

れていますので、離職の理由に、女性の職場の特徴というところが示されているといえます。

一方で、夜勤など、つらい勤務を続けた結果、疲れてきて、いったん休憩したいというような離職の理由もありますし、積極的なところでは、大学院への進学というのも最近では増えてきております。

又、夜勤のない職場を望み、保健師や養護教諭などに移っていくという実態もあって、離職は、毎年 120 名ぐらいは変わらず続いているということになっています。

先ほどの理由を比率で見ますと、毎年、約 40% が女性のライフステージに伴って去っているという実態がわかります。

多くが辞めていく一方、残って働いている人たちはどうなのかというところですが、これは、育児休暇を取っている人たちの年次推移です。母数が増えている関係もありまして、育児休暇を取りながら働いている人たちは年々増えてきています。平成 20 年度から育児部分休業制度が始まり、制度ができれば権利を行使するという状況がありますので、育児休業から復帰した人はほぼ 100 パーセント、この育児部分休業を利用しております。

次に、実際育児をしている人たちが、どこに配属されているのかをみてみます。ほとんどが外来勤務をしております。これは、当院が長年とってきた配置の実態、子育て中の看護師に対する配慮、夜勤負担の軽減を示すものです。

病棟で子育てしている看護師は 42 名います。交替性勤務の手術室勤務を病棟勤務に含めて表示していますので、95% が男性・若しくは管理職となっています。したがって、実際、女性で交替性勤務につき、病棟で夜勤を行っているものは、2・3 名という状況であります。

外来系の子育てしている者の 27% が育児部分休業を取得しており、時間雇用採用者と合わせ、9 時－4 時で働く人ばかりとなり、新たな問題が出てきました。外来系は、一日 3000 人と外来患者さんが増え続け、アンギオ室や内視鏡室では、毎日 8 時ころまで業務がつづくという状況があり、9 時－4 時の前後を働く人がいなくなってしまうという深刻な事態が生じました。

ワーク・ライフ・バランスの推進では、雇用形態の多様性ということがうたわれています。育児部分休業は、多様性の一部ですが、結果、このように女性の職場にだけ、負担が掛かってきてしまっているという印象を抱いています。バランスと言いながら新たなアンバランスを生み出しているのではないかと感じております。

育児部分休業は、平成 20 年、準備をする期間もなく突然始まった感が強く、混乱が生じてしまいました。これに対しては何とかしなければいけないということで、いまは一元化等の体制を組み替えながら対策を立てているところですが、それだけでは、根本的解決とは言えません。

続いて、三つ目の超勤の問題です。超勤に関しては、これもまた職能団体、看護協会が、

「ナースのかえる・プロジェクト」というキャンペーンをはり、働き方を変えるよう推奨しています。私たちは、超勤そのものは、医療提供の場では患者さんの状況によって少なからず発生するものと思っていますが、業務管理や時間管理、実践能力など、個人的な要素と管理的な問題が重なり合って、人が増えても超過勤務が減らないという難しい状況にあります。夜勤のところでもお話しましたが、多様な勤務をとり入れたシフトワーク・思い切った業務改善を方策として考えていかなければならないと思っています。

以上、女性・夜勤・超勤という、看護職の仕事の実態をお示しました。

これらからまとめますと、看護職のワーク・ライフ・バランスのためには、何としても夜勤負担の軽減に尽きるとしています。回数を減らし、一人ひとりへの負担を減らして全体最適を進めなければ、10年までに9割やめてしまうという悪循環から抜けられないのではないかということです。新人の時から時間をかけて培った力を失わず、働き続けられる環境をつくるのが課題です。育児をしながら働く人たちは、時間管理も上手ですし、多重課題にも耐えられる、働き方もうまい、そういう人たちの力も夜勤に組み入れながら進めなければ、そのための方策を考えなければ、2年-4年目だけに夜勤負担を押し付けることを断ち切らなければ、この問題は、永久に解決できないだろうと思っています。

そのためには、お父さんの育児への参加、女性の仕事への理解、夜間保育などのシステムづくりが、ぜひとも必要ではないかと思っています。私は、育児部分休業などの制度の行使は、パートナーに積極的に取得していただくことを望みます。そのことこそが、ワーク・ライフ・バランスだと強く強く思っています。

最後に、ホスピタリティーについて一言。看護協会では、ワーク・ライフ・バランスを進めるに当たって、ガイドブックを広く普及させ、推奨しています。そこでは、「もし、幸せじゃない看護職が看護をしたら、患者さんは不幸、病院は不況。このままでは、不幸が不幸を招く。不幸の連鎖は、必ず止められる！止めるのはあなたです。幸せの連鎖は、看護職のWLB実現から始まります」と訴えています。

私たちは、看護職が幸せに働けることで、患者さんにも幸せを届けられると思っています。「患者満足は職務満足」を合言葉に7年間、職務満足度調査を続けてきました。看護師の職務満足をバロメーターに患者満足を押し量ってきました。今丁度、2月1日から職務満足度調査が始まります。職務満足度調査により、患者満足度のモニタリングを継続して行っていき、看護のホスピタリティーを維持していきたいと思っています。

○司会

フロアから何かご質問とかご意見とかございますでしょうか。

○会場1

正直今まで、医学部人間健康科学科と京大病院の風通しがよくなかったと思います。今後は風通しがよくなることを期待しています。

さっきも大学へ進学するという、積極的な離職という人が増えているというのは非常に

うれしく聞きました。いったん夜勤がしんどくなっても、例えば昼間学校へ行くことが可能であれば、ぜひそういう人にはどんどん進学していただいて、また学んだことを活かして京大病院へ戻って活躍できるという形が広まっていけば理想的ではないかと思います。

医学部になりましたので、看護師にならない学生もいるのは事実ですが、優秀な学生が増えていますから能力は上がっていると思います。

僕も陰ながら全力でサポートしたいと思っております。以上です。

○黒沼

応援メッセージだと思っています。ありがとうございます。

○司会

すごくきわどいご質問をしてよろしいでしょうか。

看護師の離職理由の 1 番が結婚ということでした。個人の価値観はいろいろあると思いますが、その点についてどう思われますか。

ドクターの場合は、結婚を理由に離職のするという事は殆ど無いので、すごく意外に感じました。

○黒沼

これを言うと叱られるかもしれませんが、結婚に逃げているところもあるかもしれません。そればかりではないかもしれませんが。

この離職理由については、表向き出てきているのが結婚だということです。結婚というと辞めやすいということもありますし、結婚と同時に地元に戻って、地元の病院で看護師をしているかもしれません。

