

千葉県 産科婦人科医会報

(第64号 平成19年1月)

千葉県産科婦人科医会

日本産婦人科医会 千葉県支部
日本産科婦人科学会 千葉地方部会

CONTENTS

<巻頭言>

挨拶 新年挨拶	支部長 八田 賢明	1
挨拶 新年挨拶	会長 河村 勇	2

<会員の横顔>

母体保護法指定医になって	船橋 川瀬 史愛	3
	松戸 舞床 和洋	4
	柏 小竹 和美	4
	旭 島 絵美里	5

<医会活動から>

社保だより	担当理事 十河 正寛	7
産科自費診療費調査について	担当理事 畠谷 健	13

<県内病院紹介>

東京女子医科大学八千代医療センター	母性胎児科 坂井 昌人	14
-------------------	-------------	----

<地区紹介>

市川地区	地区代表委員 吉岡 英征	16
------	--------------	----

<学術の窓>

「女性のQOL向上について」	田附興風会医学研究所 北野病院産婦人科 古山 将康	17
「女性専用外来と漢方」	千葉県立東金病院 院長 平井 愛山	23
「関東連合地方部会総会」	副会長 松井 英雄	25

<役員会報告>

第1回定例役員会議事録	担当理事 山口 曜	26
第1回合同協議会議事録	担当理事 山口 曜	28
第2回定例役員会議事録	担当理事 山口 曜	29
第3回定例役員会議事録	担当理事 山口 曜	30

<事務局だより>

会員の入退会・異動情報	31
-------------	----

<編集後記>

広報委員 N.K	33
----------	----

新年挨拶

日本産婦人科医会千葉県支部長 八田 賢明

「青空にきず一つなし玉の春 一茶」

新年あけましておめでとうございます。今年も宜しくお願ひいたします。

生活の文明化、合理化が急で、暖房が完備され、温室で栽培された花、野菜など季節感を希薄にする要素が満ち溢れています。しかし、お正月のもつ季節感だけは誰にも色濃く残っていると思います。

さて、昨年も、様々な社会問題がマスコミを賑わし、どれも、人間のもつ弱さ、エゴ、あるいは愚かさが根底にあるようなものばかりでした。偶然に教育委員会の委員に就任し、現場における「いじめ」、「未履修」、「委員会の合議制」など、教育界の重大問題を垣間見ることが出来ました。

産婦人科医療も厳しい環境にあり、とくに、産科医療は崩壊スパイラルに入ったといわれています。私たちは、事態の展開に憤慨し抗議もしましたが、今は虚しさが拡幅し、どこか諦観ムードが漂っています。しかし、それではいけないと思います。

2005年刊行の「母子保健の主たる統計」でも、16年度、千葉県の妊産婦のMortality rateは出産10万対12.8（全国4.3）で首都圏のみでは最下位でした。

14大都市の比較でも千葉市は35.0と突出しています。

この不名誉な指数を前に、医会千葉県支部として何が出来るのか考えなければならないと思いました。

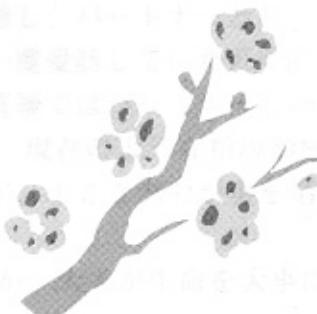
昨年から、「千葉県助産師会」との話し合いの機運が生まれ、第1回の議題は「診療所助産師不足問題」で、先方から「対策」といえるものが提示されました。

最後にされよとおは、「吹矢落」、「手葉脱叶成丸夜中能譜本」の金屋の歌詞によれば、

最後になりましたが、昨年暮れ、「十葉祭性感染症実態調査」を会員の皆さんにお願いいたしました。ご協力感謝申し上げます。

「集計」が整い次第、結果を報告させていただきます。
加えて、今年(平成10年度)は、当支部が日本婦人会開

加えて、今年（平成19年度）は、当文部が日産婦医会関東ブロック社保協議会を開催いたします。ご支援ご協力のほどお願い申し上げます。



かん かん がく がく
侃々諤々

健美平穏

即 賢 田 八 県産婦人科医学会会長 河 村 堯

平成19年明けましておめでとうございます。

新世紀に入って7度目のお正月を迎えたが、ここ数年明るい話題よりも暗い話題が多くありました。一昨年、厚生労働省では医療サービスの質の向上と効率化に向けた産科医療の集約化・重点化による医療提供制度に関する提案が検討され、日産婦学会では産婦人科医療提供体制検討委員会が設置されたなかで、昨年には福島県立大野病院事件、町立大淀病院事件、堀病院無資格助産事件、さらに産婦人科医不足による医療難民問題などが少子・高齢化が益々進む時代の最中に発生しました。このような非常に由々しき問題を一日でも早く解決し、周産期医療の崩壊を防止するための積極的な策を講じて、質の良い医療が提供できるよう明るい日々を迎えるものです。

猪突猛進という諺があり、目標に向かってむやみやたらにまっしぐらに突き進むという意味ですが、今年は亥年です。亥には種の中に新しい命を宿し、やがて春を待つさまを表し、忍耐強さの意味もあります。

医学の進歩に伴う医療の専門化、高度化への対応が求められる社会環境のなかでどのように産科医療の集約化・重点化の問題に取り組み、医療難民や周産期医療の崩壊などへの対策に向けて、まず現状を理解し、問題点を分析、抽出して目標を明らかにして、忍耐強く一步一歩しっかりと足取で、これらの難問の解決策を見出すことが重要であります。

さて、「蹠天躋地」、「蹠躋」という言葉が中国最古の詩篇である詩経に「天を蓋し高しと謂えども、あえて蹠らんばあらず。地を蓋し厚しと謂えども、敢えて蹠せんばあらず。」とある。しかし、これでは周産期医療の崩壊を防ぐことはできない。ぜひ眼前にある由々しき医療問題を侃々諤々と会員と論議し、解決策を見出すことが県民に質の良い医療が提供できると確信しています。

新しい時代の「千葉県の産婦人科医療の構築」に向けて、お互いの英知を結集しようではありませんか！私は惜しむことなく千葉県の産婦人科医療の発展に全力を尽くすことを誓って、新年のご挨拶といたします。

母体保護法指定医になって

船橋二和病院 川瀬 史愛

こんにちは。先日母体保護法指定医にさせていただきました。

私は30年と少し前、東京都の八丈島という小さな島で生まれ、育ちました。人口8千人強、周囲60km、亜熱帯の北限に位置するのどかな島です。今現在世間で問題になっている若年妊娠や性犯罪といったことなどまるでドラマの中の出来事で、身近に感じることもなく天真爛漫に育ってきました。

大学も高知というこれまたのどかなところで、田んぼの真ん中に大学があり、遊びに勉学に忙しく、6年間を過ごしました。

縁あって千葉に就職し、数々の生や死に立ちあう産婦人科医という仕事を選ぶこととなりました。元々人が好きということ、外科研修中に手術が楽しいと思えたこと、扱う臓器が少ないこと（イコール覚えることが少ないので、というあさはかな考え方）などの理由から産婦人科医となったわけで、現在のような厳しい情勢になろうとは知る由もありませんでした。

ところで当院は、二次医療機関ではありますが、NICUがあるわけでもなく、大きな特徴があるわけでもなく、おそらく一般的な産婦人科医療を行っています。平素より至らない点、様々な医療機関の先生方にご迷惑おかけしております点、おわびさせていただきたいと思います。

さて、今回「指定医になって」という表題をいただいているので、本題に入らせていただきたいと思いますが、産婦人科医になって最も驚いたことは中絶の多さです。それも若年や未婚の女性ではなく、結婚していて夫と子供がいる経産婦が多いことに驚きました。近年長い不況が続き、景気が回復しているとはいえ、それを実感もできずに個人消費は上向いていません。まだまだ子供をたくさん産むことが経済的に厳しいという理由で中絶を選択される方があまりに多いのです。もちろん、今現在OCやIUDもあり、ちまたにはインターネットで様々な知識が洪水のようにあふれかえっていますが、正確な知識を身につけている方はそれほど多くありません。少し前に感動的な出産を夫と共にわかち合い、涙したあれは何だったのだろうかと力の抜けることがあります。また、出産直後は児の世話に忙しく、避妊指導を行ってもほとんど記憶に残っていないのが現状です。従って、知識不足のために不幸な中絶を減らすために、産後一ヶ月検診で来院された時に、家族計画としてあと何人くらい産む予定があるのかを尋ね、もうこれ以上お産の予定がなければそれぞれの避妊法のメリット、デメリット、避妊率をお話することにしています。

また、中絶を選択された方でも、次回同様のことがないよう避妊指導を看護サイドからもしています。退院日に家族計画についてのパンフレットを手渡し、パートナーと共に避妊について考えてきていただくようにしています。一週間前後にもう一度受診していただく際にその個人にあった避妊指導を時間をとって行うようにしています。術直後ではパートナーとゆっくり話す時間もなく、精神的にも混乱していることが予想されるため、現在のような指導形態となりました。まだ年数としては浅く、統計的な数字はとてませんが、小さな努力が実を結ぶこともあるだろうと考えております。

現在、いじめや自殺などのニュースが多くみられますが、大人が生命を大事にできないのに、

◆会員の横顔◆

子供達が生命を大事に思うことなどできないだろうと思います。私たちができるることは非常に微力ですが、せっかく生命のはじまりを感じられる職場にいますので、少しでもその大切さを伝えられる努力をしていきたいと思います。若輩ゆえ、諸先輩方にはご迷惑おかけすることも多々あるかと思われますが、ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願ひ申し上げます。

オーク・クリニック・フォーミズ 舞 床 和 洋

この度、入会させていただきました舞床和洋と申します。平成4年に山口大学を卒業後、東京慈恵会医科大学産婦人科学教室に入局し、その付属病院および関連施設にて勤務するとともに（専門は子宮内膜症、子宮筋腫の子宮動脈塞栓術、不妊症）、医局の先輩である森本紀先生のもと北柏オーク・クリニック・フォーミズに平成11年から非常勤務しておりました。オーク・クリニック・フォーミズの松戸への移転を機に退局し、本年8月より常勤医として働いております。

オーク・クリニックではソフロロジー式分娩法（ソフロロジーとはヨガの呼吸法や禪の瞑想など東洋的技法を中心とした、精神の平安と安定、調和を得るためにリラックス法で、これを分娩に応用したものです。また森本院長は日本ソフロロジー法研究会の現会長でもあります）を積極的に取り入れています。今後は周産期医療に力を入れ、ソフロロジー法とともに「質の高いお産を導くこと」を目指していこうと思っています。よろしくお願ひいたします。

小竹医院 小 竹 和 美

本年から新しく母体保護法指定医になりました小竹和美と申します。現在小竹医院で母とともに開業しております。私は平成3年に千葉大学医学部を卒業すると同時に、高見沢裕吉教授の主宰する同学部産科婦人科学教室に入局し千葉大学医学部付属病院産科婦人科で1年間研修医として勤務しました。3年間国立横浜東病院へ出張した後、関谷宗英教授のご高配により清野進教授の主宰する千葉大学医学部高次機能研究センター発達生理分野へ産科婦人科大学院生の身分で出向し主にホルモン分泌に関する研究に携わってきました。大学院では毎日研究ばかりでDNAを切ったり貼ったり、また遺伝子変異ネズミを作成したりで臨床からは少し離れておりました。4年間大学院に在籍し、学位を取得した後3年間国保松戸市立病院産科婦人科での勤務を経て、現在に至っております。小竹医院は両親が南柏に医院を建ててから現在まで約40年の間産科婦人科医院として続けております。いまでは想像もつきませんが、開院した頃は産科婦人科の全盛期とも言える時代でどこの大学でも産科婦人科入局希望者が列をなしていたそうです。現在分娩は取り扱っておりませんが分娩希望者の問い合わせはしばしばあります。まだまだ産科婦人科医は必要とされていると思われます。また非常勤医員として慈恵医大柏病院産科佐々木寛教授の下で勉強させていただいております。柏病院のある東葛地区は婦人科悪性腫瘍が非常に多くその患者さんが週に何人も紹介されてきます。子宮頸癌では殊の外、進行癌が多く佐々木教授も驚愕されておられました。子宮頸癌とともに子宮体癌も目立って増加しているようで、子宮頸癌と体癌の比率もほ

