

特別講演「女性医師の勤務環境改善プロジェクトの取り組み」

独立行政法人 国立病院機構大阪医療センター副院長
山崎麻美 先生

ご紹介いただきました山崎です。私の母の故郷が岡山で、偶然にも義父も岡山出身で、子供の頃からよく岡山に来ていました。ゆったりした岡山弁を聞いていると、小さい頃を思い出して心が和むようでした。今日は「勤務環境改善の取り組み」ということで話をさせていただきます。

女性医師の現状は、皆様も良くご存知のように、最近是国家試験合格者の中の男女比で女性の占める割合は 30% を超えています。女性医師の多い診療科は、皮膚科、眼科、小児科、麻酔科、産婦人科等で、女性医師の少ない科もありますが、ほとんどの科に女性医師がいます。私の勤務している国立病院機構大阪医療センターの女性医師は、常勤、非常勤の医師約 230 名の中の 34.3% にあたる 70 名です。常勤のスタッフ医師では 17.6% で、レジデント・専修医・非常勤医では 34.4%、研修医では 50% を超えています。やはり、ここ数年、平成 17 年から 19 年にかけて増加していて、特に 30 代の方が増えてきています。

女性医師が増えると医師不足になるとよく言われるのですが、何故なのでしょう。表 1 は、よく見る表ですが、全女性の中の労働している女性の率を年代別に表にしたものです。20 代ですと 75% くらいの女性が就労しています。その後、20 代後半、30 代、40 才くらいまでの間に少し減少しますが、これを「Mディップ」と呼んでいます。一旦結婚、出産、育児等で労働市場を離れてしまうことを「Mディップ」というのですが、日本ではこの落ち込みが非常に激しいのが特徴です。日本と韓国は同様なのですが、アメリカ、ドイツ、フランス等の西洋諸国では、あまり落ち込まずに台形を保っています。では女性医師の場合はどうかというと、表 2 の様に一般女性労働力率と比べて、かなり高い所で「Mディップ」を形成しています。これを見て、そんなに辞めていないじゃないかと言われてしまうのですが、この中で働いている女性をどのように集計しているかということ、週一回アルバイトをしている人や、2-3 時間どこかで働いているという人を含めての集計ではないかと思われま。厚生労働省の 2004 年の統計ですが（表 3）14 年と 16 年を比較すると、20 代の男性医師は 700 人減って女性医師は 500 人増えました。もしこの 20 代の女性の半数が一旦離職すると仮定すると 450 人減ることとなります。30 代の医師は男性が 1400 人減って女性が 1100 人増えるので、同様に考えると 850 人。これを合わせた数が一旦離職してしまうと、医師不足につながってしまいます。結局ここで離職しないように、どうしたらよいか考えなければならないと思います。

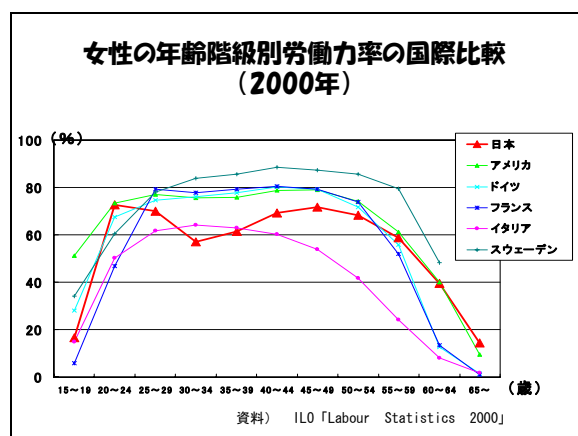


表 1

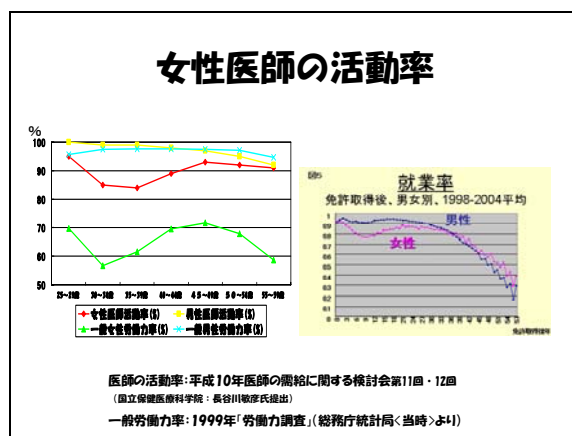


表 2

私たちの病院で女性医師勤務改善プロジェクトを始めたのは、平成18年の11月くらいからです。阪大の麻酔科には、以前から「ママさん麻酔科医制度」というのがあります。うちの病院では麻酔科の半分近くが女性医師で、そのうち二人が妊娠して一人が切迫早産で早めに休まなければならないことになり、続いてもう一人も産休に入ることになりました。そのため部長会が開かれて、院長から緊急麻酔については自家麻酔をするように通達されました。私は当時脳神経外科長でしたが、こんなことで麻酔科の女医さんが会議の議題になり、各科は困った顔をしている。切迫早産で休むのになかなか休めないとは、私が産休を取ったのは30年前ですが、其の時と全く変わっていないなあと思いました。(私も産休を取るとき、勝手に子供をつくってと、上の先生に言われましたが。)これから女性医師が増えてきたら、個人的にこういうことを解決してはダメだし、もっと深刻な問題になるので、やはりきちっとしなければと考えてこのプロジェクトを立ち上げました。

