

産婦人科の進歩

ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.73 No.4 2021

臨 床

■臨床の広場

分娩時における経会陰超音波の活用法 市川麻祐子 408

■今日の問題

婦人科がんにおけるミスマッチ修復異常と免疫チェックポイント阻害剤の有用性 中井 英勝／松村 謙臣 413

■会員質問コーナー

③20) 卵巣出血の評価と管理方針について 回答／横江 巧也 416

③21) 術後のコンパートメント症候群について 回答／山崎 友維 417

学 会

■研究部会記録

第143回近畿産科婦人科学会 第106回腫瘍研究部会 377

第143回近畿産科婦人科学会 周産期研究部会記録 402

■学会記録

令和3年度 近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録 419

■会員の皆様へ 447

■第73巻総目次 452

■会 告

学会賞公募 1／第146回総会ならびに学術集会 2／電子投稿・電子査読についてのお知らせ 3／著作権ポリシーについて他 4／構成・原稿締切 5

■投稿規定他 457

第145回近畿産科婦人科学会学術集会プログラム・講演抄録

会期：2021年10月24日(日) 会場：神戸国際会議場

プログラム	461
講演抄録	479
日本産婦人科医会委員会ワークショッププログラム・抄録	507

THE OBSTETRICAL GYNECOLOGICAL SOCIETY OF KINKI DISTRICT JAPAN

近 畿 産 科 婦 人 科 学 会

Adv Obstet Gynecol

産 婦 の 進 歩

<第143回近畿産科婦人科学会 第106回腫瘍研究部会（令和2年10月25～31日【WEB開催】）記録／目次>

テーマ：「70歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療～治療法および副作用対策～」

化学療法後に椎体骨折をきたした子宮体癌の1例 長嶋 愛子他 379

当院における75歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療 菊池 太貴他 382

高齢子宮体癌患者の治療法選択における高齢者機能評価の有用性の後方視的検討 水野友香子他 384

70歳以上の子宮体がん症例の検討 信田 侑里他 387

70歳以上の子宮体癌患者での術前、術中診断と術後診断の不一致の頻度と

その後の治療選択に関する後方視的検討 前田 通秀他 390

高齢者子宮体がん患者の治療に関する検討 山下 優他 393

70歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療法に関する検討 西岡 和弘他 396

高齢者子宮体癌に対する腹腔鏡手術の有用性 田中 智人他 398

<第143回近畿産科婦人科学会 周産期研究部会（令和2年10月25～31日【WEB開催】）記録／目次>

テーマ：「妊産婦とメンタルヘルス」

妊産婦とメンタルヘルスケアのアンケート調査報告 辻 俊一郎他 405

<令和3年度 近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録（令和3年6月20日）／細目次>

評議員会 419

総会 424

令和2年度日誌抄 425

令和2年度決算報告 434

令和3年度予算 438

令和2年度「産婦の進歩」編集報告 439

会則 440

諸規定 442

第73巻4号(通巻394号)

2021年10月1日発行

定 価／2,300円(本体)＋税

オンラインジャーナル
(ONLINE ISSN 1347-6742)

J-STAGE
Medical Online

発行所／「産婦人科の進歩」編集室

〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センタービル

知人社内 TEL. 075-771-1373 FAX. 075-771-1510 sanpu-sinpo@chijin.co.jp

郵便振替口座／01030 3 55931

<http://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/~char/ja>

<http://www.medicalonline.jp/>

～学会へのお問い合わせ先～
近畿産科婦人科学会事務局
〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センタービル
TEL：075-751-6354 FAX：075-771-1510
URL：http://www.kinsanpu.jp
E-mail：kinsanpu@chijin.co.jp



月経困難症治療剤 薬価基準収載
ジェミーナ[®]配合錠
レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール配合製剤
Jemina[®] tablets 処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先)

Nobelpharma

ノーベルファーマ株式会社

〒104-0033 東京都中央区新川1-17-24

提携



あすか製薬株式会社

〒108-8532 東京都港区芝浦二丁目5番1号

2019年9月作成

令和3年度学会賞候補論文公募に関する件

会則第30条に従い、近畿産科婦人科学会学会賞候補論文を公募します。

応募は自薦(共著者を含む)とします。応募される方は、オリジナル論文1部を同封の上、論文タイトル、候補者、ならびに推薦理由を400字以内に記載して、**2021年10月29日(金)(必着)**までに下記宛書留郵便にて郵送してください。

また、論文のデータにつきましては電子媒体(USB、CD-ROM)を同送ください。

送付先 〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14
近畿地方発明センタービル8
近畿産科婦人科学会事務局

2021年10月1日

近畿産科婦人科学会会長 山崎 峰夫

第146回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会ご案内
(第1回予告)

第146回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会について、下記のとおりご案内申し上げます。
多数のご参加をお願い申し上げます。

2022年度近畿産科婦人科学会 会長 柏木 智博
第146回近畿産科婦人科学会学術集会 会長 万代 昌紀

記

会 期：2022年6月18日（土）、19日（日）

会 場：メルパルク京都

〒600-8216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13

TEL：075-352-7444 FAX：075-352-7390

演題募集について：近畿産科婦人科学会ホームページにて申込方法および期日をご案内
します。しばらくお待ちください。

お問い合わせ先：第146回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会 運営事務局

E-mail：kinsanpu146@macc.jp

※本学術集会では一般演題の中から優れた発表に対して、優秀演題賞を授与します。

学会事務局

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54

京都大学医学部婦人科学産科学講座

担当：最上 晴太

TEL：075-751-3269 / FAX：075-761-3967

E-mail：mogami@kuhp.kyoto-u.ac.jp

運営事務局

〒102-0083 東京都千代田区麹町4-7

麹町パークサイドビル402

株式会社MAコンベンションコンサルティング内

TEL：03-5275-1191 / FAX：03-5275-1192

E-mail：kinsanpu146@macc.jp

【電子投稿・電子査読についてのお知らせ】

会員各位

近畿産科婦人科学会へ投稿される論文について、平成30年11月10日より電子査読システムを導入しております。これまでの郵送による投稿・査読から、WEBを利用したオンライン投稿システムに変更になっております。

論文を投稿される際は、近畿産科婦人科学会ホームページから投稿フォームにアクセスし、表示される指示に従って投稿してください。

電子投稿・電子査読システムについてご不明の点がありましたら、下記、杏林舎へお問い合わせください。その他一般的なお問い合わせ等に関しては編集室までお願いいたします。

■システムの操作に関するお問い合わせ先
株式会社 杏林舎

E-mail : sl-support@kyorin.co.jp

TEL : 03-3910-4517

■論文投稿に関するお問い合わせ先
「産婦人科の進歩」編集室

E-mail : sanpu-sinpo@chijin.co.jp

(お問い合わせはメールにてお願いいたします。)

【近畿産科婦人科学会の著作権ポリシーについて】

会員各位

近畿産科婦人科学会の著作権ポリシーについて、編集委員会で審議し理事会の承認を経て下記の通り決定しましたのでご報告いたします。

近畿産科婦人科学会は、著作者本人が出典表示を明記することにより、査読後論文を機関リポジトリを通じてインターネット上で公開することを認める。

近畿産科婦人科学会
編集委員会
委員長 松村 謙臣

【著作物への複写権等委託済表示】

本誌は複写に関する権利を一般社団法人学術著作権協会（JAC）に委託しています。

著作権法で定められた例外を除き、本誌の無断複製は禁止されています。複写を希望される場合は事前にJACの許諾を受けてください。

一般社団法人学術著作権協会（JAC）
〒107-0052東京都港区赤坂9-6-41乃木坂ビル
Fax：03-3475-5619 Email：info@jaacc.jp

公益社団法人日本複製権センターと包括複写許諾契約を締結している企業等法人の場合、社内利用を目的とした複写については許諾を得る必要はありませんが、社外頒布を目的とした複写については許諾が必要です。

ただし、転載・翻訳等に関しては、直接「産婦人科の進歩」編集室へお問い合わせください。

近畿産科婦人科学会
編集委員会
委員長 松村 謙臣

「産婦人科の進歩」誌 構成・原稿締切日等のご案内（第74巻（2022年））

	1号（2月1日号） ・論文	2号（5月1日号） ・春期学術集会プログラム ム・抄録（一般演題）	3号（8月1日号） ・論文 ・医会報告	4号（10月1日号） ・前年度秋期学術集会講演 記録（研究部会） ・秋期学術集会プログラ ム・抄録（研究部会演題） ・巻総目次 ・総会記録
会 告	12月10日	3月10日	6月10日	8月10日
掲載対象論文	前年11月末までの受理論文	—	5月末までの受理論文	—
学術集会記録 研究部会記録 座談会記録 他				7月20日
「臨床の広場」 「今日の問題」 「会員質問コーナー」	10月20日	1月20日	4月20日	6月20日
学術集会 プログラム抄録		2月末日		7月末日
常任編集委員会 （査読審査） 開催日	10月	12月	2月	6月

投稿に際しましては、投稿規定をご一読のうえ、近畿産科婦人科学会 HP から投稿フォームにアクセスし、表示される指示に従って投稿してください。

論文掲載号は1・3号となります。

ご論文受付後の修正依頼は、常任編集委員会での審議後にお送りいたします。

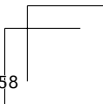
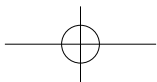
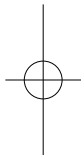
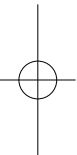
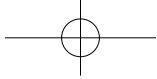
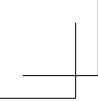
内容によっては審査に時間がかかり、掲載が遅れる可能性あることをご了承ください。

一般掲載で3月末までの受理を希望される場合は、10月5日までにご投稿ください。

特別掲載は受理希望の2カ月前までにご投稿ください。

掲載につきましては、1号は前年11月末まで、3号は5月末までの受理論文が対象となります。

掲載証明書は受理後に発行させていただきます（希望者のみ）。



第143回近畿産科婦人科学会 第106回腫瘍研究部会記録

WEB配信期間：令和2年10月25日（日）～31日（土）

代表世話人： 大道 正英
当番世話人：テーマ：「70歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療～治療法および副作用対策～」
Treatment for elderly patients with uterine corpus cancer, management of therapy and side effect

セッションⅠ

座長：寺井 義人

1. 化学療法後に椎体骨折をきたした子宮体癌の1例
長嶋 愛子，田中 和東，栗津 祐一朗，末光 千春，林 雅美，今井 健至，
中川 佳代子，西尾 順子，石河 修（泉大津市立病院）
2. 当科における高齢子宮体癌患者に対する姑息的放射線治療施行例の検討
平山 純也，馬淵 泰士，井篁 一彦（和歌山県立医科大学）
3. 高齢者の子宮体癌に対する当院でのロボット支援下手術
木村 麻衣，馬淵 誠士，山本 皇之祐，中谷 真豪，河原 直紀，長安 実加，
岩井 加奈，新納 恵美子，山田 有紀，川口 龍二（奈良県立医科大学）
4. 当院における70歳以上の高齢子宮体癌患者に対する治療の検討
加藤 聖子，藤田 宏行，谷 顕裕，栗原 甲妃，秋山 鹿子，衛藤 美穂
（京都第二赤十字病院）
5. 高齢者子宮体癌における治療法と予後に関する検討
上林 潤也，杉浦 敦，前花 知果，伊東 史学，谷口 真紀子，豊田 進司，
佐道 俊幸，喜多 恒和（奈良県総合医療センター）
6. 当院での高齢子宮体癌症例で手術と術後化学療法の個別化は適切であったか？
佛原 悠介，北 正人，角 玄一郎，久松 洋司，横江 巧也，村田 紘未，
木戸 健陽，橋本 佳子，溝上 友美，吉村 智雄，岡田 英孝（関西医科大学）

セッションⅡ

座長：馬淵 誠士

7. 当院における75歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療
菊池 太貴，橋口 裕紀，山内 真，笠井 真理，福田 武史，市村 友季，
安井 智代，角 俊幸（大阪市立大学）
8. 高齢子宮体癌患者の治療法選択における高齢者機能評価の有用性の後方視的検討
水野 友香子，大竹 紀子，田辺 優理子，今竹 ひかる，荻野 敦子，前田 振一郎，
奥立 みなみ，中村 充宏，小池 彩美，山添 紗恵子，崎山 明香，松林 彩，
川田 悦子，林 信孝，田邊 更衣子，小山 瑠梨子，青木 卓也，吉岡 信也
（神戸市立医療センター中央市民病院）

9. 高齢子宮体癌に対する治療の縮小が予後に与える影響

中川 郁, 浮田 真沙世, 濱西 潤三, 砂田 真澄, 山ノ井 康二, 千草 義継,
関山 健太郎, 堀江 昭史, 山口 建, 近藤 英治, 万代 昌紀

(京都大学)

10. 当院における高齢子宮体がんの臨床病理学的特徴と予後

遠藤 理恵, 寄木 香織, 片岡 恒, 古株 哲也, 森 泰輔, 北脇 城

(京都府立医科大学)

11. 70歳以上の子宮体がん症例の検討

信田 侑里, 天野 創, 笠原 恭子, 西村 宙起, 樋口 明日香, 出口 真理,
中村 暁子, 村頭 温, 木村 文則, 村上 節

(滋賀医科大学)

12. 70歳以上の子宮体癌患者での術前、術中診断と術後診断の不一致の頻度とその後の治療選択に関する後方視的検討

前田 通秀, 海野 ひかり, 角田 紗保里, 渡辺 正洋, 久 毅, 太田 行信,
上浦 祥司

(大阪国際がんセンター)

セッションⅢ

座長: 北 正人

13. 当院における70歳以上の子宮体がん患者の後方視的検討

清田 敦子, 宮武 崇, 小池 真琴音, 神野 友里, 大歳 愛由子, 石田 享相,
福田 弥生, 徳川 睦美, 直居 裕和, 塚原 雅香子, 西尾 幸浩

(大阪警察病院)

14. 当科における高齢子宮体癌患者に対する治療

駿河 まどか, 川西 勝, 安部 倫太郎, 長辻 真樹子, 村上 誠, 徳山 治,
川村 直樹

(大阪市立総合医療センター)

15. 70歳以上の高齢子宮体癌症例に対する当院での治療方針

松原 慕慶, 山村 幸, 高 一弘, 平山 貴裕, 富田 裕之, 松下 克子, 藤原 潔,
小山 瑠梨子, 青木 卓也, 吉岡 信也

(天理よろづ相談所病院)

16. 当院における過去5年間の子宮体部悪性腫瘍症例に関する検討

山下 優, 渡邊 亜矢, 青山 幸平, 辻 哲朗, 黒星 晴夫

(京都府立医科大学附属北部医療センター)

17. 70歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療について

西岡 和弘, 松岡 基樹, 鹿庭 寛子, 岸本 佐知子, 金山 清二, 大井 豪一

(近畿大学奈良病院)

18. 70歳以上の子宮体癌患者における手術加療の安全性についての検討

高橋 良輔, 峯 凪り, 栖田 園子, 安積 麻帆, 澤田 美恵子, 富本 雅子,
鷺尾 佳一, 清水 真帆, 長又 哲史, 村田 友香, 鈴木 嘉穂, 寺井 義人

(神戸大学)

19. 高齢者子宮体癌に対する腹腔鏡手術の有用性

田中 智人, 太田 裕, 西江 瑠璃, 上田 尚子, 宮本 瞬輔, 寺田 信一,
古形 祐平, 藤原 聡枝, 田中 良道, 恒遠 啓示, 佐々木 浩, 大道 正英

(大阪医科大学)

化学療法後に椎体骨折をきたした子宮体癌の1例

長嶋愛子, 田中和東, 栗津祐一朗, 末光千春
林雅美, 今井健至, 中川佳代子, 西尾順子, 石河修
泉大津市立病院産婦人科

A case of endometrial cancer with a vertebral compression fracture after chemotherapy

Aiko NAGASHIMA, Kazuharu TANAKA, Yuichiro AWAZU, Chiharu SUEMITSU
Masami HAYASHI, Kenji IMAI, Kayoko NAKAGAWA, Junko NISHIO and Osamu ISHIKO
Department of Obstetrics and Gynecology, Izumiotsu Municipal Hospital

緒言

子宮体癌の罹患年齢は子宮頸癌と比較して高齢で50歳代をピークとされているが、高齢化に伴い、70歳以上の子宮体癌の罹患率・死亡率ともに増加している。がんの臨床試験は70歳代前半までの患者さんを対象に実施されるため、高齢者を対象とした標準治療は確立していない。高齢者の治療が容易でない理由として、基礎疾患の存在や治療の合併症などの不利益を十分に考慮する必要があることが挙げられる。今回われわれは、化学療法後に腰椎椎体骨折をきたした子宮体癌の1例を経験したので報告する。

症例

症例は77歳の女性で2妊2産、閉経43歳、身長150 cm、体重43 kg、BMI19.1であった。既往歴として67歳でS状結腸癌、72歳で右手首骨折を認めた。家族歴に特記事項は認めなかった。アレルギー歴としてラテックスアレルギーを認めた。1カ月前より不正性器出血を自覚し、当院を受診した。診察所見上、帯下は黄色少量で子宮は後屈し鶏卵大であった。両側付属器は触知しなかった。経腔超音波所見上、子宮内腔に最大長径1.04 cm大の隆起性病変を認めた。ダグラス窩にごく少量の腹水貯留を認めた。子宮頸部細胞診はNILM、子宮内膜細胞診は類内膜癌の結果であった。子宮内膜吸引組織診で

は、グレード分類が困難であったため、子宮内膜搔爬にて組織診を施行し、類内膜癌G3の結果であった。子宮頸管搔爬による組織診からは悪性所見を認めなかった。骨盤MRI所見上、子宮内膜は菲薄化し、子宮内膜癌の存在範囲は不明瞭であった。子宮体部筋層にDWI高信号およびADC低下している領域が分布し、筋層浸潤を疑う所見を認めた。筋層外への明らかな浸潤は認めなかった。胸腹部造影CT検査上、明らかな遠隔転移およびリンパ節の腫大は認めなかった。血液検査所見上、腫瘍マーカーはCA125 101.7 U/ml, CA19-9 40.5 U/mlと上昇し、CEA 1.1 ng/mlと基準値の範囲内であった。

以上の所見から子宮体癌IB期 (FIGO 2008)、類内膜癌G3と診断し、腹式単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術および骨盤リンパ節郭清術を施行した。術中所見として、子宮は鶏卵大で両側付属器は委縮していた。術前の画像所見にてリンパ節腫大を認めず、腹腔内に強固な癒着を認めたため、傍大動脈リンパ節郭清を省略した。S状結腸癌の術後にイレウスを繰り返し、開復所見上臍直下に癒着した小腸に狭窄を認めたため、小腸部分切除を追加した。腹腔内洗浄細胞診の結果は陰性であった。

術後病理組織診断にて、子宮体癌IB期 (FIGO 2008)、pT1b N0 M0 (UICC 第8版)、類内膜癌G3と診断した。MSI検査は陰性であった。

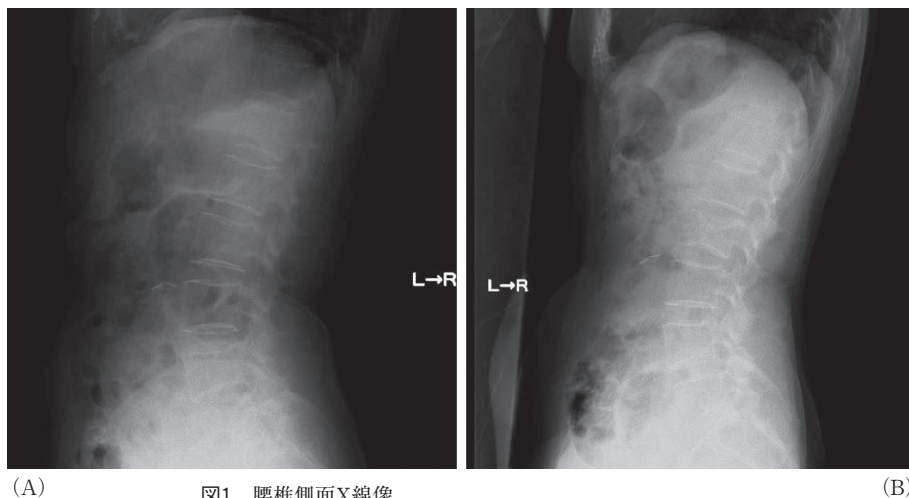


図1 腰椎側面X線像

A：化学療法後12日目、骨折像は認めない。

B：化学療法後24日目、第2腰椎に圧迫骨折を認める。

術後6日目にイレウスを発症し、保存的な治療を必要としたが、その他の経過は良好で術後23日に退院となった。術後43日目にAP療法を施行。ドキソルビシン (60 mg/m^2)、シスプラチン (50 mg/m^2) を投与した。化学療法の有害事象として、口内炎グレード2 (CTCAE v5.0 -JCOG)、好中球減少症グレード4を認めた。術後制吐目的で、デキサメサゾンを含剤23.1 mg点滴静注した。化学療法後11日目に発熱性好中球減少症を発症し、G-CSFの皮下注、タゾバクタム/ピペラシリンナトリウムの点滴静注にて治療を行った。化学療法後12日目に転倒し、腰椎側面レントゲンを撮像したところ、骨折像は認めなかった(図1A)。好中球減少症は軽快し、化学療法後18日目に退院した。化学療法後24日目に自宅にて激しい腰痛を自覚し、救急車にて他院へ受診。第2腰椎圧迫骨折と診断され(図1B)、投与後27日目に当院へ転院となり、保存的に治療を行った。Performance Stats 4に低下したため、以後の化学療法をいったん延期した。その後、本人および家族とのSDM (shared decision making) にて化学療法中止となった。

第2腰椎圧迫骨折後の骨塩定量検査では、大腿骨 BMD 0.588 g/cm^2 、若年成人比較63%、腰椎 BMD 0.723 g/cm^2 、若年成人比較65%と

骨粗鬆症を認めた。

骨折後はダーメンコルセットとリセドロン酸 Na 17.5 mg /週内服で治療を行い、現在は腰背部痛軽減し、椎体圧潰の進行なく経過している。

原疾患に関しては、現在術後2年間、定期的に診察、採血にて経過観察を行っているが明らかな再発は認めていない。

考 案

老年症候群は、高齢者に多くみられる臨床症状の総称であり、そのうち尿失禁、聴覚障害、骨粗鬆症、うつ病および転倒は、がんのない患者よりも癌のある患者で有意に高い。がん種別では子宮頸癌/体癌は有病率が最も高く、とくに骨粗鬆症と転倒との関連が報告されている¹⁾。

本症例では椎体骨折後に骨粗鬆症と診断し、治療が開始された。わが国では骨折リスクの高い大腿骨近位部骨折例に対する薬物療法の実施率が20%に満たないと報告されており²⁾、今後とも無治療の骨粗鬆症例に遭遇することが予想される。

また、化学療法時に制吐目的でステロイドを投与したが、ステロイド投与にて骨量減少することが示されており、投与開始後直ぐにその影響があるという報告³⁾もある。

今後は年齢、骨折歴から治療前に必要に応じ
て骨密度の測定を行い、化学療法時のステロイ
ド使用を考慮して、骨粗鬆症の治療を開始して
おくことが望ましいと考える。

結 論

化学療法後に椎体骨折をきたした子宮体癌
の1例を経験した。高齢者の化学療法の際には、
未診断や無治療の骨粗鬆症、ステロイドの骨へ
の影響にも配慮が必要である。

参考文献

- 1) Mohile SG, Fan L, Erin R, et al. : Association of cancer with geriatric syndromes in older Medicare beneficiaries. *J Clin Oncol*, 29 : 1458-1464, 2011.
- 2) Hagino H, Sawaguchi T, Endo N, et al. : The risk of a second hip fracture in patients after their first hip fracture. *Calcif Tissue Int*, 90 : 14-21, 2012.
- 3) García-Bustínduy M, Gantes MA : Corticosteroids and osteoporosis. *Actas Dermosifiliogr*, 98 : 526-530, 2007

当院における75歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療

菊池 太貴, 橋口 裕紀, 山内 真, 笠井 真理

福田 武史, 市村 友季, 安井 智代, 角 俊幸

大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学

Clinical treatment of 75 years and over patients with endometrial cancer

Taiki KIKUCHI, Yasunori HASHIGUCHI, Makoto YAMAUCHI, Mari KASAI

Takeshi FUKUDA, Tomoyuki ICHIMURA, Tomoyo YASUI and Toshiyuki SUMI

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka City University Graduate School of Medicine

緒 言

高齢者のがん治療には臨床上明確な指標はない。そこで、当院における高齢者の子宮体がん治療について検討を行った。

対象と方法

対象は2015年1月から2019年12月の間に、当院で入院加療を行った75歳以上の子宮体がん症例44例とした。進行期、合併症の有無、治療法、再発の有無などにつき検討を行った。

なお、当科における子宮体がんに対する治療方針を示す。原則は単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清術を行う。組織型がグレード3の類内膜癌や漿液性癌などの高異型度のタイプであれば、傍大動脈リンパ節生検術を追加する。組織型がグレード1およびグレード2の類内膜癌で、術前手術進行期分類がIA期の症例に対しては腹腔鏡下手術を考慮する。再発中リスク以上の症例に対しては術後化学療法（TC療法；パクリタキセル、カルボプラチン併用療法）を行う。

また、当科における75歳以上の子宮体がんに対する治療方針を示す。まず手術に関しては、90歳未満であれば原則手術療法を行う。90歳以上の場合、PSが0-1かつ本人の同意がある場合のみ手術療法を行う。術式については個々の症例毎にカンファレンスにて決定し、リ

ンパ節郭清術の省略について検討を行う。次に化学療法について、85歳以上であれば術後化学療法を行わない。85歳未満の症例については、performance status（以下PS）2以上の症例を除き原則術後化学療法を行う。

結 果

患者背景を表1に示す。まず44例中3例については放射線療法を行った。放射線療法を選択した理由としては2例が肝硬変合併のため、1例が脳梗塞の既往のためであった。また44例中1例についてはIVB期の進行がんであったため化学療法を行った。

44例中40例に手術を施行し、全例に単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術を行った。40例のうち11例はリンパ節郭清術を施行せず、22例は骨盤リンパ節郭清術のみを行い、7例は骨盤リンパ節郭清術および傍大動脈リンパ節生検術を行った。手術例40例のうち、再発低リスク群は10例、中リスク群は16例、高リスク群は14例となった。

再発中リスク群において、16例中9例については術後化学療法を施行しなかった。その理由の内訳としては本人希望が5例、85歳以上が3例、合併疾患のためが1例であった。化学療法未施行の9例のうち、再発例は2例（22%）であった。再発高リスク群において、14例中7例について

表1 患者背景 n = 44

年齢	80 (75-92)	組織型	
合併症		類内膜癌	33 (75%)
なし	37 (84%)	漿液性癌	6 (14%)
肝硬変	3 (6%)	癌肉腫	4 (9%)
脳梗塞	2 (5%)	明細胞癌	1 (2%)
心不全	2 (5%)	グレード	
PS		1	16 (36%)
0	31 (70%)	2	10 (23%)
1	11 (25%)	3	18 (41%)
2	2 (5%)	期別	
3	0 (0%)	I	26 (59%)
4	0 (0%)	II	6 (14%)
認知症		III	7 (15%)
あり	3 (7%)	IV	5 (12%)
なし	41 (93%)		

は術後化学療法を施行しなかった。その理由の内訳としては、85歳以上が5例、本人希望が1例、PS 4のためが1例であった。化学療法未施行例の7例のうち再発例は4例（57%）であった。手術施行例40例中30例（71%）は再発中、高リスク群であり、うち15例（50%）に化学療法を施行した。化学療法を施行した15例のうち、治療完遂できた症例は10例（67%）であった。治療完遂できなかった症例は5例（33%）であり、その理由としては本人希望が4例、PS悪化が1例であった。また手術療法、化学療、放射線療法のいずれにおいても重篤な合併症を認めなかった。

考 察

同時期に当院で治療を行った75歳未満の子宮体がん中リスク群66例において、術後化学療法を施行しなかった5例中、再発例は1例（20%）であった。75歳以上の再発中リスク群において、術後化学療法を施行しなかった9例中、再発例は2例（22%）であり、75歳未満の症例と同様であった。従って、75歳以上の子宮体がん中リスク群では、術後化学療法を施行しないことも考慮してもよいと思われた。

高齢子宮体癌患者の治療法選択における高齢者機能評価の有用性の後方視的検討

水野友香子, 大竹紀子, 田辺優理子, 今竹ひかる

荻野敦子, 前田振一郎, 奥立みなみ, 中村充宏

小池彩美, 山添紗恵子, 崎山明香, 松林 彩,

川田悦子, 林 信孝, 田邊更衣子, 小山瑠梨子, 青木卓也, 吉岡信也

神戸市立医療センター中央市民病院

Usefulness of geriatric assessment in choosing appropriate treatment for elderly patient with endometrial cancer : a retrospective analysis

Yukako MIZUNO, Noriko OHTAKE, Yuriko TANABE, Hikaru IMATAKE

Atsuko OGINO, Shinichiro MAEDA, Minami OKUDAKE, Mitsuhiro NAKAMURA

Ayami KOIKE, Saeko YAMAZOE, Asuka SAKIYAMA, Aya MATSUBAYASHI

Etsuko KAWATA, Nobutaka HAYASHI, Saeko TANABE, Ruriko OYAMA,

Takuya AOKI and Shinya YOSHIOKA

Department of Obstetrics and Gynecology, Kobe City Medical Center General Hospital

背 景

高齢化に伴い高齢の子宮体癌患者が増えているが、高齢の癌患者に対する治療では、基礎疾患以外にも治療の弊害が多く、治療法を選択では患者ごとに検討を要する場合が多い。高齢者の多様性を評価する方法として高齢者機能評価が重要視されており、高齢者総合機能評価（CGA）という高齢者の身体機能・精神心理状態、栄養状態・依存性・生活環境などを多角的に評価するものがある。しかし評価には時間を要し、簡易なスクリーニングツールとして Geriatric-8（G8）が使用されてきた。

目 的

高齢者子宮体癌の治療選択にG8スコアが有用かを検討した。

対象と方法

2017年から2019年に当科で加療した子宮体癌患者の中で60歳以上の82人について、治療法・治療合併症とG8スコアを後方視的に検討した。

子宮全摘術、両側付属器切除術に加えてリンパ節郭清の範囲は、術中迅速診断および術前の組織診をもとに、類内膜癌G1またはG2では筋層浸潤なしでは郭清なし、1/2未満で骨盤内、1/2以上で骨盤および傍大動脈とし、G3または特殊型もしくは組織型にかかわらず術前に2期以上が疑われる場合では骨盤内および傍大動脈とした。80歳以上ではリンパ節郭清を施行していない。最終病理に対し施行手術に不足がなければ標準治療と分類した。治療合併症は、入院延長、術後合併症、術後化学療法の有害事象の有無を調査した。G8のうち、診療録から評価の難しかった主観的な2項目を除いた6項目（過去3カ月で体重の減少の有無・自力での歩行可否・神経、精神的問題の有無・BMI値・内服薬の数・年齢）を調査し、便宜上G8スコアと記載した。G8は全8項目合わせて17点が満点で、14点以下が異常とされる。今回は2項目を評価しておらず、満点を13点として、簡易的に10点以下を異常と考えた。

結 果

患者数は60歳代が45人、70歳代が25人、80歳代が11人、90歳代が1人であり、患者背景で60歳代と70歳代の比較では70歳代でⅢ期以上の患者の割合が多い傾向があった。

60歳代、70歳代を比較すると、標準手術の施行割合（43/45人、23/25人）、術後の入院日数を延長した割合（4/45人、4/25人）、術後合併症の頻度（5/45人、4/24人）、術後化学療法による有害事象の頻度（9/23人、5/9人）で有意差を認めなかった。80歳代で結果的に標準治療であった患者は1/11人のみであった。G8スコアの中央値は、60歳代で12点、70歳代では11点

であり有意差はなかった。80歳以上では9.5点と、80歳未満と比較すると優位に低かった（図1）。手術未施行群と、80歳未満の標準治療未施行群では、G8の値が10点以下の異常が多かった。60～70歳代の標準治療を施行した患者では、入院日数の延長の有無、術後合併症の有無、化学療法の有害事象の有無によるG8スコアの有意差を認めなかった（図2）。

考 察

60歳代と70歳代では標準治療施行割合、入院延長の割合、術後合併症および化学療法の有害事象の頻度はいずれも有意差を認めず、70歳代と60歳代を同等に治療していることは妥当と考えられた。80歳代や基礎疾患を考慮し手術を回避した例では、G8スコアは低く、手術加療に対する目安になる可能性がある。しかし、標準治療を施行した60歳代と70歳代では術後合併症、入院延長、化学療法の有害事象の有無でG8スコアには有意差はなく、G8は治療による合併症の予測には不十分と考えられた。ただし、G8よりも多数の項目を評価したCGAでは治療合併症の予測や予後予測に有用との報告もあり^{1,2)}、G8に他の評価項目を追加することで治療合併症を簡易に予測できる可能性がある。今回の調査では、80歳代の多くが標準治療を施行しておらず、術後合併症に関しては評価困難であるが、これまでの報告では高齢者に対しての

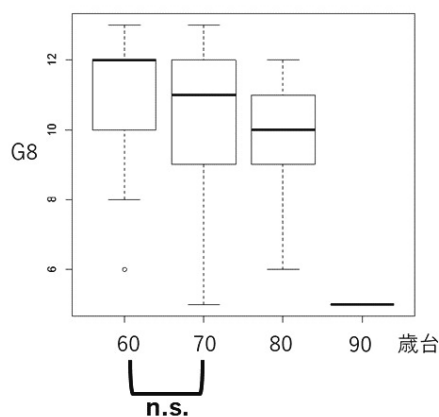


図1 年台とG8スコア
60歳台と70歳台のG8スコアは有意差なく、80歳以上では、80歳未満と比較してG8に有意差はないが、低い傾向があった。

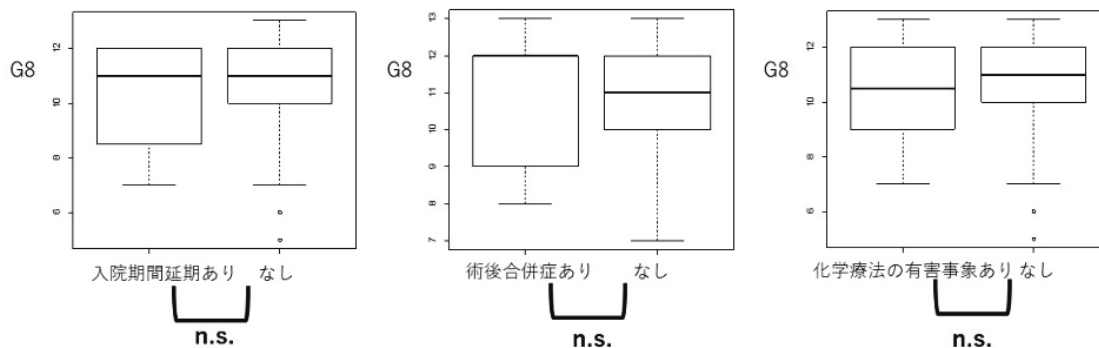


図2 治療合併症とG8スコア
60歳代・70歳代の標準治療を施行した患者では、入院日数の延長の有無、術後合併症の有無、化学療法の合併症の有無のいずれの群でも、G8スコアに有意差はなかった。

手術加療・化学療法や放射線治療も、非高齢者と比較して大きく合併症を増やすことなく施行可能とする報告^{3,4,5)}や高齢者においてもハイリスク群ではリンパ節郭清が予後を改善させるという報告がある⁶⁾。高齢者に対し適切な強度の治療を選択するための指標が必要である。

結 語

G8は高齢者に対する治療方針を決定するための有用な指標となる可能性があるが、後方視検討からは治療合併症の予測する手段としては不十分であった。高齢者の多様性を評価し、適切な治療が選択できるような簡易スクリーニングツールの開発が期待される。

参考文献

- 1) Corre R, Greillier L, Le Caër H, et al. : Use of a Comprehensive Geriatric Assessment for the Management of Elderly Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer : The Phase III Randomized ESO GIA-GFPC-GECP 08-02 Study. *J Clin Oncol*, 34 : 1476-1483, 2016.
- 2) Michaan N, Park SY, Lim MC, et al. : Comprehensive geriatric assessment is correlater to overall survival among gynaecologic oncology patients. *Jpn J Clin Oncol*, 50 (3) : 276-281, 2020.
- 3) Bishop EA, Java JJ, Moore KN, et al. : Surgical outcome among elderly women with endometrial cancer treated by laparoscopic hysterectomy : A NRG/Gynaecologic Oncology Group Study. *Am J Obstet Gynecol*, 218 : 109. e1-109. e11, 2018.
- 4) Clark LH, Jackson AL, Gehrig PA, et al. : Adjuvant Treatment and Clinical Trials in Elderly Patients With Endometrial Cancer : A Time for change?. *Int J Gynecol Cancer*, 26 : 282-289, 2016.
- 5) Fiorentino A, Chiumento C, Fusco V : Do comorbidity influences acute toxicity and outcome in elderly patients with endometrial cancer treated by adjuvant radiotherapy plus brachytherapy? *Clin Transl Oncol*, 15 : 665-669, 2013.
- 6) Racin A, Raimond E, Bendifallah S, et al. : Lymphadenectomy in elderly patients with high-intermediate-risk, high-risk or advanced endometrial cancer : Time to move from personalized cancer medicine to personalized patient medicine! *Eur J Surg Oncol*, 45 : 1388-1395, 2019.

70歳以上の子宮体がん症例の検討

信田 侑里, 天野 創, 笠原 恭子, 西村 宙起
樋口 明日香, 出口 真理, 中村 暁子, 村頭 温, 木村 文則, 村上 節
滋賀医科大学産科学婦人科学講座

The outcome of reduced treatment in elderly patients with uterine corpus cancer

Yuri NOBUTA, Tsukuru AMANO, Kyoko KASAHARA, Hiroki NISHIMURA
Asuka HIGUCHI, Mari DEGUCHI, Akiko NAKAMURA, Atsushi MURAKAMI
Fuminori KIMURA and Takashi MURAKAMI
Department of Obstetrics and Gynecology, Shiga University of Medical Science

緒 言

高齢の悪性腫瘍患者では身体機能の低下や併存症などによりリンパ節郭清や術後補助療法等の治療を省略することがある。このような縮小治療が予後にどのような影響を与えるかについては明らかではない。高齢子宮体がん患者に縮小治療を行った場合、どのような患者群の予後に影響が大きいのか考察することを目的として本検討を行った。

方 法

2000年1月から2020年12月までに当院で病理学的に子宮体がんと診断された症例のうち初回治療時70歳以上のものを対象とした。術前進行期I・II期（早期がん）、III・IV期（進行がん）それぞれについて標準治療群と縮小治療群に分け、臨床経過を後方視的に検討した。TypeI（類内膜癌G1・G2）かつIA期では手術（単純子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清術）が、TypeII（類内膜癌G1・G2以外）あるいは組織型によらずIB～III期の癌症例では手術（単純子宮全摘術、両側付属器切除術、後腹膜リンパ節郭清術）と化学療法が、癌IV期・肉腫では手術と化学療法が行われているものを標準治療群とした。

結 果

対象症例は55例で早期がんは43例（I期37例、II期6例）、進行がんは12例（III期9例、IV期3例）であった（表1）。術前診断が早期がんで術後にリンパ節転移陽性のために進行がんと診断された症例はなかった。

早期がんでは標準治療群21例中再発は0例であったが、縮小治療群22例中4例（18%）が再発・原病死していた（表2）。進行がんでは標準治療群7例中6例（85%）、縮小治療群5例中2例が再発・原病死した。

表1 臨床進行期別症例数

	標準治療	縮小治療	合計
I期	18	19	37
II期	3	3	6
III期	5	4	9
IV期	2	1	3
合計	28	27	55

表2 再発・原病死した症例数と割合

	標準治療	縮小治療
早期がん	0 (0%)	4 (18%)
進行がん	6 (85%)	2 (40%)

早期がんにおいて、年齢は縮小治療群で有意に高く（中央値71歳 vs 78歳， $p < 0.05$ ），追跡期間は標準治療群で長かった（中央値60か月 vs 25か月， $p < 0.05$ ）（表3）。また、心不全、腎不全、脳血管疾患などの重篤な併存症は縮小治療群で有意に多かったが、TypeI内膜癌の割合や、I期の割合に差は認めなかった。

早期がんの縮小治療群で再発・原病死した4例の臨床進行期はIB～II期であった。4例のうち3例はTypeII内膜癌であったが、類内膜癌

G2の症例も1例含まれていた（表4）。治療を縮小した理由が高齢，耐糖能異常，統合失調症，心不全，糖尿病，輸血拒否であった。4例のrecurrent free survival (RFS) は3～31か月，overall survival (OS) は14～57か月であった（図1，2）。

IB～II期の症例は標準治療群5例，縮小治療群16例であり，そのうちTypeI内膜癌は標準治療群1例，縮小治療群6例であった（表5）。

表3 早期がんの患者背景

	標準治療	縮小治療	
年齢(中央値)	71歳	78歳	$p < 0.05$
追跡期間(中央値)	60か月	25か月	$p < 0.05$
組織型	類内膜癌G1,G2	11	n.s.
	上記以外	10	
進行期	I	18	n.s.
	II	3	
重篤な併存症	あり	0	$p < 0.05$
	なし	21	

表5 IB期～II期症例の組織型

	標準治療	縮小治療
類内膜癌G1、G2	1	6
上記以外	4	10

表4 早期がん縮小治療群で再発・原病死した4症例

	縮小治療の内容	縮小した理由	再発部位	RFS	OS
85歳 類内膜癌G3、II期	リンパ節郭清なし 術後化学療法なし	高齢	骨盤リンパ節	3か月	14か月
77歳 類内膜癌G3、IB期	リンパ節郭清なし 術後化学療法なし	耐糖能異常 統合失調症	肺	8か月	28か月
78歳 類内膜癌G2、II期	リンパ節郭清なし 術後化学療法なし	心不全 糖尿病	骨盤リンパ節	16か月	31か月
79歳 漿液性+明細胞癌、IB期	リンパ節郭清なし	輸血拒否	肺	31か月	57か月

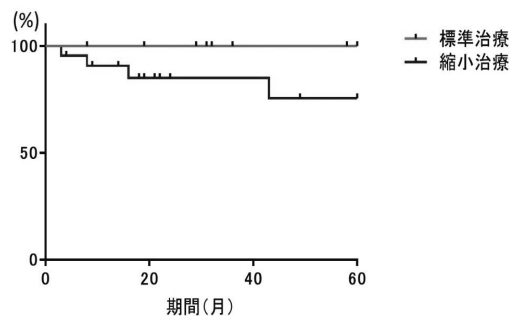


図1 早期がん症例のrecurrent free survival (RFS)

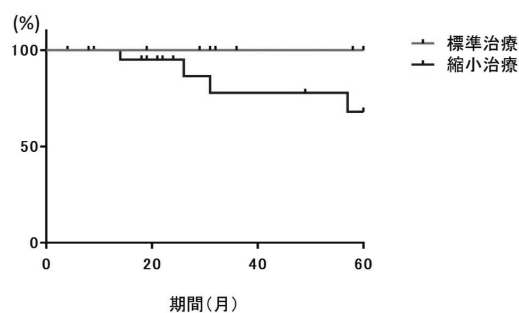


図2 早期がん症例のoverall survival (OS)

考 察

高齢の早期がんでは標準治療群が全例無病生存していた一方で、縮小治療群で再発・原病死を認めており、これらはすべて臨床進行期IB～II期の症例であったことから、IB～II期についてはできる限り標準治療を行うことで予後が改善される可能性があると考え、一方、IA期は縮小治療群でも1例も再発を認めず、また

進行がんでは標準治療を行っても原病死に至る症例が多かったことから、これらの症例では標準治療が予後に与える影響は小さいと考えられた。

結 論

本検討からはIB～II期の症例が最も標準治療を行う意義が大きいと推察された。

70歳以上の子宮体癌患者での術前、術中診断と術後診断の不一致の頻度と その後の治療選択に関する後方視的検討

前田 通 秀, 海 野 ひ か り, 角 田 紗 保 里, 渡 辺 正 洋

久 毅, 太 田 行 信, 上 浦 祥 司

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター

Accuracy of preoperative and intraoperative diagnosis in predicting the final pathological diagnosis of endometrial cancer in the elderly women and its impact of future treatment option

Michihide MAEDA, Hikari UNNO, Sahori KAKUDA, Masahiro WATANABE

Tsuyoshi HISA, Yukinobu OTA and Shoji KAMIURA

Department of Gynecologic Oncology, Osaka International Cancer Institute

背 景

子宮体癌では術前、術中のStageや組織型で術式が決定される。症例に応じてリンパ節摘出術が省略されるが、術後診断で過剰治療、治療不足となる場合がある。また、高齢子宮体癌患者では基礎疾患等の理由で省略される傾向にある。リンパ節摘出術は正確な病期診断において重要であると考えられるが、どの程度の割合で高齢子宮体癌患者に対してリンパ節摘出術が行われているかの報告は限られている。今回われわれは、当院での高齢子宮体癌患者に対する術前・術中診断と術後診断の一致率とその結果が治療選択に与える影響、リンパ節摘出の実施率等に関して検討を行った。

方 法

大阪国際がんセンター婦人科で、2012年1月から2019年12月の間に初回手術治療を行った70歳以上のStage I-IIIC期の子宮体癌患者56例を後方指摘に検討した。当院ではMayo clinic criteria¹⁾を参考に術前、術中診断で組織型が確定できない症例または類内膜癌G1/G2かつStage IAの場合にリンパ節摘出を省略し、この定義を満たさない場合にはリンパ節摘出を行

っている。この基準を元に過剰治療、治療不足、リンパ節摘出の実施率について検討した。

結 果

年齢の中央値は74歳（範囲：70～86歳）、平均BMIは24.0kg/m²、経産婦が50例（89.3%）、基礎疾患は34例（60.7%）に認め、高血圧が19例（33.9%）、糖尿病が4例（7.1%）であった。観察期間の中央値は48カ月（1～100カ月）であった。術中迅速病理診断は40例（71.4%）で実施された。術前、術中StageはStage IAが36例（64.3%）、Stage IBが19例（33.9%）、Stage IIIC1が1例（1.8%）であった。Type1を類内膜癌G1/G2、Type2を類内膜癌G3、非類内膜癌として、術前、術中診断でType1が32例（57.1%）、Type2が21例（37.5%）、組織型の確定が術前、術中に困難な症例が3例（5.1%）であった。術後StageはStage IA期が37例（66.1%）、Stage IB期が14例（25.0%）、Stage IIIC1期が5例（8.9%）であった。術後診断でType1が30例（53.6%）、Type2が26例（46.4%）であった。術前、術中の筋層浸潤1/2未満の正診率は87.5%、筋層浸潤1/2以上の正診率は76.2%、術前、術中のType1の正診率は87.5%、Type2の正診率は90.5%で

あった。骨盤リンパ節摘出術は28例（50％）で、傍大動脈リンパ節摘出術は10例（17.9％）で実施されていた。上記の基準で評価した結果、25例が術前、術中にリンパ節摘出が省略可能とされ、術後2例で筋層浸潤1/2以上、7例で術後診断が特殊型で、25例中9例（36％）が治療不足であった。治療不足の9例のうち2例が再手術で骨盤、傍大動脈リンパ節摘出を、5例が化学療法を2例が経過観察を行った。この9例の観察期間の中央値は20カ月（1～29カ月）、全ての症例で術後再発を認めなかった。31例が術前、術中にリンパ節摘出が必要とされ、27例（87％）で骨盤リンパ節郭清を10例（32％）で傍大動脈リンパ節郭清を行った。術後4例が筋層浸潤1/2未満で、過剰治療となった。術後病理検査結果で骨盤、傍大動脈リンパ節摘出が必要とされた患者は36例であり、36例中23例（63.9％）で骨盤リンパ節摘出を、9例（25％）で骨盤、傍大動脈リンパ節摘出を実施した。

考 察

今回の検討により高齢子宮体癌患者において一定の割合で術前、術中診断と術後診断での乖離があり、過剰治療、治療不足となる例があること、リンパ節摘出が術前に必要とされる症例においても特に傍大動脈リンパ節摘出術が省略される傾向があることがわかった。全年齢の子宮体癌患者を対象とした研究を参考によると、Type1の正診率は94％、Type2の正診率は76％であった²⁾。他の報告では、類内膜癌の正診率は97.2％であるが非類内膜癌の正診率は59％であった³⁾。また筋層浸潤1/2未満の正診率は87～92％、筋層浸潤1/2以上の正診率は44～77.1％であった^{2,3)}。報告によってばらつきはあ

るが、一定の割合で術前、術中評価との乖離があることがわかり、過去の報告と比較して当院の正診率は同程度であることがわかった。また、高齢患者に対するリンパ節摘出に関しての過去の報告で、75歳以上、65歳から80歳未満、80歳以上での報告があり、それぞれ骨盤リンパ節摘出術の実施率が44％、79％、51％、傍大動脈リンパ節摘出術が9％、9％、2％であった（表1）^{4,5)}。当院では骨盤、傍大動脈リンパ節摘出が必要とされる症例の約40％で、骨盤リンパ節摘出が75％で傍大動脈リンパ節摘出が省略されていた。過去の報告からはどのような症例で実施、省略されていたかの詳細に関しては判然としなかった。過去の報告でも骨盤、傍大動脈リンパ節摘出術は術前、術中診断によらず省略される場合が多く、当施設でも省略される場合が多くみられた。

結 論

高齢子宮体癌患者における術前、術中診断と術後診断の一致率、リンパ節摘出の実施率に関して検討を行った。当院での高齢子宮体癌患者では術後にType2と診断される症例により治療不足となる場合が多かった。しかし多くの症例で術前、術中評価にかかわらず、リンパ節摘出術、とくに傍大動脈リンパ節摘出術が省略されていた。全年齢における子宮体癌患者での傍大動脈リンパ節摘出術は後方視的検討では治療的意義があるとされている⁶⁾。しかし、高齢子宮体癌患者における治療的意義に関しては今後の検討課題と考えられる。過去の報告でも当院での管理と同様、多くの場合で傍大動脈リンパ節摘出術を省略されており、当院での治療方針は許容され则认为られた。

参考文献

- 1) Milam MR, Java J, Walker JL, et al. : Nodal metastasis risk in endometrioid endometrial cancer. *Obstet Gynecol*, 119 (2 Pt 1) : 286-292, 2012.
- 2) Mandato VD, Torricelli F, Mastrofilippo V, et al. : Accuracy of preoperative endometrial biopsy and intraoperative frozen section in predicting the final

表1 高齢者におけるリンパ節摘出の実施率の比較

	年齢	リンパ節摘出率	
		骨盤	傍大動脈
Kuoal, et al.	75歳以上	44%	9%
Poupon C, et al.	65-80歳	79%	9%
	80歳以上	51%	2%
自験例	70歳以上	50%	17.9%

- pathological diagnosis of endometrial cancer. *Surg Oncol*, 35 : 229-235, 2020.
- 3) Santoro A, Piermattei A, Inzani F, et al. : Frozen section accurately allows pathological characterization of endometrial cancer in patients with a preoperative ambiguous or inconclusive diagnoses : our experience. *BMC Cancer*, 19 (1) : 1096, 2019.
 - 4) Koual M, Ngo C, Girault A, et al. : Endometrial cancer in the elderly : does age influence surgical treatments, outcomes, and prognosis? *Menopause*, 25(9) : 968-976, 2018.
 - 5) Poupon C, Bendifallah S, Ouldamer L, et al. : Management and Survival of Elderly and Very Elderly Patients with Endometrial Cancer: An Age-Stratified Study of 1228 Women from the FRANCOGYN Group. *Ann Surg Oncol*, 24 (6) : 1667-1676, 2017.
 - 6) Todo Y, Kato H, Kaneuchi M, et al. : Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study) : a retrospective cohort analysis. *Lancet*, 375 (9721) : 1165-1172, 2010.

