

報 告

生殖・内分泌委員会

委員長 大 須 賀 穰

副委員長 藤 原 浩

委員 明樂 重夫, 苛原 稔, 岩瀬 明, 片桐由起子, 久具 宏司, 寺田 幸弘, 丸山 哲夫

生殖・内分泌委員会では常置的事業を含めて次の5つの小委員会で活動を行った。以下にその成果を記す。

[1] 生殖医療リスクマネジメント小委員会

委員長：苛原 稔

委員：片桐由起子, 齋藤英和, 高井 泰,
辰巳賢一, 浜谷敏生, 藤原敏博

研究協力者：桑原 章

1. 小委員会を2回開催した

第1回 平成30年7月12日(木)ステーションコンファ
レンス 東京第2回 平成30年1月16日(水)ステーションコンファ
レンス 東京

2. 検討事項

①日本生殖医学会「未受精卵子および卵巣組織の凍結・保存に関する指針」への対応について：

日本生殖医学会が平成30年3月30日に公表した「未受精卵子および卵巣組織の凍結・保存に関する指針」について、日産婦としての対応を検討し、日産婦の各種見解との齟齬がないことを確認した。

②厚生労働省・文部科学省が進めるヒト受精胚へのゲノム編集技術等を用いる研究に関する指針作成について：

厚生労働省・文部科学省が進める胚のゲノム編集技術への利用に関する指針作成の経緯を検討し、概ね、本会として問題ないものと確認した。

③保存されている胚、配偶子の保存体制の問題

会員施設で保存された胚の保存状態が悪かったことが判明したので、すべての会員に向けてHPや学会誌を用いて注意喚起を行うこととした。

④ART登録施設の閉鎖後の凍結胚の取り扱いについて

ART施設が何らかの理由で閉鎖した場合の閉鎖後の凍結胚の取り扱いについて、倫理委員会(登録・調査小委員会)が定めるART登録施設の閉鎖後等に伴う登録辞退に関する内規の内容を検討し、今後ともこの内規に従って対応することを確認した。

⑤わが国におけるAIDの現状の検討

わが国におけるAIDの現状分析を行い、各種理由よりAIDへの精子提供者の減少があること、また商業ベースの精子バンク等が参入を希望していることなどが判明した。今後早急にこの問題を検討する必要性があることが認識された。

[2] 本邦における原発性無月経の実態調査

委員長：久具宏司

委員：鹿島田健一, 榊原秀也, 生水真紀夫,
原田美由紀, 堀川玲子

研究協力者：原口広史

(1) 諸言

原発性無月経は、満18歳を迎えても初経の起こらないものと定義される。初経は、思春期女性における第2次性徴の完成を示す生理現象であり、視床下部・下垂体・卵巣軸という内分泌器官に起こった大きな変化の結果である。初経が起こらない、ということは、第2次性徴が完成の段階にまで到達していない、という臨床所見であるだけでなく、内分泌機構になんらかの欠陥があることを意味することもある。生下時から存在する解剖学的異常や、染色体異常、その他の性分化異常が、この時期になり初経がみられないことから初めて診断されることも少なくない。

生殖・内分泌委員会では、平成27～28年度に、わが

国における原発性無月経の定義につき検討し、現在の定義の正当性を確認した。同時に満15歳から満18歳に達するまでに初経が未発来の女性に対し、「初経遅延」という新たな診断区分を新設することを提唱した。平成29～30年度は、わが国における原発性無月経の診療実態を調査し、原発性無月経の原因からみた比率のわが国の現状、および初経遅延の女性までを含めた受診状況を明らかにすることを試みた。

以下に、得られた結果の概要を示す。詳細は、別途、学術論文として発表する予定である。

(2) 調査の対象および方法

今日までこの領域に関し、十分な検討がなされなかった要因のひとつに、当該患者が産婦人科と小児科のいずれか一方を受診するという現実がある。そこで、本小委員会では、双方の科を横断する形での調査検討が必要と考え、小児科医師にも参画を要請し、調査対象として、産婦人科専攻医指導施設のほかに小児内分泌学会評議員の所属施設を含めることとした。調査は、平成30年7月と8月の2か月間において、調査用紙の郵送、および回答用紙の郵送による回収により行った。なお、産婦人科の対象については、施設の産婦人科責任者のみに宛てて、小児科の対象については、評議員個人宛てに郵送した。送付の宛て先数は、産婦人科施設：596施設、小児科評議員：152名であった。アンケートは2つのPartから成り立っている。

Part 1：初診患者に関する検討

平成27年1月1日～平成29年12月31日の間に施設を初診した患者(他院からの紹介も含む)についての質問である。3年間に初経遅延または原発性無月経で調査施設を初診した女性に対し、無月経の原因別の患者数を調査し、原因別発生頻度を明らかにする。ここでいう初経遅延とは、満16歳になっても初経が発来していない状態を指す。

Part 2：期間内全患者に関する検討

平成27年1月1日～平成29年12月31日の間に施設で診療した全患者についての質問である。3年間に、初経遅延または原発性無月経のために調査施設を受診している全患者(すでに治療が開始されているものを含む)を、その原因別に解析し、これら疾患の有病率を明らかにする。ここでいう初経遅延とは、満16歳になっても初経が発来していない状態を指す。

無月経の原因として解析の対象とする疾患は、処女膜・腔の中隔などの月経血流出路遮断疾患、ミューラー

管無形成症、アンドロゲン不応症候群、ターナー症候群、性腺形成不全症、下垂体腫瘍・カルマン症候群などの中枢性無月経、多嚢胞性卵巣症候群、先天性副腎皮質過形成、および、悪性腫瘍性疾患治療に起因する無月経である。ターナー症候群をはじめとするホルモン補充療法が適応となる疾患に対する治療のレジメン、ミューラー管無形成に対する手術療法の術式選択の各施設における考え方についてを調査する。

今回の調査では、患者個人を特定し追跡することを目的とはしていないので、同一患者で複数の施設を受診した場合に別患者とされている可能性は排除できず、調査の限界と考えている。

(3) 結果

アンケートの回収率は、産婦人科が37.0% (222/596)、小児科が39.5% (60/152)であった。

Part 1：初診患者に関する検討

初経未発来の女性を初診時の年齢により、次の3群に分けて検討した。①初診時に16歳未満であり、初経遅延または原発性無月経となることが疑われた女性、②初診時に16歳以上18歳未満の女性(初経遅延)、③初診時に18歳以上の女性(原発性無月経)。

3年間に両科(産婦人科、小児科)を初診した女性の数は、表1のとおりであった。①群の女性のうち、満16歳に達した時点で無月経のものは42%、②群の女性のうち、満18歳に達した時点で無月経のものは43%であった。なお、薬剤の誘発による消退出血は初経を迎えたものとした。

次に初診時に18歳以上の原発性無月経女性について、産婦人科受診女性と小児科受診女性に分け、原発性無月経の原因別にそれぞれの比率を検討した。産婦人科を初診した445例の女性のうち、原発性無月経の原因疾患で最も多いのは、ターナー症候群で24%であった。以下、先天性子宮欠損症の16%、カルマン症

表1 初診患者数

初診の診療科	初診時満年齢(歳)		
	<16	16≤ <18	18≤
産婦人科	228	279	410
小児科	75	29	22

平成27～29年の3年間に、原発性無月経または初経遅延で調査対象の医療施設を初めて受診した患者数を、診療科別、年齢別に示す。

候群などの特発性視床下部性無月経の12%、神経性食欲不振症などの体重減少による無月経の8%と続いた。一方、小児科を初診した29例の女性では、ターナー症候群が38%と最も多く、2番目には特発性視床下部性無月経と並んで、下垂体など中枢の腫瘍による無月経がどちらも14%であった。また、小児癌などの悪性疾患の治療による無月経も14%と同率であった。

Part 2: 期間内全患者に関する検討

すべての年齢群の女性について、3年間に、初診、再診を問わず、また、当該期間以前からの観察症例を含めて、診療を受けたものを対象として、初診から原因疾患確定までの期間、原因疾患確定時の年齢、原因疾患確定から治療開始までの期間を、原因疾患別に検討した。

回答した全施設のうち、3年間に初診、再診を問わず、原発性無月経の女性の診療を行ったことがあると回答した施設は、産婦人科施設のうちの111施設(50.0%)、小児科施設のうちの41施設(68.3%)であった。一方、産婦人科の111施設、小児科の19施設では、3年間の原発性無月経の診療が、行われなかった。原因疾患別に検討すると、ターナー症候群を診療する施設が多く、産婦人科の25%、小児科の53%にのぼった。以下、産婦人科では、先天性子宮欠損症、処女膜・腔の異常、と続くのに対し、小児科では、下垂体など中枢の腫瘍による無月経、小児癌などの悪性疾患の治療による無月経、と続いた。

診断が確定した年齢を、原因疾患別に検討した。産婦人科受診女性、小児科受診女性を通じて、ターナー症候群の診断確定は、広範囲の年齢に分布していた。処女膜・腔の異常と先天性子宮欠損症は、産婦人科での診療が多いが、処女膜・腔の異常が低年齢での診断確定が多いのに対し、先天性子宮欠損症は比較的年齢の高い思春期終了後の診断確定が多いことがわかった。

初診から原因疾患確定までの期間は、原因疾患により大きく異なる。産婦人科における診療では、悪性疾患治療後や、先天性副腎皮質過形成が、平均1.3か月と短いのに対し、特発性視床下部性無月経や多嚢胞性卵巣症候群は、平均12か月と、診断確定に時間を要した。処女膜・腔の異常については、短い施設では1か月で診断されているが、15か月を要した施設もあった。

(4) 考察とまとめ

わが国の原発性無月経を対象とした、初めての全国調査といえる。患者女性の年齢の上昇に従い、小児科

初診から産婦人科初診へと変化していく状況がうかがえた。また、原因別の比率による解析では、ターナー症候群が最も多いことが示されたが、ASRMのデータと同様の結果といえる¹⁾。先天性副腎皮質過形成を原因とするものの比率がASRMデータに比して低いのは、わが国において新生児マススクリーニングの対象となっていることが関係しているかもしれない。また、産婦人科を受診する患者と小児科を受診する患者の違いが示された点も興味深い。16歳未満や16歳以上18歳未満で初診した無月経女性が満18歳を迎えても無月経であるのが40%を超えていることが明らかとなった。満18歳を迎える前に医療介入することが必要と考えられ、それを促進するためにも、「初経遅延」という診断区分を設定したことは適切であったといえるであろう。その他、原因疾患確定までの期間や治療開始までの期間など、学術誌への論文として掲載予定であるので、参照されたい。

