

JAOG
news

日本産婦人科医会報

2
2025

保険化が不妊治療に与えた影響 ー若年化と高度生殖補助医療への早期移行ー

第192回記者懇談会

7・1・8
日本記者クラブ

冒頭に石渡会長から、新年の挨拶に続き、少子化対策の一環として施行された不妊治療の保険化について、お互いに胸襟を開いて情報あるいは意見を交わしていきたいと挨拶があり、懇談会が開始された。

1. 不妊治療保険化後の現状ー当院における保険適用前後の不妊治療について

日本産婦人科医会常務理事/スズキ記念病院

谷川原真吾

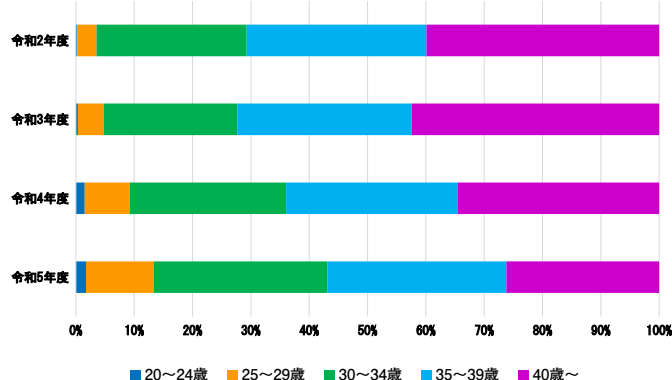
日本の出生数は減少し、2016年に100万を割り、2019年90万、2022年80万と加速度的に減少している。宮城県でも出生数は減少し、2000年に2万件を超えていたのが、2011年の東日本大震災、2020年の新型コロナウイルス感染症の広まりを経て、2023年には1万2千件と、四半世紀で出生数が約1/2に減少した。そのような中、2022年に不妊治療が保険化されたが、分娩数は今のところ増えていない。

宮城県は東北最小、岩手県の約2分の1の面積だが、人口は東北最多の230万人である。その人口の1/2が仙台に集中し、大学や医療機関も仙台に集中している。宮城県の人口構成をみると、20～24歳の人口は進学などで東北他県から学生が流入して多いが、就職などの20代後半から30代前半になると宮城を離れ、東京圏へ流出している。その傾向は女性の方が強い。最近では婚姻率も減少しているため、宮城県は妊娠分娩するような年齢の女性が少なく、少子化に直結する状況に陥っている。2021年～2023年の3年間は、東京・宮城・北海道が合計特殊出生率のワースト3を占めていた。宮城県の分娩取り扱い施設は20年前の73施設から現在27施設にまで減少している。

スズキ記念病院での不妊治療では保険導入前後で治療成績には大きな変化はなかった。生殖医療科患者数をみると、延べ患者数は令和5年度は令和3年度と比較すると10%程度の増加に留まり、また新患数は増えていない。生殖補助医療実施件数は、保険化の直前に治療控えがあって少し減ったが、回復しその後横ばいである。人工授精は不妊治療の保険適用後に減少している。令和4年度と令和5年度の管理料算定患者数を比較すると、一般不妊が減って、生殖補助医療が増えているので、不妊治療の保険適用後に一般不妊から生殖補助医療に移行する患者が増加するようになっていると推測される。

不妊治療保険適用前の令和3年度までの患者の年齢は40歳代が最も多かったが、不妊治療の保険適用後に40代が減少し、20代が増えている。割合でみると4割が40歳代であったのが、令和5年度には2.5割まで減少し、代わりに20歳代が増加している（図1）。保険化によりハードルが下がって比較的若年層の不妊患者が早めに受診するようになったと推測される。

図1 スズキ記念病院における年齢別患者数割合



- 第192回記者懇談会……………1～4頁
- 羅針盤：周産期医療の未来を切り拓く……………2頁
- 叙勲 受章者の横顔、表彰、おぎゃー献金5頁
- 常務理事会記録、敬弔……………6頁
- シリーズ医事紛争：帝王切開後の肺血栓塞栓症死亡 高裁で医師側逆転勝訴の事案……………6頁
- 学海メモ……………7頁

2月号の目次

- 学術：産婦人科診療で患者を痛がらせないことの重要性和そのコツ……………8～9頁
- 医療と医業：人工知能（AI）が医療を変える！簡単にわかる仕組みと応用例（2）……………10頁
- 情報技術（IT）部会より 妊婦健診の遠隔診療に

- 向けた家庭血圧基準値策定、委員会委員紹介11頁
- 母子保健部会より ご家庁「1か月児（及び5歳児）健康診査支援事業」、コーヒープレーク…12頁
- 就労女性が妊娠しやすい環境/職場作り、第10回母と子のメンタルヘルスフォーラム予告…13頁
- 地域からの声：岩手県、和歌山県……………14頁
- 性教育セミナー案内第1報、編集室雑記帳15頁

また不妊治療の保険適用後には凍結胚移植などの高度生殖補助医療の件数が増え、人工授精の割合が減っているため、高度生殖補助医療に移行するハードルが下がっていることが考えられた（図2）。

人工授精では12～15%妊娠している。凍結胚移植の治療成績は年齢により大きく異なり、30歳未満では6割が妊娠して5割が出産に至る。20歳台までの凍結胚移植後妊娠では流産率は一般とほぼ変わらない。高齢

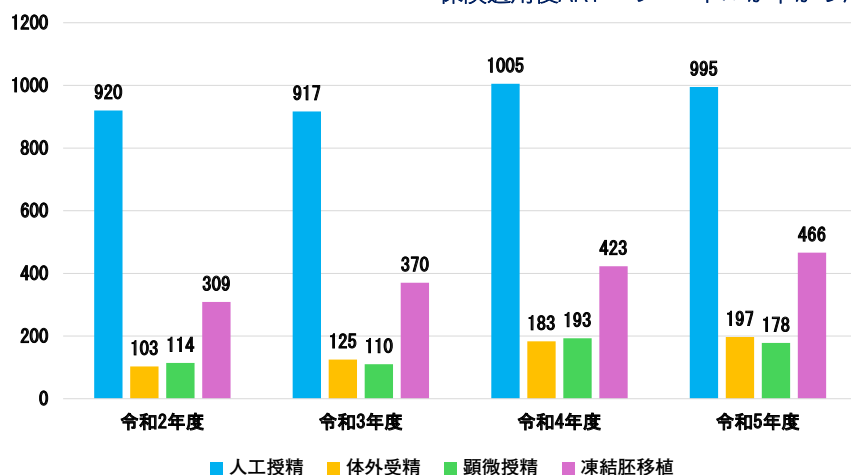
になると妊娠率が下がり、流産率が上昇するが、43歳以上でも35%ほど妊娠しているため、保険適用における43歳の線引きが妥当かどうか、今後検討する必要がある。分娩数については、2020年に近隣の施設が分娩の取り扱いを中止したために一時的に増えたが、その後減少している。生殖補助医療によって妊娠数が増加した実感は無い。

不妊治療の保険化により、患者数は増加したが、総

収入は不変であり単価が減っている。前述のように若いカップルの不妊治療に対するハードルは下がっており、一般不妊からARTへ早期移行の傾向がある。一方で約5%は年齢制限などのため私費診療を受けている。治療成績は不妊治療が保険化されても不変であり、薬剤の不安定供給が続いているのも問題である。不妊治療の前に、結婚・妊娠・出産しやすい状況を作っていかなければ少子化対策としては不十分と思われる。一方で病院経営をみると人件費、材料費、光熱費等の高騰により苦しい状態が続いている。

図2 スズキ記念病院における生殖補助医療の件数

凍結胚移植件数の増加
保険適用後ARTへのハードルが下がった



羅針盤

周産期医療の未来を切り拓く — 情報技術の革新と医会の取り組み

平成30年（2018年）度より活動を開始した遠隔医療プロジェクト委員会は、妊産婦の在宅管理を目的に、家庭血圧の基準値作成（本号11頁参照）や遠隔胎児心拍モニタリング（iCTG）の導入、CTGネットワーク共同監視の推進に取り組んできました。これらの研究成果は学会発表や診療ガイドラインへの掲載の要望を通じて一定の成果を収め、令和7年度以降も新たな課題への対応を含めて継続する計画です。また、コロナ禍や自然災害といった緊急事態を契機に、オンライン診療や遠隔妊婦健診の導入も推進してきました。

令和6年度からは「周産期医療情報ネットワーク体制」の構築が本格始動しました。第一段階として、母体搬送調整システムのデジタル化をCTGネットワーク導入地域で実証研究として開始し、令和7年度以降は対象地域を全国に拡大する予定です。このネットワークは妊産婦情報を地域医療機関や自治体と共有し、デジタル化・標準化された相互接続可能な体制を構築することを目指しています。さらに、新生児聴覚スクリーニングや産婦健診におけるメンタルヘルス評価など、自治体と連携した情報共有システムも進めています。

これらの取り組みは、ICTやIoTを活用した「周産期医療スマートシティー構想」として、2025年から2030年の

5カ年計画で推進いたします。家庭用IoTデバイスやAIを活用した血圧基準値解析、妊娠経過の予測、異常検知の研究を進めるとともに、在宅胎児モニタリングやオンライン妊婦健診の普及を目指します。また、AIによるCTGデータの自動解析や異常アラートシステムの開発を通じて、分娩管理や在宅診療の安全性向上にも取り組みます。このプロジェクトは、地域に産科医療機関が不足する状況下で重要な役割を果たし、自治体やこども家庭センターと連携した「スマートマタニティハブ」の設置も視野に入れています。

