

表 160E1

E1 医療安全対策による業務量はどの程度、変化していますか					
		大変増加している	増加している	増加していない	合計
大学病院	度数	5	4	1	10
	%	50.0%	40.0%	10.0%	100.0%
公的病院	度数	5	5	1	11
	%	45.5%	45.5%	9.1%	100.0%
私的（一般）病院	度数	16	64	5	85
	%	18.8%	75.3%	5.9%	100.0%
合計	度数	26	73	7	106
	%	24.5%	68.9%	6.6%	100.0%

表 161E2

E2 訴訟リスクが気になりますか						
		大変気になる	気になる	ある程度気になる	ほとんど気にならない	合計
大学病院	度数	5	4	1		10
	%	50.0%	40.0%	10.0%	.0%	100.0%
公的病院	度数	4	6	1		11
	%	36.4%	54.5%	9.1%	.0%	100.0%
私的（一般）病院	度数	30	31	21	1	83
	%	36.1%	37.3%	25.3%	1.2%	100.0%
合計	度数	39	41	23	1	104
	%	37.5%	39.4%	22.1%	1.0%	100.0%

表 162F1

F1 現在、医師が携わる業務のうち、およそ何%を医師以外の他職種に業務を委託できると思いますか								
		ほとんどない	10%前後	20%前後	30%前後	40%前後	50%前後	合計
大学病院	度数			8		1		9
	%	.0%	.0%	88.9%	.0%	11.1%	.0%	100.0%
公的病院	度数	1	2	6	2			11
	%	9.1%	18.2%	54.5%	18.2%	.0%	.0%	100.0%
私的（一般）病院	度数	8	29	31	13	1	3	85
	%	9.4%	34.1%	36.5%	15.3%	1.2%	3.5%	100.0%
合計	度数	9	31	45	15	2	3	105
	%	8.6%	29.5%	42.9%	14.3%	1.9%	2.9%	100.0%

表 163F2

F2 外来患者は、逆紹介を積極的に行い、なるべく診療所でみてもらうべきであるとおもいますか					
		そう思う	ないそうは思わ	分からない	合計
大学病院	度数	9		1	10
	%	90.0%	.0%	10.0%	100.0%
公的病院	度数	8	1	2	11
	%	72.7%	9.1%	18.2%	100.0%
私的（一般）病院	度数	40	32	13	85
	%	47.1%	37.6%	15.3%	100.0%
合計	度数	57	33	16	106
	%	53.8%	31.1%	15.1%	100.0%

表 164F3

F3 医師の離職						
		1) 院内の医師でも仕事 が増加して退職した人が いる	2) やめたいといっ ている人がいる	3) あまり離職の 話は聞かない	1) 院内の医師でも仕事が増 加して退職した人がいる&2) やめたいといっている人がい る	合計
大学病院	度数	2	2	1	4	9
	%	22.2%	22.2%	11.1%	44.4%	100.0%
公的病院	度数	2	4	4	1	11
	%	18.2%	36.4%	36.4%	9.1%	100.0%
私的（一般）病院	度数	8	18	55	3	84
	%	9.5%	21.4%	65.5%	3.6%	100.0%
合計	度数	12	24	60	8	104
	%	11.5%	23.1%	57.7%	7.7%	100.0%

表 165F4

F4 以前と比べた場合、職員が患者から感謝される度合いは変化していますか						
		以前より感謝さ れることが多い	以前と変わらな い	以前と比べて感 謝されることが 少ない	どちらとも言え ない	合計
大学病院	度数		4	4	2	10
	%	.0%	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
公的病院	度数		3	7	1	11
	%	.0%	27.3%	63.6%	9.1%	100.0%
私的（一般）病院	度数	12	25	41	7	85
	%	14.1%	29.4%	48.2%	8.2%	100.0%
合計	度数	12	32	52	10	106
	%	11.3%	30.2%	49.1%	9.4%	100.0%

女性医師の就業支援について

1. 目的

わが国の医師の需要と供給は、数は足りているものの診療科、都市部-地方、病院-診療所、日勤帯-当直帯などに偏在が生じていることが問題となっている。この原因として、女性医師の増加、臨床研修医制度に伴う若年医師の意識の変化、中高年医師の開業志向などがあげられている。

女性医師の増加は、英国、米国、北欧、オーストラリア、カナダ、スイスなどでも認められ、医療人材政策に大きな影響を与え始めていると報告されている。女性医師の就業は、男性医師とは、診療科の選択、就業継続、就業場所、就業組織、就業時間、仕事と家庭の比重の置き方、職位、収入、母性を含む健康状態など様々な点で異なることが報告されている。

今後、医療職を適正に配備するためにも、年齢および性に考慮した医師の就業選択に及ぼす因子を特定する必要がある。就業選択には、国の施策、病院の職務環境、保育や介護などの社会インフラの整備、そして個人レベルの選択要因が関係する。

わが国において、女性医師調査は、大学、医師会、学会などで行われているが、ほとんどが横断調査であり、また、医療人材全体として俯瞰している調査報告は少ない。海外のような長期コホート調査がほとんどないため、いかなる因子が就業選択に関わっているのかも未だ明らかにされていない。

また、各地の医師不足問題から、昨今女性医師に対する様々な施策が講じられているが、その有効性に関する検証も不十分な状態である。

女性医師の就業選択因子について、1) 既存の横断的、縦断的データを整え、2) 様々な施策の検証を行い、3) 海外の先行研究を調査し、4) 就業形態選択の因子を解明するためのコホート調査を組むことは、今後の医療人材戦略に有効であると考えられる。

また、女性医師のみならず、若年医師 (Generation X あるいは Me-generation) の就業もワークライフバランス重視になっていることが報告されており、性年齢、世代に注目した就業選択要因を調査することは重要であると考えられる。

2. 方法

- 1) わが国における女性医師の就業形態に関するデータ収集
 - i) 大学、大学同窓会、医師会、病院会、学会に女性医師の就業に関するデータ収集
 - ii) 「女性医師」、「労働環境」、「ワークライフバランス」、「ワークライフコンフリクト」、「離職」、「ストレス」などを主たるキーワードとし、医学中央雑誌を二次資料として、症例報告を除いた原著、特集、総説および会議録について検索を行い抽出する。
- 2) わが国における女性医師就業支援策のデータ収集を行い、就業選択との関連を調査する
 - i) 大学、大学同窓会、医師会、病院会、学会に女性医師の就業支援策に関するデー

