

# 第1回男女共同参画フォーラム 記録

## 女性医師は何を求め、何を求められているか -

日時：平成17年7月30日(土)13時～16時

場所：日本医師会館 大講堂

司 会：女性会員懇談会委員 中川 やよい

開会の辞	日本医師会常任理事 伯井 俊明	1
会長講演	「男女共同参画社会を迎えて日本医師会の考えること」 日本医師会長 植松 治雄	2
基調講演	「男女共同参画は日本社会の希望」 内閣府男女共同参画局長 名取 はにわ 座長：女性会員懇談会副委員長 柳田 喜美子	13
パネルディスカッション「女性医師は何を求め、何を求められているか」	座長：女性会員懇談会委員長 保坂 シゲリ	26
	「女子医学生と女性勤務医の現況」 札幌医科大学産婦人科学講座臨床教授 藤井 美穂	27
	「女性医師の役割と現況」 東京都医師会女性会員問題検討委員会委員長 清水 美津子	31
	「アンケートから見える女性医師の課題」 前千葉県医師会女性医療研究委員会委員長 大川 玲子	36
	「病院長としての女性医師勤務支援」 大阪厚生年金病院院長 清野 佳紀	40
	「医師会活動への女性医師の参画」 日本医師会常任理事 伯井 俊明	44
フロアを交えたディスカッション		48
閉会の辞	日本医師会常任理事 野中 博	62

中川委員（司会） 皆さん、こんにちは。ただいまから、第1回男女共同参画フォーラムを開催いたしたいと思います。私は、日本医師会女性会員懇談会委員の中川です。本日フォーラムの司会を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

さて、このフォーラムは日本医師会女性会員懇談会の企画により、日本医師会で初めて開催されるものです。記念すべき第1回は「女性医師は何を求め、何を求められているか」をテーマに企画させていただきました。全国より数多くの先生方に参加登録いただき、大変うれしく思っています。

それでは、はじめに開会の辞を、日本医師会伯井常任理事よりお願いいたします。

## 開会の辞

伯井常任理事 本日は、皆さま方大変お忙しいなか、またお暑いなかご参集いただきまして、ありがとうございます。

日本医師会では、植松会長の強い意向によりまして、平成16年度より女性会員懇談会を設置いたしました。この懇談会は、全国各ブロックより推薦された12名の女性会員によって開催されていますが、発足当時より非常に積極的に活動をされておりまして、本日のこのフォーラムも女性会員懇談会の企画運営で行うことになりました。

さて、平成11年、男女共同参画社会基本法が施行されまして、男女共同参画社会の実現に向けて、わが国では積極的に現在まで推進されているところです。そういうことで、本日は会長講演に引き続きまして、内閣府男女共同参画局長の名取先生をお招きしまして、現在の取り組み等について基調講演をお願いいたしておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

最後のパネルディスカッションにおきましては、私もお話しさせていただくつもりですが、会場からもどうぞ忌憚のないご意見をいただきたいと思っています。

本日のフォーラムが有意義なものになりますことをお祈りいたしまして、開会のご挨拶といたします。どうぞよろしくお願いいたします。

中川 伯井先生、ありがとうございました。

それでは次に、本フォーラムの主催者である日本医師会植松治雄会長からご講演をお願いしたいと思います。演題は「男女共同参画社会を迎えて日本医師会の考えること」です。植松先生、よろしくお願いいたします。

## 会長講演「男女共同参画社会を迎えて日本医師会の考えること」

日本医師会長 植松 治雄

本日、第1回目であるこのフォーラムを企画しましたところ、非常に暑いなか、たくさんお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

私ども、医療問題そのほかではほとんど毎週何回か講演させていただいていますが、このようなテーマでお話することは初めてでして、主催者として、ご挨拶を兼ねたぐらゐの軽い気持ちでお聞きいただきたいと思ひます。

私どもがこれを始めたきっかけですが、昨年4月、日医の選挙がありまして、その選挙のときにいろいろの声もあるなかで、本日も柳田先生がおいでですが、前期まで2人の女性の常任理事がおられたのに、今回は1人もいないというのは、どうもおかしいではないか、どうしても1人でも入れるようにという声もあったわけだとして、私も「なるほどそうだ」と思ったわけですが、当時、選挙というのはなかなか厳しいものがありますので、全国各ブロック、あるいは府県から、常任理事の候補者あるいは副会長の候補者をご推薦していただきながらやっていくわけだとして、そのなかで、推薦していただくなかに女性の方がおられなかったというようなこともあったわけだ。

そのとき、やはりそのような強い意向で、これから女性の考え方というものを理事会の運営に取り入れるようにということで、少なくとも当選をしたら、会長の所信表明のところでこのことを明言せよという強いお申しつけがありましたので、私はこれから女性会員の皆さま方のご意見を十分に吸い上げ、そしてこれを会の運営に生かしていこうというお話をさせていただいたわけだ。

その結果として、女性の会員の皆さま方の生の声、あるいは医師会に対してのご提言などをいただけるようにということで、女性会員の懇談会というのを設置させていただいたわけだ。私といたしますと、女性会員の方々にお集まりいただいて、ざっくばらんにご議論いただいて、これから日本医師会の女性会員はどうすべきかというお話を詰めていただくというようなことで、懇談会というようなソフトな形がよいのかなということで始めさせていただいたのですが、委員の先生のなかからは「懇談会というようなものではなく、ちゃんとした正式の委員会というものにしたらどうだ」というご意見もあったのですが、辛抱していただいて、中身を充実させていただいてというお願いで、今期はそれに対応させていただこうと思ひているわけだ。

このフォーラムにつきましては、委員の皆さま方のご意向も受けながら、やはりこの大きなパワーがある女性会員の部分を、勤務医の協議会とか、あるいは産業医とか、そ

ういものと同じようなレベルでの対応を見える形でやりたいとのご希望がありましたので、このような形でやらせていただくということで、今回は第1回ということになったわけです。

プログラムにつきましては、お手元にさしあげていますように、非常に内容の充実したものになっていますし、私もレジメその他を見せていただいて、このフォーラムはなかなか多くの示唆に富んだ、内容の濃いご討論になろうかと期待をしています。特に、今回は名取局長においでいただいて、男女共同参画社会の基本的なものについての勉強をさせていただくということは、非常に意義のあることだと思っています。

私も何か勉強をということで、男女共同参画白書を何年分か読ませていただきましたけれども、1回読んだぐらいではなかなか分からないようなものがありました。ちょうどこのようなご講演をいただけるということです。

いろいろ細かいことはありますけれども、私もこの女性会員というものの位置づけということを考える前に、世界の女性医師数その他について調べて見ました。女性医師の数ですけれども、臨床医の数での報告は、OECDのヘルスデータということで出ていますが、これで見ると、ポーランド、チェコ、フィンランドでは女性が50%を超えています。特にポーランドでは、55%が女性の医師であるということです。イギリス、フランス、ドイツ、スペイン、オランダ、イタリアというようなところは35%、あるいはそれ以上が女性の医師ということですし、アメリカは22%です。日本はご存じのように、約15%というところです。

こういう状況ですので、これからは私どもが物事を考えていくときに、女性医師の多い国々がどのような形態で医療を提供し、そしてまたそこにどういう問題があるのかということは、もういっぺん勉強し直してみる必要があるのではないかと考えているわけです。日本におきましては、女性の医師数は15.7%ということになっていますが、医師国家試験の合格者は、2005年で33.7%ということですので、1/3ぐらいは女性の医師ということです。

当然、これから何年かしますと、急激な数の伸びで女性医師がふえてくるということが、予測ではなしに出てくると思っていますので、ここでどういうことになるのかということが、1つ大きな問題になるのだろうと思っています。

その女性の医師が、どのようなところで働いておられるのかということを見ても、男性とあまり変わらないわけです。パターンとしていちばん多いのは、病院勤務の医師ですが、男性が41.9%、女性は42.1%ですから、ほとんど同じということです。大学などの医育機関に勤務されている方は、男性の15.8%に対して女性は20%ということですので、女性のほうが医育機関にはたくさんおられる、これはやはり若い先

生方が多い、近年の女性医師がたくさん国家試験をとおられるということの反映であろうと思いますけれども、そんなことで、医育機関には女性のほうが大体5ポイントくらい多いということです。

診療所の開設者あるいは代表者というのは、男性が28.6%、女性16.2%。これも先ほどのように考えますと、女性の医師が多くなってきてからまだ年月がそうたっていないということも関係があるのかもしれませんが。

診療所に勤務しておられる方は、男性の6%に対して女性は15%ぐらいということで多いですが、これはご夫婦で開業しておられるような場合もむしろ多いのかなとも思います。

病院の開設者は、男性も少ないですが、男性2.5%、女性0.5%ということで、これは少ないということです。

仕事に就いていないという方は、報告では男性の0.5%、女性の1.2%ということで、少ないことになってはいますが、どこかに籍を置いておられても、現実には休んでおられるというような方もあるのではないかと考えています。これはお話のなかで、後ほど出てくるのではないかと考えています。

そんな状態ですので、男性も女性も勤務する場所その他ではそんなに変わりがないということがありますが、いまのところ、やはりわれわれが抱えている問題は、産科、小児科、そして麻酔科といったところで医師の不足が、現在いろいろな問題が言われています。これは大きな問題でありまして、こういうことと女性医師の関係が、何かあるのかないのかということも言われています。現実には、平成14年の医師、歯科医師、薬剤師調査によりますと、女性医師の比率がいちばん高いところから見ますと、眼科が36.5%、皮膚科が22.7%、麻酔科が21.7%、産婦人科が20.4%、小児科が20%ということで、この5つの科が20%以上です。それに続いて、耳鼻咽喉科、精神科、心療内科、形成外科といったところが15%ぐらいです。

このことがどんな関係があるか、ちょっと分かりにくいのですが、いま不足と言われている麻酔科、産婦人科、そして小児科というところに女性医師の割合が非常に高いということは、やはり子育てその他ということで休職しておられたり、ということと関係があるのではないかと考えられますが、これについてもはっきりしたデータがまだ出ていませんので、これはまた調査の必要があると思います。少なくとも、これらの科においての女性の先生方が、どんな状態があればもっと活発にご活躍いただけるのだろうかということは、1つの問題であろうと考えています。

平成15年12月から平成16年1月まで、日本小児科学会で調査をされた、これは鴨下先生が主任であったと思うのですが、その報告で見ますと、女性医師が仕事を続けられ

るために何が大事かということでは、やはり保育園その他ということでの「子育ての支援」がいちばんですし、「勤務制度の改善」あるいは「生涯教育・再教育の支援」という、この3つが重要なことだと言われていています。このことはすでに以前から、少なくとも病院においての子育ての支援ということでの託児所、あるいは保育所といったことが言われていましたけれども、勤務制度の改善ということについてはいろいろ配慮もされながら、なかなか日本ではワークシェアリングのような形が定着していないということと、病院の勤務形態のなかでの難しさもあり、対応が遅れているようです。これについては私どもは積極的に取り組むべきであろうと思っていますし、これがやはり医師不足、あるいは偏在というなかでの今後の大きな対応の問題点であろうと思うわけです。

ただ単に国、あるいは制度として対応するだけで十分だろうかということを考えてみると、子育てその他で中断する時期があるとしても、そのまま医師のルートから外れてしまわれる方もないではないということで、そういうことのないようにしていくことも大事だろうと思っています。

そこでこれは男性ともどもですが、医師あるいはこれから卒業される皆さん方は、皆自分が勉強して自分で医師になったような気持ちでいますけれども、1人の医師が卒業して医師免許証を取るまでには、国として千万単位のお金がかかっているわけです。ということは、国民の税金から何千万円かのお金をいただいて医師になっていることとして、これだけ教育について大きな支援のある分野はないわけです。それは、医療というものが国のため、国民のためにいかに重要であるかということの認識においてなされているわけですので、われわれ医師はそういう期待の下で、国民の負担をいただいて医師になったのだ、これからそういう意味で職業としてこれを社会に返していく義務があるのだということを、十分に認識しておくということが大事です。

そうしますと、卒業して結婚し子供ができたからしばらく休んだ。休んでいると、知識、あるいは技術が遅れたから、もうやめようかというような気持ちになっていただいではいけないということ、これから若い先生方にお話し申しあげたいところです。

もう1点、やはりそのためには、妊娠出産、育児という間に、せっかく国の資産として作り上げた医師が脱落することがないように、そのパワーを十分に生かせるように制度をつくっていく国、あるいは地方自治体、あるいはわれわれ医師の集団にそれぞれの役割はあるのだらうと思います。

また、育児、その他で間があいた方々に、安心して、そして間違いのない医療を提供していただけるような生涯教育、あるいは再教育の場を設定することも非常に重要なことです。

このことにつきまして、日本医師会も十分これについての努力をすることはもちろん

ですけれども、やはり医療というものには技術の面がありますので、これは各大学をはじめといたしまして、各病院が再教育の現場というものについてご協力をいただくことも大事であると思います。これを国の施策を待っていては遅いということであれば、私どもが考える、あるいは行いうるような1つの再教育、あるいは職業定着のための努力というものの組織をつくらせていただくことも、十分に検討に値するものではないかと思っています。しかし、やはり先ほど申しあげた、各々の医師が、医師になって、これから社会に対しての貢献ということのモチベーションを失わないということの重要性も、当然にあるものだと考えています。

また、これからの問題として女性の先生方自身にもお考えいただきたいのですが、1つの制度、あるいは方式というものがよそから与えられて、それが仕事をしやすい状況であるからそこに乗っていくということも1つですけれども、各地域、あるいは府県レベルでも、同じような条件で出産を終えられて、元の職場へお帰りになれる方は当然ですが、お帰りになれないような方々がそのまま消えるというのではなく、そういう状態にあるような先生方が、1つのサークルとしてお話もしていただきながら、お互いに協力しながら何かやれないのだろうか。たとえば、小児科の先生方に何人かいるとするならば、それ1つのグループで何か1つの診療、あるいはそれが夜間になるのか、準夜になるのか、足りないところで何かやっつけていこう。あるいは、どこかの病院にそのようなパートでの、救急に近いような状況のところで手伝っていこうというような形で、それが続いていくことによって、新たにそこにスキルアップした女性医師ができてくる。そうすると、またどこかにこれから新たな展開ができるのだらうと思います。

保育所の設備を十分にやりなさいというような、必要なことのお申し出は十分われわれも対応しなければならない部分はあるわけですが、それと同時にやはり、自分たちのなかから何かそういうご提案がいただけるものがあれば、非常によいと思いますし、それを実現できるような仲立ちをしたり、あるいはお世話をするというのは、各地域医師会、あるいは府県医師会、また私どもとしましても当然にやるべきことですし、各地域でやっていただけるものではないかと思っています。このあたりにもよいお知恵がありましたら、よろしくお願ひしたいと思います。女性会員懇談会その他でも、こんな話もお取り上げいただき、必要な調査その他ありましたら、させていただきたいと思うわけです。

もう1点は、医師会ですので、医師会への女性医師の参画があります。前回の選挙のときのお話を申しあげましたけれども、これからやはり選挙のときにも立候補していただく、あるいは推薦をしていただくということにつきましては、私どもは大いに歓迎す

るわけですが、やはり柳田先生もご経験のように、日本医師会の常任理事は非常に忙しい状況がありまして、常任ですから、ほとんど毎日ここに来ていなければなりませんし、週末には各地へ行くということで、生半可な忙しさではないわけです。それをやっていただける先生というのは、おのずから限られるとは思いますが。

もう1点は、やはり行政との対応、あるいは政治家との対応のなかで、日本の医療制度、あるいは診療報酬の問題、あるいは予防医療の問題、各方面にわたりますので、非常に責任ある仕事をさせていただいているわけですので、そのためにはそれなりの経験と知識が必要ですので、日本医師会で仕事をしてやろうと思われる先生方は、やはり各地域あるいは府県でのご経験を積むことが必要であろうと思います。

そのために大事なことは、各地区医師会におきまして、女性の先生が加わりやすいようなシステムを考えていただきたい。と申しますのは、日本医師会で仕事をしていただくときにも、やはりいまの時代ですので、なるべく若い方のご意見をということですので、常任理事も若い方をというような声が強いです。そうしますと、やはり50歳代ぐらいになってくるだろうと思いますが、そのころに経験を積んでということになりますと、40歳代の初めぐらいから各医師会の委員会、あるいは理事としてお務めいただいておりますが、経験を積めるということになります。そういう年代を振り返って考えますと、その年代はまだ子育ての間ということもあるわけですので、こういうときにそういう先生方に、地域医師会で仕事をしていただきやすい形というものを考慮しながらやっていただくことが大事だろうと思います。そこで実績を積んでいただくということになりますと、やはりそこから各府県医師会の代議員、あるいは日本医師会の代議員という道は開けてくるのだろうと思っています。

3月の日本医師会総会のあとの懇談で勤務医の先生から質問がありまして、「医師会のなかに勤務医の理事の席をつくっておけ」というお話がありましたけれども、やはり社団法人の医師会として公正に運営をするときに、特定の人のためのポジションをつくるということは、一見よさそうに見えて、決してよいことではありません。

それと、先ほど申しあげましたような日本医師会の多忙な状況下で、勤務医の先生方が常任理事になるのは、現実面では非常に難しい。私どもは勤務医の先生方を拒否をしているわけではありませんが、毎日ここに来ていると、かえって首になってしまうわけですので。そういう面では、私が大阪で会長をしていたときに考えましたのは、たとえば市民病院なり何なりの病院の先生を、2年間なら2年間、出向という形で医師会に出していただくということがあれば、これは1つの方策として、勤務医がわれわれと同じ状況で仕事ができるということがあります。ですから「勤務医だから忙しいから1週間にいっぺんだけ来るよ」と。しかし、そうだと同じレベルの常任理事というわけには決