結婚退職を看護師の世界では勝ち組とかいってありますし、非常によく働いている人たちでも、私たちは負け組だとかいってあります。私としては免許をしっかりと生かして、結婚してからも専門職として働き続けてほしいと思っております。

○司会

困らせるような質問をして申し訳ありません。いろいろ内心思うところがあっても、表に出しやすい理由というのが結婚ということなのではないでしょうか。いずれにしても、病棟で育児をしながら三交代勤務をされている方は少ないということで、ロールモデルも少ないとか、見本になるような方が少ないというのはあるのかなと感じました。

「京都府立医科大学男女共同参画推進センター設立にあたって」

京都府立医科大学大学院 視覚機能再生外科学 講師
外園 千恵

このたびは、京都大学のこのシンポジウムで、京都府立医科大学の男女共同参画推進センターのご紹介をさせていただき時間をいただきまして、ありがとうございます。

今年度、JST の補助金を受けまして、男女共同参画推進センターを設立いたしました。最初には、京都大学の男女共同参画センター、女性研究者支援センターも見学させていただきました。本当に惜しみなくいろいろなことを教えていただきまして、大変感謝しております。

私どもの大学は、明治 5 年に設立されており長い歴史を有しております。あまり知っている人はいませんが、戦時中、附属女子専門部が開講していますので、この時期に 3 年間で 161 名という女性医師を社会に輩出しております。従って、現在その方々は、80 代、90 歳近くになっていらっしゃると思いますので、同窓に女性医師が、あるボリュームでいるということは、実は隠れた特徴となっております。

現在、私どものところは、医学部医学科の中の女性の占める割合は、多いときは 40 パーセント、コンスタントに 25 パーセント前後で推移しております、だいたい国内の医学部の標準的なところから若干低めのところかと思えます。そして、大学院の博士課程でも女性の割合はほぼ同じです。私は 20 年前に大学院に入りましたが、そのときには女性、しかも子どもを持った女性が大学院に入ることは珍しく、そのようなことを考えますと女性の割合が随分と増えたと思えます。

ところが、教員に占める女性の割合というのは 9 パーセント前後でして、助教、講師、准教授となっていくほど減っていきます。よそも変わらないですけども、どうしてだろうということを考えざるを得ません。

医学部を卒業した女性が、どのようなキャリアパスをたどるかを、スライドに表しました。卒後臨床研修を 2 年間、基礎研究に進む方もありますが、ほとんどは臨床の方に進みますので臨床研修をして、その後、自分の専門科目を決めて、4 年、5 年、臨床研修をします。眼科医の場合ですと、4 年の研修を終えて 5 年めに専門医の試験を受けて眼科専門医を取得できます。ここを第一目標に取っている若い先生は多くあります。

そして、一定の臨床力をつけたところで、人数から見ますと、だいたい 4 割が大学院へ進んでいることになります。一方で大学院に進まない場合でも、病院に勤務しながら、いろいろな疑問が湧いてきて研究に従事する人が、ある程度、一定のボリュームでいます。

そして、学位の取得後に研究を終えて病院勤務に戻るか、あるいは継続して大学に所属して研究をしたり、あるいは勤務しながら大学の方で研究をするということで、一定の部分は研究職に行きますが、多くは病院勤務に戻っていきます。

このときに、先ほど内藤先生のお話にもありましたように、男性医師ですら勤務医を続けるということはかなり過酷な状況です。大学院修了の時期は、およそ 30 歳代前半から半

ばくらいになりますので、女性であればちょうど出産年齢くらいとなります。子育て期の女医さんは時間的なやりくちが大変困難です。そうしますと、勤務しながら、臨床をしながら研究の継続というのは、ほぼ不可能と思わざるを得ません。

すると研究に関わるか、関わらないかに関係なく、一定の率で離職していく。完全に離職する方は少なく、パート勤務のようなかたちで勤務することも多いように思われますが、そうすると身分として病院の所属がないということになります。アルバイトで、辞めているわけではないけれども、100パーセント社会貢献していないというような人が存在しています。

でも、あまりにももったいない。そのように離職していく中には優秀な人がいるといますか、離職していく方はほとんどが実は優秀です。ですから、大学院に25パーセント女性がいるというのは、このようなポテンシャルを生かして、研究を継続していただき、研究の水準を上げていくということが重要であるといえます。そのための支援を行うということが今後社会にとって、大きな力になると考えています。

そして、国の目標としても、保健分野の女性、研究者採用を30パーセント達成することが目標になっています。そこで昨年、補助金を獲得しようということで、去年の今ごろから一生懸命、協力して申請書を書きました。

平成22年度の「女性研究者支援モデル育成」事業に申請するにあたっては、「女性医学研究者」という言葉をキーワードにしました。また、「京都」という言葉を入れたら感じがいいかなということで、「しなやか女性医学研究者支援みやこモデル」ということを提唱しましたら、採用いただき、男女共同参画推進センターを発足することができました。

私ども大学のボリュームそのものが、京大よりはずっと小さいですし、あれこれ欲張ることはできませんので、大きく四つのワーキンググループに分かれて活動しております。

教授の中で唯一の女性である矢部先生がセンター長でいらっしゃいまして、私は副センター長、そのほかさまざまな方に支えていただいています。精神的には同窓会の先生方の中にも頑張ってくださいと支えてくださる女性医師もおられます。広報・啓発ワーキンググループ、在宅支援ワーキンググループ、保育室設置検討ワーキンググループ、就労形態検討ワーキンググループということで、四つに分けて進めております。簡単ですが紹介させていただきます。

広報・啓発ワーキンググループとしましては、シンポジウム等を企画して、ホームページを作って、ニュースレターの第1号がもうすぐ出るというところです。

難しいのは一生懸命にやる人たちがいる一方で、やはり皆さん忙しいのです。ですから、なかなかシンポジウムをしても、いろいろな人を集めることができず、いかに問題意識を共有していきながら、進めていくかということに難しさを感じます。そのことは何年か前から感じられていたので、いま私どもの方では、男女共同参画の意識を医学生の1年目から少し擦り込んでおくということで、医学部に入ってすぐである1回生の7月、人権教育の一環として、1コマの講義を北野病院の副院長でいらっしゃいます武曾先生にお願いして

おります。彼らは、どういう気持ちで受けているか分かりませんが、かなり、問題をいろいろ提起して考えていただくいい機会にはなっていると思います。

そして、在宅支援としましては、例えば文献検索を入れること。京大はすでに実施されていると聞いておりますけれども、自宅から文献検索ができたり、あるいは医局会はたいがい夜にしていますので、在宅にてテレビ会議で参加できるようなシステムをつくれなにかということをしております。

