

女性医師の体験

原則としては男性も女性も働くうえでは同じ
しかし子育てには子どもへの責任がある
代理医師派遣の難しさ
男社会の医師の現場で
女性問題を解決することの難しさ

〈女性医師の体験〉

私がA病院の正規職員で産休をとった第一号と聞きました。それも予定日を超過して42週で出産したと考えて後8週間の産休がとれるような代理医師の派遣がなされました。したがって産後11週で職場復帰をいたしました。研修医、レジデントの場合は欠員になるようです。以前におられた産科の職員では応援医師が派遣されない状況で産前産後16週の休暇を取るとは他の医師への負担が多すぎるため、自ら退職されました。

小児科の中でも特殊な職種である新生児医療に関しては16週間べったり派遣され、かつ、新生児医療に精通している人でなければならず、なかなか難しいと思います。新生児医療では、産後の母親を相手に育児に関するフォローも必要で、女性医師ならではのかかわりができるのも大きなメリットであり、必要と考えます。現状では、日進月歩の職場であることを考えると、代理医師の問題だけでなく医師の職場復帰は早くせざるを得ないと思われまます。小児科であり、子育てを支援する立場のものが、わが子の対応もままならない状況であることは残念なことです。

男社会の医師の現場では、女性としての問題点はなかなか解決できないかもしれません。しかし、解決する前に、女性だからという甘え、腰掛程度という無責任さをなくさなければ、たった一人の身勝手でも、これだから女性はね・・・という見方をされてしまうこととなります。その点に関して女性医師全体が責任ある仕事をしなければなりま

せん。」「原則として男性も女性も働くうえでは同じ、しかし、子育てには子どもへの責任がある」という働く女性の問題、そして、「代理医師の派遣」や「男社会の現場における女性問題」という医師社会の問題を背負いながら、医師として、親として、1人の人間として「生きる」姿に、わが身の生ぬるさを感じてしまいます。

女性医師の体験

既婚者・子どものいる女性からみると
他の職業に比較してまだまだ遅れている
あるのは看護師専用の
更衣室・休憩室・保育所・・・

〈女性医師の体験〉

次は、女性医師からみた労働環境についてですが、次のように記述されています。

自分と同じ独身の立場から見ると、研修医だった時期と比較して、ほとんど男女の差のない待遇を受けているのではないかと思います。たとえば、給料はもちろん、当直、待機など、まったく他の男性医師と同等に減らされることなく扱っていただいていると感じています。ただ、既婚者、子どものいる女性医師から見ると、他の職業と比較して、まだまだ遅れている部分が多いと思います。着替えの場所ひとつなく、ロッカーが医局にあり、女性更衣室があっても看護師専用であり、女性用の更衣室・休憩室が確保されていませんし、生理や夜勤明け、重症者の担当後の短時間の休養をとることができないことがあげられます。また、保育園、託児所が整備されていない病院も少なく、たとえあったとしても、看護師の子どもが対象であったり、発熱や感染症が認められれば、全身状態が良好であっても迎えにいき、早退せざるを得ない施設しか身近にはありません。職場の託児所には病棟保育の機能をもつものが、家庭を

もつ女性医師には不可欠であろうと思います。また、夜勤が不可能な場合は、勤務場所が自ずと制限され、小児科不足、救急体制の不備とも問題が重なりますが、フルタイムで仕事をしたい、生涯学習としての研究や学会発表をしたいとの希望をもった女性医師が、不本意ながらもアルバイトやパートタイム的な勤務を余儀なくされるか、希望に反して休職あるいは退職しているのが実情です。フレックスタイム制、有給休暇（実際にはあっても周囲との兼ね合いでほとんどとらない医師が多い）、24時間保育、病児保育の整備が重要と思います。

女性医師と隣り合わせで働いても、看護職にしか目が届かずというより、見ていなかったのですが、この度で知ってしまった以上は女性医師の母性保護や労働環境についても考えていべきと、特に母性保護を教える立場のものとして痛感いたしました。

看護から見た産科女性医師

- 1) 男性医師と同等に活躍し、信頼できる。
- 2) 看護職と協働して積極的に働いている。
- 3) 家庭を持っていると負担が大きく気の毒に見える。
- 4) 家庭をもつ女性医師の場合、自分の都合に合わせて無理に分娩が進行されることがある。
- 5) 交代制勤務でないために、若い医師は休暇や休息が不十分で疲れている。そのためにミスを起こさないかと心配する。

〈看護からみた産科女性医師〉

では、看護から女性医師（産科）はどのように映っているかということですが、「男性医師と同等に活躍し、信頼できる」、「看護職と共同して積極的に働いている」という一方で、「家庭を持っていると負担が大きく気の毒に見える」というように、先の女性医師の体験内容と重なり合います。

コメディカルとしての期待と希望

安全・信頼される医療の提供医師の健康維持
・女性医師の母性保護



医師の数的・質的確保
環境の整備

勤務体制の柔軟化・多様化
オープンシステム化・集中化
他職種との協働と役割の明確化
休職中の医師の登録と再教育

〈コメディカルとしての女性医師の希望〉

コメディカルとして女性医師をめぐって考えることは、次のようなことです。まず、安全で信頼される医療を提供することができるよう、医師の数的・質的確保、環境の整備に取り組む必要があると考えます。具体的には、今回の調査結果を踏まえますと、勤務体制の柔軟化や多様化、医療のオープンシステム化や集中化、多職種の協働と役割の明確化、休職中の医師の登録と再教育などがあげられます。

臨床経験15年の女性医師の願い

女性医師をひとまとめにご検討していただくのは大変無理があると思います。女医の中には、自分を犠牲にして、または幸いにして足かせがなく、もしくは家族の多大な理解と協力を受け、必死に仕事と向き合っている者もたくさんいます。そして、男性医師以上に患者からの信頼を得た、女医のオピニオンリーダーもいます。女性医師の中で、一部の就労からあふれた者や妊娠出産で制限のかかっているものに注目され過ぎ、彼女たちの努力が薄らいでしまうことがないように心から願っております。

〈臨床経験15年の女性医師の願い〉

女性医師をめぐらる問題を考える場合、そうすることの意味をしっかりと認識しておく必要があると思います。臨床15年の女性医師の記述には、その意味が物語られていることを感じます。