していかないわけですので、そこまでの気持ちがあれば、ということで申しあげたことがあります。

それと同じように、女性の先生が常任理事になられても、やはり同じように仕事をさせていただくということになりますと、家庭の事情、その他を考えると非常に難しい条件もあると思いますが、やはりそれでも十分それに耐えうる先生もいらっしゃいますので、そういうときにはどんどんご参画いただきたい。

ただ、そのためにはやはり会員のため、国民のためですので、十分なキャリアを積んでいただくということが大事ですので、若いときから医師会の仕事にご参画いただきたいと思っています。

ただ1つ、申しあげられるのは、日本医師会にたくさんの委員会があります。この委員は、各ブロックからご推薦していただいた方と、そのほかに私ども執行部といたしまして、この方面ではこの先生が優れた仕事をされ、識見をお持ちだという先生にお願いをする、会長推薦という委員があります。これにつきましては、来期、また選挙がありますので、私どもが当選するかどうか分かりませんが、もし当選するとしましたら、各委員会に女性の委員をそれぞれ少なくとも1人はご推薦いただけるという形にしてお入りいただいて「ああなるほど、女性の先生にお入りいただいて、こういうよい意見があった」ということ、また、その先生が自分たちの仲間、また地域に向けて、いろいろ得られた知識の情報を出していただくことで、これが第1歩になって進めるということは、執行部の責任で行われることですので、そのような形で進めさせていただきたいと思っています。

ただ、やはり東京に1か月に1度か、少なくとも2か月に1度はおいでいただくわけですので、4月に執行部が発足しますと、この人選は6月ぐらいまでには決めなければならぬということですので、これがまた現在の女性会員懇談会の先生方を中心とし、また、女医会がこれにふさわしいかどうか分かりませんが、そういういろいろなところでのお話のなかで、いまからでもご準備しておいていただければ、適切な先生方をお願いできるのかなと思っています。そういうことで、1つ門戸が開けるということは執行部としてお約束できますので、これからさせていただきたいと思っています。

それと、本日この会で初めてお子さまをお連れいただいた方に対してお世話できるということを、委員長のお申し出でさせていただきました。PRが少ないので、きょうはご利用が少ないようですが、今後、女性会員の先生方がお集まりになられることが多いような会におきましては、そういうことも企画していくということで、本日が第1歩ですし、これも女性会員の懇談会ができたからいただいたご提言ですので、今後、そういうことでもやっていくと。そして、私どもがやりました結果が非常にご好評であれば、

各府県医師会その他にも情報を流して対応していきたいと思っています。

いろいろな問題がありまして、女性問題は非常に大きな1つの問題ではありますが、こればかりというわけにはいきません。ただ、やはりいま医療の変革期です。私どもはいま、国と対峙する、と言うとおかしいですが、市場経済原理に基づいての医療改革というのは改革ではないということで、社会保障の理念の堅持と、そして国民皆保険制度を守るということを柱にした運動を展開しています。来年の診療報酬改定に向けましては、今年の12月までに大きな医療費の枠が決まってくるというなかで、この間もありました骨太の方針に示されたような考え方、医療費の伸びの管理、あるいは医療保険の守備範囲の見直しと、本当に国民皆保険制度の崩壊につながるような改革が、いまなされようとしています。これについての考え方にも、私どもの考え方のなかで、やはり女性ならではの視点というものがもしあれば、より強い運動ができるのではないかと考えています。

問題の多い小児科、あるいは産婦人科、麻酔科、ここに多くかかわっておられる皆さま方のご意見で、より早い時期に何とか手を打ちたい。しかも、国に命じられてというか、国のシステムに乗ってこういう解決をしようというのではなく、私ども医師会が会員の皆さん方のお考えによって「こういうことで解決していったらどうだ」という意見を出していきたいと思っています。

そのためには、やはりこれからの大きなパワーである女性医師の先生方の考え方と、そして現在の状況を把握したなかでやっていきたいと思っていますし、こういう考え方を、少なくとも来年の4月の新年度までには1つの方針として日本医師会が出す必要もあるかと思っています。各府県・地域、各々の場で、本当に活発なご意見をいただきたいと思います。

医療改革というものは、制度の改革を含めまして、今年と来年がいちばん大きな節目です。ここを誤りますと、大変なことになるというのがいまの実情です。このあたりを十分にご勘案いただいて、せっかくこういう第1回フォーラムをさせていただいて、次には大阪が引き受けていただけるようですけれども、そのときにはやはり、今年これをやって、そして皆さんの意見をいただいて、少なくとも「こういうことで、よいほうに向いたな」というような報告が私どもからもできるようであれば、非常にうれしく思っていますので、そういう意味では、きょうの会も十分にお勉強をいただきまして、またご意見も発表していただいて、そして得るものが多くなっていただければ、第1回目を計画した私どもとしての喜びですので、どうぞよろしくお願ひしたいと思っています。

私といたしましては経験不足な話ですので、先生方にお役に立つような話はできなかったと思いますけれども、私の希望とお願ひというものは通じたかと思っていますので、今

後ともよろしくお願いを申しあげたいと思います。ご足労いただきまして、ありがとうございます。

中川 植松先生、ありがとうございました。先生には、日本医師会として女性会員懇談会を設置された経緯をはじめ、女性医師が増加することを踏まえて、今後女性医師が活躍していくためにどのような問題を解決していけばよいか、積極的に日本医師会で取り組んでいただけること、また、日本医師会の委員会に必ず1名は女性の委員を推薦していただけるということをお約束いただきました。

また、そのほか、医師会活動への参画をはじめ、女性医師自らがすべきことに対しての提言もいただきました。どうもありがとうございました。

それでは続きまして、内閣府男女共同参画局長の名取はにわ先生からの基調講演をお願いいたしたいと思います。基調講演の座長は、女性会員懇談会副委員長の柳田喜美子先生です。柳田先生、よろしく願いいたします。

柳田副委員長（座長） 皆さま、こんにちは。座長を務めさせていただきます日本医師会女性会員懇談会の柳田です。よろしくお願いいたします。着席をお許してください。

本日は、日本医師会主催で第1回の男女共同参画フォーラムを開催することになりました。これまで、日医はさまざまな角度から取り組んできていますが、女性医師にかかわる問題や、あるいは男女共同参画については、抽象的に論じられていますが、具体的に総合的な取り組みはなされていませんでした。

このような節目のときを迎えまして、内閣府男女共同参画局長の名取はにわ様に基調講演をお願いいたしましたところ、大変ご多忙のなかをお越しいただきまして、まずもって厚く御礼申し上げます。

さて「男女共同参画社会の実現は、21世紀のわが国社会を決定する最重要課題である」と、すでに5年前に出されました基本法にもうたわれています。このたびの基本計画改定におきましても、国は新たな分野への取り組みなど、男女共同参画の視点に立って、関連施策を立案、実施されているところです。

私ども医師会も、女性医師が30%を超え、50%に達するのも時間の問題であると思われます。男性社会にいろいろ新たな発想を取り入れ、多様化する社会に柔軟に対応していくことが、組織率の向上にもつながります。ポジティブアクションを起こして参画し、バランスの取れた、よりよい医師会にすべく議論を重ねているところです。

名取局長は、国内、国外でご講演にご多忙で、先日は私どものフォーラムin宮崎でもご講演を拝聴したり、あるいは2、3回親しくお話をさせていただいているところです。

本日のテーマ「男女共同参画は日本社会の希望」と、まさに時機を得たテーマであり、ご期待申し上げているところです。それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

## 基調講演「男女共同参画は日本社会の希望」

内閣府男女共同参画局長 名取 はにわ

### はじめに

ご紹介いただきました名取でございます。

本日は、日ごろから国民の健康と生命に大変責任のあるお仕事をされるとともに、日本医師会という公的な活動をしておられます皆さま方の前で、お話をさせていただきますことを大変光栄に思っております。

本日は、一般的な日本の女性の現状についてご説明し、男女共同参画社会を目指すというのはどのような意味があるのかということについて、お話をさせていただきたいと思っております。

### 男女共同参画社会基本法

いまから6年前、平成11年に男女共同参画社会基本法（以下「基本法」という。）ができました。この基本法は、少子高齢化社会を日本が乗り切るためには、今までのように男性中心の国作りでは無理であり、他の先進諸国と同様に、男性と女性が知恵と力を出し合って、豊かな社会をつくっていかう。そのためには女性にもっと社会に出て力を発揮してほしいし、男性にはもっと家庭に参画してほしい。このような男女共同参画社会を目指して日本は進んでいく旨を宣言したものです。男女共同参画社会は、女性のためだけではなく、男性にも必要な社会であろうと思っております。

お手元に「男女共同参画社会の実現を目指して」という青いパンフレットをお配りしておりますので、それを参照しながらお話を進めていきたいと思っております。

まず、2ページをあけていただきますと「男女共同参画社会とは」とあります。男女共同参画社会という言葉は、男女共同参画社会基本法という法律の名前にも使われております。この言葉は漢字8文字で、長すぎる、硬すぎると、あまり評判がよくないのですけれども、実は、この言葉は官製ではなくて、北九州市民発なのです。

竹下内閣のときに「ふるさと創生資金」として1億円を全自治体に配布いたしました。福岡県にある北九州市は、そのお金を女性関係施策に使った、たぶん日本で唯一の自治体でしょう。女性フォーラムという機関をつくるのに使いました。その北九州市民が、男女で市の女性関係施策に関する行動計画をつくっていた、今から10年以上前のことです。そのころ、「参画」ではなくて「参加」というような言葉が一般的だったのですけれども、「参加」ですと出来合いのものにあとから参加するようなイメージだと。

考えるときから、最初の段階から男性と女性で知恵を出し合って、企画立案、決定、そしてその実施までともにやろうというような意味を込めて「参画」がよいと、市民が言い始めたといえます。当初、行政のほうは「そんな言葉は分かりにくい」と抵抗されていたようですが、市民のほうは「男女共同参画」という言葉を使用するよう説得したとのことです。

そして、北九州市が先なのか、国のほうでも同じように考えたのか、そのあたりは定かではないのですが、「参加」ではなくて「参画」という言葉が次第に定着してきたと聞いています。

男女共同参画社会とは、男女共同参画基本法では「男女が、社会の対等な構成員として、自らの意思によって社会のあらゆる分野における活動に参画する機会を確保され、もって男女が均等に政治的、経済的、社会的及び文化的利益を享受することができ、かつ、ともに責任を担うべき社会」と定義されております。男女が対等な構成員ということは、当然なこととして、「自らの意思によって、あらゆる分野における活動に参画する機会が確保される」ということが非常に大事なわけです。それによって、利益も責任も男女が分かち合うのです。

これは結果の平等を定めたものではありませんが、実質的な機会の平等を担保するために、基本法では、積極的改善措置（ポジティブ・アクション）を定めております。言葉として定義するだけでなく、国、地方公共団体の作る計画には積極的改善措置が含まれることとされております。

積極的改善措置は、女性、男性どちらかの性であることにより、参画が難しいようなときには、暫定的に、片方の性に優遇措置をするものです。これは、実質的な機会の平等が達成されれば、終了するという暫定的なものですが、基本法に定義された意義は大きいと思います。

このような社会を実現するため、基本法では次の5つの基本的理念を定めております。

男女の人権の尊重、 社会における制度又は慣行についての配慮、 政策等の立案及び決定への共同参画、 家庭生活における活動と他の活動の両立、 国際的協調。

男女の人権の尊重では、男女の個人としての尊厳を重んじ、男女の差別をなくし、男女が個人として能力を発揮できる機会を確保すると規定しております。

個性と能力を発揮するためには、性別固定的役割分担を見直していく必要がありますし、多様な生き方も認め合える社会のほうのがのびのびと能力を発揮することができます。

## 日本の現状

（夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである）

現実に日本はどうかと言いますと、男女共同参画社会への歩みは非常に遅いと思われれます。

2ページの下に「固定的役割分担意識 国際比較（夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである）」について、国際比較調査を行った結果を並べています。この考え方に賛成が多いのは日本で、韓国を含む他の国々では賛成は少ないとわかります。特に、韓国について、私たちは儒教の国、性別固定的役割分担という思い込みがありますけれども、実は韓国はこのような考え方に賛成する男性も非常に少なく、女性もさらに少なく、アメリカ、ドイツとほぼ一致しているのです。ひとり日本は、このような性別固定的分担意識がまだ強い国であるということを押さえておく必要があると思います。

次に、3ページの下の方に「一般的に女性が職業を持つことに対する意識変化」というのを見ていただきますと、実は最近、非常に重要な国民の意識の変化がありました。従来は「子供ができたら職業を辞め、大きくなったら再び職業を持つほうがよい」という一時中断型が男性、女性ともトップを占めていましたが、最近は「子供ができてもずっと働き続ける」ということを支持する方々が、男性、女性ともトップに躍り出ました。

そうしますと「夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである」ということについては、国民の半分ぐらいがこれを支持しながら、その一方で、女性に子供ができて、継続的に働くことには賛成であるという方々が最も多くなっているということです。このあたりが直接響いているのは、女性の家事・育児・介護分担ではないかと思えます。

10ページ「夫婦の生活時間」をご覧ください。上の夫・妻は共働き世帯です。それから下の夫・妻は、夫が働き、妻が専業主婦というご家庭なのですが、注目していただきたいのは、右から2つ目の帯、家事・育児・介護等の時間です。1日に、男性が家事・育児・介護をやるということについては、共働き世帯で25分、片働き世帯で32分と極めて短く、さらにいえば共働きの夫のほうが短いのです。この傾向は一向に変化していません。ここから言えることは、日本の男性は、強固なライフスタイルを保持しており、妻が働いても働いていなくても家事はしないということです。

これをお見せすると「これは高齢男性もいるから、仕方がないのではないかとおっしゃる方がいるので、「育児期による夫婦の育児等の時間の各国比較」というのをご覧ください。先進諸国に比べ日本の男性は、子供が育児期にあっても家事・育児に当てる時間は極めて短いということがお分かりいただけるでしょう。

したがって、先ほど見ました「男性は仕事、女性は家庭」という考え方のうち、実は「女性は家庭」の部分だけは強固に変わっていないとわかります。女性が仕事に出ても、家庭の部分だけは相変わらず女性が担っているというのが、日本の実情ではないかと思っています。



このように、働く女性にとりましては、結婚そのものに対する負担感が強くなっているということが、実はこの10ページのいちばん下に出ています。これは女性が結婚相手の男性に求めるものです。そうしますと「人柄」は1位ですけれども、平成14年に2位につけているのが「家事・育児に対する能力や姿勢」で、3番目が「妻が働くことについての理解」を、女性は配偶者に求めているということが出てくるわけです。非婚化、晩婚化が進む現状は、これらの条件を満たす男性が少ないことを意味するのかもしれませんが。

### （GEM：ジェンダー・エンパワーメント指数）

次に、日本の女性たちは社会参画をしているかどうかということについて、4ページ「人間開発に関する指標の国際比較」をご覧ください。

「GEM：ジェンダー・エンパワーメント指数（Gender Empowerment Measure）」は、政策方針決定過程や経済活動への女性の参画を見ている指数で、国連開発計画（UNDP）というところが毎年ランキングを発表しています。

また、HDIは人間開発指数も公表しております。右側の注「HDI：人間開発指数（Human Development Index）」によると、「長寿を全うできる健康的な生活」「教育」「人間らしい生活」という人間開発の3つの価値を簡略化した指数で、平均寿命、教育水準、調整済みの1人当たりの国民所得を用いて算出しています。HDIは、日本はまぎれもなく先進国ですから、堂々9位を占めています。（注：2005年公表では、11位に下がりました。）

一方、GEMを見ますと、日本は78か国中の38位でして、中位よりもちょっと下となります。（注：2005年公表では、80か国中43位とさらに下がりました。）

右側の注「GEM：ジェンダー・エンパワーメント指数（Gender Empowerment Measure）」によると、「女性が政治および経済活動に参加し、意志決定に参加できるかどうかを測るもの」ということで、HDIが人間開発の達成度に焦点を当てているのに対して、GEMは能力を活用する機会に焦点を当てている。具体的には「国会議員に占める女性割合、専門職・技術職に占める女性割合、管理職に占める女性割合および男女の推定所得を用いて算出している」となっています。

日本の特徴は、先進諸国の中でHDIとGEMの差が激しいことで、これほどGEMが落ち込む国はありません。さらにアジアのなかでも、20位を見ていただきますとシンガポールがありますし、それから37位はフィリピンがあります。フィリピンでは、大統領も女性ですし、国会議員、管理職の女性比率が高いのです。

我が国の国会議員については、19ページ「政策・方針決定過程への女性の参画状況」

を見ていただきますと、衆議院では6.9%、参議院では13.6%ということになっています。

たとえば、先ほどのGEMの1位ノルウェー、2位スウェーデンあたりですと、国会議員に占める女性比率が4割とか5割近くで、大臣も大体4割ぐらいです。日本の場合は、このところ選挙をやるたびに少しずつ女性比率が下がってきているというような現状でもあるわけです。(注：平成17年9月衆議院議員選挙で女性国会議員は43人と過去最高。GEMを試算したところ、42位と1位上がりそうです。)

