



写真3 大キレット 長谷川ピークからの眺望



写真1 陸上自衛隊初級幹部課程での訓練

## 山と小銃と産婦人科と 私のワーク、ライフと山のバランス

### 元陸上自衛官の産婦人科医、時々、登山家

長崎大学産婦人科・勤務医委員会委員 長谷川 ゆり

#### 【はじめに】

「先生の特異な経歴とワークライフバランスをふまえ、産婦人科女性医師（勤務医）の有様を記事にしてほしい」と依頼を受けたのは今年1月のことでした。確かに経歴に関してはかなり変わっていて、それは面白いかもしれませんが、本当のことをどこまで書いて良いやら、正直悩みました。ワークライフバランスが叫ばれてそれなりの年月が経ちましたが、私自身独身で、本当にバランスが取れているのか自分でもよく分かりません。こんな経歴もあるんだなあ、くらいに軽く読んでいただけたら幸いです。

#### 1. ワーク①：卒後10年目まで

私は平成13年、防衛医科大学校という防衛庁（現・防衛省）管轄の大学校を卒業しました。防衛医大は医師たる幹部自衛官を養成する学校で、普通の授業にも自衛隊に関する講

義があり、訓練もあります。卒業の年の1月頃に陸、海、空のどこに所属するかの希望調査があり、私は陸上自衛隊を選択しました。卒業と同時に陸曹長に任命され、同じ時期に他大学の卒業生が心置きなく遊ぶ中、久留米にある陸上自衛隊

#### 目次

- 元陸上自衛官の産婦人科医、時々、登山家…………… 1～3
- 海外留学のすすめ：アメリカ留学記…………… 4～5
- 海外で働く：アフリカ産科（産婦人科）事情；  
開発途上国における青年海外協力隊、医療協力体験 …… 6～7
- 産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関する  
アンケート調査報告…………… 8～10
- 女性医師活躍のためのメッセージ  
「チャンスは今、前に進もう！ 後から続く後輩のためにも」… 11～12
- 編集後記…………… 12

幹部候補生学校へ入学しました。6週間の過酷な日々を乗り越え、なんとか医師国家試験に合格し、5月末に幹部候補生学校を卒業し、2等陸尉を拝命しました。その後は研修医となり、おそらく一般的な研修医と同じような研修を防衛医大および関連病院で行いました。

卒後3、4年目は全国の勤務地へ異動が義務づけられています。私は福岡にある第4後方支援連隊衛生隊へ医官として赴任しました。そこではもちろん医師としての仕事がありますが、それに加え陸上自衛官としての仕事があります。他部隊が行う訓練の救護が主な仕事ですが、自隊（自分が所属する衛生隊）の訓練時にはほかの隊員と一緒に背囊（自衛隊リュック）を背負い、30から40kmの行軍（ひたすら歩く訓練で、夜通し歩く「夜間行軍」のことが多い）を行うこともあります。役割分担があるとはいえ、基本的には医官でも情状酌量はありません。同じ物を持ち、同じ訓練をします。天幕（自衛隊のテント）を立て、救護所を開設し、土嚢を作り、担架で患者搬送もしました。定期訓練や救護支援に加え、2005年3月には福岡県で西方沖地震が発生し、災害派遣も経験しました。この期間、産婦人科医としては自衛隊福岡病院と通修（臨床経験を積むために自衛隊以外での研修が許されています）先の福岡徳洲会病院で外来や手術をさせていただきました。

一方、防衛医大在学中はもちろんですが、卒業後も様々な自衛隊に関する教育を受けます。この迷彩服を着た写真1（1頁参照）は恐らく、Basic Officers Course（BOC：初級幹部課程）の訓練中に撮られたものと思います。インパクト的にはこれが良いかなと選びました。本来は衛生隊の幹部は小銃を持たないですし、穴に入って警戒をすることはほぼないのでありますが……。いかがでしょうか。

卒後5、6年目は防衛医科大学校病院で忙しくも充実した産婦人科研修を行いました。この頃から周産期領域での学会発表が増え、それが今まで続いています。7年目には自衛隊中央病院に赴任し、8年目の途中から大学へ戻り防衛医科大学校研究科に入学しました。



写真2 奥穂高岳山頂

## 2. ライフ：山のこと

陸上自衛官だからというわけではないのですが、卒後3年目に初めて行った屋久島で登山にはまりました。ほぼ独学で少しずつ経験を重ね、登山を始めてから13年が経ちました。夏は主に北アルプスへ単独で行っています（写真2、3：1頁参照）が、一昨年からは冬山（こちらはガイドさんと一緒に）も始めました（写真4）。ここに私の「ライフ」が詰まっています。毎年、行く前には「ちゃんと生きて帰ってきてください」と医局員から心配されます。それでも難しいルートやより困難な頂を目指す理由は自分でもよく分からなくて、山に取り憑かれていますとしか言い様がありません。

ちなみに、「そこに山があるからだ」という言葉を皆さんも耳にしたことがあると思いますが、これは誤訳と考えられています。元々この言葉は私が愛してやまないイギリスの登山家、ジョージ・ハーバート・リー・マロリーが言ったとされる（諸説あります）“Because, it's there.” から来ています。1923年にマロリーがニューヨークタイムズの取材を受けた時、マロリーは記者の“Why did you want to climb Mount Everest?”の問いに対して“Because it's there.”と答えました。マロリーは「そこに〈一般的な〉山があるからだ」と答えたわけではありません。マロリーは「なぜあなたはエベレストに登るのですか？」と問われ、誰も頂点へ至ったことのない世界最高峰である、征服すべき“エベレスト”が「そこにあるからだ」と言ったのです。ですから「どうして山に登るの？」と私もよく聞かれるのですが、趣味で山をやっている人間が「そこに山があるから」なんて言うのは、ちょっと違うのです。

