

表1 短期処方 産婦人科医療体制の整備

- サービス量と必要な医師数の算定
 - * サービス内容の整理
- 医療経済的・人的効率性のよい医療体制
 - * 手術・分娩のセンター化
 - * 病診連携強化、病院のオープン化
- 適正な診療報酬

(日本産科婦人科学会「学会のあり方検討委員会報告」2003)

表2 短期処方 女性医師の妊娠・出産・育児を支援する多様な勤務形態の整備

- 産休・育休期間の代替要員の確保
- 育児支援システムの整備
 - * 保育所や病後児保育施設など
- ベビーシッター利用の便宜
- パートタイム制、シフト制勤務の導入
- 育児休業後の円滑な職場復帰の環境づくり
 - * 産休後の復職と再研修制度の整備

(日本産科婦人科学会「学会のあり方検討委員会報告」2003)

表3 中長期処方 新たな産婦人科医師像の確立

- 学問の高度化とサブスペシャルティ―専門診療
 - * 周産期医学、生殖医学、腫瘍学
- プライマリー・サービスの基盤化
 - * Women's Health Care
 - ― 思春期から老年期までの医療・保健・福祉
- 社会広報活動とアカウンタビリティ―
 - * 医療成果の理解浸透
 - * 困窮状況と対応策
- 医事紛争防止方略
 - * メディカル・パネル創設 (福岡県医師会)
- 政治活動と行政施策
 - * 政策的診療報酬体系

(日本産科婦人科学会「学会のあり方検討委員会報告」2003)

あることが大切である。再定義に成功した暁には、プライマリー（患者が医療に接する最初の段階）への対処が、あるいは非特異的な色彩を帯びる領域が、産婦人科専門職能が行うサービスと切り分けられるところとなるであろう。当座のこととしての処方であり、頓服薬に似るが、事態はそれほど切迫している。

● ● ●
有効な資源配置への教育・研修
 もともと医師の免許にかけられた期待は全方面対応であり、その手段としての自由裁量があつたはずである。しかし、医療における安全と快適の安定供給の理

こととしたが、本当に研修の過程で補いがつくのかにはいまだに不安が残る。仮に、初期と専門の研修が理想の経過をとったとしても、また新研修制度が専門選択において研修医に新たな動機づけをもたらし、産婦人科医師増の効果を上げるに至ったとしても、理想の若手医師参入の実効は早くとも平成二十一年まで待たなければならぬ。平成十六年度の産婦人科専門医資格の取得者が二七一名、合格率八七%、これに相当する研修開始時期である平成十一年の入会者が四五三名といった現況が当分続くとしたら、すなわち若手医師獲得不足と産婦人科専門研修からの離脱、そして高質を維持するための試験合格率の堅持が続くなら、平成二十一年から充足開始との見通しは樂觀にすぎよう。短くとも向こう五、六年は、たとえ若手医師リクルートに期待するとしても、これとは別の対応策が講じられなければならない。それは医療サービスの中身の振り替えあるいは分担である。これを論述する前にいましばし、短期処方として掲げられるはずの対応策を見続けてみよう。

日本産科婦人科学会はあり方検討委員会の二〇〇三年度報告として、アクション・プランの方向性を表し

た。表1、表2はそれに著者が若干の追加修正を加えたものである。これを実現するためには、民活ベースでの行動や施設開設者のガバナンスで片づくとは思えず、政策的な対応が必須である。そして、その前提となる国民の理解が確かなものにならなければ、一切の行動は開始されまい。

表1の、「サービス量と医師必要数の項目に「サービス内容の整理」を書き込んだのは著者である。前述した、逼迫し顕在化しつつある当面の問題、すなわち高次医療施設での、例えばがん手術、あるいはハイリスク周産期診療をいかに補完できるかから発想されることとして、外科医、内科医、あるいはコメディカルの参入が視野に入ってくる。現存する産婦人科専門職能の有効利用のための方策に位置づけるわけである。参入にはいろいろな方式があり、これはまた慎重に検討しなければならないが、予め、産婦人科専門職能がカバーするスペシャリティはいかに形成され、どのような構造を持ち、具体的内容がどのような質と量で規定されるのかを定義しなければならない。すでにおぼろげには見えている定義なのであるが、これが国民へのアカウンタビリティ（説明責任）に耐えるもので

図1 産婦人科の医師が足りない

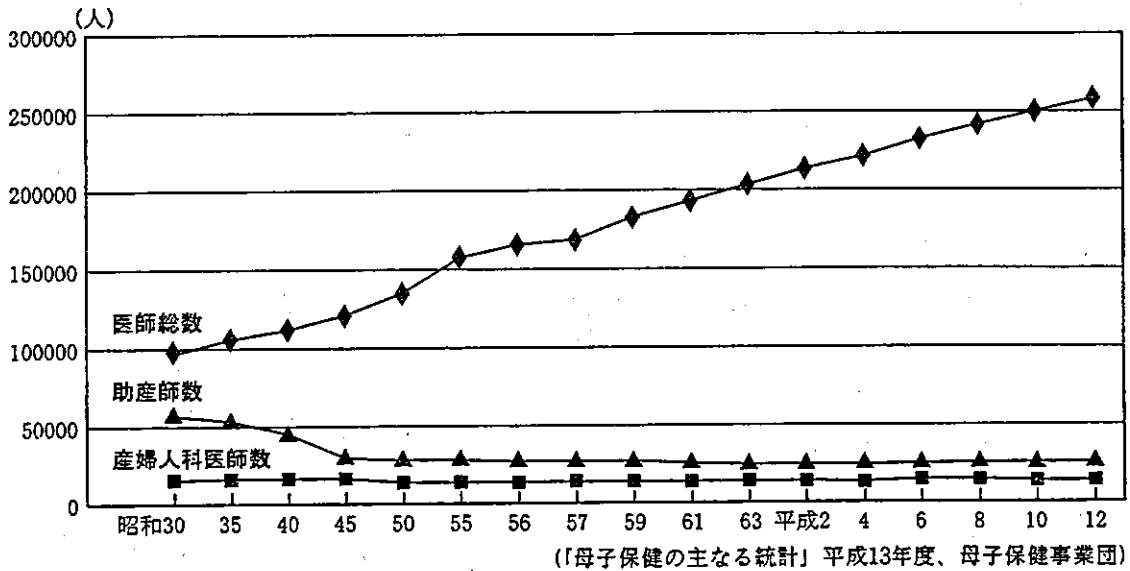


図2 日本産科婦人科学会年代別会員数 (2004年11月17日現在)