よく「指数の取り方が悪いのではないだろうか。国会議員でなくて、もうちょっと違うものを取るとよいのではないか」というようなことをおっしゃる向きもあるのですが、なかなかそれがそううまくはいかないのです。たとえば地方議員の女性だったらどうでしょう。23ページ「地方議会に置ける女性議員割合」を見ていただきますと、ここの「0%」というのを見ていただきますと、都道府県の議会でも4.3%で、2県あります。これは島根県と福井県です。そして町村議会では、実に45.9%において女性がいないのです。村会議員に女性1人を出すほうが、国会議員に女性1人を出すより難しい、といわれているくらいです

では民間はどうかというと、PTA会長の8割は男性ですし、老人会でもほとんどが会長さんは男性、自治会長もほとんど男性というような状況です。およそ「長」とつくものには女性がほとんど就いていないという、不思議な日本なので、どんな数字をとってもGEMランキングを上げるのはなかなか難しいのです。

公務員も例外ではなく、5ページに戻って、「管理職に占める女性の割合」を見ていただきますと、本省課長以上は1.5%ということですが、局長クラスになりますと、いまはもう1人、大田弘子政策統括官が民間から内閣府に来ておられますが、既に新聞によると近々大学に帰ってしまうそうです。そうすると、霞ヶ関に唯一私だけが女性の局長となります。(注：平成17年10月時点では、厚生労働省北井雇用均等・児童家庭局長と2人です。)

民間の管理的職業従事者に占める女性比率も、日本ではまだ10.1%という状況です。アメリカが45.9%、ドイツ、スウェーデンが3割を超えているということから見ますと、非常に低いです。

次に同じく5ページ「給与階級別所得の構成割合」を御覧ください。男女の格差は大きく、低レベルのほうに女性が集まっています。女性の実に2/3は300万円以下の給与と所得者です。700万円以上は3.3%に過ぎません。男性は逆に、300万円以下は18.7%ですが、700万円以上は22.1%となっています。

この理由の1つは、配偶者控除や年金の関係で、103万円あるいは130万円を超えると

困るとして、働き控えをする女性がいます。しかし、働き控えは将来の年金額にはね返ってきます。現に高齢単身女性のうち低所得者は決して少なくなく、長期的に見れば女性は不利な状況に置かれているということは、まぎれもなく事実だと思います。

以上、GEMに関係する数字を見てきましたが、日本の女性は十分に政治的、経済的に社会参画しているとはいえない状況が、お分かりいただけたと思います。

### （日本の女性の学歴）

次に、進学状況はどうかということですが、5ページの上に「学校種類別進学率の推移」をご覧ください。高校はほぼ男女同じ、短大も女子ばかりが多いのですけれども、4年生大学、学士以上になりますと明らかに男女の差がありまして、たとえば4年生大学の進学は49.3%が男性ですが、女性はまだ35.2%しかありません。それから修士、大学院への進学者に占める男性は14.4%ですが、女性は7.1%ということで、まだ倍以上の差があります。

これを見て、「女性の高学歴者も、だんだん増えているからいいじゃないか」と考えられるかもしれませんが、高等教育に占める女性比率が、OECD諸国で最下位であるということをご存じでしょうか。OECDの中には、韓国もトルコも入っています。どの国よりも、日本の学士、修士、さらにはその上の研究者養成課程に占める女性比率は低いということです。すでにOECDの平均は、学士の55%が女性です。それから、修士の51%が女性です。これは平均値ですから、これ以上の国が多くあります。日本は学士における女性比率が39%、修士においては25%と、OECD諸国で最も低い状況になっています。

ここには出しておりませんが、日本は社会科学、理学、工学などに進学する女性比率もOECD諸国では最下位です。

先進諸国が、どうしてこんなに女性の学歴が高いのかというと、いろいろ理由はあるでしょうが、1つは、やはりどの先進諸国も女性を取り巻く環境というのは非常に厳しいのですね。ですから、女性が能力を発揮するためには、学歴はあったほうがよいと、頑張っているのではないかと、思います。社会も女性のがんばりを受け止めるようになっているのだと思います。その点、日本は、まだまだ女性自身も甘いのではないかと、いう気がしております。また、社会も、女性の努力を十分評価していない、ということもあると思いますが、切り開くのは女性たちです。特に専攻分野については、もっと将来を考えて選ぶ必要があるのではないのでしょうか。その意味では、医学を専攻された皆様は、早い段階から社会参画へ踏み出しておられると敬意を表します。

## （就業分野）

続きまして6ページですが、これは就労の分野に視点を当てています。

まず、いちばん上の「女性の年齢階級別潜在的労働力率」を御覧ください。いちばん上の青い線が日本の男性でして、ニートとかいろいろ言われていますが、現在も日本の男性は、学校を終わるとほとんど定年までずっと働き続けます。これに対して、女性はこの赤い線です。学校を終わると仕事に付きますが、大体いまは子供が生まれるとやめちゃう女性が多いので、M字に似た形をしています。

下に女性の就業希望率の低い山がありますが、本当は仕事をしたいのだけれども、なかなか自分にぴったりの仕事がないという女性たちで、専業主婦が多いのですが、実は400万人いるのです。その400万人が、すぐにも仕事をしていただけると、女性の労働力率は緑の線まで上昇します。

一昨日の新聞に「日本の男性の人口がついに減少に転じた」と大きく報道されていて「次は高齢者と女性だ」と書いてあったのですが、私はやはり「女性が先。女性、高齢者だ」という時代ではないかなと思っています。

と言いますのは、この400万人というのはかなりの数です。そのうち12歳以下の子供を持つ女性は250万人います。そこで、このたび内閣府が中心となり、7月25日付で「女性の再チャレンジ支援策を検討する会議」という閣僚懇談会を、男女共同参画推進本部の下に設けました。主催者は男女共同参画担当大臣でもある内閣官房長官です。この会議は、年末までに具体的施策を打ち出していく予定になっています。相談窓口、能力開発、起業対策などが盛り込まれるといいなあ、と思っています。

私どもの局に、一度子育てのときに離職して、再就職して、いま民間登用で来ている優秀な職員がいるのです。彼女に聞きますと、辞めて早い段階から、あるいは辞める前ぐらいから「再就職をするときには、どのようなことを心がけたらよいのだろう」とか「どのようにしたら再就職しやすいのだろうか」というようなことを情報として持っているのと持っていないのとでは、大変な違いだと。それは早ければ早いほどよい。辞めている期間が長ければ長いほど、気持ちもつらくなってしまったり、なかなか再就職できにくいので、できるだけ早くから気安く相談できるようなところがあることが大事なだと。これはぜひ考えていきたいと思っています。

その他、スキルアップのための研修とか、さまざまなことを工夫することによって、希望すればすぐにも社会復帰ができるような道をつくるということは非常に大事なということなので、関係省庁と協力しながら、これから力を入れていきたいと思っています。

400万人の女性たちが働いてくれれば、今後労働力人口が減少しても、かなりの部分

はカバーできると確信しています。国際比較を見ましても、現在は、日本は韓国よりもちょっと上、下から2番目ぐらいになっているのです。けれども、上の「女性の年齢階級別潜在的労働力率」にある緑の線を、そのまま下ろしてきて重ねてみますと、ほぼスウェーデンとかドイツとかアメリカ並みに働けるようになるのではないかと考えています。

## 少子化と男女共同参画

いまは少子化まっしぐらでして、7ページの上「出生率及び合計特殊出生率の推移」は、何度もご覧いただいていると思います。実は私も団塊の世代ですが、あの当時は男性しか頭脳労働者として期待していませんでした。私は「はにわ」という名前でしたので、大学在学中、企業から山ほど就職勧誘のパンフレットがきたのです。でも怪しいと思って、友達の子さんに「あなたのところに会社のパンフレットは来ている？」と聞いたら「1つもない」と言うのです。企業は、「はにわという名前の男だろう」と思っていたのですよ。実際、就職には苦労しました。女性の大多数は補助職として、結婚寿退社を前提として採用されていた時代です。その時代が、日本は最も専業主婦率が高かったのです。

ところが、現在、数からして団塊世代の半分ぐらいしか生まれていないのです。人間は、生まれてから働けるまで大体20年くらいかかるのです。今後は、どんどん若年者が少なくなってくる時代です。ですから「男性は頭脳、女性は手足」なんて言っている時代ではもうないのです。各自がもてる能力を最大限に発揮して、男女でともに社会を支えていかないと日本は持ちません。団塊世代の夢よ、もう一度と、男だけが「おれたちに任せろ」と働いたら、みんな過労死まっしぐら。不幸せな男女が多くなることでしょう。男性のためにも女性はどんどん頑張らないといけないと思います。そのかわり、男性にもっと家庭に参画してほしいと思います。

時に、「日本が少子化になったのは、女性が学歴がついて社会に出始めたからだ。」という声が聞こえます。

国際的にはどうなのでしょう。8ページの上「女性の労働力率と出生率の国際比較」を御覧ください。横軸が女性の労働力率、縦軸が合計特殊出生率でして、右上がりの相関があります。即ち、女性が働いている国のほうが子供も生まれているのです。これを見ますと、日本は子供も生まれていないし、あまり女性が働いていない国であるというように分かります。

現在、男女共同参画会議のもとに「男女共同参画と少子化専門調査会」というのが、非常に龐大な先進国のデータ分析をして、少子化と男女共同参画について検討を重ねて

おります。非常に興味深いことは、1970年代、先進諸国では、女性が働く国ほど少子化でした。

それが1980年代になると女性が子供を生む国と出生率の相関はなくなりました。次に2000年になると、子供が生まれている国のほうが女性が働いている、あるいは女性が働いている国のほうが子供が生まれているということが明らかになっています。

このことから、出生率と女性の労働力率の間に因果関係はないということが明らかになりました。いくつもの先進国で、社会環境が変化し、女性が働いても出産育児しやすい環境に転じたために、女性が労働しながら子供ももっと生まれるようになったため、正の相関に転じたのです。その中であって日本は、ひたすら少子化が進行しているのはご存知のとおりです。

社会環境の変化、それは一体何かということですが、ひとつは、仕事と家庭の両立支援策です。先進国では、決して少子化対策のために行っているのではなく、人々が仕事と家庭を両立するのは、人間として至極当たり前のことであるからです。仕事と家庭の両立は、子育て期の男女だけの問題ではないのです。(注：その他、雇用の均等度、社会の多様性などが関係しており、男女共同参画社会が実現している国は、結果として少子化も日本ほど進行していません。詳しくは「少子化と男女共同参画に関する社会環境の国際比較報告書」を御覧ください。当局のHPから御覧になれます。)

しかしながら、日本の現状は厳しく、8ページの真ん中の右側の「第一子出産前後の就業状況」を御覧いただきますと、出産1年前に働いていた女性の実に7割が出産6月後には無職となっています。辞めているのです。とてももったいないことです。育児休業制度はありますが、それが取れないということなのですね。

もう1つ興味深いのは、9ページの上の「女性の雇用形態の内識別年齢階級別雇用者割合」でして、「パート・アルバイト」を見ていただくと、M字の右の山、要するに子育て後の再就職をした方々の半分以上が、正社員ではなくパート・アルバイトなのです。

9ページのいちばん下「労働者の1時間当たり平均所定内給与格差の推移」を見ていただきますと、日本の場合はフルタイムの一般労働者間でも男女の賃金格差は大きく、女性は男性の7割にも届きませんが、さらにパートになるとまた格段に格差があり、フルタイム男性の半分にも届きません。

このような状況下、9ページ真ん中の「雇用形態にみた役員を除く雇用者(非農林業)の構成割合の推移」にあるように女性の非正規化が進行し、ついに平成16年には女性が正社員は半分を切ってしまいました。

少しでも勤務形態が弾力化するように、短時間正規社員の導入が期待されます。国家公務員は、残念ながら半日勤務というものがなくて、それを早く導入してもらえるように、

今回、計画改定にあたり、総務省に呼びかけているところです。要するに、柔軟な働き方ができれば、子供ができて無理に辞めたりすることがなくなり、子育てに手が掛からなくなれば、また元の勤務形態に戻れるということになるでしょう。

ついでに申しますと、男性の育児休業も制度としてはありますが、実際に取得しているのが0.44%です。非常に低いのですね。若干当局の宣伝をさせていただきますと、男女共同参画局は、男性育休取得100%でして、1年間に3人の男性が育児休業を取りました。ただ、1年間取ったというケースはなくて、長くても2か月くらいのものですけれど。最初の2人は第2子出産のときに取ってくれた人たちでして、皆さんもご存じのとおり、第2子が生まれるときというのは上のお子さんが非常に精神不安定になる時期です。そのときにお父さんが育児休業を取って、上のお子さんをガチッと受け止めてくれるということで、お母さんもすごく精神が安定して、安心して出産ができる。子供もとても安心したと聞きました。

それからもう1人は、第1子の出産だったのですけれども、子育ての苦労がよくわかったと、言ってくれました。育休明けに出て来た彼ら3人の顔が非常にすばらしいのです。いずれも非常に優秀な男性たちが取ってくれました。実は優秀な男性というのは、頭が非常に切れまですので、頭で割り切る傾向があるのですけれども、数か月なりとも言葉も通じず、説得しようがない赤ちゃん中心に人生を送ったということが、人間としての幅を確実に広げていまして、将来、役人としても大成するのではないかなと思っています。今後も、結構無理なことも多いのですけれども、頑張ってみようと思っています。ちょっと余談になってしまいました。

## 女性研究者と男女共同参画

今改定作業中の新しい男女共同参画基本計画には、研究者にとっての男女共同参画というものも入れたいと思っています。11ページを見ていただきますと、日本は、科学技術を支える研究者においても女性は11.6%と、大変低い状況があります。

女性研究者が少ない理由として、アンケートを取ってみますと、これは文部科学省の調査ですが「出産・育児・介護等で研究の継続が難しい」とする女性が62.8%、これは男性より女性のほうがそのように受け止めています。あとは、女性を採用する受け入れ体制が整備されていないということについて、男女の大きな認識のギャップがあります。

一般に日本ではまだ男性が非常に多くの管理職を占めており、「女性には十分チャンスを与えている。しかしながら、それをうまく使わないのが女なのだ。女性自身ももっと頑張ってもらいたい」という声も強いのです。

ここでちょっとご紹介したいのは、IBMの取り組みです。IBMはグローバル企業

でして、いまから5年ほど前、世界中のどこの支社よりも日本IBMは女性の登用率が低かったということが分かったそうです。韓国よりも低かった。それで非常にショックを受けて、「一体なぜなのか」と徹底分析をした結果、3つの要因が挙がってきたそうです。

1つは、女性社員が将来展望を持ってない。たとえば、男性ですと「ああ、10年たったらあのようなポストに進めるといいなあ。そのあとは、あのようなポストに進めるといいなあ」と、いわば自分が目標にするような男性がたくさんいらして、その方々を目標にすればよいのだけれども、女性の場合はなにぶん少ないので、どうもイメージがつかみにくいから、将来展望がない。

2つ目は、相談する相手が女性の場合にはなかなかなかったということです。

あともう1つ、これは非常におもしろいのですけれども、オールドボーイズネットワーク、すなわち男性だけの情報ネットというのがあって、そこには絶対女性が加われないということが分かったということです。このオールドボーイズネットワークの話は、どうも日本だけではないようでして、この前ノルウェーにちょっとお邪魔しましたときに、ノルウェーでも言っていました。要するに、男性のネットワークというのには女性はいっていないので、女性は見えないのだと。女性は能力があっても男性からは見えない、というようなことを指摘しておりました。

では、IBMはそれに対してどのように取り組んだかということですが、まず、メンター制を取り入れました。「人事に關与しないけれども、あなたの何かモヤモヤしたら相談はこの人にしなさい」と言って、男性の幹部をメンターにしました。そうしましたところ、女性のほうはいろいろモヤモヤしても、話をともかく聞いてくれる人がいるということで非常に安定したということと、ボーイズネットワークに所属するメンターの方のほうは「女の人って、こんなことで悩んでいるのか」というのが分かったと。それは双方にとって非常に有意義であったということです。

あと、たとえば評価システムを非常にクリアーにしたというのですね。たとえば、育児休業を取るとします。「でも、取ったあと、一体自分はどのように評価されるのだろうか。たとえば、昇進するときこれが響くのかしら。響くとしたら、我慢してしまうかもしれない」という心配があります。それに対して「それは給与に響くけれども、昇進には絶対に響かない」というようなことをはっきりと言う。

もう1つ、IBMが評価として実行したことは、ともすると日本の組織というのは何時間その職場にいたかという滞在時間で評価される傾向があるのですけれども、それをやめて、アウトプットで評価するようにしたと。その結果、在宅勤務を、当初は「女性のほうが多いのだろうか」とはじめたところ、現在、2,000人の在宅勤務職員の2 /



3が男性だそうです。このように、人事管理を透明にしたことにより、男女を問わずワークライフバランスが取れるようになったとのことでした。

これは、私たちにとっても大変参考になるうと思います。男性の育休が非常に少ないのは、1つは、自分たちの評価がどうなるのかという心配があるということがあります。当局は男女共同参画局ですから、私どもの男性が育休を取ったからといってマイナス評価をできるはずがありませんから、安心して取ってもらっているわけなのですけれども、やはり現場でその上司が評価するのではなくて、中央の人事部できちんと評価するようなシステムがあると非常によいとされています。

