第4回 男女共同参画フォーラム
報　告　書

テーマ

「医療崩壊をくいとめるために、
今何ができるか、何をすべきか」

期　日：平成 20 年 7 月 19 日（土）
会　場：ホテル日航福岡 3 階「都久志の間」
主　催：日本医師会
担　当：福岡県医師会
企　画：日本医師会男女共同参画委員会

〈〈表紙写真〉〉

博多祇園山笠

博多祇園山笠は、760余年の伝統を誇る、博多の総鎮守・櫛田神社の奉納神事です。

日本三大祇園祭の１つに数えられ、国の重要無形民俗文化財にも指定されています。

毎年７月１日に「飾り山」が公開され、同月15日午前４時59分から始まる「追い山」で、クライマックスを迎えます。

は　じ　め　に

「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」。日本医師会男女共同参画委員会は、今回、第４回男女共同参画フォーラムを開催するに当たり、これをテーマとしました。キーワードは、「ワーク・ライフ・バランス」です。男性、女性を問わず、また、勤務医、開業医を問わずに、「仕事と生活」のバランスを保ち、納得した人生を送ることができれば、医師不足は過去の遺物となり、医療崩壊をくいとめることも可能となるのではないか・・・そんなメッセージを込めました。

日本医師会の男女共同参画フォーラムでは、第１回は日本医師会の女性医師支援の取り組み、第２回は「女性医師バンク」を取り上げ、昨年、第３回は「医師の勤務環境の改善を目指して」がテーマとして選ばれました。女性医師支援からはじまったフォーラムのテーマが回を重ねるにつれて、すべての医師の働く環境の改善を求めるものへと成長できたことは、男女共同参画委員会としての成果の１つと考えております。

勤務環境改善のための具体策として、今回は「短時間正職員制度」が議論されました。財団法人福岡県女性財団理事長である稗田慶子先生の基調講演にありました「まず女性医師から短時間正職員制度を活用、定着させ、次は男性医師に、そして病院全体に定着させる。それにより、医療界全体の生産性が上がる」という言葉が象徴的です。実際に今年４月の診療報酬改定では、短時間正規雇用の医師の活用が、加算条件とされるようになりました。「短時間正職員制度」を活用した柔軟な勤務体制を実行することで「ワーク・ライフ・バランス」を実現し、医療崩壊からの脱却の糸口にしようではありませんか。

まだまだ、課題は山積しており、一朝一夕には解決しないことばかりです。しかし、今後も男女共同参画フォーラムを継続して議論を進めることの意義は大きなものであると思っております。皆様のご支援とご協力をお願い申し上げます。

平成 20 年 10 月

日本医師会男女共同参画委員会
委員長　　中川　やよい

日本医師会男女共同参画委員会委員名簿

委 員 長	中川　やよい	大阪府医師会理事
副委員長	池田　俊彦	福岡県医師会副会長
〃	小笠原　真澄	秋田県医師会理事
委　　員	秋葉　則子	千葉県医師会理事
〃	泉　　良平	富山県医師会副会長
〃	伊東　良則	茨城県医師会常任理事
〃	小栗　貴美子	愛知県医師会理事
〃	家守　千鶴子	福岡県医師会理事
〃	川上　順子	東京女子医科大学医学部教授
〃	清水　美津子	東京都医師会副会長
〃	清野　佳紀	大阪厚生年金病院院長
〃	田村　博子	山口県医師会理事
〃	長柄　光子	植村病院理事長
〃	春木　宥子	松江記念病院健康支援センター顧問
〃	藤井　美穂	北海道医師会常任理事
〃	保坂　シゲリ	日本医師会医師再就業支援事業マネジャー
〃	松井　ひろみ	日本女医会副会長

（平成 20 年 10 月 1 日現在）

目　　次

開　　会 …… 1

挨　　拶 …… 2

基調講演

「男女共同参画推進のために」 …… 6

報　　告

１．日本医師会男女共同参画委員会について …… 21

２．日本医師会医師再就業支援事業について …… 28

シンポジウム

「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」

１．ワーク・ライフ・バランスの視点から …… 36

２．医師の働き方を見直す …… 46

３．天の岩戸を開く －女性医師の意識改革－ …… 54

４．マスコミの視点から …… 63

総合討論 …… 70

第４回男女共同参画フォーラム宣言採択 …… 85

次期担当医師会挨拶 …… 87

閉　　会 …… 88

第４回男女共同参画フォーラム プログラム

日　時 ： 平成２０年７月１９日（土）　午後１時～４時３０分
　　午後５時～６時３０分　懇親会
場　所 ： ホテル日航福岡３階「都久志の間」、懇親会場　同５階「志賀の間」
　　福岡市博多区博多駅前2-18-25　TEL：092-482-1111
主　催 ： 日本医師会　　担　当 ： 福岡県医師会

総合司会：男女共同参画委員会委員　家守　千鶴子

開　　会

挨　　拶
日本医師会長　唐澤　祥人
福岡県医師会長　横倉　義武

基調講演　「男女共同参画推進のために」
講師：財団法人福岡県女性財団理事長　稗田　慶子
座長：男女共同参画委員会委員　春木　宥子

報　　告

１．日本医師会男女共同参画委員会について
前男女共同参画委員会委員　櫻井　えつ

２．日本医師会医師再就業支援事業について
前日本医師会医師再就業支援事業部長　保坂　シゲリ

シンポジウム「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」
座長：男女共同参画委員会委員　小栗　貴美子

１．ワーク・ライフ・バランスの視点から
男女共同参画委員会委員／大阪厚生年金病院長　清野　佳紀

２．医師の働き方を見直す
名古屋市立東部医療センター長・東市民病院長　津田　喬子

３．天の岩戸を開く　ー女性医師の意識改革ー
宮城県医師会常任理事　小田　泰子

４．マスコミの視点から
西日本新聞社専任職編集委員　田川　大介

ショートブレイク

総合討論
座長：男女共同参画委員会委員長　中川　やよい
男女共同参画委員会副委員長　池田　俊彦

第４回男女共同参画フォーラム宣言採択
男女共同参画委員会委員　長柄　光子

次期担当医師会挨拶　北海道医師会長　長瀬　　清

閉　　会　日本医師会常任理事　今村　定臣

開　会

総合司会

男女共同参画委員会委員　家守　千鶴子

ただいまより、第４回男女共同参画フォーラムを開催いたします。

私は、本日のフォーラムの総合司会を務めさせていただきます男女共同参画委員会委員の家守と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

本フォーラムは、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４回目を迎える今回は、福岡県医師会のご担当のもとにこのように立派なフォーラムを開催させていただくこととなりました。おかげさまで大勢の方にいらしていただいて大変うれしく思っております。ありがとうございます。

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いたします。

挨　拶

主催者挨拶

日本医師会長　唐澤　祥人
代読：日本医師会副会長　宝住　与一

皆様、こんにちは。日本医師会副会長の宝住でございます。本来ならば唐澤会長が挨拶すべきところですが、唐澤会長が所用のため挨拶を預かってまいりました。代読させていただきます。

第４回男女共同参画フォーラムの開催に当たり、一言ご挨拶を申し上げます。

本フォーラムの開催につきましては、福岡県医師会の横倉会長を始め役員の先生方、職員の皆様方に大変ご協力を賜りました。この場をお借りいたしまして、厚くお礼申し上げます。

また、本日は、ご多忙のところ全国各地から多くの先生方にご参集いただき、誠にありがとうございます。

さて、平成 12 年以降、医師国家試験の合格者に占める女性の割合は 30％を超えて推移し、本年は、34.5％に達しております。一方で、日本における女性の年齢階級別労働力率のグラフは、育児の時期に当たる 30 歳代を底辺にM字カーブ描きますが、日医総研の調査によりますと、産婦人科の女性医師につきましては、経験年数 11 年目～15 年目の子育ての時期に、47.8％が分娩の取り扱いを行っていないことが判明しております。

医師不足が顕在化し、女性医師の就業継続支援ならびに復職支援の重要性が認識されていく中で、平成 20 年度の厚生労働省の予算では、「女性医師等の働きやすい職場環境の整備」のため、本会が受託しております「女性医師バンク」を始めとする医師再就業支援事業などに、前年度を上回る予算が計上されました。また、本年４月には、内閣総理大臣を本部長とする男女共同参画推進本部が「女性の参画加速プログラム」を決定し、重点的な取り組みの項目として、医師の分野が取り上げられております。

一方、本会では、会内に「男女共同参画委員会」を設置し、本フォーラムの企画・運営を始め、男女共同参画に係る種々の取り組みを推進しております。今期の委員会では、諮問「女性医師に対する実効ある就業支援策」についてご検討をいただいておりますが、諮問にしばられることなく、幅広い活動を期待しているところでございます。

また、女性医師の就労継続支援の一環として企画しております「女子医学生、研修医等をサポートするための会」、「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」につきましては、本年度も開催のお願いをしておりますが、都道府県医師会の先生方におかれましては、引き続きご協力を賜りますようお願い申し上げます。

日本医師会では、女性医師の就労支援は、医師全体の就労環境の改善にもつながる重要な問題として、真摯に取り組みを進めてまいる所存でございますので、国民が安心できる最善の医療を目指して、ご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

最後になりますが、本日のフォーラムが実り多いものとなりますことを期待いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。

平成20年７月19日

日本医師会長　唐澤祥人

挨　拶

担当医師会挨拶

福岡県医師会長　横倉　義武

皆様、こんにちは。ただいまご紹介をいただきました福岡県医師会の横倉と申します。本日は、日本医師会主催によります第４回男女共同参画フォーラムを私ども福岡県医師会が担当し開催をいたしました。福岡では、７月１日から７月15日まで山笠がございました。その山笠の熱気も冷めやらぬこの地に、全国から、また県内の各医師会から多数の先生方のご参加をいただき、心より歓迎を申し上げます。

今回のフォーラムは、プログラムの構成について福岡県らしい内容も盛り込みたいということで、日本医師会男女共同参画委員会ならびに準備委員会において意見を取り入れていただいたと伺っております。これまでの男女共同参画フォーラムを振り返ってみますと、女性医師の子育てと医師としてのキャリアの両立というところからスタートし、次に男性医師を含めての行動に進んでまいっております。そしてまた女性医師の就労環境の未整備が医師不足を加速し、医療崩壊を導いているこの問題が１つの大きな社会問題となり、病院の開設者や管理者の理解や支援を求めているところであります。毎年参入する女性医師の割合が３割を超える現在、勤務医の過重労働問題については女性医師の力なくしては解決し得ないと考えております。妊娠や出産、そして育児などの時期にある30代、40代の労働力が低下している傾向は明らかでありまして、より具体的かつ早急な就業支援の実践を我々医師会としても考え、取り組んでいくことが不可欠であると思っております。

本日は、基調講演としまして「男女共同参画推進のために」と題して、元福岡県副知事であります稗田慶子先生からご講演をいただきますが、稗田先生は私ども医師の先輩でございまして、長年福岡県の行政職で医師として私どもをご指導いただいた先生でございます。基調講演に続きまして、「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」というテーマのシンポジウムを予定しております。今回は初めて「マスコミの視点から」ということで、地元福岡の西日本新聞社の田川さんから、女性医師の問題を医療関係者の問題にとどめることなくマスコミの視

点よりご意見をいただきます。フロアからの発言にも時間をとりましたので、皆様方の熱いディスカッションにも期待しているところでございます。

最後になりましたが、今回のフォーラムの成果が男女共同参画社会の実現に向けて寄与することを祈念いたしまして、歓迎の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。

基調講演

座　長

男女共同参画委員会委員　春木　宥子

私は、基調講演の座長を務めさせていただきます男女共同参画委員会委員の春木でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、財団法人福岡県女性財団理事長の稗田慶子先生より、「男女共同参画推進のために」と題しまして基調講演をお願いしたいと思います。

稗田先生は、昭和36年に九州大学医学部をご卒業後、昭和37年に九州大学医学部第二内科に入局されました。昭和47年に行政職に転じられ、平成10年に福岡県副知事にご就任されました後、平成18年より財団法人福岡県女性財団の理事長をお務めになっておられます。

それでは、稗田先生、よろしくお願いいたします。

男女共同参画推進のために

財団法人福岡県女性財団理事長　稗田　慶子

ただいまご紹介いただきました稗田と申します。本日は、第４回男女共同参画フォーラムにたくさんの皆様にご参加いただいておりまして、大変うれしく存じます。私は基調講演で「男女共同参画推進のために」というテーマをいただいておりますけれども、この後に開催されますシンポジウムの前座ということで話をさせていただきたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、男女共同参画社会基本法が成立いたしましたのは平成11年でございますが、この法律が目指すものは、２つあると思っております。まず第一番目の視点というのは、同法の前文に書かれております。少し読んでみますと、「我が国においては、日本国憲法に個人の尊重と法の下の平等がうたわれ、男女平等の実現に向けた様々

な取組が、国際社会における取組とも連動しつつ、着実に進められてきたが、なお一層の努力が必要とされている」というふうに書かれております。

国際社会はこの日本の男女平等の進み方をどういうふうに見ているかということでございます。これは、７月３日でございましたか、日経新聞に載っておりました。「ＯＥＣＤは、２日、2008年版雇用見通しと日本の情勢を分析した日本ノートを発表。日本女性は学歴が極めて高いのに就業率が低く、貴重な人材の大きな浪費である。日本は、25歳から54歳の女性の就業率が67.4％にとどまり、スウェーデンやノルウェーなど、女性の就業率が高い北欧諸国に比べて約15ポイント低かった。ところで、日本男性は就業率が約93％で、これはＯＥＣＤの加盟国の中でも上位を占める。一方、日本女性は男性と同水準の教育を受けており、大学などの高等教育を受けた女性は2005年段階で42.5％に達し、加盟国平均28.5％を大きく上回った。このように、高学歴の日本女性が労働市場で冷遇されている現状について、日本は職場の性差別を規制する法整備が遅れていると勧告した」とありました。

そういうことで、この第一の視点、男女共同参画を進めなければならないということは納得がいきます。特にその中でも何が問題かといいますと、一番大きな問題は性別役割分業であります。男は仕事、女は家庭、これがすべての基本で男女差別というか区別がどんどん拡大してきた。そのほか、ＤＶだとかストーカー、間接差別等々ございますけども、これを直していきましょうというのが１つの大きな目標でございます。

もう１つの目標は、男女共同参画社会基本法前文の第二段目に書かれております。「一方、少子高齢化の進展、国内経済活動の成熟化等我が国の社会経済情勢の急速な変化に対応していく上で、男女が、互いにその人権を尊重しつつ責任も分かち合い、性別にかかわりなく、その個性と能力を十分に発揮することができる男女共同参画社会の実現は、緊要な課題となっている」とあります。要するに低成長のもと、少子・高齢化が進む。医療、年金、そして労働力をどうするのか。今や女性の労働力を考えなくては日本の社会は成り立っていかない。女性にもどんどんあらゆる分野に参画してもらいたい。子どもを産んでもらいたい。子育てしながら働いてもらいたい。それが大きな１つの目的であろうかと思います。そのためには、男女平等も進めなければならないということかと思います。

資料の３ページをお開けください。そのことについて表にまとめてみました。一番左側に日本の経済状況を書いております。高度成長から現在のバブルがはじけて

回復期に至った流れを書いておりまして、そして真ん中の一番広いところには、女性政策がこれと連動してどのように進んできたか、またその中で医療費がどのような動きを見せてきたか、そして合計特殊出生率と高齢化の比率というのを右側に記してございます。この表はなぜか1961年から始まっているわけでございますが、この1961年は、私が大学の医学部を卒業した年でございます。そのためにこうしたわけではございませんが、この年は国民皆保険制度、国民皆年金制度が成立した年であります。皆保険、皆年金の制度が成立して約50年でございますが、50年経って世の中は大きく変わったわけですから、これらの制度がそのままうまくいくということには少し無理があろうかと思います。そして、この２つの制度が成立しましたときは、日本は高度成長の真っただ中でございました。

もう１つ非常に大事なことは、その下のところに書かれております。義務教育選択科目で、義務教育ですから中学でございます。「男性は選択科目で技術科を採りなさい、女性は家庭科を採りなさい」、これは学習指導要領ですから大して強制力はないのかと思ったらそうではありません。最近問題になりました、日本史は選択科目だけど、世界史は必須科目だと、これは学習指導要領に書かれているそうでございます。これを守っていないところがあったといって社会問題になりました。そういう具合に、学習指導要領というのは指導要領ではなくて絶対にこうしなさいということなのでしょう。そういう指導要領の中で、「男性は技術科を採りなさい、女性は家庭科を採りなさい」という指導がなされたわけですから、これはもうはっきりと義務教育の中から「男性は仕事で、女性は家庭」という意識がしっかりすり込まれたというふうに思います。

そして、時はあたかも高度成長であります。男性は仕事、女性は家庭で日本は高度成長したのだという成功体験がなかなか忘れられない、意識がなかなか変わらないということかと思うわけでございます。高度成長の時期でございますが、1973年に老人医療の無料化が成立します。このとき私はまだ臨床におりました。通勤途上、車を運転しながらラジオでこれを聞いて、こういうことがあっていいのかと不思議に思った記憶を持っております。老人がだんだん増えていくのに老人医療は無料だなんて、そんなユートピアみたいなことがあり得るのだろうかという考えを持ったことを今でも覚えております。しかし、それが今やいろいろな問題を起こしている。老人医療の自己負担無料化が成立したのが３月でございますが、皮肉なことに同年の10月には第４次中東戦争が起こりまして、第１次のオイルショックが日本を襲う

わけであります。このときトイレットペーパーを皆が買いあさりました。日本の家はそのころはあまり広くありませんでしたから、トイレットペーパーを普通の市民がそんなに買ってためておくところはないはずです。きっとこれは企業が買い占めたのだろうと思うわけです。ある一定期間を置いて通常どおり供給され始めました。

そういうふうなことがございまして、だんだんこの第１次のオイルショック、そして続く1975年にベトナム戦争が終結したこのころから日本の経済はだんだんと中成長から低成長へ移っていった時期であろうと思います。この1975年はまた１つの歴史上の記録に残るべき年だと思います。国連では、毎年何らかの全世界で取り組むべき課題について、これを「国際○○年」として啓発活動に取り組んでいるのですが、この年はベトナム戦争が終わったということで、アメリカの女性がどっと国連に入っていったのでしょう、また、ベトナム戦争でアメリカの女性もいろいろ苦労されたのでしょう。この年の国際年のテーマは「国際婦人年」でございました。このとき我が国の合計特殊出生率が1.91でありまして、初めて２を切るわけでございます。それまでは上がったり下がったりしながらどうにか２を保っていたのですが、1975年を機に日本の合計特殊出生率は再び２に戻らない、その記念すべきでありませんが、年であります。

以降だんだん低成長へと入っていくわけでありますが、このとき厚生労働省はきちんと世の中を見ています。これは少子化がどんどん進む、高齢化も進む、老人医療無料がこのままではとてもやっていけないということで成立したのが昭和57年の老人保健法であります。このとき初めて老人医療無料化に定額制が導入されます。しかし、この定額というのが入院１日300円、外来が１カ月400円、その程度のものでしたから、本当に焼け石に水だったのだろうと思うのですけれども、それでもこれは大きな事件でございました。

そして、あまりお金のことばかり言っても何だから基本健康診査を入れようということになりました。そして、病気を早く見つければ医療費が少なくてすみますよということで、私も保健所におりましたから一生懸命住民に基本健康診査を受けましょうということを言って回った記憶がございます。しかし、それはなかなか思うとおりにいきませんで、基本健康診査をして病気が見つかれば見つかるほど、医療費はどんどん上がっていったというわけでございます。

そういうわけで、低成長の時代、1985年には男女雇用機会均等法が成立します。これもかなり大きな問題になりました。私はまだ保健所におりまして、職場だけで

機会が均等になっても家庭責任はそのまま女性の肩にかかっているわけですから、これでは、女性は家庭と仕事場で過労死してしまうというふうに思いまして、この法律については、非常に冷たい目で見ていたのでございます。後からこの法律をつくった方々の話を聞きますと、「それは解っていた。自分たちも決して満足した法律ではないが、今は醜いアヒルの子でも、いったん法律をつくってしまえば、それをうまく活用・運用することによって将来的には美しい白鳥になっていくのだ、そういう気持ちでこの法律を通した」ということをおっしゃっていまして、なるほどと思いました。この法律が成立したために国連の場で女子差別撤廃条約に批准をすることができまして、そのことによって男性は仕事、女性は家庭の元凶であった中学の２コース制というのはなくなります。しかし、それは平成元年になってからのことでございまして、その間の30年間、男性は仕事で女性は家庭、いわゆる性別役割分業というのが日本の社会の中に、特に支配層の中にしっかりとすり込まれました。この間、高度経済成長も経験したものですから、男性は仕事、女性は家庭、そして高度経済成長したのだ、これがいいやり方なのだという意識がなかなか払拭できないというのが現実かと思います。

そして1985年に医療計画が入ってまいります。いよいよ医療費が大変だということで、ベッド数の規制が始まります。そのときは、合計特殊出生率は1.57まで減って、高齢化率が12％、13％というところまで来てしまいます。

しかしながら、男女雇用機会均等法ができましたのに、その翌年、昭和61年には専業主婦優遇税制が成立しているわけであります。男性も女性も一緒になって働きましょうと言っておきながら、その翌年には女性が130万円までパートなどで働いた場合は所得税を納めなくてよろしい、それから年金も払わなくてよろしいということです。では、だれが払うのか、これは夫が払うのでも何でもありません。働いている男女が皆でこの専業主婦の年金を負担しているわけであります。そういう方が1,000万人以上いらっしゃるかと思うのですが、これは今もずっと続いております。男女雇用機会均等法で女性が働いてくれるのはいいけど、しかし、専業主婦も大事なので、専業主婦も税制で優遇しなければならない。そして専業主婦に子育てはもちろん、これからだんだん増えてくる高齢者の介護も家庭で見てもらおうではないか、恐らくそういう思惑があったのであろうと考えます。そして、平成元年に、先ほど言いました高校生の家庭科の男女必須が打ち出されてきます。もう男性は仕事、女性は家庭ではない、高校生は家庭科を男女一緒に習いましょうということに

