



日本女性医学学会 ニューズレター

Vol.24 No.3 May, 2019

はじめに

第34回日本女性医学学会学術集会を2019年11月2日(土)、3日(日)の2日間、ヒルトン福岡シーホークで開催させていただきます。

本学会は2011年に日本更年期医学会より名称変更され、更年期だけではなく思春期から老年期までの女性のトータルヘルスケアをテーマとする学会となりました。この流れを受け、今年の学術集会のテーマは「女性の一生を診る」とさせていただきます。様々な角度から女性の一生のヘルスケアを考えるプログラムにしています。

プログラムの紹介

特別講演はFIGOで分娩後のIUD挿入活動に取り組んでおられるDr. Anita Makinsを英国よりお招きします(同時通訳あり)。招請講演は小児科医で参議院議員の自見はなこ先生にご依頼し、医師・国会議員の2つの立場から日本の女性医学を取り巻く現状について講演していただきます。

シンポジウムは4つ予定しています。シンポジウム1では指定難病である「総排泄腔遺残症」を取り上げます。この疾患は胎児診断や思春期以降の生殖機能の管理で産婦人科医が関与する必要がありますが、希少疾患のためあまり知られていません。疾患の概念や治療・管理法の現状、問題点を小児外科や泌尿器科の先生方とともに考えていきます。是非この機会にこの疾患についての理解を深めたいと思います。シンポジウム2では、「リプロダクティブヘルス」をテーマに、九州大学法医学教授の池田典昭先生に日本における性被害の現状を専門家の立場から講演していただいた後、アジアオセアニア産婦人科学会(AOFOG)からも演者をお招きし、日本産科婦人科学会(JSOG)も加えた3学会合同シンポジウムを予定しています(同時通訳あり)。シンポジウム3はいよいよ来年に迫った東京オリンピックに向けて、なでしこジャパンのチームドクターを務めた西別府病院の松田貴雄先生を中心に「女性アスリートの健康管理」を取り上げます。また今回もトップアスリートをお

招きし、体験談をお聞きする予定です。シンポジウム4では、「女性の心臓疾患の管理」をテーマに産科が関与する胎児診断、心臓外科・小児科・循環器内科による小児期から成人期における管理、そして再び産科が関与する妊娠中母体管理という移行期医療の視点から考えていきます。

教育講演は、林克彦先生に「生殖細胞」、諸隈誠一先生に「周産期管理」、田口智章先生に「小児期疾患」、中野修治先生に「栄養管理」、柳瀬敏彦先生に「アンドロロジー」、北園孝成先生に「久山町コホートから学ぶ生活習慣病管理」をテーマに

それぞれ講演していただき、ライフステージ順に女性のトータルヘルスケアを学べるようにしています。

学会指定プログラムでは武田卓先生に「思春期から老年期までの漢方治療」を講演していただきます。日本専門医機構共通講習では「感染対策」と「医療安全」を予定しております。モーニング・ランチョン・スポンサードセミナーも盛りだくさんです。女性医学の広い範囲で一般演題を募集しておりますので、ご応募をよろしく願います。

皆様のご参加を

会場近くには福岡ドームや、昨年新たにオープンした大型ショッピングモールもあります。学会の時期は秋も深まり、水炊きやもつ鍋、新鮮な魚など博多の食材が美味しい季節です。近辺の太宰府や柳川などは紅葉が美しく、観光も楽しんでいただけます。多数の皆様のご参加を心よりお待ちしております。

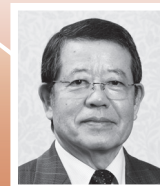
第34回 日本女性医学学会 学術集会のご案内



九州大学大学院
医学研究院生殖病態生理学分野教授
加藤聖子



思春期女性の妊娠



あおり女性ヘルスケア研究所 蓮尾 豊

はじめに

10代の人工妊娠中絶(以下、中絶)と出産は一般の印象とは異なり2001年をピークに毎年減少しているが10代妊娠の多くが中絶につながることで、出産した場合も学業の中断、貧困、育児、児童虐待などさまざまな問題を含んでいる。しかも、15歳以下に限れば妊娠・出産件数はほとんど変化がなく、年によっては増加傾向もみられている。予期せぬ妊娠・出産を減少させる決定打はないのかもしれないが、中高校生に対する性教育の役割は大きい。私は1995年に青森県教育委員会から産婦人科校医の委嘱を受け20年以上中高校生に対して性教育を続けている。思春期妊娠の現状と課題、性教育の役割などに関して述べる。

