

千葉県 産科婦人科医会報

(第62号 平成18年5月)

千葉県産科婦人科医会

日本産婦人科医会
日本産科婦人科学会

千葉県支部
千葉地方部会

CONTENTS

<巻頭言>

支部長挨拶	支部長 八田 賢明 1
-------	-------------------

<トピックス>

教授就任にあたって	千葉大学 生水真紀夫 2
	東邦大学 木下俊彦 3

<県医師会ニュース>

千葉県広域災害・救急医療情報システムについて 千葉県医師会担当理事 石川広己 4
--

<医会活動から>

平成17年度冬期学術講演会	木下俊彦 5
平成17年度女性の健康週間・公開講座	担当理事 梁 善光 6
医療の安全に関するアンケート	医療安全委員会委員長 湯原佑二 8

<県内病院紹介>

東京慈恵会医科大学柏病院	部長 佐々木寛 10
--------------	------------------

<地区紹介>

君津木更津・安房地区	地区代表委員 塚本光志・清川正章 11
------------	---------------------------

<学術の窓>

性非行・性犯罪に対する心理療法と対策 東京武藏野病院精神科 針間克己 13
母子感染の最近のトピックス 一特にトキソプラズマ、風疹を中心としてー 三井記念病院産婦人科部長 小島俊行 15

<社会保険情勢>

社保だより	担当理事 十河正寛 32
-------	--------------------

<役員会等報告>

第2回合同協議会議事録	山口 晓 34
第5回定例役員会議事録	山口 晓 37
第6回定例役員会議事録	山口 晓 39

<事務局だより>

会員の入退会・異動情報 41
-------------	----------

<編集後記>

	岩崎秀昭 42
--	---------------

「昨今の産婦人科医療をとりまく諸問題について」

産婦人科医会千葉県支部 支部長 八田 賢明

福島県の産婦人科医、加藤医師事件はわが国医療の根底を揺るがす大問題として全国的な関心を呼び、ネット上では今も盛んに論議されている。

健全な21世紀の医療を思うとき、加藤医師をスケープゴートにしてはならない。われわれは「業務上過失致死容疑」そのもの自体に異議を申し立て、支援のための募金活動を展開し、さらに、全国周産期医療（MFICU）連絡協議会（代表 末原則幸大阪府立母子保健総合医療センター産科部長）の声明に準じて、周産期医療システム改善に向けた提案を行った。この事件を契機に、日本の周産期医療が好ましい方向に進むことを期待している。

ところで、最近、時間のたつのが早く時間の浪費が気になってならない。加齢と共に朝の目覚めが早くなるというが、人間が年齢と共に目覚めが早く寝不足になるのは「自分の一生の持ち時間が少なくなることを、自然に感じ取って寝る時間を惜しむためだ」と説く識者もいる。秦の始皇帝が不老長寿の秘薬を求めたのも若さより永遠の時間を願ったのであろう。宇宙の営みの瞬きにも当たらない自分の残された時間を如何に有効に使うか自分なりに模索しているところである。

前号にも触れたが、地球規模の環境破壊はとどまるところを知らない。大量生産、大量消費のパターンを切り替えない限り益々深刻になるだろう。この地球規模の環境破壊が、人間の心身の破壊と無関係でないと思う。当地は古い団地があり比較的緑の多い地域に属する。身近な体験だが、「油せみ」と「ひぐらし」は時間差をおいて鳴いていた。それが近頃は、同時に鳴くようになった。ケヤキは枯れてもなかなか落葉しない。解離層の異常が指摘されているが、蟬もケヤキもしびれを切らし、身を挺してわれわれに警告しているように思われる。自然界の変化に人間以外の生き物は敏感なのである。

また、わが国では命を軽視する犯罪や閑鎖的な暗い出来事が後を絶たない。

「ゲーム脳」という高次な機能を持つ脳の一部が劣化したために生ずるさまざまな事件が注目されている。「前頭前野」は、本来、本能に関する古い脳が暴走しないように抑制をかけている領域で、人間の創造性、理性、道徳心、物事の手順や意思の決定、人間らしさ、意欲などに関与している。しかし、連日、長時間、テレビゲームなどに没頭していると機能不全に陥ることもあるようだ。宇治市ではハンマーで人を殺害し、逃亡しようともしない事件があった。「一撃で倒れるはずがゲームと違い、もう一撃加えなければならなかった、なぜだ」と平然と取調官に問いただすと現実との区別が出来ない人が存在することを社会に示した。国民は少々の出来事では驚かず、たちまち忘却のかなたに押しやる。今、立ち止まって考え方直す時期であろう。

その中で、患者を助けようとして全力を尽くし、その「結果責任」を問われている福島県の加藤医師に対し、支援の輪は大きな拡がりを見せている。

日本医師会、産科婦人科学会、日本産婦人科医会のような「団体」になると行動に制限が加わる。しかし、この「理不尽さ」を何かの形で表示し、国民に実情を知らしめる好機と考えるべきであろう。その点、全国周産期医療連絡協議会声明はわが国の最高実務機関の総意として各方面に及ぼす影響は大きい。われわれは、その成果を見守ると共に、「加藤医師を支援する募金」に全力を注ぐ所存である。

教授就任にあたって

発生・再建医学研究部門 発生医学講座 生殖機能病態学 教授 生水 真紀夫

私は、金沢出身で、金沢大学を卒業し、爾来ほとんどの期間を金沢大学で過ごして参りました。このたび、生殖機能病態学（旧産婦人科学）を担当させていただくことになり、大変光栄に思っております。千葉大学での生活は初めてとはいえ、金沢大学と千葉大学とは旧六医科大学どうしということもあって、近親感があります。

大学病院の役割には、教育・診療・研究の3つの柱があります。いずれの柱も大切ですが、最近ではこれに加えて大学病院の経営的な面への配慮も必要となっていました。診療を主とする一般病院でさえ経営的に厳しい時代に、さらに学生教育や高度先進医療の開発などへの投資を担う大学病院が経営的に自立するのは大変困難です。しかしながら、経営上の改善努力は、大学病院としての自由度の増大につながるものであり、ある意味でチャンスであると思っています。診療科の長として、診療収入の増加に努めて参りたいと思います。このような努力を持続的に続けていくための方策として、その成果に見合った報酬や待遇の改善が図られるシステムの整備を、学長にお願いしたいと思います。

現在産婦人科医療をとりまく状況は大変厳しいものとなっています。医療事故や少子高齢化などの社会的問題に加えて、若手後継者が少ないという深刻な問題も抱えています。研修医の進路の科別偏在が大きな問題になっています。産婦人科医療の果たす役割を考えると、今後も医師が一方的に減り続ける状況が続くとは思いませんし、そのようなことがあっては医療界、ひいては国民生活がたちゆかなくなってしまいます。大学病院としても、産婦人科医師の増加に努めなくてはいけません。学部学生には診療科としての産婦人科のやりがいを伝え、学問としての生殖医学のおもしろさを理解してもらうように努めて参ります。また、関連病院や大学病院での産婦人科医師の労働環境の整備にも配慮が必要です。過酷な労働環境の改善を図るだけでなく、施設内保育所・時間外保育の充実など女性医師への配慮・対策もきわめて大切です。大学附属病院内の問題だけでなく、地域医療の中核として、地域医療への貢献も大切な役割であると思います。人的資源の集約化や病院の機能分担など国レベルの方針に従って、関連病院や県など行政との調整を進めていくつもりです。

医師の科別偏在の問題は、見方をかえると不平等なまでの医師の平等待遇に起因しているといえます。すなわち、外来診療のみで、時間外や夜間に呼びだされることの全くない診療科でも、大学病院で月に決められた数の当直をこなしています。一方で、産婦人科では、同じ数のスタッフで外来・手術に加え、夜間の分娩や救急搬送に対応しています。夜間の当直をこなした上で、翌日の診療も行います。労働基準法を遵守すると診療そのものを行うことができなくなるのが現状です。スタッフ数、給料、などでの建前上の平等が、不平等のひとつ的原因であると思います。これを変えていくのは大変困難な作業ですが、学長としても是非お考えいただきたいと思います。

研究は、大学の存在意義そのものであり、新しい教室では、生殖医療・医学の楽しさややりがいを伝え、臨床医学研究の種を蒔きたいと思います。症状を合理的に分析することで適切な仮説を立て最も可能性の高い診断名に可及的早期に到達してこれを実証していく、一連の作業は科学と同じです。このような経験を踏まえ、真摯に日常診療に取り組むなかで問題を見つけることのできる目を養うことの大切さ、自ら解決していく臨床医学研究のおもしろさ・醍醐味を学生や若い医局員に伝えていきたいと思っています。

大学院・学部教育システムの変革や卒後臨床研修制度のスタートなど医師養成システムが大きく変わりつつあります。その中で大学や大学附属病院の果たすべき役割を見直し、一般の臨床教育病院との違いや役割分担を明らかにして大学の存在意義を示していく必要があります。トランスリレーショナルリサーチすなわち基礎研究の成果をいち早く臨床に応用するための研究が大学・附属病院における臨床科の最も大切な役割のひとつだと思います。

千葉大学産婦人科の伝統である婦人科腫瘍学に加え、周産期医学や不妊生殖医学の分野でもそれぞれスペシャリストを育成し、おののが自らの専門分野において臨床と研究の両面で国際的な評価が受けられるよう努力してまいります。

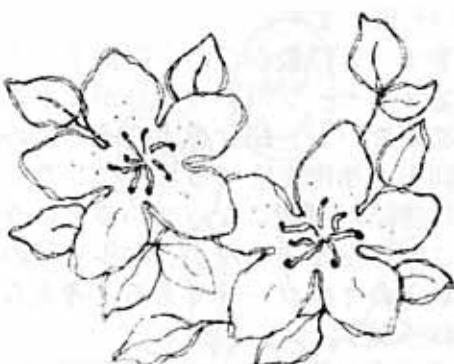
教授就任にあたって

東邦大学医療センター佐倉病院 木下俊彦

この度、平成17年12月より東邦大学医療センター佐倉病院産婦人科教授に就任いたしました。私は昭和54年に東邦大学医学部を卒業し、東京大学産婦人科医局に入局後昭和62年からの山梨医科大学勤務を経て、平成8年4月から佐倉に勤務しております。私がいたころの山梨医科大学、そして佐倉病院ともに産婦人科の医局員は10名程度の小医局であります。従って、臨床では特定の専門分野のみを担当していくはおらず、産科、婦人科を問わずさまざまな臨床分野を扱ってまいりました。その中から分娩を知るためには生殖医療を知らないことはならず、生殖医療を知るためにには生理、解剖を知り、それが腫瘍の治療へもリンクするといった具合に内容的に互いを知ることが必要であることを学びました。この経験をこれからの方々にも伝えていきたいという希望を持っています。

さて、佐倉病院は東邦大学の一員としての教育・研究・診療の役目を担うとともに、地域医療への貢献という大きな使命を担っているものと思います。現在増床工事が進行中であります。完成の暁には地域周産期センター開設の予定です。千葉県の周産期医療向上の一端を担うことができるよう医局員とともに努力する所存でありますので、今後ともご指導ご鞭撻の程よろしくお願いいたします。

なお、平成18年4月より病院名が東邦大学医療センター佐倉病院に変更になりました。



千葉県広域災害・救急医療ネットワーク ・・・周産期医療における連携でご利用下さい

千葉県医師会医療情報システム担当理事 石川 広己

昨年12月より完成いたしました千葉県の広域災害・救急医療ネットワーク（以下医療ネットと略す）の特徴の第一は、すべてが、インターネットを介しての情報のやりとりとなっていることです。千葉県の270を超える救急登録病院や各地の消防機関、保健所にはすべて情報画面に入れるログインIDとパスワードが付与され、空床情報などの入力がされています。この情報を見るためにはIDとパスワードが必要ですが、地区医師会経由で希望をつのり地域開業の医療機関の先生方にもIDとパスワードが取得できるようにしております。新しく希望される方でも県医師会の方で取り次ぎを致します。インターネットは周知のように情報の公開を広範囲にかつリアルタイムに行うことができますが、もちろんアクセスしなければなりません。確かに電話よりはリアルタイム性に劣るということはありますが、電話は相手を探すのに時間がかかります。書き込んだ情報が新しく、適切に更新していれば、情報を必要とする側はいつでも入手することができる優位性を持っています。この、空床等の情報をインターネットで確認するということを既に多くの地区で実践されておりますが、いくつかの問題がでています。それは空床情報を入力する病院側が院内のベッド運営の関係で必ずしも正確な情報を入力していないことがあります。つまり、いつでも満床で空床0が続いているなど、せっかく入院患者を紹介したくてもできない、どうしてもその病院でなければならないときは、結局従来通りと同様、相手の先生を見つけて交渉するようになっているようです。今は千葉県のベッド数の不足や病院勤務医の不足、看護師の不足などを反映して、病院の多くが困っている実情がありますので、入院患者の細かな条件設定は実際話をしないとうまくいかないということではないかと考えています。

しかし、このことは当初より考慮済みで、詳細情報についての入力も可能にしてあります。空床情報の入力欄に「備考」として自由記載の欄があり、そこに入院受け入れに関しての病院側の条件を字数制限なく細かく設定できるようにしております。例えば「男性のみ受け入れ可」だとか、「痴呆症合併の場合は要相談」とか、「入院条件の詳細は総師長の・・・にご連絡下さい」とか、いろいろ条件を書いて既に運営されている病院もあります。要は、空床0という情報のみではなく紹介する側がわかりやすく書いていただけるとさらに活用ができるのではないかと考えています。もちろん大病院などでは事務系の方が入力するのでこの入力欄の備考のところに細かな条件設定を書けるようになっていないものと考えますが、やはり、病診連携として大事な情報開示であり、多くの数の開業の先生や利用者が見ているということを考えて、是非その点での院内のシステムを構築していただきたいと思います。

もう一つ特筆すべき特徴がこの「医療ネット」にはあります。メッセージボックスという相手を簡単に指定してメッセージのやりとりができるようにしたということです。病診連携や病病連携で即座の反応は必要ないが、紹介患者のその後の経過問い合わせや、数日後の入院・転院希望を書いて、医療機関同士が連携をもてるようにしたことあります。これは、全県的な規模でのネットで医療機関相互に連絡が可能になっているということでは全国で最初の取り組みとなっています。詳細な手順はここでは示しませんが、今年4月の診療報酬の改訂でもありますように、病診連携、病病連携はここ数年のキーワードであると考えられます。是非多くの先生方の実践的活用をお願いしたいと考えております。

また、周産期医療の関係者には、情報画面に、特別に掲示板機能を付けております。自由に書き込める画面となっていますので、新生児医療に対しての技術的な問題や医師体制の問題、その他いろいろ論議ができると思います。千葉県は広いので周産期の関係医療機関の交流はなかなか大変です。この掲示板を利用して少しでも千葉県の周産期医療の情報のやりとりができればと考えておりますのであわせてご利用をお願いいたします。

日本産科婦人科学会千葉地方部会平成17年度冬期学術講演会を担当して

著者 東邦大学医療センター佐倉病院産婦人科 木下俊彦

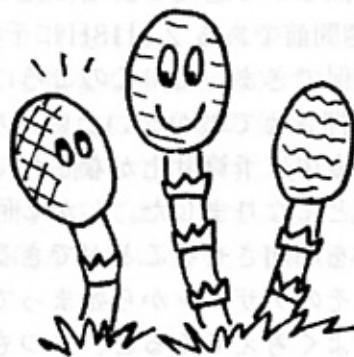
日本産科婦人科学会千葉地方部会平成17年度冬期学術講演会を平成18年1月28日に開催させていただきました。多くの会員の皆様に参加いただきましたことをお礼申し上げます。

会場が手狭であり、途中から予備の座席を用意するなどの不手際がございました。この紙面をお借りしてお詫び申し上げます。

演題数は例年通りの23題でしたが、討論が熱く、そのために予定時間を大幅に超過していました。一部の先生から「このままで大丈夫?」とご心配頂いたのですが、学会の本質は討論にあるとの原則論に則り、時間の調整は敢えて行いませんでした。産婦人科の衰退が心配される今日この頃ですが、今回の学会での様子をみているとそんな心配は杞憂であろうと思わせるものでした。特別講演には三井記念病院産婦人科部長の小島俊行先生をお招きしました。風疹とトキソプラズマについては、分かっているようで、分かっていないことが多いと個人的に感じておりましたのでその解説をお願いしたのであります。この企画が会員の皆様の臨床へ何かしらのお役に立てたのであれば幸いです。

学会後の懇親会では演題を論文として残すために地方部会誌をぜひも創刊して欲しいとの声が聞かれました。地方部会誌は千葉地方部会としては懸案の事項であるようですが、なんとか実現できるようにしたいものです。