何よりもいま一番課題と思っておりますのは、臨床研究をするときに、カルテを見るという作業が夜しかできません。昼間はカルテを使っていることが多いです。昔ですと、深夜にカルテ庫に行って、カルテを引いて、夜の1時、2時に終わって帰るといったことを若い先生はやっていました。いまそれは電子カルテを見てやる。でも夜の作業であることには違いはないので、子育てしながら、保育園のお迎えまでしながら、臨床データを拾うことは大変難しいです。

しかし、アメリカでは、パスワードを使えば電子カルテを家から見るができるらしくて、どうしてアメリカはできて日本はできないのということの討議をしております。個人情報の問題が阻んでいると思います。

もしも、家で大部分のカルテを見ることができたら、いっぺんともかく子どもが起きている間に家に帰って、夜になってから必要なデータを拾ったり、臨床のことを考えたり、研究のことを考えたりということができるようになるのかなと思います。患者さんの紹介状の返事を書くためだけに、夜帰れないままに病院にいるというような時間配分を変えることができるのではないかなと思っております。

そして保育室につきましては、一昨年、病院内のアンケートで、緊急に整備したい女性医学研究者支援体制は何かというアンケートをさせていただいたときに、保育のことが上位三つに挙がってきました。病児保育室、おむかえ保育、保育に入りたいけれど入れない待機乳児の保育、これをしてほしいという方が圧倒的に多く、JSTからも、これをまず進めてくださいということで、病児保育室の設置に向けて動いております。

京大の病児保育室を見学させていただきまして、今年7月に開室の運びとなっております。医系大学ですので、病気に対する対応というのは、非常にフットワークよく動けるのではないかなと思っておりますが、実際やってみたらどうかは分かりません。

目指しておりますのは、府立医科大学として地域の方々への還元という、そういう目線を決して忘れることなく地域環流型、今は大学の中だけですけれども、いずれは一般の人に利用していただく、あるいはそういうノウハウを広められるようなものにできればと思っています。補助金終了後にもずっと稼働させるために、そういう視野を持って動いているところです。

病児保育室の設置に当たりましては、京大の病児保育室が病院長室の横にあるというのは、すごく私たちの強みになりました。やはり、どこかを空けてもらわないと病児保育室は開室できません。しかも、病院に来る子どもとクロスしないように。要するに健康な子

が病気になっているので、病気で来ている子とクロスしてうつしてはいけない。

大学の門を入ってすぐの旧看護学舎、広小路に面している白い建物ですが、そこに実は某内科の研究室がありました。そこが一番いいということで、こちらの方で選びました。90 平米ありますけれども、「京大病院が病院長室の隣なんですって」というようなことも、いい説得材料になったのではないかと思います。その部屋を快く明け渡していただいたという経緯がございます。

そして、一番難しいのは、就労形態検討ワーキンググループです。私はワーキンググループのリーダーとなっています。先ほどの内藤先生のお話も非常に興味深く聞かせていただきましたけれども、勤務医の問題の矛盾に立ち向かわなくては女性医師の勤務問題を考えられないのです。

研究補助者の導入というものも、ほかの大学の女性研究者支援で行われていますが、私どもは医系大学ですので、医学部ではない、いろんな大学との連携を図るようにいろいろ進んでいますが、単なる補助者ではなく研究のいろいろな、お互い持ちつ持たれつという関係をもっと進めながら研究できないかということを考えています。

それに加えて、もう一つ難しいのは、大学病院で短時間労働の勤務体制をつくらうとしますと、大学病院の医師というのは研究・教育・診療というものが切れ目なく働いていて、お給料は何でもらっているかよく分からないというようなことがあります。さらに、短時間の設定をするのは非常に難しいです。

しかし、医師の短時間勤務なり、自由な勤務という、非常に緩やかな勤務というものをうまくつくることができれば、ワーク・ライフ・バランスを取りやすい勤務という、女性だけではなく、男性にも魅力的なものをつくれないかと思っているところです。

先ほど、ここで離職する女性の医者が多いということをお話ししましたが、そのまま子どもが大きくなったら結構暇になるんですね。でも、なかなかまたフルタイム勤務に戻りにくかったり、戻る気持ちがなくなったりしますが、ある時期ペースダウンしても、またペースアップできるような、可逆的な勤務体制ができないかなと思っております。研究に従事することで頑張ろうというモチベーションの維持を図れますので、何とかこの優秀な人たちをぐっと教育研究職の方に持っていくような、柔軟な勤務体制を提案していきたいと思っているところです。

さまざまなことを欲張って、病児保育室やら、いろんな大学との連携、そして人材育成、いろいろ考えておりますけれども、最終的な目標としましては、先ほど看護のお話もありましたけれども、医者が元気でないと良い医療は提供できないので、まずそれが一番大事であるということと、男女の両方の視点があるからこそ患者さんはハッピーになれて、行き届いた診療もできると思います。

医学研究も、やはりいろいろな人のいろいろな目線があるからこそ、いい研究が進むと思いますので、女性医師を支援するということは、全員がハッピーになることは間違いないと信じて頑張っていこうと思っております。どうぞよろしく願いいたします。ありが

とうございました。

○司会

外園先生、ご講演ありがとうございました。

○会場 1

病児保育室の責任者の足立と申します。一点だけ大事なことを申し上げますと、京大の病児保育室は京大病院の病児保育室ではなく、京都大学女性研究者支援センターの京都大学の病児保育室という位置づけです。運営に当たっては、小児科外来に近くないといけないということで、場所を探したところ、たまたま 5 階の病院長室の隣の部屋が小児科外来から近かったということです。病児保育担当の小児科の助教のポジションがもらえたのは、京大病院ではなくて、京都大学の病児保育室だったからという事情があります。

それともう一点、地域への還元というお話でしたが、病児保育はご存じのように定員がごございます。保育園というのを目指しておられるのであれば可能ですが、病児保育ということであれば、いくら医系単科大学といえども、おそらく定員の関係で難しいのではないかと思います。

○外園

病児保育として定員は 5 人までということで、その数は超えられないと思いますが、一般の皆さんの視点から見ると、やはり子どもが病気になったときに、医者がサポートしてくれて、安心できる看護師さんが付いてくれてというのは理想の病児保育だと思います。そういうものがつくれるかどうかは別にしても、そういうものを目指していけるとよいのではないかと考えております。

○会場 2

京大病院看護部の任です。本日は、お話をありがとうございました。なかなか聞けないお話でしたので、興味深く聞かせていただきました。

これは医学研究科のプロジェクトかもしれませんが、多くの病院、それから国立大学でしたら神戸大学などのように、医師と看護師と一緒に男女共同参画の取り組みをしたり、センターをつくったりという共同のプロジェクトが始まって結構成功しているところがあります。

