

# 女性Nephrologist座談会

## 腎疾患の診療と研究を取り巻く 諸問題について—女性からの視点

TALKING  
SESSION



### 出席者

[司会]

**原 茂子先生** 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 健康管理センター部長

**衣笠えり子先生** 昭和大字横浜市北部病院 内科助教授

**坂井瑠実先生** 坂井瑠実クリニック 院長

**武田朝美先生** 名古屋第二赤十字病院 第4内科部長

**武曾恵理先生** 財団法人田村興風会医学研究所北野病院 腎臓内科部長

**湯村和子先生** 東京女子医科大学 第4内科助教授

【開催日】2003年4月12日(土)

【場 所】パレスホテル

# 女性Nephrologist 座談会

TALKING  
SESSION



医師国家試験の合格者のうち女性が3割以上を占めるようになり、医学・医療のさまざまな領域に女性医師が進出し、腎疾患や透析の分野でも女性医師の活躍はめざましいものがある。「女性」を特別視せず、一人の医師としてその能力と適性を客観的に評価し、活躍の舞台をさらに広げる時代となっているわけだが、出産・育児などでハンディキャップが依然大きいことも事実。また、「男性(医師)中心」できた医療界の昔からの体質の中で、女性医師ならではの苦労もある。一方で、女性医師の側が意識を変えていかなければならない点もあるだろう。そうした現実を踏まえながら、腎臓・透析医療の第一線で長年活躍する6人の女性医師に、腎疾患の研究と診療を取り巻く諸問題について女性の視点から語っていただいた。先生方のお話は、より良い腎臓・透析医療への熱い思いにあふれており、全国の女性医師に対する温かい愛情のこもったメッセージ、エールともなっている。

## 腎疾患の診療と研究を取り巻く諸問題について—女性からの視点

**医**師会内で透析医療を認知してもらう作業が必要——透析を標榜科に

原 本日司会をさせていただきます原です。よろしくお願ひいたします。医学部女性の卒業生が30%を超え、男性、女性ということではなく、女性の医師が一人の医師として評価される時代になってきています。そこで本日

は、腎疾患の研究や透析医療で長いキャリアをお持ちの先生方にお集まりいただき、女性の視点からお話しをいただくことにしました。およその進行としては、まず、腎不全治療、特に透析医療の現状の問題点について、次に女性医師の増加の現状と卒後の研究や診療へのかかわり方について。さらに、先生方のこれまで腎疾患に携わった経験から、人材育成あるいは指導者としてかかえる問題点、女性医師を巡る問題点とその解決策、各専門領域での課題などをお話ししていただき、最後に腎疾患の研究や診療に携わる若い医師へのメッセージをお願いしたいと思います。

最初に、平成14年診療報酬改定から1年あまりが経過しましたので、医療機関の経営あるいは財政面から、今後の透析医療について話を進めたいと思います。

まず、院長として診療と経営の両面にかかわって新しい方向で診療体系を進めている坂井先生から、お話ししていただけますか。

坂井 私はあまり経営のことを考えないで診療をしてきてしまったので、偉そうなことは

表1 医師国家試験合格者数

年 度	受験者数	女性受験者数	合格者数(a)	女性合格者数(b)	女性合格者割合(b)/(a)
平成3年	9,812	1,822	8,256	1,589	19.2
平成4年	9,515	1,878	7,988	1,645	20.6
平成5年	9,644	2,122	8,698	1,983	22.8
平成6年	9,255	2,110	7,982	1,929	24.2
平成7年	9,218	2,085	7,930	1,883	23.7
平成8年	9,057	2,193	8,088	2,040	25.2
平成9年	8,898	2,204	7,843	2,060	26.3
平成10年	8,716	2,142	7,806	2,001	25.6
平成11年	8,692	2,452	7,309	2,170	29.7
平成12年	8,934	2,556	7,065	2,160	30.6
平成13年	9,266	2,829	8,374	2,659	31.8
平成14年	8,719	2,583	7,881	2,424	30.8
平成15年	8,551	2,770	7,721	2,607	33.8

厚生労働省調べ

腎疾患の診療と研究を取り巻く諸問題について—女性からの視点

**出席者** (五十音順)

[司会]

**原 茂子先生**

虎の門病院 健康管理センター部長、前腎センター部長

**衣笠えり子先生**

昭和大学横浜市北部病院 内科助教授

**坂井瑠実先生**

坂井瑠実クリニック 院長

**武田朝美先生**

名古屋第二赤十字病院 第4内科部長

**武曾恵理先生**

財団法人田附興風会医学研究所北野病院 脾臓内科部長

**湯村和子先生**

東京女子医科大学 第4内科助教授

言えませんが、平成14年の診療報酬改定は透析医療に大変な影響を与えました。平均で9%も引き下げられたわけですから。

私自身、今のクリニックを開院して5年にもならないので、経営に関してはずっと大変な渦中にいましたが、今度は最も厳しかったです。透析の診療報酬は確かに非常に不合理な体系になったのですが、透析患者さんがどんどん増えていて、患者さんの高齢化も進んでいる中で、健康保険制度の財政を考えますと、透析患者さんの自己負担が必要ない、という時代ではないと思います。平成14年の改定は、合併症の多い患者さんに限ってみれば、時間枠が取れたことはとんでもない診療報酬改定というわけではない。今は、そう思っています。

また、診療報酬に関する陳情は、透析医だけではありません効果がない。まず、医師会あるいは医師仲間に、透析医療について認知してもらう作業が必要だ、と思うのです。しかし、「透析」は標榜科にならないので、なかなか理解されておらず、開業するときも苦労します。ですから、まず透析医は医師会の中できちんと理解してもらわなければならぬところが、医師会に加入しないで開業する医師も多くなっている。これはまずいのではないか、と思います。

原 透析は現在の医療の中で大きなスペースを占めているので、やはり「透析」を標榜科として認知していただきたいですね。

**坂井** 例えば皮膚科にたまたま入局し、何らかの事情で透析医療に取り組むようになった医師の場合、「透析」の標榜ができないので、皮膚科を標榜していたりします。また、独立して透析だけを行っている医療機関は別として、外科医が透析を行っていたりする。このような場合、「透析」が標榜できないので本当に困ります。

20万人を超す透析患者さんがいるのに、まだ「透析」の標榜ができないでいる。つまり、透析が認知されていないというのは、とても残念です。医療機関でどのような医療を行っているのか、分かるのが当然ですからね。この問題は患者さんも非常に混乱するので、早急に解決していただきたいと思います。

原 透析医療を認めざるを得ないはずなのでですが……。

**坂井** 実際、小さな診療科でもほとんど標榜科になっている。それにもかかわらず、「透析」は標榜科になっていないのです。

阪神大震災のとき、透析の患者さんは透析を行っている医療機関を自分で探そうとしたのですが、「透析」が標榜科にならないので電話帳を開いてみても分からぬ。それで、大きな病院なら透析医療を行っているだろうと考え、そこを受診したのです。實際には、大病院はなおさらのこと透析を行っていません。そのような経験を踏まえて、私たちは「透析」を標榜科にしてほしいという運動をしなくてはいけないと思います。



