臨床,研究,人材育成,地域医療をつなぐ





安日一郎先生

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 産婦人科

伊藤雄二先生

地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センター センター長
市立恵那病院 副管理者・産婦人科

安日一郎(やすひ いちろう)先生　プロフィール

1981年に鹿児島大学医学部を卒業，長崎大学医学部産科婦人科学教室に入局．その後，国立病院長崎医療センターに赴任する．1995年から２年間にわたり米国ブラウン大学産婦人科母体胎児部門で研鑽を積む．帰国後，長崎大学産婦人科講師，周産期医療部助教授を経て，2002年より再び長崎医療センターに赴任，2005年から産婦人科部長，2007年から総合周産期母子医療センター長を兼任．現在は非常勤顧問として勤務している．

伊藤雄二(いとう ゆうじ)先生　プロフィール

1985年に自治医科大学医学部を卒業後，長崎県の対馬の周産期医療の充実のために産婦人科の開設に参画．1995年からは，佐賀大学医学産婦人科講座の助手(現在の助教)として周産期医療の研鑽を積んだ．2002年から西吾妻福祉病院 副院長，2009年には同院の病院長として勤務．2015年に地域医療振興協会 総合診療産婦人科養成センターを開設し，分娩管理を含む産婦人科医療に対応できる総合診療医の育成に励む傍ら，市立恵那病院に産婦人科部長として赴任．2017年からは市立恵那病院にてお産の受け入れを開始し，地域の産婦人科医療に貢献している．

五つ子誕生のニュースが，産科を志すきっかけに

伊藤雄二(聞き手)　本日は，国立病院機構長崎医療センター産婦人科の元部長で，現在は顧問を務めておられる安日一郎先生にお話を伺います．

安日先生は1981年に鹿児島大学を卒業し，長崎大学医学部産科婦人科学教室に入局されました．その後，長崎医療センターに赴任された際，初期研修医だった私をご指導くださったことが，

先生との最初のご縁です．1995年から1997年には，米国ロードアイランド州のブラウン大学産婦人科母体胎児部門に留学され，妊娠糖尿病研究の第一人者であるCoustan先生，Carpenter先生のもとで学ばれました．帰国後は長崎大学産婦人科の講師，周産期医療部の助教授を経て，2002年に再び長崎医療センターに勤務され，2005年から産婦人科部長，2007年から総合周産期母子医療センター長を兼任されました．日本産科婦人科学会専門医，日本周産期・新生児医学会の母体・胎児専門医として診療に当たり，日本糖尿病・妊娠学会では常務理事を務め，学術集会長も経験されました．糖尿病と妊娠の領域では，日本の先頭を走ってこられた先生です．今日は，その歩みを振り返りながらお話を伺いたいと思います．

安日一郎　よろしくお願いします．

伊藤　まず，産婦人科，なかでも産科を目指されたきっかけからお聞かせください．

安日　私が鹿児島大学の学生だった頃，鹿児島市立病院で五つ子が誕生し，大きなニュースになりました．もちろん，それだけで進路を決めたわけではありませんが，当時は周産期医療が学問としても臨床としても飛躍的に発展していた時代でした．その熱気の中で，産婦人科というより，産科をやりたいと思ったことをよく覚えています．

伊藤　私も同じ世代ですから，五つ子誕生が産科に与えたインパクトはよく分かります．そして先生は早い時期から，糖尿病合併妊娠や妊娠糖尿病に関心を持ってこられましたが，何か明確なきっかけがあったのでしょうか．

安日　研修医の頃，１型糖尿病を合併した妊婦さんが肩甲難産となり，分娩室で赤ちゃんが亡くなるという出来事がありました．当時，血糖管理は主に内科が担当し，超音波検査もまだ未熟でした．胎児の推定体重も，現在よりはるかにいい加減でした．糖尿病合併妊娠で最も起こしてはいけないことが起きてしまった．その衝撃が，非常に大きかったのです．

