

第8回 男女共同参画フォーラム 報 告 書

テーマ

「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」



期 日：平成 24 年 7 月 28 日（土）
会 場：富山第一ホテル 3 階「白鳳の間」
主 催：日本医師会
担 当：富山県医師会
企 画：日本医師会男女共同参画委員会

《表紙写真》

岩瀬浜から望む立山連峰

富山市の海の玄関である岩瀬地区は、北前船を運航させて江戸時代から明治時代中期にかけて東海道と並び日本の交通動脈の一翼として経済的・文化的役割をはたしました。昆布、ニシン、米といった生活物資を流通させるとともに人や文化も合わせて運びました。北前船は北海道開拓に大きな役割をはたし、小樽のレンガ倉庫、兼六園の灯籠、沖縄の昆布料理など地域文化に影響を与えました。町内は古い町並みが今も残り、岩瀬浜は白砂と青松の浜辺で越中舞子と呼ばれていました。海岸からは立山連峰が望め、夏の行楽シーズンともなると多くの海水浴客でにぎわいます。

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 年に日本医師会館において第 1 回が開催されました。以後回を重ね、今回で第 8 回を迎えました。昨年の第 7 回男女共同参画フォーラムからは、担当県の企画立案のもとに運営されており、今回は富山県担当のもと、これまで以上に「男女共同参画」を意識したフォーラムとなりました。

「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」をメインテーマに掲げ、フォーラム宣言では、女性医師の就業継続支援としての環境整備や意識改革の必要性のみならず、男女共同参画のさらなる推進のためには、医師の協働や社会保障費の確保が必要であることが盛り込まれました。

基調講演は、東レ経営研究所ダイバーシティ&ワークライフバランス研究部長の渥美由喜氏より「医療機関におけるワークライフバランス」と題して、ワークライフバランスに取り組む意義、その好事例などについてお話しいただきました。パネルディスカッションでは、4 人のパネリストにそれぞれの立場からワークライフバランスに取り組んだ事例をお話しいただき、その後の総合討論では、医療界においてワークライフバランス推進がもたらすもの、その推進にあたっての課題などについて、会場からの事前配布用紙による意見・質問事項も交えて多角的に検討されました。

現在この国が直面している深刻な少子高齢社会において、安心・安全な医療を提供するためには、男女共同参画の視点をもって、それぞれの意識を変え、働き方を変えていかなければなりません。さらに男女共同参画の視点は、付加価値を生み出し、医療・医学に求められる多様性への展開が期待され、質の向上にもつながります。この視点を生かすためには、意思決定の場における女性医師の参画が必要とされます。

7 月 28 日、フォーラム開催日の朝には、第 30 回夏季オリンピックの開会式がロンドンより中継されていました。参加した 204 の国と地域すべてにおいて、女性の競技者が登録された初めての五輪の幕開けでした。

私どもの委員会では、立場の違いを越えてともに担う社会の発展のためには、男女共同参画の視点がますます求められているという意識を深め、多くの皆さまと共有していきたいと思っております。

今後とも皆様のご支援、ご協力をお願い申し上げます。

平成 24 年 10 月

日本医師会男女共同参画委員会
委員長 小笠原 真澄

日本医師会男女共同参画委員会委員名簿

委員長	小笠原 真澄	秋田県医師会理事
副委員長	長柄 光子	鹿児島県医師会女性医師委員会委員
委員	秋葉 則子	日本医師会女性医師支援委員会委員長
〃	泉 良平	富山県医師会副会長
〃	伊藤 富士子	愛知県医師会理事
〃	上田 真喜子	大阪府医師会理事
〃	川上 順子	東京女子医科大学医学部教授
〃	計田 香子	高知県医師会常任理事
〃	清野 佳紀	大阪厚生年金病院名誉院長
〃	田中 昌宏	栃木県医師会常任理事
〃	田村 博子	山口県医師会男女共同参画部会理事
〃	津田 喬子	日本女医会会長
〃	福下 公子	東京都医師会次世代医師育成委員会委員
〃	藤井 美穂	北海道医師会常任理事

(委員：五十音順、平成24年10月1日現在)

目 次

開 会	1
挨拶	2
基調講演 「医療機関におけるワークライフバランス」	5
報 告	
1. 日本医師会男女共同参画委員会	29
2. 日本医師会女性医師支援センター事業	34
パネルディスカッション「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」	
1. 男性が変わる～医師夫婦二人三脚のコツ～	39
2. 働き方が変わる	56
3. 意識が変わる	61
4. 組織が変わる	69
総合討論	76
参加者からの意見および質問	88
第8回男女共同参画フォーラム宣言採択	94
次期担当医師会会長挨拶	96
閉 会	97

第8回男女共同参画フォーラム

日時：平成24年7月28日（土） 午後1時～4時45分
午後5時30分～7時 懇親会
場所：富山第一ホテル3階「白鳳の間」
富山県富山市桜木町10-10 TEL：076-442-4411
主催：日本医師会
担当：富山県医師会

メインテーマ「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」

【次第】

	総合司会：富山県医師会理事	渡辺 多恵
開 会	富山県医師会理事	村上美也子
挨 拶	日本医師会長	横倉 義武
	富山県医師会長	岩城 勝英
基調講演	「医療機関におけるワークライフバランス」	
	厚生労働省政策評価に関する有識者会議委員/ 東レ経営研究所ダイバーシティ&ワークライフバランス研究部長	渥美 由喜
	座長：富山県医師会理事	山下 泉
報 告		
1. 日本医師会男女共同参画委員会		
	日本医師会男女共同参画委員会委員長	小笠原真澄
2. 日本医師会女性医師支援センター事業		
	日本医師会女性医師支援委員会委員長	秋葉 則子
ショートブレイク		
パネルディスカッション		
	コーディネーター：日本医師会男女共同参画委員会委員長	小笠原真澄
	富山県医師会常任理事	種部 恭子
	「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」	
1. 男性が変わる～医師夫婦二人三脚のコツ～	埼玉医科大学脳神経外科教授	藤巻 高光
2. 働き方が変わる	富山赤十字病院内科	小川加奈子
3. 意識が変わる	富山大学医学部小児科准教授/同大学附属病院診療教授	市田 露子
4. 組織が変わる	日本医師会男女共同参画委員会委員/大阪厚生年金病院名誉院長	清野 佳紀
総合討論	コメンテーター：日本医師会常任理事	小森 貴
第8回男女共同参画フォーラム宣言採択	富山県医師会理事	南里 泰弘
	富山県医師会理事	村上美也子
次期担当医師会会長挨拶	山口県医師会長	小田 悦郎
閉 会	日本医師会男女共同参画委員会委員/富山県医師会副会長	泉 良平

総合司会

富山県医師会常任理事 渡辺 多恵

ただいまから、日本医師会第8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富山県医師会理事の渡辺でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは開会の辞を、富山県医師会理事の村上美也子より申し上げます。

開会の辞

富山県医師会理事 村上美也子

皆様こんにちは。北陸の富山へようこそおいでくださいました。ただいまの気温はすでに36度を超えているようでございます。暑いなか、たくさんお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

富山県医師会には19名の役員がおりまして、うち4名が女性でございます。全国一女性理事の割合が多いということもありまして、私たちはこのフォーラムに対し、大きな希望と熱意を持って、メインテーマから懇親会のデザートメニューに至るまで、文字どおり男女共同参画で進めてまいりました。

今回のフォーラムのテーマは「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」でございます。ちょうどロンドンオリンピックが開幕しまして、サッカーではなでしこジャパンが初戦を突破いたしました。その力と熱意を受け継いだかのように、日本男子も強豪のスペインを撃破しました。男女共に大変素晴らしいスタートを切ったというわけです。ここ富山でのフォーラムもその勢いに乗って、男女共に協力し、若い医師にとって、また第一線で活躍中の医師にとっても、そして病院長・病院開設者・管理者の皆様方にとっても、これから先、輝ける未来を啓くものとなりますようお願いしております。

富山県は、日本三霊山の1つである立山や、黒部峡谷、蜃気楼が見える日本海などがあり、自然に恵まれて食べ物のとてもおいしい所です。本日は懇親会に特別においしいお酒もご用意いたしました。フォーラムで熱心な議論をされたあとには、心ゆくまで富山の味をお楽しみいただきたいと思いますと考えております。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

主催者挨拶

日本医師会長 横倉 義武

日本医師会の横倉でございます。第8回の男女共同参画フォーラムの開催に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本日は、本当に猛暑のなかを全国各地より多数の先生方にご参集いただきまして、誠にありがとうございました。

また、富山県医師会の岩城会長をはじめ役職員の皆様方には、昨年の全国医師会勤務医部会連絡協議会に引き続きまして、担当県として、このフォーラムの開催に向けて、プログラム立案からご準備、本日の運営まで、大変なご尽力を賜りましたことに、この場を借りて厚く御礼を申し上げます。ありがとうございました。

さて、本フォーラムも今年で8回を数えることとなりました。今回のテーマは、先ほどご紹介がありましたように「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」ということでございます。本日の基調講演には東レ経営研究所の渥美由喜先生を講師にお招きをしておりますが、国内外の数多くの企業のワークライフバランスやダイバーシティの取り組みを研究され、実際に支援されてきた豊富なご経験を基に、医療界の男女共同参画、ワークライフバランスについてご教示をいただけるものと大変期待をしているところでございます。

また、渥美先生をはじめ、本日は3名の男性を講師としてお迎えしておりますが、男女共同参画をさらに推進していくためには、やはり男性が変わっていかねばならない。男性の意識改革が必要であるということだと思っております。同時に、女性もそれぞれの個性や能力を生かした最善の働き方を選択し、時に相手を納得させる意見を述べることができるよう、変わることが求められると思えます。

講師の皆様には、それぞれのご経験を元にお話しいただけることと思っておりますが、経験から導き出される医師としての働き方、そして、人としての生き方について、皆様が改めて考える場となればと、大変楽しみにしているところでございます。

ご存じのように、政府は、2020年までに指導的地位に女性の占める割合が少なくとも30%とする目標を掲げておりまして、日本医師会としましても、この目標を達成するよう女性1割運動を設定し、今年の1月に『2020.30』推進懇話会を開催したところでございます。医療政策、社会保障政策を推進していくうえで、男女共同参画の視点は今や不可欠であります。意思・方針決定機関に参画できる女性医師を育てるため、日本医師会では同懇話会を今後も開催する予定でございます。

昨年秋田県で開催されました第7回フォーラムにおいて、講師をお務めいただいた村木厚子

内閣府政策統括官が、医療の分野こそ、社会全体の男女共同参画推進のモデルとして大いに期待していると述べられました。そのような先進的モデルとなるよう、引き続き男女共同参画委員会でのさまざまなご議論、厚労省の委託事業であります女性医師支援センター事業の活動を軸に、医師が男女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全うできるよう環境整備に努めてまいりたいと考えておりますので、本日、ご参加いただきました先生方には、日本医師会の取り組みにより一層のご理解とご支援を賜りますようお願いをいたします。

本日のフォーラムが実り多いものとなりますことを祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

担当医師会挨拶

富山県医師会長 岩城 勝英

皆さんこんにちは。富山県医師会の岩城でございます。日本医師会主催の第8回男女共同参画フォーラムが富山県医師会の担当で開催されるに当たりまして、一言ご挨拶申し上げます。

本日は全国各地より多くの方々にご参集いただきまして、厚く御礼申し上げますとともに、心から歓迎申し上げます。

救急医療の崩壊が叫ばれております今日、その原因の一端であります医師不足というものは、救急医療の現場においてだけではなく、すべての医療現場で深刻さを増し、地域医療も同じく崩壊の危機でございます。それに加えまして、安全確保のための手順やコストが増加し、病状説明や文書作成、会議、電子カルテ等の操作など、事務作業において莫大な時間がかかるようになり、勤務医師の疲弊は非常に混迷を深めております。

ところで、平成12年以降、国家試験合格者に占める女性の割合は30%を超えております。女性医師の働く割合が増えるとともに、その影響力は増大し、女性医師の離職防止がこの問題解決の鍵となってきており、女性医師の就業継続支援、ならびに復職支援のさらなる推進が急がれるところでございます。

日本医師会におかれましては、平成17年に第1回男女共同参画フォーラムが開催され、今年で第8回となっておりますが、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、男女共同参画へと課題が変化してきております。これはやはり職場のなかでの同僚や上司として、あるいは家庭のなかでは夫として支える側である男性の理解や参加、いわゆる支え合うこと、力を合わせる必要があるからだと思います。

本日のメインテーマ「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」の下、基調講演といたしまして、医療機関におけるワークライフバランスについてご講演いただきます。さらに、パネルディスカッションの総合討論では、フロアからいただいた質問に対し、意見交換を行う予定でございます。各分野の方々には活発なご議論をいただき、男女共同参画が啓くワークライフバランスを目指して、諸問題の解決につながればよいと考えております。

おわりに、本日のフォーラムにより、これからの医療を担う若い医師たちが明るい未来を展望できるようになること、就労環境がよりよい方向に改善されること、また、本日全国から参集されました皆様一人ひとりが、仕事に帰られましてから、どうか地域社会、行政に働きかけていただき、大きな動きにつながっていくことを祈念申し上げます、開会の挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

座 長

富山県医師会理事 山下 泉

富山県医師会理事の山下と申します。本日の基調講演の座長を務めさせていただきます。

それでは、基調講演「医療機関におけるワークライフバランス」をテーマに、厚生労働省政策評価に関する有識者会議委員でもいらっしゃいます、東レ経営研究所、渥美由喜先生よりご講演をいただきます。渥美先生のご略歴につきましては、お手元の抄録集をご覧ください。

それではよろしく願いいたします。

「医療機関におけるワークライフバランス」

厚生労働省政策評価に関する有識者会議委員／
東レ経営研究所ダイバーシティ&ワークライフバランス研究部長

渥美 由喜

皆様こんにちは。渥美と申します。本日は、富山県に来ることができ本当にうれしいです。私は7、8年前に富山県の仕事をさせていただいたご縁で、とやまファン倶楽部というものに入っています。全国でそういうファンクラブを持っている県はほかにもあると思いますが、私がファンクラブに入ったのは富山県だけですので本当にうれしく思います。

医療機関において、どのようにワークライフバランス、ダイバーシティ、多様な人たちが活躍できる経営戦略に取り組んでいくのか、その意義は何か、また、国内の医療機関における好事例として、大阪厚生年金病院などの取り組みはおそらく皆様ご存じだと思いますので、本日は海外の病院をヒアリングした事例をご紹介します。

もう1つ、医療機関で働く医師たちは人命を扱っているという意味では、なかなか一般企業のように考えられない、どうしてもプライベートを犠牲にして職務優先という、こういう業界特性があるとよく言われます。

たとえば24時間365日対応せざるをえないというのは、報道機関も一緒です。私は6年前からNHKで毎年、新任管理者研修でワークライフバランスについて話しています。NHKも記者の4割は女性で、そういう優秀な女性たちに何とか辞めないで活躍してほしいと本気で取り組んでいます。ほかにもグローバルで人事異動がつきものの商社で業務改善のお手伝いをしたり、あるいは防衛省や警察で話したりしています。病院と同じようにプライベートライフよりも優先すべき業務に携わっている業界で共通するのは、ワークライフバランスを取りづらい業

界ほど、ワークライフバランスに真剣に取り組まないと、業界として優秀な人材が来ない、地盤沈下しかねないという危機感を覚えるということです。

私はこれまで国内外 800 社のヒアリングをしてきました。よくワークライフバランスの取り組みは、大きな組織だと人的にも余裕があるからできるだろうとか誤解されやすいのですが、私がヒアリングをしてきた企業、病院、自治体、半分以上が地方の中小の組織です。富山県も 10 社近く、今までヒアリングをしました。全部中小企業です。中小企業だからやりにくいということはないです。これはあとでご説明します。

そうやっていろいろ勉強させていただいたので、今は実際に業務改善、あるいは職場でワークライフバランスをどうやって実践するのかというコンサルのような仕事も増えています。ご存知かもしれませんが、政府は先月「働く『なでしこ』大作戦」というものを発表しています。これはあらゆる企業で有価証券報告書や求人パンフレット等に今後、女性管理職比率等を公表することを推奨しようという取り組みです。5 月には経済同友会が、日本の経済団体として初めて女性役員割合、日本は 1% 未満で非常に低いのですが、それを 30% まで引き上げよう、目指してやっという、こんな提言もしています。今、官民共に非常に女性活躍には追い風が吹いています。

本日 1 時間という限られた時間で、レジメを 50 枚ぐらい用意してしまって、聞き手の皆様に優しくない話し方をしてしまったらお許してください。私が話すことで、もし関心を持っただけでしたら幸いです。いちばん下に書いていますが、私は内閣府の「共同参画」という月刊誌に毎月連載をしていて、5 年目に入っています。毎月ひたすら、どうやって職場レベルでワークライフバランス、ダイバーシティを実践できるかということを書いてきました。どなたでも無料で内閣府のウェブサイトでご覧になれますので、ご参照いただければと思います。

私は自分のことを 5 K ライフと言っています。妻と一緒に共働きで、小さい子どもたち 2 人を育てています。2 回育児休業も取りました。これはなかなか得難い体験でした。せっかくだからと思って、よく育休中に散歩をしていたのですが、平日の昼間、地域社会では赤ん坊を連れてうろろする男性は、珍獣のような存在です。私は見事に公園デビューに失敗しました。

それまで公園で和気藹々と楽しそうにしゃべっていたお母さんたちが、私と息子が足を踏み入れたとたんに、ぴたっと話が止んで、こちらをチラチラ見ながらひそひそ「あの人は失業者かしら」「あの人は奥さんに逃げられたかわいそうな人かしら」と、全身に哀れみの視線を感じて、仕方がないので 3 日ぐらい砂場の隅っこで寂しく砂遊びをしていたら、4 日目ぐらいに親切な女性がいて、私の背中から「大丈夫ですか」と声を掛けてくださった。よほど背中に哀愁が漂っていたのでしょう。

よかったのは、マイノリティ体験をしたことです。普段普通に男性が働いているとなかなかマイノリティにならないのです。しかし、平日の地域社会では逆にマイノリティになります。マイノリティとしての疎外感、孤立感、あるいは親切にしてもらってうれしかったという経験をした 1 年後に職場復帰して、本当によかったと思ったのは、マイノリティの人たちに優しくなれることでした。それは上から目線で手を差し伸べるというのではなくて、自分はこういう

ふうにしてもらってよかったという思いで接することができることです。

男女共同参画でも、すべからくだれもがマイノリティ体験を持っているのですが、マイノリティ体験を大切に、相手に思いやりを持てると、ずいぶん変わってくるだろうと思います。

本当に共働きですと家事、育児はやらざるをえないのです。そういう言い方をすると、なかには、「あいつは育休とか、本当に女房の尻に敷かれてかわいそうだ」などと思う方もおられるかもしれませんが、私は共働きは合理的な選択だと思っています。

というのは、私の調査では、共働きの夫の小遣いは片働きの夫の10倍です。医師の方々は裕福だから片働きの方でもお小遣いは持っているかもしれませんが。私は2回転職しています。研究機関も医療機関と似ていて、24時間365日働くと成果が上がるので、結構長時間働きたい人たちがたくさんいます。そういうところに馴染めなくて、2回転職しました。最初の転職の時は、次がなかなか決まらなくて、失業もしています。その時、私は妻に養ってもらっていました。本当に感謝しています。もし2人で働いていなかったら、本当に過酷な職場で嫌気がさしていても辞められなかったと思いますし、メンタル面でも支えになっていたと思います。

私のようにこらえ性がない方ばかりではないとは思いますが、ただ、人生は何が起こるかわかりません。会社が倒産しても、2人働いているというのは非常にリスクヘッジ、保険だと私は思っています。

また、私はたいして家事ができるわけではないですが、人並みにはできます。妻は海外出張に行くことも多いですが、夫に預けたら子どもを殺してしまうのではないかと、飢え死にさせてしまうのではないかという心配がありませんので、お互いにとっての保険になります。

これから若い世代は必ず共働きが増えてきますので、ご自身がそうではないとしても、やはりこういうことをきちんと理解しておかないと、マネジメントで失敗するかもしれません。

私は4年前から父が認知症で、平日は普段子どもたちを保育園に迎えに行ったあと、父のところに行って介護をする生活を送っています。今、企業はかなり本気でワークライフバランスに取り組んでいるのですが、その最大の理由は介護です。もはや子育て支援、女性支援だけでなく、職場の最大の課題は介護だということに気づいています。

スライドの23ページにあります。今、実際に1年間に介護をきっかけに離職、転職する人は15万人います。この数字は過去5年で1.6倍に増えています。私の試算ではあと10年で50万人を超える可能性があります。増加率で見ると、男性が介護を機会に離職、転職をする人は女性の倍の増え方をしています。本当にこの問題を男性がきちんと理解しておかないといけません。

子育ては、夫がしてくれないとしても、大切な子どもなので妻は一生懸命子育てしています。しかし、介護の場合は「あなたの親なのだからあなたが」と少し距離を置いたところに女性がいます。そういうところに気づかないと、うまくいかないことがあります。

私の子が、昨年、1歳のときに様子がおかしいので、すぐ病院に連れていきました。精密検査を受けたら、左の脳に大きな腫瘍があるということが分かって、本当に大変でした。幸い優秀な医師が7時間半かなり頑張ってくれて、見えるところは全部腫瘍が取り除かれ、手術は成功

しました。抗がん剤治療も受け、今、2歳になった子は元気で保育園に通っています。

私は1月半付き添いでずっと、日中は働いていましたが、夕方から朝まで病院に泊まり込むという生活を送りました。実は私も生まれつき足が悪くて内反足で、幼少のころはずっと病院で暮らした時期があったのですが、医師をはじめ医療に従事している方々は、こんなふう子どもたちや患者に付き添っておられて貴いお仕事をなさっているなど、尊敬の念を新たにされたところでした。

ワークライフバランスという言葉には、何かそういうことは余裕がある業界、ゆとりがある人はやるかもしれないが、本当に仕事のことを真剣に取り組んだらできないというイメージがあります。ゆとり教育の労働版のようなイメージです。私はそれは違うと思います。ワークライフバランスのなかでも、介護にしても看護にしても、私はそういう状況が起こってほしいと思ったわけではなくて、起きてしまっただけは仕方ありません。逃げるか逃げないか、リスクに対してどう自分の人生をマネジメントするか、リスクマネジメントだと思っています。

日本はすでに人口減少社会に突入していて、今後50年で労働力人口が2/3に減ってしまうと言われていています。こんなことは今までどの国も経験したことがありません。世界史上初めての体験です。

それからもう当たり前のことですが、需要と供給の関係で働き手が職場を選ぶ時代になっています。ですから、現在、医師はあこがれの職場で優秀な人たちが集まっていますが、医療現場の仕事に自分の生活を犠牲にしなくてはいけないというイメージがもしあるとしたら、優秀な人材確保という点では今後苦しくなります。やはり魅力のある職場、働き甲斐のある職場に人が集まるといことは、経営戦略として考えていかななくてはいけない、業界戦略として考えていかななくてはいけないことだと思っています。

高齢者1人を支える現役世代の数の割合について「胴上げ→騎馬戦→肩車」という表現がよく使われます。かつてはお年寄りを皆で支えたのが、今は騎馬戦、いずれ肩車になると、少し危機感をあおる言葉です。

あまり知られていないのですが、総人口に占める労働者の割合というのは、過去50年と今後50年とほとんど変わらないです。ざっくりですが、総人口の半分が労働者です。ですから、私は基本的に労働者一人ひとりがイキイキと働ける職場環境をつくれれば、日本の組織、日本経済は活力を維持できるとと思っています。

ただ、その労働者の中身が違います。かつては、労働者と非労働者を分けると、非労働者のなかになんか専業主婦がいて、その方々がお年寄り、子どもたちの世話、面倒を見ていました。これが、日本は20年前に共働き世帯数が片働き世帯数を上回ようになり、私のように共働きで親の介護、子どもの育児、家事、看護をせざるをえない人たちが増えています。今後はそういう人たちが主流派になります。

ですから、男女平等参画あるいはワークライフバランスというのは、よく価値観の問題や選択の問題と捉えられやすいのですが、私は違うと思います。私はこういう社会システムの展開に対してどう対応するかだと思っています。早く対応するか後回しにするか、2つに1つ、そ

うふうに考えるべきだと思います。

要は、専業主婦で片働きで別に不自由していない、ワークライフバランスなど自分は必要がないという方もいらっしゃるのですが、そういう方々がご自分の問題としてだけではなく、後輩や部下は必ずそういうワークライフバランスをやらざるをえない人が増えるなかで、職場としてどう対応するかという考え方をしないと、解決できないと思います。日本の経営陣、あるいは組織のトップの方々は、奥様が専業主婦という方が多いので、そのあたりの社会システムの転換に今一つ気づいていませんので、対応が遅れてしまっています。そこを本当に、自分のことは置いておいて、これからの組織としての社会システムの展開に対してはどうか、対応しなければジリ貧になってしまう、まずいという危機感を持つべきだと思います。

女性活躍には3段階あると思います。第1段階は女性社員の数が増えることです。

第2段階は管理職の数が増えていくことです。第2段階で、うちは優秀な女性たちは結構高いポジションに就いているからもう十分に女性が活躍できている、能力が発揮できていると勘違いしている企業、組織が多いのですが、こういう第2段階の職場でお話を伺うと、キャリアを取るか子どもを取るかという選択を迫っているのです。あるいは男性に対してはファミリーハラスメント、ファミハラと私は言っているのですが、「何で男のお前が育児休業を取るのだ」というようなことをやったりする。

第3段階として、男女にかかわらず仕事、生活、中立的に選択できる職場をつくっていかないと、最終的には働き甲斐のある職場とは言えないと思います。

よくワークライフバランスというと、シーソーの天秤の図でイメージされます。こういう、どちらを取るかというものではありません。広くライフを人生と考えれば、どんなに仕事がやり甲斐があったとしても、ワークはライフの上にちょこんと乗っているという関係だと思います。土台の部分、豊かな人生、質の高い生活は質の高い仕事につながります。また、メリハリの利いた仕事というのは生活の余裕、生活のゆとりにつながります。ワークとライフの相乗効果、これがいちばん重要なポイントです。決して切り離して、ライフを充実させるためにワークはほどほどにというものではありません。

医療機関、これは皆様には釈迦に説法ですが、患者自身が多様な人たちです。その多様な人たちに向き合うというときに、自分自身が実体験として、子育てにしても介護にしても、皮膚感覚がないとうまくいかない面もあるのではないかと思います。

たとえばメーカーの場合は、生活者・消費者の視点でビジネスを見直し、多様な消費者にきめ細やかに届く商品のサービスを提供するためには、まず自分たちがそういうことをやらないといけない。職場自体が多様性を持たせないと、多様な患者には対応できない。こういう考え方をすべきではないかと思います。ただ一方で、先ほどから申し上げている、業界特有の難しさというのはあると思っています。

私はワークとライフで従業員を4つに分類します。仕事重視、生活軽視をバリバリ社員。両方重視をイキイキ社員。両方軽視をダラダラ社員。生活は重視していても仕事軽視、ヌクヌク社員。このように名付けていて、基本的にワークライフバランスはイキイキ社員を増やすこと

だと思っています。

では、一生懸命仕事をして職場に貢献して、バリバリ社員で何が悪いのだと思われるかもしれませんが、バリバリは偽装バリバリと過労バリバリに二極化しています。

偽装バリバリというのは本当にいます。以前、私がこの話をある会社でしたら、社長に「君、わが社にはそんな日中ダラダラ働いて、夕方に目覚めて、夜遅くまで頑張っているぞとアピールするような偽装バリバリなんていないよ」とおっしゃったのです。従業員を信頼していて非常にうるわしいなと思ったのですが、従業員が数千人もいる会社なので、おそらく社長といえども一人ひとり目配りできていないのではないかと思いに念のためにデータを見せてもらいました。

やはりそうかと思ったのは、ほとんどの職場で住宅ローンを持っている人と持っていない人と2つに分けると、住宅ローンを持っている人が時間外労働をする傾向にあります。ローンを組んだときに、残業代をあたかも固定給のようにしてしまっているのです。今、どの組織もコスト削減の観点から、時間外は削減しています。そうすると、生活費が減ってしまうのではないかと、生活残業をしたい人たちが実際にいます。それは問題だと社長もおっしゃっていました。

それから、私は海外で今まで120社ヒアリングをしました。あとで海外の病院の話もします。いくつかの組織では職場体験をさせてもらっています。机と椅子を貰って、職場でどのように仕事をするのか見学しました。同じ職種だと当然、病院だったら海外であろうと日本国内であろうと内容は似ています。しかし、仕事の仕方はかなり違うと思います。

いくつか気づいたのですが、1つは日本の職場は人に仕事を付けます。海外の職場は仕事に人を付けます。これは別によい悪いではなくて、ただ違うというだけです。

それから日本だと「あの人は優秀だ」というエース社員はこのなかにたくさんおられると思いますが、そういう人たちはどんどん仕事が上から降ってきます。そういう人はまた真面目で責任感があるからすごく頑張るのです。最近、そういう過労バリバリの働き方は健康を損ない、しまいには燃え尽きてパンクしてしまってうつになるとか、あるいは疲弊してしまって取り返しがつかない失敗、たとえば医療過誤など、そういうリスクもあるのではないかと思います。

私がよく言うのは、ワークライフバランスは、皆で早く帰りましょうとか、皆で休みを取りましょうということではないということです。「偽装バリバリはなくしましょう。過労バリバリは守りましょう。イキイキ社員を増やしましょう」、こんな言い方をよくします。

ヌクヌク社員はワークライフバランスをすごく喜ぶ。「いや、昔から私はワークライフバランスをやっていますね」と言います。よくよく話を聞くと、ライフの話しかしません。「釣りバカ日誌」の浜ちゃんのようなタイプです。こういう人は仕事をきちんとやってもらうのが、ワークライフバランスかなと思います。

社員のタイプ別に1日の生産性カーブを見ます。仮に5時半定時としましょう。イキイキ社員は朝職場に来たらすぐに集中して、ずっと集中しています。実際にワーキングマザーとか、業務の洗い出しをすると、昼休みの時間も惜しんで仕事をしているような人もいます。そうでないと仕事が終わりません。子どもを迎えに行けないので、一生懸命頑張ります。ダラダラ社

員、ヌクヌク社員は残ります。

問題があるのは偽装バリバリ社員の生産性カーブです。日中ペースが上がらず、夕方ピークを迎え、ずっとピークでいけばよいのですが、飲みに行ったり、食事をしたりでガクッと下がります。そのあと家に帰ればよいのに、「いや、家に行っても別に居場所はないし」などと言って職場に戻って、遅くまでダラダラやっています。

私は生産性カーブの面積が職場への貢献だと思っています。仮に偽装バリバリ社員の面積がイキイキ社員より小さいならば、遅くまで残っているからといってたくさん残業代を貰うのは違うのではないかと思います。

過労バリバリ社員は上からの覚えがめでたいのです。同僚・部下から信頼が厚く、顧客や患者から頼りにされています。そういう人たちはたえず突発業務が発生すると思います。どんなに優秀な人でもガーッと集中していて、中断されるとガクッと下がります。また頑張ってガーッと集中してまた下がる。ジェットコースターのようなものです。これはすごく精神的にストレスが溜まります。定時を過ぎてようやく自分の時間ができ、またガーッと集中して仕事をします。これは肉体的にすごくハードです。

ですから、本当に優秀な医師をはじめエース社員の人たちは、非常に強靱な精神力、肉体、そういう方でないと、こういう働き方、ずっとアクセルを踏み続けて定年までというのは難しいのではないかと思います。仮に強靱な精神力、肉体を持っていたとしても、こういう働き方をしていると、共働きでは離縁されてしまうのではないかと心配になったりもします。

ワークライフバランスには3つの要素があります。1つは業務をオープンにして共有することです。抱え込まないことです。たとえば担当が、もちろん主治医の方がおられると思うのですが、そこで副担当のような形で共有していくというやり方は、営業で最近流行っています。だれかが対応できないときも、ほかの人が対応できるようにしておきます。ただ、そうすると、ただでさえ業務が大変なのにさらに大変になるのではないかと思います。ここは知恵の出どころです。

2つ目は、たえざる業務改善です。ワークライフバランスは決して仕事を手抜きするということではないので、とにかく業務を圧縮するために、やらなくてもよいことはやらない、あるいは減らせることは減らすという、その業務改善を徹底的に工夫します。

北九州市がワークライフバランスを市民として取り組んでいる人を市が表彰するという面白い取り組みをしています。4年前に受賞した4人の子どもを育てているワーキングマザーは、安川電機という会社に勤めているのですが、子どもが4人もいるからできるだけ早く帰りたいということで、職場を変えるために業務改善の常に提案をしてきました。前任者の男性はこういうやり方をしたが、こういうふうにしたらいいのではないかと、35時間かかった仕事を7時間、2割まで圧縮する。こういう業務改善は、本人が早く帰るだけでなく、職場全体に恩恵が及びます。彼女はいつも、「私もハッピー、皆もハッピー、これがワークライフバランス」と言っているのですが、私も本当にそう思います。

3つ目は、「お互いさま、思いやり」です。ワークライフバランスというのは自分さえ早く帰

れればよい、休みをたくさん取ればよい、そういう独善的なものではないのです。自分の時間ももちろん大切ですが、それ以上に相手の時間、同僚の時間、部下の時間、家族の時間、この相手の時間に敬意を払う、これがいちばん大きな要素だと思います。とかく片働きで24時間365日働いていると、部下にしても、後輩にしても、なかなか相手の時間に敬意を持ってません。そうすると、プレーヤーとしては非常に優秀な人でも、マネジメントで失敗します。とてもあの人の下では働きたくないとなりかねないのです。