最後になりましたが、座長の先生方、また産婦人科医会事務の方々のご協力に感謝いたします。



平成17年度「女性の健康週間」市民公開講座を開催して

学術担当理事 梁 善光

去る2月18日に千葉市文化センターで日産婦千葉地方部会・日産婦医会千葉県支部主催の平成17年度「女性の健康週間」市民公開講座が開催されました。本来ならばこの紙面ではその講演内容や出席者からの声などを中心に報告するべきであろうかと思います。しかしながら、今回はこの公開講座の意義を医会・学会会員の皆様に理解していただくために、本事業が開催されるに至った経緯と開催までの準備の様子からお話をいたします。

平成16年度より、日産婦学会・日産婦医会本部は厚生労働省と日本医師会の後援を得て、毎年3月1日より8日までを「女性の健康週間」と名づけ、“産婦人科医師が女性の生涯主治医として女性のトータルライフを支援していく”役割をもっと一般の方々にアピールするというコンセプトの事業を開始しました。皆様も、昨年の2月頃にWの文字をあしらったピンバッヂが突然送られてきて、そんな企画が立ち上げられたことを知られたのを覚えていらっしゃることと思います。実はその活動の一環として、各都道府県でこの時期にあわせてテーマを決めて市民公開講座を主催することを学会・医会本部が推奨し、希望する地方部会・支部に対して補助金が交付されました。千葉県支部・地方部会もこれに賛同してこの補助金を昨年度よりいたいでいたこともあり、“市民公開講座”を開催することが実は義務づけられていたのです。平成16年度は毎年開催されている「性教育セミナー」をこれにあてたのですが、本年度は河村会長、八田支部長の意向もありこれとは切り離して開催する方針になったため、これまでにはなかった新しい事業として今回は私がその担当に指名されたわけです。

過去に例のないことを立ち上げるわけですから正直いって本当にどこから手をつけていいのかまるでわかりませんでした。通常の医会・学会会員を対象とした学術講演会と違って一般市民を対象とする講演会なのでいつもと勝手が全然違います。通常、このようなイベントを開催するにあたっては、会場・企画・会計・情宣の4つは最低限度決めていかないと立ち行けませんが、どれも白紙の状態からのスタートでした。

具休化に会場の確保を始めたのが昨年の10月末と出遅れていたこともあり「女性の健康週間」内の土曜日は当然ながら適当な会場は見つかりません。しかしながら、公的施設をひとつひとつあたっていくと2週間前である2月18日に千葉市文化センターに奇跡ともいうべき空きがあることが判明してこれを確保できました。このころには11月に入っており企画ももうすでに演者を決定しそのスケジュールを押さえておかないといけないタイムリミットを迎えており、これにも難渋しました。さらに、前年度中に予算計上がなされていない事業のため、会計担当理事の先生にも大変ご迷惑をおかけすることになりました。しかし何よりも、一般の市民に対してどうやってこのイベントが開催されることを周知させることができるのか、これが一番の問題でした。ポスター・チラシを作成するとして、そのデザインから始まってどこにどれだけ頒布することができるのかがまるでわかりません。またよく考えてみると、いつもの学会みたいに医者が座長をして進行を請け負っても一般受けするものになるとは到底思えないわけで、司会者はだれにしよう…など悩みごとはつきません。このような感じでもう本当に進退極まった状態で12月を迎えたわけです。正直本当に開催できるのかしらん、と夢にまで出てくる始末で今風にいえば「てんぱって」いたように思います。

吉澤イーでしてある千葉県会の取り組み

主 催 千葉県医師会・千葉市医師会

しかしながら、たまたまこの時期に開かれた県内 7 大学の会合でこのことをご相談したところ皆さんのが全面的な協力をいただけたことになり、一気にいろいろな問題点がクリアされていくことになりました。司会者の決定、県医師会・千葉市医師会・県看護協会の後援獲得とつづき、極めつけは千葉県・千葉市からの後援で、実績のない初めてのイベントにもかかわらず企画内容が評価され後援をいただくことができたのは特筆に値するのではないかと思っています。これだけの成果を上げるに際し各大学の科長の先生方には本当に感謝しています。中でも東京歯科大市川病院の高松先生にはお世話になりました。ありがとうございました。この場を借りて御礼申し上げます。

ここまで大枠が決まればあとは打ち合わせをして当日を迎えるべきイベントは開催されます。あとは、できるだけ多くの一般の方々に公開講座を周知することだけとなります。ポスターやチラシは会員の先生方にお配りした以外に、主だった病院や県・市の保健所関係施設に配布することはできましたが、そこまででした。できれば県や各市の広報紙に紹介の記事を載せたかったのですが、2自治体の後援の取り付けが完了したのが年明けであり、すでに原稿締め切りに間に合わないことが明らかとなり、結果的に掲載できたのは市原市のみに終わってしまいました。民間広報紙への掲載も考慮したのですが予算が足らないため断念し、結局十分な広報活動ができないままに当日を迎えることになりました。この点が今回の準備の中では心残りで仕方ありません。

さて、ようやく本題の公開講座の実施報告となります。今年度の公開講座のテーマは「子宮頸がん」であり 3 人の先生に講演をお願いしました。河西先生（千葉県民保健予防財団）には千葉県での集団検診の現状をご講演いただき、それから平井先生（癌研有明病院）はHPV感染と子宮頸がんの関連を、最後に安田先生（慈恵医大第三病院）に治療を中心にお話いただきました。アンケート用紙の回答を見る限りにおいて内容的には専門的過ぎず適切（44/52）で役に立った（46/52）という声が圧倒的に多く市民公開講座にふさわしいものだったようです。最終的な出席者は 141 名でした。このうち医師の参加が 56 名あったため、一般参加者は 85 名となります。希望としてはもう少し大勢の皆さんの参加を期待したのですが、準備期間が短かったことや今回が初めての試みだったことを考えれば、まあ仕方のない結果ではなかったかと考えています。

これまで地方部会や県支部が一般県民・市民を対象に働きかけをすることは少なく、本事業はこれから千葉県での医会・学会のあり方を方向付ける意味でも重要な事業と考えています。その意味でこの公開講座は来年以降も継続される見込みであり、その成功には会員の先生方のご協力は不可欠です。平成 18 年度はもっと早めに準備を始めていくことを計画しています。企画・会場確保・情宣等どの分野でも結構ですので、ご意見、ご協力を広くお待ちしております。特に各自治体広報紙への情宣活動は地元の先生方のお口添えがあればより効果的かと思います。予めよろしくご協力のほどお願い申し上げ、本稿を終えたいと思います。

医療の安全に関するアンケート報告

医療安全委員会委員長 湯原佑二

昨年日本産婦人科医会千葉県支部に医療安全委員会が設立され、医療事故の把握、医療過誤の検証、事故の分析等々の対策をとることで、医療の安全を図ることになった。

医療の安全に関して実態の把握のために、平成17年11月に平成17年4月1日～9月30日間に患者とトラブル又はヒヤリハットなどに関する医療の安全に関するアンケートを実施した。

アンケートの発送数424件で回収数は173件（休職1件、検査センター1件は記載無し）40.8%であった。この様に多数の返事があったことに会員の先生方のご協力に感謝申し上げます。

回答が有った171件に関して検討した結果、171件中全くトラブルが無かった件数は109件(63.74%)、何かしらトラブルが有った件数は62件(36.25%)であった。

回答の先生方の年齢は30才代より70才代までで70才以上が一番多い回答で有った。

施設別では官公立病院からの回答は8件(4.67%)で全てトラブルがあり。法人病院は21件(12.28%)中トラブル無しが8件、あるいは13件。個人病院は10件(5.84%)中無しが5件、ありが5件。法人診療所は35件(20.46%)中無しが21件、ありが14件。個人診療所は95件(55.55%)中無しが73件、ありが22件で有った。

入院施設では入院施設有りは127施設(74.26%)でトラブル無しが71施設(41.52%)、トラブル有りが56施設(32.74%)。入院施設無しは44施設(25.73%)でトラブル無しが38施設(22.22%)、トラブル有りが6施設(3.50%)で有った。

分娩の取り扱いとトラブルの関係は分娩をしている施設は88件(51.46%)、分娩をしていない施設は83件(48.53%)と略同数であった。分娩をしている施設88件中トラブル無しが36件(21.05%)、あるいは52件(30.41%)とトラブルが多く、分娩をしていない施設では83件中トラブル無しが73件(42.69%)、ありが10件(2.84%)とトラブルが少ない結果であった。

回答でトラブル、ヒヤリハットの件数は155件と多数にあり、4月から9月の半年の件数にしては多すぎるので、この期間ではなく、今までの件数を回答されたものが多いと思われる。

回答件数の全部を報告することは不可能なので、主だった事例を報告する。

外来診療時のトラブルはカルテの間違い。投薬、注射量の間違い。検査の間違い。採血時に採血部の出血、硬結。診察時の内診拒否。待ち時間の対応等々であった。なかにはクロマイのアレルギー患者にハイセチン錠を挿入して呼吸困難になった事例も有った。

入院診療時のトラブルは投薬の間違い。点滴時連結部のはずれ、漏れ。看護職員の言葉づかい、対応の不満。腔式手術で腔内にガーゼ留置等であった。また産科、分娩に関したものが多く、中絶時の子宮穿孔。緊急帝王切開母体死亡。子宮内胎児死亡で紛争。正常分娩後母体死亡。子宮破裂で緊急帝王切開して新生児重症死でCP等があり、医事紛争に成っているもの多かった。

その他としては病院で医師によって説明が異なり、説明が充分に患者に伝わっていない。スタッフの態度が悪いなどの問題もあり。入院費の未払い。やくざの娘の流産で言い掛けられたなども有った。

ヒヤリハットも患者間違い、点滴接合部の外れ、注射投薬の間違い等々多数有ったが、皆事無く

といったとの回答が有った。被験者数は1003例で、年齢の分布は15歳～69歳、平均年齢は35.5歳

医療の安全に関する意見、安全委員会への要望は、要望は28件、意見は64件と多数に有り、大変建設的要望、意見が多かった。

トラブル起きた時には病院全体として取り組む、全職員の研修会の開催。事故は車の運転と同じで慣れの過信をなくして、二重、三重のチェックをする。有りのままの報告をする。トラブルを隠すことは最大の恥じと認識。記録の充実、患者に早く事実を知らせる等々の建設な意見があり。転医先の病院は医師間の連絡と事実の把握に努めて欲しい。基幹医療機関との日頃の交流が欲しい。周産期医療センターの整備が欲しい。等々の要望が有った。

転医の施設からは患者家族は前医に対して不満、不信感を持っていることが多い、その対応に苦慮することもあるとの意見も有った。

委員会への要望も委員会は事例の把握、検討と研修会の開催。トラブル時の対応方（マニュアル）を作成、指導。トラブルの事実、経過、その原因、対策、事後処置等のデータベース化等々あった。

委員会としてはアンケートの結果を充分に検討し、ご意見要望等を謙虚に受け止めて医療の安全に努めたい。



東京慈恵会医科大学柏病院

部長 佐々木 寛

慈恵医大柏病院産婦人科をとりまく診療圏は柏、野田、流山、我孫子、松戸、沼南地区を主体に利根川をこえ、取手、つくば、茨城方面である。とくに柏病院周辺には、年間1,000件前後の分娩をとり扱う産院が4～5軒存在するため、産科救急とくに産後大量出血、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、HELP症候群、切迫早産など緊急性のある症例が月間10例前後で搬送されてきている。周辺医療機関からの産科救急は、今後も当院に強く要望のあるところである。このため、産科は緊急性のある症例への対応ができる体制をとっている。

しかし、柏病院のNICU機能には限界があるため、高度のNICU管理の必要性が予想される症例は、早めに本院や他院へ紹介するシステムをとっている。また、他院からの緊急搬送依頼についてはできる限り受け入れ、地域の中核病院としての役割を果たす方向を強化している。

一方、婦人科については、柏病院周辺には婦人科癌の手術、化学療法、放射線治療を総合的に適切に行なえる施設が全くなく、当院で全て取り扱う状況にある。また、婦人科内視鏡手術が本格的に行なえる施設は千葉県に3施設のみで、産婦人科内視鏡専門医も6名のみで当院にその1名がいる状況である。平成17年度より腹腔鏡下手術を開始したが、すでに3ヶ月待ちの状況であり症例の潜在的数は年200件程度と予想される。したがって今後の柏病院婦人科部門は婦人科腫瘍センター、内視鏡センターとして特化して

いく方向です。従来柏病院の婦人科は年間700件に及ぶ手術を行っており、その数を維持するためにはベッドコントロールや手術部及び麻酔部との今以上の連携により高効率かつ安全な手術数の管理が非常に大切である。その一助として手術手技の近代化、特に内視鏡下手術の導入や、術直前の抗生剤投与などの病棟管理办法の見直しなどで、入院日数の短縮をより進めております。また婦人科癌化学療法は月50～70件に達し、安全かつ効率的に行なうため入院化療を原則にしてい。柏病院は、平成18年度よりDPSの導入が決まっており、このためには外来化学療法に移行の予定です。抗癌剤投与は薬剤部、看護部との協力で誤薬を100%無くすシステムを構築しておりますが、そのうえで、外来化学療法の導入を図ることで入院日数をより一層短縮し、安全で効率的な化学療法の管理を図る予定です。医師、看護師、薬剤部、病院管理課、副院長、院長と綿密に行ったうえで安全に少しずつ外来化学療法を施行し、最終的には、外来化学療法部を開設し、集中的に抗癌剤投与と管理治療を行なう予定です。



君津木更津・安房地区医会紹介

地区代表委員 塚本光志・清水正章

君津木更津安房地区は房総半島の南半分に位置し、広い地域のほとんどは山林である。東京湾に面した君津木更津地区は、袖ヶ浦、木更津、君津、富津との四市からなり、その人口は32.5万人である。四市の海岸線は自衛隊駐屯地、新日本製鉄、東京電力、及び石油、化学工業地帯などが富津岬まで続いている。アクアラインで対岸との交通は便利になったものの、逆に木更津の商業は落込み、往年の賑わいはなく今だに回復の兆しが見えない。

さて、当医会の会員数は24人。分娩を取扱っている施設は君津中央病院をはじめ9施設である。地域の年間分娩数は2,600人程で、やはり、この数年間は僅かながら減少傾向である。分娩を取扱っている開業医の年齢は、還暦を迎える者、高齢者の仲間入りをした者が多く、どの地域も同じであろうが、次第に高齢化の波が押し寄せてきていて、新たに開業する話は聞かれない。医療に対する世間の厳しい最近は、地域の中心となっている君津中央病院に患者さんを紹介しながら日々診療に頑張っているのが実情である。

当地では、会員及びコメディカルの研修として、年2回医会主催の講演会を行い、又、年1回、新生児未熟児研究会を行っている。更に、君津中央病院NICUが中心となり、周産期カンファランスを隔月に行っている。

産科診療を行っていて苦慮するのは新生児の異常の際の搬送先であるが、当地区には君津中央病院の地域周産期センターがあり、搬送の際はセンター専用の救急車で専門医師が同乗し直接来ていただけることは非常に心強く、感謝している。

これから産科医療、特に分娩については、看護師の内診問題、助産師不足、医療訴訟の増加など、厳しい問題がある。今、誕生てくる子供達が親になる頃、産科体制はどうになっているのか予想はなかなか難しい。医師不足、開業医の高齢化、大病院志向など考え、当地区でもオープン、セミオープンシステムを検討したいと考えている。

(塚本光志 記)



◆ 地区紹介 ◆

第五水戸・志光本郷 貢委連合会議

安房地区は、千葉県の最南端、房総半島の先端に位置し人口14万人（県全体の2.3%）、面積576km²（県全体の11%）。

この地域は少子高齢化過疎の県内過疎最先端を行く地域である。出生率の低下、若年層の流出等もあり、高齢者の割合は、約29%であり、県内で最も高齢化が進んでいる。

この出生率の低下による少子化傾向は安房地区では顕著で、出生者数は、昭和48年年間2,600人であったものが、平成16年936人と約1/3に激減しております。

産婦人科施設も昭和50年には19ヶ所、うち分娩取扱い施設も13施設ありました。現在産婦人科施設は、6ヶ所、うち分娩取扱い施設は4ヶ所です。現在、産婦人科医数は15人（うち9人が亀田総合病院）産婦人科医の平均年齢は、亀田総合病院を除くと2年前は、平均71歳でしたが、廃院・病院引退・死亡・後継者引継ぎ等にて平均58歳と若返りました。（？）

このような厳しい環境の中、平成17年4月亀田総合病院に県内最初の総合周産期センターが許可されオープンしました。県南地区及び県内の周産期医療に大きく貢献されております。最近では神奈川方面よりもドクターへリ飛来も多いようです。

