

AEGIS-Women イベントご報告（第77回日本消化器外科学会総会）

第77回日本消化器外科学会総会（ハイブリッド開催）にて、2022年7月22日に AEGIS-Women イベント「キャリアアップ10ミニッツセミナー PART15」を開催いたしました。本セミナーは AEGIS-Women 会員ページにて動画配信しております。



AEGIS-Women 会員専用コンテンツ 動画サイト

<https://www.aegis-women.jp/member/index.html>

「キャリアアップ10ミニッツセミナーPART15」



司会：市立砺波総合病院 外科
林 沙貴 先生

1. 「多角的視点からのキャリアアップの工夫」

神戸大学 食道胃腸外科 石田 苑子 先生

私は現在卒後10年目で、若いうちに結婚・妊娠・出産というライフイベントを迎え、胆管膵外科医の夫と共に遠方の両親を頼らず3人の子育てをしています。昨年は家族全員で1年間の米国留学を経験しました。夫が大学院生の間は、夫が家事育児の主導権を握ることにより、家事・育児のスキルを学びました。そのため、その後はいつでも安心して家のことを任せられ、気持ちよく協力体制を敷いています。1年だけ夫婦共に同じ市中病院で働いたことがあります。もともと主治医制の病院でしたが、私たちだけ変則的にチーム制を採らせてもらい、仕事と育児を両立させました。個別事情の対策でしたが、結果的に周囲の意識も変わり、職場の働き方改革が進んだと感じました。



これまでの経験から、女性外科医の壁と改善点を3つの視点から考察しました。

1つ目は修練です。若手に機会を均等に与え、そして就業時間内に効率よく研修を行えるようにしなければなりません。緊急手術については個々の状況を鑑み、無理なく進めることが肝要です。指導者が個々の専門医取得等に必要な症例数を把握し、適切に振り分ける必要があるでしょう。また、手術難易度や手術時間に応じて、場面を区切って予習・復習・フィードバックを短時間で密に行い技術向上を目指すことを提案します。自宅で手術ビデオを見たり、休日保育所や託児サービスを利用してセミナーなどに参加したりするのも良いでしょう。どのような修練でも、指導者とこまめにコミュニケーションをはかり、指導者と共に目標設定をすることが肝心ではないかと考えます。

2つ目は職場です。課題として、出産・育児や介護等に伴う時間的制約や緊急時対応の難しさ、フルタイム勤務偏重の風潮が挙げられます。制度の見直しが急務なのですが、若手から進言することは難しく、上司の主体的な介入が求められます。育児等の理由で夜間対応などができない間は、時間内にできる他の業務を積極的に負担することで補うのも選択肢の一つでしょう。神戸大学は、チーム制で当直やオンコールも当番制になっていますが、上記のように仕事の割り振りを工夫することで男女間の負担の均等化を図っています。また、家庭状況に沿った人事異動のために、年1回の医局員ヒアリングを実施しています。

3つ目に家庭です。女性外科医の実数自体が少なく、自分に近いロールモデルを探すことはまだ難しいのが現状です。各種女性医師の情報交換会に積極的に参加することで、多くの出会いが得られるでしょう。米国でも、ACS（American College of Surgeons）Women in Surgery Committee という学会主体の会があり、メンタリング制度やSNSも充実していました。わが国でもこうした取り組みが進むと、より女性外科医が働きやすくなると感じました。

女性外科医は、修練内容や職場の環境整備、家庭への安心が得られてこそ仕事に邁進できます。多くの女性が安心して仕事を続けられるよう、多角的なアプローチから支援していくことが重要だと考えます。

<質疑応答>

○坂本先生：市中病院で前例のない夫婦チーム制を採った際の、意識改革や環境改善への問題点を教えてください。

○石田先生：当時、大学病院はすでにチーム制を導入済みで、自分たちにもできる自信があ

ったので上司に直談判しました。しぶしぶ容認というかたちでしたが、結果的に周囲への意識改革につながったと思っています。

○坂本先生：もう1つ、医者は同科同士の結婚が多いと思いますが、他科医師との結婚の場合にはどのようなアドバイスがありますか。

○石田先生：男女を問わずどの科であっても、家庭の状況を配慮してもらえるような雰囲気づくりが大事だと思います。

2. 「男性も女性も働きやすい職場を目指して～男性育児休業取得の意義～」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 消化器外科学 坂本 真樹 先生