タを問い合わせる。

ii) 「女性医師支援」、「保育」、「メンター制度」、「復職支援」、「離職」、「短時間正社員制度」、「ワークシェア」、「フレックスタイム」、「キャリア支援」を主たるキーワードとし、医学中央雑誌を二次資料として、症例報告を除いた原著、特集、総説および会議録について検索を行い抽出する。

3) 海外における女性医師の就業形態選択に関する文献を調査する

「women doctor (physician)」、「work condition」、「work life balance」、「work life conflict」、「part-timer」、「intension to quit」、「recruit」、「job leave」、「academic medicine」、「mentorship」、「stress」、「burnout」、「engagement」、「cohort study」などをキーワードとして文献検索を行う。

4) 就業選択因子を特定するための長期コホート調査を行う。

3. 期待される効果

- 1) 医師の需要と供給における女性医師のデータが整備される
 - 2) 医師の需要と供給における女性医師関連の欠落しているデータが明らかになる
 - 3) 医師の就業選択に及ぼす因子が抽出される
 - 4) 女性医師の実態に沿った就業支援策が明らかになる
 - 5) 女性医師の活用が進むことで、医師不足が改善させる可能性がある
 - 6) 女性医師の活用を検討することで、医療者全体のワークライフバランスが整う可能性がある。
-

背景

日本の近代的医師免許制度による女性医師は、1885年に初めて誕生し、1965年10,128人、2006年には47,929人になり、増加傾向にある。2006年には、医師全の17.2%となった（医師・歯科医師・薬剤師調査）。

卒後の女性医師の就業率は、1998-2004年の平均をみると卒後10年78%程度に落ち、その後徐々に回復し、80%代を維持し、卒後30年では、男性を上回る就業率となる。しかしながら、就がフルタイムかパートタイムであるは、明らかでなく、労働力や技能の維持どの程度できているかも明らかではない。職者の統計はほとんど無いため、離職の因や、復帰要因なども不明である。

医師国家試験の女子合格者は、徐々に昇し、2009年には34.2%になった。このま女性の医学部進学者が増加すると、2050は、50%になると推定されている。

各診療科における女性医師割合は、平成年の調査では、皮膚科38.0%、眼科36.8%、科31.2%、産婦人科22.1%で、外科系にお女性比率は低値に留まっている。

勤務場所は女性の方が男性よりも病院か診療所への移行が早い卒後年数で起こり、行率も高いことが明らかになっている。

一方、所定内現金給与額については、平12年は女性753万円（平均年齢37.0歳）、性885万円（平均年齢37.4歳）と格差をじており、また、女性医師の管理職登用状を大学医学部教授職に占める女性医師の数見ると約2%と極めて少なく、管理的業務の進出が遅れていることがわかる。

また、2002年に日本女医会が行った、学会における理事の女性比率、専門医、認定医の取得状況調査によれば、たとえ女性構成比率が高くても、理事などの管理的立場の女性比率はきわめて低く、専門医、認定医取得率も男性を下回ることが明らかになっている。

女性医師、特に若年女性の数が増加することは、今後の医学、医療体系に大きな影響を及ぼす可能性がある。特に母性保護としての深夜労働の免除や育児休業などは、人的・財政的問題とリンクしており、政策を含めた実効性の高い解決方法を探る必要がある。高い専門性を維持するために、再教育制度も焦眉の問題である。母性保護やセクシャルハラスメントの問題に加え、男女ともに労働時間を含めた労働環境の整備、技能の向上と活用、家庭と仕事のバランスなどについて、医師という職能・職務に特化した現状把握を行い、問題点を洗い出すことが重要であると考えられる。

図22 卒後年数別医師数、男女別

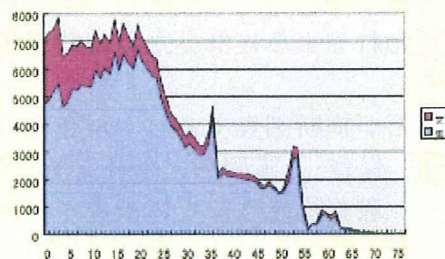


図5 就業率 免許取得後、男女別、1998-2004平均

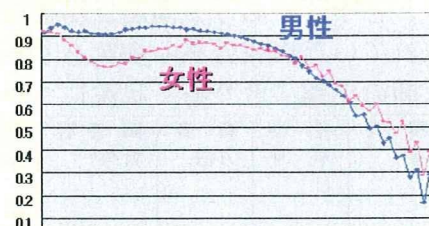


図8 女子医学生将来推計

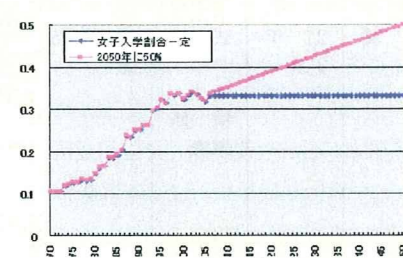
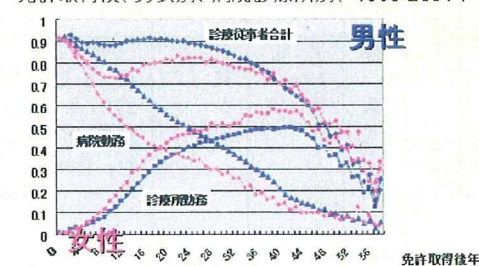


図12 就業率 免許取得後、男女別、病院診療所別、1998-2004平均



医
に
更
体
剤

で

を
業
か
が
離
原

上
ま
年
に

16
小
児
け
る

ら
移

成
男
生
況
で
へ

わが国における女性医師調査

医師の需要と供給に女性医師の就業が大きな影響を及ぼすことが明らかになり、多くの調査が行われるようになった。現状で把握できているデータは十分でないが、代表的なものを示す。

ほとんどが横断調査であり、現在勤務している女性医師を対象にしているものが多い。労働実態、保育・介護関係、復帰支援、男女差別、セクハラに関する調査が多い。就業継続阻害因子、職務満足度などの調査が数件存在している。医師会調査においては、開業医も含まれており、勤務医から開業医、あるいは休職している医師に対し、離職要因や復帰の希望、復帰阻害となっている因子について設問を設けている。