高齢者子宮体がん患者の治療に関する検討

山下 優, 渡邊 亜矢, 青山 幸平, 辻 哲朗

黒星 晴夫

京都府立医科大学附属北部医療センター産婦人科

Examination of the treatment for elderly patients with endometrial cancer

Suguru YAMASHITA, Aya WATANABE, Kouhei AOYAMA, Tetsuro TSUJI

and Haruo KUROBOSHI

Department of Obstetrics and Gynecology, North Medical Center Kyoto Prefectural University of Medicine

緒 言

日本国内の高齢化率は年々上昇してきており、令和2年版高齢社会白書における2019年10月1日時点での高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は28.4%に達している。当院が位置する丹後医療圏は、高齢化率が37.0%と全国や京都府内と比較しても非常に高く、70歳以上の高齢がん患者の割合も多い^{1,2)}。高齢がん患者への治療を行う機会が増加しているが、高齢者ではがん治療における合併症発症リスクが高く標準治療を行えない場合もあり、治療方針に難渋することも多い。

子宮体がんは子宮体部原発の悪性腫瘍で、上皮性腫瘍と間葉系腫瘍とに分類され50～60歳代を罹患率のピークとするが、近年は年齢に関係なく増加傾向にある。子宮体がんの治療の第一選択は子宮全摘・両側付属器切除術を基本とした手術療法であるが、高齢者や重篤な併存疾患を有する患者の場合は、治療法の選択に際し、術後合併症および化学療法の副作用個々の症例ごとに十分に検討する必要がある³⁻⁵⁾。

当院で治療した子宮体がん患者年齢による治療法に差異に関して、後方視的に比較検討した。

対象と方法

2015年4月から2020年7月までに当院で治療を行った子宮体がん症例32例を対象とし、高齢群

は発症時70歳以上、若年群は70歳未満とした。既往歴、病期、組織型、手術内容、化学療法の有無および薬剤量減量の有無、有害事象出現の有無、再発の有無を比較検討した。t検定、 χ^2 乗検定、およびFisherの正確確率検定を用いた。

結 果

若年群の平均年齢は 56.4 ± 7.2 歳、高齢群は 78.0 ± 3.6 歳であった。合併症や組織型等では有意差を認めなかった。若年群・高齢群共に標準術式（拡大子宮全摘術、または広汎子宮全摘術および両側付属器切除術）施行例が多く、術式には有意差を認めなかった。再発中リスク以上の術後化学療法が推奨される群で化学療法の施行に関して有意差を認めた（ $p = 0.005$ ）が、中リスク群のみで有意差を認め（ $p = 0.028$ ）、高リスク群のみでは有意差を認めなかった。副作用・合併症率や投与量減量について有意差を認めなかった。治療後再発も有意差を認めなかった（表1）。

考 察

悪性腫瘍の平均発症年齢は、現在の日本では60歳を超えており、がん病死の85%が65歳以上である⁶⁾。海外では高齢がん患者を対象とする薬物療法ガイドライン等に則り治療することが推奨され⁷⁻⁹⁾、日本でも2019年に日本癌治療学

表1 当院における過去5年間の子宮体がん患者における若年・高齢群の検討

stage	I, II	III, IV		術式	AEH or ARH	ATH	
高齢群	10	1	N.S.	高齢群	10	0	N.S.
若年群	14	7	N.S.	若年群	16	3	N.S.
組織型	Type 1	Type 2		既往歴	あり	なし	
高齢群	6	4	N.S.	高齢群	4	7	N.S.
若年群	12	5	N.S.	若年群	11	10	N.S.
高リスク群のみ	化学療法あり	化学療法なし		中リスク以上	化学療法あり	化学療法なし	
高齢群	2	3	N.S.	高齢群	2	7	0.005
若年群	7	2	N.S.	若年群	10	2	0.005
化学療法有害事象	あり	なし		中リスク群のみ	化学療法あり	化学療法なし	
高齢群	0	2	N.S.	高齢群	0	4	0.028
若年群	2	7	N.S.	若年群	4	0	0.028
化学療法	減量あり	減量なし		再発	あり	なし	
高齢群	1	2	N.S.	高齢群	1	10	N.S.
若年群	2	7	N.S.	若年群	1	19	N.S.

会および日本臨床腫瘍学会によってガイドラインが作成され、薬物療法前に高齢者機能評価を推奨するとして¹⁰⁾。しかし、現状では悪性腫瘍の手術前評価はそれぞれの施設に委ねられている。子宮体がんは外科的切除が第一選択であるが、各症例の術式選択は施設間の差が大きい⁵⁾。われわれの施設では、子宮体がんに対する基本術式は拡大子宮全摘出術としている。今回対象とした32症例もおおのにおいて評価し手術強度を決定したが、若年高齢間で手術内容に明らかな差を認めなかった。精神疾患・肥満症合併では術後合併症発症率が上昇するという報告があるが⁶⁾、耐術能があると判断できれば高齢であっても拡大子宮全摘出術を標準術式とした手術を施行できる可能性があり、今後さらなる症例集積による適切な手術療法の検討が必要である。また、国際老年腫瘍学会 (International society of geriatric oncology : SIOG) では65歳以上の高齢担癌患者の治療を行う際には、①Fit、②Vulnerable、③Frailの3つに分類し、高齢者総合的機能評価等で評価することで有害事象減少や全生存期間延長・健康関連QOL改善等をはかることを推奨してい

る^{11,12)}。本検討では、高齢群で耐術能はあるが合併症等でVulnerableに分類される患者が多く、side effect発生リスクを考慮したため術後化学療法は未施行を選択した例が多かった。他科における高齢担がん患者に対する治療選択の報告では、施行前に客観的に患者状態を評価した方が長期予後を適切に選択できる可能性が示されており¹³⁻¹⁵⁾、今後は当科でも高齢担がん患者の治療を行う前に高齢者機能評価等の客観的な評価尺度の導入を検討していく必要がある。当院における子宮体がん症例は2015年4月から2019年3月までは8件、2019年4月から2020年7月までは24件と急増しており、治療後の観察期間が短い症例が多く、長期予後や再発率に関して今後さらなる追跡と検討が必要である。

結 語

当院における高齢子宮体がん患者に対する治療内容の検討を行ったが、手術方法は若年群と比較しても差は認めず、術後化学療法も高齢であってもQOLを損なうことなく施行できた。高齢担がん患者の治療選択に関しては高齢者総合的機能評価や高齢者機能評価といった客観的

な評価を行うことで、治療施行前により個別化した最適な治療選択ができ、高齢者でも安全に標準治療が施行できる可能性が示唆されるため、こうした機能評価尺度の導入の検討を行ったうえで、今後のさらなる追跡が必要である。

参考文献

- 1) 令和2年度版高齢社会白書。内閣府：https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf_index.html（参照2020-20-06）
- 2) 数字で知る丹後。京都府：<http://www.pref.kyoto.jp/tango/ho-tango/toukei.html>（参照2020-10-06）
- 3) 吉川史隆，平松祐司，大須賀穰：産婦人科疾患 最新の治療 2019-2021。南江堂，東京，pp243-252，2019。
- 4) 杉山 徹，大須賀穰，宮城悦子：婦人科診療ハンドブック。中外医学社，東京，pp298-329，2014。
- 5) 日本婦人科腫瘍学会：子宮体がん治療ガイドライン2018年版。金原出版，東京，pp64-165，2018。
- 6) 吉田好雄：高齢者婦人科癌治療における現状と問題点。日婦腫瘍会誌 38（2）：83-89，2020。
- 7) Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, et al : Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy : ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *J Clin Oncol*. 36 : 2326-2347, 2018.
- 8) NCCN Guidelines version2. 2019 Older Adult Oncology.
- 9) Schrijvers D, Aapro M, Zakotnik B, et al. : ESMO handbook of cancer in the senior patient. Informa healthcare/ 2010.
- 10) 日本臨床腫瘍学会，日本癌治療学会（編）：高齢者のがん薬物治療法ガイドライン。南江堂，東京，pp2-6，2019。
- 11) Yoshida Y : Current treatment of older patients with recurrent gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 31 : 340-344, 2019.
- 12) Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, et al. : Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging*, 9 : 1645-1660, 2014.
- 13) 高松 泰：高齢者によくみられるがん薬物療法 5) 悪性リンパ腫。 *Geriatr Med*, 54（12）：1269-1273，2016。
- 14) Tsubaki Y, Shiratsuki Y, Okuno T, et al. : Prospective clinical trial evaluating vulnerability and chemotherapy risk using geriatric assessment tools in older patients with lung cancer. *Geriatr Gerontol Int*, 19（11）：1108-1111, 2019.
- 15) 小林 智：高齢者膀胱癌に対する化学療法—包括的高齢者機能評価と治療戦略—。胆と膀胱，38（8）：789-793，2017。

70歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療法に関する検討

西岡 和弘¹⁾, 松岡 基樹¹⁾, 福井 寛子¹⁾, 岸本 佐知子¹⁾

若狭 朋子²⁾, 金山 清二¹⁾, 大井 豪一¹⁾

1) 近畿大学奈良病院産婦人科

2) 同病理診断科

Discussion of treatment methods for elderly patients with endometrial cancer over 70 years old

Kazuhiro NISHIOKA¹⁾, Motoki MATSUOKA¹⁾, Hiroko FUKUI¹⁾, Sachiko KISHIMOTO¹⁾

Tomoko WAKASA²⁾, Seiji KANAYAMA¹⁾ and Hidekazu OOI¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Kindai University Nara Hospital

2) Department of Pathology, Kindai University Nara Hospital

背 景

わが国では食事の欧米化, 晩婚化や少子化による影響など子宮体がんは近年増加傾向にある。また高齢化社会となった現代では70歳以上の子宮体がん患者に遭遇することはまれではない。高齢者では身体機能の低下や糖尿病・心疾患等の合併症の存在を理由に, 積極的治療を避ける場合もありうる。

目 的

当院では子宮体がんの治療方針に関して年齢を区分とした明確な基準はない。80歳以上では

縮小手術を施行する傾向にある。また80歳以上では術後補助化学療法を省略する場合もある。年齢が手術療法や化学療法などの治療法に影響を及ぼすか検討した。

方 法

2015年1月から2019年12月までの期間で当科治療を施行した子宮体がん症例は80症例あり, このうち70歳未満は70症例, 70歳以上は10症例であった。70歳未満をA群と70歳以上をB群とし, ①再発の有無, ②初回化学療法の減量の有無, 途中で減量の有無, ③血液毒性の有無, 非

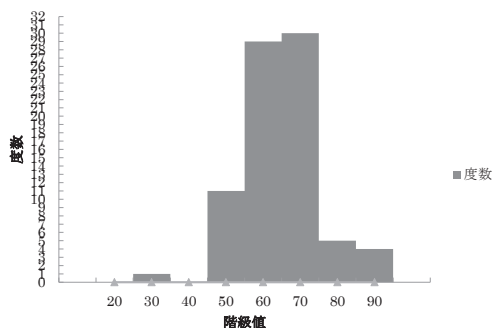


図1 年齢 (グラフ1)

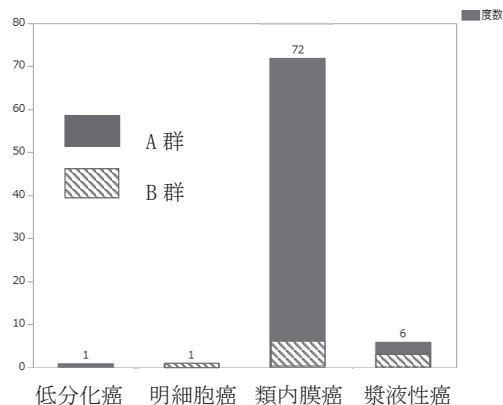


図2 組織診断 (グラフ2)

血液毒性の有無, ④手術療法の縮小の有無, 化学療法省略の有無, ⑤基礎疾患の有無, ⑥入院時の転倒転落スコアの有無, 術後せん妄の有無に関して, A群・B群間での差を χ^2 検定にて検討し有意水準は5%とした。

結 果

当院の症例内訳, 図1に提示しているように年齢分布は平均は60歳, 中央値は60歳, 最頻値は50歳であった。図2に提示しているように組織型は, 類内膜癌が90%を占めていた。漿液性癌ではB群が半数の3例を占めていた。

①再発の有無 A群では「なし」が60症例, 「あり」が10症例で, B群では「なし」が9症例, 「あり」が1症例で, P値は0.585であった。

②-1 初回化学療法の減量 A群では「あり」が0症例, 「なし」が36症例で, B群では「あり」が1症例, 「なし」が4症例で, P値は0.250であった。

②-2 途中化学療法の減量 A群では「あり」が14症例, 「なし」が22症例で, B群では「あり」が3症例, 「なし」が2症例で, P値は0.335であった。

③-1 好中球減少G4 A群では「あり」が15症例, 「なし」が21症例で, B群では「あり」が1症例, 「なし」が4症例で, P値は0.341であった。

③-2 Hb減少G3以上 A群では「あり」が1症例, 「なし」が35症例で, B群では「あり」が0症例, 「なし」が5症例で, P値は0.878であった。

③-3 血小板減少G3以上 A群では「あり」が2症例, 「なし」が34症例で, B群では「あり」が1症例, 「なし」が4症例で, P値は0.965であった。

③-4 末梢神経障害G3以上 A群では「あり」が6症例, 「なし」が30症例で, B群では「あり」が1症例, 「なし」が4症例で, P値は0.965であった。

④-1 手術療法の縮小 A群では「なし」が2症例, 「あり」が68症例で, B群では「なし」が7症例, 「あり」が3症例で, P値は0.0127であった。

④-2 化学療法の省略 A群では「あり」が3症例, 「なし」が67症例で, B群では「あり」が3症例, 「なし」が7症例で, P値は0.0236であった。

A群の3例のうち, 2例は化学療法を拒否, 1例は心房細動・脳梗塞・糖尿病の基礎疾患あり, B群の3例のうち, 1例は化学療法を拒否, 1例は86歳と高齢, 1例は胃癌・直腸癌の既往あり。

⑤基礎疾患 A群では「あり」が9症例, 「なし」が61症例で, B群では「あり」が5症例, 「なし」が5症例で, P値は0.0123であった。

⑥-1 入院時のⅢ以上の転倒転落スコア A群では「あり」が10症例, 「なし」が60症例で, B群では「あり」が3症例, 「なし」が7症例で, P値は0.948であった。

⑥-2 術後せん妄 A群では「あり」が0症例, 「なし」が70症例で, B群では「あり」が2症例, 「なし」が8症例で, P値は0.0142であった。

考 察

統計学的に有意差を認めたのは, 手術療法の縮小の有無, 化学療法省略の有無, 基礎疾患の有無, 術後せん妄の有無の4項目であった。

手術療法による侵襲性を考慮して, 高齢者において手術療法を縮小した症例が存在したため差が出たと考える。

化学療法の有害事象の出現を考慮し高齢者では省略する傾向にある。

年齢が上昇するにつれて基礎疾患をもつ割合が増加する。

術後せん妄が高齢者では多く見られた。

血液毒性の有無, 非血液毒性の有無に関して年齢は関係ないように推測された。初回化学療法の減量の有無, 途中で減量の有無に関しても年齢は関係しないようである。

結 論

70歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療法に関して検討した。統計学的に有意差を認めたのは, 手術療法の縮小の有無, 化学療法省略の有無, 基礎疾患の有無, 術後せん妄の有無の4つの項目であった。血液毒性の有無, 非血液毒性の有無に関して年齢は関係ないと推測され個々対応が必要である。術後せん妄は高齢者では出やすい傾向にあり対策が必要である。

高齢者子宮体癌に対する腹腔鏡手術の有用性

田 中 智 人, 太 田 裕, 西 江 瑠 璃, 上 田 尚 子
宮 本 瞬 輔, 寺 田 信 一, 古 形 祐 平, 藤 原 聡 枝
田 中 良 道, 恒 遠 啓 示, 佐 々 木 浩, 大 道 正 英
大阪医科薬科大学産婦人科学教室

Laparoscopic hysterectomy for elderly patients with endometrial cancer

Tomohito TANAKA, Hiroshi OHTA, Ruri NISHIE, Shoko UEDA
Shunsuke MIYAMOTO, Shinichi TERADA, Yuhei KOGATA, Satoe FUJIWARA
Yoshimichi TANAKA, Satoshi TSUNETOH, Hiroshi SASAKI and Masahide OHMICHII
Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Medical and Pharmaceutical University

背 景

本邦での子宮体癌は, 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍登録2018年患者年報¹⁾によると, I~IV期で計11230例が登録されている。これらのうち, 70歳以上の高齢者は2486症例登録されており, 全体の22.1%を占める。子宮体癌に対しては手術療法が選択されることが多いが, 高齢者に対しては全身状態や年齢などの考慮が必要で, 治療選択に苦慮する場合がある。

目 的

高齢者子宮体癌患者に対する腹腔鏡手術の有用性について検討する。

方 法

2006年から2019年に子宮内膜癌I期およびII期に対して子宮全摘出術を施行した706例の予後を年齢および術式に分けて比較検討した。

表1 子宮全摘出後の子宮体癌患者背景

Number of patients	707
Age (years)*	58.1 ± 10.7
BMI*	23.8 ± 4.6
Laparoscopy	277
Laparotomy	430
FIGO stage	
IA	571
IB	119
II	17
Histology	
Endometrioid G1 G2	569
Endometrioid G3	110
Clear cell carcinoma	12
Carcinosarcoma	17
Serous carcinoma	23

* According to an analysis of variance (mean ± standard deviation), BMI, body mass index; FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics

表2 子宮全摘出後の子宮体癌患者背景 (70歳未満)

	Laparoscopy (%)	Laparotomy (%)	P value
Number of patients	235	366	
Age, years*	54.2±8.8	55.8±8.3	0.03
BMI*	23.6±4.6	23.8±4.7	0.7
FIGO stage			
IA	215 (91.5)	289 (78.3)	0.04
IB	20 (8.5)	64 (17.3)	
II	0	16 (4.3)	
Histology			
Endometrioid G1 G2	219 (93.2)	278 (75.4)	<0.01
Endometrioid G3	10 (4.3)	61 (16.5)	
Clear cell carcinoma	1 (0.4)	6 (1.6)	
Carcinosarcoma	0	9 (2.4)	
Serous carcinoma	5 (2.1)	15 (4.1)	
Follow-up, months	39 (19-54)	71 (53-90)	<0.01
Recurrence	10 (4.3)	24 (6.5)	0.2

* According to an analysis of variance (mean ± standard deviation), BMI, body mass index; FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics

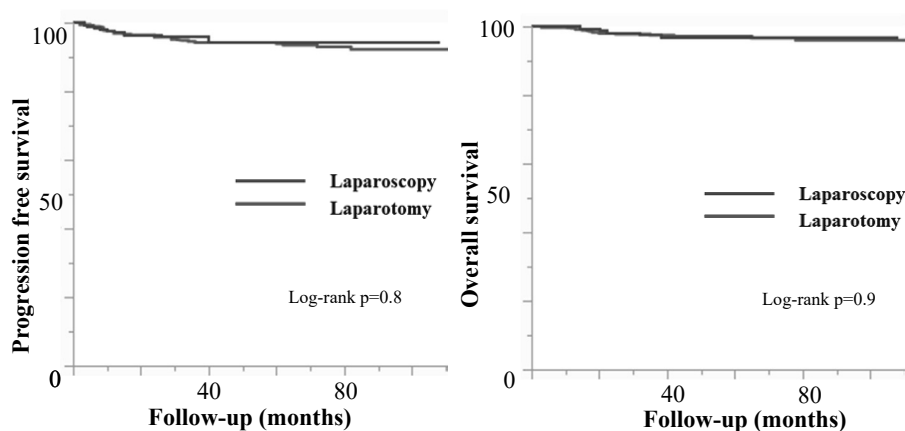


図1 70歳未満の子宮体癌患者 (子宮全摘出後の予後)

観測期間の中央値は、腹腔鏡群39カ月、開腹群71カ月であった。再発症例は、腹腔鏡群で10例 (4.3%)、開腹群で24例 (6.5%) 認めた。無病再発期間および全生存期間ともに両群間に有意差はなかった。

結 果

対象となった症例は707例で、平均年齢は58.1±10.7歳、平均BMIは23.8±4.6であった。277例は腹腔鏡で、430例は開腹術で子宮全摘出術が施行された。進行期はIA期571例、IB期119例、II期17例であった。病理組織学診断は類内膜癌G1もしくはG2が569例、G3が110例、明細胞癌が12例、癌肉腫が17例、漿液性癌が23例あった (表1)。

対象症例を70歳未満および70歳以上にわけて比較検討した。表2に70歳未満の患者背景を示す。腹腔鏡群235例、開腹群366例を比較すると、IA期の割合が91.5% vs. 78.3%, $p=0.04$ 、類内膜癌G1もしくはG2の割合が93.2% vs. 75.4%, $p<0.01$ で、腹腔鏡群では低リスク症例の割合が有意に高かった。リンパ節の評価がされていない症例が腹腔鏡群では5.5%であるのに対し開腹群では19%で、リンパ節評価の手法に両群

表3 子宮全摘出後の子宮体癌患者背景 (70歳以上)

Number of patients	235	366	
Age, years*	54.2±8.8	55.8±8.3	0.03
BMI*	23.6±4.6	23.8±4.7	0.7
FIGO stage			
IA	215 (91.5)	289 (78.3)	0.04
IB	20 (8.5)	64 (17.3)	
II	0	16 (4.3)	
Histology			
Endometrioid G1 G2	219 (93.2)	278(75.4)	<0.01
Endometrioid G3	10 (4.3)	61 (16.5)	
Clear cell carcinoma	1 (0.4)	6 (1.6)	
Carcinosarcoma	0	9 (2.4)	
Serous carcinoma	5 (2.1)	15 (4.1)	
Follow-up, months	39 (19-54)	71 (53-90)	<0.01
Recurrence	10 (4.3)	24 (6.5)	0.2

* According to an analysis of variance (mean ± standard deviation), BMI, body mass index; FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics

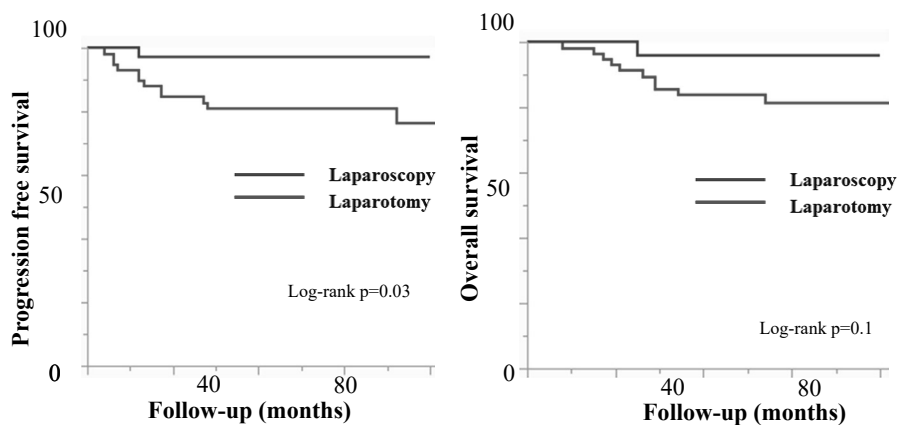


図2 70歳以上の子宮体癌患者 子宮全摘出後の予後
観測期間の中央値は、腹腔鏡群27カ月、開腹群56カ月であった。再発症例は、腹腔鏡群で1例 (2.4%)、開腹群で13例 (21.3%) 認めた。無病再発期間および全生存期間ともに腹腔鏡群は開腹群よりも有意に長かった。

間で有意な差があった。観測期間の中央値は、腹腔鏡群39カ月、開腹群71カ月であった。再発症例は、腹腔鏡群で10例 (4.3%)、開腹群で24例 (6.5%) 認めた。無病再発期間および全生存期間ともに両群間に有意差はなかった (図1)。

70歳以上の患者背景を表3に示す。腹腔鏡群42例、開腹群61例を比較すると、進行期や組織型に大きな差はなかった。リンパ節の評価がされていない症例が腹腔鏡群では7.1%であるの

に対し開腹群では39.3%で、リンパ節評価の手法に両群間で有意な差があった。観測期間の中央値は、腹腔鏡群27カ月、開腹群56カ月であった。再発症例は、腹腔鏡群で1例 (2.4%)、開腹群で13例 (21.3%) 認めた。無病再発期間および全生存期間ともに腹腔鏡群は開腹群よりも有意に長かった (図2)。

考 察

高齢者子宮内膜癌に対する腹腔鏡手術は開腹術と比較して長期予後がよかった。

本邦での子宮体癌は、日本産科婦人科学会婦人科腫瘍登録2018年患者年報¹⁾によると、I～IV期で計11230例が登録されている。これらのうち、70歳以上の高齢者は2486症例登録されており、全体の22.1%を占める。治療としては手術のみ施行された症例58.6%で、次いで手術に加え、化学療法もしくはホルモン療法が施行された症例が35.9%と報告されている。開腹術が行われたのは全体の69.6%、腹腔鏡が27.2%、ロボット手術は3.2%であった。腹腔鏡手術やロボット手術の割合は年々増加しており、とくに高齢者に対しては、低侵襲手術であるこれらの術式の評価が望まれている。

NCCNガイドライン²⁾では子宮内膜癌が子宮に局限している場合、すなわちI期およびII期の場合、開腹、経腔、腹腔鏡およびロボットを含む低侵襲手術のあらゆるアプローチが許容されるとされているが、近年は例侵襲手術が好まれると記載がある。また高齢者に対しては、腹腔鏡およびロボット手術ともに高齢になるほど周術期合併症率は増加するが、開腹術と比較すると短期予後はよいとされている³⁻⁶⁾。

本研究では症例数が少なく、患者選択のバイアスや観測期間、リンパ節の評価方法に差があるため、他施設でのさらなる検討が必要と考える。

高齢子宮内膜癌に対する腹腔鏡手術は開腹術と比較すると長期予後がよく、重要な治療方法であることが示唆された。

参考文献

- 1) 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会（委員長・八重樫伸生）：婦人科腫瘍委員会報告 2018年患者年報。
- 2) National Comprehensive Cancer Network : Uterine Neoplasm (Version 1.2021). https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf
- 3) Hotton J, Koual M, Gosset M, et al. Outcomes of robotic surgery for endometrial cancer in elderly women. *Surg Oncol*, 33 : 4-29, 2020.
- 4) Zhou L, Guo F, Li D, et al. : Short- and long-term outcomes of laparoscopic surgery for elderly patients with clinical stage I endometrial cancer. *J BUON*, 25 : 764-771, 2020.
- 5) Gallotta V, Conte C, D'Indinosante M, et al. : Robotic Surgery in Elderly and Very Elderly Gynecologic Cancer Patients. *J Minim Invasive Gynecol*, 25 : 872-877, 2018.
- 6) Bishop EA, Java JJ, Moore KN et al. : Surgical outcomes among elderly women with endometrial cancer treated by laparoscopic hysterectomy : a NRG/Gynecologic Oncology Group study. *Am J Obstet Gynecol*, 218 : 109. e1-109. e11, 2018.

第143回近畿産科婦人科学会 周産期研究部会記録

WEB配信期間：令和2年10月25日（日）～31日（土）

代表世話人：吉松 淳

当番世話人：村上 節

テーマ：「妊産婦とメンタルヘルス」 Pregnant women and mental health care

セッション I

座長：藁谷 深洋子

1. 帰省分娩先で切迫早産のため入院となった際に筋強直性ジストロフィーを指摘され、
メンタルヘルスケアに難渋した双胎妊娠の1例

福井 陽介，中野 和俊，植田 陽子，三宅 龍太，山中 彰一郎，大西 俊介，
市川 麻祐子，赤坂 珠理晃，丸山 祥代，成瀬 勝彦，川口 龍二

（奈良県立医科大学）

2. 母体心疾患，胎児心疾患の妊産婦メンタルヘルスに与える影響について

中西 篤史，月永 理恵，水野 祐紀子，塩野 入規，柿ヶ野 藍子，神谷 千津子，
岩永 直子，京本 萌，松尾 加奈，吉松 淳

（国立循環器病研究センター）

3. 当センターの精神科病棟に入院した妊婦症例の検討

加藤 恵一郎，脇本 哲，松谷 和奈，舟津 えり子，山本 佳奈，加藤 愛理，
澤田 真明，田中 博子，久保田 哲，笹野 恵，島津 由紀子，
田口 貴子，隅蔵 智子，岩宮 正，竹村 昌彦

（大阪急性期・総合医療センター）

4. 当院における精神科病棟開設後の精神疾患合併妊娠の検討

面川 渚，佐道 俊幸，村上 暉，渡辺 しおか，渡邊 恵，石橋 理子，
吉元 千陽，喜多 恒和

（奈良県総合医療センター）

5. 当院における精神疾患合併妊娠の検討

藤野 めぐみ，八木 重孝，岩橋 尚幸，中田 久実子，南條 佐輝子，溝口 美佳，
小林 彩，太田 菜美，馬淵 泰士，南 佐和子，井篁 一彦

（和歌山県立医科大学）

6. 精神科介入を伴った当院分娩症例の検討

藤田 浩平¹⁾，森内 芳¹⁾，上田 匡¹⁾，鈴木 紀子²⁾，林 晶子³⁾

（大津赤十字病院¹⁾，同公認心理師²⁾，同神経精神科³⁾）

7. 精神疾患合併妊娠223症例の後方視検討

郡山 直子, 上東 真理子, 澤井 英明, 柴原 浩章

(兵庫医科大学)

セッションII

座長: 辻 俊一郎

8. 妊産婦のメンタルヘルスにおける当院の取り組み—妊娠中に予測されなかった産後うつ病の1例

山田 一貴, 松田 淑恵, 小林 昌

(公立甲賀病院)

9. 産褥精神障害リスク因子についての検討

岩田 秋香, 藁谷 深洋子, 田中 佑輝子, 馬淵 亜希, 北脇 城

(京都府立医科大学)

10. 産後うつ病に対する取り組み

小池 真琴音, 徳川 睦美, 清田 敦子, 神野 友里, 大歳 愛由子, 石田 享相,
福田 弥生, 直居 裕和, 塚原 稚香子, 宮武 崇, 西尾 幸浩

(大阪警察病院)

11. お産に対する自己満足度とエジンバラ産後うつ自己評価との相関性についての検討

林 真麻子, 中島 正敬, 大月 美輝, 宗 万紀子, 石田 憲太郎, 奈倉 道和

(長浜赤十字病院)

12. 当院にて産後精神科に紹介した症例についての検討

中島 安紗海, 田原 三枝, 柴田 悟, 末包 智紀, 中井 建策, 植村 遼,
札幌 恵, 羽室 明洋, 三枚 卓也, 中野 朱美, 橘 大介, 古山 将康

(大阪市立大学)

13. 精神疾患合併妊娠の妊娠中・産後増悪誘因ならびに児への影響に関する検討

谷村 憲司, 施 裕徳, 内田 明子, 笹川 勇樹, 白川 得朗, 今福 仁美,
出口雅士, 山田 秀人

(神戸大学)

14. 当院における社会的ハイリスク妊娠とそのメンタルヘルスの課題

栗津 祐一朗, 今井 健至, 末光 千春, 林 雅美, 長嶋 愛子, 中川 佳代子,
田中 和東, 西尾 順子, 石河 修

(泉大津市立病院)

セッションIII

座長: 谷村 憲司

15. 産褥精神病様の症状から昏睡に陥り診断された成人発症Ⅱ型シトルリン血症の1例

田辺 優理子¹⁾, 川田 悦子¹⁾, 今竹 ひかる¹⁾, 水野 友香子¹⁾, 荻野 敦子¹⁾,
前田 振一郎¹⁾, 奥立 みなみ¹⁾, 中村 充宏¹⁾, 小池 彩美¹⁾, 山添 紗恵子¹⁾,
崎山 明香¹⁾, 松林 彩¹⁾, 林 信孝¹⁾, 田邊 更衣子¹⁾, 小山 瑠梨子¹⁾,
大竹 紀子¹⁾, 青木 卓哉¹⁾, 藤田 将平²⁾, 吉岡 信也¹⁾(神戸市立医療センター中央市民病院¹⁾, 同総合内科²⁾)

16. COVID 19感染症流行下における当院での妊産婦への対応と産後EPDSの検討

竹中 由夏¹⁾, 重根 光¹⁾, 久米川 綾¹⁾, 矢本 希夫²⁾, 谷本 敏¹⁾(和歌山労災病院¹⁾, 同女性診療科²⁾)

17. 当院における新生児薬物離脱症候群の臨床背景についての検討

山中 彰一郎, 山本 皇之祐, 福井 陽介, 植田 陽子, 三宅 龍太, 竹田 善紀,
大西 俊介, 中野 和俊, 市川 麻祐子, 赤坂 珠理晃,
丸山 祥代, 成瀬 勝彦 (奈良県立医科大学)

18. リエゾン精神科チーム導入前後における精神疾患合併妊娠の周産期予後の検討

大西 拓人, 辻 俊一郎, 桂 大輔, 星山 貴子, 全 梨花, 林 香里, 所 伸介,
喜多 伸幸, 木村 文則, 村上 節 (滋賀医科大学)

19. 当院における妊産婦メンタルヘルス管理に対する多職種連携について

中塚 聡恵²⁾, 川崎 薫¹⁾, 森内 芳¹⁾, 大須賀 拓真¹⁾, 最上 晴太¹⁾, 近藤 英治¹⁾,
万代 昌紀¹⁾ (京都大学¹⁾, 同医学部附属病院臨床心理室²⁾)

20. 治癒困難な胎児疾患を告知された妊産婦への心理的支援の実践報告

白神 美智恵¹⁾, 味村 和哉²⁾, 木村 敏啓²⁾, 遠藤 誠之²⁾, 木村 正²⁾
(大阪大学医学部附属病院保健医療福祉ネットワーク部¹⁾, 大阪大学²⁾)

21. 妊産婦とメンタルヘルスケアのアンケート調査報告

辻 俊一郎, 桂 大輔, 所 伸介, 林 香里, 全 梨花, 星山 貴子, 木村 文則,
喜多 伸幸, 村上 節 (滋賀医科大学)

22. 大阪府妊産婦こころの相談センターの歩み

五十川 智司, 金川 武司, 川口 晴菜, 石井 桂介, 光田 信明
(大阪母子医療センター)

23. 当院における社会的ハイリスク妊産婦の管理について

小西 莉奈, 大門 篤史, 布出 実紗, 澤田 雅美, 永易 洋子, 佐野 匠,
藤田 太輔, 大道 正英 (大阪医科大学)

妊産婦とメンタルヘルスケアのアンケート調査報告

辻 俊一郎¹⁾, 桂 大輔¹⁾, 所 伸介¹⁾, 林 香里¹⁾
全 梨花¹⁾, 星山 貴子¹⁾, 木村 文則¹⁾, 喜多 伸幸²⁾, 村上 節¹⁾

1) 滋賀医科大学産科学婦人科学講座

2) 滋賀医科大学臨床看護学講座（母性/助産）

Questionnaire survey report on pregnant women and mental health care

Shunichiro TSUJI¹⁾, Daisuke KATSURA¹⁾, Shinsuke TOKORO¹⁾, Kaori HAYASHI¹⁾
Rika ZEN¹⁾, Takako HOSHIYAMA¹⁾, Fuminori KIMURA¹⁾, Nobuyuki KITA²⁾ and Takashi MURAKAMI¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Shiga University of Medical Science

2) Department of Clinical Nursing, Maternal Nursing and Midwifery, Shiga University of Medical Science

緒 言

近年、東京都での監察医務院の異常死の調査から後発妊産婦死亡の第1位が自殺であり、その背景に母体の精神疾患が影響を及ぼしていることが明らかとなった¹⁾。そこで、妊産婦とメンタルヘルスケアの重要性が提唱されるようになり、日本産婦人科医会も「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」を発刊（2017年改訂）し啓発に努め、産科診療ガイドライン（2017）においてもスクリーニング法やその対応方法について記載されるようになった。そこで、2020年現在の近畿における実態を明らかにし、その現状と問題点を明らかにするためにアンケート調査を行った。

対象と方法

近畿産科婦人科学会の周産期研究部会のメーリングリストを用いて35施設にアンケート調査を行った。アンケートではその施設概要、精神疾患合併妊娠の取り扱い数、メンタルヘルスのスクリーニング方法、メンタルヘルスの支援体制についてそれぞれ質問した。

結 果

11施設からの回答を得た（回答率31.4%）。

施設背景は、総合周産期が6施設、地域周産期が4施設であり、施設の平均年間分娩数は421、NICU平均病床数は9床であった。精神科を併設している施設は10施設であり、精神科病棟も併設している施設は7施設であった。各施設で精神疾患合併妊娠の年間平均症例数は24例であった。

メンタルヘルスのスクリーニング実施施設は12施設（100%）であった。実施施行時期は妊娠中が5施設（42%）であったが、産後は12施設（100%）で行われていた（図1）。実施方法については妊娠中では独自の質問紙票が最も多く、2項目質問法、エジンバラうつ問診表（edinburgh postnatal depression scale；EPDS）がそれに続いた。産後ではEPDSが全施設で行われていた。1施設で赤ちゃんの気持ち問診表を併用していた。上記のスクリーニングで陽性であった場合の対応については「地域行政に連絡する」が最も多く、「助産師看護師による面談」がそれに続いた（表1）。

メンタルヘルスの支援体制については精神科とそれ以外との関係性に区別し質問した。精神科を併設している10施設では7施設でカンファレンスを行っていた。一方、精神科のない施設では近医に紹介していた。また、精神科への受

-実施時期(複数回答可)-		-実施方法(複数回答可)-	
妊娠中：妊娠初期	4施設	妊娠中：2項目質問法	3施設
初診時	1施設	独自の質問票	4施設
適宜	1施設	EPDS	1施設
無回答	6施設	無回答	6施設
産後：退院時	3施設	産後：EPDS	12施設
産後2週間	9施設	赤ちゃんの気持ち問診表	1施設
産後1ヶ月	11施設		

図1 メンタルヘルスクリーニングについて (全12施設)
スクリーニングは12施設すべての施設で実施されていた。

精神科との合同カンファレンス		精神科紹介へのストレスについて	
定期開催：3施設		いつも思う	1施設
不定期開催：4施設		時々思う	3施設
非開催：3施設		思わない	6施設
		無回答	2施設
無回答2施設(精神科併設なし) どのように対応しているのか？ 臨床心理士を経て他院精神科紹介 近医の精神科にTELで相談		ストレス理由について	
		受診勧奨が難しい	5施設
		受診判断が難しい	3施設
		精神科との関係が希薄	1施設

図2 メンタルヘルスの支援体制 (全12施設)
A：精神科との関係。

精神科以外の妊産婦メンタルヘルスを
支えるコメディカルは？

(複数回答可)

- ・ソーシャルワーカー 7施設
- ・リエゾン精神専門看護師 4施設
- ・精神保健福祉士 4施設
- ・母性看護専門看護師 1施設

図2 B：精神科以外との関係。

表1 スクリーニング陽性者への対応 (全12施設)

対応	施設数 (複数回答可)
地域行政に連絡	10施設
助産師看護師による面談	8施設
臨床心理士に紹介	4施設
リエゾン精神看護専門職に紹介	4施設
精神科受診の勧奨	3施設
地域の保健師に連絡	1施設

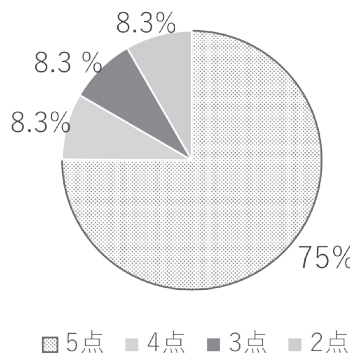


図2 C：コメディカルの支援に対する満足度
や寄与度の評価 (5点満点)。

診勧奨が難しい背景を認めた (図2A)。

精神科以外についてはソーシャルワーカーや
リエゾン精神専門看護師などの多種職連携が実
施され、それらのコメディカルに対する評価が
満点である施設が75%を占めた (図2B, C)。

考 察

調査方法がアンケート調査であり、回答施設
が少数かつ周産期センターが主であるため結果
の解釈には注意が必要であるが、回答を得たす

すべての施設でメンタルヘルスのスクリーニングが実施されており、妊娠とメンタルヘルスにおける関心の高さが伺えた。実施の時期や方法は異なる部分もあるが、産後のスクリーニングにおいてはEPDSがすべての施設で行われていた。妊娠中のスクリーニング方法については、ガイドラインに記載されている2項目や不安障害のスクリーニング方法より独自の質問紙法が多く、ガイドラインの浸透率が低いことが明らかとなり今後の検討課題とも考えられた。

スクリーニング陽性症例の対応は産科医師だけで完結せずに、他職種との連携を行い地域行政に連絡するいわゆる「切れ目のない支援」が実践されていた。コメディカルに対する貢献度を高く評価する意見が多く、妊娠とメンタルヘルスにおける多職種との連携は不可欠であると考えられる。実際に筆者らの施設において後方視的にリエゾン精神専門看護師の介入による効果を検討したところ、介入後には地域連携率が上昇しその効果を示すことができた²⁾。介入による効果も示され、ますます妊産婦メンタルヘ

ルスケアにおいて多職種連携が重視されると考えられる。今回の調査は精神科を有する施設が多くを占めたが、精神科を有さない病院であるほど妊産婦メンタルヘルスケアに携わる多職種医療者の協力は欠かせないことが予想され、診療報酬制度などとともに医療体制のさらなる整備が妊産婦メンタルヘルスケアを充実させるために必要であると考えられた。

謝 辞

調査期間が短期間にもかかわらず本アンケート調査にご回答いただきました施設の皆様に感謝いたします。

参考文献

- 1) 竹田 省：我が国の周産期メンタルヘルスの実情とその対策。日本新生児看護学会誌，24（1）：23-27，2018。
- 2) Tsuji S, Fujii K, Ando M, et al. : Impact of a Psychiatric Nurse Specialist as a Liaison for Pregnant Women with Mental Disorders. *Tohoku J Exp Med.* 253（2）：95-99, 2021.

