

女性ヘルスケア委員会

委員長 若 槻 明 彦

副委員長 高 松 潔

委 員 苜原 稔, 大道 正英, 倉智 博久, 甲村 弘子, 古山 将康,
早川 智, 水沼 英樹, 森重健一郎

会議開催

全体会議3回, 小委員会7回

常置的事業

1. 産婦人科における乳腺疾患管理のあり方に関する小委員会
2. 婦人科悪性腫瘍に対する治療がおよぼす生活習慣病・骨密度への影響に関する疫学調査小委員会
3. 婦人科術後患者のヘルスケアに関する小委員会
4. 本邦の産婦人科における骨盤臓器脱に対する手術療法の実態調査小委員会
5. 本邦における産婦人科感染症実態調査小委員会
6. 女性アスリートのヘルスケア小委員会
7. 女性のヘルスケアアドバイザー養成プログラムに関する小委員会
8. 低用量経口避妊薬, 低用量エストロゲン・プロゲステン配合剤のガイドライン作成小委員会

1. 産婦人科における乳腺疾患管理のあり方に関する 小委員会報告

小委員長: 苜原 稔

委 員: 鎌田正晴, 甲村弘子, 佐伯俊昭,
土橋一慶

研究協力者: 加藤剛史, 漆川敬治

1) はじめに

近年, 日本においては女性の少子高齢化と少産化が急速に進行し, 女性疾患の内容や医療のあり方, さらに一般社会からの女性医療に対する要望は大きく変遷している。そのため, 日本産科婦人科学会では平成23年度から4番目の専門委員会として「女性ヘルスケア委員会」を設置し, この変遷に対処することとした。その中で, 乳房は女性ヘルスケアが対象とすべき主要性器のひとつとして, とみに重要性が増している。

乳房は女性性器のひとつであり, 生涯を通じた女性ヘルスケアの重要な対象臓器と考えられるので, 乳房管理は産婦人科医療および女性医療の一環として必要性の高い領域と考えられる。しかし, 従来の産婦人科医療での乳房管理は, 思春期異常や排卵障害などの内分泌疾患の診断の指標, あるいは妊娠褥婦などの健診の一部として行われてはいたが, 良悪性疾患を含めた

対象臓器として管理するという位置付けはなかった。しかし, たとえば日本人の食の欧米化による全年齢での乳がん罹患の増加, 高齢少産化による妊娠分娩期乳がんの増加などで, 乳がんは女性がんでも多くなりかつ増加傾向にある。一方, 乳がん検診を希望する女性の80%が産婦人科で行われることを希望している。さらに, ホルモン補充療法(HRT)は閉経前後の女性疾患予防に有用性があるが, 乳がんとの関連性が指摘されており, HRT中の乳房管理のあり方も重要である。さらに, 将来の健やかな女性の成長と成熟のため, 思春期女性に対して正しい乳房管理を行うことも重要である。

このように, 生涯を通じた女性ヘルスケア医療を展開するうえでは, 乳房管理を産婦人科医療の中に定着して行く必要があるが, 現在のところ産婦人科領域で乳房管理がどのようにあるべきかの指針は示されていない。また, 遅れている乳房管理の技術取得についても適切な方向性が示されていない。これからの女性ヘルスケアの充実と発展の観点から, 早急に最近の知見, 他学会との連携を基本に, 臨床管理指針を作成する必要性があると考えられる。

そこで, 平成25~26年度日本産科婦人科学会女性へ

ルスケア委員会(若槻明彦委員長)では、産婦人科における乳腺疾患管理のあり方に関する小委員会を設置し、産婦人科医による乳房管理の在り方を検討し、管理指針を作成したので報告する。

2) 産婦人科における乳房疾患管理の基本的な考え方

産婦人科医が習得すべき乳房疾患は基本的に以下とするのが適当である。

(1)乳房の解剖、組織、生理機能、発生・発達・老化の特徴

(2)良性乳腺疾患

産婦人科医が頻繁に遭遇する良性乳房疾患として、①乳腺炎、②乳腺症、③思春期早発症、④乳頭異常分泌が挙げられる。これらの疾患について、病態、診断、治療方針に関し、十分な知識と技能を持つべきである。

(3)乳がん検診

乳房管理において乳がん検診は最も重要な項目である。乳がん検診には対策型(行政検診)と任意型(個人検診)があるが、産婦人科医は積極的に参加すべきである。そのために、乳がん検診の方法としての「マンモグラフィ(MMG)検診」と「乳房超音波検診」があり、その両方の知識と技能において一定のレベルにあるべきである。また、MMG検診および乳房超音波検診の総合判定法についても知るべきである。また、応用編として穿刺細胞診や針生検法、各種悪性組織の特徴についても知識をもつべきである。

また、産婦人科医の特徴として、妊娠中の乳がん検診、HRT中の乳がん検診などには特に配慮すべきであり、産婦人科医自身が積極的に取り組むべきである。妊娠中に発生する乳がんの早期発見を目的とした場合、視・触診法と乳房超音波断層法を用いた画像診断が重要である。また、HRTの乳房管理については、最近のHRTの乳がん発症に関する知見を収集し、その情報を整理しておくべきである。

さらに、乳がんの疫学、診断、治療法に関する基礎的、一般的な知識、最新情報を得ておくべきである。

3) 疾患別の指針項目

以下に、疾患別の管理指針の項目を示す。詳細は後日日産婦誌に掲載される女性ヘルスケア委員会報告を参照していただきたい。

1. 良性乳腺疾患(疾患の病態、診断、治療方針を示す)

- 1) 乳腺炎
- 2) 乳腺症
- 3) 思春期早発症
- 4) 乳頭異常分泌

2. 一般乳がん検診

1) 乳がん診療の基礎知識

2) 乳がん検診の方法

(1)MMG 検査

(2)乳房超音波検診

(3)MMG 検診および乳房超音波検診の総合判定

3. 妊娠中における乳がん検診

4. ホルモン補充(HRT)と乳がん検診

5. 乳房管理のための技術研修方法

1) MMG 講習会

2) 超音波講習会

3) 教科書

4) 関連学会

2. 婦人科悪性腫瘍に対する治療がおよぼす生活習慣病・骨密度への影響に関する疫学調査小委員会

小委員長：大道正英

委 員：澤田健二郎、篠原康一、森重健一郎、田辺晃子

1) 背景

卵巣癌、子宮内膜癌、子宮頸癌に対する集学的治療の進歩に伴い、癌患者の長期生存が期待できるようになった。一方で長期健康に関する調査・疫学は行われていないため癌治療によって受けた健康障害がその後の患者の健康と生活の質に対してどのように影響があるかは不明である。また、婦人科悪性腫瘍の場合、有経であっても両側付属器を含む外科的治療を必須とする場合が多く、脂質代謝や骨代謝への影響は想像に易い。また、白金製剤を含む抗癌剤治療を受けた精巣癌の克服男性における循環器疾患の罹患率の高さに関して多数報告されており、性腺機能喪失のみでは説明がつかない抗癌剤による生活習慣病リスクが注目されつつある。さらに抗癌剤治療は、併用される高用量ステロイドの影響、放射線による骨への直接作用、入院期間の延長に伴う不動状態といった骨密度減少が懸念されるにもかかわらず、それらに留意した診療は行われていないのが実情である。

