



JAOG Information

社団法人 日本産婦人科医会 勤務医ニュース

No.44

第 32 回 日本産婦人科医会学術集会特集

“ Mother Lake びわ湖畔に集う・魅力ある産婦人科医療への挑戦 ”

日本産婦人科医会学術集会・近畿ブロック大会会長 **青地 秀樹**



第32回日本産婦人科医会学術集会は平成17年10月8日、9日両日滋賀県大津市、ピアザ淡海県民交流センターにおいて近畿ブロック担当で開催いたします。

10月8日は生涯研修プログラムで、現在の実地臨床の場でぜひ心得ておくべき種々の事柄が、レクチャーや症例検討の形で解説され、今回の学術集会のスローガン「魅力ある産婦人科医療への挑戦」に即したテーマを選び、最後に日本産科婦人科学会前会長の藤井信吾教授にまとめをしていただきます。

そして、植松治雄日本医師会会長をお迎えして「医療の変革期を迎えて」と題して基調講演をお願いしております。

その夜は琵琶湖ホテルで懇親会を予定し、お疲れを癒していただくべくアトラクション、また大津祭の賑わいを皆様に堪能していただきたいと存じます。

続く9日は、現在産婦人科医療の最大の関心事である、より安全な分娩とは何かを滋賀医大野田洋一、関西医大神

崎秀陽両教授をコーディネーターとし、各立場の方々とお会員の皆様と熱い議論をしていただくシンポジウムを企画しました。また、当日は近畿産科婦人科学会学術集会（会長植木実教授）と相互乗り入れ、若い産婦人科医にもその雰囲気味わっていただき、現代の産婦人科医療の発展に導くことを願っています。そして、ランチョンセミナー3題も共催し、最後に文化講演としてNHKアナウンサー松平定知氏に「私の取材ノート」と題してお話しを賜ります。

私共開催者一同、本部をはじめ近畿6府県の会員の皆様方やその他関係の方々からの物心両面にわたる絶大なるご支援を賜り深く感謝し、厚く御礼申し上げます。そして、新しいブロック単位・主催の学術集会が少しでもスムーズに効率よく皆様方のお役に立つようお願い、種々努力し一人でも多くの先生方がマザーレイクびわ湖畔大津にお集まりいただき、学術集会に参加されることをお待ちしております。



びわこ花噴水 (写真:大津市)



大津絵 (高橋松山 画)



大津祭り巡行 (写真:大津市)

目次

第32回日本産婦人科医会学術集会特集	
“ Mother Lake びわ湖畔に集う・魅力ある産婦人科医療への挑戦 ”	1
大会プログラム	2
生涯研修	2 ~ 6

勤務医委員会 平成17年度の活動方針について	7
産婦人科女性医師のための小委員会活動	7
産婦人科医師待遇のための小委員会活動	7
産婦人科専攻医師増加のための小委員会活動	8
編集後記	8

大会プログラム

平成17年10月8日(土)

会場：ピアザ淡海県民交流センター

10：30～12：30	勤務医担当者座談会		
12：30～13：00	開会式		
13：00～17：00	生涯研修		
	1．産婦人科医による女性尿失禁のプライマリケア	大阪市立大学	石河 修
	2．「妊娠中毒症」から「妊娠高血圧症候群」へ	国立病院機構神戸医療センター	山崎 峰夫
	3．難治性子宮内膜症における治療戦略	近畿大学	星合 昊
	4．緩和ケアの最近のトピックス	大阪大学	恒藤 暁
	5．女性心身症のプライマリケア	京都府立医科大学	本庄 英雄
	まとめ	京都大学	藤井 信吾
17：00～17：30	特別講演「医療の変革期を迎えて」	日本医師会会長	植松 治雄

平成17年10月9日(日)

会場：ピアザ淡海県民交流センター

9：00～11：50	シンポジウム「より安全な分娩をめざして - これからの分娩のあるべき姿 - 」		
		コーディネーター	滋賀医科大学 野田 洋一
			関西医科大学 神崎 秀陽
	1．送る方の第一線開業産科医から	あさぎり病院	藤原 卓夫
	2．救急受け入れ側大学病院産科医から	滋賀医科大学	高橋健太郎
	3．患者側弁護士から	弁護士	安東 宏三
	4．オープンシステム実行産科医から	大阪厚生年金病院	高木 哲
	追加発言	佐野病院	三浦 徹
	追加発言	大津赤十字病院	宮本 紀男
12：00～13：00	ランチョンセミナー（3会場にて開催）		
13：10～14：10	文化講演「私の取材ノート」	講師	NHKアナウンサー 松平 定知
14：10～14：30	閉会式		

