



日本女性医学学会 ニューズレター

Vol.18 No.4 May 2013

10月18日から東京で始まる第5回 APMF

来る10月18日から20日の3日間、東京新宿区の京王プラザホテルにて、アジア太平洋閉経学会会議 (Asia Pacific Menopause Federation, APMF) が開催されます。本会議は、アジア・オセアニア地域の更年期医学分野で最も権威のある国際会議で、2001年にソウルで第1回会議が開催されてから、以後3年ごとに、パタヤ、台北、シドニーで開催され、今回が東京で第5回ということになります。この学会の特徴は何と言っても、アジアという地勢的に広大な地域の研究者が参加する学会で、当然のことながら民族、言語、文化、宗教、そして価値観において極めて多彩であることに加えて、ライフスタイルや生活・医療レベルにおいても全く異質な国々が参加しているということです。

こういう中で、何を共通の課題、あるいは問題として討議し、発展させるということは決して容易ではないと思いますが、しかし、それらの生活スタイルの多種多様を超えたところで議論を交わすことがこの学会の原点であり、この意味では、この会ほど楽しい会はないと思っています。実際、過去の学会を見ましても、日本では到底考えられないような疾患が最大の更年期女性の問題となって報告されたり、あるいは我が国ではあまり見かけない治療法や単に民間療法としか見なされない治療法の効果が科学として報告されるなど、国内の学会ではなかなか聴講できない発表が盛り沢山です。

更年期障害が生活習慣や文化により異なることは古くから知られてきましたが、この学会はそれを如実に体験できる会と言えます。もちろん、欧米のいわゆる先進的な医療技術に比肩する報告も少なくなく、本学会は従来の国内学会や欧米を中心とした学会とはひと味もふた味も異なり、得ることは少なくありません。

メインテーマは Successful Aging Across All Life Stages

今回の学会ではメインテーマを「Women's Healthcare for Successful Aging Across All Life Stages」として、「骨の健康」、「女性と心疾患」、「メタボリックシンドローム」、「中高年女性の悪性腫瘍」、「閉経の適切な管理」、「中高年の性」、「骨盤臓器脱」、「加齢と脳の関係」、「早発閉経への対応」、「高齢化社会とヘルスケア」、「ヘル

スケアにおける看護の役割」、「生活スタイルと栄養」、「HRTの今日的課題」などをトピックスとしてアジア太平洋地域の抱える課題を掘り下げていくことを企画しています。これらのテーマは本学会の定番とも言われるトピックスですが、これらを女性の一生を通して考えようとするところに今回の学会の意図があります。この他、今回は新しいトピックスとして、「Surgical Menopause」を加えました。両側卵巣摘出を受けた女性では平均寿命が短いという疫学データが出て、我が国でも山形大学の倉智教授が中心となって予防的卵巣摘出術の実態調査が行われました。予防的卵巣摘出は産婦人科が作る医

原的な状態ですので、どのような反響が見られるのか楽しみの一つです。一方、古くて新しい課題に骨盤臓器脱があります。骨盤臓器脱の外科的療法は我が国では産婦人科よりも泌尿器科で行われていますが、アジア諸国ではどうもそうではないらしい。しかも、多数の症例を持つ産婦人科からの報告が少なくありません。自宅分娩や多産などのリスク因子を多く抱えるアジアならではの特徴かもしれませんが、我々のとって学ぶことの多い領域と考えています。

第5回 APMF への抱負と期待



日本女性医学学会 理事長
水沼 英樹

エポックメイキングな企画も

今回の学会ではエポックメイキングな企画があります。前回のシドニーの大会で前国際閉経学会 (IMS) 会長の Amos Pines 教授から、IMS と APMF で Collaborative session を開催してはどうかという提案を受けました。懇親会の席での話でしたので最初は外交辞令的に考えていたのですが、これが実現できる運びとなりました。そして、「Are Asian perspectives of postmenopausal cancer similar to Western ones?」のトピックスで、日本、オーストラリア、タイの代表が、それぞれの地域を代表してこの問題を検証します。さらに、Amos Pines 教授自らが、Updated IMS recommendations on HT - breast cancer のタイトルでミニレクチュアがあるなど、興味は尽きません。

一人でも多くの参加を期待

この会議を日本で開催することは、我が国の更年期医学が女性医学として発展すべき分野であることを世界の多くの科学者に発信することであり、我が国の更年期医学に関する研究を一層発展させる契機となると考えています。一人でも多くの参加を期待しております。

