

目次

巻頭言

- 愛媛県産婦人科医会 会長 池谷 東彦 … 1
愛媛産科婦人科学会 会長 杉山 隆 … 3

報 告

- 愛大病院における新型コロナウイルス感染症第6波の現時点での
振り返りと県下のコロナ関連妊婦の対応について
愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座 杉山 隆 … 5
HPVワクチンの接種スケジュールについて
日本産婦人科医会 がん部会担当常務理事 鈴木 光明 … 7

慶 祝

- 中橋徳文先生 令和3年度産科医療功労者厚生労働大臣表彰受賞 … 9

弔 慰

- 松元正行先生・角 殖雄先生 … 10

論 説

- 新生児搬送症例の検討 2012年～2021年
愛媛県立中央病院 総合周産期母子医療センター
新生児内科 主任部長 穂吉 眞之介 … 11

学 術

- 子宮内膜症の進行の連鎖を断つ～より長期的な子宮内膜症管理を目指して～
奥島病院 婦人科 横山 幹文 … 14

理事会だより

- 愛媛県産婦人科医会役員会（令和3年度第2回） … 23
愛媛県産婦人科医会常任理事会（令和3年度第1回） … 24
愛媛県産婦人科医会役員会（令和3年度第3回） … 24
愛媛県産婦人科医会役員会（令和4年度第1回） … 25

学会だより

- 第71回愛媛県産婦人科医会学術集談会・第37回愛媛県産婦人科医会臨床集談会 … 26
第72回愛媛県産婦人科医会学術集談会・第38回愛媛県産婦人科医会臨床集談会 … 37

医会だより

- 第48回「良い子を産み育てる妊婦の日」の開催再々延期について（ご連絡）
愛媛県産婦人科医会 会長 池谷 東彦 … 49
子宮がん検診従事者講習会 … 50
第8回愛媛生殖医学研究会抄録 … 51
令和3年度愛媛県医師会母体保護法指定医師研修会（ハイブリッド開催） … 56
令和3年度愛媛県産婦人科医会総会・愛媛産科婦人科学会総会資料集 … 57
第九回愛媛県周産期症例検討会（Web会議形式） … 71
第25回愛媛県周産期医療研究会プログラム … 72
令和3年度日本産婦人科医会 四国ブロック協議会 … 76
令和3年度日本産婦人科医会 四国ブロック医療保険協議会 … 98
令和3年度地域代表会議
愛媛県産婦人科医会 会長 池谷 東彦 … 109

第30回（令和3年度）全国医療安全担当者連絡会の報告	愛媛県産婦人科医会 常任理事	福井 敬介	… 116
令和3年度家族計画・母体保護法指導者講習会	愛媛県産婦人科医会 会長	池谷 東彦	… 122
令和3年度全国医業推進担当者伝達講習会	愛媛県産婦人科医会 常任理事	福井 敬介	… 128
公益社団法人日本産婦人科医会 第96回総会（臨時）	愛媛県産婦人科医会 代議員	小西 秀信	… 132
公益社団法人日本産婦人科医会 第97回総会「定時」（Web併用会議）	愛媛県産婦人科医会 代議員	小西 秀信	… 136
公益社団法人日本産婦人科医会 第98回総会（臨時・役員選出）			… 139
第49回（令和4年度）日本産婦人科医会全国献金担当者連絡会	愛媛県前担当理事	小西 秀信	… 140
第44回（令和4年度）全国医療保険担当者連絡会議事録	担当常務理事 谷川原，平川，宮崎各常務理事		… 142

地区だより

東予産婦人科医会		宮内 文久	… 145
2021年度 今治市越智郡産婦人科医会報告	いのうえ産婦人科	井上 康弘	… 146
松山産婦人科医会 活動報告	松山産婦人科医会 幹事	古谷 公一	… 147
南予産婦人科医会	愛媛県産婦人科医会 副会長	中橋 徳文	… 149

病院めぐり

市立八幡浜総合病院	産婦人科	兵頭 慎治	… 150
-----------	------	-------	-------

おぎゃー献金

おぎゃー献金だより（令和3年度）	献金担当理事	坂田 圭司	… 152
------------------	--------	-------	-------

大学だより

大学便り	愛媛大学大学院産科婦人科学	藤岡 徹	… 156
------	---------------	------	-------

文献紹介

愛媛大学医学部産婦人科	吉田 文香	… 157
-------------	-------	-------

新入会会員紹介

ばらのいずみクリニック		越智 博	… 162
松山赤十字病院 産婦人科		池田 隆史	… 162
松山赤十字病院 産婦人科		田淵 景子	… 162
松山赤十字病院 産婦人科		平山 亜美	… 162
愛媛県立中央病院 産婦人科		島瀬 奈津子	… 163
愛媛大学医学部附属病院 産婦人科		大柴 翼	… 163
愛媛大学医学部附属病院 産婦人科		上甲 由梨花	… 163

会員の広場

院長になりました	松山まどんな病院	金子 久恵	… 164
----------	----------	-------	-------

編集後記	…		166
------	---	--	-----

巻 頭 言

愛媛県産婦人科医会 会長 池谷 東彦



COVID-19のPandemicが中国武漢に発生してから丸2年半が経過しました。我が国における感染力は諸外国に比してやや低いものがありますが、今年に入って

変異株オミクロン株による感染は以前のデルタ株に比して高く現在も毎日数万人の新規感染者を認めております。内容は若い年代に多くワクチン接種が順調に進んだ高齢者では感染者も少なく、重症者も多くないような状態になっております。諸外国では少しずつではありますが感染防止に関して、pandemic以前の状態に戻す方針をとっているところもあれば、中国のようにゼロコロナ方針を取り大都市上海や北京のロックダウンを続けているところもあります。

わが国でも、このゴールデンウィークには行動の自由という方針を取り多くの人々が各地に出かけ久しぶりの賑わいを見せたようです。これが今後の感染者の動向にどのような影響を及ぼしたか、そのまま収束方向に向かうか、あるいは更なる感染者の増加と医療の切迫をきたすか十分に観察していかなければならないと考えられます。

8年間の空白の期間を経て、令和4年4月1日より、子宮頸がん予防へのワクチン接種の積極的勧奨が再開されました。子宮頸がんの早期発見には検診が重要であることは言を待ちませんが、

HPVワクチンの接種が、13歳以降の女性に行われ、さらに積極的勧奨が中止された空白期間にワクチンを接種できなかった女性に対するキャッチアップ接種が同時に行われることが定められました。このワクチン接種が順調に行われ現在認められている2価、及び4価のワクチンに加えて9価ワクチンの承認が早く行われることを願うと共に、今回のワクチン接種再開が多く該当者に接種され将来の子宮がん患者の発生が少なくなっていくことを期待する次第であります。

COVID-19の影響による日本国における出生数は婚姻数の減少などの影響を受け、令和2年には、総出生児数は840,835人と減少、かつ全死亡者数は1,372,765人で総人口の減少は、531,920人となっております。令和3年の総数は、令和4年6月厚生労働省の発表によりますと、出生数は、811,604人であり、一人の女性が生涯産む子供の数を表す合計特殊出生率は1.30であると発表し、6年連続で低下し、出生数は過去最少を示しております。

四国における出生児数は、23,000人と減少を示しております。各県における合計特殊出生率は、香川1.51、高知1.45、徳島1.44、愛媛1.40と令和3年度の全国の値に比してやや高い値を示しております。それでも愛媛県は四国4件のうちで最も低い値を示しております。

新型コロナウイルス感染拡大に伴い出生児数が80万人台に急激に減少するという現象を示しております。

この問題に関して、厚生労働省は15歳から49歳の女性の人口の減少と20歳代の出生率の低下を理由に挙げております。日本においては、婚姻数の減少は出生児数の減少と直接連動していると考えられておりますが、令和3年度はコロナ禍の下婚姻数も戦後最低数を示しております。政府と致しましても少子化対策を進めるため、出生育児一時金の増額、奨学金の拡充、こども家庭庁の設置等を考え、実行に移すよう政策を進めつつあるようですが、何よりもまず女性の賃金水準の上昇、家庭内の家事、育児負担の軽減化を図る方向に進む必要性が重要であると考えられます。東北大学の「子供人口時計」によると、子供の減少率がこのまま続くとすれば、2966年10月5日には日本における子供の数は1人になると言われております。今後早急に女性の自立を支え、若い世代が安心して子育てのできる社会を作らなければ、出生率の改善は永久に望むことはできないと言われております。

このように年間の出産数の急激な減少は、日本の存立に大きな影響を与え続けていくことになるでしょう。産科分野における医療経営の面においてばかりでなく、医師の働き方や妊産褥婦に関与する多くの医療従事者の働き方に大きな影響を及ぼすものであると思われまます。一般有床診療機関での経営面で何らかの方法をとる必要性が生じてくると思われますが、日本医師会が推奨している「かかりつけ医」構想に、産婦人科もこの考え方

を取り入れ、女性の一生に関与する医師を現今以上に目指し、プレコンセプショナルケア、妊娠出産褥期、それ以後の女性の生活習慣病に関する問題、婦人科悪性腫瘍に関する問題、老年期の種々の疾患に対する対処方法に深い関心をもって対処し、産婦人科医療としての一面のみでなく広く内科的、外科的、整形外科的な方面に進出していく気概を示し、少しでも産婦人科医療を衰退させないように心がけていく必要があるように考えられます。愛媛県という一地方で、産婦人科医療のみで医療経営を改革するには困難でありますから、上記のような考え方を推し進め、日本産婦人科医会の協力を得ながら、抜本的な経営戦略を打ち立てていく必要があるように考えられます。

現在なおCOVID-19の終焉は見通せませんが、オミクロン株による感染は50歳以下の年齢に多く見られますので妊産婦、褥婦の感染者はしばらくの間存在すると思われまます。以前に比して重症者の増加は認められない状況になっていく傾向が強く認められますので、産科有床診療所での感染妊産婦の取り扱いが増えていく可能性が高いものと考えられます。今後ともかかりつけ医師としての産婦人科医を表面に出し、必要十分なる感染対策のもと本業に邁進し、この困難な状況を乗り越えていくことが必要であろうと考えまます。愛媛県産婦人科医会の会員の諸先生が、明日の新しい産婦人科医療を作り上げていくことを祈念するものであります。

巻 頭 言

愛媛産科婦人科学会 会長 杉 山 隆



今年は異例に早い梅雨明けとなり、6月から真夏のような暑さが続いています。愛媛県でも梅雨そのものの降水量が少なかったことに加え、梅雨の期間が短かったことが大きく影響し、降水量が例年の約半分と少なかったことから、人口が集中する松山市では渇水の危機に直面しています。その理由は主なダムが松山市の人口を潤すだけの十分な貯水容量を持たないからです。先生方の中には平成6年夏の異常少雨による渇水を経験された方も多くおられると思います。農業被害のみならず工業も操業停止を余儀なくされたと聞いています。当時、7月末より11月まで4カ月にわたり時間断水が実施されました。私は当時三重大学に在籍していましたが、学会で8月にたまたま松山に滞在し、時間断水によりホテルではシャワー使用の時間が制限され、食事は紙コップ、紙皿の使用を経験し、その際、愛媛の先生方からはトイレ使用も大変だったとの経験談も聞き、驚いた次第です。本年6月30日現在の石手川ダムの貯水率は平成6年の渇水時とほぼ同様の推移を示しており、強い危機感を持っています。先手対応が必要であると強く感じています。

全国で最も降水量の多いのは高知県ですが、隣県である愛媛県は全国で30～35位とむしろ少ない方です。ご存知のとおり、高知県は黒潮上を渡

る日本の南側の湿った気流が中国山地を吹き付けるため、特に高知県の山間部では多雨地帯となります。中国山地は西日本でもっとも標高が高い石鎚山(標高1,982メートル)と2番目に高い剣山(標高1,955メートル)が連なっており、まさに四国のアルプスとも言える山脈が四国を南北に分断しています。したがって、雨雲は、この四国山地により遮られ、高知県側に雨を降らすことになるのです。一方、四国山地もしっかりした山地であり、湿った空気は日本海側で雨を降らし、広島県や岡山県も降水量が少ないことから、瀬戸内海に面する地域は瀬戸内式気候として知られています。実際に雨雲レーダーを見てみると、通常の前線の際の雨雲や台風の際の雲も石鎚山を中心とする四国山地が壁となり、中予への影響が少ないことがわかります。主に雨を降らす雲が高度約2,000メートルであることから納得できます。一方、宇和島や八幡浜エリアでは、前線の影響をまともに受けることや、冬には大陸からの寒波を受けることも愛媛に実際に住み、勉強しました。ただし、当然のことながら台風の経路そのものや最近の線状降水帯をコントロールすることはできず、時に豪雨に襲われることがあります。数年前の豪雨災害を通し、自然災害の恐ろしさを改めて知るとともに医療体制の必要性を強く感じました。

さて、現在、withコロナからpostコロナへのtransitionの時期にありますが、今後、各地域にお

いて新興感染症への対策が必要となります。2024年から開始となる第8次医療計画において新たな事業として、「新興感染症等対策」が加わります。周産期医療においては、短期的に対応可能な方策として、各自治体の周産期医療協議会を中心としたリエゾンの活用による地域の事情に合った連携強化が重要と考えます。現在、災害時の体制強化に向けた対応を行政と共に産婦人科・小児科連携の上、進めています。新興感染症に対する中・長期的対応では感染症の人材育成が重要な課題と考

え、愛媛県では大学病院に感染症拠点センターを設置し、多職種の人材育成を行う計画を立てています。

戦争といった人的災害に加え、地球温暖化や異常気候、新興感染症の一部も人災によるものです。人災、天災の相違は少なくとも世界で共通の価値観を持って今後の方策を必死に考えなければ、次世代、次々世代があまりにも不幸です。

同窓の先生方のご健康を心より祈念いたします。

(令和4年6月30日記)



報 告

愛大病院における新型コロナウイルス感染症第6波の現時点での
振り返りと県下のコロナ関連妊婦の対応について

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座 杉 山 隆

令和4年1月から新型コロナウイルス感染症拡大の第6波がわが国を襲いましたが、幸い、重症化率が低く、一見医療のひっ迫とは無関係と思われました。しかし、この間、県下の重症患者のすべてを管理した愛大病院では厳しい状況が続いたことを報告します。なぜ重症化率が低いのに医療状況が厳しかった理由を以下に示します。第一に重症化率が低くても重症化する方はおられ、重症化した肺炎は簡単に改善しないことがあげられます。改善には最低1～2カ月は要するため、重症者数が少なくても医療従事者への負担は大きくなります。すなわち、医療従事者にとって最大のモチベーションである患者の改善・回復に時間を要するため、重症コロナ肺炎患者に対する延々とゴールの見えない医療・看護に心身ともに疲弊することにつながります。第二にコロナ感染症そのものは軽度でも基礎疾患が重症な場合、愛大病院での対応を行わなければならない点があげられます。その結果、重症患者は当初、3～4名でしたが、4月以降も1～2名の入院が継続し、6月末にやっとゼロとなった状況です。当院が患者中心に医療を展開することはもちろんですが、空床保障があるから問題ない、といった考えは全く見当違いです。この間のコロナ病棟への看護師の配置変更に伴う一般病棟の看護師減少や手術枠の制限等も実施せざる

を得ず、その結果、病院全体の入院患者数や病床稼働率が減少することに加え、空床保障があるといってもコロナ病棟に非コロナ重症患者が入院しなければならない状況が生じ、その際の空床保障額は格段に下がるため、経営上、極めて厳しくなります。

さて、コロナ妊婦に話題を移します。6月30日現在で第6波の合計441名のコロナ関連妊婦（うち陽性：291名）を漏れなく基幹施設間で情報を共有の上、対応できましたことは、皆様のご協力のお蔭です。コロナ陽性妊婦の対応をいただいた県立中央病院及び松山赤十字病院の先生方には心より感謝いたします。また、コロナ濃厚接触妊婦の対応をいただいた両施設および県立新浜病院、県立今治病院、市立宇和島病院の先生方にも感謝いたします。濃厚接触妊婦につきましては、各ご施設でお世話いただき、保健所やコーディネーターに繋いでいただき、感謝いたします。県下すべてのコロナ陽性妊婦及びコロナ濃厚接触妊婦を一元的に管理できた自治体は全国でも少なく、行政を含め、コーディネーターとしてお世話いただいた大学のチームメンバーにも改めて感謝いたします。

第6波では、コロナ陽性および濃厚接触妊婦の数が多く、また猛攻接触者に対する国の方針が変

更となったため、当初行っていた対応方針（昨年報告）を変更し、図1～図4に示すように変更しました。この方法でほぼ問題なく運用でき、一つのモデルになったと考えます。

巻頭言において示しましたとおり、今後、新興感染症に対する対応が求められます。しかしながら、基本的に今回の方法でフレキシブルな応用対応ができるものと考えます。ただし、今回の新コ

ロ感染症拡大により、県下の感染症や重症肺炎に対応できる人材が不足していることが露呈されました。したがって、中・長期的には県下の感染症に対する多職種人材育成が求められ、現在、愛大病院に感染症拠点センターを設置する計画を立てています。

県下の医会の先生方には引き続きご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

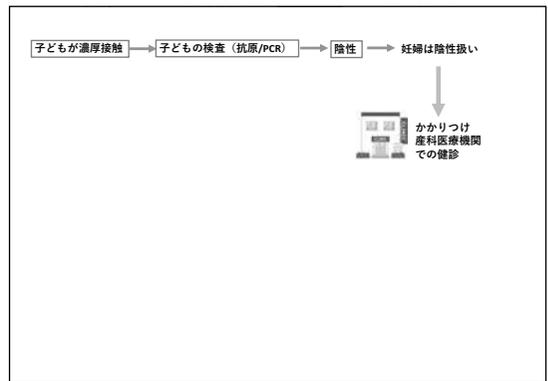
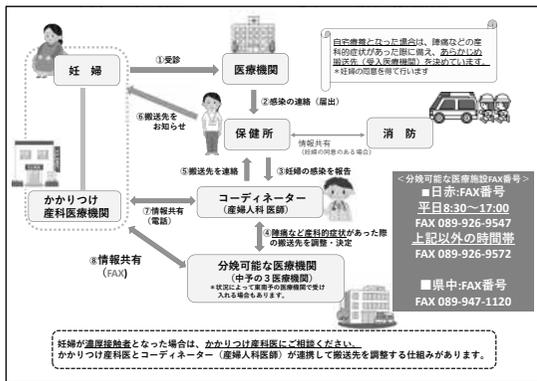


図1. 妊婦が新型コロナウイルスに感染した場合の搬送調整

図2. 子どもが濃厚接触者（検査陰性）の場合の搬送調整

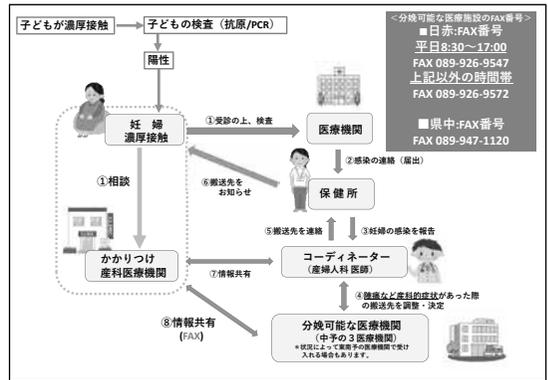
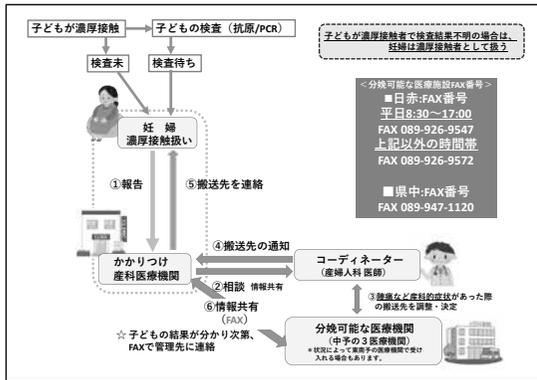


図3. 子どもが濃厚接触者（未検査）の場合の搬送調整

図4. 妊婦が濃厚接触者の場合の搬送調整

令和 4 年 4 月 吉日

日本産婦人科医会会員各位

公益社団法人 日本産婦人科医会
がん部会担当常務理事 鈴木 光明

HPV ワクチンの接種スケジュールについて

拝啓 時下益々御清祥のこととお慶び申し上げます。

本会の事業活動に深い御理解と御支援、御協力を賜り感謝申し上げます。

さて、本年 4 月から HPV ワクチン接種の「積極的な勧奨」が再開されました。

接種に当たって、会員の先生方から接種スケジュールに関する問い合わせがしばしばございます。そこで改めて HPV ワクチンの接種、とくに接種スケジュールに関してお知らせいたします。

敬具

- HPV ワクチンの接種間隔について：

HPV ワクチンの接種間隔についての現在の取扱い

<添付文書>

	サーバリックス (GSK、2 価)	ガーダシル (MSD、4 価)
用法・用量	10 歳以上の女性に、通常、1 回 0.5mL を 0、1、6 カ月後に 3 回、上腕の三角筋部に筋肉内接種する。	9 歳以上の者に、1 回 0.5mL を合計 3 回、筋肉内に注射する。通常、2 回目は初回接種の 2 カ月後、3 回目は 6 カ月後に同様の用法で接種する。
用法・用量に関連する注意 (接種間隔)	本剤の接種上、やむを得ず接種間隔の変更が必要な場合は、2 回目の接種は 1 回目の接種から 1～2.5 カ月の間で、 3 回目の接種は 1 回目の接種から 5～12 カ月の間で調整 すること。	1 年以内に 3 回の接種を終了することが望ましい。 なお、本剤の 2 回目及び 3 回目の接種が初回接種の 2 カ月後及び 6 カ月後にできない場合、2 回目接種は初回接種から少なくとも 1 カ月以上、3 回目接種は 2 回目接種から少なくとも 3 カ月以上間隔を置いて実施すること。

<定期接種実施要領>

	サーバリックス (GSK、2 価)	ガーダシル (MSD、4 価)
	13 歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間を標準的な接種期間とし、標準的な接種方法として、1 月の間隔を置いて 2 回行った後、1 回目の注射から 6 月の間隔を置いて 1 回行うこと。ただし、 当該方法をとることができない場合は、1 月以上の間隔を置いて 2 回行った後、1 回目の注射から 5 月以上、かつ 2 回目の注射から 2 半月以上の間隔を置いて 1 回行うこと。	13 歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間を標準的な接種期間とし、標準的な接種方法として、2 月の間隔を置いて 2 回行った後、1 回目の注射から 6 月の間隔を置いて 1 回行うこと。ただし、 当該方法をとることができない場合は、1 月以上の間隔を置いて 2 回行った後、2 回目の注射から 3 月以上の間隔を置いて 1 回行うこと。

(第 47 回 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予防接種基本方針部会 資料 1 より)

上記の<定期接種実施要項>を確認の上、適切な接種間隔で接種を行ってください。

とくにキャッチアップ接種の女性では標準的な接種スケジュールから逸脱していることが多く

ありますので、実施要項の後半の部分をご参照ください。

(注) 定期接種における「1月」の考え方：

予防接種法に基づく定期接種の接種間隔は、民法を根拠に解釈されます。

暦に従って期間の末日を計算しますので、「1月の間隔を置く」とは、翌月の同日の前日に1ヵ月経過したと考えます^{※1}。したがって、翌月の同日から接種可能になり、翌月に同日となる日が存在しない場合には、翌月最終日の翌日(つまり1日)から接種可能になります。

(例：1月15日→2月15日・1月31日→3月1日)

・キャッチアップ接種における接種間隔：

2022年4月より始まったキャッチアップ接種は、予防接種法に則って実施されます^{※2}。接種間隔についても、定期接種と同様のスケジュールとなります^{※3}。

なお、HPV ワクチンを過去に1回又は2回接種した後、接種を中断し、3回接種のスケジュールを最後まで完了していない者の接種間隔は、従来どおり、標準的な接種方法をとることができない場合の間隔となります。詳細は「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」(平成25年3月30日付け健発0330第2号厚生労働省健康局長通知)の別添「定期接種実施要領」の第2の7を参照ください^{※4}。

<引用>

※1：民法143条

<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=129AC0000000089>

※2：予防接種法施行令の一部を改正する政令(政令第105号)[公布：令和4年3月25日、施行：令和4年4月1日]において、令和4年4月1日～令和7年3月31日までの間、平成9年4月2日から平成20年4月1日までの間に生まれた女子も対象者に追加されました。

※3：厚生労働省 HPV ワクチンに関する情報提供資料 (HPV ワクチンのキャッチアップ接種に関するリーフレット)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/leaflet.html>

※4：「HPV ワクチンのキャッチアップ接種の実施等について」令和4年3月18日付け健発0318第3号厚生労働省健康局健康課長

<https://www.mhlw.go.jp/content/000915791.pdf>

慶 祝



中橋徳文先生 令和3年度産科医療功労者 厚生労働大臣表彰受賞

略 歴

氏 名

なかはし のりふみ
中橋 徳文

生年月日

昭和30年12月11日

学 歴

昭和56年 愛媛大学医学部卒業

受賞のことば

この度は、愛媛県医師会長村上博先生、愛媛県産婦人科医会会長池谷東彦先生のご推挙を受け、このような立派な賞を賜り大変光栄に存じております。関係されました皆様方に心より感謝御礼申し上げます。

私は、昭和56年愛媛大学卒業以来数年愛媛大学に在籍した以外は、現在まで南予の病院に勤務させていただいており、平成9年に市立宇和島病院に赴任し現在に至っています。

平成の初め頃は、南予地区の分娩取り扱い公立病院は6施設で、一人医長での診療を行っている病院も複数ありましたが、産婦人科医の減少・出生数減少に伴い、現在は市立宇和島病院のみとなりました。

南予の出生数減少は顕著で、宇和島圏域の出生数は平成13年1121人であったのが、令和元年には522人と半数以下となっています。

新生児室に赤ちゃんが沢山居て、助産師・看護師が忙しい忙しいと文句？言いながら働いていた頃が懐かしく思い出されます。少子化対策が成功し、またそんな日が来ます様に。

弔 慰

松元 正行 先生

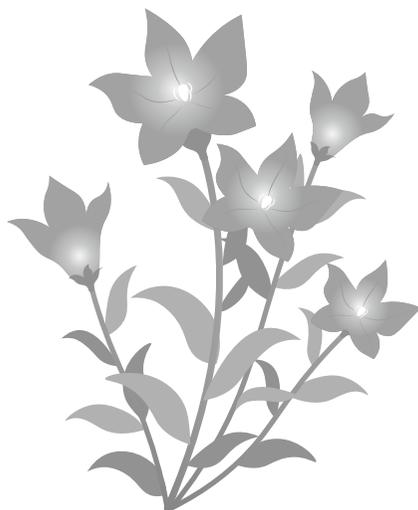
◎令和4年2月3日ご逝去（享年96歳）

・大洲市 自宅会員

角 殖雄 先生

◎令和4年3月4日ご逝去（享年96歳）

・西条市 自宅会員



論 説

新生児搬送症例の検討 2012年～2021年

愛媛県立中央病院 総合周産期母子医療センター 新生児内科 主任部長 穂 吉 真之介



当院では2005年に初代新生児専用救急車「あいあい号」を導入し、2018年には2代目に世代交代し、県内各地から搬送要請していただく病的新生児の新生児搬送に日々利用しています。

今回2012年から2021年の10年間のあいあい号の利用も含めた出生後の新生児搬送症例の現状を検討したのでその現状を概説させていただきます。本稿の詳細は2021年の9月に第601回 松山産婦人科医会例会でお話しさせて頂いた内容であります。

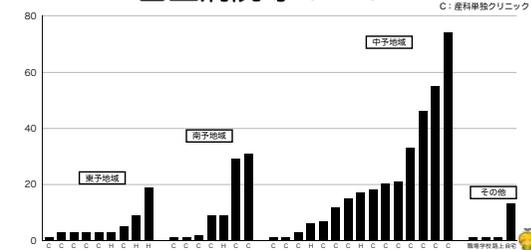
愛媛県は、当院が県内唯一の総合周産期母子医療センターとして、松山赤十字病院、愛媛大学病院、市立宇和島病院、県立新居浜病院、県立今治病院が地域周産期母子医療センターとして認可され、その結果各地域の周産期医療が適切に分業されています。新生児専用救急車「あいあい号」は当科では2005年の導入以降、県内のほぼすべての産科医療施設（23/28施設）からの新生児搬送に対応してきています。

図①は、2012～2021の新生児搬送症例を県内を大きく三つの地域に分けて、各地域ごとの搬送依頼病院の分類を示しています。中予地域は病院小児科経由よりも産科単独クリニックからの搬送が

多く、東予・南予地域は病院小児科・地域周産期センター小児科経由後の当院搬送症例が多く認められます。病院外での出生後の救急車要請も散見

図①

出生病院等2012-2021

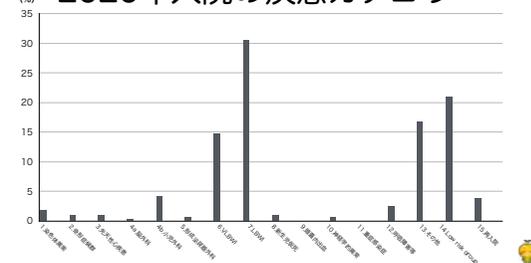


されます。

図②は2020年単年の入院患者全体の各疾患ごと

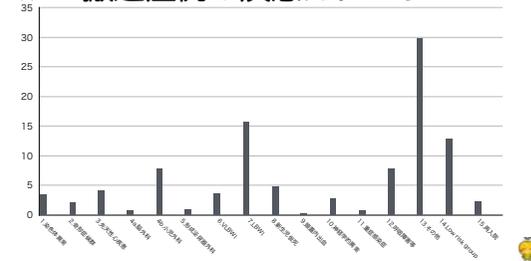
図②

2020年入院の疾患カテゴリー



図③

搬送症例の疾患カテゴリー



の分類、図③は2012～2021の間の新生児搬送症例の各疾患ごとの分類を示しています。出生後の新生児搬送症例(図③)の特徴としては、先天異常(1:染色体異常, 2:奇形症候群, 3:先天性心疾患, 4a:脳外科疾患, 4b:小児外科疾患, 5:形成・泌尿器外科)と、出生後の異常(8:新生児仮死, 9:頭蓋内出血, 10:神経学的異常)の割合が全体に比して多いことがわかります。

図④は染色体異常症例(新生児搬送)の詳細を示しています。17症例中15症例は21トリソミーで、2症例がPrader-Willi 症候群でした。紹介の主訴は外表異常, 呼吸障害, 心雑音など多種多様でしたが、21トリソミー 15症例中13症例は先天性心疾患を合併していました。胎児診断の重要性を再認

図④

染色体異常症例：院外出生

2012-2021				
主訴	先天性心疾患	その他の異常	胎児診断	最終診断
外表異常	PDA	四肢異常	—	21トリソミー
外表異常	PDA	—	—	21トリソミー
外表異常	VSD	—	—	21トリソミー
外表異常	VSD	他の内臓異常	—	21トリソミー
外表異常	VSD, ASD	—	—	21トリソミー
外表異常	VSD, ASD	—	—	21トリソミー
外表異常	—	PH	—	21トリソミー
呼吸障害	—	LBWI, PH	—	21トリソミー
呼吸障害	PDA	—	—	21トリソミー
呼吸障害	ASD	—	—	21トリソミー
呼吸障害	AVSD	PH	—	21トリソミー
呼吸障害	ASD, PDA	—	—	21トリソミー
心雑音	VSD, ASD	—	—	21トリソミー
心雑音	VSD	—	—	21トリソミー
哺乳不良	VSD	—	—	21トリソミー
低出生体重児	—	LBWI	—	Prader-Willi synsyn
活気不良	—	—	—	Prader-Willi synsyn

出生前に紹介いただいたケースは含まれておりません

識する結果となりました。

図⑤は、先天性心疾患(複雑心奇形等の重症例

図⑤

先天性心疾患単独(複雑心奇形等)

院外出生2012～2021

紹介日齢	先天性心疾患	その他の異常	搬送手段	転機
生後2時間	TGA	—	—	胸日に手術可能搬送→転機
生後3時間	CoA	気胸	—	自宅待機
生後3時間	Ebstein奇形	—	—	胸日に手術可能搬送→転機
生後3時間	AP-window	呼吸不全	—	—
生後4時間	AVSD	—	—	胸日に手術可能搬送→転機
生後5時間	Large VSD	新生児仮死	—	胸日→転機
生後5時間	Large VSD	—	—	—
生後6時間	TAPVR	—	—	胸日に手術可能搬送→転機
生後8時間	TAPVR	呼吸不全	—	—
生後11時間	Large VSD	—	—	—
日齢1	Large VSD	—	—	—
日齢2	HILHS	ショック状態	—	自宅待機
日齢2	Large VSD	—	—	自宅待機
日齢2	Large VSD	—	—	自宅待機
日齢3	Large VSD	—	—	自宅待機
日齢4	Large VSD	敗血症	—	自宅待機
日齢4	CoA, VSD, ASD	—	—	自宅待機
日齢4	AVSD, CoA	—	—	自宅待機
日齢4	Large VSD	ショック	—	胸日に手術可能搬送→転機
日齢5	Large VSD	—	—	自宅待機

出生前に紹介いただいたケースは含まれておりません

Small VSDと診断された症例あり

のみ)の内訳となります。

生後24時間以内の搬送が10例で、そのうち6例は同日に手術可能な施設への転院搬送となっており、先天性心疾患の重症度が高いことを意味して

います。日齢1以降の搬送症例の中にも重症症例は含まれおり、複雑心奇形症例は出生前診断から出生後の治療介入の計画が重要と言えます。

図⑥は小児外科疾患の詳細を示しています。新生児小児外科疾患のすべてを網羅しています。搬送時期により大きく疾患分類できます。食道閉鎖症のすべてが日齢1以内に搬送されています、一方で胎児診断を受けていない横隔膜ヘルニアの紹介日齢は様々です、中には自宅退院後に判明した症例もあり出生後の新生児診察の重要性を示唆しています。また腸回転異常のすべてが日齢が経過してからの搬送であり、胎児期に無症状でも出生後の経口哺乳開始に伴いはじめて症状が出現する

図⑥

小児外科疾患単独

院外出生2012～2021

紹介日齢	疾患名	紹介日齢	疾患名
日齢0	先天性食道閉鎖	日齢2	腸閉(他位)
日齢0	先天性食道閉鎖	日齢2	ヒルシュシュラング病
日齢0	先天性食道閉鎖	日齢2	ヒルシュシュラング病
日齢0	腸閉(他位)	日齢2	ヒルシュシュラング病
日齢0	腸閉(他位)	日齢2	胎膜病
日齢0	腸閉(他位)	日齢3	先天性食道閉鎖
日齢0	腸閉(他位)	日齢2	腸閉転異常症
日齢0	腸閉(他位)	日齢4	先天性横隔膜ヘルニア
日齢0	腸閉(他位)	日齢4	先天性横隔膜ヘルニア
日齢0	腸閉(他位)	日齢4	腸閉転異常症
日齢0	腸閉(他位)	日齢6	腸閉転異常症
日齢1	先天性食道閉鎖	日齢6	腸閉転異常症
日齢1	先天性食道閉鎖	日齢6	腸閉転異常症
日齢1	先天性食道閉鎖	日齢7	先天性横隔膜ヘルニア
日齢1	先天性食道閉鎖	日齢7	腸閉転異常症
日齢1	腸閉(他位)	日齢8	腸閉転異常症
日齢1	腸閉(他位)	日齢8	腸閉転異常症
日齢1	先天性横隔膜ヘルニア	日齢9	腸閉転異常症
日齢1	腸閉転異常症	—	—

他の疾患との合併症例は含めていません

ため注意が必要です。

図⑦は院外出生後の極低出生体重児の搬送症例の詳細を示しています。県内の産婦人科の先生方の連携により、早産の出生が予想される場合は適切な時期に母体搬送を行っていただいています。しかし、搬送が間に合わないケースや、緊急症例は年間少数ですが認めています。ほとんどが地域

図⑦

極低出生体重児症例：院外出生

主訴	在胎週数	出生体重	出生病院	予後	搬送方法
VLBWI	25週	733g	地域産科センター	死亡	—
VLBWI	25週	926g	地域産科センター	軽快退院	—
胎膜病	26週	789g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW&双胎	26週	906g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW&双胎	26週	899g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW	27週	883g	地域産科センター	軽快退院	—
胎膜病	27週	990g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW	27週	1003g	産科クリニック	高度在宅医療	—
VLBW	27週	1273g	地域産科センター	高度在宅医療	—
VLBW	28週	1054g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW	28週	1021g	地域産科センター	軽快退院	—
胎膜病	29週	598g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW&双胎	30週	1291g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW&双胎	30週	1249g	地域産科センター	前夜へ送搬送	—
VLBW	31週	1142g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW	31週	1267g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW	32週	860g	地域産科センター	軽快退院	—
VLBW	33週	1358g	地域産科センター	軽快退院	—

集中治療を早く開始できるのが重要

2012-2021

周産期センター小児科を経由しての当科への搬送ではありますが、産科クリニックで出生後の症例もあり極低出生体重児、早産児への治療介入はその児の予後に大きく関与するため、出生前からの母体管理が極めて重要であります。

図⑧は新生児仮死症例の詳細です。出生病院のほとんどが産科単独クリニックです。低体温療法は6例に施行しています。5例に重度な後遺症が残っており、そのすべてに産科医療保障制度が適応されています。出生前からの胎児危機管理、NCPR（新生児蘇生法）の継続学習の重要性があ

図⑧ 重症新生児仮死症例：1分Apgar 3点以下

出生から入院までの経緯	自胎週数	出生体重	Apgar1/5分	出生病院	胎児運搬法	予後	搬送方法
0-34	38週	3013g	不明	路上	搬行	軽快	自治体救急車
0-43	37週	2625g	3/7	産科クリニック	遠心外	軽快	あいあい号
0-45	40週	2747g	1/4	産科クリニック	遠心外	軽快	あいあい号
0-49	40週	2721g	3/4	産科クリニック	遠心外	軽快+HIE	あいあい号
0-55	41週	3689g	2/7	産科クリニック	遠心外	軽快	あいあい号
1-01	40週	2981g	3/2	産科クリニック	搬行	軽快	あいあい号
1-01	38週	3551g	1/6	産科クリニック	遠心外	軽快	あいあい号
1-04	39週	2485g	3/7	産科クリニック	遠心外	軽快	あいあい号
1-05	40週	3251g	2/2	産科クリニック	搬行	重症+HIE	あいあい号
1-11	40週	2673g	1/2	産科クリニック	胎児運搬車	重症+HIE	あいあい号
1-16	38週	3463g	1/3	産科クリニック	遠心外	軽快	あいあい号
1-34	40週	2845g	1/4	胎児運搬車	搬行	軽快	あいあい号
1-39	38週	2450g	1/3	産科クリニック	遠心外	軽快	あいあい号
1-58	41週	2940g	1/1	産科クリニック	胎児運搬車	重症+HIE	あいあい号
2-16	38週	2819g	0/3	産科クリニック	搬行	重症+HIE	あいあい号
3-08	39週	3216g	1/4	産科クリニック	遠心外	軽快	自治体救急車
4-23	40週	3400g	2/6	産科クリニック	搬行	軽快	あいあい号
4-55	39週	3164g	3/5	産科クリニック	遠心外	軽快	あいあい号
19-48	35週	2014g	1/3	胎児運搬車	胎児運搬車	重症+HIE	あいあい号 2012-2021

らためて浮き彫りになった結果といえます。

図⑨は自宅等の産科医療施設外での出生後の搬送症例の詳細です。自宅分娩が12例で、8例が妊婦検診を受けていませんでした。35週以下の早産の症例も含まれており、未妊検妊婦への妊娠前か

図⑨ 自宅等での分娩後の入院症例

出生から入院までの経緯	出生場所	妊婦検診	在胎週数	出生体重	合併症	搬送方法
0-25	自宅	あり	38週	3049g	低血糖	あいあい号
0-34	路上	あり	38週	3019g	重症仮死、産傷	自治体救急車
0-40	自宅	あり	38週	2787g	肺萎	自治体救急車
0-45	自宅外	なし	38週	2257g	低体温	自治体救急車
0-47	自宅	あり	32週	2293g	低体温	自治体救急車
0-50	自宅	あり	38週	2257g	低血糖、低体温	自治体救急車
0-53	自宅	なし	39週	2516g	低体温	自家用車
0-59	自宅	なし	38週	2267g	低体温	自治体救急車
1-03	自宅	なし	40週	3301g	低血糖、低体温	自治体救急車
1-36	自宅	なし	35週	1641g	低体温、低血糖	あいあい号
1-57	自宅外	なし	32週	1737g	低体温、RDS	自治体救急車
2-53	自宅→産院	あり	32週	1922g	低体温、RDS	あいあい号
3-40	自宅→地域産院	あり	25週	929g	胎児内出血	あいあい号
3-45	自宅→地域産院	なし	27週	683g	胎児内出血	あいあい号
6-32	自宅	なし	38週	3703g	低体温	自治体救急車 2012-2021

らの啓蒙活動が重要であわせて特定妊婦への出生前からの支援も必要と言えます。

今回、2012年から2021年までの10年間の当科における、新生児搬送症例の詳細を検討しました。愛媛県内は産科医療機関の連携がしっかり取れており、母体搬送のシステムが十分機能しています。しかし、そのシステムからこぼれ落ちる症例に対応するには新生児搬送システムの確立が不可欠です。当科のあいあい号を利用した新生児搬送システムだけでは不十分ですが、今後も愛媛県内の新生児医療施設の重要な役割を果たしていきたいと考えております。産科医療施設の先生方にも是非ともご協力していただければ幸いです。今後とも愛媛県内で生まれるすべての赤ちゃんにとって安心・安全な医療を提供できるように日々努力していきたいと考えております。



学 術

子宮内膜症の進行の連鎖を断つ ～より長期的な子宮内膜症管理を目指して～

奥島病院 婦人科 横山 幹文



【緒言】女性のライフスタイルの変化，すなわち未婚率の上昇，出産の高齢化と少産化に伴い，子宮内膜症患者は年々増加の一途にある。子宮内膜症は月経のある女性の約10%にみられ，現在の患者数は260万人

以上と推定されている。しかしながら，約60%の女性は子宮内膜症と診断されず，その症状を理解されずに適切な治療を受けないまま，症状悪化あるいは再発を繰り返していると言われている。本稿では子宮内膜症管理の問題点をあげ，その診断法と管理法を再考する。

【子宮内膜症管理の問題点】

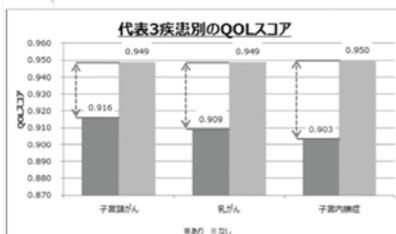
#内膜症女性のQOLは低く，その医療支出と生産性損失の割合が高い。

政府は女性の社会活躍の推進を成長戦略の一つ

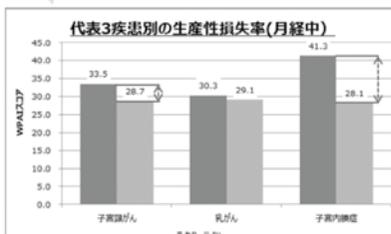
と掲げており，社会全体で働く女性の活躍を推進する機運が高まっている。一方，女性が働き続けるための健康面への配慮は十分といえない。2016年日本医療政策機構は正規雇用の女性2,091名（平均年齢42.1）を対象とした研究において，女性の健康増進が社会に及ぼす影響を社会経済的側面から検証した。¹⁾ この研究において，下記の結果が示された。1) 代表的婦人科疾患（子宮頸がん・乳がん・子宮内膜症）を抱える働く女性の年間の医療支出と生産性損失を合わせると6.4兆円（医療費1.42兆円，生産性損失4.95兆円）に上ること。2) 子宮頸がん，子宮内膜症の方の生産性損失の割合が高いこと。以上のことは女性のヘルスケアを担う産婦人科医が積極的に子宮内膜症を診断治療し，女性の健康増進を図り，日本の社会経済的損失を少なくしていくことに貢献しなければならないことを示している。

調査結果抜粋：研究① 女性の健康増進が社会にもたらす影響の社会経済的検証

婦人科疾患にかかったことのない人の方がQOL（生活の質）が高い



子宮頸がん、子宮内膜症にかかったことのある人の方が、生産性損失の割合が高い





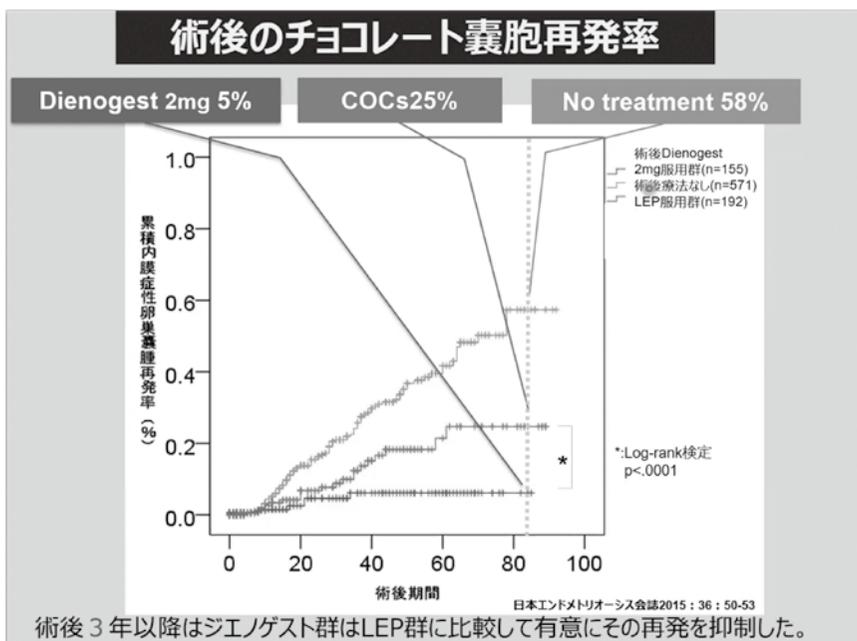
#子宮内膜症の診断の遅れ

2019年S.K.Agarwalらは“A Call to Action”の中で子宮内膜症女性の多くは診断されず、結果として持続性に進行する症状が、その身体的、精神的、社会的状況に負のインパクトを与えている。現在の子宮内膜症の標準治療が治療開始前の腹腔鏡による確定診断に依存している結果、初発症状と診断、それに続く治療との間にしばしば大きな遅れを生じている。その解決策としては、より積極的に臨床的診断方法を活用して、内膜症女性により早く安心をもたらし、病勢の進行とそれにより引き起こされる結果を断つことであると述べている。²⁾ すなわち、腹腔鏡による確定診断を待たずに、いわゆる臨床的子宮内膜症と診断し、早期

に治療介入を行うことの重要性を強調している。

#術後再発率の高さ

術後、子宮内膜症の再発の多いことはよく知られるところである。2015年太田らはhigh volume centerである自施設での術後6年間にわたる薬物療法の効果を報告している。³⁾ それによると、ジェノゲスト2mg群では6年後の内膜症性嚢胞の再発は5%であったのに対し、LEP/OC群では25%、無治療群では58%であった。従って術後の妊娠希望のない内膜症女性には何らかの薬物療法を行い、副作用、特に不正出血を抑えながら可能な限り長期間に亘り、薬物療法を最大化させることが現在の標準的管理法としてコンセンサスとなっていると考えられる。



#子宮内膜症では多彩な症状が長期間持続することによりQOLを低下させる

前述の子宮内膜症女性の社会経済学的損失の検証より明らかのように、子宮内膜症女性は多彩な症状によってそのQOLが低下している。慢性骨盤痛を始め、月経困難、性交時痛、排便時痛、排尿時痛など多彩な痛みを苦しんでいる。痛みのみではなく、疲労感、うつ症状に悩まされている。不妊症との関連も周知の事実である。さらに疫学的調査では、様々な周産期有害事象、卵巣がん、乳がん、メラノーマ、喘息、関節リウマチ、心血管疾患のリスクが高いことが報告されている。このような多彩な症状、疾患との関係から、子宮内膜症は単なる病気ではなく、症候群syndromeとして、女性の生涯にわたる治療を考えるべきであるとの提案がなされている。^{3) 4)} 正に子宮内膜症は慢性炎症性神経性疾患と言われる所以である。

#子宮内膜症と周産期有害事象との関連

子宮内膜症と周産期有害事象との関連については、2021年に発行された子宮内膜症取扱い規約／第2部／第3版のCQに取り上げられた。すなわち、CQ 3子宮内膜症・子宮腺筋症により産科合併症は増加するか？に対して、1子宮内膜症の合併あるいは既往のある妊婦は、早産、前置胎盤などの産科合併症リスクが増加すること、および2子宮腺筋症の合併のある妊婦は早産、低出生体重児、妊娠高血圧腎症の産科合併症リスクが増大することがエビデンスレベル1 (systematic review/meta-analysis) を以て記載された。2018年S Lalaniら⁶⁾ は論文33編、サンプルサイズ3,280,488人のメタアナリシスから下記の結果を示した。妊娠高血圧腎症 (odds ratio OR=1.21[1.05-1.39])、妊娠糖尿病 (OR= 1.26 [1.03-1.55])、前置胎盤 (OR=3.31[2.37-4.63])、早産 (OR=1.70[1.40-

