

主張

なぜ、日本の家庭医学研修に 婦人医療研修が含まれるべきなのか？

Why women's health training is needed during family medicine residency training in Japan

マイク・D・フェターズ^{*1} 藤岡 洋介^{*2}

^{*1} ミシガン大学家庭医療学教室

^{*2} 町立中標津病院 家庭医療部

JFHP: Japanese Family Health Program (日本家庭医療健康プログラム)

はじめに

必要最小限度以上の婦人医療研修（ここでは、英語で言うところの Women's Health をいわゆる産婦人科学から区別するために、これを婦人医療と呼ぶ。）が日本に於ける家庭医医療研修に含まれるべきか否かは議論の分かれるところである。日本家庭医療学会は、後期研修においてはそれを含むことを勧めているが、必須とはしていない。議論が分かれるのにはいくつかの理由が考えられる。

“日本の学生の婦人医療における経験の欠如”はそのひとつである。日本家庭医療プログラムでは、広く高学年の医学生や研修医を受け入れているが、その訪問者のほとんどが内診や乳房触診の経験がないという。

二つ目の問題は、日本での第一世代の家庭医指導者たちが循環器、腎臓、消化器内科といった内科系分野から家庭医療分野に入ったということである。一般に、内科における彼らの研修では、卒業研修においてほとんど婦人医療領域の経験やそ

れを学ぶ機会がない。彼らの多くが、婦人医療領域の基本的な知識にさえ乏しいのには多少驚かされる。

三つ目の問題は、内科と外科に分かれた日本の医学界にある。産婦人科学は最も古くからあり、かつ主要な外科分野である。そして、自然分娩でさえ、主に助産婦が産婦人科医の監督の下に行う領域と考えられている。海外で家庭医療研修を受けた日本の医師たちは、日本での環境が婦人医療分野にとって非常に困難なことを知り、しばしば帰国後に婦人医療を続けることをあきらめてしまうのである。

このような困難な状況ではあるが、我々は日本での家庭医療研修において婦人科医療が含まれるべきであると信じている。従って、この拙稿の目的は、婦人医療教育に対する参加を促すに足る根拠を示すことにある。

まずは、症例を用いてどの様に米国の家庭医がケアをコーディネートするかを紹介し、患者にとっての家庭医の意義を示したい。

主張

症例 1 正常分娩

TW 氏は、32 歳、G1、P1 の女性で、妊娠での問題点は、初めての妊娠であるという不安のみで、それ以外は特に問題のなかった患者さんである。B 群溶連菌が陽性と判り、従って、分娩中に抗生剤の点滴を投与された。彼女は家庭医療科出産病棟に入院となり、4cm まで子宮口が開大したところで陣痛が弱まったのでオキシトシンによる陣痛増強によって、健常な男児を分娩した。2 度の膣裂傷があったが、これは彼女の家庭医によって縫合された。母児は、分娩後も引き続き家庭医療病棟でのケアを受け、指導医と研修医からなる家庭医療チームから授乳指導を受けた後、分娩後 2 日目で退院した。母児は、出生後 3 日目で、主治医である家庭医を受診し、更に授乳指導と新生児黄疸のチェックを受けた。児は、その後のすべての定期健診をこの家庭医から受けた。また、母親は分娩後 6 週間後に予定通り出産後検診を受け、会陰部の診察と子宮癌検診を受けた。家庭医は更に、避妊、出産後うつつのリスク、骨粗鬆症の危険性について話しをした。

この症例は、家庭医がどの様に通常の妊娠、分娩、出産後ケア、新生児および小児健診を取り扱うかを示している。

症例 2 帝王切開

HY 氏は 28 歳、G1、現在 P1 の女性で妊婦検診を含め、これまでに JFHP を何度も受診している。当初、彼女は分娩のため家庭医療科病棟に入院となったが、分娩進行の停滞のため、産婦人科チームによって帝王切開を受けた。帝王切開後はそのまま、産婦人科病棟にとどまったが、児は母乳の摂取が乏しく、敗血症の精査のために NICU に 36 時間の経過観察入院となった。彼女は、母乳がうまく出ず、児がミルクをしっかりと飲まないのに苛ついていた。敗血症精査は陰性で、彼女は退

