

女性医師のキャリア支援

埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科教授

名越澄子

2020年2月14日
男女共同参画会議第5次基本計画策定専門調査会
第1回人材・意識WG

医学部・医科大学入試における機会平等

複数の医学部・医科大学において女子および多年浪人受験生に対して行われた得点調整

公平な受験ができると信じながら医学の道を志して準備を積み重ねた受験生の努力を踏みにじり、多様な背景を持つ人々が大学で学び、**医学・医療分野で活躍するチャンス**を入口から奪う行為



日本の医療制度の改革なくして女性医師の比率が増えると医療体制が崩壊するとの危惧

1) 医師不足

日本の医師数はOECD諸国の中で最低レベル

医師が都市に集中する「地域偏在」

外科や産婦人科だけでなく内科でも専門医が不足しつつある「診療科偏在」

2) 医師の長時間過重労働

超高齢社会、医療機関に対するフリーアクセスなどによる医療の需要の増加

医療安全に対する配慮の必要性の急増

医療の高度化や複雑化

医師以外でもできる業務の多さ

医療財政の悪化から、医師の増員、医療補助職等の採用など改革のための新たな財源の確保が困難

医師

強い使命感と高い倫理観のもと
過酷な業務を遂行(男女を問わず)



女性医師のパートナーの多くは医師

固定的性別役割分担意識

家事・育児・介護を男女とも担うのは困難

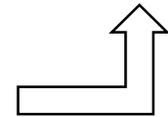
↓
妊娠・出産・育児

短時間勤務に変更、休職、離職

↓
過酷な勤務に戻れない 代替医師の補充無し

他の男性・女性医師への負担増加

↓
疲弊した医師が退職



女性医師の数を増やしただけでは真の解決にはならない

1. 医療提供体制の抜本的な改革
2. 国民の医療に対する意識の変革
3. 固定的性別役割分担意識の解消



女性医師支援策

1. 保育支援

病児保育、24時間保育、院内保育園、シッターサービス利用への援助

2. 柔軟な勤務体制

短時間正規雇用、交替勤務制、当直・時間外勤務の免除

3. 多様な診療体制

複数主治医制の導入、事務補助職活用

4. 復職支援

e-learningの活用、相談窓口の設置

5. 意識改革

無意識のバイアスへの対策、キャリア教育

短時間勤務では
得られない経験、
知識もある



仕事を減らして
両立をはかる



医師として十分に活躍できない可能性

「子育てで忙しそうだから、楽な仕事にしてあげよう」

女性医師に関する無意識のバイアス

1. 教員に対する研修医の評価

女性教員に対する評価は男性の同僚教員より低く、特に外科など女性教員の少ない診療科でその傾向が強かった。

Journal of Surgical Education 2018;75(5);1140-8.

2. 医師に対する患者の評価

患者中心の医療面接を行った場合、男性医師では患者がその医師を高く評価するが、女性医師の場合は評価は上がらない。

Health Commun 2015;30(9):894-900.

医師が患者に「不確実である」ことを告げた場合に、女性医師では患者の満足度が有意に下がるが、男性医師では有意な低下は見られなかった。

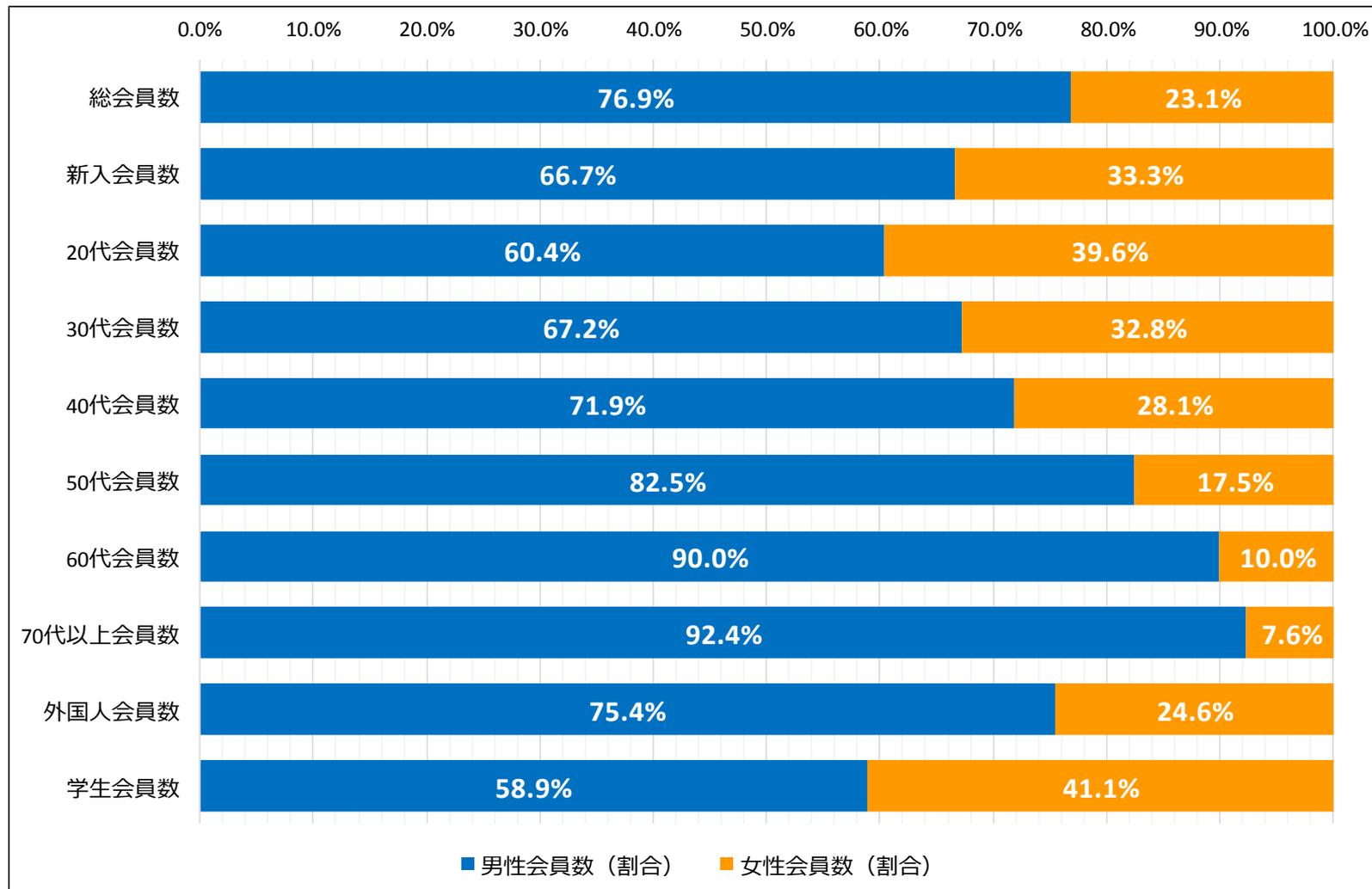
Med Educ 2013;47(9):923-31.

3. 症例検討会における医師の紹介

女性医師は演者を肩書をつけて紹介したのが96.2%であったのに対して、男性医師が女性の演者を肩書をつけて紹介したのは49.2%であった。

J Womens Health (Larchmt) 2017;26:413-9.