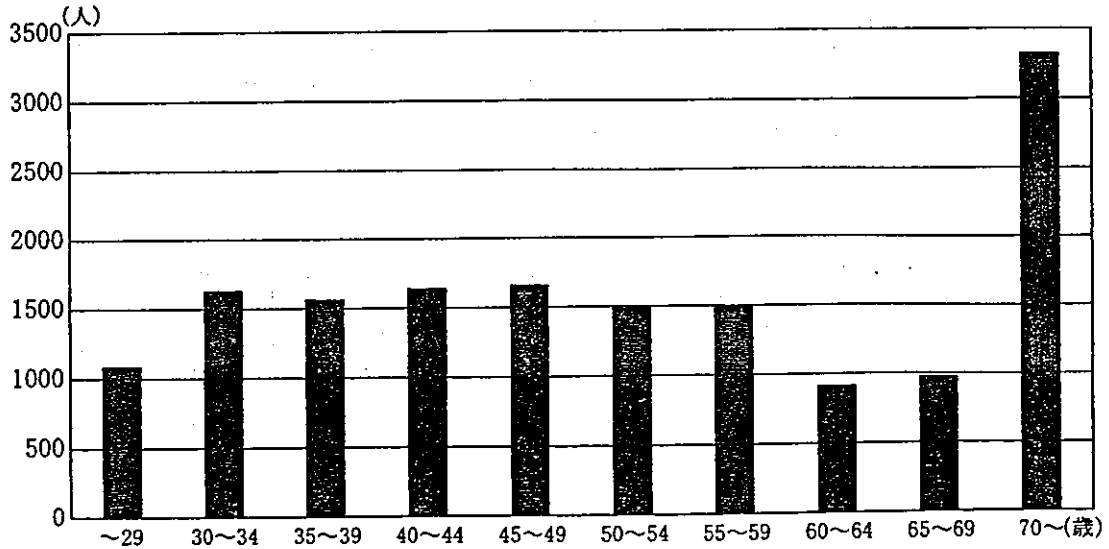
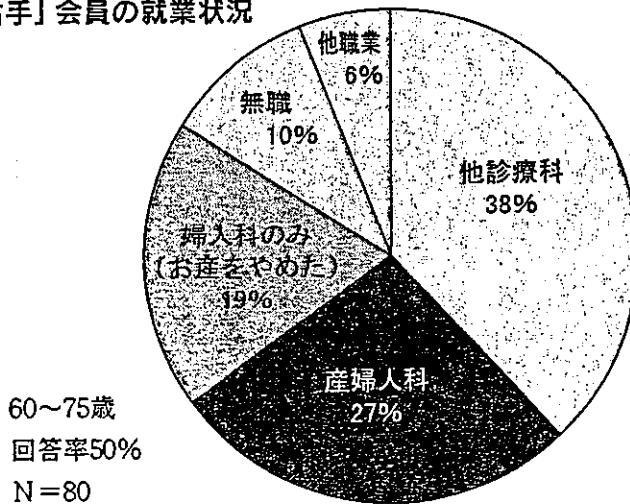


図3 九州大学産婦人科「古手」会員の就業状況 (2004年3月31日現在)



減少が目立つという。そしてその理由は、長い拘束時間が若い世代のライフスタイルに合わないこと、医療過誤保険料の経済的負担の懸念が大きいこと、さらに女性医師を選ぶ患者の傾向が強まっていることなどによるとされる(Gibbons Jr, J.M.: *Obstet Gynecol* 2003;43:445)。

このあたりは、日米共通の事情である。無論のこと、産婦人科医師数は専門医療を形作る要素のひとつであり、また需要と供給の均衡の観点で論じられるものであることは十分承知している。しかし、くどいようでも医師不足の現況が多要素複合モデルのなかにあつても際立った要因効果になっていることを強調したい。現在、発足して三年目の厚生労働科学研究「小児科・産婦人科若手医師の確保と育成に関する研究(通称「鴨下班」)」が活動を続けており、行政提言を現段階にならしている。産婦人科医療の安定供給も重要な課題で、対応策が短期処方と中長期処方に分けてやがて示されるであろう。

それはそれとして、本書の主旨と目される「教育」に照らした場合、産婦人科医師不足の現況からの切り口は「処方」に盛り込まれるはずのいくつかの事柄にあたる。

● 医師不足への対応

「古手」ないし働き盛りの「中堅」医師の専門離れは、当面の産婦人科医療サービスの欠損をもたらす。ことに二次、三次の高次医療施設にこれが著しい。その結果、がん手術患者の待ち行列が延長し、あるいはハイリスク妊娠分娩の管理能力が低下する。これを補完するとなると現有資源、すなわち「中堅」古手「医師、さらに女性医師の格段の労務負担に期待せざるを得ないが、またそのための方策は政策提言に短期処方として盛り込まれ、実施されるであろうが、それもこれも若手医師の参入が前提となつての資源活用なのである。

平成十六年度から新医師臨床研修制度が発足し、いわゆる「入局」が途絶えた。二年間の必修化研修は若手専門医の輩出をそれだけ遅らせるところとなり、ゆとりのない人材資源で運用している産婦人科医療サービスには大きな打撃となっている。産婦人科学会はこれに対し、専門医研修期間を従来の五年から三年に改め、カットされた二年分は必修化研修の中で習得する

A 医師数が増加する場合（順回転）

・施設要員充足

↓安全と快適サービス向上—施設評価上昇

↓医業収益向上

↓労務負荷軽減—人材リクルート容易

↓人件費高騰—施設債務増大

↓研究開発強化—新市場創造

⇩医師増加

B 医師数が減少する場合（逆回転）

・施設要員不足

↓安全と快適サービス下降—施設評価低下

↓医業収益悪化

↓医事紛争増加—人材リクルート困難

↓労務負荷重増—人材リクルート困難

⇩医師減少

本邦の産婦人科の現状は「B」の池の中で呻いているのであり、医師の新たな供給も、継続的なサービス提供もはなはだ心もとない。

図1は、長い年月にわたって産婦人科医師数が安定確保されているかのごとき印象を与えるが、これに図2を重ね合わせてみると年々、集団は単調に高齢化し、いまや構成員のピークは七十歳以上であることから、平均寿命の延長が即、産婦人科医師数を保つていくとの推論が導かれるであろう。要するに、若手医師の産婦人科専門志向が極めて少ない状態が続いているのである。それも長期間にわたって。継続的にサービスを確保するのもまた難しい。

図3は、九州大学産婦人科同窓会員の調査を示すが、わずか二七％の会員がお産を取り扱っているに過ぎないとの結果が得られている。

● 産婦人科医師不足の理由

産婦人科医師不足のパターンは、若手医師リクルートの困難と産婦人科医師の専門離脱が特徴をなし、これに、就労環境の不備などで十分に専門性を発揮できないという問題をかかえる女性医師が若い世代の大半を占めてきたことが加わる。産婦人科を専門職として選ぶ医学生生の減少は米国でも同様で、特に男子学生の

産婦人科医療…今日から明日へ

なかのひと
国立大学法人九州大学理事・副学長。医学博士。専攻は胎児医学。九州大学医学部卒業。九州大学医学部婦人科学産科学教授、九州大学医学部附属病院長を経て現職。胎児行動科学を中心に原著、総説、著書を公表。

中野仁雄

● 産婦人科の医師が足りない

● RED LIST (RED DATABOOK) とは世界の動植物を保護する目的でIUCN (国際自然保護連合) が、絶滅の恐れのある動植物の種を選定し、その生息状況などを明らかにした資料のことである。このなかで、「絶滅種」、「絶滅危惧種」、「危急種」、「希少種」の順でその程度が表されているが、本邦の産婦人科医師をこれにたどえるなら「絶滅危惧種」にあたるのではないかと懸念

される。曰く、「絶滅の危機に瀕している」、「現在知られている全ての個体群で、個体数が著しく減少している」、「現在知られている全ての生息地で、生息条件が著しく悪化している」、などなどいずれも重なり合って映る。おおげさな比喩であるとお叱りを覚悟で説き起こしたのも、医師不足の現状がそれほどに逼迫していることによる。