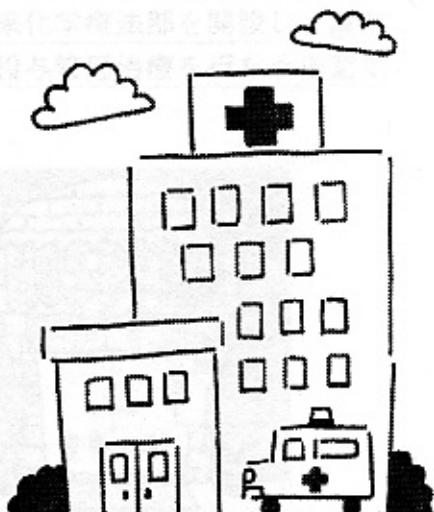
また、当地区は昭和39年以来県内最初唯一の医師会病院を運営しており、その一環として住民検診を行っており、昭和43年から胃集検をかわきりに種々の検診を行っています。産婦人科・女性疾患としては、子宮癌検診と乳癌検診を行っています。

子宮癌検診は、昭和62年から車検診（2,600人）と施設検診（425人）の二本立てでスタートしました。

平成5年これが逆転、施設検診受診者数が多くなり現在1：2の乳癌検診は、昭和52年より出張巡回方式にて会員外科医と千葉大第一外科の協力のもと触診法で施行され平成13年より一部マンモグラフィーを導入。平成16年より全面的にマンモグラフィーを導入し、会員施設及び医師会病院にて、現在年間約6,000人の検診を行っております。データ管理分析は、医師会病院で行っております。

このように少子高齢化・過疎・広大な面積を有する地域上において他科の医師共々少数の産婦人科医師も頑張っております。

（清水正章 記）



性非行・性犯罪に対する心理療法と対策

東京武蔵野病院精神科 針間克己

平成18年2月9日講演においては「性非行・性犯罪に対する心理療法と対策」とのタイトルで、性非行・性犯罪の概念、現況、治療、および法務省における「性犯罪者処遇プログラム」の取り組みについて話をしました。

本稿では、その中で「性犯罪者処遇プログラム」について記させていただきます。

ご存知の方も多いと思いますが、今年の4月から、「性犯罪者処遇プログラム」という性犯罪者への取り組みが、矯正施設である刑務所内および保護観察所で始まります。以前より、性犯罪者への治療の必要性を訴えてきた私としては、今回のこの取り組みが実施されることには深い感慨と強い期待を覚えます。ただ、マスコミ報道でプログラムが行われることは知られても、その実際はほとんど知られていないのが実情です。「性犯罪者処遇プログラム」の策定にあたっては、私も研究会の一員として関わりましたので、そのプログラムの概要を少し見ていきたいと思います。

対象者は強姦や強制わいせつといった罪状が性犯罪のもの、および、犯罪動機に性的なものがあるものです。プログラムは矯正施設および保護観察所で行われます。

矯正施設において治療プログラムは、最初に十分なアセスメントをし、その必要性に応じて、A、B、Cの3段階の密度のものに分かれます。ここでは、最も濃密度なAについてみてきましょう。

密度Aではプログラムは、「オリエーテンション」と、「第1科 自己統制」「第2科 認知の歪みと改善方法」「第3科 対人関係と社会的機能」「第4科 感情統制」「第5科 共感と被害者理解」および「メンテナンス」のプログラムからなります。

どのプログラムも10名前後の参加者と2名の指導者によるグループ療法により行われます。1回ごとに100分のセッションです。「オリエーテンション」は1,2セッション、「メンテナンス」は4セッション以上、「第1科 自己統制」は26セッション、「第2科」から「第5科」まではそれぞれ約10セッションずつ行われます。すなわち合計で69セッション以上です。時間にすると、延べで115時間以上になります。

「オリエンテーション」は治療の導入であり、プログラムの構造や、実施目的を、受講する性犯罪者に理解させることが目的となります。

「第1科 自己統制」では、再犯を起こさないように、個々の受講者が自分を深く理解し、再犯予防の計画を立てることを目的にします。具体的には、生活史等により自分の生活を振りかえらせます。また、事件を起こした要因について詳細に考えさせていきます。そしてその振り返りの結果を踏まえ、今後の予防計画を、個々に作成します。どの作業も、個人個人の発表と、それに関するグループ討議の二本立てにより、理解、考察を深めさせていきます。

「第2科 認知の歪みと改善方法」は認知の歪みについて学び、適切な思考スタイルを身につけることを目的にします。性犯罪者では「最小化」(被害はたいしたことはない、自分の責任はそれほどではない、など)「否認」(少ししかやっていない、やったの事実だが同意の上だ、やったけど性的な意味はない、など)といった認知の歪みがあることが多く、そのことが性犯罪へとつながる行動に導きます。この認知の歪みの意味、影響などを学び、個々の認知に歪みのパターンを気づかせ、

適切な思考パターンが身につくように考えさせます。

「第3科 対人関係と社会的機能」では対人関係および社会的機能の改善を目的にします。特に、親密さの形成、対人関係の維持、孤立感、性的な関係における「同意」の概念などについて学び、改善を図ります。

「第4科 感情統制」では伝統的な「怒り」の統制だけでなく、不安、抑うつ、恥などの感情も介入目標となります。あるいはそういうネガティブな感情だけでなく、逸脱した性行動に伴う快的な感情も統制目標となります。具体的方法としては、自分の感情の動きを気づかせる、感情の背後にある認知パターンを変えていく、などがあります。

「第5科 共感と被害者理解」では、他者への共感性を高めさせることを目標とします。性犯罪者においては被害者への共感性への欠如が伴うことが多く、他者、特に被害者への共感性を涵養することは重要であります。具体的方法としては、共感性や被害者について学ばせていくと共に、ロールプレイングやロールレタリング（被害者への手紙や、被害者からの手紙を書いてみる）などの手法を用います。

「メンテナンスプログラム」は、それまでのプログラムの効果や本人の状態に合わせ個別に設定していきます。そのなかで、プログラムの復習や、予防計画の見直しなどを行い、矯正施設から出た後に備えます。

以上が矯正施設内で行われるプログラムの概要です。

また、矯正施設だけでなく、保護観察所においても、執行猶予のものや仮釈放中のものに対し、治療プログラムが行われます。その内容は、矯正施設とほぼ類似の、認知行動療法的アプローチですので、詳細は省略します。

なお、以上述べた認知行動療法的アプローチとは違う、別の性犯罪対策として、よく話題に上る二つの方法についても少し述べたいと思います。

一つは薬物療法です。薬物療法には大別して二つの方法があります。ひとつは、性犯罪者の強迫性、抑うつ感、不安感などの精神症状の改善を目指して抗うつ薬や抗不安薬を投与する方法です。もうひとつは、性欲の低下、抑制を目的に男性ホルモンを抑制する薬物を投与する方法です。いずれも適切に使用すれば、一定の効果はあるようです。しかし「継続的に服用させることが容易な矯正施設内では必要性がない。逆に必要性が高い、矯正施設外の一般社会では、継続的に服用させることが困難」「薬の副作用のリスクは誰が取るのか」「犯罪予防目的で薬物を強制的に使用されることに医療倫理的問題はないのか」「通院費用、治療費用の負担者は誰か」「薬物治療が中断された場合、かえって再犯のリスクが高まるのではないか」など、さまざまに考慮すべき問題があり、今後に残された課題となっています。

もう一つの方法はアメリカではミーガン法（メーガン法）と呼ばれる、性犯罪者および刑期を終えた「元」性犯罪者の住所や個人情報を地域住民に公開する方法です。性犯罪者的人権擁護の点から、この法律の賛否が議論されることが多いですが、それ以前に、この方法は有効性に明確なエビデンスがないようです。つまり、情報公開により性犯罪者の社会復帰を阻害し、このことが逆に性犯罪の再犯促進因子として働いたり、あるいは虚偽の個人情報を性犯罪者が申請するなどの問題が生じるからです。ですから日本においても、性犯罪者の情報公開にあたっては、実施諸外国の効果も見極めたうえでの慎重な議論が必要でしょう。

以上、今回は、性犯罪者処遇プログラムの概要、およびその他のアプローチについて述べました。個人的には、その他のアプローチについて議論をするよりも、まずはしっかりとプログラムの効果が上がるよう取り組んでいくことに期待したいと考えます。

母子感染の最近のトピックス

—特にトキソプラズマ、風疹を中心として—

三井記念病院産婦人科 小島俊行

はじめに

TORCH症候群の一つである先天性トキソプラズマ症は我が国にはほとんど存在しないと1985年に報告され、多くの産婦人科医は妊婦健診からトキソプラズマ抗体の測定を削除した。ところが15年ほど前から小児科などより先天性トキソプラズマ症の症例報告が増加し、その見直しの時期が来ているといえよう。先天性風疹症候群は、2000～2003年はわが国では年間1例のみの報告であったが、2004年には10例と著増し、厚労省から緊急提言が発表された。本稿では、トキソプラズマ・風疹の母子感染と、筆者らが行っているトキソプラズマIgG抗体のavidityを中心に成績を含め述べる。

A. トキソプラズマ

1. 病原体

トキソプラズマ症 (toxoplasmosis) は、胞子虫類に属する細胞内寄生性の病原性原虫である *Toxoplasma gondii*により引き起こされ、典型的な人獣共通感染症 (zoonosis) の一種である。トキソプラズマは、ほとんどすべての陸棲温血脊椎動物（哺乳類、鳥類）、一部の爬虫類に感染するが、魚類には寄生しない。

自然水平感染経路はオーシストかシスト（囊胞）による経粘膜感染（小腸粘膜、気道粘膜、眼瞼結膜）で、主に小腸粘膜上皮から侵入する。さらに初期は細胞内のまま血行性およびリンパ行性に、肝・脾・肺さらに全身の各臓器・リンパ器官に播種する。しかし宿主の免疫反応によりタキゾイトの増殖と播種は停止し宿主細胞内に囊胞 (tissue cyst) を形成する。囊胞は抗生物質が無効のため、慢性期には、脳・骨格筋・心筋細胞などに囊胞として永久的に存在する。急性感染を起こした妊婦では寄生虫血症 (parasitemia) が生じ、タキゾイトが胎盤（絨毛）に感染し増殖し胎児に感染が成立する。

2. トキソプラズマ感染時期の推定の必要性

一般にトキソプラズマの母子感染が生じるのは、妊婦の初感染の時である。したがって妊婦の感染が疑われる場合、最も重要なことはその感染時期の推定である。ところが妊婦の急性トキソプラズマ症の症状を認める例は少なく、我々の検討でも、トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦中、頸部リンパ節腫脹を記憶している症例は6～7%であり、不顕性感染が多いことを示している。従来、トキソプラズマIgM抗体が陽性であれば急性感染の指標であり、妊婦であれば妊娠中の初感染を否定できず中絶を希望されれば、拒絶する根拠を持たなかった。

3. トキソプラズマIgM抗体の意義と問題点

多くの臨床検査機関 (SRL、BML、大塚) で測定しているトキソプラズマIgM抗体は、「プラテリアトキソ-IgM®」というキットを使用しているが、このキットの初感染時の陽性持続期間は、4カ月間～2年間以上（自験例では6年間以上）といわれている。したがって妊娠16週以内でトキソプラズマIgM抗体が陰性であれば、妊娠前の初感染と診断できるが、16週以降で陰性であって

も、妊娠中の感染を否定できない。

トキソプラズマIgM抗体が陽性であれば、急性期で最近の感染であると一般的にはいわれてきた。ところが、これは必ずしも真ではないことがわかつてきた。その根拠は2つあり、第1はキットの陽性の標準血清が最近低い値で設定されているよう、慢性感染状態でも弱陽性、判定保留となりやすいことである。

第2は、トキソプラズマpersistent IgM症例の存在である²⁾。これは1年以上の長期間にわたりトキソプラズマIgM抗体が出現し、リウマトイド因子などによる偽陽性ではないものをいう。IgG抗体とIgM抗体が陽性となるため、1回の検査では急性感染状態と診断されるが、実際には慢性感染の状態である。経時に追跡するとトキソプラズマIgM抗体は中等度以上の値で変動することもあり、明らかに第1のキットが原因ではないことから診断が可能である。

4. トキソプラズマ抗体の基準値

トキソプラズマ抗体、トキソプラズマIgG抗体、トキソプラズマIgM抗体の基準値を各々表1～3に示した。各臨床検査機関によって測定法、検査キットが違うため、その基準値も違う。他施設からの患者の場合、その測定キット（臨床検査センター）を確認する必要がある。トキソプラズマIgG抗体のavidityは、初感染時期の推定に用いる。

5. トキソプラズマ抗体の生理的変動

トキソプラズマ抗体とトキソプラズマIgG抗体は血清中の抗体濃度を測定するので、採血前の水分摂取による希釈や脱水などにより変動する。慢性感染状態でも2、3週間の測定間隔でトキソプラズマIgG抗体は50%位の増減を示すことがある。しかし、トキソプラズマIgM抗体は、血清中の全IgM抗体に対するトキソプラズマIgM抗体の割合で示すので、慢性感染状態では2、3週間の測定間隔で「プラテリアトキソ-IgM®」を使用した場合0.1前後の変動しか示さない。トキソプラズマIgG抗体のavidityも比率を求める検査であるので、変動は少ない。

表4に、トキソプラズマ抗体と「プラテリアトキソ-IgM®」を用いた場合の、感染状態の解釈を示した³⁾。

6. アビディティの測定原理

フィンランドのHedman Kら⁴⁾は、妊婦のトキソプラズマIgG抗体のavidity（結合力）を測定し、感染時期を推定し、妊娠中の感染か否かを診断した。一般に微生物に感染した場合、宿主は初期にはavidityの低いIgG抗体を産生するが、時間が経過するにしたがいaffinity maturationが起こり、抗原に対する結合力（avidity）の高いIgG抗体を産生する。これを応用し、初感染からの時期を推定することができる。avidityが低ければ、感染後200日以内であるという。数量化法としてはavidity index (AI) といい、トキソプラズマIgG抗体全量に対するavidityの高いトキソプラズマIgG抗体量の割合で表示する。抗体量としては、吸光度（OD）を用いる報告^{1,4,5)}と、単位量（IU/mL）を用いる報告⁶⁾がある。avidity測定原理の模式図を図1に示した⁷⁾。

7. アビディティの基準値の作成

短期間にトキソプラズマ抗体の陽転が確認された妊婦、あるいはトキソプラズマ抗体が4倍以上上昇した妊婦など、感染時期が推定される症例につき、avidityを測定した（図2）。 $r^2=0.77$ で有意な強い正の相関を示した。感染4カ月以内と推定される13検体は全例AIが10%未満であり、これより、AIが10%未満を4カ月以内の初感染の可能性が高い急性感染状態とした。ところが、同

一血清のトキソプラズマIgM抗体を「トキソIgM-EIA「生研」」を用い測定したところ、図3のように $r=-0.589$, $p=0.004$ と弱い負の相関を認めた。これは感染4カ月以内ではIgM抗体は2.0~10.4まで幅広く分布し、感染時期の推定が困難なことを示している⁹⁾。

過去にトキソプラズマ抗体を測定し陽性と診断された別の28例につき陽性持続期間とAIの関係をみた（図4）。陽性持続期間は 36.3 ± 18.4 カ月（平均±標準偏差、以下同様）で、範囲は13~84カ月であった。持続陽性例のAIは、横這いで持続期間と相関はなく、 $39.1 \pm 6.9\%$ であった。最小持続期間の13カ月の症例のAIは23.1%であり、20%以上を慢性感染状態と定義した。現時点では、症例数が十分とはいえないため、AIが10%以上、20%未満を判定保留と定義した（表5）。筆者らは、トキソプラズマ急性感染の証明として上記avidityの成績を加え、表6のように3項目をあげ、いずれかが確認された場合としている。

8. トキソプラズマ感染のハイリスク因子

Cook AJCら⁹⁾は、ヨーロッパでトキソプラズマ急性感染の妊婦とトキソプラズマ抗体陰性妊婦とを比較検討した。妊婦の急性感染を最も強力に推定する危険因子は、①不十分な加熱処理の子羊肉、牛肉、狩猟による鳥獣肉の摂取、②土との接触、③ヨーロッパ外部の国、アメリカ、カナダへの旅行であった。猫との接触は危険因子ではなかった。筆者らの成績もこれと一致した（表7~9）¹⁰⁾。

妊婦では、加熱処理の不十分な肉の摂取を控え、土いじり後には十分手を洗う必要がある。したがって表10に示すハイリスク妊婦に対しては、トキソプラズマ抗体の測定を行っている。筆者らのトキソプラズマ症ハイリスク妊婦の管理法を図6¹¹⁾に示した。