一方で、産後うつ予防のオンラインアプリやHPVワクチン接種の相談・アフターフォロー体制の構築、チャットボットを利用した性の相談窓口など、個別のニーズにも対応するシステム構築を進めています。

さらに、本会では医療DXの基礎から応用まで学べる研修会を開催し、会員がDX時代のリテラシーを身につけられるようサポートします。具体的には、サイバーセキュリティ対策、災害時のオンライン資格確認システム、マイナ保険証活用など、医療DX推進の最新情報を提供していきます。

私たちは、日本の周産期医療を次世代へと進化させるため、安全かつ質の高い遠隔医療を提供する基盤を整備し続けます。情報技術の力を最大限に活用し、妊産婦や医療従事者の負担を軽減しながら、すべての妊産婦に安心と安全を届ける未来を目指して活動を展開していきます。（常務理事・平田 善康）

2. 不妊カップルの受け止め方と不妊医療施設の状況 （アンケート調査結果と当院の成績を交えて）

杉山産婦人科丸の内名誉院長/日本産婦人科医会監事

栗林 靖

日本の女性の初婚年齢の年次推移をみると、そのピークは20年前から変わらず26歳であるが、ピークの26歳での頻度が下がり、高齢での初婚が増えている。婚姻数も年々減少していたが、コロナの影響で減少速度が加速した。出生数と婚姻数は並行して推移しており、婚姻減少に対する対策は必要である。

生殖補助医療での出生数は最近10年で2倍に増加している。日本産科婦人科学会の調査では、43歳以上のART治療周期数は保険化後に減少し、40歳未満の若年層で増加している。また保険適用後に39歳と42歳の治療が増加しており、年齢による回数制限によるものと思われた。ARTの保険適用前の2021年に比較して、保険適用後の2022年は国の助成・保険の額が558億円増加し、不妊治療が45,490件増加した。その結果生産が7,409件増加したので、国はこれを保険化による実績として捉えている。

生殖補助医療への保険適用後の変化について岡山大学の中塚幹也先生らによるアンケート調査結果によれば、年収が400万円以下の所得層世帯では95%で世帯収入が不妊治療を行うために十分ではないと回答していた。保険適用拡大により不妊治療の経済的負担感は減っているようだが、一方で400万円以下の所得層では経済的負担感が減ったと回答した割合が約50%に留まっていた。また不妊治療の保険適用に関する改善要望として、体外受精の年齢制限や回数制限の緩和、混合診療の許可、貯卵の許容が挙げられていた。

フェリング・ファーマ社による不妊患者に対する

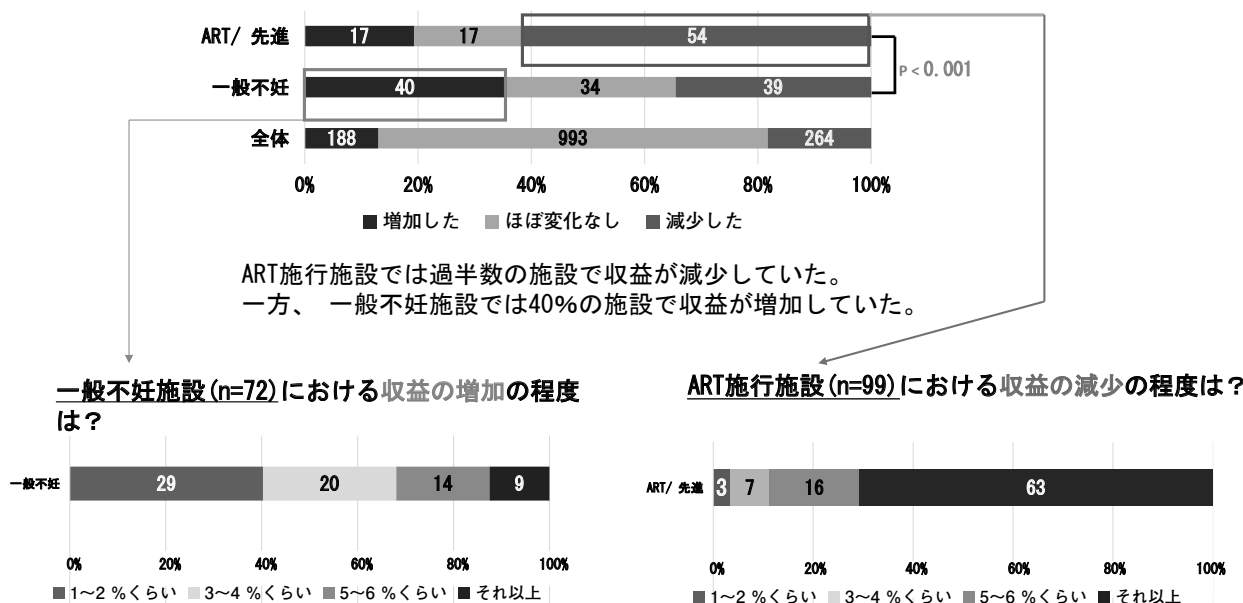
アンケート結果によれば、不妊の場合に不妊治療を開始する時期について、保険適用前では6カ月以内が40%であったのが、保険適用後は79%と、不妊治療の保険適用によって、不妊治療の開始時期が早くなっていることが示された。保険適用前に比較して、適用後は人工授精で治療を開始するカップルが減少して体外受精で開始するカップルが増えている。保険適用後には経済的理由により体外受精を行わないカップルが大幅に減少していることから、保険適用により体外受精へのステップアップに対する抵抗感が下がったことが伺えた。一方で治療に対する抵抗があり体外受精を行わないカップルの割合は不変であった。

不妊治療保険適用後に日本産婦人科医会会員が所属する4,973施設（回答2,570施設）に対して施行した調査では、治療は大都市圏に集中していた。不妊治療保険適用後、挙児希望の初診患者数はART/先進不妊治療で増加し、一般不妊治療では変化がなかった。不妊治療の保険適用後は、過半数の施設で初回ARTの年齢が若年化し、早期に一般不妊治療からARTに移行していた。不妊治療適用後の収益はART/先進医療においては6割の施設で減少し、減少した施設のうち7割が、7%以上減少したと回答していた。一方で一般不妊治療の収益については4割弱の施設で増加していたが、7割の施設で増加の程度は3~4%までに留まっていた（図3）。

当院は体外受精、一般不妊治療、それに関係する手術を行っている施設であり、新患の年齢をみると、保険適用後は34歳までの若年患者が増え、40歳以上の高齢女性が減少した。初診時一般不妊治療希望の若年の新患が保険適用後に増加している。

不妊カップルは状態により自由診療を選択せざるを

図3 不妊治療保険適用後、収益に変化はありましたか？



得ない状況になることがある。保険治療の回数制限を逸脱する場合や将来の妊娠のために卵子凍結や受精卵凍結（貯卵）を行いたいといった場合である。反復着床不全や不育症の診療で保険が適用されず、先進医療AやBで施行しているものもある。先進医療Aは多くの施設で施行できていると思われるが、先進医療Bの項目は実施医療機関が限られている。

年齢ごとの流産と異数性胚の頻度を比較すると、どちらも高齢女性になるほど増加し、流産は異数性胚が原因であることが推定できる。当院での着床前胚異数性検査（PGT-A）は、2020年からの4年間で減少傾向であるが、43歳以上の高齢女性での施行は増加している。43歳以上であってもPGT-Aを施行した女性では55%が妊娠できているため、対象者を絞ればPGT-Aの意義はあると思われるが、自費で高額な費用が必要となる。

日本受精着床学会が卵子凍結の理由を医学的か社会的理由によるものか調査した結果、東京都では圧倒的に社会的理由が多く、東京都以外では医学的理由によるものと社会的理由によるものの割合が近い。当院では初診時に卵子凍結を希望する患者は年々増加し、また若年化している。最近の4年間では31～35歳の比較的若年層の卵子凍結の頻度は都の助成により約11倍に増加している。

以上のように、不妊治療の保険化により不妊カップルが不妊治療を受ける際の経済的負担感は減少し、治療開始の若年化により妊娠率が高い年齢層の治療が増えている。また不妊治療への社会認知度の上昇と卵子凍結への自治体からの助成のため、将来のために卵子凍結を希望する女性が増加している。卵子凍結が婚活の動機付けになったという意見もある。

今後の課題としては、低所得者への助成制度拡充、第2子以上を望むカップルへの対策、不妊カップルへの精神的なサポート対策、仕事と不妊治療が両立できる社会環境作り、先進医療の保険適用、着床不全・不育症患者への対策などが挙げられる。

質疑応答

記者からは多くの質問が寄せられた。

問：PGT-Aは、患者からの要望はあるというが、保険適用は難しいと思われるか。

答：症例を限れば有用と思われるため、対象を限定しての先進医療Aの適用が望まれる。

問：一般不妊からARTに早期移行している中で、不妊治療に関する単価が下がっている理由は何か。

答：保険適用によって、経費等を上乘せして請求できなくなったので単価が下がっている。東京都は地価が高くこれをどのように吸収するかなども問題であり、収入が維持できている施設と減少している施設の二極化が起こっている。中小規模の施設では経営が厳しくなっている。

