

事例紹介 episode 01

当たり前に育児休暇が取得できる職場を目指して（医師の立場から）

さいたま赤十字病院 高度救命救急センター/集中治療部におけるダイバーシティ

田口茂正

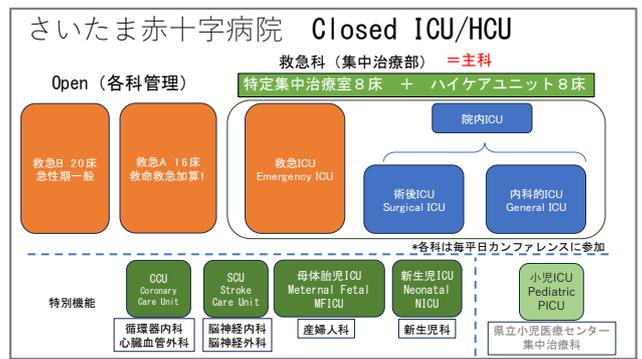
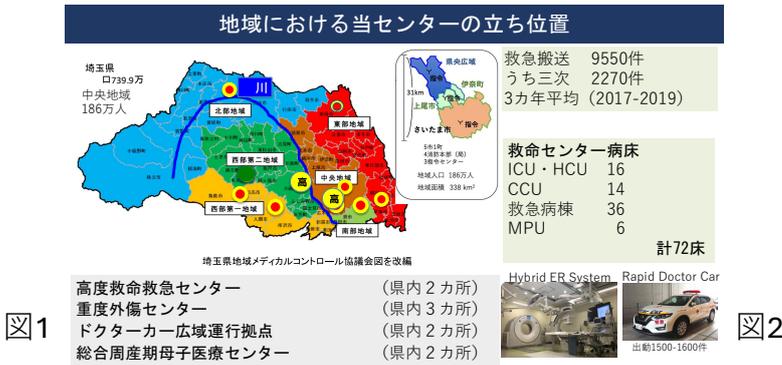
日本集中治療医学会ダイバーシティ委員会委員
さいたま赤十字病院 高度救命救急センター長
集中治療部長 第一救急部長



※本episodeは第51回集中治療医学会学術集会パネルディスカッション10で報告した内容の抜粋です

施設背景

当院集中治療部は救急科によるclosed ICUです。管理職に就いて10年間かけて勤務体制を整備した成果の一つとして、男性医師が積極的に育児休暇を取得できる状況があります。管理運営の工夫を共有します。クリティカルケア領域におけるダイバーシティ確保に向き合う中で、①人員確保と労務管理、②24時間重症患者管理による高ストレス環境、③治療の連続性・一貫性の担保、④他部門との連携、⑤手厚い教育体制の構築（on/off the jobともに）という5つのハードルを実感しました。当院は埼玉県の東側の広域を担当する様々な役割を担っており、救命救急センター関連病床72床のうち、ICU・HCU合計16床と救命救急病棟36床を救急科（集中治療部+救急部）が管理しています（図1・2）。



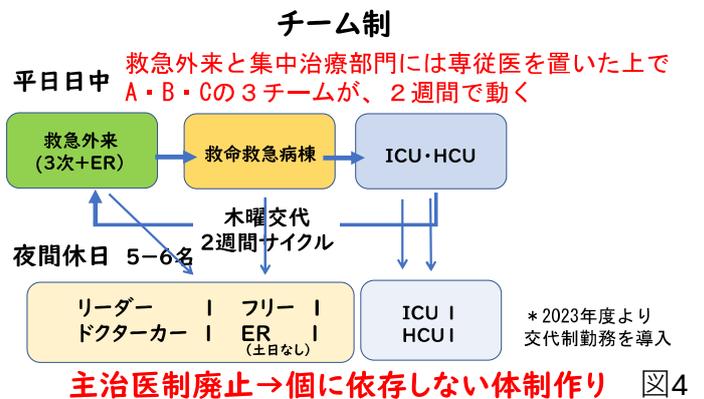
チーム編成の工夫

救急科には様々な背景を持つ35名の専従医がおり、集中治療、救命病棟、救急外来にそれぞれ専従する管理職を配置した上で、バランスを重視した3チームを編成し（図3）、2週間交代でチームがローテーションします（図4）。集中治療室を含め、救急科で50-60名の患者様の受け持ちをしています。Closed管理ですが、このようなチーム編成を行うことで、2017年に主治医制を完全に廃止することができました。