9. 妊婦のトキソプラズマ感染の治療

母子感染率は15~45%で、以前は妊娠中の母体抗生物質治療は母子感染率を半減させるといわれていた¹²⁾。最近Foulon Wら¹³⁾は、抗体陽転妊婦144例について、妊娠中の抗生物質療法がトキソプラズマの母子感染率に与える影響と1歳での先天感染児の後遺症の発現に与える影響を検討した。先天感染率は44.4%（64/144）であった。抗生物質療法は、83%に施行され、そのうちの82%はスピラマイシン3gあるいは1g/日を分娩まで、17%はprymethamine 25mg/日とsulfadiazine 3g/日と葉酸5mg/2週間を3週間投与し続けてスピラマイシン3g/日を3週間投与これを交互に分娩まで行った。2%はazithromycin 500mg/日を分娩まで投与した。先天感染率は抗生物質療法の有無や感染から抗生物質療法開始までの期間とは関係なく、唯一母体の感染妊娠週数に関連した（ $p<0.0001$ ）。感染症状は13%（19/144）に認められ、うち9例（6%）は重症の合併症であった。母体の抗生物質療法は後遺症を減少させ（オッズ比0.30、 $p=0.026$ 、信頼限界0.104~0.863）、特に重症の後遺症を減少させた（オッズ比0.14、 $p=0.007$ 、信頼限界0.036~0.584）。母体感染後早期に抗生物質が投与されるほど、合併症の発現は減少した（ $p=0.021$ ）。すなわち妊娠中のトキソプラズマ感染に対し母体の抗生物質療法は母子感染率にまったく効果はないが、先天感染児のうち顕性感染を減少させた。感染早期の母体治療は重症感染児を有意に減少させた¹³⁾。

重症感染では水頭症、網脈絡膜炎、脾腫、黄疸、発熱、貧血、肝腫大、リンパ節腫脹などがある。網脈絡膜炎は、出生時認められなくても、その後成人するまでに約42%に出現したという報告もある（Desmonts G, 1976）。

治療方針としては、図5¹⁴⁾のように妊娠中の感染が否定できなければ、アセチルスピラマイシンによる治療を開始する。アセチルスピラマイシンは、1,200mg分4で21日間投与し、14日間休薬することを1クールとし、分娩まで継続する。200mg錠の場合には、朝1錠、昼2錠、夕1錠、

就寝前2錠としている。アセチルスピラマシンの妊婦への投与の原則を表11に示した¹⁴⁾。

胎内感染の確率が高い場合、羊水穿刺により羊水を採取しPCRによるトキソプラズマの遺伝子診断を行う。羊水中にトキソプラズマの遺伝子が検出できなければ、胎内感染は未だ成立していないと判断し、アセチルスピラマシンの投与を続行する。羊水中にトキソプラズマの遺伝子が検出された場合、ファンシダール®(SP錠；1錠中スルファドキシン500mg、ピリメタミン25mg)に薬剤を変更し、超音波断層法を用い、胎児の脳室拡大、頭蓋内石灰化、肝腫大、腹水、胎盤の肥厚、羊水過多などの出現に注意しながら、管理を行う。ファンシダール®は初日1日1回2錠、翌日以降1日1回1錠を投与する。

ピリメタミンの動物での催奇性が報告されているので、妊婦には16週以前には投与しない。サルファ剤はアルブミンとの結合に際しビリルビンと競合するので、新生児に対する核黄疸の副作用があるため妊娠28週以降は禁忌とされている。また、ブドウ糖6-磷酸脱水素酵素(G6PD)欠損症患者では、溶血性貧血を生じる。

サルファ剤やピリメタミンはそれぞれ葉酸およびフォリニック酸の合成阻害剤であるので、長期投与の場合には血液像を常に監視し、それらの製剤(フォリアミン®やロイコボリン®)を適時投与し副作用を抑える。

10. 出生児の管理法

胎児の主な徴候は、側脳室の拡大と頭蓋内石灰化であり、新生児期に臨床的に診断された場合、通常は重症であり、たとえ治療されても後遺症なしに回復することはまれである。先天感染の子どもの多くは、生下時は異常がないといわれているが、症状が数週から数カ月後にあらわれる。発病が遅れた場合、重症であることが多い、しばしば低出生体重児にみられ、中枢神経系や眼の病変が出生3カ月以内にみられる。発病の遅れた場合で満期産であれば、生後2カ月までにおこる。眼症状としては、数カ月後に再度眼底をみた場合おこっていることがある。網膜絡膜炎は、乳児期、思春期、成人期におこることがある¹⁵⁾。

ハイリスク妊婦から出生した児は、表12の様に管理する。出生時のトキソプラズマの先天感染の診断を表13に示す。1歳の時点で表14の項目を満たせば、先天感染はなかったと診断している。しかしトキソプラズマIgM抗体陽性妊婦のすでに出生している同胞50例を調査したところ、5例(10%)に先天感染を認めた(表15)¹⁶⁾。すなわち先天性トキソプラズマ症のハイリスク因子として、母親のトキソプラズマIgM抗体陽性が抽出された。トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦をみた場合、既に出生している同胞の先天感染の診断が必要と考えられた。

B. 風疹

はじめに

母体が妊娠初期に風疹に感染すると、器官形成期にある胎児に①白内障あるいは緑内障、②心奇形(動脈管開存、肺動脈狭窄、心室中隔欠損、心房中隔欠損など)、③感音性難聴を3主徴とする先天性風疹症候群(congenital rubella syndrome, CRS)が発生することがある。妊娠10週までの胎内感染率は90%でその後漸減し妊娠18週では約40%となるが、そのうち先天異常発生率は、10週までが100%でその後急減し18週以降は0%であったMillerら、1982)。最近、再感染によるCRSは非常にまれ(わが国でのCRS症例中の5~10%)ではあるが生じることが報告されている。

1. 病原体

風疹ウイルスの感染経路は飛沫感染と胎内感染である。飛沫感染の場合、潜伏期間は2~3週

間で平均16～18日で、症状は発熱、発疹、リンパ節腫脹がみられるが、不顕性感染が約15～20%存在する。咽頭からのウイルス排出は、発疹出現前1週間から出現後2週間である。

2. 歴史

表16のように1977年（昭和52年）8月から女子中学生（12～15歳）を対象に定期ワクチン接種が開始された。1988年（昭和63年）12月からはMMRワクチンの使用が認可され男女の小児が対象となったが、ワクチンによる無菌性髄膜炎が発生し、1993年（平成5年）MMRワクチンは中断された。翌1994年（平成6年）10月予防接種法の改正により定期集団接種から個別接種へと変更され、対象は男女年少児（生後12～90ヶ月、標準12～36ヶ月）となった。従来行われていた女子中学生（12～15歳）への接種は、男子にも拡大され、経過措置として2003年9月30日まで継続された。1995年には自然感染者と併せ抗体保有率は平均96%である。任意接種のため現在東京などの接種率は約50%と非常に低く、産婦人科医も母親にワクチン接種をキャンペーンするべきである。

全国の風疹発生状況は、1976年、82年、87年、92年とほぼ5年毎に流行をみているが、97年は、92年の流行の約1/5の発生であった。2004年にCRSの増加があり、9月に厚労省より緊急提言が発表され、翌2005年には減少した。2006年4月1日より、麻疹・風疹混合ワクチンによる2回接種制度の導入された。

3. 診断

風疹HI抗体の測定により未感染か既感染かを推定し、風疹特異IgM抗体の測定により過去の感染か最近の感染かを推定する。風疹感染のリスク因子には、①発熱、発疹、頸部リンパ節腫脹など風疹様症状のある場合、②家庭内、職場、地域などで風疹が流行している場合などがある。風疹IgM抗体は初感染で約100日間検出されるといわれているが、キットの差、個人差がありまた長期間陽性となることもある。また、再感染でも陽性となることがあり、感染時期の判定に苦慮することがあった。最近、風疹IgG抗体のアビディティ（抗原結合力）が初感染初期には低く次第に上昇し、感染時期を推定でき高値であれば200日以上前の感染と診断できるようになった¹⁷⁾。再感染では高値であることを利用し、再感染の診断に用いられている。

4. 胎内診断

母体の感染時期が早いほどCRSの発生頻度が高いことが、確率的に知られているが、個々の症例に関して出生前診断は不可能であった。

加藤¹⁸⁾は妊娠8週から16週で風疹感染妊婦より、胎盤絨毛、臍帯血、羊水を採取し、風疹ウイルスのサブゲノミックRNAのE1領域の一部をプライマとしたRT-PCR法を行った。母親の顕性感染112例中41例(37%)で胎児感染（遺伝子陽性）を認めた。これに対し遺伝子陰性の胎児では、出生児184例は全例健常児であった。これにより今後無用の妊娠中絶が避けられると考えられる。

5. 対処の実際

筆者らは風疹抗体陽性妊婦に対し表17のような問診・検査を行い、大多数が妊娠前の感染と診断し、羊水の遺伝子診断まで必要な症例を最小限にしている。また、当科に依頼のあった症例とその対応を表18にまとめた。

最近、妊娠中の風疹再感染によりCRSの発生が報告されている。1987年～1999年までの12年間で我が国で風疹再感染によるCRSが12例、加藤らにより報告されている¹⁹⁾。年間平均1例である。ほぼ同時期のCRSの発生率は加藤らによれば年間平均20例であり、単純計算すれば再感染による

CRSは全体の5%である。我が国のCRSの届け出数は2000年～2003年が毎年1例のみであり、2004年が10例、2005年が2例で、再感染によるCRSの発生は少ないと考えられる。

6. 厚労省の緊急提言

表19に厚労省の緊急提言をまとめた。妊娠前に風疹HI抗体を測定し、免疫がなければワクチン接種を施行し予防することが必要であるが、妊娠中に初めてHI抗体が16倍以下と判明した場合、同居家族に風疹ワクチンを接種するよう説明し、妊婦には分娩後にワクチン接種を受けるよう説明する。また、HI抗体が256倍以上の場合は風疹IgM抗体を測定し、陽性であれば2次施設にコンサルトすることにより、方針を確認すると、主治医と妊婦さんも安心できる。参考に、緊急提言の妊娠女性への対応診療指針（表20）、風疹罹患（疑い含む）妊婦管理（表21）、各地区ブロック相談窓口（2次施設）（表22）、診療対応の概略フロー図の注記（表23）を示した。なお先天性風疹症候群（congenital rubella syndrome; CRS）は、平成11年4月1日から施行された「感染症新法」の5類感染症（全数把握対象疾患）であり、医師が診断した場合に7日以内に保健所に届け出を行わなければならない。

最後に、貴重な症例を紹介頂いた全国の日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会の会員の皆様に感謝致します。また、発表の機会を与えて頂いた、日産婦千葉地方部会の皆様に感謝致します。

文献

- 1) 小島俊行、野田俊一、佐藤俊則、野田彬、池ノ上克、川名尚、堤治.トキソプラズマの母子感染の診断・予防に関する研究.周産期学シンポジウムNo.18メジカルビュー社、東京、9-19、2000
- 2) 小島俊行、佐藤俊則、佐伯えみ、野田俊一、川名尚.トキソプラズマ persistent IgM の2症例. 1998、第47回日本感染症学会東日本地方会総会/第45回日本化学療法学会東日本支部総会講演抄録集、88
- 3) 小島俊行.クリニカルカンファレンス 7.周産期医療と児の中長期予後 1)母子感染.日本産科婦人科学会雑誌、53(9):N285-N290, 2001
- 4) Lappalainen M, Koskela P, Koskineni M, Ammala P, Hilesmaa V, Teramo K, Raivio KO, Remington JS, Hedman K. Toxoplasmosis acquired during pregnancy: improved serodiagnosis based on avidity of IgG. J Infect Dis 1993 Mar;167(3):691-7
- 5) Hedman K, Lappalainen M, Seppaia I, Makela O. Recent primary toxoplasma infection indicated by a low avidity of specific IgG. J Infect Dis 1989 Apr;159(4):736-40
- 6) Prince HE, Wilson M. Simplified assay for measuring Toxoplasma gondii immunoglobulin G avidity. Clin Diagn Lab Immunol 2001 Sep;8(5):904-8
- 7) 小島俊行、吉田良一、吉田智子、堤治、武谷雄二.トキソプラズマ抗体検査.産科と婦人科、69(増刊号)：112-117, 2002
- 8) 小島俊行、堤治、武谷雄二.トキソプラズマ感染におけるIgG抗体avidityの有用性.産婦人科の世界、54(2)：23-31, 2002
- 9) Cook AJC, Gilbert RE, Buffolano W, Zufferey J, Petersen E, Jenum PA, Foulon W, Semprini AE, Dunn DT. Sources of toxoplasma infection in pregnant women: European multicentre case-control study. BMJ, 2000; 321: 142-147
- 10) 小島俊行、吉田良一、吉田智子、堤治、武谷雄二.胎児・新生児医療－'02年のトピックス 妊婦のトキソプラズマ IgM抗体陽性と出生児への感染.産婦人科の世界、55(1): 73-83, 2003
- 11) 日本産婦人科医会研修委員会編.トキソプラズマ.研修ノートNo.66 新生児のプライマリケア.日本産婦人科医会, 45-46, 2002
- 12) Desmonts, G. and Couvreur, J.: Congenital toxoplasmosis: a prospective study of the offspring of 542 women who acquired toxoplasmosis during pregnancy. Pathophysiology of congenital disease. In Thalhammer, O., Baumgarten, K. and Pollak, A. (eds.): Perinatal Medicine, Sixth European Congress. Stuttgart, Georg Thieme Publishers, 1979. pp. 51-60.

- 13) Foulon W, Villena I, Stray-Pedersen B, Decoster A, Lappalainen M, Pinon JM, Jenum PA, Hedman K, Naessens A. Treatment of toxoplasmosis during pregnancy: a multicenter study of impact on fetal transmission and children's sequelae at age 1 year. American Journal of Obstetrics & Gynecology 1999 Feb;180(2 Pt 1):410-5
- 14) 小島俊行. 妊婦・子のトキソプラズマ抗体検査. 日本医事新報, 3921: 110-112, 2000
- 15) J. S. Remington, R. McLeod, P. Philippe, and G. Desmonts. Toxoplasmosis. In J. S. Remington and J. O. Klein(eds.): Infectious Diseases of the Fetus & Newborn Infant 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 205-346, 2000
- 16) 小島俊行、堤 治、武谷雄二. トキソプラズマ症—母子感染と新生児期の対応. 周産期医学, 32(7); 857-862, 2002
- 17) 干場 勉、西本秀明、朝本明弘、他：風疹ウイルス感染における風疹IgG抗体の結合力測定. 日本産科婦人科学会誌, 45: 1389-1393, 1993
- 18) Shigetaka Katow: Rubella Virus Genome Diagnosis during Pregnancy and Mechanism of Congenital Rubella. Intervirology, 41: 163-169, 1998
- 19) <http://idsc.nih.go.jp/iasr/21/239/graph/dt23951.gif>

表1 トキソプラズマ抗体

キット名	測定方法	陽性	疑陽性	基準値	臨床検査センター名
トキソHA(KW)	間接赤血球凝集反応(IHA)	160倍以上		160倍未満	エスアールエル、BML、三菱化学ビーシーエル、大塚アッセイ研究所、住金バイオサイエンス
トキソテスト-MT 栄研	LA	32倍以上	16倍	16倍未満	大塚アッセイ研究所
セロディア トキソ	PHA	160倍以上		160倍未満	シオノギバイオメディカル

表のように、各臨床検査機関によって測定法、検査キットが違うため、その基準値も違う。他施設からの患者の場合、その測定キット（臨床検査センター）を確認する必要がある。

表2 トキソプラズマIgG抗体

キット名	測定方法	陽性	基準値	臨床検査センター名
プラテリアトキソIgG	ELISA	6 IU/ml以上*	6 IU/ml未満	エスアールエル、BML、住金バイオサイエンス、大塚アッセイ研究所
トキソ蛍光スライド	蛍光抗体間接法	20倍以上	20倍未満	三菱化学ビーシーエル
エンザイグノテスト トキソプラズマIgG	ELISA	1.0 GI以上	1.0 GI未満	シオノギバイオメディカル

* : 6~200 IU/ml ; トキソプラズマの感染が認められます。感染後、長期経過しているのか、セロコンバージョンの初期の可能性。200IU/ml以上；高トキソプラズマIgG抗体価が認められる。セロコンバージョン後、または他の理由による高抗体価の出現の可能性あり（キット取扱説明書より抜粋）。

表のように、各臨床検査機関によって測定法、検査キットが違うため、その基準値も違う。他施設からの患者の場合、その測定キット（臨床検査センター）を確認する必要がある。

表3 トキソプラズマIgM抗体

キット名	測定方法	陽性	保留陽性	陰性	臨床検査センター名
プラテリアトキソIgM	ELISA	1.0以上	0.8~0.9	0.8未満	エスアールエル、BML、住金バイオサイエンス、大塚アッセイ研究所
トキソ蛍光スライド	蛍光抗体間接法	10倍以上		10倍未満	三菱化学ビーシーエル
エンザイグノテスト トキソプラズマIgM	ELISA	1.0 MI以上		1.0 MI未満	シオノギバイオメディカル