問：ARTの保険適用前後で治療成績の変化はあるか。

答：保険適用でも技術自体が不変であるので成績に変化がない。一方でタイムラプスを先進医療で取り入れられるようになっている施設では成績の向上があるかもしれない。また治療年齢が下がることで成績が上がることはある。

問：凍結卵子による治療成績についてはどうか。

答：未だ実施数が少ないこと、採卵時期と戻し時期の差も考慮しないとならず、何とも言えない。培養液等は10年のうちに改善しているので、10年前の凍結卵と今の凍結卵では今の方が好成績である可能性もある。

問：保険適用によって元々不妊治療を受けようと思っていた人が早めに治療を受けるようになっているだけのように感じるが、少子化対策としてどう考えるか。

答：もう少し時間が経過しないと評価できない。経済的問題により治療できていなかった不妊のカップルが恩恵を受けている可能性はある。しかし結婚が増えなければ出産も増えないかもしれない。

最後に安達副会長より、「不妊治療の保険化により、以前よりも少し若い年齢層がART治療を受けるようになってきた。ARTでは生児獲得率の指標は大切で、以前は39～40歳以降の高齢不妊女性が大半を占めるため平均11～12%の数値であったが、35歳未満の不妊女性に限れば22%くらいと高い。今後は若いカップルが治療を受けることにより生児獲得率の上昇が見込まれるが、これは不妊治療の保険化によるメリットと思われる。しかし、保険化が少子化対策になっているかは不明であり、若いカップルが妊娠・出産したいと思う環境が整わなければ少子化が改善される大きな流れには繋がらない」と問題提起され、懇談会は終了した。

秋の叙勲 受章者の横顔

多岐にわたる医療貢献と人望



和田裕一先生は昭和47年に東北大学を卒業された後、直ちに東北大学産科婦人科学教室に入局、国立水戸病院で研修され、米国留学後、東北大学病院講師、NTT東日本東北病院（現：東北医科薬科大学若林病院）産婦人科部長を経て平成5年より国立仙台病院（現：仙台医療センター）に勤務され、平成22年に同院長に就任されました。現在は岩沼市のスズキ記念病院に勤務されております。

先生のご活動は多岐に渡り、すべてをご紹介しきれませんが、仙台医療センター在職中には、HIV感染と母児に関する研究の研究代表者を務められ、平成23年には産科医療功労者厚労大臣賞を受賞されました。平成23年3月11日に発生した東日本大震災の発災時には、仙台医療センター院長として初期対応、患者受け入れ、避難所巡回活動など卓越した統率力を発揮され

おめでとうございます。

今後ますますのご健勝とご活躍を祈念致します。

瑞宝中綬章 宮城県 和田 裕一氏

ました。

先生は平成26年から4年間宮城県産婦人科医会会長、日本産婦人科医会東北ブロック会会長、日本産婦人科医会理事を務められましたが、大変人望のある方です。会議で議論が紛糾した時など、最後は先生の掛け声で一件落着、場が和むという場面を幾度となく目にしてきました。先生は面倒見もよく、今でも後輩に気さくに声をかけてくださいます。個人的には、腹腔鏡下手術の患者さんを数多くご紹介いただいたこと、同級生の教授就任祝賀会開催にあたりご相談に院長室に伺った時に貴重なアドバイスをいただいたことなどが特に印象に残っており、感謝しております。

和田先生、瑞宝中綬章受章おめでとうございます。宮城県産婦人科医会会員一同大変慶んでおります。これからも引き続き私たちをご指導くださいますようお願い申し上げます。

（渡辺 正 記）

☆表 彰☆



日本医師会最高優功賞

- ・地域における保健医療活動に貢献した功労者
〈宮 城〉佐々木悦子氏
- ・医師会事業に著しく貢献した功労者
〈岡 山〉石川 紘氏

北海道産婦人科医会

12月25日

令和6年第3回・第4回役員会において、参加者より献金が寄せられた。

日本医師会医学賞

- ・分娩に関する分子機構解析から安全な医療体制確立までの研究
〈大 阪〉木村 正氏

広島県産婦人科医会

12月25日

令和6年度公開講座ならびに研修会において、参加者より献金が寄せられた。

マメ知識

GIDからGIへ

身体の性と本人の実感する性が一致しない状態については、性同一性障害（Gender Identity Disorder：GID）とされ、国際的な疾病分類では精神障害に分類され診断名として使用されてきた。その後、性の多様性に対する知識の増加と社会の理解がすすみ、疾病や障害でなく状態であるという認識が広まった。2013年に改訂されたアメリカ精神医学会「精神疾患の診断・統計マニュアル第5版（DSM-5）」では、GIDの疾患名は廃止され、性別違和（gender dysphoria）に改称された。2019年、WHOが約30年ぶりに改訂し採択した国際疾病分類（ICD-11）でも、GIDはGI（Gender Incongruence）に改められ、「精神および行動の障害」から除外され、新たに創設された「性の健康に関する状態」に移動され精神疾患ではなくなった。“Incongruence”とは「不一致、不適合」という意味であり、GIは性別不適合と訳されている。「GID（性同一性障害）学会」も2024年3月より「日本GI（性別不適合）学会」と名称が変更となっている。現在、同様の考え方からGIDに限らず多くの診断名の変更が行われている。

常務理事会記録（題目のみ）

◇令和7年1月14日（火）日本産婦人科医会会議室

協議事項 庶務部会関係：①第3回理事会タイムスケジュール、②第104回総会（臨時）次第案、③名誉会員の推薦、④特別会員の推薦、⑤令和7年度事業計画（案）、⑥顧問委嘱、⑦女性の健康と働き方フォーラムへの後援名義使用許可依頼、⑧令和6年度「こころといのちの講演会」への後援名義使用許可依頼、⑨佐賀県医師会令和6年度母体保護法指定医師研修会への講師派遣依頼、⑩令和6年度「こころといのちの講演会」への講師派遣依頼、⑪第82回九州連合産科婦人科学会・第76回九州ブロック産婦人科医会への講師派遣依頼、⑫岡山県医師会令和7年度母体保護法指定医師研修会への講師派遣依頼、⑬日本医師会オンライン診療研修に関する検討委員会への委員推薦依頼、⑭第66回日本臨床細胞学会春季大会での「JAPAN LBC宣言」への賛同依頼、⑮日本看護協会発行「分娩取扱施設等における新興・再興感染症対策マニュアル作成ガイド」への情報掲載協力依頼、⑯厚生労働行政推進調査事業「地域において安心して妊娠・子育てが可能となる安全な周産期医療体制の構築のための政策研究」への施設情報データ提供の協力依頼、⑰令和6年度こども家庭科学研究

成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「出生前検査に関する情報提供体制、遺伝カウンセリング体制、支援体制構築のための研究」の「胎児を対象とした網羅的遺伝子解析の実施に関する意識調査」への協力依頼、日産婦医会報2月号の編集方針に関する件、記者懇談会のテーマに関する件、その他。メール対応済：令和6年度公開講座（学会との共催）に対する助成金の交付に関する件

報告事項 月例報告、月例連絡、第191回・第192回記者懇談会、委員会等、その他。メール対応済：①学会委員会等報告、②委員会等、他

役員会等

幹事会

1月7日

常務理事会

1月14日

委員会

勤務医委員会1月9日、医会報編集15日、研修27日、情報技術（IT）、法制30日

敬 弔

所 属・現住所

群馬・高崎 大原 三男 6・10・8

和歌山・有田 楠林 哲次 6・10・15

茨城・水戸 岩崎瑠璃子 7・1・15

帝王切開後の肺血栓塞栓症死亡 高裁で医師側逆転勝訴の事案

〔M地裁 H30・9・12 F高裁R3・1・22〕



〔事例〕平成24年、当時35歳の妊婦は有床診療所で妊婦健診を行い、胎児が骨盤位のため予定帝王切開で男児を出産した。A医師は手術が終了した直後から患者に弾性ストッキングを着用させた。患者は術後1日目の午後3

時に歩行再開。術後2日目、看護師が午前6時50分と午後2時に左下肢の浮腫について診療録に記載していた。術後3日目午前0時15分頃廊下に倒れているのを発見され、A医師の声掛けに反応はしたものの大きなあえぎ呼吸をする状態で午前0時20分頃119番通報された。A医師は心臓マッサージと人工呼吸を開始し蘇生を続行しながら午前0時43分U病院に到着した。到着時点で患者は心肺停止状態で、その後も心肺蘇生法を継続されたが午前2時14分死亡が確認された。U病院で剖検が行われ、死因は左外腸骨静脈に発生した血栓が遊離して肺血栓塞栓症を発生したことによるものとされた。これに対し、患者の夫らは、A医師には看護師が片側の下肢浮腫を記載した術後2日目には深部静脈血栓症を疑って高次医療機関に転院させる、または診察および検査を怠るなどの注意義務違反があったと主張し、損害賠償金の支払いを求めた。

〔原審の判断〕原審では、左右差のある下肢浮腫という症状が重要な鑑別点であり、左下肢のみ浮腫を認めた場合には、疼痛、熱感および色調変化などの所見が存在しなかったとしても、深部静脈血栓症を疑うべきであり、酸素飽和度の測定、採血によるDダイマーの測定及び下肢静脈エ

コーの施行、同時にヘパリンの投与が必要で、診療所で対応できないのであれば高次医療機関に搬送すべきであり、術後2日目の午前6時50分の時点で対応していれば死亡しなかった高度の蓋然性が認められ、1億3千万円の損害額を認定した。

