

松谷局長 かかる側の問題、これは普段議論しないことが多いのですが、ご指摘のとおり、実は問題の半分はかかる側の問題がございます。

大変高度な医療をいつでも、どこでも、ということを求める時代になってきて、欲望には限度がないというところもあります。しかし、医師も生身の人間ですから、限りがあるということです。

特に現在、例に出される小児科などの土曜、休日、あるいは、夜間の病院の外来への集中といったようなことは、もちろん母親が昼間働きに行くことが多くなったことを反映しているのですが、それにしても、救急ではなくて、時間外にどんどんかかるようになってきた。この問題への対応はもちろん別途やっているわけですが、かかり方の問題というのも非常に大きいと思います。

先ほどの3交代の話のときも触れましたが、今ご指摘のことをしようとする、主治医というものの兼ね合いをどうするか。医師が聖職なのか、労働者なのかという基本概念に行き着くのでありますが、やはり現在のように、医師にある程度求める、病院に組織医療というものを求めるということになれば、そろそろそこは切りかえていく時期になっていく。これは時間がかかるかもしれませんが、かかる側にもそれを理解していただくことが必要かと思えます。

米国留学された方はご存じだと思いますが、米国は時間が過ぎると当直の方に全部引き継いで、あとは夜中に何が起ころうとも、引き継いだ人が全部責任を持って行うということで、受けるほうもそれが当たり前だと思っている。

アメリカはオープンシステムで、開業の先生が主治医で別途いるからということもあるのですが、我が国の場合は、病院の成り立ちそのものが、診療所がだんだんと病院になったということもあって、主治医制が強固に残っていて、病院でも主治医制をとっている。

開業でやっている方は、もちろんその方にかかっているんで、ある意味で主治医なのですが、病院の場合は、今のようになってくると、組織ということですから、24時間、365日、その先生がいないと困るということでは、今後はやっていけないということになっていくのではないかと。その議論はもう始めなければならない状況に今あるのではないかと、私どもは思っています。

藤井委員（司会） それでは、先生、お願いします。

首里京子（沖縄県） 小笠原先生に質問ですが、私は10カ月の子どもを抱えな

が、4月から仕事に復帰させていただいて、子どもは認可保育園に入れていますが、なかなか医師としての多様なニーズにこたえることができなくて、院内保育所の設置にとても力を入れていきたいと考えています。

院内でアンケートをして、実際に現在50名のナース、医師を含めて、院内保育所の設置を切実に願っている人間がいます。アンケートの結果も出てはいるのですが、公立病院で、県の病院事業局に話を持っていってもなかなか動いてもらえず、今どうしていいかわからない状況にあるのですが、何か日本医師会としてサポートするような体制があれば教えていただきたいと思います。

小笠原委員 非常に大切なことでありましようが、日本医師会としては、残念ながら何かお力添えになれるような現実的な制度等を持っているわけではございません。行政と言ってしまうとそれまでですが、あとは病院の経営者と話を通していただくということでしょうか。

まとまった人数の方もいらっしゃるようですし、代表者の方とのお話、さらに、行政の方を巻き込んでのお話の中で、少し強くプッシュするとそれだけの人数、要望があるということは、実現可能なことではないかと思われまますので、日本医師会のほうからのお力添えの具体策をお示しできないのですが、ぜひ管理者の方への要請を強力にしていただければと私としては思います。

こういう点について、清野先生のほうから、こうしたらいいのではないのでしょうかというご提案があれば、お願いできますでしょうか。

清野佳紀（日医男女共同参画委員会委員） これは、病院に空いている場所とか部屋があれば、そんなに難しいことではないです。部屋を改造して、そこに保育士を1人か2人パートタイマーで雇えば、そんなに経費もかかるものではないですし、実際のコストがかかるものでもないから、強力に院長に言われたらいいと思います。50人一緒に行かれたらびっくりしますよ。

藤井委員（司会） それでは、荒木先生、よろしく申し上げます。

荒木葉子（東京都） 産業医をやっておりますので、多くの企業の労働環境に関してずっと仕事をしてまいりました。やっと最近になって、病院の産業医といいますか、病院そのものが実は極めて劣悪な労働条件で、自分たちが産業医免許を取りながら、自分の働く環境に関してあまりにも今まで注意を向けられてこなかったのではないかと思います。

