



JAOG Information

社団法人 日本産婦人科医会 勤務医ニュース

No.47

第 33 回 日本産婦人科医会学術集会特集

“ うつくしま、ふくしま、ほんとうの空の下で産婦人科の未来を語ろう ”

第33回日本産婦人科医会学術集会(北海道・東北ブロック大会)大会会長 **幡 研一**



第33回日本産婦人科医会学術集会は、北海道・東北ブロック担当にて、平成18年10月14日(土)、15日(日)の両日、福島県郡山市において開催されます。

日本産婦人科医会本部をはじめ、北海道・東北ブロック会員の皆様の物心両面のご支援をいただき、現在鋭意準備をしております。

産婦人科の医師不足、それに伴う集約化の問題が話題となっている昨今ですが、本大会では、研修医を招待し、産婦人科の魅力と将来の展望を語り、少しでも多くの研修医に産婦人科の素晴らしさを理解していただくよう企画いたしました。医会副会長の佐々木繁先生に基調講演をお願いし、シンポジウムでは、研修医を交えて夫々の立場から産婦人科診療の現状と将来の展望についてお話いただき、ディスカッションしたいと考えております。会員の皆様にあっては、できるだけ多くの研修医をお誘いになってご参加くださいますようお願いいたします。また、大会初日の生涯研修では日常臨床に即した諸問題について北海道・東北ブロックの大学教授の方々にご講演をお願いしております。医会会員や研修医にとって大変ためになる講演をお聞

きすることができるものと考えております。

10月の福島は紅葉の美しい季節です。会員の皆様の日常の忙しさから開放された一時を癒すべく、観光には裏磐梯の美しい湖沼や福島県迎賓館(旧高松宮翁島別邸で平成11年5月、国の重要文化財に指定された。古い伝統的和風住宅の様式に準拠して建てられた皇室別邸で、全国的にも珍しい建造物であり、この時期、期間限定で特別公開される。)を巡るコースと、本大会のスローガンに使用した、高村光太郎の「智恵子抄」の舞台となった高村智恵子の生家と記念館や、二本松菊人形、野口英世記念館等を巡るコースの2つを準備いたしました。また、1泊コースでは、会津白虎隊自刃の地の飯盛山、会津鶴ヶ城見学の後、東山温泉に宿泊、翌日は天然記念物の奇岩のある「塔のへつり」、会津西街道の宿場町「大内宿」を見学していただきます。

美しい秋空の下、産婦人科の未来を語るべく、多くの会員、研修医のご参加をお願い申し上げます。

*先にご案内いたしました諸橋近代美術館は、外壁修復工事のため休館となりますので、福島県迎賓館をご案内いたします。



吾妻スカイラインの紅葉



相馬野馬追い



大内宿

目 次

第33回日本産婦人科医会学術集会特集	生涯研修.....	2 ~ 7
“ うつくしま、ふくしま、ほんとうの空の下で産婦人科の未来を語ろう ”	シンポジウム.....	7 ~ 9
大会プログラム.....	「地方からの勤務医の声」.....	10 ~ 11
	産婦人科医、特に勤務医の QOL の向上を！	12

大会プログラム

平成18年10月14日(土)

会場：ホテルハマツ

11：00～13：00	勤務医担当者座談会		
13：00～13：30	開会式		
13：30～17：40	生涯研修		
	1．母子間赤血球型・血小板型不適合と新生児疾患	福島県立医科大学	大戸 齊
	2．産婦人科がん検診を科学する	東北大学	八重樫伸生
	3．私が行っている HRT	秋田大学	田中 俊誠
	4．妊娠高血圧症候群とその近縁疾患の管理	北海道大学	水上 尚典
	5．女性と肥満症	山形大学	倉智 博久

平成18年10月15日(日)

会場：ホテルハマツ

9：00～9：30	基調講演		
	「産婦人科医学会の抱える問題点と今後の対応」	日産婦医学会副会長	佐々木 繁
9：35～11：55	シンポジウム		
	「魅力ある産婦人科のために、産婦人科の将来と展望」		
	1．研修医の立場から		
	1) 産婦人科の臨床研修を体験して		演者未定
	2) 研修医の意識調査（アンケート調査結果より）	日産婦医学会理事	片瀬 高
	2．産婦人科外来クリニックの立場から（現状と展望）	はまぎウィメンズクリニック	濱崎 洋一
	3．女性医師の立場から（子育てと産婦人科医療の両立）	西口クリニック婦人科	野口まゆみ
	4．お産の未来を考える	日産婦医学会常務理事	佐藤 仁
12：00～12：55	ランチョンセミナー		
	1．胎児奇形と超音波診断法	福島県立医科大学	藤森 敬也
	2．習慣流産に対する着床前診断は有効か？	名古屋市立大学	杉浦 真弓
13：00～14：30	公開講座「いつまでも美しく、元気になるメイク」		
		講師	かづきれいこ（フェイシャルセラピスト、歯学博士）
14：30～14：45	閉会式		

生涯研修

母子間赤血球型・血小板型不適合と新生児疾患

福島県立医科大学 輸血・移植免疫部

大戸 齊



【fetomaternal microtransfusion と妊婦の同種免疫】

正常妊娠であってもすべての妊婦の流血中には妊娠中と分娩時に胎児由来の細胞と DNA が検出される。それゆえに、輸血医学的に女性にとって妊娠は児血液の少量輸血に相当する。母は自分が保持せず児血球に表現される同種抗原に対し、免疫感作で応答する場合と生涯にわたる免疫寛容という全く反対方向の免疫応答を惹起しうるが、中立の場合が多い。

【血液型不適合による新生児溶血性疾患 HDN】（表 1 を参照）

RhD 抗原は免疫原性が高く、いまでも重症 HDN を起

こす可能性が高い。A B O 不適合による HDN は 60% を占める。多くは軽症だが稀には重症例もあり、核黄疸や胎児水腫をきたす場合もある。日本人妊婦では抗 RhE の出現率が 0.5% と高い。稀な Rh 血液型 D が産生する抗 non D (Rh17) 抗体は妊娠回数が増すほど重症化しやすい。また、稀な P 式血液型 p が産生する抗 Tj^a は無症状の場合から流産まで幅が広い。抗 M は通常冷式抗体で無害性であるが、IgG 成分が含まれていると重篤な HDN に進展することがある。

【新生児血小板減少症と新生児同種免疫性血小板減少性紫斑病 NAITP】

新生児の 380 名に 1 名が血小板減少症 ($> 15 \times 10^4 / \mu\text{L}$) を呈する。しかし、出血斑を伴う NAITP は 9,000 名に 1 例の発症率である。アジア人で問題となるのは HPA 4b と HPA 5b 不適合である。白人と比べると比較的軽症である。脳内出血をきたす可能性があるため、先行児が出血などの既往があれば、分娩までに母親血の血小板抗体を検査しておくことを勧めたい。