思春期妊娠の現状

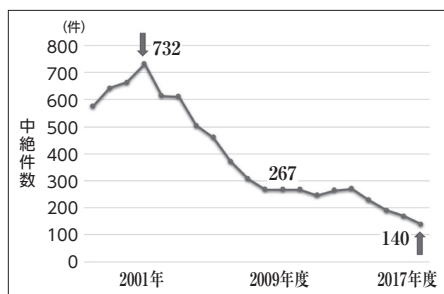


図1 青森県における10代の中絶件数の推移 (2001年までは暦年、2002年からは年度)

降年々増加の一途をたどり2001年には13.0にまで急上昇した。この状況は地方都市でも全く同じであり、それまで大病院や地域の基幹病院に勤務していたときには経験することのできなかった思春期の現状に直面した。この状況がいつまで続くのだろうかと思っていたが、2002年からは毎年減少し2017年度の中絶実施率は4.8にまで低下した。青森県でも2001年には県内で732件にまで上昇した10代の中絶件数が2017年度には140件、1/5以下にまで減少した(図1)。全国一律に中絶が減少した理由は1999年にやっと認可された低用量経口避妊薬(以下、OC)や性教育の成果と考えたいが、国内でそれほど増えていないOCの普及や全国的な性教育の現状をみると、確信を持つことはできない。減少したとはいえ2016年度の年齢別妊娠数(全国)をみると、15歳未満では266件であり、出産したのも46名となっている。さらにこの中には14歳以下で第2子出産のケースもある。18歳以下の妊娠は13,648件、出産は5,093件。17歳だけをみても年間3,954件

表 若年者の出産数、中絶数(全国) 2016(平成28)年度

年齢(歳)	出産数(A)	中絶数(B)	妊娠数(A+B)
< 15	46	220	266
15	143	619	762
16	570	1,452	2,022
17	1,437	2,517	3,954
18	2,897	3,747	6,644
19	6,002	6,111	12,113
< 20	11,095	14,666	25,761

出産数は平成28年 中絶数は平成28年度
 出典：厚生労働省平成28年度衛生行政報告例
 平成28年人口動態統計

の妊娠、その中の2,517名は中絶を選択し、1,437名は出産をしている(表)。毎年こんな現状があることを一般の方だけでなく、

私は1995年に青森県弘前市で婦人科クリニックを開業したが、その年の全国の中絶実施率(女子人口1,000対)は6.2で長く同じような数字が続いていた。

しかし、それ以降年々増加の一途をたどり2001年には13.0にまで急上昇した。この状況は地方都市でも全く同じであり、それまで大病院や地域の基幹病院に勤務していたときには経験することのできなかった思春期の現状に直面した。この状況がいつまで続くのだろうかと思っていたが、2002年からは毎年減少し2017年度の中絶実施率は4.8にまで低下した。青森県でも2001年には県内で732件にまで上昇した10代の中絶件数が2017年度には140件、1/5以下にまで減少した(図1)。全国一律に中絶が減少した理由は1999年にやっと認可された低用量経口避妊薬(以下、OC)や性教育の成果と考えたいが、国内でそれほど増えていないOCの普及や全国的な性教育の現状をみると、確信を持つことはできない。減少したとはいえ2016年度の年齢別妊娠数(全国)をみると、15歳未満では266件であり、出産したのも46名となっている。さらにこの中には14歳以下で第2子出産のケースもある。18歳以下の妊娠は13,648件、出産は5,093件。17歳だけをみても年間3,954件