また、これも皆様には釈迦に説法かもしれませんが、兵庫県立柏原病院の例を挙げます。小児科の先生がいなくなったというとき、地域の女性たち、乳幼児を抱えている母親たちが守る会というものを市民運動で立ち上げました。いわゆるコンビニ受診、何でもかんでも連れていくというのではなくて、自分たちでも最低限の医療知識を身につけよう、それで診ていただいて当たり前ではなくて、きちんと医師に感謝の気持ちを伝えようという活動です。この活動が功を奏して、実際に救急患者数は半減、隣県の小児科の先生が感銘を受けて赴任されて閉鎖の危機は免れました。これは地域全体に「お互いさま、思いやり」意識が広がった好事例だと思っています。

医療従事者の方々は、本当にまずひとりだけでワークライフバランスを進めるのは限界があります。国のあり方、患者のあり方、あるいは医師数のこと、いろいろ課題は山積みだと思います。ただ、今、基本的にワークライフバランスに関しては、単に自分たちの職場だけを改善するのではなくて、たとえばこの守る会のように、自分たちが患者というサービスの受け手として、医師、医療従事者の方々の職場をどうやってワークライフバランスできるかという考え方が広がってきています。単に自分たちの、内向けワークライフバランスではなくて、私は外向けのワークライフバランスと言っているのですけれども、「お互いさま、思いやり」の意識でやっていこうと、3.11以後、本当に機運が変わってきています。こういうところもうまく絡めてやっていくとよいと思います。

最近、製薬業界との仕事も増えているのですが、MRの方々は医師が夜遅くまで働いていると、そのあとの対応になるので結構大変なのです。MRも女性が増えているので、どうしたら製薬業界、MRにとってワークライフバランスがかなうのか。女性が活躍し続けられるか課題になっているのですが、そこに医師の代表たちが加わって一緒になって職場を考えていこうというようなこともされています。

ライフステージでは、いろいろなニーズ、いろいろなリスクがあります。子育てですとよく言われるのは保育の壁、それから小1の壁、学童保育に預けられたらよいが、預けても大体小4で学童保育が終わったら次に預ける場所に困る小4の壁です。一部の人には中学受験の壁もあります。専業主婦であればみっちりみてあげられますが、共働きではなかなかみてあげられず、ジレンマを覚えたりします。最近では、いじめや思春期の壁があり、思春期トラブルが起きたときにどう一緒に取り組むか、そういういろいろなニーズ、いろいろなリスクがあるところに、きめ細やかに支援をします。

基本的に日本の労働者は真面目なので、7割、8割は支援されると頑張って貢献しようとし

ます。残念ながらそうやって支援すればするほど、それが当たり前になってしまって、権利主張型の人一部で出てしまうのですが、それはマジョリティではないです。支援と貢献というのがいちばん大切なポイントかなと思います。

私自身も2回育児休業を取ったのは、いずれの職場でも男性で第1号取得者でした。女性の先輩たちからいろいろ教わり、とても感謝しています。私が自分で心がけているのは、支援されたことで次に支援する側に回る。私が教わったことを後輩の男性たち、育児休業を取りたいという相談が結構来るので、ぜひ取ったらよいか、こういうことをやっておいたらいいよというアドバイスします。支援された分を3倍返しにしていくと、うまく回るかなというのが、私の基本的な考え方です。

この支援と貢献に向けては2つの考え方があります。経営者と従業員には強い上下関係があります。「きめ細やかな支援が必要かもしれないが、顧客、患者がいる。患者にお尻を向けて、うちはワークライフバランスをやっているなどといったら、それはちょっとまずいのではないか」、こういうふうにどちらを取るかという二者択一だと思っていると、これ以上先に進めないです。

これまでヒアリングをしてきた先進的な取り組みをしている人は、こういう考え方はしません。スライド20ページ、向かって右側の考え方をします。たとえば地方の中小企業ですと、従業員がいなくなれば会社は困ります。会社が潰れたら従業員が困ります。いかに共存共栄を図るかというような感じで、あまり経営者と従業員に強い上下関係がありません。フラットに近いようなところがあります。

そういう組織というのは、あるいは大企業であっても、経営者と労働組合が一緒になってやっていこうという取り組みでいくと、必ず従業員のやる気が上がり、満足度が上がります。そうすると、必ず商品の質が上がる、サービスが上がる、ひいてはお客さんのためになります。こういう考え方です。

あとでご紹介する海外の病院の事例でも、医療従事者、特に医師が疲弊してしまうというような職場は本当にだめです。いくら志が高くても、人間も限界があります。そういうときに、医療ミスが起きるかもしれないし、そうでなくても、やはり余裕がなくなると患者に対してよい対応ができません。職員満足度が高い職場を病院で作るからこそ、患者満足度も上がるのだという考え方で非常に伸び、組織としても成功している。会社だと必ず業績が上がります。

大企業タイプと中小企業タイプと、実際に私は中小企業庁の委託を受けて4,000社の調査をしました。意外に思われるかもしれませんが、いちばん小さい規模の企業ほど職員のワークライフバランスに関する満足度は高いのです。

21ページに凸のカーブを描いています。これはざっくりと申し上げると、大企業は制度をきめ細かく作って、そこで対応しようとはしますが、中小企業は制度はそれほど整っていなくても、一人ひとりに人に合わせようとはします。たとえば中小企業でよく聞くのは、男性で優秀な学生が来てくれないので、言葉は悪いのですが、最初は仕方がなく女性を雇います。そうすると、その女性はすごく優秀で、何とかこの人には辞めてほしくないと思うようになります。その人

のために何ができるかということをやってきて、ワークライフバランスをしようと思ったわけではないが、その人のためにやったことが、結果的に非常に先進的な取り組みをしているという企業が実際に富山県のなかにもいくつもあります。大企業の場合と中小企業の場合とではやり方は少し違うと思います。

また、最近耳にするのは、ワークライフバランス、ダイバーシティということです。女性の活躍は、確かに日本社会が変わっていくから必要だと、経営者は聡明な方が多いので気づかれても、なかなかそれが組織には浸透していきません。特に大企業だと浸透していかないという状況があります。組織をピラミッドにたとえて、その途中に「粘土層」があるからだという言い方があります。女性がネーミングした言葉で、いくらレクチャーしても染み込まない、頑な、できれば触りたくないという意味で「粘土層」です。

これは完全に私の独断ですが、研究機関や、大学、あるいは医療機関は結構粘土層が厚いと思います。

一方で、活躍している女性たちの話を聞くと、非常に上司に恵まれたということを行います。それは男性上司でも女性上司でもすごく理解があって、そういう人がいて今、働けている、そういう話をよく聞きます。私はそういう方を「蓮の花」と言っています。泥沼に咲いた蓮の花という意味です。

粘土層には2つタイプがあります。紙粘土と固粘土と言っているのですが、紙粘土は水で溶けます。超ワークライフアンバランスな働き方をされているような経営者の方でも、娘がワーキングマザーで苦労しているとか、あるいは主婦であっても夫の長時間労働に苦しんで、「お父さん、聞いてよ」などと言っていると、非常によい理解者になります。紙粘土は水に溶けます。家族水入らずです。

一方で固粘土というのはコチコチに固着しています。以前、ある日本を代表する金融機関で講演したのですが、そのときに人事部長が「渥美さん、うちは固粘土どころか、永久凍土です」とおっしゃっていました。本当にこの会社は固いなと思って話をしていたのですが、今、不祥事で非常に揺れています。

男女共同参画、ダイバーシティ、ワークライフバランスが遅れると不祥事が非常に発生しやすいのです。本当にこれは因果関係が強いのです。

ワークライフバランスとは、気の毒な人が増えているから、その人たちを支援するということではないのです。取り組むことによって個人としても組織としても成長します。個人の場合は意識が変わると行動が変わる、行動が変わるとスキルが上がってくるということが重要だと思います。

少し海外の病院の話をお聞かせいたします。イギリスはフィナンシャルタイムズとサンデータイムズ、日本で言うと日経新聞、読売新聞に該当するような新聞が、半年に1回、全イギリスの組織、病院も含めた企業のワークライフバランスのトップ100ランキングというのを発表します。大企業部門と中小企業部門があるのですが、平成18年の上半期のトップだったのが、王立協会病院というところでした。ワークライフバランスのランキングというのは企業のプレ

ゼンと、従業員評価、匿名で無作為抽出して自分のところの職場を評価するという両面からやっているユニークな取り組みで、日本ではそのような取り組みはないのですが、非常に自主的にワークライフバランスができています。企業を押しつけて病院がトップになりました。海外でも医療機関は難しいと言われているなかで、どうしてトップだったのだろうと大きな関心を持って6年前にヒアリングに行きました。非常に面白かったです。

まず法律で決まっているからだということでした。日本も今、国策として女性医師支援、あるいはワークライフバランスを推進していますが、それ以上に、そもそもビジネスとして有利だからやっているとのことで、非常にシンプルです。離職率が減って採用しやすくなる、ほかの病院と差をつけることができるということです。これは日本国内でも先進的な取り組みの企業は皆さんそうおっしゃいます。やっているところと、やっていないところで、全然リテンションの割合が違います。ですから、勝ち残るためにやっているのもあって、保留率は1つの手法であるということです。

そもそも退職率は、どの組織でも男性と女性は差があります。たとえば病院に入ったときの年齢、配偶者の転勤に伴ってということもあるかもしれませんが、やはりギャップは問題、埋めようというのが基本的な考え方です。なぜ埋めなくてはいけないかというと、それまでたくさん教育投資したものが無駄になってしまうのはもったいないという考え方です。

医師は教育期間がそもそも普通の人よりも長いですし、そこに公費も入っていますし、病院としてもやはり入ってもらってから投資しています。それを何千万円と試算していますが、辞めてしまったらゼロになり、しかも、また雇用してゼロから教育するというのは本当にコストが掛かります。それに比べれば、ワークライフバランスの取り組みのコストなどは微々たるものであると、そういう考え方をしています。

そうは言ってもフレキシブルワークを、複雑なシフトをすることは簡単ではありません。ここに知恵があります。個人の要望よりも、最後は業務優先だと言っていました。人命がかかっているのです。そこは後回しにはできません。ただ、だからといって、思考停止して、変えられないことも間違いだと言っていました。これも事実です。

また別の業界の話ですが、「顧客対応がうちの職場なので、ワークライフバランスは無理です」というところがあります。全業界の平均で言うと、ワークライフバランスできない要因を個人要因、職場要因、その他要因、その他というのは顧客要因あるいは同じ職場のなかでの他部署の要因などで分けると、個人要因が4割、職場要因が3割、その他要因が3割です。ですから、確かに変えづらい部分はあるのです。しかし、できないわけではありません。自分の行動を変える、あるいは職場を変えただけで6割、7割は改善できると思いますし、この病院も実際、私がヒアリングしたときもそういう言い方をしていました。

成功の鍵は、業界あるいは院内の文化を変えることです。これは、当たり前ことではないかと思われるかもしれませんが、病院はかなり制度が整っています。女性が多く働いている職場ですので、あらゆる業界のなかでも制度が整っている業界の1つです。ただし、制度よりも風土です。この風土というのは、一朝一夕で変えられるものではないですし、そこがいちばんこ

の病院が取り組んだポイントです。

まず粘土層のマネジャーレベルから意識改革を行います。マネジメントの研修や訓練にはロールプレイなどを取り入れています。病院もかなり大きい組織なので、病院のなかにおいてペストプラクティス、要するに女性医師、女性患者、女性の看護師、または評判のよい男性医師のマネジメントはどういうことをやっているから評判がよいのかということをし洗い出し、その行動を真似してみるというロールプレイをしています。

サポートには専属の人事チームを配属します。日本でも成功している企業というのは、ワークライフバランスとダイバーシティの専属組織を持っています。それは人事のなかに入れるやり方もありますし、人事と離れた組織で、組織横断型で各職場から関心がある人、あるいは会社がこの人にぜひ入ってほしいという人をピックアップして、社内横断型でやるやり方が結構流行っているというか、それが成功しやすいかなと思います。この病院もそういうやり方をしていました。

それから苦情手続きプロセスというのを作っています。ワークライフバランスというのは非常に揉めやすく、不協和音が起きやすいです。まず当事者が不満を持っていますし、当事者に権利主張型が1～2人入ると、周りが不満を持ちやすいです。ですから、そこを中立的に処理します。当事者支援だけではなく、敵対者になりやすい人をいかに説得できるか、傍観者、部外者をいかに巻き込むかです。当事者と敵対者と傍観者と3つに分けていろいろやっていかないと、なかなかここはうまくいきません。苦情手続きプロセスというのをかなり徹底的にやっています。基本的な考え方は、苦情処理システムをしっかり設置すると、一つひとつの問題、苦情でいろいろなことが分かってきます。こういうものは終わりが無い取り組みなので、とにかく1つ意見が出たら、それに対して、別にそれが100%正しいということではなくて、それをきっかけにどうしたら職場を改善できるか、その職場改善は必ず患者にとってもプラスになるはずだという考え方で押し続けることです。

最初は、病院でそのようことをしたら大変なことになるのではないかという恐怖心もあったと言っていましたが、中長期的にやっていくと院内の文化が明らかに変わってきて、明るくて、柔らかくて、いたわり合うという雰囲気が出てくるということでした。これは本当に患者にとってよい雰囲気です。それまでは疲弊し合って、暗く、ぎすぎすした部署もあったようなのですが、そういうところがなくなってきて、それが本当によかったということをおっしゃっていました。

これは意外だったのですが、過渡期は2年だったということです。もっとかかると思っていたのですが、かなり徹底的にやったということもあり、2年でずいぶん変えられたとのことでした。

幅広い選択肢を用意することによって、自分たち一人ひとりにあった選択肢・方法・権利があります。繰り返しになりますが、権利は義務と裏腹ですので、まずやるべきことをやってほしいと権利原則は釘を刺し、そういう多様な選択肢のなかで多様な働き方ということを行っています。

女性医師は夜勤は無理とか、こういうローテーションにしたいとか、そういう申請をしたと

きに、これで 100%通るということではもちろんないのですが、ただそういうことにどう対応するかというフィードバックをかなりオープンにしています。そうすると、職場でこういう働き方もあるのだということによって安心感が出たり、あるいはどうしてこの人は今こういう状況なのか、実はこういう背景があると聞けば、私だったら親が要介護で息子が小児脳腫瘍で治療中とか、そんな相手の背景が見えてくると、職場でのことも思いやり意識を持ちやすいというところがあります。

これは皆さんにとっても本当に今は当たり前のことかもしれませんが、6年前に遠隔医療の話聞いたときは新鮮でした。これは、医療はその場にはいなくてはいけないと思われているが、手術室に行かなくてもビデオ会議などを通して、直接執刀医にアドバイスを、技術提供が可能ということですが、こういう遠隔医療の仕組み、あるいは複雑なシフト管理の仕組みを、今、この病院はコンサルしています。ほかの病院に取り組みを売っています。それがビジネスになっていると言っています。先進的にそういう取り組みをすると、それは本当にほかの病院にとっても知りたいということから、ビジネスが成り立っているということだと思います。

これはイギリスだからと思われるかもしれませんが、時差を利用して人件費が安いところにカルテを送って、電子版で送り返すというようなキャッチボールもしています。事前の下調べ、スタッフへの意見調査、アンケート、徹底的にキャッチボールをしています。当事者や周りの人たちからの意見を聞きます。ここの手間です。ここの手間を避けないことです。当事者の声には耳を傾ける。耳を傾けるというのは、言いなりになるということではありません。言いなりになるということではなくて、できないのならできないという理由をきちんとオープンにして、できることは小さなことでも労をいとわずに小さな改善をしていきます。

日本でも最近そういうところが出てきていますが、イギリスは非常に海外の人材が多いです。ダイバーシティは単に女性ということだけでなく民族という点でも重要な部分があって、一人ひとりニーズも考え方も背景も違います。そういう一人ひとりを個人として大切に扱う、大切に向き合うということが大切だということです。

医療機関の話だけではなくて、類似の業界の話をしたほうが、もしかしたら考えるヒントになるのではないかと思います、石川県の和倉温泉の加賀屋さんの話をさせていただきます。

私は4年前に加賀屋さんのワークライフバランスのコンサルをさせていただきました。旅館業も、お客様がおられる間はおもてなしをしなければいけないという意味では長時間労働になりやすい業界の1つで、そういうところでコンサルするのは自分の腕試しと思って手を挙げたのです。ご存じかもしれませんが、旅行専門誌でNo. 1の評価を30年以上維持している、日本一の高級旅館です。私は1年間通って、自分がお手伝いさせていただくというよりも、いろいろ学んで勉強させていただきました。

日本でいちばん立派な託児所があります。保育所、学童保育があって、その上が母子寮になっています。あまり知られていないのですが、従業員が300人いる組織では日本でいちばんシングルマザーが働いています。従業員の1割、客室係の3割がシングルマザーです。広く全国に、ぜひ私どもで働いてくださいと人を集めています。

どうしてシングルマザーが多いのかといいますと、私は1年間通って気づいたのは、非常にコミュニケーションスキルが高いのです。元々ホテルの従業員の方はそういう方が多いですが、こちらの考えていることに本当にきめ細やかに反応してくれます。私は「発達した表皮センサー」と言っているのですが、苦勞した人は自分の苦勞が身の肥やしになって、相手のいろいろなところの心のひだの部分まで感じ取るという考え方をしているのではないかと思います。

顧客一人ひとりに本当にきめ細かな対応をします。一晩に3,000食作るときに、たとえばお客様が「実は本日は娘と来ましたが、10年前に来たときは夫と3人で、その夫が去年亡くなって、家族の思い出をもう1回取り戻したいと思って来ました」などという話を聞くと、次の食事は陰膳が出てくるとか、大変カスタマイズされた食事が出てきます。

外側は琴の生演奏の優雅な空間ですが、内側は、なかに入ると徹底的に機械投資しています。厨房からそれぞれの客室までベルトコンベアーとエレベーターを使用しているので、よく旅館でガラガラと配膳するようなどころがありますがそれがありません。そうすると、女性は体力的にきつい、怪我しやすいなど、そういうリスクを減らせます。ですから、徹底的に機械投資をして、人間にしかできないところにエネルギーを注ぐ、そういうメリハリのある投資の考え方をしています。

私はコンサルしているときに本当に驚いたのですが、3割のお客様は海外の方なのです。華僑やアラブの富豪です。そもそも客室係にも中国の方などもいるのですが、地域密着型の対人サービス、医療機関もそうですが、そういうところがグローバルで商売をするという、私は勉強不足でありそういう感覚はなかったのですが、コンサルしたときに、もう台湾に出店されて、しかもインターナショナルなホテルと軒を並べて日本の情緒で勝負していて、しかも、勝っているということでした。地域密着型の対人サービスでも極めていくと本当にグローバルで勝てるのだと、とても勉強になりました。

スウェーデンにChannel 4というテレビ会社があります。これも24時間報道が責務で、ワークライフバランスがしづらいテレビ業界で成功している事例です。社会的責任として取り組んでいるということでした。これはもしかしたら医療機関についても同じような言い方ができるかもしれません。優秀な人材が、しかも非常に社会的に意義のあるサービスを提供する医療機関だからこそ、こういうことをやらないといけないという発想です。

徹底的にワークライフバランスをするために何ができるかということをやっている、結果的に国営テレビからどんどん優秀な人材が来ています。いろいろなことをやっているのですが、1つあるのが、24時間どう対応するかというときに、単純に言うとも8時間を3人で分けるという言い方をしています。ワーキングマザーは日中しか働けないというか、そこで働きたいということであればその8時間に割当てます。次の8時間は夜型、若い人たちは朝は弱い夜強いとか、夜は先輩や上司がいなくなるから仕事がやりやすいとか、いろいろなニーズがあります。朝は逆にお年寄り朝が早いので朝にシフトを入れるなど、リタイア寸前の男性と子育て中の女性と、まだ独身の男性などで組んでいることが多いです。

これは医師には結構難しいかもしれませんが、テレビ業界も職人気質が強いので、なかなか

暗黙知が共有されにくいです。同僚であってもライバルのようなところがあって、自分の業務スキルを共有化できていなかったけれども、世代が離れると、年配の男性にしてみれば自分の娘のような子育て中の女性に対して支援をするなかで、自分の培ってきたノウハウを継承するというような形で、業務を共有して共有知化が進み、これは非常によかったということをおっしゃっています。

資料の最後のほうで、いくつかダイバーシティの効果をお話ししたいと思います。

最近、私はいろいろな組織でお話ししていて、非常に経営陣に響くのはコンプライアンスです。イギリスの調査で、女性の役員割合が低い企業は企業の破綻確率が高いという調査があり、日本で同じような調査をしようとしても、女性役員はまだ1%いないので同じ調査はできません。それで女性管理職を対象にして調査をしたのですが、女性管理職割合が低い、長時間労働の職場では不祥事が起きる確率が高かったです。これは先ほども申し上げました。

1つ事例を申し上げますと、ある首都圏の大学病院で不祥事が起きました。死者も出るような不祥事でした。その不祥事が起きた職場は、その組織でもいちばん長時間労働の職場でした。長時間労働は不祥事の温床というのを改めて思ったわけです。

また、ある医療メーカーのコンサルしたのですが、コンサルする前に工場で食材に卵を使っていて殻が混入してしまったということがありました。粉碎して加工処理するので見かけでは絶対に分からないという状況だったようなのですが、どうやって対応するかというときに、ごく一部に「微量だし、おそらく他社だったら気づかないから、出荷しているからいいじゃないか」という方もおられたようなのですが、その部門の女性リーダーが、「私たちは食品を通じて世の中に貢献したいと思っているので、自分の家族、子どもに胸を張って食べさせられないものを出してはいけないのではないですか」と正論を言って、工場長の男性もそのとおりだということで発表したのです。

発表当初は「ずっと信用していたのがっかりしました」とか消費者からたくさんクレームが来たようなのですが、当時、これは4、5年前ですが、食品不祥事が多発していて、起きたあとにさらに隠ぺいしようとして傷口を深めた、廃業してしまったような料亭もあった時期で、そういうなかで、その会社は発表したことで逆に信用が高まり、一旦落ちかけたシェアがぐっと回復し、不祥事が起きる前以上に高いシェアになったのです。

最近私は不祥事を防ぐためにということよく研修をさせていただくのですが、起きてから研修をやってもあまり意味がないです。起きる前に、最初の一步を踏みとどまるというのが重要ではないかと思います。ワーカホリックは何がまずいかというと、どうしても業界の色に染まってしまい、最初はグレーだったのがいつかブラック、それが不祥事の典型パターンかなと思っています。自分のなかに多面性、生活者の視点、消費者の視点、あるいは患者の視点、そういうものを持つと、そこで少しブレーキがかかり、チェック機能が働きます。いつも女性が正しくて男性が間違っているとは思いませんが、やはり職場にいろいろな人たちがいて、いろいろな意見を自由に言うというのは重要なチェック機能です。ですから、そういう不祥事を防ぐという観点からも、ワークライフバランス、ダイバーシティ、女性活躍というのは非常に重

要だと思えます。

よく女性活躍に取り組む企業で言われるのはプロダクトイノベーション、女性の視点で商品・サービスに必ず付加価値が付くということです。それからプロセスイノベーション、制約社員でもっとこういうふうに改善できるのではないかとこのころに気づき始めます。私は3つのPと言っているのですが、あともう1つはパラレルキャリアという考え方です。私はワークのキャリアとライフのキャリアがあると思っています、今、介護や看護をしていることは、自分のライフのキャリアを積んでいることだと思っています。育児をやったのも、家事をやったのも、介護しているのも看護をしているのも、いずれ後輩、部下で、必ず男性も女性もそういうことをやらざるをえない人が増えるときに、人並みに苦労したことは、そういう部下へのアドバイスで生きてくるはずだという考え方をしています。

たとえば女性医師の方でロールモデルがなかなか見つけにくいという職場でも、看護師さんではライフのキャリアを積んでいる方々はたくさんおられますから、そういう方々にワークでのアドバイスではなくて、ライフでのアドバイスをしていただくということですごく助かっているという女性医師の方々もおられると思います。そういうことがあります。

それから、イノベーションです。ワークライフバランスはイノベーションの源泉だと私は思います。私は1日、オンとオフを切り替えるような生活をしています。本当に時間に追われていて集中せざるをえないのと、あともう1つは仕事が終わらないからです。でも、終わらなくても迎えに行かないと、父のところに行かないと、子どもたちも父も路頭に迷うと思うと、後ろ髪が引かれるような思いで駆けつけます。

1つ思ったのは、そうやって日中ググルと集中して動き始めると、人間の脳みそというのは一旦動き始めると、たぶんそのあと潜在意識でもずっと動いています。ですから、私はオフの時間にひらめきます。息子のおむつ替えをしたり、父の味噌汁を作ったり、職場では思い浮かばないが、こういうことではないかとひらめきます。

ノーベル賞を受賞した先生たちがどういうタイミングでひらめいたのかというのを調べたら、やはり思ったとおりでした。人間はオンとオフを切り替えるときにひらめきます。ですから、あらゆる人が、あらゆる組織が、オンとオフを切り替えることによって、イノベーションというのは生まれるのではないかと私は思います。

今、日本医師会をはじめ、ワークライフバランスに取り組もうという組織のキーワードは筋肉質な職場づくりです。

ただ残念ながら、日本全体を見回すとなかなかそういうところは少ないです。ワークは山積みなので後回しというところが多いかなと思います。これをメタボ体質と表現していますが、メタボ体質のまま、サイズが小さくなって大変で辞めてしまう、倒れてしまう、そして残った人たちですますます大変になります。

日本のあらゆる組織が、今ちょうど分岐点に立っていると思います。人口減社会というのは、仕事の進め方をたえず見直していかないと、人が減っていきますので、1人当たりの業務量は増える一方です。ですから、ワークライフバランス以前に、仕事の進め方の見直しというのは、

これは絶対にやらなくてはいけないことです。

ワークライフバランスというのは、制約がありながら働く人というのはたくさんヒントを持っています。今までは病院というのはこういうやり方をしていたが、もっとこういうふうにしたらよいのではないかという提案ができます。そういう人たちの知恵を生かして、職場を変えていくことによって、人が減っていくなかでも、今までよりも質の高い業務を追求していくということがあるべき考え方ではないかと思います。

拙い話ではありましたが、ご清聴いただきまして、誠にありがとうございました。

医療機関における ワーク・ライフ・バランス

2012.7.28
東レ経営研究所
ダイバーシティ&WLB研究部長
渥美由喜

本日の講演内容

- ①医療機関がWLB、ダイバーシティに取り組む意義
- ②医療機関におけるWLBの好事例—国内はすでに収集済みでしょうから、海外事例。
- ③「医療機関は人を扱っているのだから一般企業のようにはいかない」と言われるが、この点への対応策は？

(1)私の主な活動

- これまでWLBやDIVに取り組む、先進企業国内外800社のヒアリングを実施。
- 3000社データベースを作成し、分析。
- 先進企業の施策展開のアドバイス
- 東洋経済『ダイバーシティ経営大賞』審査委員、内閣府『総理大臣表彰』審査委員、日経WOMAN『女性が活躍する会社ベスト100』。
- 内閣府『共同参画』で連載(2010年度は、『ワークライフマネジメント実践術』、11年度は『ダイバーシティ経営の理念と実際』)

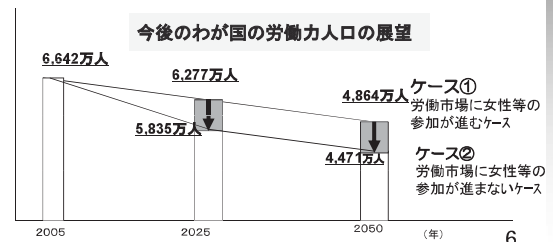
(2)5Kライフ～自己紹介

- 会社員、子育て、家事
 - 妻と共働きで、6歳と2歳の育児中。2回育休を取得。
 - 1回目は地域の微妙な視線。貴重なマイノリティ体験！
- 介護と看護
 - 4年前から、実父が軽度の認知症に→要介護
 - 昨年、次男が難病に→要看護
- 男性にもダイバーシティ・WLBは、メリット大。
 - ①仕事面：『生産性向上の切り札』
 - ②生活面：『リスクマネジメントの問題』

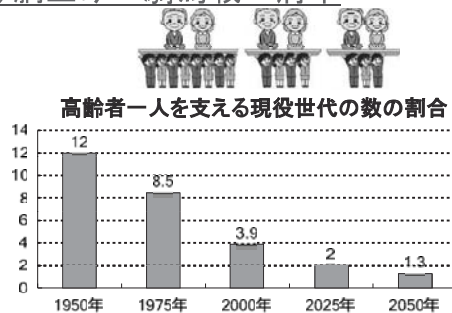
1. ワーク・ライフ・バランス とダイバーシティ

(1)人口減少下では『生産性』の向上が不可欠

- 労働力人口は、今後50年で3分の1が消失
- 人口減少社会は『総力戦』
- 働き手が企業を選別する時代へ
- 「働き甲斐」で、働き手が集まり、「質」も向上



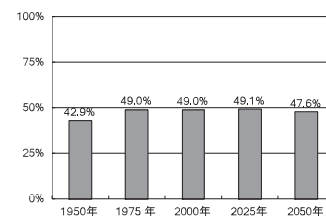
(2) 胴上げ→騎馬戦→肩車



(資料)2000年までは総務省『国勢調査』、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成18年12月推計)』の出生中位・死亡中位仮定による推計結果を基に筆者が作成。

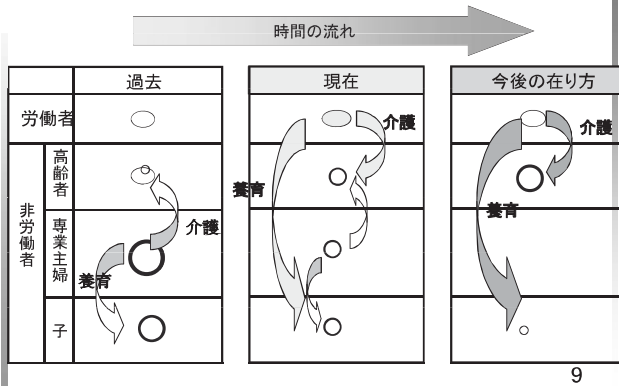
(3)労働者の割合はさほど変わらず

総人口に占める労働者数の割合



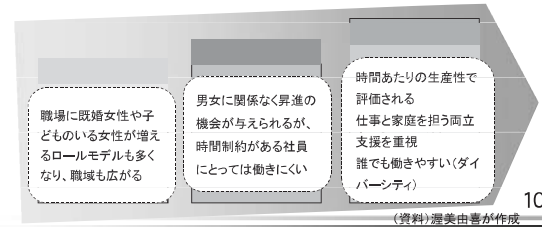
(資料)2000年までは総務省『国勢調査』、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成18年12月推計)』の出生中位・死亡中位仮定による推計結果を基に筆者が作成。

(4) 非労働者の世話をしながら働く労働者

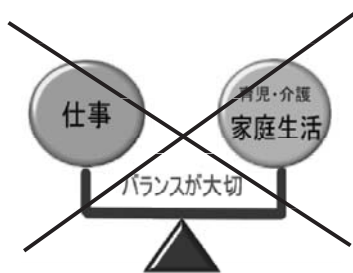


(5) 女性活躍の発展3段階

- 女性活躍とは、
- 「女性が男性社会に適応すること」ではない！
- キャリアか子どもか、男性へのファミハラ
- 多くの「先進自称」企業は、第2段階にとどまる

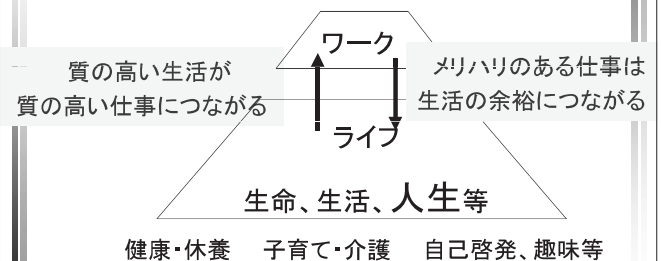


(6) 二者択一ではない



(7) ワークとライフの相乗効果

- ワークの土台がライフ

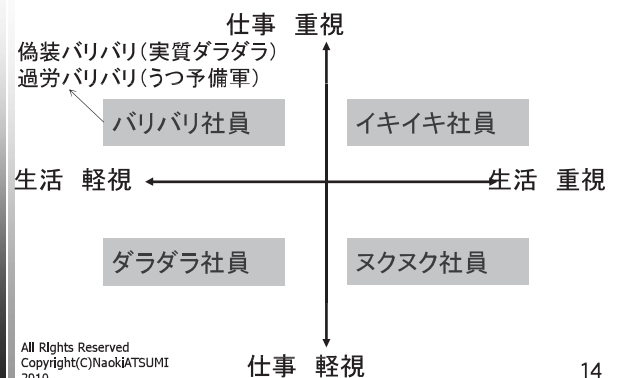


(8) 医療機関の業界特性とWLB/DIV

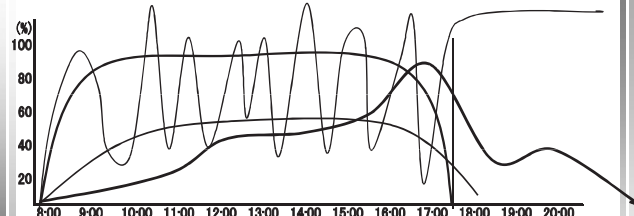
- 患者、生活者に密着した業界特性
↓
- 「アンテナ」を張っていないとできない事業
- 実体験に基づく『皮膚感覚』が最も大切
- ワークとライフの相乗効果を体感しやすいはず(?)の業種
- 一方で、対人サービスゆえの難しさ、長時間労働になりやすい。