厚生労働省と一緒に動いておりますので、病院の産業医、それから、労働衛生問題に関して、もう少し新しい目で、きちんと過重労働面談なり、メンタルヘルスな

り、システムをつくって、マネジメントシステムをきちんと動かすというのも、先ほどの病院評価システムの中に必ず入れるべきではないかと思います。

そして、病院の中での労働契約が今まであまり明確に規定されていなかったような感じがあります。医師は労働者かということで、いつも聖職だからというところがありますが、働く限り労働条件というものは管理者であってもあるべきなので、その辺を松谷先生、大谷先生、病院の医師の労働環境に対してもう少しきちんとした整備をしていただければと大変ありがたいと思います。また、健康を預かる医師がみずからの環境をよくするというのは当然ではないかと思います。

もう1点は、先ほど東京医大の先生がおっしゃられたように、私、日本女医会の理事も務めておりますが、日本の女性医師、あるいは、男性医師の実態調査をしようとしても、先ほど女性医師の活動率というグラフがあったのですが、どのように出したのかと疑問に思っていたのですが、なかなか統計に当たることができなくて、苦渋しておりました。

そうでいながら、医師の需要と供給に対しての委員会というのが設置されていて、医師が多いだとか、少ないだとか、女性医師は0.8掛けたとかということで、結局、医師数を決めているわけです。国家施策ですから。国家施策で医師の数を決めている割に、実態調査がなされていない。パート労働者だとか、そういうのを一体何割と計算するのか。

また、医師というのは、普通の企業と違って、儲かるところだけ投入すればいいという職業ではないと思うのです。公共事業的な問題がありますので、そこを十把一絡げに何パーセントと言うのはいかなものかと思います。

それから、さまざまな科の不均衡です。女性医師は圧倒的に外科系が少ないということもわかっております。そういった性別と職位、それから、何科を選ぶか、どこまで国家統制をして、どこまでが自由裁量なのか、どこまでが国の問題で、どこからが日本医師会ならびに病院の役割なのか。その辺を医療経済も含めて包括的に相談していただいて、もう少しいいグランドデザインをお互いに出していただければ、末端の人間は大変助かるのではないかと思います。

藤井委員（司会） 先生のご発言は、ご質問ではなくて、コメントと提言ということでもよろしいでしょうか。

荒木葉子（東京都） そうですね。どうもありがとうございました。ぜひ考えていただきたいと思います。

藤井委員（司会） ありがとうございます。それでは、最後の先生です。

小田泰子（宮城県） 今、荒木先生がおっしゃったのと同じように、板東先生が出されたデータ（スライド 17）の各分野における指導的地位に女性が占める割合というのは、どこを探したらこういうものに行き着くのかということをお教えいただきたいと思います。よろしくお願いします。

板東局長 先ほどの「各分野における指導的地位に女性が占める割合」というのは、各省などが取っているデータとか、それから、我々が直接都道府県とかにお聞きをしているデータがありまして、そういうものを総合的に集めて、毎年発表していきましようという形のものでございます。

確かに、先ほどからたびたび、女性医師が辞めているか、辞めていないかとか、再就職をどうしているか、そのあたりのデータがないというお話がありまして、実は私も、松谷局長などには申しわけないですが、この会に臨むに当たっても、あるいは、去年、再チャレンジ支援プランをつくる時も、女性医師の問題がどういう実態なのかということをお調べしたいと思って、たびたび厚生労働省にもお聞きしたのですが、なかなかずばりのデータがないということがわかりました。

我々も個々の専門分野ごとにデータを内閣府で調べるのが難しいので、各省でいろいろ調べていただくものを使わざるを得ないところがあるのですが、それぞれの省庁に特にお願いしているのは男女別データで、トータルで見てもなかなか課題、実態がわからないところが多くあります。

先ほど、女性の労働力のM字カーブの問題などを申しましたが、やはり少なくとも男女別で分けていろいろ実態を見るとか、あるいは、具体的にカーブの山のほうの中身についてももう少しブレークダウンをして見ていく必要があるとか、そのあたりのきめ細かいデータの収集と分析、特にジェンダー統計といいますか、女性の問題について浮かび上がってくるようなデータの取り方、分析というのは不可欠だと思います。