表のように、各臨床検査機関によって測定法、検査キットが違うため、その基準値も違う。他施設からの患者の場合、その測定キット（臨床検査センター）を確認する必要がある。

表4 トキソプラズマ抗体測定値の解釈（小島俊行、日産婦誌、2001³⁾を一部改変）

1回目の抗体測定	2回目の抗体測定（2～3週間後）	解釈
陰性	陰性	未感染
	陽性	最近の初感染（初回測定2週間前～2回目測定2週間前）
陽性	初回に比し4倍以上の上昇かつトキソプラズマIgM抗体陽性	最近の初感染（2回目測定約3カ月前～初回測定2週間前）
	初回と不变かつトキソプラズマIgM抗体陽性	最近～古い感染の既往（2回目測定から最低2カ月～6年以上前）。persistent IgMが多い。avidityの測定が有用
	初回と不变かつトキソプラズマIgM抗体陰性	古い感染の既往（2回目測定から最低4カ月～6年以上前）

加熱処理の不十分な肉を摂取したり、土いじりをしたり、初めての猫に接触したり、頸部リンパ節腫脹を認めた場合、トキソプラズマ抗体を測定する。トキソプラズマ抗体は、LA法、PHA法、IHA法のいずれかで測定し、トキソプラズマIgM抗体は「プラテリアトキソ-IgM®」で測定した場合の解釈を示した。

表5 トキソプラズマIgG抗体のavidityの解釈

avidity index	感染状態の解釈
10%未満	急性感染状態（初感染後4カ月以内）の可能性が高い
10%～20%未満	判定保留
20%以上	慢性感染状態

この基準値はトキソIgG-EAI「生研」を使用し、変性剤として8M尿素で15分処理した条件のもとで作成した。

表6 トキソプラズマ急性感染の証明

- ①抗体の陽転化を短期間に認めた場合
- ②4倍以上のトキソプラズマ抗体値の上昇を短期間に認めた場合
- ③トキソプラズマIgM抗体が陽性かつ、トキソプラズマIgG抗体のavidity（抗原結合力）が低値の場合

表7 トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦とトキソプラズマIgG抗体陰性妊婦における猫飼育歴の有無¹⁰⁾

猫飼育歴	有り	無し
トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦	65(39.2%)	101(60.8%)
トキソプラズマIgG抗体陰性妊婦	65(31.7%)	140(68.3%)

(p=0.155)

妊娠前も含め、自宅での猫の飼育歴を問診した

表8 トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦とトキソプラズマIgG抗体陰性妊婦における生肉摂取歴の有無¹⁰⁾

生肉摂取歴	有り	無し
トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦	130(78.8%)	35(21.2%)
トキソプラズマIgG抗体陰性妊婦	71(34.6%)	134(65.4%)

(p<0.0001)

生肉とは、馬刺、牛刺、レバ刺、鳥刺、レアステーキ、その他（鹿刺、熊刺など）あるいは、加熱処理の不十分な肉のことで、これらを習慣的に摂取しているかを問診した

表9 トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦とトキソプラズマIgG抗体陰性妊婦における土いじり歴の有無¹⁰⁾

土いじり歴	有り	無し
トキソプラズマ IgM 抗体陽性妊婦	52(47.3%)	58(52.7%)
トキソプラズマ IgG 抗体陰性妊婦	24(28.2%)	61(71.8%)

(p=0.0078)

ガーデニング、家庭菜園などを習慣的に行っているかを問診した

表10 トキソプラズマ感染のハイリスク因子

- 1) 不完全な加熱処理の肉（生ハム、馬肉、豚肉、羊肉、鹿肉、熊肉、牛肉、レバーなど）
- 2) 土との接触、水洗いの不十分な野菜の摂取
- 3) 海外旅行（フランスなどヨーロッパ、ブラジルなど）
- 4) 生水の摂取
- 5) 頸部リンパ節腫脹、不明熱

表11 アセチルスピラマシンの妊婦への投与の原則¹⁴⁾

- 1) 早期治療により胎児感染率の減少が報告されているので、妊娠中のトキソプラズマ初感染が否定できなければ、可及的に早期に投与を開始する。
- 2) 作用機序は、胎盤に移行し、トキソプラズマの胎児への感染を防ぐと考えられているので、胎児感染が否定されれば分娩まで治療を継続する。
- 3) 作用持続時間は6時間といわれており、分4～6が好ましい。
- 4) 発疹・発赤が認められた場合、投与を中止する。
- 5) 胎児感染が証明された場合、効果は期待できないので、ピリメタミン製剤に変更する。
- 6) 投与量の上限は、インタビューフォームの記載にもあるように2g/日とする。

表12 出生児の管理

月齢	出生時	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1歳
理学所見	◎	○	○	○	◎
トキソプラズマ IgG 抗体(ELISA 法)	◎		○	○	◎
トキソプラズマ IgM 抗体	◎		○	○	○
眼底検査	○		○	○	○
“頭部 CT 検査”または“頭部エコー+頭部単純 X-p”	○				○

妊娠中の初感染が疑われる例（ハイリスク群）では◎と○を行い、妊娠中の初感染の可能性が低い例（ローリスク群）では◎を行う。

出生時外表奇形の有無、神経学的徵候の有無を検討し、“頭部単純CT”または“頭部エコーおよび頭部単純X-p”と眼科にて眼底検査を行い、頭蓋内石灰化の有無、網膜絡膜炎・瘢痕の有無を確認する。3カ月健診時、6ヶ月、1歳健診時にそれぞれ、トキソプラズマIgG抗体、トキソプラズマIgM抗体の測定、眼底検査を行う。トキソプラズマIgG抗体は半減期を算出するため、半定量のFA法ではなく定量のELISA法を行う。

表13 トキソプラズマの先天感染の診断

- ①臍帯血トキソプラズマIgM抗体が検出される
- ②トキソプラズマIgG抗体の臍帯血/分娩時母体血比が4以上
- ③臍帯血や胎盤からトキソプラズマの遺伝子が検出される
- ④臍帯血や胎盤からトキソプラズマが分離・培養される

これらのうち1項目以上が確認されれば、先天感染ありと診断できるが、いずれもないからといって先天感染なしとは診断できない。

表14 先天性トキソプラズマ症を否定する診断

- ①頭部CT検査や眼底検査で異常のこと
- ②トキソプラズマIgG抗体が33日(33.0±6.7日)の半減期で減少してゆくこと。非感染例では生後6か月で陰性化し、その後陰性を持続する
- ③トキソプラズマIgM抗体が検出されないこと

1歳の時点で、以上3項目が確認されれば、先天性トキソプラズマ症はないと診断している。ローリスク群では、1歳の時点で②のトキソプラズマIgG抗体が陰性であることの1項目が確認できれば、①・③は必要ない。

表15 同胞の先天性トキソプラズマ症症例¹⁶⁾

症例	診断年齢	トキソ プラズ マIgG抗 体	プラテ リアⅡ トキソ -IgM ^a	眼底 所見	頭部 CT	母体ト キソプラ ズマ IgG抗 体	母体ブ ラティア Ⅱトキソ -IgM ^b	母体トキ ソプラズマ IgG抗 体の avidity
1	8歳	240 IU/mL	0.1(陰 性)	左網 膜炎 の瘢 痕	異常 なし	130 IU/mL	1.3	46.6%
2	5歳8 カ月	26 IU/mL	0.6(陰 性)	右網 膜炎 の瘢 痕	異常 なし	245 IU/mL	1.6	46.1%
3	4歳11 カ月	360 IU/mL	0.3(陰 性)	異常 なし	異常 なし	1330 IU/mL	2.4	53.1%
4	2歳11 カ月	130 IU/mL	0.1(陰 性)	異常 なし	未施行	410 IU/mL	0.8	25.9%
5	11カ月	PHA; 1280× (+)	0.8(判 定保 留)	異常 なし	異常 なし	230 IU/mL	1.9	14.9%

症例1、2は軽症顕性先天感染、3～5は不顕性先天感染である。

トキソプラズマIgG抗体は、単位がIU/mLはトキソIgG-EIA「生研」[®]で測定した値(陽性>4)を示し、単位がIU/mLはプラテリアⅡトキソIgG^bで測定した値(陽性≥6)を示す。

プラテリアⅡトキソIgMの判定基準は、陽性≥1.0、陰性≤0.7、0.8≤判定保留≤0.9である。

母体avidityと児年齢は正の相関を示し、avidityから感染時期を推定できることが示唆された。

表16 風疹の歴史

	表16 風疹の歴史	表17 風疹抗体陽性妊娠への対応
1971年	予研による風疹感受性調査の開始	表16 風疹の歴史
1976年	風疹の流行	表17 風疹抗体陽性妊娠への対応
1977年 8月	女子中学生（12～15歳）の定期接種開始	表16 風疹の歴史
1982年	風疹の流行	表17 風疹抗体陽性妊娠への対応
1987年	風疹の流行	表16 風疹の歴史
1988年12月	MMRワクチンの使用の認可	表17 風疹抗体陽性妊娠への対応
1992年	風疹の流行	表16 風疹の歴史
1993年	MMRワクチンの中止	表17 風疹抗体陽性妊娠への対応
1994年10月	予防接種法の改正 定期集団接種→個別接種 対象：男女年少兒（生後12～90ヶ月、標準：12～36ヶ月） 男女中学生（2003年9月30日まで実施）	表17 風疹抗体陽性妊娠への対応
1999年 4月	先天性風疹症候群が「感染症新法」の5類感染症（全数把握対象疾患）に指定される。CRSの届け出なし。	表16 風疹の歴史
2000年～2003年	CRSの届け出は全国で毎年1例のみに減少	表16 風疹の歴史
2004年	CRSの届け出は全国で10例に著増 9月 厚労省から緊急提言発表	表17 風疹抗体陽性妊娠への対応
2005年	CRSの届け出：2例	表16 風疹の歴史
2006年 4月 1日	麻疹・風疹混合ワクチンによる2回接種制度の導入（第1期：生後12～24ヶ月、第2期：小学校就学の始期の1年内、5歳以上7歳未満）	表17 風疹抗体陽性妊娠への対応

表17 風疹抗体陽性妊娠への対応

- 1) 風疹既往歴の確認
 - 母親、兄弟、知人に確認する
 - 母子手帳の記録
 - 通知表に『風疹のため出席停止』などの記入がないか
 - 流行年の確認；'76年、'82年、'87年、'92年
- 2) ワクチン接種歴の確認（昭和52年8月～）
- 3) 風疹抗体測定歴の確認（前回妊娠中など、前医への照会も必要）
- 4) 発熱、発疹、頸部リンパ節腫脹の有無（特に今回妊娠中）
- 5) 周囲での流行の有無（流行時期は毎年大体1月～8月）

風疹感染者と接触して10日以内にHI抗体を測定し陽性であれば、その接触以前の感染と考えられる（Remington & Klein）
- 6) 臨床検査センターに連絡し、前回提出血清の保存依頼（通常2週間は保管）
- 7) 風疹IgM抗体の測定

通常約100日間（+）。再感染でも陽性ことがある
- 8) 2週間後、風疹HI、IgM抗体の再測定による抗体価の推移
- 9) 風疹IgG抗体のアビディティの測定

初感染と再感染の鑑別に有効。IgM抗体が陽性でもアビディティが高ければ200日以上前の感染
- 10) 妊娠中の再感染と診断された場合、CRSのリスクの評価
- 11) 羊水穿刺による風疹ゲノムの検出PCR

著者らの検討では、風疹IgM抗体陽性妊娠でアビディティの測定まで必要な症例は約10%で、羊水穿刺による遺伝子診断まで必要な症例は約3%であった。90%の症例は、上記対応を行い、妊娠前の感染と診断できた。

表18 風疹の相談内容と対応

- (1) 高いHI抗体→IgM抗体測定
 (2) IgM抗体陽性→IgG抗体のAvidity測定
 (3) 妊娠中期以降でIgM抗体陰性→IgG抗体のAvidity測定
 (4) 風疹に感染した→羊水PCR法（特別な機関を紹介）
 (5) 再感染（抗体価の上昇）→CRSはごく稀（最近12年間ほどで、日本で12例の報告）であることを説明

表19 厚労省の緊急提言のまとめ

- ①妊娠風疹感染のリスク因子の問診
 1) 妊娠中の発疹
 2) 風疹患者との濃厚な接触（家族内に発生、風疹患者の診療・看病に従事など）
 ②妊娠のできる限り早期に風疹抗体（HI）を測定する
 ③抗体陰性者・低抗体価（HI抗体価16以下）者に対し
 1) 妊娠中の注意指導
 a) 人混みや子供の多い場所を避ける
 b) 風疹患者のいる場所を避ける
 2) 夫、子供及び同居家族へのワクチン接種の推奨
 3) 分娩後早期のワクチン接種の推奨（産褥1週間以内、あるいは1か月健診時）
 ④HI抗体価256倍以上の場合、再度HI抗体と風疹IgM抗体を測定し、
 1) HI抗体が不变で、IgM抗体が陰性であればリスクなし
 2) HI抗体が4倍以上上昇、あるいはIgM抗体が陽性であれば、2次施設にコンサルト

表20 妊娠女性への対応診療指針

風疹流行にともなう母児感染の予防対策構築に関する研究班
2004年8月提言

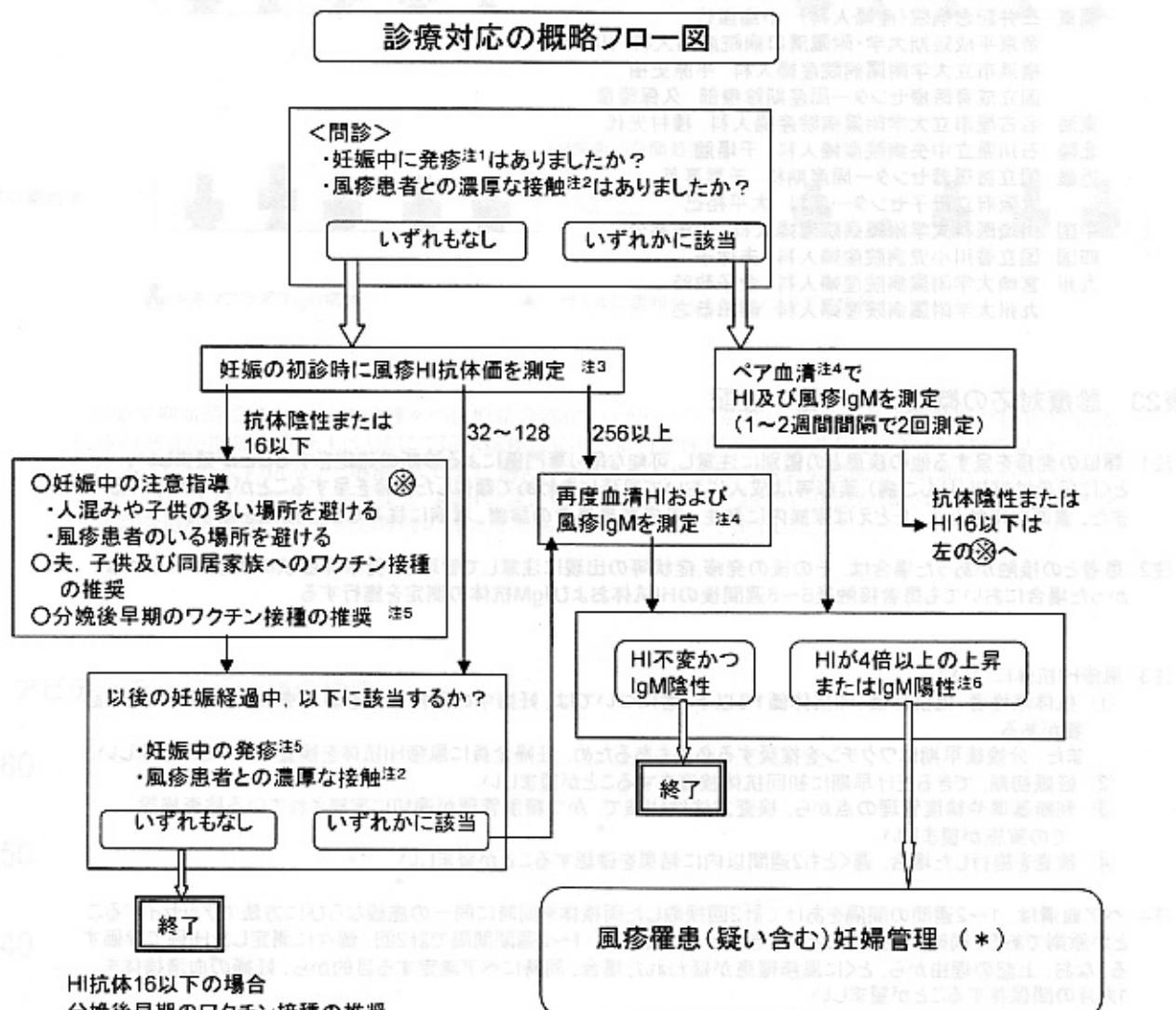


表21 風疹罹患(疑い含む)妊婦管理(*)