13

(9) 従業員の4類型



(10) 社員のタイプ別にみた1日の生産性カーブ



イキイキ社員(ワークライフバランス)

ダラダラ社員・ヌクヌク社員

偽装バリバリ社員

過労バリバリ社員

平準化すると、必ず時間外は削減できる！！

15

(11) WLBの3要素

- ◎実務面では、①「業務をオープンにして共有化」、②「たえざる業務改善」。
- cf:北九州市で個人表彰を受けた女性
- ◎意識面では、③「お互いさま、思いやり」。
- WLBに取り組むと、自分の時間が大切のみならず、「相手の時間」への敬意を持つ。
- 職場に、「思いやり」が広がっていく。

16

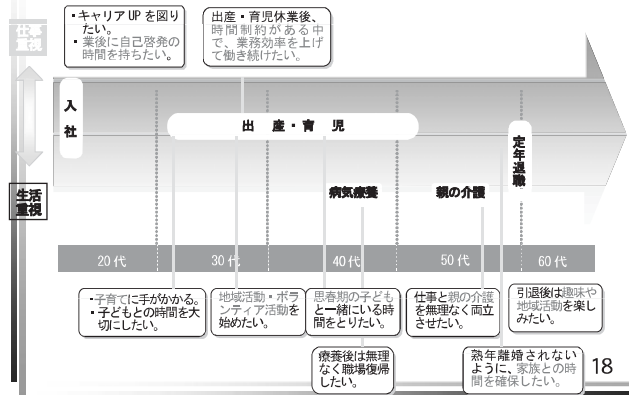
(12) 住民の意識も変わる！

- ◎兵庫県の「県立柏原病院小児科を守る会」
←小児科閉鎖の危機にあった。
- ◎コンビニ受診を控えよう・お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう—救急患者数半減！
感銘を受けた小児科医が着任。
- ◎地域全体に「お互いさま、思いやり」が広がった好例

Copyright (C) 2010 Naoki ATSUMI,
All Rights Reserved

17

(13) 人生の各段階におけるWLB



18

(14) 支援と貢献



19

(15) 『支援』と『貢献』の関係 —WLBをめぐる2つの経営理念

【一般企業の考え方】

【WLB企業の考え方】

ES ≠ CS

ES = CS

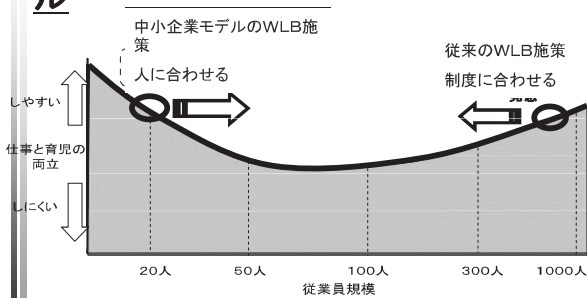


※ ESとは「従業員満足度」、CSとは「顧客満足度」

先進企業では、従業員/企業/顧客がwin-winに

20

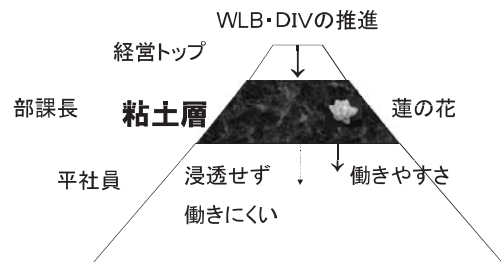
(16) 大企業モデルと中小企業モデル



All Rights Reserved
Copyright(C)FRI 2008

21

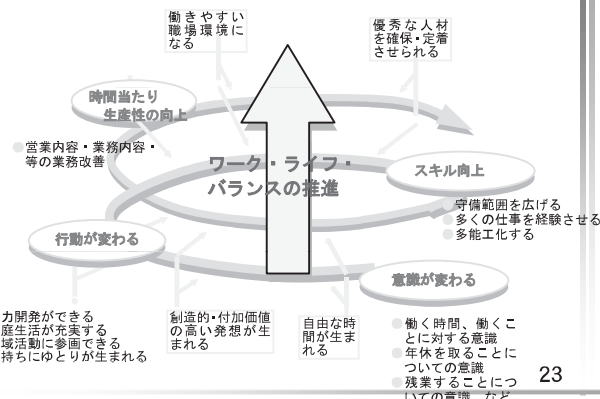
(17) 実現を阻む組織要因①『粘土層』



(注)粘土層が、平社員、労働組合に広がっている会社もある

22

(18) 個人と会社の成長スパイラル



23

2. 医療機関、夜間業務 における先駆的な取り組み

24

(1) Kings College Hospital NHS Trust

- イギリスでナンバーワンのワーク・ライフ・バランス企業とランキングされているのは王立協会病院(Kings College Hospital NHS Trust)だった。
- 病院は夜間もサービスを提供する典型的な業種なので、なぜワーク・ライフ・バランスなのかと考え、2006年に渡英&ヒアリングをした。

25

(2) Work Life Balance について

- 法律に先駆けてWork Life Balance対策を導入—法律に強制されなくても、ビジネス理論的に有意義であるとわかっていたから。
- スタッフに対してFlexibleな対応をすることによって、離職率が減り、採用がしやすくなる。他の病院と差をつけることができる。

26

- 法律制定により、その優位な立場(Flexible Workの提供により、人材確保が可能であった)は失われつつあるため、今後どのような雇用条件を提供できるか、することによってさらなる競争に勝てるようにするかが課題。
- 保留率(Retention Rate)はFlexible Workの効果を測る一つの測量法である。

27

(3) 医療機関特有の難しさ

- Line Managerにとっては難しい問題である。Flexible Workを複雑なシフトやルーota制の導入によってどう管理するかはそう簡単ではない。
- 底辺にあるのは、個人の要望よりも最後はやはり業務が優先される。
- 成功のカギは「業界・院内の文化(認識)を変える」ことである。

28

- まずはマネージャーレベルから意識改革を行う。
- 研修(できるだけ数多く): マネージメントの研修・訓練、Best Practiceなどのケース・スタディを利用。
- サポート: 専属の人事チームを配属
- 苦情手続きプロセス: 申請が却下され、それが上告されても解決しなかった場合などの処置の仕方(法的アドバイス、なぜ却下されたかを説明するなど)

29

- 時間のかかる問題ではあるが、Flexibleに働く環境を整えることが重要。
- 変化を導入(Flexibleに働く権利を与える)直後は変化に対する恐怖、苦情、拒絶等ネガティブな反応もなきにしもあらずだが、苦情処理システムをしっかりと設置することで、一つ一つの問題・苦情に対処し、困難であってもその導入した新しい変化を前に押し続ける。そうすることにより、時間が経てば、理解する人が増え、またそんなに「怖くもない」とわかり、受け付けるようになる。長期的に、「院内認識・文化」の改造がもたらせる。

30

(4) 過渡期

- 過渡期は2年と考えられる。いったんこの過渡期を過ぎると、それまで心配が予想されていた問題などは実際に浮上しないことがわかるようになる。
- 一つの選択肢(Flexible Workの)ではなく、幅広い選択肢をスタッフに提供することにより、自分たち一人ひとりにも自分にあった選択肢・方法・権利があるとわかる。(

31

例: 子供を持つ女性医師が夜勤や無理と申請した場合

- 周りのスタッフは自分は夜勤は問題ないかもしれないが、OOの理由で週に2日連続で休暇のあるローテーションがいいというかもしれないように、それぞれの生活スタイル・優先順位によって、なんらかの該当するFlexibleに働く選択肢があるとわかるようになり、相手への理解が深まる。

32

- 技術の進歩は医療機関にも影響を及ぼしている。
- Tele Work: 管理職やサポートスタッフの間では可能になってきていることは承知の内容だが、専門職にも可能になってきている。
- 例: 特殊な手術技術を持つ医師(現役でも引退でも可能)が手術室に行かなくても、ビデオ会議などを通して直接執刀医にアドバイスをしたり、技術提供が可能。

33

- また、それまでは処理されてきた膨大なカルテ資料が、時差を利用してインドなどの国でタイプされ・書かれ、Emailなどを使って時間のロスなく電子版で送り返されてくる。

34

(5) 事前の調査

- 医療業界のように、シフト制など難点の多い分野でのFlexible Work導入はもちろん事前の下調べ、スタッフへの意見調査・アンケート等が大事である。
- また、スタッフ側の代表団ときちんと会話をし、声を聞き、意見交換が大事である。

35

(英国において)海外からの医療スタッフが増えたことが意味すること

- 人種・年齢・性別・障害など様々な点で多様化した人材が英国医療界に入ってきたことになる。
- その違ったいろいろなものを持った一個人を一個人として扱うことが大事。
- 個人として扱うということは、どのグループに属そうと関係なく、一人の人間として尊重して扱うという解釈になる。))

36

(6) 加賀屋(石川県、300名)

- 7階建ての母子寮の1階に保育所・学童
- 「従業員は家族、加賀屋は大きな村」
- シングルマザー雇用率が日本一。
- なぜ?
- 客室系のコミュニケーションスキルの高さ
- 発達した皮膚センサー
- 顧客ひとりひとりへのきめ細やかな対応
- 見えない部分で、徹底的な合理化

37

(7) スウェーデンのChannel4の成功

- スウェーデンでもTV業界はWLBしにくいとされる典型的な業界の一つ。
 - その中で、民間TV会社「TV4」は、WLBの推進が「社会的責任」と宣言。
 - WLBしやすい職場環境作りで差別化を図り、同業他社から優秀な人材(特に女性)を吸引。
 - 時間制約がある人たちをグループ化し、業務のオープン化 & 共有知化を徹底した。
- 例: 8時間 × 3人 = 24時間対応など

38

まとめ-DIV/WLBは漢方薬

- DIV/WLBは経営戦略、地域戦略として不可欠。
- ただし、即効薬ではなく、漢方薬。服用し続けると、強靱な企業体質、持続性の高い地域となる。
- 近視眼的に目先の業績向上に目を奪われていると、どうしても後回しになってしまう。しかし、そういう企業、地域に明日はない。
- このことに気付けるかどうか、医療機関、職場はいま大きな分岐点に立っている。

39

ご清聴いただき、ありがとうございました。渥美

Naoki_Atsumi@tbr.toray.co.jp

2011年に『イクメンで行こう!』を刊行。
第5章で、介護と仕事の両立体験を執筆
2012年に『ムダとり時間術』を刊行。
日本経済新聞出版社

2012年、介護と仕事を両立するための映像媒体を監修。渥美由喜の紹介と言っていたら、2巻で5千円(7%程度)の割引に

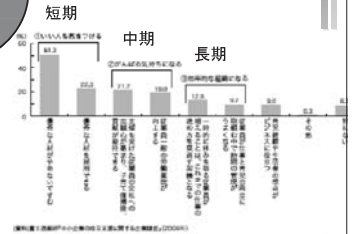
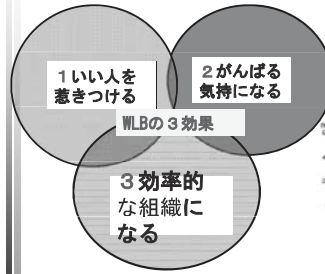


All Rights Reserved Copyright

40

(ご参考)
ワーク・ライフ・バランスが
組織に与える効果

(1) 3つの効果

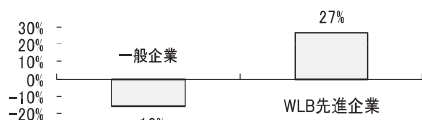


(2) ハイリターン投資

× 誤解: コストがかかって企業にメリット少ない

◎ 正しい理解: ハイリターンが約束されている投資

○ 一般企業では2割強、売上が減少した一方で、
先進企業では3割近く増大(経常利益も同様)



(資料) 経済産業省『企業活動基本調査』各年版、有価証券報告書等を基に、渥美由喜が作成。

(3) リスクマネジメント

A. 個人のリスク対応

- 人生何が起きるかわからない
- 何か起きてから、あわてて働き方の見直しを進めても遅い
 - なぜなら、働き方の見直しは、難しいことへのチャレンジ
 - ライフでチャレンジが始まってから、あわててワークでもチャレンジするとつぶれるリスクがある
- 何もないうちから、働き方の見直しに着手すべき

(3) リスク①メンタルヘルス



- 全従業員のうち、出社できない人2%、通院している人6%、自覚症状がある人30%。
- 過労うつが原因で自殺した人は、6割増。30歳代が40%。
- 従業員がうつになった場合、企業は「訴訟リスク」、「社会的信用喪失リスク」で著しい打撃を蒙る。

All Rights Reserved Copyright(C)NaohKATSUMI 2010

(4) リスク②介護ラッシュ

- 介護を理由に離職した人は、年間15万人、5年間で1.6倍に。
- 高齢化の加速、少子化の進行、未婚化、共働き世帯の増加を背景として、仕事をしながら介護に関わる従業員は10年後に50万人を超える見込み。(渥美調査)
- 特に企業の中核を占める40、50代の従業員が直面し、また、女性のみならず男性の離職も確実に増え続けていく。
- これからやってくる「介護ニーズ急増時代」に働きがい、やりがいを維持することは、企業にとって早急に対応すべき重要な経営課題。

B. 職場のリスク対応

- 先行き不透明な社会では、多様な構成員を持つ多様な個性を持つ組織では、臨機応変な対応ができる→優位に立つ。
 - 一方で、構成員が金太郎飴のように同質な組織では、組織に依存して、個が埋没しやすく、硬直化した対応をとりやすい。
- 誰かがいないと成り立たない、職場にいないと成り立たない働き方は大きなリスク
 - リスクが生じた社員に、『支援と貢献』の相互作用を起こすことが大切

介護の時代
仕事と介護を両立していくために
— 全2巻 —
DVD 小物子

職場で働く方が介護に備えるための初DVD
少子高齢化が進む中で、介護需要はますます深刻になっていく。もはや介護問題は個人の関心事ではなく、解決に向けて社会・企業・個人が連携して取り組まなければならない。これは企業が成長を遂げるための、企業がこの問題に積極的に関与し、同時に個人が対策の取組を促すことによって問題を乗り越えることが求められる。ドラマやアニメの感動的映像をもとにストーリーが展開する。

DISC1 仕事との両立
DISC2 介護保険制度を知る

先日介護と仕事を両立するための映像媒体を監修しました。渥美由喜の紹介と書いていただければ、2巻で5千円7%程度の割引になります。

47

①企業のリスク対応〜コンプライアンス

- 女性役員割合が低い企業ほど、破たん確率が高い(英国企業調査)。
- 女性管理職割合が低い企業ほど、長時間労働の職場ほど、不祥事が生じるリスクが高い
- 瀧美由喜の3000社データベースに基づく調査。
- 「不祥事」企業の特徴
 - ①長時間労働
 - ②女性の管理職が少ない
- 「不祥事を回避」する上でも重要な戦略に

49

(4)イノベーション

①女性活躍は2つのイノベーション

- プロダクトイノベーション:女性の視点で商品・サービスに付加価値
- プロセスイノベーション:制約社員の視点で、業務プロセスの効率化

50

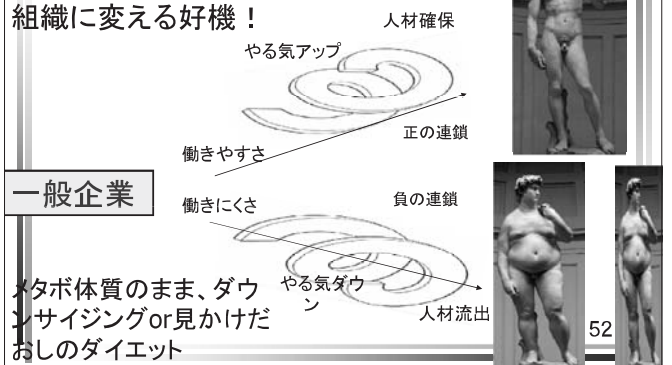
②オンオフの切り替えがひらめきの源泉

- オンで集中して働くと、オフでも潜在意識下で脳細胞がフル活動する
- 意外な組み合わせから、着想は生まれやすくなる
- 逆に、24時間、365日対応からは、イノベーションが生じにくい
- 業務の質を高めたければ、多面性を持った方がいい

51

先進企業 (5) 大きな明暗を分ける!

WLB推進により、筋肉質な組織に変える好機!



52

1. 日本医師会男女共同参画委員会

日本医師会男女共同参画委員会委員長 小笠原 真澄

男女共同参画委員会の小笠原でございます。平成 22 年・23 年度の委員会の報告をいたします。

私どもの委員会の役割は、会長諮問に対する答申作成が第一の役割です。委員会が実施した具体的な取り組みは、男女共同参画フォーラムの企画・意見具申、要望書提出、都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取り組み状況調査、そして学生向け情報誌ドクターゼの女性医師のページの一部の企画・執筆担当などです。

答申ですが、平成 22 年・23 年度の会長諮問は「日本医師会の男女共同参画への取り組みについて」でありました。昨年のフォーラムでも途中経過を報告いたしましたが、以下の 6 つの項目について委員会としての意見提言をまとめました。

まず項目 1 は、方針決定過程への女性医師参画の拡大です。今後女性医師の増加に伴い、日本の医療に果たす役割はますます大きくなることは明らかであります。日本医師会は増加する女性医師の組織化、就労支援に努める必要があり、方針決定過程に女性医師が参画していくことは、日医、女性医師、国の方針として、それぞれに求められていることを指摘いたしました。そのうえで、具体的な方策といたしまして、理事の女性医師枠を検討、実施すること、方針決定の場へ女性医師を積極的に登用する取り組みを進めていくための「『2020.30』推進懇話会」を継続実施することを提言しております。

項目の 2 は、男女共同参画の視点に立った医師の働き方に対する提言です。その第 1 として、女性医師の勤務環境整備についての具体策として、医学部に男女共同参画に関する教育を導入すること、育児支援の充実、柔軟で多様な勤務体制、複数主治医制の導入を進めること、一般社会の意識啓発に努めることなどを提言しております。

さらに、女性医師が勤務を継続していくための医師の健康支援についても言及しております。過重労働対策と共に、精神的なストレスに対するメンタルヘルスケア対策も重要です。日医の勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会が、医療機関の管理者や産業医を対象として行っている「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を拡充すること、女性の多い職場には女性産業医の配置を推進することなどを提言しております。

項目の 3 は、男女共同参画を推進するための情報の集約・提供、およびメディアに対するアピールの方法です。医師、他の医療関係者、市民など、それぞれに有効な男女共同参画を推進するための情報を発信し、情報交換の場を設けることを提言しております。

項目の 4 は、大学教育や女性研究者等に対する男女共同参画の取り組みの推進です。ここで

はキャリア形成に関して、男女公正な機会、評価・処遇を与えること、オールドボーイズネットワーク、これは男性研究者が長く組織を運営していくなかで作り上げた文化、約束事のようなものとされておりますが、この認識と新たなネットワークの構築なども提言しております。

項目5は、生涯を通じた女性の健康支援に対する提言です。

項目6は、災害と男女共同参画についてですが、ここでは一般社会に対する取り組みとして、災害復興において男女共同参画の視点からの取り組みの重要性について、指摘しております。

委員会が実施した具体的な取り組みといたしましては、この男女共同参画フォーラムの開催があります。第6回フォーラムは平成22年7月24日に鹿児島において、第7回フォーラムは平成23年7月30日、秋田においてそれぞれ開催されました。第8回は本日でありまして、「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」ということをテーマに開催されております。

要望書提出は昨年度のフォーラムで報告いたしましたので、ここでは項目のみにとどめます。「方針決定過程への女性医師の参画拡大について」および「災害時の男女共同参画について」、それぞれ関係機関に要望書を提出しております。

具体的な取り組みの3つ目は、都道府県医師会における女性医師に関わる問題の取り組み状況調査です。これは女性役員の比率や、女性医師に関わる委員会や部会の設置状況、そして、未就労を含む女性医師の数などを2年ごとに調査しているものです。今回は平成24年の2月に報告しております。

女性医師に関わる委員会や部会が設置されている医師会は、前回調査時報告時は28でしたが、今回は32と少しずつではありますが増えております。役員につきましては、女性役員がない医師会は前回調査では14でした。今回は役員改選時期でもありまして、7月18日時点での数字と比べますと、今回は12ということで少し減っております。それを反映してと思われませんが、女性役員の割合は前回4.5%から今回5.3%と微増ではありますが増えています。

さて、日本医師会では平成23年3月に男女共同参画に関する積極的改善措置というものを公表しております。これは平成24年度までに委員会委員に女性を最低1名登用し、結果として委員会委員に占める女性の割合を1割に、平成26年度までに役員に占める女性の割合を1割にするということで、いわゆる女性1割運動を提唱しております。

女性1割運動のその後です。昨年、平成23年7月の時点での女性医師が在籍する委員会の割合は52.7%でありました。今回は、予定されているすべての委員会がまだこの段階で設置されていたわけではありませんが、7月18日現在の数字は53.3%ということで、ほぼ同じような結果でありました。

また、全委員数に占める女性委員の割合ということで見ますと、前回9.2%から、今回は7.7%と少し減っているという数字です。これは女性医師支援委員会の位置づけが変わったことによるものと理解していますが、いずれにしても、7月18日の段階では、昨年公表いたしました成果目標に到達していないということは事実であります。

私どもは、日本医師会のような組織においてこそ、男女共同参画の視点を常に持って、社会の範となるような男女共同参画体制を構築すべきではないかと思っております。そのために、

私ども自身も努力を続けてまいりますとともに、この成果目標を実現するための具体策というものをさらに検討いたしまして、提言を続けてまいりたいと思っております。

以上で、委員会からの報告を終わらせていただきます。

日本医師会 男女共同参画委員会報告

第8回男女共同参画フォーラム

平成24年7月28日



日本医師会男女共同参画委員会委員長
小笠原 真澄

1

日本医師会男女共同参画委員会の役割

会長諮問に対する答申作成

委員会が実施した具体的な取り組み

- 男女共同参画フォーラムの企画・意見具申
- 要望書提出
- 都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取り組み状況調査
- 学生向け情報誌ドクターゼの女性医師のページの一部を企画・執筆担当



2

男女共同参画委員会答申

平成22・23年度の会長諮問

「日本医師会の男女共同参画への取り組みについて」

1. 方針決定過程への女性医師参画の拡大
2. 男女共同参画の視点に立った医師の働き方に対する提言
3. 男女共同参画を推進するための情報の集約・提供およびメディアに対するアピールの方法
4. 大学教育や女性研究者に対する男女共同参画の取り組みの推進
5. 生涯を通じた女性の健康支援に対する提言
6. 災害と男女共同参画



3

男女共同参画委員会答申 日本医師会の男女共同参画への取り組みについて

1. 方針決定過程への女性医師参画の拡大

今後、女性医師の増加に伴い、日本の医療に果たす役割は大きくなる。

日医は増加する女性医師の組織化、就労支援に努める必要があり、方針決定過程に女性医師が参画していくことは、日医、女性医師、国の方針として、それぞれに求められていることである。



- 「理事の女性医師枠」を検討、実現する
- 方針決定の場へ女性医師を積極的に登用する取り組みを進めていくための「2020. 30推進懇話会」を継続実施する



4

男女共同参画委員会答申 日本医師会の男女共同参画への取り組みについて

2. 男女共同参画の視点に立った医師の働き方に対する提言

(1) 女性医師の勤務環境整備についての具体策として

- ➡ ● 医学部に男女共同参画に関する教育を導入する
- 育児支援、柔軟で多様な勤務体制、複数主治医制の導入
- 一般社会の意識啓発

(2) 女性医師が勤務を継続していくための医師の健康支援として

過重労働対策とともに、精神的なストレスに対するメンタルヘルス対策も重要である

- ➡ ● 日医の勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会が、医療機関の管理者や産業医を対象として行なっている「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を拡充する
- 女性の多い職場には女性産業医の配置を推進する



5

男女共同参画委員会答申 日本医師会の男女共同参画への取り組みについて

3. 男女共同参画を推進するための情報の集約・提供およびメディアに対するアピールの方法



医師、他の医療関係者、市民など、それぞれに有効な男女共同参画を推進するための情報を発信し情報交換の場を設ける

4. 大学教育や女性研究者等に対する男女共同参画の取り組みの推進



- ➡ ● キャリア形成に関して、男女公正な機会、評価・処遇を与える
- オールドボーイズネットワーク(男性研究者が長く組織を運営してきた中で作り上げた文化、約束事のようなもの)の認識と新たなネットワークの構築



6

男女共同参画委員会答申 日本医師会の男女共同参画への取り組みについて

5. 生涯を通じた女性の健康支援に対する提言

6. 災害と男女共同参画

- ➡ 一般社会に対する取り組みとして、女性の健康支援について、また災害復興において男女共同参画の視点からの取り組みの重要性について指摘



7

委員会が実施した具体的な取り組み

男女共同参画フォーラム

第6回男女共同参画フォーラム(鹿児島 H22.7.24)

テーマ
「男女共同参画のための意識改革」

第7回男女共同参画フォーラム(秋田 H23.7.30)

テーマ
「育てる～男女共同参画のための意識改革から実践へ～」

第8回男女共同参画フォーラム(富山 H24.7.28)

テーマ
「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」



8

委員会が実施した具体的な取り組み

要望書提出

方針決定過程への女性医師の参画拡大について

会長選挙制度に関する検討委員会が設置された際に、選挙のあり方を議論していくなかにおいて、女性医師が意思決定の場へ参画する方策についても検討項目となるように、「日本医師会理事女性医師枠の創設について」要望

平成23年2月 会長選挙制度に関する検討委員会に要望書を提出

災害時の男女共同参画について

「防災・災害対策計画および、復興計画などの政策決定過程において男女共同参画の視点が反映されるように女性の参画を推進する」ことについて関係各機関に配慮を求める要望

平成23年6月 日本医師会長に要望書を提出

平成23年6月 日本医師会長により、内閣総理大臣、都道府県知事等宛に要望書を提出



9

都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取り組み状況調査

女性医師に関わる委員会や部会が設置されている都道府県医師会	H22年2月	H24年2月
	28 <small>(都道府県医師会)</small>	32 <small>(都道府県医師会)</small>

女性役員について

	H22年2月	H24年2月	H24年7/18現在
○女性役員がいない医師会	14	15	12
○女性役員の割合	4.5% <small>最大: 富山県15.8%</small>	4.6% <small>最大: 富山県21.1%</small>	5.3% <small>最大: 富山県21.1%</small>



10

日本医師会の積極的改善措置 (H23年3月に公表)

日本医師会の男女共同参画に関する積極的な成果目標

↓
女性一割運動

H24年度 (2012) までに
・ 委員会委員に女性を最低1名登用
→ 委員会委員に占める女性の割合を一割に

H26年度 (2014) までに
・ 理事・監事に女性を最低1名登用
・ 常任理事 に女性を最低1名登用
→ 役員の女性の割合を一割に



11

日本医師会の積極的改善措置 (女性一割運動のその後)

H24年度までに ● 委員会委員に女性を最低1名登用

↓
委員会委員に占める女性の割合を一割に

	H23年7月	H24年7月18日現在
女性医師が在籍する委員会の割合	52.7% (29 / 55)	53.3% (25 / 45) ※48委員会中45委員会設置済
全委員数に占める女性医師の割合	9.2% (67 / 725)	7.7% (49 / 634)



12

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委員会委員長
秋葉 則子

こんにちは。日本医師会女性医師支援委員会委員長の秋葉でございます。日本医師会の女性医師支援センター事業につきまして、平成 23 年度の活動を中心にご報告させていただきます。

平成 23 年度の女性医師支援センター事業は 1 から 8 まであります。

その 1 つ、女性医師バンクの報告です。女性医師バンクは今年の 1 月で開設丸 5 年がたち、現在は 6 年目です。就業実績は 5 周年となった 1 月の時点では 300 件に若干届かなかったのですが、翌月には 300 件を突破いたしました。これも会員の皆様や各医師会等、関係各方面のご協力の賜物で、この場をお借りして心より感謝申し上げます。

続いて、女子医学生や若い女性医師がキャリアを中断せずに就業を継続できるような講習会を行っております。平成 23 年度は各都道府県医師会において延べ 44 回、学会・医会等において延べ 13 回、合計 57 回開催しております。ご覧のとおり年々開催の回数が増加しております、この講習会が各地で定着していることが伺われます。

また本年 2 月、日本医師会館において開催されました女性医師支援事業の連絡協議会では、「女子医学生、研修医等をサポートするための会」について、本講習会を開催していただきました都道府県医師会からの事例発表を中心とした情報交換の機会を設けました。当日は資料発表を含めて 12 の都県医師会より標記講習会についての事例発表があり、会の充実のための活発な意見交換が行われました。出席者は 131 名でした。

続いて、女性医師支援センター事業のブロック別会議についてですが、各地において地域からの声をお聞かせいただくと同時に、本事業へのご理解を深めていただくという双方向による情報の伝達、ならびに各地域内での情報交換の機会として、平成 21 年度より各医師会のご協力を得て、ブロック別会議を開催しております。全国を 6 つのブロックに分け、それぞれ開催いたしました。昨年で 3 年になりますが、これからも各地で定着しており、どの地域においても非常に活発な意見交換が行われております。

日本医師会主催の講習会への託児サービス併設促進と補助についてですが、日本医師会女性医師支援センターでは、育児中の医師の学習機会を確保することを目的として、平成 21 年度より、各医師会が主催する講習会等に託児サービスを併設するための費用を補助しております。ご覧いただいておりますように、まだ利用の実績が上がっておりません。各医師会の先生方、ぜひこの補助をご利用いただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それから、女性医師のキャリア支援のための DVD 作成についてですが、女性医師支援セン

ターでは、女性医師のキャリア形成やライフスタイルのあり方を多くの女子医学生、研修医や若手の女性医師に伝えることを目的として、ロールモデルとなる女性医師の働き方や女性医師支援に関わるさまざまな立場の方々の考え方、取り組みを紹介するDVDを作成いたしました。

作成に当たっては、女性医師支援委員会内に設置したワーキンググループのメンバーを中心に検討を重ねました。3枚組で、第1枚は講演編として羽生田センター長の挨拶を含め5編収録しております。2枚、3枚はインタビュー編、対談編といたしまして4編ずつ収録されております。先ほどお話ししました今年の2月に女性医師支援事業連絡協議会の際に、各都道府県医師会にお配りしております。まだ余部がありますので、講習会などでご活用いただける方はぜひ日本医師会女性医師支援センターまでご連絡ください。

女性医師支援センターホームページは、昨年秋田で行われましたこの男女共同参画フォーラムの時に、ホームページが完成したことをご報告させていただきました。丸1年が経過いたしました。内容についてですが、各地で頑張っている女性医師の紹介や、法律や制度の紹介、各地の女性医師等相談窓口へのリンクなどがありますので、ぜひ一度ご覧いただければと思います。

今年の1月27日に日本医師会館で「『2020.30』推進懇話会」が開催されました。参加者は85名でした。

以上が平成23年度の事業報告となっております。

平成24年度の女性医師支援センター事業の計画ですが、変更点といたしまして、今まで「女子医学生、研修医等をサポートするための会」から「女子」を取りまして、「医学生、研修医等をサポートするための会」となったことが掲げられております。

女性医師バンクの運用状況ですが、赤字で書かれていますのが4月以降の登録件数です。6月30日現在で、就業実績は319件に達しております。最近、求人、求職、両方の登録件数が少し伸び悩んでいますので、本日、参加している先生方の施設、また先生方のお知り合いにお声掛けいただいて、求人登録などもしていただければありがたいと思います。

また、今年も全国6ブロックでブロック会議を行います。場所と日時は決まっているところもありますが、こちらも各地域において、先生方、ふるって参加していただければと思います。

報告は以上でございます。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8回男女共同参画フォーラム 平成24年7月28日

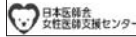
日本医師会女性医師支援委員会委員長
秋葉 則子



1

平成23年度女性医師支援センター事業報告

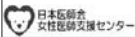
1. 女性医師バンクによる就業継続、復帰支援（再研修を含む）
2. 女子医学生、研修医等をサポートするための会
3. 各都道府県医師会での女性医師相談窓口の設置促進
4. 各都道府県医師会の女性医師支援についての情報交換
女性医師支援センター事業ブロック別会議の実施
5. 医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と補助
6. 女性医師のキャリア支援のためのDVD作成
7. 女性医師支援センターのホームページ作成
8. 「2020.30」推進懇話会の開催



2

女性医師バンク運用状況（平成24年3月末日現在）

- ◇求職登録者数：278名（延べ639名）
- ◇求人登録施設数：1,376施設（延べ1,549施設）
- ◇求人登録件数：908件（延べ3,654件）
- ◇就業実績：309件
 - 内訳）就業成立：293件
 - 再研修紹介：16件



3

女子医学生、研修医等をサポートするための会（1）

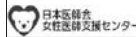
女子医学生や若い女性医師がキャリアを中断せずに就業を継続できるよう、講習会等を通じ、多様な女性医師像のモデルを提示する。

- ◇都道府県医師会等に対し、開催を依頼
（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）

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21年度	47（医師会34、その他13）
平成22年度	56（医師会43、その他13）
平成23年度	57（医師会44、その他13）

*平成18年度はモデル事業として10道県のみ開催

- ◇開催に掛かる費用のうち、30万円を上限として、本会が負担



4

女子医学生、研修医等をサポートするための会（2）

女性医師支援事業連絡協議会 次 第

日時：平成24年2月17日（金）14時～16時
場所：日本医師会館 小講堂
司会：常任理事 保坂 シゲリ

開 会
挨拶
議 事
女性医師支援センター センター長 羽生田 俊

1. 「女子医学生、研修医等をサポートするための会」事例発表 I
①青森県医師会、②東京都医師会、③神奈川県医師会、④愛知県医師会
（①～④についての質疑応答） - 休 憩 -
2. 「女子医学生、研修医等をサポートするための会」事例発表 II
⑤島根県医師会、⑥岡山県医師会、⑦広島県医師会、⑧愛媛県医師会、⑨鹿児島県医師会
（⑤～⑨についての質疑応答）
3. 質疑応答（全体）・総合討論

