

女性ヘルスケア委員会

委員長 寺 内 公 一

副委員長 樋 口 毅

委員 小川真里子, 加藤 聖子, 甲賀かをり, 武田 卓
土橋 一慶, 中塚 幹也, 野口 靖之, 三嶋 廣繁
幹事 尾臺 珠美(専門委員会幹事)

令和4(2022)年度の女性ヘルスケア委員会は、前年に引き続き、①有効なプレコンセプションケアのあり方に関する小委員会、②性分化疾患の手術に関する実態調査に関する小委員会、③月経前症候群・月経前不快気分障害に対する診断・治療実態調査小委員会、④産婦人科における摂食障害患者への対応の調査に関する小委員会、⑤産婦人科領域における薬剤耐性菌に対する認知度と耐性菌による感染症発生動向調査に関する小委員会、⑥月経困難症診療の変化の調査と啓発活動に関する小委員会、の6事業活動を行った。2022年6月2日、同9月5日、2023年2月27日に委員会全体会議を開催した。

有効なプレコンセプションケアのあり方に関する小委員会

小委員長：樋口 毅

委員：片岡明美*, 加藤剛志, 高松 潔,
土橋一慶(*: 本学会会員以外の委員)

1. 目的

妊娠関連乳がん(pregnancy associated breast cancer, PABC)とは妊娠中や産褥期に発見される乳がんを指す。罹患した女性は妊娠継続、育児における様々な障害を受け、そして長期的な人生設計までも見直さざるを得ない。特に授乳期に発見されるものは予後不良であることも示唆されている。しかし本邦では、PABCの実態も対策も確立されていないのが現状である。本研究は、本邦でのPABCの現状を把握することを目的とした。得られたデータを、これから妊娠を考えている女性への啓蒙、予防などの方策を考える基礎データとしプレコンセプションケアとして活用してゆく予定である。

2. 方法

本邦におけるPABC(妊娠中または産褥1年以内での罹患とした)の実態調査のため、予め協力依頼が確認できた日本産婦人科乳癌医学会の認定医所属施設、160施設と日本乳癌学会認定施設、139施設に一定期間(2018年1~12月)のPABC症例についてのアンケートを行った。前者からは妊娠、産褥中のPABCの頻度、発症年齢や時期などを主に評価し、後者からは確定診断されたPABCの発見動機、進行期、リンパ節転

移の有無、ホルモン受容体の有無などについて主に評価した。

3. 結果

【日本産婦人科乳癌医学会認定医所属施設へのアンケート】

有効回答は108施設から得られた。妊娠時に診断された乳癌例は妊婦9,111例中9名(約1,000例に1例)だった。産褥(分娩後12か月)では、褥婦7,126例中4名(約1,800例に1例)で、PABC全体では約1,250例に1例だった。

妊婦PABCの平均年齢は35.6歳(範囲29~42歳)、平均発見週数は25.5週(同9~38週)で、褥婦PABCでは平均年齢36.5歳(同31~41歳)、発見時期は平均で産褥3.7か月(同1~9か月)であった。

【日本乳癌学会認定施設へのアンケート】

有効回答は32施設から得られた。乳癌での受療者は総数で5,231症例、その中で妊娠中の症例は17例で、乳癌症例300例に1例が妊娠中という頻度であった。産褥中は15例で、乳癌症例350例に1例が産褥という頻度であった。32例の詳細を表に示す。

32例中25例(78.1%)で自己触知が発見の機会となることが多く、32例での臨床進行期の内訳はⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ期がそれぞれ31.3、37.5、21.9、9.4%であった。また妊婦ではホルモン受容体陽性例が多く、褥婦ではトリプルネガティブ症例が多かった。

4. 考察

日本産婦人科乳癌医学会認定医所属施設からのデータからはPABCは妊婦10万人あたり約99人、褥婦10

表. 報告されたPABC症例の背景

				臨床進行期など						病理検査によるタイプ					
症例数	発見年齢 (歳)	発見時期 (妊娠週数)	自己触知 での認識	I期	II期	III期	IV期	リンパ 節転移	トリプル ネガティブ	ホルモン 受容体 陰性 HER2 陽性	ホルモン 受容体 陽性 HER2 陽性	ホルモン 受容体 陽性 HER2 陰性	Luminal A like	Luminal B like	
妊娠中 PABC	17	35.0 (28～45)	15.6 (6～27)	12	5	8	3	1	9	3	0	4	10	5	5
産褥期 PABC	15	36.7 (30～42)	4.8 (1～12)	13	5	4	4	2*	5	7	3	1	4	1	1

*手術未施行 カッコ内の数字は範囲を示す。

万人あたり約56人の罹患率となった。年齢階級別乳癌罹患率の2015年のデータを参考とすると35～39歳の年齢層で10万人あたり50～60人であり、褥婦では一般の罹患率と同等であるが、妊婦では約2倍となる。

日本乳癌学会認定施設からのデータからはPABCでは、32例中25例(78.1%)で自己触知が発見の機会であり、臨床進行期では全国乳がん患者登録調査報告書(2018年)と比較するとステージIは一般で42.8%であるが、PABCでは31.3%と低く、逆にステージIVは一般で2.1%であるのに対しPABCでは9.4%と高かった。PABC全体としてもホルモン受容体陰性が多いことが窺われた。

以上からはPABCは自己触知でわかるまで進行している症例が多く、そのため初期の臨床進行期が少ないことが考えられる。このような症例では子育て期間中の全身化学療法が必要な症例も増えると思われる。さらにPABCでホルモン受容体陰性例が多いことから、有効な治療のない場合や、長期の治療が必要な場合も予測される。

妊娠、褥婦の期間でもブレストアウェアネスや乳房検診の重要性を周知させることが大切と考える。

性分化疾患の手術に関する実態調査に関する小委員会

小委員長：中塚幹也

委 員：加藤聖子，磯邊明子，鎌田泰彦，
榊原秀也，位田 忍*，松井 太*，
野田卓男*

1. 研究テーマ

総排泄腔遺残症，Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)症候群の診療における小児外科と産婦人科との連携についての研究

2. 背景

性分化においては、遺伝的性により性腺の性が決定され、性ホルモンの分泌も起こり、外陰部の性や脳の性も分化していく。また、社会的性は、通常、出生時の外性器の性によって決定されるため、性別判定の錯誤により社会生活が困難になることもある。このような性の各種の要素が不一致、不確定な状態である性分化疾患には、70種類以上の多くの疾患が含まれ、一律に扱うことはできない。メンタルヘルスの問題も伴いやすく、これには身体的因子のみではなく、戸籍上の性別の訂正、医療サービスやセルフヘルプグループへのアクセス度などの社会的因子も大きく影響する。

手術療法が必要となる例も多いが、その実態は明らかではなく、疾患によっては、小児期のうちに手術療法が行われている。しかし、同一疾患でも、症例により、出生時に割り当てられた性(戸籍など)、実感する性(性自認)、性的指向などは多様であり、思春期になり性自認と一致しない手術であったことが判明する例も見られる。また、手術療法は、その後、性交や生殖に関する機能やそれに伴う満足度に影響する可能性がある。

総排泄腔遺残症では、小児科や小児外科で対応が始まる。また、Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)症候群では二次性徴の発来後に気づかれることも多い。しかし、いずれも月経、性交、妊娠など、産婦人科関連の課題を持ちやすいことは共通している。性分化疾患の子どもが出生した産科施設や無月経などにより思春期に受診した婦人科施設では、手術療法の位置づけを含めた治療の見込み、疾患自体や手術による性機能、生殖機能への影響、さらに、医療的・社会的サポートへのアクセス法などについての情報提供をする必要があり、特に、小児期から思春期への移行期にお

ける小児科・小児外科と産婦人科相互の連携が必要である。

このような情報提供を行うためには、術後の性機能や生殖機能などの情報を提供することが必要であり、また、ライフプランをたてるための支援や精神支援も必要であるが、提供すべき基礎データは不足しており、実施状況も明らかではない。

3. 目的

産婦人科医や小児外科医を対象として、総排泄腔遺残症やMRKH症候群の治療の実態を明らかにするとともに、産婦人科と小児外科との連携の状況と、術前術後の月経、性交、妊娠などの性機能や生殖機能の状況との関連、さらに、ライフプランへの支援や精神支援の状況を明らかにする。

4. 方法

総排泄腔遺残症やMRKH症候群の治療に関与する可能性のある産婦人科医、小児外科医を対象に質問紙調査を行い、疾患ごとの手術療法の術式、特に、月経、性交、妊娠、出産など、産婦人科関連の課題や支援の実態を調査する(岡山大学主管多機関共同・質問紙を用いた横断研究)。

総排泄腔遺残症やMRKH症候群等の性分化疾患の治療に対応可能と考えられる施設として、日本産科婦人科学会、日本小児外科学会における認定施設ならびに教育関連施設を選択し、施設代表者、あるいは、診療担当者に一次調査の質問紙への記入と二次調査への参加を依頼した(日本産科婦人科学会576施設、日本小児外科学会202施設)。

このうち、二次調査への参加の承諾の得られた産婦人科132施設、小児外科58施設に対して、症例の個別登録票(調査B:総排泄腔遺残症用、調査C:Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser症候群用)を送付した。

【一次調査】

期間:2022年2月10日~2022年3月18日

調査A.性分化疾患全体(産婦人科、小児外科)

調査内容:以下の実態と意識に関する調査

- 1)産婦人科と小児外科との連携の状況
- 2)長期的フォローを行うべき診療科
- 3)性交、パートナー、妊娠、分娩の状況
- 4)恋愛、結婚、妊娠などのライフプランの支援の状況
- 5)精神支援の状況
- 6)その他

【二次調査】

期間:2022年6月7日~2022年12月30日

調査内容:個別症例の実態に関する調査

調査B.総排泄腔遺残症(産婦人科、小児外科)

- 1)産婦人科と小児外科との連携の状況
- 2)長期的フォローを行っている診療科
- 3)術式とその後の経過
- 4)性交、パートナー、妊娠、分娩の状況
- 5)恋愛、結婚、妊娠などのライフプランの支援の状況
- 6)精神支援の状況
- 7)その他

調査C.Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser症候群(産婦人科、小児外科)

- 1)産婦人科と小児外科との連携の状況
- 2)長期的フォローを行っている診療科
- 3)術式とその後の経過
- 4)性交、パートナー、妊娠、分娩の状況
- 5)恋愛、結婚、妊娠などのライフプランの支援の状況
- 6)精神支援の状況
- 7)その他

5. 結果

【一次調査】

〈産婦人科〉

(1)解析対象

576施設に実施し、317施設より回答があった(回収率55.0%)。

(2)性分化疾患(DSD)の診療の実態

「実施している」との回答は34.0%、「実施していない」62.8%、無回答3.2%であった。実施していた123施設を見てみると、過去10年間の受診者数は、総排泄腔遺残症 1.8 ± 3.8 [1~30]例、MRKH症候群 2.8 ± 6.4 [1~60]例、その他の性分化疾患 4.7 ± 11.5 [1~100]例であった。相談・診療の内容としては「月経」77.2%、「性交」47.2%、「妊孕性」47.2%、「手術」45.5%、「出生時の新生児の診察」27.6%、「妊娠・分娩管理」24.4%、「出生前診断」23.6%、「不妊治療」14.6%であった。

(3)小児外科との連携の実態

連携可能な小児外科が「自施設内にある」23.3%、「同じ地区にはある」9.8%、「同じ市内にはある」13.6%、「同じ都道府県内にはある」31.2%であったが、「わからない」との回答も18.6%に見られた。