病院というところだと考えると、医師と看護師がばらばらでやっても効率が悪く、女性医師と 95 パーセントの女性の看護師が一緒になって、病院で働く職員の、特に女性の労働環境を考えるという立ち位置でいいのかなと思います。府立医大の取り組みについてお聞かせくださいますか。

○外園

今回我々のタイトルが「女性医学研究者」ということで、広く言えば、看護研究ももちろん入ってきます。私たちは、例えば病児保育を看護師さんのためと言うよりは、職員は全員利用していただけるようにできるようにしようと思っていますが、表向きは女性研究者支援ということになっています。

ただ中身としては、府立医大関連の皆さんが非常に働きやすくなる環境整備につながると思っております。

○司会

病児保育については、大変重要なところだと思います。私の子どもが 2 人いますが、月曜日に下の子が、ここの病児保育に入り、昨日は、上の子が入っていました。この時期はすぐ定員がいっぱいになります。大学の規模にもよると思いますが、学外の子どもも受け入れるということになると 5 名という定員ではすぐにいっぱいになってしまうこともあってなかなか大変かもしれません。

○外園

実際に稼働させると具体的な様々な問題が生じると思いますが、理想は高く持ちたいと思っています。

「あれから 30 年一親はなくても子は育つ？」

京都大学医学部附属病院 病院長
中村 孝志

演題の「あれから 30 年一親はなくても子は育つ？」というのは、女房が付けた題です。僕の題は、もっと真面目な題でした。

先ほど言われたように、大越先生が僕のところに来たときに、だいたい僕のとときはこんな感じで子育てとか保育をしていたという話をしていたら、そんな話も面白いから、それをしてくれませんかと言われて、ちょっと引っ張り出されてしまったということです。

僕が医学部に入ったのは、1968 年です。1968 (昭和 43) 年はどんなときかということ、このときに東京大学で大学院の入試で処分されて、処分というのは実際にはそういうことをしていなくてということで、東大の医学部の医学生処分でした。この年に、京大でも警察が入って学校が閉じられたことで、ここから大学紛争が始まる時期です。

それから、ここに成田と書いていますけれど、いま成田から羽田に飛行場を移ったりしていますけれども、あのときは成田に飛行場をつくるということで非常にもめていた時期です。

それから、ベトナムで、インターナショナルにはベトナム戦争が一番大きなもので、アメリカのジョンソン大統領が、ベトナム戦争の北爆を中止するというような状況もあります。

その次に書いてあるのは、医学の方では、和田先生の札幌医大で心臓移植をしたときの脳死の判断、心臓死の問題、移植のドナーの問題が尾を引いて、日本では移植が非常に遅れてしまったということ。

それから、ソニーがトリニトロンを出した。いまソニーはあまり元気ではありませんが、当時はウォークマンやトリニトロンということで、日本の企業が元気だった。そして、巨人が強かったというような時代です。それからアポロが月に行ったということで、日本はもめているけれども、非常に元気にみんながやっていた時期です。

そういうときに大学に入って、学生運動で僕たちは 2 年間ぐらい、たぶん授業がなかっただろうと思います。

それで 6 年間たって、1974 年に卒業しています。このときはどんな時代かというのと、このときもまだまだ元気な時代で、新宿に住友ビル、最初の高層ビルができて、副都心の新宿がはやって行って、まだまだバブリーな華やかしきころの時代です。

ハンク・アーロンがベーブ・ルースを抜いたということが騒がれたり、それからその次は、王が出てきたりということですね。それから 5 月はセブン・イレブンの第一号店ができました。昔からあったように思われていますが、実は最初にできたのはこのころだったということ。それから 9 連覇後、巨人が優秀できなくて中日が優勝した。これは後の話ですが、日本シリーズのころにうちの奥さんが長女を妊娠して、お産のころに、ちょうどロッテばかり見ていてロッテのファンに少しなったというのがあります。

それから、金脈問題で田中首相が辞めて、そしてその後すぐ、いまの自民党と違って、田中首相が辞めたらその次、三木という非常に斬新的な首相が出てきて、自民党がそのまま続いていくという、自民党自身も人材豊かな時代だった。いまはなかなか難しいようだけれども、そういう時代だったということです。

バブルがはじけるのが 1990 年ですが、まだまだみんな元気で、バブルのときは一番高くなった株が 3 万 8 千円ですので、いま 1 万 1 千円か、1 万 2 千円ぐらいですので、そのぐらいの値段にいつていた。

日本全体がみんな元気なときは、子育ても非常にみんな元気にやっているところですね。今日お話しするのは、非常に個人的な子育ての話をするということ。

1974 年に卒業しまして、1978 年 5 月に、同級生の女性と結婚しました。その当時、研修制度が変わって、直接専門科に入局するかたちを取っていました。私は大阪赤十字病院に常勤になりました。

このときに大阪日赤に行ったのは、京大の卒業生が 8 人いまして、外から 4 名来て入局が 12 名だったのですが京大で 8 名しか採らないということで 4 名あふれてしまいまして、僕が一番抽選で外れまして、それで大阪赤十字病院。当時、大阪赤十字というのは、ほと

んど医局に机がなくて、ゴルフの話ばかりしているようなところだったのですが、そこに行きました。

女房のほうは麻酔科が、2人しかいなくて、麻酔科の研修を受けました。結婚してすぐ子どもができて、次の年に生まれます。最初に女房が京大病院の方で、僕が日赤で、研修医を始めて、その次の年に長女が生まれます。神戸に女房の両親がいたものですから、女房は神戸の病院で出産しましたので、僕は神戸から大阪日赤に通っていました。

親がいるから大丈夫だと思うんですけど、実は女房のおやじさんは神戸大学の教授で、おふくろさんが神戸学院大学の教授で、二人とも慶應大学の教室で仕事をしていました。林蘂とって、パブロフの話をやっていたところで、わりと民主的な考えで、仕事は非常に忙しくされていました。

だから、女房が腎盂炎を起こして出産 3 日ぐらい再入院してしまったから、母か僕の二人のどちらかが夜は子どもにミルクをやるという、最初から非常に子どもは大変だという感じの話で、交互にやっていました。ゴルフもやっていたのですけれども、全くゴルフができなくなって、いまだにゴルフがうまくなりません。

それで 1 年たったら、次の年の入局者が少ないので京大で医員ができるというので、京大に戻りました。

そして僕は、その後 1 年たってから国立京都に行って、女房は 2 年してから京都市立病院に行きました。その後、僕は大学院に入ったりしながらやっていて、5 年後に男の子が生まれ、次の子育てが始まりました。女房は京大の医員になり、それから僕は北野病院へ行ったりしながらやっていました。

