

巻頭言

新医師臨床研修制度修了一期生を迎えて

小田原市立病院

白須 和裕

平成16年4月から卒後研修の抜本的な見直しが行なわれ、新医師臨床研修制度（新研修制度）が施行された。厚生労働省によれば、初期研修の充実を図り、①医師としての人格を涵養すること、②プライマリ・ケア（初期診療における総合的な診断と治療）への理解を深め、患者を全人格的に診ることのできる基本的な診察能力を習得すること等を目的として、2年以上の臨床研修を必修化したものである。目的は良しとしても、新研修制度が始まってみると大学病院の研修医が激減し、そのため関連病院からの医師引き上げが社会問題になるなど順調なスタートといかなかったことも事実である。

本年4月には新研修制度のもと初期研修を修了した一期生が誕生し、専攻を定めて後期研修を開始しているが新たな波紋が広がっている。新制度開始前の入局者数に比べて、新規後期研修医数の落ち込みが目立つ科がはっきりしたのである。以前より修了一期生が後期研修でどの科に進むのか、その動向に注目が集まっていた。特に若手医師の減少が著しい産婦人科や小児科では一大関心事であったが、結果は残念ながら関係者の期待を裏切るもので10%以上の減少となった。脳神経外科や一般外科などの外科系も苦戦していることを考えると、労働環境が厳しくかつリスクを伴う診療科が敬遠されていることは間違いなさそうである。

産婦人科医師不足の問題解決に向けて、行政では産婦人科医療施設の集約化、重点化を打ち出しているが、この施策も産婦人科の若手医師の減少が続き絶対的な数不足に陥れば構想そのものが頓挫しかねない状況となる。

新研修制度は、基本科目（内科、外科、救急部門（麻酔科を含む））と必修科目（産婦人科、小児科、精神科、地域・保健医療）に加えて希望選択科目を研修するシステムである。産婦人科は必修だが、女性の性周期や妊娠・分娩に関連した特有な生理、病態を熟知しておくことは他科の疾患に罹患した女性を診察する際にも重要な基礎となるものであるから当然といえる。ところが研修指定病院の多くは産婦人科の研修期間を一ヶ月としていて、ローテートしてくる研修医に産婦人科臨床の魅力、醍醐味、やりがいといったポジティブな面を知ってもらう間も無く、忙しくて大変そうとの印象だけが残る表層的な研修となっていることも否めない。スーパーローテート方式であるので、内科系各科での産婦人科や小児科はきついで止めたほうが良いのではといった勧誘作戦も不利に働いている。

新制度の定着に向けて問題点の改善を図らなければならないが、当面短い研修期間の中でインパクトのある研修を工夫することが必要である。地域の研究会や研修会に研修医を同伴し、多様な医業形態で活躍する産婦人科医に接する機会を作ってあげることが彼らの興味を引くかもしれない。そして何よりも産婦人科医一人一人が、自身が産婦人科を志したときに返ってその魅力とやりがいを彼らに熱く語ってもらいたいものである。

ARTによる双胎児のリスクは自然妊娠例よりも低い Pregnancy outcomes of IVF twins are better than those of natural pregnancy.

東海大学医学部付属病院 産婦人科

Department of Obstetrics and Gynecology, Tokai University
School of medicine

佐藤 茂	Shigeru SATO
和泉俊一郎	Shun-ichiro IZUMI
蔡 立義	Liyi CAI
内田 能安	Noa UCHIDA
鈴木 隆弘	Takahiro SUZUKI
松林 秀彦	Hidehiko MATSUBAYASHI
杉 俊隆	Toshitaka SUGI
渡辺 未央	Mio WATANABE
池田 仁恵	Masae IKEDA
菊池 公孝	Kimitaka KIKUCHI
渥美 治世	Haruyo ATSUMI
高橋 千果	Kazumi TAKAHASHI

要 旨

【目的】多胎妊娠は生殖補助医療の普及に伴い増加を認めるが、近年は胚移植数の調整によって双胎に限られる傾向が見られる。体外受精-胚移植による双胎妊娠では児の予後を不良とする報告がある一方で差がないとする報告も見られる。今回、われわれは当院における臨床統計から、体外受精-胚移植による双胎妊娠の予後について、自然妊娠と比較し検討した。

【方法】当院における1993年4月から2003年までの過去10年9ヶ月間の双胎妊娠例に関して、周産期に関連する15項目について比較した。統計処理はt検定、 χ^2 検定を併用し、 $p < 0.05$ を有意差ありと判断した。

【結果】過去10年間での双胎妊娠215例中、自然妊娠群は107例、体外受精-胚移植群は53例であり、自然妊娠群と比較して体外受精-胚移植群では、分娩時年齢、初産率、帝王切開率、入院日数は有意に高値となり、一絨毛膜性双胎、Discordant twin、極低出生体重児、子宮内胎児発育遅延、NICU管理の頻度は有意に低い結果となった。一方で早産、低出生体重児、妊娠高血圧症候群の発生率には有意差を認めなかった。

【結論】双胎例において、体外受精-胚移植妊娠では自然妊娠と比較して早産や子宮内胎児発育遅延のリスクは増加せず、反対に自然妊娠では周産期リスクが増加した。その原因としては、自然妊娠では一絨毛膜性双胎の発生頻度が高いことが考えられた。

Key word : 生殖補助医療、双胎妊娠、一絨毛膜性双胎、子宮内胎児発育遅延、極低出生体重児

緒 言

多胎妊娠は生殖補助医療（assisted reproductive technology: ART）の普及に伴い自然妊娠のみの時代に比べて増加しており、ARTで得られた妊娠のうち20%～25%を多胎妊娠が占めている¹⁾。ARTの予後は、一般に多胎、不妊症といった要因が加味するため悪いものと思われるがちである。

近年は胚移植（embryo transfer: ET）数の調整によって双胎に限られる傾向が認められるが、体外受精-胚移植（in vitro fertilization-embryo transfer: IVF-ET）による双胎妊娠では早産率、低出生体重児率、周産期死亡率といったリスクが増加することが報告されている^{2) 3)}。しかし、一方で差がないとする報告も見受けられる^{4) 5) 6)}。

今回われわれは、当院での約10年間統計からみたARTによる双胎妊娠の予後について検討した。

対象と方法

当院における1993年4月から2003年までの過去10年9ヶ月の間に当院にて分娩となった双胎妊娠例215例を対象とした。それらは107例の自然妊娠群、53例のIVF-ET群、29例の配偶者間人工授精（artificial insemination with husband's semen: AIH）群、26例の排卵誘発群に分類された。

周産期予後に関して、自然妊娠群とIVF-ET群との比較分析を後方視的に行った。

具体的には、母体に関する項目として妊娠年齢、body mass index: BMI、経産の有無、妊娠高血圧症候群（pregnancy induced hypertension: PIH）、分娩様式、早産（37週未満）、入院期間について、児に関する項目として在胎齢、膜性診断、胎盤重量、Discordancy（25%以上の出生体重差）、intrauterine growth retardation: IUGR（分娩

時妊娠週数の10パーセントイル未満)、低出生体重児(2500g未満)、極低出生体重児(1500g未満)、NICU 管理について統計学的分析を行った。

統計学的処理に関しては、Student's t-test、及び χ^2 検定を併用し、有意水準 $p < 0.05$ を有意差ありと判断した。

結 果

双胎妊娠における母体関連データについての自然妊娠群と IVF-ET 群との比較を表1に示す。妊娠年齢に関しては、IVF-ET 群(33.5 $\pm$ 3.9歳)は自然妊娠群(29.4 $\pm$ 4.6歳)と比較して有意に高く、初産率も IVF-ET 群(86.7%)は自然妊娠群(61.7%)と比較して有意に高い結果となった。また、帝王切開率に関しては IVF-ET 群(86.7%)は自然妊娠群(61.7%)と比較して有意に高く、入院期間に関しても IVF-ET 群(51.4 $\pm$ 21.7日)は自然妊娠群(25.0 $\pm$ 24.1日)と比較して有意に高い結果となった。BMI、PIH、早産率に関しては有意差を認めなかった。

双胎妊娠における新生児関連データについての自然妊娠群と IVF-ET 群との比較を表2に示す。膜性診断に関して、二絨毛膜性双胎の割合が IVF-ET 群(94.3%)は自然妊娠群(46.7%)と比較して有意に高く、胎盤重量に関しても有意に高い(1048 $\pm$ 199g vs 967 $\pm$ 233g)結果となった。IVF-ET 群は自然妊娠群と比較して discordant twin の割合が有意に低く(9.4% vs 18.6%)、IUGRをきたす割合も有意に低い結果となった(6.6% vs 16.1%)。NICU 管理を要した例に関しても、有意に低い結果となった(15.8% vs 30.8%)。低出生体重児では有意差は出なかったが、極低出生体重児では IVF-ET 妊娠の方が有意に低い結果となった(6.6% vs 18.7%)。

自然妊娠群と IVF-ET 群を合わせた群における膜性診断別の IUGR 頻度を表3に示す。

一絨毛膜性双胎の方が IUGR をきたしやすい傾向が伺われたが、有意差は認めなかった。

考 察

母体に関して、IVF-ET 妊娠では自然妊娠と比較して分娩時年齢、及び初産率は有意に高く、また、帝王切開率に関しても自然妊娠61.7%に対し IVF-ET 妊娠では86.7%と有意に高値を示した。入院期間に関しても IVF-ET 妊娠の方が有意に長期間にわたっていた。

これらのことは、自然妊娠と比較して長期間にわたり不妊症治療を行い、ART を行うことでようやく妊娠が成立したため妊娠年齢、初産率は結果的に高値となり、また、そのため児は貴重児として扱われる傾向が強く、入院期間が長期間となったものと考えられる。

また、一般に双胎児の場合の分娩時リスクを考慮すると、双胎妊娠の帝王切開率は高いものとなるが、IVF-ET 妊娠の方が帝王切開率に関しても有意に高値を示している。これは児が貴重児であることに加え、分娩時年齢が高齢であることが影響しているものと思われる。

IVF-ET による双胎妊娠では早産率、低出生体重児率、

表1 双胎妊娠における母体関連データ
(自然妊娠群と IVF-ET 群との比較)

	自然妊娠 (n=107)	IVF-ET妊娠 (n=53)	p value
妊娠年齢(歳)*	29.4 $\pm$ 4.6	33.5 $\pm$ 3.9	< 0.001
Body Mass Index*	21.5 $\pm$ 2.9	20.9 $\pm$ 2.4	NS
初産率 (%)	61.7	86.7	< 0.05
PIH (%)	7.5	9.4	NS
帝王切開率 (%)	61.7	86.7	< 0.001
早産率 (%)	59.8	45.2	NS
入院期間 (日)*	25.0 $\pm$ 24.1	51.4 $\pm$ 21.7	< 0.001

*: mean $\pm$ SD

表2 双胎妊娠における新生児関連データ
(自然妊娠群と IVF-ET 群との比較)

	自然妊娠 (n=107)	IVF-ET妊娠 (n=53)	p value
在胎齡 (日)*	246.9 $\pm$ 19.5	254.0 $\pm$ 12.6	NS
二絨毛膜性双胎 (%)	46.7	94.3	< 0.001
胎盤総重量 (g)*	967 $\pm$ 233	1048 $\pm$ 199	< 0.05
Discordant twin (%)	18.6	9.4	< 0.05
IUGR (%)	16.1	6.6	< 0.05
低出生体重児 (%)	81.1	78.0	NS
極低出生体重児 (%)	18.7	6.6	< 0.05
NICU管理 (%)	30.8	15.8	< 0.05

*: mean $\pm$ SD

表3 自然妊娠群と IVF-ET 群を合わせた群における
膜性診断別の IUGR 頻度

	IUGR	normal growth	計
一絨毛膜性双胎	17	103	120
二絨毛膜性双胎	19	181	200
計	36	284	320

χ^2 検定にて有意差を認めず

周産期死亡率といったリスクが増加することが報告されているが²⁾³⁾、当院における統計では早産率に関しては有意差を認めなかった。

続いて新生児に関して、IVF-ET 妊娠における二絨毛膜性双胎の発生率は94.3%であり、自然妊娠における発生率46.7%と比較して高く、有意差が認められた。

また、discordant twin、IUGR、極低出生体重児、及び NICU 管理の割合については IVF-ET 妊娠と比較して自然妊娠の方が有意に高い結果が得られた。一般に一絨毛膜性双胎では二絨毛膜性双胎と比較して周産期リスクは高いものとなるため²⁾⁷⁾、これらの有意差が生じた要因としては自然妊娠において一絨毛膜性双胎の頻度が有意に高く、IVF-ET 妊娠ではほぼ大部分が二絨毛膜性双胎であることに起因するものと考えられた。

しかしながら、自然妊娠と IVF-ET 妊娠の全双胎例に関して、膜性診断と IUGR との関係をみると(表3)、一絨毛膜性双胎で IUGR をきたした例は17例、二絨毛膜性双胎で IUGR をきたした例は19例を認め、 χ^2 検定ではこれらの間に有意差は認めなかった。

結 語

双胎例に限定して検討したところ、IVF-ET 妊娠では自然妊娠と比較して早産や児の発育遅延といった新生児合併症のリスクを増加させず、一般的に懸念されがちな ART による悪影響は認められなかった。反対に自然妊娠による双胎では IUGR、Discordant twin、極低出生体重児、NICU 管理といった周産期リスクが増加していた。

これらの差が生じた原因としては、自然妊娠では一絨毛膜性双胎の発生頻度が高く、IVF-ET 妊娠では大部分が二絨毛膜性双胎であることによるものと考えられた。

ART による双胎妊娠管理において、双胎児のリスクを予測する上では妊娠初期における膜性診断が重要であり、一絨毛膜性双胎を高頻度できたす自然妊娠の双胎例の場合には、むしろ十分な注意の元での管理が必要であることが示された。

文 献

- 1) Assisted reproductive technology in the United States and Canada : 1993 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertil Steril.* 1995 ; 64 : 13—21.
- 2) DUBE J, DODDS L, ARMSON BA : Does chorionicity or zygosity predict adverse perinatal outcomes in twins? *Am J Obstet Gynecol.* 2002 ; 186 : 579—83.
- 3) LAMBALK CB, VAN HOOFF M : Natural versus induced twinning and pregnancy outcome : a Dutch nationwide survey of primiparous dizygotic twin deliveries. *Fertil Steril.* 2001 ; 75 : 731—6
- 4) NASSAR AH, USTA IM, RECHDAN JB, HARB TS, ADRA AM, ABU-MUSA AA : Pregnancy outcome in spontaneous twins versus twins who were conceived through in vitro fertilization. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 ; 189 : 513—8.
- 5) 加藤稚佳子、福岡正晃、奥田知宏、田村尚也、塚本克美、山本宝、本庄英雄：ハイリスク双胎の管理 当科における双胎妊娠症例の検討、産婦人科の進歩、1999 ; 51 : 422—423
- 6) 小松由佳、伊藤充彰、萩田智子、真野由紀雄、石田大助、吉田憲生、若原靖典、河井通泰、菅沼信彦、柿原正樹：自然妊娠双胎と不妊治療後双胎との比較 周産期予後に関する不妊治療の影響、東海産婦人科学会雑誌、2003 ; 40 : 187—192
- 7) CHAUHAN SP, SHIELDS D, PARKER D, SANDERSON M, SCARDO JA, MAGANN EF : Detecting fetal growth restriction or discordant growth in twin gestations stratified by placental chorionicity. *J Reprod Med.* 2004 ; 49 : 279—84.

(H18. 4. 28 受付)

Laparoscopic ovarian drilling (LOD) 効果により妊娠に至るも、
11ヵ月後にはその効果が消失した PCOS の1症例
A PCOS woman was pregnancy after LOD, but the effect of LOD was
absent after 11 months from LOD.

昭和大学横浜市北部病院

Department of Obstetrics and Gynecology, Showa University
Northern Yokohama Hospital

安藤 直子 Naoko ANDO
鈴木 紀雄 Norio SUZUKI
御子柴尚郎 Takao MIKOSHIBA
中山 健 Ken NAKAYAMA
近藤 哲郎 Tetsuro KONDO
栗城亜具里 Aguri KURIKI
小川 公一 Koichi OGAWA
高橋 諄 Jun TAKAHASHI

大口東総合病院

Oguchi East Hospital

河村 栄一 Eiichi KAWAMURA

要 旨

多嚢胞性卵巣(以下 PCOS と略す)は、月経異常、不妊症、男性化、肥満などの症状を呈する症候群である。

今回我々は、不妊症を主訴に来院され、Laparoscopic ovarian drilling (以下 LOD と略す) 後妊娠に至るも、11ヵ月後にはその効果が消失した PCOS 症例を経験したので報告する。

症例は28歳、OG 0P、不妊症精査・加療目的にて初診。
①無月経 ②LH 10.3、FSH 4.3 ③LH・RH testにてLH過剰反応 ④超音波検査にて卵胞の嚢胞状変化が認められ、PCOSと診断し、クロミフェン治療を施行するも卵胞は発育せず、ゴナドトロピン療法に変更。Pure FSH 150 IU から投与開始し、450 IUまでstep upするも卵胞の発育は認められなかった。LOD 施行したところ、LH/FSH正常化し、自然排卵は認められなかったが、FSH投与量は激減し、単胎妊娠にいたる。しかし、この妊娠は16週にて破水後、流産となり、11ヵ月後に再度FSHにて排卵誘発施行するも、step down法にて開始量675 IUにて卵胞の発育認められ妊娠に至った。LOD 施行時より11ヵ月経過していた。

Key words: Polycystic ovarian syndrome, Laparoscopic ovarian drilling

緒 言

最近の内視鏡の進歩とともに、産婦人科領域においても腹腔鏡が広く行われるようになり、PCOSについてもLOD治療が導入されている。PCOSに対するLOD治療の有効性についてはこれまでに多数の報告がある^{1) 2) 3)}が、その効果の持続性、予後に関する報告は少ない。今回

我々は、不妊症を主訴に来院され、LOD後妊娠に至るも、11ヵ月後にはその効果が消失したPCOS症例を経験したので報告する。

症 例

年 齢: 28歳

主 訴: 不妊症精査・加療目的

月経歴: 初経14歳、月経周期 不整(60~120日)

既往妊娠歴: 0回経妊、0回経産

既往歴: 特記すべきことなし

家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 無月経にて他院受診し、クロミフェンによる排卵誘発治療をうけるも、妊娠に至らず、当院を受診。

来院時所見: 身長158cm、体重60kg

(BMI 25) 軽度肥満、多毛なし

超音波所見: 両側卵巣 Necklace pattern

血液検査所見: LH 10.3 mIU/ml、FSH 4.3 mIU/ml、PRL 18.3 ng/ml、LH-RH-TRH testにてLH、PRL過剰反応、TSH 0.9、f-T₃ 2.7、f-T₄ 1.3、HbA_{1c} 4.9、75g OGTT: 85(0分)、116(30分)、120(60分)、117(120分)(mg/dl)、

子宮卵管造影検査所見: 左卵管閉鎖

精液検査: 異常なし

Huhner test: 異常なし

経 過

以上の検査所見より、PCOS、高PRL血症による不妊症と診断し、ブロモクリプチンの内服と、前医にてクロミフェン治療が無効であったことから、排卵誘発はゴナドトロピン治療から開始した。Pure FSH 150 IU/dayより開

始し、超音波にて経時的に卵巣をチェックしながら、step up 法にて450 IU/day まで漸増するも卵胞の発育は認められなかった(図1)。患者と相談し、LOD を施行することとした。腹腔内所見は、両側卵巣はPCO 様、内膜症病変なし、癒着なし、通水試験にて右卵管の疎通性は良好だが、左卵管は閉塞していた。モノポーラー電極を用いて、1箇所2～4秒、卵巣の被膜が貫通するまで通電し、両側卵巣それぞれ10箇所ずつ穿刺した(図2)。LOD 1ヵ月後には月経発来し、血液検査にてLH、FSH の値は正常化した。しかし2ヵ月後には月経発来なくなり、患者の強い希望により、3ヵ月目よりゴナドトロピン治療を開始した。Pure FSH はstep down 法にて225 IU/day より開始し、計6回(225 IUを3回、150 IUを3回)で単一卵胞発育し、単胎妊娠に至った(図3)。しかしこの妊娠は、16週にて破水後、流産となった。流産後、月経発来せず、患者と相談し、ゴナドトロピン治療開始(LOD 11ヵ月後)。Pure FSH を450 IU/day より開始するも卵胞発育・月経発来せず。17ヵ月後、step down 法にて600 IU/day より開始し、妊娠に至る(図4)。

考 察

PCOS の排卵誘発法の第1選択は、クエン酸クロミフェン療法であるが、排卵率、妊娠率とも、視床下部性排卵障害と比べ低い。クロミフェン療法が無効な例が、ゴナドトロピン療法の対象となるが、OHSS や多胎の危険性が高くなる。これらの排卵誘発法が無効な例あるいはOHSS を発症しやすい例に対しては外科的治療法として、LOD が選択される。

表1にゴナドトロピン療法と、LOD の比較を示すが、ゴナドトロピン療法はLOD と比べ外来診療のみで対応できるメリットはあるが、頻回の外来通院が必要であることや、流産率が高いなどの短所が認められる。またLOD では、比較的高い排卵率、妊娠率が期待でき、多胎妊娠の危険性が少ない、OHSS 発症の危険性がない、などの長所はあるが、入院の上、全身麻酔下での管理が必要であることや術後癒着の可能性、治療後の薬物療法が必要になる場合があるなどの問題もあるため、適応に関しては、現在、一定の見解は得られていない。そのため、今回の症例も、図1に示したように、Pure FSH を多量に使用したにもかかわらず、卵胞の発育が認められなかった

表1 腹腔鏡下手術とゴナドトロピン療法の比較

	腹腔鏡下手術	ゴナドトロピン療法
長所	比較的高い排卵率 過排卵・多胎妊娠の危険性が低い OHSS発症の危険性がない 流産率が低い	排卵率・妊娠率が高い 外科的侵襲がない 外来診療のみで対応できる
短所	外科侵襲を加え 全身麻酔を必要とする 術後の癒着がある	頻繁な外来受診が必要 過排卵・多胎妊娠の危険性が高い OHSS発症の危険性が高い 流産率が高い

ことから、LOD 療法とゴナドトロピン療法のメリットとデメリットを十分説明し、患者様本人に選択していただいた。

LOD の方法は、田坂ら⁴⁾が示しているように、比較的

排卵誘発の経過 (LOD前)

月経4日目よりPure FSH開始。

150IU×2 (Day4,6)

225IU×2 (Day8,10)

300IU×2 (Day11,12)

375IU×2 (Day13,14)

450IU×5 (Day15,16,17,18,19)

Pure FSH + hCG ⇒ 卵胞発育なし、
排卵なし

図1 排卵誘発の経過 (LOD 前)



図2 LOD 写真

両側卵巣 PCO 様 内膜症病変なし、癒着なし
通水 右卵管疎通性良好 左卵管閉塞

排卵誘発の経過 (LOD 後) ①

1ヵ月：月経あり、LH、FSH 正常化

2ヵ月：月経なし、排卵なし

3ヵ月：月経3日目よりPure FSH開始

225IU×3 (Day 3, 5, 7)

150IU×3 (Day 9, 11, 13)

Pure FSH + hCG ⇒ 卵胞発育し、排卵
DD双胎妊娠

図3 排卵誘発の経過 (LOD 後) ①

排卵誘発の経過 (LOD 後) ②

Pure FSH + hCG にて排卵誘発再開

11ヵ月：450IU×4→375IU×3→300IU×8
⇒卵胞発育なし、月経なし

13ヵ月：450IU×15→525IU×7→hCG
⇒排卵あり

15ヵ月：600IU×8→525IU×1→450IU×1→hCG
⇒排卵あり

17ヵ月：600IU×4→525IU×3→450IU×3
→375IU×1→hCG
⇒ DD 双胎 妊娠

図4 排卵誘発の経過 (LOD 後) ②

有効データーが揃っている、モノポーラー電極を用い、卵巣門の部分には処置を加えないように注意して施行した。術後、月経発来し、血液検査にて LH、FSH 値が正常化したことより、LOD 直後は明らかにその効果があったと考えられる。本症例では、2ヵ月後には月経発来せず、3ヵ月後にはゴナドトロピン治療を開始したが、その際使用した Pure FSH の使用量(図3)は、LOD 前と比べ(図1)、かなり少ない使用量で卵巣の発育が認められ単胎妊娠に至った。この時には、LOD 効果は減弱してはいたものの、Pure FSH の使用量を考えると、まだ消失してはいなかったと考えられる。この妊娠は16週にて破水後、流産となった。その後月経は発来せず、超音波所見にて両側の卵巣は Necklace pattern を示し、ゴナドトロピン治療開始するも(LOD 11ヵ月後)、Pure FSH を大量使用するも、卵巣発育を認めなかった。以上より、LOD 11ヵ月後にはその効果は消失したと考えられる。Gjonnaess らは⁵⁾ LOD 後の長期内分泌学的フォローアップの結果を報告しており、年間1~2%の率で排卵しなくなると述べている。この結果は、他の施設の報告^{6) 7)}に比べて高い。妊娠率も他の報告に比べて高く、これは PCOS に対する妊娠の影響が出ているのではないかと思われる。以上より、本症例は、妊娠後に LOD 効果が消失したものと考えられた。

結 語

今回我々は、不妊症を主訴に来院され、LOD 後妊娠いたるも、11ヵ月後にはその効果が消失した PCOS 症例

を経験したので報告した。

(本論文の要旨は、第110回日本産婦人科学会 関東連合地方部会にて発表した。)

文 献

- 1) 見尾保幸：外科療法と ART 療法の使い分け、産婦人科治療、2005；90：181－186
- 2) 浅田弘法、他：PCOS における腹腔鏡下手術の応用、産科と婦人科、2003；70：204－211
- 3) 高屋りさ、深谷孝夫：多嚢胞性卵巣症候群に対する腹腔鏡下手術、産科と婦人科、1996；63：49－52
- 4) 田坂慶一、坂田正博：PCOS に対する腹腔鏡下手術の適応と成績、HORMON FRONTIER IN GYNECOLOGY. 9：37－44
- 5) Gjonnaess H：Late endocrine effects of ovarian electrocautery in women with polycystic ovary syndrome. Fertil Steril. 1998；69：697－701
- 6) S. A. K. Amer et al.：Long term follow-up of patients with polycystic ovarian syndrome after laparoscopic ovarian drilling：clinical outcome. Hum. Reprod. 2002；17：2035－2042
- 7) 吉野直樹、他：不妊を合併する多嚢胞性卵巣症候群に対する腹腔鏡下多嚢胞性卵巣蒸散術の臨床的検討、日本内視鏡学会、2004；20：222－225 (H18. 5. 11 受付)

手術前に画像診断し、腹腔鏡にて手術を行った子宮体部原発脂肪平滑筋腫の1症例 Laparoscopic removal of a primary uterine lipoleiomyoma after preoperational diagnosis using ultrasound, CT and MRI, a case report.

