# 第5回 男女共同参画フォーラム
# 報　告　書

テーマ

「今、医師の働き方を考える
－ともに仕事を継続するために－」



期　日：平成21年７月25日（土）
会　場：札幌グランドホテル2階「グランドホール」
主　催：日本医師会
担　当：北海道医師会
企　画：日本医師会男女共同参画委員会

<<表紙写真>>

ラベンダー畑

初夏に見ごろを迎えるラベンダー畑には、毎年多くの観光客が訪れ、北海道の夏の風物詩となっています。

ラベンダーの花言葉は、「優美」「期待」などです。

# は　じ　め　に

日本医師会主催の男女共同参画フォーラムは、平成17年に発足して、今年で５回目を迎えました。本フォーラムでは、男女共同参画の観点から女性医師支援について幅広く議論するとともに、柔軟な勤務体制や「ワーク・ライフ・バランス」の維持など、女性医師が働きやすい勤務環境の実現は、男女を問わずすべての医師が必要とするものであることを提案してまいりました。第５回は「今、医師の働き方を考えるーともに仕事を継続するためにー」をシンポジウムのテーマとして、すべての医師が真に誇りを持ってキャリアを継続できるような働き方とは何かについて考えてみました。

基調講演は、長年人工心臓の開発に携わってこられた野尻知里先生のキャリア形成と継続のモチベーションについて触れることができました。シンポジウムでは、「医師の働き方を変える」として、女性のみならず男性医師の働き方を変えること、「ワークオンリー」から「ワーク・ライフ・バランス」への方向転換とそのための対策として複数主治医制や交代勤務制が提案されました。また、育児支援中の男性医師の視点から何が一番必要かをお話しいただき、大学の立場からキャリア教育の実際と地域医療と人間教育について幅広くお話しいただきました。

女性医師支援から始まった本フォーラムは、回を重ねるとともに男女共同の課題へと変化してきており、今回、女性を上回る数の男性医師に参加していただけたことはその成果の一つであろうかと思われます。しかし、その一方で、まだまだ多くの女性医師が支援を必要としていることは、男女共同参画委員会が女性医師支援センターとともに実施した「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」からも明らかです。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が、引き続き彼女たちに対する支援策を進めていくことが、私たちに課せられた使命であると考えております。今後とも皆様のご支援とご協力をお願い申し上げます。

平成21年９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 | 日本医師会女性医師支援センター マネジャー |
| 〃 | 松井　ひろみ | 日本女医会副会長 |

（平成 21 年 9 月 1 日現在）

# 目　　次


開　　会 …… 1

挨　　拶 …… 1

基調講演

「私の５０＋年史：ある心臓外科医の生き方」…… 4

報　　告

１．日本医師会男女共同参画委員会 …… 28
－女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告－

２．日本医師会女性医師支援センター事業 …… 34

シンポジウム

「今、医師の働き方を考える －ともに仕事を継続するために－」

１．医師の働き方を変える …… 40

２．医師の働き方を考える－育児支援中の男性医師の視点を通して… 46

３．女性医師に対するキャリア教育 …… 53

４．地域医療連携の中での医師の働き方 …… 64
－地域医療と人間教育：医科大学の試み

総合討論 …… 74

第５回男女共同参画フォーラム宣言採択 …… 83

次期担当医師会会長挨拶 …… 85

閉　　会 …… 86

# 第５回男女共同参画フォーラム　プログラム

日　時 ： 平成２１年７月２５日（土）　午後１時～４時４５分
午後５時～６時３０分　懇親会
場　所 ： 札幌グランドホテル２階「グランドホール」
懇親会場　　同２階「金枝の間」
札幌市中央区北１条西４丁目　TEL：011-261-3311
主　催 ： 日本医師会
担　当 ： 北海道医師会

総合司会：男女共同参画委員会委員　藤井　美穂

開　　会

挨　　拶　　日本医師会長　唐澤　祥人
北海道医師会長　長瀬　清

基調講演　「私の５０十年史：ある心臓外科医の生き方」
テルモ株式会社上席執行役員、テルモハート社取締役会長兼ＣＭＯ　野尻　知里
座長：男女共同参画委員会委員長　中川　やよい

報　　告

１．日本医師会男女共同参画委員会
ー女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告ー
男女共同参画委員会委員　春木　宥子

２．日本医師会女性医師支援センター事業
日本医師会女性医師支援センター マネジャー　保坂　シゲリ

ショートブレイク

シンポジウム「今、医師の働き方を考える ーともに仕事を継続するためにー」
座長：男女共同参画委員会委員　秋葉　則子
男女共同参画委員会委員　川上　順子

１．医師の働き方を変える
福岡県医師会男女共同参画部会委員会副委員長　香月　きょう子

２．医師の働き方を考えるー育児支援中の男性医師の視点を通して
札幌医科大学耳鼻咽喉科学講座　正木　智之

３．女性医師に対するキャリア教育
東京女子医科大学医学部長･小児科主任教授･男女共同参画推進局副局長　大澤　真木子

４．地域医療連携の中での医師の働き方
札幌医科大学学長　今井　浩三

総合討論　　座長：男女共同参画委員会副委員長　池田　俊彦
男女共同参画委員会副委員長　小笠原　真澄

第５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　清水　美津子

次期担当医師会会長挨拶　　鹿児島県医師会長　米盛　學

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　藤井　美穂**

ただいまより、第５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藤井と申します。よろしくお願いいたします。

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５回目を迎えます今年度は、北海道医師会にご担当をお願いいたしまして、このようにフォーラムを開催させていただくことになりました。全国より数多くの先生方にご参加いただき、誠にありがとうございました。

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申し上げます。

## 挨　拶

### 主催者挨拶

**日本医師会長　唐澤　祥人**

皆様、こんにちは。日本医師会長の唐澤でございます。本日は、本当に遠路たくさんの皆様にお集まりいただきまして、誠にありがとうございました。

新千歳空港に着きましたら少し小雨模様でしたが、九州、北九州の方は大変な豪雨、また山口県も大変な豪雨で被害が出ておりますし、皆様大変なご苦労でいらしたのではないかと案じておりました。

それではあらためまして、第５回男女共同参画フォーラムの開催に当たりご挨拶申し上げます。まずは、この場をお借りしまして、本フォーラム開催に当たって多大なご尽力を賜りました北海道医師会の長瀬会長をはじめ役員の先生方、職員の皆様方に厚く御礼申し上げます。

さて、本フォーラムは今年で５回を数えることになりました。

今年度は男女共同参画社会基本法が制定されて､ちょうど 10 年という節目に当たる年でもございますが、この 10 年間に、国における取り組みも、女性支援の政策から男女共同参画政策へと転換が図られてきております。

本フォーラムにつきましても、今年度のテーマは「今、医師の働き方を考えるーともに仕事を継続するためにー」ということでございまして、その内容が「女性医師を対象としたもの」から「すべての医師の勤務環境の改善」を考える内容へと変化してきております。このことは、この５年間にわたる取り組みの１つの大きな成果といえるのではないかと考えております。

昨年４月に男女共同参画推進本部が決定した「女性の参画加速プログラム」では、「医師の分野において重点的に取り組み、得られた成果を他の分野に波及させていく」として、医師を女性の参画促進に係る取り組みのシンボリカルな分野として取り上げております。

一方で、女性医師が勤務を継続し、そのキャリアを形成していくためには、国の取り組みはもちろんのこと、病院長をはじめ、上司、同僚、家族らの理解・協力、さらには女性医師自身にもご本人のキャリアについて考えていただく必要がございます。

そして、そのためには、本日のテーマでもございます「ともに仕事を継続するために、医師の働き方を考える」ということが、非常に有意義であると考えております。

日本医師会では、本フォーラムの企画に当たりました男女共同参画委員会と、厚生労働省より委託を受けて運営しております女性医師支援センター事業、この事業の中核になりますのが女性医師バンクでございますが、この両者を中心に、男女共同参画に係る取り組みを推進しております。

性別を問わず、ワーク・ライフ・バランスを実現し、医師としての使命を継続できるような環境を整備し、施策を実践していくことは、医療崩壊をくい止め、国民に安心で安全な医療を提供することにもつながる重要な課題でございます。

本日ご参加いただきました先生方には、本会の取り組みにより一層のご理解ご支援を賜りますようお願いいたします。

結びに、本日のフォーラムが一層実り多いものになりますことを祈念いたしまして、挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

# 挨　拶

## 担当医師会挨拶

北海道医師会長　長瀬　清

ただいまご紹介のありました北海道医師会の長瀬でございます。

第５回男女共同参画フォーラムの開催地医師会の代表として、一言ご挨拶申し上げます。

本日は、日本医師会主催により北海道医師会が担当し開催することになりました第５回男女共同参画フォーラムに、全国からこのようにお集まりいただき、また道内各地からも多数の方にご参加いただきまして本当にありがとうございます。

全国各地で医師不足・偏在による地域医療崩壊が叫ばれておりますが、北海道でも非常に深刻な状況となっております。その対応策のひとつとして、当会では昨年６月から北海道の要請を受け、緊急臨時的医師派遣事業を北海道病院協会とともに実施しております。これは都市部の医療機関から、医師確保の困難な地域の医療機関への医師派遣を行うというもので、平成20年度実績としまして、延べ53の医療機関に対し786日の派遣を行い、地域医療の維持確保に努めてまいりました。

また、道内には1,000人余りの女性医師がおりますが、結婚・育児等で求職中の方々が早期に復帰できる環境を整備することが不可欠であると考えまして、北海道とともに道内の全病院の管理者を対象に、医療機関側が女性医師に対してどのような環境を整備し、どのような支援策を講じているのかなどを把握するための調査を行いました。現在作業中ですが、今後どのような施策を提供できるかなどの検討をしていきたいと考えております。

本日のフォーラムでは、心臓外科医である自らが人工心臓を開発された、テルモハート社取締役会長兼ＣＭＯ・野尻知里先生に「私の50＋年史：ある心臓外科医の生き方」という基調講演をいただき、その後「今、医師の働き方を考えるーともに仕事を継続するためにー」をテーマに、４人の先生方にそれぞれの立場からご意見をいただくシンポジウムを行うことにしております。フロアからも活発なご意見を頂戴したいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。

今回のフォーラムが、女性医師のみならず、医師全体の勤務環境の改善策を見出すきっかけになることを心より祈念申し上げます。

最後になりましたが、遠路はるばる北の大地北海道札幌にお出でいただきましたので、この機会に北海道の夏の味覚と大自然も併せて満喫いただければ幸いと思っております。

本日は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長　中川　やよい**

私は、基調講演の座長をさせていただきます、男女共同参画委員会委員長の中川でございます。よろしくお願いいたします。

男女共同参画フォーラムは、今回で５回目を迎えます。これまで、男女共同参画の観点から、女性医師の支援について幅広いご議論をいただいてまいりました。今回は、「医師の働き方を考える」をテーマに、男女を問わず、医師が真に誇りを持ってキャリアを継続させるために何が必要であるかということを探っていくことをテーマとして選びました。

本日、基調講演をお願いしております野尻先生には、「私の 50＋年史：ある心臓外科医の生き方」というテーマで、医師としてのモチベーションを持ち続けてキャリアを積まれていかれた先生の生き方を、お話ししていただきます。

野尻先生は、昭和 53 年に京都大学医学部をご卒業されました後に、京都大学付属結核胸部疾患研究所、小倉記念病院心臓血管外科、熊本赤十字病院心臓血管外科を経て、昭和 56 年より東京女子医科大学付属日本心臓血管研究所の循環器外科にお勤めになられました。その後、アメリカ・ユタ大学の薬学部ならびに人工心臓研究施設で３年間研鑽を積まれまして、平成３年７月にテルモ株式会社に入社されております。同社では、新型人工心臓の開発を推進されまして、平成 20 年よりテルモ株式会社上席執行役員、テルモハート社取締役会長兼ＣＭＯ、本年はテルモ株式会社のコーポレートＣＭＯにもご就任になっておられます。また、平成 19 年には、日経ＧＰ社の第６回イノベーター大賞、日経ＷＯＭＡＮのウーマンオブザイヤー2008 大賞、また平成 20 年には人工臓器学会技術賞を受賞されております。

本日は、野尻先生がもたれているモチベーションの源について触れることができると思っております。それでは野尻先生、よろしくお願いいたします。

### 私の５０十年史：ある心臓外科医の生き方

**テルモ株式会社上席執行役員、**
**テルモハート社取締役会長兼ＣＭＯ　野尻　知里**

中川先生、ご紹介どうもありがとうございました。どのくらい皆様のモチベーションを上げる話ができるか分かりませんし、18 年前に外科医を辞めまして、皆様にとっては医者崩れという形で見られるかもしれないのですが、今回このような機会を与えていただきましてありがと

うございました。

早速、今日のアジェンダに移りたいと思います。スライドが80枚もありますので、テルモハートの概要、人工心臓の歴史については、飛ばしながら簡単に済ませたいと思います。それから、私がどういう経過で現在に至っているかという話と、DuraHeart の開発の苦労話、それから皆様お医者様で、一般の企業で働く女性の境遇・実態についてはお分かりにならないと思いますので、少しご紹介したいと思います。そして最後に、私の人生観、価値観などをお話させていただきたいと思います。

テルモハート社は、米国のミシガン州アンナーバー、ミシガン大学のお膝元にあります。最近、アメリカの臨床と販売に向けてクリーンルームを作りまして、3,300スクウェアフィート、かなり大きなものができております。

テルモハート社は、東京に本社があるテルモ株式会社の100％子会社です。アメリカには、テルモアメリカホールディングというホールディング会社があり、その下に6個の子会社があり、私どもは一番小さくて一番若い子会社です。小さくても若くても、一応、人工心臓の製造および販売をしております。また、ドイツに7名のメンバーがおり、欧州の販売をしております。日本にも、R&D、これは基礎研究ですけども、3人残しておりまして、これらのコラボレーションを進めております。

テルモハート社の歴史をかいつまんで申し上げます。1995年、当時通産省ＮＥＤＯの国家プロジェクトの一環として基礎研究を開始しました。1999年に商品化を決定して、その足で、たった4人で米国に移動しました。2003 年に米国法人のテルモハート社を設立しまして、2004年から欧州の臨床試験を開始しております。2007年にCEマークを取りまして、その後欧州でDuraHeartというLVASの販売を開始して、2008年に日米の臨床試験を開始しております。

皆さんご存知のように、心不全は世界のナンバーワンキラーで、日本では2位ですが、2009年推定の米国での心不全治療コストは37.2billionにも昇り、こういう患者さんを早く退院させて、ＱＯＬをよくしてあげるためのデバイスが人工心臓です。

これは、心不全のステージごとの治療オプションを示したものですが、心不全のステージはクラスⅠからクラスⅣまであって、人工心臓はホスピスの手前です。

人工心臓と心臓移植は、車の両輪として発達してきまして、心臓移植のバックアップがあって、なんとかここまで発達してきたデバイスです。これは、米国のクラスⅣのモデルですが、移植へのつなぎは氷山の一角で、本当のターゲットは永久使用で、この一番下に示しました4万から5万人の移植の適応にならない患者さんです。日本ではこの10分の1くらいの患者さんがいると思ってください。

これは日本の例ですが、日本では年間たった10例しか心臓移植ができない。移植に代わる治療法が必要ということで、我々も一生懸命人工心臓を開発しております。

人工心臓の種類を示します。TAH（全置換型人工心臓）というのは、心臓移植と同じように心臓を取って置き換えます。補助人工心臓というのは、左心、右心、それから両心を補助するタイプです。ですから心臓は取りません。

人工心臓の最初のコンセプトは、心臓移植と全く同じで、全置換型人工心臓、Total Artificial Heart と申します。

人工心臓の最初の提唱者ですが、日本人とアメリカ人が同時でした。日本の最初の提唱者は小酒井不木という方で、実は大正末期の探偵小説家です。この『人工心臓』という本はネットで買えますが、なかなか面白い結末で書いております。それから世界初の単独飛行で有名なリンドバーグも登場します。彼は、世界で初めて人工心臓のプロトタイプを作りました。実際に動物に埋め込んだのは、1957 年米国クリーブランドクリニックで、ウィリアム・コルフ先生と阿久津哲造先生です。阿久津先生は、テキサスに行かれてから、帰国され、国立循環器病センターに移られましたが、退官されたあとに、テルモの社長、会長を歴任された方です。

1960 年代にＪＦＫが始めた米国の国家プロジェクトとしてアポロ計画がありましたが、ＪＦＫの暗殺後を継いだリンドン・ジョンソンがＪＦＫに負けないようにと、米国の国家プロジェクトとして人工心臓計画を立ち上げました。ただ、アポロ計画は 10 年以内に人を月に送ることができたのですが、人工心臓は未だに発展途上です。

これは、アメリカの人工心臓の歴史をかいつまんで書いたものです。アメリカで人工心臓がなぜここまで来られたのかというと、やはり国家プロジェクトのサポートが今に至るまでずっと続いているからです。一番最後から２番目くらいのＮＩＨ（National Institute of Health, 国立衛生研究所）の国家プロジェクトで、Innovative Ventricular Assist project というのがあるのですが、これが 1995 年に始まりまして、同じ時期に日本でもＮＥＤＯのプロジェクトが始まって私どもも参加しました。

ＮＩＨのプロジェクトのスピンアウトが 2006 年ごろから CE マークを取って、我々も１年遅れて 2007 年に取りました。実は阿久津会長と経営陣に、阿久津先生が人工心臓の研究を始められた 1957 年から 50 年後の 2007 年には絶対に上市するぞと約束し、やっと果たすことができました。

いろんな歴史がありました。最初は、全置換型で研究が進んでいたのですが、機械的な耐久性、血栓、感染等いろいろな限界がありまして、80 年代に行われた６例以降は、ＦＤＡは人工心臓の永久使用を完璧に禁止しました。しかし、この心臓は実は生き残って、移植へのブリッジ使用ということで、ＦＤＡが 22 年後に認可しております。

その後、開発の主流が TAH から LVAS に移りまして、ここに示しました２つの人工心臓、これは拍動型の第１世代と言われております左心補助人工心臓（Left Ventricular Assist System, LVAS）ですが 1998 年にＦＤＡが認可いたします。その後、2002 年には、この人工心臓を永久使用に用いるランドマークトライアルといっていますが、画期的な臨床治験がアメリカで進められまして、LVAS の永久使用をＦＤＡがやっと認可します。これが 2002 年です。ただ、ブリッジですと埋め込み期間がかなり短いですが、永久使用ですと長期になります。長期使用で、やはり拍動流ポンプに限界が出てきました。１つはポンプが壊れてしまう。それからサイズが大き過ぎて小柄の患者さんには入らない。私のサイズは BSA が 1.5 なのですが、私では本当に入りきりません。サイズが大きいため感染も多い、血栓もあるということで、小型で耐久性・

信頼性が優れたLVASへ、人工心臓の期待が高まってきて、我々が開発をしている第3世代のものが登場するわけです。第1世代の拍動流LVASは70年に開発が始まり、90年代になって第2世代、第3世代の連続流ポンプの開発が始まりました。

グリーンで示したものが第3世代ですが、競合が続々と出てきております。我々が開発したDuraHeart LVASは、丈夫で長持ちタイプのLVASという名前なのですが、世界で初めて商品化に成功した第3世代、磁気浮上型遠心ポンプで、血液にやさしい補助人工心臓でございます。

ポンプは体内に埋め込んで、経皮ケーブルといいますが、エネルギーと情報を伝達するケーブルを体外に出しまして、コントローラーとバッテリーに繋ぎます。コントローラーとバッテリーはウェアラブルと呼んでいますが、これらをバッグに入れて携帯するという、体内埋込み型人工心臓です。

磁気浮上というのは、リニアモーターカーとほぼ同じ様な技術と考えてください。磁気浮上型遠心ポンプの分解図を示します。これがインペラ、羽根車です。羽根車は、風車もそうですが、普通は回転軸があるのですが、この軸をまったくとってしまって、磁気浮上というテクノロジーで、インペラを浮上させて回すことができます。

DuraHeart ポンプは摩擦の部分がない、壊れる部分がない磁気浮上と遠心ポンプの2つの要素の組み合わせが特徴ですが、臨床のベネフィットにつながるということです。

ここで、その特徴を説明したビデオを観ていただきましょう。－ ビデオ放映 －

これはDuraheart LVASシステム構成図ですが、体内埋込みポンプ以外にもインフロー・アウトフローコンディット、手術用アクセサリ、体外器のコントローラー、バッテリー、充電器、病院コンソール等があり、同時にこれだけのシステム構成品を同時に開始しなければならないということで、私のようなど素人には大変な開発でした。

DuraHeartの臨床成績を示します。おかげさまで、今年5月7日に99例、100例、101例目が12時間以内の間に行われました。どれを100例目にしようかと議論がありましたが、結局時差のためアメリカよりも先に埋め込んだドイツの病院が100例目を達成しました。

これは、カプラン・マイヤーのサバイバルカーブ（生存曲線）です。101例の1年生存率は80%ですが、最初の11例では抗凝固療法が多すぎて、脳内出血で多くの患者さんを失いましたが、それを除いた分ですと大体、1年の生存率が87%です。これを心臓移植と比べてみました。我々のゴールは心臓移植並みの生存率を得ることです。これは、心臓移植の1年生存率（82%）ですが、DuraHeart の生存率が心臓移植に近くなってきたなということです。ただ、心臓移植は5年の生存率を見ますので、5年で大体75%ぐらいを目標としており、我々もそれに向かって頑張って行きたいと思っています。

最長の患者さん、通称「ハンターさん」です。4周年を迎えまして、元気にしておられます。我々は心臓移植のつなぎとして埋め込んだのですが、本人はDuraHeartと共に生きるということで、移植は考えていないということです。コントローラーとバッテリー2つ、バッグの中に入れて運び歩いています。シャワーは浴びられますが、残念ながらお風呂は入れません。退院できてこうした普通の生活に戻れるのは、埋め込み型人工心臓のＱＯＬが良いということだと

思います。

将来は、すべてのパーツを体内に入れることを考えています。今のところは、経皮ケーブルを使ったシステムで進めておりますが、将来的には、ペースメーカーのような形で埋め込むことを目標としています。

それでは、私の経歴をご紹介したいと思います。

57歳、女性、既婚、女児1名。孫のような娘がおりまして、14歳です。

私は、ちびまる子的典型的なサラリーマン家庭に育ちました。4人家族の標準的な家庭で育ちました。

京都大学の理学部に入学しました。その頃は夢を見る高校生が多くて、私もそのうちの1人でした。京大理学部は、ノーベル賞をとった人が多かったので、ノーベル賞を目指そうと、非常に単純なことで理学部に入ったのです。ところが、実際、282 人いた学生の中の女性は、ふたを開けてみたら2人しかいなくてビックリしました。男の人は、「やっぱり、お茶汲みしかなれないんじゃないのか」と言って苛めるわけです。

それまで親からは、「女でも頑張れる」と教育されてきたものですから、初めて現実に触れまして、ウーンと考えました。挫折、進路に悩む大学生というのを体験しました。

その後、いろいろ考えまして、そうだ資格を取ろうと。そういえば、私の祖父は結核で療養していたのですが、療養中とても女の先生が良かったと言っていた。医者というのは、ひょっとしたら対等なのではないか。そう考えて、医者の資格を取ろう、医者になることにしました。それで、大学の教務課に行き医学部に転部しようと思いましたら、「点数は医学部の方が高い。受けなおせ」と言われ、受けなおすことにしました。これはもう意地ですね。私は単純に転部できると思っていたのですが、結局もう1回、試験を受けまして医学部に入りました。順調に国家試験も合格しました。

私は、心臓がしたくて、逆に心臓しか興味がもてないというか、私の頭で理解できる臓器がなかったということなのです。ところが、心臓外科をやっている第2外科教室に入れてくれといったら、女なんて要らないと入局拒否をされました。またまた挫折を味わいました。ただ、心臓で行くと決めたわけで、それ以外で私はおそらく、大成しない、やっていけないだろうと思ったのです。とにかく、心臓以外に興味がなかった。また、医者になるのだったら、救急が基本ということで、もちろん心臓ですから内科という選択もあるのですが、一次救急ができなければ医者じゃないだろう、命が救えなければと。とりあえず、救急だったら、きっと外科もしなければいけないだろう。それを覚えてから内科に行こうと思っていたのです。ところが、第2外科を希望したところ、女は入れないと言われまして、先ほど言いましたように大ショックを受けて、そうなるともう意地です。

学生時代からかわいがっていただいた助教授の先生が、第一外科の教授になってしまったのですが、相談をしに行きましたら、胸部疾患研究所でも心臓外科をやるみたいだよと。それで聞きに行きましたら「やる」というものですから、それで胸部疾患研究所に入りました。

ところが、いつまでたっても肺がん、結核、呼吸不全の治療ばかりなのです。この頃から、重症例を抱えておりまして、土・日なく朝から晩まで働いて疲れきったのですが、もう１つは肺の場合は特にそうなのですが、取っても取っても治らないのです。若い患者さんで亡くなる方を何人も看取りまして、外科の限界を少しずつ、この頃から意識するようになりました。

それでもやはり、まだ心臓への未練を断つことができなくて、主任教授に掛け合いに行きました。「心臓外科を始めるといって、なかなか始まらないじゃないですか」とお願いにいきましたら、たまたま京大の出張病院で小倉記念病院という病院があるのですが、そこの院長に頼んでやろうということで、やっと頼み込んだ末、小倉で心臓外科を始めることができました。

小倉時代は、好きなことをやるわけですから、月・火・水・木・金とオペする生活でハードでしたが、充実していました。心臓外科には６人いましたが、私は一番下で、その後にもう１人男の先生が入ったのですが、何とか紅一点でも、伴先生というのは非常に開けた方で、入局した翌日から「お前、切れ」と。まだ、人工心肺装置を装着するための足の切開しかさせてもらえなかったのですが、嬉しかったのを憶えています。伴先生は、私にとって最初のボスで、それなりに一人前に外科医として扱っていただいた先生だと思っています。

小倉での研修終了後、結核胸部疾患研究所の出張ということで、熊本の日赤病院で「心臓外科を開設する。お前行け」と言われて行きました。私は３年目です。あと２人、部長の先生と私の上司の３人で開設するといことで、熊本に参りました。１回も開心術をしたことのないチームで最初は大変でした。

実は２週間前に熊本で学会がありまして、たまたま日赤の心臓外科部長で、女子医大では私の後輩にあたる先生とお話ししましたら「もう 200 例くらいやっている」ということでした。地方の基幹病院にもなっていまして、それなりに開設の苦労をした甲斐があったなと感じております。

熊本にいってからも、よく伴先生に相談に行っておりました。なぜ悩んだかと言いますと、このまま行くと京都に帰ることになる。京都に帰って第２外科に入っても、また女だと言われる。たぶん入れてもらえないだろう、このまま一生どさ回りかということが頭をよぎりました。

熊本日赤病院の小児循環器の先生は東京女子医大心臓血圧研究所（心研）で研修された方で心研にいったらどうかと薦められました。東京女子医大心研は世界的に有名な榊原先生、今野先生を輩出し、心臓移植で有名な和田先生もおられ、心臓外科では当時最先端の教室でした。そこで、京都にこだわる必要ない、どうせノーベル賞も取らないしということで、その当時心臓外科では最先端といわれた東京女子医大を目指すことにしました。

このときの面接が印象的でした。学問的なことを聞かれると思いました。試験もあるのですが、結局何をもって私の入局を許していただいたかと申しますと、「お前は運動部に入っていたか？」。それだけです。「入っていました。水泳も、弓道もやっていました。体力はあります」と言ったら、「なら、いい」ということで。結局心臓外科は体力ということですね。

それで、東京女子医大の心臓血圧研究所に行きました。非常に良かったです。学閥がなかった。それから、当時、世界にも通用する臨床研究で有名な教室だったわけです。

京大での３年間を棒に振って、結局一からレジデントをやり直したのですが苦ではありませんでした。ただ、世界に飛び出すチャンスを掴みたかった。学会のアブストラクトが通りますと、海外の学会でも旅費を支援してくれるシステムがありまして、私みたいな下っ端でもアブストラクトさえ自力で通せば海外に送ってくれるような医局でした。

女子医大の場合には、医学博士にならないと留学させてくれないというルールがあって、私もそれに従ってレジデントの年季が明けると医学博士をパッパッと取りまして、ユタ大学へまいりました。

私は、実は補助循環・人工心臓というテーマで研究をやっておりましたが、もう１つ、人工血管とか、抗血栓材料の研究に興味を持っておりまして、両方ともできるユタ大学に 1987 年から 89 年まで留学しました。

この研究が今でも、人工心臓ポンプの表面設計に役立っていると思います。実は私は拍動流ポンプがあまり好きではなくて、拍動流ポンプの研究はあまりやっていなかったのですが、留学３年目にして人工心臓の父といわれているコルフ先生に出会いまして、この出会いがまた大きな出会いでした。コルフ先生が開発した小児用の小さなウレタン製の補助人工心臓、それ自体は私は研究としては選ばなかったのですが、子羊への埋め込みを頼まれてやりましたら、非常に喜んでいただきまして、それからコルフ先生とお付き合いするようになり、感化されました。彼は本当のメンター、研究という意味ではメンターです。彼に、研究の厳しさ、研究者魂を教わりました。

このスライドに書いてありますが、ユタ大学で人生の師に出会ったと。この出会いが、研究を細々ながら続けられた１つのきっかけだと考えております。

コルフ先生にも実は先生がいました。先生はオランダ人です。オランダはご存知のように、スペインからの独立戦争、80 年戦争を戦いました。その戦争を始めたのがウィリアム沈黙王という方で、この方のモットーをコルフ先生が継いだのです。

Even without hope I shall undertake. Even without success I shall persevere.
すごい言葉ですね。成功しなくても俺がやる。

これは非常に感化されました。そのときに学んだのは研究・開発の厳しさです。研究というと何となくロマンティックな感じもするのですが、研究はロマンではなく戦争である、ということが分かりました。

コルフ先生とは 80 歳から 95 歳くらいまで機会があるとお会いしたのですが、会うたびに新しいアイデアを持ってきて私に聞くのです。目をキラキラ輝かせて、孫のような若造にそういうものを真剣に問いかけてくる先生には、本当に頭が下がる思いでした。

留学が終わって、「さあやるぞ」と意気込んで医局に帰ったものの、オペ室に入っても楽しくないのです。どうも心をユタに残してきたみたいなのです。たぶん、ユタの研究が楽しかったのだと思います。人工臓器の開発には、医学と工学の融合がなければありえない。女子医大に帰ると医者しかいない。今まで、ユタで一緒に共同研究でお互いにコンプリメンタリーにやっていた仲間がいなくなってしまったということです。

おまけに、早稲田の工学部の先生から電話が掛かってきて、「うちの学生をとってくれないか」と。「女子医大にはそんな設備はありません」と。そんなこと言われるから、余計にまた研究が懐かしくなってしまう。臨床だけではなぜかワクワクしない。ずっともっと私にできることがあるのではないか。そのフラストレーションが日ごとに大きくなった。また挫折なのですね。そういう意味では。

その時たまたま当時の主任教授が、テルモが新しく作った情報管理センターの開所式があるから「代わりにいってこい」ということで見に行きましたら、なんと見学した研究開発センターに最新の動物実験施設が整備されていたのです。もちろん、羊とか牛とかの大型動物はいなかったのですが、よく聞いてみると、それもできるというのです。

それで感動しまして、それが入社の動機なのです。もっと研究を続けたい。大型動物を使った、まともな研究がしたいと。その頃、大学病院はどこでもそうですが、犬とかウサギとか小動物しか使えるところがなく、人工心臓の研究には使えないのです。そういうことがあって、最初は契約社員として入りました。

テルモに入ってからは、やっと早稲田の工学部のマスターコースの学生を受け入れて、通算６名の学生がマスター論文を書いて卒業して行きました。私は、指導教授ではないのですが、工学部の論文の指導をすることで、工学部のメンバーと一緒に研究することができたということは大きいです。

テルモ入社後、あっという間の 18 年間でしたが、いろんなことがありました。苦労話ということでまとめてお話ししたいと思います。

やはり、大学の研究とは随分違いまして、製品を作るということは 100 倍くらいの努力とお金と人がかかります。１からの品質システム作り。様々な薬事規制をクリアしなくてはならない。それから、テルモでは初めての開発となります、ペースメーカーのような能動的埋め込みデバイスで、しかも、システム商品ですから、20 くらいの商品を同時に開発しなければならない。ポンプ１つ取っても 400 パーツです。

それから、苦労したのはアメリカでのベンダー管理です。自分のところだけでは作れない特殊な部品とか、全部ベンダーに頼まなくてはいけないということで、非常に苦労しました。

これはデザインコントロールの概要ですが、要は書類の山です。全部英語で書かないといけません。私が昔、医者であった頃は、チョコチョコっと作って、自分で使っていたのですが、製品にするためには、そういうわけにはいかないということを学びました。

これは米国の治験申請書類です。私の身長が 155cm ですから、書類の山は２ｍくらいになります。こういうものを申請しなければいけません。それから、CE マークを取った時の申請書類が約２万頁です。このうちの６冊くらいは臨床リポートで、私はそのうちの半分くらいを書かせていただきました。

日本の申請は全部日本語なので、またやっかいです。英文の申請書類を全部日本語に訳して、まとめなおす、大変な作業を伴います。

一番苦労したのは、人の採用です。日本のテルモですと、人事部が全部雇ってくれて、全部

教育してくれて、好きな人を選べば良いわけですけども、我々の場合はそういう人がいませんでしたので､自分でインタビューして自分で選んで自分でトレーニングしなければなりません。アメリカ人となるといろんな人がいまして、始めはハズレの連続でした。「始めに文書ありき」の文化にもとまどいました。日本では当たり前の常識が通用しない、やはりきっちりと言葉で説明しなければいけないということでした。

アメリカはご存知のように人種のモザイクで、12カ国の出身者が雇われています。それぞれカルチャーも違います｡これらの異文化をまとめるチームビルディングが大切です｡おそらく、この会でも、チームビルディングは大きなテーマだと思いますが、これに苦労しました。

それからモチベーションの維持。これも、違う文化、違う歴史を持った方たちが集まっていますから、それを同じベクトルにしなくてはいけない。非常に苦労しました。今でも苦労しています。

このスライドを見て分かるように、4人でアメリカに行って、140 人に至るまで7年ぐらいですが、この間人員が急増しているわけです。典型的なGrowing Painで、いわゆる「ハラスメント」とか、いろいろ人事問題がありまして悩みました。こういうモザイクの、育ちも違う、考え方も違う方をまとめ、同じベクトルに合わせるために一番大事なのは、モチベーションを常に維持しなければいけないということを学びました。

それではどうするか。私はこれを貴方にしてもらいたいということを明確に言う。明確なビジョン、ミッション、コアバリュー、これを自分で作って提示することにしました。

それから嘘でもいいから、私が落ち込むと皆逃げていってしまうので、私がきっちりと前に向かっていなければいけない。常にこういうビジョン、ミッション、コアバリュー、それからこのプロジェクトは上手く行くという、とにかくブレないリーダーシップをいつも発揮しなくてはいけないということで、本当に気苦労です。

本当は落ち込む時もあるのです。泣きたくなる時もあるのです。それを見せないでやらなきゃいけないということがあります。

それからもう1つ。医療機器の業界にいる方に共通しているのは、患者が元気になる姿を見ること、これはもの凄く大きい、モチベーションを保つのに非常に役に立ちます。ですから、月に1回、タウンホールミーティングをしていますが、そのときは必ず、臨床のアップデートをして、ヨーロッパから治験中の患者さんの写真を送ってもらいます。先ほどのビデオもそうです。それを見せる。貴方たちの作っているデバイスは、こういうように患者さんの役に立っているのだということを、いつも見せるようにしておりました。