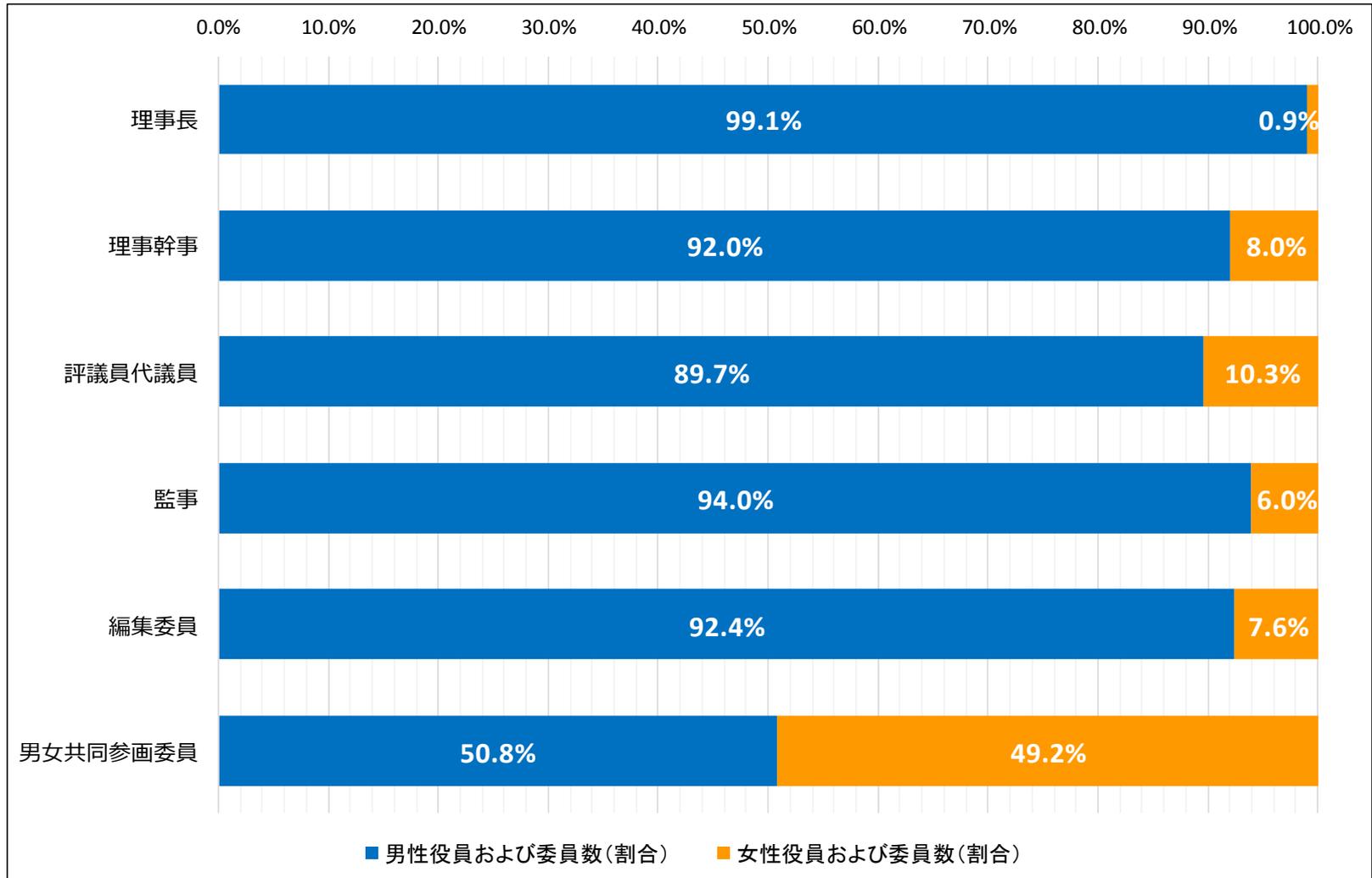
加盟学会の会員における男女の割合



日本医学会連合 男女共同参画等検討委員会 (2018年実施)

「男女共同参画など多様な背景を持つ会員の学術活動への参画と今後の支援方策に関する調査」

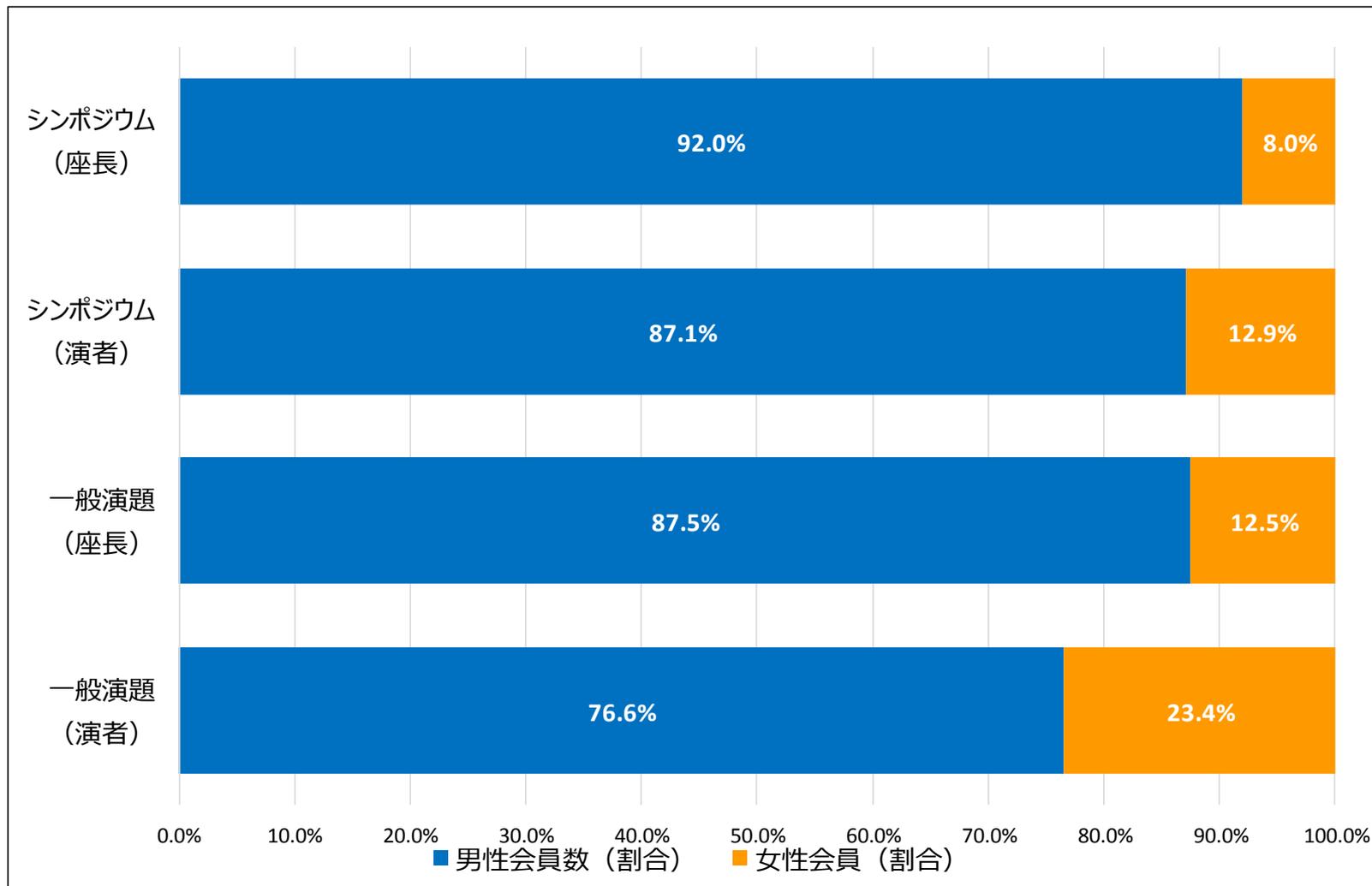
加盟学会の役員・委員における男女の割合



日本医学会連合 男女共同参画等検討委員会 (2018年実施)

「男女共同参画など多様な背景を持つ会員の学術活動への参画と今後の支援方策に関する調査」

年次総会における座長・演者における男女の割合

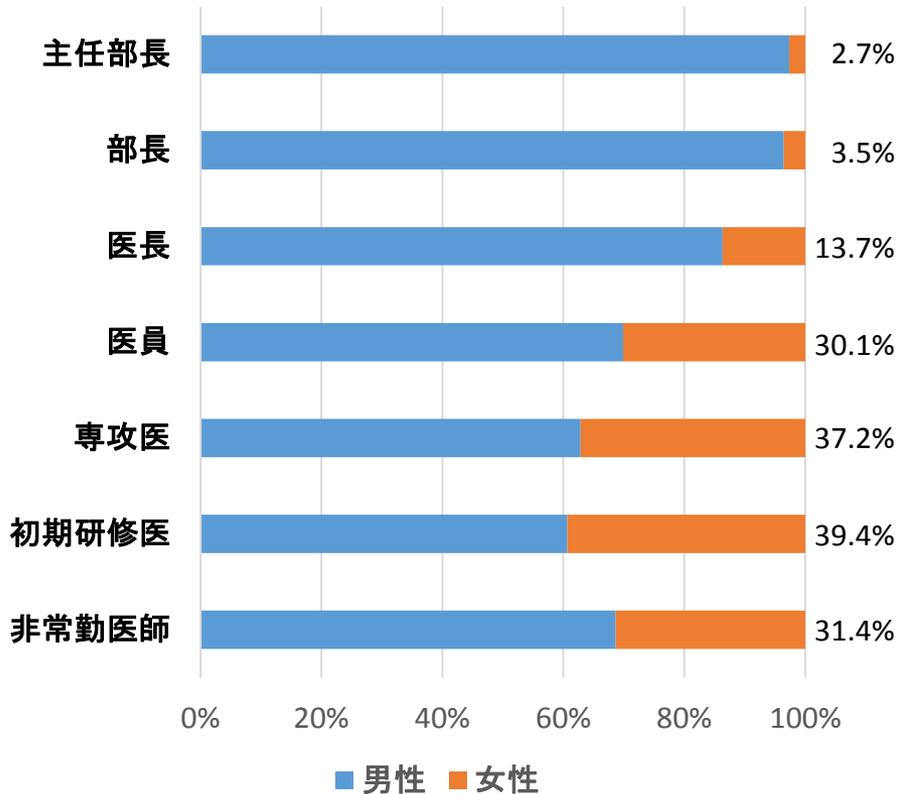


日本医学会連合 男女共同参画等検討委員会 (2018年実施)