産婦人科医ですら知らない場合も多いのではないだろうか。

思春期妊娠・出産がさらに減少するために

思春期妊娠、そして出産のすべてが予期せぬものとは限らない。しかし、その多くは予期せぬ妊娠で中絶を選択せざるを得ない、または妊娠22週を過ぎ出産せざるを得ない状況となったものであろう。この状況をつくらないために必要なことは妊娠の仕組み、避妊、妊娠期間、妊娠関係の法律、子育てなどに関する知識を性教育で伝えることである。もちろん、性行動は知識を持っているからといってブレーキがかかるとは限らないが、知識がなければ防ぎずもない。高校に入学すると中絶、出産、性感染症は一気に増加する。だからこそ中学校を卒業するまでに必要な知識をもって欲しいと願っている。

中高校生に対するOCの伝え方

思春期で子どもを育てることは困難だから「性行為をするべきではない」という一言で問題が解決するのであれば事は簡単だが、先述したような現状を考慮すると中高校生に対しても避妊法の知識は必要である。

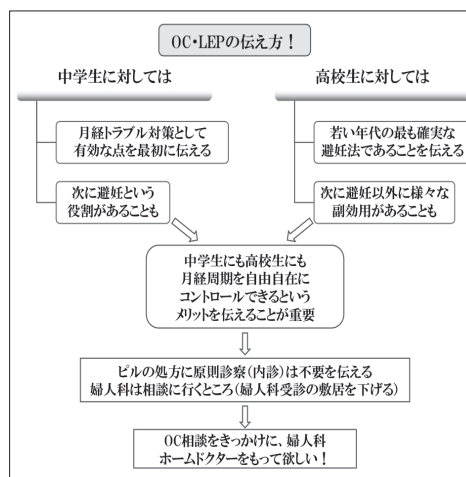


図2 中高校生へOCを伝え、婦人科受診につなげる

問題はその伝え方である。学校関係者や保護者の理解を得るためにも私は中学生に対しては月経痛や月経周期調整としてOC・Low dose estrogen-progestin(以下、LEP)の役割を強調し、その後に若い年代の最も確実な避妊法はOCであることも加えている。高校生に対しては現状を考慮し、最初に若い年代での確実な避妊法はOCだけ、コンドームはむしろ性感染症予防の役割と考えて欲しいと強調している。高校生に対しても月経周期調節を含めたOC・LEPのさまざまな役割を伝えるのは当然のことである(図2)。

緊急避妊(以下、EC)についても説明している。今、ECのOTC化やオンライン処方が議論されているが、ECに関して大事なことは、手に入りやすさとともに、EC処方をつきかけにより確実な避妊法であるOC服用につなげる努力をわれわれ産婦人科医が実践することであると考えている。

おわりに

思春期妊娠を考えると、中高校生への性教育の機会にOC・LEP・ECの伝え方の工夫をすることが重要である。その結果、婦人科受診の敷居が下がり、多くの産婦人科医が思春期から女性の生涯にわたる健康にかかわることができるのではないだろうか。

プレコンセプションケア

—もっとすてきな自分にそして未来の家族のために—

国立研究開発法人国立成育医療研究センター周産期・母性診療センター母性内科 荒田尚子



プレコンセプションケアとは

コンセプションとは受胎を意味し、プレコンセプションケアは適切な時期に適切な知識・情報を女性やカップルを対象に提供し、将来の妊娠のためのヘルスクエアを行うことと定義される¹⁾。

ヘルスリタラシーを向上させることで妊娠前の女性やカップルの健康状態が改善され、より安全かつ安心な妊娠・出産が可能となり、結婚、妊娠・出産、子育て、仕事を含めた将来のライフデザインを描けるようになる。さらに、女性のみならず、カップル・将来の子どもたちの長期的な健康増進に貢献し、最終的に健康寿命の延伸に繋がることが予想される。

海外では、2006年に米国疾病管理予防センターが¹⁾、2012年には世界保健機関がプレコンセプションケアを本格的に推奨し²⁾、世界産婦人科連合もプレコンセプション期の栄養の重要性に関する推奨を出した³⁾。わが国では、国立成育医療研究センターにプレコンセプションケアセンターが2015年11月に開設された⁴⁾。