外科学会においては、専門医取得、手術件数など医師としての専門性の維持に関する設問があり、各学会における問題点が抽出されている。

把握されていない報告書も多数あると考えられ、報告書および文献検索を行うは、日本の女性医師の実態、取り巻く状況について考察する上で重要である。

報告書名	調査者	発表年月日	調査方法	調査対象	Demographic	勤務実態	離職休職の有無	就業継続の阻害因子	その他調査内容
女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書	日本医師会	平成21年3月	自記アンケート・横断調査	全国女性勤務医	年齢、婚姻、子供の有無、同居者	専門診療科、契約労働時間、実労働時間、当直、休日勤務、休日勤務形態、勤務形態、勤続年数、職位	○	仕事と家庭の両立 勤務の実態 休業中の身分 産休・育児休業 育児支援 介護支援 キャリアアップの支援 セクハラ。男女差別	配偶者の職業 家事負担 女性医師バンクの認知度 日本医師会の入会 日本医師会の活動
日本外科学会女性外科医支援助会報告書	同委員会 川瀬美慈(恵大)	平成19~20年実施	自記アンケート	一般会員男性2731名、女性464名、代議員	性年齢、卒後年数、婚姻、子供の有無、配偶者の職業、同居者の有無	専門分野、勤務場所、勤務形態、職位勤務時間、当直、休日勤務、収入、アルバイト、術数、職務満足度	○	仕事と家庭の両立 勤務の実態 休業中の身分 産休・育児休業 育児支援 介護支援 キャリアアップの支援 セクハラ、男女差別	仕事と自分の時間の価値、結婚の希望、子供の希望、後輩に外科を勧めるか、家事、
日本小児腎学会	同学会員	平成19年	自記アンケート	男女会員	性年齢、婚姻、子供の有無	勤務場所、勤務形態、当直、育児、勤務環境の満足度	○		専門医の有無、専門医維持の困難性、学会に男女共同参画委員会が必要
産婦人科女性医師の有する諸問題に関する調査	日本性保護婦科医会	平成8年	自記アンケート	産婦人科医局長女性産婦人科医	性年齢、婚姻、子供の有無	勤務場所、勤務形態、勤務時間、当直、休日勤務		男女差別、産休、育児休業、育児支援、学会、研究活動、産婦人科である	産婦人科を選んだ理由。医局旅行

アンケート調査									ことや医師であることが結婚の障害か、家事、夫の転勤	
女性医師の活性化について	東京都医師会女性問題検討委員会	平成15年	自記アンケート	13医科大学、50病院629名女性医師	性年齢、婚姻、子供の有無、卒後年数	専門診療科、勤務形態、労働時間、当直、日直、収入、自由時間、男女差別	○	家事、育児、職場の理解、産休、育児休業、保育施設、勤務時間配慮	医師を選んだ理由、	
卒後11-15年目の医師の労働形態に関する調査報告書	日本医女会	平成16年	自記アンケート	7大学同窓会、女性医師287人、男性医師186人	性年齢、卒後年齢、婚姻、子供の有無	専門診療科、勤務形態（開業、休職を含む）、職員、勤務場所、労働時間、当直、日直、収入、保育状況	○	就業の障害因子、継続のための因子仕事の満足度、保育の有無、職務形態変更の時期、		
女性医師勤務に関するアンケート	石川県医師会女性医師検討委員会	平成18年	自記アンケート	80施設管理者	施設：女性医師の比率、保育施設、育児、フレックスタイム・ワーキングシエアの有無、再教育制度					
女性医師アンケート	石川県医師会女性医師検討委員会	平成18年	自記アンケート	女性医師277人	性年齢、卒後年齢、婚姻、子供の有無	専門診療科、勤務形態（開業、休職を含む）、職員、勤務場所、労働時間、当直、日直、収入、保育状況	○、休業からの復帰の意思	就業継続の障害因子、家事・育児の実態、休業中の医師の補充	保育施設、医局、医師会に望むこと	
女性医師の環境に関するアンケート調査報告	栃木県医師会	平成20年	自記アンケート	女性医師351人	性年齢、卒後年齢、婚姻、子供の有無、出身地、居住地	専門診療科、勤務形態（開業、休職を含む）、職員、勤務場所、労働時間、当直、日直、収入、保育状況	○、休職の理由、復職の状況	就業継続の障害因子、家事・育児の実態、休業中の医師の補充、長期離職からの復帰支援	配偶者の年齢、職業、勤務状況、	
女性の生活、修飾、職業に関するアンケート結果報告	宮城県医師会	平成12年	自記アンケート	女性医師206人	性年齢、卒後年齢、婚姻、子供の有無、出身地、居住地	専門診療科、勤務形態（開業、休職を含む）、職員、勤務場所、労働時間、当直、日直、収入、保育状況		保育、育児、職場での男女差別、セクハラ	地域医療活動、日常生活（睡眠時間、自由時間、健康対策、嗜好）、引退希望年齢	
女性の生活、	宮城県医師会	平成12年	自記アンケート	24医局	女性医師数、率、					

修飾、職業に関するアンケート結果報告	師会		アンケート		職位、女性医師の受け入れの問題点、女性医師への配慮(産休、育児介護支援)				
女性医師の勤務実態に関する調査	全国医学部長会 全医部病長議	平成 ? 年	自記アンケート	76 大学管理者 / 1808 名 女性医師	性年齢、卒後年齢、婚姻、子供の有無、出身地、居住地	専門診療科、勤務形態(開業、休職を含む)、職員、勤務場所、労働時間、当直、日直、収入、保育状況	○、休職の理由、復職の希望、休職継続の理由	保育に関する詳細な項目	婚姻、出産と勤務変更の関係、地域別、年代別の詳細な解析
日本女医の実態調査報告	日本女医会	昭和 60 年 (1985 年)	自記アンケート	女性医師 5382 人	性年齢、卒後年齢、婚姻、子供の有無、収入	専門診療科、勤務形態(開業、休職を含む)、職員、勤務場所、労働時間、当直、日直、収入、保育状況	○、休職の理由、復職の希望、休職継続の理由	結婚や保育と就業の関連理由	近親者の有無、健康状態、睡眠時間、自由時間、嗜好、地域活動、医師になった動機、専門科を選んだ動機、引退の時期、老後、関心分野、医師過剰な時代の女医の生来