〔控訴審の判断〕控訴審では妊娠16週の時点の患者のBMIは21.9で、他合併症等もなく深部静脈血栓症のリスクは中リスクと認定され、患者は左下肢浮腫を認めたがA医師は患者の左下肢浮腫の程度が軽いことや下肢の疼痛や息苦しさ、胸痛等の訴えがなく、下肢の発赤や圧痛、歩行障害が認められないことを確認していることを認定し、ガイドラインからも原審における鑑定結果は採用することはできないとして原告の請求を棄却した。

〔解説〕肺血栓塞栓症の予防のために、弾性ストッキング着用や間欠的空気圧迫法、早期離床・歩行が一般的になったものの妊産婦死亡の原因としての肺血栓塞栓症は減少傾向が明らかではない。今回、術後2日目6時50分の時点での判断が分かれ目となった。CT検査や下肢エコー検査ができれば救命できた可能性はない訳ではないが、蓋然性は高くなく、また有床診療所では対応は難しいことから控訴審の判断は妥当と思われる。また、本件当時やその後のガイドラインでも、浮腫があったらすぐに深部静脈血栓症を疑うべきであると記載はないものの、安静臥床後の初回歩行時には注意深く観察・対応することは必要である。

学海メモー臨床家のために

本欄は、産婦人科関連の論文を編集委員会で要約したものです。

慢性子宮内膜炎の診断と治療

奈良県立医科大学 山中彰一郎 他

慢性子宮内膜炎（chronic endometritis：CE）は1周期以上の月経周期をまたいで子宮内膜に炎症が持続している状態を指す。臨床症状に乏しく日常生活で大きな問題になることは少ないが、子宮内環境が治療予後に関わる生殖医療領域には大きな意味がある。CEは子宮内膜の性ホルモン受容体に影響することで脱落膜化を阻害し、implantation windowを変化させることで胚の着床率を低下させる。CEは子宮内膜組織診にて炎症反応同定により診断され「子宮内膜間質領域への形質細胞（CD138陽性）の出現」が最も有用な所見である。CEの治療として広域抗菌薬の全身投与が一般的に行われている。また、子宮鏡検査もCEの診断に重要な役割を担っており、子宮内膜ポリープとCEの合併率は75%を超えること、切除を行うことで90%が治癒することが報告されている。（産と婦 第91巻12号1355頁）

胎児骨系統疾患フォーラムの取り組み（胎児診断可能な骨系統疾患）

兵庫医科大学病院遺伝子医療部/産科婦人科 澤井 英明

胎児骨系統疾患フォーラムは、日本における胎児の骨系統疾患に関する診断支援と情報提供を行う専門的チームによるネット上のプラットフォームである。骨系統疾患に詳しい診療科横断的に多領域の医師が参加し、希少な胎児の骨格系異常（その多くは骨系統疾患）や診断困難症例についての意見交換が行われている。このフォーラムでは具体的な症例の診断や治療法のコンサルテーションが可能で、特に周産期医療に携わる医師や研究者のために役立つリソースを提供している。また、胎児骨系統疾患の新しい知見や治療法の共有を目的として、定期的にセミナーやイベントを開催している。こうした蓄積が今日の胎児骨系統疾患の診断力の向上に貢献していると思われる。

（周産期医学 第54巻12号1586頁）

ロボット支援手術時代の若手への手術教育を考える

岐阜大学 磯部 真倫

ロボット支援手術は外科手術に革新をもたらし急速に普及している一方、若手外科医にとって技術習得の機会が限られている。機器が高額なこと、良性の子宮全摘のうちロボット支援手術が占める割合は10%にすぎないこと、プロクターという熟練した医師の指導が必要であること、病院間の格差、教育体制の不均衡などが理由である。解決策として、シミュレーターを用いたトレーニング、遠隔から指導するバーチャルプロクター制度、学会主催のトレーニングコースと病院見学といった新しい教育手法が求められる。（産婦の実際 第73巻13号1691頁）

Fundamental Use of Surgical Energy (FUSE) からみるエネルギーデバイス教育の重要性

藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学講座

渡邊 祐介

内視鏡外科手術やロボット支援手術が普及した現在、エネルギーデバイスは手術医療において不可欠な要素であるが、エネルギーデバイスに関する外科医の知識は乏しく、卒前・卒後教育においても学習機会は限定的である。2000年代初頭、北米で年間数百件の手術室火災が報告されるなど、エネルギーデバイスによる有害事象や医療事故が注目された。エネルギーデバイスの誤使用や不適切な取り扱いに起因する重大な医療安全問題が浮上したことから教育プログラムの必要性が明確になり、米国内視鏡外科学会がエネルギーデバイスの安全使用を目的とした教育プログラムであるFUSEプログラムを開発した。手術医療に関わるすべての医療従事者を対象としており、10の学習領域を含むeラーニングと資格試験で構成されている。資格試験は国内でも受験可能であり、最新の情報はFUSEウェブサイトを確認できる。筆者は2014年に国内で初めてFUSEハンズオンコースを開催、2018年からは指導者養成プログラムも開始し、啓発活動を担っている。デバイスの技術革新に伴い、デバイスに関する知識を深化させることが手術のさらなる発展において重要である。

（臨婦産 第78巻12号1070頁）

〈担当：編集委員・渡邊 理子〉

明日をもっとおいしく
meiji

明治独自の
母乳サイエンス

DHA **アラキドン酸 (ARA)**
100mg^{*1} 67mg^{*2}

母乳の範囲まで配合^{*2}

※1 100g 当たりの含有量 ※2 当社調べ

「明治ほほえみ」は
母乳サイエンスから生まれた粉ミルクです

明治の
こだわり 20万人以上の
赤ちゃんの発育調査

明治の
こだわり 4,000人以上の
母乳の組成調査

計量いらず! こぼれない!

「明治ほほえみ」の栄養成分はそのままに、
いつでも、どこでも、だれでも、
ミルク作りがカンタン!
忙しいママやミルク作りに慣れていないパパ、
じいじ、ばあばにも大人気です。

1個
40ml分

株式会社 明治

産婦人科診療で患者を痛がらせないことの重要性和そのコツ ～産婦人科外来診療・小手術時の麻酔のポイント～

順天堂大学医学部産婦人科学講座名誉教授・客員教授 愛育会愛育研究所所長 **たけだ 省**



2
月号

40数年間産婦人科臨床に携わってきましたが、患者さんの“痛み”についてはあまり気にせず深く考えてきませんでした。お産や会陰裂傷の縫合、ラミナリア挿入、子宮腔部の生検など少し痛いのは当たり前で“このくらいの陣痛を乗り越えられないとお母さんになれませんよ”という助産師の言葉もあり、“痛いですよ”“我慢してね”などで済ませてきました。2015年に手動真空吸引器（MVAキット[®]；ウィメンズヘルス・ジャパン(株)）が薬事承認され、流産手術や内膜採取に使用されています。この機器の導入にあたり海外での使用法の関連文献を調べることにになり愕然としました。これがきっかけとなり「診療時の痛み」について調べ、自分の臨床を振り返り考えることになりました。

問 あなたにとって“痛み”の思い出は？

答 痛みや恐怖体験は心的外傷後ストレス障害（post traumatic stress disorder：PTSD）のきっかけになります。私自身子供の頃、抜歯の際の局麻の痛みは、その後歯科に行くたびに思い起こされ、ドリルの音は恐怖、不安を引き起こし、知らず知らず体が硬くなり全身汗をかくことになりました。医師となり、初めて長期間受け持った患者が亡くなり、霊安室で口惜しさと無力さで涙したことはその後の見送りの際には、いつもよみがえります。

最近の歯科診療は驚くほど進歩しています。局所麻酔する場所にまず表面麻酔をし、極細針を用い、痛みは全くありません。我々産婦人科医は歯科医が努力して改善してきた診療をどう思っているのですか？ 我々の診療はこれでいいのですか？と自問しています。

問 産婦人科診療現場にあふれる“痛み”とは？

答 分娩室や陣痛室に行けば妊婦さんはうんうんうなっています。会陰切開や裂傷縫合時に局所麻酔が十分効いていないうちに処置を始めたり、効きが悪くても追加麻酔せずに縫合することもありました。子宮内の胎盤遺残確認や胎盤用手剥離も無麻酔が多く、小さな裂傷なども無麻酔で縫合したこともありました。内診やクスコ診、経腔プローブ挿入自体が痛みの原因となります。子宮内膜細胞診や組織診の検体採取や生検、Intrauterine Device（IUD）やIntrauterine System（IUS）の挿入抜去、採卵など無麻酔で行う処置や検査も多くあります。

医療従事者も患者の不安、恐怖はもちろんのこと診療に関わる痛みの知識を持っているにもかかわらず、知らず知らずのうちに痛みを我慢させ日常診療を行っ

てきたのではないのでしょうか？ その臨床現場に慣れ“女性は痛みに強い！？ 女性は少しの痛みに耐えられる”という間違った考えを持って診療を行っている医療従事者がみられるのも事実です。

問 診療時の“痛み”に対する欧米との違いは？

答 前述のMVAキットの米国の使用説明書には、子宮腔部鉗子を使用する際、把持部に局所麻酔をすると書かれています。また、傍頸管麻酔の局麻下で流産手術を外来で行うと記載されていました。傍頸管麻酔は、ラミナリア挿入時や子宮内操作、採卵などにも使用されています。アメリカ在住者に無麻酔で子宮内膜採取した時、終了してから「この痛みはアメリカなら訴訟になるかもしれませんよ」と言われたこともあります。