ぼ同数と思われます。進行癌が多いためか週に数件の広汎子宮全摘手術が行われております。また卵巣癌の患者さんも非常に多く手術、術後化学療法と病棟もフル回転で多くの症例を経験することができました。婦人科悪性腫瘍の高度な治療に関して非常に良い勉強をさせていただいております。子宮頸癌は比較的若年者にも発症し妊用性の温存が必要なことがあります早期であれば子宮を残す治療も選択肢に挙げることができます。この地域の子宮癌検診受診率は全国平均を大幅に下回っております。子宮頸癌の予後向上のためにもできるだけ多くの女性が検診を受けて、早期で高危険群をスクリーニングすることが必要だと感じられました。子宮頸癌に限らず他の癌も含めて癌検診の有効性、重要性を啓発していくことは我々地域医療に携わるものにとっての大切な仕事の一つと考えられます。市町村の癌検診をさらに受診しやすいものに改善するように働きかけていくことも一つの重要な仕事かもしれません。現在産婦人科医を取り巻く環境は非常に厳しいものがあります。厳しい労働環境、増加する医療訴訟等から産婦人科医を志す医学生が減少の一途を辿っています。しかし女性の誕生から死まで立ち会う分野であり、他では得られない充実感があることも確かです。一人でも産婦人科を志す人材が増えてくれることを願ってやみません。少子化とはいえ産婦人科医が必要とされていることに変わりはないと思われます。私の母校千葉大学も生水真紀夫新教授を迎えて活気が戻ってきました。若輩ではありますが今後ともよろしくご指導の程たまわりたく存じます。

旭中央病院 産婦人科 島 絵美里

このたび、母体保護法指定医に御承認いただき、誠にありがとうございました。

平成10年順天堂大学を卒業後より、同産婦人科学教室で研修を受け、以降7年間在籍、平成17年4月より旭中央病院産婦人科に勤務しております。生まれ育った千葉県に戻り、医療に携わることができ、大変光栄に思います。また、平成18年6月に出産し、旭中央病院の先生方の御指導、御助力のもとに産後2ヶ月より復帰させて頂き、子育てをしながら産婦人科医として仕事を続けられることに感謝しております。

日本の中絶件数は、他の先進国と比べるとはるかに多く、特に未成年者の中絶は増加傾向にあります。また、母体への負担の大きい中期中絶の割合が若年者で高いことにも、注意を払う必要があります。日本において、中絶に関する情報は少なく、望まない妊娠を防ぐ対策はきわめて乏しいと

いわれています。

妊娠に気付くのが遅れる、中絶を決断するまでに時間がかかることは、性教育、社会的サポート体制の不十分さにも一因があり、情報とサポートの機会がより少ない若い世代で中期中絶が多くなっているのは、当然の結果といえます。

現在、テレビで放映されている若年妊娠のドラマが、話題になっています。周りの反対を受けてながらも必死で出産しようとする14才の女子中学生の物語。「命の大切さ」、「愛」がテーマだとのことです。命、愛について考えることも必要です。しかし、そればかりが強調されるのみでは何の解決にもなりません。妊娠したからといって産める環境なく、やむを得ず“中絶”というを選択せざるを得ない場合もあります。

外来診療で中絶希望と聞くと、“妊娠を望まないのならなんで避妊をしなかったのですか？”と

聞いただけたくなりますが、まさか自分に限って妊娠なんてないだろうと思っているのです。妊娠したら中絶すればいいと思って妊娠する人なんていません。生殖可能年齢の女性が性交渉をすれば、妊娠する可能性は十分にあり、妊娠を望まないのであれば、避妊をすべきであるという意識がまだまだ足りないのでです。産むことのできない状況で妊娠した女性について倫理的な議論をする前に、未成年の望まない妊娠をいかに減らしていくか、中期中絶の比率をいかに下げていくか検討することが重要な課題といえます。

今後、指定医として、安全に処置を行うことのみでなく、望まない妊娠を増やさない様に、受胎調節についての適切な助言、指導をしていきたいと考えます。今後ともよろしくお願ひいたします。

（以下略）

里 美 族 漢 隆人脚筋 刺突中央筋

（以下略）

社保だより

- 日産婦医会関プロ社保協議会 -

社保担当理事 十河 正寛

1) 日本産婦人科医会関プロック第2回社保委員会

平成18年11月5日(日) 12:00からローズホテル横浜で、関プロ社保協議会に先立って行われました。

東條神奈川県支部長のご挨拶があり、担当支部の坂田委員から本日行われる関プロ社保協議会についての報告がありました。

ついで支部から提出された議題

- ① ゾビラックスの投与法について。5日間、処方2回あれば10日まで可
バルトレックスに限り、およそ年(3~)6回以上の再発例の外陰部ヘルペスには1~2錠の長期の予防的投与が可
- ② Dダイマーを「深部静脈血栓疑い」で請求可としているか→可
- ③ 外来でNSTを妊娠何週から請求かとしているか
適応傷病名によるが妊娠22週以降から。
- ④ 切迫早産に対してマグセントが算定されておりますが、同一薬名のマグネゾールが投与された場合の取り扱いについて。
などについて検討が行われました。

2) 日本産婦人科医会関プロック社保協議会(平成18年度)

最初に、東條支部長、町田関プロ会長、八十島医会長のご挨拶があり、事故がらみの医師法・助看法の下での内診問題、関プロ支部長会の見解などに触れられました。

次いで、中央情勢報告として

(白須常務理事から)

中医協の役割が、点数の決定に限られるようになり、基本方針や改定率は政府が決めるようになり、H18.6に医療制度関連法案が成立した。また、患者サイドから見て分かりやすい改定、医療費総枠制、医療制度構造計画に基づき各都道府県単位での異なる制度の導入、高齢者医療の問題の検討がなされた。などの報告がありました。

(杉山幹事から)

今年度すでに行われた他プロックでの社保協議会の協議事項について、いくつかの報告がありました。

特別講演としては、「アメリカ型医療格差社会の到来」と題して、横浜市立大学大学院医学研究科循環制御医学教授の石川義弘先生によりご講演を頂きました。先生は、日本では生理学の教授であり、臨床でも循環器の患者さんを診ていらっしゃいます。また、米国ではニュージャージー州の医師免許を持ち、指導医としてレジデントの教育に携わっておられます。ご講演は、具体的な数字も挙げてのお話でした。例えば、医賠責保険の掛け金が産婦人科では年間約735万、最高のマイアミでは2000万とか・・・

ここに、あらかじめ配布されていた資料を転載させていただきます。

本年4月の診療報酬改定ではリハビリ医療に上限が設けられ、原則として発症から最大180日に制限された。個々の患者の、病状や障害の程度を考慮せず、機械的に日数のみでリハビリを打ち切るという、いうなれば乱暴な改定である。せっかく医療保険に加入しているながら、十分な治

◆ 医会活動から ◆

療が受けられないということでは、安心して病氣にもなれない。これでは十分な治療を受けられるのは、自費でリハビリを受けられる裕福な患者だけになってしまう。そのうち病氣で入院したら、入院そのものも機械的に日数のみで打ち切られることになってしまうのではないか。いつまでも入院治療が受けられるのは、経済力のある患者だけになってしまうのではないか。

社会に格差が生まれてくれれば、その格差はやがて社会の隅々にまで染み渡るようになるし、医療とてその例外ではない。格差社会の代表であるアメリカでは、老人保健であるメディケアでも入院費用が長期にわたって全額支払われない。全額支払われるのは入院後20日までで、その後は100日までは一部支払われ、それ以降は打ち切りとなる。仕方がないので裕福な患者は自費でまかなえばいいが、それができない患者は破産して福祉の対象となり、メディケイド（社会福祉医療）を受ければいいということになる。これもアメリカ社会におけるひとつの格差だろう。裕福な患者は、どのような治療も病院も選べる医療保険を購入すればいいし、中等度の患者はある程度の制限付の保険でいいだろう。貧困者はほとんどの医者から敬遠されるような制限だらけの保険に入ればいい。多少不便であっても、医者にまったくかかるわけではない。つまり、各人の経済格差に応じて、医療格差が生まれる。

先進国のような状況を考えてみると、医療格差社会の到来こそが日本の未来かもしれない。英国の医療保険では、腎臓透析の対象にも年齢制限がある。たしかに高齢者の末期腎不全の死亡率は高くなる。日本は20年遅れてアメリカの医療を追いかけているといわれるが、もしもそうならば現在のアメリカの医療は、20年後の日本の医療ということになる。果たして、日本の医療が突き進んでいるのはアメリカ型の格差社会なのであろうか。そうさせないためには我々医療関係者は何をすべきなのだろうか。

以上のような要旨で、現在も米国で実際に医療に当たっておられる先生ならではのお話が聴けました。

ついで、協議事項、要望事項の協議に入りました。

協議事項

1. MRIの産科的適応は？

(妊娠健診におけるエコー診の普及を踏まえて)

- a) 癒着胎盤の疑い
- b) 早剥の疑い
- c) 前置胎盤の疑い
- d) 帝切時術前検査

など、胎盤がらみの病名に対する適応拡大が至急必要では？

[回答]

注記などから了解できる場合を除き原則不可。

学会の社保委員会とも協議の上、検討致します。

2. CT・MRIの婦人科的適応は？

- a) 下腹部腫瘍
- b) 附属器腫瘍（疑）
- c) 腫瘍については、「悪性疑い」の付記をなくしてもよいのではないか
例 子宮筋腫 : 不可
頸椎症の疑い : 可

[回答]

オペ目的については、子宮筋腫／卵巣腫瘍など良性疾患でも認めていただきたい。

3. 外陰・膜血腫除去術（新設）の産科的適応は？（1,600点）

従来：所定点数がないので、「膜円蓋に及ぶもの」を準用。（3,320点）
今後は？

[回答]

産科でも外陰・膜血腫除去術（1,600点）で。

4. 赤血球不規則抗体検査の適応矛盾

- a) 子宮全摘術（K-877）：可
- b) 膜壁形成術及び子宮全摘術（K-865-4）：不可

中母の対応の現況は？
会員に対する説明は？

[回答]

