

使っていますが、お母さんと遊んでもらいながら、看護師が押さえながらやるという方法です。

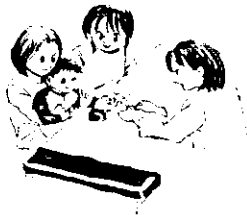
幼児 お母さんが一緒③  
絵本でディストラクション



レ

これは、絵本で視野を遮りながら、こういう風にディストラクションをやっていきます。子どもの採血のとき、皆がドクターの手元に注意を集中するのではなく、誰かが子どもを見ることが必要です。

年長児 お母さんと一緒④  
何するの？ ぼく、見ていたい！



レ

5才とか6才の大きい子どもの場合には、やはり「僕なにをやるか見ていたい」というのがありまして、そういう場合は、先生方にも覚悟をさせていただいて、子どもから見られることに協力いただけないかと思うのですが、ドクターにインタビューしますと、やっぱり採血ができない時があって、そういう時は、お母さんがしんどいのではないかと。そういうときは、お母さんに子どもと一緒にしてもらい、そこに座って子どもの手を見せてもらって、ちょっと無理かな、と思ったときは、「お母さん、ちょっと外に出て下さいませんか」と自然に言うと、子どもも自然に受け止め

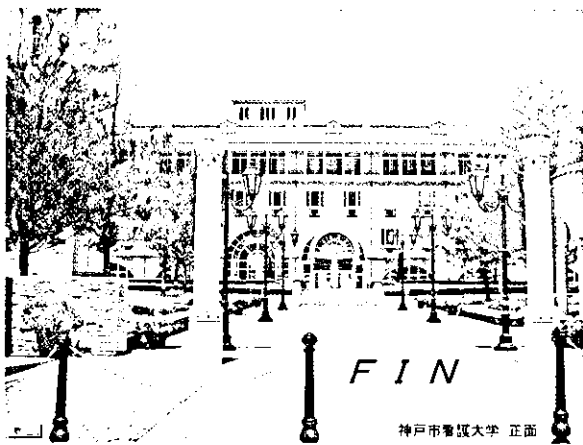
るので、あまり泣かないですよ、とおっしゃいました。私たちが観察したところでは、処置室に入る前で、突然にお母さんはこっち、子どもはこっちという感じで、親子に相談することなく切り離し子どもが「お母さんは？」と言ったら、「あなたはこっち」と言って引っ張って行ってしまるところから泣き始めます。子どもは処置室に入ったところから、お母さんにお目にかかるまでは泣き続けますので、外で待っているお母さんは、子どもが泣いている間中、何かされていると思ってしまいます。実際の室内では、採血はちょっとしかやっていないというところがありますが、そういうズレが生じることがわかっています。今やっているやり方を少し考え直していただけないかと思います。

若手小児科医獲得への貢献

子どもが泣き叫んだり、おさえつけたりを、少なくする医療→子どもががんばっている姿をみる医療→小児科ってやりがいがありそう→小児科希望の医学生が続出

レ

最後になりましたが、実は私たちの研究がどうして若手医師の獲得に関係するのか、と皆さんから質問を受けます。私達は直接的に若手医師を獲得することに直結しないまでも子どもが泣き叫んだり、押さえつけたりということを少なくする医療、私はゼロにはできないと思っていて、少なくする医療は、やはり子どもががんばっている姿を見る医療だと思います。子どもが健気に頑張っている姿をみて若い医学生さんたちが、小児科ってやりがいがありそう、と思って下さって、希望者が続出しなかなと思っています。子どもにやさしい医療はやっている医療者も楽しいものです。以上で私のプレゼンテーションを終わりにしたいと思います。失礼致しました。



**鴨下** 小児科医としては、身に詰まされるところがありますが、時間の関係で次、発表を全部終えてから総合討論をお願いしたいと思います。次は、

帝京大学小児科の児玉先生をお願いします。「女性小児科医をめぐる諸問題」。実はこのシンポジウムを計画しますときに、指定討論として会頭の清野先生に岡山大学の小児科あるいは大阪大学の小児科で、先生の門下と言いますか、肝っ玉母さんみたいなすごい女性医師はいないだろうかと相談を申し上げたのですが、それはたくさんいすぎて、先生が勝手に決めて下さいということになりまして、私のちょっとした思いで、自治医大時代に児玉先生が講師として、子育てを立派にやりながら、仕事のほうもしっかりやられたということで、今日お願いしました。どうぞよろしくお願ひします。

## 女性小児科医をめぐる諸問題—当事者の立場から

帝京大学医学部小児科助教授 児玉 浩子

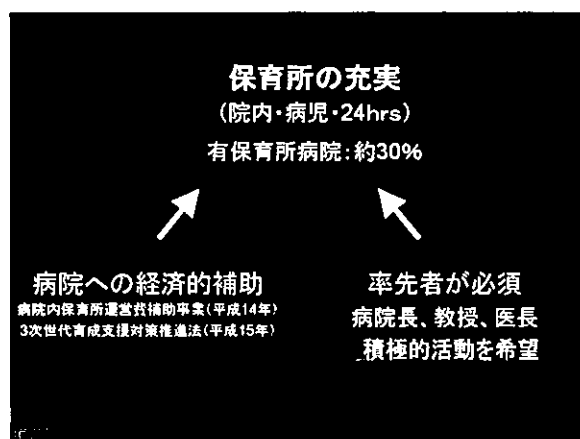


**児玉** 立派にしたかどうかは、あまり自信がありませんが、夫と協力して、育児をしながら仕事を続けてきました。スライドは、夫と私の3人の子どもたちです。3歳児神話を実行しませんでした。子どもたちは非常に思いやりがあり、自立した大人になったとうれしく思っています。自慢の子どもたちです。2人は医学、1人は農学に進みました。夫は専業主夫ではありませんで、仕事も人並みにしていたようで、現在水産学部の学部長をしています。

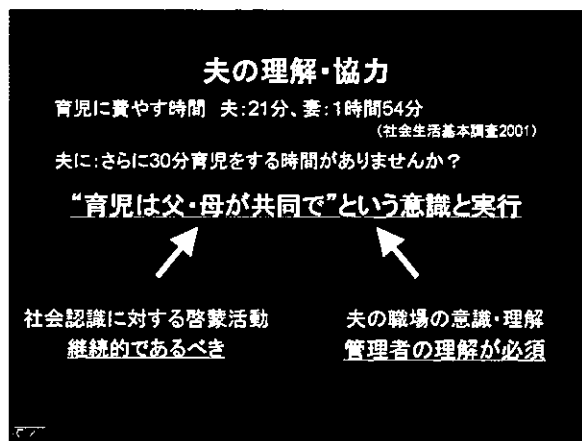
### 仕事と育児を両立させるのに必要なこと

- 1) 保育施設、育児協力者
- 2) 夫の理解、協力  
女性医師に：理解ある夫を選べ
- 3) 職場の理解、協力

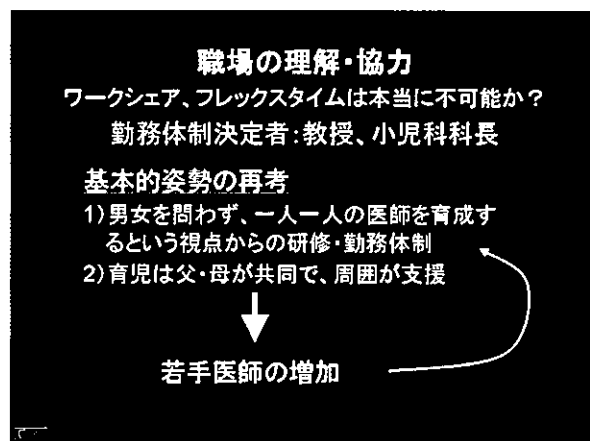
私の考えや工夫は、若い人へのメッセージとして、第一版の小児科診療医ノートに、「仕事と育児を両立させるには」という題名で書いています。経験をとおして、仕事と育児を両立させるのに必要なことは、ありきたりのことですが、スライドに示したことに尽きます。保育所の充実是不可欠です。