女性医師支援策について

現在、女性医師支援策として行われているものには、文部科学省科学技術振興調整費「女性研究者支援モデル育成」事業、文部科学省教育支援プログラム「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム(医療人 GP)」、文部科学省「社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム」および各地の医師会、日本女医会、各大学医学部、各病院、民間団体の試みがある。

支援策としては、1) 短時間勤務制度、2) 院内保育園あるいは病児保育の設置、3) 保育・介護に関する人的あるいは費用負担、4) キャリア支援、5) 在宅勤務あるいは教育支援、6) メンター制度、7) 交流会などネットワーク事業、8) 復帰プログラム、などである。平成 18 年あるいは 19 年度から開始されたものが多く、未だその効果判定は途上であるが、評価方法の検討など今後の解析が必要である。

1) 文部科学省関連

プログラム	施設	対象者	内容
平成19年医療人GP	旭川医科大学	女性医師、看護師	育児と介護をささえるオールホスピタル計画 －5段階教育プログラム「二輪草プラン」で安心復職－ http://www.asahikawa-med.ac.jp/hospital/nirinsou/homepagemain.html 復職支援研修センターを設置し、5段階ごとの教育プログラム、医学や院内情報の提供。多様な就業環境を整備。 子育て・介護センターにて24時間保育所、小児科医との連携にて緊急時保育に対応。
	筑波大学	女性医師、看護師	女性医師看護師キャリアアップ支援システム http://www.s.hosp.tsukuba.ac.jp/iryojinGP/iryoGP2/activities/index.html キャリア支援室を設置、短時間正規雇用制度。時間外保育、代診制度 茨城県医師会との協働
	神戸大学	女性医師、看護師	D&N ブラッシュアップ教育の組織的展開 －女性医師・看護師の職場復帰に向けたネットプログラム・キャッチアッププログラムの開発－ http://www.hosp.kobe-u.ac.jp/dn/outline/index.html 妊娠出産育児のステージにあわせた情報提供、ロールモデルの提示、医療情報のオンライン提供やビデオカンファレンス講座、スキルラボ、双方向掲示板システム、講義や診療への参加
	島根大学	女性医師、看護師	新しいキャリア継続モデル事業 －しなやかな女性医療職をめざして－ http://www.shimane-med.ac.jp/hospital/woman/mokuteki.html 学生からのキャリア教育、男性職員教育、相談窓口設置とメンター制度、院内保育所と連携したシッター養成 IT を利用した在宅学習や遠隔診断システムの開発と運用
	岡山大学	女性医師、看護師	女性医師・看護師の臨床現場定着及び復帰支援 http://www.okayama-muscat.jp/jyosei/ http://www.okayama-muscat.jp/index.html キャリアセンター設立し、最適助言者紹介システムを作る。家庭と両立可能な復職支援コースを設ける。高機能シミュレーションを用いた危機管理シミュレーション、麻酔技術トレーニングを行う。ワークシェアリングを含む柔軟な復職コースと休職中のスキルアップコースを設ける
	九州大学	女性医師、看護師	女性医療人きらめきプロジェクト http://kirameki.med.kyushu-u.ac.jp/main/index.php 内外に開かれた女性医療人教育実践センターを設立する。人材バンクと継続的な教育プログラムを提供する。教育プログラムはe-ラーニングが自宅でもできるような通信環境を整備する。非常勤医師と看護師がワークシェア、フレックス制で運営する女性外来を設置する。
	大阪市立大学	女性医師、看護師	子育てとキャリアアップの両立をめざして ： 地域と連携した女性医師・看護師支援システムの構築 http://www.med.osaka-cu.ac.jp/cfdn/ 休職中の女性医療者にスキルトレーニング、e-ラーニング、復職カウンセリングを行う。大阪市女性医師ネットワークと地域連携システムを作る。大学病院で母乳育児支援、大学病院で病児保育、多様な雇用形態で10人女性医師雇用、情報共有化と職場の意識啓発
	自	女性	自治医科大学女性医師支援プログラム

	治 医 科 大 学	医 師、 看 護 師	http://www.jichi.ac.jp/hospital/women/index.html 男女とも短時間勤務制度、思いやり外来雄設置。NPO 法人と連携して「保育 パママ制度」を作る。女性医療センターを設立し、復帰希望者にスキルトレ ーニングを行う。
	和 歌 山 県 立 医 大	女 性 医 師、 看 護 師	女女性医師の出産育児休業からの職場復帰支援 ー特に FD 教育による意識改革とコーチングによる自己実現プログラムー http://www.wakayama-med.ac.jp/med/iryojinGP/program/hatano.html 女性医師支援センターを設立。意識改革とコーチングにて、就労継続、復帰へ の意欲を支援する。
平 成 18 年 医 療 人 GP	長 崎 大 学	女 性 麻 酔 医 師	女性医師麻酔科復帰支援プロジェクト http://www.med.nagasaki-u.ac.jp/anesthes/mama-masuika/index.html ーママ麻酔科医と他分野女性医師の麻酔科復帰支援により麻酔科医養成シス テムの再構築を図る
	横 浜 市 立 病 院	女 性 医 師	不足診療分野の長期専門医研修コースの導入 ー病院内子育て支援体制の充実ー http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~iryogp/ 不足診療分野の研修医を対象に、「長期専門医研修コース（4～6年間）」を導 入して、育児中は週1～2日の研修として、病院内保育所で子育て等も支援す る。また、専門の診療能力を維持・向上させ、緊急時の対処法も修得できるよ う指導する。
	慶 應 義 塾 大 学	女 性 医 師	新たな複合研修による質の高い医療人養成 ー産科・小児科・救急医療に関わる新たな診療形態の創出による人材育成と女 性医師の登用ー http://web.sc.itc.keio.ac.jp/pedia/GPtop.html 小児科・産科あるいは小児科・救急医学を併せた「周産期専門複合研修」、「小 児救急を包含する ER 型救急専門医研修」という従来の診療科の枠組を超えた 新研修カリキュラムを設ける。「周産期コーディネータ」「小児慢性疾患コーデ ィネータ」短時間勤務の職種を創出する。IT 技術を利用した e-learning によ る研修を活用する。
	信 州 医 大	女 性 医 師、 大	生命を育み救う信州医療ワールドの人材育成 ー地域医療人育成センターを中核とした医師の分野別偏在解消のための卒 前・卒後・生涯一貫研修 http://www.shinshu-u.ac.jp/faculty/medicine/group/gpcenter/ http://www.shinshu-u.ac.jp/faculty/medicine/group/gpcenter/activities/woman_doctor/index.html 女性医師支援センターを設立し、キャリアカウンセリングを行う。女性医師の キャリアについて考える選択講座開講。性差医療選択講座開講。
平 成 19 年 社 会 人 学 び 直 し	東 京 医 科 歯 科 大 学	女 性 医 師	ママさんドクターリターンプログラム http://www.tmd.ac.jp/mdc/return/program.html 離職女性医師対象に、大学医学部における講義とスキルラボ、提携医療機関で の実務実習にて復帰を支援する。
	東 京 女	女 性 医 師	女性医師再教育センター http://www.twmu.ac.jp/CECWD/index.html 人材派遣企業、外部医療機関と連携し、臨床研修を行う。E-ラーニングにて、