なるわけであります。

そして、1990年代に入りますと、世の中、世界が大きく変わります。ベルリンの壁が崩壊し、ソ連が崩壊し、日本はバブルが崩壊して、いわゆる失われた10年とも15年とも言われる時代に入ってまいります。そうしますと、男性はリストラされます。男性がリストラされて女性がパートで働くという図式になってきますと、女性は家庭などと言ってはいられないわけです。そこでまず育児休業法が平成７年に発足いたします。そして同時にエンゼルプランというのが発足いたします。これは子育て支援のために保育所をたくさんつくりましょうとか、ファミリーサポートセンターもつくりましょうとか、地域でできるエンゼルプランでございます。しかし、このエンゼルプランは少子化対策としての効果はほとんどなかったわけです。

平成11年、ついに男女共同参画社会基本法というのができまして、現在に至っているというわけであります。その同じ年に育児・介護休業法もできております。平成12年にはストーカー防止法、そして２月には、日本の歴史上初めての女性知事として太田さんが大阪府知事に就任します。４月には熊本県知事に潮谷さんが就任しました。そして、平成13年にはＤＶ防止法が成立します。この年に小泉内閣が発足いたしまして、老人保健法にようやく定率負担が導入されました。ここに至るまでにどんどん医療費はかさんでしまった。その点で小泉総理が、定額負担から定率負担を入れたのは、それはそれなりに意味があったかと思いますが、それに続くマイナス改定等々で医療界は今惨たんたる状況になっているということであります。

エンゼルプランはできたけれども、一向に歯止めがかからない。では、どうすればいいか。日本の女性の約半分は働いているわけです。企業が変わらなければ日本の社会はなかなか変わりません。そこでできたのが、平成15年、次世代育成支援対策推進法であります。これは、今のところ301人以上の従業員がいる大企業に、子育てを支援する、次世代を支援するための計画を立てなさいというもので、計画を立てまして、その次の年から実行に入っていきます。実行に入っていった年、平成17年は、合計特殊出生率が1.26と最低でありました。しかし、平成18年には合計特殊出生率が反転するのですね。1975年以降の30年来、初めて合計特殊出生率が1.26から1.32に反転したわけであります。やはり企業が動かないことには、企業がそういう意識を持たないことには、いくら地域社会だけでエンゼルプランといっても全然効果がなかったわけです。それはやはり働いている人が多いわけですから、これはそれなりに意味があったのではないかと思います。

そして、今、後期高齢者医療制度がいろいろ問題になっているわけでございますけれども、日本社会は、戦前は「産めよ、増やせよ」でございました。戦後、団塊の世代がたくさん生まれた時期は、「産むな、増やすな」で家族計画という名のもとにこの制限が行われました。そして今や「産めよ、増やせよ」、そして子連れで働いてください、そういう時代になっているかと思います。国策とまでは言いませんけれども、国としては、やはり女性が子どもを産んでも、子育てをしながら働いてもらわなければ日本社会は成り立っていかないというところまでせっぱ詰まっているということであります。逆に言いますと、これは今がチャンスでございます。

資料の１ページにお戻りいただきまして、女性が働き続けるために今がチャンスということであります。いったん辞めましたら、これは一般社会もそうですけれども、次に就職するときはパートや非正規しかございません。女性医師の場合は少し状況が違います。私も子どもが３人になりましてどうしようかなと思ったときに、ここでいったん辞めたら、次に復職するのは大変なエネルギーがいるぞと思いましたので、どうにか続けていくために行政に入ったわけでございます。継続するということは女性医師にとっては非常に大事かと思います。

そして、今がそのチャンスだというのは、今述べましたような歴史的な流れの中で女性が家庭と仕事の両立を支援するための制度が、このバブルがはじけた、失われた10年の間に出そろったわけです。その前には、両立を支援する法律なんていうのは憲法24条で保障された権利だけでございまして、ほとんどなかった。今この時期にこれだけ両立支援の法律が成立したというのは今がチャンスです。これを生かして、これを活用して、女性が、もちろん女性医師になった方は当然一生働くつもりでなられた方がほとんどでしょうから、一生働ける、切れ目なく働けるための制度を確立していく、そういうチャンスが今だというふうに思うわけでございます。働き続ける、継続するということが非常に男女共同参画を進めるためには必要であります。継続は力であります。継続して働いて、そしてそれなりの実績を上げて、そうすることによって意思決定の場に入っていけます。そして発言もすることができる。まだまだ日本の社会は、大学医学部も女性のプロフェッサーは本当に少ない。医師会でも女性の理事は少なく、我が福岡県では初めて家守さんが理事に入られましたけど、まだまだ少ない。とにかく日本社会で意思決定の場に入っている女性は非常に少ない。これがもう少し多くならないと、意思決定に女性がかかわれないと、女性の立場、女性の苦労というものはなかなか法に反映されない、制度に反映され

ないということがありますので、ぜひ女性が意思決定の場に入っていくためにも実績を積まなければならない。そのためには仕事を続ける、継続するということが非常に大事かと思います。そして、これは一般の方にも言えるのですけれども、一般の方はいったん辞めてしまうと、女性医師とはまた違いまして、この次はパートか非正規であります。そして、辞めてしまったら経済的なメリットももものすごく違います。一般職の方でいったん辞めて、次にパートでいった場合と、ずっと続けた場合とでは、年金まで入れますと、少なくとも２、３億円は生涯で違うと言われています。今はもっと違うかもしれません。女性医師だともっと違うかもしれません。経済的なメリットもございます。そういうことでこの法律が出そろった今がチャンスであるということであります。

では、医療人にとってどのような働き方をすればこのチャンスを生かすことができるかということであります。それは、ずばり私は短時間正職員制度だと思います。この制度が言われ出したころ、私は県職員にもこの制度を導入したいと思いまして、県の人事課に言いました。そして女性の職員にアンケートをとって調べましたら、いや、結構ですと言われたのです。私たちは短時間勤めて給料を減らされるのは嫌です。私たちは年休をたくさん持っています。使っていない年休が20日も30日もあるわけです。これを全部時間休にばらして、１時間遅く来たり、１時間早く帰ったりする、有休でそういうことができますから短時間正職員制度は結構ですとなってしまいました。

しかしながら、女性医師の場合は違うと思います。定義はどういうことかといいますと、フルタイムの正職員よりも１週間の所定労働時間が短い職員のことを言いまして、このことによって有能な人材が育児や介護などの理由によりフルタイムの勤務ができない場合でも、必要に応じて正職員のまま仕事を続けることで有能な人材の確保につながるということでございます。女性医師の場合、ほかにアルバイトやパートで稼ぐことはできるわけでありまして、大学に一定期間、短時間、午前中、１時間、２時間など勤めてワークシェアをし、大学の特任助手などその資格、キャリアを続けることによって、ティーテルを獲得するときや、専門医の資格を取ったり、それを継続するのに非常にそのキャリアが役に立ちます。やはり医学から完全に離れてしまうよりは少しでもかかわっていたほうが新しい進歩の風に吹かれるということ等々ありまして、今医療界でこの短時間正職員の制度が一部広がってきているという現状がございます。

他方、事業主、病院長にとりましても、人事とか労働時間、賃金等の管理や業務の進め方等を徹底的に見直すことによって、この制度を取り入れることにより組織運営が非常に効率化されてくる、生産性が上がるというメリットもあるわけであります。これを徹底してやられたのがいわゆる日産自動車のゴーンさんではないかと思います。あの方は特に新しいことをやられたわけではないのです。徹底して業務を見直して、無駄を省いて、あれだけ日産をよみがえらせた。そういうことであります。

短時間正職員制度の例として、４つほど挙げさせてもらっております。まず、地元、九大附属病院の「女性医療人きらめきプロジェクト」というのがございます。要するにどういうことかといいますと、以前は夜勤のない働き方は考えられませんでしたが今は保育園のお迎えもできるということです。一例ですが、乳腺外科の女性医師で双子の母親でいらっしゃいます。同病院の女性医療人きらめきプロジェクトという仕組みを利用して週４日働いています。これは文部科学省の研究事業として取り組まれておりまして、2007年、同病院で非常勤は認めていなかったけれども、１日１時間からの勤務を認めました。そして、夜勤や当直も免除したということであります。また、ほかの女性医師がおっしゃっているのは、給与は時間給になった、そして賞与もなくなって収入は減ったけれども、多くの症例をこなせるので専門医としての自分を高めることもできる、満足しているということであります。このプロジェクトを利用して働く女性医師は現在７人、そのほかに歯科医師や看護師など、総勢30人いらっしゃるそうです。大変好評だということであります。このプロジェクトチームの責任者である女性教授は、今はとにかく現場の医師が不足しているので、夜勤ができなくても構わないから女性医師も将来フルに働ける人材として、それまではこの制度を活用してもらいたい、そういうふうに言っているということであります。

次に大阪市立大学、ここもたしか文部科学省の研究事業で取り組んでいらっしゃると思います。「女性医師・看護師支援センター」というのを立ち上げられまして、半日でも勤務を続けることができるという制度にされた。そして、その半日でも現場の勘が鈍ることを防止できるので非常に有効だというふうにおっしゃっています。

また、和歌山県立医大の「女性医療人支援センター」。ここも、利用したい女性医師はセンターに出産・育児計画を登録し、復職の際には本人の希望や家族の状況

を聞いて、センターのスタッフが直属の上司と交渉をする。１対１で上司に交渉すると、これはなかなかしんどいところがありますので、センターのプロジェクトとして直属の上司に交渉して、なるだけ柔軟な働き方ができるようなことを進めているということであります。

そして、もう１つ最後に書きましたのは、これは大阪府堺市の馬場記念病院でありまして、ここは柔軟な働き方と言えるかもしれませんし、そうでないかもしれませんけれども、子どもが乳飲み子のときは結構保育所等に預けられるわけですけれども、かえって子どもが小学校等に行くようになってからのほうが、どうしているのかと気になるわけです。そこで、この病院では、ペガサスキッズルームというのを午後３時以降始めました。子どもが小学生になると働き続けるのが難しくなるという女性医師らの声に応えて、2007年２月から始めたということです。小学生の母親はまさにばりばり働く年代で、辞められたら困るので全力でサポートしているとのことで、現在、この制度を利用している女性医師は５人で、５人の女性医師が外来を全部引き受けて、男性医師もそのため非常に楽になったというふうなことをおっしゃっています。

取り組みとしてはいろいろあるかと思いますけれども、基本的には柔軟な働き方、その中でも短時間正社員の働き方、これが非常に女性医師に合っているのではないかということであります。

では、このようなことをするにはどうしたらいいか。まずは、女性医師自身が立ち上がってネットワークを組むことが必要であろうと思います。資料の２ページです。だれかやってくれるまで待っておこうでは、なかなか進まない。女性医師自身が同じ悩みを持つ人同士、ネットワークを組む。女性団体がいろいろなことをやるときに、まずやる手法の１つがこのネットワークであります。目的を達成しようというときは、同じ目的に向かって動ける人がネットワークを組む。そして、ネットワークで上司なり責任者と話し合いをすることが非常に大事かと思います。トップが非常に大事であります。トップが最初からそういう意識を持って改革してくれる先生であれば何も問題はありません。本日のシンポジウムでお話しくださる大阪厚生年金病院の清野先生のような方が最初からいらっしゃれば、これは何もネットワークを組まなくてもできるのかもしれませんけれども、多くの病院ではそうでない院長先生も多いかと思いますので、そういうときはやはり女性がネットワークを組んで当たるということが必要かと思います。

そして、トップがいかに大事かということの例といたしまして、医療とは直接関係ないのではございますけれども、福岡県の子育て応援宣言事業というのを少し紹介してみたいと思います。これは福岡県の中小企業、福岡県の企業はほとんど中小企業でございますが、私の企業はこういう子育て支援をしますと、企業のトップに宣言をしてもらうのです。特別に大したことではないのです。代替要員を用意しますとか、保育所をつくりますとか、社内にいろいろな育児制度に関する情報をきちんと教えますとか、休業中の在宅者に向けて研修をやりますとか、普通のことですけれども、問題はそれをトップが宣言するということで非常にインパクトがあったわけであります。そういうトップが宣言をしたところに福岡県は何の補助金も差し上げていません。単にそういう企業を県のあらゆる媒体を通してＰＲしたのです。そうしましたら、この事業が始まってから福岡県の子どもが生まれる数が増え出したのです。それまで福岡県というのはすべてが大体平均のところをいっているのです。悪いほうはいろいろトップ３に入っているところはあります。犯罪が多いとか交通事故が多いとかいうのはトップ３に入っていますけれども、そのほかは大体平均なのですが、この事業を始めてから初めて全国で２番目に子どもがたくさん生まれる県になった。しかも伸び率が全国で２番目に高い県になったということで、これはやはり企業のトップが宣言したということで、あの企業は、あの会社は、社長が子育てに理解がある会社らしいということで優秀な女性社員が集まったわけです。そして、企業のほうも大変よかったということで、この事業は何の予算もつけていない、ほとんどゼロ予算に近いので、大体これでよくなるのかと私どもは冷ややかに見ておりましたけれども、これは知事の発想でございまして、これがよかったわけであります。ですから、問題はトップということであります。そういうことでございまして、トップが大事である、それとネットワークを組んでください。

そして、最後に日本の医療の発展のために、日本の女性医師は20％近くがせっかく多くの予算を使って女性医師になったのに働いていない。これは大きな損失であるということであります。まず女性医師から短時間正職員制度を活用して定着するようにして、次は男性の医師にも及ぼし、また企業全体、病院全体もワーク・ライフ・バランスという観点から、この短時間正社員、あるいは柔軟な働き方を定着させていくということで医療界の働き方、生産性が上がっていくのではないかと思うわけであります。

最後に、これも昨日の新聞に出ておりました。医師養成数増加ということで厚生

労働省も委員会を立ち上げるようですが、その最後のところに、女性医師が働きやすい環境を整えるということが重要だという論議もたくさんあったとあります。そして、その中で短時間労働制の普及などが検討課題となるというふうに厚生労働省の中でもこういうことが今話題になっています。ですから、これも今がチャンスだと思います。大学病院だけでなく普通の民間の病院の方も、それから医師会の方も、皆で協力して、医師会は医師会、大学病院は大学病院、民間病院は民間病院ではなくて、皆が協力して女性医師が働き続けることができるための制度の定着ということで、厚生労働省にも意見を具申していただきたい。そのように強く思うわけでございます。

ご清聴ありがとうございました。

平成 20 年 7 月 19 日

基調講演「男女共同参画推進のために」

財団法人福岡県女性財団理事長　稗田　慶子

Ⅰ．男女共同参画社会基本法が目指すもの（別添）

・男女平等の視点：性別役割分業、ＤＶ、ストーカー、間接差別

・社会情勢変化の視点：低成長・少子高齢時代の年金、医療、労働力

Ⅱ．働き続けるために今がチャンス

・いったん辞めたら復帰は大変困難

・両立支援の法律・制度が出そろった今がチャンス

・継続は力、意思決定の場へ、経済的にもメリット大きい

Ⅲ．医療人にとってどのような働き方が望ましいか

○短時間正職員制度

・フルタイム正職員より１週間の所定労働時間が短い職員のことを言う。

・有能な人材が育児・介護などの必要に応じて正職員のまま仕事を続けられることで、有能な人材の確保につながる。

・人事、労働時間、賃金等の管理や業務の進め方等を見直すことにより、組織運営の効率性を高めることができる。

＜例＞ ◎九大附属病院“女性医療人きらめきプロジェクト”

１日１時間からの勤務を認め、夜勤・当直を免除

◎大阪市立大学“女性医師・看護師支援センター”

半日でも勤務を続けることにより現場の勘が鈍ることを防止

◎和歌山県立医大“女性医療人支援センター”

センターに出産・育児計画を登録。復職後の勤務についてセンタースタッフが診療科の上司と交渉

◎大阪府堺市馬場記念病院

午後３時以降の小学生が過ごす場を提供（宿題の面倒から夕食まで）

５人の子どもの母親の女性医師が外来を引き受け男性医師の負担も減った。

Ⅳ．多様な働き方を求めるためには

・ネットワーク
・トップの意識

＜例＞ 子育て応援宣言事業

Ⅴ．最後に 日本の医療の発展のために

・厚生労働省「医師の需給に関する検討会報告（2006)」
就業 11 年目まで働き続けている男性医師を 100％とすると女性医師は 83.1％にとどまっている。

・まず、女性医師から短時間正職員制度などに取り組み、次いで、男性医師や他の医療人にも拡げていくことで職場全体のワーク・ライフ・バランスを進め、優秀な人材に良い仕事をしてもらうことができる。

（別添）

			合計特殊出生率	高齢化率
高度成長	1961（S36）	国民皆保険制度、国民皆年金制度	2.5	5.7
		◎義務教育選択科目　男は技術、女は家庭科		
	1973（S48）	老人医療無料化（３月）	2.14	7.3
		オイルショック（10 月 第４次中東戦争）		
↓	1975（S50）	国際婦人年	◎1.91	7.9
		ベトナム戦争終結		
↑低成長	1982（S57）	老人保健法（定額導入、基本健康診査）	1.77	9.1
↓	1985（S60）	男女雇用機会均等法	1.76	10.3
↑バブル期		医療計画（ベッド数規制）		
↓	1986（S61）	専業主婦優遇税制	1.57	12.0
	1989（H1）	高校生家庭科男女必須		
↑	1990（H2）	ベルリンの壁崩壊	1.54	
バブル崩壊・失われた10年	1991（H3）	ソ連崩壊	1.53	12.0
	1995（H7）	育児休業法　エンゼルプラン	1.42	14.0
	1999（H11）	◎男女共同参画社会基本法	1.34	
		育児・介護休業法		
	2000（H12）	ストーカー防止法	1.36	17.2
		２月太田大阪府知事　４月潮谷熊本県知事		
	2001（H13）	ＤＶ防止法	1.83	
		9.11 事件　小泉内閣誕生、老人医療		
		１割（定額→定率）負担導入		
↓	2003（H15）	◎次世代育成支援対策推進法	1.29	
		診療報酬マイナス改定		
		高橋北海道知事		
回復期	2005（H17）		1.26	19.7
	2006（H18）	嘉田滋賀県知事	1.32	20.8
	2007（H19）		1.34	
	2008（H20）	後期高齢者医療制度問題		

報　告

１．日本医師会男女共同参画委員会について

前男女共同参画委員会委員　櫻井　えつ

日本医師会男女共同参画委員会から、主に昨年度の事業を中心に報告をいたします。

平成18・19年度の日本医師会男女共同参画委員会（以下、委員会）に対し、唐澤会長は、「女性医師の勤務支援についての日本医師会の取り組み」との諮問をされました。委員会は、諮問に対して検討を重ねるとともに、答申内容を現実に具体化した活動を展開してまいりました。

順を追って項目ごとにご紹介してまいります。

昨年、横浜市で行われました第３回フォーラム以後の活動内容の一覧です。

第３回男女共同参画フォーラムの詳細につきましては、日本医師会ホームページから資料集をご覧くださいますようお願いいたします。第４回フォーラムは、本日福岡県医師会のご協力により、ご覧のように万端のご盛会のうちに開かれております。

委員会から日本医師会長へ新しく要望したものの１つが託児所の設置です。日本医師会が行います研修会などの開催に際して託児室併設を行うこと、また、都道府県・郡市区医師会、製薬団体などにも日本医師会から協力を依頼してもらうように要望いたしました。これに対して、日本医師会平成19年度事業計画の中に、「子育て中の医師が参加しやすくするために、日本医師会が行う研修会等の開催に際しては託児室を併設する」という一文が盛り込まれ、実際に稼働しております。本日も５人の方が託児室を利用しておられます。

２つ目が、日本医師会の会内委員会に女性医師を登用することについての要望です。社会全体で男女共同参画が着実に進んでいる中、医師会においては会内委員会に占める女性の割合が低いことから、すべての委員会への女性医師１名以上の登用を要望いたしました。これに対し、日本医師会平成20年度事業計画の中に、会内委員会への女性医師の積極的登用を図ることが明確にうたわれました。

日本医師会の会内委員会における女性医師の登用状況です。右側が女性医師の在籍している委員会比率です。平成16・18年度に33％であるのに対しまして、今期は56.5％と上昇しております。本委員会からの要望に対して、日本医師会執行部の努力が推察されます。

左側は全委員会内の女性医師数の比率です。少しずつ上昇していますが、女性医師会員が約15％になっていることを考えますと、まだまだ不十分と思われます。この原因として、女性医師側に家事・育児などの委員就任を阻害する因子が多くあることも現実だと思われますが、引き続き登用とともに環境整備が期待されます。

昨年モデル事業として報告しました「女子医学生、研修医等をサポートするための会」の開催状況です。この事業の主な目的は、次世代の医療を担っていく若い女性医師が生涯にわたって医師として就業を継続することにエールを送ることでありました。注目すべきことは、平成18年度にモデル事業として開催しました10カ所中８カ所が平成19年度も継続して開催されている点です。いずれも女子医学生から再度開催してほしいという要請があったと聞いております。今後の医師就業継続に向けての意義は大きいと思われ、この事業の拡大および継続が望まれます。

これは、平成18・19年度の開催状況をプロットしたものです。まだ開催いただいていない府県におかれましては、補助金も出ますので、早めに開催いただくようにお願いしたいと思います。ご自分の都道府県をご覧になっていただきたいと思います。

４番目の事業は保育についてです。昨年のフォーラムでは、保育システム相談員の養成・設置を提案いたしました。既存の保育に関するシステムやサービスを有効に利用する相談窓口を医師会で推進しようというものです。今後具体化され、実現されるよう期待しております。

また、昨年のフォーラム以後、保育は女性医師のみならず男性医師にとっても重要な課題であるとの認識のもと、「院内保育所を含む医師就労支援の現況に関する調査」を日医総研の協力を得て実施いたしました。対象は国内の全病院8,902施設で、有効回答数が4,187、回答率47.0％と信頼性の高い調査ができました。

そのアンケート結果です。500床以上の大きい規模の病院では、院内保育所の設置率は約70％でしたが、病院の規模が小さくなるに連れて設置率は低下し、全体では31％にすぎませんでした。

