

ピース
✌️



大丈夫だよ！

胎児治療のパイオニア スーパードクターに聞く —胎児診断、そして胎児治療—

国立病院機構長良医療センター、勤務医委員会委員 川緒 市郎

産科、周産期医療は短期間に大きく変貌しました。この変貌は超音波に代表される画像診断の進歩によるところがきわめて大きいのです。妊娠初期の妊婦さんの卵巣腫瘍を先輩が内診で診断している場面に遭遇しました。私にはどうやって卵巣腫瘍を診断できたのかまったく分かりませんでした。当時は超音波検査機器がようやく大学病院に普及し始めた頃です。これさえあればと思ったのですが、当時の画像の解像度はお世辞にもいいとは言えませんでした。

「snow storm」という言葉を聞いたことがあるのは、それなりのキャリアがある先生方でしょう。胞状奇胎の超音波所見をそう呼んでいました。今の装置では小さな粒がはっきりと見えるのですが、当時はまるで子宮の中の胞状奇胎が雪

嵐のように見えたのです。しかも表示されている画像を静止させるフリーズ機能がありません。今だと思った瞬間に画面にポラロイドカメラを装着してシャッターを押すのです。これでは満足のいく写真が撮れる可能性が高いはずもありません。しかも先輩が超音波のプローベを操って出した画像を写真に撮らなければならないのですから、もしも写真の出来栄が悪いときには怒られてしまうのは私です。これはもうたまりません。なんて理不尽な機械なのだろうと思いましたが、それでも胎児の心臓の動き、胎児そのものの動く姿にそれは大きな驚きを感じました。

超音波診断装置は胎児が生き活きと動く様をはっきりと示してくれます。しかしこれは言い換えると、心臓が動い

目次

- 胎児治療のパイオニア スーパードクターに聞く—胎児診断、そして胎児治療— … 1～2
- 素敵なセミオープン … 3
- 若手勤務医のための Presentation Zen and Then (その1) … 3～5
- 「どんな専門医になれる？」専門医取得要件 … 5～6
- 若手医師に知っておいてほしい先端医療の紹介 … 6
- 女性医師が働きやすい病院 … 7～8
- 産科医が増えた？～現場の声「当直で睡眠不足」65% … 8～10
- 「ファザーリング全国フォーラム in しが」分科会報告 … 11
- 勤務医担当者懇話会と産婦人科プログラム … 12
- 編集後記 … 12

ていない胎児もまた画像として表現できるのです。切迫流産という言葉がかつては今以上に頻繁に使われていました。妊娠反応が陽性で、出血があれば直ちにこの診断名がつけられて hCG の注射が行われたりしていましたが、入院も珍しいことではありませんでした。その頃には実際に胎児心拍がないにもかかわらず、注射の痛みを耐えながら入院生活を強いられていた妊婦さんが大勢いたのです。胎児画像診断のはじめの一步は、胎児の生存を確認することだったのです。

その後超音波診断装置は飛躍的に進歩していきました。胎児の形態異常が続々と胎児期に診断されるようになり、出血する前に前置胎盤を診断することも可能となりました。やがてパルスドプラー法による血流計測が普及して、胎児の形態異常にとどまらず機能や貧血まで推測できるようになりました。今では立体的な胎児画像が見える 3D、4D 画像はあたりまえになってしまいました。現在の超音波画像の解像度は私が当時取り扱っていた機種とは比べ物になりません。一生懸命に超音波で胎児を診ていると、時には赤ちゃんから**写真**（1 頁参照）のようなメッセージが届くことがあります。大丈夫だよおじさん、といわんばかりの V サインです。

この優れた性能を駆使して行われるのが胎児治療です。胎児治療は決して新しいものではありません。1960 年代から症例数は少ないものの、行われてきていました。日本でも血液型不適合で胎児水腫になった赤ちゃんに、腹水中に針を入れて輸血が行われていました。超音波が普及する前ですから、X 線透視下で行われていたのです。今のように新生児医療が充実している時代ではありません。放射線被曝があったとしても、妊娠期間を延長することに意義があったということなのでしょう。胎児の腹腔内への輸血は超音波ガイド下に安全性を高めて今でも行われています。治療効果はあるのですが、効果判定が簡単ではないのが欠点です。

胎児輸血

胎児貧血に対する輸血は、近年臍帯血管から行われることが多くなってきています。やはり超音波ガイド下に臍帯に穿刺針を入れて輸血を行うのです。この方法ならば、輸血中でも採血が可能となり効果判定が容易に行えます。ただし、穿刺針を臍帯に固定して輸血を行うことは簡単ではありません。臍帯に輸血を行うには、臍帯から採血を行う操作に熟達していなければならないのです。超音波画像装置が進歩したからこそ、臍帯に穿刺針を入れることが可能となり、その延長に針を留置して輸血が行えるようになったのです。私が初めて臍帯血管を用いて胎児に輸血を行ったのは 1990 年でした。Rh 式血液型不適合の赤ちゃんに臍帯から輸血して、37 週まで妊娠期間を延長しました。当時は血流測定などできませんでしたが、ひたすら胎児採血を繰り返しながら輸血の適応や効果判定をしていました。

シャント術

超音波ガイド下に行われる胎児治療の一つとして、胸腔羊水腔シャント留置術があります。当初は海外で制作されたチューブを用いていましたが、あまり使い勝手がいいものではありませんでした。そこで国産のチューブが開発されたのです。最初は尿道閉鎖の胎児に対して膀胱羊水腔シャントと

して施行されました。その後胸水貯留の胎児に対しても行われるようになりましたが、やがてこの治療方法は先進医療として認められたのです。胎児に対する医療行為がこのような認定を受けることは画期的なことであり、驚きとともに大きな感動を覚えました。未来の人類である胎児に対する医療が、医療として認知される大きな一歩だったからです。近年一定のプロトコールのもとに前方視的な検討が行われ、80% 近い救命率が確認されました。このチューブは海外でも評価が高く、薬事承認を受けて今後は広く世界で使用されていくことが期待されます。

レーザー治療

胎児治療で最も認識されているのは、双胎間輸血症候群に対する胎児鏡を用いた胎盤表面の吻合血管をレーザーで血流遮断する方法です。すでに国内での施行症例数は 750 例を超えています。私の施設では 50 例ほどの経験がありますが、80% 以上が妊娠 28 週以降に出生し、少なくとも一人の児が救命できる確率は 90% を超えています。この治療成績は海外を凌ぐものであり、日本の技術の優秀さときめ細かい管理が奏効しているものと考えられます。症例数を重ねて技術が安定していくことにより、さらに治療成績が向上することが期待されます。この治療方法は施設限定ではありませんが、保険診療として認められる可能性があり、その将来性は非常に高いものといえます。

