

「キャリア支援コンソーシアム“えん”」平成 30 年度講演会  
「女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス」



開催日時:平成 31 年 3 月 24 日(日)15:00～  
主 催:京都府立医科大学 男女共同参画推進センター  
共 催:京都府医師会・京都府



京都府立医科大学  
男女共同参画推進センター



「キャリア支援コンソーシアム“えん”」  
平成30年度 講演会・パネルディスカッション

2019年  
3月24日(日)  
15時~17時30分  
京都府立医科大学  
第一講義室  
(基礎医学学舎 1階)

参加費  
無料

みんなで取り組む  
働き方改革

1. 総会 午後3時-

託児サービス有  
事前申込制・無料

2. 講演会 午後3時30分-

「女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス」

講師: 力山 敏樹(自治医科大学 一般・消化器外科 教授  
自治医科大学附属さいたま医療センター 副センター長)

3. パネルディスカッション 午後4時30分-

「皆のために働き方改革! ~イクメン・イクボスの立場から~」

パネリスト

- 力山 敏樹 講演会講師
- 大谷 学(京都府 府民生活部長)
- 張 財源(済生会京都府病院 皮膚科 医長)
- 日向 高裕(京都第二赤十字病院 看護師)

4. 情報交換会 午後6時-

事前申込要  
会費制

主催: 京都府立医科大学 男女共同参画推進センター  
共催: 京都府医師会・京都府

問い合わせ・託児・情報交換会申込先:  
京都府立医科大学 男女共同参画推進センター  
TEL: 075-251-5165 / E-mail: miyako@koto.kpu-m.ac.jp



## 講演「女性外科医の育成とワークシェア・ワークライフバランス」



カ山 敏樹 先生

自治医科大学 一般・消化器外科 教授、  
自治医科大学附属さいたま医療センター 副センター長

### はじめに

私のお話が本当に皆様のお役に立つかどうか非常に不安なのですが、どうぞよろしくお願いいたします。あくまで私たちの科での取り組みということでお話しさせていただきます。

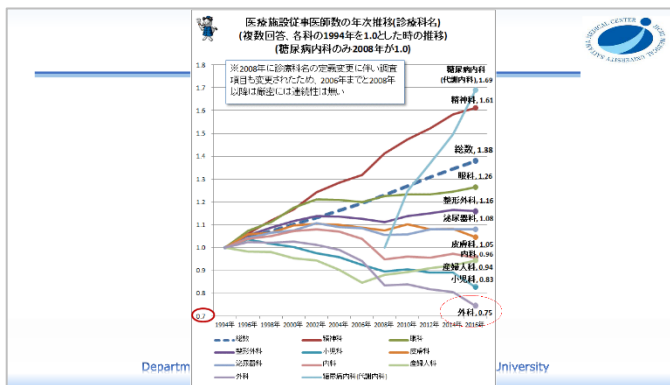
消化器外科女性医師の活躍を応援する会というのが AEGIS-Women です。このような会が実は随分前から立ち上がっておりまして、大阪の平松先生という方がそのトップをなさっています。この方々がやっている会に一度呼びいただいて、講演というよりは軽いインタビュー的なものを受けました。そこに取材に来ていたメディカルトリビューンが記事にしてくれまして、その後、m3.com や、日経メディカルが取材に来て、恐らくその記事を見て今回僕を呼んでくださったのだと思うのですが、結構講演の依頼は来ています。



### 序論 1 外科医の減少

先生方もご存知だと思いますけれども、外科医が今どんどん減ってきています。1994年を1としますと、医者全体では2016年には1.38ぐらいに総数は増えているのですが、外科は0.75と25%の減少、医療施設従事医師数推移のグラフでも、やはり外科は25%も減っています。さらに年齢構成は平成10年、98

年ぐらいいまでは40歳以下の先生方が1万2,000人ぐらいいたんですけれども、現在は7,000人ちょっとぐらいいしかいない、全体数はまだ何とか保っているんですけれども、高齢化が著しいということなのです。今の我々のような50代、あるいは60代の先生方が頑張っているから何とか日本で手術が続けられているんですけれども、このままいくと2035年から40年ぐらいいにはもしかすると国内で一般の外科の手術が受けられないという時代が来るかもしれないというぐらいい危機的状況です。



我々が外科医になった90年ぐらいいは外科は毎年千何百人という入局者数がいましたけれども、2014年は後期研修に入った医師数は何と655名しかいなくて、その後ちょっと復活して昨年あたりは700名台にはなったそうなのですが、本当に危機的な状況なのです。

先日、厚生労働省が発表した事務局において機械的に計算したたたき台による各科ごとの医師数では、外科は2016年でも5,600人ぐらいい足りない。何人足りないのかというと、常に5,000人、5,800人、恐らく将来見通しとしては足りないだろうという予想が出ております。