考えるところ、医師数を目的変量とした図式をダイナミックモデルで表すなら、次のようなことになるのではあるまいか。

特集●期待される教育と医療

産婦人科医療…今日から明日へ

九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学

中野 仁雄

特集 女性医師と病院

医学部女子学生と大学医局における女性医師

—東京女子医科大学を中心に—

大澤真木子 西蔭 美和 伊藤万由里 加藤 郁子

病 院

第61巻 第9号 別刷

2002年9月1日 発行

医学書院

していくことが考えられる。女性の性そのものが持つ性質がこれらの医療現場において発揮されるとともに、女性の優れた特性を活かした医療のあり方や分野が、今後、開発され発展していくことが期待される。

一方、わが国においては、医師の世界においても男性社会である面が今なお多くあり、女性医師の能力を

真に活かせるようにするためには、職場でのセクハラ対策や、女性の出産、育児や家庭との両立支援など、女性医師への過重な負担を軽減するための取り組みがいっそう求められる。こうしたことによって、これまで男性中心に構成され、当然と考えられてきたわが国の医師界の慣例や仕組みが、社会的によりバランスの

とれたものに見直されていくことが期待される。

厚生労働省医政局医事課：☎100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎5号館本館

同課長

機器・ビジネス INFORMATION

手術室での内視鏡手術、外来での内視鏡検査の両方に使用できる統合ビデオシステム

オリンパス光学工業株式会社(☎03-3340-2174)は、手術室での内視鏡手術、外来での内視鏡検査の両方に使用できる統合ビデオシステム「VISERA ビデオシステム」を国内市場で発売した。

本商品の主な特徴は、①手術室での内視鏡手術、外来での内視鏡検査の両方に使用できる統合ビデオシステム、②デジタル静止画記録/デジタル動画出力が可能、③オートクレーブ滅菌対応の内視鏡接続カメラヘッドをラインアップ、④内視鏡接続カメラヘッド/ビデオスコープのラインアップ拡充、など。〔価格：ビデオシステムセンター95万円～135万円、内視鏡接続カメラヘッド70万円～115万円、軟性ビデオスコープ180万円～195万円、VISERA 高輝度光源装置「CLV-s40」100万円〕

インターベンション治療用インフュージョンカテーテル

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社(☎03-5632-9812)は、インターベンション治療で末梢血管内に種々の薬液を噴出注入するために使用されるインフュージョンカテー

テル「Mistique™」を発売した。同製品は独自の先端形状により、従来の0.035インチのガイドワイヤーでエンドホールのシーリングが可能となった。このため、インフュージョン時にシーリングのために特殊なガイドワイヤーへ交換する必要がなくなった。また、同製品は「スクワートデリバリーデバイスにより」操作が片手で簡単にでき、治療用薬剤を均等に分布することができる。

医療画像の読影/参照用カラー液晶ディスプレイ2機種

株式会社ナナオ(☎076-277-6795)は、MRI、CT、CR、DSAなどの各種モダリティ画像診断や参照用、さらには院内情報システムの端末用としても利用できる、2種のカラー液晶ディスプレイシステムを発売した。

1Mピクセル対応のL685EX-Mでは、元イメージの忠実な再現やイメージの長期的な安定を両立することはもちろんのこと、これまで不可能とされてきた低/高輝度領域での階調を自在に変換することで分析のしやすい、あるいはモダリティ機器の画像特性を忠実に再現することができる、「ToneCurve Tuning Utility(ソフトウェア)」の搭載や、10bit(1,021階調)のデュアル・ルックアップテーブルから8bit(256階

調)を選択することで階調表現の精度を上げる多階調対応などが特長。3Mピクセル対応のFA-2090では、ポートレイト対応やデジタル対応の最新ディスプレイ・コントロール・カード採用による高速処理化などが特長。

血液採取用ディスプレイランセット

日本BD(日本ベクトン・ディッキンソン株式会社、☎03-5413-8380)では、安全性と使いやすさを追求した血液採取用ディスプレイランセット「BDジニー ランセット™」を5月15日より発売した。

本商品は、糖尿病の方の血糖値検査時などの微量穿刺採血用に使用するランセットで、歩行をはじめた幼児より使用できる。

本商品の特徴としては、①素早く穿刺できる仕組みで、患者さんに痛みを与えない、②使用前は刃が本体内に格納されており、ランセットの汚染防止に効果的、③刃は使用直後に本体内に自動的に格納されるので、使用後の患者さんや採血従事者の切創事故防止に効果的、④使い捨てなので、再使用による院内感染の危険がない、⑤用途・必要血液量に応じて5種類の品揃え、⑥γ線滅菌済み。

医学部女子学生と大学医局における女性医師—東京女子医科大学を中心に

大澤真木子
東京女子医科大学小児科教授

西蔭 美和
同形成外科

伊藤万由里
同小児科

加藤 郁子
同公衆衛生

医学部女子学生数と女性医師数(表1)

女性医師数は、平成12年には34,848名となり、医師総数に占める割合は14.3%で、医師7人中1人が女性となった¹⁾。昭和40年代後半に約10%であった女子医学生数の割合は、平成5年度には入学者の30%を占めている。表1に示すように卒業生の割合でみると、平成4年以降には、女性が医学科卒業生の2割以上を占め、平成12年には、3割に

表1 全国医学部医学科学生卒業生数に占める女子の割合(%)

年度	女子の割合	年度	女子の割合
昭和45	10.5	昭和61	14.9
46	10.1	62	16.4
47	12.1	63	16.5
48	11.4	平成元	18.2
49	11.2	2	18.8
50	11.2	3	19.5
51	10.2	4	20.7
52	10.4	5	23.7
53	11.1	6	23.8
54	11.6	7	24.0
55	12.5	8	25.4
56	12.8	9	25.9
57	13.1	10	26.1
58	12.9	11	29.7
59	13.3	12	30.2
60	13.3	13	32.7

「学校基本調査報告書」平成7年度～13年度追加(文部科学省)

達した²⁾。毎年の新医師数は約8千人であり、その3割、約2,400人が女性医師である。すなわち今や卒業3年までの若手医師、すなわち研修医や常勤若手医師の3人に1人は女性であり、日本の医療のあり方を考える上で、女性医師の存在は無視できない数に達した。

筆者に与えられた課題は、大学医局との関連で東京女子医大生の動向を中心に述べるというものである。毎年約2,400人の女性医師が生まれる中で、本学卒業生は約100人であるので、その5%にも満たない。東京女子医大生の動向をもって大学における女性医師像を代表することは不可能であるが、その限界を意識した上で記述を試みる。

東京女子医大の学生の教育環境—他大学と異なる可能性

1. role model の存在

昨年(2001)の春、地方私立大学医学部の6年になろうとしている学生が東京女子医大を見学に来た。昼食をとりながら、懇談をし感想を求めた。「今まで、女性医師が医局の中で責任と leadership をとりながら新しい提案をしたり、治療を決定したり、生き生きと働いているのを見たことがなかった。ここの医局でたくさん

の先生がみな頑張っているのを見て、自分のあるべき将来像を重ねることができた」との回答であった。半ば驚きであったが、同時に、そのような機会を提供できたことに喜びを感じた。女子医大の学生は、他大学の学生に比べると role model を身近に感じることができる利点があるといえよう。筆者自身、薬理学の先輩教授が授業の合間に、「夜は子どもと一緒に早く眠って、やらなければならないことをこなすには、朝2時や3時に起きて準備するのですよ」とおっしゃったことを参考に乗り切ってきた³⁾。

