



写真 1 楠本イネ (天洲市立博物館所蔵)

近代医学は産婦人科から始まった

勤務医委員会委員 ト部 諭

(1) 日本初の女性医師、シーボルトいね

近年、女性の社会的地位の向上と同時に女性医師の占める割合は増加し、医学部において女子学生の割合は、多いところでは 4 割近くにもなっていると聞きます。特に産婦人科においての女性医師の歴史は古く、その元祖としてシーボルトいね (楠本イネ) が挙げられます。このセピア色の写真 1 には、西洋医学を修めようとする若きイネの情熱が刻まれているように思われます。

楠本 イネ (くすもといね) は、1827 年 (文政 10 年) 5 月 6 日ドイツ人医師であるフィリップ・フランツ・フォン・シーボルトと、丸山町遊女であった瀧の間に生まれました。日本人女性で初めて産科医として西洋医学を学んだことから、“オランダおいね”の異名でも知られています。没年は 1903 年 (明治 36 年) 8 月 26 日です。

父シーボルトは 1828 年 (文政 11 年)、国禁となる日本地図、鳴滝塾門下生による数多くの日本国に関するオランダ語翻訳資料の国外持ち出しが発覚し、世に言うシーボルト事件のため、イネが 2 歳の時に国外追放となっています。

(2) シーボルトと加賀流産論

シーボルトは日本の翻訳本を多く国外に持ち出し、海外に紹介しております。その中の 1 つに賀川流産論があります。賀川流産科の祖とされる賀川玄悦は、蘭方の影響も受けたと思われませんが、主として独自の体験から助産学を考案しました。それを著したのが「子玄子産論」であり、賀川流産科が全国的に広まっていったとのことでした。

目次

- 近代医学は産婦人科から始まった…………… 1～4
- 妊産婦のメンタルヘルスケア…………… 5
- 女性医師が働きやすい病院…………… 6～7
- 「どんな専門医になれる？」サブスペシャリティ
専門医の取得要件…………… 8～9
- 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 (2014 年) …… 9～11
- 女性医師支援情報サイトのご案内…………… 12
- 編集後記…………… 12

この賀川流産科許可書を先々代の京都府立医大教授であります岡田弘二先生が所持されております。



写真 2 賀川流産科許可書



写真 3

写真 2 がその許可書ですが、これが入った箱には「産科許可書 一軸」(写真 3) とあり、許可書そのものは縦 18 センチ、横 120 センチ程度の巻物だそうです。京都府立医大の同門誌に岡田先生が紹介されていますが、この許可書は岡田先生の 4 代前の岡田養拙が京都賀川家で学び取得したもので、許可書の最後には賀川満郷、賀川満定、賀川満崇の名が記され、1850 年(嘉永 3 年) 庚戌年正月の日付があります。後に記載してありますが、この 21 年後の 1871 年(明治 4 年) がイネの開業と、京都の青蓮院門跡に療病院が設立された年です。

このコラムの中で岡田先生は、「昔の医師たちは非常に勤勉で、医学、医療の修得に大変な意気込みで努力をしたということである。養拙が九州の片田舎から京都までの長い道程をどのように旅をしたのか分からないが、嘉永年間、孝明天皇の時代に本当に大変なことであったと思う」と述べておられます。産科学を学ぶにあたり先達が乗り越えた苦難を思うと、溜飲が下がります。

(3) イネと産科学

イネもまた大変な苦勞をして産科学を学んだといわれています。イネは目が青く色白で、髪は茶色で少しカールしていたといわれています。いまでこそ混血児は多く、むしろ羨ましくも思われる時代ですが、当時は好奇の目で見られ、差別されたことでしょう。それに加え、女性の社会進出がほとんどなかったこの時代に、初めての女性医師として医学を学ぶには想像に絶する苦勞があったと思われます。

イネは、シーボルト門下の宇和島藩二宮敬作から医学の基礎を学び、石井宗謙から産科を学び、村田蔵六(後の大村益次郎：維新十傑の一人、日本陸軍の創始者)からはオランダ

語を学んでいます。1859 年(安政 6 年)からはヨハネス・ポンペ・ファン・メーデルフォールトから産科・病理学を学び、1862 年(文久 2 年)からはポンペの後任であるアントニウス・ボードウィンに学びました。後年、京都にて大村益次郎が襲撃された後にはボードウィンの治療のもと、これを看護しその最期を看取っています。1858 年(安政 5 年)の日蘭修好通商条約によって追放処分が取り消され、1859 年(安政 6 年)に再来日した父シーボルトと長崎で再会し、西洋医学(蘭学)を学びます。シーボルトは、長崎の鳴滝に住居を構え昔の門人やイネと交流し日本研究を続け、1861 年(文久元年)、幕府に招かれ外交顧問に就き江戸でヨーロッパの学問なども講義しています。

ドイツ人と日本人の間に生まれた女兒として、当時では稀な混血であったので差別を受けながらも宇和島藩主・伊達宗城から厚遇されました。宗城よりそれまでの「失本イネ」という名の改名を指示され、楠本伊篤(くすもといとく)と名を改めます。1871 年(明治 4 年)、異母弟にあたるシーボルト兄弟(兄アレクサンダー、弟ハインリッヒ)の支援で東京は築地に産科医院を開業したのち、福澤諭吉の口添えにより宮内省御用掛となり、金 100 円を下賜され明治天皇の女官葉室光子の出産に立ち会っています。

(4) シングルマザーとしてのイネ

イネは生涯独身でしたが、19 歳の時に「産科医」になりたいとの志を持って二宮敬作に岡山の石井宗謙を紹介されます。石井の下で、7 年間、産科医の修行を行っています。この時に石井との間にもうけた娘・タダができました。いくつかのイネを題材とした小説やドラマでは宗謙に半ば強姦されて妊娠したとありますが、真相は不明です。少なくとも宗謙が師匠のシーボルトの娘に手をつけていたとして他のシーボルト門下生から非難された事と、イネが彼に深く失望した事は事実です。イネは産科医を目指す者として墮胎を嫌い、長崎に帰って一人で出産を決意し、25 歳で女の子を出産しました。イネはこの子に「ただ」と名付けています(後に高子と改名。「ただ」は思いもよらないかたちで天からただで授かった子供という意味ともいわれています)。未婚の母となったイネは長崎で医学の修行を続けていましたが、29 歳のときに二宮敬作と再会します。二宮は自分が紹介した石井宗謙とのいきさつを聞き、深く後悔してイネを宇和島へ連れ帰り、産科と外科の修行を重ねますが、二宮が体を壊した為、31 歳になったイネは二宮と二宮の甥の三瀬周三とともに長崎へ帰郷し開業します。安政 5 年、日蘭修好通商条約締結を契機にシーボルトの追放が解け長崎で瀧とイネ、高子の 3 人はシーボルトと感激の再会をし、ふたたび一緒に暮らすことができました。その後、娘の高子は二宮の甥の三瀬周三と結婚します。