### 男女共同参画基本計画の改訂

現在、男女共同参画計画の改正作業をしています。現在の男女共同参画基本計画は、13ページに簡単なものがありますが、平成12年に閣議決定により、できたものです。11の重点目標があるのですが、具体的施策を平成17年度までに行うこととしております。

そこで、昨年7月総理大臣から男女共同参画会議に新しい計画について諮問が出され、これを受けて、基本計画に関する専門調査会と女性に対する暴力に関する専門調査会で検討を重ねてきました。女性研究者、防災、環境、町づくりを新たに盛り込み、2020年までにはすべての分野における指導的地位に占める女性比率を30%にすることなどを盛り込もうとしております。そして、今年5月に専門調査会が、パブリックコメントをいたしました。

パブリックコメントにおいて、医師の方々からお声がありまして、それを盛り込んだ答申を今年7月25日、参画会議から総理に答申していただきました。

「短時間勤務を含む、各機関等における柔軟な勤務体制の導入。育児休業取得にかかる研究中断後の再開のための支援措置。託児施設の整備など、研究と出産・育児等の両立支援策に取り組む。また、医師、技師等の研究を主とする者以外の科学技術関係人材についても、その分野の特性や実情等を踏まえたうえで、仕事と出産、育児等の両立支援策を検討する」ということが盛り込まれていることを紹介いたします。

このあと、各省庁、また与党等と十分ご協議させていただき、年度内を目途に閣議決定をして、新しい計画の策定をしたいと考えております。男女共同参画社会の実現は、もう本当に私どもの局、これも男女構成比が女性4、男性6で、まさに男女共同参画でやっていますけれども、それだけでとても実現できるものではありません。地方公共団体、国民の皆さま、さまざまな皆さま方のご協力によって目指すものです。男性と女性と、知恵と力をともに発揮しながら、より豊かな、すばらしい日本をつくっていきたいので、今後ともどうぞよろしくお願いいいたします。どうもありがとうございました。

柳田副委員長（座長） それでは、一言お礼を申し上げます。皆さま、いかがでしたでしょうか。日本の現状をしっかりお聞きいただいたことと思います。

本日は、局長さんには「男女共同参画は日本社会の希望」と題しまして、いまだ世界の波に乗り切れていないわが国の、真の意味で先進国の仲間入りをするにふさわしい、まことに貴重なご講演を賜りまして、ありがとうございました。

意欲と活力に満ちた男女、とりわけ女性が個性と能力を発揮して活躍できる社会システムの改築、あるいは意識改革が必須ですけれども、先ほどのお話にもありましたように、女性の活躍度を示すGender Empowerment指数も、あるいはOECDの調査におきましても、全く最下位に近い現状で、先進国に追いついておりません。

女性医師も今後飛躍的に増加し、また、戦力となりうる女性医師の増加も見込まれる昨今ですが、やはり多様な選択肢のできる社会づくりをして、医師会活動への参加促進も含めて、女性医師が働き続けられるサポートシステムのソフト・ハード面の構築が必要です。

一体何がネックになっているのかを、その人たちの身になって考える温かい心や、あるいは柔らかい心を持って、もっと気づく必要があり、発想の転換をして、本気で共有して、具体的な措置を講じていかない限り、前進はないと思います。

このことは、男性医師の問題も解決することにつながると思います。また、今後の医学・医療体系に大きな影響を及ぼすことは必然です。これを機に、男女共同参画の医師会として新しく出発していくことを望んでいます。どうぞ、今後とも、一人ひとりがモチベーションを失わず、使命感を果たしていけますようにご支援をお願いいたしまして、また、名取局長様の今後のますますのご健勝、ご活躍を祈念いたしまして、まことに言葉足りませんが、お礼の挨拶に変えさせていただきます。本日はまことにありがとうございました。

中川委員 名取先生、柳田先生、どうもありがとうございました。

それでは、パネルディスカッションに進みたいと思います。座長は女性会員懇談会委員長の保坂先生をお願いいたします。保坂先生、お願いいたします。

## パネルディスカッション「女性医師は何を求め、何を求められているか」

保坂委員長（座長） これからパネルディスカッションに入らせていただきたいと思います。先ほど植松会長からご紹介がありましたように、この女性会員懇談会が今回の男女共同参画フォーラムを企画、運営させていただいていますけれども、私どもはなにぶん、昨年10月に委員会が立ち上がりましてからまだ8か月です。その間、いまご覧になってお分かりのように、みんなそう若いわけではないのですけれども、年齢を超えて、全力疾走でここまでまいりました。ですから、内容についていろいろご不満な点等あると思いますけれども、そこはご容赦いただきたいと思います。

もう一つ、先ほどやはり植松会長からお話がありましたが、今回、この日医会館のなかに歴史上初めて保育室ができました。最初に参加者を募集するときにお話しすればよかったのですけれども、どういう形で参加いただけるか、どのくらいの方の参加がいただけるかということが分からなかったため、皆さまにお知らせできなくて大変残念に思っていますが、ある1人の方が「お子さんを連れても参加したい」とおっしゃっていただきましたので、何とかしてそのご希望にお応えしようと思ひまして、執行部のご英断で、今回保育室ができています。

次回、たぶん大阪でやっていただくこととなりますけれども、そのときは最初から「お子さんを連れて、ぜひご参加ください」ということが申しあげられると思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、パネルディスカッションに入らせていただきたいと思います。パネルディスカッションは、5人の方のお話をいただきまして、その5人の方のお話が全部終わったところで質問、ご意見等をお受けしていきたいと思っていますので、よろしく願いします。

また、今回のこのパネルディスカッションは、今回だけの議論で終わるということではなく、次につなげて、第2回、第3回とこのフォーラムをやっていくなかで議論を煮詰め、かつ、その具体的な方法に取りかかり、一つひとつ成果を出していくということを目的にしていますので、どうぞその辺もお含みおきいただきまして、よろしく願いいたします。

それでは1番目の藤井美穂先生、「女子医学生と女性勤務医の現況について」、よろしく願いいたします。

## 「女子医学生と女性勤務医の現況」

札幌医科大学産婦人科学講座臨床教授 藤井 美穂

北海道医師会からまいりました藤井と申します。私は今年の3月31日まで25年間、札幌医大のほうでずっと勤務してまいりました。4月1日付で民間の病院に行きながら、大学の臨床教授として2日、大学の診療に携わったり教育をしたりしています。この立場から、学生の意識と勤務病院の女性医師たちの意識調査をしましたので、それについてご報告させていただきます。

まず、これは国家試験の合格者の男女比ですが、ピンクのバーが女子学生です。女性の比率が年々向上していきまして、札幌医大においては今年100名中44人が合格するというので、おそらく大学によっては半分以上が女子学生ということになってくると思うのです。そういうなかで、女子学生がふえていく、女性医師たちがふえていくときのバックアップ体制が取れないと、非常に医師が不足するということを招いている原因と思いついて調査をいたしました。

これが札幌医大の女子学生の、1971年から2002年までの入学者数の推移を表していますけれども、これから3年間、どんどんアップして、先ほど言ったように今年が44名というような女子学生の占める比率になっています。

女子学生と女性勤務医の意識調査をいたしました。平成10年度にも、北海道医師会と協力をしまして、日本女医会の北海道支部のほうで就労環境調査というのをしています。そのときのデータと、今回の6年たったときのデータを、同じような内容で質問して、どのように変異をしているかということと、平成16年度に関しては、札幌医大の学生たちにアンケート調査をした結果を合わせて、その推移を報告したいと思っています。

対象なのですけれども、札幌医大の2～6年生、女子が回答があったのが90名、男子が121名。それから、150床以上の病院に勤務する北海道在住の女性医師、回答が201名来ています。さらに、病院の管理者、それから大学の講座の教室長に宛てて、回答が176名ということで、合計688名のアンケート調査の結果です。

調査内容は、卒後年数、診療科、それから出産の有無、産休・育休の取得の有無、それから育児援助者があつたか。それから勤務施設での就労調査、たとえば当直・就業時間、それから被曝の問題など。それから女性医師であることについての意識調査、今後勤務を続けるうえでの要望はどういうものがあるかということ、自由記載の形で調査しました。

まずそのなかで、歴大なデータでしたので、10分間という時間のなかでお話ができる

ような内容だけピックアップしました。

「勤務にあたり男女差を感じるか」ということで、こちらのほうが平成10年度、こちらが6年たった16年度という形です。「男女差を感じるか」というのは、平成10年度に「はい」が40%、6年たったら29%。「少々感じる」が34%から、あまり変わっていないですが35%。「男女差を感じるか」というので、「No」と答えたのが25%、6年たった現在は36%と、あまり男女差を感じなくなったというようなことが、統計的な有意差ではありませんけれども、そういった傾向がつかめると思います。

次ですが、「女医であることをどのようにとらえるか」ということです。こちらが先ほど来の平成10年度、6年たった現在です。「メリット」というように考えているのが、平成10年度では10%だったのに対して、今年の調査では21%ということで、「メリットである」と答えているのが倍になったと思っています。

「デメリット」があまり変わっていないですけれども、この「メリット」というのが非常に大きいかと思います。

次に、今度は学生はどのように感じているかということなのですが、勤務にあたり先輩たちを見ていてどのように感じるかです。

16年度の女子学生たちは「勤務にあたり男女差を感じるか」というように聞いた場合、40%が「はい」と答えています。

ところが、女性医師たちというのは、29%なのですね。女子学生のほうが男女差を感じているのではないかと、そのように私たちを見ているように思いました。

「勤務にあたり男女差を感じていない」という女性医師たちが36%になっているのに反して、女子学生は25%、これは女子学生と女性医師とが入れ替わってしまっていますね。

ということで、ここから読めるものは、女子学生たちは女性医師たちに比べると男女差をより多く感じているという結果が得られると思います。

さらに、女子医師たちと女子学生たちなのなのですが、女医になることに対する意識です。「メリットである」と答えているのは、女子学生ではたったの3%です。「デメリットである」というように考えている学生が21%。それに反して、女性医師は「メリット」が21%、「デメリット」は5%ということで、ここでも女子学生たちは「デメリット」というような意識を持っているということが分かります。

札幌医大には、「レディースコース」というものをつくっている講座がたくさんあります。このレディースコースとは何かというと、各講座によってその内容は変わってきます。しかし、講座によっては、たとえば当直をしなくてもよい、就業時間は短くてもよい、それから地方の出張はいらぬとか、いろいろな内容の違いはあるのですが、そ

のようなものを総称してレディースコースと言いました。

学生たちは「そんなコースがあることを知らなかった」というのが62%です。「もしもそういったレディースコースがあれば、行きたい」と答えている女子学生たちが7%。「そんなコースがあっても行きたくない。逆差別だ」と考えている学生たちが21%。このような結果でした。

学生たちの希望する将来の勤務形態なのですが「勤務医になりたい」と答えているのが71%。「非常勤医師と家庭との両立をしたい」というのが21%。「医師以外の道に行きたい」というのが4%。「家庭に入りたい」と答えたいのが0%。4%には「大学のスタッフとして残りたい」というような女子学生たちもいます。

これは医師たちに対する質問なのですが、平成10年度と16年度の比較です。「医師であることが結婚の妨げになっているか」ということなのですが、以前は33%が「はい」と答えているのに対して、今年の調査では18%に落ちています。「結婚の妨げになっていない」というのは、統計的な有意差ではありませんけれども「No」と答えているのが半分以上でした。

「結婚しても現在の仕事を続けるか」ということで、10年度と16年度を見てみますと、ほとんど内容は変わっていません。「続けたい」と考えているのが、今年はまだ9割くらいが「続けたい」というような意識を持っています。

「夫は育児に協力していますか」ということなのですが、これもほとんど変わっていません。現在、6割くらいが「夫が協力してくれている」と。しかし「協力していない」というのも1/4くらいはいるという内容です。

アンケート解析なのですが、平成16年度の女性医師は勤務するうえで36%が「男女差を感じていない」。平成10年度は25%でした。「男女差を感じている」のが現在29%、平成10年度は40%でした。「男女差を感じていない」と答えた群が「男女差を感じている」という群を上回っているという調査結果が出ています。

2番目ですが、平成16年度の女性医師は、74%が女性医師であることのメリット・デメリットのどちらも感じている。しかし、21%がむしろメリットを感じている。これは平成10年度には10%でした。ということで、メリットというのがふえているというのが1つの解析です。

2番目の解析ですが、女子学生たちは女性であることが勤務のうえでnegativeに働く意識しているように思えます。女性医師の36%が男女差を感じていないのに、女子学生の40%が勤務するうえで男女差を感じると危惧しています。

それから女性医師の21%がメリットを感じており、デメリットと感じているのはたったの5%なのですが、これは女子学生では逆転してしまっていて、21%の女子学生がデメリ

ットであると。メリットと考えている者はわずか3%しかいないというような結果になりました。

アンケートの3番目の解析です。女子学生の71%は勤務医として働きたいと考えており、21%が家庭と両立したいと回答しています。7%がレディースコースを選択したいけれども、21%はそんなコースがあっても選択したくない、男性と同じように働きたいと回答しています。

これは2002年度の調査なのですが、国公立大学の医学部の女性教官の数を調べてみました。紫のバーが基礎系です。グリーンのバーが臨床系です。いちばん左の群が教授、助教授、講師です。

そうすると、現在教授になっているのは、国公立で臨床が0.4%です。それから助教授が2%、講師が3.5%しかいません。これは、その年の入学者の男女比を考えてみても非常に少ないと考えられます。

そこで、提言として2つ出しました。1つ目の提言ですけれども、多様な女性医師たちの働くモデルが女子学生たちに出ていないのではないかとということで、女子学生、それから若い女性医師に対する多様な女性医師像のモデルを提示すること。つまり、大学とか勤務先、研修先で女性医師たちがちゃんとしたポストを持って働いているというモデルが少なすぎるのではないかと。ですから、女子学生たちにとって女性医師たちが働き続けているという像が見えてこない。もっとそういったモデルがあるべきであろうというのが、1つ目の提言です。

それから2つ目ですが、社会全体として医師を資源として認識しつつ、性別を超えてワークシェアをできる体制を導入するということです。若い女性医師たちも女子学生たちも、働き続けたいと考えているのが女性医師で9割近くありましたけれども、実際のところ、産休・出産・育児を終えてしまうと、そのところでリタイアしてしまうのがほとんどで、非常勤としてアルバイト程度しか働いていないというのも非常に大きいのです。

それで、これはワークシェアを導入してやれば、おそらくは1番のことも解消するだろうと。しかも、この女性医師の問題を解決することによって、男性医師たちもQOLを十分上げていくことができるのではないかと提言させていただきます。これで終わりです。

保坂委員長（座長） ありがとうございます。質問等につきましては、最初に申しあげましたように後ほどいたしますので、藤井先生、ありがとうございます。

続きまして、2番目の「女性医師の役割と現況」について、前東京都医師会女性会員問題検討委員会委員長の清水先生、お願いします。

## 「女性医師の役割と現況」

前東京都医師会女性会員問題検討委員会委員長 清水 美津子

東京都医師会からまいりました清水でございます。

4年間にわたりまして、東京都医師会の女性会員問題検討委員会の委員長を務めさせていただきましたので、そのアンケート結果に基づいて、報告させていただきます。

これは平成15年2月の東京都医師会女性医師フォーラムで報告させていただきましたので、今回は10分間のお時間なものですから、多少口調も早くなりますことをお許しください。

女性医師の活性化についてということでアンケート調査を行い、平成14年7月、13医科大学50病院、3,973名の先生にアンケートをとりました。16.2%の回答率でした。

年齢構成としましては、24～35歳が83.3%になっています。卒後10年未満の先生方が65%です。

勤務状態としましては、常勤の勤務医が51.8%になっています。詳しい資料等は、お渡ししていますスライドのレジメにありますので、あとでお読みいただきたいと思います。

現在、休業または休職している人は、629名のなかで44名、7%になっています。その主な理由というのは「育児のためである」と答えています。

そして629名中、結婚していらっしゃる先生方が58.2%、これは事実婚を含めての話です。そのなかで、子供のいる人が38%になっています。

このなかでいちばん問題になりますのは、現在、労働時間は週おそらく42時間以下というのが労働基準法だと思いますけれども、50時間以上働いていらっしゃる方が43.5%になっていることが、過剰勤務という問題を含めて、現在もあまり変わっていないようです。ここがこれからいちばん問題になるのではないかと考えています。

そのなかで「女性医師としてどういう悩みをお持ちでしょうか」という質問に対していちばん多かったのが、プライベートの時間が少ないというものでした。「子育てと家事はほとんど自分が行っている」という回答が多かったのと一致しまして、「プライベートの時間が少ない」というのが女性医師のいちばんの悩みのようです。このあたりはどこにでも書いてありますので、省略させていただきます。

それでは、職場環境は子育てに協力的なのか否かということ聞いています。そのなかで「はい」と答えていらっしゃるのが21%だけです。「いいえ」というほうが多くなっている。いちばんの問題は分からないと回答しているところだと思います。これはお



そらく独身の先生方、または子供を持っていらっしゃる、認識をあまりしていらっしゃる先生方に、どうやってこの子育てという問題を考えていただくかというのが、前回、東京都医師会で行われたときのフォーラムでも問題になりました。これも今後、意識改革を行っていく必要があるところではないかと思っています。

それでは、1つだけピックアップしました。このなかで、たとえば子供が病気的时候にはだれに預けているのだろう。学会等の場合には、配偶者に預けている方も多いようですけれども、子供が病気とか、緊急で呼び出しを受けた場合には、ほとんどが「両親」という答えが多かったです。ですから、女性医師が働き続けられるためには、両親の力というのが非常に大きいのだということがこれに現れていると思います。