2. 助けてくれる男子学生の不在

学生はすべて女性なので、入学当時からすべて自分たちでやらなければならない。実習も部活動の中における責任ある立場も、男性を頼ったり任せることはできない。その点では自分たちで問題解決し、責任をとる訓練の機会が多い。

3. 視野が狭くなる危険性

女性だけの環境で育った場合には一般的な社会構造の中での経験が不足するために、若干視野が狭くなる可能性がある。

4. Tutorial 教育

平成8年の卒業生からは、一方通行の授業時間を減らし、授業、実習、tutorial の三者で総合的に力をつけ

る教育, また, よりよい human relationship を持つことができるための対人教育を実施している。

最近の東京女子医大卒業生の進路(図1, 表2)

1. 東京女子医大に残る学生と他施設へ進む医学生(図1)

学生の卒業時の自己申告記録に基づき, 昭和62年から平成13年(平成4年は除く)の卒業生の進路をみると, 本学入局が約7割(59~75%, 平均67.9%), 他大学あるいは病院(外部)への入局が約3割(25~41%, 平均32.1%)である。多少変動があり, 平成3年には本学59%, 外部41%, 平成6年も本学60%, 外部40%, 平成8年も本学63%, 外部37%と外部がやや多かったが, 平成9年, 13年は本学75%, 外部25%と内部が多かった。

地方から進学のために上京し, 地元に戻って地元の大学に入局し, 開業の後継者として準備をする場合もある。地域によっては, その県には医科大学(医学部)が一つしかなく, 将来の開業に際し地元の大学との関係を作っておく必要があるとの保護者の勧めも働く。

2. 志望科目の選択(図2, 表2)

志望科目の第1位は14年間一貫して内科であり, 約4割(29.9~43.9%, 平均40.3%(ただし昭和62年~平成7年では平均42.8%, 平成8年~13年では平均36.8%となり, tutorial世代では5%減少)を占める。第2位, 3位は, 各年で競り合っており, 眼科, 外科, 小児科がいずれも約10~15%前後である。細かく見ると, 眼科が志望第2位であったのが, 昭和63, 平成元, 12, 13年, 第3位であったのが平成5, 7, 10, 12年であり, 2位ないし3位であったのは調査期間14年間で8年間で57%を占め, 志望第2位といえよう。また, 外科が志望第2位であったの

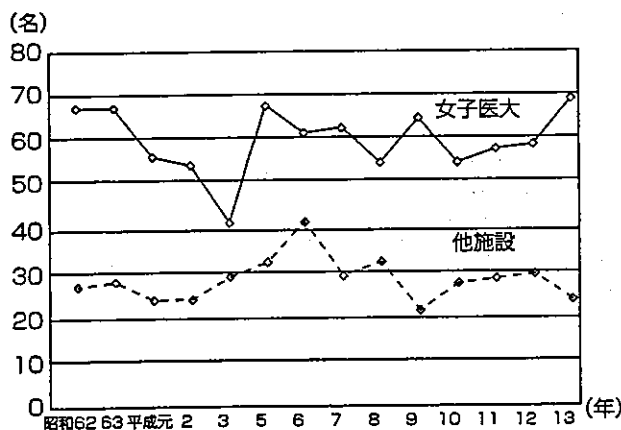


図1 東京女子医大卒業生の年度別施設別数

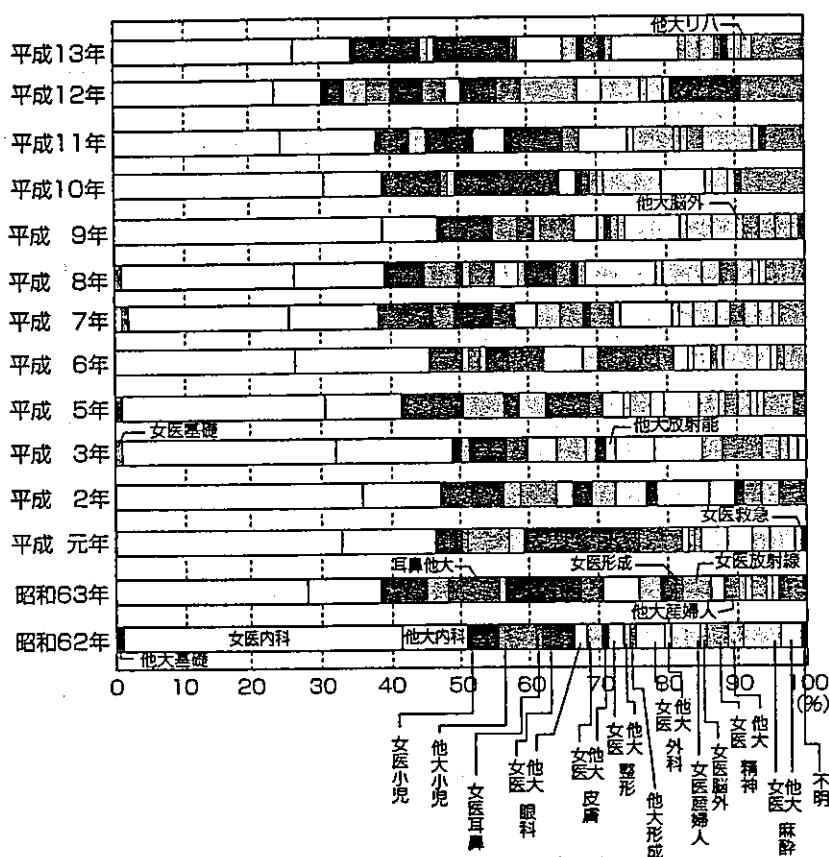


図2 東京女子医大卒業生の研修先

が, 平成2, 3, 7, 8, 10, 11年, 第3位であったのが平成9年で, 2位ないし3位であったのは14年間で7年間で50%を占める。特に平成8年~13年の卒業生をみると, 外科志望が3位以内に入っているのが6年間で5年間で83%を占め, 学生の行動変容が少し伺える。小児科が第2位であったのは, 昭和62,

平成2, 5, 9年, 第3位であったのが, 昭和63, 平成8, 13年で, 2位ないし3位であったのは14年間のうち7年間を占める。

麻酔科が第2位であったのが平成2, 7年, 第3位であったのが昭和62, 平成11年。14年間で4年間, 29%で麻酔科志望者が第2位ないし3位であった。その他, 第2位が整

表2 東京女子医大卒業生の研修先

(次頁に続く)

	昭和62年		63年		平成元年		2年		3年		5年		6年		7年		8年	
	女医	他大	女医	他大	女医	他大	女医	他大	女医	他大	女医	他大	女医	他大	女医	他大	女医	他大
基礎		1							1			1			1	1		1
内科	37	9	26	10	25	11	27	9	20	12	28	11	26	20	23	12	20	11
小児	4	5	6	3	3	1	7	2	1	1	9	6	5	1	7		5	4
耳鼻	1		7	1	5	2	4	2	4		2	4	2	1	3		1	1
眼科	4	2	10	3	12	5	2	3	2	3	6	2	3	5	5	3	3	3
皮膚	2	1	5	3	1	1	4		3	1	3	1	6	2	3	3	3	1
整形	2	1	2				1			1			4	5	1		3	1
形成		1	1										2				2	1
放射線			4		1				1		3	2			3	1	1	1
外科	4	1	2		3	3	6		4	5	5		2	1	7	1	9	1
産婦人	4		2	1	2					2	3	1	3		2	3	5	2
脳外	1											2			2			
精神	3	2	1	2			1		4	2	2	1	1	1	2		2	
麻酔	5	3	1	1	3	1	2	2	1	1		1	5	2	2	2	2	1
救急					1				1		4		1		1		1	
リハ																		
不明		1		4				3				2	1	3		3		5