「女性医師をひとまとめにご検討していただくのは大変無理があると思います。女医の中には、

自分を犠牲にして、また、幸いにして足かせもなく、もしくは、家族の多大な理解と協力を受け、必死に仕事と向き合っている者もたくさんいます。そして、男性医師以上に患者からの信頼を得た、女医のオピニオンリーダーもいます。女性医師の中で、一部の就労からあぶれた者や妊娠出産で制限のかかっている者に注目されすぎ、彼女たちの努力が薄らいでしまうことがないように心から願っております。」

臨床経験 20 年の女性医師の願い

産前は出産直前まで働き、産後は 8 週で職場復、産後 3 か月目から、当直勤務・出張勤務等も、男性医師と同様に勤めてきました。

10 年くらい前から、この種のアンケートには何度も回答してきましたが、またかと、正直言っとうんざりです。調査ばかり行い、問題点を指摘しても解決方法がないのは、やはり医師という職業が特殊なものであり、責任と言う意味では他の職業と同様には考えられないからでしょう。

〈臨床経験 20 年の女性医師の願い〉

この度のシンポジウムで、女性医師の置かれている立場を知ることになったわけですが、さらに驚いたことは、この種の調査はすでに何度も繰り返されているということです。

「産前は出産直前まで働き、産後は 8 週で職場復帰、産後 3 か月目から当直勤務、出張勤務等も男性医師と同様に勤めてきました。10 年くらい前から、この種のアンケートには何度も回答してきましたが、またかと、正直言っとうんざりです。調査ばかり行い、問題点を指摘しても解決方法がないのは、やはり医師という職業が特殊なものであり、責任という意味では他の職業と同様には考えられないからでしょう。」

コメディカルとして

女性医師が描く人生設計を尊重し
医師自らが女性医師を支えること
を同性として職種を超えて支え合
うことを現実のものとしたい

〈コメディカルとして〉

最後にコメディカルとして、女性医師が描く人生設計を尊重し、医師自らが女性医師を支えることを、そして同性として職種を超えて支え合うことを現実のものとしたいと考えます。(拍手)。

小林 看護師には母性保護のための措置があることを、母性看護学で学生に教えているんですね。女性医師にはその様なものは全くないし、実際、認識されていません。

久保 国立成育医療センターの産科の久保と申しますが、女性医師ではないんですが、ちょっと以前から気になったことがあります。看護職でもそうなんですが、育児休暇を取られた方が副婦長、婦長に選ばれない。能力とか具体的な看護能力ではなく、そのような分娩・育児に関係する当然の権利を行使したことで、昇進を妨げていることを良く耳にします。そういうところを経験されない独身の方が上のほうに上がっているのです。そうすれば、また同じような状況になってくるのではないかと。そういう点はいかがなんでしょうか。

横尾 そのような状況もあるかもしれませんが、私の周囲では、師長で独身の方もいれば、お子様のいる方もいる。また、昇進を受け入れる方もいれば断る方もいる。外側からみて昇進しているように見えることも、それは、個人の選択の結果であろうかと思えますし、能力や研修への参加度も関係するかもしれません。むしろ、母子の領域では、出産や育児のために休暇を取られても、出産

や育児の体験、あるいは休暇をとるということ自体に意味があると思います。休暇をとるということは、施設や周囲の人たち、そして本人の考え次第で、キャリアに活かすことができると思います。その意味では女性医師の場合も同様ではないでしょうか。

藤村 大阪府立母子医療センターの藤村です。横尾先生におうかがいすべきかどうか分からないのですが、先ほど、産休あるいは育休を取られた看護師の方は余分の定数をあらかじめ雇用しておく。これの法的根拠というか、こういうことはどういう風になっているのでしょうか。どこの自治体でもやっている。大企業で女性社員の多いところも大体こういうことなんですか。休まれる人のために余分に雇っておられる。

横尾 法的根拠についてはよくわかりませんが、施設によって対応は異なるようです。今回の調査でお答えくださった公的な施設では、代替要員として雇用されておられました。

藤村 知りたいのは、大規模な公的病院などでは

たくさんの看護師がおられます。それが小さな病院というか、診療所レベルの看護師は同じように代替の人を雇用されているのでしょうか。

横尾 むしろ少ないのではないかと思います。

藤村 普通、大体それが当たり前でしょうか。

横尾 はっきりお答えできるデータはもちあわせておりませんが、そうではないでしょうか。

藤村 小児科医師の勤務単位は5人程度か普通でせいぜい定員10人ぐらいしかない。ですから、そこで1人、2人が産休を取るということは、業務に大きな影響を与える。それと看護師の何十人という大規模な、何単位、このへんを切り分けないといけないのではないのでしょうか。

横尾 もちろん、そうだと思います。そのような場合には、雇用という対応ではなく、状況が生じた場合の対応策を取り決めておくことが重要だと思います。人材の確保には看護ですとナースバンクが頼りになります。先生方はいかがでしょうか。

小林 ありがとうございます。このあと、総合討論にうつります。

総合討論

鴨下 演者の先生方、座長をお願いした先生方、ありがとうございました。ほぼ予定どおりの時間で終わりましたが、このあと総合討論ということで30分ほど時間を取らせていただいております。演者の先生方に壇の上にご上がっていただく前に、大変恐縮なんですけど、今日、岩田局長が最初はおいでになられるかどうか分からないということだったものですから、時間を埋めるために私が作ったスライドをちょっとお目かけます。大したことではありません。



Dr. G. H. Brunst Lund (WHO事務総長)

〈ブルントラント事務総長〉

これはもうじき辞めるのですが、WHOの事務総長、ブルントラントさんです。彼女はノルウェーの総理大臣を12年間やって、そのあと、現職についたのですが、もともとは小児科医で禁煙運動のチャンピオンです。先ほど、柳田先生も禁煙についてはお話になりましたが、日本医師会の坪井会長とお会いになって、坪井先生もいたく共感されて、日本医師会の禁煙キャンペーンが非常に強力に始められることになりました。このことは彼女が小児科医であることと無関係でないと思っております。

Sustainable Development !