1985 (昭和 60) 年に、カナダに家族全員で留学しました。2 年して帰ったときに、僕は医員で帰ったのですが、女房はそのまま麻酔科の助手で帰ってくる。そして、僕は 1 年ちょっとしてから神戸中央市民病院に行って、1 年で帰ってきて、1991 年から京都大学の医療工学研究センターの助教授として戻ってくる。

そのころ女房は麻酔科の講師で、1992 年から京都大学の麻酔科の助教授です。そういう意味では、男女共同参画ではわりと早い時期に、うちの方ではやっていたということです。この後、女房は京都市立病院へ行って、僕はそのときから京大の整形外科の教授になって、いま病院長をしているということです。

長女誕生の頃、義母は教授をやっていました。日本で女性研究者というのはそんなにいないので、だいたい日本の 100 人の女性研究者というと必ず入るようなタイプです。義父も偉い人なのですが、100 人の中にはなかなか入らない。義母は現在 91 歳ですが、もともとは基礎医学研究をしていました。

女房が、無痛分娩が嫌だと言って無痛分娩しなかったことに対して、義母が、「お産の痛みなんて、なんで感じなきゃなんないの。そんなもの、さっさと無痛分娩したらいいのに」と言ったのです。実は自分がお産するときに、一人しか子どもを産んでいませんが、エーテルを持ってきて自分で、日本で最初に無痛分娩したという女性です。そういう意味では

非常に強い。

ところが、この話を僕が後でしたときに、女房は「自分は麻酔科なので、麻酔科じゃない人が、麻酔をかけるなんて許せない」と。要するに、産婦人科医が麻酔をかけるなんて私は考えられないから、そんな麻酔は受けませんというような、そんな感じです。

お産が終わったときに義母が言ったことは、明治になるまで女性は、東京女子医科大学を彌生（吉岡彌生）さんがつくるまでは、女性が医者になることは非常に例外的で、ほとんど女性は医者になれなかった。彌生さんが東京女子医大をつくったことで歴史ができたけれども、ほとんどの女医さんが独身だった。結婚を諦めて医者になった。

その次に、結婚はするけれども、ほとんどの女医さんが子どもをつくらないで医者になっていた。戦後初めのころ、自分たちになってから、女医でも結婚して子どもが一人持てるようになった。その次のあなたたちは二人は子どもが持てる世代だから、やはり子どもを一人ではなく二人持てるという話をしていました。

実は義母は、結婚してすぐわれわれに子どもが生まれたことが、ちょっと気に入らなかったんですね。何を言ったかという、女性が研究者として生き残っていくには、できるだけ日常的なことから切り離れた時間が、どれくらい取れるかが重要だと。

家事は必要だけれども、できるだけそういうことから離れる時間が取れた方がいい。そういう意味では、すぐ結婚して研修医の時期に子どもができてしまうと、なかなか大変だというのが趣旨でした。たぶん、そうなんだろうと僕も思います。

そんな感じの母ですので、手伝ってくれますけれども、いろいろお互いに、先ほど言ったように女房が入院してしまうと二人でやる。どちらかが夜起きて、どちらかが寝てという感じで。最初から子どもというのは誰かが見なければならぬ。だけど、僕が見られないときは誰かに見てもらわないと離れられない。だから女房か僕か、どちらかが見なければならぬ存在だということを印象付けられて始まりました。

もう一つ、子どもが女の子だったということがあります。女房が仕事を続けられないようだったら、生まれた子どもも女の子だから、将来医者になったり、男の人と競争していく世界に生きていけないという意味で、絶対に女房が仕事を辞めてはならないと二人で話しました。

僕が一番印象的だったのは、例えば子どもがいくら優秀であっても、いま受験校でいうと、灘とか東大寺という進学校には女の子は入れません。小学校の塾でトップを取っていても女の子は入れないという、今の社会があります。

京都大学の教授になって僕が思ったのは、京大の医学部の中で100名のうち1割、僕の場合は1割5分、13人は入ってたんですが、どんどん女性が増えて五割までいくかと思ったら、増えてこないのです。なぜ増えてこないかという、高校で、女子の進学校ができないからではないかと。唯一できたのが桜蔭です。

何が違うかという、自分の子ども、女の子が優秀だから、一番この子がやれるようなところに行かせたいと思うような親が200人集まれば、200人の女の子が集められるわけ

です。東京というのはそういうところで、自分の子どもたちに、受験でトップになる女の子に、なれということを言うような親が 200 人集まって、それが 3 年で 600 人になります。そのような学校ができると、桜蔭が灘と同じクラスの数だけ、東大に女の子が入ってくるということです。

そういう意味では、まだまだ女の子に対して社会的には差別がないとは決して言えないところで女の子が競争してくるから、京大に入ってくる 1 割 4 分の女子医学生は男性よりたぶん優秀だろうというのが僕の信念です。

では実際に、これは僕もやっていますけれども、仕事をしながら育児をする。これは決して新しいことではないという感じがしています。例えば、江戸時代の農家だったら、お母さんは必ず仕事をしていたわけです。実は僕の母も専業農家の出です。農家にいる母親は、必ず子どもを産んでも農家の仕事をしていて、家事をしながらやっていく。そういう時代だったと思います。

それでは今、何が新しい問題かという、夫婦二人だけで子どもを育てなければならないというのが一番新しい、いまの時代の課せられた問題なわけです。これが祖母とか祖父がいたり、おばさん、おじさんがいてくれば、子育てというのはかなり助かりますけれども、いまは二人で育てなければならない。二人でどうにかしなければならなくなると、いろいろ苦勞がいるなという感じがあります。

まず保育所探しをしなければならないということです。ここに書いてあるのは、生まれる前から保育所は探さなければいけない。要するに保育所の申し込みは生まれる前から動かなければならない。だけど、だんなさんで最初からそういうことをよく知っている人はいない。社会とか男性、ときには女性までも、女性がこういうことはするものだと思って、だんなさんは何もしなくてよろしいという。

典型的なのは、夫婦で来た整形外科の医者が、まず奥さんが一生懸命必死で保育所を探す。だけど、だんなさんの方は、それほど気にしない。見つからなければ、奥さんが仕事を辞めて世話をしたらいいということになります。そういうことを避けたい場合は、一緒に一生懸命探さなければならないという話になる。

30 年前にも保育所というのはいっぱい、5 月生まれの娘は保育所に入れなかったということです。そうしたら、自分たちで保育しなければならない。いまは男女共同参画で、京大の総長室の跡地か何かに場所をくれたのですが、当時共同保育の場所は、組合の関係で大学が提供していましたが、何かの理由で取り上げられてしまいました。