閉 会
◇資料発表：⑩兵庫県医師会、⑪徳島県医師会、⑫福岡県医師会 出席者：131名



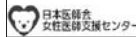
5

女性医師支援センター事業ブロック別会議

地域からの声をお聞かせいただくと同時に、本事業へのご理解を深めていただくという、双方向による情報伝達ならびに各地域内での情報交換の機会として、平成21年度より全国6ブロックにて開催。

【平成23年度開催実績】

- ◇近畿ブロック（平成23年10月2日 於：兵庫県医師会館、参加者34人）
- ◇中部ブロック（平成23年11月13日 於：名古屋マリオット、参加者41人）
- ◇中国四国ブロック（平成23年11月20日 於：ホテルグランヴィア広島、参加者32人）
- ◇九州ブロック（平成23年12月4日 於：鹿児島県医師会館、参加者53人）
- ◇北海道・東北ブロック（平成23年12月11日 於：ホテル外味'カン'仙台、参加者40人）
- ◇関東甲信越・東京ブロック（平成24年1月28日 於：日本医師会館、参加者39人）



6

医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と補助

各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。

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

【利用実績】

	利用医師会数	利用者数 （子どもの数）
平成21年度	14医師会	102人
平成22年度	20医師会	231人
平成23年度	20医師会	174人

上記には、日本医師会利用分も含む



7

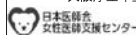
女性医師のキャリア支援のためのDVD作成（1）

女性医師のキャリア形成やライフスタイルのあり方を多くの女子医学生、研修医や若手の女性医師に伝えることを目的として、ロールモデルとなる女性医師の働き方や女性医師支援に携わる様々な立場の方々の方の考え方、取り組みを紹介するDVDを作成

DVDは3枚組でそれぞれ以下の内容を収録。（敬称略、肩書きは平成24年1月時点のもの）

1枚目：【講演編】

- ご挨拶
 - ・社団法人日本医師会副会長・日本医師会女性医師支援センターセンター長 羽生田俊
- 講演
 - ・日本医師会の女性医師支援について
社団法人日本医師会常任理事 保坂シゲリ
 - ・女性医師支援と男女共同参画
自治医科大学医学部長 横井真里子
 - ・女性医師キャリア支援
横浜国立大学大学院医学研究科長、生体制御・麻酔科学主任教授 後藤藤久
 - ・女性医師支援が病院を活性化させる
大阪厚生年金病院名誉院長・統括医療顧問 清野佳紀



8

女性医師のキャリア支援のためのDVD作成（2）

2枚目：【対談・インタビュー編1】

- ・私の選択(心臓血管外科、小児科)
東京女子医科大学心臓血管外科 立石実、青森県立中央病院小児科 會田久美子
日本医師会女性医師支援委員会委員、青森県医師会女性医師活躍推進委員 村岡真理
- ・二人三脚、医師夫婦の一例
福岡大学医学部外科講座消化器外科 愛洲尚哉、日本医師会女性医師支援委員会副委員長 家守千鶴子
- ・行政で働く女性医師
厚生労働省大臣官房国際課課長補佐 高岡志帆、東京女子医科大学医学部第一生理学教室教授 川上順子
- ・今求められる医師像 医学教育の立場から
鹿児島大学大学院医学総合研究科教授・医学教育開発センター長 田川まさみ
日本医師会女性医師支援委員会委員、青森県医師会女性医師支援室長 鹿島直子

3枚目：【対談・インタビュー編2】

- ・産婦人科の女性医師として
郡立多摩総合医療センター産婦人科部長 桑江千鶴子、社団法人日本医師会常任理事 保坂シゲリ
- ・眼科医として
日本医科大学眼科教室准教授 堀純子、日本医師会女性医師支援委員会委員 福下公子
- ・自分の命を主人公に(在宅医療にかける)
緩和ケア診療所ふじ内科クリニック院長 内藤いづみ
日本医師会女性医師支援委員会委員、日本医師会女性医師バンク中央センター統括コーディネーター 秋葉則子
- ・病理の醍醐味
独立行政法人国立成育医療センター病理診断部長 中澤温子、東京女子医科大学医学部第一生理学教室教授 川上順子



9

女性医師支援センターホームページ



ホームページURL www.med.or.jp/joseishi/



10

平成23年7月29日開設

【主な内容】

- ◇ 支援情報
- ◇ 各種制度の紹介
- ◇ 女性医師バンクの事例紹介
- ◇ 活躍中の女性医師の紹介
- ◇ よくあるご質問
- ◇ 各地の女性医師相談窓口のホームページへのリンク 等

「2020. 30」推進懇話会の開催

本会の「女性一割運動」についての数値目標を達成するため、女性医師会員に本会の組織・運営・活動に関わる理解を深め、将来、本会の活動に参加して頂くことを目的として開催

「2020. 30」推進懇話会（第1回）プログラム

日時：平成24年1月27日（金） 14：00～16：00
場所：日本医師会館 小講堂
司会：常任理事 保坂 シゲリ

開 会

挨拶

議 事

1. 日本医師会の組織と事業内容
2. 日本医師会の運営の実態
3. 当懇話会について

副会長 羽生田 俊
常任理事 今 村 聡
常任理事 保坂 シゲリ

総合討論

出席者 85名



11

平成24年度女性医師支援センター事業 事業計画

1. 女性医師バンクによる就業継続、復帰支援（再研修を含む）
2. 医学生、研修医等をサポートするための会
「女子医学生、研修医等をサポートするための会」から名称を変更
3. 各都道府県医師会での女性医師相談窓口の設置促進
4. 女性医師支援センター事業ブロック別会議の実施
5. 医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と補助
6. 「2020. 30」推進懇話会の開催
7. 女性医師の就労環境の改善と健康支援
8. 女性医師を家族にもつ方たちのサポート



12

女性医師バンク運用状況（平成24年6月末日現在）

- ◇ 求職登録者数 : 246名（延べ646名）
平成24年度 : (延べ 7名)
 - ◇ 求人登録施設数 : 1,384施設（延べ1,566施設）
平成24年度 : (延べ 17施設)
 - ◇ 求人登録件数 : 918件（延べ3,743件）
平成24年度 : (延べ 89件)
- 平成24年度
- ◇ 就業実績 : 319件（10件）
内訳）就業成立 : 302件（9件）
再研修紹介 : 17件（1件）



13

平成24年度女性医師支援センター事業ブロック別会議 日程

- ◇ 北海道・東北ブロック(担当:青森県医師会)
日 時:平成24年12月9日(日)13時00分～ 場 所:青森市内
- ◇ 関東甲信越・東京ブロック(担当:日本医師会)
日 時:未 定 場 所:日本医師会館
- ◇ 中部ブロック(担当:愛知県医師会)
日 時:平成24年11月18日(日)にて調整中 場 所:富山市内
- ◇ 近畿ブロック(担当:大阪府医師会)
日 時:平成24年9月30日(日)14時～16時 場 所:ザ・リッツカールトン大阪
- ◇ 中国四国ブロック(担当:広島県医師会)
日 時:未 定 場 所:未 定
- ◇ 九州ブロック(担当:福岡県医師会)
日 時:平成24年12月15日(土)または16日(日)にて調整中 場 所:福岡市内



14

「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」

コーディネーター

日本医師会男女共同参画委員会委員長 小笠原真澄
富山県医師会常任理事 種部 恭子

パネルディスカッションは私、小笠原と富山県医師会の種部恭子常任理事が進行を務めさせていただきます。

本日のテーマは「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」ですが、女性医師の就業継続支援に端を発し、男女共同参画が推進されてきたというプロセスがあったからこそ、ワークライフバランスの推進が医療界にとっていかに重要であるかということに気づいたのではないかと考えています。

しかし、一方では働き方を変える、変わることを望んでいないワークワークの医師が現在の医療を支えているのも一面の事実であります。このパネルディスカッションではワークライフバランスの推進に向けて、4人のパネリストの皆様それぞれのお立場からお話いただき、ワークライフバランス推進がもたらすもの、その推進に当たり解決しなければならないことなどを総合討論で論じていただきたいと思います。

なお総合討論では、お手元の意見・質問用紙にご記入いただき、それをもとに討論してまいりたいと考えております。パネリストのお話が終わりましたから、総合討論前の休憩時間に用紙を回収いたしますので、ご協力くださいますようお願いいたします。

また、それぞれの講師のご略歴につきましては、抄録集のなかにお載せしてありますので、ご参照ください。

それでは最初に、埼玉医科大学脳神経外科教授、藤巻高光先生に「男性が変わる～医師夫婦二人三脚のコツ～」と題してお話しいたします。よろしくお願いいたします。

「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」

1. 男性が変わる～医師夫婦二人三脚のコツ～

埼玉医科大学脳神経外科教授 藤巻 高光

小笠原先生、種部先生、ありがとうございます。藤巻でございます。

子どもの教科書をひっくり返しましたら、ちょっと前の歴史の教科書ですが、男女普通選挙や民法改正という言葉を見つけました。あれから65年たっています。雇用機会均等法というのができてからやはりもう10年、20年という歳月がたっていますが、もちろん医師会はきちんとやっているわけですが、いまだに男女共同参画の会をやらないといけない状況というのは、男性優位社会がいまだに続いているからだと思います。日本医師会勤務委員会で大変お世話になっている妻も本日参加しておりますが、私自身、妻と2人で医師生活をしてきました。これの半生と反省、どちらかという和省みるほうからお話をさせていただきます。

私は埼玉医科大学で脳外科の教師をしています。妻は元々小児科医ですが、今は女子栄養大学で研究者、教育者、あるいは管理職の仕事をしています。子どもが3人います。

資料に医師の配偶者は医師が多いということでデータを示しておりますが、医師の配偶者は医師が多いということで、特に女性医師にとって2/3が相手は男性医師、私も実際、同級生にアンケートを取ってみましたら、やはり女性医師の多くの夫が医師ということ。ということで、今までの私たちの人生、および私の大学の男女共同参画担当の名越教授の調査、それに私が最近、同級生を対象に行った調査を加えて少しお話しさせていただきます。

私は1981年に医学部を卒業し、その数年前に出逢った妻と1983年に結婚しています。2人の田舎というのは、地図で見ると富山県から近い長野県でして、妻は岡谷市で私は大町市で、富山から見ると山向こうで、山を1つ越えるとこんなにきれいな山の麓に私の田舎があります。ぜひおいでいただきますようお願いいたします。

結婚したときに2人で考えたのは、足し算の夫婦ではなくて、掛け算をやろうねということです。ただ両方2より大きくないと掛け算は小さくなってしまいますが、もう1つは2人が自立していて、いつでも離婚できる、しかし、それでも一緒にいたい関係というのを築きたいねということをして、生活してきました。

私達のいままでというスライドが出てきますが、結婚して子どもが生まれて、留学を挟んで、そのあと大学生活をというような生活を今までしてきました。

実は新婚時代、私は当時勤めていた病院で、結構早く帰らなければとあせってはいたのです。

妻は妻で一生懸命仕事を早く終えて帰ってきて料理をしています。しかしながら、私の当時の潜在意識のなかには、多少男性優位、かつ、外科医というのはやはり緊急が多い、外科医のほうが内科系の先生より本当は偉い、とっていました。

その時、妻は妻で、一生懸命料理をして待っているのにちっとも帰ってこないで、結構ツノが出ていたようです。

そういう意識が少し変わってきました。元々こうだったのが、少し変わってきた1つの理由は、妻が一生懸命働いているのを見ていたということです。もう1つ大きなことは、最初の子どもが女の子だったことです。その子がこの先20年ぐらいたって、社会に出たときに、ひょっとすると男性社会だと差別されるかもしれないと、頭をよぎったのです。その瞬間に、少しこのバランスが変わりました。

私自身は「お父さんになったのだから頑張らなくては」と思っていたのですが、妻は「困ったわ」と正直思っていたようです。ところが、たまたま生まれた直後に、東京の病院から静岡県のある病院に赴任になり、私は私で「静岡は遠いな、どうするんだろう」と思いましたが、家内は「これはいい話だ」と思ったようです。というのは、大学をはなれて少し時間ができそうだったからです。妻は教授から「地元の開業医の先生が教室のOBだから、そこでちょっと手伝いをして」と言われたのです。ところが、私は救急がしょっちゅうでほとんど家にいられないような生活でした。妻はその開業医の先生に相談に行ってみると、「実は今、そんなに人手はいらないんだよね」と言われました。でも、よく考えて、ケースレポートや実験が溜まっていたのを論文として4、5報書いて、できたら将来外国も行きたいと、当時はECFMGやVQEの勉強をしたりしていました。

そうこうするうちにもう1人子どもを授かりまして、また東京に戻りました。子どもを2人連れて東京に戻るのも、このままではうまくいかないで、「ベビーシッターを雇うとか、お金を払えば何とかなるわ。」と思って帰ったのですが、日本のベビーシッターは少しプロ意識に欠けていました。私は日曜日に当直していたのですが、妻から「明日から来るはずのベビーシッターさんがドタキャンした。私は明日から仕事をどうすればいいの」と電話が掛かってきました。どうしようかと思いましたが、どうしようもないです。妻は結局子どもを連れて、長野県の実家に預けました。ここで実家が遠いというのがポイントです。2人とも実家が遠いのでどうしようもないのです。とにかく甲府まで子どもを2人連れて行って、実家から迎えに来てもらって、子どもを数か月も預けました。

そのあと何とか少し生活を立て直そうとして、業者頼みではだめなので、自分たちでベビーシッターを探そうということになり、新聞広告を出しました。新聞広告の時給はほかのところより少し高めにするのがコツでして、そうすると電話がたくさん掛かってきて、そのなかからこの人を面接しようとして決めて面接しました。こうなると妻1人ではどうしようもないので、結局私が否応なく子育てに巻き込まれていくような事態になりました。

妻は妻で子どもに申し訳ない、今日はシッターが3人も変わってしまった、今日は田舎に預けなくてはいけなくなったなどと書いた育児日記は合計14冊になりました。これは私は全然書

いていないので、妻にひたすら頭が下がります。

そうこうしながらやっていたのですが、結局、私は下っ端脳外科医ですので、そんなに家にすぐ帰れるわけではないということで、妻は時間が何とかなる麻酔科とか放射線科とかをローテーションで回ったのですが、小児科病棟医は無理で、最後はやはり当直のないパート、外来だけの関連病院の外来医になりました。でも、時間があつたので、その間に放射線とか循環器の研修をしたことが今、役に立っているようです。

もう1人子どもを授かることになりました。その間に妻が見つめてきた珍しい症例を私が手術してケースレポートを書いたりして、これは共著になっています。

私は私なりに一生懸命家のことをやろうとしていたのですが、ほとんど病院にいたのですが、ボスからしてみると、外人のお客さんが来たときに「He is a good neurosurgeon, but he cares his home too much!」と紹介されました。このボスというのが最近よくテレビに出ている福島孝徳先生です。

そうこうするうちに、妻のほうは指導教官の教授の定年が近づいてきました。同級生は皆論文を書いて博士号を取得したりしているのに、妻はバイト生活で暗くなってきました。ところが、妻は当時も一生懸命実験してしまして、実験のデータがものすごくあつたものですから、ローンで買ったばかりのパソコンにデータを入れて、私がちょこちょこことやると「有意差だけだよ、これで何で論文を書かないんだ」という話になりました。彼女は昼間は子どもの面倒で大変なので、夜中に起き出して論文を書き、博士号を取得しました。これがまた役に立つことになりました。

そこへちょうど私の留学話が起こりまして、妻もそれでは留学先を探そうといったときに、博士号を持っているというのは非常に役に立ったのです。2人でアメリカのテキサス州のMDアンダーソン癌センターに、研究者としてですが留学をすることになりました。当時4歳と3歳と1歳の子どもを連れていきました。私と妻と、同じ department に所属していましたが、部屋も研究室も違います。

子ども達はチャイルドケアに預けましたが、要するに保育園です。子どもを預けるとすぐに熱を出します。1人が熱を出すと、数日遅れて2人目、数日遅れて3人目ということで、1週間以上だれかが熱を出して保育園に預けられないということが続きます。結局1週間どちらかが仕事に行けないということで、交代で仕事を休んでいました。お金はありませんでしたが、家族の絆が強まった時期だと思います。

チャイルドケアは6時半まででしたが、妻は運転があまり得意ではなかったので、私が車でとりあえず迎えに行行って戻ってくると、彼女が実験が終わっていて一緒に家に帰るという日もありました。

2年半の留学研究生活がすぎて日本へ帰ってきたのですが、このころベビーシッターをまた雇うという話になったときに、日本のベビーシッターはやめようということで、外人のベビーシッターを雇うことにしました。外国で外人のベビーシッターが責任感を持って働いているのを見ていたからです。当時のイギリス人のベビーシッターさんとは今でも続いていまして、そ

の後遊びに来られたときに皆で撮った写真を紹介します。ガーナ人のシッターさんとの様子が読売新聞に取り上げられたこともありました。

妻は日本に帰ってきてから、元々研究のほうが好きだったということで、小児科の外来を続けながら、基礎の教室に転籍しました。私は東大の脳外科で医局長をしていました。

当時、私は留学中に研究というのはすごいことだと思いました。外科医尊重はだいぶ変わって、むしろ研究者は偉いと思っていましたし、アメリカの生活上、実際はどうか別として、意識のうえでは男性、女性の差別はあまりなくなってきていました。妻が実験や講義で遅くなる日には早く帰ると言って、結構周りから白い目で見られました。実は最近、この白い目がいまだに一部で続いているということを知って、少しショックを受けました。

そういうことで、言い訳をするつもりで「働く女医の夫の会」という会を名乗って、私はこういう理由で家に早く帰っていますというようなホームページを作ったのが、何となくそのまま続いています。これは模様替えをして、任意団体「働く女性医師の夫の会」という発展的解消を遂げています。

このころ、そうはいつても時間的には、外科医ですのになかなか早く帰れない日が多かったのですが、朝は早起きは得意なので、週に2～3日は妻の負担を減らそうと思い、朝お弁当を8年間ぐらい作りました。大体私がおかずを作って放っておくと妻が詰めてくれるので、実は負担はあまり減っていなかったとあとで聞きました。

平成19年に妻は女子栄養大学にお迎えいただきまして、私は1年遅れて同じ埼玉県内の埼玉医大に移りました。今は同じ東武東上線沿いの勤務先でして、わりと近い所に勤めています。距離も近くなって、DNAが合わさるように2人のライフもだいぶ近づいてきたのかなという感じでした。

今まで自分の視点ということでお話しさせていただきましたが、もう少し視点を広げてお話しします。ご存知のように女性医師の割合がどんどん増えています。また先ほど言いましたように、男性医師の1/4、女性医師の2/3、あるいは3/4が配偶者は医師だということです。

ところが、配偶者というのを見ると、妻が女子医大の卒業生名簿からどのぐらいの比率で結婚しているかを調べてみますと、だんだん結婚が遅くなって、婚姻率も低くなっています。これは日本全体のトレンドかもしれませんが、変わってきているのです。もちろん日本の医師はたくさん働いているというバックグラウンドがありますので、そこで意識のなかでは、これはステレオタイプですが、女性の場合は仕事も大事ですが子どもも大事、仕事はできる範囲でという意識がある方もいます。男性の場合はほとんどの人が仕事を中心で、家事は手伝いなのです。

それはどういう意識なのか、名越教授が埼玉医大の学生400人ぐらいにアンケートをしてくれました。その結果がとても面白かったので、私は自分の同級生全員に同じ趣旨のアンケートをしました。しかし、同級生へのアンケートは、卒業したときにはどんな意識でいたのか、それで実際どうだったのかという思い出アンケートですので、多少不正確かもしれません。私

の同級生が60人ぐらい、埼玉医大が400人ぐらいの回答数で、男女比は私の同級生は圧倒的に女性が少ないです。

「進路を選ぶときに、生活との両立を考えますか」という項目には、現在の女子医学生の半分、男子医学生の1/4が考えているという答えです。私の同級生は約1割です。

これは日本医師会のニュースに私が何年か前に書かせていただいたものですが、現実の問題として最近外科医が新医師臨床研修制度もあってすごく減っています。これはひょっとしてワークライフバランスのことを考えてとなると、外科系の教室の上のほうにいる身としては結構痛い話です。

では、女性医師が育児を理由に離職やパートを選ぶことをどう思うかという話なのですが、勤務制度やサポートが必要、両親のサポート、これは私どもでは無理なのですが、いろいろな意見があります。育児を優先するから仕方がないです。ところが、私の同級生になると、「考えてなんかいなかった」という人も多いのです。

それでは実際に子どもができたときに、相手、あるいは自分が女性の場合は、自分はどうしたいかという、今の医学生を見ると、一時的にパートになって、そのあとフルに戻るという回答が多かったです。一時的に離職してパートタイムで復職、このへんがわりと多いのです。

ところが、私の同級生も、当時は実はわりと同じような考え方をしていたようでした。では、現実はどうだったか。何と私の同級生で配偶者が女性医師、あるいは女性医師そのものの2/3が、実はフルタイムで勤務医を継続したということが分かりました。

これは男性の場合ですが、実際に家事を手伝うか、あるいは自分の配偶者に手伝ってほしいかという話ですが、今、男子医学生も女子医学生も半分は手伝うと言っています。ところが、私の同級生は半分手伝うというのが2割ぐらいだったのです。

そこで現実ですが、これは実際私の同級生がどうしたかという話です。半分分担したというのはほんの一部で、少しは手伝うが圧倒的、ですから、理想と現実の乖離です。私は実は、「わからない」で「半分も手伝わない」という、このへんにたぶん入るのだと思います。

そんなこともあって、女性医師自体の意識も変えていかないといけないし、そこをサポートする男性の医学生、若い医師も変えていこうということで、妻と年に1回、本当に時々ですが、女性医師や医学生、これは男性の医学生も混じっていたりするのですが、こんな感じでセミナーをやったりして、少しずつ皆の輪を広げていければと思ってやっています。またホームページなどでも情報発信ということでやっています。


結局、31年前の卒業生は、あまりこういう意識そのものがなかったのです。何となくその場、その場で自分なりの道を一生懸命見つけてきたということで、ある程度頑張ってきた。しかし、そもそも意識していなかったこと自体が、やはり問題だったのだらうと思います。逆に、今の卒業生はいろいろ考えています。彼らがこの先、どういう道を選んでいけるかという環境をつくっていったらあげないといけないのが、私たちの仕事かなと思っています。それぞれ認め合って、よさを生かして、それが本当に多様性、先ほどおっしゃったダイバーシティということに広がるのかなと思っています。

今日の発表については、最近少し忙しくて、データ整理は妻にほとんどやってもらいました。名越先生のデータはそのまま使わせていただきました。私の同級生は、これは答えてくれた人はもっといるのですが、名前を出してよいと言った方はこれだけいました。

イラストは娘が描いてくれました。拙い発表を、ご清聴ありがとうございました。

日本医師会 第8回男女共同参画フォーラム
 メインテーマ「変わる - 男女共同参画が啓くワークライフバランス」
 パネルディスカッション
 コーディネーター
 日本医師会男女共同参画委員会委員長 小笠原 真澄 先生
 富山県医師会常任理事 種部 恭子 先生

【男性が変わる - 医師夫婦二人三脚のコツ -】

 埼玉医科大学 脳神経外科 藤巻 高光
 tfujimak@saitama-med.ac.jp
 ブログ: http://howdytf.seesaa.net/

○ 富山第一ホテル 1

東京書籍 新編 新しい社会 歴史 中学校教科書(平成12年)

民主化改革 占領軍が重視したのが日本の政治・経済・社会の民主化であった。政党活動の自由が認められ、社会主義や共産主義の政党も活動を開始した。また、言論の自由も認められ、多くの雑誌が発行された。また選挙法も改正され、20歳以上の男女すべてに選挙権が与えられた。この改正で、日本ではじめて女性が選挙権を獲得した。

改正年	資格	実施年	有権者数(万人)
1889年	男子25歳以上 直接国税15円以上	1890年	1.1%
1900年	男子25歳以上 直接国税10円以上	1902年	2.2%
1919年	男子25歳以上 直接国税3円以上	1920年	5.5%
1925年	男子25歳以上 普通選挙	1928年	20.0%
1945年	男女20歳以上 普通選挙	1946年	48.7%

1946年 男女普通選挙
 1947年 民法改正 男女平等

地方自治法と新民法 新憲法に治法が制定された。地方自治法では政府が任命していたが、新民法では戸籍法が改定された。戸籍に認められていた特別な権利が廃止されて、家族関係でも男女平等が基本となった。


2

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律 男女雇用機会均等法

【目的】(第1条)
 第1章 総則 (第1条-第4条)
 第2章 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等 (第5条-第10条)
 第3章 職業上の選択への機会 (第11条-第13条)
 第4章 職業上の待遇 (第14条)
 第5章 罰則 (第15条-第17条)
 第6章 雑則 (第18条-第21条)
 第7章 附則 (第22条-第25条)

昭和47年(1972年)施行
 1997年(平成9年)全面改正
 2007年(平成19年)再改正

3





小児科医師を妻とした脳外科医の半生(反省?)からみなさまのなにかご参考に

Futari 4

Drs. Wakae and Takamitsu Fujimaki

女子栄養大学人間医科学講座 教授、栄養科学専攻学科長
 東京女子医科大学非常勤講師
 戸田中央産院小児科非常勤医師
 日本医師会勤務医委員

埼玉医科大学医学部脳神経外科 教授
 帝京大学非常勤講師
 東京クリニック脳神経外科非常勤医師
 「働く女性医師の夫の会」主宰

 3人のこどもの母親
 3人のこどもの父親

5

医師の配偶者は医師が多い

性別	医師	医療従事者	その他	無回答
男 (n=170)	22.9%	36.5%	38.8%	1.8%
女 (n=140)	67.9%	6.4%	25.0%	0.7%

アンケート n=310人
 2007.9.20 【日経メディカル Cadetto運動企画◆医者カップル時代 Vol.1】より

男性 女性
 医師 医師以外 無回答
 東京大学 年卒

6

履歴書

ふじまき たかみつ
氏名 藤巻 高光 (女)

生年月日 昭和 20年 10月 10日生

連絡先 tel 049 (276) 1334

メールアドレス fujimaki@saitama-med.ac.jp

本籍地 長野 長野県 長野市 東京大学医学部医学科

学校 医学博士 (東京)

昭和 50年 3月 慶応高等学校卒業

昭和 56年 3月 東京大学医学部医学科卒業

昭和 56年 5月 医師国家試験合格

昭和 56年 6月 関東労災病院脳神経外科医員

昭和 57年 1月 東京大学医学部附属病院脳神経外科医員 (研修医)

昭和 57年 6月 東京警察病院医員

昭和 58年 8月 都立駒込病院脳神経外科医師

昭和 60年

昭和58年9月23日 結婚

大学3年で
東京女子医大
林わかえさんと出会

Wedding


二人で目指したもの

× $A + B = C$

○ $A \times B = C$

ただし $A > 2, B > 2$

if $A < 2$ and $B < 2$
 $A \times B < A + B$




Wedding

二人で目指したもの

1. × $A + B = C$

2. **ふたりが自立(経済的に)していることが重要**

いつでも離婚できる関係:それでもいっしょに居たい関係



私達のいままで

妻

研修医 産休 産後 パート 東京女子医科大学 微生物・免疫学

おぎゃー 1985 1986 1988

ベビーシッター

お弁当づくり

夫

研修医 静岡 留学 東京大学 脳神経外科 帝京大学 脳神経外科 埼玉医大

働く女医の夫の会HP

2007 2008 10

履歴書

ふじまき たかみつ
氏名 藤巻 高光 (女)

生年月日 昭和 20年 10月 10日生

連絡先 tel 049 (276) 1334

メールアドレス fujimaki@saitama-med.ac.jp

本籍地 長野 長野県 長野市 東京大学医学部医学科

学校 医学博士 (東京)

昭和 50年 3月 慶応高等学校卒業

昭和 56年 3月 東京大学医学部医学科卒業

昭和 56年 5月 医師国家試験合格

昭和 56年 6月 関東労災病院脳神経外科医員

昭和 57年 1月 東京大学医学部附属病院脳神経外科医員 (研修医)

昭和 57年 6月 東京警察病院医員

昭和 58年 8月 都立駒込病院脳神経外科医師

昭和 60年

昭和58年9月23日 結婚



大学3年で
東京女子医大
林わかえさんと出会





新婚生活

せんざいいしき
男性 女性
外科医 内科医

早く帰らなくちゃ

せんざいいしき
男性 女性
外科 内科
医 医

1985 長女誕生

13

第1子出産

研修医 産休

あかちゃんはうれしいけど
さて
これからどうしよう

Wedding 1983

おぎやー

1985

研修医

一児の父だ
お仕事がんばるぞ〜〜!!
(能天気)

14

第1子出産

研修医 産休 休職

なんてうまい話だ!

おぎやー

Wedding 1983

1985

静岡県に
赴任せよ

静岡ー!?
どうするんだろう
あかちゃん うまれたばかりだし

15

静岡県の病院に転勤
常に救急で呼び出される毎日




5~15分後




たまの休みに家にいても、

16

家庭ほったらかしの夫

どうやってキャリアをつけようかしら

教授に紹介された地元の開業医
→いまは人手は足りている

とりあえず、論文
語学試験
の英語の勉強
基礎医学の勉強





17

第2子出産直後 東京への転勤を命じられる

研修医 産休 休職 麻酔 論文執筆

おぎやー

Wedding 1983

1985 1986

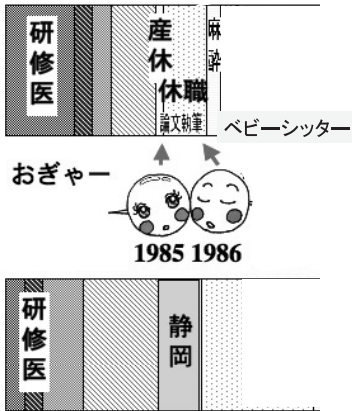
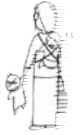
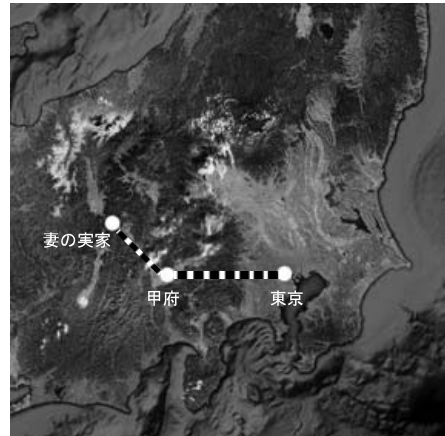
研修医 静岡

東京にもどったら、、、
フルタイムに戻ったら
ベビーシッターさんを頼もう
できれば住み込みで
時間で帰れる麻酔科の
ローテーションをこの時期に

18

えっ あすシッターさんが来ない?!

夫は病院で当直中
妻は長野県の実家に
子ども二人を預けに日帰り



業者からの派遣のシッターさん
+
自分で募集したシッターさん

新聞広告



新聞広告でシッターさんを募集

新聞広告→電話→面接



電話である程度、相手を知ってしほりこむ
(相手が断る場合もある)

夫も否応なく子育てに巻き込まれて行った

<http://www.8.cao.go.jp/koutu/serv/images/tanto5-06.gif>

記録

7年経って我が家には初めてのsitter
7月1日3人の交代と1泊2日...
12 本島に子供連れの1泊2日...



育児日誌
1985.8.13 ~ 1993.4.7
計14冊

子供連れの1泊2日...
12 本島に子供連れの1泊2日...
12 本島に子供連れの1泊2日...

●

研修医	産休 休職 論文執筆	麻放 射線 循環器研修 放射線科研修	パート
-----	------------------	-----------------------------	-----

おぎゃー ↑ ↑ ↑
1985 1986

夫は脳外科医
帰宅は遅く
シッターは定着せず

研修医	静岡
-----	----

25

●

Wedding

二人で目指したもの
初めての共著論文
(症例報告)

Child's Nerv Syst (1995) 11: 424-427
© Springer-Verlag 1995

**Dermoid cyst of the frontal bone
away from the anterior fontanel**

Takamitsu Fujimaki
Shinichiro Miyazaki
Takanori Fukushima
Yasuhiro Saito
Wakae Fujimaki
Yukiko Fujita

26

● He is a good neurosurgeon,
but he cares his home too
much!!

ある病院のボスが外国人の
ドクターに夫を紹介して
言った言葉です

Dr. Taka

He is
a good...

27

●

研修医	産休 休職 論文執筆	麻放 射線 循環器研修 放射線科研修	パート
-----	------------------	-----------------------------	-----

おぎゃー ↑ ↑ ↑
1985 1986 1988

妻の研!