**Fewer people
live longer with
improved function.**

一番大事なことはこのスライドです。もう15年ぐらい前でしょうか、今は流行語であります「持続可能な発展」という言葉を言い出したのがブルントラントでして、Sustainable Developmentの意味はあるアメリカの社会学者に言わせると、少ない人間が長生きをする。しかし、いいファンクションでなければいけない。そのとおりだとは思いますが、多少優生思想につながるという反論もございます。

**Fewer pediatricians
work harder with
better competence.**

私が申し上げたいのはこのことです。これは小児科医は決して数を増やす必要はない。少ない人

で優秀な人が集まればいい。こういうと目をむく教授もあるかと思いますが、私個人はそういう考えであり、研究班のこれまでの調査でもそう言えると思います。

Women doctors must work harder in the improved conditions.

そして最後に Women Doctors、今日の主題であります。もっと働いてもらわなければ困る。ただし、コンディションをもっとよくしなければいけない。

ということで今日はこういう結論で終わってもよろしいんですが、では、演者の先生方、ちょっと前の壇上にお進みいただけますでしょうか。

本日のこの会は女性医師をめぐる何が問題なのかを知り、何をなすべきかを明らかにするのが目的でした。目的がどれだけ達成できたかは判りません。各演者の先生からそれぞれいろんな切り口でお話しがございました。未解決の問題も沢山抱えておりますが、ここで会場にお集まりの出来るだけ多くの先生方にご発言をいただきたいのです。どなたでも何でも結構です。但し、出来るだけ要点を簡潔に質問なりコメントなりどうぞお願いします。

久保 何回も立ってすみません。成育医療センターの産科の久保です。種村先生にお聞きしたいんですが、僕も大学で18年おりましたが、一番困ったのは医局長のときで、産科の医者をやっていますと先ほど先生が言ったようにおつき合いが少ないもので、お医者さん同士の結婚が多くて、男性医師と女性医師が。同じ科だと同じ医局長の采配でうまくできるんですが、他科の医者だとで

きないということで、それが原因で不倫で離婚されるとか、子どもができた場合は暮らしていても、勤務ができないことがあります。これが一番女性が一番大変なことだと思います。それをプロモートはしていたのですが、それでも、逆に言うとうちの科が男性の場合には女性の他の先生の医局長にお願いする。うちの科が女性の場合はうちのほうがなるべく近くにすめるように考慮するようなことで大学でやっていたんです。そういうことは今はもうないんでしょうか。それとも、さっき言った別居でいいということであれば、すごく逆に言うとうやりやすい。

でも、現実問題、うちも女房は皮膚科医なんですが、結局、子どもの意見で僕が東京に出てきたら、彼女は仕事を辞めて東京に来て、パートをしているわけです。ということは、彼女は別居でもいいと言うんですが、子どもがどうしても嫌だということになってしまっていることがあります。

種村 実際問題として、やはりすべての女性ドクター、あるいはドクターのカップルがそんなに簡単に別居して仕事を続けるということが出来るわけでもありません。つい先日、当大学の他科の男性ドクターと結婚されて、産婦人科の奥様がこちらの医局のほうに赴任されるというケースがありました。各施設間、あるいは各大学間である程度の配慮をせざるを得ない状況で、お互いにそういった部分への協力はどうしても必要になってくるでしょう。どうにもならなかったら別居でも仕方がないということであって、配慮していただけるものならばしてほしいというのが皆さん、本音だと思います。

当施設の場合では、女性医師が今では半数なので、本当に一人ひとりまで細かい配慮は現実問題として難しいんですが、赴任の時期とか、赴任先は医局長がそれなりに頭を悩ませてきているという実情であり、最終的には女性医師だからというよりも、やはり医師としての必要性ということで、医局長が各方面に頭を下げてお願いしているという部分もあるのではないかと思います。

あとは、うちの医局に限らず、私の周囲にも国際的にも活躍している女性医師がたくさんいらっ

しゃいますし、結局はもうケース・バイ・ケースだと思っただけです。女性医師が増えてくると、そのところの調整はやはり大変だとは思いますが、一人ひとり個別対応をせざるを得ないわけです。それぞれの女性医師に合った勤務体制をある程度考慮していくことが大切です。数が増えてきたということを、潜在的な労働力が増えているとよりよく解釈していただき、女性医師をうまく活用していくということを医局長や人事担当の方々にお願ひできればと考えます。

高山 成育医療センター総合診療部の高山といいます。今までの28年間、アメリカで総合小児科医 (General pediatrics) として小児科医のレジデントの教育にも携わっていました。米国のレジデント教育プログラムを例として、お話させていただきます。

最近では小児科レジデントの70%が女性医師です。そのため、体制もここ10年でずいぶん変わってきています。まず一つ目は、フレックスプログラムです。これは、本来のレジデント期間が3年とすると、その内容を4年間かけてこなすことができるプログラムで、女性医師の場合、その期間に妊娠、出産もできます。或いは、これはレジデントではなく、医師のためのプログラムなのですが、job sharing といって、2人で組んで一人分の仕事をしていく体制です。週に半分働いて残りは育児などに時間を割くことができます。これは病院だけでなく、開業医でも普通にやります。大学病院などでは、働いている医師やレジデントの数も多いので、ベネフィットのことを考えても、規模が大きいと、多少の事はひびかないので、このようなプログラムが実行しやすいわけです。

二つ目が、マタニティリープです。アメリカでは妊娠に対して数ヶ月の妊娠休暇が与えられて、ここからがポイントなのですが、殆ど全員がその期間をフルに休暇として利用している事です。もちろん、奥さんが妊娠されているご主人の方にも1週間のマタニティー休暇が与えられます。アメリカでよく不思議がられて、聞かれる事が、それですね。なんで日本から Post Doc としてくる

男性諸君はその大事な休暇をとらないのだと研究所の方々が、半分おこって聞かれるのですよ。だから、本人にも怒るように、まあ、本気で怒っていないでしようが、赤ちゃんが生まれたんだから絶対帰いなさい、1週間来るなというそうです。カルチャーの違いといっても、これは実行していくべきでしょうね。

3番目の方法としては、病気になった時の Sick leave。医師が病気になった時だけでなく、子供が病気になっても休みがとれます。もちろんいうまでもなく、父親でもですよ。そして、自分の親が病気になってもとれます。