	子医大		教育、学習支援プログラムを行う。
平成18年女性研究者モデル支援	東京女子医大	女性医師	保育とワークシェアによる女性研究者支援 http://www.twmu.ac.jp/SCFMS/ 院内に病児保育室を設置し、柔軟な労働時間設定によるワークシェアによる女性医学研究者支援プロジェクト
平成20年女性研究者モデル支援	東京医科歯科大学	女性医師・	女性研究者への革新的支援 http://www.tmd.ac.jp/mri/ang/ NPO 法人と共同し、派遣型病時保育 medical package を作成。交流会、キャリアカウンセリング室設置、短時間性職員制度、フレックスタイム、オンラインフォーラム、病院・大学におけるワークライフバランス指標の開発
平成20年度大学病院連携方高度医療人養成推	琉球大学	女性医師	多極連携型専門医・臨床研究医育成事業 専門研修センター 女性医師部門 http://www.rky-cfrp.jp/woman-doctor.html キャリア教育、復職支援、意識改革、インフラ整備など

進 事 業			
-------------	--	--	--

2) 厚生労働省関連

プログラム	施設	対象者	内容
女性医師バンク	日本医師会	女性医師	女性医師バンク https://www.jmawdbk.med.or.jp/app/PZZ000.MAIN 離職している女性を登録し、女性医師募集医療機関とのマッチングを行う
国	大学、病院	医療者	病院内保育園 予算 http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-13j.pdf

3) 日本医師会関連

プログラム	施設	対象者	内容
国	日本医師会	女性医師バンク	女性医師バンク https://www.jmawdbk.med.or.jp/app/PZZ000.MAIN 離職している女性を登録し、女性医師募集医療機関とのマッチングを行う

4) 日本医師会以外の団体、医師ネットワーク関連

プログラム	施設	対象者	内容
社団法人	社団法人日本女医会	医師、医学部生	女性医師支援委員会 http://www.jmwa.or.jp/ 女性医師に関する調査、キャリアデザインセミナー、地域において医師と医学部生の交流会、研究助成金、女性・高齢者・子どもに関する医学・医療の研修会
有限責任中間法人	大阪府女医会	女性医師	http://www.osaka-joikai.com/ 女性医師ならびに女子医学生の意識調査・支援シンポジウム、交流会など
	宮城県女医会	女性医師	女性医師調査、星陵地区病児保育施設への支援(大学同窓会、大学医員と共同)
地域施策	山形女性医師ネットワーク	山形で勤務の女性医師	http://yamajoseiishinet.fc2web.com/ キャリアに関するシンポジウム、女性医師・医学部生の交流会、ネットによる保育情報

5) 病院関連

プログラム	施設	対象者	内容
病院施策	大阪厚生年金病院	医師、研修医、レジデント、臨時職員	http://www.okn.gr.jp/ 育児中の勤務体制の柔軟性(短時間、フレックス勤務など、身分の保証)、育児支援(3年の育児休業)、当直免除、外部当直者の配備、院内に病児保

			<p>育室（定員 3 人、当日の電話でも対応、1 日 2000 円でお昼、おやつ 2 回付）と院内保育所を設置、○院内に 24 時間コンビニ、A T M を設置、駐車場は子育て中の職員、夜勤の看護師を優先、産科はオープンシステムを導入。助産院、クリニック 60 施設が登録</p> <p>（結果）男女医師・病院スタッフの離職の低下、過重労働の是正、研修医希望者の増加、分娩数の増加、増収</p>
	足利日赤病院	医師、職員	<p>http://www.ashikaga.jrc.or.jp/</p> <p>育児休業法の基準を上回り 3 歳まで育児休業を取得できる制度、産前休暇について労働基準法の基準を上回る出産 7 週間前から取得できる制度、妊娠・出産等を理由に退職した女性医師の再教育及び再雇用制度（日本赤十字社の制度のほか、足利赤十字病院独自の仕組みも導入）や、事業所内に託児施設を設置し、保育士が代理で病気の子どもの外来受診ができる制度</p>
病院施策	大阪厚生年金病院	医師、研修医、レジデント、臨時職員	<p>http://www.okn.gr.jp/</p> <p>育児中の勤務体制の柔軟性（短時間、フレックス勤務など、身分の保証）、育児支援（3 年の育児休業）、当直免除、外部当直者の配備、院内に病児保育室（定員 3 人、当日の電話でも対応、1 日 2000 円でお昼、おやつ 2 回付）と院内保育所を設置、○院内に 24 時間コンビニ、A T M を設置、駐車場は子育て中の職員、夜勤の看護師を優先、産科はオープンシステムを導入。助産院、クリニック 60 施設が登録</p> <p>（結果）男女医師・病院スタッフの離職の低下、過重労働の是正、研修医希望者の増加、分娩数の増加、増収</p>

E. 医療の質、安全性の考察

9. 病院における5S

10. 医療安全と信頼のコミュニケーション

病院における 5 S 導入

1. 背景：保健医療サービス提供者の置かれている環境

現在、病院をはじめとする保健医療サービス提供者は、大変苛酷な環境におかれている。日本で言えば平均在院日数の大幅な短縮により病棟における患者の入退院数が増加し、重病患者が増加している。また臨床研修制度の変更により、大学病院での医師不足の発生、医局から派遣された医師の呼び戻しなどにより、特に地方の自治体立病院は深刻な医師不足にさらされている。更に 2006 年の診療報酬改訂により 7:1 看護が導入されたことにより、看護師の争奪戦が始まり、医師同様、地方において看護師の確保が困難な状況となっている。一方、医療ミスの報道、訴訟が増加するにつれ、患者側からの要求や医療安全を含めた行政からの要求（人員配置や書類作成など）と共に病院のリスク管理の観点から多種の同意書作成など病院内業務を増大かつ複雑化させている。