## 3. ワーク②：卒後10年目から今まで

こんな写真ばかりでしたら、本業は何？と思われそうな



写真4 八ヶ岳 赤岳山頂

ので、卒後 10 年目から今までのキャリアについてもお伝えします。せっかくなので、ワークの履歴とライフ (山) の履歴を並べてみました (表 1)。

研究科在籍中の卒後 10 年目に研究の分野でご縁があり、国内留学を経て、2011 年に防衛省を退職し、長崎大学産婦人科へ入局しました。ご覧の通り、ワークの専門は周産期が中心ですが、長崎大学の特徴で専門は持つけれど全分野をやる、という方針の下、今は悪性腫瘍手術や腹腔鏡も勉強中です。大学病院ですので学生の講義、実習の指導や後輩の指導なども行っています。また、2013 年から 2 年間、医局長を経験し、医局の運営や医局員の生活についても初めて真剣に考えるようになりました。どの施設でも同じような状況と思えますが、長崎大学産婦人科では女性医局員が 6 割を超え、その半分以上が子持ちです。その一方で独身医師や結婚はしているけれど子どものいない医師もいます。表面化しにくいですが、介護が必要な肉親がいる医局員もいます。子どものいる、いない、結婚している、していないということが同じでもすべての人が違う環境を持っています。本当のことは本人にしか分かりません。医局長になった時、私は自分が好きなように働ける立場にあるからこそ、他人のことは「分からない」という前提でやっていこうと心に決めました。もちろん相談には乗りますが、その人の背景をすべて理解できる訳ではありません。「分からない」からこそ相手を思いやり、私のこともたぶん分からないだろうからそれなりに思いやってほしい。そういうスタンスでやってみました。うまくいったのかどうか、医局員一人一人の感想は違うかもしれませんが、大きなトラブルなく医局長を終えることができ、教授を始め、医局員みんなに感謝しています。

医局長時代から続けていることは医局のブログと Facebook です。学会の仕事で他大学の先生と話す機会が

あるのですが、「ブログ、見ています」とか「楽しそうな医局ですね」と言われると、俄然やる気が出てきます。どこまで効果があるかは分かりませんが、学生や研修医の先生への広報活動としてこれからも続けていこうと思います。皆さんも是非のぞいてみてください。

長崎大学産婦人科のブログ [http://blog.livedoor.jp/nagasaki\\_ob\\_gy/](http://blog.livedoor.jp/nagasaki_ob_gy/)

### 【おわりに】

正直なところ、生活の中心は仕事です。ただ、仕事だけが生きがいかというと、そんなことはない！と自分としては思っています。やはり、休みは必要です。それだけに、ライフ=登山はかけがえのない時間です。いつか本物の登山家になることを夢見ながら(?)・・・、最後に医局旅行の写真(写真 5)で締めくくりたいと思います。趣味と実益を兼ねた年に 1 回の登山隊長の仕事です。



写真 5 由布岳での医局旅行集合写真

表 1 ワークとライフ (山)

年	ワーク	ライフ (山)
2001 ~ 2003	防衛医科大学校 研修医	
2003 ~ 2005	第 4 後方支援連隊衛生隊および 自衛隊福岡病院産婦人科医官	屋久島 宮之浦岳、永田岳
2005 ~ 2007	防衛医科大学校 産婦人科専門医	
2007 ~ 2008	自衛隊中央病院産婦人科医官	
2008 ~ 2011	防衛医科大学校 研究科 周産期・新生児医学会 (母体胎児部門) 専門医	槍ヶ岳
2010 ~ 2011	長崎大学産婦人科 国内留学	
2011	防衛省退職 長崎大学産婦人科 助教	蝶ヶ岳
2012	臨床遺伝専門医	奥穂高岳、北穂高岳 (写真 2)
2013 ~ 2015	長崎大学産婦人科 医局長	北穂高岳、大キレット (写真 3)
2015	日本産科婦人科学会 幹事	
2016	医学博士 超音波専門医 日本産婦人科医会 勤務医委員会委員 長崎大学病院診療情報室長 長崎大学産婦人科 講師	剣岳 八ヶ岳 赤岳 (冬期) (写真 4)
2017		八ヶ岳 阿弥陀岳 (冬期)

# 海外留学のすすめ：アメリカ留学記



新潟大学 吉原 弘祐

2012年1月から2014年6月までアメリカ テキサス州 ヒューストンにある University of Texas MD Anderson Cancer Center (Department of Bioinformatics and Computational Biology) に留学していましたが、今回「海外留学のすすめ」ということで留学経験を紹介する機会を頂戴いたしましたので、留学を考えている若手の先生に向けて、「留学前」「留学中～後」に分けてご紹介いたします。

## 【留学前】

留学を考えている若手の先生には、「留学」は漠然としており、留学のために何を準備すればよいのかわかりにくいと思いますので、まず自分の留学までの経験をご紹介します。

2006年に新潟大学大学院に入学後、新潟大学産婦人科教授 田中憲一先生（当時）より、「網羅的遺伝子発現を用いた卵巣癌の病態解明」というテーマを頂戴いたしました。当時周産期に興味があったので、複雑な思いがありましたが、まずは与えられたテーマをしっかりと仕上げようと思い、厳しい指導の下、研究を継続しました（気づくと婦人科腫瘍が生涯の研究対象になっていました）。

具体的には、遺伝子発現プロファイルに基づいた卵巣癌の分子生物学的特徴付けや予後予測モデルの開発などを進めておりましたが、網羅的な解析には症例数が非常に重要で、自施設の症例だけでは限界がありました。そのため、少しずつ共同研究施設を増やしながら、成果を論文にまとめていきました（Cancer Sci 2009； PLoS ONE 2010）。大学院を卒業する頃には、国内 22 施設との共同研究により高異型度漿液性卵巣癌 300 症例のマイクロアレイデータ解析を行えるようになりました。大規模なデータで、興味深い結果がでていましたので、一流誌に投稿いたしました。ことごとく reject されてしまいました。Reject の大きな理由として、2011年6月に The Cancer Genome Atlas (TCGA) が高異型度漿液性卵巣癌の大規模なゲノム解析結果を Nature 誌に報告したことがありました。我々も新しい解析データを追加することで、2011年12月 Clinical Cancer Research 誌に accept してもらえましたが、この時に感じたのが、TCGA との圧倒的な力の差です。TCGA はアメリカの国家プロジェクトであり、予算も研究者の数もすべて桁違いでし

たし、解析手法にも差がありました。例えば、我々は既存の方法でデータ解析を行うのに対し、TCGA では必要に応じて自分たちでプログラムを作ってデータ解析していました。この頃に、Bioinformatics の重要性を痛感し、Bioinformatics を取得すべく留学できたらと考えるようになりました。