それでどうしたかという、みんなで集まって、場所を借りようということで借家しました。借家して一生懸命、整備をやりました。このときの基本的な流れは、共同保育所を経て、民間保育所に行くが、4 月生まれでは、だいたい 1 年たったら民間保育所に入れる。

民間保育所に入るには、基本的には保育に行かせる子は保育の保障をとということで、要するに親がお金を持っているとか、医者だとか看護師さんだとか、何をしているとか関係なく、子どもにとって保育が欠ける子は、保育を保証させるということを徹底的に考えて、

そして保護者で助け合いながら共同保育をしようということが重要です。

具体的には、娘は5月生まれなので保育所は空いていない。それで共同保育で、大学の仲間が集まって、場所を確保して、保母さんを確保してやります。京大の場所は、京大が提供を中止してしまったので自分で探す。4回ぐらい、あちこち移りました。

途中で、もう僕の家しか空いていないから僕の家を貸そうかと、借家していた僕の家を1,2ヶ月使いました。僕は長く感じたんですが、実際そんなに長くなかったけれど、そんなことをしながら子どもを育てました。そのための場所というのは、保母さんの経費、場所代を自分たちで出すということです。

このときに一番問題なのは、保育時間の問題がありました。保育時間というのは、通常、京大職員の方々は、女性は9時で仕事が始まるわけです。ある程度、産後1年間、そういう配慮があるけれど、ドクターに関してはまったく、医員なんて当時はそういうことが配慮されていない。

麻酔科の先生は、8時半までに手術の準備を全部するよということなので、8時15分ぐらいには病院に入らなければならないことがありました。そうすると、8時半とか9時の保育では、うちの女房だけ間に合わなくなるわけです。僕も、ときどき連れていきましたけれども、僕もカンファレンスや回診が8時からあると、そうすると二人とも行けなくなって、どうしようかということになる。

そのときに、親の中の一人が、保育の値段というのは、出せない人の中で一番出せる額に保育は決めている。そうしたら保育時間も、一番困っている人に合わせるのが保育時間だろうと共同保育の中で提案されて、それでうちの女房が8時半から仕事をできるように人を雇おうという話しになりました。

だけど、お金がなくて雇えなかったから、みんなで回り持ちにして見てあげて、保育者が来るまでやりましょうということになりました。そういう意味で、非常に仲間に助けられたということがありました。なかなか難しかったのですが、最後は一人だけボランティア的に、遠くから通ってきて早く来たほうが楽だからということで、うちの子を見てもらってやっていたのですけれど、そのようなかたちでお互いに助け合ってやってきたということです。

京大は看護師さんとか女性研究者がたくさんいるので、わりと有利ですけれども、当時は医師というのは非常に不利でした。要するに、研修医でも女医さんでも当直するし、子どもが病気したときは、どちらかが見なければならないということで走りまくっています。

それで研修医は、給料はいまほどもらえなかったから、15、16万円か、20万円ぐらいのお金で二人でいろいろやって、お医者さんだからといって決して優雅ではなかったということが印象です。

次の年に風の子保育園に入りました。この当時は、共同保育の経験がありますから、みんな保育所で庭掃除をしようとか、草取りをしようとか、いろいろなものを集めようという、わりときれいにみんな集まって一生懸命しました。

その辺のところは、いまの保育所に子どもを通わせている娘なんかを見ていると、「なんで、みんなでやらなきゃなんないの。そんなの市がやることでしょ」という感じの雰囲気がある。雰囲気としては非常によかった。いまは市がやってくれるから、当然だと言えば当然なんです。「保育所は、なんで自分たちが共同保育場所なんか探さなくちゃなんないの。当然、大学が準備すべきだ」という話になってくる。その辺がちよっと違う。

もう一つの経験は、今度は京都市立病院で、うちの女房が移ったので、都合がいいから市立病院に移そうということで、市立病院の保育所ができて、そこに移りました。3年目ぐらいに行きました。るんるんで近くて、僕は女房が連れていくから楽しいなと言っているときに、市議員さんに要望を持っていこうということがありました。

そのときに、みんな付いていくと言われたので、僕も付いていかなきゃというので付いて行って、一番言いたいことを僕が言ってしまったんですね。そうしたら市議会の人たちが、「あの人はお医者さんでしょう。ここは看護婦さんのための保育所なのに、お医者さんが入っているのはどういうことですか」という話になりました。

そのときに、各派によっていろいろな反応があった。例えば自民党は、「保育所をつくれれば、それは医者も入るやろう。しょうがないやろう」と言ったのです。社会党は絶対駄目だと言いました。公明党も絶対駄目だと言いました。共産党は、「子どもは保育の権利があるから、そのまま入って当然だよ」という話になった。

どうするんですかと病院当局に聞いたら、「子どもを保育園から出さないなら市議会です算を通さない」と言われたと答えてきました。だけど、女房は麻酔医で、全部で麻酔科が三人しかなくて、一人減ったら収支が減ってしまっただけでどうするんですかと言うと、「それでもいいから出ていきなさい」という話になって。結局、近くの保育所を探してもらって、娘を入れて、そこでずっと小学校に上がる最後まで行くことになります。

そのときに一番印象的だった、もう一つの話がある。それは豊岡に、同じ時期に整形外科のドクターが赴任しました。彼も奥さんが内科のお医者さんで、一緒に行きます。それで彼が豊岡に赴任しているときに、一緒に奥さんが来ると聞いた豊岡市は、「それはいいから、ぜひ仕事をしてほしい」と言いました。

ところが、その保育所へ行ったときには、いっぱいでしたと断られたのです。それで豊岡市は何をしたかといったら、「じゃあ、保母さんを一人増やします」と。保母さんを一人増やして、豊岡市に女医さんが入って、女医さんが豊岡市民病院で仕事をしたわけです。たぶんいまだったら、そういう時代だけれども、当時でも市によっては医師確保が必要で市によってこんなに対応が違っていたというのが印象的でした。

保育に欠ける子は親の仕事に関係なく保育所に入れてあげましょう、当時の首相は福田首相だったのですが、福田首相の孫であっても、保育に欠けるのであれば保育園に行く権利があるわけです。

若手の医師というのは、そういう意味では、当時はいまとだいぶ違って、特に最近は違ってきますけれども、当時はやはりお医者さんということで、市議会でもお医者さん

は金があるのに、なぜ保育所とかへ来るんだというような雰囲気でした。だけど、若手の医者というのは決して豊かではないので、やはり一緒に保育ができた方がいいだろうという感じがします。いまは、たぶん、お医者さんも入れるだろうと思います。