性分化疾患の診療を実施していた123施設のみで見ると、小児外科との連携については、「うまく取れてい

る」27.6%、「まずまず取れている」45.5%、「あまり取れていない」12.2%、「取れていない」13.8%であった。小児外科・小児内分泌科の関わりは必要と思うかを、疾患ごとに尋ねたところ、総排泄腔遺残症では、「必要」92.7%、「やや必要」5.7%、MRKH症候群では、「必要」48.0%、「やや必要」23.6%との回答であった。

(4) ライフプランへの支援

性分化疾患の診療を実施していた123施設のみで見ると、恋愛、結婚、妊娠などのライフプランをたてるための支援が行われているかに関して、「十分」1.6%、「どちらかと言えば十分」16.3%、「どちらかと言えば不十分」54.5%、「不十分」25.2%であった。

(5) 精神支援

性分化疾患の診療を実施していた123施設のみで見ると、精神支援が行われているかに関して、「十分」1.6%、「どちらかと言えば十分」12.2%、「どちらかと言えば不十分」64.2%、「不十分」19.5%との回答であった。

〈小児外科〉

(1) 解析対象

202施設に実施し、82施設より回答があった(回収率40.6%)。

(2) 性分化疾患(DSD)の診療の実態

「実施している」との回答は62.2%、「実施していない」35.4%、無回答2.4%であった。実施していた56施設を見てみると、過去10年間の受診者数は、総排泄腔遺残症 4.7 ± 6.4 [1~33]例、MRKH症候群 1.0 ± 2.0 [1~12]例、その他の性分化疾患 5.1 ± 19.8 [1~140]例であった。

(3) 産婦人科との連携の実態

連携可能な産婦人科が「自施設内にある」59.8%、「同じ地区にはある」4.9%、「同じ市内にはある」6.1%、「同じ都道府県内にはある」13.4%であったが、「わからない」との回答も14.6%に見られた。

性分化疾患の診療を実施していた56施設のみで見ると、連携については、「うまく取れている」21.4%、「まずまず取れている」55.4%、「あまり取れていない」19.6%、「取れていない」1.8%であった。産婦人科の関わりは必要と思うかを、疾患ごとに尋ねたところ、総排泄腔遺残症では、「必要」96.4%、「やや必要」1.8%、MRKH症候群では、「必要」89.3%、「やや必要」3.6%であった。

性分化疾患の診療を実施していた56施設のみで見ると、産婦人科との連携が必要な点としては「月経」85.7%、「将来の妊娠」85.7%、「性交」78.6%、「二次性徴」

66.1%であった。

(4) ライフプランへの対応

性分化疾患の診療を実施していた56施設のみで見ると、恋愛、結婚、妊娠などのライフプランをたてるための支援が行われているかに関して、「十分」0%、「どちらかと言えば十分」7.1%、「どちらかと言えば不十分」53.6%、「不十分」33.9%との回答であった。

(5) 精神支援

性分化疾患の診療を実施していた56施設のみで見ると、精神支援が行われているかに関して、「十分」0%、「どちらかと言えば十分」7.1%、「どちらかと言えば不十分」57.1%、「不十分」30.4%との回答であった。

【総排泄腔遺残症の二次調査(調査B、産婦人科と小児外科)】

〈産婦人科〉

(1) 解析対象：全国の産婦人科132施設に抄録の登録票を送付し、83施設より回答があった(回収率62.9%)。登録票は、総排泄腔遺残症106例を回収した。

現在の年齢は 25.4 ± 12.6 [0.6~55.3]歳、初診時年齢は 18.4 ± 11.0 [0~45.3]歳、最終受診時の年齢は 23.8 ± 12.0 [0~54.3]歳であった。受診理由は、腔狭窄21.7%、月経血の流出障害18.9%、腹痛18.9%、妊娠の相談14.2%、性交障害13.2%などであった。

(2) 手術

実施された手術としては、肛門・尿路・腔同時形成術49.1%、肛門形成術(腔形成なし)38.7%、腔単独形成術23.6%であった(二期的手術も含まれるため重複)。他にも産婦人科において、ブジーによる拡張13.2%、腔拡張術12.3%、卵管摘出術10.4%、会陰形成術7.5%、子宮摘出術5.7%、卵巣摘出術4.7%が実施されていた。

(3) 小児外科との連携の実態

小児外科からの紹介例は59.4%であり、診療上、小児外科との連携があった症例は56.6%、なかった症例は31.1%であった。

(4) 性交、結婚、妊娠、出産

性的パートナーは31.1%に存在し、性交は「全く問題なし」14.2%、「何とか可能」5.7%、「やや困難」5.7%、「困難」35.8%、「無回答」38.7%であった。結婚は24.5%であり、妊娠は6.6%、出産も6.6%に見られていた。出産例の71.4%に産科異常が見られていた。

(5) ライフプランへの支援

恋愛、結婚、妊娠などのライフプランをたてるための支援が行われているかに関して、「十分」8.5%、「どち

らかと言え十分」12.3%,「どちらかと言え十分」18.9%,「不十分」13.2%,「不明」30.2%,「無回答」17.0%であった。

(6)精神支援

精神支援が行われているかに関して,「十分」7.5%,「どちらかと言え十分」12.3%,「どちらかと言え不十分」13.2%,「不十分」9.4%,「不明」39.6%,「無回答」17.9%であった。

〈小児外科〉

(1)解析対象:全国の小児外科58施設に登録票を送付し,36施設より回答があった(回収率62.1%)。登録票は,総排泄腔遺残症146例を回収した。

現在の年齢は 16.0 ± 11.1 [0.1~55.2]歳,初診時年齢は 2.1 ± 6.5 [0~47.2]歳,最終受診時の年齢は 14.4 ± 11.1 [0~54.4]歳であった。

(2)手術

実施された手術としては,肛門・尿路・腔同時形成術56.2%,肛門形成術(腔形成なし)32.9%,腔単独形成術19.2%であった。

(3)産婦人科との連携の実態

産婦人科の受診は30.1%であり,診療上,産婦人科との連携があった症例は26.0%,なかった症例は58.2%であった。産婦人科領域で見られた問題は,腔狭窄15.1%,月経血の流出障害9.6%,腹痛11.0%,妊娠の不安1.4%,性交障害4.1%などであった。

(4)性交,結婚,妊娠,出産

性的パートナーは9.6%に存在し,性交は「全く問題なし」3.4%,「何とか可能」0.7%,「やや困難」2.7%,「困難」4.1%,「無回答」89.0%であった。結婚は6.8%であり,妊娠は2.1%に見られ,出産例は1.4%に見られた。

(5)ライフプランへの支援

恋愛,結婚,妊娠などのライフプランをたてるための支援が行われているかに関して,「十分」1.4%,「どちらかと言え十分」7.5%,「どちらかと言え不十分」4.1%,「不十分」11.0%,「不明」47.0%,「無回答」29.0%であった。

(6)精神支援

精神支援が行われているかに関して,「十分」2.1%,「どちらかと言え十分」8.2%,「どちらかと言え不十分」8.9%,「不十分」7.5%,「不明」45.9%,「無回答」27.4%であった。

【MRKH症候群の二次調査(調査C,産婦人科と小児外科)】

〈産婦人科〉

(1)解析対象:全国の産婦人科132施設に抄録の登録票を送付し,83施設より回答があった(回収率62.9%)。登録票は,MRKH症候群257例を回収した。

現在の年齢は 28.7 ± 10.2 [2.1~71.8]歳,初診時年齢は 20.7 ± 7.9 [0.3~66.3]歳,最終受診時の年齢は 25.0 ± 9.5 [0.3~68.6]歳であった。受診理由は,無月経58.4%,腔閉鎖26.5%などであった。

(2)手術

実施されていた手術としては,Davydov法(腹膜を使用)36.2%,Wharton法(人工真皮を使用)20.8%,Vecchietti法(腔前庭粘膜を使用)10.7%,Frank法(非観血的に腔前庭粘膜の圧迫)10.1%,McIndoe法(皮弁を使用)5.4%,Ruge法(S状結腸を利用)2.7%などであった。腹腔鏡の使用は76.5%,術後の腔狭窄予防は83.9%に実施されていた。術後の性交は,「可能」53.0%,「性交やや困難」5.4%,「不可能」4.7%であった。

(3)腔狭窄

腔狭窄は26.8%に起き,性交は「可能」0%,「やや困難」22.5%,「不可能」30.0%であった。腔狭窄に対する処置は77.5%に実施され,「ダイレーター」48.4%,「再手術」38.7%であった。

(4)性交,結婚

性的パートナーは43.6%に存在し,性交は「全く問題なし」24.1%,「何とか可能」10.1%,「やや困難」2.7%,「困難」17.9%,「無回答」45.1%であった。結婚は10.9%であった。

恋愛や結婚,パートナーを作ることに対しては「消極的」6.2%,「通常」37.4%,「積極的」10.9%,「不明」42.4%であった。性交に対しては「消極的」9.3%,「通常」34.6%,「積極的」12.1%,「不明」40.9%であった。結婚に対しては「消極的」4.3%,「通常」19.8%,「積極的」6.2%,「不明」66.1%であった。

(5)妊娠,子どもを持つこと

自然妊娠ができないことを説明していた例は71.6%であった。子どもを持つ方法に関して話したこととしては,「代理出産」62.5%,「子宮移植」46.7%,「養子」27.7%,「里子」12.0%,「不明」24.5%,「話していない」8.7%であった。

(6)ライフプランへの支援

恋愛,結婚,妊娠などのライフプランをたてるための支援が行われているかに関して,「十分」7.4%,「どちらかと言え十分」18.3%,「どちらかと言え不十分」13.2%,「不十分」5.4%,「不明」17.1%,「無回答」38.5%であった。

(7)精神支援

精神支援が必要な状態だったかに関して、「必要」6.2%、「どちらかと言えば必要」16.3%、「どちらかと言えば不要」26.8%、「不要」23.7%、「無回答」26.8%であった。

精神支援が行われているかに関して、「十分」4.3%、「まあ十分」14.4%、「やや不十分」10.1%、「不十分」4.7%、「不明」29.0%、「無回答」24.1%であった。

〈小児外科〉

(1)解析対象：全国の小児外科58施設に登録票を送付し、36施設より回答があった(回収率62.1%)。登録票は、MRKH症候群12例を回収した。

12例のみのため、解析は実施せず。

6. 考察

【一次調査】

過去10年間の症例数を尋ねたが、産婦人科1施設につき、総排泄腔遺残症は平均1.8例、MRKH症候群は平均2.8例と多くはなく、経験の蓄積や研修の観点では困難な施設が多いことが推測される。相談・診療の内容は「月経」「性交」「妊孕性」「手術」などが比較的高率であったが、「不妊治療」「妊娠・分娩管理」なども見られた。

性分化疾患の診療をしている施設では、小児外科との連携が必要と考えており、特に、総排泄腔遺残症ではほとんどが必要と回答していたが、約1/4の施設が連携は「あまり取れていない」「取れていない」と回答していた。また、小児外科においては、総排泄腔遺残症、MRKH症候群ともに、ほとんどの施設が、産婦人科との連携は必要と考えていたが、約2割は連携が取れていないと回答していた。産婦人科との連携が必要な点としては「月経」「将来の妊娠」「性交」が高率であった。産婦人科、小児外科ともに、ライフプランへの支援も精神支援も不十分との意見が高率であり、小児外科から産婦人科への連携の構築と産婦人科における対応が求められる。