2.06])、SGA (OR=1.28[1.11-1.49]) と報告した。さらに自然妊娠とART妊娠のサブグループでの比較では、自然妊娠群では子宮内膜症女性は前置胎盤、帝王切開、早産、SGAとの関連があり、ART妊娠では前置胎盤と早産との関連が示された。2019年Farlandらは米国のThe Nurses' Health Study IIの登録データから196,722人の腹腔鏡で確認されている子宮内膜症女性のデータが解析された。⁷⁾ その結果、自然流産 (RR=1.40, 95%CI 1.31-1.49)、異所性妊娠 (RR=1.40, 95%CI 1.31-1.49)、妊娠糖尿病 (RR=1.35, 95%CI 1.11-1.63)、妊娠高血圧症候群 (RR=1.30, 95%CI 1.16-1.45) であった。また子宮内膜症女性の癒着胎盤のリスクも報告されている。2017年Berlacらはデンマークのレジストリ登録から手術で診断された子宮内膜症患者の初産19331分娩を解析した。⁸⁾ 癒着胎盤 (OR=3.1[1.4-6.6])、前置胎盤 (OR=3.9[3.5-4.3]) であった。初産を対象としているにも拘らず、前置胎盤、癒着胎盤のリスクが上昇していた。これらの周産期有害事象の発生は子宮内膜症の病態と関係が深い。すなわち子宮内膜の黄体ホルモン抵抗性 (P 4レジスタンス) が子宮内膜間質の脱落膜化の障害>着床の遷延>胎盤形成不全>流産不生育症・前置胎盤・FGRのシークエンスを形成することが想定されている。また内膜症病巣に活性酸素が増加し、細胞内にフリーラジカルを蓄積させる。これがjunctional zoneの障害、炎症反応の波及を起こし、らせん動脈リモデリングの障害から妊娠高血圧症候群、早産に至ることが推定されている。

#うつと子宮内膜症との関連

2021年SJ Estesらは米国における子宮内膜症女性のメンタルヘルスの頻度を調査する目的で後方視的マッチドコホート研究を行った。¹⁰⁾ 対象

は18歳から50歳までの腹腔鏡で確認された子宮内膜症女性72,677人，非内膜症女性147,251人を対象とした。その結果，不安障害；修正ハザード比 (adj.HR) 1.38 [95%CI 1.34-1.42]，うつadj.HR=1.48 [95%CI 1.44-1.53]，自傷行為 adj.HR=2.03 [95%CI 1.60-2.58]であった。これらの疾患は特に35歳以下の女性で有意な相関 ($p<0.01$) を認めた。さらに2021年EO Adewuyiらは，遺伝子解析 (genome-wide association study; GWASおよびlinkage disequilibrium score regression; LDSC) により，子宮内膜症とうつ患者にはゲノムのオーバーラップが有意に存在し，両者に有意な相関を認めた。¹¹⁾ この結果により両者は共通した遺伝学的病因を有していることが明らかになった。自験例でもDIE手術療法後の妊娠例の産後うつ，DIE術後の心因性多飲多尿症，重症子宮内膜症の双極障害，不安障害の患者を経験した。子宮内膜症の治療をする場合はメンタルヘルスケアが重要であるとともに，手術適応に際し，それらの精神症状の顕在化，悪化が懸念されるため注意を要する。

#心血管イベントリスクとの関連

子宮内膜症と心血管イベントリスクとの関連については，2021年に発行された子宮内膜症取扱い規約／第2部／第3版のCQ6に取り上げられた。子宮内膜症は心血管イベントのリスク因子となるか？とのCQに対して，将来の狭心症，心筋梗塞，脳梗塞のリスクとなることが示唆されていると記載された。エビデンスレベルはIII (non-RCT) となった。Nagaiらによる2001~2007年におよそ日本人5万人が登録された横断研究Japan Nurses' Health Studyでは脳梗塞における子宮内膜症の併存ORは2.10 (95%CI 1.15-3.85) であった。¹²⁾ 2019年JTanらのsystematic reviewでは，外科的に診断された子宮内膜症女性のアテローム性心血管疾

患の相対リスクは心筋梗塞1.52倍，狭心症1.91倍，冠動脈バイパス手術1.35倍，高コレステロール血症1.25倍，高血圧1.14倍と報告された。子宮内膜症は酸化ストレスを伴う慢性全身性炎症性疾患であり，この病態が将来の不安定狭心症，心筋梗塞，脳梗塞に発展するアテローム性動脈硬化に関連するエビデンスが蓄積されつつある。前述の子宮内膜症は一つの症候群であるとの提言に繋がると考えられ，子宮内膜症女性の若い時期からのヘルスケアの重要性が示唆される。

#子宮内膜症性嚢胞の癌化リスク

子宮内膜症が卵巣癌の発症リスクを高めることは周知の事実である。2014年HS Kimらのメタアナリシス (n=44,225) では，RR=1.27 (95%IC 1.21-1.32) であった。さらに下記のような結果が報告された。¹²⁾ 進行期I/II期 RR=1.96 (95%IC 1.37-2.81)，分化度G1 RR=1.32 (95%IC 1.15-1.51)，未産婦 RR=1.33 (95%IC 1.25-1.42)，明細胞癌 RR=2.61 (95%IC 2.23-3.05) 類内膜癌 RR=1.76 (95%IC 1.55-2.00) PFSおよびOSに有意差なし。以上より，子宮内膜症に関連した卵巣癌は早期卵巣癌，低分化度，組織学的に類内膜がん，明細胞癌との関連が示された。しかしながら，卵巣癌発症後の進行には子宮内膜症の関与は少ない。子宮内膜症取扱い規約2010では，下記表に示す年齢別の卵巣チョコレート嚢胞の卵巣癌合併率が記載されており，40歳代以上の卵巣子宮内膜症性嚢胞の長径4cm以上は造影MRI，腫瘍マーカー等の診断方法を組み合わせて，注意深く経過観察するべきとしている。

20歳未満	0%	50歳代	21.9%
20歳代	0.57%	60歳代	49.1%
30歳代	1.29%	70歳以上	40.7%
40歳代	4.11%		

【臨床的子宮内膜症の診断のポイント】

前述の子宮内膜症の診断の遅れを縮めていくために、臨床的子宮内膜症の診断のポイントについて述べる。従来、子宮内膜症の診断は腹腔鏡による骨盤内病変の確認が基本であったが、骨盤痛を呈する月経周期に依存した慢性炎症性全身性疾患を臨床的子宮内膜症として診断することも可能である。このアプローチにより子宮内膜症の診断の遅れを縮めていくことにつながる。前述の2019年SK Agarwalらの[A Call to Action/ajog.org]のアルゴリズムを紹介する。²⁾

#アルゴリズム1～自覚症状の存在を評価する。

より子宮内膜症に特異度の高い、以下の症状を問診時に確認する。すなわち、持続する月経周期ごとに悪化する、あるいは繰り返す骨盤痛（感度25%/特異度89%）、重度月経痛（感度58%/特異度70%）、骨盤深部の性交痛（感度16%/特異度96%）、周期的な排便時痛、周期的な排尿時痛、周期的な骨盤外（肺、皮膚等）の症状の自覚症状を問診時に確認する。又同時に上記の痛みのレベルを見える化することが重要である。2015年N Bourdelらは子宮内膜症の痛みの評価に関するシステマティックレビューを行い、VAS；visual analogscaleが最も汎用され、治療後の臨床的に重要な最小限の変化を評価することができるとしている。¹³⁾

#アルゴリズム2～関連する既往歴と家族歴の存在を評価する。

子宮内膜症に関連する既往歴又は家族歴を確認することも重要である。すなわち、不妊歴（OR=3.6[95%CI,3.0-4.4]、思春期の月経困難症、以前の腹腔鏡診断、NSAIDsの無効な月経痛、子宮内膜症の家族歴（特に一親等内）（OR=2.7[95%CI,1.1-7.1]）を問診で聴取する。

#アルゴリズム3～膣直腸診での理学的診察を実施する。

産婦人科医であれば当然のことではあるが、下記のような膣直腸診によって、ダグラス窩腫瘍、子宮後屈、内膜症に合致する腫瘍、ダグラス窩および左右仙骨子宮靭帯部の圧痛の程度とその分布の所見をとる。（感度18-74%/特異度72-96%）通常の内診では子宮背側～ダグラス窩の所見を見落とす可能性があるので注意する。また膣直腸診は患者との同意を得て、関係性を築いてから行う方が信頼度は高まると思われる。最近の画像診断の発達により、若い産婦人科医がこの膣直腸診を行っていないことを懸念する。

#アルゴリズム4～画像検査を実施する。

子宮内膜症に対する画像検査はUSTおよびMRI検査が重要であることは論を俟たないが、内膜症性嚢胞を検出するだけの検査だけでは片手落ちになる可能性がある。同時に子宮、卵巣、周囲臓器との動き、圧痛等を所見に組み込むことで情報量を格段に増やすことができる。具体的にはsliding signや圧痛の局在を検出することが、臨床的子宮内膜症の診断に重要である。（感度9-94%/特異度67-100%）これらの所見を組み合わせることにより、嚢胞性病変を伴わない子宮内膜症の診断精度が上がると考えられる。紙面の都合上、詳細は割愛するが、2016年S.GuerrieroらのUltrasound in Obstetrics & Gynecology¹⁴⁾に動画付きの詳しい解説があるため参照していただきたい。また腹腔鏡手術の難易度を評価する目的での単純MRI（感度55-87%/特異度86-99%）、MRIゼリー法による評価も重要である。特に単純MRIでのDIEの存在を示唆するT2協調画像での直腸周囲脂肪組織の子宮側の欠損像や子宮後壁との直腸間の連続した索状構造は重要な所見である。これらは2017年

A. L.ThalluriらにJ Medical Imaging and Radiation

Oncology¹⁵⁾ に詳しいので参照されたい。



T2W：直腸周囲脂肪組織の子宮側欠損像

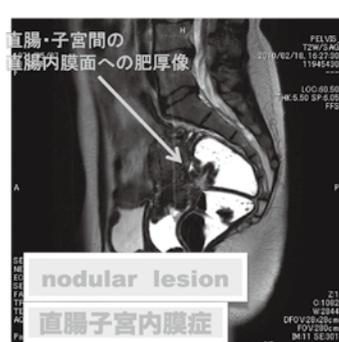


T2W：子宮後壁と直腸間の連続した索状構造

さらにMRIゼリー法も手術適応を決定する際の腹腔鏡手術の難易度を推定することに有用である。

こちらも2005年武内らの報告¹⁶⁾を参照されたい。さらにこれらの方法で直腸子宮内膜症が示唆さ

直腸・子宮間の直腸漿膜面への肥厚像



れた場合は、大腸造影での診断がその範囲、程度を知る鍵となり、腹腔鏡手術におけるリスク評価が可能になる。必要な場合は大腸外科医の応援を仰ぐ場合がある。大腸造影におけるテザリング、すなわち粘膜面の鋸歯状辺縁像を表現する文言であるが、外側から病変が浸潤し、粘膜面の進展性が不良になっている状態で骨盤深部子宮内膜症が直腸筋層内に浸潤していることを示唆している。このような症例では直腸穿孔を来さないための注

意深い癒着剥離が必要となる。

【管理法のポイント】

#薬物療法の最大化と反復手術の回避

子宮内膜症の疼痛管理、妊孕性の改善、チョコレート嚢胞管理において、腹腔鏡手術がthe golden standardであることは、Cochrane Database Systemic Review¹⁶⁾をはじめ、多くの国内外のガイドラインでコンセンサスとなっている。しかしながら、前述のように術後再発率の高さも同時

に認められていることから、どのように質の高い手術療法を行なったとしても、子宮内膜症を手術のみで長期的に管理することは困難であると考えられる。そこで改めて2011年のP.Vercelliniらの論文の要旨を再確認したい。すなわち、子宮内膜症は長期的管理方針を必要とする慢性炎症性疾患である。そのゴールは薬物療法の最大化と反復手術の回避である。反復手術の回避の方法は現時点では術後の薬物療法であり、有力候補はプロゲステンまたはLEPの連続投与が推奨されている。¹⁷⁾ 術後のホルモン抑制が有意に子宮内膜症の再発のリスクを減少したすることがすでに証明されている(RR 0.41, 95% CI: 0.26 to 0.65)。¹⁸⁾ 術後のホルモン療法を最大限に継続して、術後再発を予防し反復手術を避けることが患者の利益、QOLを

保つ現時点での最大の方策であると考えられる。

#薬物療法の工夫

術後薬物療法を最大化させる場合また臨床的
子宮内膜症と診断し薬物療法を最大化させる場合、
長期の薬物療法による副作用による限界を十分考
慮に入れる必要がある。さらに子宮内膜症女性が
長期に薬物療法を継続させること、すなわちコン
プライアンスを上げるために最も頻度の多いが合
併症である不正出血の管理が必要となる。DNG
あるいはLEPの最大の副作用は不正出血であるが、
その対策として下図のようなGnRH analogある
いはGnRH antagonistとのsequentialな併用療法が提
唱されている。¹⁹⁾ この併用療法により、より不正
出血を軽減させながら、薬物療法を長期化させる
ことが重要であると考えられる。

ジエノゲスト/LEPとGnRHagonist/antagonist のsequential療法

GnRH agonist

3~6カ月

ジエノゲスト0.5mg/1mg or LEP

1年~4年以上

GnRH antagonist

1~6カ月

ジエノゲスト0.5mg/1mg or LEP



【結語】

#子宮内膜症は慢性炎症性疾患であり、女性のQOLを生涯に亘り低下させ、その社会的経済的損

失は大きい。

#従来の疼痛管理や不妊治療のみならず、周産期管理、メンタルヘルスケア、がん化の早期発見、

心血管系疾患の予防など幅広い女性のヘルスケアを行うため、早期から子宮内膜症を診断し、臨床子宮内膜症として重症化する前に介入すべきである。

#女性のヘルスケアを担う産婦人科医は内膜症の

再発や反復手術を避けるために適切な時期での手術介入（がん化が疑われなければ1回のみ）や長期の薬物療法を最大化させることにより、子宮内膜症の進行を断ち切ることを常に念頭に置いて内膜症を管理すべきである。



(この学術の内容は、令和4年4月27日松山産婦人科医会で講演した内容の一部です。講演の機会をいただいた矢野浩史会長、本田直利先生に感謝申し上げます。)

参考文献

1) 働く女性の健康増進調査2018. 日本医療政策機構 March 22,2018
https://hgpi.org/wp-content/uploads/160226_調査結果サマリー_働く女性の健康増進調査.pdf

2) SK.Agarwal et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action ; American Journal of Obstetrics & Gynecology APRIL 2019,354
 3) Phillipa T.K. Saunders and Andrew W. Horne. Endometriosis: Etiology, Pathobiology and therapeutic Prospects.Cell 184,May 27,2021
 4) Hickey, M., Missmer, S., and Horne, A.W.. Reclassifying endometriosis as a syndrome would benefit patient care. The BMJ Opinion 2020

- 5) 子宮内膜症取扱い規約 第2部 第3版 2021年子
- 6) S Lalani et al. Endometriosis and adverse maternal, fetal and neonatal outcomes, a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2018 Oct 1;33(10):
- 7) LV Farland et al. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. *Obstet Gynecol.* 2019 Sep;134(3):527-536.
- 8) JF Berlac et al. Endometriosis increases the risk of obstetrical and neonatal complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017 Jun; 96(6):751-760.
- 9) Umberto Leone Roberti Maggiore et al. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes. *Human Reproduction Update*, Volume 22, Issue 1, January/February 2016, Pages 70–103,
- 10) SJ Estes et al. Depression, Anxiety, and Self-Directed Violence in Women With Endometriosis: A Retrospective Matched-Cohort Study *Am J Epidemiol.* 2021 May; 190(5): 843–852.
- 11) EO Adewuyi et al Genetic analysis of endometriosis and depression identifies shared loci and implicates causal links with gastric mucosa abnormality *Hum Genet.* 2021 Mar;140(3):529-552.
- 12) HS Kim et al. Risk and prognosis of ovarian cancer in women with endometriosis: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2014 Apr 2;110(7):1878-90.13) N Bourdel et al. Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? *Hum Reprod Update* Jan-Feb 2015;21(1):136-52.
- 14) S.Guerriero et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* Volume 48, Issue 3 September 2016 318-332
- 15) AL Thalluria et al. MRI findings in deep infiltrating endometriosis: A pictorial essay. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology / Volume 61, Issue 6 / p. 767-773*
- 16) J Brown et al. Endometriosis: an overview of *Cochrane Reviews.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Mar 10;2014
- 17) P Vercellini et al. 'Waiting for Godot': a commonsense approach to the medical treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2011 Jan;26(1):3-13
- 18) A Zakhari et al. Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.*2021 Jan 4;27(1):96-107.
- 19) Kitawaki J et al. Maintenance therapy involving a tapering dose of danazol or mid/low doses of oral contraceptive after gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for endometriosis-associated pelvic pain. *Fertil Steril* 2008 Jun;89(6):1831-5

理事会だより

愛媛県産婦人科医会役員会（令和3年度第2回）

◎日 時 令和3年12月7日(火) 午後7時～

◎場 所 愛媛県医師会館 4階 第2会議室
松山市三番町4丁目5-3
Tel.089-943-7582

次 第

1. 開 会（進行・池谷会長）

2. 報 告

(1)8～12月開催愛媛県内産婦人科研修会等
報告、1月以降開催予定【資料1】

①Takeda Rare Disease Academy in EHIME
(10.20)

②愛媛県産婦人科医会学術集談会・臨床集
談会 (11.20)

③四国産婦人科臨床フォーラム (11.26～)

④愛媛小児先進医療セミナー (11.30)

⑤愛媛県医師会母体保護法指定医師研修会
(12.18開催)

⑥愛媛産婦人科特別セミナー (1.15開催)

※(1)の①～④は終了のため資料報告のみ

(2)日産婦医会等8月～12月開催会議等報告

【資料2】

①日産婦医会地域代表者全国会議 (9.23)

②日産婦医会全国医療安全担当者連絡会
(11.3)

③日本医師会家族計画母体保護法指導者講
習会 (12.4)

※日産婦医会四国ブロック協議会・医療
保険協議会は殆どの役員が参加のため
省略

(3)令和3年おぎゃー献金額報告 【資料3】

(4)日産婦医会施設情報報告並びに偶発事例報
告の依頼について 【資料4】

(5)四国産科婦人科学会会費について【資料5】

3. 協 議

(1)令和4年度愛媛県産婦人科医会会費につい
て 【資料6】

(2)令和3年度愛媛県産婦人科医会・愛媛産科
婦人科学会総会開催について (3.26開催)

(3)令和4年度日産婦医会四国ブロック協議
会・医療保険協議会開催について (R.4.8.27

～28・於 松山市) 【資料7】

4. 閉 会

愛媛県産婦人科医会常任理事会（令和3年度第1回）

◎日時 令和4年2月16日(水) 午後7時～

◎場所 愛媛県医師会館 4階 第2会議室
松山市三番町4丁目5-3
TEL08-943-7582

次第

1. 開会（進行・池谷会長）
2. 報告
 - (1)研修会・講演会開催予定 【資料1】
 - ・第9回愛媛県周産期症例検討会（2.17開催）
 - ・第6回愛媛遺伝性疾患研究会（3.4開催）
 - ・CAYA世代対応ネットワーク妊孕性ネットワークセミナー（3.12開催）
 - ・愛媛県医師会子宮がん検診従事者講習会（3.19開催）
 - ・第8回愛媛生殖医学研究会（3.19開催）

・愛媛県産婦人科医会学術講演会(3.27開催)

(2)令和3年おぎゃー献金額報告 【資料2】

3. 協議

(1)令和3年度愛媛県産婦人科医会総会・愛媛産科婦人科学会総会開催（書面表決）について 【資料3】

(2)令和2年度愛媛県産婦人科医会会計決算並びに愛媛産科婦人科学会会計決算について 【資料4・5】

◆監査報告 【資料・当日配布】

(3)令和4年度愛媛県産婦人科医会事業方針並びに予算について 【資料・6・7・8・9・10】

4. 閉会

愛媛県産婦人科医会役員会（令和3年度第3回）

◎日時 令和4年3月8日(火) 午後7時～

◎場所 愛媛県医師会館 4階 第2会議室
松山市三番町4丁目5-3
TEL089-943-7582

次第

1. 開会（進行・池谷会長）
2. 報告
 - (1)会議・研修会・講演会報告並びに開催について 【資料1】
 - ・愛媛産婦人科特別セミナー報告（1.15）
 - ・第9回愛媛県周産期症例検討会（2.17）
 - ・第6回愛媛遺伝性疾患研究会（3.4）
 - ・CAYA世代対応ネットワーク妊孕性ネットワークセミナー（3.12開催）

トワークセミナー（3.12開催）

・愛媛県医師会子宮がん検診従事者講習会報告（3.19開催）

・第8回愛媛生殖医学研究会（3.19開催）

・愛媛県産婦人科医会学術講演会(3.27開催)

・愛媛県産婦人科医会学術集談会(5.21開催・於：リジェール松山)

(2)令和3年おぎゃー献金額報告 【資料2】

3. 協議

(1)愛媛県産婦人科医会総会・愛媛産科婦人科学会総会開催（書面表決）について

【資料別冊・3】

①令和2年度愛媛産科婦人科学会決算並び

に愛媛県産婦人科医会決算・監査報告

③令和4年度愛媛県産婦人科医会予算

【資料別冊・4】

【資料別冊・6・7】

②令和4年度事業方針

【資料別冊・5】

4. 閉会

愛媛県産婦人科医会役員会（令和4年度第1回）

◎日時 令和4年7月7日(木) 午後7時～

(5)日産婦医会全国献金担当者連絡会

◎場所 愛媛県医師会館 4階 第2会議室

【資料5】

松山市三番町4-5-3

(6)日産婦医会全国医療保険担当者連絡会報告

TEL089-943-7582

【資料6】

次第

(7)日産婦医会総会報告

【資料7】

1. 開会（進行・池谷会長）

2. 報告

3. 協議

(1)講演会・研修会開催について（時間の都合により資料提出のみ）

【資料1】

・第72回愛媛県産婦人科医会学術集談会（5.21）

・第25回愛媛県周産期医療研究会（6.11）

・愛媛県産婦人科医会夏期講習会（7.2）

(2)MCMC母と子のメンタルヘルス研修会

（入門編・オンライン研修会）開催について（7.24）

【資料2】

(3)産科医療功労に対する厚生労働大臣表彰の推薦報告

【資料3】

(4)日産婦学会専門医制度愛媛地方審査委員会報告

【資料4】

(1)第48回良い子を産み育てる妊婦の日開催について

【資料8】

(2)地域産婦人科医会講演会に対する助成金について

【資料9】

(3)日産婦医会四国ブロック協議会・医療保険協議会開催について（8.27～28）

①日程並びに参加者

【資料10】

②ブロック協議会提出議題の愛媛県の回答並びに回答者

【資料11】

③ブロック医療保険協議会議題（回答者は審査委員）

【資料12】

4. 閉会

※同封の資料は当日必ずご持参ください

学会だより

第71回愛媛県産婦人科医会学術集談会 第37回愛媛県産婦人科医会臨床集談会

日 時：令和3年11月20日(土) 15時30分～19時00分

ハイブリッド開催：(WEB視聴&リジェール松山)

会 場：リジェール松山8階クリスタルホール

愛媛県松山市南堀端町2-3

TEL 089-948-5630

プ ロ グ ラ ム

第 1 群 15：30～16：10

第 2 群 16：10～16：50

第 3 群 17：00～17：30

特別講演 18：00～19：00

『産婦人科における性分化疾患の治療』

九州大学大学院医学系研究院 生殖病態生理学分野 教授 加藤 聖子 先生

特別講演抄録

産婦人科における性分化疾患の治療

九州大学大学院医学系研究院 生殖病態生理学分野 教授 加藤 聖子 先生

産婦人科学は、卵の発生から始まり、胎児期・新生児期・思春期・生殖期・更年期・老年期を経て死を迎えるまで、「女性の一生を診る」学問である。多くの疾患が女性医学の範疇に入るが、本講演では胎児期や新生児期に診断され、成人期までのフォローが必要な「性分化疾患」を例に、多診療科連携について取り上げる。

ターナー症候群は、性染色体異常症の一つでX染色体の1本の全欠失や短腕の欠失が起こる。胎児期には後頸部の皮膚のたるみ（胎児嚢胞性ヒグローマ）で見つかり、羊水検査で診断されることもある。出生後は低身長に加え心疾患などを併発し、小児科で成長ホルモン投与や合併症のフォローを受けている。産婦人科では12～15歳の間

に身長が140cmに達した後、エストロゲン少量療法を開始し、0.09mg, 0.18mg, 0.36mgと段階的に増量して、約2年後に成人量0.72mgにまで増量する。Kaufmann療法への移行は、上記の最大量、すなわち成人量で6か月を経過するか、あるいは途中で消退出血が起こるか、いずれかの早い時点で行う。また、骨粗鬆症の予防を行うことも重要である。

総排泄腔遺残症は膀胱・尿道と直腸・肛門の分離過程が障害され尿道・腔・直腸が共通の総排泄腔に開き、会陰には総排泄腔のみが開口している。この遺残した総排泄腔は共通管とも呼ばれる。本邦での2014年の全国集計では、6万人から10万人の出生に1人の割合で発生しており、年間発生数は平均14.8人と報告される先天性難治性希少泌尿生殖器疾患の一つである。治療は新生児期に人工肛門造設が行われた後、共通管が3cm未満の場合、幼児期に一次的に腔・肛門形成を行う。二次性徴発来前後において産婦人科を受診してもらい、FSH, エストラジールを測定する。共通管が3cm以上の場合には術後腔狭窄による月経血流出生涯を

起こすことが多く、腔拡張術を行う。また、外陰形成不全を合併することも多く、形成外科と一緒に外陰形成を行うこともある。しかし、多くの症例において腔形成後も腔狭窄による月経血流出路障害に関連する症状が認められる。成人症例にて結婚・妊娠・出産に至った症例はあるが、性交渉及び妊娠成立・維持の問題が継続している。また、当科ではこれまで2例の妊娠・分娩症例を経験している。総排泄腔遺残症術後の妊娠中の管理では、子宮奇形による早産傾向、腎機能障害に注意が必要である。また、小児期に複数回の手術を繰り返していることが多く、高度癒着に対し帝王切開時には他科との連携が必要になってくる。総排泄腔遺残症の治療および管理は、出生直後から小児期・思春期を経て成人期まで生涯にわたり続く。小児科・小児外科・産婦人科・泌尿器科・内科・形成外科の他、心理的なケア・サポートが必要な場合も多く、看護師や遺伝子異常を伴う場合は遺伝カウンセリングを含む多職種で行う必要があり、女性の一生のヘルスケアを扱う分野である産婦人科の重要な疾患の一つである。

一般演題抄録

当院で管理を行った品胎妊娠6例の検討

愛媛県立中央病院 産婦人科

島瀬奈津子, 森 美妃,
市川瑠里子, 伊藤 恭,
行元 志門, 今井 統,
阿南 春分, 池田 朋子,
田中 寛希, 阿部恵美子,
近藤 裕司

【はじめに】品胎妊娠では、母体の妊娠合併症のリスクや早産に伴う児の未熟性が問題となるが、

確立された管理方法はなく各施設により異なるのが現状である。今回我々は当院で周産期管理を行った品胎妊娠6例について検討した。

【方法】2012年4月から2021年10月までに当院で管理した品胎妊娠6例（新生児18例）について後方視的に検討した。

【結果】母体年齢は中央値30歳（27～37歳）、初産婦5例、経産婦1例であった。妊娠方法は自然妊娠が1例、排卵誘発法が4例、人工授精が1例であった。膜性診断は2絨毛膜3羊膜が1例、3絨毛膜3羊膜が5例であった。予防的頸管縫縮術を行った症例は5例であり、全例入院管理を行い、子宮収縮抑制剤を使用していた。1例に妊娠高血

圧症候群を認めた。分娩方法は全例帝王切開であり、予定帝王切開4例、緊急帝王切開2例であった。在胎週数は中央値31週1日（28週4日～34週0日）、出生体重は中央値1717g（851g～2335g）であった。児においては、未熟児網膜症を3例に認めたが、頭蓋内出血や脳室周囲白質軟化症は認めなかった。

【結語】当院で管理を行った品胎妊娠について検討したが、母児ともに概ね予後良好であった。品胎妊娠はハイリスク妊娠であり、他部署との連携も非常に重要である。今後もさらなる症例を重ね慎重に管理を行う必要がある。

頸管無力症に対して経腹的頸管縫縮術後を施行し生児を得た一例

愛媛大学 産婦人科 西野 由衣, 内倉 友香,
山内 雄策, 井上翔太②,
井上 唯, 恩地 裕史,
吉田 文香, 加藤 宏章,
横山 真紀, 安岡 稔晃,
森本 明美, 宇佐美知香,
高木香津子, 松原 裕子,
藤岡 徹, 松元 隆,
松原 圭一, 杉山 隆

【緒言】今回、子宮頸部円錐切除後の頸管無力症に対して経腹的頸管縫縮術（transabdominal cerclage: TAC）を施行し、帝王切開にて生児を得た症例を経験したので報告する。

【症例】35歳、5妊2産。第一子分娩後、28歳時に子宮頸部高度異形成に対して子宮頸部円錐切除術を施行した。31歳時に二絨毛膜二羊膜双胎妊娠し、19週で破水したため人工妊娠中絶となった。

32歳、人工授精で妊娠成立し、妊娠23週で早産となり児は生後1週間で死亡した。今回、凍結胚盤胞移植にて妊娠成立し、当科外来にて周産期管理を開始した。頸管無力症に対して妊娠12週1日、頸管縫縮術の方針とした。子宮腔部は肉眼的には円錐切除によりほぼ消失しており、まず経腔的アプローチを試みたものの困難であったため、本人・家族に十分なインフォームドコンセントのも

と、TACを施行した。術後経過は良好であったため、妊娠14週3日に退院した。その後、妊娠21週1日より入院管理し、縫縮糸の脱落なく経過した。妊娠37週5日、帝王切開術を施行し、体重2,688g、アプガースコア1分値7点、5分値8点の女児を出生した。術後経過は母子ともに順調であった。

【考察】頸管縫縮術は、経腔的アプローチが基本となるが、本症例のように経腔的頸管縫縮術が困難な症例では、TACが有用であると考えられる。しかし、経腔的に比べ母児への侵襲が大きいいため、適応は慎重に判断する必要がある。

当院における子宮筋腫核出術と帝王切開時術中出血量の検討

松山赤十字病院 産婦人科

矢野 晶子, 井上 奈美,
駒水 達哉, 吉里 美慧,
高杉 篤志, 信田 絢美,
青石 優子, 梶原 涼子,
栗原 秀一, 本田 直利,
横山 幹文

【目的】当院で施行された子宮筋腫核出(LM)後妊娠の帝王切開時の術中出血量に及ぼす因子について後方視的に検討することを目的とした。

【方法】2016年4月1日から2021年3月31日までのLM後妊娠に対する初回帝王切開症例56例(以下LM群)と同期間に施行した2回目の帝王切開症例232例(以下CS群)検討対象とした。除外症例は多胎妊娠,前置胎盤,低置胎盤,LM以外の子宮手術後とした。検討項目はLM群とCS群における年齢,妊娠回数,分娩回数,術中出血量(羊水量を含む)とした。またLM群内の出血量比較としてLM時の①筋腫総重量②筋腫数③筋腫の最大径④筋腫径の合計⑤LM施行から帝王切開施行までの年数⑥核出筋腫と胎盤位置の相関関係の検討も行った。統計的解析はMann-Whitney-U検定を用い, p値が0.05以下を有意とした。

【成績】LM群とCS群における検討項目の中央値

(最小値-最大値)は年齢が37歳(28-46),33歳(19~46),妊娠回数が1回(1~5),2回(2~7),分娩回数が0回(0-2),1回(1~4),術中出血量がLM群で963mL(220~3139),CS群で775.5mL(194~3066)であった。年齢,妊娠回数,分娩回数,術中出血量のp値は0.01未満となり統計学的有意差を認めた。LM群内比較では出血量1000ml以上の症例(n=25)の内,①筋腫総重量150g以上の群の術中出血量は1509ml(1085~2801)と150g以下の群は1300ml(1004~1557)となり有意差は認めなかった(p値0.0556)が,筋腫総重量が150g以上の群で術中出血量が多い傾向があった。上記検討項目②-⑥に有意差を認めなかった。

【結論】LM群では術中出血量が有意に多くなることが示され,影響する因子は核出筋腫総重量150g以上である可能性が示唆された。

当院における新型コロナウイルス感染症に対する対応について

愛媛県立中央病院 産婦人科 丹下 景子, 阿部恵美子,
市川瑠里子, 伊藤 恭,
行元 志門, 今井 統,
阿南 春分, 池田 朋子,
田中 寛希, 森 美妃,
近藤 裕司

【目的】 新型コロナウイルスの感染拡大は産科領域においても、妊婦健診、分娩方法、母児管理に影響を与え、多大な負担を強いる状況が続いている。当院は感染症指定医療機関かつ総合周産期医療センターとして新型コロナウイルス感染妊婦、濃厚接触妊婦の対応にあたってきた。地方における新型コロナ対応につき、これまでの状況と今後の課題について検討を行った。

【方法】 2021年10月までで当院で入院対応した新型コロナPCR陽性妊婦と濃厚接触者となった妊婦について検討した。

【成績】 当院に入院となった新型コロナPCR陽性妊婦は2名であったが、2名とも重症化することなく、また分娩に至ることなく退院した。濃厚接触者として自宅待機中に分娩に至ったのは3名であった。当院は濃厚接触者の妊婦は経膈分娩の

方針だが、2名は経膈分娩し、1名は産科的適応で帝王切開術を施行した。帝王切開術はPCR陽性妊婦に準じて陰圧手術室で行ったが、感染対策のための手順が多く、超緊急帝王切開術などへのスムーズな対応は困難と考えられた。児は母体の状況に応じてPCR検査を施行してから母児同床とした児と、分娩後より母児同床とした児にわかれた。

【結論】 新型コロナPCR陽性妊婦や濃厚接触者の妊婦は多くはなかったが、分娩には多大な負担がかかり、今後、患者数が増加すると、医療資源に制限がある地方では対応が困難となることが懸念される。妊婦への感染予防への啓蒙と分娩・帝王切開術の更なる手順の見直しが必要と考えられる。加えて今後の流行波に備えて医療体制を整えていく必要がある。

嚢胞状変性を示す卵巣線維腫内に悪性リンパ腫が併存した症例

松山赤十字病院 産婦人科 井上 奈美, 駒水 達哉,
吉里 美慧, 矢野 晶子,
高杉 篤志, 信田 絢美,
青石 優子, 梶原 涼子,
栗原 秀一, 本田 直利,
横山 幹文

【緒言】 卵巣原発悪性リンパ腫は稀ながら報告があり典型的には充実性腫瘤を呈する。卵巣線維腫内に腫瘤を形成しない悪性リンパ腫が同定された症例を経験したので報告する。

【症例】 78歳, 3妊3産。10年前から腹部膨満が出現し, 徐々に増悪したため前医を受診し, 超音波断層法で卵巣腫瘍が疑われた。腹部は膨隆しており骨盤部造影MRI検査では長径28cmの多房性嚢胞性腫瘤を認め壁肥厚や充実部分を伴っていた。頸部～骨盤部造影CT検査では右鎖骨上リンパ節の軽度腫大を認めた。卵巣癌を疑い, 開腹手術を行った。左卵巣は径30cmの表面白色, 軟な腫瘤を認め, 術中迅速病理検査では診断困難であった。両側付属器摘出術, 単純子宮全摘出術, 大網切除, 虫垂切除, 左外腸骨リンパ節生検を実施した。左

卵巣腫瘍は白色～黄色調の充実部と嚢胞状成分からなり, 嚢胞壁内腔側は褐色の変性物質に覆われていた。組織学的には充実性の部位は線維腫の所見であったが, 嚢胞状の部位に上皮の配列はなく好酸性のフィブリン様あるいは線維性物質に覆われており, 同部位には異型リンパ球の集簇が散見された。病理診断の結果はEBV陽性のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) であった。内科にてR-T COP療法を計5コース施行後, 寛解であり経過観察中である。

【結語】 稀であるが, 本症例に類似した腫瘤を形成しないEBV陽性のDLBCLの報告が散見され, 婦人科領域では卵巣成熟嚢胞奇形腫に併存した報告が2例みられるが, 線維腫に併存したものはこれまで報告がない。

子宮平滑筋肉腫の3例

愛媛県立今治病院 産婦人科 安岐 佳子, 中橋 一嘉,
村上 祥子, 堀 玲子,
濱田 洋子

子宮平滑筋肉腫は頻度が低いものの婦人科腫瘍の中でも特に予後不良の疾患であり、標準的治療が確立していない。また、良性の変性筋腫との鑑別においても確定的な所見はなく、診断に難渋することが多い。

当院で経験した子宮平滑筋肉腫の3例について、臨床経過およびMRIによる評価を中心に文献的考察を加えて報告する。

【症例1】48歳 2妊2産 子宮筋腫に対して外来で経過観察中、腫瘤の増大傾向およびLDH上昇(298 IU/L)から子宮肉腫が疑われたため高次施設に紹介した。術後平滑筋肉腫と診断された。

【症例2】46歳 0妊0産 MRIでは悪性所見を認めず子宮筋腫の診断で偽閉経療法後に手術予定であった。発熱・炎症反応高値・LDH上昇(968 IU/L)・待機中の腫瘤増大傾向を認めたため予定を早めて子宮全摘術を行った。術直後敗血症性

ショックを発症した。術後に平滑筋肉腫と確定診断された。

【症例3】45歳 0妊0産 発熱・下腹部痛を主訴に前医受診、CTで変性子宮筋腫を疑われ紹介受診。LDH上昇(301 IU/L)を認め、MRIでは腫瘤に造影効果はなく筋腫赤色変性の診断であったが、経過から悪性の可能性を考慮し早期に手術治療を行い確定診断された。

一般に、閉経後に急速に増大する子宮体部腫瘤、不正性器出血やLDH上昇、MRIではT2強調画像の中間から高信号や不均一な造影効果を示す出血・壊死を示唆する所見、拡散強調像での高信号等の所見等が肉腫を示唆するものとして報告されているがいずれも確定的なものではない。子宮筋腫として非典型的な経過や所見を示す腫瘍は肉腫の可能性を念頭においた対応が重要と考えられた。

進行卵巣癌治療におけるベバシズマブの実態調査 SGSGでの取り組み

国立病院機構四国がんセンター 婦人科 日比野佑美, 竹原 和宏,
横山 貴紀, 藤本 悦子,
坂井 美佳, 大亀 真一

2013年11月に進行卵巣癌に対するベバシズマブが日本で保険承認された。GOG-0218試験で、初回開腹手術で残存病変を有するStageⅢまたはⅣの未治療の症例において、タキサン+プラチナ製

剤とのベバシズマブ併用、その後の維持療法によりPFSの延長を認めたことが承認の理由である。承認当初、PFSの延長は確認されたもののOSの延長がないことが話題となったが、その後卵巣癌

初回、再発時の様々な局面で使用され、さまざまなエビデンスが蓄積されてきた。現在、卵巣癌治療はPARP阻害薬、免疫チェックポイント阻害薬の登場により多様化・複雑化しつつあり、ベバシズマブの位置づけが今後変わっていくことが予想される。三海婦人科癌スタディグループ (Sankai Gynecology Study Group : SGSG) では、PARP阻害薬が導入されるまでのベバシズマブの実態調査を行う予定である。クリニカルクエストは、

①初回および二次治療におけるベバシズマブ併用維持療法の割合はどのくらいなのか、非併用・中止の理由は何か、②併用例は非併用例と比べどれだけのPFS、PFS 2、OSの延長が得られたのか、③併用例は非併用例と比べ費用対効果はどれほどか、以上の3点とした。本調査によりPARP阻害薬導入前の状況を把握することは、今後PARP阻害薬導入後の卵巣癌治療戦略を練るうえで不可欠であると考えられる。

当院における子宮体癌I期症例の後方視的解析 ～特に後腹膜リンパ節郭清実施省略症例に関する検討～

愛媛大学 産婦人科 森本 明美, 松元 隆,
山内 雄策, 西野 由衣,
恩地 裕史, 井上翔太②,
井上 唯, 加藤 宏章,
吉田 文香, 上野 愛実,
横山 真紀, 安岡 稔晃,
内倉 友香, 宇佐美知香,
高木香津子, 松原 裕子,
藤岡 徹, 松原 圭一,
杉山 隆

【目的】子宮体癌の再発リスクを術前に正確に診断する手法が確立されていない現状では、術後補助療法選択のため後腹膜リンパ節郭清（以下、LN郭清）が推奨されている。しかしながら子宮体癌症例は、高齢・肥満を含めた合併症併存例が多く、LN郭清実施の判断は術前の再発リスクのみでは決定できないのが、現実である。そこで、当院における子宮体癌I期手術症例に対するLN郭清省略症例を解析し、治療戦略を検討することとした。

【方法】2014年から2019年、当院において手術を

施行した子宮体癌I期285例（IA期216例・IB期69例）を后方視的に解析した。

【成績】[手術時年齢・中央値]I期全体：60歳/IA期：56.5歳/IB期：67歳。[LN郭清率]I期全体：13.0% (37例) /IA期：11.1% (24例) /IB期：18.8% (13例)。IA・IB期別で差はなかったが、悪性度別では有意差が認められた ($P = 0.0004$)。また、IB期だけの検討で、高齢・精神疾患など様々な合併症の有無がLN郭清の実施に影響していたが、なかでも循環器疾患合併例では有意に省略されていた ($P = 0.049$)。[再発率]I期全体：2.8% (8例) /

IA期：1.9%（4例）/IB期：5.8%（4例）。[生存解析]無増悪・全生存期間を，I期亜分類別・悪性度別・脈管侵襲有無別・LN郭清実施有無別・術後補助化学療法実施有無別で比較検討し，有意差が認められたのは，IA期とIB期別の無増悪生存期間（ $P=0.016$ ）および悪性度別の全生存期間

（ $P=0.011$ ）であった。

【結論】当院では合併症が併存する子宮体癌症例が多く，LN郭清省略の選択を迫られる頻度が高い。特に子宮体癌IB期を疑う症例では，悪性度と予後を鑑みてLN郭清を検討する必要があると考える。

生体腎移植後患者に対して腹腔鏡下子宮全摘出術を行った1例

愛媛県立中央病院 産婦人科

市川瑠里子，田中 寛希，
伊藤 恭，丹下 景子，
行元 志門，今井 統，
阿南 春分，池田 朋子，
森 美妃，阿部恵美子，
近藤 裕司

【緒言】近年，末期腎不全患者に対する腎移植件数は増加傾向にあり，2019年には年間2057件の腎移植が行われた。そのレシピエントの女性比率は約36.5%で，年齢分布では40歳代が約21.7%と最も多く，腎移植既往の婦人科疾患による手術症例は今後増えると考えられる。今回，腎移植後6年経過した後，子宮筋腫のため腹腔鏡下子宮全摘出術を行った症例を経験したので報告する。

【症例】46歳，G 2 P 2。腎硬化症による慢性腎不全のため39歳より血液透析を行い，40歳時に生体腎移植を施行された。過多月経を主訴に当科紹介受診し，長径3cm大の粘膜下筋腫を認めたため腹腔鏡下子宮全摘出術の方針となった。手術は，臍上から5mmトロッカーをダイレクト法にて穿刺，気腹開始した。左下腹部5mmトロッカーを穿刺した後，腹腔内を観察すると移植腎は右腸

骨窩に位置しており，右下腹部のトロッカー穿刺が移植腎を損傷しないように右下腹部，および下腹部正中に5mmトロッカーを穿刺した。移植腎からの尿管は視認できなかったが，腹壁に沿って走行しており手術に影響しないことを移植外科医の立ち会いにより確認した。また移植腎は内腸骨動脈に吻合されていたため右子宮動脈の結紮は行わなかった。その他は特に問題なく，定型的に手術可能であった。術後はモルヒネを含まないIV-PCAとアセトアミノフェン内服で疼痛コントロールを行い，尿量減少や感染などの合併症なく経過し，術後3日目に退院した。

【結語】腎移植後患者の手術時には，移植による解剖学的差異を意識した手術手技，および腎機能障害，免疫抑制に伴う感染等に留意した周術期管理が必要となると考えられる。

当院での子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下单純子宮全摘出術の検討

松山赤十字病院 産婦人科 駒水 達哉, 井上 奈美,
吉里 美慧, 矢野 晶子,
高杉 篤志, 信田 絢美,
青石 優子, 梶原 涼子,
栗原 秀一, 本田 直利,
横山 幹文

【目的】過去21年間に当院で施行した子宮頸部筋腫に対する子宮摘出術で腹腔鏡手術と開腹手術の差異を検討することを目的とした。

【方法】2000年1月1日から2021年9月30日までの期間に当院で子宮頸部筋腫に対して子宮摘出術を施行した腹腔鏡手術11例（以下A群）及び開腹手術5例（以下B群）を対象として診療録より後方視的に検討した。検討項目は年齢、経妊経産回数、GnRHa投与後最大筋腫径、出血量、手術時間、子宮重量、術中合併症の有無、腹腔鏡手術における尿管ステント留置の有無、開腹移行の有無とした。統計解析はMann-WhitneyU検定を使用し、p値0.05以下で有意差ありとした。

【成績】A群とB群で上記の各検討項目の中央値（最小値-最大値）p値を下記に示した。年齢、経妊経産回数に有意差はなかった。GnRHa投与後最大筋腫径はA群98mm（73～130）vsB群136mm（90

～184） $p=0.02$ でA群が有意に小さかった。出血量はA群219mL（少量～850）vsB群572mL（389～3845） $p=0.02$ でA群が有意に少なかった。手術時間はA群278分（100～364）vsB群220分（157～303） $p=0.26$ で有意差はなかった。子宮重量はA群450g（247～623）vsB群1350g（462～1816） $p=0.02$ でA群が有意に小さかった。術中合併症及び開腹移行症例はなく、A群の子宮重量が中央値で450gであったことから、子宮重量を450g前後まで縮小できれば腹腔鏡手術が可能であることが示唆された。

【結論】GnRHaにより子宮重量が450g前後まで縮小できれば、尿管ステント留置、子宮動脈本幹処理、子宮頸部筋腫核出の手技を組み合わせることで子宮頸部筋腫に対しても腹腔鏡下子宮全摘出術を施行できると考えられた。

当院におけるがん・生殖医療の現状について ～愛媛県がん・生殖医療ネットワーク（EON）連携施設として～

医療法人矢野産婦人科¹⁾，愛媛大学医学部産婦人科²⁾

矢野 浩史¹⁾，矢野知恵子¹⁾，
古谷 公一¹⁾，安岡 稔晃²⁾，
杉山 隆²⁾

【目的】当院は2009年に臨床研究「血液疾患未婚患者における卵子凍結保存」に参加し，中・四国で初めて妊孕性温存を行った。

2018年からEONに連携している。取り組んできた妊孕性温存の現状を報告する。

【対象・方法】2021年9月までの期間，妊孕性温存目的で当院IVFセンターを受診した女性患者を対象とした。

患者背景，原疾患，治療結果，経過について検討した。

【結果】総受診患者34名，平均年齢 29.4 ± 6.8 才，未婚26名，既婚8名。10代3名，20代12名，30代17名，40代2名。

原疾患：血液疾患15名（骨髄性白血病5名，リンパ性白血病4名，ホジキンリンパ腫4名，その他2名），乳がん15名，子宮体がん1名，その他3名。

血液疾患と乳がん患者が多く，それぞれ44.1%（15/34）。紹介元：大学，がんセンター10名，基幹病院23名，医院1名。居住地域：県内29名（中予19名），県外5名。

治療結果：相談11名，排卵誘発4名，卵子凍結13名，胚凍結6名。温存成功率55.9%（19/34）。

経過：①卵子温存：自然妊娠1名（再生不良性貧血），保存継続中7名，中止1名，死亡2名，追跡不能2名。

②胚温存：FET妊娠1名（乳がん），不妊治療中2名（乳がん，体がん），中止2名，死亡1名。

【考察・結論】がんの治療は直ちに開始されるため，妊孕性温存の時間的余裕はない。ネットワークを利用したがん治療施設と生殖医療施設の情報共有が重要である。

第72回愛媛県産婦人科医会学術集談会 第38回愛媛県産婦人科医会臨床集談会

日 時：令和4年5月21日(土) 15時00分～19時00分

ハイブリッド開催：(WEB視聴&リジェール松山)

会 場：リジェール松山7階ゴールドホール

愛媛県松山市南堀端町2-3

TEL 089-948-5630

プ ロ グ ラ ム

第 1 群 15：00～15：50

第 2 群 15：50～16：40

第 3 群 16：50～17：20

製品紹介 17：20～17：40

特別講演 18：00～19：00

『胎児生理学から理解する CTG -エボリューションを脳性麻痺事例から学ぶ-』

宮崎大学医学部産婦人科 教授 桂木 真司 先生

特別講演抄録

『胎児生理学から理解するCTG

-エボリューションを脳性麻痺事例から学ぶ-』

宮崎大学医学部産婦人科 教授 桂木 真司 先生

胎児アスフィキシアとは低酸素・虚血状態が長く続き、放置すれば脳障害を始めとする臓器障害に発展する可能性のある状態を言う。胎児心拍数モニタリングの目的はこの胎児アスフィキシアを回避する事である。胎児心拍数陣痛図は本邦では5段階分類で判読と対応をする事が日産婦のガイドラインで推奨されている。それは基線細変動と一過性徐脈の重症度から構成されている。本日は