ちょうど同時期に Nature の求人サイトである Nature Jobs で、MD Anderson Cancer Center, Bioinformatics and Computational Biology 部門の Dr. Verhaak が新しくラボを立ち上げるためにポスドクを公募しているのを見つけました。MD Anderson Cancer Center は TCGA を構成する主要機関の一つであり、Dr. Verhaak は前述の TCGA 卵巣癌の論文の著者の一人でしたので留学先には最適でした。ただし、公募の条件は、「原則 Bioinformatics 分野で学位をもっていること」でしたが、最後の方に「Bioinformatics に興味があって、やる気のある人は歓迎」という記載があり、自分はこちらに該当すると前向きに捉え、だめもとで Dr. Verhaak に履歴書を送りました。すると運良く書類審査を通過し、Skype で面接することになりました。プログラミングは素人であるが、M.D. + Ph.D. (Molecular Biology) であること、Bioinformatics の必要性を感じていること、研究に対するやる気は人一倍があることなどを強調した結果、最終選考のために MD Anderson Cancer Center に招待してもらいました。最終選考は、Department 全体の前でプレゼンテーションや 10 人以上の教授との面接など、1 日中びっしり予定が組まれており、ヘトヘトになりました。帰国後しばらくしてから、Dr. Verhaak より「1 年分の給料なら用意できるけど来る？」という内容のメールをもらい、頑張れば 2 年目も給料がもらえるかもと前向きに考え、MD Anderson Cancer Center への留学を決意しました。

自分の体験を振り返ってみると、留学前の準備として大事なものは、自分を磨くことだと思います。他の人より少しでも秀でたものがあると、自信につながります。留学は、いろいろなことが初めてで、不安になることも多いのですが、自信を持っているものがあると心の拠り所になり、楽しい留学生活が送れると思います。研究留学するのであれば、研究業績を積み重ねることが重要ですが、Ph.D. が主であるラボに行



ラボメンバー（一番右が著者、右から4番目が Dr. Verhaak）



ラボのみんなで NBA 観戦



NASA

けば、医学に関する知識や経験はラボで一番になり、医学的視点からコメントを求められることもありますので、日常診療で研鑽を積んでおくことも留学中に役に立ちます。

### 【留学中～後】

次に自分の留学中の体験をもとに留学のメリット・デメリットを考えてみたいと思います。

留学先のヒューストンは、アメリカ第4の都市で、MD Anderson Cancer Centerのある Texas Medical Center 地区は全体的に治安も良く、市内に日系スーパーや韓国系スーパーがあり、生活に困ることはありませんでした。TexMex と呼ばれるメキシコ風アメリカ料理（メキシコ人に言わせるとメキシコ料理でない）も美味です。

ボスの Dr. Verhaak は BROAD Institute でのポストドクを終えて、MD Anderson Cancer Center にラボを構えたばかりで、私を含めてポストドク4名、学生1名、生物統計家1名でスタートしました。Dr. Verhaak はオランダ人で、あとは中国人、韓国人、プエルトリコ人、インド人と多国籍なラボでしたが、お互いの文化を尊重しており、ラボメンバー同士とても仲が良く、ホームパーティーをしたり飲みに行ったり、NBA を見に行ったりと楽しい時間を過ごすことができました。

またヒューストンは、メディカルセンターだけでなく、オイルカンパニーも複数あり、様々な職種の日本人が多く住んでいるため、いろいろな交流がありました（留学しなければできないような出会いも）。留学先の Bioinformatics and Computational Biology 部門には日本人が自分一人だったので、運良く、同時期に留学されていた5名以上の産婦人科の先生とお会いすることができ、家族ぐるみで BBQ 等アメリカならではの交流をすることもできました。このような人との繋がりができたのは、人生において非常に大きな財産になっております。

研究に関しては、留学中は臨床から離れ、研究のみに専念できることが大きいと思います。特に Bioinformatics の解析はすべてコンピューター上で行われるため、家にいても仕事ができるため、家族との時間を大切にしながら、仕事ができる点もプラスでした。Dr. Verhaak は自分より2歳年上で PI としては若くアグレッシブでした。彼の研究のスピードについていくために必死になって研究していたので、TCGA network team や TCGA Pan-Cancer study group に参加でき、留学中に複数の論文を仕上げることができました。

逆に留学して最も苦労したのが、英語とプログラミングで

す。英語については、明らかに準備不足で、留学すれば英語は話せるようになると思い込んでいたのが大間違いでした。またプログラミングに関しては、留学前にある程度プログラムが書けるようにしてから留学すべきでした。というのも、Bioinformatics 部門にプログラミングができない人など皆無ですし、ポストドクとして留学していますので、基本的に誰も教えてくれません（結局日本からプログラミングのための本を取り寄せました）。やはり、ある程度得意分野を持って留学することをお勧めします。

あと苦労したのが、髪を切ることです。アメリカの理髪店に行くともう面白い髪型になるようで、留学してすぐの頃はバリカンで、途中から妻に髪を切ってもらうようになりました。おかげで妻は美容師並みに髪を切るのが上手になりました。

自分の留学経験から、留学の最大のメリットは、臨床から距離を置くことで、時間を自由に使えることだと思います。時間の有効利用によって、新しい出会いに恵まれたり、普段行かないようなマニアックなアメリカの都市や国立公園を旅行して刺激を受けたり、研究も集中して行えたりするなど、充実した留学生生活を満喫することができます。一方、デメリットとしては、留学したからといって、英語が話せるようになるわけではないですし、論文を仕上げるのが保証されているわけではないことです（1～2年の留学で論文まで仕上げるのは至難の業です）。また、留学期間は臨床を離れるわけなので、医師としての給与はなくなり、家計への影響は大きく、さらに臨床医としてキャリアに空白期間ができてしまうので、サブスペシャリティ取得という点からはプラスにならないかもしれません。

### 【最後に】

私自身は、留学することで素晴らしい経験ができました。帰国直前は、臨床に戻れるのか少し不安でしたが、帰国後新潟大学に戻り、スムーズに臨床復帰できております。現在は大学院生と一緒に研究を進めると同時に臨床でもサブスペシャリティの取得を目指して精進している毎日です。

いまのところ、留学したことを後悔している先生にお会いしたことはありませんので、やはり留学によって多くの先生が良い経験をされているのだと思います。留学を考えている先生は、周りに留学された先生がいれば是非留学の話聞いてみてください。きっと、楽しそうに留学の思い出話してくれたり、いろいろアドバイスをしてくれると思います。

最後に、留学にあたっては、医局をはじめ、たくさんの人のサポートがありましたので、この場を借りて心から感謝申し上げます。



TexMex

## 海外で働く：

# アフリカ産科 (産婦人科) 事情；開発途上国における青年海外協力隊、医療協力体験 -西アフリカ、セネガル共和国 タンバクンダ州立病院にて-

香川県予防医学協会・(元) 日本医科大学産婦人科 露木 佳子



日本 (先進国) 医療とは 180 度かけ離れた、びっくりの開発途上国臨床の体験をご紹介します。ただし、振り返る事 27 年、1990 年 (平成 2 年) の体験ですのでご理解ください。ただ本年 1 月に私用でセネガル国、首都ダカールに訪問してきましたが、とりまく厳しい環境 (気候や砂漠化)、脆弱な社会インフラ、マラリア、エボラ出血熱、HIV エイズを含む感染症の悲しい医療統計、タムタムの太鼓のリズムで一晩中踊る明るく逞しい現地の方々はあまり変わっていませんでした。マリ共和国、トアレグ族の日本在住友人から聞きました「アフリカの水を飲んだものはアフリカに魅せられ戻ってくる」という言い伝えがあるそうです。