昭和大学横浜市北部病院

Department of Obstetrics and Gynecology, Showa University
Northern Yokohama Hospital, Yokohama

鈴木 紀雄 Norio SUZUKI
安藤 直子 Naoko ANDO
荻部 瑞穂 Mizuho KARUBE
御子柴尚郎 Takao MIKOSHIBA
栗城亜具里 Aguri KURIKI
近藤 哲郎 Tetsuro KONDO
小川 公一 Kouichi OGAWA
高橋 諄 Jun TAKAHASI

要 旨

脂肪平滑筋腫は脂肪成分優位の腫瘍で、頻度は極めて稀であり、子宮体部良性腫瘍のうち0.03%~0.2%の頻度と言われている。そのほとんどは子宮摘出後の組織学的検索にて偶然発見されており、術前に診断される症例は少ない。今回我々は超音波検査やMRIにて子宮脂肪平滑筋腫と総合的に診断し手術をした症例を経験した。

症例は63歳3回経妊3回経産。人間ドックで腹部石灰化像があり腎結石など疑われ来院した。当院におけるCTにて腎臓の異常以外に卵巣腫瘍も併せて指摘され、卵巣原発奇形種などが疑われたが、MRIではその腫瘍は子宮より発生しておりT1強調画像で境界明瞭なhigh intensityを示し脂肪抑制画像では抑制され、ほとんどが脂肪成分と判断された。超音波検査でも腫瘍は子宮より発生しており、境界明瞭な高エコー像を呈した。

以上より子宮原発脂肪平滑筋腫と診断し、手術は腹腔鏡下腔式単純子宮全摘術を行った。摘出物の病理組織学的検査では、多数の成熟脂肪細胞の増生がみられ、その間に平滑筋細胞が少量みられ、脂肪平滑筋腫と診断された。

骨盤内に脂肪を含む腫瘍を認めた場合は、脂肪平滑筋腫を念頭に置いた鑑別診断が重要であり、その診断にはMRI特に脂肪抑制画像が有用であると思われた。

Key word：脂肪平滑筋腫, 腹腔鏡, 子宮, Magnetic resonance imaging (MRI)

緒 言

子宮に認められる腫瘍のほとんどは子宮筋腫であり、女性に発生する腫瘍の中でも、もっとも頻度の高いものの1つである。その多くは、平滑筋腫であり、脂肪成分優位の脂肪平滑筋腫や脂肪腫は極めて稀である。そして、そのほとんどは子宮摘出後の組織学的検索にて偶然発見されており、術前に診断される症例は少ない。今回我々は術前に画像検査で子宮体部原発脂肪平滑筋腫と診断し腹腔鏡で手術

を行った症例を経験したので報告する。

症 例

患 者：63歳 主婦、
既往歴：高血圧症
月経歴：初経 16歳、閉経 56歳
妊娠歴：3回経妊3回経産

現病歴：人間ドックの健康診断にてX線単純撮影にて腹部に石灰化像があり腎結石などを疑われたため受診した。精密検査でCT検査を行ったところ、腎臓部の石灰化以外に骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介となる。

初診時所見：身長163cm、体重61kg。外診で下腹部に新生児頭大の可動性良好の腫瘍を認めた。

CT検査では左腎がやや大きめで腎乳頭に一致した石灰化像を認め腎乳頭の石灰化との画像診断であった。また骨盤内に比較的厚い皮膜を持つ脂肪性腫瘍が認められ、隔壁や充実部分が存在し、卵巣の奇形種などが疑われていた。(図1)

当科に依頼され診察したところ、内診では子宮は新生児頭大に腫大しており可動性良好で腫瘍の圧痛や性器出血を認めなかった。経腔および経腹超音波検査では子宮体部に8cm程の非常に高輝度を示す境界明瞭の腫瘍を認め、当初子宮筋腫を疑ったがその像は、等～低輝度の像ではなく筋腫としては非典型的であった。(図2)

血液検査はCA19-9 8.9 U/ml、CA125 8.3 U/ml、CA72-4 2.5 U/ml以下でLDHは187 IU/mlと問題なく、その他生化学検査も異常を認めなかった。子宮腔部細胞診 Class I、子宮内膜細胞診 Class IIであった。

MRI検査では子宮体部前壁に80×85 mm大の境界明瞭な腫瘍があり隔壁構造、一部に結節構造が認められ、同部には造影効果がみられた。またT1強調画像にて不均一な高信号が認められ、脂肪抑制画像にてはこれらの信号が低下することから脂肪含有が示唆され、脂肪平滑筋腫が疑われた。(図3-6)

以上より子宮体部原発脂肪平滑筋腫を疑った。鑑別としては脂肪腫、子宮筋腫の変性、子宮内腔に存在する奇形種などが考えられた。この患者は34歳より62歳まで半年ごとに当腫瘍と思われるものの経過観察をしており、診察やMRIにて現在まで変化なしとの説明あった。実際に前医の診療録、画像検査を照会し参照したところ過去よりMRI画像含め所見の変化を認めなかったため、悪性腫瘍の可能性は低いと判断した。また、子宮筋腫の変性にしては脂肪成分が多く、脂肪腫や子宮内腔に存在する奇形種は病理学的な頻度がさらにまれとされており、これらのことから子宮原発の脂肪平滑筋腫であろうと判断した。

治 療

治療は本人の手術的摘出希望が強かったため手術を行うこととした。低侵襲の手術を希望されたため腹腔鏡下に手術を施行することとした。自己血800 ccを採取し腹腔鏡補助下腔式子宮および付属器全摘術を行った。臍部、左右腸骨上に11 mm トロッカーと恥骨上にラップディスクミニを設置し使用した。腹腔内所見では子宮は小児頭大で前壁筋層内に8~9 cmの腫瘍を認めた。両側付属器は正常。腹腔内の癒着はほとんどなく腹水を少量認めた。腹腔鏡での視野が限定されていたため、はじめに子宮筋層を切開し子宮腫瘍の核出を行い子宮の縮小を図った。腫瘍は黄色で非常にみずみずしく、筋層との境界は明瞭であったが容易に分断されるため核出は困難であった。核出後に円靱帯、骨盤漏斗靱帯をハーモニックで切断、広間膜、膀胱を剥離し体位を変更し腔式に腔壁、基靱帯の切断処理を行い子宮、付属器を摘出した。手術時間は3時間、術中出血量は406 ccであった。(図7)術後8日目に経過問題なく退院となった。

病理学的所見

摘出検体は10×10×4.5 cmの子宮と10.4×10.8×5 cmの脂肪腫様の腫瘍で、脂肪腫様の検体には多数の成熟脂肪細胞の増生があり、その間に平滑筋細胞がみられ、いずれにも異型や核分裂の増加は乏しく脂肪平滑筋腫と診断された。また子宮体部、頸部、卵巣には特に悪性像などはみられなかった。(図8-9)

考 察

子宮筋腫は婦人科で扱うもっとも頻度の高い腫瘍であるが、そのうちでも病理組織学的に数多くの脂肪細胞を有する子宮筋腫は、脂肪平滑筋腫 lipoleiomyoma、筋脂肪腫 myolipoma、または線維性脂肪平滑筋腫 fibrolipoleiomyoma と呼ばれる¹⁾²⁾。脂肪性分優位のこれらの腫瘍は極めてまれであり、肉腫を除く子宮体部良性腫瘍のうちの0.03~0.2%を占めるに過ぎない³⁾。また、脂肪平滑筋腫は平滑筋細胞に混じって成熟した脂肪細胞に豊富な脂肪を含む腫瘍であり、平滑筋腫の脂肪変性とは区別される⁴⁾。

好発年齢は50歳~70歳代の閉経後の女性で90%は40

歳以上の女性であったと報告されている⁵⁾。子宮体部平滑筋脂肪腫の組織学的発生機序としては、まれに embryonal fat cell と思われる細胞が認められたとする症例



図1 CT画像 横断像
骨盤内に厚い皮膜を持つ脂肪性腫瘍を認める。



図2 経腔超音波画像
子宮内に境界明瞭で高輝度な腫瘍を認めた。



図3 MRI T2強調画像 矢状面



図4 MRI T1強調画像 横断面

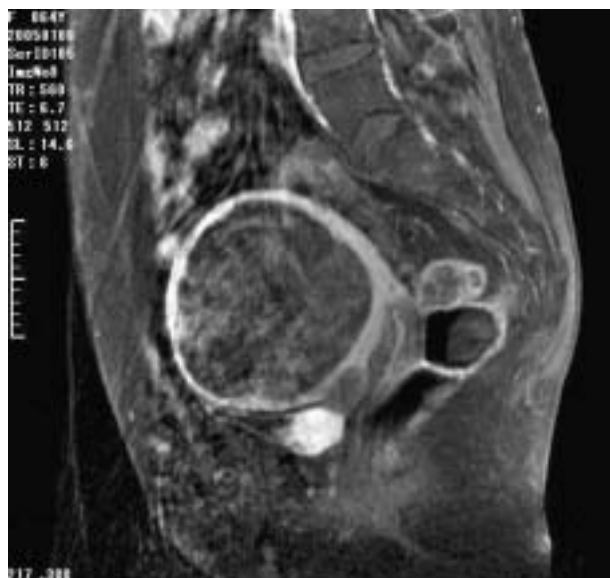


図5 MRI 脂肪抑制画像 矢状面



図6 MRI 脂肪抑制画像 横断面



図7 摘出標本
子宮体部前壁より発生した腫瘍（標本上）
子宮および付属器（標本下）

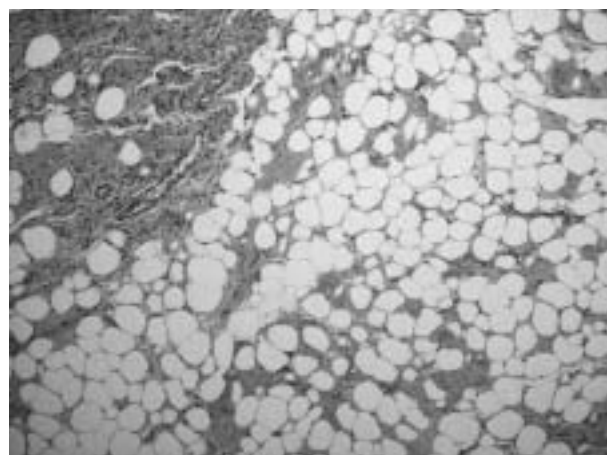


図8 病理組織 腫瘍組織
成熟脂肪細胞の増生とその間に平滑筋細胞がみられる。

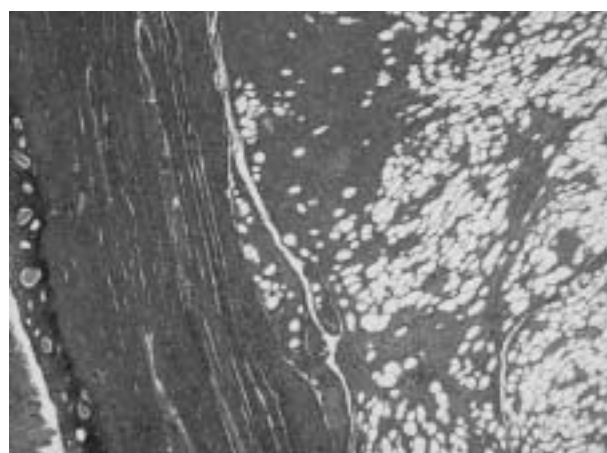


図9 病理組織像 子宮体部

報告に基づき、胎児期に脂肪組織が迷入した脂肪細胞が腫瘍化したとする説や、平滑筋細胞あるいは未分化間葉細胞が脂肪細胞へ化生する原因とする説や⁶⁾、血管周囲組織の脂肪が腫瘍化し、進展したとする説等があり、一定の見解は得られていない。

本邦ではこれまでに約200の症例報告が認められるが、そのほとんどは子宮摘出術後の組織学的検索にて偶然発見されており術前に診断される症例は少ない。今回の症例は超音波検査にて非常に高輝度で境界明瞭の腫瘤を認め、筋腫としては非典型的であった。CT および MRI 検査で骨盤内に脂肪成分を含む腫瘤を認め、術前から脂肪平滑筋腫であることが強く示唆された。また、鑑別としては脂肪肉腫も疑われ、画像上その鑑別は非常に困難であるが、脂肪肉腫は通常骨、軟骨、骨格筋原発であり、子宮体部は原発とならないとされており⁴⁾これらの病理学的な発生頻度から脂肪平滑筋腫を疑った。加えて現在までの他院での約30年の経過から良性腫瘍であろうと判断し、本人の希望も加味し腹腔鏡を用いた手術を行った。手術は、腫瘍が非常に大きかったため最初に核出を行った。腫瘍は境界明瞭であったが、非常にみずみずしく核出することが困難であったが、それ以外の手技に関しては通常の腹腔鏡下腔式単純子宮全摘術と特に変わりはない。

今回の診断には画像検査、とくに MRI による脂肪抑制画像が非常に重要であり⁷⁾⁸⁾、子宮体部に脂肪成分を多く含む腫瘍の場合、脂肪平滑筋腫を念頭においた鑑別診断が重要であると考えられた。

文 献

- 1) Novak ER, Woodruff JD, Myoma and other benign tumors of the uterus. In : Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology With Clinical and Endocrine Relations, 8th ed. Philadelphia : WB Saunders and Co., 1979 ; 270
- 2) Resta L, Maiorano E, Piscitelli D, Botticella MA : Lipomatous tumors of the uterus. Clinico-pathological features of 10 cases with immunocytochemical study of histogenesis. Pathol Res Pract. 1994 ; 190 : 378—383
- 3) Soyer P, Harry G, Cazier A, Masselot J, Vanel D : Uterine fibromyolipoma: uncommon imaging features. Eur J Radiol. 1991 ; 13 : 67—68
- 4) Robboy, Stanley J, Anderson, Malcolm C, Peter Russell, Uterine smooth muscle tumors. In : Pathology of the Female Reproductive Tract, Churchill Livingstone, 2001 ; 398—399
- 5) Oppenheimer DA, Carroll BA, Young SW : Lipoleiomyoma of the uterus. J Comput Assist Tomogr. 1982 ; 6 : 640—642
- 6) 桜井秀、手島英雄、宇津木久仁子、笠原国武、荷見勝彦 : 手術前に画像診断し得た子宮体部原発脂肪平滑筋腫の1症例、産科と婦人科、2001 ; 68 : 127—130
- 7) 土岐利彦、伊東和子 : 【子宮間葉系腫瘍の診断と治療】子宮筋腫、子宮筋腫の診断、組織学的多様性と画像診断、産科と婦人科、1999 ; 66 : 729—735
- 8) 金森崇修、野々垣真佐史、橘敏之、小西郁生、藤井信吾 : 術前に MRI にて診断した子宮脂肪平滑筋腫の1例、産婦人科の進歩、1999 ; 51 : 155—159 (H18. 5. 19 受付)

妊娠後期に発症した下肢静脈血栓症に対し下大静脈フィルターを使用した1例 Using a Vena Cava Filter with Deep Venous Thrombosis In a Pregnancy

昭和大学横浜市北部病院

Department of Obstetrics and Gynecology, Showa University
Northern Yokohama Hospital

荻部 瑞穂 Mizuho KARUBE

大和徳洲会病院

Department of Obstetrics and Gynecology, Yamato-Tokushukai
Hospital

石川 哲也 Tetuya ISHIKAWA

野口 有生 Yusei NOGUCHI

要 旨

妊娠中は血液凝固能の亢進や線溶系の低下、妊娠子宮による静脈血流の鬱滞などにより血栓が形成されやすい状態にあり、非妊時と比較し5～10倍リスクが高いといわれている。今回我々は妊娠後期に発症した下肢静脈血栓症(DVT)の症例を経験した。症例は29歳の0経妊、異常所見なく経過していたが29週0日下痢と下腹部痛を認め来院、子宮収縮認め切迫早産かと思われたがその後左下肢疼痛・腫脹や変色をきたした。超音波上 DVT が疑われ、肺塞栓症発症を危惧し一時的な下大静脈フィルター(IVC-F)を挿入、抗凝固療法としてダナパロイドナトリウム(オルガン^R)の投与を開始した。血栓の器質化を待ち IVC-F 抜去し低用量アスピリン内服を開始したが、子宮収縮に対し内服コントロールが困難であり入院加療を要した。35週に入ったところで再度ダナパロイドナトリウムに変更、分娩方式は骨盤位であったため帝王切開術を選択した。帝王切開術後静脈還流量が増加することによる血栓塞栓症のリスクが増加することから術前に IVC-F 挿入した。術後は低用量アスピリン内服にて特に異常なく退院、分娩3ヵ月後異常所見なくアスピリン中止とした。現在のところ再発は認めていない。

Key words: 妊娠、深部静脈血栓症、ダナパロイドナトリウム

緒 言

妊娠中は骨盤内の血流鬱滞や凝固能の亢進などにより血栓形成をきたしやすい状態となっている。今回我々は妊娠29週に左 DVT を発症し、発症直後に一時的に IVC-F 挿入し症状改善後抜去、分娩前に再度挿入し生児を得た一例を経験した。妊娠中に発症する DVT に関して文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例: 29歳 0経妊0経産 身長155cm 体重55kg (非妊時+5kg) BMI (22.8)

既往歴: 特記すべきことなし

現病歴: 妊娠初期中期には特に異常認めなかった。29週0日左下腹部痛と下痢を認め、29週1日外来受診となる。

受診時所見: 左下腹部痛認め3～4分毎の子宮収縮を認めたが、頸管長は39mm と保たれていた。超音波上疼痛部位に異常所見無く、また胎盤にも異常所見は認められなかった。切迫早産の診断にて入院管理とした。

入院後経過: 子宮収縮に対して塩酸リトドリン100 μ g/H にて開始するも左下腹部痛持続、徐々に左下腿から大腿部にかけて疼痛を認めるようになった。同時に左下肢の青紫色への変色を認め著明な浮腫が出現したため左下肢深部静脈血栓症疑われ超音波検査を施行した。

下肢超音波検査所見: 大腿静脈に血栓様エコー像認め膝窩静脈では血流の鬱滞像を認めた。血栓は器質化しているように見られたが、一部に遊離微候のある血栓像を認めた。

血液検査所見: WBC 11100/ μ l、RBC 335 x10⁴/ μ l、Hb 11.0 g/dl、Plt 32.1 x10⁴/ μ l、Ht 32.6%、TP 6.7 g/dl、Alb 3.8 g/dl、T. Bil. 0.4 mg/dl、BUN 7.8 mg/dl、Cr 0.5 mg/dl、Na 138 mEq/l、Cl 105 mEq/l、K 3.2 mEq/l、GOT 21 IU/l、GPT 18 IU/l、CRP 0.68 mg/dl、PT 100%以上、aPTT 100%以上、Fbg 512 mg/dl、FDP 10 ng/dl、TAT 8.0 μ g/l、PIC 5.1 μ g/ml、D-ダイマー 4.4 μ g/ml、AT-III 101%、プロテインC 125%、プロテインS 37.6%、抗核抗体陰性、抗カルジオリピン抗体陰性凝固能の異常、超音波上の血栓像の存在より左 DVT と診断した。遊離微候のある血栓を認めるため IVC-F 挿入を決定、挿入後よりダナパロイドナトリウム2500単位/日投与を開始、塩酸リトドリンは静脈炎を惹起するため内服へ変更するも子宮収縮抑制不可能であったため、硫酸マグネシウム点滴静注へ変更した。左下肢腫脹・疼痛は改善、超音波にても器質化傾向認め遊離微候のある血栓は認めないため、31週0日 IVC-F 抜去、抜去時左大腿静脈から総腸骨静脈までの完全閉塞を認め、側副血行路が形成されていた。抜去したフィルター内に血栓付着を認めたが、遊離した血栓がフィルター内で形成された血栓かは不明であった。翌日より低容量アスピリン(バ

ファリン^R 81mg)を開始、しかし内服薬での子宮収縮コントロール困難であったため入院管理とした。

児成長は順調であったが骨盤位にて経過、分娩方針に関して本人が帝王切開術希望したため37週にて施行予定とし、35週0日よりバファリン^R中止し再度ダナパロイドナトリウム2500単位開始した。帝王切開術では術後の安静臥床や骨盤内血管内皮障害により新たな血栓を形成する可能性があること、また分娩後急速に静脈還流量が増加し血栓遊離の可能性があることから¹⁾手術2日前に再度IVC-F挿入した。37週1日にて血栓形成予防処置として弾性ストッキングとAVインパルス装着の上、全身麻酔下にて帝王切開術を施行、男児、2625g、Apgar score 9点(1分後)10点(5分後)にて娩出となる。術後はダナパロイドナトリウム1250単位施行、術後1日目より歩行開始した。特に経過異常なく術後7日目IVC-Fを抜去、低用量アスピリン内服とした。その後血液検査上異常所見なく分娩後3ヵ月にてアスピリン中止としたが、現在のところDVTの再発は認めていない。

考 察

妊娠中のDVTの発生頻度は約0.5%とされ、肥満や帝王切開術分娩では産褥期における発症リスクがさらに増加すると考えられている²⁾。

血栓形成の要因としてVirchow²⁾は①血管壁の変化、②血液性状の変化、③血流の変化を挙げている。①妊娠中の血管壁の変化として静脈の生理的・解剖的变化により静脈が進展、容量が増加することにより結果として血流が減少する。また分娩時の胎盤剥離の際に生じる子宮らせん動静脈の破綻、軟産道の損傷などにより発生した血管内皮障害が生じる。このことはフィブリン産生と血小板凝集の連鎖を引き起こし血栓形成を促す。②液性状の変化として血液凝固能の亢進がある。またフィブリノーゲンの増加や分娩中・術後に生じやすい脱水は血液粘度を増加、血流低下を引き起こす。③血流の変化として骨盤内静脈が妊娠子宮により圧迫が生じ、結果静脈鬱滞が発生する。近年では妊娠中に活性化プロテインC(APC)の補因子である遊離型プロテインS活性の低下、APC感受性低下が報告されており、血栓形成の一因となっている可能性が指摘されている。以上より妊娠中および産褥期はDVTが発生しやすい状況にあるといえる。さらに高齢妊娠(35歳以上)、肥満、切迫早産などによる長期臥床、妊娠中毒症、妊娠悪阻による脱水、抗リン脂質抗体症候群などはDVT発生リスクを上昇させる。遊離型プロテインS活性の低下が本症例でも認められていたが、妊娠中には若干の低下は認めることからこのことがDVTの発生につながったとは考えにくい³⁾。本症例では発症前日に下痢を認め脱水状態に陥っていた可能性があり、発症の契機になった可能性はある。

DVTに対する治療は抗凝固療法(ヘパリン^R・ワーファリン^R)、線溶療法(ウロキナーゼ^R・組織プラスミノゲンアクチベータ)が挙げられる⁴⁾⁵⁾。妊娠中の線溶療法は常位胎盤早期剥離を引き起こす可能性があり、母体

救命に関わる場合以外は極力避けるべきである²⁾。妊娠中の治療の第1選択はヘパリン^R投与である。今回我々はヘパリン^Rではなくダナパロイドナトリウムを使用した。ダナパロイドナトリウムは凝固因子第Xa因子に対して選択的に抑制作用を示しヘパリンと比較し抑制作用の持続が長く、APTT・PTの延長作用は弱いとされている。また血小板のトロンビン誘発凝集作用を濃度依存的に抑制し、その作用はヘパリンの約1/6といわれている⁶⁾。以上よりヘパリン^Rと比較して少量にて血栓形成を抑制し出血のリスクが少ないことから本症例ではダナパロイドナトリウムを選択した。

ダナパロイドナトリウムは急性期に投与し、自覚症状・他覚的所見(血液検査・超音波検査など)改善の後低用量アスピリンへ変更する。35週頃には中止し再度ダナパロイドナトリウム点滴へ変更する。分娩後はワーファリンを6~12週間にわたって内服させる。ワーファリンの乳汁移行は認めるが、微量であり授乳中での使用は可能である⁷⁾。本症例では妊娠中に低用量アスピリンを内服していた事もあり、分娩後も低用量アスピリン内服とした。

急性期のIVC-F挿入に関しては上記治療後も症状改善認めない場合や遊離の可能性のある血栓を認めた場合など限られた状況においてのみ施行した方が望ましい。分娩時の挿入に関しては様々な報告がなされている。分娩前後において血行動態が著しく変化するため血栓が遊離する可能性が高くなるが、フィルター挿入することで新たな血栓形成を惹起してしまう可能性もある⁸⁾⁹⁾。分娩前に十分な血栓の評価を行い、血栓を認めるのであれば肺塞栓症予防の観点からはフィルター挿入が望ましいと考えられる。分娩後3日間は血栓遊離の危険性が高いといわれておりIVC-F挿入をしておきたい。しかし陣発後や夜間のIVC-F挿入は容易ではなく、また挿入期間は感染や血栓形成予防のために2週間以内が望ましいとされているため分娩誘発を試みる施設が多いようである。分娩方式に関しては帝王切開術はさらにリスクを増加させることを考慮すると経陰分娩が勧められるが、その際には脱水の予防やインパルス装着などの予防対策を講じるべきである。

結 語

今回我々は妊娠29週において深部静脈血栓症を発症、IVC-F挿入し帝王切開分娩となった1例を経験した。食生活などの変化に伴い我が国でもDVT発症率は上昇している。下肢腫脹・疼痛が症状として挙げられるが、妊娠中は子宮収縮を同時に認め下腹部痛が主訴に受診する可能性もある。DVTの可能性も考慮しながら診療にあたる必要があると思われる。またDVTは肺塞栓症を引き起こすことがあることから、妊娠中であっても十分に抗凝固療法を施行していく必要があると思われる。