院し、JFHP 家庭医療科でのフォローアップとなった。残念ながら、児は引き続き母乳の摂取が悪く、彼女はミルクを与えることに抵抗があったにもかかわらず、ミルクの補充が必要となった。加えて児は黄疸が進行し、血中ビリルビンのモニターと光線療法が必要となった。頑固な便秘も併発したが、どの薬が授乳中に安全かわからず、服薬をためらっていた。彼女はますます抑うつ気分となり、家に引きこもり、産後うつと考えられる症状を示すようになった。家庭医からの電話によって、彼女はクリニックに来ることに同意し、ここで家庭医と看護師のカウンセリングを受け、継続したカウンセリングの手配がなされた。幸いなことに頻回の家庭医との接触を通して彼女の気分は好転し、新生児の黄疸も改善、母乳の出も改善してミルクによる補充の必要性も理解するようになった。その後のカウンセリングも予約されていたが、改善したためキャンセルした。

この症例はいくつかのことを提示している。まず、家庭医の担う役目が貴重なものであることを示している。二番目に、もし彼女が経膣分娩をしていたら、彼女は家庭医学病棟で分娩していたであろうということである。しかし、産婦人科との協力的ケア（帝王切開）の必要性のため、彼女は産婦人科病棟で分娩をした。一方、児は、NICU に入院となったが、退院後には、家庭医は彼女の状況をよく把握して、対処することが出来た。家庭医は、彼女の経験したことより彼女が容易にうつに陥りうることを察知し、彼女と児に対する頻回の診察およびその他のサービスを活用することによって対処したのである。便秘についても、家庭医は母乳を与える場合に安全な薬と、安全に確証が持てない場合、どのようにしたら良いかについて知っていた。

この症例は、女性のケアに於いて家庭医の役割がいかに重要かを現している。また、家庭医と産

主張

婦人科医が、あるいは小児科がどの様に協力するののかも示している¹⁾。

では、このようなケアが日本にとって適切であるか、もしそうならばどのように行っていけばよいのか、日本の状況に眼を向けてみよう。

後期家庭医療研修における婦人医療を提唱する理由

疫学と婦人医療

第一に、人口のうち女性の方が半数よりわずかに多いという事実がある。診療をしていく上で、家庭医は患者のケア全般について知っておく必要がある。男性、女性ともによくある訴えは腹部および骨盤痛である。多くの婦人科疾患は、十分な婦人科疾患の知識無しでも除外できるが、下腹部痛における婦人科疾患の鑑別診断に明るい家庭医なら、自分自身による診断と治療、或いは適切な産婦人科への紹介によって、さらに良いケアを提供することが出来る。

次に、明らかであるにもかかわらず、最も見落とされがちな事実は、統計学的にも女性は、産婦人科医より一般医に掛かるほうが多いということである。事実、日本の女性は妊娠するまで産婦人科医に掛かるのを避けようとする、ということをよく耳にする。これこそが、図らずも日本のプライマリケア医も婦人医療領域の疾患に精通しているべき疫学的理由のひとつである。

三点目は、日本にその女性人口にケアを提供するに十分な数の産婦人科医がいなかったということである。このことは、後期研修における産婦人科研修選択の減少により、より顕著となっている。仮にもし、産婦人科研修医の数が劇的に増加としても、僻地では経済的に産婦人科医が診療を継続していくだけの人口がないことから、依然、十分な婦人

医療のサポートは得られないであろう。

人生の始まりと終末

誕生と死は、おそらく一人の人間とその家族にとって、人生における最も重要なふたつの出来事であろう。死とは人生に於いて避けられない要素のひとつであるから、人生の終末についての何らの理解もなしに研修を終えた医師は、資質に欠けると言える。“総合診療医”は、終末期ケアに対する理解が患者とその家族にとって重要であるということに間違いなく同意するであろう。死をめぐる状況とその家族の反応は、双方にとって、大きな重要な意味を持つものである。