原発性無月経は、小児科から産婦人科へと移行する思春期に診療対象となることが多い疾患である。原発性無月経は、その原因となる疾患によって、手術を要するもの、長期にわたりホルモン治療を要するもの、など、治療法はさまざまである。また、妊娠へと導くために種々の治療を要するものや、妊孕性や性別に基本的な問題を有するものなど、個人のアイデンティティに関わる重要な要素をもつものも含まれている。今後、ますます小児科と産婦人科の間の連携の重要性が問われる分野と考えられる。

文 献

- 1) The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine: Current evaluation of amenorrhea. *Fertil Steril* 2008; 90(5): S219-225

【3】性成熟期乳癌患者におけるタモキシフェンの卵巣過剰刺激作用の実態調査

委員長：藤原 浩

委員：綾部琢哉，井口雅史，内田聡子，
杉江知治，松崎利也

研究協力者：石川 源，川井清孝，難波 聡，
山崎玲奈

【背景】

わが国の乳癌患者は年々増加しており閉経前患者へのホルモン治療ではタモキシフェン(TAM)が第一選

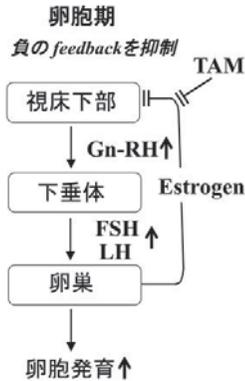


図1 負のフィードバックを介したTAMのゴナドトロピン分泌亢進による卵巢過剰刺激機序

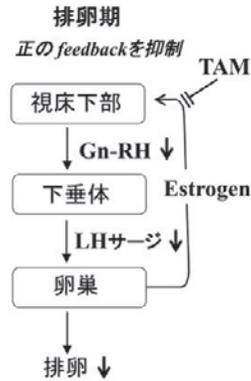


図2 正のフィードバックのブロックを介したTAMの排卵抑制による卵胞の囊腫化機序

扱となっている中で以前から TAM 服用で血中エストロジールの高値が誘導されることが報告されているが、日本人女性における実態は明らかにされていない。血中エストロジールが高値となる原因として、TAM の視床下部-下垂体系に対する抗エストロゲン作用による 1) 負のフィードバックを介したゴナドトロピン分泌亢進による卵巢過剰刺激(図1)および²⁾正のフィードバックのブロックによる排卵の抑制による卵胞の囊腫化(図2)が推定されるが、その機構の詳細や乳癌治療効果への影響は不明なままである。

一方で TAM の子宮内膜への抗エストロゲン作用は部分的であり、逆に直接刺激する作用が存在して子宮体癌を誘発することが知られている。したがって性成熟期の患者では、1) 過剰に産生されたエストロゲンが TAM によって一部の作用をブロックされた異常な条件下で子宮内膜を刺激すること、および TAM 自身が子宮内膜を直接刺激することが予想され(図3)、将来の妊孕性の低下や腫瘍化に対する影響が懸念される。

そこで本研究を生殖・内分泌委員会に申請し、得られた解析結果を検討して閉経前乳癌患者に対する TAM を用いたホルモン療法の副作用に関する情報を日本産科婦人科学会員に提供するとともに、卵巢刺激作用や子宮内膜への悪影響の軽減を目指した新しいプロトコルを婦人科医と乳腺外科医で提案することとした。

【研究方法】

わが国のガイドラインに沿い TAM を用いたホルモン療法を受けている閉経前乳癌患者を TAM 単独投与群、化学療法後単独投与群、Gn-RH 後単独投与群に分

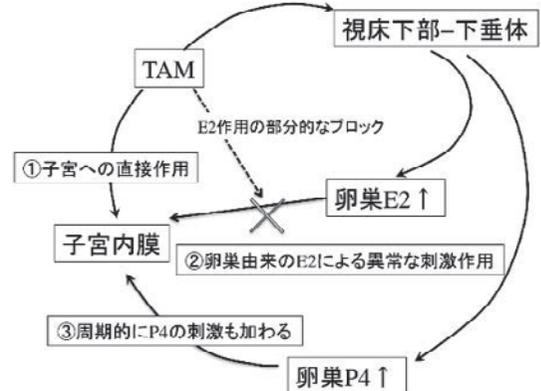


図3 推定される TAM を介した子宮内膜作用機序

け、卵巢刺激作用が発生している症例の頻度、病態、および子宮内膜への作用について多施設共同による後方視的観察研究を施行した。

【結果】

金沢大学大学病院、帝京大学大学病院、関西医科大学大学病院、徳島大学大学病院の4施設で解析結果、

- 1) 卵巢過剰刺激を示した症例において TAM 開始年齢が有意に低くほとんどが 46 歳以下である。
 - 2) TAM 単独投与群は、ほかの 2 群に比べて卵巢過剰刺激所見の出現比率が有意に高い。
 - 3) 化学療法後群では無月経を継続したまま卵巢過剰刺激が起こる比率が有意に高い。
- ことが示された。

また遅れて開始した前方視的な検討の中間結果からは TAM 投与が高率に子宮内膜の異常形態を誘導する

ことが示され、TAMを用いたホルモン療法が子宮性の不妊症を誘発するリスクが示唆された。本テーマは子宮の妊孕能という視点からも引き続き検討すべき課題と考えられる。

[4]本邦における早発卵巣不全に対する診療の実態調査—生殖医療を中心に—

委員長：丸山哲夫

委員：岩瀬 明，河村和弘，榊原秀也，
高橋俊文，寺田幸弘

研究協力者：内田明花

1. 緒言

近年の晩婚化・晩産化の流れと相俟って、生殖年齢にある女性の約1%にみられる早発卵巣不全(primary/premature ovarian insufficiency, POI)の不妊の原因に占める割合は増加している。POIに対しては、極めて少ない妊孕性を引き出して自身の卵子による妊娠を試みるさまざまな治療法が行われてきた。しかし、現時点で十分なエビデンスのある不妊治療は卵子提供だけであり、施行可能な国では卵子提供が優先的あるいは最終的に推奨される。わが国では卵子提供は一般的ではないこともあり、さまざまな治療が試みられているが、その実態は十分には把握されていない。そこで、本小委員会による全国規模の調査を通じて、わが国におけるPOIに対する診療、特に生殖医療の実態を明らかにすることを目的とした。

2. 調査方法

まず1次調査として、平成30年8月に、全国の産婦人科標榜医療機関に対して郵送によるアンケート調査を行った。1次調査ではPOIが疑われる挙児希望の女性が受診した際の対応として、自施設で検査や治療を行っているかを確認し、2次調査の対象施設の絞り込みを行った。

1次調査で検査や治療を行うと回答を得た施設のうち、協力の同意を得た施設へ平成30年11~12月にWebアンケートによる2次調査を行い、各施設での診療の実態として、POIの診断に至るまでに実施する検査項目、挙児希望症例に対して行う治療内容、および妊娠例の有無などについて回答を依頼した。

なお、一次および二次調査用紙の冒頭に以下の文面を掲載して、POIを診断するうえでの参考情報を回答者には提供したが、本調査に組み入れるべきPOI患者の明確な診断基準は設定しなかった。

「本研究は、本邦における早発卵巣不全^{*1}(早発閉経^{*2})に対する診療、特に生殖医療の実態を明らかにすることを目的とした全国規模の調査研究です。

^{*1} 早発卵巣不全とは、40歳未満の卵巣性無月経^{*3}を指し、卵胞が存在し稀に卵胞発育や月経を認めるものと、永久に月経が停止した早発閉経^{*2}の両者を含みます。しかし、この両者を区別することは困難です。早発卵巣不全と早発閉経は厳密には同義ではありませんが、本調査では同一のものとして取り扱います。また、今回は続発性無月経に限定します。

^{*2} 早発閉経とは、40歳未満で卵胞が枯渇し、自然に閉経(月経の永久停止)を迎えた状態です。

^{*3} 卵巣性無月経ならびに早発卵巣不全の診断基準は定められていませんが、少なくとも3か月以上の無月経(4~6か月以上であればより確実)、高ゴナドトロピン血症(目安としてFSH \geq 40mIU/mL)および低エストロゲン血症(検出感度以下)を呈するものとするのが一般的です。特に、早発卵巣不全は40歳未満であることに加えて、内分泌所見が1か月以上の間隔を空けて2回以上認められることを要件とする場合もあります。

上記の診断の目安はあくまでも参考に留めていただき、貴施設で早発卵巣不全(早発閉経)と診断された方について、次頁の調査にご回答いただければ幸いです。」

3. 調査結果と考察

①挙児希望のあるPOIの診療体制

1次調査は日本産婦人科医会の施設名簿をもとに、全国の5,261施設へ発送し、2,958施設より回答を得た(回収率56.2%)。挙児希望のあるPOIと思われる患者が受診した際に「すぐに他院へ紹介する」との回答が2,014施設(68.1%)、「検査のみ行い紹介」が500施設(16.9%)、「自施設で検査/治療を行う」との回答は290施設(9.8%)であった。

「検査のみ行い紹介」または「検査/治療を行う」と回答した790施設のうち、331施設からWeb上での2次調査について回答を得た(図1)。このうち「検査/治療を行う」と回答した167施設の内訳は、「生殖医療専門医がいる」が121施設(72.5%)、「日本産科婦人科学会ART登録施設である」が148施設(88.6%)であり、挙児希望POI症例への治療は主に生殖医療を専門とする施設で行われている実態が明らかとなった。

