

女性医師のキャリア継続のために必要な医師の勤務体系の見直しと

医学教育における新たなカリキュラムについての考察

大越 香江

(京都大学医学部附属病院消化管外科 特定病院助教)

2013年2月



京都大学グローバル COE

「親密圏と公共圏の再編成をめざすアジア拠点」

Global COE for Reconstruction of the Intimate and Public Spheres in 21st Century Asia

〒606-8501 京都市左京区吉田本町 京都大学大学院文学研究科

Email: intimacy@socio.kyoto-u.ac.jp URL: <http://www.gcoe-intimacy.jp/>

1. はじめに

近年、医師国家試験合格者に占める女性の割合は約 3 分の 1 である。今後女性医師は増加していくと予想される一方で、卒後 10 年頃の離職（出産や育児のためといわれている）により、他職種と同様就業率は M 字カーブを描く。さらに、女性医師は男性医師よりも早くに病院勤務から診療所勤務へシフトするため、今後病院勤務医師不足に拍車がかかると思われる。勤務医師不足は各地で医療崩壊の引き金となっており、社会的にも重要で切迫した問題である。

このような問題意識のもとで、平成 20 年度に我々は京大病院の女性医師を対象とした調査を実施し、女性医師の仕事と生活の実態を明らかにした⁽¹⁾。さらに平成 21 年度には女性医師だけでなく京大病院の全医師を対象とした調査を行った。今年度は昨年度に実施した調査の集計結果からさらに因子分析を進め、今後の調査研究を方向づける示唆を得た。第 2 節ではこの分析結果について詳述する。

また、これらの調査研究の過程で医学教育における男女共同参画に関する理解を深めたり医師のライフスタイルについて考えたりする機会がないことが問題ではないかと考えられた。例えば米国の医学部では、新入生 1 人に在學生（高学年）と Faculty が一人ずつ割り当てられ、特に Faculty は、メンターとして学生時代の悩みからキャリアアドバイスまで指導する。日本でも医学生や研修医が医師としての将来のライフスタイルをどう考えるか参考にできるようなディスカッションの機会やカリキュラムが必要ではないかと考えた。

こうした認識の上で我々は実際にディスカッションの機会や情報交換の場所を提供するなどの活動を行ってきた。これらの活動については、第 3 節で仔細に報告する。そしてその活動の一例としては主に出産や育児を経験している女性医師に対するインタビュー動画を撮影するという試みを始めている。これらの動画については研究用ホームページより配信するのに加え、学生の教育カリキュラムの一つとしても使用できると考えている。また、ランチタイムカンファランス「女性医師のキャリアプランを考える」を京都大学医学部附属病院臨床教育・研修センターに提案し、女性医師と医学部生や大学院生の交流・ディスカッションの場を設けた。

さらに、医師をとりまく環境として、特に良好な医師患者関係の構築は重要である。すなわち「医師と患者の科学コミュニケーション」、すなわち科学に関して科学者と科学者でない人たちが交流することの成立は最重要課題であると考え、市民と医師の交流の場としてメディカルカフェ@町家を企画し、実施した。このイベントは左京区 大学と地域の相互交流促進事業に採択された。

なお、これらの調査・研究結果については平成 22 年 1 月 28 日に開催したシンポジウム

(1) この成果については、「京都大学グローバル COE プログラム 親密圏と公共圏の再編成をめざすアジア拠点」のホームページに報告書が掲載されている

(https://www.gcoe-intimacy.jp/images/library/File/working_paper/New%20WP/WP_Research_Project_for_Gender_Equality_03_OKOSHI_s.pdf)。

「医療人のワーク・ライフ・バランスと病院のホスピタリティ」（主催：平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金「地域医療基盤開発推進研究事業」）で発表し、さらにホームページ「女性医師のキャリア継続に必要な医師の勤務環境とそれを取りまく 医療体制・医学教育・医療文化に関する研究」において公開している⁽²⁾。

2. 京都大学医師アンケート調査結果

2010 年 3 月、京大病院で勤務する 641 名の医師（研修医、医員、助教、講師、准教授、教授など雇用関係のある医師のみ）を対象にアンケート調査を行った。返信用封筒を同封した質問票（添付資料 1 を参照）を各診療科に配布し、学内便で回収した。また有効回答数は 200 であった（有効回答率：31.2%）。

質問内容は、現在の状況（年齢、性別、診療科、役職、家族構成、収入など）、ワーク・ライフ・バランス、仕事に対する満足度などとした。

単純集計、クロス集計（平成 21 年度 GCOE 成果報告書参照）のあと、回答結果を点数化して因子分析を行った。7 因子構造が妥当と考えられ、そのうちさらに、医師のキャリア意識、ワーク・ライフ・バランス、不適合の 3 因子について重回帰分析、順序プロビット分析および順序ロジット分析を行った⁽³⁾。

2-1. 因子分析

質問票ではそれぞれの質問項目について「当てはまる」「あまり当てはまらない」「どちらともいえない」「まあ当てはまる」「当てはまる」をそれぞれ 1-5 の数字で回答してもらったのでその回答結果を点数化して因子分析を行った。