2) 目的

本委員会は婦人科悪性腫瘍治療後の生活習慣病リスクと骨代謝への影響を後方視的・前方視的に調査し、スクリーニングする意義を証明することを目的とする。

3) 方法

後方視的調査：

婦人科悪性腫瘍の治療後患者を登録し、(1)生活習慣

病(高血圧, 脂質代謝異常, 糖尿病, 骨粗鬆症)の発症や病状変化, (2)骨密度変化, (3)脆弱性骨折, 心血管疾患, 血栓性疾患の発症などについて問診やカルテからの情報をもとに抗癌治療が及ぼす影響を調査する。

前方視的調査:

術後5年にわたり, (1)生活習慣病(高血圧, 脂質代謝異常, 糖尿病, 骨粗鬆症)の発症や病状変化(2)骨密度変化(3)脆弱性骨折, 心血管疾患, 血栓性疾患の発症の正確な罹患率を算出し, 抗癌治療が及ぼす影響を疫学的に調査する。

I. 平成26年度事業活動

後方視的研究の結果の一部を下記する。

抗癌剤が血管・脂質プロファイルに与える影響

卵巣癌・子宮内膜癌において, TC療法の直前・直

後でFMDを計測し, TCが血管内皮に及ぼす影響を検討した。図1に示すように, 点滴直前のFMDは平均6.2%であったが, 点滴直後は3.3%と有意に減少しており, TCの直接的な血管内皮障害が示唆された。さらに, 癌の診断直後にbaPWV(brachial-ankle pulse wave velocity)を測定し, 手術・TC療法を終了し約1年経過した時点で2回目を測定した。図2に示すように, 手術群に比しTC併用群では有意にbaPWVが増加しており, TC療法は血管の硬化を進行させることを示唆していた。興味深いことに, TC併用群で治療後の血清中性脂肪が有意に上昇しており, 脂質異常を起こしていることが血管内皮障害や血管の硬化の原因の一つではないかと考えられた。

婦人科悪性腫瘍治療が骨に与える影響

婦人科悪性腫瘍の有経女性に対して手術療法と子宮頸癌(CC)にはCCRT, 子宮内膜癌(EC), 卵巣癌(OC)にはTC療法施行群の治療前後で骨代謝マーカーと骨密度を測定した。それぞれで, 骨吸収優位の高回転型骨密度減少が引き起こされ, 図3の縦軸は骨密度減少率を示しており, 特に子宮頸癌患者の腰椎骨密度減少は有意であった。

婦人科悪性腫瘍治療後の骨への影響を考慮した管理の必要性が示唆される。

II. 平成27年度事業活動

方法

研究デザイン: 前向きコホート研究, 非介入試験

対象: 本研究の主旨に賛同いただいた大学病院において, 婦人科悪性腫瘍の治療を受ける患者で, 参加同意を書面で得た患者を対象とする。

エンドポイント: 悪性腫瘍治療の種類と脂質代謝, 骨代謝の異常の関連を明らかにする。

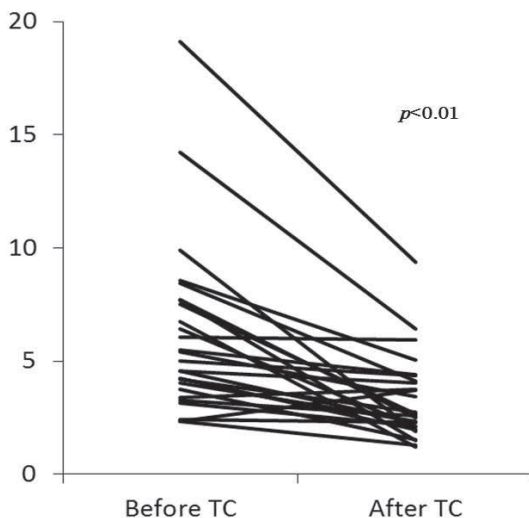


図1 抗癌剤治療におけるFMDの変化

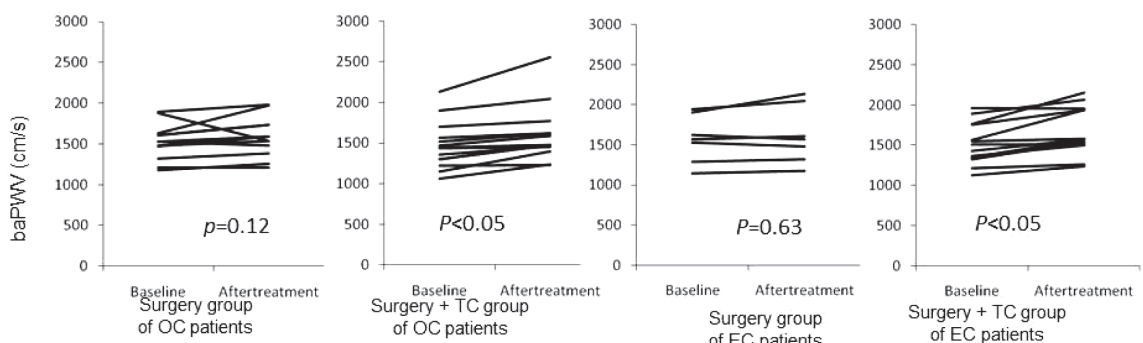


図2 抗癌剤治療におけるbaPWVの変化

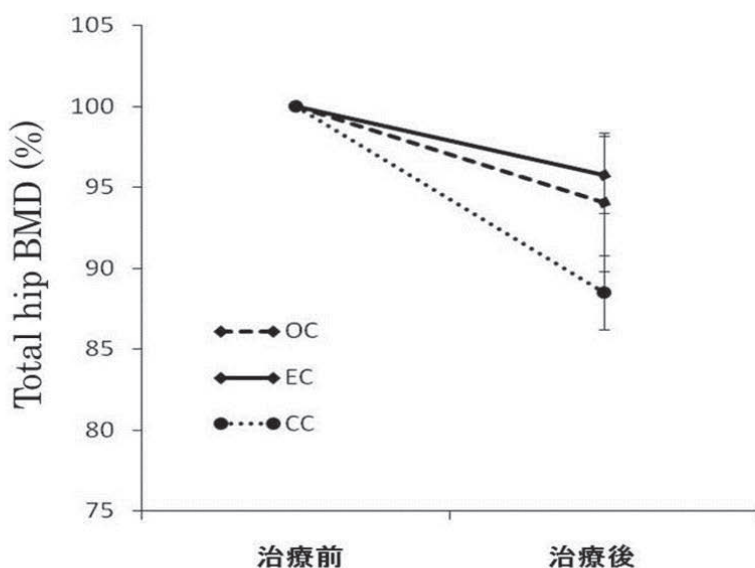


図3 癌治療における骨密度の変化

表1 採血等のスケジュール

	①問診等	②採血等	③骨マーカー	④ DXA
術前	●	● + FSH, E2	●	
BSOを含む手術				
術後約1か月		●		●
術後追加治療				
術後約6か月	●	●		
術後1年	●	●	●	●
術後2年	●	●	●	●
術後5年	●	●	●	●