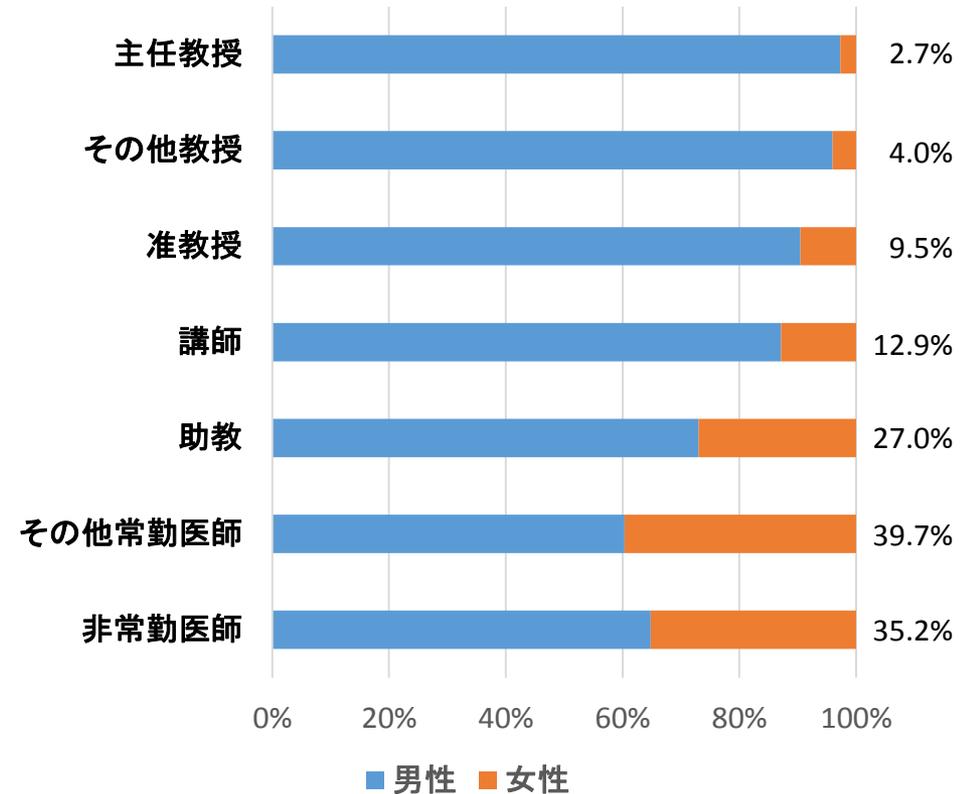
「男女共同参画など多様な背景を持つ会員の学術活動への参画と今後の支援方策に関する調査」

医師の職位による男女の割合

大学附属病院



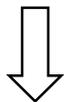
医学部医学科



「男女共同参画・ダイバーシティ推進の進捗状況に関する大学・研究機関向けアンケート」
日本学術会議 科学者委員会 男女共同参画分科会 2019年実施

2004年 初期臨床研修必修化

「診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けなければならない」

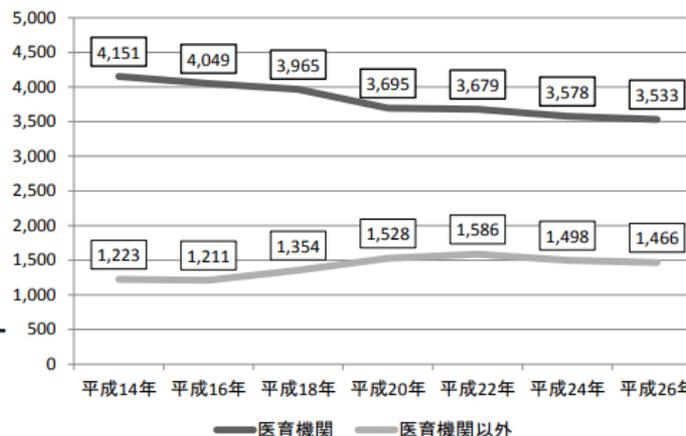


基礎医学に進む医学部卒業生の減少

臨床以外に従事する医師の推計 - ① 医育機関等に従事する医師

推計にあたっての考え方

- ① 医師・歯科医師・薬剤師調査における、「医育機関の臨床系以外の大学院生、勤務者及び医育機関以外の教育医機関又は研究機関の勤務者」は、5,000人前後で推移。
このうち、医育機関の医師数は減少傾向。
- ② 全国医学部長病院長会議が実施したアンケート(*)では、望まれる基礎医学の教員数は「現状より20%増」としている。



※ アンケート調査について

全国医学部長病院長会議「医学部大学院のあり方検討委員会」が、平成28年2月に「研究に関わる医師の必要性に関するアンケート」を実施。
有効回答率は80.0%(64/80校、平成28年3月1日現在)。

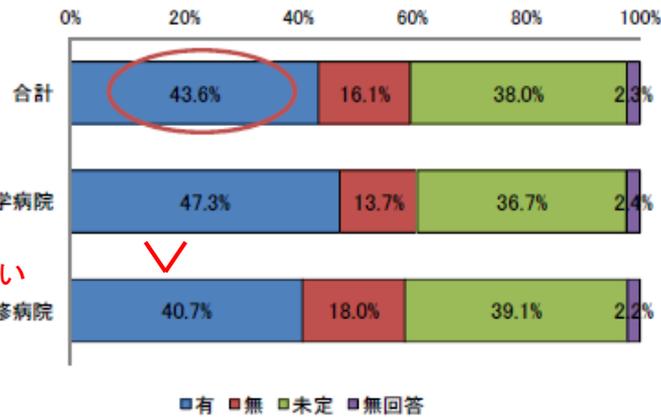
(医療従事者の需給に関する検討会 第4回 医師需給分科会)

研究者養成に関する現状(平成29年度)