【二次調査】

総排泄腔遺残症

産婦人科への受診理由は、腔狭窄とそれに伴う性交障害、月経血の流出障害、腹痛などが多く初診時年齢は平均18.4歳と比較的高年齢になってからであった。妊孕性に関連する卵管摘出術、子宮摘出術、卵巢摘出術も実施されており、将来の妊娠に関する相談が十分であったかは検討が必要である。性交、結婚、妊娠、出産の状況についての質問に「無回答」が高率であり、

その点での評価をしていなかった症例も多かったことが推測される。約3割が性的パートナーを持っていたが、性交は「全く問題なし」「何とか可能」は約2割であった。結婚は約25%であったが、妊娠・出産は6.6%にとどまっていた。ライフプランへの支援は不十分との意見が高率であり、このような視点での支援の充実が必要である。

小児外科への初診時年齢は平均2.1歳と早く、肛門・尿路・陰同時形成術、肛門形成術(陰形成なし)が高率に実施されていた。診療上、産婦人科的に問題があった症例は約1/4であり、将来への妊娠などについて、問題意識を持っていた例は少なかった。しかし、小児外科医から見ても、ライフプランへの支援も精神支援も不十分との意見が高率であり、小児外科から産婦人科への連携の推進と産婦人科での受け皿が求められる。

MRKH症候群

MRKH症候群の対応は産婦人科から始まるが多く、小児外科での対応例は少なかった。受診理由が無月経、陰閉鎖のため、初診時年齢は平均でみると約20歳であった。

造陰術の後に性交が困難、不可能な症例は約1割であり、また、約8割が腔狭窄の予防措置が行われていたが、約1/4に性交困難な腔狭窄が起きていた。これに対して、ダイレーターや再手術での対応が行われていた。多様な造陰術が行われており、術式による腔狭窄の発生率や再手術率の差異などの詳細な検討を予定している。

性的パートナーは4割強に見られ、約1割が結婚していた。性交に関しては「やや困難」「困難」が約2割であったが、「無回答」が約45%と高率であり、本人への確認ができていないか、少なくともカルテへの記載がなかった例が多かった可能性が高い。また、恋愛や結婚、パートナーを作ることに対して「消極的」との回答は比較的低率であったが、やはり、「無回答」が高率であった。このような状況もあり、恋愛、結婚、妊娠などのライフプランをたてるための支援は不十分であったとの回答が高率であった。

約7割に自然妊娠ができないことを説明しており、現時点では日本では対応が難しい「代理出産」「子宮移植」などにも高率に言及があったことが明らかになった。具体的な説明の仕方に関しては今回の調査では不明であるが、患者や家族の利益を考慮したうえでどのように説明するかに関しては今後の議論が待たれる。精神支援が必要な状態の症例は約2割であったが、ケアが

行われていない例、不明な例も多かった。性分化疾患症例においては、性交や妊娠性など、ライフプランを立てる上での困難を抱えており、精神的なケアの必要性を念頭に置いた診療が必要であり、症例によってはメンタルヘルスの専門家への紹介も考慮すべきであろう。

月経前症候群・月経前不快気分障害に対する診断・治療実態調査小委員会

小委員長：武田 卓

委員：寺内公一，大坪天平*，渡邊 善，
白土なほ子，吉見佳奈，尾臺珠美

1. 目的

月経前症候群(premenstrual syndrome, PMS)，月経前不快気分障害(premenstrual dysphoric disorder, PMDD)は、月経前の不快な精神・身体症状を特徴とし、女性のQOLを著しく障害する。我が国においては、諸外国に比べても疾患の社会での認知が遅れており、また治療に関しても普及していないのが現状である。本小委員会において、産婦人科医ならびに精神科医を対象にPMS/PMDDに対する診断・治療の実態調査を実施した。

2. 方法

産婦人科医に対する調査は、2021年9月末から11月末にかけて、日本産科婦人科学会全会員宛一斉メールで調査依頼を行い、グーグルフォームによるウェブ調査を実施した。精神科医に対する調査は、日本精神神経診療所協会の会員を対象に2021年12月初旬から2022年2月初旬にかけて、同様の方法を用いて実施し

た。個人情報の記載はなく、匿名での調査を行った。質問事項は、(1)PMS・PMDDの病名、診断、治療の知名度(2)PMSおよびPMDDのそれぞれについて診断・治療をするのが望ましい診療科(産婦人科、精神科、内科等)(3)現在日常的に行っている診断[漠然とした問診のみ、ACOGやDSM-Vの診断基準に基づいた問診、症状日誌をつける、等]および治療方法(薬物療法[OC・LEP、SSRI/SNRI、漢方薬等]、非薬物療法[生活習慣指導、認知行動療法、症状日誌観察法等])、また薬物療法については第一選択薬をOC・LEP、SSRI/SNRI(黄体期のみ、持続投与)、漢方薬の中から選択とし、さらにOC・LEP製剤のうち、第一選択薬を選ぶ形式とした(詳細は昨年度の報告書参照)。

3. 結果

〈産婦人科医〉

合計1,312名(日本産科婦人科学会会員の7.8%)がアンケートに回答した。診断と治療について、どの診療科が担当すべきかについては、PMSでは精神科医よりも産婦人科医が多かった(産婦人科91.4% vs 精神科45%)のに対して、PMDDでは差はなかった(産婦人科76.1% vs 精神科73.7%)。PMS/PMDDの日常的な治療を行っているのは1,267名(96.6%)であった。一般的な診断方法については、「漠然とした問診のみ」が84.4%、「月経2周期の症状日誌」が8.4%、「スクリーニング質問票」が10.3%であった(図1)。治療薬については、「OC・LEP」(98.1%)が最も多く、次いで「漢方薬・加味逍遙散」(73.6%)であった(図2)。治療の第一選択薬については、OC・LEPが最も多く(76.8%)、次いで漢方薬(19.5%)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬

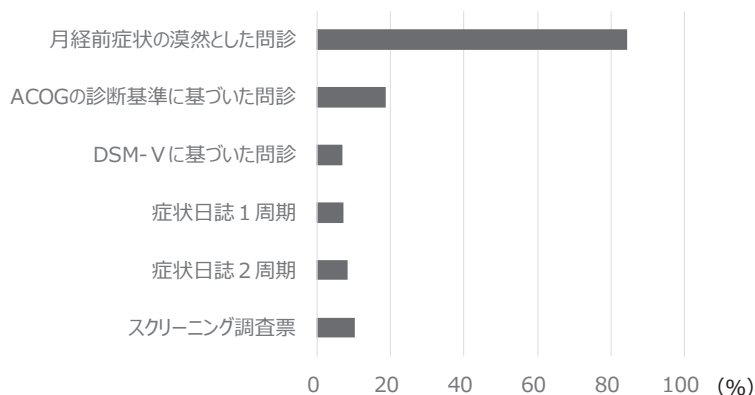


図1 診断方法で現在日常的に行っている方法(複数選択あり)(産婦人科医)(文献1より作成)

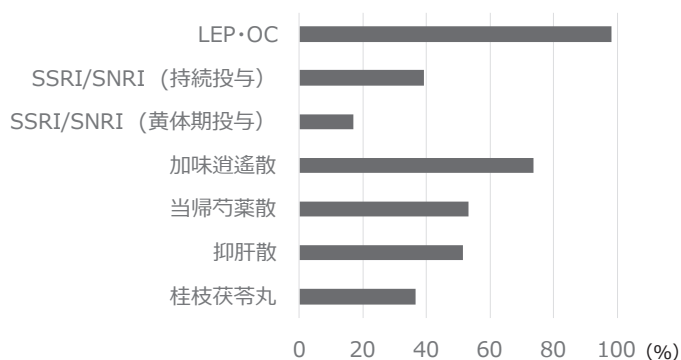


図2 薬物療法(主要なもの)(複数選択あり)(産婦人科医)(文献1より作成)

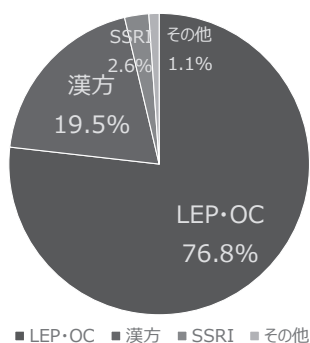


図3 薬物療法における第一選択薬(産婦人科医)(文献1より作成)

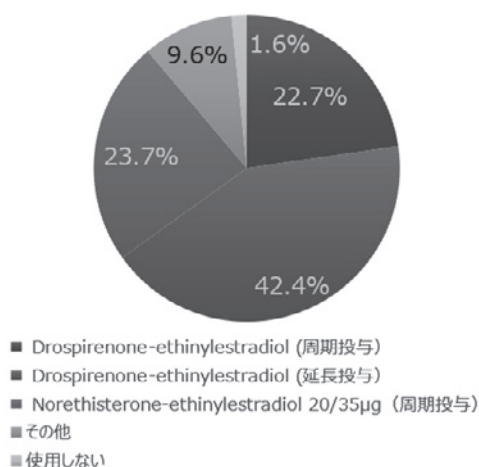


図4 LEP・OC の第一選択薬(産婦人科医)(文献1より作成)

(SSRI)は使用頻度が低い結果(2.6%)となった(図3)。
OC・LEP の第一選択薬については、65.1%の回答者が

ドロスピレノン-エチニルエストラジオールの使用を
報告した(図4)。非薬物療法に関しては、生活習慣指

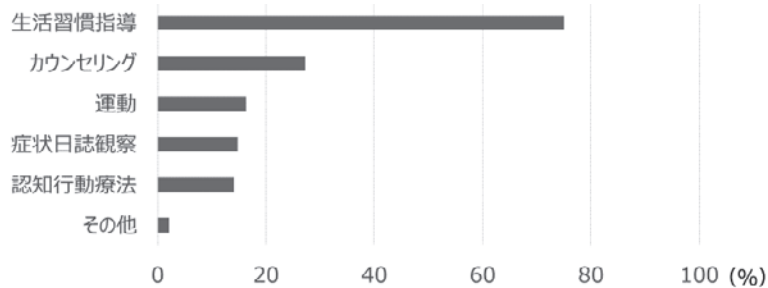


図5 非薬物療法(複数選択あり)(産婦人科医)(文献1より作成)

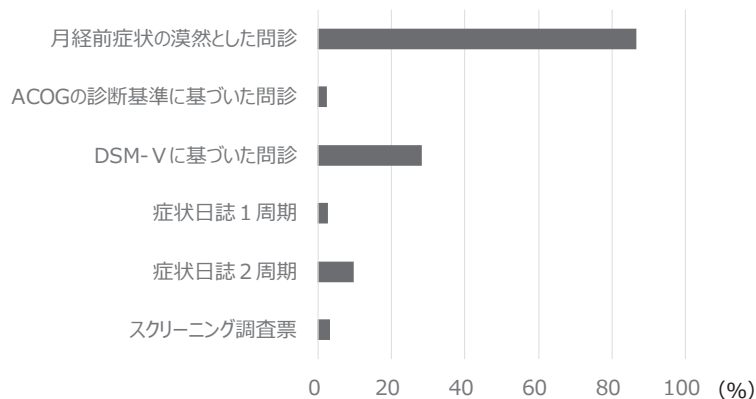


図6 診断方法で現在日常的に行っている方法(精神科医)(複数選択あり)