第28回 日本女性医学学会学術集会の開催にあたって



帝京平成大学 ヒューマンケア学部 看護学科 教授 河端恵美子

はじめに

2012年12月の安倍政権の発足とともに、20年続いたデフレの暗闇の中なら、ようやく夜明けが見えてきたのでしょうか？新聞、テレビ、インターネットでも、まだまだ、景気の上昇に疑問はあるものの、人々の気持ちは、少し明るくなってきたようです。

さて、一方、日本の高齢少子化の問題が取り上げられてから久しく、様々な政策が作成され、実施されてきました。出生率では、2005年の合計特殊出生率1.26ショックから、2010年合計特殊出生率1.39まで回復してきましたが、国立社会保障・人口問題研究所の日本人の将来推計では、2010年65歳以上全人口に占める割合は23%で2020年には29.1%になります。このような状況下での2009年国民医療費（資料：厚生労働省「国民医療費」、「介護保険事業状況報告」）は、36兆67億円、介護保険給付費8兆2508億円（2012年予算ベース）で合計43兆4373億円で国民所得に対する比は、12.8%になっています。

65歳以上の国民医療費19兆9479億円（全体の55.4%）で、このうち75歳以上では11兆7335億円（全体の32.6%）になります。一般診療医療費の内訳を傷病分類別にみると、生活習慣病と関連の深いほとんどの項目で、65歳以上の医療費が増加しています。

このような生産人口の減少や高齢者の医療費増大への対策として、国は女性の労働力の拡大、65歳定年制の導入などにより、国力の維持に努める方針を打ち出し、政策を推進しようとしています。なかでも医療政策では、健康日本21の最終評価を踏まえ、健康日本21（第2次）による新しい健康増進対策は、個人の健康習慣の改善や社会環境の改善による生活習慣の発症予防、重症化予防、社会参加機会の増加により、結果として健康寿命の延伸、健康格差の縮小を実現することを目指しています。

第28回 学術集会のねらいと内容

さてこのような、社会環境の変化や医療政策の方針の転換は、個人の責任において生活習慣の改善や健康増進に努め、社会参加による社会環境の改善を図ることが求められています。特に女性にとっては、労働力としての社会参加が求められ、女性が健康増進により一層努めなければならない時代になってきたと言えます。

そこで、今回の学術集会のテーマは「あらゆる方向性から考えるウィメンズヘルス」とし、様々な分野から女性の健康増進について検討していきたいと思っています。第28回日本女性医学学会学術集会は、2013年10月18日（金）～10月20日（日）京王プラザホテルで開催される第5回アジア太平洋閉経学会の10月19日（土）に併催されます。

その内容は、基調講演1部と2部、シンポジウムで構成されます。

まず女性の健康問題に深く関係する女性ホルモンに焦点をあて、基調講演の第1部「ウィメンズヘルスと女性ホルモン—臨床からの課題と提案」のテーマとしました。基調講演1「女性とOC」では、OCの普及活動に努め、臨床現場からその現状を最もよく知る第一人者での、一般社団法人日本家族計画協会 家族計画研究センター長の北村邦夫先生にお話を頂きます。また、基調講演2「女性とホルモン補充療法」では、ホルモン補充療法ガイドラインの編集にかかわり、また、臨床現場における現状をよくご存じの飯田橋レディースクリニック 院長岡野浩哉先生にお話を頂きます。

基調講演2部では、今回の学術集会のテーマである「あらゆる方向性から考えるウィメンズヘルス」からの先駆として、現在、様々な方面で取り上げられている統合医療に焦点をあて、2012年12月に開催されました第16回日本統合医療学会学術集会長を務められました大阪大学大学院医学系研究科生体機能補完医学講座教授の伊藤壽記先生に「ウィメンズヘルスにおける日本の統合医療の現状」についてお話し頂きます。

シンポジウムでは「統合医療から考えるウィメンズヘルス—それぞれの役割と連携」をテーマに、各領域の専門化の方々から、臨床現場からの実際をお話して頂きます。「漢方治療と総合医療」では、漢方専門医の先生、「歯科医師の立場から」では、新潟大学医歯学総合病院口腔保健科加齢歯科診療室の伊藤加代子先生、「運動療法から考える」では、藤沢市保健医療センター医師稲次潤子先生、「薬局の現場から」では、有限会社エステバン「あすなろ薬局」代表の岩下弘美先生、「栄養士の立場から」では、愛媛大学医学部附属病院栄養部長利光久美子先生、「看護師教育の立場から」では、明治国際医療大学看護学部教授小山敦代先生からお話を頂き、各領域の役割と連携について、フロアーの参加者との活発な討議を予定しています。