臨床の広場

分娩時における経会陰超音波の活用法

市川 麻 祐 子

奈良県立医科大学産婦人科学教室

従来の分娩の評価について

経陰分娩では、骨盤腔を見が回旋しながら、かつ曲線を描いて下降してくる。この空間的な児頭の位置の変化を内診という主観的評価で診断しなければならない。内診診断は検者間誤差や再現性の問題があり、習得までに時間と経験を要するという特性がある。また、産瘤のある症例では矢状縫合が触れにくいことや前方前頭位など、回旋異常の症例では同じstationでも児頭の最大通過面の位置が大きく解離することがあるなど、内診による分娩進行の正確な評価は難しい場合も存在する。そこで、児頭と恥骨との関係性から分娩進行の客観的評価を行う経会陰超音波が注目されている。

経会陰超音波の歴史

経会陰超音波は、会陰部に超音波プローベを当てて走査する方法で、恥骨・膀胱・尿道・子宮・腔・肛門管などの骨盤底臓器を観察することが可能である。1980年代から、簡便かつ非侵襲的で、放射線被曝もない評価法として泌尿器科領域で注目され始めた。1990年代になると、産婦人科領域でも経会陰超音波を用いた形態的評価・診断が報告されるようになった^{1,2,3)}。2006年には、佐藤らが腔断端血腫の観察や外陰部腫瘍の診断、尿道憩室、尿失禁の評価、子宮

奇形の診断などにおいて、経会陰超音波の有用性をまとめている⁴⁾。現在では骨盤臓器脱、産科的肛門括約筋裂傷、直腸腔瘻の評価・診断など幅広い分野での利用が期待されている。

2003年にACOGが“Assessment of fetal head descent in labor with Transperineal ultrasound”というDVDを公開し、2005年にはDietzらが経会陰超音波を分娩進行の評価に用いる方法について初めて報告した⁵⁾。これ以降、内診に加えて経会陰超音波を「分娩進行の客観的評価」「安全な分娩管理」の指標として利用しようとする試みが報告されるようになった。

経会陰超音波の手技

経会陰超音波では、通常の経腹用のコンベックス型プローベを使用する。プローベにゼリーを塗った後プローベカバーをかけ、カバーの上からさらにゼリーを塗り、患者の陰唇の間に当てる(図1)。正しく評価するためには静止画像を描出する際にいくつかのコツがある。図2は分娩時における経会陰超音波の画像である。まず、患者の恥骨の全体像をしっかりと描出することが大切である。恥骨が画面上端に水平に描出されるようプローベの向きを調整する。ゲインはなるべく上げるほうがよい画像が撮れる。また患者の膀胱を空虚にしておくことも重要である。

◆ Clinical view ◆

The usage of Transperineal Ultrasound during delivery

Mayuko ICHIKAWA

Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Medical University

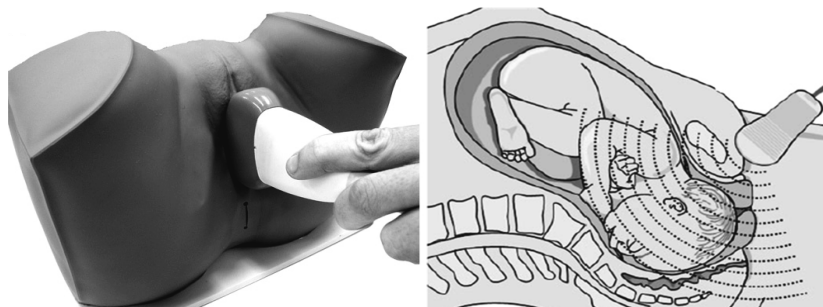


図1 経会陰超音波検査の方法

(Diez HP, et al. : Pelvic floor ultrasound : a review. AJOG, 2010およびGhi T, et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2009より引用)

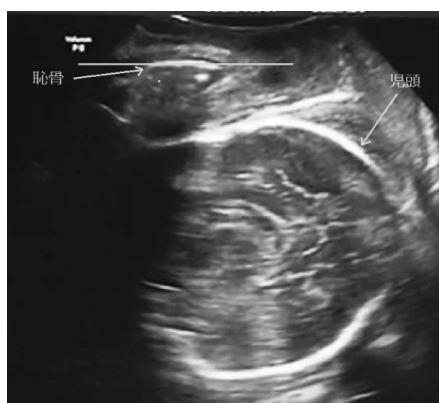


図2 分娩第2期における実際の経会陰超音波画像

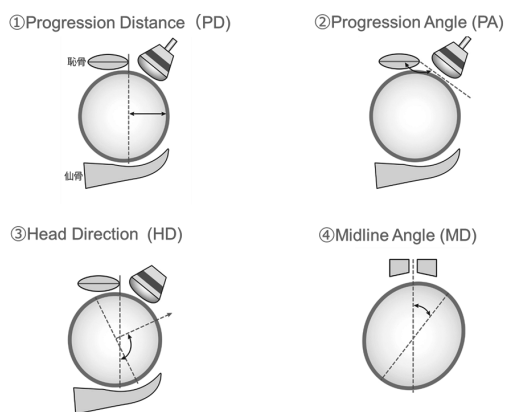


図3 経会陰超音波の4つのパラメータ

(産婦人科の実際, Vol.66 No.10, 2017年より引用)

経会陰超音波で使用するパラメータ

分娩時の経会陰超音波では、これまでさまざまなパラメータが提唱されてきたが、代表的なものは図3に示した以下の4つである。① Progression Distance (PD), ② Progression Angle (PA), ③ Head Direction (HD), ④ Midline Angle (MD) を用いる。

① **Progression Distance (PD)** : 恥骨下端から下ろした垂線から児頭先端部までの距離。児頭下降度の指標として用いる。

② **Progression Angle (PA)** : 恥骨水平線と、恥骨下縁から児頭への接線とのなす角度。児頭下降度の指標として用いる (Stationを示す)。

③ **Head Direction (HD)** : 恥骨下端から下ろし

た垂線と児頭の先進する方向との角度。水平性よりどのくらい上向きに進行しているかを角度で示すものであり、第3回旋の指標として用いる。

④ **Midline Angle (MD)** : 画面を児頭水平断面に切り替え、恥骨から仙骨への縦軸とmidlineとのなす角度。第2回旋の指標、すなわち矢状縫合の向きとして用いる。

上記のパラメータは、通常のBモードの2D画面でも得ることができるが、GE Healthcare sono VCADTM laborというアプリケーションソフトをGE Healthcare社の一部の超音波機器に搭載することで、より簡便に測定することも可能である。

児頭下降度の評価

各パラメータのなかで、PAは内診によるstationと最もよく相関し、検者間誤差が少ないとされる^{6,7)}。児頭下降度を評価するにはPAが最もよい指標であると考えられる。おおむねPA120°でstation±0、PA140°でstation+2、PA160°でstation+3~4に相当するといわれている。

PAによる児頭下降度の評価は、後述の鉗子・吸引分娩の成功率の予測や分娩所要時間の予測等にも使える可能性がある。またPAの測定は、内診診断に熟練していない助産師や若手医師が、内診による児頭下降度評価を習得する際にも有用と考えられる。

第二回旋の評価

MAは患者の会陰に対してプローベを90°回転させて当てmidlineを描出し、これを矢状縫合の向きとして評価する測定法である。MAの欠点としては、児頭の位置が高い時にはmidlineがうまく描出されないということが挙げられる。樋口らの報告では、主に分娩第2期を中心に分娩室で実施した検討では、約85%の症例でMAは評価可能であった。しかし、検者間の差が極端に大きい症例が存在する(45°以上差があるのが8例)という特徴があることがわかった⁸⁾。したがって、MAの測定の際には、検者間誤差が大きくなる症例が存在することを念頭に置き、連続する複数断面を観察する等の工夫が必要かもしれない。MAの計測は、鉗子分娩の際内診で矢状縫合が分かりにくい場合に有用と考えられる。

第三回旋の評価

HDは児頭の長軸方向の向きを計測するが、アプリケーションソフトを使用せずにマニュアルで計測する際は、児頭の短軸方向の線(最大通過面に一致)と恥骨を通る水平な線との角度

を測定することで代用できる。HDを観察することで児頭の進む方向を確認でき、児頭がある程度下降した後は第3回旋の指標として利用できる。

HDの観察は、前方前頭位などの回旋異常を見つけるのに役立つ可能性がある。富尾らの報告によると、分娩室入室から分娩に至るまでに1時間以上かかった郡および鉗子・吸引分娩となった郡では有意にHDが小さかった⁹⁾。また坂巻らは、PAが大きいのにHDが小さい症例のなかに、前方前頭位などの回旋異常が多く含まれていることを報告した¹⁰⁾。HDと回旋異常症例を検討したところ、455例の経陰分娩において、前方後頭位に比較して回旋異常症例(前方前頭位/後方後頭位)では同じPAであっても有意にHDが小さいことが分かった¹⁰⁾。また、鉗子・吸引分娩の際に児頭の進む方向が把握でき、牽引すべき方向をイメージしやすくなるという利点があるかもしれない。

分娩第二期における経会陰超音波の有用性

a) 分娩所要時間や分娩様式の予測としての有用性

藤森らは、PAによる分娩所要時間の予測について報告している。経陰分娩した初産婦237例、経産婦175例について、分娩室入室時(入分時)のPA、HD、PDを測定し、分娩までに要した時間を解析した。各パラメータとも分娩までに要した時間と負の相関を示し、入分時の値が高い程分娩までの所要時間が短かった。入分時から60分以内に分娩終了するかどうかについて、最も予測能の高いパラメータはPAであった。90%の妊婦が60分以内に分娩に至るPA値は、初産婦で167°、経産婦で138°であった¹¹⁾。

分娩様式についての150人の妊婦の検討では、PA>110°であれば分娩停止で帝王切開となる可能性は12%であるのに対し、PA<100°である場合は帝王切開となる可能性が62%にまで上

昇するとの報告もある¹²⁾。このように、経膈分娩の見込みがあるかどうかの判断に活用でき、分娩進行中の妊婦により具体性をもって今後の経過予測を説明できるという利点が考えられる。

b) 安全な器械分娩の指標としての有用性

経会陰超音波を実施することによって、従来の内診指による児頭下降度、回旋の評価を補完し、分娩進行状況をより客観的に評価・記録して「可視化」することができる。現時点の解析では、最も検者間誤差が小さく分娩様式や分娩期を予知できる可能性があるのはPAである。しかし、複数のパラメータを組み合わせることで、より正確かつ詳細な分娩経過の評価を行うことが可能となる。器械分娩を実施する際には、児を安全に牽引できるかどうかを正しい内診によって判断せねばならない。内診診断に経会陰超音波による評価を加えて、より正確かつ客観的な児頭下降度、回旋、牽引すべき方向を視認することで母児損傷を最小限にし、安全に器械分娩を行える可能性がある。

坂巻らは経会陰超音波を行った症例を解析し、PA140°以上になると安全に鉗子分娩が遂行できると報告している¹³⁾。海外の報告では、器械分娩となった初産婦143人についての検討で、容易に器械分娩が可能な各パラメータのカットオフ値はPA153.5°以上、MA32.5°以下であった¹⁴⁾。Henrichらは、努責時のHDが120度以上に相当する場合をhead up、90~120°をhorizontal、90°以下をhead downと定義し、head upのものは吸引分娩が容易に完了したが、head downの症例は吸引を3回試みても分娩に至らず、緊急帝王切開を要したとしている¹⁵⁾。Sainzらは、容易に吸引分娩が終了した群ではPAとMAの平均はそれぞれ133.1°、35°で、HDにおける児頭の向きはhead upしていたものが88.0%であったと報告している¹⁶⁾。

器械分娩の場合、経会陰超音波はその安全性や成功率を数値的に評価することができ、牽引

を開始する方向を知ることができるため、より産道に負担の少ない安全かつ確実な分娩に寄与する可能性が示唆された。「産科医療保障制度再発防止に関する報告書」によると、脳性麻痺の要因の約2割弱に“failed forceps”“Failed vacuum”が関与していることがわかる。急速遂娩決定から娩出まで30分以上を要した吸引・鉗子分娩を減少させることができれば、脳性麻痺の一部を減らせる可能性がある。すなわち、経会陰超音波による分娩の管理がfailed forceps/failed vacuumによるCP発症の回避につながる可能性も考えられる。

まとめ

経会陰超音波は、経腹プローベさえあれば実施でき、内診のみに頼る分娩進行の管理に客観性をもたせ、母児への安全性を向上させる可能性があるが、まだ実際に分娩時に使用している施設はごくわずかである。まずは分娩室に超音波装置を持って行き、当ててみることから始められたい。本稿では、経会陰超音波の分娩管理における活用法についてまとめたが、婦人科疾患も含めたさまざまな利用法が報告されている。今後、産婦人科領域における経会陰超音波の重要性はさらに増していくと思われる。

参考文献

- 1) Hertzberg BS, Bowie JD, Carroll BA, et al. : Diagnosis of placenta previa during the third trimester : role of transperineal sonography. *AJR*, 159 : 83-87, 1992.
- 2) Hertzberg BS, Kliewer MA : Vasa previa : prenatal diagnosis by transperineal sonography with Doppler evaluation. *J Clin Ultrasound*, 26 : 405-408, 1998.
- 3) Torreggiani W, Zwirewich C, Lyburn I, et al. : Translabial sonography of vaginal fibroids : report of 2 cases and review of the literature. *J Ultrasound Med*, 20 : 909-913, 2001.
- 4) 佐藤賢一郎, 水内英充 : 経会陰超音波について。臨婦, 60 : 79-87, 2006.

- 5) Dietz HP, Lanzaone V : Measuring engagement of the fetal head : validity and reproducibility of a new ultrasound technique. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 5 : 165-168, 2005.
- 6) 坂巻 健, 樋口紗恵子, 後藤美希, 他 : 経会陰超音波による分娩時の児頭嵌入の評価. 第82回日本超音波医学会学術集会, 2009.
- 7) Tutschek B, Torkildsen EA, Eggebo TM : omparison between ultrasound parameters and clinical examination to assess fetal head station in labor. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 41 : 425-429, 2013.
- 8) 樋口紗恵子, 他 : 助産師が施行した経会陰超音波による分娩進行度の評価における賢者問誤差についての検討. 第49回日本周産期新生児学会学術集会, 2013.
- 9) 富尾賢介, 坂巻 健, 赤平沙恵子, 他 : 経会陰超音波による分娩第二期評価の有用性についての検討. 第65回日産婦学会学術講演会, 2013.
- 10) 坂巻 健, 他 : 経会陰超音波による回旋異常症例での児頭下降の観察. 第87回日本超音波医学会学術集会, 2014.
- 11) 藤森 啓太, 他 : 経会陰超音波による分娩時間の予測についての検討. 第50回周産期・新生児医学会学術集会, 2014.
- 12) TM Eggebo, Hassan WA, Salvesen KÅ, et al. : Sonographic prediction of vaginal delivery in prolonged labor : a two-center study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 43 : 195-201, 2014.
- 13) 坂巻 健 : 経会陰超音波検査による分娩評価. 臨婦産, 74 : 90-96, 2020.
- 14) Sainz JA, García-Mejido JA, Aquise A, et al. : Intrapartum transperineal ultrasound used to predict cases of complicated operative (vacuum and forceps) deliveries in nulliparous women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96 : 1490-1497, 2017.
- 15) Henrich W, Dudenhausen J, Fuchs I, et al. : Intrapartum translabial ultrasound (ITU) : sonographic landmarks and correlation with successful vacuum extraction. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 28 : 753-760, 2006.
- 16) Sainz JA, Borrero C, Fernández-Palacín A, et al. : Intrapartum transperineal ultrasound as a predictor of instrumentation difficulty with vacuum-assisted delivery in primiparous women. *J Matern Fetal Med*, 28 : 2041-2047, 2015.

今日の問題

婦人科がんにおけるミスマッチ修復異常と
免疫チェックポイント阻害剤の有用性

近畿大学医学部産科婦人科学教室 中井英勝，松村謙臣

はじめに

がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性を有する固形がんに対して日本でもペムプロリズマブが保険適用されており，子宮体がんを中心に広く臨床普及している。

しかし，欧米と日本ではコンパニオン診断が異なっており，日本でコンパニオン診断とされているMSI検査は比較的新しい検査であり，われわれが知りうる情報は限定的である。

ミスマッチ修復異常と免疫チェックポイント阻害剤の有用性のもととなった臨床試験と日本でのコンパニオン診断であるMSI検査についての現在の問題点について述べる。

ミスマッチ修復異常と
免疫チェックポイント阻害剤

細胞分裂に伴うDNA複製時に塩基の不対合がある場合にはミスマッチ修復機構が働いて，それらを修復し癌化を抑制する機序が働く。これらの修復に関わる遺伝子をミスマッチ修復遺伝子と呼び，MLH1，MSH2，MSH6，PMS2が代表的である。

DNA配列のなかで1～数塩基の塩基配列が繰り返す領域をマイクロサテライト領域と呼び，DNA複製時に修復エラーを生じやすい部位とされている。ミスマッチ修復機構に何らかの異常を生じたものでは腫瘍と正常組織のマイクロサテライト領域での塩基の繰り返し回数に異なり

が生じやすく，マイクロサテライト不安定性と呼ばれている。

ミスマッチ修復異常のある固形がんでは体細胞遺伝子変異が多く見られ，その結果腫瘍特異抗原（ネオアンチゲン）が多くT細胞の認識を受けやすくなるため免疫チェックポイント阻害剤の効果が良好であったと報告された¹⁾。

KEYNOTE-158試験は切除不能な局所進行または転移性の固形癌患者に対するマルチコホート試験として行われた。ミスマッチ修復異常と免疫チェックポイント阻害剤の有用性に着目して，KEYNOTE-158試験コホートKが立案された。コホートKはマイクロサテライト不安定性を有する（MSI-high）結腸癌・直腸癌以外の固形がんを対象にペムプロリズマブの奏効率をPrimary endpointとした臨床第II相バスケット試験として行われた²⁾。

本試験で子宮体がんは登録233例中49例と最も多く，奏効率は57.1%（完全奏効16.3%），median progression free survival（PFS）が25.7カ月と良好な成績であった。本試験の結果から，子宮体がんに対するミスマッチ修復異常と免疫チェックポイント阻害薬の有用性が報告され広く臨床応用されている。

子宮体がん以外の婦人科癌においてはコホートKでは卵巣がんが15例，子宮頸癌が6例含まれている。治療成績については卵巣がんでは奏効率33.3%，median PFSが2.3カ月と報告され，子宮頸癌では，集積症例が94例の時点での学会

◆Current topic◆

Mismatch repair deficiency in gynecological cancers and usefulness of immune checkpoint inhibitors

Hidekatsu NAKAI and Noriomi MATSUMURA

Department of Obstetrics and Gynecology, Kinki University School of Medicine

報告では2例中1例がPRであったと報告されているが、少数例の報告なので効果についてはさらなる検討が必要である。

子宮体がんでのTCGA解析

The Cancer Genome Atlas (TCGA) では子宮体がん373例を対象に解析が行われ、POLE (ultramutated), MSI (hypermutated), Copy-number low (endometrioid), Copy-number high (serous-like) の4つの遺伝子発現サブタイプに分かれることが報告された³⁾。また、WHO第5版でもこれらのサブタイプ分類が病理組織分類でも補助診断として重要視されており、子宮体がんはこれらの情報を元に治療戦略を考えることが日常臨床にも普及しつつある⁴⁾。

これら4つの遺伝子発現サブタイプのうち、POLEとMSIのサブグループは解析全体の約1/3を占めており、これらのサブグループでは腫瘍の体細胞変異の頻度が高くネオアンチゲンが多いため、TILが多く観察され免疫療法が奏効すると報告されている。

このように子宮体がんではKEYNOTE-158試験コホートKでMSI-highの頻度が高く、ペムプロリズマブの奏功が得られやすいことをサポートする、高い基礎実験のエビデンスが存在する。

ペムプロリズマブのコンパニオン診断について

前述のとおり、日本と欧米ではMSI-high腫瘍を検索するためのコンパニオン診断薬が異なっているので注意が必要である。

ミスマッチ修復異常を調べる検査としてPCRを用いたMSI検査と、免疫組織染色を用いて調べるMMR検査がある。MSI検査はマイクロサテライト領域の塩基のリピート数をPCRで増幅する検査法である。従来ではベセズダパネルを用いた方法で検査が行われていたが、ペムプロリズマブのコンパニオン診断となっているMSI検査はプロメガ社のキットが用いられているのに注意が必要である。プロメガ社のキットでは非腫瘍検体との比較が不要であるという利点は

あるが、比較的新しい検査法であるため癌腫ごとのMSI-highの頻度を含めた文献報告が少なく、どの婦人科がんに対してMSI検査を行えば効率的なのかが不明である⁵⁾。

MMR検査は、MMRに関連するMLH1, PMS2, MSH2, MSH6について免疫組織染色を行ってMMR欠損を判定する方法で、安価で結果が早いメリットがありMSI検査との一致率も90%をこえると報告されている⁶⁾。欧米でペムプロリズマブに対するコンパニオン診断はMSI検査とMMR検査の両方が実施可能であるが、安価で簡便な免疫染色によるMMR検査が主に用いられており、MSI検査はあまり普及していないため、MSI検査のエビデンスは日本を中心に発信することが重要である。

2020年1月に行われたGastrointestinal symposiumで、2018年12月から2019年11月までにプロメガキットを用いたMSI検査が行われた25,789人の解析結果が報告されたが、子宮体癌は17%と全癌腫で最も頻度が高かったが、卵巣がんでは2.22%、子宮頸癌1.81%とMSI-highの頻度は少なかった⁷⁾。

現在、関西臨床腫瘍研究会 (KCOG) でわれわれの施設を含めた多施設共同研究で婦人科腫瘍におけるMSI検査の臨床病理学的特徴について後方視的研究を行っており、症例集積が終了しており解析中である。

婦人科がんにおける

免疫チェックポイント阻害薬

米国FDAでは、婦人科がんに対する免疫チェックポイント阻害剤はKEYNOTE-158試験コホートEに基づいて、抗PD-L1抗体の免疫組織染色をコンパニオン診断にペムプロリズマブが子宮頸癌を対象に保険承認されている。このように子宮頸癌には免疫チェックポイント阻害薬の有効性は示されているが、われわれの検討でもMSI検査でのMSI-highの症例は極めて少なく日本での使用は限定的である。しかし卵巣がんでは臨床第II相試験であるKEYNOTE-100試験や日本で行われたニボルマブを用いた臨床第

III相試験であるNINJA試験で有効性が示せず、現在は血管新生阻害薬やPARP阻害薬との併用療法を中心に臨床試験が展開されている。

終わりに

婦人科がんにおける免疫チェックポイント阻害剤はミスマッチ修復異常に注目した子宮体がんでは効果が期待できる例が多いが、日本でのコンパニオン診断となっているMSI検査では卵巣がんや子宮頸癌で対象となる症例は非常に少ない。現在tumor mutation burden highの例に対するペムブロリズマブが保険申請中であり、文献上は子宮頸癌での効果が期待される。さまざまなコンパニオン診断についての特性を十分理解し、臨床応用させていくことが重要と考える。

参考文献

- 1) Le DT, Uram JN, Wang H, et al. : PD-1 Blockade in Tumors with Mismatch-Repair Deficiency. *N Engl J Med*, 372 : 2509-2520, 2015.
- 2) Marabelle A, Le DT, Ascierto PA, et al. : Efficacy of Pembrolizumab in Patients With Noncolorectal High Microsatellite Instability/Mismatch Repair-Deficient Cancer : Results From the Phase II KEYNOTE-158 Study. *J Clin Oncol*, 38 : 1-10, 2020.
- 3) Cancer Genome Atlas Research Network, Kandoth C, Schultz N, et al. : Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. *Nature*, 497 : 67-73, 2013.
- 4) WHO Classification of Tumors : Female Genital Tumors, 5th Edition, WORLD HEALTH ORGANIZATION, p247, 2020.
- 5) Bando H, Okamoto W, Fukui T, et al. : Utility of the quasi-monomorphic variation range in unresectable metastatic colorectal cancer patients. *Cancer Sci*, 109 : 3411-3415, 2018.
- 6) McConechy MK, Talhouk A, Li-Chang HH, et al. : Detection of DNA mismatch repair (MMR) deficiencies by immunohistochemistry can effectively diagnose the microsatellite instability (MSI) phenotype in endometrial carcinomas. *Gynecol Oncol*, 137 : 306-310, 2015.
- 7) Akagi K, Oki E, Taniguchi H, et al. : Real-world data on microsatellite instability status in various unresectable or metastatic solid tumors. *Cancer Sci*, 112 : 1105-1113, 2021.

会員質問コーナー Q&A

320 卵巣出血の評価と管理方針について

回答／横江 巧也

Q: 卵巣出血の対応は、どのようにしたらよいでしょうか。高次医療機関への紹介を検討するためのポイントや治療方法などについて教えてください。(滋賀県 A.Y.)

A: 卵巣出血は婦人科救急腹症の21%を占めるとされる疾患ですので、婦人科救急の外来ではこの病気の患者にしばしば出会います。

この疾患の8割は経過観察で軽快するとされておりますが¹⁾、大変強い症状を訴える患者さんもいますので、高次医療機関への搬送が必要か悩むことも少なくありません。

卵巣出血の症状は腹痛で、その他に消化器症状を訴える患者さんもいます。その病態は、卵巣を出血源とする腹腔内出血と、それに伴う腹膜刺激症状です。

病歴聴取のポイントは、まず原因となりうる、性交渉や腹部外傷、採卵や排卵誘発等の不妊治療、卵巣の内膜症や悪性腫瘍の既往、抗凝固薬の内服歴などです。卵巣出血の多くは黄体期に認められ、腹腔内出血を伴う婦人科急性腹症では異所性妊娠の鑑別が必須ですので、最終月経を含めた月経周期の状態と妊娠反応の確認が必要です。

検査では、経陰超音波検査で腹腔内出血と卵巣の確認を行います。卵巣出血の多くは出血性黄体嚢胞を伴いますので、ダグ

ラス窩のエコーフリースペースと腫大した卵巣を認め、異所性妊娠が否定されれば、卵巣出血を疑います。また、正常妊娠でも妊娠黄体から出血をきたす場合もあり、注意が必要です。

管理方針としては、婦人科外来ガイドライン2020によると、全身状態と循環動態が保たれており、腹腔内出血量が500 ml以上、ヘモグロビン値が8g/dl以下でなければ保存的加療が可能とされています。

ヘモグロビン値は急性出血量を反映しないことから、それ単独での判断は難しいかもしれませんが¹⁾、超音波検査所見(FAST)は出血量の推定に有用です。ダグラス窩～膀胱上窩の5 cm以上の腹水深度は400 ml以上、左横隔膜下に及ぶ貯留では600 mlの出血量として、高次医療機関への紹介を検討します²⁾。妊娠の除外の後にCTを撮影し、骨盤内腹水深度が56 mm以上、または造影CTの門脈相で血管外漏出を認める場合は、外科的介入の確率が有意に増加するという報告もあります¹⁾。その他に腹痛の程度が強い場合も緊急手術が必要になると考えられます³⁾。

治療については、有症状かつ進行性の卵巣出血に対しては、診断・止血・症状緩和を目的とした手術を行うことになります。腹腔鏡と開腹では合併症や輸血

率等に有意差はないと報告されており⁴⁾、可能であれば低侵襲な腹腔鏡手術が望ましいと思われます。出血箇所を止血し、腹腔内出血を吸引・ドレナージすることは症状緩和にもつながります。術中に自己血回収輸血装置を使用することは、輸血回避に対して有効です⁵⁾。吸引した凝血塊は微小凝血塊除去フィルタをとおして回収することで赤血球を返血することが可能です。ただし、血漿蛋白や凝固因子はほとんど回収されないので、補充が必要になる場合もあります。

参考文献

- 1) Jee HK, Seung ML, Ji-Hyun L, et al.: Successful conservative management of ruptured ovarian cysts with hemoperitoneum in healthy women. *Plos One*, 9: e91171, 2014.
- 2) 松本廣嗣, 真栄城優夫, 当山勝徳, 他.: 頭部外傷の超音波診断, 脾臓外傷. *臨床外科* 38, 325-333. 1983.
- 3) Raziel A, Ron-El R, Pansky M, et al.: Current management of ruptured corpus luteum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 50: 77-81, 1993.
- 4) Beuran M, Negoii I, Hostiu S, et al.: Laparoscopic approach has benefits in gynecological emergencies-even for massive hemoperitoneum. *Chirurgia (Bucur)*, 111: 48-53, 2016.
- 5) 山本和重, 豊木 廣: 術中回収式自己血輸血が有用と思われた緊急腹腔鏡下手術の3症例. *日産婦内視鏡会誌*, 15: 106-110, 1999.

③21 術後のコンパートメント症候群について

回答／山崎 友 維

会員質問コーナー Q&A

Q: 術後の下肢コンパートメント症候群について教えてください。

(兵庫県 T.Y)

A: 外傷や圧迫などで筋肉組織の腫脹が起こり、区画での組織内圧が上昇すると、その中にある血管や神経などが圧迫され壊死や麻痺を引き起こすことがあり、これをコンパートメント症候群と呼びます。周術期に健常下肢に発生するコンパートメント症候群のことをwell leg compartment syndrome (WLCS) と呼び、碎石位手術では0.028% (1/3500例) の頻度で発症すると報告されております¹⁾。頻度は少なくまれではあるものの、早期治療を施さなければ永続的な神経障害のみならず下肢切断、腎不全という非常に重篤な後遺症を引き起こす合併症です。

リスク因子としては手術体位(碎石位、頭低位)、肥満 (BMI>25)、鏡視下手術(腹腔鏡、ロボット)、動脈硬化性疾患の存在、長時間手術、術中の低血圧、下肢静脈血栓症予防のためのストッキングやフットポンプの使用などが挙げられます²⁾。

臨床症状は術後の下肢の激痛、知覚異常、麻痺、腫脹などで、診断は臨床所見によりなされます。筋区画内圧の上昇 (30

mmHg以上で筋膜切開を検討) や血清CK値、CT、MRIなどの画像診断は補助診断として有用ですが、いずれの検査においても治療開始の基準値があるわけではなく**急性期の診断においては臨床所見が優先されます**。とくにCK値は遅れて上昇するため、採血のみでは本疾患を否定はできず注意を要します。臨床症状を認めた時点で直ちに整形外科にコンサルトし筋区画内圧の測定や画像検査で他の原因がないかも含め精査することになります。診断に至った場合は放

置すると神経損傷などの後遺症が発生する可能性が高く、可及的速やかに筋膜切開術を行い減圧する必要があります^{2,3)}。

碎石位では下肢の筋区画内圧が上昇するため、本疾患の予防のためには可能な限り碎石位を避けるのが望ましいと考えられております。碎石位での手術が必要な場合には不可逆的な損傷が起こる前に適宜体位変換などを行い、下肢の除圧を行うことが重要です。また碎石位に頭低位を組み合わせると、体の滑り落ちなどで下肢にはさらに負荷



図1 当院で経験したWLCS

リスク因子はロボット手術、BMI 40 kg/m²、手術時間5時間32分、2型糖尿病、碎石位 (レビテーター使用)。
上図：減張切開時。
下図：一時的な創の閉鎖。この後、筋腫脹が改善してから再縫合術を行った。

神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野

がかかる可能性があるため対策として、摩擦係数の高めるマットレスの使用や開脚位への変更が効果的であると考えられております³⁾。

当院では自験例（図1）をもとにWLCSに対し次のような対策をとっております。つまり、高度肥満や合併症を有するようなハイリスク症例に対しては碎石位を避けて開脚位とし、頭低位での操作時には体が滑り落ちるのを防ぐため体位固定パッド（ピンクパッド[®]）を使用し、下肢の除圧のため3時間おきに10分間頭低位を解除するようにする、です。

近年悪性疾患に対しても鏡視下手術の適応が拡大され碎石位かつ頭低位で長時間に及ぶ手術症例が増加しており、WLCSへの対策は術前の患者説明も含め、今後、より重要になってくると考えます。

参考文献

- 1) Halliwill JR, Hewitt SA, Joyner MJ, et al. : Effect of various lithotomy positions on lower-extremity blood pressure. *Anesthesiology*, 89 : 1373-1376, 1998.
- 2) Gill M, Fligelstone L, Keating J, et al. : Avoiding, diagnosing and treating well leg compartment syndrome after pelvic surgery. *Bri J Surg*, 106 : 1156-1166, 2019.
- 3) 太田真理子, 田邊康次朗, 虎穴淳平, 他 : 腹腔鏡下子宮全摘術後に両下肢コンパートメント症候群をきたした1例. 仙台医療セ医誌, 9 : 67-72, 2019.

評議員会・総会記録

令和3年度 近畿産科婦人科学会評議員会

主務地：兵庫県

- | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------|
| 1. 開 会 | 主務地担当理事 | 田中 宏幸 |
| 2. 学会長挨拶 | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| 3. 議長・副議長選出 | | |
| 4. 会員状況報告 | 主務地担当理事 | 田中 宏幸 |
| 5. 物故会員黙祷 | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| 6. 報告事項 | | |
| 1) 令和3年度評議員会、総会、学術集会に関する件 | | |
| A. 評議員会、総会： | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| B. 第144回学術集会： | 学術集会長 | 柴原 浩章 |
| C. 第145回学術集会： | 学術集会長 | 寺井 義人 |
| 2) 令和2年度主務地報告 | 前主務地担当理事 | 中村 哲生 |
| 3) 令和2年度学術委員会報告 | 前学術委員長 | 万代 昌紀 |
| 4) 令和2年度日産婦学会委員会報告 | 前日産婦学会委員長 | 古山 将康 |
| 5) 令和2年度日産婦医会委員会報告 | 前日産婦医会委員長 | 大島 正義 |
| 6) 令和2年度「産婦人科の進歩」誌
編集委員会報告 | 前編集委員長 | 松村 謙臣 |
| 7) 令和2年度学会賞に関する件 | 前学術委員長 | 万代 昌紀 |
| 8) その他 | | |
| 7. 協議事項 | | |
| 1) 次期主務地、会長、学術集会長
主務地担当理事に関する件 | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| 2) 令和3年度役員に関する件 | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| 3) 令和2年度会計決算の承認を求める件 | | |
| A. 一般会計： | 前主務地担当理事 | 中村 哲生 |
| B. 学術奨励賞基金会計： | 前主務地担当理事 | 中村 哲生 |
| C. 監査報告： | 前 監 事 | 大橋 正伸 |
| | 前 監 事 | 高木 哲 |
| 4) 令和3年度事業計画に関する件 | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| A. 学術委員会： | 学術委員長 | 万代 昌紀 |
| B. 日産婦学会委員会： | 日産婦学会委員長 | 柴原 浩章 |
| C. 日産婦医会委員会： | 日産婦医会委員長 | 光田 信明 |
| D. 「産婦人科の進歩」誌編集室 | 編集委員長 | 松村 謙臣 |
| 5) 令和3年度予算に関する件 | 主務地担当理事 | 田中 宏幸 |
| 6) 名誉会員推薦に関する件 | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| 7) 功労会員推薦に関する件 | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| 8) 会費免除会員に関する件 | 会 長 | 山崎 峰夫 |
| 8. その他 | | |
| 9. 閉 会 | | |

会員状況 (令和3年3月31日現在)

	R 3.3.31		R 2.3.31	
	総会員数	免除会員数	総会員数	免除会員数
大 阪	1318 (+23)	94 (-5)	1295	99
兵 庫	658 (-14)	51 (-11)	672	62
京 都	409 (+6)	28 (-6)	403	34
和歌山	122 (-7)	11 (-3)	129	14
奈 良	160 (-4)	10 (±0)	164	10
滋 賀	167 (+7)	10 (±0)	160	10
計	2834 (+11)	204 (-25)	2823	229

令和2年度物故会員 (敬称略)

大 阪	高橋京子, 上原正臣, 松原正和, 竹村 喬, 坪倉修吉, 植田利雄, 杉山修成
兵 庫	島田逸人, 杉本俊夫, 竹村 喬, 富永敏郎, 吉田利治
京 都	秋山 知, 竹中 章, 岩破一博, 田村昭次, 岡田弘二
和 歌 山	北山俊也, 尾谷 健
(合計19名)	

近畿産科婦人科学会名誉・功労会員

名誉会員	谷澤 修, 野田起一郎, 名方正夫 一條元彦, 奥平吉雄, 望月眞人 森 崇英, 小林正義, 村上 旭 宮本紀男, 小柴壽彌, 石原政芳 森川 肇, 植木 實, 村田雄二 藤井信吾, 廣崎彰良, 平野貞治 本庄英雄, 岩永 啓, 梅咲直彦 丸尾 猛, 三浦 徹, 横田栄夫 鈴木 瞭, 野田洋一, 星合 昊 足高善彦, 赤山紀昭, 石河 修 安藤良弥, 小笹 宏, 竹村秀雄 吉田 裕, 井上芳樹, 神崎秀陽 小西郁生, 宮本 一, 小林 浩 (計39名)
功労会員	山崎高明, 福井義晃, 島本郁子 高山克巳, 新谷 毅, 尾崎公巳 小澤 満, 近藤一郎, 都竹 理 野田 定, 大道準一, 山下澄雄

増田幸生, 森 治彦, 末原則幸
中室嘉郎, 早川謙一, 山崎正人
齊藤守重, 平岡克忠, 大田尚司
川村泰弘, 藤本 昭, 辻 祥雅
濱田和孝, 中島徳郎, 武居勝信
平 省三 (計28名)

近畿産科婦人科学会役員・評議員

その他候補者一覧

会 長	山崎峰夫
副会長	柏木智博
学術委員長	万代昌紀
日産婦学会委員長	柴原浩章
日産婦医会委員長	光田信明
編集委員長	松村謙臣
広報委員長	山崎峰夫
監 事	志村研太郎, 片嶋純雄
第144回学術集会長	柴原浩章
第145回学術集会長	寺井義人

<評議員会議長・副議長>

議 長	赤松信雄
副議長	種田征四郎

<幹 事>

学術委員会	最上晴太
日産婦学会委員会	田中宏幸
日産婦医会委員会	荻田和秀
編集委員会	辻 勲
広報委員会	田中宏幸

<新名誉会員候補者>

大 阪	古山将康 高木 哲
兵 庫	大橋正伸
京 都	大島正義 北脇 城
滋 賀	高橋健太郎

<新功労会員候補者>

大 阪	神田隆善 田中文平 堀越順彦 前田隆義 山本嘉一郎
-----	---------------------------------------

2021年10月

記 録

421

兵 庫 片山和明
京 都 山下 元
堀江克行

<新会費免除会員候補者>

大 阪（8名）
梅咲直彦 （1943年 4 月23日生）
田中正一 （1943年 6 月27日生）
井上武司 （1943年 8 月23日生）
西山勇一 （1943年 8 月30日生）
米田 真 （1943年12月18日生）
岩浅義彦 （1944年 2 月22日生）
濱西正三 （1944年 3 月11日生）
岡田以津子（1980年 4 月23日生）（疾病）
兵 庫（6名）
鈴木壽雄 （1943年 4 月14日生）
中川壮平 （1943年10月15日生）
武居勝信 （1943年10月28日生）

江原 收 （1943年12月21日生）
佐治文隆 （1944年 1 月10日生）
石田俊明 （1944年 1 月17日生）
京 都（3名）
山下 元 （1943年 6 月 5 日生）
細見哲夫 （1943年 7 月17日生）
大島正義 （1943年10月28日生）
和歌山（2名）
矢島康雄 （1945年 7 月24日生）（疾病）
三谷庸二 （1951年12月11日生）（疾病）
奈 良（1名）
板橋武彦 （1943年 7 月14日生）
滋 賀（2名）
岸本善文 （1941年 8 月 1 日生）
中井利彦 （1941年11月21日生）

（計22名）

理事・各種委員会委員

府県名	理 事	日産婦学会 委員	日産婦医会 委員	学術委員	産婦人科の 進歩 編集委員	広報委員
大阪府	大道 正英 岡田 英孝 荻田 和秀 木村 俊幸 中村 哲生 松村 謙臣 御前 治 光田 信明 安田 勝彦	上田 豊 大道 正英 岡田 英孝 荻田 和秀 木村 正 角 俊幸 橘 大介 辻江 智子 中村 哲生 松村 雅臣 御前 治 光田 信明 安田 勝彦	荻田 和秀 笠原 幹司 志村 研太郎 谷口 武 辻江 智子 徳川 吉弘 中村 哲生 西尾 幸浩 御前 治 光田 信明 安田 勝彦 早田 憲司	遠藤 誠之 大道 正英 岡田 英孝 北 正人 木村 正 澤田 健二郎 角 俊幸 武田 卓 橘 大介 林 正美 松村 謙臣 安井 智代	市村 友季 大道 正英 岡田 英孝 笠井 真理※ 亀谷 英輝 北 正人※ 木村 正 角 俊幸 高矢 寿光 竹村 昌彦 橘 大介 巽 啓司※ 辻 勲※ 筒井 建紀※ 恒遠 啓示※ 富松 拓治※ 樋口 壽宏※ 松村 謙臣※ 吉村 智雄 早田 憲司※	荻田 和秀 辻江 智子 徳川 吉弘 中村 哲生 御前 治 光田 信明 安田 勝彦
兵庫県	柴原 浩章 左右田裕生 信永 敏克 山崎 峰夫 寺井 義人 田中 宏幸 (定数外) 出口 雅士	澤井 英明 柴原 浩章 田中 宏幸 鏑本 浩志 出口 雅士 山崎 峰夫 寺井 義人	片嶋 純雄 大門美智子 左右田裕生 山口 聡 山崎 峰夫	柴原 浩章 田中 宏幸 出口 雅士 寺井 義人 信永 敏克 船越 徹 森田 宏紀 吉岡 信也	柴原 浩章 鏑本 浩志※ 田中 宏幸 谷村 憲司※ 出口 雅士※ 寺井 義人 福井 淳史 吉岡 信也	伊原 由幸 大門美智子 田中 宏幸
京都府	柏木 智博 南部 吉彦 万代 昌紀 森 泰輔 (定数外) 江川 晴人 小島 秀規	柏木 智博 楠木 泉 万代 昌紀 森 泰輔	江川 晴人 柏木 智博 南部 吉彦 藤田 宏行	楠木 泉 近藤 英治 万代 昌紀 最上 晴太 森 泰輔 藁谷深洋子	楠木 泉※ 近藤 英治※ 濱西 潤三※ 万代 昌紀 森 泰輔	楠木 泉 近藤 英治
和歌山県	井篁 一彦 川端 寛 根来 孝夫 矢本 希夫	井篁 一彦 南 佐和子 矢本 希夫	川端 寛 根来 孝夫 矢本 希夫	井篁 一彦 南 佐和子 八木 重孝 吉田 隆昭	井篁 一彦 南 佐和子 八木 重孝※ 矢本 希夫	粉川 信義
奈良県	赤崎 正佳 大井 豪一	赤崎 正佳 大井 豪一	赤崎 正佳 高井 一郎	大井 豪一 喜多 恒和	大井 豪一 佐道 俊幸※	
滋賀県	木村 文則 野村 哲哉 村上 節 (定数外) 神野 佳樹	木村 文則 藤田 浩平 村上 節	神野 佳樹 藤田 浩平 野村 哲哉	木村 文則 村上 節	笠原 恭子※ 木村 文則 村上 節	岩下 寿子

※常任編集委員

評 議 員

大 阪 府				兵 庫 県				京 都 府			
府県選出		推 薦		府県選出		推 薦		府県選出		推 薦	
上田 豊	西尾 幸浩	赤田 忍	赤松 信雄	伊藤 公彦		種田征四郎	井上 卓也	楠木 泉	渡邊 浩彦		
遠藤 誠之	林 正美	巽 啓司	伊藤 公彦	伊藤 公彦		近藤 英治	藤田 宏行				
笠原 幹司	安井 智代	吉田 茂樹	伊原 由幸	伊原 由幸		藤原 葉一郎	堀江 昭史				
金村 昌徳	吉松 淳		澤井 英明	澤井 英明							
上浦 祥司	早田 憲司		大門美智子	大門美智子							
亀谷 英輝			谷村 憲司	谷村 憲司							
川村 直樹			水谷 靖司	水谷 靖司							
北 正人			宮原 義也	宮原 義也							
澤田健二郎			福井 淳史	福井 淳史							
竹村 昌彦			船越 徹	船越 徹							
橘 大介			森田 宏紀	森田 宏紀							
谷口 武			山口 聡	山口 聡							
筒井 建紀			吉岡 信也	吉岡 信也							
富松 拓治											
和 歌 山 県		奈 良 県		滋 賀 県							
府県選出	推 薦	府県選出	推 薦	府県選出	推 薦						
古川 健一		喜多 恒和		卜部 諭	辻 俊一郎						
南 佐和子		高井 一郎		桂川 浩							
吉田 隆昭		原田 直哉		藤田 浩平							
		藤原 潔									