また、院内保育所が整備されている病院では、女性医師が多く勤務しており、医

師の就労支援になっていることが判明いたしました。

未整備の要因としましては、経済的な問題が一番大きく、行政からの助成・支援が強く望まれます。

さらに、保育以外の問題としましては、宿直・日直などの免除は約半数で行われていましたが、時間短縮勤務やワークシェアリング、代替医師の制度などの医師就労支援はまだまだ普及しておりません。稗田先生がおっしゃいましたように、今後、この事業が促進されることが医師確保につながることと思います。

５番目の事業です。都道府県医師会に対して、女性医師にかかわる問題への取り組み状況調査をいたしました。設問は次のとおりです。①女性医師にかかわる委員会や部会の設置をしていますか、②女性医師について何らかの取り組みがあればその内容は、③何か問題をかかえていればその具体的内容は、④今後の必要な取り組みは―という４つの設問でありました。

アンケート結果です。内容が多岐にわたりますので具体的な結果は省略しますが、全体的な印象は次のようでした。女性医師にかかわる部会・委員会の設置が予定を含めまして31都府県あり、前回の調査に比べ大幅に増加しておりました。多くの都道府県では、講習会・フォーラムなどへの参加者が多く、アンケートなども活発に行われており、男女共同参画の精神が浸透しつつあることが感じられました。未設置の医師会での早期設置が望まれております。

６番目の医師再就業支援事業は、この後、保坂先生から報告が予定されておりますので省略いたしますが、女性医師バンク事業というのは大変なご苦労と思いますけれども、着実に実績が上がっているようであります。

７番目の事業です。平成18年度に続き、「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」が各地で開催されました。これは、厚生労働省から日本医師会に委託されました医師再就業支援事業の一環として行われるものですが、委員会では資料の作成、講師の派遣などの協力を行いました。平成18年度の開催は22都道府県、平成19年度の開催は28都道府県、両年度開催は14府県、未開催県は11県ということでした。今後早期の開催が待たれております。

これは、その会の開催状況です。両年度開催、平成18・19年度の開催、それから未開催をプロットしております。

最後に、まとめと今後の展望ですが、本日のシンポジウムのテーマであります医療崩壊をくいとめることについては、医師の労働環境の整備が最も重要であり、最

も急がれる課題であります。特に多くの女性医師に関しては、出産・育児など乗り越えなければならないことがたくさんあり、これを乗り越えることにより、生涯にわたって持てる能力を十分発揮できる環境づくりがなされなければなりません。

委員会は、唐澤会長からの諮問「女性医師の勤務支援についての日本医師会の取り組み」に応えて多くの活動を行ってきました。その中で、女性医師への取り組みが着実に進んでいることが実感されましたけれども、まだまだ緒に就いた感も否めません。さらなる発展を期するためには、女性医師の代弁者として都道府県を始め日本医師会の各種委員会、執行部などの意思決定機関への女性医師の参画および登用が喫緊の課題であるとの結論に至っております。この点を強く希望しまして、報告を終わりたいと思います。

第4回男女共同参画フォーラム

報告　1

日本医師会男女共同参画委員会について

前日本医師会男女共同参画委員会委員
桜井　えつ

平成18･19年度男女共同参画委員会への諮問内容は

「女性医師の勤務支援についての日本医師会の取り組み」であった。

委員会は諮問に対して検討するとともに答申内容を現実に具体化した活動を展開してきた。

活動内容

1. 男女共同参画フォーラム開催
2. 会長への要望書提出
3. 女子医学生、研修医等をサポートするための会
4. 保育について
5. 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
6. 医師再就業支援事業（女性医師バンク）
7. 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

1．第3回男女共同参画フォーラム

平成19年7月28日（土） 於：神奈川県総合医療会館 7階講堂

テーマ：医師の勤務環境の改善を目指して

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
(1) 女性医師バンクについて
(2) 各地の再研修制度
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
(3) 女子医学生や若い女性医師サポート事業
(4) 保育についての提案
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」
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
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
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
・演者の間の討論　・総合討論

要望1　託児室設置に対する要望

- 日本医師会が行う研修会等ならびに他の団体が日本医師会館で行う研修会の開催に際して託児室併設を要望。併せて都道府県・郡市区医師会・製薬団体・保険業団体への申し入れ要望（**19**年**2**月）

- 日本医師会平成**19**年度事業計画（抜粋）
子育て中の医師が参加しやすくするため、日本医師会が行う研修会等の開催に際しては託児室を併設する。

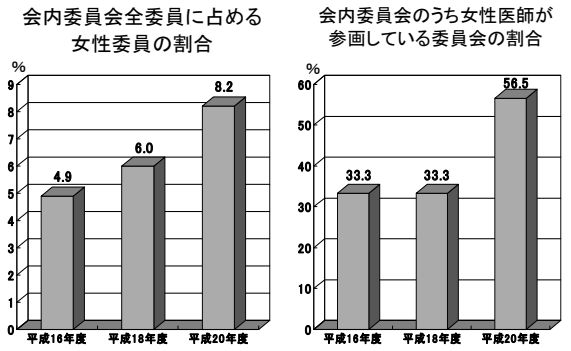
要望2　日本医師会会内委員会への女性医師の登用についての要望

- 男女共同参画社会の実現が着々と進む中にあって日本医師会においては　会内委員会に占める女性の割合が低い。

- 日本医師会の全会内委員会への女性医師**1**名以上の登用を要望。

- 「会内委員会への女性医師の積極的な登用を図る」との文言が、平成20年度日本医師会事業計画に盛り込まれる。

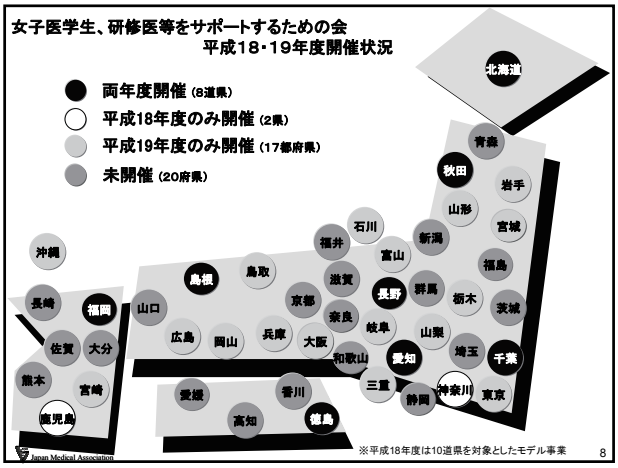
日本医師会会内委員会における女性医師の比率



※平成20年度の会内委員会数は、7月1日までの(常任)理事会で委員委嘱が了承された委員会の数

3. 女子医学生、研修医等をサポートするための会

- 企画・モデル資料作成・講師の派遣
- 平成18年度開催(モデル事業)
  ・・・・・・ 10道府県
- 平成19年度開催 ・・・・・・ 25都道府県
  (平成18年度開催に続いて2回目開催は10箇所中8箇所)
- 未開催・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20府県



※平成18年度は10道県を対象としたモデル事業

4. 保育について

- 「保育システム相談員」の養成・設置を提案
- 「院内保育所を含む医師就労支援の現況に関する調査」を、日医総研の協力を得て実施した。

アンケート結果

- 大規模病院での院内保育所の設置率は約70%であったが、病院の規模に応じて減少し、全体では31%に過ぎなかった。
- 院内保育所が整備されている病院では女性医師が多く、女性医師の就業継続に寄与している。
- 未整備の要因として経済的な負担が多く、行政側から助成・支援が望まれる。
- 時間短縮勤務やワークシェアリング、代替医師の制度などの医師への就労支援は普及しておらず、今後促進されるべきである。

5. 都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取り組み状況調査

- 女性医師に関わる委員会や部会の設置をしていますか？
- 女性医師について何らかの取り組みがあれば その内容は？
- 何か問題をかかえていれば、その具体的内容は？
- 今後の必要な取り組みは？

アンケート結果

女性医師に関わる部会・委員会の設置が予定を含め31都府県あり、前回の調査時に比べ増加している。

多くの都道府県では、講習会・フォーラムなどへの参加者が多く、アンケートなども活発に行われており、男女共同参画の精神が浸透しつつあることが感じられた。

未設置の医師会での早期設置が望まれる。

6. 医師再就業支援事業

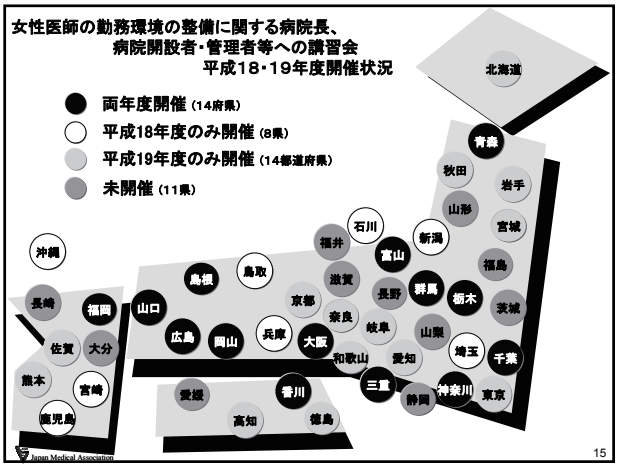
（女性医師バンク）

報告（2）にて紹介

7. 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

- 厚生労働省委託の医師再就業支援事業の一環としての講習会開催に向けて、委員会は資料作成・講師派遣などの協力をおこなった。
- 18年度は　22都道府県開催
- 19年度は　28都道府県で開催
- 未開催県は　11県

今後早期の開催が待たれます



まとめと今後の展望　1

わが国の医療崩壊をくいとめるためには、医師の労働環境の整備が最優先される課題である。 特に多くの女性医師に関しては、出産・育児などを乗り越えながら、生涯にわたり持てる能力を十分発揮できる環境づくりがなされなければならない。

まとめと今後の展望　2

本委員会は、会長からの諮問「女性医師の勤務支援についての日本医師会の取り組み」に応えて多くの活動を行ってきた。その中で女性医師への取り組みが着実に進展していることが実感できたが、まだまだ緒に就いた感も否めない。

更なる発展を期するためには、女性医師の代弁者として、都道府県をはじめ日本医師会の各種委員会および執行部への女性医師の登用が喫緊の課題である。

報　告

２．日本医師会医師再就業支援事業について

前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、早速報告をさせていただきたいと思います。

医師再就業支援事業は、平成18年の11月より厚生労働省の委託によりまして、主に女性医師バンクの運営を中心に行っているものでございます。

これは、去年の１月の終わり、２月から女性医師バンクが開設されましたけれども、それから本年の３月31日までの登録状況でございます。延べ291名で、３月31日時点で230名の登録がございました。求人施設数が795施設、登録件数が1,422件でございます。

これは３月31日までの実績でございますが、再研修というのも就業にほとんど近いものでございますので、それを足しますと実績は63件でございます。異動などで１人の方で２件という方もいらっしゃるので、実人数ではございませんが63件の成立が見られております。

これは６月30日まで、それから３カ月後の実績でございますけれども、求職登録者数は232名で、延べ325名でございます。その時点での登録数はあまり変わりありませんが、延べにいたしますと３カ月で36名プラスされております。

それから、求人登録施設のほうは870施設で、３月から75施設増えております。

実際の実績ですが、これは85件と22件増えております。この間、いろいろな傾向があるわけでございますけども、非常に特徴的なのは、再研修については、３月までは６件ですが、そのほとんどが今年になってからのものであるということです。最初はこちらもどういうふうにしていいか分からなくて、再研修のご紹介というのも、再研修のシステムを持っているところをお聞きしておきまして、そこにお願いしたりしていたのですけれども、全国各地でさまざまな条件で再研修を希望されている方がいらっしゃるということで、そういう希望の方がいらっしゃると、受けてくれそうなところというか、どうしても受けてもらいたいところというか、そういう病院にこちらからアプローチしましてお願いすることで、今まで８件再研修が成

立しております。今後、皆様方の病院にもそういったお願いをすることがあるかと思いますが、ぜひよろしくお願いします。

このグラフは、今年の３月31日までのグラフでございますけれども、大体年代は30代後半が一番多くて、あと30代前半と40代前半というのが同じぐらい両側にいまして、あとはそんなにいらっしゃらない。実際にグラフの上段が全求職者で下段が就業の決定した方でございますけども、その決定した人と、もともとの求職者とのあまり大きな差はございません。小学生未満のお子さんがいらっしゃるか、いらっしゃらないかについてですけども、やはり半分くらいは小学生未満のお子さんがいらっしゃる。就業が決まる方もそんなに大きな差はございません。診療科でございますけれども、さまざまな診療科の方が求職登録してくださっていますが、決定した方の中で割合としてはどうしても内科・小児科の就業成立が多いのですが、やはり求職者の多い科で決定者が多いということが分かります。数が多いとさまざまな組み合わせができてくるけれども、何人かしかいないところだとなかなかその方にマッチするところがないというふうな特徴がございます。

これは施設別の構成でございますけども、診療所と病院が大体同じぐらいあります。求職者のほうも、病院を求めている方と診療所を求めている方と半々ぐらいいらっしゃるということが特徴でございます。実際に就業が決定していらっしゃる方もほとんど半々というふうに思ってください。

それから、勤務形態別の構成でございますけども、大体常勤での勤務を希望される方が４分の１、実際に常勤で決まった方は５分の１ということで、これは統計学的有意差があるというほどではないのですが、やはり常勤の方のほうが決まるのが大変であるというよりも、常勤の方のほうがご希望条件に合う施設が少ないということだと思います。それはさまざまな厳しい勤務条件があって、その勤務条件を緩和してくださっているところには比較的ご紹介しやすいというふうな状況でございます。

続きまして、地域別の構成でございますけれども、登録は全国各地にまたがって求職者がおります。ただ非常に数は少ないのですが、就業決定者、この時点では１人もいらっしゃらなかった北海道に、実はこれは再研修ですけれども、お１人６月に決まっております。ですから、ほとんど全国にわたって求職者もいらっしゃるし、実際に紹介して成立した方もいると思っていただいていいと思います。中部地方の決まり具合が悪いので、これから力を入れていきたいと思っています。

これは登録時に就業しているかどうかということでございますけれども、就業中の方が７割５分で未就業の方が２割５分ぐらいですが、やはり就業中の方よりも未就業の方のほうが決定する率が高い。これは普通だと思いますけども、それから未就業の方の求職者の離職期間でございますけれども、６カ月未満、６カ月から１年、１年から３年目というふうにあまり大きな差はないのですが、実際に決まる方は、１年から３年未満とか３年以上の方のほうが多く、６カ月未満とか１年未満の方はゆっくり探すということではないかと思いますが、１年以上の方の決まりが良いというふうに思っております。

続きまして、会員・非会員の割合でございますが、登録者の中では会員と非会員が約半分ずつでございますが、その中で非会員でも入会歴があって、現在は辞められているという方が一定程度の割合いらっしゃいます。実際に就業が決まった方は、どちらかというとその非会員で入会歴があった方が求職登録者の数に比べて多いという特徴がございます。

これで女性医師バンクの傾向の説明は終わりです。女性医師バンクの運用状況は非常にいい状態になっておりますが、実はコーディネーターを最初は４名でやっておりました。昨年12月にコーディネーターを増やすため、それともう１つはコーディネーターがどういうことをしているかということを全国の方々に知っていただいて、全国の都道府県が行っているような医師バンクにも少しお役に立つためにということで、コーディネーター養成講習会を開催させていただきました。これがそのプログラムでございますけども、その結果、新たに７名の方にコーディネーターになっていただくことになりました。

これが、今、日本医師会女性医師バンクでコーディネーターをやっていらっしゃる先生方のお写真でございます。本日ほとんどの先生はいらしていますので、懇親会のときにでも、これらのお顔をお見かけになったらお話しいただけるといいかなと思います。

次は、先ほど櫻井先生のお話にもありましたが、「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」の開催状況の一覧でございます。全国の都道府県の皆様にご協力いただいて、昨年度は28都道府県で開催されております。

このようにして平成19年度は事業をやったわけでございますが、平成20年度の医師再就業支援事業の事業計画を少し皆様にご説明させていただきたいと思います。

まず女性医師バンクの運営は当然続けさせていただきますし、さらに広報活動に力を注ぐことを考えております。それから、女性医師への再研修支援をさらに続けていきますが、今までは、再研修を受けてくださる医療機関に対して12万円をお支払いしておりましたけれども、ご面倒をおかけするということで、今年度から30万円に増やすということで事業計画を立てております。

それから、先ほどの女性医師の勤務環境の整備を促進するための講習会につきましても、昨年度までは都道府県に１開催について10万円までの補助金といいますか、費用補助ということでやっておりましたけれども、今年度は30万円に増やしておりますので、開催されなかったところも、それから昨年開催されたところも、ぜひもう一度30万円を使って開催していただけるとありがたいと思います。

それから、４番目の女性医師のキャリア継続を支援するための講習会でございますけれども、これも昨年は男女共同参画委員会で行いましたが、今年度は厚生労働省の予算もとれましたので、こちらのほうの事業の中で、費用補助も10万円から30万円を上限というふうにいたしますので、ぜひ開催をお願いしたいと思います。１回の開催でなくても、１都道府県で何回かに分けての開催でも費用補助の上限30万円であれば結構でございますので、ぜひよろしくお願いいたします。

それから、先ほどもお話に出ました保育システム相談員の養成・普及につきましても、今後考えていって、また全国の皆様にお願いすることがあると思いますので、よろしくお願いします。

先ほど稗田先生のお話にもございましたが、今、日本全国といいますか、政府は非常に強く女性医師の支援に力を入れております。内閣府の男女共同参画推進本部も「女性の参画加速プログラム」を平成20年４月に決定しましたけれども、その中で活躍が期待されながら女性の参画が進んでいない分野についての重点的な取り組みを行うというふうに言っておりまして、そのトップ項目に女性医師が挙がっております。女性医師のことで勤務体制の見直し、継続就業支援、復帰支援、意思決定の場への女性の登用促進等々ということを内閣府、政府が強く言っております。それから、厚生労働省も、これは厚生労働大臣の私的諮問会議でございますけれども、「安心と希望の医療確保ビジョン」を今年の６月に発表しているのですが、その中の「医師の勤務環境の改善」という項目の１番目に「女性医師の離職防止・復職支援」を挙げておりまして、「女性医師対策は、医師不足対策において最重要の課題である。女性医師の離職防止、出産・育児等と勤務の両立を安心して行うこと

ができる環境の整備は喫緊の課題である。医療分野が男女共同参画のモデルとなるように早急に対策を進める」というふうに書かれています。それから、皆様よくご存じの「骨太の方針2008」でも、はっきり女性医師の支援ということを非常に強くうたっております。

それから、今年４月の診療報酬改定のときに、先ほどからお話が出ている短時間正職員制度ということ、短時間正規雇用の医師の活用ということが診療報酬の入院基本料等加算の施設基準にはっきり入っています。お気づきになっていない方も多いかと思いますけれども、医師の事務作業補助体制加算に関する施設基準と、ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準の中に、短時間正規雇用の医師の活用ということが算定基準項目の１つに入っておりますので、ぜひこのことを各病院の先生方が認識されて、短時間正規雇用の医師の活用をお進め願いたいと思います。

以上で、私の報告を終わらせていただきたいと思います。ありがとうございました。

2008.7.19

医師再就業支援事業について

第４回　男女共同参画フォーラム

前日本医師会医師再就業支援事業部長
保坂　シゲリ

日本医師会女性医師バンク運用状況

■ 平成20年3月31日までの登録状況

・求職登録者数　　230名（延べ 291名）

・求人登録施設数　　795施設

［求人登録件数　1，422件］

■ 平成20年3月31日までの実績

・就業実績　　６３件

内訳）就業成立　　５７件

再研修紹介　　６件

■ 平成20年6月30日までの登録状況

・求職登録者数　　232名（延べ 325名）

・求人登録施設数　　870施設

［求人登録件数　1，464件］

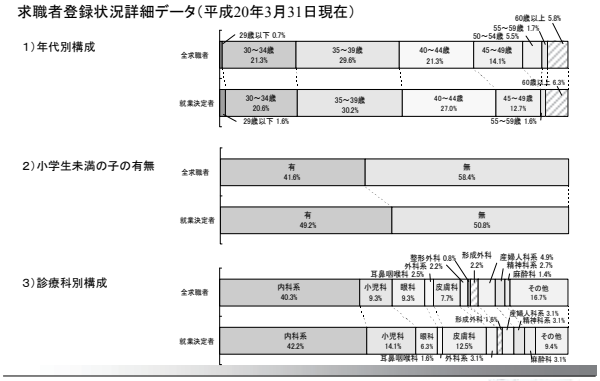
■ 平成20年6月30日までの実績

・就業実績　　８５件

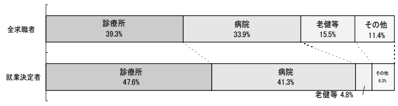
内訳）就業成立　　７７件

再研修紹介　　８件

求職者登録状況詳細データ（平成20年3月31日現在）

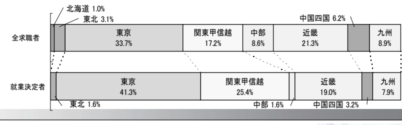


4）施設種別構成

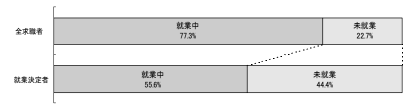


5）勤務形態別構成

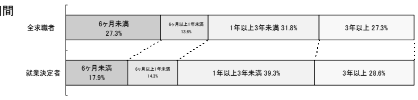
6）地域別構成



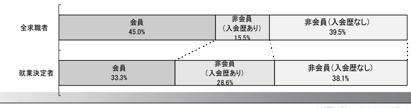
7）登録時の就業状況



8）未就業の求職者の離職期間



9）会員・非会員の割合



コーディネーター養成講習会

［平成19年12月1日（土）　於：日本医師会館］

次　第

1．開 会
2．挨 拶　：　宝住 与一　（日本医師会副会長）
3．女性医師ﾊﾞﾝｸの現状　：　保坂 シゲリ（医師再就業支援事業部長 兼女性医師ﾊﾞﾝｸ東日本ｾﾝﾀｰｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ）
4．職業紹介事業の留意点　：　事務局
5．労働法制について　：　池田 俊彦　（女性医師ﾊﾞﾝｸ西日本ｾﾝﾀｰｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ）
6．保育システムの状況　：　秋葉 則子　（女性医師ﾊﾞﾝｸ東日本ｾﾝﾀｰｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ）
7．医師の仕事の種類　：　家守 千鶴子（女性医師ﾊﾞﾝｸ西日本ｾﾝﾀｰｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ）
8．ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄの際の留意点および今後のバンク事業
　：　保坂 シゲリ（医師再就業支援事業部長 兼女性医師ﾊﾞﾝｸ東日本ｾﾝﾀｰｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ）