女医：この表においては、東京女子医大の中の科に進むことを意味する

表3 女性医師の職名別割合 (平成14年9月1日現在)

職名	全医師数	小計	女性医師数	小計	女性医師の割合(%)	小計の割合(%)
主任教授	38	110	5	30	13.15	27.3
教授	72		25		34.72	
助教授	100		29		29.00	
講師	192		68		35.41	
准講師	61		34		55.73	
助手	931		350		37.59	
助手・練生	50	573	25	296	50.00	51.7
練生(助手待遇)	286		139		48.60	
医療練生研修生	237		132		55.69	
練生・研修医(助手待遇)	20	292	6	167	30.00	57.2
研修医(助手待遇)	16		10		62.50	
練生・研修医	77		38		49.35	
臨床研修医	179		113		63.12	
総合計	2,259		974		43.11	

形外科であったのが平成6年、産婦人科であったのが平成12年であった。第3位が耳鼻科であったのは平成元年、精神科であったのが平成3年、皮膚科であったのが平成6年であった。他の科は志望順位が3位以内には入らなかった。開業医の女性医師の割合からすると皮膚科は男性の4倍とされるが⁹⁾、それに比べると、女子医大新卒の時点では皮膚科

志望はあまり多くなかった。基礎医学へ進んだ者は昭和62年から平成13年の間で6名(0.49%)であった。

東京女子医大常勤医師の中に占める女性医師の割合(表3)

1. 常勤医師職員の中に占める女性医師の割合(含、他大学出身者)

2002年9月1日現在の人事部の資料によると、常勤医師に占める女性医師数とその割合は卒後2年以内の研修医573名中296名(51.7%)、卒後3~8年の医療練生292名中167名(57.2%)、卒後9年以降(一部には大学院卒業生として助手になる5~7年以降を含む)の助手では、931名中350名(37.6%)、准講師(講師の席不足で講師にはなれないが、臨床や教育に非常に貢献していると認められる者)61名中34名(55.7%)、講師192名中68名(35.4%)、助教授100名中29名(29.0%)であった。同じく、教授72名中25名(34.7%)、主任教授38名中5名(13.2%)であり、教授と主任教授を合計すると110名中30名(27.3%)であった。また講師以上でみると402名中127名で31.6%であった。これは、20年前の昭和63年5月現在の28.6%に比し3%の増加である。

また、さらに所属長という観点から見ると、主任教授5名中副学長(基礎)1名、副院長、附属施設の所長兼任(精神科)1名、附属施設の副所長が各2名(内科、基礎)、教授25名中附属施設の院長(内科)、副

(前頁より続く)

	平成9年		10年		11年		12年		13年	
	女医	他大	女医	他大	女医	他大	女医	他大	女医	他大
基礎										
内科	31	7	24	7	20	12	20	6	23	8
小児	7	3	7	1	4		3	3	9	1
耳鼻	2	1		1		2	3			1
眼科	4		5	7	3	3	4	3	10	1
皮膚	3	1	2	1	4		2		6	2
整形		1		1	3	4	1	3	1	
形成	1			1	2		1		2	1
放射線	1			1			3		1	
外科	7	1	7	5	6	1	7		9	
産婦人	3	3	1	2	5	1	3	5	1	2
脳外		1	1		1				2	
精神	2	2	1		2			1	1	
麻酔	2	1	6		6	1	2	1	1	
救急	1								1	
リハ										1
不明					1	4	9	7	1	6

院長(麻酔科), 副所長(耳鼻科)が各1名である。

2. 職階別割合の差

研修医・医療練士と助手の数を比べると全職員数としても減少する。女性の割合という観点から見ると、研修医・医療練士という群に占める女性の割合53.5%が、助手では37.6%となり、前者の割合の約70%に減少している。この割合は、准講師では増加し、講師、助教授、教授では再びわずかに減少し、約3割を保っている。主任教授における割合は少なく、15%に満たない。これらの割合の比較は、ある集団の経時的追跡ではなく、一時点のデータの比較なので、これをもとにすべてを推測することは問題がある。しかし、大学勤務の女性医師が、卒後9年以降には、男性医師よりも退職する割合が高く、卒後8年未満の女性医師よりも常勤医師の中で占める割合が減少していることがうかがえる。

● 卒後5~8年の子持ち女性医師の一部に対するアンケート調査

この減少を示す年代の子持ち女性

医師が、どのような気持ちや方法で現実と向き合って問題解決したかをみるため、該当年代の9名の子持ち女性医師に2002年7月現在でアンケートを実施した。

子どもは全員1人、年齢は6か月から3歳。全員保育園に通園。夫の職業は医師7名、会社員2名で、全員が子育てと家事に協力。協力内容は、当直時の全面的カバー、その他の時も保育園送迎、食事介助、哺乳、おむつ替え、入浴、寝かしつけなどの育児から家事全般に至る。

妊娠中は、大学の常勤が5名、出張病院の常勤が2名、大学院生が2名である。「レントゲンを浴びる業務から外れた」、「体調を崩し1か月休んだ」のが各1名、その他は外科医7名全員32週まで手術に入り、緊急呼出にも応じ、通常の仕事の内容と変化がなかったと回答している。3名は当直していた。

産後3名が6か月~1年間の育児休暇をとっていたが、5名が産休中から、子の預け先、復職に対する不安を抱いていた。保育園の入園先確保は円滑でなく、一時期実家に預けたり苦勞している。同窓会員の努力

により開かれた保育園が母体となった新宿区立の認可保育園が近隣にあるが、新宿区在住でないと入りにくく、そこに入れることができたのは2名のみ。他の2名は別の認可保育園、5名は無認可保育園(1名は院内保育園)に預けている。保育園へのお迎え時間は、その日の職務内容により夫と交代などの工夫がされている。21時くらいまで預かってほしいとの希望が強い。夫の勤務先の病院が、育児への配慮をしてくれている場合もある。朝「保育園に行きたくない」と子にぐずられた時につらい」という回答もあり、「時間的・空間的な物理的不可能性」によるジレンマ、切なさが伝わってくる。

アンケートから推測するに一番困ることは「子の病気」であり、「仕事に穴を空けないためにどのようにすればよいか」で苦勞している。夫、身近な両親、同胞の都合がつかなければ、地方の(含む関西、九州)両親に上京を依頼し病児を預けて仕事に出ている。止むを得なければ休むのが現状である。医局の中の周囲の反応としては、全体に比較的温かく見守られている状況がうかがえた。

育児をしながらの勤務について、「研究はできなくなった」、「学会に出席しなくなった」という自由申告が2名に認められた。

アンケートで示された病院への要望としては、保育体制と勤務体制の二つに分けられ、保育体制では、①職場に24時間預けられる保育園の設立。②病児保育の確保。勤務体制では、給料は安くてよいので①子の病気などの時に平日でも休める制度。②当直免除の体制作り。③週の半分くらい労働体制の確立。④育児期間中のbed free制度の確立、などであった。