P<0.01

Dr. Taka

研修医	静岡
-----	----

28

●

研修医	産休 休職 論文執筆	麻放 射線 循環器研修 放射線科研修	パート
-----	------------------	-----------------------------	-----

博士号取得

おぎゃー ↑ ↑ ↑
1985 1986 1988

1989

29
Ryugaku

●

研修医	産休 休職 論文執筆	麻放 射線 循環器研修 放射線科研修	パート
-----	------------------	-----------------------------	-----

留学先探し
学位のために
比較的スムーズに

学位取得

おぎゃー ↑ ↑ ↑
1985 1986 1988

夫の留学話

研修医	静岡
-----	----

30
MDACC

妻: As a researcher from 1990



The UNIVERSITY OF TEXAS
MD ANDERSON
CANCER CENTER
Making Cancer History



Department of Cell Biology
(主任: Prof. Isaiah J Fidler)

31
MDACC-TF

夫, too: As a researcher from 1990



The UNIVERSITY OF TEXAS
MD ANDERSON
CANCER CENTER
Making Cancer History

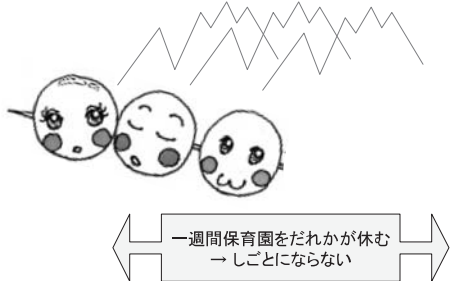


Department of Cell Biology
(主任: Prof. Isaiah J Fidler)

32
W-Fever

この絵はがきは藤巻高光の提案で癌センターが作るようになったもの

“毎月恒例”の“順番に熱発”



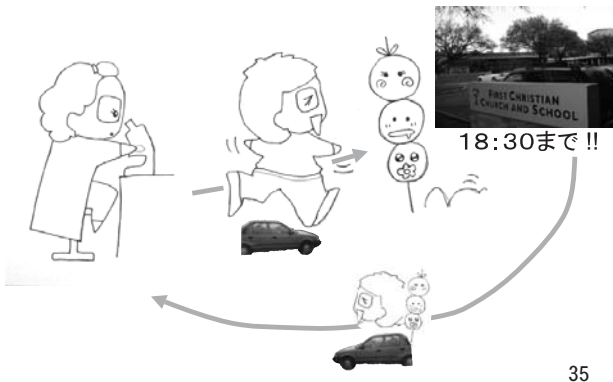
33

せんざいいしき
男性 女性

外科 研究者
医 者

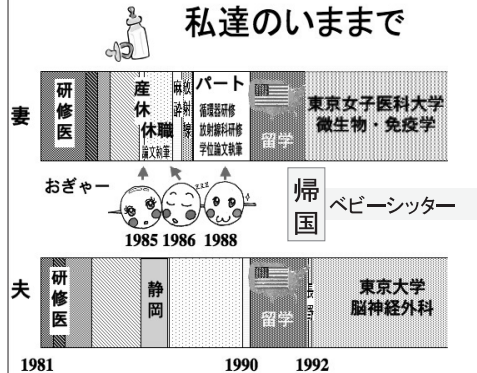
34

妻は夫の保育園のお迎えの間”実験”トイコトモ



35

私達のいままで



36



責任感、語学

何人かの外国人シッターさんが
長くつきあってくれた



再来日の時



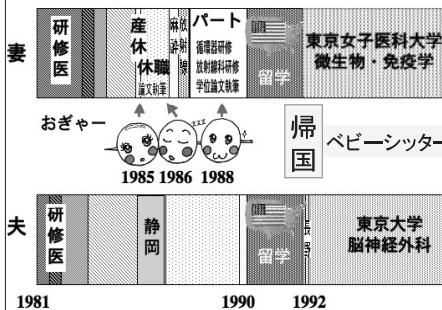
読売新聞

Ama

The Daily Yomiuri



私達のいままで



19:00!



私達のいままで

妻

- 1981: 研修医 (Resident)
- 1985: 産休 (Maternity leave)
- 1986: 休職 (Sick leave)
- 1988: パート (Part-time)
- 1990: 産休 (Maternity leave)
- 1992: 東京女子医科大学 微生物・免疫学 (Tokyo Women's Medical University, Microbiology & Immunology)

おぎゃー (Children): 1985, 1986, 1988

夫

- 1981: 研修医 (Resident)
- 1990: 静岡 (Shizuoka)
- 1992: 東京大学 脳神経外科 (The University of Tokyo, Neurosurgery)

働く女医の夫の会HP (Website of the Society of Working Women Doctors' Husbands)

43

http://square.umin.ac.jp/~takafuji/howwwwmd.html

Organization for Husbands of Working Woman Medical Doctor

働く女医の夫の会
目標副会長-穂巻高光よりのアピール

44

私達のいままで

妻

- 1981: 研修医 (Resident)
- 1985: 産休 (Maternity leave)
- 1986: 休職 (Sick leave)
- 1988: パート (Part-time)
- 1990: 産休 (Maternity leave)
- 1992: 東京女子医科大学 微生物・免疫学 (Tokyo Women's Medical University, Microbiology & Immunology)

おぎゃー (Children): 1985, 1986, 1988

夫

- 1981: 研修医 (Resident)
- 1990: 静岡 (Shizuoka)
- 1992: 東京大学 脳神経外科 (The University of Tokyo, Neurosurgery)

働く女医の夫の会HP (Website of the Society of Working Women Doctors' Husbands)

お弁当づくり (Bento making)

45

お弁当(夫作)

こんなにきれいに詰めていくことはあまりない(実は)

46 Messy

私達のいままで

妻

- 1981: 研修医 (Resident)
- 1985: 産休 (Maternity leave)
- 1986: 休職 (Sick leave)
- 1988: パート (Part-time)
- 1990: 産休 (Maternity leave)
- 1992: 東京女子医科大学 微生物・免疫学 (Tokyo Women's Medical University, Microbiology & Immunology)
- 2007: 女子栄養大学 (University of Nutrition)
- 2008: 東大医科研 (Research Institute for Medical Science, The University of Tokyo)

おぎゃー (Children): 1985, 1986, 1988

夫

- 1981: 研修医 (Resident)
- 1990: 静岡 (Shizuoka)
- 1992: 東京大学 脳神経外科 (The University of Tokyo, Neurosurgery)
- 2007: 帝京大学 脳神経外科 (Teikyo University, Neurosurgery)
- 2008: 埼玉医大 (Saitama Medical University)

働く女医の夫の会HP (Website of the Society of Working Women Doctors' Husbands)

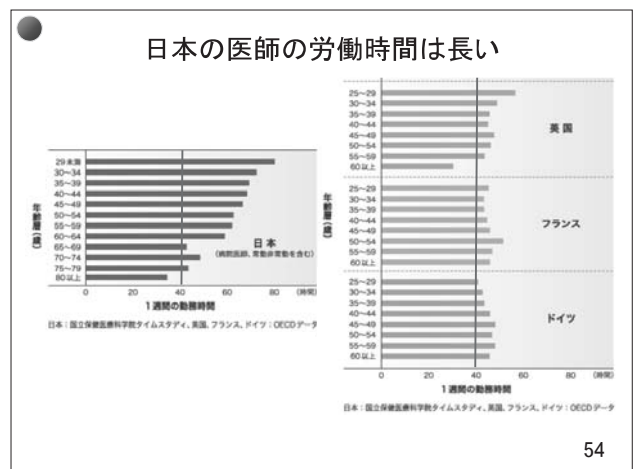
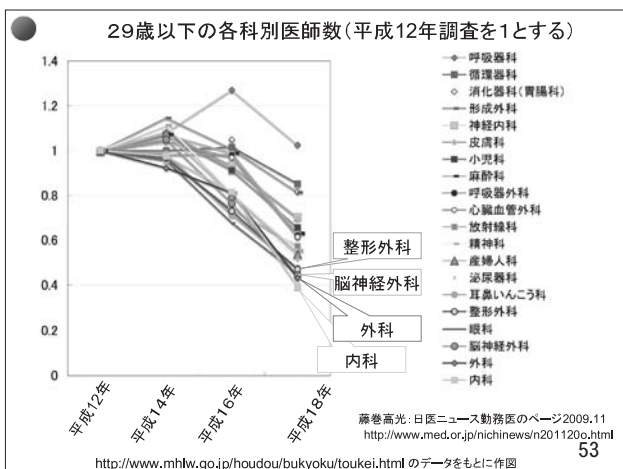
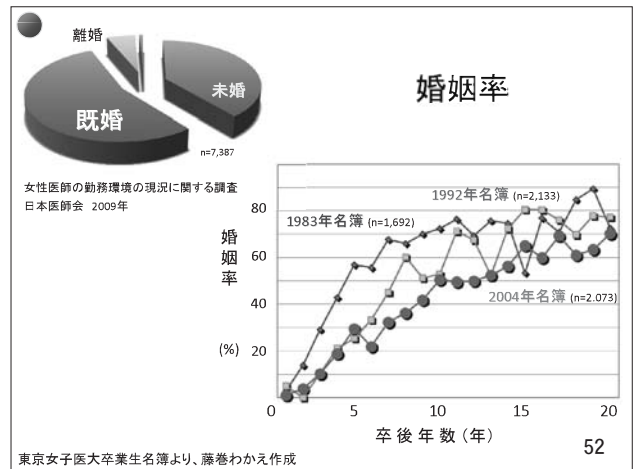
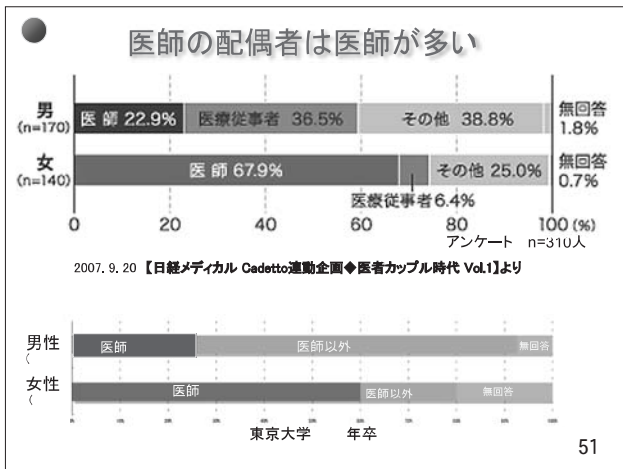
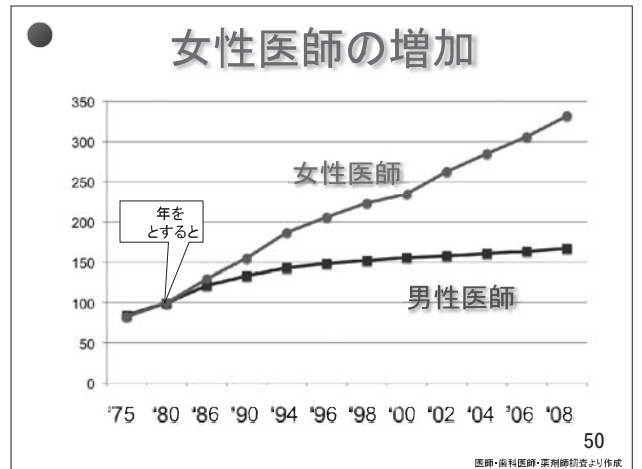
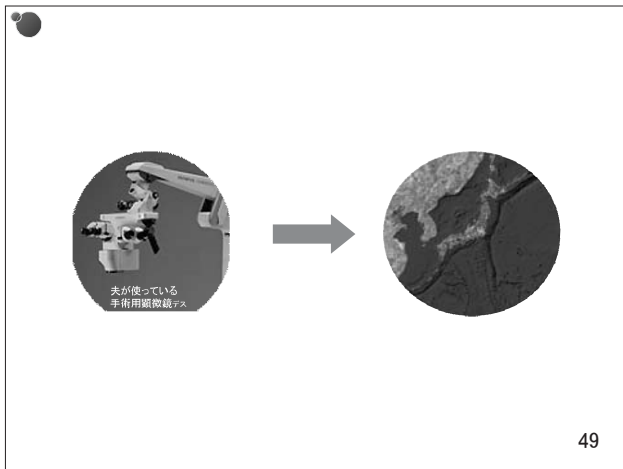
47

妻の考え方
あゆんだ路

夫の考え方
あゆんだ路

http://ekojin.com/?cat=61を改変

48



男と女の意識のちがい

仕事を中心
家事は手伝い

家庭が大切
仕事はできる範囲

55

アンケート調査

埼玉医科大学医学部学生実態調査
2011年8-9月実施
埼玉医科大学医療人育成支援センター
女性医師支援部門(名越澄子先生)
学生1~6年生対象

東大医学部卒業31年目の実態調査
2012年6月実施
藤巻高光
1981年3月卒業生対象

卒後31年

医学生(1~6年生)

0 100 200 300 400 500 人数

卒後31年

6年生

5年生

4年生

3年生

2年生

1年生

0 10 20 30 40 50 60 70 56

1. 進路を選んだ際に、家庭生活(育児に限らず)との両立のしやすさを考慮しましたか?

31年前の卒業時 全体(女性)

わからない はい

いいえ 86% (80%)

男子医学生

いいえ はい 25%

女子医学生

いいえ はい 51%

57

3. (男性) 子どもができれば、結婚相手(医師と仮定した場合)に仕事をどうしてほしいか?
(女性) 子どもができれば、仕事をどうしたいか?

6. (男性) 結婚相手は仕事をどうしたか?
(女性) 子どもができたとき、仕事をどうしたか?(産休・育休は含まず)

31年前の卒業生

フルタイムで継続

パートタイムで継続

一時的にパートタイム、その後フルタイムに戻る

一時的に離職、その後フルタイムに戻る

一時的に離職、パートタイムで復職

仕事を辞め、復職しない

わからない

0 5 10 15

31年後の現状
(配偶者が女性医師11を含めてn=17)

子どもがいない

中断→パート

パート→フル

フルタイム 65%

58

4. (男性) 結婚したら(医師と仮定した場合)、家事・育児を手伝うか?
(女性) 結婚相手に、家事・育児を手伝ってもらいたいのか?

31年前の卒業時 全体(女性)

わからない 半分分担 17% (20%)

いいえ 少し 75% (80%)

男子医学生

わからない 半分分担 46%

いいえ 少し 41%

女子医学生

半分分担 54%

少し 41%

59

4. (男性) 結婚したら(医師と仮定した場合)、家事・育児を手伝うか?
(女性) 結婚相手に、家事・育児を手伝ってもらいたいのか?

7. (男性) 家事・育児を手伝ったか?
(女性) 配偶者に、家事・育児を手伝ったか?

31年前の卒業時 全体(女性)

わからない 半分分担 17% (20%)

いいえ 少しは手伝う 75% (80%)

31年後の現状
(配偶者が女性医師11を含めてn=17)

不明 半分分担

少しは手伝う 82%

60

第2回 沙森舎 セミナー

女性医師の増加に伴い、リーダーシップをとれる女性医師がさらに要請される時代になりますが、女性の社会的地位は男性に比べてまだまだ低いのが現状です。わかめ会では、次世代のリーダー育成とネットワーキング作りをめざして「のキャリア」を考えていきたいと思います。

今回は、医師にとって永遠のテーマである「家庭と仕事の両立」を

若手医師、医学生を集めての女性医師問題を考えるセミナー

ご主人は
視野に
に仮想体験
を議論しま
論を深めま
ことを原

夫婦で開催

◆◆◆ 杉山進子先生のプロフィール ◆◆◆

2008年 埼玉医科大学医学部卒業
2008年 埼玉医科大学国際医療センター（乳腺外科）
2010年 埼玉医科大学国際医療センター（乳腺外科）
2011年 石心会乳がん診療科（後援研修医）

日程：2012年3月18日（日曜日）受付12:45～ セミナー13:00～16:00 懇
別荘：沙森舎（セミナー：B1 スタジオ舞臺空間、懇親会：1F 心泉第
平181-0013 東京都三鷹市下連雀） TEL: 0422-41-8617
JR中央線 三鷹駅南口から徒歩 6分

対象：医学生 および 若手医師（性別は問いません）
募集人員：10名程度
参加費：1800円（資料+お茶代） 研修費用別途
募集期間：3月4日（日）までに

第2回

第1回 61

ホームページ、ブログでの情報発信

働く女性医師の夫の会

働く女性医師の夫・Howdy

http://nowayu.seesaa.net/

http://wakamewr.seesaa.net/

62

31年前の卒業生には、「女性医師問題」への意識はあまりなかった
現在の医学生は、ある程度意識している
31年前の卒業生も、現実のなかで、なかなか健闘してきたと言える

めざす世界

女性医師だからこそできることがある
男性医師だからこそできることがある

お互いを認め合う
お互いの良さを活かす

それが本当のかけ算

多様性が世界を広げる
多様性が医療を豊かにするし
医学を発展させる

イラスト 藤巻杏子

63

Acknowledgements

埼玉医科大学医療人育成支援センター女性医師支援部門 名越澄子先生
女子栄養大学人間医科学研究室 藤巻わかえ
東京大学医学部医学科 卒業生有志

イラスト 藤巻杏子

64

「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」

2. 働き方が変わる

富山赤十字病院内科 小川 加奈子

よろしく申し上げます。富山赤十字病院内科に現在勤務しています、小川加奈子と申します。

まず自己紹介というか、私はこういう席に立って何かお話するような、そういう立場の人間なのかどうかは分かりません。今、まさに皆さんに迷惑をかけながら、皆の協力を得ながら子どもを2人育てて、そして、少しでも常勤でずっと仕事を続けていきたいともがきながらいる現在の自分です。

私は富山市の出身です。平成6年に富山医科薬科大学の医学部を卒業し、第三内科、消化器内科に入局をいたしました。そのときに言われた言葉は、内科でしたが、どの科の先生にも「女だからといって何か考えてもらえと思うな。男女は一緒だ」と言われまして、結婚のこととか、家庭のこととか、今のアンケートを見ながらも、私は18年前の卒業ですが、私は両立できるかとか、そういうことを考えながら入局先を選んだわけでは全くなかったなど。何がしたいか、仕事をしたいというだけで選んでいったという、分からないとか考えていないという人間だったなと思いながら、藤巻先生のお話を聞いていました。

そのままずっと研修医も続け、後期研修をして、医員になって、大学院にも入局をさせていただきました。ここまでの私のワークライフではなくて、仕事一辺倒の、ワークワークの生活だったかと思えます。

平成15年に結婚しました。女性医師が結婚する配偶者の7割が男性医師だということで、私の夫も同じ消化器内科の医師です。夫は私のことを拾ってあげたとは言っていますが、この年に私は済生会富山病院に常勤の内科医として赴任させていただいています。平成16年5月に第1子、20年2月に第2子を出産して、現在に至っています。

働き方が変わるということで、働き方は私もこの出産に応じて変わってきたわけですが、平成15年4月から、第1子の出産を経ながらも、平成21年2月まで済生会富山病院にお世話になりました。そのあと、済生会高岡病院にお世話になっています。こういった私の働き方の変遷は、自分からこうしたいとか、こういうふうに働きたいのでこうさせてくださいと言ったところも多少あるかもしれませんが、実は、大学の医局の教授、または上司の先生方がだいぶ配慮してくださって、そういった制度があるところにしてもらったという状態かと思えます。

平成23年4月からは現在の富山赤十字病院に勤務して、現在の仕事の状態は病棟主

治医なし、日当直なし、赤十字病院は救急輪番制の病院なのですが、救急当番も免除させてもらっているという状態で、何をやっているのかというと、外来と検査を主体とした毎日を送っています。

今のスライドで、働き方が変わる、働き方を変えるといったところですが、私が結婚したときも、妊娠が分かったときにも、自分の気持ちのなかには働き続けること、仕事を続けることというのが大前提で、今後も自分としてはそうしたいと願っています。

1番目に妊娠・出産というところで働き方を変えざるを得ません。妊娠中は私の場合には経過が悪いことはなかったもので、あまり変えなくてもよかったというところもあるのですが、やはり出産に関しては産前産後の産休を取らせてもらったことと、育児休暇を取得させてもらいました。この休暇を取得するに当たっては、自分は休む権利があるのですが、やはり、休めばその間に病院の人員は減るということで、大学の医局のバックアップがあると分かったのか、していただけるからこそ、産休も育休も取らせてもらいました。

このとき勤務先の病院では、「常勤医が産休・育休を取るという前例がそれまでになかったので、君の好きなようにしていい」と言われました。「君が取れるように、それから仕事に復帰できるような取り方をしている」と言われて、当時の院長先生をはじめ上司の先生、それから同僚の理解と協力があって休暇を取得しています。このときは産後と育休で約6か月休暇を取得させてもらいました。

ただ、仕事に復帰するというのは、赤ちゃんとだけの生活から、大人とか自分の仕事、キャリアもですが、その世界に戻れるというのはとても自分としてはうれしいところだったのですが、出産前と同じように働けない。自分がやりたいという気持ちだけではそれは無理で、帰宅時間の制約がある、保育園に迎えに行く、迎えに行くのは親に頼んでいても、9時、10時になるわけにはいかない。夜間の呼び出しに自分が今までと同じように応じることができるのか。できる日があったり、できない日があったりという無責任なことでは困るということで、受け持ち患者数の制限や夜間当直の免除を、1人子どもができたときにお願しました。

このときに実感として思ったのは、休暇中は医局から自分の代わりとして1人来ていたのですが、復帰してしまえばそんな人はいないので、ただ復帰したのに前と同じような人とか、仕事とか、休暇中に来ていた方と同じ仕事ができるわけではないとなると、ほかの医師の仕事量が増えて負担をかける。自分も非常に心苦しいし、周りだって「いいよ」と言いながらたぶん辛いというところが、このときもとても辛いと思いました。

復帰後、仕事ではなくて育児をしたり家庭での生活はどうだったのかということを見ると、子どもと過ごす時間を何とか、それだけ仕事にも迷惑をかけているのだったら、確保しなければいけない。仕事のオン・オフを付けて、親として過ごす。それまでの自分であれば、仕事から帰ってきてずっと仕事のことを考えていた。仕事でうまくいかなかった、こんな困ったことがある、ずっと考えていることも医者への使命だったり、医者への仕事そのものだったりするのかなと思いますが、親として、親の気持ちとなって過ごすということに何とか頑張ろうと今もしています。

また、困ったことというのは、子どもの急な発熱です。子どもは絶対に熱を出す、しかし、急に仕事を休むことはできない。いろいろなサポート体制はあります。富山市はかなり充実しているほうだと思います。病児保育もありますが、朝8時半から行って、小児科の先生に診断書を書いてもらって病児保育の保育園に連れて行ってとなると、仕事の開始時刻には大遅刻になってしまうということもあって、両親にお願いすることがほとんどです。今でもそうですが、両親にお願いすることがほとんどになってしまいます。復帰して仕事をしたい、頑張りたいと思っても、もっともっと働き方を変えていかなければならない。

そのときに、今でもですが、常に考えていることは、自分はどのように働きたいのかということです。自分はただこう働きたいと思っても、受け入れてもらえるのか。自分がどれだけの仕事ができるのか。そうすることによって、夫の気持ちもありますが、それぞれの両親はどう思っているのか。どれだけの負担をかけるのか。そして、大事なのは、職場の上司や同僚の周りの方の気持ちはどうなのかということが、いつも、現在進行形として常に心配、気がかりとなって過ごしています。

働き方が変わって、では自分はどう変わったのか。周囲に迷惑をかけるという言い方がこのフォーラムにふさわしいかどうか分かりませんが、自分の心のなかでは周囲に迷惑をかけながら今、仕事を続けていると思っています。

今回のフォーラムに際して「自分の変化、どう思ったか、よかったことは何だったか」と、種部先生からも聞かれました。そういう気持ちも話してほしいと言われて、よかったことは何だろうと自分で一生懸命探してみました。

まず自分の変化としては、仕事への気持ちとか、仕事への態度というものは、時間の制約はありますし、できる仕事量というのは不満がたぶん周りにはあるかと思っています。ただ自分のなかでも、もどかしい思いや、そういうものがあってこそ、仕事を続けられていることへの周りへの感謝の気持ち。それと以前よりも、自分の子どもに対しては優しくないのですが、周囲の方々に対して、こんな私を同僚として認めてくれている同僚、先輩や後輩への感謝の気持ちとか、優しくなったということもあります。

もう1つは看護師さんや、放射線技師さんに、いろいろと若いころにはとんがったことも言ったり、思いどおりにいかないときに怒ったり、きつい言葉をかけてしまったりしていた自分がいると思いますが、そういった仕事上のいろいろな場面で、いろいろな人のいろいろなやり方や、いろいろな立場や、患者さんへの接し方があるのだなということが、実体験として分かってきます。そうして、以前よりも、周りの方々に対して少し優しくなっている自分がいるのではないかと。そういうところはプラスだったのではないかとと思っています。

仕事を離れた時間ではどうかというと、子どもの保育園のお母さんたちは、私が「医師です」と言うと、「えっ」とか言ってびっくりされます。看護師さんはたくさんいるが、医師で仕事をしながら子育てをしている人は初めて会ったなどと言われるのですが、医療機関とは異なるハードな、激しい、もっとシビアな環境で仕事をしながらも子どもを育てている友人を得ることができたということが変化です。

子どもの成長を通じて、自分を見つめ直すことができます。子どもが成長することはうれしいのですが、思いどおりにいくことはほとんどありません。今までの人生は、たぶん勉強して、研修医の生活をして、自分が頑張れば頑張っただけのある程度の成果が、努力が報われるような生活が私のなかにあったのではないかと思います。子どもに対して、今のところ私は努力が報われるとか、自分がこうすれば子どもは打てば響くように返ってくるとか、そういう生活はあまり実感していないので、そういった思いどおりにならないことも人生はたくさんあるよということを見つめ直す時間を持つことができるようになった。そういう点は自分の人生としてはプラスになっているのではないかと、一生懸命考え出してきました。

「働き方が変わる」ということですが、私の場合には、働き方を変えて仕事を継続する。これがこれまでも、それからこれからもしていきたいテーマだと思っています。

ただ、働き方を変えて仕事を継続するときには、先ほどからくどいように言っていますが、周囲の理解や忍耐や許容や、そして協力がなければ成り立ちません。この周囲というのはだれなのだろうと思ったときに、上司や同僚、それだけではなくて、私が今まで勤務させてもらった病院の方々、家族、そして接する患者や患者のご家族の方を含めて全体と考えます。女性医師が子どもを育てても、そのまま仕事をずっと継続していくのだということの理解を社会全体に得ていけるようにしていきたいと思っています。

今後の目標は、医師として仕事を続けることです。そして、今、私が周りから貰っているサポート、協力、そして、迷惑をかけて、それでも我慢してもらっていることを、これから出産や育児を経験する女性だけではなくて男性の医師に、私が仕事を続けることで若い世代の皆さん、次の世代の皆さんが仕事を続けることが可能になるようなサポートを、ロールモデルになれるかどうかは分かりませんが、できるような医師になっていきたいと考えています。

ご清聴ありがとうございました。

平成24年7月28日(土)

第8回男女共同参画フォーラム

「変わる～男女共同参画が啓(ひらく)く ワークライフバランス」

2. 働き方が変わる

富山赤十字病院 内科 小川加奈子

1

自己紹介

- ・ 富山市出身
- ・ 平成6年 富山医科薬科大学(現 富山大学)医学部卒業後、同第3内科入局
- ・ 平成6年、7年;同大学附属病院研修医
- ・ 平成8年、9年;後期研修
- ・ 平成10年;第3内科 医員
- ・ 平成11年～14年;大学院
- ・ 平成15年 結婚
- ・ 平成16年5月 第1子出産
- ・ 平成20年2月 第2子出産

2

働き方の変遷

平成15年4月～21年2月 済生会富山病院

- ・ 第1子出産(H16年5月)産休+育児休暇4か月 復帰後:当直なし、救急:土日の日直のみ
- ・ 第2子出産(H20年2月)産休+育児休暇6か月 復帰後:当直なし、救急日当直なし

平成21年2月～23年4月 済生会高岡病院

- ・ 育児短時間勤務制度 での勤務
- ・ (週32時間→40時間。病棟主治医なし、日当直なし)

平成23年4月～現在 富山赤十字病院

- ・ 病棟主治医なし、日当直なし
- ・ 外来、検査(上部消化管内視鏡検査、大腸内視鏡検査)主体

3

働き方を変える

「仕事を続けること」が自分の中での前提だった

①妊娠・出産;産休、育休の取得

☆休暇取得中の人的補償;大学医局のバックアップがあった。
 ☆勤務先病院では、常勤医の産休・育休の前例がなかったが、当時の上司や同僚の理解と協力があり、休暇を取得できた。

②復帰後;仕事

☆勤務形態;出産前と同じように働けない。自分の気持ちのみでは不可能。
 帰宅時間の制約、夜間の呼び出しに応じることができるのか?
 →受け持ち患者数の制限、当直の免除をお願いした。

しかしその分、他の医師の仕事量が増え、負担をかける。

4

③復帰後;育児、家庭

☆子供と過ごす時間の確保;
 仕事のon/offをつけ、「親」として過ごす。
 ☆子供の急な発熱などへの対処;
 急に仕事を休むことはできない。いろいろなサポート体制はあるが、両親をお願いすることがほとんどになってしまう。



働き方を変えなければならない

自分は、どのように働きたいのか
 自分は、どれだけの仕事ができるのか
 勤務先にうけいれてもらえるのか
 家族の気持ち
 職場の上司や同僚の気持ち

5

働き方が変わって...

自分の変化は?