なお、非ART登録施設であるが「治療を行う」と回

答した19施設は、都道府県別でみると岩手(1)、東京(5)、愛知(1)、滋賀(2)、大阪(1)、兵庫(4)、島根(1)、徳島(1)、愛媛(1)、福岡(1)、熊本(1)であり、ARTへ方針転換になった段階で近隣施設へ紹介のしやすい都市部の施設が比較的多かったのに対して、ART登録施設へのアクセスが困難な地域で治療を行わざるを得ない状況も一部うかがわせる結果となった。

② POIの診断

POIの定義は「40歳未満の卵巣性無月経」であり、3か月以上の続発性無月経およびFSH \geq 40mIU/mLを目安とした高ゴナドトロピン血症、低エストロゲン血症を1か月以上の間隔を空けて2回以上呈する、とすることが一般的であるが、明確に定められた診断基準は存在しない。日常臨床の間では2回の検査を行う前に診断をつけてしまうケースも十分ありうると予想され、いわゆる卵巣予備能低下例(diminished ovarian

reserve : DOR)や poor ovarian responder (POR) とほぼ同義に扱われている可能性もある。

本調査においてもPOIの基準は明確にせず、各施設での診断に基づいた症例数を調査したところ、平成25年1月～平成29年12月の5年間でPOIと診断した患者数は、施設ごとに0～200(中央値5)とかなりのばらつきがみられた。初診患者が10名以上と回答した114施設のうち95施設(83.3%)がART登録施設であり、1次医療機関からの紹介によるPOI患者のART登録施設への集約が示された一方で、施設間で診断の概念が異なっている可能性も懸念された。

POIの診断にあたって実施する検査項目(複数回答可)についての質問へは、「血中下垂体ゴナドトロピン測定」「血中エストラジオール測定」が回答施設のうち327施設(98.8%)であり、「超音波検査による胞状卵胞数(AFC)の測定」が301施設(90.9%)で続いた。「抗ミューラ管ホルモン(AMH)測定」を挙げた施設は209施設(63.1%)と比較的低かったものの、ART登録施設で152施設(84.4%)、ART非登録施設でも57施設(37.7%)が実施項目として回答しており、AMH検査の非ART施設への普及も認められた。

なお、POIの確定診断に関連する検査項目に「無月経の期間」を加えたうえで、POIの診断に際して最も重視する項目を4つ選択する、との設問に対しては、「血中FSH値(99.7%)」「血中エストラジオール値(90.3%)」「無月経の期間(82.4%)」に続いて、「AMH値(63.0%)」が4番目に挙げられ「AFC(57.9%)」を上回った。AMH値だけではPOIの診断はできないが、POI診療におけるAMH検査の普及率と重要性の認識率の高さを考慮

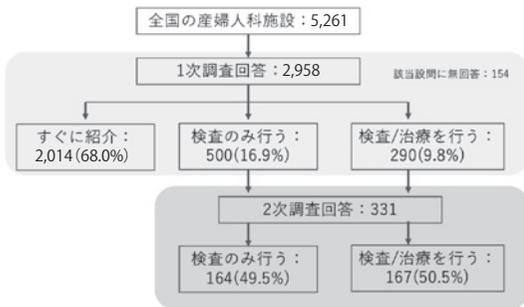


図1 1次および2次調査対象施設数とその内訳ならびに回答状況

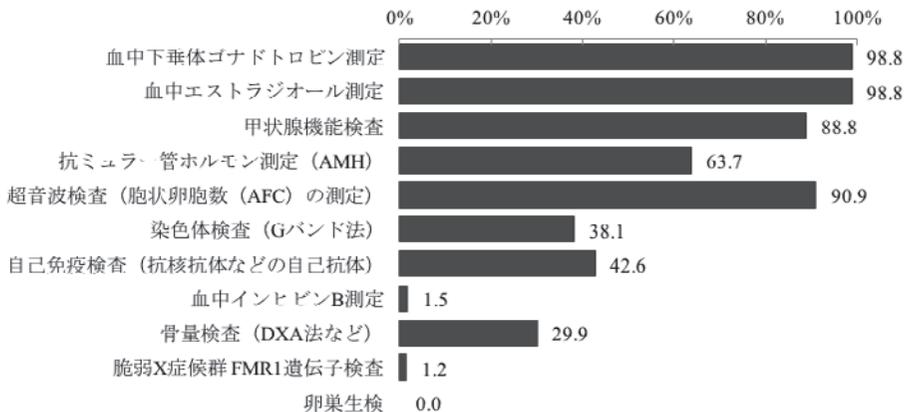


図2 POIの診断に際して通常行う検査についての回答状況(複数回答可)

すると、POIの補助的診断ならびに病態把握とそれに基づいた適切なPOI患者の管理の観点から、検査回数を限るなどの条件を付けてとしても、現在全額自己負担であるAMH検査を、今後は保険収載する方向で検討する時期に来ていると思われる。

③ 挙児希望のあるPOI症例への不妊治療の実際

「自施設で治療を行う」と回答した167施設に対し、実際に行うホルモン治療および受精法の種類について、第三選択までの回答を得た。最初の選択肢としては「ホルモン補充療法(エストロゲン療法、カウフマン療法)」を挙げた施設が99施設(59.3%)と多くを占め、以下「クロミフェン療法」(24施設, 14.4%)、「エストロゲン+ゴナドトロピン療法」(22施設, 13.2%)、「ゴナドトロピン療法」(15施設, 9.0%)と続いた。

高FSH血症, 低エストロゲン血症, および第2度無月経を呈する本来のPOIに対して、クロミフェン単独やゴナドトロピン単独の治療は、薬理メカニズムの観点から卵胞発育効果は低いと考えられる。しかし、わずかながら内因性エストロゲン産生が認められるPOI患者や、同一のPOI患者でも卵巣機能が一時的に回復している場合などに対して、これらの排卵誘発治療が用いられる可能性はある。また今回、明確なPOI診断基準を設定しなかったため、前述の通り、本調査のPOI患者にはDORやPORなどが含まれている可能性も否定できない。今後の個別調査の必要性が示唆される。

受精法は「自然妊娠・タイミング周期」が77施設(46.1%)、「体外受精/顕微授精-胚移植」が73施設(43.7%)であり、治療を行う施設の大部分がART実施可能な施設であるが、実情は他の不妊因子がなければ自然妊娠を目指す姿勢、積極的にARTを開始する姿勢に二分していることが示された。

その他特筆すべきこととして、本調査では卵胞活性化療法(IVA, in vitro activation)に着手している数施設からの回答が得られず、症例数などの実態を明らかにすることができなかったため、今後再調査を行う際には考慮すべきである。

④ 卵胞発育症例, 妊娠症例

各施設で過去5年間に治療を行った症例数につき回答を得た。合計2,055例であり、「経過観察中に一度でも卵胞発育を認めた症例」が1,165例(56.6%)、妊娠成立が286例(13.9%)、生児獲得が180例(8.8%)との結果になった。前述の通り、今回のPOI患者にDORやPORが含まれている可能性などを鑑みると、真のPOI集団においては、成績はさらに低いかもしれない。一

方、学会・論文発表やART実施数などの情報から、多数のPOI患者を診療し積極的な治療を行っていると思われる施設があるが、そのうちのいくつかの施設からは調査回答は得られなかった。もし回答が得られていれば、より良好な成績になった可能性もある。いずれにせよ、施設ごとのPOIの診断基準が異なる可能性があること、実際に妊娠に至った周期の治療法が不明確であることなどから、今後の個別調査による検証が必要と考えられた。

⑤ 卵子提供の選択肢への姿勢

本調査では、実施する不妊治療の選択肢内にも「卵子提供」を含めていたが、第三選択までに「卵子提供」を選択した施設は8/167施設(4.8%)であり、一方で最終的に「挙児の断念あるいは養子を勧める」と回答した施設は10施設(6.0%)であった。

「患者への説明で卵子提供の選択肢を伝えている」と回答した施設は17/331施設(5.1%)と少ないため、患者自身が情報を得た上で海外での卵子提供を選択している可能性も示唆された。一方で「将来、本邦において卵子提供が普及することを望むか」との質問には174/331施設(52.6%)が「望む」と回答しており、医療者側からも潜在的な卵子提供のニーズがあることが示された。

⑥ 本調査の問題点と今後の課題

今回は、医師個人ではなく施設単位で調査を行ったため、同一施設内での複数の医師間におけるPOI診療の相違などを拾い挙げることは出来ていない。また、個別症例調査ではないため、POI患者数や生殖アウトカムなどが医師の記憶に主に基づいて回答されたケースが多々あった可能性も十分あり、それらの数値は必ずしも正確ではないかもしれない。前述の通り、複数のいわゆる“ハイボリューム”施設からの回答が得られていないことから、正確な実数を反映していない可能性もある。

一方、本調査は、現状で考えられ得る最大規模の全国調査である。POI患者は、がんセンターなどの特殊な医療施設を除くあらゆる産婦人科標榜医療機関に、主に無月経を主訴にして受診する。さらに、その後も状況に応じて、POI患者は一次～三次のいずれの医療機関においてもフォローされ得る。したがって今回は、実態調査の対象施設を最初から絞ることはせずに、日本産婦人科医会の協力を得て、現状で考えられ得る最大の全国的網羅的な調査を行った。二次調査においては、各施設におけるPOI診療の実際・実態だけではな

く、限定された期間内ではあるが生殖アウトカムの大まかな成績に関する聞き取りも行った。これらはいずれも本邦で初めて行ったものであり、本調査の強みと特色であると考え、本調査の結果から、今後のわが国独自の診療指針の作成や新しい治療法・患者管理の開発に際して、参考となる重要な基盤知見・情報が得られると思われる。

4. 総括

今回の調査では、全国におけるPOIの診療実態の概要を把握するため、各施設のPOI患者数、対応の方法、その生殖アウトカムになどについての情報提供を依頼した。その結果、POIにおいて卵胞発育・排卵を目指す場合、カウフマン療法などの待機的ホルモン補充療法を基本とする施設が約60%を占める一方、いったん卵胞発育が認められた場合は、全体の約44%の施設がARTを用いて積極的に妊娠成立を目指す実態が明らかになった。5年間の観察期間の中で、2,055症例のうち約50%に卵胞発育が少なくとも一度は観察され、約14%の妊娠が成立し、約9%が生児を獲得した。これらの成績の解釈には慎重を期する必要があるものの、本調査の結果を踏まえ、POIの診断基準の設定、専門施設への転院や治療法として具体的なホルモン療法、生殖医療の内容に関するガイドラインの設定を目指し、次年度以降での個別症例調査の計画も視野に入れて検討を進めていく予定である。