所属施設に関する過去のデータとの比較

昭和63年2月における、野本ら⁹⁾による本学卒業生へのアンケート(対象:1,928名,24~97歳)から得られた回答によれば、医療施設従事者87.2%のうち個人診療所開設が最も多く45%、勤務医が46%(病院16.7%、診療所12.8%、医育機関附属病院勤務医10.3%)であり、医学教育研究機関勤務1.6%、衛生行政および関連業務は3.0%、無職が2.4%であった。このうち医育機関附属病院勤務医について年代別にみると、20代では約60%、30代は約35%、40代は約23%、60代以降は10%未満と年代とともに減少し、50歳代以降では個人の診療所開設が50%を超える。

また、田中ら⁹⁾による日本全国の女性医師へのアンケート(平成7年11月実施,対象8,189名)から得られた回答によれば、医療施設従事者94.8%に対し、医学教育研究機関の基礎医学または研究機関が2.2%、衛生行政および関連業務は0.9%とされる。卒業後一時期を経て基礎医学で研究する可能性もあろうが、過去のデータに比べても昭和62年~平成13年の卒業生の卒業時基礎医学へ進んだ者の割合0.49%はさらに少なく、臨床志向が強い。



大学勤務臨床医・研究者として歩むには

大学病院の使命は、臨床医学では診療・教育・研究であり、臨床医には患者さんの問題点を把握するための広い視野、鋭い感性、次に問題解決のための知識と技能とそれらの応用力、実践力、また、コメディカルスタッフと協力してこれらを実践する姿勢・態度、技能が求められる。すなわち相手の気持ちを和らげ、問題点を浮き彫りにし、理解し、説得

力を持って対応し問題解決できることが必要である。また研究者としては、鋭い洞察力、たゆまぬ探求心を持ち、常に新しい視点を持って、問題を一つひとつ検証しながら実証していく力が必要であろう。

医師としての生き方を考えると、第1は、一生家庭は持たずに医学・医療に専念する道がある。男性医師の中にも、医学に専念するために独身を通していてもおられる。第2は、結婚しても子を授からない。夫婦で共に高め合って医学・医療に貢献する道。第3に、結婚して妊娠、出産、育児を経験しながらなお医学・医療に貢献することである。この第3のグループには育児支援が必要である。



育児支援のための体制

自己の意思、努力と家族の理解が最も重要なことは言うまでもないが、保育園の整備、時間交代制の確立なども必要であろう。

わずか9名に対する調査内容が子育て中の女性医師の実態を反映しているとは思えないが、過去の調査に比し、細かい内容につき本音を聞き取れた点で、現在の若い世代の現状の一端が明らかにされたと思われる。

田中らによる日本全国の女性医師へのアンケート8,189名から得られた回答⁹⁾でも、保育園への希望として、時間延長が2,234名、病児保育が1,823名、0歳児保育が1,657名、24時間保育が1,132名、職場内保育施設が1,655名からあり、同様の希望が表明されている。

現在認可保育園については、地方税との関連から、居住地の保育園でなければ入園困難であるが、職場近隣の保育園に入ることができることは、勤務継続の可否を支配する大きな問題でもある。厚生労働省への要望に際しても「それは困難な解決不

可能な問題」と簡単に処理されてしまう事柄ではあるが、一方、勤務医が半世紀以上にわたり悩み続けている問題でもある。病院近隣に、市区町村という地方自治体の管理を超えて都道府県営あるいは国営の保育施設を作るか、病院内に保育施設を開設・維持することが可能な援助を国が実施することが望まれる。

また勤務形態についても、東京女子医大では無給ながら、職が保障されて3年間の休職、2年ないし3年の関連病院への出張期間が認められている。筆者が担当する小児科医局では、過去にもこの制度が子育て期間中の女性医師に対して適応されてきた。しかしこの制度も問題があり、完全な常勤ではないまでも、子育て中の女性医師に働きたい、学びたいという要求が強い。また学位審査、専門医の申請などに際しても、これらの期間は評価対象になっていないのは残念なことである。

一方、実際の大学勤務医の勤務実態は過酷であり、同僚が朝早くから夜遅くまで働き、当直をこなしている様子を見てみると、育児期間中だからといって女性医師が権利を主張することも心情的に困難である。筆者の知る著明な英国の女性医師は、病院の近くに住み、夜、夫が帰宅し、子が眠ってから病院に行き、新生児の観察を行いデータを出して論文を書き上げたという。彼女の仕事は同分野の専門家の中でBibleのように尊重されている。

長寿時代の今、女性の一生を考えると、妊娠・出産・育児に専心する必要のある時期は限られており、その間の勤務形態にworking share, shift制を取り入れるなど多様性が切望される。



今後の動向

現段階では、同学年の3割を占め

る平成12年卒業の女性医師はまだ平均の結婚年齢に達していないが、平成18年以降には30歳以上になり、その結婚、出産、育児にからみ、彼女らの勤務形態が日本の医療情勢に影響を与えることが推測される。結婚、出産、育児における経験は、患者さんの持つ悩みやニーズを日常生活の中で実感として受け止めたり解釈することができるようになるという能力を高め、実践的に役立つ医療を提供するという医師としての包容力につながる可能性がある。

女性医師を支援する社会の動き

本年度から発足した厚生労働省の「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」研究班の研究課題の一つにも「女性医師のための環境改善」が取り上げられている。

日本小児科学会では、「女医の職域での環境改善を考える委員会」が2002年度から理事長の英断で結成された。また、学会開催時に託児室を設けることは、日本小児科学会ではいち早く取り入れられ実践された。日本産婦人科学会、日本神経学会、日本てんかん学会、日本遺伝カウンセリング学会、乳幼児けいれん研究会でも託児室設置の実績がある。遠方の学会へ子ども同伴で行くのは困難かもしれないが、また保育園が休みの日曜日に実施される地方会では夫に子どもを頼めればよいが、同じ分野を専門としている場合には託児施設が併設されることが切望されるであろう。

また、女性医師に限らず、働く女性一般に対する支援として、厚生労働省の補助により、2001年から財団法人こども未来財団(e-mail: info@i-kosodate.net)によりi-子育てネット(URL: http://www.i-kosodate.net/home.html)が運営されている。ここでは、保育所の情報

から、子育てにかかわる情報全般が得られる。

24時間保育確立の動きがあり^{8,9)}、また補助金が出されて病児保育が支援され、全国では200以上の病児保育が開始されている。

過去には個人の人生の問題として扱われてきた育児と仕事の両立も、社会の問題として把握され支援されて動き出しつつある。



女性医師が安心して働けるための環境作りへの提言

「これまでして女性医師が働くことが求められているのか?」、「女性医師の国民にとっての価値は何か?」という命題を抱えつつも、最後に、女性医師が安心して働けるための環境作りへの提言を列挙し、筆者の責を終える。

1. 子育て支援

1) 安心していつでも預けられる保育園の充実、保育サービスの柔軟性と多様化

① 病院内の保育園、病児保育施設設置

② 保育園入園制度上の改善点

a. 在住市区町村以外の保育園でも、勤務地が存在している場合にはその市町村の認可保育園に入園可能とする

b. 妊娠中から交渉でき、入園可能か否か予測が立てられる

c. 申込み時に常勤でなくても、実質的にその後常勤同様の勤務であるという証明があれば、入園可能とする

d. 保育園への途中入所の受け入れ

③ 保育サービスの多様化

a. 延長保育、24時間保育

b. 病児保育の充実

2) 学童保育の改善と充実

① 学校から離れているところが多い

② 学童保育の時間が短い

3) 保育施設・ベビーシッターなど利用可能システムに関する情報公開の充実

4) 学会における託児施設の充実およびそれに対する公的補助

2. 勤務制度における改善

1) 勤務形態の多様性、再雇用支援

2) 育児中の女性医師雇用施設に対する優遇処置、補助

3) 子どもの入院時などの短期介護休暇制度の導入

3. 医療資源としての活用: 休職中女性医師登録制度、非常勤医師要望情報連絡制度(リクルート)