それから、4半期ごとに目標設定をしてボーナスを支給しております。これは目標を明確にし、それに向かって頑張るという、インセンティブになります。マイルストーン毎にパーティーをして、皆で喜びを分かち合うということも、アメリカ的ではありますが効果があります。

これはCEマークを取得したときの写真です。私は、豊川稲荷で育ちましたので豊川稲荷でダルマを買って、CE マークを取ったときに皆で眼を入れました。紙吹雪も、臨床のメンバーが、うず高く溜まった書類を束ねた時のパッチの紙を箱の中に集めてくれていて、こういう時のた

めに取っておいてパーっと撒いて皆で喜びました。こういうことをやりながら、皆で喜び、悲しみを分かち合いながら進んでいくことが大事です。

これは、経営メンバーです。ロシア人の R&D、インド人の臨床、イギリス人のマーケティング、パキスタン人のマニュファクチャリング、そして日本人のＣＥＯ。やっと２人だけ、アメリカ人がここに。最近は、私もいろいろ忙しくなってきました。米国の治験では、やはり私のＣＭＯ（チーフメディカルオフィサー）としての比重が高くなってきますので、ドクターとのインタラクションとか、学会に出たり、論文を書いたりとかもそうですが、昨年新たに米国人のＣＥＯを雇いまして、グローバルな事業化を目指してまいります。取締役会長としてこれからも事業をみて行きますが、対外的なブランドイメージのアップ、それからドクターたちとのインタラクション、そういったものに重点をおいていくことになります。

これは私の思うリーダーシップのありかたをまとめたものです。非常に小規模なベンチャー型のリーダーシップということで書いています。もちろん、もう少し大きくなればリーダーシップのあり方も変わるだろうと思います。私がこの会社のリーダーシップを取る時に、どういうことに気をつけていたかというと、チアリーダーになりきるということです。とにかく旗を振って、皆をドライブする。それから、パッションとパワーを常に演じる。これは非常に大事だと思います。先ほど言いましたように、寄せ集めの若い組織なので、リーダーのパワーが無くなると皆、逃げ出してしまいます。おそらく患者さんもそうですよね。次のシンポジウムでお話しになると思いますが、お医者さんは疲れていてはいけないと思います。精神的にも、体力的にも健康を保てる、環境が必要であろうと考えております。

このスライドは各種有資格者の女性の割合を示したものですが､裁判官や弁護士と比べると、女性のお医者さんの比率は高いのです。先ほどお聞きしましたら、若い世代では女性が 30％くらい占めるということです。

ＷＴＳ（Women in Thoracic Surgery）というのは、胸部外科学会の女性の会です。アメリカでは歴史が長いのですが､日本では 2006 年に第１回目のＷＴＳに参加する機会があり､そのときに調べてみましたら､私が心臓外科医になった頃はパンダみたいな希少動物だったのですが､今は 238 人も女性の心臓外科医がいるのです。ただ、目立たないのです。学会でもあまり会わないのです。

アメリカでは 99 人しかいません、たった 1.7％が女性で、比率では日本の方が多いのです。アメリカは一杯いる感じがしますよね。これにはビックリしました。

これは女性心臓外科医のアンケートです。情報交換したいという意見が多くあります。私の場合もそうでしたが、結局周りに同じ境遇の人がいないので、自分の中に篭ってしまう。自分で問題解決するしかなかったのです。しかし、これだけ人数が増えますと、こうしたフォーラムを作って皆で話をしたいと。非常に良いことだと思います。この会もそのためにできた会だと思っています。

ここに「10 年目の憂鬱」とありますが、10 年経って、ある程度医者としてのキャリアができてくると、男性もそうなのかもしれませんが、女性だと特に結婚・出産とか、10 年目だと考え

るでしょう。そういうものが出てくるのだと感じました。

それでは、一般企業はどうかというと、実は結構ひどい。日本の本社テルモと米国のテルモハート社を比較してみますと、米国テルモハート社の女性の社員比率は 25.3%。日本本社は11%しかいません。たとえば、生命保険会社とか女性の多いところは、非常に優遇されています。テルモというのは製造業で、やはり男性優位です。管理職になりますと、3.1%しかいない。我々のアメリカ本社は、社長が女性ということもありますが、女性は頑張っておりまして、23.1%が管理職です。

これは日本と米国の全体の就業者に占める女性比率です。比べてみますと、日本の女性の就業率は米国と変わらないのです。約半分ぐらいは就業しています。その中で、日本の場合の管理職は 9.6%しかいない。医者を管理職とみなしますと、日本では女性のお医者さんは今、若い年代では 30%くらいいるのです。一般の会社では女性の管理職の比率が非常に少ない。そういう意味では非常に苦労しています。この会で、女性のお医者さんが、良い見本を社会に示していただければと思っております。

米国では女性の管理職比率が、50.6%と半分くらいが管理職です。社長は 25%くらいです。４分の１は社長になっているのです。日本でも、最近は女性の社長が多くおられますが、パーセンテージにするとまだ少ないということです。役員になりますと 0.73%。１%もいないということです。

管理職に占める女性の割合は、同じアジアでも、フィリピン、シンガポール、マレーシアに負けています。これが実態です。アジア諸国にも負けている。それから賃金も安い。見てください。女性の管理職が多いからシンガポールとか、同じアジアの国でもたくさん貰える。

これは、各国の年齢別女性労働者率ですが、日本ではM字型になっており、子育て期に結局就業を中断せざるを得ないというのが問題だと思います。特に、医者では、そうだと思います。医者は、日々学んでいくものです。頭だけで考えるのではなくて、経験を積まなければいけませんので、このM字型を何とかしなくてはいけない。

スウェーデン、英国、米国、全部逆U字型です。途切れがない。子どもを産んでもずっと働き続けます。

これは耳が痛いでしょうが、家事・育児に占める男性の割合は、本当に、韓国や日本といった儒教の国で少ないです。男の人はほとんど手伝ってくれない。女性がすべて犠牲になっているということです。

ただ、日本の場合は、本当は声を大にして叫ばなければならない女性が、意外と意識が高くないということもあります。ここにおられる女性は違うと思いますが、一般の会社ですと、女性は家庭に入らないといけないのかなと、思ったりするような方も結構いるようです。

これを見てください。日本とアメリカで同じ質問をしています。塗りつぶしてあるのが女性、白いのが男性です。これ見て分かるように、同じスケールですが、アメリカ人の方があれほど女性に優しい環境で、男性が助けてくれる、半分くらい家事をやってくれるし、社会も助けてくれる、インフラも整っているのに、やはり「社会がなっていない」という人がこんなにいる

わけです。日本と比べると、日本はそんなに主張していないのです。実は、こうやって比べてみますと、アメリカ人の方が、日本に比べ環境が整っているにもかかわらず、まだ文句を言っている。日本の方がもっと環境が劣悪なのに、女性も文句を言っていない。どんなポジティブアクションが適当か、という質問にも、やはりアメリカ人の方がもっと改善してほしいと、主張している。スウェーデンでもドイツでも同様です。日本では問題意識、自己主張が少なすぎるのではないだろうか、という気がします。

意識を高めることもやっぱり大事だと思います。意識が高まらないと、毎日毎日が流されてしまいます。毎日毎日戦って行かなければいけないと、思っております。

10年目の憂鬱ということで、10年くらいたちますと将来のキャリアパスを考える時期だと思います。これは会社の例ですが、ある人事担当者が女性社員にいろいろ聞いてみたらしいのです。プロジェクトチーム参加者の、女性社員の退職理由、実際に会社を辞めた理由ですが、育児または家事は、間接的または遠因であって、辞めた本当の理由は、自分が歩むであろうキャリアパスが見えないためだというのです。大体男性の場合は、あの年代になったらこうなるという見本が一杯あるわけです。女性の場合は、まったく見本がない。女性のお医者さんも、たぶんそういうものが、特に外科医の場合はあるのだと思います。要は、キャリアが見えなくて、やっぱり家庭に帰ろう、みたいな選び方をする方々が結構いるのだということを、ここに書いてあります。同じことですが、前例に学べない不安が女性にはあります。皆さん、勇気を持って、前例になるように頑張っていただきたいと考えています。

もう1つ。次のセッションでも話題になると思うのですが、子どもは2人のものです。2人で責任を持って育ててほしい。

私の例はどうかといいますと、ワーク・ライフ・バランスという意味では逆の感じがします。職場結婚をしまして、相手は6歳下の、プロジェクトのチーフエンジニアです。どちらが欠けてもプロジェクトができないということで同じ部署で働くことを会社から特別に許していただいたのです。彼は私をサポートしてくれています。高齢出産で、42歳で出産しましたが、実際に産休を取ったのは1週間です。すぐに職場に戻りました。戻らざるを得なかったのです。この頃は、国家プロジェクトが始まったばかりで、とても休んでいられなかったのです。

出産後1週間で職場復帰し、非常にラッキーでしたが、1カ月間は実家の母に来てもらい、保育を手伝ってもらいました。それで、2カ月目から、保育園に預けました。お蔭様で、うちの子どもは私と会っているよりは他の人と会っている方が長いということで社会性が付きました。アメリカに5歳の時に連れて行って、幼稚園に放り込んで英語も教えていなかったのですが、一度も泣かない子でした。ある日先生に呼ばれまして「あなたのお子さんは全然しゃべらないのだけどどうしたの？」と聞かれまして、「すみません。英語を教えていないのです」と。今は、自然に覚えて、現地の学校で元気にしています。

特にヨーロッパの治験が始まってから、今度はアメリカで治験が始まって、私は非常に忙しくなりまして、夫の家事・育児の負担が非常に大きくなりました。私の方が6歳年上ということで、定年は私の方が早く来ますので、そうなったら逆転して今度は私が家のことをやる番だ

と思っています。

今、人生50年＋を経て、思うことです。私は、好きなことをしてきましたから、悔いはないです。もちろん、いろんな人に迷惑をかけて、いろんな人にお世話になりました。だけど、好きなことをする人生が一番楽しいと思っています。仕事も勉強も、それから好きなことは上手にできるのです。自分が始めたことは、皆に宣言してやるわけですから、逆戻りはできないということもあります。だから、自分を縛り付けるという意味でも、好きなことをする。嫌々やるのはよくない、というのが私の人生観です。決めるのは私でありあなたなのです。だから、愚痴を言わずにやりましょう。失うものはない、過去は未来のためにあるのです。

いままで、いろんな挫折がありましたが、必ず次の人生の肥やしになっているのではないかなと思います。挫折をバネにして、もっと高く登ろうというのが私のポリシーです。

あとは、家族それから仲間の存在も大事です。チョモランマの登頂ができるのも、家族の支え、仲間の支えがあるからだと思っています。

それから私も、いろんな人のお世話になったといいましたが、人生の岐路に立った時に出会った人から非常に感化を受けて、その人がいなければ決定できなかったなということもあり、非常に出会いというものを大事にしております。

ＮＨＫのプロフェッションという番組に出演したときのことです。収録中に一杯ＮＧを出しましたが、最後に25秒で「プロフェッショナルとは何か」を言えといわれて、これだけは、一回で決まりました。大事なのは、本当に好きなことをしましょう、ということです。何にパッションを覚えるかをまず探して、それを見つけたら、しつこく粘り強くすれば、何となく道が開けてくるのではないかと、私は今でも信じております。

山は高いほど登り甲斐がある。まだまだやりたいことは一杯あるのですが、ただ仲間がいるということで、支えあいながら登って行きたいと考えております。

今、人気がある、オバマさん流に、YES WE CAN！　ということです。

ご清聴どうもありがとうございます。

Terumo Heart, Inc.

# 私の50＋年史：
# ある心臓外科医の生き方

野尻知里

テルモ㈱ 上席執行役員
テルモハート社 取締役会長兼C.M.O.

## 本日のアジェンダ

- テルモハート社概要
- 人工心臓の歴史とDuraHeart™ LVAS概要
- 私の履歴書
- DuraHeart開発苦労話
- 一般企業で働く女性の実態
- 人生観・価値観



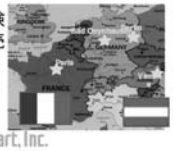
## 野尻知里の棲息地分布




テルモハート社HQ
米国ミシガン州、アナーバー



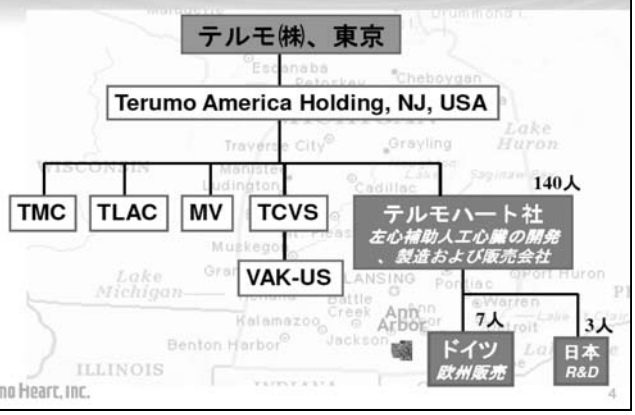
欧州治験
欧州販売







## テルモハート社はテルモ㈱の米国子会社



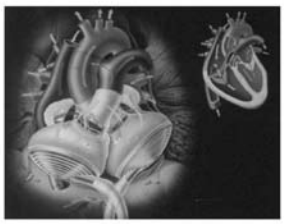



## テルモハート社の歴史

| | |
|---|---|
| 1995 | 国プロの一環として基礎研究開発開始 |
| 2000 | 商品化決定。米国に移動 |
| 2003 | 米国法人テルモハート社設立<br>（ミシガン州アンナーバー） |
| 2004 | 欧州臨床試験開始 |
| 2007 | CEマーク承認、欧州販売開始 |
| 2008 | 日米国臨床試験開始 |



## 人工心臓開発の背景と歴史



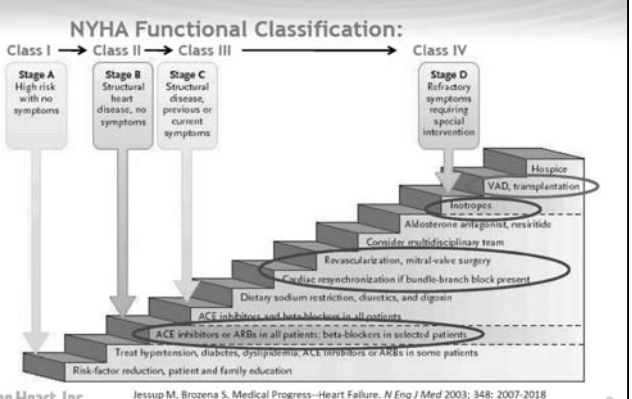


## 増え続ける慢性心不全（米国の例）

- 心不全はナンバーワンキラー
- 米国では約5.7百万人 が心不全と診断され、毎年67万人が新規患者として加わる。
- 心不全は進行性の病気で、65歳以上人口の約10%が心不全と診断され、その約8割に入院加療が必要。
- 毎年30万人が心不全で死亡
- 2030年までに心不全患者は1千万人を超える。
- 2009年の推定心不全治療コストは$37.2 billions



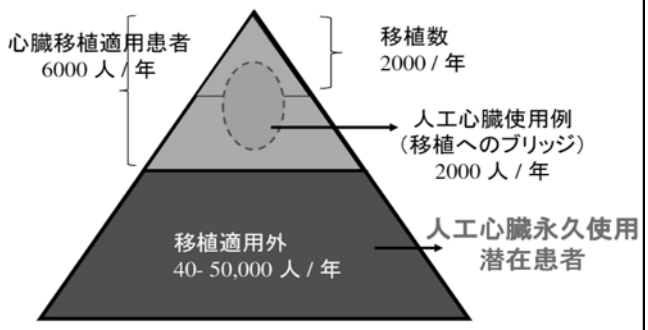
## 心不全ステージ毎の治療オプション




Jessup M, Brozena S. Medical Progress--Heart Failure. *N Eng J Med* 2003; 348: 2007-2018

## 人工心臓と心臓移植は車の両輪として発達

米国重症慢性心不全(NYHA IV)モデル






| | 心臓移植数 | 待機患者数 |
|---|---|---|
| 日本 | 10例／年 | 100名 |
| 米国 | 2200例／年 | 6,000名 |

**移植に替わる治療法が必要**

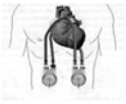


## 人工心臓の種類

- 全置換型人工心臓(TAH)
- 補助人工心臓 (VAS)
  - 左心補助人工心臓(LVAS)
  - 右心補助人工心臓(RVAS)
  - 両心補助人工心臓(Bi-VAS)



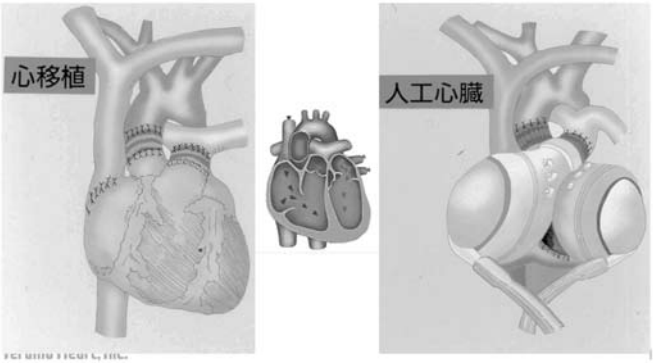






## 最初の人工心臓のコンセプト

**全置換型人工心臓 (Total Artificial Heart: TAH)**






## 人工心臓の最初の提唱者

**日米の医師がほぼ同時に人工心臓のアイデアを提唱(1921-1922)**

**小酒井不木**
**医師であり探偵小説家**




**Dr. Peter Salisbury**
**US Physician**

**Founded ASAIO**
**with Dr. W.J Kolff**



## 世界ではじめて人工心臓を作ったのは？

- 1930—リンドバーグが最初の人工心臓を製作



Charles Augustus Lindbergh II

**"翼よあれがパリの灯だ"**
Spirit of St. Louis
May 21,1927



Ryan NYP-1



## 最初に人工心臓を動物に埋め込んだのは？

**1957** クリーブランドクリニック

- Willem J Kolff博士
- **阿久津哲造博士**

塩化ビニル製の人工心臓
犬で90分生存





## 60年代の米国国家プロジェクト

- **アポロ計画**(JFK, 1961-1975)



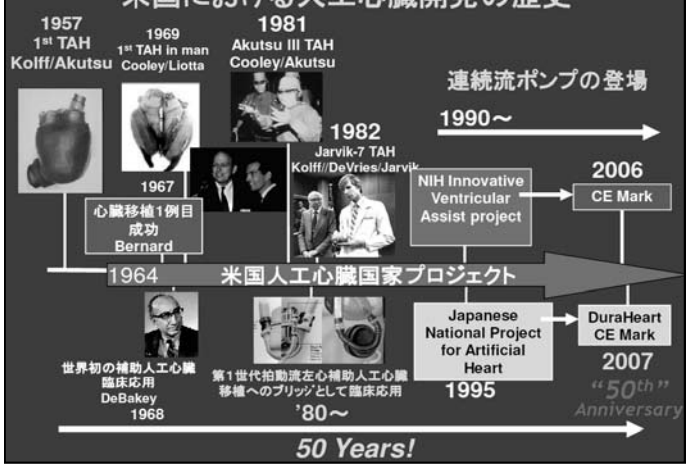


"Appollo 11" Moon Landing, July 20, 1969

- **人工心臓計画** (Lyndon Johnson, 1964-)
  1957年、米国で人工心臓の動物実験スタート

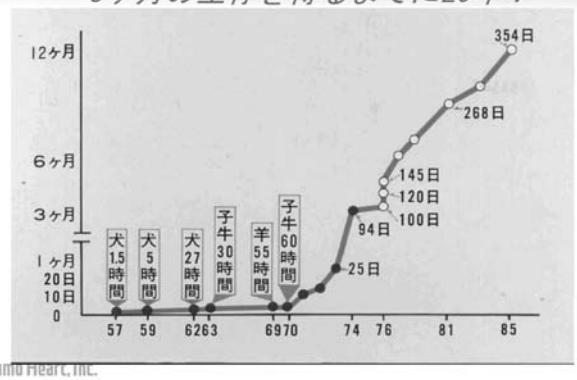
***人工心臓の開発は50年経った今も尚、継続***

## 米国における人工心臓開発の歴史




## 人工心臓の動物実験

*3ヶ月の生存を得るまでに20年！*




Terumo Heart, Inc. 18

## 全置換型人工心臓

最初の人への埋め込み

- 1969

Dr. Denton A Cooley
Texas Heart Institute



移植への"つなぎ":64 時間で移植
移植後患者は5日間生存



"Liotta" TAH

Terumo Heart, Inc. 19

## 1981—世界で2番目の人工心臓 "Akutsu III"

移植への"つなぎ"として埋め込み ：54時間で移植







阿久津哲造先生

*Predecessor*
*of Jarvik 2000 Axial Flow*
*Pump*

Terumo Heart, Inc. 20

## 1982—世界で始めて"永久使用"人工心臓 （Jarvik-7）の埋め込み(ユタ大学)

患者さん(Barney Clark)は112 日生存

- Willem Johan (Pim) Kolff
- Robert Koffler Jarvik
- William C. DeVries








Dr. Willem Kolff and Dr. William DeVries present an artificial heart at a press conference.

Ter 21

## 全置換型(TAH)の限界

- 問題点
  - –機械的耐久性
  - –血栓
  - –感染（サイズと比例）

➡6例以後FDAは人工心臓の永久使用を禁止

❑FDA は移植へのブリッジ ( BTT)としてのみの使用を許可

❑Jarvik-7 (現CardioWest™) は最初の埋め込みから22年後の2004年にBTTで販売承認。



CardioWest™TAH

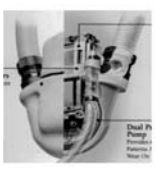
Terumo Heart, Inc. 22

## 開発の主流はTAHからLVASへ

1980年代半ばより拍動型LVASの臨床応用が主流となる。



HeartMate I



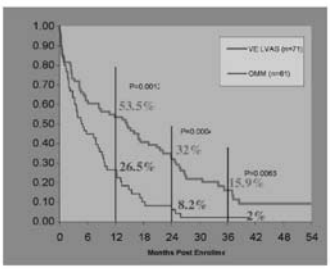
Novacor

1998—FDA は2種類の体内埋込みLVASを心臓移植への"つなぎ"(ブリッジ)として認可した。

Terumo Heart, Inc. 23

## LVAS永久使用を目指したREMATCH治験開始

*Randomized Evaluation of*
*Mechanical Assistance for the Treatment of*
*Congestive Heart Failure (REMATCH) Trial*









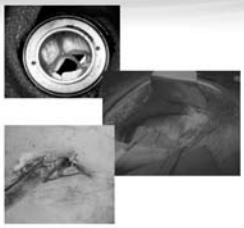
Rose EA, et al, NEJM 2001

LVASの永久使用をFDAが承認（2002年）

Terumo Heart, Inc. 24

## 拍動流LVAS：長期使用で限界

- 機械的故障
- サイズが大きい
- 感染
- 血栓



小型で耐久性・信頼性の優れたLVASへの期待

Terumo Heart, Inc. 25

## 新世代LVASの登場

1970年代 《第1世代》 拍動流LVAS
Novacor, HeartMate I

↓

1990年代 《第2世代》連続流LVAS
接触軸受けを持つ連続流（軸流）ポンプ
Jarvik 2000, DeBakey VAD, HeartMate II

↓

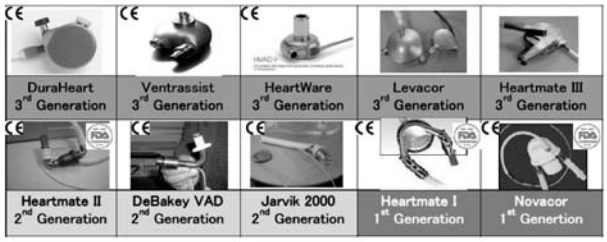
2000年代 《第3世代》連続流LVAS
機械的軸受けを持たない連続流（遠心）ポンプ

- 磁気浮上型遠心ポンプ：DuraHeart, Levacor
- 動圧軸受け型遠心ポンプ：Heartware

Terumo Heart, Inc. 26

## 第3世代連続流LVASが続々登場

第１世代 拍動流 → 第２世代 連続流 → 第３世代 連続流




Terumo Heart, Inc. 27

## DuraHeart™ LVAS

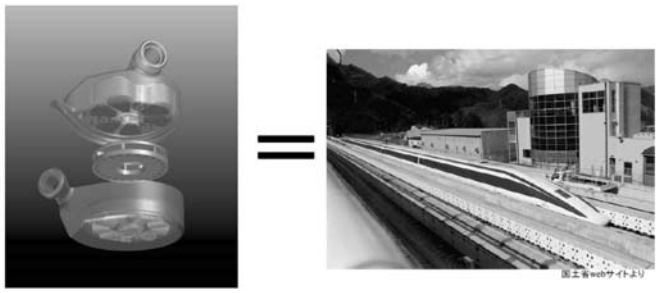
世界で初めて商品化に成功した第3世代、
磁気浮上型遠心ポンプ左心補助人工心臓



Terumo Heart, Inc. 28

## 磁気浮上とは？

リニアモーターカーと同じ技術



Terumo Heart, Inc. 29

## The DuraHeart LVASの特徴

磁気浮上
- Stable Impeller Position
- Large Stable Gap All Time
- Improved Washout/Minimal Thrombosis



遠心ポンプ
- Low Shear Stress / ⇩ Hemolysis
- Better Physiologic Response

**Superior Clinical Results**

Additional Features
- Back-up Hydrodynamic Bearing
- 3 Angled Inflows - Safer Positioning
- Flat Shape - Good Anatomic Fit



Terumo Heart, Inc. 30

## DuraHeart システム・コンポーネント

**埋込みコンポーネント**



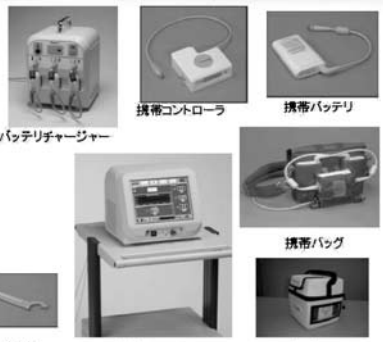




**手術用アクセサリ**



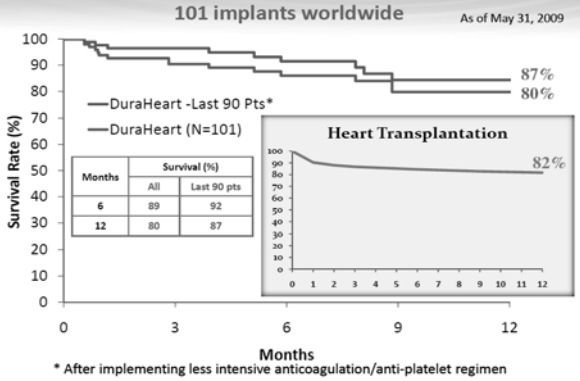

**体外装置**




Terumo Heart, Inc. 32

## DuraHeartの臨床成績

101 implants worldwide　As of May 31, 2009




| Months | Survival (%) | |
|---|---|---|
| | All | Last 90 pts |
| 6 | 89 | 92 |
| 12 | 80 | 87 |

* After implementing less intensive anticoagulation/anti-platelet regimen

Terumo Heart, Inc. 33

## DuraHeart装着4 周年を迎えた患者さん



Terumo Heart, Inc. “心移植はもう考えていないよ” 34

## 私の履歴書

Terumo Heart, Inc. 35

## Case Report

症例：XX才、女性、既婚、女児1名（14歳）

**現職：** テルモハート社　取締役会長
テルモ株式会社　上席執行役員

**略歴：**
ちびまるこ的典型的サラリーマン家庭に育つ(4人家族、祖母)

京都大学理学部入学　　ノーベル賞目指す！

…も『女なんかが理学部入ってどうすんの？』
『お茶くみにしかなれないよ』

挫折！進路に悩む大学生

Terumo Heart, Inc. 36

## Case Report

症例：XX才、女性、既婚、女児1名（14歳）

**現職：** テルモハート社　取締役会長
テルモ株式会社　上席執行役員　兼
研究開発センターアドバイザリー

**略歴：**
ちびまるこ的典型的サラリーマン家庭に育つ(4人家族、祖母)

京都大学理学部入学　　ノーベル賞目指す！

…も『女なんかが理学部入ってどうすんの？』

挫折・進路に悩む大学生
そうだ、資格を取ろう
医者になる決心

Terumo Heart, Inc. 37

## Case Report

症例：XX才、女性、既婚、女児1名（14歳）

**現職：** テルモハート社　取締役会長
テルモ株式会社　上席執行役員

**略歴：**
ちびまるこ的典型的サラリーマン家庭に育つ(4人家族、祖母)
京都大学理学部入学
京都大学医学部入学、理学部退学

医師国家試験合格　心臓外科を志すも…

『女なんかいらない』と入局拒否。
またまた挫折！・・・

Terumo Heart, Inc. 38

## 医者になってから　“心臓で行く、と決めた”

- とにかく心臓にしか興味がなかった。
- 医者になるなら、救急は基本。まず、救急で、切った貼ったができる技術を身につけることが先決。それならます外科
- 第2外科入局を希望したが、「女は入れない」といわれる。大ショック・・・。
- 学生時代かわいがっていただいた、第2外科助教授に相談。心臓がしたいなら、胸部疾患研究所に聞いてみたら？

当時、第2外科以外にも胸部疾患研究所でも心臓外科開設の準備を進めており、それではと打診したところ、入局を許可された！

Terumo Heart, Inc. 39

## Case Report

症例：XX才、女性、既婚、女児1名（14歳）

**現職：** テルモハート社　取締役会長
テルモ株式会社　上席執行役員

**略歴：**
ちびまるこ的典型的サラリーマン家庭に育つ(4人家族、祖母)
京都大学理学部入学
京都大学医学部入学、理学部退学

医師国家試験合格
京都大学結核胸部疾患研究所入局　どうしても心臓外科がやりたい！

Terumo Heart, Inc. 40

## ところが、、、

- いつまで経っても、肺がん、結核、呼吸不全の治療ばかり。特に肺がんと慢性呼吸不全の患者さんは治療をやってもやっても、段々悪くなり、多くの患者さんを看取ることに。外科の限界というものを少しずつ意識するようになった。
- 思い余って、担当教授に直談判。心臓外科医をやらせてくれとお願いした。当時、第2外科の出張病院で心臓外科では有名な小倉記念病院の伴先生を紹介していただき、研修医2年目より小倉でやっと本格的な心臓外科の研修に入る。

小倉時代は、ハードな研修時代であったが、
何もかも新鮮で本当に楽しかった。
心臓外科で生きようと思った。

Terumo Heart, Inc. 41

## 研修医終了後

- 大学医局から心臓外科を開設するから、熊本日赤（京大出張病院）へ異動してくれとの打診。
- そこで、東京女子医大で小児心臓の研修を受けた先生と出会う。当時最先端といわれた東京女子医大心臓血圧研究所の素晴らしさを聞いた。

**目から鱗!!**
何も京大にこだわる必要はない。
最先端の施設にチャレンジしようと思った。



## 東京女子医大心臓血圧研究所（心研）入局

- 当時、心研は学閥がなく、世界にも通用する臨床研究でも有名な教室だった。レジデントとしての研修期間は6年間で京大の3年を棒にふることになったが、それでもいいと思った。

**世界に飛び出すチャンスを掴みたかった**



## 念願のユタ大学での3年間（1987-1989）

- 抗血栓性材料研究、人工心臓研究に従事。
  この研究が今でも人工心臓ポンプの設計に役立っている。
- 留学3年目、人工臓器の父といわれるコルフ先生に出会う。
- きっかけはコルフ先生が開発した、小児用のウレタン製の補助人工心臓の子羊への埋込みが、何回やっても失敗するので、助けてくれと、埋め込みを頼まれたこと。
- 埋め込みは成功し、それからコルフ先生との交流が日本に帰ってからも続くことになった。

**コルフ先生の持つ『研究魂』が私のモットー**



*Motto of the Inventor of Life*



ウイリアム沈黙王
(William I of Orange)
**オランダの父**
**80年戦争**
**(1568−1648)**



Willem Johan(Pim) Kolff
**人工臓器の父**



*N'est besoin d'espérer pour entreprendre.*
*Ni de réussir pour persévérer.*
William of Orange, Dutch Father of the Fatherland (1533-1584)

*Even without hope I shall undertake.*
*Even without success I shall persevere.*
Willem J. Kolff (1911)

**人生の師に出会った**

**R&D is NOT a Romantic Poem, But A War**

Favorite poem of another inventor




## 留学後

- 1989年、3年の留学を終えて、帰局。
  さて、やるかと意気込んで帰ったものの・・・。
- そんな折、早稲田大学工学部の先生から是非とも学生を取って研究指導をして欲しいとの申し入れ。
- 医学部では工学部の学生を採るのは無理。ユタでのPH.D.コースの学生との研究時代が本当に懐かしかった。
- 人工臓器の開発には医学と工学の融合がなければありえない。

臨床だけでは何かワクワクしない。
このままでは終わりたくない。
何かやりたいというフラストレーションは
日ごと大きくなる・・。

**またまた、挫折！**



## テルモ入社

- そんな鬱々とした日々を送っていたある日、教授よりテルモの湘南センターの開所式があるから代理でいってくれない？といわれ、出席。
- 見学した研究開発センターをみてその実験設備が充実しているのに驚いた。
  その後、教授から、テルモで新たに医科学研究所を開設し、研究者を世界中から募集しているから、聞いてみたらどうか。と打診される。
- 1991年、これがきっかけとなり、契約社員としてテルモ研究開発センター・医科学研究所で研究することになる。
  ここには英国からの2名の研究者も研究員として入社していた。



## テルモ入社後

- 入社後、念願の早稲田工学部のマスターコースの学生を受け入れ、抗血栓性材料とその評価法、人工血管、人工心臓等の研究が始まった。
- 通算6名の学生さんが、テルモでの研究論文で修士号を取って卒業していった。この研究で開発したin vitroとin vivoの抗血栓性評価法は社内のみならず、社外からも評価された。
- また、この間慢性動物モデルをコルフ先生からいただいた人工心臓を用いて完成することができたのも、大きな収穫。これらの経験と人工心臓研究開発に必要なインフラ整備が後のDuraHeartの開発に大いに役立つ。



阿久津先生




コルフ先生

**1993年**
**テルモ研究開発センターにて**

## Case Report

1989年　東京女子医大帰局　挫折、もっと遣りたいことがある

### “あっ”という間の18年間

1991年　テルモ株式会社研究開発センター医科学研究所客員研究員
1994年　**社内結婚、女児誕生！**
1995年　NEDO人工心臓国家プロジェクト開始
1999年　研究開発センター部長（正社員となる）
　　左心補助人工心臓事業化提案
2000年　**左心補助人工心臓商品化 のため、米国に赴任**
2003年　テルモハート社（米国ミシガン州）設立
2004年　DuraHeart　LVAS欧州治験開始
2007年　CE-マーク取得、欧州販売開始
2008年　米国治験開始

一難去って、また一難
休まず走り続けた
これからも走る



## DuraHeart 開発苦労話



## 苦労の連続

- 商品開発とR&Dは全く別物
  「いち」からの品質システム作り
  様々の薬事規制（デザインコントロール、GLP, GCP, GMP）
- 初めてのAIMDシステム商品
  20の商品を同時開発のすさまじさ。
  ポンプひとつとっても400パーツの部品
- 慣れない米国のベンダー管理

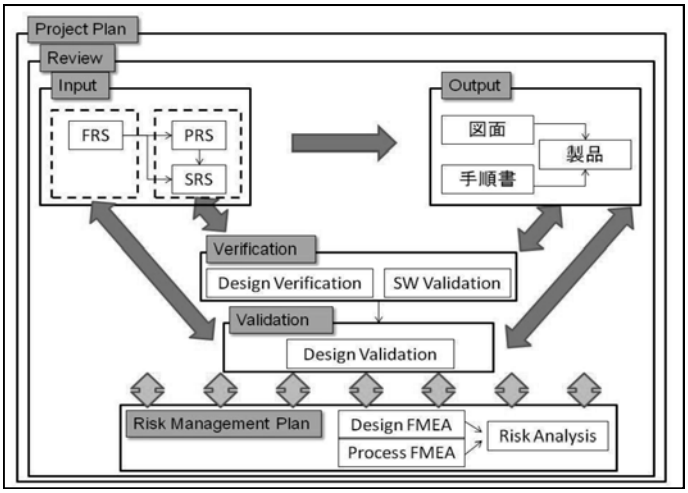


## デザインコントロール

FDA QSR and ISO 13485

| FDA 21 CFR part 820 | | ISO13485 | |
|---|---|---|---|
| Design and Development Planning | 820.30 (b) | Design and Development Planning | Sec.7.3.1 |
| Design Input | 820.30 (c) | Design and Development Input | Sec.7.3.2 |
| Design Output | 820.30 (d) | Design and Development Output | Sec.7.3.3 |
| Design Review | 820.30 (e) | Design and Development Review | Sec.7.3.4 |
| Design Verification | 820.30 (f) | Design and Development Verification | Sec.7.3.5 |
| Design Validation | 820.30 (g) | Design and Development Validation | Sec.7.3.6 |






## 申請書類量の比較

米国IDE申請書類
45冊、約2m
1万5千ページ



日本治験申請書類
4冊、17cm



X10＝PMA



CE-マーク申請書類
2万ページ



## 一番苦労したのは何か？

- ゼロからの組織作り：　4人→140人
  - 現地人の採用。最初は「はずれ」の連続。
  - 「はじめに文書ありき」の文化に戸惑い
  - まさに人種のモザイク（12ヶ国からの出身者）
  - チームビルディング
  - モチベーションの維持



## 開発過程と人員の推移

| 年度 | イベント | 開発フェーズ | 人員 |
|---|---|---|---|
| 1995-98 | コンセプト確立 | R&D　4年 | 7 |
| 1999 | Oxford動物実験<br>事業化提案 | Ph-I　1年 | 7 |
| 2000 | 米へ移動、設計、FDAﾐｰﾃｨﾝｸﾞ、<br>臨床試験設計 | PH-II　2年 | 4<br>↓<br>15 |
| 2001 | 本格ﾌﾟﾛﾄ、ECT | | |
| 2002 | GLP動物実験、DVT、契約、独<br>事務所、生産、治験通知 | Ph-III　1.5年 | 30 |
| 2003 | 治験開始 | Ph-IV　3.5年 | |
| 2004 | 治験継続、改良 | | 47 |
| 2005 | ISO認証、CE申請、患者追加 | | 105 |
| 2006 | CEﾏｰｸ取得 | | 98 |
| 2007 | 欧州販売開始 | Ph-V | 103 |
| 2008 | 米国治験開始 | | 140 |

## モチベーションの維持

- 明確なビジョン、ミッション、コアバリューの提示
- ブレないリーダーシップ
- 患者が元気になる姿を見てもらう（感動の共有）
- 月例タウンホールミーティング（成果とゴールの共有）
- 四半期毎の目標設定、評価、ボーナス
- マイルストーン毎にパーティー！



## 月例タウンホール・ミーティング

"DARUMA" got another eye!