それはいろいろな話で各省に、できる限りそういったきめ細かなデータを取っていただくようにということをお願いしているところではありますが、我々としても、厚生労働省ともいろいろな形で連携をしていきながら、こういった問題も肉薄していけるような努力はしていきたいと思っております。

先ほどのお話との関係で、今のご質問とは関係ないのですが、少し申し上げたいと思います。保育のあり方とか、そういうところで参考になる事例というのは、大学関係でもあります。大学の男女共同参画をもっと進めていきたいと思いますとか、先ほどご紹介しました女性研究者の育成を支援していきましようということ、いくつ

かの大学がモデル事業を始めていまして、その中には病院、医学部を持っておられる大学が多いのです。

例えば、東北大学などは、保育所を中に複数つくられて、短時間勤務とか、大学全体で柔軟に働ける体制をつくられたりしております。そういった参考事例というのが、大学のほかの分野と共通しての話になるのですが、今、出てきつつあるということで、そういったこともご紹介していきたいと思っています。

先ほど、学校に入った後の学童保育が大変だ、そのあたりの話も目配りしなければというお話がありました。例えば、お茶の水女子大学だったと思いますが、あそこも保育所をつくっているのですが、学童保育のほうも含めてカバーしようということで取り組まれているようであります。

もちろん、学童とか放課後対策というのは、今、放課後プランということで、政府全体としても進めていますので、こちらのほうも少子化対策の大きな柱になっているのですが、そういった個々の組織の中でも、今申し上げました取り組み例も出てきています。

それから、これも先ほどの夜の勤務などのときの話に関係すると思いますが、お茶の水女子大学のケースで、お茶の水女子大学は医学部がありませんので、病院のケースではないですが、研究者で夜仕事をせざるを得なくなるときのがあると、ほかに夜預かってもらう人がないというときに、その研究者が子どもと一緒に泊まれるような施設を確保する。

例えば、非常勤用のゲスト用施設のようなものがあるのですが、そういった一室を確保する。それから、大学病院の看護師用の施設を使えるような大学があったり、いろいろな工夫をしつつある。

特に、ここしばらくの間にはいろいろな事例が出てきておりますので、我々も、医療分野とか医師の問題、専門の情報提供はできないかと思いますが、幅広にいろいろな分野でのワーク・ライフ・バランスを支えていく、あるいは、両立支援策といったようなことについての情報提供をさせていただきたいと思っております。

藤井委員（司会） 中川先生、追加ありますか。

中川副委員長 先ほどの女性医師の正確な数ということで、松谷先生は医師届でということをおっしゃったのですが、例えば、離職をしている医師の場合は、自分で近くの保健所などに行ってもらってまで書くということがなかなかないように思います。医師数を見てもまだまだ正確ではないと思います。

それと、各地区医師会なり県医師会なりで、女性医師に関するいろいろなアンケ

ート調査が出されているのですが、それも医師会員限定ということになりますし、調査の方法とか対象がばらばらでしたので、1つは、日本医師会として統一したアンケート調査が必要かと思えます。

先ほど東京医大の先生がおっしゃっていただいたのですが、一番正確なのはやはり大学の卒業のときで、そこで登録することは難しいかもしれませんが、先ほど松谷先生にそれを追っていくような形もおっしゃっていただいたので、ぜひとも日本全体としての女性医師の数を把握できるようなことを進めていっていただきたいと思えます。

藤井委員（司会） 柳田先生、どうぞ。

柳田喜美子（宮崎県） 先ほどからいろいろ貴重なご意見を拝聴いたしておりますが、厚生労働省から看護師数の実態調査、届け出数というのが出てまいりますが、この届け出数が強調される余り、実働の状況というのがなかなか把握できないということがございまして、言葉は悪いですが、使い物にならない者まで数に入れてありますので、本当は少ない。

