

AEGIS-Woman イベントご報告（第 76 回消化器外科学会総会）

第 76 回日本消化器外科学会総会（現地と Web のハイブリッド開催）会期中の 2021 年 7 月 9 日（金）、AEGIS-Women 主催のイベント「キャリアアップ 10 ミニッツセミナー PART13」を会場開催と Web 配信のハイブリッド形式で開催いたしました。本セミナーは、AEGIS-Women 会員ページで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PART13」

司会：川崎医科大学 消化器外科学
窪田 寿子 先生



「共働きでも何とかなる！ みんなで育てるノウハウ」

東京医科歯科大学 消化管外科学分野
花岡 まりえ 先生

私は、医師として 14 年目です。消化器外科医の夫と小学校 3 年生の娘がいます

私が失敗から学んだことを紹介します。子どもが 1、2 歳だったころは、家事・育児を半分以上やっていました。私の人生で一番つらかった時期です。職場の理解があり、サポートは駆使しましたが、私は母親なのだから頑張らなくてとはと、子育ても仕事も全力で取り組もうとした結果、体調を崩しました。

これから出産、育児を経験する女性外科医に伝えたいことは、仕事と育児の両立を目指し過ぎないこと、後で幾らでもキャリアの構築は可能だということです。重要なのは、家事・育児でも得手・不得手分野があるので、苦手なことはせず得意なことを担当し、補完し合うようにすれば、ストレスフリーな生活ができるのではないのでしょうか。

共働き夫婦の子育てが前向きになれる考え方は 2 つです。

- (1) 長期目線に立ち、お互いのキャリアビジョンを理解して調整し合い、共同で家族を運営していく意識を持つこと
- (2) 時間は有限なので、何かを得ようと思えば何かを犠牲にしますが、逆に新たな発見も得られること

当科は男女平等にチャンスを与えてくれるリーダーの下で、お互いに高め合える環境になっています。全員が工夫をして、ワーク・ライフ・バランスの実現に取り組んでいます。各自が自由な時間を確保しやすくなることで、結果的によい医療が生まれるのではないのでしょうか。

共働き夫婦において大事なことは、お互いのキャリアを尊重しながら分担し合うことです。「共働きでも何とかなる」から、「共働きだからこそ成長につながる」と、前向きに考えられるとよいと思います。

〈質疑応答〉

- 窪田先生：物事を割り切ることができるようになったのはどのタイミングでしたか？
- 花岡先生：子どもとの関係性ができ始めた 3、4 歳くらいからです。
- 窪田先生：自分の時間を確保することで、育児や介護も含め、いろいろな時間を確保できるという意識を医局の全員が持つための工夫はありますか？
- 花岡先生：オンコール当番体制を取り、残る必要はない雰囲気をつくらせています。

「育児と外科医の両立でマネージメントの力が磨かれる」

埼玉石心会病院 乳腺内分泌外科
児玉 ひとみ 先生



私は、母子家庭として子どもと 2 人で暮らしながら外科医をやってきました。ワンオペでも、共働きの家庭でも、育児と仕事の両立に対する解決策に大きな違いはないと思っています。管理職になり、人やチームの育成は子育てと重なる部分が多いことに気付きました。

私にとって、子育てと外科医を両立して診療を続けていくことは、労働環境整備の実践でもありました。専門医取得には手術手技症例数が必要ですが、手術経験を得る時期と妊娠、出産、育児が重なり、専門医の取得が困難となります。スーパーウーマンでなくてもバランスよく育児と仕事を両立でき、責任を果たせる仕組みが必要です。

私が支援を受けた東京女子医科大学は院内に保育所があり、子どもが生後 6 週のときか

ら預け、6カ月のときに、認可保育園に入れたので、通常の業務は可能でした。

小学校に上がる時、学童保育が見つからず、外科医を続けられないと悩みました。私はシステムがないなら、作ったらどうだろうかと考え、大学および学童保育事業を行っている企業等にヒアリングをし、具体的な学童保育のかたちを考案していきました。2008年、日本外科学会で、この活動を発表する機会を得ました。その後、行政へデータ提出し、助成金を受け、院内学童保育の設置が決定しました。世の中に必要だと思えることを実行に移すことで、社会を動かすことができることを実感しました。

私の親が病気になり、再び外科医存続の危機が訪れたときに赴任したのが現在の勤務先である埼玉石心会病院です。乳腺外科部長として、チーム医療を推進し、ワーク・ライフ・バランスの実践に取り組んでいます。管理職がトップダウンで行わないと、これを実現するのは難しいのではないのでしょうか。

わが家の子育てですが、家事を遊びのようにして楽しんでやっていました。結果として、娘は小さいころから自分のことは自分でする習慣が身に付きました。育児は非常にクリエイティブで楽しい経験ですので、男性にもぜひ積極的に参加していただき、女性医師の労働環境整備にいっそう理解が深まることを願っています。