研究デザイン

卵巣癌、子宮内膜癌、子宮頸癌に対する外科的治療を受ける症例を対象とし、いずれの疾患においても進行期Ⅳ期を除き、無病生存期間が望める患者とする。

Group 1: BSOを含む外科的治療を受け、術後 adjuvant を受けない症例

Group 2: BSOを含む外科的治療を受け、術後に抗癌剤点滴治療を受ける症例

Group 3: BSOを含む外科的治療を受け、術後にCCRTを受ける症例

Group 4: BSOを含む外科的治療を受け、Radiation治療を受ける症例

以上4群間で比較検討する。

本研究での比較対照群(Control群)はGroup 1ということになる。

表1のスケジュールに従い、

- ・手術前(術前スクリーニング)
- ・術後1か月目(術後追加治療前)
- ・術後6か月目(追加治療終了時頃)
- ・術後約1年
- ・術後約2年
- ・術後約5年

以上6点において以下の諸検査を行う。

①問診(既往歴、家族歴、常用薬：特に糖尿病治療薬、高脂血症治療薬、血圧降下薬、喫煙歴、飲酒歴、運動習慣)、身長、体重、腹囲、血圧、脈拍数

付記：腹囲は日本のメタボリックシンドローム診断基準に準じ、臍高の周囲径とする。

②血液学的検査、血液生化学検査(肝機能、腎機能、脂質プロファイル：T-Cho, HDL, TG, LDL, 空腹時血糖値、空腹時インスリン、HOMA)腎機能評価(尿一般定性、血清クレアチニン値、血清尿素窒素値)

付記：LDLは計算値でよい、いずれの項目も保険診療の許容範囲内で測定

③骨代謝マーカー(Ca, TRACP-5b, BAP)

④骨密度を術後1か月およびフォローアップ1年、2年、5年の4点で測定する。(測定機種、バージョンは前もって教えていただくこととするが、基本的にはDXA法による腰椎L1～L4)

エンドポイント

1) 骨粗鬆症、糖尿病、高脂血症、高血圧の発症

2) 骨粗鬆症、糖尿病、高脂血症、高血圧に対する治療方針の変化

3) 脆弱性骨折、心血管疾患(脳卒中、脳梗塞、冠動脈疾患)、血栓性疾患の発症

3. 婦人科術後患者のヘルスケアに関する小委員会

小委員長：倉智博久

委員：大道正英、高橋一広、寺内公一、

林 邦彦、横山良仁

研究協力者：佐々木浩、吉田隆之

1) 背景

卵巣がんや子宮体がんでは卵巣摘出が治療上必要な場合がある。また良性疾患であっても手術をより安全に、また手術の完遂度を高めるにあたり両側卵巣を摘出せざるを得ない場合や、予防的卵巣摘出術を行う場合もある。両側卵巣摘出術は、心血管系疾患や生命予後にも大きく関与し、45歳未満で両側卵巣を摘出した場合は心血管系疾患が増加することが報告されている。また予防的卵巣摘出術により全死亡のリスクが増加することも明らかになっているが、日本人におけるこれらのエビデンスはないのが現状である。また、両側卵巣摘出をしていない場合であっても、婦人科手術そのものが、患者の長期のQOLと、その生命予後に対し、何らかの影響を及ぼすと考えられるが、現在まで明らかになっていない。

婦人科手術が経時的に術後患者に及ぼす影響を明らかにすることで、長期的な患者のQOL向上に貢献できることが考えられるとともに、外来における術後患

者を含む中高年女性のヘルスケアの実践、つまりオフィスギネコロジーの浸透を目指すことができるものと思われる。我々は以下の目的のため、「本邦における婦人科術後患者の健康と予後に関する疫学研究(Japan postoperative women's health study: JPOPS)」を2011年に立ち上げ、現在に至っている。本研究は日本産科婦人科学会臨床研究審査で承認(2014年2月12日)されている。

2) 目的

1. 小委員会に参加している大学(山形大、弘前大、東京医科歯科大、大阪医大)附属病院、および各大学関連病院において婦人科術後患者を登録する。その登録集団の術後において、①更年期障害、②精神神経疾患(うつ、認知機能障害)、③生活習慣病関連(高血圧、脂質代謝異常、糖尿病、骨粗鬆症)、④悪性腫瘍などの正確な罹患率を算出する。

2. 手術術式、とくに卵巣摘出術の有無と、患者背景の解析からリスク因子を抽出し、婦人科術後患者の健康管理指針を作成する。

3) 方法

1. 研究デザイン：前向きコホート研究

2. 対象：研究参加施設において、2011年10月～婦人科手術術後患者で参加同意を得た患者を対象として登録する(随時更新中)。

3. 調査方法：郵送による患者アンケート用紙(調査票)回収方式。

4. 調査例数：目標登録者数3,000例*

5. 調査期間：目標調査年数10年

*生殖・内分泌委員会「婦人科術後患者のヘルスケア」の実態調査に関する小委員会報告(日産婦誌 2011; 63: 1301)の結果から算出

4) 結果

(1) 患者登録状況および基礎疾患有病率

① 2014年10月17日現在の総登録者数は1,146人(目標達成率38.2%)であり、現在1,081人のデータが入力済みである。1,081人の内訳は有経女性707人(41.3±7.3歳)、閉経後女性374人(62.5±8.7歳)である。有経女性においてBSOを受けた患者は168人(45.2±6.3歳)23.8%、卵巣温存された患者は539人(40.1±7.1歳)76.2%であり、閉経後女性においてBSOを受けた患者は326人(62.6±8.7歳)87.2%、卵巣温存された患者は48人(61.8±9.3歳)12.8%であった(図1)。

② 総登録者1,081人における登録時の疾患有病率は、高血圧症が15.7%と最も多く、以下、脂質異常症9.3%、

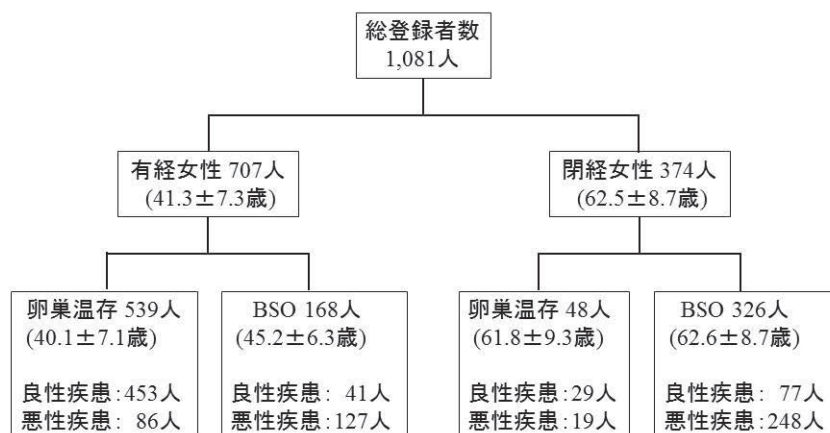


図1 JPOPS 総登録者数(平成26年10月現在)