専門医取得への志向に比べ、博士号取得の志向は低い傾向にある。

【平成29年】

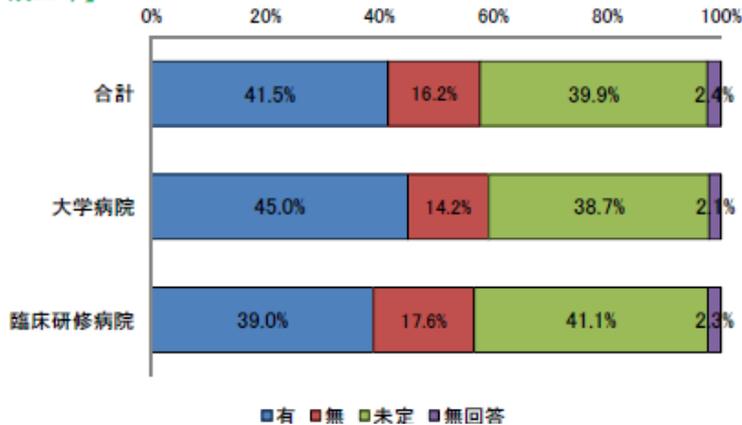
医学博士学位の取得希望



大学病院の方が
学位取得希望者が多い



【平成28年】

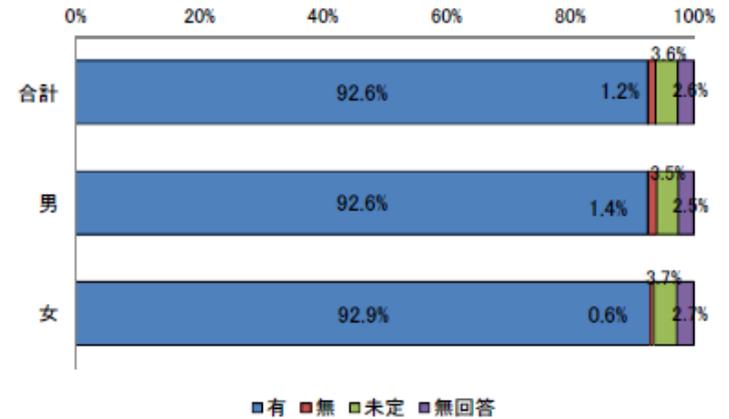


【平成29年】

専門医資格の取得希望



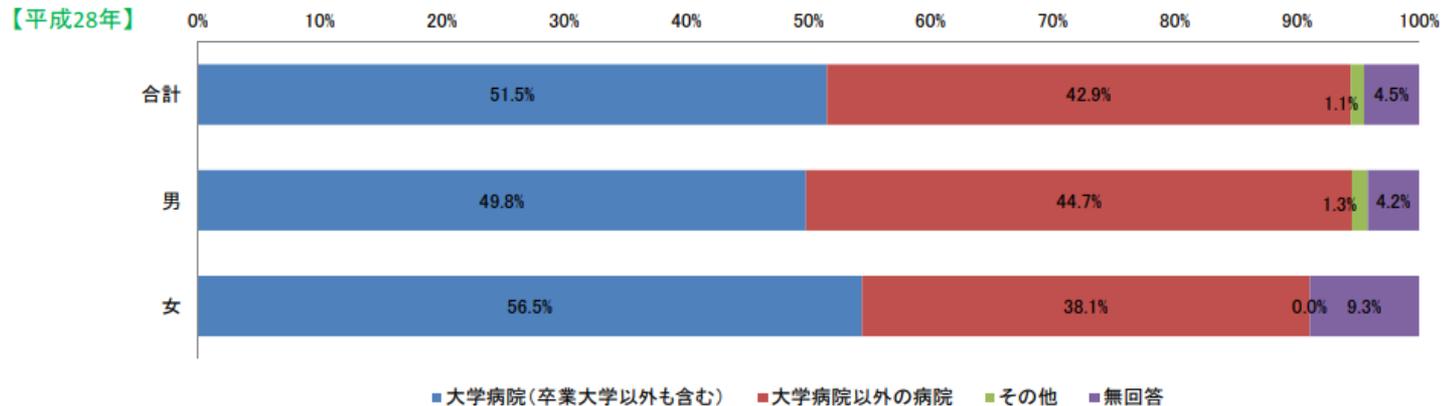
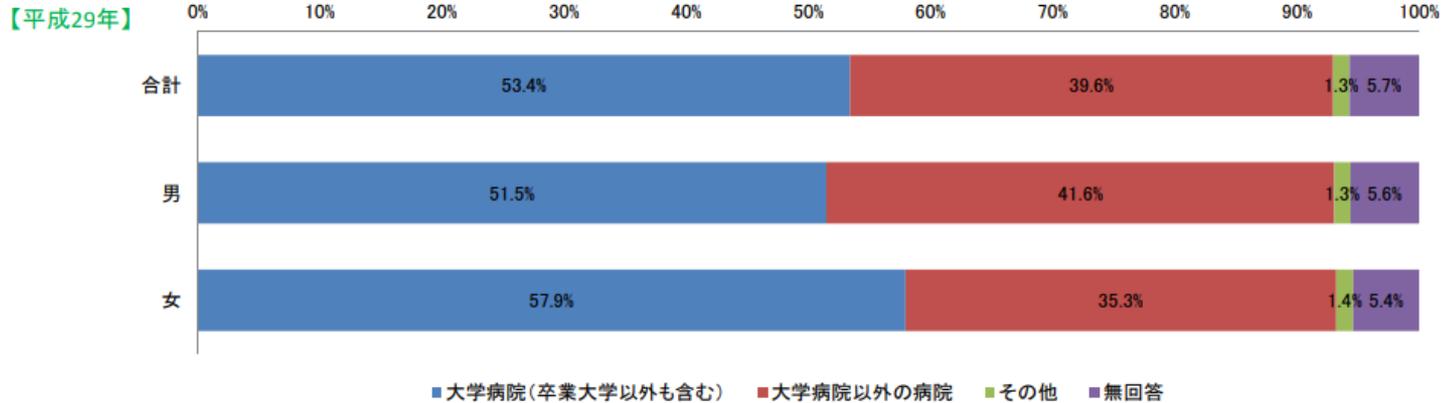
【平成28年】



平成29年臨床研修修了者アンケート結果(回収率85.9%)

臨床研修修了後に勤務を希望する病院

- 臨床研修修了後に勤務を希望する病院は、大学病院が1/2強、大学病院以外の病院が約4割となっている。
- 大学病院勤務を希望する割合は、女性の方が高い傾向がある。



※「その他」・・・診療所等の開設、臨床医以外の進路(基礎医学、行政機関等)

平成29年臨床研修修了者アンケート結果(回収率85.9%)

大学勤務医の役割

診療・教育・研究が3本柱であるべきだが
診療に多大な時間がかかり、研究をする
時間が無くなっている

研究



教育



医療提供体制
医療財政の悪化
国民の医療に対
する意識

診療



基礎医学・臨床医学の研究力を強化するために 男女共同参画の視点から

1. 医師の研究離れへの対策

卒前のキャリア教育

初期臨床研修制度における研究医育成枠

大学病院の研究エフォートの明確化と適切な評価

2. 医療提供体制の見直し

国民の意識改革

無意識のバイアスへの対策

(女性自身も含めた教育)