分析の前に全 59 個の質問項目に関して平均値と標準偏差を算出し天井効果とフロア効果のあった 17 項目について除外し、残りの 42 項目について主因子法による因子分析を 3 回行った。

1 回目の因子分析では固有値が 8.58、3.20、2.59、2.20、1.99、1.89、1.61、1.38 となり、7 因子構造が妥当と考えられた。そこで 2 回目の因子分析では 7 因子を仮定して主因子法・プロマックス回転による分析を行い、因子負荷量 4.00 を基準にして十分な値を示さなかった 9 項目を除外した。残った 33 項目について 3 回目の因子分析を、2 回目と同じく主因子法・プロマックス回転により行い、因子負荷量 4.00 に満たなかった 5 項目を除外した。

(2) 公開しているホームページのアドレスは(<http://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~kumwa/index.html>)。

(3) 質問票については前述の通り添付資料 1 を参照のこと。また今回重複する結果が多い場合は図表を省略しており（表 3-4、3-5、3-6 を省略）、詳細については添付資料 2 に記載している。

表 1-1 因子分析結果

項目	キャリア意識	W/バランス	不適合	コメディカル	情報インフラ	疲労感	裁量
問5-5 仕事に熱中していると感じる	0.92	-0.10	0.01	-0.05	-0.23	-0.01	-0.11
問5-2 仕事を通して価値ある結果を達成していると感じる	0.79	0.00	0.11	-0.07	-0.02	0.01	0.15
問5-9 医師として向上しつつあると感じる	0.78	-0.10	-0.09	-0.10	0.14	0.01	-0.11
問5-3 診療での私の仕事内容は期待したとおりである	0.76	0.03	0.13	0.12	0.03	0.02	0.03
問7-6 現在の業務内容は自分の能力向上・キャリアアップのために有用である	0.68	0.06	-0.19	-0.03	0.12	0.28	-0.05
問6-6 仕事に満足感が得られない	-0.67	0.01	0.23	-0.05	0.21	0.07	0.08
問5-4 いまの職務(職位)は私に適任だと感じる	0.60	-0.03	0.01	0.22	-0.07	-0.10	0.07
問7-8 診療技術のトレーニングの機会が多い	0.51	0.17	0.05	-0.05	0.11	0.20	0.25
問5-1 様々な興味深い症例をマネジメントする機会がある	0.50	-0.09	0.18	0.06	0.05	-0.22	0.23
問5-8 学会発表や論文執筆の機会に恵まれている	0.50	-0.09	0.03	0.03	0.08	-0.14	0.00
問7-2 Evidenceに基づいた診療ができています	0.47	0.10	0.17	-0.16	0.11	-0.22	0.03
問2-1 仕事と家族との時間のバランスはうまくいっている	-0.09	0.81	0.09	0.03	0.00	-0.01	0.02
問2-5 家族の行事に参加することは容易である	-0.09	0.67	-0.07	0.09	0.09	0.02	-0.04
問1-3 睡眠時間を十分に確保できている	-0.03	0.67	0.03	-0.04	0.00	-0.17	-0.04
問1-5 自分の能力向上・スキルアップのための時間が十分に確保できている	0.15	0.58	-0.08	0.01	0.02	-0.04	0.01
問6-8 医師を辞めたいと思うことがある	0.02	-0.03	0.72	0.11	0.09	-0.08	-0.16
問5-6 もしもう一度職業を選ぶなら、医師にならないだろう	0.19	0.04	0.61	0.05	-0.19	0.01	-0.21
問5-7 私の専門はもはや以前のように魅力的ではない	-0.21	0.13	0.53	0.13	-0.28	0.02	0.08
問6-7 心身ともに疲れ果てたと感じることもある	0.02	-0.39	0.46	-0.07	0.12	0.05	0.13
問3-7 コメディカルの能力は申し分がない	0.03	0.01	0.09	0.88	0.09	-0.02	-0.01
問3-6 コメディカルは協力的である	0.05	0.06	0.08	0.67	0.10	0.07	0.12
問3-11 検査オーダーのシステムは効率的である。	-0.08	0.04	-0.10	0.06	0.79	-0.01	0.06
問3-10 電子カルテは入力しやすいと思う。	0.07	0.02	-0.02	-0.01	0.76	-0.02	-0.17
問7-4 最近1週間に、勤務中に居眠りをしたことがある	-0.07	-0.11	-0.20	0.04	0.01	0.68	0.08
問7-5 集中力が低下していると感じる	-0.07	-0.26	0.21	0.16	0.04	0.50	-0.07
問7-11 患者との良好なコミュニケーションをはかることが難しい	-0.04	0.25	0.26	-0.09	-0.13	0.43	-0.05
問3-2 主として自分が患者の診療方針を決定している	0.03	-0.08	-0.14	0.07	-0.07	0.04	0.68
問3-5 同僚の医師は治療において私の意見・方針を尊重している	0.09	-0.01	-0.22	0.14	-0.11	0.01	0.62