### ① 子宮外妊娠

赴任してすぐ、子宮外妊娠、卵管破裂、腹腔内出血の患者の緊急手術を行いました。執刀医はつたない片言仏語しかしゃべれず、日本から着任して 1 週間目の私です。現地セネガル人男性看護師 Dr. シッセ (アフリカなどの途上国僻地では、ほとんど医師がいないため、他の職種の人が医師の仕事をしています) がアシスト (第 1 助手) で下腹部正中切開にて手術を開始しました。血液吸引後、いきなりシッセ看護師が、卵管破裂部ではなく、子宮 (ATH) + 両側付属器切除 (BSO) しようとして大きなペアン鉗子で子宮腔部をはさむ暴挙にでました。広間膜、尿管および子宮動静脈も全部一緒に切りました。私はあわててストップをかけ、彼に解剖学的な説明をしながら卵管の破裂部のみの切除を教えたら「すごい!!」



外来スタッフ (左: Dr. シッセ看護師)

と感心かつ尊敬されました。卵管切除術は彼にとって長い臨床経験、手術歴でも初めてだったらいいです。幸い妊娠初期破裂しかも卵管膨大部破裂部からの出血はほぼ止まっており、輸血は間に合わなかったが患者は救命できました。私の医師としての技量 (解剖知識と産婦人科手術臨床技能に対する信頼) は一気に上昇し救命しえた喜びと「ラッキー!」と思った経験でした。

これに反して若い 2 年目セネガル人外科医師が翌日、虫垂炎 (腹膜炎併発) の手術しましたが、不幸にも 20 歳代男性患者はオペ室で虫垂を確認すらしてもらえず、術中死しました。その若い外科医師の経験不足と解剖学的基礎知識の欠落を強く感じました。外科執刀医の言い訳は「タンバクンダの町が首都に比べて砂漠熱帯気候で生活するには過酷すぎる! 自分の体調が悪く、オペ室が不潔過ぎた」。この事件後数日で、彼は保健省へ直訴し、気候のおだやかな首都ダカールへ逃げ帰りました。その言い訳と移動の事実は後日、フランス人の同僚、麻酔科医師から聞かされました。

### ② 前置胎盤

「先生! 大変です。前置胎盤の重症妊婦がいるからすぐ診てください」助産師からの報告に、私は「ここには超音波検査装置もないのに前置胎盤の診断が何故わかったのかしら?」と思いながら駆けつけました。分娩室には、妊婦の股間からは多量の出血とともに胎盤だけ先に娩出し、貧血のため褐色な意識不明の妊婦が下額呼吸して横たわっていました。驚きました!! 日本ではありえない信じられないケースです。救命しようとルート確保して、輸血を用意しましたが間に合わず、残念ながら勿論胎児は死産となったうえにその妊婦は失血死されました。彼女は病院から 1 日以上かかる僻地村から搬送されてきた 30 歳代後半の頻回妊娠 (6~8 回以上) の経産婦、さらに死産および自然流産も数回あったらしい方でした。ご遺体は日本のような火葬ではなく、イスラム教のため土葬しました。彼女の場合、ご主人たちが穴を掘って病院裏に母児とも埋葬しました。ご主人 (ボロボロ衣服のおじいさん) が悲しい涙目で



フランス人麻酔科医

私たちスタッフ（医師や助産師ら）にありがとうと言いながら自宅へトボトボ帰っていく姿は悲しい映画のワンシーンのようでした。手遅れで救えなかったショッキングで悲しい前置胎盤による死産および妊産婦死亡ケースでした。

後日聞いたところ、彼は妻のために全財産（借金もしていた）をはたいてしまったため、帰りの旅費をみんなで少額ずつ寄付してあげたための「ありがとう」だったらしいです。たとえ同じ人間でも命の価値は貧富の差、教育の差であまりにもちがう世界を実感させられました。

### ③ 帝王切開

セネガル国タンバクンダ州立病院にて1年6カ月の間に、緊急および準緊急帝王切開術を52件施行しました。手術スタッフはフランス人研修医数名、セネガル現地看護師および助産師と私です。生児を得られたのはたった11件、その他術後1日以内に母児同時に死亡に至った残念なケースが数件ありました。びっくりエピソードには、セネガル人看護師がフランスパンをかじりながら手術して、子宮切開層や腹腔内にパンくずが落ちたまま終了したにもかかわらず、その患者は術後1日に、自宅のある村へ若く元気に笑顔で退院帰宅していったことです。ちなみに術後に抗生剤も痛み止めも一切投薬していません。日本人なら絶対に無理だと、私は信じられず、セネガルの人々の生命力、回復力のすごさに驚愕しました。

### ④ 癒着胎盤

以前にも書いたエピソードですが、電気も水もない村で自宅分娩した出産後2日目の産褥婦が胎盤遺残したまま苦しんでいるとのことで村人に呼ばれて往診に行った時です。暗い室内でろうそくを頼りに、まず、干からびた臍帯を引いてみました。しかし胎盤は案の定排出せず、持参したゴム手袋を使用して子宮腔内の癒着部位を手で剥離して、悪臭伴う膿だらけの胎盤を排出させました。産褥婦は高熱と脱水でかなり

弱っていましたが私の顔を見てほっとした表情を見せました。横には生後2日目の健康な男の子がいました。父親はとても喜び、生きたニワトリを私にくれましたが「これはぜひ産褥婦に食べさせてください！」とお願いし辞退しました。私の名前聞かれ、命の恩人だから男の子に私の名前「ヨシコ」とつけると感謝してくれました。「日本では女の名前ですが・・・」と説明しましたが、セネガルには「シソコ」など男の名前もあり、ヨシコは変ではなかったらしい。25年前だからヨシコ氏は生

きていれば立派なセネガル青年になってくれているだろう。

産婦人科医師に現役周産期分娩を取り扱う医師が人材不足、24時間体制の過剰勤務（自宅待機を含む）、高齢化にあえぐ中、私も泣き笑いの途上国援助より自分の国、日本の若い女性や子供のために働きたいと帰国後は微力ながら地元香川にて周産期、婦人科医をほそぼそと続けています。皆さんの記憶に残るエピソードになっていただければ幸いです。