【新生児同種免疫性好中球減少症】

HDN と同じ機序で母親の新生児好中球抗原に対する抗体が胎児の好中球を破壊する疾患である。子宮内では感染

は起きないが、出生後に重篤な細菌感染症に罹患することがある。グロブリンや G CSF を投与しても回復するまで 2 ~ 6 カ月を要する。

【妊産婦への輸血】

児 (および夫由来) 抗原に対し、免疫感作を獲得している可能性があるため、夫や自分の子供からの輸血は禁忌であった。平均して、妊婦の 2.1% は赤血球不規則抗体を、9.4% は HLA (白血球) 抗体を、0.6% は HPA (血小板) 抗体を保有している。これらの抗体保有率は妊娠回数に比例して増加する。しかし、感作が無ければ (すなわち交差試験適合なら) これらドナーからの輸血も容認される。それでも、輸血後移植片対宿主病 (GVHD) を予防するため放射線照射を施すことは必須である。

RhD 陰性血を輸血したのに、RhD 抗体を産生した 2 症例が日本で報告された。アジア人では D 陰性者の 10% は Del という亜型で通常の検査では検出できないレベルの D 抗原が表現されている赤血球が輸血されたためである。RhD 検査に遺伝子検査を導入すべきか、国際的な論争になりつつある。

【新生児の輸血】

生後 4 カ月以内小児の同種抗原に対する免疫応答は低い。自らが赤血球不規則抗体を産生した児は世界中でわずか 4 例が報告されているに過ぎない。母親血や臍帯血を検査代理サンプルとして輸血検査 (抗体スクリーニング) に用いるのは賢明である。しかし、児検体を用いる交差試験を全く省略することには与しない。A B O 不適合 (母親が O 型の場合に児血液型の A 型や B 型血を輸血すると強い溶血が惹起されることがある) 稀抗原不適合 (不規則抗体スクリーニングでは検出できない) T/Tk (敗血症などで出現する隠匿抗原) 不適合を招来する危険性があるからである。また、適合血が緊急に入手できない場合、母親血の洗浄血球の輸血や交換輸血、緊急時には不適合血による交換輸血も容認される。

表 1 新生児溶血性疾患に関与しうる赤血球不規則抗体

重篤	可能性高い	可能性低い	関与しない
D, Rh17, c	E	C, Cw, e	
K, Ku, k	Kp ^a , Kp ^b		
Js ^b	Js ^a		
Jk ^a	Jk ^b		
Fy ^a	Fy ^b		
Di ^b	Di ^a		
U	M	S, s	N
Tj(p)			P ₁
			Le ^a , Le ^b
			Lu ^a , Lu ^b
			Jr ^a
			Xg ^a
			Bg ^a

参考図書 小児輸血学 (大戸 斉編集) 中外医学社 2006年

婦人科がん検診を科学する

東北大学産婦人科

八重樫伸生



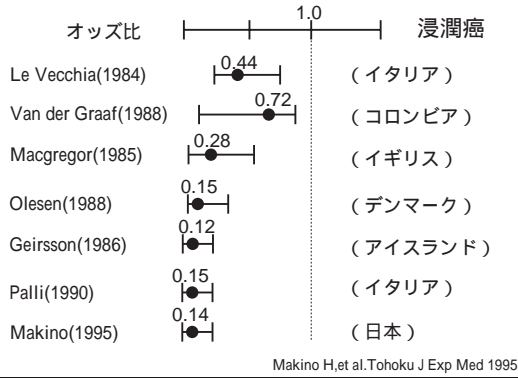
老人保健事業に基づき市町村で実施されている婦人科がん検診については、1982年から子宮頸がん検診が実施され、1987年からは子宮体がん検診が実施されていた。しかし1998年から従来の国からの補助金は廃止され、市町村が自ら企画・立案し実施する事業として位置づけられてきた。それとともに厚生労働省はがん検診が地域で適切に実施されるよう、「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針：以下がん検診指針」を示してきた。その後各がん検診の再評価を求める声が高まり「がん検診に関する検討会」において討論され、平成16年春に子宮がん検診の見直しについて中間報告がとりまとめられた。それによると婦人科がん検診の見直しについて以下の提言がなされ、昨年「がん検診指針」の一部改正が各都道府県などに通知された。子宮頸がん検診については(1)対象年齢を20歳まで引き下げること、(2)受診間隔を2年に1度とすること、とされている。また子宮体がん検診については、子宮頸がん検診の受診者のうち、有症状者およびハイリスク者に対しては第一選択として、十分な安全管理の元で多様な検査を実施することができる医療機関の受診を勧奨する。ただし本人が同意する場合には子宮頸がん検診に併せて適切な安全管理の元での子宮体部の細胞診を実施する、とされている。同時に子宮がん検診の実施体制の整備に関しては子宮頸がん検診の効率的な実施のために、初回妊娠時の妊婦検診などの場で子宮頸がん検診を併せて実施すべきであるという提言もなされたが、これは「がん検診指針」には盛り込まれなかった。

本講演では、私たちの教室で行ってきた婦人科がん検診の科学的評価を中心に話をする予定である。日本における婦人科がん検診を支える科学的根拠とその弱点について分かりやすく解説するとともに、今回の改正の問題点を考えてみたい。

		子宮頸癌		
		有	無	合計
検診	陽性	54	2099	2153
	陰性	3	184005	184008
合計		57	186104	186161
感度		95%		
特異度		99%		

Yoshida Y et al. Acta Cytol 2001

各国の症例対照研究のオッズの比較



私が行っている HRT

秋田大学医学部生殖発達医学講座
産婦人科学分野教授

田中 俊誠



(1)私を担当している中高年婦人を対象とした外来

演者は、自分が所属する秋田大学医学部附属病院を含めて北海道、青森県、秋田県、山形県の公的もしくは私的な6つの病院において、中高年外来を担当させてもらっている。大学病院は4日/月、その他は1日/月(主に土曜日)の外来である。

(2)来院のきっかけ

演者の中高年外来へ受診してきたきっかけ(動機)を表-1に掲げてある。頻度の高い順に患者の訴えを並べてあるが、1)自分は更年期障害であるか、2)HRTについて詳しく知りたい、もしくはHRTを希望する、3)寝られない、もしくは夜中に何度か目が覚める(睡眠薬を使用してもよいか)、4)不安で不安でしようがない、うつ病ではないか、5)食事の仕度もしたくないし、できない、どこかおかしいのではないかと、6)尿が漏れる、7)他院から出ている薬が効いていないようであるが、自分にとって適した薬であるのかを知りたい、である。このように、更年期外来への来院のきっかけのなかでホルモン補充療法について知りたい、もしくは受けたいの患者が多い。

日本での子宮頸癌の費用効果分析

	子宮頸癌	大腸癌	胃癌
限界効果(年)	1,344	674	6,318
限界費用(×100万円)	5,456	2,783	9,745
費用効果(万円/年)	406	413	154

Matsunaga G, et al. J Epidemiol 1997
Tsuji I, et al. Tohoku J Exp Med 1991

子宮がん検診プログラムにおける子宮体癌発見の精度表

		子宮体癌		
		有	無	合計
検診	陽性	7	186	193
	陰性	19	185949	185968
合計		26	186135	186161

感度 27%
特異度 99.9%

Yoshida Y, et al. Acta Cytol 2001

表 - 1 患者からの訴え(来院のきっかけ)