ただし、今後の問題としましては、こういう「ベビーシッター・保育園の充実」、これから出てきます「病後児保育」の問題等が重要になるとと思っています。

それでは、先ほどからいろいろな問題が出ていましたけれども、「産休は取れる」と答えておきながら、現実には「取れた」という先生方は意外と少ないのですね。

では、いちばん問題になるのは「産休とか育児休暇後の身分の保証はありますか」ということになります。「はい」と答えていらっしゃるのが21.5%。「いいえ」というのが32.4%です。産休とか育児休暇が取れるのは知っていても、では現実問題として取れたかという話になっているところに問題があります。

そのなかでまた問題になるのが、42.9%の「分からない」というところです。自分の身に降りかかってこない、なかなか現実としてとらえられないのだということだと思います。

では「職場には保育園とか託児所がありますか」ということです。「ある」とお答えになっているのが21.3%。「あるけれども、看護師さんが優先になっている」が15.6%。当然ながら「ないけれども必要だ」と。これもまた今後大きな問題になってくると思っています。

このなかで、おもしろいと思うのですが「配偶者は医師ですか」と聞きましたら、72.1%の先生方は「配偶者は医師である」と答えています。「両親一方、またはご両親とも医師か」と聞いているのも、同じような数字になっています。

そして、先ほどの女性医師が自分の自由時間が少ない。ということは、男性医師の意識改革、配偶者の意識改革が必要だと思います。女性医師がこれから子育て、または子供を生んでということになったときに、男性医師の先生方にも是非考えていただかなければいけない数字ではないかと思っています。

それでは「これから支援策として何が必要だと思いますか」ということを聞いています。主だったものだけご紹介しますと、やはりこれが筆頭にきます。「託児所・保育園

の拡充・整備」、このなかでは勤務先に近いところを希望する方。それから住んでいらっしゃる場所に近い保育園が欲しいとか、いま、東京都の場合は認証保育園、これは石原知事が提唱しました駅前保育という保育園で、設備等のいろいろな部分が緩和されて、小規模で行える保育園があります。私も孫のために利用していますが、意外と使いやすい保育園ではないかと思っています。それ以外に、やはり職場保育というのが必要ではないかと思っています。

次に、「男性の家事・育児への参加をしてほしい」とか、このあたりはどこにでも、いつも出てくる問題だと思います。ワークシェアリング、復帰支援をお願いしたい。それから事業所の育児支援もお願いしたいということが、これから必要な支援ということが出ています。

では「医師になってよかったですか」と、先ほどの藤井先生の報告にもありましたけれども、74.1%の方々が「医師になってよかった」と答えています。この先生方がぜひドロップアウトしないで、子育てもしながら続けていけたらよいというのが願いです。

次のアンケートになります。これは平成15年10月に実施しました、東京都の地域医師会で15年間の女性役員の経験者へとしたアンケートです。164名中148名の回答がありました。90.2%の回答率です。

もう1つのほうは、やはり女性だけにアンケートをとったのでは分からないのではないかとということになりまして、16年7月に現職の地区医師会役員、これは男女含めてですけれども、809名中682名の回答、84.3%の回答率です。

これは、15年間の東京都医師会の女性会員の比率です。平成元年が15.2%になっています。現在は2,525人、18.2%の女性会員の比率になっています。

それでは、そのなかで地区医師会の女性役員の比率はどうなっているのか。3.8%です。現在は6.7%で、54名となっています。ですから、女性会員がふえるに従って地区医師会の女性役員もふえているということが、この表で現れていると思います。

これは148名ですが、15年間の女性役員経験者へのアンケート結果です。「地区医師会の役職は何ですか」ということで、ほとんどが「理事」です。現在、会長が東京都医師会管内では3名にふえています。

「なったのは何歳くらいなのか」ということを聞いています。大体やはり40～50歳代、60歳以下で70%を超えています。

「理事会について伺います」ということで、「月に何回開かれますか」ということでは「大体月2回」というところが平均のようです。

「開始時間はどのくらいか」、東京都医師会は管内が広いところや、いろいろなところがありますので、大体は午後7時から午後8時台の開始のほうが多いのだと思います

けれども、64.2%が8時台に開始されています。

「終了時間は何時でしょうか」ということでは、大体2時間の所用時間が多いようです。けれども午後11時までというのも13.5%ありました。

しかしながら、これがいわゆる月に2回開催されているから、1回開催されているから長くなるのかということになりますと、そういう相関関係はないようです。

では「所要時間はどのくらいなのか」。先ほど話をしましたけれども、大体2時間が平均のようです。

ここがいちばん重要ですが、「地区医師会役員になってよかったことはどういうことでしょうか」と聞いています。「医師会活動がよく分かるようになった」「知人がふえた」「視野が広がった」という3つが50%以上を占めています。これは複数回答です。

それ以外では「行動範囲が広がった」「医療連携がうまくいくようになった」「行政とのつながりができた」等、よい面のことがたくさん書いてあります。これは、おそらくこれから女性医師が役員になる場合、これからもう1回出てきますけれども「私なんか」とか、女性医師の消極的な態度ではなくて、やった先生方は「こういうよいことがたくさんありますよ」ということを答えているのだと思ってください。

では「地区医師会役員になって困ったことは何でしょうか」。先ほどの時間と同じです。ね、「理事会の時間が不都合」「診療との両立が困難である」「家庭との両立が困難」「困ったことは何も無い」という先生もいらっしゃいます。

「理事会の時間が不都合」と先ほど答えた方に「どういうことでしょうか」と聞いたところ、やはり「夜が遅くなる」「時間がかかりすぎる」、そして「食事がきちんと摂れない」。おそらく6時半とか7時、7時半までとかになりますと、食事もしっかりと摂れずに理事会に来なくてはいけないということだと思えます。

「医師会の仕事をするうえで性の差別を感じたことがあるか」については、「いいえ」ということで、ほとんどの先生方は感じていないということです。

これは今度は682名ですから、現在役員をしていらっしゃる先生方へのアンケートです。先ほどの表で言いましたように、男性役員が93.4%で637名、それから女性役員が45名で6.6%になっています。

「現在ご自身の年齢はどこに入りますか」ということでは、先ほどと似たような40歳代、50歳代と、男女を含めて、医師会活動というのは、女性の場合は子育て、または男性の場合でも診療形態が落ち着いてきたとかそういうことを含めると、このあたりが医師会活動に参加しやすい年齢ではないかと思われそうです。

「女性会員が積極的に医師会活動に参加すべきだと思いますか」ということは、83%以上が「思う」とお答えになっています。

「医師会にとって必要だと思うか」ということも同じ数字になって、「思う」とお答えになっています。

それに比べて理想と現実は違いまして、女性役員比率は6.7%ということで、低い理由はどこにあるのだろうということで聞いています。ちょっと見にくいかもしれませんがお許しいただきたいと思います。

「お願いしても理由をつけて断られるケースが男性より多い」とお答えになっています。

それから役員の選出方法、これは指名とか推薦、いろいろなところがあるようです。このなかで、女性役員が多いところの例を挙げますと、女性部会等がありまして、そこから順番に出しているのだとか、そのようなところはやはり多くなっているようです。

そして、これもまたおもしろいのですけれども「女性役員は仕事をしないと思われる」「仕事ができないと思われる」というのが、男性よりも女性のほうがそう思っている。「自分たちは仕事ができないのではないかと思われるのではないか」と考えている人が多いというのが、少し違っていました。

では「男性役員の先生方で、いままで女性役員と仕事をしたよい点は何でしょう」と聞いています。「まじめに仕事をこなす」「几帳面」、それから「理事会の雰囲気柔らかくなる」ということを答えています。

「男性役員で、いままで女性医師と仕事をされて困ったことは何でしょう」と聞いています。やはり数字は少ないですが「感情的になりやすい」「対外交渉が下手だ」というようなことが出ています。

これで終わりです。大体時間だと思えますけれども、今回アンケート結果で、やはりこれから女性医師が医師会活動に積極的に参加していただくためには、食わず嫌いにならずにまず参加してみる。そして参加してみますと、医師会活動のいろいろなことなどが分かってきますので、是非まず参加をしてみたいと思います。

保坂委員長（座長） ありがとうございます。時間が押していますので、では、次の題にまいります。

次は「アンケートから見える女性医師の課題」、前千葉県医師会女性医療研究委員会委員長の大川先生、よろしく願いいたします。

## 「アンケートから見える女性医師の課題」

前千葉県医師会女性医療研究委員会委員長 大川 玲子

千葉県からは一昨年、県医師会の女性部会設立の準備段階として女性医療研究委員会というものが発足しまして、そこで行われた実態調査についてご報告させていただきます。

そのときの委員会でたまたま私が委員長だったものですから、きょう、この役目が回ってまいりました。なお、私の職場は前国立病院でございます。

最初にアンケート調査というもどのようなものかと思いましたが、どんな事業をこれから行うにせよ、実態、特にニーズの把握が必要と思われたからです。

調査はアンケート方式です。2003年10～11月にかけて、千葉県医師会の女性会員570名と千葉県内の5大学病院に、国立病院の女性医師を対象に行いました。調査表は、会員には全員郵送しました。大学などでは、院長を通じて女性医師に配布してもらいました。また、回答はすべて返信封筒で郵送してもらいました。総回答数は376名で、医師会員の回収率は48%でしたが、その他は母数の把握ができませんでした。

調査内容を大別しますと、基礎的事項および就労状況、妊娠・出産・育児関係、また家族の介護について今回は入れてみました。そして最後に、女性医師の問題点や対策・展望というようになります。

回答者の年齢分布をスライドに示しました。黄色が医師会の会員、オレンジが非会員で、数値は人数で示しました。

医師会会員の年齢最多領域は50歳代で、非会員のほうは全員が勤務医ですし、当然若いわけですが、20歳代と30歳代に集中しています。2つの層に分かれているのが、この回答の母体だとお考えください。

次は結婚状況です。結婚している者が66%と、このなかでは最も多くを占めています。次いで、結婚したことのない人が24%で、離別7%、死別3%となっていました。

結婚したことのない人が全体では24%ですけれども、各年代における結婚したことのない人の割合を示しますと、20歳代が当然ですが74%と高く、30歳代は38%でしたが、それより年齢の高い群ではさらに低くなっています。他の調査と比較したわけではありませんが、女性医師の未婚率が特に高いわけではないように思われます。

これは診療科です。ちょっと細かくて見づらいと思いますので、レジメのほうでご覧いただければと思いますが、内科が圧倒的に多くて、次いで小児科、皮膚科、眼科、産婦人科、精神科、耳鼻科という順になっています。母数から考えて、診療科ごとの回答

数にちょっとばらつきがあるかと思いますが、これだけ見ましても、外科系が少ないなど、女性が診療科を選択するのに一定の偏りがあるということは明らかだと思います。

このグラフは、就労形態を示しました。開業（開設者）というのが最も多く、次いで常勤勤務医、非常勤勤務医となっています。回答者には医師会員が多いわけですから、そういうバイアスがありますが、それを差し引いても女性医師の置かれた状況が分かります。

また、今回はお示しませんが、勤務医には教授をはじめ管理者が非常に少ないということも改めて再確認されました。

勤務医の就労状況として、左には1週間の勤務時間、右に当直・待機の頻度を示しました。勤務時間が長くて当直・待機も多いという女性医師がたくさんいる一方で、勤務時間が40時間未満のパート的就労、または診療科が反映されていると思いますが、当直のない者も多いことが分かりました。ある程度性役割というようなことを考えて、はじめからそういうものを選んでいる人もいると思われます。

これは開業医のほうですが、地域の休日当番の参加状況を上段に示しました。それから、ご自身での病院での夜間・休日対応を下の段に示してあります。開業医師の場合も、積極的にそういう事業に対応している者と、そうでない人にかなりきれいに分かれているという状況が示されます。

次に、これは勤務医の環境として、その病院の出産・育児への対応を示します。病院当局への調査ではなくて、勤務者の認識ということになりますが、50%の回答で「医師の補充はなくて、同僚が協力する」という回答が得られました。昔とあまり変わっていません。

また「妊娠・出産例がない」というのも17%に見られました。

病院に保育所もないところが多いのですが、あるところではさすがに病院ですので、病児保育も「一定程度は可能」という回答が得られました。また、女性医師にとって現実に自分の問題でなければ関心が薄いのだと思いますが、「不明」という回答も少なくありません。

さて、家庭での女性医師の立場ですが、主な家事担当者を聞いたところ、複数回答ですが「自分」という回答が圧倒的に多い81%でした。

結婚している場合の家事時間を、上は「妻」つまり自分、下は「夫」について示します。医師である妻の家事時間の最多区域は2時間以上となっていて、2時間以内とか、1時間以内とか、ばらけています。夫の職業は聞いてはいませんが、最多は20分という結果です。

「子供がいるかどうか」の質問では、「はい」が63%でした。この調査で結婚してい

る人は66%ですから、そのほとんどは子供がいるということになります。また、子供がいる人の場合の平均子供数は2.1人でしたから、全国の女性とそれほど変わらないと思われれます。

また、子供のない人のうち、若い人たちは当然まだ子供がありませんので、今後子供を持つ意思があるかどうかを尋ねたところでは「いずれは持ちたい」というのが最多領域を示して、44%でした。

次に、介護の問題を示します。上段は自分が主たる介護者になっている者と、その相手の割合で示しました。下段では同じことですが、補助的な介護者になっている者の割合を示します。比率は2つとも同じ程度で、「なし」が40%ないし43%といちばん多い比率ですけれども、介護している人がある場合には「自分の父母」が最も多くて、次いで「義父母」の介護となっています。

次のグラフは、家族の介護のために仕事を変えたり辞めようとしたかを尋ねたものです。辞めたり、休職したり、パートに変えたりという者も少数はいますけれども、ほとんどが「介護はしているけれども変えていない」という回答でした。今後、主たる介護者にならざるをえないような一人っ子とか、そういう女性医師もふえてくると思いますので、この問題は今後もっと重要になってくるのではないかと思います。

最後に、女性医師としての悩みや問題点・展望についての解答をまとめました。この表は、悩みを複数回答で取り上げたものです。表に挙げたもののほかにもいくつか、その他にも非常に興味があるものがありますけれども、数でいきますと、回答の多い選択肢は、先ほどの発表にもありましたが「余暇が少ない」とか、結果として「学会参加など勉強ができない」というものでした。

仕事にたくさんの時間を割いている人も、パート的にやっている人はその分家事をたくさんやっているということで、本当に余裕がないということが示されたと思います。

女性がいきいきと仕事を続けられるために必要と思われる出産・育児支援対策について聞いたところでは「保育園などの整備・拡充」が最も多く、次いで「男性の家事・育児への参加」、それから「職場復帰支援対策」と続いています。

女性がいきいきと仕事を続けられるために必要な出産・育児以外の支援対策はどのようなものか、これは挙げた項目順に並べてありますが、「男女の多様な働き方を進める」という項目が圧倒的な支持を受けています。続いて「ポジティブ・アクション」「夫婦別姓の実現」ということが、間接的にはいきいきと仕事を続けられることにつながっていくという認識だと思えます。それから「性差別のチェック機構」などが挙げられました。

しかし、なかには10%くらい「特に必要ない」という回答もあります。

また、最後に女性医師を支援するために医師会で行ってほしい事業にはどんなものがあるかということですが、「休業医師の登録・派遣制度とベビーシッター・ヘルパーの紹介事業」が、ともに57%と1番でした。また「復職時の研修制度」というのも32%が希望されていました。しかし、9%では「特に必要ない」という答えもあります。

これらをまとめてみますと、まず女性医師の状況と問題点としては、多くの女性医師は、仕事にも出産・育児などにも、現状に適応しつつ意欲的に活動していることが分かりました。しかし、性役割とか性差別意識が社会にも本人にも根強いことが、診療科の選択とか家事労働の不平等、育児負担などにも見られまして、結果として余暇や勉強の不足も招いているということが問題点として挙げられました。

解決の提言としては、第1には、男女問わず医師全体の労働環境を改善することだと思います。次には、当然ですが、医師の妊娠・出産・育児支援ですけれども、これは女性だけではなくて配偶者も含めた支援をしてほしいと考えられます。

医師会に求められている具体策としては、最後のスライドに挙げましたように、休業医師の登録や派遣制度、ヘルパー派遣事業、復職時の研修制度がありますので、これをぜひ実現していきたいと思えますし、こういうことを実現していくためには、医師会や学会など各機関への女性の登用が不可欠であると考えます。

謝辞はスライドに代えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

保坂委員長（座長） 大川先生、ありがとうございました。

それでは続きまして「病院長としての女性医師勤務支援」につきまして、大阪厚生年金病院院長の清野先生をお願いいたします。



## 「病院長としての女性医師勤務支援」

大阪厚生年金病院院長 清野 佳紀

皆さま、こんにちは。「おまえの病院でやっていることをしゃべれ」ということで、やっていることからしゃべりたいと思いますけれども、私がこういうことに関心を持つようになったのは、私の女房と2人の娘が女医2人と教師1人で、ずっと結婚以来洗脳されたというのがいちばん大きいのです。院長の前に岡山大学の小児科の教授をしまして、そのときに、大変女医さんが多くて、その人たちに勤務を続けてもらわないと大変なことになるということで、いろいろ考えたということもあります。

細かいことは省きますが、いま29歳以下の医師になる数を見てください。全体では毎年256人ふえていますけれども、男性は毎年100人ずつ減っていっています。女性は350人ふえています。これは、かなり地殻変動的に女医がふえているということが分かります。