第 1 因子は 11 項目で、「仕事に熱中している」や「仕事を通して価値ある結果を達成し

ていると感じる」など仕事に対する達成感に関する項目が多く含まれていたため「キャリア意識」と命名した。

第2因子は4項目で、「仕事と家族との時間のバランスはうまくいっている」や「家族の行事に参加することは容易である」など仕事と家族とのバランスに関する項目からなるので「ワーク・ライフ・バランス (W/L バランス)」と命名した。

第3因子は4項目で、「医師を辞めたいと思うことがある」や「もしもう一度職業を選ぶなら、医師にはならないだろう」といった適正に関する項目が含まれているので「医師不適性」と命名した。

第4因子は2項目で、「コメディカルの能力は申し分ない」などコメディカルに対する評価の項目からなるので「コメディカル」と命名した。

第5因子は2項目で、「電子カルテは入力しやすいと思う」など病院におけるインフラに関する項目が含まれるので「情報インフラ」と命名した。

第6因子は3項目で、「最近1週間に、勤務中に居眠りをしたことがある」や「集中力が低下していると感じる」など疲労感に関する項目が含まれているので「疲労感」と命名した。

第7因子は2項目で、「自分が仕事のスケジュールをコントロールしている」など仕事上での裁量に関する項目からなるので「自律性」と命名した (表 1-1 参照)。

以上7因子に関して α 係数、平均値、標準偏差を算出して内的整合性を検討した (表 1-2 参照)。キャリア意識、医師不適性、疲労感には因子内での相関が低い項目が1項目ずつ含まれていたためそれぞれ削除した。また医師不適性と疲労感では α 係数が0.7に満たなかったが、0.67 および 0.63 とおおむね内的整合性は確保されていると判断して分析を進めた。なお因子間の相互相関についても検討したが、特に強い相関は見られなかった。

表 1-2 抽出した因子における平均値、標準偏差、 α 係数

	平均値	標準偏差	α
キャリア意識	3.52	0.70	0.89
W/Lバランス	2.19	0.83	0.74
不適合	2.31	0.97	0.67
コメディカル	3.40	0.93	0.82
情報インフラ	3.24	1.02	0.76
疲労感	2.94	1.15	0.63
裁量	3.73	0.93	0.70

7つの因子のうち本研究の主要テーマである医師のワーク・ライフ・バランスに関係があると思われるキャリア意識、ワーク・ライフ・バランス、不適合の3因子について重回帰分析、順序プロビット分析および順序ロジット分析をさらに行った。

2-2. 重回帰分析

重回帰分析では年齢、性別（ダミー変数、基準＝女性）、外科 or 外科以外（ダミー変数、基準＝外科以外）、役職（ダミー変数、基準＝教授・准教授・講師）、配偶者の有無と配偶者の職業（ダミー変数、基準＝配偶者なし）、直近1週間の実勤務時間、収入（対数表示）およびそれぞれの因子に影響があると思われる質問項目を選んで独立変数とした。

「キャリア意識」では問3-1、問3-3、問3-4、問7-9で統計的に有意な正の効果、助教、配偶者有り専業主婦（夫）、配偶者有りコメディカル、配偶者有りその他で負の効果を示した（表2-1参照）。

表 2-1 重回帰分析（従属変数：キャリア意識）

	β
(定数)	
年齢	-0.080
性別	-0.034
診療科	-0.001
助教	-0.172*
医員	-0.176
研修医	-0.102
その他	0.065
配偶者有り専業主婦	-0.257*
配偶者有り医師	-0.16
配偶者有りコメディカル	-0.143*
配偶者有りその他	-0.276**
直近1週間の実勤務時間	0.019
収入	0.180
問3-1 院内の医療設備は十分整っている	0.151*
問3-2 主として自分が患者の診療方針を決定している	0.034
問3-3 自分が仕事のスケジュールをコントロールしている	0.149*
問3-4 医師仲間との間に協力関係やチームワークがたくさんある	0.230**
問3-5 同僚の医師は治療において私の意見・方針を尊重している	0.054
問3-6 コメディカルは協力的である	-0.088
問3-7 コメディカルの能力は申し分がない	0.119
問3-8 書類作成(同意書・診断書など)が多い。	0.11
問3-9 手書きの指示簿は面倒である。	0.063
問3-10 電子カルテは入力しやすいと思う。	0.095
問3-11 検査オーダーのシステムは効率的である。	0.11
問3-12 休憩・食事などのための医師控室は快適だ	0.131
問3-13 院内での飲食・買い物のための施設は充実していると思う	0.041
問7-4 最近1週間に、勤務中に居眠りをしたことがある	0.046
問7-5 集中力が低下していると感じる	-0.079
問7-9 患者からの感謝がモチベーションになっている	0.163*
問7-10 患者の要求に圧倒される	-0.025