理事会務分担

庶務会計担当	光田 信明 (大阪) 小島 秀規 (京都) 赤崎 正佳 (奈良)	左右田裕生 (兵庫) 根来 孝夫 (和歌山) 神野 佳樹 (滋賀)	江川 晴人 (京都) 矢本 希夫 (和歌山) 野村 哲哉 (滋賀)
学術担当	大道 正英 (大阪) 角 俊幸 (大阪) 信永 敏克 (兵庫) 森 泰輔 (京都) 大井 豪一 (奈良)	岡田 英孝 (大阪) 松村 謙臣 (大阪) 山崎 峰夫 (兵庫) 万代 昌紀 (京都) 木村 文則 (滋賀)	木村 正 (大阪) 柴原 浩章 (兵庫) 寺井 義人 (兵庫) 井籠 一彦 (和歌山) 村上 節 (滋賀)
日産婦医会担当	荻田 和秀 (大阪) 光田 信明 (大阪) 江川 晴人 (京都) 矢本 希夫 (和歌山) 野村 哲哉 (滋賀)	中村 哲生 (大阪) 安田 勝彦 (大阪) 南部 吉彦 (京都) 赤崎 正佳 (奈良)	御前 治 (大阪) 左右田裕生 (兵庫) 根来 孝夫 (和歌山) 神野 佳樹 (滋賀)
編集担当	大道 正英 (大阪) 角 俊幸 (大阪) 信永 敏克 (兵庫) 森 泰輔 (京都) 大井 豪一 (奈良)	岡田 英孝 (大阪) 松村 謙臣 (大阪) 山崎 峰夫 (兵庫) 万代 昌紀 (京都) 木村 文則 (滋賀)	木村 正 (大阪) 柴原 浩章 (兵庫) 寺井 義人 (兵庫) 井籠 一彦 (和歌山) 村上 節 (滋賀)
主務地担当	田中 宏幸 (兵庫)		
次期主務地担当	江川 晴人 (京都)		

令和3年度近畿産科婦人科学会総会

開催方法：現地開催＋Web形式

主 務 地：兵庫県

1) 会員状況報告	会 長	山崎 峰夫
2) 物故会員報告	会 長	山崎 峰夫
3) 庶務ならびに事業報告	会 長	山崎 峰夫
4) 令和2年度決算報告	会 長	山崎 峰夫
5) 令和3年度予算案	会 長	山崎 峰夫
6) 次期会長ならびに次期主務地	会 長	山崎 峰夫
7) 令和2年度学会賞	学術委員長	万代 昌紀
8) 新名誉功労会員推挙	会 長	山崎 峰夫

令和2年度 近畿産科婦人科学会日誌抄

令和2年4月1日～令和3年3月31日

主 務 地 大 阪 府

会 長 志村研太郎

担当理事 中 村 哲 生

会 議 日 程 表

会 議 名	開 催 日	会 議 名	開 催 日
総会	2. 6.27～ 7. 3 (WEB)	日産婦医会委員会 第1回	— (通信)
評議員会	2. 6. 5～ 6.15 (通信)	第2回	2.12.10
理事会	第1回 2. 5.20～ 6. 1 (通信)	第3回	3. 2. 9～12
	臨 時 2. 8.17～ 8.31 (通信)	日産婦医会委員会担当部会	
庶務・会計担当理事会	第2回 3. 2.14 (WEB)	医療保険部会 第1回	中止
	第1回 中止	第2回	2.10.29 (現地)
	第2回 2.12.10 (現地・WEB併用)	第3回	中止
学術集会	臨 時 3. 1.17 (WEB)	研修部会 第4回	3. 3.18 (現地)
	第142回 2. 6.27～ 7. 3 (WEB)	第1回	2. 6.22 (通信)
	第143回 2.10.25～10.31 (WEB)	第2回	3. 1.18～2.26 (通信)
学術委員会	第1回 — (通信)	医療安全部会	3. 2.11 (WEB)
	第2回 2.11.18～12. 1 (通信)	医業推進部会 第1回	中止
	第3回 3. 2. 8～ 2.12 (通信・WEB)	第2回	3. 1.16 (WEB)
学術委員会研究部会		母子保健部会	3. 2. 4 (WEB)
腫瘍研究部会	2.12.10 (WEB)	がん対策部会	中止
周産期研究部会	2.12.18 (通信)	日産婦医会近畿ブロック協議会	中止
生殖内分泌・ 女性ヘルスケア研究部会	2.12.10～12.24 (通信)	日産婦医会近畿ブロック	
編集委員会	第1回 — (通信)	医療保険協議会	中止
	第2回 2.12.10 (WEB)	令和元年度会計監査	(郵送)
常任編集委員会	第1回 2.10.25 (WEB)	令和元年度会務引継ぎ	2. 5.21 (現地)
	第2回 2.12.10 (WEB)	学会賞審査委員会	3. 2.14 (WEB)
	第3回 3. 2.14 (WEB)		
日産婦学会委員会	第1回 — (通信)		
	第2回 — (通信)		
	第3回 — (通信)		

【令和2年】

(郵 送)

令和元年度会計監査

高木・大橋両監事による会計監査

(5月21日)

令和元年度会務引き継ぎ

於：近産婦学会事務局 13:00～

出席者数：4名

議事

(1)会務の引き継ぎについて

(通 信)

第1回編集委員会

委員長：松村謙臣

(1)常任編集委員会の開催

(2)投稿論文の査読・掲載許可の審議

(3)学会賞の推薦

事業計画

(1)常任編集委員会の開催

(2)投稿論文の査読・掲載許可の審議

(3)学会賞の推薦(投票による)

(4)「臨床の広場」「今日の問題」「Q&A」の原稿
とりまとめと掲載

(5)機関誌編集委員会規定の変更

(通 信)

第1回日産婦学会委員会

委員長：古山将康

報告事項

(1)第72回日産婦学会学会学術講演会について

(2)学術に関連したコンgresアワードやEポスター
に関して(3)第75回学術集会長について(慈恵医大・岡本
先生)(4)HPVワクチンの積極的勧奨の要望書提出につ
いて

(5)指導医講習会の補助金支給の廃止について

(6)専門医制度規約・細則の変更について

(7)2020年度専攻医登録について

(8)PGT-M倫理審議会について

(9)月経困難症の管理加算について

事業予定

(1)2020年4月23～26日

第72回日産婦学会 第1回臨時理事会 WEB

(2)2020年5月29～30日 第1回日産婦定例理事会
WEB(3)2020年9月, 12月, 2021年3月日産婦定例役
員会(4)2020年12月10日(木), 2021年2月14日(日)
日産婦学会委員会(5)2021年4月22-25日 第73回日産婦学会
(朱鷺メッセ：新潟コンベンションセンター/
ホテル日航新潟)

(通 信)

第1回日産婦医会委員会

委員長：大島正義

活動方針

(1)成育基本法, 健やか親子21(第2次)を意識
した切れ目のない妊産婦・乳幼児支援

(2)産科医療補償制度の運用と問題点の把握

(3)医療事故防止対策ならびに医療事故調査制度
への対応

(4)産婦人科医師不足に対する対策の検討

(5)おぎゃー献金運動の推進

(6)診療報酬の適正化・動態調査

(7)周産期救急体制・母体救命システムの推進

(8)母体保護法の適切な運用

(9)性暴力・性犯罪被害者支援

(10)出生前診断・遺伝相談体制の構築

(11)HPVワクチンを含めた子宮頸癌検診事業の拡
大と普及

(12)妊娠期からのメンタルヘルスケア対策

(13)新生児聴覚スクリーニング(NHS)の普及と
NHS推進協議会の活動化(14)オンライン診療を含めたオフィスギネコロジ
ーのあり方

重点項目

(1)少子化対策を考慮したプレコンセプションケ
アならびに妊産婦に対する公費支援(2)自然災害, 感染症等非常事態における連絡・
協力体制の構築

(3)医師の働き方改革への対応

(通 信)

第1回学術委員会

委員長：山田秀人

報告事項

- (1)第142回近産婦学会学術集会 準備報告
- (2)第143回近産婦学会学術集会 準備報告
- (3)各研究部会報告(周産期, 腫瘍, 生殖内分泌・女性ヘルスケア)

協議事項

- (1)学術奨励費について
- (2)近産婦学会での共通講習, 指導医講習会の開催について
- (3)その他

(通信：5月20日～6月1日)

第1回理事会

返信数：理事・監事 36名／36名, 名誉会員 11名

- 1. 学会長挨拶 会長 志村研太郎
- 2. 会員状況報告 主務地担当理事 中村哲生
- 3. 物故会員報告 会長 志村研太郎
- 4. 報告事項

- 1) 令和2年度評議員会, 総会, 学術集会に関する件

- A. 評議員会, 総会： 会長 志村研太郎
- B. 第142回学術集会： 学術集会長 大道正英
- C. 第143回学術集会： 学術集会長 古山将康

- 2) 令和元年度主務地報告

前主務地担当理事 木村文則

- 3) 令和元年度学術委員会報告

学術委員長 山田秀人

- 4) 令和元年度日産婦学会委員会報告

日産婦学会委員長 古山将康

- 5) 令和元年度日産婦医会委員会報告

日産婦医会委員長 大島正義

- 6) 令和元年度「産婦人科の進歩」

誌編集委員会報告 編集委員長 松村謙臣

- 7) 令和元年度学会賞に関する件

学術委員長 山田秀人

- 8) その他

5. 協議事項

- 1) 次期主務地, 会長, 学術集会長

主務地担当理事に関する件 会長 志村研太郎

- 2) 令和2年度役員に関する件

会長 志村研太郎

- 3) 令和元年度会計決算の承認を求める件

A. 一般会計： 前主務地担当理事 木村文則

B. 学術奨励賞基金会計：

前主務地担当理事 木村文則

C. 監査報告： 監事 高木 哲

監事 大橋正伸

- 4) 令和2年度事業計画に関する件

会長 志村研太郎

A. 学術委員会： 学術委員長 山田秀人

B. 日産婦学会委員会：

日産婦学会委員長 古山将康

C. 日産婦医会委員会：

日産婦医会委員長 大島正義

D. 「産婦人科の進歩」誌編集室

編集委員長 松村謙臣

- 5) 令和2年度予算に関する件

主務地担当理事 中村哲生

- 6) 名誉会員推薦に関する件

会長 志村研太郎

- 7) 功労会員推薦に関する件

会長 志村研太郎

- 8) 会費免除会員に関する件

会長 志村研太郎

6. その他

7. 閉 会

(WEB：6月27日～7月3日)

第142回近産婦学会学術集会

学術集会長：大道正英

登録者数：1213名

学会賞受賞講演：1題

専門医共通講習：1題

ランチョンセミナー：5題

アフタヌーンセミナー：1題

イブニングセミナー：2題

モーニングセミナー：1題

セミナー：3題

一般演題：112題

(通信：6月5日～15日)

評議員会

返信数：評議員 41名／57名

1. 学会長挨拶 会長 志村研太郎
2. 会員状況報告 主務地担当理事 中村哲生
3. 物故会員報告 会長 志村研太郎
4. 報告事項

- 1) 令和2年度評議員会、総会、学術集会に関する件

A. 評議員会、総会： 会長 志村研太郎

B. 第142回学術集会： 学術集会長 大道正英

C. 第143回学術集会： 学術集会長 古山将康

- 2) 令和元年度主務地報告 前主務地担当理事 木村文則

- 3) 令和元年度学術委員会報告 学術委員長 山田秀人

- 4) 令和元年度日産婦学会委員会報告 日産婦学会委員長 古山将康

- 5) 令和元年度日産婦医会委員会報告 日産婦医会委員長 大島正義

- 6) 令和元年度「産婦人科の進歩」誌編集委員会報告 編集委員長 松村謙臣

- 7) 令和元年度学会賞に関する件 学術委員長 山田秀人

- 8) その他

5. 協議事項

- 1) 次期主務地、会長、学術集会長 主務地担当理事に関する件 会長 志村研太郎

- 2) 令和2年度役員に関する件 会長 志村研太郎

- 3) 令和元年度会計決算の承認を求める件 会長 志村研太郎

- A. 一般会計： 前主務地担当理事 木村文則

- B. 学術奨励賞基金会計： 前主務地担当理事 木村文則

- C. 監査報告： 監事 高木 哲 監事 大橋正伸

- 4) 令和2年度事業計画に関する件 会長 志村研太郎

A. 学術委員会： 学術委員長 山田秀人

B. 日産婦学会委員会： 日産婦学会委員長 古山将康

C. 日産婦医会委員会： 日産婦医会委員長 大島正義

D. 「産婦人科の進歩」誌編集室 編集委員長 松村謙臣

- 5) 令和2年度予算に関する件 主務地担当理事 中村哲生

- 6) 名誉会員推薦に関する件 会長 志村研太郎

- 7) 功労会員推薦に関する件 会長 志村研太郎

- 8) 会費免除会員に関する件 会長 志村研太郎

6. その他

7. 閉 会

(WEB：6月27日～7月3日)

総会

1. 会長挨拶 会長 志村研太郎

2. 物故会員報告 会長 志村研太郎

3. 報告事項 1) 令和元年度庶務ならびに事業報告 会長 志村研太郎

- 2) 令和元年度決算報告 会長 志村研太郎

- 3) 令和2年度予算ならびに事業計画 会長 志村研太郎

- 4) 令和元年度学会賞 前学術委員長 山田秀人

- 5) その他 会長 志村研太郎

4. 学会賞贈呈（中止）

(通信：6月22日)

日産婦医会委員会 第1回研修部会

委員長：原田直哉

報告事項

(1)次回の会議開催予定

(通信：8月17日～31日)

臨時理事会

返信数：理事・監事 35名／35名

協議事項

(1)第143回近産婦学会学術集会のWEB開催について

(WEB：10月25日)

第1回常任編集委員会 13：00～15：00

出席者数：16名

委員長：松村謙臣

報告事項

- (1)審査中の投稿論文について
- (2)投稿論文数の推移について
- (3)学会賞推薦論文の採点結果について

協議事項

- (1)学会賞推薦論文について
- (2)次号掲載予定の論文について
- (3)常任編集委員会の開催日について
- (4)謝礼金および特別掲載謝礼金の支払いについて

(WEB：10月25日～31日)

第143回近産婦学会学術集会

学術集会長：古山将康

登録者数：1230名

指導医講習会：1題

医療倫理講習会：1題

医療安全講習会：1題

スポンサードセミナー：3題

特別講演：1題

グループスタディ：1題

一般演題：50題

(10月29日)

日産婦医会委員会 第2回医療保険部会

於：大阪第一ホテル 14：30～17：00

出席者数：37名

委員長：片嶋純雄

報告事項

- (1)令和2年度第2回日産婦医会医療保険委員会報告（令和2年9月26日）
- (2)令和元年度第3回日産婦医会委員会医療保険部会議事録確認（令和元年12月5日）

協議事項

- (1)日産婦医会医療保険委員会次期委員推薦および当部会役員変更について
- (2)近畿ブロック医療保険協議会（令和3年1月17日）提出テーマについて
- (3)委員提出議題（22題）

(WEB：12月10日)

第2回常任編集委員会 17：00～18：00

出席者数：15名

委員長：松村謙臣

報告事項

- (1)審査中の投稿論文について
- (2)論文掲載号数の変更について
- (3)常任編集委員会の開催場所・時期（時間）の変更について

協議事項

- (1)次号掲載予定の論文について

(WEB併用：12月10日)

第2回庶務・会計担当理事会

アートホテル大阪ベイタワー 17：00～18：00

出席者数：16名

報告事項

- (1)令和2年度庶務報告・予定

協議事項

- (1)日産婦医会近畿ブロック協議会・近畿ブロック医療保険協議会について
- (2)令和3年度近産婦学会予算案について
- (3)「研修医1年目の産婦人科実習セミナー」：Plus One Project in Kinki (POP-K) 開催について
- (4)第142回、第143回学術集会余剰金について
- (5)その他

(WEB：12月10日)

第2回編集委員会 15：00～16：00

出席者数：21名

委員長：松村謙臣

報告事項

- (1)本年度常任編集委員会議事録の確認
- (2)令和2年度の投稿論文審査実績について
- (3)令和2年度「産婦人科の進歩」編集報告について
- (4)機関誌編集委員会規定の変更について
- (5)査読方法の変更について
- (6)オンライン査読システムの導入について
- (7)論文掲載号数の変更について
- (8)常任編集委員会の開催場所・時期（時間）の変更について

- (9)学会賞推薦候補論文の選出方式について
(10)72巻に掲載された論文の審査状況について

協議事項

- (1)投稿規定の改定について
(2)論文掲載号数の変更について

(WEB併用：12月10日)

第2回産婦医会委員会

於：アートホテル大阪ベイタワー 16：00～17：00

出席者数：29名

委員長：大島正義

報告事項

- (1)中央情勢ならびに日産婦学会医会理事会報告
(2)令和2年度事業計画確認
(3)各部会進捗報告
(4)その他

協議事項

- (1)日産婦学会医会近畿ブロック協議会と近畿ブロック医療保険協議会(R3.1.17(日))
(2)令和3年度の日産婦学会医会近畿ブロック医療保険協議会と日産婦学会医会近畿ブロック協議会について(兵庫県)

(通信)

第2回産婦学会委員会

委員長：古山将康

報告事項

- (1)第73回産婦学会学術講演会について
(2)AOFOG2022の開催について
(3)専門医制度について
(4)着床前診断に関する申請・認可について
(5)臨床研究審査小委員会について
(6)子宮頸がん検診・HPVワクチン促進委員会

(通信：11月18日～12月1日)

第2回学術委員会

出席者：35名

委員長：山田秀人

報告事項

- (1)第142回近産婦学会学術集会について
(2)第143回近産婦学会学術集会について
(3)第144回近産婦学会学術集会 準備報告
(4)第145回近産婦学会学術集会 準備報告
(5)各研究部会報告(第143回近産婦学会学術集会

/WEB配信により実施)について

協議事項

- (1)優秀論文賞と学術奨励賞について
(2)近産婦学会学術集会のあり方について
(3)その他

(WEB：12月10日)

学術委員会 腫瘍研究部会 16：00～17：00

出席者数：18名

委員長：大道正英

報告事項

- (1)第106回の記録論文化

協議事項

- (1)第107回(145回学術集会)腫瘍研究部会のテーマ

(通信：12月18日)

学術委員会 周産期研究部会

返信数：29名

委員長：吉松 淳

報告事項

- (1)令和元年度、周産期研究部会の議事録の確認
(2)令和2年度、周産期研究部会の委員名簿の確認
(3)令和元年度、近産婦学会、周産期研究部会の報告
(4)令和元年度、2年度(12月16日分まで)の会計
(5)令和3～5年度の周産期研究部会について

協議事項

- (1)令和3～5年度周産期研究部会のテーマについて
(2)第144回近産婦学会のご案内

(通信：12月10日～24日)

学術委員会 生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会

返信数：20名

委員長：岡田英孝

報告事項

- (1)平成元年度議事録
(2)第143回近産婦学会学術集会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会報告
担当校 近畿大学
1)テーマ チョコレート嚢胞と妊孕性
①特別講演「卵巢チョコレート嚢胞に対する腹腔鏡手術—妊孕能の観点から—」

演者：日本医科大学産婦人科学 明樂重夫

大阪第一ホテル

②一般演題

演題数 8

2) グループスタディ報告

「近畿圏内の性分化に関する異常を呈する女性の調査報告」

演者：神戸大学 村田友香

(3)2021年度 第145回近産婦学会学会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会 担当校 大阪医科大学

(4)2022年度 第147回近産婦学会学会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会 担当校 京都大学

(5)2023年度 第149回近産婦学会学会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会 担当校 兵庫医科大学

協議事項

(1)グループスタディの状況

1) 未定 担当 奈良医科大学 (2021年度予定)

2) 未定 担当 和歌山県立医科大学

(2022年度予定)

3) 未定 担当 大阪大学 (2023年度予定)

(2)今後の研究部会担当校

2024年度の担当校 滋賀医科大学

(3)今後のグループスタディについて

2024年度の担当校 関西医科大学

(4)その他 グループスタディに関するご意見

【令和3年】

(通信：1月18日～2月26日)

日産婦医会委員会 第2回研修部会

委員長：原田直哉

報告事項

(1)令和2年度ワークショップ開催報告 (WEB開催)

産婦人科領域講習 (聴講人数856名)

専門医共通項種 (医療倫理) (聴講人数634名)

(2)令和2年度予算執行状況

(3)次回の会議開催予定日

令和3年6月25日 (金) 18:30

協議事項

(1)次年度10月24日 (日) 神戸国際会議場での開催予定の第145回近産婦学会

学会学術集会において日産婦医会ワークショップでの講演内容と演者の選定 回答締切日は

2月26日 (金) 17時

(WEB：1月16日)

日産婦医会委員会 第2回医業推進部会

(第1回は中止) 16:00～17:30

出席者数：9名

委員長：神野佳樹

報告事項

(1)COVID-19に関する各地域での現状 (その対策)

(2)COVID-19感染拡大により変化した医業について (外来患者・分娩・手術・その他)

(3)子宮頸がんワクチン接種に対する最近の変化について (9価ワクチン)

(4)日本産婦人科医会医業推進部会のアンケート等について

(5)有床診療所連絡協議会からの報告

協議事項

(1)働き方改革に関して発生する諸問題と今後の動向

(2)地域での分娩施設の動向

(3)無床診療所の収益アップについて

(4)オンライン診療の現状と今後

(5)キャッシュレス会計 (カード払い) の諸問題

(WEB：1月17日)

臨時庶務・会計担当理事会 10:00～12:00

出席者数：16名

報告事項

(1)1月17日 日産婦医会近畿ブロック協議会・近畿ブロック医療保険協議会 (中止)

(2)2月14日 各種委員会 (通信開催またはWEB開催)

第2回理事会 (WEB開催)

学会賞選考委員会 (WEB開催)

日産婦学会新代議員会 (WEB開催)

(3)4月15日 会計監査

(4)5月16日 近産婦学会学会事務引継ぎ (兵庫へ)

協議事項

- (1)学術集会余剰金について
- (2)税理士導入の件
- (3)その他

(WEB：2月4日)

日産婦医会委員会 母子保健部会 18：00～20：00

出席者数：18名

委員長：江川晴人

報告事項

- (1)令和2年度母子保健部会議事報告
- (2)令和2年度母子保健部会会計報告

協議事項

- (1)「SCID検査導入について」大阪府 光田信明
- (2)「京都府におけるCOVID-19の実情」京都府 細田哲也
- (3)「新型コロナウイルス感染症拡大下での分娩施設の現況～和歌山県」和歌山県 粉川信義
- (4)「滋賀県内における妊婦へのCOVID-19対策」滋賀県藤田浩平
- (5)「新型コロナと母乳に関する話題提供」兵庫県 山崎峰夫

(WEB：2月11日)

日産婦医会委員会 医療安全部会

出席者数：22名

委員長：古川健一

報告事項

- (1)妊産婦死亡
- (2)医事紛争
- (3)医療事故・偶発事例
- (4)医療事故調査報告数、問題点
- (5)産後ケア事業の現状と問題（とくに法的課題）

協議事項

- (1)令和3年度事業計画
 - (2)令和3年度医療安全部会会議 開催場所、日時
- (通 信)

第3回日産婦学会委員会

委員長：古山将康

報告事項

- (1)第73回日産婦学会学術講演会について
- (2)第76回学術集会長選出について
- (3)NIPTに関して

- (4)PGT-Mに関して

- (5)「産婦人科専門医のための必修知識」販売

- (6)専攻医登録について

(通信：2月9日～12日)

第3回日産婦医会委員会

返信数：26名

委員長：大島正義

報告事項

- (1)令和3年1月17日（日）に予定されていた日産婦医会近畿ブロック協議会・近畿ブロック医療保険協議会は中止となった。

- (2)各部会報告

医療保険部会（片嶋部会長）

研修部会（原田部会長）

母子保健部会（江川部会長）

医療安全部会（古川部会長）

医業推進部会（神野部会長）

がん対策部会（上浦部会長）

- (3)その他

協議事項

- (1)令和2年度計画の検証
- (2)令和3年度事業計画について
- (3)その他

(通信：2月8～12日，16日)

第3回学術委員会

メールによる通信委員会 返信：35名

Zoom 出席数：31名

委員長：万代昌紀

報告事項

- (1)第144回近産婦学会学術集会 準備報告
- (2)第145回近産婦学会学術集会 準備報告
- (3)各研究部会報告（周産期，腫瘍，生殖内分泌・女性ヘルスケア）

協議事項

- (1)学会賞（学術奨励賞，優秀論文賞）について
- (2)学術集会に開催するワークショップの開催時期の移動について
- (3)研究部会長に学術委員への就任を依頼する件
- (4)今後学術集会がWEB開催となった際の一般演題の議論の質の担保について
- (5)学術奨励費について

(WEB：2月14日)

第2回理事会 15：00～16：30

出席者数：理事，監事，議長，副議長，名誉会員
合計39名

1. 開会 主務地担当理事 中村哲生
2. 会長挨拶 会長 志村研太郎
3. 報告事項
 - 1) 令和2年度学術委員会報告
学術委員長 万代昌紀
 - 2) 令和2年度学会賞について
学術委員長 万代昌紀
 - 3) 令和2年度日産婦学会委員会報告
日産婦学会委員長 古山将康
 - 4) 令和2年度日産婦医会委員会報告
日産婦医会委員長 大島正義
 - 5) 令和2年度進歩編集委員会報告
編集委員長 松村謙臣
 - 6) 次期主務地，学術集会および令和3年度近産婦学会日程について
 - イ. 第144回学術集会日程，内容予告
学術集会長 柴原浩章
 - ロ. 第145回学術集会日程，内容予告
学術集会長 代山崎峰夫
 - ハ. 令和3年度理事会日程
次期会長 山崎峰夫
 - ニ. 令和3年度評議員会・総会日程
次期会長 山崎峰夫
 - 7) その他
4. 協議事項
5. その他
6. 閉会

(WEB：2月14日)

学会賞審査委員会 12：30～13：30

出席者数：14名

協議事項

- (1)学術奨励賞，優秀論文賞の推薦

(WEB：2月14日)

第3回常任編集委員会 17：00～18：30

出席者数：16名

委員長：松村謙臣

報告事項

- (1)審査中の投稿論文について
- (2)会告「原稿締切日等のご案内」の追記について
- (3)投稿論文・審査コメントについて

協議事項

- (1)次号掲載予定の論文について
- (2)学会賞候補論文の推薦について

(3月18日)

日産婦医会委員会 第4回医療保険部会

於：大阪第一ホテル 14：30～17：00

出席者数：11名

委員長：片嶋純雄

報告事項

- (1)令和2年度第4回日産婦医会医療保険委員会報告（令和2年9月26日）
- (2)令和2年度第2回日産婦医会委員会医療保険部会議事録確認（令和2年10月29日）
- (3)日産婦医会近畿ブロック医療保険協議会（1月開催予定なるも中止）での提出
テーマへの本部回答について

協議事項

- (1)次期部会長，副部会長人事について
- (2)各府県の次期国保，社保審査委員の状況について
- (3)令和3年度の部会日程について
- (4)委員提出議題（3題）

令和2年度 近畿産科婦人科学会決算報告

A. 一般会計

- (Ⅰ) 令和2年度近畿産科婦人科学会事務局
費（事務所口座）決算
- (Ⅱ) 令和2年度業務委託費決算
- (Ⅲ) 令和2年度近畿産科婦人科学会主務地
決算
- (Ⅳ) 令和2年度近畿産科婦人科学会学術委
員会決算
- (1) 事務局
- (2) 腫瘍研究部会
- (3) 周産期研究部会
- (4) 生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会
- (Ⅴ) 令和2年度近畿産科婦人科学会日産婦
医会委員会決算
- (1) 事務局
- (2) 医療保険部会

- (3) 母子保健部会
- (4) がん部会
- (5) 研修部会
- (6) 医療安全部会
- (7) 医業推進部会
- (Ⅵ) 令和2年度近畿産科婦人科学会日産婦
学会委員会決算
- (Ⅶ) 令和2年度近畿産科婦人科学会機関誌
編集委員会費
- (Ⅷ) 令和2年度近畿産科婦人科学会社会保
険診療要覧制作費
- (Ⅸ) 令和2年度近畿産科婦人科学会 第142
回、第143回学術集会余剰金

B. 令和2年度近畿産科婦人科学会学術奨励賞
基金決算

A. 一般会計

自 令和2（2020）年4月1日
至 令和3（2021）年3月31日

* 収入金額 97,781,962
* 支出金額 26,046,392
* 次年度繰越金 71,735,570

収入の部

項 目	予 算	決 算	備 考
会費	大阪 (1,195) 11,950,000	(1,218) 12,180,000	() 内は納入者数
	兵庫 (610) 6,100,000	(612) 6,120,000	
	京都 (370) 3,700,000	(364) 3,640,000	
	奈良 (150) 1,500,000	(150) 1,500,000	
	和歌山 (115) 1,150,000	(111) 1,110,000	
	滋賀 (150) 1,500,000	(157) 1,570,000	
	小計 (2,590) 25,900,000	(2,612) 26,120,000	
過年度会費	大阪	(1) 10,000	R元年度1名
	兵庫	(11) 110,000	R元年度11名
	京都	(14) 140,000	R元年度14名
	奈良	0	
	和歌山	(5) 50,000	R元年度5名
	滋賀	0	
	小計 (10) 100,000	(31) 310,000	
合 計	26,000,000	26,430,000	

近畿産科婦人科学会 決算報告

自 令和2(2020)年4月1日

至 令和3(2021)年3月31日

収入の部

項 目	予 算	決 算
前年度繰越金	53,720,364	53,720,364
会費総収入	25,900,000	26,120,000
過年度会費	100,000	310,000
利 息	300	416
雑 収 入	100,000	188,818
進歩誌広告費	900,000	784,281
社保要覧広告	1,000,000	850,000
社保要覧実費配布	100,000	215,000
学術集会余剰金	0	14,422,182
POP-K昨年度分返金	0	1,170,901
合 計	81,820,664	97,781,962

支出の部

項 目	予 算	決 算
事 務 所 費	400,000	306,009
事務業務委託費	4,048,000	4,048,000
進歩誌編集委託費	10,780,000	10,780,000
主 務 地 費	7,700,000	719,690
学術委員会費	1,800,000	736,007
日産婦医会委員会費	2,350,000	664,421
日産婦学会委員会費	100,000	26,990
機関誌編集委員会費	1,150,000	802,187
社保要覧作成費	1,200,000	1,013,883
雑 費	10,000	62,870
寄 付	0	6,886,335
小 計	29,538,000	26,046,392
予 備 費	52,282,664	0
合 計	81,820,664	26,046,392
次年度繰越金		71,735,570
総 合 計	81,820,664	97,781,962

次年度繰越金明細

京都田中郵便局(振替口座)	10,960,000
三菱東京UFJ銀行 京都中央支店 普通預金	
	27,156,756
三菱東京UFJ銀行 京都中央支店 普通預金(本会計別口)	
	33,618,814
合 計	71,735,570

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。

令和3年4月19日 監事 高木 哲
 令和3年4月20日 監事 大橋 正伸

(Ⅰ) 事務所費(事務所口座) 決算

収入の部

項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	400,000	400,000
預 金 利 息		2
計	400,000	400,002

支出の部

項 目	予 算	決 算
近畿地方発明センター 家賃・電気代	230,000	233,176
通信費・発送費・ 雑費・事務消耗品費	20,000	22,000
慶 弔 費	50,000	20,000
サーバレンタル・ドメイン料	50,000	30,833
会 議 費	50,000	0
支 出 合 計	400,000	306,009
本 会 計 へ 返 金		93,993
計		400,002

(Ⅱ) 業務委託費

収入の部

項 目	予 算	決 算
本会計より(事務業務)	4,048,000	4,048,000
本会計より(編集業務)	10,780,000	10,780,000
計	14,828,000	14,828,000

支出の部

項 目	予 算	決 算
事務業務委託費(知入社)	4,048,000	4,048,000
進歩誌編集委託費(知入社)	10,780,000	10,780,000
計	14,828,000	14,828,000

(Ⅲ) 近畿産科婦人科学会主務地

収入の部

項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	7,700,000	7,700,000
計	7,700,000	7,700,000

支出の部

項 目	予 算	決 算
学術集会開催費	7,700,000	0
会 議 費		707,240
P O P - K 補 助 費		0
サマースクール補助費		0
事務・通信費等		12,450
支 出 合 計	7,700,000	719,690
※学術集会余剰金分振込み		4,000,000
本 会 計 へ 返 金		2,980,310
計		7,700,000

※(Ⅸ) 令和2年度近畿産科婦人科学会 第142回、第143回学術集会余剰金分

(Ⅳ) 学術委員会

収入の部(学術)

項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	1,800,000	1,800,000
預 金 利 息		6
計	1,800,000	1,800,006

支出の部(学術)

項 目	予 算	決 算
(1) 事務局	300,000	0
(2) 腫瘍研究部会	500,000	404,140
(3) 周産期研究部会	500,000	192,313
(4) 生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会	500,000	139,554
支 出 合 計	1,800,000	736,007
本 会 計 へ 返 金		1,063,999
計		1,800,006

(1) 事務局(学術)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	300,000	事務消耗品費	0
		通信費・雑費	0
		小 計	0
預 金 利 息	1	本 会 計 へ 返 金	300,001
計	300,001	計	300,001

(2) 腫瘍研究部会(学術)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	事務消耗品費	258,720
		通信費・雑費	0
		事務備品	145,420
		小 計	404,140
預 金 利 息	2	本 会 計 へ 返 金	95,862
計	500,002	計	500,002

(3) 周産期研究部会(学術)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	事務消耗品費	0
		通信費・雑費	220
		産婦人科の進歩掲載料	192,093
		小 計	192,313
預金利息	1	本 会 計 へ 返 金	307,688
計	500,001	計	500,001

(4) 生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会(学術)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	事務消耗品費	0
		通信費・雑費	39,554
		講師謝礼金	100,000
		小 計	139,554
預 金 利 息	2	本 会 計 へ 返 金	360,448
計	500,002	計	500,002

(Ⅴ) 日産婦医会委員会

収入の部(日産婦医会)

項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	2,350,000	2,350,000
預 金 利 息		1
会場キャンセル費返金		74,416
計	2,350,000	2,424,417

支出の部

項 目	予 算	決 算
(1) 事務局	300,000	0
(2) 医療保険部会	1,200,000	630,285
(3) 母子保健部会	150,000	2,640
(4) がん部会	150,000	0
(5) 研修部会	200,000	14,406
(6) 医療安全部会	150,000	10,050
(7) 医業推進部会	200,000	7,040
支 出 合 計	2,350,000	664,421
本 会 計 へ 返 金		1,759,996
計		2,424,417

(1) 事務局(日産婦医会)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	300,000	会 議 費	0
		通信費・雑費	0
		小 計	0
預 金 利 息	1	本 会 計 へ 返 金	300,001
計	300,001	計	300,001

(2) 医療保険部会(日産婦医会)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	1,200,000	会 議 費	326,121
		通信費・雑費	50,824
		社保要覧編集小委員会出張旅費	225,240
		事務消耗品費	28,100
		小 計	630,285
会場キャンセル返金	74,416	本 会 計 へ 返 金	644,131
計	1,274,416	計	1,274,416

(3) 母子保健部会(日産婦医会)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	150,000	会 議 費	2,200
		通信費・雑費	440
		小 計	2,640
		本 会 計 へ 返 金	147,360
計	150,000	計	150,000

(4) がん部会（日産婦医会）

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	150,000	会 議 費	0
		通 信 費・雑 費	0
		小 計	0
		本 会 計 へ 返 金	150,000
計	150,000	計	150,000

(5) 研修部会（日産婦医会）

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	200,000	会 議 費	0
		通 信 費・雑 費	14,406
		小 計	14,406
		本 会 計 へ 返 金	185,594
計	200,000	計	200,000

(6) 医療安全部会（日産婦医会）

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	150,000	会 議 費	5,500
		通 信 費・雑 費	3,910
		事 務 消 耗 品 費	640
		小 計	10,050
		本 会 計 へ 返 金	139,950
計	150,000	計	150,000

(7) 医業推進部会（日産婦医会）

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	200,000	会 議 費	5,500
		通 信 費・雑 費	1,540
		小 計	7,040
		本 会 計 へ 返 金	192,960
計	200,000	計	200,000

(Ⅵ) 日産婦学会委員会

収入の部		予 算	決 算
項 目			
本 会 計 よ り		100,000	100,000
預 金 利 息			
計		100,000	100,000

支出の部

項 目	予 算	決 算
事 務 消 耗 品 費	100,000	18,090
通 信 費・雑 費		8,900
支 出 合 計	100,000	26,990
本 会 計 へ 返 金		73,010
計		100,000

(Ⅶ) 機関誌編集委員会費

収入の部

項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	1,150,000	1,150,000
預 金 利 息		5
計	1,150,000	1,150,005

支出の部

項 目	予 算	決 算
会 議 費	1,150,000	16,500
査 読 者 へ の 謝 礼 金		60,000
編 集 協 力 費		384,000
車両使用料(オンラインシステム)		243,512
サポート料(オンラインシステム)		86,185
通 信 費・雑 費		11,990
支 出 合 計	1,150,000	802,187
本 会 計 へ 返 金		347,818
計		1,150,005

(Ⅷ) 社会保険診療要覧制作費

収入の部

項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	1,200,000	1,013,883
計	1,200,000	1,013,883

支出の部

項 目	予 算	決 算
制 作 費 (知 人 社)	1,200,000	1,013,883
計	1,200,000	1,013,883

(Ⅸ) 第142回、第143回学術集会余剰金

収入の部

項 目	予 算	決 算
第142回学術集会(大阪医科大学)		8,649,511
第143回学術集会(大阪市立大学)		5,772,671
計	0	14,422,182

支出の部

項 目	予 算	決 算
大 阪 医 科 大 学 へ 寄 付		4,000,000
大 阪 市 立 大 学 へ 寄 付		2,886,335
支 出 合 計		6,886,335
近畿産科婦人科学会へ寄付		7,535,847
計		14,422,182

**B 令和 2 年度 近畿産科婦人科学会
学術奨励賞基金決算**

自 令和 2 年 4 月 1 日
至 令和 3 年 3 月 31 日

収入の部

項 目	金 額
預 金 利 息	16
前 年 度 繰 越 金	1,882,220
計	1,882,236

支出の部

項 目	金 額
令和 2 年度奨励賞(1名)	100,000
令和 2 年度優秀論文賞(2名)	100,000
振込手数料・雑費	1,320
次 年 度 繰 越 金	1,680,916
計	1,882,236

*収入金額 1,882,220
*支出金額 201,320
*次年度繰越金 1,680,916
(普通預金口座残高 1,680,916)

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。

令和 3 年 4 月 19 日 監事 高木 哲
令和 3 年 4 月 20 日 監事 大橋 正伸

近畿産科婦人科学会 令和3年度予算

収入の部

項 目	令和2年度予算	令和3年度予算	備 考
前年度繰越金	53,720,364	71,735,570	
会費総収入	25,900,000	26,650,000	大阪 1,240 兵庫 620 京都 380 奈良 150 和歌山 120 滋賀 155
過年度会費	100,000	100,000	
預金利息	300	300	
雑収入	100,000	100,000	メテオ・著作権使用料等
進歩誌広告費	900,000	900,000	
社保要覧広告費	1,000,000	0	
社保要覧実費販売費	100,000	0	
合 計	81,820,664	99,485,870	

支出の部

項 目	令和2年度予算	令和3年度予算	増 減
事務所費	400,000	400,000	
業務委託費	4,048,000	4,048,000	
主務地費	7,700,000	8,900,000	POP-Kの補助金(R2, R3年度)2年分を含む (*1)
学術委員会費	1,800,000	1,800,000	
日産婦医会委員会費	2,350,000	2,350,000	
社保要覧編集費	1,200,000	1,200,000	
日産婦学会委員会費	100,000	100,000	
機関誌編集委員会費	1,150,000	1,150,000	査読システム運用費 (*2)
進歩誌編集費	10,780,000	10,780,000	
雑費	10,000	10,000	
予備費	52,282,664	57,947,870	
合 計	81,820,664	99,485,870	

- (*1) 例年開催のプラスワンセミナー(予算100万円)が開催されないため、POP-K開催のための予算を120万円とする。120万円については、POP-K開催の収支決算によって、本会計への返金補填が発生するものとする。今年度は2年分240万円を計上している。
- (*2) システム利用料(約23万円)、サポート料(約4万円)他

令和2年度「産婦人科の進歩」編集報告

1. 発行の現況

72巻	頁 数	部 数
1号 (2/1)	本文58頁 (会告6頁 広告4頁)	2900部
2号 (5/1)	本文134頁 (会告10頁 広告6頁)	2910部
3号 (8/1)	本文166頁 (会告9頁 広告5頁)	2900部
4号 (10/1)	本文112頁 (会告7頁 広告4頁)	2940部
合 計	本文470頁 (会告32頁 広告19頁)	11,640部

2. 受付論文

72巻

[研 究] 総説1編, 原著12編, 症例報告15編
[臨 床] 臨床の広場4編, 今日の問題4編, 会
員質問コーナー8編
[学 会] 学術集会プログラム・抄録2編, 研究
部会記録14編, 学会会務報告(評議
員会他)1編, 医会報告1編, 投稿規
定4編, 会員の皆様へ1編, 各研究部
会委員名簿1編

3. 会員外購読会員

令和元年度24件

近畿産科婦人科学会会則

第1章 総 則

第1条 名称および構成

本会は近畿産科婦人科学会と称し、近畿2府4県（滋賀、京都、大阪、奈良、和歌山、兵庫）の産婦人科医会または学会（以下、医会等という）をもって構成する。

第2条 目 的

本会は産科学婦人科学の進歩発展とともに会員の学術研修につとめ、構成府県医会等の連携親睦をはかるをもって目的とし、日本産科婦人科学会および日本産婦人科医会の近畿地区についての会務をも兼ねて行うものとする。

第3条 事 業

本会は前条目的達成のため、総会、学術集会、機関誌発行、そのほか本会の目的達成に必要な事業を行う。

第4条 主務地および事務所

各府県医会等は交代にて本会運営の主務地となり、その年間の会務を処理する。本会の事務所は当分の間、京都市左京区吉田河原町14近畿地方発明センター内に置き、会員名簿の整備、出納事務ならびに編集室との連絡にあたる。

第2章 会 員

第5条 資格および義務

- 所属府県医会等の会員は本会の会員となる。
2. 所属府県医会等の非会員で、本会の目的に賛同する医師またはその他の科学者で入会したものは特別会員とする。特別会員の処遇については別に定める。
 3. 本会に功績顕著なる会員に対し、名誉会員または功労会員の称号を授与することができる。
 4. 名誉会員、功労会員を含むすべての会員は本会所定の会費、分担金等を納めなければならない。ただし、満77歳以上で20年間本会の会員であったもの、および長期療養等特別の事由ある会員に対しては、これを免除することができる。

第6条 入 会

所属府県医会等に入会したものについては、医会等の会長はその年度の会費を添え1ヵ月以内に会長に報告しなければならない。特別会員の入会手続きは別に定める。

第7条 退 会

所属府県医会等を退会したものについては、医会等の会長は1ヵ月以内に会長に報告しなければならない。特別会員の退会手続きは別に定める。

第8条 除 名

本会の名誉を汚し、あるいは会費を2年以上滞納したものについては、理事会の議決を経て会長はこれを除名することができる。

第3章 役員、評議員および幹事

第9条 役 員

本会に次の役員を置く。

会 長	1 名
副会長	1 名（次期主務地の現会長）
理 事	若干名（うち常務理事4名）
定数外理事	2 名（主務地担当理事）（主務地の前年～主務地終了）
監 事	2 名

第10条 役員の職務

- 会長は本会を代表し、会務を処理する。
2. 副会長は会長を補佐し会長事故あるときはその職務を代行する。
 3. 理事は理事会を組織して会務を分担執行する。主務地担当理事と次期主務地担当理事は庶務・会計を担当執行する。
 4. 常務理事は常務理事会を組織して理事会から委託された事項を執行する。
 5. 監事は会務を監査する。

第11条 役員の選任

- 次期会長は次期主務地の推薦により、理事会の議を経て評議員会において決定する。
2. 理事は所属府県医会等において会員数200名までは3名を選出し、200名を越えるときは200名ごとに1名を増す。ただし、150名を越えるときは200名とみなす。
なお会員数は本会会費を完納した12月31日現在の会員実数による。
 3. 会長は必要に応じ、理事若干名を推薦し、理事会の承認を得てこれを決定することができる。
 4. 定数外理事である主務地担当理事は、会長および副会長の推薦より理事会の議を経て理事会で決定する。
 5. 監事は各府県医会等から推薦された候補者のうち

から評議員会において選出する。

第12条 役員の任期

会長・副会長の任期は1年とする。

2. そのほかの役員の任期は2年とし、再任を妨げない。主務地担当理事は主務地担当の前年より主務地担当年度終了までの2年とする。
3. 補欠により就任した役員の任期は前任者の残任期間とする。
4. 役員は任期満了後といえども後任が決定するまではその職務を行わなければならない。
5. 役員の変更があった場合には直ちに会長および事務局にその旨を連絡する。

第13条 評議員

本会に評議員を置く。評議員は会員を代表し、評議員会を組織し、重要な議事を審議する。

2. 評議員は所属府県医会等において会員数120名までは3名を選出し、120名を越えるときは60名ごとに1名を増す。ただし30名を越えるときは60名とみなす。なお、会員数は本会会費を完納した12月31日現在の会員実数による。

このほか理事会は各府県の会員数に応じ、15名以内の評議員を推薦し、評議員会の承認を求めることができる。

3. 役員は評議員を兼ねることができない。
4. 評議員の任期は2年とし、再任を妨げない。補欠により就任した評議員の任期は前任者の残任期間とする。

第14条 幹事

会務の円滑な運営のため、各委員会等には、幹事若干名を置くことができる。

2. 幹事の任期は役員の任期と同一とし、再任を妨げない。補充または増員により就任した幹事の任期は前任または現任者の残任期間とする。
3. 会長は総会運営のため3名以内の総会幹事を置くことができる。その任期は会長の任期と同一とする。
4. 幹事は理事会の議を経て所定の会議に出席することができる。

第15条 役員・評議員の選出時期

所属府県医会等の会長はその選出理事、選出評議員ならびに会長推薦理事候補者、推薦評議員候補者および監事候補者の住所氏名を3月31日までに会長に報告しなければならない。

第16条 役員の承認

会長推薦理事および次期主務地担当理事は第1回理事会開催日までに理事会の承認を得るものとする。

第4章 会 議

第17条 総 会

総会は年1回主務地が担当して開催する。

第18条 理事会

会長は必要に応じて理事会を招集しその議長となる。

2. 議事は出席理事の過半数によって決する。可否同数のときは議長の決するところによる。なお、緊急を要する場合は通信により議決することができる。
3. 監事は理事会に出席するものとする。
4. 評議員会の議長および副議長は理事会に出席するものとする。

第19条 常務理事会

常務理事会は会長、副会長、常務理事および主務地担当理事と次期主務地担当理事をもって構成し、会長は必要に応じこれを招集する。

2. 常務理事会は理事会から委託された事項ならびに緊急事項を審議し執行する。なお、後者に関しては後日理事会において報告し承認を得なければならない。

第20条 定例評議員会

会長が招集し総会時に開催することを原則とする。

2. 評議員会は議長1名、副議長を1名選任する。
3. 議長、副議長の任期はこれを選任した評議員の任期と同一とする。
4. 会議は評議員現在数の過半数の出席をもって成立するものとする。ただし委任状をもって出席とみなす。
5. 議事は出席評議員の過半数により決する。可否同数のときは議長の決するところによる。