当時は，発育不全など「小さな赤ちゃん」が注目されていました．一方で，糖尿病に伴う巨大児や，その合併症にはあまり関心が向けられていませんでした．なぜこうなったのかと文献を調べてみると，糖尿病合併妊娠の管理は世界的にもまだ十分に確立されておらず，なぜ胎児死亡が起こるのか，どのように胎児の状態を評価するのかなど，分からないことがたくさんありました．

みんなが小さい赤ちゃんを研究しているのなら，自分は大きい赤ちゃんを調べてみようと思った．亡くなった赤ちゃんのことと，調べれば調べるほど未解明の問題が見えてきたことが，研究の出発点でした．

伊藤　私も先生と糖尿病学会に同行したことがあります．当時，この領域に取り組んでいる産婦人科医はまだ限られていて，こういう研究が始まっているのかと，とても新鮮に感じたことを覚えています．

先生は，その後ブラウン大学に留学されましたね．妊娠糖尿病研究の中心地で学びたいという思いがあったのでしょうか．

安日　研修医時代の後，妊娠糖尿病という疾患概念が大きなテーマになってきました．妊娠糖尿病には，妊娠中の周産期合併症と深く関わること，そして将来，母親が糖尿病になるリスクが高いことという，２つの大きな柱があります．当時の日本では，まだ診断基準をどうするかを議論

している段階でした.

米国は妊娠糖尿病研究の中心で，ブラウン大学には診断基準づくりに関わった研究者がいました．そこで勉強できることがあるのではないかと考えたのです．留学したのは38歳で，決して早くはありませんでした．ただ，遅かったからこそ，個々の研究だけではなく，米国の研究システムや豊富なリソース，人材の使い方まで見ることができたと思います．それが帰国後，非常に役立ちました.

伊藤　留学中は，具体的にはどのような研究をされたのですか.

安日　高インスリン血症と妊娠高血圧症候群との関連を調べました．臨床の現場で出会った約550人の妊婦さんに電話をかけて参加をお願いし，採血や血圧測定まで自分で行いました．患者さんへの説明を繰り返したので，英語もずいぶん上達しましたよ(笑).

インスリンの作用は非常に多岐にわたります．インスリンを静脈投与する急性期には血圧を下げる作用がありますが，慢性的に高インスリン血症が続くと血圧を上昇させる作用がある．妊娠糖尿病そのものだけでなく，その背景にある代謝異常と妊娠高血圧症候群がどうつながっているのかを研究しました.

離島を抱える長崎で，周産期医療をどう守るか

伊藤　帰国後，長崎医療センターに戻られたわけですが，長崎県は離島を多く抱えています．先生は以前から，周産期医療を地域全体で支えるという視点を持っておられましたね.

安日　もともと私は，周産期のスペシャリストになりたいというだけではなく，地域医療をやりたいという思いがありました．島のように医療資源の少ない場所で，産婦人科医療をどう維持し，発展させるか．それは研修医の頃から関心を持っていたテーマです．周産期を専門にしながら，地域医療への思いも自分の中で一緒に育っていきました．先生との出会いも大きかったと思います.

伊藤　長崎県は1970年代から未熟児医療に力を入れ，長崎医療センターはハイリスク妊娠を受け入れる中心的な施設でした．私も研修中に，周産期医療は１つの病院だけで完結するものではなく，地域の医療機関を役割分担で結ぶ「リージョナリゼーション」が重要だと教えられました．離島からの母体搬送も多い長崎では，まさに県全体で仕組みをつくらなければなりません．ただ，当時，長崎医療センターの産婦人科医は非常に少なかったですよね.

安日　今ではレジデントを含めて２桁近いスタッフがいますが，当時は３人ほどでした.「24時間働けますか！」という時代で，生活のほとんどを産婦人科に使っているような状態でした．みんなそうでしたね.

その状況で周産期センターをどうつくるかを考えたとき，最大の課題は人材育成でした．総合周産期母子医療センターとして機能するには，３人では到底足りません．当時は大学医局からの派遣が中心でしたが，それだけでは難しい．そこで全国に出向き，札幌までスカウトに行ったこともあります．志のある人を集め，育てていく．その積み重ねでセンターが発展したのだと思います.