5. 謝辞

今回の調査にご協力いただいた日本産婦人科医会とご回答いただいた全ての方々に深く感謝申し上げます。

[5] 女性の活躍と妊孕性・月経随伴症状についての社会的現状調査

委員長：明樂重夫

委員：岩瀬 明，太田郁子，対馬ルリ子，
浜谷敏生，平池 修

研究協力者：市川智子，大内 望

わが国は超高齢化社会を迎え、労働者人口比率の急速な低下が見込まれている。この事態を克服するためには女性の社会での活躍を促進する必要がある。しかしながら労働者人口の中核を占める生殖年齢女性において、女性特有の健康問題である月経随伴症状、妊孕性低下は、女性が社会活動に積極的かつ継続的に参加する上で大きな障害となっている。そしてこれら性差

に関する健康問題は他の疾患と比較して表面化しにくく、働く女性の就労効率やQOLに与える影響には不明な点が多い。

今回、当小委員会では月経周期に伴う体調の変化や不妊に苦しむ就労女性に求められる支援の方法や必要なサポートを構築し、女性が活躍する社会を推進するため、企業における女性の健康に対する取り組みの現状と、不妊症治療を継続することが就労女性の労働生産性やQOLに与える影響について調査した。これらにより、女性が活躍するうえでの健康支援について、目指すべき方向を見出すことを目的とした。

課題1：働く女性の上司に対するアンケート調査

はじめに

近年わが国は「女性活躍社会」が推進され、就労女性の体調管理が求められるようになった。性差による疾病や体調の変化を受け入れ、性差を考慮した就労環境のサポートを供与することが必要となってきた。当委員会では2016年から2017年にかけて就労する女性を対象に女性の月経関連・更年期障害による体調不良が、女性の労働生産性とQOLにどの程度影響しているのか、そして就労する女性が本当に必要な医療サポートは何かについて調査し、2017年度の日本産婦人科学会雑誌で発表した¹⁾。結果として、月経困難症は就労女性の仕事における労働生産性と日常生活におけるQOL両者を低下させていることがわかった。今回、女性を部下にもつ上司にアンケートを施行し、上司側からみた月経困難症患者、また更年期女性の労働生産性と職場の理解度、就労環境やサポートについて調査した。

方法

月経関連疾患、更年期疾患の就労女性における労働生産性とQOLへの影響および今後必要とされる医療サポートに関して、管理者に対するアンケートを作成した。2018年6月から6か月間、女性部下を有する上司を対象にアンケート調査を施行した。この結果と前年施行した就労女性に対するアンケートの結果を比較検討した。アンケートは健保連、女性の健康研究会、委員会メンバーの地元企業や製薬会社などを通して行い、Web上で回答を得た。解析は、mann-whitney u test、カイ二乗検定を行い、 $p < 0.05$ を有意とした。

結果

アンケート回答者は218名で、2/3が男性であった。回答者の多くは中規模の会社(従業員101~3,000人)に

勤務しており、回答者の4割の会社で女性従業員の割合が5割以上であった(図1)。

月経関連の症状について、前年に施行した就労女性に対するアンケートでは、月経周期に関する体調不良が全くない人は1割しかおらず、多くの人が何らかのトラブルをかかえていた。中でも、就労女性の約59%が過多月経を、約40%が月経に伴う下腹部痛を有していた(図2)。管理者へのアンケートでは、男性上司の月経に伴う下腹部痛に対する認知度は約78%と高かったが、女性上司では34%と有意に認知度が低かった。一方、過多月経の認知度は男性上司、女性上司ともに50%以下と低い結果であった。さらに、回答者の約1割の方が月経関連の不調にどのような症状があるのかを知らないと回答していた(図3)。更年期障害では、症状として、hot flushやイライラ感の認知度は8~9割あり、いずれの症状も知らない方は1%程度にとどまった(図4)。

上司に対するアンケートでは、約半数が各種体調不良を訴える部下は1割未満と回答し、約半数が把握していないと回答した。多くの上司が、部下の体調不良や休暇の理由を把握していないことがわかった(図5)。一方で、月経関連の体調不良および慢性疾患の体調不良に伴う休暇に関し、周囲の従業員は、9割方理解を示していたが、更年期障害に伴う休暇に関しては有意に理解が低かった(P<0.01)。また上司の性差で比較すると、男性上司は女性上司に比較して、有意に月経関連の体調不良や更年期障害に対する理解が深いことが分かった(p<0.01)(図6)。

就労女性に対するアンケートでは、約4割の女性が月経に伴う下腹部痛によって、日常生活のみならず、仕事にも影響を及ぼしていると回答していた。そのほか、腰痛、頭痛、眠気、倦怠感、怒りっぽくなるなども日常生活・仕事両面に影響を及ぼしていた(図7)。一方、管理者へのアンケートでは、約97%の施設で月経関連の体調不良は採用に影響せず、上司の性差における有意差も認めなかった。また、95%の施設で総合職、管理職になるうえで月経関連の体調不良が不利となることはなく、約97%の施設で昇進にも影響していないとの結果であった。ただし、仕事の効率や仕事のパートナーとして困るかとの問いに関しては、約30%の男性上司が仕事への影響を感じており、12%で困ると回答していた(図8)。