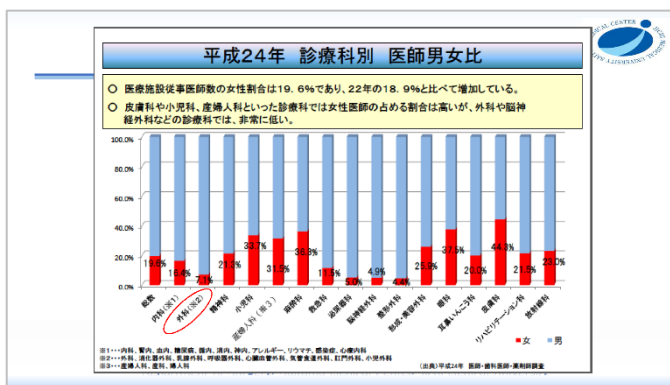
ただ地域の偏在も非常に大きくて、人口100万人当たりの外科専攻医志望者数というのを全国平均が6.09人とすると、東京は12.85人いて、群馬は0.5、埼玉も実は2人しかいなくて、京都は比較的多くてたしか9人近くあったと思います。ということで外科医も減っているし、地域の偏在も非常に大きいという現実になります。

## 序論 2 女性医師の増加

女性医師の増加、これはもちろん皆さんご存知だと思いますけれども、どんどん女性医師の割合は増えてきて、24年度で19.7%です。入学者数の推移、国家試験合格者数の推移とも、概ねここ数年は35%近くを占めています。

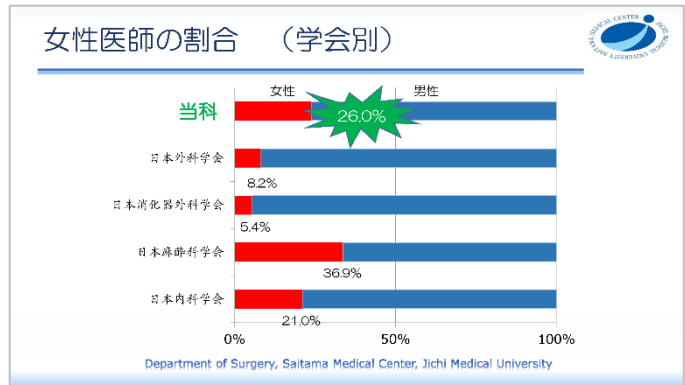
年代別の女性医師の総数や割合ですけれども、29歳以下は総数は少ないですが35.5%、30代で30%ぐらいい、年齢が上っていくと比率としては少なくなりますけれども、逆に言うと、どんどんこのパーセンテージが上がってきているということです。

診療科別の男女比でいいますと、例えば小児科、産婦人科、麻酔科、それから眼科、皮膚科、このあたりはもう30%以上女性がいます。ところが、外科は総数でいうと7.1%ぐらいい。また、学会別の女性医師の割合ですと、日本外科学会の8.2%、消化器外科学会の5.4%に比べ、麻酔科学会、内科学会は37%、21%ございますので、やはり女性外科医というものは非常に少ない。これは後で詳しくお話ししますが、私の



ところは39人中10人女性で、比率でいうと26%になります。

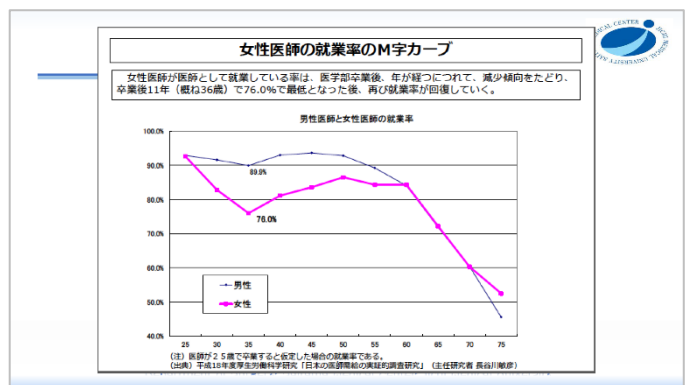
専門医の数でいいますと、外科学会の専門医を持っている女性は6.4%、消化器外科の専門医を持っている女性は1.9%。やはり麻酔、小児科、産婦人科学会等々の専門医に比べてもパーセンテージとしては非常に低いということがあります。



外科学会を出している対策として、もちろん女性の活躍推進は政府挙げての取り組みですし、外科における女性医師の占める割合は実は少し上昇しており、外科学会新規入会者に占める女性の割合は21%、ここ数年は20%を超えるようになってきました。女性医師のキャリアアップを妨げる因子としては労働環境等が挙げられるということで、男女ともに半数以上の外科医が、女性外科医が働きやすい環境整備が必要と考えているということです。では、具体的にはどういうことかと言うと、当直・オンコールを軽減しましょう、出産・育児休暇を取得させましょう、あとは臨床及び研究の一時的中断と復帰後のサポートをしましょう、始業・終業時間の弾力的な運用などというふうになっております。

別にこれを読んだからやったわけではなくて、私が2012年に教授になってからやってきた取り組みを後半ご説明しますが、大体こんなことをやってきたのかなと、今挙げてあるようなことだなというふうに思っています。

これも有名なカーブですけれども、就業率のM字カーブとあって、女性医師もやはり30代で一旦ぐっと落ち76%ぐらいになる。そこから少し戻るのですけれども、男性医師ほどの就業率にはどうしても達しなくて、大体男性の就業率が落ちてきた55歳以降ぐらいから男性と女性の線が重なるというふうになっています。