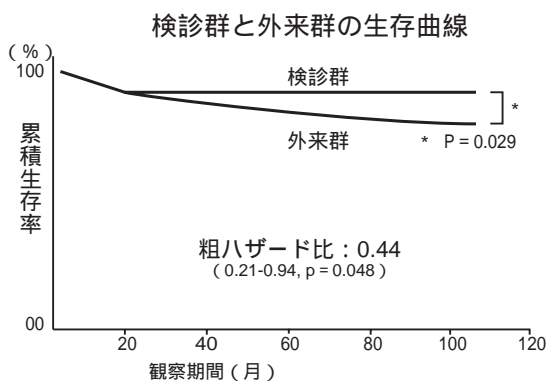
1. 更年期障害について(自分は更年期障害であるか)
2. HRT について (HRT を希望する)
3. 寝られない、夜中に目が覚める (睡眠薬を使用してもよいか)
4. うつ病ではないか (不安で、不安でどうしようもない)
5. 何事に対しても意欲がわかない (食事の仕度さえもできない)
6. 尿が漏れる
7. 他院から出ている薬が適当であるか

(3)患者の年齢分布

対象婦人の年齢分布を表-2に示してあるが、50歳台が最も多く、40~60歳台で全体の88%を占めている。30歳台は、主に両側卵巣摘出術を受けた患者である。20歳台の患者は、母親からの紹介で来院している。70歳台と80歳台とを合わせて7%近くを占めている。

表 - 2 患者の年齢分布

20歳台以下	2.2%	60歳台	19.1%
30歳台	4.4%	70歳台	5.6%
40歳台	22.4%	80歳台以上	1.1%
50歳台	44.9%		



Nakagawa-Okamura C, et al. Acta Cytol 2002

(4)HRT を施行した患者の症状もしくは病状

更年期障害のなかで最も訴えの多い血管運動神経症状 (のぼせ、ほてり、冷え、発汗異常) だけではなく、自律神経症状 (動悸、めまい)、精神神経症状 (うつ状態、イライラ、不眠、頭痛)、運動器系症状 (肩凝り、腰痛、関節痛)、知覚異常 (手足のしびれ、蟻走感)、および泌尿生殖器症状 (萎縮性膀胱炎、性交障害) に HRT もしくは ERT を施行している。冷え、肩凝り、手足のしびれ以外の症状に対しては、効果が認められた。

その他、腹圧性尿失禁、高コレステロール血症、閉経後早期の低骨量、および比較的訴えの多い耳鳴りにも HRT (ERT) を施行し、それなりの効果が認められた。

(5)HRT 投与方法

原則として、持続投与を選択している。基本的には、プ

レマリン・プロベラの投与量は表 - 3 にあるように年齢によって変えている。投与量については、症状に対する効果と患者の体調を評価して決めている。なお、肝機能障害、高血圧症、胆石症、高 TG 血症を有する婦人には、貼付剤を投与している。50歳未満には、エストラダーム M (2 mg / 枚) ; 1枚 / 2 ~ 4 日もしくはフェミエスト (4 33mg / 枚) ; 1枚 / 4 ~ 7 日、50 ~ 65歳には、エストラダーム M ; 1枚 / 4 ~ 7 日としている。

(6)HRT の投与期間

更年期障害の症状が消失すれば治療を終了するのが原則である。しかし、ホルモン剤を急に中止すると症状が再燃する場合があるので、徐々に減量している。個々の患者とよく話し合って継続する期間を決めている。

表 - 3 投与方法

	子宮	<50歳	50~65歳	66歳<
プレマリン (0.625mg)	(+)	1錠 / 1 ~ 2日	1錠 / 2 ~ 3日	1錠 / 3 ~ 4錠
	(-)	(半錠 / 1日)		
プロベラ (2.5mg)	(+)	7 ~ 10錠 / 2 ~ 3カ月	5 ~ 7錠 / 2 ~ 3カ月	5錠 / 2 ~ 3カ月
	(-)	投与しない	投与しない	投与しない

(+)子宮あり、(-)子宮なし

妊娠高血圧症候群とその近縁疾患の管理

北海道大学大学院医学研究科
産科・生殖医学分野

水上 尚典



2005年に改訂された新定義では蛋白尿のみ、もしくは浮腫のみの患者は妊娠高血圧症候群には分類されない。妊娠高血圧症候群と診断されるためには高血圧の存在が必要である。この定義改訂が臨床に及ぼす影響について考えてみたい。というも私は別の角度から「妊娠中毒症」を眺めていたからである。その契機となった出来事は1980年10月、今から26年前に遡る。当時茨城県立中央病院 (茨城県友部町) に勤務していた私は定期健診で全身倦怠感、食欲不振を訴える33週の双胎妊婦を目の前にしていた。血圧は正常、蛋白尿 (+) であった。自宅での安静を指示し帰宅させたがその患者は翌日夕方、一過性の意識喪失発作のため緊急入院となった。入院時には高血圧 (150/116mmHg)、蛋白尿 (++)、GOT163U/L、極端なアンチトロンビンⅢ抗原量低下を認めた。翌日夕の経膈分娩後より、凝固する気配のないさらさらとした紫色のインクのような出血が産褥5日目まで持続し、この間の輸血量は20Lを超えたが6日目にはうそのように止血した。この患者は救命され、その数年後に健児を得た。この患者の管理中の強烈な印象は「血管がザルのようだ、水が血管外に逃げて行く」であった。中心静脈圧は大量の輸液にもかかわらず、産褥数日間まったく上昇しなかったからである。54病日に行った肝生検結

果は急性妊娠脂肪肝であったので本邦14例目として報告した (日産婦誌 1982 ; 34 : 637)。2年後、WeinsteinがHELLP症候群として妊娠高血圧症候群患者29例を報告したがHELLP症候群と急性妊娠脂肪肝はきわめて近縁の妊娠合併症である。共通点は妊娠高血圧症候群患者に起こりやすい (妊娠高血圧症候群がなくとも起こる、HELLP症候群の10%、急性妊娠脂肪肝の50%には先行する妊娠高血圧症候群が認められない)、多胎妊婦に起こりやすい、肝機能異常が出現する、最終的にはDICになる、分娩のみが回復傾向にペクトルを変化させる、である。妊娠高血圧症候群も分娩のみが快方に向かわせる手段である。

HELLP症候群は発見時、血小板減少症が認められる。急性妊娠脂肪肝は発見時、低アンチトロンビンⅢ活性が認められる。妊娠高血圧症候群ではしばしば、血小板減少症やアンチトロンビンⅢ活性低下が認められる。前二者ではしばしば高血圧を欠くが、これらの三者には共通の病態があることを強く示唆した。当時、HELLP症候群/急性妊娠脂肪肝発見時に認められる血小板減少症/低アンチトロンビンⅢ活性は突然発症したDICの結果と考えられていた。私は以下の仮説を検証した。

1. 高血圧がなくとも妊娠中、徐々に血小板減少を示す妊婦が存在する
2. 高血圧がなくとも妊娠中、徐々にアンチトロンビンⅢ活性低下を示す妊婦が存在する
3. 上記1 and/or 2を示す妊婦は肝機能異常を示しやすい

いずれの仮説も正しいことが証明された (AJOG1996 ; 175 : 1676, Gynecol Obstet Invest1998 ; 46 : 41, J Hepatol 1999 ; 30 : 603)。このことは血小板数とアンチトロンビン