## グローバル経営メンバー






## リーダーシップ（小規模ベンチャー型会社）

**Multiple hats：社長、Medical Director, R&D, 学術、広報・採用活動、学会活動、Mktg下請け、論文執筆、獣医さん、小遣いさん、コックさん**

- チアリーダーになり切る
- パッションとパワーを常に演じる
- 明確な目標とミッションを提示する
- 部下と対等に議論する（部下を決して子供扱いしない）
- Intimacyを保つ
- 最後の責任はとると言い切ること
- リーダーは絶対にあきらめないことを態度で示す
- 良くやった、と常に褒めること。
- チームワークの力を常に強調
- 部下の大きすぎる荷物は自ら背負ってでも登りきる決意



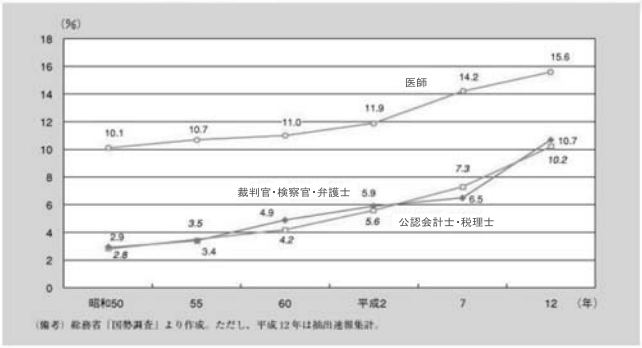
## 働く女性の実態

＜参考資料＞

- 内閣府男女共同参画白書
  - 平成19年版
  - 平成17年版
- 平成17年版国民生活白書
- 財団法人21世紀職業財団資料
- 厚生労働省ホームページ



## 各種資格職従事者に占める女性割合の推移











## 日本の女性胸部外科医米国に較べて少ない？

| | Women/Total | % of total |
|---|---|---|
| 日本 | 238/8043 | 2.95 |
| 米国 | 99/5812 | 1.7 |

## 日本の女性胸部外科医アンケートをみて

- 情報交換、意見交換がしたい。
- 広報誌ができたらよい。
- 学会、他団体への働きかけのできる組織つくりを目指して欲しい。
- 結婚、妊娠、出産できる環境整備をするきっかけになって欲しい。
- 女性医師の頑張っている姿をみてエネルギーにしたい。
- 合計7名入局し、0名残留。何故か？討論したい。
- 女性だけの会を持つことの意味がわからない。“対等”などという概念は当然すぎて不要
- 10年目の憂鬱。今後の進路への悩み。



## 一般企業における女性比率

| テルモ㈱ | | |
|---|---|---|
| | 女性社員（%） | 管理職（%） |
| 日本本社 | 11.2 | 3.1 |
| 米国テルモハート社 | 25.3 | 23.1 |
| 日本と米国の女性社員の比較 | | |
| 日本 (2006) | 48.4 | 9.6 |
| 米国 (2005) | 46.4 | 50.6 |
| 社長 | 23.8 | - |



## 日本における女性登用の現状

- 取り組みを行うも、世界と比較するとまだまま進んでいない

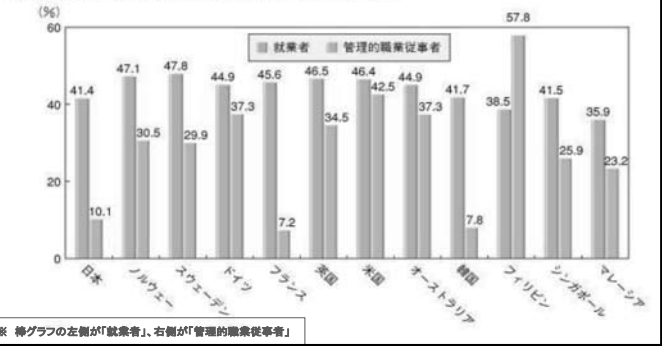
女性役員比率　：　0.73%
女性役職比率　：　9.6%

※東洋経済04年調べ



日本においては，就業者についての女性の割合は，諸外国とほぼ同じ水準を示しているが，管理的職業従事者に占める女性の割合を見ると，欧米諸国と比べて極端に低く，フィリピン，マレーシア，シンガポール等のアジア諸国にも大きく引き離されている

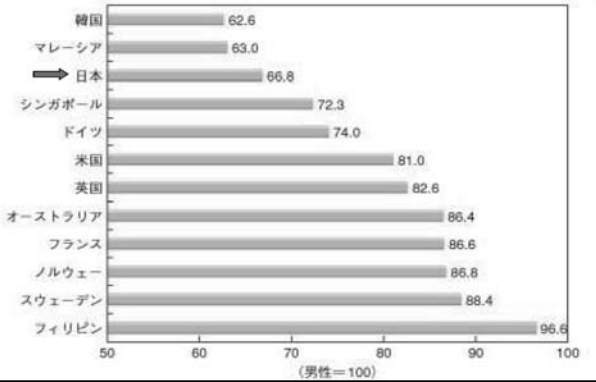
第8図　就業者及び管理的職業従事者に占める女性の割合




※ 棒グラフの左側が「就業者」、右側が「管理的職業従事者」

## 男女間賃金格差

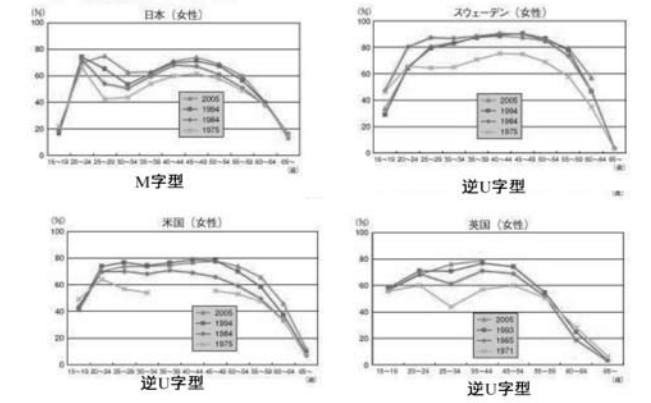
日本の男女間の賃金格差は韓国，マレーシアと並んで大きい





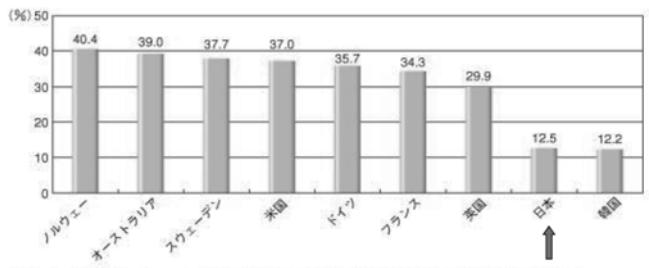

## 各国年齢階級別女性労働者率

日本は依然M字型有業率：子育て期の就業中断




未就学児のいる共働き家庭を対象とした調査結果から男女計の家事・育児時間に占める男性の割合をみてみると，日本は12.5%，韓国は12.2%と目立って低くなっている

男女計の家事・育児時間に占める男性の割合




「夫は外で働き、妻は家庭を守るべき」という考え方について（国際比較）



## あなたの仕事も尊重し、愛してくれる伴侶

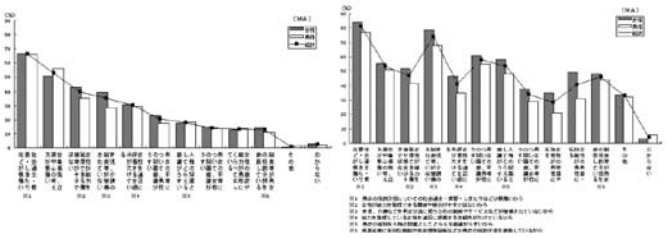
岡本かの子と一平の例は極端？

- 人事担当者の言葉「アンペイドワーク（育児・家事等）の90%以上を女性が担っている国は、日本しかない。他国と比べて女性に労働が偏っているにも関わらず、その認識が低い。働きやすいとはワーク／ライフ・バランスがとれていること。男女ともにワーク／ライフ・バランスが必要」



## 男性の方が優遇されている原因

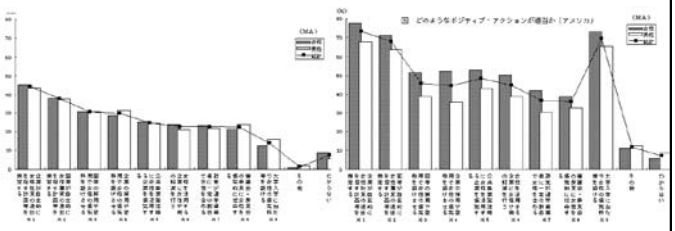
日本　　米国





## どのようなポジティブ・アクションが適当か

日本　　米国





## 10年目の憂鬱
## 将来のキャリアパスは？

- プロジェクト・チーム参加者の言葉「女性社員の退職理由を、実際に会社を辞めた人に会って調べてみた。その結果、育児・家事などは間接的または遠因であって、辞めた真の理由は、働いていく上で（自分が歩むであろう）キャリアがみえないことであることがわかった」



## 前例に学べない不安

- 経営者の言葉「ポジティブ・アクションとして、女性の管理職比率を上げる努力をすることは重要であるが、身近に目標となる女性がいないために怖じ気づいてしまう女性もいる。活用の進んでいる企業が、成功例を社内のみならず社外にも積極的に示していくことが大切だ」
- 人事担当者の言葉「『役職者になったとき、どのような仕事をするのかわからないし、イメージもわかない。』といった意見が女性社員から出され、モデルケースがいないことが（女性役職比率向上のための）問題として指摘された」



## 自ら良き前例になるべくチャレンジしよう!
## 仲間を増やそう！

- 人事担当者の言葉「今回の取組（管理職登用のための取組）によって管理職に登用された女性が、これからのモデル像になっていくだろう」
- 経営者の言葉「会社が女性に対して直接的に行う意識啓発だけでなく、女性フォーラムのような“場”を与えることにより、女性間のネットワークづくりや刺激の与え合いが行われることも重要。同じような立場や苦労している仲間がいるのだと“気づかせること”は、働く女性にとって精神面での支えとなるだろう」



## 働く男性の取組

- 人事担当者の言葉「ポジティブ・アクションを進めることで、女性にとって働きがいがあり、働きやすい職場になることは、長期的には、男性にとっても働きやすい職場になるという意識を持ってほしい」
- 男性も家事・育児や介護の責任を担っているという観点から、ワーク / ライフ・バランス（仕事と家庭や個人生活のバランス）を自らの問題として考えることが望まれます。
- 固定的な性別役割分担意識や職場優先の企業風土を変えるためには、男性の役割が重要です。



## 結婚・妊娠・出産・子育てのこと

ワーク／ライフ・バランスという意味では失敗例か？

- 職場結婚；相手は6歳年下のプロジェクトのチーフエンジニア
- 高齢初産（42歳）のため周囲が心配したが、何事もなく順調に経過。
- そろそろ、産前休暇を取ろうかと思った矢先、週末に自然分娩。あまりの速さに実家の母が間に合わなかった。
- 出産後1週間で職場復帰。1ヶ月間は実家の母に来てもらって保育を手伝ってもらった。
- 2ヶ月目から保育園に子供を預けて通常勤務。
- 夫の家事・育児分担の比重が仕事が忙しくなるにつれ増加。

人生50＋年の齢を経た、今想う

- 人生観・価値観とは、



## 人生観・価値観

- 好きなことをする人生が一番楽しい
- 仕事もしかり、勉強もしかり
- 好きこそものの上手なれ、厳しくても道は開ける、悩んでいないで進もう
- “夢‘は大きく、”志“は高く！
- 決めるのはあなた
- 失うものは無い、過去は未来のためにある
- 挫折をバネにして、もっと、もっと高く登ろう
- 家族や仲間はK2登頂時の、酸素のようなもの
- 人生の岐路にたったとき、良い相談相手をみつけよう―旅先で会ったひとのひとことが心に響くこともある



プロフェッショナル 仕事の流儀

第101回 2008年10月28日放送

夢を恐れず、走り続けろ

人工心臓開発・野尻知里

チアリーダーになりきる
夢が、人を動かす
夢をかなえるのは、自分

プロフェッショナルとは …

『まず大事なのは、何にパッションを覚えるかを探すこと。
それを見つけたら、もうしつこく粘り強くあきらめずやり続けること。
障害があったら、それをスプリングボードにすることだと思います。』

野尻知里






## 日常生活への復帰を果たした患者さん



# 報　告

## １．日本医師会男女共同参画委員会
## ー女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告ー

男女共同参画委員会委員　春木　宥子

日本医師会男女共同参画委員会は、スライドに示す業務を行っており、本日は、この中の４番目、女性医師の勤務環境の現況に関する調査について報告させていただきます。

時間の関係もありますので、飛ばしていきますが、お手元に資料をお配りしてありますので、後ほど詳しく見ていただければと思います。

2008 年 12 月から 2009 年１月に、国内全病院に勤務する女性医師にアンケートを配布し、7,467名より有効回答をいただきました。30歳代が48％で約半数を占めており、既婚者が54％、そして配偶者の職業は医師が 69.5％を占めておりました。

女性医師の勤務形態を見ますと、78.6％が常勤、18.9％が嘱託・パートなどの非常勤、短時間正職員は1.8％でした。29歳以下は常勤が68.6％でしたが、勤務先の役職では研修医42.2％、医員 50.4％であり、30 歳代も同じように常勤 77.9％ですが、医員が 63.7％ありましたので、常勤と答えた人の中には本人が非常勤雇用であることを認識していない人が相当数含まれていると考えられます。

勤務形態が常勤以外の理由は、雇用条件が 37.1％と最も高く、次いで家庭と育児が 25.6％ありました。そして非常勤では、雇用条件が 39.1％で、短時間正職員では家庭と育児が 41.2％ありました。

将来希望する勤務は、全体で 40.9％が常勤を希望しており、年代で見ますと 29 歳以下では 61.2％が常勤希望でした。将来も非常勤希望の方が 28.7％ありましたが、その理由は出産・育児・介護が挙げられていました。

勤務状況では、日勤と時間外勤務の方が 69.9％ですが、この中に非常勤が 12.4％もあり、日勤のみの方は非常勤が 34.3％と多くなっておりました。

一週間の勤務時間ですが、契約時間は週 30～40 時間が圧倒的に多いのですが、実際の勤務時間を見てみますと、全体が高い（長時間）方にシフトしておりました。

そして、１カ月の宿直回数を見ますと、「なし」が 41.3％と最多ですが、１～２回と３～４回が合わせると 43.3％となり、10 回以上は 92 人もいました。宿直の方をみますと、「翌日は通常勤務」が約 85％もあり、「１日休み」はわずか２％でした。

日直回数と休日･消化状況をみましても、日直日数は月に１～２回という人が 44.5％ですが、７回以上ある人が 95 人もいました。１カ月の休日数は、週休２日が約半数弱です。そして休めているのは約半数で、「時々返上」も結構多くて 32.3％、「ほとんど返上」が 13.7％もありまし

た。病床数の多い病院の方が、そして国、公的医療機関で休みの返上が多くみられ、常勤では「時々返上」35.3%、「ほとんど返上」14.3%、勤務状況が日勤と時間外勤務の人では「時々返上」40.1%、「ほとんど返上」18.6%あり、半数が休日を返上していました。

年次有給休暇日数とその年間消化日数においても、消化日数の少ない方に偏り、休暇が取れていない状況がありました。

女性医師としての悩みを見ますと、「家事と仕事の両立」が57.1%と最も多く、次いで、「プライベートな時間がない」「勉強する時間がない」が約4割で上位を占めていました。年齢別に見てみますと、すべての年代で「家事と仕事の両立」が挙げられ、70歳代を除いて50%を超えており、30～40歳代では約6割を占めておりました。そして「勉強する時間がない」のは40歳代がもっとも高く、短時間正社員では55.9%もありました。

仕事と家庭の両立を支えるための就労環境や規則については、「整備されていない」という回答が39.4%で、「整備されている」30.1%を上回っておりました。短時間正社員では、「整備されている」と答えた人が51.5%で、「されていない」の27.2%を約2倍も上回っておりました。整備内容は、「勤務時間の短縮、残業・当直等の免除」が74.7%、「事業所内託児施設」が55%ありました。

そして、職場における保育所・託児所は48.3%が「ある」という回答ですが、国立は70.2%と高く、病院規模の大きい方が、600床以上では65%を超えていましたが、しかし1,000床以上では43.5%と逆に低くなっていました。

そして、仕事の中断・離職理由をみますと、「出産」が最多の 69.7%、次いで「子育て」の38.1%でありました。

配偶者の家事への協力は、先ほどの野尻先生のお話にもありましたが、配偶者は医師が多く、医師以外の方のほうが非常に協力しているという状況がありました。

出産・育児の働き方についてみますと、子育て中に希望した働き方というのは「勤務内容軽減」が 45.5%、あるいは「勤務日数減」、あるいは短時間勤務の希望も3割ありましたが、実際には「変化なし」が37.7%を占め、それぞれの希望が一部しか受け入れられていない状況がありました。

産前・産後休暇についてみましても、「取得した」は78.3%で、「しなかった」20.6%の644人は「取り辛くて一時休職または退職した」が 45.0%あり、「その他」の理由についても妊娠による退職や休職、取得できる身分になかったなど、職場環境の厳しさが窺えました。

育児休業を取得したのは37.4%でしたが、「しなかった」理由には、取得できる状況にない、あるいは制度がない、出産前に退職したなど、取りにくい状況が挙げられていましたが、「休みたくなかった」も174人いました。

休みの時の身分保障・給与支給についても、整っていないという状況が結構ありました。

そして、就労継続に必要と思う制度や仕組みについて支援対策としてどのようなものが必要かの問いには、「託児所・保育園などの整備・拡充」が最も多く63.3%、そして「医師の増員」あるいは「宿直・日直の免除」「病児保育」といったものが 60%台を占めておりました。その

他の項目についても、多数の医師が必要としている状況がありました。

まとめです。

自由記載には1,887名もの方が多くの貴重なご意見を書いてくださいました。それも合わせたまとめでございます。

実働勤務時間、宿日直回数、休日日数などから多くの女性勤務医師が過酷な勤務環境にあることが分かりました。

勤務医全体の勤務環境が厳しいことや医師の勤務・労働に関して、法についての十分な理解がないこととともに、若い女性医師には、非正規雇用の立場の人が多いこともあり、出産・育児について、法の保護を十分に受けられていない状況があります。

育児・家事について配偶者の協力は、配偶者が医師である場合には、非医師である場合より得られる割合が低いことも明らかになりました。

多くの女性医師が求めているのは医師全体の勤務環境の改善であり、そのための医療への財政投入、それによる医師不足の解消、勤務医の確立であります。

多くの女性医師は出産・育児を経ても働き続けられる環境の整備、また一時休業せざるを得なかった場合の復帰支援を求めております。

出産･育児についての支援策として､24時間･病児保育を併設した院内保育所の普及のほか、様々な保育サービス利用に対する補助、および学童保育の充実を求めています。

また、多くに女性医師は意思決定にかかわる立場・指導的立場に女性が少ないことに問題を感じ、男性中心の医療界の意識改革を希望していることが分かりました。

そして、これらを実現するためには、基本的には制度や仕組み・支援対策が十分になされて行くことが一番でありますが、医療の社会的責任をきちんと果たしていくためには、それを構成する私達働く側も、十分満足して働ける状況がなくては、患者さんにも十分な医療を提供できないということが明らかであります。したがって私達も、前向きにいろんな課題を解決していかなければなりませんが、やはり先ほどの野尻先生のお話にありましたように、自分の中で収めておくのではなく、よりよく働ける状況を目指して必要なことを求め、あるいは自分自ら行動し解決していくことが必要であることが、このアンケートからも確認できたのではないかと思います。

以上、報告を終わります。

# 男女共同参画委員会
## —女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告—

男女共同参画委員会委員
春 木 宥 子

# 男女共同参画委員会

日本医師会唐澤会長の諮問を受けて活動
H20、21年度については
「女性医師に対する実効ある就業支援策について」検討・報告

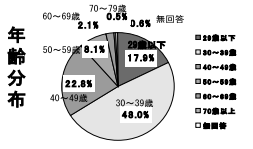
1. 男女共同参画フォーラム
2. 会長への要望書
「専門医制度における出産・育児等への配慮について(要望)」
「日本医師会認定産業医ならびに認定健康スポーツ医における出産・育児等への配慮について(要望)」
3. 女性医師支援センター事業への協力
①女子医学生、研修医等をサポートするための会
②女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会
③保育システム相談員講習会(H20年11月19日開催)
④女性医師バンク
4. 女性医師の勤務環境の現況に関する調査(2008年12月～2009年1月)

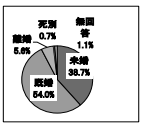


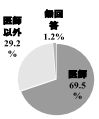
# アンケート結果

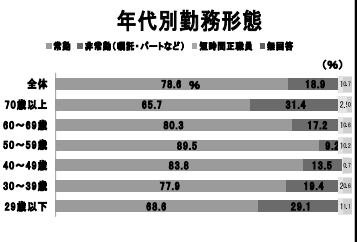
対象:国内全病院(医事新報社「病院情報」よる)に勤務する女性医師
期間:2008年12月～2009年1月
方法:病院より各自に配布、無記名・自記式アンケート、郵送にて回収
回収数:7,497　有効回答数:7,467　有効回答率:49.7%

基本統計:年齢分布、既婚・未婚、配偶者の職業、勤務形態






# 常勤以外の理由と将来の希望勤務形態

| 勤務状況 | %(7,467人) |
|---|---|
| 常勤 | 78.6(5,868) |
| 非常勤(嘱託・パート・その他) | 18.9(1,413) |
| 短時間正職員 | 1.8(136) |
| 無回答 | 0.7(50) |

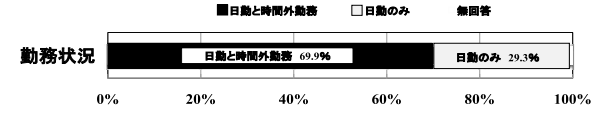
| 希望する勤務形態 | %(1,549人) |
|---|---|
| 常勤 | 40.9(634) |
| 非常勤(嘱託・パート・その他) | 28.7(445) |
| 短時間正職員 | 18.5(287) |
| 仕事をしない | 1.8(28) |
| 無回答 | 10.0(155) |

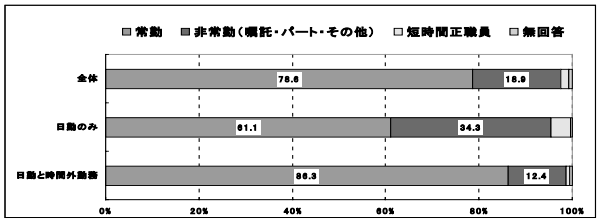
| 勤務形態が常勤以外の理由 | %複数回答 |
|---|---|
| 雇用条件 | 37.1 |
| 家庭と育児 | 25.6 |
| 育児 | 9.6 |
| 家庭 | 6.1 |
| 介護 | 2.3 |
| その他 | 19.4 |
| 無回答 | 6.8 |

(家庭と育児+育児+家庭 = 41.3)



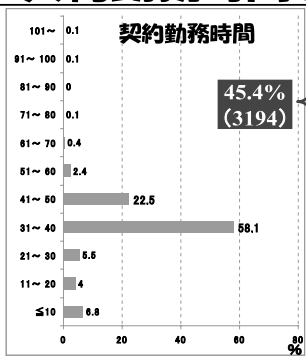
# 勤務状況と勤務形態

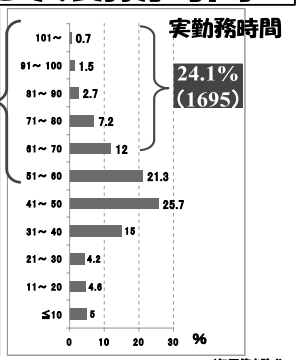





# 一週間の契約勤務時間と実勤務時間



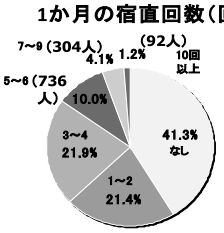




(無回答を除く)

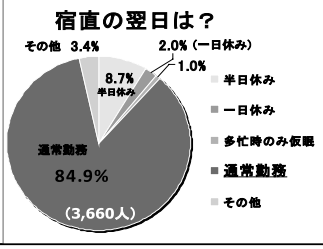


# 1か月の宿直回数と翌日

1か月の宿直回数(回)




宿直の翌日は？




6割が宿直をしている
15.3%は週1回以上

翌日は通常勤務が85%

(無回答を除く)



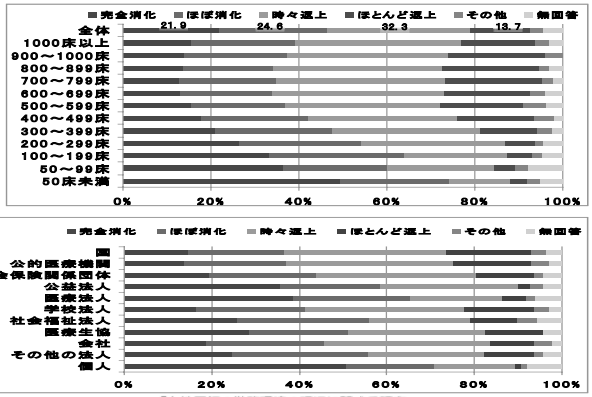
# 日直回数と休日・消化状況

| 1か月の日直回数 | %(人) |
|---|---|
| なし | 37.9(2,832) |
| 1～2回 | 44.5(3,326) |
| 3～4回 | 6.7(500) |
| 5～6回 | 1.5(111) |
| 7～9回 | 0.5(39) |
| 10回以上 | 0.7(56) |
| 無回答 | 8.1(603) |

| 1か月の休日数 | %(人) |
|---|---|
| 4週4休 | 15.6(1,162) |
| 4週5休 | 4.3(323) |
| 4週6休 | 16.6(1,239) |
| 4週7休 | 3.2(237) |
| 4週8休(週休2日) | 43.2(3,224) |
| その他 | 14.2(1,063) |
| 無回答 | 2.9(219) |

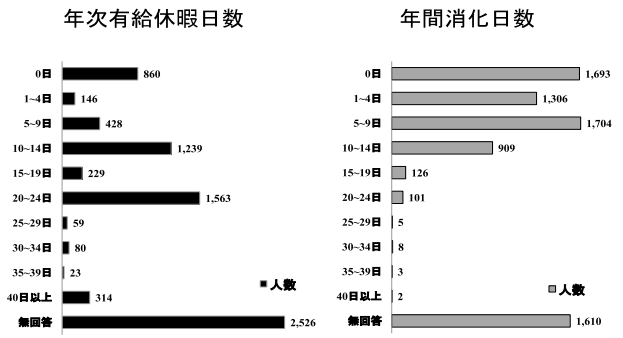
| 休日の消化状況 | %(人) |
|---|---|
| 完全消化 | 21.9(1,636) |
| ほぼ消化 | 24.6(1,838) |
| 時々返上 | 32.3(2,410) |
| ほとんど返上 | 13.7(1,025) |
| その他 | 3.2(241) |
| 無回答 | 4.2(317) |

# 休日の消化状況



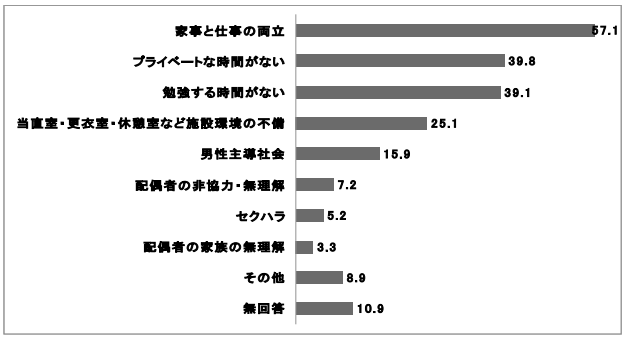

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 年次有給休暇と年間消化日数(n=7,467)



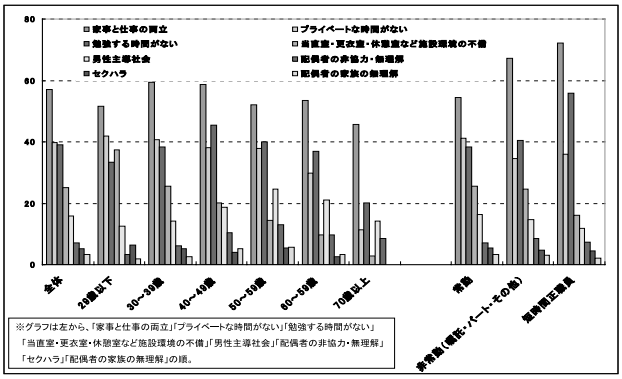

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 女性医師としての悩み(%)



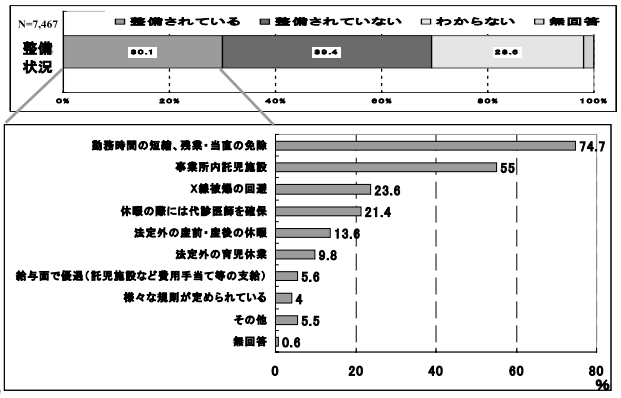

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 女性医師としての悩み(年齢・勤務形態)



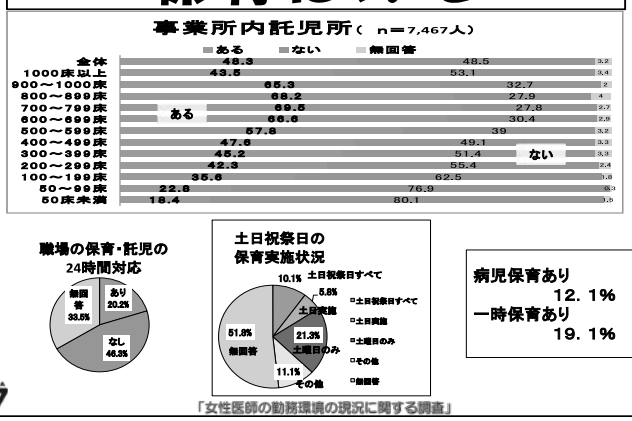

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 仕事と家庭生活両立のための就労環境や規則の整備




「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 保育について





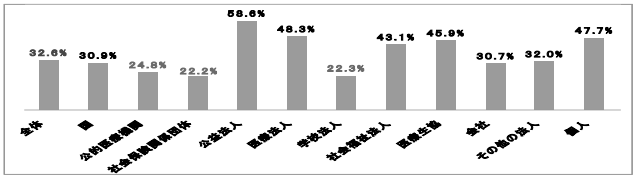


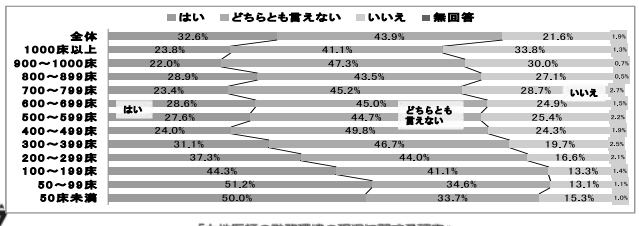



病児保育あり 12.1%
一時保育あり 19.1%

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 職場は子育てに協力的?

