

醫學振興

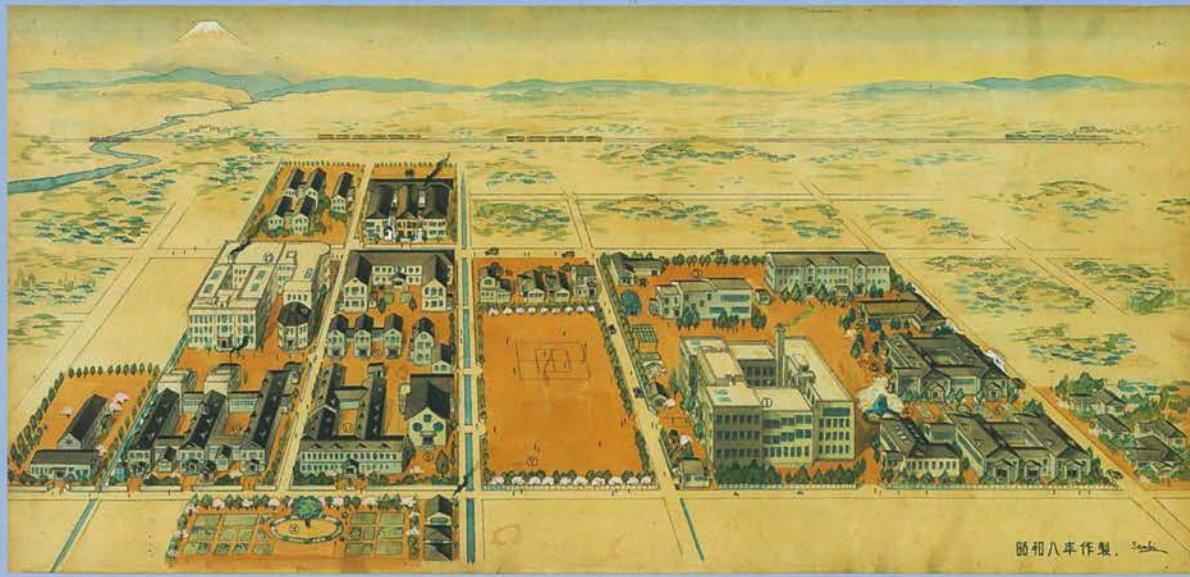
日本私立医科大学協会

第80号

Contents

卷頭言	「医師臨床研修制度の見直しと医師不足、 地域・診療科間偏在解消」	2～5
座談会	「女性医師キャリア支援について」	6～27
論壇	「日本医療研究開発機構のミッションと展望について」	28～34
施設紹介	「東邦大学」	35
	「東京医科大学」	36
	「藤田保健衛生大学」	37
	「兵庫医科大学」	38
	「獨協医科大学」	39
	「東海大学」	40
医大協ニュース		41～51
協会及び関係団体の動き		52～61

昭和初期のキャンパス俯瞰図（東邦大学医学部）



東邦大学医学部の前身である帝国女子医学専門学校は、本学の創設者である額田豊・晉兄弟によって、大正14年(1925年)、東京府荏原郡大森町に開校した。続いて看護婦養成所、薬学科、理学専門学校が次々と設置され、現在の自然科学系総合大学の礎が築かれた。

この絵は、縦52cm×横105cmに描かれた大型のキャンパス俯瞰図である。昭和8年に作成され、その後、施設の増改築にあわせて修正が施された。図の奥には鉄道(東海道本線)と富士山を望み、向かって右手が学校、左手が付属病院と、現在の東邦大学大森キャンパスの原型ができあがっている。昭和4年(1929年)に竣工した回廊型コンクリート校舎の医学部本館は、多くの病院や学校を手掛けた建築家・増田清の手によるもので、戦中の空襲によりキャンパスがほぼ全焼した際も、教職員・学生の必死の消火活動により奇跡的に焼失を免れた。創立当初の面影を伝える唯一の建物であり、90周年を迎えた東邦大学のシンボルとして、現在も学生・教職員に利用されている。

卷頭言

「医師臨床研修制度の見直しと医師不足、 地域・診療科間偏在解消」

岩手医科大学理事長・学長
日本私立医科大学協会総務・経営部会担当副会長

小川 彰氏



I. はじめに

医師臨床研修制度は、旧厚生省によって平成12年医師法等一部改正によって法制化され、平成16年から実施された。一方、旧文部省は平成3年大学設置基準の大綱化によって医学教育を旧来の医学進学過程（2年）と医学専門課程（4年）を廃止し、「6年一貫教育」に変更し医学教育の再編を図った。この趣旨は医学教育を詰め込みでなく、より本質的な医学教育に改変し教育に実効性を持たせ十分な知識・技術を涵養し卒業時点で臨床能力のある医師を養成しようとするものである。一方、旧厚生省が進めてきた医師臨床研修制度は現行の6年間の医学部の教育では十分ではないとの認識の下、学部教育に加え更なる追加教育が必要であるとし、卒後更に2年の研修を必修化した。

この旧文部省、旧厚生省によって進められてきた二つの政策には整合性がなく、医学生涯教育を目指す一貫した理念のもとに進められてきたものではない。医学・医療の進歩は早く、卒前・卒後を通じたシームレスな生涯学習・教育環境が不可避である。しかし、卒前医学教育は文部科学省が、卒後医学教育は厚生労働省が管轄し、両省間の連携は希薄で、縦割行政の弊害をもろにかぶってきた。これが医師臨床研修制度発足の軌跡である。

医師臨床研修制度発足から10年が経ち、この制度の功罪が明らかとなってきた。本稿では、医師臨床研修制度の問題点を洗い出し、医学生涯教育の在り方を含め、今後の医学教育の方向性を論じたい。

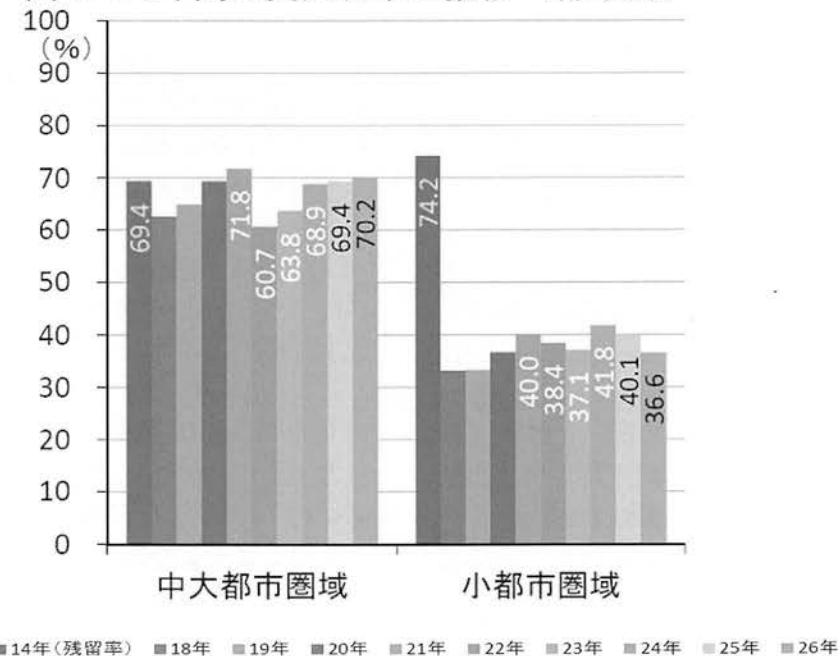
II. 医師臨床研修制度がもたらした問題点 —医師不足—

長年の医師養成削減政策によって医師数増が慢性的に抑制されてきたとはいえ、医師臨床研修制度発足後、極めて短期間に社会問題としての「医療崩壊」に結びつく極端な「医師不足」が生じてしまったのはなぜか。

医師臨床研修制度発足後の2年間に1万5,320名の新医師が誕生した。そしてそのほとんどが臨床研修医となった。確かに研修医も医籍に登録され医師数にカウントされる。しかし、臨床研修医は「臨床研修に専念すること」と医師法第16条の3に規定されている。従って、約1万6,000名の新医師は研修病院に研修医として所属しているが、研修病院以外においては、各科のマンパワーにはなっていない。元来、卒後1-2年目の医師が地域医療の担い手になれるはずはない。しかし、制度発足前は新医師の多くが大学の医局に所属した。結果、医局1-2年目の新医師によって医局に人的な余裕ができ、中堅医師が地域医療の現場に出て行くことが出来た。ま

【図 1】大学卒業生の卒後・研修修了後の大学残留率 H14 年は制度発足前、H18 年以降は研修修了後（卒後 3 年目）の残留率

図 C-1 9年間の受け入れ率の推移（都市別）



出典：平成 26 年度研修医に関する実態調査報告 全国医学部長病院長会議地域医療検討部会

た、大学病院以外でも中堅医師も地域医療に協力していた。しかし、制度発足後は研修指導の義務が生じ、多忙で地域医療への協力が出来なくなつたという事情もある。この結果、皺寄せはへき地・地方の地域医療をはじめ都市部の中小病院にまで及ぶこととなつた。

すなわち、医師臨床研修制度がもたらした影響は実際の診療の現場から全医師の約 6% に当たる 2 年間の研修医分の約 1 万 6,000 名もの医師を消し、間接的には指導のため中堅医師の地域医療の支援も難しくしたこと大きく影響している。

III. 医師臨床研修制度がもたらした問題点 —過疎地・地方医療の崩壊—

本制度発足に伴い、計り知れない社会的な負の影響が生じた事が明らかとなつた。従来人口当たりの医師充足は 2 倍を超える都道府県間の大都市偏在傾向の地域格差が存在した。医師臨床研修制度はこの地域偏在をさらに顕在化した。

また、全国医学部長病院長会議の調査によれば、制度発足以前は卒業生の 70 ~ 80% が大学に残つたが、制度発足後の研修修了者の大学帰学率は研修修

了者全体の約半数となつた。平成 18 年 : 50.6%、平成 19 年 : 52.0%、平成 24 年から増加に転じ、平成 24 年 : 57.8%、平成 25 年 57.5%、平成 26 年 59.2% とやや改善がみられる。しかし、地域別にみると、地方の大学病院における減少は改善しておらず、東北、中部、中国、四国地方での減少が際立つてゐる。

また、人口 50 万人以上の中大都市を抱える都道府県の大学病院と、50 万人以下の中小都市を抱える地方県の大学病院を比較すると、大都市を抱える地域ではほとんど影響を受けていないものの、小都市を抱える地方県では実に制度発足前の約半数に減少している。小都市しかない県は大きな影響を受け、その影響は改善の兆しすら見られない。

(図 1) (平成 26 年度研修医に関する実態調査報告
全国医学部長病院会議地域医療検討部会)

近年、へき地医療や地域医療維持の観点から大学の医師派遣機能が見直されている。m3.com の調査では、6 割以上の医師が、臨床研修の必修化で大学病院の地域への医師派遣機能が弱体化を危惧し、今後の大学病院の医師派遣機能について「強化すべき」と考えている。(m3.com 医療維新「大学の医師派遣機能が弱体化」が 6 割超◆ Vol.13 医師調査 2015 年 3 月 14 日 (土) 配信)

IV. 診療科間の偏在・基礎医学の危機

また、診療科間の偏在も顕著となった。産婦人科、小児科はもとより、救急、外科など外科系を中心に救急医療を支え、生命に直接関わる診療科への影響が大きい。すなわち、24時間拘束され、ハイリスクローリターンの科への志望の大幅な減少傾向が見られる。これは日本の救急医療の崩壊に直結する。また、日本の医学、医療は少ない研究費など貧弱な研究環境の中で世界のトップレベルを維持してきた。事実、World Health Report (WHO)、OECD health data や 米国の National Academies が2013年発刊した報告書「U.S. Health in International Perspective」では日本の医療は世界一と評価されている。この高度医療の維持には臨床に立脚した医学部出身者による基礎研究に支えられてきた面も大きい。しかし、医師臨床研修制度発足以来、医学部出身者の基礎研究者志望が激減した。医療法第10条では「病院又は診療所の開設者は臨床研修修了医師にこれを管理させなければならぬ。」となっており、臨床研修の修了が医院開業の条件になっている。基礎研究を志望する者も将来の人生設計を考えれば、臨床医としての可能性を残しておく道を選ぶ。しかし、臨床研修生活を経て、なお基礎医学への情熱を維持出来ている人は少なく、これが基礎研究者志望を減らしている最大の原因である。そしてこれが日本の医学研究後退をもたらしている。