遅発一過性徐脈、変動一過性徐脈、早発一過性徐脈の発生メカニズムの理解の基本となる化学受容体や、圧受容体にも復習の意味で触れてみたい。多くの先生方には釈迦に説法の内容もふくまれるが、ご容赦頂きたい。産科医療保障制度に登録された1000件あまりの症例解析から脳性麻痺に発生するパターンにはCTGパターンのエボリューション(変化)が分娩中に酸血症が進行する症例で見

られる。一過性徐脈が1) 深く、長く落ちるようになり、2) 基線の上昇、3) 基線細変動の減少、4) 基線の低下がそれに相当する。来院時、分娩前にCTGパターンの悪化を認める症例もあり、出血や、胎児発育不全、メトロイリントル使用などいくつかの背景、事象と関連してCTG異常がみら

れる事もあり、日々の臨床において脳性麻痺を防ぐための注意点についてお話ししたい。来院児に基線細変動が消失し、一直線のモニターを見た場合、どのように対処するか、先生方と共に考える機会にしたいと思います。

一般演題抄録

当院における未受診妊婦の現状

愛媛県立中央病院 産婦人科

市川瑠里子, 阿部恵美子,
島瀬奈津子, 井上 奈美,
丹下 景子, 行元 志門,
上野 愛実, 池田 朋子,
田中 寛希, 森 美妃,
近藤 裕司

【緒言】我が国では妊婦は母子健康手帳の交付を受け、分娩前に14～15回の妊婦健診を受けることで、妊娠予後に影響を与える合併症等のスクリーニングが行われている。しかし、妊婦健診を受診していない、いわゆる未受診妊婦は、分娩時に必要な母児の情報が不明のままの対応を余儀なくされハイリスク分娩となる。当院では未受診妊婦の受け入れを行っており、その現状について診療録をもとに後方視的に検討した。

【結果】2015年1月～2022年3月までに経験した18例の未受診妊婦について検討した。分娩時年齢は10代が7例、20代が7例、30代が1例、40代が3例であった。初産婦が13例、経産婦が5例で、経産婦の中には未受診のまま分娩に至る、いわゆる飛び込み分娩を繰り返している例もあった。また、院外出生は4例みられた。合併症としては高血圧症が1例、癒着

胎盤が1例であり、輸血を要した症例はみられなかった。出生した児のうち7例が低出生体重や低体温などで出生直後よりNICU入院となり、退院先は自宅が13例、養育困難と判断し乳児院入所や特別養子縁組を行った例が5例であった。分娩から退院までの短期間に家庭環境や経済状況、養育の意思などを把握して方針を検討し、関係各所と連携して長期的な支援を行う必要があった。

【結語】未受診妊婦は母児の健康管理がなされていないだけでなく、社会的問題を有することも多くハイリスクであるとともに、事前情報がない状態での対応を余儀なくされ医療機関における負担も大きい。未受診妊婦の減少には性教育の普及や非妊時からの啓蒙、行政を含め社会全体での支援が不可欠であると考えられる。

産褥期に重症急性膵炎を発症した1例

松山赤十字病院 産婦人科 駒水 達哉, 平山 亜美,
田淵 景子, 池田 隆史,
瀬村 肇子, 高杉 篤志,
信田 絢美, 青石 優子,
梶原 涼子, 栗原 秀一,
本田 直利

【緒言】妊娠中に急性膵炎を発症する頻度は約3000妊娠に1例と稀ではあるが、いくつか報告がなされている。しかし、分娩後の急性膵炎を発症した報告は少ない。今回、経膈分娩後に急性膵炎を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】32歳。1妊0産【家族歴】母方祖母に急性膵炎【現病歴】妊娠および分娩経過に異常なく、妊娠39週1日に自然頭位経膈分娩となった。産褥1日より悪寒と嘔気が出現したが自然軽快した。産褥2日に急激な下腹部痛が出現し、経膈超音波断層法でダグラス窩に液体貯留を認めた。造影CTで膵尾部腫大、辺縁不明瞭、腹水貯留を認め、

Grade 2の急性膵炎の診断となった。血液検査でアミラーゼ：427U/L, リパーゼ：247U/Lと上昇し、トリグリセリド：154mg/dLと上昇は軽度であった。MRCPで明らかな胆石はなかった。蛋白分解酵素阻害剤および抗菌薬投与、補液による保存的加療で全身状態は改善し、アミラーゼ：70mg/dL, リパーゼ：41U/Lとなり、産褥12日に退院となった。

【考察】妊娠が膵炎の誘因となることが知られており、妊娠後期の発症が多く、産褥期の発症は稀である。妊娠に関わる膵炎について、若干の文献的考察を加えて報告する。

妊娠高血圧症候群既往女性の長期予後改善のための保健行動の実態

愛媛県立中央病院（助産師）¹⁾、愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻基盤・実践看護学講座²⁾
愛媛大学大学院医学系研究科地域小児・周産期学講座³⁾、愛媛県立中央病院⁴⁾
愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学講座⁵⁾

松本 純子¹⁾、崎山 貴代²⁾、
松原 圭一³⁾、阿部恵美子⁴⁾、
近藤 裕司⁴⁾、杉山 隆⁵⁾

【目的】妊娠高血圧症候群（HDP）既往女性は、将来的に生活習慣病・心血管イベントの発症リスクが高いと考えられている。我々は、現在HDPに関

する長期予後の改善に対して行われている保健行動の実態について調査した。【方法】周産期センター2施設（愛媛県立中央病院・愛媛大学）で過去5

年以内にHDPに罹患した310名に無記名自記式質問紙にて妊娠中・産後の医療職からの保健指導、妊娠中の保健行動、長期の健康維持に関わる産後の保健行動と身体情報を調査した。本研究はそれぞれの研究実施施設における倫理審査委員会による承認を得て行った。【結果】有効回答数140（回答者141名）。HDP発症時の平均年齢は34.7歳。HDPを再発した者は20名（再発率55.6%）であった。調査時点で、高血圧症が12名、脂質代謝異常症が6名、糖尿病が5名、BMI 25以上の肥満が40名であった。75.2%の女性において産後1ヵ月で血圧の管理が終了し、調査の時点で定期健康診断を受診している有職者は77.2%、家事専従者は36.8%であった。妊娠中に行っていた保健行動は産後3ヵ月以内に約

8割の人が中止しており、調査時点で「心身の負担調整」を行っていた女性は60%、「食事や運動行動の改善」を行っていた女性が半数、「異常の早期発見」を行っていた女性は40%に満たず、いずれも妊娠中の保健行動と比べ実施率は低下していた。妊娠中・産後の保健指導項目のうち「自身や児の将来の疾患リスク」「定期健診」「産後の体重維持」は指導を受けた群が半数以下で、指導を受けた群は受けなかった群より有意に産後の保健行動を実施していた。

【考察】血圧の改善後も長期の健康維持にむけた保健行動を継続できるために、HDP既往女性との関わりを継続していく必要がある。

嵌頓子宮の3例

愛媛県立中央病院 産婦人科

島瀬奈津子, 池田 朋子,
市川瑠里子, 井上 奈美,
丹下 景子, 行元 志門,
上野 愛実, 森 美妃,
田中 寛希, 阿部恵美子,
近藤 裕司

嵌頓子宮とは、妊娠中に子宮が過度に後屈となった状態で増大し、子宮底が小骨盤腔に嵌頓した状態である。今回、嵌頓子宮と診断した3例を経験したので報告する。

【症例1】G1P0, IVF-ETで妊娠し32週6日に切迫早産のため前医入院し子宮収縮抑制剤点滴を開始後、腸閉塞疑われ33週4日に緊急母体搬送となった。超音波断層法にてダグラス窩に8 cm大の子宮筋腫像を認め、絶食管理でも腹痛改善なく、妊娠継続困難となり35週0日に緊急帝王切開術を施行

した。子宮筋腫は子宮体部発生で仙骨部にて後腹膜に強固に癒着しており嵌頓子宮と診断した。直腸は子宮に圧排されていた。

【症例2】G2P0, IVF-ETで妊娠し出血を認め26週1日に緊急母体搬送となった。超音波断層法にて子宮後壁辺縁前置胎盤を認め、子宮収縮抑制剤点滴を行ったが、32週1日に出血増加し緊急帝王切開術を施行した。子宮後面と直腸間に広範囲の癒着を認め、子宮後屈が解除できず嵌頓子宮と診断した。

【症例3】G1P0, 自然妊娠成立し転居に伴い28週0日に外来紹介受診した。腹痛, 骨盤痛を断続的に認め31週4日より管理入院, 31週6日MRI検査にて嵌頓子宮と診断された。疼痛治療を継続し, 辺縁前置胎盤のため36週4日に選択的帝王切開術を施行した。子宮は後屈し直腸と強固に癒着しダグ

ラス窩は閉鎖しており, 嵌頓子宮に矛盾しない所見であった。

【結語】嵌頓子宮は, 妊娠中や帝王切開時の重篤な合併症を引き起こす場合があるため, 子宮後屈の妊娠においては, 嵌頓子宮発生の可能性を念頭に置くことが重要である。

嵌頓子宮を繰り返し, 自然整復した一例

愛媛大学 産婦人科

西野 由衣, 内倉 友香,
大柴 翼, 上甲由梨香,
中橋 一嘉, 井上翔太①,
井上 唯, 今井 統,
恩地 裕史, 矢野 晶子,
吉田 文香, 加藤 宏章,
安岡 稔晃, 森本 明美,
宇佐美知香, 高木香津子,
松原 裕子, 藤岡 徹,
松元 隆, 松原 圭一,
杉山 隆

【緒言】嵌頓子宮は, 過度に伸展した妊娠子宮が後屈し, 子宮底部が骨盤腔に嵌頓した稀な病態である。子宮後屈は妊娠初期の約15%にみられるが, 多くの場合, 妊娠16週頃までに子宮が骨盤腔から腹腔内に増大し子宮は正常な位置に戻る。稀に, 子宮が後屈したままで骨盤内に嵌頓することがあり, その原因として子宮筋腫や子宮内膜症, 骨盤腹膜炎や子宮形態異常などが挙げられる。このような既往のない嵌頓子宮例も存在し, 頻度は3,000-10,000例に1例と非常に稀である。今回, 第二子妊娠時にも嵌頓子宮と診断され, 妊娠末期に再度自然整復した一例を経験したので報告する。

【症例】32歳, 2妊1産。第一子妊娠時, 手術歴

はなく, 子宮筋腫や卵巣腫瘍なども認めなかった。嵌頓子宮と診断されたが妊娠30週時に自然整復し, 骨盤位のため帝王切開術にて第一子を出生した。今回, 自然妊娠成立後, 前医にて妊娠管理されていた。妊娠27週, 前置胎盤を疑われ, 当科外来を紹介受診した。受診時, 子宮腔部が視認できず, 内診でも子宮腔部は触知しなかった。経膈超音波検査では, 子宮頸管線の描出が困難であった。MRI検査では, 子宮頸部を子宮腹側に認め, 内子宮口は臍下部に位置しており子宮が骨盤腔内に嵌頓していることから嵌頓子宮と診断した。下腹部の疼痛を認めたため, 入院管理していたところ, 妊娠29週時, 自然整復したことを確認した。外来

で経過観察していたところ、前期破水を認め、妊娠30週に子宮筋層の切開位置に留意し帝王切開術を施行した。体重1444 g, Apgar score 1分値7点, 5分値8点の男児を出生し、児は早産児のためNICUへ入院した。子宮は過度に後屈していたが、周囲に癒着等は認められなかった。

【考察】嵌頓子宮を繰り返し、自然回復した一例を経験した。本症例のように、嵌頓子宮の既往があり、子宮筋腫や骨盤内癒着のような明らかなリスク因子が存在しない場合には、骨盤の形態学的特徴や子宮後屈の程度などを十分考慮し、診断する必要がある。

高度外陰部浮腫による尿閉から高アンモニア血症をきたし 意識障害を発症した重複癌患者

愛媛県立今治病院 産婦人科 伊藤 恭, 安岐 佳子,
村上 祥子, 堀 玲子,
濱田 洋子

【緒言】一般に高アンモニア血症は肝疾患が背景となることが多い。今回、我々は高度外陰部浮腫から尿閉となり、高アンモニア血症を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】54歳。子宮体癌と卵巣癌の重複癌のため、単純子宮全摘術、両側付属器切除術を施行された。術後に補助化学療法を受けていたが、うつ病の発症により治療が中断されていた。多発肝転移、膀胱転移を認めたため再度受診し、断続的に化学療法を施行されていたが、奏功せずBSC方針となっていた。浮腫増悪、腹水増加による歩行困難のため入院した。その後、全身状態が悪化し、入院18日目に意識障害をきたし昏睡状態となった。高度外陰部浮腫により尿閉となったため、尿道カテーテルを留置した。血液検査で高アンモニア血症(225 $\mu\text{g/dL}$)を認め、意識障害の原因と考えられた。尿道カテーテルを留置後、数日の経過で意識障害

は消失し、血中アンモニアも正常化(49 $\mu\text{g/dL}$)した。尿培養でウレアーゼ産生菌であるProteus属菌が検出され、レボフロキサシンを投与した。その後も全身状態の改善が見られ、入院57日目に緩和治療目的に転院となった。

【考察】意識障害の原因として当初は多発肝転移の増大による肝性脳症を疑ったが、肝機能障害は軽度であった。尿道カテーテル留置により意識障害が改善したこと、尿pHが8.0とアルカリ性であったこと、尿中にリン酸アンモニウムマグネシウム結晶を認めたことから、ウレアーゼ産生菌による尿路感染で生じた尿中アンモニアが、尿閉によって血中移行することで高アンモニア血症となり、意識障害に至ったと診断した。高アンモニア血症に伴う意識障害では尿閉や尿路感染の可能性を考慮する必要がある。

待機療法で治癒したretained products of conception (RPOC) の一例

松山赤十字病院 産婦人科 平山 亜美, 梶原 涼子,
田淵 景子, 池田 隆史,
駒水 達哉, 瀬村 肇子,
高杉 篤志, 青石 優子,
信田 絢美, 栗原 秀一,
本田 直利

【諸言】 retained products of conception (RPOC) は流産あるいは児娩出後の子宮内妊娠組織遺残物の総称であり、産褥出血の原因となる。高齢妊娠や生殖医療の進歩によりその発症が増加しているが、一定の管理方針がないのが現状である。今回我々は待機療法で消失した1例を経験したので報告する。

【症例】 25歳, G 3 P 0, 人工流産2回, 自然流産1回。既往歴, 家族歴に特記事項なし。自然妊娠成立し前医を受診。子宮内に20mmの胎嚢を認めたが発育なく稽留流産が疑われた。その後受診せず, 1ヶ月後に不正出血が持続するため再診し, 経膈超音波断層法で子宮内に30×40mmのカラー Doppler 血流伴う腫瘤を認め, RPOCの疑いで当科紹介となった。血液検査で血中HCGは315mIU/ml, 骨盤部造影CT検査で子宮前壁筋層から内腔に不整形の

造影領域を認めRPOCに矛盾しない所見であった。大量出血のリスクを説明したが, 患者本人の希望により待機療法の方針となり外来で経過観察を行った。断続的な性器出血により一時的に貧血の進行を認めたが, 時間経過とともに血中HCGは低下し, 腫瘤の血流減少, 縮小を認め, 鉄剤内服のみで貧血も改善した。当科受診から8ヶ月後, 腫瘤の消失を確認し終診とした。

【結語】 RPOCの治療法は子宮内容除去術, 子宮鏡下手術, 子宮動脈塞栓術の併用や子宮全摘術など多岐にわたる。本症例のように待機療法で良好な経過を得たとする報告もあり, 現時点では画像所見, 臨床症例, 患者背景などから個々の症例に応じた治療法を選択することが重要であると考えられた。

再発子宮体がんに対してベバシズマブ単剤を用いて治療した1例

愛媛大学医学部附属病院総合臨床研修センター¹⁾, 愛媛大学大学院医学研究科産科婦人科学²⁾

川上 萌¹⁾, 宇佐美知香²⁾,
松元 隆²⁾, 大柴 翼²⁾,
上甲由梨花²⁾, 西野 由衣²⁾,
中橋 一嘉²⁾, 安岡 稔晃²⁾,
森本 明美²⁾, 内倉 友香²⁾,
高木香津子²⁾, 松原 裕子²⁾,
藤岡 徹²⁾, 松原 圭一²⁾,
杉山 隆²⁾

再発子宮体がん治療においては、ペムプロリズマブとレンバチニブの併用療法が保険承認され、その予後の改善が期待されている。一方、ベバシズマブは多くの癌に適応があり、子宮体がんに対しても治療効果を示すという報告があるが、子宮体がんに対しての保険承認は無い。当院では以前より倫理委員会の承認を経て、有効な治療法の無い再発子宮体がん患者に対してベバシズマブ単剤での治療を行ってきた。今回、再発子宮体がんに対してベバシズマブ単剤を用いて治療し、長期間病勢コントロールが得られている症例を経験したため報告する。

症例は62歳。術前診断 I A期の子宮体がんに対しTAH+BSOを施行、病理検査にて I B期/類内膜がんGrade 2の術後診断となった。補助療法としてTC療法を6サイクル施行し初回治療を終了し

た。TC療法終了後7か月時に多発肺転移を認めた。病変は小さく経過観察を行っていたが、徐々に増大し治療を希望された。治療後早期の再発であり、抗がん剤の効果があまり期待できないこと、副作用の点より患者が抗がん剤治療に抵抗があったことより、患者の同意を得たうえでベバシズマブ単剤での治療(15mg/kg, 3週間隔)を行った。現在16サイクル投与を継続しており、肺の転移巣はわずかに増大しているが、SDの範囲内でコントロールされている。またベバシズマブによる有害事象は出現していない。

再発子宮体がんの治療選択肢は、新規治療が承認されてきているものの依然少なく、ベバシズマブがその選択肢の一つとなるよう新規臨床試験等が期待される。

緩和手術が有効であった子宮頸部胃型腺癌・卵巣転移の一例

愛媛大学 産婦人科 大柴 翼, 森本 明美,
松元 隆, 上甲由梨花,
西野 由衣, 中橋 一嘉,
安岡 稔晃, 内倉 友香,
宇佐美知香, 高木香津子,
松原 裕子, 藤岡 徹,
松原 圭一, 杉山 隆

【緒言】子宮頸部胃型腺癌は局所浸潤能が高く、卵巣転移・腹膜播種など非典型的な進展形態をとる予後不良の疾患である。HPV非関連がんであり、特に日本人に多いとされている。今回、化学療法を施行するも卵巣転移の貯留粘液が増加し、卵巣腫瘍を摘出することで腹部症状の緩和を図ることができた症例を経験した。

【症例】58歳。Y年5月に胸部痛を自覚。CT検査で右胸水を認め、胸水細胞診で腺癌と判定。胸膜／腹膜播種・縦隔リンパ節転移・卵巣転移（8cm大）・子宮頸部に小嚢胞の集簇を認め、子宮頸部組織検査で胃型腺癌と診断された。Y年7月よりパクリタキセル／カルボプラチン（TC）療法を開始し、腫瘍は軽度縮小し、胸水除去も不要となった。TC療法5サイクル後、卵巣転移増大に

よる腹満および腹痛が出現し、経膈エコー下に卵巣腫瘍の穿刺排液を施行した。その後もTC療法を継続したが、原発巣の縮小は維持できたものの卵巣腫瘍は増大し、9サイクル後に再度穿刺排液を要した。化学療法では卵巣転移増大による腹部症状の制御が困難であり、症状緩和目的に手術を選択した。Y+1年4月、両側付属器および子宮摘出を実施した。術後、腹痛は軽減し、初回治療時より漸次増量していた鎮痛薬も減量することができた。

【結語】子宮頸部胃型腺癌は放射線療法／化学療法抵抗性で予後不良であり、進行・再発症例では治療法が限定されるため、症状緩和目的の手術や穿刺排液も選択し、患者QOLの向上につとめるべきである。

当院における卵巣未熟奇形腫10例の考察

国立病院機構四国がんセンター 婦人科 日比野佑美, 竹原 和宏,
横山 貴紀, 藤本 悦子,
坂井 美佳, 大亀 真一

卵巣未熟奇形腫は全卵巣悪性腫瘍の約1.5%に過ぎない希少疾患であるが、好発年齢が若年である

ことから、患者の長期健康や妊孕性への影響が大きく、その頻度以上に臨床上の問題が大きい。当

院で2000年～2020年の20年間に経験した未熟奇形腫10例について考察する。

年齢：13歳～42歳（中央値24歳）。10例中9例に妊孕性温存手術を、1例に根治術を行った。病期：IA期6例、IC期3例、ⅢB期1例で、Grade1が5例、Grade2が3例、Grade3が2例だった。術後BEP療法はGrade2、3の5例に施行した。再発は10例中2例に認め、いずれもGrade1で骨盤内再発と肝転移であった。前者はBEP療法6コースで治癒、後者はBEP療法2コースでPDとなり肝部分切除を行い治癒した。現時点で全症例の非担癌生存を確認している。

未熟奇形腫の術後化学療法としてBEP療法が使用されており、Grade2、3では進行期によらず化学療法を必要とすると言われているが、Grade1では化学療法を安全に省略できる。しかし当院ではGrade1の再発を経験しており、治療決定のためのより有用なバイオマーカーが期待される。このような状況下、原始胚細胞やES細胞に発現している転写因子であるOct4の発現が未熟奇形腫における「真の悪性度」を表すバイオマーカーになり得るとの報告がなされ、検証のための共同研究が開始された。発表では試験概要についても報告する。

腹腔鏡下子宮頸部筋腫核出術にて縫合方法を工夫した1例

愛媛県立中央病院 産婦人科

井上 奈美, 田中 寛希,
島瀬奈津子, 市川瑠里子,
丹下 景子, 行元 志門,
上野 愛実, 池田 朋子,
森 美妃, 阿部恵美子,
近藤 裕司

【緒言】子宮筋腫核出術は筋腫による症状の改善だけでなく、妊孕性等の機能温存という役割も併せ持つ。子宮筋腫核出術は現在、腹腔鏡手術も盛んに行われているが、子宮頸部筋腫は核出・修復が難しく、特に注意が必要である。今回、子宮頸部筋腫に対して、腹腔鏡下手術にて縫合方法を工夫し、子宮を修復しえた症例を経験したので報告する。**【症例】**45歳、2妊1産（帝王切開1回）。第2子妊娠希望にて前医を受診した。経陰超音波断層法にて、子宮頸部前壁に長径6cmの子宮頸部筋腫を認めた。今後の不妊治療を行うにあたって、手術が必要と判断され、精査加療目的に当院紹介受診

となった。骨盤部単純MRI検査にて、長径7.1cmの子宮頸部筋腫と複数の筋層内筋腫を認めた。レルゴニクスを計4ヶ月間内服し、腹腔鏡下子宮筋腫核出術の方針となった。手術時腹腔内を観察すると、帝王切開の創部と膀胱が癒着していたため、癒着を剥離し、膀胱子宮窩腹膜を切開した。子宮頸部を露出したところ、鶏卵大の頸部筋腫を認めた。ピトレシン加生食を局注し、表面をモノポーラで切開、筋腫を牽引し核出した。頸管内腔に穿破は認めなかった。核出部は0号バイクリルを用いて縫合を行い、バイクリルを適当な長さで切断した後、Hem-o-Lockクリップでこれを把持し

た。この操作を繰り返し、創部全体を縫合した後、順に結紮し閉創した。2層目はZ補縫合を行った。手術時間は2時間23分、出血は少量だった。術後経過は良好で、術後3日目に退院した。術後、外

来にて経膈超音波断層法を施行し、筋層が保たれており、欠損がないことを確認した。

【結語】子宮頸部筋腫に対し、縫合を工夫することで腹腔鏡下に手術しえた症例を経験した。

既往帝王切開術後のintramural pregnancyの一例

松山赤十字病院 産婦人科 池田 隆史, 栗原 秀一,
平山 亜美, 田淵 景子,
駒水 達也, 瀬村 肇子,
青石 優子, 高杉 篤志,
梶原 涼子, 信田 絢美,
本田 直利

【緒言】intramural pregnancyは、主に筋層内に位置し、かつ子宮内腔との交通がない妊娠をいい、異所性妊娠のうち非常に稀な亜型の一つである。臨床背景としては、子宮筋腫核出術、卵管切除術、子宮内容除去術の既往や、ART後妊娠、子宮腺筋症合併などが知られている。

【症例】44歳、2妊2産、帝王切開分娩2回。市販の妊娠検査薬陽性のため近医を受診した。子宮内に胎嚢を認めず、血中hCG 19240 mIU/mLで正常妊娠が否定的なため当科へ紹介となった。初診時、経膈超音波断層法で子宮右前方に径14mmの嚢胞を認め、内部は無エコーであった。血中hCGの正常な経時の上昇はなく、子宮内容除去術をおこなったが血中hCGの低下を認めず、異所性妊娠と考えられた。骨盤部単純MRI検査で子宮体部右

側から子宮外へ隆起する径25mmの周囲に一部出血を伴う嚢胞を認めた。右卵管間質部妊娠を疑い審査腹腔鏡を施行したところ、子宮体部前壁に漿膜に覆われた半球状の隆起を認め、内部に液体が透見されることから胎嚢と考えられた。intramural pregnancyと診断した。methotrexate筋肉注射を開始したが、早期の根治術を希望され、腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した。組織学的にも妊娠成分は主として子宮筋層内に存在しており子宮内腔とは離れていた。術後経過に異常なく、血中hCGは陰性化した。

【考察】既往帝王切開術後に異所性妊娠が疑われる症例において、帝王切開瘢痕部妊娠のみならずintramural pregnancyも念頭におくべきである。

腹腔鏡手術臍創部における縫合の工夫 -形成外科的縫合の取り組み-

松山まどんな病院 産婦人科¹⁾, 形成外科²⁾

甲谷 秀子¹⁾, 金子 久恵¹⁾,

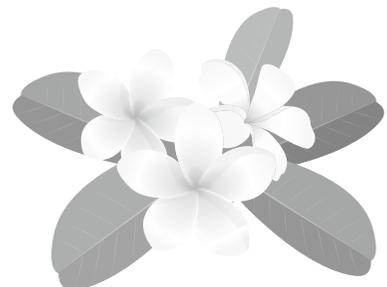
田坂 美恵¹⁾, 土岐 博之²⁾,

【緒言】腹腔鏡手術は低侵襲性、整容性に優れ、現在では良性疾患の標準術式となっている。現在当院では、第1トロッカーは臍底部を縦切開して12mmのポートを留置している。臍底部の縦切開は婦人科領域では一般的であるが、術後にケロイドおよび肥厚性瘢痕、創部感染などの合併症に加え、臍の変形を生じることなどが報告されている。そこで、当院では2021年9月より形成外科的縫合法を取り入れて整容性の改善に努めており、現在のところ患者から良好な満足度を得ている。

【方法】手技の要点は、臍は縦切開を原則とし、腹膜縫合および筋膜縫合は従来通り2-0バイクリル糸にて行う。その後、皮下組織および表皮を創面がずれないように正しく合わせて縫合する。その

際、臍底部を直下の腹直筋鞘に十分に縫合固定する。なお、皮膚は愛護的に把持し、有鉤攝子はできるだけ鉤の少ないものを用いる。皮下は3-0および4-0モノクリル吸収糸を用いて縫合し、表皮は5-0ナイロン糸にて縫合する。縫合後は創面に軟膏を塗布して保護し、適した大きさの綿球を充填して保護フィルムを圧迫貼付する。術後6日目に抜糸し、その後はフォームパッドを臍部に貼付して圧迫を1-2か月継続する。

【結論】腹腔鏡手術臍創部の切開方法や形成術については、施設によりさまざまに標準化されていない。当院で取り入れた形成外科的縫合は、術後の整容性に有用な取り組みであると思われる。



医会だより

第48回「良い子を産み育てる妊婦の日」の 開催再々延期について（ご連絡）

愛媛県産婦人科医会 会長 池谷 東彦

残暑の候、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、愛媛県産婦人科医会では毎年11月3日の文化の日に「良い子を産み育てる妊婦の日」を開催しており、会員の皆様方のご協力を賜り、一昨年まで47年間欠かさず催しておりましたが、新型コロナウイルス感染症の発生により社会状況が一変し、一昨年度・昨年度開催については延期し、今年度開催することとしておりました。

本年度の開催に関しましても、現在の第7波とも思える感染状況、とりわけ感染力が強いとされるオミクロン株BA.5の蔓延等を鑑みますと、開催は難しいと思われまます。

こうした状況を踏まえ、去る7月7日開催の本

会役員会で開催可否の協議を行い7月末の状況で判断することといたしましたが、現況はご承知のとおりであり、開催が3ヶ月後としても参加者が妊婦さんであり、感染のリスクを排除できないとして、今年度も開催は行わず、第48回開催を令和5年11月3日に再度延期することといたしました。

本会をはじめとする医療従事者に多く関わっていただくイベントにおいて、妊婦の方々や参加者への感染があってはならず、再度の延期の判断はやむを得ないと考える次第です。

ご支援ご協力を頂戴しております会員の皆様方に、このようなお知らせを申し上げるのは大変残念で忸怩たる思いですが、どうかご理解賜りますようお願いいたします。

子宮がん検診従事者講習会

日 時：令和4年3月19日(土) 15:00～17:00

場 所：オンライン配信 (Zoomウェビナー)

配信会場：愛媛県医師会館

松山市三番町4丁目5-3 TEL：089-943-7582

次 第

1. 開会挨拶
愛媛県生活習慣病予防協議会子宮がん部会
部会長 横山 幹文
2. 報告1 (15:00～15:30)
本県における子宮がん検診の現況
愛媛県総合保健協会 池谷 東彦 先生
- 報告2 (15:30～16:00)
当協会における細胞診・HPV併用検診への
取り組み -2018～2021年度を中心に-
愛媛県総合保健協会 佐伯 健二 先生
3. 特別講演 (16:00～17:00)
子宮頸がん予防の新展開
-HPVワクチン勧奨再開と
わが国の現状を踏まえたHPV検査導入法-
公益社団法人日本産婦人科医会
がん部会担当常務理事
鈴木 光明 先生

第8回愛媛生殖医学研究会抄録

日 時：2022年3月19日(土) 15:30～18:30

開催形式：Web形式（事前登録制）

プログラム

一般演題 15:45～16:15

特別講演1 16:30～17:30

『女性生殖器の粘膜免疫と常在菌の役割』

日本大学医学部病態病理学系 微生物学分野 教授 早川 智 先生

特別講演2 17:30～18:30

『生殖医療の未来－家族政策と社会政策を見据えて－』

埼玉医科大学病院 婦人科・生殖医療担当診療部長 教授

リプロダクションセンター長 石原 理 先生

一般演題抄録

精子クロマチン構造の損傷検査における精液の凍結融解の影響について

福井ウィメンズクリニック 藤 沙弥香

(緒言)

精子頭部クロマチン構造の損傷は胚発育や生産率に影響を及ぼすことが報告されている。

損傷率はDFI (DNA Fragmentation Index) と称され、精子の質の指標と考えられている。

DFIの検査は、凍結した原精液を用いて行われることもあるが、凍結融解のDFIに対する影響についての報告は少ない。そこで我々はフローサイトメトリー (FCM) によるSperm Chromatin Structure Assay (SCSA) を用いてその検証を行った。

(対象と方法)

同意の得られた患者からの射出精子 (n=11) を対象とした。精液一般検査を行った後、精液を非凍結群と原精液を-20℃の冷凍庫で凍結する凍結群に分け、非凍結群は採精3時間以内、凍結群は凍結24時間後と2週間後に融解したものを実験に用いた。精子をアクリジンオレンジ (AO) 染色し、FCMを用いて二本鎖DNA526 nmの緑色蛍光 (AO green) ならびに一本鎖DNA650 nmの赤色蛍光 (AO red) の波長を測定し、2万個の精子にしめるAO redの精子の割合をDFI (%) として算

定した。それぞれの群間の有意差検定はwilcoxon signed-rank testを用いて行った。

【結果】

精液所見は平均精子濃度 (106/ml) 103.8 ± 42.3 (31.0 ~ 153.0), 平均運動精子率 (%) 61.9 ± 7.6 (47.4 ~ 71.9) であり, 患者平均年齢 36.4 ± 5.6 歳であった。

非凍結群, 凍結24時間群, 凍結2週間群のDFIはそれぞれ $17.5 \pm 9.5\%$, $25.8 \pm 13.6\%$, $25.3 \pm 14.9\%$ であり, 凍結24時間群, 凍結2週間群は非凍結群に比して有意に高値を示した ($p < 0.05$)。

凍結24時間群と凍結2週間群の間には有意差を

認めなかった。

【考察】

DFI増加の原因は精索静脈瘤, 喫煙, 加齢などが報告されているが, 凍結融解による影響も少ないことが示唆され, DFI検査にあたっては新鮮射出精子を用いて行うことが望ましいと考えられた。今回の対象が不妊を抱える夫婦の検体であることから, 妊孕性のある男性から得られた検体で同様の検討を行っている。また今後, 凍結方法・凍結温度・融解方法についての至適条件の検討が必要と考えられる。

着床不全症例に対する血小板由来成分 (PFC) 療法の臨床経験

医療法人 矢野産婦人科 IVFセンター 大橋いく子, 笹峯 梢,
恒岡 久子, 若江 里砂,
矢野 浩史

【目的】

多血小板血漿 (Plate Rich Plasma: PRP) 療法は子宮内膜菲薄症例など着床不全を呈する難治性不妊に対して臨床応用されている。PRPの実施には厚生支局の再生医療実施の施設認可が必要である。検体は当日処理が必要であり施設内に血液の細胞加工用機器を備えて, 血小板由来の成長因子 (PDGF, TGF- β , VEGF) や炎症抑制サイトカインなどの成分抽出を行なう。

最近, PRPを加工してフリーズドライした血小板由来成分 (Platelet-derived Factor Concentrate-Freeze Dry: PFC-FD) が製品化された。採取した血液検体は処理作業なく取り扱い業者の施設に送られ製品となる。長期保存が可能で, 治療が計画的に行なえるようになった。施設認可を必要としない。今回, 当院でのPFC-FD療法の臨床成績と

治療が効奏した症例を提示する。

【対象】

2021年9月から2022年1月までの期間に, PFC-FD療法を実施して凍結融解胚盤胞移植 (FET) を行なった着床不全5症例6周期とした。全ての患者には説明と同意を得て行った。

【結果】

- ① 不妊期間の平均年数は6.0年, 移植時の妻平均年齢は 35.0 ± 5.0 才, 既往胚移植の平均回数は4.2回であった。移植前の子宮内膜 (Em) 厚はPFC実施前 7.16 ± 0.6 mm, 後 7.9 ± 1.2 mm。実施によりEm厚が増加した。臨床妊娠 (GS確認) 率は66.7% (4/6), 妊娠継続2例, 流産2例であった。
- ② 症例報告: 2020年に当院初診 (妻28歳, 夫28歳), 前医では採卵2回, 胚移植3回行われていた。初回採卵 (11月) で胚盤胞5個を凍結保存し

た。次周期にHRT周期下に移植するも着床しなかった。さらに、翌年のERA後移植周期（3月）にも着床しなかった。3回目の移植周期にPFC-FD療法（Day11, 13に子宮腔内注入）を実施した。Em7.6mmと厚くなり、FETを行なったところ着床した。

現在、妊娠継続中である。

【結論】

着床不全症例に対してPFC-FD療法は有効であると考えられた。

凍結前胚盤胞に対するLaser Artificial Shrinkage（LAS法）の有効性

医療法人矢野産婦人科 IVFセンター 笹峯 梢, 恒岡 久子,
若江 里砂, 大橋いく子,
矢野 浩史

【目的】胚盤胞を凍結する際、スクロース液を用いて胞胚腔を収縮させ凍結を行っていたが収縮不十分な場合がある。そこで、レーザーにて内部細胞塊から最も離れた栄養外胚葉を穿孔して胞胚腔液を抜くLaser Artificial Shrinkage（LAS）を導入した。今回、LASの有用性について検討した。

【方法】2020年1月から2021年11月の期間に、採卵後5日目または6日目に胚盤胞3BB（Gardner分類）以上でガラス化凍結を行い、単一胚盤胞移植を行った155症例291周期を対象とした。凍結前に0.25Mスクロース液に浸漬収縮させた周期（SU群）、120nmサイズのレーザー単発照射によるLASを行い収縮させた周期（LAS群）、コントロール群として、凍

結直前に自然収縮がみられた状態で凍結を行った周期（SH群）、非収縮のまま凍結を行った周期（N群）の4群に分け、それぞれ臨床妊娠率を比較検討した。

【結果】SU群、LAS群、SH群、N群の臨床妊娠率は、44.0%（22/50）、50.0%（12/24）、21.2%（7/33）、38.0%（70/184）となり、LAS群がSH群に対して有意に高かった（ $P<0.05$ ）。

それ以外の群間では有意差は認められなかったものの、SH群が低い傾向にあった。

【考察】凍結保存前にはLASにより胞胚腔を虚脱させ、胚盤胞を収縮する処理が有効であると考えられた。今後は凍結融解後の胚の状態や妊娠の転帰を含め、比較検討したい。

特別講演抄録

女性生殖器の粘膜免疫と常在菌の役割

日本大学医学部病態病理学系微生物学分野 早川 智 先生

女性生殖器粘膜には独自の細菌叢が存在し本人のみならず胎児・新生児の健康に関与する。膣から子宮腔部は重層扁平上皮に被覆され、SC Junctionを経て子宮頸部内側の単層円柱上皮へ移行する。膣では常在菌を保持するために、ある程度免疫応答は抑制される。子宮頸部から上では上行感染を防ぐために、より厳格な免疫応答が行われ、菌量は膣部と比べ頸管は数百分の一、子宮体部では数千分の一に減少する。解剖学的に近位にある下部消化管から膣に少量の菌は常に移行する。しかしながら腸内細菌叢は多様性に富むほど健常であるのに対して、膣内は少数の菌種が独占する方が健常である。生殖年齢女性の膣内細菌叢は少なくとも五種類のCommunity state type (CST)が存在し、*Lactobacillus crispatus* 優位のCST-I, *L. gasseri* 優位のCST-II, *L. iners* 優位のCST-III, *L. jensenii* 優位のCST-V, そして*Lactobacillus*が減少し、*Gardnerella*, *Prevotella*, *Atopobium*や*Mobiluncus*を始めとする嫌気性菌が混在するCST-IVに分類される。女性ホルモンによって膣上皮のグリコーゲン産生が誘導されると、これを基質として*Lactobacillus*によって乳酸が産生され、膣内を酸性に保つ。子宮内膜の細菌叢に関しても、*Lactobacillus*優位の報告があるがコンセンサスを

形成するには至っていない。商業ベースの「子宮内フローラ検査」で*Lactobacillus*属の減少を指標に広域性抗菌薬を投与する向きもあるが、1) 経頸管の採取ではコンタミネーションが避けられない、2) 次世代シーケンサーでは起因菌を同定できない、3) 広域性抗菌薬の長期投与は耐性菌誘導のリスクがある。といった問題点がある。*Lactobacillus*属も種によって大きな生物学的性状の差異があり、我々は膣上皮との共培養系で、*L. crispatus*が特異的に膣上皮再生を促進し、絨毛細胞の浸潤を促進することを明らかにした。興味深いことに血流によって胎盤に到達する歯周病菌は絨毛浸潤を強く抑制する。ともに生殖を阻害する歯周病と細菌性膣症は合併が多く、共通する粘膜免疫異常の病態が存在する可能性がある。面白いことに霊長類の中で、膣内細菌叢が*Lactobacillus*優位なのはヒトのみであり、他は多くても全体の数%しか存在しない。膣内のpHが乳酸によって低く保たれているのも人特有である。先に述べたように、ヒトの胎盤絨毛は*L. crispatus*によってより深く浸潤して胎盤血流を担保する。ヒトの大きな脳は、胎盤形成における*L. crispatus*の共存が可能にしたのかもしれない。

生殖医療の未来 – 家族政策と社会政策を見据えて –

埼玉医科大学産科婦人科学 石原 理 先生

国連によれば、日本など東アジア諸国に限らず、全世界において2100年までには、人口縮小社会となることが予想されている。その中で生殖医療は、一部で「少子化対策のひとつ」として認識されているが、これは残念ながら期待外れとなる可能性が高い。しかし、生殖医療は、今後家族を持つ手段のひとつとして、さらに重要な意義を持つようになり、特に提供配偶子を用いる治療は、さまざまなかたちの家族を求める人々により、より広く利用されるようになるであろう。

また、わが国では2022年4月からの生殖医療の保険収載により、患者の治療アクセスがどのように変化するか、また患者負担がどの程度軽減され

るかが特に注目される。しかし、この変更により、社会政策の一つとしての生殖医療に対する財政支出を、他の保健医療政策に向ける支出と相対化することが容易になり、家族形成における生殖医療の重要性を社会的にアピールする必要性が、今後大きな課題となる。そして、戦後の絶好機において、戦前からの「国家のための家族政策」を総括することに失敗したわが国において、「人々のための家族政策」に完全に転換し、ジェンダーはじめさまざまな多様性を拡大するための社会政策が、必要な法整備とともに今後確実に進められることを期待したい。



令和3年度 愛媛県医師会母体保護法指定医師研修会 (ハイブリッド開催)

日 時：令和3年12月18日(土) 15:00～18:30

会 場：愛媛県医師会館 5階ホール*Zoomを用いたハイブリッド開催
松山市三番町4丁目5-3 TEL：089-943-7582

次 第

司会：愛媛県産婦人科医会常任理事

武田 康成

B. 「予期せぬ妊娠の予防のためにやらなければならぬこと」

日本産婦人科医会常務理事

種部 恭子 先生

1. 開 会

愛媛県産婦人科医会会長 池谷 東彦

17:30～18:30

2. 挨 拶

愛媛県医師会会長 村上 博

座長 愛媛大学医学部産婦人科教授

杉山 隆

3. 研修会 (15:10～18:30)

15:10～16:10

C. 「安全な人工妊娠中絶のために」

日本産婦人科医会常務理事

長谷川 潤一 先生

座長 愛媛県産婦人科医会会長

池谷 東彦

4. 閉 会 (18:30)

a. 「母体保護法について――トラブル回避」

主 催：愛媛県医師会

日本産婦人科医会副会長

協 力：愛媛県産婦人科医会

石渡 勇 先生

16:20～17:20

座長 愛媛県産婦人科医会副会長

横山 幹文

愛媛県医師会生涯研修 3単位

カキュラムコード： 6・2・7

令和3年度
愛媛県産婦人科医会総会
愛媛産科婦人科学会総会
資料集

1. 報 告

- (1) 令和3年愛媛県産婦人科医会事業庶務報告
- (2) 令和3年おぎゃー献金報告

(2) 令和4年度愛媛県産婦人科医会事業方針について

(3) 令和4年度愛媛県産婦人科医会歳入歳出予算並びに会費の全会員免除について

2. 議 事

- (1) 令和2年度愛媛産科婦人科学会会計並びに愛媛県産婦人科医会歳入歳出決算について
◆監査報告



令和4年度 愛媛県産婦人科医会 事業方針

1. 総務

- ①庶務：会議の司会，総会議長など
- ②経理：愛媛県産婦人科医会の予算，決算
- ③法制：母体保護法の適応，（母体保護法研修会開催協力）
- ④女性保健：女性のライフスタイルに合わせた諸問題
 成育基本法に基づく，思春期，成熟期，成人期，更年期，老年期の諸問題，性教育セミナー開催，性教育指導セミナー全国大会への参加，性暴力・性犯罪者被害者救援，女性アスリート健康・向上支援，若年者の望まない妊娠対策（緊急避妊法の適正使用の周知と啓発），プレコンセプション・ケアの啓発，不育▶不妊の問題への関与
- ⑤おぎゃー献金

2. 学術

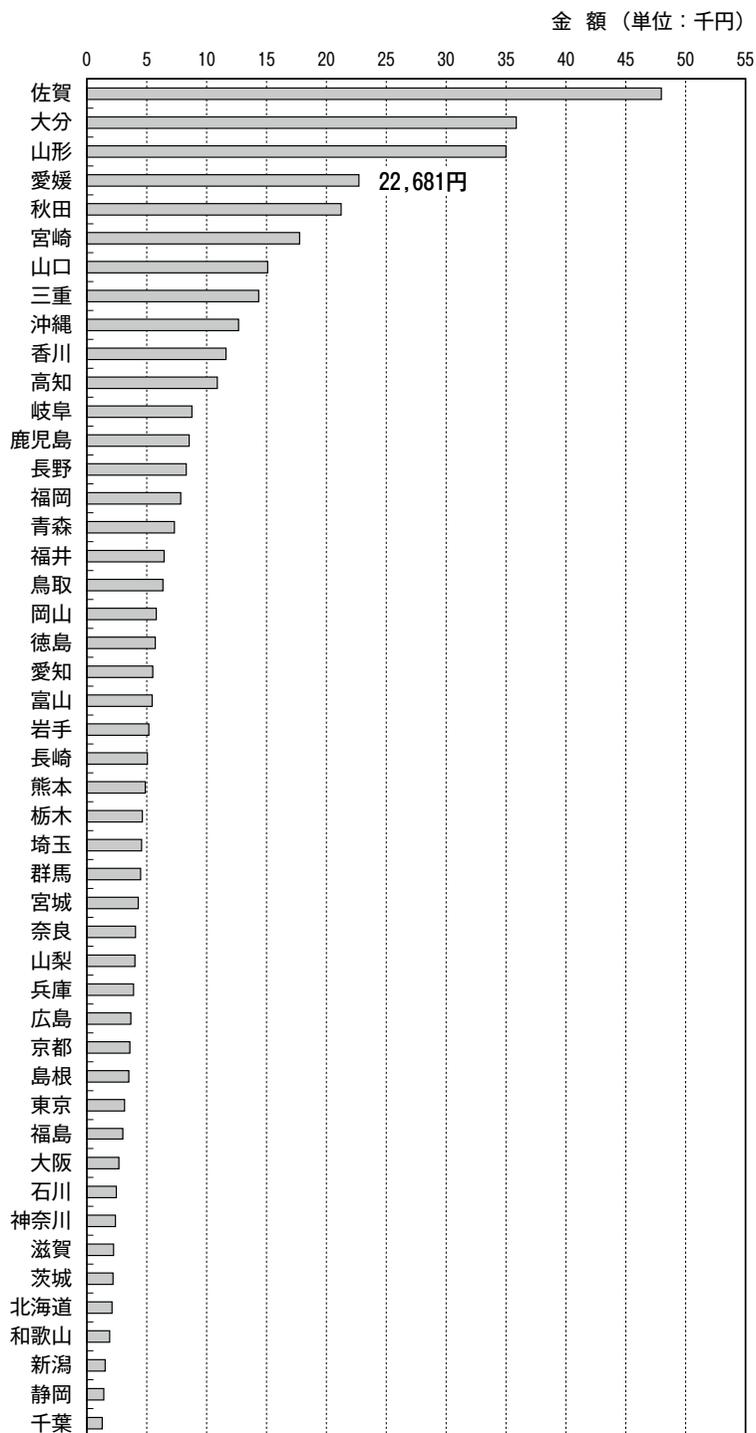
- ①母子保健：妊婦健診（公費負担に関する諸問題）
 妊娠，分娩，産褥期の母児のメンタルヘルスケア推進（精神科との連携）
 「母と子のメンタルヘルスフォーラム」参加
 母と子のメンタルヘルスケア研修会開催，および参加
 社会的ハイリスク妊婦対策（産後うつリスク），DV，虐待の問題
 「よい子を産み育てる妊婦の日」の開催
 HTLV-1 母子感染予防対策，産後ケア事業，COVID-19母児感染取扱
- ②先天異常：新生児先天性代謝異常症検査（公費負担のない検査項目を含む）
 新生児聴覚スクリーニング（公費負担額の増額）
 出生前診断（NIPT）：遺伝カウンセリング体制の確立
 風疹対策，葉酸摂取など将来の母児に影響を及ぼす各種要因

- ③研修：学術講演会，集談会の開催
- ④がん：子宮頸がん検診（液状化細胞診，HPV検査併用の普及）
HPVワクチン接種（産婦人科医による接種の普及）
乳がん検診への参加，その他婦人科がんの問題
- ⑤情報関係：愛媛県産婦人科会報の発行
愛媛産婦人科医会ホームページの管理と運営
- ⑥医療保険：全国医療保険担当者連絡会への参加，疑義解釈に関する解説と伝達

3. 医療

- ①医療安全：J-CIMEL開催の研修会への参加（母体救命システムの普及）
日本産婦人科医会医療安全担当者会議への参加
産科医療補償制度に対する状況把握
医療事故調査委員会の内容理解
産婦人科ガイドラインの遵守
- ②勤務医対策：勤務医の働き方問題への理解と協力
勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境の改善
病診連携の推進
- ③医業推進：有床・無床診療所問題
全国医業推進担当者伝達講習会への参加
オンライン診療，オンライン資格（本部情報技術部会と提携）
女性内科へのパラダイムシフト（婦人医としてかかりつけ医へ）
分娩費用の増額，公費負担の広域化

令和3年度地域別正会員一人当りおぎゃー献金額



愛媛県産婦人科医会役員名簿
(任期：令和3年4月1日～令和5年3月31日)