人生の終末と始まり

家庭医にとって、終末期ケアについて学び、それに対する能力を身に付けるな、というほうが困難ではないであろうか？ その逆も真なりである。人生の始まりをめぐる状況と家族の反応は、新生児、母親、父親、祖父母、そしてさらに広い意味での家族にとって、大きな意味を持つものである。従って、家庭医が人生の始まりのケアを担うことが必要とは言えるのではないだろうか？

小児医療を理解するための産科研修の意義

妊娠および分娩中、そして分娩後のケアに関する研修と学習は、新生児および小児医療を提供するすべての医師にとって、多くの価値ある知識と経験を提供してくれる。子宮内にいる間および出生時の児の生理と潜在的障害に対する理解は、すべからく重要なものである。子宮内成長遅滞、TROUCHS (Toxoplasmosis, Other, Rubella virus, Cytomegalovirus, Herpes Simplex Virus and Syphilis) やその他の感染症、胎盤早期剥離、新生児仮死等は児に重大な影響を与える周産期のイベントのほんのいくつかの例である。

主張

分娩時医療

分娩時のイベントも頭蓋血腫、新生児敗血症、鎖骨骨折、腕神経叢麻痺その他の結果をもたらし、新生児に影響を与え、そのすべてが子供に医療を提供する医師にも関わってくる。同様に、新生児のにきび、停留睾丸、先天性股関節低形成、授乳カウンセリング、心雑音、尿道下裂も、新生児期、すなわち母親の産褥期に密接に関連している。

未熟児を理解する機会としての産科

産科研修は、将来の家庭医が、未熟児が生まれた場合に出産前の原因を理解するための助けとなる。また、特に重要なのは、恐怖や悲しみ、そして潜在的なうつといった出産前後いつでも起き得る精神的な問題についての理解である。挿管、人工呼吸器、未熟児網膜症、慢性閉塞性肺疾患その他の一生付きまとう問題は、家庭医が配慮することによって、患者が恩恵を得ることの出来る事柄である。

残念なことに、子宮内胎児死亡、死産、周産期死亡等は、母親、父親そして家族にとって一生、重大な影響をもたらすことになる。このような事態をどのようにうまく取り扱うか、あるいは下手に扱うことが意味するところは、すべて家庭医に掛かっている。最善のケアを子供と家族に提供するには、こういう疾患がどういうものであり、その子供に対するケアの意味するところの理解が必要となってくる。

妊娠前のケア

妊娠前カウンセリングは、また別の意味で家庭医が関係する領域である。北村らは、多くの日本家庭医療学会会員は、その機会が与えられれば妊娠前カウンセリングを提供する意志があることを示した²⁾。家庭医には、妊娠前や不妊のカウンセリングを含む、妊娠前の女性を支援するための重要な機会がある。多くの女性は妊娠前に産婦人科

医を訪ねることをしないので、家庭医には妊娠前の準備に関する専門性が必要とされる。成人女性を診る家庭医は、妊婦の管理に関する諸問題に対する理解が必要とされる。

具体的に挙げると、AFP などによる胎児スクリーニング^{3,4)}、風疹の免疫状態（妊娠前に予防接種を受ければ、妊婦が風疹に暴露された場合に、胎児に風疹が感染することを防ぐことが出来る）やすべての妊娠可能年齢の女性に対する葉酸の使用^{5,6)} などについて理解しておく必要がある。

妊娠した女性のうち三分の一が流産し、多くの女性が望まない妊娠のために中絶をする⁷⁾。家庭医は、その後の悲しみや罪悪感、引く続く妊娠に於いての流産のリスクへの不安、頻回の掻爬後の Ashermann 症候群などに対処できるようトレーニングを受けている。一方、日本の産婦人科医は間違いなく外科医としては有能であり、おそらくは多くがこのような問題に対するスキルを身に付けていると思われるが、家庭医ほどには精神的な問題を扱う準備は出来ていない。これらの精神的な問題には上記に加え、不必要な罪悪感、年忌毎の悲しみや将来の妊娠に対する不安等、うつや夫婦関係の破綻なども含まれる。