Ⅲ活性をモニターしていれば HELLP 症候群/急性妊娠脂肪肝発症ハイリスク患者を予め同定できることを意味する。事の重要性を多くの方に知ってもらいたいために、妊娠中、徐々に血小板数が減少する現象を妊娠性血小板減少症(Lancet 2000; 356: 1354) 徐々にアンチトロンビンⅢ活性が減少する現象を妊娠性アンチトロンビン欠乏症(J Hepatol 1999; 30: 603) と名付けた。これらの研究を通して得られたことは、妊娠高血圧症候群の存在とは関係なく妊娠性血小板減少症や妊娠性アンチトロンビン欠乏症を示す患者は血管透過性亢進(血漿成分が血管外に漏れやすい状態)が起こっていることと、そのためによる循環血漿量の減少である。典型的 HELLP 症候群や急性妊娠脂肪肝では循環血漿量が約30%~40%減少していた。また、多胎妊婦で HELLP 症候群/急性妊娠脂肪肝が起こりやすいのは妊娠性血小板減少症/妊娠性アンチトロンビン欠乏症が胎児数が多くなるにつれ起こりやすくなるためであることが分かった(Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 840、Semin Thromb Hemos 2005; 31: 290)。

妊娠高血圧腎症(高血圧に蛋白尿を伴うもの)では循環血漿量が約20%減少している。一方、妊娠高血圧(蛋白尿を伴わない)では循環血漿量の減少がない。妊娠高血圧腎症の有無と関係なく HELLP 症候群、急性妊娠脂肪肝は極端な血漿量減少がある。妊娠高血圧腎症、HELLP 症候群、急性妊娠脂肪肝では母児生命の危険が高い。常位胎盤早期剥離(切迫早産により引き起こされた例を除く)や子癇も高率に HELLP 症候群を合併し母児生命を危うくする。一方、妊娠高血圧は比較的予後がいい。私は患者の生命を危うくする合併症ならびに循環血漿量の減少があるという観点から妊娠高血圧腎症、HELLP 症候群、急性妊娠脂肪肝、子癇、常位胎盤早期剥離を同一範疇の一連の疾患と考えるようになった。そして、これら患者は高血圧に苦しんでいるのではなく(しばしば高血圧を欠くし、あっても軽度のことが多い)循環血漿量減少に苦しんでいると考えようになった。循環血漿量減少の原因は血管内皮細胞機能不全による血管透過性亢進である。浮腫は血管より漏出し間質に貯留した血漿であり、蛋白尿は血管より漏出した低分子蛋白アルブミンである。腎機能に問題があってアルブミン尿となっているわけではなく全身いたるところでアルブミンの血管外漏出は起こっている。尿量減少は腎臓が悪くなったわけではなく循環血漿量減少に伴う腎血流量低下によるものである。HELLP 症候群/急性妊娠脂肪肝に認められる GOT の上昇は肝血流量減少のためと考えている。血小板は血管内皮修復のために過消費され減少する。アンチトロンビンⅢ活性低下は血管内皮損傷に伴うトロンビン生成を中和するために消費された結果と考えている。

患者生命を危うくしているのは血管内皮損傷による循環血漿量減少と止血・凝固・凝固抑制因子の過消費であり高血圧そのものではない。高血圧、浮腫、蛋白尿いずれもが血管内皮細胞機能不全を反映しており、それぞれ単独で循環血漿量不足を示唆する所見と考えられる。定義改訂は浮腫と蛋白尿の軽視につながり循環血漿量不足に陥っている患者の早期発見に負の影響を与えるのではと危惧してい

る。水分・塩分の制限は脱水(血液濃縮、循環血漿量減少)を助長する可能性があるので薦められない。むしろ輸液による循環血漿量補正が考えられるのでそれを実践している。その際重要なことは Ht 値のモニターと連日の体重測定である。輸液後のこれらの変動は血管透過性の程度を知る指標として有用である。

女性と肥満症

山形大学医学部発達生体防御学講座
女性医学分野(産科婦人科)

倉智 博久



最近、肥満は明確に1つの疾病としての位置づけがなされ、その診断基準も確立されつつあります。とくに、生活習慣病の原因としての内臓脂肪蓄積型肥満が注目され、ウエストのサイズが健康診断の項目としても重視されるようになりました。

年齢別の男女の肥満(BMI 25)の割合をみてみますと、男性は30歳台から25%程度に肥満がみられますが、女性は40~50歳台になって急に肥満者の率が増加し、それ以降はほぼ男性と同じく30%くらいの肥満の率となります(図1)。

女性の肥満では以下の3つの重要な点があると考えられます。本講演ではそれぞれについて解説します。

1. 生殖年齢にある女性の肥満と月経異常、不妊

生殖機能の開始には一定以上の脂肪の蓄積が必要で、初経の発来には22~24%の体脂肪が必要とされています。一方、やせとともに肥満も生殖機能の異常に関連し、月経異常・不妊患者には肥満者が多いことも知られています。BMIが22~23kg/m²が最も生殖機能が良好で、それ以上でも、以下でも月経周期の異常などの率は上昇します。肥満による月経異常に対する減量の効果は大きく、理想体重まで減量されなくても、排卵・月経周期の正常化がみられます。

肥満による月経異常の内分泌学的背景は、①インスリン抵抗性と高インスリン血症、②高アンドロゲン血症、③低 Sex Hormone Binding Globulin (SHBG) 血症、④高 LH 血症であり、減量によりこれらのホルモンも正常化します。最近、月経異常の患者では、将来、糖尿病や高脂血症のリスクが上昇することも報告されています。多くの卵性卵巣症候群(PCOS)も排卵・月経異常にしばしば肥満を伴う重要な疾患です。

2. 妊娠と肥満、やせ

妊娠する前にやせていた女性には、低出生体重児が多いことが知られており、これは現代女性のやせ志向を考えると重要な問題であると考えられます。一方、肥満女性の妊娠・分娩ではいくつかの妊娠・分娩に関連するリスクが増えることも知られています。妊娠中には、妊娠高血圧症候群と妊娠糖尿病の発症が増えることが重要です。さらに、難産(とくに、肩甲難産)が増加し、帝王切開率が上昇し

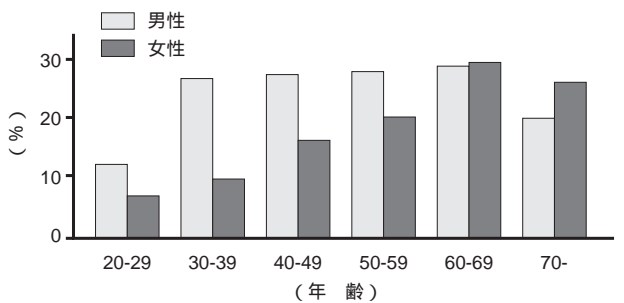
ます。

3. 閉経後女性の肥満と生活習慣病、がん

閉経後女性の肥満は、生活習慣病のリスク上昇という観点からも重要な問題です。閉経周辺期の体重増加そのものは、加齢による現象と考えられていますが、閉経後の内臓脂肪の蓄積は卵巣機能の消失によるエストロゲンの低下が大きな要因と考えられています。ホルモン補充療法が肥満、とくに、内臓脂肪蓄積を抑制するかどうかについてはコンセンサスがありませんが、この閉経後の内臓脂肪蓄積は、閉経後女性に心・血管系疾患などが急増する要因の1つであると考えられています。メタボリックシンドロームの診断基準を表1に示します。この基準で注目すべきは、腹腔内脂肪蓄積の指標としてウエスト周囲径が取り入れられていることです。内臓脂肪が蓄積すると、内臓脂肪から分泌されインスリン抵抗性の原因となるTNF α などが増加する一方、インスリン抵抗性を改善するアディポネクチンなどの分泌が低下します。これらによってインスリン抵抗性が増悪し、高脂血症や糖尿病などの生活習慣病の発症、ひいては動脈硬化を引き起こすと考えられています（図2）。