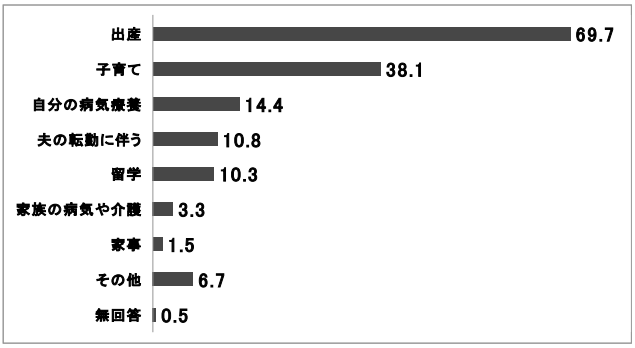



「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

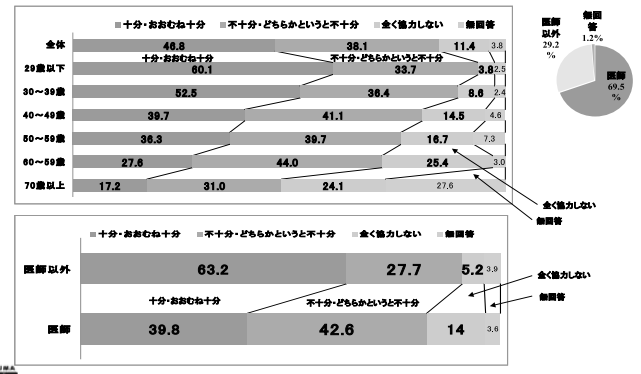
# 仕事を中断(休職)、離職した理由

(%)



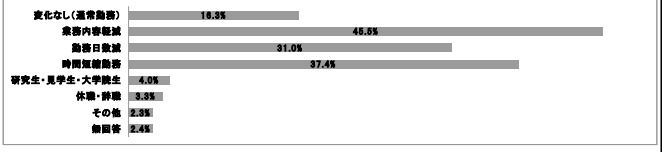

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 配偶者の家事・育児協力への評価

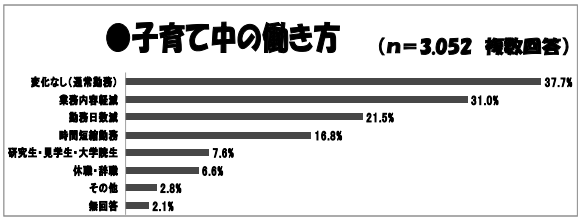



「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# ●子育て中希望した働き方 (n=3,045 複数回答)

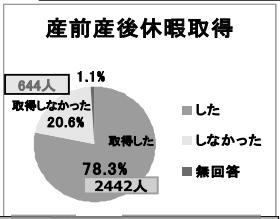



# ●子育て中の働き方 (n=3,052 複数回答)




「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 産前・産後休暇と取得しなかった理由 (n=3,119)



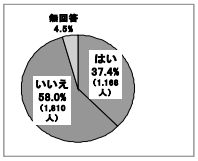

| 取得しなかった理由(644人) | |
|---|---|
| 取り辛くて一時休職または退職した | 290人 (45.0%) |
| その他 | 336人 (52.2%) |
| 無回答 | 18人 ( 2.8%) |

| 産前・産後休暇を取得しなかった理由 (その他 336人) | 人数 |
|---|---|
| 妊娠後、退職・休職したから | 96 |
| 大学院生だから取れなかった | 70 |
| 非常勤だったから取れなかった | 31 |
| 医師として就業する前だったから | 22 |
| 代わりがいなかったから | 20 |
| 家族の協力で乗り切れたから | 17 |
| 忙しくて取れなかった | 17 |
| 制度がなかったから | 16 |
| 取りづらかったので短期間のみ取れた | 15 |
| 研修期間中だったから | 14 |
| 収入がなくなる | 5 |

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 育児休業・取得しなかった理由

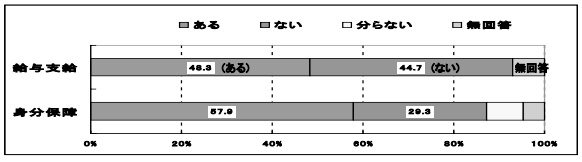
育児休業取得 (n=3,119人)



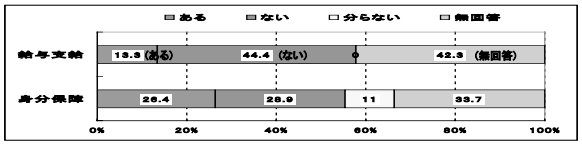

| 育児休暇を取得しなかった理由 | 人数 |
|---|---|
| 現実的にはとても取れる状況でなかった | 462 |
| 育児休業制度がなかった | 323 |
| 出産前後に退職した | 190 |
| 休みたくなかった | 174 |
| 個人的に育休をとらずに対応できた | 55 |
| 取りたかったが取らせてもらえなかった | 55 |
| しばらく休職した | 29 |
| 収入がなくなる(低くなる)ので困るから | 21 |
| 育休を知らなかった | 15 |
| 職場を変更して対応できたから | 10 |
| 手続きが難しかった(きちんと教えてくれなかった) | 4 |
| 配偶者が育休をとった | 3 |

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 産前産後休暇中の状況 (n=3,119人)

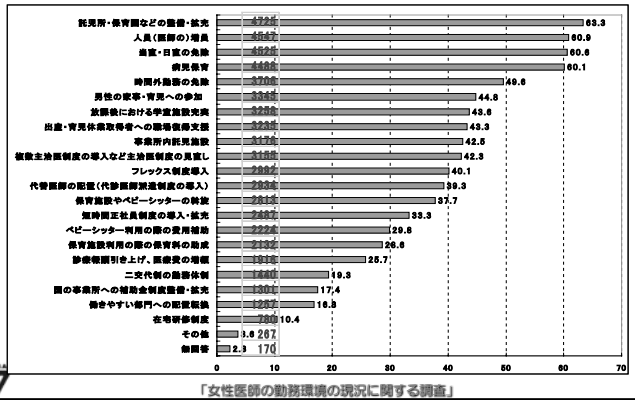



# 育児休業中の状況 (n=3,119人)




「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 就労継続に必要と思う制度や仕組み・支援対策 (人数と%)

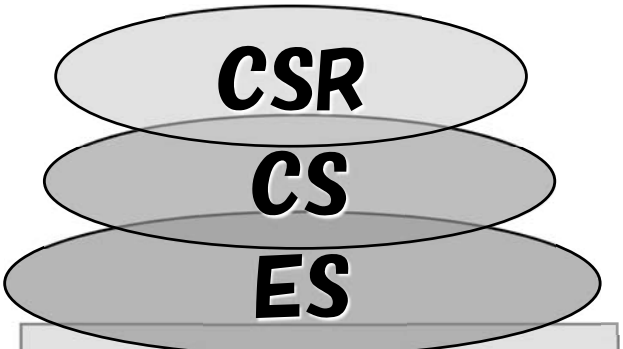



「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# アンケートまとめ

1. 実働勤務時間、宿日直回数、休日日数などから多くの女性勤務医師が過酷な勤務環境にある。
2. 勤務医全体の勤務環境が厳しいことや医師の勤務・労働に関して、法についての充分な理解が無いこととともに、若い女性医師には、非正規雇用の立場の人が多い事もあり、出産・育児について、法の保護を充分に受けられていない。
3. 育児・家事について配偶者の協力は、配偶者が医師である場合には、非医師である場合より得られる割合が低い。
4. 多くの女性医師が求めているのは医師全体の勤務環境の改善であり、そのための医療への財政投入(それによる医師不足の解消)、勤務医の身分の確立である。
5. 多くの女性医師は出産・育児を経ても働き続けられる環境の整備、又、一時休業せざるを得なかった場合の復帰支援を求めている。
6. 出産・育児についての支援策として、24時間・病児保育を併設した院内保育所の普及の他、様々な保育サービス利用に対する補助、及び学童保育の充実を求めている。
7. 多くの女性医師は意志決定に関わる立場・指導的立場に女性が少ないことに問題を感じ、男性中心の医療界の意識改革を希望している。

「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」




「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」

# 報　告

## ２．日本医師会女性医師支援センター事業

日本医師会女性医師支援センター マネジャー　保坂　シゲリ

女性医師支援センターの保坂でございます。女性医師支援センター事業について報告させていただきます。

平成 18 年度から日本医師会は、厚生労働省の委託を受けまして医師再就業支援事業を行ってまいりました。これは皆様ご存知のように、女性医師バンクを中心とした事業でございますが、当初から３年の予定でございましたので、平成 20 年度で終わるということで、平成 21 年度から新しく女性医師支援センター事業として、国の予算を付けていただくことができました。これは私どもの最初からの願いでございまして、女性医師の再就業を支援するだけではとてもそのニーズに応えられない。必要なことが他にあるのではないかということで、女性医師支援センター事業として、日本医師会の女性医師バンク中央センターという名前の部署も、女性医師支援センターという名称に変わりまして、新たに様々な展開ができることになりました。

本日は１年に１回のフォーラムでございますので、平成 20 年度事業につきましても簡単に触れさせていただきたいと思います。

まず、医師再就業支援事業、その中核となりますのは女性医師バンクの運営でございます。

それから、昨年度のフォーラムでも報告いたしましたが、病院長や管理者等に、いろいろな法律等についてよく知っていただくということで、講習会を都道府県医師会にお願いして開催しております。

また、女子医学生や若い女性医師を励まして、そのキャリアを支援するための講習会というのも、やはり都道府県医師会や各学会、医会などにお願いして開催しております。

昨年度の大きな成果といたしましては、日本医師会の女性医師支援についての広報を行っております。

５番目に、保育システム相談員の養成講習会を開催いたしました。この保育システム相談員と申しますのは、保育について様々なニーズがあるわけですけども、実際にどういうサービスが利用できるのかについて、皆さんあまりご存知ないということで、そういうことについて相談を受けることができる人を各地域に置くということを、実はこの男女共同参画フォーラムの中で、男女共同参画委員会から２年くらい前に提案していただきまして、それを実現していこうということで行ったものでございます。

６番目でございますが、今、春木先生のほうからご報告がありました、女性勤務医のアンケート調査でございます。これは、男女共同参画委員会と現在は女性医師支援センターと名前は変わっていますが、両者の共同でやっております。

本日は皆様方のお手元に2冊の冊子が配られております。ピンクとブルーの表紙のもの。アンケート調査の結果でございますので、時間が短くて春木先生も十分にご説明できていないと思いますので、お持ち帰りになってご覧いただきたいと思います。

これは、女性医師バンクの今年3月の登録状況です。

次に、病院長を対象とした講習会、女子医学生を対象とした講習会の状況です。平成18年度から始まりまして、病院長などへの講習会は、平成18年度が22、平成19年度が28、平成20年度は31カ所で開催していただいております。

それから、女子医学生、研修医等をサポートするための会は、平成18年度が10、平成19年度が25、平成20年度は44カ所で開いていただいております。

女性医師の勤務環境の整備のことにつきましては、医師再就業支援事業で行ったのですが、モデルの資料はすべてこの男女共同参画委員会で作ったものを使わせていただきました。それから女子医学生、研修医等をサポートするための会は、平成18年度と平成19年度は国の予算が使えなかったものですから、男女共同参画委員会の方で、日本医師会の方で予算を付けていただきまして開催しております。平成20年度からは都道府県医師会だけではなく、各学会等にもお願いして開催していただいております。

次は、日本医師会の女性医師支援の広報でございます。

これは、読売新聞に本年3月に全面広告を2回出させていただきました。読者モニターの方のアンケートで印象をお聞きしたのですけども、大変好評でございました。

－ テレビＣＭ放映 －

このコマーシャルは、3月にゴールデンタイムに全部で8回流させていただきました。それぞれの番組の視聴率は10％以上ですので、かなりの方がご覧いただけたと思います。予算がありませんのでその位のことですけども、できたということを報告させていただきます。

次は、保育システム相談員の養成講習会です。

昨年の11月19日に開催したのですが、この時に厚生労働省の私どもの事業の担当部署であります医政局医事課長に来ていただきまして、平成20年度予算にその保育システム相談窓口の費用を国の予算として計上していただくことを予定していただきました。

ここからは本年度の女性医師支援センター事業のことについてご報告および、これからの計画についての説明でございます。

１番目は、女性医師バンクの運営です。実際に始動して丸2年目くらいになりますが、155件の実績があがっています。大した数ではないと思われるかもしれませんが、医師を1人作るのにどのくらいの大変さがあるかということを考えれば、155 件すべてではないですが、とにかく現場に残ってもらって仕事を続けてもらっているという数字としてはかなり大きな数字、医学部の1.5学年分ということですので、お分かりいただけると思います。

病院長対象の講習会は3年間やりましたので、ほとんどの都道府県で1回または2回開催していただいております。今年度は今まで開催できなかった4つの県で行うことにしています。

女子医学生の講習会は、学会、医会に是非やっていただけるようお願いしているところです。

４番目は、日本医師会の女性医師支援センターに変わったということを１つの機会として、それから先ほどのアンケート調査の内容を皆様によく知っていただきたいということもございまして、シンポジウムを開きました。今年は５月 30 日に行いましたが、この会の記録はすべて７月号の『日本医師会雑誌』と一緒に会員の先生のお手元に行っていると思います。もしもご覧にならなくていらした方は、日本医師会の雑誌としては多分初めてと思われる、美しいピンクの紫陽花の花の付いた表紙の冊子がございますので、是非ご覧いただきたいと思います。

この会の基調講演に、医政局長でありました外口先生に来ていただいたのですが、保険局長に転身されて残念なのですが、総合討論の中で実は次の話題が出ました。

臨床研修中の妊娠・出産・育児等による中断についてのルールの明文化ということです。会場から質問が出て、実際にはルールが明文化されていないのではないかという質問がございました。それについて外口局長は壇上で、直ちにルールを明文化しますということを断言してくださいました。６月１日の月曜日には担当部署にお話ししていただいたようです。日本医師会としても、唐澤会長にお願いしまして、会長から厚生労働大臣宛に、このような要望書を出しています。

要望の内容は、１．研修期間中の妊娠・出産・育児にともなう研修の一時休止と再開についてのルールを明確にし、研修病院および研修医に周知を図ること。２．現在、臨床研修は２年間と定められているが、これを３から４年に延長するなど、柔軟性を持ったコースの設置を検討することを要望いたします、ということで要望しました。

この「２.」の方は、臨床研修制度の内容を変えるのはすぐにはできませんので、検討しますということで継続事項なのですが、１番目の方は、６月 30 日付で担当の医師臨床研修推進室長から全国の地方厚生局に事務連絡という形で文書を出していただいております。きちんと整理して一覧にしたということが１つと、それから、赤で囲った太字の部分ですけども、募集定員との関係と臨床研修費と補助金との関係、このことを明確にされたのは初めてです。募集定員との関係というのは、臨床研修病院は何人募集してよいのかの定員がありますが、一時休止して再開する人や中断して他で始める人の場合は、定員外で定数の数に入れないで受け入れて良いとはっきり謳っています。それから補助金も、新しく始まるところで補助金も出しますと、はっきり謳っています。

もう１つは、地方厚生局による相談体制。これは以前からあったようですが、こういう相談体制を取っているので、臨床研修医あるいは臨床研修病院ともに相談して、十分に対応するようにしてほしいということです。

次は、都道府県医師会、地域医師会が開催する講習会・講演会・研究会等の託児サービスの併設に対する補助ということですが、以前にも日本医師会から都道府県医師会などに向けて都道府県医師会等が開催する勉強会などに託児施設を併設することを考えてくださいということを、お出しいただいておりました。

今回、６月の中国・四国ブロックの連合会の会で、日医から補助金が出ないだろうかというご要望があったそうです。それを受けまして、先ほどのアンケート調査等の中から女性医師セ

ンター事業の中で何かできることはないかと考えていたところであり、できるのではないかということで各方面と調整いたしましてできることになりました。

各地域の医師会が主催する講習会・講演会・研究会等に併設するための費用を補助し、育児中の学習機会を確保することにより、勤務継続および復職の支援を行うということです。期間は、今年８月から、スライドを作った時は 12 月実施分までを考えていたのですが、担当の先生、役員の先生から、もっと先まで延ばせないかというお話もありまして、おそらく来年２月実施分まで延ばせるだろうと思っております。現在、細かいところは調整中でありますが、補助額や申請方法等については来週にでも各都道府県医師会にお知らせできると思いますのでよろしくお願いします。

次に、保育システム相談窓口の各都道府県での設置についてですが、予算は付いたのですが、国２分の１、都道府県２分の１の予算でして、自治体の方が予算を付けてくれないと難しいということもありまして、今年度は全国で 10 カ所程度の設置ができそうです。

具体的な取り組みが始まっているところの先生に、どういうふうにやっているのかということをお話しいただいて、さらに全国に広げていくために皆さんで考えて、取り組んでいただきたいということで、女性医師等相談事業連絡協議会の開催を予定しています。まだ決定ではありませんが、９月 30 日に日医会館で行う予定でありますので、是非都道府県医師会の先生方、事務局の方、ご参加いただきたいと思います。

続いて８番目ですが、女性医師支援センター事業ブロック別会議を考えております。これは女性医師バンクを含む女性医師支援センター事業を今後発展させていくために、各地域からの声を吸い上げると同時に、女性医師支援センター事業をご理解いただくという双方向の情報伝達機会を作りたいということで企画しているものです。

６つのブロックで開くことになっていますが、ブロックにおられる女性医師バンクのコーディネータの方を中心に、コーディネータがいる都道府県医師会にお世話いただいて開催することになると思います。これも来週ぐらいにはお知らせをお出しすることになると思いますのでご協力いただきたいと思います。そこで出された様々な地域からの要望やアイデアを次の事業に活かしていって、少しでも日本の女性医師、日本の医療のために皆で取り組んで行こうと思いますので、今後ともご協力よろしくお願いします。ありがとうございました。

報告

# 日本医師会女性医師支援センター事業

第5回男女共同参画フォーラム　2009年7月25日

日本医師会女性医師支援センター
マネジャー　保坂　シゲリ



## 日本医師会女性医師支援センター事業

平成１８年度から３年間の予定で開始した厚生労働省委託の医師再就業支援事業は、平成２０年度で終了し、新たに平成２１年４月より、女性医師支援センター事業として出発した。

日本医師会女性医師バンク中央センターも日本医師会女性医師支援センターとして、女性医師バンク事業の継続及びその他女性医師支援についての様々な試みに取り組むこととなった。



## 平成20年度医師再就業支援事業

１．女性医師バンクの運営

２．病院長を対象とした講習会
（都道府県医師会に共催を依頼）

３．女子医学生等を対象とした講習会
（都道府県医師会、学会、医会等に共催を依頼）

４．日本医師会の女性医師支援の広報
ＴＶＣＭ、一般紙広告

５．保育システム相談員の養成講習会
（都道府県医師会相談窓口の設置を目指して）

６．女性勤務医のアンケート調査
男女共同参画委員会作成のｱﾝｹｰﾄを全国の女性勤務医を対象に実施



## 女性医師バンク運用状況（平成21年3月末日現在）

◇求職登録者数　：　３０８名（延べ４４２名）

◇求人登録施設数：　９９１施設（延べ１，１１０施設）

◇求人登録件数　：１，３０１件（延べ２，５３４件）

◇就業実績　　：　１４１件

内訳）就業成立　：　１２８件
再研修紹介：　１３件



## 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

◇ 都道府県医師会に対し、開催を依頼
モデル資料はすべて、男女共同参画委員会が作成

| 年度 | 開催箇所数 |
|---|---|
| 平成18年度 | 22 |
| 平成19年度 | 28 |
| 平成20年度 | 31 |

## 女子医学生、研修医等をサポートするための会

◇ 都道府県医師会に対し、開催を依頼（平成20年度からは学会、医会等にも依頼）
平成18-19年度は男女共同参画委員会が都道府県医師会と共催

| 年度 | 開催箇所数 |
|---|---|
| 平成18年度* | 10 |
| 平成19年度 | 25 |
| 平成20年度 | 44（医師会32、その他12） |

＊平成18年度はモデル事業として10道県のみ開催



## 日本医師会の女性医師支援の広報（TVCM、一般紙広報）




（女性医師バンク 新聞広告）



## 保育システム相談員の養成講習会

**日本医師会医師再就業支援事業　保育システム相談員講習会**
**次　第**

日時：平成20年11月19日（水）　14：00～16：30　　会場：日本医師会館 小講堂

**開会：** 今村定臣（常任理事）
**挨拶：** 唐澤祥人（会長）
**１．病院ｱﾝｹｰﾄ調査結果報告**　［座長：羽生田俊（常任理事）］
：江口成美（日医総研主任研究員）
**２．保育ｼｽﾃﾑ相談員について**　［座長：保坂シゲリ（医師再就業支援事業ﾏﾈｼﾞｬｰ）］
**ⅰ）保育システム相談員の提案：**小笠原真澄（男女共同参画委員会副委員長）
・相談員提案の理由　・相談員とは何か？　・よくある個々の保育ｻｰﾋﾞｽの説明
**ⅱ）実際の地域における保育サービス・システム**
a）鹿児島市　：長柄光子（男女共同参画委員会委員）
b）松江市・出雲市　：春木宥子（男女共同参画委員会委員）
c）大阪市　：中川やよい（男女共同参画委員会委員長）
d）札幌市　：藤井美穂（男女共同参画委員会委員）
**ⅲ）厚生労働省委託事業と保育ｼｽﾃﾑ相談員：**　杉野剛（厚生労働省医政局医事課長）
**３.質疑応答**　［座長：今村定臣（常任理事）］
**閉 会：**宝住与一（副会長）

資料　［札幌］［秋田］［横浜］［大阪］［松江・出雲］［鹿児島］の保育ｻｰﾋﾞｽ



## 平成21年度女性医師支援センター事業

１．女性医師バンクの運営

２．病院長を対象とした講習会
（３年間未実施の４県に共催を依頼）

３．女子医学生等を対象とした講習会
（平成２０年度と同様）

４．日本医師会女性医師支援センター・シンポジウム

５．臨床研修中の妊娠・出産・育児等による中断についてのルールの明文化

６．都道府県医師会（地域医師会）の開催する講習会・講演会・研究会等の託児ｻｰﾋﾞｽの併設に対する補助

７．（保育システム）相談窓口の各都道府県医師会での設置の促進

８．女性医師支援センター事業ブロック別会議（開催予定）

## 女性医師バンク運用状況（平成21年6月末日現在）

◇求職登録者数　：　２８４名（延べ４６１名）

◇求人登録施設数：１，０４９施設（延べ１，１７０施設）

◇求人登録件数　：１，１３８件（延べ２，５９９件）

◇就業実績　　：　１５５件

内訳）就業成立　：　１４１件

再研修紹介：　１４件



## 日本医師会女性医師支援センター・シンポジウム

**日本医師会女性医師支援センター・ｼﾝﾎﾟｼﾞｳﾑ**
**-「女性医師の更なる活躍のために」-**
**次　第**

日時：平成21年5月30日（土）　14：00～17：00　　会場：日本医師会館 大講堂
総合司会：羽生田俊（常任理事）

**開　会**

**挨　拶**：唐澤 祥人（会長）

**1．基調講演**　［座長：宝住与一（女性医師ﾊﾞﾝｸ東日本ｾﾝﾀｰ長）］
：外口崇（厚生労働省医政局長）

**2．報告**
**「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」結果報告**
：保坂シゲリ（女性医師支援ｾﾝﾀｰ ﾏﾈｼﾞｬｰ）

**3．ｼﾝﾎﾟｼﾞｳﾑ**　［座長：今村定臣（常任理事）］
**（1）医師再就業支援事業の経過**：家守千鶴子（女性医師ﾊﾞﾝｸｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ）
**（2）女性医師ﾊﾞﾝｸを通じて仕事に就いて**：出澤美央子（豊島病院産婦人科）
**（3）女性医師ﾊﾞﾝｸの紹介で再研修を始めて**：岸由香（時計台記念病院女性総合診療ｾﾝﾀｰ）
**（4）ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄをしてみえてきたこと**：秋葉則子（女性医師ﾊﾞﾝｸｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ）
**（5）今後の女性医師支援**：後藤隆久（横浜私立大学生体制御・麻酔科学教授）
**（6）　〃**　：桃井真里子（自治医科大学小児科学主任教授）

**4．総合討論**　［保坂シゲリ（女性医師支援ｾﾝﾀｰ ﾏﾈｼﾞｬｰ）］

**閉　会**：横倉義武（女性医師ﾊﾞﾝｸ西日本ｾﾝﾀｰ長）



## 臨床研修中の妊娠・出産・育児等による中断についてのルールの明文化

要　望　書

社団法人　日本医師会
会長　唐澤 祥人 殿

臨床研修前後の妊娠・出産・育児により、研修の継続が困難になり、医師免許を取りながら、臨床医としてのキャリアを開始することを断念している女性医師がいます。
現在の新医師臨床研修制度の中では、90日間の休みについては明記されているものの、その他、妊娠・出産・育児に携わる期間についての配慮は不明確です。
そこで、
1．研修期間中の妊娠・出産・育児に伴う研修の一時休止と再開についてのルールを明確にし、研修病院及び研修医に周知をはかること。
2．現在臨床研修は2年間と定められているが、これを3～4年間に延長するなど、柔軟性をもったコースの設置を検討すること。
を、厚生労働省に対し、働きかけていただきますようにお願いいたします。

平成21年6月12日

日本医師会女性医師支援センター
センター長　兼
日本医師会女性医師バンク東日本センター長　宝住　与一
日本医師会女性医師バンク西日本センター長　横倉　義武

日医発第250号（情ヤ18）
平成21年6月18日

要　望　書

厚生労働大臣
舛添 要一 殿

社団法人　日本医師会
会長　唐澤 祥人

拝啓　時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
さて、本会では、厚生労働省からの委託事業である「日本医師会女性医師支援センター事業」等を通して、女性医師のキャリア継続支援に努めております。
去る5月30日に開催しました同事業のシンポジウムの総合討論の中でも、臨床研修中の妊娠・出産・育児により研修が困難になるケースが報告されました。
つきましては、本会として下記のご検討を要望いたしますので早急に対応していただきますようよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

臨床研修前後の妊娠・出産・育児により、研修の継続が困難になり、医師免許を取りながら、臨床医としてのキャリアを開始することを断念している女性医師がいます。
現在の新医師臨床研修制度の中では、90日間の休みについては明記されているものの、その他、妊娠・出産・育児に携わる期間についての配慮は不明確です。
そこで、
1．研修期間中の妊娠・出産・育児に伴う研修の一時休止と再開についてのルールを明確にし、研修病院及び研修医に周知をはかること。
2．現在臨床研修は2年間と定められているが、これを3-4年間に延長するなど、柔軟性をもったｺｰｽの設置を検討すること。
を、要望いたします。　以上



事　務　連　絡
平成21年6月30日

各地方厚生局健康福祉部医事課長　殿

医政局医事課医師臨床研修推進室長

臨床研修を長期にわたって休止する場合の取扱いについて

臨床研修における休止期間については、「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平成15年6月12日医政発第0612004号。以下「施行通知」という。）において、研修期間を通じて90日を上限とすることとされているが、休止期間が90日を超える場合の取扱いについて、下記のとおり留意事項をとりまとめたので、貴局管内の臨床研修病院等に対し周知されたい。

記

1　趣旨
この留意事項は、妊娠、出産、育児、傷病その他正当な理由（研修ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑで定められた年次休暇を含む）による休止期間が、研修期間を通じて90日を超える場合に、臨床研修病院が行う対応等について、まとめたものであること。

2　臨床研修を長期にわたって休止する場合の取扱い
臨床研修を長期にわたって休止する場合においては、(1)(2)のように、当初の研修期間の終了時に未修了とする取扱いと、臨床研修を中断する取扱いとが考えられること。なお、未修了や中断に関する基本的な考え方、手順等については、施行通知によること。

(1) 未修了の取扱い
ア　当初の研修ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑに沿って研修を行うことが想定される場合には、当初の研修期間の終了時の評価において未修了とすること。原則として、引き続き同一の研修ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑで研修を行い、90日を超えた休止日数分以上の日数の研修を行うこと。

1／2



イ　未修了とした場合であって、その後、病院を変更して研修を再開することになった時には、その時点で臨床研修を中断する取扱いとすること。

(2) 中断の取扱い
ア　病院を変更して研修を再開する場合には、臨床研修を中断する取扱いとし、研修医に臨床研修中断証を交付すること。

イ　臨床研修を中断した場合には、研修医の求めに応じて、他の臨床研修病院を紹介する等、臨床研修の再開の支援を行うことを含め、適切な進路指導を行うこと。

ウ　臨床研修を再開する病院においては、臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行うこと。

3　募集定員との関係
未修了の研修医に対して当初の研修プログラムに沿って研修を継続又は再開する場合若しくは研修を中断した研修医に対して研修を再開する場合であって、適切な指導体制が確保されていると認められる場合には、各病院の募集定員とは関係なく当該研修医に対して研修を継続又は再開できること。

4　臨床研修費等補助金との関係
臨床研修を長期にわたって休止した後に再開する研修医を受け入れた病院においては、当該研修医の研修期間を臨床研修費等補助金の交付対象とすることができること。この場合、交付対象となる研修期間は、研修を休止又は中断するまでに実施した研修の期間（月数）を24月から差し引いた期間となること。

5　地方厚生局における相談体制
各地方厚生局では、臨床研修を長期にわたって休止する場合の手続きに関する問い合わせや研修医からの相談を受け付け（別添1を参照）、適宜情報提供等を行っていること。

以上

2／2



## 都道府県医師会（地域医師会）の開催する講習会・講演会・研究会等の託児サービスの併設に対する補助

各地域の医師会が主催する講習会、講演会、研究会等に託児サービスを併設するための費用を補助し、育児中の女性医師に対して学習機会を確保することにより、勤務継続及び復職の支援を行う。

**1．対象**　都道府県医師会または郡市区医師会が主催する講習会、講演会、研究会　等（但し、営利団体等との共催によるものを除く。）

**2．期間**　平成 21年8月～12月実施分

※ なお、補助額、申請方法等については今後、都道府県医師会宛に通知する予定。



## （保育システム）相談窓口の各都道府県医師会での設置の促進

### 女性医師等相談事業連絡協議会（開催企画中）

保育システム相談窓口設置については、本年度、「女性医師等復職研修・相談事業」として、国の予算もつき、一部都道府県では、具体的な取り組みが始まっている。そこで先行実施の都道府県医師会からの事例発表を中心に、今後の普及に向けての情報交換のための会議を企画中である。

**1．日時（予定）**

平成 21年9月30日　14時～16時30分　於：日医小講堂

**2．参加者**

都道府県医師会担当役員及び事務職員



## 女性医師支援センター事業ブロック別会議（開催予定）

女性医師バンクを含む女性医師支援センター事業を今後も継続発展させていくために、各地において地域からの声を吸い上げると同時に、女性医師支援センター事業をご理解いただくという双方向による情報の伝達の機会を設ける。

**1．ブロック区分等**

北海道・東北ﾌﾞﾛｯｸ、関東甲信越及び東京ﾌﾞﾛｯｸ、中部ﾌﾞﾛｯｸ、近畿ﾌﾞﾛｯｸ、中国四国ﾌﾞﾛｯｸ、九州ﾌﾞﾛｯｸの計6ﾌﾞﾛｯｸとし、原則として、女性医師ﾊﾞﾝｸｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの在籍する都道府県医師会に開催を依頼する。（ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰと開催地医師会が中心となり企画・運営いただく。）

**2．参加者**

各ﾌﾞﾛｯｸ内で女性医師の問題に関心の高い医師及び女性医師ﾊﾞﾝｸｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ

**3．実施時期**

平成 21年9月～平成22年3月

※ なお、詳細については今後、都道府県医師会宛に連絡する予定。

## シンポジウム

# 「今、医師の働き方を考える －ともに仕事を継続するために－」

### 座　長

男女共同参画委員会委員　秋葉　則子
男女共同参画委員会委員　川上　順子

ただいまご紹介いただきました、日本医師会男女共同参画委員会委員の秋葉、川上がこのシンポジウムの進行を担当させていただきます。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「今、医師の働き方を考えるーともに仕事を継続するためにー」を行いたいと思います。

４名のシンポジストの皆様のご講演が終わりましてから総合討論に入る予定ですので、よろしくお願いいたします。

### １．医師の働き方を変える

福岡県医師会男女共同参画部会委員会副委員長　香月　きょう子

ご紹介ありがとうございました。福岡県医師会で男女共同参画部会委員会の副委員長を務めています香月と申します。本日はこのような発表の場を与えてくださりましてありがとうございます。

それでは、「医師の働き方を変える」ということで、今の状況ではなく、先をみてのことを考えていただけたらと、こういったことをお話させていただきます。

今日お話しする視点は、現状改善を越えた、未来展望の方向性ということでお話させていただきたいと思います。先ほど、野尻先生からもブレないリーダーシップということでお話がございましたが、ブレないポリシーを考えていく上で、１つの方向性となればと考えております。

足元を見ないと躓くが、足元ばかり見ていると方向、目標を見失うかもしれない。

今、女性医師バンクだとか、保育システムだとか、様々な取り組みがなされていますが、こういった現在の問題にもしっかり取り組まないといけないことは当然でありますが、目標をしっかり見定めていないと、先でどうなっていくか、迷走してしまうのではないかと非常に危惧しております。

現在の男女共同参画の流れですが、「男女平等からジェンダー平等へ」、性差を越えた平等で

すね。それから、「女性差別禁止ではなくて男女差別禁止」。ジェンダーとは、社会的・文化的性差、伝統的・慣習的性差、心理的・感覚的のことではありますが、ジェンダーギャップを埋めると言いますが、女性だけが優遇されてはいけない。男女共同ですので、男女共に納得できるような参画社会を目指していかなければならないと考えております。

そうは言いましても、女性医師の働く環境といったら、やはり厳しいものがあります。私も３人子育てしましたが、本当に死ぬ思いでした。十分な教育ができたか、いまいち反省することが多くあります。私が子育ての頃は、保育システムなども、収入の面とかで厳しいところもあり、なかなか大変でした。

結局、私が父の意思もあって後を継いで細々と開業医を続けていくと選択せざるを得なかった部分もあります。別に否定しているわけではなく、それも１つの選択の方向であったとは思いますが、他に方法があったのではないかと、ちょっと惜しい気がする部分もあります。

それで、女性医師支援の方向としましては、「休んで育児から働きながら育児へ」。「再就業支援から就業継続支援へ」。一度引いてしまうと、なかなか次に就職しよう、仕事をしようということが怖いのです。ですから、できるだけ就業継続を支援していくことがとても大切だと思います。

それから、「キャリア継続からキャリアアップへ」です。先ほど春木先生のお話にもありましたが、育児・出産とはいいながら、そういったことを理由に辞められていくのですが、実はキャリアアップの方向性が見えないことで辞められている方も結構いるということを、私も感じないわけではありません。友達の女性医師などに聞いてみても、そういったことで辞めていく方も居られるように感じております。

また、育児休暇もちゃんと取れるようなシステム、言いやすい職場環境というのも大事だと思います。キャリアアップを目指せる病院のシステムがあったらなと考えます。

真の男女共同参画社会の目標としましては、単に働き続けられるだけではダメで、女性医師が誇りと自信を持って輝きながら実力を発揮し、キャリアアップを実現していくもの。そうでなければ本当の意味でのエンパワーメントはないのではないかと思います。つまり、女性医師がそれぞれの領域で意思決定ができる立場になることが重要だと考えています。それは、病院でも学会でも医師会でもそうだと思います。