この時代にイネは 25 歳でシングルマザーとなった後も、産科学の勉強を続け、医師として、母として生きてきたことは現代の女性にも多くの勇気を与えてくれると思います。そして、娘の高子もまた、夫の周三に先立たれると東京に出て異母兄・石井信義に産科学を学んだといえます。

お龍、イネ、高子（タダ）と三代続いた美人の人生は決して幸福だったとはいえなかったようです。ただ、彼女らにとって産科学というのは人生をかけるに値する学問であり、また、大きな使命感でもあったのでしょう（写真4）。

（5）京都療病院の設立と産科学

イネが東京は築地に開業した1871年（明治4年）に、京都の青蓮院門跡に京都療病院が設立されました。

京都市民は、1868年（明治元年）から、京都府を通じて日本政府に西洋医学の教員病院を設立したいと願っていました。しかし、京都から東京へ遷都された余波で、この願いは

政府に聞き入れられませんでした。そこで、京都市民は寺から寄附を募り、花街や町衆からも寄附を集め、明治4年にやっと療病院設立にこぎ着けたのでした。その運営は京都府にお願いし、寺の境内に病院を建て、そこにドイツ人を講師に呼んできたのです。

青蓮院は、天台宗総本山比叡山延暦寺の三門跡の一つとして古くより知られ、現在は天台宗の京都五箇室門跡の一つに数えられています。青蓮院門跡（写真5・6）は、古くより皇室と関わり深く格式の高い門跡寺院とされており、平安時代末期に、青蓮坊の第十二代行玄大僧正（藤原師実の子）に鳥羽法皇が御帰依になって第七王子をその弟子とされ、院の御所に準じて京都に殿舎を造営して、青蓮院と改称せしめられたのが門跡寺院としての青蓮院の始まりであり、行玄が第一世の門主であります。江戸時代の1788年（天明8年）に、大火によって御所が炎上しました時に、後桜町上皇は青蓮院を仮御所としてご避難されました。庭内の好文亭はその際には御学問所として御使用されたものであります（天台宗 青蓮院より）。

明治4年当初の京都療病院の科目は、内科、眼科、歯科、そして産科と聞いております。京都産婦人科医会100年史によると、明治8年には産婆規則令発布、京都産婆会発足と記載されています。京都市民からも産科充実の要望が強かったことが窺われます。療病院設立に伴い招聘された初代外国人医師はドイツ人の名医ヨンケル（Junker von Langedeg）であり、明治5年9月から木屋町の仮療病院で診療を開始し、11月12日より栗田口青蓮院内の仮療病院で解剖学



写真4 晩年のイネと娘高子（大洲市立博物館所蔵）



写真5 青蓮院門跡



写真6 療病院跡

の講義を開始しました。2代目のオランダ人医師マンズヘルト (C.G. van Mansvelt) は医学教育の系統化に努力し、また、療病院長設置の必要性を勧告しました。初代病院長には半井澄が就任しました。3代目はドイツ人医師ショイベ (Heinrich Botho Scheube) で、診療研究に熱心で、脚気病、寄生虫学に大きな業績を残しました。この3人の外国人医師は、療病院に近代医学を導入し、病院の発展と医学教育に多大の貢献をしました。

明治19年に京都産婆講習会が開かれ、そこにショイベの名前があります。看護学科も、1889年(明治22年)に設置された附属産婆教習所の開設に始まり、1976年(昭和51年)、専修学校制度による京都府立医科大学附属看護専門学校、1993年(平成5年)、本学への医療技術短期大学部併設などの変遷を経て、2002年(平成14年)4月に京都府立医科大学医学部の学科として設置されました。

(6) 近代医学と産婦人科学

臨床医学に近代化が起こったのは18世紀の後半になってからのことです。産科領域ではゼンメルワイスが手指消毒によって産褥熱が予防できると述べたのは19世紀中頃のことです。そして、ドイツ医学が発展したのはこの頃からであるとされ、病理学のウィルヒョウ、細菌学のコッホー派の研究が見られます。戦後不妊治療においては産婦人科が体外受精、顕微授精をはじめ、このことから多能性幹細胞 (ES細胞、iPS細胞) の研究がなされ、現在の再生医療に発展するものになりました。このように産科は常に求められ、医学技術発展の最盛期をたどり、現在に至っているのではないのでしょうか。

戦後の急激な医療の進歩により、出産が安全となり、本邦の周産期死亡率は世界1低くなりました。出産に対する安全神話に加え、社会の一般的風潮として患者の権利意識が急速に高まったため、進歩の早かった産科医療で訴訟が増加し、産科医が窮地に追い込まれるという皮肉な様相を呈するに至りました。1995年頃から全国的に産科医の減少が問題視され始めましたが、2006年福島県で起こった大野事件で、医師が福島県警に逮捕されたことを契機に、産科医療の現場に大混乱が起きました。その後、産婦人科には3K(俗に、危険、きつい、汚い)のイメージが根付き、近年産婦人科医師の減少に歯止めがかからない状態になっております。

今こそ、近代医学の発展において産科学が果たした重要な役割や、女性を医学の世界に初めて導いたのも産婦人科学であるという事実を鑑みる時ではないでしょうか。先の岡田教授の言を借りると、産婦人科学はいつの時代でも常に医療の先端を歩き、患者個人だけでなく、家族、そして社会から望まれ、期待される科であります。

私事になりますが、我が家も3代続いた医師の家系です。祖母は明治生まれの眼科医で、東京女子医学専門学校、通称「東京女子医専」(現・東京女子医科大学)に初代校長の在任中に入学したと聞いております。大正、昭和初期の女性医師であるので、若い頃の苦勞をいくつも聞かされました。常に

医師であることの誇りを持ち、83歳で他界する前年まで臨床医として働いておりました。年をとると、老人の受診が増え、自宅で開業しておりましたので、常に老人の集会場のような外来でありました。祖母の他界後、近所のご老人に聞いたのですが、いろいろな病気、健康に対し、相談役として、働いていたようです。女性医師である故に苦勞したと同時に、女性医師だからこそ多くの患者さんに、専門を超え気楽に接してもらえたように思います。

父は産婦人科医でしたが、長く勤務医をしておりました。息子の私には産婦人科の良い点、誇りに思うことを常に話してくれました。「内科と外科と両方の仕事ができる」「手術がいっぱいできる」「ホルモンなどの内科的専門的な研究ができる」「新しい生命の始まりに立ち会う事ができ、常に明るさがある」「家族みんなに喜びを与えられる」このような話をいつもしていた父が、日曜日の昼間にオンコールで「緊急帝王切開だ」と呼ばれて病院に向かうのを見て、私は子供心に父をヒーローの様に思い、いつかは自分もこの様に呼ばれるようになりたいと思ったものでした。学生時代から私は外科系の医師になりたいと思っていましたので、ためらわず産婦人科を選びました。