V. 医師臨床研修制度見直しの動き

平成21年2月18日、「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」から臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-10a.pdf>) が発表された。本検討会は当時の舛添厚生労働大臣の肝いりで開催されたもので、厚生労働、文部科学両省合同で開催された初めての画期的会議であった。重要な指摘として、「臨床研修制度の導入により大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化・加速した。」また、「募集定員総数が希望者を大きく上回り、都市部に多くの受入病院があることと相まって、研修医が研修後も含め都市部に集中した。」こと、また、「制度導入以降、専門の診療科決定の遅れ」にも言及し、地域偏在、診療

科間偏在などの原因も本制度に起因している事を認めている。

また、全国共用試験が実施されるなど医学部教育の見直しが進む中、医学部教育改革と臨床研修制度が十分に連動していない事、その他、具体的には「多くの診療科での短期間の研修が一律に行われるここと」、「研修受入病院の数が飛躍的に増加したことによる指導体制等の病院格差」の弊害も指摘された。

この様に、日本の医療・医育制度根幹にかかわる重大な視点が提起されたに関わらず、制度発足5年目の平成21年の見直しでは、本制度の功罪が5年では判断できないとの理由から、「研修プログラムの弾力化」、「基幹型臨床研修病院の指定基準の強化」が盛り込まれたのみであった。

昨年の制度発足10年目の見直しでは、「地域偏在解消策として、募集定員数を現在の約1,237倍から、当初は約12倍とし、次回見直しに向け徐々に約1.1倍とすること」とした。また、「臨床研修病院群について病院群の形成を促進する事、また、研修の質が確保できる理想的病院群に組み替えるため研修内容を適切に評価する」などの方向性が確認された。

「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」(平成21年)において「地域偏在」、「診療科間偏在」、「地域医療崩壊」、「医師不足」問題などに「臨床研修制度」発足が大きく関与しているとの根幹にかかわる問題が議論され、制度発足10年を経過したにもかかわらず、制度の根幹にかかる改革が未だ行われていない事は極めて遺憾である。

VI. 文部科学省医学教育カリキュラム 検討会における医学教育の改善

前述した平成22年度からの臨床研修制度の見直しの中で、「医学部教育改革と臨床研修制度が十分に連動していない」との提言を受け、文部科学省では「医学教育カリキュラム検討会」が組織された。平成21年5月1日「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について－意見のとりまとめ」(http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/_icsFiles/afieldfile/2009/05/01/1263119_1.pdf)として5項目の改善方策が示された。(資料1)

しかし、残念ながら問題の本質をついたこの改善方策が国の政策として取り上げられることはなかった。

一方、医学教育の現場では、この5年間で卒前医学教育は大きく改善された。全国医学部長病院長会議が主導して全80大学が合格基準を統一し、Student

Doctor の称号を授与し、一定の学力を有する学生が臨床実習に進める仕組みを確立した。(改善方策では CBT は「統一的な合格基準を設定。合格者に一定の証明書を発行」とされている。) また、臨床実習では診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準を策定(平成 26 年 7 月全国医学部長病院長会議)した。

(<https://www.ajmc.jp/pdf/ikouisuijyun-new.pdf>)

卒前教育の改革を受け、厚生労働省も重い腰を上げ医師国家試験改善検討部会で検討を始めことになった。

日本の医学教育を国際的な水準で評価するための新組織、「日本医学教育評価機構」(JACME; Japan Accreditation Council for Medical Education) が発足する。評価項目は多岐にわたるが診療参加型臨床実習の充実が必須である。

この様に、近年卒前医学教育の改革は急ピッチで進んでいる。「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について－意見のとりまとめ（文部科学省医学教育カリキュラム検討会）」で示された 5 項目の改善方策が具体的に動き出した。

【資料 1】 ※文部科学省資料より出典

臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について 意見のとりまとめ（平成 21 年 5 月 1 日 医学教育カリキュラム検討会）

検討の趣旨等

- モデル・カ・カリキュラム作成、臨床実習開始前の共用試験導入を踏まえ、医学教育は着実に改善
- 臨床実習の内容・程度に格差があり、国家試験対策から 6 年次の臨床実習が形骸化
- 臨床系教員の多忙化による指導体制への影響、研究活動の停滞が深刻
- 医師不足問題への対応、臨床研修制度の見直しの方向性を踏まえ、卒前・卒後教育を一貫して見直した医学教育の改善を図るために、以下の点について、改善の方向性と講じられるべき方策を提言

改善方策

基本的診療能力の確実な習得と将来のキャリアの明確化

- 5・6 年次等の臨床実習の必要最低単位数（例えば 50 単位）を明確化（大学設置基準の改定等）
- 臨床実習の充実の観点からの到達目標の明確化、内科・外科等の基本科目の充実、多くの診療科との連携を要する救急、総合診療、産科、周産期、小児、精神医療等の体系的教育の重視

地域の医療を担う意欲、使命感の向上

- 卒前・卒後教育を一貫して担う大学が、全学的な体制の下、地域医療機関等と一緒にとなって、地域全体で医師を養成・確保するシステムの構築を推進
- 地域の医師確保のための地域枠や、医師不足診療科等の医師養成重点コースの設定等の推進

基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養

- 研究者養成の重点コース、MD-PhD コース等や、研究室配属など実際の研究に携わる機会を推進
- 基礎と臨床を関連付けた横断的、統合的な教育の重視

学習成果を生かす多面的な評価システムの確立

- 共用試験の位置付けを明確化し、統一的な合格基準を設定。合格者に一定の証明書を発行
- 実習段階で可能な医行為を考慮し、必要実習内容等の実施履歴 systematic 的記録・蓄積システムを構築
- 国家試験が臨床能力を適切に評価できるものとなるよう強く要請

医学教育の充実に必要な指導体制の強化

- 大学設置基準に定める最低必要教員数の拡充を検討
- 医師不足が深刻な診療科等の環境整備や医療補助職員の配置等によって教員の勤務環境を改善

VII. 医師臨床研修制度の抜本的見直し

全国共用試験(CBT)の合格基準を全大学で統一し、Student Doctor の称号を授与し、一定の学力を有する学生が臨床実習に進む仕組みが確立し、医学生の医行為水準が策定され診療参加型臨床実習が充実する事となった。さらに、国家試験が見直されれば、過去の知識の復習に費やされることなく 6 年一貫教育が生かされ、診療参加型臨床実習はさらに充実する。また、国際基準に基づく医学教育認証評価制度がスタートし臨床実習をはじめ卒前医学教育が大きく改善される事が期待される。

卒前医学教育の診療参加型臨床実習が充実すれば、CBT、国家試験とほぼ同じ到達目標が設定されている「初期」臨床研修で履修すべき項目の多くは卒前の臨床実習で達成出来る事となり、「初期」臨床研修の意義は薄れる。「初期」臨床研修を卒前教育に組み込むことが出来れば、前述した本制度の負の面であるな

どの問題は全て解決する。

卒前医学教育の改善を受けて、現在の「初期」臨床研修制度を発展的に改組し、「後期」臨床研修制度に組み替えれば、若い有能な医師を効率よく育成する事が出来、まさに国民の求める高度医療人育成につながるものである。

VIII. おわりに

本稿で述べた医師臨床研修制度をめぐる「医師の地域偏在」、「診療科間偏在」、「地域医療崩壊」「医師不足」「医学研究力低下」などの諸問題は、国民の命と国民生活に直結する緊急な重要課題であり、迅速な対応が求められている。本来は医師臨床研修制度発足 10 年目の現在根本的見直しが出来なかった反省を踏まえ、15 年目の見直しでは、「初期」医師臨床研修制度廃止を含めて改組し、「後期」医師臨床研修制度への変更の制度設計を速やかに実施する事を提言したい。

座談会**女性医師キャリア支援について**

日時：平成27年4月9日（木）午後4時～午後6時30分

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）

寺野 彰氏

獨協学園理事長、日本私立医科大学協会会長

山本 繢子氏医療法人並木会並木病院長、日本女医会会长
厚生労働省「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」座長**片桐 由起子氏**

東邦大学医学部産婦人科学准教授、男女共同参画推進センター長

大久保 ゆかり氏

東京医科大学皮膚科教授、医師・学生・研究者支援センター長

斎藤 加代子氏東京女子医科大学遺伝子医療センター所長・教授
男女共同参画推進局女性医師・研究者支援センター長**(司会) 冲永 寛子氏**

帝京大学常務理事・副学長、協会女性医師キャリア支援委員会委員長

(広報委員会) 炭山 嘉伸氏

東邦大学理事長、協会広報委員会委員長

(広報委員会) 小栗 典明氏

日本私立医科大学協会事務局長



炭 山 『医学振興』の座談会に、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

私、日本私立医科大学協会の広報委員長を務めております東邦大学の炭山でございます。

『医学振興』は 13,000 部配られております。この中の「特集」では、原稿をお願いする場合と、座談会形式で出させていただく場合がございます。今回は、座談会という形で開催させていただくことを広報委員会で決定いたしました。

現在、国家試験合格者の 32 ~ 33% が女性であるということ。これは何も日本だけではなくて諸外国を見ても、10 人の内 3 人は女性医師であるということから考えて、当たり前の傾向だろうと思うのですが、従来、女性の方々は all or nothing と考えて、なかなかワークライフバランスを整えることができなかったという状況でした。ここにお集まりのように医療界においてもこれからどんどんと女性のリーダーが出るべきであるということもあって、この座談会を企画させていただきました。

本日の構成メンバー、議案等については全て沖永先生に一任させていただきましたので、どうぞ沖永先生よろしくお願ひいたします。

沖 永 本日は、年度初めというお忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございます。

本日ご参集いただきましたのは、医師としてはもちろんですけれども、女性としても非常に活躍していただいている先生方と、そのサポーターをされている先生方ということで心強いということで、ぜひ実のあるディスカッションをさせていただければと考えおりますので、よろしくお願ひいたします。

本日のメンバーを紹介させていただきます。まず獨協学園理事長、日本私立医科大学協会会長の寺野彰先生です。

医療法人並木会並木病院長、日本女医会会長、厚生労働省「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」座長でいらっしゃいます山本纏子先生です。

東邦大学医学部産婦人科学准教授、男女共同参画推進センター長の片桐由起子先生です。

東京医科大学皮膚科教授、医師・学生・研究者支援センター長の大久保ゆかり先生です。

東京女子医科大学遺伝子医療センター所長・教

授、女性医師・研究者支援センター長の斎藤加代子先生です。

広報委員会から東邦大学理事長で協会広報委員会委員長の炭山嘉伸先生です。

事務局からは日本私立医科大学協会の小栗典明事務局長にご出席していただいております。

司会は私、帝京大学常務理事・副学長、協会女性医師キャリア支援委員会の委員長を務めております沖永寛子が務めさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、寺野会長から「女性医師キャリア支援委員会」を平成 26 年に設置していただきました趣旨についてお話をいただければと思います。

【協会における女性医師キャリア支援委員会の設置について】

寺 野 協会の会長をしております寺野です。設立の趣旨と大上段に言わるとなかなか難しいのですけれども、簡単にかいつまんでお話しします。協会としての活動をいろいろやっているのですが、その中で地域医療の崩壊が現在の中心課題ですが、その主な原因は医師不足であるということは我々も認識しております。医師不足というのは、単に不足だけではなくて、地域そして専門家の偏在ということがあることは確かなので、その辺を解決しなければいけないわけです。この課題をいろいろ検討していると、どうも医師不足の 1 つの大きな原因として、我々の女性医師に対する態度という部分もあるのではないかということを認識しました。

そういうことで、もっと女性の立場を基本的に考えなければいけないのですけれども、まず、医師不足の点から出発していただいたのです。今、女性医師の割合が約 20%、女性の医学生が 30% 以上あります。したがって、女性医師の医師全体に占める位置は非常に高いわけです。これは国際的な傾向でもあります。そこで女性に積極的に医療に参加していただかなければ、現在の地域医療の崩壊を防ぐことはできないという印象を持っております。