(新) 新規役員就任者

愛媛県産婦人科医会	会 長	池 谷 東 彦
愛媛産科婦人科学会	会 長	杉 山 隆
日本産婦人科医会	代 議 員	小 西 秀 信
愛媛県産婦人科医会	副 会 長	横 山 幹 文
〃	副 会 長	宮 内 文 久
〃	副 会 長	中 橋 徳 文
〃	常 任 理 事	武 田 康 成
〃	常 任 理 事	草 薙 廉 城
〃	常 任 理 事	近 藤 裕 司
〃	常 任 理 事	松 原 圭 一
〃	常 任 理 事	福 井 敬 介
〃	理 事	吉 良 敏 彦
〃	理 事	山 内 正 大 (新)
〃	理 事	矢 野 浩 史
〃	理 事	坂 田 圭 司
〃	理 事	吉 本 勲
〃	理 事	岩 本 麻 里 (新)
〃	理 事	西 睦 正 (新)
〃	理 事	金 子 久 恵 (新)
〃	理 事	新 谷 敏 昭 (新)
〃	監 事	竹 原 和 宏
〃	監 事	富 岡 尚 徳 (新)
〃	顧 問	正 岡 尚
〃	顧 問	長 野 護
〃	顧 問	今 井 洋 子
〃	顧 問	渡 辺 克 一
〃	顧 問	小 泉 幸 夫

令和元年度愛媛産科婦人科学会 会計報告

●収入の部

¥1,895,010

◆内 訳

- ¥1,107,498 令和元年度繰越金
- ¥ 655,000 2年度5,000×130名
元年度5,000×1名
- ¥ 107,500 日産婦学会より事務費
(会費納入率による還元金)
- ¥ 25,000 愛媛県産婦人科医会からの日産婦学会サマースクール寄附金
- ¥ 12 預金利息

●支出の部

¥ 694,040

◆内 訳

- ¥ 131,000 四国産科婦人科学会会費送金
(2年度130名分・元年度1名分)
- ¥ 113,040 通信費(中四国学会雑誌送料 外)
- ¥ 400,000 愛媛県産婦人科医会会務助成金
- ¥ 50,000 日産婦学会サマースクール寄附金

※収支差引残金1,200,970円は令和3年度へ繰越とする。

令和3年度 愛媛県産婦人科医会庶務報告及び事業報告

自 令和3年4月1日

至 令和4年3月31日

年月日	会議・講演会名	開催地	出席者
令和3年			
5.6(木)	県産婦人科医会会報編集委員会	愛媛県医師会館	横山 外
5.15(土)	日産婦医会理事会(WEB参加)		池谷
5.29(土)	愛媛県産婦人科医会学術臨床集談会	愛媛県医師会館	会員
5.29(土)	日産婦医会医療保険委員会(WEB参加)		横山
6.8(火)	日産婦学会専門医制度愛媛地方審査委員会	愛媛県医師会館	杉山 外
6.13(日)	日産婦医会総会(WEB参加)		池谷,小西
7.3(土)	愛媛県周産期医療研究会(WEB開催)		会員
7.5(月)	日産婦医会性教育指導セミナー(WEB参加)		宮内
7.17(土)	愛媛県産婦人科医会夏期講習会	松山市	会員
7.31(土)	愛媛県産婦人科医会役員会	愛媛県医師会館	池谷 外
8.12(木)	東予産婦人科医会	新居浜市	東予会員
8.20(金)	AYA世代対応ネットワーク妊孕性ネットワークセミナー(WEB開催)		会員
8.29(日)	日産婦学会専門医申請者二次試験	愛媛県医師会館	杉山 外
9.4(土)	日産婦医会医療保険委員会(WEB参加)		横山
9.12(日)	日産婦医会四国ブロック協議会・医療保険協議会(WEB開催)		池谷 外
9.23(木)	日産婦医会理事会(WEB参加)		池谷
9.23(木)	日産婦医会地域代表者会議(WEB参加)		池谷
10.6(水)	母体保護法指定医師認定審査委員会	愛媛県医師会館	池谷 外
10.20(水)	Takeda Rare Disease Academy in EHIME(WEB開催)		会員
11.3(水)	日産婦医会全国医療安全担当者連絡会(WEB参加)東京都		福井

年月日	会議・講演会名	開催地	出席者
11. 3(水)	第48回良い子を産み育てる妊婦の日(再延期)		
11. 13(土)	日産婦医会医療保険委員会(WEB参加)		横山
11. 20(土)	愛媛県産婦人科医会学術臨床集談会	リジェール松山	会員
11. 26(金)	四国産婦人科臨床フォーラム(オンデマンド開催)		会員
11. 28(日)	日産婦医会母と子のメンタルヘルス研修会応用編・指導者講習会	東京都	横山
11. 30(火)	愛媛小児先進医療セミナー(WEB開催)		会員
12. 4(土)	日本医師会家族計画母体保護法指導者講習会(WEB参加)	東京都	池谷 外
12. 7(火)	愛媛県産婦人科医会役員会	愛媛県医師会館	池谷 外
12. 18(土)	愛媛県医師会母体保護法指定医師研修会	愛媛県医師会館	会員
令和4年			
1. 13(木)	2022 Ehime Gynecological Endoscopic Surgery (EGES) Meeting(WEB開催)		会員
1. 15(土)	愛媛県産婦人科特別セミナー(WEB開催)		会員
2. 16(水)	愛媛県産婦人科医会会計監査	愛媛県医師会館	竹原, 富岡
2. 16(水)	愛媛県産婦人科医会常任理事会	愛媛県医師会館	池谷 外
2. 17(木)	第9回愛媛県周産期症例検討会(WEB開催)		会員
2. 19(土)	日産婦医会理事会(WEB参加)		池谷
2. 22(火)	母体保護法指定医師認定審査委員会	愛媛県医師会館	池谷 外
3. 4(金)	第6回愛媛遺伝性疾患研究会(WEB開催)		会員
3. 8(火)	愛媛県産婦人科医会役員会	愛媛県医師会館	池谷 外
3. 12(土)	CAYA世代対応ネットワーク妊孕性ネットワークセミナー	ホテルマイステイズ松山	会員
3. 13(日)	日産婦医会総会(WEB参加)		池谷, 小西
3. 19(土)	愛媛県医師会子宮がん検診従事者講習会(WEB開催)		会員
3. 19(土)	第8回愛媛生殖医学研究会(WEB開催)		会員
3. 20(日)	日産婦医会全国医業推進担当者伝達講習会(WEB開催)		福井
3. 27(日)	県産婦人科医会学術講演会(WEB開催)		会員
3. 27(日)	県産婦人科医会総会, 県産科婦人科学会総会(中止により書面決済)		

会員の異動

◎会 員 数（令和4年2月4日現在・免除会員含む）（ ）うち免除会員
161名（22名）

A会員 79名（14名）

- 病院、診療所の開設者
- 教授、准教授、部長、科長、医長
- その他これに準じる役職のある勤務医

B会員 58名（8名）

- 勤務の産婦人科指定医、専門医でA会員以外の者

準会員 24名

- 専門医研修中の産婦人科医師でA、B会員以外の者

◎新入会員（敬称略・R. 4. 2. 1 現在所属郡市）

栗原 秀一（松山市） 駒水 達哉（松山市） 吉里 美慧（松山市）
井上 奈美（松山市） 日比野佑美（松山市） 福岡 真弓（松山市）
市川瑠里子（松山市） 伊藤 恭（松山市） 越智 博（松山市）
森本 明美（愛大） 山内 雄策（愛大） 西野 由衣（愛大）

◎退会会員（敬称略・退会時所属郡市）

立花 綾香（四国中央市） 木花 敏雅（新居浜市） 山口真一郎（松山市）
片山 由大（松山市） 中島 京（松山市） 越智 良文（松山市）
秋定 幸（松山市）

●物故会員（令和3年2月以降）

上野 起 先生 令和3年2月17日ご逝去（松山市自宅会員・享年83歳）
峰 民也 先生 令和3年4月10日ご逝去（砥部町自宅会員・享年85歳）
武内 國太 先生 令和3年7月25日ご逝去（今治市開業医・享年76歳）
松元 正行 先生 令和4年2月3日ご逝去（大洲市自宅会員・享年96歳）

令和2年度 愛媛県産婦人科医会歳入歳出決算書

款	科	目 項		決算高	予算高	比		較 減	説 明
		増	減						
1. 会費				3,730,000	3,937,000			207,000	A 会員 1. 病院、診療所の開設者 2. 教授、准教授、部長、課長、医長、それに準ずる役職にあたる勤務医 B 会員 勤務の産婦人科指定医、専門医でA 会員以外の者 準会員 A、B 会員以外の者
		1. 産婦人科医会費		3,672,000	3,867,000			195,000	A 会員 @36,000円×59人 = 2,124,000円 B 会員 @21,000円×54人 = 1,134,000円 準会員 @18,000円×23人 = 414,000円 特別会費 @ 1,000円×0人 = 0円
2. 還元金				58,000	70,000			12,000	新入会員に対する入会金 A 会員@50,000円×1人 = 50,000円 (新規開業会員) B 会員@ 2,000円×4人 = 8,000円
				572,645	800,000			227,355	おぎや一献金事務費還元金 152,257円 おぎや一献金推進月間補助費 296,128円 会費還元金 124,260円
3. 補助金				881,200	850,000		31,200		
		1. 日産婦医会還元金		50,000	50,000				母体保護法指定医師研修会補助金 50,000円
4. 助成金				831,200	800,000		31,200		県総合保健協会よりの子宮がん集検事業補助金 800,000円 県医師会会場使用補助金 31,200円
		1. 助成金		1,300,000	1,300,000				県医師会よりの審査員科別懇談助成 50,000円 県医師会よりの分科会助成金 250,000円 県総合保健協会よりの子宮がん集検研究費 1,000,000円
5. 雑収入				709,405	602,000		107,409		
		1. 預金利息		109	1,000			891	
		2. 雑入金		709,300	600,000		109,300		会報広告料、事業協賛金、愛媛産科婦人科学会からの助成 日産婦医会業務委託料 (代議員選出業務分)
6. 繰入金				0	1,000			1,000	
		1. 繰入金		0	1,000			1,000	
7. 繰越金				9,082,053	8,300,000			782,053	
		1. 前年度繰越金		9,082,053	8,300,000			782,053	
歳入	合計			16,275,307	15,790,000			485,307	

歳入合計 16,275,307円
歳出合計 3,345,562円
差引繰越金 12,929,745円

歳出の部

科 款	目 項	決算高	予算高	比		説 明
				増	減	
1. 事務諸費	1. 事務費	1,672,248	5,478,000		3,805,752	
	2. 通信費	0	1,000		1,000	
	3. 印刷費	268,598	400,000		131,402	郵送料、宅配便送料、振込手数料
	4. 消耗品費	0	1,000		1,000	
2. 事業費	5. 旅費	1,159,960	4,754,000		3,594,040	日産婦医会通常総会(Web) 日産婦医会理事会(Web) 日産婦医会地域代表全国会議(Web) 日産婦医会医業安全担当者会(Web) 日産婦医会女性アスリートのための全国代表者会(Web) 日産婦医会医務保険委員会(Web) 日産婦医会中四国ブロック意見交換会(Web) 2名 日産婦人科医会常任理事会1回・役員会3回 県産婦人科医会報編集委員会1回 外 交通費
	6. 交通傷害保険費	26,980	70,000		43,020	公務出張に対する交通傷害保険料
	7. 慶弔費	100,000	100,000			弔慰金(会員2名分)
	8. 対外活動費	116,710	150,000		33,290	渉外費(がん募金含む)
	9. 雑費	0	1,000		1,000	
	1. 会報発行費	1,244,754	3,120,000		1,875,246	
	2. 母子保健活動費	882,274	1,000,000		117,726	産婦人科医会報1回発行印刷費
	3. 性教育活動費	253,000	1,000,000		747,000	良い子を産み育てる妊婦の日誌経費(中止分) 外 性教育セミナー未実施
	4. 勤務医部活動費	25,000	220,000		195,000	日産婦学会サマースクール寄附金
5. 医療情報費	84,480	400,000		315,520	ホームページ保守・サーバーレンタル料	
3. 会議費	1. 役員会費	428,560	1,460,000		1,031,440	
	2. 会員研修並びに総会費	34,560	330,000		295,440	役員会、常任理事会、会報編集委員会、会場使用料 外
	3. 四国ブロック協議会員掛金	130,000	900,000		770,000	総会プログラム代 外
	4. 四国ブロック医保協議会掛金	0	100,000		100,000	
	5. 役員退職金	264,000	30,000	234,000	100,000	徳島県産婦人科医会の担当による開催中止
4. 予備費	1. 予備費	0	5,732,000		5,732,000	
	歳出合計	3,345,562	15,790,000		12,444,438	

令和4年度 愛媛県産婦人科医会歳入歳出予算書

歳入の部

款	科	目	項	本年度予算高	前年度予算高	比		説	明
						増	減		
1. 会費				71,000	3,910,000		3,839,000	A 会員 1. 病院、診療所の開設者 2. 教授、准教授、部長、科長、医長、それに準ずる役職にあたる勤務医 B 会員 勤務の産婦人科指定医、専門医で A 会員以外の者 準会員 専門医研修中の産婦人科医で A、B 会員以外の者	
				1,000	3,840,000		3,839,000		
				70,000	70,000			新入会員に対する入会金 A 会員@500,000円×1人 = 500,000円 (新規開業含む) B 会員@ 200,000円×10人 = 200,000円	
2. 還元金				800,000	800,000			おぎや一献金活動補助金・還元金、会費還元金	
3. 補助金				800,000	800,000			母体保護法指定医師研修会補助金 子宮がん集検事業補助金	50,000円 800,000円
				850,000	850,000				
4. 助成金				50,000	50,000			県医師会よりの分科会助成金 子宮がん集検研究費 審査員科別懇親会費	250,000円 1,000,000円 50,000円
				800,000	800,000				
				1,300,000	1,300,000				
5. 雑収入				602,000	602,000				
				1,000	1,000			会報広告料、事業協賛金 外	
				600,000	600,000				
				1,000	1,000				
6. 繰入金				1,000	1,000				
				1,000	1,000				
7. 繰越金				17,000,000	12,000,000		5,000,000		
歳入				17,000,000	12,000,000		5,000,000	令和3年度繰越金 (見込み額)	
				20,624,000	19,463,000		1,161,000		

歳出の部

科 目	目 項	本年度予算高	前年度予算高	比		説 明
				増	減	
1. 事務諸費	1. 事務費	4,225,000	5,392,000		1,167,000	
	2. 通信費	400,000	400,000			郵送料、振込手数料
	3. 印刷費	1,000	1,000			
	4. 消耗品費	1,000	1,000			
2. 事業費	5. 旅費	3,501,000	4,668,000		1,167,000	日産婦人会総会(東京)2人・1回、1人・1回 日産婦人会理事会(東京)1人・1回 日産婦人会医療保険委員会(東京)1人・1回 日産婦人会地域代表全国会(東京)1人 日産婦人会医療安全担当者連絡会(東京)1人 日産婦人会医療推進伝達講習会(東京)1人 日産婦人会献金担当者連絡会(東京)1人 日産婦人会大会学術集会(広島)1人 日産婦人会性教育指導セミナー(山形)1人 母と子のメンタルヘルスフォーラム(埼玉)1人 日産婦人会四国ブロック協議会・医療保険協議会(松山市) 県産婦人科医会常任理事会2回 県産婦人科医会役員会3回 四国ブロック協議会打合せ2回 各種打合せ(適宜)・外 交通費
	6. 交通傷害保険費	70,000	70,000			公務出張に対する交通傷害保険料
	7. 慶弔費	100,000	100,000			会員死亡時の用意金・生花 外
	8. 対外活動費	150,000	150,000			渉外費
	9. 雑費	1,000	1,000			
	1. 会報発行費	1,000,000	1,000,000	300,000		産婦人科医会報1回発行
	2. 母子保健活動費	1,300,000	1,000,000	300,000		良い子を産み育てる妊婦の日諸経費、MCMC地域研修会諸経費 外
	3. 性教育活動費	500,000	500,000			性教育セミナー諸経費
	4. 勤務医活動費	220,000	220,000			日産婦人会新生児療生活「専門」インストラクター養成講習会等の受講諸経費2名分(東京)外
	5. 医療情報費	400,000	400,000			ホームページ関連諸経費 外
3. 会議費	1. 役員会費	1,480,000	1,431,000	49,000		
	2. 会員研修費並びに総会費	330,000	330,000			役員会・常任理事会・会報編集委員会等の開催諸経費
	3. 四国ブロック協議会負担金	900,000	900,000			総会開催諸経費 外
	4. 四国ブロック協議会負担金	100,000	100,000			令和4年度：愛媛県産婦人科医会担当により松山市にて開催
	5. 役員退職金	50,000	1,000	49,000		役員改選に伴う退職金
4. 予備費	1. 予備費	11,499,000	9,520,000	1,979,000		
	1. 予備費	11,499,000	9,520,000	1,979,000		日産婦人会大会学術集会ブロック負担金、日産婦人会四国ブロック協議会担当医会諸経費 外
歳 出 合 計		20,624,000	19,463,000	1,161,000		

愛媛県産婦人科医会・愛媛産科婦人科学会 令和4年度会費負担額表

会費別	開業医		勤務		医務		備考
	日産婦医会正会員 県産婦医会A会員	18,000	日産婦医会正会員 県産婦医会A会員	18,000	日産婦医会準会員 県産婦医会準会員	18,000	
日本産科婦人科学会会費	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	77歳以上で入会40年以上の会員と、初期研修2年の間に入会した者の当該研修期間は5千円
中国四国産科婦人科学会会費	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	
四国産科婦人科学会会費	0	0	0	0	0	0	令和4年度より徴収は一旦休止
愛媛産科婦人科学会会費	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	
日本産科婦人科学会本部入会金	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	新規入会者のみ
日本産婦人科医会会費	36,000	36,000	36,000	36,000	36,000	18,000	正会員…準会員以外の会員 準会員…日産婦学会専門医でない者 前年12月31日現在で満77歳以上の者は1万円 A会員…病院・診療所の開設者並びに教授・准教授・部長・科長・医長 それに準じる役職の勤務医 B会員…日産婦学会専門医でA会員以外の者 準会員…A、B会員以外の者 日産婦医会会費の免除会員並びに減免会員は免除 ※令和4年度は全会員免除
愛媛県産婦人科医会会費	0	0	0	0	0	0	
愛媛県産婦人科医会入会金	50,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	勤務医から新規開業となる場合も入会金が必要
合計	現在会員	63,000	63,000	63,000	63,000	45,000	
	新入会員	114,000	66,000	66,000	66,000	48,000	

第九回愛媛県周産期症例検討会（Web会議形式）

日 時：令和4年2月17日(木) 19時00分～21時00分

様 式：Cisco Webex Meetings

19：00～19：05 開催の挨拶

杉山 隆

座長：松原 圭一

20：05～20：30

3) 妊娠高血圧症候群既往女性の長期follow-upについて

愛媛大学

松原 圭一

19：05～19：30

1) 妊娠中の著明な下腿浮腫と重度の低K血症との関連性

愛媛県立中央病院

行元 志門

20：35～21：00

4) コロナ禍の周産期医療について考える

愛媛大学

杉山 隆

19：35～20：00

2) 陣発入院時におけるCTG異常

愛媛県立中央病院

市川瑠里子

21：00 閉会の辞

杉山 隆



第25回愛媛県周産期医療研究会プログラム

日 時：2022年6月11日(土) 午後3時00分～午後5時50分

形 式：会場及びZoomによるオンライン配信

プ ロ グ ラ ム

一般演題 午後3時00分～午後4時20分

教育講座 午後4時35分～午後4時50分

2022年 愛媛県におけるパリビズマブ投与について

松山赤十字病院 成育医療センター センター長 近藤 陽一 先生

特別講演 午後4時50分～午後5時50分

超少子化時代の新生児医療 ～その傾向と対策～

青森県立中央病院総合周産期母子医療センター 成育科 部長

青森県小児在宅支援センター長 網塚 貴介 先生

一般演題抄録

正常分娩後に発症した深部静脈血栓症の 既往のある妊婦の次回妊娠時の周産期管理に成功した一例

松山赤十字病院 産婦人科 ◎田淵 景子

22歳2妊1産。第1子を経膈分娩後、産褥後3日目に左下肢静脈血栓症を発症した。リバーロキサバンの内服で血栓は減少し中止となっていた。第1子分娩後1年1か月で第2子妊娠成立、妊娠8週よりヘパリンCa10000単位/日の皮下注射を

開始した。妊娠39週に分娩誘発し経膈分娩に至り産褥経過も順調であった。深部静脈血栓症既往のある妊婦は第2子以降で再発が懸念されるが、今回我々は再発なく周産期管理を行うことができた一例を経験したため若干の考察を加え報告する。

妊娠高血圧症候群既往女性の長期予後改善のための保健行動の実態

愛媛県立中央病院（助産師）¹⁾，愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻基盤・実践看護学講座²⁾
愛媛大学大学院医学系研究科地域小児・周産期学講座³⁾，愛媛県立中央病院⁴⁾
愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学講座⁵⁾

◎松本 純子¹⁾，崎山 貴代²⁾，
松原 圭一³⁾，阿部恵美子⁴⁾，
近藤 裕司⁴⁾，杉山 隆⁵⁾

妊娠高血圧症候群（HDP）既往女性は生活習慣病・心血管イベントの発症リスクが高い。

愛媛県立中央病院・愛媛大学で過去5年以内にHDPに罹患した310名に対して無記名自記式質問紙への記入を依頼した。妊娠中の保健行動は産後

3ヵ月以内に約8割の人が中止しており、「自身や児の将来の疾患リスク」「定期健診」「産後の体重維持」について指導を受けた群は受けなかった群より有意に産後の保健行動を実施していた。

当院における未受診妊婦についての検討

愛媛県立中央病院 産婦人科 ◎市川瑠里子，阿部恵美子，
島瀬奈津子，井上 奈美，
丹下 景子，行元 志門，
上野 愛実，池田 朋子，
田中 寛希，森 美妃，
近藤 裕司

妊婦健診を受診していない，いわゆる未受診妊婦は，分娩時に必要な母児の情報が不明のままの対応を余儀なくされ，ハイリスク分娩となる。母児の健康管理がなされていないだけでなく，社会的問題を有することも多く，長期的な支援が必要

となる。当院では未受診妊婦の受け入れを行っており，2015年1月～2022年3月までに経験した18例の未受診妊婦について，診療録をもとに後方視的に検討し報告する。

産婦人科専攻医の新生児診療研修に関する現状と課題

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 ◎吉田 文香, 内倉 友香,
高木香津子, 松原 裕子,
松原 圭一, 杉山 隆

日本産科婦人科学会と日本小児科学会による合同委員会が、2021年度産婦人科専門医試験を受験した産婦人科専攻医を対象に、新生児研修に関するアンケートを行った。374人の回答者の内、新生児診療研修を受けたのは181人（48.4%）であっ

た。新生児診療研修を受けなかった理由は「カリキュラムに含まれていなかったから」が86.3%を占めた。産婦人科専攻医にとって新生児研修は重要であり、産婦人科専攻医カリキュラムに新生児診療を含むことを必須とする必要がある。

シロリムスが有効であった新生児期発症のリンパ管腫症の1例

愛媛県立中央病院 新生児内科 ◎依岡壮一郎, 井上 博晴,
穂吉眞之介

リンパ管腫症は中枢神経を除く全身臓器へリンパ組織が浸潤する、進行性かつ致死的な難治性疾患である。若年発症が多いが、新生児期より症状を認めるものは稀である。この度我々は、生下時より全身性リンパ浮腫、乳び胸水を認めたリンパ

管腫症を経験した。本症例では、両肺野、縦郭等のリンパ組織浸潤に対してシロリムス内服が有効であった。本症例の経過や、リンパ管腫症に対するシロリムスの治療効果につき報告する。

ductal shockの4例

愛媛大学大学院医学系研究科 小児科学¹⁾, 愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管・呼吸器外科学²⁾

◎丸山 なつき¹⁾, 太田 雅明¹⁾,
 柏木 孝介¹⁾, 井門ひかる¹⁾,
 浦田 啓陽¹⁾, 河本 敦¹⁾,
 岩田はるか¹⁾, 宮田 豊寿¹⁾,
 田代 良¹⁾, 渡部 竜助¹⁾,
 千阪 俊行¹⁾, 高田 秀実¹⁾,
 檜垣 高史¹⁾, 坂本 裕司²⁾,
 手島 真弓²⁾, 西野 貴子²⁾,
 打田 俊司²⁾

体循環を動脈管に依存する先天性心疾患は、生後に動脈管が閉鎖することによりductal shockに陥る。予防策として最も有効な手段は出生前診断であるが、大動脈縮窄複合の診断は必ずしも容易ではない。近年、諸外国ではパルスオキシメー

ターを使用したスクリーニングが標準化されつつある。当院では2017年から2022年の間に4例のductal shock搬送例を経験した。各症例の背景を検討し対策について考察する。

開始後半年が経過した愛媛県拡大新生児スクリーニングの現状と課題

愛媛大学大学院医学系研究科 小児科学

◎勢井 友香, 濱田 淳平,
 元木 崇裕, 森谷 京子,
 太田 雅明, 江口真理子

愛媛県拡大新生児スクリーニングは、2021年10月1日に開始後、半年が経過した。開始当初より県内全ての分娩取扱施設より検体を提出頂き、検査同意率も85%前後と高水準で推移している。最新の検査実施状況（検査実施数、再採血数、要精

密数）を報告するとともに、実際の要精密症例について提示する。また、現時点では公費助成がないこと、専用のろ紙が必要であること、郵便法改正の影響など本検査事業の課題についても報告する。

令和3年度 日本産婦人科医会 四国ブロック協議会

I 庶務関連

1. 新型コロナウイルス感染症拡大のなか、各県では医会理事会をどのような形で開催していますか。香川県では十分な間隔を取った対面形式で行っています。(香 川)

愛媛県回答：愛媛県も香川県と同様です。

香川県回答：議題にあるとおり、十分な間隔を取った対面形式を行っています。

高知県回答：高知県では、昨年末より対面形式とZOOMを組み合わせたハイブリッド形式で理事会を開催しております。特に幡多地区の理事は高知市に来るのは時間がかかり、天候による交通機関の問題がある場合や分娩待機が必要などの時にはZOOMによる参加をさせていただいております。ただし原則としては高知市理事会開催場所に集合することとし、対面形式を優先しております。ただし緊急に理事会を開く必要があるときは役員グループメールにて日程を調整し、ZOOMのみで理事会を開くということも行なっております。

徳島県回答：徳島県では産婦人科医会理事会は基本的にWeb会議で行っています。今年度、理事の交代があった時のみ対面形式で行いましたが、今後も対面形式の方が良いと判断された場合

のみ、対面で行う予定です。

II 広報関連

1. 平成30年に徳島産婦人科医会ホームページを立ち上げましたが、会員の利用がかなり少ないようです。情報提供が充分できていない広報部の反省点もありますが、一方で会員がホームページから会員サイトを開けて見るのが面倒という現実があるのではと考えます。他県のホームページの会員の利用度の状況はどうかでしょうか。

ちなみに最近、医療安全部会が会員のほぼ半数が利用しているLINEでコロナ感染症に関する情報提供の場を作成し、適時、情報を配信しています。刻々と変化するコロナ感染者数や県内病院への入院状況などがわかり、助かっています。

今後は情報量を増やし、SNSなどを利用して会員へ情報を速やかに配信するのもいいかもしれません。(徳 島)

愛媛県回答：愛媛県産婦人科医会でもホームページを作成しておりますが、上手く更新・運用ができていない状況であります。ホームページ上の会員への情報提供は行っておりません。SNSなどの運用を含めて、今後どのよう

に情報を配信したら良いかは課題と
考えます。

香川県回答：香川県はまだホームページを立ち上
げておりません。

ただ、今年から本部のホームページ
地域連携ページに便乗させていただ
いております。

高知県回答：高知県でも産婦人科医会ホームペ
ージを昨年度より立ち上げておりま
すが、一般市民への情報揭示と会員
への情報提供の場（会員専用ペー
ジ）として活用しています。また理
事会資料も会に先立ってHP役員専
用ページにアップし理事会の円滑な
進行に役立てています。会員へのア
ンケートによるHPチェック頻度は、
「たまに見る」「ほとんど見ない」と
いう答えが多く、今後さらに活用で
きるように改善していきたいと思っ
ています。会員への情報伝達には会
員のほぼ全員のメールアドレスを登
録したグループメールを開き、郵送
をやめてメール配信にて情報伝達や
アンケート調査を行ように変更し
ております。SNS利用については今
後検討していきたいと思っています。

徳島県回答：徳島県の各施設に当県の産婦人科医
会会員向けのホームページの閲覧の
頻度について質問をしました。

30施設からの回答を得、閲覧した
ことがあるが14施設（46.7%）、
したことがないが16施設
（53.3%）。閲覧の頻度は、「週1回
程度」が2施設（14.3%）、「月1

回程度」が3施設（21.4%）、「年
に2～3回」が2施設（14.3%）、
その他は「必要なときのみ」や「ほ
ぼ見ない」がほとんどでした。

閲覧したことがない理由としては、
「FAXと手紙で困らない」、「必要が
ない」、「認知していない」などで
した。LINEでの情報提供に関しては、30
施設中、26施設（86.7%）が「賛成」
でしたが、4施設（13.3%）が「あ
まり賛成しない」との回答でした。
その理由としては、「個人のSNSで
の発信が好ましくない」、「個人情報
保護の観点から」との意見でした。

2. 会報について

高知県では年1回高知県産婦人科医会での会
報誌を作成し会員に総会で配布しています。
少しでも出版費を抑えるため協賛企業より広
告費をいただいているのですが、近年協賛企
業が減少し、広告費収入が減少しています。
会員の負担も大きく、またSNSに対応でき
る会員も増加した昨今、会報誌の中止Web
化を図ることも検討していますが、各県どの
ように方向性を持っているでしょうか。

（高 知）

愛媛県回答：現状どおり年1回の発行を継続した
いと考えています。

香川県回答：現在のところ廃刊にする予定はあり
ませんが、段階的に縮小し、デジタ
ル化をすることも考慮しています。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：徳島県でも会報誌をWebで配信するという事を考えていますが、現状ではすべての会員の賛同は得られません。30施設中、29施設から回答を得、そのうち26施設（89.7%）が「賛成」、反対は3施設（10.3%）でした。反対の理由としては、「Webだと読まなくなる」、「いいと思うがついていけない」との意見でした。反対の先生方にご理解をいただければ、将来、Web化は可能と考えています。

Ⅲ 先天異常関連

1. 出生前診断の状況について

令和3年6月9日付けの厚生労働省子ども家庭局母子保健課長、社会・援護局傷害保険福祉部障害福祉課長からの通知が出され、NIPTをはじめとする出生前診断の情報を正しく周知することが求められています。「出生前検査の実施体制については、検査実施のみならず妊婦およびそのパートナーへの事前の情報提供、遺伝カウンセリング・相談支援、検査分析機関の質の担保、検査後の妊婦へのサポートなど一体的な体制整備が不可欠」であり「認証制度」を設ける必要があるとされています。現時点での各県の現状と今後の対策について、具体的にお示し頂けますでしょうか。高知県では、高知大学、高知医療センターが中心となって情報発信と啓発を行っているところですが、十分な体制は整っていま

せん。認証制度については、基準が示されていないのでなんとも言えませんが、同2施設が対象となると思います。本来は一次・二次施設も基本的な情報提供の場として活躍を期待します。（高知）

愛媛県回答：愛媛県では、NIPT・1stScreen・初期胎児ドックといった認証が必要な出生前診断については愛媛大学でのみ行われています。高知県の質問内容に関してはNIPTの認証施設ですでに実施されており、それが認可の条件となっています。厚生労働省内ではこの検査がマスキリングになることを恐れており、国民にたいして十分な情報提供を行うことは必要だが積極的に進める方向性ではないとしています。情報提供は国が中心となって行っていくものと考えます。さらに、厚生労働省では新たに出生前検査認証制度等運営委員会を作ってNIPT認証拠点施設及びNIPT認証連携施設を承認することになると思いますが、愛媛では拠点施設は愛媛大学が、そして、いくつかの施設が連携施設として認証されると思われます。すでに臨床遺伝専門医は県内に数多くいますので、少なくとも臨床遺伝専門医がいる施設での実施に関しては問題ないかと思われる。それ以上になる場合、日本産科婦人科遺伝診療学会が推進している認証制度が認められるかどうかではないかと思われます。その

際、連携施設は拠点施設との連携が必須ですので一貫した体制作りに関してはルールさえ決まれば問題ないかと思えます。

香川県回答：出生前検査に対する見解・支援体制について（令和3年6月9日）では、妊産婦への情報提供について書かれていますが、妊産婦の対象が不明です。情報を知りたい妊産婦のみに説明するのか、35歳以上の妊婦に行うのか、全妊婦に行うのかが明確ではありません。全妊産婦に行うのであれば、医療機関だけで行うことは不可能であり、相談機関、福祉施設等とも協力する必要があると思えます。このことより香川県でもまだ十分な体制は整っていません。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：遺伝の専門資格取得者が在籍しない一次施設においても出生前診断に関する遺伝カウンセリングマインドをもった初期対応が必要です。現在、認定施設である徳島大学から情報発信を行なっているところですが、十分な体制を構築するためには今後も定期的に研修会を開いて情報共有の機会を持つことが必要であり、これにより全ての妊婦に適切な情報を提供でき、医療施設の連携体制もより強化できると考えております。

2. 出生前診断のサポートについて

出生前検査の受検によって胎児先天性疾患等

が見つかった場合の妊婦及びそのパートナーへのサポート体制として、各地域において医療、福祉、ピアサポート等による寄り添った正円体制の整備等を図る必要性が求められています。各県の現状と今後の具体的な計画を教えてください。高知県においては決まったサポート体制は整っておらず、症例毎に関与した医療スタッフが対応しているのが現状です。
(高 知)

愛媛県回答：厚生労働省による「NIPT等の出生前検査に関する専門委員会報告書」の中にもそのようなサポート体制の確立が必要であると書かれていますが、実際に妊娠中からそのようなサポートを行う体制はできていないと思われる。それぞれの疾患の家族会があればそこからの支援は得られるでしょうが、あくまでもボランティアベースの体制なので、国がもっと積極的に支援していく必要があると思われる。

香川県回答：香川県の施設も大部分は症例毎に関与した医療スタッフが対応していることが現状です。具体的にどのようなことを想定しているかが明らかではありませんので、現在香川県でも十分な体制は整っていません。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：胎児先天性疾患等は総合周産期母子医療センターである徳島大学に集約化されることが多くなっています。産婦人科医による胎児診断および小児科を含めた出生前の説明を行い、

出産前後に医療ソーシャルワーカーを含めたサポート体制を整えています。今後は臨床心理士介入を導入し、産後の長期的なフォロー体制を整えていく予定です。

IV 医療安全関連

1. 令和3年4月から妊産婦重篤合併症報告事業が始まりましたが、報告対象となる事例はございましたか。(徳島)

愛媛県回答：該当はありません。

香川県回答：1例脳出血事例(2021年7月)がありました。現在救命救急センターで治療中です。(あと、対象事例以外で子宮頸管裂傷による出血に引き続いた骨盤内血腫で管理困難な症例を集中治療で救命した症例がありました。)

高知県回答：高知県では報告対象となる事例はまだありません。

徳島県回答：報告対象となる事例はありませんでした。

2. ゲノム医療はまだまだ有効な治療に結びつくことはまれですが、将来は主流になることが予想されます。各県の現状につき教えてください。(徳島)

愛媛県回答：すでにかん領域においては、一部が

保険診療として標準治療がないなどの条件を満たす場合(標準治療がない固形がん、局所進行もしくは転移があり標準治療が終了した(終了見込みを含む)固形がんの患者で次の新たな薬物療法を希望する場合)に行われています。多数の遺伝子を同時に調べる「がん遺伝子パネル検査」は、その一部が保険診療として、標準治療がないまたは終了したなどの条件を満たす場合に行われています。生検や手術などで採取されたがん組織に対して次世代シーケンサーを使用し多数の遺伝子を同時に調べます。もし、遺伝子変異が見つかり効果が期待できる薬(分子標的薬など)がある場合には臨床試験などで治療します。当院も地域がん診療連携拠点病院として解析結果について複数の専門家で構成される委員会(エキスパートパネル)によって検討を行っています。

NIPTも全ゲノムを抽出して検査するという点でゲノム医療と言えるかもしれない。羊水検査におけるマイクロアレイ比較ゲノムハイブリダイゼーション(CGH)もすでに広く用いられており、今後さらに多くのゲノム情報を利用して胎児の状態に介入していくようになる可能性がある。そのような時代に備えてカウンセリングの体制を構築しておくことは重要であるが、NIPTの体制は小児科も含めてしっかりしたものと

なっており、この体制を基礎としたもので良いのではないかと考えられる。

香川県回答：香川県では香川大学ががんゲノム医療拠点病院に、高松赤十字病院、香川労災病院、香川県立中央病院が、がんゲノム医療連携病院に指定されています。

パネル検査は24例に実施され、候補薬が提示できたのは治験も含め5例、実際に治療に至ったのは0例です。

高知県回答：がんゲノムパネル検査は、高知県では現在2施設で実施されており、がん診療連携拠点病院では2019年6月から開始し、現在までに全科75例、婦人科15例の検査を行っています。もう1つの施設である地域がん診療連携拠点病院では、2019年12月から開始し、現在までに全科19例、婦人科領域0例となっております。

徳島県回答：徳島県では大学病院が窓口になり、婦人科領域でこれまで25件の検査を行っています。

V 勤務医関連

1. 働き方改革の法改正で医師の時間外労働の上限規制が2024年4月から適用されます。各県の医療機関の準備状況は如何でしょうか。

(徳島)

愛媛県回答：現時点でしっかり進んでいるとは言えません。大学病院ですら、昨年度より勤怠管理システムを導入して打刻の徹底を図っている段階です。今後、内外の勤務状況や自己研鑽の定義を決めてシステムにどのように反映させるか検討中の段階です。

香川県回答：B水準には9つの医療機関が準備しているようです。その他の方は未だないようです。

高知県回答：勤務医が多い総合病院ではグループ診療や当直明けは休みとするなど働き方改革にむけて体制を変えている病院もありますが、中規模総合病院ではまったく準備は進んでいないようです。

有床診療所では2施設で準備ができていると回答いただいています

徳島県回答：大学・公立・公的病院10施設中、準備が進んでいるが4施設、準備が進んでいないが6施設でした。準備の内容は、勤務状況の把握のシステム化、全科宿日直の勤務体制見直し、でした。準備が進んでいない理由は、産科宿日直の体制見直しは関連病院単独では困難であるため、でした。令和3年6月28日に令和3年度第1回徳島県周産期医療協議会「産科医・小児科医の働き方改革を含めた医師確保のあり方に関する検討部会」が開催され、小児科・産科医師の勤務実態を明らかにし、勤務負担軽減、今後のキャリア支援策検討の基礎資料を作成する目的で、医師お

よび施設を対象とした勤務環境調査が10月～11月頃に実施される予定です。

VI 医業推進関連

1. 来年度のART診療の保険診療化に伴い、5月29日の日本産婦人科医会の医療保険委員会では、審査委員の構成が大学関係者のみで、一般のART医療機関の意見が反映されていないのではないかとの意見が石渡副会長から出されました。審査委員会が提案しているパッケージ方式について、各県のART診療機関のご意見はいかがでしょうか。また医会としての対応はいかがでしょうか。
(愛媛)

愛媛県回答：来年度のART保険診療化に向け、2021年4月に中医協において不妊治療の実態調査研究の資料が公表され、各施設における診断、治療方法は多種多様であることが示されました。このようなART診療を保険診療で行う場合、出来高方式を採用されるのか、特定不妊治療費助成のようなAからHまでのようなパッケージ方式を採用されるのか、今後の議論の動向を注目したい。

香川県回答：日本の生殖医療は、世界でもトップ水準にあると言われていています。現在、自由診療になっており、最新の技術や機器をすぐに取り入れることがで

きるためだと考えられています。生殖医療には様々な治療法があるため、一部の治療法に保険が適応されパッケージ方式となったとしても、保険適応外の治療法を望む可能性は低くはないと考えます。様々な治療を提供しようとする、結局は自由診療を希望する声は残るのではないのでしょうか。

高知県回答：高知県内のART実施施設にアンケートしましたが、いずれの施設からもパッケージ方式の評価についてはどちらともいえないとの回答でした。パッケージの包括範囲、点数などが不明な現時点での賛否はなかなか判断し難いと思うところだと思います。高知県産婦人科医会としては特に対応はしておりません。

徳島県回答：パッケージ方式について存じ上げておりませんが、ART診療は治療の標準化を行うことが難しい分野であり、施設によってはこれまで行われていた治療ができなくなる可能性があるかと危惧されます。保険適応外となった治療をどのようにするかが課題になると思われますので、徳島県としては大学病院と一般ART医療機関との意見交換をしながら患者さんにとって不利益のないように進める必要があると思われます。

2. 新型コロナウイルス感染症の影響で分娩数が減少しているように思えます。医会の調査で

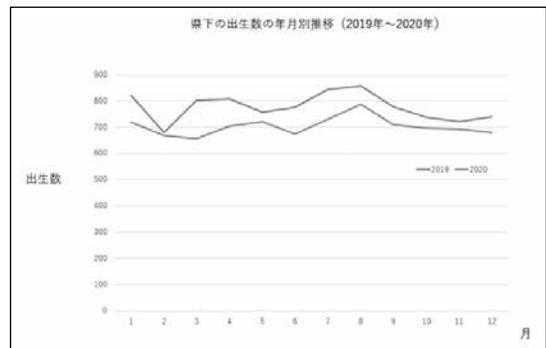
は昨年の5-7月に妊娠届けが約10%減少しています。

また里帰り分娩が減少していると思います。他県ではどのような状態でしょうか。

(香 川)

愛媛県回答：妊娠届け出数は、下図に示すとおり、著変を認めません。一方、出生数については、最近の自然現象を超える減少傾向を呈しています。

なお、2020年10月に日本産科婦人科学会周産期医委員会で施行した都道府県別出生数の変化に関する緊急調査を施行しましたので、その結果を示します。対象施設は旧制度の日本産科婦人科学会専攻医指導施設(576施設)であり、2019年10月～2020年3月までの月別分娩数と2020年10月から2021年3月までの分娩予約数を比較したものです。



都道府県	施設数	前年比
北海道	17	0.75
青森	7	0.75
岩手	3	0.5
宮城	9	0.94
秋田	6	0.78
山形	6	0.66
福島	4	0.58
茨城	7	0.67
栃木	6	0.77
群馬	8	0.57
埼玉	15	0.78
千葉	15	0.73
東京	46	0.78
神奈川	29	0.8
山梨	3	0.72
長野	8	0.41

都道府県	施設数	前年比
静岡	15	0.64
新潟	6	0.77
富山	4	0.68
石川	2	0.55
福井	4	0.58
岐阜	4	0.6
愛知	19	0.64
三重	4	0.66
滋賀	6	0.58
京都	10	0.59
大阪	26	0.81
兵庫	14	0.7
奈良	6	0.66
和歌山	4	0.54
鳥取	2	0.55
島根	4	0.62

都道府県	施設数	前年比
岡山	8	0.6
広島	12	0.52
山口	6	0.62
徳島	5	0.77
香川	5	0.56
愛媛	5	0.74
高知	2	0.73
福岡	8	0.51
佐賀	0	-
長崎	4	0.53
熊本	2	0.47
大分	3	0.37
宮崎	5	0.43
鹿児島	3	0.46
沖縄	3	0.81

香川県回答：議題提出県

高知県回答：高知県の妊娠届出数は以下のとおりです。()内は前年比令和2年5月 333 (-1.2%), 6月 338 (-1.5%), 7月363 (-8%), 8月 (+3%), 9月325 (-2%), 10月 361 (-1%), 11月 335 (+11%), 12月339 (+9%)

年ごとの妊娠届出数は、平成30年 4560 (-3.7%), 令和元年 4233 (-7.2%), 令和2年4218 (-0.4%)と、令和2年が最も減少率が少なく、新型コロナウイルスの影響を受けての減少はなかったと考えられます。里帰り分娩については、出来るだけ控えて頂くよう広報した事もあり、アンケート結果でも明らかに減少しているようです。

徳島県回答：本県の2019年と2020年の比較では著しい減少は見られない。

- 2019年の分娩数 5097件
その内 里帰り分娩 748件
- 2020年の分娩数 5110件
その内 里帰り分娩 795件

愛媛県回答：当県はARTの差し控えは行っておりません。ARTのピークを過ぎた現在、ほぼ横ばいといった状態です。

香川県回答：香川県における特定不妊治療費助成における新型コロナウイルス感染症の影響については、令和元年度の助成件数1,031件から令和2年度の助成件数1,061件（高松市の助成を含む）と増加しており、令和3年1月治療終了分からの制度拡充による、所得制限の撤廃、回数制限の緩和（子ども毎の回数制限に緩和）、助成額の引き上げなどの効果が顕著に現れた結果となり、新型コロナウイルス感染症の影響による減少は相殺され、数字としてとらえることができなかった。

高知県回答：高知県では令和元年と令和2年のART治療周期の比較で、採卵周期は実施3施設中増加していたのは3施設、減った施設は1施設で、高知県全体の治療周期は増加しておりました。凍結胚融解移植周期は、増加は1施設、変化なし1施設、減少1施設でした。高知県全体としては、採卵周期、凍結胚融解移植周期ともに増加しておりました。

3. 新型コロナウイルス感染症により不妊治療(体外受精・胚移植)は減少しましたか。(香 川)

採卵周期数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	TOTAL
2019年	60	54	67	47	49	75	72	69	49	67	49	56	714
2020年	44	80	64	51	35	71	76	80	60	75	65	45	746
凍結胚融解移植周期数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	TOTAL
2019年	21	38	35	33	30	46	37	34	31	52	40	39	436
2020年	35	52	46	44	35	46	53	66	57	78	62	56	630

徳島県回答：徳島県では不妊治療（体外受精一胚移植）は施設により違いはあるが、全体的には増加傾向です。

施設	A	B	C	合計
2018年	407件	309件	454件	1170件
2019年	479件	378件	497件	1345件
2020年	362件	341件	525件	1228件

4. オンライン診療の実施状況について

遠隔診療covid-19のパンデミックに伴いWeb Meetingの一般化がなされました。妊婦健診でもcovid-19蔓延時などの遠隔診療の検討がなされているようです。高知県で日本産婦人科医学会の母と子のメンタルヘルス(MCMC)の基礎研修会を実施し、それに基づいた2週間健診、1ヶ月健診を実施しております。健診業務が増えましたが現在のメリットデメリットはいかがでしょうか？エジンバラなど全国共通の尺度で評価するために客観的な評価ができるようになっており、評価のばらつきがなくなった。2週間健診を受診しなかったということで、発見された症例は、自殺念慮があり自殺行動を起こしていたが、早期発見で精神神経科に紹介する事ができた症例があった。一方、メンタルヘルスに取り組むことになっているが受け皿である精神科医との連携が現在構築段階で紹介先に苦慮する場合が認められる。定期処方などへの電話再診など病院への来院を伴わない遠隔診療への取り組みはいかがでしょうか？

高知県はレディースクリニックコスモスをはじめオンライン診療報酬支援システムを導入し、患者負担軽減に取り組んでいます。AI問

診なども積極的に取り入れており、高齢の方のデジタルアレルギーも軽減しているように思われるのですが。（高知）

愛媛県回答：四国厚生支局ホームページによりますと愛媛県の産婦人科施設では令和3年8月1日現在で、1施設がオンライン診療の施設基準の届出をされております。

香川県回答：香川大学医学部付属病院ではモバイルCTGを用いたオンライン妊婦健診が実施できる体制を整えています。実際、Covid-19関連で濃厚接触者に対する遠隔妊婦健診を2名で実施。入院中の感染者（コロナ病棟）に対するオンライン妊婦健診を1名実施しています。費用は、自治体発行の妊婦健診補助券分をいただいております。

高知県回答：2週間健診、1ヶ月健診のメンタルヘルスはエジンバラなど全国共通の尺度で評価するため里帰りなどで越境をした場合でも情報共有ができます。事実遠方より分娩後高知に里帰りし分娩地の保健師より緊急連絡があり褥婦の救命ができた症例があります。しかし、2週間健診、1ヶ月健診でメンタルヘルスのチェックを行っておりますが、診療形態の違いもあり、エジンバラ高得点で早急に精神神経科の介入を希望しても困難な症例もあり、今後の連携の充実が必要であり、協力して解決策を模索していく必要があります。

定期処方のお患者さんの中で積極的にスマートフォンなどを活用できる方はwebシステムテレビ電話を利用して再診、処方を行っております。デジタルデバイスになれていない方は電話再診、による処方の活用範囲を広げています。

進学により他県へ引っ越しをされた患者さんの場合は県によって処方箋の利用手続きについて差異が生じるため初回利用時に病院と調剤薬局で調整が必要な場合もありました。

AI問診システムを導入している病院もあります。まだ、立ち上げ段階であり急速に進化していますが、産婦人科に特化した部分が少ないため、これからの発展に期待をしています。

徳島県回答：本県で、現在オンライン診療を行っている産婦人科施設はLEPに対して行っている2施設だけという状況で、今後の導入を検討している施設も5件という結果です。導入が進まない要因としては、産婦人科でのオンライン診療の希望が少ないという事が上げられています。