女性医師・研究者の
活躍推進

生涯にわたる男女の健康支援における「性差医療」の重要性

ライフステージ別に女性に多い疾患を取り上げるだけでなく、各ライフステージにおいて男女の性差の視点から健康を支援すべき

2001年 鹿児島大学に初の女性外来設置

「健康ちば21」に性差の視点を導入

2003年 厚生労働省「医療提供体制の改革のビジョン」

「女性外来を設置し、さらに女性の健康問題にかかわる調査研究などを推進し、女性の患者の視点を尊重しながら地域における必要な医療が充実される体制の確保に取り組む」

2005年 第二次男女共同参画基本計画

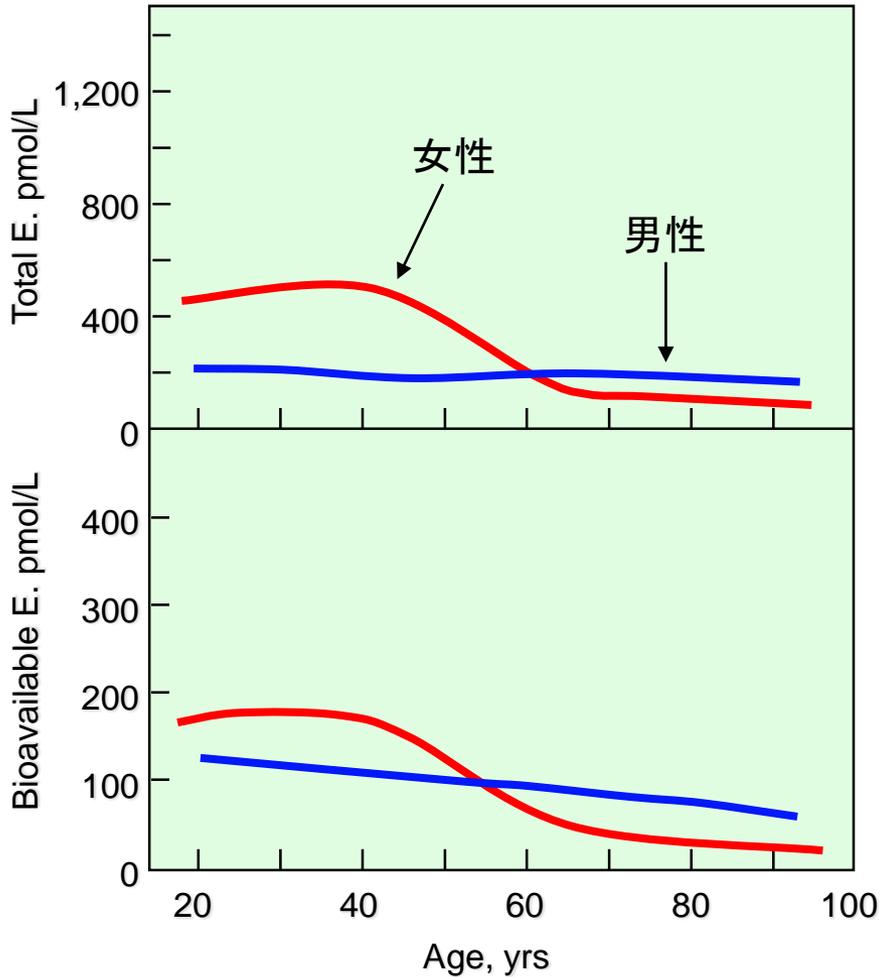
「性差に応じた的確な医療である性差医療を推進する」

信州大学で性差医学の講義が始まる

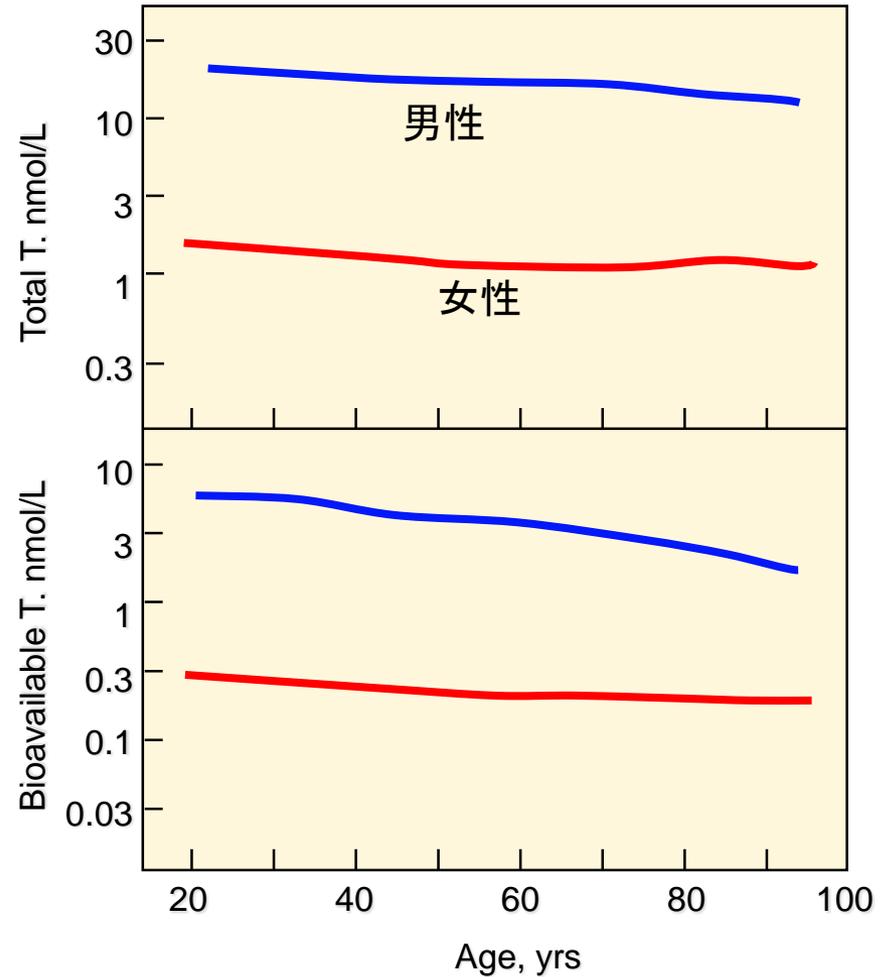
2007年 女性の健康づくり推進懇談会の設置

性ステロイドホルモンの年齢推移における性差

エストロゲン

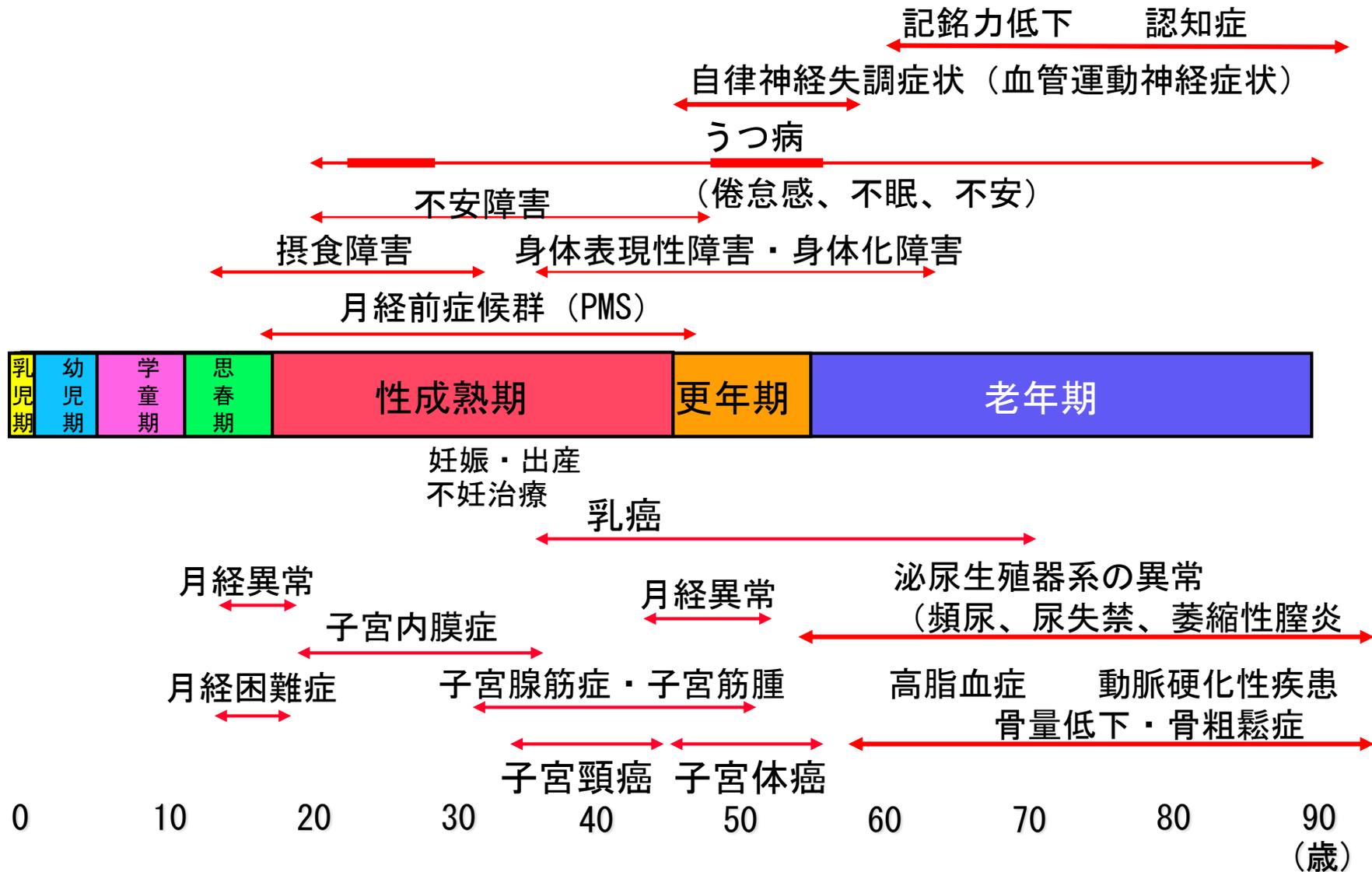


テストステロン



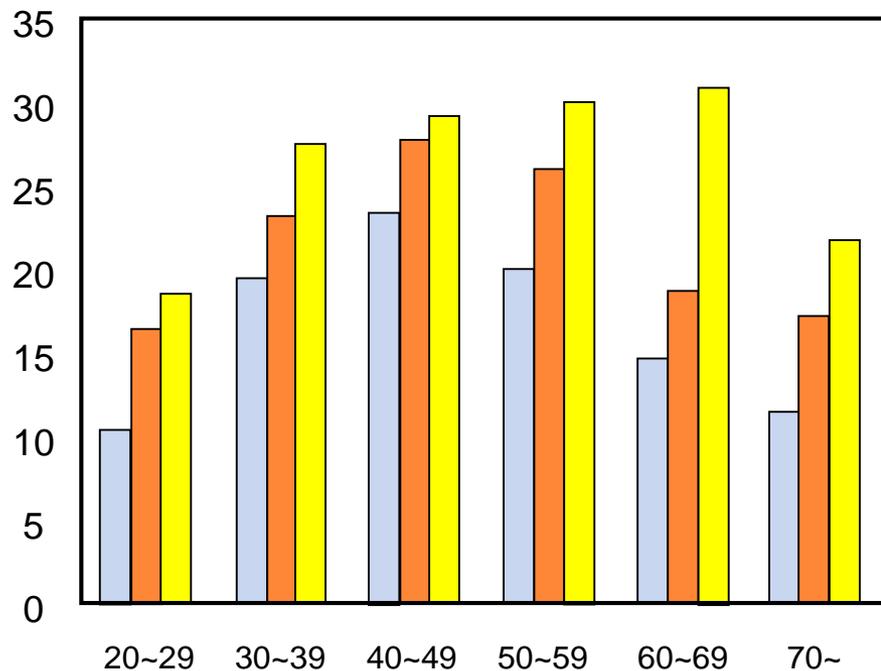
(Khosla et al, JCEM, 1998)