また閉経後の肥満は、子宮体がん、乳がんのリスク因子であることも重要です。ただし、閉経後に体重が重いことで1つだけ好ましい点は、骨粗しょう症に対する予防効果が認められることです。

図1. 年齢・男女別の肥満者の割合（BMI 25）



厚労省健康局総務課生活習慣病対策室栄養調査係統計

図2. メタボリックシンドローム発症の概念

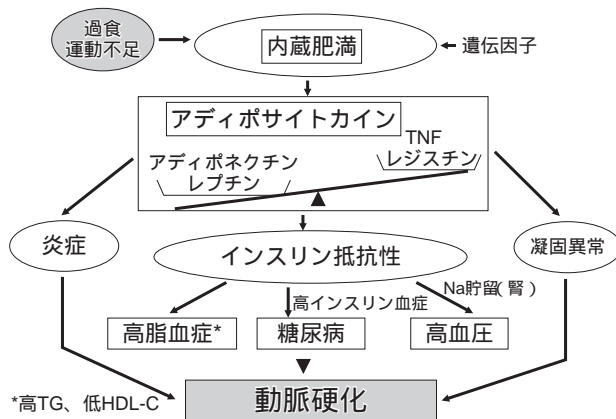


表1. メタボリックシンドロームの診断基準

腹腔内脂肪蓄積	
ウエスト周囲径	男性 85cm 女性 90cm (内臓脂肪面積 男女とも 100cm ² に相当)
上記に加え以下のうち2項目以上	
高トリグリセライド血症	150mg/dL かつ/または 低HDL コレステロール血症 <40mg/dL
収縮期血圧	130mmHg かつ/または 拡張期血圧 85mmHg
空腹時高血糖	110mg/dL

日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓学会、日本血栓止血学会、日本内科学会

シンポジウム

「魅力ある産婦人科のために、 産婦人科の将来と展望」

研修医の意識調査

（アンケート調査結果より）

日本産婦人科医会理事

片瀬 高



昨今の産婦人科医の減少、高齢化は、全国各地で出産を取り扱う施設の減少をきたし、さらには、地域の中核的病院からの産婦人科医の引き揚げという状況を生み出している。その結果、住民は大きな不便を余儀なくされている。

そのような中で、平成16年4月より新医師臨床研修制度が発足し、臨床に従事する医師は臨床研修指定病院での2年間の臨床研修が義務付けられた。

今年4月には初期研修を終えた医師が2年ぶりに大学等の産婦人科に勤務することとなったが、本年度、全国の大学の産婦人科医局に入局した医師は200名そこそこで、2年前と比較して大幅に減少となった。そのような状況では満足できる産婦人科診療や研究ができず、さらには教育や地域医療へも悪影響を及ぼすことは明白である。

そこで日本産婦人科医会医療対策委員会では、若手の産婦人科医の増員を図るべく、現在研修中の臨床研修医を対象に産婦人科研修後どのように感じたかアンケート調査を実施した。

調査は平成17年12月～18年3月の間、全国の臨床研修指定病院指導責任者にアンケート用紙を送付し、研修医に記入していただいた。

1 211名の研修医より回答が寄せられた。約80%の研修医が産婦人科に興味を持ち、研修前より興味が増した医師が60%弱に認められた。周産期医療に興味を持った人が一番多く68%を占めた。1 211名中132名、10.9%の人が産婦人科を専攻したいと答えた。そのうちの約60%は女性医師であった。一方、産婦人科を専攻したいと思わない理由では「他にやりたい科がある」「医療訴訟が多い」「興味が薄い」「仕事がつい」の順に多かった。また、産婦人科を研修してためになったかの問に対しては、50%の研修医が「大いにためになった」と答え、40%が「少しためになった」と答えた。

指導医に対しては、「大変素晴らしいと思ひ魅力を感じた」が40%、「相当仕事がつきそうに見えた」が34%、「自分も少しでも戦力になりたいと思った」が40%であった。

これらの結果を踏まえ、これから若手産婦人科医を増やすべく、産婦人科研修のあり方等について若干の考察を加えて報告する。

産婦人科外来クリニックの立場から （現状と展望）

はまぎきウィメンズクリニック

濱崎 洋一



現在産婦人科診療が東北地方を始め全国的に縮小傾向が続いている中、マスコミにも取り上げられる機会が増えました。

最近勤務医を辞めビル診療を始めた立場で、魅力ある産婦人科のための将来と展望発表の機会を与えられましたので、自分の地域に照らし合わせて発表させていただきます。

私は現在50歳台後半ですが、体力的に夜間の分娩や緊急手術などに対する体力の衰えを痛感したことが、クリニック開業を決心するきっかけとなりました。日中だけの外来診療のみの開業をして3年弱ですが、いままでの短い開業経験を元に私なりの考えを述べさせていただきます。

私のクリニックは特殊な診療に特化した形態の開業ではなく、一般診療、検診事業（妊婦健診、子宮がん検診、乳がん検診）を主としております。それまで勤務していた病院のそばで開業しましたが、昨今の流れのとおり産婦人科の縮小により産科施設が廃止になり、期待していた病診連携の目論見が大きく外れました。勤務医時代は何か相談したいことがあるとすぐに周りに多くの同僚やスタッフがおり不自由しませんでした。夜間の問い合わせの対応を含め改めて病診連携の大切さを強く感じております。

また開業後すぐに医療情勢の変化に伴って、事業計画の大幅な修正も迫られたことと、仙台市での乳がんのマンモグラフィー検診での産婦人科医の関わりについても述べさせていただきます。

さらに、現在仙台市内で施行されている妊婦健診のセミナーシステムのご紹介と、医療情報システム開発セン

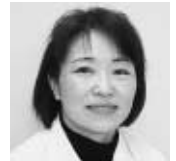
ターからの産婦人科医療に対するアンケートの宮城県での結果の一部も今後の展望の参考にさせていただきました。

開業の将来を考えると病診連携の強化、特に勤務医の充実が不可欠と思われます。勤務医のマンパワーを確保するためにワークシェアリングなどのシステム整備が今後必要と思っておりますが、以上のことを踏まえての発表を予定しております。

女性医師の立場から （子育てと産婦人科医療の両立）

西口クリニック婦人科
（福島県産婦人科医会幹事）

野口まゆみ



産婦人科医を選択する若手医師が減少する中、女性医師の増加が産科当直医不足の一因であるとする見方がある。妊娠出産・育児のために休業することが多く、それ以外の産科医の当直負担が増え、労働環境が悪化し、結果として産科医不足に拍車がかかるということのようだが、私はそうは思わない。

妊娠出産を経験できるのは女性のみであり、妊娠出産のための休業は休暇ではなく、産婦人科実習とも言える。また患者である女性たちからも産婦人科女性医師を望む声は大きい。これらの点で女性医師は産婦人科において貴重な戦力になりうる。次の世代のいのちを最初に取り扱う産婦人科において、女性が妊娠し、出産することを大切にせずに、いっただれが大切にするのか？ 激務の職場といわれる産科において、子どもを望む女性が安心して妊娠し、子どもを産み、仕事ができる職場にすることは、世の中の人々に対して大きなメッセージになるはずである。