しかし、産婦人科に入局した最初の1年は後悔しかありませんでした。夜間起こされる、休みが無い、しんどい、常に先輩から怒鳴られるなど。そう、父は私が寝ている時に病院へ呼ばれ、寝ている時に帰って来るという苦勞を重ねていたのです。何度も産婦人科を辞めようかと思いましたが、何年かすると、しんどい思いをすればするほど、自分の仕事に誇りが持てるようになりました。5年が経過した頃には父が言っていたことが決して嘘ではなく、本当のことだと思えるようになり、その後は産婦人科には何と多くの分野があり、何と多くのことを学べる機会があるのかを知り、研究に大きなロマンを見出す事ができました。40歳になってからは臨床に没頭し、特に腹腔鏡手術の技術を研鑽することに喜びを見出す日々を送りました。50歳後半になった現在、産婦人科医は常に周囲から必要とされ、まだまだ年齢、体力に応じた多くの仕事ができるのだと最近分かるようになりました。長い医師の人生で、常に研究だけ、手術だけ、外来だけを続けることは苦痛だと思います。産婦人科学は、何歳になっても新しいことに挑戦できる広い領域です。現在、研修医に人気のある救急医療や総合診療を、当に女性において昔から行ってきたのが産婦人科だと思います。

今回、楠本イネおよび京都における産婦人科の近代史にスポットを当て、私事を交えて産婦人科の魅力について語りました。産婦人科医が減少し、十分な産科医療ができない地域もあるのが現状です。産科学は先達の志と人々に望まれて発展してきたものであり、産婦人科を選択したことの誇りと、重い使命を感じざるを得ません。そして、これから医学を志す若者に自信と信念を持って、産婦人科への道を勧めたいと思います。



妊産婦のメンタルヘルスケア

勤務医委員会委員 水主川 純

欧米では病院の精神科診療の一つの部門として妊産婦のメンタルヘルスケアが設けられており、重要な位置付けになっています。本邦においても、近年、妊産婦のメンタルヘルスケアは、妊産婦が精神的に安定した妊娠生活を送り、健やかに育児に取り組むために重要であることが唱えられています。したがって、妊産婦へ関わる医療従事者は妊婦健康診査、保健指導などを活用し、妊産婦の身体だけでなく、心の健康にも着目し、心身ともに健全に過ごせるように対応することが重要であると考えられます。

妊産婦のメンタルヘルスケアの一つの分野である精神疾患合併妊婦の対応においては、産科医と精神科の連携が重要です。妊娠前から通院している精神科医療機関に妊娠中も通院を継続し、他の医療機関において妊婦健康診査を施行する、妊娠中は精神科通院先を産科が併設された医療機関に変更するなど、疾患や精神症状に応じた対応が行われていると思われます。妊娠に伴う精神科医療機関の転院に伴う精神科主治医の変更、転院先医療機関のシステムや雰囲気の違いは、精神疾患合併妊婦にとってストレスになる可能性があります。事例に応じた精神疾患に対する専門的治療と周産期管理が行われる体制を確保し、妊産婦の様々なストレスの軽減を図ることが必要でしょう。

妊娠や分娩を契機に精神症状が不安定になる場合があります。過去の精神科受診歴や治療歴が精神症状の再燃や増悪を契機に初めて明らかになり、症状によっては、精神科医による緊急対応を含めた専門的治療を要します。このような場合、大学病院などの精神科が併設された医療機関では速やかに対応することが可能ですが、精神科が併設されていない医療機関や精神科が併設されていても夜間や休日は精神科医による対応が困難である医療機関などでは対応に苦慮する場合もあると思われます。したがって、妊産婦のメンタルヘルスケアにおいては、産科医と精神科医および産科と精神科の医療機関の間での連携が強化され、緊急対応を含め、妊産婦にとって最善の対応が行われることが望まれます。

精神疾患の診断がされていない妊産婦が精神的に不安定になる場合もあります。特に、産褥期は身体的疲労に加え、慣れない育児に混乱し、不安が強くなることも少なくありません。この場合、精神科医による専門的治療を要する場合もあれば、産科医や助産師の対応により不安が軽減され、精神的に安定する場合もあります。後者の場合、本邦における産褥入院の期間は欧米に比較すると長いものの、退院前に少しでも不安を軽減したい女性にとっては、時間が足りないと感じられ、焦燥感に駆られるかもしれません。また、助産師や看護師も時間的な制約を感じながら対応しているかもしれません。このような場合、医療機関と地域の関係機関の連携による切れ目のない対応や支援を考慮することにより、気持ちに余裕を持った対応が期待されるでしょう。

妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性を認識していながら

も、医療機関ではその対応に苦慮することもあります。その背景として、妊産婦が治療や支援に拒否の姿勢を示す場合、家族による理解や協力が得られない場合、地域の関係機関と円滑に連携できない場合などが挙げられます。このような場合、いかなる問題も解決できるようなマニュアルは存在していないため、時に、医療従事者はその対応に多くの時間を費やし、妊産婦や家族からの発言により心を痛めることもあります。たとえば、遠方から帰省した妊産婦が久しぶりの実家での生活において家族とうまくいかず、家族の面会によるストレスや退院後生活への不安に伴い精神的に不安定になった場合、家族関係や生活環境の調節によりストレスや不安は軽減されると考えられます。しかし、このような問題は医療従事者による不安傾聴や助言などでは解決しないことも多く、家族から医療機関での対応が不十分なために更に精神的に不安定になった、この状態では退院させられないなどの発言が認められた場合、果たして問題解決の中心的役割を担う者として誰を選定すべきなのでしょう。

産科勤務医は、精神科併設の有無によらず、妊産婦のメンタルヘルスケアにおける対応に困ることは少なからずあると思われます。妊産婦のメンタルヘルスケアにおける産科医の関わり方が十分に確立していないことも影響しているかもしれません。日本産婦人科医会では妊婦健康診査に妊産婦のメンタルヘルスケアを組み込み、健全な母子関係を築く仕組み作りを実現することを課題の一つとして挙げています。妊産婦のメンタルヘルスケアへの取り組みは、すべての都道府県の分娩取り扱い医療機関で行われることが重要です。そこで、平成27年7月5日(日)東京(品川)において「母と子のメンタルヘルスフォーラム」が開催されます。このフォーラムでは産科医だけでなく、行政機関の担当者が参加し、各地域で行われている妊産婦のメンタルヘルスケアへの取り組みについて発表し、意見交換が行われます。

今後、妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性は更に高まるでしょう。産科医療機関のみで対応可能な状況、産科医療機関と精神科医療機関の連携が必要な状況、地域の関係機関との連携が必要な状況など、対応は状況により異なります。したがって、妊産婦に関わる医療従事者、関係機関の職員、そして、家族を含む妊産婦の支援者が協力し、それぞれの職種や立場の特性を活かしたメンタルヘルスケアが行われる体制が構築されることが望まれます。



妊産婦等について悩んでいる方のための相談援助事業連携マニュアル

女性医師が働きやすい病院

愛育病院の取り組み —女性医師の立場から—

総合母子保健センター愛育病院産婦人科 川名 有紀子

現在、私は東京都港区にある総合母子保健センター愛育病院に産婦人科医長として勤務しています。愛育病院は年間分娩数約2,000件を取り扱う総合周産期センターで、年間50～60件の母体搬送を受け入れています。今年2月に広尾から田町に移転し、さらに規模を拡大致しました。当院に勤務する産婦人科医は部長以下21名、うち15名が女性医師です。そのうち7名は学童期以下の子育てをしながら勤務しています。