文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部 編:平成12年医師・歯科医師・薬剤師調査, 厚生統計協会, 2001
- 2) 文部省: 学校基本調査報告 高等教育編, 大蔵省印刷局, 1971~2001
- 3) 大澤真木子: 女医の未来像—大学勤務の臨床医学者の立場から, 日本女医会誌 142: 3-4, 1995
- 4) 女性会員フォーラム—今日の医療における女性医師の役割, 別冊日本医師会雑誌: 127; 4: 563-591, 2002
- 5) 野本照子, 橋本葉子, 小暮美津子, 他: 女医と育児の問題について—至誠会員の年代別調査報告, 東女医大誌 64: 909-920, 1994
- 6) 田中朱美, 清水 悟, 澤口彰子, 神津忠彦, 橋本葉子: 日本における女性医師の現況に関する調査研究—全女性医師(対象 27,779名)に対するアンケート結果から, 医学教育 28(3): 181-186, 1997
- 7) 小暮美津子, 野本照子, 林 久恵: 女医における保育の問題, 東女医大誌 60: 505-512, 1990
- 8) 片野清美: 21世紀の保育園づくり(これから求められる保育園), ABC 保育園・東京都新宿区, 平成12年10月刊行
- 9) 全国夜間保育園連盟・大阪: 仕事と子育ての両立ニーズが高まる夜間保育, 49夜間保育園紹介, 全国夜間保育園連盟, 保育制度発足20周年記念誌, 平成13年

おおさわ まきこ
東京女子医科大学小児科教授: ☎ 162-8666 東京都新宿区河田町 8-1

にしがけ みわ
同形成外科

いとう まゆり
同小児科

かどう いくこ
同公衆衛生

医師会と女性医師

青井 禮子
日本医師会常任理事

女性医師の増加

女性医師数が年々増加し、新しく国家試験に合格した女性医師の割合が3割に到達しようという平成10年、日本医師会は第1回女性会員懇談会を持ち、女性医師の自由な意見交換の場とした。初回の委員は大学関係2名、日本女医会より2名、会内委員会関係3名と都道府県医師会からは当時東京都医師会理事であった筆者ただ1人の計8名であった。余談ではあるが、当時、関東甲信越医師会の懇談会で女性役員の顔合わせをしたい旨を申し入れたところ、残念ながら筆者ただ1人で成立しなかったのを思い出す。

しかしながら第2回以降は、各県から役員をしている女性医師が委員として推薦され始め、各地域で急激に女性医師が医師会活動に積極的に進出し始めている状況がうかがえた。年々新規参入する女性医師の急激な増加という後押しと、各地域で見え始めた女性医師の役員への登用が自信へとつながり、進出に拍車をかける形になったものと思われた。実際全国都道府県医師会役員に占める女性医師の比率は平成10年0.6%、平成12年1.1%、平成14年1.8%となったのである。

平成10年度より13年度まで3回にわたり、女性医師懇談会からそれぞれ報告書が提出されているが、その中に見られる女性医師の医師会に対する考え方、かかわり方をここに要約して述べてみたい。

女性医師懇談会の報告からみえたもの

1. 平成11年度—女性医師を取り巻く現状の分析

平成10年度の報告は女性医師を取り巻く現状を分析している。平成8年度の総医師数は240,908人であり、そのうち女性医師は13.4% (32,259人)を占め、昭和45年には女性医師の約6割が診療所に、約3割が病院に勤務していたが、平成8年にはそれが逆転し、約6割が病院勤務医として働いていた。この傾向は男性医師も同様で、医学の発展と医療の高度専門分化の進む中、その技術と専門性を身につけるため、医師免許取得後6年から10年間研修可能な病院へ勤務することが一般的だからであろう。

また女子学生も増加の一途をたどり、平成9年には全医学生の30%を占めるに至っている。

しかしながら平成10年、日本医師会に加入している女性医師は全会員の11.5%を占めるに過ぎず、しか

もあまり積極的に参加しているとは言い難い。当時日本医師会執行部に女性医師は皆無であり、都道府県医師会においても役員数は0.6%、代議員数は0.8%、委員会委員数は1.4%に過ぎない。その理由として以下のような点が指摘されている。

①医師会の存在意義や入会のメリットが不明確。②会費などの経済的理由と入退会時の事務的手続きの煩雑さ(勤務先の移動の頻繁な若手医師にとっては問題)。③女性特有の困難(妊娠、出産、育児、家事)に対する支援不足と女性の個性を生かす雰囲気欠如。したがって子育てが終わってからとなり、スタートが遅れがちとなる。④不十分な広報活動(医師会は開業医の団体あるいは医療機関管理者の団体というイメージが根強く残っている)などである。この問題解決のための方略として「会員と市民がともに考える医師会」、「国内外から日本医師会に寄せられる人材要請に応えるべく、会員(もちろん女性医師を含む)の個性、能力に関するデータベースの構築」特に「メディアへの女性医師の活用」など種々の提言を行っている¹⁾。

2. 平成11年度—日本医師会の政策提言に対する意見交換

平成11年度は委員の顔ぶれが変わり、各都道府県の役員などがほと

女性医師の勤務支援

大澤 真木子

別刷

日本医師会雑誌

第131巻・第1号

平成16(2004)年1月1日

女性医師の勤務支援

大澤 真木子*

キーワード 女性医師 育児支援 法的支援 再教育

はじめに

少子高齢社会では、労働人口減少に伴い女性の労働力が必要とされる。また、より多くの女性が高度の能力や技術が必要な、やりがいのある仕事を求め、医師への道を志すようになった。女性医師は平成12年には3万4,848名となり、医師総数に占める割合は14.3%となった。若手医師の間で女性が占める割合も3人に1人と増加した。女性医師がそのライフサイクルのなかで抱える悩みは、特別のものではなく、近い将来、すべての医師に影響を与える問題、ひいては日本の医療全体のあり方にも影響する問題となりうる。

男女は生物学的に異なるが、女性医師が独身で働くとき、あるいは結婚後も妊娠前には、原則として男性医師と同等に働ける。しかし、女性が母性としての役割を果たすときには男性と同等に働くのはやや困難を伴う。また一方、わが国の少子化は社会問題化しており、女性医師が望んだ場合、仕事と育児を両立できる環境を整備することが重要である。①社会から求めら

れる医師の役割・責任を果たし、②母でありながら医師として勤務する場合の子への影響、負担を軽減するために、母の職場環境を改善するにはどのようにすべきか、また、③育児中の女性医師と共に働く同僚への影響など職場への影響を最小限にするには勤務体制のあり方をどうすべきか、などを模索する。

女性医師が母性としての役割を果たすときにはどのような問題を抱えているのであろうか？本稿では、アンケートによる東京女子医科大学若手卒業生の実態調査の結果、東京都医師会の女性会員問題検討委員会によるアンケート調査の一部を紹介し、次に、働く女性のために設けられている法的制度を確認し、最後にその支援体制、勤務体制のあり方を考える。