「育児・介護休業法」の改正により、性別にかかわらず仕事と家庭の両立が必要とされる世の中になってきていますが、消化器外科領域では進んでいるとは言い難いと思います。私は妻が第一子出産時に男性育児休業を取得した経験から、現状の課題や解決策、今後の展望について考察したので報告します。

男性の育児休業取得率は、全国的に上昇傾向で令和2年度は12.6%ですが、女性の81.6%とは依然大差があります。改正された「育児・介護休業法」は令和4年4月と10月に段階的に施行されていますが、子が1歳になるまでの育児休業を分割して2回取得できる「育児休業の分割取得」と、子どもが生まれてから8週間以内で4週間まで休業できる「産後パパ育休」がポイントになります。

育児休業を取得した当時、私は卒後9年目の消化器外科医、妻は卒後8年目の麻酔科医で、妻にとっては、専門医維持のためにも早期職場復帰が必要でした。私の育児休業期間は、子が保育園へ入園できるまでを考えていましたが、結果的に生後1カ月から3カ月までの2カ月間取得しました。具体的には、1カ月目で完全育休を取り、2カ月目は育児休業給付金支給範囲内（月に10日以内か80時間以内の勤務が可能）での取得、3カ月目で職場復帰し、自分に合ったワークライフバランスを考えました。育児休業取得により、自身の仕事への価値観は変化し、24時間365日患者に尽くすことがよい医療だという考えから、仕事も家庭も大事にしつつ、チーム制で患者によりよい医療を提供することが重要と考えるようになりました。家庭や社会への価値観も変わり、男性は仕事を女性は家庭を重視すべきと考えてい

ましたが、同じく親である男性も一緒に育児に携わらなければと実感しました。実際、ワンオペ育児は身体的にも精神的にも重労働で、保育園の利用やパートナーとの協力、職場の理解があることで何とか乗り越えられます。女性の就労復帰には男性の協力は必須で、男性の働き方の見直しにより双方の働きやすい環境がつかれると思います。

実際に育児休業を取得した際の課題と解決策を挙げます。私の場合は前例がなく、まずは意識改革と環境改善が必要でした。同僚へのしわ寄せが気掛かりでしたが、幸い同年代が多い職場でうまく調整可能でした。手術技能低下の懸念は、月10日の勤務や手術ビデオ活用で回避しました。キャリア形成への影響も杞憂となるようです。経済面では、育児休業給付金支給と社会保険料免除で通常の8割ほどとなり、さほど心配はありませんでした。

今後の展望について考えてみます。現状の意識・環境改善にはダイバーシティ・インクルージョンの浸透、女性の就労支援、男性の働き方改革が必須ですが、男性の育児休業取得がそれらの潤滑油になり得ると考えます。私は男性も女性も働きやすい環境整備の実現は可能だと思いますので、経験をもとにさらなる改善に取り組んでいきたいと考えています。

<質疑応答>

○参加者：中堅は、ある程度仕事の区切りや自信も身に付いて男性育児休業を取りやすい傾向にありますが、若手は消極的です。若い世代が男性育児休業を取得するにあたって、先生から先輩としてのアドバイスをお願いします。