当院では6～7年前より産婦人科医の働きやすい環境の整備として、いくつかの取り組みをしてきました。私自身、この環境があってこそ、今日まで勤務を続けられたと思いますので、以下にご紹介させていただきます。

① チーム主治医制

当院では医師を2チームに分けてチーム主治医制とし、毎朝全員でカンファレンスを行い、情報共有と治療方針のディスカッションを行っています。そうすることで、育児中の女性医師の急な欠勤にも対応でき、女性医師に限らず、男性医師でも子供の行事や学会参加で休みを取りたい場合に有効に機能しています。夕方のカンファレンスは小児科と合同のものが週1回ありますが、基本的にはミーティングの時間を朝にすることで、夕方からの時間外の会議を削減し、子育て中の女性医師も参加できるようにしています。また、全員で情報を共有することにより、土日休日の患者急変時にも基本的にはオンコール医師の出勤のみで対応可能な体制になっています。

② 当直医の待遇改善

分娩数の増加により、当直医の負担は大きくなっているのが現状です。当院では当直医の当直休みを平日は翌日午後半日、休日の場合は他の平日を1日確保することとしています。また、当直勤務の忙しさ（分娩件数）に応じて報酬に段階をつけています。

子育て中などの理由で当直勤務が不可能である医師は、土曜日出勤の外来勤務を選択できます。このような取り組みをすることで、当直をしている医師、していない医師の双方が、不公平感や勤務に貢献できていないという後ろめたさを感じずに働けるのではないかと思います。

③ 子育て支援の充実

出産後の職場復帰の際には、希望により時短勤務（週3日

もしくは週4日）をすることができ、病院併設の保育園の優先利用ができます。保育園には病児保育室が併設されており、育児中の女性医師にとっては心強いサポートになります。時短勤務の期間も常勤の立場は継続され、分娩や手術の執刀なども積極的に組み入れられ、子供の成長や家庭の状況に応じて少しずつ勤務日数を増やしていくことができます。また、ある一定以上の勤務実績がある女性医師は、週半日の在宅勤務が認められます。在宅勤務の内容は、病院で用いる患者さん用の説明書の作成や、学会発表のためのデータの解析など、病院に貢献できるものです。この制度は主に学童期の子供を育てる女性医師にとって大変ありがたいものです。

④ モチベーションの向上

当院では、定期的な学会発表、専門医の取得を奨励しています。子育て中は、体力的に辛いこともあるのですが、学会発表などの機会を与えられることはモチベーションの向上にプラスに働いていると思います。子育て中でも、学会発表や専門医取得を目指すことによって自分自身のステップアップをすることができる、そのような気持ちを持ち続けることが子育てをしながらキャリアを継続しようとする意志の原動力になると考えます。

女性医師が働きやすい病院は、そこに勤務するすべての医師が働きやすい病院であるべきと考えます。家庭の状況や、資格取得を目指す場合など、人によりできる勤務の形態が様々である場合に、女性医師に限らず、男性医師もフレキシブルに勤務を選択できる環境が当院にはあります。また、様々な理由で、フルタイム勤務ができない場合でも、それぞれができる範囲で最善を尽くすことで十分診療に貢献できると感じられる院内の雰囲気があることも皆が働きやすいと感じる理由かも知れません。

今日、産婦人科を新たに専門とする医師の約3分の2が女性医師である現状を考えますと、数年のうちには女性医師が中心になって産婦人科診療をしていかなくはいけないう状況になると考えられます。今後も、多くの女性医師がキャリアをあきらめることなく勤務を継続し、次世代の医師のロールモデルとなっていける良い循環が確立することを目指していきたいと思っています。

愛育病院での女性医師の職場環境に関して — 男性医師の立場から —

総合母子保健センター愛育病院産婦人科 首里 英治

愛育病院は、厚生労働省の指定する東京都の総合周産期母子医療センターであり、重症症例を含めて年間、約 2,000 例の分娩管理を行っています。主に周産期医療を専門とする医師やそこでの研修を希望する医師が勤務しています。2015 年 4 月現在、院長と後期専攻医 5 名を除くと、当院には 16 人の常勤医師が所属しており、男性医師は私を含めて 5 人です。このように多くの女性医師と働く中で、私が感じている女性医師と男性医師の大きな違いは、やはり妊娠・出産・子育てというライフイベントが『働き方』に与える影響の大きさにあると思います。特に家庭にまだ小さな子どもがいる場合には、子どもの健康管理や保育園の支度・送迎、学校行事への参加など、時間的な制約のみでなく、精神的肉体的にも女性に負担が多くなってしまいます。

今回、原稿依頼を受けて思ったことは、「女性医師が働きやすい病院は男性医師も働きやすい病院である」ということで、当院では男性医師である私自身も病院や同僚に支援されていると感じております。愛育病院への入職時、産婦人科部長に言われた言葉を今でも覚えています。それは、「愛育病院でなら、先生も育児に参加できる環境を整えていますよ」という言葉でした。

当院における実際の診療体制の大きな特徴は、①チーム医療制（複数主治医制）であること、②日常業務が分化し明確であること、③当直医の待遇への配慮があること、④常勤医師が多いこと、にあります。

まず当院では毎朝のカンファレンスで、入院中の症例に関してチームの枠を外して患者情報を共有し、そこで病状の確認や治療方針を統一しています。外来管理のハイリスク妊娠症例に関しては週 1 回のカンファレンスで患者情報を共有し、同様に病状の確認や治療方針を統一しています。これは新生児科医との診療連携や後期専攻医への教育、コメディカルとの情報共有にも有用です。①のチーム医療制をとることにより、子どもの発熱など急な事情による欠勤や早退が生じた場合にも、患者の診療に抜け落ちがなく適切な治療を行うことができます。平日夜間や週末も当直医に安心して病棟管理をお願いしています。

次に、当院では日常業務を外来、病棟、分娩、手術、病棟処置（含、羊水検査など）のように分化して、各業務を担当する医師が曜日毎にローテーションして決められています。②の『日常業務の分化』を行うことで医師間の仕事量が均一化されるため、仕事量に対する不公平感が解消されています。それぞれを担当する医師が仕事の集中する日勤帯で各業務を終了させることで、時間外業務の短縮にもつながっています。

③の『当直医の待遇』に関して、20 時から翌 8 時半までの間の分娩件数や重症管理などに応じて基本当直料に加算があると共に、平日夜間に当直をした医師は、翌日正午までの勤務で帰宅しています。土日祝日に日当直を行った場合は、前日もしくは翌日に 1 日の振替休を取ることができます。この当直に対しての振替休制度は、当直をする医師にとって肉体的のみならず精神的な疲労回復に効果的です。また当直勤務は第一当直（第 2 当直は院外からの外勤医師）を 8 人でまわしていますが、子育て中等で当直勤務が難しい女性医師は、夜間のオンコールや当直の替わりに土曜日外来（当直手当よりも安いが通常給料外の手当有）を担当しており、そこでも当直の有無による不公平感の解消につながっています。