それから、先ほどの名取先生のお話にもあった就業率の低下の問題ですが、これがなぜ医師で大事かという、ほかの職場では、先生がおっしゃったようにまだそんなに女性が進出しているわけでもないし、別に免許証もないわけですがけれども、医師の場合は、医学部を出て国家試験合格者に免許証を出して、厚生労働省があれだけ「人口何万人にはこれだけの医者」と言ってきちんと計算してやったうえで就業率が6割に低下するというのは、大問題だと思われませんか？ 特にいま、産婦人科、小児科、眼科、皮膚科などは、女性医師が入局する率が5割を超えています。産婦人科も5割を超えているという統計が出ています。

しかも、そのなかで特に忙しい産婦人科、小児科というのが本当にどのくらい辞めるかということは、厚生労働省もあまりつかんでいないのだと思います。

小児科学会で就業率を調べてみますと、男性医師は40歳代をピークに着実にこのようにふえていきますが、女性医師は20歳代後半がピークなのです。それで、もう40歳代で半減しているわけです。

だから、本当に、ぜひ名取先生には厚生労働省の医政局に発破をかけて「あなたたちは本当にこういうことを知っているのか。勤務医不足をどうするつもりですか」とおっしゃってほしいのです。

これらをアンケート調査をしますと、圧倒的に多いのが「妊娠・出産」と「育児」が、このピンクのほうが女性、青は男性が支障と言っているのですが、ここでもう明らかな差がありまして、この2つのためにやはり中断して辞めてしまうということになってい

るわけです。

特に、5割を超えている「あなたの問題点」ですが、「産休中の代替要員がない」「育児休業中の代替要員がない」「職場内の保育所がない」、この3つの大きいものが5割を超えていて、これも何も女性、働いている本人の責任でも何でもないわけですが、そのために続けられないというようなことになるわけです。

先ほどからも出ていますが、この女性医師を取り巻く現行の法制度というのは結構それなりにありまして、男女雇用機会均等法、労働基準法、今年から施行された次世代育成支援対策推進法などがあり、これらがきっちり守られれば、いまでもそうとう支援はできているのです。けれども、実際にはそれが守られていないということが、やはり問題点ではないでしょうか。

そういうことで、われわれの病院では1に子育て支援、2に勤務制度面の改善、3に病院の拠点化と地域連携、このあたりがやはり子育て支援とか両立支援に役立つということがあって、4番目はきょうは省きますけれども、この3つに関して、できることからコツコツとやろうということで、今年からやり始めました。

最初が、病児保育室です。病児保育室は、どの病院でも院長がその気になればすぐできます。それは、小児科の病棟を改造したら保育室ぐらいできるし、小児科の医者もいるし、看護師さんもいるし、われわれのところには小児科病棟に保母さんがいましたから、その人たちと、こういうときに非常に力を発揮するのはボランティアの方たちです。

やはり病院というのもコストの削減が非常に厳しいですけれども、ボランティアの人はおそらく子育て支援とか両立支援に非常に有益だと思います。ボランティアの人が働きたいような病院にするというのが、病院長の仕事でもあります。

たとえば、病棟にはどこでもあるのでしょうかけれども、われわれはこのように小児科外来のほうにもプレイコーナーというのをつくってしまして、ちょっと遊び場のようなものをつくっているのですが、そこでもやはりボランティアの人たちが喜んで助けてくれています。

ですから、ボランティア室というのもつくってあります。それはちょっと脱線ですが。

それから、案外ハッとすることはこのコンビニなのです。われわれの病院は、今年4月から24時間オープンのコンビニをつくりまして、これが去年までのいわゆる病院の売店というようなときから、売り上げが4倍くらいにふえているのです。つまり、それだけコンビニというのはニーズが高い。特に女子職員は、このように24時間オープンして、クリーニングもATMもありますから、こういうことでかなりの生活の支援が受けられるのだと思います。

それから、都心にある病院ですから駐車場というのが、患者さまのためのものですか

ら、かなり職員は制限された形で持つのですが、私が昨年4月1日から「これはもう子育て中の女子職員に第1優先で配るから」といって決めてしまいました。その次が部長になっていますけれども。

それから、案外気がつかない落とし穴は、臨時職員をいかに優遇するかということです。臨時職員と申しまして、医者の場合にはかなり臨時職員が多いのです。つまり、研修生、レジデント、フェローとかいう、毎日来て、毎日当直もして働いているけれども、扱いは臨時職員なのです。

だから、今年から常勤職員以外にもいわゆる週30時間以上のパートタイマーに、すべてこの有給の育児支援をすることにしました。産前産後の休暇も有給保証していますし、出産休暇と子育て支援休暇を、これは男性が取るのですよ。男性が取る分もちゃんと有給保証をしています。もちろん育児休業というのはいまは1年間有給保障です。

ところが、こういうことを働いている女医自身も知らないうえに、やはり何とというか、何となく周りの雰囲気を取れないというようになってきているわけです。

だから、こういうことはいかに部長とか管理職の人が細かいことに気配りをするかということに尽きると思うのです。つまり、院長がボーッとしているようなところでは、やはり取りにくいわけだと思います。

われわれのリハビリ科の部長が6人の子持ちで、去年から来た若い女性、この人は常勤ですけれども10時～4時の勤務で、残業・当直なしにしてあげます。現在、4歳と1歳の子育て中なのですが、このようにして、この結果、われわれの病院にいま現在4名、常勤で来ているけれども当直はないとか、残業がないとか、あるいは週1回休みとか、いろいろな形の柔軟な勤務体制の人がいます。

これは一律にいかないのです。やはり本人の希望を叶えてやって「それなら働きます」というようなことを細かくやらないと、法律でこれをつくったからできるというものではないから、ぜひその辺はご理解いただきたいと思います。

勤務体制で、これはいまの病院ではなくて岡山大学にいたときに、倉敷市というのがありまして、非常に大きい市で、真ん中に倉敷中央病院や川崎医大という有名な病院があるのですが、小島地区という瀬戸大橋のそばに小さい市民病院があるのです。でも、この地区から町を中心部へ救急で夜中などはなかなか運べないので「何とかしてください」と、市に陳情を受けたのです。

そのときに、市民病院には2人だけしか医師がいなかったのですけれども、1人、市に増員してもらって3人体制にして、こういう組み方をしました。

ここは3人の女性医師だったのです。はじめは「救急なんてとんでもない」ということだったのですけれども、とにかく「9時から夜11時まではやろう」と。それで、第1

日目は8時間勤務です。そのかわり、第2日目は14時間頑張ってください、夜11時まで。そのかわり、3日目は完全に休みにしました。ですから3日に1回完全に休みがくるので、残業も当直もないわけです。3日に1回休みがあるというメリットがあります。他方デメリットも患者様を一人の医師が連続して診れないなどそれなりにあるのですけれども、その後、いまでも続いていて、地域住民には喜ばれています。

それから、産科のオープンシステムです。産科も医師不足でどんどん病棟が閉鎖されてきて、非常に大変なので、私は助産院と診療所と提携して、いまおそらく50近い病院と提携して「外来はなるべく診療所へ。そのかわり、異常分娩になったらいつでもうちに運んで来なさい」という契約をして、お産が去年1年で3割以上ふえました。

そういうことで、たとえば病院側は外来患者数を減らして分娩数をふやす。診療所がその逆。安全性も保てる。医師のQOLを保つということが、結果として女性職員の支援にはならないかと思って試みていることです。

最後ですが、「女医支援をして大丈夫ですか、先生」とか「男性が怒りませんか」と、よく言われているのですけれども、結果としては、いまは非常に理解してくれています。やはり働きやすい環境づくりが大事ですね。子育て支援は、男性へのしわ寄せも減らしているということを実感してくれていると思います。

これで私の講演を終わります。どうもありがとうございました。

保坂委員長（座長） 清野先生、ありがとうございました。

それでは、最後の「医師会活動への女性医師の参画」について、日本医師会の常任理事の伯井先生、お願いいたします。

## 「医師会活動への女性医師の参画」

日本医師会常任理事 伯井 俊明

はじめにご挨拶をしましたように、女性会員懇談会の担当をしまして、毎回委員会で女性に囲まれて、非常に幸せです。同時に大きなプレッシャーを受けているということです。

本日、私は「医師会活動への女性医師の参画」というテーマでお話をさせていただくことになっていますが、私が地区医師会で役員をやっていたときも、都道府県医師会でやっていたときも、総会を開いても、もちろん男性も女性もですが、会員が参加してきません。

そういう状況のなかで、非常に医師会離れと言いますか、いまの若い人が特にそうなのですけども、これは困ったことだなということは常に感じていましたし、いままおそらく郡市区医師会、都道府県医師会でもそういう状況ではないかなと思います。

そのような状況のなかで、はたしてこれからの医師会活動というのはだれが参画してくるのかなということは常に気になっていまして、若い先生方に聞きますと「あまり関係ない」とか「だれか好きなやつがいたらいいんだ」というぐらいの考えで、あなた任せというか、自らやろうという人が非常に少なく、その分を自分の時間にあてる、あるいは家庭にあてるというような、非常にハッピーな人たちが多いわけですけども、逆に言いますと、医師会で参画してやっている人間にとっては、この先非常に危ないなと感じました。

そういうことになりますと、おそらくまだ感じておられないと思いますけれども、何となく一生懸命勉強して、まじめにコツコツと病院でも診療所でも働いて、患者さんにサービスしていれば、収入もあって、しかも自分の人生がある程度エンジョイできるというように思っておられるならば、これはきわめて間違ったことです。最近、もうご存じだと思いますけれども、国の財政状況によって医療費が抑制されていますから、そのうちやはり海外のように「医者になったが食えないよ」という時代も来て、まだいまのところ何となく食べられるような状況ですので、医師会活動にそのような無関心な状況が続いているのかなと思っています。食べられないようになってから「これはいかん」ということで一生懸命医師会活動、あるいは医政活動に旗を振られても、そのときはもうすでに遅いということになるわけで、非常に先を憂えているわけです。

別に男性、女性を区別するわけではありませんが、女性がふえてくるなかで、女性が医師会活動に参画をしていただけるようにならないと、なおさら先が真っ暗であるとい

う気がしています。

「やる気のある人がなかなか医師会活動ができない、役員になれない。男性が阻害しているのだ」というような意見も聞くわけですが、まあ、もうそういう時代でもなかるうという気もするわけですが、全国は広いので、いろいろそういうところもあるのかなと思っています。

平成16年12月1日現在の数字なのですが、都道府県医師会では22名、郡市区医師会では433名の女性が役員として参画し、活躍されているわけで、合計で約450名以上になっているわけですから、数としては非常に多いかなという気がするわけですが、都道府県は47、郡市区医師会は900以上あるわけですから、その数からいきますと、まだ比率としては非常に少ない。おそらく、先ほどのいろいろなグラフから見られますように、数%くらいの参画になっているのかなと思っています。

先ほどからもいろいろ言われていますように、女性役員が非常に少なかった理由としては、女性医師の絶対数が少なかったということが挙げられると思います。

女性医師数の推移を見ますと、だんだんと比率も上がっていきまして、10年ほど前から10%程度上がっています。

日本医師会の女性会員数の推移ですが、これも同様に、比率は年々高まってきていまして、2004年では13.1%です。

女性医師数と医師会加入率を見ますと、2002年で48.4%の加入率となっているわけですが、全体では60%ぐらいの加入率ですので、やはり女性は男性よりも低い加入率になっているということです。これは、勤務医の女性が多いことも要因かなと思っています。

以上のグラフから言えることは、女性医師および女性会員の人数が男性会員に比べてかなり少なかったことが、医師会活動にかかわる女性の数が少なかった理由ということではないかと思っています。

先ほど出しましたが、医師国家試験合格者の男女比を見ますと、1995年から2005年までの10年間で10%も女性の比率がふえていまして、2005年では33.7%ということで、1/3が女性です。

次に2002年12月現在の医師の年齢階級別男女比を見ますと、郡市区医師会や都道府県医師会の役員等になれる先生方の年齢というのは、先ほども出ましたけれども、大体40歳代、50歳代、60歳代ということですが、その層で非常に女性の占める率が少ないということがよく分かります。60歳代では、女性は1割を割っているわけです。

しかし、20歳代では3割以上が女性になっていますので、将来はいずれの世代においても女性がふえてきますので、必然的に女性医師が医師会活動に参画していただける、というよりも参画していただかないと困るという状況になってくるわけですので、できる

だけいまのうちから多くの女性の先生方に参画していただいて、次の世代の女性に引き継ぐルールを引いていただくようにしていただかないといけないと思っています。それには、本日お集まりの先生方にご尽力いただき、それと併せて、さまざまな環境整備が必要であろうと思っています。

植松会長も申されましたように、医師会における具体的な取り組みとしましては、とりあえず、無理やりと言ったら怒られますけれども、1つの委員会で必ず女性を入れるとか、1人は入れる、2人は入れる、あるいは役員も必ず入れる努力を全国でやらせてもらうというような目標をまず立てないと、「だれかなって下さい」と言っているようではなかなかふえてこないのかなということと、現在役員をやっていただいている男性役員の意識改革も必要かなと思っています。現在、日本医師会執行部に女性役員はいないわけですが、地域で活躍されて、ぜひ役員になっていただきたいと思っています。

私も地区でやっていたときは、診療と兼ねて医師会活動の両方をやれたわけですが、日本医師会に参画するということになりますと、近辺に住んでいればある程度、それも大変犠牲になるわけですが、遠くから来ている人間がここに常駐するということは、診療を放棄するわけです。私も去年から聴診器を置いて日本医師会に来ているわけですが、そういった状況で、全国から、女性の方であれ、男性の方であれ、参画していただくということは非常に難しいという気がします。しかし、積極的に「やるんじゃないか」という意欲のある方には、これは男性、女性を問わずにしっかりと参画していただけるようなシステムにしておかなくてはいけないと思っています。

また、先ほども申しましたように、今後どんどん女性の医師がふえるわけですから、その医師たちに医師会に参加していただく、いわゆる医師会に加入していただくということも非常に大事なことでして、この比率が悪いと、医師会の組織強化といううえで非常に問題となってくるわけです。

後ほどのディスカッションにも出てくるとおもいますが、私はいまこの問題も担当しているのですが、医政担当ということで政治のほうの仕事もしているわけですが、女性会員がふえて、医師会の組織率が上がって、しかも多くのそれらの会員の先生方が医政というものに対する認識を示さないと、先ほど言いましたように、いかに高邁な医療政策をぶち上げて、あるいは先生方が個々に努力して勉強されて、患者さんのためにと一生懸命医療を提供しようとしても、政治というものの壁が前にありまして、それが現実にはできないということになるわけです。そういった意味では、女性も男性も医政というものに認識を新たにして頑張っていただかないと、役人あるいは政治家というものを相手にして日本医師会の主張がなかなか通らないつらさがあるわけです。

最後になりますけれども、それには何かと言いますと、選挙の票です。こんなところでこういう話はいけないかもしれませんが、各自がそういう医政に対する重要度というものを認識されて、選挙のときにできるだけ票をふやしていただくということにならないと、結局は政府与党あるいは厚生労働省あたりも、医師会の力というものは「医師会が何百万票だな、何十万票だな」という判定で、力関係で決まってしまうので、前回の選挙のように25万票なら25万票の値打ちとしてしか日本医師会の主張が通らないということが現実です。そういった意味では、理屈は非常に大事ですけれども、最後は政治の場で決まるということを考えますと、医師会活動に従事してもらい、参画してもらい、参画してもらいながら、医政に対しての認識を非常に強く持ってもらうないと、自分の首を絞めていくのだということをご理解いただきたいと思います、ついでに申し添えさせていただきます。

あとのディスカッションで、またいろいろとご意見をいただけたらと思います。どうもありがとうございました。

保坂委員長 伯井先生、ありがとうございました。



## フロアを交えたディスカッション

保坂委員長（座長） それでは時間もありませんので、普通はこういう会では、まずパネリスト同士の質疑応答ということをやって、会場の皆さんからの質疑応答をやるのですが、時間の関係もありますので、とにかくフリーディスカッションということで、質問とかご意見のある方に、パネリストの方でも、あるいはフロアーの方でもご意見をいただきたいと思っています。

フロアーのほうで質問をされる方は、スタンドマイクが会場内に4本ありますので、そちらに出ていらして、まずこちらが指名しましたら、所属とお名前をおっしゃっていただいてからご発言ください。それから時間の関係がありますので、質問やご意見は要旨をまとめて、短時間でお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

それではどなたか、何かご意見は。そちらの方、どうぞ。

宮崎 千恵（岐阜県） 岐阜市医師会の宮崎千恵と申します。今回は託児施設をつくっていただきまして、ありがとうございます。

前回、3年前ですか、女性会員懇談会のフォーラムでも同じようなことが繰り返し発言されまして、大体問題点は出尽くしたと思うのですが、では実際にどのようにしたらそういう男女共同参画が推進されるかということです。それには、ここで問題点ばかりを一生懸命言っている、実際に日本医師会には勤務医の女性医師たちが当然将来入ってくるわけですから、いまわれわれ日本医師会がそういう彼女たちに手を差し伸べることをしていかなければいけないと思っています。