バランス重視の3チーム+αを編成

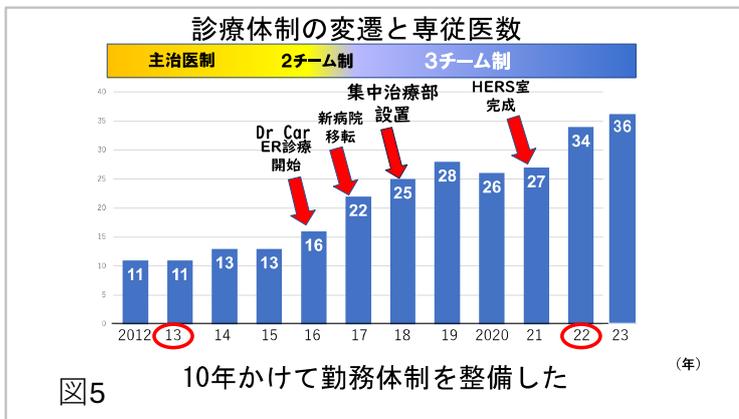
Aチーム			Bチーム			Cチーム		
卒後	職位	サブスペシャリティ	卒後	職位	サブスペシャリティ	卒後	職位	サブスペシャリティ
27	部長	病院前救護/ER	20	副部長	麻酔科	14	医長	外科
34	副部長	心臓血管外科/ER	17	副部長	心臓血管外科	22	副部長	外科/外傷
14	常勤医師	脳神経外科	12	常勤医師	外科/外傷	20	副部長	消化器外科/外傷
11	常勤医師	外科/外傷/感染症	11	常勤医師	外科/外傷	10	常勤医師	病院前救護
8	常勤医師	IVR	10	常勤医師	病院前救護/神経外傷	8	常勤医師	病院前救護
5	専攻医		5	専攻医		7	常勤医師	
5	連携専攻医		4	専攻医		5	専攻医	
4	連携専攻医		4	連携専攻医		4	連携専攻医	
3	専攻医		3	専攻医		3	専攻医	
1	初期研修医		1	初期研修医		1	初期研修医	

集中治療部門専属			救急外来部門専属		
22	部長	クリティカルケア全般	13	医長	外科
17	副部長	麻酔/感染症	5	専攻医	(2024.4より産休)
11	常勤医師	IVR/病院前救護			
8	常勤医師	外科			



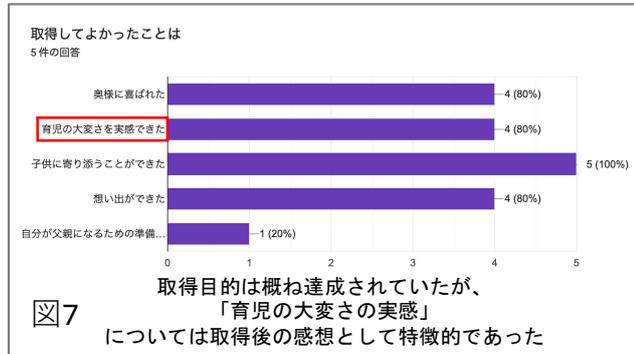
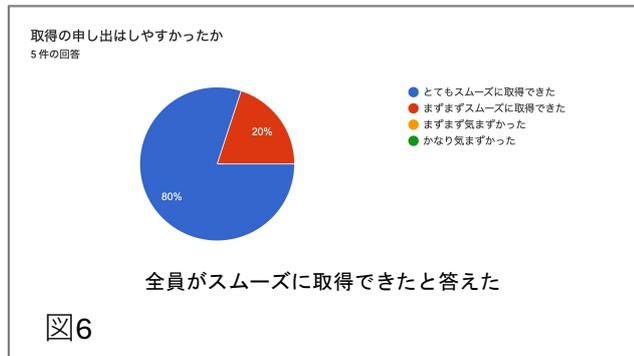
継続性のあるチームを実現する道のり

第一のハードルである①人員確保のためには、1.10-20年後の長期ビジョンを持つこと、2.管理者がダイバーシティとチームマネジメントを学び試行錯誤すること、3.クリティカルケアに関するコンテンツを揃え学びの多様性を担保すること、4.多様なスタッフの存在を認め、採用活動の際に宣言すること、5.心理的安全性が担保された支援的な職場を作ること、これらによって学ぶ意欲と帰属心が醸成され、スタッフが集まり、定着する職場を形成することに繋がると考え、実践してきました。実際に私が管理職（当初は副部長）に就任してからの10年間のスタッフ数の変遷を図5に示します。