序論の総括といたしましては、外科医師は年々減少しています。非常に早いペースで減少

しています。ただ全体の女性医師が増加しているので、外科学会の入会者数から考えれば、外科を志望する女性も増えている印象はありますから、外科医減少を食いとめるにはまず、女性を何とか外科に勧誘して、勧誘した女性外科医が仕事を継続できる環境を何とか整えていきたいというふうに考えているところでもあります。

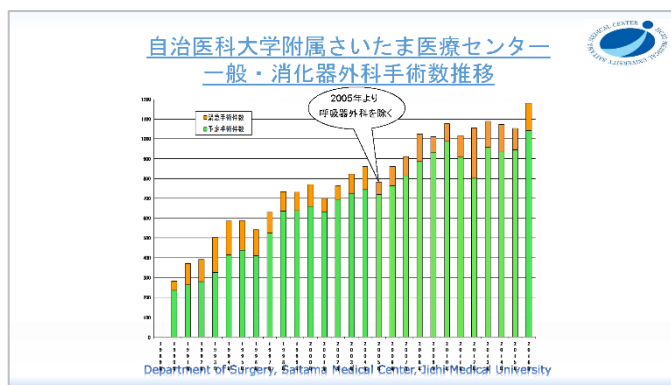
**自治医科大学さいたま医療センター 一般・消化器外科の紹介**

我々のところを紹介させていただきます。これが私の病院なんですけれども、大宮駅から直線2キロぐらいですかね。以前は周りは田んぼだけだったのですけれども、今は住宅地が広がるのどかな環境です。診療標榜科が20科で病床数が628床、それから、医師が研修医を含んで333人います。初期研修医

は一学年 28 人で、2 年間で 56 人。初期研修医のうち女性は 41% でした。院内保育所のあおぞらというのがありますし、病児保育所のひまわりというのがあります。ただ実数、実態をいろいろ調査しますと、人数は正確には把握していないのですけれども、あおぞらはあまりにも空きがなく、看護師さんも利用したい、女医さんも利用したいということですが、院内保育所を断られて、埼玉県は非常に保育所が少ないというので有名な場所ですので、かなり皆さん苦勞しているようです。

一昨年、ようやく新外来棟ができて、全体図はこんなふうになっています。新外来棟にはミュージアムも造って、3 階にはオンコロジーセンター 30 床を開床しました。私はがん診療部長をやっていますので、これはオンコロジーセンターでスタッフと一緒に撮った写真ですけれども、これに費用をかけ過ぎて、うちの病院は赤字に転落してしまって、いろいろ新しいこととか、予算をつけてくれということになかなかしてもらえなくて、非常に今苦勞しているところです。

我々の科は先ほど申し上げましたように、在籍者 39 名中女性が 10 名で 26%、あと、大学院生を 6 名抱えていて、9 人今派遣で出しています。ですので、実働は 20 人あまりが今大学内で外科の仕事をしています。病床数は 75 床で、手術件数が年間 1,100 から 1,200 件、緊急手術が 200 件以上、210 ぐらいやっていますので、実はかなり忙しい外科だと思っています。これが全体の手術数の推移です。



当科の女性医師を並べてみました。平成 12 年卒、既婚で夫が医者じゃない、子供が 2 人いるというのから始まって 10 人います。平成 21 年卒、22 年卒という彼女たちは、我々のところに初期研修で来てくれて、その後大学院に行って、外科に入ってくれたんですけども、実は平成 23 年度以降の入局者、要は 21 年卒以降、2 年間の初期研修が終わって、僕のところに入ってきた入局者というのは女性だけなんです。逆に男性が一人も初期研修上がりに入ってくれなくて、男性で入ってくれるのは関東の三井記念だとか、駒込だとか、虎の門だとか、そういうところでシニアを数年やった後に、専門的なことをやりたいと入ってきてくれる外科医はいるのですが、初期研修医を勧誘して、何とか外科に来いと誘っても、すごくやる気のある外科希望者は大体心臓外科に行ってしまう。一般消化器外科希望だと言っていた男性のほとんどが、呼吸器外科か泌尿器外科に逃げてしまいます。ということで、そこそこの外科をやりたい、外科っぽいことで考えて入ってくれるのはなぜか連続して女性だけだったというのがまず現実なのですね。

平成 24 年、26 年、26 年、28 年卒という子たちが入ってくれているのですけれども、このあたりは一生懸命誘っても、ワークライフバランスというのを主張して、僕が外科の良さをいくら言っても、いや、それはわかっています、先生、外科がすてきだというのはもちろんわかっているのですけれども、外科に行ったらワークライフバランスは無理じゃないですかとか、あと、私は結婚したいので、子供を産みたいので。それでもできるのではないのかと言って誘ったりしたのですけれども、インターンはやる、でも、外科医はやりませんと言われて、すごい無力感に襲われたこともあります。ただ、幸いそういう人たちが最終的に外科を選んでくれたので、あの勧誘も無駄ではなかったかと思ったりもしていますけれども。