5. 緊急避妊薬OTC化について

緊急避妊薬はOTCへのスイッチも取り沙汰されておりますが、処方箋なしでの緊急避妊薬の販売については、2019年10月8日、内閣府の第7回第5次基本計画策定専門調査会でまとめた「第5次男女共同参画基本計

画の策定に当たっての基本的な考え方（案）」で示されたものです。同案では、緊急避妊薬について、「避妊をしなかった、または避妊手段が適切かつ十分でなかった結果、予期せぬ妊娠の可能性が生じた女性の求めに応じて、緊急避妊薬に関する専門の研修を受けた薬剤師が十分な説明の上で対面で服用させることを条件に、処方箋なしに緊急避妊薬を利用できるよう検討する」その条件の中で新たな解決策を求めていきました。その結果として2019年度中に地元薬剤師会への情報伝達、2020年度からの実施が想定されていりましたがまさに、COVID-19の感染の初期のため実施できず、実施が2021年度へとずれ込んでしまいました。各県の現在の状況はいかがでしょうか？高知県は伝達講習終了後、約70名の薬剤師が厚労省への登録を済ませ、各調剤薬局では在庫を準備し対応できる体制を作っています。（高知）

愛媛県回答：令和2年11月28日に愛媛県薬剤師会館において「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会」が開催され、薬剤師会会員100名が受講されました。しかしながら、コロナ週によりシステムとしては稼働していないのが現状です。

香川県回答：78の薬局 113名の薬剤師が準備しているとのことです。

高知県回答：高知県では前述の通り、伝達講習後、積極的に登録、処方の準備を進めております。調剤薬局の営業時間内の対応であるため、実際に処方を希望される方の利便性が向上したのかは

まだまだ未知数です。

高知県の場合は、24時間対応を表明している病院も複数存在し、“ピルにゃん” (<https://pillnyan.jp/>) などを通して広報活動も実施しております。

常時在庫を保有し、調剤薬局営業時間外は院内処方でも緊急対応できる体制となっております。

徳島県回答：徳島県では2021年2月に緊急避妊薬の伝達講習会を行いました。登録薬剤師の人数は74名（薬局数54）でした。薬局で実際利用されたのは、現在までに0件です。

6. 働き方改革の取り組みについて

2024年を目途に働き方改革を進めており、チームで治療にあたることと宿直翌日の帰宅については浸透してきました。今後、夜間業務が「宿直」として認められず、「勤務（夜勤）」となりますが、当院は産婦人科医の人数不足から、まだまだ、改革ができていません。外来枠、手術枠など、おおがかりな変更が必要だと考えていますが、先が見えません。人員不足でも可能な先進的な取り組みがありましたら、ご提示をお願いします。（高知）

愛媛県回答：現時点で先進的な取り組みはないと思います。宿直翌日の帰宅については、松山医療圏の基幹病院（県立中央病院、日赤病院）では導入されています。

香川県回答：香川県ではお尋ねのような先進的な取り組みをしている医療機関はございません。各県の事例をお伺いし、参考とさせていただきたい。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：現在のところ先進的な取り組みはございません。

7. 避妊目的ミレーナの料金設定について

避妊目的で自費でミレーナを挿入する場合の費用をどのくらいに設定していますか。薬物放出子宮内システム処置（ミレーナ®52mg）挿入術の保険点数は240点となっていますがもっと点数を上げて良いのではないのでしょうか。（高知）

愛媛県回答：愛媛県内の施設にアンケート調査を行い、20施設より回答が得られました。11施設（55%）ではミレーナを用いた避妊法（IUS）は行われておりませんでした。9施設（45%）において、挿入料金は5万円未満が4施設、5～7万円が4施設あり、7万円以上が1施設という結果でした。

避妊目的の場合、抜去に保険が適用されず自費診療となります。今回、抜去にかかる自費料金を併せて調査いたしました。

IUS実施の9施設において5千円未満が9施設、5千～1万円未満が2施設、1万円以上が3施設という結果となりました。

香川県回答：香川県において避妊目的（自費）でミレーナを使用している施設では、その費用は32,000円から50,000円程度（保険診療時の総額分と同じ）までであるようです。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：避妊目的で自費挿入を行っている11施設の料金設定は次のとおりです。

- 30,000円（2施設）
- 32,000円（1施設）
- 40,000円（2施設）
- 45,000円（1施設）
- 50,000円（1施設）
- 55,000円（1施設）
- 60,000円（2施設）
- 80,000円（1施設）

VII 女性保健関連

1. 日本産婦人科医会の事業計画の中に「更なる性の健康教育の充実を目指す」という項目が挙げられています。具体的には、ユネスコ「国際セクシャリティ教育ガイダンス」【2020年改訂版】から、国際基準の包括的教育について学ぶと同時に、主要先進国における性教育の実践教材を収集・検討する。さらにSNSを巡るさまざまな問題の中でも思春期に巻き込まれやすいデートDV・リベンジポルノ・セクティングなどについて、書籍や専門家を招いて学ぶとともに、SNSリテラシー・被害に遭った場合の対応や支援について検討

するということです。

性教育の内容に関しては時代の背景とともに少しずつ変えていくのが理想だと考えていますが、徳島県では産婦人科医が性教育に講師として呼ばれること自体が少なくなっており、現状にあった若者への健康教育はできていません。他県の状況はいかがでしょうか。

（徳島）

愛媛県回答：1)産婦人科医の教育・研修に関して、海外からは国連開発計画（UNDP）の進めるSDGsと国連教育科学文化機関（UNESCO）の提唱するComprehensive Sexuality Educationの両者を融合する姿勢が求められています。また、国内では性教育者や女性アスリートへの対応が求められています。愛媛県ではこれまで性教育セミナーや思春期フォーラムで行っていましたが、これらを総合した形で新たな研修会の構築を模索しています。

2)この2年間は学校での性教育の実践は殆どないのが現状です。これは新型コロナウイルス感染症に対する学校の自衛策の結果だと理解しています。しかし、これからはクラス単位での講演を受けるとか、公民館での講演を模索する等の必要性を実感しています。

香川県回答：香川県においても性教育の講演に講師として産婦人科医が呼ばれることは最近少なくなっているのは事実です。ただ、以前は教育委員会を通じ

での依頼が多かったように思いますが、最近では各種学校から直接依頼が来ている例が結構あるようです。

高知県回答：高知県では、今年度より県教育委員会とともに高知県性教育推進協議会を立ち上げ、性に関する指導内容の検討を行っている。これまでは各学校がそれぞれ外部講師に依頼し性に関する講義を設けるなどの性教育を行ってきたが、依頼を受けた講師がどのような内容を指導しているのか医会として把握出来ていない部分もあったため、今後は指導内容を統一し、講師派遣については産婦人科医会を通して行う方針である。

協議会では、教育委員会の作成している「性に関する指導の手引き」を踏まえ、統一スライドを作成し講義の際に利用してもらう予定である。スライドは高校生向け、中学生向けと2種類作成しているが、内容はほぼ同一であり、二次性徴や妊娠、避妊、性感染症の他、デートDVや妊娠適齢期についても盛り込まれている。

今年度は教育委員会が指定した3校を推進校として実践し、県下全域へ取り組みの周知を行い、令和4年度からは、高知県内の中学校・高等学校から外部講師派遣の希望を募り全県下統一した性教育活動を行なっていく予定である。

徳島県回答：議題提出県

VIII がん関連

1. CINの病理診断がSILにかわりました。子宮頸癌検診に採用されている県はあるでしょうか。(徳島)

愛媛県回答：現状はCINとSIL分類の併記がされております。

香川県回答：子宮頸がん検診における精密検査の病理診断では、香川県総合健診協会及び主要精密検査施設ではSILとCINの併記が行われているのが現状です。

高知県回答：子宮頸癌検診の細胞診はベセスタ分類でなされています。クラス分類と併記されている報告書もまだあります。

組織診断では子宮頸癌ではこれまで使われていた子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)という疾患名と共に、HPV感染による腫瘍の発生機序と病態が明らかになったことを反映した扁平上皮内病変(SIL)という疾患名が採用され、CINの3段階分類からSILは2段階分類となっておりますが、規約ではSILとCINを併記することになっているため実質的には3段階分類が残されています。そのためHSIL/CIN 3など併記された病理組織結果になっています。

子宮頸癌検診は細胞診で行われているためSILは採用されていません。

徳島県回答：徳島県ではCINを用いていますが、SILも選択肢を設けています。

2. 9価のHPVワクチンについて

9 価のHPVワクチンが発売されましたが、任意接種で、3回接種が必要です。

各県での各施設のご対応について、お教えください。 (徳 島)

愛媛県回答：各施設で個別に対応しておりますが、全体としては把握しておりません。

香川県回答：9 価のHPVワクチンシルガードの香川県の状況については、令和3年7月までの投与実績は16施設で投与され、合計25本投与されております。投与した施設の診療科は産婦人科6施設、小児科8施設、内科2施設となっており、各科で行われていますが小児科で多い傾向でした。

また、料金は25,000円から30,000円程度です。

高知県回答：高知県内でシルガード9を投与した産婦人科施設は2施設でしたが、ほかに他科医療施設2施設が投与したようです。まだ任意接種ですが希望者がいれば対応できるように準備している施設はかなりあると思われます。

徳島県回答：徳島県では本年度のシルガード9の販売は6件、27%の施設で導入済み、47%が導入予定です。

3. 各県における保険適応のRRSOの実施状況はいかがででしょうか。 (香 川)

愛媛県回答：四国がんセンター、愛媛大学医学部

で専門外来が行われており、両施設で実施されております。

香川県回答：香川県では4例です。

高知県回答：2施設で実施されており、現在までにかん診療連携拠点病院では15例、地域がん診療連携拠点病院では1例実施されています。

徳島県回答：徳島県では保険適応でRRSOを実施できる施設は徳島大学病院のみです。徳島大学病院では2020年10月から開始しており、現在まで3件実施しております。

4. HPVワクチンについて

(1)HPVワクチン接種の進捗状況はどうでしょうか

(2)HPVワクチンについて現在も積極的な勧奨の差し控えが行われていますが、最近は接種対象者への周知が行われリーフレット等にてワクチンの有効性安全性に関する情報提供が行われ、接種者数は増加傾向にある様ですが如何でしょうか。

また2価4価ワクチンに加え9価ワクチンが任意接種ですが接種可能となりましたが、患者登録など接種条件等があります。現在の接種実績の状況は如何でしょう。

(香 川)

愛媛県回答：HPVワクチンの接種状況については昨年度までは、殆ど接種されておりません。本年度に入り徐々に接種数が増加しているようではありますが、状況は把握できておりません。

香川県回答：香川県におけるHPVワクチン接種者数は令和元年では306名でしたが、令和2年では2533名と大きく増加しております。ワクチンの有効性、安全性に関する情報提供による効果と考えられ今後さらにHPVワクチンを推奨していく必要があると考えます。

高知県回答：(1)H28年度は接種率0.2% R1年度は1.2% その後のデータはありませんが感触的にはかなり増えていると思われます。

現在高1の接種対象者に問診表が送られておりこの効果が出ているものと思われます。

(2)先述のとおり

徳島県回答：接種対象者への周知をしていない自治体も多いが、周知している自治体も現れた。ガーダシルは2020年8月は27件、2021年7月は71件で増加傾向、アンケート調査では64%の施設でパンフレットを置いたり口頭で推奨している。また69%の施設が接種数は増加傾向と回答している。HPVワクチンに対する空気の変化を感じる。

5. 9価HPVワクチン シルガードについて

シルガード9（HPV 9 価ワクチン）が2020年7月21日厚生労働省より製造販売が承認されました。2021年2月24日より接種も可能となりました。現在は定期接種ではなく任意接種となっています。9歳以上の

女性が接種対象です。このワクチンは接種者全員の登録が必要です。接種時にはスマホ、タブレットを持参してもらい外来で接種者にワクチンQダイアリーへの登録が義務付けられています。従来のHPVワクチンより一手間かかります。自費接種ですので1回当たり30000円前後徴収しているところが多いようです。四国各県でシルガード9の接種状況をお教えてください。料金はどれくらいに設定していますか。今後は是非定期接種に組み入れなければなりません各県の医会としての取り組みをどうするのか予定があれば教えてください。また医会本部にも早急に定期接種になるよう取り組みをお願いしたいと思います。本部に具体的な行動予定があればお教えてください。海外では9価ワクチンが主流になっています。日本は何事にも慎重でなかなか物事が決まらない国です。今後医会、学会が一丸となって推進していかないと益々ワクチン後進国となってしまいます。四国4県、国内の状況についてお教えてください。

(高 知)

愛媛県回答：HPVワクチンの接種状況については昨年度までは、殆ど接種されておられません。本年度に入り徐々に接種数が増加しているようではありますが、状況は把握できておりません。シルガード9に関しては、1回あたり3万円前後を徴収しているところが多いようですが、あまり接種されていないようです。

香川県回答：9価のHPVワクチンシルガードの香川県の状況については、令和3年

7月までの投与実績は16施設で投与され、合計25本投与されております。投与した施設の診療科は産婦人科6施設、小児科8施設、内科2施設となっており、各科で行われていますが小児科で多い傾向でした。

また料金は25,000円から30,000円程度ようです。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：シルガード9の販売は本年は6件、27%の施設で導入済み、47%が導入予定です。71%の施設が全例登録している。早急に定期接種にする必要がある。

- ①27,000円（1施設）
- ②29,000円（1施設）
- ③30,000円（1施設）
- ④31,150円（1施設）
- ⑤33,000円（1施設）

IX 母子保健関連

1. 新型コロナウイルス感染について

2021年6月現在、高知県ではまだ1日10名前後の感染者があります。2020年、春以降、妊婦さんの感染を複数名、経験しましたが、幸い重篤な症状になるケースはありませんでした。他県でも当然、妊婦さんへの感染事例はあったことと思いますが、重篤なケースや情報共有すべき（かつ情報共有可能な）ケースがありましたら、お教えてください。

（高 知）

愛媛県回答：2021年5月の時点で陽性者18名（初期5名、中期3名、後期4名、不明6名）、濃厚接触者12名となりました。これら妊婦の対応法に関し、県内で県周産期医療協議会や関連施設の先生方と連携を図り、愛媛県産婦人科医会報（2021年度）に示すとおり、取り決めに基づいて対応しています。

香川県回答：香川県では2020年春以降10名ほどの新型コロナウイルス感染症の妊婦を経験しました。重症例はございませんでした。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：徳島県では重篤となった妊婦さんはいませんでした。

8月24日現在、新型コロナウイルス感染者は2319人。

妊婦の陽性者は9人で、感染判明時は全て軽症でした。

3名が自宅待機、6名が入院管理となり、うち2名がその後中等症Ⅱとなりました。1名は酸素投与のみ、1名が帝王切開術後に呼吸器症状が増悪したため呼吸管理を必要としましたが、軽快し退院となっています。

2. 産婦健康審査事業メリット・デメリットについて

メンタルヘルス高知県で日本産婦人科医会の母と子のメンタルヘルス（MCMC）の基礎研修会を実施し、それに基づいた2週間健診、1ヶ月健診を実施しております。検診業務が

増えましたが現在のメリット・デメリットは
いかがでしょうか。 (高 知)

愛媛県回答：愛媛県では、現在産婦健康審査事業
を行っている市町に限られており、
対象人数は多くありません。

メリット：特定妊婦など妊娠中から
十分注意して管理している妊婦以外
も広くスクリーニングでき、自覚症
状のない一見問題がなさそうな産婦
の中から育児支援が必要なケースを
ピックアップすることができる。

デメリット：産婦本人の気づいてい
ない問題点を拾い上げるためには、
聞き取る側にスキルが必要である。
また、聞き取りに時間がかかり業務
量が増えるため、今後対象人数が増
えた場合には、質の高い人員及び面
談スペースの確保が課題である。

香川県回答：メリットは、2週間検診、1ヶ月検
診とエジンバラ産後うつ病質問票に
よるスクリーニングが2回になるこ
とで、臨床心理士や地域のクリニッ
クに繋げるチャンスが増えたこと
です。

デメリットは、褥婦一人あたりに要
する時間を十分確保した上での助産
師による外来枠が、2週間検診、1ヶ
月検診ともに、すぐにいっぱいにな
ることです。また、助産師の業務が
増えています。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：徳島県では公費助成による産婦健康
診査事業を行っているのは鳴門市の

みですが、ほとんどの産科医療機関
で2週間検診、1カ月健診を行って
います。育児支援チェックリスト、
エジンバラ産後うつ質問票、赤ちゃ
んへの気持ち質問票を用いて、支援
が必要とされる母親を早期に見つけ
出し、行政、精神科等と速やかに連
携できるよう、マニュアルを作成し
ています。

メリットは、鳴門市では公費助成が
あり、自己負担がかからない。

デメリットは、妊婦一人一人に時間
がかかり産科医療機関の規模により
全員にスクリーニングを出来ない場
合がある。

3. 精神科との連携について

産婦健診では、エジンバラ産後うつ病問診票
(EPDS) の使用など全国共通の尺度で客観
的な評価ができるようになっており、評価の
ばらつきがなくなりました。高知県では自殺
念慮があり自殺行動を起こしていた産婦が2
週間検診を受診しなかったということで、早
期発見され精神神経科に紹介する事ができた
症例がありました。一方、メンタルヘルスの
受け皿である精神科と産科の連携は構築段
階であり紹介先に苦慮することも多いよう
です。各県の状況はいかがでしょう。

(高 知)

愛媛県回答：愛媛県では、次年度より全県下で公
費助成の産婦健診が導入されます。
現時点で各医療圏において精神科の

受け皿はありますが、本年度中に各施設に現状調査を行い、来年度の導入に向け連携強化を図る予定です

香川県回答：地域の保健師には繋がりますが、かかりつけ医がある褥婦は別として、クリニックに繋がりにくいのが現状です。また、入院を要するような精神疾患合併の褥婦の受け皿は香川県内では不足しています。

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：昨年の四国ブロックの議題でも回答しましたが、徳島県では、要支援妊婦を出来るだけ早く見つけ出し、サポートするために、平成30年2月に徳島県周産期医療協議会の専門部会として、産婦人科医4名、精神科医3名、小児科医3名、助産師2名、行政3名の計15名の構成で、メンタルケア部会を立ち上げました。

平成31年3月に「徳島県妊産婦メンタルケア対策—早期発見と支援のポイント—」を作成し平成31年4月より、全妊産婦を対象に事業が始まっています。

メンタルケア対策のマニュアルには希死念慮が抑えられない、他害の恐れ、急に発症し・悪化した幻覚や妄想などの緊急性の強い妊産婦に対して「徳島県立中央病院へ」のホットラインを作成しています。

手順は分娩した産科医療機関から徳島県立中央病院産婦人科に連絡し、院内で精神科の先生に連絡後、診療してもらうシステムです。24時間

体制で稼働しています。

また妊娠中に精神神経症状がありハイリスクと診断されれば精神科のある、徳島大学病院産婦人科、徳島県立中央病院産婦人科に紹介するシステムも構築しています。

4. 産婦健康診査事業の評価について

令和2年10月より産婦健康診査（産後2週間健診、産後1か月健診）に対して公費助成がなされるようになりました。高知県では令和2年10月～12月の健診結果を集計し以下の結果を得ました。受診率は産後2週間健診=85% (810/953)、産後1か月健診=77.9% (736/945)、支援必要性有は産後2週間健診=16.7% (135/810)、産後1か月健診=13.2% (97/736)、EPDS 9点以上または項目10が1点以上が産後2週間健診=12% (98/810)、産後1か月健診=6% (43/736) でした。またこれらは公立病院で高く、産科診療所では低いという施設間格差がありました。精神科診療を必要とした妊婦は3名のうち2名は精神科通院中の産婦で、残り1名は過去に精神科通院歴がある産婦でした。各市町村の支援はできているようでしたが産後ケア事業の利用は要支援産婦205例中25例（12%）と低率でした。各県の産婦健診の状況はいかがでしょうか。

（高 知）

愛媛県回答：愛媛県では、次年度より全県下で公費助成の産婦健診が導入されることになっており、今年度中に調査を行

う予定です。

香川県回答：県全体は把握できませんでしたので、
高松市の報告です。

〈産婦健康診査事業の評価について〉

高松市では令和元年度下半期（令和元年10月～令和2年3月）、令和2年度上半期（令和2年4月～9月）の検診結果を集計しています

令和元年度 下半期

	妊娠届出数	受診者数	受診率
2週目健診	1,679	1,122	67%
1か月健診	1,679	1,102	69%

妊娠届け出数≠出生数

令和元年度 下半期

	EPDS 9点以上	EPDS 質問⑩ 1点以上	ボンディング 3点以上
2週目健診	13%	4%	22%
1か月健診	7%	3%	16%

令和2年度上半期

妊娠届出数	受診者数	受診率
1,639	1,453	89%
1,639	1,610	93%

令和2年度上半期

EPDS 9点以上	EPDS 質問⑩ 1点以上	ボンディング 3点以上
11%	4%	18%
6%	3%	12%

令和元年度 下半期

	要支援	要治療
2週目健診	13.4%	1.7%
1か月健診	6.9%	1.6%

令和2年度上半期

要支援	要治療
11.6%	1.2%
6.5%	0.9%

令和2年度は産婦健康診査も本格的になり、2週目健診、1か月健診ともに受診率が向上しています。

3つの質問票の結果、総合判定の結果は令和元年度下半期、令和2年度上半期で大きな変化はありません。

継続看護受件数は妊婦、産婦ともに年々増加しています。

産後ケア事業利用状況も、宿泊型、通所型とも年々増加傾向にあります。

令和3年度では、17市町村が産婦健康診査事業を行う予定はありません。令和元年度の産後ケア事業の実施は宿泊型0件、デイサービス型、32件（延56件）アウトリーチ型、316件（延339件）でした。

X 献金関連

高知県回答：議題提出票

徳島県回答：「2」でお答えしたように徳島県は産婦健康診査事業を行っているのは鳴門市のみですので統計は取れていませんが、産後ケア事業は24市町村のうち17市町村が行っています。

1. おぎゃー献金の年間総額は年々減少しています。そこへさらに追い打ちをかけるかのような新型コロナウイルス感染症の蔓延により、ますます献金額の減少が予想されますが、各県では何か対策を講じているでしょうか。（香 川）

愛媛県回答：愛媛県の献金額はここ数年約250万円を前後しています。コロナ禍の令和2年度は減少することを想定していましたが、前年度と変わらない献金額で安堵いたしました。特に対策を講じていることはありません。10月頃から献金への協力依頼書を数回送付するのみです。愛媛県の献金は、特に開業医の方々からの献金はその殆どが施設としての拠出による献金、又は個人のポケットマネーからの献金ではないかと推察されます。妊婦さん等の文字どおりの「献金」という寄附だけでは上記の献金額前後の献金となることはありません。産科医療機関ではない会員の方からも自己拠出による献金を頂戴していることから、会員各位がおぎゃー献金の趣旨を理解され賛同いただいている賜物ではないかと考えています。

香川県回答：香川県ではチャリティーコンサートを開催したいのですが、新型コロナウイルス感染症のため中止せざるを得なくなったため、公会堂で無観客

による演奏会を開き、その動画をおぎゃー献金合奏団のホームページでネット配信しています。

高知県回答：分娩取り扱いを中止する個人施設が増えており又分娩件数の減少にも歯止めがかかりません。高知県でも苦慮しています。ここ数年は分娩を取り扱っていない施設のDrの個人献金に力を入れてきましたが限界があります。その他企業への声かけ、イベント開催などの方策が考えられますが実現していないのが現状です。後は産科医に産婦への声かけをしっかりと戴くのみです。

徳島県回答：徳島県では、各種の懇親会がコロナ禍で中止され、従来その席で行われていた献金活動が出来なくなり、献金額の減少が懸念されるのですが、現在の所、対策は講じられていません。徳島県内の献金協力機関からの年別総額は、779,145円（令和2年）、867,743円（令和元年）、1,007,630円（平成30年）、714,948円（平成29年）となっています。

【参 考 資 料】

1. 令和3年7月末日現在会員数

	日本産婦人科医会			日本産科 婦人科学会	指 定 医師数
	正会員数	準会員数	合 計		
徳 島 県	79	31	108	131	69
	(免:1・減:7)		(免:1・減:7)	(減免:15)	
愛 媛 県	125	18	143	160	83
	(免:4・減:17)		(免:4・減:17)	(減免:22)	
香 川 県	85	0	85	107	53
	(免:2・減:3)		(免:2・減:3)	(減免:6)	
高 知 県	59	1	60	89	44
	(免:1・減:8)		(免:1・減:8)	(減免:12)	

2. 確認事項

	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
四国ブロック・ 医療保険協議会	徳島	徳島	愛媛	香川	高知	徳島	愛媛	香川
日産婦医会 理事選出	香川	愛媛		徳島		高知		香川
医療保険委員 (2年間)	香川	愛媛		徳島		高知		香川
予算・決算委員 (2年間)	高知		香川		愛媛		徳島	
おぎゃー献金助成金 申請順位	徳島	愛媛	高知	香川	徳島	愛媛	高知	香川

令和3年度 日本産婦人科医会 四国ブロック医療保険協議会

I. 管理, 入院料

1. 腹水貯留（卵巣がん）にて緊急入院。入院1.2日に腹水穿刺吸引し7日目に卵巣がん手術が行われている。ケ）に準ずる状態（緊急手術、緊急カテーテル治療、検査又はt-PA療法を必要とする状態）として、手術が行われており救急医療管理加算2を算定しています。摘要欄の記載はありませんが、コ）その他の重篤な状態に対して入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置、または手術のうち主要なもの（腹水穿刺）があり算定可としましたが、本部の見解はいかがでしょうか。

（徳島）

愛媛県回答：救急医療加算については明確な基準がありませんが、腹水穿刺の処置があり、加算2であれば算定可能と考えます。

香川県回答：救急医療管理加算2で算定可

高知県回答：救急医療管理加算2で算定可能と考えます。

徳島県回答：算定可

2. 婦人科特定疾患指導管理料

子宮筋腫や子宮内膜症などの病名がなく器質的月経困難症のみの病名で婦人科特定疾患管理料を算定している場合があります。管理料の算定に婦人科原疾患の病名は必要ありませ

んか。またミレーナ挿入中の婦人科特定疾患指導管理料の算定は可能でしょうか。

（徳島）

愛媛県回答：「原則は、子宮筋腫や子宮内膜症などの器質性疾患の病名と月経困難症の両方が必要ですが、器質的月経困難症のみでも査定はできない」という本部の見解があります。

ミレーナは月経困難症の適応があり算定可能ですが、挿入月以外であれば、レセプト上で挿入中であることがわかるコメントが必要です。

香川県回答：具体的な器質性疾患病名を記載してもらいように返戻しています。ミレーナ挿入中の場合はその旨の注記を書いてもらうようにして算定可としています。

高知県回答：算定不可と考えます。

徳島県回答：原疾患の病名は必要では。ミレーナは薬剤なので算定可

3. 器質性月経困難症の病名のみで婦人科特定疾患管理料の算定は可能でしょうか？（愛媛）

愛媛県回答：同上。婦人科特定疾患指導管理料に関しては、学会・医会の主催したeラーニングに詳しい解説がありますが、決済日の60日を超えると視聴

できなくなります。保険診療上の解釈については、本部より会員に周知していただければ幸いです。

香川県回答：具体的な器質性疾患病名を記載してもらおうように返戻しています。

高知県回答：算定不可と考えます。

徳島県回答：原疾患の記載を求める。返戻

内死亡であっても算定可能と考えます。

香川県回答：算定不可

高知県回答：ハイリスク分娩管理加算を算定しています。【徳島回答】の通り胎内死亡は適応外と考えます。

徳島県回答：胎内死亡は適応外

《日本産婦人科医会への質問》

4. 子宮頸部上皮内癌は子宮頸癌取り扱い規約からは削除されていますが、特定疾患療養管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は妥当でしょうか。(香 川)

愛媛県回答：悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定可能としていましたが、医療保険上、癌ではないという見解であれば算定不可でしょうか。特定疾患療養管理料は算定不可です。

香川県回答：算定不可

高知県回答：現状は算定していますが、今後の動向に注意しております。

徳島県回答：以前は算定可であったが、子宮頸癌取り扱い規約から削除されたため、ともに算定不可

子宮頸部上皮内腫瘍・異型度 3 (CIN3) は、医学的には悪性ではありません。しかるに CIN 3 の DPC は悪性に入っていくようです。もちろん、CIN 3 に対して施設基準のある K879- 2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術は行いません。CIN 3 で TLH (total laparoscopic hysterectomy, 全腹腔鏡下子宮全摘術, 同義として K877- 2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術) を行った場合、悪性の手術を施行していないのに、DPC は悪性扱いになるという不都合が生じます。今後 CIN の DPC 分類改定の予定はありますか？ (香 川)

愛媛県回答：確かに現在の DPC コーディングシステムでは CIN3 は悪性子宮頸部疾患のコードになっています。CIN 3 は医療保険上は良性疾患と解釈され、K879- 2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術を算定しても、ルール上は問題はないように思われます。DPC 体系の修正を要望します。

高知県回答：現状は算定していますが、変更に伴う今後の動向に注意しております。

徳島県回答：取扱い規約で悪性でないと言われたため手術、DPC なども変更する必要があるのでは？

5. 法令上は妊娠 12 週以降の流産は「死産」となります。40 歳以上の初産婦など、要件を満たした場合は、妊娠 12 週以上妊娠 22 週未満の流産でもハイリスク分娩管理加算を算定できますでしょうか。(愛 媛)

愛媛県回答：22 週未満は適応外。22 週以降は胎

II. 投薬

1. フェ・インジェクトの適応は厚労省からの通達で、Hb8以下となっています。Hb8以下の縛りはハードルが高く使用される頻度が少なくなっています。妊婦での内服不可、早急な改善が必要な場合、毎日通院して静脈注射を行うことを考えると患者負担、医療費も安価になると思われ、Hb10位での投与を認めていただきたい。また抗がん剤治療時の貧血に対し、治療前の投与によりHb値を上昇させてから治療をおこなうとHb値の下降が押さえられ次回の治療がスムーズに開始できるとの報告があります。Hb8以上での使用は詳細が必要とありますが、詳細があれば使用可能でしょうか。弛緩出血、貧血などの病名がありフェ・インジェクトを使用した場合、保険者から詳細を求めてきますがHb8以下の詳細は必要ですか (徳 島)

愛媛県回答：コメントにHb値は必須です。Hb8以上の場合は、必要性につきコメントで判断します。遠方の方などで、毎日通院困難は正当な理由として認めています。
抗がん剤治療時でも算定要件を満たさない場合は適応外です。

香川県回答：Hb8g/dl以上は詳細が必要で、詳細で早期に高用量の鉄補充が必要と認められれば妥当。Hb8g/dl未満は詳細は不要。

高知県回答：詳細にて対応していますが、査定される場合もあり対応に注意しております。

徳島県回答：Hb8以上はHbの値を要詳細。Hb8以下はHb値のみ記載している

2. フェインジェクト静注500mgは、添付文書に「経口鉄剤の投与が困難又は不適當な場合に限り使用すること。」とありますが、経口鉄剤の処方がある場合は査定でしょうか。同日でなければ算定可能でしょうか。

(愛 媛)

愛媛県回答：フェインジェクトの前に処方されたものは、内服できなかつたとして認められますが、同日または後日に処方されている場合は、コメントで判断しています。

香川県回答：同日でなければ詳細により可

高知県回答：念のために詳細にて対応していますが、査定される場合多く対応に注意しております。

徳島県回答：同日およびフェインジェクト投与後は過剰。投与前は適応。フェ・インジェクト投与中は十分な鉄は注入されており、内服からの投与は吸収されないのでは。

3. 新たな鉄欠乏性貧血治療剤として、フェインジェクトが発売になりました。妊婦さんも含めて、病名として鉄欠乏性貧血のみで可能でしょうか？

経口鉄剤の投与が困難または不適當についてのコメントが必ず必要でしょうか？ (香 川)

愛媛県回答：鉄欠乏性貧血だけでは不十分、Hbが8以下 鉄剤経口摂取が困難等のコメントが必要です

香川県回答：鉄欠乏性貧血の病名で、Hb：8.0g/dl以上の場合は詳記必要。

高知県回答：詳記にて対応していますが、査定される場合もあり対応に注意しております。

徳島県回答：Hb8以上はHbの値を要詳記。再審査を回避するにはHb 8以下はHb値のみ記載している。

愛媛県回答：特に副作用がなければ、105日分までは構わないと判断します、13錠で91日分、15錠は105日分で処方しやすいです。

香川県回答：算定不可

高知県回答：90日以上長期処方では査定対象とされる場合が多く、自重しております。

徳島県回答：病状が安定していれば一概に過剰とは言えない。

4. ディナゲスト1.0mgは子宮内膜症、子宮腺筋症に伴う疼痛軽減に対するプロゲステロン製剤として実績があります。

最近発売された、ディナゲスト0.5mgは効能、効果として月経困難症のみです。臨床的には子宮内膜症治療には容量調節するには便利です。同一製剤でありながら子宮内膜症病名がはいると疑義対象となります。月経困難症病名がない場合は査定です。この方針でよろしいでしょうか。 (徳 島)

愛媛県回答：月経困難症の病名は必要です

香川県回答：月経困難症病名がなければ算定不可

高知県回答：同様に考えております。

徳島県回答：子宮内膜症のみでは査定

5. フォサマック35mgは骨粗鬆症に対して1週間に1回投与となります。

105日分（15週）の90日を超える長期処方は認められるでしょうか。 (徳 島)

6. ル・エストロジェル添付文書より一日量1.8gx90日=162g 1ボトル80gのため3本は過剰として再審査にて2本に査定されました。薬剤の長期処方の制限は平成14年4月の医療法改正で長期投与の制限は原則廃止となったものと承知していますが、更年期障害等の婦人科慢性疾患に対する90日分を超える長期処方が認めていますか。また長期処方の日数は医師の裁量に委ねられ特に上限はないと考えて良いでしょうか。各県の対応と本部のご意見をお願いします。 (愛 媛)

愛媛県回答：ホルモン剤で、副作用のチェックが必要で、90日分までが妥当と判断します これ以上長期処方するときはコメントが必要です。投与期間に上限がある医薬品は新規医薬品、麻薬、向精神薬で設定されているため、コメントにより医学的妥当性があれば90日以上処方も認められる。

香川県回答：香川県では他科も含め全て90日まで投与としています。

高知県回答：90日以上長期処方査定対象とされる場合が多く、自重しております。

徳島県回答：90日が限度と思われる。まれに120日投与は見られ算定可としているが、保険者からの再審査請求があり推奨はできない。

7. 女性アスリートの3主徴（FAT）に対する治療は1)利用可能エネルギー不足への対応、2)視床下部無月経に対するホルモン補充療法、3)骨量減少／骨粗鬆症の治療が原則ですが、2)に対するホルモン補充療法を行う際の、エストロゲン製剤の保険適応病名にFAT治療の適さないものがあります。（例；ジュリナ／更年期障害、卵巢欠落症状、閉経後骨粗鬆症、エストラーナ／更年期障害、卵巢欠落症状、閉経後骨粗鬆症、性腺機能低下症など）この場合、卵巢欠落症状の傷病名で算定可能ですか。各県の対応と本部のご意見をお願いします。（愛媛）

愛媛県回答：女性アスリートは卵巢機能不全の状態と考えられ、卵巢機能欠落症状で算定可能と判断します。

香川県回答：卵巢欠落症状の病名で妥当としていきます。

高知県回答：大会出場する女性アスリートの場合WADA、JADAの見解が毎年更新されます。その見解に準拠してTUEとの整合性を考慮して処方が必要と考えております。

徳島県回答：3主徴の一つで機能性視床下部性無月経であればよいのでは。

8. ジュリナの適応は更年期障害および卵巢機能欠落症状に伴う症状ですが、若年者の場合において早発卵巢不全やターナー症候群の病名あるいは詳記があれば算定可能でしょうか？（愛媛）

愛媛県回答：早発卵巢不全やターナー症候群は卵巢機能欠落状態と考えられ、病名があれば算定可能と判断します

香川県回答：算定可

高知県回答：詳記での対応でも査定が多いと考えます。適応に従います。

徳島県回答：算定可

9. 「頸管縫縮術後に切迫流産として点滴内にズファジランをいれて1日20アンプル程度投与している施設があります。

(1)ズファジランは原則筋注ですが、点滴内投与は算定可能でしょうか？

(2)ズファジランの1日最大投与量は、何アンプルまで可能でしょうか？

平成17年の古い資料によると、1日10アンプルまでとなっています。

効能書きによると「子宮収縮の抑制には、イソクスプリン塩酸塩として通常1回5～10mg（1～2アンプル）を1～2時間ごとに筋注する。」とありますので、最大1日24アンプルまで投与可能となります。（香川）

愛媛県回答：(1)原則筋注ですので、点滴投与は不可です。

(2)1日24アンプルは過剰です。

10アンブルまでが妥当と判断します。

定でよろしいでしょうか。NSTで算定しました。(徳島県)

香川県回答：(1)点滴内投与は認めています。

(2)一応1日24アンブルまで認めています。

愛媛県回答：胎児機能不全の場合は分娩時に限られ、その際急速分娩が行われているか、酸素投与やアルカリ製剤投与などの胎児に対する処置が行われていれば認める。従って上記の内容のみでは算定不可とする。

高知県回答：(1)算定しています

(2)相当程度の点滴静注を許容しています。

香川県回答：常位胎盤早期剥離、胎児機能不全の確定診断あり、酸素吸入等の処置があれば算定可

徳島県回答：平成17年の解答1日10アンブルでのいのは、14週前後の妊娠初期の頸管縫縮術と思われるが、妊娠安定期でもあり必要でしょうか。用法が異なると保険者からの指摘があります。

高知県回答：常位胎盤早期剥離という緊急時ですので分娩管理装置による管理は必要と判断します。

《要 望》

ブレマリンには卵巣機能不全の適応症が認められております。若年者への有用性も考慮してジュリナにも卵巣機能不全の適応を追加していただくことを要望いたします。

徳島県回答：搬送するまでの管理であり、NSTで算定。

さらに用法においても若年者のE2維持量は2mgとされており、現在の用量上限である2錠(1mg)では不足と考えられます。用量の追加も併せて要望いたします。(愛 媛)

2. 手術の際に画像診断又は検査を行った場合、使用したフィルムに要する費用についてはフィルム料を算定できますが、最近はデジタル化されておりフィルムは使用されていません。このような場合どのように算定すべきでしょうか。電子画像管理加算のみの算定は認められますか。(徳 島)

Ⅲ. 検査

1. 性器出血、腹痛にて受診。常位胎盤早期剥離の為、緊急母体搬送が行われています。胎児機能不全のため分娩監視装置による分娩管理を算定しています。陣痛促進が行われていないので査定としましたが、再審査請求がありました。異常分娩の経過観察の目的で陣痛促進を行う場合のみ算定できるとなっており査

愛媛県回答：手術料に含まれる。

香川県回答：算定不可

高知県回答：手術に含まれる

徳島県回答：手術に含まれる。

3. 分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在胎児仮死及び異常分娩の経過改善の目的で

陣痛促進を行う場合にのみ算定できるものであるとあります。胎児機能不全病名があり、急速遂娩術が行われていれば問題なしとしています。分娩経過中に胎児心拍異常あり常時心拍、陣痛曲線記録して、母体体位変換、適時酸素投与し自然分娩と成った場合は算定可能としましたよろしいでしょうか。(徳島)

愛媛県回答：胎児機能不全の病名があり、酸素投与の処置が行われているので算定可とする。

香川県回答：酸素吸入等の処置があれば可

高知県回答：算定可と考えます。

徳島県回答：算定可能。酸素投与等の処置がある場合。

4. 子宮内膜症の薬物治療中は、月に1度超音波検査が算定可能ですが、ルナベル配合錠などの子宮内膜症の適応がないLEP製剤では月経困難症の適応病名に加え、子宮内膜症の病名があっても不可と考えていました。一方、LEP製剤の添付文書には、「本剤投与中の器質的疾患を伴う月経困難症患者では、不正性器出血の発現に注意するとともに定期的に内診及び超音波検査等を実施して、器質的疾患の増悪の有無を確認すること。」とあり、連月での超音波検査の算定が可能とする意見もあります。如何でしょうか。(愛媛)

愛媛県回答：原則3ヶ月に1度とする。

香川県回答：器質的疾患の具体的病名があれば3ヶ月に1回位は妥当

高知県回答：毎月超音波検査は過剰としています。

徳島県回答：子宮内膜症等があれば算定可。状態が安定すれば3ヶ月に1回程度

5. 子宮内膜細胞診における液状化加算の算定について青本上は可能であるが、学問的見知から医会にて協議中という回答でした(平成29年石川県議題)。現在の本部の見解をお聞かせください。(愛媛)

愛媛県回答：愛媛県では見解が定まっておらず、本部の意見を参照として参りたいと思います。

香川県回答：算定可としています。

高知県回答：本部の見解に従う

徳島県回答：算定可

6. 子宮腔部ビランの病名があります。2021年2月10日子宮頸部細胞診はNILMであったが、4月2日38℃台発熱、下腹部痛、性器出血あり受診、子宮頸管内溜血腫を認め悪性疾患も疑い再度子宮頸部細胞診を施行したとの注記あり、4月2日に子宮頸部細胞診と子宮頸管粘液採取料が算定されています。注記により両者算定可としましたがよろしいでしょうか。(高知)

愛媛県回答：悪性所見などの詳記があるので算定可とする。

香川県回答：悪性疾患の疑い病名があれば算定可

高知県回答：詳記があれば算定可と考えます

徳島県回答：算定可

7. 膣断端炎の病名で膣断端細胞診が施行されています。昨年から算定可となった子宮頸管粘液採取料が算定されていません。この病名での細胞診は認められますか。又採取料のない細胞診は認められますか。採取料がないため査定としましたがいかがでしょうか。

(高知)

愛媛県回答：膣断端炎の病名では細胞診は算定不可。採取料がないことは細胞診は不可となる理由には当たらない。

香川県回答：採取料無くても算定可

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：算定可

8. 「子宮頸管炎」と「卵管炎」の病名でクラミジア抗原と抗体の併算定は妥当でしょうか。

(香川)

愛媛県回答：算定不可。抗原もしくは抗体のいずれか一方の算定が妥当

香川県回答：一応妥当としていますが、他県の意見を伺いたい。

高知県回答：どちらか一方の算定でとれます

徳島県回答：算定可

9. 胎盤ポリープで経過観察を行う場合、超音波検査はどのくらいの間隔が妥当でしょうか。

(香川)

愛媛県回答：少なくとも当初の1～2か月は2週間に1回の検査が妥当と考えます

香川県回答：月1回

高知県回答：症状にもよりますが、月1回までではないでしょうか？

徳島県回答：症状がなければ1回/月くらいの観察でよいのでは。血流が増加し大量出血の可能性があれば、UAE.TCRなど手術療法が望ましい。

10. 新生児に対し超音波検査（心臓超音波検査）（経胸壁心エコー法）についてですが4月9日心室中隔欠損症の疑いにて1回、4月20日卵円孔開存症の病名にて1回、計2回検査しています。それぞれ病名があるので算定可としましたがよろしいでしょうか。

(高知)

愛媛県回答：病名があれば算定可

香川県回答：算定不可

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：過剰。1度に診断できる

11. 右卵巢腫瘍、子宮体癌疑いの病名にて腫瘍マーカー CEA, AFP, CA-199, CA-125の4項目が算定されています。腫瘍マーカーは包括規定が適用されるがAFPは病名から算定不可としました。包括規定でも個々のマーカーの算定可、不可の判断は必要でしょうか。

(高知)

愛媛県回答：包括規定を適用しても個々の算定判断は必要

香川県回答：必要

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：卵巢腫瘍で適応。包括規定でも判断は必要。

IV. 処置

1. 初診患者に膣炎等 病名記載し、すべてあるいは多くの初診患者に膣洗浄のオーダーを請求する施設が認められます。指導対象としてよろしいでしょうか？
(高 知)

愛媛県回答：病名があれば算定可。ただし傾向的な場合には指導を考慮する。

香川県回答：膣炎、膣部びらん等の病名があれば可

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：膣炎病名あれば保険請求可能。傾向的であれば指導の対象

IV. 処置

1. 子宮全摘術+子宮付属器腫瘍摘出術は複数手術に係る費用の特例として子宮付属器腫瘍摘出術は所定点数の100分の50は算定できます。子宮脱手術時の付属器手術（卵巢嚢腫）は併施の手術に含まれていません。子宮脱手術と子宮全摘術は点数が同じでより複雑な子宮脱手術と付属腫瘍手術は膣式に摘出した場合、併施の手術に含まれていないので同一視

野となり主たる手術のみの算定と保険者から言ってきます。子宮脱には併施の手術としての算定は不可となりますか。努力が報われなければ、腹腔鏡下で行うことになり保険請求額が高くなります。膣式の摘出する技術を評価していただきたい。

また同一視野として付属地摘出を不可とした場合の付属器腫瘍の病理検査は算定可となりますか。
(徳 島)

愛媛県回答：同一視野での手術であること、また複数手術の特例に含まれないため、子宮脱手術と膣式付属器摘出術の算定は認められない。ただし病理検査に関してはコメントに記載があれば認める。

香川県回答：今後算定出来るようにお願いしたい。付属器腫瘍のT-Mは可

高知県回答：子宮脱手術の際卵巢嚢腫があり卵巢摘出しても付属器腫瘍摘出術は算定不可。しかし嚢腫が大きく経膣的摘出が不可能なら開腹にせよ腹腔鏡手術にせよ算定は可。卵巢嚢腫があれば病理検査は算定可。正常卵巢の摘出は当然手術、病理検査は不可。

徳島県回答：病理検査は算定可

2. 腹腔鏡下に両側卵巢部分切除を行い、卵巢部分切除は両側の点数であるとの規定がない為×2で請求してきました。同一視野として査定しましたが、再審査請求がありました。再度査定としましたが、×2の算定は可能でしょうか。
(徳 島)

愛媛県回答：算定は認められない。

香川県回答：×2とすれば複数手術となると思われ、複数手術の特例とはなっていないため不可と思います。

高知県回答：卵巣手術は両側手術が原則と理解しています。×2の算定は不可。

徳島県回答：算定不可

3. 帝王切開と同時に卵管留水腫のため卵管留水腫摘除術が施行されています。卵管の手術は複数手術の特例となっておりませんので帝王切開のみの算定としました。卵管は子宮附属器に含まれており子宮附属器腫瘍摘出術の50/100の算定は認められませんか。最近手術時に両側卵管の切除を施行する症例が多数認められます。卵管の手術を複数手術の特例として認めて頂きたい (徳島)

愛媛県回答：要望事項のため回答なし。

香川県回答：病名、T-Mの算定があれば妥当とします。

高知県回答：複数手術の特例となっていないので卵管留水腫摘除術は算定できない。卵管手術は別に点数が定められており子宮付属器手術料として算定するのは妥当ではない。

徳島県回答：算定不可

4. 不正子宮出血主訴の患者に対して子宮体癌の疑い病名で子宮内膜細胞診施行、結果内膜異常の疑い返事あり、同一病名で生検目的として静脈麻酔下に子宮内膜掻爬術を施行した場

合、疑い病名による手術のため疑義ありとのこと。この場合は算定可能としましたよろしいでしょうか。 (徳島)

愛媛県回答：手術算定の際には疑い病名では算定不可としている。しかしながらこれまでの経緯から「子宮体癌の疑い」での子宮内膜掻爬術のみ認める。(ABC第6版p87)

香川県回答：算定可

高知県回答：子宮体癌は確定していないので子宮体癌疑い病名で検査として子宮内膜掻爬術を行なったものであり算定可能。

徳島県回答：算定可能。子宮出血など確定病名があればさらに良い。

5. 昨年度の手術関連の議題で(長崎県/熊本県)、子宮上皮内がんは医療保険上、がんではないとの見解から、腹腔鏡下子宮全摘術(良性疾患が適応)を認めるとの回答がありました。この点に関して、各県の対応と本部のご意見をお願いします。 (愛媛)

愛媛県回答：子宮上皮内がんは医療保険上、がんではないとの見解から腹腔鏡下子宮全摘術の算定を認めることとしたい。

香川県回答：算定可

高知県回答：高知県では子宮上皮内癌の腹腔鏡手術は認めていません。

徳島県回答：CIN3として認める。

6. 膣壁コンジローマ，外陰部コンジローマの診断で膣壁コンジローマ切除術，肛門コンジローマ切除術の併算定は別視野での手術として妥当でしょうか。(香 川)

愛媛県回答：同一視野として同時算定は認められない。

香川県回答：別視野であり算定可として欲しい

高知県回答：同一病巣につき併算定は不可。

徳島県回答：同一視野，一連の疾患で算定不可

7. 子宮脱のペッサリー療法では，ペッサリーに対しては償還されず，算定できるのは処置料(2,900円)のみです。2,900円を超えた部分は病院もちということになります。MILEXペッサリーは種々の型やサイズがありますが，いずれも約4,950円～11,000円と高額で保険診療は難しいようです。自費診療で使用した場合，もし患者が子宮脱手術となれば，子宮脱の病名ですから，混合診療とならないためには，手術，入院もすべて自費となるのでしょうか。
また本部への質問ですが，ペッサリーを今後特定医療材料になるように要求する予定はありますか？(香 川)

愛媛県回答：入院後は保険診療として算定可能と考えられる。

香川県回答：自費診療で外来通院中，手術が決定した時点で，術前検査，手術，入院料等は保険診療可と思われます。

高知県回答：MILEXペッサリーは保険適応ではないので患者に購入してもらって自費で挿入するのが良いと思います。子宮脱手術は病名をつけて保険での手術は可能。

徳島県回答：ペッサリーは自費。入院手術は別の日になるので保険診療

8. 膣断端肉芽の病名で子宮膣部薬物焼灼法が行われています。適応疾患は子宮膣部ビランとなっていますので査定としました。よろしいでしょうか。(高 知)