多くの先進諸国において、周産期医療の進歩に伴い妊産婦死亡率や周産期死亡率は劇的に低下している一方で、先天異常、児の未熟や母体合併症に伴う乳児死亡は減少していないことから、プレコンセプションケアに注目が集まった。

わが国における平均出生体重の低下

わが国は、世界有数の周産期死亡率および妊産婦死亡率の低い国であるが、経済協力開発機構加盟国(OECD)35カ国の中で最も低出生体重児の割合が増加し、その頻度がOECD35カ国の平均6.5%に対し日本は9.5%と最も頻度が高い国の一つになっている(OECD Family Database 2017年)。また、日本での現在の平均出生体重は、1960年前後に出生した祖母世代から約100g減少し、1970年から80年代に出生した母親世代から約180g減少している。これらの結果は、日本において、疾病発症リスクの高い子どもが増える可能性を示唆するものであり、小児生活習慣病・発達障がい・将来の健康障がい等の更なる増加が、先進国の中で最も危惧される状態にあるといえる⁴⁾。

わが国での出生体重低下の原因の一つとして、若い女性の生活スタイルの乱れやボディイメージの変化などに起因するやせの増加が注目されている。若い女性の栄養状態の改善は、わが国におけるプレコンセプションケアの重要性を唱えるうえで重要な課題の一つといえる。

わが国の実情を踏まえたケアの確立を

また、女性のキャリア形成、結婚率低下、晩婚化による出産年齢の高年齢化、さらには生殖医療技術の向上に伴う生活習慣病や慢性疾患をもった女性の妊娠の増加、小児期・思春期・若年齢で病気になった女性や未熟児や低出生体重で出生した子どもたちが医療水準向上によって妊娠可能になってきていることなどが、リスクの高い妊娠を増加させている可能性がある⁴⁾。

わが国の実情に合った、プレコンセプションケアの確立と普及および、これまでに妊娠・出産や次世代への影響に関する情報が十分ではなかった病気や状態の男女について、調査・研究が今、必要である。

プレコンセプションケアに重要となるリスク因子とケアの有効性のエビデンスが2008年の米国疾病管理予防センターの推奨指針に示されている¹⁾。成育医療研究センターで作成した日本の実情に合わせたプレコンセプションケアチェックリストも参考にさせていただけたら幸いである(<https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/preconception/>)。現在、プレコンセプションケアセンターの全国ネットワーク化を進めているので是非ご協力いただきたい。

参考文献

- 1) Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al: Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 55(Rr-6): 1-23, 2006. (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>)
- 2) WHO. Preconception Care; Maximizing the gains for maternal and child health. Policy brief. Geneva: WHO, 2013.
- 3) Hanson MA, Bardsley A2, De-Regil LM, et al: The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First". Int J Gynaecol Obstet; 131(Suppl 4): S213-253, 2015.
- 4) 荒田尚子：プレコンセプションケア。日本抗加齢医学学会雑誌 14(3): 347-352, 2018.



医療法人社団愛友会伊奈病院整形外科部長 石橋英明

ロコモティブシンドロームと運動器の健康

ロコモティブシンドローム（以下、ロコモ）は運動器の脆弱化を包括的に表す概念で、「運動器の障害により移動機能が低下した状態」と定義され、進行すると要介護リスクが高まる。運動器の障害とは運動器疾患と運動機能低下を意味する。

わが国の高齢化率は、今後20年間は増加の一途をたどる。さらに、高齢者の中でも年齢が高い層が増えていく「高齢者の高齢化」が進むと考えられる。そして高齢者の中でも年齢が高いほど、要支援・要介護の認定率が急峻に増える。介護予防はわが国にとって重大な課題である。

国民生活基礎調査では、転倒・骨折や関節疾患などの運動器に関連する要支援・要介護認定者は全体の約25%に達することがわかっている。したがって、健康寿命の延伸には運動器の健康を維持することが重要であり、すなわちロコモ予防が不可欠であるといえる。

特に女性は男性に比べて骨粗鬆症罹患率が多く、筋量は少なく、変形性股関節症や変形性膝関節症にもかかりやすい。したがって、運動器の問題、つまりロコモは特に女性に深くかわかる問題であるといえる。