日本に研修に来たタンバクンダの医師

# 産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告

勤務医委員会委員 関口 敦子

勤務医部会が例年行っている「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査」の結果の概要について述べる。今年も、全国の分娩取扱い病院の産婦人科責任者に対する施設アンケート調査以外に、当該施設においてフリーランスとして勤務する非常勤医師に対して個別にアンケートを実施し、フリーとなった原因や常勤復帰時の問題点等を調査した。

## I. 分娩取扱い病院数と機能

### 分娩取扱い病院数減少、帝王切開率増加、母体搬送数増加

全国の分娩取扱い病院数は、2007 年の 1,281 施設から 17% 減少し 1,063 施設であった。そのうち 739 施設より回答があり、回答率は 69.5% で、回答施設数の分娩は年間 39 万件、常勤医師数は 4,862 人であった。病院数減少に伴い、施設当たりの分娩数と医師数は増加し、分娩と医師の集約化が進んだ。医師当たり分娩数は 2 割減少したが、8 年前より帝王切開率上昇は 2 割増加、施設当たり母体搬送数も 3 割増加し、分娩数減少のみを持って医師負担が軽減しているとは言えない (表 1)。

## II. 分娩取扱い病院の就労環境

### 当直回数は変化なく、在院時間は過労死認定基準超過が続く

1 カ月の当直回数は 5.7 回と横ばいで、他科との比較で 8 年連続トップである。推定在院時間は 299 時間 (当直を除く 1 週間の勤務 48.4 時間および 1 カ月の当直回数より計算) で、過労死認定基準 (1 日 9 時間 × 1 カ月 22 日勤務に、1 カ月の残業上限 80 時間を加えた 278 時間) を超過している (図 1)。産婦人科責任者の回答では、当直回数過多の施設は 4 割、当直の寝不足は 7 割弱であった (表 2、3)。

当直翌日の勤務緩和体制のある施設は 196 施設 (26.5%) だが、実際に勤務緩和の実施率が 100% と回答したのはわずか 20 施設 (緩和のある施設の 12.7%) である。つまり、

緩和体制があっても現実には実施できていない施設も多く、大多数の施設では睡眠不足の産科医が翌日夜まで勤務を継続する (図 2)。医療事故防止、医師の産科離脱抑制のためにも当直翌日の勤務緩和は必須である。

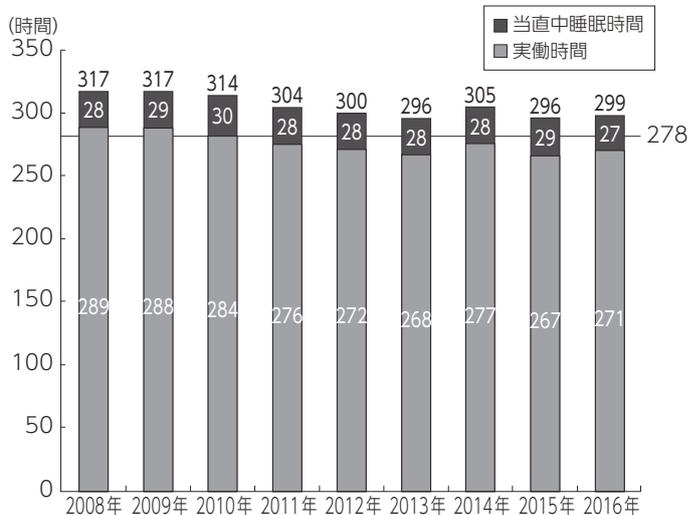


図 1 1 カ月の推定在院時間

表 2 当直回数の評価

	施設数 (%)	回答施設の当直回数
適正	292 (58.2)	4.7
多すぎる	207 (41.2)	7.2
少なすぎる	3 (0.6)	3.0
計	502 (100.0)	5.7

表 3 当直中の合計睡眠時間の評価

	施設数 (%)	回答施設の時間
十分	173 (33.5)	5.8
不十分	344 (66.5)	4.2
計	517 (100.0)	4.8

表 1 施設機能・医師数と就労環境

	2016 年	2014 年	2012 年	2010 年	2008 年
対象施設	1,063	1,097	1,112	1,142	1,177
有効回答 (%)	739 (69.5)	780 (71.1)	793 (71.3)	769 (67.3)	853 (72.5)
分娩数					
1 施設当たり	531.1	522.4	501.0	498.3	474.8
常勤医 1 名当たり	80.7	82.9	83.6	90.9	98.3
帝切率 (%)	25.9	25.1	23.6	22.5	21.9
母体搬送受入数 (／施設)	32.8	30.9	28.9	24.8	24.2
1 施設当たりの医師数					
常勤医師	6.6	6.3	6.0	5.5	4.9
非常勤医師	2.8	2.7	2.4	1.9	1.9
推定平均在院時間 (1 カ月) 当直	299	305	300	314	317
回数 (／月)	5.7	5.8	5.7	6.3	5.9
翌日勤務緩和 (%)	196 (26.5)	180 (23.1)	172 (21.7)	156 (20.3)	142 (16.7)

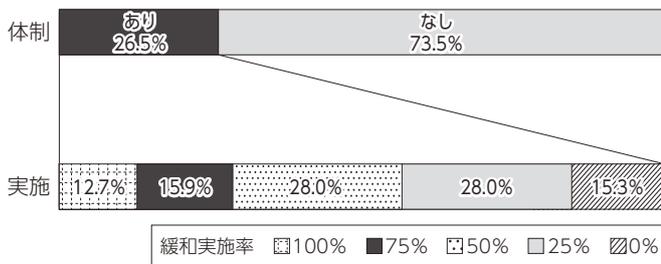


図2 当直医師の翌日勤務緩和体制

### Ⅲ. 女性医師の勤務状況

#### 医師男女比 6 : 4 へ、妊娠中・育児中女性は 5 割弱、育児中女性は 4 割以上当直せず

アンケート回答施設の男女比は、女性が増加して 7 : 3 から 6 : 4 へ変化した (表 4)。育児中の女性医師の勤務を尋ねた施設ごと調査では、当直なし 3 割、緩和つき当直が 2 割のみで、通常当直をさせる施設が 5 割も占めた。しかし、女性医師は施設による偏在があり、医師ごとの調査では、当直なし 4 割以上、緩和つき当直 3 割弱、通常当直を行うのは 2 割のみと少数であった。

当直免除の理由は、医局の方針より本人の希望の割合がわずかに上回った。育児中の女性医師側にも少しでも当直を担当する努力が求められるが、施設側による当直緩和体制の工夫も必須で、当直 all or none の発想は双方にとって好ましくない。なお、院内保育所の設置状況には著明に改善が認められ、2016 年には 70% に達した (表 5)。