実際には、きょう本当に男性の先生方も、おそらく県の医師会、郡市区医師会の先生方がオブザーバーとしていらっしゃると思うのですが、各都道府県の医師会で女性医師の問題を考える委員会とかがどれくらいできているかということが、私は非常に知りたいところです。そのようにしないと、こうやって問題点を一生懸命話しても、実際にそういう問題を抱えている人たちは、そういうところに毎回出て行って自分たちの主張を通すことができないと思いますし、いま女性医師だけでなく、医師をデリバリーしている医局制度、そこの教授とか医局長といった人たちが女性の視点で人事をしたり、働く環境をいろいろ変えていくということのアドバイスというのは、やはり県の医師会等がオブザーバーとなってやっていかなければ変えられないと思います。

ですから、きょう出てきていらっしゃる先生方は別として、ぜひ日医のほうからトップダウンでそういうことを言っていただくと。先ほど伯井先生が「医政もなかなか女性医師が」とおっしゃいましたけれども、女性医師の働く環境を整えてくれる医師会で

あれば「ではそういう選挙にも」という意識があると思いますので、その辺をぜひご協力をお願いしたいと思います。以上です。

保坂委員長（座長） ありがとうございます。いまのはご質問とご意見と両方だったと思うのですが、前段のご質問につきまして、それでは伯井先生から。

伯井常任理事 女性問題に対するこのようなフォーラムとかは、いままでもあったわけですから、その辺のことに关しましては、都道府県医師会でもこのような会をつくっているところもありますし、今回こういう女性会員懇談会というものを日医でつくったために、都道府県で新たに女性問題に対する委員会をつくっていただいたところもありますので、だんだんと進んでいくのかなと思っています。

また、これはある意味では日本医師会からトップダウンで「お願いします」という要請ももちろん必要ですし、あるいは郡市区医師会、あるいは都道府県医師会に対してもプッシュしてつくっていただければ、この問題は「別にそんなことは必要ないよ」と言われることはありえないと思っていますので、一生懸命お互いにそういうものをつくっていくことが1つの大事な事かなと思っています。

それから、こんなことを言うとまた怒られるかもしれませんが、確かにいろいろなメリットということを求めて「そうしていただければ選挙も行くよ」とか、あるいは「医師会の活動もするよ」ということもあるのでしょうかけれども、それはおっしゃるとおりですけれども、逆に先ほど私が言いましたように、若い人たちが医師会に入会しないで「何かメリットがあるのか」と言う人が多いのです。

しかし、いまの診療報酬にしても医療制度にしても、医師会が一生懸命にやって、国と交渉してつくっているわけですから、自分が診療して診療報酬を計算している、それは医師会活動の結果であるということを皆さんはあまりご存じない。これは大きなメリットであるわけですし、逆にメリットを求めるのではなしに、医師会の会員としていかに日本の国民の医療を守るのか、あるいは政府を動かしていくのかということ積極的にやるのが、医師の本来の仕事であろうという気がしています。

いまの若い人たちはすぐにメリット、デメリットということを言いますけれども、メリットを言えといえはいくらでもあるわけです。しかし、逆に、ケネディが言ったらしいですが「国が何をするのかではなしに、君たちが何を国にするのか」というのと同じ論法で、医師会会員には頑張っていたきたいと思います。そうでないと21世紀、将来の医療というものは暗いなという気がしています。

ただ、前段に关しましては先生のおっしゃるとおり、やはり改善すべきは改善し、メリットになることは積極的に推進してつくっていかなくてはいけないなということは、おっしゃるとおりです。

保坂委員長（座長） つけ加えさせていただきますと、全国の女性医師の問題についての取り組み方につきまして、今期はあと半年ほどあるなかで、私たち女性会員懇談会のほうで全国の調査をさせていただくことを考えています。全国の調査をしたうえで、そういったことについて関心の薄い地域には関心を持っていただくようにする、あるいは関心を持って非常に活動していらっしゃる地域の活動内容を全国に広めていくようにすることについて考えていますので、一応申しあげておきます。

それから、いま伯井先生もおっしゃいましたけれども、日本医師会という組織がやるべきこと、それから地区医師会がやるべきこと、それからそれぞれの職域でやるべきことと、あとはご本人、私たち自身がやるべきことということをいつも区別して、どこが何をやるべきかということを区別しながら物事をやっていかないといけないのではないかといつも思っていますので、どうぞよろしく願いいたします。

座長なのに発言して申しわけありません。どなたかほかにご発言はありますでしょうか。

神山 潤（東京都） 東京北社会保険病院の小児科の神山と申します。副管理者もやっております。女性医師には何が求められているかという観点で、いままで議論に出なかった点を指摘させていただきたいと思います。

私どもの病院は、社会保険庁からの委託を受けて、地域医療振興協会というところが民間受託をして運営しているわけですがけれども、運営に際して厚生労働省のほうから「24時間、365日小児医療をしっかりとやれ」というご命令を受けてやっています。そこで、私どものところでは小児科医12名を配してそれに対応しているわけですがけれども、いかにせん、いまの世の中でこれだけの医師数を確保するのは非常に大変です。

そのなかで、われわれのところでは、実は12名のうち9名が女性医師という状況です。そのなかで、女性医師のメリットとしては、実は1歳までお子さんを育てて、お子さんが1歳になったので非常勤で来られて、2歳になったところで常勤になったという先生が1人いらっしゃいます。もうお一方は、ちょうど妊娠なさって、妊娠8か月まで私どもの病院の外来に来ていただいて、ついおととい双子の赤ちゃんを産んだと。そういうお母さん方に働いていただいています。

そのお母さん方は、患者さんから絶大なる人気があります。われわれは、たとえば「子育て奮闘中ママ外来」というような呼び方をしているわけですがけれども、そういった形で、先ほど名取先生、あるいは清野先生がおっしゃったなかで、非常に就職率が落ちていく段階のお母さま方のドクターに求められていることというのはやはりあるのではないかと思います。特に、小児科あるいは産婦人科のところではあるのではないかと感じています。それが第1点です。

第2点に関しては、そのときの給与体系なのですけれども、清野先生も指摘されましたけれども、普通そういうドクターを常勤で雇うというのはなかなか難しいと思うのですけれども、実は非常勤といっても、またこれも難しい。実は、現在の労働基準法ですと、たしか週30時間以上の勤務があると、病院のほうとしては社会保険料その他を払う義務というのがあります。私たちのところは、呼び名はともかく、たとえば「デイトムドクター」という呼び方でもよいと思うのですけれども、一応非常勤に近い形であっても、週30時間来ていらっしゃる方には社会保険料をきちんと支払うという形で来ていただいて、それはドクターに来ていただくうえで非常にメリットになっています。

ただ、概算しますと、その保険料を払うことによって、1人のドクターに対しての年間の病院側の負担料というのは約500万円ふえます。1.5倍くらいになってしまうということがあります。ですから、制度的にこの辺のところをしっかりと補っていくということもまた必要なのかなと考えています。

保坂委員長(座長) ありがとうございます。清野先生、何かありますでしょうか。

清野 病児保育はどここの病院でも、小児科医と看護婦さんがいればできるのです、本気になれば。病室をつぶせば。小児科病棟というのは、そう満員なわけでもないし。私も「これはどれくらい埋まるかな」と思いまして、4月からやって、現在10日のうち6日間埋まっています。だから、かなり需要があるということです。

それから、パートタイマーをきっちりしないといけないというのはそのとおりで、もちろん私自身、小児科であれ、産婦人科であれ、院長としてそれは市民の公益性を守るサービス科と思っていますから、多少赤字が出て当然続けるものと思ってやっています。だから、もうける科とサービス科を分けていますから、それはそれでよいと思うのです。実際には、小児科とか産婦人科のパートタイムのドクターにも、ぜひ政府のほうで補助等をしていただけると、励みにはなると思います。

保坂委員長(座長) ありがとうございます。先ほど、先にこちらの先生が手を挙げておられたので、どうぞ。

神野 正博(石川県) 石川県医師会の理事の神野と申します。能登半島で総合病院を経営しています。そういった意味で、清野先生が先ほどおっしゃいましたように、働きやすい職場をつくると男性医師も助かるという話で、まさに勤務医は、先ほどいろいろなアンケート調査で女性医師の余暇が少ない云々のお話がありましたけれども、男性医師も余暇がほとんどない、非常に疲弊しています。特に、地方は医師不足というのが重なってしまっていて、男性医師も女性医師も勤務医は非常に疲弊しているといったような状況にあるのではないかと思います。

そのなかで、自分の病院だけでなく、今度県の医師会活動でご質問なのですけれど

も、大川先生から「休業等の派遣制度があればいい」というご提言をいただきました。こういったものに対するニーズというのが、どの程度あるのかなというのが、藤井先生とか清水先生とか大川先生がいろいろアンケート調査をなされましたけれども、実際に休業後に働く場がなくて困っていらっしゃる方がどの程度いらっしゃるかというニーズをお伺いしたいと思って質問させていただきました。

保坂委員長（座長） ではどなたか、藤井先生か大川先生か。

大川 具体的に、働きたい側からのニーズというのは、千葉の今度の調査では調べておりませんで、ご自分の経験その他でそういう制度が欲しいというような結果でした。実は、私は病院で働いていますから、若い女医さんが産休を取ったときにそういう人がいないかと思ってあちこち探し回っているのですけれども、実際にはなかなか見つけれなくて、たまたま見つけると、前の先生がおっしゃったように、働く給与体系とか条件などがあって、なかなかうまく手を組めないのが、その辺の仲介業務というのがやはり必要なのかなと思っています。すみません、十分な情報でなくて。

保坂委員長（座長） では清水先生、どうぞ。

清水 東京都医師会でも、この問題については検討させていただきました。しかし、東京都の場合は法的な問題が少しくクリアできませんで、やはり紹介業務ということをして医師会としてやる場合には引っ掛かるのではないかと。別のNPOとか、別の財団をつかって紹介業務をやらないと、地区医師会とか医師会として関与するというのは少し難しいということでした。今年度から東京都医師会は現実的にどうやれるのかということで、女性医師参画推進委員会、そういう形でこれからまた検討していきますけれども、以前に検討した結果はそういうになっています。

保坂委員長（座長） 藤井先生、お願いします。

藤井 バンク制度に関しては、実際のところドクターサイド、女性医師のほうから「仕事が欲しい」というようなニーズは、たぶんほとんどないと思います。逆のケースばかりだと思います。

私は日本女医会の北海道支部の支部長をやっているのですけれども、そこで一応バンク制度をつくっています。ホームページにそれを載せて、北海道の場合には北海道の保健福祉部の第3セクターとして地域振興財団という団体がありまして、そこと私たちがつくっている団体とがリンクするような形で、1回われわれのほうに了承が来てからドクターと交渉というような形を取りたいということで、いま起動している状態です。

神野 正博（石川県） ありがとうございます。もし今後の展望として、特に休業明けの方々のニーズ等を把握する機会があったら、ぜひ教えていただきたいと思います。ありがとうございます。

保坂委員長（座長） ありがとうございます。それでは続きまして、真ん中の、いま手を挙げて立たれた方、どうぞ。

武曾 恵理（大阪府） 大阪から参りました武曾と申します。きょう皆さまに封筒を配りました、「女性医師のキャリア形成、維持、向上を目指す会・イージェイネット」を最近立ち上げました。そのことをちょっとご紹介したいと思います。

先ほど清野先生がおっしゃったように、すべてのことはボスと旦那で決まるというようなことではやはりよくないと思います。私たちは女性医師自身と、それからすべての人たちが共同して女性医師の問題を考えるということで、女性がどんどん辞めていくという状況がなぜかということ。特に、私の場合は勤務医ですけれども、先ほどから言いますように、勤務医は本当に男女ともへとへとなわけです。女性が妊娠したりしますと、本当に女性同士で「おめでとう」と言いながら顔が引きつるというような形もありまして、男性はもっとそういう意味では冷たいという状況がありますが、本当にギリギリのところで行っているということを社会全体の問題として考えていきたいということ。

特に、先ほど藤井先生が言われましたように、そういう意味では女性は学生時代から、キャリアはアップしたいけれども不安があるということ。先ほど数字的に、実際に働く前から非常に不安があるということが分かりましたし、そういうことも含めて、教育の現場と、それから実際の医師の現場、それから特に管理職の先生方からの提言というものも全部含めまして、しかも産業界も含めて、こういう形でNPOを立ち上げましたので、これから医師会に皆さまが入ることは当然なのですけれども、このイージェイネットというものにも入っていただいて、私どももこれから活動していきますので、ぜひ興味を持っていただきたいと思います。

つい最近、厚生労働省の医政局のほうにもこれを持ち上げていきましたところ、ご了解もいただきましたので、どんどんと広げていきますので、皆さまのご了解を得たいと思います。きょうも入会できますので、どうぞよろしく願いいたします。

保坂委員長（座長） ということだそうですので、これはNPOのイージェイネットの広報活動です。

続きまして、あと4人手を挙げておられる方がいらっしゃるので、お時間が来ていますけれども、その4人の方、手短かに、前の方からお願いします。

岡本 和美（奈良県） 奈良県医師会の岡本と申します。私は日本医師会の女性会員懇談会と、そしてもう1つ、日本小児科学会の女性医師環境改善委員会と、2つの女性問題についての委員を務めさせていただいています。今後の女性問題を語るに、この2つから見ますと、日本医師会女性会員懇談会は女性の社会の地位向上、キャリアアップということをお話していく会だと考えますが、先ほど伯井先生もおっしゃいましたように、

これに関しては女性医師自身の意識改革が非常に重要になってくるかと思えます。

今後女性問題について深く話し合う点でもう1点は、日本小児科学会では女性医師が出産・育児を超えて、いかにその仕事を続けていくか、あるいは育児を終えてリクルート、再び戻っていくか、その2つの観点から話し合っていかなければいけないと思えます。

前者に関しましては、自分自身、あるいは社会全体の意識改革。もう1つ、あとの問題に関しましては、清野先生がおっしゃいましたように、やはりポストと旦那ということですが、これからどうしたらよいかということ語るに、私が地域のほうで病院の管理者を対象にアンケート調査をしたら、保育所の問題はともかく、「多様な勤務形態に関して必要がある」と管理者の方がお答えになったのは80~90%あるのですが、「そうすれば実現は可能であるか」という質問に対しては、一気に40%くらいに下がってしまうのです。ですから、管理者の方が多様な勤務形態に関する理解がどのくらいあるのかに、私たちがこれから仕事を続けることがかかっていると思えます。その病院の立場として、病時保育はできるだろう。しかし、たとえば2部制の勤務形態、ワークシェア、あるいは主治医が急に変わったときにどのように対応できるか。そのようなことを病院の管理者としてどの程度可能とお考えか、その辺をちょっとお伺いしたい。これからの問題は、やはりポストにかかると私も考えます。よろしくお願ひします。

保坂委員長（座長） いまのは、途中までご意見かと思っていたら、最後にお聞きしたいというお話で、どなたにご質問を。

岡本 和美（奈良県） 清野先生に、管理者として。

清野 病院長というのはかなり権限がありまして、その気になったらいくらでもできます。だから、できないというのはただやる気がないということだと理解しています。だから、そこまでお困りでないとも言えますね。だけど、絶対にやらないといずれ本当に困るようになると思えます。

保坂委員長（座長） ありがとうございます。よろしいですか。

岡本 和美（奈良県） ワークシェアとか2部制とか、結局自分が主治医になっているときに急に出産になりましたら、困るのはやはり患者さんなのです。ですから、だれかをあてがわないといけな。そのときに、上司の意見としては「急に言われても困る」とか「計画的に出産をしてくれ」とか、そのような現状の意見が出てきています。奈良県という田舎のこともあるかと思えますけれども、そのようなことに対応しようと思えば、やはり周りの同僚が負担を被っているというのが現状ですけれども、その辺を改善していかないといけな。

これは日本小児科学会で、清野先生と私も、女子医大の大澤先生と一緒に厚生労働省

に提言として出させていただいていると思いますけれども、実現はどの程度可能なのかということをおいま注目しているところです。

清野 女性医師自身ももう少し目覚めてほしいのですけれども、育児休業であれ、産休であれ、当然の権利なわけです。ですから、周囲を見渡して「休めない」というのでは困るのです。それを何とかするのはやはりボスの責任ですし、いきなり明日からというわけにはいきませんが、ある程度は早めに準備して言えば、それは病院側で対応することだと割り切ってください。

保坂委員長（座長） それでは斜め前の方、どうぞ。

春木 宥子（島根県） 島根県医師会の春木と申します。前回の女性会員懇談会の委員をしておりました。きょうは清野先生のご発表を、非常に興味深く拝聴しました。

私も勤務時代を考えてみますと、いま産業医をしまして、そういった普通の勤務の場所では当然女性が産前産後の休暇を取って、しかも育児休職を取って、小学校に上がるまでは休めるし、しかも保証されているという状況があるのです。当然、そういうものを取っている。しかし、私は恥ずかしながら、そういう産前産後の休暇というのはある程度分かっていましたけれども、育児休職あるいは学校に行くまで休めるなどとは、私も不勉強なのですが、どの程度本当にそういったことを女性医師も含めて、男性医師も含めて、皆が知っているのかということ、おそらく知らない方が多いのではないかと私は思っています。

それはやはり、私たち自身も知らないといけないし、管理職をなさる方々もそういうことをきちんと知っていただいて、就職する、特に男性の医師にもそういうことがあるのだということをきちんと認知していただかないと、たぶんこの制度は1つも活用されない。しかし、企業ではきちんとそういうことがなされているのです、当然として。ですから、やはりそういうことを皆が知って、いかにそういうものを取れる体制をつくっていくかということ、また男女一緒に考えていくということも必要です。