文 献

- 1) 小林優子、上山和也、斉藤知見、宮国泰香、国井優衣

- 子、杉山真理子、中村貴則、田口雄史、池田申之、野島美知夫、吉田幸洋：妊娠中に発症した下肢静脈血栓症に対し下大静脈フィルター留置後に経膈分娩した1例、日産婦関東連合会誌、2005；42：37－41
- 2) 村山敬彦、斉藤正博ら：産科領域における静脈血栓塞栓症の問題点と対策、産婦人科の実際、2005；No.6：Vol.54
- 3) 松永雅美、伊藤昌春：深部静脈血栓症、産婦人科治療2005；5：Vol.84
- 4) 医薬品インタビューフォーム、血液凝固阻止剤、オルガラン^R注
- 5) 小林隆夫：静脈血栓塞栓症予防ガイドラインについて、産婦人科の実際、2005；No.6：Vol.54
- 6) 竹田省：産科領域での静脈血栓症、肺塞栓症の実態、産科と婦人科、2001；第68巻：4号
- 7) 杉村基、大橋涼太ら：妊婦における深部静脈血栓肺塞栓症の発症予測、血液凝固学的指標について、Jpn. J. Obstet. Gynecol. Neonatal hematology. 2000；No1：Vol.10
- 8) 丹羽明博：肺血栓塞栓症の治療ー下大静脈フィルターー、循環制御、1997；第18巻：第1号
- 9) 予防ガイドライン作成委員会：肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン、第2版（H18. 5. 12 受付）
-

「話題提供」

インフォームドコンセント(IC)および情報公開は婦人科領域における良性腫瘍
(子宮筋腫、子宮内膜症性嚢胞)の術式決定にインパクトを与えたか

Do informed consent and information disclosure
give the impact for an operation of benign tumor in gynecology

けいゆう病院

Keiyu Hospital

甘 彰華 Shouka KAN

鈴木 健治 Kenji SUZUKI

雨宮クリニック

Amemiya Clinic

雨宮 清 Kiyoshi AMEMIYA

福田俊子レディースクリニック

Fukudatosiko Ladies Clinic

福田 俊子 Toshiko FUKUDA

吉野町病院

Yoshinocho Hospital

内田 伸弘 Nobuhiro UCHIDA

はじめに

インフォームドコンセント(IC)とそれに伴うカルテ開示、さらに各医療機関からの情報公開の進行する中で、当初から医療機関側にとまどいと守りの姿勢がみられる一方で、一部患者の理不尽で不条理な言動もみられる。しかし、このことはマイナス面だけではなく、医師と患者の間に適切な緊張関係を生みだし医療レベルの向上に役立っている。手術の領域においても単により安全に短時間で確実に侵襲の少ない手術というだけでなく、患者の社会復帰後のQOLの保持や改善を目的とした包括的手術が要求されるようになってきている。

今回、婦人科領域における良性腫瘍の代表的疾患である子宮筋腫および子宮内膜症性嚢胞の診断のもとに施行された手術術式の変遷を通してICと情報公開、医療技術の進歩が及ぼした影響を検討してみた。

対象と方法

当院で主たる診断が子宮筋腫および子宮内膜症性嚢胞のもとに手術が施行された二種類の良性疾患に関して、1981年～1983年の3年間と2003年の1年間の2群に分類し、手術術式別の累積数、およびそれぞれの年齢群別累積数を検討し分析した。子宮筋腫群には、腺筋腫や子宮内膜症性嚢胞を除外した腹膜子宮内膜症が含まれている。子宮内膜症性嚢胞群は、卵巣嚢腫の診断で手術が施行された症例のうち、病理組織診断が子宮内膜症性嚢胞であった症例のみに限定した。

ICが日本で論じ始められるようになったのは1983年頃で実際に臨床の場で重要性が認識されたのは1990年(平成2年)に日本医師会生命倫理懇談会がICについての指針を示してからである。米国では、すでにICが専ら法律上の権利・義務の関係の中で論じられていたのに対し、1983年にはICは患者の価値観とか人生の目標といったものと深く関わっている倫理的な概念であるとした。すなわち、医師は患者の倫理上の権利として患者のQOL向上のためにICを実行することが重要なのである¹⁾。そのためには、説明される医療内容が科学的根拠にもとづいたもので病院間や個々の医師間に大きな違いがあってはならないが、実際には医療技術や施設の差で提供される医療内容に違いがあるのが現状である。しかし、IC、情報公開と開示、セカンドオピニオンはこの問題の根本的解

表1 子宮筋腫群

○子宮に対する手術

	総数(人)	子宮全摘出術	筋腫核出術
1981～83年	492	436 88.6%	56 11.4%
2003年	282	158 56%	124 44%

○付属器に対する手術

	総数(人)	卵巣温存	両側付属器切除術
1981～83年	492	289 58.7%	203 41.3%
2003年	282	274 97.2%	8 2.8%

決にはならないが、患者が医療施設を選択することを可能にしたこと、病院間で患者をしかるべき施設に紹介するように推進したことである。一方、ICの難しさもあり患者の意思決定の限界や時間の確保の難しさが挙げられる。患者の意思決定の限界には、医師からいくつかのオプションが提示されても最も好ましい選択をするのが困難であることが多く、理由としては、記憶や合理的判断の限界、将来より現在の利益の優先、迷信や信仰の影響、治療成績の提示法によるバイアスがある²⁾。

成 績

先づ、子宮筋腫に関して1981年173例、1982年150例、1983年169例の計492例中、子宮全摘出術施行は436例88.6%、子宮筋腫核出術施行は56例11.4%であった。2003年においては282例中、子宮全摘出術施行は158例56%、子宮筋腫核出術施行は124例44%であった。これをさらに年齢群別にみると子宮全摘出術施行例は、1981年～1983年では30歳代で70.5%、40歳代前半以降は95%以上であるが、2003年では子宮全摘出術施行例は30歳代で15%、40歳代前半で58%、40歳代後半で87%となっている。一方、その際の付属器の扱いに関しては、全体として1981年～1983年では両側付属器切除術は203例41.3%、片側付属器切除術は（対側の嚢腫切除術も含む）162例32.9%、両側付属器残存は127例25.8%であり、卵

巣温存例は289例58.7%であった。2003年では両側付属器切除術は8例2.8%、片側付属器切除術は（対側の嚢腫切除術も含む）64例22.7%、両側付属器残存は210例74.5%であり、卵巣温存例は274例97.2%であった。これをさらに年齢群別にみると1981～1983年では、卵巣温存例は30歳代で86%、40歳代前半で60%、40歳代後半で40%であった。2003年では、卵巣の温存例は30歳代で100%、40歳代前半で100%、40歳代後半で98.5%、50歳代で84.4%であった。

次に子宮内膜症性嚢胞の手術術式に関しては1981年～1983年の107例のうち嚢腫切除術か片側付属器切除術のみ25例23.4%、子宮全摘出術および嚢腫切除術か片側付属器切除術は27例25.2%、子宮全摘出術および両側付属器切除術は55例51.4%であった。2003年では95例のうち

表3 子宮内膜症性嚢胞群

○卵巣に対する手術			
	総数(人)	卵巣温存	両側付属器切除術
1981～83年	107	52 48.6%	55 51.4%
2003年	95	94 98.9%	1 1.1%
○子宮に対する手術			
	総数(人)	子宮温存	子宮全摘出術
1981～83年	107	25 23.4%	82 76.6%
2003年	95	70 73.7%	25 26.3%

表2 子宮筋腫群の年齢群別分布

○子宮に対する手術				
1981～83年 (n ₁ =492)			2003年 (n ₂ =282)	
	子宮全摘出術	子宮筋腫核出術	子宮全摘出術	子宮筋腫核出術
～19	0	2 100%	0	0
20～29	0	8 100%	0	14 100%
30～39	91 70.5%	38 29.5%	11 15.3%	61 84.7%
40～44	137 96.5%	5 3.5%	47 58.0%	34 42%
45～49	158 98.1%	3 1.9%	60 87%	9 13%
50～59	49 100%	0	39 86.7%	6 13.3%
60～69	1 100%	0	1 100%	

○卵巣に対する手術				
	1981～83年		2003年	
	卵巣温存	両側付属器切除術	卵巣温存	両側付属器切除術
～19	2 100%	0	0	0
20～29	8 100%	0	14 100%	0
30～39	111 86%	18 14%	72 100%	0
40～44	85 59.9%	57 40.1%	81 100%	0
45～49	65 40.4%	96 59.6%	68 98.6%	1 1.4%
50～59	18 36.7%	31 63.3%	38 84.4%	7 15.6%
60～69	0	1 100%	1 100%	0

表4 子宮内膜症性嚢胞群の年齢群別分布

○卵巣に対する手術				
	1981～83年 (n ₁ =107)		2003年 (n ₂ =95)	
	卵巣温存	両側付属器切除術	卵巣温存	両側付属器切除術
～19	0	0	1 100%	
20～29	10 100%	0	18 100%	
30～39	28 63.6%	16 36.4%	38 100%	
40～44	8 30.8%	18 69.2%	20 100%	
45～49	6 27.3%	16 72.7%	16 100%	
50～59	0	5 100%	1 50%	1 50%

○子宮に対する手術				
	1981～83年		2003年	
	子宮温存	子宮全摘出術	子宮温存	子宮全摘出術
～19	0	0	1 100%	
20～29	10 100%	0	18 100%	
30～39	15 34.1%	29 65.9%	36 94.7%	2 5.3%
40～44	0	26 100%	11 55%	9 45%
45～49	0	22 100%	4 25%	12 75%
50～59	0	5 100%	0	2 100%

表5 IC及び情報公開による影響

- ・各施設において科学的根拠に基づいた診療が行われるようになってきた。(診療の標準化)
- ・医療情報を患者が入手しやすくなり、医療施設や治療の選択が可能になった。(自己決定権)
- ・病診・病病連携が充実し、しかるべき施設への紹介が推進された。(機能の分担化)

嚢腫切除術か片側付属器切除術は70例73.7%、子宮全摘出術および嚢腫切除術か片側付属器切除術は24例25.3%、子宮全摘出術および両側付属器切除術は1例1.1%であった。これをさらに年齢群別にみると、1981年～1983年では、嚢腫切除術か片側付属器切除術は10歳代で1例100%、20歳代で10例100%、30歳代で15例34.1%、40歳代以上0例、子宮全摘出術および嚢腫切除術か片側付属器切除術は20歳代0例、30歳代13例30%、40歳代前半5例30.8%、40歳代後半6例27.2%、子宮全摘出術と両側付属器切除術は20歳代0例、30歳代16例36.7%、40歳代前半18例69.2%、40歳代後半16例72.7%、50歳代5例100%であった。2003年においては、嚢腫切除術か片側付属器切除術は10歳代1例100%、20歳代18例100%、30歳代36例94.7%、40歳代前半11例55%、40歳代後半4例25%、子宮全摘出術と嚢腫切除術か片側付属器切除術は20歳代以前0例、30歳代2例5.3%、40歳代前半9例45%、40歳代後半12例75%、50歳代1例50%、子宮全摘出術および両側付属器切除術は40歳代以前0例、50歳代1例100%であった。

考 察

今回、我々はIC、情報公開や開示以前の1981～83年とそれ以後の2003年の二群に分け、それぞれの時期において婦人科良性疾患の代表である子宮筋腫および子宮内膜症性嚢胞に対してどのような術式が行われていたのか年齢群別に検討した。

子宮筋腫に対する子宮全摘出術は2003年の56%に対して1981～83年で88.6%に達していること、年齢群別においても2003年には30歳代で15.3%、40歳代前半で58%であったが、1981～83年では30歳代で70.5%、40歳代前半で96.5%に達していた。子宮筋腫核出術については、1981～83年の11.4%から2003年の44%と上昇し、同時に施行された付属器の扱いについても両側付属器切除術は1981～83年の41.3%から2003年の2.8%と減少し、年齢群別でも両側付属器切除術は1981～83年では30歳代で

14%、40歳代前半で40.1%に達するが、2003年では40歳代前半で皆無であった。

一方、子宮内膜症性嚢胞に関しては、両側付属器切除術は1981～83年の51.4%から2003年の1.1%に減少し、年齢群別でも両側付属器切除は1981～83年で30歳代ですでに36.4%、40歳代前半で69.2%に達するが、2003年では40歳代後半まで皆無であること、その際、同時に施行された子宮に対する扱いは、子宮全摘出術が1981～83年で76.6%であるが、2003年は26.3%と減少し、年齢群別でも子宮全摘出術は1981～83年では30歳代ですでに65.9%に達し、40歳代以降は100%であり、2003年では30歳代で5.3%、40歳代前半で45%であった。これらの結果からは、子宮および卵巣温存の術式が一層顕著となってきた。

1981～83年頃では、子宮内膜症の根治的治療法は手術による子宮全摘出術および両側付属器切除術であったこと、医師側にライフサイクルとしての女性ホルモンへの配慮の欠如があり閉経に近いから卵巣腫瘍発生予防のため40歳代後半以降では両側付属器切除を行う傾向があったこと、症状に無関係に手拳大以上の子宮筋腫は手術の適応であったこと、子宮筋腫の増大傾向があれば手術適応となり子宮全摘出術の頻度を高めたと思われる。又、個々の医師の判断にもとずき慣習的に診療が行われ、互に干渉しない傾向があり医師相互間の検討・批判が希薄であるだけでなく、病院間の治療方針が異なっていた。患者側にも「先生にお任せします」というパターンリズム的風潮があった。しかし、現在では、医療技術の進歩と導入が早期診断、早期治療を可能とし、患者のICによる医療の参加は意識の変化をもたらし、全人的医療としてQOLに配慮した治療を可能にしつつある。

結 語

ICによる医療への患者の参加は情報公開や開示の中でより包括的な医療、すなわちQOLに配慮した手術術式を求めるようになってきている。

文 献

- 1) 村上國男：医療技術としてのインフォームドコンセント、臨泌、1992；46/9：729－735
- 2) 中島和江：情報公開時代にいかに備えるべきか、日医雑誌、1998；120：272－278
(H18. 5. 31 受付)

「研修講演」

ホルモン補充療法 ー過去・現在・未来ー

横浜市立大学附属市民総合医療センター婦人科

茶木 修

はじめに

ホルモン補充療法（Hormone Replacement Therapy；HRT）は閉経後の女性に対し女性ホルモンを投与し高齢女性の健康を保持し、増進することを目的として開発された。米国では1940年代から普及したが、子宮を有する女性ではエストロゲン単独投与により子宮内膜癌のリスクが増大するためプロゲステンを併用することで内膜癌発生を抑制することが可能とされ、欧米では1980年代以降急速に普及した。英国、米国、ドイツ、デンマークなどでは約半数の女性がHRTの利用経験者（現使用者＋過去使用）とされていた¹⁾。しかし我が国では発癌のリスクが強調されたこと、体重増加など副作用が問題視されたこともあり、対象女性の約3%が使用していたとされている。2002年7月にWomen's Health Initiative（WHI）からHRTに関する重大なレポートが発表され、HRTによる総合的な骨粗鬆症のリスク低下に関する明確な証拠を初めて示しながら、HRTの長期施行により、乳癌、心血管疾患のリスク上昇がベネフィットを上回るため、骨粗鬆症の治療・予防としてHRTは望ましくないと結論している²⁾。このためHRTを主たる手段として用いていた更年期医療の現場では大きな影響を受けた。本稿ではWHIのレポートを踏まえた上で、これからのHRTについて述べる。

HRTの適応（WHI以前）

更年期障害（血管運動系）、骨粗鬆症および骨量減少、泌尿生殖器系の異常（尿失禁、残尿感）はHRTの良い適応で、それ以外でも脂質代謝異常（高脂血症）、動脈硬化予防、アルツハイマー型認知症、皮膚の萎縮などに効果を示すとされていた。それぞれのHRTの治療効果を図表に示す。

WHIの概要

WHIは、閉経後健康女性における各種疾患の発症予防対策を総合的に評価することを目的に、米国の50歳から79歳の健康な一般閉経後女性を対象とした大規模前向き臨床試験である。この試験はHRT（WHI Hormone Program：エストロゲン単独療法、エストロゲン＋プロゲステン併用療法）の施行、食生活（低脂肪）、補助食品（カルシウム・ビタミンD）の摂取、喫煙、運動などの生活習慣が、心血管疾患、癌、骨粗鬆症などの発症におよ

ぼす影響を長期間にわたり追跡調査するもので、全ての試験を遂行するために、無作為に抽出され、同意の得られた総数約16万人の閉経後女性を40の医療施設に登録して、1991年から15年の計画で開始されていた。平均5.2年の時点での評価で、浸潤乳がんのリスクがあらかじめ設定したリスクの範囲を逸脱したと総合的な評価においてもリスクがベネフィットを上回る可能性があることから2002年5月31日に終了された（表）。

HRTに対するAmerican College of Obstetrics and Gynecology: AGOGの見解

米国のFDA（Food and Drug Administration）の勧告を受けAGOGはただちに閉経後女性に対するHRTの使用に関するコメントを発表している。その中でエストロゲン欠落症状の緩和目的に短期間使用しているものは継続しても心配ないであろうこと、継続するか中止するかの判断は個人レベルで下すこと、などWHIにより引き起こされた患者の混乱を沈静させることを意図した見解が示された（表）。

WHIの問題点

更年期医療の現場に大きな影響を与えたWHIであったが、最初の発表から3年が過ぎ、一時の混乱が収まった今、あらためてWHIのレポートを評価してみるといくつかの重大な問題点が指摘できる。以下に問題点を述べる。

WHIの対象者は60歳以上の高齢者で、閉経直後の若い女性を対象とした無作為比較試験ではないこと、使用されたエストロゲン製剤は結合型エストロゲン（プレマリン）のみであり、プロゲステン製剤もMPA（プロベラ）だけであること、乳癌発症のリスクが高かったために中止となったが、リスク上昇はわずかであり、これはプラセボ群の発生率が低下したために見られたものであること、WHIの対象者は治療開始時に既に心血管疾患をもっていた可能性が否定できないこと、乳癌、血栓症、冠動脈心疾患、脳卒中、肺塞栓症のリスク上昇が観察されたがこれらの群間の絶対数の差はわずかであったこと、またERTでは乳癌、冠動脈心疾患のリスク上昇は認められなかったことが上げられる。

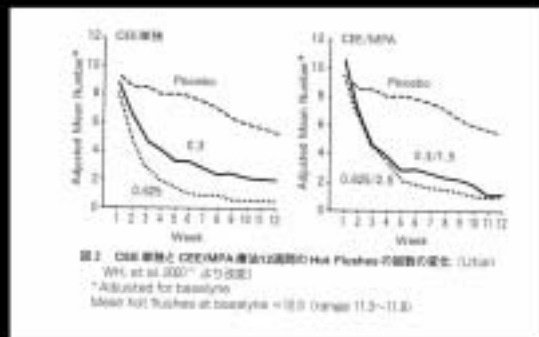
HRTの適応(WHI以前)

- ・更年期障害(血管運動系)
- ・骨粗鬆症および骨量減少
- ・泌尿生殖器系の異常
- ・脂質代謝異常
- ・動脈硬化性疾患
- ・アルツハイマー型認知症
- ・皮膚の萎縮

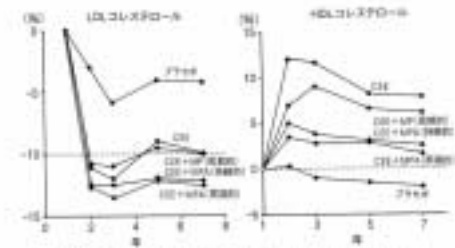
ADに対するHRTの効果

研究	治療群	対照群	効果(OR)	注釈
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	プラセボ 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	エストロゲン 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	エストロゲン 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	エストロゲン 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	エストロゲン 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	エストロゲン 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	エストロゲン 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	エストロゲン 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。
Women's Health Initiative (WHI)	エストロゲン 1.0mg/日	エストロゲン 1.0mg/日	1.1	WHIはADに対する効果を示さなかった。ただし、エストロゲン単独では、認知機能の低下を抑制する効果を示した。エストロゲンとプロゲステロンの組み合わせでは、認知機能の低下を抑制する効果を示さなかった。

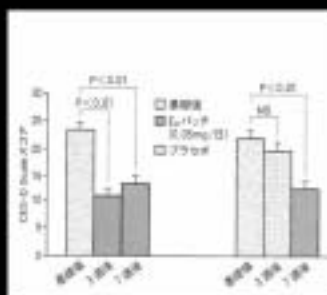
HRTによるHot Flushに対する効果



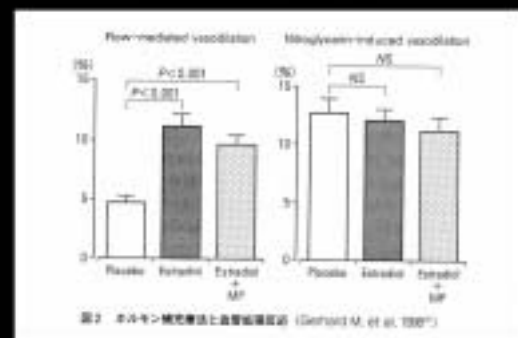
脂質代謝に対するHRTの効果



うつ病に対するエストロゲン療法の効果



HRTは内皮依存性の血管拡張作用を持つ



HRTによる骨折予防効果

表1 ホルモン補充療法と骨折予防効果 (Torgerson ET, et al. 2003)

骨折リスク (95%信頼区間)	p-Value
全骨折リスク	0.75 (0.58-0.94)
椎体骨折	0.57 (0.40-0.80)
椎体以上	0.88 (0.71-1.00)
大腿骨骨折と股関節骨折	0.80 (0.60-1.00)
椎体未満	0.46 (0.28-0.76)
椎体以上	0.88 (0.67-1.00)

骨折リスクを低減した。HRTにより、椎体骨折のリスクを低減することメタアナリシスにて確認された。女性の骨量減少が椎体骨折に寄与することから、椎体骨折のリスクを低減したことが骨折予防効果の要因と考えられる。

WHI(HRT群)中止の根拠

表1 WHI試験中止の根拠
試験中止決定の根拠となる要因として、有害なような副作用が、WHI (2002, 2005, 2007-2008) に報告されました。

例年：対照群と比較したHRT群における相対リスク(RR)とベネフィット (絶対リスク=15,000、対照群=0.132、HRT群=0.508、10,000人/年)

発症した事象	相対リスク	絶対リスクの増加	絶対ベネフィットの増加
心臓病発症	1.29	7 ↑	0.33
脳卒中	1.41	8 ↑	0.33
肺がん発症	2.11	16 ↑	0.33
深部静脈血栓	1.36	8 ↑	0.33
がん(大腸がん)	0.83	0 ↓	0.33
がん(乳がん)	0.83	0 ↓	0.33

HRTに対するAGOGの見解

- ・ HRTは乳癌、心筋梗塞、脳卒中、血液凝固のリスクをわずかながら有意に増加させるので心血管障害の予防に用いてはならない
- ・ 子宮摘出を受けた女性に行われるERTも血液凝固や脳卒中のリスクを増やすので疾患予防に用いるべきではない
- ・ HRTは血管運動神経症状の治療に適した治療法である。使用に当たってはそのリスクとベネフィットを勘案すること、できるだけ短期間、最小有効量の使用とすること、および使用継続の可否は毎年検討すべきである
- ・ 頑固な血管運動神経症状を持つ女性では、患者が希望するか、あるいは他の治療法が無効な場合にはHRTを中断することは不適切である

国際閉経学会による HRT の原則

国際閉経学会では WHI の発表を受け HRT の原則を提唱している。加齢、閉経（女性ホルモンの欠乏）に伴う疾患の予防には、薬物療法を行う前に生活習慣の改善が重要であること、閉経移行期に HRT を行えば骨折、心疾患、脳疾患を予防できる可能性があるが、痴呆に対する効果は不明であること、ホルモンを使用する場合には適切かつ効果的投与量を個別的に設定すること、HRT の種類と投与法が異なれば異なる効果が得られるため、HRT を一括りで論じるべきでないこと、そして集団で得られたエビデンスを直接個々の患者にまで一般化できないことを強調している。その上で HRT を行う際には、漠然と治療を続けるのではなく、常に効果と副作用をモニターすることが重要であると注意している（表）。

今後の更年期医療における HRT について

更年期・閉経後女性に対するヘルスケアの基本は、従来から強調されてきたように、精神・身体機能の評価と、これらに基づいた食事・運動・栄養などの生活習慣の適正化であり、それで十分な効果が見られない場合には薬物療法を行うべきである。そして HRT は薬物療法の 1 つの選択肢であり、これを選択するに当たっては、一人一人の女性について、そのリスクとベネフィットを慎重に判断することが必要である。更年期症状に対する HRT の効果は明らかであるので、治療前に禁忌でないことを確認し、また治療開始後には、その効果を判定するとともに、乳がんやその他の異常所見の有無をチェックして安全性を確認しながら治療の継続・中止を判断する。施行にあたっては必要最小量を必要最短期間とする。心血管系疾患の予防を目的として、結合型エストロゲン 0.625mg/

国際閉経学会による HRT の原則

表 4 国際閉経学会による閉経後のケアにおける HRT の原則

1. 治療ではなく、予防が最も重要な目標である。生活スタイルの改善とくに禁煙、アルコール乱用からの離断が重要。ホルモンシフトは閉経の薬物療法も戦略の一部となる。
2. HRT を閉経移行期に開始すれば骨折や器質的心疾患および脳疾患を予防できる可能性がある。痴呆予防に効果があるかどうかは不明。
3. 治療や予防でホルモンを用いる場合には適切かつ効果的な投与量を個別的に設定する。
4. 長年経閉による効果の基はまだ議論の的になっていないが、動脈硬化のリスクがある患者ではおそれ投与の効果が得られない。
5. HRT のタイプと投与法が異なれば異なる効果が得られるので HRT を一括りにして論じるべきではない。
6. プロゲステロン/プロゲステンは子宮内腫瘍の保護に必要である。
7. ホルモン剤とほかの治療法の併用は有益であると思われる。
8. 集団で得られたエビデンスを直接個々の患者にまで一般化することはできない。ただし、治療方針を決定する根拠としてなら使用可能であるが、その場合は確度リスクより利益リスクを重視する。