表1 各疾患有病率(術前)

疾患名	人数	%	有経	閉経
高血圧症	170	15.7	42	128
脂質異常症	100	9.3	17	83
糖尿病	42	3.9	16	26
うつ病	34	3.1	26	8
骨粗鬆症	24	2.2	2	22
心筋梗塞・狭心症	16	1.5	4	12
脳出血・脳梗塞	8	0.7	2	6
認知機能障害	1	0.09	0	1

* データ入力終了した1,081人の解析

糖尿病3.9%, うつ病3.1%, 骨粗鬆症2.2%であった(表1)。

③2012年12月までに手術した569人に対し, 第1回1次追跡調査を開始した(2014年1月)。調査票回収率は396人69.6%であった。また, 2013年1月~12月までに手術した330人に対し, 第2回1次追跡調査を開始した(2015年1月)。調査票回収率は148人69.6%であった(2015年3月2日現在)。(図2)。

④第1回1次追跡調査で回答を得られた374人(2015年1月時点)のデータ入力後, 術後に新規に発生した疾病を確認し得た288人(手術前有経:190人, 手術前閉経:98人)について解析した。手術前に有経であった女性を卵巣温存群(146人)とBSO群(44人)で分け, 各疾患の発生数を比較した。高血圧症は温存群3人に対しBSO群4人, 脂質異常症は温存群8人に対しBSO群4人であった(表2)。

5) 考察・展望

・今年度から本格的に追跡調査が開始したので, 今後婦人科手術が健康に及ぼす影響をさらに詳しく解析する予定である。

・追跡調査の一般的な回収目標は85%である。回収率を向上させるために, 追跡調査表送付後1か月をめどに, ハガキを対象者に送ることで返信忘れを防ぐようにする。

4. 本邦の産婦人科における骨盤臓器脱に対する手術療法の実態調査小委員会

小委員長: 高松 潔

委員: 古山将康, 高橋 悟, 中田真木,

水沼英樹

研究協力者: 小川真理子

近年, メッシュ手術を含めて骨盤臓器脱に対する手術の合併症の問題が注目されている。そこで前期の本邦における骨盤臓器脱およびその治療法に関する実態調査に引き続き, 今回は婦人科において現在施行されている骨盤臓器脱に対する手術方法, 手術数, 合併症の実態をさらに詳細に把握し, 施設の状況に応じた手術のクオリティーコントロールが可能かどうかを検討することを目的として, 調査を実施した。

日本産科婦人科学会臨床研究審査委員会の承認を得たのち, Survey Monkey社によるオンラインサーベイクラウドを利用してWeb質問票への回答の収集とデータの集計を実施した。アンケートは2部からなり, 第一部では診療状況については外来における骨盤臓器

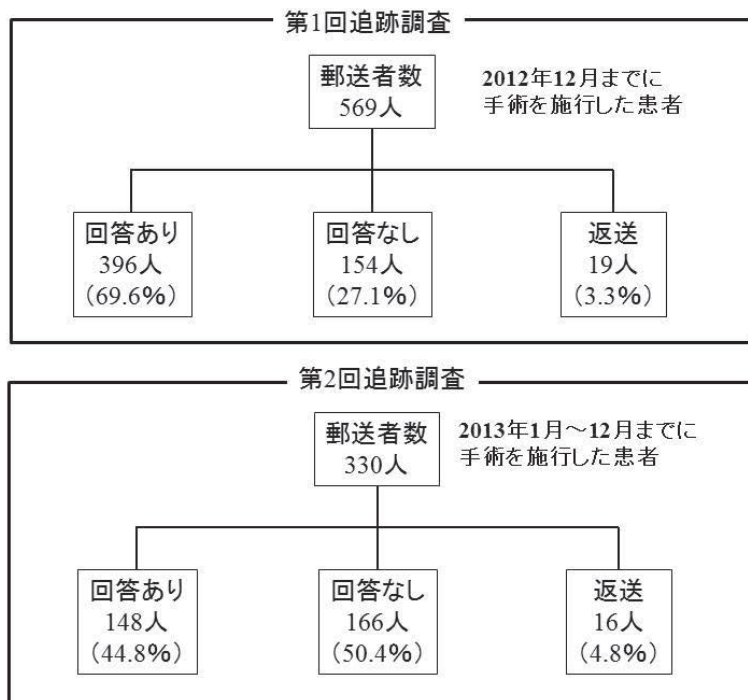


図2 JPOPS 追跡調査票回収率(2015年3月2日現在)

表2 新規疾患発生数(手術後2年以内)

手術前月経状態	有経 n = 190		閉経 n = 98	
卵巣手術	卵巣温存 n = 146 (40.8 ± 6.3)	BSO n = 44 (44.3 ± 6.9)	卵巣温存 n = 19 (62.1 ± 16.9)	BSO n = 79 (63.4 ± 9.3)
高血圧	3 (47.0 ± 1.0)	4 (47.5 ± 4.1)	1 (55)	0
心筋梗塞・狭心症	1 (54)	0	0	1 (74)
脳出血・脳梗塞	0	0	0	1 (71)
脂質異常症	8 (47.8 ± 5.0)	4 (48.3 ± 3.8)	1 (55)	8 (64.4 ± 13.2)
糖尿病	0	1 (53)	0	1 (53)
骨粗鬆症	0	0	2 (74.5 ± 2.1)	3 (64.3 ± 9.1)
うつ	0	0	0	1 (71)
死亡	0	2 (41.5 ± 18.3)	1 (79)	6 (69.5 ± 9.5)

(年齢)

脱の診療体制, 診断・評価方法, 保存的治療法の現状, 外科的治療法の現状(特にメッシュ手術の適応と実際), 担当医の手技習得の方法に関する35の質問, 第二部では各施設における実際の骨盤臓器脱手術の術式別件数, 自院・他院での手術に対する再発例への手術の実態, 周術期合併症, メッシュ関連の有害事象とその対応に対する13の質問に回答いただいた。

アンケート対象に関しては日本女性骨盤底医学会に

ご協力をいただき, 平成26年7月10日に, 日本産科婦人科学会専攻医指導施設656施設と日本女性骨盤底医学会に所属する泌尿器科医が勤務する244施設の合計900施設にアンケートの回答依頼書を郵送で送付した。締め切りとした平成26年9月5日までに産婦人科355施設(回答率54.1%), 泌尿器科96施設(39.3%), 全体で451施設(50.1%)から回答をいただいた。