京都市立病院の保育所から地域の保育所に入れました。非常にその保育所は優れていました。特に学童保育が非常にしっかりしていたので助かりました。子どもが二人とも、時間外やお迎えは、常に近所の友人やアルバイトをしている人たちが来てやって。それで、親にとっても子どもにとっても、非常に園の園長さんとか保育所の人たちがしっかりしているということが重要で、特に学童保育のときには、乱れたりいろいろなことが起こるから、そういうことに対しては非常に丁寧に見てくれたことを感謝しています。

だいたい学校の父兄参観は私が行きました。そうすると僕しかなくて、ほかは皆お母さんで、なかなかユニークな経験をしました。まあ気にすることはないということで、どちらが行ってもいいんですよ。その辺のところでは、旦那さんにぜひ行かせて、そういうことを経験させるのがいいだろうということです。

あとは、お医者さんは10年もすれば経済的には恵まれていたので、家政婦さんが週2回来て、お迎えが遅いときは、いまはわりと保育のいろいろなサービスが商売といわれていますが、当時はそういうことがなかったので、アルバイトの人などに頼みながらやってきたということです。

それで、下の子は私学の中学校に入りました。6年間行きます。子どもが私学に行って間もなくの印象的な言葉があります。それは子どもが、「お父さん、お母さん、うちのね、クラスでね、中学1年生でね、ガスがつけられない子がいるんだよ。一度もガスをつけたことがなくて、全部お母さんがガスをつけてくれたらしいよ」と言ったのです。

へええ、そんな珍しい子がいるのかと僕が言ったときに息子が、「お父さん、それはあんまり珍しくないんだよ。もっと珍しいのはね、6時に学校から帰ったときにね、家に誰もいなくてね、鍵を持たされるのが、それが珍しいんだよ」と言って笑ったんですね。

そんな感じで長男は精神的に非常にたくましく育って、北海道大学へ行きました。高校卒業して北海道も行ったときも、親たちは何もしないで、本人が勝手に生協が何か頼んで一人で家から引っ越して行きました。それで5月の連休ごろになったら、お母さんが心配だからというので、連休に時間ができて下宿を見に行ったという感じで。長男は北海道へ行きっぱなしで、わがままにしていますけれども、そんな感じです。いまでも北海道にいます。

いま長女が、京都大学の大学院の産婦人科にいます。夫はサラリーマンで、3年間大阪に住んで、京都に帰って、子どもができて保育園に通っていました。わりと高級的な私立の保育園です。こんな高いところに入れるのかというぐらい高いけれども、地域としては、そこに入れないとちょっと難しい、地域的には一番いいだろうということで入った。

それでもやはり子育てはできないというので、親のすぐ近くに引っ越してきました。京都での保育ははじめは共同保育ですが、今は男女共同参画で、僕も1度か2度、子どもを

連れていくのを見に行きましたが、京大が、さすがきれいな場所に保育士さんを雇って運営されています。この環境は 30 年間かりましたが大きな進歩だと思って見ています。

それから、うちの子がよく病気をすると、京大病院の中の「こもも」という病児保育室に行きます。病院室の横にありました。孫の顔をあまり見ないので、孫が入っているときにはお昼にちょっとのぞこうかというわけで、行ってみたりしています。「おじいちゃんも京大の職員なんですか」と言われて、「はい、そうなんです」と答えていました。保育士さんたちはほとんど病院長の顔は知らない。看護師長とかドクター、教授たちは知っていますけれども、私服にしたら詰め所を通っても、「あ、すみません。きちんとサインしてください」と。「面会はみんなサインすることになっていますから」とか、「面会時間はまだですよ」というのがありますので。つい最近も、同門のドクターが入院したとき行ったら、誰この人という顔をされて、師長さんが飛んできて、「あ、こちらの部屋です」という感じです。

孫の顔を見て 30 分ぐらい。30 分もすると飽きてしまいますので、30 分ぐらい病院長室でみて、連れて帰るということをやっています。そういう意味で、非常に病児保育に感謝しています。

病児保育が病院長室の横になったのは、単なる場所が空いていなかったからだと思います。それは前の病院長の時代に決まったんです。ただ、発熱した子どもの保育をしようということで、いろいろ考えました。特に病院なので、子ども同士の感染を促進するようなことはできない。どのようにするかということで、小児科と保母さん、病棟の人たちの協力で一応体制ができて、いまやっているということです。

ところが、これは男女共同参画で経費を国が見てくれていて、たぶんあと 1 年ぐらいで全部お金が終わるのではないかと思います。その後、きちんと京大が保障しないとまずいだろうという話をしている。要するに病児保育は、京大の男女共同参画でちょっと売りなんです。そのために、しょっちゅう写真を撮りに来たりしています。そういう意味では、たぶん松本総長も、これを残してくれるのではないかと思います。

いま自分の長女を見ていると、先ほど言ったような私たちの苦労の中で、今は非常に違ったかたちになっていると思う点があります。夫婦で子どもを育てながらやっていくのには、少しずつ良い環境になってきているのではないかと思います。けれども、いつまでも待機児童は、ほとんど減っていないという感じがあるので、何かもう少しうまい方法がないのかなという感じがあります。

30 年振り返って分かることというのは、まず二人で育ててくるわけですがけれども、子どもが健康であったということが一番ありがたかった。子どもが健康でなかったら、やはりこのように仕事が続けられたのか、途中で辞めなければいけなかったかなということなので、子どもが元気だということが重要です。

次は、共同保育とか保育園で、支えてくれる仲間がいるということです。制度的には、いろいろできてくるけれども、やはり仲間が必要だということ。それから、職場が開放的

であること。

京都市立病院は、麻酔科部長の先生が自分自身も奥さんが国立医療センターに勤めている内科のドクターでした。そういう意味では、お互いにわりと子どもが熱を出したときに、ちょっと早く帰るとかいうことについては、気を使ってもらえるという職場でした。

それから、僕が医員のときは、わりと医員の数が多かったので、子どもを連れて病棟に行って仕事をするのも、あまりみんな気にしないでくれました。みんなが飯を食いに行くときに、僕だけ子どもを連れて帰らなければならないので、参加できずちょっと残念だったぐらいで、あと子どもがいても不便はありませんでした。

病院とか大学は非常に女性が多い、看護師さんが多いから、そういう意味では非常にやりやすいだろうと思います。例えば京大の中を、僕が生まれ立ての首が据わっていない子どもを抱えて走っていても誰も気にしないけれど、共同保育を銀閣寺でやったんですね。朝7時半ごろ子どもを連れて歩いていたら、銀閣寺のお店を開けたり、いろいろなことをしている人たちがみんな見るわけです。「あの人、なんでこんな時間に」という感じです。