受け入れる側と女性医師側の課題に分けて考えたい。長い間男性が多かったこの職場は、女性が増えてきたことに対してもう少し体制を整備する必要がある。産休中は無給、あるいは退職させるなどは論外であるが、産休後の復帰方法、育休、子どもが病気の時の対応など状況に応じて、具体策を柔軟にかつ早急に整えなければならない。しかし少人数のところが多い職場であり、個々の現場に合わせた工夫が必要であろう。「女性一生の健康支援」を目指す産婦人科医会の女性医師に対する支援を期待したい。排除の論理を捨てれば、何らかの名案が浮かびそうである。

女性医師は医師という仕事を選択したからには、常にキャリアを積むことをまず考えなければならない。子供を産むことと授乳することは女性にしかできないが、育児は男性も参加し両親がともに行うべきものと思う。30年程前、世の中にはじめて登場した育休制度は休業補償がなく、女性にしかとれなかった。私は当時の育休に反対した。育児とは子どもと接する時間の長さの問題ではなく、接し方の問題である。それは思春期外来で多くの若者たちを見るたびに、今でも間違っていないと思う。いかに優秀な人でも、一人の人間ができることは限られている。祖父母、近所の

人、ベビーシッター、保育所、家事代行業などに頼めることはすべて頼み、自分にしかできない大切なことだけをするという気持ちに切り替えよう。育休をとるにしても、その間仕事から完全に離れてしまわないように、臨床現場と常に接触することを考える必要がある。仕事も育児も家事も完璧にしようとするスーパーウーマンは破綻する。優先順位をつけて、しなくてもいいことはしない。どんなことがあっても仕事を続けるという意志を持ち、‘だらだら勤勉’を目指そう。

人は1日24時間、1年365日ずっと働き続けることはできない。女性にとって働きやすい職場は男性にとっても働きやすい職場であるはずという発想転換ができれば、産婦人科の将来は魅力あるものとなり、医師不足を解消できる展望は開けると考える。

お産の未来を考える

日本産婦人科医会常務理事

佐藤 仁



現在の周産期医療は過去の古い体質から脱出できず、また現代女性の出産に対するニーズにも対応が遅れ、加えて政府の医療費抑制の波に吞まれて医療従事者にとって最悪の状態にある。

しかし未来は決して暗くない。

日本人は聡明であり、日本社会は危機に遭遇したとき必ずこれを打開し解決してきた。

われわれ産婦人科医は今、周産期医療の将来に向かって動き始め、社会もマスコミもこの動きに注目し始めた。

今回、現在の問題点を浮き彫りにし現在進行中のその対応策、および将来を検討する。

現在の問題点

- ・患者様側からの観点

近年における患者様のお産に対する考え方、医療者に対する欲求、不満・満足等を検討。

- ・医療者側からの反省点と現在の問題点

反省点として、われわれ医療者が患者様に対し啓蒙を怠り一般社会やマスコミに主張や欲求を発言しなかった点、またわれわれ自身の反省点等を検討。

問題点として、産科医師不足、助産師不足、出産施設不足、女性医師問題、医療訴訟問題、無過失保障制度の実現への対応。

- ・行政側の出産に対する対応である出産育児一時給付金に対する問題点等々

問題点の解決策に対する検討

無過失保障を含む事故保障対策、労働環境の整備、労働に見合った対価支払い。

分娩施設の問題と将来

- ・周産期施設の集約化について

現在および今後の人的資源、安全性を考慮すればある程度の集約は必要であろう。

- ・オープン、セミオープン施設

オープン施設は他科も含めて勤められているが、分娩は開始から終了まで時間がかかるため周産期医療には過去の例から馴染まない。

セミオープン施設は分娩の安全性の確保、分娩の集約化の一部として確実に発展する。

- ・家庭分娩、助産所分娩は安全性の問題点を残す
- ・院内助産所は新しい方向性の1つであるが都市部、バックアップ病医院の存在が必要
- ・産婦人科有床診療所は正常分娩を取扱い存在意義が再認識される
- ・個人専門病院は専門性が尊重され今後も発展する
- ・総合病院産婦人科は二極化されるであろう、医師および産科病床数の多少による
- ・大学付属病院は三次医療施設、教育施設の役割により制約を受ける
- ・地域周産期母子医療センターは二次・三次医療機関として規模の拡大に制約を受ける
- ・総合周産期母子医療センターは三次医療機関として無制限の拡大は望みがたい

分娩の費用問題

今後の周産期医療の発展の為には避けて通れない問題である。

一分娩に対する費用額の増額が出産の安全・快適性の向上、医療従事者の待遇改善、不足解消の基となる。

研修医や医学生の諸君に

周産期医療は今まさに従来の体制から改革に踏み出した過渡期であり、これから徐々にではあるが確実に改善される。

諸君が一人前の周産期医師になる5年～10年後には産婦人科医の地位は確実に向上していることが約束されている。

生命の誕生の感激を味わえるこの将来性のある産婦人科医の第一歩を、今踏み出そう!!

北海道・東北ブロック 勤務医との座談会

日産婦医会勤務医部と北海道・東北ブロック各支部勤務医部担当者との間で、郡山市で開催される第33回日本産婦人科医会学術集会に合わせて10月14日(土)に行われます。

北海道、東北各支部の勤務医に関する活動や問題点、あるいは本部勤務医部に対する要望などを膝を交えて意見交換をする予定です。

これからも勤務医部は医会会員勤務医のための事業を継続する所存であります。全国勤務医の会員からのご意見をお寄せ下さい。

jimu@jaog.or.jp 勤務医部宛

「地方からの勤務医の声」

今年度より勤務医に関する記事を「地方からの勤務医の声」として掲載しています。今回は第2回目となりますが、横浜市立大学母子医療センター産科主任である奥田美加先生が平成18年4月25日の衆議院厚生労働委員会において参

考人として発言した内容の要旨をご紹介します。産婦人科医の勤務実態や労働環境の現状、さらに女性医師の立場から勤務状況の厳しさや産科診療の問題点などについて、詳細かつ具体的に述べられています。

衆議院厚生労働委員会参考人 奥田美加医師発言要旨

平成18年4月25日(月)

よろしくお願い致します。

横浜市立大学附属市民総合医療センター母子医療センター産科の現場責任者で、主任の奥田と申します。

当センターは、地域の周産期の基幹病院として、ハイリスク分娩を引き受けるとともに、教育病院として、正常分娩の予約も一定数引き受けております。当センターの一勤務医として、現在の産婦人科医師の勤務状況の実態について述べさせていただきます。