ロコモティブシンドロームの評価法

ロコモの評価は、簡便な自己チェック法である「ロコモーションチェック（ロコチェック）」と、ロコモの判定法である「ロコモ度テスト」で行う。

ロコチェックは、「片脚立ちで靴下がはけない」「階段をのぼるのに手すりが必要である」などの7項目の質問からなる自己チェック法であり、1つでも該当項目があると、その時点で運動機能低下が疑われ、ロコモのリスクがあると考えられる。

「ロコモ度テスト」は、3つのテストで構成される。下肢筋力を評価する「立ち上がりテスト」（何cmの台から両脚または片脚で立ち上がれるか）、下肢筋力やバランス能力、柔軟性を評価する「2ステップテスト」（最大2歩幅を身長で割った値で判定する）、運動器障害の早期発見のための調査票「ロコモ25」である。ロコモ度テストには、ロコモが始まった状態を示す「ロコモ度1」と、ロコモが進行した状態を示す「ロコモ度2」の2つのレベルの判定値が設定されている。例えば立ち上がりテストでは、片足で40cmから立ち上がれなくなったらロコモ度1で、この段階でロコモと判定される。

ロコチェックやロコモ度テストで、早めにロコモを察知して対策に努めることが勧められている。

ロコモティブシンドロームの対策

ロコモの対策は、次の4つである。①運動習慣の獲得、②

適切な栄養摂取、③活動性の高い生活、④運動器疾患に対する評価・治療。運動習慣についてはすべての運動が有用であるが、特に日本整形外科学会からはロコモーショントレーニング（ロコトレ）が推奨されている。これは、スクワット、開眼片脚起立、ヒールレイズ、フロントランジから構成されるロコモ予防の中心的な運動である。栄養に関しては、バランスのとれた食事と十分なたんぱく質、カルシウム、ビタミンD、ビタミンKの摂取が重要である。また、社会参加や外出の多い活動的な生活も推奨される。そして、運動器疾患や運動器関連の痛みが生じた場合などは、早めに医療機関を受診して正確な診断と適切な治療を受けることがロコモの進行を防ぐ。

ロコチェックやロコモ度テストの具体的な内容、ロコトレの方法については、ロコモチャレンジ！推進協議会のホームページ（<https://locomo-joa.jp/>）を見ていただきたい。

骨粗鬆症とロコモティブシンドローム

骨粗鬆症は骨強度の低下によって骨折リスクが高まった状態で、脆弱性骨折と骨密度低下によって診断する。骨粗鬆症そのものは症状がなく、その治療目標は骨折の防止である。

骨粗鬆症の予防策は、骨粗鬆症の早期発見と適切な治療である。治療は運動と栄養と薬物治療の3者が重要で、骨粗鬆症の治療薬は骨折の発生を概ね半分に抑制することが大規模臨床試験で示されている。女性の場合、骨粗鬆症の早期発見のためには閉経前後で一度、骨密度を測定しておくことが勧められる。成長期に十分な骨量が得られているかを知るためと、閉経後の骨量減少の経過を知るための初期値になるからである。

骨折予防のためには、転倒リスクを減らすことも重要である。転倒のリスク要因は内的要因と外的要因に分かれる。外的要因は家庭内での床の障害物や照明などの環境要因である。内的要因の中で最も重要なリスクは運動機能の低下と運動器疾患であるが、運動介入による転倒予防効果が証明されている。筋力やバランスを強化する多因子の運動を続けることで、集団での運動指導でも、自己運動でも転倒リスクが7割に減る。このため、ロコモの対策は主に運動機能を高めることが目的とされているので、転倒予防にもつながると考えられる。実際、スクワット、片脚立ち、ヒールレイズといったロコモーショントレーニングで、女性の転倒頻度が減少したことが示されている。

骨粗鬆症もロコモも女性に多い問題で、高齢期の健康に深く関わる一方で、早くからの予防、対策が不可欠である。女性の健康を維持するための重要なポイントとして、骨粗鬆症とロコモの予防を念頭に置いていただければ幸いである。