**原 茂子先生**

Shigeko Hara

1968年、名古屋大学医学部卒業、69年～74年虎の門病院内科病棟、74年同病院腎センター医員、86年同病院腎センター医長、94年同病院血液浄化療法部部長、2000年同病院腎センター一部長、03年同病院健康管理センター部長に就任、現在に至る。

日本透析医学会評議員・理事・監事、日本腎臓学会評議員、ASN会員、ERA-EDTA会員、ISN会員



**衣笠えり子先生**

Eriko Kinugasa

1977年、名古屋大学医学部卒業、同年、聖路加国際病院臨床研修後、麻酔科、79年昭和大学藤が丘病院内科研修医、81年同大学藤が丘病院腎臓内科入局、83年同大学藤が丘病院腎臓内科助手、91年同大学藤が丘病院腎臓内科助教授、99年同大学藤が丘病院腎臓内科助教授、2001年同大学横浜市北部病院内科助教授に就任、現在に至る。

日本透析医学会評議員

## 女性Nephrologist座談会



坂井瑠実先生

Rumi Sakai

1965年、岐阜県立医科大学卒業、同年、神戸大学医学部附属病院にて実地研修、66年同大学医学部第2内科入局、72年同大学医学部第1生理研究生、同年、(医)腎友会腎友会病院勤務、73年～79年同病院院長、79年～98年(医)五仁会吉川病院院長、98年坂井瑠実クリニックを開設、理事長・院長に就任、現在に至る、日本透析医学会評議員



武田朝美先生

Asami Takeda

1984年、名古屋市立大学医学部卒業、同年、同大学医学部第3内科入局、85年国立浜松病院内科勤務、88年名古屋第二赤十字病院腎臓内科勤務、99年同病院第6内科部長、2002年同病院第4内科部長に就任、現在に至る。日本内科学会認定医、日本腎臓学会認定専門医・学術評議員、日本透析医学専門医・指導医、日本移植学会、日本臨床腎移植学会、移植腎病理研究会(幹事)

### 透析医療の体系を考え直す時機では

**原** 坂井先生が最初に問題提起されましたが、これから透析医療において、患者さんの自己負担問題については衣笠先生はどのようにお考えですか。

**衣笠** まず、透析医療の診療報酬はこれからも引き下げられ、また包括化されていく。透析患者さんが増えるにもかかわらず、おそらく厚生労働省は透析医療の枠を決めていて、それに合わせて医療費を抑制していく、と思うのです。

これまで、欧米の透析患者さんと比べ、日本の患者さんは、例えば生存率などさまざまな面で非常に成績が良かった。「寛大な」診療報酬体系といったらおかしいかもしれません、そのような診療報酬に基づいて十分な透析医療が行われてきて、それが患者さんの予後などに反映していたのだと思います。しかし、診療報酬による「縛り」が出てくると、特に開業医は、例えばスタッフを減らしたり、透析時間を短くするといったことでしか対応できなくなる。それは全部、患者さんに跳ね返っていくわけです。では、どうするのか。それは、診療報酬を引き下げられてもがんばるという意気込みしかないと思うのです。

本当にこのまま診療報酬を引き下げられていったら、透析医療の体系を考え直さなければいけない。というのは、透析患者さんは増加するとともに確実に高齢化しており、介護保険制度を利用しながらホームヘルパーに助

けてもらっている例もあります。また、私の病院のある横浜市などでは核家族化が進んでいて、高齢の透析患者さんが一人暮らしだったり、高齢の夫婦のうちどちらかが透析医療を受けている、という例もあります。しかし、高齢者が透析医療機関に通うのはとても難しいわけです。

そのような患者さんへの対応として、一つは家庭透析を行う。もう一つの方法は、ヨーロッパなどで行われているような家庭透析と施設透析の中間のような形で特定の場所に患者さんに集まつてもらい、そこには看護師が常駐し、医師も定期的に訪問する。また、介護施設などでも透析患者さんを受け入れるようにする。そのような診療体制を考えていかなければならないという気がします。

**坂井** 例えば、老人保健施設に透析施設を併設し、そこに透析患者さんが入居できるようにする。また、一般の透析患者さんも受け入れるようにする。そのような形をどんどん認めていただきたいと思います。

阪神大震災の後、神戸市にはどんどん復興住宅ができています。そこで、地域に1カ所くらい、その住宅をバリアフリーにして、透析患者さんに入居してもらうとともに、1階に透析施設と介護事業所を開設してほしい。このような施設なら、患者さんが自分の部屋からエレベーターで1階に降りてきてすぐに透析が受けられます。実際、高齢の透析患者さんが生活するにはバリアフリーでないと難しいですからね。そのような施設を作つてほしいという運動をしているのですが、なかなか行政は動いてくれません。

表2 女性医師の認定医・指導医取得現況

#### 認定医

認定医総数	3,622名	10年以上認定医	1,457名
女性医師の占める割合	365名 (10%)	女性医師の占める割合	89名 (6%)

#### 指導医

指導医総数	1,343名	10年以上指導医	537名
女性医師の占める割合	96名 (7%)	女性医師の占める割合	26名 (4.8%)

日本透析医学会資料より 2003.4.1現在

**衣笠** 患者さんにいろいろと聞いても、今、医療費の財源が厳しい状態にあるのは分かっているので、少しくらい自己負担が増えることについては覚悟されているようです。薬剤などの負担については、ある程度覚悟せざるを得ないような状況です。

**坂井** かつて、透析の部分だけは無料で、他の医療、薬剤などは医療保険という仕組みになっていた、レセプトを2枚にしていた時代がありました。実際、透析医療は非常に高額ですから、その部分について何割も負担するというわけにはいかないでしょう。しかし今、透析患者さんが入院した場合、食事も無料ですからね。これなどは、一般的な入院患者さんと同じような扱い、つまり自己負担することになるのではないか。それはやむを得ない、と思います。

先日、ある先生の講演を聴いたのですが、国は透析医療について1兆円の枠を超えないようにする、という話でした。これから透析患者さんがどんどん増えて、その医療費は1兆円の枠を超えないようにする。そうなると問題は、どうやって透析の質を下げないようにするかです。そのためには、ある程度患者さんに負担してもらうことになると思います。

## 環境問題はどう対応していくか

**原** 透析のコストを抑えるという意味で、ダイアライザーのリユースについてどう考えればよいのでしょうか。

**坂井** 先日、透析患者さん十数人と一緒にハイへ観光に行き、透析施設も見学してきました。その施設ではダイアライザーを40回もリユースしているということを聞いてびっくりしました。ダイアライザーの洗浄・再処理のコストを考えたら、40回もリユースする経済的なメリットは絶対ないと思います。今、ダイアライザーの価格はずいぶん安くなっていますから。