そして、あるとき日医総研が調べましたときに、4万か5万人不足しているということがございました。

介護にしても、40万人不足しているということで、結局、フィリピンからの受け入れ、あるいはドクターまで入れなくてはいけないということになるのではないかとということをお大変危惧しております。ですから、当面はやはり医師数を増やすべきだと思います。

そして、保坂先生を中心に、男女共同参画フォーラムは今年で3年目になりますが、本腰を入れてやらないと、10年経っても同じことではないか。そういう状況が続くのではないか。机上の空論に終わるのではないかと危惧しております。

例えば、私は30年ぐらい前から、たばこ問題に取り組みましたが、当時は本当に関心がなくて、健康増進法ができて初めて日本は取り組んでくれたのです。このように、いわゆるまあまあ、さあさあの国でありますので、よほど女性医師問題には本腰を入れないと、遅々として進まないというような気がいたします。

この辺をよく検討して、例えば、女性役員にしましても、最初は交代制のようなものを取り入れないと、仲間に入れてくれないだろうというような気がしておりますし、そういうことで、今後、もう少し前進するように、いろいろとまた討論させていただけたらと思えます。

藤井委員（司会） ありがとうございます。

まだまだご質問があると思いますが、時間が詰まっておりますので、これで終わりにしたいと思います。最後の柳田先生のお言葉が、今後まだまだ取り組まなければいけないというような言葉にあらわされていたと思います。

## 【第3回男女共同参画フォーラム宣言提案】

藤井委員（司会） それでは、本日のフォーラムにご出席いただきました先生方からのさまざまなご意見、ご提言などを受けまして、第3回男女共同参画フォーラム宣言のご提案を、日本医師会男女共同参画委員会副委員長の池田俊彦先生にお願いしたいと思います。

皆様、お手元のフォーラム資料集の85ページをご覧ください。

それでは、池田先生、よろしく願いいたします。

池田副委員長 本日は、たくさんご意見やご提案やご要望をいただきました。私は、質問が少なく早く終わるのではないかと感じておりましたが、大変熱気のあるご議論がありました。この熱意と熱気と熱心さを言葉にあらわして、この宣言をしたいと思います。

資料集に書いてありますが、大変短い文章で書いておりますので、ご理解しにくいところがあるかもしれませんが、ここに込めている趣旨としては、まず、女性医師が単に子育てと両立して仕事ができるというだけではだめだということ。やはり女性医師がみずからの資質をブラッシュアップしながら、また、キャリアアップしていく中で、自信と誇りに満ちて生き生きと仕事ができるような環境づくりが望ましいという気持ちも込めております。

また、今すぐにやらなければならない保育所の問題等、いろいろありますが、長い目で見ますと、やはり本日多くの発言がありました「ワーク・ライフ・バランス」という視点に立った社会のシステムの構築ということが重要だと思えます。

単に一部の医療機関が福祉的に、あるいは、恩恵的に何らかのことはするだけではなくて、社会全体がそういうことに取り組むという時代にならなければ、根本的に解決しにくい問題だと思えます。そういうことを込めて、この宣言案をつくっております。

### 『宣 言 案』

女性医師のキャリアアップを困難にし、その社会的使命を果たすことを阻む全ての要因を除去し、女性医師が、単に育児と仕事を両立させ得るに止まらず、質・量共に自信と誇りをもって、輝きながら、医師としての使命を

達成し得るよう、社会的基盤の整備と施策の実施が極めて重要であり、喫緊の課題であることを、このフォーラムに参集した皆の総意により、ここに宣言する。

平成 19 年 7 月 28 日、日本医師会第 3 回男女共同参画フォーラムの名において、これを宣言したいと思います。

柳田先生から先ほどお話がありましたが、宣言もそうですが、単にこのことを目的あるいは課題とするだけではなく、もう実践するという、アクションを起こす時代でございますので、一步一步進めてまいりたいと思います。この宣言文をご承認いただきたいと思います。よろしく申し上げます。(承認)