最後に、当院の勤務体制が成り立っているのは、子育てに理解のある医師が多いことにあると思います。私自身も三人の子どもをもつ父親ですが、育児に関することを気軽に相談することができます。また新生児科医の妻が当直勤務の際に子どもが病気の時は、私が早退・欠勤をするということもあります。女性医師だけでなく男性医師も育児に積極的に参加することで、その育児経験を産婦人科医として母親や若い医師にフィードバックできると考えています。働きやすい職場とは、誰かの何らかの犠牲の上に成り立つものではなく、スタッフみんなの理解と協力の上で、築いていくものだと思います。女性医師が働きやすい病院として、これからの産婦人科医療を支えて行く上で、ひとつの理想的な病院のモデルになるのではないのでしょうか。



住 所：〒105-0023 東京都港区芝浦1-16-10
電 話：03-6453-7300

「どんな専門医になれる？」サブスペシャリティ専門医の取得要件

日本専門医機構が認定する専門医は、それぞれの領域における適切な教育を受けて、十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師と定義されているが、現在制度の再構築に向けた作業がなされている。

産婦人科領域では、産婦人科専攻医としての研修の後に、基本領域の専門医として日本産科婦人科学会産婦人科専門医の取得をめざすこととなる。さらに産婦人科専門医取得後には、それぞれが専門性を発揮するためにサブスペシャリティ領域における研鑽を続けていくことになる。専門医制度の二階部分として産婦人科に関連するサブスペシャリティ領域における専門医制度の一覧を示したので参考にされたい。
(まとめ：勤務医委員会委員・石井桂介)

1. サブスペシャリティ専門医

基本領域専門医（日本産科婦人科学会専門医）取得後に取得できるもの。原則的に広告可能な専門医（あるいは広告可能な専門医として調整中）である。

サブスペシャリティ専門医制度名	学会名	申請要件 申請書類応募時の要件 (学会入会など)	修習年数	受験に必要な経験症例条件	論文要件	学会発表要件	試験の制度、実態、時期、問題形式	指導施設限定要件	資格更新
婦人科腫瘍専門医	日本婦人科腫瘍学会	産婦人科専門医、婦人科腫瘍学会員 3 年以上、指定修練施設で 3 年以上、がん治療認定医	産婦人科専門医取得後 3～5 年	浸潤がん 150 例以上、浸潤がんの手術 100 例以上、執刀者として 30 例以上 (うち 15 例は広汎子宮全摘出術)	婦人科腫瘍に関する筆頭者としての論文 1 編以上	婦人科腫瘍に関する筆頭者としての研究発表 2 件以上	筆記、口頭試験	あり	5 年ごと
周産期 (母体・胎児 / 新生児) 専門医	日本周産期・新生児医学会	産婦人科専門医、入会および研修開始後 3 年以上	産婦人科専門医取得後 3 年	9 領域のハイリスク妊娠分娩管理症例について、各領域 5～20 例	周産期医療に関する筆頭著者の論文 1 編以上	筆頭演者としての学会発表	筆記、口頭試験	あり	5 年ごと
生殖医療専門医	日本生殖医学会	産婦人科専門医、会員歴 2 年以上	産婦人科専門医取得後 3 年、認定研修施設で 1 年以上	一般不妊症例 5 例、体外受精胚移植または顕微授精症例 5 例	生殖医学に関する論文を筆頭著者として 1 編以上	生殖医学会で筆頭演者として 1 回以上発表	1 次審査：書類審査 2 次審査：筆記、口頭試験	あり	5 年ごと
日本女性医学学会認定女性ヘルスケア専門医	日本女性医学学会	会員歴 3 年以上	3 年以上、認定研修施設において女性ヘルスケア指導医の指導のもとで女性ヘルスケアの診療に従事	なし	論文掲載、学会発表、学会参加で規定の単位を満たす		筆記・面接試験	あり	5 年ごと
細胞診専門医	日本臨床細胞学会	医師資格取得後 5 年以上、会員歴 3 年以上、5 年以上にわたる細胞診診断学の研修	産婦人科専門医取得後 2 年	なし	細胞診診断学や細胞病理学に関する論文 3 編以上をもち、うち 1 編は筆頭者であること	なし	筆記、印刷物による細胞診診断の試験、ガラス標本による検鏡試験	なし	4 年ごと
超音波専門医	日本超音波医学会	会員歴 5 年以上 (日本母体胎児医学学会の会員歴を含む)	指定研修施設で 5 年間	500 件、30 例以上で手術・剖検・その他確定診断結果との対比検討を行っている	5 編以上の超音波医学に関する筆頭論文が発表		筆記	あり	5 年ごと
臨床遺伝専門医	日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会	産婦人科専門医、いずれかの学会に入会および研修開始後 3 年以上	入会および研修開始後 3 年	遺伝医療ないし遺伝カウンセリング 20 例以上	臨床遺伝関連の論文または総説 2 編以上 (研修期間外の論文も可)	臨床遺伝関連学会において臨床遺伝に関する発表を 2 回行った場合には、論文 1 編に代えることが可能 (共同演者を含む)	筆記、面接試験	あり	5 年ごと
内分泌代謝科専門医 (産婦人科)	日本内分泌学会	産婦人科専門医、会員として継続 3 年または通算 5 年以上	産婦人科専門医研修を含めて 6 年以上、うち 3 年以上は学会認定施設にて指導医の指導の下で内分泌代謝疾患の診療に従事	相当例以上の診療経験を有する者、規定の 7 つの疾患群において 1 例以上の症例を含む 15 例の病歴と経過要約	内分泌代謝疾患の臨床に関する学会発表または論文が 5 編以上、少なくとも 2 編は筆頭者である		筆記	あり	5 年ごと
漢方専門医	日本東洋医学会	医籍登録後 6 年以上、会員歴 3 年以上	基本領域学会専門医に認定された後、3 年以上本学会の定める施設において漢方医学の臨床経験 (基本領域研修を含め 6 年以上)	症例 50 例、臨床報告として 10 症例	論文掲載、学会発表、学会参加で規定の単位を満たす		1 次審査：書類審査 2 次審査：筆記、面接試験	あり	5 年ごと

2. 各学会による認定医

認定医制度名	学会名	申請要件 申請書類応募時の要件 (学会入会など)	修習年数	受験に必要な経験症例条件	論文要件	学会発表要件	試験の制度、実態、時期、問題形式	指導施設限定要件	資格更新
内視鏡技術認定医	日本産科婦人科内視鏡学会	産婦人科専門医、会員歴3年以上	産婦人科専門医取得後2年以上、6カ月以上認定研修施設において修練	術者として腹腔鏡手術100件、子宮鏡下手術で50件	5編以上うち1編は筆頭著者	5題以上筆頭発表者として	執刀した手術のDVDを提出	あり	5年ごと
日本がん治療認定医	日本がん治療認定医機構	産婦人科専門医、認定研修施設での2年以上の研修	産婦人科専門医取得後2年	担当医として経験したがん患者20例	がん診療に関する1件	がん診療に関する発表2件	書類審査、セミナー受講後に筆記試験	あり	5年ごと
乳房疾患認定医	日本産婦人科乳腺医学会	産婦人科専門医、会員歴3年以上	産婦人科専門医取得後なら可	3年間に規定の研修3回以上、日本乳がん検診精度管理中央機構の読影試験で評価B以上	-	-	筆記、口頭試問	なし	5年ごと
日本性感染症学会認定医	日本性感染症学会	会員歴3年以上	産婦人科専門医であり、5年以上の性感染症に対する経験がある	一定の教育プログラムの参加ないし業績	論文掲載、学会発表、学会参加で規定の単位を満たす		筆記	なし	5年ごと