～　休憩　～

9．質疑応答
10．閉 会　：　羽生田 俊（日本医師会常任理事）

［ 意見交換会 ］

日本医師会女性医師バンクコーディネーター　一覧

東日本センター

秋葉　則子*
千葉県医師会理事

小菓　裕成
大阪府医師会理事

後藤　節子
椙山女学園
総合ｸﾘｴｲﾃｨﾌﾞｾﾝﾀｰ研究員

齊藤　恵子
岩手県医師会監事

中川　やよい
大阪府医師会理事

福下　公子
東京都医師会
次世代育成支援委員会委員

保坂　シゲリ
前日本医師会
医師再就業支援事業部長

丸田　桂子
川崎市医師会理事

西日本センター

池田　俊彦*
福岡県医師会副会長

井之川　廣江
広島県医師会理事

家守　千鶴子
福岡県医師会理事

＊平成20年度よりチーフコーディネーター　（敬称略、五十音順）

女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会

平成19年度 都道府県医師会 講習会開催状況一覧

	開催日時	医師会名	開催場所	前年度開催状況
1	平成19年 4月28日（土） 16:15～	和歌山県医師会	和歌山県民文化会館 5階大会議室	
2	6月16日（土） 15:00～	千葉県医師会	千葉県医師会会議室	◎
3	9月15日（土） 14:00～	岡山県医師会	岡山衛生会館 三木記念ホール	◎
4	9月29日（土） 15:00～	愛知県医師会	愛知県医師会館 9階大講堂	
5	10月6日（土） 18:00～	山口県医師会	ホテルみやけ	◎
6	10月19日（金） 19:00～	徳島県医師会	徳島プリンスホテル	
7	11月12日（月） 18:30～	宮城県医師会	春風亭	
8	11月15日（木） 18:30～	佐賀県医師会	佐賀県医師会 成人病予防センター 3階講堂	
9	11月18日（日） 13:00～	富山県医師会	富山県医師会館 4階会議室	◎
10	11月29日（木） 19:00～	福岡県医師会	福岡県医師会館	◎
11	12月 4日（火） 14:30～	奈良県医師会	奈良県医師会館	
12	12月 5日（水） 17:00～	神奈川県医師会	神奈川県総合医療会館 2階研修室	◎
13	12月 8日（土） 14:00～	東京都医師会	東京都医師会 4階会議室	
14	12月 9日（日） 10:00～	北海道医師会	札幌グランドホテル	
15	12月20日（木） 15:00～	香川県医師会	香川県医師会館 3階大会議室	◎
16	平成20年 1月19日（土） 13:30～	岐阜県医師会	岐阜市文化産業交流センター「じゅうろくプラザ 2F大ホール」	
17	2月 2日（土） 15:00～	青森県医師会	ホテル青森	◎
18	2月17日（日） 16:00～	広島県医師会	ホテルグランヴィア広島	◎
19	2月22日（金） 15:00～	京都府医師会	京都府医師会館	
20	2月23日（土） 14:00～	栃木県医師会	護国会館	◎
21	2月23日（土） 15:00～	秋田県医師会	秋田県総合保健センター 2階第2研修室	
22	3月1日（土） 16:30～	岩手県医師会	岩手県医師会館 4階 大ホール	
23	3月8日（土） 15:00～	三重県医師会	三重県医師会館 2階 大ホール	◎
24	3月8日（土） 18:00～	高知県医師会	高知県医師会館 3階 ホール	
25	3月15日（土） 13:30～	島根県医師会	島根県医師会館 3階 研修室	◎
26	3月19日（水） 14:00～	大阪府医師会	大阪府医師会館 7階研修室	◎
27	3月22日（土） 17:00～	熊本県医師会	熊本県医師会館	
28	3月24日（月） 19:00～	群馬県医師会	群馬メディカルセンター	◎

平成20年度 医師再就業支援事業 事業計画

1．女性医師バンク事業を通じ、女性医師の就業継続を支援する
◇女性医師バンクの運営
＊広報活動、コーディネート活動に力をそそぎ、登録者を増やし、就業決定者数の増加を目指す
＊前記実現のため、必要に応じコーディネーターの養成・増員を行う

2．女性医師の再研修を支援する
◇求職者への再研修実施施設の紹介と当該施設への再研修の委託
＊研修費用の補助を３０万円に増額する（昨年度：１２万円）

3．女性医師の勤務環境の整備を推進する
◇「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
＊昨年度に引き続き、都道府県医師会との共催で実施する
＊費用補助の上限を３０万円に増額する（昨年度：１０万円）

4．女性医師のキャリア継続を支援する　新規
◇「女子医学生、研修医等をサポートするための会」の開催
＊都道府県医師会との共催で実施する
（共催相手は都道府県医師会のほか、郡市区医師会、学会、医会等の医療関係団体とする）
＊費用補助の上限を３０万円とする（昨年度は男女共同参画委員会で実施し、費用補助は１０万円）

5．保育システム相談員（仮称）の養成・普及を図る　新規
＊「保育システム」について調査し、相談員の養成と普及方法について検討する

すすめられる環境整備

内閣府　男女共同参画推進本部

「女性の参画加速プログラム」 平成20年4月

〝活躍が期待されながら女性の参画が進んでいない分野についての重点的取組〟

トップに「女性医師」

「勤務体制の見直し、継続就業支援、復帰支援、意思決定の場への女性の登用促進　等々」

厚生労働省

「安心と希望の医療確保ビジョン」　平成20年6月

Ⅱ．1（2） 医師の勤務環境の改善

ア．女性医師の離職防止・復職支援

〝女性医師対策は、医師不足対策において最重要の課題である。・・・女性医師の離職防止、出産・育児等と勤務の両立を安心して行うことができる環境の整備は喫緊の課題である。・・・医療分野が男女共同参画のモデルとなるよう早急に対策を進める。〟

診療報酬　　平成20年4月改定

入院基本料等加算の施設基準

［医師事務作業補助体制加算に関する施設基準］
（1） 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。
　ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、**短時間正規雇用の医師の活用、**地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等）を別添7の別紙13の2の例により策定し、職員等に周知していること。

［ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準］
（4） 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。
　ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、**短時間正規雇用の医師の活用、**地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等）を策定し、職員等に周知していること。

シンポジウム

「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」

座　長

男女共同参画委員会委員　小栗　貴美子

私は、シンポジウムの座長を務めさせていただきます男女共同参画委員会委員の小栗でございます。よろしくお願いいたします。

早速ではございますが、シンポジウム「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」を行いたいと思います。

なお、このシンポジウムに続いて行われます総合討論の中で、シンポジストの先生方への質問等の時間をおとりしていますので、ご質問などがございましたら総合討論でご発言いただければと存じます。

１．ワーク・ライフ・バランスの視点から

男女共同参画委員会委員／大阪厚生年金病院長　清野　佳紀

ワーク・ライフ・バランスというのは仕事の充実と私生活の充実を調和させようということで、子育て支援から始まったわけですが、その後、両立支援から、現在では、先ほどの稗田先生のお話にもありましたように、男女を問わず職員のワーク・ライフ・バランスを守るというような考え方になってまいりました。

ところで、病院のワーク・ライフ・バランスには、貴重なモデルがありまして、それは看護師の世界です。看護師は全員女性で、昭和初期には１人夜勤が１週間続いていたそうですけど、これがいわゆる懐かしい３交代制のニッパチというのを経て、保育所もできまして、現在はまたワーク・ライフ・バランスから２交代制も見直されるようになってきました。こういう経過がございます。

ところで、本日は限られた時間ですので、このワーク・ライフ・バランスから見た女性医師の現状と問題点、それから一体どういう対策をしたらいいかということに絞ってお話ししたいと思います。

我々の病院はベッド565床の病院で正職員が750人ほどいますが、女性職員の比率は76％です。どこの病院でも大なり小なりこういう比率です。それは看護師や医師に限らず、検査技師、薬剤師、栄養士の多くが女性です。女性管理職も32％ですから、普通の一般企業よりはるかに女性管理職の比率が多いわけです。お子さんを抱えて働いている方も大勢いますので、当然のことながら子育て支援は重要であります。よく日本で医師不足、医師不足と言われていますが、今でも毎年3,000人以上、医師は増えています。医師が3,000人以上増えて、現在女性医師の比率は17％ぐらいですが、この増えた人たちが勤務医にとどまらないのです。勤務医以外ばかり増えていく現状があるので、医師を増やすという政策は我々にとっては何の意味もないわけです。勤務医を増やしてほしいということが現状です。しかも、29歳未満で言いますと毎年250人ぐらい医師は増えているのですが、男性は前年に比べて毎年100人ずつ減っていっています。女性は前年に比べて350人ずつ増えていっています。つまり、この29歳未満というのは全員勤務医になるわけですから、その勤務医になる層で女性が激増しているということは間違いありません。これは日本小児科学会でとった統計ですが、青い棒グラフが男性の小児科の勤務医、グリーンが女性の小児科の勤務医です。男性の小児科勤務医というのは30歳前後、40歳前後が就業率のピークで、50歳になると半減します。女性は30歳前後がピークです。40歳になったら半減するわけですから、勤務医になるけど、早期に退職してしまう。これと同じようなことが産婦人科の医師にも言えるのではないでしょうか。

学会でとった統計で、どうして辞めたかを調べると、結婚、妊娠、出産、育児、子どもの教育、家族の支援のなさ、夫の転勤、どれも女性特有の理由であります。もちろん先ほどもお話ししたように、女性の職場環境はこのような法律でいろいろ守られてきているはずですが、しかしながら、各都道府県で２年前にそれぞれアンケートをとりましたところ、産休でさえ東京都でとった女性医師は40％、千葉県で50％です。育児休業をとったというのは千葉県で25％、長野県で25％、大阪に至っては１割あまりしかとっていないわけです。その結果どのようになるかというと、出産後に自然に休職、退職して辞めてしまうという状況が非常に多いわけです。２割以上というのは相当な数に上ると思います。

岡山大学産婦人科で公表しているデータですが、岡山大学産婦人科に勤めていた女性医師が出産・子育てを経てどういう勤務をしているかというと、50％が開業です。30％がパートで、病院、いわゆる大きい病院に戻ったという人は２割しかいないのです。しかもそのうち当直もしている人は１割以下です。これが実際の女性医師の現状であります。大阪府医師会でとった統計でも、長期間診療離脱後の現場復帰は可能ですかと聞きますと、６割以上の人が難しいと答えています。ですから、先ほどから何度もお話があるように、辞めさせないようにしないと、１回辞めると当直もある勤務医の職場に復帰するというのは至難のわざであります。これを大阪府医師会で各病院長にどのようにしたらずっと続けられるでしょうと聞きましたところ、産休・育休制度を充実する、短時間勤務や柔軟な勤務体制を整備する、それから人事補充のシステムをしっかりするという答えがかえってきました。

解決すべき課題と対策としては、75％も女性職員がいるのですから子育て支援は当然ですが、やはり勤務制度面の改善が非常に重要であります。それから、病院の仕事と診療所の仕事をきっちり分けて、余計な仕事はしないようにする。また、再教育支援というのも重要であります。

ちょうど我々の病院は、４年あまり前からこの子育て支援、育児支援のスケジュールを設けまして、産休の後、育児休業に３年の期間をあてています。この間、もちろん休んでもいいし、本人にとって自由に勤務時間を選べるようにして、それでずっと正職員を続けられるようにしました。また、子どもが小学校を卒業するまでの期間、週30時間以上働ければ正職員として認めますよという制度をつくりました。このようなことを正職員に対して認めるというのはもちろんですが、医師の場合、大きい病院や大学では35歳ぐらいでやっと正職員になるケースはまれではありません。その間は研修生、レジデントで１年契約で、いろいろ契約はあるのでしょうけどもほぼ契約社員の扱いとなります。その間に妊娠してしまうと、契約切れになって自然に退職というのは非常に多いので、そのときに自動継続するとか、妊娠中は辞めないとか、育休中も辞めないように病院がきっちり制度を整備しておかないと、ここで２割、３割の人が辞めてしまうということになります。ですから、こういう支援制度は研修医やレジデントまできっちり適用する必要があります。

我々の病院は565床で、最近医師を増やしましたので、196人の医師がいます。全体的な男女比は129対67です。正職員は、82対31で男性が多いのですが、レジデント、研修医では、男女ほぼ同数になってきています。非常に女性が増えているとい

うことがお分かりと思います。

全67人の女性医師のうち結婚している人が30人います。子どものいる人が、６月現在23人います。23人のうち何らかの子育て支援を受けている人が21人で９割が子育て支援を受けています。

ここに子育て支援を受けている女性医師のリストが書いてあります。３年前に第１回目のフォーラムで講演したときは、子育て支援の女性医師は８人でしたが、結局皆辞めなくなって21人まで約３倍に増えました。産婦人科３人、小児科４人、内科４人、皮膚科２人、麻酔科３人などが代表的ですが、今は外科にもいます。このように、人数が非常に増えてきたので、その子育て支援はいろいろです。例えば院内の保育所を利用する人、それから我々の職員用の駐車場は子育て支援の人を最優先に利用できるようになっています。駐車場の利用、それから時間短縮、勤務日短縮もそれぞれの希望によって認めています。ずっと見ていますと、勤務日短縮とか時間短縮というのは育休明けで出てきた３カ月とか６カ月で、ほとんど１年以内には皆８時間の通常勤務に戻ります。ただ、希望されるのは、できたら当直を免除してほしいというのと、残業を免除してほしいということであります。でも、中には月２回ぐらいなら当直してもいいよという方もいますし、当直はしないまでも土曜日・日曜日の日直はほとんどの方がされています。これが現状であります。女性医師の子育て支援というのは、私はあまり心配していなくて、いろいろな条件を出していますけど、小学校６年生までフルに使うような人はほとんどいません。やはり自分でできる限り早く復帰したいと思っているのが通常であります。

こういうことを言うと、収益は大丈夫かとよく質問されますので、このグラフをお見せしますと、平成15年から平成18年までに医師を40人増やしました。それはなぜかというと、子育て支援の医師が20人もいると、医師を増やさないとほかの医師にしわ寄せが来るから、そのようにしてパート医も常勤医も非常に増やしました。それで実際問題として、例えばうちの病院の場合は純益というのが大体３億から４億円出ているのですけど、それは同じように変わりませんし、給与比率というのはむしろ下がっています。ですから、ここのところが非常に重要なポイントで、医師というのは増やせば人件費は増えますが、実際医師１人分の収益は１億円以上です。給与比率を下げるように役立てるから、何にも恐れることはありません。医師を増やしたらコストがかかるとあまり思わないほうがいいと思います。結局はこういう結果になってくるわけです。

それで、現実に医師の残業時間をずっと調べてみますと、2003・2004年のころは産婦人科、小児科などは400時間ぐらいまでになっていましたけど、子育て支援の人は必ず５時とかに帰すようにしていますから、だんだん全体の平均残業時間も減ってきたわけです。ほかの人にしわ寄せが来ないということを宣言していますから。産婦人科については、これは一昨年のデータですが、何と残業を93時間しかしていません。93時間というのは月ではなく年間です。

また、地域連携というのは極めて重要で、我々の場合、地域支援病院にもなっていますけれども、やはり診療所の先生のやるべきことは、逆紹介で全部お返しする。それから、地域のネットワークづくりに励んでいます。産科の救急当直、小児科の救急当直もやっていますけど、今はいろいろな民間病院や大学、それから開業医の先生も当直に参加してくれていまして、我々の当直の70％を担っていただいています。そういうことが非常に重要なことだと思います。

これは一番大事なことです。全職員が働きやすいこと。とにかく正職員を辞めさせないようにするということ。子育て中の女性医師支援に一律の方法はない。これも大事です。これはケース・バイ・ケースで非常に条件が違うので、先ほど保育システム相談員が出ていましたけど、各病院にコーディネーター、我々の病院にもおりますが、人望のあるコーディネーター、その人に何でも相談するというようにしたほうがいいと思います。

それから、各科にモデルとなる子育て中の女性医師がいること。これは、最初の１人が成功する必要があります。最初の１人が成功すると、あとは見習ってやっていきます。

次は少しビデオをお見せします。いつも自分のところの病院の紹介ばかりしますので、今日は別の病院の紹介をしますが、それはやはりチーム医療とかシフト制にするということがいかに大事であるかということです。これには患者さんの理解と協力も必要ですので、ビデオを３分ほど見てください。

（ビデオ上映）

チーム医療の一例ですが、やはり１人の患者さんを複数の医師で診るような制度をそれぞれの病院に応じてつくっていく必要があると思います。医療現場のワーク・ライフ・バランスを守るためには、１つは子育て支援制度というのは絶対必要

ですが、もう１つは、男女を問わず短時間正社員制度をつくって、子育ての問題だけではなく、介護も出てきますし、今家族の女性を介護する４分の１を男性が担当するような時代になってきていますから、必ず50歳ぐらいになったら皆この制度はありがたいわけです。だから、そういう意味で短時間制度を導入してほしい。そのためには長らく日本でやられてきた主治医制度、例えば主治医は夜中に出てくるのは当たり前だとか、土・日曜日でも出てこいとか、そういう雰囲気にあるのは唯一日本だけです。どこでも主治医はありますけれども、働く時間は８時間で全部固定されています。この辺を見直していくということは非常に大事だと思います。

チーム医療の中でも、シフト制というのが一番はっきりしていて、ＩＣＵやＮＩＣＵなどの忙しいところは８時間しかできないので、既に日本でもシフト制になっているわけです。かえってそういうところは女性が働きやすくなっています。

地域連携というのは、地域におけるチーム医療です。皆で１人の患者さんを診るということは同じことです。

それから、最後に、最も大事なことは、子育て中の女性医師が１人いて皆で助けてくださいということではないと思うのです。女性であれ、男性であれ、短時間勤務の正社員が気兼ねなしに入ってこられるシステムを管理職はつくってあげて、自由にやっていたら女性医師も気兼ねも何もないと思います。

以上で私の話を終わります。

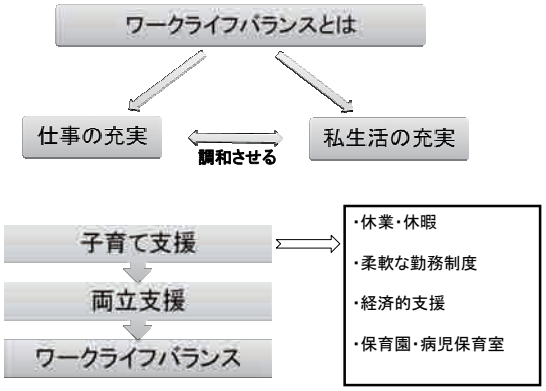
日本医師会主催　第4回男女共同参画フォーラム

シンポジウム
「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」

『ワークライフバランスの視点から』

大阪厚生年金病院　　清野　佳紀

子育て支援からワークライフバランスへ



1

内　容

1. ワークライフバランスから見た女性医師の現状と問題点

2. 医療現場の解決すべき課題と対策

2

女性職員数と女性の比率

全員	957	100. 0%
女性	692	72. 3%
男性	265	27. 7%

正職員全員	746	100. 0%
正職員女性	569	76. 2%
正職員男性	177	23. 8%

子どもを有する正職員の内
ﾜｰｷﾝｸﾞﾏｻﾞｰ

子を有する数	177
内女性職員	56

女性管理職の比率

管理職全員	100. 0%
女性管理職	32. 3%
男性管理職	67. 7%

管理職ﾜｰｷﾝｸﾞﾏｻﾞｰ

女性管理職	100. 0%
内マザー	19. 0%

（大阪厚生年金病院）

3

日本人医師の増減（2000～2002）

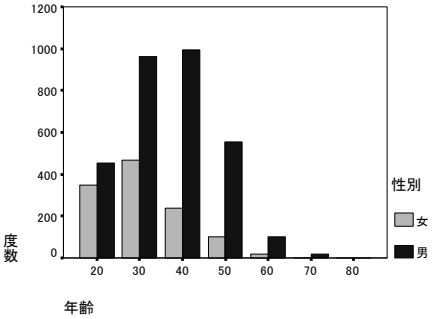
	医師数	男女比率(%)	増減/年(人)
合計	246,387		+3,186
男性	209,558		+1,205
女性	36,829		+1,981

29歳未満	25,949		+256
男性	17,654		-96
女性	8,295		+352

4

男女別小児科医の就業率推移

医師年齢別性別



（病院小児科・医師現状調査，日本小児科学会、2004）

5

医師及び女性医師を取り巻く現行の法制度/支援制度

1. 男女雇用機会均等法

2. 労働基準法

3. 次世代育成支援対策推進法

6

女性医師の産休・育児休業取得率
(都道府県医師会アンケート調査結果より)

都道府県	産休が取れる	実際に産休を取った	育児休業を取得した
東京都	59.3%	39.9%	
千葉県	77.5% 規定どおり+期間短縮	51.7% 規定どおり取得	25%
長野県	56.4%	55.3%	25.9%
鳥取県		83.1%	19.3%
大阪府	58.1% 制度を利用できる+利用しにくい	25.7% 制度を利用できる	12.4%