日を基本とした HRT は行なわない。子宮のない女性に対しては、エストロゲンのみを用いる。子宮の有る女性に対する HRT には、子宮内膜がんの予防の見地からプロゲステロンの併用が必要である。プロゲステロンの併用方法については、同時連続療法であれ、周期的療法であれ、それに伴うリスクを十分に説明し、納得を得た上で行なう。治療開始後は乳房検診・血圧測定、脂質や凝固線溶系の血液検査などを行ない、慎重に治療経過を観察することが必要である。

おわりに

HRT は今後も閉経後女性の健康管理に大きな役割を果たしていくと思われるが、エストロゲン単独療法を含め HRT はリスクを伴った治療法であることを認識すべきである。WHI の結果のみで HRT がメリットのないリスクのみある治療法のごとく考えるのは間違いであり、個々の患者さんの適応をよく考慮し、適切な管理を行うことで、リスクを減少させ、ベネフィットを享受できると考える。

文 献

- 1) Katanoda K, Fujimaki S, Hayashi K, et al.: Prevalence and user's characteristics of hormone replacement therapy in Japan: Japan Nurses' Health Study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2003; 12: s8-9
- 2) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigator: Risks and benefit of estrogens plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288: 321-333 (H18. 7. 15 受付)

「研究会報告」

神奈川PWG (Perinatal Working Group) の報告

北里大学医学部産婦人科
北里大学病院総合周産期母子医療センター

天野 完

PWG (Perinatal Working Group) は産科医、新生児科医のみならず、周産期医療に携わる助産師、看護師、臨床心理士など多施設のスタッフが症例を巡ってディスカッションをする検討会である。平成17年は3回の検討会を開催した。

・第46回 PWG 2月2日(水) 午後7:00～8:30

テーマ：「膀胱・羊膜腔シャント術を行なった症例を巡って」(担当：北里大学)

症例は30歳、2経妊2経産。妊娠12週3日巨大膀胱のため紹介受診。14週に胎児膀胱穿刺を行ない、尿中Na、Cl、Ca、浸透圧、 β 2ミクログロブリン値から腎機能は保たれていると判断し、15週1日ダブルフラワーカテーテルを用いて膀胱・羊膜腔シャント術を行なった。その後シャントトラブルから16週1日、21週6日に再度シャント術が必要になった。羊膜腔は確保できたが25週1日、絨毛膜羊膜炎のため緊急帝王切を余儀なくされた。児は966g、♂、アプガースコア1/2、臍帯動脈血 pH 7.32。肺低形成の程度は軽度であったが四肢内反、鎖肛を認めた。日令5に人工肛門形成術と膀胱瘻形成術を施行したが日令16に回腸穿孔、日令44で死亡となった。

胎児治療を巡ってインフォームドコンセントのあり方、治療法の選択・時期などについてのディスカッションが行なわれた。

・第47回 PWG 6月8日(水) 午後7:00～8:30

テーマ：予後不良が予測される胎児を巡る対応(担当：こども医療センター)

20週2日にIUGR、羊水過少を指摘され、その後MRIで脊椎変形、胸郭低形成が診断された症例が呈示された。呼吸不全による長期NICU管理が予想される症例であったが、積極的治療を希望され、34週で陣発、骨盤位のため帝王切分娩となった。児は1660g、♀、アプガースコア6/3、臍帯動脈血 pH 7.38で挿管、NICU管理となった。脊椎異常、肋骨異常による肺低形成、総排泄腔、異所性腎を認めVATER associationの診断で治療を行なったが新生児死亡となった。

この症例は地域の市民病院から総合周産期センターに紹介されたが、胎児に致死的異常を認めることから市民病院に戻され、29週でこども医療センターに紹介されて

いる。致死的とはいいい難い多発奇形が胎児診断された場合の対応など倫理的側面も含めてディスカッションがなされた。

・第48回 PWG 9月28日(水) 午後7:00～8:00

テーマ：著明な体重差を認めたD-D twinの termination のタイミングについて(担当：横浜市大)

症例は42歳、未経妊、未経産。39歳で結婚後IVF-ETにより妊娠、D-D twinsと診断された。16週より胎児発育差がみられ26週より入院管理となった。1児の発育は良好でwell-beingの状態であったが2児の発育停止がみられたため32週3日で緊急帝王切となった。1児は1702g、2児は867gで卵膜付着臍帯であった。

D-D twinsで両児間に著しい発育差がみられた場合の対応をどうするのか、とくに未熟性が問題となる妊娠早期に1児がNRFS(non-reassuring fetal status)となった場合の対応に関してディスカッションした。

「研究会報告」

平成17年度 神奈川乳房画像研究会活動報告

代表世話人 神奈川県予防医学協会 萩原 明

平成17年度は、3回の研究会を開催し、テーマを絞りシリーズ化したことで、講演内容も定着してきた。

1つ目は、乳房画像においてマンモグラフィを扱うにも、超音波を扱うにも基礎になるのが病理であることはいうまでもない。神奈川乳房画像研究会では埼玉県立がんセンター病理部長の黒住昌史先生に1症例に対し MMG、超音波、病理までの貴重な症例を提供していただき、「フィルムリーディング」という形で、会場に参加した会員とディスカッション形式でご講義いただいた。これは医師にとっては診断する上でのテクニックの向上がうかがえ、また各モダリティを扱う技師にとっても、医師の診断に役立つ画像とはこういうもののだということを示していただき、参加した会員にはたいへん好評であった。

2つ目は、神奈川乳房画像研究会と神奈川超音波画像研究会の共同開催のメリットを生かした、「施設画像評価」も3回の研究会ですべてテーマとして取り上げた。これは施設で撮影された実際 MMG、超音波の臨床画像を持ってきていただき、画質やポジショニングなどに関して研究会世話人とディスカッションするコーナーである。MMG では精中委の施設画像評価を受審する予定の施設などが認定をとるための画質の改善点などを研究会世話人が指導するものである。

以上、2つのテーマを軸に特別講演として「乳房超音波検診のめざすもの」を、ちば県民保健予防財団がん検診センターの橋本秀行先生、「乳房画像に対する超音波の役割」を、がん総合相談センター所長の松江寛人先生に、そして「乳房総合画像診断」として聖路加国際病院放射線科医長の角田博子先生にご講演をいただき、MMG だけではなく乳がん診断に関わる総合的な画像診断の知識を吸収する目的で展開した。

平成17年7月23日(土) 第25回神奈川乳房画像研究会
第2回超音波画像研究会

フィルムリーディング

マンモグラフィ読影

静岡県立静岡がんセンター 秋田富二代

エコーグラム読影

聖マリアンナ医科大学 桜井 正児

病理診断

埼玉県立がんセンター部長 黒住 昌史

臨床画像評価

持参のフィルム・エコーの写真評価

講演「乳房超音波検診の目指すもの……」

ちば県民保健予防財団 がん検診センター

診療部乳腺・甲状腺科部長 橋本 秀行

平成17年11月26日(土) 第26回神奈川乳房画像研究会
第3回超音波画像研究会

講演「乳腺画像診断における超音波の役割」

がん総合相談センター 所長 松江 寛人

臨床画像評価

持参のフィルム・エコー写真評価

フィルムリーディング

どこまで読影できるか試してみよう！

マンモグラフィ読影

船橋市立医療センター 石井 悟

エコーグラム読影

東海大学医学部附属病院 小柳 紀子

病理診断

埼玉県立がんセンター部長 黒住 昌史

平成18年3月25日(土) 第27回神奈川乳房画像研究会
4回超音波画像研究会

講演「乳房総合画像診断

—多様化する Modality をどう使いこなすか—」

聖路加国際病院 放射線科医長 角田 博子

臨床画像診断

持参のフィルム・エコー写真評価

講演「今後の乳腺超音波検診—現状をふまえて—」

筑波大学大学院人間総合科学研究科臨床医学系

機能制御医学専攻機能形態回復医学分野

筑波大学附属病院乳腺甲状腺内分泌外科

植野 映

「研究会報告」

KHW&RMW (ホルモン療法を考える神奈川県若手医師の会、 生殖医療を考える神奈川県若手医師の会)

「ホルモン療法を考える神奈川県若手医師の会」KHW : Kanagawa Hormone therapy Working group は「生殖医療を考える神奈川県若手医師の会」RMW : Reproductive Medicine Working group と表裏一体となって活動が続けております、平成17年はKHWを10月に、RMWを1月と6月の2回にわたって研究会を開催致しましたので報告させていただきます。

第19回 RMW は平成17年1月28日(金)相模大野南メジカルセンター小会議室で行われました。演題プログラムは

1. 「IVF 妊娠例における血中 hCG の doubling time による予後予測」

北里大 中村水緒

2. 「Laparoscopy for the treatment of unexplained infertility」

横浜市大 神田義明

3. 「ART による双胎の IUGR について：当院における10年の臨床統計から」

東海大 蔡 立義

の3演題で、活発な議論が行われました。

第20回 RMW は平成17年6月24日(金)堀病院で行われました。演題プログラムは

1. 「RMW 20回を迎えて：これまでのまとめと今後について」

世話人会代表 萩庭一元

2. 「不妊夫婦のためのストレスマネジメント教室を実施して」

北里大 中村水緒

3. 「PCO に対する柴苓湯の効果に関する検討」

横浜市大 岡本真知

4. 「子宮筋腫に対する FUS (集束超音波) 治療の実際」

アモルクリニック 児島孝久

の4演題でした。いつもの会と同様に、演者発表の後

スライドをもう一度検討するスタイルで本音の意見交換が活発に行われました。

また第13回 KHW は平成17年10月28日(金)キャメロットジャパン14F グレードA アネックスで行われました。プログラムは演題3題でした。

一般講演1：「更年期とメタボリックシンドローム
ーこれからの産婦人科医の役割ー」

ありさわクリニック 有澤正義

一般講演2：「アディポネクチンと生殖生理」

横浜市大 榊原秀也

特別講演：「生活習慣病の新たな治療戦略

ーメタボリックシンドロームの観点からー」

大阪大学大学院医学系研究科

内分泌・代謝内科学 木原進士

いずれも専門的で格調の高いご演題で充実した研究会でした。

研究会には忙しい臨床業務の中30名近い会員が毎回参加し、充実した発表と議論が繰り広げられました。今後も引き続き研究会を開催して参りますのでご支援をお願い申し上げます。なお研究会では研修シールを発行しております。また終了後懇親会を開催し交流を深めております。若手医師の会といいましても世話人はすでに50代の者もあり、「気だけ若い会」や「苦手(にがて)医師の会」だとの噂もあります。ともあれ、お気軽に参加していただければ幸いです。連絡又は参加を希望の方は事務局までご連絡いただきたくお願い申し上げます。

事務局

東海大学 医学部 専門診療学系
(産婦人科内)

担当 和泉 俊一郎

「研究会報告」

神奈川産婦人科内視鏡研究会の紹介

1994年産婦人科内視鏡手術が保険適応となりましたが、この手術は、かぎられた施設、限られた術者で行われている状態でした。術者にとっても日進月歩で改良されていく周辺機器、手術テクニックなど、様々な情報が必要とされました。このような時期に“会員の知識ならびに技術の向上を計り、内視鏡全般にわたる知見を広め教育・研修を通じて地域医療に貢献すること”を目的とした当研究会が当時のけいゆう病院鈴木健二院長を中心として発足しました。

1997年9月、第一回の研究会がけいゆう病院で行われました。現在は、世話人が持ち回りで幹事役を務め、けいゆう病院と横浜市大市民総合医療センターを会場として年2回の割合で定期的に、開催されています。

出来るだけ、毎回一つのテーマを中心に話をし合う

ようにしており、これまでのテーマおよび演題は表のようになります。ただ、必ずしもこれにとらわれず、自由演題として発表していただいたり、特別講演としてエキスパートの先生をお招きしたり、自分のビデオを持ち寄り、雑談形式で意見を交換したりもしています。

持田製菓、ZLB ベーリングに事務的なお手伝いをお願いしていますので興味のある先生方は MR さんにお尋ねいただくか、直接私のほうにご連絡いただきたく思います。

なお、第19回の研究会は平成18年10月12日（木）、けいゆう病院、第20回は平成19年3月6日（火）、横浜市大市民総合医療センターで行う予定になっております。

代表世話人 川崎市立川崎病院産婦人科 関 賢一

神奈川県内視鏡研究会演題リスト

	開催日時	場 所	幹事施設	座 長	演 題		
					施 設 名	Dr 名	演 題 名
第1回	1997年 9月18日(木)	けいゆう病院	けいゆう病院	甘 彰華	川崎市立川崎 聖マリアンナ医大 湘南鎌倉総合 国立東 相模原協同 横浜市大	関 賢一 栗林 靖 井上 裕美 上杉 健哲 宮崎 千恵子 石川 雅彦	(話題提供)*卵巣チョコレート腫瘍について ・チョコレート農膜開口術を試みた1例 ・私達のチョコレート腫瘍手術の工夫 ・卵巣チョコレート腫瘍の穿孔・薬物注入療法について ・腹腔鏡下で治療した卵巣子宮内膜症について ・内膜症合併不妊(特にチョコレート腫瘍合併)の取り扱いと不妊予後 ・臨床上、チョコレート腫瘍と思われた卵巣腫瘍の問題点
第2回	1998年 2月26日(木)	川崎市立川崎	川崎市立川崎	関 賢一	けいゆう病院 湘南鎌倉総合 帝京大溝口 聖マリアンナ医大	福田 俊子 井上 裕美 鳥谷 葉子 植村 綾	(話題提供)*内視鏡下手術における偶発例の対処について ・腹腔鏡下子宮全摘術後イレウスを併発した1例 ・子宮鏡下手術における術後低ナトリウム血症について
第3回	1998年 10月1日(木)	日医大第二	日医大第二	可世木 久幸	北里大学 聖マリアンナ医大 横浜市大 川崎市立川崎	川内 博人 植村 綾 石川 雅彦 小宮山 瑞香	・卵巣腫瘍に対する一孔式腹腔鏡下手術 ・有茎性粘膜炎下筋腫へのSnareの応用 ・針状腹腔鏡システムの使用経験 ・NEZHAT-DORSEY HYDRODISSECTION POMP IIの使用経験
第4回	1999年 2月26日(金)	横浜市大	横浜市大	石川 雅彦	川崎市立川崎 日医大第二	木挽 貢慈 平田 昌二	・AESOP (Automated Endoscopic System for Opti maru Positioning) 2000の使用経験 ・レーザーとホーモニックスカルペル
第5回	1999年 9月24日(金)	聖マリアンナ医大	聖マリアンナ医大	石塚 文平	横浜南共済病院 日医大第二 横須賀市民病院 横浜栄共済 湘南鎌倉総合 横浜市大	石山 朋美 (飛鳥井 邦雄) 松島 隆 今井 一夫 窪田 与志 井上 裕美 池田 万理郎	・子宮筋腫に対する腔式単孔式子宮全摘術 —その適応限界について— ・LAVHとは…… ・LAVHは有効な術式か? ・LAVHに対する私の考え方 ・LAVHの困難な症例について ・吊り上げ式腹腔鏡下腔式子宮単純全摘術について
第6回	2000年 3月3日(金)	けいゆう病院	けいゆう病院	甘 彰華	聖マリアンナ医大 日医大第二 聖マリアンナ医大	代田 琢彦 斎藤 耀三 栗林 靖	・腹腔鏡下手術のトレーニング法 ・腹腔鏡下造脛術のトレーニング ・神奈川県下における内視鏡下手術とその合併症(第39回日本産科婦人科内視鏡学会の報告)
第7回	2000年 10月20日(金)	横浜市大 市民総合医療 センター	横浜市大 市民総合医療 センター	石川 雅彦	川崎市立川崎 川崎市立川崎 日医大第二 聖マリアンナ医大 けいゆう病院	秋葉 靖雄 関 賢一 斎藤 耀三 保坂 猛 升田 博隆 (甘 彰華)	・スリムバッグの使用経験 ・チョコレート嚢胞の摘出について ・ラップディスクミニ 〜その使用のゴツ〜 ・皮様嚢腫に対する腹腔鏡下手術 ・腹腔鏡下手術における体腔外法の工夫
第8回	2001年 3月15日(木)	けいゆう病院	北里大学	川内 博人	川崎市立川崎 倉敷成人病センター	小野 晃子 高島 邦僚 池田 泰裕 酒池 淳 井上 裕美 林 保良 安藤 正明 (特別講演)	・われわれが通常行っている腹腔鏡下子宮外妊娠 ・子宮外妊娠に対する腹腔鏡下手術と自然治癒待機療法についての検討 ・卵管妊娠に対する腹腔鏡下保存的手術後の切開傷創縫合に関する検討 ・卵管間質部妊娠に対する腹腔鏡下手術の1例 ・子宮外妊娠の腹腔鏡下治療と自己血回収装置 ・子宮鏡下手術—子宮筋腫を中心として ・子宮疾患における腹腔鏡下手術 —子宮筋腫を中心として

	開催日時	場 所	幹事施設	座 長	演 題		
					施 設 名	Dr 名	演 題 名
第9回	2001年 10月31日(水)	横浜市大 市民総合医療 センター	湘南鎌倉総合	井上 裕美	湘南鎌倉総合 川崎市立川崎 横浜市大 湘南鎌倉総合 東海大学	黄木 詩麗 宮本 佳栄 石山 朋美 鈴木 幸成 安井 功	・腹腔鏡下手術のインフォームドコンセントについて ・手術予定者の求める情報(腹腔鏡下手術、術前アンケートより) ・当院における腹腔鏡下手術の現状 一気腹法と吊り上げ法の選択一 ・腹腔鏡下手術後5mmトロカールサイトからの腹腔内出血症例の検討 ・卵巣妊娠に対する腹腔鏡下手術
第10回	2002年 3月8日(金)	けいゆう病院	東海大学	鈴木 隆弘	聖マリアンナ医大 済生会神奈川県 国際親善 東海大学	平井 邦彦 岸 郁子 多和田 哲雄 佐分 義之	・Reproductive Surgeryとしての子宮鏡下手術～子宮腫瘍症例を中心として ・腹腔鏡下両側卵管水腫切除後、体外受精・胚移植にて妊娠に至った1例 ・不妊治療における病診連携と内視鏡下手術について ・不妊症腹腔鏡検査のクリティカルパス
第11回	2002年 10月17日(木)	横浜市大 市民総合医療 センター	藤沢市民病院	毛利 順	藤沢市民病院 横浜栄共済 横浜市大 聖マリアンナ医大 北里大学	長瀬 寛美 酒池 淳 細川 真理 五十嵐 豪 沼尾 彰子	・腹腔鏡下に手術した小児卵巣嚢腫の2例 ・当科における卵巣嚢腫手術 ・妊娠合併卵巣嚢腫の吊り上げ式腹腔鏡手術の検討 ・当院における卵巣腫瘍合併妊娠の取り扱いについて ・当科における子宮内膜症性嚢胞の治療
第12回	2003年 3月6日(水)	けいゆう病院	済生会 神奈川県病院	中野 眞佐男	済生会神奈川県 聖マリアンナ医大東横	岸 郁子 栗林 靖	・鏡視下縫合の工夫 ・神奈川県下における内視鏡下手術の現況
第13回	2003年 10月16日(木)	横浜市大 市民総合医療 センター	横浜栄共済	窪田 与志	聖マリアンナ医大 済生会神奈川県病院 横浜市大医療 センター 川崎協同病院 宝塚市立病院	近藤 春裕 秋葉 靖雄 村瀬 真理子 佐藤 育男 伊熊 健一郎 (特別講演)	・手術時間を要した卵巣腫瘍の2症例 ・腹腔鏡下手術が有効であった、骨盤子宮内膜症の症例 ・開腹既往による癒着の為、手術操作に困難を来した子宮外妊娠症例 ・内視鏡下手術の困難だった症例について ・腹腔鏡下手術の困難な症例一反省点と工夫点から一
第14回	2004年 3月11日(木)	けいゆう病院	平塚市民病院	関 隆	国立京都病院	杉並 洋 (特別講演)	・子宮内膜症：いかにして腹腔鏡下手術のメリットを生かせるか
第15回	2004年 10月21日(木)	横浜市大 市民総合医療 センター	川崎市立病院	宮本 尚彦	聖マリアンナ医大 横浜市大医療センター 横浜市立港湾病院	斎藤 寿一郎 高島 邦僚 石川 雅彦	・アルゴンプラズマの使用経験について ・リガシュアー・アトラスの使用経験について ・子宮内膜蒸散器具の使用経験について
第16回	2005年 3月17日(木)	ホテル精養軒	日医大第二	可世木 久幸	国立成育医療 センター 神奈川県立 こども医療センター 北里大学病院	左合 治彦 (特別講演) 川満 元良 (特別講演) 海野 信也	・双胎間輸血症候群に対する胎児鏡下レーザー凝固術の現状 ・胎児心エコーのABC
第17回	2005年 10月13日(木)	けいゆう病院	けいゆう病院	甘 彰華	川崎市立川崎病院 日医大第二 慶應義塾大学病院	関 賢一 可世木 久幸 浅田 弘法 (特別講演)	・腹腔鏡下子宮筋腫核出術後に生じたポータルサイトヘルニアの一例 ・内膜細胞診異常例に対する子宮鏡下手術診断 ・可世木の起した合併症～ウテリンマニピュレーターバルーン内圧による子宮破裂～ ・子宮筋腫及び子宮内膜症における腹腔鏡手術について
第18回	2006年 3月7日(火)	横浜市立大学 附属市民総合	横浜市立大学 附属市民総合	石川 雅彦	日医大第二	可世木 久幸 西井 修	・産婦人科技術認定医制度に関する諸問題 ・技術認定審査のコンセンサス

神奈川県内視鏡研究会過去テーマ一覧

- 第1回 「卵巣チョコレート嚢腫」
- 第2回 「内視鏡下手術における偶発例の対処」
- 第3回 「内視鏡下手術時における周辺機器の紹介」
- 第4回 「LAVHに対する私の工夫」
- 第5回 「内視鏡下手術(卵管鏡、子宮鏡を含む)における練習法の工夫」
- 第6回 「内視鏡下手術(子宮鏡を含む)における私のコツ」
- 第7回 「子宮外妊娠について」
- 第8回 「子宮筋腫手術」
- 第9回 「術式におけるインフォームドコンセント」
- 第10回 「生殖医療における内視鏡」
- 第11回 「卵巣嚢腫」
- 第12回 自由
- 第13回 内視鏡下手術が困難だった症例
- 第14回 子宮内膜症：いかにして腹腔鏡下手術のメリットをいかすか。
- 第15回 内視鏡手術における最新器具の紹介と使用感想について
- 第16回 胎児医療の現状と展望
- 第17回 自由
- 第18回 産婦人科内視鏡学会の認定医制度について

「研究会報告」

第2回 横浜 ART 研究会

日 時：平成17年9月3日（土）午後5時より
場 所：ヨコハマグランドインターコンチネンタルホテル
1階『シルク』

<司会・進行>

当番世話人：池永 秀幸・河村 寿宏

<開会挨拶>

代表世話人：東條ウイメンズクリニック
東條龍太郎

<研修講演>

座 長：日本大学 生物資源科学部応用生物学科 教授
佐藤 嘉兵 先生

演題1：『体外受精に用いる2種類の培養液の比較検討』
馬車道レディースクリニック 培養士
○吉田 佳代 古関 良子
小松 倫子 池永 秀幸

演題2：『2種類のインキュベーターによる胚発育の比較検討』

田園都市レディースクリニック 培養士
○有地あかね 菅 かおり
唐澤 康弘 生見早智子
石川 聖華 水島 志歩
森 理子 許山 浩司
河村 寿宏

<講演1>

座 長：聖マリアンナ医科大学 産婦人科
教授 石塚 文平 先生

演 題：『地方の公立病院における ART
～飯田市立病院（長野県）の記録』
ノア・ウイメンズクリニック
院長 ○波多野久昭 千葉 正樹
飯田市立病院 産婦人科
山崎 輝行 松原 直樹
小野 恭子
日本医科大学第二病院 女性診療科
可世木久幸

<講演2>

（招請講演）

座 長：東條ウイメンズクリニック 東條龍太郎
演 題：『IVM の現状と今後の展望』
レディースクリニック京野
京野 廣一 先生

<講演3>

（特別講演）

座 長：慶應義塾大学 産婦人科 鈴木 秋悦 先生
演 題：『移動胚における卵管回帰説』
加藤レディースクリニック
加藤 修 先生

共 催 セローノ・ジャパン（株）
持田製薬（株）

「研究会報告」

神奈川産婦人科腫瘍研究会

横浜市立大学医学部産婦人科 平原史樹

神奈川婦人科腫瘍研究会は北里大学蔵本博行教授、東海大学篠塚孝男教授のお二人が音頭を取られて発足し、県内の腫瘍に取り組む婦人科医が集まり、本音で症例を検討しあい、勉強するという主旨で発足した。

第一回はホテルリッチ（当時）で1999年10月16日に開かれ、東京慈恵会医科大学安田允教授の「卵巣がんの治療、最近の動向」を特別講演に迎え、多くの一般演題も出され熱心な討議がもたれた。

爾来、別表（表①）のごとく会が開かれ、熱心な県内のメンバーの集いの場となっている。現在、初代の代表世話人蔵本博行先生は同じく生みの親である、篠塚孝男先生とともに顧問になられ、横浜市大平原史樹が代表世話人を勤めさせていただいております。

平成17年度は表②のようなテーマで2回研究会が開かれ熱心な討議がもたれている。県内の多くの専門医の方々ははじめ、研修医も多くご参加いただけるようお願いする次第です。