The Fetus as a Patient

胎児治療はようやく医療として認知されるようになりました。2004 年に国際胎児病学会「The Fetus as a Patient」は胎児治療声明を出しています。そこには「胎児に対する新しい治療、管理方法の科学的検証、社会的認知の手続きは、小児、成人に対するそれと同等の扱いを受けなければならない」と述べられています。一見華やかに見えるシャント留置やレーザー治療もしっかりと検証を行い、治療の質を高く維持していかなければなりません。施行できる施設が増えることは一見妊婦や胎児に有益に思えるかもしれませんが、やはり症例は限られています。治療の質を維持するためには、今後もある程度限定された施設で行われるべきでしょう。

胎児の生存の確認から始まった超音波画像は、未来の人類のための胎児治療も可能にしました。しかし、産婦人科医にとって基本となるのはやはり内診です。指先の感覚で子宮や卵巣の異常を診断する技術は、決しておろそかにしてはいけません。基本がないところにはどんな新しい技術も生きてはこないのです。

最後に少し話を変えますが、超音波診断や胎児治療のおかげで多くの子ども達の命が救われるようになってきました。その大切な命が不慮と表現される事故で亡くなること、生涯にわたって大きな後遺症を持ってしまふことは納得がいきません。小児科医会は学会などと合同で委員会を立ち上げ、チャイルドシートの適正使用を働きかけています。日本産婦人科医会も妊婦のシートベルトや、チャイルドシートについての啓発活動にご理解をいただきたいと願います。胎児診断や胎児治療だけではなく、包括的に子どもの安全を守るのが私達の役目だと、私は考えます。

素敵なセミオープン

日本医科大学、日産婦医会常務理事 中井 章人

全国では約 90 基幹施設がセミオープンシステムを導入し、およそ 1,000 施設がその連携施設として参加している。これは国内の全産婦人科施設数の約 20% にあたるが、その効果となるとあまり肯定的な意見が聞こえてこない。さて、その理由はなにか？

勤務医のための本誌をクリニックの先生とうちの医局員が読まないことを前提に本音を書いてみる。

基幹施設では様々な重症妊産婦が扱われ、日夜救急対応に追われている。私を含め多くの基幹病院の医師は、それら多くの疾患が初期の不適切な外来管理により、より悪い予後に関連することを知っている。つまり、ハイリスクは初期から管理したいと思っているのである。加えて、産科領域ではローリスクであっても重大な疾患が発症する。したがって、自院分娩予定者の妊婦健診を近隣クリニックにゆだねるなど、以ての外なのである。この考えは本システムの全国調査で、妊婦の連携施設利用率が平均 15% に止まっていることにあらわれている（平成 21 年度厚労科学研究：中井）。

さて、自院管理と近隣クリニック管理の違いは何であろう。実はうちには冴えない医局員がいる。外来診療で重要な兆候を見落とししたり、ルーチン検査をうっかり忘れてたり、数えだせばきりがない。もちろん私を含め人は誤りを犯すものである。その誤りをいかにカバーするかが、システムである。幸いうちの周りのクリニックには、かなり冴えた先生が多かったのである。決まり（システム）さえつくれば、40 人以上の妊婦健診と当直で緊急手術を 2 件もしたふらふらの医局員がするより、よほど良い精度で診ていただける。

システムは簡潔だ。うちで分娩予約をするローリスク妊婦には母子手帳の拡大判といえるネットワーク手帳を手渡す。妊婦は手帳を携帯のうえ当院と契約した近隣のクリニックを受診し、手帳に所見を記載してもらう。分娩はもちろん、救急はすべて当院が担当する。当院受診に際し、妊婦はカルテ代わりの手帳を提示するだけだ。これだけでも、外来負担は大幅に軽減するのである。初診時、当院外来ではシステムを説明し、原則、ローリスクの健診は連携施設で行うと伝えている。簡単なことは ATM で、面倒は本店にご来店くださいと言ったところである。妊婦にとっては町中が一つの同じ病院で、外来ブースと入院・救急ブースが別々に存在するだけなのだ。

ローリスクの健診はガイドラインに準じる。その他の決まりは 18 週から 24 週の頸管長観察、20 週過ぎの胎児スク

リーニング、28 週以降毎回の羊水量チェックの 3 つである。これで、早産、前置胎盤と様々な病態や発育不全に基づく胎児機能不全をスクリーニングすることができる。胎児スクリーニングに自信のないクリニックではそのときだけ当院外来を利用すればよいのである。例えば、20 週前後で前置胎盤が疑われれば、全例当院外来管理となるが、システム開始後警告出血による救急搬送例が激減した。これは、当院の健診システムを各クリニックの分娩予約妊婦たちにも適応した結果と推察している。すなわち、医療の標準化がなされてきたのである。

さて、その結果どうなったであろう。当初 20 に満たなかった連携クリニックは 30 を超え、外部の健診をいやがっていた妊婦も、待ち時間が少なく、利便性が高く（コストも安く）、当院と同等の健診が受けられる近隣クリニックへ流れ出したのである。現在、健診の 50% は連携クリニックで行われ、当院では外来数の減少からそのブースを減らし、当直あけの医師を帰宅させることができるようになった。分娩数が増加したにもかかわらず、である。分娩増加は帝切率の増加、すなわち重症患者の増加によるため、若手の教育効果を高め、収益も病院内 1 位に押し上げた。また、システムを体験した妊産婦の 80% 以上は本システムの利便性を高く評価し、近隣クリニックでは経済効果が増したことは言うまでもない。医療の標準化により、救急搬送が減少したことも特記すべきことである（表）。妊産婦、地域医療、基幹施設、連携施設ともに Win、Win、Win、Win である。

この成功で私は副院長にはなったが、医局員に時間を与え、研究業績を伸ばしたいという野望だけが残された課題となっている。

表 セミオープンシステム「母と子のネットワーク」導入の効果

	導入前	導入後
外来患者数（1日平均）		
総数	120	85
妊婦健診数	45	25
分娩実績		
年間分娩数	700	900
帝王切開率	20%	35%
母体搬送受入数	120～130件	70件
教育／研究		
年間論文数	28編	35編
年間学会発表数	44回	34回

若手勤務医のための Presentation Zen and Then（その1）

青森県立中央病院総合周産期母子医療センター、勤務医委員会委員 佐藤 秀平

学会発表をする際に、皆さんはどのようなことに留意して発表をしますか？

おそらく大学や所属する施設で学会発表の予行練習をし、先輩達に修正されたスライドやポスター持って学会に臨むことが多いかと思います。最近はパソコンでのプレゼンが日常的になり、そして、プレゼン用のソフトウェア（マイクロソ

フト社のパワーポイント、アップル社のキーノート）が非常にスマートとなってきたため、スライド作成そのものがスムーズにできるようになった反面、もう少しこういう工夫をして発表して欲しいと思うスライドや、凝りすぎて逆に何を伝えたいのかわからないスライドが多くなってきた印象があります。さらに、様々な基礎データや臨床データを発表する際

に、最も基本的な統計学的な裏付けとなる検討に問題があり、一見ただけで発表が無意味な物になってしまっている、という場面が散見されるようになってきました。

大企業に勤務する社員には、プレゼンの技術そのものが社員力であるような言い方さえされる昨今です。医学研究者であればもちろんのこと、勤務医であっても、様々な学会で自分の経験をまとめて学会や研究会でいかに上手く発表して聴講した人たちの興味を惹きつけ、そして納得させるかという技術は、さらに言えば、臨床の現場で、患者さんや家族に対する説明の場でも有用なスキルとなってくるのです。