そこで、子育てをしながら勤務するために何が必要か、と考えました。一つには女性医師自身の意志や気力、子供の育て方に対する考えや仕事に対する考えがあると思います。二番目には、家族の理解、夫、両親、夫の両親等の理解や助けですね。三番目は、職場環境です。物理的なものや上司、同僚の理解・認識です。まずここから取り組めると考えて、プロジェクトの四つの課題を、1 環境整備 2 復職支援 3 育児支援 4 就労形態の柔軟化 としました(表4)。

女性医師増えるとどうして医師不足になるのか

		20代医師	30代医師
平成14年と比較して平成16年	男性	700人 ↓	1400人 ↓
	女性	500人 ↑	1100人 ↑
女性が半数離職すると仮定すると		450人 ↓	850人 ↓

厚生労働省2004年統計

表3

プロジェクトの4つの課題

職場環境(物理的なもの)・上司や同僚の理解・認識

- 環境整備
- 復職支援
- 育児支援
- 就労形態の柔軟化

表4

1 環境整備 これは例えば、このように女性が増えてきたらロッカールームが狭すぎてとても使えないので拡張するとか、女性専用の当直室を作る、搾乳室を作る(小さいお子さんがいて授乳しながら働いている人がお手洗いで搾乳していたのですが・・・)あるいは女性医師の休憩室を作ることを考えました。また宿舎ですが、病院の昔の病棟をレジデントハウスとして使っているのですが、病室をそのまま使用しているので何処からでも入って来ることができ、蹴ったら開くようなドアでしたが、オートロックキーをつけて改善したり、共同の炊事場を作ったり(まあ非常にチャチなものですが)しました。後は病院売店です。充実させようということで、早く終わっていたのを今は夜の十時までやるようにしました。また、生鮮食料品を置いたり、仕事が終わって家に帰るとき一品だけでもおかずを買って帰れると食事の支度が楽になるな、という発想でやっていて、まだまだもっと充実させていこうと思います。

2 復職支援 妊娠・出産のための制度ですが、働きたいと思っているけれど働けない、妊娠・出産の制度があっても実際は他の先生に迷惑をかけるので辞めざるを得ない、と言われる。産前産後休業、育児休業に関しては、産前42日、産後56日は労働基準法で決まった全ての女性労働者に認められた休業ですし、その後の育児期間については、育児介護法で決まっています。しかし全国の医師会のアンケート調査結果、これは最近出たデータですけれども(表5,6)、産休が取れた女性医師は一番低い長野県で56.4%、高いところでも83.1%、100%でな

ければならないものがこれだけです。育児休業にいたっては、12% から 25% くらいしか取れていません。ではどうして取れないのかというと、一番多い声は、関係者に迷惑をかけてしまう、研究キャリア形成に支障をきたしてしまう、ということです。私の時代は育児休業というのは、保母さん、教師、看護師のみに認められた制度です、と病院から言われ育児休業は取れませんでした。産休でも取りにくかったですね。勝手に休みやがって、と言われました。ごめんなさい、ごめんなさい、という感じでした。二人目の時は切迫早産で、安静を指示されましたが、病院の当直室で安静にしながら残務整理をしていました。そんな訳で、代替医師という制度があれば皆もっと産休、育休を大手を振って取れるのに、またそういう制度が有ることを聞いてびっくりしたくらいですが、この制度も 9% しか保障されていないのが実情です（表 7）。

女性医師の産休取得体制 (都道府県医師会アンケート調査結果より)	
都道府県	産休が取れる体制にある
東京都	59.3%
千葉県	77.5%
長野県	56.4%
鳥取県	83.1%
大阪府	58.1%

表 5

育児休業取得率	
・千葉県医師会調査	25%
・長野県医師会調査	25.9%
・鳥取県医師会調査	19.3%
・大阪府医師会調査	12.4%

表 6

産休・育休中の代替医師制度	
	ある (%)
東京都医師会	7.5
千葉県医師会	9
長野県医師会	9.4

表 7

育児と仕事の両立には、皆さん非常に困難を極めています（表 8）。非常勤の場合、専修医や研修医・研究生は産前・産後休暇が実は取れません。これを、熱心に育児支援を進められている大阪厚生年金病院の清野院長先生の所では、出産・育児に伴う休暇支援という形で産前・産後休暇を研修医やパートタイマーにも認めておられます（表 9）。この様な事を次々と認めていかないといけないのですが、うちの病院ではまだ公務員なので人事に関しては難しいところがあります。