今日はこの3人、メインはこのBさんという人の話をします。

まず、Aさんというのは平成12年卒で独身時代は出身大学で学位、彼女は実は東北大学の僕の部下だったんです。2年間アメリカのハーバードに留学して、すごく優秀な子だったんですけれども、留学中に日本人のミュージシャンと結婚して、子連れで帰ってきて、その後しばらく行方不明になっていたんですが、実は僕が埼玉に行ったときにある病院で働いているのを発見しました。何をやっているのだと聞いたら、大腸の内視鏡の技術認定を目指してやっていると言うから、だったら僕のところでやれよと言って勧誘したんです。ただ3年間一生懸命やったんですけれども、最終的には論文の数だったか、ビデオの質だったかわかりませんが、結局取得できなくて、そのうち2人目の子供との時間を大切にしたいということで、一昨年の春から時短勤務になりました。うちの時短勤務というのは2.5日で、外勤も1日行けます。1日いてもらう日には、手術に朝から晩まで助手で入ってもらって、それから、外来と化学療法を半日やってもらうということをしていました。

それから、Dさんは、内視鏡外科の技術認定を胃で取りたい。僕のところではまだ胃で取った人がいなかったの、がんセンター東病院へ2年間国内留学をさせてくれと言ってさせたんですけれども、その間に妊娠して、でも、おなか大きい状態で毎日手術に入って、去年の春、出産と同時に技術認定医に合格したという通知が来たという状況です。ただ臨床をやりながら子育ては無理だということなので、僕のところの大学院に入りたいということで大学院に入れて、本来うちは1年間、病棟勤務を義務にしているんですけれども、子育てしながらそれは無理だろうということで、病棟勤務は免除にしました。ですので、今は研究をしながら子育てをしているという状況です。

このBさん、きょうの主演なんですけれども、夫は単身赴任で外科医なのです。この女性がうちに赴任していた9年間、一度も一緒には住んでいなくて別居していました。第1子出産後、第2子出産までの5年間に消化器外科の専門医と内視鏡外科の技術認定医を取りました。消化器外科の専門医というのは、症例数450の手術をやらなければならない、総会、大会に出なければならない、論文も筆頭で3本書かなければならない、学会発表も3件しなければいけない。7-8割が受かりますけれども、結構大変なボリュームをこなさないとイケない。

内視鏡外科の技術認定医というのは、低難度で50例、高難度で20例、あとセミナー等々なのですが、合格率が2割から3割しかなくて、非常に狭き門なのです。ですから、今若い先生で内視鏡外科を志している先生は、みんなこれを取りたくて頑張っているというのが現状です。

B医師が以前に学会の女性医師のパネル等に呼ばれたときに発表したスライドをそのまま借りてきました。女性の方はおわかりでしょうけれども、子供はもちろんいろいろ手がかかる。子供にとっても、親と一緒に遊ぶ時間も重要だし、父親じゃなくて母親を求めることもあるし、休日や夜間に預け先がないから、こういうのに行けない。また、遠方の学会は現地に保育所を設けてもらわないと無理だと、それで、これらを両立しようとすると、もちろん勤務制限が生じる、労働時間の制限や緊急対応ができない、病棟

専門医取得のためには

	消化器外科学会	内視鏡外科技術認定医
症例数	450例	低難度手術 50例 もしくは高難度手術20例
学会など	総会・大会それぞれ に1回	セミナーの受講(5年以内) 総会の参加や縫合結紮講習会 などの参加
業績	筆頭者として3編、 学会発表3件	論文2編、学会発表3つ (共著も可)
試験	筆記100題、 口頭試験	手術ビデオ、縫合結紮ビデオ
合格率	7-8割	2-3割

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

業務がなくて、外来勤務もなくて当直のない病院に勤務しようかなとどうしても思ってしまう。でも、そうすると専門医の取得ができなくなってしまいうということ、彼女から何度も相談を受けたんです。はっきり言うと、自己主張が強くて、うちの医局では教授室のドアをアポなしで突然ノックして入ってくるのは彼女だけなんです。男性は絶対そういうことはしませんけれども、トントントン、先生と来るような人なので

ますカンファレンスは当然参加できませんので、カンファレンスは出なくていい、原則は保育園の迎えがあるので18時でいい、当直、夜間の呼び出しももちろん免除する、だけど、彼女は術者をやらせてくれと言ってくるんです。ここがほかの医局医からの一番不評を買う部分で、こういうことで働いてもらうのは全然構わないけれども、手術をやりたい若い人たちがたくさんいるのに、朝も来ない、夜も来ない、当直もしない、術後管理もしない、だけど、術者だけやらせろというのは余りにも虫がいいだろうという反論、反感がすごく大きいわけですよ。でも、専門医を取るためという目標もあるわけだから、やらせましょうと僕は判断というか、決断をしてやらせることにしました。彼女の論文では、当科ではこういうことができると書いてありますけれども。

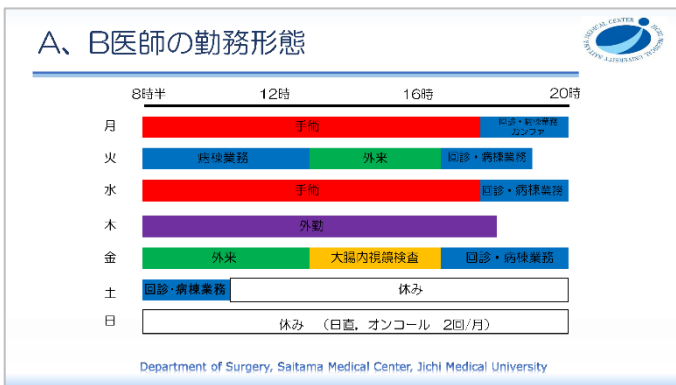
勤務形態としては、本来週3日間の手術日があるんですけども、外来とか外勤もありますので、彼女は月曜と水曜に手術に入って、火曜は外来、金曜も午前外来、あと木曜は外勤、土曜日、朝来られるときは来て回診するように。ただし、休み、休み。日直・オンコール2回というのはかなり後半の話ですね。最初はこれも全部免除していました。この間に術者をやりたいというか、やらせたということです。