国際医療機能評価（JCI）認定では、患者の疼痛評価は初診時から必須であり、痛みがどの程度でその後どうなったか必ず追跡し、カルテ記載することが重要です。それほど痛みの評価、対応が重視され、大事な医療評価指標となっています。診療では身体的のみならず精神的苦痛をとり除き、病気の苦しみから解放することが医療の原点です。診療そのもので痛みを引き起こし、それを我慢させることが忙しいからと言って正当化されるのでしょうか？ 医療者は時間の余裕がないと言い訳し、診療そのものの苦痛を軽減する努力を怠っていないのでしょうか？

問 “痛み”に敏感な人はどんな人ですか？ どんな対応が必要ですか？

答 痛みは主観的なものであり、個々でその感受性が著しく異なることは临床上よく経験することです。虐待被害者やPTSDなどトラウマを持っている人は恐怖心や不安を最初から強く持っており、疼痛や未体験のことに対して敏感に反応します。流産手術時の検討では、痛みの増悪因子は、若年者、少ない妊娠既往、月経困難症など痛みに関連する疾患を有する、不安が強い、うつ病既往などが挙げられています。

その対応は、痛みをできるだけ取り除き、不安や恐怖を事前に十分説明し和らげることが大切です。また、診察や処置、手術を施行する際は、説明しながら行い、極力安心させることがポイントとなります。その説明、コミュニケーションも型どおりではなく、信頼を作り上げ、「傾聴と共感」に基づく対応、コミュニケーションスキルが重要で、医療安全にも通ずる重要なものです。痛みや訴えをよく聞き、共感するカウンセリングとも言えるスキルです。

問 “痛み”を我慢させることはどんな影響がありますか？

答 分娩時の激しい痛みや恐怖体験が、PTSDや分娩恐怖症（tokophobia）を引き起こすことは知られており、二度とお産をしたくないと思う人が6～14%存在します。このような人は、産後うつ病、不安障害やボンディング障害などの頻度が高く、育児困難など長期的な母児相互関係の障害が問題となることがあります。また、経膈分娩や帝王切開術後の疼痛体験や創部の痛みと産後うつ病の関連を指摘する数多くの報告もあります。このように分娩時の身体的痛み体験や流産や死産、児の奇形や脳性麻痺など心の痛み体験がPTSDや精神的問題を引き起こし、育児に悪影響を及ぼすことを我々医療従事者は常に念頭に置く必要があります。婦人科領域でも同様で生涯PTSDや心の傷として悩まされることになります。

口腔内や咽頭部および子宮周囲部の知覚神経枝は迷走神経を経由して伝達されます。疼痛刺激などによって迷走神経反射が惹起されショックに陥ることが知られています。歯科領域では以前は局麻時の疼痛刺激による心停止が問題になっていましたが、表面麻酔や極細針の使用により激減しています。同様に子宮腔内操作や頸部の処置や手術、傍頸管麻酔などの痛み刺激でも迷走神経反射が起こることがあり、その対応や防止対策に習熟する必要があります。

問 局所麻酔のコツを教えてください

答 外陰・会陰部や膣、子宮の局所解剖、特に血管や神経の走行を熟知する必要があります。用途によって表面麻酔、浸潤麻酔、伝達麻酔（傍頸管麻酔、陰部神経麻酔など）を使い分けることが重要です。また、使う局所麻酔薬の性質、投与量、作用時間、極量など知っておく必要があります。血管穿刺や迷走神経反射、局麻薬中毒の対応にも精通する必要があります。長時間作用性のエピネフリン添加薬は通常必要ないですが、使用する場合は血圧などモニターすることが大切です。

表面麻酔は、局麻薬を綿球やガーゼに浸み込ませて使用したり、ゼリーやスプレータイプのものもあります。粘膜部分の処置や生検、浸潤麻酔の刺入部の麻酔に使用できます。頸管拡張や子宮内操作、採卵をする場合などでは傍頸管麻酔が使われます。広範な会陰裂傷、Ⅳ度裂傷縫合には陰部神経麻酔が有用です。外肛門括約筋が損傷したような場合には括約筋弛緩が得られるため縫合不全も少なくなります。

局所麻酔は作用発現まで2、3分から数分かかるので効果を確認して処置、手術を開始します。患者が覚醒しており、緊張や不安を助長するのでスタッフとの会話には十分配慮します。これから何をするのか、今何をしているのか、痛くないか、麻酔が効いているい

るかどうかが、気分が悪くないかなど患者と話しながらかつて処置や縫合を行います。不安な患者を安心させ、痛み

問 技術指導はどのように行えばいいのですか？

答 局所麻酔や産婦人科処置、小手術などの技術指導は、いままで各研修病院に任されていた。特に産科技術指導は修練施設の伝統などによって大きく異なり、全く研修できない技術もあります。Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) では標準化した産科技術指導を定期的に行っており、修練医の必須の研修項目となっています。ようやく日本でも種々の学会時に少しずつ産婦人科に関連する技術トレーニングやハンズオンセミナーが開催されるようになってきました。今後、学会や医会などで標準化された技術トレーニングができるようになってほしいものです。局所麻酔についても研修用のvideo教材やトレーニング用の模型も開発されており、傍頸管麻酔や陰部神経麻酔などの伝達麻酔も含めた技術指導を、各施設あるいは研修の場で行っていくことが必要です。On the job trainingでは、患者さんに不安や恐怖を与えないよう十分に言動に配慮し教育することが大切です。

問 Patient centered careとは？

答 患者中心の医療とは、「病気を見ていて患者を見ていない」などの批判を受けて医師や病院中心の医療ではなく、個々の患者、家族のニーズや好みに合わせて医療を提供するものです。特に緩和ケアや癌治療の分野から展開され、今日様々な医療分野でもその考えが導入されています。その推進には患者、医師間のコミュニケーションが重要であり、信頼関係を築く高いスキルが望まれます。

診療ガイドの実践は、標準的なレベルを知り、診療の均てん化や医療のレベルアップに貢献してきました。しかし、このレベルで診療していればそれでよいとなっていないでしょうか？ もっと改善することはないでしょうか？ 特に「痛み」は身体的なものであれ精神的なものであれ本人にしかわからない自覚的な感覚です。感じ方がそれぞれに異なるものに対して画一的に対応すること自体困難と言えます。良好なコミュニケーションを保ち、個々にそれぞれ対応する“痛がらせない”診療は、“Patient centered care”の一環として医療界全体で取り組む必要があると思われます。



人工知能（AI）が医療を変える！ 簡単にわかる仕組みと応用例（その2）

医業推進委員会委員/福岡大学医学部産科婦人科学講座教授 四元 房典

前号からの続き

4. AIを医療分野で導入することによる費用対効果

医療分野におけるAI導入は、診断精度の向上や業務効率化を通じて費用対効果改善に寄与する可能性があります。しかしながらAI導入による費用対効果を具体的な数値で評価している報告は限られており、その中で今回は2022年に論文化されている大腸内視鏡検査においてAIを用いたポリープ検出の費用対効果を評価した研究について紹介します（Areia M, et al. Lancet Digit Health. e436-e444, 2022.）。大腸がんは米国で2番目に多いがんであり、大腸内視鏡検査によってポリープを検出・除去することで大腸がんの発生率と死亡率を減少させますが、高いコストが課題となっています。AIツールは内視鏡検査中にポリープをリアルタイムで認識し、検出率を向上させることで大腸がん予防に貢献することが推測されます。そこで、確率論に基づく数学的なモデルであるマルコフモデルを用いて（大腸がんを例にすると遷移確率は、健康からポリープになる確率5%/年、ポリープからがんになる確率1%/年）、平均的なリスクを持つ50歳から100歳の100,000人の仮想集団を対象として、50歳で検査を開始し、10年ごとに80歳まで検査を実施後、100歳まで追跡するというシナリオで、内視鏡検査なしの群を対照としてAIを使用しない場合と使用する場合の比較を行っています。結果として、AIを使用しない場合は発生率が44.2%減少、AIを使用する場合は48.9%減少し、死亡率もAIを使用しない場合は48.7%減少、AIを使用する場合は52.3%減少しています。費用対効果については、AIを使用すると個人あたりのコストが57ドル削減され、米国全体では年間7,194件の大腸がん症例と2,089件の死亡を予防し、2.9億ドルのコスト削減が可能としています。

この論文の結果を日本にあてはめて、人口規模、大腸がん検査受診率や検査費用で調整して計算すると、AI支援大腸内視鏡検査の導入によって年間約454億円の医療費削減が見込まれます。

5. 産婦人科領域でのAIの活用

研究レベルから実際に臨床応用されている産婦人科領域

でのAI活用例とメリットを紹介します。

（1）周産期領域

①胎児心拍数陣痛図（CTG）の解析：CTGデータの解析によって医師や助産師が時間をかけて行っていた判断を短時間で処理することで医療従事者の負担が軽減され、より多くの患者に質の高いケアを提供できるようになります。②胎児の超音波画像やMRIの解析：胎児の成長や臓器の発達の画像解析を行い、先天性疾患の早期発見が可能になることで、検査技師や医師の学習曲線を短縮し、地域や病院間の診断のばらつきを減らすことができます。