そういうことも含めまして、解決策はどういうものがあるのかということを、皆さんに考えていただきたいのです。ワークライフバランスとか、

職場復帰のための再教育とかいろいろ言われますけれども、そう簡単に解決する問題ではないわけです。そこで、はたと気がつきますと、本協会においてこういうことを検討する場がないということで、昨年、理事会の中でこのような委員会を作つたらどうかということにいたしまして、総会で承認されました。

そのときは「女性医師支援委員会」というものを作ろうということで、沖永先生に委員長になっていただきまして、委員を決めていただいて第1回を開いたのです。しかし、これは女性医師支援委員会ではなくて、「女性医師キャリア支援委員会」でなければだめだということになりました、キャリアの重要性ということを、私自身も再認識した次第です。

その一方におきまして、厚生労働省の方でも昨年「日本再興戦略」の中での女性医師による懇談会を設置するということに基づいて山本先生が座長の「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」ができて、その報告書が本年（平成27年）の1月に出されたということあります。

その中で「2030（にいまるさんまる）運動」というのがあって、その内容についてお聞きしたいということもありました。そこで解決策も含めて『医学振興』の中で女性医師のキャリアについての特集を組むということを炭山先生に言わされましたので、私も提案したわけです。そして総会の中で「僕も参加したい」と言ってしまったものですから、こういう羽目になりました。（笑）

そういうことで、私自身の気持ちとしては、日本の医療崩壊の重要な要素として女性医師の扱いといいますか、我々の態度がある。その中では、もちろんワークライフバランスもそうですが、キャリアというものが非常に重要なんだということを認識しておりますので、いろいろご議論いただいて、私も勉強させていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

沖 永 寺野先生にお話ししていただいたような趣旨に従いまして、平成26年に「女性医師キャリア支援委員会」が設置されまして、昨年1度会合を設けまして、先生方に各大学の支援の取り組みについて紹介をしていただきました。その中で出来たことは幾つもあるのですけれども、論点としましては、まずは女性支援にどのような取り組

みを行っているかということで、29の私立医科大学においてアンケートをやってもらうことを決定いたしました。もう1つは、女性の支援だけではなくて、キャリア教育、キャリア構築をどうしていくかということも広く論じていこう。大きく分けて、この2点について、この委員会で行っていこうということが決まったということでございます。

各大学で女性医師への支援の取り組みを行っていると思いますので、その状況などについてご紹介いただければと思います。女子医大の斎藤先生、いかがでしょうか。

【東京女子医科大学における取組状況】

斎 藤 資料を用意してきました。

まさに寺野会長がおっしゃった医師不足に対してというフィールドが、女子医大の女性医師支援の貢献の目的の1つです。女子医大は元々学生は100%女性なんですね（笑）。それが上に行くほど細くなって、教授における女性の割合は他よりは多いかもしれません、10%台という状況です。お配りした資料に「水漏れパイプ（leaky pipes）」と「ガラスの天井（glass ceilings）」と書いたのですが、「水漏れパイプ」に対して、どんどんいなくなってしまう、辞めていく女性医師に対する手当と、「ガラスの天井」を突き破れないというところに対しての手当と、その2つが必要だということです。女性医師・キャリア支援については、平成18年に、独立行政法人科学技術振興機構（JST）「女性研究者研究活動支援」の委託費をいただきました。そこで保育所を整備したというのが、まず最初です。また、働き方の多様性ということでは、短時間勤務制を構築したこと。この2つが大きい取組です。

短時間勤務はフレックス制のような形で、それでも助教の身分ということで身分を保障します。

先ほど、私立医科大学の国家試験合格者の中の女性の割合ということでグラフをいただいたのですが、私が用意したのはそれとは違う視点で「医師国家試験の男女別合格者の割合の推移」です。割合で言うと女性が絶対高いんです。要するに、優秀な女性の医学生が、どうして減ってしまうのか。これがスタートのところです。学生中に非常

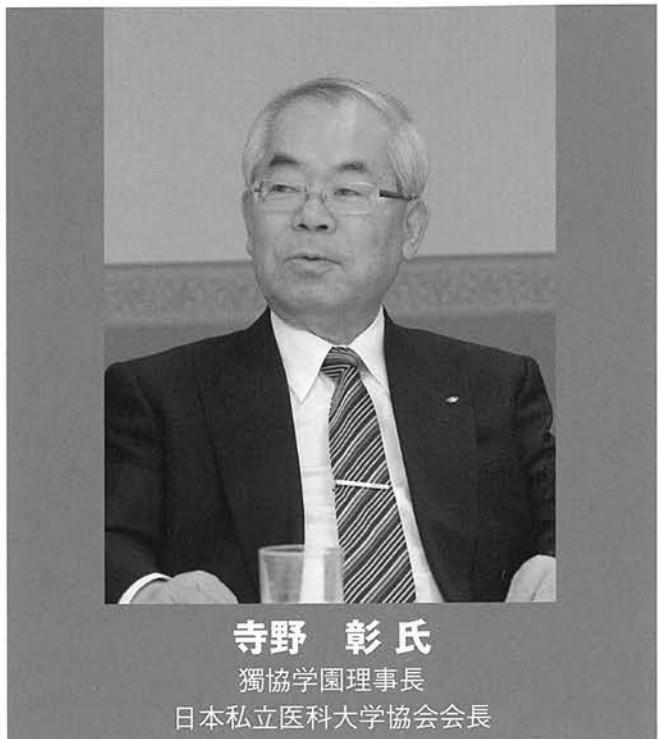
に優秀な成績をとっていても、だんだん消えてしまう。女性に関しては合格率が常に 90% を超えている状況で、男性は 90% 以下でずっと推移しているんです(笑)。こここの切れ目が大きいんです。

続いて、女性医師のライフィベントとの関係に関して、2人子どもを持つ場合をシミュレーションして描いてみました。30代の青色のところが人生で一番厳しいのではないか。そこにおいて子どもを育てながら仕事も専門医を取って、学位を取って、留学してと、さまざまなことを30代にこなすということで、30代を手厚くサポートして、水漏れパイプに関する対策を考えて女子医大では進んでまいりました。

次に、これらの事に基づいて構築された女子医大における医療人支援体制組織です。女子医大なので、女性医師支援というよりは男女共同参画という形です。男女共同参画推進局の局長は学長であります。今は学長代行として吉岡俊正理事長が局長になっておられます。その下に「女性医師再教育センター」、「女性医師・研究者支援センター」、「看護職キャリア開発支援センター」の3つのセンターがあります。その他に「働き方の多様性を考える委員会」という短時間勤務や医師の過剰労働に対しての負担軽減を検討する会と、女子医大の再生のために卒業生、女性医師がしっかりとしていくかなければいけないという考えから「彌生塾」が立ち上りました。これは松下村塾のイメージで、リーダーシップがとれる女性医師を養成しようと今年度から発足したばかりです。「2020・30」、twenty-twenty thirty という、2020年に教授 30%を目指すという数値目標で始まりました。

右側に書いてありますが、「彌生塾」を教育リーダー育成コースとして設置し、女性教員のリーダーシップ促進・キャリア研修・教育者研修を行うということで、30名の女性教育職を目指すという目標を設定しています。それから、リーダーになるための教育をスタートしていく形になっています。

「働き方の多様性を考える委員会」は、ガラスの天井ではなくて、水漏れパイプ的なところに対しての手当として、さまざまな働きやすさで、辞めないで続けていくことが目標です。これは医師不足の解消につながり、寺野会長のおっしゃったことが、まさに我々のミッションだと考えていま



寺野 彰氏

獨協学園理事長

日本私立医科大学協会会長

す。

提案として、ガラスの天井を突き破るのは1校だけでやっていくのは限界で、ネットワークと連携が大事だと思います。今回、東京医大と連携のスタートのような形でやっていただいたのですが、大学間で連携しながら、お互いにプラッシュアップしていく必要だと思います。以上です。

沖 永 女子医大は平成18年からいろいろ取り組んでいらっしゃって、それがどんどん進化しているというように思いました。彌生塾というので、キャリアはもちろんですけれどもリーダーを育てる取り組みを新しく始められたということと、働き続けるための保育環境の整備がどんどん手厚くなっていて羨ましい限りだなと思いました。

何かご質問ございますか。

山 本 スタッフの方は何人ぐらいいらっしゃるのですか。

斎 藤 男女共同参画推進局のスタッフは4名、後程話しますが、ファミリーサポートは外部企業と委託連携して1名が常駐しています。ファミリーサポートの提供会員の登録は100人以上で、多くの方が講習を受けてくださっています。1回20人弱のコースで教育をさせていただいて、例えば救急の場合の措置ということで蘇生などの教育も受けさせていただいている。子ども遊びなどの講習

もあります。それでマッチングをするということです。

大久保 女子医大は、女性医師キャリア支援の先輩ですのでいつもいろいろ教えていただいている。そこで、実際に長い間こういう活動をなさっていく中で、女性教員・医師の意識がどのように変わってきてているのかということと、一方周りの男性医師の意識も変わってきているか、その辺りはいかがでしょうか。

【教員・医師の意識変化と周囲の理解】

斎藤 まず女性教員の意識としては、「男女共同参画って何?」という感じがスタートだったんです。例えば女性医師支援の報告書を教授会で配っても、「僕こんなのがいらないから返すよ」みたいな感じで返されていました。実際には、それぞれの臨床の診療科は医師不足なんですね。大学病院から医師が辞めていくというところで、少しでも残ってほしい。そうすると、どんな形でも働いてほしいという考え方となります。例えば保育支援とかファミリーサポートも何回か経済的危機になりましたけれど、そのときに教室費を出そうかとか、そういう議論が方々で出ました。

男性の教諭も全てではないですが、以前より男女共同参画に対する考え方方が変わってきました。より積極的に教授会など様々な場で活動をアピールする。報告書を返されても配るなど、そういう活動も重要です。

男性のお子さんだから預からないということはありません。これは医師だけではなく職員も学生も男性職員のお子さんも預かる。学生さんは、5年生ぐらいでお子さんを出産し、そして子連れで卒業式という人が出てきています。自分の人生を考える上で、学生中に産んだほうがいいと考える人たちも、ずいぶん出てきているのではないかと思います。

寺野 共通の問題だと思うのですけれども、地域医療全体から見ると、医師の派遣という問題がありますね。実際問題として、女性を男性と同じように派遣するというのはなかなか難しいんですよ。山奥に1人で出すわけにいかないとか、子育てがあるから離れられないとか、派遣問題はすごく重要なのです。女子医大は東京にあるからあま

り感じられないのかもしれないですけれど、田舎の病院は大変なんです。派遣はどういうふうにされていますか。

斎藤 私も小児科の医局長もやったのですが、出張の手配というのは関東近辺が多いですね。群馬県とか、福島県などに派遣をしていました。どうしても独身の女性か男性かという状態になって、子育て中だとなるべく東京近辺の病院という形で、差はどうしても出てきます。それに対する理解というところは、女子医大に来た先生たちは、遠いとお金をいっぱいもらえるというので(笑)、それで希望する場合がむしろあって、その辺の需要と供給は結構うまくいっていたと、振り返ると思います。近いとどうしても費用は安くて、お金で我慢するけれども、時間的拘束のところで許される。そこがやり繰りで重要なところかなと思いました。男女全部同じような条件で動かすことはとても難しいと思います。そこは少し変えなければいけないけれども、多様性に合うような対応はどうしても必要だと思います。

寺野 医局全体の理解というか、公平感に対する理解があればうまくいくのですけれども、どうも今の若い人にはなかなかその辺り難しいところがありますね。

斎藤 女性で、例えば仕事をしているので不妊治療を受けられない。けれども子育て中の人は保育園から何から整備されている。そういうような問題提起という事が、やはり女性同士でもあります。もちろん男性からは、女性だけ優遇されているのじゃないかという事もあります。だから「彌生塾」をやっていく場合も注意しなければいけないのは、支援を受けている側の女性医師の自覚がすごく重要で、恵まれた状況にあるということを謙虚に受けとめないといけない。甘えになってしまふところがあるといけない。

沖永 それでは次に、東京医大の新しい動きなどをお願ひいたします。

大久保 私たちのところでは平成22年から、男女共同参画という名前でもよかったですけれども、理事会から、女性医師だけではなく、男性医師を含めた全ての人のキャリアあるいは復職支援をしていくという考えのもと、男女の区別をしないということで「医師・学生・研究者支援センター」という名称で始まりました。