マッキントッシュの産みの親である故 Steve Jobs 氏はプレゼンの才能が長けており、そのプレゼン力が実はアップル社の原動力の 1 つになったと言われています。Jobs 氏と親交が深かった Guy Kawasaki 氏の著書「Presentation Zen」の副題が「Simple Ideas on Presentation Design and Delivery」と書かれているように、Jobs 氏のプレゼンは常にシンプルでありながら最も注目して欲しい部分を的確に示し、聴衆の期待と興味を惹きつけていました。教室や所属する施設の業績の 1 つひとつを上手く発表して、施設の評価に繋げることは勤務医としての目標の 1 つになるべきことと私は思っています。

限られた誌面で、1 つひとつの医療系プレゼンのコツをすべて解説することは難しいのですが、勤務医の若い医師の皆さんに覚えて欲しいエッセンスだけを示したいと思います。

1. データ収集の前に研究や発表のエンドポイントを定める。

エンドポイントを決めてからデータを

- データを集める前に、結論として導く落としどころを考えおくこと
- 統計ソフトにやたらと代入することで得られた有意差は役に立たない

2. データの性質を知ってから統計学的な裏付けを行う。

データの性質を知る (1)

- データの性質によって用いる統計手法が異なる事を知っておく
 - 正規分布しているか
 - 連続変数か非連続値 (階級) か
- 例 42.3 ± 68.2 vs 72.6 ± 81.7
- このような群間に t-検定は用いない!

3. 科学的な説得力のあるグラフを用いる。

最近のプレゼンソフトは、簡単に見栄えの良いグラフを立体的に作ることができます。グラフの種類も沢山あって、どのグラフを使えば良いかは悩む場面が多くなります。本来導かれる結論によってグラフの選択は自ずと決まりますが、大事なことは説得力です。科学的なデータは特に誇張を嫌みせずし、説得力は寧ろ減じてしまいます。

データの性質を知る (2)

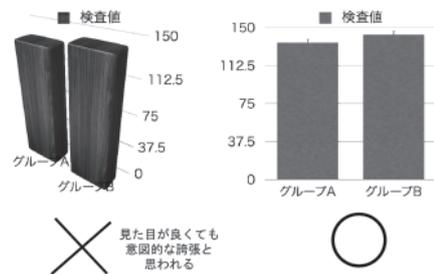
- 階級値 (0, 1, 2, ...) の数値化したデータは数値ではなく階級である
- このようなデータの群別平均値を t-検定をしてはならない
- 例 A群 1.25 ± 0.6 B群 2.10 ± 0.7

4. 示したいものが明確な場合スライドはできるだけシンプルな方が良い。

人が時間内に集中力をもって読める文字数には限界があります。データの数値が多すぎる場合にはグラフ化するか、行数の多い表は配付資料に回すとか、思いっきり省略した方が良い場合があります。また、結論が一目瞭然の場合、その結論だけをシンプルに示した方が、聴衆も理解しやすくなります。また文字はシンプルに、強調すべきところとそうでない部分の字体を考えるべきです。また、スライドそのものの縦横比 (1:1.6) に合わせた文字や図・写真の配置を考えて、余白の部分を作り、腹八分目にしておくことで読みやすくなります。

スライドの場合、遠くからでも視認性が良く、そして見やすいのは、いわゆるゴシック系のフォントです。明朝系と言われるフォントは、日本語らしさを強調しますが、細い太いが部分的にあるために、背景の色や模様とフォントの色の組み合わせによっては、見えづらくなってしまいます。また、フォントの線の太さも変えることが可能な場合、強調する場合には太字とするなどの工夫をします。ただし、1つのスライドに3種以上のフォントを使用すると見づらいものになるので注意すべきです。

説得力のあるグラフとは



みやすいスライド

必要な 余白を入れる (腹八分目に)

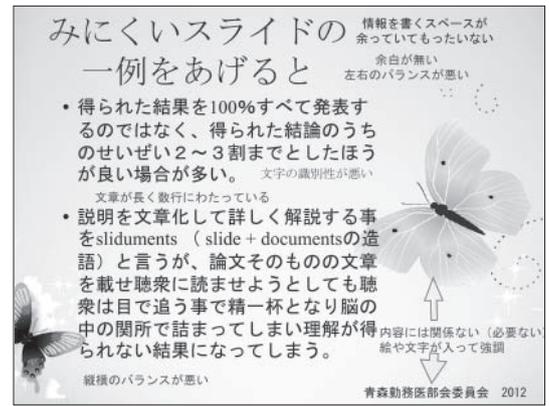
縦横は1:1.618比率のバランス

- 文字数を限ること
- 結論をまずシンプルに述べること
- 結論までの課程が長い場合は
- 分解して短文とすること
- 付加情報は別スライドで示す

せいぜい6~7行まで 1行15~20文字まで

スライドは、配付資料とは異なり、すべてを詳しく解説・記述する必要はありません。配付資料や論文調に詳しくなったスライドのことを Sliduments と呼びますが、このようなスライドに付いてこれる聴衆は殆どいないと思ってよいでしょう。

今回は、プレゼンのZEN（禅）を中心に解説しましたが、さらに魅力あるスライドの作成についてのTHEN（次なる発展）はまたの機会に解説します。



「どんな専門医になれる？」 専門医取得要件

産婦人科医として後期研修を開始した後、まず目指すのは産婦人科専門医である。産婦人科専門医取得後はそれぞれがさらなる専門性を身につけるため研鑽を続けていくことになる。近年、各学会において様々な専門医制度が導入されてきており、これにより自身の専門性を示しやすくなってきている。そこで、産婦人科に関連したサブスペシャリティとしての専門医制度の一覧を表に示したので参考にされたい。なお、母体保護法指定医、産業医などについては他を参照されたい。

(まとめ：横浜市立市民病院、勤務医委員会委員長・茂田博行)

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	産婦人科専門医取得後3～5年	婦人科浸潤がん150例以上、15例以上の広汎子宮全摘手術執刀など	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	毎年12月ごろ筆記と口頭試問	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年間以上にわたり細胞診断学の研修を受けた者	産婦人科専門医取得後2年	なし	細胞診断学ならびに細胞病理学に関する論文3編以上をもち、その内1編は筆頭者であること	なし	毎年12月初旬筆記試験 印刷物による細胞診断の試験 ガラス標本による検鏡試験	なし	4年ごと
日本がん治療認定医	日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会	産婦人科専門医、日本がん治療認定医機構認定研修施設での2年以上の研修指導責任者の証明	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症例(入院・外来は問わない)	がん診療についての業績1件以上	がん診療についての業績2件以上	書類審査後、11月下旬に必須のセミナー受講後に筆記試験	あり	5年ごと
周産期(母体・胎児)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	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	6月に出願10月に試験 筆答試験、症例要約に対する口頭試問	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、入会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	年1回1次申請書類の審査 2次筆記試験+口頭試験	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、継続3年または通算5年以上会員	産婦人科専門医研修を含む6年以上および認定施設で3年以上	内分泌疾患、思春期・更年期疾患、妊娠合併症の7つの疾患群の経験15症例以上	内分泌代謝疾患の臨床に関する学会発表、または論文発表が5編以上、少なくとも2編は筆頭者であること	あり	1次書類審査 2次筆記試験(12月)	あり	5年ごと
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	術者として腹腔鏡下手術100件以上	5題以上うち1題は筆頭著者	5題以上筆頭演者として	実際の手術のDVDを提出 毎年2月中に応募	なし	5年ごと
超音波専門医	日本超音波医学会	医師資格取得者、入会5年以上	指定研修施設で5年間	500例以上	5篇以上筆頭論文が発表	左記	年1回7月筆記試験	あり	5年ごと