その結果、産後2年で消化器外科の専門医を取って、頑張り屋さんなので、その後、内視鏡外科技術認定医取得を目指すということで、何があれはできるのだと思ったら、子連れで参加できるようなラボ、トレーニングだとか、あと、遠くまで行かなくても取れるような例えば内視鏡外科学会の何回か認定のものを主催してあげると certificate をもらえる。そういう講習会に何回以上参加するという義務があるものですから、遠くへ行けないんだったら院内でやってやるよと言って、いろんな大学のいろんな先生を呼んで、自分たちの施設の中でメーカーのバックアップをもらって、内視鏡外科学会の certificate をもらって、それに参加すれば講習会に参加したということになるようなものを年に3、4回やるようにしました。あとは、彼女たちがグループ内でこういう手術の定型化などをして、ビデオがきれいに撮れるように決まり事をやってという、専門的なことがあるのですけれども、そういうこともやりました。それから、自分では病棟で時間が空いたときなど、外勤先でビデオを一生懸命見たり、シミュレーターを使ったり、また、イメージトレーニングは手術でとても大事ですので、子供を寝かしつけているときでも、歯

### 子供がいると

- 子供は一人では何もできず、世話に時間がかかる。食事、排泄、入浴、着替え、寝かしつけなど
- 子供にとっては親と一緒に遊ぶ時間も重要。
- 子供は父親ではなく、母親を求めることがある。
- 休日や夜間には預け先がなく、勉強会・研究会に自由にいけない。
- 遠方の学会に行くためには、現地に保育所が必要。

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University





を磨いているときでもとにかくイメージトレーニングをしたと本人は言っています。

出産後2カ月でフルタイム復帰して、腹腔鏡手術の修練を開始して、ここで消化器外科専門医を取って、このころはまだ1人の子育てで比較的余裕があったので、彼女に病棟医長をやれと言って、1年間病棟医長もやらせました。妊娠して、認定を取って、第2子を出産して現在に至るところですね。

医局員の協力のおかげ、私だけでなく子供も育ててもらっていると言っていますが、僕が主催した学会研究会とか懇親会とかがあると必ず子供を連れてきて、みんなで面倒を見ているという雰囲気は確かにありました。

彼女の問題点は、カンファレンスを免除しているのに、カンファレンスに出られないと勉強にならないですよとか、いろいろと言うんです。でも、そこは自分でフォローしてもらわなければならないですし、あとはもちろん、ほかの医師の緊急手術、病棟業務、当直の負担は増えます。こういう形態の人がこの時点で2人いたのですけれども、3人、4人と増えていくとやはり仕事量としては厳しいかなというところがありました。ですから、彼女ももっと外科医がふえて、労働環境が確保できれば、こういうシフト制や、男性も育児休暇を取得しやすい環境になるんじゃないでしょうかという発表をしていました。

### 解決策

子供をもち労働制限のある外科医と  
通常勤務の外科医との勤務不均衡が問題

**外科医がふえれば  
労働環境が確保できれば  
(病児保育, 保育園や当直室の充実など)**

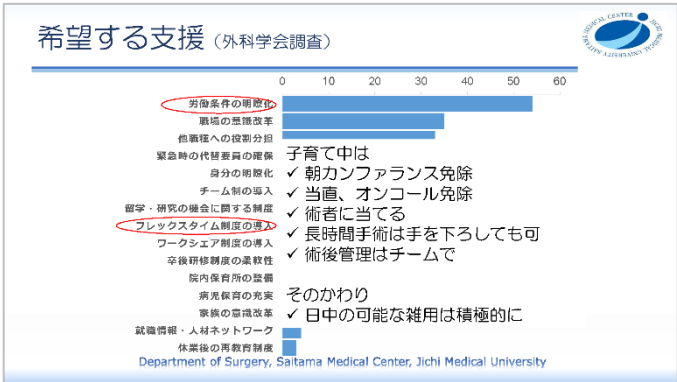
- 日常業務や当直の負担が軽減,
- シフト制などで勤務時間を区切る,
- 男性も育児休暇などを取得しやすい環境に,