考察

月経関連の体調不良や更年期障害に対し、上司の性

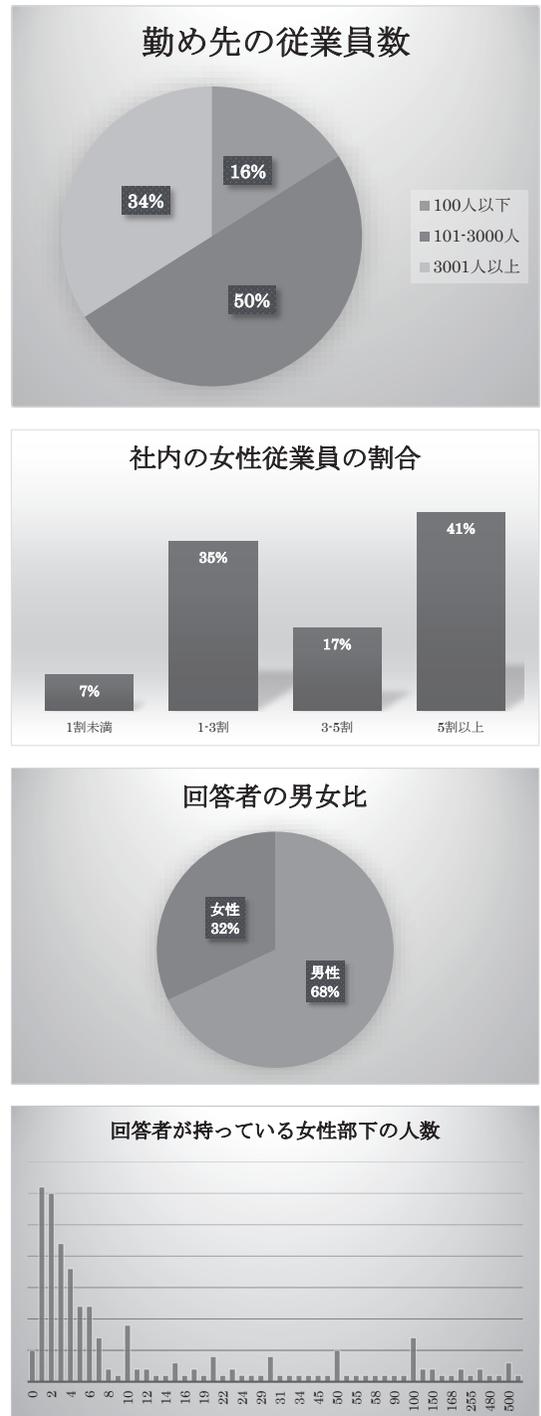


図1 勤め先の従業員数

就労女性へのアンケート

あなたの月経周期に関連する体調不良はどれにあたりますか。
あてはまるものをすべてお選びください。

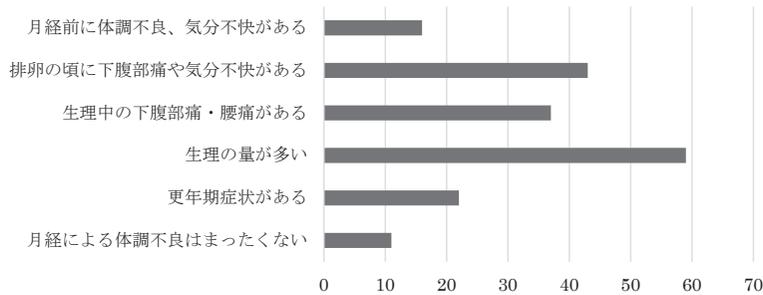


図 2

管理者へのアンケート

一般的に起こりうる月経周期に関連する体調不良でご存知のもの
すべてにチェックしてください

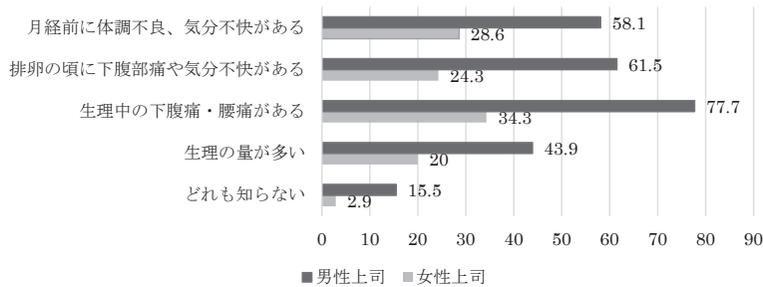


図 3

管理者へのアンケート

一般的に起こりうる更年期症状でご存知のもの
すべてお選びください。

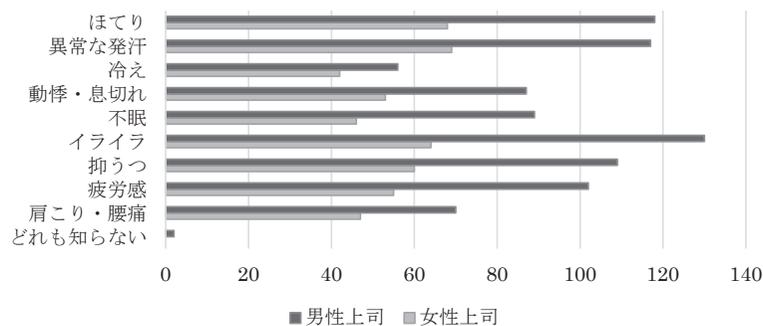
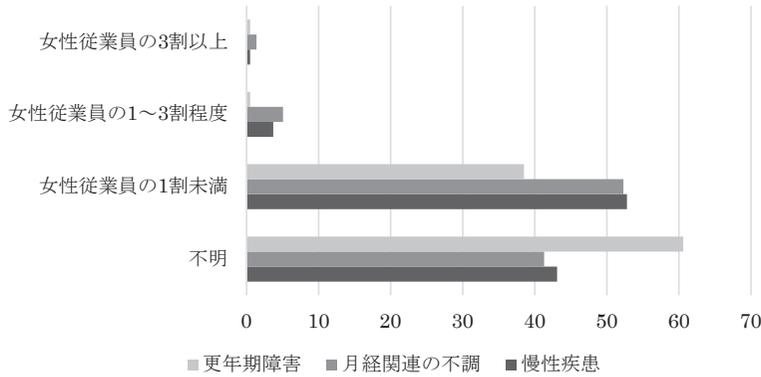


図 4

体調不良を訴える従業員数



体調不良で休暇を取る従業員数

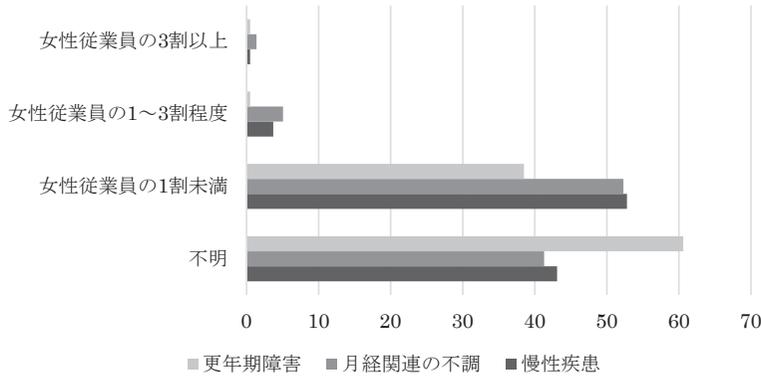


図5

管理者へのアンケート

各疾患の体調不良で休暇を取る従業員に対し、周囲の従業員はどのように思っていますか。

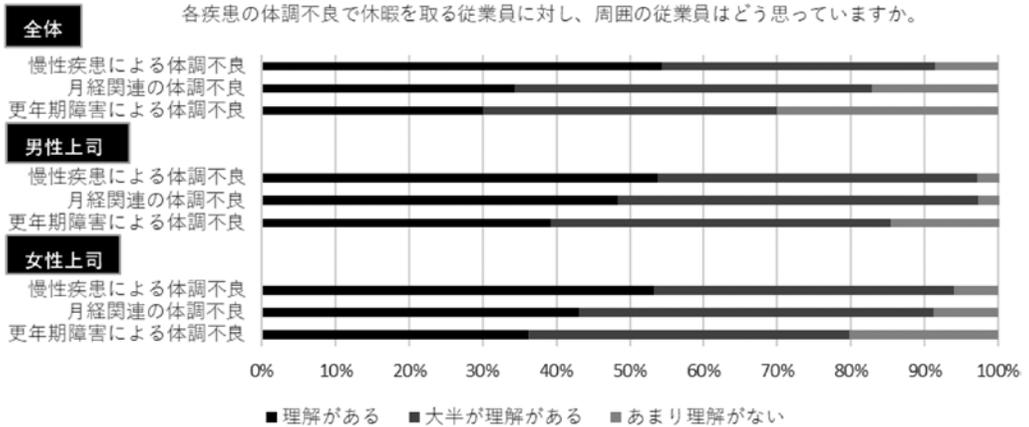
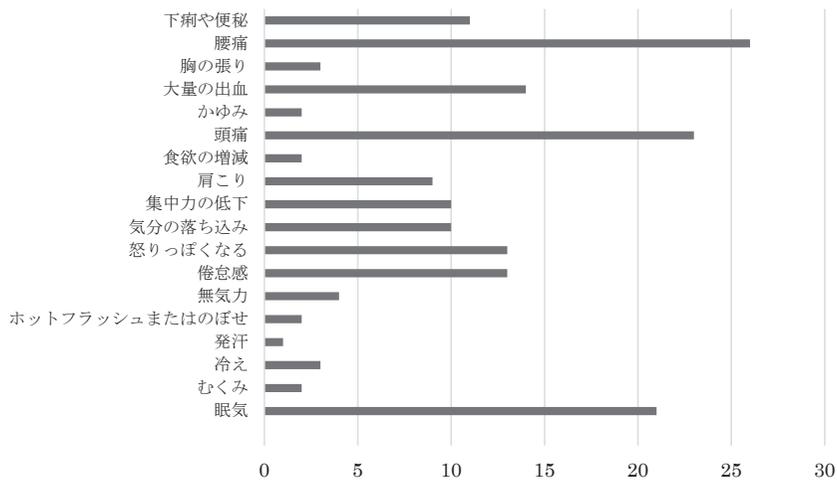


図6

就労女性へのアンケート

あなたが月経周期に関連する体調不良の症状として選択したもののうち、
日常生活に影響している症状はどれですか



就労女性へのアンケート

あなたが月経周期に関連する体調不良の症状として選択したもののうち、
職場での仕事に影響している症状はどれですか

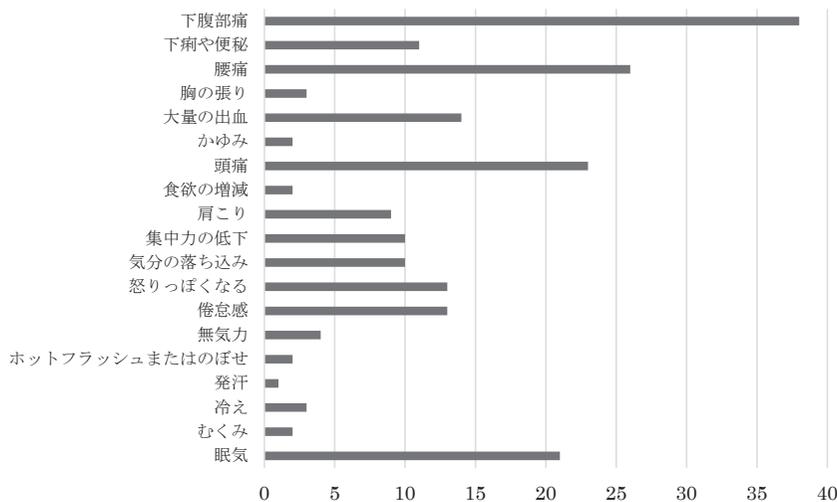


図 7

差においても理解に差異があった。男性上司は女性上司に比較して、有意に月経関連の体調不良や更年期障害に対する理解や配慮が深かった。これは「異性」としての配慮が影響していると考えられた。一方、自由回答では男性上司から、「セクハラと取られるかもしれ

ず、深く聞けない」など「異性」特有の聞きづらさやサポートの難しさがうかがわれた。また全体として、昇進や採用についてこれらの疾患は影響がないことがわかった。ただし、仕事の効率への影響、仕事のパートナーとしての影響は少なからず存在することもわかっ

管理職へのアンケート

月経関連の体調不良で仕事を休む必要がある女性についてどう思われているか、率直にお聞かせください。

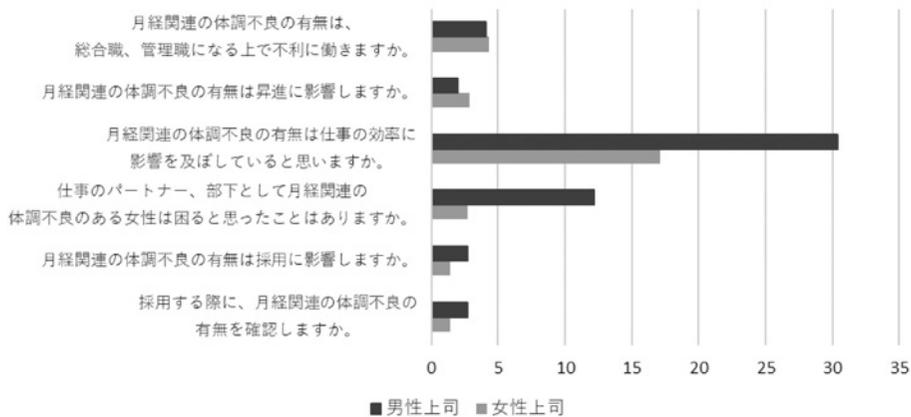


図 8

た。これらの状況を踏まえてか、30%の就労女性が何らかの月経関連の体調不良を有しているにもかかわらず、上司へ休暇等の相談をしていない現状であった。今後の対策として、「異性」である男性上司に気軽に相談できるようなアクセス、セクハラにならないようなサポート体系の構築が求められる。それには女性上司によるサポートが不可欠であるが、女性上司は同性として女性疾患に対し更なる理解を深める必要があると考えられた。

参考文献

- 1) 大須賀穰ら。女性の活躍・健康と妊孕性・月経関連疾患についての社会的現状調査小委員会。日産婦誌 2017；69(6)；1429-1434

課題2：The fertility quality of life(FertiQoL) Questionnaire WPAI：GHを用いた日本就労女性への不妊治療が及ぼす影響に対する検討