男性医師育休取得状況

日本赤十字社育児休業規定に準拠して育児休業を選択できることとしています。2022年6月からの1年間で男性医師5名が育児休暇を取得しました。取得時の卒後年数は11年、9年、7年、6年、4年です。全員が4週間の取得でしたが、特に取得期間には制限を設けてはおりません。2024年度にかけて新たに2名の男性医師が育児休暇を取得しますが、そのうち1名は3ヶ月間の予定です。出産直後よりも、出産後1ヶ月後からの取得者が60%で多く、第1子から第3子での取得までタイミングは様々でした。上記5名に対するアンケートから、取得しやすい環境があったことが推測されました(図6)。取得後の感想で「育児の大変さを実感した」という回答は当初目的にはみられなかった言葉でした。また、男性スタッフ本人に対してだけでなく、パートナーからの職場に対しての評価も高まる結果となり、就業継続意欲に繋がるのではないかと考えています(図7)。全員が「次に子どもが生まれる場合も育休取得を考慮する」「後輩や同僚にも取得を勧めたい」とし、次世代が育休取得をする際は自身の経験から支援的環境を作ってくれることが期待されます。



支援的な組織をどう作るのか(管理者としての実践)

継続的な組織作りで述べた「心理的安全性」のためには、①リーダーとの良好な関係性、②裁量が大きく明確な仕事、③支援的な組織風土の3点が強く影響するとされています。

①リーダー(管理者)との良好な関係のために、私は以下の点に心がけています。「皆の前で指摘しない」「夜勤明けに指摘しない」「本人が失敗を認識している時には指摘しない」「年末・休前日・長期休暇前に難しい話をしない(良い話であっても)」「業務量>>人員配置(キャパシティオーバー)にさせない」「難題に必要以上に寄り添わせない(いつか必ず答えは出る)」という姿勢「皆で支えることをチーム内で宣言し共通認識とする」などです。私も感情のある人間ですから難しいことも多いですが、失敗を繰り返しながら、これらの行動がある程度できるようになりました。また、管理者だけの理解では十分ではなく、スタッフに支援的行動を浸透させることは大変です。そのためにも管理者は常にこのような理念を言葉にすることが大切だと考えています。③支援的な組織風土の醸成のためには、特に様々な取り組みをしています(図8、9)。

③支援的な組織風土の醸成のための取り組み

<チーム医療の推進>

- 主治医制を廃止する
- 個への依存度を下げる
- 他職種に周知し協力を得る

2022年07月20日(水) 11時21分27秒・ブログ

救急医 はじめての育業

© 10



<重症患者のケアにおける心理的安全性を担保する>

- 治療の連続性のための情報共有を密に行う(朝:全体+オンライン、夕:チーム)
- チームを超えた相談ができる体制の維持

<育児に関する情報共有>

- 育休取得報告会 / センターの公式ブログでの発信
- 管理職が率先して育児を行い、育児に関する相談会を開く

図8

具体的な勤務調整の工夫

- 出産予定日の一定期間前から調整する
 - 代わりの効かない役から外れる(特にドクターカー)
 - 夜勤から外れる
- パートナーの妊娠の状況がある程度把握し、予定の変化に対応できるようにする(第1子or第2子以降でシフト組みを変える)
- パートナーの仕事復帰状況を配慮したシフト組みを行う

図9

子育てもチームで

2024年3月段階で、当センターの医師スタッフには総計27人の子供がいます。部下の子供も自分の子供、とまで言い切るのは少し大げさですが、そのくらいの気持ちを持って、スタッフが子育てやライフイベントに向かっているように意識しています。それぞれのスタッフが「どんな子育てをしているのか」「どんな人生を選択したいのか」を可能な限り理解し、向き合うことが大事な点ではないかと考えています。私自身も中学生と小学生の子育て中であり、子育ての先輩として、保育園や幼稚園の情報、学校や塾の情報、おすすめの小児科の情報や、休日のパパ業のアドバイスなどできるだけコミュニケーションを図るようにしています。

メッセージ～管理者として実践すべきこととは

今回の寄稿では、当センターの光の部分のお話を中心でしたが、まだまだ改善しなければならない点もたくさんあります。大事なことは、現状に満足せず、常に何か変化できないか、スタッフから話を聞いてヒントを集めることと考えています。この時、ダイバーシティ・インクルージョンを達成するためには、管理者としてモニタリングを継続するサイクルを回し続けることが大切と考えています（図10）

もちろん、集中治療の質を高め、患者様を少しでも健康にするのが私たちの本分ですが、プロフェッショナルとしてのクリティカルケアを選択した医師団が、充実した人生を送りながら、この本分に本気で向き合っていくための組織作りに、これからも取り組んでいきたいと考えています。

管理者が実践すべきサイクル

- 働き方に無理がない
- ↓
- 心理的安全性を高め、発言や行動を引き出す
- ↓
- ダイバーシティを許容できる支援的な組織を目指す
- ↓
- 持続的な発展につなげる ← モニタリングを継続する
- ↓
- 診療の質と帰属心が高まり、スタッフが集まり定着する

図10