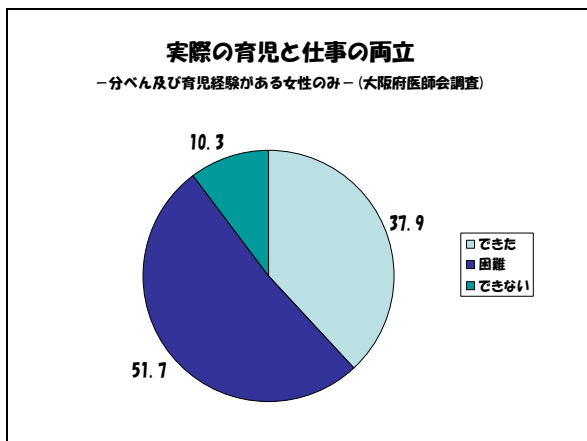


表 8

臨時職員の出産・育児に伴う休暇支援（社会保険適用者を対象）（大阪厚生年金病院の例）

就業規則別比較表

	職員	研修生など	パートタイマー
年次有給休暇	年20日付与、最大繰越20日	年20日付与、最大繰越20日	法定日数
・産前・産後休暇	産前6週、産後8週	産前6週、産後8週（給与6割）	産前6週、産後8週（給与6割）
・出産休暇（男性職員対象）	3日以内	3日以内（給与6割・日割り計算）	3日以内（給与6割・日割り計算）
・子育て支援休暇（男性職員対象）	検討中	7日以内（給与6割・日割り計算）	7日以内（比例付与）（給与6割・日割り計算）
・育児休暇3年	有給保証（給与4割） 1年間（事情により1年6ヶ月）	同左	同左

表 9

3 育児支援 離職する理由の一つは子供を預ける所が無いことです。保育所とは、認可保育所と認可外保育所、それから一時的な保育所で、公立や普通の保育所は認可保育所で、院内保育所は事業保育所という認可外保育所になります。院内保育所がどれ位あるのか見てみますと、大学病院では 44.3%、国立病院機構では 77.3%、大阪府医師会では 25.7%でした（表 10）。岡山県は 30% くらいとのことですので、大阪より少し多いようです。国立病院機構は院内保育所の設置率が高いのですが、元は看護師不足に対応するためにできたものです。女性医師の子供の保育の現状は、保育所で預かってもらっている人が約 60% くらいで、あとはベビーシッターや保育ママを利用しています。（表 11）元々病院内の保育所は、「子供を持つ看護婦確保経費補助事業」として始められたものですが、平成 14 年に看護職だけでなく、全ての医療従事者の子供が入所できるようにという法律ができました。

私の勤務する病院の院内保育所は結構古くて、昭和 49 年頃からあります。私が子供を預けたのは昭和 55 年くらいなのですが、その頃から看護師だけでなく医師や他の職種も利用できていました。プレハブできたなくて病院の隅っこで環境的には良くない所ですが、保育内容が非常に良いという評判です。今 50 人くらいの子供たちが預けられています。保育ママ達がとても熱心でよくやってくれるというので、大学の人事で当院に保育所があるから来ているという女医さんが結構います。

院内保育所

大学病院	44.3%
国立病院機構	77.3%
大阪府医師会	25.7%

表 10

女性医師の子供の保育の現状

（都道府県医師会アンケート調査結果より）

都道府県名	保育・託児所	ベビーシッター	保育ママ
東京都	62.3%	18%	1.7%
千葉県	53.5%	18%	—
長野県	57.4%	25%	4.1%
鳥取県	48.2%	9.6%	—
大阪府	61%	—	—

表 11

さてこの保育所で全職員に対してアンケートをとりました（表 12）。要望としては、24 時間保育をしてほしい、病児保育をしてほしい、ということです。ここは今は夕方 6 時 30 分までで、それ以降は少しは延長保育をしているのですが、30 分で 700 円と延長保育料がとても高

いのが悩みです。なぜ 700 円の設定になったかという、この時は病院が保育所にあまり援助する気がなくて、保母さんの残業費をまかなうために高くなりました。

今回プロジェクトで 24 時間保育と病児保育に取り組みました。24 時間保育がなぜ必要かという、初めてお話しした麻酔科の女医さんが産休のあとで辞めると言って来られたのですが、理由はオンコールができないということでした。毎日今日は麻酔科の誰がオンコールと決めているのですが、今は当直制度になりましたが、赤ちゃんを見てくれる人がいないのでそれができない。それならやはり 24 時間保育をやろう、と動き出しました。それと病児保育の希望も非常に多いのでこれについても取り組み、一年以上かかりましたが、やっとこの 7 月から始まりました。



国立大阪医療センター院内保育所	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保育所に関するアンケート (平成17年12月・全職員へのアンケート) ・ 回答 (430名) ・ 要望 <ul style="list-style-type: none"> - 24時間保育 78 - 病児保育 43 - 保育時間の延長 30 - 土日祝日の預かり 29 - 学童保育 41
	

表 1 2

病院は独立法人化した時に保育所をピジョンという会社に委託してしまっていて、その委託会社と園長、保護者会、病院とで保育委員会をつくっているのですが、そこで決定して週 2 回、4 人の保育士を増員して始めました。週 2 回というのは、週 2 回 24 時間保育をやれば、看護師さんは 8 回の夜勤ができ、医師もその日にオンコールを入れたり、当直をすることができるからです (表 13)。 また延長保育も 9 時までできるようになりました。4 人の保育士さんの増員にいくらかかるのか聞いてみると、800 万円だそうです。以前決まっていた延長保育の料金が問題になり (即ち 24 時間保育の方が安くなってしまうので)、利用料金で少しもめていましたが、何とか解決しています。育児支援、保育所問題は、廃止したり援助したりと、その時々病院の経営者の考え方でちがってきます。国立病院機構 146 施設の中で 24 時間保育をやっているのは 6 施設で、これは殆んど四国と東北です。やはり看護師不足に対する対策で行われています。土曜保育をやっている所も結構あります (表 14)。