先ほど、そういったことをすればプラス500万円いるのだとおっしゃって、「そんなにいいのか」と思って聞いたのですが、そういったことに関して言うと、とかく「赤字だから」というような返事が返ってきて、女性医師もやはり無理をして働かなくてはいけない、何とか自己解決しなくてはいけないというので、親に保育を頼んだりしているのが現実だと思います。

ですから、そこはやはり制度的なことをきちんと周知することと、たとえばいま勤務医部会がありますので、清野先生、ぜひそういったところで、勤務医の医師の会のなかでも「病院としてこういうことをやっていたらやれるのだ」ということをもっとアピールしていただいて、病院長以下、管理職の教育をしていただきたいと思います。旦



那とトップで決まるとおっしゃるからには、トップの教育をぜひお願いしたいと思います。そして、そういう意味で男性医師の教育もあわせてしていただきたいと思います。

休むということに対しては、男性医師も、特に勤務の場合では精一杯働いているというのは分かっていますので、なかなか女性医師もそこは無理を言いにくいので、結局女性医師が全部被ってしまう、家庭のそういったことも被っているのが現実ではないかと思います。一般企業から見ますと、もちろん企業戦士でトップに行く人はすごい仕事をして、本当に過労死寸前の人もいて、そういったことがあるのもまた実状なのですけれども、医師の働きぶりというのは、企業でいえば本当に過労死という過労状況、過重労働状況が日常茶飯事だと思いますので、そういうことに対して今後どうすればよいのか。私自身は、現実をただ漠然と見ているだけなのですが、そういったことに関してはやはり皆で声を上げていって、研修医の過労死もありましたし、現実をもっと社会に分かっていただくということも、日本医師会以下、皆でやっていかななくてはいけない課題ではないかと思います。そういうことで、ぜひ今後もっとアピールをお願いしたいと思います。

保坂委員長（座長） いまのはご意見ということでよろしいですね。ありがとうございます。ありがとうございました。

続きまして、どうぞお願いします。

斉藤 恵子（岩手県） 岩手県医師会から参りました斉藤と申します。岩手県医師会は、日本で最初に女性医部ができた県ではないかと思っています。いろいろ活動してまいりましたが、248名のうちA会員が38名、ほとんど5 / 6は勤務医です。そしていま、岩手県医師会として、女性医部の活動の1つとして育児サポートというものも掲げています。いま、保育所をつくるということはなかなか経費の問題、人件費の問題などで難しいのですが、地域に育児サポートとかファミリーサポートというものが形成されていまして、そういったものを活用していくということ。そして、それにはお金がかかることではありますが、その育児期間に、そういう若い医師たちへの経済的な援助というのがあれば、大きな保育施設、箱ものをつくることよりも導入しやすく、また家事まで援助してもらえるのでよいのではないかということで、これを若い医者たちに勧めていこうと考えています。

それから、岩手県では地域医療のグランドデザインというのをいま作成中ですが、そのなかに、女性医師の環境調整というものを大きく取り上げています。いままでお話しいただいたように、その2つの大重要項目のなかにには病院の意識改革、指導者の意識改革というものも重要なこととして、今後推進していきたいと思います。

いま、札幌の先生がお話しなさった、女子学生さんが将来に対して不安なことを考え

ていらっしやるということでしたが、私たちもその女性医部の活動のなかに女子医学生の援助というものを掲げています。そして、そのなかで毎年、女子医学生との交流を重ねていまして、先輩医師からの経験を話して聞かせるとか、若い女性医師の経験を話して聞かせる、またそういった不安を受け止めるというようなことをやっています、それは大変効果的だと思います。今年度は妊娠している研修医の方に発表していただくとか、それを男女学生一緒になって聞くような会を行って、いろいろな不安を解消しつつ、それを医師会の活動として学生に働きかけているということで、将来ともに医師会に関心を持ってもらうという地道な活動をしながら、なかなか参加が得られない勤務医の先生たち、それから将来そういった方向に進む可能性のある女子学生へ医師会というものの存在、重要性というものを知らしめていくことが、女性医部をつくったことの価値を担っているのではないかと考えますので、今後各県でもそういったことをお勧めいただけたらよいのではないかと考えています。どうもありがとうございます。

保坂委員長（座長） ありがとうございます。岩手県医師会の女性医部会の活動についてのお話でしたけれども、先ほど申しあげましたように、各地の女性医師についての医師会の取り組みにつきまして、今後皆さまが実際にやっぴらっしやることについての調査をさせていただきます。そのときまた詳しく各地のことをお知らせいただきたいと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

それでは最後の方で、後ろの先生。

角野 禎子（神奈川県） 神奈川県医師会の角野でございます。意見と希望です。最初は、日本医師会で女性問題を取り上げていただけたというのは本当に隔世の感があつて、大変感激をしています。女性医師問題というのは、私は女性医師を全部引くくめて語ることはできないのだからと思ひています。それはなぜかと言ひますと、まず学生の時代。それから、今度は研修医が全部義務化されていますから、研修医の時代。それと、ほかの職業と多少違っているところは、卒業して医師免許をいただいたからそれでプロとして通用するかと言ひますと、それがなかなか通用しません。ですから、その後どこで研鑽を積んでいくかという問題があると思ひますので、その時代。それからその次に、先ほどから問題になっていますプロとして働くときの勤務医あるいは開業医、そのそれぞれの立場によって違ひ。その場その場でいちばんの問題は、継続できなかったのは皆さんがおっしやっているように妊娠・出産・育児の問題ですから、その問題を解決していくわけですけれども、いまの観点のような形で、女性医師について検討していただきたいというのが希望です。

それからもう1つの意見なのですが、希望は、女性医師問題というのは女性医師に限った問題ではなくて、その前に男女共同参画フォーラムと銘打たれていますように、働

くということは女性医師だけの問題ではありませんで、保育にしても何にしても、すべて働いている女性の問題ですので、これを女性医師に限ってしまうと非常に矮小化されてしまうだろうと思います。ですからもっと大きく、いまは航空管制官もありますし、警察官もありますし、消防士としても女の人で働いている人たちがたくさんいます。ですから、保育を充実させるというのであれば、身近なところで保育が充実されるような形に、私たちは医師として、働く女の人たちのオピニオンリーダーになれるような形で、ぜひその保育の問題に取り組んでいただきたいと思います。

保坂委員長（座長） ありがとうございます。いまはご意見とご希望だと思っておりますけれども、この会は男女共同参画フォーラムですけれども、日本医師会男女共同参画フォーラムですので、まず第1に医師としての、あるいは医師会のなかでの男女共同参画ということがテーマです。ただ、私たちが女性会員懇談会で取り組んでいることは女性医師の問題だけではなく、女性にかかわるすべての問題について取り組んでいこうということですが、とりあえずは医師会のなか、あるいは医師の世界での男女共同参画があまりにも進んでいないということで、とりあえずはそこからかかっているということです。

もう時間もないのにお話しして申しわけないのですが、保育の問題につきましては女性医師の問題だけではなく、医師の関与が絶対に必要なことですので、日本医師会としてもっと保育の問題に取り組んでいただきたいと思いますのは常々思っていることですので、いまの角野先生のご意見にあわせて、私のほうからも意見をこの場で言わせていただきました。

それでは最後に、青井先生。

青井 禮子（東京都） 東京都医師会の青井でございます。パネリストの先生方、大変結構な調査をご発表いただきましてありがとうございました。

女性医師が抱えている問題というのは、かなり以前から、私も日本女医会でいろいろ調査などをさせていただいて、あまり変わっていないように思います。そういうなかで、先ほど社会保険病院の先生がおっしゃったように、これは勤務医全体の問題だと考えています。

したがいまして、伯井先生に質問させていただきたいのですが、日本医師会としては、医療提供体制のなかで医師数は十分であるとお考えでしょうか。

それから、清野先生にお伺いしたいのですが、大病院では先生がおっしゃるような活動ができるかもしれませんが、私は100床足らずの小さな病院のトップをやっている、それは大変難しいことです。私どものところにも保育園をつくりましたけれども、ある一定の期間パッと人数が減ってしまうというようなことがありまして、

やはり地域で協力してやっていかないといけないかなと考えて、私どもの活動を地域に広めていく必要があると考えました。そういうなかで、先生はどのようにその辺をお考えいただいているのかということです。

それから、藤井先生にお伺いしたいのですけれども、医学教育のなかでこのような問題をどのようにとらえているのか。教育のなかで、医療提供体制のなかに占める女性医師がふえていく、それをどう組めばよいと考えていらっしゃるかとということと、医学がどんどん進歩するなかで、その社会的適用としての医療も変化していくわけですけれども、そういう医療提供体制が変化しなくてはならないというときに、医師数とか、女性医師の活動範囲とか、あるいはそれをバックアップしていくようなシステムとか、そういうのが制度的にあるというようなご教育をなさっているのかどうかを伺いたいと思います。

保坂委員長（座長） では3点、伯井先生からどうぞ。

伯井常任理事 医師数が足りているかどうかという問題ですが、これはいま医師会としても取り組んで調査していますが、いまの状況では決して足りているとは言えないのではないかと考えています。ただ、先ほどからもずっと話がありますように、科によって偏在している、いわゆる病院の勤務医の場合を考えると、小児科とか婦人科とか麻酔科というのは数が圧倒的に足りないという気がしています。また逆に、社会のニーズから言いまして、救急とかいろいろなことが言われていますので、そういったことを考えると、なかなか医師数は足りていない。

もう1つは地方の偏在の問題ですけれども、これもいろいろこれから考えていかないといけないと思っているのですけれども、医者をつやしたから、それでは過疎地の医師は充足するかということ、おそらく同じことだろうと思うのです。そういった意味では、最近自衛隊の医師の派遣とか、あるいはこの前に会長と話したことですが、いわゆる前期研修が終わった人たちがもう1年ぐらい、あるいはもう2年ぐらいは、地域医療というものを勉強するために一度過疎地のほうへ行ってもらおうと。ただ、未熟なままで行ったのでは大変ですので、65歳とか、定年をされた勤務医の先生方も「1年ぐらいだったら無医村に行ってもいいよ」というような方もおられると思いますので、その人たちと一っしょに、教育をしながらそういう無医村の過疎のところの医師の補充ということも、ある意味では考えていかななくてはいけないかなと思います。

これは理屈ではなしに理念の問題でして、会長も言われたように、国の予算を使いながら医師になったわけですから、やはりそういうことは必要なのだということを医師会で示さないと、要求することばかりを医師会がやりますと世間も認めませんし、国も認めない。そういう意味で、政治家と話をしていまして、過疎地のその問題を話したら「先

生、それはいいですね。それをぜひ上げてください。そうしたら、われわれも診療報酬を考えますよ」というぐらいのことを言われますので、やはりそういうことも将来は考えていかななくてはいけないのかと思います。非常に大きな問題ですので、じっくりと、医療提供体制というなかでの病院の医師数、あるいは過疎地の医師数というものを考えていかななくてはいけないかなと思っています。

保坂委員長（座長） では次は清野先生、お願いします。

清野 保育園のことはそのとおりで、痛感しています。私はいまだに、娘に孫を保育園に連れていかされるのですけれども。要するに、この間も静岡県の産婦人科の女医さんが、週4日勤務で、当直なしで私どものところに来ていただいたのですけれども、その人が兵庫県の芦屋に住むことになったら、たちまち大阪の病院では公立の保育園に入れないのです。それは、法律上はうまくいくようにしているのですけれども、順番があって他府県の住民は全然入れないのです。手っとり早いのは、民間の保育所と病院が連携している必要があります。私どもは幸い隣に民間の保育園がありますので、そういうときに預かってくれるということを契約してやっています。通常の保育園は私どもにはなくて、私どもでは病児保育しかやっていません。通常の保育園は公立の保育園に頼らず、臨機応変にやらないと、現場ではなかなか難しいと思います。

保坂委員長（座長） 藤井先生、それでは最後のご質問に。

藤井 1番目と2番目の、実際、医学教育において女性医師に対するサポートが行われているかということと、制度的にあるかということ、2つまとめてお話しさせていただきます。

制度としては、全くありません。札幌医大のケースですけれども、まず岩手の齊藤先生がおっしゃったように、医学生とのディスカッションという場をつくっているのです。これは個人的な活動なのですけれども、実際に私がこの3月まで勤務していたときに、私は産婦人科の講師としてずっと勤務してまいりましたけれども、全臨床系のなかに講師というのが2人しかいないのです。耳鼻科と産婦人科しかいませんでした。あとは助手の先生で外科に1人いるだけで、内科系にはほとんどいません。そういったスタッフを中心に、卒業前になると実際に女子学生たちが先輩たちのところに訪ねてきて、たとえばなぜ産婦人科を選んだか、産婦人科であればどのような勤務体系でやっていけるのか、先生には子供がいるのか、というような具体的な質問がどんどん来るのです。そういったようななかで、やはり地道なことですけれども、医学生に対して可能であるということをいつも言い続けること、これが1つだろうと思っています。

それからもう1つは、講座の教授の認識です。最近は、教授たちが50歳以下でどんどん教授になっています。私どもの講座も今年新しい教授になったのですけれども、47歳

という若さです。彼らが、女子学生たちを多く入局させるためにはどのようにしているかという、やはり多様性を認めるということです。どんな体制であればその人にとってよいのかというのは、先ほど清野先生からのお話のとおりであって、どれも一律化はできないと。ですから、どんな勤務体系であってもとにかく入っていただくというような多様性を認めてもらいたいと考えています。実際にそのように教授がやるのが、ふやすことだと思っています。

そして、なぜ女性スタッフが育たないかということのなかに、論文数が少ないというのは世界的に言われていることです。いまは臨床系のスタッフというのは、論文だけではなく、臨床能力も問われる時代にはなっていますけれども、やはりポイント制ですから、論文をよいところに出せて、何編あるかということが評価基準になりますので、そういった論文を書く暇がない、それから勉強する暇がないということもあります。

青井 禮子（東京都） すみません。私の質問はそうではなくて、先ほど清水先生のところで、女性医師が抱えている問題について、法的なバックアップがあるのだということを知らないという数字がすごくたくさん出ていたので、そういう教育をしていますかということをお伺いしたいのです。

藤井 育児とか産休のことですね。それは、スタッフになって残っていく本当にわずかな人たちが知っているけれども、それをどんどん広めていくために学生たちとディスカッションをしていくということしかありえないと思います。

青井 禮子（東京都） ありがとうございます。伯井先生にはぜひシミュレーションしていただいて、本当に偏在だけが解消すれば、女性医師のこの問題は勤務医全体の問題として問題なく通過できることなのかどうかということ、ぜひお願いしたいと思います。シミュレーションしないと、ちょっと分からないので。

伯井常任理事 おっしゃるとおりで、別に偏在を解決したから女性問題が解決するとは思っていません。そういった意味で、いま医療提供体制というなかで、厚生労働省は足りていると言いますので、これは一度考えてみないといけないなということで、現在やっている最中ですので、お待ちください。

青井 禮子（東京都） もう1つ、清野先生にお願いしたいのですけれども、たぶん若い先生が長く勤務するためにいろいろな体制を組んでいただけるのだと思いますが、多くは40歳ぐらいになると退職していく傾向があるのではないかと思います。というのは、私が東京都医師会にいるときに調べたのでも、40歳ぐらいから開業医がふえてくるわけで、その辺は育児に疲れて開業医になるのかどうか分かりませんが、そういうことを考えますと、どうして40歳で開業医なのかと。歯科の人はもっと早く開業している。それは、医療技術というのがもっと複雑で、簡単には終えられなくて、社会に出ていく

というか、自立していくのが遅いのかどうか分かりませんが、その辺のところも含めて、医学教育のなかでもう少し勤務医が過重な労働をしなくてはならない状況を解消するような方策をぜひお考えいただけるとありがたいと思いました。

保坂委員長（座長） いまのは要望でよろしいですね。

司会が不手際なものですから、大変長くなりまして、4時までのところが4時35分になってしまいました。今回のパネルディスカッションはこれで閉じさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

中川委員 パネリストの先生方、ありがとうございます。

長時間にわたりご参加いただき、ありがとうございました。それでは最後に、閉会の辞を日本医師会野中常任理事にお願いいたします。

### 閉会の辞

野中常任理事 皆さま、お疲れさまです。熱心な討論をありがとうございました。いろいろな現場の先生方が、特に女性の医師の先生方が、いろいろな問題を抱えて医師という職業を貫徹していこうという気持ちがある、熱心な討論だったと思います。

医師として職業を目指したなかでは、ある面では男も女もない、そして本来は医師として、国民に対して何ができるかということを考えることによって、男性も女性もそのなかで抱えている問題をどうやってお互いを認識しながら解決していくか、そのことが本当の男女共同参画社会ではないかと思います。

ぜひこれからも、お互いが医師としての職業でまとまりながら、そして国民に対して、病気を抱えた方々に対してどうやって仕事をやりとげていくか。そこでお互いの持っている問題を理解しながら、思いやりを持ってしていくかどうか。それこそ男女共同参画社会だと思いますので、どうかこれからも皆さま方のご意見を拝聴しながら、日本医師会としても、医師がまともに仕事ができるような状況をつくりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。本日はどうもご苦労さまでした。

中川 野中先生、ありがとうございました。

以上をもちまして、第1回男女共同参画フォーラムを終了とさせていただきます。なお、来年はおそらく大阪で開催をさせていただく予定になると思います。また来年もご参加いただきたいと思います。

どうもありがとうございました。