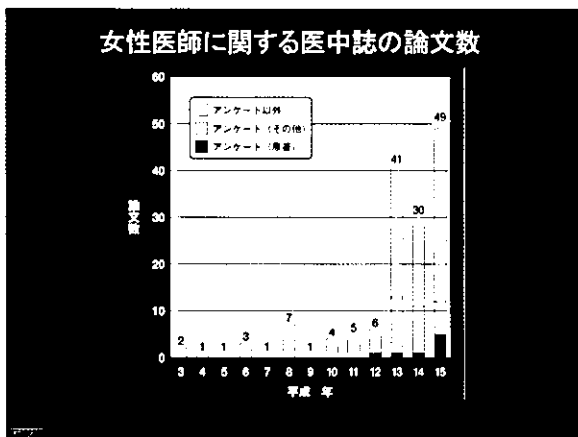
先ほど清野先生が示されたように、また藤村先生の調査などから、現在医者が使える保育所を有する病院は約30%しかないようです。保育所を充実させるのに必要な経済的な保障は、最近法律が設定されて改善されつつあります。しかし、一番必要なことは、病院の中で率先して動く人だと思っています。病院長、教授、医長が対象になると思いますが、そのような活動が不十分な気がします。法律で縛られましても、やはり積極的に動く。義務で仕方がないから保育所を作ろうというのでは、いい保育所はできないと思います。そんなことはないと思われる方は、ぜひこの後ご意見を賜りたい。



夫の協力。総務省の調査では、共働き家庭で育児に費やす時間は、夫 21 分、妻 1 時間 54 分です。夫にあと 30 分育児をする時間がとれませんか、と聞きたい。ちょっとした時間の工夫でできないことはないように思います。育児は夫婦で共同で、という意識を推進するためには、国はもっと啓蒙運動してほしいと思います。以前に確かサムさんだったと思いますが、「育児をしない父親は父親ではない」とかいうキャッチフレーズがありました。しかし、キャッチフレーズそのものが押し付けがましくて、私から見るとあまりよくないように思いますし、単発的でした。残念ながらむしろマイナスのイメージではなかったかと思えます。その上、サムさんと安室さんは離婚してしまいましたので、厚労省としては当てが外れたと思えます。育児は、父親にとっても人生を豊かにするものである、そういう認識を広めていただきたい。例えばキャッチフレーズとして、育児は育自、というのはどうでしょうか。後者の育自は、自分の「自」です。育児は自分自身を育てるという意味です。



もうひとつ必要なことは、夫の職場の理解です。それには職場の管理者の意識が重要です。当然妻の職場の理解と協力も不可欠です。ワークシェア、フレックスタイムは本当に不可能でしょうか。このような勤務体制は誰が決めるのか？言うまでもなく、教授や医長、病院長などの管理者です。できない理由として、ワークシェアする余裕がない、不公平になるなど、理由はいくつでもあります。また制度上難しい点もあると思います。しかし、人手が少ないときほど有効に活用するために知恵を絞っていただきたい。先ほど清野先生がお手本を示されましたように、勤務体制は管理者のかなりの裁量で決めることができます。勤務体制を考えると、私が思う基本的姿勢は女性医師だけの問題としてとらえるのではなく、男女を問わず一人一人の医師を育成するという視点から、研修、勤務体制を考える。育児は自分を育てる育自でもあり、夫婦が共同で行い、周囲が支援するという姿勢が大切なように思います。更にこのような考え方が、医局員に受け入れられるような雰囲気作りをしていただきたい。実際このような点を実行されている教室や医局もあります。そのような医局には入局者も多いように思います。岡山大学をはじめいくつかの大学小児科では、入局者が毎年 10 人以上と聞いています。若い人が増えると、勤務体制も考えやすくなります。良いサイクルができるのではないかと思います。



この発表をするように言われてから、女性医師に関する論文を調べてみました。女性医師で医中誌を検索しますと、平成 13 年から急激に増加しています。平成 12 年以降の論文で、アンケートの有無を調べました。ほとんどが会議録です。このようにアンケート調査など、資料となる論文は意外に少ないことが分かりました。このデータには、鴨下氏の報告書は含まれていません。

### 女性医師に関するアンケート論文の分析

アンケート対象者	論文数	アンケート内容						
		勤務環境	勤務状況	育児	男女差別	家庭生活	意識調査	その他
医師(+その他)	23	9	8	2	6	6	18	7
女性医師のみ	9	3	5	1	3	2	7	3
管理者	3	2	3	0	0	0	3	0
その他	11	0	0	1	0	0	9	14

女性医師に関するアンケート論文を分析しました。アンケート対象者は、若手医師や女性医師が大部分です。管理者に対して、管理者の立場としてどう考えているか、どのように対応しようとしているのか等の調査は非常に少ないことがわかりました。しかし、保育所の充実や勤務体制、医局の雰囲気づくりなどに最も強い影響をもっているのは管理者だと思います。

### 女性医師問題で望むこと

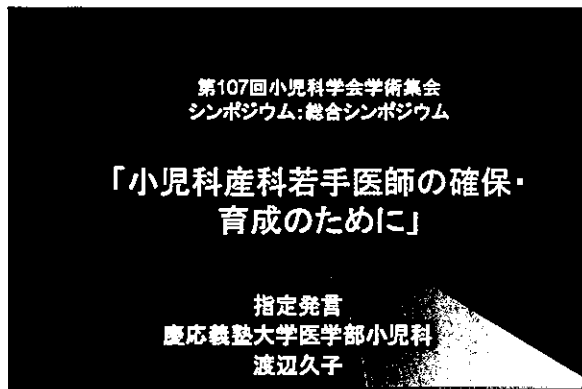
- 1) 父の育児参加への啓蒙
- 2) 管理者の意識の確認  
活動内容、努力目標
- 3) 多様な勤務体制を可能にする支援・容認

まとめとして、女性医師問題で私が望むこととしてこのスライドのような点を挙げます。大局的なものの捉え方ではないかもしれませんが、当事者からの意見のひとつとだけいただければ幸いです。先ほど中野先生が、まずできるところからアクションを、と言われました。関係者の方々には、ぜひできるところからアクションを起こしていただきたい。育児中の方へのメッセージは、はじめに申し上げましたように第一版の小児科研修医ノートに記載しています。ご清聴ありがとうございました。