女性のライフステージと身体、精神疾患

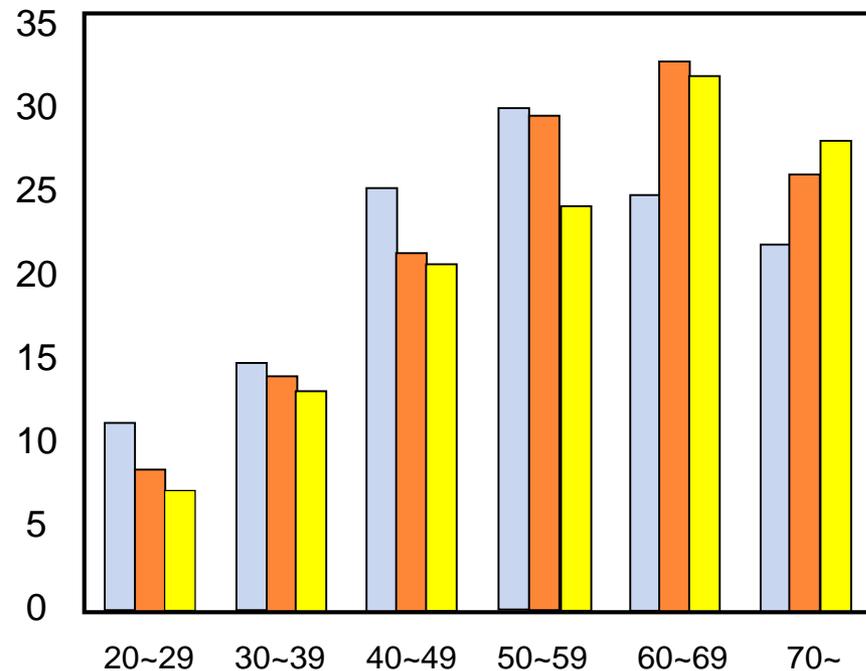


肥満者 (BMI \geq 25) の割合

(%) 男性



(%) 女性

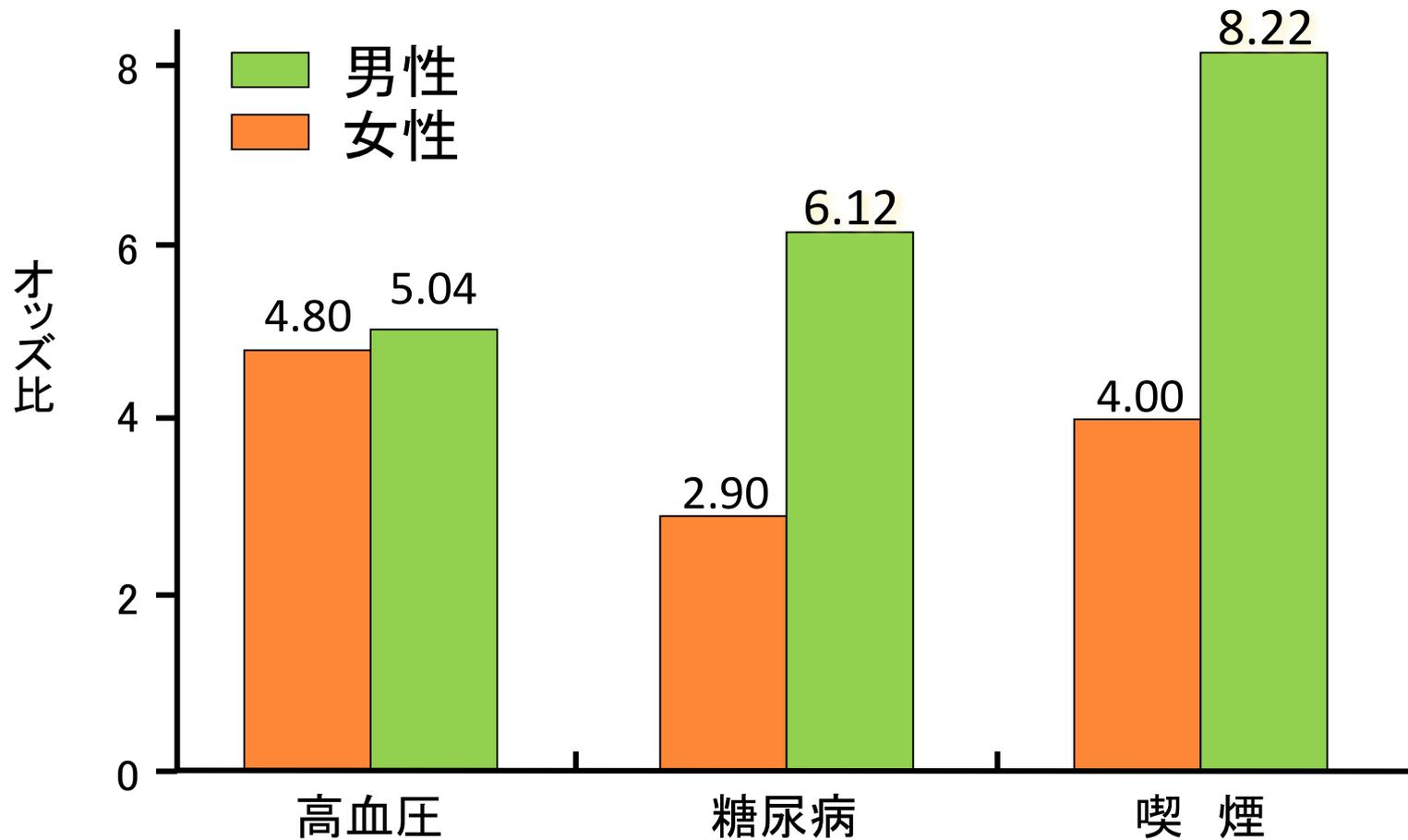


昭和55年(1980)

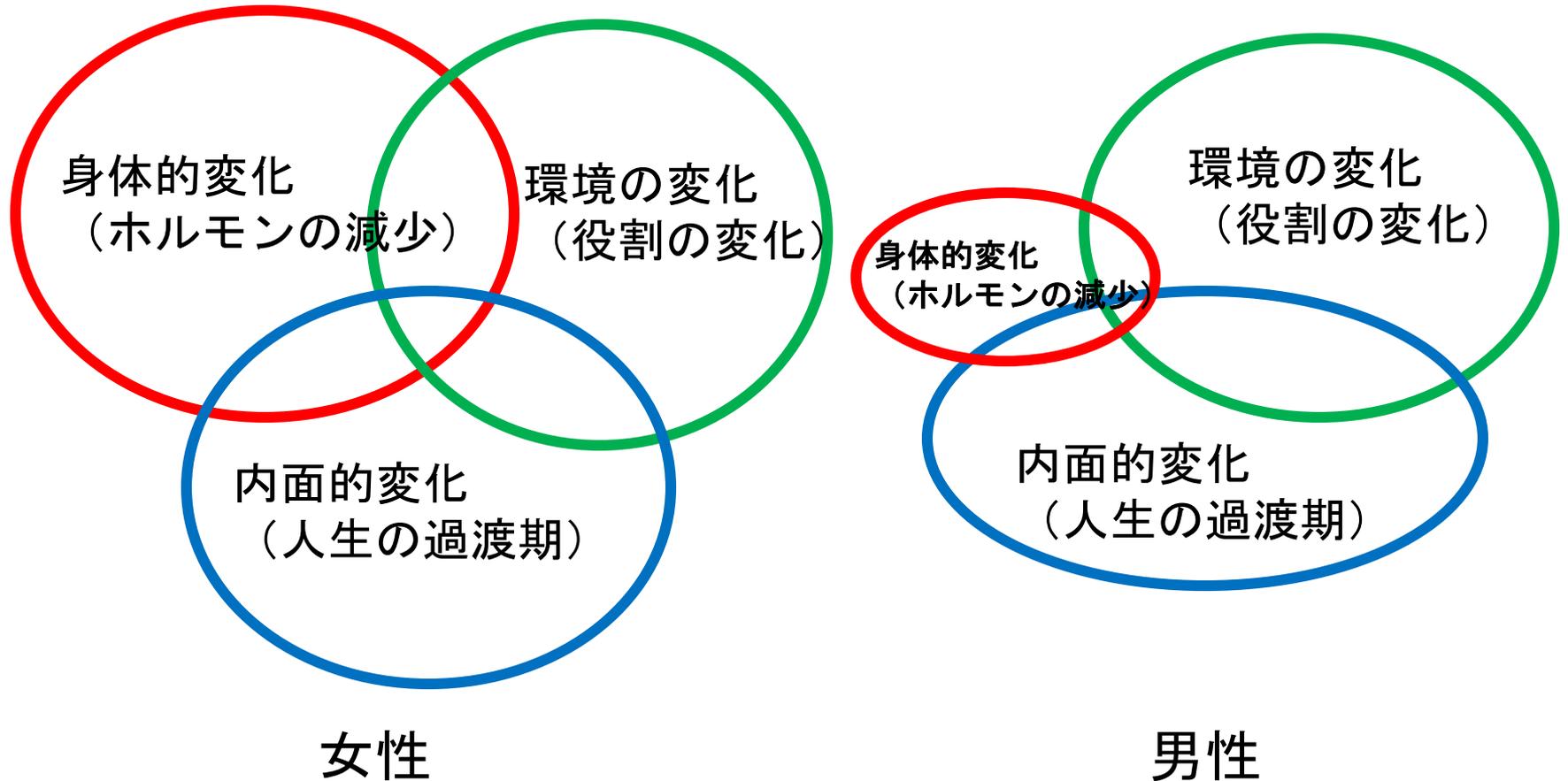
平成2年(1990)

平成12年(2000)

危険因子別にみた心筋梗塞の発症リスク（男女別）



更年期障害の原因の男女差

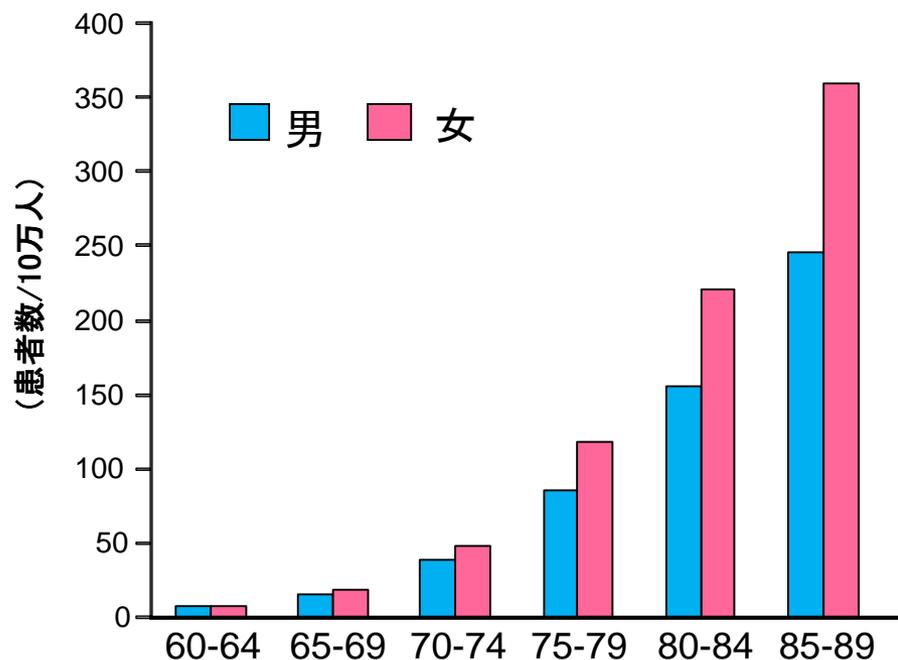


認知症疾患の性差

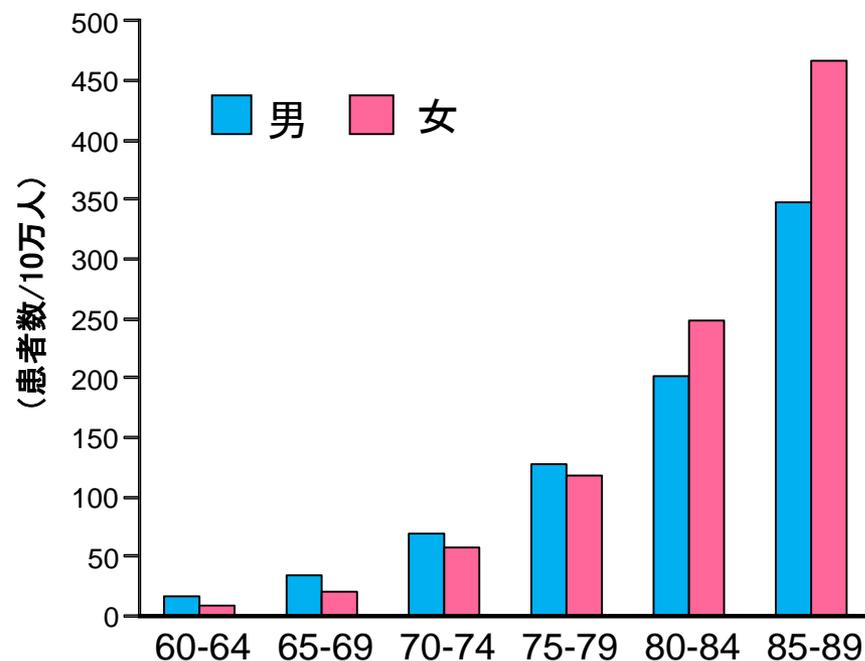
➤ 女性の方が軽度認知障害からの脳萎縮が速い

(Neurobiol Aging 2010;31:1463-80)