3. その他の認定制度

その他	学会名	申請要件 申請書類応募時の要件 (学会入会など)	修習年数	受験に必要な経験症例条件	論文要件	学会発表要件	試験の制度、実態、時期、問題形式	指導施設限定要件	資格更新
日本女性心身医学会認定者	日本女性心身医学会	会員歴3年以上 役員1名の推薦	-	-	論文掲載、学会発表、学会参加で規定の単位を満たす		書類	なし	5年ごと

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 (2014年)

勤務医委員会委員 関口 敦子

総括：分娩取扱い施設は7年で14%減少した。産婦人科医は微増し医師1人の分娩数は減少したが、増えた医師数は妊娠・育児中女性医師数に相当し、当直回数は全く減らない。

当直あけの勤務緩和の導入は23%の施設にあるものの、100%実施は2%未満で、通常勤務の医師に対して、配慮はほとんどないに等しい。

女性医師の勤務支援となる病児保育や24時間保育は進まない。〈育児中も緩和なく当直〉という施設が6割だが、緩和のある施設に女性医師が集中した結果、医師別に見れば、育児中は完全当直免除を受ける女性医師数が半数近い。30～40代の働き盛りでフリーの女性医師も300名以上おり、育児が理由

の筆頭である。しかし、これは分娩取扱い病院に勤務する医師であり、産科に携わらなくなった医師数は不明である。

表1 病院機能に応じた分娩数・母体搬送受入数・常勤医師当たり分娩数・帝切率となっている。

施設機能の概要	設置施設数	分娩数*	帝切数*	母体搬送		分娩数		帝切率 (%)*	母体搬送受入数
				受入数	／施設	／施設	／常勤医		
施設運営母体による分類									
大学	104	52,067	19,842	5,847	500.6	30.6	38.1	56.2	
国立	33	16,797	5,030	1,882	509.0	87.0	29.9	57.0	
都道府県立	39	29,656	9,360	4,732	502.6	89.6	31.6	80.2	
市町村立	162	66,812	17,733	3,766	407.5	95.7	26.9	23.2	
厚生連	39	14,742	3,061	608	378.0	98.3	20.8	15.6	
済生会	26	11,636	2,871	625	447.5	86.2	24.7	24.0	
社保	11	5,790	1,489	429	526.4	99.8	25.7	39.0	
日赤	47	30,504	8,268	2,313	649.0	99.0	27.1	53.5	
私立	190	127,704	23,277	2,359	672.1	147.5	18.2	12.4	
その他	109	52,583	11,347	1,332	482.4	108.9	21.6	12.2	
周産期母子医療センターによる分類									
総合	88	70,945	24,849	9,534	806.2	55.4	35.0	108.3	
地域	217	124,597	36,546	10,957	574.2	73.8	29.3	50.5	
一般	475	211,849	40,883	3,607	446.2	108.8	19.3	7.6	
2014年 全施設	780	407,491	102,278	24,093	522.4	82.9	25.1	30.9	
2013年 全施設	795	406,874	93,434	23,724	519.8	81.8	23.0	29.8	
2012年 全施設	795	397,314	93,949	22,950	501.0	83.6	23.6	28.9	
2011年 全施設	754	382,252**	89,728	20,494	507.0**	85.9 **	23.5	27.2	
2010年 全施設	769	383,221	86,177	19,039	498.3	90.9	22.5	24.8	
2009年 全施設	823	411,357	92,596	20,563	499.8	88.9	22.5	25.0	
2008年 全施設	853	404,996	88,748	20,622	474.8	98.3	21.9	24.2	
2007年 全施設	794	354,370	NA	NA	446.3	98.4	NA	NA	