もとは女性が就業継続できないということが最大の要因で、特に東京医大の場合は男性が有利な学校として、講師クラス以上で女性が残っている率がとても少ないとすることが問題でした。他の大学からいらした先生方は、どうしてこんなに女性医師が少ないのかと驚かれることもありました。常に 2~3 割は女子学生がいるはずなのに、なぜか残っているのは、助教以上になりますと、今ですと少し増えて 20% 台、講師以上になりますと 10 数パーセント、さらに准教授以上になりますと 5% 以下ということで、非常に少ない訳です。そこを何とか女性医師が就業継続ができるようにしようとすること。一度辞めてしまった方でも、せっかくの母校ですから復職して仕事ができるようにということで、「就業継続・復職支援」を大きな目的としてセンターが立ち上がりました。

また、相談窓口というものを作りました。大体メールで問い合わせが来まして、メンターあるいはキャリアサポーターという形で 3~4 人が中心になって面談しています。面談は 1 回して終わりというわけではなくて、できるだけ解決まで持つていけるように何度も面談をすることが多いと思います。

メールもセキュリティをしっかりとし、どこからも見られないように独自のものを引いてやっています。

研究者支援については、平成 25 年度からは JST の女性研究者研究活動支援事業をいただいたので、研究支援ワーキンググループが新たに作られました。それは基礎の先生が中心になっていたいっています。

女性教員の特に上位職を増やすことに取組んでいます。特に教授・准教授を公募して外からもいらしていただくと同時に、内部昇任についても教授会や理事会にご協力を頂いています。

続けて良いと思ったことは、女性医師はまず臨床に復帰しなければいけないことがあるのですけれども、大学の場合は、それにプラス研究をしていかなければいけないのです。例えば科研費の書き方、実際に実験するときの指導者というものが、なかなか臨床の中では、先輩も何とかしてあげたいのですけれども、してあげるだけの時間がないのです。



沖永 寛子 氏
帝京大学常務理事・副学長
協会女性医師キャリア支援委員会委員長

女性研究者研究活動支援では、研究補助者配置を行っていますが、それに加えて具体的に基礎の先生方にメンターに入っていただきまして、研究の進め方、科研費の書き方など、個別に指導を始めています。

何よりも大学に残っている研究者というのは、女性も男性も、臨床だけではなく、研究をやりたいから大学に残っているので、そこをサポートする、コーディネートする機関がどうしても必要だと思いまして、今まさに女性研究者支援を足がかりにして、きちんと組織化しようと動いています。

沖永 東京医大も昨年お伺いしたときよりもさらに進んでいるなと思いました。あとは常勤に戻らないという新たな課題が見つかったということで、逆にそこに期限を設けたというところも、新たな課題に対する解決策ということで進化していくらっしゃるなと思いました。

大久保 残念ながら先ほど申しましたように講師以上とか、特に准教授以上に至ってはほとんどいません。ほとんどが助教にとどまっているか、せいぜい講師クラスです。

医学科だけだと、教授職は今度やっと 6 名になれるか。目標はたしか 7 名だと思います。

小栗 お手元に配付致しました資料をご覧ください。本協会の教育・研究部会の中に設置しており

ます教務事務研究会が、教務に関する事項を教務事務要覧としてまとめた資料から抜粋して作成したものです。各大学の常勤の教育職の数を一般教育・基礎医学・臨床医学・附属研究所に区分して、平成26年9月1日現在で男女別に集計したものです。

29大学の総合計で見ますと、教育職男女総計20,059名の内、女性教育職は4,205名で、全体の21.0%となっており、特に教授職では、総数2,714名の内、女性教授職数（特任教授等含む）は129名で、4.8%となっております。

今、お話をありました東京医大は、合計で8名の女性教授職（一般教育1名、基礎医学5名、臨床医学1名、附属研究所1名）がおられます。

斎藤 学生さんの教育というのは、男女共学でいらっしゃるので、男子学生に対しての教育は如何ですか。

大久保 学生・研修医ワーキンググループというのがありまして、その中ではキャリア教育を少しづつ始めています。

1年生のときには医師とはどういうものかということと、3年生または4年生でキャリアデザインを自分で書いてもらっています。それから5年生になると、女性と男性のロールモデルとして、国際的に活躍している方、厚生労働省の方、開業医の方など、いろいろな環境の方にお話をいただいている。それだけでは足りないので、今後はもう少し系統立ったキャリア教育をしたいと思っています。

沖永 キャリア教育の件は最後にまとめてディスカッションでよろしいですか。

それではここで、具体的に保育支援についてと短時間勤務について各大学の取組み状況を紹介いただければと思います。

【保育に関する取組み】

斎藤 女子医大では、環境整備について、保育所が非常に重要で、2006年のJSTの支援をいただいたところでも、病児保育をどうするかということからスタートしました。病気になると休まなければいけない、辞めなければいけないということを支えていくことで、24時間保育と、病児保育をしています。

女性医師の子どもは塾に行けない、お稽古ができない、他のお子さんと同じような生活をさせてあげたいという声が出まして、それに対してファミリーサポートが構築されました。送り迎えや、夏休み中で学校も早く終わってしまうときにファミリーサポーターのところでみてもらう。そういうシステムです。

下に、ファミリーサポートの活動内容が出ています。習い事ができる、塾に行ける、他のお子さんと同じようなことができる。お母さんの代わりをしてくださるような人たち、サポーターを募集しています。女子医大の父母会のお母様たちが、大学にお嬢様たちが入った後に、自分の将来の孫に当たるような子たちをみましょうかという気持ちでサポーターになってくださることもあります。提供会員（ファミリーサポーター）にはきちんと保育の講習をいたします。

右側に、女子医大ファミリーサポートの利用者数が書いてあります。2011年度から東京医大にもご参加いただきまして、ファミリーサポートの利用者がとても増えてきています。提供会員と依頼会員とお子様という関係ですが、順調に利用者も増えてきております。女子医大の若い教授も子育てにファミリーサポートを利用しています。私も、娘夫婦が医師なですから、皆が遅い帰宅となるときには孫をみてもらうためにファミリーサポートにお願いしています。そういう形で非常に細やかな面からの支援をしています。

大久保 東京医大で、まず行ったことは保育園の整備です。保育園は看護師さんのためのもので、医師が使えませんでしたので、まず医師も使えるようにしました。

ただ、院内保育園9名と非常に少ない。そこで、（私たちのところは新宿の高層ビルが近いですから、）近くの京王プラザホテルの保育室リトルメイトと提携しまして7名の子どもを預かって頂けるようにしまして、9名プラス7名の16名で保育園をスタートさせました。それは女性医師が中心になっていますけれども、もちろん男性の職員の方も使えます。学生や基礎の教員の方々も使えるようにしています。

病児保育を作りましたかったのですけれども、残念ながらスペースがとれなかったり、いろいろな制約から作ることができませんでした。そこで、5

～6年後には新病院が建つということから、その新病院に、病児保育もあり、24時間保育もあるという定員30名の保育園を建てることの要望書を提出しまして、それは無事に理事会を通じて承認されております。ただ、5～6年先なので、そんなに待てないというのが実際の気持ちです。

そこで女子医大の先生方、特に斎藤先生、前の川上先生に、いつもアドバイスをいただいていたのですけれども、女子医大のファミリーサポートに非常に興味がありまして、その間を何とか病児保育や夜間保育をファミリーサポートでつないでいくことができないか、ご相談に伺いました。タイミング良く私たちは、平成25年度の女性研究者研究活動支援事業というJSTのファンドをいたたくことができましたので、それに乗りまして女子医大と連携させていただいて、ファミリーサポートを平成26年度から開始いたしました。

これは男女の医師あるいは研究者だけではなくて、職員、看護師さんも含めて対象としました。全職員を対象にするということが、女性医師の支援をしていく上で理解を深めていただくためにも大切だと実感しています。徐々に登録の方も増えているというのが現状です。

片桐 保育に関しては、東邦大学は昭和45年から大学に隣接して、施設外ではありますが保育園がありまして、医師は勿論のこと全ての職員を対象としたものがありました。45年の歴史があります。東邦大学の男女共同参画の教えに関しては、平成19年に文部科学省から日本私立学校振興・共済事業団を通じた私立大学等経常補助金の特別補助の助成をいただきまして、それで女性医師支援室が立ち上がったというところから始まっています。女性研究者支援の方は、平成21年からいただいております。そういったさまざまな助成をいただいていく中で充実をさせて至ったわけです。

保育園はずっと昔からあったということ。それから病児保育室が2010年1月に始まりまして、それは施設内です。これは感染症にも対策されている施設になっていまして、例えばインフルエンザ、水痘、そういった病気のお子さんも預かることができるシステムになっております。保育支援に関しては、具体的にはそういったものになっています。



斎藤 加代子 氏

東京女子医科大学遺伝子医療センター所長・教授
男女共同参画推進局女性医師・研究者支援センター長

【短時間勤務制度に関する取組み】

斎藤 女子医大において、2006年からの女性医師・女性研究者支援では、特に「女性研究者支援」として、30代のときに論文を書く時間をしっかりと確保し、短時間勤務の下に、研究をして、学位を取るなり、専門医を取るなり、論文を書くなりして、むしろ子育て中にステップアップをしてしまいなさいというプロジェクトです。この支援を受けた方も増えています。

一方で臨床医も不足しています。臨床医の短時間勤務という形で、例えば給料を8割とか、7割とか、6割にするなど、お金の面での制限はありますながら、短時間の勤務体制を採用しています。

この形で、だいぶ辞める人が減ってきて、皆さん継続して働くようになってきています。

大久保 東京医大では、次に着手しましたのが、就業継続という意味で正規雇用短時間勤務制度です。ちょうど折よく厚生労働省より、医師不足ということで短時間勤務を作りなさいという通達がありました。それに則りまして、時短制度を作りました。

最初は医師を中心として、育児だけではなくて介護、それから研究を目的に一時国内留学をする方もいらっしゃるので、そういう方も使えるよう

に。また、ご本人の病気あるいはお子さんの病気、そういったことも含めた理由で病院助教という形で時短制度を取り入れるようにいたしました。

ところが3年間実施してみてなかなか常勤に戻らないという問題を指摘されました。昨年見直しまして、3年を上限とし、第2子ができた、あるいは介護の問題が起きたという場合には、もう一度リセットして取得できる形にいたしました。

さらに、基礎の先生方にも研究助教という方法で時短制度を作りました。ただ、これは1年だけです。というのは、研究の先生方は比較的うまくワークライフバランスがとれている方が多いようです。

今、病院助教が30名ほど登録しています。その中に男性も数名いらっしゃいます。今後は時短から常勤にいかに戻ってもらうかという問題で、昨年から病院助教全員にヒヤリングを順番にしております。

女性医師の支援の難しいところは、本当に多様性があって、1人1人皆異なるんです。ですから個別に対応しなければいけないということで、私たちもそれについては時間をとっているつもりです。

片桐 東邦大学では、短時間勤務に関しては、「准修練医制度」というのを設置しました。これは3.5日勤務で常勤扱いとなっています。さまざまな福利厚生は一般と同様に受けることができます。給料は勤務時間に見合った分になっています。

今までも研究生という形で大学に籍を置きながらそこに行って仕事はしているけれど、という働き方をしていたスタッフというのが、どちらの大学にもいらっしゃると思うのですけれども、そういった場合、職歴としてカウントされにくいということがありましたので、その制度の中では職歴は2分の1として換算する。だから1年その制度を使えば0.5年勤務したというカウントにするというルールを作っています。給与は勤続年数に基づき、レジデントの6割が支給されます。以前は、産休・育休から戻ってこないスタッフも多かったのですけれども、最近はその制度を使って復職しているスタッフが非常に増えています。

ただ、大久保先生のお話にもありましたように、その働き方からなかなか元に戻ってこないという問題は、やはり本学でも抱えておりまして、それ

の対策が必要になってくるかと思っています。

沖永 ご紹介いただきましたように、早いところで女子医大が平成18年から支援がスタート、東邦大学が平成19年、東京医大が平成22年、本学帝京大学も具体的には平成24年からのスタートとなりますので、ここ6~7年でかなりこういった支援の仕組みがスタートしてきております。それには保育支援であったり、短時間勤務であったり、キャリア構築であったりということで、各大学さまざまな課題を解決しながら進歩しているということがよくわかりました。