でも、そうになると当然、問題になるのは、継続的に患者さまを診れないのではないかという懸念です。そこでそれを補うために、更にシスマティックな選択が用意されています。

まず、いつ呼ばれても助太刀ができるレジデントが病院に数名いて、ジュパディーと呼ばれています。誰かが抜ける、休みをとるためには、誰かが入らないといけない、ここで、レジデント・ジュパディーが活躍します。

また、サインアウトというシステムがあって、自分が出れない場合にサインアウトしてでると、他の人が入ってくれる。それをスムーズに行うために申し送りをしないとけない。だから、常にひとりの患者に対して、医師が一人ではなく、数名で診ています。チームを組んでいるわけです。ここで大切なのは、そのチームで動くということ、普段からやっておくということです。こうしておくと、誰かが、またその家族が、病気や事故という時、スムーズに普段通り交替できます。

このチームを組んで数名の医師で各患者を診るというシステムは、ほかにもいい面があって、例えば外来診療をしている時に、病棟の受け持ち患者さんになにかあっても、チームの人が診てくれるので、何回もポケベルで呼び出されることはありません。患者さんもチームのことを理解しているので安心してます。

レジデントに限って言えば、労働時間の制限が決まっていて、時間の限り働かされたりしない、勉強もできるわけです。

ここで大切なのは、先程のチームを組む事によって、育児や病気のために休みを取る事をレジデントの頃から実行する、実行させるという事です。レジデント教育のひとつと考えるといいでしょう。レジデントの頃からそのような体制に慣れていないと、だれもが実行しませんから。

最後にチャイルドケアの話。アメリカでは、チャイルドセンター（保育施設）のあるところではないと働かないという意識は高いです。ハイレベルの skilled worker ほどそうですね。マイクロソフトや、リーバイスの本部には必ずそれがある。あるいは、収入が少し減ってもセンターのあるところに行く。大きな病院にもあります。この成育医療センターでも、チャイルドセンターがあれば、女性医師や看護師の方々がもっと集まり、仕事も安心してできるのではないのでしょうか。

岡村 私、お聞きして、とにかくこの問題点をすべて解決する産科側としては、やはり一極集中化ということがかなりこの問題点を解決するのではないかと思います。

総合母子医療センターという政策もあるんですけども、例えば、仙台市で年間分娩が1万ぐらいございます。公的病院のお産を扱っているところは13か、14、これは1000分娩をやっているところは200ぐらいしかやっているところはない。それでいながら、最高、普通で1000分娩をやっているところで産科の医者が5人しかない。一方は200のところも2人必要だということで、やはりこれはぜひ仙台市で1万分娩があるとすれば、産科施設は二つぐらいでいいのではないかと私は思っている。

これを何とか、先ほど、岡井先生の話もありましたけれど、経営母体が全部違うので、いろいろな事情があると思うんですけども、これを何とか集中化していくことによって、かなりの今の問題点を解決できるのではないかと思います。

もう一つは、来年から新しい研修制度が始まりますけれども、とにかくその中で産科も小児科も必修になりました。病院のほうで必修をやる際にお産が少ないところでやっても全然研修の意味をなさない。ですから、ある程度集中化するような

ことをしていかないと、この問題についても解決するバックがないのではないかと思います。谷口課長、後ろのほうでいらっしゃいますので、ぜひこのへんなんかも考えていただければありがたいと思っております。

村島 成育医療センター母性内科の村島と申します。今日は小児科医と産科医の女性医師をめぐる問題ということで話題にされていてうらやましいなと思って聞いていました。先ほどの横尾先生がご提案のオープンシステムというのは、今の日本で言えば医局制度だと思うんです。医局制度というのは便利な一方、女性のやる気をそぐようなところもあります。今日、なかなか普段はお会いできない大学の先生方が大勢いらっしゃいますので、お聞きしたいと思います。限られた有給枠の中で、有給の女医さんが妊娠した場合にその有給枠からはずすか、それとも有給のままお休みさせてやっていたらっしゃるのでしょうか。

鴨下 これは大変よいご質問です。どなたか教授の方お答えになられますか？

清野教授はもうお帰りになりましたが、これからは小児科や産科の教授の選考には今後こういう質問に対する答え方も考慮すべきではないでしょうかね（笑）。妊娠中だけではなく、出産後の女性医師の処遇も重要ですね。どなたでも結構ですが、ご発言はありませんか。

大木 私は保育所保健を担当している小児科医ですが、多くの方は保育の現場を余りお知りにならないのではないかと思います。小児科医でも保育所保健に関心がない先生方が多いように思い、保育所現場では憂慮しております。女性医師をはじめ、育児中の有職女性にとっては集団保育は切実な問題です。その前に私は医師会の運営に相談を受ける立場にありますが、現在、小児科医が少なく大変に困っています。私の所は首都圏のベットタウンですが、小児救急は1次は医師会、2次は市中の中病院、3次は大学病院で運営してきましたが、来年は2次の中病院2カ所から救急を返上との事態になりました。理由は医師研修制度が始まるので大学からの派遣は無理とのことでした。市でも小児救急の崩壊と考え、市立病院に小

児科を新設と数億円の予算化しましたが、派遣して頂ける大学は皆無の状態でした。

保育所の話ですが、保育所にとって看護師さんは時間が決められて長時間お預かりすることはありませんが、女性医師の場合は12時間から14時間もお預かりしなければならないことがあります。それに対応して延長保育、病児保育等を実施しているところですが、園庭などがある公立認可の保育所の殆どは、延長保育があっても19時までで13時間、14時間の保育となると認可外の託児所となります。施設の認可に関わらず、小児保健の立場では、子どもの視点から考えると1日中、しかも毎日コンクリートの園庭のない建物の中で保育することは良くないと思います。乳幼児の育児中は病院、企業の区別なく17時までに帰宅させるべきか、企業内保育を考慮すべきと思います。