### Ⅳ. フリー医師 (常勤先を持たない非常勤医師)

#### 女性のフリー医師の割合は男性の 2 倍

分娩取扱い病院に勤務する非常勤医師は多いが、多くは他に常勤勤務先を持っている。しかし、中には常勤先を持たな

いフリーランスの非常勤医師もいる。回答施設に勤務するフリー医師は 578 人 (男性 242 人、女性 336 人) で、男性 7.9% に対し女性は約 2 倍の 14.2% 存在した。

フリー医師は、男性では 30 代と 60 代以上に多く、理由は大学院 4 割、高齢 3 割であったが、女性では 30 ~ 40 代が大半で、理由は育児 4 割、大学院 2 割であった (図 3、4)。厳しい勤務条件の中で、家庭では育児をも担当する女性医師の生き方として、フリー医師としての勤務が現実的な選択肢の一つとなっていることが見て取れる。

#### 常勤復帰に重要な問題は拘束時間

大学院進学以外の理由による産科医師のフリーランス化は、医師としてのスキル向上やキャリアアップには良い条件と言えない側面もある。また、特にチームワークが重視されるような産科医療現場では、その力を生かし切れない可能性もあり、こうした観点からはフリー医師の常勤への復帰が望ましいと言える。男女のフリー医師 220 名に常勤復帰に際して重要な問題を尋ねたところ、明確化した問題は拘束時間・負担感であった。さらに、問題解決により復帰の意志があると答えた者が 57.0% であった (図 5)。

#### まとめ

分娩取扱い病院は、労働力の安定・就労環境の健全化にはまだ遠い。2008 年の調査開始時から数年間、常勤医師数は一時的に微増したものの、2013 年からは再び横ばいである。勤務緩和を必要とする妊娠・育児中の女性常勤医師の割合が大幅に増加しているが、保育所設置率は改善があるものの、女性医師の活用の工夫や支援体制も未だ十分でない。当直医師の確保が困難であるため当直医師の当直回数は変化なく、依然として常勤医師は過労死基準を超える勤務状況にある。

産婦人科医師数の充足、常勤医師として診療過程に責任を

表 4 医師数の分布

施設運営母体による分類	総数	常勤医師数	
		男性 (%) *	女性 (%) *
大学	1,675	981 (58.6)	694 (41.4)
国立	206	109 (52.9)	97 (47.1)
都道府県立	336	184 (54.8)	152 (45.2)
市町村立	648	385 (59.4)	263 (40.6)
厚生連	156	98 (62.8)	58 (37.2)
済生会	128	74 (57.8)	54 (42.2)
社保	38	20 (52.6)	18 (47.4)
日赤	346	180 (52.0)	166 (48.0)
私立	809	503 (62.2)	306 (37.8)
その他	520	291 (56.0)	229 (44.0)
周産期母子医療センターによる分類			
総合	1,376	744 (54.1)	632 (45.9)
地域	1,684	962 (57.1)	722 (42.9)
一般	1,802	1,119 (62.1)	683 (37.9)
全施設	4,862	2,825 (58.1)	2,037 (41.9)
2014 年 全施設	4,916	3,013 (61.3) **	1,903 (38.7) **
2012 年 全施設	4,751	2,939 (61.9)	1,812 (38.1)
2010 年 全施設	4,217	2,732 (64.8)	1,485 (35.2)
2008 年 全施設	4,121	2,862 (69.4)	1,259 (30.6)

\* 常勤医師総数における頻度

\*\* 日本産婦人科医会施設情報 (2014) より引用

持つ人材の確保は、安全な地域医療を維持する上で必須である。また大学等で教育・研究業務に従事する医師の育成は、産婦人科医療の将来に重要であることは言うまでもない。

当初は分娩管理に興味と熱意を持って産婦人科を専攻したにも関わらず、諸事情に勤務の過酷さが相まって、分娩取扱い業務から完全に離脱する医師もいる。一方、フリーの立場で分娩取扱い施設に非常勤医師として勤務する医師も相当数いるが、彼らは周産期の現場を支える重要な力である。

様々な背景・立場の医師たちの産婦人科離職をいかに食い

止め、分娩業務継続、常勤復帰を促進できるかが、産婦人科の診療体制の維持充実のためには重要である。その働きやすさが、次世代の医師の専攻をさらに増加させる力となる。本調査結果を鑑みて、そのためには、まず①当直緩和勤務体制の工夫と、②短時間正規雇用制度の活用を提言したい。産科医師として社会に貢献する志をもった医師たちが安心して勤務継続・復帰ができるように、行政、医療機関、医師会、学会、医会が連携して対応することが強く望まれる。

表5 女性医師の勤務状況と勤務支援体制

	2016年	2014年	2012年	2010年	2008年
対象施設	1,063	1,097	1,112	1,142	1,177
有効回答 (%)	739 (69.5)	780 (71.1)	793 (71.3)	769 (67.3)	853 (72.5)
集計された女性医師数 (%) *	2,037 (41.9)	1,903 (38.7)	1,812 (38.1)	1,485 (35.2)	1,259 (30.6)
妊娠・育児中の女性医師数 (%) **	912 (44.8)	996 (52.3)	934 (51.5)	424 (28.5)	413 (32.8)
院内保育所の設置状況					
設置施設数 (%) ***	520 (70.4)	517 (66.3)	494 (62.3)	426 (55.4)	399 (46.8)
病児保育 (%) ***	188 (25.4)	185 (23.7)	149 (18.8)	92 (12.0)	80 (9.4)
24時間保育 (%) **	185 (25.0)	179 (22.9)	151 (19.0)	135 (17.6)	111 (13.0)
利用者数	NA	NA	174	172	163
代替医師派遣制度 (%) ***	NA	NA	104 (13.1)	72 (9.4)	110 (12.9)
妊娠中の勤務緩和					
制度がある施設 (%) ***	360 (48.7)	362 (46.4)	384 (48.4)	359 (46.7)	388 (45.5)
緩和される週数	21.9	21.7	21.9	22.0	23.3
育児中の勤務緩和 #					
制度がある施設 (%) ***	364 (49.2)	325 (41.7)	338 (42.6)	338 (44.0)	346 (40.6)
緩和される期間 (月)	NA	NA	17.9	14.7	15.3
緩和がある医師数 (人) (%) ##	596 (71.4)	547 (64.9)	NA	NA	NA

\* 全医師数に対する頻度    \*\* 全女性医師数に対する頻度    \*\*\* 全施設に対する頻度

# 小学生以下の子供を育児中の女性医師に対する当直緩和・免除    ## 各女性医師の実態

NA : not applicable.