米国も同様の状況が発生しており、病院マネジメントに産業界の知恵を導入することを目的に 1997 年より「医療の質改善に関する全米実証プロジェクト (NDP : National Demonstration Project)」が実施された。米国での NDP の実施以降、日本でも病院サービスの質向上の一手段として、TQM の実施が見直されつつあり、ここの病院の活動のみならず「医療の TQM 推進協議会」の発足（1999 年）、日本版 NDC の実施（2000 年）など組織的な取り組みが開始されている。

途上国では、先進国以上に問題は深刻であり、特に病院における人材定着は途上国の大きな課題となっている。

このように保健医療サービス提供者は増大する業務量に対して必要な人員を確保することができないという袋小路にはまっている。この状況を打破するには人員を増加せずに増加しつつある業務をこなさなければならない。つまり各人の業務を取捨選択し、本当に必要な業務を効率的に、実施することが望まれているのである。このような状況は経済状況から見れば不況下と同じであり、製造業、特に日本の基幹産業では、時代や産業によって異なるものの 5 S や QC、TQC、TQM といった改善活動を行い、不況の荒波を乗り越えている。

2. 目的：5 S の有効性

同様に、病院においても改善は大変重要であり、不況下でこそ、その真価問われる。

改善には様々な対象、段階、項目があるが、本論では病院における 5 S 実施は有効か、その促進阻害要因は何か、どのような課題があるかに焦点をあて検証したい。

筆者は日本の産業界の改善を病院サービスの質向上に適応させて成功したスリランカ

の事例をベースに、アフリカ諸国の病院に5S、CQI、TQMの導入を試行する、国際協力機構（JICA）のプログラムを支援している。（アジア・アフリカ知識共創プログラム：AAKCP）

本プログラムは2007年3月～2008年11月にかけてアフリカの8カ国を対象に実施され、対象国のパイロット病院に5Sを根付かせることに成功し、現在、仏語圏アフリカ7カ国に対する支援を開始している。また上記AAKCPの協力・支援病院であるスリランカの「キャッスルストリート母性病院」では5S、TQM活動を通じて職員が定着したという事例がある。さらに日本の病院に置いても5Sを導入している例が書籍、WEB等で紹介されている。

これら病院における実践事例より、5Sの有効性、その要因を検証したいと考えている。

3. 方法：訪問ならびに文献調査

筆者が支援しているプログラムの対象病院ならびに協力病院における5Sの事例（スリランカ、アフリカ8カ国）の検証ならびに日本国内において5Sを導入している病院の文献（竹田総合病院）ならびにその他の日本の病院への訪問調査、そして国内外で出版されている産業界の5Sの文献を参考し、病院の改善と5Sの関係を検証した。

4. 結果

(1) 5Sとは

5Sとは「整理、整頓、清掃、清潔、しつけ」のローマ字読みも頭文字である「S」をとり、語呂を合わせたものである。「整理」とは不用品を選別、廃棄し必要な品を必要なだけ手元に置くようにすることである。「整頓」とは置かれた品がすばやく取り出せるよう、おき場所を定めたり、マークをつけたりすることであり、「清掃」はごみや埃を排除し、片付けることである。「清潔」は「整理、整頓、清掃」された状態を継続させるために標準化すること（手順書の作成など）であり、「しつけ」とは各職員が「整理、整頓、清掃、清潔」を出来るようにすること（研修や訓練など）である。最初の「3S」がその気になればすぐに実践し、結果を出すことが可能な事項であるのに対し、「清潔、しつけ」は継続性を確保するための活動であることから、中長期的、継続的な取り組みが必要となる。

英語でも5Sという名称であり「Set, Sort, Shine Standardize, Sustain」と訳されている。英語の5Sの方が5Sの本質と捉えているという意見もある。

(2) 産業界における5S（導入の背景）

日本企業の工場で働いている人が海外の工場、特に途上国に行くと、自分の清潔で、静かで整然としているかを実感することがよくある。海外の工場ではどこで使用するか分からない部品が床に散乱していたり、錆びた金属、穴のあいた段ボールが山積みになったり、工具が工具箱に雑然と置かれていたり、機械を動かすたびに埃が舞う光景を見た方も多いと思われる。もちろん日本企業の工場でもこのような光景を見かけることはあるが、5Sが徹底されている工場ではそのようなことはないといわれている。

日本人は子供のころから「家に帰ってきたら手を洗いなさい」とか「おもちゃを片付けなさい」とか「自分の部屋は自分で掃除しなさい」や「御飯をこぼしたら拭きなさい」など家庭の中でしつけを通じて整理、整頓、清掃を学んできた。もちろん日本以外の国でも家庭の中でしつけをしている親はたくさんいるだろうが、日本ではそれが文化として根付いているといわれている（近年は、その家庭でのしつけが崩壊しているという側面もある

が)。よって日本の産業界、特に生産現場である工場において5Sを導入する素地がもともと高いという側面があるかもしれない。

5Sの文献等によると、日本の産業で5Sという名称が定着したのは1980年頃と言われているが、5Sの各項目はそれ以前から取り組まれている。まず産業革命後、日本では明治時代だが、近代工業が産業の主流になると大量生産とともに大量のごみが発生するようになった。また多数の人が働くと彼らからのごみやほこりが発生したり、機械の油などで壁や床、労働者の衣服が汚れたり、大量生産では多数の材料在庫、仕掛かり在庫、製品在庫が発生、必要となる。人が増え、ものが増えたことによって工場は煩雑になっていった。そこで生産管理技術や品質管理技術とともに、掃除が行われるようになった。当時、労働者の職場環境は劣悪で、労働事故の発生とともに労働者のメンタリティの低下とともに生産性も悪化したといわれている。そこで生産性を改善、維持するためには労働者の職場環境を改善すること、つまり掃除がそのために活用されたのである。その後、日本は、第一次大戦時の好景気で大正富豪と呼ばれる人々が生まれたが、終結すると不況になり、工場は合理化をする必要に迫られ、まずは清掃を徹底したといわれている。汚れていてはどれが必要な部品か、材料が見分けることができず、必要な工具がどれかわからない。またせっかく完成した製品も労働者の衣服の汚れで不良品となることもある。そして次に徹底したコスト削減に取り掛かったといわれている。しかし材料の原価を下げたり、給与を下げるには限界がある。そして次に目をつけたのが、生産現場の無駄である。整理、整頓されていないことにより増加した不必要な材料在庫、仕掛かり在庫、製品在庫を削減すること、そして使用されていない生産設備を最大限活用することをめざしたのである。