更年期のうつ病とその対応



東京女子医科大学東医療センター精神科部長・臨床教授 大坪天平

はじめに

加齢により卵巣機能が次第に低下し、無月経が1年間続いた時最終月経をもって閉経とする（日本産婦人科学会）。わが国の平均閉経年齢は49.5歳なので、更年期はおよそ、45～55歳といえる¹⁾。

更年期症状の機序

更年期の生物学的特徴は卵巣機能低下に基づくエストロゲン、プロゲステロンの分泌低下と、フィードバック機能に基づく下垂体からの性腺刺激ホルモン（卵胞刺激ホルモン：FSH）、黄体化ホルモン（LH）の上昇という内分泌学的変化である²⁾。

さらに、更年期の女性は、心理学的に成人期から老年期への移行期間である中年期と重なり、人生の転換期でもある。更年期は、近づいてくる老年期を見据えながら、アイデンティティの見直しが必要になる、いわゆる中年期危機の可能性をはらむ時期でもある。

更年期のうつ病の治療

Naito ら³⁾によれば、fluvoxamine という選択的セロトニン再取り込阻害薬（SSRI）と milnacipran というセロトニン・ノルアドレナリン再取り込阻害薬（SNRI）を男女125人のうつ病患者に6週間使用したところ、SSRIでは若年女性のほうが高齢女性や男性より抑うつの改善度が高かったが、SNRIでは若年女性、高齢女性、男性の間で差はなかった。Higuchi ら⁴⁾によれば、やはり fluvoxamine というSSRIを男女100人のうつ病患者に6週間使用したところ、Naito らの報告と同じように、抑うつの改善度は若年女性の方が高齢女性より有意に高く、男性はその中間程度であった。

さらに、Zanardi ら⁵⁾は170人の更年期女性のうつ病患者にSSRIを7週間使用し、そのうち47人にはホルモン療法（HT）を併用し、123人にはHTを併用しなかった。結果、抑うつ

改善の反応率はHT併用群が83.7%、非HT併用群が63.2%とHT併用群のほうが高かった。かつ、非HT併用群の中では、治療開始前のLH濃度が低いほど抑うつの改善度が高かった。

実は、Carretti ら⁶⁾の報告にあるように、髄液中LH濃度と free tryptophan (FT)、total tryptophan (TT) の濃度は逆相関しており、更年期のように極端にLH濃度が上昇している状況では、tryptophan が枯渇すると想定される。いうまでもなく tryptophan は必須アミノ酸の一つで、セロトニンの前駆物質なので、更年期にはセロトニンが枯渇していると考えられる。そのような状況下で、SSRIを投与しても、シナプス間隙において前シナプスで再取り込阻害をするほどのセロトニンがないので効果が期待できないと考えられる。よって、Naito ら³⁾や Higuchi ら⁴⁾の報告のように、高齢女性におけるSSRIの反応性が低下したと考えると理解しやすい。

おわりに

まとめると、月経のある女性にはSSRIが、更年期後の女性にはセロトニン再取り込作用以外を持つSNRIか mirtazapine、あるいは三環系抗うつ薬の方が効果を期待できる可能性がある。

参考文献

- 1) 玉田太朗, 岩崎弘和: 本邦女性の閉経年齢. 日本産科婦人科学会雑誌 47(9): 947-952, 1995
- 2) Burger HG, Dudley EC, Hopper JL, et al: Prospectively measured levels of serum follicle-stimulating hormone, estradiol, and the dimeric inhibins during the menopausal transition in a population-based cohort of women. J Clin Endocrinol Metab 84(11): 4025-4030, 1999
- 3) Naito S, Sato K, Yoshida K, et al: Gender differences in the clinical effects of fluvoxamine and milnacipran in Japanese major depressive patients. Psychiatry Clin Neurosci 61(4): 421-427, 2007
- 4) Higuchi H, Sato K, Naito S, et al: Differential clinical effects of fluvoxamine by the effect of age in Japanese female major depressive patients. Neuropsychiatr Dis Treat 5: 151-155, 2009
- 5) Zanardi R, Rossini D, Magri L, et al: Response to SSRIs and role of the hormonal therapy in post-menopausal depression. Eur Neuropsychopharmacol 17(6-7): 400-405, 2007
- 6) Carretti N, Florio P, Bertolin A, et al: Serum fluctuations of total and free tryptophan levels during the menstrual cycle are related to gonadotrophins and reflect brain serotonin utilization. Hum Reprod 20(6): 1548-1553, 2005