それでは、次のテーマ「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」の報告書が今年の1月にまとまりました。これは厚生労働省から広く女性医師ということで考えたいということで、そういうお立場から対応をご教授いただきたいと思いますので、座長の山本續子先生、よろしくお願ひいたします。

【女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会 報告書について】

山本 昨年の6月に「日本再興戦略」が出まして、6月の終わりに村木事務次官が「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を設立するということになりました。はっきり申し上げて「今さらでしょうか」と思いました。(笑)

しかし、私もずっと前から愛知県の「女性医師確保に係る委員会」の委員長をしておりまして、類似の会を多数経験しておりますが、なかなか決め手がない。そこで、これを機に総括してまとめてみようと思いお引き受けした次第です。

お手元の報告書の22頁にありますように、平成26年8月8日に第1回の懇談会を行いました。参加されている先生を見ていただきますと、今話題の高橋政代先生をはじめ、ご多忙な方ばかりでして、6月の終わりにお電話があり、7月中旬に何とか開催したいと計画されていましたが、無理で8月8日に開催の運びとなりました。それから夏休み中に学生など若手を集めてシンポジウムをしたいということで、タイトスケジュールにも係わらず8月24日にシンポジウム開催の運びとなりました。ここにおいでの方もご参加いただいております。2回目の懇談会が10月3日、そし12

月 5 日に最後の懇談会が開催され、今、皆さまのお手元にある報告書がまとめられました。

全体は非常に多岐に亘り、多くの意見を汲み上げたため、少々読みにくい報告書になっておりますので、「安全かつ継続的な医療を提供していくために」というまとめを見ていたただきたく思います。これには「女性医師の」と付いておりますけれども、女性医師が安定して参加できるような状況であれば、男性医師も穏やかに、楽しく働けるのではないかということも目標にしているものです。

一番問題になっておりますのは、やはり女性医師が多いか、ということが問題になっておりまして、こういうところから早急に何とかしなければいけないという話になります。

「安全かつ継続的な医療を提供していくために」は女性医師も男性医師も含めて、その働き方を考えることが基本ですという視点で討論いたしましたが、やはり女性医師の就労がないと安定供給はできないということになりました、当然ながら女性医師にスポットが当てられることとなりました。

大久保先生がおっしゃったように、女性医師の就労に支障となる事情はそれぞれ異なるのを、どうまとめていくかが非常に問題になりました。後で振り返ってみると、高齢者ケアのときに「自助」「互助」「共助」「公助」という視点がありますが、それを当てはめて考えてみると、それぞれの事情への対応の道筋が見えるように思われます。「自助」は、女性医師自身が自分でどのように考え、対処していくか。「互助」は、彼女を取り巻く家庭、同僚、あるいは地域社会がどう支援していくか。互助と共助はよく似ていますが、「共助」というのは、ある程度システムとして整備されていて利用できる公共的なもので、医師会、学会、病院あるいは大学・医局が実施している支援策です。「公助」は、国や地方公共団体が方針を決め、予算立てをする政策による支援です。

これを見ていただきますと、やはり職場だとか、大学だとか、学会だとか、そういうところの問題も全部含んで包括的に 1 人の働く女性医師をどのように考えていくかという形になっているとお考えいただければいいかなと思います。

会の中で様々な意見が出てきまして、若い厚生



山本 續子 氏
医療法人並木会並木病院長
日本女医会会长

労働省の医師臨床研修専門官がまとめてくださいました。全体的に見ますと、女性医師の就労支援は、数年前よりは確実に前進している。意識の改革が最も遅っていましたけれども、それも少しずつではありますが進んできている。最も顕著に改善されたのはハードの面で、院内保育でこの 10 年で約 2 倍になっており、医師のみでなく看護師などコメディカル全体の支援にもなっています。

あまり進展していないという声もありますが、進まないのではなくて、かなり進んでいる部分もあると思います。最も遅れている意識の改革も、男性医師が、配偶者が医師であるときには、家事・育児などに参画することが普通になってきております。でも、女性医師を奥さんにしたいという男性医師が減っていると聞いておりますので（笑）、本当に意識が変わってきたのかどうか疑問が…。

また、日本医師会は病院長とか管理職の男性の方々に、女性医師の現状とその就労や就労継続にどのような支援が必要かを理解して医師確保に資するような研修会を実施しておりますので、否応なしに管理職や、上司の男性医師も女性医師の状況を認識しつつあると思います。そこにもってきて先ほどお話を出ました女性医師の甘えという問題が出てきました。

自分で断固として医師を続けたい、そのためには

非常に努力をしている自助の部分が外に表れている人は、ご本人の苦労はあると思いますけれども、周囲の理解が得られ、キャリアの継続やアップも可能な状況に徐々になりつつある感じがしています。

他方で、なかなか復帰しない、あるいは時短で甘んじている女性医師、斎藤先生のお話ですと水漏れとまではいかないけれども、淀んでいると表現された方々にあたると思いますが、この方々を就労あるいは常勤へと導いていくかが問題になってくると考えています。

報告書をお読みいただきますと、ほとんどの意見が吸い上げられており、これに対してどのように戦略を立てて解決していくかが、明確にはなっていないと思いますが、どのような考え方で進めなければ良いかという示唆は、この報告書から得られるのではないかと思います。

沖 永 先生がおっしゃっていた、続けたいという気持ちがあれば、今もかなり環境は整いつつあるけれども、一番大事なのは、やはり女性医師自身の自助の部分、自覚の部分ということですね。

【女性医師自身の「自助」「自覚】】

山 本 そうです。ちょっと厳しいかもしれませんのが、ちょっと決心すれば復帰できるときに、現状に甘んじて就労しない、あるいは時短のままでという方が少なからずいます。

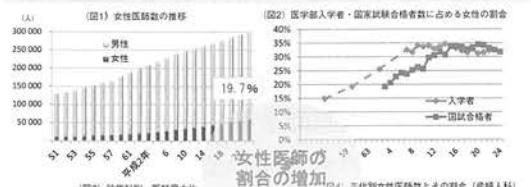
私自身は、復帰できない理由が周囲の理解が得られるようなものであれば問題ではないと思います。それは、外から見ていると、やむを得ないか甘えているか、すぐわかります。私も少し気が抜けているときなど母に「あなた、ちょっと最近たるんでいるんじゃないの」と指摘されたことがあります。しかし、一生懸命に努力してももう続けられないという状況になり、辞めるか否か悩んでいるときなど、周りが敏感に感じ支援してくれる事も多いですね。女性自身がもう一度、医師としてどのように社会に貢献していくかということを再確認する時期に来ているのではないかと思います。

「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」としては若干辛口の話で、村木厚生労働省事務次

～安全かつ継続的な医療を提供していくために～ 「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書概要①

□ 女性医師を取り巻く状況

- 近年、女性全般の社会進出に伴い、女性医師の割合が増加傾向にあり、現在、医学部生の約1/3が女性です。（図1、図2）
- これまで女性医師が少なかった診療科や職場、指導医や管理者においても、その割合が増えていることが予想されています。（図3、図4）
- 女性医師は、妊娠・出産等により、仕事と生活を両立させることが困難となってキャリアを中断せざるを得ない場合が多く、女性医師を取り巻く状況を前提としたさらなる環境整備が求められています。



□ 女性医師が働き続けやすい環境整備を進めるにあたっての視点

- 医療の質を確保し、患者に必要な医療を安全かつ継続的に提供していくためにも、女性医師が働き続けやすい環境整備が重要です。
- 女性医師が働き続けやすいように、社会全体が個々の医師のニーズに応じた多様な働き方を支援していくにあたっては、妊娠や出産等のライフイベントにかかる負担軽減を含めた職場の環境整備を進めると共に、モチベーションを維持・向上しながら自らの希望するキャリア形成を図り、医師として社会的役割を果たしていくという視点が必要です。
- 性別や職種を問わず、医療従事者全員の勤務環境の整備と調和することが必要です。

～安全かつ継続的な医療を提供していくために～ 「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書概要②

□ ライフイベントを抱える医師への包括的支援

女性医師が働き続けやすい環境整備を進めるにあたっての視点を踏まながら、様々な場や立場から、妊娠や出産等のライフイベントを抱える医師を包括的に支援していくことが必要です。

包括としての社会的機制・プロフェッショナリズム

キャリア形成・継続、モチベーション維持・向上

【大学】 キャリア教育、多様なロールモデル提示、復職支援、キャリア形成支援、経験共有の場の提供等

【学会】 復職支援、キャリア形成支援等

【日本医師会】 各地域の取組み例の収集・紹介、女性医師バンク、病院管理者研修、講習会等

【臨床研修・専門医制度】 中断、更新にかかる配慮等

【支援】 支援を受ける医師の取組、医師としての役割を主体的に果たす、感謝等

ライフイベントにかかる負担軽減

【医療機関等】（再掲）

①職場の理解
普及啓発等（制度や社会資源の周知化）

②保育環境の整備
院内保育所の柔軟な運営（24時間保育、病児保育等）、民間サービスの利用しやすい工夫等

【道府県】 相談窓口、院内保育所への補助、医療勤務環境改善支援センター等

【団】 女性医師バンク、都道府県への財政支援等

【支援】 支援



【医療機関等】 管理者自らが女性医師を取り巻く状況やニーズを認識し、活用できる制度や社会資源を十分に把握し、総合的な取組みを推進

①職場の理解
管理者や上司自らが進める職場の雰囲気作り、公平感の醸成等（管理者研修の活用、適切な業務配分等）

②保育環境
院内保育所の柔軟な運営等（24時間保育、病児保育等）

③復職支援
医療知識や診療技術の提供等（e-learning、実技実習等）

【支援】

医療の質の確保 安全かつ継続的な医療提供

厚生労働省ホームページより

官はどのようにお感じになられたか分かりませんが、しわ寄せが来ている男性医師や独身の女性医師にも気遣いが必要だと思います。

斎藤先生、その施設で医師数が足りないとおっしゃったけれども、比較的恵まれていると思います。もし一般的な大学の医局などでそのような体制をとりますと、独身女性医師、男性医師が負担を強いられて、疲弊してしまいます。その支援者に対して、大学や病院がサポートする必要があると思われます。報酬面だけでなく、ねぎらいの言葉など何か感謝の表現方法があると思います。そういうことを考えていかなければならぬ時期になっています。たとえ支援者に配慮してもいつまでも支援してもらえるわけではないので、いつまでという問題が出てきますね。私は、基本的に子供が小学校の高学年になったら、時短はなし、日直くらいは引き受けるというのが、妥当な線ではないかと思っています。

片桐 支援ということに取り組むときにイメージしていたのは、それこそ「働きたいけど働けない」という人を支援する」とか、「天井を突き破りた



片桐 由起子 氏

東邦大学医学部産婦人科学准教授

男女共同参画推進センター長

いけど突き破れない現状を何とか支援する」ということをイメージしていましたけれども、先生がおっしゃるように甘えというのか何というのか、最近の3週間ぐらい前の『東洋経済』の中に医師のことがいろいろ書いてある特集が出ました。

「女性医師という働き方」という記事があって、その中では、女性医師という働き方には、いろいろな働き方がありますけれども、ビル診療のような働き方で、「拘束時間は少なく収入良く働く」という女性医師という働き方・選択肢がある」というようなまとめ方で、女性医師という働き方、女性医師としての生き方がそのように受け止められている記事になっていたんです。

実際そういう方向にいろんな価値観が収束している感は何となく否めないというか、結局、研究がしたくて大学に残っているとか、高度医療にかかりたくないで残っているという部分がある一方で、そういう働き方をした方が、拘束時間も短く、私生活も充実していて、収入もいいわけで、さまざまな多様性の価値観ということで、そういう価値観を否定はしませんけれども、医師を志す学生たち、あるいは社会の女性医師の働き方の受けとめ方とか、ちょっと私たちが支援をしたいとか、目指していたのと違うところに、いろんなものが移ってきているのかなという印象があり

(参考) 「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」とは

□ 経緒

日本の生産年齢人口（15～64歳）は、少子高齢化の進展に伴い、今後急速に減少します。

女性が活躍しやすいよう、男女を通じて長時間労働を是正し、子育てしながら当たり前に働き続けることができる社会とすることは、今後の日本経済の持続的成長等に寄与するものと考えられています。