それで、「医師の働き方を変える」というのは、女性医師の働き方を変えるだけではなくて、男性医師の働き方も変えなくては、今のシステムでは多分無理だろう。女性医師も男性医師も、今のシステムで子育てをし、プライベートの生活を守るというのは、なかなか厳しいものがあると思います。

特に敬遠される傾向に今ありますけども、私の主人は外科医でしたので、半月、１カ月帰らないこともママありました。その間は、子どもは小さいですし、子どもは病気するものですし、３人まとめて病気された時にはたまったものではなかったです。働きながら小さい子どもを育てるというのは非常に厳しいものがあって、どうしようかと暗中模索でここまで来たような状況です。

ですから、男性も法律上は育児休暇を一応取れるように整備されておりますので、こういったことも活用できるように医療機関も、就業規則やシステムなどを考えていただきたいと思います。

一番の問題は、絶対的なマンパワーの不足と医療財源の不足だということは明らかに分かっておりますけども、でもこれは要求しないでは絶対改善することはないだろうと思いますので、あえて言わせていただきたいと思います。

それで、「働き方を変える提案１」としまして、一般的なことで当然ですけど、労働時間の大幅な短縮。皆さんご存知と思いますけど、１日８時間、週40時間を超えて働かせる場合は残業するということになり、36協定というものがあって、これは労働基準局に届け出て許可を得ないといけないのです。週に15時間、月に45時間以上延長して働かせる場合は、６カ月以内で、臨時的な場合でなければいけないという規定があるのです。多分、そういうことをしたら、医療機関、特に救急の医療機関は廻らないと思います。たまたま地元の経済界の方とお話しする機会があったのですが、３分の１の医師が月100時間残業という実態があるようですと言いましたら、その産業界の人たちは「そうですか」と非常に驚かれている状況がありました。月100時間を超えると、健康診断の回数も増やさなくてはいけない規定はあるのですが、そういったことはなされているのかなと非常に疑問に思います。残業時間を減らさないと、子どもさんとお話しするような、触れ合うような時間を取れません。

有給休暇の取得。先ほどの春木先生の報告にもありましたように、なかなか取れていないような状況があるのではないかと思います。そこで、自由に勤務時間を考えられるようなフレックスタイム制の普及促進といったことができたらよいのではないかと考えています。

次は、労働時間の将来予測です。学者さんの言うことですが、H.カーンやA.ウィナーらは労働時間１日7.5時間、週４日、年間39週といったありえないことを考えております。J.フーラスティエは生涯労働時間４万時間、進んだ説では２万時間。EIETの予測では、現在の労働時間の10％しか必要ないといわれている方もいます。

フレックスタイムについて、欧米での取り組みですが、Flexibility Option 自由な勤務形態ということで、こういった取り組みもあります。週５日労働を週４日労働に圧縮する制度、５日を４日で働く。それから、個別労働日程プログラム制度、レギュラーパートタイムということで短時間正社員制度、これは少し入ってきているように思います。

それとジョブシェアリング。1 人分の仕事を２人で分け合う制度で、それに限る必要はないと思いますが、仕事を分け合う制度を取り入れたら短時間しか働けない人も取り組めるのではないかとも考えております。

一番問題になるのは考え方ではないかと思います。労働観を変えるべきと挙げてみたのですが、休みを取らない、長時間働くことを美徳としている。勤労は非常に重要なことで国民の義務の中にあります。国民の義務には納税の義務もありますが、勤労の義務を私達は重視しすぎているのではないかと思うくらい重視しています。

人間生活も現実問題として障害されてきているのです。やはりここが考えなくてはいけない、

ここが主張しなくてはいけないのではないかと思います。そうでないと、女性医師の場合は出産数も減るのではないかと思います。

子どもを生むのは簡単ですが、育てるのは時間が掛かります。20年掛かるわけで、最低6歳までは手が掛かります。手が離せません。家庭を顧みられるくらいの労働時間ということを考えていかなければならないと思っています。常にフレッシュアップされた状態で仕事に向き合うことを是とする意識を醸成していくべきではないかと思います。疲れきった医師に診てもらいたい患者など誰もいません。

働き方の方向性としては、仕事一筋ではなく、ワークファミリーバランス、仕事と家事・育児の調和。それからワーク・ライフ・バランス、仕事と人生の調和です。人生、生活、家庭、地域、自己実現においてワーク・ライフ・バランスを確保できるような働き方を目指していきたいと思っています。

「働き方を変える提案2」ですけども、臨床医としての働き方の問題として主治医制、当直制、常勤医主体の制度、常勤医としてのシバリ。主治医がやはり非常に問題になって、主治医であるがために呼び出されたりしますので、チームで何とかできないのか。

それから当直制ですけども、当直が夜勤になっているところが多い。当直とは電話番とか見回りとか、ちょっと何かあったときの対応ということで、労働基準局に届け出て許可をいただいて認められ、常勤並みの給与を払わなくても良いというシステムなのですが、そうではなくて、夜何人でも患者が来れば対応する。それは夜間労働です。ほとんどの場合、それは当直の名の下に夜間労働が行われていることが多いのです。それで、常勤医主体の制度となっていますので、短時間労働ではなかなか主治医などのシバリがあって難しいところになると思います。

対策としては、複数主治医制、交替制勤務、常勤医中心の制度の廃止、勤務するという形態からの脱却ということを考えています。

ある先生から言われた言葉ですが、「変えることのできることを変える勇気と変えることのできないことを受け入れる冷静さを持とう」と言う言葉を教わりました。とてもよい言葉だと思います。

真の男女共同参画を求める方向を見定めて、まず第一歩を踏み出してみたいと思います。マンパワーも足りませんし、医学部の定員を増やしても戦力になるのは10年後くらいなものでしょう。マンパワーも足りないし、医療財源も足りません。様々な社会的関心を、問題はあると思いますが、1つずつ考えて1つずつ困難を乗り越えて突き破っていく挑戦が必要ではないかということを申し上げて、私のお話を終わらせていただきます。ありがとうございました。

# 医師の働き方を変える

福岡県医師会男女共同参画部会委員会
副委員長　香　月　きょう子

今日お話しする視点は

現状改善を越えた

**未来展望の方向性**

1

足元を見ないと躓くが

足元ばかり見ていると

方向（目標）を見失うかもしれない

2

## 男女共同参画の流れ

男　女　平　等 ——→ ジェンダー平等
女性差別禁止 ——→ 男女差別禁止

※ジェンダーとは
社会的・文化的　性差
伝統的・慣習的　性差　のこと
心理的・感覚的　性差

3

## 女性医師支援の方向

休んで育児 ——→ 働きながら育児　へ

再就業支援 ——→ 就業継続支援　へ

キャリア継続 ——→ キャリアアップ　へ

4

## 真の男女共同参画の目標は

**単に働き続けられるだけでは駄目**

**女性医師が誇りと自信をもって輝きながら**
**実力を発揮し**
**キャリアアップを実現していくもの**

**そこにしか本当の意味でのエンパワーメントはない**

5

## 医師の働き方を変えるは

女性医師の働き方を変える

**ではなく**

男性医師の働き方も変える　である

6

## 働き方を変える提案　1

一般的なこと
- 労働時間の大幅な短縮
- 残業時間の削減
- 有給休暇の取得促進
- フレックスタイム制の普及促進

7

## 労働時間の将来予測

- H. カーン＆A. ウィナー（21世紀初頭）
  労働時間：7.5時間／日、4日／週、39週／年
- J. フーラスティエ（近い将来）
  生涯労働時間　4万時間
- 進んだ説
  生涯労働時間　2万時間（5時間／日、2日／週）
- EIETの予測（30年後）
  現在の労働時間の10%しか必要ない

8

## 欧米での取り組み

Flexibility Option （自由な勤務形態）

1．Compressed work week
（週5日労働を週4日労働に圧縮する制度）

2．Individual work schedules program
（個別労働日程プログラム制度）

3．Regular part time
（短時間正社員制度）

4．Job sharing
（一人分の仕事を二人で分け合う制度）

9

## 労働観を変えるべき

休みを取らない
長 時 間 働 く
ことを美徳とする労働観を排除

常にフレッシュアップされた状態で
仕事に向き合うことを是とする意識を醸成

（※疲れきった医師に診てもらいたい患者などいない）

10

## 働き方の方向性

Work Only（仕事一筋）

↓

Work Family Balance（仕事と家事・育児との調和）

↓

Work Life Balance（仕事と人生との調和）
※人生：生活、家庭、地域、自己実現

11

## 働き方を変える提案　2

臨床医としての働き方の問題
- 主治医制
- 当直制
- 常勤医主体の制度
- 常勤医としてのシバリ

12

## 今考えられている いくつかの対策

1．複数主治医制
二人主治医制
チーム担当制
2．交代制勤務
3．常勤医中心の制度の廃止
4．勤務するという形態からの脱却

13

変えることのできることを
変える勇気と

変えることのできないことを
受け入れる冷静さを

持とう！

14

真の男女共同参画を求める方向を見定めて
まず第一歩を踏み出しませう

ご清聴ありがとうございました

15

# 「今、医師の働き方を考える －ともに仕事を継続するために－」

## 2．医師の働き方を考える －育児支援中の男性医師の視点を通して

札幌医科大学耳鼻咽喉科学講座　正木　智之

私は札幌医大耳鼻科の正木と申します。このたびは、本日総合司会の藤井先生および札幌医大耳鼻科の新谷講師より、このような機会をいただきまして、若い医師の育児中の男性医師の立場から、医師の働き方について講演させていただきます。よろしくお願いします。

はじめに、医師同士で結婚する夫婦は増加傾向にあり、それに伴い、女性医師が臨床現場で働く機会も増えています。しかし、特に子どもがいる場合、家事・母親業と医師業との両立は時に大変困難であり、職場の理解と共に家族の理解が必須です。

職場においては、定時で帰る女性医師とオンコール状態の医師が協力して働ける職場環境が理想で、男性医師の意識改革と病院システムの改革が必要と考えます。

本日の内容ですが、まず、我が家の現状と妻の研修生活の紹介をさせていただきまして、その後に札幌医科大学の保育所の紹介、最後に医師夫婦を対象としたアンケート結果についてお話しさせていただきます。

まず、私の紹介ですけども、平成17年に札幌医大を卒業し、耳鼻科医として働きながら、現在、病理学講座にて大学院の研究中です。妻は、札幌医大臨床研修医の2年目で、2年とも大学で研修をしております。娘は現在2歳になりまして、札幌医大の保育所に通所しております。

私どもの経歴ですが、私は札幌医大を卒業し、現在医師5年目です。臨床研修終了後、札幌医大耳鼻科に入局して、同時に大学院にも入学しました。大学院では、初めの1年半では臨床を学び、去年の10月から病理学にて研究が始まっております。

妻は平成19年に札幌医大を卒業し、既にその時妊娠7カ月で、体調もあまりよくなかったので、大学での臨床研修開始と同時に産休を取り、7月に出産しました。翌年の平成20年4月に臨床研修を再開しまして、現在2年目です。また、出産の際には平日換算で90日の休暇を取得することができますので、妻の場合は今年の12月に臨床研修を終了できる予定となっています。

次に、私のタイムテーブルを簡単に説明させていただきます。妻は、朝から食事の支度に追われ、私が娘に食事を与えながら、あわただしく朝の時間が過ぎていきます。

夕方は、私が早く帰れる時は、娘を風呂に入れたり、一緒に食事をすることができますけど、それができるのは平日で1日程度です。その他の日は、妻に、食事・風呂入れをお願いしております。もう少し娘の面倒が見られる回数が増えるように、なるべく研究のメリハリをつけて家族に奉仕したいと考えております。

次に、妻が臨床研修を札幌医大に決めた理由ですけども、まず第１に、母校の札幌医大の臨床研修内容が充実していることはいうまでもありません。その外に、４つの理由があります。

まず１つ目の、大学病院での研修は融通が利く。勤務時間や当直等のことですけども、融通が利くというのは札幌医大の研修センターの方に言われたことです。当初、妻は妊娠が発覚する前は、臨床研修を市中病院で行う予定でしたけども、妊娠が発覚した際に研修センターに相談したところ、子どもがいる人で、市中病院で研修するのは難しいから、大学病院なら多少の融通が利くので大丈夫ですと言われました。

現在は、研修先の科が変わるたびに、研修センターから子どもがいる旨を伝えてもらっています。また現在、大学の当直は免除してもらっています。この点では非常に助かっています。勤務時間は、研修先の科、もっと言えば上級医師の考え方ひとつですので、基本的に９時５時でお願いしているのですが、夕方６時ごろに帰ったりすることもあります。そのときは、私ができる限り、娘を迎えに行きます。

２番目の、同期に相談でき情報を共有できる、という点ですが、妻の同期の女性で３人ほど、子どもを持ちながら大学で研修を進めている方がいました。やはり、研修では科の情報も大事ですし、特に同じ子どもを持つ研修医がどのように研修をしたか、科の中でもどのチームが働きやすく、短時間で多くのものを学べるか。また、どの先生が子育てに理解を示してくれたかと、研修する際に聞いておいた方が良いことがたくさんあります。困ったことがあったときも、知り合いが多い母校の大学研修なら、すぐに相談できます。やはり、同じ境遇の方がいたというのは心強いようです。

３番目に、医大保育所に優先的に入所できる。我が家の場合は、利便性を第一に考えて医大の保育所に入所させました。大学の敷地内にあり、研修医が優先的に利用することができ、看護師の方も預けているので、仕事に対して理解もあるだろうと考えました。娘は生後８カ月で入所しまして、11 カ月になるまでは、妻は昼間授乳に通っていました。娘に変わったことがあれば、妻の PHS に電話が来て、白衣のまま様子を見に行くこともできます。

最後に、夫婦共に大学勤務である。私は、去年の９月まで、市中病院に勤務していましたが、臨床業務を行っていると帰宅時間が一定しないので、子どもに関することはほとんど妻が行っていました。10 月から本格的に大学で研究を始め、当直や宿直は多いものの、大学に居る時間が増えました。大学勤務になって、以前よりは子育てに協力できるようになったと考えています。

ここで、札幌医大保育所の紹介をさせていただきます。昭和 44 年に開所され、昭和 50 年に改築されました。定員は 60 人で、生後２カ月から預けられます。開所時間は、午前７時から夕方の６時半までです。大学に勤務する職員は利用可能ですが、学生は不可です。

現状ですが、現在の入所児童は定員 60 人のところ 69 人で、先生の数は 12 人。今後、増員予定です。園児の中で、親が医師の子どもは８人。医師の方で預けている方が少ないのは、利用時間が限られているのが問題ではないかと考えます。預けられる時間が朝の７時から夕方６時半までですので、もう少し時間が長くなれば預けやすいと思います。さらに、希望児の夕食も

与えてくれると、一層助かります。これが保育所の写真ですが、これは園庭で遊んでいる写真です。大学病院の中なので、子ども達は、親が働いている姿を見ながら楽しそうに遊んでいると思います。

最後に、医師夫婦を対象としたアンケート調査についてお話しさせていただきます。

対象としては、夫婦共に医師の男性医師にアンケートを配り、札幌市内および近郊の病院の勤務医へ送り、無記名で返送いただきました。集計結果は、子どもがいる方 24 人、いない方 8 人、合計 32 人の回答が得られました。

卒後年数からみますと、大体、各年代からの回答が得られました。夫の勤務形態ですけども、子どもあり、なし、に分けて説明させていただきます。子どもなしの方では、初期研修医、研究生が多いようです。妻の勤務形態ですが、子どもありの妻の勤務形態は、大学勤務が約 48%、半分近くを占めていました。この理由としては、子どものいる女性医師は、医師数が多い大学勤務で多く勤務しているということです。

妻の帰宅時間ですけども、子どもがいる方は、やはり迎えに行かなければならないので、大体、17 時から 19 時までにはほとんどの方が帰宅していました。

次に、日中の養育。病院の保育所に預けている方が大体 21%いまして、就学前の子どもは 3 分の 1 しか病院附属の保育所に入所していないという結果でした。

次に、妻が病院から呼び出しがあった場合の保育ですが、子どものいる方の場合ですが、76%の方が「応じないまたは応じられない」でした。76%は緊急の呼び出しには応じられないために、専門科や勤務先への制限が生じると考えます。なかには、呼び出された場合に、子どもを連れて出勤するという方もいました。

次に、勤務先の保育園への要望を複数回答で調べましたところ、「24 時間保育をしてほしい」、また、「妻の夜間の呼び出し、研究会、勉強会出席などの一時預かりをしてほしい」「病児保育をしてほしい」が上位を占め、保育時間の延長と予期せぬ事態時の保育機関が求められていることが分かりました。

勤務先の病院への希望についても、「妻または夫のシフト勤務を認めてほしい」「妻の育児休暇を認めてほしい」「院内保育を充実させてほしい」が上位を占め、子どもがいる医師の定時勤務と育児休暇の普及が求められていることが分かりました。

子どもを持つ研修医の夫として現在私が行っていることですが、現在私は大学院生で、病棟をもっていないため、研究さえ終われば妻と共に帰宅し、風呂入れや食事を手伝うこともできます。妻にカンファレンスの用があれば迎えにも行きますし、一旦帰宅して妻の帰りを待ってから研究に行くこともできます。ただし、普段できることはゴミ出しや風呂掃除、家の掃除など、妻が家事をしている間の子どもの相手ぐらいしかできません。

困っていることですが、まず 1 つ目は、現在、医大保育所の開所時間が短いということです。保育所は 24 時間開所するという案が出ているようですが、いつ実現するのか全く目処が立っていません。ただ、いろいろ考えがあると思うのですが、24 時間開所しているからといって、子どもを 24 時間預けて当直したいかというとそれは微妙なところだと思います。朝早く、夜遅く

まで開所していたら嬉しいです。

次に、研修先の科によって対応が変わることがあるということです。小さい子どもがいるのなら最低限の時間でいいですよと言ってくださる先生もおりますが、子どもがいるからといって、朝遅く出勤し帰りが早い研修医をあまりよく思わない先生方も実際いらっしゃいます。人それぞれ考え方が違うと思いますが、明確な仕事の規準がないことが、このような原因のひとつだと考えます。

急な発熱時の欠勤・早退ですが、一番困るのはこれです。保育園では今のところ、医大保育所が病児保育をしていないので、預けることができません。私は、外来や出張があることが多く、どうしても妻が休まざるを得ません。娘も、これまで、単なる風邪ばかりではなく、突発疹やインフルエンザの副作用の発熱など、いろいろな病気をしています。このような時に、特に研修先の診療科が担当医制だと、周囲の先生方に多大な迷惑がかかります。

出産後の復帰ですが、出産後の復帰時に男性と同等の仕事内容を女性医師に求めるのは難しいと思います。定時に出勤し帰宅する必要があることが多いですし、当直や呼び出しにも応じられない、このような女性医師でも仕事を回すことができるシステムが必要です。たとえば、日中の業務を出産後の女性医師に任せる。夜や週末に代わりに仕事することができれば良いと思います。

次に、産休・育休の取得ですけども、取得することがはばかれる雰囲気があります。女性医師ではなく、男性医師も、育休を気軽に取得できるようになるには、まずは上級医師からトップダウン方式に行う必要があるのではないでしょうか。

最後に、男性医師の意識改革ですけども、男性医師の中には、出産後の女性医師は定時に帰ったり、当直ができないことから、仕事を任せられないと考える方もいます。それは考え方を変えて、女性医師がいる分昼間の仕事が楽になると、プラスに考えるべきだと思います。また、仕事が楽で羨ましいということを言う方もいますが、医師の妻は専業主婦であることが多いので、このような発言をする方がいるのだと思います。一度、主婦業と医師業を兼業してみたらよいと思います。科によっては、これらのことを既に実施済みのところもあります。当然、そのような科では、結婚・出産した女性医師が多く所属しています。

これらを参考に、お役人のいう制度改革ではなく、現場での実行可能なシステム構築が必要な時期であると考えます。女性医師が増えている今だからこそ、チェンジが必要ではないかと思います。

最後になりましたが、発表の機会を与えていただいた藤井先生、スライド作成にご協力いただいた新谷先生、またアンケートにご協力いただいた諸先生に感謝いたします。

ご清聴ありがとうございました。

# 医師の働き方を考える
## ー育児支援中の男性医師の視点を通して

札幌医科大学耳鼻咽喉科学講座
正木　智之

## はじめに

- 医師同士で結婚する夫婦は増加傾向にあり、それに伴い女性医師が臨床現場で働く機会も増えている。しかし特に子供がいる場合、家事・母親業と医師業との両立は時に大変困難であり、職場の理解と共に家族の理解が必須である。
- 職場においては、定時で帰る女性医師とオンコール状態の医師が協力して働ける職場環境が理想で、男性医師の意識改革と病院システムの改革が必要と考える。

1

## 本日の内容

- わが家の現状と、妻の研修生活の紹介
- 札幌医科大学保育所の紹介
- 医師夫婦を対象としたアンケート結果

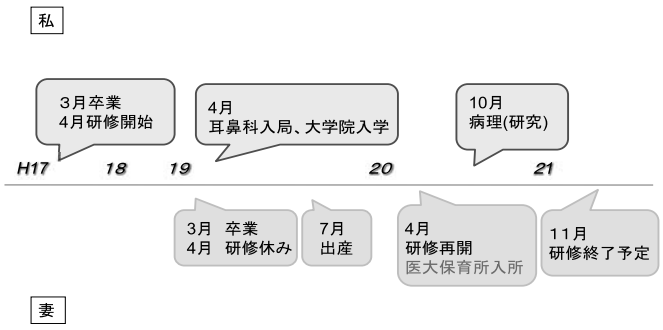
2



- 私・・・平成17年札幌医大卒業。耳鼻科医として働きながら、現在病理学講座にて大学院研究中。
- 妻・・・札幌医大臨床研修医2年目。
  （2年とも大学）
- 娘・・・2歳。
  医大保育所に通所中

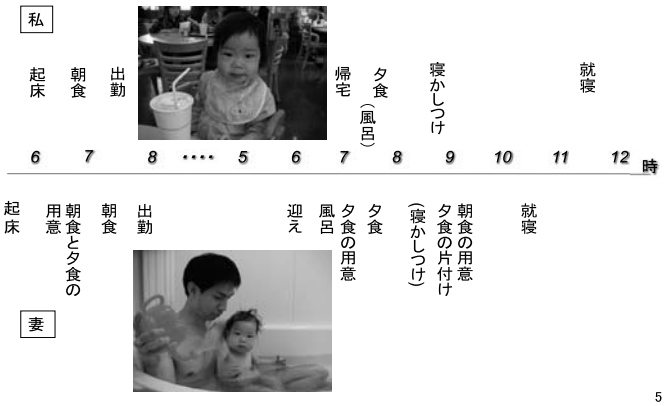
3

## 経歴




4

## タイムテーブル




5

## 妻が臨床研修を医大に決めた理由

札幌医大の臨床研修内容が充実している

①大学病院での研修は融通がきく（勤務時間や当直等）
②同期に相談でき、情報を共有できる
③医大保育所に優先的に入所できる
④夫婦共に大学勤務である

6

- 妻の臨床研修の現状とわが家の生活状況
- 札幌医科大学保育所の紹介
- 医師夫婦を対象としたアンケート結果

7

## 札幌医科大学保育所

- 昭和44年に開所され、昭和50年改築
- 定員：60人
- 生後2か月～就学前まで預けられる
- 開所時間：午前7時から午後6時30分まで
- 札幌医科大学に勤務する職員は入所可能。学生は不可

・利用料金は、子供の年齢、収入によって違うが3～5万程度
・土日は隔週で開所



8

## 札幌医科大学保育所の現状

- 現在の入所児童数は69人（定員60人）
- 先生の人数は12人（増員予定）
- 園児の中で、親が医師の子供の数は8人
- 定員の増減の予定はなし





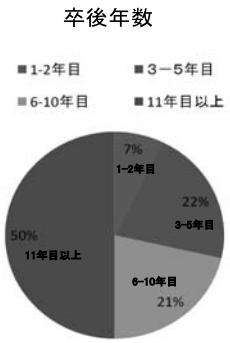
9

- 妻の臨床研修の現状とわが家の生活状況
- 札幌医科大学保育所の紹介
- 医師夫婦を対象としたアンケート結果

10

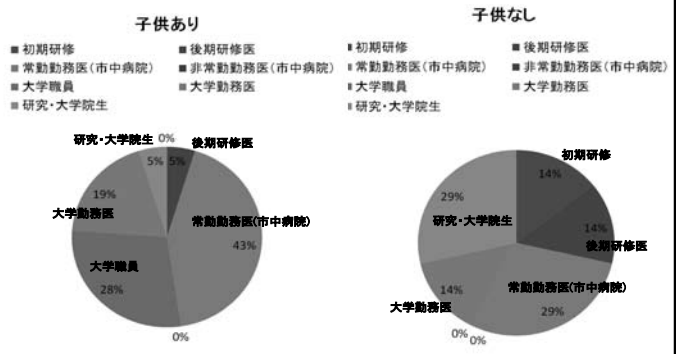
## 対象

- 夫婦とも医師の男性医師
- 札幌市内および近郊の勤務医へ無記名で返答
- 子供　いる　　24人
  　　いない　　8人




11

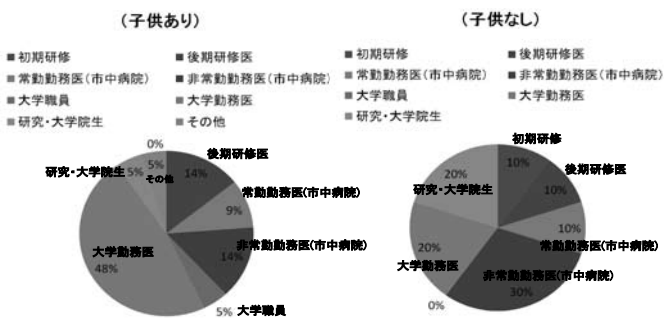
## 夫の勤務形態




子供なし群では、初期研修医、研究生が多い

12

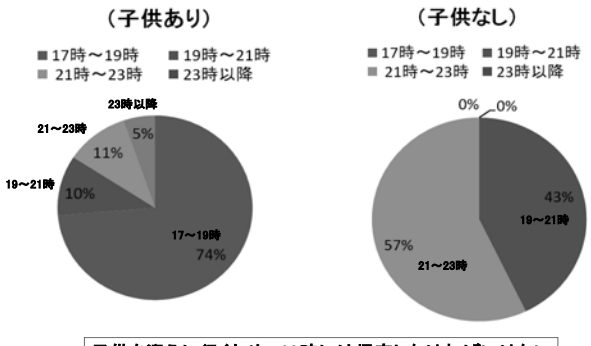
## 妻の勤務形態




子供がいる女性医師は、医師数が多い大学病院で多く勤務している

13

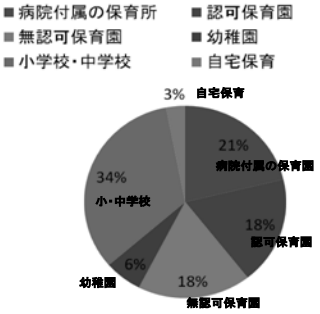
## 妻の帰宅時間




子供を迎えに行くため、19時には帰宅しなければいけない

14

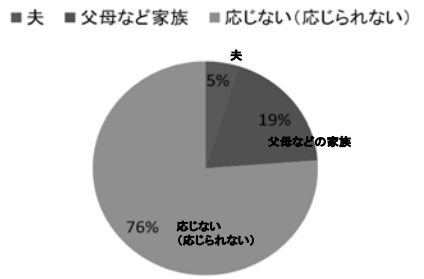
## 日中の養育




就学前の子供は、3分の1しか病院附属の保育所に入所してない

15

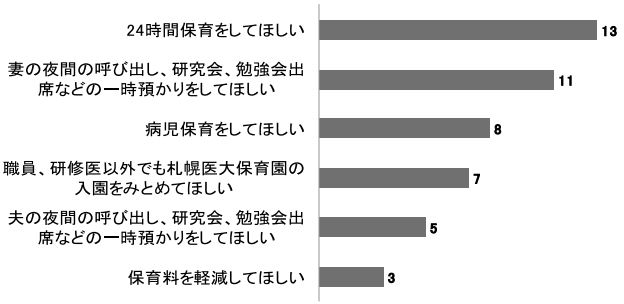
## 妻に病院からの呼び出しがあった場合の保育




**76%は緊急の呼び出しに応じられないために、専門科や勤務先へ制限が生じる**

16

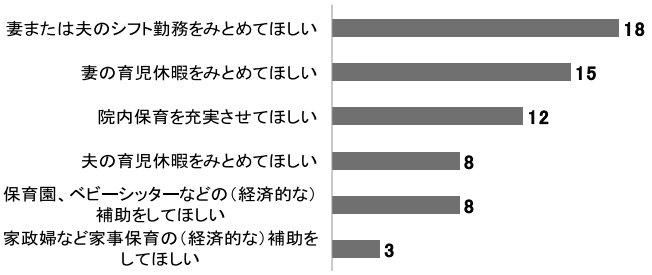
## 勤務先の保育園への要望（複数回答）




**保育時間の延長と、予期せぬ事態時の保育機関が求められている**

17

## 勤務先の病院への希望(複数回答)




**子供がいる医師の定時勤務と、育児休暇の普及が求められている**

18

## 子供を持つ研修医の夫として

- 研究日は終了次第可能な限り早く帰宅
- 妻の帰宅が遅い日は都合がつけば子供の迎え、食事、風呂、寝かしつけ

その他
- 家事の手伝い
- 子供の相手　など

19

## 困っていること

- 医大保育所の開所時間が短い
- 研修先の科によって対応が異なる
- 急な発熱時等の欠勤、早退



20

## 出産後の女性医師が働きやすくなるには

- 出産後の復帰
- 産休、育休の取得
- 男性医師の意識改革




21

## 謝辞


- 藤井美穂　先生　（時計台記念病院産婦人科）
- 新谷朋子　先生　（札幌医大耳鼻咽喉科）
- アンケート協力
  北海道女性医師の会　の先生方
  札幌医大　の先生方
  北大第一内科　別役智子先生


22

# 「今、医師の働き方を考える －ともに仕事を継続するために－」

## 3．女性医師に対するキャリア教育

東京女子医科大学医学部長・小児科主任教授・
男女共同参画推進局副局長　大澤　真木子

川上先生、過分なご紹介をありがとうございました。

昨年、文科省は医学部の入学定員の増加を提案いたしました。そして、今年も同様のご提案がまいっています。医学部入学者の増員反対派も、賛成派も、女性医師の離職防止あるいは復職のための支援が重要であるということを同じように第５位に挙げています。

実際に、女性医師の割合の国際比較をここにお出ししましたが、ポーランドやフィンランドでは 50％を超えています。日本では、2004 年現在では全体で見ますと 14.3％が女性医師です。しかしながら最近、ドイツやフランス、イギリスの人たちと話をしたところ、医学生は今、女性が７割を超えているというのが欧米の現状です。日本におきましても、若手の医師、つまり 40 歳以下の医師においては３人に１人が女性医師である。そういう現状になってきております。

「安心と希望の医療改革ビジョン」というのが出されておりますが、そこにおきましても、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、あるいは特に産科・小児科といった医師不足問題が強く意識されている診療科の若手医師には女性が多く、こうした女性医師の離職防止、出産・育児など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、あるいは、女性医師の就業率を高め、医療分野で男女共同参画のモデルとなるように、出産・育児に配慮した勤務環境の導入・普及やキャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職の研修の充実などを進める、ということが提案されております。

私どもが子育てをしながら、仕事と両立をしてきた時代では、「その女性医師が頑張るか頑張らないかは、ある意味では個人の問題」とされていました。今、国が全体としてこういうことを考え、環境整備に心を砕いて下さるようになっているということは、素晴らしいことだと思います。

女性医師のライフサイクルをちょっと考えてみます。女性医師になろうと思う人は、医療人として自己実現、そういうことによって社会貢献をしたい、そういう思いで女性医師を目指すわけです。しかし、実際に次世代を育成する、そういう環境になった場合には、女性の仕事は、妊娠、出産・育児、家事一般ということがあり、後から老父母のケアということも出てまいりますが、そういう中では年齢とともに自分の体力の状態がちょっと落ちていく、同時に社会的責任が増えている、そういうような問題があって、必ずしも意思の力だけではそれをこなして

いくことが物理的にできないということがあります。

このスライドは、医師に限らず、国別、年齢別の就業女性の割合をお示ししています。ここの緑の部分、Mカーブを描いている部分が日本です。それに対して、スウェーデンですとかドイツといった国においては、このMカーブがあまり目立っておりません。それは、社会福祉などの環境整備が行われれば一時仕事を中断するということがクリアできる可能性があるということを示していると思います。それらのシステム、そして女性医師が、自身でもそういう状況を作り出す知恵と努力、それが求められていると思います。

私は昨年、日本経済新聞に女医の離職を防ぐには、ということを書かせていただきました。その中で、冒頭に書いてあること、「夜は子どもと共に眠り、代わりに2時3時に起きて勉強したり、仕事の準備をします」。これは、私が医学部4年生の時に、授業の合間に担当教授がおっしゃった言葉です。その先生の授業内容はそんなに詳しくは覚えていませんが、この言葉だけは非常に深く脳裏に焼きついて、実際に私自身が子育てをしていく段階では、このことがとてもサポートになりました。そしてまた、10年位前ですけど、共学の某私立大学の学生さんが私どもの医局の見学に来られた時、「今まで、女の先生が自分の意見を皆の前で発言して物事を決めていく姿を見たことはありませんでした。自分の将来に少し希望が持てた気がします」。そう言われました。また、母校の解剖の名誉教授がおっしゃった言葉ですけれども、「解剖させていただいた以上、自分は献体をするのが当然」。そして、ある先生は、「人体解剖という、普通の人は行わない、普通の人には許されないことをしてしまったのだから、もう貴方達は普通の人間ではない。だったら、医師を一生続けて行くしかない。」と言われました。そういうようなモデルとしての先輩の存在、あるいはそういう発言をして下さった先生、その方達の姿勢や言葉によって私自身は医師をずっと続けるということを保てたような気がします。

これは、女子医大卒業生1,647名の非就業率についてです。65歳までは、大体5％以下、仕事をしていない人は5％以下という状況です。これは、日本小児科学会2万人に対して私が2004年にアンケート調査をしたときの、男女別の1週間の労働時間を示しています。男性医師でお子さんのいない方、その方たちの1週間の労働時間は60時間平均。ひどければ80時間という状況でした。それに対して、お子さんのいる女性医師は平均が40時間。独身の女性医師がやはり60時間というような状況でした。こういう1週間の労働時間の長さということがありますと女性医師は頑張りたくても続けられない、そういう時があります。「結婚相手の都合で卒業した医科大学から遠隔地で暮らすことになった。出産・子育てが重なり、気付いたら臨床を離れていた」「出産後すぐに臨床復帰するつもりであったが、子どもが重症の喘息で入退院を繰り返し、臨床ができなくなった」「出産、子育てが続き3人目がやっと幼稚園に入りホッとした。5年以上が経っていた」。こんなこともあるわけです。

これも小児科学会2万人アンケートのデータですが、「あなたが充実した仕事を続ける上で支障は何ですか？」という質問に対して、ピンクは女性ですが、女性は「妊娠・出産」「育児」「子どもの教育」「家族の支援のなさ」「再教育の場がないこと」「配偶者の転勤・留学」ということが仕事を続けるのに大きな障害になると答えています。これらは男性と女性の間で差があった

項目です。

２万人アンケートの中で、休職経験を問うておりますが、その中で、女性で休職をした経験のある人は47%、男性では8.4%でした。そして、「いつ休職に入ったか」といいますと、女性の方は卒後７年、男性の方は卒後20年です。その方たちの休職理由ですが、女性はほとんどが育児のためです。それに対して私達女性としては非常に気になるところですが、男性の方は健康上の理由で休職をしておられる方が多いのです。