◆仕事への気持ち、態度

葛藤する毎日;もどかしい思い、続けられることへの感謝 など
以前よりも、少しやさしくなったかな... 仕事上のいろいろな場面で

◆仕事をはなれた時間

異なる仕事で子供を育てている友人を得ることができたこと
子供の成長を通じて、自分を見つめなおす時間をもつようになった

働き方が変わる=働き方を変えて仕事を継続する

☆周囲の理解、許容(忍耐)、協力がなければ成り立たない。

↳ 上司、同僚、病院全体、家族、そして社会

6

今後の目標

・ 医師として、仕事を続けること

☆学会や研究会などへの参加を増やし、自分の進歩成長を。
 ☆子供の成長に合わせて、自分の仕事スタイルを変化させながら、親世代の負担を減らす。
 ☆これから出産育児を経験する医師が「仕事を続ける」ことが可能になるようなサポートができること。



7

「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」

3. 意識が変わる

富山大学医学部小児科准教授/同大学附属病院診療教授 市田 蒔子

皆様こんにちは。私は富山大学の小児科の市田でございます。私のテーマは「意識が変わる」という題で、特に地方の医師不足に悩んでいる富山大学での報告、女性会員が極端に少ない日本循環器病学会のアンケート調査、そして小児科医の厳しい現状を抱えた日本小児科学会のアンケート調査を紹介しながら、お話ししたいと思います。

私は20代で卒業と同時に3歳年上の内科医と結婚しまして、1年後には子どもが生まれました。そのため、私の20代は小児科の研修医としても母親としても若葉マークでして、とても厳しい現状でした。両親が近くにいなかったものですから、すべて保育園とベビーシッター、そしてまた、同級生のお母さんや近所の方々といったいろいろな方の援助で成り立ってまいりました。

当時、私の辞書には「ワークライフバランス」という言葉はありませんで、それとはほど遠い生活を送っていました。ですから、仕事や研究に対する飢餓感と焦燥感がいつもあって、それが逆に、そのあとの仕事や研究に対するモチベーションになったとも言えます。

今、思い起こしますと、子育てはある程度社会に迷惑をかけることと割り切る、そしてわが子であるばかりでなく、子どもは社会の宝であって、未来の優秀な頭脳と労働力を育てているという気持ちになればよかったのだと思います。子育ての時期は女性医師にとっては充電期間であって、決して男性医師やほかの女性医師と比較してはいけないということが、今になって分かりました。

さて、辛い20代を終えて、33歳から34歳にかけては、ヨーロッパへ子連れ留学いたしました。家族で行きました。そこで会った女性医師たちは、子育てとキャリアを両立していて、しかも、なおかつ教授や医学長という重職に就いていました。これにはとてもカルチャーショックを受けました。また、男性医師も女性医師もゆとりのあるワークライフバランスを取っていました。

そのあと34歳から35歳には、ニューヨークに移りまして、Cornell Medical Centerで臨床研修を行いました。ニューヨークでもまた、子育てとキャリアの両立が可能な医師にたくさん会い、ここでもカルチャーショックを受けました。

30代後半に帰国したのですが、私は相変わらず綱渡りの子育てをして、何とか子どもは

無事に小学生になりましたが、帰国後は日本では身分の保障のない医員です。ところが、友人のウィリアムズ夫妻は余裕の子育てをして、3人の子どもを育て上げ、小児科教授としてキャリアもあり、論文を執筆し、研究資金を獲得すれば女性でも業績が認められる、そして評価される環境、本当にうらやましい環境で仕事をしています。

日本では、当時は女性医師や研究者が育っていく土壌がありませんでした。そこで帰国後、何とかまず若い人のために院内に保育園を作ろうという運動をすぐいたしました。しかし、すべて挫折、挫折、挫折でした。その当時はまだ女性医師はマイノリティでした。

ところが、15年後、ちょうど7対1看護で看護師の数も少なくなったこともあり、また文科省の周産期医療整備事業の総合的周産期医療プログラムに、富山大学が採択されたこともありまして、平成19年の10月に院内保育「スマイルキッズ」がオープンいたしました。これには、産婦人科の齋藤滋教授や、小児科の足立陽子先生の力がとても大きかったと思います。

私どものこの院内保育の大きな特徴は、ベビーシッターのプーリングシステムを同時に作ったことです。これは時間に間に合わない場合、延長保育ができます。また、日直や当直が可能になりますし、学会のときに託児所を設けられます。

育児中の女性医師の具体的な支援は、支援室が平成21年にできまして、私は名ばかりの室長ですが、積極的な活動が繰り広げられることになりました。

臨床を離れる時間をできるだけ短時間にするために、まず勤務支援として短時間の正規雇用が取られました。そして、当直は免除して日直に回っていただくというような、働きやすい体制を作りました。そして、育児支援では、先ほどの院内保育、ベビーシッターのプーリングに加えて、病児保育を作るということを一生懸命頑張ってきました。この女性医師支援の目標は、究極的には育児中の女性医師が働きやすい環境は、勤務するすべての医療関係者が働きやすい環境であるという概念に基づいています。

そして、いよいよ平成22年6月に、病児保育「たんぽぽルーム」が完成いたしました。これには足立先生を始めとする小児科医の大きな力があります。まず朝、小児科の外来で診察いたします。そして、病児保育に預けられる状況かどうかを判断します。それから午後には、必ず小児科医が回診にまいります。これは感染症などをチェックするためです。これが前提になれば、病児保育は成り立たないと思います。この病児保育はおそらく国立大学ではまだ非常に珍しいと思います。

環境整備前は完全復帰が1名程度だったにもかかわらず、環境整備後はほとんどの女性医師が完全復帰できるようになりました。しかも、出産後4カ月から12カ月と、短い期間の休業で完全復帰しています。このなかには、産科医だけではなくて、3名の新生児科医、小児科医が含まれていますが、そのなかには後期研修医、それから若い女性医師がいて、普通に当直もこなして完全復帰しています。おそらくその若い女性医師たちが今後ロールモデルになって、どんどんと引っ張っていってくれることと思います。

次に日本循環器学会の男女共同参画委員会のアンケートをご紹介します。こ

の日本循環器学会は会員数が 25,000 人、そのうち女性会員が 1 割と、ほかの内科に比べて非常に女性の割合が少なく、そのために女性にとってはまだまだ居心地が悪い学会です。対象になったのは、年齢は 20 代から 40 代までの子育て世代がほとんどです。また循環器専門医を取っている者が 5 割、取得準備中を入れると 7 割ということで、とても専門性が高い集団であることが分かります。

このアンケートのグラフは委員長の上田先生からお借りしたものです。院内保育の実態ですが、ないものが半数、病児保育は 7 割でなしです。また、子育て中の短時間勤務などの体制は半数以上ではありません。また、同僚の理解は「十分」が 1 / 3 はありますが、やはり何とも言えない状況のようです。

産前産後の休暇は取得できた者はいますが、2 割は取れていません。これが問題です。また、育児休業を取得できた者は 38% ですが、半数以上は取れていません。その結果、出産を契機に勤務内容を変えた、職場を変更した、あるいは専門科を変更した、退職した者が合計 4 割近くあり、一生懸命専門性を目指して勉強してきた女性医師にとっては、とても悲しい結果になっていると思います。

女性医師の実感としては、「男・女による有利不利が医師にはあるかと思いますか」で、7 割が「ある」と答え、また循環器医師を続けていくうえで困難を感じたことが「ある」と答えたのが 7 割に及んでいます。

「出産・育児期に仕事を続けるうえでどのような制度があればよいと思いますか？」という質問に対しては、フレックス制や短時間勤務などの柔軟な形態、勤務体制、そして病児保育、院内保育といった保育園、病児保育、柔軟な勤務体制、この 3 種の神器が必要であることが分かります。

では、今度どういうことを学会に望むかということに関しては、1 番多いものは、やはり勤務形態の多様化を積極的に進めていくこと、休業後の教育研修機関、それから情報の提供してほしいという意見が多くありました。

これから日本循環器学会が進めていく課題は、雇用形態の多様化の推進、そして学会・講習会の託児制度の充実、何よりも職場の意識啓発、こういうことを課題に、現在は男女共同参画委員会の委員長である上田先生が中心になって、素晴らしい展開を見せようとしています。日本循環器学会での変化としては、女性枠の理事が選出されました。そして、学会の立案や決定に直接参加することが可能になりました。また、産休や専門医制度においても、産休や育休時の専門医更新の保留が決まっています。また女性研究者の奨励賞も設けられています。これから日本循環器学会は大きく変わろうとしていると思います。

次に、女性医師の割合が非常に多い日本小児科学会、これは現在では 2 万人、日本循環器学会より学会員は少ないのですが、35% が女性です。おそらく若い世代はもう半々になっていると思います。

日本小児科学会は、女性医師の割合が多いこともあり、早くから男女共同参画の取り組みが進められているのですが、小児科医師全体の勤務体制は非常に厳しい、そういう現状

にあります。

第1回の全国調査が平成16年に行われました。これは新医師臨床研修制度が始まった年です。それから6年後の平成22年の2回、調査が行われています。平成16年に比べて平成22年は、特に女性の婚姻率が12%も上がっています。おそらく若い女性が増えてきているからだと思います。また、子どものある者が3.5%と、これも増えています。

また、主に家事をしている者を調査すると、男性医師は配偶者が86%、女性医師は本人が86.5%、つまり、女性がほとんどです。男性医師が本人というのは11.7%ですが、女性医師は配偶者が2.8%ですから、男性医師のなかでは自分がやっているつもりになっている方が何%かおられるのではないかと思います。

それから問題は、両親がみてくれる割合が、平成16年に比べて平成22年は非常に減っているということです。おそらく晩婚化に伴って両親が高齢化し、子どもの面倒をみてもらうには限界が来ている。育児は家族だけではなく、職場や地域、自治体を含めた周囲の協力が必要になってきていて、育児の支援システムの構築が必要な時期になっているのではないかと思います。つまり、育児に対する意識を変える必要性が出ていると思われます。

また、非常に厳しい小児科医の勤務環境として、平成16年と平成22年を比較すると、「1カ月に休日は何日あるか？」という質問に対して、1日も休日がないという医師は減っています。しかしながら、1週間の実労働時間をみると50±18時間と全く改善がなく、平成22年の年代別男女別勤務時間を見ますと、30代と40代の女性はやはり育児のために実労働時間は減っています。それに対して男性は、特に若い男性を中心にした過重労働が問題になってきています。これがひいては医療安全に関わってきます。離職している約1割の女性医師を動員することが、おそらく解決策の1つになっていくと思います。今後は再教育制度の充実や、勤務形態の多様性が望まれます。勤務環境に対する意識を変えていく必要があります。

女性が勤務を継続するために必要な条件は、職場の意識が変わることです。ワークシェアリングシステムを設け、労働条件を明確化することが必要です。これは若い女性だけではなくて、若い男性にも高率にそういう意見が見えています。小児科医師を取り巻く環境はいまだに厳しいですが、勤務環境や育児支援に関する問題意識は女性だけではなく男性にも高まりつつあることを反映していると思います。

厚生労働省の平成18年の年代別女性医師比率のデータを見ますと、すでに20代では3割5分を超えています。今年、富山大学の医学部の合格者は女性が4割に達しました。女性比率が急速に増えているために、もうすぐ女性医師4割の時代がやってきます。おそらく医師不足、特に地方の医師不足、そして周産期や小児医療を担う医師不足が深刻な問題になってくると思います。

女性医師が医師として研鑽を中断することは、本人にとっても残念なことだけではなく、国家的損失が大きいと思います。勤務医の偏在化により慢性的な医師不足に陥っている地方、周産期医療や小児医療では女性医師の勤務推進が重要な解決策になる可能性があります。

す。女性医師が勤務しやすい環境整備は、同時に男性医師を含めた職場全体の労働環境につながり、医療安全のうえでも重要です。少子化、医師不足対策など、国の施策の一環として、男女共同参画は重要であると思います。

何よりも最終ゴールは、女性ばかりではなく、医師全体のライフワークバランスの実現です。そのためには、今、意識を変えていく必要があります。

最後に私の友人たちで、海外のプロフェッサーを紹介します。皆、子どもを持っています。彼らの仕事に対するエネルギーは素晴らしいものがありますが、それ以上に、周りの理解、子育てに対する理解、そしてバックアップシステム、そういうものが成し遂げた快挙だと思います。

今後日本でも、わが国でも若い女性たちが子育てをしながらキャリアを磨ける、そういう土壌が育っていくことを望んでやみません。

ご清聴ありがとうございました。

パネルディスカッション
変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス～

意識が変わる

富山大学医学部小児科 市田 藤子

ー 富山大学での取り組み 地方の医師不足
～総合的周産期医療プログラム～

ー 日本循環器学会 女性会員が少ない
～男女共同参画委員会アンケート調査～

ー 日本小児科学会 小児科医の厳しい現状
～女性医師の職域での環境改善プロジェクト～

2007年10月1日 総合的周産期医療プログラム 文科省「周産期医療整備事業」
富山大学附属病院・院内保育所「スマイルキッズ」がオープン

学内保育所の開設 (2007年)

■保育時間

基本時間 7:30～18:30
延長保育 18:30～20:30
夜間保育 19:30～翌1:00
一時保育半日単位

■保育対象

富山大学職員(生後9週目から小学校入学前まで)
定員 30名



産婦人科 斎藤 滋教授
小児科 足立陽子先生



ベビーシッタープーリングシステム (2009年)

■学会保育

学会やセミナー参加時の乳幼児保育の場を行う(会場に保育室を設置)。

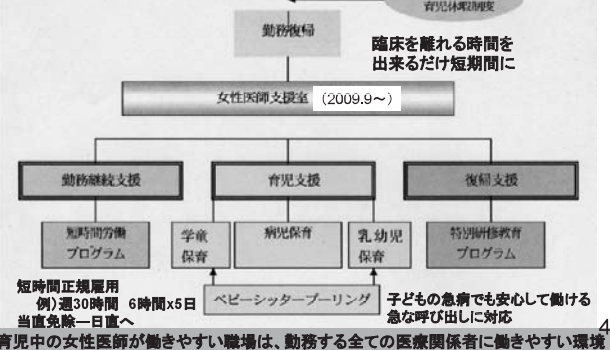
■休日、夜間保育

休日の日直および当直のときに、学内保育所でベビーシッター(多くは学内保育所勤務の保育士)による保育をおこなう。
富山大学が、学内保育所運営を業務委託している会社とベビーシッター契約(委託契約)することで実現した。

女性医師支援室の設置 (2009年)

周産期医療環境整備事業(文科省) 総合的周産期医療人育成プログラム

育児中の女性医師への
具体的な支援



病児・病後児保育室の開設 (2010年6月)

■対象者

富山大学教職員の子どもで、病中・病後の子ども
(附属病院に勤務する職員の子どもを優先)

■対象年齢

生後3か月 から 10歳(小学4年生)

■定員

4名

■開室日

月曜日 から 金曜日

■保育時間

8時30分 から 17時00分

■料金

金 一日 3,000円 半日 1,500円

■保育体制

看護師1名、保育士1名

■利用方法

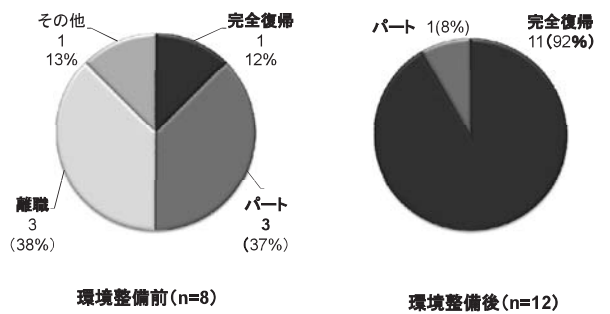
事前登録制

「たんぼぼルーム」

室長 足立陽子先生



環境整備前後の周産母子センター女性医師職場復帰率



～環境整備により、ほぼ全員が出産後4-12か月で職場復帰している～

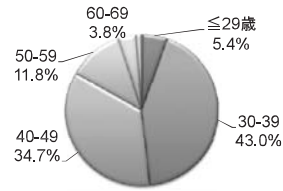
日本循環器学会 男女共同参画委員会アンケート

調査期間: 2010年8月12日～9月28日

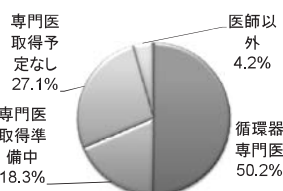
調査対象者: 日独女性会員 2,651名(全会員数 25,134名)

回収率: 841名(31.7%)

Q 年齢

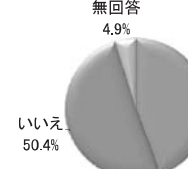


Q 循環器専門医?

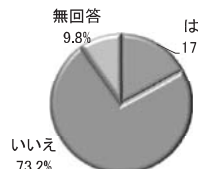


日本循環器学会 男女共同参画委員会 アンケート調査 上田ら 2010年

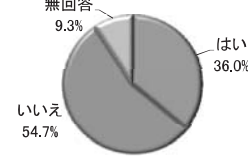
Q 院内保育の有無



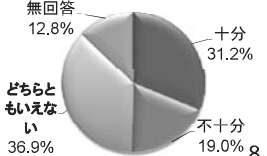
Q 病児保育の有無

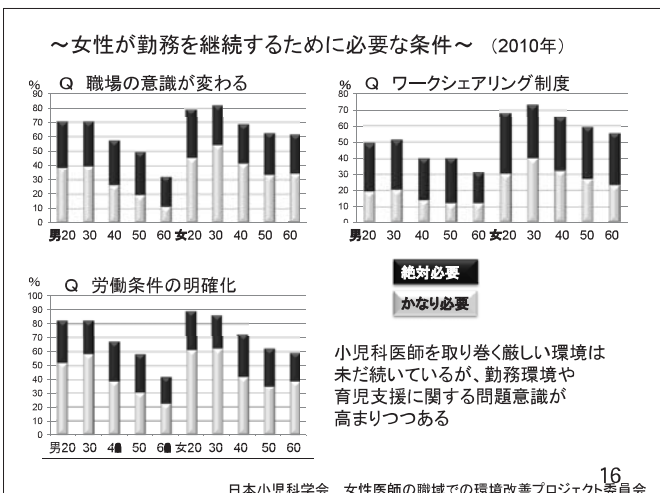
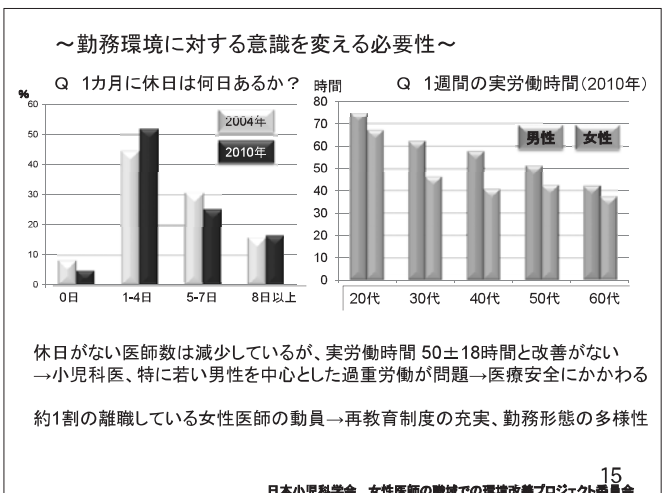
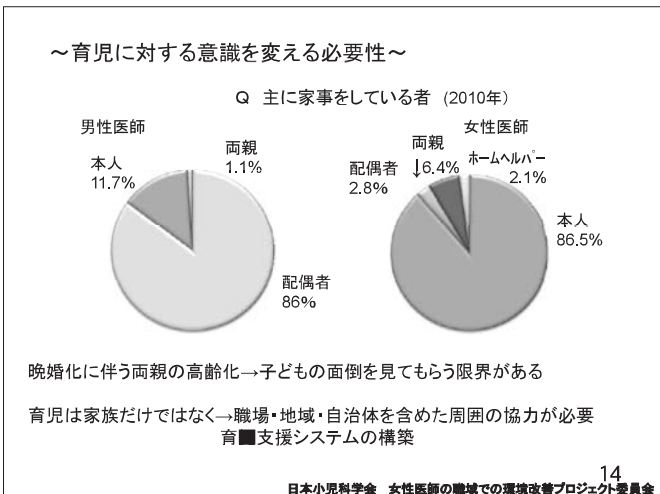
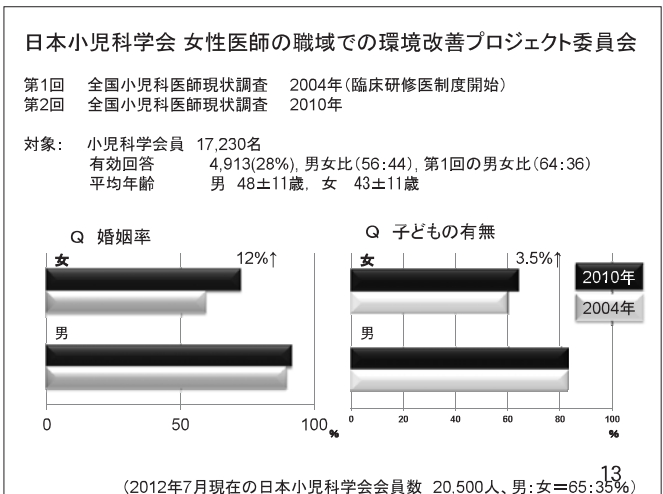
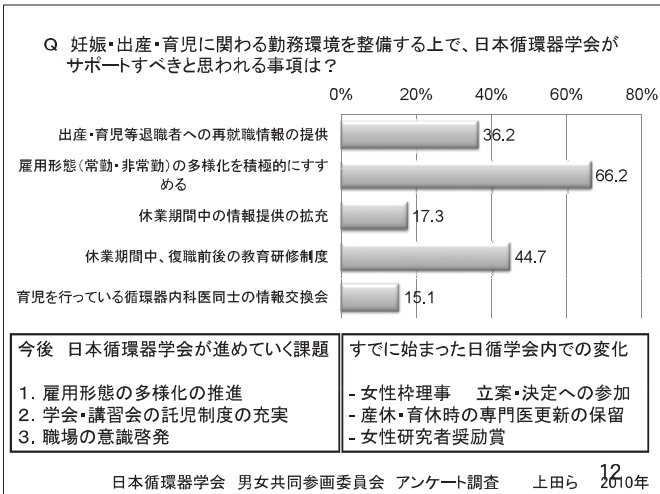
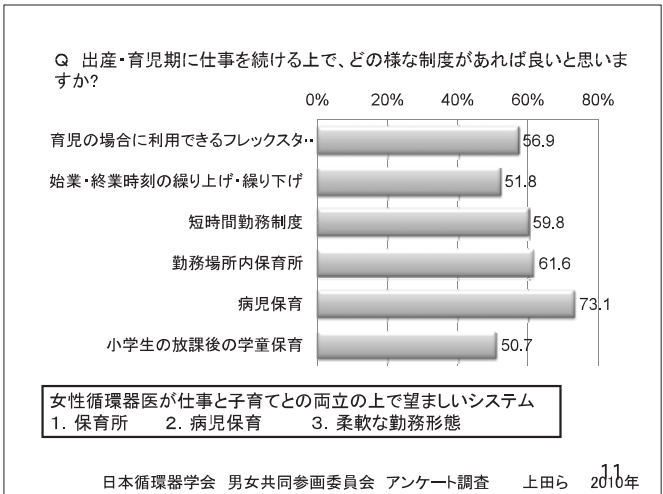
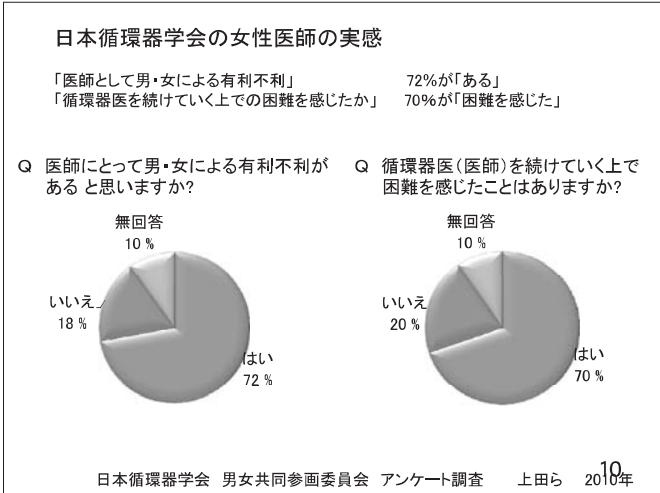
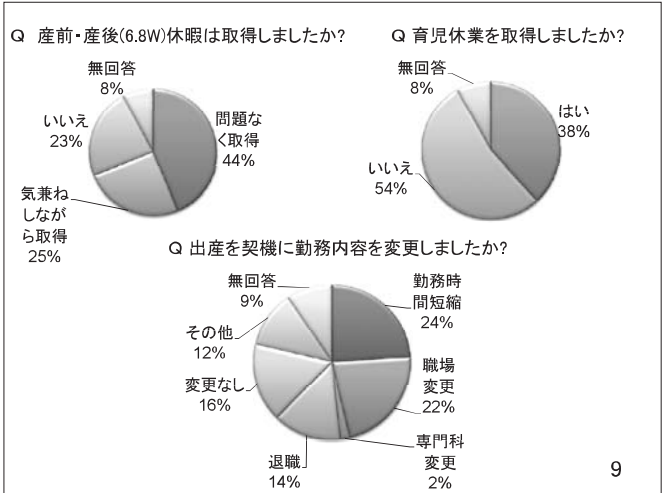


Q 子育て中の短時間勤務などの体制の有無



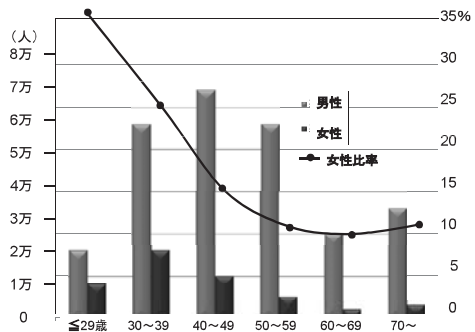
Q 同僚の理解は充分か





年代別にみた男性・女性医師数と女性比率

～厚労省 平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査～



女性比率が急速に増えている。女性医師4割の時代がやってくる

17

男女共同参画が必要なわけ

- 1) 女性医師が、医師としての研鑽を中断することは、本人にとって残念なことだけではなく、国家的損失が大きい
- 2) 勤務医の偏在化により、慢性的な医師不足に陥っている地方、周産期医療や小児医療では、女性医師の勤務推進が重要な解決策の可能性
- 3) 女性医師が勤務しやすい環境整備は、同時に男性医師を含めた職場全体の労働環境の改善につながり、医療安全の上でも重要
- 4) 少子化・医師不足対策など国の施策の一環として、男女共同参画は重要

最終ゴールは、女性ばかりではなく医師全体のライフワークバランスの実現

意識を変えていくことが必要！！

18

「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」

4. 組織が変わる

日本医師会男女共同参画委員会委員/大阪厚生年金病院名誉院長 清野 佳紀

それでは、「組織が変わる」というタイトルでお話しさせていただきます。

今、大学以外の市中病院にいる人の4割強は入局していません。したがって、その人たちは自分で次の病院を探して就職するわけです。ですから、大学にばかり「人をください」と言っても半分は来ないということになります。

そういう人たちに病院選択の基準についてアンケート調査をすると、どこでも一番多いのが「労働時間が適正であり、ワークライフバランスが取れていること」、特にこれはキャリアアップのために学会などにもきちんと行かせてもらえるとか、そういうことも含みます。2番目が「病院機能が充実しており、よい研修ができること」です。

お金のこともよく言われますが、それはそんなに主要な規準ではないのです。この1番目と2番目をきっちりしないと病院には来ないということになるので、やはり病院側もそれに沿って環境整備をしないと人集めができないということになります。

ところが、実際就職してみるといまだに当直も残業も多いという状態です。日曜日も毎回出てくるということになるのです。その大きい理由として、勤務医の不足というのがあるのですが、それは本当でしょうか。

実際この5年間に、医学部の定員というのは1,366人増えています。これはすごい数です。定員100人の医学部を13校以上も作っているのです。けれども、医師はやはり偏在しているのです。人気のある病院には結構行って、断っているところもあるほどです。ところが、医師が行きたがらない病院にはいつまでたっても行かない。結局は開業医が増えることになる。こういうことを放っておけば、今までも医師が飽和状態の県庁所在地は開業医であふれるということになってしまうと思います。

現在の女性医師の比率は約17%、現在卒業する女性医師は34～35%ですから、若い世代から順々に女性比率が多くなっていて、25歳から35歳ぐらいが非常に多いです。この人たちは皆、勤務医になります。勤務医になる層が女性化しているということが言えると思います。

大阪厚生年金病院は565床ですが、大体1,000人ぐらいの人がパートも含めて働いています。正職員は847人で、女性職員が77.8%です。企業とは全然違います。つまり、病院というのは女性の職場であって、女性のライフスタイルをきっちり把握しないと院長も事務局長も経営で

きないわけです。ですから、本当は院長も女性がよいのです。私はそう思っています。

そういうところに、女性医師が増えてきたと言いますが、平成18年の厚生労働省のデータを見ると産婦人科の入局者は3/4が女性です。驚異的な数です。小児科も5割以上が女性です。それ以外にも皮膚科、眼科、麻酔科、放射線科など女性が多いのですが、産婦人科と小児科が問題になるのは救急と当直が多いからなのです。救急と当直が多いから、小児科学会の統計でも出ていますが、30歳代半ばで勤務医を辞め、ほとんど開業医になると思われまます。そのほうが自分で育児などもコントロールしやすいからということになります。結局のところ出産、子育てを契機に2割近くの人が勤務医を辞めていきます。

これは3年前に日本医師会の保坂シゲリ先生たちの努力で国内の全病院に勤務する女性医師を対象とした日本最大のアンケート調査を取りましたが、そのなかで、女性医師としての現場を辞めた人たちに、どうしたらあなたは仕事が続けられましたかという調査項目があるのです。そうしたら、圧倒的に多いのは勤務時間の短縮、残業・当直の免除があれば続けられましたと言っているのです。もう1つは保育環境の整備で、この2つが多いのです。ですから、各病院がもし女性医師に残ってほしければ、この2つをきっちり充実させるべきです。

私は平成15年まで岡山大学小児科の教授をしていまして、平成15年に大阪厚生年金病院の院長になりました。院長になったとき、小児科ですから、ある程度は女性医師のことを考えました。ところが、当時、大阪厚生年金病院は何も考えていないと思いました。案の定、6人ぐらいいた産婦人科の医師が、私が来てから1年ぐらいたってどんどん辞めていき、3人ぐらいになって、最後の女性医師も1年後に辞めると言い出したのです。それで私が「どうしたら続けてくれるの？」と尋ねたら、「毎日午後4時に帰れたら続けます」と言うので「それなら4時に帰らせてあげる」と言ったのです。それが短時間正社員制度の日本の始まりだと思います。

それから保育所や病児保育もハードを作るのは簡単なのですが、やはり短時間正社員制度をきっちり根付かすことが大事で、そのためには子育ての女性医師だけではだめで、全職種にやらなければならないですし、それから独身の女性が不満を言わないということも非常に大事なので、介護支援であるとか、男性もわれわれの年代では癌や成人病になるとか、いろいろなことで人生の危機的な状況のときには、皆が短時間正社員制度を使えるようにして、公正性を訴えたら皆、納得し、受け入れたわけです。

それからもう1つ大事なことは、職員を大幅に増員することです。それなしでやると、皆に気を遣うことばかりが出てきます。これはすごく勇気がいることなのですが、私はこれをやって非常にうまくいったし、よかったと思います。

それから地域連携です。これは1つの病院だけではなくて、開業医の先生や市民と一体になって、皆のワークライフバランスを守るという観点が必要だと思います。

私が院長になってから8年間に医師を100人増やしました。異常だと思われるかもしれませんが、565床の病院にしては医師数219人と多いのですが、研修生やレジデントを多く含みますので、実際の正職員は50人増やしました。正職員は全体で男性92人、女性44人です。

今年4月現在のフルタイムの女性医師の内訳は、部長が2、医長が29、医員が12、レジデン

トが 21、臨床研修医 12 で合計 76 人います。子育て支援をしてから女性医師は辞めなくなりました。皆まんべんなくいるということがお分かりいただけると思います。

特に大事なのは、産休・育休制度はあるが、これを完全に運用するということです。われわれのところではたとえば「産後 3 カ月で出てきます」と言ったら断ります。「6 カ月までは育休を取ってください。ほかの人に悪影響を与えます」と言います。

それから時間短縮、残業免除、当直免除などもしますし、都心の病院ですので、駐車場などもワークライフバランスに基づいて配分します。そのほか、保育園、病児保育室も作りました。

本日は女性医師の話だけしますが、76 人のフルタイムのうち 40 人足らずが結婚しており、30 人ぐらいの人に子どもがいます。よほど子どもが大きくなった人以外は、全員、何らかの子育て支援を受けているわけですが、やはりいちばん大事なのが時間短縮か残業免除、あるいは日直や当直の免除、これらの希望が多いです。現在は女性医師のうち 18 人がこれを受けています。

ただ毎月のように変化します。はじめは休んでいますが、3 歳、5 歳、子どもの入園・入学などのタイミングで就業時間を増やしていきます。基本的にはこのようなシステムは、原則として小学校卒業までということにしています。女性医師はこのぐらいですが、看護師は 50 人ぐらいいます。それから男性医師も 2 人子育て支援を受けています。

それからもう 1 つ、地域連携は非常に大事です。開業医だけが得をしてもいけないし、病院の勤務医だけが得をしてもだめです。つまり、ワークライフバランスは双方に必要です。だから、私たちの病院は大阪市の西部の医療圏の地域支援病院になっていまして、元々紹介率や逆紹介率が高く、開業医とのコンタクトは非常にうまくいっているのです。

ここで開業の先生のワークライフバランスを考えてみてください。普段は診ますが、夜間や日曜日は病院に行ってもいいのです。病院のほうは、もちろんそれはそれで受けましょうということになります。受ける代わりに、時々の手伝いをお願いしています。夜間の救急であれ、当直であれ、月に 1、2 回は必ず来ていただくというのが根付き、お互いに助け合うシステムができ、お互いのワークライフバランスを守れるようになってきたのだと思います。

ですから、われわれのところの女性医師支援を、開業の先生もしているわけです。産科もオープンシステムを取り入れて、分娩数の 20% はオープンになっていて、開業の先生がいつでも持ち込めるようになっています。この結果、いちばん問題となっている産科と小児科の救急当直の 7 割を外の先生がやってくれているのです。これが非常に大きいです。

それから、患者にチーム医療の仕組みを分かりやすく説明することです。いつも主治医が診るのではないということをお話しします。これは世界中当たり前のことなのですが、日本ではなかなかできないので、そういうこともきっちり説明する必要があります。

ここでビデオを見ていただきます。

——ビデオ——

女性医師が非常に多い病院ですから子育て支援は当たり前なのですが、それをスムーズにす

るためには、だれでも利用できる短時間正社員制度にして、公平性を担保することが大事だと思います。

それから主治医制度の見直しも必要ですし、チーム医療はシフト制にする必要もありますし、地域連携も同時にやります。1つを先行してやるのは非常に難しいので、大幅な増員も含めて、一斉にやるという必要があると思います。

われわれの病院では名誉院長、院長からレジデント、研修医、全職種、看護師を含めて、毎月ワークライフバランス委員会が開かれていて、規則がきちんと守れているか、現場から訴えてもらうことをやっているのです。規則は今はどここの病院でもできていると思うのですが、「えっ、そんな規則があったの？」ということでは困るので、院長が現場にコーディネーターを置いて、職員がいろいろな学会にも行っているかとか、子育てに苦労はないかなどを聞いて、それを副院長、事務局長、職員課長もともに聞いて、その場でディスカッションをすることが非常に大事です。院長自身がワークバランスをよくするためにはどうしたらよいかを話し合うこととなりますので、それが職員のモチベーションを上げるのだと思います。厚生年金病院として、ワークライフバランス賞なども設けています。

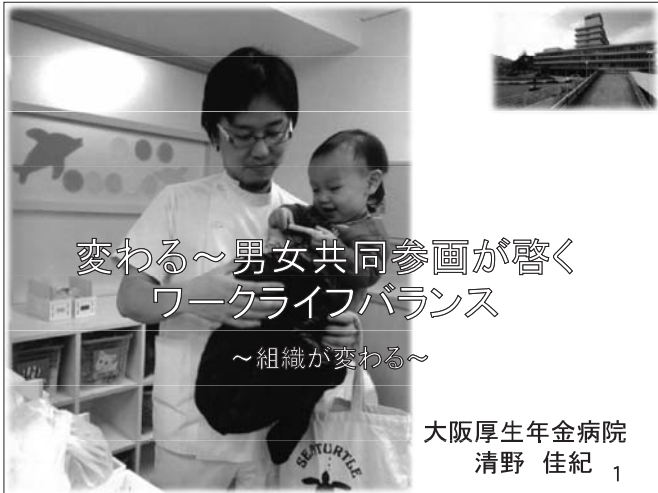
最終的にその大幅な増員がどうだったかということをお話ししますが、医師数は8年間で100人増えているのですが、レジデント、研修医を含みます。正規職員は50人増です。50人医師が増えて、医療収益が40億円増で、人件費率、給与比率は2%下がっているのです。つまり、医師は経営資源であって、収入をもたらすものなのです。ですから、一般の職員のコストと同じように考えたら失敗するのです。安物の経営コンサルタントの意見を取り入れないことが大事です。このようにすると職員のモチベーションを高めるのに非常に役立ちます。

収入増のいちばん大きい理由は、1日の入院単価が2万円増えたことです。われわれの病院はDPC病院ですが、DPC機関別機能評価係数が1.17から1.43まで増えているのです。それはなぜかというと、医師や職員を増やさないと、今、いろいろな施設基準がクリアできないのです。それを1つひとつクリアすると、結局は収入増に結びつくということなのです。

これは大阪府知事からいただいた表彰状です。私は日経の子育て支援大賞とか、内閣府の賞などいろいろ表彰されたのですが、それらよりもなぜこれがうれしかったかというと、救急病院としていちばんよくやっている救急医療功労者として表彰されたからなのです。

つまり、子育て支援とかワークライフバランスとか、女性医師支援をしたら、救急なんてできないと決めつけられるのですが、そうではないのです。きちんと時間さえ決めてやれば、女性もすごくよく働けるわけです。この人達をいかに上手に組み合わせて働かせるかというのが、今後の院長や部長に求められることだと思います。