整理・整頓という言葉は昔からあったが、これに清掃を加え、70年代には3Sといわれていたようである。そして1970年代には5Sのうち3Sが工場に定着するようになったようである。その後、清潔を加えて4Sと呼んだ。清潔は整理、整頓、清掃が継続するための標準化であり、3Sの手法を冊子にしたり、掲示板に表示するなどして共有するようになった。そしてしつけを加えて5Sと呼んだ。しつけは上記4Sを実施するための教育であり、工場では毎年、採用される新しい労働者が熟年の労働者と同様に整理、整頓、清掃を実施できるように、またすべての職場で実施できるようにするための項目である。さらには習慣など「S」で始まるものを加えて6Sという呼び方まであったようだが、結局5Sに落ち着いたようである。

工場で5Sをすすめると以下のような効用があるといわれている。

- ・ すべての作業に必要な部品や工具が順序正しく整頓されるから、労働者の作業を容易にし、作業能率を高めることができる。
- ・ 不整頓の工場に比較して工場のスペースが有効に活用できる。
- ・ 労働者の気分を快活にし、作業を進捗させやすくする。
- ・ 使用する部品の種類、数量、共同器具等の調査、点検が簡単にできる。
- ・ 労働衛生環境が改善され労働災害の防止、危険作業を削減できる
- ・ 施設や機械、設備の破損できる。
- ・ 不良品を削減できる。
- ・ 原材料を節約してコストを軽減できる。

5Sの実施によって工場の基本的な問題の大半は解決可能であるといわれている。そのため現在では5Sは改善、TQMの基礎、前提条件と呼ばれるようになった。

(3) 日本の病院における5Sの歴史

日本では1980年代より民間病院がQCの導入を開始したようであるが、前述のとおり産業界で5Sという言葉が定着したのが1980年代頃といわれているので、病院におけるQC活動では必ずしも5Sが実施されていたとはいえない様である。しかし日本では5Sという用語が使用される以前から、整理、整頓、清掃などが習慣化されていたと考えられることから、日本の病院に置いて5Sという名称が用いられていなくてもその項目は実践されていたと思われる。しかし日本の民間病院でQCが根付かなかったという状況があることから体系的に5Sに取り組んだ病院は少ないと考えられる。

その理由として何点か考えられるが、まず5Sは現場が独自で実施する活動という認識が経営陣にあるのではなかろうか。また2002年以前の右肩上がりの診療報酬改定の中、コスト削減のインセンティブは低かったことも考えられる。

病院における5S活動を紹介する書籍やWEBは少ないが、竹田総合病院における5S活動は書籍にて紹介されている。一般的にはQC活動もしくはTQM活動の一環として実施されており、5Sに特化した紹介は少ないかもしれない。しかしそのTQMに於いても、日本で各病院が医療の質を検討することが必須となって以降に展開が始まったようである。

日本で医療の質向上が問われるようになった背景として①医療が量的には十分拡充されたこと、②疾病構造の変化及び人口構造の変化などを背景として、国民が保健医療サービスの質を問うようになってきたことが挙げられよう。そのような状況を受け1995年、医療機能の第三者評価システムとして（財）医療機能評価機構が設立され、97年より評価認定事業を行っている。その評価領域は経営から臨床まで幅広い。評価を受けるかは病院の意思に任されており、認定の公表も自由に行われている。また2002年の診療報酬改定においては緩和ケア病棟、入院料・緩和ケア診療加算、外来化学療法加算の算定用件のひとつとして同機構による評価認定が位置づけられている。このように自病院のサービスの質を評価し、公表することが経営上のメリットになることから各病院がその恩恵を求めて医療の質向上を目指す土壌が整ったといえよう。また日科技連は2004年5月に日本品質奨励賞の医療版として「医療の質奨励賞」を創設している。

また病院の使命、病院経営者の理念として収益を上げること（安定的な経営）にプラスして安全と言う課題の重要さが認識されるようになったことがあるといえよう。1999年の横浜市立大学病院における患者取り違え事故（医療事故）は医療者への不信を増大させ、医療の質を検証する必要があることを世に知らしめた。医療安全は上記医療事故以降、行政施策としても事例分析、マニュアル・ガイドライン作成などが実施されている。またリスク管理から安全管理へ、つまり事故が起こってからへの対処や事故が起こりやすい状況への対処から、事故が起こりにくい仕組みを作る方向へ変化している。

要する日本の病院は経営的な質の視点のみならず臨床的な質の視点を改善する必要性に迫られたのである。医療安全と収益の両立は企業価値が収益のみならず企業の社会性にも着目したバランス・スコアカードの概念と同じであり、病院の社会性という観点から浸透しつつある。またリスク管理から安全管理への移行はTQMのシステム改善の考え方と同じであり、安全管理の一手法としてTQMの活用が推進されている。

まとめると日本では病院の存在意義や理念が、収支や社会的役割の両立であることが認知されたことにより病院の二本の垂直的な理念、つまり経営陣と医療者の理念が一致し、さらに個人の責任からシステム・組織の改善の必要性が認知されたことにより水平的な課題の共有、つまりグループによる課題の共有がなされた。その要因は、日本の病院による医療事故であり、それをきっかけとして他産業のシステムを取り入れ、その一つとしてTQMの必要性が高まってきたと思われる。TQM実施の前提条件として、5Sもしくは5S活動と