伊藤　人が集まった背景には，臨床だけでなく，研究ができるという学術的な魅力もあったのでは

ないでしょうか．今では，米国母体胎児医学会（SMFM）のように，日本から演題がなかなか通らない学会にも，長崎医療センターから毎年複数の演題が採択されています．日本全体から十数題しか採択されない年に，そのうち４題，５題が長崎医療センターからということもありました．私も一緒に参加して，これは本当にすごいことだと思いました．

安日　米国で臨床研究のシステムを見たことが，非常に大きかったと思います．もちろん，リソースもマンパワーも日本とは比べものになりません．ただ，私自身はもともと臨床研究に関心がありました．当時の日本では基礎研究が重視され，臨床研究は研究として十分に評価されないような雰囲気がありました．一方，米国ではEBMが大きく広がり，臨床データからエビデンスをつくるという動きが盛んでした．私が留学した頃は，産婦人科の世界でEBMが燃え盛っていた時代です．ブラウン大学は，その中心の一つでした．

基礎研究では，条件をできるだけそろえた上で結果を出します．しかし臨床では，年齢も背景も病態も異なる患者さんを対象にしなければなりません．ばらばらな条件を持つ人たちを，どうすれば集団として研究できるのか．その方法を支えたのが，生物統計学の進歩でした．周産期領域でも無作為化比較試験などによって臨床のエビデンスの質が高まり始めた時期に，その考え方を間近で学べたことは大きかったですね．

留学して最初の半年ほどは，生物統計学者と週に一度，研究デザインについて議論しました．そこで，臨床研究はこう組み立てるのかという方法論を学び，「この考え方があれば，日本でも必ず臨床研究ができる」と確信して帰国しました．

伊藤　長崎医療センターの臨床資源を生かし，世界に発信できる研究を行う構想が，そこから始まったわけですね．

安日　そうです．当時としては無謀な発想だったかもしれませんが，10年続ければ何か形になるのではないかと考えていました．そのための重要な柱が，診療の標準化です．

臨床では，患者さんの背景も病状も一人ひとり違います．そのままでは，ばらばらのデータにしかなりません．診療の考え方や記録方法を標準化することで，初めて臨床研究に使える質の高いデータが蓄積されます．もちろん，個々の患者さんに応じた医療は必要ですが，その土台となる部分をそろえることが重要です．標準化を一つずつ進めた結果，８年ほどで国際的に発信できる研究が形になりました．

私が考えていたのは，臨床，臨床研究，人材育成，地域医療という４つの柱です．臨床の技術を高め，そこから研究を行う．研究は教育に反映され，人材が育てば離島や地域にも派遣できる．最初は「妄想」のような構想でしたが，その循環をつくりたかったのです．

伊藤　臨床と研究を別々のものにせず，研究から教育へ，教育から地域へとつなげていく．先生が長崎医療センターでつくられたものの本質は，そこにあるように思います．大学ではない施設で３つも４つも役割を担うのは大変ですが，その環境に魅力を感じて人が集まり，さらに研究が育っていったのでしょうね．

臨床研究は，医師の「考える力」を育てる

伊藤　大学病院ではない国立病院機構の施設で，診療を続けながら研究と教育を進めるのは容易ではありません．それでも取り組み続けられたのは，臨床研究が人を育てるという確信があったからでしょうか．

安日　臨床研究は，医師個人の力量を高めると考えていました．臨床データはノイズが多く，条件もそろいません．その中から，研究計画や統計学的な手法を用いて結果を導くには，非常に論理的な思考が求められます．しかも，自分が勤務する現場で，その思考を鍛えることができる．

　論理的に考える習慣は，目の前の患者さんの治療方針にも必ず良い影響を与えます．実験室で基礎研究をすることも論理的思考を鍛えますが，より現場に近いところで考え，検証する経験は，医師としての成長に直結します．その確信は持っています．