生涯研修

産婦人科医による 女性尿失禁のプライマリケア

大阪市立大学
大学院医学研究科女性病態医学教授

石河 修



尿失禁とは、排尿しようとは思わない時に尿が漏れてしまう状態であり、加齢とともにその頻度は増加している。急速な高齢化社会を迎えているわが国において、この尿失禁に対する対策は「生活の質」(quality of life : QOL) が尊重される今日、重要な課題となっている。

さて、尿失禁はあくまで症候名のひとつであって、その原因となる病態には様々なものがある。そのため、適切な治療を行うためには正確な診断が必要とされてきたが、その診断を得るには医師にとっては煩雑な、患者にとっては侵襲性の高い検査を必要としてきた。その上、更年期女性の尿失禁に対する社会的な理解度は十分とはいえ、約3割も尿失禁で悩んでいるにもかかわらずその1割しか実際

に医療機関で適切な治療を受けていないのが現状である。われわれの経験では尿失禁患者の約80%は、すくなくとも症状の改善が期待できる。今後、尿失禁に関する適切な情報が広まることが期待される。

大阪市立大学医学部附属病院産婦人科では1990年より排尿障害外来を開設しその専門医の養成に努めてきたが、尿失禁患者が増加傾向にある今日、むしろいずれの施設であろうとどの医師であろうと患者が満足できる統一化された尿失禁管理基準の早急な取り決めが必要となってきた。そこで、産婦人科医が日常診療の中で女性の尿失禁患者を診るにあたり、最低限必要な基本知識、スコア化された問診票(図1)を用いた簡便な診断法や重症度判定法を提起し、簡便に的確な治療を行える方策について述べる。

最後に、経験上初めて訪れた患者への対応で大切なことを列挙する。1．患者は意を決して受診したものと思われる。したがって初めての出会いを大切に、必ず治るとい希望を与える。2．自尊心を傷つけない。3．その日から治療を開始する。4．尿失禁の治療は長時間かかるものであることを説明する。5．悪性腫瘍の合併を見逃さない。6．治療期間は切迫性尿失禁で4カ月間、腹圧性尿失禁で1年間を目安として、難治性と判断された場合は一度専門外来へ紹介することを勧めたい。

図 1 スコア化された尿失禁問診票

	Stress-score	Urge-score
1. あなたは尿が漏れることが、どのくらいありますか？		
①まれに	1	
②ときたま	1	
③毎日、1日何回も		1
④持続的		1
2. どのような時に尿が漏れましたか？		
①せきやくしゃみをした時	1	
②座っていたり、横になっている時		1
3. 尿を漏らした時の量はどうでしたか？		
①数滴～少量とすくなかった	1	
②比較的多かった		1
4. 毎日どのくらいの間隔でトイレにいきますか？		
①3～6時間ごとに	3	
②1～2時間ごとに		2
5. 夜寝てからもトイレにいきますか？		
①一度もいかないか、一度だけいく	3	
②2回以上またはひんぱんに何度もいく		3
6. 夜寝ているときに尿を漏らしたことがありますか？		
①ない	1	
②よくある		1
7. 尿意を感じたとき、がまんできますか？		
①がまんできる	3	
②すぐに（10～15分で）トイレにいかないと漏れてしまう	2	
③がまんできずに、漏れてしまう		3
8. トイレに行く途中で尿を漏らしてしまったことがありますか？		
①まったくないか、またはまれにしかない	3	
②ほとんどいつも漏れる		3
9. 突然強い尿意を感じて、そのため我慢できずに尿を漏らしたことがありますか？		
①ない	3	
②時たま、またはよくある		3
10. 出している尿を途中で止めたり出したりできますか？		
①できる	1	
②できない		2
11. 排尿した後、残尿感（尿がまだ残っているような感じ）は、まったくないですか？		
①はい	1	
②いいえ		1
12. トイレにいきたいぐらいの尿意が頻回にありますか？		
①まったくありません	3	
②あります		3
③非常にあります		2
13. 出産経験はありますか？		
①はい		
②いいえ		1
14. あなたにとって尿がもれることは、どうですか？		
①時たま悩ませるだけか、あまり気にならない	1	
②非常に困っている		1
15. あなたの体重はどのくらいですか？		
①65kgより軽い		
②65kg以上	1	