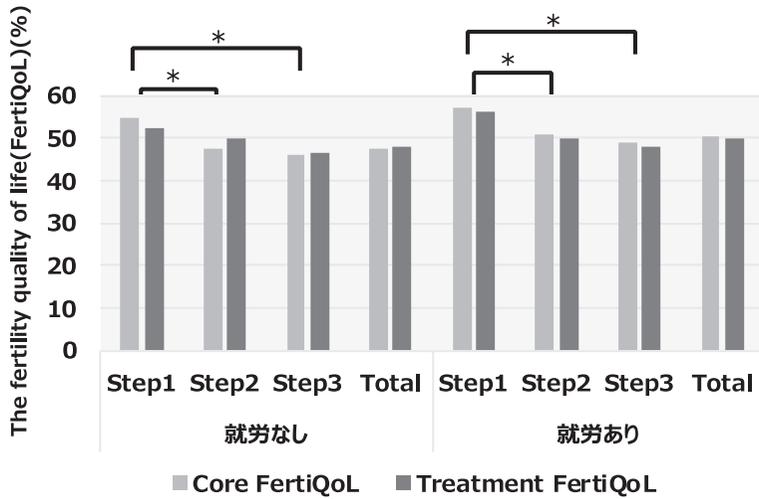
はじめに

現在、女性活躍社会を目指すわが国の女性就労人口は増加傾向にある。しかし、その一方で、就労女性の妊娠・育児といった厚生福祉の需要も高まるばかりである。特に就労女性の晩婚化、出産の高齢化が進行する中、体外受精などの不妊治療を必要とする女性は増加している。平成28年(2016)における体外受精出生児

数は54,110人で、18人に1人が体外受精で妊娠、出生した計算となる。そこでわが国が女性活躍社会を推進するために、就労女性における不妊治療のサポートは現在不可欠であると考えられる。しかしながら近年不妊に悩む方への特定治療支援事業による治療費のサポートおよび企業による不妊治療のサポートなどがあるが、十分とは言い難い。今後不妊治療を行う就労女性へのサポートを構築するうえで、何が就労効率に影響を与えているか、女性のQOLを損なう因子を調査することは重要である。そこで不妊治療専門機関に通院する女性へのアンケート調査を行い不妊治療が就労効率に与える影響について調査した。

方法

2018年9月より12月にかけて、全国15か所の不妊治療専門施設において、インターネットによるアンケート調査を実施した。本アンケートに際して主施設となる日本医科大学の倫理委員会の承諾を受けている。アンケートは不妊治療が女性のQOLに対する影響を調査するThe fertility quality of life(FertiQoL) Questionnaireと不妊治療が就労に対する影響を調査するWPAI：GH Work Productivity and Activity Impairment-General Health(WPAI-GH v2.2-Japanese-Japan)を使用した。いずれも国際的に使われているアンケート内容である。① FertiQoLより、Core FertiQoL, Treatment FertiQoLを算出した。また各設問



*:p<0.01mann whitney u test

図9 The fertility Quality of life(FertilQol)

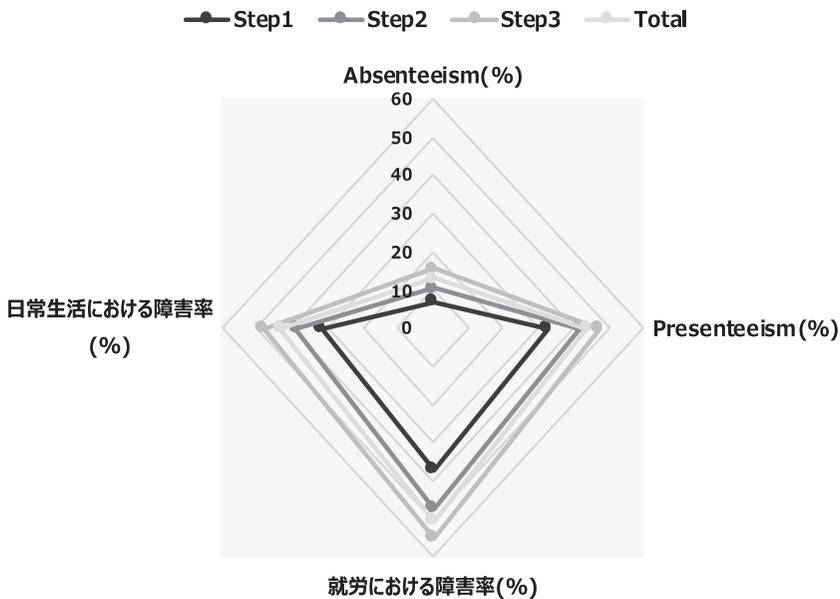


図10 不妊治療が及ぼす影響

から Emotional, Mind/Body, Relational, Social, Environment, Tolerability といった Subscale 指数を算出した。② WPAI : GH より, Absenteeism (%), Presenteeism (%), 就労への障害率 (%), 生活活動への障害率 (%) を算出した。③ Absenteeism (%), Pre-

senteism (%), 就労への障害率 (%), 生活活動への障害率 (%) に対して, Emotional, Mind/Body, Relational, Social, Environment, Tolerability の 6 つの subscale の相関係数を算出した。④ 仕事への支障と離職に対し, 前述の 6 つの subscale および労働生産性の

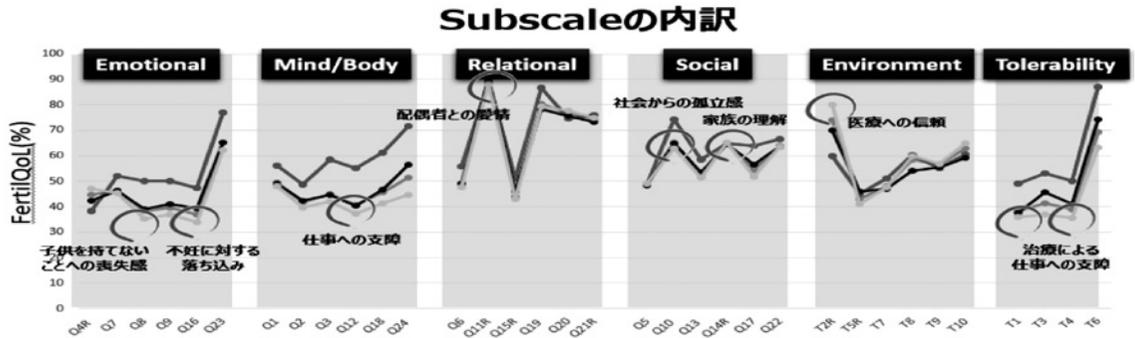
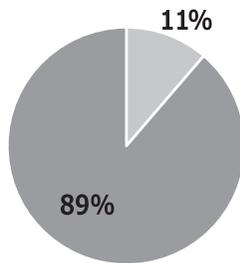


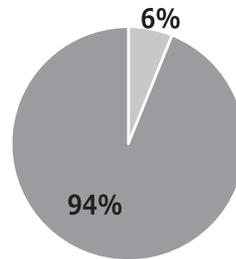
図11 不妊就労女性がQOLを低下させる因子

Q11 ご自分の仕事に不妊治療はどちらかというど
のように影響していると思いますか？



■ a 良い影響があると感じる (A1) ■ b 支障があると感じる (A2)

Q10 不妊治療とご自分のキャリアについて、どち
らかというどちらを優先したいと思いますか？



■ a 自分のキャリア (A1) ■ b 不妊治療 (A2)

図12 キャリアへの影響

4つの指標に対して多項ロジスティック解析を行い、どの因子が直接仕事への支障や離職に関係しているかを算出した。統計は、二群間の統計はMann-Whitney u testを使用し、統計ソフトはSPSS Ver24.(Advanced Analytics, Inc.)を用いた。

不妊治療はSTEP1：タイミング療法，STEP2：排卵誘発および人工授精，STEP3：体外受精および顕微授精と定義した。

結果

不妊治療を行っている病院に通っている女性の835名より回答を得られた。年齢層は平均37±4.8歳であった。治療間でのQOLは就労の有無に関わらず、治療段階が上がるにつれて低下した(図9)。不妊治療による生じる影響は日常生活より優位に就労を障害し、治療段階のSTEP UPと共に増悪し、STEP3の就労障害率は55%であった。Absenteeism：欠勤や休職、ある

いは遅刻早退など、職場にすることができず、業務に就けない状態とPresenteeism：出勤しているにも関わらず、心身の健康上の問題により十分にパフォーマンスが上がらない状態では、職域の業績に与える影響は、Absenteeismよりも、Presenteeismの方が大きいことが示された(図10)。不妊就労女性のQOLを最も低下させる因子は①不妊と治療両面から起こる仕事や義務への支障②子供を持たない悲しみ、喪失感、不妊の問題に対する落ち込み③家族の理解、共感が得られないことであると考えられた(図11)。キャリアへの影響は不妊治療における就労女性の89%が治療はキャリアの支障になると答える一方で、不妊治療とキャリアでは、94%が不妊治療を優先すると回答した。またキャリアへの障害は治療のSTEP UPと共に増悪した(図12, 13)。不妊治療を行う就労女性が欲するサポートに関しては治療費の補助と時短やフレックスタイム制度

の導入であり、長期休暇は必要としないことがわかった(図14)。職場への周知に関しては、全体の55%が申し出ているが、45%が申し出ていなかった(図15)。その理由としては6割の女性は話してもメリットがないと考え、2割の女性が話すとデメリットになる(キャリアに影響する)と考えた(図16)。しかしながら、職場

に話すことで7割の女性が理解を得られたと回答した(図17)。

考察

不妊治療を行う就労女性が欲するサポートは治療費の補助と時短やフレックスタイム制の導入であった。この2項目については約70%(10人に7人)がサポートを希望していた。

一方、在宅ワーク制やテレワーク制の導入や不妊治療休暇制度についての需要は40%程度にとどまり、長期に渡る職場との隔離は需要が低いと思われた。これは不妊治療の特性が大きく影響していると考えられる。育児と異なり、不妊治療は月に数日通院のために休暇が取ればよい。しかし、その休暇がいつ必要になるかが不確定であることと治療がいつまで続くのかが不確定である。したがって時短やフレックスタイム制が大きな需要と占めると考えられた。また治療費の補助の需要が高いが、治療費の積み立ては需要が低いのはその後の育児に対する費用を考慮してのことと考