β = 標準偏回帰係数

* $P < 0.1$ 、** $P < 0.01$

「ワーク・ライフ・バランス」では医員、問 3-3、問 3-4 で統計的に有意な正の効果、配偶者有り専業主婦（夫）、直近 1 週間の実勤務時間、問 4-2、問 7-4 では負の効果をも認めた（表 2-2 参照）。

表 2-2 重回帰分析（従属変数：ワーク・ライフ・バランス）

	β
(定数)	
年齢	-0.073
性別	0.013
診療科	-0.031
助教	0.084
医員	0.251**
研修医	-0.049
その他	0.075
配偶者有り専業主婦	-0.262*
配偶者有り医師	-0.081
配偶者有りコメディカル	-0.055
配偶者有りその他	-0.007
直近1週間の実勤務時間	-0.201**
収入	0.147
問3-3 自分が仕事のスケジュールをコントロールしている	0.242**
問3-4 医師仲間との間に協力関係やチームワークがたくさんある	0.214**
問4-2 労働量に見合った給与をもらっていない	-0.199*
問5-4 いまの職務(職位)は私に適任だと感じる	-0.128
問6-2 私が受け持つ患者の数は多すぎる	-0.065
問6-6 仕事に満足感が得られない	-0.048
問7-4 最近1週間に、勤務中に居眠りをしたことがある	-0.245**

β = 標準偏回帰係数

* $P < 0.1$ 、** $P < 0.01$

「医師不適性」では直近 1 週間の実勤務時間が統計的に有意な正の効果、問 3-3 が負の効果をも認めた(表 2-3 参照)。

表 2-3 重回帰分析（従属変数：不適合）

	β
(定数)	
年齢	-0.111
性別	-0.014
外科or外科以外	-0.076
助教	-0.095
医員	-0.223
研修医	-0.068
その他	0.014
配偶者有り(専業主婦)	-0.015
配偶者有り(医師)	-0.004
配偶者有り(コメディカル)	-0.021
配偶者有り(その他)	-0.008
直近1週間の実勤務時間	0.148*
収入	-0.209
問1-1 自分の時間を十分に持っていると思う	0.025
問2-1 仕事と家族との時間のバランスはうまくいっている	0.149
問3-2 主として自分が患者の診療方針を決定している	0.093
問3-3 自分が仕事のスケジュールをコントロールしている	-0.261**
問3-4 医師仲間との間に協力関係やチームワークがたくさんある	-0.094
問3-5 同僚の医師は治療において私の意見・方針を尊重している	-0.101
問3-6 コメディカルは協力的である	0.135
問4-1 他の医療機関の医師と比較すると、十分な給与をもらっていない	-0.209
問4-2 労働量に見合った給与をもらっていない	0.084
問4-3 訓練と経験に見合った十分な給与をもらっていない	0.205
問4-4 病院で十分な給与が得られれば外勤には行きたくない	-0.054
問7-10 患者の要求に圧倒される	0.266**

2-3. 順序プロビット分析と順序ロジット分析

順序プロビット分析および順序ロジット分析では、独立変数を重回帰分析の場合と同じままにして従属変数を各因子において最も高い因子負荷量を示した質問項目に変更した。

順序プロビット分析において、「キャリア意識」（従属変数：問 5-5）では問 3-1、問 3-4、問 3-8、問 3-12、問 7-9 が統計的に有意な正の効果を認めた（表 3-1）「ワーク・ライフ・バランス」（従属変数：問 2-1）では問 3-3、問 3-4 が有意な正の効果、直近 1 週間の実勤務時間、問 4-2、問 7-4 が有意な負の効果を示した（表 3-2）。「医師不適性」（従属変数：問 6-8）では直近 1 週間の実勤務時間と問 7-10 が有意な正の効果を、問 3-3 が有意な負の効果を示した。なお、順序ロジット分析も行ったが、順序プロビット分析とほぼ同様の結果であり（表 3-4、3-5、3-6）、相違点は「キャリア意識」（従属変数：問 5-5）において問 7-9 が有意な効果を認めなかった点と医師不適性（従属変数：問 6-8）で問 3-6 が有意な正の効果を認めた点のみであった。

表 3-1 順序プロビット分析 (従属変数: 問 5-5)