ケースによってCRSのリスクはさまざまであり、無用な不安をあおらないよう留意する。

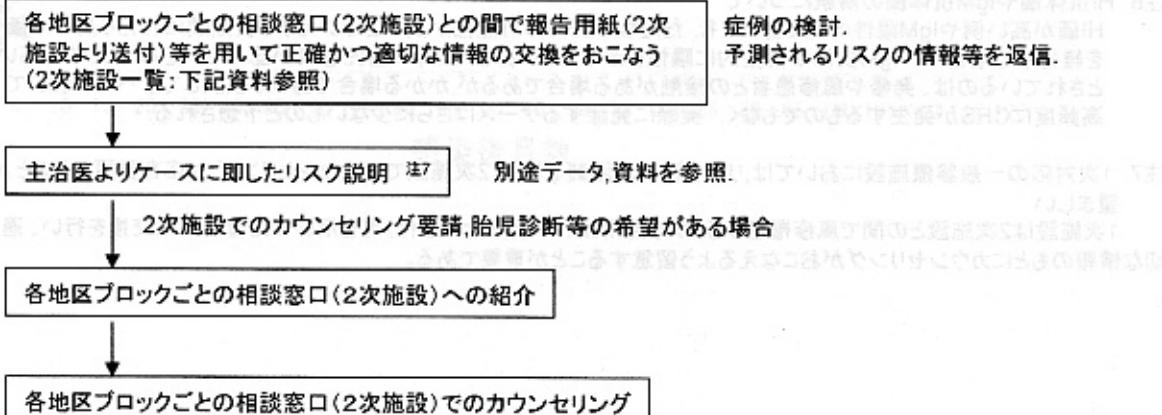


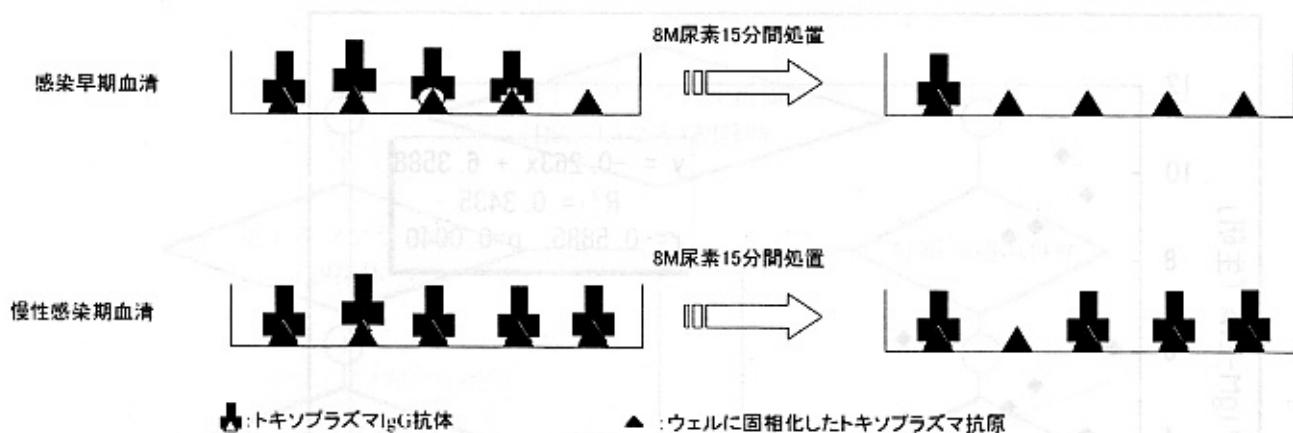
表22 各地区ブロック相談窓口（2次施設）

北海道	北海道大学附属病院産科	水上尚典
東北	東北公済病院産婦人科	上原茂樹
	岩手医科大学産婦人科	室月淳
関東	三井記念病院(産婦人科)	小島俊行
	帝京平成短期大学・附属溝口病院産婦人科	川名尚
	横浜市立大学附属病院産婦人科	平原史樹
	国立成育医療センター周産期診療部	久保隆彦
東海	名古屋市立大学附属病院産婦人科	種村光代
北陸	石川県立中央病院産婦人科	干場勉
近畿	国立循環器センター周産期科	千葉喜英
	大阪府立母子センター産科	大平裕己
中国	川崎医科大学附属病院産婦人科	中田高公
四国	国立香川小児病院産婦人科	夫律子
九州	宮崎大学附属病院産婦人科	金子政時
	九州大学附属病院産婦人科	藤田恭之

表23 診療対応の概略フロー図 注記

- 注1 類似の発疹を呈する他の疾患との鑑別に注意し、可能な限り専門医による診断の確定をすることが望ましい。
とくに伝染性紅斑(りんご病)、葉疹等は成人において風疹にきわめて類似した発疹を呈することが知られている。
また、濃厚な接触とは、たとえば家族内に発生、風疹罹患者の診療、看病に従事などの接触を指す。
- 注2 患者との接触があった場合は、その後の発疹、症状等の出現に注意して管理し、発疹等症状の出現がみられた場合においても患者接触後6~8週間後のHI抗体およびIgM抗体の測定を実施する。
- 注3 風疹HI抗体について
① 抗体陰性者・低抗体価(HI抗体価16以下)者については、妊娠中の風疹感染を防止するよう注意をはらう必要がある。
また、分娩後早期にワクチンを推奨する必要もあるため、妊婦全員に風疹HI抗体を検査することが望ましい。
② 妊娠初期、できるだけ早期に初回抗体検査をすることが望ましい。
③ 判断基準や精度管理の点から、検査方法はHI法で、かつ精度管理が適切に実施されている検査施設での実施が望ましい。
④ 検査を実施した場合、遅くとも2週間以内に結果を確認することが望ましい。
- 注4 ベア血清は、1~2週間の間隔をあけて計2回採取した両検体を同時に同一の施設ならびに方法でアッセイすることが原則である。同時測定することができなかった場合は、1~2週間間隔で計2回、個々に測定したHI値で評価する。なお、上記の理由から、とくに風疹罹患が疑われた場合、同時にペア測定する目的から、妊婦の血清検体を1カ月の間保存することが望ましい。
- 注5 HI抗体価16以下の者に対しては、次回以降の妊娠に備えて、分娩後の妊娠の可能性がきわめて低い時期に風疹ワクチン接種をうけることを推奨する。特に抗体陰性者については、風疹流行予防の点からも、以後の妊娠の希望にかかわらずワクチン接種をすることが望ましい。
接種時期については、産褥1週間以内の入院中、もしくは産後1ヶ月健診時にうることが推奨される。
ワクチンの投与方法や注意すべき副作用については、予防接種ガイドラインを参照する。
<参考>米国では分娩直後入院中の接種が実施されており、特段の問題は生じていないことが報告されている。
- 注6 HI抗体価やIgM抗体価の解釈について
HI価が高い例やIgM陽性の例であっても、ただちにCRSの可能性が高いとはいはず、長期間にわたり高いHI価を維持する場合や、IgM抗体が持続的に陽性を示すことがある。実際に胎児感染が認められる率が比較的高いとされているのは、発疹や風疹患者との接觸がある場合であるが、かかる場合であっても、決してすべてにおいて高頻度にCRSが発生するものではなく、実際に発症するケースはさらに少ないものと予想される。
- 注7 1次対応の一般診療施設においては、リスク説明が困難な場合、2次施設でのカウンセリング、対応を要請することが望ましい。
1次施設は2次施設との間で風疹罹患状況の報告用紙(2次施設より送付)等を用いて正確な情報交換を行い、適切な情報のもとにカウンセリングがおこなえるよう留意することが重要である。

図1 アビディティ測定原理



感染早期血清では、IgG抗体は種々の抗原結合部位(バラトーフ)から成り、慢性感染期では抗原特異的なIgG抗体の割合が増加する。E-LISA法にて抗原抗体反応後、蛋白変性剤である尿素を反応させると抗原結合力の弱い抗体はウェル壁の抗原から解離してしまう。例えばこの模式図の上段の感染早期血清のavidity index(AI)は25%(1/4)、下段は80%(4/5)となる。実際には「トキソIgG-EIA「生研」」を用い抗原抗体反応後8M尿素で15分間処理を追加した吸光度を無処理時の吸光度で除して求め、AIとして表示した。

図2 アビディティの感染後の推移

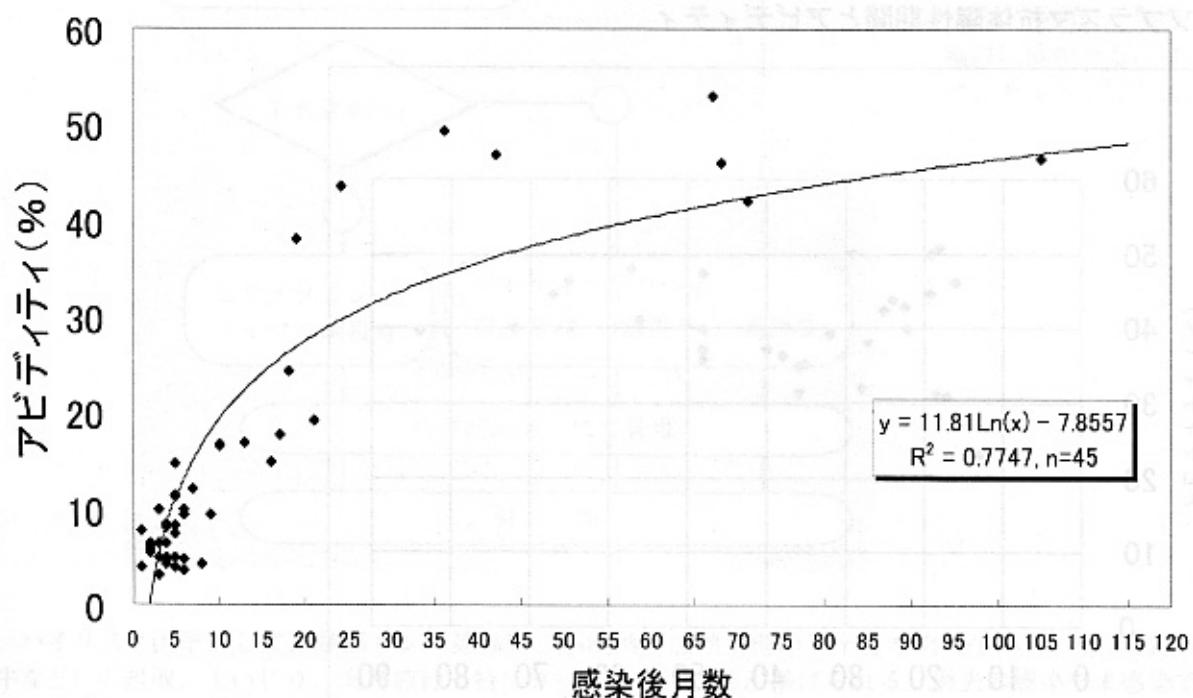


図 3 IgM抗体の感染後の推移

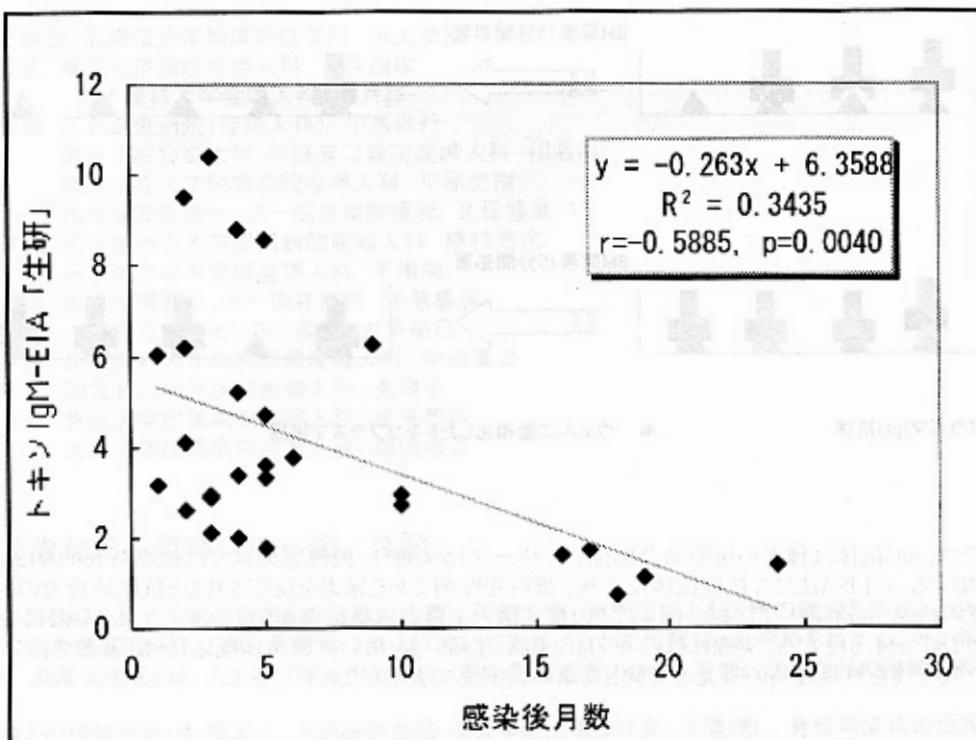


図 4 トキソプラズマ抗体陽性期間とアビディティ

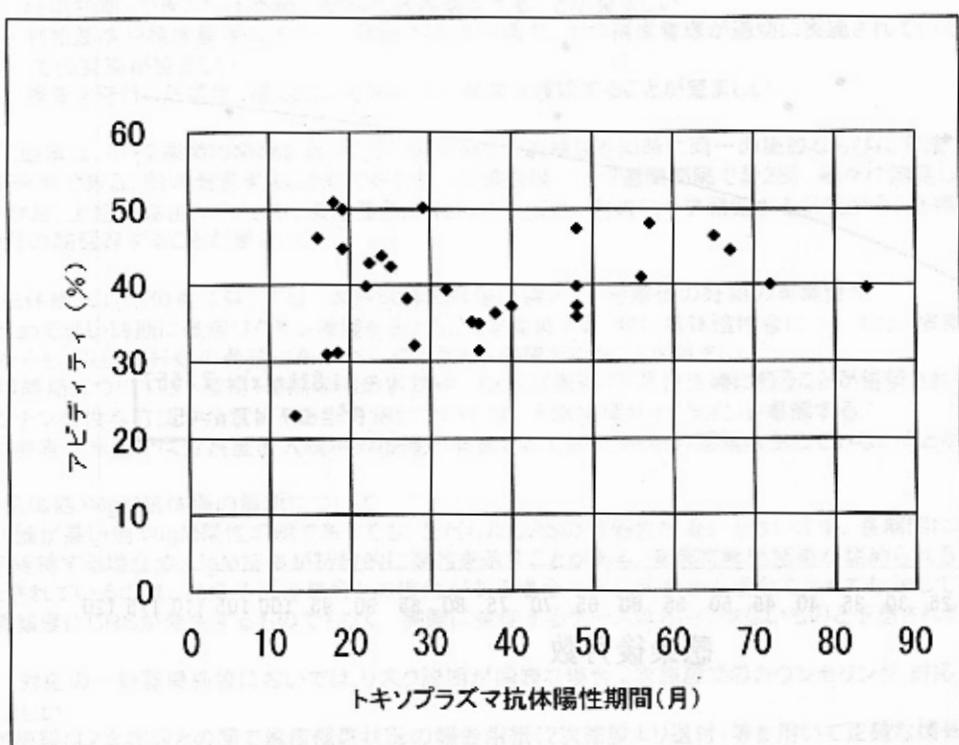
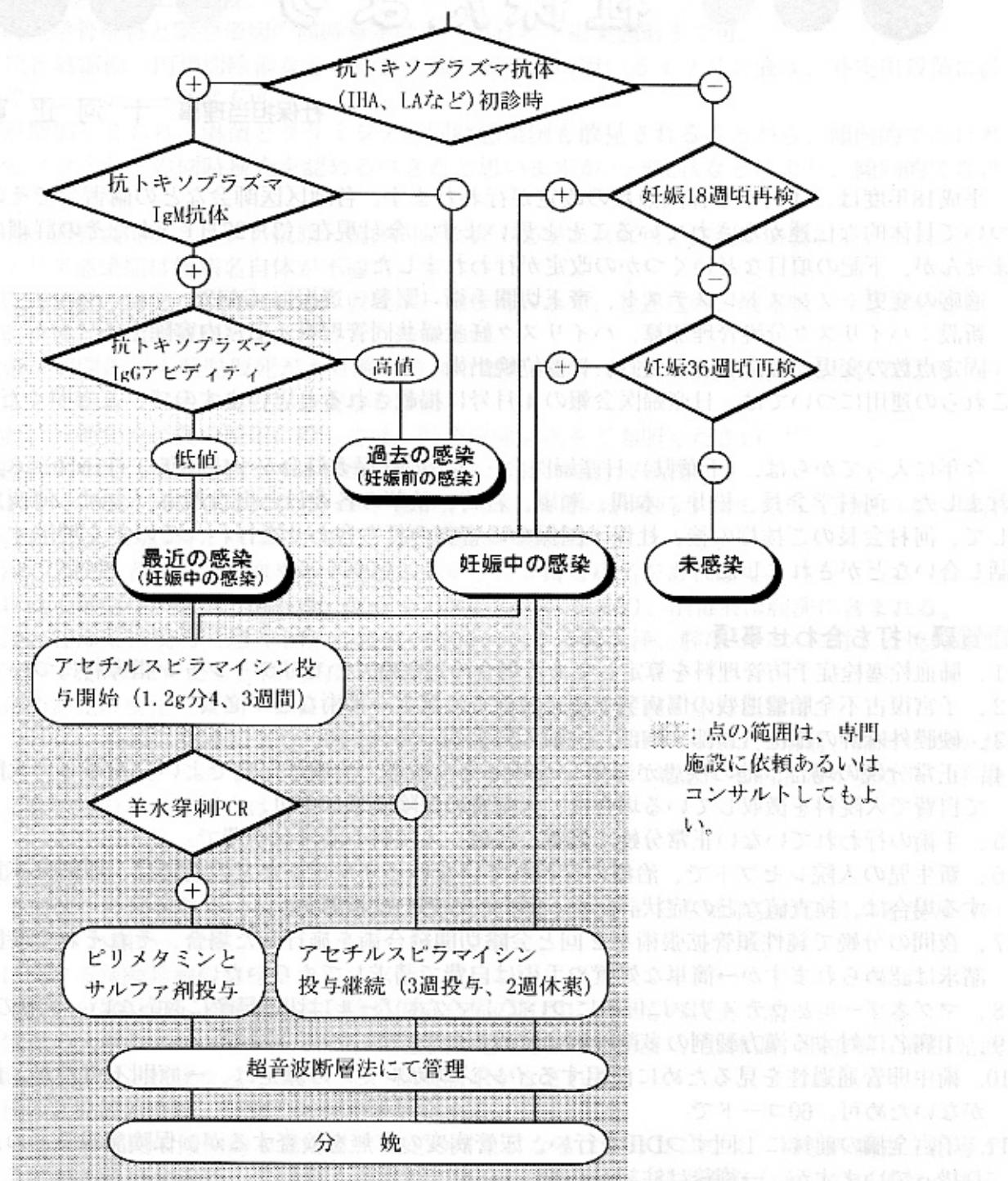