出来るだけ多くの対象手術を要望したが、結果として現状の如く限定されたものです。

5. 外来検体検査迅速加算

- a) 実効的効果の判定は？
- b) 請求例の各県格差と対応は？
- c) 日母の対策・対応・今後の方針は？

[回答]

a) : レセプトからのみでは判定困難です。

b) : 今までのチラシや冊子等でいよいよ各県ごとに違いがあると感じます。

c) : そのまま認める方向で。

6. 内膜症とCA125

の総合を、破裂創縫合術（分娩時を除く）で算定できるか？

治療中の検査必要では？

- a) 診断のため「内膜症の疑」で可。
- b) 治療中の治療効果判定のためのCA125

現 行：不可

関プロ：

[回答]

a) : 診断のために・可。

b) : 効果判定のために治療後には可。（治療中は傾向的でなければ毎月、可）

7. 外来無麻酔下での

- a) 子宮留血腫に対する

①子宮頸管拡張術（婦）の前回入院の常識の間隔3ヶ月以上
②子宮内容除去術（産）
③分娩時鈍性頸管拡張術（産） どれが正しい？

- b) 子宮息肉様筋腫摘出術の適応は？
入院・麻酔準備下で可？
外来・無麻酔下でも可？

[回答]

a) : ①子宮頸管拡張術（婦）で。

b) : どちらも可。

8. 通常自費とする「会陰切開及び縫合術」（1,530点）と「会陰（腹壁）裂創縫合術（筋層に及ぶもの）」（1,650点）を、医学的適応の吸引・紺子娩出術を行った場合以外で保険請求できますか？

①「早産」を異常な経腔分娩と考え、保険対象とした場合に上記も保険請求できるか？

◆ 医会活動から ◆

- ②「胎児心音異常」のため、急速遂娩目的で会陰切開したとき、吸引・紺子娩出術を行わなくとも保険請求できるか？
③「軟産道強勒」の病名があり、急産や巨大児で会陰（膜壁）裂創ができたとき、「筋層に及ぶもの」程度でも保険請求できるか？

[回答]

- ①：不可。（自費でお願いしたい）
②：不可。（自費でお願いしたい）
③：不可。（自費でお願いしたい）

9. 総合周産期特定集中治療室管理室（A303）とハイリスク分娩管理加算（A237）を同一入院中に算定できるか？重複して算定できるか？

[回答]

同一入院中に算定できるが、重複して（同一日に）算定できない。

10. 分娩後の尿閉に対して行う導尿を「導尿（尿道拡張を要するもの）」（40点）で算定する医療機関があるが、恐らく尿道拡張をしていないが認めても良いか？また、1日何回まで認めるか？

[回答]

原則不可。特殊な状態の場合は注記を。

11. トキソプラズマ感染症が疑われた場合、トキソプラズマ抗体価とトキソプラズマIgM抗体価の併施は認められるか。

[回答]

可。

12. 子宮脱手術について、

- ① 膜壁形成手術および子宮全摘術を施行した場合は、赤血球不規則抗体検査は認めていいのではないか。
② 膜壁裂創縫合術と腹式子宮全摘術を併施した場合は、各々を合算した点数による、とあります。膜壁裂創縫合術を施行する場合とはどのような場合なのかご教示お願いします。

[回答]

- ①：不可。
②：陳旧性の膜壁裂傷などの処置か？

13. 帝王切開や子宮全摘術等、1～2時間の通常の産婦人科領域の手術において、脊椎麻酔十硬膜外麻酔十プロポフォールまたはGOマスクで、全麻十50／100硬麻の請求は可か。傾向的な場合も可か。

静注用麻酔剤による全麻算定の要件は、まず麻酔医がmaskhold等気道確保していることが原則で、この状態で鎮痛剤を併用し、その他必要に応じ筋弛緩剤等を使用し、相当長時間にわたる全身麻酔の維持を行った場合と考えられ、脊麻に鎮静目的でプロポフォールや笑氣等を投与した場合は、保険診療の原則である経済面も考慮すれば、主たる麻酔法（この場合は脊麻と思われる）の所定点数のみを算定する、とするのが妥当と思われる。もし認めるとすれば、納得の出来るコメント等注記が必要と思われるがいかがか。

[回答]

2時間以上の麻酔時間が妥当と思われます。関係各科と協議ください。
もし認めるとすれば、納得の出来るコメント等注記が必要」との方針は妥当。

14. 外陰コンジローマに対するいぼ焼灼法

外陰コンジローマの病名で、一ヶ月に複数回いぼ焼灼法（3カ所以下200点、4カ所以上250点）だけを請求してくる施設があります。麻酔がないので、ブレオマイシン等の薬物を使用した場合と想定されますが、このまま認めてよいのでしょうか。また認めたとしたら月に何回程度まででしょうか。

[回答]

初めの月は週1回。
翌月以降は2週に1回程度。

15. 切迫早産に対するマグネゾール

「子痛」が適応のマグネゾールは、切迫早産に対して以前から大量に使用されてきました。しかし新たに子宮収縮抑制剤として「マグセント100ml」が承認されてから、その位置づけが変わってくると思われます。

まだ切迫早産の治療として一日10~20Aを請求してくる施設がありますが、この場合どう指導したら良いのでしょうか。

[回答]

「切迫早産」の病名で、マグネゾールは不可。

16. 子宮腹部びらん、子宮頸管ポリープの病名で、頸管ポリープ切除および子宮腹部焼灼法を、診療実日数1日で請求できるか？

[回答]

不可。

17. 他院での会陰裂創の縫合を、膜壁裂創縫合術（分娩時を除く）で算定できるか？

[回答]

可。

18. 診療実日数1日、羊水異常症の外来患者に対してエコーとNST併施は可能か？

[回答]

羊水過多、過少の病名なら可。（傾向的でなければ）

19. 適応する傷病名があれば、

① 腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術と子宮内膜ポリープ切除術の同時算定は出来ますか？

② 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術と子宮筋腫核出術（腹式）の同時算定は出来ますか？

[回答]

①：可。

②：不可。

20. 陣痛発来し、来院時のモニタリングにて胎児仮死があり、センター的医療機関に紹介した場合のモニタリングは、NST、分娩監視装置による検査のどちらで算定が出来ますか？

[回答]

状況等につき注記があれば、分娩監視装置による検査を認めていただきたい。

21. 妊娠・分娩における保険診療上の取り扱いについて

主治医の判断によることが多いのですが、「医療保険必携」の指針に従い、安全出産に導くための処置・手術は分娩料に含める様に指導しています。

しかし、保険に収載されている処置・手術については保険を算定してくる場合があります

◆ 医会活動から ◆

(例えば、吸引娩出術と会陰切開及び縫合術)。入院料が算定されていて、傾向的でなければ算定「可」としてよろしいでしょうか?

[回答] 妊娠の早期にトマト水を飲む際の吐き気を伴う軽度の嘔吐や嘔吐感がある場合は、原則的に算定は可とされていますが、妊娠中毒症などのリスクのある傷病名での安静入院の場合に、2~3日で算定出来ますか?

[回答]

安静等の注記があれば、3~4日程度で可。

23. 入院中で抗癌剤の投与時に呼吸心拍監視の算定は?

[回答]

タキソール／タキソテールについては、投与当日は可としている。

24. 妊娠28~36週までの骨盤位に対する超音波検査は1ヶ月に2回は可能か?

[回答]

28~36週は月に1回。(36週以降は毎週1回)

25. 膀胱分泌物の細菌顕微鏡検査、頸管粘液検査、子宮頸管粘液中頸粒球エラスター検査などを行った際に外来迅速検体検査加算を算定することは可能か?

(告示により算定できない検査には含まれていないものはすべて可能か?精液検査、HCG定性、黄体形成ホルモン(LH)定性など)

[回答]

条件満たせば(全ての項目の結果を書面で説明する)可。

26. 凝固異常の病名で、どこまでの検査が認められるのか?

[回答]

PT、APTT、PLT　出血時間　程度。

27. 頸管無力症の超音波検査の適応は妊娠何週までか?

[回答]

36週まで

28. 保険点数改正時の、それに合わせた検査体制対応が即時に解決されない場合、どの程度猶予を置けばよいのか?

例) 淋菌とクラミジア検査同日の場合には、今回から300点となった。
210+210の420点を現在は認めているが。

[回答]

周知徹底されるまで(6ヶ月程度)・・会員には積極的に伝達をお願いしたい。

29. 妊娠16週以降や産褥で不正出血(出血)や下腹部痛(腹痛)の診断で超音波検査を頻回に算定するケースがあるが認めてよいものか。また月に何回まで認めてよいものか?

[回答]

原則不可。(注記などにより認められる場合あり)(次号に続く)

なお、関プロ社保協議会の公式の記録は、関プロ会報に掲載されると思われます。

「産婦人科診療費調査から」

人 昌 共

担当理事 増 谷 健

平成17年9月現在の、千葉県下23地区の産婦人科診療費（自費診療費）の調査をお願いしました。これは2年毎に行っている調査ですが、自費診療のため正確なデータを集めるのはなかなか難しい部分があります。今回の調査と4年前（平成13年9月）の集計結果を部外秘ですが一部を比較してみました。

	平成13年9月	平成17年9月
産科初診料	7,730～2,700円	*6,000円（11,000～2,000円）
産科再診料	13,540～2,500円	*4,500円（8,000～300円）
人工妊娠中絶（11週まで）	100,000～52500円	*94,500円（200,000～45,000円）
人工妊娠中絶（15週まで）	300,000～73500円	（400,000～80,000円）
IUD	40,000～30,000円	銅付加型*36,750円（60,000～18,000円） 非付加型*26,250円（50,000～16,000円）
新生児代謝異常検査	5,800～480円	*2,800円（14,000～500円）
分娩総費用（約7日間入院）	40万～35万円	*40万円（50万～29万円）
低用量ピル（薬剤料）	3,500～2,000円	（3,500～1,500円）
聴力検査AABR OAE		（10,000～1,000円） （8,100～1,500円）
緊急避妊ピル		（30,000～720円）

*印は今回の調査での標準的料金（記載のないものは回答数少數のため）

（　　）最高値～最低値

地域差もあり、内容も多岐にわたっているため明らかな最近の傾向をつかむことは出来ませんが、分娩費用に関しては二極化と言えるのでしょうか。分娩入院の総費用は、全国的に概ね出産育児一時金に合わせるように30万円台のようですが、50万円に達する施設も出てきております。高齢出産、不妊治療後の妊娠の増加などの影響で産科診療の仕事量と心労は倍増しています。そのため分娩費用はこれからもまだ上昇することが予想されます。因みに東京都港区では昨年4月より出産育児一時金が50万円まで増額されました。一方で平成18年度診療報酬点数改定では、産科、小児科には一部ややプラス改定がありましたが、全体としては3.16%のマイナス改定という非常に厳しい結果となっています。総医療費の対GDP比（%）が先進国の中でも最低レベル（7.9%で17位）の日本は世界一の長寿国で、しかも世界のトップレベルの周産期医療を行っていることをメディアに取り上げてもらうよう働きかける必要があるのではないかでしょうか。いつでもどこでも誰でもが医療を安価に受けられる日本。その日本の総医療費は31.5兆円で、国民がパチンコに投資する金額は30兆円だそうです。これ以上医療費抑制と強い安全要求のプレッシャーに晒され続ければ、大病院の「医師立ち去り現象」は更に加速し、日本にもイギリスのように医療崩壊の日が遠くなく訪れるでしょう。それを何とか食い止めなければなりません、既に周産期医療崩壊が始まっているのですから。

東京女子医科大学八千代医療センター

母性胎児科・婦人科 科長 坂井昌人

2006年12月8日に東京女子医科大学八千代医療センター(TYMC)が診療を始めました。東葉高速鉄道八千代中央駅より徒歩10分の高台に位置しています。病床数355床の中規模病院ですが、外来機能、救急医療、小児医療、周産期母子医療などの現在最も求められている分野を充実させた、急性期医療に特化した高機能病院を目指しています。その機能を果たすためにTYMCは地域連携医療を前提としており、平均在院日数を2週間程度に設定して、急性期を脱した患者さんは地域の後方病院に引き継いで診て頂き、TYMCだけで完結するのではなく地域として医療が完結するというコンセプトです。