### 【次期担当県挨拶】

藤井委員(司会) このフォーラム宣言にのっとりまして、来年は、第 4 回のフォーラムを福岡県で開催いたします。

引き続きまして、本日は福岡県医師会長の横倉義武先生が、ご欠席でありますので、代理とされまして、福岡県医師会副会長の池田俊彦先生をお願いいたします。

池田福岡県医師会副会長 ただいまご案内がありましたように、来年の第 4 回フォーラムは、福岡県でお世話をさせていただくことになりました。

本日は横倉会長が、本当は楽しみにしておりましたが、地元にいなければならない事情がありまして、この場に出席できなかったことをまずお詫び申し上げます。

私からでございますが、ぜひたくさんのご参加をいただきたい。また、横浜のように立派にできないかもしれませんが、ハートフルな、中身の濃いフォーラムにしたいと気持ちの上では思っております。

JR で来ますと、博多駅に着きます。空港へ行きますと、福岡空港です。船で行きますとやはり博多港です。博多と福岡とどこが違うのかといつも皆に聞かれますので、この席をお借りして、時間はないのですが簡単にお話いたします。博多は城下町ですが、武士の住んだ町が福岡、商人の住んだ町が博多でございます。どんたくも博多、もつ鍋も博多ということになります。

山笠がちょうど終わった、熱気の冷めやらぬ時期に来年は開催いたしますが、7 月 19 日(土) 資料集の最後のページに書いていると思いますが、空港からも駅から非常に近い「ホテル日航福岡」というところで開催しますので、ぜひ皆様方お

誘いの上、多数お集まりいただきますようお願いいたしまして、来年の担当県としてのご挨拶といたします。ありがとうございました。

## 【閉 会】

樋代委員（司会） それでは、最後に、閉会の辞を日本医師会の羽生田常任理事をお願いいたします。

羽生田常任理事 本日は、暑い中をこのように大勢お集まりいただきまして、第3回男女共同参画フォーラムが盛大に開催されましたこと、御礼申し上げる次第でございます。

本日はまた、初めてのことでございますが、松谷局長、大谷局長、板東局長という3つの部署の局長にお集まりいただきまして、パネルディスカッション、総合討論をしていただきました。これも大変な成果があったと考えております。

もっと時間があれば、総括的にいろいろ言おうと思って書いてあるのですが、1つには、男女共同参画委員会が日本医師会に設置されておりますが、最初に日本医師会として提言をいただいたのが、いろいろな集まりのときに、必ず保育所をつくってほしいという提言をいただきました。

本日も保育所がローズホテルに設置されていると思いますが、日本医師会の今年度の事業計画の中に、あらゆる講演会、研修会等の開催のときには保育所を設けるということを事業計画の中に盛り込ませていただきました。

これは、今年度になりましてから、各製薬会社がいろいろ講習会等を計画してくれることも多いわけございまして、ぜひその際には保育所を設置して欲しいということもお願いをしたところでございます。各地域におきまして、すでにいろいろな会が開催されるときには、保育所も用意されているようでございますが、ますます女性医師が増えることでもございますし、勉強にも参画していただくためには、そういったことも必要であろうということで、今年度事業計画に取り入れさせていただいたわけでございます。

また、フォーラムでのご質問等の中にもいろいろございまして、それにも答えるように書いてあるのですが、今の医師不足、勤務医の過重労働、それには女性医師の問題も絡み、いろいろなことがある。その根底は、長年にわたる低医療費政策であるということは間違いない事実でございます。

来年度予算の概算要求は、すでに選挙運動と並行して国会に請願しているところ

でございますが、来年度の予算で一番大きな問題は、12月に決まる予算の中で、診療報酬の改定ということがございます。

民間の病院は、公立病院と違って、診療報酬以外に収入はございません。その中から保育所もつくらなければなりません。それにはそれなりの手当が必要なのでありまして、そのための診療報酬をきちんと面倒見てもらわなければ、医療機関は患者さんにこれ以上安心・安全な医療は届けられないということを、今、国会の先生方にお話をし、来年度予算に反映していただくということを申し上げているところでございます。

先ほどの総合討論では、日本医師会は何かしていただけますかとの発言がございました。それを言う前に何かしてください。日本医師会に対して、今の我々の言葉を実現するためには、皆様方が協力してくれなければ何もできません。よろしく願いいたします。

本日はありがとうございました。

樋代委員（司会） 以上をもちまして、第3回男女共同参画フォーラムを終了させていただきます。ありがとうございました。