ご清聴ありがとうございました。



若い医師の病院選択の基準 (福島県立医大)

1. 労働時間が適正であり、産休・育休取得などのワークライフバランスがとれていること。(36%)
2. 病院機能が充実しており、良い研修ができること。(33%)
3. 立地条件が良いこと。(18%)
4. 給与が良いこと。(13%)

(滝野敏子・大阪大学学友会誌)

2



3

医師不足への処方せん

医学部定員、過去最高の8991人へ、2012年度

文科省諮問、最多は福島医大の15人増、東北大も5人増

2011年12月10日 橋本佳子 (in3.com編集長)

文部科学省は12月9日、2012年度の医学部入学生定員を大学設置・学校法人審議会に諮問した。前年度68人増の8991人で、増員期間は2019年度までの6年間。12月16日の同審議会の答申を経て、最終的に決定する。2007年度の7625人から、5年間で1366人の増員を図ることになる。

最も増員数が多いのは、福島県立医科大学の15人で、定員は125人に。福島県では、福島第一原発事故で医師の流出が見られるが、「ホームステイにより地域住民と触れ合いながら実習を行う取り組みなどに加え、シミュレーション教育や医師不足の顕著な診療科の医療現場における研修等の充実により、実践能力を備えた医師や救急・麻酔科等の医師養成に努める」などと掲げ、地域医療の人材養成に努める。

被災地では、東北大学も5人増の125人に。地域医療、小児科、産婦人科に重点を置いた教育などに取り組むと同時に、災害医療を念頭に置いたカリキュラムの実施を想定している。若手医科大学(定員125人)は増員しない。

68人の内訳は、国立大学14人、公立大学17人、私立大学37人。増員枠の種類別では、(1)地域枠85人、(2)研究医枠3人、(3)歯学部からの振り替え枠0人。

医学部定員は1981年度から1994年度までは8280人だったが、以降、減少。2005年度から2007年度までは7625人まで減っていた。しかし、2007年8月に緊急医師確保対策が出されて以降、増加に転じ、2008年度7793人、2009年8486人、2010年度8846人、2011年度8923人と推移していた。

4

近年の医師の増減

	女性比率	増加数
全体像	約17%	5,000人あまり (男性 +1,500人以上) (女性 +2,500人以上)
29歳未満	約35%	300人あまり (男性 -100人以上) (女性 +350人以上)

5

女性全職員数と比率

全員	1,007人	100%
女性	758人	75.3%
男性	249人	24.7%

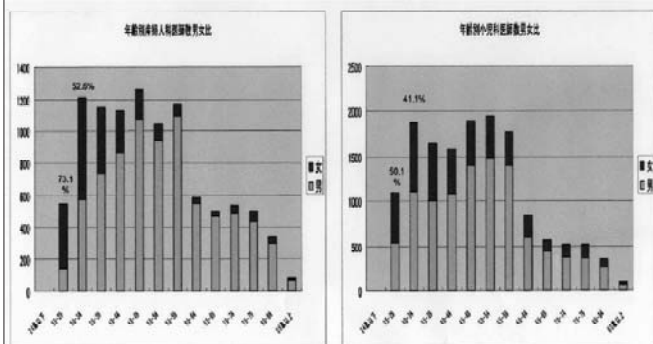
女性正職員数と比率

正職員全員	847人	100%
正職員女性	659人	77.8%
正職員男性	188人	22.2%

平成24年4月現在
(大阪厚生年金病院)

6

年齢別小児科医、産婦人科医数男女比



(出典)平成18年大臣官庁統計情報部 医師・歯科医師・薬剤師調査

7

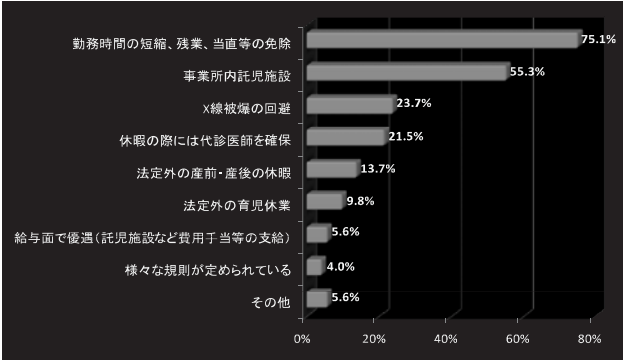
出産後の休職、退職の割合

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

8

就労環境や規則の整備(n数=2,231)

* 無回答を除く



平成21年3月 日本医師会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書

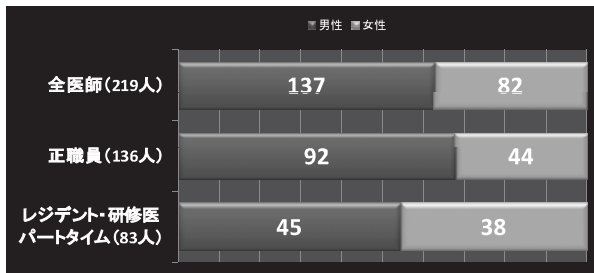
9

大阪厚生年金病院の
ワークライフバランス改善への取り組み(2004年)

- 子育てや介護、自身の療養などのためにフルタイム勤務■継続が困難になる場合に備えた、短時間正社員制度や保育所の設営などの環境整備
- 他の職員に負担がかからないように、医師、看護師をはじめとする職員の大幅な増員
- 病院ならびに開業医を含めた地域全体■医師が相互に協力し合う体制

10

大阪厚生年金病院の医師数と男女比率



女性医師役職内訳 (フルタイム) 平成24年4月現在

職名	部長	医長	医員	レジデント	臨床研修医	合計
	2	29	12	21	12	76

11

大阪厚生年金病院の子育て支援体制

- 産休・育休制度の完全な運用
- 時間短縮・勤務日短縮・残業免除および当直免除
- 駐車場優先使用
- 保育園・病児保育室の設置
- 病児のためのベビーシッターの補助金

12

子育て支援対象者 正職員医師(28名)内訳 (ほか産休・育休者13名)

平成24年4月現在

所属	勤務時間	勤務日免除	時間外免除	日当直免除	保育所	駐車場
1 内科	月は7時間30分			○		
2 内科	8時間					○
3 内科	8時間					○
4 内科	8時間					○
5 内科	8時間			○		○
6 小児科	6時間45分	火曜日	○	○		
7 小児科	8時間		○	○		
8 小児科	8時間				○	
9 麻酔科	7時間		○	○		○
10 麻酔科	8時間		○	○	○	○
11 麻酔科	8時間		○	○	○	○
12 麻酔科	8時間		○	○		○
13 循環器内科	火は7時間15分		○	○	○	
14 循環器内科	8時間 (勤務時間変更)		○	○		○
15 循環器内科	勤務時間30分 他の曜日は8時間(勤務時間変更)		○	○		○
16 眼科	8時間				○	
17 眼科	8時間					○
18 眼科	8時間		○	○		○
19 産婦人科	8時間				○	○
20 産婦人科	8時間				○	○
21 乳腺・内分泌外科	8時間					○
22 放射線科	7時間30分					○
23 放射線科	7時間30分		○			○
24 外科	8時間			○		○
25 皮膚科	8時間			○		○
26 ハンドヘルド外科	6時間15分			○		○
27 整形外科(男性)	8時間			○		○
28 フライマカ7診療部(男性)	通常勤務	水曜日				

大阪厚生年金病院 13

地域連携は極めて重要

- 地域支援病院
- 紹介率(平成21年度) 65.2%
逆紹介率(平成21年度) 74.9%
- 産科救急当直(外部の医師70%)
外部の勤務医以外に2名の地域の開業医も参加
産科オープンシステム(分娩数の約20%)
- 小児救急当直(外部の医師70%)
外部の勤務医以外に4名の地域の開業医も参加
- 脳卒中ケアユニット当直(外部の医師50%)
外部の勤務医のみの参加
- 患者さんにチーム医療の仕組みをわかりやすく説明



大阪厚生年金病院 14



15

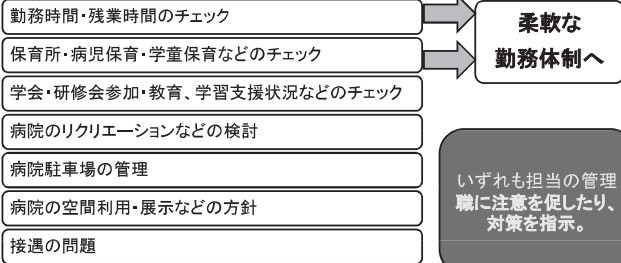
医療現場のワークライフバランスを守るためには

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

大阪厚生年金病院 16

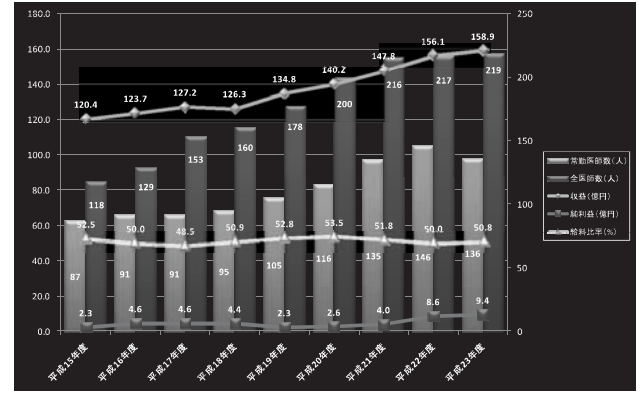
ワークライフバランス委員会

コーディネーター

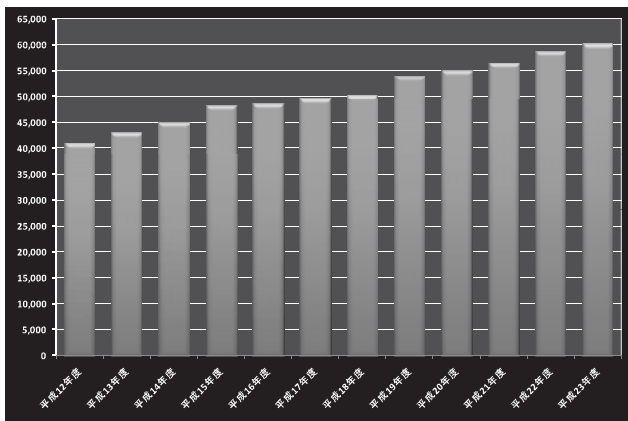


★厚生年金病院賞として、ワークライフバランス賞を設けている。 大阪厚生年金病院 17

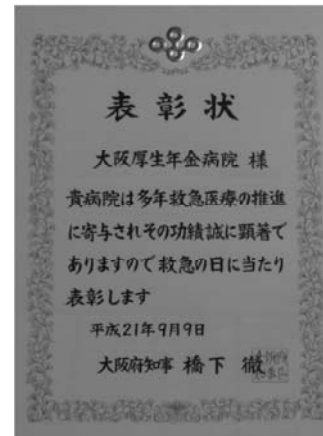
大阪厚生年金病院 全医師数の増加状況と医療収益・純利益・給与比率状況



大阪厚生年金病院 1日入院単価(円)



救急医療功労者 大阪府知事表彰



20

何よりも大事なことは

職員を大事にする病院であってほしい

ご静聴ありがとうございました。



21

登壇者

厚生労働省政策評価に関する有識者会議委員/ 東レ経営研究所ダイバーシティ&ワークライフバランス研究部長	渥美 由喜
埼玉医科大学脳神経外科教授	藤巻 高光
富山赤十字病院内科	小川加奈子
富山大学医学部小児科准教授/同大学附属病院診療教授	市田 露子
日本医師会男女共同参画委員会委員/大阪厚生年金病院名誉院長	清野 佳紀

コメンテーター

日本医師会常任理事 小森 貴

コーディネーター

日本医師会男女共同参画委員会委員長 小笠原真澄
富山県医師会常任理事 種部 恭子

○種部恭子 それでは後半の総合討論に移らせていただきたいと思います。総合討論には本日も講演いただきました4人のパネリストの先生方に加えて、基調講演の講師の渥美先生と、そしてコメンテーターとして日本医師会常任理事の小森貴先生にもご登壇いただきました。この総合討論のなかでは、ワークライフバランスの推進が医療にどのような効果をもたらすのかということと、そして、このワークライフバランスを推進するに当たり、現実にはいろいろ細かい問題がありますので、それについて少し具体的なことを論じていただきたいと思います。

ワークライフバランスを推進することの意味というのは、渥美先生のほうからいろいろな視点からの切り口で話をしていただきましたけれども、実際、病院で取り組むということになりますと、最後に清野先生のお話のなかにもありましたように、これはこれから病院が生き残っていくための切り札となりえるほどのインパクトがあると思います。

ワークライフバランスを推進していかなければ本当に学生も来なくなるのではないかと思います。皆さんもお聞きになってかなり危機感をお持ちになったと思うのですが、学生たちの考え方もずいぶん変わってきていると思います。

藤巻先生にお伺いしますが、直接学生たちを見ていると、育児をしようと考えている人が、

先生が学生だった 31 年前とはずいぶん違う状況が見えてきます。この方たちが実際現場で働くことになったときに、そういう環境が提供されていなければ、この人たちはそういう環境のあるところに行ってしまうということになると思うのですが、この学生の意識の変化について教えていただけますか。

○藤巻高光 埼玉医科大学の場合は時短制度のようなものがあります。本来の正職員とは若干待遇に差がありますが仕事を続けられます。私達がフォーラムのようなものを学内で開催したとき、パネリストの子育て中の先生たちはそれで何とか仕事を続けておられると話していました。たとえば外科の先生で、専門医を取るために関連病院で症例を積まなければいけないというとき、働きやすい病院を探して異動するということがあります。

また、昔と比べて女性が精神的に強くなっていますね。自分でやっつけようという意志がはっきりしてきているという気がします。

○種部恭子 男性はどうなのでしょう。男性は強くないのでしょうか。男性こそ逆に自分の働き方を求めて主張できるような環境が必要かと思うのですが、いかがでしょうか。

○藤巻高光 そうですね。男性の場合は、どちらかというとお様が出産をしたときに、奥様に迫られて仕方がなくというか、自分のワークライフスタイルを変えていっているというところが少しあるのではないのでしょうか。

○種部恭子 おそらくは男性はそういうものをまだ求めてはいけないのではないかと頭の隅に持っている方もいらっしゃるのかもしれませんがね。

○藤巻高光 結構多いと思います。

○種部恭子 富山県のなかでも昨年、医学生と語る会というのを行いましたが、男子学生のなかで、「子どもが初めて立ち上がる姿を僕がぜひビデオに撮りたい。それができる病院を探したいのです」という言葉が出てきましたので、若い人たちの意識はずいぶん変わっていると思います。

市田先生、大学で見えていらして、いかがでしょうか。男子学生も、先生の育児に対する支援の取り組みに注目していると思うのですが。

○市田蒔子 富山大学では赤ちゃんクラブというのがあります。つまり、周産期医療を実際に体験できる学生のクラブなのですが、夏休みも出産に立ち会ったり、育児を経験してみたりというようなことがあります。それも女性だけではなくて、たくさんの男子学生が参加しています。まずそれが1つです。

あとはどうしても富山大学、地方の大学では、卒業すると女子学生は出身地に戻ってしまうという傾向がありました。それで女子学生が出産した場合、学生でも赤ちゃんを院内保育に預けられるということも検討しまして、まだまだ数は不十分ですけれども、ロールモデルとして若い女性が地元に戻らなくても、子どもを育てながら富山県で続けられるという、そういうことを今後、学生にアピールしていきたいと思っています。

○種部恭子 厳しい地方の大学では、せっかく学びに来ているのに、親がいなければ育児ができないと考え、出身県に戻る人が多いと思います。どこの地方でも同じ悩みだと思います。そ

うしますと、学生を獲得するためには、これは大きなセールスポイントということなのではないかと思います。これをやらないと本当に、医師の偏在を正し地方にシフトすることはできないのではないかと思います。

○小笠原真澄 会場のほうから市田先生に、病児保育を含めた院内保育のことでご質問が来ています。

富山大学のベビーシッター方式についてももう少し詳しく紹介していただけないかということと、先生のお話にありましたけれども、病児保育、院内保育の利用者のうち医師の利用の割合はどのぐらいか具体的な数字がもしお分かりになればお願いします。

○市田路子 院内保育の割合は、最初は看護師が非常に多かったのですが、現在はおそらく7割方は、女性医師に移っています。院内保育は定員が30人なのですが、とても足りない状況になっています。

それから、ベビーシッターのプーリングというのは、最初はベビーシッターを個々に集めてということを考えていたのですが、それよりももっと効率がよく、院内保育の保育士の間でプーリングを行います。つまり、その日残れる人をプーリングしておくのです。そういうことで延長保育や日直ができる体制、そして当直ができる体制に、それに関わる保育士を確保するという意味です。

○種部恭子 人材確保という意味では、これは医師だけではなくて看護師も同じことだと思いますので、そういう意味で多職種を交えてというのも、逆に院内によい空気を作るために有効です。先ほど制度ではなくて風土だという言葉がありましたが、非常に先進的な取り組みだと思います。

さて、もう1点、ワークライフバランスを推進することには、人材確保の切り札としての意味があります。ワークバランスを推進する病院でないとな人が来ない時代になるという話がありました。特に地方の小さな病院にとっては、人材確保というのは本当に大きな問題になりますので、積極的に取り組まなければならないという状況に来ているかと思うのですが、もう少し発展的に考えますと、女性が参画するということは、医療のなかにダイバーシティというかイノベーションが起きる可能性があるということがあります。これまでワークワークだったなかから、ワークライフに変える「パラレルキャリア」という言葉を基調講演でお聞きました。

小川先生にお聞きしたいのですが、皮膚感覚といいますか、当事者性を育てている途中だというお話をいただいたのですが、どうしても周りに申し訳ないと考えてしまいます。先生は、パラレルキャリアという考え方になると思うのですが、周りの人たちにとってもそういう意味があるのではないかと思います。先生にはぜひそれを率先して病院のなかで広めていただきたいと思うのですが、キャリアに対してはまだ周りに申し訳ないと思われませんか。

○小川加奈子 正直、周りに申し訳ないと思うことが多々あります。清野先生のところのように、常勤の医師がどんどん増えていくというような、人材の確保ができているという実感があれば、自分としても堂々と仕事を続けていけるとは思いますが、まだまだ当院も富山県内の各病院も人材の増員というのが非常に難しい現実だと思います。

ただそういうなかで、自分が短時間勤務や当直などの免除を受けているというような、前例のない形で働かせていただいている以上は、自分は自分のできることを、イキイキ社員のよう
に時間内でしっかりした仕事をしていくこと、それと、周りへの思いやりを持ってよい空気を
作っていくというようなことで、こういう働き方でもいいのかなと思っていただける方を自分
の力で増やしていくことが、今の自分の立場での大事な役割かなと考えています。

○種部恭子 仕事で得たことだけではなくて、子育てをしたり、時間の使い方を考えたという
ことが大変大きなキャリアであるし、われわれ医師にとって大きな財産だと思うので、上司の
方にもそう考えていただくように、今後、変えていかなければならないと思います。

○小笠原真澄 小川先生に会場のほうから、ご質問が来ています。先生が働き方を変えていっ
たときに、ご主人の働き方は変わったのでしょうかというのが1点です。

また、もし小川先生の世代で、たとえば医学部の学生時代にワークライフバランスの授業が
あったら、ご主人を含めて、先生ご本人に役に立ったと思いますかという質問が来ています。
いかがでしょうか。

○小川加奈子 1つ目の夫の働き方が変わったかどうかという点については、私の目から見ると
ほとんど変わりはありません。ただ気持ちの面で、私がやっていることについては大変気遣
ってくれますし、あとは子育てに対する直接的な協力ではありませんが、家事とか、家のなか
が汚いとか、そういうことについての文句は一切言われないので、直接的にシェアするとか、
保育園に何曜日と何曜日が主人が迎えていくというような約束事はできませんが、私がそれ
でも続けていってよいのだなという環境というか、気持ちを持たせてくれている点に関しては感
謝をしています。

それから、今、夫は大学病院にいますが、男性医師のなかで子どもを理由に早く帰るとか休
むとか、そういうことを言う人が周りにいないので、やはり私が夫にこれ以上強要することは
できないかなと思います。

夫が私に言うのは、自分の周りに、たとえば小さい子どもを育てながら若い女性が研修に
来たとき、その女性研修医の子どもの具合が悪くなった場合などに対する仕事のカバー、早く帰
っていいよとか、土日は来なくていいよとか、そういうことを言ってあげる心の優しさとい
うか広がりというのは、今まではなかったことが自分にできたということを常々言っている
ので、そのあたりが少しずつのステップではないかと思います。すべてを一足飛びに要求する
ことはできないので、私の夫なりの努力なのだろうと思っています。

また、授業があったとしたら、役に立ったとは思いますが、ただ、どうして医師になりたい
と思ったかという、やはり患者さんを助けたいというか、そういう自分になりたい希望があ
ったので、根本のところはあまり変わらないのではないかと思います。

主治医制とか、担当制、シェアリングという言葉もありますが、気持ちのなかでは、いつも
患者さんのために仕事をしている以上は、「駆けつけたい」と思う気持ちは、持ち続けていき
たいと思いますので、ワークライフバランスを授業として取り入れるときに、それは役に立
ったかもしれないけれども、気持ちのうえでは、今後の学生にも医師になるうえでの患者
への取り

組みとか、患者さんへ接する気持ちとしては変わってほしくないという面もあります。

○種部恭子 男性が休むとか、ワークライフバランスを中心に考えてという考え方自体が言いにくいという土壌がまだまだあるのだと思うので、清野先生がおっしゃっていたように全部「せーの」と変わらなければだめですね。決してだじゃれではありません。

パラレルキャリアという意味では、ご主人は大切なパラレルキャリアを失っている可能性もありますので、それはぜひ藤巻先生のところに転職していただくとういかなと思いました。

さて、小森先生にお伺いいたします。医師会というのも、どちらかというとなりが引張ってこられたということがあります。医師会活動なかでは行政との交渉のテーブルにつくこともありますが、そうしますと行政から医師として、ダイバーシティを求められることが今後増えてくると思うのです。たとえばポジティブアクションという形で、女性の委員を出せとかいうことも増えてきますし、そういう視点で、活躍する女性をどんどん増やさないといけないということで、新しい戦略を作らないといけないと思うのですが、日医としては、特に地方の小さな医師会などではなかなか進まないのですが、どのようにしていけばよいとお考えでしょうか。

○小森貴 大変難しいご質問であるうえに、私自身のこれまでを振り返っても、お答えすることには忸怩たる思いがあります。ただ基本的な考え方として、患者の50%は女性であり、もう50%は男性であることから、医師という最も患者に近い位置で支える、共に生きるという立場の職業は男女も半々であるべきだと思っています。何よりも今、1億2千万人日本人がいて、男性は6千万人しかいませんので、6千万人で考えるよりも1億2千万人から医師が出てきたほうが、これは断然2倍素晴らしいと思います。女性医師はもっと増えるべきであると思っています。

それから渥美先生が、女性の役員割合の問題でコンプライアンスのことを言われましたし、イノベーションのことも言われました。やはり女性医師の問題というのは、私は「解決されるべき課題」ということではなくて、「これを生かすべき強み」と考えて対応すべきだと思っています。

日本医師会といたしましては、都道府県医師会、郡市区医師会に積極的に女性医師の役員への登用、また委員会委員への登用をお願いしていますが、私自身も6年間、石川県の医師会長をしていまして、そのあたりについてずいぶんご尽力いただいた辻川先生、赤澤先生や魚谷先生がいらっしゃるって、本当に一生懸命やってくださっていますが、まだまだ底辺が広がっていないという現状もあります。

医師会というのは、医師全体の権利を守るということ以上に、患者を守るためにわれわれ医師集団は何ができるのかということですから、夢は男性であれ女性であれ一緒のはずなので、この組織に女性医師がどんどん参加していただくということは、医師会の私たち、日医の仕事というより、すべての医師の仕事だと思っていますので、これは丹念にお願いし、本日ここに横倉会長と羽生田副会長がいらっしゃいますので、ぜひ本年度、会長、副会長のリーダーシップに期待したいと、ここで申し上げてしまえば、何らかのアクションをしていただけるものと思っています。

お答えになっていないかもしれませんが、丹念の一つひとつ課題をクリアしていくために、

私たちとしては努力をしていきたいと思っています。

○種部恭子 2020年には日本医師会の役員のなかに女性が30%になるための努力をされるそうですから、それに向けて、われわれも準備をしたいと思っております。

イノベーションという意味では本当に女性の視点が大切で、今、おっしゃっていただいたように、医師会の活動というのはそういう意味ではリーダーシップを発揮できる場ですので、たとえば昨年、東日本大震災のときに女性の視点でということの日医として支援をしなければいけないという声明を保坂先生が中心になってなされました。そういう意味では、社会のなかでもリーダーとしてこの仕事を進めるという意味で、医師会の役割は大きいと思っていますので、ぜひ2020年に30%を目指して努力をしたいと思います。

さて、もう1点は医療安全、リスクマネジメントという側面からも、人を増やすということは非常に大きな意味があるかと思っています。清野先生にお伺いしたいのですが、患者満足度も上がり、そして組織として風通しがよくなり、大変よい循環に入っていると思うのですが、これは実際にリスクも減りましたでしょうか。先生のところで職員は100人増えたということですが、プロセスのなかでもおそらくいろいろ問題もあったのではないかと思います。リスクマネジメントという面では効率は上がりましたでしょうか。

○清野佳紀 プロセスのなかでの大きい問題は収益です。収益が上がっている限りは文句を言わないのです。最初はすごく勇気がいりますが、1年目か2年目で医師は1億円稼ぐというのは本当だなということが分かってくるのです。

ですから、皆さん方は何も心配しないで普通に働いていただいたら、少なくとも今はどこの病院も医師不足気味で働いていますので、その段階で収益はかなり増えていきます。

それから、よく都会だから、あるいはそういう所だから増やせるということを言われますが、それは違います。田舎でもワークライフバランスを進めていて、そこに医師が集まっているところを、私はたくさん知っています。集まらない言い訳に使うということも多いのではないかと思います。医学部を13校も新設したぐらい増えているのですから、その人たちの獲得を目指して、各院長は頑張るべきだと思います。医師が増えれば、リスクマネジメントの効率は上がります。

○種部恭子 清野先生のような院長先生がドンとトップダウンでされると、変えることは可能なのだと思いますが、地方の小さな病院ではいろいろな問題を抱えると思います。そちらのほうを少し議論いただこうと思うのですが、先ほど粘土層という話が出てきたのですが、紙粘土と固粘土でしたか、ワークライフバランスを推進するという必要性すら感じないと言っている粘土の人たちをどうやって変えるかということが、いちばん大きな課題だと思います。育児は女の仕事という固定観念はなかなか取れませんが、介護はそういうわけにはいきません。そういう視点で考えると、これを男性側が自分の問題と捉えないということは非常に大きな問題だったと思うので、実体験を持たなくてもそういうふうに意識を変えていく必要があるかと思っています。

渥美先生にぜひお聞きしたいのですが、男性の参画を促す切り口というか、どうすればこの

粘土を最初に崩せるかというところをお聞きいたします。

○渥美由喜 ワークライフバランスが必要ないという人は2タイプあって、過労バリバリでエース社員、本当に患者さんから頼りにされていて、そちらの必要のほう大きいのだという方々が多いと思います。また、偽装バリバリというのは、医師ではそういうことはあてはまらないかもしれませんが、もしかしたら本当は別に毎日長時間する必要はなくて、ただ家庭に居場所がないから家にいるよりは職場にいるほうが自分の役割が実感できるという方も、もしかしたらおられるかもしれません。

必要がないという方に必要性を感じさせるのは、私は三大ホラーという言葉を使います。熟年離婚ホラー、介護ホラー、マネジメントホラーです。

20代、30代で研修するときには、女性の愛情曲線というのをよく使うのですが、独身のときは女性の愛情100%をいろいろなものに配分していただくと、仕事に高かったり趣味が高かったりします。それで結婚すると夫が愛情のトップに躍り出るので、一時期のあだ花で、子どもが生まれたら子どもがトップに躍り出て、夫への愛情がガクッと下がって徐々に回復していきます。これが1つのパターンです。もう1つのパターンは、ずっと低迷しているグループというのがあるのです。中間がありません。

見事に夫への愛情が二極化していきます。どうして二極化するのかと思ったら、出産直後、乳幼児期、いちばん大変な時期に子育てをだれとやったかということで、妻1人でやった場合、これは低迷グループと非常に高い相関関係があります。夫と2人でやった場合、これが回復グループと非常に高い相関があります。

ですから、そういう時期と一緒に家事・育児をする姿勢があると、そのあとずいぶん変わってきます。上の世代の方には、子どもが生まれたくさん教育費がかかるからたくさん稼ぐという考えが多いですが、そういうときに妻のサポートと一緒にやる姿勢があるとそのあとの家庭基盤がしっかりします。愛情曲線の熟年離婚ホラーは結構、若い世代には響きます。でも、もう取り返しがつかないと思われる方にはあまり響かないです。

上の世代の方々は、介護ホラーとマネジメントホラーです。プレーヤーとして優秀な方ほどマネジメントで失敗するという事は本当に起きています。自分たちの働き方が100%正しいと思ってやっていると、下の世代は意識がかなり変わってきているということと、なかなかしたくてもできないという状況がありますので、そこについていけない、ウツになってしまうということがあります。あるいは、本人が若いときはそれでやれたかもしれないけれども、突然亡くなるということもあります。

長時間労働はそれこそ過労死の温床だということも、プロの皆さんはよくご存じのはずですが、あらゆる病気は、長時間労働とその発生率とは非常に高い相関があります。たとえば企業に行って、月60時間以上時間外をやっている人たちの研修でそういうものをデータを見せるのですが、「皆さん今の働き方が非常にイキイキ感じて、しかもそれが実績を上げてこられて、すごくそれは今のところはうまく回っていたかもしれませんが、それで太く短くポックリ死にたければこのままどうぞ」みたいな感じで話すと、少し考えられます。

そういうふうに、今までとは違う働き方にチャレンジすることがむしろチャンスなのだと、「チェンジにチャレンジすることがチャンス」という言い方を私はよくします。

○小笠原真澄 会場からのご質問で、そういう意識というのでしょうか、そういう考え方、つまりトップダウンではなくてボトムアップとして社会一般の意識として1つの文化として根付くには、今の日本において一体どのぐらいかかるとお考えですか。

○渥美由喜 いろいろな業界をお手伝いしていますので、いちばん長くかかって10年ぐらいです。医療機関はもしかしたら結構かかるほうかなと思ってはいるのですが、平均すると5年やるとずいぶん変わってきます。本当に職員満足度が上がってきますし、それこそ大阪厚生年金病院のように優秀な人材がたくさん来るといって、人材確保は2、3年で結構変わってきます。モチベーションは5、6年です。働き方を変えることによってそもそも業務が効率化する、これは10年ぐらいかかるのですが、いろいろなメリットがあって、それらが相乗効果をもたらしてくれますので、そんなにすぐに効果がある、即効薬だったらあらゆる組織がやるのですが、ジワジワと効いてきて健全な職場体質、強靱の企業体質になっていくような、漢方薬だと考えるべきだと思います。

○種部恭子 推進するには時間がかかると思うのですが、小さな積み重ねで変えていかなければいけないという意識を持っていただければと思います。

内閣府の男女共同参画白書などを見ていると、男性の帰宅時間が早い県ほど出生率が高いのです。ということで、少子化、少子化と文句ばかり言っていないで、ぜひ早く帰るといってことを男性自らやってほしいと思います。

さて、地方のほうというのは、本当に医師の偏在に大変苦しんでいます。小さな組織がやるのは不可能と言っているのは言い訳にすぎないということだったのですが、やはり実際、病院の経営というのはそんなに余裕のあるものではありません。人的にも経営的にもそうだと思うのです。ギリギリの線で持ちこたえているので、これ以上なかなか続けていくのは難しいときに、一気に100人増やせと言われてもなかなか厳しいものがあります。そういう意味では、過渡期は渥美先生のお話では2年ということだったのですが、清野先生のところは何年我慢されたのかということをお聞きしたいと思います。

○清野佳紀 100人といっても9年間でですから、一気にではないのです。とにかく医師を増やすという観点と、一般の職員を増やすという観点では、頭を切り替えないとだめなのです。医師を増やすと、収入も増えます。間違いないです。それはどなたもご存じです。ですから、コストと考えずに、収入を増やすためにと思って、いろいろな条件を飲んで来てもらわないとだめです。非常に大事なことだと思います。

○小笠原真澄 会場からかなり具体的な質問として、清野先生のところはそうやって医師を増やしていったら、医師が増えたことによって収入も上がったということなのですが、実際それでは、医師1人当たりの給与というのはどのように変化したのでしょうか。

○清野佳紀 これはよい質問です。たとえば4時に帰る短時間正社員の人と、毎晩9時まで残って働く男性医師とは給料は倍違います。4時までの人が2人雇えることになるのです。です

から、そんなに皆さんが心配するほど人件費が増えていくわけでもない。それはとても大事なことです。

○小笠原真澄 卵が先か鶏が先かのような話なのですけれども、医師を大量に雇用するというか、結果として皆さん来られたのかもかもしれませんが、たとえば雇用するための資金というのですか、初期投資的なものは先に考える必要はないと。

○清野佳紀 そんなものはないのではないですか。医師が来たときから、手術もするでしょう。検査もするでしょう。よほどでない限りは、心配しなくてよいのです。それは皆さん、院長の方はご存じだと思いますよ。

○種部恭子 小さいところでも不可能ではないと。それから先ほどおっしゃっていたように、子どもが何人かいらっしゃる先生は救急でしたか、非常に忙しい科ということでしたね。