表①

	日 時	会 場	当番幹事	特別講演
第1回	H11.10.16(土) 16：00～	ホテルリッチ 4階 羽衣の間	北里大学産婦人科学教室 蔵本博行先生	「卵巣がんの治療、最近の動向」 慈恵医科大学 安田 允教授
第2回	H12.9.30(土) 14：00～	神奈川県民 センター	東海大学医学部 篠塚孝男先生	「産婦人科領域における深部静脈血栓・肺塞栓の予防と治療」 埼玉医科大学総合医療センター総合週産期母子医療センター 竹田 省教授
第3回	H13.9.8(土) 15：00～	神奈川県民 センター	横浜市大 平原史樹先生	「産婦人科がんと EBM」 筑波大学 吉川裕之教授
第4回	H14.6.22(土) 14：20～	神奈川県民 センター	聖マリアンナ医科大 斎藤馨先生	「北海道における子宮筋腫症例の検討」 札幌医科大学 寒河江悟教授
第5回	H15.6.21(土) 15：00～	神奈川県民 センター	神奈川県立がんセンター 中山裕樹先生	「系統的リンパ節廓清術の意義 センチネルリンパの観点から」 日鋼記念病院 林 博章先生
第6回	H16.6.5(土) 15：00～	けいゆう病院 13階 大会議室	けいゆう病院 甘 彰華先生	「新しい抗子宮体癌ヒトモノクローナル抗体」 慶應義塾大学 青木大輔講師
第7回	H17.6.25(土) 15：00～	ホテルキャメ ロットジャパン	関東労災病院 香川秀之先生	「若年女性の子宮頸がんの診断・治療」 癌研有明病院 レディースセンター婦人科部長 瀧澤 憲先生
第8回	H18.6.24(土) 15：00～	神奈川県民 センター	聖マリアンナ医科大 木口一成先生	「腹腔鏡を用いた婦人科悪性腫瘍の手術」 倉敷成人病センター 安藤正明先生

表②

平成16年6月5日
第6回 神奈川婦人科腫瘍研究会 学術講演会
プログラム

一般演題

座 長 けいゆう病院 産婦人科 入江琢也

1. 「卵巣被膜の外側に発生した Borderline malignancy の1例」
けいゆう病院
市川義一、和田正明、吉井毅、山本百合恵、
入江琢也、清河 薫、雨宮 清、甘 彰華

2. 「当科における子宮全摘時の工夫（子宮動脈の結紮法について）」

関東労災病院
袖本武男、村山さつき、星野寛美、根本明彦、斎藤一夫、関 博之

3. 「当科における合併症予防を目的とした手術手技とその工夫」
神奈川県立がんセンター
佐治晴哉、清水基広、山田 隆、小野瀬亮、
加藤久盛、中山裕樹

4. 「予後不良卵巣癌症例に対する Weekly Taxol based Chemotherapy の活用」
横須賀市立市民病院
田村正明、加藤 隆、松永竜也、小平 博、
今井一夫、

5. 「茎捻転にて緊急手術を行った卵巣混合型胚細胞腫瘍の1例」

聖マリアンナ医科大学

渡部真梨、大原 樹、水原 浩、井埜まり絵、
矢作奈美子、新橋成直子、速水麻紀、
近藤春裕、大熊克彰、飯田智博、木口一成、
石塚文平

6. 「子宮頸部の小細胞癌」

北里大学

角田新平、新井 努、沼尾彰子、川口美和、
田村俊男、金井督之、今井 愛、上坊敏子、
蔵本博行

特別講演

座 長 けいゆう病院 産婦人科 副院長 甘彰華
演 題 「新しい抗子宮体癌ヒトモノクローナル抗体」
演 者 慶応義塾大学 医学部 産婦人科学教室
講師 青木大輔先生

平成17年6月25日

第7回 神奈川婦人科腫瘍研究会 学術講演会
プログラム

一般演題

座 長 関東労災病院産婦人科 副部長 袖本武男

1. 「初回治療後早期に再発した子宮体癌 Ib 期の 1 例」
関東労災病院
中尾美木、細川有美、星野寛美、斎藤一夫、
橋本耕一、袖本武男、香川秀之
2. 「DJ 療法が奏効した子宮体癌再発症例」
横浜市立市民病院
門脇綾、長谷川哲哉、勝畑有紀子、望月久
美、安藤紀子、茂田博行
3. 「3つの癌成分を有する難治性卵巣癌の 1 例」
東海大学
塚田ひとみ、三塚加奈子、東郷敦子、
飯田哲士、平澤 猛、村松俊成、和泉俊一郎
4. 「TGP による抗癌剤感受性試験に基づいた再発卵巣
癌患者の治療」
聖マリアンナ医科大学
大原 樹、木口一成、渡部真梨、平野喜美恵、
新橋成直子、奥田順子、荻谷卓昭、
佐藤聡二郎、水原 浩、飯田智博、小林陽一、
石塚文平
5. 「子宮癌検診で発見された正常大卵巣癌症候群
(NSOCS) の 1 例」
昭和大学藤が丘病院
横山和彦、本間 進、長谷川明俊、本原将樹、
大塚純子、濱田 貴、斉藤 裕

座 長 橋本耕一（関東労災病院産婦人科副部長）

6. 「末梢神経症状緩和を目的とした24時間 Taxol +
CBDCA 療法の活用」

横須賀市立市民病院

田村正明、松永竜也、小平 博、今井一夫

7. 「TJ 療法で経験した重篤な有害事象」

神奈川県立がんセンター

井畑 穰、三田俊二、小野瀬亮、加藤久盛、
中山裕樹

8. 「9年後に再発した血管肉腫の 1 例」

東海大学大磯病院 綾瀬厚生病院*

石黒葉子、信田政子、村上 優、篠塚孝男*

9. 「著明な卵巣転移、腹膜播種をきたした子宮
Spindle cell sarcoma の 1 例」

北里大学

塚越加奈子、金井督之、今井 愛、新井 努、
川口美和、新井正秀、角田新平、上坊敏子、
蔵本博行、海野信也

特別講演

座 長 香川秀之（関東労災病院産婦人科部長）
演 題 「若年女性の子宮頸癌の診断・治療」
講 師 癌研有明病院 レディースセンター
婦人科部長 瀧澤 憲先生

「公開シンポジウム」

“お産ができるところが急激に減っていく一産科医不足の現状とその解決に向けてー”

記事報告 神奈川県産科婦人科医会副会長
平原 史樹

神奈川県産科婦人科医会主催公開シンポジウム“お産ができるところが急激に減っていく一産科医不足の現状とその解決に向けてー”がさる2006年3月12日に開かれた。県内の産婦人科医師を中心に、厚生労働省からも佐藤母子保健課長も参加し、県、市行政担当者、議員、市民、医師会関係者、マスメディア関係者等、総計54名の参加であったが、活発な討論がなされた。各シンポジストの概要、提示資料、またパネルディスカッションの概要を報告する。

■シンポジウム概要

公開シンポジウム

“お産ができるところが急激に減っていく
一産科医不足の現状とその解決に向けてー”
2006年3月12日 日曜 (13:00-16:30)

会 場 小田原市保健センター
主 催 神奈川県産科婦人科医会
共 催 小田原地区産科婦人科医会、神奈川県医師会、
小田原医師会、足柄上医師会
後 援 神奈川県

開催趣旨

昨今の報道等にもあるとおり、全国的な産婦人科医師不足のなか、神奈川県における、一昨年以来の急速な分娩取り扱い施設の減少、ならびに産科診療に携わる医師の激減に対して関係者、市民を交え、緊急公開シンポジウムを開催し、これらの問題に対する対応を緊急課題として討議することとした。

<シンポジウムプログラム> (敬称略)

座 長 芦川 和高 神奈川県医師会理事
海野 信也 神奈川県産科婦人科医会理事

○講演 13:30-14:15 各10分

- 1 神奈川県産科婦人科医会副会長 平原史樹
一病院勤務産科医の激減—その余波は？
- 2 神奈川県産科婦人科医会理事 海野信也
産科医療資源の集約化・重点化の指針
—何がいま急がれるのか？
- 3 平塚医師会産婦人科部会会長 小清水勉
(小清水産婦人科クリニック院長)
神奈川県産科婦人科医会調査より
一県内産科医療機関の現状
- 4 神奈川県足柄上保健福祉事務所長 岡部英男
一行政の立場から

○パネルディスカッション 14:30-15:30

上記シンポジスト4名

神奈川県立足柄上病院院長 宮本 一行
小田原市立病院院長 中島 麓
小田原市立病院産婦人科部長 白須 和裕

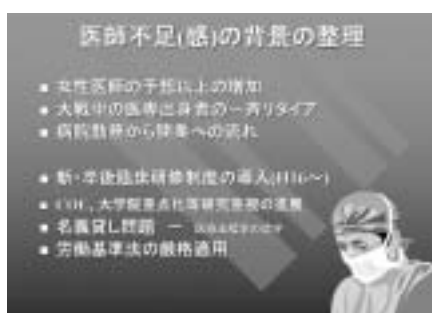
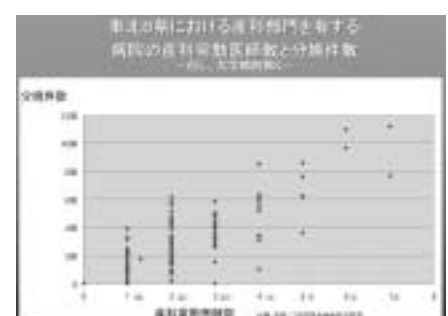
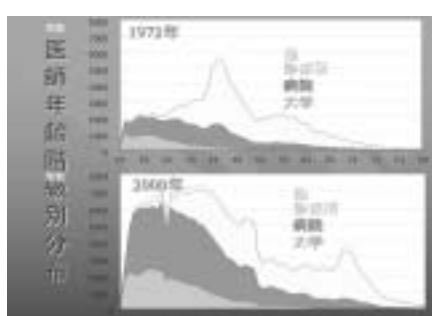
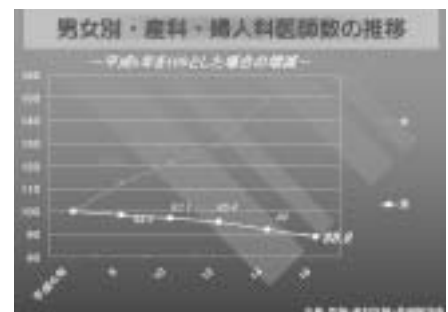
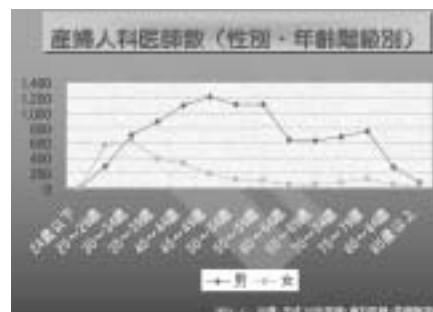
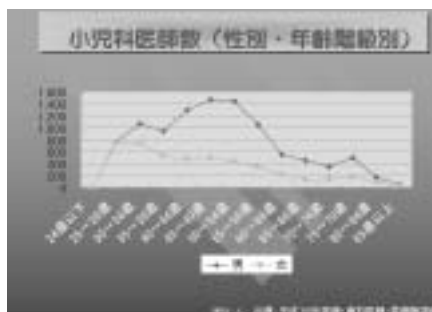
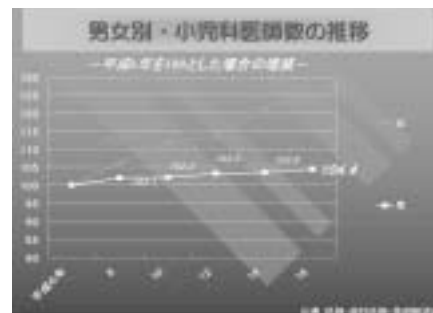
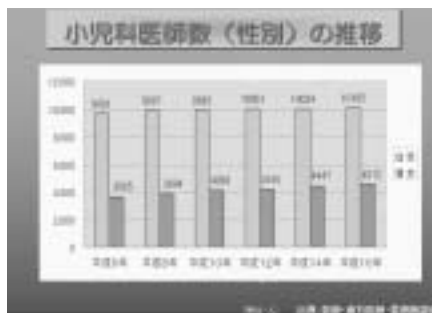
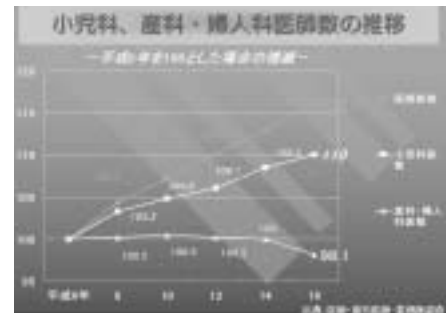
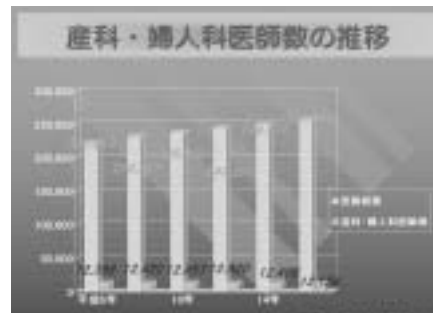
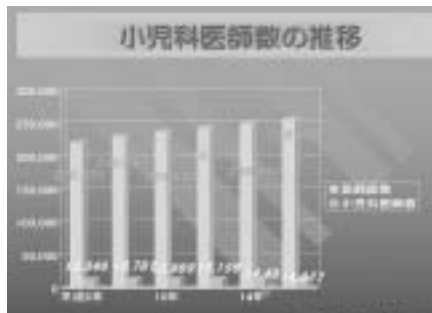
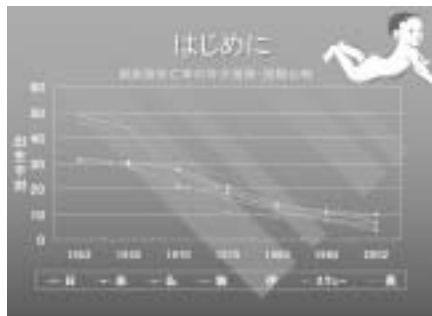
<各シンポジスト発表概要> (敬称略)

- 1 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長
佐藤 敏信
『産科医不足 最近の動向』

近年、周産期死亡率の著明な改善がみられたが、その一方で深刻な絶対的産科、小児科医師の不足の実態が浮かび上がってきている。

その背景には、今まで活躍してきた多くの産科医師の高齢化、地域による偏在、過重労働の実態、妊娠育児への支援が必要な女性医師の増加などがあり、それぞれに拍車をかけている。厚生労働省としても、これらの実態に対し、緊急に対策を急ぎ策定しているところである。(スライド参照)







2 神奈川県産科婦人科医会副会長 平原 史樹

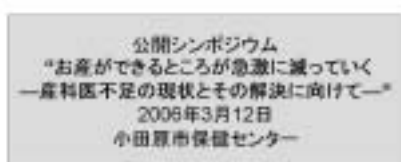
(横浜市立大学医学部産婦人科教授)

『一病院勤務産科医の激減—その余波は?』

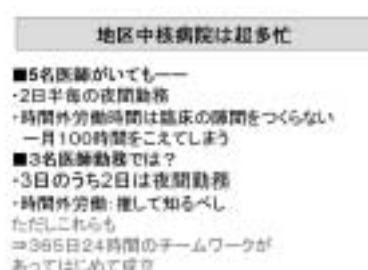
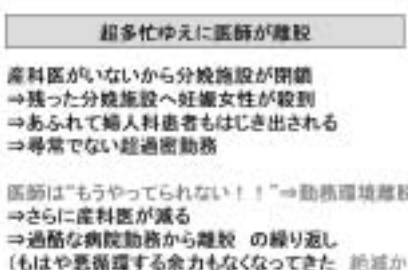
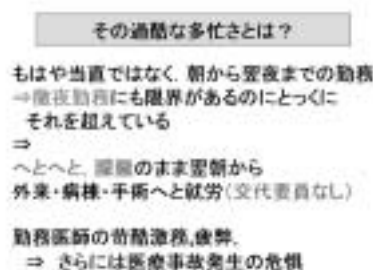
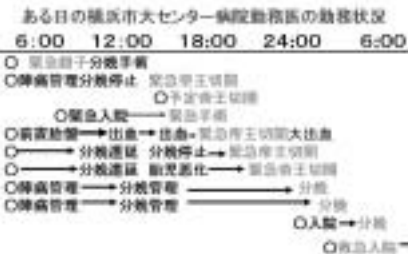
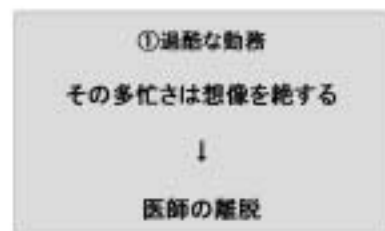
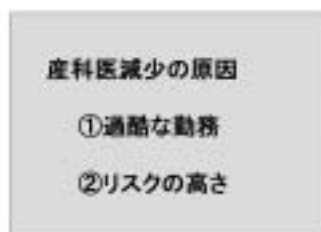
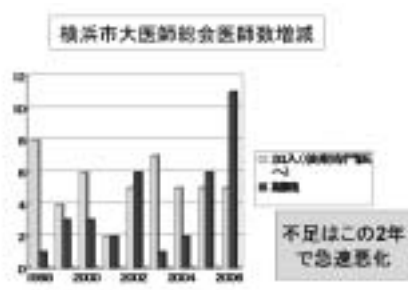
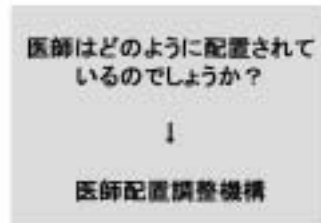
県内全体で医師配置調整をしていたが1昨年来の県内の分娩施設の相次ぐ閉鎖により、周囲の分娩可能施設はより過重労働が増悪し、未曾有の超過酷労働環境となっている。さらに現在の産科学では避け得ない産科関連の不幸な結果に対しても医事紛争として対応せざるえない

ケースがますます増え、熱意のある産科医ほど熱心に取り組んでも報われない超過労実態が現実となっている。これらの医師が燃え尽きて次々と離脱している状況が報告された。離脱しても次々と新規医師の参入があればよいが、わずかに全県で10名の産科医(県内の全臨床研修修了者約700名中)が加わったのみであり、もはや崩壊は時間の問題といわざるをえない。超緊急の対策、中長期的対策として分けて議論すべきであろう。

(スライド資料参照)



神奈川県産科婦人科医会副会長
横浜市立大学医学部産婦人科
平原史樹



産科医減少の原因

②リスクの高さ
——医事紛争

2006年2月18日

- 県立病院1人勤務の産科医逮捕 (福島県警)
- ・2004年12月の帝王切開
- ・前置胎盤で帝王切開。術中着床胎盤が判明
⇒ 大出血にて不幸にも救命できなかった
どんなベテランでもこのような大出血
などに直面すれば救命は困難
- ・業務上過失致死と医師法違反
- 産科診療体制への賛否
- 産科医師の産科からの離脱

熱意のある医師が産科から去っていく
——医事紛争のおとす陸——

産科では不可抗力(未解決)の
不幸な結果がある比率で必発
⇒熱心な医師ほどリスク分岐にかかわる
⇒不幸な結果に高頻度に接する

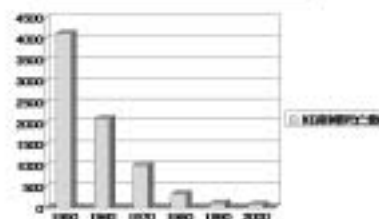
中には理不尽な結果責任の追及
⇒熱意のある医師ほどやりきれない
報われなさを感じる

2006年4月、神奈川県

新研修医制度修了者 約600名
うち産婦人科専攻者 10名
(今までは20-30名)

この10名にこれからの県内の産科診療を託す？！

日本の母体死亡数の推移



産科医不足への対策は？

短期的対策

- 結束した産科医チーム(集約重点化)
 - 徹夜勤務への支援、待遇
 - 市民への理解推進
- 中期的対策
- 受診者支援(交通、搬送、サテライト)
 - 周産期センター整備(施設・人員)
 - 救急・輸血・ICU・後方支援
 - 女性医師の産休、育児就労

3 神奈川県産科婦人科医会理事 海野 信也

(北里大学医学部産婦人科主任教授)

『産科医療資源の集約化・重点化の指針

——何がいま急がれるのか？』

産婦人科医師数の今後の動向を推計し、女性医師比率の増加、数的な減少傾向、等を考慮すると安全で効率的な産科医療の提供のためには産科にかかわる医療の人的

資源の集約化、重点化は必須である。日本産科婦人科学会の中でも、緊急に産婦人科医療提供体制検討委員会が組織され、実態の把握、医療提供体制のグランドデザイン、それに伴うロードマップの策定が現在進んでいるところであり、その取り組みを示す。また、各地域においては地域分娩施設群の整備を早急に整え、行政も医療者も緊急の対応策の策定が急がれる。

(スライド参照)

2006年3月12日

「お集りができるところが最善に思っている」
——産科医不足の現状と今後の展望について——

産科医直営資源の集約化・重点化の指針
——何がいま急がれるのか？

海野信也

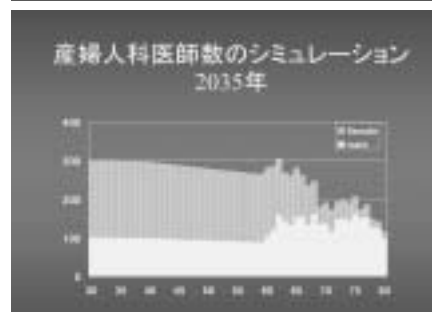
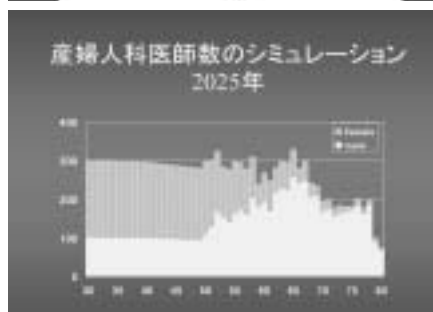
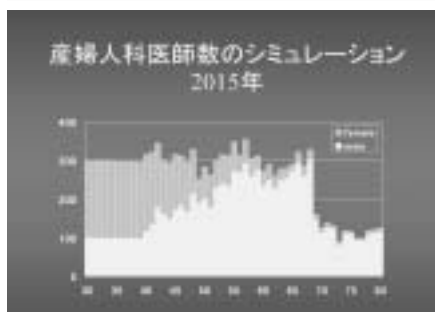
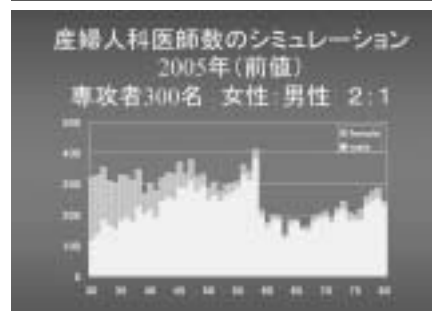
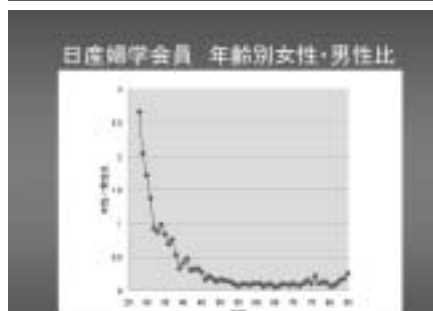
神奈川産科婦人科医会理事(産科医不足対策推進委員)
日本産科婦人科学会(産婦人科医会)副会長兼産科医不足対策推進委員
北里大学 医学部 産婦人科教授

産婦人科医療の適切な提供
産婦人科医はなにを目指しているか

- ・「安全なお産」を実現する安定的で持続可能な産科医療提供体制
- ・産婦人科を新たに専攻することには、医学的・医療上以外の要因を考慮する必要がある
 - 勤務条件と勤務が全体的に他の診療科と異なる
 - 負担圧力を考慮する必要がある

産婦人科 医師不足問題

- ・医師の地域偏在「へき地」医師問題
- ・医師の診療科別偏在
 - 小児科・産科・救急科
- ・産婦人科医の地域偏在
- ・産婦人科医の専門領域偏在 産科医不足
- ・産婦人科医の性別偏在 女性医師の急激な増加
- ・診療従事産婦人科医の高齢化