		β
しきい値	[問5-5 = 1]	0.534
	[問5-5 = 2]	1.73
	[問5-5 = 3]	2.523
	[問5-5 = 4]	3.853*
位置	年齢	0.15
	性別	0.099
	診療科	-0.05
	助教	-0.345
	医員	-0.582
	研修医	-0.017
	その他	-1.398
	配偶者有り専業主婦	-0.322
	配偶者有り医師	-0.063
	配偶者有りコメディカル	-0.198
	配偶者有りその他	-0.49
	直近1週間の実勤務時間	-0.001
	収入Log	-0.394
	問3-1 院内の医療設備は十分整っている	0.269**
	問3-2 主として自分が患者の診療方針を決定している	-0.024
	問3-3 自分が仕事のスケジュールをコントロールしている	0.074
	問3-4 医師仲間との間に協力関係やチームワークがたくさんある	0.182*
	問3-5 同僚の医師は治療において私の意見・方針を尊重している	0.136
	問3-6 コメディカルは協力的である	-0.165
	問3-7 コメディカルの能力は申し分がない	0.044
	問3-8 書類作成(同意書・診断書など)が多い。	0.272**
	問3-9 手書きの指示簿は面倒である。	-0.016
	問3-10 電子カルテは入力しやすいと思う。	0.082
	問3-11 検査オーダーのシステムは効率的である。	-0.045
	問3-12 休憩・食事などのための医師控室は快適だ	0.183*
	問3-13 院内での飲食・買い物のための施設は充実していると思う	-0.006
問7-4 最近1週間に、勤務中に居眠りをしたことがある	0.071	
問7-5 集中力が低下していると感じる	-0.112	
問7-9 患者からの感謝がモチベーションになっている	0.15*	
問7-10 患者の要求に圧倒される	0.011	

リンク関数: プロビット

*P<0.1、**P<0.01

表 3-2 順序プロビット分析 (従属変数: 問 2-1)

		β
しきい値	[問2-1 = 1]	-0.155
	[問2-1 = 2]	0.847
	[問2-1 = 3]	1.56
	[問2-1 = 4]	2.933
位置	年齢	-0.089
	性別	-0.04
	診療科	0.009
	助教	0.273
	医員	0.601
	研修医	-0.141
	その他	1.287
	配偶者有り専業主婦	-0.002
	配偶者有り医師	0.233
	配偶者有りコメディカル	0.608
	配偶者有りその他	0.508
	直近1週間の実勤務時間	-0.015
	収入Log	0.513
	問3-3 自分が仕事のスケジュールをコントロールしている	0.251**
	問3-4 医師仲間との間に協力関係やチームワークがたくさんある	0.224*
	問4-2 労働量に見合った給与をもらっていない	-0.38**
	問5-4 いまの職務(職位)は私に適任だと感じる	-0.067
問6-2 私が受け持つ患者の数は多すぎる	-0.017	
問6-6 仕事に満足感が得られない	0.09	
問7-4 最近1週間に、勤務中に居眠りをしたことがある	-0.152*	

リンク関数: プロビット

* $P < 0.1$ 、** $P < 0.01$

表 3-3 順序プロビット分析 (従属変数: 問 6-8)

		β
しきい値	[問6-8 = 1]	-1.958
	[問6-8 = 2]	-1.343
	[問6-8 = 3]	-0.778
	[問6-8 = 4]	-0.078
位置	年齢	-0.189
	性別	-0.082
	診療科	-0.389
	助教	-0.043
	医員	-0.289
	研修医	-0.067
	その他	0.967
	配偶者有り専業主婦	0.302
	配偶者有り医師	0.191
	配偶者有りコメディカル	-0.166
	配偶者有りその他	0.3
	直近1週間の実勤務時間	0.01*
	収入Log	-0.798
	問1-1 自分の時間を十分に持っていると 思う	-0.027
	問2-1 仕事と家族との時間のバランスは うまくいっている	0.08
	問3-2 主として自分が患者の診療方針を 決定している	0.002
	問3-3 自分が仕事のスケジュールを コントロールしている	-0.246*
	問3-4 医師仲間との間に協力関係や チームワークがたくさんある	-0.028
	問3-5 同僚の医師は治療において私の 意見・方針を尊重している	-0.034
	問3-6 コメディカルは協力的である	0.161
	問4-1 他の医療機関の医師と比較すると、 十分な給与をもらっていない	-0.192
問4-2 労働量に見合った給与をもらって いない	0.03	
問4-3 訓練と経験に見合った十分な給与を もらっていない	0.108	
問4-4 病院で十分な給与が得られれば 外勤には行きたくない	0.028	
問7-10 患者の要求に圧倒される	0.352**	

リンク関数: プロビット

* $P < 0.1$, ** $P < 0.01$

2-4. ディスカッション

重回帰分析の結果より、講師以上の役職でキャリア意識が高いことがわかる。なお、配偶者ありよりも配偶者なしの群でキャリア意識が高いのは、家庭をかえりみず仕事に専念できるということが理由として考えられる。つまり、家庭を持つことでキャリア意識が抑制される可能性があるが、だからと言って医師が結婚すべきではないという議論にはならない。家庭を持つ医師が普通に医師として勤務を続けていけるような環境を整備すべきであるし、キャリア意識が高ければ高いほどよいという価値観も一概に正しいとも言えない。バランス感覚をもった医師が人間らしい医療を提供できるとも言えるからである。