うつは流産や中絶を経験した女性だけの問題ではない。産褥期のうつも憂慮される。最大 80% の女性が何らかの産褥期のうつを経験すると言う^{8,9,10,11,12)}。しかし、それらの女性が精神科医の助けを求めるとは考えにくいし、多くは産婦人科医とうつについて話すことに抵抗があるであろう。ミシガンではある日本人女性の産褥うつがその子供の悲劇的な死を招いた¹³⁾。従ってここに改めて、産婦人科診療を提供し、産褥うつにも精通した家庭医は重要な役割を演じることが出来る、と言える。

産婦人科研修をすることは家庭医が産婦人科診

主張

療をしなければならないことを意味するのか？

産婦人科研修をすること、すなわち産婦人科診療をしなければならないということにはならない。現在、米国においても認定家庭医のうち30%しか産婦人科診療を行っていない。これらの家庭医が産婦人科研修に使った時間を無意味だったと考えているとは思われない。むしろ、その研修は妊婦やその家族に対する教育をするに際においてのかけがえの無い経験として捉えられている。

地域のニーズに備える

研修医は卒業に当たって、将来どこで診療するのか確固とした考えを持っているわけではない。家庭医の基本的な特徴は、患者に対する社会的ニーズに応えようとするところである。家庭医は、診療を始めるに当たってその社会、地域のニーズに応えられるようにしなければならない¹⁴⁾。従って、卒業しようとする研修医が、教育を受けていないがゆえに彼らの働く地域のニーズに応えられないとすれば、それは残念なことである。

死産と家庭医

妊娠女性が死産を経験した場合、産婦人科医は胎児の娩出を助けるかもしれないが、それに続いての死に対する精神的な後遺症に対処するのは家庭医の役目である。これには、精神的、社会的な適応をさせることと、将来の妊娠に関する質問に答えることの両方が含まれる¹⁵⁾。家庭医はまた、死産を経験した妊婦が最初に診療を受ける医師でもある。手技についての個人的なトレーニングを受けていること — 即ちプロスタグランジンの使用、掻爬ないしは経過観察の選択の決定、子宮頸部を拡張するためのラミナリアの挿入や、手技にどれくらい時間が掛かるかなどを知っていることは、たとえその手技が家庭医によって行われなくても、その家庭医にとって、患者への事前の説明と助言が出来るようになるための良い訓練と

なる。

性健康に対するカウンセリング

性健康に関するカウンセリングはいくつかの領域を含んでいる。重要な問題は避妊に関するカウンセリングである。出生率が下がっているのに、セックスレス夫婦の割合は増えているように思われる。どちらもが深刻な社会問題であり、家庭医は、女性とそのパートナーがかれらの性について、より快適でいられるよう支援できるように、準備しておく必要がある。

避妊に関するカウンセリング

多くの日本家庭医療学会の会員が、避妊ケアを提供するのは重要、との認識を示している¹⁶⁾。トレーニングが受ければ、彼らのほとんどが、避妊ケアを提供するという意志を示している。このことは、日本の家庭医学の中にも避妊ケアは重要、との認識があることを示している。

中絶とその影響に対する理解

望まれざる妊娠の典型的な結末は中絶である。残念なことだが、中絶をすること、特に繰り返すことによって、女性の Ashermann 症候群の危険度が上がり、不妊となる。女性が中絶をした際には、さらなる病態として、罪悪感、怒り、そして潜在的なうつが含まれる。家庭医は、そのような重要な精神的問題についてどのようにアプローチしたらよいかをトレーニングされており、その対策に優れている。

膣炎と性器出血

膣炎は若い女性、思春期の女性、成人そして老人期の女性にも影響する非常に多い臨床的疾患である。鑑別診断や年齢に見合った臨床診察の知識は、日本の家庭医が多く日本人女性を助けるのを可能にする。同じく、不正性器出血は、思春期から成人、更年期、そして閉経後の女性すべてに