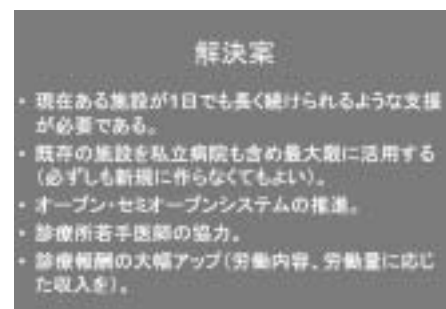
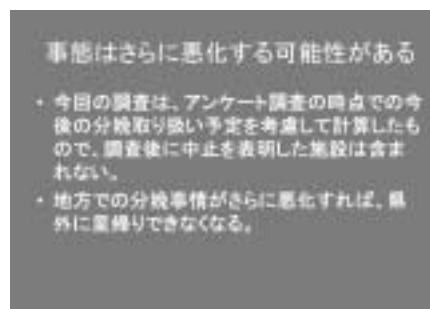
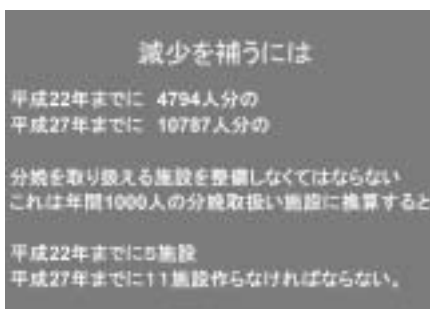
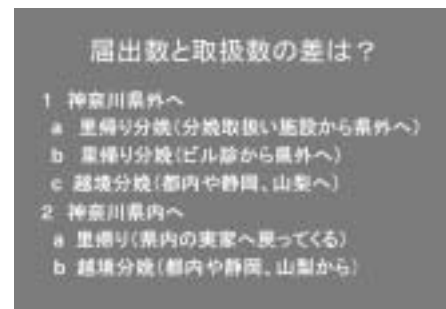
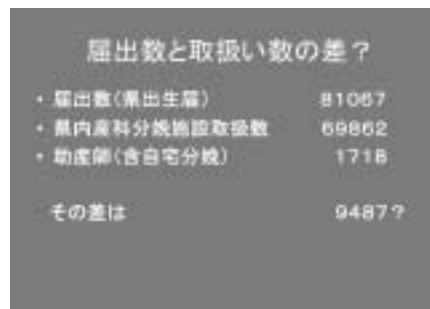
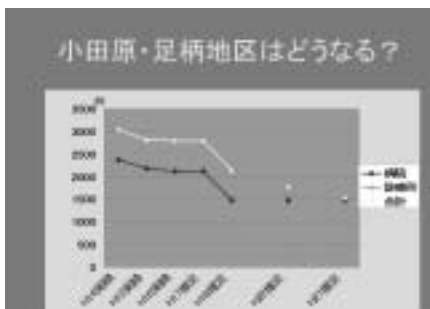
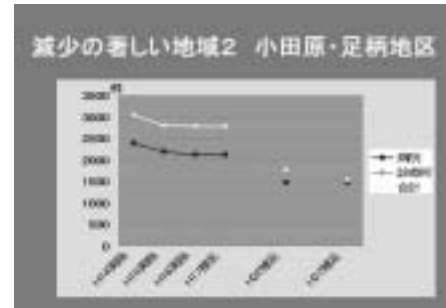
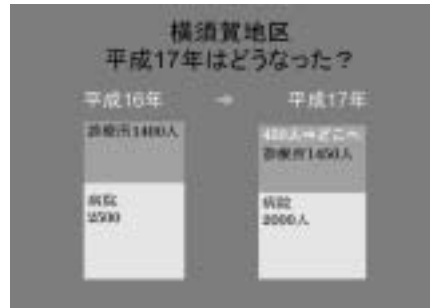
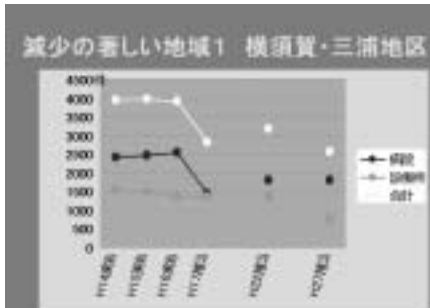
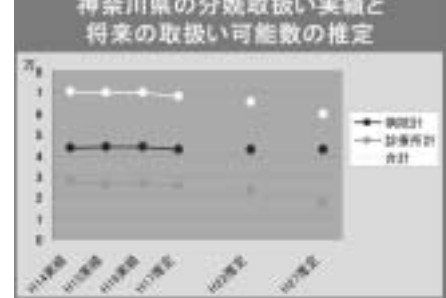
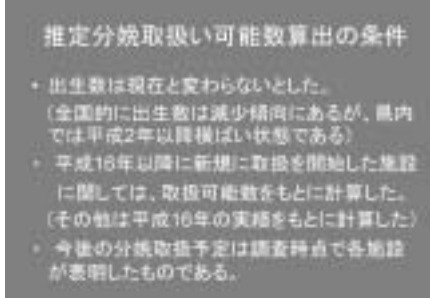
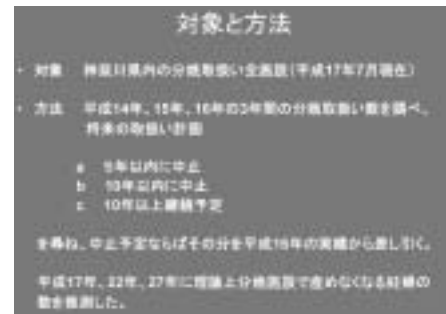
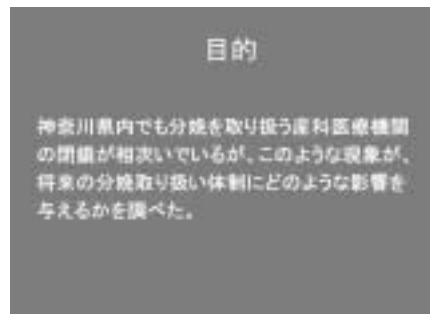
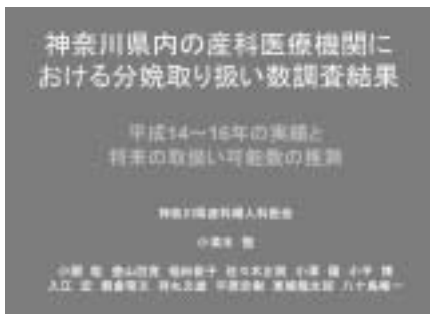


4 平塚医師会産婦人科部会会長 小清水 勉 (小清水産婦人科クリニック院長)

『神奈川県産科婦人科医会調査(小関聡委員ほかによる)一県内産科医療機関の現状』

神奈川県産科婦人科医会は、県内分娩取り扱い施設の
実態調査を2005年7月に行い、横須賀・三浦、小田原・
足柄地区等のいくつかの地区では深刻な分娩施設の減少

が明らかとなった。このような調査は、行政はもとより、
全国各地の産婦人科医会レベルでもまだなされておらず、
実態を実物大サイズで報告する全国初の報告となった。
県内では2005年ですでに前年ベースに比して2400名の妊
婦の分娩受け入れ先が宙に浮いたこととなり、2010年に
は5000名、2015年には1万名以上の妊婦が分娩施設を失
うことになる。医師の減少にともなった、分娩施設の減
少が示された。
(スライド参照)



解決案

- ・産科若手医師の確保(産科を目指す医学生への奨学金なども含む)。
- ・助産師の養成(夜勤のできる若手＝新卒助産師を育成する)。
- ・我々が今までに築き上げてきた医療レベルを維持するために、助産師が充足されるまでの間は、看護師も重要な役割を果たさなければならない。

総 括

- ・今回の調査で、分娩取り扱い施設の減少は、神奈川県にも押し寄せてきたことが明らかになった。
- ・今後の推移を見極めるために、定期的な分娩取り扱い数の調査が望ましい。推測と乖離の検討も重要である。
- ・このような調査が、できれば全国的規模で実施されることが望まれる。

調査項目は2～3項目

- ・平成17年の分娩取り扱い数は
件(中途中止の場合も含む)
- ・今後の分娩取り扱い予定
本年 月に中止(予定)
5年以内に中止予定
10年以内に中止予定
10年以上継続予定

解決案

- ・産科若手医師の確保(産科を目指す医学生への奨学金なども含む)。
- ・助産師の養成(夜勤のできる若手＝新卒助産師を育成する)。
- ・我々が今までに築き上げてきた医療レベルを維持するために、助産師が充足されるまでの間は、看護師も重要な役割を果たさなければならない。

5 神奈川県足柄上保健福祉事務所長 岡部 英男 『行政の立場から』

行政の立場からは地域医療協議会を立ち上げ、地域医療計画に組み込む計画であり、とりわけ西湖地区、足柄上病院分娩休止の動きは県西地域全体の医療圏で連絡会議を地元自治体と検討をしているところである。(スライド参照)

<パネルディスカッション>

- ・医師不在による分娩停止は総合病院としては不可能なため、緊急対応として2名の医師が雇用され維持することとなったが、勤務の補充を大学等にゆだねて日勤、当直を交代してもらい、つなぐということにした。
- ・勤務医の離脱は産科のみならず他の科でも同様に起こっており、(休日、夜間救急などの)患者中心の医療サービスを充実させればさせるほど勤務過重が増え、病院勤

産科医不足の現状と その解決に向けて

一行政の立場一

足柄上保健福祉事務所長
神奈川県保健福祉事務局長
副会長 岡部英男

はじめに

- ・平成17年12月22日
厚生労働省・総務省・文部科学省
『小児科・産科における医療資源の集約化・
集約化の推進について』
- ・平成17年12月 政府・与党医療改革協議会
『医療制度改革大綱』
- ・平成17年5月 地域医療に関する関係省庁連絡
会議「医師確保総合対策」

地域医療対策協議会

- 神奈川県医療審議会に医療対策部会を設置して検討を開始
1. 医療提供体制の整備状況について地域・診療科ごとの分析
 2. 医療提供体制を円滑に運用するための医師確保の方策を検討
 3. その他医療審議会医療対策部会で協議する必要があると部会長が認めた事項

地域医療対策協議会

- ・神奈川県医療審議会に医療対策部会を設置して検討を開始

特に産科医療や分娩については逐日に県内の医療機関調査を行う。その後地域ごとヒアリング等を行い、その結果を踏まえて医療対策部会で検討する。

医療計画への記載

- ・国が示す医療計画の指針に基づき、現在の医療計画を1年間延長する。
- ・平成20年2月からの新たな医療計画を策定する。この策定に当たり、新たな取組みが必要と判断された課題については、この計画の中に位置付けを記載する。

足柄上地域の産婦人科に係る情報連絡会議

- 第1回(H17.12.6)足柄上地域の産科医療についての現状分析と緊急な対応→医療圏として県西地域の小田原・足柄上のみでなく、湘南西部地域も含めた状況について検討
- 第2回(H18.3.7)足柄上病院産婦人科の受入れについてと県西地域・湘南西部地域の産科の状況について検討

・足柄上保健福祉事務所主催
足柄上病院・医師会・市町担当課

県西地域の産科医療に係る関係者会議

- 第1回(H17.12.7)県西地域(小田原・足柄上地域)の産科医療の状況分析と対策についての検討
- 第2回(H18.2.21)県西地域・湘南西部地域の産科医療の状況分析と対策についての検討

・県保健福祉部・医療課主催
産科医療機関・医師会・病院事業庁(県立病院課)・保健福祉事務所

調整機能の強化と働き方の多様化への対応

- ・医療機関と勤務希望医師のマッチング
- ・女性医師・シフト(夜勤)事業の創設
①仕事と育児を両立できる就業環境の整備
- ②職場環境支援講習会の開催
- ・医師の業務の効率化
- ・産科医師と助産師の役割分担と連携

務医師は離脱し、現在各公的病院は深刻な事態に陥っている。

- ・東京などの都会ではいくつかの病院の閉鎖は周囲の複数の病院へ分散して影響が出ることでその余波は多少緩和できるであろうが、西湘地区のような地域的にも限られた地区では、その余波は直接となりの病院に余波が及び、その病院が深刻な事態となり、勤務過重から医師がまた離脱するという悪循環をおこすという現象になっている。

- ・30代、40代の家庭に入っている女性医師などを対象にした女性医師バンクの活用はされているのか？—行政としては検討中

- ・いわゆる「病院引き上げ」は医師を大学に引き戻しているのではなく、当該病院を辞職する医師の後任補充を大学が医師不足から不可能となっている状態を言うのであって、ひきあげという表現は妥当ではない。

- ・さまざまな問題点の指摘があったが、具体的な対策案はどうするのか？（行政側へ）

- ・分娩中止をせざる得なくなった病院の体面を保つがごとく、最小の要員で、「よせあつめ」の応援体制でつないでいくというのは、こと周産期医療の専門家の間では、絶対してはならないこととされ、今回の厚生労働省の通達でもそれを避けて集約化をするよう主張されている。

- ・今回の分娩中止がかりうじて回避された病院へは、ごくわずかの継続された診療確保のために、大学から交代で医師が日替わり勤務するが、その派遣された医師のために大学にはもう一人バックアップの医師を設定することにならざるをえず、大学の勤務が制限されるに至っており、大学としても自らの病院の患者への診療にも影響が及ぶに至っては誰も望んでいない状況である。

- ・総合病院における1-2人の貧弱な産婦人科診療体制は母体死亡などの深刻な事態の発生が危惧されており、このような事態が起こると結局母体、胎児の悲劇はもとより、無理した人員配置の中で、生活を犠牲にして精一杯最善を尽くした医師にとっても悲劇であり、福島県ではこのような事例から医師が逮捕されるという事態まで生じており、若手勤務医師にはどれだけ頼んでも、高給が提示されてもそのような診療体制を受け入れないのが現実である。このような誰一人浮かばれない状況となるような環境はつくってはいけないのではないかと。

- ・もっと市民に向けて説明に出向くのはやぶさかではない。住民の方々ももっと理解をしていただきたい。これだけ産科医師の不足の状況下では、近くて便利だけを優先することが本当のよい産科医療の環境ではないことを知っていただきたい。多少遠くとも最善な医療環境を提供できるところまで移動することへの不便に対しては、『行政が交通の利便をはかり、財政的援助すること』とはっきり今回の厚生労働省の緊急通達に書かれている。これこそが行政サービスがすべきことであって、寄せ集めの危険極まりない少人数の医療体制で不完全な産科医療を提供することは真の住民への健康政策でも、サービスでもないと思う。

- ・助産師のよりいっそうの活躍を検討すべき。

- ・現在の医療水準からは、産科医師1名につき平均100分娩担当（年間）が妥当と考えられるがそのような統計、経営的な視点からの施設あたりの分娩妥当数などの検討が診療サイドにおいても、設置サイドにおいても遅れている。これらを早急に検討すべきである。

- ・現行では労働基準法の適応などからはるかに離れた過酷な勤務が現実であり、医療サイド、医師だけに犠牲をしいられても医師にも最低限の生活ができる権利もあるはずで、窮迫した中、住民の方々にも痛み分けはしていただきたい。

総 括

深刻な産科医師の減少と不足、分娩施設の窮状、分娩予定者への負担などが討議され、よりさらなる人的資源への保護を行わない限り、人的資源の流出はとどまらず、いっそう深刻な事態となりうることを提示され、当面、妊婦さんへの負担を行政、医療側が配慮しつつ、医師の集約化、不合理な労働対価への改善などへの提言等が議論された。今後も、これらの問題点、解決策を急ぎ、検討し、関係者の皆様のより建設的なご意見をいただくとともに、これからの出産を迎える方々にとってよりよい環境が得られるよう、関係者の一致団結した努力が必須である。

第372回 日本産科婦人科学会神奈川地方部会

日 時：平成17年11月27日(日) 午後2時

場 所：小田急ホテルセンチュリー相模大野8階

I. 一般演題

1. 病診連携を利用した乳癌検診成績

ソフィアレディスクリニック

佐藤 芳昭 阿久津 正

2. 手術前に画像診断し、腹腔鏡にて手術を行った子宮体部原発脂肪平滑筋腫の1例

昭和大 北部病院

鈴木 紀雄 安藤 直子 荻部 瑞穂

御子柴尚郎 栗城亜具里 近藤 哲郎

小川 公一 高橋 諄

3. 不妊症における腹腔鏡下手術の有用性について

済生会神奈川県病院

西尾 浩 秋葉 靖雄 中林 章

小関みづほ 小西 康博 中野眞佐男

4. 前置胎盤の妊娠中期中絶は禁忌か？

茅ヶ崎産婦人科医院

出口 奎示

5. 妊娠中期に発症した下肢静脈血栓症に対し下大静脈フィルターを挿入した1例

昭和大 北部病院

荻部 瑞穂

大和徳州会病院

石川 哲也 野口 有生

6. 当センターにおける非癒痕性子宮破裂症例の検討

横浜市大母子医療センター

葉山 智工 片山 佳代 八巻 絢子

梅津 信子 三原 卓志 春木 篤

奥田 美加 石川 浩史 高橋 恒男

横浜市大 武井 美城 遠藤 方哉 平原 史樹

7. 妊娠中に重度の血小板減少を示し、その診断・治療に苦慮した1例

聖医大

末木 志奈 渡邊 敦子 谷内 麻子

奥津 由記 矢作奈美子 奥田 順子

土井めぐみ 荻谷 卓昭 保坂 猛

中村 真 田村みどり 井樋慎一郎

斉藤寿一郎 三室 卓久 石塚 文平

8. 切迫早産管理中に発症した小腸軸捻転の1例

北里大

関口 朋子 沼田 彩 腰塚加奈子

池田 泰裕 菊地 信三 鴨下 詠美

望月 純子 金井 雄二 谷 昭博

天野 完 海野 信也

9. 産褥期に心不全症状を呈した1例

小田原市立病院

丸山 康世 青木 茂 岡本 真知

横井 夏子 白須 和裕

10. 重度妊娠高血圧症候群様症状をきたした胎児共存奇胎の1例

東海大 専門診療学系婦人科

佐藤 茂 内田 能安 森 晃

菊池 公孝 新井 正 杉 俊隆

和泉俊一郎

II. 神奈川県母体保護法指定医師研修会

1. 母体保護法に関する諸問題

神奈川県医師会母体保護委員会 副委員長

砂田 裕和

2. 医療保険に関する諸問題

神奈川県産婦人科医会医療保険部 顧問

桃井 俊美

3. 研修ノート

「痛みの診断と治療」

おしおウィメンズクリニック

小野 健二

III. 研修講演

『ホルモン補充療法

ー過去・現在・未来ー』

横浜市立大学附属市民総合医療センター 準教授

茶木 修

IV. 特別講演

『いま内視鏡手術に求められるもの』

日本医科大学 産科女性診療科 教授

竹下 俊行

抄録

第372回 日本産科婦人科学会神奈川地方部会

病診連携を利用した乳癌検診成績

ソフィアレディスクリニック

佐藤 芳昭 阿久津 正

外来でホルモン補充療法を行うにあたっては、乳癌検診は必須であるが、我々婦人科医にとって子宮癌と異なり乳癌検診をある程度に精密に行うことは、なかなか困難を伴う。特に最近2002年のWHIの長期HRTが心血管系疾患の予防になるかとの投与試験で、乳癌発症がHRT群で対照より多かったとの報告と、それを大きく取り上げたマスコミに刺激され、多くの患者さんが不信と困惑を感じている中で、我々担当医にとっても乳癌検診をどのようにするかは大きい問題である。しかも市町村での公的検診もマンモグラフィの採用が決定しており、これへの対応も急がれる。当院ではHRTの患者には全員初診、再診で定期的に乳癌については視触診と超音波検診を行い、その中から何らかの所見があるか、本人が希望する場合には、病診連携でマンモグラフィをチェックしてカテゴリーIII以上を更に最終的な診断、治療を北里大外科をお願いしてフォローする体制を行った。対象は1440例で、うち532名(36.9%)はHRT施行中であった。うち何らかの異常を認めマンモグラフィを行ったのが60例(42.3%)であり、カテゴリーIII以上の要精検は39例(28%)であり、最終的に乳癌と診断されたのは13例であり、要精検の28.2%であった。又HRT施行中(2年以上)は2例あり、うち1例は、超音波診断で早期に発見したが、組織型が粘液癌という特殊型のために嚢胞(カテゴリーIIIa)の診断で、1年後に確診された例であり、マンモグラフィでも早期診断が難しい例であった。

以上より乳癌検診では現状は困難な症例も少なくないが、視触診・超音波・マンモグラフィを上手に使い、更に他科との病診連携を利用することにより、よりその精度を上昇させることが可能と考えられる。

手術前に画像診断し、腹腔鏡にて手術を行った子宮体部原発脂肪平滑筋腫の1症例

昭和大 横浜市北部病院

鈴木 紀雄 安藤 直子 荻部 瑞穂
御子柴 尚郎 栗城 亜具里 近藤 哲郎
小川 公一 高橋 諄

脂肪平滑筋腫は脂肪成分優位の腫瘍で、頻度は極めて稀であり、子宮体部良性腫瘍のうち0.03%~0.2%の頻度と言われている。そのほとんどは子宮摘出後の組織学的検索にて偶然発見されており、術前に診断される症例は少ない。今回我々はCTで卵巣腫瘍を疑われていたが超音波検査やMRIにて子宮脂肪平滑筋腫と総合的に診断し手術をした症例を経験した。

症例は63歳3回経妊3回経産。人間ドックで腹部石灰化像があり腎結石など疑われ来院した。当院におけるCTにて腎臓の異常以外に卵巣腫瘍も併せて指摘された。CTでは比較的厚い被膜を持つ脂肪性腫瘍で隔壁充実部分も存在し、卵巣原発奇形種などが疑われたが、MRIではその腫瘍は子宮より発生しておりT1強調画像で境界明瞭なhigh intensityを示し脂肪抑制画像では抑制され、ほとんどが脂肪成分と判断された。超音波検査でも腫瘍は子宮より発生しており、境界明瞭な高エコー像を呈した。

以上より子宮原発脂肪平滑筋腫と診断した。鑑別診断としては脂肪肉腫や子宮筋腫の変性、子宮原発の奇形種などがあるが、他院にて過去よりこの腫瘍の経過観察をされており病歴照会をおこない腫瘍の大きさや性状に変化しないため悪性腫瘍の懸念は少ないと判断し、腹腔鏡下腔式単純子宮全摘術を行った。摘出物の病理組織学的検査では、多数の成熟脂肪細胞の増生がみられ、その間に平滑筋細胞が少量みられ、脂肪平滑筋腫と診断された。

骨盤内に脂肪を含む腫瘍を認めた場合は、脂肪平滑筋腫を念頭に置いた鑑別診断が重要であり、その診断にはMRI特に脂肪抑制画像が有用であると思われる。

不妊症における腹腔鏡下手術の有用性について

済生会神奈川県病院

西尾 浩 秋葉 靖雄 中林 章
小関 みづほ 小西 康博 中野 眞佐男

【目的】子宮内膜症、子宮筋腫などの疾患を有する挙児希望患者に対する腹腔鏡下手術の有用性を検討した。

【対象】平成12年4月から平成17年3月までに当院当科で施行された腹腔鏡下手術472例を対象とした。手術診断とその頻度に加え、子宮内膜症、子宮筋腫群と不妊症群において施行された腹腔鏡下手術の妊娠予後について検討した。

尚、腹腔内癒着が認められた場合、腹腔鏡の所見上、子宮内膜症病変が認められた場合は子宮内膜症群、腹膜炎・付属器炎由来の癒着のみの場合は不妊症群、付属器炎による腹痛で挙児希望のない場合はその他の群に分類した。また、不妊症群の中には排卵障害に対し正常排卵を促す目的で行われる卵巣のレーザードリリングという術式の症例も加えた。

【結果】内訳は、全472例中、良性卵巣嚢腫189例(40.0%)、子宮内膜症または子宮筋腫137例(29.0%)、子宮外妊娠69例(14.6%)、卵管閉塞などの不妊症44例(9.3%)、腹腔鏡補助下腔式子宮全摘25例(5.3%)、その他8例(1.7%)であった。このうち子宮温存手術となった子宮内膜症または子宮筋腫症例と不妊症症例181例中、手術前から強く挙児希望のあった154名において、術後妊娠に至ったのは50名(32.5%)であった。また、術後に体外受精の治療を行い妊娠に至った患者は32名中18名(56.3%)、術後に自然妊娠した患者は122名中32名(26.2%)であった。一方、この5年間に当院で体外受精により妊娠した患

者は441名中99名(22.4%)であり、特に体外受精を施行した群において妊娠率が高い傾向が見られた。

【結論】腹腔内病変を合併する難治性の不妊症の患者において、腹腔鏡下手術が有用である可能性が示唆された。

前置胎盤の妊娠中期中絶は禁忌か？

茅ヶ崎産婦人科医院

出口 奎 示

前置胎盤の中期中絶を禁忌とすべきか否かについての知見はきわめて乏しく、未解決の問題といえる。しかし、近年、この点に関する知見が散見されるようになった。中期における前置胎盤の発生頻度は、正常産時の約10倍に存在することに注目しなければならない。2003年、Halperin らは妊娠19～24週における前置胎盤(8例)の中期中絶で、全身麻酔下、鉗子による牽引手術で全例に無事実施できたと報告している。中山らも2005年、経腔超音波診断により確認された前置胎盤(7例)の検討で、ラミナリア+プレグランディン(PG)の手術方法で5例中1例に多量出血をみたが、2例はPGを使用せず頸管をラミナリアで拡張後すみやかに子宮内容除去術を行い、短時間内で手術を終わらせることにより比較的安全に実施できたという。また出血量は常位胎盤群より1.6倍多量であったと報告している。筆者は過去20年間に実施した中期中絶407例の全例に超音波診断法による胎盤の位置確認を行っていないので、前置胎盤の発生頻度は不明であるが、多くの報告にみられるごとく、5%に存在していたとすると、約20例は含まれていたことになる。407例中強出血のため開腹手術への切り替えを余儀なくされた例は皆無で、全血製剤を使用した例もない。これらの成績を総合的に考察すると、中期における前置胎盤の経腔手術は可能とする見解が有力のように思われる。

これに対し、宮原、杉本は、2002年、中期の前置胎盤に対する中絶手術は禁忌にして、腹式帝王切開術を選択するとしているが、それを裏付ける知見報告は見当たらない。

中期における胎盤の面積は狭小で、癒着胎盤の推測頻度はかなり低いだけに、「前置胎盤の中期中絶手術は禁忌とせず、開腹手術の準備を整えたうえ、まず成功率の高い計画流産法による手術を行い、不幸にして多量出血への対処が困難と判断した時点で、ただちに開腹手術に移行すればよい」と考えている。

胎児期に発症した小腸軸捻転症

北里大

関 口 朋 子 沼 田 彩 望 月 純 子
金 井 雄 二 谷 昭 博 天 野 完
海 野 信 也

小腸軸捻転症は、上腸間膜動脈の閉塞により支配領域の腸管の壊死や穿孔を起こすことがある。胎児期発症の報告は少ないとされているが、今回胎児期に発症した小腸軸捻転症を2例経

験したので報告する。

〔症例1〕30歳1経妊1経産、31週3日より切迫早産で塩酸リトドリンの持続点滴を行っていた。34週6日に胎動感消失の訴えがあり、胎児心拍陣痛図で基線細変動の消失を認めた。

Biophysical profile score (BPS)は0点で、超音波検査所見では胎児の腸管拡張と壁の肥厚、少量の腹水を認めた。non-reassuring fetal status (NRFS)の診断で緊急帝王切開術を施行した。児は体重:2638g、アプガースコア:7/8点、臍帯動脈血 pH:7.34の男児で、腹部は膨隆し超音波検査で腸管捻転像(whirlpool sign)を認めた。腸軸捻転症疑いで日齢1開腹手術を施行、Treitz 靱帯から85cmのところに捻転した壊死腸管を認めたが腸回転異常はなかった。診断は回腸軸捻転症で、腸管切除術と端々吻合術を行った。

〔症例2〕32歳1経妊0経産、29週より胎動感の消失を自覚し3日後の定期検診で基線細変動の消失を認めたため同日母体搬送となった。入院時の胎児心拍陣痛図で基線細変動は消失していたが一過性徐脈は認めなかった。BPSは4点で超音波検査所見では胎児の腸管拡張と壁の肥厚、少量の腹水を認めた。29週3日、NRFSで緊急帝王切開を施行。児は体重:1542g、アプガースコア:3/4点、臍帯動脈血 pH:6.94の男児で日齢1に緊急開腹術を行った。診断は回腸軸捻転症(腸回転異常は認めず)で小腸部分切除術と人工肛門造設術を行った。