その結果は, 外来での診療は専門外来よりも一般外

来での診療が79.8%と多く、必ず施行している診断法としては、婦人科診察位での内診/理学的所見(90.3%)、経膈・経陰超音波検査(64.0%)であり、問診票の使用は52.5%とほぼ半数であった。治療としては、骨盤底トレーニングは77.8%が指導しており、86.5%の施設でペッサリーによる非観血的整復を行っていた。一方、骨盤臓器脱の手術による治療は94.8%の施設で何らかの形で行われており、膣式メッシュ埋没手術を第一選択にしているのは20.4%、一方、メッシュ手術を行っていない施設は60.8%であった(図1)。

なお、腹圧性尿失禁を外来で診療している施設は74.6%あり、そのうち46.3%が外科治療を行っていると回答した。採用されている術式は、TVT手術67.6%とTOT手術72.7%が他術式を圧倒した。

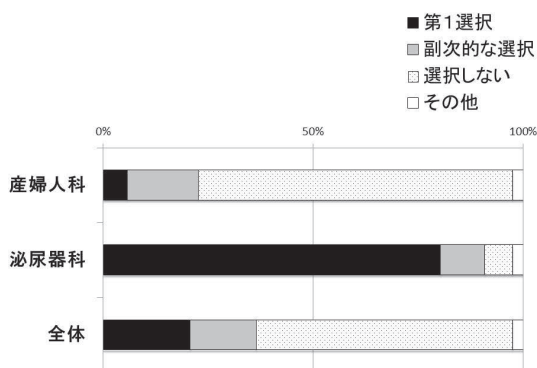


図1 膣式メッシュ埋没手術の選択

2013年には、349施設のうち、55施設において自施設での術後再発に対して、再手術を行っており、一方、31施設では他施設での術後再発に対して再手術を行っていた。また、骨盤臓器脱手術の数は全体で5,921例、うち41例にJCOG術後合併症基準によるGrade III以上の合併症が発生していた(図2)。

2013年に見出されたメッシュ関連の有害事象としては、膣内、膀胱内腔、直腸内腔への露出がそれぞれ196例、7例、2例、膣の拘縮や狭窄が7例であった。

膣式メッシュ埋没手術は、調査時点で骨盤臓器脱の治療に広く用いられており、その実施数は、本調査において膣式ノンメッシュ手術をわずかながら上回った。海外で膣式メッシュ埋没手術に伴う合併症やメッシュ関連の有害事象が問題になっているが、本調査により日本でもこれらの問題事象が必ずしも稀ではないことが示された。

5. 本邦における産婦人科感染症実態調査小委員会

小委員長：早川 智

委員：相澤志保子，川名 敬，須崎 愛，
若槻明彦

外陰ヘルペスと尖圭コンジローマに対する帝王切開適応の予備調査

外陰ヘルペスと尖圭コンジローマ合併(既往)妊婦に対する帝王切開適応の決定と、新生児予後について6施設において予備調査を行った。その結果外陰ヘルペスについては、妊娠中の初発例については、全施設と

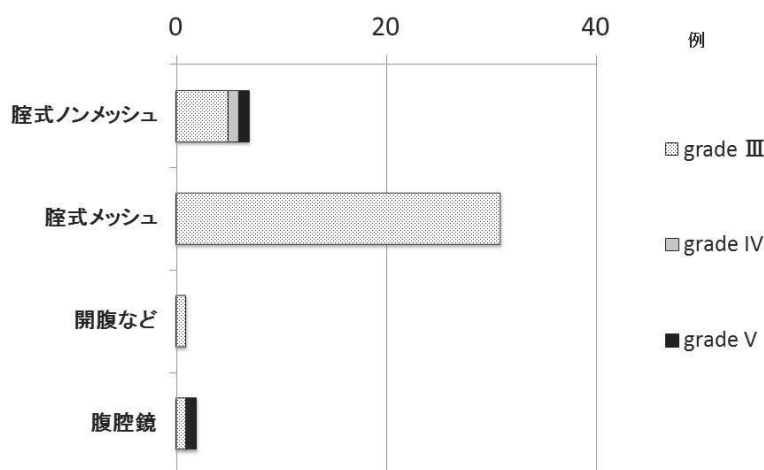


図2 術式別にみた周術期合併症の発生 2013年
(グレードはJCOG基準による)

外陰ヘルペス **	帝王切開		経陰分娩	
	初発例	6施設		0施設
	再発例	全例	直近4週	直近6週
	*	1施設	3施設	2施設
* 再発エピソードで帝王切開を決定しており、HSV DNA の分離や PCR 検査を根拠にする施設はなかった。				
* * 帝王切開、経陰分娩ともに産道感染例は見られなかった。				

尖圭コンジローマ	既往のみで帝王切開	妊娠中の初発あるいは再発例で帝王切開
	0施設	6施設 * * *
* * * 全施設とも新生児における喉頭乳頭腫の発症はなかった。		

●耳鼻科・小児科における喉頭乳頭腫症例は全て他施設からの紹介受診であり、
全例が経陰分娩例であった。

外陰ヘルペスと尖圭コンジローマに対する帝王切開適応の予備調査(6施設)

も帝王切開を、妊娠期間中の再発例については全例(1施設)、分娩前直近4週(3施設)、分娩直近6週(2施設)の再発エピソードで帝王切開を決定しており、腔分泌物の HSV DNA の分離や PCR 検査を根拠にする施設はなかった。調査した1年の間に帝王切開、経陰分娩ともに産道感染例は見られなかった。尖圭コンジローマ合併妊婦については、既往のみで帝王切開を行う施設はなく、全施設とも妊娠中の初発あるいは再発例に対してのみ帝王切開を施行していたがやはり全施設とも新生児における喉頭乳頭腫の発症はなかった。耳鼻科・小児科における喉頭乳頭腫症例は全て他施設からの紹介受診であり、全例が経陰分娩例であったが、妊娠中の尖圭コンジローマ既往については必ずしも明らかでなく、妊娠中の HPV-DNA 検査の必要性が示唆された。喉頭乳頭腫は出生後1年から5年に発症し、耳鼻科や小児科を受診することが多く産婦人科では治療と予後の把握が困難であり、他科との連携の必要性が示唆された。

6. 女性アスリートのヘルスケア小委員会

小委員長：久保田俊郎

委員：尾林 聡、武田 卓、能瀬さやか、
百枝幹雄

研究協力者：北出真理、甲村弘子、難波 聡、
林 邦彦、目崎 登、若槻明彦

女性アスリートの健康はこれまで重視されておらず、月経不順、骨折などの実態および対応が十分把握されていない点を鑑み、女性ヘルスケア委員会では本小委員会を設置し、本格的な調査に乗り出した。女性アスリート向けアンケート調査は文部科学省との共同研究として、日本産科婦人科学会倫理委員会の承諾を得て行った。調査期間は2014年7月から約3か月間で、調査票配布施設は、国立スポーツ科学センターと、各小委員会委員が関連する大学やスポーツ団体である。調査票は無記名とし、記入後選手自身が投函した。調査票の回収人数は、トップアスリート289名、大学生アスリート1,327名、コントロール537名、指導者100名の計2,253名であった。現在その解析がスタートした段階であるため、本年度は一部の調査結果のみの報告とする。

1) 月経周期異常と疲労骨折について(表1)