24時間保育の実現
<ul style="list-style-type: none"> ・ 19年春から実施を決定(保育委員会:病院、委託会社、園長、保護者会) ・ 週2回(4人の保育士の増員) ・ 設備(寝具、入浴設備など) ・ 現在ワーキングで内容の詰めを行っている <ul style="list-style-type: none"> - : 保育委員会、女性医師勤務環境改善プロジェクト、看護部 - 料金、食事、移動の問題、防犯上の問題

表 1 3

									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>院内保育所</th> <th>113</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24時間保育</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>土曜保育</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>日曜祝日保育</td> <td>26</td> </tr> </tbody> </table>		院内保育所	113	24時間保育	6	土曜保育	45	日曜祝日保育	26
院内保育所	113								
24時間保育	6								
土曜保育	45								
日曜祝日保育	26								
国立病院機構 146 病院・療養所中									

表 1 4

子供が病気の時の対応は、預けることができればよいのですが、欠勤せざるを得ないことも多くあります（表 15）。預け先は、お母さんがいればお母さんに預かってもらったり、ご主人に見てもらえる時は見てもらったりできるのですが、ほんとうに難しい。皆さん保育ママやベビーシッターをたのんで、給料の半分かくらいが出て行くようです（表 16）。厚生年金病院は病児保育をされていて、一度見学に行きました。50人くらいの方が病児保育を利用するために登録をしています（表 17）。実際に子供が病気になると、まず小児科に朝診てもらって、この子は病児保育しても大丈夫と診断されると預かってもらいます。保育所の場所は病棟の中のふれあいルームだった所で、その一室を改造して（ほとんど改造してないのですが）ベッドを置いています。清野先生は、「病院で病児保育をやるのは簡単で、何も持ち出しはなかった。」と言われます。保育は院内の保育士さんと病棟保育士さんと、それともう一人はボランティアの方でやっているそうです。「え、それでいいのですか？もし、感染症ならどうするのですか？」とお聞きすると、「感染症の時は入院してもらおう」とのことでした。これはとても好評で、一日2000円でだいたい三人までと決めているのですが、インフルエンザの季節になると五人くらい預かっていることもあるそうで、うまくいっているそうです。大阪医療センターでは、24時間保育を始めたこととお話すると、「子供が病気のときや夜は親がみた方が良いのでは」と言われました。本当にそうは思うのですが、なかなか休めない。私は当直を免除してもらうよりは、当直もやりながら仕事を続けたいと思うので、24時間保育が必要だと思います。でもそれはある程度選べるようにしておけばいいですね。ドクターの中には子供が病気になった時に、家に連れて帰ってくれる人、家に連れて帰って子供を寝かせて見てくれる人、ベビーシッターのような人を、病院としてやとってもらえないか（其の時々に契約すると高いようで）と言われ、それも一つの方法かもしれないと思いました。

厚生年金病院では、勤務時間を短くする育児支援をされています。例えば今、常勤は週40時間ですが、週30時間でも常勤扱いで、ボーナスもあるし、30時間割りにした給料もあると。また、早く帰ることができる支援の仕方では、ずっと常勤を続けながら、子供が小学校卒業までの期間は、ボーナスも時間で割っただけ出るし、色々な手当でもでるそうです。結果として病院の方は、人材確保ができるし、協力体制が向上してモチベーションが高まり、医療収益が向上するそうです。この事を次のように具体的に清野先生が話してくださいました。

子供が病気の時の対応		
都道府県	欠勤する	あずける
東京都	13.0%	68.2%
千葉県	19.9%	58.5%
長野県	23.6%	64.2%
鳥取県	68.7%	24.1%

表 1 5

子供が病気の時のあずけ先				
都道府県名	家族	病児保育 など	保育ママ ・ベビーシッター	その他
東京都	77.5%	—	3.9%	18.6%
千葉県	51.7%	3.4%	—	44.9%
長野県	60.3%	7.5%	21.5%	10.7%

表 1 6

病児保育室運営要領(大阪厚生年金病院の例)

1. 定員: 3名までとする。
2. 対象: 当院職員が養育する小学校入学前の乳幼児。
ただし、隔離を必要とする感染症疾患は不可。
3. 保育時間: 月 金曜日(祝祭日は除く)の8時30分 17時15分。
4. 病児保育開始日: 2005年4月1日
5. 利用方法: ①登録用紙に記入し、事前に登録しておく。
②事前に小児科カルテを作成しておく。
③利用する当日に電話により予約を入れる。
連絡先: 8-2病棟(AM7:00~8:30)
小児科外来(AM8:30以降)
④原則として当日8時30分から9時の間に小児科外来にて医師の診察を受け、利用の可否を決定する。(ただし、病状により9時以降でも可。)
⑤利用可能な場合は、医師により「医師連絡票」を記入後、病児保育室へ入室する。
6. 保育費用: 1日 2,000円(おやつ2回、給食1回含む)
(給与から天引きとする。)
(※小児科診察は保険診療で行う。)