**鴨下** 大変説得力のあるご発言、ありがとうございました。帝京の柳川教授がいらしたら、ぜひ意見を聞きたいと思えますけれど、後で聞きましょう。どうもありがとうございました。次は、これは特に心の問題ということで、私どもの研究班は子どもの心をどう見るか、というのを大変重要な課題にしておりますので、慶應の渡邊久子先生にお願いいたしました。21 世紀の人類最大の敵が精神疾患など、いろいろとその周辺のものだと言われておりますが、渡邊先生は非常に年齢の低い子どものケアをなさっています。どうぞよろしくお祈りします。

## 小児科医自身の健やかな親子関係

慶應義塾大学医学部小児科講師 渡邊 久子



**渡邊** 鴨下先生どうもありがとうございます。既に児玉先生が、先輩女性医師として大事なことを全部お話下さいましたので、私は、女性、男性、若い世代がやはり生き生きとしていたかなければ、私どもの老後も子どもたちの未来も無いという気持ちからお話したいと思います。特に私自身は、小児科から出発し、精神科、神経内科、老人リハビリテーション病院、障害児療育センター、それから精神分析というふうな子どもの精神科医になるために、流浪の旅をしてきました。大学にもつい最近、小児科に戻ってきてからいるので、臨床32年のうちの10年のみ大学にいて、あとは在野です。そういった立場からのことがまず1点。もうひとつはやはりいろいろと新しい分野の研修制度がないときに、自分なりにやりたいことをやるために、苦労はあったけれども、同時に子育てもできた。働く母親として生きたというその2点からだと思います。最初ですが、私は小児科から離れたおかげで、いかに小児科、また産婦人科と小児科の合体する周産期の分野が人間学の宝庫であり、次の世代の若者たちに目をきらき

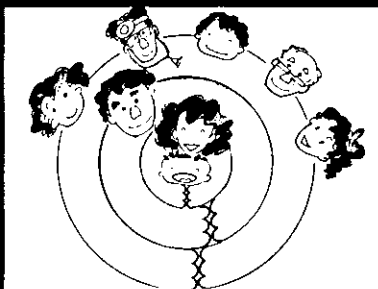
らと輝かして飛び込んできてもらえる分野か、ということをお伝えしたいと思います。むしろ当事者の小児科医の先生たちがこの点に関して認識不足だと思います。



例えば、精神分析学のトレーニングでは赤ちゃん観察と言い、毎週1時間家庭訪問して健康な赤ちゃんを観察し、その直後、見たとおりを書くというトレーニングです。赤ちゃんの観察の本質はNICU(新生児集中治療室)の先生たちが、週1時間ではなくて毎日やっていることと同じです。また、かつて私が神経内科のトレーニングを受けているとき、私は意欲的な神経内科の先生がたえず、もう大人の神経疾患は知りつくされたから、これからは子どもだ、赤ちゃんだ、神経内科は小児だよ、と言っていたのも覚えています。そういう意味で、私自身は一度精神科に行った後、小児科に戻れると知ったときに、本当にわくわくいたしました。そして戻ってみたら、驚くなかれ、実に生き生きとした世界なのです。どういうことかと言うと、全人的な小児科医と私が思う小児科医は、何歳であってもまず病める子どものために

戦う父性があります。それは研修一年医にもあります。それから心細い母親に寄りそう母性があります。そして物言わぬ赤ちゃんと仲良くなりながら、その子に苦しいけれど私の治療についてきてねと、子どもと仲良しになっていく童心があるのです。これをなくして小児科医にはなれない。つまり小児科医であるということ自体が、私は全人的な心の成熟のトレーニングの場だと思えます。

### 心のオーケストラのチームプレー



そして更に小児科は、心のオーケストラのできない人はうまくいきません。どんなに優秀な人でも、チームプレーができない人は、結局は伸びない。

**‘まず腕白小僧を作らなければ  
よい人間（小児科医）は作れない’  
ルソー**

そこで私は思い出したのですが、「まずわんぱく小僧を作らなければよい人間は作れない」とフランスのルソーが言いましたけれど、まずわんぱく小僧をつくらなければよい小児科医はできない、というふうに思います。今日壇上に上がった先輩の先生たちも、かつてのわんぱく小僧のまま、社会で活躍していらっしゃるのだな、と思いました。

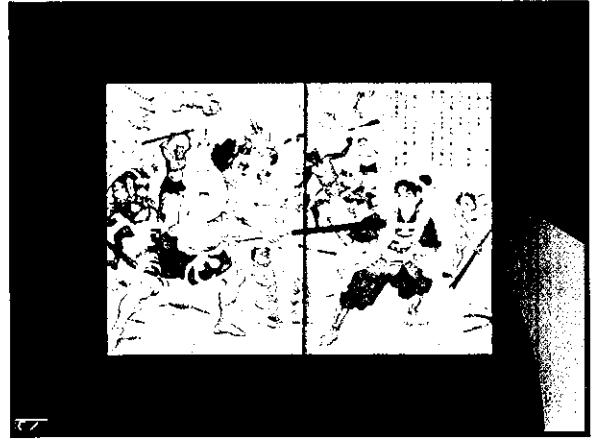
### 昔話の中の 若手医師育成のヒント



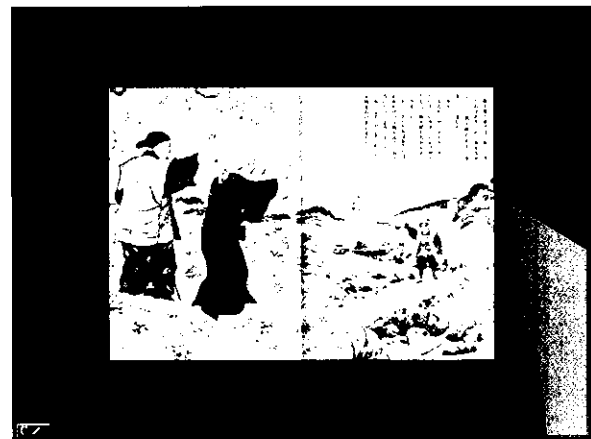
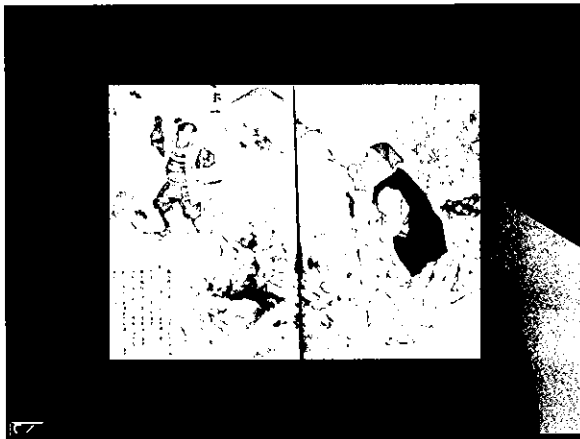
それで私は昔話の中から、若手医師育成のヒントを取り出したいと思えます。私はどちらかというと、小児科医である女性の医師が働き続け、かつ育児をするには、かぐや姫ではだめなのです。きれい事のかぐや姫ではできない。もう桃太郎になるしかない。私自身も桃太郎だったと思えます。私はこれからの若手医師の研修、あるいは小児科医療そのものが新しい時代の新しい日本を作るモデルになると思い、桃太郎風の育児、桃太郎風の研修というものを勧めたいと思うのです。