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University

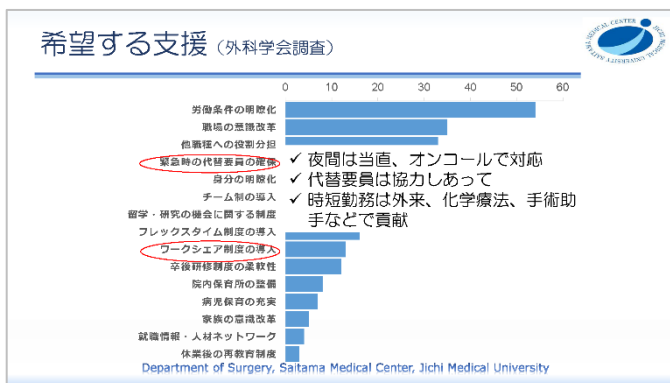
**自治医科大学さいたま医療センター 一般・消化器外科の取り組み**

希望する支援を外科学会が調査したものがあ、労働条件の明瞭化というのを50数%の人が希望しています。では、改めて僕らが何をやってきたかということ、まず主治医制ではなくチーム制の導入をし、上部は1チームにしました。上部、下部2チーム、肝胆膵、乳腺1チームにして、長時間手術は交代制にしたいということにしました。もちろん手術はなるべく定型化、主治医制にするとどうしても自分で診たくて、土日も来ざるを得なくなってしまうので、例えば6、7人いる大きなチームをつくれば2人ぐらい出れば問題ありませんので、土日は必ず交代で休めということにしました。回診もみんなで回診するんじゃなくて、手術が終わってなければ何人か手のあいている者だけで例えば夕回診をするとか、朝の回診も誰か代表が2、3人でやって、その間に手術の準備をするとか、そういうふうに分担しなさいというふうになりました。いろんなところでももちろんやっていると思いますけれども。

また、労働条件の明瞭化というのは、要は子育て中はこういうのはみんな免除、ただし術者には当ててあげる、長い手術は手をおろしてもいいですよ、術後管理はチームでほかの人がしますよ、そのかわり、日中の科の雑用はとにかく積極的にやるように、他からの不満が少しでも減



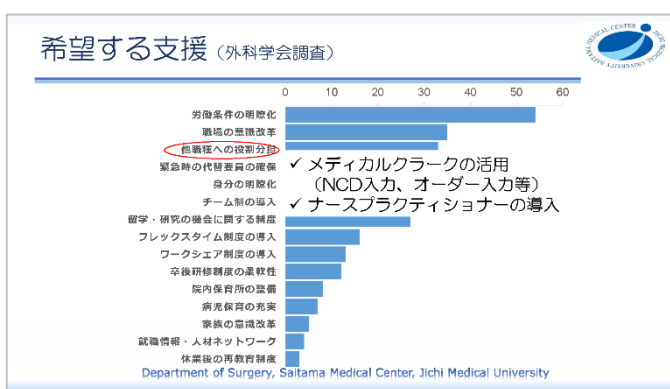
るようにということですね。あとは、緊急時の代替要員確保やワークシェア、これは非常に難しいんですけども、夜間は基本的には主治医やチームも呼ばずに当直とオンコールだけで対応している。ただ夜間の緊急手術も多くあるので、そういうときはまた別の人が呼ばれることもあります。あとは時短勤務の方々は、外来とか化学療法とか手術助手、1にはならないかもしれないけれども、0.4か0.3かもしれないけれども、ゼロよりははるかにましですので、仕事量が限られている中で0.3の女性の方が3人でも4人でも働いてくれば、外来も回るし、もしかして手術のメンバーも回せるというふうになりますから、時短をとりたいたいというならどうぞどうぞ、ただし働ける分は働いてねというふうに皆さんには言っています。



職場の意識改革ということでは、チーム医療、子育て中の女性医師というのはこういうふうな働き方をするのだ、それから、ワークシェアはもしかしたら男性医師の負担増に多少はなるかもしれないけれども、こういうことを職場でこれが当然なのだというようなことを上の人間が普通に、毎日のように言うということですね。特に若い女性医師の説得ですね。女性の敵は女性と昔から言われていますけれども、あんな人になぜ手術をさせるのですか、あんな働き方をなぜ教授は認めるんですかと文句を言うてくるのはみんな若い女性です。ですから、説得としては、若い独身の先生、既婚だけれども子供がいない先生には、あなたも多分そういう時代がくる可能性が高いでしょう、いやいや、私は結婚しませんという人ももちろんいるんですけども、可能性が高いでしょうということで、出産、子育てが終わった人はもう少し上になったときに若い世代のバックアップをするというような、支えてもらった人が支えられるというサイクルがうまくできてくるまでもう少し待つてよというふうに説得しています。

子育て中の本人に、常に周りに助けられている自覚をもう少し表現したらよい、自分では一生懸命ありがたいと言っているつもりらしいけれども、君のその態度がよくないんじゃないということが多々ある、ということをやったら、毎日親、職場、保育所にすみませんと言っているのに、これ以上謝るんですかと逆ギレされて、謝れと言っているわけじゃないけれども、もう少し優しく感謝を表現したらどうと言ったりしたこともありました。

他職種への役割分担というのは、うちはメディカルクラークを少しずつ増やしていかっていることと、ナース・プラクティショナーも自治医大として育てており、ようやく実際に働く人が2人ぐらい出てきたかなと思います。