伊藤　私自身も，研究のためにデータを集め，そこから何が言えるのかを考える過程で，常に「なぜそう考えるのか」と問う訓練を受けました．その姿勢は，研究を離れても診療の中に残ります．

安日　一方で，最近はガイドラインに書かれていることを，そのまま答えとして受け取る傾向が強くなっています．ガイドラインはもちろん必要ですが，「何を根拠に書かれているのか」「目の前の患者さんにどのように当てはめるのか」を自分で考えることが抜け落ちてはいけません．ガイドライン医療は楽かもしれませんが，それだけでは面白くないでしょう．しかし，今の若い人たちに臨床研究を勧め，考える面白さを伝えることは，以前より難しくなったと感じています．

伊藤　研究の大小にかかわらず，データを集めて考える経験そのものが，医師の思考を鍛えますね．ガイドラインを使わないということではなく，使いながら自分で考える．その姿勢が大事なのだと思います．

「革命的楽観主義者」として

伊藤　先生は研究や臨床だけでなく，映画や本，サッカーなど，さまざまなことに関心を持たれていますよね．仕事だけに閉じず，人生そのものを楽しんでいるように見えます．

安日　今は71歳ですが，興味が薄れていくかどうかが，自分にとってエイジングの一つの基準だと思っています．興味がなくなったらやめる時かもしれない．でも，興味があるうちは続けたい．

　多方面でも，一つのことでも，何かに興味を持つことが人生を豊かにし，楽しくしてくれます．仕事も楽しくできることが大事です．社会や医療の環境を見ていると，楽しく仕事をする余地が少しずつ失われているようにも感じます．AIも，社会全体への影響についてはさまざまな議論がありますが，個人としては面白く使い，考える道具にすればよい．新しいものを恐れるより，何ができるかを楽しんで試したい．私は「革命的楽観主義者」ですから，楽観性は大切だと思っています．

伊藤　若い人を育てる際にも，自由に考えさせることを大切にされてきましたね．

安日　自由はとても大切です．診療の現場でも，自由に発想できる環境をどう保証するか．それも米国留学で得た財産の一つです．留学する前の

私は，教育に関してかなりスパルタでした．厳しく指導し，ついてこられない人は仕方がない，くらいに考えていました．ところが米国では，叱るよりも，まず褒める．自分も研究者として褒められると嬉しいわけです．褒めることが人を伸ばす原動力になるのだと実感し，若い人の育て方を180度変えました．日本には，手をかけて何とか育てようとする文化があります．それは良い面もありますが，時に指導が強くなりすぎます．自由に考えさせ，良いところを認める．その方が，教える側にも教わる側にもよいと思います．

伊藤　先生とは2008年にALSOのプログラムを一緒に受講し，「九州でも始めよう」と取り組んできました．長崎で始まった活動は十数年続き，九州各地にも広がっています．先生が築いたものを次の世代が引き継ぎ，さらに人を育てている．後継者育成という意味でも，大きな流れができました．

安日　教育を続けるには，教える人が次の教える人を育てなければなりません．一人の指導者だけで続くものではないので，若い人が自分の考えを持ち，役割を引き受けられるようにすることが大切です．

妊娠を，女性の生涯の健康を知る「負荷試験」として見る

伊藤　先生のライフワークである「糖尿病と妊娠」は，今後，どのような方向に広がっていくのでしょうか．

安日　もともと糖尿病に特別な興味があったわけではないので，一人の患者さんの悲劇がきっかけで，まさか自分がこれほど長く取り組むとは思っていませんでした．ただ，学べば学ぶほど，糖尿病は全身性の疾患であり，妊娠糖尿病も妊娠中だけの問題ではないことが分かってきました．妻も産婦人科医で，女性の生涯にわたる健康を診るウィメンズヘルスに取り組んでいます．その影響もあり，妊娠中だけを見るのではなく，女性のその後の人生まで視野を広げて考えるようになりました．