一般社団法人日本女性医学学会入会手続きのご案内

2019年3月31日で会員数3,687名となっております。
入会希望のかたは、右記事務局までご連絡ください。
なお、当ニューズレターについてのお問い合わせ、
ご投稿先は最終面に記載してあります。

一般社団法人日本女性医学学会 事務局連絡先:

〒102-0083 東京都千代田区麹町5-1
弘済会館ビル(株)コングレ内
TEL 03-3263-4035
FAX 03-3263-4032



性暴力被害の現状と 産婦人科医の果たすべき役割



恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院院長 安達知子

暴力的性被害の実態 — 認知件数は氷山の一角

強制的性交等罪（従来の強姦）は魂の殺人ともいわれる大きな犯罪である。強制的わいせつと合わせた暴力的性被害の認知件数は、2017年の統計で年間約7,000件、19歳以下はその約半数、12歳以下がほぼ1,000件（強姦は70～80件）と報告されている。一方、内閣府が2017年に行った一般女性における強姦被害（男性から無理矢理に性交された経験）は13人に1人と高い頻度であったが、60%がだれにも相談しておらず、警察に相談したのはそのうちのわずか2.8%であった。このことから、性犯罪の多くは届け出がされておらず、認知件数は氷山の一角に過ぎない。その理由として、加害者の75%以上は、家族や交際相手を含めて少なくとも知人以上の関係者であること、被害者の半分以上が未成年であること、恥ずかしくて、思い出したくなくて、自分さえ我慢すればよいと思っていることなどが挙げられている。

国による被害者支援の開始と 日本産婦人科医会の対応の経緯

2005年につくられた第一次犯罪被害者等基本計画を受けて、警察庁は2006年「強姦事件の被害者に、緊急避妊や中絶手術の費用などを全額支給する」方針を固め、公費負担の予算が計上された。これは、被害後の医療費の負担を軽減し、医療機関へ受診しやすくするためのみならず、同時に警察への届け出を推進し、加害者の検挙につなげるためのものである。

これを受けて、産婦人科医の所属する日本産婦人科医会（以下、医会）は、性犯罪被害者の診察に慣れていない産婦人科医に向けて、「性犯罪被害者への対応・診療マニュアル」を作成し、また、診療にかかわる費用の警察当局への請求指導を行った。さらに、広く産婦人科専攻医にも「被害者への対応」の知識が普及するように日本産科婦人科学会と共同して、産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編2011に、「性暴力に遭った女性への対応は？」の項目を作成した。このガイドラインの内容は3年ごとにバージョンアップしている。また、2011年12月に、実地医療の場で使いやすい、警察や被害者支援団体などとも共有すべき必要な患者情報、あるいは被害者の診療の手順や記載の漏れを防ぐため、診療カルテチェックシートを作成し、医会のホームページにアップし

た。診察医ならびに医療スタッフは、まだ警察への通報がなければそれを被害者に勧めること、同伴者が加害者である場合も念頭に置くこと、何より安易な慰めや説教のことは必要ではない。セカンドレイプとなる可能性があることに注意しなくてはならない。