こうしたことを受け、我が国では、安心して妊娠・出産・子育てなどができる社会環境の整備等、女性が輝くことのできる社会の基盤を支える様々な施策を進めています。

一方、近年、医師における女性の割合が高まっており、現在、医学部生の約3分の1が女性となっていますが、女性医師の中には、妊娠・出産等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、女性医師が働き続けやすい環境整備の在り方が課題となっています。

これまで、国や都道府県、関係団体のそれぞれが、この課題について取組を進め、関係者の認識を深めると共に、復職支援や院内保育所の設置等、一定の成果を上げてきました。

こうした中、平成26年6月に改訂された「日本再興戦略」において、女性医師が働きやすい環境の整備を図るため、「女性医師による懇談会の設置」が盛り込まれました。

これを受けて、現場の課題や取組の工夫の在り方などを検討し、女性医師がライフステージに応じて活躍できる環境整備をさらに進めていくため、厚生労働省事務次官の下、「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を新たに立ち上げました。

□ 懇談会委員

岩本 あづさ	(国立国際医療研究センター国際医療協力局医師)
喜谷 ゆり	(大根原本母子保健総合医療センター准教授・内分泌科科長)
並井 英夫	(日本医師会常任理事)
片桐 仁美	(岡山大学医学部附属病院人材育成講座教授)
木戸 道子	(日本赤十字社医療センター第二産婦人科部長)
平野 真理	(大阪府立中部兵庫県民会議副会長)
高橋 政代	(厚生労働省衛生・再生科学総合研究センタープロジェクトリーダー)
津下 実代	(あいち健康の森健康科学総合センターセンター長)
西澤 實代	(全日本医師会会長)
別役 智子	(慶應義塾大学医学部内科学(呼吸器)教授)
宇田 あゆ子	(名古屋大学医学部付属病院医療の質・安全管理部副部長)
○山本 稔子	(日本女医会会長)

□ 開催状況

平成26年8月 8日	第1回懇談会（現状及び課題等について討議）
8月24日	シンポジウム（懇談会メンバーによる基調講演、医学部生等との意見交換）
10月 3日	第2回懇談会（現状及び課題等について討議）
12月 5日	第3回懇談会（報告書案について討議）
平成27年1月23日	報告書公表

厚生労働省ホームページより

ます。

どうやつたらガラスの天井を突き破れるかという問題もそうですが、そうではない価値観が、むしろ集団としては大きい感じですし、そういう受け取られ方をしているかなというのを、実感はしていたのですけれども、ああいう読み物になって、その通りのことが書かれているのを見て、私が思っていたのとちょっと違います。

山 本 ガラスの天井を破りたいと考える女性医師がどれだけいるかという疑問があります。なぜ女性医師を目指したかという原点が、病める人の役に立ちたいという場合など、実はガラスの天井を意識されて良い方もいるし、家が医師の家庭で、とりあえず医師になるというお考えで医師になられた方もいます。そのような方に子供ができ、自分の子どもも同じように医師にしたいと考え、お受験やお稽古事などに奔走することになります。そうすると、バイトで週に1～2回半日ぐらい外来に行けば、月に20～40万の収入が得られ、あとは自由に家庭のことや自分の趣味ができるわけです。一応医療ともかかわっているという安心感はある。こんな考え方の方がかなりいると思います。

しかし、この医師不足のときに、そういうことは許されるのかという問題意識がない方が増えるのは本当に困るので、医学部入学当初から中で医師の使命を自覚し、社会的責任を果たすよう教育する必要があると考えます。また、一時期、家庭のことでアルバイト生活になってしまって、状況が変わったらそこから脱却しないと、医学の進歩についていけず、ただ風邪引きと腹痛だけしか診られないという医師になる怖さを実感していただかないといけないと感じております。

【病院における女性医師の3割が非常勤あるいは短時間勤務】

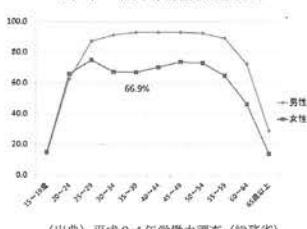
沖 永 報告書の5頁を見ますと女性医師の非常勤の状況が掲載されていますが、実に約30%の女性医師が非常勤あるいは短時間勤務になっているというところの問題点の指摘だったと思います。マスメディアに取り上げられるような非常勤としての働き方で1つの女性医師像みたいなものが出来上がってしまっていることに問題提起をしたいところがありますね。

片 桐 こちらのデータは「病院における女性医師の雇用状況」なので、少なくとも病院という規模のところで働いている人でこれぐらいなので、ほかの診療形態のところとか…。

沖 永 そうですね。保険会社であるとかいろいろなところを合わせると、もっともっと数字は高いかもしれないというところの問題提起ですかね。

大久保 幾つか感じことがあるのですが、1つは、女性医師の働き方が、ビル診療やそういうワークライフバランスが良いようなところを取り上げられているのは、これだけ医師不足だからこそ、アルバイトでも生活ができてしまうというのが大きな問題だと思います。逆に常勤で働く医師の方がむしろ収入が少ない、疲弊しているということがありまして、大きな総合病院あるいは大学病院には人が残らなくなってしまいます。これは男性医師にも言えることで、女性医師だけではないと思います。なぜかというと、上を見ても、こんなに大変な思いをして働いても給与が低いということ、教授・准教授はごく限られた人数しかなければならないということ、教授・准教授になんでも期待していたような社会的地位の高さではないということ

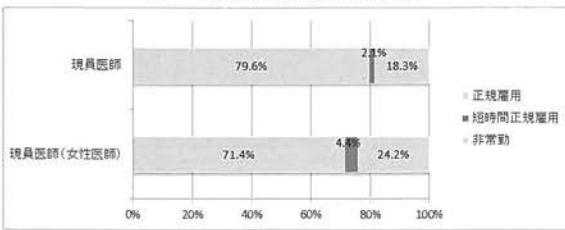
(図7) 一般の年齢階級別就業率



(出典) 平成24年労働力調査(総務省)

○ 病院に勤務する医師において、短時間正規雇用及び非常勤の占める割合は、全体と比較して女性医師では高くなる傾向がある。

(図8) 病院における女性医師の雇用状況



(注) 医師数は、病院、分娩取扱い診療所に従事している医師数であり、臨床研修医を除く。

(出典) 病院における必要医師数実態調査(平成22年9月厚生労働省)

○ また、仕事を中断、離職した理由として、出産、子育てを挙げる者が多く、その期間は1年未満が56.8%、1年～2年未満が18.4%であった。

出典：厚生労働省「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書（5ページ）より

が、若い人たちの考えだと思うんです。

今の教授・准教授・講師の先生方が働き続いているのは、自分の誇りだったり、モチベーションだったり、そういうもので支えられているのだと思います。そういうものは、ある程度の年数働き続けないと生まれてこないと思います。10年ぐらいですと、目先のことの方が重要になってきますし、生活も大変で、これから子どもの教育もあるとなれば、今すぐ給与が良いところ、もう少しワークバランスの良いところとなるのは当然のことだと思います。

ですから、社会的な構造が問題で、大学や総合病院の勤務医の先生方や、各病院に対してもっと行政が入って頂いて、人件費も含めた何らかの補助をしていかないと、病院での利益だけでは難しいと思うのです。

例えば、十分なクラークの配置ができるような人件費補助などです。その構造上の問題に関して、行政あるいは日本医師会、私立医科大学協会を含めて、全体としてサポートシステムを構築していくことをしなければ、男性・女性含めて、若い先生たちが離れてしまうと思います。医師不足がすぐに解消されるわけではないので、これは当分続くのではないかでしょうか。

確かに女性で甘えている方も中にはいらっしゃるとは思いますが、本当に続けたいのだけれども続けられないという方がたくさんいらっしゃいます。1つは配偶者の問題で、若い方でも未だに問題があることには驚いています。

【配偶者・家族の理解、意識改革が必要】

特に男性医師と結婚した場合に、30代であっても、理解がまだ得られてない方がいらっしゃいます。

男性医師は大学でバリバリ働いています。そうなると、どうしても女性医師が家事・育児を行う負担が増えるわけです。そうすると女性医師は、だんだん大学病院で仕事を続けるのはキツイなという気持ちになってきてしまうのです。家庭を守りたい、子どもも守りたい。夫婦で喧嘩はしたくない。でも喧嘩になってしまふと悩んでいらっしゃいます。

加えて、問題は家族です。自分の両親、配偶者



大久保 ゆかり 氏

東京医科大学皮膚科教授

医師・学生・研究者支援センター長

のご両親、その方々にどれだけ理解があるかということです。家族の理解がないことによって、辞めていかざるを得ない女性医師もいらっしゃいます。取り巻く方々への教育とか、意識改革もとても大切だと思います。

職場の中で、先ほどお話をありましたけれども、独身の女性や男性の医師の反発が大きいわけです。

でも、比較的女性が多い外科系の男性の医局長がとても良いお話を教えてくださいました。これは差別ではない「区別」だと。子どもを育てるということは、(医師としてというよりも、) 人間として、社会としてやらなければいけないことです。誰かが育てなければいけないわけです。そういう大きな仕事を一方でやりながら医師という仕事も続けていくわけですから、その中では、医師の仕事だけをやっていける人と、両方の仕事をやらなければいけない人との間では、「区別」をして仕事のポジション、あるいは仕事の割り振りを考えいくのは当然であるということで、医局員に納得してもらっているというお話をしました。そういう意識を持たない限り、少子化も止まらないでしょうし、医師だけではない社会全体の問題ではあります。特に医師は患者さんを助ける職業で、老若男女の患者さんがいらっしゃるわけですから、そ

こは理解をしていかなければいけないのでないかと思います。

それは教育に係わってくると思いますけれども、日々どうしたら理解し合えるのかと考えている次第です。

【ロールモデルがない】

斎 藤 「女性医師問題をやっている」といったら、「それは早く帰ってビル診療をやるような人たちが増える問題のことをやっているのか」と聞かれたことがあります。働き方に多様性がある一方で、そこを最終目標にしていくというのは、これから日本の医療界を考えると問題が多いだろうと思います。

その根源がどういうことかというのは、女子医大のように女性ばかりで、私どもの先輩たちが、地域医療の現場で活躍したり、大学で教授職になったり、准教授となって頑張ってきたりとかいう事を見ると、一番はロールモデルがないということかと思うのです。

学生さんたちから見ると、こういうふうに生きていきたいというものを、特に今新学期なので、オリエンテーションなどをやって1年生の輝いている目の前で話すチャンスがあると、この気持ちをずっと持ち続けて、初心をそのまま貫いてほしいなと、つくづく思うんです。そのときにどういう出会いがあるかというところが、すごく重要なと思います。

結婚して、子育てなど、30代になっていろいろなことがあっても、そのときにどうやって乗り越えてきているかという個人個人の前例というか、良いケースを世の中にもっと出していかないといけないのではないかと思うんです。それぞれ苦労していらっしゃった先輩たちがいても、あまりそこが見えない。そして華々しく芸能界などに出ていた人たちが輝いて見える。そっちがロールモデルになったりして(笑)。そうならないように、キャリア教育につながってくると思うのですけれども、卒前のところから、そういう出会いをたくさん作っていく。それから、既に日本女医会などで活躍している女性医師の方たちが、こうやって働いて過ごしてきたんだよということをもっと世の中にアピールしていくとか、そういう方法論

を考えていかないといけないのでないかと思います。

山 本 先ほど大久保先生がおっしゃったような親が反対という場合もあるとは思いますが、親は特に実父母はサポートしたいと思っているのですが、その親たちも仕事をしています。子どもが孫を産むときに、自分はまだ定年になっておらず、ある程度キャリアを積んでいるので辞められない状況が多くみられます。私どもの若い頃は、母親が大体専業主婦でしたから、自分が果たせない夢を娘に託して、何でも支援するという意気込みでサポーターになっていました。