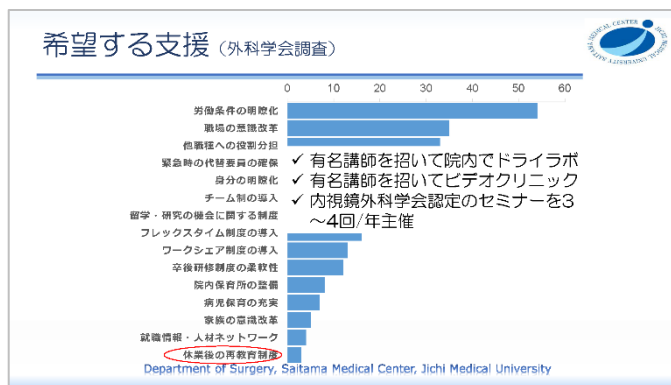


それから、大事なのはやはり家族の意識改革だと思うんです。僕は2人ぐらいの女医さんの夫に直接電話して説得したことがあります。もっと早く帰ってきて子供の面倒を見るようになど。また、夫の上司にも、君が早く帰さないから、うちばかりだぞという電話も何人かにしたことがあります。これはよく言われるんですけども、妻の同僚が協力して夫の出世を助けるというんですよね。こ

れだけはやはり絶対に許しちゃダメなので、夫も同じぐらい頑張つてよと言っています。後でちょっとおもしろいスライドも出しますけれども。

これから結婚する女性医師、夫婦ともが医師の場合、男性もですけれども、とにかくともに家事、子育てを行うという契約をお互いに交わしなさいと、結婚前にね。また、夫の出世を目指すのか、女性が目指すのか、両方とも目指すのか、そういうことも結婚のときにきちんと話し合いなさいと言っています。ハラスメントと言われたりもするんですけれども。ダブルインカムなのだから、ベビーシッターなんかの出費は絶対惜しむなとも言います。それから、少なくとも先ほどの話で、妻や妻の同僚だけが負担を負うことにならないように、とにかく当初から夫に強く意識づけをさせましょうということのうち女医さんたちには言っています。

最後は、休業後の再教育制度というのは、先ほどお見せしたような内視鏡外科の認定を取れるようなセミナーを年に3、4回自分たちで主宰してやっています。



でも、やはり難しいのは、十人十色で目指すものが全くそれぞれ違うんですね。僕が代表世話人になっている平成次世代外科医療研究会というのがあり、全国で外科医が140人ぐらい参加していると思います。年に1回研究会をやっていて、去年10月に仙台で内藤教授が主催して、そのときの「テーマが女性外科医のキャリア形成」これが非常に聞いていておもしろくて、そのときにおもしろかったスライドを2人分お借りしてきましたので、ご紹介したいと思います。

これは東北大学の植松先生がつくられた経済新聞に載ったスライドですけれども、僕はこのときまで知りませんでした。よく言われている用語でマミートラックというのだそうです。仕事と子育ての両立はできるけれども、なかなか昇進とか責任ある仕事が行えなくて意欲を失う場合もある、ですから、このマミートラックをぐるぐる回っている間はかなりcomfortableで気持ちよく両立できているのだけれども、なかなか上に行けない、あるいは行くときにははすごくハードルが高い。ですから、こういうところを一生懸命支援してあげて、それを受けてきた人がまた次に与えるというサイクルを回してやるというのも非常にありだし、それから、あえてマミートラックに乗る、ここをぐるぐる回るという選択も離職するよりはるかにいいので、こういうのももちろんありで、いろんな働き方が大事じゃないかということでした。

ダイバーシティというのはもちろん女性支援・活用というだけではなくて、多様性ということですから、それぞれの人生に必要な働き方を目指して、広く人材を活用することで生産性を高めるというのを目標にすべきで、こういうふうに、もちろん女性・独身・フルタイム、男性・独身・フルタイムというのがありますけれども、男性だって介護しなきゃならないとか出てくるかもしれないし、育児で時短勤務という人もい

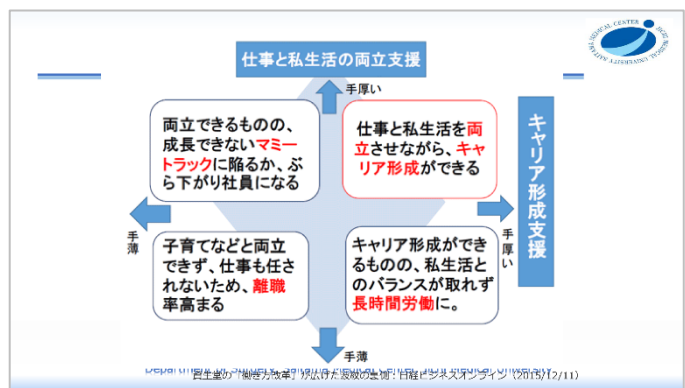


るかもしれない。こういうことができるような社会が、やはり多様性を持った社会ということじゃないかということです。

とにかく必要なことは、まず目標を設定すること、本人がですよ。自分は専門医を取りたいのか、取りたくないのか、人生観も含めてですね、環境を把握すること。自分が働いている環境を把握して、それから、もう一つは自分の希望を必ず表わすこと。先ほどのB医師はとにかく全ての希望を僕に伝えてきていたので、こちらが対応せざるを得なかったというところはあったので、自分の希望を表わす、相手の意見を聞く、お互いに話し合うということをやりながら、最良の妥協点というもの、これを模索するしかないんじゃないかと思います。