導が最も多かった(75.0%)(図5)。

〈精神神経科医〉

日本精神神経科診療所協会の協力により実施した、合計262名(日本精神神経科診療所協会所属会員の16%)がアンケートに回答した。診断と治療について、どの診療科が担当するべきかについては、PMSでは精神科医よりも産婦人科医が多かった(産婦人科74.4% vs 精神科60.3%)のに対して、PMDDでは精神科医のほうが産婦人科医よりも多かった(産婦人科63.4% vs 精神科75.6%)。PMS/PMDDの日常的な治療を行っているのは247名(94.3%)であった。一般的な診断方法については、「漠然とした問診のみ」が86.6%、「月経2周期の症状日誌」が9.7%、「スクリーニング質問票」が3.2%であった(図6)。治療薬については、SSRI連日投与(91.1%)が最も多く、次いで漢方薬・加味逍遙散(73.3%)であった(図7)。治療の第一選択薬については、SSRIが最も多く(53.4%)、次いで漢方(42.1%)、OC・LEPはほとんど使用されていない結果となった

(図8)。非薬物療法に関しては、生活習慣指導が最も多かった(63.6%)(図9)。

4. 考察

本研究では、PMS/PMDDを診療している産婦人科医の多くが、診断基準に沿った前向き症状日誌による評価を実施していないことが明らかとなった。また、スクリーニングツールも使用せず、曖昧な問診に基づく診療を実施していることが強く疑われた。治療に関しては、EBMに基づかない薬剤選択もあり、SSRIの使用選択率が低いことへの対応を含め、PMS/PMDDに関する産婦人科医への教育が必要であると考えられた。

精神科医においても、PMS/PMDDを診療している医師の多くが、産婦人科医と同様に診断基準に沿った前向き症状日誌による評価を実施していないことが明らかとなった。また、スクリーニングツールも使用せず、曖昧な問診に基づく診療を実施していることも、同様に強く疑われた。治療に関しては産婦人科医が

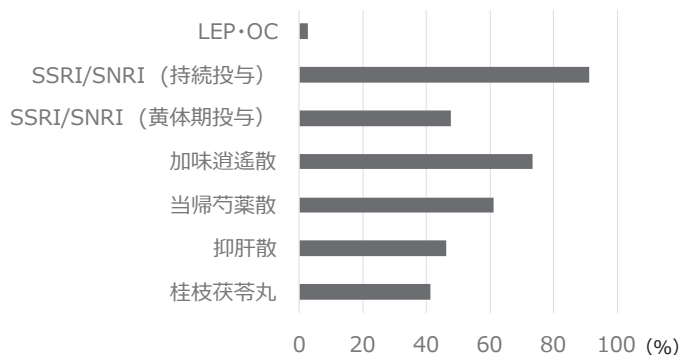


図7 薬物療法(主要なもの)(精神科医)(複数選択あり)

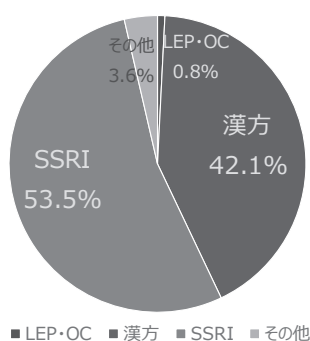


図8 薬物療法における第一選択薬(精神科医)

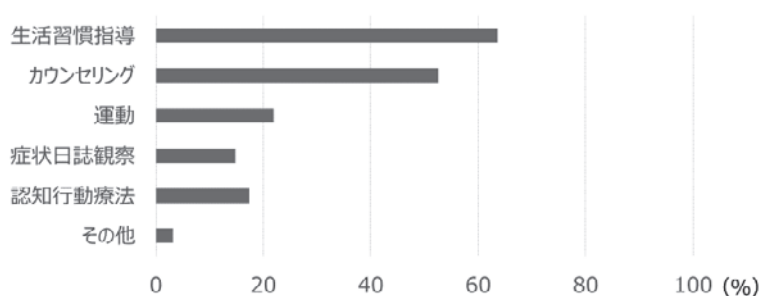


図9 非薬物療法(複数選択あり)(精神科医)

LEP・OCを選択する代わりにSSRIを選択しているように思われた。SSRIに関しては、継続投与が黄体期投与よりも多く、通常のうつ病診療との使い分けが実施されていない可能性が推測された。

日本のPMS/PMDD診療のほとんどを担っていると思われる、産婦人科医・精神科医のどちらにおいても、実臨床と診断基準との乖離がみられ、米国における先

行実態調査でも同様の結果がみられたことから、症状日誌以外の疾患マーカー等による診断方法の開発が世界的な課題であることが考えられた。

産婦人科・精神科それぞれにおける、診断・治療選択に相違が認められ、相互のコンサルテーションの活性化や学術交流をはかることにより、お互いの補完や診療技術の向上に寄与する可能性が考えられた。

(今回の調査のうち、産婦人科医を対象とした結果に関しては、すでに文献1に示す論文として報告済みであり、データに関してもアクセス可能とした。)

5. 文献

- 1) Yoshimi K, Inoue F, Odai T, Shirato N, Watanabe Z, Otsubo T, Terauchi M, Takeda T. Current status and problems in the diagnosis and treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder from the perspective of obstetricians and gynecologists in Japan. J Obstet Gynaecol Res.2023 Feb 23.

産婦人科における摂食障害患者への対応の調査に関する小委員会

小委員長：小川真里子

委 員：甲村弘子，河合啓介*，能瀬さやか，小野陽子

1. 背景・目的

神経性やせ症や神経性過食症を含む摂食障害(eating disorder: ED)は、思春期から性成熟期の女性に多くみられる疾患であり、通常、患者本人の摂食障害としての病識は欠如していることから、無月経を主訴にしばしば産婦人科を訪れる。ED患者の増加や多様化に伴い、近年では無月経からくる不妊のため不妊外来を訪れる女性や、極度のやせや過食・排出行為を伴いつつも妊娠、出産に至る女性もみられるようになっていく。

一方、妊娠中のやせは、胎児発育不全や流早産のり

スクのみならず、近年 DOHaD 説で提唱されているように、児の成人後の慢性疾患にも影響する可能性がある。また、ED合併妊娠は産後うつや虐待との関連も示唆されている上、長期的には骨粗鬆症による骨折リスクも極めて高いことが知られている。

しかし、本邦の周産期や生殖医療を含む産婦人科の現場で、どのようにEDのスクリーニングや対応が行われているか、またどのような問題が生じているかについての実態は、十分に把握されていないのが現状である。そのため、産婦人科におけるED患者への対応についてアンケート調査を行うこととした。

2. 対象・方法

日本産科婦人科学会会員に対し、Google formsを用いたアンケートへの協力を依頼した。回答期間は2022年2月28日～3月31日であった。

3. 結果

662名から回答を得た。回答者の95.3%が日本産科婦人科学会専門医であり、勤務先としては大学病院が21.5%、公的病院21.5%、民間病院19.0%、有床診療所(分娩取り扱いあり)13.6%、有床診療所(分娩取り扱いなし)3.2%、無床診療所20.7%であった。

1. 体重減少性無月経について

1) 体重減少性無月経に対し行っている検査と摂食障害スクリーニングの内容(図1)

体重減少性無月経に対し施行している検査としては、BMI測定が92.6%、%標準体重測定が49.2%、女性ホルモン測定が91.4%、甲状腺ホルモン測定が86.1%であった。一方、EDのスクリーニングを行って

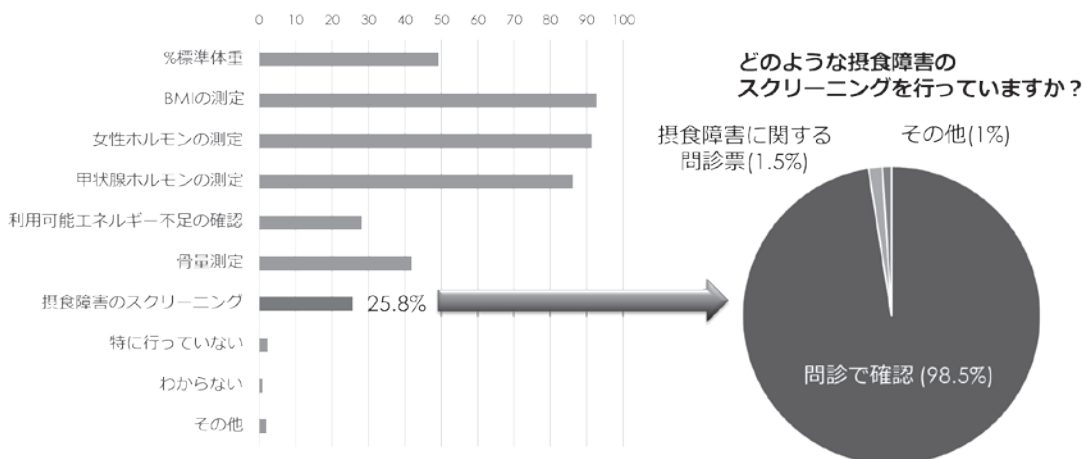


図1 体重減少性無月経に対し行っている検査(複数回答可)と摂食障害スクリーニング内容

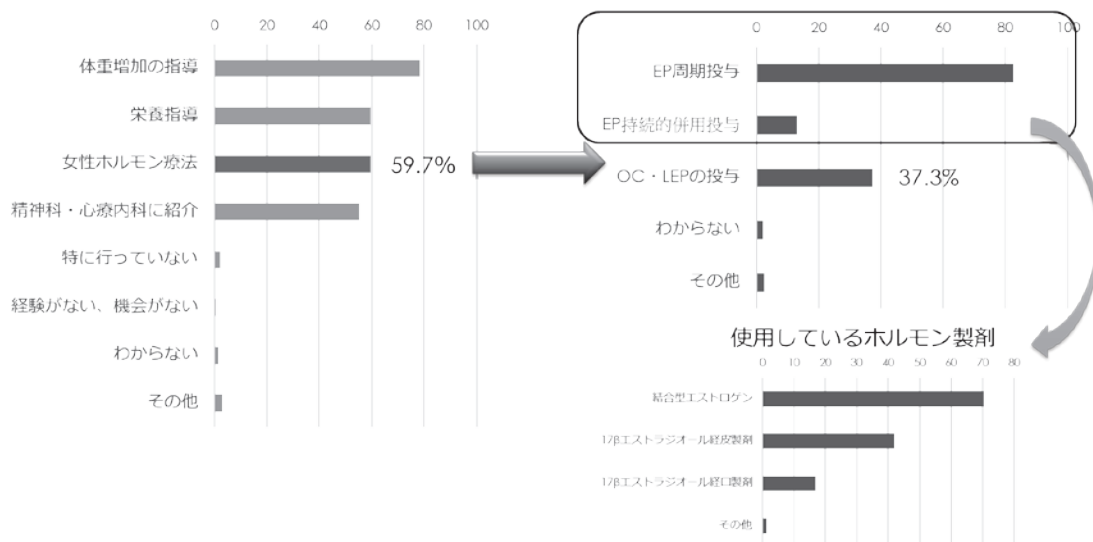
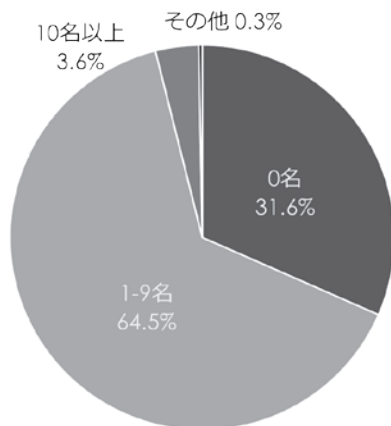