第21条 臨時評議員会

会長は理事会の議を経て臨時評議員会を招集することができる。

2. 緊急を要し臨時評議員会を開催し得ない場合には、通信によりこれを議決することができる。

第22条 評議員会議決事項および総会報告事項

次の事項は評議員会の承認または議決を経て、総会に報告しなければならない。

- (1) 事業報告および決算
- (2) 事業計画および予算
- (3) 会則の変更
- (4) 役員の選任
- (5) 次期会長ならびに主務地
- (6) 会員の除名
- (7) そのほかの重要事項

第5章 学術集会

第23条 学術集会

学術集会は年2回学術集会会長が行う。そのうち1回は総会当日に開催し、他の1回は他地区産科婦人科学会と合同することができる。

2. 学術集会の会長は理事会の議を経て会長がこれを委嘱する。

第6章 委員会

第24条 委員会

本会に学術委員会、日産婦学会委員会、日産婦医会委員会ならびに機関誌編集委員会を常置する。その他理事会において必要と認めたときは、担当理事のもとに委員会を設置することができる。委員会に関する規定は別にこれを定める。

2. 委員会は少なくとも年1回理事会および評議員会にその事業内容を報告し、要旨を本会の機関誌に掲載しなければならない。
3. 委員会委員の選出時期ならびに承認
委員会委員候補者の住所・氏名については4月30日までに会長に報告し、第1回理事会開催日までに理事会の承認を受けることとする。
4. 常置委員会の委員は任期満了後も後任が決定するまでの期間はその職務を執行しなければならない。

第7章 機関誌

第25条 機関誌

本会の機関誌は「産婦人科の進歩」と称し、定期発行する。

第8章 会計

第26条 会計

本会の会計は会費、寄附金およびその他の収入をもってこれにあてる。

第27条 会費

本会の会費は所属府県医会等を経てその年度の9月30日までに事務所に納入しなければならない。既納会費はいかなる場合にも返還しない。

第28条 会計年度

本会の会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

第29条 会務日誌および会計簿

本会は会務日誌および会計簿を備え、会務日誌は主務地において記録し、次期主務地に移管するものとする。会計簿は事務所に於いて記録保管するものとする。

第9章 学会賞、その他

第30条 学会賞

学会賞のため、本会は本会会員の業績に対し学会賞を贈呈することができる。

第31条 その他

名誉会員、功労会員、学術奨励賞、会費の免除その他重要な条項については内規または細則を定め理事会の承認を得なければならない。

附則

1. 本会則は平成28年6月5日よりこれを施行する。
(平成2年5月27日改定)
(平成12年6月25日改定)
(平成20年10月28日改定)
(平成26年6月29日改定)
(平成28年6月5日改定)

近畿産科婦人科学会諸規定

理事規定

- 第1条 本規定は会則第9条により定める。
- 第2条 常務理事は各種常置委員会の委員長をもって充てる。
- 第3条 理事の業務分担は、3業務以内に留める。

学術委員会規定

- 第1条 本規定は会則第24条により定める。
- 第2条 学術委員会は各大学より2名およびその合計の半数を越えない一般会員より成る。
2. 学術委員は所属府県医会等の会長の推薦に基づき理事会の承認を経て選任される。
- 第3条 学術委員長は学術委員の互選により定める。

第4条 学術委員会は学術集会の企画およびその他の学術活動を担当する。

第5条 学術委員長は会長に連絡して学術委員会を招集し、その議長となる。

2. 学術委員長は必要に応じて小委員会を設置し、招集することができる。

第6条 本委員会内に研究部会を設置することができる。必要がある場合は、理事会の承認を経て、研究部会を改廃することができる。

2. 研究部会委員は所属府県の大学および産婦人科医学会等の会長の推薦に基づき学術委員会の承認を経て選任される。また委員に変更のあった場合は直ちに会長および事務局に連絡する。

第7条 学術委員長および学術委員の任期は2年とし改選する。ただし再任を妨げない。その改選期は役員の改選期と同一とする。

第8条 学術委員の欠員補充の場合は前任者の残任期間とする。

第9条 学術委員会の経費は本会が負担する。
(平成12年6月25日改定)

日産婦学会委員会規定

第1条 本規定は会則第24条により定める。

第2条 本委員会は日本産科婦人科学会（以下、日産婦学会という）の事業のうち近畿地区に関する業務を処理するとともに、各府県の日産婦学会地方部会相互間の連携を図るものとする。

第3条 本委員会の委員構成を次のごとく定め、理事会の承認を経て選任される。

（1）本会会員にして日産婦学会の役員、総会議長および副議長ならびに運営企画委員会委員

（2）6府県の日産婦学会地方部会長

（3）近畿地区に所在する大学の産科婦人科教授

（4）日産婦学会代議員中より会長が推薦するもの

第4条 日産婦学会委員長および日産婦学会委員の任期は2年とし、再任を妨げない。その改選期は近産婦役員の改選期と同一とする。ただし、委員の欠員補充の場合は前任者の残任期間とする。

第5条 委員長は委員の互選により定め、日本産科婦人科学会の近畿ブロック連絡委員を兼ねるものとする。

第6条 委員長は会長に連絡して委員会を招集し、その議長となる。

第7条 本委員会内に小委員会を設置することができる。小委員会の委員長はその小委員会委員の互選により

定める。

第8条 日産婦学会委員会の経費は本会が負担するものとする。

(平成22年6月20日改定)

附則

本規定は平成22年6月20日から施行する。

日本産科婦人科学会理事候補選出規定

この規定は、日本産科婦人科学会（以下、日産婦学会と略）近畿ブロック理事候補を選出するための規定である。

第1条 理事候補選出のための代議員の会は、近産婦科婦人科学会（以下、近産婦学会と略）会長が招集する。

第2条 選挙管理委員会

第1項 会長は、理事候補を選出するための業務を遂行することを目的として、選出年度第1回理事会の議を経て、近産婦学会に選挙管理委員会（以下、委員会と略）を設置する。

第2項 委員会は、近産婦学会会長、副会長ならびに被選挙人でない役員のうちから会長が委嘱する若干名をもって構成する。

第3項 選挙管理委員長（以下、委員長と略）は、委員の互選によりこれを決定する。

第4項 委員会は、選挙の告示と立候補の受理および開票の管理ならびに当選人の告示を行う。

第5項 委員長は、投票および開票に際しては、出席代議員の中から各3名の投票および開票立ち合い人を指名する。

第6項 委員会は、その他理事候補選出を終了するまでの選挙事務に関する一切の業務を担当する。

第3条 選挙の定数

第1項 日産婦学会の定める理事の定数とする。

第4条 被選挙人の資格

第1項 近畿ブロックに所属する日産婦学会会員であること。

第2項 立候補制によるものとする。

第5条 選挙人の資格

第1項 日産婦学会理事候補選出の年の近畿ブロックの日産婦学会新代議員であること。

第6条 選出方法

第1項 選出は投票によることを原則とする。

第2項 投票は選挙人の無記名投票で単記投票とする。

第7条 理事候補の決定

第1項 有効投票の得票順位に従って、上位定数を

理事候補とする。

第2項 同一得票数のものが2名以上になり定数を超過する場合には、委員会立ち会いのもとに抽選を行い、理事候補を決定する。

第3項 任期を残して理事定数に欠員が生じた場合、その都度定数外得票の順に従い補充する。

第4項 立候補者が定数の場合は、新代議員就任予定者により承認する手続きをとる。

第5項 任期を残して理事定数に欠員が生じ、定数外の候補者がいない場合、現理事が推薦する。

第6項 選挙結果は次回選挙前日まで有効とする。

第8条 理事候補の選出結果

第1項 投票結果は公式記録し、理事候補の氏名を近産婦学会員に公表する。

第2項 近産婦学会会長は速やかに日産婦学会理事長に、選出結果を報告しなければならない。欠員補充の場合も同じである。

第3項 任期を残して理事定数に欠員が生じた場合、その都度定数外得票の順に従い補充する。

第4項 選挙結果は次回選挙前日まで有効とする。

第9条 投票の無効

第1項 以下に該当する場合の投票はその全体を無効とする。

1. 正規の投票用紙を用いないもの
2. 委員会が定める選挙方法に従わないもの
3. 候補者でないものの氏名を記載したもの
4. 候補者の誰を記載したか確認し難いもの
5. 過不足のある候補者の氏名を記載したもの
6. 候補者の氏名のほか他事を記載したもの
ただし、職業、身分、住所または敬称の類を記したものはこの限りでない
7. 同一候補を複数記載したもの

第10条 規定の改定

本規定は、日産婦学会近畿ブロック代議員会の決議を経なければ変更することはできない。

第11条 規定の施行

本規定は、平成27年2月15日から施行する。

(昭和63年2月10日改定)

(平成12年6月25日改定)

(平成17年2月20日改定)

(平成27年2月15日改定)

日産婦医会委員会規定

第1条 本規定は会則第24条により定める。

第2条 本委員会は日本産婦人科医会（以下、日産婦

医会という）の事業計画に従いその業務を処理する。

第3条 本委員会の構成は次のごとく定め、理事会の承認を得るものとする。

(1) 本会会員にして日産婦医会本部の役員

(2) 各府県日産婦医会支部長

(3) 各府県選出日産婦医会代議員中より各府県代議員定数以内のものを支部長が推薦する。

第4条 委員長は委員の互選により定める。

第5条 日産婦医会委員長および日産婦医会委員の任期は2年とし改選する。ただし再任を妨げない。その改選期は役員の改選期と同一とする。

第6条 委員長は会長に連絡し、委員会を招集しその議長となる。

第7条 本委員会内に次の担当部会を常置する。

その他必要がある場合は理事会の承認を得て部会を改廃することができる。常置担当部会は次の6部会とする。

(1) 医療保険部会

(2) 研修部会

(3) 母子保健部会

(4) がん部会

(5) 医療安全部会

(6) 医業推進部会

第8条 各部会委員は所属府県医会等の会長の推薦に基づき日産婦医会委員会の承認を経て選任される。

第9条 各部会長は各部会委員の互選により定める。

第10条 日産婦医会委員長は各部会委員長と密接に連絡をとり、必要に応じ各種部会を招集することができる。各種部会の議長は各部会長が務める。

第11条 委員欠員の補充の場合は前任者の残任期間とする。

第12条 総ての委員は次期委員の決定までその任務を引き続き担当しなければならない。

第13条 日産婦医会委員会の経費は本会が負担する。

(平成29年2月19日改定)

機関誌編集委員会規定

第1条 本規定は会則第24条により定める。

第2条 編集委員は編集担当理事、幹事、常任編集委員および若干名の一般会員により成る。

第3条 委員長は編集担当理事を対象として編集委員の互選により定め、理事会の承認を得るものとする。

第4条 委員会は会長に連絡し定例委員会の他、必要に応じ臨時委員会を開催する。

第5条 委員会は編集の企画および実務を担当する。

第6条 委員長は委員会を招集しその議長となる。委員長および委員の任期は2年とする。ただし再任を妨げない。その任期は役員の任期と同一とする。

第7条 委員の欠員補充の場合は、前任者の残任期間とする。委員の変更のあった場合は、直ちに会長および事務局に報告する。

第8条 機関誌編集委員会の経費は本会が負担する。
(令和2年6月15日改定)

学会賞規定

第1条 本規定は会則第30条により定める。

第2条

1. 学会賞として学術奨励賞と優秀論文賞の2つを設ける。

2. 優秀論文賞

学会の機関誌に掲載された優秀な論文に対し授与する。原著、総説、臨床研究、診療、症例報告などを対象とする。

3. 学術奨励賞

前項の優秀論文の中で最も優秀な論文に対して学術奨励賞を授与する。主として原著論文を対象とする。

4. 受賞対象

前年の「産婦人科の進歩」誌に掲載された本会会員の論文中、学会賞の公募に応じたもの、およびレフェリー、常任編集委員会から推薦を受けたものとする。学術奨励賞の受賞対象者は、論文掲載年度の12月31日時点において満45歳未満の会員とする。優秀論文賞の受賞対象者については、年齢制限を設けない。

5. 応募ならびに選考方法

- (イ) 学会賞の推薦理由を400字以内に記載し(自薦、共著者を含む)、所定の期間中に応募する。
- (ロ) 選考方法に関しては審査委員会に一任する。
- (ハ) 審査委員会は会長、副会長、学術委員長および各大学主任教授(主任教授が欠員の場合これに代わるもの)により構成される。
- (ニ) 審査委員会の議長は学術委員長が務める。

第3条 受賞業績については、学術委員長が総会席上でその内容を紹介し表彰するとともに、学術奨励賞受賞者は業績について講演を行う。

第4条 学術奨励賞基金

1. 本基金は旧高山賞基金、緒方正清賞基金として寄附されたものに有志の寄附金を加えたものである。

2. 本基金は本会の事務所において保管する。

3. 学術奨励賞の費用は基金の運用によりまかない、その額は理事会で決定する。

附則

本規定は平成20年10月28日から施行する。

(平成25年5月19日改定)

(平成29年2月19日改定)

名誉会員規定

第1条 本規定は会則第5条により定める。

第2条 本会会員にして次の各事項の内いずれか3つ以上の条件を充たすものに対し名誉会員の称号を授与し感謝状を贈呈する。

- (1) 産科学・婦人科学の進歩あるいは本会の発展に寄与したもの
- (2) 本会の評議員に20年以上就任したもの
- (3) 本会の理事・監事に10年以上就任したもの
- (4) 本会の会長、または学術集会長に就任したもの
- (5) 近畿地区大学の教授で定年退職したもの

第3条 産科学・婦人科学領域の進歩あるいは本会の発展に著しく貢献したと認められるものあるいは、本会会員にして日本産科婦人科学会名誉会員であるものに対しては、前条の規定にかかわらず選考の上、名誉会員の称号を授与することができる。

第4条 名誉会員は理事または所属府県医会等の会長が理由を附して会長に推薦し、会長は理事会に諮り評議員会の承認を得なければならない。

第5条 名誉会員は理事会および評議員会に出席して意見を述べることができる。ただし採決には加わらない。

功労会員規定

第1条 本規定は会則第5条により定める。

第2条 本会の会員にして次の各項の内3条件を充たすものに対し功労会員の称号を授与し感謝状を贈呈する。

- (1) 年齢満65歳以上であること
- (2) 本会の評議員に10年以上就任したもの
- (3) 本会の発展に特に功労のあったもの
- (4) 多年にわたり役員、委員等に就任功労のあったもの

第3条 功労会員は所属府県医会等の会長が理由を附して会長に推薦し、会長は理事会に諮り、評議員会の承認を得なければならない。

第4条 功労会員は評議員会に出席して発言すること

ができる。ただし採決には加わらない。

特別会員規定

第1条 本規定は会則第5条により定める。

第2条 特別会員は本会会員の推薦書ならびに入会申込み書、年会費全額を添えて入会を申し出、理事会の審議を経て入会するものとする。

第3条 特別会員は所定の退会手続きにより退会する。また年会費をその年度の6月30日までに納入しない場合は自動的に退会とする。

第4条 特別会員は本会の学術集会、および学術委員会に属する研究部会に参加、発表することができる。

第5条 特別会員は本会の機関誌の配布を受け、機関誌に投稿することができる。

第6条 特別会員は本会の役員、評議員、各種委員会の委員、幹事になることはできない。

本規定は、平成12年6月26日から施行する。

(平成12年6月25日改定)

【会員の皆様へ】

平素より「産婦人科の進歩」誌へ論文を投稿していただき誠にありがとうございます。「産婦人科の進歩」誌は1915年の「近畿婦人科会会報」から始まっており、以来100年以上という長きにわたって継続し愛読されてきました。本誌の使命は、若手産婦人科医のリサーチマインドを育み、さらに研究を指導できる指導医を育てることであると考えています。

若いうちに論文を書いてまとめる習慣をつけると、他の論文を読みながら理論的な考察や思考ができるようになります。したがって、論文を執筆することは臨床医としての診療能力の向上につながります。このため、日本産科婦人科学会やサブスペシャルティー学会において、専門医になるために論文の執筆が必須要件になっております。そして上級医にとって、若い医師の論文の指導は重要な仕事の1つとなっています。このような背景を受け、近年、本誌への投稿論文数が増加しており、われわれ編集担当としてはうれしく思っております。

本誌は若い医師が初めて論文を投稿される際にお使いいただけるような雑誌となっています。本誌に投稿していただくと、2名のレフェリーおよび近畿の12大学から選ばれた14名の常任編集委員が論文を丁寧に査読し、論文を改善するための建設的なコメントをお返しします。多数のコメントに基づいて論文がブラッシュアップされていく過程で、論文の書き方を勉強していただけると存じます。最終的な採択率は他の連合地方学会誌と同等になるよう、できるだけ論文を拾い上げるようにしております。ぜひとも「産婦人科の進歩」誌に論文を投稿してください。

最後になりましたが、本年も例年どおり「産婦人科の進歩」誌を発刊できたのは、論文等を投稿していただいた会員の皆様、レフェリーの先生方、常任編集委員会の先生方、編集委員会の役員の諸先生方、さらに事務局のご協力の賜物であると感謝申し上げます。編集委員の先生方ならびに投稿論文への査読の労をお取りいただいた先生方のお名前を以下に掲載させていただき、本誌面を借りて厚く御礼を申し上げます。本当にありがとうございました。

令和3年10月

編集委員長
近畿大学医学部産科婦人科
松村 謙臣

「産婦人科の進歩」編集委員（敬称略）

（◎は委員長）

市村	友季	大道	正英	岡田	英孝	笠井	真理	亀谷	英輝	北	正人
木村	正	角	俊幸	高矢	寿光	竹村	昌彦	橘	大介	巽	啓司
辻	勲	筒井	建紀	恒遠	啓示	富松	拓治	樋口	壽宏	◎松村	謙臣
吉村	智雄	早田	憲司	柴原	浩章	鏑本	浩志	田中	宏幸	谷村	憲司
出口	雅士	寺井	義人	福井	淳史	吉岡	信也	楠木	泉	近藤	英治
濱西	潤三	万代	昌紀	森	泰輔	井篁	一彦	南	佐和子	八木	重孝
矢本	希夫	大井	豪一	佐道	俊幸	笠原	恭子	木村	文則	村上	節

「産婦人科の進歩」常任編集委員（敬称略）

笠井	真理	佐道	俊幸	笠原	恭子	北	正人	楠木	泉	巽	啓司
辻	勲(韓)	早田	憲司	恒遠	啓示	鏑本	浩志	出口	雅士	濱西	潤三
樋口	壽宏	◎松村	謙臣	八木	重孝	富松	拓治				

第73巻投稿論文レフェリー（敬称略）

今福	仁美	浮田	祐司	荻田	和秀	小野	哲男	郭	翔志	角	俊幸
笠松	敦	加藤	徹	片山	和明	喜多	伸幸	喜多	恒和	北脇	城
木村	文則	黒星	晴夫	苔口	昭次	小芝	明美	笹川	勇樹	佐藤	朝臣
佐野	匠	塩谷	雅英	島岡	昌生	初田	和勝	左右田	裕生	曾和	正憲
高島	明子	瀧内	剛	武内	享介	竹村	昌彦	田中	智人	谷村	憲司
千草	義継	辻	俊一郎	中井	英勝	中尾	朋子	成瀬	勝彦	貫戸	明子
羽室	明洋	林	正美	福井	淳史	藤田	太輔	藤田	浩平	房	正規
牧原	夏子	馬淵	誠士	三枚	卓也	村上	節	村上	隆介	村田	絃未
森田	宏紀	森本	義晴	山崎	峰夫	山下	健	葉	宜慧	吉岡	信也
吉田	彩	藁谷	深洋子								

(令和2年6月15日より)

(◎は代表世話人)
(○は幹事)

【腫瘍研究部会】

◎大道 正英	大阪医科薬科大学	小芝 明美	京都府立医科大学
上浦 祥司	大阪府立病院機構大阪国際がんセンター	堀江 昭史	京都大学
川村 直樹	大阪市立総合医療センター	笠原 恭子	滋賀医科大学
北 正人	関西医科大学	木村 文則	滋賀医科大学
斉藤 淳子	斉藤女性クリニック	竹林 浩一	竹林ウィメンズクリニック
澤田健二郎	大阪大学	村上 節	滋賀医科大学
角 俊幸	大阪市立大学	◎岡田 英孝	関西医科大学
高矢 寿光	近畿大学	貫戸 明子	近畿大学
竹村 昌彦	大阪急性期・総合医療センター	康 文豪	大阪市立十三市民病院
巽 啓司	国立病院機構大阪医療センター	甲村 弘子	こうむら女性クリニック
○田中 智人	大阪医科薬科大学	古山 将康	大阪市立大学
恒遠 啓示	大阪医科薬科大学	佐々木 浩	大阪医科薬科大学
中井 英勝	近畿大学	瀧内 剛	大阪大学
松村 謙臣	近畿大学	武田 卓	近畿大学
安井 智代	大阪市立大学	田辺 晃子	田辺レディースクリニック
吉田 茂樹	愛仁会千船病院	谷口 武	谷口病院
吉村 智雄	関西医科大学総合医療センター	辻 勲	IVF大阪クリニック
大井 豪一	近畿大学奈良病院	富山 達大	大阪New ARTクリニック
川口 龍二	奈良県立医科大学	○中尾 朋子	関西医科大学
喜多 恒和	奈良県立病院機構奈良総合医療センター	橋本 香映	大阪大学
杉浦 敦	奈良県立病院機構奈良総合医療センター	羽室 明洋	大阪市立大学
藤原 潔	天理よろづ相談所病院	林 正美	大阪医科薬科大学
馬淵 誠士	奈良県立医科大学	久本 浩司	医療法人聖和会早川クリニック
井上 佳代	兵庫医科大学	藤野 祐司	ウィメンズクリニック本町
小笠原利忠	誠仁会大久保病院	村田 紘未	関西医科大学
鐸本 浩志	兵庫医科大学	森本 義晴	医療法人三慧会 HORAC
寺井 義人	神戸大学		グランフロント大阪クリニック
宮原 義也	明石医療センター	市川麻祐子	奈良県立医科大学
森田 宏紀	甲南医療センター	川口 龍二	奈良県立医科大学
山口 聡	兵庫県立がんセンター	別府 謙一	別府レディースクリニック
山崎 正明	医療法人社団山崎産科婦人科医院	山下 健	新谷レディースクリニック
吉岡 信也	神戸市立医療センター中央市民病院	今福 仁美	神戸大学
井篁 一彦	和歌山県立医科大学	片山 和明	英ウィメンズクリニック
谷本 敏	和歌山労災病院	川口 恵子	川口レディースクリニック
林 子耕	紀南病院	小林眞一郎	Kobaレディースクリニック
馬淵 泰士	和歌山県立医科大学	佐藤 朝臣	神戸赤十字病院
		塩谷 雅英	英ウィメンズクリニック
		柴原 浩章	兵庫医科大学
		出口 雅士	神戸大学
		中林 幸士	中林産婦人科クリニック
		福井 淳史	兵庫医科大学
【生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会】			
江川 美保	京都大学		
北脇 城	京都府立医科大学		
楠木 泉	京都府立医科大学		

2021年10月

令和3年度近畿産科婦人科学会学術委員会各研究部会委員一覧

451

益子 和久	益子産婦人科医院
松尾 博哉	神戸大学
脇本 裕	兵庫医科大学
岩橋 栄	医療法人新生会岩橋産科婦人科
宇都宮智子	うつのみやレディースクリニック
中村 光作	日本赤十字社和歌山医療センター
南 佐和子	和歌山県立医科大学

産婦人科の進歩 第73巻 総目次

原 著

上田 友子他：がん遺伝子パネル検査（クリニカルシーケンス）を実施した婦人科症例の検討……	1号	(1)
萩本 圭祐他：粘膜下筋腫に対するtotal laparoscopic myomectomy (TLM) において bottom-up suturing technique (BUST) にtwo-step suturing technique (TSST) を併用した3症例の報告と有用性の検討……	1号	(10)
服部 瑞貴他：当院におけるretained products of conception (RPOC) に対する治療法の検討 ……	3号	(169)
大井 仁美他：腔に孤発再発した婦人科悪性腫瘍に対する組織内照射の予後検討……	3号	(177)
小西 博巳他：MPA療法後の妊娠についての後方視的検討……	3号	(185)
宮川 知保他：局所進行子宮頸癌に対する腹腔鏡下傍大動脈リンパ節摘出術の有用性と安全性の検討……	3号	(191)
大西 佑実他：広汎子宮頸部摘出後妊娠症例の予後の検討……	3号	(197)

症 例 報 告

渡邊 亜矢他：原発性無月経を呈した46, XX女性の卵巣形成不全に対して腹腔鏡検査を行った1例	1号	(17)
大須賀拓真他：帝王切開術後の子宮内腔血液貯留に対する メチルエルゴメトリンマレイン酸塩内服中に特発性冠動脈解離を生じた1例……	1号	(22)
花田 哲郎他：ジェノゲスト内服中にカプセル内視鏡が滞留し腸閉塞となった小腸子宮内膜症の1例	1号	(28)
濱田 寛子他：コルヒチンとジェノゲストが著効した家族性地中海熱非典型例の1例……	1号	(35)
秋山 誠他：卵管切除後の同側卵管に生じた間質部妊娠の1例および文献的考察……	1号	(41)
西江 瑠璃他：腹腔鏡下子宮筋腫核出後に発生した disseminated peritoneal leiomyomatosisの1例と文献的考察……	1号	(47)
栗谷 翠他：妊娠後期に発症し、妊娠延長が可能であった絨毛膜下血腫の3例……	1号	(54)
福井 陽介他：妊娠初期より吃逆を呈した脊髄腫瘍合併妊娠の1例……	1号	(62)
山内 真他：画像検査から微小な奇形腫を疑い腹腔鏡下手術を行った 卵巣未熟奇形腫に伴う抗NMDA受容体脳炎の1例 ……	1号	(68)
加藤 爽子他：リトドリン塩酸塩投与を契機に発症した心房細動合併妊娠……	3号	(207)
村山 結美他：工夫を要した低身長患者に対する腹腔鏡手術の1例……	3号	(213)
柴田 梓沙他：常位前壁付着胎盤で癒着胎盤を疑い子宮底部横切開帝切を行った 子宮体部前壁下部筋腫を有する既往帝切の1例……	3号	(218)
藤井 剛他：両側卵管妊娠が疑われた1例……	3号	(225)
岡村 直哉他：子宮頸部円錐切除術既往のある妊娠17週の妊婦に対して 経腹的子宮頸管縫縮術を施行し生児を獲得した1例……	3号	(230)
前田万里紗他：皮膚筋炎発症後、胸腔鏡および腹腔鏡下組織生検にて診断し得た腹膜癌の1例……	3号	(238)
脇 啓太他：当院における胸腔子宮内膜症に関する検討……	3号	(247)
松岡 基樹他：腸管子宮内膜症に発生した類内膜癌の1例……	3号	(257)
小川 紋奈他：重症妊娠高血圧腎症を併発した妊娠一過性尿崩症の1例……	3号	(265)
岡村 綾香他：子宮腺筋症に類似した疾患と捉えて、治療を行った帝王切開癒着症候群の1例……	3号	(271)
田邊 文他：術前診断し得た高齢女性の子宮捻転の1例……	3号	(277)
末光 千春他：腹腔鏡下卵管切除後の同側卵管間質部妊娠の1例……	3号	(283)

沖 絵梨他：穿孔性虫垂炎をきたした虫垂子宮内膜症の1例……………	3号	(289)
菊池 香織他：ホルモン療法中に再発した月経随伴性気胸の1例……………	3号	(295)
定本 怜子他：妊娠27週の感染性心内膜炎に対し、帝王切開術と僧帽弁置換術を同時に施行した1例	3号	(301)
山中啓太郎他：子宮頸癌に対する放射線療法施行後、比較的早期に二次性子宮癌肉腫と診断した1例	3号	(307)
小西菜普子他：経陰分娩後の水腎症を契機に診断された子宮外に存在した子宮仮性動脈瘤の1例……	3号	(313)
福田 久人他：臍部子宮内膜症に対して手術を行った2例……………	3号	(321)
天野 泰彰他：腹腔内に迷入したレボノルゲストレル放出子宮内システムを 腹腔鏡にて安全に摘出しえた1例……………	3号	(328)
高石 侑他：腹腔鏡下coring-type resectionを行った非交通性副角子宮の1例 ……	3号	(334)
杉野 祥代他：腹腔鏡下子宮全摘出術後に発症した卵巢茎捻転の1例……………	3号	(340)
荻野 敦子他：子宮底部筋層内妊娠の1例……………	3号	(345)

臨床の広場

劉 昌惠他：生殖医療領域におけるビタミンDの役割……………	1号	(73)
出口 雅士：不育症と血栓性素因……………	2号	(85)
木村 敏啓：無痛分娩の現状……………	3号	(351)
市川麻祐子：分娩時における経会陰超音波の活用法……………	4号	(408)

今日の問題

野口 智子他：Retained products of conception (RPOC) の管理について……………	1号	(77)
川口 龍二：がん関連血栓症について……………	2号	(90)
加藤 徹：着床前胚遺伝学的検査の現状……………	3号	(356)
中井 英勝他：婦人科がんにおけるミスマッチ修復異常と免疫チェックポイント阻害剤の有用性…	4号	(413)

会員質問コーナー

(314) 早産予防ペッサリーについて……………	林 香里	1号	(79)
(315) 女性アスリートの月経関連問題について……………	楳村 史織	1号	(80)
(316) GnRHアゴニストとGnRHアンタゴニストの使い分けについて……………	恒遠 啓示	2号	(93)
(317) いわゆる“胎盤ポリープ”の管理について……………	味村 和哉	2号	(94)
(318) 前置血管について……………	北田 紘平	3号	(360)
(319) HRDとは何ですか？……………	高矢 寿光	3号	(361)
(320) 卵巣出血の評価と管理方針について……………	横江 巧也	4号	(416)
(321) 術後のコンパートメント症候群について……………	山崎 友維	4号	(417)

学術集会

第144回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会プログラム・講演抄録……………	2号	(101)
第145回近畿産科婦人科学会学術集会プログラム・講演抄録……………	4号	(461)

研究部会記録

第143回近畿産科婦人科学会第106回腫瘍研究部会記録

テーマ：70歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療～治療法および副作用対策～

長嶋 愛子他：化学療法後に椎体骨折をきたした子宮体癌の1例……………	4号	(379)
菊池 太貴他：当院における75歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療……………	4号	(382)
水野友香子他：高齢子宮体癌患者の治療法選択における高齢者機能評価の有用性の後方視的検討…	4号	(384)
信田 侑里他：70歳以上の子宮体がん症例の検討……………	4号	(387)
前田 通秀他：70歳以上の子宮体癌患者での術前、術中診断と術後診断の不一致の頻度と その後の治療選択に関する後方視的検討……………	4号	(390)
山下 優他：高齢者子宮体がん患者の治療に関する検討……………	4号	(393)
西岡 和弘他：70歳以上の高齢子宮体がん患者に対する治療法に関する検討……………	4号	(396)
田中 智人他：高齢者子宮体癌に対する腹腔鏡手術の有用性……………	4号	(398)

第143回近畿産科婦人科学会周産期研究部会記録

テーマ：「妊産婦とメンタルヘルスケア」

辻 俊一郎他：妊産婦とメンタルヘルスケアのアンケート調査報告……………	4号	(405)
-------------------------------------	----	-------

評議員会・総会記録

評議員会……………	4号	(419)
総会……………	4号	(424)
令和2年度日誌抄……………	4号	(425)
令和2年度決算報告……………	4号	(434)
令和3年度予算……………	4号	(438)
令和2年度「産婦人科の進歩」編集報告……………	4号	(439)

医会報告

令和2年度 各府県別研修状況……………	3号	(362)
---------------------	----	-------

雑報

会員の皆様へ……………	4号	(447)
-------------	----	-------

諸規定

会則……………	4号	(440)
諸規定……………	4号	(442)
投稿規定他……………	4号	(457)

Subject Index Adv Obstet Gynecol, Volume73, 2021

■ORIGINAL

- Tomoko UEDA et al. : Next-generation sequencing on gynecological tumor samples at our hospital..... No.1 (1)
- Keisuke OGIMOTO et al. : Total laparoscopic myomectomy (TLM) for uterine fibroids : the application of bottom-up suturing and novel two-step suturing techniques in three patients No.1 (10)
- Mizuki HATTORI et al. : Management of retained products of conception in our hospital No.3 (169)
- Hitomi OI et al. : Outcomes of localized vaginal recurrence in patients with gynecological malignancies who underwent interstitial brachytherapy No.3 (177)
- Hiromi KONISHI et al. : Retrospective study about reproductive outcomes after MPA therapy No.3 (185)
- Chiho MIYAGAWA et al. : Clinical efficacy and safety of laparoscopic paraaortic lymph node dissection for locally advanced cervical cancer..... No.3 (191)
- Yumi ONISHI et al. : Obstetric outcomes of radical trachelectomy for cervical cancer : a retrospective review No.3 (197)

■CASE REPORT

- Aya WATANABE et al. : Ovarian dysgenesis with 46, XX normal karyotype diagnosed by laparoscopy : a case report No.1 (17)
- Takuma OHSUGA et al. : Spontaneous coronary artery dissection during oral administration of methylergometrine maleate for uterine blood retention after cesarean section : a case report No.1 (22)
- Tetsuro HANADA et al. : A case of small intestinal endometriosis with intestinal obstruction due to stagnation of the capsule endoscope during dienogest medication No.1 (28)
- Hiroko HAMADA et al. : Treatment of a case with familial Mediterranean fever variant using a combination of colchicine and dienogest..... No.1 (35)
- Makoto AKIYAMA et al. : Laparoscopic corneal wedge resection for interstitial pregnancy in the remnant tube after ipsilateral salpingectomy : a case report and literature review No.1 (41)
- Ruri NISHIE et al. : A case of disseminated peritoneal leiomyomatosis after myomectomy and review of the literature No.1 (47)
- Midori KURITANI et al. : Diagnosis of Sub-chorionic hematoma in pregnancy by magnetic resonance imaging (MRI) : a case report No.1 (54)
- Yosuke FUKUI et al. : A case of a pregnant woman with spinal cord tumor No.1 (62)
- Makoto YAMAUCHI et al. : Anti-NMDA receptor encephalitis with a micro, undetectable ovarian immature teratoma that led to a definitive diagnosis by laparoscopic surgery No.1 (68)

Sawako KATOH	et al. : Ritodrine-induced atrial fibrillation during pregnancy ····· No.3 (207)
Yumi MURAYAMA	et al. : Gynecological laparoscopic surgery for Hallermann-Streiff syndrome : a case report ····· No.3 (213)
Azusa SHIBATA	et al. : Uterine fundal incision in a patient with a large myoma existing in anterior lower segment and suspected placenta accreta covering entire anterior uterine wall ····· No.3 (218)
Tsuyoshi FUJII	et al. : A case of suspected bilateral tubal pregnancy ····· No.3 (225)
Naoya OKAMURA	et al. : A case of transabdominal cervical cerclage at 17 weeks of gestation in a patient with a history of cervical conization ····· No.3 (230)
Marisa MAEDA	et al. : A case of dermatomyositis with peritoneal cancer diagnosed by thoracoscopic and laparoscopic biopsy ····· No.3 (238)
Keita WAKI	et al. : Clinical study of thoracic endometriosis syndrome ····· No.3 (247)
Motoki MATSUOKA	et al. : A case of endometrioid adenocarcinoma arising from intestinal endometriosis ····· No.3 (257)
Ayana OGAWA	et al. : A case of transient pregnancy diabetes insipidus with severe preeclampsia ····· No.3 (265)
Ayaka OKAMURA	et al. : Hormonal and surgical treatment for a patient with cesarean scar syndrome ····· No.3 (271)
Aya TANABE	et al. : Preoperative diagnosis of the uterine torsion : a case report · No.3 (277)
Chiharu SUEMITSU	et al. : A case of ipsilateral interstitial pregnancy after salpingectomy due to tubal pregnancy ····· No.3 (283)
Eri OKI	et al. : Endometriosis of the appendix resulting in perforated appendicitis ····· No.3 (289)
Kaori KIKUCHI	et al. : A case of catamenial pneumothorax with recurrence during hormone therapy ····· No.3 (295)
Satoko SADAMOTO	et al. : A case report of infective endocarditis at 27 weeks of gestation performed cesarean section and mitral valve replacement during the same surgery ····· No.3 (301)
Keitaro YAMANAKA	et al. : Secondary uterine carcinosarcoma after radiation therapy for cervical cancer : a case report ····· No.3 (307)
Nafuko KONISHI	et al. : A case of uterine pseudoaneurysm occurred outside of the uterus that presented with hydronephrosis after spontaneous vaginal delivery ····· No.3 (313)
Hisato FUKUDA	et al. : Two cases of surgery for umbilical endometriosis ····· No.3 (321)
Yasuaki AMANO	et al. : Abdominal migration of LNG-IUS removed by laparoscopy : a case report ····· No.3 (328)
Yu TAKAISHI	et al. : Laparoscopic coring-type resection of noncommunicating rudimentary uterine horn with functioning endometrium ····· No.3 (334)
Sachiyo SUGINO	et al. : A case report of ovarian torsion after laparoscopic hysterectomy ····· No.3 (340)
Atsuko OGINO	et al. : Intramural pregnancy : a case report ····· No.3 (345)

投稿規定

論文投稿の際の必要書類は近畿産科婦人科学会のホームページに掲載 (<http://www.kinsanpu.jp>)

1. 投稿資格

原則として本会会員に限る。ただし会員以外のもので、編集委員会が承認され、所定の掲載料を支払ったものは受けつける。

2. 投稿内容

本誌は産科学、婦人科学、これらと関連のある領域ならびに本会に関係のある原稿を広く受けつける。

- ・投稿原稿の種類：原著（臨床研究・基礎研究他）、症例報告、総説、短報、手紙、内外文献紹介、学会ならびに各府県医学会の事項、学術集会シンポジウム記録、研究部会二次抄録、一般演題抄録および記事、座談会、随筆、その他。

- ・査読対象原稿：原著（臨床研究・基礎研究他）、症例報告、総説、短報、手紙、を査読の対象原稿とする。

なお、これらは倫理的観点から十分考慮されたものでなければならない。倫理的に注意すべき点がある場合、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を参照し、各著者の所属する大学・病院等での倫理委員会等の審査を受けなければならない。なお、編集委員会よりその証明を請求される場合がある。

論文について開示すべき利益相反があるときは、投稿時にその内容を明記する。利益相反状態の有無の基準は、公益社団法人日本産科婦人科学会の「利益相反に関する指針」(http://jsog.umin.ac.jp/COI_1.pdf)運用細則による。

3. 論文原稿送付について

- 1) 投稿の方法は電子投稿に限る。

<https://mc.manuscriptcentral.com/kinsanpu>にアクセスし、必須事項を入力の上、表示される指示に従って投稿すること。

- 2) 必ず投稿前にファイル内の文字化け、画像の鮮明度などを確認すること。

- 3) すべての著者は所定の誓約書、著作権移譲書、英文校閲確認書をpdf形式の電子ファイルとして、アップロードすること。

4. 論文の受理

他誌に未発表の論文で、その原稿は以下に述べる投稿規定を満足し、直ちに印刷できる状態にあるものでなければならない。論文の採否は査読のうえ、常任編集委員会で決定する。

5. 論文の著作権について

論文の著作権は、近畿産科婦人科学会に所属する。

6. 論文の掲載

論文は印刷雑誌およびオンラインジャーナルに掲載する。

論文の掲載は受理順によるが、速やかな掲載を希望するときは、特別掲載として取り扱う。希望者はその旨朱書すること。

7. 論文作成

論文は和文または英文とする。

論文作成には次の諸点に留意されたい。

1) 和文論文の場合

- a. 記載事項：表題、著者名（筆頭著者を含め8名までとする）、所属、緒言、研究（実験）方法、結果（成績）、考案、総括または結論、参考文献、付図・表説明の順に記載し、別に図表と、800字以内の和文抄録および和文キーワード（5語以内）を付す。また英語にて、表題（文頭のみ大文字とする）、著者名、所属を表記し、200ワード以内の英文抄録および英文Key words（5ワード以内）を付す。

英文抄録は、医学系の英語Native Speakerの校閲を受け、その校閲者の署名を、英文校閲確認書に明記して提出する。

また、症例について記載する際には、プライバシー保護の観点から必要最小限の情報のみを記載すること（来院日や手術日などの具体的な記述はしない等）。

- b. 体裁：当用漢字、現代かなづかいで、横書きとする。原稿の長さは原則として、本誌20頁以内（1頁約1600字）とする。文字原稿作成にはMicrosoft Wordを用い、必ず連続で行番号を付記する。

2) 英文論文の場合

- a. 記載項目：表題、著者名（筆頭著者を含め8名までとする）、所属（公式に定められた英訳名）、Abstract（200ワード以内）、Key words（5ワード以内）、Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, References, Figure Legends, Table Legendsの順に記載し、別に図表と800字以内の和文抄録を同時に提出すること。

- b. 体裁：原稿の長さは原則として、本誌10頁以内とする。文字原稿はMicrosoft Wordを用いて作成し、連続で行番号を付記し、A4用紙に出力する。

- c. 必ず医学系の英語Native Speakerの校閲を受け、その校閲者の署名を、英文校閲確認書に明記して提出する。

- 3) 学術用語：日本医学会の所定に従い、動物名はカタカナで（例：ラット、モルモット）、化学物質名、薬品名は原語を活字体またはカタカナで、外国の人名、地名は原語のまま活字体で書くこと。なお、治療薬の表記は、原則として一般名で表現すること。また、利益相反の問題に十分配慮すること。

- 4) 単位、記号：メートル法または公式の略語を用いる。例：m, cm, mm, g, mg, μ g, ng, pg, l, ml, $^{\circ}$ C, pH, M, IU, cpmなど。

- 5) 参考文献：本文中では、参考箇所の上付きで出典順に番号を打って記載する（例：1）1-5）

1, 5)). 篇末には出典順に次の要領でまとめる.

a. 雑誌: 雑誌名は, 和文誌は医学中央雑誌略名(医学中央雑誌刊行会編), 欧文誌は Quarterly Cumulative Index Medicus 等に従って略する.

著者は3人までは全員, 4人以上の場合は3人と他(et al.)とする. 欧文著者は姓を先に, 名は略記で後に付す.

著者名: 題名. 雑誌名, 巻: 開始頁-終了頁, 発表西暦年.

例: 小西郁生, 伊東和子, 堀内晶子: 内膜症を母地とする卵巣癌の特徴と予後. 臨婦産, 60: 134-139, 2006.

East N, Alobaid A, Goffin F, et al.: Granulosa cell tumour: a recurrence 40 years after initial diagnosis. J Obstet Gynecol Can, 27: 363-364, 2005.

b. 単行本: 著者名: 書名. 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

例: 大熊輝夫: 現代臨床精神医学. p57-71, 金原出版, 東京, 2005.

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Williams Obstetrics 21st. p681-682, McGraw-Hill, New York, 2001.

c. 全集または分担執筆: 執筆者名: 題名, “全書名” 編者名, (巻数), 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

例: 森 崇英: 着床の基礎組織. “図説 ARTマニュアル” 森 崇英, 久保春海, 岡村 均編, p171-186, 永井書店, 大阪, 2002.

Patrick D: Maternal and perinatal infection. “Obstetrics; normal and problem pregnancies” 4 ed. Ed by Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, p1293-1345, Churchill Livingstone, New York, 2002.

d. 欧文原稿の文献引用で和文誌を引用するときは, 公式欧文略号を用い, それがない場合は日本語名をそのままローマ字書きとする. いずれの場合も(In Japanese)と註記すること.

6) 図表: 適切なソフト(Excel, Power Point, Photoshop等)を用いて作成し, 通しナンバーを付ける. 図表にはタイトルを付ける. また写真は図(Fig)として取り扱う. 光顕写真には撮影倍率を明記し, 電顕写真にはスケールを入れること. また図表の挿入位置を文中に明記し, 原稿右空白欄に朱書のこと.

8. 学術集会記録および研究部会二次抄録投稿形式

1) 学術集会記録

a. 投稿論文の形式はシンポジウム座長が決定するが, 原則として原著ではなく, シンポジウム記録とする.

b. 一課題につき頁数は総計40頁(1頁約1600字)程度とする.

c. 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

2) 研究部会二次抄録

a. 投稿形式は, 原則として二次抄録である.

b. 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

3) 学術集会記録および研究部会二次抄録とも, 表題, 著者名, 所属を和文と英文の両方で表記する.

9. 短報作成

1) 本誌4頁(1頁約1600字)以内, 図表は1~2, 写真は1, 参考文献は5つ以内とする.

2) 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

10. 校 正

掲載論文は初校のみ著者校正とする. この際には組版面積に影響を与えるような改変は許されない.

11. 別 冊

別冊の希望部数は著者校正の際に, 校正紙に朱書のこと.

12. 掲載料

投稿料, 掲載料は無料である. しかし, 下記に対しては実費を申し受ける.

1) 特別掲載は全額著者負担

2) 表組み, 写真版, 図・スケッチ, 原色版, 特別印刷などの費用

3) 本誌6頁以上の超過頁

4) 別冊代およびその郵送料(電子メールによるPDFファイル送信は無料)

5) 学術集会シンポジウム記録

各シンポジウムにつき5頁までは無料とし, 残り35頁分については, 上記2)と3)に基づいた計算額の2分の1を徴集する. なお, その負担者については学術集会長および座長が相談のうえ決定する.

6) 研究部会記録

各研究部会につき5頁までは無料とし, それ以上の超過頁については, 上記2)と3)に基づいた計算額の2分の1を徴集する. なお, その負担者については世話人が決定する.

これらの費用は論文が掲載されたときに徴集する.

13. 論文原稿の掲載順位, 体裁等について

これについては, 編集委員会に一任する.

14. 投稿規定の改変

投稿規定の改変は, そのつど編集委員会によって行う.

昭和58年6月1日改定	平成22年2月10日改定
昭和61年7月16日改定	平成24年5月13日改定
平成4年2月23日改定	平成24年12月6日改定
平成10年5月24日改定	平成25年12月12日改定
平成13年12月13日改定	平成27年12月10日改定
平成14年12月12日改定	平成30年10月30日改定
平成15年12月11日改定	

(注意事項)

- * 1 研究部会二次抄録は査読制を敷いておりませんが, 専門医認定審査や専攻医指導施設基準認定のための対象論文にはなっていません.
- * 2 研究部会二次抄録の内容を他誌に投稿する場合は, 2重投稿にご注意ください.
- * 3 「個人情報の保護に関する法律」を熟読の上投稿してください.