ところが、その施設に聞いてみると、リユースの目的は経済面でなくて環境保護だというのです。ダイアライザーをどんどん使っていくと、それが医療廃棄物となり、環境を汚染する。それをリユースすることで防ごうというわけです。そう言われると、私は何も反

論できなくなってしまいました。

**衣笠** 家庭透析用の機械の場合、ダイアライザーを数回リユースすることを前提に開発されているものもあります。ちなみに、その機械はダイアライザーの洗浄まで自動的に行う仕組みになっています。

**原** 家庭で頻回に透析を行うのであれば、ダイアライザーのリユースが必要になるのでしょうか。

**衣笠** 連日の家庭透析というものを考えるなら、将来リユースもあり得るかもしれません。しかし、通常の週3回の透析であれば、おそらくダイアライザーのリユースは行われないと思います。現状ではダイアライザーの価格と比較すると、リユースするほうが費用がかかるのではないかでしょうか。その再処理のコストを見積もると、新しいダイアライザーを使ったほうが経済的には安くあがると思います。また、リユースの安全性を明確に評価すべきだと思います。

もし、新しいダイアライザーが使われなくなると、ダイアライザーのメーカーの経営にも大きく影響する。そして結局、例えば膜の開発などができなくなり、どんどん透析医療が衰退していく。そうはなってほしくありません。ただし、環境問題を出してこられると、何ともいえません。

**原** 医療廃棄物による環境問題は今後の大問題で、考えていかなければなりません。

## 透析医療にかかる医師の再教育が必要

**武曾** 私の勤務する病院の中で比較すると、透析部門はまだ安定しています。まだ収入が計算できる部門です。問題は高齢の透析患者さんがどんどん増えていて、一度入院すると住宅や家族との関係で、家に帰れないことがあります。ですから、住宅と透析施設が一緒になったものというのは、患者さんにとってものすごく魅力的です。また、高齢の患者さんに対しては送迎などが行われていますが、これらの住居ではちゃんとしたバリアフリーの施設であることが大事です。やがて、そのような施設が行政ではなく民間の活力によって絶対にできてくると思います。

また、透析患者さんの自己負担については、



武曾惠理先生

Eri Musō

1976年、京都府立医科大学卒業。京都市立病院内科レジデントを経て、80年京都大学第三内科（腎臓部門）医員、84年フランス政府給費留学生としてパリ・ネッカー病院勤務、86年京都大学第三内科助手、92年同大学第三内科講師、2001年（財）田附興風会医学研究所北野病院腎臓内科部長に就任、現在に至る。  
日本腎臓学会法人評議員、日本透析医学会指導医、大阪腎臓パンク評議員



湯村和子先生

Wako Yumura

1972年、東京女子医科大学卒業、78年同大学内科助手、79年同大学腎臓病総合医療センター発足に伴い内科助手、84年～86年頸天堂大学医学部第2病理学教室助手、86年東京女子医科大学第4内科助手として婦局、89年～97年同大学第4内科医局長、91年同大学第4内科講師、95年同大学第4内科助教授に就任、現在に至る。

ある程度年収によって基準を決めることも必要かもしれません。

私は患者さんが透析に入らないようにすることを生涯の研究テーマにしてきました。しかし、実際には透析に入っていく例が非常に多い。そこで、例えば保存期慢性腎不全であっても患者さんを入院させずに診ていくといったことについて、看護師、栄養士などコミュニケーションの人たちと一緒に研究し、病院の平均在院日数を減らしていく。そのようなことを通して何とか貢献したい、と考えています。

**湯村** 私も武曾先生と同じで、主に腎疾患患者さんが透析にならないようにするためにどうしたらよいかというテーマに深くかかわり、現在も臨床研究をしています。今、先生方のご意見をお聞きして感じたのは、高齢化社会では、坂井先生がおっしゃったような在宅型、住宅型の地域医療についてのが望ましいということです。小さな診療所に併設した施設に、患者さんに住んでいただく。その場合、そこに住んでいる患者さんに対して透析を行うだけでは採算性がないので、いわゆる全身を診られる診療も併設して行うことになると思います。

そうあるためにも、透析医療にかかわる医師の再教育が必要になります。つまり、全身を診ることができる医師に透析を行ってもらうようになります。それならば、透析や腎疾患以外の患者さんも来てくれて、経営も成り立つのではないでしょうか。

### 腎 疾患の治療や透析医療は“迫害”されている

**坂井** 慢性腎不全・透析の原疾患として糖尿病が増えています。その意味でも、透析医療は非常に内科的だと思うのです。腎炎の発症からやむを得ず透析を行うことになったとしても、それで終わりというのではなく、移植までを視野に入れて、ずっと患者さんを診ることができるようにする。また、自分ですべて診ることができないのであれば、適切な医師や施設を紹介すればよいわけです。ところが今、そのようなことができる医師が少ない。むしろ、どこかの施設で透析を導入した患者さんだけを預かり、透析だけを独立して行っている施設が多いですね。

**湯村** 確かに、透析医療の初期には収入面で潤ったので、奇異な成り立ちで診療が始まったという側面もあります。とりあえず、末期腎不全患者さんを助けなければいけなかったわけです。例えば、血管小手術とも関係して、透析医療には外科や泌尿器科の医師も多く携わっておられます。透析の背景にあるもとの腎疾患と、それに引き続く末期腎不全状態を含め慢性疾患から継続した医療なのだということが認識されるようになったのは、最近のような気がします。

**坂井** 現行の健康保険制度では透析には指導管理料が算定できますが、腎炎の治療については慢性疾患指導管理料が算定できません。これは、とても不思議なことだと思われませんか。腎炎こそ慢性疾患指導管理料を算定すべきものでしょう。このことは腎疾患の治療や透析が“迫害”されている最たるものではないでしょうか。

### 患者さんのニーズに合わせたいろいろな透析の形態を

**原** 今後は透析を含めて腎疾患をオールラウンドに診ることのできる医師を育てていかなければなりませんが、それは透析施設も在宅型に持っていくことにもなるのでしょうか。

**湯村** 成人の患者さんの場合、元気な患者さんは通勤の途中といった形で透析を受けることができるわけで、ある程度距離があっても透析を受けに来られます。一方、在宅医療は地域密着型ですと、一定の地域に限れば、そこに発生する腎疾患患者数は少ないので経営は難しいかもしれません。

**原** 高齢者については在宅型で透析ができるように、包括医療として診療報酬の体系も変えていく。そして、現在のクリニックでも在宅型の透析ができるようにしていくことが必要だと思うのですが。

**坂井** 私のクリニックは19床の有床診療所で、建物の4階をアパート形式にしていました。そこに透析が必要な高齢者の方などに住んでいただき、エレベーターで降りてきたりすぐ透析医療が受けられる、という構造です。この構造を行政に認めてもらうのに、何度も何度も足を運び、議論してやっとOKをもらったものでした。