妊娠中毒症から妊娠高血圧症候群へ

独立行政法人国立病院機構
神戸医療センター産科・婦人科部長
(前奈良県立医科大学助教授)

山崎 峰夫



今年4月日本産科婦人科学会は、従来妊娠中毒症として知られていた病態を妊娠高血圧症候群との名称に改め、新しく分類し直すとする試案（日産婦誌56巻9号巻頭34 2004）を統一見解として正式に決定した。

妊婦特有の合併症の中で歴史的に最も古くより知られていた病態は子癇であり、紀元前の文書に記載がある。しかし、その後長年にわたり子癇はてんかんや産科出血あるいは感染など他の病態と鑑別が困難なまま時は経過し、16世紀になりようやく妊娠に特異的な合併症と考えられるようになった。そして、17世紀末にまず浮腫が、次いで18世紀後半になり蛋白尿と高血圧が重要な徴候であることが判明した。このように、浮腫、蛋白尿、高血圧を三主徴とし、子癇を最も重症型とする妊婦特有の症候群で、“なんらかの toxin” が原因となっていると想定される“妊娠中毒症 (toxemia of pregnancy)” という疾患概念が20世紀初頭

に確立した。三主徴の一つでも認められれば本疾患と診断できるという考えは1952年の The American Committee on Maternal Welfare の分類に明記されている。しかし、浮腫は結果的に正常経過となった妊娠症例でも高頻度に認められ生理的浮腫と病的なものとの鑑別が困難であること、病因として想定されてきた“toxin”の存在が証明されないこと、蛋白尿陽性でも高血圧がない状態では母児予後と関連しないことなどの理由により、高血圧を呈さない病態を除外した新しい“妊娠中毒症”の分類が1972年の American College of Obstetricians and Gynecologists により採用された。これは、「妊婦にみられる高血圧」を Chronic hypertension、Preeclampsia - eclampsia、Preeclampsia superimposed upon chronic hypertension、Transient hypertension の四つの病態に分類するというものである。1972年分類の基本骨格は米国における最も新しい分類 (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, Am J Obstet Gynecol, 2000) においても変わっておらず、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、あるいは国際妊娠高血圧学会 (International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy: ISSHP) により発表されている分類でも本質的な差異はない。つまり、“妊娠中毒症”を高血圧を中心としてとらえるという考え方が国際的には既に定着していたといえる。

一方、わが国における“妊娠中毒症”の定義・分類は、1962年に日本産科婦人科学会の妊娠中毒症問題委員会により初めて作成され、次いで1982年にそれを大幅に改定したものが直近まで使用されてきたもので、前述の1952年の米国にて採用されていた分類が踏襲されている。しかし臨床現場や研究的立場の双方において、蛋白尿だけ、浮腫だけ、あるいは蛋白尿および浮腫はあるものの高血圧を欠くという病態を高血圧を含む病態と同じ“妊娠中毒症”という病名で扱うことは不合理であることが20年以上も前から気づかれており、多くの指摘がなされ続けてきた。また、欧米での分類では、母児の予後や病態生理の違いから高血圧のみの病態と高血圧に蛋白尿を伴う病態を明確に区別しているのに、わが国の分類ではその区別が不明確であった。そこで、これら分類上の問題点を解消することを目的に、日本妊娠高血圧学会 (旧称日本妊娠中毒症学会、2004年に改称、佐藤和雄理事長) では2001年より学術委員会内に妊娠中毒症定義・分類検討小委員会 (高木健次郎委員長) を設置し、本症の名称、定義、分類を独自に検討しはじめた。その後、2002年には日本産科婦人科学会からも“妊娠中毒症”の定義・分類を検討することを公式に要請され、討議を重ねた結果作成した妊娠高血圧症候群の定義・分類試案を昨年日本産科婦人科学会に答申した。新しい試案は日本産科婦人科学会雑誌上に周産期委員会報告として公表され、所定の手続きを経て、今春京都での日本産科婦人科学会総会にて学会の統一見解として承認された。