### 桃太郎





何をやりたいのか、と聞けば、「僕は僕の鬼退治をしたい」と。それが私どもの医療だと思います。

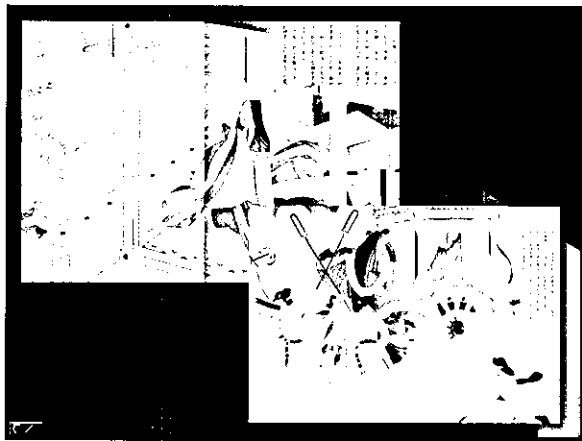


桃太郎は、血の繋がらない親に育てられ、不幸な運命でありながら、思春期になったら鬼退治に出かけていく。しかも、きびだんごをもらって、お猿や犬と仲良くなる誰でもいいから一緒にやろうと言って、鬼と戦うわけです。そして戻ってくる。私どものところには、毎年5月になりますと全国のいろいろな川からドンブラコドンブラコと若手の血の繋がらない医者の子供が来て、私どもは研修というご馳走を与えます。そして、この人たちは食っちゃ寝食っちゃ寝でどんどん大きくなって、あるとき大きくなったら好きなところに行きたいと言うわけです。私どもが育てた人が、精神科に行きたいと思ったらどうぞ、外国に行きたいと言ったらどうぞと。

そして私どもの医療は、鬼退治を自己実現としてやって帰ってきて、そして宝を持って帰ってくるわけです。







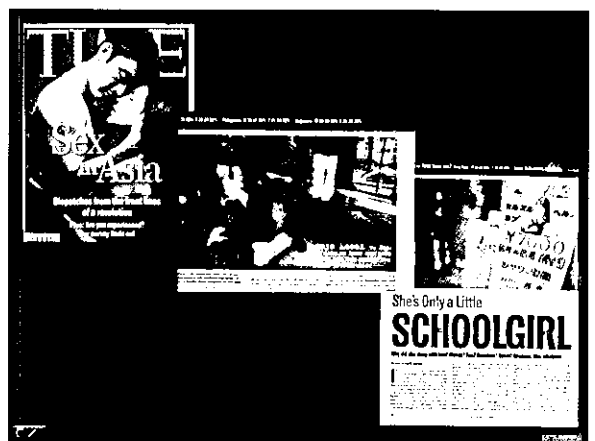
これは、「月が私の居場所だ、地球は私の居場所ではない」と言って、去ってしまい、育ててくれたおばあさんを裏切ってしまうかぐや姫とは大違いだと思うのです。これが私どもの桃太郎です。



これは、私たちに対しては威勢のいい1年医の研修医の女性かもしれないけれども、拒食症の女の子に対しては非常に母性的な人で、この人は「飲みなさい」と言って、土曜日曜も無く食事介助をして、自分の赤ちゃんを育てるようにこの子の心身を育てなおしていくわけです。

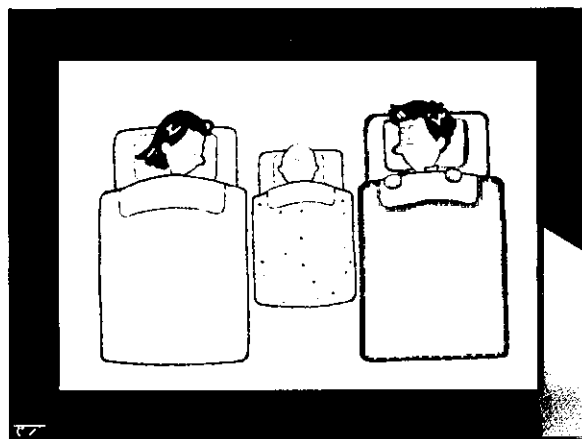


これは研修医ですけれども、現代の鬼退治でしょうか、拒食症という鬼退治をしているこの1年医は、でも見様によっては、私はローマのバチカンの中にあるミケランジェロ作のピエタ像にも見えるように思うのです。このドラマがあることが小児科の魅力だと思います。



小児科は2カ月半の赤ちゃんが虐待でやってくる、あるいはこの「タイム誌」にのった日本の

援助交際のように10代の妊娠が小児科でも増えています。このように新しい時代の果てしない鬼退治をいとわずにやろうと思う集団でなければ、これからは小児科はできません。もう驚いている暇はないわけです。



でも、私が心配なのは、小児科医自身の健やか親子、つまり自分の家族づくりはどうなのか。私自身、卒業したとたんに結婚して、研修1年目で妊娠し、妊娠していることが気づかれないように、月に一度ずつ白衣のボタンを1センチずつずらして、産みました。そのわが子はもう29歳ですけれども、そういう時代でした。私はそんなこそこそした妊娠体験ではなく、胸を張って、男でも女でも子どもづくりができることが大事だと思うのです。私どもの慶應大学は若返り、私どもの教授は平成の坂本竜馬かと思うような活躍ぶりですけれども、でもこのかっこいい姿を先生自身の子もたちが見ていない。私は見ているけれども私だけではもったいない。先生の息子さん、娘

さんたちに見せてあげたいと思うわけです。だから私は、男性の若い医者も、女性の母親である医者も、やはりちゃんと家庭に戻りたい。そして家庭が自分の活動の出発点になってほしいと思います。私自身、そのことを人生の先輩に教えられ、注意してきたおかげで、子育ても十分にやった感じがします。先ほど桃井先生が、女性の労働量が0.8、と言われましたけれど、私自身は子どもが生まれたとたんに医者としての機能は0.5だと思いました。つまり子どもを抱えていることは半分しか体がないということです。私は病院の中では0.5だと自分は思っていました。ですから、少しでも迷惑をかけないために濃密な診療をするしかない。となれば、トイレに行く時間とご飯を食べる時間は端折ろう、というようなことすら考えました。これは拒食症の子には聞かせたくないことですが、でもそれが30年続いています。そして、自分が夕方にさよならと言って帰した患者さんが、家に帰ってもこの先生は、自分のことを考えているだろうと思うような信頼関係を作る。同時に家においてきた子どもにも、絶対にお母さんは私が最優先だと思わせる。このような、片方の翼で飛んでみせるという、危うい実験をやってきました。