「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせ

平成17年4月から「個人情報の保護に関する法律」が施行されています。また厚生労働省からは「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」が公表され、その中では「特定の患者・利用者の症例や事例を学会で発表したり、学会誌で報告したりする場合等は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化され则认为られるが、症例や事例により匿名化が困難な場合は、本人の同意を得なければならない」とされています。

本誌に掲載されている、論文、研究部会報告、学会抄録などに含まれる患者個人情報については、個人を識別できる情報を除外して匿名化されていればこの法律でいう個人情報には該当しませんし、匿名化が困難な症例についても、発表の同意を個別に得ておられれば問題はありせん。

編集委員会では平成15年の電子ジャーナルとの併用化を契機として、個人を識別できる可能性があり学術的に必須でない、診療日時、患者イニシャル、人種・国籍などを、また不要な場合は年齢についても、編集作業の過程で本文、図表、写真などから削除あるいは修正してきました。しかし、研究部会報告や学会抄録においては修正が困難あるいは不可能ですので、個人を特定できる情報の修正については慎重な対応をお願いいたします。

この新法施行を機に、会員皆様の施設においても個人情報保護に関する宣言（プライバシーポリシー、プライバシーステートメント等）や個人情報を適正に取り扱うための各種規定を策定・公開されていることと存じます。本誌へ投稿される論文、研究部会報告、学術集会抄録要旨の記載などに際しましては、著者の責任において、それらに沿って患者個人情報の取り扱いを配慮されるよう重ねてお願い申し上げます。

令和3年10月1日

近畿産科婦人科学会編集委員会

委員長 松村 謙臣

電子ジャーナルのご案内

「J-STAGE」(独立行政法人科学技術振興機構)

掲載内容	1 巻 1 号以降：原著論文，臨床研究論文，総説，症例報告論文，診療論文，研究部 会論文，臨床の広場，今日の問題 66 巻 3 号以降：原著論文（臨床研究・基礎研究他），症例報告論文，総説，研究部 会論文，臨床の広場，今日の問題
掲載画面	目次一覧，抄録，引用文献，全文閲覧用 PDF
公開日	刊行月の翌月予定
費用	無料
閲覧	入会等手続き なし 直接 https://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja へアクセス 全文閲覧には，53 巻 1 号以降は，ID ナンバー（購読者番号）とパスワードが必要。 ★ID ナンバー（購読者番号）：各人の日産婦学会員コード（数字のみで 8 桁）の 前に k（小文字）をつけたもの（例 k19000000 k20000000）。 ★パスワード：sanpunosinpo このパスワードは全会員共通で初回のみ使用し，その後は会員ご自身でパスワ ードを設定・管理してください。 新しいパスワードは，半角英数字 4 ～ 32 文字で設定し，「産婦人科の進歩」ト ップ画面にあるパスワード変更欄で登録すること。
リンク	Pub Med, Chem Port, Cross Ref, JOIS Link

「Medical Online」((株)メテオインターゲート)

掲載内容	15 巻 1 号以降（一部脱落あり）：原著論文，臨床研究論文，総説，症例報告論文， 診療論文，学術集会抄録（一般演題） 66 巻 3 号以降：原著論文（臨床研究・基礎研究他），症例報告論文，総説，学術集 会抄録（一般演題）
掲載画面	目次一覧，抄録，全文閲覧用 PDF
公開日	刊行月の翌月予定
費用	1 論文ダウンロード 660 円（税込），その他はホームページ参照
閲覧	会員入会手続き必要（入会無料） アドレス http://www.medicalonline.jp/ 会員登録 上記ホームページより登録 総合問合せ info@medicalonline.jp/ 料金窓口 fee@medicalonline.jp/

近畿産科婦人科学会広報委員会
委員長 松村 謙臣

第145回近畿産科婦人科学会学術集会 プログラム・講演抄録

会 期：2021年10月24日（日）

会 場：神戸国際会議場

現地開催講習のオンデマンド配信会期：2021年11月6日（土）～7日（日）

日産婦医会ワークショップセミナーのオンデマンド配信会期：2021年11月1日（月）～7日（日）

最新情報は、第145回近畿産科婦人科学会学術集会HP

<https://www.med.kobe-u.ac.jp/ksog145/>

でご確認ください。

近畿産科婦人科学会 会長 山崎 峰夫
学術集会長 寺井 義人

第145回近畿産科婦人科学会学術集会 ご 案 内

会 期：2021年10月24日（日）8：50～17：30
 会 場：神戸国際会議場 ハイブリッド開催（現地講演，webで各会場をライブ配信）
 〒650-0046 兵庫県神戸市中央区港島中町6-9-1
 TEL：078-302-5200 FAX：078-302-6485

総合受付：3階 エントランス

第1会場：3階 国際会議室

（指導医講習会，スポンサードセミナー①・②・③，周産期研究部会，
 ランチョンセミナー①，専門医共通講習）

第2会場：4階 401+402

（生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会，スポンサードセミナー④，
 腫瘍研究部会）

機器等展示会場：3階 レセプションホール

<講習会単位のご案内>

ご注意！

ハイブリッド開催される講習では，webでライブ配信の聴講は可能ですが，単位の取得はできません。

ハイブリッド開催された講習のオンデマンド配信は11月6日（土），7日（日）の2日間，
 医会セミナーのオンデマンド配信期間は11月1日（月）～7日（日）の7日間となり，会期が異なります。

オンデマンド配信の単位取得には【10月15日（金）まで】の参加登録が必要となります。

第1会場 9：00～10：00 オンデマンド配信 (11月6，7日)	産婦人科領域講習	1単位	指導医講習会 「迫る医師の働き方改革」 *単位取得は現地聴講もしくはオンデマンド配信の受講 *入室時，参加登録
第1会場 10：10～11：10	産婦人科領域講習	1単位	スポンサードセミナー① 「OC・LEP連続投与のメリット ―OC・LEPガイドライン2020年度版を中心に―」 *単位取得は現地聴講のみ *入室時，参加登録
第1会場 11：20～12：20 オンデマンド配信 (11月6，7日)	産婦人科領域講習	1単位	スポンサードセミナー② 「技術認定医から学ぶ腹腔鏡下手術における技術習得への工夫 ～安全な普及の為に伝えたいこと～」 *単位取得は現地聴講もしくはオンデマンド配信の受講 *入室時，参加登録

第1会場 12:30~13:30	産婦人科領域講習	1単位	スポンサードセミナー③ 「安全で確実な腹腔鏡下手術 上達への近道とその実際」 * 単位取得は現地聴講のみ * 入室時、参加登録
第2会場 12:30~13:30	産婦人科領域講習	1単位	スポンサードセミナー④ 「進行卵巣癌における治療戦略」 * 単位取得は現地聴講のみ * 入室時、参加登録
第1会場 16:15~17:15 オンデマンド配信 (11月6, 7日)	共通講習 (医療倫理)	1単位	「臨床研究法令の考え方 ~臨床研究法と倫理指針改訂を踏まえて~」 * 単位取得は現地聴講もしくはオンデマンド配信の受講 * 閉会式終了後、参加登録
オンデマンド配信 (11月1~7日)	共通講習 (感染対策)	1単位	日産婦医会委員会ワークショップ① 「COVID-19の予防、治療、感染対策」 * オンデマンド配信のみ
オンデマンド配信 (11月1~7日)	産婦人科領域講習	1単位	日産婦医会委員会ワークショップ② 「胎児超音波における人工知能(AI)の臨床応用に向けて」 * オンデマンド配信のみ

【現地参加登録方法】

各講習会場で「e医学会カード」のバーコードを読み取ることで参加登録を行います。

ご出席の先生は必ず「e医学会カード」にて参加登録を行ってください。

参加登録は入室時あるいは退室時に行います。

日本産科婦人科学会会員で「e医学会カード」を紛失等でお持ちでない方は運転免許証等でご本人確認のうえ、参加登録を行います。

【オンデマンド配信受講方法】

10月15日（金）までの参加登録が必要です。

第145回近畿産科婦人科学会学術集会HP（<https://www.med.kobe-u.ac.jp/ksogl45/>）プログラムのページ内にオンデマンド配信ページを作成いたします。

参加費をお支払いいただいた方には、Eメールで【ログインID】【パスワード】をお送りいたしますので、こちらのログインIDとパスワードでオンデマンド配信ページをご利用ください。

現地講習の録画のオンデマンド配信期間：11月6日（土）、7日（日）（2日間）

医会セミナーのオンデマンド配信期間：11月1日（月）～11月7日（日）（7日間）

<学会参加者へのご案内>

1. 学会参加費5,000円、全て第145回近畿産科婦人科学会学術集会HP (<https://www.med.kobe-u.ac.jp/ksogl45/>) からのオンライン参加登録となります。10月15日(金)までに参加登録をお済ませください。
初期研修医・医学生の学会参加費は無料です。
※初期研修医の方は、登録時に所定の身分証明書の添付が必要となります。ご準備のうえ参加登録を開始してください(初期研修医証明書)。
※医学部学生の方は、登録時に学生証のスキャンデータの添付が必要となります。ご準備のうえ参加登録を開始してください。
2. 神戸国際会議場3階 エントランスホールの総合受付で午前8時20分より参加受付をいたします。参加登録時に配信しましたメールから参加章引換券を印刷し、受付にご提出ください。会場内では参加受付時にお渡しいたします名札のご着用をお願いいたします。
※COVID-19感染拡大に伴い、現地開催が不可と判断した場合は、完全web開催となります。完全web開催となった際は、10月15日(金)までに参加登録がお済みでない方は全プログラムの視聴ができません。

<各種研修証明について>

以下の単位取得が可能です。

- (1) 日本産科婦人科学会専門医研修出席証明
- (2) 日本産婦人科医会の研修参加証明書：シールを1枚発行いたします。web参加のみの方は、後日郵送いたします。
- (3) 日本専門医機構単位

<演者へのお願い>

1. 会場での講演をお願いします。講演者は各セッション開始30分前までにPC受付にて試写をお済ませください。
パソコンを持参される方もセッション開始30分前までに受付をお済ませください。
データは専用のPCに保存させていただきますが、発表が終わり次第データは消去させていただきます。会場に用意してあるPCでは、パワーポイントの「発表者ツール」機能は使用できません。

【発表データをお持ち込みの方へ】

- ・ソフトはWindows版Power Point2010/2013/2016/2019をご使用ください。
※Macintoshをご使用の方は、PC本体とHDMIもしくはVGAアダプターを必ずお持ち込みください。
※動画ファイルをご使用の方は、PC本体をお持ち込みください。
- ・フォントはOS標準のもののみご使用ください。

- ・会場スピーカーに音声は流せません。
- ・発表スライドは「16：9」で作成してください。
- ・発表データはUSBフラッシュメモリーに保存してお持ちください。

【ノートPC本体をお持ち込みの方へ】

- ・バックアップとして、必ずメディアもご持参ください。
 - ・会場スピーカーに音声は流せません。
 - ・発表スライドは「16：9」で作成してください。
 - ・PC受付の液晶モニターに接続し、映像の出力チェックを行ってください。
※PCの機種やOSによって出力設定方法が異なります。
 - ・接続ケーブルの端子はHDMIもしくはDsub-15ピンをご用意しております。
 - ・PCによっては専用のコネクタが必要となりますので、必ずお持ちください。
※特に薄型ノートPCは別途付属コネクタが必要となりますので、ご注意ください。
 - ・スクリーンセーバー、省電力設定は事前に解除願います。
 - ・コンセント用電源アダプターを必ずご持参ください。
※内臓バッテリー駆動ですと、発表中に映像が切れる恐れがあります。
2. 発表10分前には、各会場内前方の「次演者席」に着席し、待機してください。

< 学 会 場 案 内 図 >

■会 場：神戸国際会議場

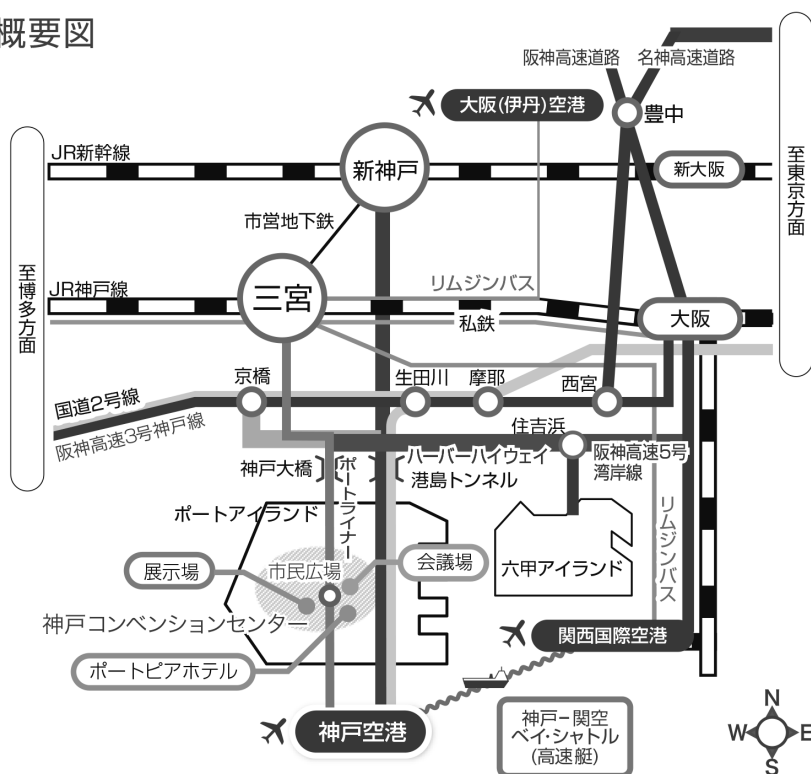
〒650-0046 兵庫県神戸市中央区港島中町6-9-1

TEL：078-302-5200 FAX：078-302-6485

■交通のご案内

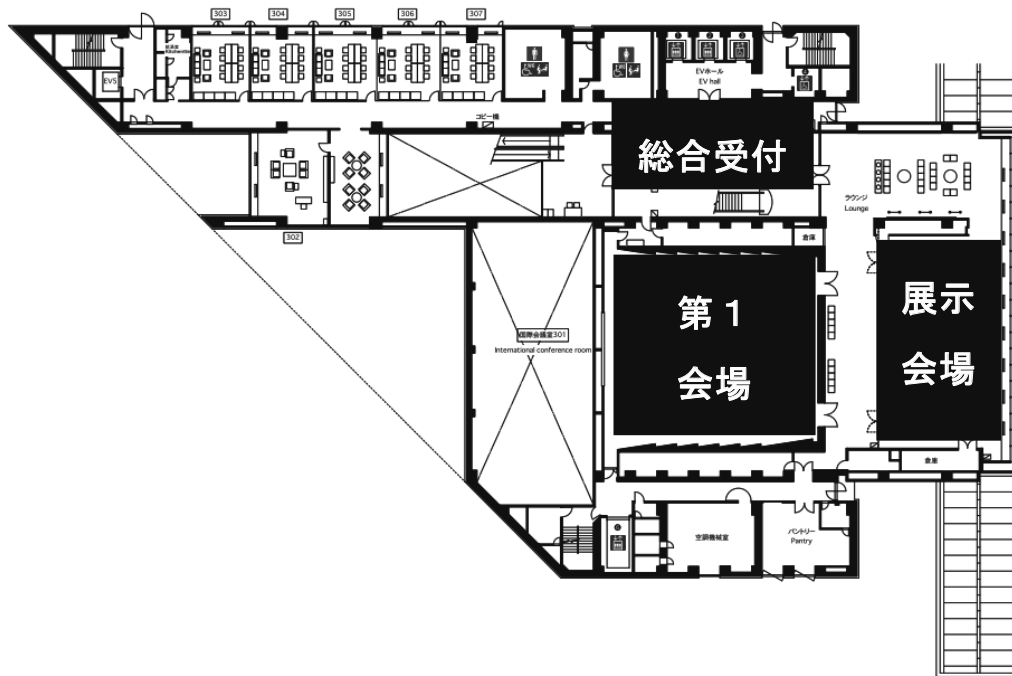
各線三宮駅よりポートライナー市民広場駅（約10分）

アクセス概要図

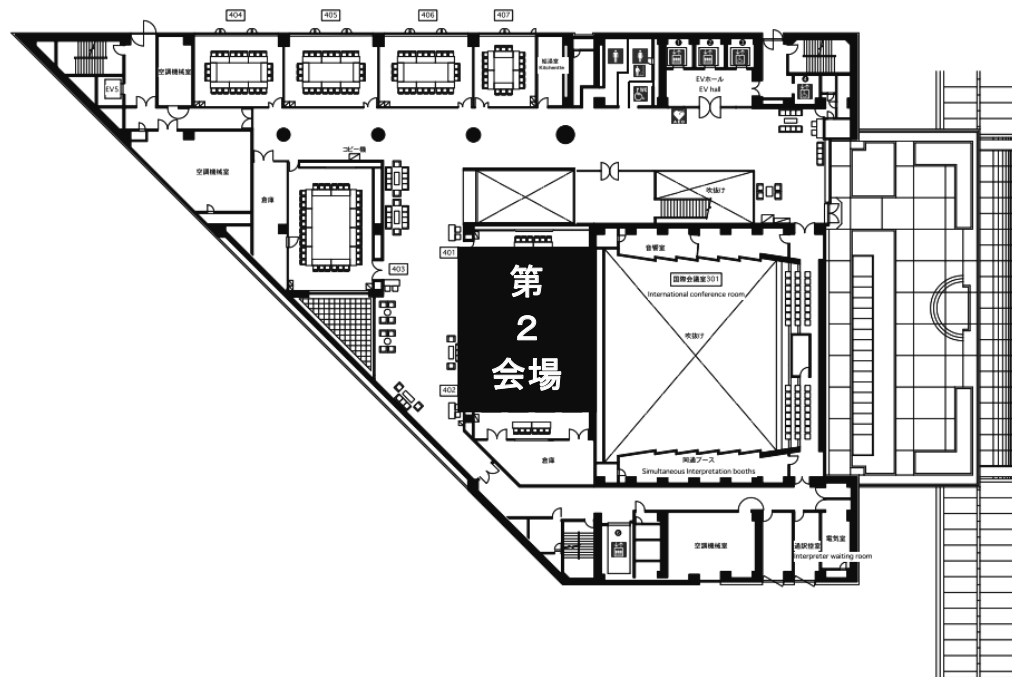


< 各会場案内図 >

■ 3 階



■ 4 階



学会進行表

■10月24日（日）

	第1会場 国際会議室（3階） （現地講演，ライブ配信）	第2会場 401+402室（4階） （現地講演，ライブ配信）
8：50		
9：00	開会式	
	9：00-10：00 指導医講習会 演者：梅谷幸弘，中川 慧 座長：木村 正	
10：10		
	10：10-11：10 スポンサードセミナー①領域講習 演者：若槻明彦 座長：岡田英孝 共催：バイエル薬品(株)	
11：20		10：10-11：55 生殖内分泌女性ヘルスケア研究部会 テーマ：「卵巣機能低下症例・高齢患者に 対する不妊治療」 座長：笠原恭子，楠木 泉，中尾朋子
	11：20-12：20 スポンサードセミナー③領域講習 演者：錢鴻 武，長又哲史 座長：万代昌紀 共催：テルモ(株)	
12：30		
	12：30-13：30 スポンサードセミナー③領域講習 演者：磯部真倫，吉岡信也 座長：村上 節 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)	12：30-13：30 スポンサードセミナー④領域講習 演者：本郷淳司 座長：松村謙臣 共催：中外製薬(株)
13：40		
	13：40-16：00 周産期研究部会 テーマ：「FGRの管理指針」 座長：谷村憲司，千草義継，成瀬勝彦	13：40-16：10 腫瘍研究部会 テーマ：「卵巣がんの維持療法」 座長：濱西潤三，鏑本浩志，上田 豊
16：15		
	16：15-17：15 共通講習（医療倫理） 演者：真田昌爾 座長：大道正英	
17：20		
	閉会式	

指導医講習会（産婦人科領域講習**⑤****■10月24日（日）9：00～10：00 第1会場 3階 国際会議室****ハイブリッド****■オンデマンド配信 11月6日（土）～7日（日）*****単位取得は現地聴講もしくはオンデマンド配信の受講****「迫る医師の働き方改革」**

座長：大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学講座産科学婦人科学教授

木村 正 先生

(1)「医師と働き方改革，医師と労働法の基本的知識の確認」

演者：梅谷社会保険労務士事務所代表

梅谷 幸弘 先生

(2)「医師の働き方改革まであと1000日～あなたの職場の働き方，大丈夫ですか？～」

演者：大阪大学医学系研究科産科婦人科学教室助教

中川 慧 先生

スポンサードセミナー**⑤****スポンサードセミナー①****■**10月24日（日）10：10～11：10 第1会場 3階 国際会議室 **ハイブリッド**

＊領域講習の単位取得は現地聴講のみ

「OC・LEP連続投与のメリット ―OC・LEPガイドライン2020年度版を中心に―

座長：兵庫医科大学産婦人科学教室教授

岡 田 英 孝 先生

演者：愛知医科大学産婦人科学教室主任教授

若 槻 明 彦 先生

共催：バイエル薬品株式会社

スポンサードセミナー②**■**10月24日（日）11：20～12：20 第1会場 3階 国際会議室 **ハイブリッド****■**オンデマンド配信 11月6日（土）～7日（日）

＊領域講習の単位取得は現地聴講もしくはオンデマンド配信の受講

**「技術認定医から学ぶ腹腔鏡下手術における技術習得への工夫
～安全な普及の為に伝えたいこと～**

座長：京都大学医学部婦人科学産科学教室教授

万 代 昌 紀 先生

(1) 「子宮・卵巣の良性疾患に対する腹腔鏡下手術 ～機能温存と合併症回避の工夫について～」

演者：市立芦屋病院産婦人科主任医長

銭 鴻 武 先生

(2) 「内視鏡技術認定医取得を目指した取り組み ～不合格を経験して～」

演者：神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野助教 長 又 哲 史 先生

共催：テルモ株式会社

ランチョンセミナー**①**

ランチョンセミナー①

■10月24日（日）12：30～13：30 第1会場 3階 国際会議室 **ハイブリッド**

＊領域講習の単位取得は現地聴講のみ

「安全で確実な腹腔鏡下手術 上達への近道とその実際」

座長：滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授

村 上 節 先生

(1) 「マクロ視点とミクロ視点から婦人科腹腔鏡手術を再考する」

演者：新潟大学医歯学総合病院総合研修部・医師研修センター／産科婦人科

磯 部 真 倫 先生

(2) 「産科婦人科内視鏡技術認定医（腹腔鏡）取得に向けた施設としての取り組み」

演者：神戸市立医療センター中央市民病院産婦人科部長

吉 岡 信 也 先生

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

ランチョンセミナー②

■10月24日（日）12：30～13：30 第2会場 4階 401+402室 **ハイブリッド**

＊領域講習の単位取得は現地聴講のみ

「進行卵巣癌における治療戦略」

座長：近畿大学医学部大学院医学研究科産科婦人科学教室教授

松 村 謙 臣 先生

演者：川崎医科大学産婦人科学2教授

本 郷 淳 司 先生

共催：中外製薬株式会社

専門医共通講習（医療倫理）

⑨

■10月24日（日）16：15～17：15 第1会場 3階 国際会議室 **ハイブリッド**

■オンデマンド配信 11月6日（土）～7日（日）

＊単位取得は現地聴講もしくはオンデマンド配信の受講

「臨床研究法令の考え方 ～臨床研究法と倫理指針改訂を踏まえて～」

座長：大阪医科大学産婦人科学教室教授

大 道 正 英 先生

演者：神戸大学医学部附属病院臨床研究推進センター長/特命教授

真 田 昌 爾 先生

研究部会プログラム

■2021年10月24日（日）

【第107回腫瘍研究部会】 ハイブリッド

（13：40～16：10）

開会のあいさつ（13：40～13：45）

代表世話人： 大道 正英
当番世話人：

テーマ「卵巣がんの維持療法」

（発表5分，質疑2分）

セッションI（13：45～14：27）

座長：濱西 潤三

1. 当院における遺伝学的検査導入後の卵巣癌初回維持療法の現状

青山 幸平，古株 哲也，垂水 洋輔，片岡 恒，寄木 香織，森 泰輔
（京都府立医科大学）

2. 当センターにおける卵巣癌維持療法の経験

隅蔵 智子，大柳 亮，岡木 啓，松谷 和奈，栗谷 佳宏，加藤恵一朗，加藤 愛理，
澤田 真明，海野ひかり，久保田 哲，笹野 恵，島津由紀子，田口 貴子，岩宮 正，
竹村 昌彦
（大阪急性期・総合医療センター）

3. 当院における卵巣癌の維持療

安積 麻帆，山崎 友維，矢野 陽子，加地 崇裕，山中啓太郎，豊永 絢香，鷺尾 佳一，
山野由美香，西本 昌司，笹川 勇樹，長又 哲史，寺井 義人
（神戸大学）

4. 当科における進行・再発卵巣癌に対するペバシズマブによる維持療法の有効性と安全性

中島安紗海，福田 武史，柴田 悟，栗津祐一郎，南野 成則，末包 智紀，今井 健至，
山内 真，笠井 真理，市村 友季，安井 智代，角 俊幸
（大阪市立大学）

5. 当院におけるPARP阻害薬での卵巣癌維持療法の有害事象に関する検討

上林 潤也，杉浦 敦，樋口 渚，村上 暉，福井 寛子，伊東 史学，谷口真紀子，
佐道 俊幸，喜多 恒和
（奈良県総合医療センター）

6. 当科における初発卵巣癌に対するPARP阻害薬による維持療法の経験

谷村 昌哉，林 信孝，佐藤 晋平，畑山 裕生，田辺優理子，水野友香子，荻野 敦子，
前田振一郎，奥立みなみ，中村 充宏，小池 彩美，山添紗恵子，崎山 明香，松林 彩，
川田 悦子，小山瑠梨子，田邊更衣子，大竹 紀子，青木 卓哉，吉岡 信也
（神戸市立医療センター中央市民病院）

セッションII（14：32～15：14）

座長：鰐本 浩志

7. 再発卵巣癌に対するPARP阻害剤によるplatinum free interval：PFIの延長効果

小泉 舞，久 毅，坂口 仁美，前田 通秀，角田紗保里，渡辺 正洋，松崎 慎哉，
上浦 祥司
（大阪国際がんセンター）

8. オラパリブ投与症例の後方視的検討

笹井 奈穂¹⁾, 中井 英勝¹⁾, 青木 稚人¹⁾, 松村 謙臣¹⁾, 近藤 英司²⁾, 奈須 家栄²⁾,
本橋 卓²⁾, 西川隆太郎²⁾, 荒川 敦志²⁾, 藤原 聡枝²⁾, 徳山 治²⁾, 長野 浩明²⁾,
森 泰輔²⁾, 勝田 隆博²⁾, 鏑本 浩志²⁾, 平嶋 泰之²⁾, 伊藤 公彦²⁾
(近畿大学¹⁾, 関西臨床腫瘍研究会²⁾)

9. オラパリブ抵抗性卵巣癌への治療について, 臨床的検討

住永 優里, 山ノ井康二, 岡本葉留子, 寒河江悠介, 奥宮明日香, 砂田 真澄, 浮田真沙世,
千草 義継, 堀江 昭史, 山口 建, 濱西 潤三, 万代 昌紀 (京都大学)

10. 当院のオラパリブ使用に関する有害事象報告

脇 啓太, 馬淵 誠士, 岡本 美穂, 中澤 遼, 松岡 基樹, 福井 陽介, 植田 陽子,
河原 直紀, 岩井 加奈, 木村 麻衣, 山田 有紀, 川口 龍二 (奈良県立医科大学)

11. 当科でのPARP阻害剤使用症例の現状

株村 史織, 加藤 聖子, 青木 康太, 栗原 甲妃, 秋山 鹿子, 衛藤 美穂,
藤田 宏行 (京都第二赤十字病院)

12. PARP阻害薬使用における有害事象の出現に影響を与える因子の検討

岡愛 実子, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛, 小玉美智子, 橋本 香咲,
小林 栄仁, 上田 豊, 澤田健二郎, 富松 拓治, 木村 正 (大阪大学)

セッションⅢ (15:19~16:08)

座長: 上田 豊

13. 当科におけるPARP阻害剤維持療法の現状

上田 友子, 磯野 路善, 瀧本 裕美, 中川 公平, 鏑本 浩志, 柴原 浩章
(兵庫医科大学)

14. 当院における再発卵巣癌に対するオラパリブの使用経験

森田奈津子, 藤原 聡枝, 西江 瑠璃, 上田 尚子, 橋田 宗祐, 宮本 瞬輔, 寺田 信一,
古形 祐平, 田中 良道, 田中 智人, 佐々木 浩, 恒遠 啓示, 大道 正英
(大阪医科薬科大学)

15. 当院での卵巣癌維持療法におけるPARP阻害薬の使用経験について

角谷 美咲, 川西 勝, 岡嶋 晋加, 安部倫太郎, 村上 誠, 徳山 治,
川村 直樹 (大阪市立総合医療センター)

16. 当院でのオラパリブ使用症例の検討 ~治療効果に影響を与える因子について~

小笹 勝巳, 廣瀬 陸人, 倉橋 寛樹, 菊池 香織, 黒田実紗子, 市川 冬輝, 甲村奈緒子,
田中あすか, 増田 公美, 横井 猛 (市立貝塚病院)

17. 再発卵巣癌へのオラパリブ維持療法中に直面した多様な課題

熊谷 広治, 小西 博巳, 坂井 昌弘 (大阪鉄道病院)

18. 当院における卵巣癌, 腹膜癌に対するNiraparibの使用経験

重根 光, 馬淵 泰士, 平山 純也, 野口 智子, 八幡 環, 小林 彩, 太田 菜美,
八木 重孝, 南 佐和子, 井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)

19. 当院における再発卵巣癌に対する維持療法について

久松 洋司, 北 正人, 横江 巧也, 佛原 悠介, 村田 紘未, 角 玄一郎,
岡田 英孝 (関西医科大学)

■2021年10月24日（日）

【周産期研究部会】 ハイブリッド

（13：40～16：00）

開会あいさつ（13：40～13：45）

代表世話人：吉松 淳

当番世話人：石井 桂介

テーマ「FGRの管理指針」

（発表6分，質疑3分）

セッションI（13：45～14：30）

座長：谷村 憲司

1. 当院で経験した重症FGR症例の検討

八木 重孝，中田久実子，八幡 環，南條佐輝子，溝口 美佳，小林 彩，
太田 菜美，馬淵 泰士，南 佐和子，井篁 一彦 （和歌山県立医科大学）

2. 胎児発育不全（FGR）を契機に発見された胎児形態異常例についての検討

岩井 未帆，田中佑輝子，沖村 浩之，馬淵 亜希，藁谷深洋子，森 泰輔
（京都府立医科大学）

3. Preterm FGRのTerminationの適応について

太田 裕，藤田 太輔，布出 実紗，澤田 雅美，永易 洋子，杉本 敦子，
大道 正英 （大阪医科大学）

4. 胎児発育不全（FGR）に起因する超低出生体重児出産の管理改善に向けた検討

竹田 善紀，坂元 優太，赤坂往倫範，三宅 龍太，山中彰一郎，大西 俊介，
長安 実加，市川麻祐子，赤坂珠理見，成瀬 勝彦，川口 龍二 （奈良県立医科大学）

5. 先天性心疾患合併妊娠における胎児発育に関する因子の検討

吉松 淳，神谷千津子，中西 篤史，塩野 入規，柿ヶ野藍子，月村英理子，
田伏 真里，小川 彩奈，手向 麻衣，小川 萌，平林 知子，岩永 直子
（国立循環器病研究センター）

セッションII（14：30～15：06）

座長：千草 義継

6. 過去5年間に当科で管理した胎児発育不全（FGR）182例の検討

船越 徹，大和奈津子，内山美穂子，金子めぐみ，窪田 詩乃，荻野 美智，松本 培世，
平久 進也 （兵庫県立こども病院周産期医療センター）

7. 胎児発育不全児の予後不良に関連する因子の検討

吉本梓希子，谷村 憲司，久保田いろは，栖田 園子，施 裕徳，内田 明子，
白川 得朗，今福 仁美，出口 雅士，寺井 義人 （神戸大学）

8. 当院で管理した重症FGR症例の児の発達予後の解析

元木 貴裕¹⁾，千草 義継¹⁾，友滝 清一²⁾，岡本葉留子¹⁾，川村 洋介¹⁾，滝 真奈¹⁾，
上田 優輔¹⁾，最上 晴太¹⁾，万代 昌紀¹⁾ （京都大学¹⁾，同小児科²⁾）

9. 妊娠第2三半期に診断された重症胎児発育不全の前方視的コホート研究

—1歳6カ月予後とその関連因子について—

笹原 淳¹⁾, 陌間 亮一²⁾, 梅原 永能⁶⁾, 栗野 啓⁶⁾, 左合 治彦⁶⁾,
新垣 達也³⁾, 日高 康博^{4,5)}, 石井 桂介¹⁾
(大阪母子医療センター¹⁾, 淀川キリスト教病院²⁾, 昭和大学医学部³⁾,
九州大学病院⁴⁾, 福井市立子ども病院⁵⁾, 国立成育医療研究センター⁶⁾)

セッションIII (15:06~16:00)

座長: 成瀬 勝彦

10. 胎児発育不全に対して経腹的羊水注入を施行した5症例

桂 大輔, 辻 俊一郎, 星山 貴子, 全 梨花, 山田 一貴, 所 伸介,
林 香里, 喜多 伸幸, 村上 節 (滋賀医科大学)

11. 胎児血流異常の出現順序に着目した胎児発育不全の転帰

金川 武司, 山本 亮, 笹原 淳, 光田 信明, 石井 桂介
(大阪母子医療センター)

12. 当院の胎児発育不全 (fetal growth restriction ; FGR) における分娩様式に関する後方視的検討

清水 優作, 松木 貴子, 安井 友紀, 仲尾 有美, 藤田 葵, 松山佳奈子,
小和 貴雄, 吉村 明彦, 濱田 真一, 宮武 崇, 山崎 正人, 村田 雄二
(ベルランド総合病院)

13. FGR症例に対する分娩誘発時のオキシトシン使用についての後方視的検討

祝 小百合¹⁾, 味村 和哉²⁾, 遠藤 誠之²⁾, 川西 陽子²⁾, 三宅 達也²⁾,
富松 拓治²⁾, 木村 正²⁾ (大阪警察病院¹⁾, 大阪大学²⁾)

14. 当院で管理した胎児発育不全に対するContraction Stress Testの有効性の検討

瀬尾 尚美, 栗原 康, 黒川 真侑, 末光 千春, 末包 智紀, 中井 建策,
小西菜普子, 福田恵梨子, 田原 三枝, 羽室 明洋, 三枚 卓也, 中野 朱美,
橘 大介
(大阪市立大学)

15. 当院でのLight For Dates児から考えるFGR管理について —その分娩リスクの予測—

植村 遼, 田中 和東, 野田 拓也, 和田 卓磨, 林 雅美, 長嶋 愛子,
中川佳代子, 西尾 順子, 石河 修 (泉大津市立病院)

■2021年10月24日（日）

【生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会】 ハイブリッド

（10：10～11：55）

開会あいさつ（10：10～10：15）

代表世話人：岡田 英孝
当番世話人代理：林 正美

テーマ「卵巣機能低下症例・高齢患者に対する不妊治療」

セッションI（10：15～10：30）

座長：笠原 恭子

グループスタディ報告

「近畿地区における仙骨腔固定術の実態調査」

演者：奈良県立医科大学 岩井 加奈, 馬淵 誠士, 河原 直紀, 山田 有紀, 川口 龍二

セッションII（10：30-11：10）

座長：楠木 泉

一般演題1（発表6分，質疑2分）

1. 卵巣機能不全に対するエストロゲン補充下卵巣刺激法による排卵誘導の経験

栗谷 佳宏, 久保田 哲, 大柳 亮, 岡木 啓, 松谷 和奈, 加藤恵一郎, 加藤 愛理,
澤田 真明, 海野ひかり, 笹野 恵, 島津由紀子, 田口 貴子, 隅蔵 智子, 岩宮 正,
竹村 昌彦
（大阪急性期・総合医療センター）

2. 卵巣予備能低下症例に対するDuoStimの経験

北澤 純, 花田 哲郎, 森宗 愛菜, 天野 創, 辻 俊一郎, 笠原 恭子, 木村 文則,
村上 節
（滋賀医科大学）

3. 当院における超高年不妊患者のART臨床成績について

中川 冴, 中尾 朋子, 神谷 亮雄, 辻 祥子, 小野 淑子, 岡田 園子,
岡田 英孝
（関西医科大学）

4. 当院における早発卵巣不全（POI：Primary ovarian insufficiency）症例に対するART治療成績の検討

伊藤 風太, 瀧内 剛, 浅利 真司, 佐治 史恵, 山本 幸代, 本多 秀峰, 伴田 美佳,
高橋 直子, 三宅 達也, 木村 正
（大阪大学）

5. 当院における早発閉経患者に対する不妊治療のアウトカム解析

吉村佳与子, 寒河江悠介, 濱口 史香, 矢内 晶太, 小原 勉, 中北 麦, 北脇 佳美,
奥宮明日香, 砂田 真澄, 堀江 昭史, 万代 昌紀
（京都大学）

セッションIII (11:10-11:50)

座長: 中尾 朋子

一般演題2 (発表6分, 質疑2分)

6. びまん性平滑筋腫症術後体外受精にて妊娠し全前置癒着胎盤にて周産期管理を行った1例

山本 貴子, 村上 幸祐, 笹井 奈穂, 太田真見子, 加嶋 洋子, 森内 芳, 宮川 知保,
青木 稚人, 葉 宜慧, 貫戸 明子, 高矢 寿光, 川崎 薫, 小谷 泰史, 中井 英勝,
松村謙臣 (近畿大学)

7. 抗がん剤治療中にhMG・hCGを投与することで成熟卵子を獲得しえた1例

沖村 浩之, 高岡 宰, 藤井 麻耶, 大谷 真弘, 伊藤 文武, 小芝 明美, 楠木 泉,
森 泰輔 (京都府立医科大学)

8. 化学療法直後の卵巣予備能の評価

荻野 奈々, 脇本 裕, 柴原 浩章 (兵庫医科大学)

9. 採卵決定時卵胞径により比較検討した当科における35歳以上のART成績

劉 昌恵, 林 正美, 穀内 香奈, 中村奈津穂, 多賀紗也香, 大道 正英
(大阪医科薬科大学)

10. PGT-AにおけるEEVA Score (Early Embryo Viability Assessment Score) の有用性の検討

山下 能毅^{1,2)}, 井上 岳人¹⁾, 田口朝優姫¹⁾, 穀内 香奈²⁾, 中村奈津穂²⁾, 井川佳世恵²⁾,
劉 昌恵²⁾, 大道 正英²⁾
(聖誕会うめだファティリティークリニック¹⁾, 大阪医科薬科大学²⁾)

閉会のあいさつ (11:50-11:55)

指導医講習会

* 単位認定申請中

(1) 「医師と働き方改革、医師と労働法の基本的知識の確認」

梅谷社会保険労務士事務所代表

梅谷 幸弘

「働き方改革」はデフレ脱却を目指した当時の第2次安倍内閣における成長戦略の一環として推し進められました。

持続的な成長を実現するには、雇用制度改革と人材力の強化が必要と考えられたからです。

「働き方改革実現会議」では次の9つの重要テーマとそのロードマップが示されました。

1. 非正規雇用の処遇改善
2. 賃金引上げと労働生産性向上
3. 長時間労働の是正
4. 柔軟な働き方がしやすい環境整備
5. 病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進
6. 外国人材の受入れ
7. 女性・若者が活躍しやすい環境整備
8. 雇用吸収力の高い産業への転職
9. 高齢者の就業促進

これらのテーマの中で「長時間労働の是正」は労働基準法の大改正を伴うことになりました。

労働基準法の大改正により、それまで事実上青天井だった労働時間の上限に対する法規制がでることになりました。

この法改正により民間企業で働く労働者は、月の残業が100時間未満、2カ月から6カ月の平均で80時間以下でなければならないことが明確なルールとなりました。

ところが、現状このような労働時間の上限枠には収まらないことが明らか業種について、特別扱いできるのかという議論になりました。

建設業界、運送業界、そして医療業界です。

どのような経過措置や例外措置がとられたかについては、医師の皆様も業界内の研修等である程度はご存じなのではないかと思います。

しかし、そのベースにある労働基準法の基本的な考え方は意外に浸透していないように感じています。

まずは、「労働基準法」「労働者」「労働時間」とは何かという基本的事項を再確認することが問題解決の早道になりうると思い、今回は、考え方のベースになるご説明をさせていただきたいと思います。

【略 歴】

梅谷 幸弘（うめたに ゆきひろ）

- 【職 歴】** 1986年 京都大学経済学部 入学
1991年 住友海上火災保険株式会社 入社
1997年 同社 退社
1998年 梅谷保険事務所 開業（※保険代理店業務は社労士事務所開業後に廃業）
2010年 梅谷社会保険労務士事務所 開業

【所属団体等】 兵庫県社会保険労務士会伊丹支部

指導医講習会

* 単位認定申請中

(2) 「医師の働き方改革まであと1000日
～あなたの職場の働き方、大丈夫ですか?～」

大阪大学医学系研究科産科婦人科学教室助教

中川 慧

いわゆる医師の働き方改革関連法案が2021年5月に成立した。これにより、2024年度からは時間外労働の上限が規制されることとなり、A水準960時間、もしくはB水準1860時間など、施設や医療体制に応じたそれぞれの時間外労働の上限が設けられる。連続勤務28時間や勤務インターバル9時間など、連続勤務時間の制限も導入されることになり、2024年度に向けた時間外労働の見直しは急務である。日本産科婦人科学会サステナブル医療体制確立委員会で大学病院を中心に行った調査によると、2020年度においてオンコール、宅直を含まずに年間の時間外労働がB水準の上限である1860時間を超える医師の割合は約30%に上った。産婦人科においては他科と比較して当直の占める割合が多く、「当直勤務」が宿日直許可となるか夜勤扱いとなるか、つまり実働時間のみ時間外労働と扱われるか、当直の時間全てが時間外労働とみなされるかが今後の大きなポイントとなると考えられるが、現状の見込みでは特に分娩を取り扱う病院については当直の全てが時間外労働とみなされる可能性が高い。このため、2024年度に向けて計画的に時間外労働の削減を進めていかなければ周産期医療体制の崩壊につながりかねない危険性も大いにある。時間外労働の状況や削減への課題は施設や地域毎に大きく異なっている。したがって、個人、診療科、施設、行政などそれぞれのレベルで意識改革、タスクシフト、交代制勤務、施設集約化など様々な角度から時間外労働を見直し、2024年度に向けた準備を考えるきっかけとしていただきたい。

【略 歴】

中川 慧（なかがわ さとし）

大阪大学医学系研究科産科婦人科学教室助教

【職 歴】 2007年 大阪大学医学部医学科 卒業

2007年 大阪急性期・総合医療センター 初期・後期研修医

2011年 国立循環器病研究センター 周産期・婦人科レジデント

2012年 大阪大学医学系研究科産科婦人科 医員・大学院

2016年 堺市立総合医療センター産婦人科 副医長

2017年 大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 助教

2017年 厚生労働省こども家庭局母子保健課課長補佐

医政局総務課医療安全推進室 室長補佐

2018年 大阪大学医学系研究科産科婦人科学教室 助教

【資 格】 医学博士、日本産科婦人科学会専門医・指導医、同サステナブル医療体制確立委員会主務幹事

スポンサードセミナー

①「OC・LEP連続投与のメリット —OC・LEPガイドライン2020年度版を中心に—」

愛知医科大学産婦人科学教室主任教授

若槻 明彦

海外におけるOCの使用状況は連続投与が多く、とくにドイツでは過多月経や月経痛に70～80%が使用している。連続投与に関しては、ヨーロッパ、アメリカ、カナダのガイドラインで数多くの内容が記載されており、イギリスでは月経前症候群に対する有用性が明記されている。連続投与の大きなメリットとしては月経痛改善効果である。子宮内膜症女性の月経痛に対してOC周期投与が無効であった症例に対し、連続投与に変更することで疼痛が改善する報告がなされている。周期投与の場合、抑制されていたエストロゲンや下垂体ホルモンがプラセボ期間中に上昇することがわかっており、このことが連続投与との違いと考えられている。また、卵巣チョコレート嚢胞の術後に再発予防目的でLEPを内服するが、周期投与に比較して連続投与の再発率が低いことも報告されている。

一方、連続投与のデメリットに不正出血がある。周期投与では毎月月経が到来する。連続投与の場合、月経発来はないが破綻出血が続くことがある。しかし、内服を継続することで不正出血は徐々に治まる。今回の新ガイドラインには、不正出血の基礎疾患が無い場合、出血量にかかわらず、服用をそのまま継続させると明記されている。

アンドロゲン作用を有しないプロゲステンであるDRSP含有LEPの特徴について検討してみると、DRSP含有LEPはHDLコレステロールを上昇させ、血管内皮機能を改善させるが、アンドロゲン作用を有するプロゲステン含有LEPではその効果はなかった。また、大規模のprospective study LASSではDRSP含有OCは他のOCに比較して動脈血栓リスクは0.4（0.2～0.9）と低いことが示されている。

OC・LEPガイドラインは2015年度版が発行されて以来、新しい連続投与LEPが本邦でも複数使用可能となっている。この度OC・LEPガイドラインが改定され、本年3月に2020年度版が発行される運びとなった。本講演では新しいガイドラインを中心として、LEP連続投与に焦点を当てて解説する予定である。また、昨年からCOVID-19によるパンデミックで世界中が混乱している。COVID-19に感染すると凝固系が亢進することが知られている。OC・LEPでも若干のVTEリスクを上昇させることから、ヨーロッパよりCOVID-19に感染した場合のホルモン治療のアルゴリズムが報告されており、本内容も紹介する予定である。

【略 歴】

若槻 明彦（わかつき あきひこ）

愛知医科大学産婦人科学教室主任教授

【職 歴】1984年	愛知医科大学 卒業
	高知医科大学医学部附属病院 入局（産婦人科）
1989年～91年	アメリカ合衆国カリフォルニア州アーバインカリフォルニア大学 リサーチフェロー
1995年	高知県医科大学医学部附属病院周産母子センター 講師
2001年	同周産母子センター 助教授・副部長
2004年	高知大学医学部生体機能・感染制御学講座 生殖・加齢病態学教室 助教授
2005年	愛知医科大学産婦人科学教室 主任教授
2011年～18年	同病院 副院長
2014年	同 副学長
2018年	同医学部長・医学研究科長