本講演では、新しい妊娠高血圧症候群の分類に沿った病態の解説を加え、分類に基づいた管理のあり方について述べたいと考えている。

難治性子宮内膜症における治療戦略

近畿大学医学部教授

星合 昊



子宮内膜症とは、「月経時痛・排便時痛・性交時痛・骨盤痛、などの疼痛症状、および不妊」を愁訴とする疾患であり、近年の晩婚化・少子化、環境ホルモンの影響等により増加している疾患である。本疾患の発生機序には、子宮内膜移植説と腹膜化生説があるが、どちらの説でも一元的には説明できない。性成熟期に発生し、エストロゲンによって増殖・進行するが、病理組織学的には良性であり類腫瘍性病変といわれる。日本産科婦人科学会・子宮内膜症取り扱い規約 (診断編) では、子宮腺筋症 (内性子宮内膜症) と子宮内膜症 (外性子宮内膜症) とに分類した。さらに近年、発生機序等の違いから、卵巣・腹膜・深部 (ダグラス窩・直腸腔中隔) に分類して考察される傾向もある。機能的月経困難症や他の器質的月経困難症との鑑別が非観血的方法では困難なため、腹腔鏡または開腹術により直視下に病変の有無や臨床進行期を診断する。最近では生検で診断する、との意見もある。しかし、子宮内膜症の臨床診断を持った症例すべてに腹腔鏡等を行うことは困難なため、実施せずに診断した症例を“臨床子宮内膜症”として統計上は区別することとした。

現在アメリカ生殖医学会 (ASRM) の臨床進行機分類が世界的に使用されているが、この分類法では、臨床進行期と疼痛の程度や不妊症治療の予後との関連が確認できないことは世界での一致した意見である。このことは、子宮内膜症による「疼痛の発生機序」「不妊の発生機序」が完全には明らかになっていないことによると思われる。いずれにせよ、月経関連の疼痛・腫脹・性器以外の出血 (血痰等も含む)・気胸、などはこの疾患の疑診をおかねばならない。

治療法に関しては、日本産科婦人科学会・子宮内膜症取り扱い規約 (診療編) に、現時点における治療法等のガイドラインが発表された。概略すると、不妊症治療には「手術療法と生殖補助医療」、の組み合わせに年齢と不妊期間を加味して、疼痛に対しては「NSAIDs、手術療法、抗エストロゲン剤」の治療法に挙児希望の有無と症状の程度・持続期間を加味して、個々の症例に最良の組み合わせの治療法を選択する。演者は、ここの症例を 1. 疼痛症状のみ (現在・将来に渡って挙児希望がない)、2. 現在は疼痛症状のみ。将来の挙児希望がある (若年・未婚婦人など)、3. 現在、疼痛症状も挙児希望もある (子宮内膜症性不妊症)、4. 不妊症のみで疼痛症状がない、に分類して治療法の個別化を検討している。しかし、3年以内の再発率が約35%と高いため、疼痛はもちろん、妊娠成立しなかった不妊症例にとっても再発は更なる治療の困難性を生む。再発 (の繰り返し) = 難治性子宮内膜症である。

難治性子宮内膜症の治療戦略に完成した方法はないが、

演者の治療経過を報告することにより、先生方の臨床の資料となり、近代女性の QOL の改善に役立つ一端となれば幸甚である。

緩和ケアの最近のトピックス

大阪大学
大学院人間科学研究科助教授

恒藤 暁



世界保健機関が1990年に発行した「がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」では、がん医療における終末期医療を含む新しいケアの考え方を“緩和ケア”と呼ぶように提言されている。その中で「緩和ケアとは、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的、そして霊的問題の解決がもっとも重要な課題となる。緩和ケアの目標は、患者とその家族にとってできる限り可能な最高の Quality of Life を実現することである。末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても治療と同時に適用すべき点がある」と記載されている。緩和ケアは全人的ケアであり、その提供のためにも症状マネジメントが不可欠である。本講演では最近のトピックスを紹介する。

1. オピオイド・ローテーション (opioid rotation)

進行がん患者の2/3にがん性疼痛が出現する。その治療では、オピオイドの適切な使用が肝要となる。オピオイド・ローテーションとは、オピオイドの使用時に鎮痛が不十分か、副作用対策が困難な場合、他のオピオイドに切り替えることをいう。オピオイド受容体に対する作用と活性代謝産物の変更により、鎮痛効果の改善と副作用の軽減が期待される。わが国では、過去数年間にフェンタニルパッチ(デュロテップ)やオキシコドン徐放錠(オキシコドン)など新しいオピオイドが導入され、オピオイド・ローテーションが可能となった。個々の患者に応じたオピオイドの適切な使用が重要課題である。

2. ケタミン(ケタラール)