図5 トキソプラズマ症ハイリスク妊婦の管理法¹¹⁾

ハイリスク因子として、頸部リンパ節腫脹、不明熱、加熱処理の不十分な肉（生ハム、豚、馬、羊、鹿、熊、牛など）の摂取、上いじり、海外旅行（特にヨーロッパ）などが挙げられる。過去の感染や未感染では、治療や検査は必要ない。最近の感染で妊娠中の感染が否定できない場合、母子感染の可能性があるので治療、検査を行う。一般に微生物に感染した場合、宿主は初期にはavidity（抗原に対する結合力）の低いIgG抗体を産生するが、時間が経過するにしたがいアフィニティー・マチュレーション（affinity maturation）が起こり、avidityの高いIgG抗体を産生する。これを応用し、初感染からの時期を推定することができる。小島らは、avidityが20%以上であれば慢性感染状態と診断し、10%未満であれば急性感染（感染後4ヶ月以内）の可能性が高いと診断している。avidity測定を希望する場合、三井記念病院婦人科小島俊行（TEL：03-3862-9111, FAX：03-3862-9156）に連絡するとよい。

社保だより

社保担当理事 十河 正寛

平成18年度は、4月から保険点数の改定が行われます。各地区医師会などの講習会でその運用について具体的な伝達がなされていることだと思います。今日現在（3月27日）、まだその詳細はわかりませんが、下記の項目などいくつかの改定が行われました。

適応の変更：ノンストレステスト、帝王切開手術（緊急・選択）、CA125

新設：ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊娠婦共同管理料、子宮内容除去術

固定点数の変更：腔洗などの処置、骨盤位娩出術

これらの運用については、日産婦医会報の4月号に掲載されると思いますので、ご参照ください。

今年に入ってからは、（千葉県）日産婦医会・学会の社保委員会が平成18年3月16日（木）に行われました。河村会長、松井、本間、瀬嵐、岩崎、秋草の各委員と担当理事（十河、河西）が出席して、河村会長のご挨拶の後、社保・国保での審査の打ち合わせを行い、その差を解消するための話し合いなどがされました。

◎質疑・打ち合わせ事項

- 肺血栓塞栓症予防管理料を算定してある場合の退院時リハビリテーション指導料について→不可
- 子宮復古不全胎盤遺残の傷病名で超音波検査の算定→手術などが必要
- 硬膜外麻酔の部位（頸部・胸部）→婦人科手術の場合 可
- 正常分娩の場合、他の疾患が発生した時はその検査、治療は保険でよい。ただし、入院していて自費で入院料を徴収している場合は、入院費の保険請求は不可。
- 手術の行われていない正常分娩：処置、注射、入院料の請求は自費で。
- 新生児の入院レセプトで、治療の行われていないビリルビンなどの検査は、原則は不可。算定する場合は、検査値などの症状詳記を。傾向的なものは指導を。
- 夜間の分娩で鈍性頸管拡張術を2回と会陰切開縫合術を施行した場合、それぞれで時間外での請求は認められますか→簡単な処置や手術は自費で請求してもらいたい。
- マグネゾールとウテメリンに併用について：マグネゾールは切迫早産に適応ない。子瘤のみ適応。
- 1病名に対する漢方製剤の多剤併用は認められますか。→2剤まで
- 術中卵管通過性を見るために使用するインジコカルミンの算定は。→原則不可だが、他に薬剤がないため可。60コードで
- 子宮全摘の前後に1回ずつDIPを行い、尿管病変の有無を検査するが、保険請求上どのように取り扱っていますか。→術後は注記が必要
- GnRHアゴニスト療法中のadd back療法をどのように認めていますか。→不可
- 手術後の感染予防として第3世代以上の抗生物質使用について→原則不可。第3世代以上の予防投与は避けるように。
- 機能性出血、更年期出血の病名で超音波検査は認められませんか。→もともと卵巣機能不全への適応は若年者で内診の出来ない場合を想定してのもの。「体がんの疑い」などで対応を。
- 初診時、性感染症（疑い）でクラミジア、淋病、HIVのセット検査が一部施設で見られます。→不可。「性感染症」「性病」といった病名では不可。
- 泌尿器科用還流剤ウロマチックを腔内（子宮腔、腹腔）洗浄に使用した場合は→子宮鏡では可。（3パック=9000mlまで） 腹腔鏡は不可。

17. 骨盤位あるいは前回帝王切で経産分娩に成功した場合、緊急帝王切に備えて行う術前検査は認められますか。→可（注記が必要）。
 18. 手術前医学管理料と緊急帝王切の同時算定は？→当日の手術実施前まで可。
 19. 子宮頸管縫縮術、円錐切除術などの経産手術の腔消毒に用いるイソジン液は、外皮用殺菌に該当するでしょうか。→算定不可。
 20. STDが増加しており、淋菌とクラミジアの同時感染例も散見されることから、傾向的でなければ淋菌とクラミジアの同時検査を認めるべきだと思いますが。→症状などにより、傾向的でなければ可。
 21. 頸管炎・卵管炎でクラミジア抗原・抗体同時検査：必要あれば可、注記が必要。
 22. クラミジア感染症は傷病名自体が不適当。
 23. 分娩監視装置の適応：胎児（切迫）仮死。→分娩時のみで、急速遂娩、酸素吸入などが必要。
 24. 分娩監視装置は微弱陣痛で促進を行った場合も可。
 25. 選択帝王切開術でも胎児仮死があり酸素吸入の処置が行われていれば、分娩監視装置は可。→術式ではなく病名に対する処置、検査なので可。
- *なお、分娩監視装置の使用に際しては、医療保険必携をご参照ください。
26. 子宮内膜症の場合経過を観察する目的で3ヶ月に1回は超音波検査可。
 27. 排卵誘発時の超音波検査はクロミッド、HCG、HMGなどの治療時3回まで可。治療のない場合は不可。ただし、初診時1回は可。また、院外処方の場合はコメントを。
 28. 膀胱洗浄：入院患者以外。出血や帶下増加などをきたし得る病名があれば可。
 29. 膀胱炎には1剤投与が原則（例外は、クロマイ膀胱錠十ホーリンV）、消毒液は膀胱洗に含まれる。
 30. 膀胱洗浄と膀胱部薬物焼灼（週1回）の併用→膀胱炎に対する膀胱洗浄、膀胱ビランに対する焼灼は目的が違うので良い。（ただし、傾向的不可）
 31. 予定帝王切が児の変化で夜間・休日になった場合、選択帝王切で深夜・休日加算可。
 32. 手術当日に、手術に関連して行う注射（点滴、静注、筋注）の手技料は、術前、術後にかかる算定できません。しかし、点滴手技料に対する病名と手術に対応する病名とが異なり、手術に関連しないものならば算定は可です。

◎「お知らせ」と「お願い」

つぎの事項は、社保委員会の協議中に出た意見で、日産婦医会・日産婦学会の会員の先生方への「お知らせ」と「お願い」です。

I. 分娩に関する保険診療の算定について

- ① 例えば、分娩の7～8割以上を会陰裂傷縫合術の肛門に及ぶもの以上で請求してくる。
- ② 新生児の入院についても、分娩のほぼ全例と思われる新生児に、低体温、低血糖、新生児仮死、高ビリルビン血症などの傷病名で、保険請求がなされる。
- ③ 産後の乳児健診時に、保険の診察料を算定する。

このような医療機関の傾向的な算定は、査定の対象になるばかりではなく、実態の調査・指導が行われることがありますので、ご注意ください。場合によっては、県指導官の面談の可能性があるそうです。そして、日産婦医会の会員である先生方は、日産婦医会の運用法に基づいて請求ください。今一度、医療保険必携をご参照ください。

II. 保険の審査は、保険のルール（約束事）に療養担当規則に合致しているか否かということです。

したがって、傷病名があっても「病名と診療内容（　）が一致しませんので、ご再調ください。」と付箋をつけて、返戻することがありますが、これは、「診療内容（　）と病名が一致しませんので、傷病名の追加を！」ということです。そこでまず、診療内容—投薬・検査・処置・手術などに目を通して、それから、傷病名を再度ご検討ください。レセプトの提出前に、先生ご自身でいま一度ご確認ください。

最後は、3年前と同じようなお願いになりましたが、よろしくご協力ください。

平成17年度 第2回合同協議会 議事録

日 時：平成17年11月22日（火）午後3時から5時30分まで

場 所：京成ホテルミラマーレ

出席者：八田支部長、河村会長、細田副支部長、松井副会長、

大川・十河・山口・河西・窪谷・清水 各理事、林監事、千本議長、

本間・篠原・吉岡・八田・芳野・水谷・内藤・塚本 各地区代表委員

欠席者：井橋副支部長、諏訪部・佐野・神谷・吉田・鴨井・梁 各理事

本田・長岡 各地区代表委員

I. 前回議事録の確認

II. 協議事項

1. 千葉地方部会・千葉県支部公開講座の開催について（河村・梁）

資料のとおり、原案を作成した。平成18年2月18日（土）午後2時から、千葉市文化センターにて、子宮頸癌の予防とその診断・治療というテーマで3題を予定している。予算として、200万円くらいかかるのではないかと思うが、日産婦学会からの補助金が96,000円で地方部会では今年度は予算として計上していない。予備費から出すことになるがいくらまで出せるか。

議長や監事から、今年度の予算にならない事業をやるということで、勝手に多額の予算を使用するというのは、いくらいいい目的のものでも、代議員会や総会で了承できない、との発言があり、次回までに地方部会総務担当を含めて検討することになった。

（次回継続審議）

2. 支部周産期委員会について（清水）

前回の役員会で委員会の設置を承認いただいたが、資料のとおり、委員を選出したいと思うがいかがか。まず、選出した医療機関の医長に依頼し、周産期の実務者を推薦していただくようしたい。開業医からは、当面、千葉市、茂原市から推薦をいただくように地区代表委員に依頼したい。必要に応じて、開業医等の追加を考えたいと思う。

また、新生児科との連携も必要になるかと思うが、産婦人科医会側の委員会として発足し、ある程度の距離をもって連携をとっていきたいと思う。 （承認）

3. 支部STI調査委員会について（大川）

前回の役員会で委員会の設置を承認いただいたが、資料のとおり、委員を選出したいと思うがいかが。 （承認）

4. 支部性教育セミナーの開催について（大川）

平成18年2月9日（木）午後6時30分から、千葉市生涯学習センター講堂において、青少年の性犯罪とその治療と対策をテーマに開催したい。演者は精神科医で元東京家庭裁判所技官の針間先生を予定している。その他、前座になる演題も考えたい。いかがか。 （承認）

5. ちば思春期研究会への後援について（八田）

平成18年1月29日、松戸市の聖徳短大で開催する。今回は、自分（八田支部長）が担当するので、産婦人科医にも多くご参加いただきたい。この研究会への後援と研修シールの交付をお願いしたい。 （承認）

6. その他

III. 報告事項

1. 支部・地方部会の開催する懇親会の会費制について 諏訪部・山口
次年度から合同協議会後の懇親会などへの参加者は会費の一部を負担することになりましたので、よろしくお願いします。
2. 千葉県医師会インターネット生涯教育e-Learningについて 石川千葉県医師会理事
千葉県医師会理事の石川先生より、使用方法について説明があった。
3. 千葉地方部会・千葉県支部合同研修会について (9/1) 梁・吉田
例年6月に開催していたが、今年度は役員改選などの日程的な都合もあり、9月に開催した。内容は超音波関係と、妊娠高血圧症の演題であった。
4. 日産婦医会関東ブロック支部長会出席について (9/11) 八田
宇都宮で開催。母体保護法指定医師の研修についてや12週未満の取り扱いについてなど話題が多くかった。
5. 日産婦医会関東ブロック周産期救急医療実態調査委員会出席について (9/11) 清水
宇都宮で開催。関東ブロック的にも搬送問題に苦慮している。
6. 日産婦医会関東ブロック協議会参加について (9/11) 八田、他
栃木県支部の担当で、宇都宮で開催。がん対策とIT関連の議題であり、千葉県支部からは八田支部長ががん対策について発表した。特別講演として、獨協大学の稲葉先生のB型肝炎についての講演があった。
7. 日産婦医会全国支部長会出席について (9/18) 八田
すでに医会報に載っているが、12議題位があった。保助看法のあり方検討会や学術集会について協議された。
8. 千葉県STI研究会への参加について (9/1) 井橋・大川
9月1日に千葉市で開催された。
9. 日産婦学会学術集会滋賀大会への参加について (10/8~9) 八田、他
10月8日~9日に滋賀県支部の担当により大津市で開催。
10. 日産婦学会関東連合地方部会に参加して (10/15~16) 河村、他
役員会に出した資料は全て合同に出せと。自分にお伺いがなかったとご立腹。
11. 千葉県支部・千葉地方部会秋季研修会について (10/22) 吉田、梁
市川・浦安地区と船橋地区の担当により、市川市医師会館で開催。女性の健康週間プロジェクトの一環として女性と喫煙など、多数の講演があり、盛況でした。
12. 千葉県支部・千葉地方部会広報・システム委員会について (10/27) 神谷
資料のとおり、現在、原稿依頼中です。締め切りが近いので、まだご執筆いただいている方は締め切りまでにお願いします。
13. 千葉県周産期医療・保健協議会について (10/27) 吉岡・石川千葉県医師会理事
10月27日に開催。周産期母子医療センターの運営状況についての説明と、千葉県広域災害・救急医療情報システムの更改についての説明があった。後から、千葉県医師会の石川理事に説明をいただいた。千葉県広域災害・救急医療情報システムについては、今後、会員へ伝達していくたい。
14. 千葉県医師会禁煙推進大会への参加について (10/29) 八田
10月29日に千葉駅ビルにて開催。500名近く参加者があったようだが、元NHKアナウンサーの池田ゆう子さん、今は絵門ゆう子さんというようだが、絵門さんの講演が終了したら、多数が帰ってしまった。医師の講演より著名人のほうが人が集まりやすいようだった。