- 【賞 罰】 1999年 第4回ノバルティスメノポーズアワード受賞
2001年 平成12年度高知信用金庫・高知安心友の会学術賞受賞
2003年 第18回日本更年期医学会 学会賞受賞
2007年 日本産婦人科学会best reviewer award 2006

【学会等役員】

日本女性医学学会(理事長), 日本産科婦人科学会(代議員), 日本産科婦人科内視鏡学会(理事), 日本妊娠高血圧学会(理事), 日本女性栄養・代謝学会(理事), 日本動脈硬化学会(評議員), 日本産婦人科乳腺医学会(理事), 婦人科骨粗鬆症研究会(理事), 愛知産科婦人科学会(理事), 東海産科婦人科学会(理事), 愛知県産婦人科医会(顧問)

日本産科婦人科学会指導医, 日本産科婦人科学会・日本専門医機構認定産婦人科専門医, 日本女性医学学会認定女性ヘルスケア専門医, 日本女性医学学会認定女性ヘルスケア指導医, 日本周産期・新生児医学会専門医制度暫定指導医, 日本周産期・新生児医学会新生児蘇生法「専門」コースインストラクター, 日本産科婦人科内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医, 日本内視鏡外科学会 技術認定医, 日本動脈硬化学会認定指導医

スポンサードセミナー**②-(1)「子宮・卵巣の良性疾患に対する腹腔鏡下手術
～機能温存と合併症回避の工夫について～」**

市立芦屋病院産婦人科主任医長

錢 鴻武

子宮や卵巣などの女性に特異的な臓器に由来する疾患のため、女性は男性よりも手術を必要とする生涯リスクは高いとされている。2019年のDPC統計によれば、子宮および卵巣の良性疾患だけでも約11万人が手術の対象となっている（婦人科悪性腫瘍は約5万人）。

子宮・卵巣の良性疾患に対する手術の多くは、機能回復（温存）や症状緩和を目的としているため、手術の成否は患者のライフプランやQOLを大きく左右する可能性がある。とくに若年者に対する温存手術は、臓器が形として残ればいいわけではなく、術後の機能面への配慮も必要である。例えば、卵巣嚢腫摘出術であれば卵巣機能の温存、子宮筋腫核出術であれば妊娠能の温存・向上や子宮破裂の回避といったことにも注意を払う必要がある。

卵巣嚢腫摘出術は、比較的「簡単な」手術として、修練医が最初に執刀する手術の1つに位置付けられている印象がある。確かに、術中の大量出血や他臓器損傷といった重大な周術期合併症が少ないという点では、「簡単な」手術であるかもしれない。しかし、合併症の有無だけではなく、術後の卵巣機能もエンドポイントの1つとして考えると、卵巣嚢腫摘出術は必ずしも「簡単な」手術とはいえない。子宮筋腫核出術においても同様に子宮筋層の縫合を疎かにすると、その後の妊娠能や周産期合併症に影響を与える可能性があるため、ただただ縫合をすればいいわけではない。よって、子宮・卵巣を温存する手術では、腫瘍や臓器の完全切除を目的とする悪性腫瘍手術とはまた違った意識が必要であると考えられる。

本講演では、子宮・卵巣の良性疾患に対する腹腔鏡下手術において、機能温存や合併症回避の当院での工夫を、実際の手術動画を交えて紹介したい。さらに、演者が最近行っている体幹部の手術創の早くて確実な縫合法についても紹介する。

【略 歴】

錢 鴻武（せん こうぶ）

市立芦屋病院産婦人科 主任医長

日本産科婦人科内視鏡学会 評議員

【学歴・職歴】

2003年 九州大学医学部 卒業

2003年 聖路加国際病院女性総合診療部

2006年 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

2010年 健保連大阪中央病院婦人科

2014年 市立芦屋病院産婦人科

【所属学会・資格】

日本産科婦人科学会 産婦人科専門医、日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医、日本内視鏡外科学会 産婦人科領域 技術認定、日本女性骨盤底医学会、日本産婦人科手術学会、American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL)、International Urogynecologic Association (IUGA)

【受賞歴】 2008年 第59回日本産科婦人科学会学術講演会 グッドプレゼンテーション賞

2015年 第55回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会 学会賞 ビデオ部門

スポンサードセミナー**②-(2) 「内視鏡技術認定医取得を目指した取り組み ～不合格を経験して～」**

神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野助教

長又 哲史

産科婦人科内視鏡学会における技術認定医制度は、内視鏡手術を安全かつ円滑に施行する技量を有する者を認定し、内視鏡手術の発展と普及、さらには国民の健康維持に寄与することを目的として制定された。内視鏡技術の普及に伴いその受験者数も増加傾向ではあるが、技術認定医の合格率は5割前後でありハードルは決して低くない。また技術認定医取得者が周囲にいないければ、ノウハウもないため合格は容易ではなく、施設間格差や地域格差が大きくなる要因となっている。

当院においても内視鏡手術、特に全腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）の導入は遅く、技術認定医取得に向けて試行錯誤の期間が続いていた。しかし指導医の着任に伴い、2019年以降は安定して技術認定医取得者を排出出来るようになってきた。当院における取り組みとしては、手術の定型化が第一に挙げられる。決して良性TLHの症例数は多くないが、悪性疾患においても術式や流れを統一することで、手術をパーツごとに分解して経験することが可能となる。また、ビデオ撮影時期には術者を固定し症例を集中させ、科を挙げて技術認定医取得に向けて協力体制を取っている。

個人的な話になるが、そのような体制にもかかわらず私は2020年度技術認定医に不合格となった。本来であればその後も必死で練習しなければならないところだが、満足な練習時間がなかなか確保できず、効率的な練習を行う必要性に迫られた。今年なんとか無事合格となったが、本講演では自分なりの工夫や体験談を踏まえて、当院での取り組みを紹介し、今後技術認定医取得を目指す先生方の一助になればと考えている。

【略 歴】

長又 哲史（ながまた さとし）

神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野助教

【職 歴】 2010年 山形大学医学部医学科 卒業
2010年 神戸大学医学部附属病院 初期研修医
2012年 同産科婦人科 後期研修医
2013年 兵庫県立淡路医療センター 後期研修医
2014年 神戸大学大学院医学系研究科 博士課程
2018年 同 医学博士
2019年 同外科系講座産科婦人科学分野 助教

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産婦人科手術学会、日本周産期新生児医学会、日本産婦人科感染症学会

スポンサードセミナー**③-(1)「マクロ視点とミクロ視点から婦人科腹腔鏡手術を再考する」**

新潟大学医歯学総合病院総合研修部・医師研修センター／産科婦人科

磯部 真倫

日本の婦人科腹腔鏡手術をマクロ視点で見ることは現場の臨床医はあまり行わないことである。日本の婦人科腹腔鏡手術の現状を俯瞰的にみるために2018年のNDBオープンデータから考察を行った。すると日本において子宮全摘は開腹術を含めて約60000件行われていた。そして、実に46%が腹腔鏡で行われており、年々増加していることが示された。ロボット支援下子宮全摘術は462件であった。子宮体癌手術に目を向けると日本では2018年は、6000件早期子宮体癌に対して手術療法が行われているが、うち27.2%が腹腔鏡で行われていた。ロボット支援下子宮体がん手術は209件行われていた。さまざまな術式をマクロ視点でみる、さらに時系列でみる、都道府県ごとに比較する、サブスペシャルティの人数との相関を見ることで新しい違った視点の日本の婦人科腹腔鏡手術の姿が見えてくるのではないかと考えている。

また、日本の婦人科腹腔鏡手術をミクロ視点に移して再考する。以前は、前方アプローチの鈍的剥離からの尿管同定、子宮動脈切離が主流であったが、近年はハーモニックHDやモノポーラを用いた鋭的剥離による尿管同定、無出血手術を目指す手術へと変化しているように見える。技術認定医を18名育成した経験から技術認定医を合格させるTLHのトレンドについてミクロ視点から考察する。

本講演では、婦人科腹腔鏡手術をマクロ視点とミクロ視点から見ることで新しい視点での婦人科腹腔鏡手術が構築され、さらなる婦人科腹腔鏡手術の発展を願って本講演を企画した。指導医層のみならず、若手医師にとっても参考になれば幸いである。

【略 歴】

磯部 真倫（いそべ まさのり）

新潟大学医歯学総合病院特任講師総合研修部副部長・医師研修センター副センター長／産科婦人科

【職 歴】

2002年 山形大学医学部医学科 卒業

2002年 同付属病院産婦人科

2008年 大阪労災病院産婦人科

2013年 新潟大学医歯学総合病院産科婦人科 助教

2018年 同戦略企画室 室員（兼任）

2018年 福島県立医科大学ふくしま子ども・女性医療支援センター 特任講師

2020年 名古屋大学大学院医学系研究科総合医学教育学 博士課程

2021年 新潟大学医歯学総合病院総合研修部副部長、医師研修センター 副センター長 特任講師

【取得資格】 日本産科婦人科学会専門医、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会幹事・技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医**【受賞歴】** 2020年度 日本産科婦人科学会 教育奨励賞受賞

スポンサードセミナー**③-(2)「産科婦人科内視鏡技術認定医(腹腔鏡)
取得に向けた施設としての取り組み」**

神戸市立医療センター中央市民病院産婦人科部長

吉岡 信也

婦人科手術における腹腔鏡手術の占める割合は年々増加し、これまでの開腹良性手術の多くは腹腔鏡手術で行われるようになってきた。そのため腹腔鏡手術は一部の医師の特殊な技術ではなく、現在、そして今後産婦人科手術を行う医師全員にとって、その習熟が必須である。日本産科婦人科内視鏡学会認定技術認定医の制度は、本邦産婦人科領域における内視鏡手術の発展と普及を促し、国民の健康維持に寄与することを目的としている。本認定医の取得は腹腔鏡手術習熟のゴールではないが、少なくとも一定の技術を有していることの担保となる点で、その取得が腹腔鏡手術の施行に際して望まれる。当院は良性疾患の腹腔鏡手術だけでなく、周産期医療・悪性腫瘍手術・化学療法・産婦人科救急などを広く取り扱う市中病院であるが、幸い現時点で7人の認定医が在籍している。本講演では、一般的なものではあるが市中病院である当院の技術認定医(腹腔鏡)取得への対応に関して述べる。

また、腹腔鏡手術ではさまざまなエネルギーデバイスの特性を理解した上で有効に使用することで、安全な手術の施行が可能になる。なかでもシーリングデバイスは、出血の少ない安全かつ短時間の手術に非常に有効なデバイスである。この度新しくなったEnseal[®] X1は従来のEnseal[®] G2と比較して、ジョーが長くなりかつ先端の幅が狭くなったことで、剥離操作が容易になった。また操作性も大きく改善したことにより、これまで以上に疾患の良性・悪性を問わず腹腔鏡手術で有用なシーリングデバイスとなった。本デバイスの使用経験を提示して、その安全な使用と有用性を紹介する。

【略 歴】

吉岡 信也(よしおか しんや)

神戸市立医療センター中央市民病院産婦人科部長

【職 歴】

- 1991年 京都大学医学部 卒業
- 1991年 京都大学医学部附属病院産婦人科 研修医
- 1992年 日本赤十字社和歌山医療センター産婦人科 医員
- 1994年 彦根市立病院産婦人科 医員
- 2000年 京都大学大学院医学研究科博士課程 修了
- 2000年～ 同医学部附属病院 医員、助教、院内講師
- 2008年 大阪赤十字病院産婦人科 部長
- 2014年 神戸市立医療センター中央市民産婦人科 部長(現職)

【専門医、資格等】

産婦人科専門医・指導医、婦人科腫瘍専門医・指導医、生殖医療専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医(腹腔鏡)

スポンサードセミナー

④ 「進行卵巣癌における治療戦略」

川崎医科大学産婦人科学2教授

本郷 淳司

卵巣癌の75%はIII期以上の進行癌として発見され、手術や化学療法により一時寛解してもその70%は再発する。従来の治療法に加え、抗血管新生やPARP阻害による新規分子標的薬による維持療法が進行卵巣癌に保険適用され予後向上が期待されている。

進行再発の卵巣癌において化学療法剤に抗VEGF (vascular endothelial growth factor) -Aモノクローナル抗体であるBevacizumabを併用維持することにより有意なPFS延長が得られ標準治療となっている。VEGFのプロモーターはTATA配列を持たず、GC Boxと上流のHRE (Hypoxia Responsive Element) により転写制御される。GC Boxに結合し転写を促進する転写制御因子Sp1は通常p53結合により抑制されているが、p53変異を伴うType IIの卵巣癌や、HIF-1 α の活性化を伴う明細胞癌などではVEGFの発現亢進が認められ、よい分子標的と考えられる。従来Bevacizumabの薬理作用は腫瘍や腫瘍周囲の新生血管を退化、正常化させ、腫瘍への酸素や栄養素の供給を抑制するtumor dormancy効果と考えられてきた。しかし昨今の研究により、血管新生以外の多彩なVEGF活性が判明してきた。VEGFは血管や細胞間の透過性を亢進する作用を有し、抗VEGF治療は卵巣癌における腹水制御に極めて有用である。またVEGFによる新生血管が、癌幹細胞のニッチとなっており、抗VEGF治療が癌幹細胞への作用も期待されること、またVEGFは単球から樹状細胞への分化誘導を抑制して免疫寛容を起こしており、抗VEGF治療により免疫再賦活化が期待されること、またVEGFの発現は腫瘍細胞のみならず、cancer-associated fibroblasts (CAF) とよばれる腫瘍周囲の線維芽細胞、pericyte、腹膜中皮細胞などからも分泌されて腫瘍微小環境を形成し、血管新生や腫瘍形成、転移、薬剤耐性獲得など、癌伸展に多彩な影響を及ぼしていることなどがわかってきた。

一方、高悪性度漿液性癌ではBRCA1/2やその他の関連遺伝子異常やHRD (相同組換え修復欠損) が過半数で認められることが判明し、PARP阻害による合成致死やPARP trappingによるDNA障害に基づく維持療法が保険適用となっている。組織型を問わず多くの卵巣癌で高発現しているVEGFを分子標的としたBevacizumabと異なり、PARP阻害薬による合成致死効果はHRD陽性例に限られる。従って進行卵巣癌維持療法の適応症はコンパニオン診断としてgBRCA1/2 mt (SOLO-1) もしくはサロゲートマーカーとしてのプラチナ高感受性 (PRIMA) 例に限定される。抗血管新生薬とPARP阻害薬の作用はお互い相加的と考えられ、HRD症例 (PAOLA-1) では両者併用維持療法も実臨床に供されている。

今回、各種分子標的薬剤の使い分け、適切なコンパニオン診断についても言及する。

【略 歴】

本郷 淳司 (ほんごう あつし)

川崎医科大学産婦人科学2教授

【職 歴】 1987年 岡山大学医学部医学科 卒業
同附属病院産科婦人科 入局
1988年 神戸赤十字病院 研修医
1989年 財団法人大阪住友病院 研修医
1990年 岡山大学医学部大学院生 (産婦人科)

1994年 同大学院医学研究科（産婦人科学専攻）卒業
同附属病院 医員
米 国 Thomas Jefferson University, Kimmel Cancer Center, Microbiology & Immunology (post-doctoral fellow) 留学
1997年 同附属病院 助手（産科婦人科）
2001年～ 同産科婦人科学教室 医局長，婦人科病棟医長
2006年～ 同病院 講師（産科婦人科），病棟総医長
2010年 同産科婦人科学教室 医局長，外来医長
2012年 香川県立中央病院 産婦人科部長
2016年 川崎医科大学産婦人科学2教授
同総合医療センター 産婦人科部長

【資格・免許】

医学博士（岡山大学），日本産科婦人科学会認定専門医，日本婦人科腫瘍学会暫定指導医，日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医，日本がん治療認定医機構がん治療認定医，ダ・ヴィンチ コンソールサージョン，日本産科婦人科学会認定指導医，日本婦人科腫瘍学会指導医，FIGO Cervical Cancer Prevention Course チューター

【所属学会】 日本産科婦人科学会，日本婦人科腫瘍学会，日本産婦人科手術学会，日本女性骨盤底医学会，日本癌学会，日本癌治療学会，日本外科系連合学会，American Association for Cancer Research など

【賞 罰】 岡山大学医学賞（山田賞），岡山県医師会学術奨励賞など

専門医共通講習（医療倫理） *単位認定申請中**「臨床研究法令の考え方 ～臨床研究法と倫理指針改訂を踏まえて～」**

神戸大学医学部附属病院臨床研究推進センター長／特命教授

真田 昌爾

わが国の臨床研究に関する被験者保護を定める規則として、従来は治験に伴う法律（現在の薬機法）とそれ以外の研究に伴う、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（以後、統合指針）に代表されるさまざまな（法律ではない）指針に大別されたが、臨床研究に係る法制化の要求の高まりを受け、2017年に臨床研究法が制定され、臨床研究に携わる者以外の一般国民に対する臨床研究の透明性の向上が謳われた。

臨床研究法で導入された新しい考え方の1つとして、従来の「統合指針」では侵襲・介入という行為の外形で研究を区分し倫理基準を管理していたが、臨床研究法では「医行為」「薬事承認の有無」「資金提供の有無」などの新しい区分を導入し、治験と観察研究をその範囲外にするなど、外形では判断できず、複雑で判断に迷いやすく、研究者には却って取り組みにくくなる弊害を生む結果となった。

しかし、研究を区分する法の「原理」を理解することにより、その取り組みは飛躍的に容易になる。その要は「研究の目的と対象を明確化する」ことに尽きる。このことは即ち研究計画を、P（対象）、I（介入行為）、C（比較）、O（結果）に分解して一旦極限まで単純化し、そこから研究計画を目的に叶う形で肉付けしていく手法に繋がり、ひいてはよりよいエビデンスをより確実に提供し、完遂性の高い臨床研究計画を作成することにつながる。

さらに、臨床研究法に基づく特定臨床研究の審査・実施過程で導入されたその他の新しい考え方は、今般「統合指針」及び「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」がさらに統合して本年6月30日に施行された「ヒトを対象とする生命科学系・医学系研究に関する倫理指針」にもいくつか取り込まれ、研究がより容易に実施されるような取り組みが行われている。

本講演では、臨床研究法が成立した背景、法に謳われた目的、法が定める新しい臨床研究の定義とその除外となるいわゆる「観察研究」の新しい考え方、そしてより良く研究倫理を満たして完遂性を高めるPICO（研究シノプシス）の重要性等を解説し、研究者に法律へのコンプライアンスと高い完遂性と・理性を満たす良質な臨床研究計画を両立して臨床研究法に上手に対処するエッセンスを解説する。

【略 歴】

真田 昌爾（さなだ しょうじ）

神戸大学医学部附属病院臨床研究推進センター長／特命教授

【職 歴】

- 1994年 大阪大学医学部医学科 卒業
- 2002年 同大学院医学系研究科 病態情報内科学（内科学第一）修了
- 2002年 日本学術振興会 特別研究員（PD）
- 2005年 米国ハーバード大学 プリガム&ウィメンズ病院循環器科 研究員
- 2007年 大阪府立急性期・総合医療センター 心臓内科 医長
- 2010年 大阪大学 保健センター 助教
- 2012年 同大学院医学系研究科 循環器内科学 特任講師（常勤）

2014年 厚生労働省 医政局研究開発振興課 課長補佐／先進医療専門官

2016年 大阪大学医学部附属病院 未来医療開発部 特任准教授（常勤）、（併）臨床試験ユニット管理部門主任／医師主導治験支援室長／未来医療開発部長補佐／先進医療支援室長

2019年 大阪市立大学医学部附属病院 臨床研究・イノベーション推進センター、臨床研究支援部門長／教育研修部門長／特任教授

2021年 神戸大学 医学部附属病院 臨床研究推進センター長／特命教授、現在に至る

【専門領域】 循環器内科学，臨床薬理学，一般内科学，レギュラトリーサイエンスなど

【賞 罰】 大阪大学山村賞（最優秀医学大学院生賞），日本心臓財団 研究奨励賞，成人血管病研究振興財団 岡本研究奨励賞，日本循環器学会 YIA，日本心臓病学会 YIA，日本心不全学会 臨床系 YIA，日本循環器学会 CPIS賞，大阪大学 総長奨励賞，日本循環器学会 Best Reviewers of the Year（2008～2020年：13年連続受賞）など

【役 職 等】 日厚生労働省 先進医療技術審査部会 構成員，厚生労働省 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議 循環器WG構成員，日本臨床薬理学会 学術委員会／専門医制度委員会／専門医試験委員会 委員，日本循環器学会 総務委員会情報広報部会／COVID-19対策特別チーム 委員 など

【学 会 等】 （フェロー）米国心臓協会：FAHA，米国循環器学会：FACC，欧州循環器学会：FESC，日本循環器学会：FJCS，日本心臓病学会：FJCC

（評議員）日本血管生物医学会，国際心臓研究学会日本部会，日本抗加齢医学会，国際心血管薬物療法学会日本部会，日本循環器学会近畿支部など

腫瘍研究部会講演抄録

1

当院における遺伝学的検査導入後の卵巣癌初回維持療法の現状

京都府立医科大学

青山 幸平, 古株 哲也, 垂水 洋輔, 片岡 恒, 寄木 香織, 森 泰輔

【目的】当院におけるコンパニオン診断導入後の卵巣癌初回維持療法の現状について報告する。【方法】2019年8月から2021年6月に当院で初回治療とコンパニオン診断を行った卵巣・卵管・腹膜癌を対象とし、患者背景や治療選択、有害事象について検討した。【結果】対象は31例で、III期は23例（74.2%）、IV期は8例（25.8%）であった。gBRCA病的バリエーション（gBRCAm）は31例中3例（9.7%）、HRDは13例中6例（46.2%）に認めた。維持療法を行った症例は17例（54.8%）で、ベバシズマブ単独が9例、オラパリブ単独が3例、ニラパリブ単独が3例、ベバシズマブ/オラパリブ併用療法が2例であった。grade 3以上の有害事象はオラパリブで貧血が1例、ニラパリブで貧血が1例と血小板減少が2例であった。gBRCAm例だけでなくHRD陽性例全てでもPARP阻害剤維持療法を継続している。【結論】コンパニオン診断に基づいて卵巣癌初回維持療法を選択している。特にHRD陽性例でのPARP阻害剤の有用性が期待される。

2

当センターにおける卵巣癌維持療法の経験

大阪急性期・総合医療センター

隅藏 智子, 大柳 亮, 岡木 啓, 松谷 和奈, 栗谷 佳宏, 加藤恵一朗,
加藤 愛理, 澤田 真明, 海野ひかり, 久保田 哲, 笹野 恵, 島津由紀子,
田口 貴子, 岩宮 正, 竹村 昌彦

2013年11月にベバシズマブが、2018年4月にはPARP阻害剤が卵巣癌に対して保険適応が得られ、卵巣癌の維持療法の選択肢が広がった。2013年以降の当センターでの卵巣癌維持療法について報告する。対象は2013年1月から2021年3月に初回薬物維持療法を行った卵巣癌症例。初回治療時にベバシズマブを使用した29例中、引き続きベバシズマブで維持療法を行った症例は20例であった。初回維持療法でPARP阻害剤を使用したのは2例であり、再発を認めていない。再発治療維持療法でベバシズマブ投与を行った症例はなかったが、プラチナ感受性再発での維持療法としてPARP阻害剤を使用した症例は13例であった。そのうち5例が病状進行なく経過している。症例数が少なく検討が困難であるが、初回治療でベバシズマブ維持療法に持ち込めた症例は多い。また再発維持療法としてPARP阻害剤の効果は期待できるのではないかと考える。

3

当院における卵巣癌の維持療法

神戸大学

安積 麻帆, 山崎 友維, 矢野 陽子, 加地 崇裕, 山中啓太郎, 豊永 絢香,
鷲尾 佳一, 山野由美香, 西本 昌司, 笹川 勇樹, 長又 哲史, 寺井 義人

本邦では卵巣癌の維持療法として2013年11月にBevacizumab、2018年1月にOlaparib、2020年9月にNiraparibが承認された。承認日～2021年6月30日までに当院で行った3剤の使用経験について報告する。症例数はそれぞれ43例、26例、4例であった。Bevacizumabは初回27例、再発16例、Olaparibは初回5例、再発21例、Niraparibは初回2例、再発2例であった。TFST（維持療法開始～最初の後治療の開始又は死亡）の中央値は54週、53週、19週であった。有害事象による中止はBevacizumabでは蛋白尿9.3%、高血圧4.7%で、Olaparibでは嘔気6.0%、貧血3.0%、好中球減少3.0%、Niraparibでは貧血50.0%であった。初回・再発いずれの維持療法においても適切に症例を選択し、延期・休薬・減量などを行うことで、良好な治療成績が得られる可能性がある。

4

当科における進行・再発卵巣癌に対するベバシズマブによる維持療法の有効性と安全性

大阪市立大学

中島安紗海, 福田 武史, 柴田 悟, 栗津祐一郎, 南野 成則, 末包 智紀,
今井 健至, 山内 真, 笠井 真理, 市村 友季, 安井 智代, 角 俊幸

【目的】当科における進行・再発卵巣癌, 腹膜癌, 卵管癌に対するベバシズマブの有効性と安全性について検討する。【方法】2014年4月から2020年12月までにベバシズマブによる維持療法を行った卵巣癌, 腹膜癌, 卵管癌患者135例を対象に患者背景, 安全性, 有効性に関して検討した。【結果】初回治療患者が71例, 再発治療患者が64例。初回治療時に評価可能病変を有する56例の治療効果はCR30例(53.6%), PR19例(33.9%), SD5例(8.9%), PD2例(3.6%)だった。再発治療時の化学療法のレジメンはTCが45例, DCが7例, リポソーマルドキソルピシンが3例, ゲムシタピンが2例, CPT-11+CDDPが7例, 治療効果はCR25例(40.3%), PR17例(27.4%), SD12例(19.4%), PD8例(12.9%)だった。ベバシズマブに特徴的なGrade3以上の有害事象は, Grade3の蛋白尿12例(18.8%), Grade4の回腸穿孔3例(4.7%)だった。【結論】ベバシズマブは進行卵巣癌, 腹膜癌, 卵管癌患者に対して安全かつ有効に使用できる。

5

当院におけるPARP阻害薬での卵巣癌維持療法の有害事象に関する検討

奈良県総合医療センター

上林 潤也, 杉浦 敦, 樋口 渚, 村上 暉, 福井 寛子, 伊東 史学,
谷口真紀子, 佐道 俊幸, 喜多 恒和

当院で2018年4月~2020年12月に初回治療後の維持療法としてolaparibが4例, niraparibが3例, 再発治療後の維持療法としてolaparibが7例, niraparibが1例投与されていた。olaparib投与群(全11例)の年齢中央値は63歳(44-71歳), 平均投与期間は9.6週間(3-28週間), 有害事象(adverse event: AE)は貧血が8例(72.7%, G2: 2例, G3: 6例), 血小板減少が4例(36.4%, G1: 2例, G2: 1例, G3: 1例), 好中球減少が1例(9.1%, G3: 1例), AE出現までの平均投与期間は8週間であった。Niraparib投与群(全4例)の年齢中央値は67歳(65-75歳), 平均投与期間は7.8週間(3-17週間), AEは血小板減少が2例(50%, G1: 1例, G2: 1例), AE出現までの平均投与期間は3週間であった。全例において, 休薬が必要であった症例を9例(60%)認めた。olaparib投与群にて貧血の頻度が高く, 特に投与開始前のヘモグロビン(Hb)値が11g/dL以下の5症例は全例G2以上の貧血を来していた。これより投与前のHb値が低い症例については, 早期の貧血増悪に十分注意する必要があると考えられる。

6

当科における初発卵巣癌に対するPARP阻害薬による維持療法の経験

神戸市立医療センター中央市民病院

谷村 昌哉, 林 信孝, 佐藤 晋平, 畑山 裕生, 田辺優理子, 水野友香子, 荻野 敦子,
前田振一郎, 奥立みなみ, 中村 充宏, 小池 彩美, 山添紗恵子, 崎山 明香, 松林 彩,
川田 悦子, 小山瑠梨子, 田邊更衣子, 大竹 紀子, 青木 卓哉, 吉岡 信也

【緒言】卵巣癌初回化学療法後の維持療法に2019年6月にオラパリブが, 2020年9月にニラパリブが保険収載された。当科におけるPARP阻害薬の経験を検討した。【方法】2019年9月から2021年5月までに卵巣癌初回化学療法後にPARP阻害薬による維持療法を開始した10症例において治療効果・有害事象について後方視的に検討した。【結果】当科では現在までにオラパリブは7例, ニラパリブは3例で維持療法に使用している。観察期間はそれぞれ65-671日(中央値376日), 79-197日(中央値134日)であった。10例のうちCRおよびPRは8例であり, 奏効率は80%であった。Grade3以上の有害事象についてオラパリブでは貧血4例, 好中球減少1例で4例に休薬・減量を必要とし, ニラパリブでは血小板減少3例で全例に休薬・減量を必要とした。【結論】Grade3以上の有害事象を認めるも, ほとんどが休薬・減量で対応できるものであった。現時点で良好な治療成績が得られているが, さらなる長期間の観察による検討が必要と考えられた。

7

再発卵巣癌に対する PARP 阻害剤による platinum free interval : PFI の延長効果

大阪国際がんセンター

小泉 舞, 久 毅, 坂口 仁美, 前田 通秀, 角田紗保里, 渡辺 正洋,
松崎 慎哉, 上浦 祥司

【緒言】再発卵巣癌の治療は PFI6 カ月以上経過し病勢が進行した場合、プラチナ製剤感受性と定義され、同薬剤を含む化学療法が選択されるが、再発治療ごとに治療反応性および PFS は低下する。今回、再発卵巣癌に対する PARP 阻害剤の PFI の延長効果を検討した。【方法】当院で再発卵巣癌に対し PARP 阻害剤を投与した 46 例を後方視的に検討した。【結果】年齢中央値は 58 歳、I 期～IV 期まで順に 3/3/26/14 例あり、術前化学療法を施行した症例は 24 例であった。一次再発で PARP 阻害剤を投与した症例は 46 例中 27 例 (59%) であり、PARP 阻害剤投与前の奏功は CR/PR/SD が 12/29/5 例であった。前回の PFI より延長した症例が 11 例 (24%) あり、中央値は 7.8 カ月であった。【結語】PARP 阻害剤を使用した再発卵巣癌症例の一部で、PFI の延長を認めた。プラチナ感受性再発か否かの判断基準においては、PFI の期間を含めて今後検討されるべき課題である。当院の治療成績も含め報告する。

8

オラパリブ投与症例の後方視的検討

近畿大学¹⁾、関西臨床腫瘍研究会²⁾笹井 奈穂¹⁾、中井 英勝¹⁾、青木 稚人¹⁾、松村 謙臣¹⁾、近藤 英司²⁾、奈須 家栄²⁾、
本橋 卓²⁾、西川隆太郎²⁾、荒川 敦志²⁾、藤原 聡枝²⁾、徳山 治²⁾、長野 浩明²⁾、
森 泰輔²⁾、勝田 隆博²⁾、鏑本 浩志²⁾、平嶋 泰之²⁾、伊藤 公彦²⁾

プラチナ感受性再発卵巣癌に対する維持療法として 2018 年にオラパリブが保険承認となったが、長期奏効例の効果予測因子は明らかになっていない。今回我々は、再発卵巣癌に対しオラパリブが長期奏効した症例について検討を行った。当院でオラパリブ使用した 22 症例を対象に、治療効果、有害事象について後方視的に検討した。研究対象は、プラチナ感受性再発卵巣癌 17 例、卵管癌 3 例、腹膜癌 2 例であり、患者のオラパリブ開始時の年齢中央値は 63 歳 (46-78 歳)、オラパリブ維持療法前のプラチナ併用化学療法の直接効果は complete response (CR) : 8 例 (36%)、partial response (PR) : 12 例 (55%) であった。オラパリブ投与直前の化学療法の platinum free interval とオラパリブ投与後無増悪生存期間は、CR 例でのみ後者の方が長い傾向にあった。またオラパリブ投与後 2 年以上無増悪であったのは 4 症例であり、うち 2 例で BRCA analysis を施行し BRCA 遺伝子変異を認めた。現在多施設共同研究で更に症例数を集積しており、臨床像や HRD の観点から多角的に解析を進める予定である。

9

オラパリブ抵抗性卵巣癌への治療について、臨床的検討

京都大学

住永 優里, 山ノ井康二, 岡本葉留子, 寒河江悠介, 奥宮明日香, 砂田 真澄, 浮田真沙世,
千草 義継, 堀江 昭史, 山口 建, 濱西 潤三, 万代 昌紀

オラパリブ (OLP) 抵抗性再発卵巣癌について、実臨床からの報告は限られている。今回我々は、当施設で経験した OLP 抵抗性再発卵巣癌 31 例 (うち 30 例で漿液性癌) について、その後の治療経過を後方視的に検討した。OLP 開始までの治療期間中央値は 1217 日で、全例プラチナ感受性再発を適応として導入した。OLP 内服期間の中央値は 172 日で、OLP 終了後、30 例で化学療法を施行していた (うち 17 例でプラチナ含有レジメン)。後治療の経過観察期間の中央値は 345 日で、期間中に 7 例が原病死となっていた。プラチナ含有レジメンを施行した 17 例のうち 5 例で 6 カ月以内に PD となった。PD 症例では PR+SD 症例と比して OLP 内服期間が短い傾向にあるものの、有意差はなかった (中央値; PD: 123 日, PR+SD: 287 日)。OLP 抵抗性獲得後も、プラチナ含有レジメンが一定程度奏功する可能性があり、その予測に有用なマーカーの探索が望まれる。

10

当院のオラパリブ使用に関する有害事象報告

奈良県立医科大学

脇 啓太, 馬淵 誠士, 岡本 美穂, 中澤 遼, 松岡 基樹, 福井 陽介, 植田 陽子,
河原 直紀, 岩井 加奈, 木村 麻衣, 山田 有紀, 川口 龍二

当院における卵巣癌, 卵管癌, 腹膜癌に対するオラパリブ使用について患者背景・治療内容・有害事象などを後方視的に検討した。症例の内訳は初発卵巣癌 3 例, 再発卵巣癌 14 例, 卵管癌 5 例, 腹膜癌 4 例の計 26 例であった。オラパリブ開始時の年齢中央値は 61 歳, 病期は I・II 期が 3 例, III・IV 期が 23 例であった。組織型は明細胞癌が 1 例, 高異型度漿液性癌が 24 例, 分類不能癌が 1 例であった。HRD 陽性例は 2 例であった。オラパリブ投与期間において, 12 カ月以上の投与継続例は 6 例, 24 カ月以上の投与継続例は 2 例, 最長投与期間は 36 カ月であった。10 例に休薬, 8 例に減量を必要とし, 6 例は有害事象による投与中止となった。中止理由は嘔吐 1 例, 肝障害 2 例, 腎障害 2 例, 貧血 1 例であった。また, 14 例は病勢進行による中止となった。6 例は現在も投与継続中である。今回, 我々はオラパリブ使用について, 有害事象の発現時期, 発生頻度などについて後方視的に検討したため, 文献的考察を含めて報告する。

11

当科での PARP 阻害剤使用症例の現状

京都第二赤十字病院

榎村 史織, 加藤 聖子, 青木 康太, 栗原 甲妃, 秋山 鹿子, 衛藤 美穂, 藤田 宏行

2018 年 1 月の承認獲得から 2021 年 6 月までに当科では卵巣癌 11 例, 卵管癌 2 例, 腹膜癌 3 例に対し PARP 阻害剤の投与を行った。漿液性癌 14 例, 明細胞癌と漿液粘液性癌が各 1 例であった。BRCA 病的変異陽性の初回維持療法 1 例を除く 15 例でプラチナ感受性再発に対する維持療法として使用した。ゲノム診断を行った 7 例中 2 例で, BRCA 病的変異陽性・1 例で VUS, 2 例で HRD 陽性が検出された。Grade1 以上の嘔気・食欲不振は全例で認められ, ほかに高頻度に出現した副作用に身体動揺感, 味覚障害があった。Grade3 の好中球減少は 3 例でみられ, 一時休薬・減量により治療を継続しえた。1 例で投与 3 カ月目に間質性肺炎, 3 例で投与開始 1, 2 週間後より抑うつ症状を認めたが, いずれも中止後 1 カ月以内に速やかに改善し, 薬剤に起因する事象と判断された。投与期間の最長例は 1 年 4 カ月, 2 例は 1 年以上継続中, 3 例は副作用により 3 カ月前後で投与中止となっている。

12

PARP 阻害薬使用における有害事象の出現に影響を与える因子の検討

大阪大学

岡愛 実子, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛, 小玉美智子, 橋本 香映,
小林 栄仁, 上田 豊, 澤田健二郎, 富松 拓治, 木村 正

【目的】PARP 阻害薬は近年使用機会が増えており, 主な副作用として嘔気、貧血が知られている。特に高度の貧血は休薬や減量, 投与中止を余儀なくされることから患者の予後に影響を与える可能性もある。当院における有害事象の出現に影響を与える因子について検討した。【方法】2018 年 4 月から 2021 年 6 月までに PARP 阻害薬を使用した卵巣癌, 卵管癌, 腹膜癌の症例を対象とし, 患者背景, 有害事象などについて後方視的に検討した。【成績】対象症例は 55 例, 年齢の中央値 (範囲) は 66 歳 (33-87) であった。初回治療 13 例 (23.6%), 再発治療 42 例 (76.4%) で, 直前のプラチナ製剤の使用サイクルは 2 回 5 例, 3 回 14 例, 4 回 3 例, 5 回 3 例, 6 回 29 例, 7 回 1 例であった。PARP 阻害薬内服開始直前の Hb 中央値 (範囲) は 10.4 g/dl (8.3-13.2) で, PARP 阻害薬内服後に輸血を要したのは 55 例中 16 例 (29.1%) であった。内服前 Hb9.5g/dl 未満の症例のうち輸血を要した割合は 58.3% で 9.6g/dL 以上と比べ有意に高かった。【結論】PARP 阻害薬を使用する患者では開始前から貧血に対して治療介入を行うことが望ましいと考えられた。

13

当科における PARP 阻害剤維持療法の現状

兵庫医科大学

上田 友子, 磯野 路善, 瀧本 裕美, 中川 公平, 鏑本 浩志, 柴原 浩章

卵巣癌治療における PARP 阻害剤維持療法の現状について検討した。【方法】olaparib が保険収載されてから 2021/7 月の間、PARP 阻害剤が投与された患者の年齢・組織型・薬剤の種類・期間・中止理由などを抽出した。【結果】症例は 17 名、年齢の中央値は 61 歳、組織型は高異型度漿液性癌 10 名、類内膜癌 1 名、明細胞癌 1 名。初回治療は gBRCA1/2m に対する olaparib 3 名、tBRCAwt HRD 陽性に対する PAOLA regimen 1 名で、いずれも治療継続中である。再発治療はプラチナ感受性再発に対する olaparib が 13 名。BRCAanalysis を 8 名に行い gBRCA1m3 名、gBRCA2m2 名であった。1 名が治療継続中で、mPFS は 8 か月であった。olaparib 維持療法中の再燃に対して、PFI $\geq$ 6M の 8 名の患者にはいずれもプラチナを投与しており、3 名が PLD/Carbo/BEV であった。olaparib 投与中に全身倦怠感・肝障害・コンプライアンス不良で 3 名が niraparib に変更した。【結論】myChoice 陽性患者が 2 名寛解導入療法中であり今後増加することが予想される。

14

当院における再発卵巣癌に対するオラパリブの使用経験

大阪医科薬科大学

森田奈津子, 藤原 聡枝, 西江 瑠璃, 上田 尚子, 橋田 宗祐, 宮本 瞬輔, 寺田 信一, 古形 祐平, 田中 良道, 田中 智人, 佐々木 浩, 恒遠 啓示, 大道 正英

【目的】プラチナ感受性再発卵巣癌の維持療法であるオラパリブの当院における使用経験を報告する。【方法】2018 年 4 月以降より、オラパリブを投与した 27 例の治療効果および有害事象の後方視的検討を行った。【結果】27 例の組織型は高異型度漿液性癌が 23 例 (84%) であった。オラパリブ開始前の RECIST 評価は CR 9 例, PR 18 例であった。内服期間の中央値は 16.2 ヶ月 (3-30)、オラパリブ内服後の PD 症例は 12 例であった。そのうち PFI が 6 ヶ月以上の 10 例のうち 8 例で再度プラチナ製剤投与を行い、奏効率は 50% であった。有害事象は非血液毒性として嘔気、倦怠感、血液毒性として貧血、好中球減少が多く、有害事象による内服中止は 3 例 (11%) であった。【結論】オラパリブの有害事象は自製内のものが多く長期間投与が可能であったが、内服中の服薬指導や有害事象対策は重要である。当院では倦怠感や食欲不振、貧血等を認める症例に対して漢方薬による対症療法も行っている。オラパリブ投与後の PD 症例に対する治療選択については今後検討が必要である。

15

当院での卵巣癌維持療法における PARP 阻害薬の使用経験について

大阪市立総合医療センター

角谷 美咲, 川西 勝, 岡嶋 晋加, 安部倫太郎, 村上 誠, 徳山 治, 川村 直樹

PARP 阻害薬であるオラパリブが 2018 年、ニラパリブが 2020 年に本邦において卵巣癌維持療法に対して使用が承認され、卵巣癌の予後改善が期待されている。今回上記 2 剤の当院での使用経験について報告する。オラパリブ使用症例は 11 例、うち 4 例 (36%) が初発維持療法に、7 例 (64%) が再発時の治療に用いられた。治療期間中の原疾患増悪例は 2 例 (18%) であり、有害事象や再発等で使用中止となったのは 2 例 (18%) であった。主な有害事象は貧血、血小板低下であり、休薬・減量を余儀なくされた症例はなかった。ニラパリブ使用例は 5 例、うち 4 例 (80%) が初発維持療法に、1 例 (20%) が再発時の治療に用いられた。治療期間中の原疾患増悪例や有害事象・再発等で使用中止となった症例はなかった。主な有害事象は貧血、血小板低下であり、休薬・減量を余儀なくされた症例は 3 例 (60%) であった。当院では上記 2 剤とも、比較的安全に使用できており、今後も使用症例の蓄積と効果の検討が必要である。

16

当院でのオラパリブ使用症例の検討 ～治療効果に影響を与える因子について～

市立貝塚病院

小笹 勝巳, 廣瀬 陸人, 倉橋 寛樹, 菊池 香織, 黒田実紗子, 市川 冬輝, 甲村奈緒子,
田中あすか, 増田 公美, 横井 猛

PARP 阻害薬であるオラパリブが承認されてから約 3 年が経過した。2018.4～2021.6 に当院で処方した症例について、経過や特徴を後方視的に検討した。再発治療後の維持療法としての投与例は 18 例あった。既に終了している 14 例のうち、PD と判断し終了した症例は 13 例、有害事象で終了した症例が 1 例であった。再発までの期間は、治療開始前の CA125 が基準値以上の症例で有意に短く、治療開始前の効果判定が CR の症例で優位に長いという結果であった。治療開始前のプラチナ製剤の投与回数は、再発までの期間と関連していなかった。BRCA 変異を調べた 7 症例はいずれも陰性で、初回治療後の維持療法としての使用はなかった。当院での症例の経過を検討した結果、治療開始前の効果判定が単に PR の定義を満たすだけでなく、プラチナ製剤により十分に病変を制御してからオラパリブを開始することが望ましい可能性が示唆された。

17

再発卵巣癌へのオラパリブ維持療法中に直面した多様な課題

大阪鉄道病院

熊谷 広治, 小西 博巳, 坂井 昌弘

【目的】プラチナ製剤 (Pt) 感受性再発卵巣癌に PARP 阻害薬の維持療法が可能になった。再発卵巣癌へのオラパリブ維持療法中に直面した課題を抽出した。【方法】過去 8 年間に治療した卵巣・卵管・腹膜癌 66 例のうち、再発時にオラパリブを投与した Pt 感受性の漿液性癌 10 例 (卵巣 6 例・卵管 1 例・腹膜 3 例) を対象とした。維持療法中の課題を要約した。【結果】10 例の年齢中央値は 74 (43～82) 歳、進行期分類は IA 期 3 例、IIIc 期 7 例で、オラパリブ投与後の無増悪生存期間は 6 カ月未満: 3 例, 6～12 カ月: 4 例, 12～24 カ月: 2 例, 24 カ月以上: 1 例であった。以下に課題を列挙する: ①進行 (PD) 時にオラパリブの中止基準が明確でない (beyond PD 投与も可能か), ②標準量の半量継続でも著効例がある (休薬か減量継続か), ③オラパリブも腹水産生を抑制するが癒着性腸閉塞を惹起する, ④不完全摘出でも一定の無増悪生存が期待できる (完全摘出の必要性低下か)。【結論】再発卵巣癌へのオラパリブ維持療法中に直面した多様な課題を抽出した。

18

当院における卵巣癌、腹膜癌に対する Niraparib の使用経験

和歌山県立医科大学

重根 光, 馬淵 泰士, 平山 純也, 野口 智子, 八幡 環, 小林 彩, 太田 菜美,
八木 重孝, 南 佐和子, 井篁 一彦

今回我々は、卵巣癌および腹膜癌に Niraparib を使用した症例について後方視的検討を行った。対象は卵巣癌 3 例, 腹膜癌 2 例の 5 例で StageIIIb:1 例, StageIIIc:1 例, StageIVb:2 例であった。年齢は中央値 71 歳 (69～83 歳), 内服期間は中央値 4 カ月 (1～6 カ月) であった。組織型は 4 例が serous, 1 例が不明であった。5 例中 4 例で germline BRCA 検査を施行し陰性であった。Niraparib 前の治療として、5 例とも TC (Paclitaxel + Carboplatin) 療法を施行した。主な有害事象として、2 例が Grade3 の血小板数減少, 1 例が Grade3 の好中球数減少, 1 例が Grade3 の貧血で輸血を要し, 2 例が Grade2 の高血圧で投薬を要した。血液毒性により 3 例は休薬, うち 2 例は減量し再開した。5 例とも内服中の病変増悪を認めなかった。Niraparib は観察期間が短いものの、適切な休薬, 減量を行うことで安全に使用可能であった。今後 Niraparib 使用の更なる症例を蓄積し、有効性と副作用について検討を行っていく予定である。