ところが今年の3月の医療監査で、そのよ

うな構造は駄目で、住んでいる高齢者が使うエレベーターを別にしなければいけないと指摘され、やめることを検討しています。時代に逆行すると思いますが……。

今、介護保険制度により老人保健施設や特別養護老人ホームがたくさんできています。しかし、透析の患者さんは入所させてくれないので、また、入所てきたとしても、どこかの医療機関へ透析に通わなければいけない、本当に、高齢の透析患者さんをどうするのか考えなければいけません。そのような患者さんを受け入れたいのですが、19床しかないので、今入院している患者さんが退院してくれない限り、新たに受け入れることはできないのです。

**湯村** 坂井先生の施設は有床診療所ですが、ビル診療というか、クリニックの形の透析施設が多いように思います。我々は透析患者さんの入院ベッドを確保できないようなクリニックは開設してはいけない、という教えを受けました。入院施設を持たないクリニック、関連の施設とコラボレーション（協力）がないクリニックは本当に悲惨で、患者さんも医師もヘトヘトになりやすいです。現在のような高齢社会になっていないときでもそうでした。

ですから、坂井先生のを目指しておられるのが望ましい透析医療の形態だと思います。有床診療所であって、透析以外の風邪なども含めて内科全般の診療を行う。また、健診から透析までできる施設を目指す。坂井先生の試みに応援したい気持ちです。

**武曾** 現実には透析のみという施設がたくさんあり、多くの患者さんはそこで治療の恩恵を受けていることも事実です。その結果、そのような施設が大きな発言権を持っていますね。

**原** ビル診療という形態の透析が、患者さんにとっては、だんだん問題となってきているということでしょうか。

**湯村** 仕事場や駅に近いビル診療がいけない、というのではありません。入院を必要とするとき、常々コラボレートできるようにしていければよいのです。

**原** これからは、メインの病院とのつながりを持つ。さらに、坂井先生が考えていらっしゃるような診療体系にしていかなければなら

ないということですね。

**衣笠** 実際、駅の近くのビル診療をどうしても必要としている患者さんもいます。午後5時まで仕事をして、駅のすぐ近くで透析を受けて家に帰るといった患者さんです。

**坂井** 以前いた病院では、働く人たちのための透析に力を注ぎましたが、最近の透析導入年齢は60歳を超えていました。高齢化、合併症対策が重要です。このように、日本全体でみればずいぶん透析医療も様変わりしてきています。

**武曾** 日本全体でみれば二極化していますね。

**衣笠** 患者さんのニーズに合わせたいいろいろな透析の形態を考えないといけないです。

**武曾** やはり、クリニックのような透析施設は入院可能な透析施設のある病院とオープンなつながりを持って、地域で根づいていくことが必要だと思います。

**湯村** 以前、透析患者さんからの相談に皆名で回答することができました。患者さんの相談から、これが東京での透析医療の現実かと驚いたこともあります。透析医療は本当にクローズドで行われていて、患者さんは透析を受けないわけにはいかないので、ある意味で恐ろしい面がありますね。

## 透析医も腎移植の勉強を

**原** 今までお話ししていただいたような透析医療の現状の中で、腎不全治療のもう一つの柱である腎移植についてですが、武田先生は腎移植に深くかかわってこられました。また、腎移植は高齢者に対しても行われるようになっています。そのような状況を踏まえて、今後の透析医療と腎移植についてはどのようにお考えですか。

**武田** 今まで、若い方が社会復帰するため腎移植を受けることが通常でした。最近は、全国的な流れとしてご夫婦のいずれかがドナーとなり、60歳を超える高齢の方々が腎移植を受けることも増えてきました。また、日本の場合は東京女子医科大学もそうですが、少數の大きな施設が多くの腎移植を行っています。

腎移植後管理については、私の病院でもそうですが、外来が手いっぱいの状態なので、患者さんを紹介していただいた医療機関でそ



原  
茂子先生

今後は透析を含めて腎疾患をオールラウンドに診ることのできる医師を育てなければ。

の患者さんの移植後の管理をしていただくようになってきています。ですから、透析を専門とする医師にも腎移植について勉強をしていただく。そして、移植後の管理もしていただくように体制を整えようとしている状況です。

原 内科医、透析医も移植が診られるようにしなければならないということですね。

武田 今後、医療経済の面からも、透析から腎移植を選択するという患者さんが増えていくと思います。ですから、腎移植をしたら透析患者さんがいなくなるなどと考えるのではなく、透析から移植まで診る医師が増えてほしいのです。

原 腎移植の最高齢は何歳ですか。

武田 私の施設では65歳が最高齢です。

### 透析患者さんに腎移植を知ってもらうことが大事

原 これまでの先生方のお話から、今後の透析医療についてまとめさせていただくと、まず、診療の質は下げないようにする。透析の原疾患は全身疾患なので、透析医療に携わる医師が再教育を受ける機会を作っていく。また、オールラウンドに腎疾患を診ていくことが大切で、腎炎から腎不全で透析からさらに腎移植にまでかかわることが必要ですね。

そのほか、ご意見がありましたら、どうぞ追加してください。

坂井 私も「移植、移植」と騒いでいる人間の一人ですが、腎移植を受けた患者さんが来院してくれると、透析患者さんは移植によって生活がどのように改善されたかを知り、移植に対してとても積極的になります。ですから、透析患者さんに腎移植について知つてもらうことは大事だと思います。

湯村 小さいクリニックの場合、腎移植によって透析患者さんが少なくなるという危機感がありますね。やはり、腎移植の後、患者さんが帰ってきてくれることが大事です。

それにしても、慢性腎疾患での尿などの検査がありにもコスト的に悪い。ですから、指導料など診療報酬を上げていただいて、腎疾患を診ながら透析医療をやっていくようになるとよいですね。

坂井 腎疾患の診療報酬は本当に低いですね。ましてや、指導管理料も算定できないわけで

す。保存期慢性腎不全だけを診ている施設は本当に大変でしょう。

原 いろいろな施設で保存期腎不全教室といったものが開かれ始めています。今後、その種の試みも大変重要な思います。

### 少ない女性の認定医・指導医

原 次の話題に進ませていただきます。今度は人材の育成についてです。ちなみに、日本透析医学会の「認定医」として10年以上の経験を持つ医師が1457名で、うち女性が6%。また、「指導医」として10年以上の経験を持つ医師が537名で、うち女性が4.8%です。これは、長く継続している女性医師が少ないとを表す数字だと思います。実際、大学にとっては、女性がnephrologyを選ばない、腎臓関係の教室にほとんど進まない傾向があるようです。ただし、湯村先生の東京女子医科大学はすべて女性ですが……。