図2 体重減少性無月経に対し行っている治療と女性ホルモン療法の内容(いずれも複数回答可)

この1年間で何名の摂食障害の患者さんを
診療しましたか？



摂食障害を疑う症例が来院した時、
専門家へのコンサルトは円滑に行えていますか？

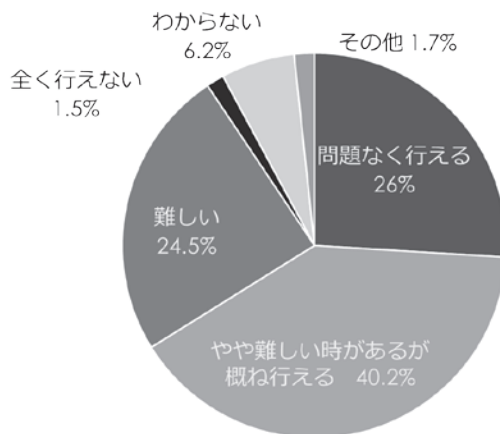


図3 産婦人科における摂食障害診療と専門家コンサルト

いる者は25.8%にとどまり、そのスクリーニング内容としても問診での確認が98.5%であった。問診票(EAT-26)を使用している者は4名であった。

2) 体重減少性無月経に対し行っている治療と女性ホルモン療法の内容(図2)

体重減少性無月経に対し、78.5%が体重増加の指導を、59.7%が栄養指導を、また55.1%が心療内科・精神科への紹介を行っていた。

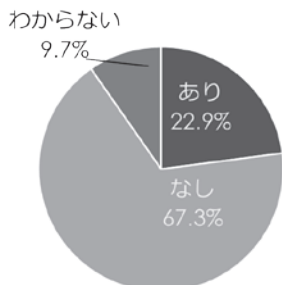
女性ホルモン療法は59.7%が施行していた。投与方法

としては、エストロゲン・黄体ホルモンの周期投与を行っている者が82.6%、持続的併用投与が13%、さらにOC・LEPの投与が37.3%にみられた。使用しているホルモン製剤としては、結合型エストロゲンが多かった(70.6%)。

2. 産婦人科におけるED診療と専門家コンサルト(図3)

ED(疑い含む)患者の診療経験については、88.5%が「ある」と回答した。また、この1年間で診療したED

最近の1年間で 摂食障害合併妊娠（疑い含む） の対応はありましたか？



摂食障害合併妊娠に伴い 妊娠中に問題になったことはありますか？（複数回答可）



摂食障害合併妊娠に伴い 産後に問題になったことはありますか？（複数回答可）

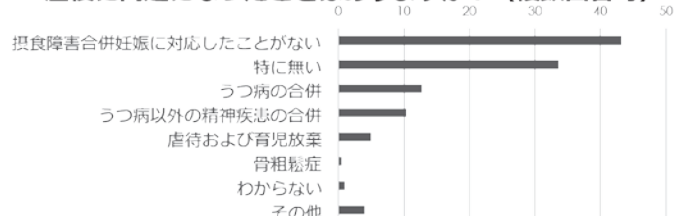


図4 周産期医療における摂食障害の管理の現状

患者の数については、1～9名が64.5%と最も多かった。

EDを疑う患者が来た際に、専門家へのコンサルトが円滑に行えているかどうかについては、「問題なく行える」(26%)、「やや難しいが概ね行える(40.2%)」と、66.2%はコンサルトが行える状況であった一方、「難しい」(24.5%)、「全く行えない」(1.5%)といった声も聞かれた。

3. 周産期医療におけるED管理の現状(図4)

分娩または妊婦健診を行っている医師を対象とした。直近の1年間で、ED(疑い含む)合併妊娠の対応があったかについて、ありと答えたのは22.9%であった。EDの病型として最も多かったのは神経性やせ症(80.2%)であり、次いで、わからない(16.4%)、神経性過食症(11.3%)であった。

ED合併妊娠の管理の際に問題に感じたこととしては、「患者の病識がない(39.4%)」、「患者が精神科・心療内科を受診したがない」(30.9%)、「管理に関する指針やガイドラインがない(または、わかりづらい)」(31.8%)が多かった。「精神科・心療内科との連携が困難」としたのは19.8%であった。妊娠中に問題になったこととしては、胎児発育不全(31.7%)、切迫流早産(17.1%)、妊娠悪阻(15.3%)、うつ病の合併(10.4%)がみられた。また、ED合併妊娠に伴い、産後に問題になったこととしては、うつ病の合併(12.8%)、うつ病

以外の精神疾患の合併(10.4%)、虐待および育児放棄(5%)と、少ないながらも重大な問題が生じていた。自由記載ではEDの再発や、電解質異常による全身状態悪化も報告された。

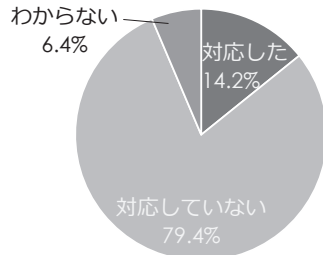
4. 生殖医療におけるEDへの対応(図5)

不妊症一般検査以上を行っている医師を対象とした。最近の1年間で、不妊治療を希望するED患者に対応したと答えたのは14.2%であり、EDの病型としては神経性やせ症が54.2%、神経性過食症が5.9%、わからないが41.8%であった。

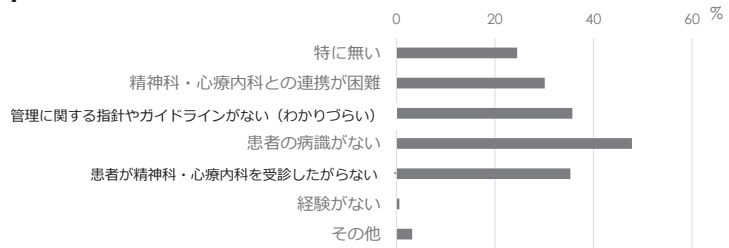
EDが疑われる患者の不妊治療に際して問題になることとしては、「患者の病識がない」(47.8%)、「管理に関する指針やガイドラインがない(または、わかりづらい)」(35.7%)、「患者が精神科・心療内科を受診したがない」(35.3%)、「精神科・心療内科との連携が困難」(30.1%)であった。

不妊治療に際し、BMIを測定しているかについては、「全患者に対しBMIを測定」(46.2%)、「患者により適宜、BMIや%標準体重を測定」(33.7%)であったが、「測定していない」とした者も11.8%みられた。また、不妊治療に際し、BMIの基準を設けているかについては、「基準は設けていない」が85.0%であった。BMIの基準を設けていると回答した中では、下限については「BMI18以上」が、また上限としては「BMI30未満」が最

最近の1年間で不妊治療を希望する 摂食障害患者に対応しましたか？



摂食障害が疑われる患者の不妊治療に際して 問題となることはありましたか？（複数回答可）



不妊治療に際してBMIを測定していますか？

	%
全患者に対してBMIを測定	46.2
患者により適宜BMIや%標準体重を測定	33.7
測定していない	11.8
わからない	5.5
全患者に対し%標準体重を測定	2.0
その他	0.4

不妊治療に際してBMIの基準を設けていますか？

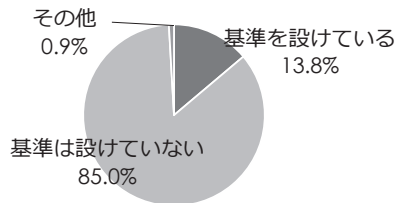


図5 生殖医療における摂食障害への対応

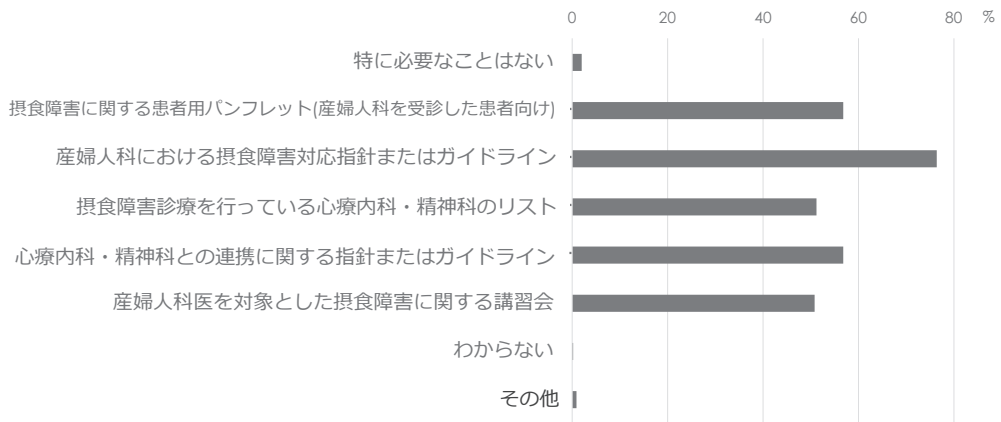


図6 産婦人科における摂食障害患者への対応に関し、今後必要と考えられること(複数回答可)

も多かった。

5. 産婦人科におけるED患者への対応に関して、必要と考えられること(図6)

「特に必要なことはない」としたのは2%のみであり、「産婦人科におけるED対応指針またはガイドライン」(76.4%),「EDに関する患者用パンフレット(産婦人科を受診した患者向け)」(56.8%),「心療内科・精神科との連携に関する指針またはガイドライン」(56.8%),「ED診療を行っている心療内科・精神科のリス

スト」(51.2%),「産婦人科医を対象としたEDに関する講習会」(50.8%)であった。

4. 考察・今後の予定

今回の検討で、多くの産婦人科医がED患者に日常的に遭遇していることが明らかとなった。心療内科や精神科へのコンサルトは問題ない・概ね行えるが66%であった反面、25%が難しいと感じており、全く行えないとの回答もあった。

周産期医療の現場では、23%が直近1年間に摂食障

害合併妊娠に対応していた。切迫流早産や胎児発育不全などを引き起こすだけでなく、周産期うつや精神疾患、虐待や育児放棄なども経験されていた。生殖医療の現場では、14%が直近1年間で不妊治療を希望する摂食障害患者に対応していた。一方、不妊治療に際しBMIの基準を設けているとの回答は14%にとどまった。

産婦人科における摂食障害患者への対応に関しては、産婦人科におけるED患者対応指針、産婦人科を受診した患者向けのED説明用パンフレット、専門家との連携指針などが必要であるとの意見が多かった。現在、日本摂食障害学会では摂食障害に関するガイドラインを改訂中であり、これに産婦人科における対応が盛り込まれることが期待される。また、連携指針としては、「身体化領域の摂食障害の連携指針」が「摂食障害の治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」事業の一環として作成され、「摂食障害情報ポータルサイト(専門職の方)」に公開されており、これには産婦人科に関する内容も含まれている(<https://www.edportal.jp/pro/index.html>)。このウェブサイトでは、摂食障害に関する受診案内も参照可能である。

以上から、今後、産婦人科におけるED患者向けの説明用パンフレットなどの作成や、EDのスクリーニング法の周知などが必要であると考えられ、次期の女性ヘルスケア委員会にて検討する予定である。