*日本産婦人科医学会施設情報(2014)より引用
 **日本産婦人科医学会施設情報(2011)より引用
 NA: not applicable

図 1 施設種類毎の帝王切開率と分娩数は逆相関する。

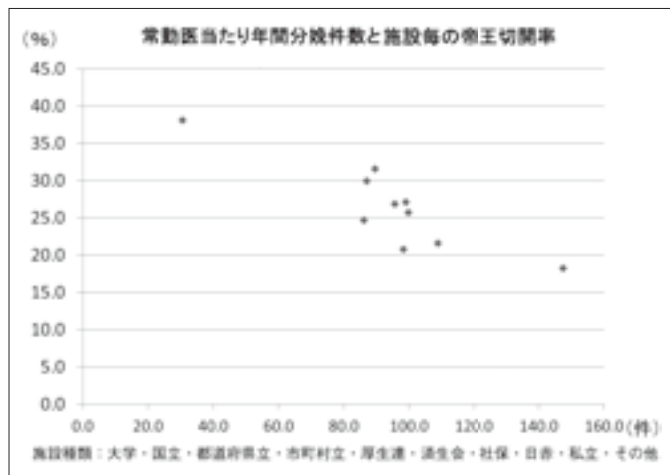


図 2 分娩取扱い病院の女性医師の増加分は、ほぼ妊娠・育児中女性医師の増加分に相当する。

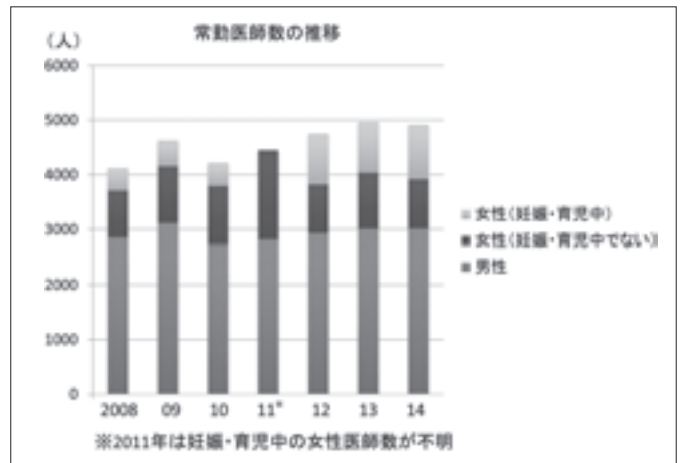


表 2 常勤に占める女性医師は 4 割に増加した。

施設の医師数の分布	常勤医師数*			非常勤医師数		
	総数	男性(%)**	女性(%)**	総数	男性(%)***	女性(%)***
施設運営母体による分類						
大学	1,702	1,027(60.3)	675(39.7)	494	214(43.3)	280(56.7)
国立	193	115(59.6)	78(40.4)	43	27(62.8)	16(37.2)
都道府県立	331	201(60.7)	130(39.3)	76	38(50.0)	38(50.0)
市町村立	690	431(62.5)	259(37.5)	249	171(68.7)	78(31.3)
厚生連	150	101(67.3)	49(32.7)	37	29(78.4)	8(21.6)
済生会	135	74(54.8)	61(45.2)	45	25(55.6)	20(44.4)
社保	58	32(55.2)	26(44.8)	26	12(46.2)	14(53.8)
目赤	308	179(58.1)	129(41.9)	79	53(67.1)	26(32.9)
私立	866	567(65.5)	299(34.5)	809	512(63.3)	297(36.7)
その他	483	286(59.2)	197(40.8)	277	183(66.1)	94(33.9)
周産期母子医療センターによる分類						
総合	1,280	738(57.7)	542(42.3)	263	126(47.9)	137(52.1)
地域	1,688	1,036(61.4)	652(38.6)	495	242(48.9)	253(51.1)
一般	1,948	1,239(63.6)	709(36.4)	1,377	896(65.1)	481(34.9)
2014年 全施設	4,916	3,013(61.3)	1,903(38.7)	2,135	1,264(59.2)	871(40.8)
2013年 全施設	4,966	3,019(60.8)	1,947(39.2)	2,025	1,185(58.5)	840(41.5)
2012年 全施設	4,751	2,939(61.9)	1,812(38.1)	1,879	1,137(60.5)	742(39.5)
2011年 全施設	4,451	2,823(63.4)	1,628(36.6)	1,479	843(57.0)	636(43.0)
2010年 全施設	4,217	2,732(64.8)	1,485(35.2)	1,472	900(61.1)	572(38.8)
2009年 全施設	4,626	3,123(67.5)	1,503(32.5)	1,582	965(61.0)	617(39.0)
2008年 全施設	4,121	2,862(69.4)	1,259(30.6)	1,579	994(63.0)	585(37.1)
2007年 全施設	3,601	NA	NA	1,219	NA	NA

*日本産婦人科医会施設情報(2014)より引用
 **常勤医師総数における割合
 ***非常勤医師総数における割合
 NA: not applicable.

図 3 当直数は、産婦人科が常に院内トップである。

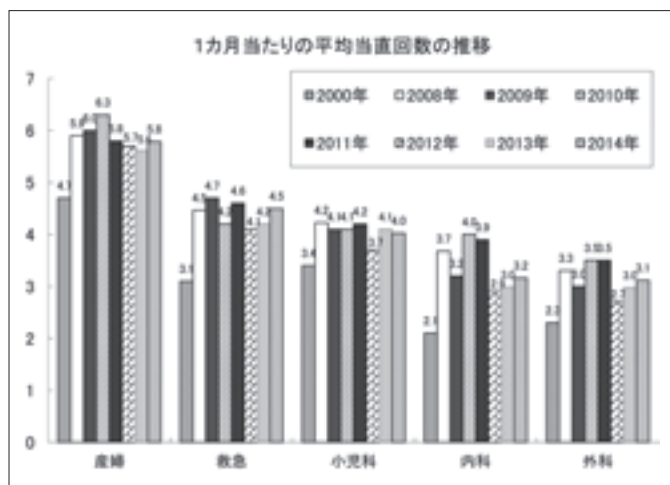


図 4 〈当直翌日の勤務緩和体制〉の導入施設は、23.1%まで増加した。

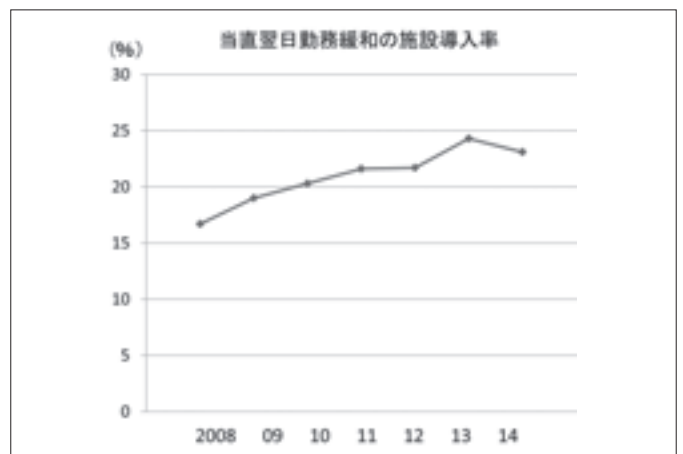


図5 ただし、勤務緩和100%実施は導入施設(23.1%)の6.9%、全体のわずか1.6%にすぎない。

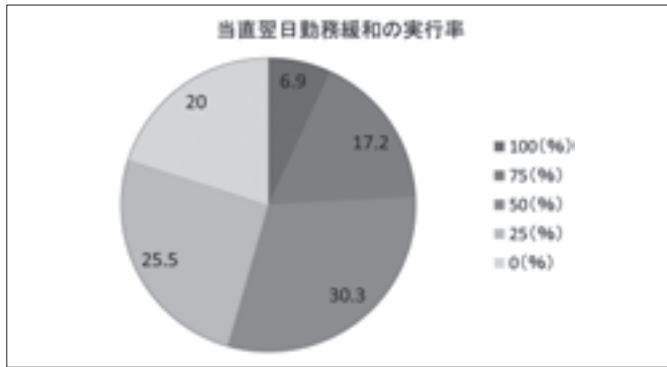


表3 病児保育や24時間保育のある保育所設置は全体の2割に留まる。

設置施設	割合
設置施設	66.3%
病児保育	23.7%
24時間保育	22.9%

表4 育児中の女性医師の当直の有無を調査したところ、施設毎・女性医師毎の調査で顕著な相違を認めた。

	当直あり(緩和なし)(%)	当直あり(緩和あり)(%)	当直免除(%)
施設(件)	455(58.3)	115(14.7)	210(26.9)
女性医師数(人)	201(23.8)	165(19.6)	382(45.3)

図6 <育児中の女性医師も緩和なしで当直する>施設が6割も占める。他方、<完全免除>の施設が4分の1も存在し、<緩和しつつ当直>という工夫のある施設はわずか15%である。

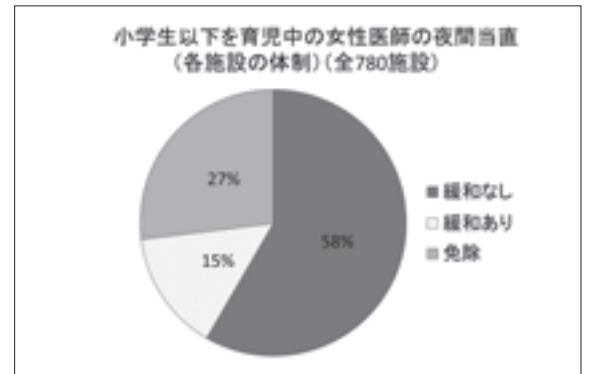


図7 しかし、過酷な環境には育児中女性医師は少数しかおらず、実際には当直免除の女性医師が全体の5割近く存在した。<緩和しつつ当直する>がわずか2割弱で、<緩和もなく当直する>が2割以上存在した。