19

当院における再発卵巣癌に対する維持療法について

関西医科大学

久松 洋司, 北 正人, 横江 巧也, 佛原 悠介, 村田 紘未, 角 玄一郎, 岡田 英孝

本邦ではプラチナ感受性再発の卵巣癌に対する維持療法として2018年1月にオラパリブが, 2020年11月にはニラパリブの製造販売が承認され, 維持療法の選択肢が増え, 治療法の工夫がより求められるようになった。PARP阻害薬投与中の再発には他の治療法への変更が原則であるが, 緩徐なPDを認める場合や患者のPSが不良の場合には治療法の選択に苦慮することもある。当院では2018年1月から2021年6月までに再発卵巣がん患者に対してオラパリブを42例, ニラパリブを4例に投与した。投与開始年齢の中央値は64歳(43-83歳), 投与期間の中央値は11カ月(2-32カ月), 継続中18例(減量なし7例), 中止24例であった。中止した24例の内訳は, PDが22例, 有害事象によるは2例であった。継続中の症例のうち放射線療法を併用することでオラパリブでの長期維持が可能な2例も経験し, 画一的ではないPARP阻害薬の活用方法も模索すべきことが示唆された。

周産期研究部会講演抄録

1

当院で経験した重症 FGR 症例の検討

和歌山県立医科大学

八木 重孝, 中田久実子, 八幡 環, 南條佐輝子, 溝口 美佳, 小林 彩,
太田 菜美, 馬淵 泰士, 南 佐和子, 井篁 一彦

【緒言】FGR の管理において適切な分娩時期の決定が重要になる。今回当院における重症 FGR 症例に関して推定体重別で臨床背景や周産期予後に関して検討した。【対象】2018 年 1 月から 2021 年 6 月までに当院で出生した単胎児のうち、出生直前の EFW が $-2.0SD$ 以下の症例に関してより重度の $-3.0SD$ 以下とそれ以外に分け、後方視的に検討した。【結果】 $-2.0SD$ 以下の症例は 48 例のうち $-3.0SD$ 以下の症例は 18 例であった。死亡例は 5 例で 4 例が $-3.0SD$ 以下であり、4 例が染色体異常であった。1 例は代謝異常であった。染色体異常は 7 例で 4 例が $-3.0SD$ 以下であった。発達障害が疑われる症例は 2 例で $-3.0SD$ 以下の症例であった。HDP を合併した症例は 18 例で $-3.0SD$ 以下は 6 例であった。34 週以降の FGR 発症例は 2 例で $-3.0SD$ 以上の症例であった。分娩様式は 12 例が経膈分娩で $-3.0SD$ 以下では 1 例のみであった。【考察】 $-3.0SD$ 以下のより重症の FGR では異なった臨床背景や周産期予後があることが示唆された。

2

胎児発育不全 (FGR) を契機に見られた胎児形態異常例についての検討

京都府立医科大学

岩井 未帆, 田中佑輝子, 沖村 浩之, 馬淵 亜希, 藁谷深洋子, 森 泰輔

【緒言】胎児発育不全 (FGR) の約 10% に胎児形態異常を認める。FGR を契機に当院へ紹介された症例の周産期転帰について検討した。【方法】2017~2020 年に当院で妊娠・分娩管理を行った単胎・FGR 症例 (50 例) を対象とし解析した。【結果】FGR50 例中 22 例 (44%) に胎児形態異常 (心構造異常: 18 例, 構造異常を伴わない不整脈: 2 例, 四肢短縮: 4 例, 消化管異常: 4 例, 頭蓋内異常: 4 例, その他 6 例, 重複含む) を認めた。染色体異常は 3 例 (Trisomy 18) が出生前に診断され、6 例 (Trisomy 18: 2 例, Trisomy 21: 2 例, 軽微な染色体異常: 2 例) が新生児期に診断された。死亡例は胎児期に 3 例, 新生児期に 1 例認め、全例に心構造異常を認めた。【結語】FGR 症例には心構造異常が特に多く認められた。心構造異常を認める例では胎児・新生児死亡が高率に生じることから、FGR 症例での胎児心エコースクリーニングは重要である。

3

Preterm FGR の Termination の適応について

大阪医科薬科大学

太田 裕, 藤田 太輔, 布出 実紗, 澤田 雅美, 永易 洋子, 杉本 敦子, 大道 正英

【背景・目的】Preterm における胎児発育不全 (FGR) の管理法について明確な基準がなく、とくに診療で迷うのが Termination の決定である。今回当院で管理した preterm FGR の termination の適応について後方視的に検討した。【対象】2015 年 3 月から 2021 年 6 月までに管理した 62 例の preterm FGR を対象とした。

【結果】背景因子として HDP 34 例, 胎児染色体異常 3 例, 抗リン脂質抗体症候群 1 例, SLE 1 例, その他 5 例であった。児の出生体重は $398g \sim 2296g$ であり、その内訳は $1000g$ 未満が 17 例, $1000g \sim 1500g$ 未満が 23 例, $1500g \sim 2500g$ 未満が 22 例であった。termination の適応については、胎児心拍数モニタリング (CTG) 異常が最も多く 30 例 (48%), 次に HDP によるものが 18 例 (29%), その他が 14 例 (22%) であったが、種々の血流異常や児の成長停止が適応になった症例は認めなかった。【考察】preterm FGR の termination の適応は CTG 異常と HDP が多く、また、背景因子として HDP や胎児染色体異常の有無に注意を払う必要があると考えられた。

4

胎児発育不全 (FGR) に起因する超低出生体重児出産の管理改善に向けた検討

奈良県立医科大学

竹田 善紀, 坂元 優太, 赤坂往倫範, 三宅 龍太, 山中彰一郎, 大西 俊介, 長安 実加,
市川麻祐子, 赤坂珠理晃, 成瀬 勝彦, 川口 龍二

超低出生体重児の出生要因となりうる妊娠早期からの胎児発育不全 (FGR) は、胎児・母体予備能の評価と適時娩出の判断において度々管理に苦慮する。今回当院において超低出生体重児出産となった FGR (妊娠中に胎児推定体重が $-1.5SD$ を下回ったもの) 症例の管理改善をはかるべく、2018 年から 2020 年までに当院で単胎 FGR 管理を行い、超低出生体重児を出産した 18 例を後方視的に検討した。FGR 発覚週数の中央値は妊娠 25 週 6 日で、83.3% が他院からの紹介症例であった。FGR の原因として妊娠高血圧症候群 (HDP) が 77.8% を占めた。分娩週数の中央値は妊娠 29 週 2 日で、94.4% が帝王切開での分娩であった。分娩の決定に至った要因としては growth arrest が最も多く (38.9%)、次いで胎児機能不全 (22.2%)、母体臓器障害 (16.7%) であった。母体ステロイド投与の時期を逸した症例は全て常位胎盤早期剥離の症例であった。臍帯動脈血 pH の平均は 7.200 で、新生児死亡に至った症例は高度の羊水過少を呈していた 1 例のみであった。1 次施設における早発型 HDP の早期発覚・紹介が母体管理を向上させる可能性が示唆された。

5

先天性心疾患合併妊娠における胎児発育に関する因子の検討

国立循環器病研究センター

吉松 淳, 神谷千津子, 中西 篤史, 塩野 入規, 柿ヶ野藍子, 月村英理子, 田伏 真里,
小川 彩奈, 手向 麻衣, 小川 萌, 平林 知子, 岩永 直子

先天性心疾患合併妊娠では、妊娠に関連する循環動態の変化から母体の心機能に影響を与える。その結果、絨毛間腔の血流にも影響を与える。2006 年から 2018 年に当院で妊娠・分娩管理した先天性心疾患合併妊娠 491 例 554 妊娠を解析し、胎児発育に影響を与える因子を検討した。modified WHO 分類では妊娠のリスクが上がるほど母体の心血管イベントは増加し、胎児における SGA 率が上昇した。疾患別に検討すると DORV, Fontan 循環では 50% 以上で SGA であった。多変量解析では母体の β ブロッカー内服が有意な危険因子として認められた。Fontan 循環での胎盤病理では Chorangiomas や hypervascularity など絨毛間腔の hypoperfusion を示唆する所見が全例で認められた。先天性心疾患に伴う絨毛間腔の hypoperfusion は胎児発育に影響を与えていることが示された。

6

過去 5 年間に当科で管理した胎児発育不全 (FGR) 182 例の検討

兵庫県立こども病院周産期医療センター

船越 徹, 大和奈津子, 内山美穂子, 金子めぐみ, 窪田 詩乃, 荻野 美智,
松本 培世, 平久 進也

2016~2020 年に管理した単胎 FGR 182 例を出産体重が -2.5 以上 $-1.5SD$ 未満の moderate FGR (M) 群 99 例と $-2.5SD$ 未満の severe FGR (S) 群 83 例に分けて後方視的に検討した。M 群の母体年齢 (中央値: 中) は 33 歳, 自然妊娠 83.8% で、IUFD が 5 例 (5.1%)、分娩週数 (中) は 37.4 週, 帝切分娩 60 例 (60.6%)、出産体重 (中) 2,042g, 男児が 51 例 (51.5%)、UA pH (中) 7.30, アプガースコア 5 分値 (中) 9 点で、生児のうち染色体異常が 15 例 (15.2%)、新生児死亡が 1 例 (1.0%) あった。(以下の*: 有意差あり) S 群は母体年齢 (中) 33 歳, 自然妊娠 89.2%, IUFD が 8 例 (9.5%)、分娩週数は (中) 36.4*週, 帝切分娩 61 例 (73.5%)、出産体重 (中) 1,420*g, 男児が 41 例 (49.4%)、UA pH (中) 7.27, アプガースコア 5 分値 (中) 9 点で、生児のうち染色体異常が 23*例 (27.4%)、新生児死亡 1 例 (1.2%)、乳児死亡が 4*例 (4.8%) あった。severe FGR 群に染色体異常、予後不良が多い傾向を認めた。

7

胎児発育不全児の予後不良に関連する因子の検討

神戸大学

吉本梓希子, 谷村 憲司, 久保田いろは, 栖田 園子, 施 裕徳, 内田 明子, 白川 得朗,
今福 仁美, 出口 雅士, 寺井 義人

【目的】FGR 児の予後不良関連因子を明らかにする。【方法】2011～2019 年の間に当院で分娩した先天異常を除く FGR 単胎児 182 例を予後不良 23 例 (IUFD 6 例, 出生後死亡 4 例, 後遺症あり生存 13 例) と予後良好 159 例に分け, FGR 指摘時の週数と EFW SD 値, 胎児血流異常, 分娩週数, 出生体重 SD 値, 児性別などを候補因子とし, ステップワイズ方式のロジスティック回帰分析を用いて予後不良関連因子を決定した。【成績】単変量解析では, 指摘時週数 (OR 0.7 [95%CI 0.7-0.8], $p<0.001$), 指摘時 EFW SD 値 (0.2 [0.08-0.4], $p<0.001$), 胎児血流異常 (10.0 [3.4-29.2], $p<0.001$), 分娩週数 (0.6 [0.5-0.7], $p<0.001$), 出生体重 SD 値 (0.2 [0.08-0.3], $p<0.001$), 男児 (3.0 [1.2-7.5], $p<0.05$) が選択された。これら 6 項目について多変量解析を行うと分娩週数 (0.6 [0.5-0.8], $p<0.001$), 男児 (6.7 [1.2-37.4], $p=0.05$) が独立した関連因子として選択された。【結論】分娩週数と男児が FGR 児の予後不良に関連する可能性が示唆された。

8

当院で管理した重症 FGR 症例の児の発達予後の解析

京都大学, 同小児科*

元木 貴裕, 千草 義継, 友滝 清一*, 岡本葉留子, 川村 洋介, 滝 真奈,
上田 優輔, 最上 晴太, 万代 昌紀

FGR の管理においては, 児の短期的予後のみならず, 良好な長期的発達予後を得ることが重要な課題である。本研究では重症 FGR 症例の児の発達予後を明らかにすることを目的とした。当院で 2011 年から 2015 年まで周産期管理を行った重症 FGR (3 パーセントイル未満) 症例の母児の診療録情報を後方視的に解析した。対象期間に重症 FGR は 88 例あり, 37 週未満の分娩は 47 例であった。そのうち出生後 1-2 歳の時点で児の発達指数 (DQ) が測定された症例は 26 例であった。26 例の分娩週数 (中央値および範囲) は 31 週 1 日 (25 週 2 日～36 週 3 日), 出生時体重は 928 (316-1836) g, Z スコアは -2.7 (-1.9～-5.0), 臍帯血 pH は 7.259 (7.432～7.148) であり, 1～2 歳時の DQ は 80 (22-104) であった。1～2 歳時の DQ は在胎週数, 発育停止期間, 臍帯血 pH とは相関しなかったが, 出生時体重および Z スコアと有意に相関した ($r=0.49$ $P=0.011$, $r=0.56$ $P=0.0028$)。重症 FGR の管理においては, 適切な娩出時期を決定する際に胎児体重の Z スコアも考慮に入れる必要がある。

9

妊娠第 2 三半期に診断された重症胎児発育不全の前方視的コホート研究

—1 歳 6 カ月予後とその関連因子について—

1) 大阪母子医療センター, 2) 淀川キリスト教病院, 3) 昭和大学医学部, 4) 九州大学病院,
5) 福岡市立こども病院, 6) 国立成育医療研究センター
笹原 淳¹⁾, 陌間 亮一²⁾, 梅原 永能⁶⁾, 栗野 啓⁶⁾, 左合 治彦⁶⁾, 新垣 達也³⁾,
日高 康博^{4,5)}, 石井 桂介¹⁾

【目的】妊娠第 2 三半期の重症胎児発育不全児 (FGR) の前方視的コホート研究において, 1 歳 6 カ月の予後と予後因子を明らかにする。【対象と方法】2014 年から 3 年間に, 周産期母子医療センター 25 施設で, 妊娠 22 週以降 28 週未満に診断された FGR (推定体重 <2.0 SD) 単胎 223 例を対象とした。修正 1.5 歳時点の予後不良を死亡, 新版 K 式 DQ <70 , 脳性麻痺, 両側難聴, 失明の複合有害転帰として, 各周産期因子との関連について多変量解析を行った。【結果】155 例が解析可能であった。予後不良は 34 例のうち, 死亡 13 例, DQ <70 17 例, 脳性麻痺 7 例であった (重複あり)。両側難聴, 失明は認めなかった。臍帯動脈血流異常, 発育停止, 在胎週数等の周産期因子において有意な予後因子は抽出されなかった。【結論】重症胎児発育不全児の 1 歳 6 カ月時点の予後不良は 22% であった。予後因子については既存の指標では明らかにできなかった。

10

胎児発育不全に対して経腹的羊水注入を施行した 5 症例

滋賀医科大学

桂 大輔, 辻 俊一郎, 星山 貴子, 全 梨花, 山田 一貴, 所 伸介, 林 香里,
喜多 伸幸, 村上 節

羊水過少や血流異常を伴う胎児発育不全では子宮内胎児死亡や新生児の神経学的予後不良が懸念される。現在、確立した妊娠期の治療法はないが、症例によっては経腹的羊水注入が有効であったとの報告が存在する。そこで当院では羊水過少または超音波上臍帯圧迫を疑う所見を認め、血流異常や胎児心拍モニタリングで変動一過性徐脈を伴う症例に対して経腹的羊水注入を施行している。当院で羊水注入を施行した 5 症例を検討した。胎児発育不全の診断週数は平均 23.2 週、診断時の児体重は平均 $-2.9SD$ であり、いずれも胎児に明らかな構造異常は認めなかったが、4 症例で臍帯過捻転を認めた。初回羊水注入時期は平均 25.6 週、注入回数は平均 6 回であった。1 症例のみ妊娠継続中であるが、4 症例は帝王切開分娩となり、平均分娩週数は 31.5 週、出生体重は平均 977g であった。臍帯因子を有する 4 症例においては、羊水注入後に血流異常、変動一過性徐脈の明らかな改善を認めた。臍帯因子を有する胎児発育不全に対して、経腹的羊水注入が有効であると考えられた。

11

胎児血流異常の出現順序に着目した胎児発育不全の転帰

大阪母子医療センター

金川 武司, 山本 亮, 笹原 淳, 光田 信明, 石井 桂介

【目的】胎児血流異常の出現順序の違いに着目し、胎児発育不全(FGR)児の特徴を明らかにする。【方法】34 週未満に発症した $-1.9SD$ 未満で、胎児血流(臍帯動脈:UA, 中大脳動脈:MCA, 静脈管:DV)異常を認めた FGR 児を対象とした後方視的研究である。胎児血流の異常出現順序の違いによる周産期的特徴、および、血流異常の出現順序に関連する母体背景・超音波因子をロジスティック回帰分析を用いて検討した。【結果】対象は 143 例であった。DV から始まる FGR 児(21 例)は未診断の胎児・付属物異常が多い特徴があった。UA から始まる FGR 児(67 例)と MCA から始まる FGR 児(55 例)について、血流異常の順序を決める因子は、血流異常が初めて出現する時期(妊娠 31 週)であった(調整オッズ比:26.7; 95%信頼区間:8.35-103)。【結論】胎児血流異常の出現順序の違いにより FGR 児の特徴が異なった。妊娠 31 週以降は、UA からではなく、MCA から血流異常がやすいこと、DV から始まる場合は胎児異常を念頭におくことの意義が示唆された。

12

当院の胎児発育不全(fetal growth restriction; FGR)における
分娩様式に関する後方視的検討

ベルランド総合病院

清水 優作, 松木 貴子, 安井 友紀, 仲尾 有美, 藤田 葵, 松山佳奈子, 小和 貴雄,
吉村 明彦, 濱田 真一, 宮武 崇, 山崎 正人, 村田 雄二

目的: 当院では FGR 症例に対して、分娩が必要と判断した場合、経陰分娩を基本としている。今回多胎妊娠、胎位・胎盤位置異常等の予定帝王切開の適応となる背景因子を除いた FGR 群での分娩転帰、新生児予後について検討した。方法: 2016 年 4 月~2021 年 3 月の 5 年間で分娩に至った症例を対象に後方視的検討を行った。結果: 分娩総数 5919 件のうち FGR と診断した 113 例中、対象症例は 88 例であった。経陰分娩率は 82% であった。 $-2.5SD$ 以下が 8 例、 $-2.5 \sim -2.0SD$ が 33 例、 $-2.0 \sim -1.5SD$ が 47 例であり、経陰分娩率は 62%, 75%, 91% であった。緊急帝王切開の 8 割が胎児心拍異常の適応であり、約半数は 36 週以降であった。Apgar スコア 5 分値が 4 点以下は 0 例、5 点 1 例、6 点 1 例であり、2 例とも発育・発達は良好であった。考察: FGR 症例に対して、適切な管理の下、経陰分娩を目指せることが示唆された。

13

FGR 症例に対する分娩誘発時のオキシトシン使用についての後方視的検討大阪警察病院¹, 大阪大学²祝 小百合¹, 味村 和哉², 遠藤誠之², 川西 陽子², 三宅 達也², 富松 拓治²,
木村 正²

【目的】FGRの分娩誘発時にオキシトシン（OXT）を active phase で中止することで分娩転帰が異なるかを評価する。【方法】2010年から2020年に当院で管理したFGR誘発症例（多胎、胎児構造異常、胎児死亡を除く）を、2010年から2013年の active phase でOXTを継続する control 群と、2014年から2020年の active phase でOXTを原則中止（少なくとも半減）する DC 群に分けて、分娩転帰を後方視的に検討した。【結果】解析対象は control 群 74 人、DC 群 87 人であった。CS 率（4/74 vs 1/87）に有意差を認めず（ $p=0.12$ ），DC 群で分娩時間の延長および過強陣痛の割合は減少したが、有意差は認めなかった。【結論】FGR 誘発において active phase 後の CS 率は低く、分娩進行が速いことが明らかとなった。active phase で OXT を中止する方法は CS 率を上昇させずに安全に分娩を進める方法である可能性が示唆された。

14

当院で管理した胎児発育不全に対する Contraction Stress Test の有効性の検討

大阪市立大学

瀬尾 尚美, 栗原 康, 黒川 真侑, 末光 千春, 末包 智紀, 中井 建策, 小西菜普子,
福田恵梨子, 田原 三枝, 羽室 明洋, 三枚 卓也, 中野 朱美, 橋 大介

胎児発育不全症例における well-being の評価には non-stress test や biophysical profile scoring, 超音波検査による羊水量推移, 臍帯動脈血流測定などを用いて検討する必要がある。contraction stress test (CST) も有用な評価方法である。当院では 36 週以降の症例に対して CST を施行しており、2011 年 4 月から 2021 年 5 月まで当院で管理を行った胎児発育不全 207 症例のうち、CST を行ったのは 79 例であった。結果は 55 例が negative, 9 例が positive, 15 例が equivocal-suspicious であった。negative の症例のうち 44 例が経膈分娩となり、6 例は胎児機能不全の適応で帝王切開となった。negative の症例でも 6 例は陣痛中に胎児機能不全を認め帝王切開となったため、negative であっても慎重な分娩管理が必要である。

15

当院での Light For Dates 児から考える FGR 管理について—その分娩リスクの予測—

泉大津市立病院

植村 遼, 田中 和東, 野田 拓也, 和田 卓磨, 林 雅美, 長嶋 愛子,
中川佳代子, 西尾 順子, 石河 修

2018 年 4 月から 2021 年 3 月に妊娠 22 週以降に当院で分娩を行った 1843 例のうち、過期産 10 例、双胎 54 例および死産 3 例を除く、1776 例を対象とした。母体分娩時年齢 30 ± 5.6 歳、分娩時在胎日齢 275.1 ± 10.2 日、初産 870 例、経産 906 例であった。LFD は 138 例で、そのうち HDP は 24 例、早産は 14 例、HDP を発症し早産となったのは 9 例であった。LFD で、既往帝王切開・子宮手術後妊娠、骨盤位、低置・前置胎盤および性感感染症を適応として帝王切開術を施行した。10 例を除いた 128 例のうち、経膈分娩 99 例、器械分娩 12 例、帝王切開 17 例で、帝王切開率 13.3%、器械分娩+帝王切開率 22.7% であった。AFD では、同様に 135 例を除いた 1323 例のうち経膈分娩 1145 例、器械分娩 112 例、帝王切開 66 例で、帝王切開率 5.0%、器械分娩+帝王切開率 13.5% でともに LFD で有意に高かった（ $P < 0.01$ ）。ロジスティック回帰分析にて、HDP、体重増加不良、低身長および妊娠前低体重が LFD のリスク因子で、妊娠 34 週以降の LFD では、HDP および初産が帝王切開のリスク因子と考えられた。妊娠中に FGR を診断し LFD 児の出生を予測することで、ハイリスク分娩に対する準備を行うことが重要であると考えられた。

生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会講演抄録

グループスタディ

近畿地区における仙骨腔固定術の実態調査

奈良県立医科大学

岩井 加奈, 馬淵 誠士, 河原 直紀, 山田 有紀, 川口 龍二

骨盤臓器脱に対する仙骨腔固定術は、1957年に Huguier らによって報告され、欧米においては開腹手術として行われてきた（abdominal sacrocolpopexy）。わが国においては、2016 年 4 月に腹腔鏡下仙骨腔固定術（laparoscopic sacrocolpopexy ; LSC）が、また 2020 年 4 月にはロボット支援下仙骨腔固定術（robot-assisted sacrocolpopexy ; RSC）が保険収載された。今回、生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会のグループワークとして、近畿地区における仙骨腔固定術の実態調査を行った。本発表では、実態調査の結果から仙骨腔固定術の近畿地区での普及の程度、適応および術式などについて報告する。

1

卵巣機能不全に対するエストロゲン補充下卵巣刺激法による排卵誘導の経験

大阪急性期・総合医療センター

栗谷 佳宏, 久保田 哲, 大柳 亮, 岡木 啓, 松谷 和奈, 加藤恵一郎, 加藤 愛理,
澤田 真明, 海野ひかり, 笹野 恵, 島津由紀子, 田口 貴子, 隅蔵 智子, 岩宮 正,
竹村 昌彦

当センターでは卵巣機能不全の不妊患者に対して結合型エストロゲン製剤を連続投与している。今回我々は当センターで治療した卵巣機能不全患者 6 症例、38 周期について検討した。早発卵巣不全（POF）は 4 例あり、うち 3 例は医原性（卵巣内膜症性嚢胞核出術後 2 例、乳癌化学療法後 1 例）、1 例は特発性であった。POF を除いた 2 例は年齢が 42 歳と 43 歳の高齢女性であった。結合型エストロゲン補充前の血清 FSH 値は 74.3 ± 22.4 IU/L（平均 $\pm$ SD）であった。補充後の卵胞発育を認めた周期の初期では血清 FSH 値は 11.9 ± 6.3 IU/L、この時点での血清 E2 値は 95.5 ± 41.7 pg/ml であった。排卵まで到達できた症例は 9 例あり、タイミング療法 1 例、人工授精 5 例、採卵 3 例を実施した。採卵を試みた 3 例のうち 2 例で 1 個ずつの卵子を得た。排卵率は 23.7% であった。妊娠成立に至った症例はなかった。

2

卵巣予備能低下症例に対する DuoStim の経験

滋賀医科大学

北澤 純, 花田 哲郎, 森宗 愛菜, 天野 創, 辻 俊一郎, 笠原 恭子,
木村 文則, 村上 節

卵巣予備能低下症例や高齢患者では、採卵当たりの回収卵数が少ないこと、卵子の減少率が加速することが問題であり、短期間で効率的に採卵を行う必要がある。近年、卵胞期の採卵後、黄体期に再度卵巣刺激を行い採卵する DuoStim が卵巣予備能低下症例に対して行われるようになってきた。当院では 2019 年 1 月から 2021 年 6 月の期間に 5 症例の卵巣予備能低下症例に対し DuoStim を行ったので報告する。患者背景は中央値（範囲）で年齢 41 歳（39-46 歳）、AMH 0.41ng/ml（0.37-0.95）、胞状卵胞数 3 個（1-7 個）だった。4 症例で子宮内膜症を合併していた。黄体期採卵では、刺激開始から採卵までの日数は 11 日（8-19 日）、総ゴナドトロピン量は 3150IU（1800-6375IU）だった。黄体期採卵では 3 症例で凍結胚を得ることができた。このうち 1 症例は卵胞期に LH サージが出現し採卵キャンセルとなった症例だった。DuoStim は卵巣予備能低下症例の体外受精成績向上に寄与する可能性があると考えられた。

3

当院における超高年不妊患者の ART 臨床成績について

関西医科大学

中川 冨, 中尾 朋子, 神谷 亮雄, 辻 祥子, 小野 淑子, 岡田 園子, 岡田 英孝

当院の不妊治療の適応は 50 歳未満としている。2015～2020 年に 43 歳以上で採卵した 37 名 119 周期の ART 成績を検討した。採卵時年齢:43～48 歳(平均 44.6 歳), 平均採卵個数:2.2 個, 平均 AMH:1.14ng/ml であった。刺激方法は CC-FSH/HMG 法:39%, アンタゴニスト法:32%, AI-FSH/HMG 法:18%, その他ロング法, ショート法, 完全自然周期が数例であった。採卵後は, 全面凍結:40%, 新鮮胚移植:13%, 採卵数 0 個:19%, 採卵当日に排卵:6%, 凍結可能胚なし:27%となっており, 約半数が胚移植に至らないという結果であった。37 名中 7 名が妊娠に至っており, 妊娠率は 18.9%, 7 名中 3 名が流産となり, 流産率は 42.3%であった。妊娠成立した 7 名中 3 名で, 採卵を 4～6 回繰り返した反復不成功であり, 超高年患者でも採卵回数を重ね, 多くの卵子を獲得することによって, 妊娠成立につながったと考えられた。今後は最短期間で妊娠できるよう, さらに症例を蓄積して検討したい。

4

当院における早発卵巣不全(POI: Primary ovarian insufficiency)症例に対する ART 治療成績の検討

大阪大学

伊藤 風太, 瀧内 剛, 浅利 真司, 佐治 史恵, 山本 幸代, 本多 秀峰, 伴田 美佳, 高橋 直子, 三宅 達也, 木村 正

【緒言】POI は難治性不妊症疾患であり, 妊娠が困難な症例も多い。今回当院で体外受精を試みた POI 症例について後方視的に検討したので報告する。【方法】2016 年 1 月から 2021 年 6 月までの間に当院で体外受精を試みた POI 症例を対象とし, 電子カルテにて患者情報を抽出した。POI は①40 歳未満の 4 カ月以上の続発性無月経, ②血中 FSH $\geq$ 40mIU/ml で診断した。【結果】対象は 12 症例あり, 57 周期の採卵周期を行った。対象の初診時年齢は 27.9 $\pm$ 5.7 (14-35) 歳, AMH は 0.01 $\pm$ 0.02 (0-0.06) ng/ml であり, 最終自然月経から生殖外来初診までの期間は 4 カ月から 17 年であった。調節卵巣刺激により 10mm 以上の発育卵胞を認めた症例は 6 例であり, このうち受精卵または卵子凍結し得た症例は 3 例, 1 例が凍結融解胚移植にて妊娠し妊娠 40 週で分娩に至った。【結論】POI 患者の妊娠成績は不良ではあるが, 採卵し得ることができれば妊娠の可能性が期待できる。

5

当院における早発閉経患者に対する不妊治療のアウトカム解析

京都大学

吉村佳与子, 寒河江悠介, 濱口 史香, 矢内 晶太, 小原 勉, 中北 麦, 北脇 佳美, 奥宮明日香, 砂田 真澄, 堀江 昭史, 万代 昌紀

早発閉経とは 40 歳未満で閉経となる状態であるが, 無月経となった時点では原始卵胞が残存しているため不妊治療の対象となる。以前, 我々が行った当院における早発閉経の患者の検討では, 無月経から治療開始までが短期間であれば卵胞発育が期待される結果であり, 当院では, 将来も含めて挙児希望のある早発閉経の患者に対して十分な情報提供を行った上で, 卵子獲得を目指す治療を積極的に行っている。今回我々は過去 10 年間に当院で未受精卵子凍結を含む不妊治療を行った早発閉経患者のアウトカムを解析した。原因として悪性腫瘍治療などによる医原性をもっともおおく, 続いて特発性, 性腺発育不全, 染色体異常をあわせた原発性であった。不妊外来を受診した患者は 33 例で, そのうち治療を行ったのは 31 例であった。卵子獲得できたのは 12 例 (39%) で, 生児を得たのは 3 例 (9.7%) であった。我々が行った早発閉経に対する治療について, 発症年齢・原因・治療法などについて検討した結果を報告する。

6

びまん性平滑筋腫症術後体外受精にて妊娠し全前置癒着胎盤にて周産期管理を行った1例

近畿大学

山本 貴子, 村上 幸祐, 笹井 奈穂, 太田真見子, 加嶋 洋子, 森内 芳, 宮川 知保,
青木 稚人, 葉 宜慧, 貫戸 明子, 高矢 寿光, 川崎 薫, 小谷 泰史, 中井 英勝,
松村 謙臣

びまん性平滑筋腫症 (diffuse leiomyomatosis) とは、無数の小筋腫結節が子宮筋層を置換するようにびまん性に増生する病態である。高度の過多月経や月経痛を生じることから治療を余儀なくされ、妊孕性温存希望のない症例には子宮全摘術が選択されることが多い。【症例】34歳、未経産、主訴は過多月経、挙児希望。23、29歳時に腹腔鏡下筋腫核出術を施行されたが、いずれも術後早期に筋腫の再発を認めており、今回は腹式筋腫核術を施行。核出筋腫79個、術中出血2270mlであった。その後ロング法で排卵誘発を4回行い、6回目の胚移植で妊娠成立した。全前置癒着胎盤の為、妊娠30週から管理入院し、術前に総腸骨バルーンを留置し、34週1日、選択的帝王切開と同時に子宮全摘術を施行(2048g Ap6/9 女兒 出血量1417g)した。妊孕性温存を希望するびまん性平滑筋腫症に対しては、治療後の早期の再発や、妊娠後も子宮破裂や、癒着胎盤のリスクがあり慎重な管理が必要である。

7

抗がん剤治療中にhMG・hCGを投与することで成熟卵子を獲得しえた1例

京都府立医科大学

沖村 浩之, 高岡 幸, 藤井 麻耶, 大谷 真弘, 伊藤 文武, 小芝 明美,
楠木 泉, 森 泰輔

【緒言】抗がん剤治療中の採卵は卵巣機能を障害するため、困難とされる。今回、抗がん剤治療中に卵巣組織凍結を予定していたが、加えて卵子凍結も希望したため急遽hMG・hCGを投与することで成熟卵子も獲得しえた症例を経験したので報告する。【症例】15歳。初経は12歳で性交渉歴はない。髄芽腫に対して陽子線および抗がん剤(ビンクリスチン)治療中であり、治療開始後から無月経となっていた。前治療を1カ月間中断した後すぐにシクロフォスファミドを含む抗がん剤治療が予定された。妊孕性カウンセリングを希望され、当科紹介となった。卵巣組織凍結を行う6日前に右卵巣に9mmの卵胞発育を認めた。患者に十分に説明した上で、卵子凍結保存も目指してhMGによる卵胞刺激を開始した。手術2日前にhCGを投与し、手術時に卵胞を穿刺し成熟卵子を獲得した。【結語】抗がん剤治療中でもhMG・hCGを投与することで成熟卵子を獲得しえた。本法は時間的猶予がないなかでの卵子凍結保存に有用であると考えられた。

8

化学療法直後の卵巣予備能の評価

兵庫医科大学

荻野 奈々, 脇本 裕, 柴原 浩章

【目的】化学療法直後の患者では血清AMH値は低値を示すことが知られている。どの発育段階の卵胞が障害を受けやすいかを病理組織学的に検討することを目的とした。【方法】当院にて2017年2月から2021年6月までに卵巣組織凍結を施行した31例に対し化学療法非既往群(A群 n=9)、既往群(B群 n=22)にわけ血清AMH値、病理組織を比較した。【結果】血清AMH値はB群において有意に低値であったが(3.22±2.51ng/ml vs 0.62±0.84ng/ml, p<0.001)、卵胞密度はB群において有意に高かった(712±859個/mm³ vs 2266±2474個/mm³, p=0.04)。原子卵胞あたりの発育卵胞の比率は、一次卵胞では(0.269 vs 0.114, p=0.07)で有意差を認めず、二次卵胞では(0.113 vs 0.03, p=0.01)で、B群において有意に低下した。【考察】我々の予想に反して化学療法既往群で卵胞密度が上昇した。今後も症例を蓄積して検討する必要性がある。また化学療法既往群で、二次卵胞が有意に障害されたことより、発育段階が進んだ卵胞が障害を受けやすい可能性が示唆された。

9

採卵決定時卵胞径により比較検討した当科における 35 歳以上の ART 成績

大阪医科薬科大学

劉 昌恵, 林 正美, 穀内 香奈, 中村奈津穂, 多賀紗也香, 大道 正英

【目的】トリガーの時期は卵細胞質成熟完了時に一致させなければ未熟や過熟性の問題が生じるため、特に獲得卵子数の少ない卵巣予備能低下患者においては採卵決定の判断は重要である。【方法】2016 年 1 月～2021 年 3 月において PCO 除外の 35 歳以上のうちアンタゴニスト法 hCG トリガーを行った 139 例を対象とした。35-36 歳, 37-39 歳, 40 歳以上の各年齢群における獲得成熟卵胞の採卵決定時卵胞径を, 12mm 未満, 12-19mm, 20mm 以上に分類しその割合と成績を比較検討した。【成績】各年齢群における獲得成熟卵胞の採卵決定時卵胞径(12 mm未満, 12-19 mm, 20 mm以上)の割合は, 35-36 歳では 9.6%, 69.7%, 20.6%, 37-39 歳では 9.2%, 71.9%, 18.9%, 40 歳以上では 15.8%, 70.6%, 13.4%であり, 40 歳以上で 12 mm未満の割合が高く 20 mm以上の卵胞径が低い傾向となった。【結論】全年齢層において採卵決定時卵胞径 12-19 mmで最も高い成熟卵胞獲得となったが, 40 歳以上では小卵胞径でも成熟卵胞獲得が望まれ, 採卵時の小卵胞穿刺も必要と考える。

10

PGT-A における EEVA Score (Early Embryo Viability Assessment Score) の有用性の検討

聖誕会 うめだファティリティークリニック¹⁾, 大阪医科薬科大学²⁾山下 能毅^{1,2)}, 井上 岳人¹⁾, 田口朝優姫¹⁾, 穀内 香奈²⁾, 中村奈津穂²⁾, 井川佳世恵²⁾劉 昌恵²⁾, 大道 正英²⁾

【目的】PGT-A において EEVA Score (Early Embryo Viability Assessment Score) が胚の正倍数性を予測できるかについて検討した。対象と方法:反復不成功例 66 周期で, EEVA Score と胚の正倍数性の相関について検討した。【結果】EEVA1, 2 および 3 の正倍数性率は 46.2% (24/52), 40.5% (17/42), 63.2% (12/19) であり, 年齢を 2 群に分けた検討では, EEVA1, 2 および 3 の正倍数性率は, 40 歳未満では 62.5% (15/24), 66.7% (12/18), 100% (6/6) で, 40 歳以上では 32.1% (9/28), 20.8% (5/24), 46.2% (6/13) で, 40 歳未満に比較し有意に低率であった。【結論】EEVA Score は 40 歳未満の症例において, 胚の正倍数性を識別し, PGT-A を施行する胚盤胞を選択するツールとして, 経済的負担を軽減できる面からも有用であると考えられた。

日本産婦人科医会委員会ワークショップ

近畿産科婦人科学会日産婦医会研修部会長 原田直哉

■オンデマンド配信：11月1日（月）～7日（日）

①専門医共通講習（感染対策）⑤

「COVID-19の予防，治療，感染対策」

座長：柴原浩章（兵庫医科大学）

演者：土井朝子（神戸市立医療センター中央市民病院感染症科）

②産婦人科領域講習 ⑤

「胎児超音波における人工知能（AI）の臨床応用に向けて」

座長：井篁一彦（和歌山県立医科大学）

演者：永易洋子（大阪医科薬科大学）

共催：GEヘルスケア・ジャパン株式会社

講演は2題の予定です。依然としてコロナ禍が収まる気配がない状況であり，担当校である神戸大学のご配慮から，今年もオンデマンド配信による講演を予定しています。神戸市立医療センター中央市民病院感染症科の土井朝子先生からはCOVID-19の予防，治療，感染対策について，妊婦に焦点を当て最新の情報を紹介いただきます。大阪医科薬科大学の永易洋子先生からは，人工知能（AI）を用いた画像処理技術を解説していただくとともに，胎児スクリーニングをアシスタントする新たなインテリジェントツールを紹介いただきます。これら2つのご講演は，既に開業されている先生方から勤務医の先生方まで幅広く，興味深い内容となっていると考えています。今年度も専門医制度の共通講習や領域講習の単位が取得可能であり，多数のご参加をお待ち申し上げます。

（文責 近畿産科婦人科学会日産婦医会委員会研修部会長 原田直哉）

日本産婦人科医会委員会ワークショップ講演抄録

①「COVID-19の予防、治療、感染対策」

神戸市立医療センター中央市民病院感染症科 土井朝子

COVID-19のパンデミックは医療行為の隅々にまで影響を及ぼした。COVID-19の重症化リスクファクターの1つとして妊婦は挙げられ、日本国内でも妊婦の感染が報告された。妊婦のCOVID-19患者、あるいは疑い患者にどう対応するかは当初、産婦人科医、感染症医のみならず、病院全体にとっても難問であったが、少しずつ体制を整えてきたことで、最近は多くの病院において適切な感染対策が可能になり、その方法はある程度確立されたといってもよいだろう。ワクチン接種が若年者にまで到達しつつある時期であるが、その一方、これまで妊娠可能性のある女性および妊婦のワクチン接種は強く推奨されてこなかった。他方、ワクチン接種の進んだ国々から安全性に関する報告も出てきている。さらに、妊婦に対する治療についてもさまざまな臨床試験が行われ、新たな治療の選択肢が増えてきている。今回のワークショップではCOVID-19の予防、治療、感染対策についてとくに妊婦に焦点を当て、現時点における最新の情報を紹介したい。

②「胎児超音波における人工知能（AI）の臨床応用に向けて」

大阪医科薬科大学 永易洋子

近年、医療画像を用いた人工知能（artificial intelligence；以下AI）研究が広がっている。これまでAIの手法である畳み込みニューラルネットワーク（CNN）を用いて、胎児計測断面を自動認識するシステム構築を発表し、その精度は約95%と高率であった。AIは入力データの特徴量を捉え認識および分類することが可能であり、多量のデータを解析することができることより3Dを含む画像解析に非常に優れている。

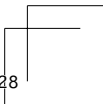
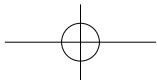
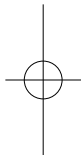
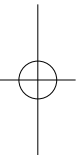
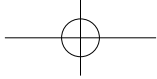
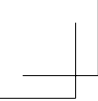
また、胎児超音波の分野では、その他にも胎児測定にかかる時間短縮および検査精度向上のサポートとしてさまざまなアプリケーションの開発がさかんに進んでいる。

本セミナーで紹介するSonoCNS（GE Healthcare）は、3D胎児超音波を使用して胎児の脳を自動測定するためのソフトウェアであり、このソフトウェアは、児頭大横径（BPD）断面だけでなく、脳室、小脳、大槽などの脳構造も検出可能である。今回、SonoCNSを用いた3D胎児超音波における胎児頭部断面の自動検出率および計測の精度を検討したので報告する。方法は、単胎妊婦のうち、妊娠18-34週に腹部超音波検査（Voluson E10, GE Healthcare）を行ったものとした。対象に胎児超音波検査を行い、3D超音波を施行しSonoCNSを用いて胎児頭部のBPD、Head Circle（HC）、小脳、脳室を自動検出および自動計測した。自動検出したもののうち、正確に正常断面が描出されたものについての検出率を算出した。

SonoCNSを使用したBPDの検出率は9割以上であり、妊娠22週までの脳構造（小脳）の検出は8割近く可能であった。また、計測時間は約90秒から約15秒と83%の短縮となり、SonoCNSは今後の胎児超音波スクリーニングの向上および医師の負担軽減に役立つ可能性が示唆された。

本ワークショップでは、他に妊娠中期の胎児スクリーニングをアシスタントするSonoLyst、胎児計測断面をセミオートで計測可能であるSonoBiometry、臍帯動脈や中大脳動脈に合わせたカラードプラ設定への切り替えが1タップで可能であるFlowProfilesなど、新たなインテリジェントツールを紹介する。

AIを用いた画像処理技術や新たなインテリジェントツールは日々進化しており、これらが臨床応用される日は近づいているといえる。



すこやかな笑顔のために

雪印ビーンスターク株式会社

めざしているのは、母乳そのもの。

母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。

雪印ビーンスタークは1960年日本初の全国規模の母乳調査を行って以来、現在にいたるまで母乳の成分、そのはたらき(機能)に加え、母親の生活環境も調査対象に入れ母乳研究を続けています。

「ビーンスターク すこやかM1」は母乳が足りないときや与えられないときに、母乳の代わりにお使いいただくためにつくられた最新のミルクです。



BeanStalk

公式サイト
<https://www.beanstalksnow.co.jp/>

育児情報のコミュニティサイト
 <https://www.mamecomi.jp/>

BeanStalk は、大塚製薬株式会社の商標です。



月経困難症治療剤 処方箋医薬品^{注)} 薬価基準収載

 **ディナゲスト錠 0.5mg**
DINAGEST Tablets 0.5mg ジエノゲスト

注) 注意一医師等の処方箋により使用すること

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等の詳細は添付文書をご参照ください。

製造販売元<文献請求先及び問い合わせ先>
 **持田製薬株式会社**
東京都新宿区四谷1丁目7番地
TEL 0120-189-522 (くすり相談窓口)

MOCHIDA

2020年5月作成 (N2)

新しい“ふれあい”のはじまり。

地域医療への貢献と医療・福祉サービスの充実をめざして
“人と人とのふれあい”をテーマに私たちKINKIYOKENは全力で取りくんでいます。
求めるものは”はじける笑顔”。
ひとつずつを積み重ね地域の皆様や先生方と
共有したいと願っています。



株式会社 近畿予防医学研究所

＜本社／大津市湖城が丘19-9＞ TEL077(522)7699

●臨床事業

大津営業所／大津市湖城が丘19-9 TEL077(522)7664

彦根営業所／彦根市小泉町138-1 TEL0749(22)8086

三重支所／津市あかつた4丁目6-6 TEL059(236)2001

■URL <http://www.kinkiyoken.co.jp>

●薬局事業 ふれあい薬局(近畿一円)／すこやか薬局

■URL <http://fureai-yakkyoku.jp/>

●ライフケア事業

サービス付き高齢者向け住宅

ここあ守山／守山市勝部 3-10-34 TEL077(582)8556

ここあ石山／大津市栄町 2-5 TEL077(533)0600

ここあ草津／草津市大路1-4-25 TEL077(567)7021

メディカルフィットネスここあ守山 TEL077(514)0514

守山市勝部3-15-31の1

■URL <http://kokoajp/>

臨床事業部

高度医療インフラを構築するための
「電子カルテ」の販売を行っています。
詳しくは、当社担当者にお問い合わせください。

お知らせと
お願い！

薬局事業本部

地域医療への積極的な参画のため「ふれあい薬局」
「すこやか薬局」を展開しています。お知り合いの
薬剤師をご紹介ください。

明日をもっとおいしく
meiji

安心・安全のNo.1※ブランド 明治 ほほえみ[®] シリーズ



※インテージSDI ベビー専門店の含む全国全業態、育児用ミルク市場2018年1月～2018年12月メーカーシェア（金額）

もしもに備えよう！

備蓄にも適した「明治 ほほえみ らくらくミルク」

母乳をお手本とした

「明治 ほほえみ」と同等の栄養設計

内容量
240ml



災害備蓄用途に
適した
安全性の高い
スチール缶

常温での
長期保存が
可能
未開封で製造から12カ月

保存料不使用

使用方法

ミルク作り・温めなし（常温）で、
哺乳瓶に移してそのまま飲める！



- ① 手を清潔にする
- ② よく振る
- ③ 清潔な哺乳瓶に移しかえる

製造時の高温殺菌により液色が茶色くなっています。

育児に役立つ情報がいっぱい！



ほほえみクラブは
プレママ&ママから
10年以上愛され続けている、
育児情報サイトです。

スマートフォン・
パソコンから

明治 ほほえみクラブ 検索
<http://www.meiji.co.jp/baby/club>



明治ほほえみクラブ公式LINEアカウント
@meiji-hohoemiclub

●LINEアプリで「ほほえみクラブ」を検索、「追加」●または、右のQRコードを読み取り、「追加」※ご利用にはLINEアプリ（ダウンロード無料）が必要です。



株式会社 明治