表 1 7

産婦人科の話なのですが、厚生年金病院は 600 床くらいの病院ですが、産婦人科の医師が男性の医師二人だけになってしまい、お産が 350 まで減っていたそうです。その時に、この育児支援に三人応募してこられました。30 時間勤務で当直なし。30 時間なので、一日 6 時間で昼の二時か二時半には帰れる。そして当直は外部当直を入れるという体制を作りました。すると、お産が 2 年で 600 にふえたそうで、当直費に対する人件費や色々な経費は、医療収益がカバーしたそうです。どんどんこういう事をやらなければいけないんですよ、と言われました。

実は公務員法もこの 8 月から変わって、週 30 時間から週 20 時間の常勤扱いの制度が育児支援としてできました。これは小学校に上がるまでの間なのですが、やはり同じような制度ですね。公務員の身分保障もそこまで育児支援に対して変わってきていて、今後はどんどん広がってくると思います。

復職支援、これをやるには、人がたくさん必要です。では何処から人を呼んでくるのか。大学に行っても、もう人なんかいないと言われますし。では休んでいるママさん医師を集めよう、ということになりました。

「ママさん医師登録システム」というのは、近畿ブロックで平成 16 年くらいからやっていたのですが、育児等の事情により在宅を余儀なくされている女性医師の方の就労条件に可能な限り合わせた多様な勤務形態を導入して、ブロックの病院とマッチングを行うという事で応募を呼びかけました。でも、なかなか呼びかけても集まらない。女性医師バンクも同様のようです。

大阪医療センターでも平成 18 年 3 月 11 日に、「お休みしている女性医師の皆さん！そろそろ復帰してみませんか」シンポジウム、というのをやりました。私は「女性医師復職支援のためのシンポジウム」とか書いたのですが、そんな硬い題名を付けても誰もきませんよ、と言われてこのような題になりました。なかなか人集めが大変です。呼びかけるにもそれを何処に出せばよいのか。休んでいる女医さんの名簿なんて何処にもありません。近隣の大学にダイレクトメールを出してみても、という意見もありましたが、それもあまり良くないだろうということで、結局つてをたどることになりました。うちの病院に在職し、その後何処かへ行かれた方の名簿はあるので、一人ずつたどっていきました。名前が変わっていたり、勤務先も変わっていたりで大変なのですが名簿作りをしました。そして、200 人くらい入る会場なのですが、やっと 10 人くらい家にいる女医さんが来てくれました。あとは、近畿ブロックの色々な病院の管理職と事務の方々がたくさん来ておられ、皆さん本当に人集めに危機意識を持たれています。

実は其の時来てくれた一人が復帰しているのですが、彼女は 10 年以上やめていました。元々脳卒中内科をやっていましたが、頸部エコーの研修に来て自分でできるようになり、今は非常勤で働いています。フルタイムで働けるくらいなのですが、色々な所にアルバイトに行っていて辞めるに辞められないところがあり、まだフルタイムになっていません。この事が NHK に出たらもう一人来ました。やっとそのくらいです。彼女に「何で皆腰を上げないのか」と聞い

てみると、「やっぱり一旦辞めてしまうと、ほんとに遠くなるんです」と言われました。学会や勉強会に勉強しようと思って行くと、同じ教室の人に会って、「あれ、何しに来たの」と言われてしまう。それでもう怯んでしまって、なかなか行けなくなる。本当についていけるかな、本当にできるかな、とってしまうのです、と。

彼女は小児科の医師で三人お子さんがいます。初めてのお産の時にちょっと辞めようと思って辞めたところ、二人目三人目が生まれ、もう働こうと思ったら親が次々倒れて、気がついたら10年たっていました。で、一年発起してうちの病院のレジデントから始めて、今はもう常勤で働かれています。始めてみると何もかも楽しいそうで、認定医も取られ中堅の医師としてがんばっておられます。復職支援のためには、何を支援すればよいか、即ち、自己実現、専門性を高めたい、自分を生かしたい、という事も大事ですが、一番は医療を変える事だと思います。彼女にしても先ほどの人にも、10年以上辞めて、その間に子育てをし、PTAの役員をしたり色々なつきあいをしたり、父母のめんどろを見たりしてきました。そしてその経験から、患者さんと話をする時に若い時とは全く違う視点を持つ事ができる、患者さんの後ろにある生活や人生や社会が見える医療ができるようになると思います。この力を活用していかねければと思います。

女子医大も復職支援をやっていますが、ここはとてもうまくいって、たくさんの人が応募してきているそうです。うちの病院は色々な所で働く人を支援する研修の形でやっていて、教えるのも結構大変ですから、教える側に成果が戻ってこなければ絶対協力してくれません。ですからよその人を研修するといったら、なかなかやってくれないので、女子医大はすごいなとも思っています。