TYMCは県より総合周産期母子医療センターとして指定される予定であり、母性胎児科は入院棟3階にMFICU6床、後方病床・一般病床35床、新生児科はNICU15床、GCU25床を有します。妊婦健診を行う外来も同じフロア内にあります。分娩エリアには居住性の良いLDRがあり、陣発入院時から分娩後約2時間までをそれぞれのLDRで過ごして頂きます。「陣痛室」はありません。さらに(超)緊急帝王切開に対応できるよう分娩エリア内に手術室を設け、階下の手術室まで搬送する時間のロスをなくしました。定時の予定帝王切開や比較的時間に余裕のある緊急帝王切開は他科と同様に中央の手術室で行います。

現在の産婦人科医療は専門性を高めており、規模と人員が大きくなれば全ての領域を広く深く行うことはできません。TYMCの産婦人科医療は周産期医療に特化しています。婦人科悪性腫瘍の化学療法や体外受精などの高度不妊治療は当面行いません。(他科には悪性腫瘍を扱う科も多くあり、外来には各科共用の外来化学療法室などもあります。) 婦人科は良性疾患の通院・入院・手術治療を中心としておこないます。

またTYMCでは女性特有の心身症状で悩む方のために女性科外来を開設しています。乳腺疾患や更年期障害などをはじめとする女性の症状に、女性医師などの女性スタッフのみが対応し、女性科としてあるいは必要な他科への診療連携の入り口として、女性のトータルライフケアの一翼をお手伝いします。この女性科外来の一部は当科の女性医師が担当します。

当科ではセミオープンシステムを開院時より採り入れます。地域の医師会・産婦人科医会の先生方と八千代市役所と私どもの3者による連絡協議会で議論し準備をして参りました。皆様にご協力頂いてのシステム発足に大変感謝しております。セミオープンシステムで地域のクリニックに妊婦健診を行って頂くことで当科の外来診療負担を軽減し、それぞれの機関の機能を分担し充実させができると考えております。またTYMCは地域連携クリニカルパスを導入すること

を目指しており、将来的にはセミオープンシステム登録医の方々にご協力を頂くことで地域の医療レベルの水準化と向上を目指したいと考えております。またオープンシステムについても採り入れて行く予定です。TYMC、クリニック、妊婦さんの3者ともにメリットのあるシステムになると思われます。

患者さんは直接TYMC外来を受診することも可能ですが、まず地域の診療所などへ受診することをお勧めします。診療所の先生方には患者さんを診察して、当科の診療分野に合った患者さんを紹介して頂くのが、地域連携医療としての目的にもかなうことと思われます。そのためには当科の診療について地域の先生方によく知って頂かなければなりません。セミオープンシステム登録医療機関懇談会などを始めとして各種会合を通して地域の先生方との風通しの良い関係を作りたいと考えております。よろしくお願ひいたします。

冒頭で、最も求められている分野を充実させた病院と書きましたが、同時にそれらの分野、特に産科は現在医師不足が深刻です。TYMCも例外ではなく、医師、助産師とともに十分な数ではありません。当初は母性胎児科常勤医師3～4名プラス非常勤医師3～4名の体制でのスタートとなりました。労働負担が過剰で辞めるものが出ると、残されたものの負担がさらに増す、という悪循環に陥らず、人員が増えたためにさらに労働環境が改善され、研修環境が充実して人が集まるという好循環に入れるように、魅力のある職場になるように努力して参ります。当直を始めとする非常勤登録医として勤務

頂ける先生方のご協力を募っております。日勤・当直に限らず地域のドクターが登録医としてTYMC内に入って診療をするというのはオープンシステムに通じるもので、ご自分の患者さん以外にも診療をして頂くことで地域の医療資源を有効に活用することにもなります。

産婦人科専門医を目指す後期研修医や、周産期専門医(母体胎児)を目指す産婦人科専門医が、充実した研修を行える周産期センターをつくって参ります。幸いスタート時の当科医師は全員産婦人科専門医資格、学位とも取得済の経験10年超のメンバーであり指導医としても十分です。また日本超音波医学会の超音波指導医もありますので、産婦人科領域の超音波診断の研修や専門医の取得資格も得られるようになります。

今は新たにできた病院にあちこちから少しずつスタッフが集まって、診療体制や診療システムを新たに構築していく段階で、完成されたものではありません。まだ手術数や分娩数の実績は掲げられませんが、開院以来数日で、毎日1件程のペースで救急母体搬送を受けています。皆様の仲間に入れて頂き、地域の周産期医療に貢献したいと考えております。



市 川 地 区

市川地区代表委員 吉岡英征

市川地区（市川市）は人口が466,608人（平成17年国勢調査確定値）で、千葉県内で4番目に人口が多い地区です。万葉集にも登場する手児奈の伝説を始め、地区内には国指定の史跡がたくさんあって、その歴史の古さをうかがわせます。近代には、江戸川を挟んで東京都心に隣接していて、しかも自然環境に恵まれていることから多くの文化人が居を構え、文化の発信地としても広く知られるようになりました。

市川市は、WHO（世界保健機構）が推進している「健康都市」プログラムに参加をしていますが、このプログラムは現在、世界の3,000以上の都市で展開されています。2004年には、WHO西太平洋地域において健康都市連合が設立され、市川市はその設立メンバーとして認証されました。また、健康都市連合日本支部の第一回総会・大会（05年）、第二回総会・大会（06年）はいずれも市川市で開催されています。このように、市川市は「住民の健康推進」を都市政策の重要な柱の一つとして掲げているため、市川地区産婦人科医会としてもそれを共通認識として活動しています。

市川地区産婦人科医会の会員は約40名で、年に4～5回医会主催の講演会を実施するなど、比較的活発な活動を展開しています。また、東京歯科大学市川総合病院、浦安市川市民病院、順天堂浦安病院などの医師の方々との交流を通じ、病診連携という観点からの情報交換を行なっています。こうした交流を通して痛感するのは、医師が自ら「社会的存在」であることに対して深い自覚をもたなければならないという点です。医療の斜陽化現象も、さまざまな社会的要因があるにせよ、医師自らにも非があったのではないかという反省が必要だと思います。こうした反省に立った時、医師の立場を理解してくれる輪が広がるのではないかでしょうか。

その手始めに、医師があたかも既得権のように思っている公費子宮がん検診などについては、医会主催の講演会や勉強会への出席義務を課し、年度毎に地区医師会と個別契約を交わすようにすべきではないかと考えているところです。



女性のQOL向上に必要な骨盤底医学の知識

田附興風会医学研究所 北野病院 産婦人科（女性骨盤外科センター） 古山 将康

産婦人科の第4の専門分野としてのウロギネコロジー

産婦人科学には専門分野として、周産期学、婦人科腫瘍学、生殖内分泌学の3つが大きな柱であるが、欧米ではすでに第4の分野としてurogynecologyが発達してきた。アジア・オセアニアでも台湾やオーストラリアはurogynecologyの先進国である。Urogynecologyの翻訳として婦人泌尿器科学、泌尿婦人科学などが考えられるが、適切な邦訳がないためウロギネコロジーを直接使用してきた。しかしながら、ウロギネコロジーは婦人科のサブスペシャリティーの意味合いが強いので、泌尿器科や下部消化器外科とともに骨盤底再建外科を発展させるためにPelvic Floor Medicine（骨盤底医学）が適切であると考える。この分野ではそれぞれ貯藏とその排出という重要な役割を担う泌尿器系臓器、生殖臓器、下部消化器系臓器の機能異常を中心に、QOL疾患である尿失禁、排尿困難、性器脱、性交障害、便失禁、排便障害、便秘、瘻、外傷、憩室などの疾患を対象とする。いずれもsuccessful agingの妨げとなるため、高齢化社会においてニーズが高まっている。

米国の統計では尿失禁や便失禁に103億ドルが毎年消費され、そのほとんどが尿漏れ用のパッドや大人のおむつに消費されており、経済的な効率も悪い。女性が一生涯で治療を必要とする骨盤底臓器の機能障害を起こす頻度は約11%と推定され、その内の90%は医学的治療によって改善または治癒することが可能であるとされる。この領域の治療学はこれからの高齢化に必要不可欠な領域で、著者は本邦で先駆けて骨盤再建外来を開設し、治療にあたってきた（図1）。

骨盤底内臓器の支持機構と機能障害

膀胱、尿道、膣、子宮、会陰、直腸、肛門などで代表される骨盤底に位置する臓器はそれぞれの臓器が独立して支持されているのではなく、互いに関連しあって維持されている。MRIの骨盤底矢状断図を図2左に示す。多くの婦人科医は骨盤底臓器の解剖学的支持機構の教育はあまり受けておらず、イメージとして膣の最も奥に子宮底部が存在し、前壁と後壁の長さが同じと考えている医師が多いようである。図2右は産婦人科専門医を取得した直後の産婦人科医に書いてもらった骨盤底臓器である。左図との違いを見ていただきたい。膣の軸は下1/3と上2/3は傾きが異なっており、尿道と膣管下部

図1. 骨盤再建外来の受診年齢
(大阪大学医学部附属病院)

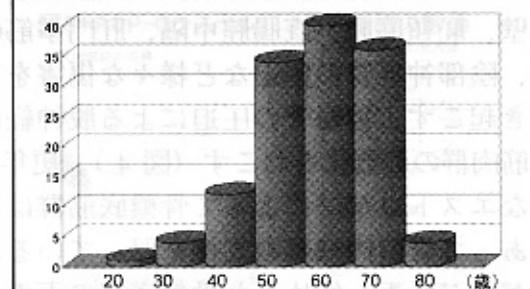
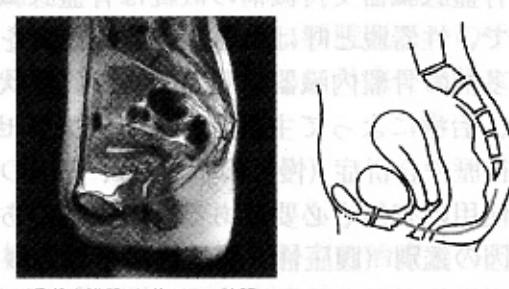


図2. 骨盤内のイメージはこんなに違う!?