（2）婦人科腫瘍領域

①子宮頸がんのスクリーニング：細胞診やHPV検査のデータを解析し、早期病変の検出とリスク層別化により、スクリーニングの精度が向上することで不必要な生検や治療を回避し、患者と医療機関のコストを削減します。②卵巣がんや子宮体がんの診断支援：遺伝子情報や病理データなどの大規模データ解析に基づく診断は早期診断・治療につながるため、進行がんの治療に比べ医療費が大幅に削減されます。診断プロセスの効率化によって医療現場での待機時間が短縮され、患者の満足度も向上します。

（3）生殖補助医療技術

①胚や精子の選別：胚や精子の質を評価して最適なものを選別することで妊娠率の向上が期待され、人による選別のバイアスやエラーが減少することで、胚培養士の負担軽減による人件費を削減します。②不妊治療計画の自動調整：患者の体重やホルモンレベルをリアルタイムで監視することで治療計画を自動で最適化し、不必要な薬剤投与や治療の遅延を防ぎ、治療費用の削減や治療期間が短縮による患者の経済的負担を軽減します。

AI活用は初期投資のコストが発生しますが、長期的には再検査や診療のやり直しの減少、人件費削減、患者満足度向上など、多くの経済的・社会的メリットをもたらします。AIのさらなる普及には費用対効果を検証しながら、技術開発と規制整備を進めることが重要になってきます。



癒着防止吸収性バリア

セプラフィルム®

承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 保険適用

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

●禁忌・禁止を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元（輸入）バクスター・ジャパン株式会社
東京都港区芝浦三丁目4番1号グランパークタワー30階

発売元
文献請求先
お問い合わせ先



科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28番8号
医薬品情報サービス室

JP-AS30-220201 V2.0
SPF07GP (2024年1月作成)

妊婦健診の遠隔診療に向けた家庭血圧基準値策定 日本産婦人科医会主導大規模前向き研究から得られたビッグデータとその展望

－ 情報技術（IT）部会 －

近年、医療のデジタル化が急速に進展する中、遠隔診療の重要性が高まっています。産婦人科医の不足や偏在に加え、多くの自然災害や新型コロナウイルスパンデミックを経験したことで、遠隔診療の必要性が確認されました。産科医療においても、妊婦が安心して受診できる遠隔診療の基盤整備が急務となっています。

妊婦健診における血圧評価は重要な項目で、遠隔診療においては家庭血圧の基準値作成は必須です。妊娠高血圧学会による多施設前方視的研究では、妊婦の家庭血圧の基準値に関する貴重なデータが2022年に報告されました。この研究では、218名の妊婦を対象に、妊娠中から産後にかけて家庭血圧を測定し、その推移を詳細に解析しています。結果として、妊娠週数ごとの家庭血圧基準値が提案されました。しかし、必ずしもlarge scale dataとは言えず、妊婦健診に用いる基準値を作成するためには全国規模のlarge scale dataが求められます。

このような背景のもと、日本産婦人科医会情報技術（IT）部会では、産科領域における遠隔診療の実現を目指し、全国規模の実証研究を展開しています。本研究では、日本全国の周産期施設から過去最大規模となる705名の正常妊婦をリクルートし、家庭血圧の基準値の検証および妊

娠合併症との関連について、詳細な解析を進めています。本研究から得られたデータを元に、妊娠初期（12週以下）、中期前半（13～20週）、中期後半（21～28週）、後期（29週以降）の収縮期・拡張期血圧の基準値（拡張期は平均値+2SD、収縮期は平均値+3SD）を算出した所、収縮期血圧は妊娠中期後半まで132mmHg、妊娠後期が138mmHg、拡張期血圧はそれぞれ、83mmHg、81mmHg、80mmHg、84mmHgとなりました。

この研究ではAI技術との連携や、予防医療の普及促進も視野にいらしています。収集された膨大な家庭血圧データをAIが解析することで、HDPなどの産科合併症のリスクを予測することが可能になるかもしれません。収集されたビッグデータを活用することで、遠隔での妊婦健診における安全性と信頼性を確保し、より多くの妊婦が安心して受診できる環境の整備を目指しています。医会IT部会では、この研究を通じて得られる知見を共有し、エビデンスに基づいた遠隔診療の基盤構築に取り組んでいきます。また、本研究で得られる成果は、将来的な周産期医療のデジタルトランスフォーメーションにおいても重要な示唆を与えるものと期待されます。

2
月号

委員会委員紹介

委員会	委員長	副委員長	委 員
会員倫理			伊藤 直樹 川本 雅教 木村 薫 高井 一郎 豊田 紳敬 村江 正始 吉村 寿博
医療安全	池田 智明	橋井 康二	石川 浩史 伊藤 進一 大野 泰正 長田 佳世 折田 有史 桂木 真司 川上 浩介 谷垣 伸治 谷口 武 富田 美弥 中田 雅彦 林 聡 牧野真太郎 松永 茂剛 村越 毅
医療保険	藤間 芳郎	西尾 幸浩	稲本 裕 太田 剛 奥山 和彦 齋藤 俊章 永瀬 智 西 洋孝 西井 修 西田 眞 沼 文隆 伏木 弘 南 晋 村上 勇 森田 宏紀 渡辺 正
がん対策	小澤 信義	鎌田 正晴	苛原 稔 上田 豊 加藤 栄一 黒川 哲司 小柳 貴裕 関根 憲 高野 政志 田畑 務 寺本 勝寛 平井 康夫 藤田 博正 宮城 悦子 森本 紀
母子保健	佐藤 昌司	中塚 幹也	荻田 和秀 笠井 靖代 桑田 知之 甲村 弘子 白土なほ子 炭谷 崇義 西郡 秀和 船越 徹 吉田耕太郎

こども家庭庁「1か月児（及び5歳児）健康診査支援事業」について （母子保健部会）

さて、令和6年から乳幼児健康診査（母子保健法）に1か月児健康診査が新たな助成支援事業として追加されました。健康診査の結果が市区町村に連絡されて連携支援体制がとられることに対して1人当たり4千円（令和7年度からは6千円に増額予定）が助成されています。助成を受けるためには、こども家庭庁HPにある問診票および健康診査票を参考とする必要があります。医会では、会員のみなさまが安心して健康診査を実施できるよう、動画「1ヶ月児健康診査の目的と問診」を作成し、また、こども家庭庁「1か月児健康診査マニュアル」作成に協力いたしました。

会員のみなさまにおかれましては、これらをご確認いただき、こども家庭庁の指針に合わせた1か月児健康診査の実施をお願いいたします。

○問診表・健康診査票（こども家庭庁）

【事務連絡】1か月児及び5歳児健康診査支援事業について

○動画：1ヶ月児健康診査の目的と問診

日本産婦人科医会HP：<https://www.jaog.or.jp/>

○1か月児健康診査マニュアル

【事務連絡】1か月児健康診査マニュアルについて.pdf

【マニュアル】こども家庭庁HP：1か月児健康診査マニュアル.pdf



動画：1ヶ月児健康診査の目的と問診



1か月児健康診査マニュアル

2

月号



「グミ」で、今年の幸福度もアップ!?

コーヒーブレイクのお供に甘いものでも？と考えた時、ふと頭に浮かんだのが「グミ」。今やお菓子業界の急上昇株として注目されています。特に新型コロナウイルスのパンデミック以降、グミとガムの市場も劇的に変化しました。2019年の国内販売額では、ガムが714億円、グミが619億円でガム優勢。しかし2023年にはガムが500億円台に留まる一方、グミは972億円で急成長。グミの勢い止まる気配なし、といった状況です。

昨年春、記憶障害を抱えた脳外科医が主人公の医療ドラマが放送され、グミは重要アイテムとして登場しました。主人公がグミを手にとって「これ食べますか？」「咀嚼のように一定のリズムで同じ運動を繰り返すことで、セロトニンの分泌量が増えて幸福度が上がります」と語りかけるシーンは、視聴者に強い印象を残したと思います。

このように社会的・文化的ポジションを確立しつつあるグミですが、その歴史を紐解くと1922年まで遡ります。ご存知、ドイツのHARIBO社が「子どもの噛む力を鍛え、歯を守る」という目的で開発したのが始まりです。日本では、1980年に明治製菓から発売された「コーラアップ」が最初のグミとされています。

グミはリラックスタイムのお供だけでなく、仕事中的エネルギー補給としても有望です。私の勤務する病院の売店にも、入口近くにずらりと十数種類が並んでいます。実は、科学的エビデンスもあり、例えば競技ゴルフでは、高炭水化物グミを摂取することでラウンド後半のパフォーマンス維持に役立つとされています（Nutrients 2024）。ゼリーやおにぎり、チョコレートも良いですが、忙しい外来中でもポイッと口に入れられる手軽さはグミの魅力です。

そして、妊娠や分娩の場でも、グミが注目されつつあります。分娩は、フルマラソン1回分に匹敵する約2,000kcalのエネルギーを消費すると言われており、グミは効率的なエネルギー補給アイテムとして役立ちます。さらに「歯応え」は、グミならではの魅力です。科学的にも「噛む」動作は交感神経を適度に活性化し、集中力や認知機能を向上させる効果が示されています。つらい陣痛の最中、グミを噛むことで少しでも気持ちが落ち着くかもしれません。もっとも、「ほら、グミ食べる？」と、立ち合いの夫がのんびり差し出して怒られた、なんてエピソードも。無痛分娩なら、もう少しグミタイムも増えるかな？などと想像してしまいます。さらに、医薬品としてのグミの開発も進んでいるようです。子どもが苦い薬も楽しく摂取できる手段として期待されるだけでなく、咀嚼力測定用のグミもあり、認知症やオーラルフレイルの予防につながる可能性があります。妊婦向けのサプリメントもグミ型が登場しています。ネット上では「グミが食べたくなったら生まれてくる子は女の子（男の子）」などという書き込みも目にするほど、くれぐれも食べ過ぎには注意ですが、グミは産婦人科界限でも身近な存在になりつつあります。