この1年程度で、周辺の分娩取り扱い施設が相次いで分娩を取りやめました。当センターは、早産などのベビーを受け入れるNICUを持ち、救命救急センターを備えていますので、いかなるリスクの妊婦さんでも引き受ける必要があります。本来は、高度のリスクを有する母体を引き受けるために、中程度のリスクやリスクのない方は他の施設で多くお引き受けいただきたいのですが、その分娩を取り止められた影響で、分娩予約が殺到し、あっという間に分娩予約枠が一杯になります。重い合併症をお持ちの方で、他の施設での分娩が極めて困難なケースは無理にでもお引き受けしますが、昨今は少しでもリスクのある妊婦さんを抱えながら施設も増え、どこにも行き場のない中程度のリスクの方もお引き受けせざるをえません。さらに、どこにも受診したことのない妊婦さんがいきなり陣痛が来て救急車を呼ぶようなケースも、最近ではどこでも受け取らず、すべて周産期センターに集中しますので、病棟が満床でもとにかくお引き受けして対応します。限界以上の分娩件数をこなしているのが現状です。

先日のある1日を例にお話します。

午前中は外来業務、午後には帝王切開の予定が2件入ってありました。午前10時頃、他院から、重症患者様の受け入れ要請がありました。当院に到着したのが13時頃、緊急を要する状態でしたので、予定の方より先に手術室に入室したのが14時頃、帝王切開手術が終了し、もとの予定の方が手術室に入室し、16時52分に分娩、予定2番目の方はじつに夜の19時に分娩となりました。その執刀をしている最中、病棟で分娩進行中の方の胎児の状態が良くない、とのことでこれも帝王切開になる、との連絡が入り、他のメンバーで並行して帝王切開術を開始、19時57分にそのベビーが出生しました。当センターの手術室は全国でも有数の忙しさだと思います。この間に病棟では別の分娩もありましたので、スタッフ全員が21時過ぎまで残っていました。なお、私は前日の当直医で、前日の朝から当日の朝までフルに働

き、午前中の外来をこなし、4件の手術のうち2件の手術に指導医として入り、すべて終了して帰宅したのは23時過ぎであり、翌日もまた当直業務でした。

このほか、深夜勤務帯、すなわち0時から8時までの間に8件のお産があり、担当医が持病の喘息発作を起こしてしまったり、夜中の2時過ぎ、18分間のあいだに3件の分娩が重なったこともあります。夜中に他院から搬送された緊急帝王切開の最中に次の依頼の電話が入り、続いてお引き受けして帝王切開をしたこともあります。大出血で救命処置を必要とする患者様の横に切迫早産の母体搬送の方が運び込まれることもあります。

分娩は、胎児心拍モニターを監視しながら行いますが、そのモニターのパターンが急に悪化することはよくあり、必要と判断すれば患者様を走って手術室に運んで帝王切開をして、決断から10分ほどで赤ちゃんを出すことも日常のことです。数秒から数分で対応を決断しなければならないストレスはかなり大きいものです。

もちろん、24時間365日同じように忙しいわけではありませんが、分娩は時間を決めて出来るものではありませんので、物事が同時に重なって起こることはしばしばあります。当直帯に2～3名の医師での対応は不可能なことがしばしばです。一睡もせず、どうにか乗り切ったとしても、疲れきってしまい、当直医は翌日すぐ帰らせてあげたいのですが、業務をこなすには人手が足りず、少々の仮眠を取ればよいほうです。代休はありません。病院からは夜勤明けは休むよう言われておりますが、業務の量からとても翌日休んでいては臨床の業務がこなせません。とりわけ、責任を負った立場ではなおさら業務を減らせないのが通常です。2交代や3交代にする人手もありませんので、当直医は36時間連続勤務も通常のこととして働いております。

また、大学病院ですから、学生の指導にも時間を割き、若手医師の教育や、医療の進歩に貢献すべく臨床データを学会発表するなどの努力もしております。そのデータをまとめたり、若手の発表の指導をしたり論文の添削をしたりするのは、日常業務が終わってからですから、やっと医局の机に座るのが21時過ぎ、それからパソコンをたたいてデータ処理を夜中の2時過ぎまでやり、一度帰って翌朝7時には病院にいる、そんな日々も決して珍しくありません。

他に、患者様の診療に必要な文献を検索し読む、という時間も同じように深夜となります。さらに私の役割では、院内の委員会や対外的な委員会も数多くあり、月に少なく

とも数回はそうした会合に出席する必要があります。出るだけでなく、これら会議の準備が必要な場合はそれも深夜休日の仕事です。

平日に 1 回当直があり、他に緊急手術や患者家族とのお話、診療の下調べなどのために残り、休日に帝王切開で呼ばれて 1 回登院、という平均的な週の在院時間をざっと計算してみると、85 時間くらいになるでしょうか。4 週間で 340 時間です。これに休日の当直が 2 回あれば $340 + 48 = 388$ 時間。

フルメンバーが揃ってやっとこの事態ですから、女医さんが妊娠しても、やっと規定ぎりぎりの産休を取らせてあげるのが精一杯です。私もそうですが、たいてい産後 8 週で仕事に戻ります。産休中に、欠員の補充はありません。育休を取る体制もありません。WHO は「6 カ月間は母乳以外何も必要ない」と言っており、当院でも母乳育児を推進していますが、当の産科医自身が、それを完遂できません。

私には小学 1 年生になる息子が 1 人おりますが、そんな日々ですから、息子の起きている姿を何日も見ない、ということはいしょっちゅうです。今日こそは、と思いついて早く帰れる日でも帰宅時間は精々 20 時です。土日祝日も家にいらねえ、たまにいるときは緊急の際に呼ばれて駆けつける自宅待機ですから、食事中に携帯電話が鳴り、やっといてくれたおかあさんがまた出かけてしまう、と半泣きになっている息子を置いて病院に向かうこともしばしばです。病院から電話をかければ「ねえ今日帰ってくる？」と聞かれます。わが家は、71 歳になる私の母が老骨に鞭打って息子の面倒と、私が全くやらない家事とを一手に引き受けてくれますので、こうしてフルに働くことができますが、そういう家族のバックアップがない女医さんが同じように働くのは不可能です。

こんな生活をしている折に、大学の医局を離れて健診センターに就職した人は、9～5 時で土日は休み、という生活で、われわれより多くの給料を貰っている、という話を聞くと、もちろんお金のために働いているわけではありませんが、なんだかガックリときてしまい、使命感だけではモチベーションを保ちきれなくなりそうになります。

妊娠し、子を産んで育てるといって人々を守るべき立場のわれわれが、自分たちのこれらの生活を守れずにいます。子供を産んでお母さんになった同僚や先輩後輩が、一線を退く選択をして、辞めていく方もたくさんいます。子育てと産科医が両立できなくなったとき、産科医であることを切り捨てる、その気持ちも痛いほどわかりますから、引き留められません。女医が増えるということは、一定の確率で辞めていく人がいるので辞める人数が増えることになります。

そして現場で、そこでできる範囲内で最善を尽くしても、結果が悪い、ということは、ある一定の確率で起こります。妊娠分娩というものが、たった数分で急変し母児の生命に関わることがある、ということはわれわれにとって常識ですが、それに遭遇した患者様はそれが全てであり、その悲しみと怒りの矛先が医療者に向くのもよくあることですか

ら気持ちはわかります。例えそれが、どんな対応をしてもその子を救えなかった、という事態であったとしても、しばしばわれわれを責められます。それも患者様のお気持ちですから、誠意を持って対応しております。悪気は全くありません。手を抜かず精一杯やっています。産科には一生懸命今の医学の最良を尽くしても結果が不幸になることがままあります。