湯村 東京女子医科大学の場合、腎疾患から透析・腎移植まで腎臓病総合医療センターで診ていますので、入局の希望者が多く人気の高い部門になっています。教育体制もしっかりしています。つまり、教育や医療が活気づけば、女性に限らず入ってくる医師も多くなるのです。

最近は、内科など全身を診なければならぬ診療科は大変だということで、若い医師からは敬遠される傾向にあります。腎疾患や透析についても同じように敬遠される厳しい状況にあるのだという認識は必要です。

### 新臨床研修制度が進路選択にどう影響するか

衣笠 昭和大学の場合、年によって若干の変動はありますが、医学部は女子学生が約30%を占めています。1学年が男性を含めて100人とすると、腎臓内科に入るのは3~5人です。具体的にいうと、卒後の2年間の臨床研修は主として東京・旗の台の昭和大学病院か、横浜市の昭和大学藤が丘病院で行う。その後、専門を決めることになっています。それぞれの病院で毎年、男女合わせて1~2人が腎臓内科に入局しています。女性に限ってみれば、毎年、30人のうち1~2人が腎臓を志しているという状況です。ただし今後、卒後の臨床

衣笠えり子先生

## 家庭透析患者さんは確実に高齢化している。 透析など診療体制を考えていかないと。

研修制度がスーパーローテーション方式に変わるので、それがどう影響するのか。ちょっと予測するのが難しいところです。

私自身は今、2年前に開設された昭和大学横浜市北部病院に在籍しているのですが、ここは腎臓内科がなく、総合内科という名称の部門で仕事をしています。ただし、今のところは総合内科といつても「総合内科」を専門とする医師がいるのではなく、例えば腎臓が専門、神経が専門といったように、内科系のさまざまな領域を専門とする医師が集まつた形で診療をしています。そのような中では、腎臓病に限らずいろいろな疾患を診たり、全身管理を行わざるを得ません。腎不全や透析の患者さんでは、基礎疾患や合併症として糖尿病、高血圧がかなり大きな割合を占めています。また、心疾患、消化器系の疾患を抱えている患者さんもいます。ループス腎炎なども診ますので、膠原病の知識もなくてはなりません。そういう意味で、腎臓内科をやっていると自然と全身を診ているということになります。

今後、スーパーローテーション方式の臨床研修制度になるとしても、内科的な全身の病気を診ることの面白さを知り、腎臓部門に来てもらえばいいな、と考えています。ところが最近、メジャー部門は比較的きついのでいやがられる傾向がある。特に男性にマイナーオー志向がみられます。逆に、女性の医師が外科系などに進出していて、それはそれで頼もしいと思っています。

### 「女性の研修医にも機会を」の発言を

原 虎の門病院にもレジデント制度があるのですが、外科系の志望者もみられています。内科系が減っているわけではないのですけれど、あまり科をこだわらない傾向です。

湯村 これまでの臨床研修制度では、研修医が希望する病院に自由に行けました。しかし、平成16年度からの新臨床研修制度（卒業研修必須化）では、受け入れ病院のセレクションがかかり、女性の研修医にしわ寄せがくるのではないかと危惧しています。大学病院も入院患者100人に対し1人の研修医をとるシステムになります。もちろん、始まってみなければ分からぬのですが……。

原 新臨床研修制度では、マッチングシステム（組み合わせ決定制度）になります。これは男性・女性に分けるのではなく、あくまで病院と個人との関係です。

武田 病院側が「女性の研修医はいやだ」といったら、女性が臨床研修を受けにくくなるのではないかでしょうか。

湯村 臨床研修の費用を国が負担してくれればよいのですが、病院側が負担し、その費用が増えるのであれば、女性の研修医に対する“毛嫌い”が出てくるおそれがあります。特に、その研修期間中に結婚・出産などの予定があるとしたら、研修医を選ぶ側として、男性のほうがよいということにならないか。それがちょっと心配なのです。

武田 研修医の間は結婚・出産をするな、という病院もあるようですね。

湯村 それを表立って言うことは時代錯誤で許されないです。

原 女性を研修医として採用するかしないかを決める場にいたら、私たち女性医師が「女性の研修医にも機会を与えてください」と発言していきたい。また、どうやって女性の研修医をサポートするかも提案していきたいですね。

坂井 ところが、それが当たり前と思っていた医師も多数いらっしゃる。だから、とても大きな問題ですね。

原 次に、なぜ腎臓を専門としたのか、臨床の現場での人材の育成、指導者としての現状と問題点、男性医師と女性医師の資質の差、女性医師に求められることなどについて、各先生方にお話ししていただきたいと思います。

### 臨床研修で腎臓に興味を持つ

衣笠 私が医師になったきっかけは、子どもの頃にあまり体が強くなくて、医師にかかる機会が多かったことだと思います。物心ついた頃から医師になりたかった。ですから、希望どおり医師になれて本当によかったと思っています。

腎臓を専門としたのは、ある意味で偶然です。卒業後、藤が丘病院で内科の研修をしたのですが、そのとき一番最初に回ったのが腎臓内科でした。そして、腎臓の研究室でいろいろと教わったりしているうちに、腎臓に興





坂井瑞実先生

診療報酬の陳情は透析医だけではあまり効果ない。  
医師会や医師仲間に透析医療の認知作業を。

味を持つようになりました。最初、研修医で右も左も分からぬときに教えていただいた先生の影響も大きかったと思います。

### 腎臓の組織は何と綺麗なものか

武田 私は卒業するとき、漠然と内科医になりたくて内科の医局に入りました。1学年80名で、そのうち8名が女性でしたが、内科志望は私一人でした。第1から第3内科までありました。第1、第2内科は、女性は2人以上でないと入れないという科でした。つまり、女性医師は2人で助け合って「一人前」、そういう時代でした。その2つの内科には、女性の内科志望者は私だけだったので入れませんでした。そこで、循環器と腎臓を専門とする第3内科に入り、腎臓内科にかかわることになりました。腎病理も見せていただきました。それまで、ほとんど顕微鏡を覗いたことがなかったのですが、腎臓の組織は何と綺麗なものかと思いました。それをきっかけに腎臓の病理に取り組むようになり、以来ずっと病理にかかわってきてています。

### 「女医さんでもよいから入りなさい」と

坂井 私の場合、特別好きな分野がなかったのですが、小児科に進もうと思っていたら、医局長に「女の医者はいらない」と言われてしましました。それで結局、「女医さんでもよいから入りなさい」と言ってくれた腎臓内科に入りました。毎日尿毒症の患者さんに悪戦苦闘していましたが、まだ透析はない時代でした。そのうち自動腹膜灌流の機械が導入され、昭和43年に血液透析が始まりました。こうして、好むと好まさるとにかかわらず、透析医療にかかわるようになって今日まできましたという感じです。