私ども小児科医師も保育所保健と有職婦人の子どもの保育保健を十分に配慮すべきと思います。

大澤 私自身の抄録の2番目にお書きしていますが、やはり、お母さんが働いている場合に子どもへの影響を最小限にするということを考えなければいけないと思っております。やはり認可保育園で良い環境で育てていただくということが重要だと思います。それから、保育園から戻ってきて、お母さんと1対1でいるときは、お母さんが完全にリラックスして、その子を全面的に受け入れてマザリングできるということが重要であろうと思います。

現実、うちの至誠会保育園という女子医大のOB会が作り、現在は認可保育園として行政がやっているところでは延長保育をやっています。今現在、女子医大の中で院内保育園、ここも夜間保育がありますけれども、やはり子どもにとって母親から離れて他人の中で育たなければいけない時間帯が長いということは、特に1歳未満のお子さんに関してはかなり大きな問題があるだろうと思えますし、私自身も多少の危惧を持っております。

それから、先ほど木下先生がご指摘になったことと少し関係しますが、厚労省のほうからは昨年の4月だったか、5月だったか通達が来まして、

院内保育園に関しまして、昔は看護師さんのお子さんに関する院内保育園にだけ補助が出たのですが、昨年の通達によって、職員全体に対する院内保育園ということで補助が出るようになって、医師の子供もかろうじて含めることができるようになりました。

柳田 日本医師会は何をしているんだということでございますけれども、女性医師に関する提言、要望といいますか、すでにプロジェクト委員会でできておりまして、私が日医に来ましたときは、すでにその提言も厚労省に提出されております。もし、ご必要でしたらお送りさせていただきたいと思えます。

それから、病児保育の問題に関しましては、今日日医の乳幼児保健検討委員会の中で、できるだけ拡大していこうということを話し合っております。

木下 要望書を出しておられると思えますが、出せばいいというものではないのです。書類を出しました。あとは厚生省にお任せですというのでは、何も解決にはなりません。具体的な施策が形になって実行されなければ、責任を果たしているとは言えません。先生がこれだけのお力を入れておられるのであれば、本当にかたちになるまでご尽力下さい。医師会の役割は目先の問題への対応だけでなく、今から手をつけねばならない近い将来の重要な問題に関して明解なvisionのもとに解決策を実行していただきたいと思えます。

つけ加えますと、健児病児を問わず、保育施設の整備は民間の努力には限界があります。各病院施設にはゆとりがありません。女子医大は例外的に恵まれているかもしれませんが、では、ほかの病院は必ず赤字になります。

従って、看護師、医師を問わず多少の保育補助金を出しても意味がありません。今後5年、10年先々には女医の数は全医師の50%になります。もはや姑息的な対応では意味がなく、今後の医師界の極めて根幹の問題になっていまして中途半端な改革ではなく、抜本的な事をすべきだと申し上げたいのです。

柳田 まさにそのとおりであると思っております。今のことも委員会に再度また出しておきたいと思

います。私は医療関係職種も担当でございまして、医師以外の看護師さん以下、十数種の担当でございまして、また、研修医制度等の担当の方によく話しておきたいと思っております。

それから、今度、紹介予定派遣というのが始まることになっており、その前にその方の履歴とかをあらかじめ聞いていいというシステムになりましたので、医師以下の医療関係職種が対象ですので、今までのナースセンターよりは派遣がスムーズに行くのかと思っております。

鴨下 日本医師会の先生方もこれから大いに頑張ってくださいと思います。ほかにもまだまだご質問やご意見があるかもしれませんが時間も少し過ぎております。最後に今日のシンポジウムは男女共同参画でご講演と司会をお願いし、最初は女性の岩田局長から大変熱のこもったご挨拶をいただきましたので、終りは男性の谷口母子保健課長からコメントでも厳しいご批判でもしていただいて閉会いたしたく存じます。課長、どうぞこちらのほうにお出でになってよろしく願いいたします。

谷口 厚生労働省の母子保健課長の谷口でございます。今日は本当に鴨下班長のおかげで大変立派なシンポジウムになりましたお礼を申し上げます。仕事の都合で途中からということで、最初からフォローしておりませんで、局長が何を挨拶したか、私も知らないのですが、危ないことを言わなかったかなという心配はあります(笑)。私が聞かせていただいた限りにおきまして、先生方は本当にここで今後の小児医療、産科医療をどのようにしていくかということを真摯にお考えいただいているということで、感激いたしました。

批判の厳しいお言葉もございましたので、これ

は私ども、本当に真摯に受けとめて今後応えていくつもりでおります。特に、鴨下先生は紳士でいらっしゃるからあんまりおっしゃいませんけれども、このシンポジウムの元になりました厚生労働科学研究、「小児科・産科若手医師の確保のための研究」は大臣の肝いりで、めったにないことなのですが、一億円という予算をつけていただきました。それを私どもにゆだねられ、結果として鴨下先生に大変ご苦労いただいております。そういう形で進められているものです。これは絶対無駄にははいけないと考えております。こういうものがうまく機能していくということが小児科、産科にとどまらず、医療のあるべき姿としての一つの先鞭になるだろうと考えております。

医師の確保だけというイメージがこの研究の中から伝わってくるような感じがいたしますが、常々、松尾先生ともシステムの問題だということをお話しております。そういう意味では大変大それたことを母子保健課としてやり始めたわけですが、あとには引けないと思います。くどいですが、目に見えるものを必ず出したいと考えておりますので、しばらくお時間を頂いてご意見等々を引き続きいただきますれば、必ずや多少なりとも施策にできるような形にしたいと思っておりますのでよろしく願いいたします。どうもありがとうございます(拍手)。

鴨下 谷口課長、お言葉ありがとうございました。今日は午後半日長時間にわたってシンポジウムにご参加いただき、熱心なご討論を本当にありがとうございました。研究班の活動としても大変意義のある会であったと思います。これをもって閉会いたします。(拍手)。

講演者抄録

行政から見た小児医療・救急医療の問題点

北島 智子（厚生労働省医政局指導課医療計画推進指導官）

都道府県において、周産期医療の体制整備を図るため、国においては、周産期医療施設に対する設備整備費補助金を支出するとともに、周産期医療ネットワーク事業に対する補助を行っている。その内容は、3次医療圏に1カ所の総合周産期母子医療センターを整備し、当該センターを中心に地域周産期母子医療センター及び地域の病院・診療所等の分娩を取扱っている医療機関とのネットワークを構築するものであり、①周産期医療協議会の設置、②情報ネットワークの整備事業、③専門家の養成研修事業、④搬送システム等の調査研究事業 からなる。