愛媛県回答：子宮膣部薬物焼灼術を準用可能と考えられる。

香川県回答：算定可

高知県回答：議題提出県

徳島県回答：他に適当な処置がありませんので適応と思われます。

令和3年度地域代表会議

愛媛県産婦人科医会 会長 池谷 東彦

日時：令和3年9月23日 12:30～15:30

場所：京王プラザホテル5階「コンコルド」(ハイブリッド形式)

1. 開会の宣言

前田副会長

2. 新任地域代表紹介と挨拶

青森県 田中 誠也 氏

栃木県 木内 敦夫 氏

神奈川県 田島 敏久 氏

山梨県 梶山 浩 氏

石川県 村上 弘一 氏

大阪府 光田 信明 氏

長崎県 森 一朗 氏

3. 木下勝之日本産婦人科医会長挨拶

コロナ感染症第5波の東京における状況について、8月末から9月初めにかけて感染のピークを認め、先週より50%減少するも20歳代～40歳代が4分の3を占める。妊婦の感染も上昇し。8月14日時期を問わずワクチンの接種をを勧める文書を発表、8月23日情報提供、ワクチン接種の文書を提出した。東京でも現状落ち着いてきている。

令和3年5月・地域で安心して出産できる産科医療施設の存続を目指す議員連盟の発足を図り、議員連盟が発足し、令和3年6月「経済財政運営の改革の基本方針2021（骨太方針2021）」が経済財政諮問会議の答申を経て閣議決定された。今後の方針として、医師の働き方改革の問題、若手女性、妊婦の乳がんの

早期発見の方法の検討、緊急ピルの問題に含めて性教育の充実特に義務教育からの性教育、全体の包括的な性教育など議員連盟を通じて実現を図る

厚生労働省の人事変更が行われ。医政局長、家庭局長、子供家庭課長などの変更が行われた。

4. 主要報告

1)妊産婦の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の現況(要政令の発生状況、隔離-入院の課題等)とワクチン接種の動向について

平原副会長

(1)感染流行状況：2021年9月12日まで第5は、緊急事態宣言、全国都道府県

妊婦への庇護優先入院等の政府行政告示、学会医会からの通知が相次いだ。

(2)第5次の特徴 2021年7月中旬から(第4回緊急事態宣言)

*変異株が中心となり拡がり速度が早い。

*若年化 40歳未満が70% 65歳以上高齢者はワクチン促進にて減少(5%以下)

重症率は低いが重症者絶対数が増加にて高度急性期逼迫。保健所は既に機能不全

新規養成が低下しているが今後の学校での感染増加が家庭内感染が反跳する恐れ

(3)2021年8月17日 千葉県で妊娠29週出産, 児死亡例報道

(4)会員へのアナウンス (第5波以降)

第5波: 空気感染に近い状態 飛沫は数10mまで飛ぶ

第5波以降 首都圏の妊婦感染状況

中井常務理事

2020年4月から2021年7月まで, 460例の陽性妊婦が報告され(全陽性者の0.2%), 438例(95.2%)が入院管理され重症例は5例とされる。第5は以降, 全体の陽性者数の急増に伴い, 8月の妊婦の陽性例は約280例に増加。3例が重症。消防によれば8月下旬までに妊婦における搬送困難例は発生していない。

参考: 陽性妊婦自宅療養中の健康観察ポイント
かかりつけの産婦人科医もしくは保健所に連絡

- ① 1時間に2回以上の息苦しさを感ずる時
- ② トイレに行く時などに息苦しさを感ずるようになった時
- ③ 心拍数が1分間に110回以上, もしくは呼吸数が1分間に20回以上
- ④ 安静にしても酸素飽和度が93~94%から1時間以内に回復しない時
すぐに救急車を要請
- ① 息苦しくなり, 短い文章の発生ができなくなった時
- ② 酸素飽和度 (SpO2) が92%以下になった時

(日本産婦人科医学会ホームページより引用)

妊産婦とコロナワクチン 倉沢幹事

注意が必要な誤情報 (厚生労働省) (2021年9月7日版)

新型コロナワクチンの情報について, 科学的根拠や信頼できる情報源に基づいていない不正確なものがあり, 注意が必要です。
誤情報

* 遺伝子組み換え技術が使われており, ワクチン接種により遺伝子 (染色体) に変化を生じさせる

* ワクチン接種が原因で多くの方が亡くなっている

* ワクチン接種が不妊症の原因となる

その他7項目が公表されている

東京都産婦人科医学会会長山田正興氏2021年8月24日東京都知事小池百合子氏に妊婦に対す緊急要望書を提出

1) 新型コロナ感染妊婦の全数把握と情報提供

2) 新型コロナ感染妊婦の対応について: パルスオキシメーターの貸し出し, 24時間対応

3) 一般救急搬送と周産期搬送の連携の強化

4) 妊婦とその家族へのワクチン優先接種
都は8月26日: 都内在住の妊婦及びその家族への優先接種を開始

2) 出生前検査 平原副会長

厚生労働相厚生科学審議会 NIPT等の出生前検査に関する専門委員会

2021年9月3日第1回委員会開催報告

(事務局：日本医学会)

3つのワーキンググループ

1. 情報提供WG, 2. 施設認証WG, 3. 検査精度評価WG

2022年4月をめどに新制度認定予定

3) 医師の働き方改革のRuleのもとで日本の周産期医療崩壊をいかに防ぐか

木下勝之会長(於 地域で安心して分娩のできる医療施設の存続を目指す議員連盟)

①産婦人科医療供給体制と在院時間(アンケート調査 2021 医会)

対象：全産婦人科施設 5230施設 回答率98.4%

※施設数は15年間で969施設(16%)減少した。産婦人科施設の変化は少なく、分娩を取り扱う一般病院と診療所の減少が著明

※常勤医師数は15年間で1893名(19%)に増加した。

※周産期母子センターで2倍以上増加

※取扱分娩数は14%減少したが、診療所が全分娩の47%を担当

※一般病院の分娩数が約10万件減少、周産母子医療センターへの集約化が進んでいた

※診療所の医師数は平均1.6人で、当直回数は開設者が行う結果、平均15.4回必要としており、その関係で時間外在院時間は2847時間と極端に長かった。

※診療所の当直は、実際問題としては、開設者だけでは対応できないため、非常勤医師の当直支援で対応している。

施設区分毎の年間時間外在院時間と職員数、業務量の比較

*総合と地域の周産期母子医療センターではそれぞれ11.1%(12施設),13.7%(38施設)がB水準を超えており、いずれも医師数と助産師数が少ないため。

*一般病院では、12.7%(69施設)がB水準を超え、医師、助産師、仕事量が同様に少ないためであり、集約化の対象となる病院群と思われる。

地域における周産期医療供給体制を維持するための対応

*高次施設での問題

①B水準を超える施設の医師数を、A/B水準施設と同等にするには全体で約300名の医師が必要となる。新たに医師を雇用することは医師不足の現実から不可能であると同時に施設経営上不可能である。代わりに、地域の病院に派遣していた医師を引き上げる可能性があり、これが起こると地域の周産期医療は崩壊する。

②自院内での時間外労働時間が、1860時間の制限一杯かまたは、制限を超えている施設の医師は、院外での非常勤勤務を行いたくても、宿日直の許可がない施設では、不可能になる。

③勤務医師の収入が減少するため、大学病院を辞めて、個人事業主となり、大学病院との契約医師となりつつ、自由に外勤ができるよう行動する可能性がある。

*分娩取扱診療所では
実態として、非常勤医師の支援による日直当直勤務で診療所は成り立っている。

従って、地域医療支援のために、大学病院等の医師が、非常勤として産科診療所での日直と当直を可能とする仕組みが絶対に必要である。

*** 高次医療機関での対策**

- 1) 大学病院や総合周産期母子医療センター等では、連携B、B、C-2水準の確保
- 2) 適切な36協定締結、変形労働制など勤務体制の整備は無論のこと、勤務医師の勤怠管理の徹底
- 3) 自助努力の上で、大学病院の総合周産期母子医療センター等であっても、地域の特性により医師数が少ない施設では、出産や手術の時間以外は、時間外労働時間に加算しない仕組みを考える。
- 4) 若手医師が転職を考えないで済むように、地域支援のために非常勤医師として、院外での日直と当直勤務をしても、時間外労働時間が増えない仕組み作りを求める。

*** 産科診療所への対策**

大学病院や総合周産期母子医療センター医師の院内時間外労働時間は長く、1860時間をこえるか、それに近い時間であることから、院外への非常勤勤務は、宿日直許可が取れた産科診療所でしかできない。従って、産科診療所の日曜当直と夜間の当直に対して、宿日直の許可を与えることで、産科診療所の崩壊の危機は救われるものと思われる。

- ②経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太方針2021）

令和3年6月18日「日本の未来を拓く4つの原動力～グリーン、デジタル、活力ある地方創り少子化対策～」が経済財政諮問会議での答申を経て、閣議決定された。

*** 今後の対応**

◇骨太方針を具体化する課題

1. 予算化と概算要求
 2. 医師の骨仏の方針のもとで産科診療所へ非常勤医師が宿日直として勤務できる体制整備
 3. 出産育児一時金の増額
- ③医師、看護師等の宿日直許可基準について（令和元年7月1日厚生労働相労働基準局長通知 令和元年基発第8号）
- 上記通知に下記に用件の追加を要望する
1. 地方の周産期医療供給体制の維持には、産科診療所の保持が必須であることから、産科診療所での宿直には、宿日直の許可を与える。
 2. 宿日直の許可が与えられた場合において宿日直中に、通常の勤務時間と同様の業務に従事すること（医師が突発的な事故による応急患者の診察または入院、患者の死亡、出産等に対応すること等）が稀にあったときについては、一般的に見て常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は、夜間に十分な睡眠がとりうるものである限り宿日直の許可を取り消す必要はないこと。
 3. 宿日直の許可は、一つにの病院、診療所等において所属診療科、職種。

時間帯、業務の種類等を限って与えることができるものとす

④精度の高い子宮頸がん検診に向けて
—— 我が国の現状を踏まえたHPV検査導入法 鈴木光明 常任理事

(1)我が国の子宮頸がん検診の現状

2020年11月、WHOは子宮頸がんの撲滅を加速するための世界戦略を発表した。この戦略では、2030年までにすべての国で、HPVワクチン接種率90%、高精度なHPV検査による検診受診率70%・子宮頸部前癌及びがんの治療実施率90%を達成することを目指している。

一方、我が国の子宮頸癌の罹患率、死亡率はとも程遠い状況にある。先進諸外国では子宮頸がん罹患率、死亡率は共に減少傾向にあるのに対し、我が国だけ罹患、死亡率ともに増加を続けている。1999年がん検診が一般財源化されたタイミングで罹患率は減少から一転して増加を続けており、子宮頸がん検診が十分に機能していないことは明白である。

(2)子宮頸がん検診ガイドライン

子宮頸がん検診ガイドライン（国立がん研究センター）では2009年版で・細胞診検査（従来法・液状検体法）がグレードB、でHPV検査単独法、細胞診・HPV併用法は認められていなかったが、2019年度版では、細胞診検査（従来法・液状検体法）がグレードA、HPV検査単独法もグレードA、細胞診・HPV検査併用法がグレードCとされている。

この改訂ガイドラインは欧米のエビデンスのみをもとに作成されているため我が国の現状に合わない。本ガイドラインでは、特にHPV検査を取り入れた検診の実施方法が示されておらず、実際の検診での運用法が提示されていない。

我が国の現状を踏まえたHPV検査導入法の背景

日産婦医会では、2011年医子宮頸がん検診リコメンデーションを発表し、精度の高い細胞診とHPV検査併用検診の普及を目指してきたが、普及は10数%の自治体検診に限られている。普及の進まない理由として、併用検診は導入初期段階における費用の増加、検診結果毎の運用管理の難しさなど、運用上の課題が挙げられる。

HPV併用検診を導入した中で115,273症例の検診データを集積し解析を行い、その結果CIN 2+の病変発見率は少なくとも25～49歳の年齢階級で、細胞診単独検診に比して優位に高率であることが判明し、住民検診事業の場でHPV併用検診のメリットが確認できた。

医会は、子宮頸癌による死亡率減少だけでなく、妊孕性の維持、女性のQOLを重視している故、高度前癌病変を含めた発見精度の高いHPV検査を加えた検診普及を推進すべきと考えている。そこで今回、我が国の現状を踏まえた運用しやすいHPV検査導入法を提示することとした。

子宮頸癌検診リコメンデーション2021

～我が国の現状を踏まえたHPV検査導入法～

年齢	検査方法	受診間隔
20～29歳	細胞診単独法	1～2年
30～64歳	①細胞診単独法+節目のHPV検査上乗せ検診	1～2年
30～64歳	②細胞診+HPV検査併用検診	3年
65歳以上	30～64歳と同様 (直近の検診で細胞診とHPV検査が共に陰性であれば検診を終了することができる)	

* HPV検査単独検診は現時点では推奨しない

⑤令和3年度子供・子育て支援推進調査研究事業

研究課題：オンラインコンテンツを活用した妊産婦に対する情報提供に関する調査研究

内示額：13,661,000円

実施主体：公益社団法人日本産婦人科医会

研究事業概要：

コロナ禍にある医療機関などの情報提供を補完するツールとして動画を作成し、妊産婦などが自由に視聴できるようにすることで、不安の軽減につなげることを目的。

具体的には、従来、母親（両親）学級等で提供されている基本的な妊娠、出産、子育ての情報をわかりやすく提供する動画を作成して自由に視聴できるようにすることで、医療者との対話やケアが薄れて不安を感じている妊産

婦のサポートを行う。

本事業で作成予定の動画

- 1) プレコンセプションケアについて
- 2) 妊娠とお金と仕事
- 3) 妊娠中の食事
- 4) 妊娠前半期に注意すること
- 5) 妊娠後半期に注意すること
- 6) 帝王切開とは
- 7) 吸引分娩、鉗子分娩について
- 8) 夫、パートナーがパパになったとき
- 9) 親子関係の重要性と赤ちゃんとの関わり方（講演、インタビュー）
- 10) 妊産婦のメンタルヘルス

（講演、インタビュー）

報告

1) 第6回母と子のメンタルヘルスフォーラム in 福岡（福岡県産婦人科医会長 平川俊夫）

日 時：令和3年6月6日(日)

9：30～16：30

場 所：完全Web開催（シンポジウムは福岡国際会議場よりLIVE配信）

参加者：参加登録人数：3,046名

2) 第43回日本産婦人科医会 性教育指導セミナー全国大会（沖縄県産婦人科医会長報告）

テ ー マ：脳科学が解き明かす愛と性と生～青春の生き方を理解し、見守り、育てる

配信形式：WEB開催、オンデマンド配信（LIVE配信なし）

WEB会期：2021年7月5日

正午～7月26日正午

参加者：715名

3) 第47回日本産婦人科医会学術集会

日 程：2021年10月2日～3日

場 所：札幌プリンスホテル国際館パミール
ハイブリッド方式（現地とWEB
併用）

4) 第7回メンタルフォーラム

令和4年6月5日 埼玉県にて開催

5) 第44回令和4年度性教育指導セミナー全国
大会

山形市 令和4年7月

ハイブリッド形式にて開催予定

6) 令和3年8月大雨の被害状況

岐阜県 会員施設

4件（雨漏り、建物一部損壊）

佐賀県 会員施設

3件（床上浸水、医療機器被害、病室使
用不可）等

7) 厚生労働省科学特別研究

8) 新会員情報管理システム（株式会社マイズ
ワン）新システムの内容紹介

9) 令和4年度日本産婦人科医会学術集会開催

開催場所：広島市

最後の平岩弁護士より挨拶が行われ

15：30終了



第30回（令和3年度） 全国医療安全担当者連絡会の報告

愛媛県産婦人科医会 常任理事 福井 敬介

日時：2021年11月3日(祝) 12:50～16:00

場所：Zoom ミーティング

1. 挨拶

木下会長

10年前と比較してCPの発生が低下している。これは産科医療補償制度の恩恵によるものと考えられる。制度の原因分析、再発防止策、保証の3つがうまく機能している結果と考えられる。また、妊産婦死亡報告事業による事例収集と症例検討ならびに解析に基づき母体安全の提言（冊子発刊）を行うことにより、年間の母体死亡例は30人から40人程度まで減少してきている。会員の協力のもと、母体死亡0に向けて事業を進めていきたい。さらに医療安全に向けての会員支援事業の一つとして日医賠償保険の日医指導・改善委員会からの指導が求められたりピーター医師に対しての相談や支援も都道府県産婦人科医会と連携しながら対応をしており、日本産婦人科医会として自浄活性化を図り支援を行う。コロナは収束の傾向にあるが、夫を含めた妊産婦のワクチン接種を積極的に奨めてもらいたい。

挨拶

石渡 勇副会長

2. 特別講演1

「医療事故調査制度発足から6年を振り返って」

日本医療安全調査機構常務理事 木村 壮介

医療事故調査制度の6年間の実績

(1)医療事故調査制度の現状：提供した医療により管理者が予期せぬ死亡や死産「医療事故」発生の報告が6年間で累計2092件あった。愛媛からは28件。全国平均2.9件/10万人/年で横ばい。手術・処置によるものが大多数を占める。事故発生から院内調査結果報告まで平均320日かかる。

(2)医療事故調査制度の問題点と課題：

①報告件数について

- ・報告数の推移は5年間横ばい：360～390件/年
- ・地域格差：福井県1.1件～三重県5.4件意識の違い
- ・報告数に影響する因子

「事故」とするかの判断において、当事者自ら判断することの難しさ、合併症や高齢化の影響、予期せぬという点の解釈の難しさ、地域別の意識の格差などがあげられる。また事故という用語そのものに抵抗があることも挙げられる。さらに複数医療機関にまたがる医療事故(12.5%)があり、関係する医療機関同士の協力や連携が困難で調査が進みにくい。最後に報告は600床以上の施設から

で80%の施設が報告実績があり、病院規模により報告に格差がある事が明らかとなった。

②事故調査の手法（院内調査とセンター調査）

- ・院内調査の進め方が医療機関により一定でなく、標準化ワークブック「院内調査のすすめ方 2017.9」を作成し各医師会、ワークショップ参加者に配布済みなので活用することが重要。

③調査結果の活用

- ・調査結果の公開や共有については個人情報や訴訟との関連から慎重を要する。
- ・再発防止に向けた提言書 現在第14号まで発刊（HP掲載）

④その他 解剖について

- ・原因究明のため病理解剖が必要であるが、解剖率は40%程度で遺族の納得が得られにくい。ため、「病理解剖についてのリーフレット」を作成して対応する必要がある。このリーフレットは日本医療安全調査機構や日本病理学会のHPに掲載されている。
- ・遺族が司法解剖を希望して行った場合、解剖所見は一切開示されることはなく、原因究明をすることは困難となる。司法解剖は解剖例の20%を占める。また Autopsy Imaging (AI) も有効な手段の一つと考える。

(3)まとめ

予期しない死亡の発生は避けられないが、professional autonomyを基板として医療者自らが調査・説明するというプロセスが重要であり、強制的な外部からの規制により

対応することは本来の医療から乖離する。今後とも公的、特定、大規模医療機関が指導的な役割を担ってこの制度を支えただけを期待している。

3. 会員支援事業について 副会長 石渡 勇
医療安全に向けての会員支援事業

- (1)全体支援：妊産婦死亡症例報告書、母胎安全への提言、J-MELS各種コースの開催と認定、医療事故調査制度の報告事案への相談、硬膜外麻酔急変対応コースの開催、CTG判読と対応。

- (1)個別支援：刑事事件化への防止、民事事件への対応、産科医療補償制度におけるリピーターへの支援、医師会からの相談依頼

説明：医療行為にて重大な問題を起こした当事者に対して、再研修制度を構築してより安全な医療を行う仕組みを確立し、医会をして自浄活性化をはかり支援を行う。対応組織は日産婦医会および都道府県産婦人科医会医療安全部会などであり、対象は産科医療補償制度原因分析委員会および妊産婦死亡評価委員会から連絡を受けた症例で当該医師が支援を求め場合、医賠償保険委員会（日医指導改善委員会）からの要請事項、医療安全部が必要と考えた症例である。

(3)活動の成果

- ①産科医療補償制度はにより紛争訴訟は減少、脳性麻痺発症の減少。

②妊産婦死亡報告事業により死亡数減少、特に産科危機的出血による死亡は25%から12%へ減少。

③刑事事件化もほとんど回避

4. 特別講演 2

「東京都母体救命搬送システム 10 年間の歩み」

昭和大学産婦人科 松岡 隆

(1)東京都母体救命搬送システム、別名スーパー母体搬送は都内で2008年に発生した脳血管障害の妊産婦の死亡事例をうけて発足

(2)対象患者が近くの救急医療機関で受け入れられない場合に必ず日赤医療センター・日大板橋・昭和大学が受け入れる。現在は都立多摩総合医療センター、杏林大学、都立墨東病院が追加。

(3)対象症例は①救急疾患合併や重症外傷、②産科重症救急、③重篤な症状（診断未確定）④その他

(4)産科施設からの転院搬送通報と傷病者からの一般通報があるが消防庁司令室に24時間助産師が待機してコーディネートする。

(5)年間250～260件、60%は転院搬送である発足から妊産婦死亡は減少しここ数年は0から3人/年程度で推移している。

(6)まとめ

スーパー母体搬送はスムーズに運用されている。システムに加え一次二次施設での緊急対応トリアージレベルの向上（J-MELS講習会）は効果がある。一般通報（救急隊が対応）、22週未満の取り扱いが課題。

5. 母体安全への提言2020

(Vol.11 2021年11月冊子配布)

統計の解説 常務理事 長谷川潤一
妊産婦死亡は年間40から60例でしたが、

2020年は29例と最も少ない数となりました。妊産婦死亡率は、2台/10万人となり、わが国は世界でも最も妊産婦死亡の少ない国となった。死亡原因として2010年に30%を占めた産科危機的出血は徐々に減少し、頭蓋内出血、心肺虚脱型羊水塞栓症、心大血管疾患、感染症（劇症型A群溶連菌）、肺疾患の重要性が相対的に増えている。2020年では自殺・偶発の割合が20%程度あり、産後が半分を占める。また有床診療所で死亡に関連した初発症状を発症した例が2016年から有意に減少し、救急車内での心停止例がほとんどなくなっており、2015年から始まった日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）の母体救命コース（J-MELS）の成果と考えられる。産科危機的出血による死亡の内容も、近年変化し、半数を占めていた子宮型羊水塞栓症が最近は減少しています。一方、目立ってきたのが、癒着胎盤シークエンスによる死亡です。癒着胎盤、胎盤ポリープ、胎盤遺残など、Retention of Product of Conception:RPOCといわれるようになりました。この多くは、生殖補助医療と関連が深いといわれています。

提言の解説

医療安全委員会委員長 池田 智明

提言 1：周産期心筋症の危険因子（妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、塩酸リトドリンの使用など）をもつ妊産婦の呼吸器症状、動悸、倦怠感、浮腫では循環器系の精査を行う。

提言 2：帝王切開術後は弾性ストッキング着用と間欠的空気圧迫法、術後1日までの離床だけでなく、積極的な

抗凝固療法を実施する。

提言 3：妊娠高血圧症候群では凝固異常、心臓・血管に関連する異常の合併を評価・管理する

1)重症妊娠高血圧症候群、妊娠高血圧腎症の診断時は、速やかに血算、生化、凝固検査の結果を確認し、原則入院管理下におく。

2)妊娠高血圧症候群の妊産褥婦の不定愁訴、バイタルサインの異常では速やかに全身の精査をする

提言 4：心肺虚脱型羊水塞栓症の診断・管理を再確認する

1)分娩期の突然の呼吸困難、意識障害、ショック、重度のDICは心肺虚脱型羊水塞栓症を考え、呼吸循環管理と十分な輸血療法を行う。

2)心肺虚脱型羊水塞栓症の確定診断には病理解剖が望ましく、摘出子宮組織、血清を羊水塞栓症血清診断事業に送付する。

提言 5：生殖補助医療による妊娠では RPOC (Retained products of conception) の合併が多く、分娩後の多量出血の場合の鑑別に RPOC を考慮する。

提言 6：妊産婦死亡の原因となり得る重症妊娠悪阻を適切に鑑別、治療する。

1)重症妊娠悪阻では、脱水改善だけでなく、電解質補正のための補液を選択する。

2)遷延する妊娠悪阻症状を有する場合は、その他の疾患 (胃がん等) の有無を精査する。

提言 7：妊婦の新型コロナウイルス感染症はハイリスクと考える

1)妊娠中（特に妊娠後期）に新型コロナウイルスに感染すると、重症化しやすく、基礎疾患、酸素飽和度などのバイタルサイン、および胸部CTや検査所見によって、その時点の重症化リスクを評価する。

2)妊婦においても時期を問わず、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) ワクチンの接種を推奨する。また、夫、パートナーおよび同居人にも、積極的にワクチン接種を推奨する

6. 妊産婦重篤合併症報告事業について

常務理事 長谷川潤一

・妊産婦死亡の原因の上位を占める産科機能的出血以外の脳出血、心肺虚脱型羊水塞栓症、肺血栓塞栓症、劇症型A群溶連菌感染症を中心とする感染症についての再発予防策の検討は重要な課題である。2021年4月から報告事業を開始。妊産婦死亡につながる重篤疾患を発症し、救命できた事例を報告を収集し、死亡例との比較を行うことで救命のために必要なシステムを抽出し明確にするものである。これまで7症例の報告があった。

7. 2021年分娩取り扱い施設における新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) についての実態調査結果 幹事 新垣 達也
・アンケート調査にて1288施設から回答が得

られた（1次・2次施設比はほぼ同数）。

- ・調査分娩施設の半数で陽性妊婦の取り扱いの経験があった。また調査分娩施設の約半分がスクリーニング検査を施行し、その陽性率は0.08%であった。第2-4波の間に1531人のCOVID-19感染妊婦が報告された。COVID-19感染妊婦の11%は日本人以外で、うち8%分は日本人以外のアジア人であった。
- ・2～4波の感染ウェーブの大きさにともなうて妊婦の感染者数も増加した。次の感染拡大の局面では、さらなる産科医療の逼迫に警戒する必要がある。
- ・感染妊婦は、高年齢、妊娠末期で重症化しやすい傾向があった。重症化率は約10%であった。
- ・感染妊婦の分娩管理を要する例が217人いた。分娩様式の大半は帝王切開であったが、濃厚接触者ではその対応は分かれた。感染妊婦の管理を行う産科医療施設の分娩数の1%に感染妊婦が発生すると考え、病床の確保を行う必要がある。
- ・新生児感染例はなかった。
- ・COVID-19感染拡大の第2波、第3波、第4波と感染妊婦の数は増加している。感染妊婦の管理を行う産科医療施設の分娩数の1%に感染妊婦が発生すると考え、病床の確保を行う必要がある。

8. 偶発事例報告事業 幹事 新垣 達也

(1)報告事項

- 1)満期新生児死亡、2)新生児脳性麻痺、3)産婦人科異状死、4)医事紛争事例（含：紛争の可能性のある事例）係争中、示談、和解、

刑事・民事訴訟等、または都道府県 医師会・医師賠償責任保険会社へ連絡した医療事故、5)前各号に準ずるような医療事故および医療過誤

#妊産婦死亡は除く

(2)事例報告

2020年、全都道府県から報告あり、32県は回収率90%以上、提出施設の分娩数は69万であった。妊娠分娩に関わるもの74%、婦人科24%、不妊症診療1.9%であった。医事紛争になっているものが14件あり妊娠に関わる事例が8件、婦人科に関わる事例が6件、不妊に関わる事例は0件であった。カルテ開示請求はそれぞれ25件、5件、0件であった。訴訟前解決はそれぞれ7件、24件、2件であった。新生児管理事故では呼吸障害になるものが最も多かった。帝王切開では周囲の臓器損傷が特に膀胱損傷が最も多かった。無痛分娩に関わる事例も母体2件、新生児1件あった。

9. 人工妊娠中絶手術の合併症に関する実態再調査

研修委員会副委員長 高井 泰

2012年、WHOより真空吸引法が妊娠12週～14週までの外科的妊娠中絶において使用されるべき技術です。D&Cは真空吸引法に切り替えるべきであると推奨された。

2012年当時、本法では人工流産の30%以上にD&Cが行われており吸引法より内容遺残や穿孔などの合併症の割合が高かった。

吸引法にはEVA（電動吸引）とMVA（手動吸引）がある。人工約6万例、流産約4万例をアンケート調査した。人工におけるMVAの使用は1割、EVA+搔爬法が最多であり約

40%を占めた。D&Cは25%であった。合併症がD&Cで最も高かった。自然流産においてMVAが30%、EVA+掻爬が最も多く約35%であった。自然流産では術式による合併症頻度に差はなかった。診療所ではEVAが普及しているが、病院ではD&Cが最も多く用いられており、EVAを普及させることが課題。マスコミで掻爬は悪のような報道があったがEVA+掻爬の合併症はD&Cに比較して高くない。

婦人科医会医療安全部とで相談し決定

- ③支援申請は都道府県産婦人科医会を通じて行う
- ④支援は、1主催団体に付き年1回を限度とし、派遣インストラクターは原則1～2名
- ⑤J-MELS対象コース（ベーシックコース、ベーシックインストラクターコース、アドバンスコース、硬膜外鎮痛急変対応コース等）

10. 母体救命普及事業～新システムの説明

幹事 新垣 達也

(1)日本母体救命システム普及協議会；J-CIMELSは2015.7.22設立され、周産期医療関係者すべてに標準的母体救命法の実践教育を行う。周産期医療の質の向上を目指すもの。講習会および受講認定書発行を行う。インストラクターの養成を行う。

(2)2019.4から運営基盤は日本産婦人科医会医療安全部へ移行した。J-CIMELS本体は事業の背景となる学術的取り組みを行う。両輪で事業を展開。

(3)2018から母体救命に加えて無痛分娩時の硬膜外鎮痛急変対応コースを設けた。

(4)2019までコース開催累計は右肩上がりであったがコロナの影響でプラトーに。

(5)Withコロナのコースを考案して実施している。

(6)日母の母体救命法普及事業コース開催支援事業 支援内容

- ①インストラクターの派遣費等を母体救命法普及事業で準備
- ②支援申請理由に合致したインストラクターをJ-MELSコース主催団体と日本産

11. 都道府県提出議題 福岡県：濱口欣也会員

回答：長谷川常務理事

COVID-19の収束の兆しは徐々に見えてきたとは謂え、限りある医療資源を十分に確保するためにも、今後も引き続き日々の感染予防対策の徹底は必須です。

さて、ご質問させていただきます。

帰省妊婦の2週間待機の必要性やワクチン接種証明あるいはPCR陰性証明パッケージなどによる立ち合い出産の規制緩和の条件など、今後医会として指針を発出するご予定はおありでしょうか?当地では、規制あり・なしによっては妊婦が中途かかりつけ産科を転院するような歪な現象も起きております。個々の地域や施設で状況は様々とは思いますが、現時点での医会の見解をお聞かせ願えれば幸いです。濱口 欣也(福岡県産婦人科医会)
回答：各施設、各地域で判断をされたい。

ワクチン検査パンフレット渡す。パッケージはワクチン接種できていない妊婦もいるので現時点では決定しておらず今後検討していく。

以上。

令和3年度家族計画・母体保護法指導者講習会

愛媛県産婦人科医会 会長 池谷 東彦

日 時：令和3年12月4日(土) 13:00～15:30

場 所：日本医師会館（オンライン開催）

1. 開会

司会：渡辺 弘司 日本医師会常任理事

谷垣 伸治

杏林大学医学部産科婦人科学教室教授

(3)経口妊娠中絶薬の実用化に向けて

2. 挨拶

中川俊男 日本医師会長（代読：猪口雄
二日本医師会副会長）

石谷 健

里大学北里研究所病院婦人科副部長

(4)母体保健の立場から：人工妊娠中絶を受け
る女性のこころとからだのケア

後藤茂之 厚生労働大臣（代読：山本
圭子厚生労働省子ども家庭局母子保健課長）

相良 洋子

さがらレディースクリニック院長

木下勝之 日本産婦人科医会長

(5)指定発言－行政の立場から（最近の母子保
健行政の動き）

3. シンポジウム

座長：渡辺 弘司（日本医師会常任理事）

山本 圭子

テーマ「人工妊娠中絶，up to date 母体の安
全・安心を改めて考える。」

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長

人工妊娠手術を巡って

4. パネルディスカッション

(1)安全な人工妊娠中絶手術実施に向けた日本
産婦人科医会の取り組み

座長 渡辺 弘司 日本医師会常任理事

平原 史樹 日本産婦人科医会副会長

長谷川 潤一

パネリスト：講師5名

聖マリアンナ医科大学産婦人科学教授

(2)多様化する人工妊娠中絶手術機器の活用
について

5. 閉会

1. 安全な人工妊娠中絶実施に向けた日本産婦人科医会の取り組み

長谷川 潤一

聖マリアンナ医科大学産婦人科学教授

日本産婦人科医会では、産婦人科医療安全に資するため2004年より偶発事例報告（ヒヤリ・ハット事例）を毎年1回各都道府県産婦人科医会より報告を受け、その症例について検討を加えている。妊娠・分娩に関する事例が多いが、婦人科診療に関するものが全体の2割程度に認められる。2012年1年間の妊娠中絶108,148例中合併症を見ると総数370例中子宮損傷・穿孔が27例（0.02%）、不完全手術（内容遺残）が295例（0.3%）である。子宮穿孔では、腸管脱出、開腹術に至るものあり、内容遺残では子宮内容除去術が必要となっている。娩出物の確認、および術前術後の子宮内容の確認（超音波モニター）が必要である。中期中絶では薬剤（主としてプロスタグランジン）を用いた分娩形式をとるが、満期分娩と異なり胎盤、卵膜等の未熟性のため子宮内への組織遺残が多くなるため胎盤鉗子等による子宮内外科的操作による内容の除去が必要となる。現在、妊娠初期中絶術式は相対的にD&C（拡張及び搔把）が多いが、次第にMVA（手動真空吸引法）、EVA（電動真空吸引法）の使用が増加している。WHOはMVAを推奨し、日本におけるD&C術式の多さに懸念を表し、それに基づいて、厚労省は、WHOの推奨を本年7月に各診療機関に通達した。MVAは妊娠週数9週までの中絶に使用されるのでそれ以上の週数には不適となる。ここにD&Cの必要性が出てくる。金属製器具（キュレット鉗子、胎盤鉗子等）の使用に関して技術の習得が必要になる。術中、術後の救急体制、特に

循環、呼吸管理に関してはJCMEL（日本母体救命システム普及事業）において多くの医療者が講習を受けて初期救急処置に長じている。

2. 多様化する人工妊娠中絶等手術機器の活用について

谷垣 伸治

杏林大学医学部産科婦人科学教室教授

(1)厚生労働省からの人工妊娠中絶手術の安全性について2021年7月2日依頼文が出された。

人工妊娠中絶については、WHOが下記の通り、EVA（電動式吸引法）MVA（手動式吸引法）を推奨している。国際的な動向を踏まえてEVA、MVAについて会員に周知方お願いします。

WHO: "Safe Abortion : technical and policy guidance for health system, 2nd Edition.

D&Cは吸引法より安全ではなく、女性にとって相当程度より苦痛をもたらすものとなっている。D&Cによる合併症の頻度（発生率）は吸引法の2～3倍高い。D&Cと吸引法を比較したRCT（ランダム化比較試験）は最終月経から10週まで吸引法はD&Cより迅速により失血が少ないことが明らかになった。D&Cが未だに実行されている場合には安全性と女性のケアの質を改善するためにD&Cを吸引法にとって変えるための全ての努力がなされるべきである。人工妊娠中絶術が現在提供されていない場合はD&Cでなく吸引法が導入されるべきである。

妊娠中絶手術における全合併症に関して日本産婦人科医会は2012年アンケート調査を行い、全合併症は、0.4%（358/100851）で、その内19例の子宮損傷、穿孔（0.4%）で、内訳

は、D&C12例、VA 7例とD&Cが高値を示しているが、VAとD&Cでの比較では合併症例数が非常に少ないので、VAがD&Cに取って代わるべきとは一概に言えないのではないかと考えられる。

(2)VAの実施方法

MVAはキットになっている。麻酔法としては傍頸管ブロック：膣円蓋部の内側の2時、5時、7時、10時の方向に部位に局所麻酔剤注射（1%リドカインを各部位3ml注）を行い、頸管軽度拡張、子宮内容除去時に疼痛効果がない場合全身麻酔注射や鎮痛剤を使用する。前処置として頸管及び子宮腔の向き、内腔長等の診察が必要であり、子宮腔内に吸引管を挿入後手動の真空吸引管で内容物を吸引する。この間超音波モニターで子宮腔内をモニターし内容物の遺残物の有無を確認する。時に機械的操作が必要になることがあることを患者に前もって十分に説明する必要性がある。

WHO：吸引法がいまだ導入されていない場所においては、管理者は、適切な疼痛管理プロトコルが守られながら、D&Cの手技が十分な監督下でよく訓練された職員により実施されることが保証されなければならない。

Medical Abortion（経口妊娠中絶薬使用による妊娠中絶術：2012）例数は少ないが、合併症はD&Cと同等だが・子宮穿孔のリスクはない。

ミスプリストン+ミソプロストールの治験（2020）

症例数120例中112例で24時間以内に妊娠終結が認められた。残りの8例にはなんらかの外科的手技が必要であったとの報告がある。

またなんらかの副作用が生じたのは45例に認められた。

各方法にはmerit, demeritがあるが、それぞれの方法を保管する複数の手技について説明でき、習得していることが、これからの母体保護法指定医師と考えられる。

3. 経口妊娠中絶薬の実用化に向けて

石谷 健

北里大学北里研究所病院婦人科副部長
最近妊娠初期の妊娠中絶例数は十万件程度に減少している。薬物使用による妊娠中絶は、妊娠9週0日までとされており、現状では妊娠7週：86,000例、8週：60,000例とみられている。

経口妊娠中絶薬の国内での経緯は、2013年「経口中絶薬に関する検討会」が日本産婦人科医学会で開催され、経口中絶薬に対する考え方がまとめられた。2019年に薬剤の第III相試験が2019/10/24から行われ。2020年8月に終了した。結果は東京大学産婦人科の大須賀教授により2021年4月25日に日本産婦人科学会で発表された。方法論は、全て入院で行われ、試験に参加した症例は、妊娠9週0日（63日以内）の妊娠120例、前向き他施設共同研究で、本試験適格被験者に初日にミエプリストン200mg 1錠内服、投与後36～48時間にミソプロストール200 μ g 4錠を指定医師の面前でバツカル内服。胎嚢排出まで外出禁止（排出後退院）。8時間以内に内容排出された症例は90.0%、24時間以内の成功率は93.3%であった。有害事象の発現率は、59.2%、重度の事象は2.5%、重篤な有害事象は3.3%でよく見られる有害事象は、下腹部痛30%、嘔吐28%等

であった。重篤な事象は、4例7件、投与中に失血性貧血、サイトメガロ感染、子宮内膜炎、細菌感染、不正子宮出血いずれも転機は回復であった。出血量は0～4時間から増加、8時間以後は徐々に減少した。投与後48時間～52時間で出血はほとんどなくなった。ミノプロストール投与後の増加が認められた。24時間後まで娩出されなかった症例は外科的処置が行われた。

実用化にあたっては、適応は妊娠初期（9週0日）までの妊娠中絶で、稽留流産等への使用は認めない。使用にあたっては、母体保護法指定医師により処方されることが大前提。使用管理はプレグランディン使用管理と同様な使用準拠をとり1年ごとの報告書の提出が義務付けられる。

現在の母体保護法指定医師基準には20例以上の中絶術実施例の報告書が必要であるが、薬物のみによる中絶例となるとこの点で日本医師会との検討が必要になる。その他胞衣の処置の問題にも特別な配慮が必要になる。多くの問題を抱えているが2022年末には薬剤承認が行われる予定である。

母体保護法指定医師は、経口中絶薬による中絶法の長所と短所を熟知し、患者自身が適切に選択できるための十分な情報提供を行う。経口中絶薬の適切な運用により、妊娠初期における安全な人工妊娠中絶法の選択肢を増やし普及させる、そのためには指定医師は母体保護法に沿った薬品管理と処方を行い、指定医師の面前で患者に服薬させる。出血や遺残等に対しては対応できる外科的処置の技量を必須。排泄物を院外で処理する可能性があり、医療機関への提出を進める。

4. 母体保護の立場から：人工妊娠中絶を受ける女性の心と体のケア

相良 洋子

さがらレディースクリニック院長

人工妊娠中絶を受ける女性の心を研究することの難しさ、それは、当事者の協力をうることが難しいこと、背景要因が多彩で、一概には論じられないこと、社会的、文化的、宗教的な影響が大きいことなどによると考えられる。

妊産婦の自殺の問題をみてみると、2005年から2014年の10年間における東京都23区の妊産婦の突然死の実態調査は、妊婦の突然死では妊娠2ヶ月にピークがあり、予期せぬ妊娠と絶望感その原因となっている可能性が考えられる、また児童虐待という面からも予期せぬ妊娠を中絶できなかったがために出産後このような状態を引き起こすという状況も考えられる。中絶手術を受けた後の女性の精神状況を出産した女性と比較し両者間に精神疾患発症には差がないと報告されている。中絶後の女性の心理を検討した菅生聖子によると、中絶の決定にパートナーとの話し合うことに十分な時間がかけられなかった、また中絶後には精神的に不安定になり、罪悪感、孤独感、不眠、悪夢などの症状が表出し、胎児への愛着があるにもかかわらず罪悪感のために気持ちを表現できなかった。中絶の体験を語ることで罪悪感を含めその体験を自身の人生の中に位置付けるために、語ることによって悲哀の過程を辿ることが重要であると述べている。

人工妊娠中絶による長期的な影響に関して、自然流産経験者と比較し。フラッシュバック、悪夢、体験に関連した強い感覚は妊娠中

絶経験者では少なく、体験に関連したことを思い出さないようにするとか、妊婦や子供を避けるという感情は流産経験者より強く現れ、また長く続くという結果を示している。特に罪悪感、恥という感情は術後長く続いており、日本人女性で、罪悪感（胎児に対する申し訳ない気持）58.6%、自分を責める気持ち17.9%と高率に示されている。

10代で妊娠中絶を選択したのは626名（14歳～19歳）で、未婚（96.8%）無職（うち学生）77%、中絶経験（18.8%）で、中絶を選択した理由は、収入が少なく子供を育てられない、若すぎる、未婚、子育てに自信がない、学業に差し支える、親の反対 等であった。

性暴力、性犯罪による妊娠、中絶は年間200件前後である。無理やり性交の被害は14人に1人（6.9%）で、加害者との関係では面識ある人物が最も多く。被害の相談をした人は37.6%、誰にも言えなかった人58.4%であり、これらの犯罪による精神的な問題は、レイプ被害者にPTSDの発症率が高い。そのほかにも精神障害の発症率も高く、薬物依存やアルコール依存のリスクも高い。性的被害の経験ある思春期の学生では自殺企画のリスクが増大するし、社会機能の低下や生活機能の障害を抱える率が上昇する。

人工妊娠中絶術を受ける女性の心のケア：より健康的な人生を生きてほしい。そのため女性の決断を尊重する。安心して手術を受けてもらう。より健康な未来に向けての支援を行う。これによって女性との間に信頼関係ができ、女性がこの辛い経験を乗り越えてより良い健康な未来を生きることに繋がっていくと考える。

5. 指定発言——行政の立場から（最近の母子保健行政の動き）

山本 圭子

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

1. 母体保護法母体保護法：母体保護法第14条について

母体保護法第14条に係る照会について

○令和2年8月24日日本医師会よりの疑義照会を受け、同月28日に「母体保護法第14条第1項第2号において、暴行もしくは脅迫によって妊娠したものについては、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができることとされているが、強制的性交の加害者の同意を求める趣旨でない」旨を厚生労働省より回答した。

○また、母体保護法第14条第1項の規定の趣旨を改めて明確にするため、「母体保護法の施行について」（平成8年9月25日厚生省発見第122号厚生事務次官通知）の一部を改正する通知を发出

2. 母体保護法第14条第2項について

○令和3年3月4日、日本医師会より疑義照会を受け、同月10日に、「母体保護法第14条第2項において、人工妊娠中絶を行う際の配偶者の同意について、配偶者が知れないときもしくはその意思を表示することができないときまたは妊娠後に配偶者が亡くなったときには本人の同意だけで足りることとされているが、妊婦が夫のDV被害を受けているなど。婚姻関係が実質破綻しており、人工妊娠中絶について配偶者の同意を得ることが困難な場合は、同項の規定する本人の同意だ

けで足りる場合に該当する」旨を、厚生労働省より回答した。

3. 令和3年度母子保健対策関係予算の概要

1) 成育基本法を踏まえた母子保健医療対策の推進

(1) 子育て世代包括支援センターの設置促進等

(2) 生涯を通じた女性の健康支援事業

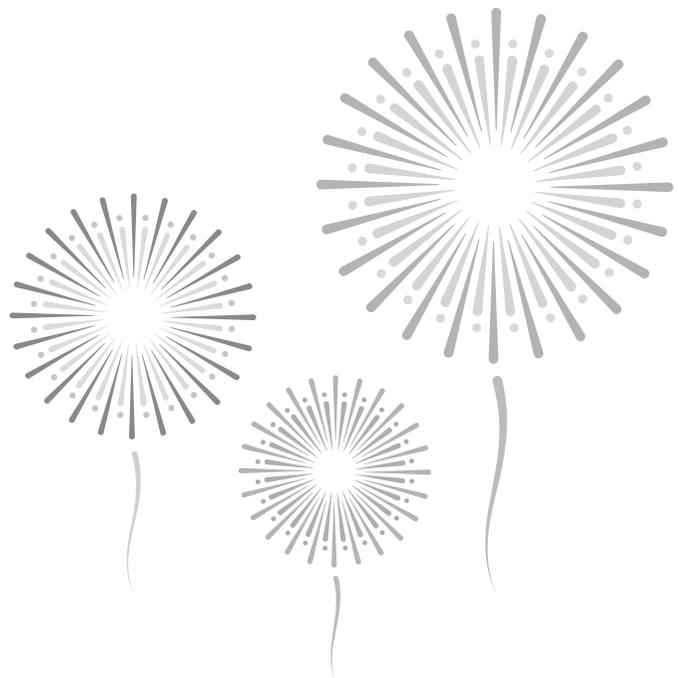
(3) 不妊症、不育症への支援

(4) 産婦健康診査事業

(5) 多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業

(6) 新生児聴覚検査の体制整備事業

4. NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）について



令和3年度全国医業推進担当者伝達講習会

愛媛県産婦人科医会 常任理事 福井 敬介

日 時：令和4年3月20日(日) 午後12時～午後3時50分

場 所：WEB開催（Zoom形式）

①木下 勝 会長 挨拶

医療経営での現在の問題点

今年6月で会長を退くことになった。自身父の病院の借財を返してきた経験がある。内科病院から息子と一緒に産科に転科して借金をかえた。平成29年から新産科病院をたてた。時代がかわり少子化がくわわり経営環境は厳しくなる。顧問弁護士は必要で医療過誤、労務、経営のコンサルタントをしてもらっている。医療利益を上げるには医療単価と患者数を増やすこと。経営戦略のメリットとデメリットについては小松大介著書「医療経営を考える」2800円を推奨します。

②種田恭子 常務理事 挨拶

コロナの影響によりオンライン会議が普及したことはよかった。全国の先生とつながりやすい。

コロナの影響は地方の影響が大きかった様です。それは里帰りが減ったから大きい。さらに今日は以下の問題点が1)から5)の問題点があり討議をしていきたい。

③特別講演

「診療所の事業継承（税制を中心として）～医

療法人の場合・個人開業の場合～」

日本医師会顧問

税理士法人青木会計 青木恵一先生
座長 角田 隆委員長

医療法人の継承における法人資産への相続税対策について。

医療法人は非営利です。ところが持分ありでは出資者は配当金をうける。これは営利法人でないか、株式ありではないか。厚労省が持分がなしとするようにした。なぜか？株式の医療参入をシャットアウトする方法として対策を立てた。また持ち分あると相続税がかかるし、出資者への配当金でもめる。現在、厚労省は持分ありからなしへの移行を進めている。

簡単！定款変更すればOKだが条件がある。財産は国や医師会、地方、持ち分の医療法人へ帰属することになる。相続税がかからなくなる。財産放棄することになる。

あくまで選択肢のひとつであるが、複数の病院や法人施設をやっている医療法人は100億の資産には→50億の相続税かかる選択の余地なしではないか。一度やると後戻りできない。

移行にあたり、医療法人に贈与税がかかる。逃れるには 役員の2/3以上が非同族であるこ

となど

* 認定医療法人ができた特別なものとして認可されれば、非課税となる。(政治力による!!) 令和5年9月30日までの時限的、その後6年間は毎年厚労省に報告することが必要。