○坂本先生：皆が取れば取るほどハードルも下がるので、若い方でも取得は非常にプラスだと思います。

○石田先生：ご自身の感想として、2カ月の育休期間は、育児や家庭のことを把握するのに十分だったか否か教えてください。

○坂本先生：もっと子どもの成長を見守りたい思いと、手術技能の低下などの不安、両方があって現状のかたちになっています。

3. 「胃外科にまつわるエトセトラ」

金沢大学医薬保健研究領域学系 消化管外科学／乳腺外科学

稲木 紀幸 先生



私は、女性医師や働き方改革などの意識がほとんどなかった1997年に医者になり、現在は管理者として時代に合わせた改革に取り組んでいるところです。学生の時、先輩の金平永二先生（現メディカルトピア草加病院院長）が、金沢大学で早期直腸癌に対する TEM（Transanal Endoscopic Microsurgery）を実践し、人工肛門を回避できることを目の当たりにして、外科、そして低侵襲手術が自分のライフワークではないかと目覚めました。入局後は先輩の導きを得てドイツに留学し、低侵襲手術や機器開発、教育に携わってることができました。

留学先のチュービンゲン大学での2年間、前述の TEM を開発したゲルハルト・ブエス（Gerhard Buess）教授の下、臨床現場とリサーチの両面から活動させてもらいました。2004年当時のドイツでの働き方においては、カンファレンスで外科部長が若手医師に有給休暇の消化を毎回強く勧めていましたし、妻帯者の家事分担も当たり前を受け止められていたのが印象的でした。

帰国以来、低侵襲外科を極めることを目的にさまざまな活動を行ってきました。胃癌におけるセンチネルリンパ節の多施設共同臨床試験、LECS（Laparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery）などの胃の温存手術などに携わってきました。進行胃癌に対する腹腔鏡下手術と開腹手術の安全性と根治性に関するランダム化比較試験（JLSSG0901）にも参画し、多数の登録させていただきました。今年1月ようやく長期成績が出て腹腔鏡下手術の非劣性が証明され、今後ガイドラインが変わることが予想されます。

ドイツ時代にブエス教授が手動式多関節鉗子など多数の手術機器を開発していたことに影響を受け、現在、医工連携による手術機器開発にも力を入れています。例えばコブラ型強弯電気メスや KARL STORZ 社の「INAKI 式把持鉗子」がその例です。

またドイツで外科トレーニング・教育理念を学び、帰国後に所属した金沢大学地域医療学講座で、医療過疎地の診療支援・手術支援を行いつつ、所属施設の研修医や若手への教育をはじめ国内外への外科指導・教育を実践してまいりました。

現職に着任後は組織づくりを担うことになりました。赴任する前後に金沢大学は外科を再

編し、附属病院は臓器別に6診療科、講座は4つに分かれていましたが、外科全体で一致団結して、門戸を1つに若い外科医を集め、その中で各専門をきちんと育てていこうと考えています。昨年の専攻医13人中女性が半分弱ほどで、女性医師の登用、活用を期待しているところです。

ロボット支援下手術が普及し、教育も大きく変遷しています。一方で、ロボットに携わらない病院での勤務がまだまだ多いことは知っておく必要があり、過渡期にあるロボット手術と並行して、通常の開腹や腹腔鏡手術も教育していかなければいけないと思います。

私は以前からスコープホルダーロボットに携わってきました。自動制御はまだ万全ではないですが、人員やストレスの軽減には役立つでしょう。外科医が少ない地域病院での活用も期待できます。遠隔支援やロボットの発展加えて、AI 等も今後外科の発展のために欠かせない1つの鍵だと思います。

講座の就任時に、教室の信条として3つ挙げました。「多様性を尊重し、助け合う。伝統に敬意を表し、革新を目指す。地域に根差し、世界に発信する。」医局員全員が同じ気持ちで課題に取り組んでほしい、また自分もそうありたいと思っています。

<質疑応答>

○参加者：夫婦で外科医の場合は女性側が育児を担う前提で医局は支援しているので、女性のキャリア阻害や夫婦間のバランスを崩していることに気付かない管理者が多いと思います。今後は支援の在り方を見直す必要を感じますが、管理者として先生のお考えをお聞かせください。

○稲木先生：まさに私自身が考えていかななくてはいけないところです。トップダウンの判断が不可欠なので、きちんと伝えられるマネジャーにならなければと思っています。

編集：林沙貴、松永理絵、大越香江