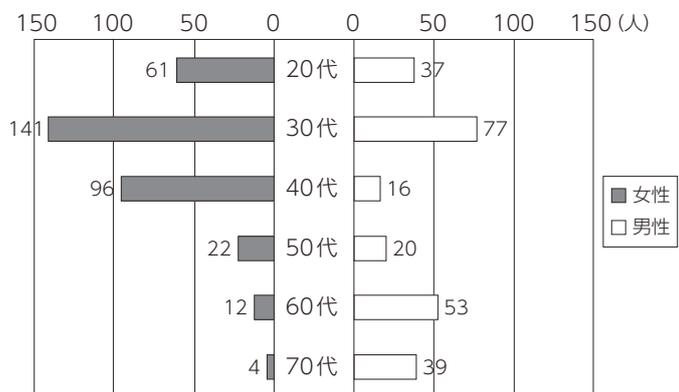


図3 フリー医師数と年齢層 (男女別)

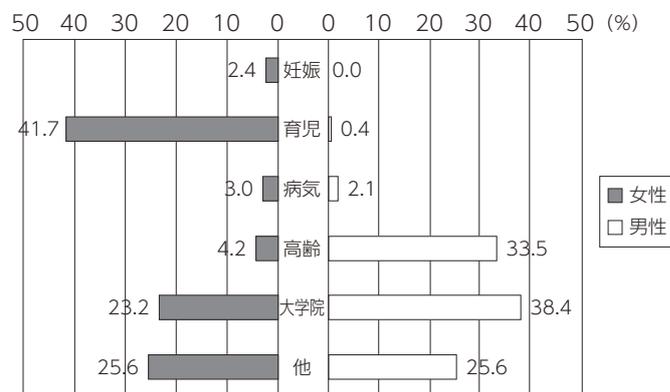


図4 常勤先を持たない理由 (男女別)

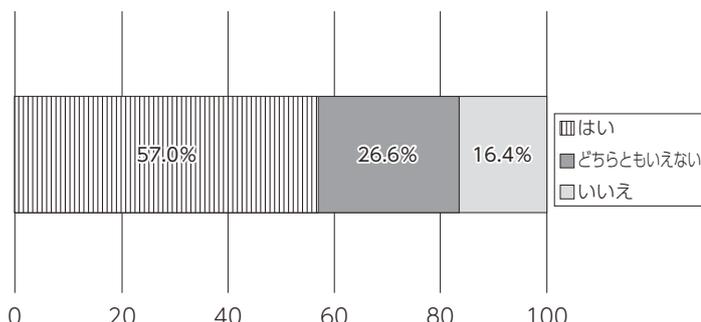


図5 問題が解決した場合の常勤復帰について

## 女性医師活躍のためのメッセージ 「チャンスは今、前に進もう！ 後から続く後輩のためにも」

母子愛育会総合母子保健センター愛育病院・日本産婦人科医会常務理事 安達 知子

皆さん、202030 という言葉はすでにご存じですよ？ 「内閣府の男女共同参画推進連携会議企画委員会」が提唱した言葉で、多様性に富んだ活力ある社会の実現のためには、社会における女性の参画が重要であり、「2020 年までに、あらゆる分野の指導的地位に女性が占める割合を 30% にしよう」という国の目標の事です。これに向けて 2003 年以降の「男女共同参画基本計画」にいろいろな分野における目標数値が明記されています。はじめからすべて 30% を掲げるわけではなく、段階的に数値目標値を増加させており、殆ど女性がいない上級役員、国家公務員指定職相当などは現在 3% 程度の実績であるため、5% の目標値が掲げられています。

さて、医師の分野はいかがでしょうか？ 医師国家試験合格者に占める女性の割合は平成 12 年より 30% を超え、現在女性医師は医師全体の 20.4% に増加しています（表 1）。この中で、産婦人科については、①他の診療科医師が毎年増加する中、医師数はかなり減少し、いまだ医師数は充足していない稀少診療科である、②もともと男性医師が圧倒的に多い診療科であったが、近年急激に女性の割合が増加し、20～30 代では 60～70% が女性医師となり、50 歳以下の 50% 以上が女性医師である、などの特徴が挙げられます。一方、2016 年 3 月時点の日本産科婦人科学会の理事（特任理事を含む）に占める女性の割合は 30 名中 2 名、6.7%、学会事業や指針に意見を述べる事ができる代議員は 369 名中 22 名、6.0% と学会運営に関与する女性医師は極めて少ない状況です。しかし、代議員に占める割合は 2% 未満という状況が 2010 年まで長年続いていたことを考えると、近年わずかではありますが増加傾向にあり（表 2）、今後の更なるアクションが期待されます。

女性医師は男性に比較して、妊娠、出産、子育てに代表される人生の種々のイベントがあり、キャリアが中断されやす

い事が明らかにされています。また、キャリアアップを意識するより、家庭、家族を優先したいと考える人が多いのも事実です。しかし、現在は、国も社会も、病院も学会も子育て中の女性が仕事を継続する重要性を認識してきており、キャリア継続のための環境整備を行いつつあります。さらに今は、少ないながらも身近にキャリアモデルとなる女性医師もみられはじめ、学会役員に参入している女性も見えてきています。これらの現状から、今こそが、学会運営に参画できるチャンスが大きく開かれている時期と考え、タイミングを逃さず、積極的に前に進んで欲しいのです。実際に狭い分野の専門性の高い学会、多種職の会員からなる学会、研究会などでは、学術集会長を務める女性医師の姿も見られています。

近年、周産期ではハイリスク妊娠が増加しているため、女性医師が活躍しなければ、日本の将来の安全な妊娠・出産はありえないと言っても過言でなく、臨床はもちろんのこと、学術的な活動を続けることは女性医師の責務と言ってよいと考えます。

学会運営に参加するチャンスをより広げるためには、まずは、病院内でも管理職に女性医師を登用すること、学会、医会などの委員会をはじめとする病院外での職務にも女性医師をより多く推薦、参画させることです。短期的には学会役員へ占める女性医師の数値目標を掲げて、学会自らが努力をすることが求められます。最も大切なことは、夫や上司、学会中枢部を含めた男性の意識改革と、女性医師自らの意欲と意識です。まずは、学会発表、論文作成を積極的に行い、シンポジストや病院外部の委員などへの要請に対しては、消極的な態度をとらないことです。自らのためばかりでなく、後へ続く後輩女性たちのためにも、果敢に学会運営に参加していく意識を持つことが肝要です。