回収した調査票より、日本代表選手213名(23.3±3.8歳)、全国大会出場選手343名(20.2±1.8歳)、地方大会出場選手336名(19.6±1.4歳)、これらに当てはまらない選手409名(19.2±1.3歳)の4群に分け、まずアスリートのみの月経周期異常と疲労骨折について調査した。月経周期異常の割合は、競技レベルが高い程低い結果となった。この結果については、日本代表選手では婦人科受診率が高く、月経周期異常に対し既に医学的介入を受けている選手が多いことが影響していると

表 1 月経不順と疲労骨折の実態

	月経周期異常の割合		
	規則的	不順	3 か月以上なし
1: 日本代表	139(67.5%)	59(28.6%)	8(3.9%)
2: 全国大会	194(59.0%)	115(35.0%)	20(6.1%)
3: 地方大会	189(57.3%)	120(36.4%)	21(6.4%)
4: 出場なし	243(61.4%)	144(36.4%)	9(2.3%)

 $\chi^2 = 13.84, p = 0.03$

疲労骨折経験者の割合

	疲労骨折なし	疲労骨折あり
1: 日本代表	161(77.0%)	48(23.0%)
2: 全国大会	246(75.5%)	80(24.5%)
3: 地方大会	247(77.9%)	70(22.1%)
4: 出場なし	313(80.3%)	77(19.7%)

 $\chi^2 = 2.47, p = 0.48$

 傾向検定 $z = 1.30, p = 0.19$

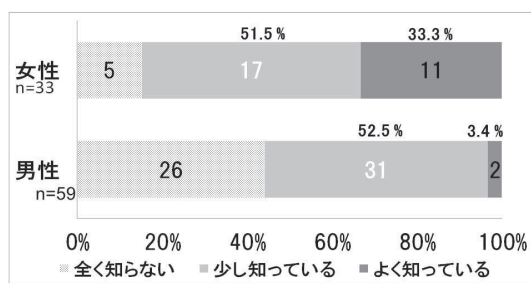
疲労骨折時の月経の有無

	骨折時月経あり	骨折時月経なし
1: 日本代表	22(75.9%)	7(24.1%)
2: 全国大会	38(82.6%)	8(17.4%)
3: 地方大会	35(85.4%)	6(14.6%)
4: 出場なし	31(88.6%)	4(11.4%)

 $\chi^2 = 2.01, p = 0.57$

 傾向検定 $z = 1.38, p = 0.17$

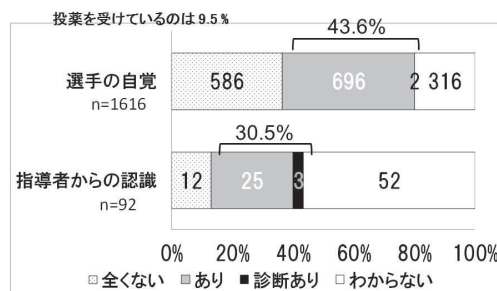
女性アスリートのヘルスケア小委員会(2015)


 $P < 0.0001$ Wilcoxon順位和検定

女性アスリートのヘルスケア小委員会(2015)

図 1 PMS・PMDD に対する指導者の認知度

質問:「月経前症候群(PMS)」の症状をご存知でしたか?



女性アスリートのヘルスケア小委員会(2015)

図 2 女性アスリートの PMS・PMDD 症状の有無

考えられた。疲労骨折経験者の頻度は 20~25% と高く、競技レベル間で差はみられず、疲労骨折の好発年齢は 16~17 歳、好発部位は中足骨で、どの競技レベルでも同様の傾向であった。疲労骨折の好発時期である高校生においては、競技レベルが高いほど疲労骨折経験者の割合が高い結果となった。また、無月経中に疲労骨折を起こした選手の割合は、日本代表選手で最も高い結果となった。

2) PMS・PMDD について(図 1, 2)

大学生アスリートとトップアスリートを併せてアスリート群(A 群)(1,616 名)とし、コントロール群(C 群)(537 名)と指導者群(SC 群)(100 名)と比較検討した。

(1) 認知度 PMS, PMDD ともに A 群と C 群での差を認めず, SC 群が有意に高くなった。認知度そのものは

低く, A・C 群で PMS 約 40%, PMDD 約 25%, SC 群で PMS 約 60%, PMDD 約 50% であった。SC 群での男女差は顕著で, PMS 症状の認知度で女性 84.8% に対して, 男性で 55.9% にとどまる(図 1)。男性への教育の必要性が考えられた。

(2) 症状と服薬の有無 PMS・PMDD 症状の自覚は, A 群 43.6% C 群 45.8% であり, 近畿大学アスリートを対象とした先行研究でのパフォーマンス障害自覚度と同様の結果となった(図 2)。投薬治療を受けている者は A 群 9.5% C 群 7.4% と少数であった。

(3) 指導者からの認識 PMS・PMDD と思われる選手の有無について,「あり」「診断あり」が 30.5% にとどまり, A 群との乖離を認めた(図 2)。一方で, これら選手の婦人科受診を勧めるかに対しては, 28 名中 26 名

• 相談経験あり	52.2%	(43/90)
• 受けた相談の内容（複数選択可）		
生理痛について	44.0%	
月経不順について	27.0%	
無月経について	24.0%	
月経周期とコンディション	21.0%	
月経移動	12.0%	
月経前症状	12.0%	
初経なし	9.0%	
婦人科の薬について	9.0%	
不正出血について	7.0%	
帯下について	2.0%	

女性アスリートのヘルスケア小委員会(2015)

図3 指導者への(女性特有の)相談に関する調査結果

(92.9%)が肯定的であり、PMS・PMDD治療での婦人科診療に好意的であると思われた。

3) 指導者の調査について

競技指導者の結果では、平均年齢は41.5±1.27歳で男女比は約2:1であった。一日あたりの競技の指導時間は平均3時間超であり、3分の1以上の回答者に日本代表選手の指導経験があった。女性選手から月経などの質問を受けたことがある指導者は52%であり、この割合は女性指導者で多くみられており、特に多い相談内容は「月経痛」「月経不順」「無月経」の順であった(図3)。また、ピル等による選手のコンディション管理は、不十分と思われた。

集積されたデータに対し次年度にはさらに詳細な解析を進め、それに基づく管理指針を作成する予定である。

7. 女性のヘルスケアアドバイザー養成プログラムに関する小委員会

小委員長：種部恭子

委員：岩佐弘一、鈴木美香、対馬ルリ子、蓮尾 豊

1) 目的

日本産科婦人科学会は、産婦人科医を女性のヘルスケアの専門家として認知度を上げるとともに、産婦人

科医のブランディングを図り、長期的には産婦人科医を目指す若者を増やすことにつなげることを目標に掲げている。

産婦人科は「妊娠した人が行くところ」という先入観が強く、思春期～20代の若年女性は産婦人科の敷居を非常に高く感じている。子宮頸がん検診啓発の最大のチャンスであったHPVワクチンの接種に際しても、内科・小児科での接種を選ぶ女性が多く、産婦人科での接種はわずか2割にとどまったことも、産婦人科医が若年女性のかかりつけ医としては遠い存在であることを示唆するものである。