もう一つ、これは独身女医さん、もしかしたら不愉快になる方もいるかもしれないんですけども、男が言うとだめなので、あえて彼女のスライドをお借りしましたけれども、登場人物は私・独身・女医さん、それと、先輩の女医さん、看護師さん、子育て中の女医さんというのが出てきます。外科病棟の忘年会、今年は温泉宿で泊まりでやりましょうとなり、当直は誰がする、じゃんけんで決めましょう、いつもはなかなか飲み会に参加できないけど、参加人数が多いほうがいいと思うので忘年会に参加しますと子育て中の女医さんが言いました。何で忘年会に参加できるの、当直できないんだよね、何で忘年会では泊まれるの、じゃあ、私のかわりに当直やってよ、ちゃんとじゃんけんやってよという思いになるそうです、女医さん、独身の方。どうして当直できないんですか、月に1回と決まっていれば、その日ぐらい旦那さんに見てもらうことはできないんですか。うちの旦那、そういうのできないから。保育園のお迎えがあるって、残れないっていうけど、ご両親とかに迎えに行ってもらったりできないんですか。他科の女医さんでベビーシッターを雇っている人もいますみたいだよ。両親に頼るのは両親に悪いじゃん、ベビーシッターだと子どもがかわいそうだし。旦那がそういうのできないとか知らないよ、自分が選んだ旦那でしょう、旦那教育次第でしょ、両親に頼るのは嫌だ？だからって、同僚に頼るのは平気なわけ？子供がかわいそうとか言ってるけど、結局は自分が嫌なだけだよ、というようなストーリーをいっぱい出してきておもしろかったですね、この方の発表。

これは資生堂の働き方改革というのをもってきているみたいなのですが、結局仕事と私生活の両立支援が手厚い、それから、キャリア形成支援が手厚い。両方が薄くなるとどうしても仕事も任されなくて、離職率が高まってくる。これが両方手厚くなってくると、仕事と私生活を両立しながらキャリア形成ができる。ですから、この方向を組織としては目指して、皆さんを育てていってあげなきゃいけないということのようです。



例えばですけども、部下の女医さん、30歳・既婚・子供2人。「先生、私は子供が2人います。日当直、オンコールできません。預けている保育園は6時までで間に合うように帰らせていただきます。あと、金曜日は保育園が3時までなので早目に上がります」と言われたらどうしますかと言われたけれども、これ、いいよと言わざるを得ませんよね、上司としては。ただ、独身の女医さん、「先生、私、今週金曜日は大事な大事な合コンがあるので長い手術に入れません。あと、遅刻しちゃうと困るので救急

当番も外してください。オンコールもできないし、病棟からの呼び出しも出られません。私も早く彼氏つくらなくちゃ結婚できなくなっちゃうのでしょくないですか」と言われたら、いいよと果たして言える上司の先生が何人いらっしゃるでしょうか。これは具体的な話じゃないですよ。けれども、そういうところを、君、独身だからバリバリ働けよと言っちゃうと、やはり私生活のほうのバックアップは手薄になってしまうし、こっちもこっちで、いいよ、いいよと言っているとなかなかキャリアの形成のほうにいけないということで、全員が全員同じものを目指しているんじゃないんだけど、意見を聞いてどういことをやりたいかというのを少しでもバックアップしてあげるといのが大事だなというふうに思っております。

## 最後に

まとめです。女性外科医を増やさないと外科医は増えない。外科医が増えないと、ワークシェア自体が破綻してしまいます。女性外科医のキャリアパス、多様な働き方を提示しないと後進の女性が外科を選択してくれない。ワークライフバランスはとにかく各自の考えを尊重して、要望を丁寧に聞いて、再教育を含めてできるところは全部積極的に対応して、とにかく医局員、特に若い独身女性の不公平感をなだめながら、組織としてこういうふうにはやっているんだという意識改革をしていくというのが大事だと思ってやってきました。

昨日、実は医局の歓送迎会で、先ほどから出てきた主人公のB医師はとうとう別居生活が耐えられないということで、この春から夫と一緒に筑波のほうで住むことになって、3年ぐらいして手が離れたら、先生、また戻ってきていいですかと言うから、そのときにもう一回聞いてと一応言いました。また別の女性、先ほど一生懸命誘った一番下の子なんですけれども、先生、やっぱり私、外科向きません、皮膚科に行きますと言って、この春から皮膚科に行くことになってしまったので、それも止められませんでしたから仕方ないですよ。代わりにもう一人新しく春に入る予定の子がいるので、ちょっと総数は減ってしまいますけれども、こんなことを一生懸命やっても辞める人は辞めちゃうし、なかなか引きとめられないんですけれども、結構いい雰囲気の医局にはしようと努力はしています。

余りお役に立たなかったかもしれませんが、ご清聴どうもありがとうございました。

### まとめ



- 女性外科医を増やさないと外科医は増えない
- 外科医が増えないとワークシェアは破綻する
- 女性外科医のキャリアパス、多様な働き方を提示しないと後進女性は外科を選択しない
- ワークライフバランスは各自の考えを尊重
- 各自の要望を丁寧に聞く
- 再教育を含め要望に組織として積極的に対応
- 不公平感をなだめながら組織として意識改革

Department of Surgery, Saitama Medical Center, Jichi Medical University