アルツハイマー病



血管性及び詳細不明の認知症



(厚労省平成20年患者調査による入院受療率)

栄養と疾病予防

必要なカロリーをとることが大切

50-69歳の男性（身体活動レベルが低い） :2100kcal

50-69歳の男性（身体活動レベルが高い） :2800kcal

50-69歳の女性:1650-2200kcal

主食を少し減らし、
おかずを9割に

70歳以上の男性：1850～2500kcal

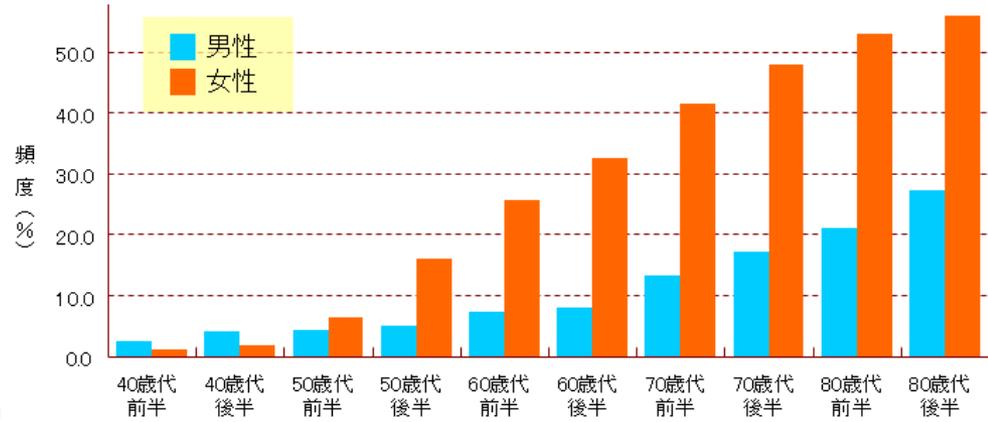
70歳以上の女性：1450～2000kcal (50-60代の-200kcal)

カロリー控えめばかりに注意がいくと、必要な栄養がとれなくなり、低栄養による筋力・免疫力の低下が病気を招く可能性がある

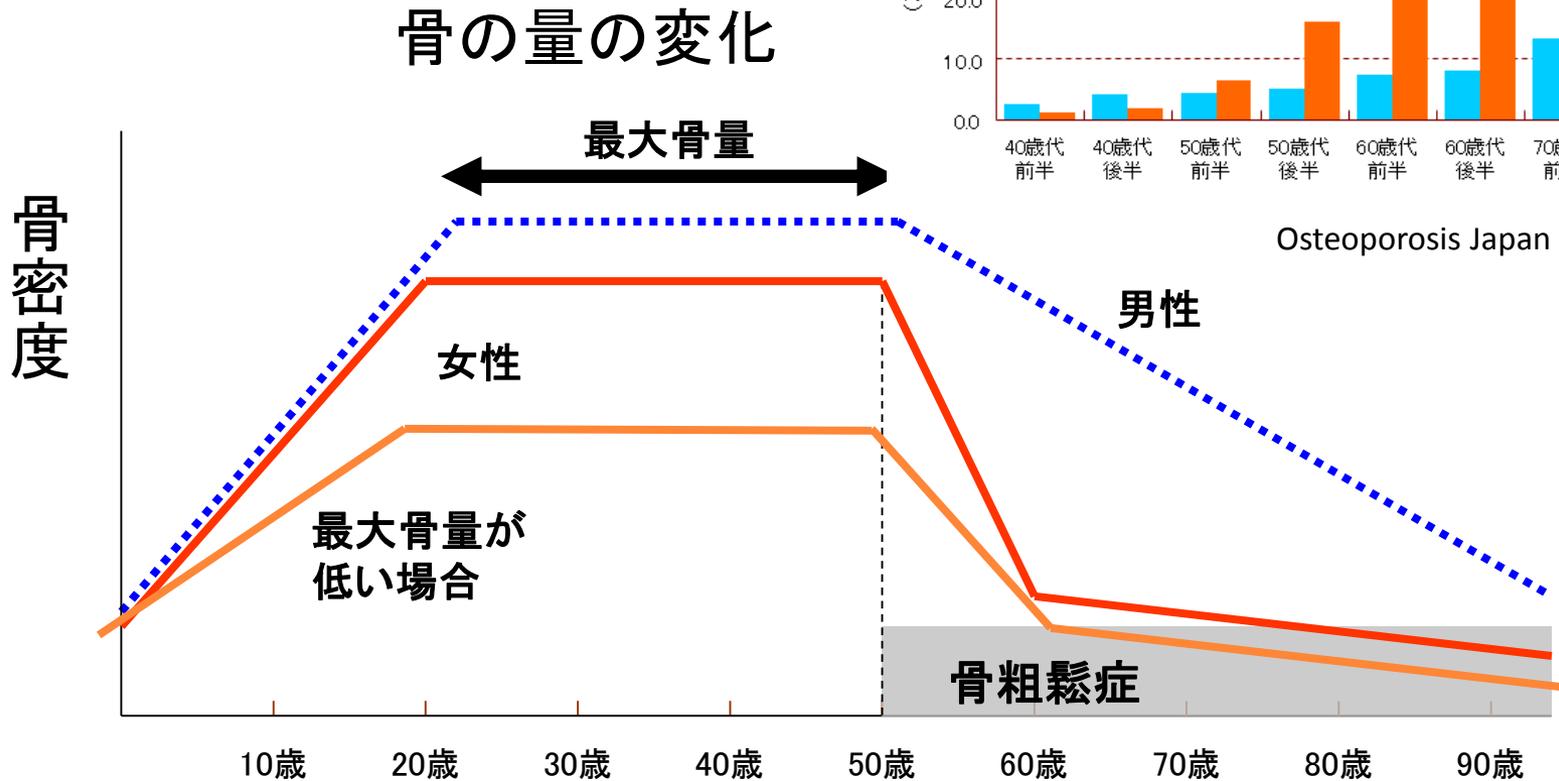
バランスよく多品目をとること、炭水化物、蛋白質、脂質、ビタミン、ミネラルなど
血中アルブミン値は、動物性蛋白質の肉：魚を1：1にすれば保てる
カルシウム、ビタミンDも大切