7

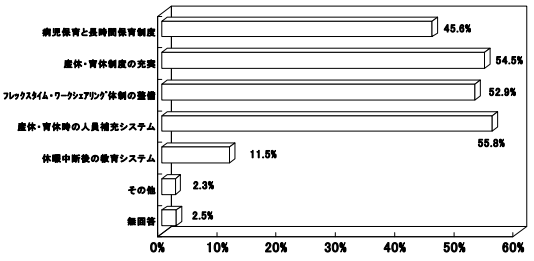
出産後の休職、退職の割合

- 千葉県医師会調査　16.9%
- 長野県医師会調査　18.6%
- 東京都医師会調査　28.9%

8

病院長の意見

●女性医師の勤務支援策



大阪府医師会男女共同参画検討委員会

9

解決すべき課題と対策

1. 子育て支援

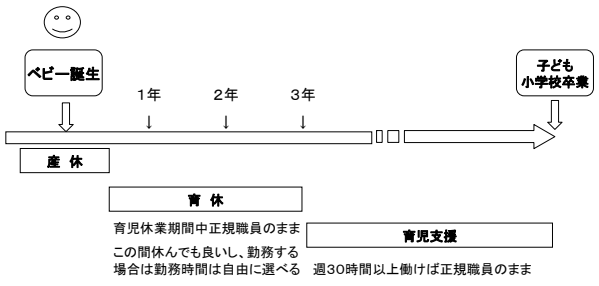
2. 勤務制度面の改善

3. 病院の拠点化と地域連携

4. 生涯教育,再教育支援

10

育児支援のスケジュール



（大阪厚生年金病院）

11

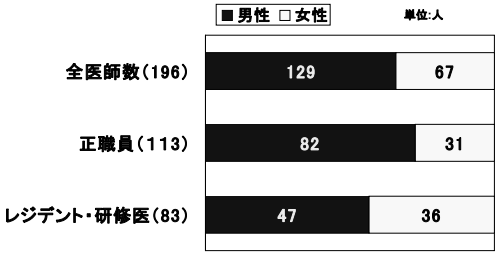
大阪厚生年金病院の臨時職員の出産・育児に伴う休暇支援（社会保険適用者を対象）

就業規則別比較表

	職員	研修生など	パートタイマー
年次有給休暇	年20日付与、最大繰越20日	年20日付与、最大繰越20日	法定日数
・産前・産後休暇	産前6週、産後8週	産前6週、産後8週（6割）	産前6週、産後8週（6割）
・出産休暇	3日以内	3日以内（6割）	3日以内（6割）
・子育て支援休暇	検討中	7日以内（6割）	7日以内（比例付与）（6割）
・育児休業3年	有給保証（4割） 1年間（事情により1年6ヶ月）	同左	同左
・不妊治療	治療に必要な期間（有給）	なし	なし

（大阪厚生年金病院）12

大阪厚生年金病院の医師数と男女比率



（大阪厚生年金病院）13

大阪厚生年金病院
医療職職員男女構成比　子育て支援割合（女性医師）

平成20年6月現在

職名	女性計	配偶者有	子供有	支援有	割合（%）
部長	2	2	1	0	0.00
医長	25	19	18	17	94.4
医員	4	1	1	1	100.0
フェロー	2	1	1	1	100.0
レジデント	23	7	2	2	100.0
臨床研修医	11	0	0	0	0
合計	**67**	**30**	**23**	**21**	**91.3**

14

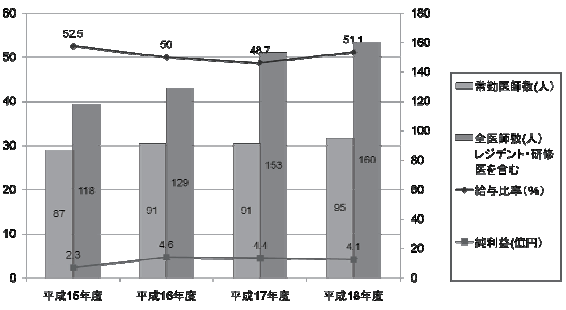
大阪厚生年金病院　育児支援中の女性医師

平成20年6月現在

	所属	氏名	子供の年齢	院内保育所	駐車場利用	時短	勤務日短縮	当直無	当直月2回	残業無	育児休業
1	血液人科	K.Y	4歳、1歳	○	○	○ 6時間		○		○	
2	血液人科	F.A	1歳		○				○	○	
3	血液人科	N. E	4歳		○			○	平日昼あり	○	
4	循環器内科	Y. H	1歳		○			○			
5	小児科	N. S	3歳、1歳	○	○	○ 7時間	週4日		当直 月1～2回	○	
6	小児科	K.M	0歳			○ 8時間15分		○		○	
7	小児科	K.H	2歳		○				○	○	
8	小児科	T.N	0歳	（育児休業中）							○
9	内科	A.M	3歳、1歳		○	○ 8時間45分	週4日	○		○	
10	内科	L R	3歳		○			○		○	
11	内科	M. M	6歳、7歳					○		○	
12	内科	T. M	0歳	○	○	○ 8時間45分		○		○	
13	皮膚科	S. J	4歳、1歳	○	○	○ 5～6時間		○		○	
14	皮膚科	K.S	0歳	（育児休業中）							○ （21年3月まで）
15	精神科	Y. M	6歳、0歳	（育児休業中）							○ （21年1月まで）
16	精神科	N. M	2歳		○			○		○	
17	精神科	D.A	1歳			○ 8時間45分		○		○	
18	リハビリテーション科	M. K	7歳、4歳		○	○ 8時間15分		○		○	
19	外科	K. E	1歳					○		○	
20	放射線科	T.M	6歳、3歳			○ 7時間		○		○	
21	眼科	Y.A	1歳、1歳	○	○			○		○	

15

大阪厚生年金病院
全医師数の増加状況と医療収益・純利益・給与比率状況



16

女性職員に子育て支援をすることは、

全職員の勤務条件を緩和することにつながる。

17

地域連携は極めて重要

1. 紹介率(2006年度) 62. 7%
   逆紹介率(2006年度) 68. 3%
2. 産科救急当直(外部の医師70%)
   外部の勤務医以外に2名の地域の開業医も参加
3. 小児救急当直(外部の医師70%)
   外部の勤務医以外に4名の地域の開業医も参加

18

子育て支援の成功の秘訣は

全職員の待遇改善にある

19

子育て支援を含めた働きやすい病院とは

1. 全職員が働きやすいこと
   (他の人にしわ寄せが行かないこと)
2. 常勤医(正規職員)を辞めさせないこと
3. 子育て中の女性医師支援に一律の方法はない。
4. 各科にモデルとなる子育て中の女性医師がいること。
5. チーム医療やシフト制にする必要がある。
   患者さんの理解と協力が必要である。

20

医療現場のワークライフバランスを守るためには

1. 子育て支援制度
2. 短時間正社員制度
3. 主治医制度の見直し
4. チーム医療やシフト制
5. 地域連携(地域におけるチーム医療)

21

もっとも大事なことは

女性医師支援のために、
残りの医師が協力するのではない。

女性であれ、男性であれ、
短時間勤務の正職員が、気兼ねなしに入ってこれるシステムを構築することにある。

22

「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」

２．医師の働き方を見直す

名古屋市立東部医療センター長・東市民病院長　津田　喬子

ただいまご紹介いただきました名古屋市立東部医療センター東市民病院の津田喬子と申します。本日は、このような機会をいただきましたことを、日本医師会ならびに福岡県医師会の関係者の方々に御礼申し上げます。

さて、各地で叫ばれています医療崩壊ですが、その本体が見えないところにこの問題解決の困難さがあります。私が勤務いたします市中の公立病院における勤務医師不足は深刻ではございますが、果たして医師数を増やせば解決になるのか、それも疑問です。平成18年度全国医師会勤務医部会連絡協議会は、この医療崩壊状態に対して速やかに「宣言」を出しました。

平成19年３月に出されましたこの宣言には、医師の働き方を見直して、疲弊する勤務医からの脱却を図るための多くの解決策が盛り込まれていると思います。この中で、女性医師のきめ細かい勤務支援体制を整えることが宣言されていますので、この現状についてもう一度振り返ってみます。

1994年に男女共同参画室が設置されました当時は従来どおりの男性優位の医療社会の中で、個々の努力で何とか仕事を続けてきた女性医師への関心はそれほど強いものではありませんでした。しかし、医師国家試験合格者に占める女性の割合が上昇傾向になりつつあることへの危機感から、女性医師の活用、女性医師の掘り起こしといった数合わせの形で解決しようとする機運が高まっていったことはご承知のとおりかと思いますが、根本的な解決にはならなかったのです。もちろん男女共同参画事業は高く評価されなくてはなりません。スライドにお示ししますように、きめ細かく支援がなされています。私は麻酔科医ですが、麻酔関連学会においても、このころから女性医師問題を取り上げてまいりました。2000年に日本臨床麻酔学会総会で、女性医師問題のパネルディスカッションを行ったのですが、パネラーの１

人であった当時の男女共同参画室長が、医師という極めて専門性が高い集団においてこそ男女共同参画の実現が可能であるはずと講演されましたが、まだその問題の解決には至っておりません。

女性医師支援の１つに日本医師会の女性医師バンクを含む医師再就業支援事業があります。先ほどのご説明にもありましたように、女子医学生、若い医師を対象とした講演会などを通して、女性医師として今後の方向性を決めようと思う人たちに、その仕事の内容などを十分に知らせしめ、モチベーションを高めて維持させることも大事かと思います。

また、日本女医会主催によるワーク・ライフ・バランスの講演会をいたしましたときには、高校生や中学生も入っておりました。そのような努力を日本医師会の事業と併行して、多くのところで行っていただきたいと考えます。

平成17年度から始まりましたいわゆる医療人ＧＰは、文部科学省が推進しております事業ですけれども、大学、病院の幹部、地域行政の意識改革を促進しました。

平成18・19年度のテーマをご紹介いたします。これらに応募しました各施設において、さまざまな取り組みが検討された結果、復帰支援に関するアクションプランが生み出されましたし、医療人ＧＰに採用された施設では、財政支援を受けて、さらなる支援体制が充実いたしました。行政の支援、しかも財政支援を含む支援がいかに重要かを示しております。

これらの女性医師支援対策は、先ほども申しましたが、医師国家試験合格者に占める女性の割合がだんだん増えてきたことに危惧を抱き、女性医師の活用、いないよりはマシ、女性医師を掘り起こせといった数合わせの形の解決から一歩前進し、医師の過重労働の見直し、女性医師のモチベーションの向上、さらには学会、大学、病院、地域行政において、女性医療従事者のキャリア促進へといった方向転換が生まれていったと思います。しかし、功罪の罪のほうですが、一方で女性医師の権利意識が強くなり、バランスがとれていないとの批判も出てきました。この辺りのバランス感覚が医政者、そして病院あるいは大学の指導者に必要な意識ではないかと思います。

したがって、2000年に施行されました男女共同参画社会基本法にうたわれています内容を、私たちは本当に理解しているのかを改めて問わなくてはなりません。すなわち、ともに責任を担うべき社会、このともに責任を担うというところに重点が置かれなければならないと思います。

本質とは何か。医療を提供することに男性も女性もない、どうしたらフルタイムで働けるか。すなわち女性医師キャリアの継続ということが非常に大事であり、本質ではないかと思うわけです。継続する力を育むことをやはり私たち皆で女性医師に対して提供していかなくてはなりません。いろいろな場面でいろいろな支援体制がありますが、それは継続する力を育み、そして医師という仕事は大事なキャリアであり、多くのお金が費やされて医師１人が養成されることから責任のある仕事だという自覚を我々女性医師に持たせ、ともにキャリアを推進することに費やされなくてはなりません。その上で、いろいろな援助を受けていくという姿勢が大事であると思います。

これは、2006年にメディカルトリビューン紙に掲載されましたオピニオンですが、掲載記事の一部をご紹介いたします。もはや女性医師なくして医療は成り立たないというわけでありますが、ここにも医師の働き方の見直しへの対応策が示されていると思います。適正な医師数、学内・院内保育所、出産・育児時期に限定した支援、経済支援、自覚などがキーワードとして読み取れます。

忙し過ぎる現状打破へのキーワードを挙げてみます。①医師不足、②診療ステップの複雑化、③コンビニ受診、④患者の大病院志向、⑤労働基準法無視、⑥医療費抑制政策、⑦専門医志向と臓器別診療、⑧家庭医の育成と制度化、⑨ワーク・ライフ・バランス、⑩病院の機能分化、⑪公立病院改革ガイドライン、⑫地域医療のあり方、⑬市民の受益と負担、⑭市民との対話と啓発など、これらのキーワードを医療従事者のあり方、制度、市民に分類しましてそれぞれの施策を考えてみたいと思います。

医師の働き方の見直しには、女性医師の勤務支援体制整備は真に必要不可欠ですが、それのみでは困難であり、総合的な施策が必要であると私は思っております。女性医師が多くなったと言われますが、日本の女性医師の割合は、他の先進国と比較してみますといまだ半分です。日本では、女性医師が働ける社会資本の整備に今後力を注いでいかなくてはなりません。そして、コメディカルスタッフの業務内容改善と離職防止が重要です。そうすることによってコメディカルスタッフの数が増えて医師との機能分担が促進されると思います。さらに、医療従事者も人間であり、休むこと、研究することも必要であるということを市民に知らせて理解を得る努力も必要であります。

ワーク・ライフ・バランスにつきましては、先ほど清野先生がお話をなさってい

ますので割愛させていただきます。

よく指摘されますように、日本人の１人当たりの医療費はＯＥＣＤの中でも19位と低く、国民1,000人当たりの医師数も少ないのが現状です。医療に経済を持ち込むなとの議論も聞かれますが、経済を医療に合わせるという視点も大切であると思います。このようなお話は『日本医師会雑誌』等に掲載されておりましたけれども、経済性については我々医療人にも必要です。

医師会の中には反対意見もおありとお聞きしますが、初期医療を幅広く行うことができる医師の養成は必要ではないでしょうか。救急医療領域におきましても、救急初療の卒前・卒後教育を組み入れて、すべての医師が少なくとも救急初療に対して現場で対応することが可能であれば、救急医の疲弊は多少緩和されるかもしれません。どのような形であれ、これらは制度として組み入れられることが必要です。

現在、私は地方都市の公立病院長の立場ではありますが、医師の適正配置については病院の機能分化が欠かせません。地域医師会、病診連携、病病連携、基幹大学との連携づくりが行われており、その効果があらわれることを期待しているところです。

コンビニ受診の背景には大病院志向がありますが、単に分からないことが多く不安にかられて受診をするということもあります。子育て中の若い親に対し相談窓口を開く、患者の分散化を図るために病院前救護システムをしっかり構築する、市民に医療をよく知っていただき、税金の投入に理解をしてもらうことなど、今後検討していく必要があると思います。それにはメディアにおける正しい報道が欠かせません。市民への理解と啓発にはやはりメディアの力が大きいと思います。

さて、これまでお話ししてきました内容が本シンポジウムのお答えになるかどうか甚だ不安ではあります。ただ、私なりに考えました医師の働き方を見直すための方策は、医療従事者の増員と待遇改善、卒前・卒後教育における臨床教育の充実、医師会、病院、大学との連携強化と機能分担にまとまろうかと思います。個々の施策に関しましては、各病院で実施されているいろいろな施策を参考にして、その病院の間尺に合った施策をそれから取り入れていくことが、今の私の立場では重要なことだと思います。

以上で、私の「医師の働き方を見直す」の発表を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

日本医師会　第4回男女共同参画フォーラム
2008年7月19日　於：ホテル日航福岡

シンポジウム

「医療崩壊をくいとめるために、
今何ができるか、何をすべきか」

医師の働き方を見直す

名古屋市立東部医療センター東市民病院
津田喬子

◇ 平成18年度全国医師会勤務医部会連絡協議会宣言

◇ 女性医師の勤務支援体制の現状
これまでの男女共同参画事業
日本医師会の医師再就業支援
行政の支援

◇ 女性医師の勤務支援体制の功罪

◇ 医師の働き方を見直すためのキーワード

◇ 医師の働き方の見直すための施策は？

1

平成18年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
宣　言

勤務医の過酷な労働環境が質、安全の面から看過できない状況であることを確認した。ここに参加者の総意として、次のとおり宣言する。

1. 政府は財政主導の医療費抑制政策を直ちに改めること。
1. 勤務医の劣悪な勤務状態を改善するため、医師の養成人数を増やすこと。
1. 女性医師のきめ細かい勤務支援体制を整えること。
1. 開業医と勤務医が相互にサポートし合い、地域医療を支援する体制を考えること。
1. 勤務医のアンガージュマン（医師会活動や医政活動に参加すること）を広く促していくこと。

平成19年3月

2

女性医師の勤務支援体制の現状

これまでの男女共同参画事業

日本医師会の医師再就業支援事業

行政の支援

3

これまでの男女共同参画事業

1994年男女共同参画室設置
2000年男女共同参画社会基本法施行
2001年男女共同参画局に改組

男女共同参画社会
男女が、社会の対等な構成員として、自らの意思によって社会のあらゆる分野における活動に参画する機会が確保され、もって男女が均等に政治的、経済的、社会的及び文化的利益を享受することができ、かつ、共に責任を担うべき社会

4

◇ 男女共同参画局ホームページを用意
◇ 情報検索が可能
◇ 男女共同参画白書の作成
◇ 男女共同参画推進本部ニュース（えがりて）発行
◇ 男女共同参画社会づくり功労者表彰
◇ チャレンジ・サイトの設置（ネットワークの構築）
◇ 男女共同参画センター等の事例紹介
◇ テーマ毎の支援機関やチャレンジ事例の紹介
◇ 地域版チャレンジ・サイト紹介
◇ 女性と仕事の未来館
◇ 国立女性教育会館（ヌエック）
◇ 働く婦人の家
・・・・・・・・
その他多数

5

日本医師会の医師再就業支援事業

平成18年度より厚生労働省の委託事業として
女性医師バンク立ち上げ

- ◇ 女性バンクの積極的な広報活動
- ◇ コーディネーターの増員
- ◇ 都道府県医師会共催による「女性医師の勤務環境の整備に関する講習会」開催
- ◇ 女子医学生、若い女性医師を対象とした講習会開催など

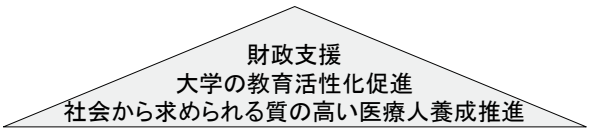
6

行政の支援

平成17年度から

地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い
医療人養成推進プログラム（医療人GP ）

地域医療等社会的ニーズに対応したテーマ設定
国公私立大学から申請された取組
質の高い医療人を養成する特色ある優れた取組



7

平成18年度医療人GP

テーマ1　分野別偏在に対応した医師の養成
テーマ2　臨床能力向上に向けた薬剤師の養成

平成19年度医療人GP

テーマ1　女性医師・看護師の臨床現場定着
及び復帰支援
テーマ2　臨床研究・研究支援人材の養成

8

女性医師の勤務支援体制の功罪

功

働き過ぎへの警鐘
女性医師のモチベーション向上

罪

女性医師の依存度増強
女尊男卑とも揶揄される
男女共同参画社会基本法の誤った解釈

9

本質は何か？

医療を提供することに、男も女もない

どうしたらフルタイムで働けるか

女性医師キャリアの継続

⬇

継続する力をはぐくめ

10

女性医師が働き続けられるためには

OPINION mail―医療問題への視点―

- もはや女性医師なしには医療はなりたたない、女性医師が辞めない病院が生き残る(日本女医会会長)
- 医学部の定員、勤務医の適正数を再考すべき(病院長)
- 大阪市女性医師ネットワークを設立（市役所と大阪市立大学医学部が共同、女子医学生からOBまでを会員）、学内保育所の拡充などに向け検討
- 労働環境を見直すことで離職する女性医師を減らす（病院長）
- 出産・育児と勉強の時期が重なる女性医師特有の問題点に理解を、この時期を支援すれば完全勤務が成り立つ（病院長）

Medical Tribune 2006年10月5日

11

- 保育園が支えた女性職員の定着率の高さ、仕事を続けられたのは院内24時間保育園のお陰(東京都)
- NPO法人(ejnet)による第三者評価一働きやすい病院評価事業一の開始(大阪府)
- 24時間365日預かってくれる保育園が必要(山梨)
- 現場に戻れない根本的原因は医療に対する経済的締めつけにある、雇用者側の経済的なゆとりを要求すると共に、個々の女性医師たちに医師を目指した原点に立ち返って働き続ける意欲を望む(東京都)
- 社会基盤の整備の前にまず親としての覚悟が必要、父親にも覚悟が求められる(病院長)
- 医師不足の解決に女性医師だけの対策が意味をもつのか？環境側因子の改善と女性医師の意識改革が必要(千葉)

Medical Tribune 2006年10月5日

12

医師の働き方を見直すための
キーワード

忙しすぎる

施策は？

医療従事者のあり方

制度

市民のあり方

1. 医師不足(勤務医不足)
2. 診療ステップの複雑化
3. コンビニ受診
4. 患者の大病院志向と要求の高度化
5. 労基法無視
6. 医療費抑制政策
7. 専門医志向と臓器別診療
8. 家庭医(総合医)の育成と制度化
9. ワーク・ライフ・バランス
10. 病院の機能分化
11. 公立病院改革ガイドライン
12. 地域医療のあり方
13. 市民の受益と負担
14. 市民との対話と啓発

13

医師の働き方の見直し
その施策は？

女性医師の勤務支援体制整備は
必要不可欠である

しかし、勤務支援体制整備のみでは
解決しない

14

医療従事者のあり方 医師不足(勤務医不足)
コメディカルの不足
患者との信頼関係

◇ 医師数の問題

女性医師の割合

仏	38%	独	38%
英	37%	伊	35%
米	28%	日	16%

↓

日本では女性が働けるような社会資本の整備が遅れている

◇ コメディカルの業務内容改善と離職防止

◇ 市民との対話と啓発

医療従事者も人間であること

15

医療従事者のあり方 ワーク・ライフ・バランス

◇ 女性のみの問題ではない

16

制度 医療費抑制政策

OECD(2005年)によれば日本の医療費は最低

◇ 税金をもっと医療へつぎ込む

◇ 医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせる

経済学の役割はあくまでも、医学的観点からみて最適な医療サービスが社会的に公正な基準に従って効率的に配分されるためには、どのような医療制度をつくればよいのか、そのための財政的措置をどのようにすればよいかという問題を解決しようとするものである

(宇沢弘文:ヒポクラテスの誓いと社会的共通資本としての医療、日医雑誌、 第134巻、2005)

17

制度　家庭医、総合医

福島県立医科大学「地域・家庭医療部」2006年3月開設

診療科目にとらわれることなく、初期診療を幅広く行える医師

その役割は総合的に診療することに加えて、家庭背景を理解した上で、主に相談機能を果たしたり、救急医療における診療必要性の優先順位を示したりする
また在宅医療を推進する中心的な役割を果たす