本事業は、平成8年度に創設され、新エンゼルプランでは、平成16年度までに47都道府県で実施されることを目標としているが、平成15年2月現在の整備状況は、19都府県に留まっている（総合周産期母子医療センターは19都府県に31カ所）。

周産期医療ネットワーク事業への取組が進まない理由として、周産期医療が抱える課題を整理すると次のような事が考えられる。

1. 総合周産期母子医療センターの整備が進まない理由

①専門医の不足、②不採算性

専門医の不足については後述するが、不採算性の問題については、特に近年、景気が低迷する中で、自治体病院等の経営改善が求められており、公立病院、公的病院等が中心となって取組まれている周産期医療を取り巻く状況が厳しさを増している。

2. 地域における体制整備

①搬送上の問題、②病診連携・病病連携

搬送については、県境を越えた搬送や、総合周産期母子医療センターから地域の医療機関への搬送、小児外科のある医療機関への搬送など救急車の利用が出来にくいものについて、どのような搬送体制を確保するか。病診連携・病病連携については、地域における総合周産期母子医療センターと地域母子医療センターや、分娩を取扱っている病院・診療所との役割分担をどうするか。協議会の活性化や患者情報の連絡体制の確保等、連携を強化する上で必要なシステムの構築が必要。

3. その他

①生命倫理にかかる問題、②母子関係の問題、③CHRONIC NICU、④その他

周産期医療が向上するにつれて、これまで助からなかった極小の低体重児や重症合併症のある低体重児等の救命が可能となっている。しかし、一方で、NICUにおける長期入院により退院後の母子関係が円滑にいかなくなるケースや、重症合併症等によりNICUを離脱できないケースが存在するなど新たな問題が生じている。

以上、周産期医療が抱える問題について述べたが、ここでは、最も深刻化している専門医の不足について、小児科医及び産科医の不足に着目して補足する。各種のデータからみると、小児科の診療所は増えているが、小児科を標榜する病院の数が減っている。この背景には、小児科医が他科の医師に比べて診療所に勤める傾向がみられることがあげられる。しかし、一方で小児科の医師は増加しており病院勤務医の数も増えている。若い小児科

医も増えており、諸外国と医療体制・制度が異なることから単純に比較することは難しいものの、諸外国との比較では、人口10万当たりの小児科医の数が少ないわけではない。産科に関しては、若手医師が増えず、医師不足が深刻化していることが伺える一方、小児科に関しては、医師の絶対数が不足していることはもとよりであるが、患者ニーズが増大していること、一次医療を越えて二次・三次医療機関に直接患者が集まって来ってしまうことなどにより、相対的に医療が不足する状態が生じている可能性もある。このため、小児医療（新生児科医）、周産期医療を確保するためには、その割合が増えている女性医師等が働きやすい環境を整えることなどを含めて、小児科医、産科医の絶対数を確保することはもとより、小児科、産科医療を担う医療機関を再編し、これらのマンパワーを集約することが必要である。

プロフィール

北島 智子（きたじま ともこ）

1986（昭和61）年 日本大学医学部卒業、同年埼玉県衛生部医員

1988（昭和63）年 厚生省保健医療局疾病対策課結核・感染症対策室主査

1992（平成4）年 文部省体育局学校健康教育課専門員等を経て、

1997（平成9）年 厚生省児童家庭局母子保健課課長補佐

1999（平成11）年 青森県健康福祉部次長

2001（平成13）年 同部長

2002（平成14）年より現職。

女性小児科医を支援するために — 女性医師の卒業後の動向調査と女性小児科医師支援 —

大澤 真木子（東京女子医科大学小児科教授）

小児科医不足の問題、小児科医師には女性が占める割合が高いこと、少子化の問題などをうけ、女性医師の職域での環境改善を検討する。女性医師が独身で働くとき、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。1) 社会に於ける医師の役割・責任を果たす条件、2) 母でありながら医師として勤務継続する場合の子への影響、3) 子の負担を改善するために、母の職場環境を改善するにはどのようにすべきか、4) 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どうすべきか、など女子医大若手卒業生の実態調査、また、現在働く女性の為に設けられている法的制度の確認を通し、勤務体制のあり方を模索する。

問題解決のための支援体制案

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
- (2) 学童保育の改善と充実
- (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
段階的復職、複数主治医制、時間交代主治医制、グループ制、ワークシェア
- (2) 育児中の女性医師雇用施設に対する優遇処置、補助
- (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）：常勤を持たない人材を選んで、地域別に振り分け、学会、医師会、出身校などで、再教育し、登録し、要望にあわせて派遣の紹介をする等のシステム作りが重要

結論：全医師は皆、理想に向けて努力していると推測するが、完全な理想の医師像を到達するのは男女を問わず困難である。さらに、育児と医師としての仕事の両立には、時間的制約など物理的問題点がある。小児科医は、自らの育児経験が職業人としての自分にも還元可能である。医師というプロフェッショナルとして100%働きたい育児中の男女がプロフェッショナルとして働ける体制を作るために、保育所整備や保育情報網の確保があげられ、一時的には仕事を軽減し育児を重視したい育児中の男女が、仕事を軽減する状態を認められる体制として多様な労働形態を提案すべきと思われる。

プロフィール

大澤 真木子（おおさわ まきこ）

1972（昭和47）年 東京女子医科大学卒業

1976（昭和51）年 東京女子医科大学大学院修了

1976（昭和51）年 東京女子医科大学小児科助手、同大学講師、助教授を経て、

1994（平成6）年より現職。

日本小児遺伝学会理事長、日本小児科学会代議員、日本小児神経学会理事、日本てんかん学会理事、

国際小児神経学会理事等

男女共同参画社会と女性医師

柳田 喜美子（日本医師会常任理事）

我が国の女性医師の割合は年々増加し、現在 30%を超えており、2015 年にはおよそ半数を占めると予測されている。しかし、女性医師を取り巻く現状は厳しく、仕事と家庭の両立のため多くの努力と犠牲を強いられているにもかかわらず、「意欲がない」、「志を全うしない」等の批判もある。やむなく退職する人がいることは国にとっても大きな損失である。