妊娠糖尿病には，妊娠中の周産期合併症と，将来の糖尿病発症という２つの柱があります．さらに現在は，糖尿病を単独の病気ではなく，メタボリックシンドロームを含む広い代謝疾患として捉えます．糖代謝の異常は，心血管疾患だけでなく，産婦人科領域では子宮体がんなどとも関わります．入り口は妊娠糖尿病でしたが，そこから全身の健康へとつながる，非常に広がりのある分野なのです．

妊娠は，女性の体に大きな負荷がかかる「負荷試験」のようなものです．妊娠中に現れた異常は，その女性が将来，糖尿病や心血管疾患などを発症するリスクを，早い段階で教えてくれる可能性があります．そういう広がりが見えてきて，「自分はなんて面白いことをやっていたんだ」と，最近あらためて感じています．

伊藤　妊娠前，妊娠中，出産後，さらに次の世代まで，一つの線でつながっていく．女性のヘルスケアという視点からも，非常に重要ですね．

安日　海外では，妊娠中の情報をその後の心血管疾患の予防に生かす研究が盛んです．妊娠中は体に負荷がかかっているため，通常の健康診断よりも，リスクを持つ人が鮮明に見えてくるのです．妊娠は，女性の生涯にわたるヘルスケアの中で，独特で重要な位置を持ち始めています．

ところが日本では，産婦人科医は妊娠中だけを診て，内科医や家庭医は妊娠には入りにくいという，診療科の壁が残っています．産婦人科，内科，家庭医療，行政がそれぞれ別々にヘルスプロモーションを行い，せっかくの情報がつながっていない．その横の壁を越える役割を，本来は総合診療や家庭医療が担えるはずです．たとえば離島や地域で，妊娠中に糖代謝異常や肥満などのリスクを持つ人を見つけ，産後も行政や家庭医とつなぐことができれば，糖尿病や心血管疾患の予防につながります．妊娠を起点として，地域全体のヘルスプロモーションを考えることができるのです．

伊藤　日本では，施設ごとの症例数が少ないため，臨床研究が難しいと言われがちです．

安日　それも必ずしも正しくありません．もちろん米国とは症例数が１桁違います．米国では１つの施設に症例が集まり，日本では小さな施設に症例が分散しているため，「日本では臨床研究ができない」と長い間言われてきました．しかし，生物統計学の視点から見れば，必要なサンプル数は研究テーマとデザインによって異なります．１万例，５万例が必要な研究もありますが，すべての研究がそうではありません．問いを明確にし，デザインを工夫すれば，日本の規模でも十分に研究できます．長崎で積み重ねてきた研究は，そのことを示していると思います．

また，インターネットの普及によって，どこにいても同じレベルで情報を得て，学べるようになりました．これは地域医療を大きく変えた革命的な出来事です．そうした環境の中で，地域の臨床から何を生み出せるのかを，もっと楽しく考えていきたいですね．