サブスペシャリティー 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
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	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 症例以上	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)	7 月に出願 10 月に試験 筆記試験および 面接試験	あり	5 年ごと
日本産婦人 科乳癌学会 乳房疾患認 定医	日本産婦 人科乳癌 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	一定の学会参 加、研修実績	点数制により 合算	点数制により 合算	10 ~ 12 月 に 申請 試験は 3 月上旬 筆記と面接試験	なし	5 年ごと
日本女性医 学学会認定 医	日本女性 医学学会	会員歴 3 年以上	学会歴 3 年	なし		単位に変換	1 月に出願 8 月に筆記・面 接試験	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	点数制により 合算	点数制により 合算		なし	5 年ごと

若手医師に知っておいてほしい先端医療の紹介

母子愛育会愛育病院、日産婦医会常務理事 安達 知子

皆様、こんにちは。学会へ参加しても、自分の専門や興味ある分野しか聴かないことが多い昨今、それぞれの専門分野における新しい知見をお届けしたいと思います。

さて、今回は、生殖領域からの話題を提供します。1978年に世界で初めての体外受精児が英国で誕生し、日本でも、2009年の日産婦学会の統計によれば、生まれてくる子供の40人に1人は体外受精などの生殖補助医療(ART)によって誕生してきます。ARTは今や、きわめて一般的な不妊治療となっています。しかし、現在の生殖年齢の男女の結婚観や人生観、すなわち、いずれ結婚するつもり(約90%)だが、理想的な相手が見つかるまで結婚しなくてもかまわない(約50%) (国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調書」より)などの背景によって、益々晩産に拍車がかかり、ARTによる妊娠・出産は増加してきております。しかし、実際には女性は35歳を過ぎますと加齢に伴い卵の質的劣化がおこり、妊孕性が低下しているのです。

近年、最も注目すべき、あるいは興味のあることの一つに、女性の妊孕性の温存があります。この研究は、生殖分野はもちろん、腫瘍学の分野でも若年女性の悪性腫瘍患者に対してはきわめて大きな福音をもたらし、周産期の分野でも妊卵が若ければ、周産期予後は、高齢妊娠やegg donationに比較してより良いことが期待されます。妊孕性の温存で、欠かせない技術は、凍結保存や融解の技術、培養の技術ですが、これらのことはARTの技術とともに発展してきました。

第16回世界体外受精会議(平成23年9月10~13

日 東京、加藤レディースクリニック、加藤修会長)で、驚くべき技術の臨床応用が紹介されました。自身の卵巢組織を一部凍結保存して、がん治療後がんが完治したのち(卵巢機能が廃絶した状態)に、自分の卵巢にこれを移植し、その卵巢からの排卵で自然妊娠し、生児を得ている発表です。

12名の卵巢不全の女性(4名はがんによる化学療法後)に、15回の卵巢移植を行った研究で、11回は新鮮卵巢を姉妹(内、9回は一卵性双胎)から移植し、3回は自分の凍結組織の移植でした。卵巢の凍結は超急速冷却法を用いたガラス化保存法で、凍結機や顕微鏡を必要としませんので、手術室内で簡易に凍結できるそうです。月経は新鮮卵巢移植後63~130日後、凍結卵巢移植後147日以降に再開しています。17回の妊娠で、14名の生児が得られ、3回の流産を認めました。なお、がん治療で骨盤内照射をした女性たちから5人の子供たちが生まれています。卵巢機能の継続は、新鮮卵巢移植で2~7年以上、平均5年を超え、凍結卵巢で1.5~2年でした。がん治療を受ける若年女性へのインタビューとがん治療後の卵巢移植で生児を得て喜ぶ同一女性のビデオが流れ、感動的でした。この内容は、セントルイス不妊センターのSherman J Silber医師によってPlenary Lectureで発表されました。凍結・保存した卵巢切片を薄切し、自分の卵巢の白膜を薄く剥がして、その上に自家移植して生着させ、体外受精ではなく、自分の卵巢からの排卵で自然妊娠しています。日本でも、がん治療後、時を経て自分の卵巢を移植し、自然妊娠もできる可能性が期待されます。

女性医師が働きやすい病院

女性医師の働きやすい職場環境とは？

現在私は長良医療センターで5人体制の元、産科専門の医療に携わっております。当院での診療の特徴として、個人主治医ではなく『全員主治医制』をとっていることがあげられます。元々少人数で診療を開始した経緯もあり、当初は個人の主治医体制をとれなかったことが始まりなのですが、最大で7人体制となったときでも全員主治医体制で診療を行って参りました。開設以来この体制で診療を行ってきたのですが、今回のテーマ『女性医師の働きやすい職場環境』を考える上で有益なエッセンスが含まれていると感じております。

女性医師、特に育児を行っている医師の職場環境で問題となってくることは、『時間的制約』と『不公平感』ではないかと考えます。家庭を持ち育児を行う場合、通常医師のように夜遅くまでの診療や緊急時の対応をすることは困難となります。個人主治医や少人数のチーム診療では、家庭か職場のいずれかにしわ寄せが起こる状況が多々発生します。通常忙しいのは日勤帯なので、そこにマンパワーの必要な仕事を集中させることで、時間外の仕事の多くはその他の医師で対応可能であると考えます。全員主治医制であれば全員が病状や治療方針などの患者情報を共有しているため、一人が抜けたとしても個人主治医と異なりさほど大きな影響は出ません。これは女性医師のみではなく、家庭の行事や学会参加などで診療を休みたいと考えた場合、誰にとっても有効な状況です。しかし、そのためには普段から十分なコミュニケーションを取り合うことが重要です。当科では日替わりの当番制で回診、処置を行い、毎日昼食後に全員参加のカンファレンスを行って情報共有と治療方針のディスカッションを行っております。情報と基本方針が統一されているため、自分が不在の時でも当直医に安心して病棟をお願いすることができます。現に週末など、当直医以外は、緊急時を除いて病棟に来ることはありません。OnとOffのメリハリをつけることで、自分の勉強や趣味に時間を十分使うことが可能です。この体制であれば、時間的制約がある中でも十分に診療に携わることができ、そうした充実感は仕事に対するモチベーショ