地域に質の高い家庭医がいれば病院や専門医は自分達の仕事に集中することができる

井伊雅子：特集　医療崩壊の危機　医師を増やしても解決しない
WEDGE July 2008

18

制度　病院の機能分化

◇ 救急医療1次～2次の連携と3次体制の確保

◇ 各組織の連携

19

市民のあり方　コンビニ受診　市民との対話と啓発

◇子育て中の若い親に対する相談窓口
◇24時間医療相談ができる施設
◇夜間診療施設を紹介するシステムの構築

◇市民との対話と啓発
　各地域単位での説明会
　医師も人間であること
　医療の現実をメディアを通して紹介

20

シンポジウム

「医療崩壊をくいとめるために、
今何ができるか、何をすべきか」

医師の働き方を見直す

医療従事者の増員と待遇改善
卒前・卒後教育における初期診療教育の充実
医師会・病院・大学との連携強化と機能分担
市民との対話と啓発

名古屋市立東部医療センター東市民病院
津田喬子

21

「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」

３．天の岩戸を開く－女性医師の意識改革－

宮城県医師会常任理事　小田　泰子

ご紹介ありがとうございました。また、このようなところでシンポジストをさせていただくようなお役目をいただいて感謝しています。

私に与えられたテーマは「女性医師の意識改革」ということですけれども、「天の岩戸を開く」という題でお話をさせていただきたいと思います。

先ほどから男女共同参画社会とはどういうことかということを清野先生も津田先生も言われていますけれども、私は、男女がともに夢や希望を実現できる社会、それが男女共同参画社会であってほしいと思っています。「ボスとだんなが決める」、これは第１回男女共同参画フォーラムで、本日講師を務めていらっしゃる大阪の清野先生が、女性の働きやすさはボスとだんなが決めるのだと言われました。私はそのときフロアで聞いていまして、ああ、そうなのかと思ったのです。女性医師が勤務しても、どうも男性の上司がいい顔をしてくれない、女性が働きに行きたいと言っても、自分のだんなが出してくれない。そういうのを解決できると女の人は働きやすくなる。これで問題解決すると私は思ったのです。

ところが、それから何年も経ちましたが、あまり情勢は変わっていないように思うのです。それで、私はしみじみと考えたのです。万葉集、巻の一、巻頭に雄略天皇の歌があります。「こもよ　みこもち　ふくしもよ」という歌です。これを現代文に訳しますと、美しいかごを持ち、美しいへらを手に、この丘で菜を摘む娘よ、そなたはどこの家の娘か、名前は何というのか、自分はこういうものであるというようなことを雄略天皇が言われる、これが巻頭の歌です。相聞歌、恋の歌ということになっています。でも、これには「菜摘ます娘」の意見は全然反映されない。きっとこのまま雄略天皇のもとに連れていかれたのではないかと思うのです。どうもボスとだんなが決めるというのには、そういう「におい」があるということを今に

なって思います。

男性は自信に満ちあふれています。現在の繁栄をもたらしたのは資本主義、その社会を支えたのは男性型労働です。その男性型労働というのは、終身雇用、年功序列、そして長い拘束時間、まさに今の現代社会です。それを支える、家庭を守る人がいなければ成り立たない、男女の役割分担ということになりますけれども、その家庭を守る人については存在しないという考えがずっとあったのではないかと思います。今問題となっている医師の過重労働ですが、日本の病院の医師・看護師は、１人当たりアメリカの５倍の入院患者と８倍の外来患者を診ている。にもかかわらず日本の病院の72.8％は赤字である。女性医師が離職するのは労働環境が劣悪であることの反映ということについては、これまでも講師の皆様が言われているとおりだと思います。

そこで、女性医師は天の岩戸に隠れようとしています。高天原で天照大神が天の岩戸に隠れましたらいろいろな災害が起こりました。過酷な男性型労働尺度に合わない者を欠陥者、ドロップアウトと面と向かって言われます。その理由は欠勤が多い、時間になると帰る、当直をしない、当直なんていう柔らかな表現をされていますけれども、夜勤です。突然休む、頼りにならないと、はっきりと言われながら私たちは勤務を続けてまいりました。退職するのは女性医師の無言の反抗です。最近は岩戸を探す男性医師もあらわれました。「立ち去り型サボタージュ」と言われていますけれども、これは男性の人間性の復帰、ルネサンスではないかと思います。こういう形で男女ともに自分の生活を大事にするような人があらわれてくるのが望ましいと私は思います。皆様、「さっさと逃げるロシアの兵、死んでも尽くすは日本の兵」という歌を知っていらっしゃるでしょうか。これは日露戦争のころの歌で、さすがに私はそのころまだこの世に生まれていませんけれども、まりつき歌としてずっと子どものころから歌っていました。今もこの「死んでも尽くす日本の兵」というのは変わらない、日本文化の１つのような感じがします。

女性の困難、役割はたくさんあるのです。夫に対する妻、子どもに対する母親、夫の両親に対する嫁、自分の両親に対する娘。男性は、例えば大学教授という地位を持っていますと、夫の役目も父親の役目も、婿の役目も息子の役目もしなくても立派な社会人として通用するのです。でも、女性はそうはいかないのです。やはりある程度家も片づいてなくてはならないし、子どもの教育にも気を配らなくてはいけない。そのほかに、結婚、妊娠、出産、育児、家事、やっとそれが終わったと思

ったら介護、それも女性の仕事です。そして夫の転勤、留学、勤務地の変更、そして自分の体力、女性の困難は数知れないほどあります。

これは共働き夫婦の帰宅の図です。男性は悠然と新聞を小脇に挟んで書類かばんを持って帰宅します。女性はいつも小走りです。たくさんの荷物を持って、夕飯の買い物や、子どもに頼まれたもの、また、クリーニング屋で受け取ってきたものなど、とにかくいつも小走りでたくさんの荷物を持って走ります。そして、帰宅後、夫にはテレビの前のテーブルとお茶と安息が待っており、妻にはキッチン、そして遅くまでの後片づけが待っています。こんなことをしなくてはならないのに女性の復職支援は的を射ているのでしょうか。子育て、家事、介護、それだけでも大変なのにどうして女性は外に出て仕事をしたいのでしょうか。保育園を増やしてパートタイマーやフレックス勤務でも正職員として認める、これを優遇措置と言われていますけれども、それで女性の負担は軽減されるでしょうか。それで女性は満足するのでしょうか。

昨年、仕事と家族に関する全国調査をした方がいらっしゃいます。全国の20歳から59歳の男女9,000人に対してなさいました。その結果ですけれども、将来フルタイムで働きたい女性は既婚者で23.7％、未婚者でも32％しかいません。政府は保育園を増やすことで女性の働きやすさと少子化対策をしようとしています。しかし、これらは女性の社会参加促進につながっていない。女性の社会参加を促進する要因は別なところにあるのではないかというのが、この調査を行った日本大学人口調査研究所の小川直宏所長のご意見です。

日本における女性の社会参画指数というのは、これは有名ですから皆様よく聞かれたことがあると思います。ＨＤＩ、ヒューマン・デベロップメント・インデックスと言いますけど、長寿を全うして健康的な生活を送る、よい教育を受ける、人間らしい生活を送ることができる、そういう点では日本は177カ国中７位と非常に高い位置にあります。国数が増えるに従ってこれはだんだん上位に上がっていきます。もう１つ、ジェンダー・エンパワーメント・メジャーというのがあります。女性が政治および経済活動に参加し、意思決定に参加しているか、女性は能力を十分に活用しているかということについて言えば93カ国中54位と日本は非常に低いです。これは、調査をする国が増えるに従ってだんだん順位が下がっていく傾向にあります。もう１つ、ジェンダー・ギャップ・インデックスというのがあります。これは131カ国中91位と、これも非常に低いです。ですから、日本の女性は、健康で長生きし

てよい教育を受けて人間らしい生活を送ってはいるけれども、社会参画の道は開かれていない、能力を十分に活用していないという結論が見えてきます。

そこで、「女性医師の意識改革」、私に与えられたテーマです。女性医師の意識改革は、主体的に提案できる環境整備から始まります。男性がおぜん立てして、それに乗っかりなさいというのではもうだめだと思います。普通の女性が仕事を続けられる社会、職場、家庭であるべきで、能力のある人が髪を振り乱して死ぬ思いで働かなくてはならないような職場環境であってはいけないと思います。そのためには女性に立案させ、発言させ、責任を持たせる場を与えてほしいと考えています。

医療現場というのは風通しが悪いのです。新参者は先輩の決定に疑義を挟むべきではない、それに賛成か、反対かという調査があります。その結果が３％から45％まで分かれました。もちろん医療現場は45％です。新参者は先輩の決定に疑義を挟んではいけないというのが医療現場です。そして、女性はたいてい新参者なのです。女性に意見を聞かない、女性の意見が通らない、やる気をなくす女性、そして職場を去っていくということになります。ちなみに、３％はパイロットです。

しかし、実際は女性も働きたいのです。仕事を持つというのは人間の根源的な欲求です。社会参画、社会に生きる場を持つのは、人間の喜びです。障害者を納税者にするのがリハビリテーションの最終目的と言われています。自分らしく生きられます。例えば、自分の両親や兄弟からちょっとした援助を頼まれたときに自分のポケットマネーで援助できるのは、やはり１つの存在意義が持てるということです。従属関係から抜け出します。だれのおかげで食べさせてもらっているのだなんていうことは言われないで済みます。生活ももちろん安定します。離婚もありますし、夫も不死身ではありません。子どもが大きくなれば教育費もかかります。

私は、現代的な母系社会の実現が望ましいのではないかと思います。資本主義はどうしても弱肉強食、経済原理主義の社会です。母系社会はどちらかというと福祉社会、いろいろな欠点もありますけれども、福祉社会です。

今年の１月に日本医師会は医療政策シンポジウムを開催しました。脱格差社会というのがテーマでした。そこで東大の神野直彦先生が、富の垂直的再配分、富める者が貧しい者に、トリクルダウンという言葉を使っていましたけれども、ぽたぽたと富を再配分するのではなくて、だれもが弱者になり得ることを前提に互いにリスクを支え合う水平的再配分でなくてはならないということを言われました。富の再配分や労働環境整備など、脱格差社会政策とその実施が必要であると私は考えます。

「天は自ら助くる者を助く」。これは私がいつも考えることですけれども、これから女性はさらに増えると思います。女性医師の問題は女性自らが解決に向かって努力する必要があります。そのためには女性が意見を述べる場、それを受け入れる環境が必要です。世の中は経済と政治、力関係で動きます。結局は女性をボスにしてほしい。女性をボスにして自分たちが計画したことを自分たちが実施できるような環境を与えてくだされば、もう少し女性医師問題は解決するのではないかと考えます。

女性医師支援、本当はどうなのでしょう。女性の働き方こそ人間本来の姿に近いと私は思います。女性の復職支援、本当は男性支援ではないでしょうか。男性を十字架から解放して、男性、女性ともに生きる、手を取り合って階段を上っていく、困難に立ち向かう、そういう社会がこれから望ましいと思います。

眠り姫が100年の眠りについていましたら、白馬にまたがった王子があらわれて目を覚まさせ幸せにしてくれました。シンデレラがまま母たちのいじめに耐えていたら、魔法使いがあらわれて幸せにしてくれました。もうそういう時代ではありません。女性も意識改革をしなくてはいけないと思います。

先日、宮城県医師会に産休・育休中の医師会費減免申請が出されました。私はこれを出した人は非常に勇気のある人だと思います。宮城県医師会、もちろん多くは男性ですから役員会は紛糾しました。日本医師会に問い合わせました。そんなことはしておりませんというのが返事でした。都道府県医師会に問い合わせました。そんな申請は今までないというのがほとんどでした。でも、これから検討するというところと現在やっているというところは２県ありました。それを受けて宮城県医師会もこの減免申請を受理することに決めました。そのディスカッションの中で、この女性がその産休・育休を終えたらどういう働き方をするかが問題だと発言された方がいらっしゃいました。私もそのとおりだと思います。私がまだ教養部のころに、先輩の女性から「あなたがもし何か不始末をしたら、それはあなたがしたのではなくて『おんな』がしたと言われるので気をつけなさい」と言われました。女性は１人ひとりがパイオニアなのです。

ソロモン王は、神に知恵と識見を願ってイスラエルを繁栄に導きました。私も知恵と識見を願っていきたいと思います。これが今日の開けゴマとなることを願っております。どうもご清聴ありがとうございました。

日本医師会
男女共同参画フォーラム

「天の岩戸を開く」

平成20年7月19日
宮城県医師会常任理事
小田泰子

男女共同参画社会とは

- 男女が、対等な者として、自らの意思によって社会活動に参画する機会が確保され、均等に政治的、経済的、社会的、文化的利益を享受することができ、かつ、共に責任を担う社会
- 男女が共に夢や希望を実現できる社会

1

ボスとダンナが決める！？

- 万葉集　巻の一　巻頭の歌　　雄略天皇
  こもよ　みこもち　ふくしもよ　…
- 美しい籠をもち、美しい篦を手に、この丘で菜を摘む娘よ、そなたはどこの家の娘か　名はなんというのか　この大和の国を、隅々まで治めている、全てを支配しているこの私から、名をも家をも名乗ろう
- 「菜摘ます娘」の意見は？

2

男性の自負と自信

- 現在の繁栄をもたらした資本主義社会
- それを支えた男性型労働
- 終身雇用、年功序列
- 長い拘束時間
- 家庭を守る人がいて成り立つ

3

医師の過重労働

- 日本の病院の医師・看護師は1人当たり米国の5倍の入院患者と8倍の外来患者を診察
- にもかかわらず日本の病院の72.8%は赤字（2006年病院運営実態調査）
- 女性医師が離職するのは労働環境が劣悪であることの反映

4

天の岩戸に隠れる女性医師

- 過酷な男性型労働尺度に合わない者を欠陥者、ドロップアウトとして扱う職場（欠勤が多い、時間になると帰る、当直をしない、突然休む、頼りにならない）
- 退職は女性医師の無言の反抗
- 岩戸を捜す男性医師「立ち去り型サボタージュ」（人間性の復帰）
- さっさと逃げる…死んでも尽くすは日本の兵

5

女性の困難

- 女性の役割：妻、母、嫁、娘
- 複雑多岐な阻害要因
- 結婚、妊娠、出産、育児
- 家事、介護
- 夫の転勤、留学、勤務地、体力

6

共働き夫婦の帰宅

7

帰宅後

- 夫には安息
- 妻にはキッチン

8

女性の復職支援は的を射ているか

- 子育て、家事、介護。それだけでも大変なのになぜ外に出て仕事をするのか
- 保育園を増やし、パートタイマー、フレックス勤務でも正職員と認める等の「優遇」処置で女性の負担は軽減されるか、女性は満足するか

9

仕事と家族に関する全国調査

日本大学人口調査研究所とWHOの共同研究

- 07年4~7月、全国の20~59歳の男女9,000人
- 将来フルタイムで働きたい女性は既婚者で23.7%、未婚者でも32%
- 政府は保育園を増やすことで、女性の働きやすさと少子化対策をしようとしている。しかし、これらは、女性の社会参加促進につながっていない
- 女性の社会参加を促進する要因は別なところにあるのではないか（小川直宏所長）

10

日本における女性

政治・経済活動への女性参画指数国際比較

- HDI（人間開発指数）：「長寿を全うできる健康的な生活」「教育」「人間らしい生活」 177か国中7位（国連、人間開発報告書）
- GEM（女性活躍指数）：「女性が政治及び経済活動に参加し、意思決定に参加している」「能力を活用している」　93か国中54位
- GGI（ジェンダーギャップ指数）：131か国中91位（世界経済フォーラム）

11

女性医師の意識改革は

- 女性の意識改革は主体的に提案できる環境整備から始まる
- 普通の女性が仕事を続けられる社会、職場、家庭であるべき
- 女性に立案させ、発言させ、責任を持たせる場を！

12

風通しの悪い医療現場

- 「新参者は先輩の決定に疑義を挟むべきではない」
- 賛成：3%対45%
- 女性に意見を聞かない
- 女性の意見が通らない
- やる気を無くする女性→職場を去る

13

女性も働きたい

- 仕事は人間の根源的な欲求
- 社会参画は喜び
- 自分らしく生きる
- 従属関係から抜け出す
- 生活の安定（離婚・夫の病気・死別・子の教育費etc）

14

現代的な母系社会の実現を

- 資本主義は経済原理主義、弱肉強食
- 母系社会は福祉社会
- 富の「垂直的再配分」ではなくて、誰もが弱者になりうることを前提に互いにリスクを分かち支え合う「水平的再配分」（東大、神野直彦氏）」（脱・格差社会）
- 富の再配分、労働環境整備など、脱・格差政策とその実施が必要

15

天助自助

- 女性医師は更に増えるであろう。
- 女性医師の問題は、女性自らが解決に向かって努力する必要がある。
- 女性が意見を述べる場、それを受け入れる環境が必要。
- 世の中は経済と政治、力関係で動く
- 女性をボスに

16

女性医師支援、本当は？

- 女性の働き方こそ人間本来の姿
- 女性の復職支援、本当は男性支援？
- 男性を十字架から解放
- 男性、女性、共に生きる

17

開けゴマ！

- 白馬の王子
- 魔法使い
- 女性医師の意識改革
- 産休･育休中の医師会費減免申請
- その後が女性全体の評価を左右する
- 女性は一人一人がパイオニア
- ソロモン王の願い　知恵と識見を

18

ご清聴を感謝

19

「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」

４．マスコミの視点から

西日本新聞社専任職編集委員　田川　大介

皆様、こんにちは。西日本新聞の田川と申します。本日、日本医師会の男女共同参画フォーラムで話すように言われまして、まず思い浮かんだことは、男女共用便所のことでありました。十数年前のことになりますけれども、私が最初に医療を担当するようになりまして、九州大学医学部の臨床研究棟にまいりました。薄暗い廊下を歩いていますと突然廊下の中ほどに、ただ「便所」と書かれたドアがありました。恐る恐る開けてみますと、窓側のほうに男性の小便器がいくつか並んでおりまして、もう片方にいくつかボックスがありました。その１つに「女子」と書いてあったわけです。これは男性が小便している横を通って女性は用足しに行かないといけないのだなと、なかなかこれは嫌だろうなと思ったのを思い出します。昨日、後輩に聞きますと、今でも全然変わっていません。換気も悪くて窓を開けると外を通っている人と目が合いましたというようなことを聞きまして、女性の働く環境というのは本当に大変だなと思いました。

４、５年前ですけれども、東京で国会を担当していまして、記者仲間で食事をする機会がありました。そこには女性記者が４人いらっしゃいまして、私たち同じ持病があるのですよ、何だか分かりますかということを聞かれました。さあ、何でしょうか、偏頭痛か何かですか。違います。何ですか。急性膀胱炎ですということをおっしゃいました。原因はいろいろあるのでしょうけれども、彼女たちの言い分によりますと、国会議事堂は非常に女子トイレが少ない。長く男性社会だったものですから、はるばる廊下を歩いてたどり着くと決まって使用中で待たされる。入ったと思ったら次々ノックをされると。ある方は、入っていたらどんどんとノックをされて、これはと思って出てみたら血相を変えた国会議員が立っていたという話を聞いたことがあります。彼女たちは膀胱が悪くなるのは職業病だからしようがないと

おっしゃっていましたけれども、その後、国会は急速にトイレの改築が進みまして、今はだいぶ女性用トイレが増えたように聞いております。

私は日本医師会館に伺ったことはありませんけれども、福岡県医師会館はすばらしいな、立派だなと、その点思うわけです。建物が新しいだけではなくて、各階に広い女子トイレが設置されています。私が入ったわけではなくて、女子職員に取材したわけですけれども、医師会員は7,570人、うち女性は793人と１割強です。理事の先生も女性は家守千鶴子先生お１人だということですけれども、トイレは平等に設置されています。さすが女性医師バンク西日本センターだなと感銘を受けました。男女共同参画の１つのバロメーターと言ったら大げさかもしれませんけれども、トイレというのは大事なことで、見落としがちなところかと思います。

男女共同参画というのは、医療界だけの問題でないことは明らかであります。私が勤務しております西日本新聞社でも社内でさまざまな議論が進んでおります。西日本新聞は福岡に本社がありまして、九州・山口に発行しております。北海道新聞や中日新聞と同じブロック紙という位置づけの新聞社です。私が入社しましたのは、男女雇用機会均等法が施行されて４年目の1989年でしたけれども、そのとき入社した女性記者は17人中１人だけでした。19年経って、この春入社した新人は15人。そのうち女性は５人と、３分の１を占めています。編集局、これは記者職ですけれども、全体では453人中59人が女性であります。昇進も含めて男女に制度上の差別はありませんけれども、やはり育児や結婚、両立して働き続けるということになるとなかなか難しい問題があるようです。夕刊、朝刊とあります。朝刊をつくるのは未明までかかります。昔ながらの夜討ち朝駆けで情報を集めます。早朝から働いて宿直、翌日も深夜まで勤務しなければなりません。現在、紙面をにぎわしています大分県教育委員会の採用汚職の問題などは、その日その日で担当する記者が変わりますと情報が得られません。毎日決まった記者が詰めなければなりません。版ごとに１日何回も締め切りがあるという日々の中で、子どもが病気になりましたので休みます、早く帰りますとは言えない雰囲気があります。どうしても事件や事故、調査報道などに携わる社会部など労働環境の厳しい部署には既婚の女性は今のところおりません。比較的勤務時間が安定している文化部であるとか、内勤、いわゆる編集部門、そういうところには既婚の女性が多数活躍しておられます。離婚によるシングルマザー、社内結婚によって福岡と東京で離れ離れという夫婦も数組います。会社は女性専用の宿直室を整備したり、記者が１人で駐在する地方の支局では一軒

家からマンションにかえてセキュリティーを整えたり、いろいろしていますけれども、先ほど申しましたように抜本的な解決にはなっていないようです。今後、在宅勤務の試行なども計画されているようですけれども、限られた部署でしか生かされそうにはありません。女性社員の要望が強い育児ルーム、託児所などは今後の課題だと思います。