別のアンケート調査ですが、女性医師の再教育を促進しようとした時に必ずしも医師が乗ってこなかったという実態があり、それで、本当は再教育なんて求めていないのではないかという意見が出されました。そこで約1,000人の小児学会の女性医師にもう１回、2007年にアンケートを取りました。

これが子どものいる割合ですけど、卒後16年を超えますと約60%以上の人がお子さんをお持ちです。その中で、現在の勤務日数が１週間に５日以上なのは、お子さんがいる方では75%、お子さんがいない方では91%でした。では、１週間に５日働いていない方たち、この方たちが常勤で働くためにはどうすればよいかを質問すると、「当直なしがよい」「勤務時間が９時～５時がよい」。あるいは、常勤として働くための職場環境としては、「院内保育」、「病児保育」、そしてまた、「学童保育」が重要、「夜間保育」も重要という意見がありました。また、常勤で働くための準備としての再研修の機会としては是非、技術や知識、それを学ぶ場が欲しいということもありました。

ここでご紹介しますのは、若手の外科医の中で、本学の児玉ひとみ先生がアンケート調査を行ったのですが、その調査結果から彼女達のグループが出したのは、改善点として、育児の考え方、外科医になった動機は個人によって様々で、具体的には「個人個人に応じた配慮をしてほしい」、それから「ハード面の整備が最低条件」で、「長時間保育、その他の保育体制が必要」である。それから、「子育てに理解のあるメンターの存在」が必要であって、職場にそういう人がいた方がよい。また、「権利を主張するだけではなく、支えてもらう人たちへの配慮」も自分達としてはしなければならない。「モチベーションを維持するための卒前教育」をしなければならない。こういうことが、若手の卒業生からも出てきました。そして、「すぐに辞めない。細く長く続ける」ことが必要だということを外科医である、うちの女性医師が申しています。

そのために、外科医の立場における改善点として、外科医として勤務をともにする人たちへの配慮をどうするかということですが、それは、「超過勤務に対する報酬」ですとか、「勤務時間内に仕事を終えるようにするワーク・ライフ・バランスの推進」などということがあります。同時にそれができない現状では、「フレックス」、「当直免除」、「短時間勤務」、「時間外業務は当直に任せる」、あるいは「当直明けの業務軽減」があがっています。また、勤務形態により報酬に差をつける。たくさん働く人にはたくさん報酬を出すようにしてもらえば、自分達も肩身が狭くなく働ける、ということです。

また、外科医として手術により患者さんの命を守る責任、育児によりわが子の命を守る責任。その両者を天びんに掛けたときに、この両者のバランスがキチッととれる。そういう環境がと

ても必須だとも言っています。

女子医大で現在試みていることですが、それは①医師というプロフェッショナルとして100％働きたい人には保育環境を、②育児を重視したい医師には働き方の多様性を、そして③休職中の医師に対しては再教育としてのプログラムをあげています。また、今後離職しない積極的自己実現のための教育が必要であろうということで、教育を考えなければならないということになっています。離職せず積極的に自己実現をなすための教育、できるだけ努力をする姿勢、強い意志を持ち、心身の健康を鍛え保ち、諦めず相談する、そういう姿勢を持てる医師を育てなければならないと私達は考えています。

一方、一般的に万人に共通する人生の目的は３つあると言われています。１つ目は、自分に潜在する能力をできるだけ引き出す教育の機会を得ること。２つ目は、他の人と好ましい人間関係を作ること。３つ目は、他の人の人生に意味のある貢献をすること。こういったことが言われています。こういう点から言いますと、やはり女性医師がギリギリの状態で働いている時に、「あの人は適当なことをして働いていてズルイ」と周りから言われると、居ても立ってもいられなくなります。「貴方がそこで頑張っていてくれるから助かる」ということも、患者、家族、あるいは同僚からも「一生懸命頑張っていて偉い」というように言ってもらえますと、そこで細々であっても何とか続けることができるだろうと思います。

また、医師として育てられた以上、プロとしての義務と責任を負うという意識をしっかりと持つ必要があるだろうと思います。

女子医大では、文科省の「質の高い大学教育推進プログラム」の支援をいただきました。そこでは、①根幹となるものとして、ライフサイクルを展望すること、②キャリア意識を育てること、専門職意識を育てること、③共同する意識を育てること、それらが重要であろうと考えています。

やはり、女性と男性は違います。女性としての特性を生かした医療を行っていけること、その女性の働く環境を整備することが必要であり、また女性医師のほうも自ら強くキャリア意識や専門職意識を持っていくこと。そして、身近なロールモデルを見ながら、自分自身もリーダーシップを発揮できるように教育を受けていく、ということが大事だろうと思います。そして、その教育の中で、献体してくださった方たちや、実習でご協力してくださった方たちへの、義務や感謝の念をきちんと心にきざんで持ちつづけることが必要であろうと思います。

これは、女子医大で今行っているカリキュラムの一部です。入学当初に先輩と語る、あるいは院内保育所実習などがあります。それはどういうことかと言いますと、まず入ってすぐに「炉辺談話」というのがあり、中堅医師との懇談を通して、医師としての生活の具体的なイメージを得る。また、懇談会では、指導的立場の医師との懇談を通して将来への展望を持ちます。

先程申し上げた保育所実習では、保育所に通う子どもの心身の健康、預ける親の行動、そういったものを想像して自分のライフサイクルへの理解を強めていく。そして、地域社会における子育てに、医学生として感心を持つということが、重要であろうと思います。

また、解剖慰霊祭も重要な教育の場面であろうと思います。悲しみの中で献体や剖検を承諾

してくださったご家族と共に、献体してくださった方々御自身への思いをはせ、その慈愛あふれるお心に触れ、医師として頑張る決意を新たにしてもらいたいと思っています。

また、カリキュラムの中では、「地域医療を担う卒業生の女性医師に学ぶキャリアビジョン：ライフサイクル」というのがあります。先輩の女性医師の所で、地域医療の体験実習に伺わせていただいて、その方たちを目の当たりにして体験を通しいろんなことを学んでくるということをしています。学生の方からは、「地域医療者として、先輩がどのように学んできたかが分かった」「家庭を持ちながらも医師を続けることの大切さを知った」というようなことが感想としてあります。指導医の先生からは、「診察終了後、娘（医学部１年）と共に、開業医と勤務医の違い、女性医師の問題点などを話し合い、有意義な時間が持てた」ということなどのコメントもいただいています。

また、女子医大では、テュートリアル教育を行っています。テュートリアル教育では、学習項目の発見解決、診療上の問題解決、医における人間性にかかわる問題発見解決、医療者としての自己開発にかかる問題発見解決･･･ライフサイクルキャリアを考える、ということを行っています。実際に川崎病の症例を通しまして、川崎病のお子さんが保育園に通っているということから、ライフサイクルキャリアを含む人間性・医療者の問題、疾患を持つ子どもの母親の心理、両親が働く家庭での育児の実際、病児保育の問題なども、一緒に考えてもらうようにしています。

また、吉岡彌生記念講演というのがありますが、吉岡学頭に思いをはせ、社会を先導する女性リーダーとの懇談、あらゆる方面からの女性の特性、役割を理解するということを目的に行っています。

また、白衣授与式を病院実習直前に行っております。職業人として白衣を着る意味を考え、自分の学びを支えてくださった方々に感謝し、今後さらに自分の成長を支えて下さる患者さんやコメディカルスタッフに感謝し、職業人として医療を通して社会に貢献することを誓います。社会をリードする女性医療人を育成する。それを目的としております。

本学では、女性医師キャリア継続のために、医療機関としての組織的アプローチ、医療機関の連携、医療機関の風土の変革を行い、それと同時に教育の面からは、教育機関としての理念に基づく一貫教育、教育風土を養う。そういうことを通じて、女性医師の特性を活かした教育を行っていきたいと思っています。

本学の教育評価分科会で、今提案しております、理想とする教員像です。教育を担う意義と意欲、他者の向上を支援する喜びを持つ、などがありますが、とにかく、医療者が共同しかつ共学する。ともに助け合って、お互いに補完し合って、足りないところを助け合って生きていく。そういうことで医療を健全化していきたいということでございます。

そろそろ時間だと思いますが、これは、今座長をしている川上先生の最初からの提案でございますが、「男女を問わず、すべての医師が自分の理想の医療を実行することが可能となるような、余裕のある職場環境を整えること。それが、私どもが目指すところです」。これが根幹となっております。以上です。

日本医師会
第5回男女共同参画フォーラム

於：札幌グランドホテル
（7．25、2009）

## シンポジウム

**今、医師の働き方を考えるーともに仕事を継続するためにー**

**医師および医学生に対するキャリア教育**

東京女子医科大学 ：医学部長、男女共同参画推進局 副局長、小児科主任教授、女性医師再教育センター 前センター長
日本小児科学会 女性医師の職域における環境改善委員会 委員長
大澤真木子

Q. 医師不足解消のため早急に進めるべき施策は?(n=2,206)

| 順位 | 項目 | 順位 |
|---|---|---|
| 1 | 勤務医の労働環境の改善 | 1 |
| 2 | 医療事故における訴訟リスクの低減 | 2 |
| 3 | 医療事故における刑事処分の見直し | 3 |
| 4 | 産科、小児科、救急、へき地医療への支援 | 4 |
| 5 | **女性医師の離職防止・復職のための支援** | 5 |
| 6 | 医師配置基準の見直し(常勤ポストの増加) | 7 |
| 7 | 臨床研修制度の見直し | 10 |
| 8 | コメディカルの増員、ルーチンワークのサポート | 6 |
| 9 | 指導医、大学教員の待遇改善 | 8 |
| 10 | 病院機能の集約化 | 11 |
| 11 | 専門医数のコントロール | 13 |
| 12 | 在宅医療の推進 | 12 |
| 13 | 崩壊した医局制度の復活 | 14 |
| 14 | **医師増員** | 9 |

国立大学協会 ワークシェア提言

増員反対派　増員賛成派

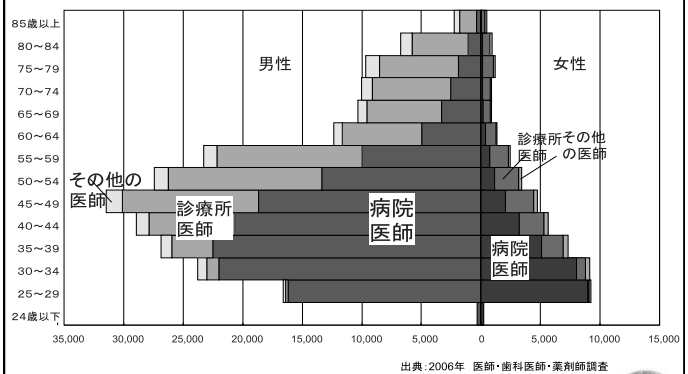
吉村慶太、亀甲綾乃＝日経メディカルオンライン

## 女性医師割合の国際比較

| 国名 | 女性医師割合（%） |
|---|---|
| ポーランド | 54．2% |
| フィンランド | 50．7% |
| スペイン | 37.6 |
| イギリス | 36.7 |
| ドイツ | 35.9 |
| フランス | 35.9 |
| オーストラリア | 31.1 |
| カナダ | 30.0 |
| アメリカ | 21.8 |
| 日本 | 14．3% |

2004年OECD報告

## 医師の年齢別・男女別人数




出典：2006年 医師・歯科医師・薬剤師調査

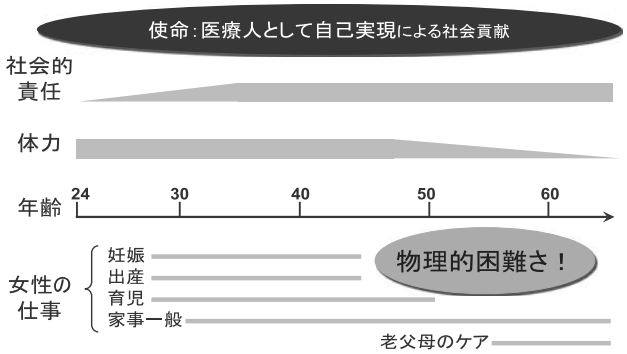
## 今後の方向性
「安心と希望の医療確保ビジョン」（平成20年6月）（抄）

医師国家試験合格者における女性の増加に伴い、女性医師の割合が上昇している中、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。

特に産科、小児科といった医師不足問題が強く意識されている診療科の若手医師には女性が多く、こうした女性医師の離職防止、出産・育児等と勤務と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。

このため、女性医師の就業率を高め、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。具体的には、「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児等に配慮した勤務環境の導入・普及や、キャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職研修の充実などを進める。

## 女性医師のライフサイクル：次世代育成を伴う場合

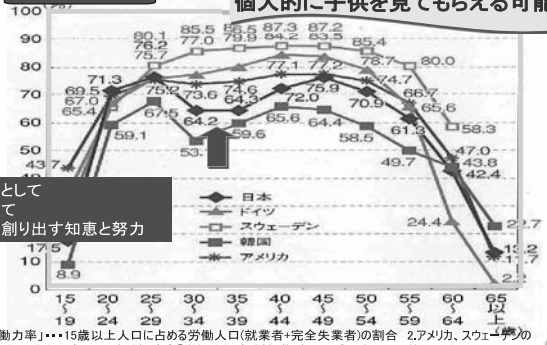



## 国別、年齢別就労女性の割合

環境整備の必要性

社会の変化により
個人的に子供を見てもらえる可能性減

システムとして
そして
自分でも創り出す知恵と努力




備考：1.「労働力率」・・・15歳以上人口に占める労働人口(就業者+完全失業者)の割合 2.アメリカ、スウェーデンの「15～19歳」は、16から19歳。3.日本は総務省「労働力調査(詳細集計)」(平成19年)、その他の国はILO「LABORSTA」より作成。 4.各国とも平成18年(2006年)時点の数値

日本経済新聞 平成20年6月8日

解剖をさせて頂いた以上、自分は献体をするのが当然。

夜は子供と共に眠り、代わりに2時、3時に起きて勉強したり、仕事の準備をします
（故 野本照子名誉教授）

故 久保田くら 名誉教授

Role model

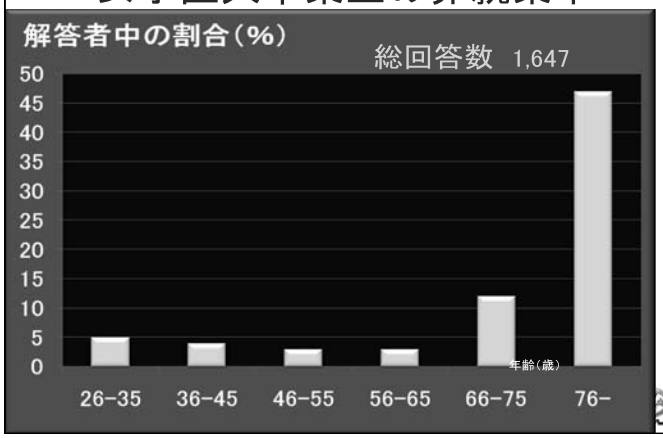


医師の離職 防ぐには

今迄、女の先生が自分の意見を皆の前で発言して物事を決めていく姿を見たことはありませんでした。自分の将来に希望が見えた気がします。

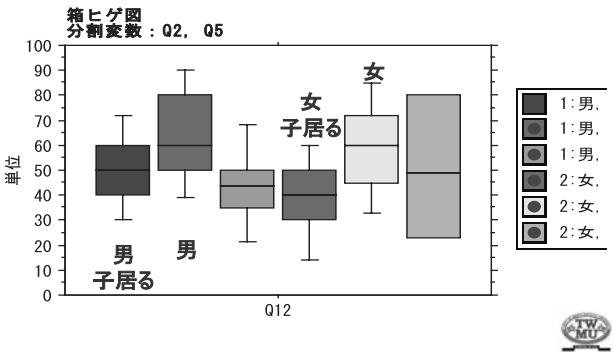
某共学大学 女子医学部長 大澤 真木

## 女子医大卒業生の非就業率




## 男女別一週間の労働時間

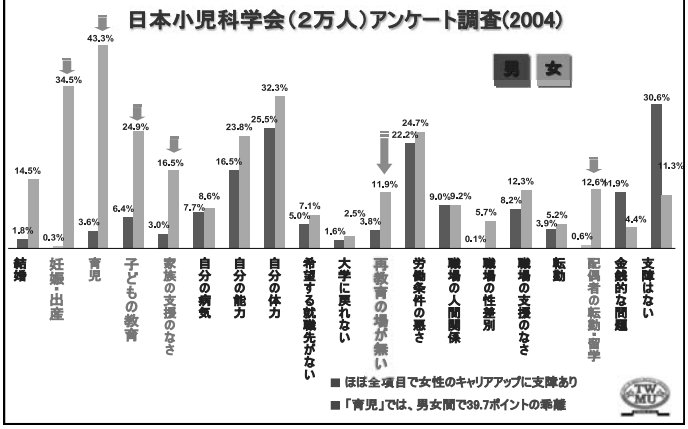
**日本小児科学会（2万人）アンケート調査(2004)**



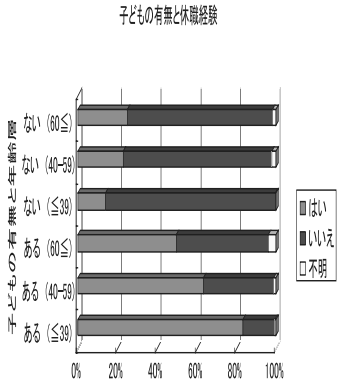

## 頑張りたくても続けられない時がある

- 結婚相手の都合で卒業した医科大学から遠隔地で暮らすことになった。出産・子育てが重なり気が付いたら臨床を離れていた。
- 出産後すぐに臨床復帰するつもりであったが子供が、重症の喘息で入退院を繰り返し、臨床ができなくなった。
- 出産、子育てが続き3人目がやっと幼稚園に入りホッとした。5年以上が経っていた。

## 問.あなたが充実した仕事を続ける上で支障は?



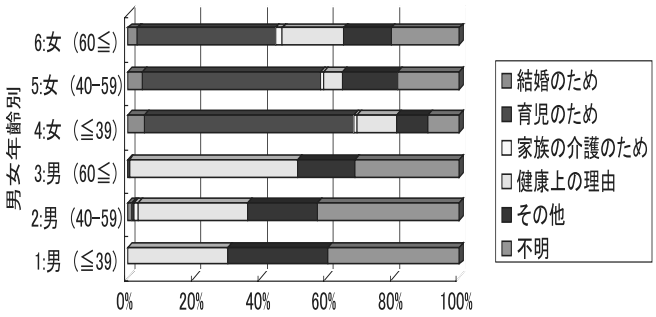

## 休職経験



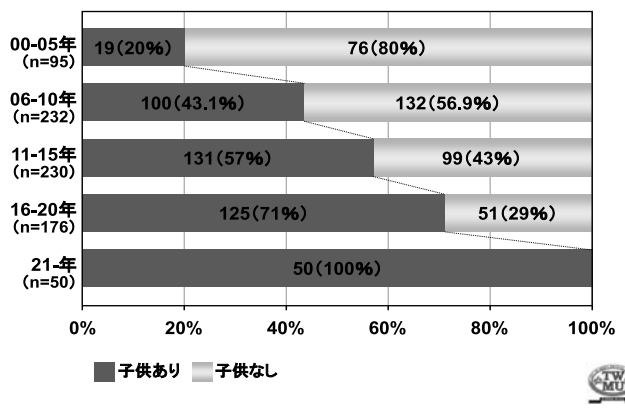

**男性　8.4　%、**
**女性　47　%**
**既婚者・子供の居る女性群**
**休職経験　有＞無**
**時期　（卒後平均）**
**男性　20.1±14.73年、**
**女性　6.98±6.43　年**
**40-59歳群**
**男性　12.81±6.93年**
**女性　6.90±5.73年**
**（女性の方が卒後早期に休職）**

**日本小児科学会アンケート**

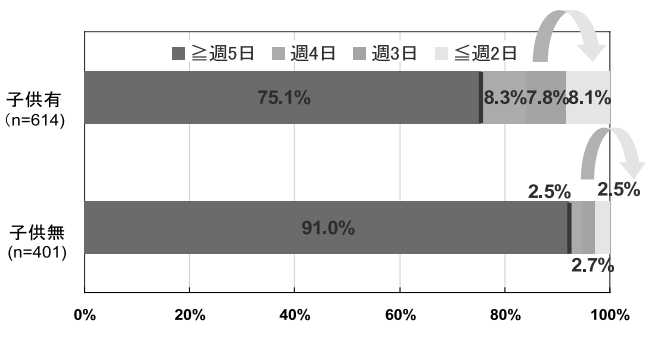
## 休職の理由



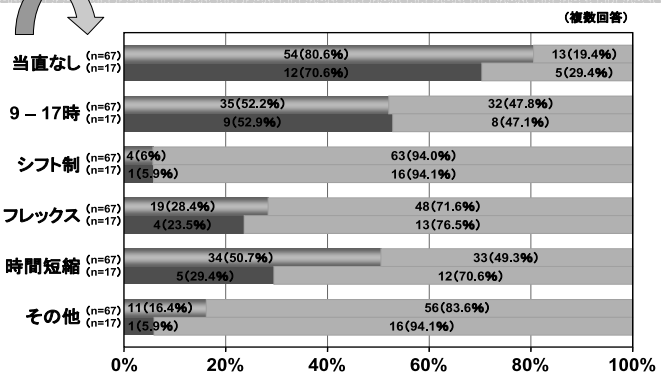

## 卒後年数別の子の有無（小児科学会女医師、2007年）



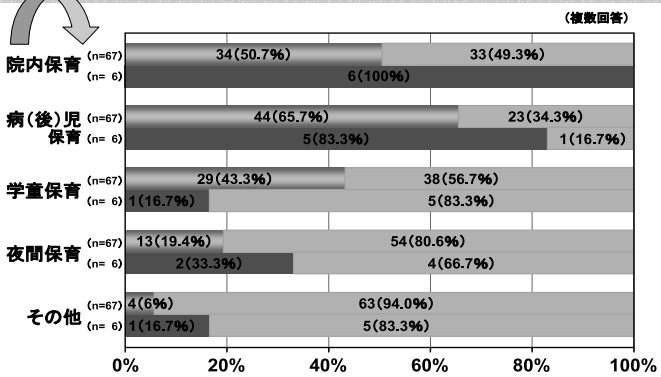

## 現在の勤務日数



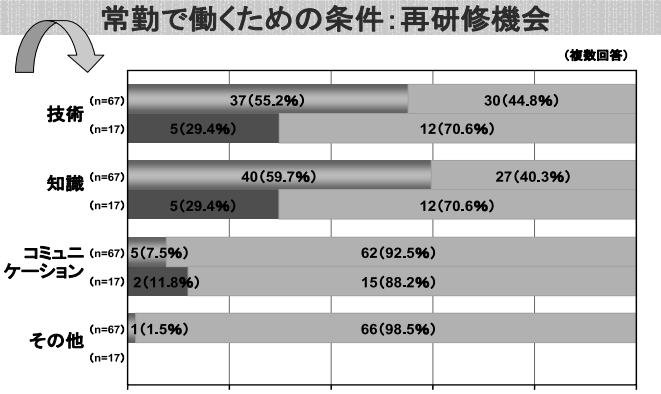
## 常勤で働くための条件：勤務形態




## 常勤で働くための必要な条件：職場環境




## 常勤で働くための条件：再研修機会




## 母の立場における改善点

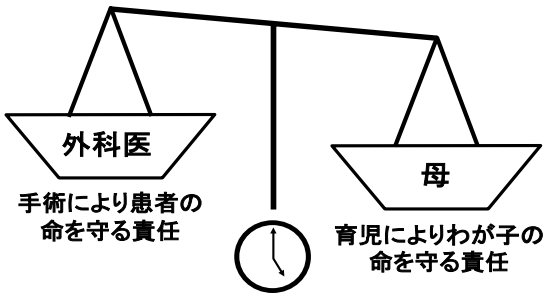
| 改善点 | 具体案 |
|---|---|
| ✦家族の協力の程度、育児の考え方 外科医になった動機は個人によって様々 | →画一的な配慮では様々な事情に対応できない |
| ✦ハード面の整備が最低条件 | →長時間保育、病児保育、児童保育、24時間保育 |
| ✦子育てに理解のあるメンターの存在 | →ネット上に情報交換の場を作る |
| ✦権利を主張するだけでなく、支えてもらう人たちへの配慮 | →*モチベーションを維持する為の卒前教育、すぐに止めない！細く長く続ける！* |

提供：児玉ひとみ

## 外科医の立場における改善点

| 改善点 | 具体案 |
|---|---|
| ✦勤務医労働条件の明確化 | →*超過勤務に対する報酬* |
| ✦これまでの習慣を見直す | →勤務時間内に仕事を終える |
| ✦職場の意識改革 | →ワーク・ライフバランスの推進 |
| | →*男性医師の育児休暇取得システム* |
| ✦多様な勤務形態への対応 | →*フレックス、当直免除、短時間勤務* |
| | →*時間外業務は当直へ任せる* |
| ✦緊急時の代替要員の確保 | →*当直明け業務軽減* |
| | →*勤務形態により報酬に差をつける* |
| ✦負担が集中しないための配慮 | →子育て中の医師が勤務時間中にできる仕事を負担 |
| | →マンパワーの確保 |

提供：児玉ひとみ




外科医が母になると手を抜けない二つの責任を負う。育児にも関わる時間を作るには、「厳密なスケジュール管理」が必要。外科の慣習による勤務時間のあいまいさが、育児との両立を困難にしている。

## 東京女子医科大学の試み

医師というﾌﾟﾛﾌｪｯｼｮﾅﾙとして100%働きたい
→能力を十分に発揮できる体制
- 院内保育所
- 病児保育
- 院内学童保育

理事長諮問機関
女性医師生涯研鑽委員会
2007年4月～2009年3月末

育児を重視したい医師
→仕事量を軽減しながら継続、多様な労働形態の提供
→他の医師とのバランス、不公平感への配慮
- 常勤短時間勤務制度
- ワークシェア、フレックス制 (女性医師研究者支援室)

男女共同参画推進局
2009.4.1より

休職中の医師の再研修、再就職の問題の改善
→女性医師再教育センター
- 復職支援プロジェクト
- 教育・学習支援プログラム(e-learning)

GSK

離職しない積極的自己実現の為の教育
- 女性医療リーダー育成をめざす 全学横断教育

支援：文部科学省、厚生労働省、東京都、至誠会会員、GSK など

## 東京女子医科大学の試み

離職せず、積極的自己実現をする為の教育

- 女性　医療リーダー育成をめざす全学横断教育

全学横断教育

- できるだけ努力をする姿勢
- 強い意志を持つ
- 心身の健康を鍛え、保つ
- 諦めず相談する

支援：文部科学省、厚生労働省、東京都、至誠会会員、GSK など

## 人生の目的：（万人に共通する目的が少なくとも3つ）

1. 自分に潜在する能力をできるだけ引き出す
   →教育の機会を得る
2. 他の人と好ましい人間関係を作る
3. 他の人の[illegible]する
   →[illegible]

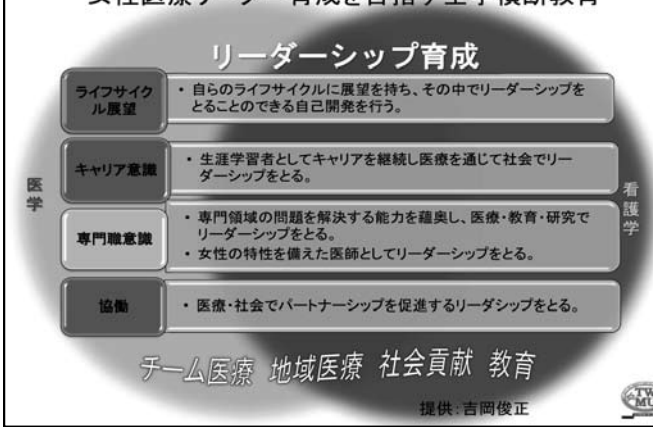
自分が役に立っているという実感！
やりがい！

医師として育てられた以上プロとしての義務と責任を負う

Tony De[illegible] Wilson:
Cultivating Heart and Character-Educating for Life's Most Essential Goals, 1975
日本語訳：「人格教育」のすすめ（上野久雄訳）
(株)コスモトゥーワン　上記1～3，一部改訳、中島先生

---

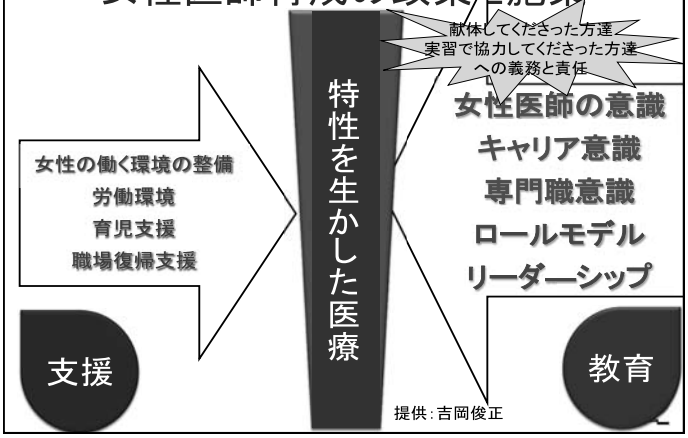
文科省　平成20-22年度「質の高い大学教育推進プログラム」
女性医療リーダー育成を目指す全学横断教育



提供：吉岡俊正

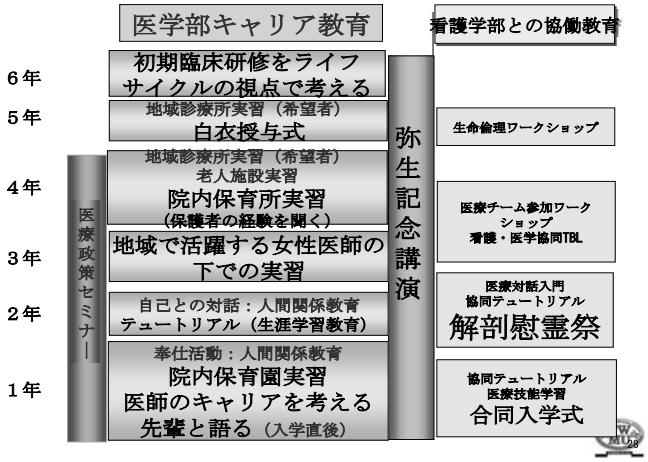
---

## 女性医師育成の政策と施策



提供：吉岡俊正

---




---

***炉辺談話***

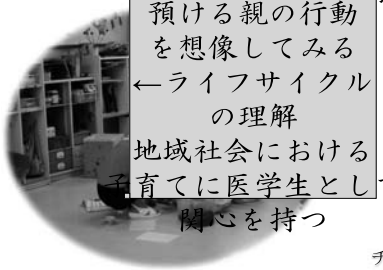
中堅医師との懇談を通し、医師としての生活の具体的イメージを得る

***懇談会***

指導的立場の医師との懇談を通し、将来への展望をえる

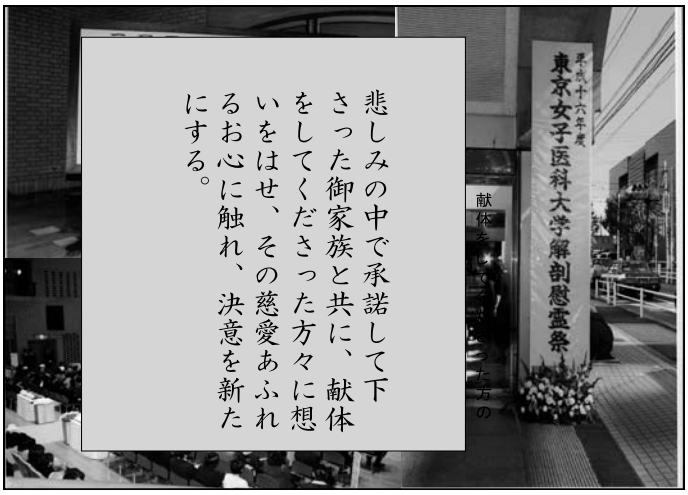
**保育所実習**

保育所に通う子供の心身の健康、預ける親の行動を想像してみる
←ライフサイクルの理解
地域社会における子育てに医学生として関心を持つ



チーム医療入門実習

---




---

## 地域医療を担う卒業生女性医師に学ぶ
## キャリアビジョン・ライフサイクル

| | |
|---|---|
| 実習名・実施学年 | ・地域医療体験実習<br>・3年 |
| 目的 | ・地域医療での患者と医師のコミュニケーションを学ぶ<br>・女性医師のキャリアを学ぶ |
| 方法 | ・地域医療に携わる女性医師（主として卒業生）に、学生が自分で連絡を取り実習を計画（目的・時期等）<br>・夏休み3から7日間の実習<br>・実習終了後に省察のための授業 |
| 評価 | ・学生自己評価<br>・担当教員のグループ面接とフィードバック<br>・学年全体フィードバック<br>・実習先の医師からの評価 |

---

## 地域医療を担う卒業生女性医師に学ぶ
## キャリアビジョン・ライフサイクルでの感想抜粋

**学生**

- 地域医療者として、先輩がどのように学んできたかがわかった。
- 家庭を持ちながら医師を続けることの大変さを知った。
- 実習先の先生に、何のために実習しにきたのかと怒られたあと、自分で考えて実習をして、先生にとても良く教えてもらった。

**指導医**

- 患者さんとどのように医者が向き合うかというところを見てもらい、それが将来役立つと願っている。
- 診察終了後、娘（医学部1年）と共に開業医と勤務医の違い、女性医師の問題点などを話し合い有意義な時間を持てた。