80%以上の保険診療となること。(ただし分娩自費50万まで社会保険とみなす

同族でいけて、これがポイントで無税でいける。これは素晴らしい! 以下の条件等が必要で

特別利益供与はいけない、院長社宅だめ、分娩の社宅は認める、専用車両だめ、

ゴルフ会員権だめ、法人から家賃OK、生命保険OK、法人から借金だめ、役員給与妥当額か、給与規定を作り、通常年収3600万まで、

退職金規定3倍、親族へは払える、6年たったら認定失行 その後好きにできる。法令違反や医療法違反、医療人定員違反、有給財産、

キャッシュリッチはだめ。退職金はいくらでもよいが 子供継承なら経費でおとす→税務上の規定に従う

勤続年数(法人になってからです)できるが。M&Aについてはマッチングで継承するM&Aについて。地方から都会へマッチングある。東京はいっぱいある。地方は疲弊しているの

で来ない。

④連絡・協議

1) COVID-19流行が産婦人科医療に及ぼした影響— 2020年3月から2021年2月の施設アンケート分析より」

田村秀子 小委員長

第三波により分娩数は2020年3、4月を最多として徐々に減少していた。地方では里帰り分娩の影響が強かった。12月から減少は顕

著でコロナ取り扱い施設での減少がよかった。2021年1月には緊急事態宣言地域と隣接地域に減少が目立った。ART患者数は分娩数と同様であるは地方ほど開腹は遅く、特にAIHの回復が遅かった。軽症の人ほど受診を避けた。胚移植件数は年齢、地方を問わず回復が早かった。COVID-19患者数の少ない地方ほど患者数や分娩数に対する影響が大きい傾向があった。

2) 「婦人科診療におけるオンライン診療の実際～オフィス гинеコロジーの収益確保と対策を含めて」

田村秀子 小委員長

婦人科は他科にくらべ保険点数低い、診察人数少ない、1人に時間がかかる、慢性疾患少ない リピーター率低いなどがある。オンラインが集患者に有効か?ということが検証されつつある。

オンラインは慢性期のもの、関係が安定していること、算定には施設基準あり、5個の受講が必要。運用には患者説明書とオンライン診療計画書が必要です。企業4社あり、向いている疾患は慢性疾患で患者満足度はあがる、診療効率は大きく変わらないという意見が現時点は多い。院内処方薬は郵送、院外はファックスを調剤へ送りそこから郵送する。規制はコロナで緩和され、疾患制限なく、保険算定点数がアップした。リピーターや治療継続率に有効でありという検討結果があり、疾患は月経困難症 内膜症 更年期 PMSに有用である。不妊診療にも用いられる。スマホの保有率は高くなっており「オンライン診療は時代の潮流に遅れないための羅針盤」と言われている。婦人科疾患加算はとれない

3) 「医師の働き方改革が産婦人科医業経営に与える影響について一有床診療所を中心に」

前田津紀夫 副会長

有床診療所の人数は16人、15回の当直、6割が大学に当直を依頼しているが、時間外労働時間として大学の先生に加算される。常勤医師では夜勤で16時間労働となる。雇われ院長は1勤務医扱いになる。産科有床診療所、分娩1158施設、36%施設が看護師9人以下。ダメになると8万6千12万の分娩が行き場を失う。宿日直問題、週に1回で日直は月に1回を限度で労基への届けが必要である。手続きの敷居は高い。産科医の夜勤を宿直と認めていただく方向で動いている。

もし、労基申請してうまくいかない場合は医会本部へ挙げてほしい。厚労省へ交渉していく。

4) 緊急避妊薬のスイッチOTC化の動向とHPVワクチン積極的勧奨再開に向けた課題」

種田恭子 常任理事

OTCはOver the counter は市販薬

2021/6から厚労省の検討開始。転売・性暴力へ悪用、コンドーム使用率低下、常時避妊薬化する、

薬剤師の役割が大きい。妊娠判断への遅延、確実な避妊法（ピル）の減少すなわち男性主導避妊の国である日本、性暴力などの認知機会低下、性教育の改善 コンドーム主流をなんとかする。避妊に協力しないのはDVである。OTCを韓国は中止した。アメリカはOTC、イギリスドイツは薬剤師関与して行っている。

HPVワクチン

4555人1人に有害事象。WHOがISRR(予

防接種ストレス反応) 認定。

詳細は医会の研修ノート106に書いてある。

リスク因子がある不安障害や発達障害(自閉スペクトラム症)など。

17,333人に1人は改善しない。地域の痛みセンターへ(よくわからない民間療法しないように)

まず有害事象を一旦引き受ける。初動対応を周知、連携施設と診療体制へ。

医師会が後ろを向かない、議員をこちらにまきこむ。患者が議員へいくとややこしくなる

17才以上は効果がなくなるのではなく、これはセクシャルアクティビティーが上がるため。

かかりつけ医がどれくらい頑張りvs SNS ワイドショーの構図が考えられます。

ワクチンのチャッチアップ年齢が新しく設定される。対象生年月日H9.42-H18.41 3年間の期限付きで。かかりつけ医、プレコンセプションケアなどの機会増やすチャンスである。

5) 保険諸問題 医療保険部会から 不妊症の保険適用化も含めて

宮崎亮一朗 常任理事

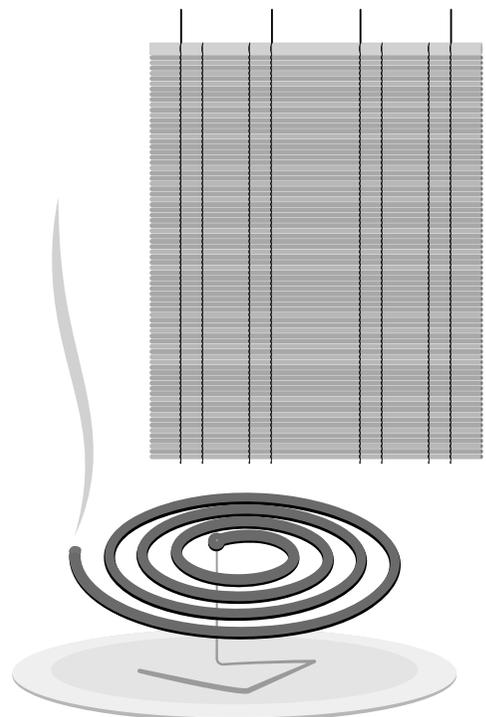
診療報酬改定で、◎◎加算を婦人科でもとれそうなものがあるので、一度見直してかかんがえてみてください。乳腺ケア、特定婦人科(オンラインではとれません)、ウィルス疾患指導など

生活習慣管理、ニコチン、術前あるいは術後管理料、肺塞栓管理はとれるものを確認。

また体外受精は術前検査は認められると考えられる。改定による新規のものとしてコロナ対策加算 6点、連携加算 3点があります。不妊治療では婚姻関係をきちんとしらべている場合は生殖補助医療管理料300点がとれます。AMH検査は生殖補助医療（体外受精）とひもづけされているので要注意です。医療機関のことも考えて移行

期間を設けてほしい4月中は移行期間で混合はある程度容認される可能性あり。分娩に関しては地域連携分娩管理加算3200点が新設され、40才以上初産、IUGR、DM、精神疾患が算定できます。

不妊治療において超音波をたくさんとると本体の点数が将来下がる可能性があるの
で注意。



公益社団法人日本産婦人科医会

第96回総会（臨時）

愛媛県産婦人科医会 代議員 小 西 秀 信

日 時：令和4年3月13日(日) 11:00～16:00

場 所：京王プラザホテル本館5階「コンコード」



今回の総会も新型コロナウイルス感染が持続するため、昨年度に引き続きハイブリッド方式による会議でWeb参加となりました。

仮議長：岡代議員（千葉県）

1. 議 長：光田代議員（大阪府）
副議長：松本代議員（東 京）
2. 木下会長挨拶

新型コロナウイルス感染者は東京都で昨日9000人超えとなり、まだまだ予断を許せません。プーチン大統領のロシアはウクライナを侵攻し、子供達まで殺され、夫を残して隣国に避難せざるを得ない多くの避難民たち、悲惨な状況に対し、我々も食品、医療品や支援金を援助したいと思いますのでよろしくお願いいたします。また、我々にとっては時間外労働王時間上限規制や医療報酬改正、出生数の減少など、いろいろな問題があります。本日は皆様の活発な討議をお願い致します。

3. 議事

第1号議案

名誉会員 高木 哲 70歳（大 阪）
西井 修 65歳（神奈川）

第2号議案

特別会員 新川 尹 72歳（宮 城）
上原 茂樹 69歳（宮 城）
栃木 秀麿 81歳（栃 木）
丸山 正次 74歳（栃 木）
深澤 一雄 65歳（栃 木）
菅生 元康 76歳（長 野）
今村 定臣 73歳（長 崎）
森崎 正幸 73歳（長 崎）

第3号議案

令和4年度会費減免申請者 109名 了承

4. 主要報告

主要1 令和4年度事業計画

総務部・学術部・医療部・事業支援部・献金担当連絡室から担当者による事業計画の報告あり。

主要2・1 令和4年度収支予算書

主要2・2 令和4年度収支予算説明書

主要3 新型コロナウイルスオミクロン株蔓延での妊婦感染状況と対応について

第6波感染は第5波（2021年8月）に比し3.5倍以上の増加、特徴は若年感染者が多く大多数は軽症であるが、急増のため基幹病院の救急体制も危機的状態である。陽性妊婦に対しては各県

ともプロトコルを作成し、適切な対応をしている。行政側からは周産期医療・母子保健担当部局・感染担当部局（保健所，子供福祉部局，消防救急部局等）と密な調整をお願いし，陽性・濃厚接触者となった妊婦さんに寄り添う支援・フォローに留意されるよう要請があった。

主要3・2 東京都の新型コロナ感染者と妊産婦の状況

主要3・3 大阪での妊婦の感染状況

主要3・4 神奈川県での妊婦感染状況と対応について

主要3・5 福岡県のコロナ感染症が疑われる妊産婦の取り扱い

いずれの都道府県でも一次施設向けの詳細な緊急時対応マニュアルを作成し実施されている。

主要4・1 産科医療機関における宿日直許可に関する調査結果について

調査対象：大学病院及び周産期母子医療センター（総合・地域）430施設
産科有床診療所（分娩取り扱い施設）1204施設

回答数：大学病院等 225施設（52.3%）

産科有床診療所401施設（23.3%）

調査の結果：有床診療所の医師にとって日々の宿日直業務の負荷は非常に大きく，大学等らの医師の応援は有床診療所の分娩件数を維持する上で重要な役割を果たしている。現行の宿日直回数（宿日直基準）は宿直勤務については週1回，日直勤務については月1回を限度とす

る。ただしすべてのものに宿直又は日直業務に実態に応じて週1回を超える宿直，月1回を超えるに日直についても許可してもさし支えない。

主要4・2 分娩取扱施設における就労時間と地域医療供給体制—2036年問題—

全国分娩取扱病院の勤務医師の平均時間外在院時間は減少傾向で2年連続A水準を下回ったが，外勤を含めると依然，長時間になっている。全ての病院施設でB・C水準が認定されないため，2024年の時点で破綻する施設が出る。2036年までにB水準が段階的に短縮され，終了すると，外部施設への勤務が困難となる。

病院施設

※改定労働基準法に基けば，分娩を扱う病院が常勤医師だけで日当直を実施するには最低8名の医師が必要となる。

※常勤医師確保が困難な病院は，外部の非常勤医師の確保が困難になり，診療科の存続が不可能になる。

分娩取扱診療所

※全国の半数の分娩を担う診療所の存続は地域医療供給体制確保に必須である。

※非常勤医師が確保できるよう夜間勤務に対する特段の配慮が必要になる。

主要4・3 申請の具体的事例

「断続的な宿直又は日直勤務許可申請書」作成

東京都成城木下病院の事例として管轄の渋谷区労働基準監督署から申請書を受理、宿直、日直に関する人数、時間、回数、手当金、就寝設備、勤務実績など詳細に記載。

その後、院内の視察・点検もあり、審査の結果、宿日直勤務の許可を得た。

主要4・4 宿日直許可の申請について

厚生労働省医政局事務局から

○医療機関が医師に宿直や日直を行わせること自体に労働基準局所長の許可は不要。

○宿直や日直の時間は「労働時間」であり、労働基準補法の労働時間に関する規制が適用される。

○ただし、労働基準監督署長から許可を受けた場合、許可に沿って行われる宿直や日直は労働基準法の労働時間に関する規制が適用除外になる。(宿日直許可の仕組み)

○宿日直許可の申請は所轄の労働基準監督署に行く。

各都道府県が設置している「医療勤務環境改善支援センター」も活用ください。

主要5 令和4年度診療報酬改定

改定率と基本方針

診療奉秋+0.43% (国費300億円) 薬価▲1.35% 材料価格▲0.002%

不妊治療の保険適応 産婦人科関係 (ハイリスク分娩等管理加算) オンライン診療等

主要6 HPVワクチンのキャッチアップ接種

HPVワクチンは大規模研究結果から子宮頸がん(浸潤がん)に対する顕著な予防効果が確認された。国はHPVワクチン接種の積極的勧奨再開が決定され、接種機会を逃した女性に対してキャッチアップ接種を広く施行することを決定した。

キャッチアップ世代(～26(30)歳)にも効果が期待できるため、リスク/ベネフィットを説明した上で、産婦人科医の積極的な接種参画を期待したい。

主要7 厚生労働省NIPT等の出生前検査に関する専門委員会

「NIPT等の出生前検査に関する情報提供及び施設(医療機関・検査分析機関)認証の方針」について

周産期専門医(日本周産期・新生児医学会認定)出生前コンサルタント小児科医との連携遺伝カウンセリング連携施設、基幹施設などNIPTの実施と検査後の妊娠終結までに必要となるすべてに対応可能であることが求められる。

主要8 熊本県における内密出産について

現行法令に抵触することはないか。定義・遵守事項などの整理など子供の出自を権利など、現行では担当医医療機関に任されており、ブラックボックス化する恐れはないかなどの問題あり、あくまで法令を遵守していただきたい。

報告1 日本産婦人科医会補正予算の主な変更内容

【理由】

令和2年度決算においてコロナ禍の影響によりWeb開催が多くなり公益目的事業

余剰金1億2千万円生じた。剰余金解消を

図るため、新規積立金等の事業を創設するものである。「全国会議運営費特別補助積立金」を創設する。

I 一般会計 経常費「増加」

- 1) 全国会議運営費特別補助積立金繰入
20,000千円
- 2) 連携活動費 99,120千円
- 3) 医療安全活動費（CIEMELS活動に必要な備品等） 2,680千円

II 特別会計 経常収益・経常支出「増加」

厚生労働省令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業費 13,661千円

全国介護運営費特別補助積立金 積立額
6000万円

報告2 会員情報システムの周知について

（今月より）会員情報管理システムが稼働した。

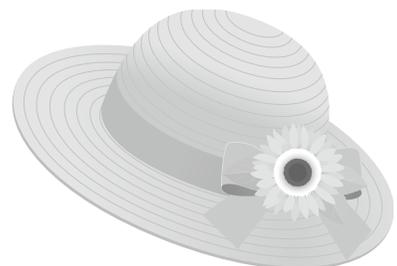
○全会員対象 勤務先、住所、メールアドレスの変更はe医学会サイトの「本人情報変更」から手続き可能です。

○医会HP会員情報閲覧用のID、パスワードは各自アカウント登録が必要ですが、将来はe医学会登録メールアドレスでの全会員アカウント登録を検討している

○オンライン手続きが困難な会員は、所属都道府県医師会事務局に相談ください。

閉会宣言

最後に木下会長は「6月12日の総会で会長選挙の予定ですが、会長職を5期、9年9か月間務め、80歳も過ぎたので会長を辞退します。どうか適切な方を選んでいただきたい」との表明があった。



公益社団法人日本産婦人科医会

第97回総会「定時」(Web併用会議)

愛媛県産婦人科医会 代議員 小 西 秀 信

日 時：令和4年6月12日(日) 11:00～16:25

場 所：京王プラザホテル本館5階「コンコード」

総会の役員選出は各ブロックからの持ち回りでしたが、今回は新型コロナウイルス感染症の影響で地方代議員の出席者が少ないため、主に東京周辺の代議員に出席頂き役員を選出させていただきよう配慮させて頂きました。よろしいでしょうか?→了解

出席点呼19名 書面表決書呈出 (Web参加者)
35名 総会は成立

1. 仮議長選出：茨城県代議員 青木雅弘
2. 議長・副議長選出：議 長：大阪府代表議員
光田 信明
副議長：東京都代議員
松本 和紀

会長挨拶：

新型コロナ感染は峠を越えたとはいえ、6月10日現在、東京都では1600人を超える感染者が出ている。3回目のワクチン接種率が58.6%にも関わらず接種者でも感染者がかなり出たが、幸い軽症者が殆どである。10日ほど前に外国人の新規入国に関する通達があり、受入れの審査が完了すれば入国可能となる。入国者が増えて観光や経済活性化が期待されるが、感染症の水際対策や対応が重要である。2月に始まったウクライナ戦争はロシアに対する経済制裁のため、原油や食糧の流通が閉ざされ円安やインフ

レが強まり、経済の減速が医療業界にも大きく影響を及ぼす懸念がある。もう一つ最大の問題は人口の大幅減少である。私たち産婦人科医はもろに影響を受けているが国にとっても高齢者が増え経済の減速と高齢者の貧困が増える懸念がある。

人口減少が推定よりも4年早く進行している。これは結婚適齢者の未婚率が高いこと、35歳～39歳までの離婚率が急増していること、ここ30年間の平均給与が上がらないことなどがある。経済的な問題もあるが、もう一つの原因は愛着の欠如である。お互いの親密な信頼関係がなく、愛着が不安定なため、持続的な責任をさける傾向がある。つまり自分一人で過ごす時間を好み、「自分のために使うお金は少しでも譲りたくない」という傾向が増えている。愛着形成問題は簡単には解決できないが、会員の皆様の努力で愛着心を少しでも根づかせるようにしていただきたい。

報告1

会務報告

会員数 (R3.4.1～R4.3.31)

令和2年度末 11,730名 → 令和3年度末
11,710名 (内会費免除1057名)
20名減 (内訳 入会393名)

退会303名)

物故会員110名

愛媛県物故者 「上野 起」「角 殖雄」
「武内国太」「松元正行」
「峰 民雄」

会務報告：

総務部・学術部・医療部・事業支援部・献金
担当室等、各部門の担当常務理事より会務報告
が行われ、全て了承された。

議案 1. 1

令和 3 年度財務諸表 (案) (円)
流動資産：固定資産 391,943,946
流動資産 428,659,717
正味財産合計 820,603,663
前年度 799,989,200
前年比 +20,614,463

議案 1. 2

令和 3 年度収支決算書 (案)
収支計算書総括表
当期収支額 △57,045,875
前期繰越収支差額 472,553,031
次期繰越収支差額415,507,156

議案 1. 3

令和 3 年度収支計算説明書 (案)
当期収支差額 △55,202,687
前期繰越収支差額 459,553,642
次期繰越収支差額 404,350,955
担当常務理事より令和 3 年度収支決算書の
説明あり監事の監査報告後、決算委員会の検
討結果、光田信明委員長より令和 3 年度の財
務諸表、収支決算書を承認する旨の報告あり、
代議員会の決議により、承認可決された。

議案 2

令和 4 年度特別会員候補者

山本 勉 (埼玉県) 79歳 承認

議案 3

令和 4 年度会費減免申請者 【追加申請】

泰 喜八郎 (宮崎県)

1933/12/24生 (高齢) 承認

鴨志田和久 (茨城県)

1949/12/ 9生 (疾病) 承認

議案 4

日本産婦人科医会 (医会) の目的達成のため
に日本産婦人科医師連盟 (医連) の活動を後援
することを医会として組織決定することにつ
いて

○提案理由

従前から各議員連盟や国会議員に働きかけ
ること医会として応援してきたところである
が、医会として組織決定の手続きを取ってい
なかったもので、総会に諮るものである。

○提案内容

医会の目的達成のため、医連が議員連盟や
国会議員に働きかけを行い後援する。

医会として認めていただくことを組織決定
していただきたい。

尚、医連への寄付金は任意のものであり、
賛同していただける方に発信するものである。

代議員の賛同を得て承認

主要 1.

新型コロナウイルスオミクロン株蔓延での妊
婦の感染状況と対応について

重要なポイント

- 空気感染 (エアロゾル) が主でそれに応じた
対策をとる。クラスター発生の予防。
- 流行状況を各県で臨機応変に対応策。
- 妊婦の最後の砦は医療機関の主治医です。確
実に気守って下さい。

- 今後は各分娩施設での陽性者の分娩管理ができるように検討を。

妊婦感染者の急増する大都会の東京、大阪、神奈川、愛知のそれぞれの状況と対応についての説明があった。

主要2.

産科医療の崩壊を防ぐための宿日直の許可制について

木下会長から3月の総会でも発言されたように労働時間の短縮規制が厳しくなれば産科医療は崩壊すると言明され、宿日直に対する緩和策を行政に提案、行政は医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査を各都道府県の大学を中心に実施した。調査内容は不十分であったが会長は所轄の渋谷労働基準監督署から詳細な調査資料提出を要求され、年間700余りの分娩施設でも宿日直基準を満たし申請許可を得た。その後、令和4年6月17日、厚生労働省より新たに「医療機関における断続的な宿日直許可基準について」作成され公表された。

主要3

日本の子供たちの発達段階に合わせた包括的性教育について

安達知子常任理事

緊急避妊薬OTC化検討会議における本会の主張と進捗

- 産婦人科医の88.1%は①薬の転売/性暴力への悪用 ②コンドーム使用率の低下による性感染症リスクの増大/避妊に協力しない男性の

増加 ③妊娠への対応の遅延 ④確実な避妊法普及の後退 ⑤性暴力・DVへの気付きや相談機会の喪失などOTC化に何らかの懸念を持っている。

- 土日や夜間の処方について、OTC化は産婦人科医の負担を軽減するメリットがあるという意見もあった。

- 懸念事項の解決に向けて、月経周期、性交と妊娠のしくみ、避妊法の選択肢や効果、DV/デートDV・性暴力の防止などを含む性教育の推進をも求める意見が多数あった。産婦人科医のアンケート調査では性教育の充実や上記の懸念を払拭条件付きでのOTC化は81.4%が賛成であった。若者の性をめぐる課題として健康な恋愛やセクシュアリティの推進、暴力の防止、セックスレスや非婚化の予防、迅速な相談へのアクセス確保等、包括的教育が必要である。

- ★会議の中間に下記の会議の案内、並びにビデオの供覧があった。

「日本産婦人科医学会学術集会」

令和4年10月1-2日 広島県開催

豊田 紳敬 先生

「メンタルヘルスフォーラム」

令和5年6月4日 三重県四日市市開催

「妊娠・出産・育児のための動画」

数シリーズ母親学級・両親学級等に役立つビデオ供覧があった。

公益社団法人日本産婦人科医会 第98回総会（臨時・役員選出）

第87回総会の終了後、引き続き第98回役員選出の会議が開催された。

出席代議員29名、書面表決代議員35名合計64名

総会は成立

1. 仮議長選出 田中政信

2. 開会宣言

3. 議長、副議長選出 光田議長

4. 議事

第1号議案

代議員による役員選挙

新役員 会長 石渡 勇（新）

副会長 中井 章人（新）

平原 史樹

前田津紀夫

第2号議案

監事選任および顧問委嘱に関する件

監事 3名

片嶋 純雄 栗林 靖

平岩 敬 3名

常任理事 16名

石谷 健（新） 倉澤健太郎（新）

福島恒太郎（新） 安達 知子

小林 浩 相良 洋子

鈴木 俊治 鈴木 光明

関沢 明彦 高瀬 幸子

谷川原慎吾 種部 恭子

長谷川 潤 平田 善康

福島恒太郎 宮崎亮一郎

理事 21名

赤堀 彰夫（新） 亀井 良政（新）

紀平 正道（新） 佐山 雅昭（新）

田島 敏久（新） 中川 俊信（新）

中林 豊（新） 春名 充（新）

松田 壮正（新） 赤崎 正桂

有馬 直見 柏木 智博

窪谷 清 佐久本哲郎

澤田 富夫 豊田 紳敬

野村 哲哉 晴山 仁志

山崎 峰夫 山田 正興

矢本 希夫

監事 17名

浅川 恭行 新垣 達也

五十嵐敏雄 小島 淳也

齋藤 真 田中 京子

戸澤 晃子 永石 匡司

林 昌子 早田英二郎

星 真一 前村 俊満

松田 秀雄 水本 賀文

宮国 泰香 百村 麻衣

森本 恵爾

顧問 10名

自見はなこ 武見 敬三

羽生田 俊 三ツ林裕己（新）

大嶋 正義 加盟 清

河端 正清 白須和 裕

平川 俊夫（新） 松岡幸一郎

総会の終了時に新会長に就任される石渡 勇先生の
新任挨拶、並びに長年会長の職を全うされた
木下勝之先生に医会の事務局から花束の贈呈が
あった。

第49回（令和4年度） 日本産婦人科医会全国献金担当者連絡会

愛媛県前担当理事 小 西 秀 信

日 時：令和4年5月15日(日)

場 所：赤坂インターシティカンファレンス

2011年に「日母おぎゃー献金基金」が公益財団法人に移行されたのを期に日本産婦人科医会が事業依託を受け、連絡室として各都道府県産婦人科医会献金担当者の意見を聞き、協力体制の確立に努めている。全国献金担当者連絡会は事前に準備委員会が行われ、年に一度開催している。過去2年間は新型コロナの影響で中止となったが今年は若干の欠席者があったものの多数出席者された。

1. 開会の辞（宮崎常任理事）
2. 会長挨拶（木下会長）
3. 日母おぎゃー献金基金専務理事挨拶（田中公財専務理事）
4. 報告
 - (1)財団庶務報告（田中公財専務理事）
 - (2)財団経理報告（宮崎常務理事）

事業報告

1. 献金額

令和3年の献金総額63,076,461円であった。（前年より4,629,793円減）

（集計・毎年1月1日から12月31日）

2. おぎゃー献金助成金配分

(1)配分要望申請は次のとおりである。

施設助成（14施設）	36,033,000円
什器・備品等助成（16施設）	6,105,385円

研究助成（14研究機関）

18,654,000円

(2)配分決定は次のとおりである。

施設助成（9施設）	23,793,000円
什器・備品等助成（9施設）	3,749,125円
研究助成（8施設）	10,480,000円
合計	38,022,125円

3. おぎゃー献金令和2年度施設助成対象地域贈呈式

青森県（八甲学園）	令和3年11月6日
山形県（特定非営利活動法人あゆむ）	令和3年7月22日
千葉県（真こころ）	令和3年6月27日
長崎県（にじいろキッズ）	令和3年5月9日

事業計画

半世紀を経た「おぎゃー献金運動」につき、役員一同原点に立ち返り、この活動がより多くの障害児のもとえ幸せを運ぶことが出来るように行動する。これまでの助成の実績を考慮し、効率的な運営を行いつつ、財政基盤の構築を図る。「おぎゃー献金運動」に対して産婦人科医師のみならず社会への理解を求めるため、以下の事業を展開する。

1. 助成事業

不特定多数の者の利益の増進に寄与することを目的とし、予防・養育等に関する研究絵の助成申請に対し、厳正なる審査を行い、全国から集まった浄財を適切に配分する。

助成限度額【施設助成金】

1 施設300万円 【什器・備品】

1 施設50万円

2. 心身障害の予防・養育等に関する研究への助成

本助成に応募しようとする関係機関には、献金運動について関係機関責任者や病院管理者等への周知に努め、献金運動の協力体制を整えることを求める。

助成限度額【研究機関】

1 施設150万円 助成期間（最長3年）

「おぎゃー献金合奏団」について

この合奏団は2013年に香川県産婦人科医学会長の藤田卓男先生が発起人となり、同好の演奏者を集め、岡山市で結成された。日本産

婦人科医会の賛同を得て、献金運動50周年記念日の際に弦楽四重奏が催された。翌年には香川・岡山県でおぎゃー献金合奏団結成記念コンサートを開催、2018年にはおぎゃー献金発祥の地・鹿児島県伊佐市で市政10周年コンサートをフルオーケストラで演奏された。昨年は新型コロナのため、オンラインでのコンサートを収録・発信され、おぎゃー献金活動普及に努められた。今回は献金担当者連絡会の終了後、日本でも有数の音楽堂「サントリーホール」でコンサートが開催され、コロナによる指定人数満員の観客となった。86歳の高齢で足が不自由にも拘らず、作曲家で指揮者の保科洋氏が杖をつけて壇上に立つと杖を外し、シャキッとして指揮棒を振った。「ウインザーの陽気な女房たち」序曲や4人の歌手による懐かしい童謡・唱歌・歌曲などで盛り上がり、最後は交響組曲「シェヘラザード」と予想以上に感動的な演奏であった。

会場を手配された木下会長、団員を総括された合奏団理事長の藤田卓夫先生に感謝



第44回（令和4年度） 全国医療保険担当者連絡会議事録

担当常務理事 谷川原，平川，宮崎各常務理事
記録者 前村俊満

日時：令和4年5月29日(日) 13:00～16:00

場所：京王プラザホテル「スターライト」/WEB（ZOOM）併用

出席者：医会役員21名・委員12名（内3名都道府県医療保険担当と兼任）
（内22名WEB参加）

各都道府県産婦人科医会56名（内WEB参加49名）計89名

1. 挨拶

- (1)副会長（石渡副会長）
- (2)担当常務理事（谷川原常務理事）：
- (3)日本産婦人科医会医療保険委員会委員長
（藤間委員長）
- (4)日本産科婦人科学会社会保険委員会委員長
（永瀬委員）

(4)外保連：

- 実務・処置（宮崎常務理事）⇒実務は次期要
望本年11月。処置はなし。
- 検査（前村幹事）⇒なし
- 手術（戸澤副幹事長）⇒なし
- 内視鏡（前村幹事）⇒なし

2. 報告事項

- (1)日医診療報酬検討委員会（宮崎常務理事）：
日医の選挙後開催予定
- (2)日医疑義解釈委員会委員（西井委員）：
産婦人科関連はなかった
ロボット支援手術の施設認定項目について意見があった。
- (3)内保連（西委員）：5月23日実務委員会開催，
令和4年度の手術の不合理的を関連学会から報告を受け厚労省に上申，令和6年要望項目提出が11月15日に決定。ガイドラインやエビデンスにない場合は通過不可と思われ

- (5)不妊治療に関する同意書について（宮崎常務理事）：一部保険収載されていない項目があるが参考としてホームページに挙げることにした。

- (6)不妊治療での検査の回数/婦人科疾患における免疫染色について
（谷川原常務理事）：
全胎状奇胎および部分胎状奇胎に対するp57Kip 2, TSSC 3抗体認める方向で子宮頸部異形成に対するp16INK 4aおよびKi67, 詳記にて認める。ただしCIN2, 3のみ
子宮内膜原発漿液性腺癌（子宮体癌）に対するp53は、分類不能では詳記で認める
慢性子宮内膜炎に対するCD138は不可。

3. 連絡・協議事項

- (1)中央情勢報告（谷川原常務理事）
- (2)令和4年度4月診療報酬改定のポイントと運用について（谷川原常務理事）
- (3)令和3年度ブロック医療保険協議会質疑事項について

北海道ブロック（前村幹事）⇒01, 02
 東北ブロック（倉澤幹事）
 ⇒青森03, 07, 福島11
 関東ブロック（田中幹事）
 ⇒茨城02, 東京04, 神奈川05,
 北陸ブロック（五十嵐幹事）
 ⇒石川02, 04, 福井02,
 東海ブロック（水本幹事）
 ⇒岐阜02, 03, 愛知01, 三重02,
 近畿ブロック（林幹事）
 ⇒滋賀02, 京都02, 兵庫02,
 中国ブロック：（倉澤幹事）⇒岡山02, 04,
 四国ブロック：（宮国幹事）⇒徳島02, 03,
 九州ブロック（倉澤幹事）⇒宮崎01

(4)その他

4. 各都道府県産婦人科医会医療保険担当者提出議題

兵庫

- 01. 今回の改定において、習慣流産と不育症に重要な抗リン脂質抗体の検査として、抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β2グリコプロテイン1 IgG抗体、抗β2グリコプロテイン1 IgM抗体が新設されました。
 一方では、従来の抗カルジオリピンβ2グリコプロテイン1複合体抗体は残り、抗カルジオリピン抗体は廃止されました。

従来、習慣流産、不育症における抗リン脂質抗体の算定では、抗カルジオリピン抗体と抗カルジオリピンβ2グリコプロテイン1複合体抗体の同時算定は不可とされてきました。今回の新設された抗リン脂質抗体について、併施算定が可能な組み合わせはどれでしょうか？

回答：抗カルジオリピンβ2グリコプロテイン1複合体抗体と抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β2グリコプロテイン1 IgG抗体、抗β2グリコプロテイン1 IgM抗体の主たるもので算定（3項目まで算定可）
 一連の治療に2回まで算定可

岡山

- 01. A医療機関において吸引娩出術での分娩が不成功に終わり、母体搬送先のB医療機関での分娩が次の3形態 ①帝王切開術による分娩、②吸引娩出術による分娩、③経膈正常分娩であった場合、A医療機関での吸引娩出術の算定の可否について ご教示ください。

回答：算定不可

福岡

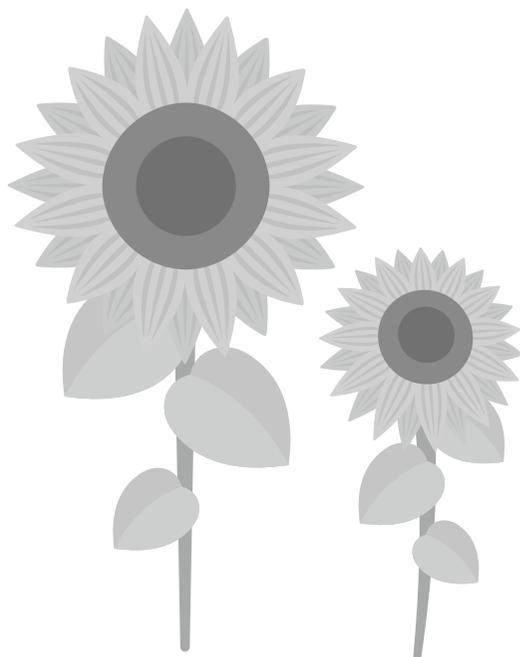
- 01. 凍結融解胚移植のホルモン補充周期中の超音波検査は何回算定可能でしょうか？
回答：超音波は2回まで
- 02. ERA検査時のホルモン補充は私費でしょうか、保険でしょうか？

回答：ERAは先進医療のため申請している
施設のみホルモン補充は算定可

うか？

回答：原則認められない

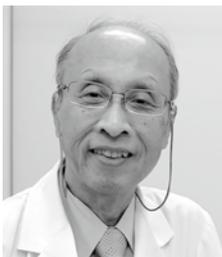
03. タクロリムスを保険診療日以外の日^{に私費で} 閉会
処方して移植時に併用することは可能でしょ



地区だより

東予産婦人科医会

宮内文久



東予産婦人科医会では、コロナ感染症の爆発的流行を受けそれまで2ヶ月に1回の頻度で開催していた研修会を令和2年4月1日から令和4年3月31日までの2年間中止していました。対面形式で開催していた東予産婦人科医会の中止により、その間は日本産科婦人科学会や愛媛県産婦人科医会主催のオン

ライン研修会に移行しました。そのような環境にもかかわらず東予地区の産婦人科医と助産師に声をかけて開催したのが、8月12日の愛媛大学医学部小児科学教室濱田淳平講師をお招きしての「新生児拡大代謝スクリーニング検査に関する研修会」でした。産婦人科医師18名と助産師7名が参加し、対面形式の緊張感と対面形式ではの親密な雰囲気を感じた2時間でした。

東予産婦人科医会

新生児拡大代謝 スクリーニング検査に 関する研修会

講師
愛媛大学医学部小児科学教室講師
濱田淳平 先生

令和3年8月12日（木）19：00～20：30

場 所：新居浜市医師会館3階大会議室

内 容：令和3年10月から実施される新生児重症複合免疫不全症（SCID）に対するスクリーニング検査に対する説明会

対 象：産婦人科医師、助産師

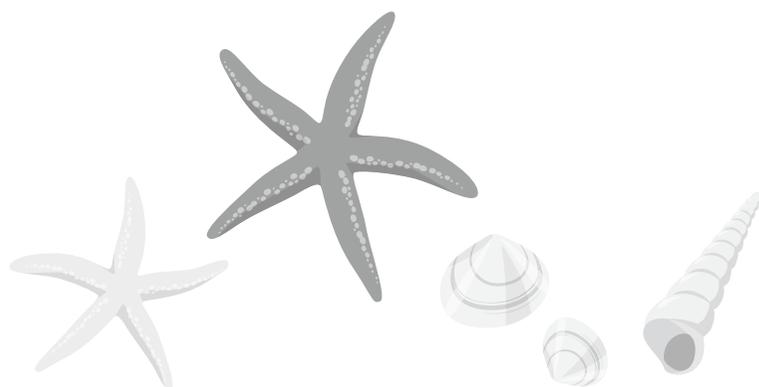
東予産婦人科医会

お問い合わせ先 愛媛労災病院 宮内文久 TEL：0897-33-6191代

2021年度 今治市越智郡産婦人科医会報告

いのうえ産婦人科 井上 康 弘

残念ながらコロナ感染拡大のため、2021年は懇親会および勉強会開催も中止しました。今後はコロナ感染の状況を考慮し、会の活動を考えてゆく予定です。



松山産婦人科医会 活動報告

松山産婦人科医会 幹事 古谷 公一



松山産婦人科医会は、松山市とその周辺地域の会員にて構成されています。令和4年7月現在、開業会員16名、勤務会員43名、合計59名の会員に参加していた

でおります。会長矢野浩史（矢野産婦人科）の元、月例会の開催、メーリングリストでの情報交換、看護学校への講師派遣、新聞や地域情報誌への医学記事執筆など地域医療に貢献できるよう会員一同、努めています。

月例会は、毎月最終水曜日に開催されております。本田直利（松山赤十字病院）、松元隆（愛媛大学）、竹原和宏（四国がんセンター）、阿部恵美子（愛媛県立中央病院）が、講演担当幹事となり、第一線で活躍されている先生を招聘し、貴重なお話をいただいております。最新の医療を学べる機会であり、毎回大変有意義な会になっております。また担当理事から松山市医師会および愛媛県医師会からの最新の情報提供をいただいております。

一昨年からの新型コロナ感染拡大のため対面の講演会が中止となっておりますが、関係各位のご協力によりリモートで講演会を続行しております。リモート講演では職場から勤務中に参加していただける先生も多く、以前より参加者は格段に増えております。一方、講演後の質疑応答は少ない傾向があります。リモートで顔が見えないため発言を遠慮されている方が多いようですが、元々

懇意の会員同士ですので、遠慮なくご質問していただければ幸いです。

令和4年4月からは愛媛県全県の先生方にも参加していただけるようになり、毎月ご案内をさせていただきます。お忙しいとは思いますが、是非ご参加ください。

令和3年度に開催した月例会の演題と講師を掲載いたします。

2021年4月28日(水) オンライン講演会

講演 「周術期抗菌薬の考え方」

講師 愛媛県立中央病院 感染症内科

本間 義人 先生

2021年5月26日(水) オンライン講演会

講演 「妊娠糖尿病および鉄欠乏性貧血の管理 Update」

講師 愛媛大学大学院医学系研究科
産科婦人科学講座 教授

杉山 隆 先生

2021年6月30日(水) オンライン講演会

講演 「OC・LEPガイドライン2020年度版
～連続投与のアドバンテージとは?～」

講師 東京医科歯科大学大学院
医歯学総合研究科 教授

寺内 公一 先生

2021年7月28日(水) オンライン講演会

講演 「卵巣がん 最近の話題から」

講師 鳥取大学産科婦人科

大石 徹郎 先生

2021年9月29日(水) オンライン講演会

講演 「新生児搬送症例の検討 2012-2021」

講師 愛媛県立中央病院 総合周産期母子医療センター 新生児内科主任部長

穂吉真之介 先生

2021年10月27日(水) オンライン講演会

講演 「婦人科における安全な鏡視下手術を目指して」

講師 神戸大学大学院 医学部産科婦人科学分野 婦人科先端医療学部門 特命教授

寺井 義人 先生

2021年11月24日(水) オンライン講演会

講演 「基礎から学ぶ女性漢方診療」

講師 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 教授

杉山 隆 先生

2022年1月15日(土) オンライン講演会

講演 「生殖医療の保険適用で少子化は止まるか」

講師 神戸大学大学院 医学部産科婦人科学分野 婦人科先端医療学部門 特命教授
慶應義塾大学 名誉教授／福島県立医科大学 副学長

吉村 泰典 先生

2022年3月2日(水) オンライン講演会

講演 「総合周産期母子医療センターの現状と皆様と共有したい症例について」

講師 愛媛県立中央病院 産婦人科主任部長 総合周産期母子医療センター 副センター長 阿部恵美子 先生

2022年3月30日(水) オンライン講演会

講演 「感染症と漢方」

講師 なかしまこどもクリニック

中島 俊彦 先生

南予産婦人科医会

愛媛県産婦人科医会 副会長 中 橋 徳 文



南予産婦人科医会は、大洲市、八幡浜市、宇和島市、西予市、南宇和郡の産婦人科医により構成されています。

分娩数が減少し分娩を辞められた施設もあり、令和4年7月現在の分娩取

り扱い施設は、大洲市2施設、宇和島市3施設となっています。

学術集会としては、コロナの関連もあり令和元年より開催出来ていないのが現状です。

会員が集まりやすい状況になれば、開催したいと考えております。



病院めぐり

市立八幡浜総合病院

産婦人科 兵頭 慎治

市立八幡浜総合病院は昭和3年11月に開設された四国最西端の佐田岬半島に位置する八幡浜・西宇和地域（八西地域）の中核病院・基幹病院です。具体的には愛媛県内の災害拠点病院は南予に2つありますが、そのうちの1つが当院です。また同じく愛媛県内に4つある原子力災害拠点病院が南予では当院のみとなっており、救急医療は八西地域と大洲地域で形成する二次救急医療を担っています。院内体制は病床数256で計17の診療科がありますが、脳神経外科や皮膚科など常勤医師のいない診療科もあり、当院だけではなく八幡浜市としても医師確保をはじめとした診療科の充実と地域医療への貢献に取り組んでいるところです。

産婦人科としては八幡浜市の小泉産婦人科医院・小泉幸夫先生が2019年3月31日をもって分娩の取り扱いを中止されたため、以後八西地域での分娩取り扱い施設がなくなり、当院での分娩の取り扱いの再開が切望されているところです。しかし残念なことに2022年3月31日で助産師が退職し不在となりました。そのため今後しばらくは分娩の再開が非常に難しい状況にあります。

私は2022年1月1日付けで当院へ着任しました。着任するまでは常勤医師が不在でしたが、西予市のいわもと婦人科クリニックの岩本麻里先生と愛媛大学医学部産科婦人科学教室の応援により火・水・木の週3日の診療をおこなっていました。今

まで週3日の診療体制の印象があるためでしょうか、どちらかといえば月・金よりも火・水・木に患者さんは来院されています。しかし来院された患者さんからは「これからは平日ならいつでも診察してもらえるので便利になります。」と声をかけていただきました。また救急外来においても産婦人科医師の初期対応が可能になったことで他科医師の負担軽減につながっています。

日常の産婦人科診療としては一人体制のため外来診療が中心です。今までの経験を活かして生殖・内分泌領域は一般不妊治療までをおこなっています。周産期領域は切迫流産の入院に対応できないなど総合病院としての役割が果たせないのですが里帰りまでの妊婦健診をおこない、婦人科腫瘍領域では悪性腫瘍などの手術や抗がん剤治療を必要とする患者さんは愛媛大学医学部附属病院を中心とした高次病院へ紹介し、女性ヘルスケア領域はホルモン剤や漢方薬を用いて患者さんのQOLを保つことができるように診療しています。検査としては子宮鏡検査・子宮卵管造影検査・コルポスコピー検査を、手術は子宮鏡下手術・流産手術・人工妊娠中絶手術をおこなっています。外来スタッフは看護師4名です。ただ診療規模が他科に比べて小さいため専属の看護師は不在で、他科との兼務で産婦人科の診療補助をおこなっています。とはいえ全員ベテランなので診療に困ること

はありません。

今後は引き続き生殖補助医療までの人工授精を含めた一般不妊治療に積極的に取り組んでいきます。また複数の産婦人科医師体制が可能となれば腹式・腔式手術のみならず腹腔鏡下手術もおこな

い、長期的にはこの八幡地域での分娩が取り扱える体制を整えていきたいと考えています。

今後ともご指導ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。



市立八幡浜総合病院



スタッフ

おぎゃー献金

おぎゃー献金だより（令和3年度）

献金担当理事 坂田圭司

十数年間に渡り献金担当理事をしていただいた小西秀信理事の仕事を受け継ぎ、献金担当理事を拝命致しました。各地域関連イベントも中止が続き、令和3年度は特に献金推進活動も少なくおまけに献金担当理事が私に替わったため大幅な減額を予測していました。しかし、小西理事の後押し

もあり、昨秋から年末にかけて、会員に献金推進のための経過情報を逐次報告、皆様のご理解・ご協力を得て、12月末には前年度には及ばずながら200万円超えを達成することができました。2020年（令和2年）度と2021年度（令和3年）度との各市町村別献金額は下記の通りです。

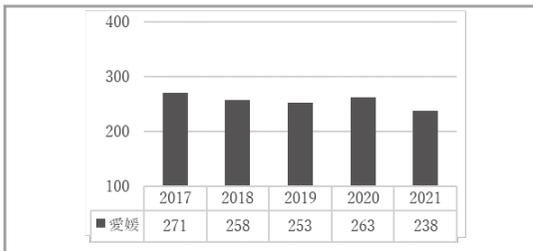
愛媛県市町村別おぎゃー献金金額

	2020年度	2021年度	増減
四国中央市	10,000円	10,000円	
新居浜市	529,481円	517,677円	-11,804円
西条市	334,185円	364,526円	+30,341円
今治市	183,696円	33,259円	-150,437円
東温市	17,369円	10,156円	-7,213円
松山市	766,150円	656,692円	-109,458円
喜多郡	255,481円	313,318円	+57,837円
八幡浜市	10,150円	10,303円	+153円
宇和島市	146,959円	148,922円	+1,963円
愛媛大学	115,054円	114,865円	-189円
自動販売機等	270,573円	197,787円	-72,786円
合計	2,639,098円	2,381,505円	-261,521円

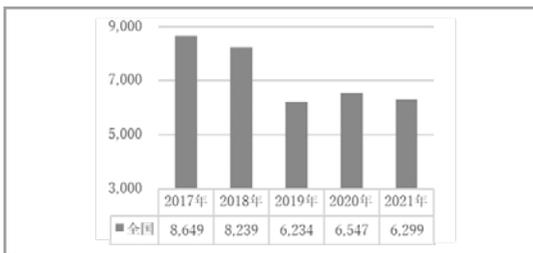
愛媛県各市町村別の献金額は多少の増減があり前年度にはおよびませんでしたが、それなりの献金額を達成することが出来ました。

尚、施設及び個人での献金は5万円以上が15件。そのうち10万円以上が10件いらっしゃいました。

全国及び愛媛県の過去5年間の献金額



愛媛県献金額		
2017年	271万円	+ 32万円
2018年	258万円	- 13万円
2019年	253万円	- 5万円
2020年	263万円	+ 10万円
2021年	238万円	- 25万円



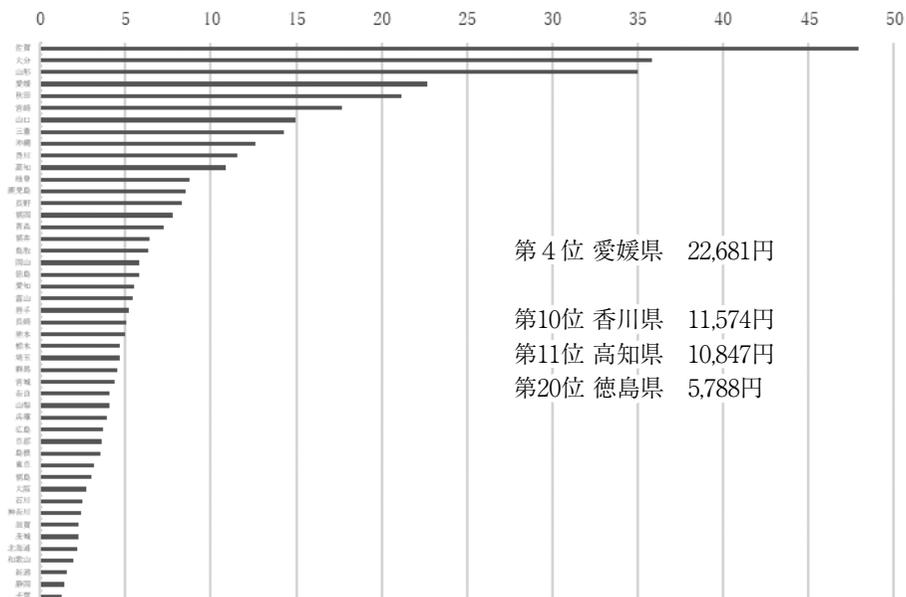
全国献金総額		
2017年	8649万円	- 494万円
2018年	8239万円	- 410万円
2019年	6234万円	- 2005万円
2020年	6547万円	+ 313万円
2021年	6299万円	- 248万円

過去5年間の全国献金額は平均5.4%徐々に減少してきていますが、愛媛県はしばらく高水準で

ば横ばいの献金額が続き、本年度はやや減少傾向でした。

2021年 地域別正会員一人当たり献金額

金額（単位：千円）



全国47都道府県における会員一人当たりの献金額は愛媛県：第4位、香川県：10位、高知県：第

11位、徳島県：20位でした。

協力企業献金並びに特別献金

• 特別献金, 企業献金	
• 伊藤園自販機	83,936円
• サントリー自販機	7,496円
• 四国コカ・コーラボトリング自販機	83,418円
• So-net売上	2,800円
• ベネッセ	9,135円
• 河邊温子様	5,000円
• 利息	2円
	合計 191,787円

各企業献金は皆様の所に設置されている自動販売機の売上げが本年も殆どを占めています。

私の医院に設置されている自販機の写真です。若い人に人気のCOKE ONも使えます。



本年度は、おぎゃー献金施設助成金で本県の社会福祉法人福角会「多機能型事業所くるみ園」に通院用マイクロバス（29人乗り。三菱ふそうローザ2RG-BE740GAAD）が納車されました。



世間ではしつこいコロナに戦争、もはや対岸の火事で済まされず、今にもこちらに飛び火しそうな世界情勢の不条理、経済の悪化、さらには「わが国の出生率1.30、出生数80万人割れが目前」というため息が出そうな話もあります。そんな中、本年度も会員の個人献金が大変奮闘しています。夢はあったほうがいいに決まっています。

おぎゃー献金は、心身障がい児に寄り添い、見返りを求めないある産科医の崇高な精神で始められ、国会の議事録でも承認され、皇室の支持も得て全国的に展開されている運動です。小西秀信先

生の始められた愛媛県発信の「ワンコイン運動」も今後是非続けていければと思っています。

愛媛県は長年全国でも上位を持続しており、会員皆様のご協力に厚く感謝しています。今後ともどうか宜しくお願い致します。

なお、本年5月15日に全国献金担当者委員会が2年ぶりに開催されましたが、当日事情により参加することが出来ず困り果てていたところ小西理事が快く引き受けて下さいました。詳細は小西理事に報告していただく予定です。

大学だより

大 学 便 り

愛媛大学大学院産科婦人科学 藤 岡 徹 (平成3年入会)



愛媛県産婦人科医会の先生方には、常日頃より当教室にご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

COVID-19感染に翻弄されて今年で3年目を迎えますが、感染者数に比べて重症者数は減少しており、最近では少しずつ制限が緩和されてきました。大学でも基本的に対面授業となり、部活動も以前の状況に戻りつつあります。また今年8月に福岡国際会議場で開催される第74回日本産科婦人科学会学術講演会はハイブリッド開催の予定で、働き方改革や女性医師支援が進む中ハイブリッドのメリットも多く、コロナ終息後も継続されるかもしれません。

さて当教室の入局者ですが、昨年度の5名に続いて今年度は4名を迎えることができました。各医療施設において、順調に産婦人科専門研修を開始しております。また近年は県外での初期臨床研修終了後、当教室に入局するパターンも増えていることから愛媛の研修プログラムの魅力が十分に伝わっているものと思われます。

また当教室では腫瘍、周産期、生殖医療など各分野で高度な医療を目指して日々励んでおります。腹腔鏡下手術では、平成30年4月に子宮頸癌に対する腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術が保険収載され当教室では現在まで19例に施行致しまし

た。LACC trialで示された子宮頸癌に対する開腹手術と低侵襲手術のRCTで後者の再発率が高いというデータの発表後、本邦ではJGOGが主体となり腹腔鏡下広汎子宮全摘術の開腹広汎子宮全摘術に対する非劣性試験としてJGOG1087試験(早期子宮頸癌に対する新術式腹腔鏡下広汎子宮全摘術(new-Japanese LRH)の非ランダム化検証試験)を立ち上げ当院でも2例がエントリー一致しました。予後に影響を与える手技などを規定した術式「Japanese LRH」の有効性の検証が、今後進んでいくことと思われます。

一方、良性疾患と子宮体癌に対するロボット支援手術が保険収載されてから、当科では6例の子宮筋腫症例に対して実施致しました。しかし新モデルのda Vinci Xiでもポート径が8mmと腹腔鏡で使用する5mmポートに比べて大きく、またカメラポートや針の出し入れに12mmポートを2か所設置する必要があります。さらにセッティングに時間がかかるなど、明らかなメリットの実感が無く、また手術枠が不足ぎみの現状では導入も足踏み状態です。

最後になりましたが、諸先生からは常日頃より多くのご紹介をいただき、当教室では引き続き若手医師の育成や高度医療の開発・普及に努めて参ります。今後ともご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

(令和4年7月)

文献紹介

愛媛大学医学部産婦人科 吉田文香

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

MAY 12, 2022

VOL. 386 NO. 19

Treatment for Mild Chronic Hypertension during Pregnancy

A.T. Tita, J.M. Szychowski, K. Boggess, L. Dugoff, B. Sibai, K. Lawrence, B.L. Hughes, J. Bell, K. Aagaard, R.K. Edwards, K. Gibson, D.M. Haas, L. Plante, T. Metz, B. Casey, S. Esplin, S. Longo, M. Hoffman, G.R. Saade, K.K. Hoppe, J. Foroutan, M. Tuuli, M.Y. Owens, H.N. Simhan, H. Frey, T. Rosen, A. Palatnik, S. Baker, P. August, U.M. Reddy, W. Kinzler, E. Su, I. Krishna, N. Nguyen, M.E. Norton, D. Skupski, Y.Y. El-Sayed, D. Ogunyemi, Z.S. Galis, L. Harper, N. Ambalavanan, N.L. Geller, S. Oparil, G.R. Cutter, and W.W. Andrews, for the Chronic Hypertension and Pregnancy (CHAP) Trial Consortium*

ABSTRACT

BACKGROUND

The benefits and safety of the treatment of mild chronic hypertension (blood pressure, <160/100 mm Hg) during pregnancy are uncertain. Data are needed on whether a strategy of targeting a blood pressure of less than 140/90 mm Hg reduces the incidence of adverse pregnancy outcomes without compromising fetal growth.