MLBの鈴木誠也選手やNBAの河村勇輝選手が、チームメイトへ日本のグミを配って打ち解けた話は有名です。私も海外学会にはグミを手土産として持参したり、院内の勉強会でグミ好きを公言してから差し入れが増えたりと、まさに“グミニケーション”の力を実感しています。

今年もグミのさらなる可能性に期待が高まります。もしお時間があれば、お気に入りのグミを片手に、ドラマ『アンメット』をご覧になってみては。あなたもグミの魅力を再発見できるかもしれません。

（編集委員・富尾 賢介）

就労女性が妊娠しやすい環境/職場作りが少子化問題打開策の一つになる

2024年秋、厚生労働省は各医療施設に『不妊治療と仕事両立できていますか？』というタイトルの両立支援ブック（4枚刷りの冊子）を配布した。不妊治療を行っている医療施設の待合室に置いてもらい、仕事に就いていて不妊治療もしている患者さんに仕事と治療の両立のコツを知ってもらうのが狙いである。厚労省は毎年企業向けにも冊子を作っていて、就労女性が妊娠しやすい環境作りを行っている企業の取り組みを紹介して、より良い職場作りの指導もしているが、十分な体制作りができていない企業は少ない。

現在の日本では女性の約8割が仕事をしていて、高校や大学を卒業してまさに生殖適齢期に仕事に就くので、女性が子どもを持つためには、仕事と妊活（不妊治療など/妊娠/子育てを両立させることが肝要である。ところが、今の職場は女性が就労しながら妊娠・出産・育児をして一時的でも仕事から離れてしまうことに寛容でない。不妊治療や妊活をしようとする女性に対して職場の視線はまだまだ冷たく、プレマタニティハラスメントを受けて妊娠しづらく離職するケースもある。そうした企業では出産後の女性の職場復帰は少なく、女性活躍からはほど遠い。

厚労省はこうした現状の打開が少子化対策にもなり、極めて大切であると考え、孤軍奮闘様々な活動を行っている（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14408.html）。夫婦が子どもを持つためには、そして少子化対策のためにも妊活や不妊治療は大切だと社会が捉えられるようになれば、就労女性はその安心感から労働意欲が向上し、企業としても女性の離職が減り、仕事復帰が増え、女性が活躍するようになる。不妊治療、妊娠出産、育児によって同僚には一時的に負担が掛かるが、病欠などと同様に当然のことだと社会や職場が捉えられるようになれば状況が変わり、長い目で見ると企業にもスタッフにもプラスになる。妊娠するしない、産む産まない、いつ何人出産するか等は女性の権利（SRHR）として国際的に認められており、仕事を優先させたり、仕事に復帰しなかったりする選択肢があってもよい。ただし、子どもを持つ希望がある場合は年齢が上がる

と妊娠率が下がることを周知すべきである。また「妊娠/出産/授乳」は女性が担わなければならない、喜びもある反面、生活面でも仕事面でもマイナスの要素が大きく、時間的かつ体力的に大変であることを男性は理解し、女性に感謝し育児や生活面など自分にできることを全面的に協力しなければならない立場にある。

不妊治療と仕事の両立に向けて就労女性本人や企業の努力は大切だが、社会全体が不妊治療/妊娠/出産/授乳を担う女性に対して尊敬と感謝の気持ちを抱いて、子作り/妊娠/出産/育児をしやすい寛容な職場作りをすることが最も大切である。社会構造的に妊娠しやすい状況を作らないと少子化問題は改善されない。そのためにも改めて産婦人科医会や学会、政治家の先生方の旗振りが必要であると考え（幹事・五十嵐敏雄）



【開催予告】第10回母と子のメンタルヘルスフォーラム in Tokyo

開催期日 令和7年5月11日（日）

開催場所 泉ガーデンギャラリー（〒106-0032 東京都港区六本木1-5-2）

学会会長 松本 和紀（一般社団法人東京産婦人科医会会長）

実行委員長 中林 豊（一般社団法人東京産婦人科医会副会長）

テーマ 妊産婦のメンタルを全力支援!! 孤独にさせない!! 熱血討論!!

ホームページ <https://hahatoko-mh10.taog.gr.jp/>

問合先：運営事務局 株式会社MAコンベンションコンサルティング

E-mail : hahatoko-mh10@macc.jp



地域からの声

岩手県産婦人科医会会長 小笠原敏浩

岩手県は北海道に次ぐ面積を有し・山岳地形・北国気候のため周産期医療や母子保健事業が困難な地域でした。岩手県産婦人科医会会員は広大な岩手県のさまざまな地域で周産期医療・女性の健康を守ってきました。産婦人科医が最も多い盛岡医療圏と中規模の岩手県南地域と医師不足地域である岩手県北・沿岸地域があります。それぞれの会員の地域での課題を解決するために、当会は岩手県医師会・岩手医科大学・岩手県庁と良好な関係を築きながらさまざまな事業を行ってきました。

中でも早くに取り組んだのが「産科医師不足対策」です。本稿では、最初にこの大きな事業をどのように進めたかについて述べてみたいと思います。

岩手県では早くも平成14年から周産施設休診が相次ぎ、出産施設が約40%減少しました。そこで当会では、岩手県医師会と「岩手県産科医療対策委員会」を立ち上げました。岩手県庁・岩手医科大学・岩手県看護協会・岩手県助産師会も協議に参加していただきました。そこでの対策案

は「岩手県・大学でも産婦人科医師の確保を行う。しかし現実的に確保できるには時間が掛かるため助産外来・院内助産も普及していく」を進めることになりました。産婦人科医師不足対策は、現在でも岩手医科大学と協働で進めています。医学生への早期アプローチで少しずつ実績をあげています。

また、最近「地域での少子化による人口減少」が深刻な課題となっています。その対策として、「早産予防対策委員会」で県内統一のプロトコルで早産を予防し、「妊産婦メンタル対策委員会」でメンタル不調の妊産婦を早期発見するプロトコルを実施し、虐待死・自殺・心中を予防する活動を行っております。

このように、岩手県産婦人科医会は苦労しながらも、岩手県医師会・岩手県庁・岩手医科大学と連携してさまざまな課題に対応しています。

今年度からは、「周産期医療のゾーンデフェンス構築」のため、岩手県南地域で周産期に関わる検討会を開催できました。地域に赴くことで議論が深まることがよく分かりました。

今回は出産費用・保険化や母体保護の内容は割愛し岩手県の状況をお話ししましたが、是非、地域の状況をご理解いただき本部からの温かいご指導ご支援をお願いしたいと思っています。

和歌山県産婦人科医会副会長 川端 寛

和歌山県は南北に長く、中央に紀伊山脈が走り、森林面積は約77%です。その地形上、交通は沿岸に沿って道路並びにJRの列車が走り、物流と人の流れを支えています。東西には山間を縫うように縦貫道路が走り、近年は通行しやすくなりました。しかし、紀伊山脈の東側、新宮市にお住まいの理事が会議に和歌山市まで来られるには、特急列車を利用して約3時間（1日5便）かかります。通常は紀伊田辺で乗り換えて約4時間です。車では田辺までの縦貫道路を利用して約2時間、田辺から高速道路を利用し1時間で、車でも会議に出席するには3時間かかります。同じ県内と思えない遠距離です。

このような地理的条件の中、周産期医療を担っている施設は、紀北地区の和歌山市に和歌山県立医科大学、日赤和歌山医療センターの総合周産期母子医療センターを中心に3病院と診療所3施設、橋本市の病院1施設と診療所1施設、紀中地域では病院1施設と昨春に開設の診療所1施設、紀南地域は田辺市と新宮市にそれぞれ病院1施設と診療所1施設があり、和歌山県としては14施設で周産期医療を担っておりますが、どうしても人口比重の多い和歌山市に偏在しています。特に紀南地区の新宮医療センターの周産期医療は産科医師不足で、分娩取り扱い休止の危機になりましたが、関東の大学からの応援で維持している状況で

す。緊急時は産婦さんもヘリコプターで搬送することも行政としては考えているようです。

令和5年4月1日現在の和歌山県の出生数は5,166人で和歌山市が2,303人です。産婦人科医は令和6年3月31日現在125名ですが、分娩を取り扱っている施設は医師が高齢のため減少し、診療所施設の分娩取り扱い休止が進行しています。そのような状況のため、和歌山医療圏と有田医療圏を構成する7市町村（和歌山市、海南市、紀美野町、有田市、湯浅町、広川町、有田川町）からの受託を受けて、平成19年度より周産期医療ネットワーク協議会を立ち上げ、協議と医療連携を行っています。具体的には、近くの診療所で妊婦健診を受け、分娩は病院で出産する「セミオープンシステム」を取り入れて、周産期医療体制を維持しております。

紀伊半島沖には南海トラフがあり、それほど遠くない将来に南海トラフ地震が発生すると、政府地震調査研究推進本部から示されております。巨大地震が発生した場合の被災の状況は、太平洋に面した広範囲の地域で未曾有の惨状になると言われております。また、地震だけでなく、台風、水害など様々な災害が発生しています。災害時の周産期体制については、課題山積しているのが現状ですが、能登半島地震における災害時の課題を検証し、今後に備えることが必要と考えております。