最近、難治性疼痛とされる神経因性疼痛(neuropathic pain)に対して、ケタミンの投与が有効であると報告されている。静脈麻酔薬であるケタミンを手術時に使用する量よりもはるかに少ない量で、意識を低下させずに鎮痛効果が発現することが明らかになっている。ケタミンがNMDA(N methyl D aspartate)受容体に結合することにより、疼痛反射弓に対して抑制的に働くことが作用機序とされている。また、オピオイドの鎮痛効果を増強するという報告もある。投与方法は、ケタミン50~300mg/日を持続点滴/持続皮下注入で投与する。副作用は、眠気、ふらつき、めまい、せん妄、発赤(皮下刺入部)などがあるが、少量から開始すれば問題となることは少ない。

3. オクトレオチド(サンドスタチン)

腸閉塞の症状マネジメントは、オクトレオチドの使用により劇的に変わった。従来、腸閉塞が出現すると“点滴と経鼻胃管による吸引”がルーチンに実施されてきた。外科的治療の適応がなく、腸閉塞が解除されない場合、特に下部腸閉塞患者ではオクトレオチドが有効である。オクトレオチドは持続性ソマトスタチンアナログに分類され、その作用は腸管壁からの電解質や水分の分泌を抑制する。その使用法は300~600 μ g/日 持続皮下注入が標準的であるが、1日2回の皮下注または点滴静注も可能である。

4. ビスホスホネート製剤

がん患者の10~15%に高カルシウム血症が出現する。ビスホスホネート製剤の開発により、高カルシウム血症の治療は変わった。ビスホスホネート製剤はPCPの結合様式を基本骨格としており、骨を構成しているハイドロキシアパタイトと強固に結合する。骨吸収のためにこれを貪食した破骨細胞は、ほぼ完全に骨吸収能を抑制される。ビスホスホネート製剤を1回投与すると、強力かつ長期間の骨吸収抑制作用がみられる。副作用をほとんど認めず、効果も安定しており、繰り返し投与することが可能である。また、骨転移の疼痛治療と病的骨折の予防にビスホスホネート製剤が有効であるとも報告されている。

5. コルチコステロイド

コルチコステロイドは緩和ケアで重要な役割を果たしており、使用頻度の高い薬剤である。その作用は、抗炎症作用、鎮痛作用、全身状態の改善、腫瘍周囲の浮腫・圧迫の減少である。がん悪液質に伴う食欲不振・全身倦怠感、脳圧亢進、脊髄神経圧迫、骨転移、腫瘍熱、がんによる閉塞症状、上大静脈症候群、がん性リンパ管症、がん性胸膜炎、がん性腹膜炎、肝被膜の伸展に伴う痛み、嘔気・嘔吐と広範囲に適応がある。末期患者では少量から開始し、効果と副作用を慎重に観察しながら投与量を調節する。禁忌は、結核性疾患である。副作用は、口腔・食道カンジダ症、斑状出血、満月様顔貌、気分高揚、高血糖、ミオパチー、骨粗鬆症、不眠などである。

女性心身症のプライマリケア

京都府立医科大学
大学院女性生涯医学教授

本庄 英雄



ルネ デカルト(1596~1650)の心・身二元論(『人間論』1633?)により、身体を物として取り扱う事により近代医学は大いなる発展を遂げた。一方精神医学は20世紀に入り、フロイトの精神分析学等によりようやく本格的な発展を見せた。

その内、心と身体そして各々の病態が相互に相関し起こる心身症、そしてそれらの心身医学も20世紀初頭より発展

してきた。1972年よりドイツでは心身医学が医学教育のカリキュラムに組み込まれ、精神療法が保険診療の対象となった。

わが国の女性心身医学のはじまりは玉田太朗日本女性心身医学会理事長のご説明によると、1951年、慶應義塾大学産婦人科 松本寛助教授が、「産科と婦人科」誌上に「精神肉體病とその診断治療について」というタイトルでアメリカの文献に現れた psychosomatic disease を紹介し、自験例を発表したことにより始まるとされている。その後1974年、日本産婦人科心身医学研究会が創設され1997年には第26回の学術集会在日本女性心身医学会の名称で開催され、産婦人科ばかりでなく精神科、心療内科、内科、コ・メディカル等を広く抱合して拡大、現在では会員数で600名に近づいている。2007年5月13～17日には国立京都国際会館において第15回国際女性心身医学会を開催予定させていただいている。

玉田太朗理事長によれば、「心身医学には一般性と専門性があり、一般性とはプライマリケアあるいは全人医療といわれるものと同じ内容をさす。患者中心医療の心がけとも言うべきものである」としている。仏教における心身一如に通じるものであろう。「専門性とは心身医学的検査・診断法に基づく心身医学的治療をさす」としている。さらに女性心身医学では、女性に特有な身体的ならびに心理・社会的特徴を踏まえた診療が要求される、と述べておられる。