－男性医師の立場から－

長良医療センター産科 岩垣 重紀

ンを維持するために非常に重要であると考えられます。しかし、全員主治医制を維持するためにはある一定の条件は必要になります。当院のように専門的診療を行っている場合は全員の目指すものが同じ方向を向くため、自ずと全員の診療レベルを一定に保ちやすくなります。しかし診療内容が多岐にわたる場合はチーム全員の診療レベル、信頼関係を維持することが難しくなる可能性があります。

全員主治医制は『時間的制約』問題を解消するのに非常に有効な手段と考えられますが、そうはいつてもやはり病院で勤務する時間は他の医師よりも短くなり、当直回数も制限される状況では医師の間で『不公平感』が募る可能性があります。不公平感をなくすためには、やはり仕事に応じた評価が必要なのではないでしょうか。定時で帰宅する医師と消灯まで働いている医師では、病院への貢献度は異なりますので、両者が同じ報酬ではやはり不公平感はぬぐえません。当初は充実感や使命感で維持できる部分はあるとしても、それが何年にもわたる長期間になった場合、『不公平感』から人間関係がこじれるケースは多々見受けられます。当科では診療科長と病院の努力により、基本的に時間外手当を制限されることがありません。それは自分が頑張った仕事に関して、正当な評価をしてもらっているということにつながり、勤務時間が異なる医師間での不満の解消にも重要なことと考えられます。

最近ではインターネットの発達により自宅で文献検索をすることも可能でありますので、帰宅後でも診療に難渋する症例に対して情報の収集が可能であります。その情報が診療に役立った場合、他の医師から評価もされ本人の充実感も得られると思います。家事をした後では疲れてしまってそんな余裕が無い場合もあるとは思いますが。しかし働きやすい職場環境は、やはり皆の努力の上に成り立つと考えられます。男性医師、女性医師そして病院の努力によって女性医師だけでなく、全員にとって働きやすい職場を作ることが今後の医療現場で必要になってくるのではないのでしょうか。

働きやすい病院 －女性医師の立場から－

長良医療センター産科 千秋 里香

私は産婦人科専門医取得後さらに産科を専門として経験を積むため、先進的な胎児治療を行っているここ長良医療センターへ2007年より勤務しています。この病院はご存じの通り、TTTSに対するレーザー手術や胎児胸水に対するシャント術など、専門的な胎児治療で有名です。こういった日本有数の先進治療を行っておりますが、実は産科に勤務する医

師数は5人と決して多い人数ではありません。ここの産科の特徴は、産科診療に特化しており婦人科診療を行っていないこと、そして全員主治医制をとっていることです。そのため学会や休暇などで人数が減った時でも、重症患者さんの方針で、もめることもありませんし、夜間や休日もオンコール医のみでほとんどは対応可能です。さらにこの体制を支えてい

るもう一つ重要な要素があります。少人数ながらも、医師全員が診療に対するモチベーションが非常に高いことです。当直をしていて夜間困った症例に遭遇すると、たとえ緊急手術にならなくとも、すぐに駆けつけてくれたり、相談にのったりしてもらえます。また、重症の胎児発育不全、血流異常のある MD 双胎、診断の難しい胎児異常、どんどん悪化していく胎児水腫など、困難な症例に対しては全員で時間をかけて討論をし、時には夜遅くまで激論となることもあります。だからこそ、重症患者さんが多くても燃え尽きることもありませんし、母体搬送も積極的に受け入れられるのです。

これだけ診療に対してストイックな医師の集団ですが、同時にプライベートも大事にしています。休憩時間にはよく、各自の旅行話や家族の話で盛り上がります。「オンとオフをはっきりさせる」ことをモットーに、休みをとれる時にはしっかり休み、毎年どこかに旅行したりしているのです。また休暇だけでなく、私自身は親の介護で仕事を休まざるを得ない日がありましたが、柔軟に対応していただき非常に助かりました。昨年結婚しましたが、これからも専門的な周産期医療に携わっていきたくて考えています。この体制であれば、重症の患者さんに関わっていても、安心して休みをとり家族にも時間を割いていけるのではないかと考えています。

昨今減少していた産婦人科医も、やや増加傾向にあると聞きます。しかし女性医師が増加しており、人数が多くても当直回数は多いなど、実際仕事がしづらい環境も多いと思います。全員主治医制は、休みをとるにはとても有効な方法です。しかし、形式だけではうまくいきません。徹底的に全医師で討論し、全患者さんの方針に対して共通の認識をもっている

からこそ、この診療が成り立ちます。またそれに加えて、全員が診療に対するモチベーションをもっているからこそ、可能になることだと思えます。「女性医師の働きやすい病院」とは、育児休暇がとりやすいだけではなく、「全医師のプライベート時間が確保されている病院」ではないでしょうか。ここ長良医療センターは、「働きやすい病院」の良いモデルになる場所だと私は確信しています。



クリスマス回診の様子

住 所：〒502-8558 岐阜市長良1300-7

電 話：058-232-7755

産科医が増えた？～現場の声「当直で睡眠不足」65%

〈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

日本医科大学、勤務医委員会委員 関口 敦子

平成 23 年度の全国の分娩取り扱い病院の調査結果（調査期間：平成 23 年 7 月 7 日～8 月 7 日）をまとめた。この調査は今回で 4 年目である。平成 23 年度の全国の分娩取り扱い病院は 1,118 施設で、4 年間で 163 施設（12.7%）減少。回答施設数 754（回答率 67%）。

1) 施設機能に応じたパフォーマンス (表 1)

常勤医 1 人あたりの分娩数と、施設あたりの母体搬送受入数・帝王切開率は逆相関の傾向があり、施設の役割分担がなされている。

2) 分娩数: 1 施設あたり増加、常勤医 1 人あたり減少 (表 2)

4 年前との比較で、病院あたり分娩数は 446.3 → 507.0 (13.6%増)。医師当たり 98.4 → 85.9 (12.7%減)。

3) 1 施設あたりの常勤医師増加、でも当直回数は科別トップ (表 2、図 1)

病院当たり常勤医師は 5.9 人と 4 年で 1.4 人増加。ただし、常勤医師の 3 分の 1 は女性医師（3 分の 1 は妊娠中か乳幼児育児中）。当直できる医師はさほど増加していない。

4) 当直明けで睡眠不足でも翌日は通常勤務が 8 割 (表 2)

当直中の細切れ睡眠の合計は 4～5 時間と全く改善なし。当直翌日の勤務を緩和している病院はわずか 2 割で横ばい。

5) 当直は月何回なら大丈夫? (表 3)

産科責任者による自施設の当直回数評価で「適正」な施設では平均当直 4.7 回と回答。「多すぎる」施設は 7.4 回。当直が週 1 回か 2 回かで、負担がかなり違う現実を反映。

6) 65%の病院は当直で睡眠不足 (表 3)

産科責任者による自施設の当直中の睡眠時間評価で、「十分」な施設は 35.0%で 5.8 時間、「不十分」な施設は 65.0%で 4.3 時間。勤務医の健康障害・診療の安全面ともに不安。