とりわけ救急を担うわれわれにはなお頻繁に起こります。でも結果が悪ければすべてそれが罪になり、われわれは罪人として責められる、というのなら、悪い結果になる可能性が誰にでもありうる分娩自体が不可能になります。このことは熱心に産科に取り組む医師ほど悪い結果に接する機会が増え、さらにやりきれない報われなさを感じることも多くなっています。

労働条件が他の科に比べて劣悪なこの仕事に好んで就こうとする人は、今どきの若い方には特にいらっしやらないのではないのでしょうか。この春に初期研修を修了した研修医は神奈川県に約 600 名いるそうですが、産婦人科を選択したのは 10 名です。すでに産婦人科医を選択した人の中でも、周産期は敬遠されます。昨今の分娩施設減少を受け、当センターで分娩数を増やすべく整備しようとするれば、「周産期があるせいで産婦人科医を目指す若手医師が減っていくからこれ以上忙しくするな」と、仲間から悪口を言われる始末です。

横浜市立大学の産婦人科に所属する医師は、毎年 10 人前後ずつ辞めるか、フルの勤務から退きます。もっと労働条件と報酬のいい職場に移る人、産科自体を辞める人、完全に仕事を辞める人、昼間の外来業務だけ手伝う人、子育てのためにしばらく休むと言って戻れない人、分娩を取り扱わないクリニックを開業する人、いろいろです。産婦人科医の全員が、分娩を扱っているわけではなくなっています。

産科医が疲れきって辞めていき、人数が減ってさらに忙しくなって疲れて辞める、という悪循環を断ち切るには、分娩施設を整理し、一分娩施設あたりの産科医の数を今の 2 倍から 3 倍以上に集約する必要があると思います。早急に労働環境を改善しないと、若手は産科を選びませんし、やっている人もどんどん辞めていきます。

産科医療は誰かがやらなければならないですし、産科を専門としている私は、現在の仕事は確かに好きですが、こんな状況ですので、自分が辞めもせず壊れもせず何とかやれているのが不思議です。いま、頑張っている産科医は、もう少しなんとか踏ん張れると思いますが、次世代が増えなければ、もう限界だと思えます。

以上、現場で働く一産科医として述べさせていただきました。ありがとうございました。



産婦人科医、特に勤務医の QOL の向上を！

日本産婦人科医会常務理事 **田邊 清男**

産婦人科医が減少しているため周産期医療が崩壊の危機に立たされている。産婦人科医増加策としては、産婦人科が魅力的な科であることを知ってもらうことが最も大切である。他科の医師と同様に時間的余裕があるか、あるいは忙しくてもそれに見合った収入があることを前提としての話であるが……。

産婦人科勤務医の収入の増加策としては、可能なら他科の医師とは給与体系を別にできればよいが、それは難しかろう。とすれば、産婦人科医に特殊勤務手当を出す、または当直は夜勤とみなして時間外手当を給付する、あるいは分娩手当を支給する等であろう。「希少（価値）手当」を出している病院もあるからである。

今年度の診療報酬改定でハイリスク分娩管理加算・同妊産婦共同管理料が新設された。これにより、医療の安全がさらに向上することと共に、二次の基幹病院の収入増につながる事が期待されているが、ただそれだけでは勤務医の収入増にはつながらない。そこで、ハイリスク分娩管理加算を算定した際には、ぜひとも産婦人科医個人へ何らかの方法で還元されるよう要請した手紙を、医会として病院長宛に送付してある。分娩を取り扱う病院の産婦人科責任者は病院長とよく相談して、少しでも勤務医の待遇が改善されることを希望する。

病院全体の収入が増加しなければ産婦人科医に手当を出せないし、産婦人科医の離職は止められないので、分娩料金を値上げせざるを得ない理屈になる。政府高官の中からも、「産婦人科医が減少しているなら分娩料金が上昇する

という市場原理が普通は働くのに、何故働かないのか不思議だ」という声も出ているというが、それは常識論で、そうならない理由を考えてほしいものである。従来収支を度外視して低料金に抑えてきた旧国立大学や旧国立病院がまず収支が図れるよう分娩料金を見直すべきだと思う。同様に県立・市町村立病院も独立採算制をとるなら当然分娩料金を上げざるを得ないであろうが、補助金で病院の赤字を賄ってもらっていたのでは周辺への影響は分からないように思う。原則に立ち戻って分娩料金を決めてもらえれば、診療所も分娩料金を上げることが可能となり、その結果助産師の給料を増額したり、医師を複数にすることもできるようになる。これにより、診療所に助産師が集まらない原因の一端は取り除かれるであろう。

正常分娩約 1 週間の入院で、大都市の有名病院では 100 万円を超す分娩料金を徴収している所もあると聞く。しかし、地方では多くが 35 万円前後であり、低い所では 20 万円という所もあるという。物価の差や長年の村の知り合いだからとか、ローリスクだけ扱っているとか、高価な施設には入れないなど環境因子がいろいろあるからで、都会で 35 万円前後という慣れた看護師さん 1 人の給料にしかならない。これでは、とても高給で助産師を雇う余裕などあるはずもない。地域によって分娩料金に当然差はあるが、医療の安全と分娩の快適性を考慮した分娩料金を設定する工夫はできないものか。そしてもしそれが少子化対策に逆行するというなら、国や地方自治体が負担して妊婦を援助すべきであると思うのは間違いであろうか。

編集後記

新医師臨床研修制度による後期研修医が 2006 年 4 月に誕生し、大学病院、研修病院はもとより各地方自治体もその動きには注目している。大都市周辺においても診療科の偏在が顕著で、勤務医の過重労働に拍車がかかり悪循環となっている。

全国医学部長病院長会議の「地域医療に関する専門委員会報告」によると、2002 年卒業者と 2006 年の後期研修医との比較で大学における診療科別増減でワースト 5 は、脳神経外科（- 42.3%）、外科（- 32.8%）、小児科（- 28.1%）、整形外科（- 27.2%）、産婦人科（- 18.5%）である。〔ちなみに、ベスト 3 は形成外科（+ 40.0%）、皮膚科（+ 26.3%）、麻酔科（+ 23.3%）であった。〕また同調査によると、2004 年初期研修で大学を出た研修医の約 80% は大学に戻らず、そのまま一般病院で後期研修を続け、実際に大学で後期研修を受けているものは 4,103 名でしかないと報告している。毎年 8,000 人弱の医師が誕生している中で医師不足が叫ばれ、若い医師は、大学病院から一般研修病院へ、外科系の診療科から内科系の診療科へ、地方から大都市へとシフトしているようである。このような研修医

の大きな流れの中で産婦人科を専攻する医師を増やすことは難しい。医局や各病院レベルでの地道な努力だけでは到底この現状を打破することはできない。行政や日本医師会そして他の外科系診療科と連携して目玉となり、研修医に魅力ある改革が早急に必要であると感じられる。

（幹事・栗林 靖）

（平成 17・18 年度）

勤務医委員会		勤務医部	
委員長	栃木 武一	副会長	清川 尚
副委員長	小笹 宏	常務理事	田邊 清男
"	東館 紀子	"	栃木 明人
"	和田 裕一	"	新居 隆
委員	小田 隆晴	理事	栗林 靖
"	茂田 博行	"	竹内 亨
"	高松 潔	幹事	久慈 直昭
"	増田美香子	"	
"	吉谷 徳夫	"	
アドバイザー	濱田 和孝	"	
"	吉川 裕之	"	