主張

よくある問題である。ここでまた、鑑別診断、適切な診察と診断的検査の知識は、家庭医にとって非常に必要なものである。

家庭医レジデントを産婦人科教室で

トレーニングする目的の共有

上に述べた議論は、家庭医教育のリーダー達が産婦人科の教員に、“なぜ彼らが家庭医を教育をするべきなのか”ということを確認させるための根拠となる。家庭医学研修医は産婦人科研修医と同等に機能することが要求されるが、彼らの研修目的は違っている。以下の3点留意する必要がある。1) 家庭医学研修医は産婦人科医または小児科医になることを望んでいるのではない。2) 家庭医学研修プログラムの指導者は、研修医が外来診療に重きを置く臨床医として必要な産婦人科病棟および病院での臨床的経験と責任に曝されるように配慮する必要がある。3) 家庭医学教室は産婦人科研修医ないしは教員に外来で働く機会を与えることによって、“お返し”をすることが出来る。このようにして、双方にとって利益のある状況を作り出すことが出来る。

どこでどの様に日本の家庭医学研修医は 婦人科医療を学ぶべきか？

ここで家庭医学研修医をトレーニングするに当たって要となるのは、産婦人科の長が、家庭医学研修医を教えることに対して責任感を持つことと、日本でも一般大衆が婦人医療を研修した家庭医を受け入れるであろうということ、理解することである。家庭医学研修医に婦人科医療のトレーニングをするということに対するこの様な信念から来る責任感、大いに助けとなる。たとえ産婦人科研修医と一緒に研修しても、家庭医学研修医の最終目的は別のところにある、ということを理解していることが必須である。どこで産婦人科医療を研修するかということも考慮に値する。明らかに、現時点でもっとも分娩の経験を得られるのは、

産科医療を提供する病院である。これには、大病院と小さな個人産院の両方が含まれる。もし、助産師が個人で開業しているのであれば、これもその他の潜在的に価値の高い施設である。

どの様に婦人医療を診療に取り入れるか？

一般的に産婦人科と一部の泌尿器科以外の医師による婦人医療は前例が無い、ということを考えれば、以上にはっきりと示された理論的根拠にもかかわらず、婦人医療を日本の家庭医療に取り入れることは、実際にはほとんど不可能なように思われる。

しかし、我々が提唱する家庭医の役割は、日本での助産師のそれに似ている。明らかに助産師と産婦人科医は協力の歴史を持っている。医学生や研修医は、助産師に必要な知識、技術、態度を学べるだけの知的能力を有していると考える。それどころか、助産師のような正常産のトレーニングに総合的な医学的知識を合わせれば、家庭医はその臨床実地の範囲について、容易に助産師と同等か、それ以上に機能しうるであろう。

JFHPでは長らく日本人患者に婦人医療を提供しているので、我々には“日本人女性も婦人医療を提供する家庭医を受け入れる”という確信がある。しかしながら、ことが常にうまく運んだわけではない¹⁷⁾。最初に、提供される診療の内容について患者によく説明しておく必要がある。それには、一対一での説明のほかに、いくつかの婦人医療についての一般的なパンフレットを用意することなども含まれる。幸いなことに、患者は我々にとってのもっとも良い宣伝媒体であり、我々の女性患者は、短い時間のうちに口口ミで教え合い、JFHPを通して必要なケアを、それぞれが受け入れるようになった。

多くのJFHPを訪れる患者は日本から来て間も

主張

ないので、しばしば我々は自分達の診療の内容が
どういうものなのか、患者に説明しなければなら
ない状況に置かれる。例えば、ある患者が“生理
の間に出血があるんですが（別に何か他の訴えで
も良いが）、産婦人科に紹介してもらえませんで
しょうか？”と言ったとする。そういうとき、我々
は“喜んで産婦人科医を紹介しますが、私達はこ
の手の問題を普段から取り扱っています。紹介い
たしましょうか？ それとも診察をここでしてし
まいましょうか？”と答える。ほとんどの場合、
患者達はその時に診察をしてしまう方を好むが、
一部の患者は紹介される方を好み、我々もそれに
従って紹介を手配する。

まとめ

然るべきコミュニケーション技術を持ってすれ
ば、婦人科医療は、日本でも家庭医学診療の日常
の一部となりうると我々は確信している。産婦人
科医と信頼関係を築き、折に触れて質問やコンサ
ルトをしたり患者を紹介したりすることは、婦人
医療を提供する家庭医にとって大いに助けとな
る。婦人医療について詳しい家庭医がいることは、
女性達の医療に対するアクセスを改善するに違
いない。