4 就労形態の柔軟化(表 18) これは非常に重要な事で、変則勤務というのを導入しようとなりました。うちの病院は一般の急性期病院で、8時30分から17時15分までと勤務時間が決まっています。その中で、看護師さんのように変則勤務、日勤・夜勤や交代勤務ができないかと提案しました。今は5つの科でやっています。麻酔科の女医さんも変則勤務を始めています。双子のお子さんが保育園に行ってる時は、片道40分かかりますのですが、子供達を車に乗せて送り迎えの間おしゃべりしたり、時々何かあれば保育所に見にいたりできて、接する時間が長かったのですが、小学校に上がるとかえってそういう時間が無いのです。たまには学校から帰った時に、「お帰り」と言ってもらえる日がほしいとのことで、40時間の勤務なのですが、ある時は昼までで帰り、ある時は非常に遅くなる日を作るという形で、変則勤務をしています。もう一人は病理の先生で、変則勤務を希望されて来られました。ベテランの方で他の病院で病理部長をされていたのですが、ご両親に介護が必要になり、お世話をしてからゆっくり出勤したい、という希望で、時間を遅らせた勤務をしています。これを色々な所で、女医さんだけでなく全ての医師がA勤務、B勤務という風に、変則勤務を導入して男性医師にも好評です。脳外科もやっているのですが、当直明けの日はなるべく早く帰ったり、手術の日などはどうしても12時間勤務になったりするので、5時間勤務を入れていったりします。そうすると今度は復職した方が入ってきやすいのです。昼間の外来を復職してきたママさん医師に補ってもらったりしています。あとは、ワークシェアリングで、例えば、麻酔科の女医さんのオンコールを二人で1回やって、どちらか出やすい方が出るとかです。いろんなことをやっていくと、離職や勤務離れを防ぎ、また離職しているママさんにも、働ける場所を多く提供できるようになると思います。そして同時に男性医師にとっても職場が働き易くなると思います。

大阪医療センターでは、昨年一昨年と三人の40代の男性医師が大きな病気をされました。どの方も忙しい科でしたが、辞めずに続けてほしいという病院の考えで、職場をかえたり変則勤務などを利用したりして、常勤をそのまま続けておられます。

就労形態の柔軟化

- 変則勤務の導入・交替性勤務への移行
 - 現在、5つの科で採用
 - 検討中のところも
- 専門職非常勤パート
- ワークシェアリング
 - 女性医師の離職を防ぐ
 - 離職しているママさん医師の雇用を促進
 - 男性医師にも働きやすい職場

表 1 8

各国の勤務医の1週間の勤務時間

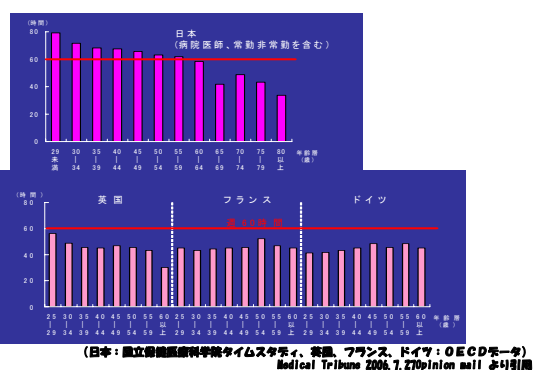


表 1 9

(千葉県衛生研究所所長天野恵子先生から頂いたスライド)

これは千葉県衛生研究所所長天野恵子先生から頂いたスライドですが、各国の勤務医の一週間の勤務時間です(表 19)。日本の場合 20代から 40代までは週 60 時間を越えています(ほんとうはもっと多いのではと思うのですが)。うちの病院でも週 90 時間くらいの労基法ギリギリの超勤をはみ出すようなことはいっぱいあります。英国、フランス、ドイツなどでは週 60 時間以内にみんな納まっています。同じ様にできないのは国の施策の悪さではないかと思いません。医師の過剰な労働が理解されず、健康的で人間的な生活が保障されていないので、これを変えないと女性医師だけでなく全ての医師にとって、働きやすい勤務状態にはならないと思います。

これは復職支援の時に、救命救急の部長が呼びかけてくれたのですが、救急医はおいしいですよ、と(表 20)。交代性勤務で、当直の次の日は休みにしてチーム医療をしっかりとやると、オン、オフがはっきりして、予定の立つ勤務体制で生活設計を立てながら仕事ができます。独身の時は目いっぱい仕事をして、結婚、出産したら一旦退職。家庭で担える仕事、例えば教育(救急の教育活動はたくさんあるそうですが)、またデータベースの管理、論文作成などです。あとは復帰してから、片手間ではなくチームの一員として役割を果たすこと。この様な事が将来的には必要になるし、これで皆が勤務医を離れずにやってくれるのではないかと思います。

麻酔科の場合、非常に女性医師が多くて、ママさん麻酔科医は、夜勤、当直、オンコールがしにくく、病気などで急な欠勤、早引けがあるので、部長は問題点を認識した上で心配りをしながら、和を保っているそうです(表 21)。

これからの救急医はおいしい!