同等の取り組みがQC活動等を通じて実施されたのではなからうか。

(4) 病院への応用事例：竹田総合病院、スリランカ、AAKCP

竹田総合病院は福島県会津若松市に立地する病床数(1035 床)の中期の中核病院である。設立主体は財団法人竹田総合病院であり、本院以外に芦ノ牧温泉病院、介護老人保健施設エミネンス芦ノ牧なども同財団の経営である。当院では 2001 年 4 月に 5 S 推進委員会が立ち上がり、5 S 活動が開始された。その前年から「目標管理制度」が導入され、病院の変革を進める中、現場単位で成果が確認できるツールとして、ある電子機器部品メーカーにおける 5 S の効果を耳にして感心を持ち、5 S の導入を決めた。当院における 5 S の直接的効果としては以下の点が紹介されている。

- ① モノを探す無駄の削減
- ② スペースの有効活用
- ③ ヒューマンエラーの低減
- ④ 院内での事故防止
- ⑤ 患者様・お客様の満足度向上

スリランカの国立キャッスルストリート女性病院のカランダゴダ院長は、日本の産業界で定着している TQM、CQI、5 S などを自分の病院に応用し、病院の質改善のアプローチとし見事、自病院の改善に成功した。

2000 年、院内感染による死亡率の高さに驚いた新任院長、カランダゴダ医師は一般的な製造業向けの TQM のテキストをベースとして病院に TQM を導入した。具体的には病院内に病院カイゼン部門を設置し、5S (整理、整頓、清掃、清潔、躰) の徹底を通じたコストカット、TQM 費用の捻出、改善活動の余剰資金を職員の福利厚生、職場改善チーム (WIT) による CQI 活動などである。つまり産業界の最先端の TQM を学んでそれをうまくスリランカの病院に取り入れたのである。その結果、院内感染の低減、職場環境改善など画期的な成果を挙げている。さらにスリランカ国の TQM アワード受賞などスリランカ国の産業会から高い評価を受け、その成果を全国の病院に広げるべく、同国保健省内に質監理の部署が設置された。また評判の良さが呼び水となり、スリランカ全土から見学や研修の依頼が増えたり、海外からの見学者がやってきたりするなど、職員のモチベーションが継続し、人員も定着した (家族の転勤などやむ終えない事情以外、退職者が出なくなった)。

(独)国際協力機構 (JICA) は、上記、スリランカにおける病院の質改善のアプローチをアフリカに応用すべく、アジア・アフリカ知識共創プログラム (AAKCP) を実施しており、筆者もその活動をサポートしている。もともとは長谷川教授と筆者が、JICA より依頼を受け途上国の病院におけるサービスカイゼン活動を TQM の視点から研究したことに端を発している。その過程でスリランカとタイの成功事例を紹介し、スリランカの事例であればアフリカに応用可能ではないか、という提起から AAKCP の第二弾として実施されることとなった (第一弾は農業案件) (図 1)。本プログラムは、2007 年 3 月より 2008 年 10 月まで実施され、病院の質改善の戦略プラン策定とパイロット病院における質改善活動の定着を目指している。その主な支援活動は、年半の間に 3 回のセミナーと 1 回の巡回指導 (モニタリング) が実施され、改善に必要な資機材購入のための小額な予算が配分のみである (図 2)。対象国 (ケニア、エリトリア、ウガンダ、タンザニア、マラウィ、ナイジェリア、マダガスカル、セネガルの計 8 カ国) は既に無償資金協力や技術協力が実施もしくは予定がある国、政策アドバイザーが派遣されフォローしている国もあれば、今まで JICA との

かわりが薄い病院がパイロットとして選定されている国もあるなど、対象国への過去の日本の支援や現在の日本の支援体制は一律ではない。しかし全ての国がパイロット病院における質改善活動として5S活動（整理、整頓、清掃、清潔、躰）の導入を進め、実施者のモチベーションを維持しつつ、継続的な活動が実施している。

(5) 病院における5S導入の有効性

文献によると、竹田総合病院における5S導入は、組織作りと管理者の教育から始められ電子機器部品メーカーへの見学会などを通じて、5Sへの理解を深めてから開始されている。当初は管理者や5S推進者のみの活動であったが導入4年目から、スタッフをグループに分けスタッフへの意識付けを行いグループの主体的活動にしたところ継続的な活動になったようである。まとめとして5S活動の有効性として、以下の点が挙げられている。

- 1) 短時間で、しかも視覚的効果を確認できる
→整理・整頓を徹底している病院は少ないので、5Sの効果はすぐ確認できる
- 2) 男性よりも女性に向いている
→病院スタッフは女性の方が多いので、活動が徹底しやすい

病院という職場の特色が良く出ている結果であり、病院への5S導入の有効性を端的に示している。また5S、特に「清潔」を通じて病院業務の標準化、具体的には手順などの文書化、継続的な記録の重要性が確認された。さらに外部の5S指導者に対して見せたがらない場所や外部者には分からないという態度が、医療事故の元を放置したり、医療ミスを隠蔽する体質を醸し出していることが明らかになるという副次的効果も生まれている。まとめると全職員がどのように業務を進めればよいかということの開示と、自分たちが患者や来訪者からどのように見られているかという認識、つまり職員に対する「見える化」と患者に対する「見える化」の重要性が認識できたということであろう。

キャッスルストリート女性病院の場合、カラダゴダ院長は当初、医師も含めた全病院的な取り組みとしてTQMの導入を考えたが、医師からの協力を得られず失敗した。その後、病院をきれいにすることから初め、病院の非医療従事者ならびに看護スタッフと共に無理、むら、無駄の排除を行い、5Sを強力に推進した。まずは不要品の選別、廃棄により空いたスペースを職員用のカフェテリアや休憩室、患者付添人の待合室などとして有効活用した。またごみの分別を行い、リサイクル可能なごみを売却し、掃除用具や休憩室の椅子や机、入院患者の私物入れ用ボックスなどを購入した。そして清掃を徹底した。その結果、職場環境が改善され、業務効率が改善され、さらに院内新生児死亡率、院内感染死亡率が減少している(図3, 4)。

AAKCPでは保健医療サービスの質に関する戦略ペーパーの作成とショーケースとしてパイロット病院での5Sがセットとなって実施された。8カ国にて進捗にばらつきがあるものの、おおむね5Sが定着している(図5)。その結果、アフリカの病院とは思えないほどきれいになったパイロット病院もある。これはそれほど資金や労力をかけなくても、途上国の病院が独自に実施可能な範囲でも、5Sの知識を身につけ、その効用を理解し、実行するためのモチベーションを高めれば、病院サービスを改善できることを示唆している。

5. 考察

(1) 促進、阻害要因