最後に、アンケートにご協力いただきました先生方に深謝いたします。

産婦人科領域における薬剤耐性菌に対する認知度と耐性菌による感染症発生病動向調査に関する小委員会

小委員長：野口靖之

委員：三浦清徳、大槻克文、宮崎博章、
三嶋廣繁

1. 背景と目的

1928年にペニシリンが発見され、その後の抗菌薬の

開発は、多くの人命を救い社会に貢献した。しかし、その背景では、抗菌薬の過剰投与や不適切な使用が行われ、メチシリン耐性ブドウ球菌(MRSA)を代表とする多剤薬剤耐性菌が出現し世界的な問題となっている¹⁾。2017年に厚生労働省は、薬剤耐性(Antimicrobial Resistance: AMR)対策アクションプランに基づく取り組みとして、AMRリファレンスセンターを設立し薬剤耐性に関するデータを収集し、抗菌薬の適正使用の推進や研究開発に取り組んできた。また、米国疾病予防管理センター(CDC)は、今後脅威となる18種の薬剤耐性菌に関して耐性菌の拡散や新たな出現を防止することの重要性を報告した²⁾。この中には、大腸菌や淋菌など周産期を含めた産婦人科領域の感染症や黄色ブドウ球菌や緑膿菌など病棟内感染(院内感染)の原因菌となりうる病原体が含まれる。

本研究は、産婦人科指導医を対象に薬剤耐性菌の認知度に関する意識調査を行い、産婦人科領域における薬剤耐性菌対策のあり方を検討した。

2. 方法

米国疾病予防管理センター(CDC)が示した今後脅威となる18種の薬剤耐性菌の中から、特に産婦人科診療に関連した薬剤耐性菌(7菌種)を選択し(表1)、認知度と治療に関するアンケート調査を行った。アンケートは、日本産科婦人科学会指導施設(566施設)に郵送で送付し、産婦人科指導医および指導的立場にある産婦人科専門医に回答を依頼した。各項目における認知度については「①人に説明できる、②理解している、③名前だけ知っている、④全然知らない」の4項目で評価した。

3. 結果

産婦人科指導医194名、指導的立場にある産婦人科専門医29名より回答を得た。この中で、産婦人科専門医取得後の20年未満が122名、20年以上が101名であった。

MRSAについて③名前だけ知っている、または④全

表1 産婦人科診療に関連する薬剤耐性菌

●薬剤耐性淋菌 (Drug-resistant <i>Neisseria gonorrhoeae</i>)
●ESBL産生腸内細菌目細菌 (Extended-Spectrum β -Lactamase-Producing <i>Escherichia coli</i> / <i>Klebsiella pneumoniae</i>)
●カルバペネム耐性腸内細菌目細菌 (CRE: carbapenem-resistant Enterobacteriaceae)
●多剤耐性緑膿菌 (MDRP: Multidrug-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)
●多剤耐性アシネトバクテリウム属 (MDRA: Multidrug-resistant Acinetobacter)
●メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA: Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)
●薬剤耐性マイコプラズマ・ゲニタリウム (Drug-resistant <i>Mycoplasma genitalium</i>)

然知らない」と回答したのは6.7%のみであった。一方で、薬剤耐性淋菌について③名前だけ知っている、④全然知らない」と回答したのは、74.4%であった。ESBL産生腸内細菌目細菌は、41.7%、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌は86.5%、多剤耐性緑膿菌は68.6%が、「③名前だけ知っている、④全然知らない」と回答した。さらに、多剤耐性アシネトバクター属は43.0%、薬剤耐性マイコプラズマ・ゲニタリウムは、67.7%が④全然知らない」と回答した。

さらに、産婦人科専門医取得後の20年未満と20年以上で認知度を比較した。抗菌薬投与について経験的治療(エスカレーション escalation)と標的治療(デ・エスカレーション de-escalation)の概念について、専門医取得後の20年未満は、18.0%が「③名前だけ知っている、④全然知らない」と回答したが、取得後20年以上は40.6%と有意に高値であった($p<0.05$)。淋菌感染症の治療で最初に用いる抗菌薬として専門医取得後20年以上の18.8%が、淋菌に高度な耐性を有するアンピシリン、キノロン系抗菌薬を選択し、20年未満の8.2%に比べて有意に高値であった($p<0.05$)。さらに、24.7%がESBL産生腸内細菌目細菌について最近5年で増加傾向にあると感じており、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌は、8名で治療経験があり、4.9%が増加傾向にあると感じている。

4. 考察

近年、婦人科周術期、周産期領域で問題となる薬剤耐性菌は、MRSAに加えて薬剤耐性大腸菌としてESBL産生腸内細菌目細菌、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌が問題になっている。大腸菌は、骨盤内炎症性疾患の原因菌だけでなく、妊婦尿路感染症や産褥熱、帝王切開後感染症の原因菌としても重要である。さらに、ESBL産生腸内細菌目細菌による産道感染に起因した新生児感染症も報告されている。2017年よりカルバペネム耐性腸内細菌科細菌に対して国内サーベイランスが実施されている。Nippon AMR One Health Report(NAOR)2022によると、世界各国で大腸菌や肺炎桿菌などの腸内細菌科細菌におけるカルバペネムへの耐性率の増加が問題となっているが、日本では、大腸菌、肺炎桿菌におけるカルバペネム系抗菌薬への耐性率は1%未満と低い水準に留まっていると報告している³⁾。しかし、今回のアンケート調査において、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌による産婦人科感染症は、回答者の4.9%が増加傾向と感じており、婦人科症例では尿路感染が2例、PID・骨盤膿瘍が13例、菌血

症4例、手術部位感染7例、周産期症例では、絨毛膜羊膜炎2例、帝王切開後感染症10例、菌血症1例、母子感染による新生児細菌感染症の報告があった。ESBL産生腸内細菌目細菌による産婦人科感染症症例も回答者の24.7%が増加を感じている。現在、婦人科手術、帝王切開の術後感染症予防に用いる抗菌薬は、主にセファゾリンが使用されている。しかし、国内で分離された*E.coli*の37.4%、*Klebsiella pneumoniae*18.2%がセファゾリンに耐性を有し、さらにESBL産生腸内細菌目細菌に対しては、第2～3世代のセファロsporin系抗菌薬が無効である。このため、細菌感染症は、薬剤感受性試験の結果に基づいたエスカレーションとデ・エスカレーションの基本概念に基づき適切な抗菌薬を選択する必要がある。今回のアンケート調査では、産婦人科専門医取得後20年以降の回答者が20年未満の回答者に比べ、エスカレーションとデ・エスカレーションの概念、さらに淋菌の薬剤耐性⁴⁾⁵⁾に関する認知度が低く、細菌感染症の治療に関する卒後教育がこれまで十分に行われていないことを示している。また、2022年に子宮頸管炎を対象としたマイコプラズマ・ゲニタリウム核酸増幅検査が新規保険収載されたが、67.7%がマイコプラズマ・ゲニタリウムの薬剤耐性について④全然知らない」と回答している。

今後、指導医講習会では、最新の薬剤耐性菌に関する発生動向だけでなく、この10年間で大きく変化したAMRを念頭においた細菌感染症の治療概念の啓蒙を行っていく必要があると考えられた。

5. 文献

- 1) ANTIBIOTIC RESISTANCE THREATS IN THE UNITED STATES 2019(<https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/threats-report/2019-ar-threats-report-508.pdf>)
- 2) 2019 AR Threats Report(<https://www.cdc.gov/drugresistance/biggest-threats.html>)
- 3) 薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書 2022(薬剤耐性ワンヘルス動向調査検討会)厚生労働省 HP <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001045134.pdf>
- 4) Ohnishi M, Golparian D, Shimuta K, Saika T, Hoshina S, Iwasaku K, et al. Is *Neisseria gonorrhoeae* initiating a future era of untreatable gonorrhea?: detailed characterization of the first strain with high-level resistance to ceftriaxone. *Antimicrob Agents Chemother*.2011; 55 (7): 3538-45.

- 5) Yasuda M, Hatazaki K, Ito S, Kitanohara M, Yoh M, Kojima M, et al. Antimicrobial Susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* in Japan from 2000 to 2015. Sex Transm Dis.2017; 44 (3): 149-53.

月経困難症診療の変化の調査と啓発活動に関する小委員会

小委員長：甲賀かをり

委 員：江頭活子，北脇 城，倉澤健太郎，
谷川原真吾，宮崎亮一郎

1. はじめに

令和2年度の診療報酬改定において『婦人科特定疾患治療管理料』が保険収載された。器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため婦人科医または産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価するものであり、器質性月経困難症に対してホルモン療法による医学管理を行っている場合に算定できる。この管理料を算定するにあたっての算定要件と施設基準の1つに、当該医師が『器質性月経困難症の治療に係る適切な研修』を修了している必要があることから、日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会は共同でこれらに対応するオンライン研修である『器質性月経困難症に対する適正なホルモン療法等に係る研修』を作成し、主催している。オンライン研修は令和2年7月1日から開始され、同年12月末の時点で修了者は6,265名であった。これは日本産科婦人科学会会員

17,142名の36.5%であり、この管理料を算定するために多くの医師が急いで受講したという背景がある。令和3年3月31日までの修了者は6,337名であったが、その後も新しく産婦人科を専攻した医師などによる需要があると考えられ、令和3年12月末で修了者は6,638名、令和4年3月31日までの修了者が6,695名と現在でも数は減っているが毎月新規受講者がいる状態である。

昨年、研修が開始された令和2年7月1日から令和3年3月31日までの受講修了者の6,337名について、受講終了時のアンケート調査の結果を報告した¹⁾。今回令和2年7月1日から令和4年3月31日までの修了者を対象として少し質問を追加して再度アンケートを行った。研修の有益性を評価し、今後の課題やこの分野での研修および新たな分野での研修のニーズなどについて考察する。

2. 対象・方法

令和2年7月1日から令和4年3月31日までに『器質性月経困難症に対する適正なホルモン療法等に係る研修』の受講を修了した6,695名に対し、電子メールでアンケートの回答依頼を行い、その結果を集計した。