昨年、富山で開催された第 52 回日本周産期・新生児医学会のワークショップ「女性医師も学会運営に参加しよう」で

表 1. 女性医師の割合国際比較

エストニア	73.8%	ニュージーランド	43.2%
フィンランド	57.2%	アイルランド	42.6%
スロバキア	56.8%	カナダ	40.6%
ポーランド	56.5%	イタリア	39.8%
ハンガリー	54.6%	スイス	38.7%
チェコ	54.5%	オーストラリア	38.6%
スペイン	50.2%	ベルギー	38.4%
デンマーク	47.5%	アイスランド	36.2%
イギリス	47.2%	アメリカ	34.1%
スウェーデン	46.6%	ルクセンブルグ	34.0%
オーストリア	45.7%	韓国	21.9%
ノルウェー	44.8%		
ドイツ	44.5%	日本	20.4%
フランス	43.6%		

出典：OECD Health at a Glance 2015, DATA, 2014 年厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査より

表 2. 日本産科婦人科学会女性数と割合-年度別

年度	2010	2011	2016
女性会員 (%)	4,617 (29.7%)	4,815 (30.2%)	5,415 (33.4%)
女性代議員 (%)	6 (1.6%)	17 (4.6%)	22 (6.0%)

シンポジストを務めた際に、日本の主なる学会に対して、女性医師の学会運営参画状況を調査したので、そのデータを表 3～5 に示します。また、主要 9 学会の調査結果の概要を表 6 にまとめました。

より多くの女性医師が学会活動を活発に行うモチベーションを向上させ、学会事業が発展していくことを期待していません。

**表3. 主要学会における女性役員の調査**  
(2016.3現在data、耳鼻咽喉科学会のみ2015年公表のdata使用)

	総数	女性の数
会員総数		
評議員(代議員)		
理事(理事長・常任(特任)理事等を含む、評議員・幹事は含まない)		
幹事		
歴代 学術集会長		
現職会長の性別	男性 女性 (どちらかに○)	
歴代 理事長		
現職理事長の性別	男性 女性 (どちらかに○)	
この10年間で女性役員は増加している ご意見(ご自由になんでも結構です)	はい いいえ 不変 (どちらかに○)	

**表5. 理事、歴代会長に占める女性の数**

学会名	理事数 (女性数)	歴代会長 (女性数)
日本産婦人科学会	25 (1) 30 (2) 含特任理事	68 (0)
日本小児科学会	22 (2)	113 (0)
日本皮膚科学会	16 (1)	72 (0)
日本眼科学会	15 (1)	119 (2)
日本精神神経学会	20 (0)	111 (0)
日本耳鼻咽喉科学会 (27年1月調査)	16 (1)	116 (0)
日本内科学会	19 (0)	113 (0)
日本整形外科学会	20 (0)	89 (0)
日本外科学会	20 (0)	116 (0)
参考 日本胸部外科学会	18 (0)	69 (0)
日本心臓血管外科学会	18 (0)	46 (0)
日本呼吸器外科学会	14 (0)	34 (0)
日本内分泌学会	22 (1)	89 (0)
産婦科 産科医会	15 (1)	12 (1)

**表4. 会員と代議員・評議員に占める女性の割合**

学会名	総会員数 (女性%)	代(評)議員 (女性%)
日本産婦人科学会	16,236 (33.4)	369 (8.8)
日本小児科学会	21,643 (35.6)	575 (7.8)
日本皮膚科学会	11,480 (47.7)	300 (13.7)
日本眼科学会	14,696 (41.1)	94 (7.5)
日本精神神経学会	16,805 (24.9)	147 (2.7)
日本耳鼻咽喉科学会 (27年1月調査)	10,834 (22.2)	288 (3.5)
日本内科学会	109,067 (21.4)	666 (5.0)
日本整形外科学会	24,105 (5.3)	255 (0.8)
日本外科学会	39,742 (8.2)	336 (0.6)
参考 日本胸部外科学会	8,133 (5.5)	300 (1.0)
日本心臓血管外科学会	4,210 (4.8)	208 (1.4)
日本呼吸器外科学会	3,182 (7.3)	692 (1.5)
日本内分泌学会	7,870 (30.1)	1,095 (14.6)
産婦科 産科医会	8,436 (36.0)	302 (14.6)

- 表6. 主要9学会の調査のまとめ**
- 会員に占める女性の割合は、外科系を除き20%を超え、産婦人科、小児科では30%以上、皮膚科、眼科では40%以上であった。
  - 評議員・代議員に占める女性の割合は、皮膚科を除き10%未満であり、外科系は1%未満であった。会員に占める女性の割合よりも著しく低かった。
  - 大学の主任教授からなる理事は15-25名で、内、女性理事は0-1名、女性会員が約半数を占める皮膚科、眼科においても同様であった。
  - 女性の学術集会長は眼科学会にのみ認められた。(119回の内2回)
  - この10年で女性役員の数が増加と回答したのは、産婦人科、小児科、皮膚科、内科、不変は、眼科、精神科、整形外科、外科であった。
  - 従来から女性の割合の高い学会においても、近年急速に女性の増加している産科婦人科学会においても、女性の役員を増加させることは、これからの課題である。

## 編 集 後 記

勤務医ニュース 73 号をお届けします。表紙は「え？ 勤務医？」と思われそうな写真ですが、れっきとした勤務医さんです。今回は、勤務医委員会の委員である長谷川ゆり医師に、なかなか知る機会のない自衛官の話、登山の話を中心にワークとライフを語っていただきました。私が担当してきた記事や編集後記では毎回「我々産婦人科医はカッコイイ」と書いていますが、今回も読んで「うーん、カッコイイ！」と唸ってしまいました。

「北風と太陽」ではありませんが、意欲には意欲が、敵意には敵意が返ってくるように思います。介護や育児で思うように働けない人から「あれもこれもできない」とマイナスばかり言われると不公平感ばかりが募りますが、「働きたいんだ」と意欲を示してくれば喜んでサポートし制度整備をしようという意欲がわきます。お互いが柔軟になることにより、集団としてのレベルアップが期待できます。ある年齢を超えると、いろいろ衰えを感じますし、勤務医人生あと何年

と、ついカウントダウンで考えてしまいます。できることには個人差があってもいいんです、あとでやろうと思わずに、いまできることをひとつでも多くやるようにしたいですね。年齢は戻せませんよ、30代 40代の皆様！

(幹事・奥田 美加)

(平成 29 年度)

勤務医委員会		勤務医部会	
委員長	木戸 道子	副会長	白須 和裕
副委員長	川緒 市郎	常務理事	中井 章人
委員	石井 桂介	//	安達 知子
//	ト部 諭	理 事	中野眞佐男
//	水主川 純	//	和田 裕一
//	関口 敦子	幹 事	百村 麻衣
//	長谷川ゆり	//	奥田 美加