生涯を通じた女性のヘルスケアの受け皿となる産婦人科医を養成し、思春期から産婦人科医をアドバイザーとして活用してもらうことは、子宮内膜症の早期発見やプレコンセプションチェックにつながるとともに、近年問題となっている出産年齢の上昇に対してもライフプランのアドバイスを与えることができる。また、日本産科婦人科学会が作成したHUMAN+の活用を推進する役割を果たすことが期待される。

そこで、月経トラブルや二次性徴など女性のヘルスケアニーズが大きくなる若年女性の健康問題への幅広い対応能力を持ち、受診した女性を取り込みながら、学校教育や企業での健康教育にも積極的にプロモーションを展開できる産婦人科医(女性のヘルスケア

表1 受講者による研修カリキュラムの評価

科目	テーマ	受講者による講義の評価 (3点満点)
月経異常とホルモン療法	ホルモン製剤と動静脈血栓症の管理	2.790
	月経異常の診断と治療	2.204
ウイメンズ・ヘルス総論	ウイメンズ・ヘルスのニーズと日本の現状	2.531
	産婦人科の敷居を下げる取り組み(ワークショップ)	2.494
思春期のヘルスケア	思春期発来の異常	2.505
	思春期の問題行動とその対応(リストカット, 依存症を中心に)	2.912
	性同一性障害の診断・治療・支援	2.038
リプロダクティブ・ヘルス/プレコンセプションチェック	リプロダクティブ・ヘルス/ライツと中絶	1.967
	女性に多い他科疾患	2.527
	性機能障害	2.839
更年期以降のヘルスケア	更年期障害とトータルヘルスケア	2.848
	女性の排尿障害	2.405
キャリアとライフプラン	子宮内膜症とライフプラン	2.851
	加齢と妊孕性	2.767
	女性アスリートの健康	2.712
女性の活躍とウイメンズ・ヘルス	女性のキャリア形成・維持とダイバーシティ	2.676
	アメリカにおけるウイメンズ・ヘルスの確率	2.630
女性に対する暴力への対応	女性の貧困と暴力の連鎖	2.577
	性暴力・性虐待への対応	2.916
ジェンダーとDV	ジェンダー/ジェンダーバイアス	2.770
	DV とその対応	2.987
	女性に対する暴力と法律	2.545
メンタルヘルス	女性のメンタルヘルス	2.776
健康教育実践のための必修知識	性教育・健康教育でおさえる重要なポイント	2.875
	女性の健康向上を阻む社会的圧力	2.896
	性教育実践(スライド作成ワークショップ)	2.916

ドバイザー)を養成することを目的とし, 本小委員会でもカリキュラムを検討し, 研修を実施した。

2) 女性のヘルスケアアドバイザー養成プログラムの研修カリキュラム

ACOG Women's health guidelineで取り扱うテーマより, Gynecologic care の領域から若年女性の産婦人科デビューのきっかけとなる可能性が高い疾患, Women's healthcare の領域から比較的遭遇する可能性が高い健康問題を中心に, 女性専用外来でのニーズを包含する幅広い対応能力を習得できる内容とした。また, 婦人科の敷居を下げるための診療環境整備や医療面接能力に関するワークショップ, および健康教育のスキルを上げるためのワークショップを組み込んだ。

平成26年度は全6回で24の講義および2つのワークショップを実施した。受講修了し確認試験に合格した者に対して, 今後修了証を交付することとなっている。

研修カリキュラムの内容, および受講者によるカリキュラムの評価(受講者による3点満点での評価の平

均点)を, 表1に示す。

女性のヘルスケアアドバイザーには, 地域での啓発活動を積極的に行ってもらい, 啓発活動を通して受診ニーズがあった場合には, 婦人科デビューを成功させる役割を担うことを期待している。今後, 女性のヘルスケアに関してスキル向上につながった項目および啓発活動の実践に対する, 本プログラムの効果を検証する。

8. 低用量経口避妊薬, 低用量エストロゲン・プロゲステロゲン配合剤のガイドライン作成小委員会

小委員長: 北脇 城

委員: 倉林 工, 高松 潔, 水沼英樹,
百枝幹雄

研究協力者: 岩佐弘一, 篠原康一, 寺内公一,
樋口 毅, 安井敏之

1) 目的

経口避妊薬(以下, OC)の普及を目的に2005年にOCガイドライン(改訂版)日本産科婦人科学会編が配布されて, 10年が経過する。従来, OCの副効用として月

公益社団法人日本産科婦人科学会 女性ヘルスケア委員会 平成27年度 女性のヘルスケアアドバイザー養成プログラム

本プログラムは、女性のヘルスケアニーズの入り口である思春期～20代の若年女性の受診ニーズに幅広く対応し、生涯を通じた女性の包括的なヘルスケアを実践し、学校や企業での健康教育など積極的に啓発活動を展開できる産婦人科医(女性のヘルスケアアドバイザー)を養成するための研修プログラムです。

5回シリーズの講義(一部ワークショップ)の受講後、確認試験を行い、全カリキュラムの受講を修了した方に修了証を授与します。

女性ヘルスケア分野にかかわる意欲のある方の受講をお待ちしております。

開催要項

対象 女性ヘルスケア分野にかかわる意欲のある、本会会員の産婦人科医
日時 第1回 平成27年7月11日(土) 18:00～20:40、7月12日(日) 9:30～17:00

第2回 8月23日(日) 10:00～17:00

第3回 9月27日(日) 10:00～17:00

第4回 12月13日(日) 10:00～17:00

第5回 平成28年3月6日(日) 10:00～17:00

※都合により欠席された場合は、後日DVD受講および確認試験を実施していただき、全カリキュラムの受講を確認してから修了証を授与するものとします。欠席は4回まで認めます。

※確認試験は、受講されたことを確認するための試験であり、事前の学習等は不要です。

開催場所 フクシア東京ステーション、またはステーションコンファレンス東京(いずれも東京駅近隣)

受講料 35,000円(5回分、収録DVD料金込み、一括前払い)

※受講申込者には別途受講料振込先をご連絡いたしますので折り返しご送金ください。

※旅費・宿泊費等は各自でご負担ください。

定員 100名程度(先着順)

受講申し込み締切 平成27年5月31日(日)

カリキュラム(講師等の都合により、演題や順番が若干変更になる場合があることをご了承ください。)