だから、病院とか大学というのは、男女共同参画には適したところだろうと思います。けれども、先ほどの教授の数から見たら圧倒的に男の人ばかりで、医学部医学科でも教授は冨樫先生だけです。

それから、医者で、研修医時代は難しかったけれど、後になったらバイトかいろいろなことで、経済的には問題なかったというのが僕たちにはハッピーだったろうと思います。例えば、ちょっと小さい家だったら、思い切って買おうかということができたということはある。

それから、祖父母が健在だったということです。僕の母と父は東京です。女房の親たちは神戸です。農業でだいぶ忙しかったけれども、子どもが病気でどうしても動けないときには、東京からでも母が来て見てもらったということがあります。そういう意味では祖父母が助けてくれる、身内があるというのは非常にありがたかったという感じをしています。

あとは、待機児童は減っているが、なくなっていないということは、やはり残念なことだろうと思います。それから、社会的には男女共同参画が進んでいること、女性支援の輪が広がっていること、大学が共同保育や病児保育を行っていること、育児産業が誕生していることというのは、やはりかなり大きいだろうと思います。そんなに安心できる状況ではないけれども、こういうことをうまく使えば、かなり無理をしないで子育てができる状況ができると思っています。

しかし、まだまだ不十分で、特に男性側の意識と女性の置かれている状況は不十分。さきほど言ったように女子は受験で男子よりハンディーを背負わされている。それはいろいろあると思っています。

それから、僕が日本整形外科学会を主催したときに、保育所をつくらないと学会の評価が低いよと言われました。麻酔科は当たり前だし、産婦人科は当たり前になっていると言われました。それを聞いた印象は、学会の期間、2日間だけだったら、なぜ旦那が見ないの

というのが僕の最初の疑問です。

それは、どちらがいいか分からないですけども、旦那になんか任せられないというのがあるのかもしれない。そういう意味では、いろいろ便利にはなっているけれども、まだまだお互いに共同しながらやっていかなければならないことがあるだろうという感じがします。

まとめは、ないろいろな人に助けられながら 30 年間来て、子どもが元気だったこともあるけれども、それなりに子育てができてよかったなど。いまは子どものことも気にしないで、夫婦好きなことをすればいいだろうという時期になっています。

雑ぱくでしたけれど、非常に個人的なお話で恐縮ですけど、以上です。

○司会

整形外科の領域では、女性は増えていますでしょうか。

○中村

整形外科というのは、疾患としては非常に女性が多いです。例えば、先天性股関節脱臼というのは、4 対 1 で女性が多いです。それからリウマチなども女性が多いです。

学会に行くと若手の女性はいますが、教授で女性というのは、東京医科歯科大学に一人だけいましたけれども、その人が辞められたら女性の教授は誰もいないということです。

あと、京大の医局でも女性が入ってきますが、なかなか勤務医ではやっていけなくて、結婚したら旦那さんのところに行ってアルバイトのような展開というのが多いですね。なかなか難しいという感じがします。

「京大病院医師調査・ランチタイムカンファレンス実施報告」

京都大学医学部附属病院 消化管外科医員

大越 香江

京都大学医学部附属病院 消化管外科の大越と申します。今回のシンポジウムのオーガナイザーです。

まず、京都大学医学部附属病院で、今年の 3 月に実施したアンケート調査の概要についてお話しします。対象は、京大病院に勤務する 641 名の医師です。返信用封筒を同封して質問票を配って、学内便で返してもらうという方法にしました。

質問内容は、診療科、年齢、役職、年収などの個人的な背景に加えて、仕事に対する満足度などを聞いています。ホームページでも質問票や結果を公開しているので、もしお時間があつたら見ていただけたらいいと思います。

年齢は 30 代、40 代が多くて、性別は 7 割 5 分ぐらいが男性で、2 割ぐらいが女性、無回答もありました。勤務をする男女比もだいたいこんな感じですよ。

診療科は、内科が多くて、あと外科とか歯科口腔外科の先生方も、結構頑張って返してくださいました。診療科によって意識が違うようで、頑張って返してくれたところと、呼吸器外科とか脳外科とかというように、まったく返答がなかったところもありました。

次に勤務時間です。40 時間以内、40 時間から 60 時間ぐらい、60 時間から 80 時間ぐらい、80 時間から 100 時間、これぐらいだとたぶん過労死レベルになると思いますけれども、結構それぐらいの人もいました。40 時間以下というのが法律で定められた勤務時間になります。

当直回数、待機当番に加えて、バイトに行き当直している人もいます。大学病院は給料が安いので、バイトに行かないと生活が成り立たないという事情がありますが、ただでさえ長い労働時間がバイトのために長くなってしまいます。

京大病院からもらっているお金だけではなく、バイト代を含めての年収を示しています。1200 万円というのは勤務医の平均年収だそうですが、医者としてこれぐらい欲しいかなというのが医者の本音ですけれども、1200 万円以上の医師は 24.5 パーセント。それ以下の人のほうがずっと多いわけで、年収が 300 万円未満の人も結構います。

次に、配偶者について聞きました。配偶者がいるのは全体の 73.5 パーセントですが、男性医師の奥さんの職業は半分以上が専業主婦です。2 割がドクター、そのほかコメディカルという人もいました。女性医師は男性医師と結婚していることが多いです。医者同士のカップルというのは、女性側から見ると、かなり一般的なパターンだろうと思います。

次に、自分の時間を持っていますかという質問です。睡眠時間は大事で、きちんと 1 時間寝ないといけないといわれていますけれども、あまり睡眠時間を確保できていない人が 6 割ぐらいいます。

それから、ドクターとしては、自分の能力をアップしたいとか、スキルアップのための時間がないと、医者としてなかなか向上しません。自分のスキルアップのための時間を確保できている、という質問に対して、「当てはまる」という人が少なく、「当てはまらない」方がはるかに多いという感じですよ。「当てはまる」という人も、わずか 15 パーセントぐらいです。なかなか自分のスキルアップの時間がないという感じですよ。

さらに、これはかなり切実な話です。家族と時間を過ごせるかという質問です。家族のためにもっと時間を持ちたいという人、「当てはまる」「まあ当てはまる」を合計すると、75 パーセントぐらいの人が切実に、家族ともうちょっと一緒に過ごしたいと考えています。

次に勤務環境についての質問です。「書類作成が多い」という質問に、「当てはまる」「まあ当てはまる」という人たちが 8 割近くいます。ドクターは基本的に書類作成という仕事が嫌いです。

京大病院には残念ながら内服指示簿だけ手書きという不人気なシステムがあります。今年に入って電子カルテがバージョンアップしたので、手書きの指示簿から電子カルテに移