○清野佳紀 プライマリケアで初期救急です。

○種部恭子 それを考えると、決して忙しいとか、外科系はきつとか、そういうことで言い訳にはいけないということだと思いますので、組織全体としてスケールメリットを生かすような形にできるようにというのがポイントかなと思いました。

○清野佳紀 それと小さいほうがやりやすいのは、トップがどんどん柔軟性をもって決めていけるということです。大きい病院のトップはいろいろ言う人も多いですし、大きいほうがやりやすいということはないと思います。

○種部恭子 では、富山の地方の小さな病院の先生方、来年には取り組み始めていると期待しております。

また、コーディネーターをという話がありました。組織のなかには不満とか、不公平感をなくすためにはコーディネートするチームがなければなかなか動かないということが渥美先生のお話のなかでもありましたし、清野先生のお話でもありました。

そうなりますと、そういう人を雇ったり、病院がそういう取り組みをするにおいては、何かやはりインセンティブを与える必要があるかと思います。病院の収益ということになると医療全体の問題になりますので、羽生田先生にお聞きしようかなと思うのですがいかがでしょうか。

たとえば医師会としてのお考えをお聞かせいただきたいのですが、やはり保険診療という縛りがある以上、収益増に転換するまで、なかなかコーディネーターを置いたりするようなお金は入ってきません。そういう意味では、今やっているような医療安全に対するいろいろな加算をしたり、そういうことと同じようにワークライフバランス加算とか、何かそういうものを付けるように国に働きかけるとか、この社会全体として医療をどうしたいのかということをお聞きする必要がありますかと思うのですが、それは日医執行部のほうからやっていただけないでしょうか。

○羽生田俊 大変難しい問題で、私よりも会長が答えたほうがよいのではないかと思うのですが。そういった人的なものに対する評価というのを入れるよう要望しておりますが、まだまだ十分ではありません。

本日の宣言のなかにもありますが、毎年出てくるのは、ワークライフバランス自体をきちんと評価するためにはその原資が必要だということです。清野先生は医師を増やして、収入が

増えてとおっしゃいましたが、ここ2回の診療報酬アップはほとんど病院に使われました。病院の勤務医の過重労働対策とか、そういったものに使うということで、これは結果として出ていることですが、病院は収入が増え、診療所はやや収入が減っています。そういったところで、言われている部分にどう対応したらよいかという意味での診療報酬改定ということには、われわれも力を注いでいますが、とにかく医療費全体が上がってくれないことには、今の疲弊したこの医療の状態を改善するというのは非常に難しいです。そのためにどうしたらよいかということ、国会の先生方とも議論をしているわけですが、国会が少しフワフワしているものですから、どこに何を言えば何が決まるのか分からない状態ですけれども、私たちが言えるところには十分伝えていきます。

○小森貴 診療報酬改定のなかで、病院において短時間正規雇用の医師の活用を、加算のための要件の1つの選択肢とすることについて、日本医師会としても強く申し入れて実現したという経緯があります。

また、全体の財源のなかで、どこに落とし込むかという問題があります。最初に申し上げましたように、女性医師が働きやすい環境をつくっていかないと日本の医療は成り立っていかないということは、全国民の一致した意見ですから、日本医師会としては、そういうことを1つひとつ落とし込んでいく作業は、本年度以降しっかりやっていくつもりでおりますので、その点はぜひご理解をいただきたいと思います。

○種部恭子 日本医師会の本気で取り組んでくださるそうなので、それに付いて行って頑張らなければと、思いました。

清野先生のお話のなかにもありましたが、やはり地域全体としてワークライフバランスを進めるということが非常に印象的でした。病院のなかで頑張っているだけではもはや動かないということで、患者たちにも理解を求める必要があります。

たとえば主治医制の問題などはいちばん大きなところではないかと思うわけで、市田先生の報告にもあったと思うのですが、清野先生のところは患者たちに説明をしておっしゃったのですが、どういう場をもって説明をしていらっしゃるのですか。

○清野佳紀 それはありとあらゆる場だと思います。たとえば産婦人科の先生なら担当の患者に、外来で妊婦検診をするときに、取り上げる人は別になりますよというのはずっと言っています。それでも来る人は来ます。それからほかの病院から受け入れる場合も、付いてくる先生もいるし付いてこない先生もいるし、いろいろありますけれども、そういうのにやはり慣れていく必要があります。

常にいちばん大事なのは、お互いさまの観点で、院内でも地域でも、お互いに困ったときには助け合うという、ごく当たり前のことをやる必要があると思うのです。

○種部恭子 「お互いさま、思いやり」というのが、渥美先生のお話にもありました。社会全体としては非常に硬直化していて、なかなかそれを求めるのは難しいと思うのですが、医療の側から求める方向を患者に伝える、一般社会に向かって発言する必要があります。しかしどちらかという白い目で見られるというか、まだそういう空気があるかもしれません。渥美先生、

いかがでしょうか。

○**渥美由喜** それはおっしゃるとおりだと思います。

ただ、基本的に人口減社会というのは、一人三役というのが私は重要だと思っています。職業人と家庭人と地域人。東日本大震災のあとは、やはり地域貢献というか社会貢献というか、そういう気運は高まっていて、そもそも自分の職場としての働きだけではなくて、どういう市民としてのあり方がほかの職場にはどういう影響を与えるのかということ、徐々にそういう関心は強まってきていると思いますから、やはりそういうところは、ぜひ日本医師会の皆様には、強く社会的な必要性というのをアピールなさっていくことが、結果的にはそれが社会全体をよくしていくことだということで、大きな話をぜひ展開していきたいと思います。

○**種部恭子** 柏原病院の小児科のような例を全国で展開していくということ、私たちはもっと発信もしていかなければいけないと思うので、ますますそういう意味では医師会の役割は大きいと思います。

最後に、それぞれのパネリストの先生方、ご登壇いただいた先生に、医師になったときの夢と現在働き方に満足しているかどうかを一言ずつ、短い時間でお答えいただいて終わりにしたいと思います。

小森先生からお願いいたします。

○**小森貴** 私は医師になって本当によかったと思っています。今も私の有床診療所は、短期正規雇用の3名の女性の副院長が支えてくれています。

医師はやはりどんな状況においても患者とその命を守ることが使命ですので、本当にありがたい仕事に就かせていただいたと思っています。これからも頑張って医師を続けてまいります。

○**藤巻高光** 私は実は医師になったときは、自分は救命救急をバンバンやる脳外科の医師になろうと思っていました。しかし、今はそれとはだいぶ違った生活をしています。その間にいろいろ自分の思ったものと、少しずつ違うほうにいつもベクトルが動きつつ、今の生活になっています。ただ、そういうベクトルがあることで、自分自身が成長できてきたという気がします。

たとえば私が医師になった当時は、今から思うとかなり傲慢な人間で、患者というのは自分が治してやる存在だと思っていたのです。今はそうではなくて、患者さんと一緒に病気を治すのだというように、だいぶ変わってきた気がしますし、たとえば患者さんが病気のことで家庭がうまくいっていないとか、そういうことをいろいろおっしゃると、昔だったら「そんなことを聞いている暇はないよ。俺は忙しいのに何でそんなことを言うの」と思うのだけれども、今は、幸い自分のペースでものを動かせる立場になっているせいもあるのですが、そういう患者さんの話を聞いてあげる時間ができてきて、一緒に、「何も解決しないけれども、あなたの話を聞いたら、あなた少し楽になったかい」と言える立場になったということがありまして、ですから、自分は医師として患者さんに育てられてきた、家族に育てられてきたという気がして、自分としては99%満足しています。

○**小川加奈子** 医者になった夢は、必要とされる人間になりたい、歳を取っても必要とされる人間になりたいと思ったことが夢でした。今の働き方には十分満足しています。以上です。

○市田 蒞子 私は小児科医になって本当によかったと思います。病気を抱えながらも成長していく子どもたちを見守って、大人になっていく姿を見るのが幸福感で一杯です。

○清野佳紀 今は、私はこういうことを話していますがもともと小児科医で、今も週1回診察しています。専門からいって、研修生とか若いころに診た患者さんを今でも多数診ているのです。その子どもたちもどんどんまた生まれてきたりして。そういう風に日常の診察をしているのが、やはりいちばん楽しいですね。

○種部 恭子 清野先生は最初は粘土だったそうですが、お嬢様が医師になられてから紙粘土に変わり、それが溶けたという話を聞きましたので、そういう意味で大きな貢献を今されているのはお嬢様のおかげと私は拝察いたしました。

○小笠原真澄 それでは時間がまいりました。今回初めての試みで、会場の皆様より意見・質問用紙を回収しましてのディスカッションということにさせていただきました。ご質問用紙をたくさんいただいたのですが、私どものほうで皆様の意を十分に反映した質問ができなかったかと思います。その不手際はどうかお許し願いたいと思いますが、フォーラムの報告書のなかで、皆様のご質問を十分反映させて、それぞれのパネリストの皆さんからのお答えもお載せするようにしたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

本日は「変わる」ということでしたが、皆さんのお話をお聞きしますと「変わらなければならぬ。変わらなければ日本の医療は成り立っていかない」というような印象を持ちました。

本日はこれでパネルディスカッションを閉じさせていただきたいと思います。ご協力どうもありがとうございました。

◆◆ 参加者からの意見および質問 ◆◆

【意見】

- ・ 3交代ができるだけの医師の確保と医療ニーズと医療の質のコンセンサスをこれから取っていくことが大事と思われます。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・ WLBの意義について、事例を交えて大変わかりやすい講演でした。ありがとうございました。病院や施設においてWLBを導入するにはそれなりの強い動機づけが必要ではないかと考えています。その点では、講師の渥美さんも指摘されていたように医療安全の観点、また医療サービス向上の観点が必要かと思えます。長時間労働、当直あけ(又はオンコール)に通常勤務をせざる得ない状況ではインシデントのリスクが高くなり、WLBの観点だけでなく、医療安全上も問題が出てきます。またそのような余裕のない状態での対応により、患者さんの満足度の低下につながると考えられます。(女性・勤務医・パートナーなし)
- ・ 渥美先生のご講演は合理的な考え方でWLBをとらえる視点で参考になりました。(女性・開業医・パートナーは医師(パートタイム))
- ・ 基調講演では今までの視点とは違った角度で新たな意見があり興味あるものでした。(女性・管理職・パートナーは医師(フルタイム))
- ・ 夫と診療所を経営していますが、主婦である看護師たちをうまく仕事をさせるという観点から、渥美先生や清野先生のお話は、経営的な問題点も合わせた内容で非常に有意義でした。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・ 医師を確保するにおいて地方はなかなか集まらない現状があります。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・ 最後はやはりマンパワーだということがよくわかります。地域偏在を解消する有効な手段はあるのでしょうか。(女性・パートナーは医師(フルタイム))
- ・ 清野先生の厚生年金病院がワークライフバランスでのすばらしい結果を出されていますが、それを他病院にて実現するためには、例えば国立や自治体病院での院長に制度を変える決定権をもってもらう必要があると思います。(男性・開業医・パートナーは専業主婦)
- ・ 清野先生に賛成。やはり医師の定数を増やすことが重要です。過重労働を回避することが大前提となります。その上で短時間正職員制度を積極的に導入を考慮する必要があると思います。(男性・管理職・パートナーは専業主婦)
- ・ 藤巻先生のスライドにちょっと触れた部分があった。10年前のJAMAに米国レジデントの専攻科目選択にワークライフバランス(WLB)が影響しているとの論文があったが現在日本の研修医/若手医師にも同様のことがおっていると実感している。女性医師の問題というよりは、現在「ワークライフバランス(WLB)・ワークウェイジバランス(WWB)が勤務形態を変えていく」といえるのでは？(男性・管理職・パートナーは専業主婦)
- ・ ④医療スタッフを大切にすることが、心のゆとりを生み、患者への優しさ及び医療の向上と

安全確保につながる。⑧男性の働きやすさと女性の働きやすさ。⑨総合病院と開業医の本音とバランス。多角的な「共存共栄」という視点に気づくことができました。感謝申し上げます。(女性・勤務医・パートナーは医師以外(フルタイム))

- ・ハード面を変えること以上に、人の認識が変わるように働きかけることの重要性を感じました。参加させて頂けてよかったです。ありがとうございます。(女性・勤務医・パートナーは医師以外(フルタイム))
- ・女性医師だけでなく、男性医師やパートナーの意識改革が必要だと痛感しました。(女性・勤務医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・男女共同参画の成果目標の文言で「最低1名…」より「1名以上…」の方がより多くの登用を期待できると思います。(女性・大学教員・パートナーは医師(フルタイム))
- ・少子化・高齢化等の社会の変化は全ての人々に生き方の変化を迫り、医師も同じく対応を迫られる。(女性・勤務医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・生涯働くことは、男性女性共にこれから必要になり、ライフとしては育児以上に介護が大きな過重負担になりつつある。(女性・勤務医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・これからの日本の医療における女性の果たす役割は益々増加する。日本の医師の2/3は勤務医、約2割は女性。日本医師会が国民から真に日本の医師を代表する団体と認められるためには、勤務医、女性医師の参加が不可欠。そのためには勤務医、女性医師のための実効的施策を講じ、かつ、それを対外的にアピールすることが必要である。(男性・勤務医・パートナーは専業主婦)
- ・少なくとも医学教育中に、こうした社会の変化を医師としてのライフをスタートする前に教える必要がある。「卒業したら何が待ちかまえているか」を学生中に一度は教える。(女性・勤務医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・女性医師のキャリア形成支援の上での環境整備という視点がほしいと思います。(女性・大学教員・パートナーは医師(フルタイム))
- ・子育ては次世代育成にとっても大事なことです。市田先生に共感します。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・小川先生の話をお伺いすると女性医師を取り巻く環境は30年前と何ら変わっていないのではないかと思います。それでも、清野先生のお話で、頭の柔らかい男性医師もおられるものだと希望が持てます。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・病児保育の使い方ですが、朝小児科診察が必要で結局遅刻になってしまうという意見を聞きます。でも、小児科受診はインフルエンザ等の感染症や重篤な疾患でなく、病児保育へ行くことが可能であることを診断するもので必須です。病児保育がなければ、数日休まなければいけなかったのが、初日は遅刻するが、休まずに済むと考え方を変えてみてはいかがでしょうか？また地方にもよると思いますが、仙台に住んでいた時には車で小児科に連れて行ってくださるベビーシッターさんもいました。もちろんマンパワーが充足し、子供が病気の時には一緒に家で過ごしてあげるのが可能になればいいと思います。子供は普段は親がいなくて

シッターさんで大丈夫だとしても病気の時やはりママがいいようです。(女性・勤務医・パートナーなし)

- ・育児支援センターを設立し、医師会内に保育園を作ったが、まだ知名度が低く、利用者が少ない。医師会に所属していない若い女医(大学病院)に情報をどういう方法で伝えていくか? 組織づくりからのスタートです。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・日本医師会内に、女医(全国)のネットワークづくりをお願いしたいです。熊本支部はありますが、機能していないようです。今後、強固な組織づくりが(大学・勤務医も含めて)急務と思われます。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・変わるのではなく、変えることが必要です。本年10月(10月5日~8日)の神戸での国際学会(ATBH)で10月8日のパネルディスカッションで私共のチャレンジを発表致します。我が国の都市の70%が人口5万人以下であり、地方が(変わる)変える時代の到来と考えチャレンジを続けます。(男性・開業医・パートナーなし)
- ・清野先生のお話は、当県でのフォーラムについて、2回目にお聞きしましたが、さらに新鮮でその実効的なフロンティア精神に敬意を表します。今後もまた何回もお聞きしたいと思います。(女性・開業医・パートナーは医師(パートタイム))
- ・広島県医師会として分科会の協力を得て都市部の開業医の協力を得られるかアンケートをし、医師不足の山間地区の病院への支援を考えている。実際に私は山間部の病院の産婦人科外来に1ヶ月に2回診療支援に行っている。他県の現状はどうか教えてほしい。(女性・開業医・パートナーなし)

【医学生からの意見】

- ・患者さんの診察やopeなどの都合もありますが、医師も看護師のように3交代制にできないものかと前から考えています。(女性・医学生・パートナーなし)
- ・女性医師の離職率が高いせいか受験時の面接では女性に厳しい質問が飛び、そういう大学ほど女性の合格率が低かったのを覚えています。実際には学生をしていると、一概には言えないが、女子学生の方が努力を重ねる傾向がある。患者さんとの会話も細やかだと言われます。男子が女子がということにかかわらず、医療にかかわりたいと思っている者は学生・社会人に多くいます。医学部に入らねば、医師になれないのだから、まず女子にも門戸をもっと広げてほしいと思います。(女性・医学生・パートナーなし)
- ・なぜ、富山県での開催なのに富山大学の学長(脳外科)、医学部長(免疫学)、病院長(循環器内科)、医学科長(薬理)の誰も参加していないのでしょうか。(女性・医学生・パートナーなし)
- ・私が富山大学を選んだ理由には、院内保育や病児保育が充実していることが大部分を占めています。将来は小児科医になり、子供も産みたいと考えていますが、そのためには私一人の努力ではなく、やはり周囲の協力が何よりも大切だと改めて考えました。今日はとても勉強になりました。ありがとうございました。(女性・医学生・パートナーなし)

- ・今はまだ学生ですが、医師となった時に結婚・出産を機に働き方はどう変わるのか、仕事は続けていけるのか、とても不安です。このままの状態では先が見えず、そもそも結婚・出産を考えなかったり、諦めたりしている方々もいると思います。できるだけ早く女性が働きやすい環境ができることを願っております。(女性・医学生)

【渥美先生への質問】

- ・厚生年金病院だけではなく、他の複数の日本の医療機関において、ワークライフバランスを取れる制度を充実し運用をすることで医療ミスや訴訟(=不祥事)の件数を減らしたり患者満足度を反映する病院利益を上げているといったデータはありますか？(女性・大学教員・パートナーは医師(フルタイム))
- ・外国ではどのような体制になっているのでしょうか？うまくいっている例を教えてください。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・Kings college Hospital がイギリスでNo.1のWLB企業とされた点について、医師に対する対応の具体策(Flexibleな対応)が今一つわかりませんでした。お教えてください。(女性・管理職・パートナーなし)

【藤巻先生への質問】

- ・早く家に帰ると同僚から白い眼で見られる(スライド42)→それでも帰れるのは強い人(立場)ですが、立場の弱い若い女性医師は帰らないか離職に至ります。ゆえに家庭のために早く帰ることを当然と考える意識改革が必要ですが、そのための方策はありますか？(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・女性Drは復職時に科を変える人が多いようです。時間が比較的自由になる放射線科、病理などです。また、女性で外科を専攻したい場合、やはり産婦が一番の選択肢になるようで脳外科、循環器科はほとんど選択肢にも上がらないようです。このような現状をふまえて、実際には病院として医局として、また学会としてどのようなことをされていらっしゃるのでしょうか(女性・医学生・パートナーなし)

【小川先生への質問】

- ・復職の際に大学医局は、支援制度の整った病院への派遣を配慮していただいたとのことですが、より医師の人数が多く、教育や研究等、臨床と比べると勤務内容の多様性があり、時間の制約が少ない大学への復職の希望や大学からの打診はありましたか？(女性・大学教員・パートナーは医師(フルタイム))
- ・今、目の前に産後の働き方を迷っている後輩がいたら、何をアドバイスしてあげますか？(女性・勤務医・パートナーなし)
- ・産休・育休中、大学医局のバックアップで勤務継続されたそうですが、今の出産適齢期の方は新医師臨床研修制度マッチングシステム等で大学医局に属さない方が増加していると思

ますが、どのような工夫が必要と思われますか？（女性・開業医・パートナーは医師（パートタイム））

- ・医学部の学生時にワークライフバランスの授業があったら役に立ったと思いますか（女性・勤務医・パートナーは医師（フルタイム））
- ・家族、とくに夫との協力（女性・勤務医・パートナーは医師（フルタイム））
- ・働き方を変えて仕事を継続するという考え方は非常に優等生だと思いましたが、ご主人の働き方は変わられたのでしょうか？（女性・パートナーは医師（フルタイム））
- ・両立をめざす時、パートナーとの関係で変化はありましたか？キャリア形成について、どのように計画していますか？（女性・大学教員・パートナーは医師（フルタイム））

【市田先生への質問】

- ・最近、女性医師の中にも育休を短めに切り上げて復帰した方がよいのではないかと、または早めに復帰したいという意見もちらほられます。子育てはまだまだ先が長いので1年休んでその後子供が風邪をひかなくなるならよいが、実際そんなことはない。可能であれば早めに復帰しては？という意見です。長くとりたい人、早く復帰したい人が自由にできる環境はよいのではないかと思います。先輩女性医師として、小児科医として、ご意見をいただければと思います。（女性・勤務医・パートナーなし）
- ・院内保育と病児保育にベビーシッター方式を取り入れた…との富山大学病院の保育所についてももう少し詳しく教えて下さい。利用者は医師だけではなく看護師も全ての職種が利用出来るのでしょうか。医師の利用割合はどのくらいでしょうか。（女性・管理職・パートナーは医師（フルタイム））
- ・意識を変えるための教育はいつどのように行ったらよいのか？今一番可能性の高い方法は何でしょうか（女性・勤務医・パートナーは医師（フルタイム））

【清野先生への質問】

- ・ご発表中に早く出てきたいといっても休ませるといふご発言があったと思いますが、自分の希望を正直に話せる環境があれば悪影響はないのではないのでしょうか？（女性・勤務医・パートナーなし）
- ・短時間正規職員の給与体系は？期間の制限は？（女性・勤務医・パートナーは医師（フルタイム））
- ・医療の地域格差をなくす為のもっとも有効な施策をどのようにお考えでしょうか。（直接の女性医師医支援とは離れますが、先生のユニークな発想からお教えいただきたい）（女性・勤務医・パートナーは医師（フルタイム））
- ・女性医師・看護師だけでなく、多くの職員が院内保育所利用の希望が定員を大きく超えた時はどのように対応されましたでしょうか（女性・勤務医・パートナーは医師（フルタイム））
- ・院長に制度を変える決定権をもってもらうためにはどうしたらいいのでしょうか。（男性・開

業医・パートナーは専業主婦)

- ・小さい病院などでは、専門によっては1人しかいなくてチームが組めない事もあるかと思えます。(呼吸器内科・循環器内科など)(女性・医学生・パートナーなし)
- ・女性医師支援として日当直免除、時間短縮はよく判りますが、医師数が少ない現時点での病院では、残された医師が勤務超過となる。地域医療特に夜間の救急医療を担う場合に、地域の開業医の先生を病院に取り組む「こつ」を教えてください。(男性・管理職・パートナーは専業主婦)
- ・どのようにして開業医の先生にお願いしたか？(女性・開業医・パートナーなし)
- ・主治医制度をなくして、どのように診療されているのでしょうか。日中はともかく、夜間対応など。(女性・医学生・パートナーなし)
- ・素晴らしいご講演ありがとうございました。女性医師の出産・子育てに対して理想的な病院のあり方として大変参考になりました。時短正規職員を支援するために医師を大量に雇用するにあたり初期投資(雇用するための資金)は必要なかったのでしょうか。(女性・開業医・パートナーは医師(フルタイム))
- ・短時間勤務制度や当直の免除は必要だと思いますが、それらの制度を利用しない(勤務が長くても良い、当直をしても良い)医師達には何か有利になる制度を設けていますか(制度を利用しない人のほうが給与が高めに設定される等)？ 医師一人あたりの給与はどのように変化しましたか？(男性・医学生・パートナーなし)

【すべての演者への質問】

- ・出産・育児期間からフルタイム復帰というのは、いつ頃どこまで復帰すると期待されますか。(女性・大学教員・パートナーは医師(フルタイム))
- ・妊娠・出産・子育ての時期に、ワークをシェアするところまで論議が出てきましたが、妊娠・出産には母親の年齢というタイムリミットがあり、女性医師自身の研修、子どもの教育についてのプログラムはまだ充実しているとは言えないと思います。それぞれ教育、研修にはあとからはできない適時があるもので、当事者にはなかなか難しい面もあると思います。いかがでしょうか。(女性・勤務医・パートナーは医師以外(フルタイム))

【日本医師会への質問】

- ・パネルディスカッションの演者に対する質問ではありませんが、日医報告の秋葉先生の報告、日医女性医師支援センター事業の一つ、医師会開催への託児サービス併設促進と補助の利用実績が大変少ないと感じる。私は医師会活動をこれまで16年間かかわってきましたが県の医師会開催の講習会、講演会研修会のみにはこうした補助があると知っていましたが、郡市区医師会の主催によるものに対してのメッセージが末端にまで伝わっていないと思う。今後、こうした補助について、アナウンスをもっと広く積極的にしてほしいと考えますが、いかがでしょうか？(女性・開業医・パートナーなし)

第8回男女共同参画フォーラム宣言採択

富山県医師会理事 南里 泰弘

富山県医師会理事 村上美也子

○渡辺多恵（総合司会） 続きまして、本日のフォーラムにご出席いただきました先生方からのさまざまなご提言、ご議論を受けまして、第8回男女共同参画フォーラム宣言を、富山県医師会の南里泰弘理事、ならびに富山県医師会の村上美也子理事からご提案させていただきます。よろしくお願ひします。

宣言（案）

医師は、その使命感から、過重労働による様々なリスクに自主努力で対峙している。

男女共同参画を推進してきたことで、我々は医師のワークライフバランスが、安全な医療システムの持続に不可欠であるという意識を啓いた。

我々医師は、以下の共通認識を持ち、男女共同参画をさらに推進することをここに宣言する。

- 一、男女共同参画は、男女問わず、意欲と能力に応じた特性を活かすことによって、医学・医療に求められるダイバーシティ（多様性）を生み出すものである
- 一、ワークライフバランスの推進は、医療安全と医療の質の向上のための行動である
- 一、男女共同参画のさらなる推進のためには、医師の協働、必要な社会保障費の確保、および国民を巻き込んだ議論と啓発が必要である

平成 24 年 7 月 28 日

日本医師会第8回男女共同参画フォーラム

（拍手）

○渡辺多恵（総合司会） 皆様ありがとうございます。ただいまの拍手をもって、宣言を採択とさせていただきます。

宣 言

医師は、その使命感から、過重労働による様々なリスクに自主努力で対峙している。

男女共同参画を推進してきたことで、我々は医師のワークライフバランスが、安全な医療システムの持続に不可欠であるという意識を啓いた。

我々医師は、以下の共通認識を持ち、男女共同参画をさらに推進することをここに宣言する。

- 一、男女共同参画は、男女問わず、意欲と能力に応じた特性を活かすことによって、医学・医療に求められるダイバーシティ（多様性）を生み出すものである
- 一、ワークライフバランスの推進は、医療安全と医療の質の向上のための行動である
- 一、男女共同参画のさらなる推進のためには、医師の協働、必要な社会保障費の確保、および国民を巻き込んだ議論と啓発が必要である

平成 24 年 7 月 28 日

日本医師会第 8 回男女共同参画フォーラム

山口県医師会長 小田 悦郎

山口県医師会の小田でございます。

来年、私のところで第9回男女共同参画フォーラムを開催ということでご挨拶申し上げます。
このレジメの23ページをお開けになってください。

日程は平成25年7月27日、土曜日、山口市の山口県総合保健会館において、13時より行います。懇親会は会場を少し移動してもらいまして、同じ山口市ですが、ホテルニュータナカというところで行います。

今、山口県はオスプレイで全国的に話題になっていますが、計画では来年は岩国にオスプレイはいないことになっております。したがって、山口県で来年オスプレイが落ちるといふようなことはないはずですが、どこに行くかは分かりませんが。

山口県は150万人ぐらいの人口なのですが、三方が海に囲まれまして、海の幸、山の幸が豊富でございます。また、名所旧跡も多数ございます。富山県のように立派にできるかどうか分かりませんが、精一杯頑張らせてもらいます。ぜひ、暑い時期ではございますが、多数の方においでくださいませ。

山口では、「おいでくださいませ」の真ん中の「ください」を省きまして、「おいでませ」と言うわけですが、省いたからといって、それが乱暴な言葉とか、軽々な言葉ではないのです。より親しみを持った言葉、方言であります。

ぜひ、お待ちしております。「おいでませ、山口」ということで、よろしく願いいたします。

総合司会

富山県医師会理事 渡辺 多恵

それでは、最後に閉会の辞を、日本医師会男女共同参画委員会委員並びに富山県医師会副会長であります泉良平より申し上げます。

閉会の辞

富山県医師会副会長 泉 良平

最後まで大変熱心にフォーラムに参加いただきまして、大変ありがたく思っております。

富山県医師会には4名の手強い女性理事がおりまして、彼女らの素晴らしい発案とコーディネートで、今回のフォーラムができあがりました。富山県にも男女共同参画委員会がありますが、この委員会は、先ほどの宣言と同じように男性と女性が半々です。これが、これからの新しい男女共同参画の姿だろうと思っております。

先ほど岩城会長もご案内しましたが、昨年、全国医師会勤務医部会連絡協議会を担当させていただきました。今年2年続けての日医の行事ということで、この間の大きなテーマは、医師の健康、勤務医の健康が安全な医療には必要であるという、このテーマ一本に絞って行ってきたつもりでおります。本日はそういう意味でも、パネルディスカッションで素晴らしいご意見をいただきましたことを、心から感謝いたしますし、大変具体的で実質的な議論がなされたことについて、心から感謝申し上げます。

実はここに至るまでに大変なことがございました。2週間前に基調講演の演者がキャンセルということがありまして、一時はもうこのフォーラムはできないのではないかと思いましたが、種部常任理事を中心に非常に粘り強く対応していただきまして、また渥美先生には快く、2週間足らずというなかでご講演をいただきました。本当にありがとうございました。

今回のテーマは「変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス」ですが、本日のディスカッションのように、これから本当に変わっていかなくてはいけないと思います。変わりつつあるのかもしれませんが、そのことについて、さらに本日意を強くなさったと思います。高齢化と少子化と人口が減少していくという日本の将来を見据えたなかでは、間違いなく男女共同参画が日本の基盤を支える大きな言葉、目標であると思っております。

特に医療につきましては、国民の健康を守るために必要な医療につきましても、女性医師が

どんどん増えてきています。したがって、ワークライフバランス、男女共同参画がなければ、社会的共通資本と言われる日本の医療は支えることができません。これからも皆さんと一緒に、この1点を求めていって、素晴らしい医療を健康な医師が提供するという事で、これからも進めてまいりたいと思います。

本日の宣言は2人ちょっと息が合いませんでしたが、2人で読み上げないほうがよいのではないかと思っていたのですが、案の定合いませんでした。これもまた男女共同参画の1つの課題かもしれません。これからまた、こういうことについてぜひ進めていきたいと思います。

本日のなかでダイバーシティとかワークライフバランスなど出て参りましたが、Gender Equalityという言葉もぜひこれから使っていきたいと思います。

来年7月に山口県でお会いすることを期待しまして、閉会の挨拶といたします。

本日は誠にありがとうございました。

お わ り に

富山県出身の先人には、坂東真理子氏、上野千鶴子氏など男女共同参画推進のトップリーダーがいます。共働き率が高く、保育所の待機児童がゼロ、お受験や教育格差がないなど、女性の継続就業を支えるインフラと環境が整えられているため、M字カーブのボトムが浅いことも富山県の特徴です。しかし、政治や職域の意思決定の場における女性の参画率は低く、男性の労働時間が長いことが未だ問題点です。意思決定の場への女性の参画が少ない状況はどの都道府県でも同じだと思いますが、富山県医師会は役員に占める女性比率が21%と群を抜いて高く、このような背景から第8回男女共同参画フォーラムを担当させていただくことになったものと聞いております。

フォーラム開催に当たり、富山県医師会男女共同参画委員会が準備を担当させていただきました。委員の構成は男女同数、勤務医の比率が50%で、それぞれの立場でフォーラムが何を指すかを考え、議論し、準備のプロセスが富山県医師会にとって貴重な財産となったことは言うまでもありません。結果として、メインテーマに表した通り、男女共同参画推進をワークライフバランスという発想を啓くチャンスにし、ダイバーシティによる病院経営・医療安全・医療の質の充実を図ることを強調したいという結論に至りました。プログラムで登壇する演者や進行役の男女比が50%、男女一緒にフォーラムの宣言を行い、基調講演はこのフォーラム史上初の男性の講師を招き、男性の参加者を増やす、というのも富山県医師会男女共同参画委員会が伝えたかったメッセージの一つです。

フォーラムの2週間前に、基調講演講師の変更という大きなトラブルがありましたが、日医常任理事の小森貴先生、男女共同参画委員会委員長の小笠原真澄先生のご支援をいただき、渥美由喜先生に講師をご快諾いただきました。基調講演ならびにパネルディスカッションを通して、ワークライフバランスの推進に向け明日から実践できる具体的な戦略について討議できた、実りあるフォーラムであったと思います。ご協力いただきました皆様に、厚く御礼申し上げます。

また、パネルディスカッションでは、短い時間を有効に活用させていただくために、フロアの皆様から紙に記載していただく形でご意見・ご質問を頂戴する試みを行いました。頂いたご意見・ご質問はすべてこの報告書に掲載いたしましたが、時間の都合により討議の場ですべてのご質問にお答えいただくことができなかったことを、この場を借りてお詫び申し上げます。今後、これらの貴重なご意見を日本医師会で活かさせていただくことを切に願っております。

男女共同参画フォーラムが起爆剤になり、医学・医療界が Gender equality の実現に向けてさらに前進してほしいという願いを、来年の山口県に託し、おわりのご挨拶に代えさせていただきます。

平成 24 年 10 月

富山県医師会常任理事・第8回男女共同参画フォーラム担当
種部 恭子