楽しく食べること、孤食を避けることも大切

骨粗鬆症の発生頻度



Osteoporosis Japan 1999;7:10-11より作図



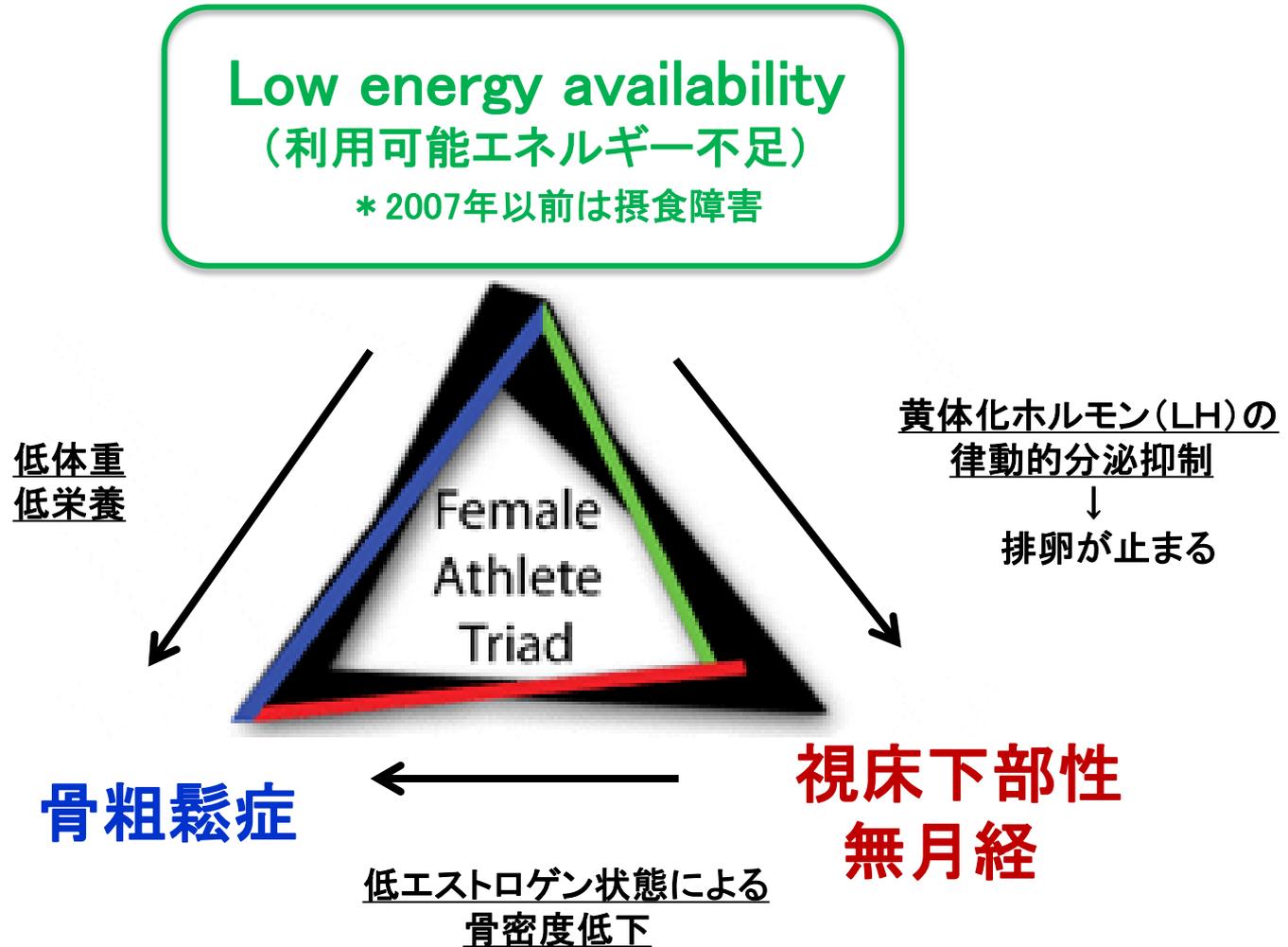
骨量は男女ともに20歳頃までは増加し、更年期や高齢期になると減少していく

(宮尾益理子提供)



女性アスリートの三主徴

アメリカスポーツ医学会



De Souza MJ, et al., BJSM, 2014



利用可能エネルギー不足の定義

アメリカスポーツ医学会

Low Energy Availability (利用可能エネルギー不足)

⇒ {(エネルギー摂取量) - (運動によるエネルギー消費量)}

が1日除脂肪量1kgあたり30kcal未満をさす

↓
体重から脂肪量を引いた値



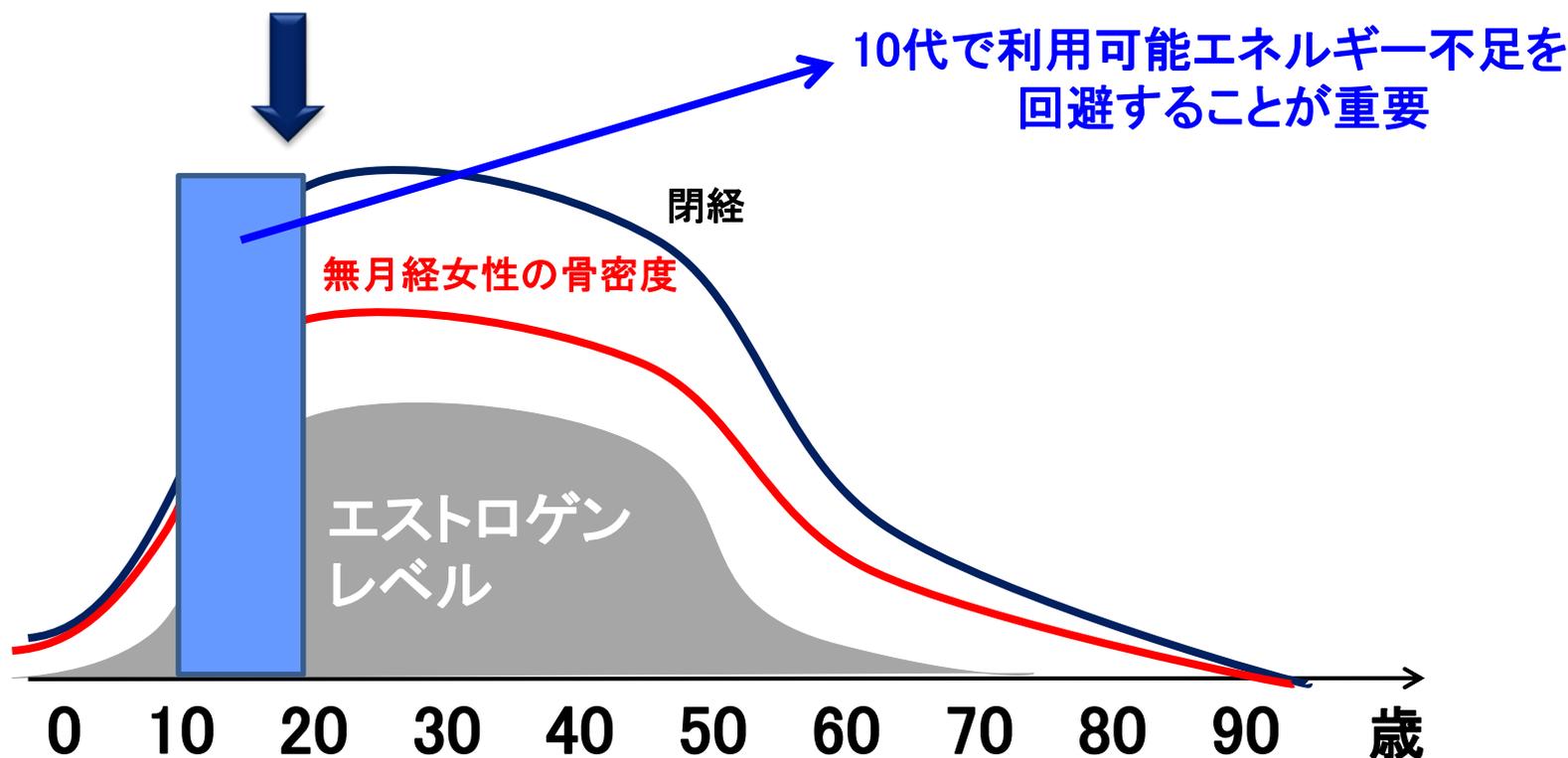
しかし、上記エネルギーを計算するのは
専門家でも難しい・・・

【利用可能エネルギー不足のスクリーニング】
*ただし、下記に当てはまらない場合でも起こりうる
成人・・・BMI 17.5以下
思春期・・・標準体重85%以下
1か月の体重減少が10%以上



骨量の経年変化

20歳頃：最大骨量獲得時期



骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年度版より一部改変



低骨量/骨粗鬆症の関連因子

アスリートの骨量を減少させる因子は何か？

10代で1年以上無月経を経験していること

20歳以上のアスリート210名での調査

	Univariate Logistic Regression Analysis					
	N	Low BMD (-)	Low BMD (+)	OR	95% CI	P
Age of menarche (yrs)	210	13.2 ± 1.7	13.9 ± 2.1	1.23	1.02-1.48	0.028
Secondary amenorrhea in their teens	210	8 (4.7%)	21 (53.8%)	23.77	9.21-61.39	<0.001
Secondary amenorrhea at present	210	28 (16.4%)	30 (76.9%)	17.02	7.29-39.75	<0.001
Duration of present amenorrhea	210	2.2 ± 8.6	19.8 ± 25.6	1.08	1.05-1.11	<0.001
Training time (d)	180	5.6 ± 1.0	6.1 ± 1.1	2.13	1.20-3.76	0.010
Age at starting the present sports	205	11.0 ± 5.5	12.5 ± 5.0	1.05	0.99-1.12	0.123
History of stress fractures (yrs)	210	58 (33.9%)	19 (48.7%)	1.85	0.92-3.74	0.086
LH (mIU/mL)	210	5.3 ± 5.9	2.4 ± 2.1	0.75	0.64-0.89	0.001
FSH (mIU/mL)	210	4.3 ± 2.2	3.9 ± 2.1	0.93	0.78-1.10	0.387
Estradiol (pg/mL)	210	60.3 ± 57.4	29.8 ± 41.3	0.82	0.72-0.94	0.003
Fat mass (kg)	210	10.7 ± 3.1	7.5 ± 2.9	0.68	0.58-0.79	<0.001
Muscle mass (kg)	210	44.2 ± 5.2	38.8 ± 4.0	0.77	0.70-0.85	<0.001
Body weight (kg)	210	57.4 ± 7.4	49.2 ± 7.5	0.85	0.80-0.90	<0.001
%Fat (%)	210	18.5 ± 4.0	15.3 ± 4.5	0.82	0.75-0.90	<0.001
BMI	210	21.0 ± 2.0	18.3 ± 1.6	0.45	0.35-0.58	<0.001

BMIが低い

Factors for low BMD were analyzed by univariate logistic regression. The data are shown as mean ± SDs.

低骨量の確立された治療法はない