家庭医学研修医が産婦人科を研修することの米
国での意義は、卒業時にどういう医者にも成れ
るようにしておくということである。つまりは、
彼らがどのような地域でも診療出来、そしてそ
の地域のニーズがどういうものであれ、それらに
応えられるようにすることである。このような社会
に対する準備をするには、それなりのレベルの婦
人医療研修が含まれるべきなのである。

謝辞：

フェターズは日本法人実幸会の暖かい援助に感
謝いたします。

引用文献

- 1) Tanaka N, Fetters MD, Chu M, Jimbo M, Nishiue T. The importance and potential of the team approach in family medicine in Japan: An example from the University of Michigan. JAFM, 13(1):22-28, 2007.
- 2) Kitamura K, Fetters MD, Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. BMC Family Practice, 6:31, 2005.
- 3) 別所健史, 金沢理一郎, 塩谷朋弘, 他: 胎児ダウン症のスクリーニング法としての母体血中 α -fetoprotein 測定の診断的価値 日本産科婦人科学会雑誌 47(3),237-243,1995.
- 4) 新宅裕子 他: 母体血中 α -fetoprotein による胎児染色体異常 screening 日本産科婦人科学会雑誌 41(2),185-190,1989.
- 5) 北村 和也, 伴 信太郎: 家庭医と妊娠前ケア—葉酸摂取推奨のすすめ 家庭医療 9(2),89~94,2002
- 6) 神経管閉鎖障害の発症リスク低減のための妊娠可能な年齢の女性らに対する葉酸の摂取に係る適切な情報提供の推進について 厚生省通達文 2000.
- 7) 北村 邦夫: 避妊と人工妊娠中絶 思春期学 = ADOLESCENTOLOGY, 24(1), pp.57-61, 20060325、わが国における人工妊娠中絶の実態と今後の課題, 第48回日本母性衛生学会総会, 母性衛生 48(3),207,2007.
- 8) Yeo SA, Fetters MD, Marcus SM. 産褥うつ病の早期発見, 治療、そしてその予防のために (Early diagnosis, treatment and prevention of postpartum depression). Jpn News Club, December 12-13, 1995.
- 9) Psychological problems in the postpartum period. In: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Postpartum care of the

- mother and newborn: a practical guide. 1998.
- 10) Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;347:194-9.
- 11) Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA* 2002;287:762-5.
- 12) 産後うつ病の現状と治療：生物学的要因と社会心理学的要因の関連から（〈特集〉第2回日本女性心身医学会研修会報告）女性心身医学
- 13) Fetters MD. Cultural clashes: Japanese patients and U.S. maternity care. *J International Institute Winter* 1997. 日本語版；文化的な食い違い：日本人患者と米国の妊娠医療 *JBS News*, No. 41, August 1997.
- 14) Fetters MD, Kiyota A, Sano K. 地域における家庭医療の社会的役割：家庭医を専門医として理解するために（The social role family practice plays in the community: Understanding the family physician as a specialist). *Jpn J Prim Care*, 27(1):29-35, 2004.
- 15) Kiyota A, Fetters MD. 流産 . (Miscarriage) *Japan News Club*, 10-12, February 2005
- 16) Kitamura K, Ban N, Fetters MD. Contraceptive care by family physicians and general practitioners in Japan: Attitudes and practices. *Fam Med*, 36(4) 279-283, 2004.
- 17) Yeo S, Fetters MD, Maeda Y. Japanese couples' childbirth experience in the United States: Implications for care. *Birth*, 27(3):191-198, 2000.
- 連絡先：藤岡 洋介 MD, PhD
町立中標津病院 家庭医療部
〒086-1110 北海道標津郡中標津町西10条南9丁目1番地1
Tel: 0153-72-8200(代)
Fax: 0153-73-5398
E-mail: yosukefujioka@hotmail.com
- Michael D. Fetters MD, MPH, MA
Family medicine@ Dominno's Farms
Japanese Family Health Program
24 Frank Lloyd Wright Dr.
PO Box 431 Ann Arbor, MI 48106
E-mail: mfetters@umich. edu