骨盤内臓器(矢状断、T2強調)

1/3は立位で垂直に近い軸であるが、腔管上部2/3と直腸はほぼ水平の傾きをなしている。また、尿道、腔管下部1/3、直腸下部は拳筋裂孔を貫き、肛門拳筋の緊張によって恥骨の方向に強く閉鎖される。これにより、直腸、腔は骨盤底筋とほぼ平行に保たれ、腹圧を腔管上部2/3、直腸、骨盤底筋で受け止めている（羽蓋弁効果）。腔の支持機構をDeLanceyは3つのレベルに分類して考えた（図3）。レベルIは子宮頸部、腔円蓋部の支持で、これらは仙骨子宮韌帶・基韌帶系によって仙骨の方向に強く牽引されている。レベルIIの部分は腔管上部2/3の支持で、恥骨頸部筋膜、直腸腔筋膜が腔を支持し、恥骨から坐骨棘にのびる内骨盤筋膜腱弓に付着する。レベルIIIは腔管下部1/3の部分の支持で、肛門拳筋群筋膜、尿道、会陰体に癒合して強度を保つ。拳筋裂孔が下降し、腔の軸が縦方向に近づき、性器脱がおこる。尿道、腔や骨盤底筋にはエストロゲン受容体が豊富に存在し、特に尿道粘膜外側の固有層の脈絡叢血管はエストロゲンの作用で血流量が保たれており、エストロゲンが欠乏するとこの層が被薄化し、尿道内圧が低下に伴って腹圧性尿失禁をおこす。経腔分娩は膀胱圧迫、腔壁、恥骨筋膜、直腸腔中隔、肛門拳筋の伸展と断裂、陰部神経管の圧迫など様々な傷害を支持組織に引き起こす。神経管の圧迫による脱神経は支配領域の筋肉群の脆弱化をおこす（図4）。更年期までは豊富なエストロゲンによって骨盤底筋群は互いに補完しあって骨盤内臓器の支持を保っているが、エストロゲンが低下し始めると骨盤底筋の下垂、肛門拳筋裂孔の開大とともに骨盤臓器の支持を失い、機能障害を呈する（図5）。

図3. 腔壁の支持機構（DeLancey）

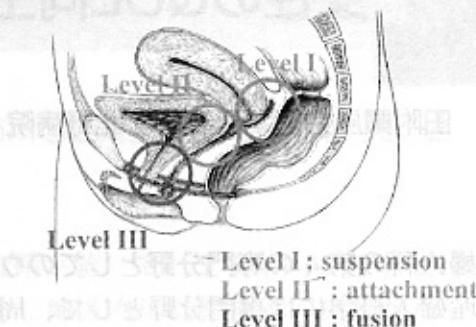


図4. 経腔分娩と骨盤の損傷

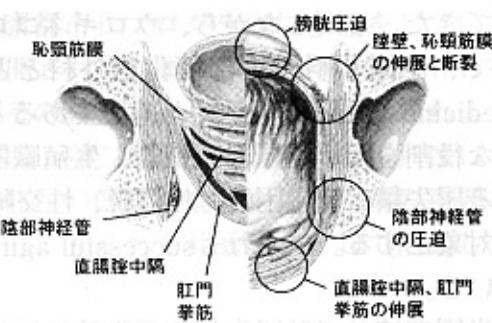
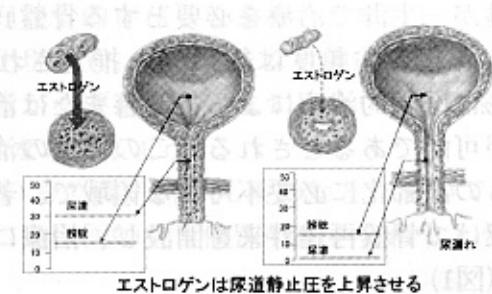


図5. エストロゲンと尿禁制機構



骨盤底臓器支持機構の異常による機能不全としての性器脱と尿失禁

骨盤底臓器支持機構の破綻は骨盤底臓器の下垂や脱出を来す。腔管が最大のヘルニア孔となるので、性器脱と呼ばれる。性器脱患者を診察するにあたって、詳細な問診が必要である。性器脱は多種の骨盤内臓器の脱出であり、症状も多様である。治療をする上で患者の主訴を十分に把握し、治療によって主訴を軽減、消失させることが目的である。問診には生活習慣や仕事の種類、既往歴や合併症（慢性の咳など）、筋肉の収縮や弛緩に関連する薬物（高血圧や喘息の治療薬など）の使用の有無も必要である。尿失禁のある患者には排尿日誌を書かせることが重要で、尿失禁の原因の鑑別（腹圧性、切迫性）をしておく。

理学的所見をとるにあたって、Sim型腔鏡とvaginal analizer（胎盤鉗子、スポンジ鉗子などで代用できる）を用意して部位別に観察する。腹圧によってどの部位が最初に脱出してくるかを観察する。最初に脱出する部位の支持が最も弱いと考えられる。腔鏡を後腔壁にあて前腔壁、子宮腔

部（腔断端）を観察し、腔鏡を前腔壁にあててダグラス窓、後腔壁を観察する。尿道、膀胱、子宮円蓋部、ダグラス窓、直腸、会陰体をすべて評価する（図6）。

下垂の程度の評価を行った後、解剖学的に各骨盤内臓器の支持を失った部位を観察する。特に前腔壁の評価を慎重に行う。前腔壁の支持欠損は正中、側方（左右）、横方向の4つの部位で認められる（図7）。脱出する前腔壁の腔皺壁が観察でき、上外腔溝が消失している場合、analyzerで前腔壁の両側方に支持を与えることで下垂が矯正可能であれば、前腔壁は側方で支持を失っている（偏位型膀胱脱）。逆に腔皺壁が消失し、上外腔溝が観察でき、正中部に支持を与えることで下垂が矯正できれば前腔壁は恥骨頸部筋膜が正中（他に横断型、遠位型）で支持を失っている（拡張型膀胱脱）。後腔壁にも同様の支持欠損が存在する。

小腸脱はダグラス窓ヘルニア囊に小腸が貢入した状態である。通常ダグラス窓には小腸は存在せず、ダグラス窓の支持異常があると、後腔円蓋の腔粘膜上皮は薄くなり膨隆し、腹圧時には顕著となる。ダグラス窓に小腸を触知するか蠕動運動を認ることが診断の助けとなる。直腸周囲筋膜は、上方はダグラス窓から下方は会陰体に側方は肛門拳筋膜に付着する。この筋膜の支持障害は通常正中線で生じやすいが、会陰や円蓋部の付近では側方や横方向に生じる場合もある。会陰部には会陰体といわれる筋肉と結合織の複合体が存在する。まず裂傷の有無を確認し、会陰体の可動性を確認する。腫または直腸に示指を挿入し、会陰体が1cm以上動くときは過可動性があり、直腸腔中隔への付着が破綻している。下垂脱出程度を定量的に評価するにはPelvic organ prolapse quantitative description system (POP-Q) が適している（図8）。

性器脱患者の30~85%に潜在的な腹圧性尿失禁を認める。このような患者に膀胱脱だけの手術を行えば術後に尿失禁が発症する。したがって必ず尿路系の精査が必要となる。外来で簡単に施行できる検査が多いので、習熟しておきたい（表1）。

骨盤底内臓器支持レベルからみた治療法

これまで述べてきた性器脱、尿失禁などの骨盤底内臓器機能障害に対して、保存的治療と外科的治療が行われる。保存的治療は排尿訓練やKegel体操などの運動療法、電気刺激法、ペッサリーなどの器具を挿入する方法と薬物療法が行われる。運動療法には腔内にVaginal coneを挿入して訓練する方法、バイオフィードバック法で効果を確認しながら行う方法もある。薬物療法はホルモン

図6. 骨盤内臓器脱出(POP)の分類

- ① 尿道過可動(尿道脱)
- ② 膀胱瘤
- ③ 子宮脱／腔断端脱
- ④ 小腸瘤
- ⑤ 直腸瘤
- ⑥ 会陰損傷・離開
- ⑦ 直腸脱

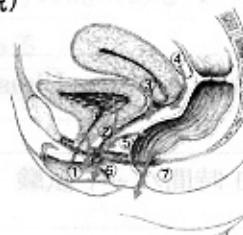


図7. 恥骨頸部筋膜の支持欠損

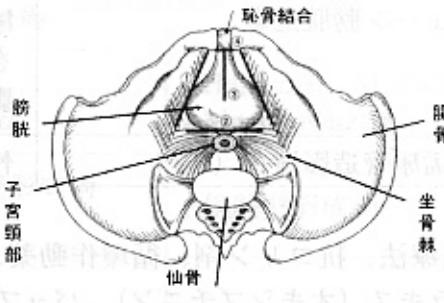
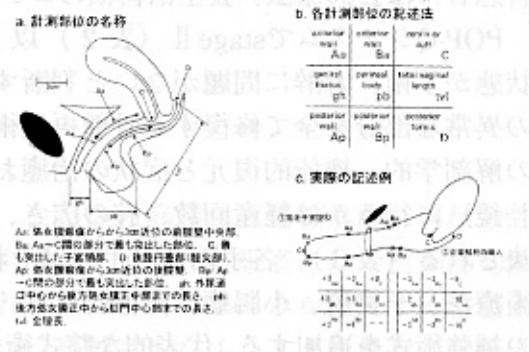


図8. POP-Qシステムによる性器脱の評価



◆ 学術の窓 ◆

表1 婦人科医にも施行可能な尿路系検査

残尿測定、尿細菌検査、尿沈渣	排尿後にカテーテルで採取
Q-tip試験	綿棒を尿道に挿入して、腹圧時の尿道の可動性を角度で判定する。30度以上の可動性は異常である
Bonney試験、Ulmsten試験	傍尿道を鉗子で支持し腹圧性尿失禁が抑制できるかを確認 (Bonney) 中部尿道を支持 (Ulmsten)
1時間パッド試験	失禁尿量を定量検査。低感度のため結果の判定には注意が必要
単純膀胱内圧検査	膀胱内にカテーテルをいれ、イリギーターから滅菌水を注入し、尿意を自覚した膀胱容量、我慢できなくなる膀胱容量を測定。排尿筋の不安定さも確認できる。
チェーン膀胱造影	尿道や膀胱の脱の程度を画像で評価する。水圧でチェーンを挿入するキットが売られている同時に膣および直腸を造影すると位置関係がよく理解できる
腎孟尿管造影検査 (IVP)	性器脱に伴う尿管の走行異常

補充療法、抗コリン剤、循環作動薬、漢方薬が使用される。切迫性尿失禁に対する抗コリン薬 (ボラキス (オキシブチニン)、バップフォー (プロピペリン)) が用いられてきたが、膀胱排尿筋選択性の高い新しい抗コリン剤 (ソリフェナシン、トルテロジン) が本年6月から処方可能となった。運動療法は3ヶ月をめどに施行し、無効と判断されるとときは手術療法を考慮する。排便障害患者には食餌療法、食生活習慣のコントロールも有効である。

POP-Qシステムでstage II (表2) 以上の性器脱患者において保存的療法では効果がなく、全身状態が手術、麻酔に問題がないと判断すれば手術療法を施行する。手術療法は骨盤底各臓器支持の異常な部分を全て修復する骨盤再建術でなければならない。外科的治療の目的は「骨盤内臓器の解剖学的、機能的復元と症状の治癒および効果の持続」である。経腔的に行うか、経腹的 (腹腔鏡) 行うかは経産回数、膣の広さ、支持異常の部位、既往手術、年齢、合併症などによって決される (表3)。各手術法の手技はそれぞれの専門書を参考にして欲しい。レベルIに対する手術療法 (子宫脱、小腸瘤、高位膀胱瘤・直腸瘤) としては腔式子宫全摘術を行ない、膣尖部支持の補強術式を追加する。代表的な腔式術式にはMcCall改良法 (両側仙骨子宮韌帯と膣尖部の固定)、仙棘韌帯固定術、腸骨尾骨筋膜固定術 (Inmon法) がある。腹式 (腹腔鏡手術も可能) の術式としてはプロリンメッシュを用いた腔仙骨固定術が効果的であり、耐久性もよい。レベルIIの異常 (膀胱瘤、尿道過可動、直腸瘤) に対する手術療法には前膣壁形成 (縫縮) 術が施行される。前膣壁の筋膜縫合術は前述の恥骨頸部筋膜の正中部での支持異常 (拡張型膀胱瘤) には効果があるが、側方支持異常 (偏位型膀胱瘤) では膣の狭小化、尿道膀胱移行部を更に偏位させるため尿失禁を悪化させる結果となる。側方の支持を修復する術式は経腔的には内骨盤筋膜腱弓と恥骨頸部筋膜の障害部を縫合する傍膣壁形成術を施行する。尿道膀胱移行部を挙上する術式にはKelly法が有効である。近位尿道に支持を与える術式としては恥骨尿道韌帯尿道下縫合術 (Nichols法) が施行される。経腹的には恥骨上からRetzius腔を開き、傍膣壁形成術、Burch法 (クーパー韌帯を用いて腔壁を挙上)、Marshall-Marchetti-Kranz法 (恥骨軟骨を用いて腔壁を挙上) などが有効である。泌尿器科ではスリング法 (Stamey法、Pereyra法など) による尿道吊り上げ手術が腹圧性尿失禁に施行される。レベルIIIの異常 (低位直腸瘤、会陰損傷) に対する手術療法には直腸腔筋膜の支持