被害者支援は長期にわたる総合支援 — 医療職間を超えた多職種連携

2008年から医会は、警察庁、警視庁をはじめ、性暴力被害者の支援に係る団体や識者、すなわち、産婦人科医、精神科医、看護師、心理士、近年は救命救急医などの医療関係者、弁護士、支援員、内閣府などの行政関係者との年1回の意見交換会を毎年行っている。さらに47都道府県産婦人科医会へ向けて、産婦人科医と都道府県警察への協体制の状況や性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援センターの運営にかかわる諸問題についての調査を経年に行っている。このワンストップ支援センターとは性暴力被害者が可能な限り一カ所であらゆる支援（被害当初の医療支援、警察への通報をはじめとするさまざまな手続きに付き添う支援、社会的・経済的支援、メンタルケアなどを含む長期支援）を受けられる、あるいは繋がられるセンターであり、2018年10月の時点で全国の47都道府県に1つ以上設置されたが、まさに産婦人科医の働きはその最も重要な部分を担うともいえる。しかし、急性期に必要な診療のみならず、その後のケア（心理士、精神科医）をはじめ、子供や近年被害者が男性にまで拡大されたことから男性の性被害の診察にたけた小児外科、泌尿器科、肛門外科の医師との連携はこれからの課題である。

また、センターが設置されたからといって、その運営がスムーズに行われているとは限らない。すなわち、被害者に対して、24時間365日の医療提供を含めた被害者支援ができていないセンターは2018年度の調査では39%、運営資金の問題、支援員の確保やその教育、地元におけるセンターの周知度など課題は多い。なお、最も問題であった、医療機関で検査や処置を受けたにもかかわらず、警察に通報しない被害者に対しても、内閣府により性犯罪・性暴力被害者支援交付金が創設され、2017年度より、センターの運営と被害者の診療費等に交付できるようになった。しかし、国と都道府県との共同の支援であるため、都道府県の考え方によって、医療支援の内容に制限があり、十分にカバーできていないといえる。

おわりに

子供たちが被害者となる頻度が高いことから、幼児期・学童期から思春期にかけて、男女ともに生命の大切さをはじめ、男と女の身体の仕組みや成長が異なることなどの学校における性の健康教育を充実させることが必要である。産婦人科医に期待される役割として、これらに参画することのほかに、

特に性暴力により感染や妊娠が起こる可能性、性暴力遭遇時の行動—医療機関受診などについて、子供たちのみならず、保護者に向けて情報の提供や教育を行うことが挙げられる。学校においても、地域の産婦人科医、学校関係者、教諭、スクールカウンセラーなどワンストップ支援センター、地域を巻き込んだネットワークづくりを進めていただきたい。

訂正 前号1頁図中の表記に誤りがありましたので訂正します。 誤：ALD → 正：ADL（編集部）

編集後記

新しい元号が「令和」に決まり、ニューズレターは24巻第3号の発行となりました。本号にて加藤聖子先生には、11月に福岡にて開催される第34回日本女性医学学会学術集会について、テーマである「女性の一生を診る」の解説やプログラムの紹介を頂きました。蓮尾豊先生には思春期女

性の妊娠の現状について、低用量経口避妊薬の認可により中絶数や出産数は減少傾向にあるが、更に減少するためには性教育での伝え方の工夫が重要であるとの解説を頂きました。石橋英明先生にはロコモティブシンドロームと骨粗鬆症について、女性の健康寿命の延伸には運動器の健康維持が重要であり、予防として運動習慣と栄養の重要性や骨粗鬆症の早期発見の重要性について解説して頂きました。荒田尚子先生にはプレコンセプションケアの定義と、わが国の平均出生体重の低下とい

う課題や実情を踏まえたケアの確立について解説を頂きました。大坪天平先生には更年期のうつ病と治療について、月経のある女性にはSSRI、更年期後の女性にはSNRIや三環系抗うつ薬が効果的であるとの解説を頂きました。安達知子先生には、性暴力被害の実態と産婦人科医の被害者への対応・診療について、また長期にわたる総合支援の必要性とそのためには医療機関を超えた多職種の連携が必要であることを解説して頂きました。

（編集担当 橋本 和法 2019年4月30日記）

2019年5月発行



■ 発行／一般社団法人 日本女性医学学会 ■ 編集担当／橋本 和法

■ 制作(連絡先)／株式会社 協和企画

〒170-8630 東京都豊島区東池袋 3-1-3 ワールドインポートマートビル 8 階
TEL : 03-5979-1400 FAX : 03-5992-5925

■ 発行協力／富士製薬工業株式会社