### 病院に腎臓の専門家がいなかったので

武曾 私はもともとは文系志向だったのですが、女性が社会で自立していくためには医師のような職業に就くしかないと想い進路を変更しました。

最初、内科をジェネラルにやっていたのですが、腎臓だけはやっていませんでした。また、病院の中でも腎臓を専門とする医師がほとんどいませんでした。そこで、腎臓の医師として認められ、一旗揚げられれば(笑)、と

思ったのです。つまり、病院の中で腎臓のポジションを取ろう、と。しかし、腎臓のことが分からぬので、京都大学第三内科腎臓部門に行って腎臓の臨床の手ほどきを受けましたが、ここで研究の面白さが分かり、2年で病院に帰るつもりが、結局20年もしていました。腎臓という臓器が面白かったわけです。

このように、自分のアイデンティティを確立し、誰にでも認められる存在になりたかった。その根底には、女性だということもあつたかもしれませんね。

### 医師なら女性も一人前に扱われるのではと

湯村 団塊の世代で常に競争して育ってきたものですから、女性が生きていくには、とにかく職業を持たなければいけない、と思っていました。それに、女性は適齢期になつたら結婚しなければならないという当時の風潮に非常に疑問を持っていました。社会では、なかなか女性が一人前に扱われない。しかし、医師ならば女性も、人間として一人前に扱われるのではないか。そのような思いで医師を志しました。古い話ですが、アフリカで現地の人たちのために献身的に医療に取り組まれたシュバイツァー博士に憧れたという理由もあります。

私も全身を診ることができます医師を目指しました。先ほど武曾先生がおっしゃったことに近いのですが、大学で講義を聴いても腎臓のことが全く解からなかった。だから、一番解からない分野に取り組もう、と。それに、腎臓は非常にパワーがある臓器だと感じていたものですから。夢と希望を持っていたことは確かですが、その先、医師としてどうなるかは予測もできなかつたので、結果として大学に残ってしまっています。

### 全身を診られる腎疾患に興味

原 何科を選ぶかというのは、研修医として回った科がアクティブラムかどうかというのに影響される面もあると思います。私の場合は、とにかく全身を診ることができるという意味で腎疾患に興味を持ちました。

また当時、診断まではつけられても、治療法がないという疾患が多かったです。一方で、このまま放置したら一晩で亡くなるよう

な患者さんが、透析を行うことによって回復する。これこそ本当の医療のあり方ではないか。やはり、診断から治療まで行える医師になりたい。そのようなことを考えて、腎炎から透析まで取り組むようになりました。

## 研修医にはこちらから働きかけなければ

**原** 先生方はすでにキャリアをお持ちで、指導者の立場です。では、人材の育成、あるいは指導管理者として何が求められるのか。また、指導者の場合、女性・男性は関係ないのか。そのようなことについて話し合っていきたいと思います。

**武田** 私は研修医の時代に、ここにお集まりの先生方が活躍しているのを見て、それで腎臓の分野でがんばっていきたいと思った世代です。

私の場合、指導者という意味では研修医とお付き合いするだけですが、これから名古屋地区で腎臓内科専門のレジデントの制度を立ち上げることになっています。全国からレジデントに名古屋へ来ていただき、腎臓内科を目指していただきたい。そう思って、レジデントの制度を準備しているところです。

私たちが研修医のころは、自分からいろいろな質問をして教えてもらうのが普通だと思っていました。しかし、最近の研修医に対しては、質問待っていてはいけない。こちらから積極的に働きかけないと全然乗ってこないのです。ですから、こちらから働きかけて、移植も含めて全体を診ることの面白さを教えていきたい。幅広く全体を理解してもらえばと思っています。

## 指導者に必要な 学問的サジェスチョン能力

**衣笠** 今、病院の中では診療以外の仕事が増えてきているので、ちゃんと透析室の管理などの診療を任せられる人間を作っていくないと自分の体がもたなくなる。ですから、ぜひ優秀というよりは安心して任せられる人材を育成したいと考えています。

私の勤務する病院はまだ新しくて、昨年から研修医が入り始めたところです。臨床研修では、少なくとも総合内科を回っていただいている間に、腎臓の面白さを分かってもらえ

るようになりたいと思っています。

また、指導者として必要なのは学問的なサジェスチョンがしっかりとできることではないでしょうか。若い人たちが診療や研究に行き詰まつたとき、どういう方向で検査を進めたり、勉強すればよいかとアドバイスし、斬新な研究の場を与えてあげる。これから先、そのようなことが課題になると考えています。その分、自分も勉強しなければなりません。

**原** 学問的なアドバイス、診療の面白さの両方を与えていかなければいけないのでしょうね。

## 1 日でも先輩は下の医師に教える」習慣を

**武曾** 私の場合、大学にいたころ、教授が腎臓内科を専門としていなかったので講義から何から全部やらされました。要するに、指導することの難しさを痛感した大学生活でした。やはり、私たちは指導者になる教育を受けていないという感じがします。

大学は臨床も研究もあって、しなければいけないことが多いすぎる。それを分担してできるように人を増やしていくかなければいけない。それには、トップが腎臓内科でないというのは非常に厳しいので、腎臓内科を専門とする医師や教授が増えてくれないといけないです。

その指導に関して、私は昔お世話になった先生から「1日先輩は、1日後輩の人に教える」と言われました。つまり、1日でも先輩の医師は、下の医師に教える。私たち医師はそのような考えをもっと持たないといけないと思います。実際、何から何まで教えられるのを待っている人があまりにも多いですから。

病院の医師も、研修医に対して指導できるようにならないといけない。医師であれば、下に人がいたら指導する。そのような習慣を持ってもらいたいと思います。

私は個人は、自分の責任として、アフターサービスといいますか、指導後に立ち会った先生方がうまく機能しているかどうかに关心を持っています。そこで、指導した医師に月1回集まってもらい、疑問点はないか聞いたりしています。また、それが自分の勉強にもなります。

要するに、本当に人を育てないと、衣笠先

**腎臓内科専門のレジデント制度を準備中。**

名古屋へ来て腎臓内科を目指してほしい。

武田朝美先生





# 患者さんが透析に入らないようにすることを 生涯の研究テーマにしてきました。

武曾 恵理先生

生がおっしゃったように、自分がしんどい。いくらでも仕事がたまっていますので。ですから、できるだけ若い医師に任せられるように、どんどん育てていきたいと思っています。

### 指導者は協調性の体得を 求められる

原 指導者として適切に対処しているのか、常に自問自答しながらやっていく必要がありますね。教育の現場におられる湯村先生はいかがですか。

湯村 現代の医療現場は集団で働くチーム医療です。ところが、大学を出て医師になると、十分な社会的な常識も身につけていないこともあります。だから『先生』と呼ばれます。ですから、普通の社会で行われているチーム、組織での訓練が大事で、そのことをもう少し医療の世界に取り入れないといけないですね。