〈質疑応答〉

○窪田先生：どのような働きかけをすることで男性医師の育児休業取得率が増えると思われますか？

○児玉先生：家庭生活に重きを置く若い男性が増えているようですし、法制化されているので、積極的に受け入れ体制を作らなくてはいけない時代になってきています。一緒に働く上司がオーケーを出すかどうかだと感じています。

○窪田先生：育児中は甘えてはいけないと思いがちです。頼ることに罪悪感を持たないために、アドバイスをいただけますか？

○児玉先生：自分でやらなくてはいけないと思った時点で、両立は不可能でしょう。両立している先生たちを見ると、ほとんど皆さん周りに協力者がいます。常に感謝の気持ちを表し、手を差し伸べたいと思ってもらえる関係性を築く必要があるのではないのでしょうか。



「高齢者胃癌患者の定型的手術とサルコペニアの関係；運動と栄養の持つ意義」

北里大学医学部 上部消化管外科学
比企 直樹 先生

わが国では胃癌が減っているとはいえ、65 歳から 90 歳の年齢層においては右肩上がりに増えています。

サルコペニアは、ギリシャ語でサルコ＝筋肉、ペニア＝欠如を意味する造語といわれています。サルコペニアの診断基準は、当初は筋肉量の減少だけでしたが、現在は筋力の低下や身体機能の低下など、筋肉の質が落ちることを併せてサルコペニアと呼ぶようになっていきます。一次性サルコペニアは加齢に伴うもので、二次性は加齢以外の原因によるものです。1 年で 1% 筋肉量が落ちるそうです。ですから、30 歳の方が 80 歳になるとだいたい 50% になります。

サルコペニアの概念から考えると、加齢に伴う筋肉の衰弱、手術による炎症、進行する癌、低栄養などが重なるので、術後合併症が起きると、寝たきりになってしまいます。

1 週間ベッド上安静にした場合、筋肉量は 10% 落ち、サルコペニアの要因がそろってしまいます。がん研有明病院の布部先生が全国がん登録を分析した結果からも、手術で他病死が増える可能性が示されました。侵襲と根治性のバランスを見つめ直すことが重要です。超高齢の胃癌患者さんの場合、加齢に伴う筋肉の衰弱、手術による炎症、もしくは進行する癌、さらに低栄養などが重なってくることは間違いありません。ですから、万が一、縫合不全や膀胱瘻などの合併症が起きると、手術で寝たきりになってしまう可能性も考慮しなければなりません。

高齢者の胃癌術後の死亡率は衝撃的です。85 歳から 90 歳では、2 カ月で約 2 人、3 カ月で約 3 人が亡くなります。90 歳以上だと 5 人です。手術で胃癌は治っても、胃癌の手術によって他病死が増えている可能性があると考えています。通常我々は胃癌に対しては定型手術を勧めますが、患者さんが定型手術を希望されなかった場合、LECS による局所切除を提案します。これで 3 つのサルコペニア因子が消えます。サルコペニアだけが原因ではないかもしれませんが、死因に関連があると考えています。

術前は治療による食欲不振に対して集中して栄養療法を用い、手術をします。経腸栄養の投与期間とプレアルブミンの変化率は関連を持って上昇しますので、プレアルブミン値をフォローすることで感染症率や合併症率を把握できます。術後早期は、骨格筋減少を最小限に抑えるために末梢静脈栄養を活用し、アミノ酸輸液＋脂肪乳剤を投与します。術後晩期においては、胃全摘患者さんの体重減少や合併症の有無は経口栄養剤のコンプライアンス率が鍵になります。コンプライアンス率が低いと、体重の減少を抑制できません。

術後は炎症性サイトカイン優位の状態になりますが、運動をすることによって抗炎症性サイトカインが分泌されます。この抗炎症性サイトカインが、体タンパク合成を亢進することで骨格筋減少を防ぐことが分かっています。1 週間のベッド上安静で 10% 筋肉量が減少するということを予防できれば、予後の改善や合併症発生率の低下を期待できると考えています。

筋肉量を落とさないようにするためには、手術直後から 3 か月までに集中的に介入することが重要です。術前からの介入も効果的な可能性があります。効率的に筋肉を増やすロイ

シン、そしてロイシンが働くための最低必要栄養量+レジスタンストレーニングの効果を、前向き臨床試験によって明らかにしていきたいと思っています。他にアナモレリン(グレリン様作用薬)がスポットを浴びています。現在は癌の悪液質の患者さんにしか適用できませんが、適応が拡大すれば世界が大きく変わるといわれているので注目しています。

〈質疑応答〉

○窪田先生：術前のプレアルブミン上昇率のお話がありましたが、上がらない人をどこまで待つかということについて、科内で議論になります。ある程度の期間は決めておられますか。

○比企先生：1 週間で上がらない人は、もう上がらないと思いますので、手術を計画します。縫合不全や腹腔内膿瘍、あるいは肺炎が起こる可能性が高いと思うので、要注意で手術するか、縮小するかなども検討します。

編集担当：竹原裕子 大越香江