表2 POP-Qシステムによる性器脱分類

Stage I	腔壁の最も下降している部位が処女膜輪より1cm以上上方にある
Stage II	腔壁の最も下降している部位が処女膜輪より1cm上方と1cm下方の間にある
Stage III	腔壁の最も下降している部位が処女膜輪より1cm以上下方にある
Stage IV	後腔円蓋部が完全に脱出し、腔壁の最も下降している部位が(腔長-2) cm以上

表3. 腔の支持レベルからみた外科的手術法

レベル	脱の種類	腔式	腹式
I	子宮脱 (腔断端脱)	子宮全摘出術 McCall改良法, 仙棘帯固定術 Inmon (腸骨尾骨筋膜固定) 法 Manchester術, Le-Fort術	子宮全摘出術 McCall改良法 腔仙骨固定術
I	小腸瘤	ヘルニア囊切除 McCall改良法, Mayo法	Halban法, McCall法 Moschowitz法
II	膀胱瘤	前腔壁形成術, 傍腔壁形成術 Kelly (Kennedy)縫合	傍腔壁形成術
II	直腸瘤	後腔壁形成術	
III	尿道過可動	Nichols法 尿道スリング術, T V T 針式膀胱頸部吊り上げ法	M-M-K法 Burch法 傍腔形成術
III	会陰損傷	会陰形成術 肛門挙筋縫合術	

欠損部を縫合する後腔壁形成術、会陰形成術を施行する。会陰体の筋膜を直腸腔筋膜に再付着させることが大切である。子宮頸部の延長を伴う症例や子宮温存を希望する患者には子宮頸部切断術であるManchester手術 (Donald-Fothergill法) が行われるが、子宮頸部のみが延長する性器脱はほとんど見られず、他の支持異常を見逃してはならない。高齢者やハイリスクな患者には腔壁中央閉鎖術 (Le-Fort法) が施行される。しかし高齢化を迎える現在、腔の機能を無視すべきではなく、また尿道過可動、膀胱瘤も同時に修復しなければ、腔閉鎖によって失禁を憎悪させることを忘れてはならない。本邦ではLe-Fort法が汎用されるが、再発率も高いので重症の性器脱で性機能の温存が必要のない症例では完全腔閉鎖術を選択する。

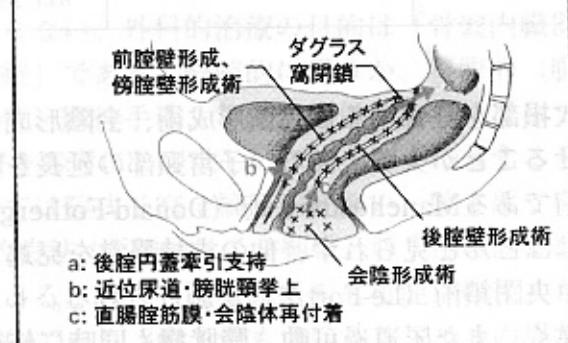
腹圧性尿失禁に対する外科的手術法としてプロリンメッシュを改良したTension-free Vaginal Tapeを前腔壁から尿道をスリング状に挿入固定する方法が開発され、長期成績、尿閉などの手術後遺症の観点からも汎用性が高い。Minimum invasive operationであり、日帰り手術としても可能な本手術はこれからの中失禁手術のゴールドスタンダードとなった。最近では恥骨上にテープを出さずに、閉鎖孔にテープを出すTVT-O (TOT) 法が開発され、膀胱穿刺の危険性も減少し、より簡便な方法となっている。膀胱瘤、すなわち前腔壁下垂に対する経腔式前腔壁形成術は性器脱の骨盤再建手術の中で最も汎用されるが、再発率は報告によっては40%にも及び、耐久性という面で臨床上悩まされる術式である。膀胱頸部、膀胱尿道移行部、尿道を支持する恥骨頸部筋膜は

解剖学的にハンモックのように骨盤底において恥骨から両側坐骨棘に延びる内骨盤筋膜腱弓に付着しており、その欠損部位を確実に修復することで膀胱癌は治癒可能である。しかし、その欠損部位は単一ではなく、欠損部位を確実に診断するには超音波断層法、MRIなどの画像診断法では未だ困難であり、理学的所見に頼らざるを得ないのが現状である。理学的診断にしたがって傍脛形成術、前脛壁縫縮術、後恥骨式脛壁挙上術（Burch法、M-M-K法）などを選択して部位特異的手術を施行しても、診断し得なかった部位の欠損によって再下垂がおこり、結果としては膀胱癌の再発になる。恥骨部筋膜を全体としての膜構造をメッシュによって補強できれば耐久性や有効性を増すことが可能となる。欧米ではすでにポリプロピレンメッシュをトリミングして、固定用のアームを閉鎖孔に誘導するためのデバイスをキット商品にした前脛壁形成用の製品がすでに認可されて用いられている。代表的なキットはPerigeeやProliftがある。本邦では医療キット製品の認可が非常に困難であり、個人輸入などで対応している施設もあるが、使用が認可されているメッシュをトリミングして形成術に用いている。独自に開発した器具を用いて閉鎖孔に固定する方法も進められており、本年の第8回日本女性骨盤底学会でメッシュのシンポジウムが行われた。著者は閉鎖孔に固定する方法ではなく、レチウス腔にアームを挿入し、非固定式にメッシュを膀胱と前脛壁の間に設置する方法を用いている。メッシュの大きな合併症であるメッシュびらんの頻度が減少すれば患者に対して大きな福音となることが期待されている。

おわりに

これまで述べてきたように、骨盤底臓器の機能不全の治療法の原則は解剖学的に正しい位置への修復である。腔を中心に支持組織の欠損部位を診断し、腔全体を修復することが大切である（図9）。婦人科悪性腫瘍や子宮内膜症などの疾患には進行期分類やそれぞれの進行期に対する治療法がすでに確立している。しかし尿失禁や性器脱には未だ確立した進行期や一定の治療法が確立しておらず、発展途上である。再発は治療した部位や未治療の部位にも認められる。再発は治療後数ヶ月でおこることもあれば、5年、10年と経過した後でも出現する。特異的な修復手技も腔管全体に関連し、その効果を評価するためにはその成功、失敗、術後後遺症、予後にに関する客観的な臨床評価をurogynecologistsは避けなければならない。そうしてはじめて患者のニーズに答えられる治療手段を選択することが可能となる。

図9. 性器脱修復術の基本



参考文献

- 古山将康, 村田雄二, 下浦久芳: 症状・症候からみた外来診療ガイド－性器脱一. 産婦人科治療 80: 374-381, 2000
- 古山将康: 特集尿失禁診断の最前線－泌尿器科医に必要な婦人泌尿器科的知識－. Urology View 1: 128-136, 2003
- 古山将康. 理学的検査. 尿失禁治療のストラテジー～ホームドクターからエキスパートまで～. 東京: 先端医学社, 2003 (vol 第1版).
- 古山将康: 女性骨盤底と泌尿生殖器の解剖. 臨床婦人科産科 58: 756-761, 2004
- 古山将康: 性器脱に対する腔壁支持補強術式の併用法に関する臨床的検討. 日本産科婦人科学会雑誌 56: 1360-1368, 2004
- 古山将康: ウロギネコロジー 学際領域の診療. 日本産科婦人科学会誌 57: N59-71, 2005
- 古山将康, 村田雄二: 骨盤内臓器下垂・脱(POP)の発症メカニズム. Urology View 3: 14-19, 2005
- Koyama M, Yoshida S, Koyama S, et al.: Surgical reinforcement of support for the vagina in pelvic organ prolapse: concurrent iliococcygeus fascia colpopexy (Inmon technique). Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 16: 197-202, 2005

女性専用外来と漢方

千葉県立東金病院 院長 平井 愛山

女性外来の嚆矢は、平成13年5月に開設された鹿児島大学付属病院第1内科（鄭忠和教授）の女医外来である。予約制で、初診時30分、女性医師が担当するという現在全国的に広まっている女性外来の標準的なスタイルはここからはじまったといってよい。一方、女性特有の疾患に対応してより総合的な女性の医療サービスの提供をめざしていた千葉県は、同年9月に都道府県立病院としては全国で初めて、県立東金病院に女性専用外来を開設した。ほぼ時期を同じくしたこの二つの女性外来の開設の背景には、性差を考慮した医療（gender-sensitive medicine）への積極的な取り組みがある。

性差を考慮した医療とは1990年代よりアメリカを中心に広がってきた新しい医学・医療の流れである。この考え方は、医療を受ける側の性差や薬剤への反応性などの個人差を考慮せず画一的に施行されてきたこれまでの医療に対する疑問・反省から生じたもので、産婦人科的な疾患以外にも病態、診断、治療において性差による相違の存在、及び性差を考慮した医療が必要だという考え方である。米国では、厚生省の女性健康局（the Office on Women's Health in the US Department of Health and Human Services）が、全国に12ヶ所の国立女性医療健康センター（The National Centers of Excellence in Women's Health）を設置し、性差を考慮した医療サービスの提供から人材育成までをカバーする総合的な保健・医療体制を整備している。

鹿児島大学付属病院および東金病院の女性外来は、これまでわが国にはなかった取り組みでもあり、全国の地方自治体の中には、あらたな保健医療サービスの提供という観点から女性外来に注目し、公立病院に開設する動きが徐々に広まっていた。また、国立病院（現国立病院医療機構）や医学部附属病院においても、性差医療や新たな総合診療体制の整備という観点で取り組む医療機関が相次いだ。一方、民間医療機関においては、新たな医療サービスにより医療機関の特色をうち出すという観点から、女性外来を開設する施設があらわれてきた。すでに兵庫県、石川県、愛媛県、東京都をはじめ多くの都府県において、都府県立病院での女性専用外来が開設されている。国立病院においても横浜医療センター、関門医療センター、国立生育医療センターなどにおいて女性専用外来が開設され、好評を博している。最近では市民病院クラスの自治体病院での女性専用外来が急速に拡大しており、大きな流れになりつつある。平成18年現在で、女性外来を開設している医療機関の数は、全国に319施設となっている。内訳をみると、県立病院などの公立病院での開設が130施設と40%を占めている。大学病院での開設は33施設にのぼっている。女性外来の診療形態も、内科を中心とする単科で運営している施設から、内科、産婦人科、外科（乳腺外科）、精神科、泌尿器科などの複数の診療科の女性医師により、チームとして外来診療にあたる医療機関までその形態は様々である。

当院の場合、女性専用外来に初診で訪れた523名についての概要を紹介すると、来院者の年齢は20歳から39歳までが17.1%、40歳代が28.7%、50歳代が37.7%と閉経前後の女性が最も多い。