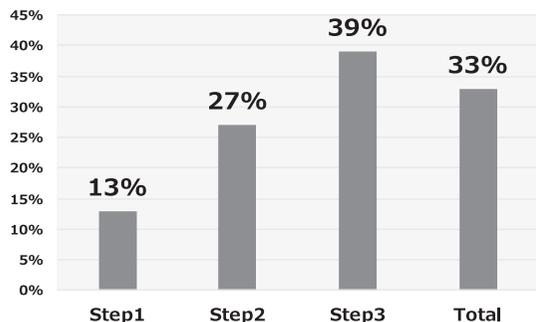


図13 治療毎のキャリアへの障害

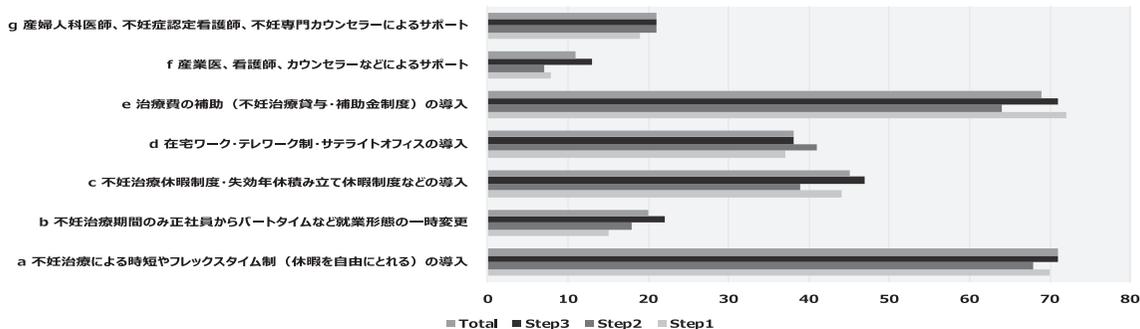


図14 就労女性が必要としているサポート

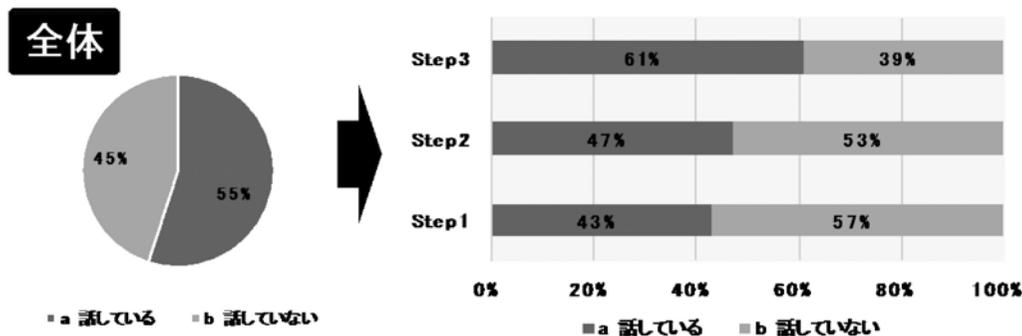


図15 職場への周知

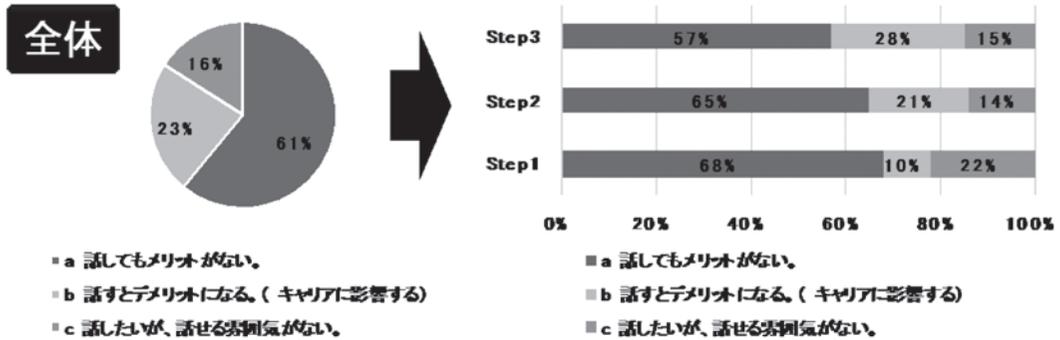


図16 職場に周知しない理由

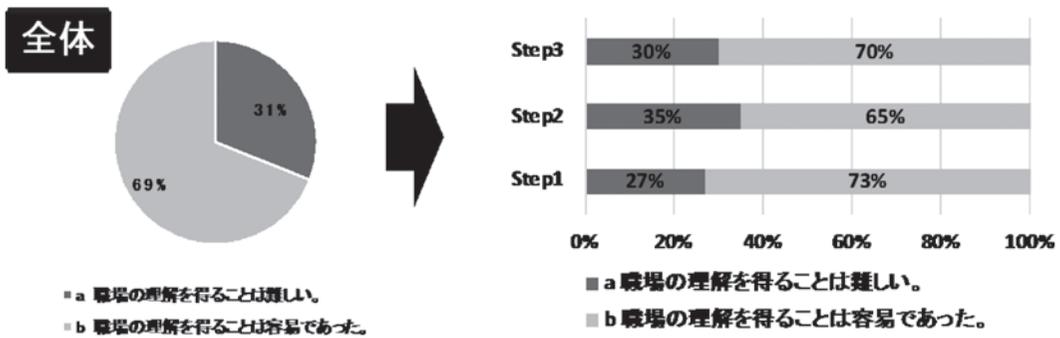


図17 職場の理解

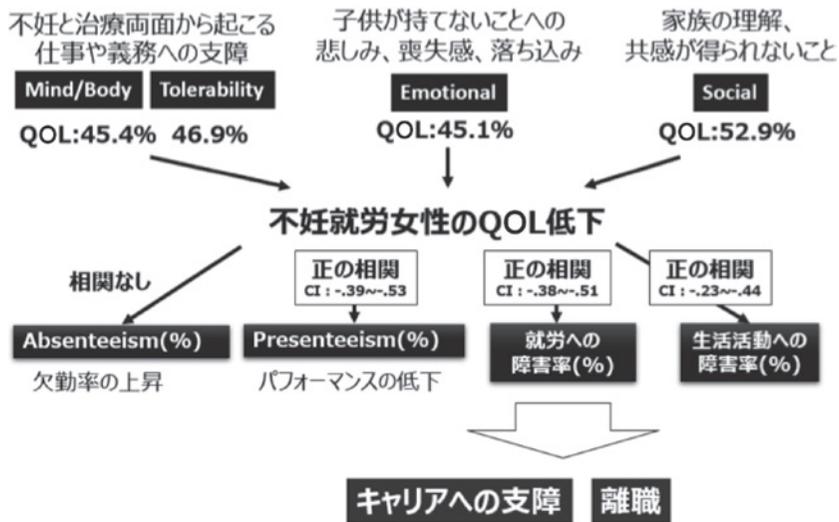


図18 不妊就労女性のQOLの低下の要因

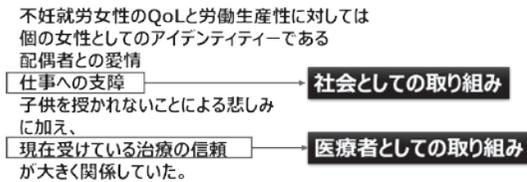


図 19 不妊就労女性の QoL と労働生産性の関与

えられた。産業医のサポートはあまり需要がなく、これは専門的な分野となるため、通院する施設において十分なサポートを受けていることが予想されるとともに職場においては不妊治療を受けていることを秘匿する希望があることと考えられた。さらに職場でもサポートや理解を受けるために、不妊治療をしていることを申し出る必要があるが、55%の女性が申し出ない。そのうち、61%が「申し出てもメリットがない」と回答していることから申し出て受けられるサポートが十分でない可能性がある。しかし、申し出た女性の70%が「職場の理解を容易に得られた」と回答しており、申し出ることから、サポートが始まることを、不妊治療中の就労女性は留意しておく必要があると思われる。

結論

不妊治療を行う就労女性は不妊治療の特性上、育児休暇のような長期に渡るまとまった休暇の需要は低いことが判明した。しかし、不妊治療はかえって不定期に不測の通院が必要なため、信用が求められる職場においては、キャリアへの支障が避けられないと考えられた。しかしキャリアへの支障が懸念されても、90%以上の女性が不妊治療を優先と回答しており、従来の職場環境では8%(約10人に1人)の離職率となる。したがって、不妊治療に対するサポートは①月に数日であるが、不確定で半日ほどの休みが取れること、②そのことによる信用の低下や業績判定の低下に対する配慮、③職場の上司や同僚の批判的な視点ではなく、肯定的な視点が必要であると思われた。また、産婦人科生殖医療の更なる向上を我々も検討し、経済的、体力的、精神的にさらに楽な治療を検討していく必要があると思われた。また不妊治療を受ける際に、周囲に話すことで、理解やサポートを得られることを周知し、申し出やすい環境を整備することも重要であると考えられた(図 18, 19)。

月経異常診断の標準化に関する小委員会

委員長：岩瀬 明

委員：石川博士、久具宏司、高井 泰、

吉野 修

1. 背景と目的

月経は「約1か月の間隔で自発的に起こり、限られた日数で自然に止まる子宮内膜からの周期的出血」と定義される(産科婦人科用語集・用語解説集改訂第4版 日本産科婦人科学会編)。月経異常については、月経の開始と閉止の異常、月経周期と経血量の異常、随伴症状に分けられる。そのうち月経周期と経血量の異常については、諸外国で使用される abnormal uterine bleeding(AUB)に相当するものであるが、用語集第4版では、AUBの訳語として不正子宮出血があてられている。しかしながら、実際の臨床場においては、月経以外の性器出血を不正出血と呼称するなど、用語の統一性を欠いている懸念がある。またわが国では月経異常に関する用語も1990年に定義されたまま、見直しをされずに使用されているものが多いという現状がある(産科婦人科用語集・用語解説集改訂第3版 日本産科婦人科学会編)。この間、FIGOにおいては、AUBに関する用語と定義の見直しを行い、AUBの原因分類法(PALM-COEIN system)を提案するに至っている(Munro MG et al. Int J Gynecol Obstet 2011; 113: 3-13)。このような状況に鑑み、本委員会では月経異常のうち主にAUBに関する定義と用語の見直しをFIGOの定義・分類に則して行うとともに、普遍的な月経異常診断の在り方について検討を行うこととした。