今アフリカなどの発展途上国は、かつての日本と同じで母親が全部支援してくれるが、欧米では、日本の今と同じような状況です。先ほど先生のお話にあったように、サポーターがいないにしても、『東洋経済』の記事で批判されている女性医師も、最初からそういうつもりはなかったと思いたい。できるだけ仕事をしようと思ったがそれができない状況になり、やむを得ずなった現状に甘んじてしまったということではないかと思います。女性の医師が集まつたところで今の状況を堂々と言えるかというと、そうではないように感じます。その人たちも、3年契約にしてでもともかく常勤や時短の医師と一緒にになって働くように考えていくと願います。せっかく医師のライセンスがあるのでから、アップ・ツー・デートな知識を背景に自信を持って診療、研究する仲間に入れていいきたいと思うのです。

若い先生が復帰したときに、子どもは1才なのに当直にすぐ組み入れられ、辞めたいと言うので、院長だった私が代わりに当直していました。私自身、かつて支援いただいたので、できるだけ支援する側になる努力をしています。誇りを持って仕事ができる女医さんたちを多くしたいというのが、一番の願いです。それにより自然に医師不足も緩和の方向に向かうと良いと思います。誇りを持って活き活きと仕事をしていると、連れ合いも、あまりつれないことは言えないと思います。

斎 藤 大家族になったほうがサポートできるという感じで、家族で地方から出てきて、夫と2人で子どもを育てるというより、ある意味親戚でも、知り合いでも多い方が頼れるというところがありますね。

山 本 全部巻き込んで。

【医師としてのモチベーションと意識】

炭 山 片桐先生がさっきおっしゃっていたのすれども、たぶん医師を目指すときのモチベーションというのは男女全く平等だと思うのです。ところが、日本全体、社会全体が、性別的な役割分担というか、お産も含めて育児とかそういうことは女性がやらなければいけないのだと。そこで男性の理解を得られなかつた場合に、もともとのモチベーションたるもの、どうして医師になりたいかということが、いつの間にか欠如してしまっている。これは非常に大きいと思うのです。そこをどういうふうにしてモチベーションを保ち続けることができるかということ。これが一番の課題ではないかと思います。

我々が志したときというのは、家事も育児も全部女房に任せる。お前は開業しろ、経済はお前が頑張れ、実際のところそうですよ（笑）。実際にそうして私は大学に残った。1週間も、2週間も、平気で現場に泊まり込んでいた。そういう状況でよかった時代だったのですけれども、今はそういう時代ではないのだと。性的なこの実態の考え方というか、職業についての意識を大きく変えなければいけないということですね。

もう1つ、取り組みとして、例えばノルウェーとかスウェーデンなどに行くと、育児休暇として3年ぐらい平気で男性が休暇をとりますよ。我々大学の経営者ですから、そういうことをやりたいと思っても、男女のそういうことを本学だけが認めようとしても無理なわけです。国が、男性も根本的に言えば育児休暇は3年とっていいんですよと法律で認めますよと、あるいは強制しますよということ。これぐらいまで踏み込んだら、どこの医療機関、大学だって、やらざるを得ないことになっていくと思うのです。

1つは、意識のこと。すなわち女性医師そのもののモチベーションをしっかりと持つてもらわないといけない。男性医師たちは、というよりはパートナーですよね。男性のパートナーも、そのことに対してどれだけ理解をするかということ。そして、国そのものが法律も含めて、どういうふうにそこまで真剣に取り組んで、モチベーションを



炭山 嘉伸 氏

東邦大学理事長

協会広報委員会委員長

キープできるようにきちんとインセンティブを与えてくれるか。これはやはり大きいと思います。

山 本 先生は男性ですから、すごく良い視点で女性を見ていただいているのですけれども、男性が外で働いて、奥様がご開業されて、「子どものこと、経済のことは任せください」とおっしゃったその裏には、子どもは可愛いし、先生には偉くなつていただきたいので、自らがその境遇に甘んじていく要素もあると思います。医師として広い世界で羽ばたきたいけれども、子どもが可愛いから、もうちょっと一緒にいたいという女性特有の気分があるということを子育て中は感じました。仕事はしたいが、この子たちの成長を見守りたいので、もう少し一緒にいる時間を楽しみたという気分が頭をよぎりましたね。

沖 永 モチベーションと性別による何となく役割的なところのジレンマというのは、常にみんな持ちながら働いているのではないでしょうか。自分としては、子どもにやってあげたいという気持ちと、自分の医師としての役割のところの狭間を常に女性はバランスをとりながら、ある時期に、ちょっと自分の生活のほうに重きを置いてしまうと、もう戻れないというところの狭間を綱渡りしているという感じで、私などは生きていますね。

山 本 モチベーションに少し背を向けても、お子

さんと対峙しているときは、それはそれでハッピーな感じですよね。

沖 永 そうですね。それは自分で納得しているというか、この子たちは自分が必要なんだということを納得しながらやっていますね。

山 本 そうでないと、女性医師はご主人から命じられても自分で納得しなければ、唯々諾々と「いい」などと言わないですね。

大久保 巻き込むためには、配偶者とか、配偶者の家族なり、自分の家族が、それを理解してくれないとうまくいかないです。預けてはいけないとか、人の手を借りてはいけないと言う人もいるのです。

一方、女性医師自身も、人の手を借りることに対して嫌がる方が、しかも若い方に少し多い気にして、不思議に思っています。それがやはり問題で、自分も子どもに係わるけれども、医師を続けるためには人の手も借りないとやっていけないと思います。配偶者が医師であると、余計時間がありません。ですからベビーシッターとか、ファミリーサポートとか、女性医師でも、男性医師でも、他人の手を借りることを厭わないでほしいのです。

山 本 最近、若い女性って専業主婦指向ですよ。

大久保 医師になったのですから、それは困りますね。

【国による男女共同参画の取組】

寺 野 その点、制度的というか、行政的な補助とかそういうものはやはり大事ですね。去年の11月に、5回目になりますけれども、「大学病院を支援する議員連盟」というのがあって、これは自民党なんですけれども定期的に開いています。そこで消費税の問題とか、医師不足の問題も議論されるのですけれど、その中で女性医師問題を出しました。河村建夫会長が、基本的に自民党の『総合政策集』で、いわゆる「2030」運動を展開するということを言されました。そこで女性医師就労・職場復帰支援システムの構築の補助の拡充という点を検討するということは、自民党の方で一応約束はしてくれたのですが、山本先生の懇談会にどういう反映があるかわかりません。

山 本 女性医師就労とか、就労維持を検討するた

めの懇談会がいくつもあり、そのための予算はどれだけかといいますと、男女共同参画が入っているグループには、平成23年度は1,400億円でしたが平成26年度になって9,000億円になっています。従って、かなり力を入れてくれていることは確かです。

寺 野 全体ですかね。

山 本 そうです。全体では、6兆円とか7兆円ぐらいになっており、特に男女共同参画には、お金がかなりたくさん出ているようです。医師不足対策以外にも女性研究者の継続就労対策も含まれています。ジェンダーギャップインデックスが日本は2014年は142ヶ国中104位で、最下位から数えた方が早く、努力している割には全然向上しないですね。これが政府としては非常に気になっていると拝察します。

片 桐 そういう面にいろいろ支援だったりが拡充されていきますけれども、そういうことを支援することが、流行というか、それを支援する活動をしていることが、それをしている人を立派に見せる道具に使われてしまっているように感じる場面も、実はあったりします。だから本当に生きた事業にするためには、見せかけの支援者にだまされないようにしないといけないと思います。支援してくださる人は、みんなそれを応援してくださっているのかと勘違いしてしまったこともあったんです。それを支援していると、自分が立派に見えるから支援しているふりをしていて、実はそうではない人が世の中にはいるんだなということがわかりました。

山 本 建前と本音ですね。

片 桐 そうです。

寺 野 具体的に女性を支援しなければいけないという観点で、例えば健康保険の点数の操作をいろんな意味でやりますよね。女性をこれだけ多くしたら点数を上げるとか、馬の鼻の先のニンジンみたいなそんなことを常に使うのです。そういうふうな形で制度化することを推進すべきなのか、それはいやだということなのか、その辺はどうなんですか。

沖 永 数値目標を設定するということですね。

炭 山 例えば、今20%ぐらいが女性の教員数になっているのを、それを30にしろとかね。

沖 永 障害者の雇用については数値目標が決めら

れていて罰則がありますけれども、そういう目標を設定すべきかどうかということですね。

山 本 今日、国会で安倍首相が民主党の女性議員から、総理はあちこちで「2030（にいまるさんまる）」を実現すると宣言されているけれども、2015年現在で数パーセントなのに、本当にその目標が達成できると考えているかと質問されました。そのためには、どのようなスキームがあるのか具体的にお話しくださいと迫られておられました。数値目標は立てた方が良いと思います。それを達成するプロセスを詰めて実施していくないと目標を挙げただけに終わってしまうと思います。

今日の質問の中で、大きな企業に「少なくとも女性役員は1人入れること」と要請されたようで、トヨタ自動車も1人海外の女性を役員にされました。その民主党の議員さんは、大企業のみでなく、中小企業の方が多いので、中小企業にも要請して全体の底上げをすることが目標達成には不可欠であるとの意見を述べておられました。女性も適当に働いて満足するのではなく、仲間を作り、一緒にになってお互いに助け合って頑張る体制を作らないと底上げにならず、人手不足の解消にはならないと思います。

【私立医科大学におけるいわゆる管理職としての女性の割合】

沖 永 そろそろその話題に行こうかと思うのです。私立医科大学29大学で調査をしましたところ、男女別の職位別の女性割合が、助手が51%、助教が27%、講師が14.7%、准教授になると9%、教授が4%となっています。いわゆる管理職と言われると講師以上になりますでしょうか。そうなると、とてもじゃないけれど30%は行っていない。まだまだ医学部の管理職になっている女性は少ないという現実があります。

一方で、女性の学生数が36%。ここにどうやってアプローチしていくかということが、先ほどおっしゃったロールモデルが不在であることへの提示であるとか、最初に医師として志したところは男女同じはずなのに、そのモチベーションをどうやって持続していくかということを、学生時代にどうやって教育していくかというキャリア教育



小栗 典明 氏
日本私立医科大学協会事務局長

のところを最後にご議論いただければと思います。

最近、キャリア教育を大学でも重視していらっしゃるところがありまして、1年生のところでキャリア教育に取り組んでいるところもございます。先生方のところでは、どういう学生へのアプローチを考えていらっしゃいますでしょうか。

【キャリア教育への取組】

片 桐 東邦大学では、「全人的医療教育」というカリキュラムがありまして、その中で男女共同参画という形でテーマを持って取り組んでいます。他には選択授業として「男女共同参画と医療」というものを設けまして、そちらで特にそういったことに関心の深い学生たちを対象として、さらにもう一步踏み込んだ内容を扱っています。

全人的医療の方は演習なので、出席のデューティも入ってきますし、全員が対象になっております。選択授業の方は、興味・関心のある学生が選択てくるわけですが、当初の予定に反しまして男子学生の関心がすごく高くて、毎年半数あるいはそれ以上が男子学生という状況です。早い段階からそういう取り組みをすることで、数年後に理解ある男性陣が増えてくれて、それぞれの診療

科や様々な場面で男女共同参画に対しても活躍してくれるのではないかと期待しているところであります。思っていた以上に男子学生の関心は高いなという印象を受けています。

沖 永 最近、医師としてのキャリアを全体的に考えてというところで、男性も女性も、どうやったら医師として活躍できるかという点に置いた授業に取り組んでいるところが多いと思います。

斎 藤 女子医大は「人間関係教育」という1年生から一貫した累進型教育をやっています。私、たまたまその委員長をやっているものですから、その中にキャリア教育をかなり取り入れています。1年生のときからプロフェッショナリズムということをしっかりと認識させることが重要で、アンケートで毎年聞いていくと、医師になりたいというモチベーションが下がる学年があるんです。2年生、3年生ぐらいで、CBTを受ける4年生になって、CBTに受かってから、またグッと上がって、「白衣授与式」が5年生の初めにあるんですが、その頃にまた上がるんです。それで国家試験で上がっていくのですが、2年、3年の中学年がグッと下がってくる。

おそらくそういう波が女性にとって人生であるのだろうと思います。医師になってからも、研修医なりたてで頑張る。それだけれども2年目に下がってくる。後期研修医に慣れるときまた下がってくる。そういうときに子育てとか、下がり際にライフイベントが重なると、そのままずっと落ち込んでいくことがあるのではないかなと思います。