年齢層は10歳代から80歳まで広く分布していた。受診の動機として主訴は不眠、いらいら、うつ傾向を訴えたものが23.2%、のぼせ、発汗、ほてりが20.2%、頭痛、頸痛、肩こりが16.2%、易疲労感、だるさややる気の低下を訴えたものと胸痛や動悸、背部痛を訴えたものがそれぞれ10.1%、幻覚、不安精神症状及び婦人科のセカンドオピニオンを求める患者がそれぞれ9.1%であった。その他、冷え、消化器症状、乳腺疾患精査希望、ホルモン補充療法の説明希望の例など多岐に渡り、内科、婦人科、乳腺外科、精神科・心療内科などの複数科の連携が必要であることがわかる。診断については更年期障害が47%と最も多くを占め、気分障害（躁うつ病）、パニック障害などの精神神経疾患が14%、子宮内膜症、無月經、月經困難症などの産婦人科疾患や、それらのセカンドオピニオンを求める者が12%、乳腺疾患の精査希望が6%の順であった。そのほかの診断名として自律神経失調症、骨粗鬆症、筋緊張性頭痛などであった。なお、器質的疾患については11%を占めたが、頸椎症、高血圧症、胸痛で来院した狭心症、無月經で来院したシーハン症候群などもみられた。

当院の女性外来の場合その治療は個々の病態にもよるが、漢方薬、カウンセリング（傾聴）、マイナートランキライザー、ホルモン補充療法、などを用いている。漢方薬を使用したものが全体の39.3%と多くを占め、更年期障害、婦人科疾患、冷えや肩こりなどの症例ではほぼ全例に使用されており、女性専用外来における漢方薬の有用性を示唆している。ちなみに当院の女性専用外来で使用されている代表的な漢方薬は、まず使用頻度が最も高い3処方として、桂枝茯苓丸、加味逍遙散、当帰芍藥散があげられる。次に使用頻度の高い漢方薬としては大黃牡丹皮湯、半夏厚朴湯、八味地黄丸、六君子湯、大建中湯、芍藥甘草湯、桃核承氣湯である。その他、女性専用外来で処方される漢方薬としては、温経湯、温清飲、苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯、当帰四逆加吳茱萸生姜湯、香蘇散、五積散、真武湯、小建中湯、葛根湯、小青竜湯、人参湯、人参養榮湯、桂枝湯、釣藤散、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、小柴胡湯、補中益氣湯。十全大補湯などがある。



第112回日本産科婦人科学会関東連合地方部会に参加して

座長会「草創」会場開幕式典（通題）

副会長 松井英雄

（以下略）

関東連合地方部会は群馬、栃木、茨城、千葉、埼玉、東京、神奈川、山梨、静岡、長野の各地方部会が合同で行う学会であり、年2回行われています。春は6月頃に東京地方部会の主催で行われ、秋は10月頃東京以外の地方部会が持ち回りで開催しております。第112回秋の日本産科婦人科学会関東連合地方部会は、神奈川地方部会横浜市立大学平原史樹教授を会長に平成18年10月29日にパシフィコ横浜で開催されました。関東連合地方部会は日本産科婦人科学会の全会員の約半数が所属するマンモス学会であり、前回千葉地方部会が開催したのは平成16年で、日本産婦人科医会学術集会（千葉大会）と共同開催でした。

関東連合地方部会は後期研修医や医局の若い先生方の症例報告を中心に口演やポスターによる発表が行われています。もう大分前の事になりますが、私の学会デビューも関東連合地方部会（山梨、石和温泉）であったのを良く覚えております。今回の学会ではシンポジウムが2つ午前中に行われました。1つは減少を続ける産婦人科医をどのように育てるかをテーマにシンポジウムが組まれ、初期研修医、後期研修医の立場、また指導医の立場からの発表が行われました。研修制度の変更により初期、後期研修は大学病院だけでなく一般病院で行われる事が多くなり、大学や関連病院と云った垣根を取り外し、千葉県として産婦人科を志す医師を一人でも多くリクルートするなんらかのシステムを作っていく事が重要であると思われます。

もう1つのシンポジウムは産婦人科各領域のコラボレーションと云う事で不妊治療と周産期医療、腫瘍診療と妊娠性温存に関するシンポジウムが行われました。午後は12会場で156題の一般演題の発表があり、各大学、病院の若い産婦人科の女医先生方を中心に活発な質疑応答が行われました。近い将来男性の産婦人科医は絶滅危惧種に指定されるのではないかと心配になってしまいます。一般演題は希有な症例報告が中心ですが、診断、治療等一般臨床にすぐ役立つような内容が多く、地方部会の先生方にも是非聞いていただければと思います。現在関東連合地方部会では次回113回の関東連合地方部会のシンポジウム等の内容をホームページから視聴できるようにしたいと考えております。日本産婦人科学会のパスワードを取得して頂き、関東連合地方部会にアクセスしていただければ無料で視聴できるようになると思いますので是非学会のパスワードも取得していただければと思っております。

（以下略）

（以下略）

（以下略）

（以下略）

（以下略）

（以下略）

（以下略）

平成18年度 第1回定例役員会議事録（支部・地方部会）

日時：平成18年6月23日（金）午後3時から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、

河村地方部会長、松井地方部会副会長

大川理事、諫訪部理事、十河理事、山口理事、神谷理事、佐野理事、河西理事、

鴨井理事、梁理事

貝田監事、千本議長、長岡副議長

欠席者：井橋副支部長、細田副支部長、吉田理事、窪谷理事、清水理事、林監事

- 今後は、開催案内を作成する際に欠席の場合は、委任状を提出する。委任状の書式については役員が作成し事務局に指示する。
- 支部の定数は14名なので、支部役員7名以上の出席により会議成立。
- 地方部会の定数は13名なので、地方部会役員7名以上の出席により会議成立。

1. 前回議事録の確認

協議事項

1. 今年度の支部と地方部会の会議予定について（八田・河村）

地方部会の役員会は年間4回ということになっている。今年度は支部役員会と同じ予定で開催する。（4回以上の役員会は臨時役員会の扱いとする）

臨時総会は、会長、地方部会長で相談し早急に日程を決める。

2. 公開講座の担当について（河村）

梁理事を中心に担当を決め開催準備を行う。

3. 対外委員会委員の推薦について（八田）

・千葉県医師会医療安全推進委員会委員の推薦について
佐野理事を推薦する。（承認）

4. 日産婦医会学術集会福島大会（郡山市）の参加者について（八田）

旅費、宿泊費（1泊）、参加費を4～5名を公費参加とする。

参加者は、会長が決定する。

5. 日産婦学会千葉地方部会あり方委員会委員について（河村）

代議員会、総会で承認された総務部の事業計画で地方部会のあり方委員会の設置が委員4～5名、年間3～4回の開催ということで承認された。委員として、原案の河村地方部会長、吉田幸洋理事（順天堂大学浦安病院教授）、梁善光理事（帝京大学市原病院教授）、鴨井青龍理事（日本医科大学千葉北総病院教授）、清水幸子理事（亀田総合病院）、生木真紀夫先生（千葉大学教授）、佐々木寛先生（東京慈恵会医科大学柏病院教授）、木下俊彦先生（東邦大学佐倉病院教授）、高松潔先生（東京歯科大学市川総合病院）に加え、八田賢明支部長が推薦さ

れた。(承認)

6. 千葉県支部顧問の委嘱について(八田)

会則規程に基づき、渡辺義男先生と吉田之好先生を顧問として推薦したい。旅費・日当を支給する。(承認)

7. 平成18年度関東ブロック協議会の参加者について(八田)

各都県10名以内の参加を、と案内があった。締切は7月10日まで。

8. 平成19年度関東ブロック協議会について(八田)

9. 平成18年度支部秋季研修会について(梁)

10月7日(土)南地区担当で開催する。(市原長生夷隅地区)

プログラムは資料のとおり。

10. その他

報告事項

1. 日産婦学会総会の参加について(4/22-26)(河村他)

・地方部長会(4/24)

・拡大産婦人科医療提供体制検討委員会(4/24)(河村)

4月22日に第58回日本産科婦人科学会総会が横浜市で開催された。

詳細は資料のとおり。

2. 日産婦医会関東ブロック支部長会の出席について(5/13)(八田)

5月13日に東京で開催。関東ブロック会の支部長は東京都支部長が就任しているが、長年東京都支部長を務められた小林先生が退任され、町田先生が就任された。関東ブロック会の支部長の交代について、諮る会議でした。

3. 日産婦医会関東ブロック幹事会の出席について(5/13)(大川)

欠席した。

4. 日産婦医会全国社保担当者連絡会の出席について(5/28)(十河)

5月28日に都内で開催。詳細は、日本産婦人科医会報6月号に掲載されている。

5. 日産婦医会関東ブロック会支部長の出席について(6/3)(八田)

資料のとおり。9月に関ブロ協議会が水戸市で、11月に社保協議会が横浜で開催されます。来年度の社保協議会は千葉県支部が担当です。

6. 日産婦学会専門医審査千葉県委員会について(6/5)(河村)

7. 支部周産期委員会について(6/17)(清水)

8. 日産婦学会関東連合地方部会の参加について(6/18)(河村他)

9. 日産婦学会千葉地方部会・日産婦医会千葉県支部合同研修会について(6/22)(河村)

10. その他

・6月10日に千葉県STI研究会が開催され盛況でした。(大川)

・福島県の加藤克彦先生を救う会に78万円送金したが、その後、38万円集まりましたので送金したいと思います。(八田)

・日本産科婦人科学会誌に学術集会の期間短縮という記事が載っているので、会員には回答を学会に送ってもらいたい。(河村)

・県内の産婦人科医療機関の診療内容についてのデータベース構築が必要。次回、合同協議会の協議事項とする。

◆ 役員会等報告 ◆

平成18年度 第1回合同協議会議事録

日時：平成18年7月28日（金）午後3時～6時45分

場所：ホテルポートプラザ千葉

千葉市中央区千葉港8-5（電話043-247-7211）

出席者：八田支部長、河村会長、井橋副支部長、大川・諫訪部・十河・山口・佐野・神谷・

吉田・河西・清水各理事、林監事、吉田顧問、千本議長

欠席者：細田副支部長、松井副会長、鴨井・梁・窪谷理事、貝田監事、関谷顧問、長岡副議長

1. 前回議事録の確認

協議事項

1. 会員名簿の作成について（山口）

会員名簿の発行が承認された。掲載項目については会員に必須項目およびそれ以外の項目別に、掲載の可否についてアンケートで回答をいただくこととした。

2. 医療実態調査委の実施について（山口）

医療実態調査について実施することが承認された。調査項目について原案がほぼ承認された。

3. 懇親会の会費について（山口）

合同協議会の後の懇親会費用については、納涼会・忘年会の2回程度会費制とすることが了承された。

4. 千葉県医師会からの委託「周産期医療体制整備のための千葉県への提言について」（八田）

千葉県医師会よりの委託業務を了承し、報告書を纏めることとした。

5. 女性の健康週間における日産婦学会・日産婦医会共通幹事の推薦について（河村）

本部からの幹事推薦依頼に対し、梁理事を推薦することとした。

6. H18年度日産婦医会関プロ協議会のメディアへの公開および取材について（八田）

メディアへの公開および取材を了承することとした。

7. 母体保護法指定医師指定の更新についてのチェックリストについて（山口）

チェックリストが提案され、報告書の提出状況、胞衣の処理法の確認などをより厳密に行なうことが了承された。

報告事項

1. 日産婦学会全国支部社保担当者連絡会の出席について（5/28）十河

2. 千葉県支部周産期委員会について（6/17）清水

3. 日本産婦人科医会代議員会・総会出席について（6/26）八田・井橋

4. 日産婦学会関東プロック社保委員会の出席について（7/1）十河

5. H18年度日産婦医会全国献金担当者連絡会の出席について（7/2）大川

6. 千葉県医師会母体保護法指定医師指定審査委員会の出席について（7/6）八田他

7. 日産婦学会千葉県支部社保委員会の開催について（7/22）十河

8. 千葉県医師会保険医療研究委員会への出席について（7/25）十河

9. 千葉県における性犯罪被害への支援体制について 山口

10. 産婦人科偶発事例年間状況報告書について 佐野

11. 地方部会のあり方委員会について（7/19）河村

平成18年度 第2回定例役員会議事録

日時：平成18年9月22日（金）午後3時から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）

1. 前回議事録の確認

協議事項

1. 日産婦学会代議員補充の必要性について（河村）
次回の選挙では、補欠を置くことを考慮。
今回の補充については、短期でも補充を置く方向で検討。
2. 平成18年度日産婦医会関東ブロック会社保協議会の出席者について（十河）
担当役員、事務局、総務などの出席を予定。
3. 平成18年度日産婦医会支部長会の協議事項等について（八田）
4. 保健師助産師看護師法違反容疑による警察の家宅捜査に関する見解（八田）
一部に異論があったが、関東ブロック会の支部長会決定である堀病院支援を千葉県としても了承することを確認。
5. (日産婦医会) 産科に勤務している看護師のための助産師養成施設（社会人コース）の新設・増設に向けての調査実施について（八田）
6. 平成18年度地方部会・支部冬期学術講演会について（鴨井）
2月3日（土）ポートプラザで開催予定。
7. DV被害者支援専門講座－4回連続講座－について（大川）
8. その他