また、配偶者が専業主婦（夫）であると仕事に専念できる一方で家庭のことはほとんど任せ切りになってしまうためか、ワーク・ライフ・バランスが悪くなる傾向がある。すなわち、配偶者との役割分担が二極化してしまうことはワーク・ライフ・バランスを悪化させる可能性がある。これは、仕事に没頭しつつも、もっと家庭生活に参加しなければならないという意識を若干の後ろめたさとともに持っている医師が多いためではないだろうか。専業主婦（夫）が悪いということではないが、医師も家庭生活にある程度参加できる程度の非勤務時間の確保が必要である。これには、単純に一日あるいは週の勤務時間を制限するのみならず、勤務と勤務の間隔を一定以上の時間（例えば 11 時間）あけることを義務付けるなどという施策も考えられる。睡眠時間など生命活動に必要な時間に加えて個人の時間、家族との時間を確保するためには最低 11 時間程度の非勤務時間が必要だと思われるからである。

さらに、患者の要求に圧倒されると「医師不適性」の度合いが高くなるという傾向も認められた。モンスターペイシエントとまではいかなくとも、患者の権利意識の増大により医師が疲弊することは明らかである。今後は患者の要求をどの程度許容するかを枠組みを作ることが必要であるかもしれない。また、この患者の権利意識の拡大についてはマスコミの影響が大きいことから、マスコミ関係者を加えた徹底的な議論が必要ではないだろうか。どこまでも患者の要求に応じるという形ではなく、新しい医師・患者関係を構築する必要がある。

今回の調査では京大病院という単一の医療機関における調査であるため、この結果をもって医師全体の問題を俯瞰するには至らなかった。有効回答数 200 と、サンプル数も少ない。今回の調査の限界を踏まえつつも、いくつか得られた興味深い示唆について今後の調査につなげていきたいと考えている。

3. 活動報告

3-1. ランチタイムカンファランス「女性医師のキャリアプランを考える」

平成 22 年 12 月 8 日、京大病院研修センター研修室において「ランチタイムカンファランス～女性医師のキャリアプランを考える～」を開催した。この企画は元々医学教育学会で、秋田大学の蓮沼直子先生が秋田大学で女性医師と医学生のランチ会の話を発表していたのを聞いて、臨床教育・研修センターに企画を持ち込んだものである。医学部生、大学院生、病院勤務の医員・助教など合計 22 名が参加した。

最初に改正男女雇用機会均等法や改正育児・介護休業法について紹介し、京大病院で実施した 2 回のアンケート調査の報告したあと、3 つのグループに分かれてフリーディスカッションの時間とした。



医学生や研修を始めたばかりの研修医にはまだキャリアパスのイメージがつかめないようであったが、先輩女性医師がどのようなところに悩んでいるか、ぶつかっている挫折や壁などについて雰囲気は理解できたようである。また、普段コミュニケーションの機会がない女性医師同士の交流もでき、育児と仕事の両立などについて意見交換できた。



ほとんど全員が初対面であったにもかかわらず、ディスカッションはかなり盛り上がりしており、このコミュニケーション能力の高さは必ずや臨床でも生かされるものと思われた。また、ディスカッションの内容としては、以下のようなものであった。

情報収集の重要性

なるべく最短で専門医を取ること考え、そのためにはどうすればよいか最初に情報収集する必要がある。そもそも育児をしながら専門医取得に必要な症例を集めたり、申請の準備をしたり、試験を受けに行ったりするのはたいへんであり、できれば最初に妊娠する前に専門医を取得しておくのが無難ではないか。

妊娠と仕事

5年間は妊娠せず仕事に専念することを提案したが、診療科によっては事情が違くと異論もあった。外科系のドクターには賛成が多かったようである。

当直と女性医師

育児中の女性医師が当直に入りにくいのは、朝から日勤帯の仕事をした後そのまま当直に入り、翌日も朝から夕方まで勤務するという長時間連続勤務のためではないか。夕方出勤して朝に帰宅できるならば当直勤務可能になる女性医師がいるかもしれない。

カンファランスの時間帯

カンファランス出席のために子どもを秘書さんにみてもらい、祖父母に頼るなどの方法で段取りをしなければならぬので大変なので、カンファランスの時間帯を参加しやすい時間帯に変えてもらいたい。

常勤とバイト

バイト外来ではフィードバックがない。自分の診断や治療が正しかったか後から分からないので、臨床能力の維持がせいぜいで能力向上はできない。

診療科の選択

女としての人生をとるかキャリアをとるかの二者択一みたいに決死の覚悟で診療科を選んだが、実際は二者択一ではなかった。診療科選択の時に先輩からの情報があればよかった。また、「妥協せずに自分の好きな科を選ばないと、苦しくなったときに乗り越えられない」という意見については賛成多数であった。

子どもが病気の時のリスクマネジメント

京都大学の病児保育室は働いている人の数の割に定員が少なすぎる。また、利用できるかどうかその日の朝にならないとわからないので、朝になってから利用できないとわかってから代診を頼むか、ベビーシッターを探す手配をすると仕事に間に合わなくて困る。

子どもが小さいと、急な病気の可能性を考えてなかなかバイトが入れられず、経済的に苦しい。

すなわち、保育などの育児支援、復職支援、短時間勤務などの支援制度は必要条件ではあるが十分条件ではない。女性医師がさらに能力を発揮できる環境整備、教育、自己啓発のために、診療科横断的・医療機関横断的に多くの女性医師の経験、知恵を集約することは意義があるのではないかという示唆を得ることができた。