私自身について言えば、少し前までは仕事を若い人に任せるよりも自分でやってしまうことが多かった。そのほうが早いわけです。しかし、仕事が多くなってくると、若い人を指導し、仕事を任せる必要が出てきました。一緒に働いてくれる人がいることが、指導者としての自分の評価につながります。また、下に人がいて初めて指導者になれる。その意味では、協調性をしっかり体得することが指導者に要求されるのではないでしょうか。

原 チーム医療においては、企業の中での人材育成の方法にも注目しなければならない、ということですね。また、湯村先生がおっしゃるように、レジデントの1年目で「先生」と呼ぶのもやはり変なことです。

湯村 その『先生』に慣れきっていると時代遅れになります。

今は、1人ではなくチームで医療を行っているわけです。チームの一員だということをもうちょっと自覚しないといけないですね。また、社会全体に共通することですが、若い医師に対しても、まず挨拶から教えなければいけないですね。

### これからは女性も指導者になる のが当然

原 指導者として、男性と女性で資質に差は

ありますか。

湯村 資質には大きな違いはないでしょう。女性の場合、純粋に仕事だけで考え方ちですが、少しは上昇志向もない……。

武曾 例えば一つのポジションを取らなければという状況になると、本筋的に競争を避けて、女性の場合はまだ結婚をしたりして逃げる場所があると自分で納得させてしまうことがあります。

湯村 女性の場合、プロの職業人として自分がどういうふうにしていけばよいのか、教えられていないので分からない。指導者になるための教育がなされていないのです。まだ日本ではいろいろなシステムができていないという状況です。

武曾 日本の社会全体でちゃんと指導者を育成してこなかった。特に、女性を指導者にしようなどとは誰も思っていなかった。ですから、これからは女性も指導者になるのが当然だというように啓発していかなければならない。まず「女性は後に置いておく」という発想を厳しく撤廃しなければいけないです。

資質に関しては、いったん指導者になれば、男性も女性も同じです。

衣笠 実際、指導者の立場になってしまえば男性も女性も関係ないと思います。

武曾 ただし、下の人はまだ女性の指導者よりも男性の指導者の話をちゃんと聞くという傾向がありますね。

原 それは、女性の個人の実力と資質でどんどん変えていけるのではないかでしょうか。

坂井 普通、男性の医師だったら次はこういうことをするというのがはっきりしています。例えば、学会を動かそうとか。一方、女性の医師の場合は自分から何かをしようとは思わない。そのような土壤で育ってきましたから。そこは、やはり打開していかなければいけないと思います。学会や医師会などでは、きちんとした発言をしないと通じないと山ほどありますからね。

### 女性医師を社会的にサポートする 機構が必要

原 今の若い医師は自分がレジデントだったころの感覚と違うという気がします。私などは、男女共学で男性に負けてはいけないとい

湯村和子先生

## その診療科に入つてくる医師は多くなります。

う感覚で育ってきました。そして、虎の門病院に就職し、気負いを持って仕事に取り組んできました。しかし、今の若い人は男女平等という感覚です。そして、個人個人がいかにアクティブに進むかということを考えています。

**湯村** 女性の医師をサポートする機構が何もないのです。例えば、日曜日に当直をしたら2週間休みがないことになります。ですから、あまりにも多くのことを犠牲にしないと医師としてやっていけないわけです。しかし、今の若い人はそこまで犠牲を払って仕事を続けようとはしません。やはり、社会的にサポートする機構が必要です。

もう、医師国家試験の合格者のうち女性が3割を占める時代です。それに、患者さんの半分は女性です。女性の患者さんは男性の医師には言えないこともあります。頼りになれる女性の医師が必要です。女性の医師を無視して医療は成り立ちません。

**武曾** 女性の医師は気負いがないことがありますか、犠牲を払う気もあまりないようです。今後、ますます犠牲を払わないと上昇できないのであれば、もう上昇は結構です、と。特に若い世代はそうです。また、そこから男性と女性の間で差が出ることもあり得ます。ですから、システムを変えていく必要があるのです。

**原** 女性の医師の数が増えても意外と先ずほとみかもしれない……？

**湯村** 役に立たない医師を育てても税金の無駄遣いです。どうやって女性の医師を活用するか考えなければいけない。国の政策が問われますね。

## 出産などで仕事が中断した女性医師に再教育の場を

**原** 今後、女性の医師を生かしていくシステムについて何かアイデアはありますか。

**武曾** できれば計画性を持って、結婚・出産などがある場合、事前に報告してくれないといけないです。ぎりぎりの時期に報告されたら、人員がどうにもならないですから。

**坂井** どの診療科の医師であっても出産と育てで仕事が中断すると、その後医師として十分に復帰ができないことが多いです。女医さんは入ってくるのですが、なかなか勉強の

機会も与えられず、いつまでたってもパートで便利に使われてしまいます。医師としての仕事のキャリアが出産・育児などで間が空くと自信が持てなくなるのでしょう。「医師免許を持っているが、看護師と同じ給料でよいので雇ってください」と言って、女医さんが来られたこともあります。

ですから今、そのような女性医師が元のところに戻れるシステムを作る必要があります。

## 認定医制度の見直しと学会に女性の代表を

**原** 再教育の場を作るということですか。

**坂井** そうです。それと、日本透析医学会の認定医制度の見直しです。医師としてのブランクができると、認定医の資格を取ろうにも認定施設ではない施設でしかアルバイトができません。これでは、何年仕事をしても待遇がよくならない。看護師よりも少し給与が高い程度で雑用をさせられている女性医師が結構います。このような女性医師の犠牲の上に透析医療が成り立っているような側面がありますから、そこは何とかしたいですね。

**原** 改めて透析医療の専門家であることを認めてもらい、社会に出ていく。確かに、何もしないでそのまま出てこられると透析医療の現場でギャップは大きいですね。

**坂井** ですから、例えば通算で何年たったら認定の試験を受けられるといったようなことを日本透析医学会の中で発言していただきたい。そのため、どうしても学会に女性の代表が出てほしいですね。

## 取れる資格は取っておく

**武曾** 女性の側も資格はしっかり取ってほしいですね。甘くみて取れるものは取っておく。資格を取ることでアイデンティティも上がるわけですから。

**原** 仕事でのoriginalityと、expertの部分を身につけるようにしたいですね。

**坂井** せめて、認定医の資格が取れるまで透析医療の現場にいると、その後すいぶん楽だと思うのです。

**原** 認定医の試験は、現場で患者さんを診ていないと合格できません。また、試験は年に1回だけです。現場を離れていた女性医師に



は厳しいかもしれないんですけど、もう1回試験を受けていたたきたいですね。

### 休んでも元に戻れるシステムが必要

**坂井** 医師としてずっと仕事をするか、そうでなければ引っ込んでしまう。その中間の人たちのためのシステムがあると、女性の医師がみんな元気になるのではないかと思います。

私は大学を卒業するとき、医学部長から「男性と一緒に医者をしようと思うな」と言われました。女性の医師の場合、家庭で医学を生かしたらよいのだ、と。なんてひどいこと！と思いました。しかし、私の場合は結婚しても、結局は全然家庭的でないままに来てしましましたけどね（笑）。しかし、今でも家庭内のことは全部女性がすべきといった風潮があります。それは夫婦2人の問題だろうと思いますけど、実際なかなか家庭と仕事の両立は難しい。ですから、サポートシステムがいると思います。