報告事項

1. 第2回地方部会のあり方委員会について（9/8）吉田・他
2. 日産婦医会関東ブロック会支部長会について（9/10）井橋
3. 日産婦医会関東ブロック会周産期救急医療実態調査委員会について（9/10）山口
4. 平成18年度日産婦医会関東ブロック協議会について（9/10）井橋・他
5. 千葉県医師会からの委託「周産期医療体制整備のための千葉県への提言について」清水
6. 産科医療の集約化・重点化に関する都道府県の現状と今後の取り組みについての回答について 河村
7. 産婦人科医療体制に関する神奈川県産婦人科医会の取り組み（参考資料）河村
8. その他

平成18年度 第3回定例役員会次第

日時：平成18年10月27日（金）午後3時から5時まで（時間厳守）

場所：千葉県医師会2階第1会議室

1. 前回議事録の確認

協議事項

1. 支部・地方部会性教育セミナーの開催について（大川）
了承。
2. 平成18年度地方部会・支部公開講座の開催について（梁）
千葉県における産科医療の危機的状況についての公開講座とする。
シンポジストに、一般市民を加えたい、との意見が見られたが現実的に難しいとの意見もあった。担当の梁理事を中心に今後検討を続けることになった。
3. 平成18年度日本医師会家族計画・母体保護法指導者講習会の参加について（八田）
八田支部長が参加。他、希望者を募る。
4. 会員名簿作製・医療実態調査について（山口）
了承。
5. 臨時総会の開催について（山口）
冬期学術集会に合わせての開催が了承された。タイムスケジュールについては、冬期集会担当の鳴井理事と協議することになった。
6. 日本産科婦人科学会代議員欠員の選出について（山口）
早期補充の意見が見られたが、欠員の選出方法が明確とされていないため今期の補充は行わないことになった。
7. 第2回合同協議会の議題・懇親会について（八田）
懇親会は、忘年会として会費制で行うことになった。
8. 日産婦学会千葉地方部会学術奨励賞の募集について（梁）
9. 「性感染症講演会」への出張依頼について（井橋）
10. 胎状奇胎免疫染色への協力依頼について（松井）
研究への協力に関しては、患者さんへの個々の承諾が必要、との意見が出され、承諾書などの準備を再度行うことになった。
11. その他

報告事項

1. 日産婦学会支部長会について（10/1）八田
2. 支部・地方部会秋季学術研修会について（10/7）梁
3. 日産婦学会学術集会福島大会について（10/14・15）井橋・山口
4. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症研究事業
「性感染症に関する特定感染症予防指針の推進に関する研究」事業について 大川
5. その他

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)

香取	木村 洋一	平成18年7月5日 ご逝去
千葉	阪口 穎男	平成18年8月27日 ご逝去
八千代	菖蒲沢 正辰	平成18年8月22日 ご逝去

【入会（転入）】

(敬称略)

地区	氏名	医療機関名	届出月
市川	吉田 丈児	東京歯科大市川総合病院	6月
市川	根本 将之	根本産婦人科	6月
柏	福田 貴則	東京慈恵会医科大学柏病院	6月
市原	中村 泰昭	帝京大学ちば総合医療センター	6月
浦安	氏平 崇文	順天堂大学浦安病院	7月
松戸	藤野 剛	大川病院	7月
千葉	樋 浩行	たて産婦人科	7月
船橋	永光 雄造	船橋市立医療センター	7月
茂原	林 国城	公立長生病院	8月
船橋	藤原 佳子	船橋二和病院（再入会）	9月
松戸	吉原 ちさと	船橋市立医療センター	9月
安房	田中 亜由子	亀田総合病院	9月
千葉	大見 健二	市立青葉病院	10月
船橋	松原 恵子	船橋二和病院	11月
松戸	三村 貴志	千葉西総合病院	11月

【退会（転出）】

(敬称略)

地区	氏名	退会・転出理由・転出先	届出月
船橋	清川 尚	船橋市立医療センター（東京へ）	6月
印旛	宮内 修	成田赤十字病院（東京へ）	6月
千葉	藤谷 真弓	千葉大学医学部附属病院（在外）	6月
船橋	松原 恵子	二和ふれあいクリニック（京都へ）	6月
浦安	国保 健太郎	佐野産婦人科（東京へ）	7月
流山	小野 雅彦	南流山レディスクリニック（埼玉へ）	7月
市川	杉藤 祐美	国立精神神経センター・国府台病院（東京へ）	7月
旭	仁平 光彦	国保旭中央病院（東京へ）	7月
市原	小谷 美帆子	帝京大学市原病院（東京へ）	7月
船橋	吉永 陽樹	社保船橋中央病院（群馬県へ）	7月
木更津	大津 マツ子	大津医院（学会・医会退会）	8月
旭	栗原 聰美	国保旭中央病院（東京へ）	2月
市原	江成 太志	帝京大学市原病院（東京へ）	平成17年
千葉	伊予 亨	日産婦・日母退会	9月
船橋	石井 幸雄	日産婦・日母退会	9月
旭	児玉 清成	日産婦・日母退会	8月

◆ 事務局だより ◆

【退会（転出）】

(敬称略)

地区	氏名	退会・転出理由・転出先	届出月
市川	岸 郁子	東京歯科大市川病院(東京へ)	8月
柏	高橋 清	高橋産婦人科医院(閉院 退会)	9月
千葉	山沢 功二	千葉大学医学部附属病院(東京へ)	9月
市川	木下 芳広	衛生検査所カリオアナシス(退会)	9月
印旛	西江 晴男	大日本ヰヰ化学工業(退会)	9月
千葉	新垣 総子	高橋ウイメンズクリニック(埼玉へ)	10月
茂原	吉野 昭	ヨシノクリニック(退会)	10月
柏	神谷 直樹	柏クリニック(学会のみ東京へ)	11月
市原	杉浦 聰	帝京大学市原病院(東京へ)	11月

【異動（変更）】

(敬称略)

旧地区⇒新地区	氏名	新医療機関名等	届出月
千葉→千葉(開業)	武久 徹	武久レディスクリニック(千葉市緑区緑毛東3-15-7)	6月
千葉→船橋	古屋 清英	共立習志野台病院へ	6月
船橋→千葉	加来 博志	都賀レディスクリニックへ	7月
船橋	飯島 日出男	休診	7月
船橋→流山	南島 典子	東葛病院へ	7月
流山(住所変更)	橋本 明	我孫子市我孫子4-3-25 あびこクリニック	7月
流山(住所変更)	岩崎 賢一	〃 〃	7月
松戸→安房	清川 寧子	清川医院(館山市北条1548)へ	7月
印旛→千葉	坂巻 真希子	千葉ロイヤルクリニック(千葉市中央区新町1000)へ	8月
市原(病院名変更)	梁 善光	帝京大学ちば総合医療センター	8月
ク	五十嵐 敏雄	ク	ク
ク	上里 忠和	ク	ク
ク	中川 圭介	ク	ク
ク	川村 久恵	ク	ク
ク	武藤 聰子	ク	ク
ク	落合 尚美	ク (旧姓 日比野)	ク
柏→松戸(開業)	森本 紀	松戸市竹ヶ花50-3(オークリニッキフォーミズ)	8月
木更津→千葉	木村 博昭	川鉄千葉病院(千葉市中央区南町)へ	9月
千葉	中田 恵美里	千葉大学医学部附属病院へ(青葉病院)	10月
千葉	錦見 恭子	市立青葉病院へ	10月
茂原→千葉	小倉 孝一	稻毛バースクリニック	11月
流山→船橋	根本 玲子	船橋二和病院	11月
浦安	古野 敦生	休診	11月
柏(自己開業)	岩垣 史江	柏市末広町15-2 いわがきレディスクリニック	11月
柏(改姓)	香川(石原)珠紀	窪谷産婦人科	11月
千葉→木更津	中村(中田)美輪	君津中央病院(勤務先変更・改姓)	11月

編集後記

新年明けましておめでとうございます。

今年こそは千葉県産婦人科医会の先生方にとりまして良い年にしたいものです。とはいっても我々が関与します周産期環境は激動しております。最大の外圧は「看護師の内診問題」です。すなわち保健師助産師看護師法違反として警察の捜査送検を受ける事例があり、明日は我が身かと思わせる事態です。昨年は神奈川、愛知、青森がありました。愛知は起訴保留、青森は不起訴という決着を見ていますが、神奈川はどうなりましょうか。注目したいと思います。

上記の事例は全て母体死亡、新生児脳性麻痺などの背景があり、関係者の感情的な部分を支援団体などが煽り、問題化させやすい保健師助産師看護師法を持ち出し告訴していると推察されます。「看護師の内診行為」が不具合の原因だと。保健師助産師看護師法で許されていない行為だと。しかし愛知の事例で検察が「看護師の内診は刑法で罰しなければならないほどの危害をおよぼすとは思われない」とされたと聞くにおよび、ますます保助看法違反が別件的に利用されたとの感を強くいたします。我々医会が主張していますように、医師の指示下での看護師の内診は診療の補助であり違法ではないのです。この立場は堅持しなければなりません。

保健師助産師看護師法成立以来54年間も問題とならなかったものが、何故今持ち出されたかという背景を考える必要があります。平成14年と平成16年に厚生労働省医政局看護課長の田村やよい氏が医政局長、厚労大臣の許可も得ず、もちろん業界団体と打ち合わせもなく課長通知を出したかということです。今の助産師活用キャンペーンを見れば理解いただけると思います。彼女らは、自前で立法・行政を動かせる力を持っているのです。恐るべし〇〇の一念。

今般の医療法改正と省令で助産所は産婦人科の嘱託医と連携医療機関を定めなければならぬようになります。負担が増えます。先生方はどうされますか。ご自身のQOLを最優先にお考えください。ボランティア精神は不要であり危険です。そして周産期ネットワークで中核的役目を負っている先生方はネットワークに参画するための必要条件を早急に作成しておかれた方がよろしいかと思います。千葉県民のために。

今年は本部も、千葉県支部も役員改選です。選ばれる先生方に期待します。

福島県大野病院関連の裁判も始まります。支援を続けたいものです。

最後に一言「何とかして欲しい今の状況を」。

以上は私の「初夢」の一部です。悪しからず。

広報活動（会報）に対するご意見をお寄せください。

(N.K)