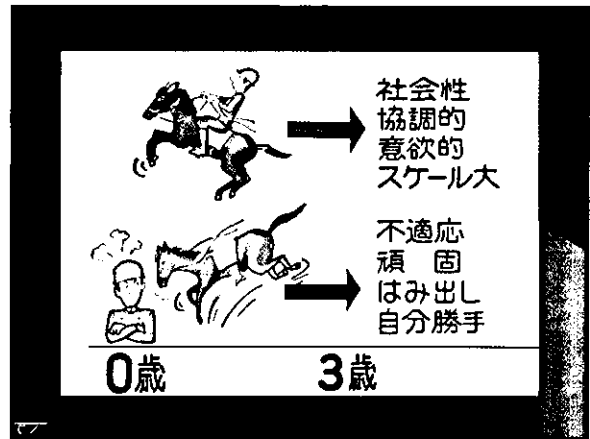
これは上の空のお母さんですけれども、「重症の患者さんが、どうしよう」と家でわが子を抱きながら気がかりなときに、敏感な子どもは見てくれるわけです。私も6カ月の子どもがいるときに、夜、夫が当直でいなかったときに急変があり、とっさに困りました。しょうがない、子どもをおんぶ

して何とか病院に行かねばと、近くの駅まで夜中の1時に行きましたら、タクシーの運転手が、「奥さん、どうしたんだ」と言うので、「急変が」と言いましたら、それは大変だと。てっきり背中の子が急変したと思ったらしくて、救急車並みの勢いで、私の勤務病院へ連れて行ってきて、その先で看護師がわが子を受け取り、授乳したり、寝かしつけてくれました。夜間ずっと点滴をして、明け方になったときに私はなにげない顔をして、わが子を抱いて保育園に連れて行き、また病院に戻りました。かぐや姫が私は無理だと言うのですけれど、でも、たまたま本当に仕事が忙しかければ、私どもの影で娘たちはいい子になるわけです。なぜ私がそんなことを申し上げるかということ、私自身が注意してわが子を育てられたのは、犠牲者がいっぱいいるからです。たまたま精神保健の医者であったために、私の身近な先輩の子どもたちが心身症になり、拒食症になり、そういう痛ましい状況を見ながら私はやってまいりました。これではいけない、患者さんに慕われる女性の医者が、わが子に恨まれ、わが子に死なれるとはなんだと思うわけです。この状態はやはり男社会の風潮が医療現場にもあるということで、もう少し命の原理が公私ともに貫かれる医療現場であってほしいと思います。

心のニューロサイエンス  
affective neuroscience  
C. Trevarthen  
Intrinsic Motivational System  
Communicative Musicality



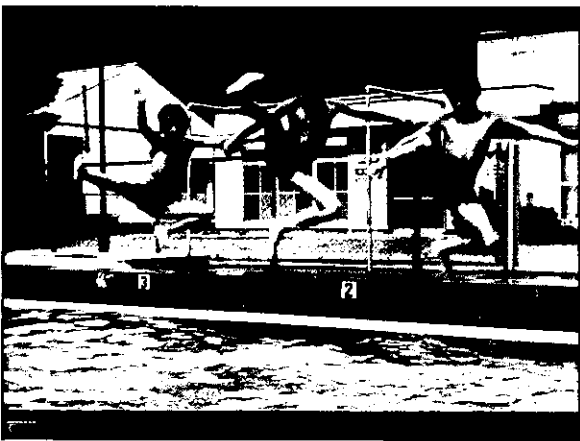
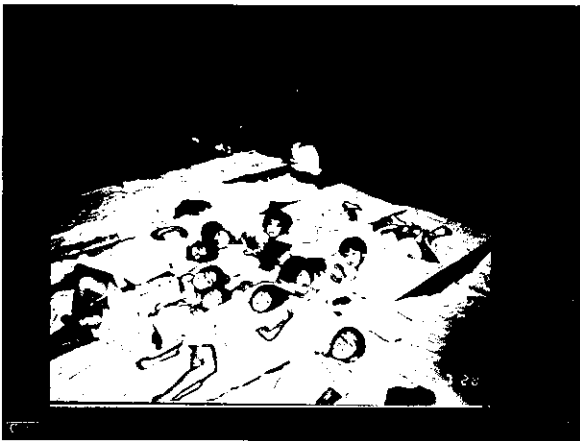
Pulse: ビート  
Quality: メロディー  
Narrative: 物語り



新しい neuroscience は、乳幼児の精神保健はやはり0歳から3歳までの幸せな体験に基づく健やかな脳の回路の形成がとても大事だと言っております。ですから3歳までの間は、本当に楽しみながら育児をし、かつ仕事もできるような体制を小児科医のお父さんにもお母さんにも、と思うわけです。



これは1歳半のわが娘です。息子ではありません。この娘は1歳半のただこねの一番暴れん坊の時期に、私がじっと、実は痺れを切らしながら、スイカ割りのスイカを一生懸命食べている彼女のそばに、じっと寄り添っているところです。動かないから、穏やかなのですが、私が少し動いたとたんにギャーッと激しく、母親であるがゆえにぶつかってくる。これはふつうの患者との間にはないことです。このむき出しの要求をもろに受け止める体験をした母親としていくことは、激しい怒りをもつ、人格障害の人たちを診ていく精神療法の基礎訓練になると思います。



私は、昼間自分がないので、わが子にはできるだけ村をつくろうと思ひまして、保育園の仲間を連れて、裸の付き合いをしたり、小学校になりましたら、近所の子どもたちを連れて、夏休み1週間栃木の廃校でキャンプをしました。そうして1年間の埋め合わせをして、ご近所のお母さんたちや子どもたちと仲良くなりました。キャンプでは、このようにおむすびを作ったりするわけです。実はその中でもっとも豊かに子どもたちから学んだのは私でした。つまり、小児科の医療も時代によって変わってきます。現場で何が起きているのかを知るには、自ら育児をし、そして子どもたちのつづやきを聞かなければいけない。そういう意味で、私は仮に0.5に見える私自身の小児科医としての勤務の中で、家に帰れば残りの0.5を次の世代に全力投球し育児現場からも学びました。



この子たちの中から、私自身の働く姿をみて医者になる人もいるかもしれない。例えば児玉先生のお子さんは、赤ちゃんの時から母親の姿をみながら将来よき医者になるための研修をしていたようなものです。医者の母親をみてよい小児科医になろうとする次世代が育つことは、私はあると思います。

**古きよき日本の村の共働き**

- わが家ははなれ、
- 保育園は母屋、
- 病院は畑
- *日が昇れば病院という畑で野良仕事*

● フランス議会 1989  
● **<働く母親のためのシンポジウム>**  
● **大切な3歳までの命の原理**  
● **生き物として父母が幸せで仲よし**

そこで私は、古きよき日本の村の共働きのように、保育園は母屋、わが家は離れ、病院は畑だと思いました。日が昇れば、病院という畑に野良仕事をしに行く。これを1989年秋にフランス議会の「働く母親のためのシンポジウム」に呼ばれたときに、こういうやり方であれば子どもの心の発達には害がない、つまり命の原理に基づき父母が日本の古来のパートナーシップで、共に野良仕事のような自然体で共働きをしていくことができ、やればいいのではないかと提案しました。

## 小児科女医の生活支援具体策

- 病院に近い住宅:
- 女医の勤務時間帯と育児時間帯の調和
- 夜間勤務の可能性:子どもが寝た後の診療
- 患者急変で呼ばれる時:
  - 子どもをおぶってかけつけるか
  - 誰か見てもらってかけつけるか
- フレックス勤務: 2女医1給料の1常勤
- 障害児・ハイリスク児を育てる女医の経験