◆ 役員会報告 ◆

15. 日産婦医会関東ブロック支部長会への出席について (11/6) 細田 東京にて開催。八田支部長の代わりに細田副支部長が出席した。
16. 日産婦医会関東ブロック社保委員会への出席について (11/6) 十河 東京にて開催しました。
17. 日産婦医会関東ブロック社保協議会への出席について (11/6) 十河 東京都支部の担当で開催。十河先生が出席した。
18. 小規模事業所電話相談事業第2回相談医会議 (11/10) 細田 千葉産業保健推進センターにて開催し、細田、吉田之好先生、斎藤信彦先生が出席しました。千葉県は相談が全国で2番目に多かった。委託料などを考えると、割高な事業のようだ。
19. 日産婦医会関東ブロック幹事会について (11/12) 大川 東京で開催しました。全国ブロック医療対策連絡会が来年2月に本部で開催されるが、関東ブロックからは、神奈川県支部、群馬県支部が出席することになった。全国ブロック医療対策連絡会へのアンケートは大川理事が担当することになった。
20. 第14回全国支部医療安全・紛争対策担当者連絡会への出席について (11/12) 佐野 野田市立あさひ育成園が小口配分を受けました。内容は、資料のとおり。
22. その他



平成17年度 第5回定例役員会 議事録

日 時：平成18年1月24日（火）午後3時10分から5時まで

場 所：千葉県医師会2階第1会議室

千葉市中央区千葉港7-1（電話043-242-4271）

出席者：八田支部長、河村会長、井橋副支部長、松井副会長

大川理事、諏訪部理事、十河理事、山口理事、佐野理事、鳴井理事、梁理事

貝田監事、千本議長、長岡副議長

欠席者：細田副支部長、神谷理事、吉田理事、窪谷理事、清水理事、林監事

I. 前回理事録の確認

II. 協議事項

1. 平成17年度国公立・県立・大学病院等産婦人科医長懇談会について（鳴井）
資料の議題に周産期救急医療システムについてを追加する。案のとおり、通知する。（承認）
2. 日本産婦人科医会役割分担との対応について（山口）
支部の役割分担と本部事業に違いがあるため、本部からの調査など依頼に応えられないものがある。本部分掌に併せて担当を決めたい。
法制・倫理を井橋副支部長に、先天異常部を清水理事に、コメディカル対策を窪谷先生に、対外広報・渉外を山口理事に、女性保健部を大川理事に本部向けの担当とする。（承認）
3. 胎児異常診断に関する調査について（八田）
調査協力施設を八田支部長と清水担当理事で相談して、改めて推薦する。（承認）
4. 地方部会・支部公開講座の開催について（河村・梁）
地方部会から30万円、学会から96,000円、寄付金65万円の収入で支出を押さえて開催する。当日の人員も大学医局員を中心に運営する。（承認）
5. 日本産科婦人科学会千葉地方部会学術奨励賞の募集について（河村・梁）
ホームページに掲載、FAX連絡網、医長懇談会の案内に同封して募集する。（承認）
6. 日本産婦人科医会千葉県支部会則検討（案）について（山口）
会則について、資料のとおり検討しています。細則については本日検討する予定です。
3頁にある理事の定数については、そのときの状態によって変わるかと思いますので、細則で対応と考えております。
7. 任期満了になつても新しい執行部が発足するまでは職務を行う。（次回継続審議）
8. 委任状も出席とみなす、を新しい項目に。（承認）
9. 日本産婦人科医会名譽会員、特別会員候補者の推薦について（八田）
該当する方は2名。北原敬市先生（28年）、阪口禎男先生（20年）を名譽会員として推薦したいと思いますがいかがか。（承認）
特別会員候補者は該当者なし。
10. 日本産婦人科医会平成18年度会費免除者の推薦について（八田）
年齢該当者の10名を推薦したいと思うがいかがか。（承認）
11. 小規模事業所電話相談事業の今後の対応について（細田）
平成18年度以降予算の実施はなし、という連絡が本部から届きました。細田副支部長が欠席な

◆ 役員会報告 ◆

ので、次回継続。

10. e-Learningでの研修単位について（山口）

千葉県医師会でe-Learningでの研修を母体保護法指定医師の研修単位として認めることになった。医会と学会での研修単位をどうするか。学会の単位については、河村先生が学会に確認してから報告する。（次回継続）

11. 日本産科婦人科学会名誉会員、功労会員候補者の推薦について（河村）

該当者なし。

12. 日本産科婦人科学会平成18年度会費免除者について（河村）

高齢による会費免除者が10名となるとの通知が学会よりあった。地方部会も免除となるがいかがか。（承認）

13. 千葉県医師会からの周産期医療に関する資料等ご提供のお願いについて（清水）

千葉県医師会より資料のとおり、依頼があった。いかがか。

清水理事を中心として、回答する。（承認）

14. 千葉県が主催する講演会の後援依頼について（山口）

後援する。

15. その他

III. 報告事項

1. 日本医師会家族計画・母体保護法指導者講習会への参加について（12/3）（八田・井橋）

支部から八田支部長、井橋副支部長が、医師会から吉岡先生、吉田先生が、参加した。

2. 日産婦医会関東ブロック広報委員会への出席について（12/10）（山口）

東京で開催。年度末に関東ブロック会報が発行される。

3. 第2回支部医療安全委員会について（1/12）（井橋・佐野）

会員に依頼したアンケートの集計をした。

4. 医療の安全に関するアンケート結果について（井橋・佐野）

資料のとおり。取扱いに注意して保管してください。

5. 千葉県新生児聴覚スクリーニング専門部会について（1/13）（山口）

千葉県の専門部会に出席した。

6. 性教育セミナーの開催について（大川）

資料のとおり、2月9日の夜、開催します。会員には、冬期研修会の抄録等に同封して送付しました。多数の医療関係者に参加していただきたいので、会員はもちろん、関係者広報してください。

7. 平成17年度婦人科がん検診等に関する実態調査について（河西）

本部から依頼のあった調査ですが、市町村の状態を調べて回答しました。

8. 支部周産期委員会委員について（清水）

9. 第1回千葉県性感染症実態調査委員会の開催について（12/9）（大川）

10. 平成17年度全国ブロック医療対策連絡会によせて（大川）

11. その他

IV. 添付資料

1. 日本産婦人科医会平成18年度諸会議予定表

2. 千葉県支部・千葉地方部会会員数（平成18年1月1日現在）

平成17年度 第6回定例役員会 議事録

日 時：平成18年2月24日（金）午後3時から5時30分まで

場 所：

京成ホテルミラマーレ
千葉市中央区本千葉町15-1（電話043-222-2111）

I. 前回議事録の確認

前回の定例役員会の議事録を確認してください。（承認）

II. 協議事項

1. 千葉県支部会則（案）について（山口）

大幅な改正ではなく、文言の訂正や選挙関連の箇所の改正案です。内容をご確認いただき、地方部会案とすり合わせの予定

2. 地方部会会則（案）について（神谷）

地方部会のあり方について考えた結果、会則を全面改正する。

支部会則とのすり合わせも必要であるし、本日の案がそのままよいのかも引き続き審議していく必要がある。変更の目的は、本部の会則と整合性をつけること。最大の変更点は、議決の最高決定機関は、総会であることを確認することと総会は代議員を総会と位置づけること。

（次回継続審議）

3. 神奈川県産婦人科医会の日本医師会最高優功賞受賞記念式典・祝賀会の出席について（八田）

八田支部長自宅に案内状が届いたが欠席した。個人的にお祝いを届けた。今後、こういった案内が届いた時にはどう対応したらよいか。原則的には個人処理。個人的な儀礼を超えるものについては、その都度役員で協議して対応を決めることとする。（承認）

4. 平成18年度予定について（山口）

第4金曜日の開催で調整する。

5. 平成18年度代議員会・総会の開催について（山口）

・日程について 5月20日（土）千葉県医師会会議室

・特別講演について 学術担当理事に一任。次回報告。

6. 平成17年度事業報告（案）について（各理事）

総務では、今年度は県内の市町村合併があったので、名簿は市町村合併が落ち着いてから発行を考えたため、年度内に発行できなかった。次年度早々に発行したい。

医療安全部では、初めて会員にアンケート調査を実施した。

学術・研修部では、専門医に関する事業を追記した。

次回、合同協議会で協議する。

7. 平成18年度事業計画（案）について（各理事）

総務：地方部会のあり方検討委員会を2回開催する予定で改めて資料を提出する。

経理：地方部会と支部の経理を分けたほうがよいのではとの意見もあるが、会費体系などについて検討していきたい。

広報：地方部会誌の発行について、検討をしていきたい。

◆ 役員会報告 ◆

医療安全：2回目のアンケート調査の実施

学術・研修：千葉県医師会のe-Learningでの研修単位の取得について、見終わった後、レポートの提出により、シールを発行する。具体的な運用については今後検討。

次回、合同協議会で協議する。

8. 小規模事業所電話相談事業の今後の対応について（細田）

日本産婦人科医会から厚生労働省からの委託打ち切りの通知があった。千葉県支部として18年度も継続事業としたい。予算も支部から用いたいがいかが。

予算については、検討し、事業は1年間を限度として継続してみる。

9. 平成17年度第2回女性の健康に関する保健医療従事者研修会の共催について（八田）

共催を承認する。

10. 千葉県社会保険診療報酬審査委員会員の推薦について（十河）

清川先生の辞任の後任として、千葉労災病院の遠藤信夫先生を推薦する。

11. その他

III. 報告事項

1. 千葉県医師会母体保護法指定医師指定審査委員会への出席について（1/24）（八田・河村）
新規申請、異動申請など5件の審査をしました。1件不備がありました。その後、不備が訂正され、5件が指定医師として千葉県医師会長より指定されました。

2. 平成17年度地方部会・支部冬期学術講習会について（1/28）（河村他）

3. 医会全国ブロック医療対策連絡会議の出席について（2/5）（窪谷）
資料のとおり開催されました。

4. 第6回性教育セミナーについて（2/9）（大川）

資料のとおり開催しました。

5. 平成17年度母性健康管理電話相談事業第3回相談医会議について（2/16）（細田）

6. 地方部会・支部市民公開講座について（2/18）（梁）
資料のとおり開催しました。決算については、概算です。

ここで、前回の協議で決めたことと違う形で進めているとの指摘があり、役員会での決定を尊重することを再確認した。会計報告については、次回正式に報告を。

7. 関東ブロック幹事会について（2/18）（大川）

8. 関東ブロック広報委員会について（2/18）（山口）

9. 周産期医療に関する資料等の提供（千葉県医師会宛）について（清水）

10. 純毛性疾患登録成績について（松井）

11. その他

IV. 添付資料

中学生・高校生向け「思春期って何だろう？性って何だろう？」
教育・講演用CD-ROM・PowerPoint解説書

会員の訃報・入退会・異動（変更）状況

【訃報】謹んでお悔やみ申し上げます。 (敬称略)

松戸	大川 昭二	平成18年1月7日 ご逝去
市川	畠中 貢	平成18年1月24日 ご逝去

【入会（転入）】

地区	氏名	医療機関名	届出月
千葉	生水真紀夫	千葉大学医学部附属病院	12月
流山	市村三紀男	流山総合病院	12月
印旛	坂巻真希子	そうクリニック（旧姓 古川）	12月
館山	古澤 嘉明	亀田総合病院	12月
旭	宇野 雅哉	旭中央病院	1月
柏	小竹 謙	慈恵会医科大学柏病院	1月
市原	越野 哲郎	三橋クリニック	2月
柏	高橋 英彦	浦谷産婦人科（医会入会）	4月
柏	石原 珠紀	浦谷産婦人科（医会入会）	4月
印旛	黒瀬 圭輔	日本医大千葉北総病院	4月
千葉	佐藤伊知朗	みつわ台総合病院	4月
千葉	樋 浩行	たて産婦人科医院	4月
浦安	阿部 礼子	順天堂浦安病院	4月
松戸	山本 憲子	松戸市立病院	4月
旭	松浦 孝幸	国保旭中央病院	4月
安房	秋本菜津子	亀田総合病院	4月
浦安	古野 敦生	社会福祉法人浦安ベテルホーム	4月
松戸	千田裕美子	国保松戸市立病院	4月
旭	堀内 純	国保旭中央病院	4月
安房	吉川 和美	亀田総合病院	4月

【退会（転出）】

地区	氏名	医療機関名	届出月
印旛	柳谷 法生	東邦大佐倉病院（東京へ）	12月
旭	佐藤 大悟	旭中央病院（東京へ）	12月
松戸	松田 善文	国保松戸市立病院（転科）	12月
佐倉	深谷 晓	東邦大佐倉病院（医会退会）	3月
習志野	海老原順一	谷津保健病院（医会退会）	3月
印旛	渡邊 博	渡邊産婦人科医院（医会・学会退会）	3月末
市川	藤巻日出夫	藤巻クリニック（医会退会）	3月末
印旛	斎藤 智博	東邦大佐倉病院（医会退会）	3月末
千葉	閔 光倫	閔産婦人科（医会・学会退会）	3月末
船橋	藤原 桂子	船橋二和病院（転科）	3月末
松戸	皆川 孝子	皆川医院	3月末
柏	黒田 勇二	オーククリニックフォーミズ（東京へ）	3月末

【異動（変更）】

旧地区⇒新地区	氏名	新医療機関名等	届出月
流山（住所変更）	長野 早苗	流山東部診療所	12月
千葉（送付先変更）	金子 義晴	峯田マタニティクリニック	12月
館山→船橋	庄野 哲史	山口病院	12月
船橋→千葉	中田恵美里	市立青葉病院（旧姓 小林）	12月
千葉→船橋	坂本 理恵	船橋中央病院	1月
千葉（開業）	渡邊 剛也	Wクリニックフォーマザーズ幕張	2月
千葉（住所変更）	加来 俊貞	千葉市若葉区西都賀 1-7-6	3月
柏（勤務先変更）	神谷 直樹	慈恵会柏病院→すみれ会柏クリニック	4月
市原（改姓）	武藤 聰子	帝京大市原病院（旧姓 澪澤）	4月
印旛（自己開業）	三宅 潔	みやけクリニック（佐倉市西志津3-2-2）	4月

編集後記

ワールドベースボールクラシックが日本にとって最高の成績で終了し、日本のプロ野球も予想外の展開でスタートしました。トリノオリンピックでは、荒川静香さんが奇をてらわずに着実な演技で金メダルをとり日本中が最後で生き返りました。荒川さんの演技は素人目には大技がなく派手ではありませんでしたが、着実で安全な舞を演じられました。このことはわれわれ産婦人科の医療にも当てはまるような気がしてなりません。このたび福島県にて、産婦人科医にとって重大な事件が発生いたしました。産婦人科医療の中に、警察が関与し話題を集めました。その際、産婦人科学会や医会が現場のスタッフの苦しみを汲み取り、会をあげて抗議をしていただけなかったのは大変残念に思っていました。福島県立医大の教授からの依頼で、亀田メディカルセンターの鈴木先生が県内に発信し署名運動をされたところ、産婦人科医のみならずかなりの賛同が得られました。患者さん、家族の方には同情しますが、産婦人科医はいつも努力しているし、不眠不休で仕事をしている時もあります。時には緊急の対応が必要となります。そのためどこの施設でも産婦人科医は疲れ、そして自分の代わりのスタッフがいないという精神的負担ものしかかっています。また患者さんからの訴えも多くあり、その多くに医師の都合は通じなくなりました。日ごろわれわれは患者さん主体の医療を心がけてはいますが、このような状況が持続すれば今後の産婦人科医療の存続が心配されます。今回の事件で、麻酔科、小児科のみならず、産婦人科医の不足が世間に認知されましたが産婦人科の将来の不安が解消されたわけではありません。新しい産婦人科医を作り出す努力をしましょう。そして産婦人科医師からのメッセージをマスコミに発信しましょう。いつまでも受身ではないで患者さんに理解され、協力していただける医療を目指しましょう。

追伸：編集後記の原稿の送付後に医師会、医会からの趣意書が送付され、募金の募集がきましたが、会の趣意に賛成します。皆でバックアップしましょう。

(H・I)

千葉県産科婦人科医会報（第62号）

平成18年5月20日 印刷

平成18年5月22日 発行

発行者 日産婦医会千葉県支部
日産婦学会千葉地方部会

〒260-0026

千葉市中央区千葉港7-1

千葉県医師会内

T E L. 043(242)4271(代)

F A X. 043(246)3142

編集者 広報担当理事 神谷直樹

広報委員会 井橋 力・神谷 直樹

山口 晓・岩崎 秀昭

野島三知夫・吉岡 英征

印 刷 株式会社 集 賛 舎