**湯村** やはり、ある期間、6年間くらいは仕事を続けてほしいです。重症を診ていないと、軽症の患者さんを診ることはできません。危険なのか危険でないのか、判断ができないのです。また、それができないと、いつまでも自分自身が医師としての判断に自信が持てないのです。

医師になった以上、6年くらいは男性の医師と同じようにトレーニングを受けることが重要です。ですから、そのハードな時期に、例えば出産・育児で4カ月くらい休んだとしても、また元に戻れるシステムが必要だと思います。

**坂井** そのシステムができていないで戻れないのです。

**衣笠** 以前勤務していた病院では、看護師さんたちを集めるために託児所を併設しました。でも、医師はその託児所を使えないで女医たちはかなり怒っていました。医師は高給なので託児所は必要ない、仕事を続けるのが難しいのなら辞めてもらって結構、ということらしいのですが……。

**坂井** 看護師さんたちはそのようなシステムができている。ですから出産しても仕事を続ける人が大半ですよね。そのようなシステムを作るのは別に難しいことではないと思うの

です。意識の問題なのでしょうね。

### ある年数はがんばって仕事を続けて

**武曾** 若い女性の医師はみんな子育てをしたいわけでしょう。それに対するシンパシーは男性よりも女性の医師のほうがないかもしれません。女性のほうが厳しいのですから。

**坂井** 看護師さんも女性の医師に対しては厳しいですね。

**武曾** 女性だからしんどさも分かるけど、女性だからといって甘えるな、という発想があるのです。これはちょっと困ったことです。また一方で、同性だから分かってくれるだろうという甘えがあるのも事実です。

**坂井** 今、産休に入っている女医さんがいるのですが、「とにかく出て来られるときだけでもよいからてきて、もっと仕事を続けないとダメよ」と一生懸命話しています。

**原** 坂井先生だからそのような環境が作れるのでは……。

**坂井** ある時期そうやって大目にみないと。そこで医師としての仕事が途切れたらもったいない。大学の医学部に対しては国も大変な予算を使っているわけですから。

**原** そういう意味では女性もある年数はがんばって仕事を続けてもらう、ということでしょう。

### “家庭か仕事が”ではなく“家庭も仕事も”

**原** 最後に、腎臓病の研究や診療にかかる若い医師にメッセージをお願いします。

**衣笠** 腎臓病などの慢性疾患を診るうえでは、いろいろな意味で女性の医師のほうが向いていることもあるのではないかと思います。ですから、腎臓を志す女医さんが増えるのを期待しています。

また、女性はどうしても目の前のことには一生懸命になり、なかなか大局的に物事を見ることができない。ですから、あまり目先のことにはこだわらず、例えば5年先の研究の基本的な成果がこうであればよいといったようなことを考えながら仕事をしてほしいと思います。

**武田** 腎臓病というのは幅が広くて面白い。そういった中で、医師として長く仕事を続け

るためには自分にしかできないこと、自信を持ってやれること、ずっとかかわっていけることを、一つだけでもよいから見つけていただきたいと思います。もちろん、それは研究でもかまいません。

また最近、女性専門外来が話題になっていますが、これなどは腎臓内科の女性医師にとても向いているのではないかでしょうか。例えば摂食症や膠原病など、女性患者さんが多い疾患にもかかわっていけるのではないかと思います。

**原** そのあたりは今後の課題でしょうね。

**坂井** やはり、ある程度のレベルに達していないと、患者さんから信頼される医師にはなれません。けれども、“家庭か仕事か”でなくて、ある時期は“主が家庭でも”医療とのかかわりを切らさないような環境を作り、とにかく少しでも仕事を続ける。そして、透析の面白さを知っていただきたいなと思います。

**武曾** 腎臓病は全科に関係があるものですから非常に幅が広く、医師としてやりがいがあります。40年くらい現役として仕事をするのであれば、人間に対する興味を持ち続けること、面白がることです。特に研究においては、興味を持って楽しんでやる姿勢が必要です。また、女性の場合、完全主義者が多いようですが、完璧でなければいけないなどと思わないことです。

**湯村** 女性であっても医師国家試験に受かった段階からプロとしての自覚、職業としてずっと続けていくという意識を持っていただきたいと思います。また、アクティブに取り組んで興味を持つことができれば、仕事を継続できます。

特に腎臓病の場合、看護師さんやコ・メディカルの人たちとのチーム医療になります。ここではコミュニケーションをとるのが一つの試練になるのですが、仲良くやっていくというのは女性が非常に得意とすることですね。ですから、腎臓病は女性医師に適していると思います。ただ、リーダーシップもないと失敗します。

また、女性の医師同士がコミュニケーションする場があまりにも少ないわけです。女性だけの集団を作るのは本当は好ましいことではないのですが、もう少し女性同士が連携していきたい。そして、先ほど話題に出たよう

なサポートシステムを推進するためにも、そのような場で啓発活動をしていきたいですね。

### プロ意識と毎日の診療・研究の中での問題意識を

**原** 研究面での女性のかかわり方を伺うことできませんでしたが、研究においても診療においても基盤は同じだと思います。先生方のお話を伺って、やはり女性もプロ意識を持ち続けなければいけないと思います。診療においても研究においても目先にとらわれないで、5~10年後を見据えて、どのようなことをするのか考えていかないといけないですね。それには、毎日の診療・研究の中で問題意識を持っていることがすごく大事です。



また基本的なこととして、女性が甘えを出さないことは必須だと思います。それと、「継続は力なり」で、長く続けていると見えてくることがあります。ですから、問題意識とプロ意識を持つことだと思います。

腎臓病というのは非常に面白い領域でありますし、全身を診るという意味では女性医師に適していると思います。ぜひ、若い女性医師の皆さんに腎臓の領域に進んでいただきたいですね。同時に、女性と男性の資質に変わりはないとはいえ、女性をもっと伸ばすための場が必要です。また、女性の指導者の生き方を見て、若い人たちも育っていくのですから、女性の指導者もいかに医師として生きるか、それが問われているのではないでしょうか。

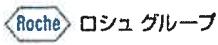
以上のことを本日のまとめとして、座談会を終わらせていただきます。長時間にわたり貴重なお話をありがとうございました。

●企画



中外製薬株式会社

〒104-8301 東京都中央区京橋2-1-9



ロシュ グループ

●発行 株式会社 ケアネット

●編集協力 (有)ハンズワークス

2003年6月作製  
EPO03冊子4701

この印刷物は再生紙を使用しています。