21 世紀において、女性医師が力を十分に発揮して活躍できるよう職場環境の整備が緊急な課題である。ドクター登録医制度、妊娠、育児中の変則勤務、男性医師と女性医師のワークシェアリングの導入、育児休暇中の学習システムの提供等、具体的な施策を実行することにより、男女が性別に変わりなくその能力と個性を十分に発揮する男女共同参画社会が実現できるのではないだろうか。特に今日、リプロダクティブヘルス/ライツ（女性の性と生殖に関わる健康と権利）という概念は女性の人権の重要な1つとして認識され、国際共通語となっていることを衆知していただきたいと考えている。

私たちは国民のために真に必要な医療を展開していくために、両性尊重し、助け合って、その使命感に忠実でありたいものである。

21 世紀へ向けて女性医師の力を十分発揮できるよう、益々の活躍を期待したい。

プロフィール

柳田 喜美子（やなぎだ きみこ）

1961（昭和 36）年 熊本大学医学部卒業

1966（昭和 41）年 熊本大学大学院博士課程修了

1969（昭和 42）年 国立都城病院小児科医長

1970（昭和 45）年 柳田病院副院長

2000（平成 12）年 都城市北諸県郡医師会会長

2002（平成 14）年 日本医師会常任理事

女性産科医の問題点

種村 光代（名古屋市立大学大学院医学研究科生殖・発生医学分野講師）

今回、「女性産科医の問題点」というテーマで講演を、との依頼を受け、正直なところ大変困惑してしまった。というのは、私自身、産婦人科医として長年大学病院に勤務してきて、女性であることの不自由さや問題点を感じたことが皆無に等しかったからである。確かに産婦人科では女性医師が急増している。当教室では、演者の入局当時は医局在籍者における女性医師の割合は約20%で、以前から女性の多い医局ではあったものの、大学でポストを得ていても最高で助手クラスであった。その後、新規の入局員は圧倒的に女性が多く、今日現在で女性医師はちょうど半数となっている。日本産婦人科医会による全国55大学の産婦人科入局者数の年次推移報告をみても、平成5年から女性入局者が増加し、平成11年には男性入局者を上回っている。特に最近の20代の産婦人科医師は半数以上が女性であり、全国的にも同様の傾向が認められる。

女性医師の割合が増加してきた場合、結婚、妊娠・出産、育児に伴い、十分な勤務体制を維持することが困難となることは否めない。しかし、それは産科でなくとも、どの科でも、どのような職域でも同様に抱えている問題点である。一方、産婦人科特に周産期領域では、緊急及び時間外業務、あるいは当直の多さ、ひいては訴訟問題と問題点は山積しているものの、これらの現状が特に女性医師に限られたものではない。それではなぜ、女性産科医の問題点というテーマが今クローズアップされているのであろうか。このテーマを眺めながらいろいろと考えたが、問題点は産科女性医師そのものが内包している問題点ではなく、雇用者が産科女性医師を抱えて困っている、というものでなく、結局は男性産科医が減少したために女性産科医が困っている、と解釈するべきではないだろうか。

産科医の総数に余裕があれば、女性医師が産休で多少不在となっても、十分な補充がされてきた。多くの男性医師がいたから「一人くらいは女医さんを回して欲しい」という病院も増えてきた。女医のメリットが発揮できたのである。このように偶然にも女性医師にとって有利な一時期を演者は過ごしてきた。今後は逆に、女性だからといって有利ではない時代が近づいている。もっとも簡単な解決方法は男性医師を増やすことである。容易ではないとの意見もあるが、女性産科医が増加している現状から考えて、職業としても、あるいはサイエンスとしても産婦人科は魅力を失ってはいないはずである。女性だからこそ、純粋に自らの興味に重点を置いて進路を選択していると思われる。勤務条件等を考え、いわゆる3Kを避けているのはむしろ男性医師ではなかろうか。良いも悪いも、今後は産婦人科は女医なしでは成り立たない。しかし、男性医師も含めて労働条件の改善や各種の支援を行うことが、産婦人科全体の向上につながるものと信じている。

プロフィール

種村 光代（たねむら みつよ）

1990（平成2）年 名古屋市立大学医学部卒業、産婦人科で臨床研修

1995（平成7）年 同大学大学院医学研究科卒業後、同大学産婦人科助手を経て、

2002（平成14）年より現職。

日本人類遺伝学会臨床遺伝専門医および指導医、日本超音波学会 超音波専門医

コメディカル、特に看護からみた女性医師

横尾 京子（広島大学医学部保健学科教授）

産科小児科医師の後継者不足、女性医師の増加という現状は理解しつつも、そうした現状の中での女性医師の職場における課題や問題について、私自身これまで考えることはなかった。むしろ、医療現場で圧倒的優位に立つ医師の、医療内容に関することは別として、職場環境について看護側が考えるという発想はなく、同じ施設内のことではあっても看護は看護、医師は医師というように別個の課題として捉えてきた。また、女性の占める割合が圧倒的に多い看護故に、母性保護の対処に悩まされるとき女性が少ない医師が羨ましくさえも思われたこともあった。

看護にとっての職場環境は改善され、また、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康/権利）という新しい概念が生まれ、女性の生き方として働くことが容認される時代になって、このような形で女性医師をめぐる問題が取り上げられるのは、単に不足する産科小児科の後継者を確保するだけのことなのだろうか、それとも、男社会が伝統的にもつ価値を見直すことにまで迫ろうとしているからなのだろうか。しかし、女性医師がもつ問題は、この両者に関わる問題として映る。すなわち、性別を越えて医師が持つ問題、働く女性の問題、そして、その両者が重なる部分での女性医師の問題である。