一方で残念なのは、各診療科があまり協力的ではなかったということである。先輩女性医師の派遣を各診療科に文書で依頼したが、直接教授秘書室に行って個人的に依頼した診療科以外からは全く来てもらえなかった。今後このような会を企画するに当たってはいかに各診療科の協力を取り付けるかが重要であろうと思われる。

3-2. 女性医師 VOICE (女性医師インタビュー) 動画作成

主に出産や育児を経た女性医師に対して、医師としてのキャリア、出産時の職場環境、出産後の勤務形態、仕事を続けていく上での困難、女子医学生へ伝えたいメッセージ、行政や医療機関に望むことなどについてインタビューを実施し、録画する。

作成した動画は、ホームページや学会、研究会などで公開予定であり、あるいは学生へ

の教材としても利用できると考えている。

経験に裏打ちされた問題提起・提案には真実があるし、活字だけよりも動画のほうがインパクトが強い。

現在サンプルを作成してコンテンツ作成中である。随時インタビューを行い、動画を撮りためていく予定である⁽⁴⁾。

3-3. メディカルカフェ@町家：科学コミュニケーションの実践

科学コミュニケーションとは科学に関して科学者と科学者でない人たち（一般的には市民と呼ぶ）が交流することであり、市民にとっては普段触れることのない最先端の科学知識を得て科学リテラシーを高められる科学者にとっては市民が科学についてどう考えているかを知る社会リテラシーを高められるものである。

また、特に欧米ではサイエンス・カフェといって、科学者と市民が大学の外でお茶を飲みながら科学の話をするディスカッションの機会がしばしば設けられる。科学者が短い話題提供をし、その後参加者が自由にディスカッションするもので、人数はせいぜい 20 名程度で少なめであり、双方向コミュニケーションをはかる。

我々は、京都の町家でお茶を飲みながら、医療について医師と市民が語る小規模市民講座を企画し、左京区大学と地域の相互交流促進事業に採択された。テーマを**医師不足は本当か～日本でいちばん医師の多い京都の現実～「勤務医の労働環境と女性医師」**と設定したところ、このテーマは左京区の担当者には堅すぎると不評であり、区民との対話の意味が無いとまで言われた。

紆余曲折の末、平成 22 年 11 月 20 日、メディカルカフェ@町家を開催した。医師 5 名、一般参加者 12 名の計 17 名が参加した。



最初に医師不足の話と勤務医の仕事、女性医師の増加についてプレゼンテーション（添付資料 3）をして、フリーディスカッションにうつった。

医師の勤務はやっぱり大変そうだという意見や、どんな仕事でも忙しくて特に最近は景気も悪いのでどんな業種でも長時間勤務は当たり前かもしれない、という医師側からの意見もあった。それでももう 1 時間か 2 時間早く家に帰って家族と過ごせる生活のほうが人間的ではないかという話になった。知り合いの医師が過労死をされたという身近な体験をお持ちの参加者もいた。

主治医制とチーム制の話では、別に主治医が時間外に見に来てくれなくて当直医であっ

(4) 現在、このインタビュー動画は、前述のホームページ「女性医師のキャリア継続に必要な医師の勤務環境とそれをとりまく 医療体制・医学教育・医療文化に関する研究」で公開されている (<http://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~kumwa/interview.html>)。

でも、ちゃんと状況を把握し得ていてくれるのなら別に構わないという意見が多かった。主治医制にこだわるのは実は医師のほうかもしれないという感想を持った。システムとしてシフト制で診ていると宣言してしまえば意外と「そういうものか」と納得してもらえるかもしれない。

また、代替医療によって医師の負担を軽減できるのではないかという一般参加者からの意見が出たが、これに関しては医師側の意見もわかれた。すなわち、積極的に自分でも代替医療を試そうとしているという医師と、エビデンスのないものは一応科学者として否定せざるをえないという医師がいるということである。一般参加者の方の中には代替医療にかなり期待を持っている人もいて、それは医師の説明不足に対する不信感からきているような印象を受けた。また、医療を離れた（もと）患者の受け皿が今の日本では存在しないので、代替医療（医療、と言えないようなものも含まれているかもしれないが）に求めてしまうかもしれない。適切な受け皿を作ることで医師の負担を軽減しつつ、根拠のない代替医療を排除することができるのではないかという示唆を得た。

健康格差は世の中に歴然として存在する。経済や教育、情報へのアクセスなどによって健康に関する情報収集能力と健康になるための努力に差が出るのはやむを得ないのかもしれないが、この格差を埋める努力は必要である。

すべての参加者の方々に同じだけ発言してもらうのはとても難しく、この種のイベントの進行の難しさを実感した。ただ、目標にしていた「双方向コミュニケーション」は達成できたと考えている。（添付資料4）