## ライフサイクル・キャリアを考えるテュートリアル

学習項目発見解決

診療上の問題解決

医における人間性に係る問題発見解決

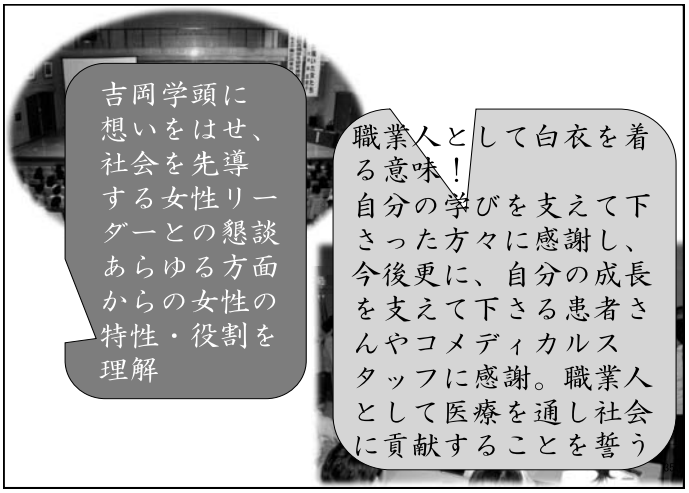
医療者としての自己開発に係る問題発見解決・・・ライフサイクル・キャリアを考える

## ライフサイクルを知るテュートリアル課題例

**課題の概要**
3歳の男児。発熱を主訴に来院し、川崎病と診断・治療・経過観察を行った症例

学習項目
・小児の発育・発達
・川崎病
診療上の問題
**・発熱を主訴とする幼児の鑑別診断**

**ライフサイクル・キャリアを含む人間性・医療者の問題**
**・疾患を持つ子供の母親の心理**
**・両親が働く家庭での育児の実際**
**・病児保育**

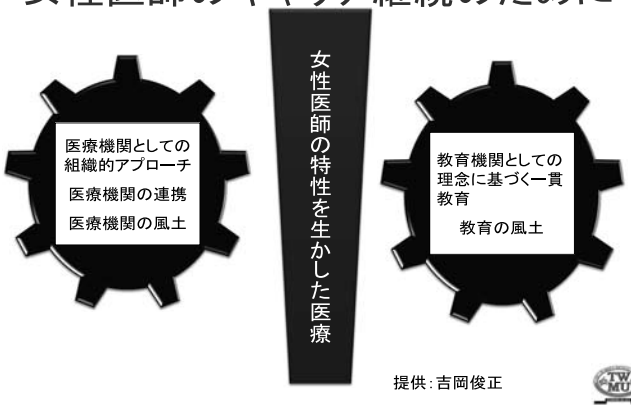



## 取組の社会的貢献

社会をリードする女性医療人を育成する

- 生涯職業人
- ロールモデル
- 次世代の教育
- 理想的なチーム医療（協働体制）

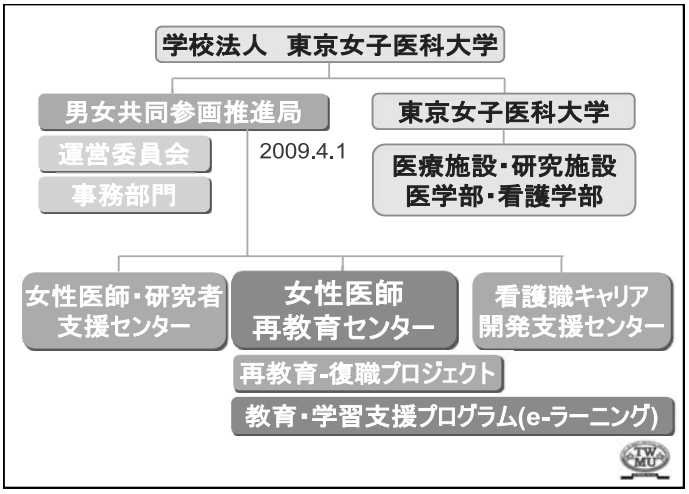
## 女性医師のキャリア継続のために




提供：吉岡俊正

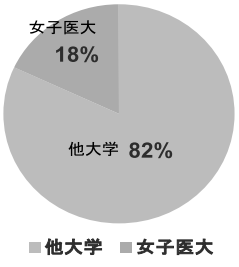
ビジョン2015として採択された
## 教員評価分科会案の「教員像」

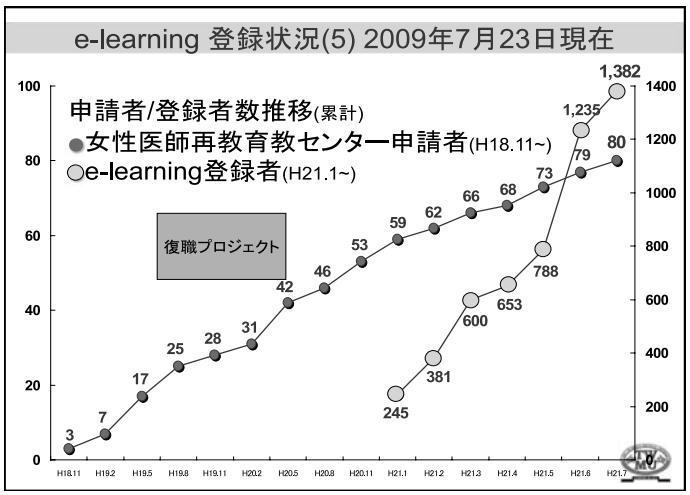
| 東京女子医科大学教員の目標像 |
|---|
| 1. 教育を担う意識と意欲、他者の向上を支援する喜びをもつ。 |
| 2. 全人的医人を育成する卒前・卒後・生涯教育に取り組む。 |
| 3. 女性医人の研鑽を支援する。 |
| 4. 医療者が協働し、かつ協学する。 |
| 5. 教育する力を伸ばすため、評価・助言を受け入れ自己開発を行う。 |
| 6. 教員・専門職としての人間性・倫理性を培い後輩の目標となる。 |

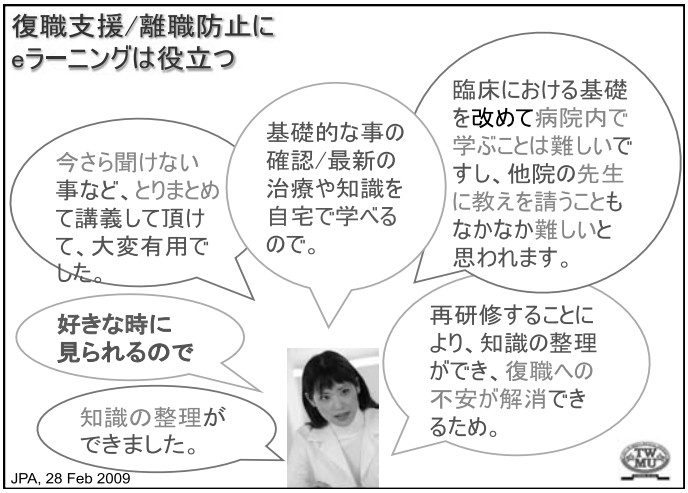


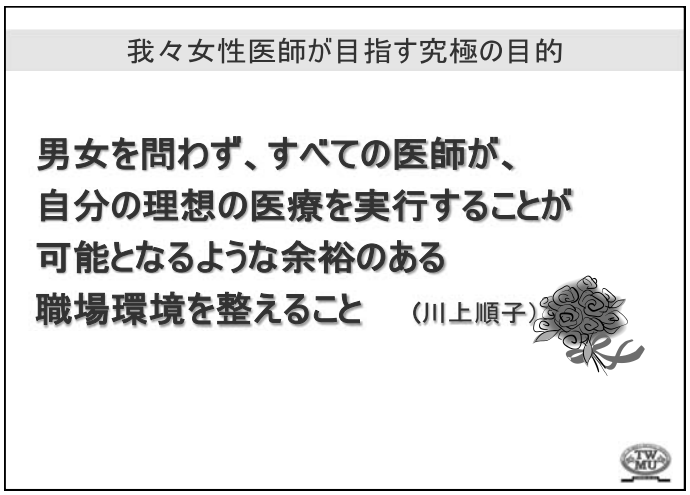

## 女性医師の再教育センターの創設コンセプト

1. 臨床現場への復帰の準備段階を用意する
2. さまざまに異なる、個々のニーズに答えられるカリキュラム[illegible]築する（オーダーメ[illegible]
3. 新しい知識、[illegible]より、復職への自信[illegible]を組む
4. 卒業大学を[illegible]




e-learning 登録状況(5) 2009年7月23日現在
申請者/登録者数推移(累計)
女性医師再教育教センター申請者(H18.11~)
e-learning登録者(H21.1~)
復職プロジェクト
3
7
17
25
28
31
42
46
53
59
62
66
68
73
79
80
1,382
1,235
245
381
600
653
788
0
20
40
60
80
100
200
400
600
800
1000
1200
1400
H18.11
H19.2
H19.5
H19.8
H19.11
H20.2
H20.5
H20.8
H20.11
H21.1
H21.2
H21.3
H21.4
H21.5
H21.6
H21.7


復職支援/離職防止に
eラーニングは役立つ
今さら聞けない事など、とりまとめて講義して頂けて、大変有用でした。
基礎的な事の確認/最新の治療や知識を自宅で学べるので。
臨床における基礎を改めて病院内で学ぶことは難しいですし、他院の先生に教えを請うこともなかなか難しいと思われます。
好きな時に見られるので
知識の整理ができました。
再研修することにより、知識の整理ができ、復職への不安が解消できるため。
JPA, 28 Feb 2009


我々女性医師が目指す究極の目的
男女を問わず、すべての医師が、
自分の理想の医療を実行することが
可能となるような余裕のある
職場環境を整えること (川上順子)

# 「今、医師の働き方を考える －ともに仕事を継続するために－」

## 4．地域医療連携の中での医師の働き方
## －地域医療と人間教育：医科大学の試み

札幌医科大学学長　今井　浩三

ご丁寧なご紹介をいただきまして誠にありがとうございます。

今日はこのような機会をいただきまして、まずもってこの会をお世話してくださった男女共同参画委員会委員で札幌にお勤めの藤井先生に心から感謝申し上げたいと思います。

たくさんの方のお話を伺って、どんどん話すことがなくなっております。日本医師会では、特に先ほどの保坂先生の女性医師支援センター事業が、とても進んでいるという感じをいたしまして、大変心強く感じました。いろいろな問題や話もされていますし、時間もあまりないと思いますので、少し話を絞って、私の方は男女共同参画には最終的にと申しますか、もっとも根幹になるのは教育ということになるだろうという、そのアングルから、１つの医科大学としての試みとして、皆様に少しだけ情報提供させていただきたいと思います。

これは本の表紙です。2006 年に、北海道女性医師の歩みというのが、女医会の北海道支部がありまして、そちらの先生方が中心に委員会として、特に委員長の斯波先生が中心になりまして出されたものです。藤井先生の文章も入っております。

北海道の場合は、明治の初めは、北の方は札幌ということになりまして、北の方全部です。札幌本庁とありますが、これくらいの医師の数しかいなかった。南の方は函館支庁となっていますが、ここは最初から開けていたので少し多いのですが、こんなものです。東の方は根室支庁といいますが、ほとんど医師はいないという状況です。産婆さんとか女性ではほんの僅か記載されているのみであります。

ご存知のように、そのような中、北海道と関係がございます、荻野吟子さん。この人が 1851 年に生まれて、才媛といわれて、ご主人から淋病を感染させられまして東京の病院に入院することになります。治療の日々の中で、女医になるという非常に強い決意をすることになるわけですが、実はここは少し話があって、後ほどちょっと触れますが、最終的に明治 18 年に最初の女医さんとして医術開業試験に合格しました。このときに 132 人受けて、合格者はたったの 24 人という非常に難関でした。ちなみに、女性医師候補は３人受けて、ただ１人、荻野吟子さんだけが合格したと記載されております。

そして２番目のご主人と結婚されて、キリスト教徒であったご主人の関係もございまして北海道にいらしていただきました。明治 30 年に瀬棚村に、札幌から少し南の日本海側ですが、当

時はニシン漁で非常に盛んだった村と聞いておりますが、そこで開業されて、10年以上北海道の地域医療に尽くした方です。学問好きで才媛といわれ、実際には周辺におられた有名な漢学者の松本萬年さんに学んでおられます。この方は医術をされていたという記載がありまして、そのような医療、学問を地方ではあったのですがトレーニングを受けて、そして今のお茶の水女子大学に女医になる前に入っており、首席で卒業しておられるわけです。

札幌医大の話をさせていただきます。私どもの大学にある建学の精神です。地域医療への貢献が建学の精神です。これは少し意味が違いますが、昭和20年に北海道庁立女子医専として開学しましてちょうど60年目です。もちろん、戦争中で男子医が少なくなったという、そのニーズで政策的にできたわけです。この時の記録を見ますと、全国から1,200人の受験生が集まって、120人合格された。つまり、10倍の難関でした。ここを突破された学生さんが私どもの前身の女子医専に入られて、５年間の修業ですが、２期にわたり始まりました。この先生方が非常に優秀で努力家でいらっしゃって、そのお陰で私どもはいろいろな影響を受けるに至ったわけです。藤井先生にどのように影響したか分かりませんが、おそらく、立派な女医さんが出る素地は、こういったことと無関係ではなかったと私は思っております。

私どもは、目標を高く掲げて、なんとしても良い大学にしたいと思っております。何が良いか、ということですが、ここのポイントは、医師は相手が患者さんですので、患者さんのニーズ、何をお考えになっているかをよく知らなければいけない。しかしながら、それを知るチャンスは以外に少ない。特に現代においては少ないのです。それは核家族化になり、おじいさんおばあさんが家の中で亡くならないという問題があって、ここは重要な問題だと考えております。

私どもは特に教育に力を入れておりまして、この新しい教育をいくつか紹介させていただきます。全部、人間性豊かな医療人の育成、という視点から考えられております。

たとえば、双方向性の医療コミュニケーション教育。これはメディカルカフェとも言いまして、他大学とも協力しながら、医療の話題を一般市民の方に提供するのです。札幌駅前の書店を借りて、多くの市民の方に医師がお話しして、学生は市民の方が、患者さんがどんなことを考えているのか、何が今問題なのかを知るという、そういう授業です。

また、この特色ＧＰの「地域医療マインドの醸成」という授業は、地域に実際に医療実習にまいります、非常に離れた地域、もっとも北海道らしいところ、札幌から450km離れた根室、釧路がありますが、こうした地域にバスで７時間もかけておじゃまして、そこでのニーズ、患者さんがどういうことを必要とされているか、町はどういうことを必要とされているのかを学ぶ実習です。これは、全学を挙げて事務局から教員から、大学を挙げて彼らを援助する、教育するというものです。

黄色いユニフォームを着てもらって、私どもが普段、座学では見たことのないような目をする学生、なぜ学生はそのような目をするのか、教員も学ぶことができるわけです。

最初は地域医療に関心だけあるのですが、だんだんに使命感につながる。また、最初は個人のこと、家族のことということなのですが、だんだんに地域に目が向く、という構造をとって、

そのような目標になります。

実際に、実習終了して１年後にもう一度アンケートを取ると、地域での就職を選択することにやりがいを感じるか？ 医師以外の看護師さんとかと学習することは必要か？ という質問に、実習をやった人は、両方ともイエスと答えています。

そのように、チーム医療実習を、両学部の合同講義として、５年前からやっておりまして、やっとこの１、２年で講義化し、きちんとした単位として認めています。この目的は、確固とした、地域医療に対する使命感を持ってもらいたいという、それに尽きるわけです。

このラインでもう１つお話ししますと、医療人育成センターというのを作りました。教養教育が、つまりモチベーションですが、医師になる時のモチベーションをどのように身に付けていくか。荻野吟子は、ご自分が病気になって、屈辱的なことをこのまま続けて良いのかという思いが、女医の第１号を切り開いたわけですが、そのモチベーションをどうやって付けるかということです。これは新聞ですが、私どもよりも立派なタイトルを付けてくれて、「気持ち伝わる医療人目指せ」と書いていただきました。北海道にはなかなか来てはいただけない錚々たるメンバー、寺島実郎さん、生命科学の中村桂子さん、元国連事務次長の明石康さん、堀田力さんといった、こういう視野、国際的視野を兼ね備えた人間性豊かな医療人、これが私は非常に重要な教育ではないかと考えておりまして、企画させていただきました。ちょうど終わったばかりですが、ご覧のように、講堂がびっしりになりました。寺島実郎さん、中村桂子さんでございますが、400 人しか入らないところにほぼびっしりの人が来ていただきました。これは、その後に新聞に出ていた記事で、１つの感想ですが、こういう医療系の大学が社会の潮流変化にも目を向ける時代になったことをひしひしと感じる、と書いていただきました。まさに、私どもが考えておりますことは、医師も、いろいろな社会の変化に対応していけるような広い視野を持った人間になってほしい。そのことが、男女共同参画を実際に行うときの、理論的根拠にもなるだろうと考えております。

最後にお示しするのは、オートプシーイメージングの問題です。これは、患者さんが亡くなったときにすぐ、オートプシーイメージングをするのですが、その時に５年目、６年目の学生が解剖に立会うと同時に、遺族と対話するということを通して、さらには葬儀にも伺うというような形で、普通は主治医に言えなかったことを家族から、多少の恨みも込めて、聞き出すということを勉強させようという狙いです。

患者さんがどのように医師を捉えているのかを、医師になる前の学生が学ぶ、そういうシステムです。これも多少の反響がありまして、新聞に看護師さんから、この方はご両親を公立病院で亡くされたと書いていますが、こうしたプログラムがそういう遺族の気持ちあるいは命の尊厳をきちんと言葉にして伝えてくれるお医者さんを育てますよ、と墓前にご報告したと書いてくださいました。

札幌医大の地域への医療人の派遣は、２つのシステム、教員と医師と若手医師の２つの形で行っております。少しお示ししますと、毎年 320 人前後の人が４月になりますと、札幌医大病院から出ております。これは常勤です。１年あるいは２年働きます。常勤外でも 530 人を超え

る方が行っております。これは教員の方も含まれます。北海道の各地に、いろいろな科が協力して伺っております。北海道はご存知のように、東北６県と新潟県を合わせたよりも広い地域でありますので、多くの医師が必要となります。これは若手医師でして、教員以外の方で、あらゆる場所にお伺いして患者さんに多少でも貢献できるように、ということです。

この中の女性の割合ですが、先ほど申しましたように、300 人くらいが毎年行っているのですが、女性の割合は 19％前後です。５分の１が女医さんになってきているわけで、特に北海道の地方で働いていただける女医さんは、どんなにかいろんな面で不自由されているか、先生方ご想像の通りです。このことをこれからは、もっともっときちんとしていかなければ、永続性はないだろうと考えております。ちなみに、専門領域は、特に産婦人科、小児科、麻酔科あたりが多いというのが分かりました。

最後に、このようなシステムを少し大きく考えますと、本当に医師だけでよいのかということもありまして、いろんな大学と共同して戦略的な大学院構想というものを作りました。医師や看護師だけではなく、たとえば、情報を知っている医療人、工学部を出た方、情報の大学を出た方、そういう方が医療の知識を持って社会に還元していただきたいということです。その対象は、学部学生だけではなく、社会人あるいは病院に勤めている方も含めまして、人材育成をして社会に戻すという大学院を作らせていただきました。これが実際のものですが、今年度からスタートしておりまして、道内５大学の共同大学院という形で、地域医療の担い手を育成していく。こういうシステムが、男女共同参画をきちんと保障していくためには必要になってくると考えておりまして、地域の活性化にもつながるものと思っております。

これが最後のスライドです。こういった連携は結局、地域医療の高度化、男女共同参画で言うと女医さんの問題にもつながってきますし、ひいては地域の活性化にもつながると考えております。このような方向で私どもは、大学として、１つの試みとして、何とか教育を通して貢献してまいりたいと考えております。

どうもご清聴ありがとうございました。

第5回男女共同参画フォーラム
2009年7月25日（土）

# 地域医療と人間教育：医科大学の試み

札幌医科大学　学長　今井 浩三




開拓使事業報告（明治11年、15年）

| 本支庁 | 医師 | 産婆・鍼治・按摩 | 入歯師 |
|---|---|---|---|
| 札幌本庁（明治11年） | 32人 | 44人 | 4人 |
| 札幌本庁（明治15年） | 60人 | 82人 | 9人 |
| 函館支庁（明治11年） | 106人 | 147（19）人 | 7人 |
| 函館支庁（明治15年） | 88人 | 184（35）人 | 6人 |
| 根室支庁（明治11年） | 0人 | 4人 | 0人 |
| 根室支庁（明治15年） | 0人 | 0人 | 1人 |

（　）内は女性の人数

（佐藤京子氏による、2006）

## 荻野吟子ー女医への道を切り拓く

- 嘉永4年（1851年）埼玉県妻沼町に生まれる
- 学問好きで才媛と言われた（漢学者松本萬年に学ぶ）
- 北埼玉の稲村貫一郎に嫁ぐ
- 夫から淋病を感染させられる
- 明治3年　東京の大学東校病院に入院
- 治療の日々の中で、女医になる決意をする
- 明治18年医術開業試験合格（132人中合格者24人）
- 明治23年（1890年）志方之善（よしゆき）と結婚
- 明治27年志方とともに渡道
- 明治30年瀬棚村で開業
- 明治41年上京　（広瀬玲子氏、三谷桂子医師による）

## 建学の精神

一、進取の精神と
　自由闊達な気風

一、医学・医療の攻究と
　地域医療への貢献

## 札幌医科大学の歩み

| | |
|---|---|
| 昭和20年 | 北海道立女子医専　開学 |
| 昭和25年 | 札幌医科大学　開学 |
| 平成　5年 | 保健医療学部開設 |
| 平成19年 | 法人化スタート |
| 平成20年 | 医療人育成センター開設 |
| 平成22年 | 開学60年（創基65年） |

## 北海道公立大学法人札幌医科大学の理念

### 最高レベルの医科大学を目指します

・人間性豊かな医療人の育成に努めます

・道民の皆様に対する医療サービスの向上に邁進します

・国際的・先端的な研究を進めます。

## 札幌医科大学の果たしてきた役割

○教育：　医師・医療人国家試験全国上位
　　道内定着率80% 以上
　　新しい教育改革プログラムの採択
　　医療人育成センターの創設

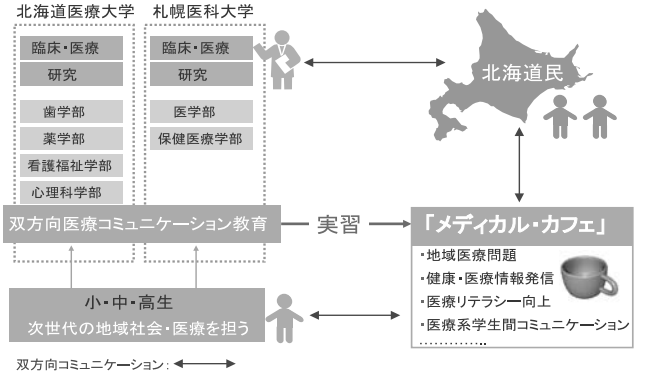
○研究：　医療、教育を支える国際水準の研究
　　科研費等外部研究費獲得（全国745大学中13位）
　　橋渡し研究の拠点

○医療：　地域への医療人派遣、チーム医療、高度先進医療
　　高度救命救急医療、がん治療、緩和医療
　　病院の安心度が高い（全国627病院中14位）
　　女性医師による外来

## 文部科学省GP等の採択状況

| | 対象 | テーマ | 結果 |
|---|---|---|---|
| 現代GP | 両学部 | ・双方向型医療コミュニケーション教育の展開 | 採択（4年連続） |
| 特色GP | 両学部 | ・学部一貫教育による地域医療のマインドの形成 | 採択 |
| がんプロフェッショナル養成プラン | 大学院 | ・北海道の総合力を生かすプロ養成プログラム | 採択 |
| 社会人の学び直し | 保健医療学部 | ・大学、メディア、行政が連携する「高齢者　健康づくりリーダー」実践的養成プログラム | 採択 |
| 橋渡し研究支援 | 臨床への橋渡し | ・オール北海道先進医学・医療拠点形成 | 採択 |

## 現代GP「双方向医療コミュニケーション教育の展開」







札幌医科大学・北海道医療大学合同授業
「メディカル・カフェ」をつくる授業風景



医学
薬学
看護
心理科学
理学療法
作業療法

市民参加型の「メディカル　カフェ」実習風景



## 地域密着型チーム医療実習

**4学科合同**

医学科、看護学科、理学療法学科、作業療法学科

**地域滞在型**

北海道東部（別海町、中標津町、釧路市）

**チーム医療実習**

地区踏査（第2学年3月）
参加型実習・健康教育セミナー（第3学年8月）




別海町をモデル地区とした実習

**4学科合同・地域密着型チーム医療実習**



利用者の方のお話を熱心に伺います



利用者の方の血圧を測定します



別海病院での実習風景



別海病院での実習風景

地域密着型チーム医療実習（8月）

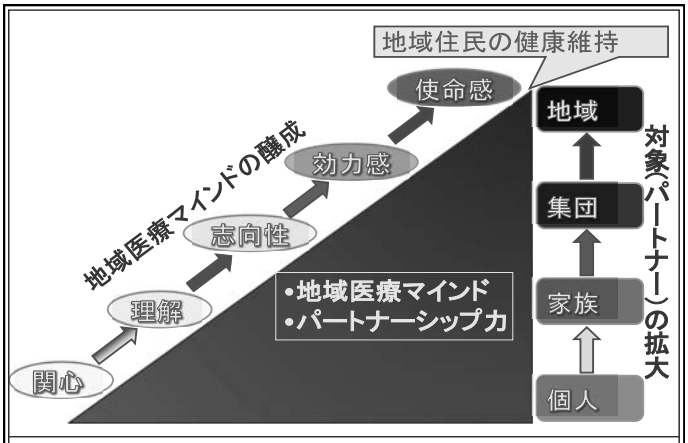





別海町、釧路市の医療機関、福祉施設で4学科合同チーム医療実習

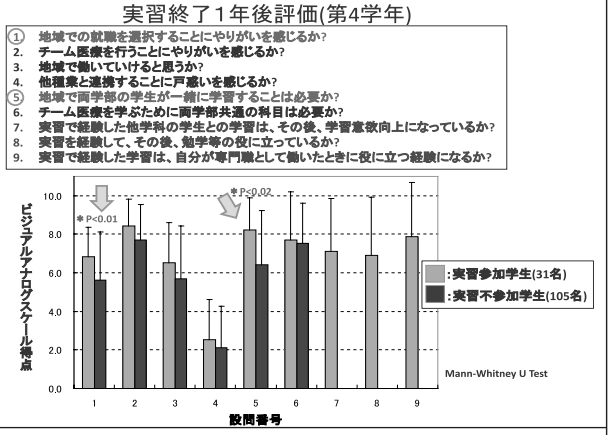
小・中学校、老人クラブにおける健康教育セミナー（一次予防教育実践）

積極的な参加態度が生まれた

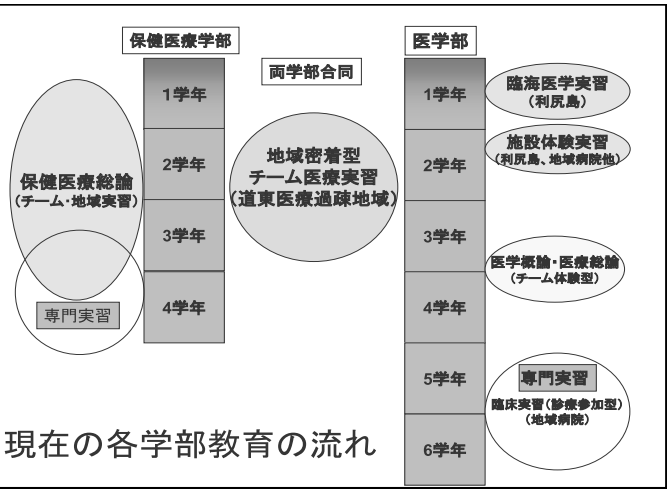



「地域密着型チーム医療実習」教育の目的

実習終了1年後評価(第4学年)




実習に参加した学生の地域志向は持続していた




現在の各学部教育の流れ

・医学部・保健医療学部合同の一貫型教育の構築
・「地域医療合同カリキュラム」として体系化

↓

「パートナーシップ力」と「地域医療マインド」の醸成

↓

確固とした地域医療に対する使命感

まとめ

北海道公立大学法人　札幌医科大学

医療人育成センター

Sapporo Medical University Center for Medical Education

開設記念　札幌医科大学公開リレー講座

新しい医療人育成センターの創設

- **医学部と保健医療学部の両学部を有する札幌医大の特徴を活用した教育内容の再点検と新しい教養教育の編成**
- **両学部で作る新しい共通カリキュラム**
- **連携大学との新しい大学院コースの創設**



気持ち伝わる医療人目指せ

「育成センター」設立

札医大 倫理教育など強化

北海道新聞　2008. 09. 30




寺島実郎責任監修
現代解析講座

# 世界の構造転換の中で、日本のあり方を考える

－国際的視野を兼ね備えた人間性豊かな医療人を目指して－

| | | |
|---|---|---|
| 第1回 4月24日(金) | 直面する危機の本質と世界の構造転換の意味 | 寺島 実郎 |
| 第2回 5月 8日(金) | 生命を基本に現代文明を見直す | 中村 桂子 |
| 第3回 5月29日(金) | 変動する世界と低迷する日本 －脱却の道はあるのか－ | 明石 康 |
| 第4回 6月 8日(月) | 地球規模で日本の少子高齢化を解析する | 堀田 力 |
| 第5回 6月15日(月) | いま『開国』の時、ニッポンの教育 ～競争から共生へ～ | 尾木 直樹 |
| 第6回 6月22日(月) | 日本のあり方に関する考察 －日本創生に向けて | 寺島 実郎 |

（敬称略）

## 第1回・第2回の様子



## 参加人数（第1回・第2回）

| | 学生 | 教職員 | 一般 | 合計 |
|---|---|---|---|---|
| 第1回（4月24日）<br>講師：寺島実郎 先生 | 113名 | 142名 | 148名 | 403名 |
| 第2回（5月8日）<br>講師：中村桂子 先生 | 113名 | 132名 | 130名 | 375名 |

プラネタリウム

## 札幌医科大の公開リレー講座

大沼 芳徳

四月二十四日から六月二十二日までの間、日本を代表する識者による講演が札幌医科大で開催されている。題して「寺島実郎監修 世界の構造転換の中で、日本のあり方を考える」。大学に誕生した「医療人育成センター」の開設記念で実現した公開リレー講座である。

初回講師は札幌ゆかりの寺島実郎氏。このリレー講座の趣旨を述べ、六回受講することで、講座の狙いは明瞭になるでしょう、と語り、締めの六回目に再登場する。

二回目は生命科学の研究者である中村桂子先生。医学を学ぶ若いみたちを意識した熱い講演内容だった。

いずれも次世代へ伝えたいことをたっぷりお持ちで、それは聞く者に感動をもたらす九十分間だった。次回の二十九日は、元国連事務次長の明石康氏。医療系大学が、社会の潮流変化にも目を外にも向ける時代になっていることをビシビシと感じる。

（月刊誌「しゃりばり」編集長）

北海道新聞
平成21年5月29日（金）掲載

## 文部科学省GP等の採択状況

| | 対象 | テーマ | 結果 |
|---|---|---|---|
| 教育GP | 医学部 | ・オートプシーイメージングを用いた医学教育支援プログラム | 採択（5年連続） |
| 大学病院連携GP | 大学病院 | ・自立した専門医を育むオール北海道プラス1 | 採択 |
| 戦略的大学連携 | 大学院 | ・北海道の地域医療の新展開を目指した異分野大学院連携教育プログラムによる人材育成 | 採択 |
| スーパー特区（先端医療開発特区） | 大学 | ・迅速な創薬化を目指したがんペプチドワクチン療法の開発<br>・複合がんワクチンの戦略的開発研究 | 採択<br>採択 |

## 「患者の死」から学ぶ…必修

### 札医大が新教育プログラム

患者の死に向き合える医師を育てます」。札幌医大は二日、死亡した患者の病理解剖や遺族との面談を通して医学生が患者の死に接する教育プログラムを本年度内に実施すると発表した。患者・遺族の心情に配慮した対応を学ぶ「全国に例のない取り組み」（同大）という。

身近な人の死を経験せず医師になり、患者の死に直面して「戸惑い、遺族に適切に接することができない若手医師が増加（同大）」ことや、医療法への疑問点、病理解剖に対する感想などを聞き取る。

その経験を学生が学内の臨床病理検討会で発表、患者の死に対する対応や医師としての心構えを話し合い、死因にながある恐れもあるため、学生の時から学ぶ機会を設ける。

対象は医学部の五、六年生全員の各百人。患者死亡時に遺族の了解を得た上で、死因を詳しく調べた後の医療に役立てる「病理解剖」と、磁気共鳴画像装置（MRI）などによる「死亡時画像診断」にそれぞれ立ち会う。

さらに葬儀終了後に遺族宅を教官と訪問し、入院から死に至までの家族としてつらかったことや感謝の気持ちなどを聞き取る。

同プログラムは九月末から遺族との面談に入る予定。補助事業終了後も継続し、保健医療学部の学生にも対象を広げる。

解剖立ち会い、遺族と対話 〝痛み〟分かる医師養成

北海道新聞 2008. 10. 3

平成20年11月6日（木）

北海道新聞

読者投書欄 「いずみ」

“新教育プログラム“

50歳代（看護師）



医学生が患者・遺族の心情に配慮した対応を学ぶ新教育プログラム…朝日新聞（11/3朝）を読み、関心が深まりました。

私は5人きょうだいの末っ子。2歳違う1番上の姉から「父が自立するには責任があった方が良い」と、看護師になることを勧められました。

いずみ 新教育プログラム

19歳だった姉との別れの瞬間です。父はまだ元気で、大好きだったことを思い出します。きっと人間性にも役立つことを押しつぶされるだろうと、今になって分かります。

自宅のない1人から50年、私の仕事になって多くの死に立ち会いました。昨年、地元の公立病院で父の死を看取りました。

「父さん、偉かったね。よく頑張ったね」と声をかけました。

「父さん、偉かったね。よく頑張ったね」と声をかけました。

# 札幌医科大学の果たしてきた役割

○教育： 医師・医療人国家試験全国上位
道内定着率80% 以上
新しい教育改革プログラムの採択
医療人育成センターの創設

○研究： 医療、教育を支える国際水準の研究
科研費等外部研究費獲得（全国737大学中14位）
橋渡し研究の拠点

○医療： 地域への医療人派遣、チーム医療、高度先進医療
高度救命救急医療、がん治療、緩和医療
病院の安心度が高い（全国627病院中14位）
女性医師による外来

## 札幌医科大学の医師派遣制度

### 1．教員派遣システム

北海道からの要請により大学教員を医師確保が困難な地域に派遣

### 2．医師派遣システム

地域からの要請により、若手医師派遣

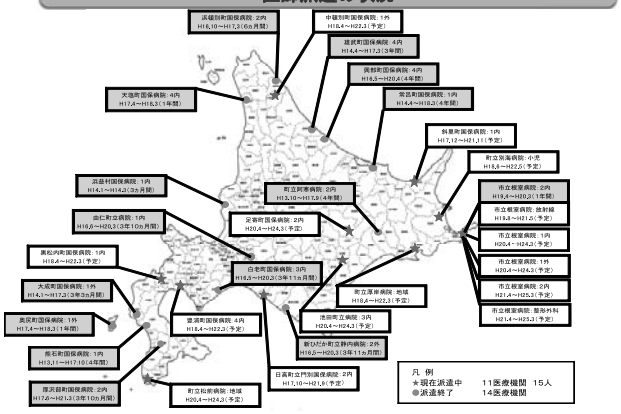
透明性を確保し、窓口を一元化

## 札幌医科大学の特色（地域貢献）

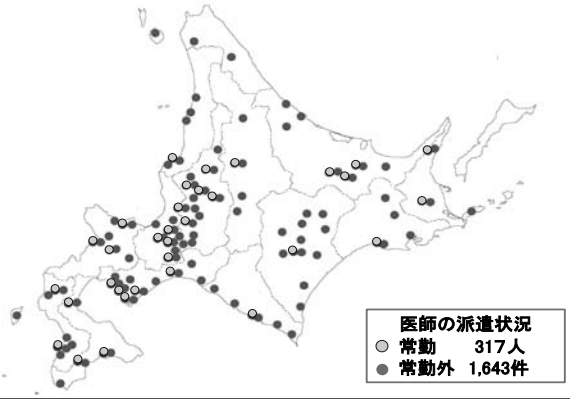
平成20年度医師派遣の実績

| | 医療機関数 | 従事者数 | | 一人当たりの支援実績（月平均） |
|---|---|---|---|---|
| 常勤 | 92 | 317人 | | |
| 常勤外 | 480 | 536人 | 教員 267人 | 28．9時間 |
| | | | 教員以外 269人 | 7．7日 |