女性心身症は思春期(神経性食思不振症等)、周産期(産褥ブルー症候群等)更年期(うつ症状等)に多発し、その他月経周期に伴う障害(月経前症候群等)、セクシュアリティの異常等が問題となる。

ここでは月経前症候群(PMS)、月経前気分不快症候群(PMDD)につき述べる。

月経前症候群(PMS: Premenstrual Syndrome)は月経前緊張症とも言う。日本産科婦人科学会の産科婦人科用語集・用語解説集 改訂新版2003、P177に記載されている説明では、月経前、3～10日の黄体期の間続く精神的あるいは身体的症状で、月経発来とともに減退ないし消失するものとされている。いろいろ、のぼせ、下腹部膨満感、下腹痛、腰痛、頭重感、怒りっぽくなる、頭痛、乳房痛、落ち着かない、憂うつ順に多い。月経困難症に比べ、精神症状と乳房症状が多い。そのほか浮腫あるいは体重増加を主張とする場合もある。症状に周期性があることから診断は容易である。

今、日産婦の方に載っていないのが、月経前不快気分障害(PMDD: Premenstrual Dysphoric Disorder)である(研究用基準案についてはDSM IV TRの付録B参照)。DSM IV TR; P146に記載されている説明は、過去1年のほとんどの月経週において、黄体期の最終週に症状(例: 著明な抗うつ気分、著明な不安、著明な感情不安定性、諸活動における興味の減退)が規則的に生じた(そして、月経が開始して数日のうちに寛解した)こと。これらの症状は、仕事、学校、または日常の活動を著しく障害するほど重症で、また月経後少なくとも1週間は完全に消失してい

なければならない、とされている。

DSM IV TRではむしろ軽い感じの日本語になっているが、精神科の先生が和訳されたもので、私の中で理解しているのは、PMSの中でうつ状態が起こる、それがメインである。そしてそこへ症状としては障子を破る、物を壊す、登校拒否、殺人、というような行動まで行い、先ず初めに精神科を訪れるような女性の症候群であると理解している。

PMDDを含めPMSの発症機序に関する仮説を述べる。分かっていないというのが実情である。ひとつは黄体期あることからプロゲステロンの欠乏ということが言える。PMS、PMDDの人は排卵している方なので、そんなに足りないことはないだろうと言う反論もできる。もう一つはエストロゲン過剰説。エストロゲンは女性に与えると気分が明るくなるものなので、私自身が専門にしている立場から言うとちょっと違うのではないかと思う。その他に今「それらしい」と言われている事はセロトニン系の異常である。GABAとの関係に異常があると言われている。

1997年 Rapkin らが報告したもので、PMSと正常の人と黄体ホルモンの値を比較したところ、黄体ホルモン(プロゲステロン)の値は正常と同じレベルであった。2000年のデータでは、黄体ホルモン(プロゲステロン)自身もGnRHに対する反応は正常の人に比べて低いということ、付け加えてプロゲステロン自身も低いのではないかというデータが出てきている(Genazzani)。アロプレグナノロン、allopregnanolone (3 hydroxy 5 pregnane 20 one)はプロゲステロンから5 pregnane 3, 20 dioneを経て3 HSDにより変換された代謝物であり、(GABA)A受容体を介して強力な抗不安作用を有する。また、PMS女性の血清allopregnanoloneレベルは、黄体期において、正常女性より有意に低い(Monteleone et al, European Journal of Endocrinology, 2004)。さらにSSRIがPMSに有効であるのは、SSRIの直接作用により3 HSD活性があがり、脳内のallopregnanoloneレベルが上昇するためであると報告されている(Griffin et al, PNAS, 1999)。そしてGABA Aレセプターを介して強力な抗不安作用を有すると考えられ、実際臨床的にも有用である。



高橋松山 画

勤務医委員会 平成17年度の活動方針について

委員長 栃木 武 一

現在、産婦人科医療の中でも周産期医療を取り巻く診療実態は極めて深刻な状態にあります。地域によっては周産期医療そのものがもうすでに破綻した状態にあることもマスコミを通じて報道されています。その原因は産婦人科医師不足が原因と考えられていますが、そう単純なものではなく多面的に考える必要があろうかと思われます。今年度の産婦人科専門医の受験者数は359名と、昨年より多い専門医の誕生が期待されます。それに加えて来年度より開始される後期研修医制度も若い医師を獲得するためには重要です。若い医師が産婦人科の後期研修に多数応募して下されば何も言うことはありませんが、一般の見方は期待薄です。そこで第一線で活躍している勤務医の先生方をお願いしたいことは、現在研修しているスーパーローテートの先生方の指導に力を入れて下さることです。すなわち、産婦人科医療の重要性を少しでも研修している先生方に知ってもらうよう努力することが、長い目で見れば産婦人科医師の増加に結びつくものと思われます。さらに重要な点は、これ