I. 女性医師の実態

東京女子医科大学同窓会名簿を基に昭和61年～平成14年3月に同大学を卒業した、卒後1～16年目の若手医師1,721名に対してアンケートを実施した。回答は508件得られ、回収率は30.9%であった。

1. 背景

勤務形態は、常勤職をもつ者が53.7%、特に卒後5年未満の医師では研修医を含め80%以上が常勤であった。卒後10年以上から開業が目立っていた。既婚者が回答者の2/3を占め、子のいる者が66.5%で、子の数は8割が1～2人であった。



*おおさわ・まきこ：東京女子医科大学主任教授（小児科）。昭和51年東京女子医科大学大学院修了。同年東京女子医科大学助手（小児科）。昭和58年同講師。昭和62年 McMaster University 客員教授。平成2年東京女子医科大学助教授。平成6年現職。主研究領域／小児神経学、遺伝相談、医学教育。

2. 出産/育児経験者への質問結果

妊娠前に比し仕事量が減った者が半分、体調不良時に休んだり休憩を取った者は約4割で、約1/3が代替の医師がいないことなどを理由に“つらかったが、がまんして”勤務を続けていた。また、半数は妊娠中も当直業務があり、勤務時間が減った者は約30%であった。外科系では、妊娠中も60%が手術に入っていた。産休は90%が、育児休暇は約40%が取っていた。取りたかったが取れなかった理由は、人員不足のために復職せざるをえないというものが大半であった。育児休暇取得時には、勤務形態を変えて取った者もあった。復職時の子の預け先は、保育園が30%を超えていたが、半数近くで保育園と両親、保育園とベビーシッターなど多重保育の現状が認められた。また、常勤として復職したのは60.2%、非常勤とパートを合わせると31.2%であった。病児・病後児保育の制度については、半数以上が知っているが、使っていない者が85%と多数を占めていた。

勤務医を辞める年齢層である卒後5~8年の子持ち女性医師によれば、入園先となる保育園の確保が円滑でなく、一時期実家に預けたり、苦勞していた。保育園への迎えは、職務内容によって他人に依頼することも多く、21:00ごろまでの保育時間の希望が多く認められた。

最も困ることは「子の病気」であり、仕事に穴を空けないため、たとえ両親が遠方在住でも上京を依頼し病児を預けて仕事に出るか、やむをえなければ休むという現状であった。

また、東京都医師会の女性会員問題検討委員会のアンケート調査によれば、子が小学校年齢になって学童保育になるのをきっかけに、「保育時間が短いこと」や「距離の問題」もあり、開業に踏み切るという回答が示された。

女性医師が、仕事を中断するいちばんの要因は、妊娠・出産・子育てである。アンケートの自由記述に不安なこととして挙げられているのは、両立している際でも、仕事、患者に対する

責任全うへの不全感、医療の進歩についていけなくなるという自己研鑽の不安、子と過ごす時間の減少、子のしつけ、教育に関する不安、家事への不全感である。子が育っていくうえで親としての責任を果たせるか、また、家庭と両立するうえで患者や職場に対する責任を果たせるか、その2点が大きな悩みとして伺えた。そのため、独身あるいは親にならない選択をしていると推測される女性医師も存在する。しかし一方では、出産/育児の経験を通して、臨床医としての成長を実感している回答もあった。

II. 医師および女性医師を取り巻く 現行の法制度/支援制度

1. 法制度

- (1) 男女雇用機会均等法における働く女性の母性健康管理、母性保護に関する法律のなかで、女性労働者の母性健康管理と母性健康管理の措置

- ①保健指導または健康診査を受けるための時間の確保（法第22条関係）

「事業主は、女性労働者が妊産婦（妊娠中および産後1年を経過しない女性）のための保健指導または健康診査を受診するために必要な時間を確保することができるようにしなければならない」女性労働者が自ら希望して会社の休日等に健康診査を受けることを妨げるものではない、とされている。

- ②指導事項を守ることができるようにするための措置（法第23条関係）

「妊娠中および出産後の女性労働者が、健康診査を受け、主治医から指導を受けた場合は、その女性労働者が、その指導を守ることができるようにするために、事業主は勤務時間の変更や勤務の軽減などの措置を講じなければならない」

- (2) 労働基準法における母性保護措置

- ①産前、産後休業

産前（含む出産日）6週間（多胎妊娠の場合

は14週間/いずれも女性が請求した場合に限る),産後(妊娠4か月以降の分娩:死産,流産を含む)8週間は女性を就業させることはできない(65条第1項,第2項関係)

②妊娠中の女性が請求した場合には,他の軽易な業務に転換させなければならない(65条第3項関係)

③妊産婦等を妊娠,出産,哺育などに有害な業務につかせることはできない(64条の3関係)

④妊産婦に対する変形労働時間制の適用制限
妊産婦が請求した場合には,1日8時間および1週間について40時間の法定労働時間を超えて労働させることはできない(66条第1項関係)

⑤妊産婦が請求した場合には,時間外労働,休日労働,または深夜業(22:00~5:00)をさせることはできない(66条第2項,第3項関係)

⑥育児時間

生後1年に達しない生児を育てる女性は,1日2回それぞれ少なくとも30分の育児時間を請求できる(67条関係)

2. 支援制度

(1) 保育施設整備関連の補助

平成14年4月1日から「病院内保育所運営費補助事業実施要綱」により病院内保育所運営費補助事業が行われる旨,厚生労働省発医政第060001号通知が出された。「病院および診療所に従事する職員のために保育施設を運営する事業について助成し……」,また,「……医療機関による入院治療の必要はないが,安静の確保に配慮する必要がある集団保育が困難な児童の保育(以下「病児等保育」という)を行う事を目的とする」とされている。これにより,対象が「看護師」から医師を含む「職員」に拡大された。

(2) 14年度新たに実施された雇用環境の整備
短時間勤務制度やフレックスタイム制など,小学校就学前の子を養育する労働者が,育児のために必要な時間を確保しやすい柔軟な働き方ができる制度を設けた事業主に対し,育児両立

支援金を新たに支給(厚生労働相)。

看護休暇制度の導入促進を図ることを目的として,小学校就学前の子の看護のための休暇制度を設けた事業主に対し,看護休暇制度導入奨学金を新たに支給(厚生労働相)。

(3) 3次世代育成支援対策推進法案(平成15年度7月に国会通過)

地方自治体および従業員300人以上の事業主は,次世代支援対策のため,労働者が職業生活と家庭生活の両立を図れるようにするために,必要な雇用環境の整備を行うことにより,自ら次世代育成支援対策を実施するよう努めるとともに,国または地方公共団体が講ずる次世代育成支援対策に協力しなければならないとされている。この法により,事業主は5年ごとに,育児中の男女が働きやすい環境を作るため,その行動計画を提出しなければならないこととなった。

これらすべてを満たすことは,現実では困難であるが,これらを意識して努力することは重要であろう。

III. 女性医師の職場における 環境改善への模索

女性医師が,医師の使命(役割・責任)を果たし,子どもへの影響・負担や同僚・職場への影響を最小限にし,自らの生涯教育も継続するために,行政として,病院として,同僚として,個人として何をすべきかを考える。

アンケート調査の結果および著者の家庭人,小児科医,教職者,管理者としての経験から問題点を整理してみる。

1. 社会における医師の役割・責任を果たす 場合の女性医師の問題点

①保育園入園が円滑に行かず,復職時期があてにならない。

②産前,産後の休み期間中は,有給であるので病院にとっては男性医師を雇用する場合よりも不採算となる。