でも正直なところ具体的には、病院に近い家であること、女医の勤務がフレックスタイムでできることなどあれば、なんていいだろうと思います。ひとつ忘れられているところがあります。例えば、たまたま障害児の母になる女医もいます。そして、障害児医療の担い手であった人が、障害児の母になり、わが子を5歳、10歳と育てている。この人たちは、問題なく障害児の専門家としての基礎訓練は充分にしていると思うのです。

## 小児科女医診療機能の向上のため

- 学生時代から養う体力・気力・覚悟
- 本人の意欲や動機
- イメージ形成:例 片翼飛行の覚悟、捨て方の練習
- 男女のパートナーシップの変革
- 社会の支援体制

それから私は、小児科の女医自身が、桃太郎になっていきたいと思いますし又、私は桃太郎を育てたいと思います。振り返ってみますと、私は学生時代から体力を養ったり、母親になる心構えを練習していました。例えば自分の子どもが産まれ、子どもが泣いて熱が出ているときに、他のことは投げ捨てて寄り添えるようになりたい。その練習のためにわざわざ医学部の試験中に、子どもが熱を出したとシミュレーションをして、映画を見に行ったり、勉強したいときにできなくても我慢す

る。つまり、片方の翼で飛ぶという練習をやりました。人それぞれその人なりに、育児をしながら仕事を続けていくタフさを身につけていくことが必要だと思います。



小児科医自身の、家族が健やかであるときに、その人が母親であれ父親であれ、きっといい仕事ができると思います。もし仮に私が、いい仕事ができているとしたら、それは私自身が実に普通の親子喧嘩もできるし、夫婦喧嘩もできる、泥臭くて暖かくて自然体で風通しのいい、そういう家族づくりを、地域のお母さんたちと共にやること

できたからだと思います。ちなみに私の地域のお母さんたちは、今では自分の育児を終えて子どもが巣立ち地域で精神障害者の作業所をつくってくれ、そして私が診た、大人になった統合失調症の子どもたちのパン工場とか木工工場を運営してくれています。ですから、私は地域の普通の専業主婦の方たちともつながっていくような、楽しいスケールの大きい、小児科の研修ができればと思っています。どうもありがとうございました。

**鴨下** どうもありがとうございました。先生のお話をうかがっている間に、だんだん渡邊先生が桃太郎みたいに見えてきまして、ただやっぱりかぐや姫がいないと、少子化はますます進みますから、やっぱり女性小児科医はかぐや姫のほうがいいのではないかと、個人的な感想です。それでは最後お二人、大物の指定発言、時間が短くて申し訳ないのですが。まず日本小児科医会会長の師先生、慈恵医大昭和28年のご卒業で、東北大学の小児科で勉強され、仙台で開業なさっておられます。もうご承知のことだと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

## 「時代に敏感な若手医師の進路決定」

日本小児科医会会長 師 研也

師 ただ今ご紹介いただきました、日本小児科医会の師と申します。日本小児科医会としてお話し申し上げますので、まず日本小児科医会事業内容とその展開について少し申し述べておきたいわけですが、あんまり話が長くなりますと、もうこれ以上時間がないようですので、簡単に申し上げます。当医会は、おかげさまでこの3年来社団法人となっておりまして、公益法人的な仕事もだいぶやるようになりました。先日は、子どもとメディアの問題に対する提言なども行いまして、だいぶマスコミの反応もありました。そこに学会でも、同じような提言をなさいましたので、非常に世間にこの問題が広まったのではないかと考えています。また、煙害の問題、予防接種週間など、いろいろ公益的な仕事をやらせていただいています。なぜこんなことを申し上げるかと言いますと、医会はともすると社保問題ばかりやっているのではないかと。社会保険、診療報酬の値上げばかりに注目しているのではないかというようなことを言われますので、そればかりではありません、本当に公益的な仕事もずいぶんやっています、ということをご存知いただきたいと思っているわけです。

さて、本題ですが、本日お話をうかがっておりますと、もう既に若手医師、若手産科医の問題につきましては、充分に出尽くしているのではないかと私思います。さて、それをどのようにこれから具体化していくのかということですし、また、それが具体化して、果たしてそれによって小児科医が増え、現在の小児医療提供体制が充実するかもこれからの課題になるのではないかと思います。時間も迫っていますので、抄録に載せた事に

ついては省略いたしますが、この様な医療界の現実には若年医師たちも十分に認識しているはずであり、政界も政府も先ずこれらの改善に着目しなければなりません。このことが、小児科・産科への若年医師の進路開拓につながるものと考えられます。次に医療界の認識に必要な2～3のことに触れてみたいと思います。

**医療施設（病院・診療所）数の推移**

年次	病 院	(内) 国立	(内) 公的	(内) その他	一般診療所	産科診療所
1977 (昭和52)	150	12	112	25		
1982 ( 5)	676	(330)		296		
1987 (10)	276	(190)		376		
1992 (15)	629	3	156	465		
1997 (20)	744	4	151	589		
1997 (20)	907	5	101	691		
1998 (次頁)	3,429	(1,680)		1,749		
1999 (昭和51)	3,714	(1,542)		2,033		
1999 (10)	4,625	(1,614)		2,911	33,772	18,068
1990 (15)	4,732	(1,847)		3,085	38,416	20,990
1995 (20)	645	(297)		348	8,607	3,660
1990 (25)	3,408	367	572	2,453	43,827	21,390
1995 (30)	5,119	425	1,337	3,257	51,349	24,773
1990 (35)	6,094	452	1,442	4,200	58,008	27,020
1995 (40)	7,947	448	1,458	5,133	64,524	28,502
1970 (45)	7,874	444	1,389	6,141	68,907	26,911
1975 (50)	8,294	439	1,366	6,489	73,114	32,565
1980 (55)	9,955	453	1,369	7,233	77,811	38,834
1985 (60)	9,608	411	1,368	7,829	78,927	45,540
1990 (平成 2)	10,096	399	1,371	8,326	80,832	52,216
1995 ( 7)	9,604	384	1,372	7,846	81,268	56,467
1996 ( 8)	9,490	367	1,368	7,755	87,909	59,257
1997 ( 9)	9,413	380	1,368	7,664	89,292	60,578
1998 (10)	9,533	375	1,369	7,689	90,556	61,851
1999 (11)	9,268	370	1,368	7,548	91,500	62,484
2000 (12)	9,268	359	1,373	7,534	92,824	63,361
2001 (13)	9,270	348	1,375	7,547	94,019	64,797

資料：内務省「国勢調査」(昭和51～昭和52年)、厚生省「国勢調査」(昭和53年～昭和57年)、厚生省「国勢調査」(昭和58年～昭和62年)、厚生省「国勢調査」(平成3年～平成13年)

ひとつここに表を示していますが、年度別の設立主体別の病院数です。この中でお見せしたいのは、私的病院がいかに多いか、ということです。国立病院は明治時代から現在まで百単位のところですが、これは戦前の陸軍病院が主体になったものですので、25年、30年頃というのは、ほとんどこれは陸軍病院が国立病院に移行したものだと思います。それに公的病院をプラスしても、せいぜいこの程度。それに比べまして、私的病院は戦前でも3,000、最近では7,000台の数になっています。これは私的病院が今の日本の医療を支えますのに大きな力になっているということです。それにプラス私的の一般診療所があります。これは何万という数ですが、それがほとんど私的医療