1. 交代制勤務・チーム医療
2. 予定の立つ勤務体制
 - 生活設計を立てながら
 - 将来設計を立てながら
- 独身時代: 目いっぱいの仕事
- 結婚・出産前後
 - いったん退職?
 - 家庭で担える仕事は?
 - MC(教育)、データベース管理、論文作成
- 復帰してから
 - 片手間ではない、チームの一員としての役割を



表 2 0

麻酔科の場合(和が重要)

- スタッフ
 - 常勤医師 7/3
 - レジデント・専修医 3/2
 - 非常勤医 2/2
- ママさん麻酔科医
 - 勤務時間が制限される
 - 夜勤・オンコール(当直)をしにくい
 - お子さんの病気等で、急な欠勤や早退
- ママさん麻酔科医の対応(当科)
 - 問題点を認識した上での心配り



表 2 1

医師不足問題から豊かな医療の実現に向けて、女性医師の勤務環境を改善するためには、まず女性医師の潜在能力がもっと評価されなければならないと思います。潜在的に高い能力を持っていることを、病院、医療界、医師会も認めないといけないと思います。復職支援の時にいろんな科の部長にアンケートを取ったのですが、この時端的な答えがありました。「先生、そんな事しなくてもママさん医師で働ける職場はたくさんありますよ。ちょっとレベルを落としたらいっぱい来てほしいというところがあるし。」と言われるのですが、何か違うなと思います。自分がやりたい事のレベルを落とせば働く所があるのではなく、今まで通りやりたい事を続けていくことができる勤務環境に変えていくことが重要です。単に医師不足を解消するという問題ではなく、子供を育てたり介護をしたり、色々な経験を医療に活かすことで、患者さんの後ろにある生活、社会、人生が見える医療が実現してゆくと、子育ての経験をマイナスではなくキャリアとして活かす医療を実現していき、それが医療の内容を変えていくことになります。そういうことによって、男性医師も女性医師も良い勤務状況の中で豊かな医療を構築できるのではないのでしょうか。

ところで、こういう話を女子学生に話したりするのですが、少し危惧することがあります。離職する理由の一つに、女性医師自身の考え方がありますが、子供ができたなら辞めようと思う、と考えている学生が結構多いと感じました。子供は三才までは自分で育てなければダメという三才児神話でしょうか。三才までの育児は大切ですよ、ということが、母親が育てなければいけないというふうになり替わってしまっていて、これが女性や母親に対する脅迫になっているのです。問題が起きると、あの時の育て方が悪かったからではないかというように、母親を追い込んでいくのではないのでしょうか。

愛知県保険医協会が女子医学生、歯学生、研修医にとったアンケートで(表 22)、結婚相手に仕事を辞めるように言われたらどうしますか、と聞くと、一時的にでも辞める人が 54.5%です。出産後も仕事を続けたいかという質問では、25.7%が一時的にでも辞めると答えています。男子学生に配偶者に出産後も仕事を続けてほしいかと聞くと、一時的にでも辞めてほしいが 62.1%です。これはちょっと危険です。私達くらいの年代の女性はあまり辞めるといふ人はいませんでした。どうして続けられないのかとジレンマを感じたり、同じように仕事を頑張っても男性と同じにはやらせてもらえない事に皆不満を感じていたのですが、今は少し変わってきているような気がします。医療というのはすばらしい仕事です。人生の中で誕生とか、生命を終える終焉の場に立ち会う事のできる医師というすばらしい仕事を選んだのですから、ずっと続けてほしいと思います。(表 23)

離職する理由

- ・ 子どもができたならやめようと思っている
- ・ 3歳児神話(3歳までは母親の手で育てなければならぬ)の浸透

家族の理解

- ・ 自分の意志や気力
- ・ 子どもの育て方
- ・ 仕事に対する考え

結婚相手に仕事をやめるように言われたら如何するか(女性に対して)			
続けたい	45.5%	一時的にでもやめる	54.5%
出産後も仕事を続けたいか			
続けたい	74.3%	一時的にでもやめる	25.7%
出産後にも配偶者に仕事を続けてほしいか(男性に対して)			
続けてほしい	37.9%	一時的にでもやめてほしい	62.1%

愛知県保険医協会・医学生、歯学生、研修医へのアンケート(回答数424名) 2005年

表 2 2

〔名古屋市大麻酔科准教授津田喬子先生のデータを改訂したもの〕

今後やらないといけないこと

- ・ 意識の改革
 - 医師の働き方の考察
 - 女性医師の潜在能力の評価
 - 標準医療・チーム医療
 - 変則勤務・交替性勤務
 - 少子化のなかで子どもを育てることの社会的な意義
- ・ 見えてきた問題
 - 医学生の意識の変化