7) 当直手当「不十分」72%も (表 3)

産科責任者による自施設の当直手当評価では「不十分」が 72.5%、「十分」が 27.5%。

8) 応援医師の手当の方がいいのは…

応援医師の当直手当は常勤の 2.5 倍以上。常勤医の負担

軽減策のための応援とはいえ、差がありすぎか。

9) セカンドコール（緊急時の待機）は呼ばれない限り無給
セカンドコールを置く施設は今や7割を超え、特に高次施設では8割に及ぶ。しかし出勤時以外に手当が出る施設はわずか2割で、他は手当なしのボランティア。

10) 分娩手当支給率は半数を超え、クラーク配置も6割に(表2)
分娩手当支給率は近年著明に改善し半数を超えたが、運営母体により4割(私立)～9割(国立)と較差が大きい。病棟クラーク配置は6割となり高評価。

11) 女性医師は常勤の3割強に(表4)
産婦人科を専攻する新人医師の70%は女性医師。分娩取り扱い病院の女性医師は常勤医師の36.6%、非常勤医師では43.0%とさらに高い。

12) 院内保育所は6割に設置(表4)
院内保育所の設置率は増加。肝心の病児保育や24時間保育は約15%で、育児バックアップとしては不十分。

13) 妊娠・育児中の勤務緩和はまだ半数弱(表4)
48.1%・41.6%の施設で妊娠・育児中の当直軽減あり。高次病院では女性医師が約4割を占め、6～7割の施設で当直軽減がある。

14) 妊娠中の勤務緩和時期やや早まる(表4)
妊娠中当直軽減施設では軽減開始時期は早まる傾向にあり、3年前は妊娠23.3週であったのが、本年は妊娠20.1週。

15) 総合・地域周産期母子医療センターの勤務も過酷
医師数は総合で14.1名、地域で7.3名と漸増。しかし総合の47%、地域の85%は10名以下。女性医師は総合で40.3%、地域で37.0%と一般病院より多い。当直中の睡眠時間は4時間程度と短く、総合の4割には当直翌日勤務緩和があるが、地域ではわずか2割。

16) 一人医長の病院は8%に減少(表5)
常勤医師1名の病院は3年で12.1→8.1%に減少。2名も20.5%から14.1%に減少。

17) 現実に有効であった女性医師の分娩離脱防止策とは…
192回答あり、当直軽減・免除がトップ(41.1%)。時短勤務・ワークシェア・フレックス等の勤務時間の工夫(24.0%)。院内保育所設置・病児保育導入は意外に少数(17.7%)。

18) 近年一番改善された点は…分娩手当!
最近5年間に改善された点は分娩手当等の手当が73.2%と圧倒的多数の回答。あとは医師増加(17.9%)、院内保育所(14.0%)、勤務時間の工夫(13.8%)など少数。

表1 施設概要(分娩数・母体搬送受入数・帝切率)

施設運営母体による分類	分娩数*		母体搬送受入数 / 施設	帝切率 (%)
	/ 施設	/ 常勤医		
大学	507.3	31.0	60.2	34.2
国立	520.8	83.3	43.1	28.6
都道府県立	465.0	86.1	48.8	30.7
市町村立	408.6	102.0	20.2	23.9
厚生連	422.5	117.8	12.5	18.0
済生会	478.9	101.0	40.3	25.4
社保	439.2	99.8	34.1	24.7
日赤	661.0	97.2	44.5	26.0
私立	634.9	151.2	11.4	17.5
その他	444.7	113.7	15.5	21.2
周産期母子医療センターによる分類				
総合	794.6	56.4	122.8	33.7
地域	562.6	76.6	45.0	26.0
一般	442.4	107.3	6.0	19.5
全施設	507.0	85.9	27.2	23.5

* 日本産婦人科医会施設情報(2011)より引用

まとめ

産科医師数の底値からの脱出、諸手当の導入など、勤務医の就労環境は真冬の時代を超えた感がある。とはいえ、産科責任者の先生方による当直評価にもある通り、勤務はまだまだ改善の余地がある。医師が足りない現時点では、せめて当直翌日午後は休む、勤務時間の自由度を持たせる、妥当な手当をつける(常勤医師の当直手当増額、分娩手当や待機手当の支給)、そして女性医師が妊娠後も辞めないように当直を配慮する、育児環境を整える等のことが必要である。当直翌日の勤務緩和のためには、外来枠や手術日の思い切った見直し、他科では前例のない勤務体制の提案も必要かもしれない。しかし、医師のバーンアウトで病院・地域から産科がなくなるよりも、産科の仕事量を減らすだけの方が、世のため人のためであろう。そして、勤務緩和という論点からは少しずれるが、新人医師獲得と産科医の分娩離脱防止には、産科勤務が身体的に楽になるだけでは不十分で、産科医療の危険性にまつわる恐ろしさの軽減も重要であると思う今日この頃である。

表2 近年の動向

	2011年	2010年	2009年	2008年	2007年
分娩数					
1施設あたり	507.0	498.3	499.8	474.8	446.3
常勤医1人あたり	85.9	90.9	88.9	98.3	98.4
1施設あたりの医師数					
常勤医師	5.9	5.5	5.6	4.9	4.5
うち女性医師	2.2	1.9	1.8	1.5	NA
非常勤医師	2.0	1.9	1.9	1.9	1.5
当直					
回数(/月)	5.8	6.3	6.0	5.9	6.3
翌日勤務緩和(%)	21.6	20.3	19.0	16.7	NA
当直中の睡眠時間	4.8	4.8	4.8	4.7	NA
分娩手当(%)	56.6	54.1	41.2	27.0	0.6
クラーク配置(%)	58.1	48.4	42.0	30.0	NA

表 3 産科責任者による当直評価

		施設数	(%)	回答施設の現状
回数	適正	278	(61.6)	4.7 回
	多すぎる	172	(38.1)	7.4 回
	少なすぎる	1	(0.2)	5.0 回
計		451	(100.0)	5.7 回
睡眠時間	十分	155	(35.0)	5.8 時間
	不十分	288	(65.0)	4.3 時間
	計	443	(100.0)	4.8 時間
当直手当	十分	101	(27.5)	4.3 万円
	不十分	266	(72.5)	2.3 万円
	計	367	(100.0)	2.8 万円