第1回	ウイメンズヘルス総論 (対馬ルリ子)	ワークショップ「婦人科の敷居を下げる」			
	思春期発来異常 (久保定司)	思春期の月経異常 (甲村弘子)	アスリートの健康(能瀬さやか)	OC/LEPの使い方 (百枝幹雄)	性同一性障害 (中塚幹也)
第2回	ホルモン療法と動脈硬化 血症(岡野浩哉)	更年期障害・HRTと トータルヘルスケア (若柳明彦)	リプロダクティブ・ヘル ス/ラインと中絶(木 村正)	思春期の問題行動 〜リストカット・依存 症(松本俊彦)	
第3回	女性に多い他科疾患 (村島温子)	性機能障害 (大川玲子)	加齢と妊娠性 (船奥美也子)	ダイバーシティ (久保光司)	女性の排尿障害 (関口由紀)
第4回	女性の貧困と暴力の連鎖 (横田千代子)	性暴力被害への対応 (加藤治子)	ジェンダー (吉野一秋)	DVとその対応 (窪部恭子)	女性のメンタルヘル ス(山田和男)
第5回	女性に多い摂食と摂食 治療(谷川聖明)	デートDV・性教育 (上村茂仁)	女性の健康向上を阻 む勢力 (河野美代子)	ワークショップ「健 康教育」	

【お申し込み・お問い合わせ】

受講希望者は、氏名、所属医療機関、メールアドレス、案内の送付先住所を記載し、下記宛にてE-mailをお送り下さい。

公益社団法人 日本産科婦人科学会 事務局
本プログラム専用E-mail whap2015@jsog.or.jp

経困難症の緩和が知られていた。2008年にOCと同一の製剤が月経困難症に対して保険適応となり、低用量エストロゲン・プロゲステン配合剤(以下、LEP)として上梓された。避妊目的だけでなく月経痛などにも効果的であることから、その使用頻度は増加している。一方、重大な有害事象の1つである静脈血栓塞栓症(VTE)による死亡例が、2013年から3例続いて報道されたため、OC/LEPの使用を躊躇する患者や医師が増加し、女性のQOL低下につながるものが危惧される。このような状況下においてOC/LEPを安全・安心に使用するための指針を示すことが急務である。当小委員会の目的は時代に適応した新たなガイドラインを作成することである。

2) ガイドライン作成の手順

- ① ガイドライン骨子の決定：ガイドライン婦人科外来編に準じたQ & A形式とした。Clinical Questions (CQ)を設定し、各Answer末尾に推奨レベルを記載する。解説中にはAnswer内容にいたった経緯等を文献番号とともに記載した。最後に解説の根拠となった文献を示し、各文献末尾にはエビデンスレベルを示した。付属資料としてOC/LEPの種類、アルゴリズム、チェックシートを添付した(表1)。
- ② CQの決定と執筆者の選定。
- ③ H26年9月末日までに第1次原稿を収集し、10月から12月に随時読み合わせ会を実施。
- ④ H27年1月、2月にメールにて意見交換し、原稿修正、整合性、重複箇所の確認作業を行った。

表1 OC/LEP ガイドラインの目次

A 処方にあたって	E 有害事象
CQ 1 OC と LEP はどこが違うか？	CQ 37 不正出血, 気分変動, 体重増加などへの影響の説明は？
CQ 2 避妊指導はどうすべきか？	CQ 38 乳癌リスクの説明は？
CQ 3 問診に際して留意すべき事項は？	CQ 39 子宮頸癌リスクの説明は？
CQ 4 処方前の検査は？	F 動静脈血栓塞栓症
B 内服方法	CQ 40 VTE リスクの説明は？
CQ 5 いつ服用を開始したらよい？	CQ 41 VTE リスクが高い症例への説明は？
CQ 6 服用を忘れた場合にはどうしたらよい？	CQ 42 ATE リスクが高い症例への説明は？
CQ 7 人工妊娠中絶手術後はいつから服用したらよい？	CQ 43 服用中止後再開したときの VTE リスクの説明は？
CQ 8 分娩後はいつから服用したらよい？	CQ 44 長時間のフライトによる VTE リスクの説明は？
CQ 9 周術期に際して, 休薬と再開時期の説明は？	CQ 45 VTE 発症の際の症状の説明は？
CQ 10 性感染症リスクに関する説明は？	CQ 46 VTE 予知に D タイマーなど凝固専用系検査が有用か？
CQ 11 消退出血がみられなくなった場合にはどうしたらよい？	CQ 47 VTE 発症した場合の治療方法は？
CQ 12 希発月経・無月経女性の服用方法は？	G 適応症例
CQ 13 抗菌薬との併用時の説明は？	CQ 48 原発性卵巣不全への投与時の説明は？
CQ 14 向精神薬との併用時の説明は？	CQ 49 更年期障害患者への投与は可能か？
CQ 15 NSAIDs との併用時の説明は？	CQ 50 子宮筋腫, 子宮腺筋症患者への投与時の説明は？
CQ 16 併用注意薬に関する説明は？	CQ 51 高血圧, 脂質異常症, 糖尿病患者への投与時の説明は？
CQ 17 嘔吐・下痢があった場合の対処法は？	CQ 52 片頭痛患者への投与時の説明は？
CQ 18 服用中に不正出血が続いた場合の対処法は？	CQ 53 自己免疫疾患(抗リン脂質抗体症候群)患者への投与時の説明は？
CQ 19 服用中に妊娠した場合の対処法は？	CQ 54 関節リウマチ患者への投与時の説明は？
CQ 20 何歳から服用開始できるか？	H 禁忌, 慎重投与, 中止症例
CQ 21 何歳まで服用可能か？	CQ 55 服用禁忌の説明は？
C 効果	CQ 56 服用の慎重投与の説明は？
CQ 22 避妊効果の説明は？	CQ 57 どのような場合に服用中止すべきか？
CQ 23 長期間服用後の妊娠性の説明は？	CQ 58 投与中何を検査すればよい？
CQ 24 服用終了後の排卵回復についての説明は？	I 資料
CQ 25 月経痛に対する効果の説明は？	OC/LEP の種類
CQ 26 月経過多に対する効果の説明は？	アルゴリズム
CQ 27 PMS や PMDD に対する効果の説明は？	チェックシート
CQ 28 子宮内膜症性疼痛に対する効果の説明は？	
CQ 29 子宮内膜症の病巣縮小に対する効果の説明は？	
CQ 30 子宮内膜症の術後, 再発予防に対する効果の説明は？	
D 副効用	
CQ 31 卵巣癌リスクの説明は？	
CQ 32 子宮体癌リスクの説明は？	
CQ 33 大腸癌リスクの説明は？	
CQ 34 機能性卵巣嚢胞への効果の説明は？	
CQ 35 骨塩量に対する効果の説明は？	
CQ 36 尋常性ざ瘡(にきび)に対する効果の説明は？	

⑤ H27 年 3 月から評価委員(千石一雄, 藤野敬史, 蓮尾 豊, 安達知子, 種部恭子, 小林隆夫, 原田 省, 檜原久司)による審査, 修正を行った。

⑥ 暫定最終版を日産婦のホームページにアップし, パブリックコメントを募集。

⑦ 4 月の第 67 回学術集会期間中にコンセンサスミーティングを行い会員による審議。

⑧ 最終版を作成して, 早急に発刊の予定。

3) 実施状況

CQ は全 57 項目, 付属資料 3 点を委員および研究協力者 11 名により執筆した。評価委員による審査を終了し, 募集したパブリックコメントを中心に, コンセンサスミーティングで審議した。