第47回日本産婦人科医会性教育指導セミナー全国大会開催案内（第1報）

「未来を拓く性教育：DXによる性教育イノベーション」

令和7年度「第47回日本産婦人科医会性教育指導セミナー全国大会」の開催をご案内申し上げます。現地にて開催いたしますので、ぜひご参加くださいますよう、お願い申し上げます。

担 当：埼玉県産婦人科医会

大 会 長：平田 善康（埼玉県産婦人科医会会長）

日 時：令和7年7月26日（土）15：00～17：20 7月27日（日）9：15～16：00

開催形式：現地開催

会 場：ソニックシティ小ホール（JR大宮駅西口 2F歩行者デッキにて徒歩3分）

〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-5

参 加 費：事前登録期間（5月12日（正午予定）～6月30日24時） 医師10,000円、医師以外3,000円、学生無料

期間外・当日（7月1日0時～） 医師12,000円、医師以外5,000円、学生無料

取得予定単位 日本専門医機構学術集会参加単位、日本専門医機構産婦人科領域講習、日本産婦人科医会研修参加証、日本助産評価機構CLOCMiPレベルⅢ認証申請 選択研修

ウェルカムレセプション 令和7年7月26日（土）18：00～

会 場：パレスホテル大宮 参加費：15,000円（事前申し込み制）

参加登録は準備ができ次第、大会ホームページ（<https://medical-meeting.jp/seisemi47/>）にてご案内いたします。

事務局：一般社団法人 埼玉県産婦人科医会

〒330-0062 埼玉県さいたま市浦和区仲町2-5-1 ロイヤルバインズホテル浦和B1F

TEL：050-1791-8372 FAX：050-3146-2076

*本大会の宿泊については、各自にて早めにご手配をお願い申し上げます。



マイナンバーカードと直接支払い制度の合意文書について、令和6年秋の保険証の廃止に伴い、①マイナンバーカード、②マイナポータル、③マイナ保険証と資格情報のお知らせ、④資格確認書、の4つにより資格を確認することが厚労省の方針で示されましたが実際の運用上に問題点がありました。すなわち、①マイナ保険証には保険者名が記載されていないので誤記載か否かの確認ができない、②退職などの関係で資格喪失した日から6カ月以内に出産した時は以前に加入していた保険者か出産日に加入している保険者か選べるのですが、医療側でそもそも保険者名は分からないので厚労省ひな形合意文書上の保険者名が記入できないという問題です。

患者はマイナ保険証のみでは自身の保険者番号および保険者名を確認するすべがないので、マイナ保険証にて完結できず、代用の資格確認証に頼ることになります。医療機関では「保険者番号」しかオンラインで確認ができないので、「保険者名」を記載することとなっているため、事務側が保険者名を番号から都度調べる手間が発生するのです。

次に、妊婦にマイナポータル保険資格画面をスマホ等で出してもらい確認する案ですが、合意文書作成するためだけにマイナポータルを利用すること自体抵抗される可能性が高いですし、「保険者」「被保険者」という言葉自体理

解している人が非常に少ないため説明が困難です。そもそもマイナポータルで保険者を確認できる仕組みを理解できている方が少ないので、説明に職員が膨大な時間をとられ、かつ、現実的にマイナポータルを利用している方がほとんどいません。

マイナ保険証と資格情報のお知らせの2点で確認する場合ですが（資格情報のお知らせは協会けんぽから令和6年9月から発送されています）、マイナ保険証を持っている方は「資格確認情報のお知らせ」を保管・所持していないことと、あくまでマイナ保険証が使用できない場合に代替案として利用するための資格確認情報のお知らせを使用すべきとすることが再発行などの混乱を助長しかねません。

以上の内容を厚労省に伝えたところ、「直接支払制度の合意文書は、あくまで医療機関と本人の間で請求事務を委託することについて取り交わすもので、過去に示したひな形も現在は厚労省HPにも積極的に掲載していませんでした（検索すると出てきますが）。一方で現場では使い続けられており、同様のご指摘をいただくこともありますので、更新したいと思います。そもそも一時金50万円の増額も反映できていないので、全体を見直します。保険者名称については、請求実務上、必須ではないので、この際ひな形からは落とそうと思います。医療機関の判断で保険者番号を記載することを妨げるものではありません。（請求の際は、専用請求書に保険者番号、被保険者記号・番号を記載しますが、保険者名称の記載は不要です）」との返答をいただきました。（幹事長・松田 秀雄）

産婦人科雑誌紹介（抜粋）

●産科と婦人科

第92巻 第2号

◀特集▶遺伝診療・ゲノム医療の最新動向ー産婦人科医のためのナビゲーション／総論ー出生前遺伝学的検査・診断に関する生命倫理的課題（佐村修）、婦人科がんゲノム医療の最新動向と課題（植野さやか・他）、網羅的遺伝子解析の基礎と周産期領域への応用（漆山大地・他）、ゲノムインプリンティングとヒト疾患（柴田峻・他）、各論ー着床前遺伝子検査（PGT）の実際（佐藤卓・他）、不育症の遺伝診療（矢野好隆・他）、非侵襲性出生前遺伝学的検査（NIPT）（吉田彩・他）、NIPT、羊水検査、絨毛検査に関する遺伝カウンセリングの実際（鈴森伸宏）、がん遺伝子パネル検査の実際（織田克利）、遺伝性乳癌卵巣癌（HBOC）（植木有紗）、HBOC診療における遺伝カウンセリングの実際（櫻井晃洋）、Lynch症候群（千代田達幸・他）、リキッドバイオプシーの婦人科腫瘍診療への応用（岩橋尚幸・他）

◀連載▶漢方よもやま話ー紫雲膏（能勢充彦）、弁護士が答えます！法律にまつわるあれこれーホームページに掲載できる標榜科目に決まりはあるの？（福原正和）

◀症例▶腹腔鏡下子宮全摘術後の著明な悪心から脳腫瘍が発見された1例（伊藤雄二・他）、その他
〈診断と治療社 03-3580-2750〉

●産婦人科の実際

第74巻 第2号

◀特集▶産婦人科にかかわる医用技術の新たな進歩Ⅱ／妊娠・分娩管理における新技術ー子宮動脈塞栓術技術の進化（中塚誠之）、経会陰超音波による分娩進行の判断と急速遂娩（中山敏男）、産後出血に対するバルーン技術の進化（永松健）、人工羊水（小口秀紀）、胎児発育不全に対するタダラフィル（長時間型ホスホジエステラーゼ5阻害薬）の臨床効果（真木晋太郎）、人工子宮/胎盤の開発（齋藤昌利）、手術支援ロボットの開発ーわが国で進むロボット開発（寺井義人）、海外のロボット支援手術技術の進化（柳田聡）、フェムテックーフェムテックで用いる画期的技術（稲葉可奈子）、AI技術による診断技術の進化ーAIによる病理組織診断支援（真

里谷奨）、画像診断支援AI（曾根献文）、再生医療分野の開発ー胎児脳障害治療としての臍帯血幹細胞移植（落合大吾）、着床障害に対する子宮内膜へのアプローチ（堤治）

◀今日の話題▶切迫早産患者にmaintenance tocolysisは必要か？（喜多ともみ）

◀原著▶単一施設で施行したロボット支援下仙骨脛固定術に用いるpolypropylene meshとpolytetrafluoroethylene meshの周術期・術後アウトカムにおける比較検討（塚原稚香子）

◀臨床経験▶当院における50歳以上の高年妊娠の周産期予後（佐藤真子）、その他

〈金原出版 03-3811-7165〉

●周産期医学

第55巻 第2号

◀特集▶FGR・SGA児のトピックス／総論：定義ーFGRの新しい考え方（中田雅彦・他）、在胎期間別出生時体格値を用いたSGAの定義（宮沢篤生）、総論：疫学ーSGA児の出生数・率のトレンドと見込み（吉井啓介・他）、産科：発症要因ー母体の栄養と環境（今福仁美・他）、胎児異常（小澤克典）、遺伝学的異常（吉田志朗）、妊娠高血圧症候群と胎盤機能不全（牛田貴文）、糖尿病合併妊娠（衛藤英理子）、心疾患、その他（桂木真司）、胎盤・臍帯異常（金子真由美・他）、多胎（長崎澄人）、産科ーFGRの予防・治療（真木晋太郎・他）、分娩中の管理（谷垣伸治・他）、新生児：SGA児の新生児合併症と管理ー呼吸管理；慢性肺疾患との関係（有山雄太・他）、消化器系；胎便関連性腸閉塞を中心に（丸山憲一）、内分泌代謝系；低血糖症の管理、IGF/GH-axis（河井昌彦）、SGAの合併症管理；泌尿器系（遠藤真美子）、栄養管理（東海林宏道）、新生児：SGA児の予後ーSGA児の生命予後（木本裕香）、フォローアップの留意点；早産児/正期産児それぞれどの時期にどんな留意が必要か？（九島令子）、身体発育とSGA性低身長（鈴木友梨・他）神経発達症・脳性麻痺（大山麻美・他）、DOHaD①退院後の栄養管理とメタボリック症候群（呉英俊・他）、DOHaD②腎機能、心血管系の長期予後（仲川真由・他）

〈東京医学社 03-3265-3551〉