表 4 女性医師支援

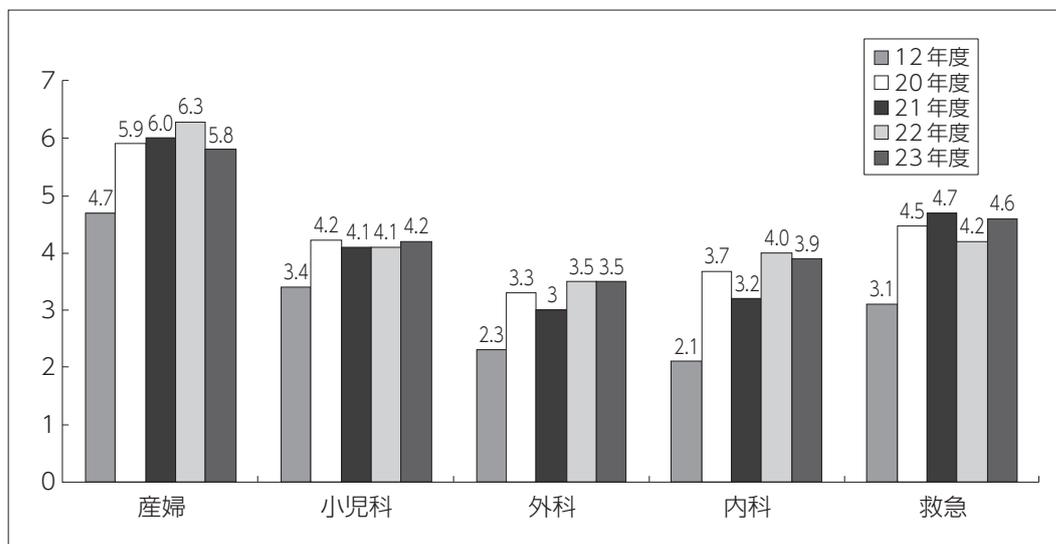
	2011 年	2010 年	2009 年	2008 年
集計された女性医師数 (%) **	1,628 (36.6)	1,485 (35.2)	1,503 (32.5)	1,259 (30.6)
妊娠・育児中の女性医師数 (%) ***	768 (47.2) *	424 (28.5)	475 (31.6)	413 (32.8)
院内保育所の設置状況				
設置施設数 (%) ****	457 (60.6)	426 (55.4)	436 (53.0)	399 (46.8)
病児保育 (%) ****	122 (16.2)	92 (12.0)	85 (10.3)	80 (9.4)
24 時間保育 (%) ****	114 (15.1)	135 (17.6)	134 (16.3)	111 (13.0)
妊娠中の勤務緩和				
制度がある (%) ****	363 (48.1)	359 (46.7)	378 (45.9)	388 (45.5)
軽減される週数	20.1	22.0	22.5	23.3
育児中の勤務緩和				
制度がある (%) ****	314 (41.6)	338 (44.0)	363 (44.1)	346 (40.6)
軽減される期間 (月)	20.6	14.7	17.5	15.3

* 妊娠中：123 人 (7.6%)、育児中 (就学前)：477 人 (29.3%)、育児中 (小学生)：168 人 (10.3%) を別に集計 (重複有り)
 ** 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

表 5 常勤医師 1～2 名で運営されている施設

	2011 年	2010 年	2009 年	2008 年
常勤医 1 名	61 (8.1)	88 (11.4)	84 (10.2)	103 (12.1)
常勤医 2 名	106 (14.1)	122 (15.9)	132 (16.0)	175 (20.5)

図 1 各科の当直回数の推移



「ファザーリング全国フォーラム in しが」分科会報告

日本赤十字社医療センター、勤務医委員会副委員長 木戸 道子

平成24年2月18日、知事も市長も女性である滋賀県大津市にて「ファザーリング全国フォーラム in しが～琵琶湖から発信！父親の笑顔、母親の笑顔、子どもの笑顔が社会を変える！」が開催された。ファザーリングとは「父親であることを楽しむこと」であり、今回のフォーラムではパパが育児参画できる環境作りの強化を目指している。ゆるキャラのステージパフォーマンスなど親子で参加できるイベントや、子育てパパ力検定、東日本大震災復興支援「産直産地応援フェ

ア」などとともに、18の分科会が開催された。そのひとつである分科会12「医療現場でのワーク・ライフ・バランス！～輝き続けるために、自分が、社会ができること～」では、安達知子医会常務理事による講演が行われ、続いてのパネルディスカッションでは小笹宏理事（滋賀県産科婦人科医会会長）がコメンテーターとして参加された。定員は80名であったがそれを上回る82名の参加があり熱心な討論が行われた。



プログラム（敬称略）

日時：2012年2月18日（土）15：00～17：00

場所：大津プリンスホテル コンベンションホール淡海

司会：大澤涼子（(医)スワン会大澤小児科医院理事長）

基調講演：「女性医師のキャリアアップには何が必要か？—平成20年度、22年度厚生労働科学研究より—」
安達知子（母子愛育会総合母子保健センター愛育病院産婦人科部長）

パネルディスカッション：コーディネーター 安達 知子

コメンテーター 小笹 宏（滋賀県赤十字血液センター所長）

パネリスト 藤原 睦子（希望が丘クリニック産婦人科医師）

奥川 郁（近江八幡市立総合医療センター外科部長）

梅田 朋子（滋賀医科大学附属病院特任講師）

主催：滋賀県

共催：社団法人滋賀県医師会、社団法人滋賀県病院協会、国立大学法人滋賀医科大学

基調講演では、女性医師が就労を継続し、能力を発揮し続けられる環境を作ることが、男性も含めた医療現場の環境改善、地域医療の向上につながるとし、現状を「カエル」ために意識を「カエル」ことが必要、という全国知事会男女共同参画特別委員会の提言から始まり、女性医師支援に関する厚労科研のリーフレットの内容、実際に愛育病院で行われているさまざまな先進的な取り組み（詳細は次号の「女性医師が働きやすい病院」で紹介される予定です。お楽しみに！）が紹介された。パネルディスカッションでは産婦人科をはじめいずれも外科系で滋賀県にて第一線で活躍されている3名の先生からの発表の後、総合討論が行われた。

内容は盛りだくさんであったが、勤務を続けられた理由、個人および医師会・病院協会・大学など組織による支援の取り組み、今後の課題についてポイントを表にまとめた。今回の分科会の成果が女性医師支援についてご参考になれば幸いである。

<勤務を続けてこられた理由>

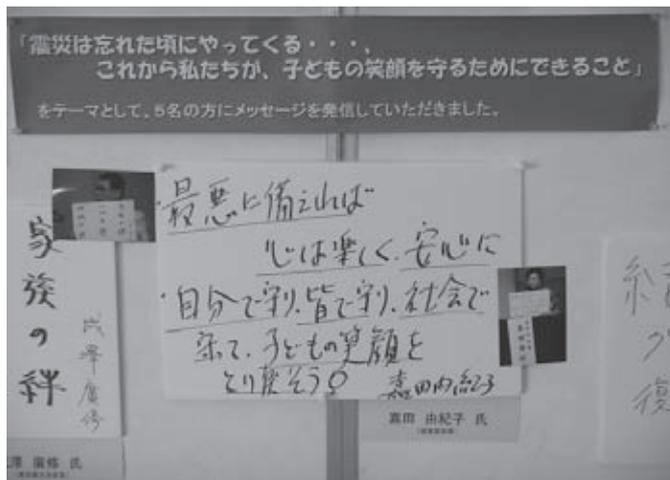
- ・産後は4カ月で復帰したが、1年部分育休制度（時間短縮勤務）を利用して勤務を続けることで大変な時期を乗り切り、2年目以降は当直月5～6回め通常勤務に復帰できた。
- ・大学勤務を長く続けることでサブスペシャリティの研鑽を積むことができ、モチベーションと専門性を高めることができた。
- ・家族や近所の友人とよい協力関係、自分や家族の健康。
- ・いったん退職したが苦勞して取得した専門医資格を継続維持するため復帰することができた。