3-4. シンポジウム「医療人のワーク・ライフ・バランスと病院のホスピタリティ」

京大病院男女共同参画のあゆみ

まず、医学研究科長の湊長博先生より開会のごあいさつをいただいた。



次に京都大学大学院経済学研究科教授の久本憲夫先生よりワーク・ライフ・バランスをどう捉えるかというお話があった。ワーク・ライフ・バランスのディスカッションをするに当たって、言葉の定義は重要である。一般的にワーク・ライフ・バランスというと、仕事と家庭・育児とのバランスのことを言うことが多いが、例えば女性医師が早めに仕事を終えて帰宅しても家で遊んでいるわけではなく、家事や育児という別の仕事＝ワークをしていることになる。単にどんな仕事をどんな割合で配分するかという問題だからワーク・ワーク・バランスだということになる。



理想論を言えばワーク・ライフ・バランスの「ライフ」は趣味やレジャーなど楽しみのための時間であるべきだという提案で締めくくられた。

次に、京都府医師会勤務医部会幹事長で京都市立病院院長の内藤和世先生より勤務医問題の概要について講演があった。明治時代は勤務医の待遇は今よりもはるかによく、戦後医師会が開業医の利益を代表するようになっていった結果、勤務医は蚊帳の外となっただんどん環境が悪化していったという歴史を紹介された。現在の医療制度では医師数を充足させようとするすると病院の経営は破綻してしまうのが現状である。



次に、京大病院の黒沼美恵子副看護部長が看護職のワーク・ワーク・バランスについて講演をされた。看護師の離職については頭を悩まされているところであるということ、育児中の看護師はほとんどが外来勤務であり、育児部分休業を取得し9時16時勤務になっているという現状を紹介された。病棟業務につき夜勤をこなしている女性看護師はほとんどいない。また、離職については着任後数年以内がほとんどであり、理由としてもっとも多いものは「結婚」である。



離職の理由として結婚が一番多いという点についてどう思うかという質問に対し、黒沼副看護部長は「仕事に色々と不満があり、ほかにも理由があるかもしれないが表に出しやすい理由として結婚を挙げているのではないかと回答した。

次に京都府立医科大学男女共同参画推進センター副センター長で京都府立医科大学大学院視覚機能再生外科学講師の外園千恵先生より、府立医大に昨年誕生した男女共同参画推進センターの紹介をしていただいた。



病児保育を今年立ちあげ、いずれは地域に開放する予定であるという計画を紹介されたところ、京大の病児保育の責任者である足立壮一先生からキャパシティの問題などの指摘があった。

次に中村孝志京大病院病院長が御講演をされた。30年前に医師の子どもは保育所で預かってもらえないという理不尽な目にあい、共同保育所を立ち上げ、場所がないので自宅の借家まで提供して二人のお子さんを育てながら夫婦ともに医師としてキャリアを継続してこられた経緯をお話いただいた。病院長の夫人は京都市立病院麻酔科部長をされていて、お嬢さんは産婦人科医で子育てに奮闘中とのことである。



京大の病児保育室は、ほかの患者さんとあまり接触せずに（感染症を院内に持ち込まないよう極力動線を離して）すむように外来棟の5階、病院長室の隣にある。病院長は病児保育室に自分の孫の様子を見に行った際、病児保育室のスタッフに「おじいちゃんも京大の職員なんですか？」と聞かれたというお話をされたところ、フロアでは笑いの渦であった。

最後に私（大越）が昨年3月に実施した京大病院医師アンケートの結果と12月8日に実施したランチタイムカンファランス「女性医師のキャリアプランを考える」の報告をした。ランチタイムカンファランスについては、ディスカッションの中で示唆的なところをいくつかピックアップして紹介した（前述）。診療科や医療機関の壁を越えて女性医師の知恵や工夫を集積することにはとても意味があるのではないかと述べ、我々が考えている様々な女性医師にインタビューをして撮影し動画を集めて公開していくプロジェクトについて紹介した。



最後に、京都大学女性研究者支援センター女性研究者支援推進室長・京都大学グローバルCOE「親密圏と公共圏の再編成をめざすアジア拠点」事務局長の伊藤公雄先生より、ごあいさつをいただいた。医学部及び附属病院のワークライフバランスについては京都大学としても憂慮しており、今後も大学全体で取り組んでいくという力強いお言葉をいただいた（それぞれの講演内容については添付文書5を参照。）。

2010年度京都大学における男女共同参画に資する調査研究「女性医師のキャリア継続のために必要な医師の勤務体系の見直しと医学教育における新たなカリキュラムについての考察」（研究代表：大越香江）による成果である。

【メンバー】（ ）内は2010年度プロジェクト時点

大越 香江（京都大学医学部附属病院消化器外科医員）

久本 憲夫（京都大学大学院経済学研究科教授）

田邊 智子（医療法人坂崎診療所レディースドック長／

京都府立医科大学医学教育研究センター特任教員）

西村 健（京都大学大学院経済学研究科修士1年）