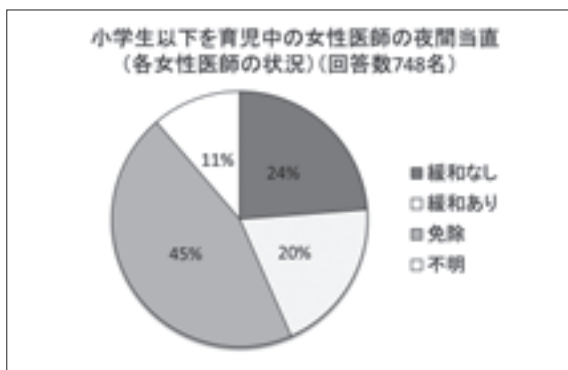


表5 通常勤務の医師には、ほとんど勤務上の配慮がない。

対策あり(%)	勤務時間軽減	当直翌日勤務緩和	給与較差	手当支給	資格取得促進	昇進機会付与	
施設数	174(22.3)	43	77	30	32	22	13

図8 常勤先のない非常勤医師(フリー医師)は、分娩取扱い病院に相当数存在する。男性の30、60代と女性の30~40代が多い。

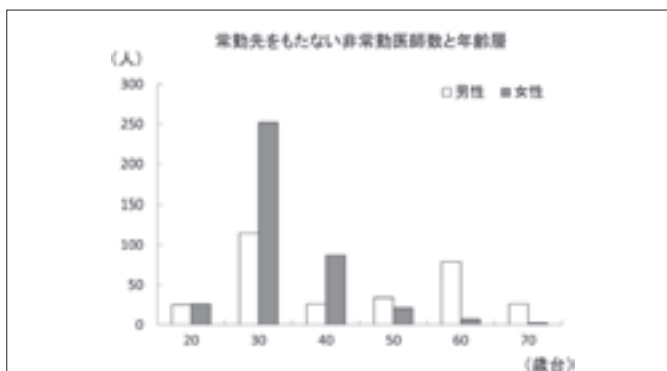
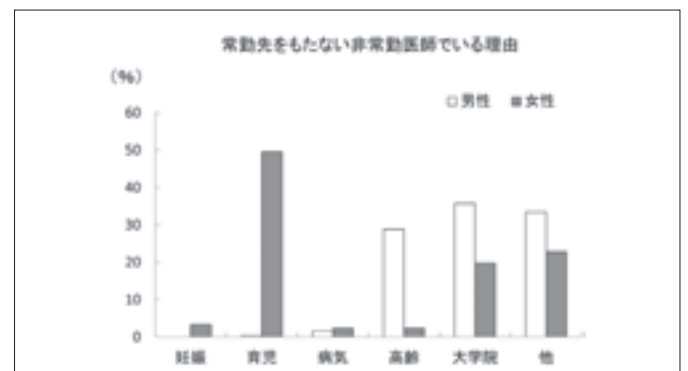


図9 フリーの理由は、男性は大学院・高齢が多いが、女性は育児・大学院が多い。



女性医師支援情報サイトのご案内

勤務医委員会委員長 木戸 道子

2009 年に日本産婦人科医会ホームページ内に「女性医師支援情報サイト」が開設されて今年で 6 年目となりました。サイトのページの右上にあるように、「女性医師が、女性の健康支援のプロフェッショナルとして活躍し続ける」、「女性医師のキャリアサポートを通じて産婦人科医療の発展を目指す」というコンセプトで始まったこのページは、これまで多くの皆様にご利用いただいております。妊娠・出産、育児、介護などのライフイベントと仕事とのバランスをどのようにするかを中心に、人間関係の悩み、仕事に対するモチベーション、キャリアアップなどについて様々な体験談を掲載しています。

この春、新たに「妊活」「マタニティハラスメント」「育児と仕事での悩み」「管理職について」などの話題を追加し、他のテーマについても少しずつ内容を改訂いたしました。「情報コーナー」では女性医師支援関連のシンポジウム、交流会などの催しのお知らせ、関連ニュース、書籍などの紹介など、様々な情報を掲載してまいります。これまでに引き続き、皆様からの情報をお待ちしております。また、「リンク集」では地域別、大学別女性医師支援情報のみならず、一般向けの子育て支援情報が得られるサイトを紹介しています。

「女性の活躍」が政策として取り上げられるようになってきてはいますが、そのための環境整備は追いついていません。サポートに役立つ情報を交換し、上手に活用していくことで、

ワークライフバランスの向上につなげるが必要になります。

サイトリニューアルに際して、より親しみやすい「サイト名称」を会員の皆様から募集することになりました。この機会にいちどコンテンツをご覧いただき、アイデアを下記のアドレスまでメールでお送りください（複数でも大歓迎です）。ご意見、ご感想などもお待ちしております。

宛先：ogwd@jaog.or.jp



編 集 後 記

今回の勤務医ニュースのトップ記事は、ちょっといつもと違う、アカデミックな雰囲気でお届けしました。江戸時代、明治時代に女性が医師として働くことの苦労は想像することしかできませんが、いつの時代も、志高く医療に尽くす人たちに性別は関係ないですね。大先輩たちに心から敬意を表します。執筆を担当した委員は 3 代続いた医師の家系とのことです。3 代続いた産婦人科の女医さんという方も知っていますが、子や孫が自分と同じ仕事を目指してくれるのは、自分の仕事に誇りを持って生き生きと仕事をしているからこそなのでしょう。そこに、若い仲間を増やしていくヒントがありそうです。勤務医ニュースの記事や編集後記を担当するたびに毎回書いていますが、我々産婦人科医はカッコイイのです。産婦人科は 3K と言われますが、私にしてみれば、他科の仕事の方がよほど大変そうに見えます。第一、真剣に向き合っていれば、きつくない仕事などないでしょう。学生さんを対象にアンケート調査をすると、希望する進路として産婦人科は上位にランクするというデータをよく見かけます。そのピュアな使命感を持続できるよう、医育機関に所属の先生方、ぜひ、「あなたがなりたい私」をアピールしてください。

妊産婦のメンタルヘルスケアは医会の重点事業のひとつで

す。産褥の自殺は少なくないそうですし、不安定な精神状態は乳幼児の虐待にもつながります。今後、重要性が増す事項のひとつです。

他の記事は、いつもご紹介している「働きやすい病院」、「待遇改善と就労環境に関するアンケート調査報告」、その他、です。自院の取り組みをぜひアピールしたいという施設がございましたら、医会までご連絡ください。

(幹事・奥田 美加)

(平成 27 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	川鱒 市郎	常務理事	中井 章人
委員	石井 桂介	理 事	安達 知子
〃	ト部 諭	理 事	根来 孝夫
〃	水主川 純	〃	山下 幸紀
〃	関口 敦子	幹 事	清水 康史
アドバイザー	茂田 博行	〃	奥田 美加