本日のフォーラムに当たりまして、女性医師の方に何人かご意見を伺ってきました。男女共同参画を推進するにはどうしたらいいでしょうかということをいろいろと聞いてみました。その中でこういうことをおっしゃる方がおられました。この方は30代中ほどの方ですけれども、男女雇用機会均等法ができて20年あまり、その間の女性の意識は大きく３つに、３段階に分けられるのではないかということを言っておられました。最初は「二者択一の世代」です。働き始めたけれども、結婚を機に退職する、または結婚をしなくて働き続ける、仕事にかけるという方々です。仕事か家庭かはっきり選ぶという人たちであります。私の世代も同じで、私の同期の女性も結婚せずに海外の支局で働いております。先輩は結婚を機に辞めました。次の世代は30代中ごろ、後半ぐらいの方たちらしいのですけれども、「やってやろうじゃないか世代」と言うそうです。仕事と家庭を両立させて充実した日々を送りたい、能力を生かして社会貢献したいという人たちです。この世代の女性が頑張って働きやすい職場環境づくりに声を上げているということをおっしゃっていました。そして、ここ数年は「当然ですの世代」。両立するのが当たり前、またそういう職場環境が整っていて当たり前と言って入社してくる女性たちだということです。私が話を聞いた女性の方は苦々しい表情で、努力しないで待つのではなくて、勝ち取りなさいと言いたいというようなことをおっしゃっていました。

ただ、今の医療を取り巻く現状を見ますと、なかなかそうも言っておれないなと思います。30代半ばから40代の方に比べて、今の新人の女性の先生方はますます厳しい深刻なときを迎えているのではないかと思います。２人の女性医師の声を紹介したいと思います。

１人目は20代後半、医師免許取得４年目で内科の先生です。いわゆる地方の中核病院に勤務されています。結婚されていて、来年赤ちゃんが生まれるということです。インタビューした内容をまとめてまいりました。「妊娠が分かってからこんなに苦しく肩身の狭い思いをすることになるとは思ってもみませんでした。赤ちゃんができましたと職場で報告したとき、同僚からおめでとうの言葉はありませんでし

た。上司からは、『いつまで働けるの、後任はちゃんと来てもらえるわけ』と冷たく言われました。地方の病院は今、大学からの派遣打ち切りでただでさえ医師が足りないのです。たくさんの患者を先輩と２人で診ています。月に５、６回の当直があります。つわりがひどく立っていられないほど苦しくても休むことはできません。受け持ちの患者さんの容体が悪くなれば最後まで診ます。医師が足りないから休みたくても働かざるを得ないのです。先輩に迷惑はかけられません。結婚した友達も皆、限界まで働いて、切迫早産か流産でやっと休むことができています。医局から派遣された私にとって産休をとるということは辞めるということです。妊娠したことで、ただでさえ厳しい医局の人事にも迷惑をかけてしまいました。子どもは複数ほしいと願っていますが、こんなに肩身の狭い、嫌な思いをしなければいけないのなら、出産した後も２人か３人の子を産み育てるまでは現場に戻ることはないかもしれません」。こういうお話でした。

次の方は30代、循環器を専門とする開業医のお嬢様で、やはり循環器内科を専攻している先生です。この方は独身です。「循環器内科の医局には女性が少なかったこともあり、先輩方からは、女性で大丈夫なのか、ちゃんとやれるのかといった不安の目で見られました。結婚されている女性の先輩が、行きたくない当直先には行きません、家庭があるから外来だけにしてくださいなどとはっきり主張する方でしたので、先輩と同様にどうせ仕事をしないのだろうと厄介者扱いされているのを感じました。ですから、女性医師だという自覚を捨てて、呼び出しにも応じ、男性と変わりなく働きました。今は大学を離れていますが、できれば来年また戻ることができればと願っています。ただ、後輩たちを見ていると、女性が働き続けられるようにするためには課題も多いと思います。今は臨床研修制度がスーパーローテート方式になり、広く浅く学びます。私は以前の研修でしたから、将来は家を継ぐことになるかもしれないと考えて最初から循環器を学び救急もこなし、ある程度の自信をつけることができました。女性で医学部に入学する人の中には医師の娘が少なくありません。彼女たちは最初からこの科をやりたいという目標と希望を持っています。でも、専門を深く学ぶことができないまま研修が終わるころに結婚し、子どもができて休みに入る人もいます。医師になって最初の３、４年である程度の自信がつけば、近い将来また現場に戻ってこようと思うでしょう。けれども、広く浅く学ぶだけでは復帰しても責任ある仕事はできず、何より自信がないのでペーパードライバーのまま日々を過ごすことになりかねないのではないでしょうか。比較的短い

時間で専門を学べるよう臨床研修のあり方を柔軟に見直していただければと思います」。このようなことをおっしゃっていました。

医療界の男女共同参画につきましては、まず女性医師が問題を提起して、次に男性医師を含めて行動を進め、病院経営者、管理者の理解と支援を求めてきたということだと思います。ただ、今、事例を挙げましたように、その進み具合や取り組み方、実績は地域によって、また大学、医局によって大きく異なっています。女性医師の就労環境の未整備が医師不足を加速させている、医療崩壊を導いているというのは、福岡県医師会の横倉会長がおっしゃったとおりだろうと私も思います。

先ほど申し上げた妊娠中の女性医師の方、この方の後任を大学医局は早く選んで派遣してくれない限り、ご本人が休めないばかりか、受け持ちの患者さんの命が脅かされるということだと思います。そして、この勤務体系は女性だけの問題ではなくて、２人で診ているもう片方の先輩の男性も休むことができない、つらい日々を過ごされているということだと思います。男女共同参画を考えるということは、女性はもちろん、男性にとっても働きやすい職場環境を整える、これは医師だけではなくてコメディカルの皆様も同じだと思います。医療崩壊を防ぐには、女性医師だけの問題として考えるのではなくて、また医師や医療界だけの問題にとどめるのでもなくて、社会の問題、私たちの命にかかわる問題であるという認識で、安心できる地域づくりという視点でも考えていかなければならないというような思いを持っています。

本日は、「マスコミの視点から」という演題をいただきましたけれども、こういう実態を私たちはこつこつと追い続けて、事実を丁寧に拾い上げることによって、そもそも医療費をもっと増やさないといけないということも含めて、国民的な議論を巻き起こしていくということがマスコミ、新聞に与えられた責務ではないかというように考える次第であります。どうもありがとうございました。

日本医師会第4回男女共同参画フォーラム

医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか

マスコミの視点から

西日本新聞社専任職編集委員
田川大介

男女共同参画
と
男女共用便所

1

便所は男女共同参画のバロメーター？

- 大学医学部臨床研究棟
- 国会議事堂
- 医師会館

2

西日本新聞社では

- 859人　うち女性は110人
- 編集局（記者職）453人中59人
- 外勤と内勤
- シングルマザー
- 社内結婚

3

- 宿直室の整備
- 単独支局のセキュリティー
- 勤務時間の短縮、深夜・時間外の免除
- 在宅勤務の試行
- 育児ルーム（託児所）

4

均等法世代の3段階

- 二者択一の世代
- やってやろうじゃないか世代
- 当然ですの世代

5

医療界では

- 女性医師が問題提起し行動を起こした
- 男性医師を含めて行動を進めた
- 経営者・管理者の理解と支援を求めた

6

今や

女性医師の就労環境の未整備が

医師不足を加速させ

医療崩壊を導いている

7

医療崩壊を防ぐには

- 女性医師だけの問題にしない
- 医師・医療界だけの問題にしない
- 社会の問題として考える

8

総合討論

座　長

男女共同参画委員会委員長　中川　やよい
男女共同参画委員会副委員長　池田　俊彦

報告者およびシンポジスト

前男女共同参画委員会委員　櫻井　えつ
前日本医師会医師再就業支援事業部長　保坂　シゲリ
男女共同参画委員会委員／大阪厚生年金病院長　清野　佳紀
名古屋市立東部医療センター長・東市民病院長　津田　喬子
宮城県医師会常任理事　小田　泰子
西日本新聞社専任職編集委員　田川　大介

○中川やよい　私は、総合討論の座長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長の中川でございます。副委員長の池田先生と一緒に座長を務めさせていただきたいと思います。

総合討論では、シンポジウムでご講演いただきました４名の先生方、並びに報告をいただきました櫻井先生、保坂先生にもご参加していただきます。フロアからの質問などにお答えする形で進行させていただきたいと存じますので、積極的なご討論をお願いいたします。

なお、質問に立たれる先生方は、お近くのマイクまでお進みいただきまして、ご所属とお名前に続いて、どなたに対しての質問かということを言われた上でご発言いただきたいと思います。討論の時間が少し短くなっておりますので、手短にご質問いただければ幸いと思います。それでは、ご質問のある先生方、挙手いただけますでしょうか。

○森崎正幸（長崎県）　清野先生に質問です。女性医師の復帰支援事業とワーク・ライフ・バランスということで、独身女性が67人おられて30人が結婚されているということですが、私が一番心配したのは独身女性のモチベーションが下がらないのかということです。先生は１年以内にほとんどの方が８時間労働に復帰したということと、そういうシステムを構築したということを言われましたが、一番そこでモチベーションが下がらないように努力されたのは医師の増員なのか、あるいは託児所その他の設備のことなのかということを教えてください。長崎大学の医学部も産婦人科等が非常に困りまして、今実際ある託児所が看護師のための託児所なのですけれど、それを女性医師も利用できるということまではいったのですが、24時間使用というのを国と県の援助でしようとしたのですが、実現していません。その辺のノウハウを少し教えてほしいのですが。

○清野佳紀　初めに誤解があると思いますが、67人女性医師がいて、結婚している人が30人です。結婚していない37人というのは当然研修生、レジデントとか非常に若い層に多いです。独身女性対子どものいる女性というような対決に持ち込んだら、それはだめです。例えば、独身女性でも若い独身女性は全然問題ないのです。というのは、自分もいつかこの制度にご厄介になろうと思っているから、若い人がどんどん入ってくるようになったのですけど、先生がおっしゃる意味では年をお召しになった独身女性か、子どもがいない人だと思います。初めはそういう心配をしましたが、やはり介護の問題がすごく大きいのです。短時間正社員というのは、介護のときにそれらの方々もお世話になるのです。そのことを理解してもらって、男性も同じだと、だから子育てというのは若い時代に来るけれども、晩年にもそういうことはいつ襲ってくるか分からないということを啓蒙する必要があると思います。

○中川やよい　清野先生、ありがとうございます。モチベーションを持ち続けてもらうために先生のされた施策の中で、ほかの医師を動員されたのか、それとも環境整備に力を入れられたのかということについてはいかがでしょうか。

○清野佳紀　それは恐らく同じことだと思います。ですから、環境整備の一環としてどんどん医師を増やして、ほかの人に被害が出ないようにするというのはやはりトップとして約束する必要があると思います。

○中川やよい　ほかにご質問の方。

○深井登起子（埼玉県）　保坂シゲリ先生にお尋ねしたいのですが、日本医師会の女性医師バンク、大変効果的に運営されていると思いますが、やはりこれに対して

女性医師の中に全然知らないという人が半数以上おりますことが最近の埼玉県のアンケート調査で分かりましたので、もう少し情報の伝達について積極的な策を講じていただければ大変ありがたいと思います。フォーラムに来ている会員の方たちは皆そのことを知っていますが、これは氷山の一角で知らない人が多いものですから、その点どんな施策があるのか、私は各県にもう少し利用しやすい窓口のようなものをつくってはどうかと考えます。よろしくお願いいたします。

○保坂シゲリ　第１点目の広報の件でございますけれども、日本医師会の会員に対しましては、複数回、雑誌あるいは日医ニュースに折り込みチラシで広報しております。それがお目にとまらないということであるとすると、例えば日医ニュースは、来たらそのまますぐごみ箱という方もいらっしゃるということもお伺いしていますので、なかなか難しいと思います。女性医師バンクの登録者の内容を見ても非会員の方も半数近くいらっしゃるということで、会員の方にも非会員の方にも同じように情報がいっている部分もあると思います。その非会員の方にいっている部分については、各学会等で広報していただくようにしております。今までのところはそんなところでございます。

アンケートの件につきましては、医師会に対しての関心が薄いということがこの事業についてもご存じないということにつながっているのかと思います。ただ医師会にも入っていらっしゃらなくて、私どものお願いしている各学会にもあまりかかわりがない方にも情報がいくように、今年度は、すべての医師にこの情報をいき渡らせる方法はないだろうかということで、厚生労働省の予算も広報費として少し多くとっていただいております。現在それをどうやって使うのが一番効果的かということについて検討中でございます。

それから、各県に窓口というお話でございますが、今インターネットの時代でございます。インターネット、ファクス、電話で、東京に事務所がありましても、どこからでもアプローチできるということでございますし、これは職業紹介業という非常に厄介なルールのもとに縛られておりますので、それを無制限に広げるということはなかなか難しいということがあります。できれば各都道府県医師会で相談窓口のようなものを設けていただければ、そこで登録される方を日本医師会の女性医師バンクにご紹介いただくという方法をとらせていただくのが一番現実的ではないかというふうに思っております。どうぞ今後ともよろしくお願いいたします。

○大本佐和子（岡山県）　保坂先生にお伺いしたいのですが、岡山県医師会でもド

クターバンクを10年ぐらい前から持っておりまして、先ほど言われた職業安定法ですか、職業紹介のそういう認定もとっております。また、この会で女性医師コーナーをつくろうということになりまして、ホームページも今作成しています。それで、微々たるものですが、県からいくらか予算をつけてもらって、コーディネーターを週に２回ぐらい設置して１回２万円ぐらいでどうかなどという話も出ています。ただ、岡山県では、今までドクターバンクをやっていても年に１人、２人しか紹介がなくて、実際、医師会に入っていない人は自分からわざわざホームページにアクセスしてくるような人はほとんどいません。私はコーディネーター養成講習会にも出席しましたが、そういうコーディネーターみたいな人はやはりいると思います。懇切丁寧にやる人がある程度その女性の希望を聞いて、こういうところがありますと紹介してあげるのをやはりドクターがやるべきと私も思っています。今回岡山県でも病院協会と、それから女医部会と医師会で三者懇談を持つ予定ですが、その際に、できれば日本医師会の女性医師バンクがある定時の情報を我々のドクターバンクに流していただいて、こういう求職の人がいますというのが、名前までは言わなくてもいいですけれど、こういうのがあると言っていただければ、岡山県でこういう求職がありますという情報も流せますので、直接女性医師バンクにアクセスしなくても何かいい方法はないのでしょうか。それを私どもは今希望しているところであります。

それから、各ドクターにどうやって情報を伝えるかの話ですけれど、この間岡山県の行政と話し合ったところ、２年に１回か医師登録というのがありますが、そのときに、働いていなくても医師登録をする人はたくさんいると思います。個別にそういう人にだけ出したら問題があるので、医師登録をするときに全医師登録をする人に対してこういうシステムがありますという情報を送ってくれないかとお願いしました。そうしましたら、しますと言ってくれたので、これは全国的にやってみる価値があるのではないかと思っています。そうしたら休んでいる人にもそういう情報が伝わると思います。

○中川やよい　保坂先生、お願いします。

○保坂シゲリ　まず１点目の、岡山だけではないと思いますが、全国の都道府県にあるドクターバンクと日本医師会女性医師バンクとの関係ですけれども、先ほど申し上げましたように、職業紹介業のルールの中で、個人情報の保護というか秘匿ということは絶対条件です。そうすると、例えば女性医師バンクに登録したというこ

ともどこかに言ってはいけないといいますか、もしそこで紹介がうまくいったときに、あの人は日本医師会の女性医師バンクに登録して、その結果岡山県のバンクで就業が決定したというようなことが分かることも本来はいけないと監督官庁からはきつく言い渡されている部分がございます。その辺のことがございますので、例えば、今、何県の何科の常勤あるいは非常勤希望の先生が求職登録していますというところのレベルまでは、３カ月に１回程度、日医ニュースに載せさせていただいておりますので、例えばそれを個別に同じことの程度でよろしければ先生にお送りするというようなことはできると思います。それはまたご相談させてください。

それから、医師登録のときにというのは、医師登録はあくまでも医師のほうからするもので、してくださいと保健所から言ってくるわけではないです。義務づけられてはいますが、それはあくまでも例えば病院などには医師登録の用紙が送られていきますけれども、病院などに勤めていない人は自分からその用紙をもらって登録することになっていると私は認識しています。皆のところにお役所から用紙がいくということではないように思います。その登録された方に、後に情報を送るということは多分可能だと思いますが、岡山県は非常にご理解があると思います。全国の都道府県でそれをやってくれるところはほとんどないと思います。ですから、岡山県はそれをぜひやってください。よろしくお願いします。

○田中眞紀（福岡県）　私は外科の勤務医を28年していますが、その中で常々心がけているのは、私も出産などを経験して上司の立場になっていますので、常にモデルケースでありたいというふうに思ってきました。小田先生のお話で、ボスにならなければいけないという、ボスという言葉が大事だなと思いました。本日おいでの先生方もそうですが、長年医師として第一線にいる私たちが頑張って環境を変えていかなければならないし、意見を言わなければならないとしみじみ思って、明日からまた診療にその意識を高く持って務めていきたいと思いました。

院長をされている清野先生と津田先生にお伺いしたいのですけれども、今年は日本外科学会総会でも女性医師の問題でパネルディスカッションがあって私もパネリストになりました。その中に厚生労働省の方もおいでになられて、医師の主治医制の廃止ということをおっしゃられました。私も、これは女性だけにかかわらず男性も女性も、勤務医としてはこの主治医制ということが変化していけばかなり労働という面では楽になるのではないかと思っています。例えば法の手続きや、いろいろなことに必ず主治医の意見とか、何でも主治医、主治医となる。それから患者さ

んのベッドサイドにも必ず主治医というのをつけなければならないというところにいつもひっかかるのですけれども、そういうことを日本でも変えていけるのでしょうか。そこを教えてください。

○清野佳紀　既に変わっているところとして、ＩＣＵであるとかＮＩＣＵというのはどこでも複数の医師でシフトして診ていますから、主治医というのは一応書いてありますけど、その人がずっと責任を持っているとは言えないです。我々のところでも、産婦人科はもうほとんど複数主治医のようになっています。いろいろな段階がありますので、最初は、一番皆さんがやりやすいのは居残りを何人か、８時か９時まで居残りにかわって、それから当直にかわるというようなことを始めて、常にそこの病棟の患者さんは皆で診ていくというふうにすることだと思います。それは電子カルテになって非常にやりやすくなっています。病院のどこからでも全員が全患者さんを診られるようになりましたから。そういうのを利用して患者さんにも常に一緒に接していたら別に文句は出ないと思いますので、私はできると思います。世界中でそうなっているのに日本だけ変わらないというのはおかしいです。私の意見です。

○津田喬子　私の病院は、まだ清野先生のところのようなことはやっておりませんけれども、今、救急外来とかいろいろなところにたくさんの患者さんが押し寄せてくる中で、小児科は小児科の専門医ではないと診ていただきたくないという、そういう親御さんが多いです。それと一緒で日本の国民の方すべてが小児科は小児科の専門医に診ていただきたいというようなことが、要するに主治医制も１つそういう考えがあって、主治医ということと患者さんが非常に密接に結びついている。ですから、これは私たちの気持ちを変えることと同時に、国民の皆様方にも主治医制のよいところ、悪いところ、そういうことも含めて理解していただければ、やはり主治医制ではなくて複数の人間で診てもいいのだということを１つの方針とされる病院も多くなるのではないかと思います。私の病院もそういうことを一度皆に呼びかけてみてもいいなということで、本日の清野先生のお話をお聞きしたという次第です。

○田中眞紀（福岡県）　ありがとうございました。ぜひモデル病院として改革に取り組んでいただきたいと思います。よろしくお願いします。

○中川やよい　どうぞ。

○大塚明廣（徳島県）　最初に清野先生にお聞きしたいのですけれども、清野先生

は病院長としていろいろ知恵を絞られまして女性医師の登用や、経営についてもうまくやっていけるということをお聞きしました。毎年、2,200億円の社会保障費の削減の中で、医療において経営危機が叫ばれていますし、実際すべての病院長がかなり知恵を絞っても非常に難しい状況になっていると思いますが、清野先生がやられるような方式をとりますと、かなりの部分で経営として成り立っていくようなことができるのでしょうか。

○清野佳紀　私の病院は医師と看護師は非常に余裕をもって雇うようにしていますが、全部の職員をそうしているわけでもなくて、絞るところは徹底的に絞っています。ただ、現在では病院の人員が非常にいるようになっていますので、やはりもう少し病院に診療報酬を手厚くしていただかなければならないと思います。それは皆さんよくご存じで、電子カルテになってからも余計に人がいるようになっていますし、経営努力だけではとてもやっていけないと思います。私も、そのことについては、厚生労働省などに常に言っていますけれど、今回も病院の診療報酬を上げるよ、上げるよと言ってもほとんど上がっていません。

○大塚明廣（徳島県）　ありがとうございました。田川先生にお伺いします。マスコミの立場からのお話ということで、実際に女性医師の方々の窮状を発表していただきましたが、そういった部分で今マスメディアもある程度は分かってきておられるのですけども、まだ全体の風潮として、医療の危機感とか医療の崩壊について、日本の国民にそれを分かっていただくような十分なアナウンスメントができていないような気がします。そういう面でぜひ本気になってアナウンスメントしていただきたいと思いますが、お考えをお聞かせ願いたいと思います。

○田川大介　取材で腹を割って先生方、また医療関係者の方と話をしますと、私たちも本当に共感して分かります。じっくりと取り組んでいる連載などにおきましては、かなり論調は変わってきたと思います。医療が崩壊したら地域住民の命にかかわってきますから、特に地域の新聞はそうだと思います。厚生労働省の記者クラブで書く記事と現場で書く記事は生々しさが違うと思います。先ほど私、２人の女性医師の声を紹介しましたけど、２人とも男女共同参画フォーラムでしっかり言ってくださいねと、日本医師会の先生方に伝えてくださいということをおっしゃるわけです。どうして上司の先生に直接言わないのかと聞きましたけど、なかなか言えませんというようなことをおっしゃっていました。そういう院内の情報の風通しのよさといいますか、その辺りも求められるのではないかと思っています。