いずれの症例も胎動感消失を主訴とし一過性徐脈を伴わない基線細変動の消失を認めた。胎動感の減少・消失を訴えた場合には軸捻転も念頭においた速やかな対応が必要であると考えられた。

産褥期に肥大型心筋症による心不全を呈した1例

小田原市立病院

丸 山 康 世 青 木 茂 岡 本 真 知
横 井 夏 子 白 須 和 裕

今回、我々は肥大型心筋症を原疾患に持ち、急激な出血と輸液負荷を契機とし肺水腫、急性呼吸不全、左心不全を呈した症例を経験した。

〈症例〉34歳初産婦。家族歴:父:脳梗塞、母:高血圧。妊娠41週0日、2670g男児を経腔分娩。弛緩出血をきたし、輸液を施行した後に突然の呼吸苦を訴えた。末梢冷感を認め、血圧117/64、脈拍112、SpO₂76%であった。動脈血液ガス所見:PO₂44.9、PCO₂23.0、BE-8.1。心電図は有意所見なし。胸部X線はbutterfly shadowを呈し、心拡大は認めず。心エコーで心室中隔厚16mm、左室後壁厚16mmと左室の対称性壁肥厚を認め、肥大型心筋症と診断した。左室駆出率は76%と正常であった。輸液、利尿剤投与、酸素投与を行い産褥12日目に軽快退院した。退院後は症状なく、今後、心臓カテーテル検査、定期的に心エコー検査を予定している。

肥大型心筋症は特発性心筋症の一病態である。比較的多い疾患であり、発症頻度は500人に1人とされる。妊娠中に肥大型心筋症と診断されることは少ないため、妊娠・分娩時に予期せぬ左心不全を診た際は本疾患も鑑別疾患となりうる。

編集後記

少子化対策ということで政府がさまざまな政策を検討しているようであるが、ぜひ実のあるものとなるようお願いしたいものである。

一方、新研修医制度の下、はじめて2年間の研修を終えた医師の大半が、この4月以降、大学には戻らず、市中の一般病院にとどまって後期臨床研修を続けているという調査結果が新聞に掲載されていた。2年前の新研修医制度の開始と共に、各大学では指導医の不足に加えて入局者の不足という状況下におかれ、派遣病院から医師を引き上げざるを得ない現象が見られた。このため地域によっては分娩をとりやめる施設が続出した。そしてこれを契機として、産婦人科医師の過重労働問題が取り上げられ、産婦人科に対しては従来必ずしも好意的とは言えなかったマスコミが、産婦人科医師の大変さについて様々な報道をしてくれている。幸い今のところ、我々に追い風が吹いているが、勝手なマスコミのことだから、この追い風がいつまで続くかわからない。しかし、とくに産科医療の特徴である、妊産婦に突発するダイナミックな変化に対しては、どんなに努力しても、医師の力が及ばないことがあることを、いまこそ声を大にして我々自身が国民にプロパガンダしておく必要がある。とくに福島県での産婦人科医師逮捕事件は産婦人科診療に従事している我々に対して、まちがいなくある種の恐怖感さえ、もたらした。このような症例に対して社会が医療過誤として医師を逮捕して裁判を行うといった方法しか取れないのであれば、産婦人科医療は完全に萎縮してしまう。欧米に見られるような患者・家族を含めた救済処置のシステムを我が国に於いても早急に構築すべきである。少子化対策には産婦人科医師や小児科医師に対するそうした配慮ある対策が同時に含まれるべきである。そうでなければ少子化に対する真の解決には決してならないであろう。

佐々木 茂

神奈川県産科婦人科医会会則 日本産科婦人科学会神奈川地方部会会則

第1章 総 則

- 第1条 本会は社団法人日本産科婦人科学会定款第3条に規定された地方部会で、名称を神奈川地方部会と称し、事務所を神奈川県横浜市中区富士見町3丁目1番地 神奈川県内総合医療会館4階に置く。
- 第2条 本会は、社団法人日本産科婦人科学会定款第6条に規定された神奈川県内の会員をもって当てる。
- 第3条 本会は、産科学および婦人科学の進歩発展に貢献し、併せて会員相互の親睦を図ることを目的とする。
- 第4条 本会は、前条の目的を達するために次の事業を行う。
学術集会の開催、機関紙および図書などの刊行、社団法人日本産科婦人科学会が行う事業への協力、その他本会の目的を達成するために必要な事業。

第2章 入会・退会・除名

- 第5条 本会に入会を希望する者は、別に定めるところによりその旨を申し出て会長の承認を得なければならない。
- 第6条 会員は別に定める入会金及び会費を納入しなければならない。なお会費は別に定めるところにより免除することができる。また、既納の入会金及び会費はいかなる事由があっても返還しない。
- 第7条 会員は次の事由によりその資格を喪失する。
退会したとき、死亡したとき、除名されたとき、会長が認めたとき。

第3章 役員および地区代議員

- 第8条 本会に、次の役員を置く。
(1) 地方部会長（1名）、理 事（約11名）、
(2) 監 事（2名）
- 第9条 地方部会長、理事及び監事は、別に定めるところにより総会で選任する。
- 第10条 途方部会長は本会の職務を総理し、本会を代表する。理事は、会長を補佐し、理事会の議決に基づき、日常の会務に従事し、総会の議決した事項を処理する。
- 第11条 理事は、理事会を組織して、この会則に定めるもののほか、本会の総会の権限に属せしめられた事項以外の事項を議決し、執行する。
- 第12条 監事は、本会の業務及び財産を監査し、その結果を総会において報告するものとする。
- 第13条 本会の役員の任期は2年とする。重任を妨げない。
- 第14条 本会は、会則の定める職務を遂行するために、別に定めるところにより、会員中より選任された地区代議員を置く。地区代議員は、この会則に定める事項を審議し、又は本会の目的について会長に意見を述べることができる。

第4章 会 議

- 第15条 本会は総会と理事会の会議を開く。
- 第16条 本会の総会は代議員制により行う。代議員制による議員の名称は地区代議員とし、総会は地区代議員をもって構成される。地区代議員以外の会員は総会に出席し議長の了解を得て意見を述べるができる。ただし表決に参加することはできない。
- 第17条 通常総会は年1回会長が招集し、事業計画の決定、予算の審議、決算および監査の事項の承認、その他重要事項の協議決定を行う。
2. 臨時総会は、理事会が特に必要と認めた場合、または会員現在数の3分の1以上から会議に付議すべき事項を示して、総会の招集を請求されたときは、その請求のあった日から30日以内に招集しなければならない。
3. 総会の議長及び副議長は、出席地区代議員の互選で定める。総会の開催は地区代議員定員数の過半数以上の者の出席を必要とする。
4. 地区代議員が出席できない場合は予備地区代議員を充てることができる。総会の議事は、出席者の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。
- 第18条 理事会は、会長が招集し、会長及び理事をもって構成する。会議は原則、毎月1回開催される。ただし、会長が認めたとき又は理事の2分の1以上から理事会開催の請求があったときは臨時理事会を30日以内に招集しなければならない。理事会は、その過半数が出席しなければ会議を開くことはできない。
- 第19条 監事、議長、副議長、日本産科婦人科学会役員並びに代議員、および会長が必要と認め理事会で承認されたものは理事会に出席して意見を述べるができる。但し、表決に加わることはできない。

第5章 会 計

- 第20条 本会の会員は所定の会費を負担しなければならない。ただし別に定める会員は、会費を免除される。本会の会計は会員の会費等をもって当てる。総会において会計報告をしなければならない。本会の会計年度は4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

第6章 会則の変更

- 会則の変更
- 第21条 本会の会則の変更は、理事会及び総会において、おのおのその構成員の3分の2以上の議決を経なければならない。

第7章 補 則

付 則

細 則

この会則は、平成14年4月1日より実施する。

第22条 この会則の施行についての細則は、理事会および総会の議決を経て、別に定める。

日本産科婦人科学会神奈川地方部会における
社団法人日本産科婦人科学会役員及び代議員選出に関する細則

第1章 総 則

第9条 選挙管理委員長は、役員及び代議員候補一覧表を作成し、地区代議員に速やかに通知しなければならない。

第1条 本細則は、社団法人日本産科婦人科学会定款（以下定款）、および社団法人日本産科婦人科学会役員および代議員選任規定（以下選任規定）に基づき、本会における社団法人日本産科婦人科学会役員及び代議員候補者を選出するための方法を定めたものである。

2. 役員とは神奈川地方部会長、理事、監事とする。

第2条 本会は、社団法人日本産科婦人科学会の求めた数の役員及び代議員候補者を、神奈川地方部会所属の地区代議員によって選出するものとする。

第2章 役員及び代議員の任期

第3条 本細則で選出された役員及び代議員の任期は、2年とする。

第3章 選挙権・被選挙権

第4条 役員及び代議員候補者は、会員中より選出される。

第4章 選挙管理

第5条 役員及び代議員選挙を行うために、選挙管理委員会を設ける。

2. 社団法人日本産科婦人科学会から役員及び代議員選出の依頼を受けた場合、速やかに選挙管理委員会を組織し、選出作業を開始しなければならない。

3. 選挙管理委員は、候補者および推薦者以外の会員若干名を当て、選挙に関する一切の業務を管理する。

4. 選挙管理委員長は、委員の互選による。委員会は選挙終了後解散する。

第5章 選挙の方法

第6条 地方部会長は代議員選挙の期日の20日前までに会員に公示しなければならない。

第7条 役員及び代議員候補者、またはこれを推薦するものは選挙の期日10日前までの公示された日時に、選挙管理委員会に文書で届けなければならない。

第8条 届出文書には、立候補者の役職名、氏名、住所、生年月日を記載しなければならない。推薦届出文書には、前記記載のほか、推薦届出書者2名の氏名、年令を記載しなければならない。

第6章 選挙管理業務

第10条 投票は、選挙管理委員会の定めた方法にて無記名投票する。

第11条 役員及び代議員の選挙は、有効投票の最多数の投票数を得た者、又は得票数の多い順に以って当選人とする。同数の場合は当該候補者による決選投票とする。再度同数のときは抽選とする。日本産科婦人科学会代議員の選挙については、次点、次次点を補欠とする。但し、その有効期限は前任者の残任期間とする。

第12条 投票表紙の様式は、選挙管理委員長がこれを定める。

2. 投票は、選挙する役職の定数に応じ、単記又は、連記とする。

3. 正規の用紙でない票、候補者以外の氏名を記載した票、候補者の氏名が判読できない票、定められた数に満たないか、超えた票は無効とする。

第13条 候補者の数が定数を超えないときは、出席地区代議員の議決により、投票を行わないで候補者を当選とすることができる。

第14条 議長は、地区代議員の中から選挙立会人3名を指名し、投票および開票に立ち会わせなければならない。また選挙管理委員長は、選挙立会人立ち会いの上、開票し、結果をただちに議長に報告しなければならない。

第15条 役員及び代議員が選出されたとき、議長は速やかに当選人の氏名および得票数を神奈川県産科婦人医科会会長に報告しなければならない。同医会長は速やかに当選人に当選の旨を通知し、かつ、当選人の氏名を会員に告知しなければならない。

付 則

本規定は平成14年4月1日より施行する。

日本産婦人科医会神奈川県支部会則

第1章 総 則

- 第1条 本会は社団法人日本産婦人科医会定款第3条に規定された支部で、名称を神奈川県支部と称し、事務所を神奈川県横浜市中区富士見町3丁目1番地 神奈川県総合医療会館4階に置く。
- 第2条 本会は、社団法人日本産婦人科医会定款第3条に規定された神奈川県内の会員をもって当たる。
- 第3条 本会は社団法人日本産婦人科医会で規定された事業を行うことを目的とする。

第2章 入会・退会・除名

- 第4条 本会に入会を希望する者は、別に定めるところによりその旨を申し出て支部長の承認を得なければならない。
- 第5条 会員は別に定める入会金及び会費を納入しなければならない。なお会費は別に定めるところにより免除することができる。また、既納の入会金及び会費はいかなる事由があっても返還しない。
- 第6条 会員は次の事由によりその資格を喪失する。
退会したとき、死亡したとき、除名されたとき、支部長が認めたとき。

第3章 役員および地区代議員

- 第7条 本会に、次の役員を置く。
(1) 支部長（1名）、理事（約11名）
(2) 監事（2名）
- 第8条 支部長、理事及び監事は、別に定めるところにより総会で選任する。
- 第9条 支部長は本会の職務を総理し、本会を代表する。理事は、支部長を補佐し、理事会の議決に基づき、日常の会務に従事し、総会の議決した事項を処理する。
- 第10条 理事は、理事会を組織して、この会則に定めるもののほか、本会の総会の権限に属せしめられた事項以外の事項を議決し、執行する。

- 第11条 監事は、本会の業務及び財産を監査し、その結果を総会において報告するものとする。
- 第12条 本会の役員の任期は1年とする。ただし重任を妨げない。
- 第13条 本会は、会則の定める職務を遂行するために、別に定めるところにより、会員中より選任された地区代議員を置く。地区代議員は、この会則に定める事項を審議し、又は本会の目的について支部長に意見を述べることができる。地区代議員は支部正会員の中から選出し、その任期は1年とする。ただし重任を妨げない。

第4章 会 議

- 第14条 本会は総会と理事会の会議を開く。

- 第15条 本会の総会は地区代議員制により行う。代議員制による議員の名称は地区代議員とし、総会は地区代議員をもって構成される。地区代議員以外の会員は、総会に出席し議長の了解を得て意見を述べるができる。ただし表決に参加することとはできない。
- 第16条 総会は年1回支部長が招集し、事業計画の決定予算の審議、決算および監査事項の承認、その他重要事項の協議決定を行う。
2. 臨時総会は、支部長が特に必要と認めた場合、または、会員現在数の3分の1以上から会議に付議すべき事項を示して、総会の招集を請求されたときは、その請求のあった日から30日以内に招集しなければならない。
3. 総会の開催は地区代議員定数の過半数以上の者の出席を必要とする。
4. 地区代議員が出席できない場合予備地区代議員を充てることができる。総会の議事は、出席者の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。
- 第17条 理事会は、支部長が招集し、原則毎月1回開催される。ただし、支部長が認めたとき又は理事の2分の1以上から理事会開催の請求があったときは臨時理事会を30日以内に招集しなければならない。理事会は支部長、及び理事をもって構成し、理事の過半数が出席しなければ会議を開くことはできない。

- 第18条 監事、議長、副議長、日本産婦人科医会役員並びに代議員、および支部長が必要と認め、理事会で承認されたものは理事会に出席して意見を述べるができる。但し、表決に加わることはできない。

第5章 会 計

- 第19条 本会の会員は所定の会費を負担しなければならない。ただし別に定める会員は、会費を免除される。本会の会計は会員の会費等をもって当てる。総会において会計報告をしなければならない。本会の会計年度は4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

第6章 会則の変更

- 第20条 本会の会則は、理事会及び総会において、おのおのその構成員の3分の2以上の議決を経なければならない。

第7章 補 則

- 第21条 この会則の施行についての細則は、理事会および総会の議決を経て、別に定める。

付 則

- この会則は平成14年4月1日より実施する。

日本産婦人科医会神奈川県支部における 社団法人日本産婦人科医会役員及び代議員選出に関する細則

第1章 総 則

第1条 本細則は、社団法人日本産婦人科医会定款（以下定款）、および社団法人日本産婦人科医会役員および代議員選任規定（以下選任規定）に基づき、本会における社団法人日本産婦人科医会役員及び代議員候補者を選出するための方法を定めたものである。

2. 役員とは神奈川県支部長、理事、監事とる。

第2条 本会は、社団法人日本産婦人科医会の求めた数の役員及び代議員候補者を、神奈川県支部所属の地区代議員によって選出するものとする。

第2章 役員及び代議員の任期

第3条 本細則で選出された代議員の任期は、1年とする。但し、重任を妨げない。

第3章 選挙権・被選挙権

第4条 代議員候補者は、会員中より選出される。

第4章 選挙管理

第5条 役員及び代議員選挙を行うために、選挙管理委員会を設ける。

2. 社団法人日本産婦人科医会から役員及び代議員選出の依頼を受けた場合、速やかに選挙管理委員会を組織し、選出作業を開始しなければならない。

3. 選挙管理委員長は、候補者および推薦者以外の会員若干名を当て、選挙に関する一切の業務を管理する。

4. 選挙管理委員長は、委員の互選による。委員会は選挙終了後解散する。

第5章 選挙の方法

第6条 支部長は代議員選挙の期日の20日前までに会員に公示しなければならない。

第7条 役員及び代議員候補者は、またはこれを推薦するものは選挙の期日10日前までの公示された日時に、選挙管理委員会に文書で届けなければならない。

第8条 届出文書には、立候補の役職名、氏名、住所、生年月日を記載しなければならない。推薦届出文書には、前記記載のほか、推薦届出者2名の氏名、年令を記載しなければならない。

第9条 選挙管理委員長は、役員及び代議員候補一覧表を作成し、地区代議員に速やかに通知しなければならない。

第6章 選挙管理業務

第10条 投票は、選挙管理委員会の定めた方法にて無記名投票とする。

第11条 有効投票数の最多数の投票数を得た者又は得票数の多い順を以って当選人とする。同数の場合は該当候補者による決選投票とする。但し、再度同数のときは抽選とする。

日本産婦人科医会代議員の選挙については順位をつけ定数外を補欠とする。補欠にも順位をつけ、その有効期間は前任者の残任期間とする。

第12条 投票用紙の様式は、選挙管理委員長がこれを定める。

2. 投票は、選挙する役職の定数に応じ、単記又は、連記とする。

3. 正規の用紙でない票、候補者以外の氏名を記載した票、候補者の氏名が判読できない票、定められた数に満たないか、超えた票は無効とする。

第13条 候補者の数が定数を超えないときは出席代議員の議決により、投票をおこなわないで候補者を当選とすることができる。

第14条 議長は、地区代議員の中から選挙立会人3名を指名し、投票および開票に立ち会わせなければならない。また選挙管理委員長は、選挙立会人立ち会いの上、開票し、結果をただちに議長に報告しなければならない。

第15条 役員及び代議員が選出されたとき、議長は速やかに当選人の氏名および得票数を神奈川県産科婦人科医会会長に報告しなければならない。同医会長は速やかに当選人に当選の旨を通知し、かつ、当選人の氏名を会員に告知しなければならない。

付 則

本規定は平成14年4月1日より施行する。

神奈川県産科婦人科医会会則

(前 文)

本会は、産婦人科領域で車の両輪とも称される日本産科婦人科学会神奈川地方部会と日本産婦人科医会神奈川県支部とが合体した医会形式をとることによって、両者の運営が円滑に行われ、かつ会員が産婦人科医として必須の医学・医療の進歩、変遷の実態を把握するに便であるという理由により、昭和51年以降、医会形式をとって現在に至っている。

第1章 名称及び事務所

(名 称)

第1条 本会は、神奈川県産科婦人科医会（KANAGAWA MEDICAL ASSOCIATION OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY）と称する。

(事務所)

第2条 本会は、事務所を神奈川県横浜市中区富士見町3丁目1番地 神奈川県総合医療会館4階に置く。

第2章 組 織

(組 織)

第3条 本会は、神奈川県内に在住又は勤務する産科婦人科医師を以て組織する。

2. 前項以外の者であって、本会に特に入会を希望する者は、理事会の承認を経て準会員となることができる。

第3章 目的及び事業

(目 的)

第4条 本会は、会員の学術向上並びに医道の高揚を図り、併せて会員相互の親睦を期することを目的とする。

(事 業)

第5条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。

- (1) 学術集会、講演会並びに研修会に関する事項
- (2) 研究、調査に関する事項
- (3) 社団法人日本産科婦人科学会専門医、母体保護法指定医に関する事項
- (4) 医療保険に関する事項
- (5) 母子保健に関する事項
- (6) 会員福祉に関する事項
- (7) 会誌、広報に関する事項
- (8) その他必要な事項

(事業部)

第6条 本会の事業を遂行するため、次の各部を置く。

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 総務部 | (7) 医療対策部 |
| (2) 経理部 | (8) 広報部 |
| (3) 学術部 | (9) 異常分娩先天異常対策部 |
| (4) 編集部 | (10) 悪性腫瘍対策部 |
| (5) 医療保険部 | (11) 周産期医療対策部 |
| (6) 母子保健部 | (12) その他 |

第4章 会 員

(会員の資格)

第7条 会員は、原則として社団法人日本産科婦人科学会並びに社団法人日本産婦人科医会の会員でなければならない。

(入 会)

第8条 本会に入会しようとする者は、別に定める様式による入会申込書に必要事項を記入の上、会員1名以上の推薦を得て本会に提出し、理事会の承認を得なければならない。

2. 届出事項に変更を生じたときも同様とする。

(退 会)

第9条 本会を退会しようとする者は、別に定める様式による退会届出書を本会に提出しなければならない。

(会費及び負担金)

第10条 会員は、会費及び負担金を納めなければならない。

2. 会費及び負担金の決定並びに徴収方法は、総会でこれを定める。

3. 退会し、又は除名された会員が既に納入した会費及び負担金は返還しない。

(会員の義務)

第11条 会員は、本会の会則を守り、その秩序を維持するように努めなければならない。

(会員の権利)

第12条 会員は、役員に立候補することができる。

2. 会員は、本会の会務に関し、本会に意見を述べることができる。

(会員の除名)

第13条 本会会員にして、本会の名誉を損なう言動をなす者、又は故なくして会員の義務を怠る者は、総会の議を経て、会長がこれを除名することができる。

(名誉会員)

第14条 会長は、総会の議を経て、本会に功労のあった者に、名誉会員の称号を与えることができる。

2. 名誉会員の称号は終身とする。

第5章 役員及び顧問

(役 員)

第15条 本会に次の役員を置く。

会 長	1名	副会長	2名
理 事	11名	監 事	2名

2. 役員の任期は2年とし、原則として同一役種の連続再任は3期を限度とする。但し、理事はこの限りでない。

3. 副会長は、1名は日本産科婦人科学会地方部会長、1名は日本産婦人科医会神奈川県支部長とする。

(役員の職務)

第16条 会長は、本会を代表し、会務を総理する。

2. 副会長は会長を補佐し、会長事故あるときはその職務を代行する。その順位はあらかじめ理事会の議を経てこれを

決める。

3. 理事は、会長の旨をうけて会務を分掌する。

4. 監事は会務を監査する。

（役員の選挙）

第17条 役員等の選挙は、日本産科婦人科学会神奈川地方部会及び代議員の選出に関する細則、日本産婦人科医会神奈川県支部役員及び代議員選出に関する細則により、総会において選出する。神奈川県産科婦人科医会会長の選出についても適応することとする。

（役員の補欠選挙）

第18条 役員に欠員が生じたときは、原則として1年以内に補欠選挙を行う。

2. 補欠として選任された役員の任期は、前任者の残任期間とする。

（顧問）

第19条 本会に顧問を置くことができる。

2. 顧問は、総会の議を経て会長がこれを委嘱する。その任期は委嘱した会長の任期終了までとする。

3. 顧問は、会長の諮問に応え、本会の各種の会議に出席して意見を述べることができる。但し裁決に加わることはできない。

第6章 理事会

（理事会）

第20条 理事会は、会長、副会長、及び理事を以て構成する。

2. 理事会は、会長が招集してその議長となる。

3. 理事会は、その過半数が出席しなければ会議を開くことができない。

（理事会の任務）

第21条 次の事項は理事会において討議、議決を経なければならない。

（1） 総会の招集及びこれに提出する事項

（2） 会務運営に関する事項

2. 議事は、出席者の過半数でこれを決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

（理事会への出席、発言）

第22条 監事、議長、副議長、日本産科婦人科学会及び日本産科婦人科医会の役員並びに代議員、及び会長が必要と認め、理事会で承認された者は理事会に出席して意見を述べることができる。但し、表決に加わることはできない。

（委員会）

第23条 会長は、必要と認めたときは、理事会の議を経て、委員会を置くことができる。

第7章 地区代議員および地区予備代議員

（地区代議員の定数及び予備地区代議員の定数）

第24条 本会に地区代議員および予備地区代議員を置く。

2. 地区代議員および予備地区代議員の選出は会員の互選による。

3. その定数は別に定める規定により選出する。

4. 地区代議員会及び予備地区代議員は本会の役員を兼ねることはできない。

5. 地区予備代議員は、地区代議員に事故あるとき、その職務を代行する。

6. 地区代議員及び地区予備代議員の任期は2年とする。欠員により就任した地区代議員会及び予備地区代議員の任期は、その前任者残任期間とする。

（地区代議員の職務）

第25条 地区代議員は、会則その他の規定に定める事項を審議し、又は本会の目的について会長に意見を述べるができる。

第8章 総会

（定時総会および臨時総会）

第26条 総会は、代議員制とする。地区代議員以外の会員は総会に出席し、議長の許可のもと発言することはできるが、議決権はない。

2. 定時総会は年1回とし、原則として3月会長が招集する。

3. 臨時総会は、理事会の議を経て、会長が招集する。又は3分の1以上の会員の要請があった場合には、会長は速やかに総会を開かなければならない。

（総会の招集）

第27条 総会の招集は、10日以前にその会議において審議すべき事項、日時及び会場を通知しなければならない。但し、緊急を要する場合は、その期間を短縮することができる。

（総会の任務）

第28条 次の事項は、総会の議決又は承認を経なければならない。

1. 会則、付帯細則並びに諸規則の変更

2. 事業報告

3. 収支決算

4. 事業計画並びに予算

5. 会費の賦課並びに負担金

6. 地区代議員並びに地区予備代議員の変更

7. その他の事項

（総会の議長及び副議長の選挙並びに職務）

第29条 総会に議長及び副議長各1名を置く。

2. 総会の議長及び副議長は、地区代議員の中から総会で選出する。

3. 議長及び副議長の任期は、各々の地区代表議員の任期終了までとする。

4. 総会の議長は、総会の秩序を保持し、議事を整理し、総会を代表する。

5. 副議長は、議長に事故あるときはその職務を代行する。

（総会の議決）

第30条 総会の議決は、出席者の過半数を以てし、可否同数の時は議長がこれを決める。

（総会への役員の出席発言）

第31条 本会の役員は総会に出席し、意見を述べるができるが、表決に加わることはできない。

第9章 会 計

付 則

(会 計)