からの産婦人科医療の現場を支えて下さる女性医師のための活動です。現在増加しつつある女性医師が、勤務医として満足して診療できる環境作りを目指して活動を展開していくことも重要な課題です。

さて、具体的な平成17年度の活動方針の大きな要は3つの小委員会での活動です。すなわち、産婦人科勤務医の待遇のための小委員会、産婦人科女性医師のための小委員会および産婦人科専攻医師増加のための小委員会を軸に活動を展開していく所存です。さらに、各地域の先生方との交流を深めるために重要な、秋に開催される日本産婦人科医学会学術集会近畿ブロック勤務医担当者座談会を今後の活動に役立つ実りある会にするよう努力していく所存です。

最後に各支部との交流のためにも委員会で知りえた知識や資料を各支部の先生方にお知らせできるようにホームページやE mailを活用し、すこしでも開かれた委員会を目指して活動を続けていく所存ですので、会員の皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。

産婦人科女性医師のための小委員会活動 小委員会委員長 東 館 紀 子

新しく産婦人科専門医を取得する医師の過半数が女性医師となり、産婦人科医は女性であることが当たり前の時代が到来しようとしている。したがって、女性医師であることを前提に今後の産婦人科医師対策は行わなければならない。産婦人科医師が減少を続けるなかで、この若い貴重な専門医たち - すなわち女性医師 - にかんして長く産婦人科医療を担ってもらうかという課題を緊急に解決しなければならない。

女性医師の仕事の継続を困難にしている原因は、仕事と家庭（とくに育児）の両立にあることは周知の事実であり、対策として、さまざまな育児支援と勤務形態の多様化が必要と指摘されているが、既存の制度に阻まれ、遅々として

進まない。

この数年産婦人科医療を取り巻く状況の変化が著しいが、そのきっかけは新臨床研修制度といわれている。また状況は地方と都市、さらに地方でも地域ごとに異なることが指摘されている。女性医師の状況もそれに依りて異なっている可能性がある。また、前回行った女性医師のための調査（男女医師に対して）から既に6年が経過しており、最近の急激な状況変化のなかで、過半数を占める若手女性医師の考え方や対応する周囲の変化はあるであろうか。また産婦人科医師不足のために、勤務医がより一層過重労働になっている可能性はないであろうか。この現状を各支部を通じて情報を収集することが可能か検討してみたい。

産婦人科医師待遇のための小委員会活動 小委員会委員長 小 笹 宏

平成16年度より実施された新医師臨床研修制度は市中病院等への医師供給のいわば主要水源であった大学医局医師の欠乏をもたらし、市中病院医師の引き揚げや引き剥がしが諸所でみられる状況となっています。日本産科婦人科学会の調査によれば、平成15～16年度において大学に医師供給をおおいでいる1,096病院中117病院で産婦人科医師が0となってしまうことが分かりました。また、平成16年の総務省による全国自治体病院調査でも産婦人科の医師不足が52.1%に上っていることが示されました。ちなみに、整形外科の43.7%、小児科の39.6%が医師不足でした。過去の産婦人科医師不足については、平成8年度実施の日本産婦人科医会のアンケート調査（産婦人科勤務医師の業務量および将来像に関する平成8年度アンケート報告書、平成10年3月発行）によると、非常に不足しているが16%、や

や不足しているが49%、合計65%の市中病院で医師が不足しているとの結果でした。一方、同調査において対象勤務医の総合満足度が70%以上であったことから忖度するに、やや不足のかなりの部分は‘もっといたらいいのになあ’的な不足ではなかったかと思えます。医師不足の実態は、非常に不足しているの16%を大きくは超えない状況ではなかったかと思われます。

先月公表された厚生労働省研究班の調査では、昨年全国の産婦人科医約2,200人（男性55%、女性45%、平均年齢33.1歳）に聞いたところ26.8%の医師が産科診療をやめたいと感じているとのことでした。その理由の52.8%が当直や不規則な診療時間など業務の負担が大きいことを挙げています。一方、産婦人科医の52%が50歳を超えていることをあわせて考えると、産科診療の担い手が将来ますます先細り