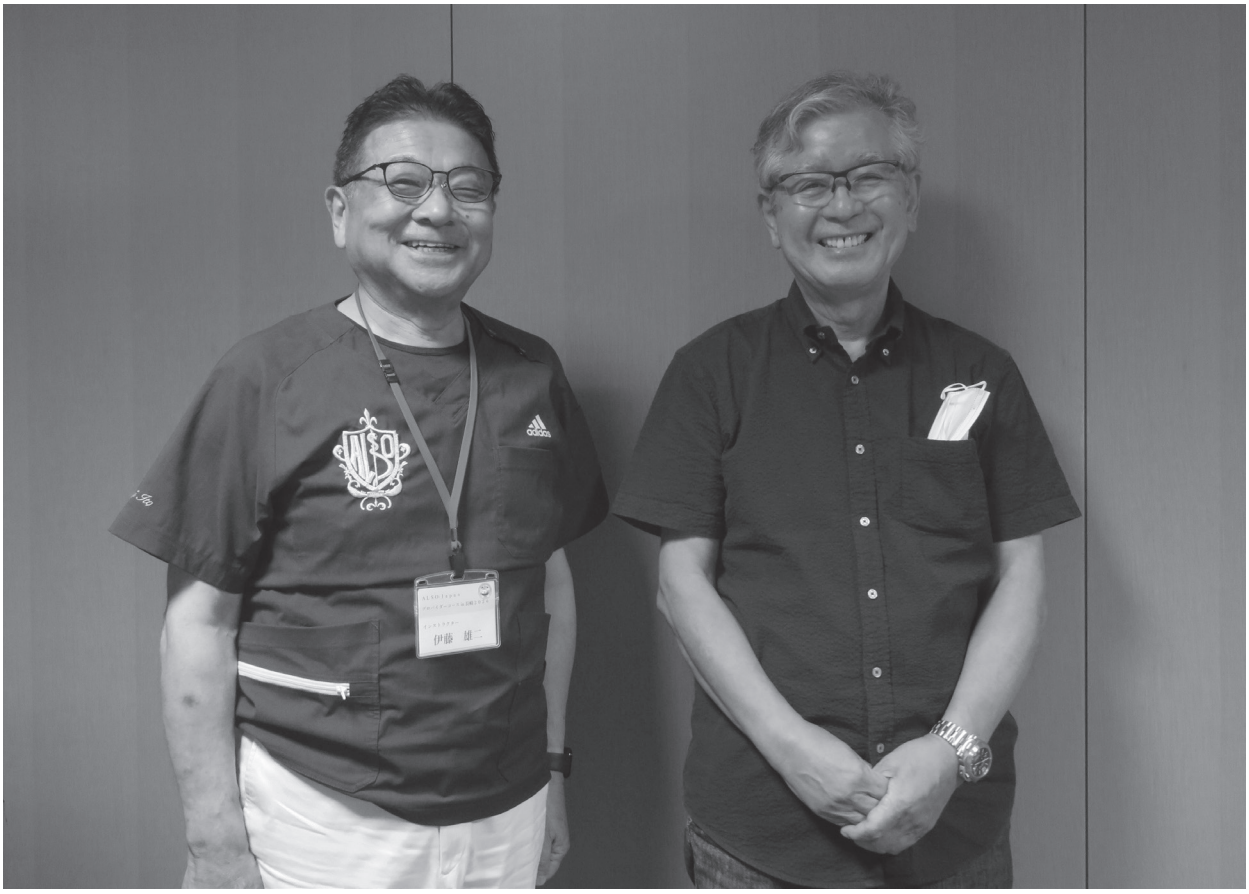
思考と検証，そして感性を磨け

伊藤　最後に，これから産婦人科や地域医療の現場で働く若い医療者へ，メッセージをお願いします．

安日　ALSOの教育プログラムで，受講者に伝えてきた言葉があります．「結果とバイアスに左右されるな．思考と検証，そして感性を磨け」です．我ながら，よいメッセージをつくったと思っています．臨床の現場では，何よりも感性が必要です．ただし，その感性は論理性に裏付けられたものでなければならない．ガイドラインや，あふれる情報に引っ張られるのではなく，自分で考え，自分で検証する力を持ってほしいと思います．世界中が情報の渦の中にあり，根拠の乏しい説や陰謀論まで，もっともらしく広がっていきます．以前は，インターネットに書いてあることをそのまま持ってくる人がいましたが，今はChatGPTに聞けば，さまざまなことに答えてくれます．患者さんも医療者も同じ情報を得られる時代に，知識を持っているだけでは，専門職としての価値にはなりません．医師だけでなく，看護師，助産師などの医療者が，専門職として患者さんに何を提供できるのかを問い続ける必要があります．

科学者としての姿勢と，医療人としてのプロフェッショナリティを磨くこと．それが，これからますます大切になると思います．

伊藤　先生から受けてきた刺激や教えを，私たちも次の世代につないでいきたいと思います．本日はありがとうございました．



安日一郎先生からのメッセージを見る
https://www.youtube.com/watch?v=c4zjcGvVDrI