## 1 地域医療支援センター（教員派遣制度）＝医師派遣の状況＝



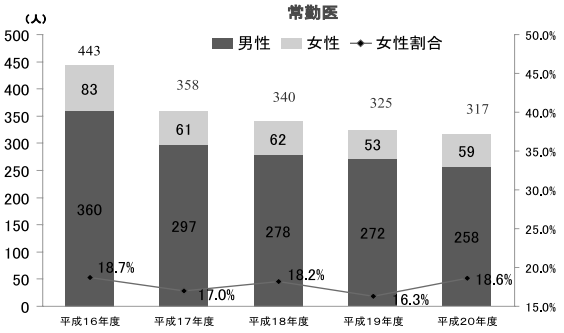

## 2 地域医療支援センター（地域医療機関等への派遣）＝平成20年度 道内における医師派遣状況＝




## 女性医師による地域医療支援について

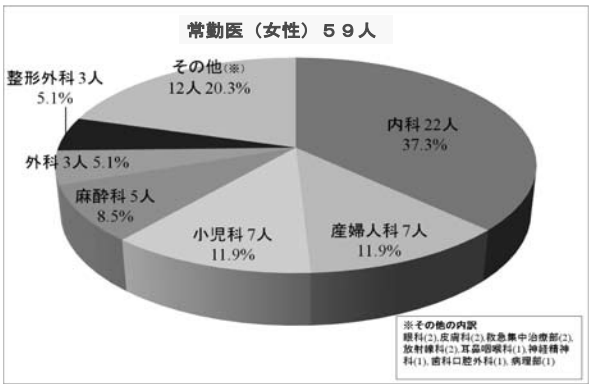
札幌医科大学から地域医療機関に常勤医として派遣している医師のうち約１９%が女性医師であり、道内の地域医療の現場で活躍している。

1 札幌医科大学医師派遣システムによる医師派遣（常勤）の状況




## 女性医師による地域医療支援について

2 女性医師の診療科別内訳（平成２０年度）




## 地 域 貢 献

・3大学学長によるシンポジウム開催

小樽商科大学、室蘭工業大学の両学長と共に地域貢献のあり方について考える特別シンポジウムを開催



3大学学長ほかによる
パネルディスカッションの様子

平成18年6月8日
札幌医科大学臨床教育研究棟講堂

**（文部科学省支援事業）**
**戦略的大学連携支援事業**

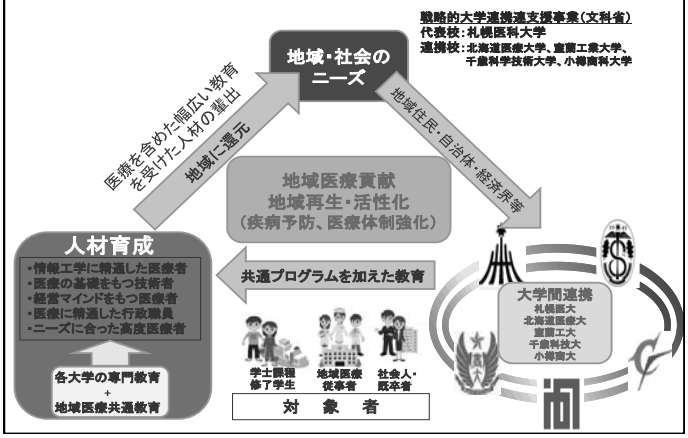
取組名称：北海道の地域医療の新展開を目指した異分野大学院連携教育プログラムによる人材育成

連携大学：

札幌医科大学（代表校）
室蘭工業大学
小樽商科大学
北海道医療大学
千歳科学技術大学

**関係自治体・経済団体**：
北海道
室蘭市
小樽市
千歳市
北海道経済連合会
㈳北海道医師会
㈳北海道看護協会

地域医療貢献を目指した異分野大学院連携教育（H21年開始）









道内5大学 共同大学院
地域医療の担い手育成

札医大と学士大、樽学院が共同設置すると学、経営学など多分野の研究実績を活用。計画
師大、道医療大、千歳とにより、七月、札の科目を履修できるの
科技大の五大学が二〇医大で連携協定の調印が行われた。病院経二年度に、幅広い専式が行われた。複数の大学では、医療大学以外による共同大学院は道門知識を持った地域医営や医療機関の開発に内初。学を必修とし、その上療の担い手を育てる大、役立つよう、医学や工共同大学院では、五で病院の会計や経営戦

北海道新聞　2008. 09. 18

大学間連携の推進

⇩

地域医療・先端研究の高度化

⇩

北海道・日本の地域の活性化

## 総合討論

**登壇者**

| | |
|---|---|
| 男女共同参画委員会委員 | 春木　宥子 |
| 日本医師会女性医師支援センター マネジャー | 保坂　シゲリ |
| 福岡県医師会男女共同参画部会委員会副委員長 | 香月　きょう子 |
| 札幌医科大学耳鼻咽喉科学講座 | 正木　智之 |
| 東京女子医科大学医学部長・小児科主任教授・男女共同参画推進局副局長 | 大澤　真木子 |
| 札幌医科大学学長 | 今井　浩三 |
| 男女共同参画委員会委員長 | 中川　やよい |

**座　長**

| | |
|---|---|
| 男女共同参画委員会副委員長 | 池田　俊彦 |
| 男女共同参画委員会副委員長 | 小笠原　真澄 |

**○池田俊彦**　それではただいまから、総合討論に入ります。今日は、いままでお話しいただいた７人の先生にご登壇いただいております。

これからは、フロアを交えて議論を進めたいと思います。できるだけ充実したご討論をお願いできればと思います。それでは小笠原先生、後をよろしくお願いします。

**○小笠原真澄**　池田先生と一緒に日本医師会男女共同参画委員会の副委員長を務めさせていただいております小笠原真澄と申します。どうぞよろしくお願いします。それでは早速、総合討論に入りたいと思います。

まず、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たいと思っております。質問される先生はお近くのマイクまでお進みいただき、所属とお名前、そしてどなたに対する質問かということに引き続いてご発言をいただきたいと思います。

それではご質問のある方、挙手を願います。

坂本先生、よろしくお願いします。

**○坂本哲也（秋田県）**　勤務医の立場から、香月先生にお話しをお伺いしたいと思います。実はいろいろお話しをいただいて、全体が上がるというのは非常に大事なのですが、我々は今現場の病院ということを考えますと、いかに女性医師に来てもらうか、ということが非常に大事

になっています。香月先生の働き方を変えるという提案のなかで、勤務する形態からの脱却というのがありますが、この言葉が私にとっては、いったいどういうことなのだろう、あるいは宝の山なのか、という大事な話なので、この勤務するという形態からの脱却ということを、少しだけ説明していただければ、我々のこれからの行動につながると思いますので、是非１つ教えていただければと思います。

**○香月きょう子**　ご質問ありがとうございます。これは夢の部類にも入るのですが、端的に言えば、フレックスタイムをより自由な形にしていけたらということを考えております。契約の中で時間を選択するということですが、これは労働者の立場としての希望という域のものと考えていただいたらよいと思います。ご専門の分野をいかに上手に提供するかということを、病院側に提供していく、上手に使っていただくということを考えております。それほど具体性のあるものではございません。

**○小笠原真澄**　この件に関しまして他の先生で、こういう形態もあるのではないかという、何かご意見をお持ちの先生いらっしゃいますでしょうか。

話を進めていく中で、またこの問題が出てくるかと思います。

ほかにご質問ある方、どうぞ。

**○大塚明廣（徳島県）**　今回、特に正木先生、現場で勤務されて非常に困ったことなどをお話しいただいたのですが、特に医大保育所の開所時間が短いとか、研修先の科によって対応が異なるとか、子どもの急な発熱時の欠勤とか早退とか、実際に困ったことがあって、現場で勤務を続けるのに困っていると思うのです。今日は大澤先生、今井先生、２つの大学の先生がお出でなので、現場の先生方と、たとえば勤務医の勤務環境について具体的な討論をされたりとか、勤務されている先生方の窮状について何か大学として、場を持たれているのか、お聞きしたいです。お２人の先生にお願いします。

**○大澤真木子**　勤務体制ということについてですが、大学全体としての短時間勤務制度とフレックスタイムというのを出しております。全体の中で協議して、ある人がその制度に入れるかどうか決めていくシステムです。それとは別個に、たとえば当直について、私が主催している小児科学教室では、当直の回数が月に７、８回ありますが、その中で女性医師が出産して産休明けで出てきているというような場合に、お子さんを見てもらえる曜日が決まっていたりすることに関しては、できるだけ認めるようにしています。当直回数を他の人が７、８回やっている所を、１週間に１回に落とすようにとか、あるいはなるべく日直にしてあげて、ご主人に日曜日の昼間にお子さんを見てもらえる形にするとか、医局の中で話し合ってやっています。

ただそれは、ルールということではなくて、ケースバイケースということになります。私の立場としては、医局の中で不公平感を出さないように、その人が居づらくならないように、なおかつそういう便宜を図るということで少し苦慮しています。

また、そうするからには、その人自身も、自分のやれる範囲では精一杯頑張ってもらって、他の人から見てあの先生はあれだけ一生懸命やっているから皆でサポートしよう、という雰囲気作りができるようにいたしております。

**○今井浩三**　ありがとうございます。私どものところは、正木先生からもご指摘いただいていますので、先に保育所のことを申し上げます。保育所は院内にあるのですが、時間の延長はずっと懸案です。もともと看護師さん以外は認めていなかったのです。それは、組合が非常に強くて、組織化されたところがそこだったものですから、医師関係は、組合員ではないということで、法人化する前はそういう状況でした。

藤井先生なども、そういうことについておかしいのではないかと言ってくださって、今は医師も入れるようになりました。まだ、学生は受け入れていません。それから時間は、経営的なこともあります。毎年２億円くらいの赤字です。ですから、延ばすとなると、経営との関係も出てきます。委託してやっていただいているので、その会社との交渉になります。

もう１つ、時間の問題は、私どもは裁量労働制をとっていまして、８時間ということです。簡単に言いますと、いつ来ていつ帰ってもいいのですが、それ以外は時間外労働ということで時間外手当を全額出しています。たとえば、土曜日や夜中に手術があった場合は、その時間帯のものを計算して、すべて支払っています。そうしますと高くつきますけれども、そのことによってきちんと見られているという充足感もあるということで、そのようにしています。

**○大塚明廣（徳島県）**　大学という、組織としては一番大きいところが、今一番問題になっている勤務医の勤務環境についても現場を重視した取り組みをしていただいたら、他の形態の病院もそれに続いてやってくると思います。よろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

**○小笠原真澄**　それでは、そちらの方、どうぞ。

**○田内美津子（静岡県）**　数々のご講演ありがとうございました。とても勉強になりました。中川先生か保坂先生のジャンルかと思うのですが、先生方のお話しも、また唐澤会長のご挨拶の中にも、これまでの男女共同参画は、最初は女性医師の支援ということから始まったけれども、今は男女を問わず医師の職場環境を変える、良い方に変えるという目的に変わってきたとお聞きしました。何か、女性に限らず、包括的に男女の職場環境を変えるという具体的なプロジェクトはあるのでしょうか。

**○小笠原真澄**　中川先生からよろしくお願いします。

**○中川やよい**　ありがとうございます。確かに私ども男女共同参画委員会では、５回目を迎えるフォーラムということで、始めは女性医師支援ということでしておりましたけど、昨年はワーク・ライフ・バランスというテーマで行いまして、その辺りから、女性医師の勤務環境だけではなく男女を問わず全体の勤務医を含めた医師の勤務環境の改善が必要ではないか、ということを委員会の中で言ってまいりました。

それで、５回目の今年のフォーラムのテーマとして、「医師の働き方を考える」を選んだのです。日本医師会の中には、勤務医委員会がありまして、男女共同参画委員会があります。今年の３月に、両委員会の合同の委員会を持っております。ただ、何かそこから一緒にというところまではまだ至っておりませんが、何らかの形のものができていくのは必要なことだと思います。それはまた、日本医師会にお願いして、どういう形でか分かりませんが、提言ができれば

と思います。一方で、日本医師会の中には、医師の団結を目指す委員会というのもありますし、男女を問わず全体としてのものを視野に入れているということはあると思います。

**○田内美津子（静岡県）**　ありがとうございます。女性医師の問題を解決するというのが端緒に付いたばかりなので、難しいかもしれないのですが、並行して男性も女性もということをテーマにもう少し大きく掲げていかないと、全体の共感は得られない。全体の共感を得るということから考え、戦略的にもう少しその点を強調していただけると、我々のように都道府県医師会で活動している立場としてもやりやすいことがありますので、是非ともその点をご考慮いただければと思います。

**○小笠原真澄**　保坂先生の方から一言お願いします。

**○保坂シゲリ**　先生のおっしゃるとおりだと思いますが、日本医師会はいろいろな部門をもっておりまして、そのいろいろな部門でそれぞれの立場から取り組んでいる部分があることはご承知だと思います。私達の男女共同参画委員会ですが、決して女性医師の勤務環境の改善だけのためにある委員会でもありません。その他、もっといろいろ広い意味での男女共同参画について検討し、推進していくための委員会だと思っております。ただ、一番問題になっているのが勤務環境の問題だということで、私たちの立場からすると、女性医師の勤務環境を変えるためには医師全体の勤務環境を変えなければいけないのだということにたどり着きましたので、そういうことを大きな声で言っているわけです。

医師全体の勤務環境を変えるために、女性医師の切り口から取り組んでいくのが一番方法論としてはやりやすいと考えています。共感を得にくいと先生はおっしゃいましたが、逆に社会に受け入れられやすい部分があって、女性医師の勤務環境を変えていくことでいろいろ取り組みますと、そこで自ずから男性医師の勤務環境のことにも行き当たるわけです。そういう視点でやっております。

先生のおっしゃることはもっともだと思いますが、医師全体の勤務環境という大きなプロジェクトにしてしまいますと様々な利害関係のバッティングなどもあります。数年前までは、日本医師会の勤務医委員会の中でも、勤務医の勤務環境のことを言いますと労働組合か、と反発する方もいたようです。今は全然変わりまして、今の執行部の先生はそういうことはないと思いますが、ただ医療界全体としてはまだその部分が残っておりますので、その辺をうまく上手に受け入れていただけるようにしながら、皆さん協力してやっていきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

**○田内美津子（静岡県）**　ありがとうございました。大変勉強になりました。

**○小笠原真澄**　他にございますか。どうぞ。まず、こちらの先生からお願いします。

**○庭山昌明（新潟県）**　今井先生にお教え願います。実は、私どもの新潟県は、医師不足の最たるところです。県が大きくて、その上５年前にも続けて地震に襲われました。当時、私が郡の医師会長をやっている時もつくづく思ったのですが、男女共同参画云々の以前に、医師不足を何とか解決しないといけないと、模索してまいりました。その中で、国や県がマグネット方式を中心とした連携で動いておりまして、新潟県でも県立病院のいくつかをなくして基幹病院

を作っていくのだという話が進んでいるのですが、具体的なはっきりしたものが見えないのです。ただ、大きなものを作って他は小さくして、その連携をどうやったらうまく行くかというのは、理論上はいろいろ発言されています。それで先生がおっしゃった教育の問題ですが、教育・医療・文化を一体とした地域づくりが必要なのではないかと。地域を作るための病院作りなのだということを掲げて県役員と話をして、そっちの方向にうまく行ってくれると良いのですが、先生のご講演をお聞きして参考になりました。ただ、それを具体的に国とか、北海道ならば道庁とかは、どんな受け止め方、どんな話し合いをしているのか。あるいは、地域住民が問題ですから、住民の評価や、それにつながるマスメディアとどのように対応されているのか、具体的にお教え願えればと思っております。

**○今井浩三**　先生が新潟県でご苦労なさったのと同じくらい、北海道も広大ですから困っております。それで、北海道医師会長の長瀬先生をはじめ、いつも相談させていただいております。北海道は３大学あるのですが、北海道庁と３大学が医療対策協議会を作っておりまして、そこで時々お会いして全体像を話し合うことになっております。仕組みとしてはそれがあるのですが、そこで先生がおっしゃったように、拠点化しなければいけないとか、いくつかの仕組み、女性医師の問題、リタイヤされた先生方をどうやってリクルートするかとか、いろんな仕組みを作って工夫しているというのが現状なのです。しかし、大学側から見ますと、先生がお感じになっている通り、変な卒後臨床研修制度を導入されてしまったせいで、北海道では 300 人×２年間で 600 人が突然いなくなったのと同じなのです。600 人が一挙に消えて、これは困るに決まっているわけで、東京でも発言の機会があれば、かなり強く言っております。そこをちゃんとしないと、根本的にはなかなか直らない。しかし、５年も６年も経ってしまったので、少しは今度改良してくれるようです。10 年も 15 年も掛かるような入学定員を増やすだけの政策では全く不足なわけです。医師会も、もっと強く声を上げていただきたいと思います。共同でそれをやっていかないと、迷惑が掛かるのは地域住民なのです。先生のところもそうでしょうけど、北海道もかなり厳しいものですから、全く同じように感じています。一言ではいえませんが、いろんな仕組みを考えて、それなりに手を打っていますが、根本は今言ったところですから、どうしても時間が掛かるだろうと感じています。少しでも北海道に残ってもらう工夫は、いろんな仕組みを導入して、学生のためにならないような病院に行かないようにということは、はっきり学生に言うようにしております。そのようなことです。ちょっと答えになりませんが。

**○庭山昌明（新潟県）**　ありがとうございました。平成 16 年４月から新しい研修制度が始まるということで、どうやったら研修医を取れるかと思ったのですが、取れる病院がないのです。しょうがないですから考えまして、調べましたら、地域医療に関してはほとんど２年目の縛りがないのです。そこに絞りまして、うちの単独の医師会で地域医療ということで、今、東京から６年間来てくれていますけど、そういう試みなどいろいろしているのですが、なかなか中央に伝わらない。県医師会にも現状が伝わらないという状況でして、またいろいろご指導をよろしくお願いしたいと思います。

**○小笠原真澄**　それでは、先ほど挙手いただいていた方、どうぞ。

**○林田裕子（熊本県）**　本日は貴重なご講演ありがとうございました。保坂先生にお尋ねしたいと思います。先ほど春木先生が、全国レベルの女性医師のアンケート調査の結果をご報告になりました。

私ども熊本市医師会も数年前にアンケートを取って、まったく同じ結果が出ております。特に、女性医師問題ではなくて、男女を問わず医師の労働環境ということに問題を発展させなければいけないことは確かなのですが、まだ女性医師問題が何も解決していないのです。実際、女性医師が仕事を辞めて再就業は非常に難しいと思うので、就業継続を一番に考えることが大事だし、そのためには短時間勤務とかワークシェアリングとかいろいろありますけども、まずは働きたくても働けない人が辞めないで済むシステムを具体的に作るべきだと思います。

そのために、１つご紹介したいのは、熊本市医師会は再来年度に市の医師会館を新築移転するのですが、ちょうど熊本大学病院の隣なのです。それで私どもは、医師会館の中に保育所を作ることを求めておりまして、それが実現することになりました。医師会立の保育所です。ただ、どういうシステムにするかは未定ですが、教育目的の一般保育所は経営的にできません。アンケートでは、土曜日の保育とか、一時預かり、病児保育といった要求が一番多いので、託児所みたいな保育所を作ることになりました。会館の１階に面積としては 100 ㎡ですので、最大 20～30 人の子どもは預かれるような場所を確保し、サポーターを行う人も確保しました。正式名称は分かりませんが、行政がやっている緊急時のサポーターシステムというのがあって、そこには保育士さんと学校の先生が中心になって数十人の登録メンバーの方がいますので、その方々と共同しながら運営していこうという方向でやっています。ただ、資金面が大変なので、日本医師会の女性医師バンクに非常に力を入れられて大きな成果を挙げていられることは分かりますが、医師会として具体的に各地域での取り組みを広げていくことで、目に見える形で若い学生や女性医師に私どもの思いを伝えることができるのではないかということで、これはご提案ですが、今日はそういったことを報告します。

**○小笠原真澄**　保坂先生、お願いします。

**○保坂シゲリ**　熊本市医師会の試みは大変素晴らしいと思います。各地の都道府県医師会、地域医師会で、そういうことに取り組んでいただけることを強く希望しています。しかし、日本医師会として、女性医師支援センターとしてそれをやるとすると、膨大な資金が要ります。全国 47 都道府県に 100 万円ずつとしても、１年に 4,700 万円のお金が要ります。それがさらに郡市医師会にまでとすると、とうてい資金を配るということは不可能です。先ほど私がご報告させていただきましたように、医師会が行う講演会等にせめて託児施設を、その時だけの託児サービスを設けることに補助金を出すということがやっと実現するところです。日本医師会として援助するということはできないのではないかと思います。先生のところがやるような保育施設について、どういった補助金が使えるかということについては、その地域によって違いがありますので難しいところがあるのですが、かなり使いやすい補助金というのもございますので、私どもとしては一生懸命勉強して、先生方のご要望に応えられるものがあれば、お知らせできればと思っております。是非がんばって成功させてください。本当に、継続してやっていくこ

とはエネルギーとお金と両方がかかると思いますけど、よろしくお願いいたします。

**○林田裕子（熊本県）**　医師会館内には、500 人くらいの収容できる講堂も作ります。そこで講習会や勉強会があるときには当然、そこの施設を臨時保育所として利用します。ただ、対象が、女性医師、男性医師ももちろんですが、医師会員だけではなくて、大学の勤務医の先生方にも利用していただくことになります。大学は、先ほど、札幌医大は 7 時から 18 時半ということですが、熊本大学の場合は延長保育が 8 時まであります。ところが、土日はまったくないのです。ですから、土日を補完するとか、夜間遅くなる時に補完するとか、病児の時に保育所まで迎えに行って医療機関で診察させて預かるシステムもやろうと思えば可能なのです。ただ、行政から補助を受けるためには一般の方々も対象に入れないと補助が出ないシステムになっています。ですから行政からは一銭も出ません。ですから、医師会立ということで日本医師会から何かやっていただけないかなとお願いしたのです。

**○小笠原真澄**　保坂先生、コメントございますか。

**○保坂シゲリ**　医師会は皆さんの会費で運営しているので、会員の皆さんが会費が上がってもそういうことにお金を使ってよいということになって、執行部にお願いすればそれは可能かと思います。しかし、それは難しいと思います。私どもの事業は厚生労働省の委託でやっておりまして、決められた範囲、決められた額でやっておりますので、ご希望には添えないかと思います。実は今、女性医師の育児支援、保育の支援について様々な立場で様々なことを考えている人がいて、厚生労働省や文部科学省も実は考えています。文部科学省は今年度、周産期医療に限ってなのですが、周産期医療に携わる医師の保育については、ベビーシッターの費用まで出してもいいという事業の募集をしています。そのような取り組みもありますので、一般の普通の認可保育所の基準ですと確かに先生がおっしゃったように、医師の子弟だけというのはダメですが、大学病院の医師の多くを対象にするとのことですので、何とかできないか私も調べてみます。日本医師会としては多分できないと思いますが、執行部の先生方、いかがでしょうか。

**○小笠原真澄**　今村先生、よろしくお願いします。

**○今村定臣日医常任理事**　担当役員の今村でございます。ただいまの熊本の先生からのご要望ということですけれども、個々の医師会ごとに私どもが対応していくというのは、現在のところ難しいと思います。

**○小笠原真澄**　はい。先ほど挙手いただいていた方、どうぞ。

**○水野美穂子（愛知県）**　大同病院の小児科部長兼副院長をしております。大澤先生、よろしいでしょうか。私どもの病院は名古屋市立大学の関連病院ということで、女性医師の積極的な復職支援に携わっており、これまで 4 人の女性医師を受け入れております。

先ほどの先生のお話で、復職の場合の教育をお話しされていたのですが、具体的には 10 年ブランクのある女性なのですが、具体的にどのようなことを主眼におかれているか、お教えいただきたいと思います。

**○大澤真木子**　復職では、女子医大の中にある再教育センターに申請していただいて、そちら

から入ってこられる方がおります。その場合には、経験では、卒業して15年くらい何もしないでお母様をやっていた方などがおられました。それから 10 年くらいは大学でやって、その後10年ブランクという方もおられます。その方々のレベルに合わせて、個別に相談をしてということです。かなりブランクが長いような方の場合には、まず外来の見学から始まって、臨床現場の雰囲気を見ていただくとか、e-ラーニングも行っていますので、その中で必要な事項を見ていただくとか、それとカンファレンスに参加していただく。そういう形で、だんだん慣れてきたら、今度は病棟で患者さんを診ていただくとか。その方のご希望に合わせてですね。

**○水野美穂子（愛知県）**　まずは、大学病院で少し研修をしていただいてから市中病院の方でという形を取られているということでしょうか。

**○大澤真木子**　女子医大の再教育センターの中では、他に東京近辺に住んでおられない方の場合に、たとえば、済生会ですとか、あるいは赤十字病院とかにお願いしまして、その方の地域の病院の中で入っていただくこともしています。

**○水野美穂子（愛知県）**　ありがとうございます。もう１点、正木先生にお伺いします。本日のアンケートの中で触れていなかったのですが、たとえば年配の先生と比べて若手医師の方が、より子育てに積極的であるとか、男性医師の考え方は具体的にどうだったのか。皆さん、先生と同じような感じであったのか、お聞かせ願えたらありがたいのですが。

**○正木智之**　ご質問ありがとうございます。アンケートの中では、男性医師の働いている科にもよると思うのですが、忙しくてなかなか家に帰れる時間もなくて、家の仕事もしたいけどできないという方もいました。今回、50 部くらい送って 30 部くらい返ってきたのですが、アンケートが返ってきた先生方は、比較的家庭に協力的な先生が多かったと思います。

**○水野美穂子（愛知県）**　先生の印象では、男性医師は協力的な方が多かったということでしょうか。

**○正木智之**　そうだと思います。

**○水野美穂子（愛知県）**　これはご報告ですが、当院は、先生と同じような男性医師の方たちも何人かいまして、外科系の先生も多いのですが、子どもの保育園の送り迎えで５時に出ないといけない場合もあります。その分、朝早く来て仕事をされたりとか、非常に当院の中では重要な役割りを担って、外科系の部署でありましても、そういう先生がいると凄く雰囲気がよくなるのです。そういう意味では、頑張っている男性医師がいるということは非常に重要なことだと思います。ありがとうございます。

**○小笠原真澄**　いろいろ活発な討論ありがとうございます。時間の関係で、最後の質問になろうかと思います。どうしても質問したいという方。どうぞ。

**○小田泰子（宮城県）**　今、保育システムというのは硬いというか、どこかに建物を作って認可か無認可か、そういう保育所を作って保育するのはもう限界ではないかと思います。アンケート取っても、預けたい時に、預けたい時間帯に、どんな子どもの状況でも預かってくれる保育システムがほしい、というように皆さん思っていると思います。ですから、何か作らなくてはいけないというのは、要望に十分に応えられないのではないでしょうか。

それで今、宮城県では究極の保育システムということで提案しておりまして、家庭で子どもを見てくれる。保育所なりに預けて、その子どもを引き受けて自分の家に連れてきて、もう少し見てくれる。形ではなく、人だと思うのです。そういうシステムを、宮城県庁と相談しながら進めているところです。もう少しフレキシブルな形を取れたらいいかなと考えています。

**○小笠原真澄**　ありがとうございました。ご紹介ということでよろしいでしょうか。

皆様の活発な討論をいただきありがとうございました。女性医師支援といいますと、まず育児支援が取り上げられます。そうしますと女性医師優遇と受け取られたり、ともすれば不公平感につながるということも出てくるわけです。今日の討論にもありましたように、当委員会のスタンスとしては、１つひとつ実行していくためにはすぐに手の届くところ、すぐにやらなければならないこととして、女性医師支援、育児支援というところは、しっかりと取り組んでいかなければならないところだと思っております。そのうえで、目標としましては、どういう立場であれ、女性医師、男性医師を問わず、すべての医師が安心して働ける勤務環境ということを目指すための、いろいろな方策を模索していくことになろうかと思っております。

最後に池田先生から一言お願いします。

**○池田俊彦**　時間が来ましたのでこれで終わりにしますが、何事も一遍には解決が付かない。一歩一歩というところがありますし、弱いところ、突っ込みやすいところからまず始めて、という言葉もあります。一点突破、全面展開という言葉もあります。そういう言葉を目指しながら皆が目指している方向に進みたいというように思っております。今日は熱心な討論いただきましたこと、感謝を申し上げまして終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

## 第５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　清水　美津子**

第５回目の本フォーラムにご参加いただき、そして「今、医師の働き方を考えるーともに仕事を継続するためにー」とうことで、本日ご参集いただきました皆様の総意のもとに宣言を採択していただきたく、案を読み上げさせていただきます。

宣言（案）

女性医師が勤務を継続するための環境の整備、制度の充実、施策の実践は重要である。女性医師、男性医師を問わず、安心して勤務できる環境があってこそ、初めて医師は自信と誇りを持ってその使命を果たすことができる。

すべての医師がその個性と能力を十分に発揮していくためには、社会全体の理解および医師、患者を含めたすべての人々の意識改革が求められる。

女性医師の働き方を変え、男性医師の働き方を変え、社会の意識を変えてこそ、医療崩壊から再生への道が開かれるのであり、その実現のために真摯な努力を続けていくことを、このフォーラムに参集した皆の総意のもとに宣言する。

平成 21 年 7 月 25 日
日本医師会第５回男女共同参画フォーラム

以上でございます。（拍手）

○藤井委員（総合司会）　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

女性医師が勤務を継続するための環境の整備、制度の充実、施策の実践は重要である。女性医師、男性医師を問わず、安心して勤務できる環境があってこそ、初めて医師は自信と誇りを持ってその使命を果たすことができる。

すべての医師がその個性と能力を十分に発揮していくためには、社会全体の理解および医師、患者を含めたすべての人々の意識改革が求められる。

女性医師の働き方を変え、男性医師の働き方を変え、社会の意識を変えてこそ、医療崩壊から再生への道が開かれるのであり、その実現のために真摯な努力を続けていくことを、このフォーラムに参集した皆の総意のもとに宣言する。

平成21年7月25日

日本医師会第５回男女共同参画フォーラム

# 次期担当医師会会長挨拶

鹿児島県医師会長　米盛　學

ただいまご紹介を預かりました、来年度、本フォーラムを受け持つことになりました鹿児島県医師会会長の米盛學でございます。

今日は、長瀬会長始め、北海道医師会の執行部の方々、日本医師会の執行部ならびに男女共同参画委員会の諸先生方のご苦労が実り、充実した会が開催されましたこと、心からお喜び申し上げます。

来年の、本当にこれに劣らぬ会をするためには、どうするかということも、私は先ほどからこころを痛めております。これが正直な気持ちでございます。先ほど、宣言の中に出てきました、女性医師の働く問題、男性医師のそれに対する考え方の変化、チェンジ。そして、最後に出てきました社会がどういう意識を持って医師の立場を理解してくれるか。特に大事なことは、女性医師が本当に耐え難きを耐え、忍び難きを耐え、おしんの気持ちになって皆さんが社会に貢献されているということは、私も感じてはおりましたけども、今日のご講演を聴き、初めて私この会に出てまいりましたので、本当に目から鱗と言うのでしょうか、本当にその痛さを感じながら、先生方が社会に貢献されておられるということを身にしみて感じた次第です。

最初に東京でありました。２回目は大阪でした。３回目は神奈川でした。４回目が九州に行って福岡でした。５回目が今日の札幌です。ワンターム５回終わりましたので、次は６回目のフレッシュタイムとして、いろんな趣向を加えて第６回を南の国、鹿児島で開催させていただきたいと思います。

「命を抱く」という言葉も今日は聞きました。南の命も北の命も、どこの命も一緒で、地球よりも重いという言葉もございました。それを守るのが、私どもの社会的使命である。あらゆる艱難辛苦に耐えて我々の使命を着実にまっとうすると。私ども、そういう使命をもう一度洗い直し、心を洗い直し、毎日毎日それができているかということも検証しながら、進みたいと思う次第です。

今、社会で我がままというのが流行っております。男性医師も我がままを言います。女性医師も少しあるのかも知れません。社会も我がままを言っています。我がままを言っても社会の中に溶け込むことはできない。社会の中に乗るためには、生存競争ではなく、社会の流れに今、自分が適しているかどうか。適者生存と今言われています。その社会の流れの中に自分が今から乗っていくのか、そこを見つけるのが自己の責任と選択でございます。そういうことを皆とお話ししながら、個々の使命感というものを再確認するために、来年の７月24日、ぜひとも桜島見学がてらお出でいただくことを心からお願い申し上げまして、私の歓迎のスピーチとさせ

ていただきます。

本日は、本当に北海道の皆さん、ありがとうございました。皆さんご苦労様でございました。来年もよろしくお願いします。

## 閉　会

**日本医師会常任理事　今村　定臣**

担当理事の今村でございます。先生方本当に長時間にわたり熱心にご聴講され、また活発にご議論いただきまして大変お疲れ様でございました。それから講師の先生方におかれましては、すべての先生方が大変お忙しい中に、準備をしていただいて非常に素晴らしいプレゼンテーションをしていただきました。このフォーラムをいろいろお世話いただきました長瀬清北海道医師会会長を始め、北海道医師会の方々には本当にお世話様でございました。担当役員といたしまして厚くお礼を申し上げます。

この後、懇親の場を設けさせていただいておりますので、そこに移りまして懇親の実を挙げていただければ、大変ありがたく存じます。本日は大変ありがとうございました。

# お　わ　り　に

夏の札幌で、第５回目の節目にあたる 2009 年にフォーラムを開催することが決まった２年前から、あっという間に時間が過ぎてしまいました。しかしこの間も、地域医療の崩壊は進み、医療問題は大きな社会問題として噴出してきました。女性医師のキャリア継続を切り口にスタートしたこのフォーラムも、社会の流れを背景に、医師全体の勤務体制や意識変革を求め意見をぶつけあう場として、成長してきた感があります。今回のシンポジウムのテーマは「今、医師の働き方を考えるーともに仕事を継続するためにー」でした。男性参加者が女性参加者を上回っていましたが、まさにこのテーマタイトル、男女共同参画フォーラムに相応しい開催状況でした。

さわやかな夏の北海道も満喫していただきたかったのですが、あいにく当日の札幌は、青空のない肌寒い一日で残念でした。全国からお集まりくださいました皆様、遠くアメリカからこの日のために札幌入りしてくださった野尻先生をはじめシンポジウムの諸先生、男女共同参画委員会・日本医師会の執行部、事務局の皆様には準備の段階から大変なご尽力をいただきありがとうございました。そして当日フォーラムに熱心に参加していただきました多くの皆様のおかげで、無事第５回目のフォーラムを終えることができましたこと、心から感謝いたしております。

女子学生たちは、男子学生と同じように６年間の医学教育を受けた後、医師として社会に歩み出す時、家庭生活を維持しながら仕事を続けなければならないという大きな壁にぶつかります。この壁を少しでも低く、薄くしようという思いとそのための活動は、30 年前から数少なかった女性医師たちの間で根強く続いていました。日本医師会が男女共同参画委員会を発足させ支援に乗り出したことは、この潮流を推進する大きな力となり、具体的な支援の方策となりました。しかし一方、男女を問わず医師としてそのプロフェッションが充分に発揮されるためには、それぞれの医師が多様な価値観を発揮できる意識改革、社会と医師の信頼関係を再構築することなど、質的改革が必須となりましょう。今後も多くの課題を解決しながら男女共同参画フォーラムが続いていくことに期待いたします。

来年は夏の鹿児島で開催です。医師と社会とのコミュニケーションが生まれ、男女共同参画の基本の理念が大きく広がることを期待して、おわりのご挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。

平成 21 年９月

日本医師会男女共同参画委員会委員
藤井　美穂