第32条 本会の会計は、会費、負担金、寄付金及びその他の収入を充てる。

2. 必要のある場合は、臨時会費を徴収することができる。
3. 既納の会費又は負担金は理由の如何を問わずこれを返還しない。

(会計年度)

第33条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

第10章 雑 則

(第34条 本会の会則の変更は、総会の出席者の3分の2以上の同意を要する。

(細則及び規定)

第35条 本会則に必要な細則及び規定は別に定める。

1. 本会則は昭和51年4月1日より施行する。

1. 本会則は昭和55年4月1日より施行する。

1. 本会則は平成元年4月1日より施行する。

1. 本会則は平成8年4月1日より施行する。

1. 本会則は平成9年4月1日より施行する。

1. 本会則は平成10年4月1日より施行する。

1. 本会則は平成12年8月1日より施行する。

1. 本会則は平成13年6月1日より施行する。

1. 本会則は平成14年4月1日より施行する。

神奈川県産科婦人科医会施行細則

(規程の制定)

第1条 この細則は、会則第35条によりこれを設ける。

(会員種別、所属等の異動)

第2条 会員の種別、又は住所あるいは就業所に変更があるときは、別に定めるものとする。

(会費未納者の退会)

第3条 督促にも拘らず、2年以上会費を納めない会員は、これを退会者とする。

2. 会員死亡のときは自然退会とする。

(地区代議員の定数)

第4条 会則第24条による地区代議員は、理事会で承認した地区毎に会員20につき1名、その端数10名を超えるときは1名を加える。会員20名未満のときは1名とする。

2. 横浜市、川崎市及びその他の県域との間に定数格差が生じたときは、代議員会改選の年に比例配分による調整を行うものとする。
3. 前項の代議員定数の基準となる会員数は、改選直前の12月末日における会費完納のA,B及びC会員数とする。
4. 地区代議員は予備地区代議員1名を指名する。

(役員等の選挙)

第5条 本会役員、日本産科婦人科学会代議員、日本産婦人科医会代議員は、別に定める選挙規定により総会において選出する。但し、本会理事のうち2名は会長指名とする。

(事業部)

第6条 会則第6条による事業部の構成は、概ね次の通りとする。

- (1) 部長1名
- (2) 部員若干名(原則として10名以内)
2. 部長は、理事がこれにあたる。部員は会長が委嘱する。

(会員種別)

第7条 本会の会員種別は、次の通りとする。

- (1) A会員 病院、診療所等の医療施設の産科 婦人科責任者、又はこれに準ずる者
- (2) B会員 日本産科婦人科学会専門医又は母体保護法指定医でA会員以外の者
- (3) C会員 日本産科婦人科学会専門医及び母体保護法指定医のいずれでもない者
- (4) 準会員 会則第3条第2項による者

(本会の会費)

第8条 本会の会費は次の通りとする。

- (1) A会員 年額 33,000 円
- (2) B会員 年額 22,000 円
- (3) C会員 年額 14,000 円
- (4) 準会員 年額 7,000 円
2. 本会の入会金は3,000円とする。
3. 名誉会員並びに高齢会員(77才以上で本会に20年以上在籍)は、本会会費を免除することができる。

(上部組織の会費)

第9条 本会会員は、上記会費の他に次の上部組織の会費を併せて、本会に一括納入するものとする。

- (1) 日本産科婦人科学会費
- (2) 日本産科婦人科学会関東連合地方部会費
- (3) 日本産婦人科医会費
- (4) 日本産婦人科医会関東ブロック会費

(職員規程)

第10条 本会職員に関する諸規程は別にこれを定める。

付 則

1. 本細則は昭和55年4月1日より施行する。
1. 本細則は平成元年4月1日より施行する。
1. 本細則は平成6年4月1日より施行する。
1. 本細則は平成8年4月1日より施行する。
1. 本細則は平成9年4月1日より施行する。
1. 本細則は平成12年8月1日より施行する。
1. 本細則は平成14年4月1日より施行する。
1. 本細則は平成15年4月1日より施行する。

神奈川県産婦人科医会役員選挙規定

（役員等の選挙）

第1条 会則第17条及び施行細則第6条に基づく役員の選挙は、本規程の定めるところによる。

（選挙に関する公示）

第2条 会長は、役員に立候補又は候補者を推薦しようとするときは、選挙の期日の20日前までに全会員に公示するとともに、選挙管理委員会を委嘱しなければならない。

2. 選挙管理委員は、候補者及び推薦者以外の会員より若干名を以てこれに充てる。

3. 選挙管理委員会は、選挙に関する一切の業務を管理し、選挙終了後解散する。

4. 選挙管理委員長は、委員の互選によりこれを定める。

（役員の任期）

第3条 医会会長、理事、監事の任期は2年とする。

（立候補の届出）

第4条 役員に立候補又は立候補を推薦しようとするときは、選挙の期日10日前までの公示された日時に、選挙管理委員会に文書で届出なければならない。但し、郵送による届出は認めない。

（届出の様式）

第5条 前条の届出文書には、立候補の役職名、氏名、住所、生年月日を記載しなければならない。

2. 推薦届出文書には、前項記載のほかに推薦届出書者2名以上の氏名、住所を記載しなければならない。

3. 以上に伴う書式はこれを定める。

（候補者の公示）

第6条 選挙管理委員長は、候補者一覧表を作成し、地区代議員に速やかに通知しなければならない。

第7条 投票用紙の様式は、選挙管理委員長がこれを定める。

2. 投票は、選挙する役職の定数に応じ、単記又は連記とする。

（無効投票）

第8条 次の投票は無効とする。

- （1）正規の用紙を用いないもの
- （2）候補者でない者の氏名を記載したもの
- （3）候補者の氏名を確認できないもの
- （4）役職に規定された定数を記載しないもの

（選挙立会人）

第9条 議長は、地区代議員の中から選挙立会人3名を指名し、投票及び開票に立ち会わせなければならない。

（開票）

第10条 選挙管理委員長は、選挙立会人の立合いの上投票箱を開き、投票を正確に点検し、その点検が終わり次第、その結果を直ちに議長に報告しなければならない。

（無効投票）

第11条 投票者の数が定数を超えないときは、出席地区代議員の議決により、投票を行なわないで候補者を当選することができる。

（当選人の決定）

第12条 役員の選挙は、有効投票の最多数の投票数を得た者を以って当選人とする。

2. 投票同数の場合は決選投票とする。但し、再度同数の場合は抽選とする。

（当選決定の報告）

第13条 当選人が決定したときは、議長は、速やかに当選人の氏名及び得票数を、医会会長に報告しなければならない。

（当選人への当選決定の通知）

第14条 医会会長は、前条の規定による当選人決定の報告を受けたときは、速やかに当選人に当選の旨を通知し、且つ、当選人の氏名を告知しなければならない。

付 則

1. 本規程は昭和55年4月1日より施行する。
1. 本規程は平成元年4月1日より施行する。
1. 本規程は平成8年4月1日より施行する。
1. 本規程は平成12年8月1日より施行する。
1. 本規程は平成14年4月1日より施行する。

神奈川産婦人科医会総会会議規定

第1章 総 則

(会 議)

第1条 会則第26条の総会の会議は本規定による。

(参 集)

第2条 総会は、開会定刻前に参集しなければならない。

2. 議長は、開会前に着席地区代議員を、総務部員により報告させる。

(会議中の出席及び退席)

第3条 地区代議員は、会議中に出席したときは自らその旨を議長に報告し、また、退席しようとするときは議長の許可を得なければならない。

(議席の決定及び議長選挙前の議長代行)

第4条 総会の議席は、横浜市、川崎市及び県域の3ブロックの順送りとし、地区代議員個人は各ブロックの報告名簿順に従って決める。

2. 議長及び副議長が選挙されるまでは、出席地区代議員の互選により仮議長を定める。
3. 一般会員は総会に出席することはできるが、採決には参加することはできない。発言のある時は、議長の許可を必要とすることはできるが、採決には参加することはできない。発言のある時は、議長の許可を必要とする。着席場所は地区代議員と別にする。

一般会員の入退室は総務部員より議長に報告しなければならない。

(総会の開閉)

第5条 総会の開会及び閉会は、議長が宣言する。

(会議中の定足数の欠如)

第6条 議長は、会議中に定数を欠くと認めた時は、休憩又は延会を宣言することができる。

2. 議長は、会長と協議の上、改めて総会の招集を求めることができる。

第2章 議 事

(議題の宣告)

第7条 議長は、会議に付する案件を議題とするときは、その旨を宣告する。

(一括議題)

第8条 議題は、必要に応じて2件以上の議案を一括して議題とすることができる。

(案件の説明、質問及び表決)

第9条 会議に付する案件は、会議において提出者の説明を聞き、質問、討論の後、表決する。

2. 発言が尽きない時は、地区代議員から質疑又は討論集結の動議を提出することができる。
3. 前項の動議が採択されたときは、議長は討論を経ないで、会議にはかってこれを決する。

第3章 発 言

(発言の許可)

第10条 地区代議員が発言しようとする時は、挙手して「議長」と呼び、自己の議席番号を告げ、議長の許可を得なければならない。

(議長の議席での発言)

第11条 議長が、地区代議員として発言しようとする時は、副議長を議長席につかせ、議席において発言しなければならない。副議長についても同じとする。

(発言内容の制限)

第12条 発言はすべて簡明を旨とし、当該議題の範囲を超えてはならない。

2. 議長は、その発言が前項の規定に反すると認めるときは注意をし、なお、これに従わないときは発言を禁止することができる。

(発言時間の制限)

第13条 議長は、必要があると認めたときは、あらかじめ発言時間を制限することができる。

第4章 表 決

(表決の宣言)

第14条 議長は、表決をとろうとするとき、表決に付する議案又は動議の内容を明示しなければならない。

2. 宣告の際、議場にいない地区代議員は表決に加わることはできない。

(表決の方法)

第15条 議長が表決をとろうとするときは、議題を可とする者を起立又は挙手させ、その多数を認定して可否の結果を宣告する。

2. 議長が起立又は挙手者の多数を認定しがたいとき、又は出席代議員の5分の1以上の者から異議の申立があったときは、議長は、投票で表決をとらなければならない。

3. 前項の投票は、記名投票又は無記名投票とする。

(表決後の宣告)

第16条 表決の終わったときは、議長は、その結果を宣告する。

第5章 動 議

(動議成立の条件)

第17条 地区代議員が提出する動議は、発議者のほかに2名以上の賛成者がなければ、議題とすることができない。但し、議事進行に関する動議はこの限りではない。

第6章 議事録並びに書記

（議事録署名人）

第21条 議事録に署名すべき代議員の数は2名とし、議長がこれを指名する。

（議事録並びに書記）

第18条 総会に書記を若干名置く。

- 2. 書記は、議長がこれを選任する。
- 3. 書記は、議長の命を受けて総会の事務を掌理し、議事録を作成する。

（議事録の作成）

第19条 議長は、総会の会期ごとに、議事録を確認しなければならない。

（議事録の公表）

第20条 議事録の要旨は、神奈川県産科婦人科医会会報に掲載して、会員に公表する。

付 則

- 1. 本規程は平成8年4月1日より施行する。
- 1. 本規程は平成12年8月1日より施行する。
- 1. 本規程は平成14年4月1日より施行する。
- 1. 本規程は平成15年4月1日より施行する。

神奈川県産科婦人科医会傷病見舞金並びに弔慰金給付規程

第1条 この規程は会則第42条によりこれを定める。

（目 的）

第2条 本規程は、本会会員の長期傷病による休業又は死亡の際、傷病見舞金又は弔慰金を給付することを目的とする。

（傷病見舞金）

第3条 本会会員が傷病のため1ヵ月以上休業する場合は、傷病見舞金 30,000円を給付する。

（弔慰金）

第4条 本会会員が死亡の際は、弔慰金 50,000円を給付し、更に、生花又は花輪1基を贈る。

付 則

- 1. 本規程は昭和55年4月1日より施行する。
- 1. 本規程は平成元年4月1日より施行する。
- 1. 本規程は平成8年4月1日より施行する。
- 1. 本規程は平成15年4月1日より施行する。

神奈川県産科婦人科医会旅費規程

（趣 旨）

第1条 この規程は会則第43条によりこれを定める。

（目 的）

第2条 本会役員、会員及び職員が会務のため出張したときは日当、旅費その他を支給する。

（1）出張地域により次の日当を支給する。

イ. 居住地と同一の都市医師会	3,500 円
ロ. 隣接する都市医師会	4,000 円
ハ. その他の都市医師会	4,500 円
ニ. 県 外	5,000 円

- （2）交通費（運賃）は実費を支給する。
- （3）県外出張宿泊費 15,000 円

付 則

- 1. 本規程は昭和55年4月1日より施行する。
- 1. 本規程は平成元年4月1日より施行する。
- 1. 本規程は平成8年4月1日より施行する。

神奈川県産科婦人科医会役員

会 長	八十島 唯 一	監 事	砂 田 裕 和
副 会 長	平 原 史 樹		和 泉 元 志
	東 條 龍太郎		
理 事	高 橋 恒 男		
	中 野 眞佐男		
	石 塚 文 平		
	和 泉 俊一郎		
	坂 田 寿 衛		
	後 藤 忠 雄		
	持 丸 文 雄		
	関 賢 一		
	朝 倉 啓 文		
	中 山 裕 樹		
	海 野 信 也		

日本産科婦人科学会代議員

朝 倉 啓 文	天 野 完	和 泉 俊一郎	岩 崎 克 彦	海 野 信 也
可世木 久 幸	甘 彰 華	木 口 一 成	齋 藤 馨	坂 田 寿 衛
茂 田 博 行	白 須 和 裕	高 橋 諄	高 橋 恒 男	多和田 哲 雄
東 條 龍太郎	中 野 眞佐男	中 山 裕 樹	中 山 昌 樹	平 原 史 樹
宮 本 尚 彦	持 丸 文 雄	八十島 唯 一	山 中 美智子	

日本産婦人科医会代議員

黒 沢 恒 平	近 藤 俊 朗	内 出 洋 道	桃 井 俊 美
---------	---------	---------	---------

神奈川県産科婦人科医会名誉会員

安 達 健 二	雨 宮 章	安 西 節 重	岩 田 嘉 行	岩 本 直
植 村 次 雄	内 田 勝 次	内 田 勝	梅 内 正 利	遠 藤 哲 広
太 田 徹	片 桐 信 之	川 内 香 苗	菊 池 三 郎	岸 野 貢
倉 品 治 平	黒 島 義 男	小 坂 順 治	小 松 英 夫	齋 藤 真
佐 賀 正 彦	佐 藤 和 雄	佐 藤 啓 治	島 田 信 宏	代 田 治 彦
菅 原 章 一	鈴 木 健 治	住 吉 好 雄	関 口 允 夫	平 健 一
高 崎 光 正	田 中 洋	多和田 金 雄	出 口 奎 示	戸賀崎 義 治
西 岡 延一郎	根 岸 達 郎	林 茂	原 莊 内	原 田 輝 武
堀 健 一	堀 越 登	前 原 大 作	矢内原 巧	八 木 伸 一
渡 辺 英 夫				

日本産科婦人科学会名誉会員

雨 宮 章	佐 藤 和 雄	牧 野 恒 久	矢内原 巧
-------	---------	---------	-------

日本産科婦人科学会功労会員

安達健二
内田勝次
蔵本博行
篠塚孝男
関口允夫
長田久文
堀越登

安西節重
太田徹
黒島義男
島田信宏
田中洋
根岸達郎
前原大作

石原楮輔
片桐信之
斉藤真
代田治彦
塚田一郎
野嶽幸正
桃井俊美

岩田嘉行
菊池三郎
佐賀正彦
鈴木健治
出口奎示
林茂
八木伸一

植村次雄
岸野貢
佐藤啓治
住吉好雄
戸賀崎義治
原田輝武

神奈川県産科婦人科医会事業部

総務部

飯田智博
斉藤優
宮城悦子

高橋恒男
内出洋道
佐藤善之

持丸文雄
岡井良至
杉俊隆

川内博人
鈴木真

甘彰華
中山昌樹

経理部

清河薫
増田良平

中野眞佐男
黒沢恒平
吉田丈児

高橋恒夫
小清水勉
渡部秀哉

茂田博行

濱野聡

学術部

明石敏男
斉藤寿一郎
西井修

石塚文平
石川雅一
斉藤裕
松林秀彦

海野信也
加藤久盛
榊原秀也
宮本尚彦

小西英喜
佐藤芳昭

小山秀樹
白須和裕

編集部

池田万里郎
上坊敏子
田村みどり

和泉俊一郎
石川雅彦
菅野光
茶木修

石塚文平
可世木久幸
杉浦賢良
林保良

佐々木茂
鈴木隆弘
植村次雄(顧問)

佐藤美紀子
高橋諄

医療保険部

遠藤哲広
田島敏久

坂田寿衛
太田巖
土田正祐

和泉俊一郎
國立實夫
中原優人

小杉茂
片桐伸之(顧問)

佐藤善之
桃井俊美(顧問)

母子保健部

飛鳥井邦雄
可世木久幸
鈴木真

後藤忠雄
池川明
窪田与志
堀敬明

坂田寿衛
内田伸弘
黒沢恒平
増田恵一

蛭原照男
近藤雅子

小川幸
斉藤寿一郎

医療対策部

入江宏
福田俊子

持丸文雄
小澤陽

朝倉啓文
小関聡

小平博

塗山百寛

広報部

和泉玲子
中村秋彦

関賢一
草場徳雄
秦和子

中山裕樹
高義光
星野眞也子

高橋尚彦
宮本尚彦

徳山真弓

異常分娩先天異常対策部

安藤紀子
斉藤圭介
望月純子

朝倉啓文
石川浩史
菅井亮世

関賢一
井槌慎一郎
田中彰

内田能安
松島隆

小川公一
丸山浩之

悪性腫瘍対策部

雨宮 清
木村 昭裕
角田 新平

中山 裕樹

和泉 滋
久布白 兼行
宮城 悦子

後藤 忠雄

今井 一夫
小西 英喜
村松 俊成

入江 宏
小林 陽一
横山 和彦

小野瀬 亮
佐治 晴哉

周産期救急対策部

天野 完
加藤 良樹
毛利 順

海野 信也

井槌 慎一郎
小松 英夫
森 晃

中野 眞佐男

井上 裕美
多和田 哲雄
山中 美智子

小川 博康
堀 裕雅

奥田 美加
本間 進

神奈川県産科婦人科医会委員会

勤務医委員会

大野 勉
高安 義弘

萩庭 一元

近藤 朱音
松島 隆

斉藤 優

佐藤 美紀子

茂田 博行

IT委員会

和泉 俊一郎

池川 明

漢那 顕

小関 聡

窪田 与志

吉田 浩

医事紛争対策委員会

今井 一夫

高橋 恒男

関 賢一

谷 昭博

親睦委員会

小澤 陽

関本 英也

金子 清

田中 信孝

持丸 文雄

医療事故安全対策委員会

平原 史樹

八十島 唯一

東條 龍太郎

高橋 恒男

神奈川県産科婦人科医会代議員及び予備代議員

平成17年4月～19年3月

				議 長	伊 東	亨		
				副議長	吉 邨	泰 弘		
番号	地区	代議員	予備代議員	28	〃	近藤 俊朗	渡部 秀哉	
1	横須賀	加藤 良樹	増田 良平	29	〃	宮本 尚彦	林 保良	
2	〃	後藤 誠	内出 洋道	30	〃	中原 優人	光永 忍	
3	鎌 倉	高山 正義	遠藤 哲広	31	〃	鈴木 真	諏訪 八大	
4	平 塚	小清水 勉	平園 賢一	32	青 葉	脇田 幸一	林 茂隆	
5	小田原	桑田 昱	鈴木 秀行	33	〃	服部 一志	辻井 孝	
6	茅ヶ崎	下田 隆夫	木島 武俊	34	旭	小松 英夫	緒方 俊弘	
7	座間・綾瀬	金子 清	代田 琢彦	35	泉	中澤 龍一	多和田哲雄	
8	海老名	増田 恵一	武岡 豊文	36	磯 子	中田 裕信	香西 洋介	
9	藤 沢	吉田 洋一	新井 克巳	37	神奈川	和泉 玲子	大石 和彦	
10	〃	塗山 百寛	中村 宣夫	38	金 沢	関本 英也	岩本 直	
11	秦伊中	杉 俊隆	松林 秀彦	39	市 大	榊原 秀也	杉浦 賢	
12	〃	山内 格	平井 規之	40	〃	石川 雅彦	茶木 修	
13	足柄上	高安 義弘	平井 昭典	41	〃	宮城 悦子	奥田 美加	
				42	〃	遠藤 方哉	石川 浩史	
14	厚 木	並木 俊始	田中 信孝	43	港 南	市川 敏明	大吉 繁男	
15	逗 葉	土田 正祐	中村 英世	44	港 北	石田 寛	小林 勇	
16	相模原	田島 敏久	佐々木正則	45	栄	柳澤 和孝	蛭名 勝忠	
17	〃	吉村喜久緒	田所 義晃					
18	〃	岡井 良至	近藤 正樹	46	瀬 谷	堀 裕雅	安達 敬一	
19	〃	上坊 敏子	天野 完	47	都 筑	林 方也	塚原 睦亮	
20	大 和	田宮 親	向井 治文	48	鶴 見	明石 敏男	星野真也子	
21	津久井	西迫 潤	佐藤亀代司	49	戸 塚	伊東 亨	田林 正夫	
22	三 浦	塩崎 一正	吉田 道子	50	中	戸賀崎義治	太田 徹	
23	川 崎	吉邨 泰弘	柿沼 三郎	51	西	木村 知夫	安西 重義	
24	〃	入江 宏	泰 和子	52	保土ヶ谷	吉田 正	茂田 博行	
25	〃	宮坂 昌人	熊澤 哲哉	53	緑	田口 資朗	戸田 裕也	
26	〃	可世木久幸	小西 英喜	54	南	吉田 隆美	飯田 啓	
27	〃	木口 一成	小林 陽一					

日産婦神奈川地方部会誌投稿規定

- (1) 本会誌掲載の論文は原則として会員のものに限る。
- (2) 地方部会における一般講演は原著論文とし、またシンポジウム、特別講演は原則として依頼原稿として掲載する。また、講演当日800字以内の抄録を提出し、これを掲載する。
- (3) 論文の長さは表題、所属、著者名、要旨、本文、文献、図表、写真などを合せて400字詰原稿用紙20枚以内とする。原稿にはページ番号を記載する。この範囲を越えたもの及び特に費用を要する図表並びに写真に対しては実費を著者負担とする。
- (4) 表題、所属、著者名には英文も併記し、下記のように記述する。(文、タイトルの大文字・小文字に注意)
 表題: Autoradiographic study on the distribution of gonadotropin-releasing hormone in the rat ovary
 所属: 1) Department of Obstetrics and Gynecology, Yokohama City University School of Medicine, Yokohama
 2) Department of Obstetrics and Gynecology, Yokohama Minami Kyosai Hospital, Yokohama
 姓名: Taro YAMAKAWA
- (5) 要旨は和文600字以内とし、下に和文5語以内のKey wordを付記する。
- (6) 図表、写真は順番をつけ、本文中に挿入部位を明示すること。図表中の文字は、縮小された場合にも明瞭であるように留意すること。
- (7) 文献は引用順とし、著者名全員と論文の表題を入れ、次のように記載する。
 1) 新井太郎、谷村二郎: 月経異常の臨床研究、日産婦誌、1976; 28: 86-90
 2) 岡本三郎: 子宮頸癌の手術、塚本治・山下清臣編、現代産婦人科学II、東京: 神田書店、1976; 162-168
 3) Brown H, Smith CE. Induction of labor with oxytocin. Am J Obstet Gynecol. 1976; 124: 882-890
 4) Harris G. Physiology of pregnancy. In: Green P, eds. Textbook of Obstetrics, 2nd. New York & London: McLeod Co., 1976; 45-55
 尚、本邦の雑誌名は日本医学雑誌略名表(日本医学図書館協会編)に、欧文誌は Index Medicus による。本文中での引用部位の右肩には文献番号¹⁾ ²⁾を付ける。
- (8) 論文の採否は査読者の意見を参考にして編集会議で決定する。また、原稿は編集方針に従って加筆、削除、修正などを求める場合がある。
- (9) 掲載原稿の著作権は日産婦神奈川地方部会に帰属する。
- (10) 論文投稿の際は原稿と共にコピー1部を添付する。
- (11) 別冊を必要とする場合には原稿に必要部数を朱書すること。但し、別冊30部は無料とする。
- (12) 印刷の初校は著者校正とする。
- (13) プライバシー保護のため症例報告の場合、個人が特定されないように患者氏名はもちろんのこと、初診日、入退院日、手術日等の記述に十分注意すること。
- (14) 投稿はフロッピーディスク、CD-ROM、MOなどの電子媒体を用いること。
 その際、必ずプリントアウトしたものを添付すること。ウィンドウズ、マッキントッシュどちらでも良く、ドキュメント形式、またはテキスト形式で保存したものとし、ファイル名、使用ソフト名を明記する。
- (15) 投稿先:

〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9 横浜市立大学医学部産婦人科学教室内
 神奈川地方部会誌編集部宛
 Tel 045 (787) 2690-2692, Fax 045 (701) 3536

改訂 1990. 9. 19

1992. 3. 3

2001. 2. 15

2003. 9. 11

2004. 9. 9

2005.12. 1

編集担当理事

和泉俊一郎、石塚文平（副担当）

編集部員

池田万里郎、石川雅彦、可世木久幸、佐々木茂、佐藤美紀子、上坊敏子、
杉浦 賢、鈴木隆弘、高橋 諄、茶木 修、三井真理、三室卓久、林 保良、
植村次雄（顧問）

「日本産科婦人科学会地方部会会誌」 第43巻1号（年2回発行）

平成18年7月20日印刷・平成18年7月25日発行

発 行 所 〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1（神奈川県総合医療会館内）
日本産科婦人科学会神奈川地方部会
電 話 045（242）4867 <http://www.kaog.jp/>

編集兼発行人 日本産科婦人科学会神奈川地方部会

印 刷 所 〒220-0042 横浜市西区戸部町1-13 電話 045（231）2434
株式会社 佐藤印刷所