2. 方法

FIGO分類2011年版(Munro MG et al. Int J Gynecol Obstet 2011; 113: 3-13)および2018年の改訂版(Munro MG et al. Int J Gynecol Obstet 2018; 1: 1-16)に則った定義と用語の見直しについて小委員会内で検討した。正常範囲の見直しについては、現在のわが国の定義について、その根拠にさかのぼり検討した。またAUBの鑑別診断については、現在改訂作業中のガイドライン(婦人科外来編)との整合性についても考慮して進めることとした。

3. 結果

(1) AUBに関する用語および定義

FIGO2018年改訂版に対応する日本語版作成のため、AUBに関する用語および定義の見直しを行った。

パラメーター	正常	異常	<input checked="" type="checkbox"/>	
月経周期	出血なし=無月経		<input type="checkbox"/>	
	希発(>38日)		<input type="checkbox"/>	
	正常(24日以上38日以下)		<input type="checkbox"/>	
	頻発(<24日)		<input type="checkbox"/>	
持続期間	正常(≤8日)		<input type="checkbox"/>	
	過長(>8日)		<input type="checkbox"/>	
規則性	正常もしくは順調(最短と最長周期の差が7-9日*以下)		<input type="checkbox"/>	
	不順(最短と最長周期の差が8-10日以上)		<input type="checkbox"/>	
経血量 (患者主観)	過少		<input type="checkbox"/>	
	正常		<input type="checkbox"/>	
	過多		<input type="checkbox"/>	
月経間出血 (周期的かつ規則的な 月経と月経の間の出 血)	なし		<input type="checkbox"/>	
	不定期		<input type="checkbox"/>	
	規則的	初期		<input type="checkbox"/>
		中間期		<input type="checkbox"/>
後期			<input type="checkbox"/>	
エストロゲン・プロゲス チン合剤または単剤治 療中の予定しない出血 (内服薬、IUS、貼付剤、 注射剤)	非該当(ホルモン治療中ではない)		<input type="checkbox"/>	
	なし		<input type="checkbox"/>	
	あり		<input type="checkbox"/>	

図1 AUBに関する用語および定義(案)

*月経周期の規則性(変動:最短と最長の周期の差)の正常範囲:9日以下(18~25歳),7日以下(26~41歳),9日以下(42~45歳)。18歳未満,46歳以上については症例ごとに判断する。IUS, intrauterine system.

わが国の月経に関する定義は,1990年の日本産科婦人科学会用語委員会提案に基づいているが,これは松本清一らによる1960年代以前のデータ(日産婦誌14巻8号523-541)に依存しているところが大きい。わが国の貴重なデータではあるが,すでに半世紀以上が経過している点を考慮し,FIGOの定義に則ることとした。月経量の定義においては,FIGO2011年版では具体的な数値の記載があったが,2018年版では患者主観に基づくと変更されているため,2018年版に準じた。図1にAUBに関する用語および定義(案)を示す。また図2に月経周期,規則性,持続期間,経血量に関する定義と用語(案)について変更前との比較を示す。

用語集第4版では,AUBの訳語として不正子宮出血があげられているが,月経以外の出血を狭義の不正出血と呼称する場合があります,これと区別するために異常子宮出血をAUBの訳語にあてることを提案し,AUBを含む月経異常に関する新たな用語と定義(案)を表1

に示す。また不正子宮出血,過多月経,過少月経,頻発月経,希発月経の英訳とされるmetrorrhagia,menorrhagia/hypermorrhagia, hypomenorrhagia, polymenorrhagia, oligomenorrhagiaについては,すでにFIGOでは使用を推奨しておらず(Munro MG et al. Am J Obstet Gynecol 2012;207:259-265),英文論文作成の際には注意を要する。

(2)AUBの原因分類(PALM-COEIN System)の日本語版作成とAUBの鑑別診断について

PALM-COEIN Systemに基づくAUBの鑑別については,2020年改訂予定の産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編)に収載するための検討が進んでおり,本小委員会ではPALM-COEIN Systemの日本語版作成のみを行うこととした。表2にPALM-COEIN System日本語版(案)を,図3に子宮筋腫の亜分類日本語版(案)を示す。

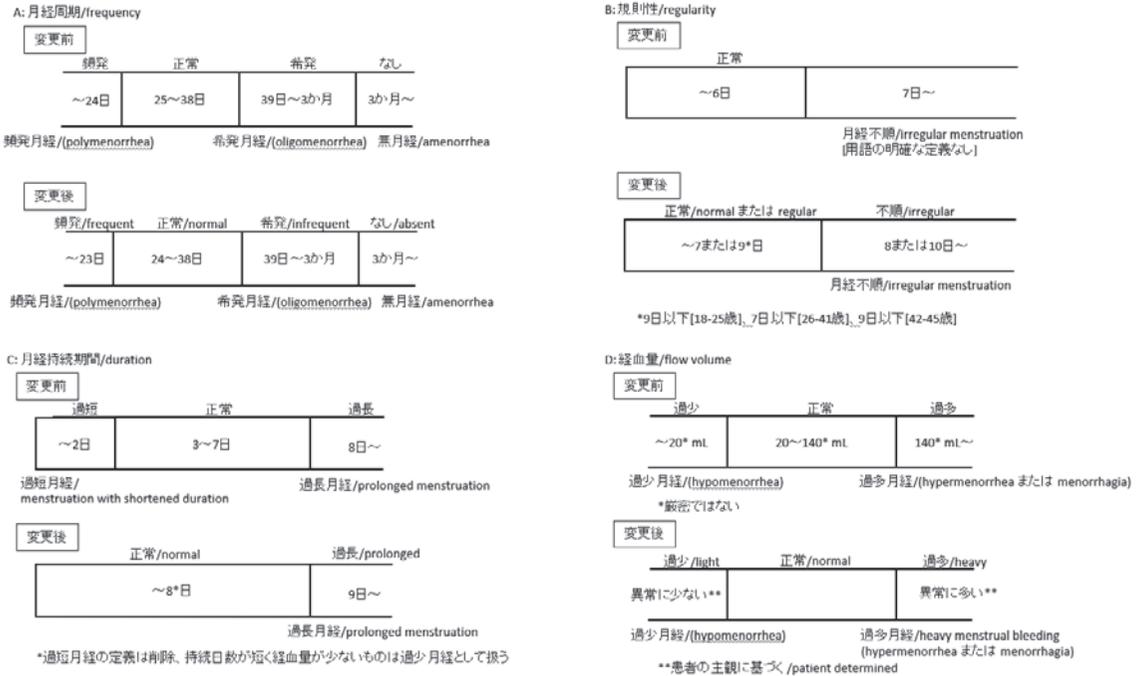


図2 月経周期(A), 規則性(B), 月経持続期間(C), 経血量(D)に関する定義と用語(案): 変更前との対比
 カッコを付した用語については, 現在 FIGO では使用を推奨しておらず注意を要する。

表1 月経異常に関する新たな用語と定義(案)

用語 (上段: 英語, 下段: 日本語)	略語	説明
Abnormal uterine bleeding 異常子宮出血	AUB	経血量, 月経周期 (頻度), 月経持続期間, 規則性において正常の月経と異なる子宮からの出血
Heavy menstrual bleeding 過多月経/重度の月経出血	HMB	経血量の増加だけでなく, 月経周期の短縮, 持続期間の延長等, 理由の如何を問わず月経による出血量が増加し, 女性の QOL に影響を及ぼすもの
Intermenstrual bleeding 月経間出血	IMB	周期的かつ規則的に生じている月経と月経の間にみられる出血 従来の中間期出血は intermenstrual midcycle bleeding
Unscheduled bleeding 予定しない出血	(なし)	LEP 製剤など性ステロイド製剤によるホルモン治療中の予定しない出血

表2 PALM-COEIN System 日本語版(案)

Structural/器質性	Non-structural/非器質性
Polyp/内膜ポリープ	Coagulopathy/凝固異常
Adenomyosis/腺筋症	Ovulatory dysfunction/排卵障害
Leiomyoma/平滑筋腫	Endometrial/子宮内膜機能異常
Malignancy & hyperplasia/悪性腫瘍および増殖症	Iatrogenic/医原性
	Not otherwise classified/その他

粘膜下 (SM)	0	有茎性—子宮腔内*
	1	筋層内部分<50%
	2	筋層内部分≥50%
	3	筋層内(内膜に接する)
その他 (O)	4	筋層内
	5	漿膜下(筋層内部分≥50%)
	6	漿膜下(筋層内部分<50%)
	7	有茎性—漿膜下*
複合型	8	その他(頭部筋腫、寄生筋腫など)
	内膜と漿膜に対する関係で上記の複数に該当	
	2-5	子宮内腔および腹腔内の双方に50%未満の突出がある場合



位置1	位置2	位置・サイズの記載
前壁	上部	4つまでは、それぞれのサイズ(容積)と位置を記載。5つ以上の場合は、最大のものに加え、病的意義のあるものについて記載。
後壁	下部	
左側	全体	
右側		
中央		

図3 子宮筋腫 FIGO 亜分類日本語版(案)
 *有茎性とは茎が直径の10%以下の場合を指す。

4. まとめ

わが国においても、AUBを中心とした月経異常の診断が国際基準に則り標準化され、そのデータが適切に検証される必要がある。本小委員会の提案は国際的な比較にも貢献することが期待される。会員からの意見を聴取し、2019~2020年度の本小委員会において異常

子宮出血(AUB)に関する用語および定義、並びに原因分類の日本語版の完成を目指す。一方、近年のわが国において月経異常、特にAUBについての網羅的かつ詳細なデータは存在しないという問題がある。今回の用語と定義の見直しを契機に、AUBの実態調査を行う意義があると思われる。