METHODS

In this open-label, multicenter, randomized trial, we assigned pregnant women with mild chronic hypertension and singleton fetuses at a gestational age of less than 23 weeks to receive antihypertensive medications recommended for use in pregnancy (active-treatment group) or to receive no such treatment unless severe hypertension (systolic pressure, ≥ 160 mm Hg; or diastolic pressure, ≥ 105 mm Hg) developed (control group). The primary outcome was a composite of preeclampsia with severe features, medically indicated preterm birth at less than 35 weeks' gestation, placental abruption, or fetal or neonatal death. The safety outcome was small-for-gestational-age birth weight below the 10th percentile for gestational age. Secondary outcomes included composites of serious neonatal or maternal complications, preeclampsia, and preterm birth.

RESULTS

A total of 2408 women were enrolled in the trial. The incidence of a primary-outcome event was lower in the active-treatment group than in the control group (30.2% vs. 37.0%), for an adjusted risk ratio of 0.82 (95% confidence interval [CI], 0.74 to 0.92; $P < 0.001$). The percentage of small-for-gestational-age birth weights below the 10th percentile was 11.2% in the active-treatment group and 10.4% in the control group (adjusted risk ratio, 1.04; 95% CI, 0.82 to 1.31; $P = 0.76$). The incidence of serious maternal complications was 2.1% and 2.8%, respectively (risk ratio, 0.75; 95% CI, 0.45 to 1.26), and the incidence of severe neonatal complications was 2.0% and 2.6% (risk ratio, 0.77; 95% CI, 0.45 to 1.30). The incidence of any preeclampsia in the two groups was 24.4% and 31.1%, respectively (risk ratio, 0.79; 95% CI, 0.69 to 0.89), and the incidence of preterm birth was 27.5% and 31.4% (risk ratio, 0.87; 95% CI, 0.77 to 0.99).

CONCLUSIONS

In pregnant women with mild chronic hypertension, a strategy of targeting a blood pressure of less than 140/90 mm Hg was associated with better pregnancy outcomes than a strategy of reserving treatment only for severe hypertension, with no increase in the risk of small-for-gestational-age birth weight. (Funded by the National Heart, Lung, and Blood Institute; CHAP ClinicalTrials.gov number, NCT02299414.)

The authors' full names, academic degrees, and affiliations are listed in the Appendix. Dr. Tita can be contacted at atita@uab.edu or at the Department of Obstetrics and Gynecology, Center for Women's Reproductive Health, Marnix E. Heersink School of Medicine, University of Alabama at Birmingham, 619 19th St. S., Birmingham, AL 35249.

*A complete list of the investigators in the CHAP Trial Consortium is provided in the Supplementary Appendix, available at NEJM.org.

This article was published on April 2, 2022, at NEJM.org.

N Engl J Med 2022;386:1781-92.

DOI: 10.1056/NEJMoa2201295

Copyright © 2022 Massachusetts Medical Society.

CME
at NEJM.org

【背景/緒言】

米国では高血圧合併妊娠が全妊娠の2%以上で発症し、妊娠高血圧腎症、常位胎盤早期剥離、早産または低出生体重児の分娩、周産期死亡リスクが3~5倍、妊産婦死亡、心不全、脳卒中、肺水腫、急性腎障害のリスクが5~10倍上昇する。妊婦に対する降圧治療は重症高血圧（血圧160/110mmHg以上）の頻度を減らすことができるが、母体、胎児、新生児の転機を改善することは示されておらず、低出生体重児のリスク増加と関連するとされており、推奨される治療法は国際機関により異なっている。妊婦の重症高血圧に対する治療にはコンセンサスが得られてはいるが、重症でない高血圧（ $<160/110\text{mmHg}$ ）に対する治療をどうするかについては今のところはっきりしていない。本研究では、妊娠中の重症でない高血圧を140/90mmHg未満に保つ治療に関するリスクと安全性について検討を行った。

【方法】

医師主導の米国多施設非盲検無作為化対照試験：Chronic Hypertension and Pregnancy (CHAP) プロジェクトが行われた。在胎週数23週未満で単胎の高血圧合併妊婦を対象とし、血圧140/90mmHg未満を目標に降圧薬投与を行う群（積極的治療群）と、重症高血圧（収縮期血圧 $>160\text{mmHg}$ または拡張期血圧 $>105\text{mmHg}$ ）を発症しない限り治療を行わない群（対照群）にランダムに割り付けを行った。対照群で重症高血圧が確認された場合の治療目標血圧は140/90mmHg未満とした。除外基準には、重症高血圧または複数の降圧剤加療を必要とする高血圧、既知の二次性高血圧、多胎、事前に指定された高リスクの併存疾患の存在、より低い血圧での治療を要する可能

性がある合併症の存在、胎児のリスクを高める産科合併症、妊婦での使用が推奨されるファーストラインの降圧薬に対する禁忌症例が含まれた。主要評価項目（転帰）は、産後2週間までに発症する重症兆候（タンパク尿や血液検査異常など）を伴う妊娠高血圧腎症、妊娠35週未満の医学的に適応となった早産、常位胎盤早期剥離、胎児または新生児の死亡である。主要評価項目（安全性）は、在胎週数平均体重の10パーセントイルあるいは5パーセントイル未満のSGAである。副次評価項目は、母体死亡、重篤な新生児または母体の合併症、妊娠高血圧腎症、重症高血圧合併妊娠、妊娠37週未満の早産である。

【結果】

2015年9月から2021年3月まで、合計29,772人の女性のスクリーニングを行い、その後2,419人の女性を61施設で無作為化した（図1）。最終的に2,408人の女性が本研究に登録され、1,208人が積極的治療群、1,200人が標準治療群（対照群）に割り付けられた（表1）。過半数（56%）は既に高血圧合併妊娠と診断され投薬を受けており、22%は高血圧合併妊娠と診断されていたが投薬を受けておらず、22%は新たに高血圧合併妊娠と診断された。積極的治療群の患者は、ラベタロール（61.7%）、ニフェジピン（35.6%）、他の薬（2.7%）が処方された。無作為化後から分娩までの期間の平均血圧は、対照群よりも積極的治療群の方が低かった（収縮期血圧132.6mmHg対129.5mmHg、拡張期血圧81.5mmHg対79.1mmHg）。合計83人の患者が追跡不能となり、最後まで追跡できた症例（ $n=2,325$ ）の分析での主要評価項目の発生頻度は、対照群で427/1155人（37.0%）、積極的治療群で353/1170人（30.2%）であった（リスク比0.82、95%信頼区間

0.73-0.92, $p < 0.001$)。転帰では、重症兆候を伴う妊娠高血圧腎症は、積極的治療群で23.3%、対照群で29.1%であった(リスク比0.80, 95%信頼区間0.70-0.92)。妊娠35週未満の医学的適応による早産は、積極的治療群で12.2%、対照群で16.7%であった(リスク比0.73, 95%信頼区間0.60-0.89)。安全性に関しては、10パーセントマイル未満のSGAの割合は積極的治療群で11.2%、対照群で10.4%(リスク比1.07, 95%信頼区間0.85-1.36, $p = 0.56$)であり、両群間に有意差はなかった(表2)。

【考察】

本研究では、降圧剤の積極的な使用により、胎児に対して明らかな害を及ぼすことなく、周産期アウトカムが改善された。また今回の結果は、積極的治療群において重症高血圧の発症率が低いことを示しており、既報の妊婦の重症でない高血圧に対する降圧療法の体系的なレビューと一致していた。妊娠14～33週の妊娠関連高血圧症の妊婦を対象に、「強化vs非強化」降圧治療を比較した妊娠中の高血圧の管理研究：Control of Hypertension in Pregnancy Study (CHIPS)では、NICU入院または流産の結果に群間の違いは見られなかった。NICU入院に群間の実質的な違いがなかったことを示唆する本研究の発見は、CHIPSの報告と一致していた。CHIPSでは、高血圧合併妊娠のサブグループ(母集団の75%)で体重が在胎週数の10パーセントマイル未満であった新生児の割合は、血圧コントロールが非強化群で13.9%、コントロール強化群で19.7%であった(調整オッズ比, 0.66; 95% CI, 0.44～1.00)。今回の結果と、以前の研究の結果の違いは、異なる参加基準、治療方法、症例数、調査結果の選択に起因する可能性がある。例えば本研究では、両群間における収

縮期血圧と拡張期血圧の平均差を調整していない。アスピリン使用(患者の約45%)は、主要転帰に対する治療効果に影響を与えていないようであった。

【結論】

重症でない高血圧合併妊婦では、血圧140/90mmHg未満を目標に治療する方針は、重症高血圧(収縮期血圧160mmHg以上もしくは拡張期血圧105mmHg以上)のみを治療する方針よりも良好な妊娠転帰をもたらした。積極的治療群では、重症兆候を伴う妊娠高血圧腎症の発症、妊娠35週未満の医学的適応による早産、常位胎盤早期剥離、胎児または新生児の死亡リスクが低く、SGAのリスクを増加させなかった。結果、積極的な治療により明らかな害を及ぼすことなく、妊娠結果が改善されることが分かった。

今回の研究結果は、すでに行われている降圧療法継続を含め、降圧目標を140/90mmHg未満とした高血圧合併妊婦の治療を支持している。重症でない高血圧合併妊婦とその子孫の心血管および、その他の転帰に対する降圧療法の長期的効果の研究は、降圧療法の役割をさらに明らかにする可能性がある。

【まとめ】

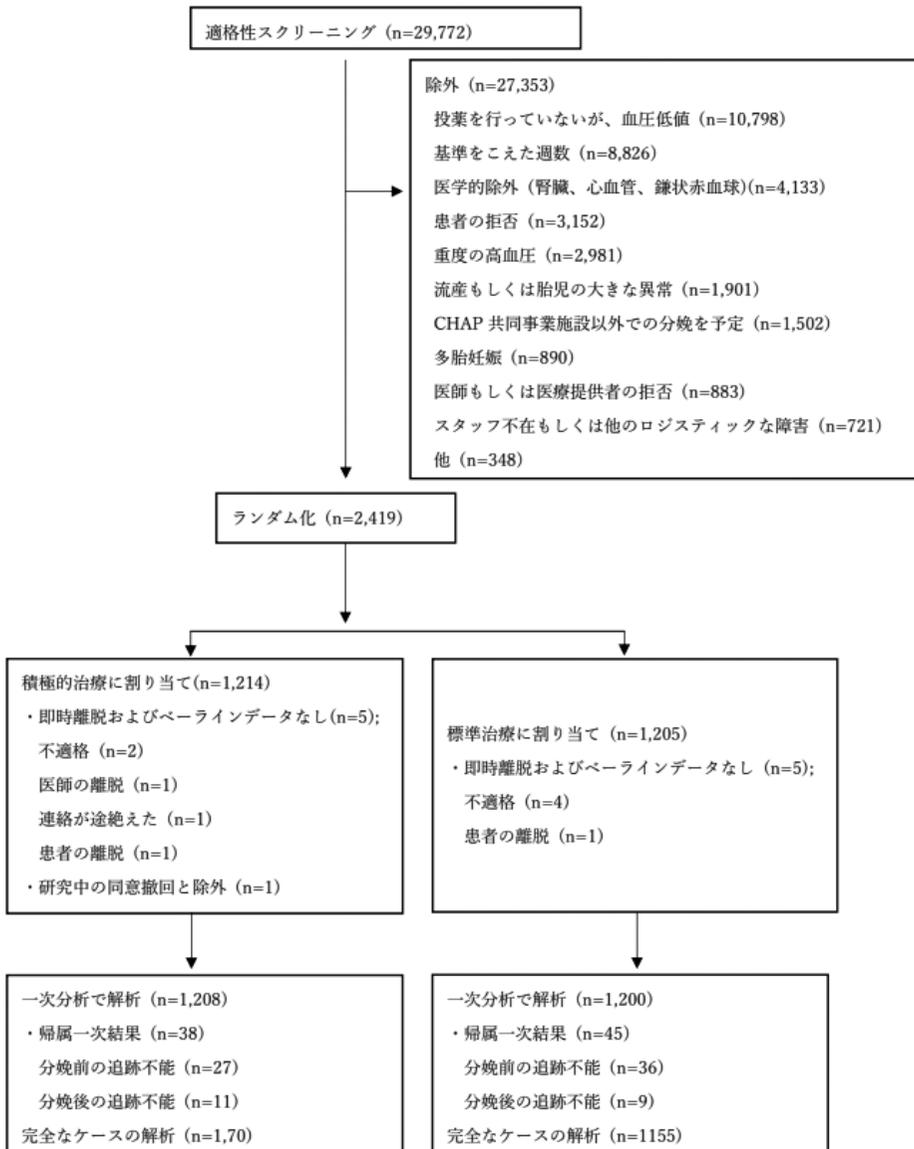
日本で高血圧合併妊娠の降圧療法開始基準について、「妊娠高血圧症候群の診療指針2021」の「高血圧合併妊娠の管理」の項において、「診察室血圧が140/90mmHg以上の場合に降圧療法を開始するが、過度の降圧は子宮胎盤血流を低下させ、胎児機能不全を招く可能性があることに留意する。」と記載されている。本研究では、高血圧合併妊娠で血圧140/90mmHg以上で降圧療法を開始する積

極的治療で周産期アウトカムが改善し、胎児発育不全といった安全性に関するアウトカムも増悪させないことが明らかになった。しかし、胎児への安全性の面からは、過度の降圧による子宮胎盤血流低下、胎児機能不全などの懸念もあることから、血压管理目標下限値などの調査が今後期待される。また日本人でのデータの蓄積が待たれる。

[参考文献]

Tita AT, Szychowski JM, Boggess K, et al. ; Chronic Hypertension and Pregnancy (CHAP) Trial Consortium. Treatment for Mild Chronic Hypertension during Pregnancy. N Engl J Med. 2022 May 12;386 (19) :1781-1792.
妊娠高血圧症候群の診療指針2021

(図1) 適格性スクリーニング



(表 1) 対象の背景

特性	積極的治療(n=1,208)	コントロール(n=1,200)
年齢	32.3±5.6	32.3±5.8
人種または民族		
非ヒスパニック系白人	347(28.7)	326(27.2)
非ヒスパニック系黒人	574(47.5)	570(47.5)
ヒスパニック	238(19.7)	250(20.8)
他	49(4.1)	54(4.5)
母親の保険の種類		
政府支援保険もしくはメディケイド	673(55.8)	656(54.7)
民間保険	459(38.0)	463(38.6)
なし	60(5.0)	65(5.4)
データ欠損	16(1.3)	16(1.3)
高血圧の種類		
新たに診断	263(21.8)	258(21.5)
以前に診断されているが内服加療なし	677(56.0)	681(56.8)
以前に診断されており、内服加療中	268(22.2)	261(21.8)
血圧(mmHg)		
収縮期	134.3±12.7	133.7±12.4
拡張期	83.9±9.5	83.4±9.6
妊娠歴	1007(83.4)	989(82.4)
BMI		
平均	37.7±10.0	37.5±9.6
分布		
30 未満	295(24.4)	259(21.6)
30～40 未満	460(38.1)	517(43.1)
40 以上	434(35.9)	402(33.5)
妊娠週数<14 週	496(41.1)	481(40.1)
併存疾患もしくは生活スタイル因子		
糖尿病	191(15.8)	189(15.8)
現在の喫煙	92(7.6)	82(6.8)
アスピリンの使用	539(44.6)	536(44.7)

(表 2) 主要な複合転帰、および安全性のアウトカム

転帰	完全なケース分析(n=2,325)			P 値
	積極的治療群	コントロール群	リスク比 (95%信頼区間)	
主要な複合転帰	353/1170(30.2)	427/1155(37.0)	0.82(0.73-0.92)	<0.001
重症兆候を伴う妊娠高血圧腎症	272/1170(23.3)	336/1155(29.1)	0.80(0.70-0.92)	
35 週未満の医学的適応による早産	143/1170(12.2)	193/1155(16.7)	0.73(0.60-0.89)	
常位胎盤早期剥離	20/1170(1.7)	22/1155(1.9)	0.90(1.49-1.64)	
胎児死亡または 28 日未満の新生児死亡	41/1170(3.5)	50/1155(4.3)	0.81(0.54-1.21)	
安全性のアウトカム				
SGA				
<10 パーセントタイル	128/1146(11.2)	117/1124(10.4)	1.07(0.85-1.36)	0.56
<5 パーセントタイル	58/1146(5.1)	62/1124(5.1)	0.92(0.65-1.30)	0.63

新入会会員紹介



ばらのいずみクリニック 越 智 博

2013年の新愛媛県立中央病院のモデル：京大関連病院の小阪産病院（年間分娩数2000・帝切数300）の病院長の任務を終え愛媛に帰りました。大阪は新型コロナウイルス第4波で保健所・医療機関は厳しくなり、病院の換気性能を5倍、自院検査部で抗原に加えPCRも短時間で言う整備を行い第5波以降に対応しました。愛媛の大学を中心とした優れたシステムに感謝しています。今後もお世話になりますが、よろしくお願いします。



松山赤十字病院 産婦人科 池 田 隆 史

本年度、入会させていただきました、池田隆史と申します。浪人ののち九州大学卒業、同大入局後、現在松山日赤で修練中です。地元熊本から遠いですが、松山の城下町、路面電車には郷愁を覚えます。松山日赤の裏山は、かの山頭火の旧居もあります。街並み、歴史、人柄、ご飯等、今では松山大好きです。先生方におかれましては、貴重なご紹介を誠にありがとうございます。今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。



松山赤十字病院 産婦人科 田 淵 景 子

2022年4月より松山赤十字病院で勤務させていただいております。佐賀大学を卒業後、福岡県の浜の町病院で初期研修を行いました。専攻医1年目は九州大学病院で勤務し、今年初めて九州を出て愛媛に参りました。まだまだ未熟な部分も多いですが、先生方やスタッフの温かいご指導のもと楽しく仕事をさせていただいております。今後ともどうぞ宜しくお願いいたします。



松山赤十字病院 産婦人科 平 山 亜 美

2022年4月より松山赤十字病院で産婦人科専攻医として勤務させていただいております。愛媛大学を卒業後、同院で初期臨床研修を終えました。ご迷惑をおかけすることも多々あるかと思いますが、愛媛県の産婦人科医療に少しでも貢献できるよう精進して参りますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

**愛媛県立中央病院 産婦人科 島 瀬 奈津子**

この度新入会させていただきました島瀬奈津子と申します。愛媛大学を卒業後、愛媛県立中央病院で初期研修を行い、本年4月より産婦人科専攻医として勤務させていただいております。至らぬ点ばかりですが、愛媛県の産婦人科医療貢献できるよう精進してまいりますので、今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしく願いいたします。

**愛媛大学医学部附属病院 産婦人科 大 柴 翼**

この度本年4月より愛媛大学医学部附属病院で勤務させていただいております。愛媛大学を卒業後、済生会今治病院、愛媛大学病医学部附属病院で初期研修を行いました。至らぬ点ばかりですが愛媛の産婦人科医療に少しでも貢献できるよう日々精進してまいります。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしく願いいたします。

**愛媛大学医学部附属病院 産婦人科 上 甲 由梨花**

2022年4月より愛媛大学附属病院で勤務させて頂いております。2019年に神奈川県東海大学を卒業後、長野県にて初期研修を修了しました。妊娠出産のため約1年お休みを頂いた関係で、現在専攻医1年目として大学病院でお世話になっております。まだまだ至らぬ点も多く、ご迷惑をおかけしますが、少しでも愛媛県の産婦人科医療に貢献できるように精進してまいります。今後とも宜しく願い致します。



会員の広場

院長になりました

松山まどんな病院 金子久恵

先日のNTT社長の会見でおどろかれた方もおられるかと思いますが、NTT大改編 再編があり、そのあおりでNTT西日本松山病院は松山まどんな病院と変わることになりました。今まで、企業立病院で強力な組合のバックアップのもと、働き方改革の先取りをしたような病院（医師は別です）だったのですが、医療法人に経営移譲というかたちになったため院内は大騒ぎです。そんな中、前院長が脳出血後の体調が思わしくなく、勇退され、あとを継ぐ形でこの4月から院長になりました。以前、どこかのCMでダイバーシティのたとえに、今日からこのライオンが社長ですと言って社員が驚愕するというのがありました。まさにそんな感じで、右往左往の毎日です。

そんな中、ここ二年の変化を挙げてみます。

まず、北側の通用門が救急車出入り口になったため自動ドアとなり、守衛さんのかわりにアルソックがはいりました。駐車場を拡張するにあたり 藤棚 鯉の池 囲いの大きな樹木がなくなりました。なくなってみたら、びっくりするほど広

い駐車場が現れてこんなに広がったんだと再認識しています。

救急輪番に参入しました。救急科や 関西地方のフリーランスの医師などの応援でなんとかやっています。

新しく形成外科 美容皮膚科ができました。整形外科は増員で日々手術室が賑わっています。麻酔科の医師も増えました。非常勤ですが泌尿器科の先生にも来ていただいています。

今後内科 外科の医師が増える予定らしいですが詳細はまだわかりません。

女医当直室ができました。理事長ご自慢のシモンズベッド カリモクの机があります。でも、やっぱりあとから2000円のフットレストを自分たちで買ったりしました。

ところで、産婦人科の話題がないですが、ちょっとコロナにやられています。今後、また頑張っていきます。新しい病院がそのうち建つ予定ですので、ご期待ください。



完成予想図

編集後記

今年の四国の梅雨明けは6月28日で3週間早く、統計史上、最短の記録を更新しました。これに続く猛暑は2段重ねの高気圧配置の直接的な影響、気候変動の間接的影響とのことです。この編集後記を書いている7月18日時点で新型コロナウイルス感染症はコロナ第7波突入しています。周産期での母子への感染の増加、医療機関でのクラスターの発生が懸念されます。このように予期せぬことが連続する時期に愛媛県産婦人科医会報第58号をお届けします。

巻頭言で池谷東彦先生は子供人口時計を例に挙げられ、今後の女性の自立と若い世代の子育て社会の支援が出生数改善に不可欠であること。また杉山隆教授からはwithコロナの時期からpostコロ

ナへの移行期への愛媛県の対応について述べられました。論説では県立中央病院・穂吉眞之介先生から愛媛県の新生児搬送の現状と問題点を解説いただき、学術では横山からより長期的な子宮内膜症管理をまとめさせていただきました。今後も女性のヘルケアを支援する産婦人科の役割はさまざまな局面で重要になると考えられます。この会報の発刊が愛媛県産婦人科医会の会員への情報発信の一助になれば幸いです。

(愛媛県産婦人科医会報編集委員会委員長：横山幹文)

－編集委員－

横山 幹文, 草薙 康城, 近藤 裕司,
松原 圭一, 吉良 敏彦, 西 睦正,
矢野 浩史, 金子 久恵, 吉本 勲

－顧問－

池谷 東彦, 正岡 尚

愛媛県産婦人科医会報 第58号

令和4年8月31日発行

発行所 愛媛県医師会内
愛媛県産婦人科医会
松山市三番町4丁目5-3
電話 (089) 943-7582(代)

編集発行者 会長 池谷 東彦

印刷所 不二印刷株式会社
松山市空港通2丁目13-30
電話 (089) 973-1266(代)

広告協賛会社一覧（順不同）

あすか製薬 株式会社

株式会社 明治

江崎グリコ 株式会社

メロディ・インターナショナル 株式会社

株式会社 エヒメ医療器

持田製薬 株式会社

科研製薬 株式会社

森永乳業 株式会社

小西医療器 株式会社

雪印ビーンスターク 株式会社

株式会社 サンメディカル

不二印刷 株式会社

ゼリア新薬工業 株式会社

ご協力ありがとうございました。

中外製薬 株式会社

ニプロ 株式会社

ノーベルファーマ 株式会社

バイエル薬品 株式会社

久光製薬 株式会社

富士製薬工業 株式会社

あすか製薬 産婦人科領域医薬品

劇薬、処方箋医薬品⁽¹⁾ 薬価基準収載
GnRHアンタゴニスト
レルミナ[®]錠 40mg
(レルゴリクス錠)

処方箋医薬品⁽¹⁾ **新発売** 薬価基準収載
月経困難症治療剤
ドロエチ[®]配合錠「あすか」
(ドロスピノン・エチニルエストラジオール錠)

処方箋医薬品⁽¹⁾ 薬価基準収載
月経困難症治療剤
フリウエル[®]配合錠LD-ULD「あすか」
(ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合錠)

処方箋医薬品⁽¹⁾ 薬価基準収載
黄体ホルモン製剤
ルテウム[®]腔用坐剤 400mg
(プロゲステロン製剤)

処方箋医薬品⁽¹⁾ 薬価基準未収載
緊急避妊剤
ノルレボ[®]錠 1.5mg
(レボノルゲストレル錠)

処方箋医薬品⁽²⁾ 薬価基準未収載
経口避妊剤
アンジュ[®] 21錠・28錠
(レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール錠)

生物由来製品、処方箋医薬品⁽¹⁾ 薬価基準収載
HMG[®]注用
75単位・150単位「あすか」
(ヒト下垂体性腺刺激ホルモン剤)

生物由来製品、処方箋医薬品⁽¹⁾ 薬価基準収載
卵胞刺激ホルモン(FSH)製剤
uFSH[®]注用 75単位・150単位「あすか」
(精製下垂体性腺刺激ホルモン)

劇薬、処方箋医薬品⁽¹⁾ 薬価基準収載
LH-RH⁽²⁾誘導体 マイクロカプセル型徐放性製剤
リュウプロレリン[®]酢酸塩
注射用キット 1.88mg・3.75mg「あすか」
(注射用リュウプロレリン酢酸塩)

注1) 注意—医師等の処方箋により使用すること
注2) LH-RH:黄体形成ホルモン放出ホルモン
注3) 注意—医師の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報は電子添文をご参照ください。



製造販売元 [文献請求先及び問い合わせ先]
あすか製薬株式会社
東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売元
武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2022年6月作成

授乳までの はやさも、 母乳に近い[※]。

※アイクレオ赤ちゃんミルクの場合

日本初! 乳児用液体ミルク 母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。

※2019年3月5日 消費者庁より乳児用調製液状乳として特別用途食品の表示許可を取得。2019年3月11日発売。



母乳に近い
栄養成分[※]

※脂質、炭水化物、ナトリウム

ゴクゴク飲んで欲しい
安心の白さ

世界で一番
使われている紙パック[※]

※乳幼児(0~3歳)向け液体ミルク、
Source: Tetra Compass 2017

無菌パック製法で
常温保存も安心

アイクレオ 赤ちゃんミルク 検索



@icreo.milk



icreo_official

赤ちゃんミルクの
商品詳細と
使い方は動画は
こちら!



※開封後すぐに使用し、飲み残しは与えないでください。
※容器に破損、膨張等や色、臭い、味に異常がある場合は使用しないでください。

©商品に関するお問い合わせ先: グリコお客様センター
☎ 0120-964-369 (受付時間9:00~18:30 土・祝日を除く)

おいしさと健康
Glico





EHIME MEDICAL



すべては人と医療のために

医療機器販売
株式会社 エヒメ医療器
 本社 / 〒790-0966
 愛媛県松山市立花6丁目1番1号
 TEL (089) 933-1166 (代)
 FAX (089) 933-1167
 新居浜営業所 / TEL (0897) 36-5066
 宇和島営業所 / TEL (0895) 23-3633



Septrafilm
ADHESION BARRIER

承認番号20900BZY00790000
高度管理医療機器 保険適用

癒着防止吸収性バリア

セプトラフィルム®

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。

発売元
文献請求先
及び問い合わせ先



科研製薬株式会社
KAKEN

製造販売元(輸入) **バクスター株式会社**
東京都中央区晴海一丁目8番10号

〒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-AS30-220199 V1.0
SPF05DP (2022年5月作成)



Challenge & Realize

私たちは「命の大切さ」を念頭に
真心をこめて信頼をお届けする企業をめざし
医療を通じて社会に貢献します。

生命を未来につなげるために。



小西医療器株式会社

<http://www.kns-md.co.jp/>

本 社 〒540-0038 大阪市中央区内淡路町 2 丁目 1 番 5 号
TEL. 06-6941-1363 (代) FAX. 06-6944-0198

大阪営業所	広島営業所	松山営業所
東京営業所	鳥取営業所	今治営業所
京都営業所	米子営業所	大阪物流センター
神戸営業所	松江営業所	大阪ソリューションセンター
岡山営業所	出雲営業所	山陰物流センター
福山営業所	浜田営業所	山陰 SPD センター







手術支援ロボット

ダヴィンチ

da Vinci Xi

詳細情報は医療機器情報および関係企業等にて確認ください。
製品名 da Vinci Xi システム株式会社
承認番号 22700BZ000112009
© Intuitive Surgical, Inc.

数年先の
スタンダードを創る。



医療機器、医療材料、医薬品、介護商品の販売

株式会社 サンメディカル

宇和島 松山 西条 今治 高知

<http://www.sunmedical-e.co.jp>



鉄欠乏性貧血治療剤 処方箋医薬品[※] 薬価基準収載

フェインジェクト[®] 静注500mg

Ferinject solution for injection/infusion 500mg カルボキシマルトース第二鉄注射液

注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
ゼリア新薬工業株式会社 (文献請求先及び問い合わせ先) お客様相談室
東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351 TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

製品情報サイト
<https://medical.zeria.co.jp/di/ferinject/#tabRelation>



PC、スマホ、タブレットで
ご覧いただけます。

2021年8月作成

私たちがつくっている薬の多くは、
ふだん接することはあまりない。
けれどその薬があることで
守られているふつうの暮らしが、きっとある。
病気になるってしまったとき、
ちゃんと治療法があること。
それはこの世界になくしてはならない希望。
当たり前の日々を守り抜くために、
今日も新たなイノベーションを。

なんでもない1日を守れ。

創造で、想像を超える。

 **中外製薬**

 ロシュグループ



Chugai Innovation Lab

闘うあなたを、 独りにしない。

必要なのに
顧みられない薬があります。
私たちが創ります。
あなたが待ち望むその薬を。



Nobelpharma
ノーベルファーマ株式会社

ノーベルファーマのフィロソフィ
は患者の顧みられない医薬品・医療機器の提供を
通じて、社会に貢献する

〒104-0033 東京都中央区新川一丁目17番24号 NMF茅場町ビル
<https://www.nobelpharma.co.jp>
医療関係者向けサイト NobelPark <https://nobelpark.jp/>
製品に関するお問い合わせ 0120-003-140 (土・日・祝日、会社休日を除く)

Hisamitsu



処方箋医薬品 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

経皮吸収型 エストラジオール製剤

エストラーナ[®]テープ

ESTRANA[®] Tapes エストラジオール貼付剤

薬価基準収載

0.09mg
0.18mg
0.36mg
0.72mg

処方箋医薬品[※] (注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

経皮吸収型 卵胞・黄体ホルモン製剤

メノエイド[®]コンビパッチ

MENO AID[®] COMBI PATCH

エストラジオール・酢酸ノルエチステロン経皮吸収型製剤

薬価基準収載

- 「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

製造販売元  **久光製薬株式会社**

〒841-0017 鳥栖市田代大官町408番地

資料請求先:

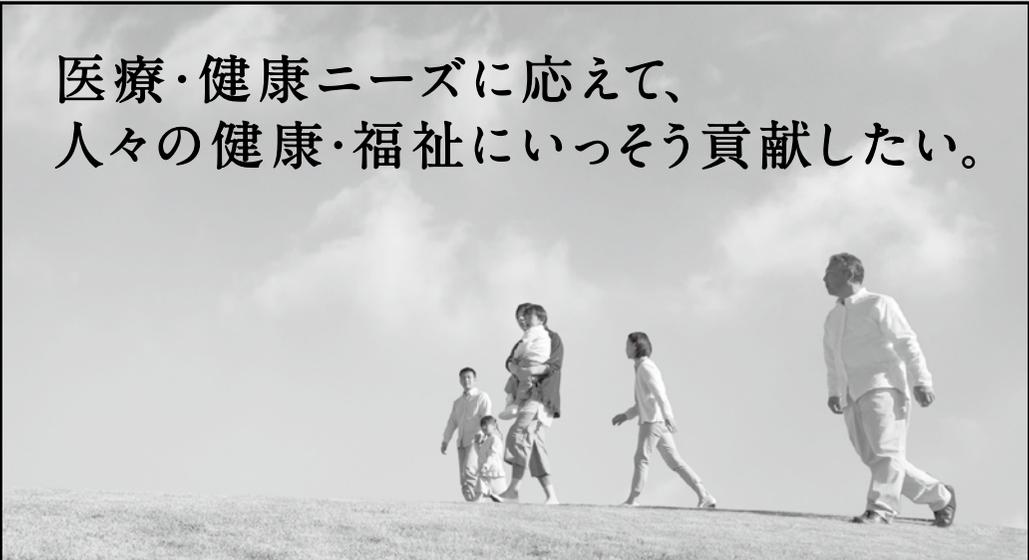
お客様相談室 〒100-6330 東京都千代田区丸の内二丁目4番1号

フリーダイヤル 0120-381332 FAX.(03)5293-1723

受付時間/9:00-17:50(土日・祝日・会社休日を除く)

2021年6月作成

医療・健康ニーズに応じて、
人々の健康・福祉にいつそう貢献したい。



患者さんのために、わたしたちにできることがきっとある。
これからも医療・健康ニーズをとらえ、独創的な新薬を開発してまいります。



MOCHIDA

持田製薬株式会社

<https://www.mochida.co.jp/>

牛乳たんぱく質の消化負担を母乳に近づけた
「母乳のようにやさしいミルク」です。

全国13大学20施設で大規模な哺育試験を実施し、栄養学的な有用性を確認しています。*

※第97回日本小児科学会にて発表

E赤ちゃんの特長

- ① すべての牛乳たんぱく質をペプチドとすることで、ミルクのアレルゲン性を低減し、乳幼児の消化負担に配慮
- ② 当社独自の製造方法により、風味良好なペプチドを配合
- ③ 母乳に含まれるラクトフェリン(消化物)、ルテイン、3種類のオリゴ糖など、母乳に近づけた成分組成
- ④ DHAとアラキドン酸を、日本人の母乳と同じ比率(2:1)で配合
- ⑤ 乳糖主体の糖組成で、浸透圧も母乳と同等

ママたちの投票で選ばれました /
☆2016年マザーズセレクション大賞受賞☆



大缶 800g

エコらくパックつめかえ用
800g(400g×2個)

森永 **E赤ちゃん** 0カ月~1歳頃まで

*本品はすべての牛乳たんぱく質を消化してありますが、
ミルクアレルギー疾患用ではありません。

妊娠・育児情報サイト「はぐくみ」 <https://ssl.hagukumi.ne.jp>

森永乳業

すこやかな笑顔のために

雪印ビーンスターク株式会社

めざしているのは、母乳そのもの。

赤ちゃんに最良の栄養は母乳です。

ビーンスタークすこやか M1 は母乳が足りないときや与えられないときに、母乳の代わりにお使いいただくためにつくられたミルクです。



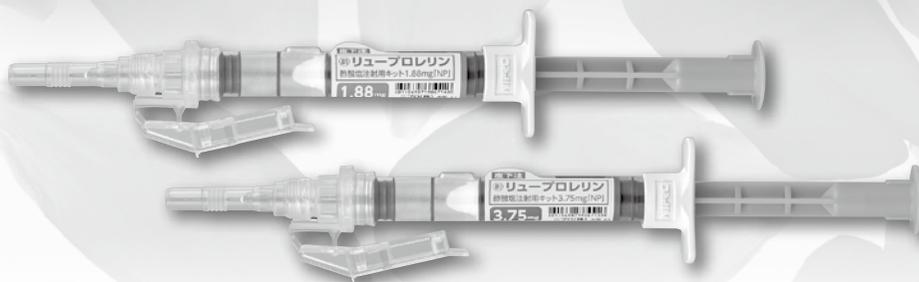
公式サイト
<https://www.beanstalksnow.co.jp/>

育児情報のコミュニティサイト
   <https://www.mamecomi.jp/>

BeanStalk 大塚製薬と雪印ビーンスタークが
赤ちゃんのすこやかな笑顔のために
お届けするブランドです。



薬価基準収載



LH-RH 誘導体
マイクロカプセル型徐放性製剤 劇薬、処方箋医薬品^注

リュープロレリン酢酸塩注射用キット

1.88mg「NP」・3.75mg「NP」

(先発・代表薬剤：リュープリン注射用キット1.88mg・3.75mg)

注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

- 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」を含む注意事項等情報等の詳細は、電子添文をご参照ください。

(資料請求先) **ニプロ株式会社**
大阪府北区本庄西3丁目9番3号 <https://www.nipro.co.jp/>

医薬品についてのお問い合わせ(医薬品情報室)
☎ 0120-226-898 FAX 06-6375-0177

2022年5月作成
[審2205193170]



子宮内膜症に伴う疼痛改善剤・月経困難症治療剤 薬価基準収載

ヤーズフレックス® 配合錠

ドロスピレノン・エチルエストラジオール錠

処方箋医薬品[※] 注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

YazFlex®

※効能・効果, 用法・用量, 警告・禁忌を含む使用上の注意につきましては製品添付文書をご参照ください。

製造販売元 [文献請求先及び問い合わせ先]

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<https://byl.bayer.co.jp/>

[コンタクトセンター]

0120-106-398

<受付時間> 9:00~17:30(土日祝日・当社休日を除く)




新発売

天然型黄体ホルモン製剤

薬価基準収載



エフメノ[®] カプセル100mg

F-meno[®] capsules 100mg プロゲステロンカプセル

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

®: 登録商標 (BESINS HEALTHCARE LUXEMBOURG S.A.R.L. 所有)

「効能又は効果」「用法及び用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、添付文書をご参照ください。


 製造販売元 (輸入)、文献請求先及び問い合わせ先
富士製薬工業株式会社
 富山県富山市水橋辻ヶ堂1515番地
 TEL.0120-956-792 (富山工場 学術情報課)

2021年11月作成

長時間(10h)
計測対応

Melody シリーズ

ワイヤレス

分娩監視装置 iCTG

清浄・消毒が簡単

妊婦さんと医療スタッフへの感染拡大を防ぐために...

ネットワークなどの改築なしに、感染症病棟に入院中の妊婦のモニタリングを産婦人科病棟から行うなどの使い方が可能です

※写真のタブレットには防水ケースを装着しています

洗える医療機器で感染症対策

防水タブレットケース

がついてきます。

台数
限定



非接触

隣の部屋からも操作可能
データ閲覧はどこからでも



搬送中も計測できます
搬送先とデータ共有可能

搬送



消毒

水洗い・アルコール消毒可能



認証済みの日本製医療機器です

「分娩監視装置 iCTG」は、従来の「NST 検査器・分娩監視装置」と同じ認証医療機器です。装着方法などは同じで、すぐに使えます。設計・開発・製造、すべて純国産のメイドイン・ジャパンです。



医療機器登録番号 230AFBZX00024000

※分娩監視装置 iCTG は防滴仕様 (IPX2) です。水道水 (硬い水) ものすすぎ洗浄が可能です (電源ケーブルは防水ではありません)。アルコールなどを含ませた布、消毒ワイプなどで、洗浄可能です。UV 殺菌器も使用可能です (ABS 樹脂が劣化する可能性がありますので長時間の照射はお控え下さい)。防水性能はありません。浸水・虫歯・水圧の強い湯水、長時間の湯水に曝すことは控えて下さい。※制御用タブレット (付属品) と「医療用タブレット (オプション)」は防水ではありません。市販の防水カバーも使用した場合は、洗浄可能です。※本製品は「医療用」医療機器です。説明書または医師の指導の下で、取扱説明書をよく読んでからご使用下さい。

iCTG
使い方の動画



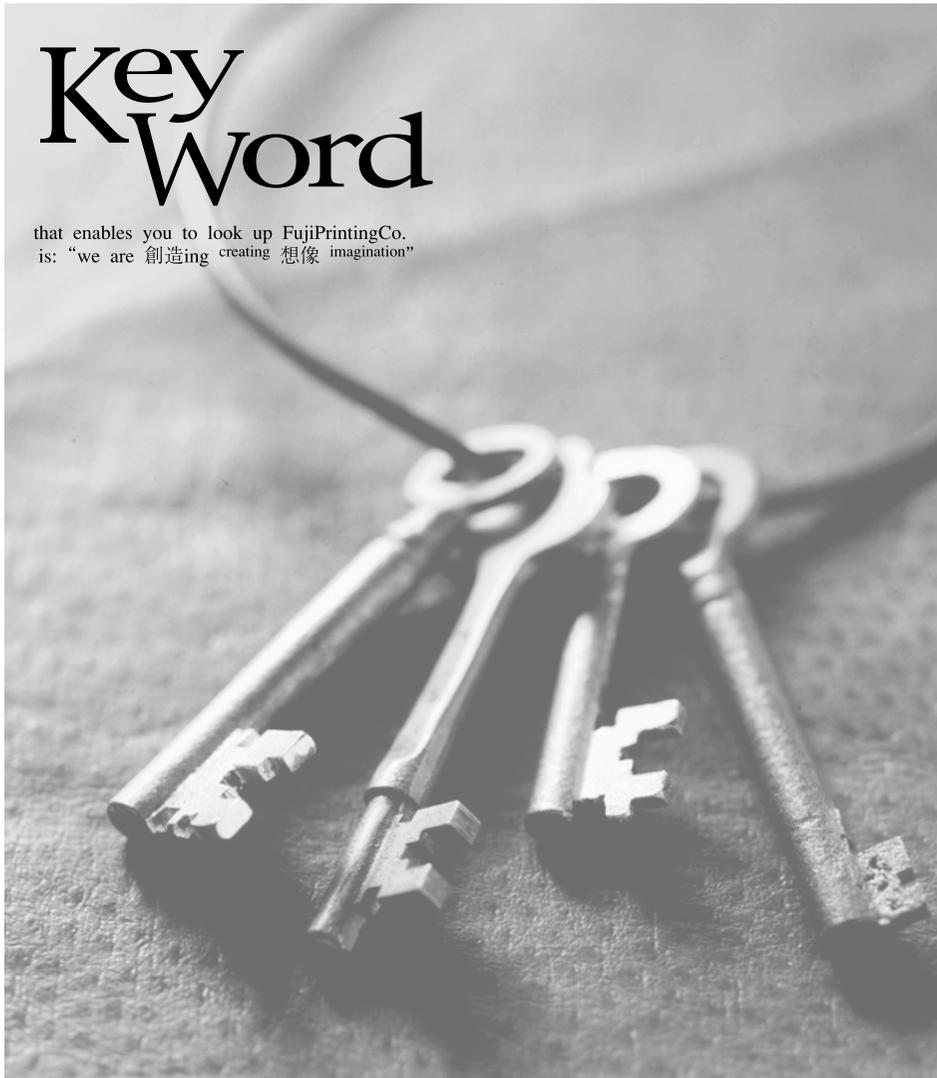
メロディ・インターナショナル株式会社

医療機器製造業登録 第二種医療機器製造販売業許可 医療機器等販売業・再生医療等製品 (ソフトウェア) 製造業
〒761-0301 香川県高松市林町2217-44 ネクスト香川304
Tokyo Office: 東京都中央区日本橋本町2丁目3-11日本橋ライフサイエンスビルディング

詳しくはお問い合わせ下さい ▶

087. 813. 7362 <https://melody.international>
support@melody.international





Key Word

that enables you to look up FujiPrintingCo.
is: "we are 創造ing creating 想像 imagination"

何かの鍵をお探しですか？

企画の鍵。

品質の鍵。

納期の鍵。

価格の鍵。

不二印刷株式会社

〒790-0054 松山市空港通2丁目13番30号
TEL(089)973-1266 FAX(089)973-1292

<http://www.fuji-medianet.co.jp>