本学の医学教育の中では、「医学教養」という名前なのですが、医療・医学にとって、ワクワクするようなことに常にさらされるようにしました。例えば4年生で、大学院・専門医とはどういうものかというのを、日本専門医機構の池田康夫理事長に来ていただいて、日本の専門医制度に関する講義をしていただくなど、プロフェッショナリズム涵養として考えています。

最終的には、到達目標を人間として、医学生として、それから医師として、そして女性医師として位置付けていまして、どのような女性医師になりたいかというアウトカムロードマップを作っております。

それをそれぞれが卒業しても引き続かなければ

いけないのだろうと思います。卒前の教育を受け育まれた気持ちは気持ちとしてあるけれども、卒後は1人でやっていかなければいけないので、自分のビジョンを作って、夢を持って、大学院に行くか、専門医をどのように取得するか、基本領域の専門医、サブスペシャリティの専門医について、若いうちに考えさせて、それを自分のロードマップしていくということを学ぶことは、これは女性医師だけではないのですが、将来脱落していかないための1つのキャリア教育の考え方なのかと思っています。

沖 永 68%の私立医科大学で男女共同参画に、あるいはキャリア教育といったものに関する授業を既に実施しているということです。帝京大学も今年から始めたのですけれども、最近どんどん取り組んでいるところだと思うのですが、山本先生の方から、キャリア教育とか、男女共同参画の教育を学生に行っていく上で、こういうことは伝えた方が良いとかございましたら、お話しいただきたいのですが。

山 本 平成7年頃から日本・中東女性交流という外務省の企画があり、約10年ほど前にエジプトを訪問しました。大学やいくつかの病院を見学し、そこで働くスタッフにお目に掛かるのですが、教授も含めてみんな女性が迎えて下さるのです。私たち一行が女性なので女性のスタッフを特に選んで下さっているのかと伺いますと、エジプトでは80%の医学生が女性で、それに比例して、助手・講師・准教授・教授も、みんな同じパーセントを占めていると言われました。ですから、教授のうち80%は女性なので、たくさんの女性教授がいるということでした。

先ほど先生がおっしゃったように、女子学生が30～40%いるのに、上のポジションにいく程そのパーセンテージはどんどん減少している。例外的に助手が51%が多いのは、助教や講師にしないで、助手の身分のままに留め置かれているということですね。日本でも、女子学生の割合に比例して、女性の助手、助教、講師、准教授、教授がいるというのが実現してほしいですね。そのためには、育児などで少々遅れてもその目標に向かって進む意気込みが必要です。

先ほど「区別」という言葉が出ましたが、区別の概念は育児には重要で、子供が幼い頃に十分面

倒を見られなかったと後悔されている女性医師、女性研究者、小学校の女性校長お目にかかることが稀ではありません。そのところは何を取るかなんです。

トリプトファンの代謝で文化功労賞をいただいた古武弥四郎先生は、和歌山県立医科大学の初代学長になられた方ですが、友人のお祖父さんとしてお話をさせていただいたことがあります。先生は旧制中学の時、毎日 16km の道を歩いて通学したそうで、その間に友人は勉強していると思うと気になったが、長生きをして取り戻したと言われ、「あなたもこれから仕事と家庭で大変でしょうが、ともかくその時一番大事と思うことを全力で向かうことです。できなかつたことは長生きしてしたらいい」とのお言葉をいただき、そのように時々で priority を決めて実行してきました。しかし、最近、気がつきましたが、長生きしてもできません（笑）。次から次へと仕事が出てきます。やはり就労やその継続に様々な困難がある女性医師に、頑張ってキャリアを積んでいる女性医師と同じで、少しゆっくりではあるが一緒に歩いているという誇りを持って一生医師としての仕事を続けてほしいと願っています。

どこかで医師として第一線から引いてしまったときには悔いることもあります、キャリアを積むことばかり考えて進んだときにも別の意味で悔いることもあり、ケースバイケースです。先ほどローレルモデルの話が出ましたが、いろいろな場合があることを、しっかり理解していただき、迷ったときに、それを思い出してどのモデルを参考にするか選択肢があるとおおらかに考え、しなやかな生き方ができるかと思います。

斎 藤 地域自体、医療自体に多様性が必要で、いろいろな幅があると思うんです。

寺 野 いろいろな事情が大きいにあるんですよ。私も結構家内に協力してもらっています。

今は週に 2 回ぐらい勤めていますね。私は朝食も自分で作って協力していますよ。

山 本 素晴らしいですね。

寺 野 なかなか難しい問題ですけれども、一定の制度設計ができるのかどうかということは検討する必要がある。制度には 1 つ 1 つ無理もあるし、問題があるのだけれど、一応のトライとして、こういうものをやったらどうかというのは、我々が提案する立場なんですね。だからこういう委員会も発足いただいているわけで、その辺は忌憚のな



座談会出席者

い意見をもらって、こうした方がいいとか、そういうふうな制度設計を一応して頂く。もちろん例外はいくらでもあるわけです。日本では、こういうふうな女性医師に対する対応をしてますよと。それがどこまで効果が出るかは、我々の問題ではあるわけだけれど、対外的にそういうことができるような体制は取る必要があると思います。

沖 永 何かご発言ございますか。

大久保 教育のところでちょっと付け加えていただきたいのですけれども、1年生のときに「医師とは」ということで、継続することが大事だということをお話ししています。また、医師になると男女の違いが出てきます。

お互いに男女のそれぞれの役割があることを、妊娠・出産・育児に対してはきちんと理解してほしいということを、4年生のときに話して、5年生でロールモデルになる医師にお話を聞いています。

ただ、医学部を志すときに実際にどういう意志を持っているかがすごく大切です。

ですので、他大学でもなさっていると思いますけれども、「医師を目指す中高生と保護者のための講演会」というのをやり始めまして3年目になります。医師を続けるためにはこういう問題もあるのだということを女性医師に経験談をお話を頂いています。医師の仕事や生活を理解した上で、医師を目指してほしいということです。

初期研修医に対してはランチョンセミナーというのがありまして、ロールモデル紹介をしています。大学病院で働いている若い女性医師に必ずしも育児とか介護ではなく、自分自身の仕事や生活を紹介してもらっています。

指導医のワークショップでは、東京医大が取り組んでいる男女共同参画のこと、女性医師に対して、困ったときにどのように指導するかというお話をしています。

特に後期研修医になってから、結婚をする方が多いので、そこで初めて現実的になることがあると思います。ですから、研修医に対しても教育を続けるのが良いと思いました。

先ほど寺野先生が、当直と日直の問題をおっしゃったのですけれども、確かにその辺もかなり問題で、お互いに歩み寄ろうということで、医師が少ない科については、お子さんが3歳ぐらいに

なったら、日直だけはせめてやりましょうという声をかけています。

女性キャリア支援をやっていますと、最終的には男性が育児とか家事に参加してもらわないと、これ以上は難しい部分があるということを感じています。先ほど、炭山先生おっしゃったとおりで、国が経営者に向かって、具体的に男性も休暇を取りなさいとか、それを義務付けなさいということを、1週間でも、2週間でも良いと思うので、トップダウンで言って頂きたいです。

東京医大では、全職員向けの1週間の出産休暇という独自のものがあります。最近それを数人ですけれども、男性医師も取るようになってきました。育児休暇については、男性の看護師さんから始まっています。

山 本 第2子出産のときに、出産する女性医師のために配偶者が休暇を取るということですか。

大久保 出産休暇というのは、第1子だろうが、第2子だろうが取れます。

山 本 第1子のときはあまり必要ないでしょう。

大久保 でも、やはり第1子のときも。第2子はさらに必要だと思います。育児休暇をとるまでは至ってないですけれども、出産休暇で1週間というぐらいです。それを少し後押ししたいと思っています。

寺 野 私のところも看護学部があるんですよ。今、姫路獨協大学で看護学部を作っているんですけれど、そのときに看護師の方の教職を確保するというのは大変です。リクルート合戦で、今250近い看護学部がある。それも看護師でなければいけない。だからほとんど女性ということで、その中でもそういう意味でのキャリアという人は厳しくて、なかなか皆さん結婚できない。あちこち行かれるということもあるのですけれども、その人たちと私は話し合っているので、なかなか苦労があります。同じような状況で、結婚してからキャリアを積むというのは、看護師の世界でも厳しいです。

それは少子化もありますし、家庭を守りたいとかのワークライフバランスをどういうふうにもつていくかということを、1人1人が個人で言っていてもしょうがないわけなのです。共通項目でアンケートを今度とられるそうだけれども、そういうもので問題点を抽出して、何か制度的なもの、

あるいは行政ができるものは何なのかということを出していただき、「やれ」と言わわれれば、我々協会の方でもできるだけのことはやります。全国医学部長病院長会議でもやります。ですから、そういう提案を具体的にしていただけたとありがたいです。

山 本 アンケートの際に、ガラスの天井を突き抜けたい女性医師、そうではなく、患者さんを診療して役立っていることに満足されている女性医師がどのくらいいるかを調査項目に是非入れていただきたい。全ての女性医師がガラスの天井を突き抜けたいわけではないと思います。私なども全くガラスの天井を突き破ることなど意識せず、仕事を継続しなければいけないと考えていたのは、授業中、多くの先生方から「君達は国の税金を使って医師になったのだから、必ず還元せよ。」と言われて、それを納得し、加えて仕事が好きだから続けられたわけです。今の若い方々は、あまり税金のことは認識されていないようですが、私など辞めようかと思ったときなどかなりの抑止力でしたね。ガラスの天井を突き破りたい人と自分なりに医師として患者さんを診ることを願っている人がどんな割合でいるかがわかれれば、サポートの仕方やポイントがある程度わかるのではないかと考えます。できたら、男女にかかわらずずっと医師として、患者さん、あるいは研究のために努力することを強く念じている人に入学していただきたいと思いますが、面接だけではわかりませんね。

今年は、女性医師が女子の一番人気の仕事になったようです。トレンディーなテレビ出演の女性医師を見て、なりたいと思ったかもしれないで、今後、女性医師の実態を一般の方に認識していただくことは非常に重要だと思います。

【モチベーションがどれくらい保たれているか】

沖 永 それは面白い調査かもしれないですね。モチベーションがどれくらいあるのかということ。例えば1年生のときのモチベーションの割合と、30代の人では差があるかもしれないですね。

寺 野 おっしゃるとおりで、全ての人がみんな教授になりたいと思っているわけではないでしょうし、ごく平穏に開業したい人もいるだろうと思いますよ。最近、男でもそうなんです。アンビショ

ンがなくなったという言い方がいいのかどうかわからないけど、平凡に行けばいいんだということでしょうか。

大久保 夢を持たないと、男性も女性も上位職を目指したいに行きたいと思わないですよ。今、夢が大学の中にあまりないのではないですか。

寺 野 僕は今のことと言ってしまうとおしまいになってしまうので問題ですが、確かにそういう雰囲気があるのは感じます。

山 本 先生、やはりそれはおっしゃった方が良いと思います。というのは、現状を認識しないと、手厚いサポートをしても徒労で、最近は女性だけでなくて男性も当てはまる認識されつつあります。

斎 藤 女性医師支援をやっていますが、本来、男性も同じだと思うんですよね。モチベーションの維持の問題とか、プロフェショナリズムの問題とか。ガラスの天井と言っても、それが本当に教授職がガラスの天井でしょうか。地域医療で患者さんをいっぱい診ていくとか、地域の医師会で活躍するとか、そういったところも天井なんですね。それを継続できるというのが、ガラスの天井なのかなと。自分の意思でそこを超えるというところが重要だと思います。

【おわりに】

沖 永 議論もたけなわですが、そろそろ時間がまいました。本日の座談会で議論されたこと、様々あると思いますけれども、結局は医師像であるとか、医師としてのプロフェッショナル像、そこは男性・女性にかかわらず持ち続けることが非常に大事であります。それについては女性医師という1つのテーマに沿って区別をして、いろいろな方向に、先ほど山本先生からもおっしゃっていた大きさました自助・互助・共助・公助といったさまざまな視点から支援をしていくことが必要であると思います。

こういった発信は、寺野会長のご理解を得て私立医科大学協会としても、また日本女医会も、学会としても、共に発信をし続けようと思いますので、今後ともよろしくお願ひいたします。

本日は、どうもありがとうございました。(了)