「時代に敏感な若手医師の進路決定」

機関だということです。従って日本の医療は、医師の自由開業制に支えられて、これだけ大きなものになり、そして日本の現在の国民皆保険も行われるようになってきているということです。この制度が日本を世界の長寿国にまで持ち上げていることだろうと思いますので、その点を先ず念頭に置いていただきたいと思います。

全国医科大学(医学部)数・入学定員の推移

年度	昭和30 (1955)	35 (1960)	40 (1965)	45 (1970)	50 (1975)	55 (1980)	60 (1985)	平成2 (1990)	3 (1991)	4 (1992)	5 (1993)	6 (1994)
学校数	46	46	46	50	70	79	80	80	80	80	80	80
入学定員 (専業入員)	2,870	2,840	3,550	4,380	7,120	8,260	8,340	7,835	7,815	7,775	7,775	7,755

資料：文部省高等教育局

医師の平均年齢

年度	昭和55 (1980)	56 (1981)	57 (1982)	59 (1984)	61 (1986)	63 (1988)	平成2 (1990)	4 (1992)
医師全体	48.2	48.1	47.9	47.5	47.3	47.2	47.2	47.2
診療所の開業医	56.4	56.6	57.1	57.8	58.5	59.1	59.7	60.2

資料：厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

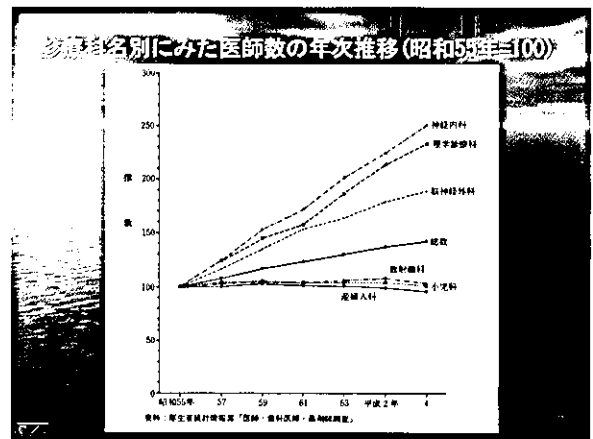
設置主体別にみた医科大学・医学部数と入学定員(専業人員)の推移

	昭和28年度 (1953)	30 (1955)	35 (1960)	40 (1965)	45 (1970)	50 (1975)	55 (1980)	56-59 (1981-1984)	60 (1985)	平成2 (1990)	7-8 (1991-1992)	9-10 (1993-1994)	11-14 (1995-1998)	15 (1999)
国立	19	20	21	24	25	34	42	43	43	43	43	43	43	43
公立	14	12	12	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8
私立	13	13	13	13	16	28	29	29	29	29	29	29	29	28
計	46	45	46	46	50	70	79	80	80	80	80	80	80	80
入学定員	2,870	2,820	2,840	3,550	4,380	7,120	8,260	8,360	8,340	7,750	7,710	7,705	7,725	7,730

注：昭和55年度以降には比較医科大学と大医科大学の専門課程(3年次)を含む。  
資料：厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

次に全国医科大学の数の年度別推移を示す表を見つけましたので、見ていただきますと、昭和30年は46校です。40年まで46校です。45年になったら少し増えました。50年で70校になっています。皆さんご存知のように、お医者さんが足りなくなりましたら、政策的に1県1医大という制度ができて、各県に1医大ということになりまして、このようになったわけです。さて、60年になり80校になりましたが、そのへんで入学定員8,340名、翌年からまた減ってきました。というふうに、もう既に60年を越して62年頃には、もう医者が充足したと国はお

考えになったわけですので、それによって今度は10%、入学者を減らすことが始まりました。それで今、このような数になっていますが。その後、幸か不幸か入学定員は減りませんので、幸い小児科、産科もそれほど減らずにすんでいるということだろうと思います。それから医師の平均年齢ですが、これもご覧になっておもしろいことに、医師全体としては大体平均は昭和55年以来少し若くなりましたが診療所の開業医の年齢がどんどん老化しています。先ほど産婦人科のお医者さんの年齢が出てきましたが、全体に見ましてもこのようなことになっています。ここで診療所の機能の低下、特に救急医療機能低下の原因が考えられます。



この診療所の開業医の中で1番多いのは、「内科小児科」標榜医です。従って、「内科小児科」という方が、今までは小児の一次医療もだいが担っておられたということです。それで、かつてはそれでなんとかなったのですが、今の時代になりますと、かかる方の親も、専門医志向が高まっていますし、更に小児医療そのものが大変高度になっていますので、果たして今までのような内科、小児科標榜の先生方にお手伝いいただきましても、現在はどれだけ戦力になり得るか疑問ですが、かつてはそのような形で、小児救急医療もなんとかなっていたのだろうと思うのです。最近では、小児科専門医がそれをすべて扱わなければいけないということですから、恐らく今の小児科医の数が2倍になっても、これは不可能だということになりますので、若手小児科医を増やしまして、小児



救急の課題解決と結びつけるのも大変なことだろうと思っています。そういうことで、今の日本の小児医療は、この様な形で進んでいますので、なかなか小児科医の数を増やすというようなことがあっても大変ではあります。ただ、それにつけても、結局結論的に言いますと、結局医療体制をどうするかということですので、学会では、小児医療体制改革の目標と、作業計画を先ほど衛藤先生からお話がありました。そういうものを進めていって、医療改革をしていくと。また私ども医会の方では、小児医療のグランドデザインを策定し、これを基に小児保健法といった、ひとつの

枠組みをつくって、もうひとつ医療体制を考えてみてはどうか、ということに解決を求めながら、今進んでいるところです。本日のシンポジウムの持ち時間も大分オーバーしておりますので、以上のことを申し上げまして、私からの提言といたします。

**鴨下** どうもありがとうございます。それでは引き続き、小児科学会の会長、最後になりますが、衛藤先生お願いします。特にもうご紹介は不要だと思えます。よろしくお願いします。


## 女性医師の問題

東京慈恵会医科大学小児科教授 衛藤 義勝

衛藤 鴨下先生、ありがとうございました。私の与えられたタイトルは、「小児科学会の女性医師の働く環境改善の取り組みに関して」ということで、スライドをお願いします。

### 女性医師の問題

1. 小児科医の確保
2. 女性の医学部への進出—学生の内35-40%
3. 女性医師の働く環境作り—人的資源として確保
4. 女性医師の特徴を利用し社会資源として利用する
5. 社会、特に男性医師からの理解を必要とする
6. 女性医師に特化した社会環境作り等