また受講直後におこなった受講者の背景に関するアンケート、ならびに、本研修の6単元すべての単元の受講後に、行ったアンケートの結果とも照らし合わせた。

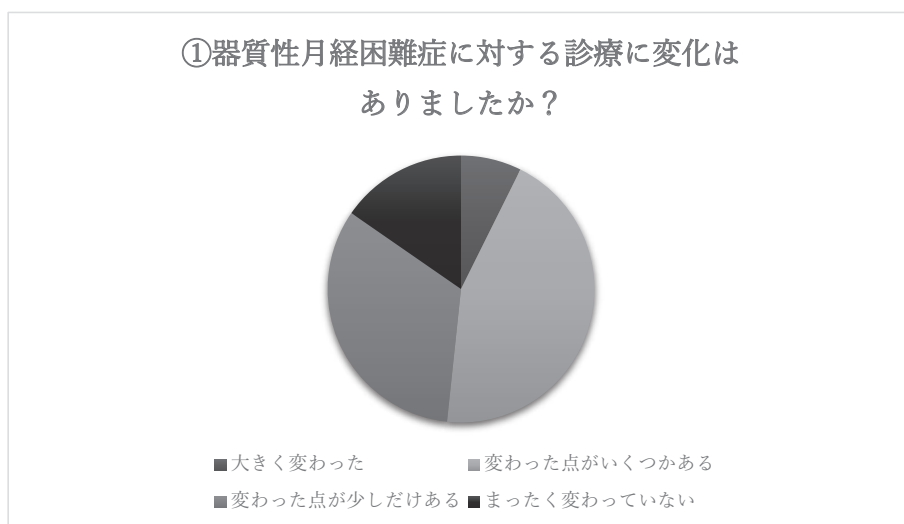


図1

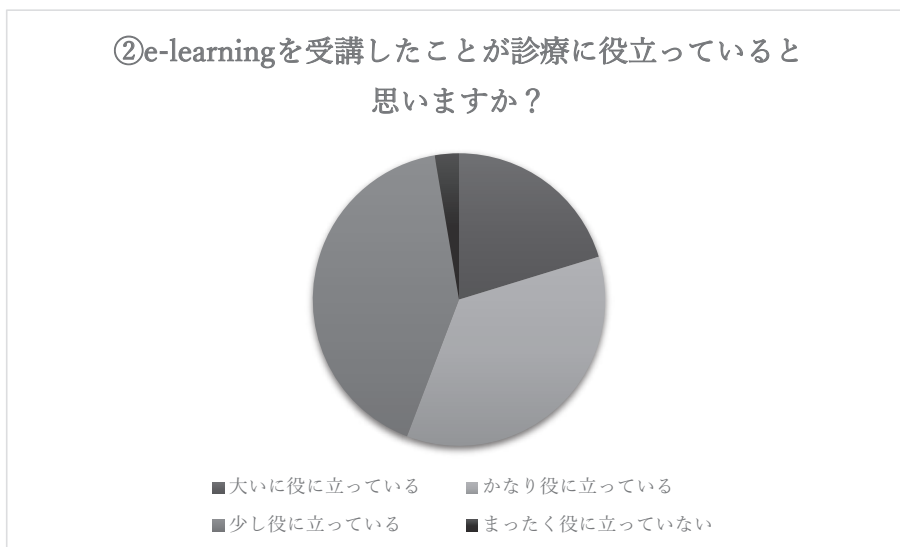


図 2

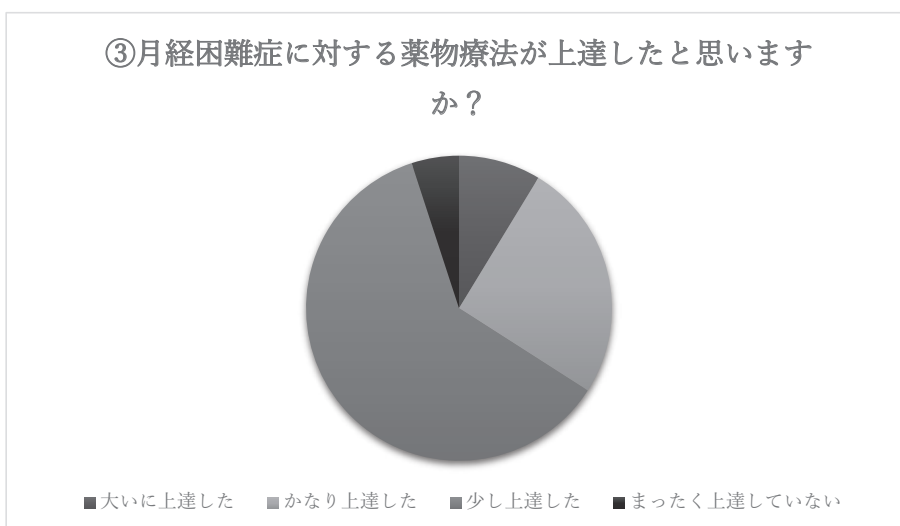


図 3

3. 結果

令和2年7月1日から令和4年3月31日までの受講修了者6,695名中898名(13.4%)から回答を得た。

※前回データは令和2年7月1日から令和3年3月31日までの受講修了者6,337名中回答者1,436名(22.7%)

「器質性月経困難症に対する診療に変化はありましたか」に対する回答は1年前とあまり変化なく、グラフ

を示す(図1)。

「e-learningを受講したことが診療に役立っていると思いますか」に対し「大いに役に立っている」が20%(前回20%),「かなり役に立っている」35%(前回20%),「少し役に立っている」が42%(前回38%),「全く役に立っていない」は3%(前回3%)で役に立っているがわずかに減少した(図2)。

「月経困難症に対する薬物療法が上達したと思いま

④月経困難症の患者さんとの関係性の構築はどうですか？

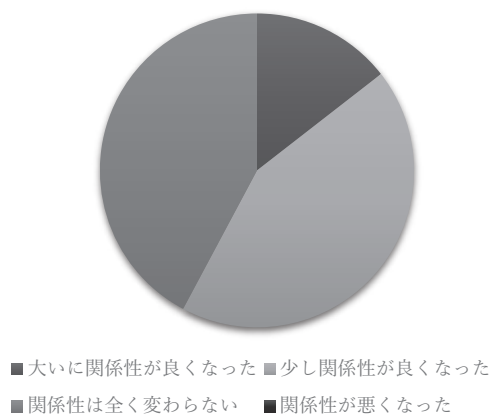


図 4

⑤患者さんの月経困難症についての理解度はどうですか？

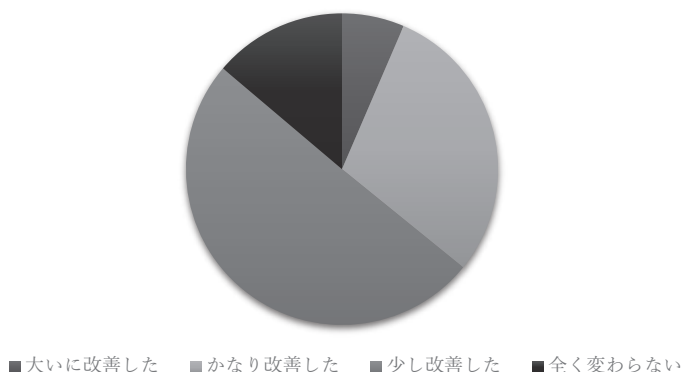


図 5

すか」,「月経困難症の患者さんとの関係性の構築はどうですか」,「患者さんの月経困難症についての理解度はどうですか」も昨年と割合はほぼ変化なかった(図3, 4, 5).

「患者さんの通院状況はどうですか」に対し「きちんと通院する患者が増えた」が15%(前回11%)でやや増加し,「以前より通院状況がやや改善した」は19%(前

回19%),「特に変わりはない」が66%(前回70%)であった(図6).

「気質性月経困難症患者さんの中で薬物療法を行っている割合は変化しましたか」に対し「かなり増えた」は10%(8%),「やや増えた」が44%(前回40%),「変わらない」は46%(51%)であった(図7). 薬物療法の割合の増加と通院状況の改善を自覚する医師がわずかに増



図 6

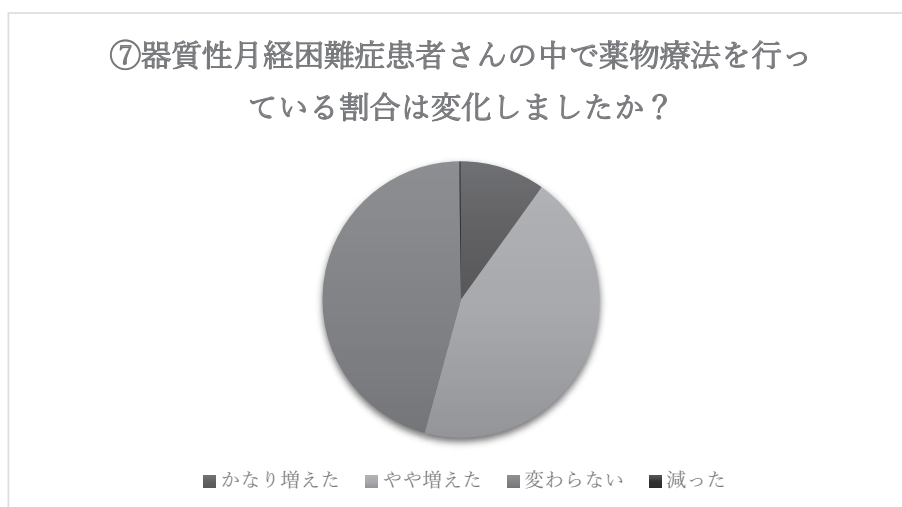


図 7

えている。

「先生ご自身が1か月間に診察する月経困難症患者の平均人数は」への回答は「31人以上」が27%(前回24%)(図8),「1か月に婦人科特定疾患管理料を平均何人算定していますか」で「11人以上」が20%(前回15%)(図9)で月経困難症の診察数,管理料算定数も増加している印象をもっている医師がやや多かった。

「婦人科特定疾患治療管理料を算定する診察の際には説明用紙を渡していますか」の回答を図10に示す。

「このe-learningを何で知りましたか」との問いに対

しては学会ホームページが67%で最多であり,それに次いで勤務先の上司や事務職16%,同僚・友人4%であった。学会ホームページは有力な情報源であるという結果であった。管理料の算定という病院の収入に関することであるため,勤務先から受講を促されるケースもそれなりにあったと思われる。「その他」という回答の中身はほとんど「メール」であり,e-learningを何で知ったかではなくて,このアンケートを何で知ったか,と誤解を与えてしまったと思われる(図11)。

また,「婦人科特定疾患管理料をどの程度算定してい

⑧先生ご自身が1か月間に診察する月経困難症患者
の平均人数は?

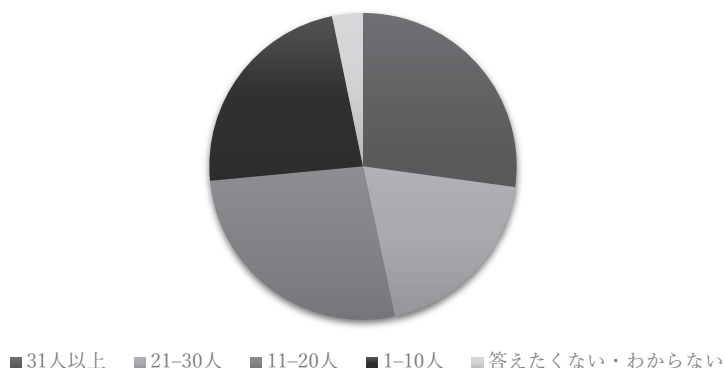


図 8

⑨1ヶ月に婦人科特定疾患治療管理料を平均何人算定
していますか?