専門職としての社会的責任として、安全かつ信頼される医療を提供することが不可欠であり、コメディカルとして医師と働く看護としては、医師が心身の健康を維持できるだけの勤務体制を整えて頂きたいと思う。当直のために一睡もできず 36 時間勤務というような勤務体制が当たり前として通用すること自体が、人間としての医師、医療を必要としている人々の尊厳を軽視している価値社会として映る。また、働く女性の問題としての母性保護については、産前および育児休暇は申し出によるものであるために、他者への負担を気遣わざるを得ない職場の雰囲気があれば、申し出ができないことになる。これらには、まず、数的保証が必要であり、1 施設内対応が困難な現状を考慮すると、オープンシステムとして人材を活用できる対応を検討する必要があると思う。また、潜在的な人材を活用するには質的レベルが問題とされるが、オープンシステムの活用に加え、医療提供レベルと役割の明確化、実践のための再教育システムなども必要と考える。

女性医師が働く現状を知るに従い、女性医師が描く人生設計にそって、単一の価値観に偏ることがないように、医師自らが女性が生きることを支え合うこと、同性として他職種間で女性が働くことを支え合うことが必要であり、このようなことが課題とされない時代を実現することも私たち世代の役割ではないかと考えさせられた。

プロフィール

横尾 京子（よこお きょうこ）

1974（昭和 49）年 聖バルナバ助産婦学院卒業後、助産師、NICU 看護師長を経験

1990（平成 2）年 聖路加看護大学大学院看護学研究科修士課程修了後、聖路加看護大学講師、広島大学医学部保健学科助教授を経て現職。

研究組織（平成 15 年度）

□主任研究者		
鴨下 重彦	賛育会病院	院長
□分担研究者		
環境調査班		
松尾 宣武	国立成育医療センター	総長
衛藤 義勝	東京慈恵会医科大学 小児科学	教授
木下 勝之	順天堂大学医学部 産婦人科学	教授
藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター	院長
市川 冢國	東海大学医学部母子生育学系 小児科学	教授
村田 雄二	大阪大学大学院医学系研究科 産婦人科学	教授
高橋 孝雄	慶応義塾大学医学部小児科学	教授
勤務改善班		
中野 仁雄	九州大学大学院医学研究院 生殖・病態生理学	教授
桃井 眞里子	自治医科大学 小児科学	教授
大澤 眞木子	東京女子医科大学 小児科学	教授
岡井 崇	昭和大学医学部 産婦人科学	教授
加藤 達夫	聖マリアンナ医科大学 小児科学	教授
岡村 州博	東北大学大学院医学系研究科 周産期医学	教授
石川 睦男	旭川医科大学 産婦人科学	教授
田中 憲一	新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科学	教授
五十嵐 隆	東京大学大学院医学系研究科小児科学	教授
医療体制班		
清野 佳紀	大阪厚生年金病院	院長
朝倉 啓文	日本医科大学 産婦人科学	助教授
桑原 正彦	広島県医師会 地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会	委員長
柳澤 正義	国立成育医療センター	病院長
保科 清	東京逓信病院 小児科	部長
小林 邦彦	北海道大学大学院医学研究科 小児発達医学	教授
平原 史樹	横浜市立大学大学院医学研究科 産婦人科学	教授
コメディカル班		
片田 範子	兵庫県立看護大学 小児看護学	教授
蝦名 美智子	神戸市看護大学 小児看護学	教授
田邊 美智子	福井大学医学部看護学科 母子看護学・助産学	教授
西田 美佐	国立国際医療センター研究所 代謝疾患研究部栄養障害研究室	室長
田中 康雄	国立精神・神経センター精神保健研究所 児童期精神保健研究室	室長
横尾 京子	広島大学医学部保健学科 母性看護学・助産学	教授

小児科・産科 女性医師をめぐる諸問題

平成 15 年 12 月

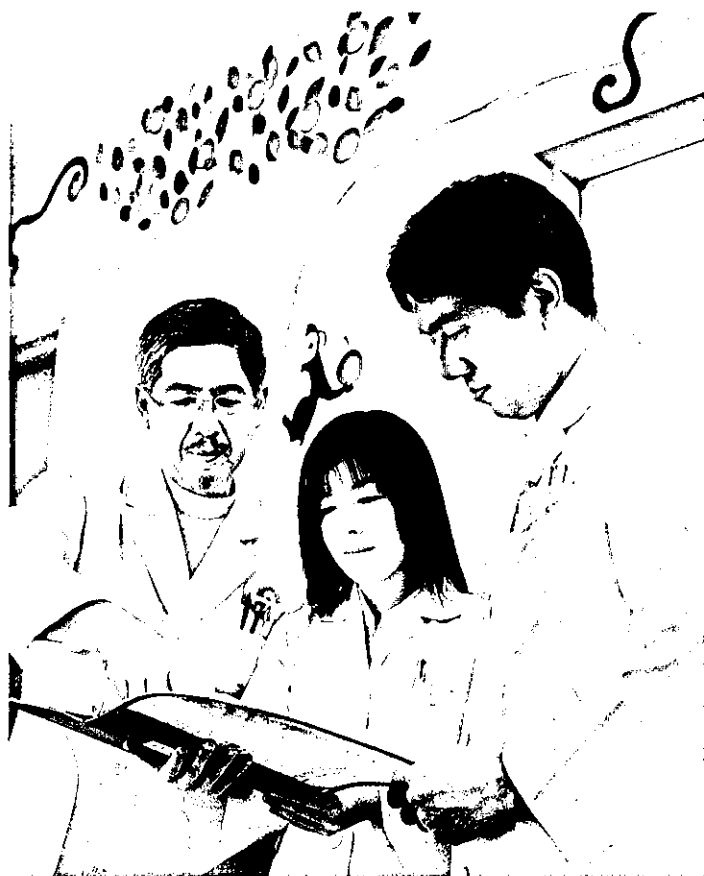
発行者 小児科産科若手医師の
確保・育成に関する研究班
〒 130-0012 東京都墨田区太平 3-20-2
社会福祉法人 賛育会 賛育会病院院長室
電 話 03-3622-9191
F A X 03-3623-9736
ホームページ <http://www.wakate-ishi.jp/>

印刷・製本 文昭堂印刷株式会社

臨床研修必修化と 小児医療を 考える

会期：平成15年10月11日(土)

会場：東京慈恵会医科大学講堂



小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班

共 催：日本小児医学教育研究会、小児医学研究振興財団設立準備室

小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究

公開シンポジウム

「臨床研修必修化と小児医療を考える」

平成 15 年 10 月 11 日

場所：東京慈恵会医科大学講堂