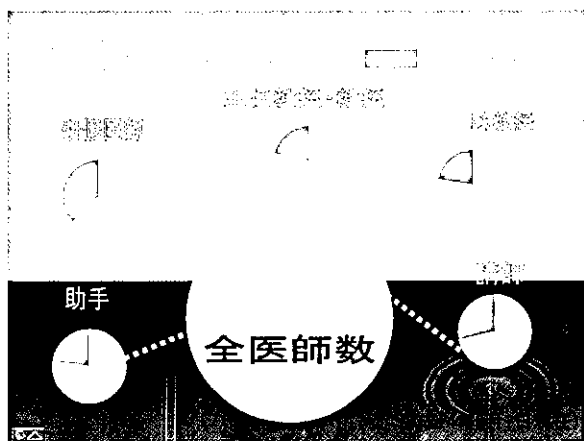


女性医師の問題は、既に児玉先生もお話になりましたし、渡邊先生も充分にお話されたので、あまり付け加えることはないのですが、やはりこの女性の医学部への入学数は、非常に増えておりまして、学生のうち35%から40%くらい。そういう意味で、女性医師の働く環境づくりを学会としては、ぜひ取り上げて、これを政策的に生かしていきたいということで、今日で臨席の谷口先生、厚労省の先生方にこの女性医師の働く環境に対してぜひ取り組んでいただきたいというようなことでお願いを申し上げました。

### 女性医師環境改善プロジェクト 委員長 大澤真木子教授

<b>委員</b> 昭和大学小児科 東京都精神医学総合研究所 奈良県医師会理事/岡本委員小児科 神奈川県庁医療監査課課長 清瀬子供クリニック院長 恵寿赤十字産院副院長 自治医科大学小児科 厚仁堂病院副院長	故 飯倉洋治 菊子 香代 岡本 和義 河西 悦子 清瀬 達子 三石 知佐子 桃井 真生子 山上 実千子 (50音順)
<b>協力者</b> 東京女子医科大学衛生学教室 東京女子医科大学小児科 倉敷市児島市民病院 三井記念病院	加藤 静子 船塚 真・清水 珠子 富山 佳江 山本あつ子
<b>担当理事</b> 清野 佳紀	

そして、実際にこの学会といたしましては、2年前に女性医師改善プロジェクトチームというのを作りまして、委員長を大澤真木子教授をお願いいたし、本当は本日、大澤教授がお話するのが一番よろしいのですが、このようなメンバーで発足いたしました。実際ご承知のごとく、若い人、特に研修医は女性が非常に多い、よく本当に働いていただいています。この件に関してはたくさんの方が既にもうご発表のデータがありますので、いまさら細かいことに関してはお話することはないのですが、年齢とともに女性医師の数は少なくなっているわけで、児玉先生のように非常に大学で活躍している先生はだんだん少なくなっていくわけです。



そういう意味で、女性医師の働く環境作りは非常に重要です。中国の小児科学会、小児科医の数は多く、そのうち女性は9割くらいです。実際になぜそのように女性の数の非常に多い状況で医療ができるかと言うと、アメリカでも女性医師の数は70%くらいで女性医師への支援体制が出来ている点です。

### 女性医師の働く環境作り プロジェクトチーム

1. 子育て支援
  - 1) 安心して預けられる保育所の充実：延長保育、病児保育、学童保育の充実、中途入所
  - 2) 保育サービスの充実
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) 女性医師を雇っている施設への優遇措置
3. 医療資源としての活用：休職中医師、非常勤等
4. 保育施設、ベビーシッターの利用可能な情報公開
5. 周囲の理解、育児期間の代用医師の雇用、学会での託児所の整備等

従って中国等では非常に社会のサポートシステムが良くできているわけです。日本小児科学会では社会での女性医師の働ける環境作りということで、2年前に大澤教授を中心に、子育ての支援システムをお願いし、あるいは勤務制度における改善体制、女性医師を雇っている施設への優遇措置、医療資源として休暇中に働ける環境作り、保育施設あるいはベビーシッターの利用可能な情報公開など、いろいろないくつかのことを提言してまいりました。

### 問題解決法

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) 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
3. 保育サービスの多様化
4. 保母の教育の充実、適性検討
5. 学童保育の改善と充実
6. 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
7. 学会における託児施設に充実およびそれぞれに対する公的補助

このうち、まだ具体的に進んでいる部分はないのですが、この問題解決法といたしまして、ここに挙げるようなこと、さらにこのプロジェクトチームで出していただきまして、例えば、子育て支援で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、病院内での保育園あるいは保育施設の設置など、このようなものを具体的に行政にお願いして、先ほど力強いお言葉をいただきましたが、このようなものを作り上げていただきたい。そして、保育園入園制度上の改善点も、いろいろ制度上の問題もありますし、保育サービスの多様化、保母の教育の充実あるいは適正化の検討など、いくつかの問題点を指摘して、そして今回の学会においては託児所を作っていただいて、大変好評でオーバーするくらいのようなことがありましたが、このようなことで、女性医師が安心して勉強が出来、子育て支援ができるような体制作りをぜひ作っていただきたいということで日本小児科学会でのプロジェクトチームでは提言を出しています。

### 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. 病棟主治医を、複数主治医制、交代主治医制、グループ制とする
3. ワークシェアの導入
4. 育児中の女性医師雇用施設に対する優遇処置、補助
5. 代替え医師制度の確立
6. 医療資源としての活用
7. 新臨床研修制度における配慮

さらに勤務制度上の改善ということで、先ほども何回も出ていますが、勤務形態の多様性を作っていく。それにはやはり、働いている病院の部長さんあるいは教授の方々あるいは病院長の方々の、実際に頭では分かっているようでなかなか具体的には進んでいないわけで、このようなものを実際には進めていかないと、結局はなかなか女性医師が働ける環境ができてこない。それから、病棟主治医を複数主治医制、交代主治医制あるいはグループ制として、女性医師がなるべく働けるような環境を大学内あるいは病院内に作っていく。それからワークシェアの導入、育児中の女性医師の雇用施設に対する優遇措置あるいは補助、こういうものを作っていただきたいと各病院あるいは大学にこういうものを、やはり提言しながら進めていく。それから実際に女性医師が休んだ場合に、代替の医師制度の確立、あるいはさらに医療資源として登録しながら、やはり女性医師を活用していくような学会としての取り組みも今後必要ではないかと思えます。また、新臨床研修制度においては、非常にまだ問題があります。実際にはご主人と妻が全然違うところに働く病院の配置が行われるというようなこともあります。そういう意味

で、新臨床研修制度における新しい取り組みも今後必要かと思えます。学会といたしましては、この女性医師の働く環境改善は非常に重要な課題として位置付けていまして、さらにこれをこの行政に反映させていただくために、ぜひここに掲げたいろいろな課題がありますが、行政の方にも理解していただきながら、また同時にこの学会に参加していらっしゃる皆さん方、特に男性の医師のご理解、そしてそこに働いている指導者の方々のご理解をいただいて、これをできるだけ早急に一つひとつ問題を片付けて、女性医師が安心して働ける環境作りに取り組んでいただきたいと思えます。以上です。どうもありがとうございました。

**鴨下** ありがとうございました。女性医師の大変いろいろな重要な問題をご指摘いただきましたが、それでは時間が大変迫っておりますが、一応講演いただいた先生、それから指定発言をいただいた先生方、壇の上にご発表の順番にこちらから並んでいただけますでしょうか。総合討論の時間を持ちたいと思ひまして、その司会は清野先生をお願いいたします。10分くらい時間を延長していただけるそうです。