<現在の個人、組織による取り組み>

- ・子育て中は孤独になりやすいので、フォーラムや茶話会などで同じような立場の人との情報交換や意識の共有ができる機会を提供。
- ・大学祭でシンポジウムを開催し女性医師の先輩が医学生に体験を話す機会を提供。
- ・夫や同僚との良いコミュニケーション。思いやりと感謝の言葉かけなど。
- ・管理職女性医師のロールモデルとして後に続く若手がパイオニアとして気負う必要なく安心して働けるようにし、地方都市から次世代支援のモデルケースを発信したい。

<今後の課題>

- ・子どもが小学校入学の時点で勤務継続が難しくなることがあり、ここをクリアできるようサポートできないか。
- ・支援制度に関する情報が本人のところになかなか届きにくい。
- ・保育について：病児保育に対応していないところがまだ多い。打ち合わせなどで利用できる一時保育があるとよい。ただ預けられればよいというのではなく子どもの能力を伸ばす、食育なども考慮した保育の質も大切である。
- ・現場の意識改革が大切。
- ・（フロアのお子さん連れの男性医師より）「女性医師の夫」として同じような立場のメンターが見つかりにくい。
- ・ファザーリングの観点から「父親を育てていく」ことも重要。



勤務医担当者懇話会と産婦人科プログラム

勤務医委員会委員長 茂田 博行

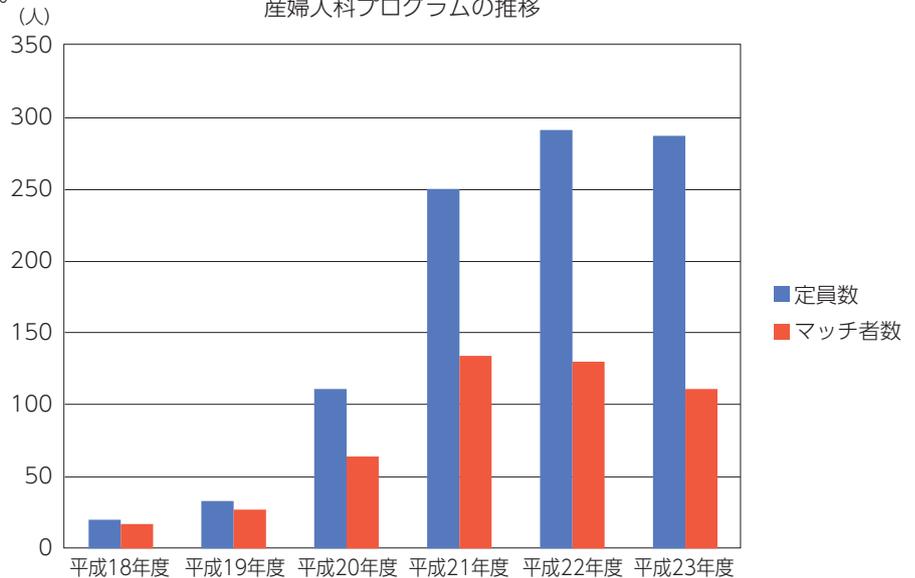
平成 23 年度の勤務医委員会の活動を振り返り、当委員会の主たるテーマである産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師支援対策については他の誌面にゆずり、関東ブロックで行われた勤務医担当者懇話会の内容と医師臨床研修制度における産婦人科プログラムの推移について述べたい。

勤務医担当者懇話会では各地域から数々の有用な意見が述べられた。例えば、山梨県における分娩取り扱い施設産科医療連絡協議会の活動や、静岡県におけるハイリスク妊娠、分娩加算の取り扱い、育児支援、教育支援体制の構築などは他の地域にとっても大変参考になるものと思われる。また、神奈川県における当直勤務帯の加算により当直免除医師との給与格差をつける取り組みも有用であろう。もしも未読であれば、是非、平成 23 年 12 月 1 日の「勤務医ニュース」を参照されたい。

また、産婦人科プログラムについては定員数とマッチ者数の推移をグラフに示し

た。これをみると明らかなように、定員数の飛躍的な増加に対し、マッチ者数は半数以下にとどまっており、むしろ減少傾向にある。今後の産婦人科プログラムのあり方については、慎重に検討する必要がある。

産婦人科プログラムの推移



編 集 後 記

この「勤務医ニュース (JAOG Information)」は、前号からリニューアルいたしました。それまでは大見出しが「JAOG Information」で、その下にとても小さく「勤務医ニュース」と副題が付けられていました。そう言われて初めて「これって、そのシリーズだったのか」と気付かれる方もいらっしゃるかもしれません。表題だけではなく、内容も勤務医をはじめ多くの先生方に役立つ情報を提供し、手にとって読んでいただけるよう委員皆で知恵を絞ってまいります。巻頭の「胎児診断、そして胎児治療」をはじめ、フレッシュな先生方にも役立つ情報満載です。ぜひ熟読し、参考にしてください。

また本号では、継続して行っている勤務医就労環境に関するアンケート調査報告を掲載しました。分娩手当の導入増加など改善傾向が見られますが、皆が安心して働くにはまだ十分とは言えません。このデータを社会に示し、よりよい勤務環境を整えることが我々委員の願いです。

最近、妊娠出産の高年齢化が話題となっています。先日、ある研究会でその話題について話してくれとリクエストがありました。そこで私の施設の 30 年前の分娩時年齢を、1980 年の分娩台帳から改めて調べてみますと、初産経産ひっくるめて分娩のなんと 93% が 34 歳以下でした。40 歳以上の方は年に 7 名しか生みに来なかったのですね。比較して 2010 年の 34 歳以下は 64%、40 歳以上の方は 96 名 (8.5%)、うち 9 名は 45 歳以上でした。不妊症外来や不

育症外来の初診年齢も明らかに高くなり 40 歳周辺が増えていますが、妊娠率が低かったり流産率が高かったりします。昔の女性会社員が 20 代も半ばになると「結婚適齢期」の文字がチラついていた時代は、若いうちに妊娠するためには理にかなったことだったのかも、といま妊娠に苦労されている女性を見ると思います。全ては妊娠出産したら容易には仕事が続けられなかった社会にその原因があり、出産子育てを後回しにしなければならなかったのです。ですから、私たち産婦人科医こそ子を持ち働くことが当然であるような環境を達成、実践し、妊娠を後回しにすることはデメリットが大きいことを啓発していく必要があると思っています。

(幹事・奥田 美加)

(平成 23 年度)

勤務医委員会		勤務医部会	
委員長	茂田 博行	副会長	木下 勝之
副委員長	木戸 道子	常務理事	中井 章人
委員	川鱈 市郎	//	安達 知子
//	佐藤 秀平	理 事	小笹 宏
//	関口 敦子	//	山下 幸紀
//	町田 綾乃	幹 事	清水 康史
		//	奥田 美加