表 2 3

ここからは私の個人的な話です。私は学生時代に結婚して、小児科医として研修を始めたのは27才、第一子を出産したのが30才です。まず小児科を4年やって、その後小児脳神経外科に変わりました。変わって直ぐに第二子ができてこの時に、「こんな時に子供を生んで」と上の先生に言われました。昔ながらの先生でしたね。38才で脳神経外科の専門医を取りましたが、これも非常に大変でした。子供を寝かしながら、大体一緒に寝てしまうのですが、寝たらまた起きて夜中に勉強していました。この頃祖母が亡くなり、介護していた岡山の母の妹が手があいたので、家に来て家事をしてもらうようになりました。そこでこの辺で医局に入局しようと思ひ、大阪大学の脳神経外科に入局しました。それまでは脳神経外科に入るとローテートしなければならず、色々な所へ行かなければならないので無理だと思ひて入局しなかったのですが。それから大学に通いながら、先天性水頭症の遺伝学的な研究をして、45才で学位を取りました。「まあよくやるな」と皆に言われましたが、この時は時間が十分できて勉強できるのが本当に楽しかったのです。それが終わってアメリカに留学しました。臨床も研究も中途半端になっているので、思い切って行こうと思ひました。アメリカには水頭症の遺伝子の研究論文を見てくれた基礎の人がいて、その人が来てもいいよ、と言ってくれました。子供は中学生と高校生だったのですが、下の男の子を連れて、子連れ別居留学をしました。これはとても良い経験で、留学先の教授に「子供を連れていっていいですか」と聞くと、反対に「何が問題なのか」と聞かれました。アメリカにはそういう人がたくさんおられるのですね。子供を病院や研究室に連れて行って、学校から帰ったあとと一緒にいる、というのも結構普通にされています。それまで臨時の手術で呼ばれた時に見てくれる人がいなければ、子供を連れて行って当直室に寝かせておいたり、看護婦さんの宿舎に預かってもらったりしていましたが、日本ではコソコソとでした。出てきたらダメよ、と隠しておくのです。神聖な職場に家庭を見せるな、というところがあり、子供を連れて来るのは不謹慎だという感じがしました。それが、アメリカでは普通にできたのです。こういうところは、すごくいいなと思ひ開放されたような気分になりました。それから帰国して色々な事が始まって、今に至っています。私にとって辞めようと思ひた時に留学した事がチャンスになりました。

小児脳神経外科で子供の色々な病気を診ています。今は虐待や脳腫瘍の子供、出生前診断される水頭症や先天異常性疾患の子供が多いのですが、こういう中での母親と子供の関係は一番シビアです。自分の子供が大きな病気になる、生まれてくる子供に病気が見つかる。この時本当に母親が試される、悲痛な所に置かれるわけです。その母親の気持ちが変わって行って、病気の子供を受け入れて育てていくのです。色々な事を学び、私自身が変わられていったと思ひます。

虐待も非常に増えていますが、虐待するような母親は鬼の様な母親か、というとは実はそうではなくて、生活や金銭的、経済的な事や時間がない事で追い込まれて、そして子供に手を出してしまう。私も子供が小さい時、いらいらして、カーッとなくなってしまふ事が何度もありました。急いで出勤しようとする、子供がお茶をこぼしてビショビショにしてしまい、「もう何してるの」とカーツとなり、これが積み重なるとパチッとやってしまう。ですから虐待する母親の気持ちが全然わからないわけではありません。子供との距離のとり方がわからず、追い詰められた母親が虐待に至るまで放置されているのです。

「子供の脳を守る」と言う本の中に書かせてもらいましたが、俊君という脳幹腫瘍のお子さんがいました。ここに、俊君が亡くなってからお祖母ちゃんがくれたノートがあります。お祖母ちゃんの手紙です。3月9日とあるのは4度目に入院した日です。この日から亡くなるまでずっと入院していました。脳幹腫瘍はどんどん嚙下障害や構音障害、四肢麻痺がでてきます。俊君は目だけは動かすことができたので看護師さんが会話方法を考えてくれて、ALSの患者さんが用いている方法ですが、透明なアクリル板に五十音を書き、その板を間に挟んで子供と向き合い視線の合った文字をつないで文章にします。お祖母ちゃんは俊君が目で話す言葉を一生懸命ノートに書き取っていました。こんなに頻りに会話をしていたとは思いませんでした。10月23日、この日が亡くなった日ですが、俊君は最期の時まで自分の意志を伝える事ができました。孫を思うお祖母ちゃんの献身でここまでできたので、子供を見送る家族の気持ちに教

えられています。

「ポパイの会」というのは、私の患者さんの親の会です。子供たちの多くは、障害を、それも重度の障害を持っています。子供の病気が最初は受け入れられなくて、地団駄踏んで、泣いて怒って、訴えるのですが、やがて受け入れて親自身がどんどん変わっていく。そしてそれを見ながら私も変わっていくという事で、30年の付き合いになりました。お互いに影響を与え合ってきたと思います。

かつて私が新生児救急の研修に久留米市の聖マリア病院に行った時、その橋本武夫先生が本に書いてくださった、「子育て育児より子育ち育自」という言葉があります。子供は育てられるだけでなく自ら育つものであり、また親も育てるだけでなく、子供を育てながら自らも育っていくものですよ、という事です。すばらしい言葉だと思います。

最後に少し宣伝させてください。「胎児期の水頭症の診断と治療ガイドライン」を厚生労働省の研究班で作りました。要は、子供が水頭症だと妊娠中にわかった時に、お母さんもお父さんも色々心配するし、目の前が真っ暗になるのですが、皆で一生懸命育てていきましょう、という物で患者さんの会にも受け入れられています。これは「赤ちゃんは水頭症」という水頭症協会の漫画です。今の若い世代は皆漫画世代で本を読まないなので、こういう漫画を使って説明するために作りました。ぜひ活用してください。

入っていただいた本の中に、そんなにカッコいいものではないのですが、女性医師として生きてきて、という事を書いています。またお時間があればお読みください。

それではこれで終わりたいと思います。ありがとうございました。