○大塚明廣（徳島県）　ありがとうございました。最後に、小田先生にお聞きします。日本の女性については、健康などの面では世界でトップのほうにいますが、政治やほかの部分については社会参加の面で非常に世界の中でも下のほうだということで、医療におきましてもやはり女性がボスとなって、本当に福祉の国に変わらなければならないと思います。男性医師にしろ、女性医師にしろ、もっと政治などの社会の部分に参画できる時間を割いて出ていかれて、それで医師が社会をリードして変革していく、そういうふうなことを思いますが、小田先生、もう一度そういった部分でのお考えをお聞きかせください。

○小田泰子　そのとおりだと思います。女性医師の社会参画は非常に低いです。日本医師会を見てください。１人も女性の理事、役員がいません。委員会、やっと50数％ですか、先ほどの報告でありましたけれども、お飾りというふうに思います。委員長が女性というのはないのではないでしょうか。実は上川男女共同参画大臣にお会いして、日本医師会には女性役員がいないと申し上げましたら、上川大臣が早速日本医師会の理事会に出席され、女性がいないということを言われたそうですけれども、なかなか壁は厚いと思います。ただ、道さえ開いてくだされば、非常に優秀な人はたくさんいます。ですから、むしろ男性は怖いのではないかとも思っています。これからいろいろな分野で働く女性が増えることを期待しています。

○大塚明廣（徳島県）　ありがとうございます。ぜひ勇気を持って一緒にやっていけたらと思います。どうもありがとうございました。

○齊藤恵子（岩手県）　女性医師バンクのコーディネーターもさせていただいております。先ほど小田先生が女性医師の意識改革ということをおっしゃいました。それから、田川さんがおっしゃった今の女性医師の気持ち、それは本当に40年前に私が医師になるころのこととあまり変わっていない状況だなということをまず感じました。女性医師の意識改革ということも本当に大事だと思っております。さて、女性医師バンクを担当いたしまして、求人のところを見ますと常勤医を求めているところがほとんどであります。それから、求職欄にあるのはやはりパート、そして子育て中という方々が多いです。それでなかなかマッチングがうまくいかない。それから、研修を希望しているというところがありますので、研修を希望している方に連絡をとりますと、ドクターである夫と同じ科をやっていながら外に研修に行くというのは自分、夫の恥だというようなことを言われてなかなか研修に出られないというようなことがあります。やはり男性の意識改革もまだまだだと思います。

清野先生にお伺いしたいと思うのですが、ご略歴をお聞きして、先生は小児科医でいらっしゃったのだと思いました。それで、働く女性医師にとって子育てというのは、ただ食べさせて寝させて安全であればいいというだけではなくて、人格形成の非常に重要な時期に子どもから離れて働かなければならない、将来どんな子どもに育っていくのだろうかと、子育ての時間の薄さというか、そういうものを私も子どもを３人育てましてつくづく思っております。そして、今現在、子どもたちに大きな問題が増えております。働く女性の子育て、そして子どもをどのように見ていって、小児科医の先生の立場としてご指導をして、ボスとしても考えておられるか教えていただきたいと思います。

○清野佳紀　難しい質問ですが、私がどうこうというよりいろいろな人がいるのです。例えば我々の病院の女性医師が67人といっても、本当にすきあらば辞めたいと思っている女性もいますし、ほうっておいても出てきたがる、子育て支援はいらないという女性もいます。いろいろな人がいるので、それはそれぞれの人生観なのです。だから私がどうこう言うことは考えませんが、できる限りいろいろな選択肢を与えられるような病院であってほしいと思っています。例えば、24時間保育がいいという女性もいますし、子育て支援なら５時に帰って当たり前という女性もいる、そういうことなのです。どういうふうにというよりは、やはり皆が考えていく問題ですし、それぞれの育児とか何とかいうのは家庭環境で決まっていますので、それに合わせてできる限り働いていただくようにしています。

○齊藤恵子（岩手県）　なかなか女性医師というか、女性も今は成熟していないというか、子育てが怖いとか、子どもがかわいくないなどという働く女性も増えておりますので、その辺を指導していくことも大事かなと思っております。

○清野佳紀　ただ子どもとべったり一緒にいたら育児ができると私も思っていませんので、それはいろいろな考え方があると思います。

○中川やよい　ありがとうございました。ほかに。

○高橋克子（宮城県）　これは追加でお話ししたいと思いますが、宮城県医師会では、女性勤務医師に対する勤務環境について病院長にアンケート調査を行いました。県内60の公立病院を対象として85％の回答を得ました。特に200床以上の病院は100％の回答を得て、大変関心の高さを知ることができました。しかし、一方では200床未満の32病院では72％しか回答が得られませんでした。

質問事項は、女性医師の就労状況、職場の設備の現状、妊娠、出産、育児、介護

にかかわる環境、労働環境改善、緩和労働の形態、同僚医師の負担への対策などにわたりました。結論を申し上げますと、各病院は勤務医不足に対して女性医師の就労を支援しようとして、一生懸命注目して一生懸命努力なさっている。しかしながら、医療費抑制政策によって病院経営が非常に困難を極めているということで、そのもくろみが実現できないでいるという苦悩が伺われました。総体的に見れば、大きな病院では医師数が多いだけ女性医師も多く、勤務環境を整備するだけの予算的な余裕もあって、また実際に女性医師に対しては非常に緩和労働なども行われていて周囲の同僚もそれを補てんすることも可能でありました。一方、小さな病院では、女性医師支援が消極的というよりは、しようとしても十分な予算もなく、苦しい病院経営の中で設立母体からは人件費や運営費の削減を迫られている状況では、女性医師支援のために設備投資も人員増強も不可能であります。仮に女性医師が赴任してこられると、妊娠、出産、育児のために就労時間を確保できなければ直ちに病院運営に支障を来すというふうな、こういう病院が地域医療を支えているという現状は何としてでも改善しなければならないと思いました。もっと行政に働きかけて、中小病院に経済的な支援を行うことをしなければ、地域医療がどんどん崩壊することを止めることができないと感じられたアンケート結果でございました。そのことを追加いたしたいと思います。

○中川やよい　ありがとうございます。後ろの方、どうぞ。

○上田聡子（山口県）　清野先生と津田先生にご質問させていただきたいと思います。清野先生が男女を問わず働きやすい職場を目指すとおっしゃったことと、津田先生の女性もフルタイムで働くべきだと、そういう言葉に非常に感銘を受けました。今表面に出ているのは育児中の女性への優遇策ですね。優遇策をつくってでも辞めないでほしいと、そういう動きが非常に表面にばかり出ていて、お２人の先生の根っこの大切な部分ですね、それがあまり出ていないような気がします。特に女性医師への育児支援ということで、育児、家事は女性がするものと、そういう意識がやはりそこに根づいているような気がします。女性もフルタイム、男女を問わず家事であれ仕事であれ、しなければいけないと、そういうものすごく大切なところが隠れているような気がしますが、どう思われますか。

○清野佳紀　それは、私は常に職員全員の働きやすい職場を強調しているつもりですけれども、周りの人がそれを取り上げるというだけです。例えばすぐ女性医師支援にすりかわっていくし、それはそれでいいのだと思いますけれども、ただ１つ言

えることは、女性医師支援とか育児支援を院長が本気になってやり出すと、必ず全員の待遇を改善しなければならないというように構造的になってきます。もしもそれをやらないと病院は崩壊します。ですから、それは１つのきっかけでいいと思います。というのは、そこが一番被害を被っているところだから、例えば女性医師が妊娠しても、誰も妊娠したことを喜ばないのはどこの病院でもそうらしいのですが、普通の会社ならおめでとうと言います。そこから始まってその人たちをいかにして助けてあげるかということ。それからほかの男性にも波及して、皆さんやはり同じように待遇していかなければならないようになります。

○津田喬子　妊娠、出産というのは女性だけができる、本当に女性の大事な特権でもあります。それを支援することは、女性である我々の一番大事なところの支援ですので、その支援をうたい文句にすることに、私はいささかも後ろめたさを感じません。ただ女性医師は、せっかくのキャリアを推進しなければいけないし、推進する努力をしなさいと、育児に関しても、最低限の保育所をつくるとか、そういうことについて我々は提供するけれども、ほかのことは夫と一緒、あるいは家族と一緒に解決し、自分の仕事場に持ってこないというのが本来であるという自分の考えを持っております。アメリカでは育児支援のサポートがきちっとしていても、自分のキャリアを推進するためには、育児は家庭内の仕事であるという認識がすべての世代あるいは男女を問わず行き届いております。そういう社会を日本でもつくるべきであると思います。

○上田聡子（山口県）　先生がおっしゃるように妊娠、出産はどうしようもないことですから、その支援は絶対必要だと思いますが、育児に関しては女性がしなければいけないということはないと思います。女性医師への育児支援という言葉が出ると、小田先生がおっしゃっていたような男女の性別役割分担意識があるのではないかなと思って申し上げました。

○津田喬子　育児はやはり男女ともにすべきことで双方に責任があることだと思いますので、そういう育児支援について女性支援という言葉を私が使っておりましたら気をつけます。

○清野佳紀　みんな育児支援としています。しかし、日本では結果として９割は女性がしているから、女性医師の支援になってしまうという現実がありますので、しようがないのではないでしょうか。

○中川やよい　この男女共同参画フォーラムの究極の目的は、やはり男女ともにワ

ーク・ライフ・バランスをうまくとれるようにということだと思います。

○庭山昌明（新潟県）　「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」という副題がついておりますが、今何ができるかということでは、たくさん勉強させていただきました。その何をすべきかのところですが、私ども新潟県では特に医師不足に悩んでおります。その中で10年以上前からドクターバンクをつくって活動してきましたが、実際マッチングはほとんどございません。やむなくドクターショートサポートバンクを開設いたしましたが、一番問題になるのは、先ほど保坂先生が何回もおっしゃっておられました職業紹介の問題だと思います。同じ厚生労働省でありながら、片や医師不足で、厚生省ですね、いろいろ大騒ぎをしている。そして、隣の労働省側が何をするにも職業紹介法があるからということで、我々が具体的にやろうと思うと全部、極端に言うとハローワークの許可を得ろということが大前提になっているようですけど、それが非常に問題だと思います。縦割りの中で何が医療崩壊の問題かというと、やはり医師不足、それを補充するための方法をやろうと思ってもできない部分がたくさんあり過ぎます。日本医師会でもおっしゃいますけど、おかしな法律は、医師会あるいは全医師が協同して、法を超えられる、あるいは変えていただくような、そしてせめて厚生労働省は１つの省庁ですから、１つのことに向かっていかなければならないと思いますので、その辺のことについて保坂先生、それから田川先生、お聞きしたいのですが。

○中川やよい　保坂先生、お願いします。

○保坂シゲリ　少し誤解があると思いますが、私は職業紹介業のルールということで申し上げておりますが、やはり職業紹介業のルールを守らないと求職者の権利が守れないということが根本にあることをご理解いただきたいと思います。もちろん医療崩壊をくいとめるために今ある医療資源を適当なところに配分するということは非常に大事なことですけれども、求職する側の主体的意思に基づいて、その人たちの権利を侵害しないためのルールを職業紹介業は決めていると思っています。職業紹介業のルールでいろいろ決めていることでなかなか使い勝手が悪いというか、やりにくいところは、私たちは上手にすり抜けてやっています。これはこういう解釈もあるのではないかということでやっていますので、個別に先生のところが何をお困りかお聞きしてお話しさせてください。

○田川大介　やはり大切なところですので、きちんと新聞でもそこは書いていかないといけないなと思っています。

○中川やよい　ありがとうございます。どうぞ。

○櫻井芳明（宮城県）　もう皆さんも薄々お分かりと思いますけども、本日、男女共同参画委員会の委員長である中川先生がいらっしゃるし、勤務医委員会を率いている池田先生もいらっしゃる。これはただ単に男女共同参画というのか、女性医師の問題だけではなくて、そもそも勤務医の問題です。ですから、ぜひお願いですけども、日本医師会の中で勤務医は勤務医委員会があります、それから今回の共同参画と言いますけれども、やはり女性医師のための日本医師会主催の会という感じがしないでもないわけですけども、ぜひ合同会議ないしは大会をやって、そして田川さんのような理解のある方にどんどん報道してもらって、日本の文化を変えないと小田先生、清野先生のようなところにはならないと思います。ですから、時間のかかることだと思いますけれども、そんなところで池田先生、ご意見ないしは計画などがありましたら聞かせていただきたい。

○池田俊彦　全く同感です。そのために私は勤務医委員会の立場として男女共同参画委員会の委員にならせていただいております。それから、勤務医委員会と男女共同参画委員会では合同の委員会をしておりますが、先生のおっしゃるとおりです。特別意見はございません。

○中川やよい　では、先生、手短にお願いいたします。

○香月きょう子（福岡県）　女性医師の労働条件の要求をわがままと言われていると田川さんが言っておりましたけれども、そういった労働条件の要求をわがままと言わせているような認識が問題であろうかと思います。それをやっぱり裏づけているような状況として、忙し過ぎるような勤務状況や、主治医制を始めとした慣例などが非常に問題であろうと思います。産休はともかくとしまして、育休および介護休暇につきましては男性もとれるわけですから、これはまだ先の話になるとは思いますけども、男性医師がそのようなものを必要とする時代が来るかもしれません。そこで、今も医師不足は明らかなわけですから、ドクターバンクを持っているところ、持っていないところもあるみたいですけども、日本医師会として、女性医師バンクの女性という言葉を取り除けるような、お金の出どころなどもありまして、なかなか難しいかとは思いますけども、そういう方向性に持っていくことはできないのでしょうか。保坂先生、お願いします。

○保坂シゲリ　実は、女性医師バンクでは男性の登録も受けています。実際に登録していらっしゃる方もいまして、就業成立している方もいらっしゃいます。ただ、

先生がおっしゃったように、この事業は厚生労働省の委託事業として予算をもらってやっている事業なので、女性医師バンクという名前は取れません。それから、もう１つ、男性も全面的に受けたらいいのではないかという考えもあるかもしれませんが、そこまで手が回りません。今は女性医師バンクということで一応ある網をかけたところの就業あっせんをしているので何とか今のコーディネーターで手が足りておりますけれども、これが男性もということで大々的に入ってくると、非常にその方の条件が多様になってきて、もし人数が非常に増えてくるとすると現在の予算では到底できないことになります。ですから、理想としては持っておりますが、今のところはそこまで手を広げられないというところが現状でございます。

○香月きょう子（福岡県）　できれば予算をつけるように田川さんを始めマスコミ等もご協力をいただきまして、そういう方向性に持っていけるように努力していただきたいと思います。よろしくお願いします。

○池田俊彦　ありがとうございました。今朝、九州大学医学部の留学生が、フォーラムに行って意見を言うかもしれませんということでしたので、どうぞと言ったのですけども、もう時間が迫ってまいりましたので、ご発言ください。

ただいま、留学生の方は席を外されているようなので、代わりにお願いします。

○松股孝（福岡県）　４月に留学してきた30歳のモンゴルの女性医師ですが、妊娠していたということで、去年せっかく文部科学省のスカラーシップをとっていたのですけど、それを辞退して帰りなさいと、そういう状況になってしまいました。最後は主任教授の英断によって残れるようになりましたが、結局５月中旬に出産して６月中旬に、子どもはモンゴルに連れ帰っています。ご本人は１人で研究を開始していますが、特に女性医師が出産して子育てをしながら働くことがいかに難しい社会かということが本当に身を持って分かりました。やはり社会基盤が整備されていないということと同時に、家族というコミュニティが崩壊しているという一番の難しい時代に今この日本があるのではないかと思います。そういうところが解決されていき、モンゴルみたいに少ない学年でも女性が７割、多い学年になると９割、そういうことが当たり前の時代になっていけば、男女共同参画なんて何だったのだろうという時代が来るのではないかと思います。勤務している病院の中に、９月１日にオープンしますが、24時間体制の院内保育所もできるようになりましたし、その当時４月にお世話になったきらめきプロジェクトのリーダーの教授に８月にはモンゴルに視察に行っていただくようにもなりました。そういうご報告が第５回フォ

ーラムでできるようになればありがたいと思っています。通訳みたいなものでしたが、以上です。

○中川やよい　ありがとうございます。そろそろ時間が来ておりますけれども、先ほど西日本新聞の田川さんが言われました「当然ですの世代」というのは、私はやはり男女共同参画が当然ですという世代が育って、それが当たり前の社会になってほしいなと思いました。

それでは、これで総合討論を終わらせていただきたいと思います。ありがとうございました。

第４回男女共同参画フォーラム宣言採択

男女共同参画委員会委員　長柄　光子

長柄でございます。私は１回目のフォーラムからずっと参加をしておりますが、これほど男性の先生にたくさん参加していただいた会は初めてでございます。やはり世の中で医療崩壊が進んでおりますので、何とかしなければいけないというお気持ちで皆さん参加していただいているものと思います。本日はたくさんのご意見、ご要望をいただきました。まだまだ言い足りないことや多くのご要望があるかと思いますが、宣言案を発表したいと思います。

宣言（案）

家庭と仕事の両立、ワーク・ライフ・バランスは、単に女性医師のみならず男性医師にとっても、充実した人生をおくる上で重要なことであり、その礎の上にたってこそ、社会的使命を万全に果たしうるものである。そのためには、社会の理解・支援が必要であることを再認識しなければならない。医師としての使命を継続できるような環境整備・施策の実践は、医療崩壊をくいとめ、日本の医療を守るために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20年７月19日

日本医師会第４回男女共同参画フォーラム

以上でございます。（拍手）

○総合司会（家守千鶴子）　皆様、ありがとうございます。今の拍手をもって宣言採択とさせていただきたいと思います。

宣　言

家庭と仕事の両立、ワーク・ライフ・バランスは、単に女性医師のみならず男性医師にとっても、充実した人生をおくる上で重要なことであり、その礎の上にたってこそ、社会的使命を万全に果たしうるものである。そのためには、社会の理解・支援が必要であることを再認識しなければならない。医師としての使命を継続できるような環境整備・施策の実践は、医療崩壊をくいとめ、日本の医療を守るために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20年７月19日

日本医師会第４回男女共同参画フォーラム

次期担当医師会挨拶

北海道医師会長　長瀬　清

皆様、こんにちは。ただいまご紹介いただきました北海道医師会の会長の長瀬と申します。本日は、第４回男女共同参画フォーラムがこのように盛会裏に終えられましたことを心からお祝い申し上げます。本日の会を開催するに当たり準備をされてこられました福岡県医師会の横倉会長を始め関係の皆様方のご努力に敬意を表します。

来年の第５回フォーラムは北海道札幌市で行われるということで、どのような企画をしていくべきかを考えておりましたが、今回非常に盛大に開催されましたことで、少しプレッシャーを感じております。次回も何とか実りある会にしたいと思っております。本年度で４回目を迎えましたが、大体物事は５回ぐらい行えば次のステップにつながると思います。私は初めて男女共同参画フォーラムに参加をしまして、非常に感銘を受けました。日本の社会というか、文化ということで今いろいろお話がありましたが、やはり発想を転換していかなければならないのではないかと感じて聞いておりました。なかなか一朝一夕にして変わっていくことはできませんが、根気よく、じっくり取り組んでいかなければならないと思っております。

来年の開催は７月25日ですが、札幌は非常にいい季節で多分この暑さに比べればさわやかな気候ですので、ぜひ多くの方々においでいただき、北海道の良いところも見ていただきたいと存じます。フォーラムには、たくさんの方々に参加していただきたく、我々も一生懸命検討を重ねて、有意義な会とするよう努力するつもりです。

今回の会が盛会裏に終わりましたことを本当に心からお慶び申し上げまして、私の挨拶といたします。

閉　会

日本医師会常任理事　今村　定臣

全国から多くの先生方にこのフォーラムへご参加いただき、また、熱心なご討議をいただきまして、誠にありがとうございました。

今回の男女共同参画フォーラムが、このように盛会裏に終了いたしましたことは、開催に当たりまして大変なご協力を賜りました、福岡県医師会の横倉会長を始め役員の先生方、職員の皆様方のご尽力のおかげでございます。この場をお借りいたしまして、あらためてお礼申し上げます。

本日のフォーラムが、私ども医師の労働環境の改善、それからまた、ひいては我が国のワーク・ライフ・バランスの改善に寄与することを祈念いたしまして、この第４回男女共同参画フォーラムの閉会を申し上げたいと思います。先生方、誠にありがとうございました。

お　わ　り　に

はじめての地方都市でのフォーラムということで、不安と期待の交錯する中での開催でした。皆様のおかげで、何とか無事に役割を終えることができ、正直ほっとしているところです。

全国各地からお集まりいただいた多くの皆様はもちろん、基調講演、シンポジウムでご講演くださった方々、ご報告を含め、準備の段階から終始ご助言、ご協力賜った男女共同参画委員の皆様、日本医師会の執行部、事務局の皆様、さらには、フロアから活発なご発言をいただいた方々など、本当に多くの皆様方にお世話になりました。心からお礼と感謝を申し上げます。

このフォーラムを含め、男女共同参画委員会の地道な活動が少しずつ実り、男女共同参画の芽を育み成長させていることは、誠にご同慶の至りですが、真の男女共同参画への道は遠いと思います。

単に、少しばかり職場環境が整えられたからとか、育児施設が充実したからといって解決するものではないと思います。

働き方、職場のあり方、家族のあり方、家庭のあり方、総じて人間の生き方そのものが問われているのです。

かけがえのない我が子を育てる喜びを感じつつも、その重い責任を果たすやり甲斐、一方では仕事に尽くす喜び、キャリアを磨きながら続ける生き甲斐、そのどちらかではなく、どちらもでないといけないのです。

21 世紀はそれができる時代なのです。求め続ければ必ず道は拓けると信じます。みんなで切り拓く道なのです。

男女共同参画を単なる標語やかけ声に終わらせてはなりません。

そんな思いを込めながら、第５回の北海道のフォーラムへとバトンタッチします。

さらに、男女共同参画の芽が大きく成長することを期待しながら、おわりのご挨拶にいたします。本当にありがとうございました。

平成 20 年 10 月

日本医師会男女共同参画委員会
副委員長　　池田　俊彦