になることが懸念されます。また、平成16年度の日本産科婦人科学会の新入会員は415名でしたが、うち女性医師が251名と60%を占めていました。数年来明らかに男性会員が減少して女性会員が増加していますが、結婚出産による女性医師の離職等の可能性を考えると、これも医師不足助長の要因となる恐れがあります。

以上の状況をさらに深くかつ詳細に把握し分析するため

に、産婦人科勤務医のおかれている業務環境を当直日数や勤務時間などの客観的指標に加え、現場医師の勤務に対する満足度も加味したアンケート調査を企画したいと考えます。平成8年度と比べてどう変化しているか、そして例えば5年後現在と比べてどう変わっているか等、今回の調査を単に現況の分析にとどめず時間軸上の比較対象として活用できるかたちにもっていきたいと思います。

産婦人科専攻医師増加のための小委員会活動

小委員会委員長 和田 裕一

平成16年度から開始された新卒後研修制度が2年目に入り、研修指定病院では産婦人科へのローテートがスタートしているところも多いと思われる。そして、今年度末にはいわゆる後期研修に向けて専攻科が決定される。われわれ産婦人科にとっては、各大学あるいは各病院がどれだけの初期研修終了医師を獲得できるかという問題以前に、どれだけの研修医が産婦人科を専攻するかが大問題となってくる。最近やっとマスメディアも産婦人科医の不足を取り上げるようになったが、そのことが研修医の専攻科決定に対して今のところ追い風になってはいない。現状では非常に情報が少ないとはいえ、やはり内科、外科専攻が増えるだろうとの悲観的な空気が広がっているようである。根本的

には産婦人科医の待遇や周産期を中心とした医療訴訟の問題点などを改善しないかぎり、若い医師が魅力ある診療科としてとらえることは難しいのが現状である。

このような環境下ではあるが、勤務医部では昨年度各支部勤務医部とのネットワーク機能が強化され、その連携を強化して、各都道府県における卒後研修病院の再確認とその現状調査を行い産婦人科研修の実態を把握し情報を発信することを計画する。また、今後始まるいわゆる後期研修についての各施設におけるカリキュラム、募集要項などを収集し、医学生や研修医に向けて産婦人科のプロバガンダを含めたアドバイスを可能とする情報伝達を早急に行うことを検討している。

原稿募集 (Eメール可)

「産婦人科医不足の現状と対応」を募集します

男性、女性を問いません。産婦人科医不足が勤務医の先生方の勤務状況、勤務環境にどのように影響しているか、また、実際の産婦人科医不足に対する各病院、各自治体での個別の対応（当直の依頼方法、当直費、分娩・手術時の給与加算等）もあわせてお知らせください。今後の勤務医部での検討事項の柱としたいと考えております。

なお、掲載に際し匿名は可能であることはもとより、地域の特定もできないように考慮致します。

締切日：10月20日 800字程度(採用者には記念品を贈呈)

F A X : 03 - 3269 - 4730 Eメール : yyoshi@jaog.or.jp

編集後記

(平成17・18年度)

産婦人科医師の減少が深刻な社会問題であることを行政やマスコミも気付きはじめ、テレビや新聞の全国版に関連記事が載るようになってきた。この背景には、地方の基幹病院における産婦人科医不足のため産科が継続できないことが顕著化し、患者からの生の声がマスコミに届いていることにある。地方版では、幾度か目にした記事が全国的に報道されることその影響力は大きい。以前より勤務医部では定点モニターの先生方をはじめ多くの会員のご協力により実施してきたアンケート調査が、この患者の生の声を裏付ける資料となっている。これからも勤務医の先生方はもとより医会会員の待遇を改善するとともに産婦人科を専攻する医師が増加し、国民にとって安心できる産婦人科医療を提供すべきと考える。(幹事・栗林 靖)

勤務医委員会		勤務医部	
委員長	栃木 武一	副会長	清川 尚
副委員長	小笹 宏	常務理事	田邊 清男
"	東館 紀子	"	栃木 明人
委員	和田 裕一	理事	新居 隆
"	小田 隆晴	幹事	栗林 靖
"	茂田 博行	"	竹内 亨
"	高松 潔	"	久慈 直昭
"	増田美香子		
"	吉谷 徳夫		
アドバイザー	濱田 和孝		
"	吉川 裕之		