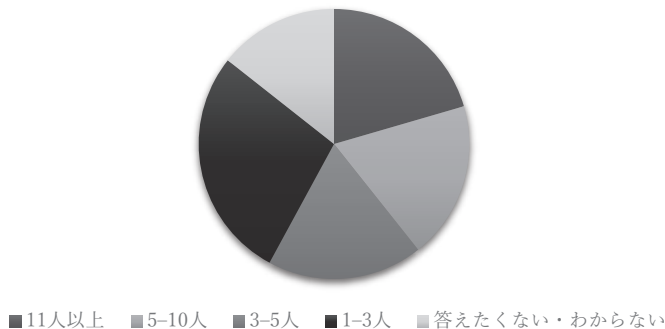


図 9

ますか」との問いには「対象者全員に算定している」が41%,「対象者の中で算定している患者としていない患者がいる」が37%であり,「時々しか算定していない」も16%,「全く算定していない」が6%いた(図12)。

「婦人科特定疾患治療管理料の算定状況に変化はありますか」については「昨年より多く算定するようになった」と答えたのが29%,「昨年より算定しなくなった」との回答は8%,「昨年と算定状況は変わらない」は63%であった(図13)。

「今後受講してみたい講義はありますか」という質問に対しては,複数回答可としているが,提示した選択肢はほぼ満遍なく受講してみたいとの回答があったが,最も多かったのは「具体的な薬の使い分け」,次いで「新たに上市された薬剤の解説」であった(図14)。その他に受講してみたい講義の回答例としては更年期障害,精神障害を伴う月経困難症,摂食障害,骨粗鬆症などがみられた。

今回のアンケート調査の結果を,受講直後のアン

⑩婦人科特定疾患治療管理料を算定する診察の際には、説明用紙を渡していますか？

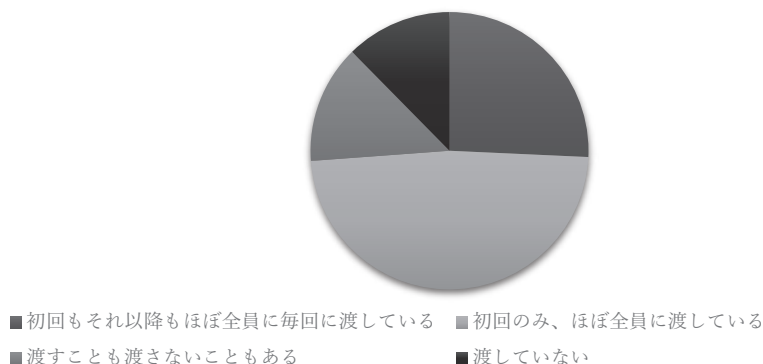


図 10

⑪このe-learningを何で知りましたか
(複数回答可)

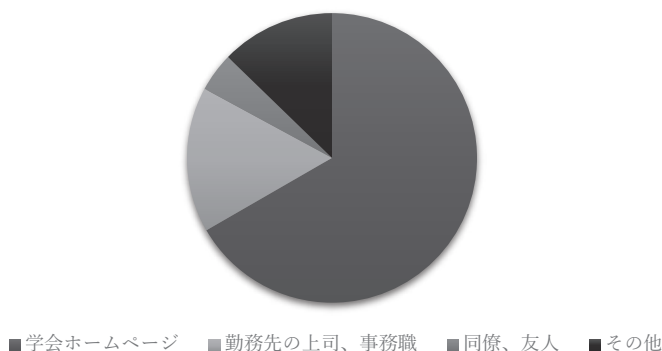


図 11

ケートの結果と照らし合わせてみるとアンケートに答えた年齢層は49%が経験年数26年以上のベテランで21～25年が17%、16～20年が14%、11～15年が13%、6～10年が5%、1～5年が2%で前回アンケートと割合はほぼ同じであった。

4. 考察

「婦人科特定疾患治療管理料」が初の婦人科特有の外來指導管理料として導入されたことは女性のヘルスケアのために大きな一歩であった。産婦人科医師にとっ

ては、診察時間や説明への労力を評価されるようになり、患者は疾患への理解、知慮に対する意識を深め、月経困難症の長期的で適切な管理を享受することができる。

そのためには医師の疾患治療スキルの向上とそれに伴う治療戦略の標準化、より充実した管理・指導の提供などが必要であり、この目的のために『器質性月経困難症に対する適正なホルモン療法等に係る研修』が作成された。

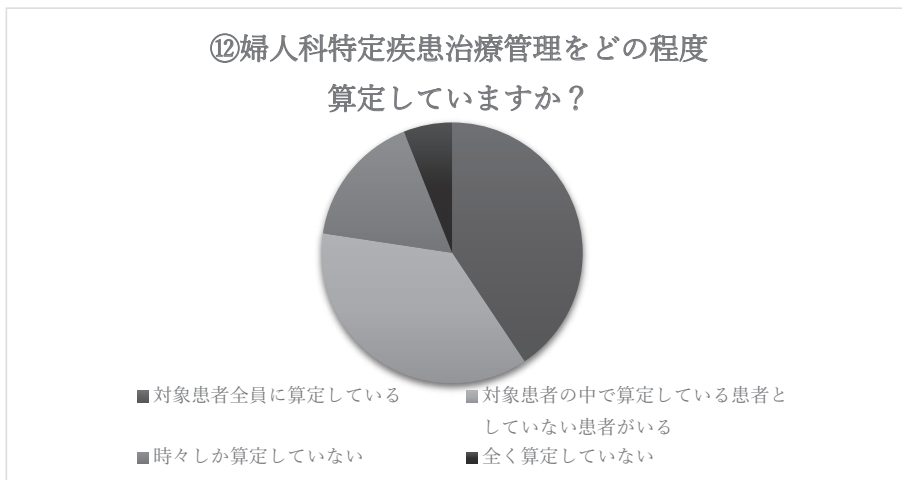


図 12

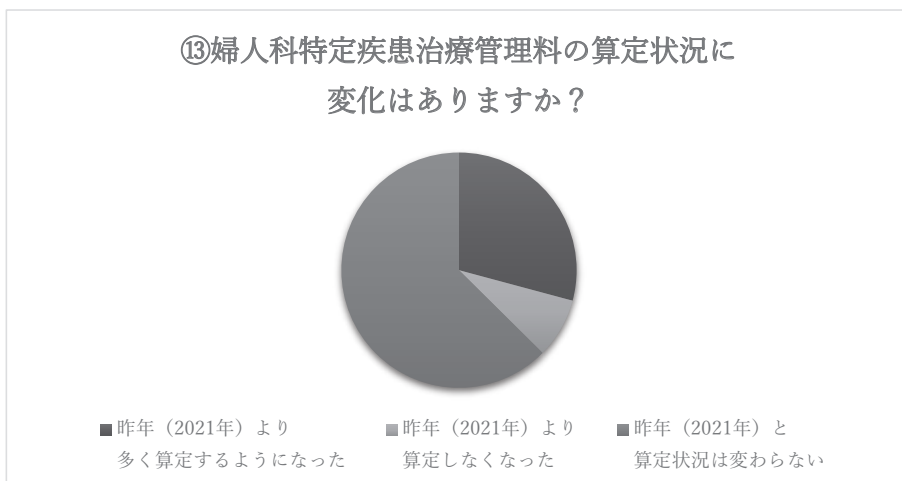


図 13

この研修は受講直後のアンケートにおいても大多数が好意的な感想であった。開始から1年後に、研修を受けた医師が、その時点で研修をどのように評価しているか、実際に診療活動に変化があったかを知るためにアンケートを行った。

今回新たな受講者が増えたことと、以前アンケートに回答してもらった受講者の意識の変化を知るために再度アンケートを行った。前回からの変化を見るために同じ項目について質問し、今回は追加でe-learningについてのどこで情報を得たか、また婦人科特定疾患管理料の算定状況についての質問を加えた。

1年前の前回と同じ設問に対する回答は全体として前回とあまり大きな変化はなかった。

「婦人科特定疾患管理料をどの程度算定していますか」との問いには「対象者全員に算定している」と「対象者の中で算定している患者としない患者がいる」が40%程度ではほぼ等しく、あまり積極的に算定をしようとしていない医師も20%ほどいる状態である。

「婦人科特定疾患治療管理料の算定状況に変化はありますか」については「変わらない」が最も多くはあるが、全体として算定は増えてきているとの回答であり、多くの医師は算定できる場合はできるだけ算定するよ

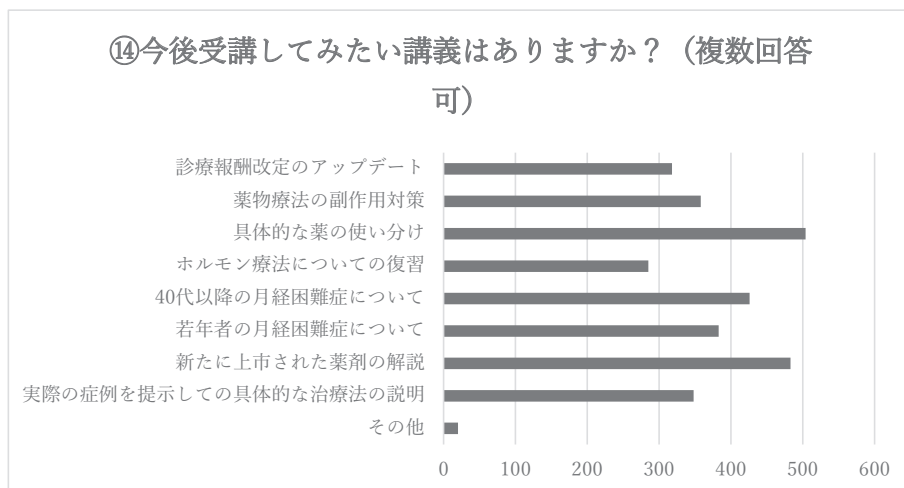


図 14

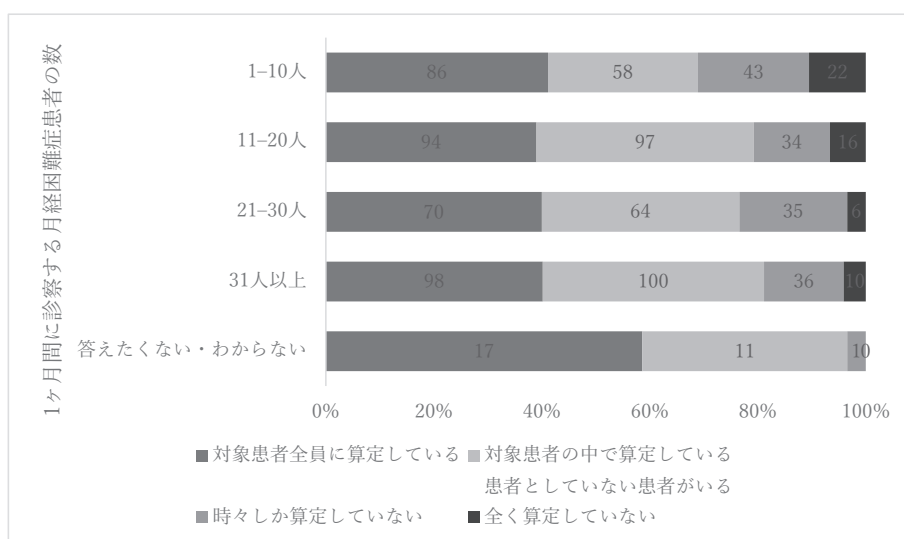


図 15

う努力しているように思われるが、アンケート自由記載欄に患者への説明時間がとれず、3か月ごとに料金が発生すると患者に説明できないため算定していないとの記載もあった。

積極的な算定と1か月に診察する月経困難症患者の数に関連があるかと考え、「先生ご自身が1か月に診察する月経困難症患者の平均人数は」の回答と「婦人科特定疾患管理料をどの程度算定していますか」をクロス集計したところ、患者の数1〜10人と少ない医師で

「全く算定していない」と「時々しか算定していない」の合計の割合がやや多い程度であった(図15)。

『器質性月経困難症に対する適正なホルモン療法に係る研修』のe-learningを開始して2年半が経過した。今回多くの好意的な評価を得ることができ、初の試みとしては大きな成功であったと考えている。我が国全体での女性の月経困難症に対する理解を深め、また治療の前進に貢献できたと考える。このe-learningに関しては、疾患についての説明ではすぐには大きな

進歩はないと思われるが、新しい薬剤や保険などの状況は刻々変化していくため、アップデートを考えていく必要がある。また、今回の成功や、反省点などを踏まえて新たな内容の e-learning の作成や、また新しい婦人科領域の管理料導入に役立て、女性のトータルヘ

ルスケアのさらなる向上を目指したい考えである。

5. 文献

- 1) 甲賀かをり, 他. 令和3年度委員会報告 女性ヘルスケア委員会. 日本産科婦人科学会雑誌. 2022, 74 (6): 715-735