第28回 学術集会への抱負

昨今の社会環境の変化や医療政策の方針の転換などを踏まえ、今回の学術集会のプログラムを作成しました。学術集会の主テーマの「あらゆる方向性から考えるウィメンズヘルス」を目的として、多領域の皆様方の参加やご協力をお願いし、活発な討議がされ有意義な学術集会になるよう努力する所存です。

文献

- 1) 厚生省の指標増刊：国民衛生の動向2012/2013, vol.59 No.9, 一般財団法人厚生労働統計協会, 2012
- 2) 図説：国民衛生の動向2012/2013 - 特集健康日本21, 一般財団法人厚生労働統計協会, 2012

NPO 法人 女性の健康とメノポーズ協会 「女性の健康検定」について



NPO 法人 女性の健康とメノポーズ協会 理事長 三羽良枝

はじめに

2012年5月、NPO 法人 女性の健康とメノポーズ協会では、女性の生涯を通じた健康づくりとより良い働き方の知識と理解の向上を社会にはかるために、第1回「女性の健康検定」を実施した。いま、日本女性の生き方や働き方は変化し、多様化や個別化が広がっている。少子高齢社会での労働人口の減少は加速し、女性が健やかに働き続けることは女性自身のライフスタイルの基盤となると同時に、日本の社会・経済活性化の原動力となり、各分野での女性の参画が求められている。一方、1986年施行の男女雇用機会均等法第1世代の女性が更年期を迎え、更年期症状により仕事を続けられない、職場の更年期への理解が少ないなどの相談が寄せられ、働く更年期女性の健康課題が注視されている。

このような中、当協会では「女性の生涯を通じた健康づくりとより良い働き方（ワーク・ライフ・バランス：WLB）を融合した新しい視点の啓発と環境づくりが重要」と考え、17年間の活動を基に当検定を実施するに至った。

「女性の健康検定」を通して得られる知識、効果

1. 年代別の女性の生涯を通じた健康づくりのエビデンスに基づく知識と理解の向上 2. WLB 推進の環境づくり 3. ライフイベント（出産、育児、介護）とキャリアプランへのサポート 4. 受診時の、より良いコミュニケーションと理解の促進 6. より良いライフスタイル（食事・運動など）・予防医療の知識で健康寿命の向上 7. 職場やコミュニティでの啓発とコミュニケーションの活性化 8. 企業の新人研修や人材育成プログラムへの活用

公式テキスト発刊

検定実施のテキストとして、『年代別 女性の健康と働き方マニュアル』（執筆編集・当協会、監修・弘前大学産科婦人科学教室水沼英樹教授）を発刊した。

検定試験内容

上記テキスト内容に基づき、20代～70代の年代別の女性ホルモンの視点による健康課題、女性に多い疾患と予防方法、WLBの基本的知識・導入法などについての知識と理解を試験項目とした。（試験問題 作成・当協会、監修・水沼英樹教授）

実施概要

第1回実施日・会場：2012年5月13日（日）母の日、東京（東京医科歯科大学）・大阪（産業創造館）で開催し、8月30日（木）福島県いわき市で特別開催を行った。

受験料：「女性の健康推進員」：6500円（税込）、「女性の健康とワーク・ライフ・バランス推進員」：10000円（いずれも認定料・登録料なし）

合格者認定資格：「女性の健康推進員」「女性の健康とワーク・ライ

フ・バランス推進員」・推進員対象に、定期的に研修会を開催。

「女性の健康とワーク・ライフ・バランス アワード」の設置：当検定の理念のもと積極的に推進に取り組んだ資格認定者・企業・団体を対象に選考・表彰し、広く啓発を図る。

受験者の概要

全国1都1府20県から20代～70代の医師・看護師・薬剤師など医療従事者、教職員、企業・団体役員・職員、主婦など幅広い職種の女性・男性が参加し、139名が合格した。2013年3月、当アワード選考審査の結果、「女性の健康推進員」個人2名、企業3社、団体1校が表彰された。

<当検定参加者の声>

■当検定で知った生涯を通じた健康づくりの大切さを職場や地域の人たちにも発信したい。■女性職員の多い職場で、今後は女性からの相談にも積極的に対応し、男女共に働きやすい職場づくりに役に立ってたい。■当検定で女性の健康とWLBの知識を得られ、仕事の幅が広がった。■女性ホルモンが女性の生涯に大きく関わることを初めて知った。■被災地の女性たちの心と体、そして仕事や子育てに役に立つと考えている。

今後の課題

第1回当検定には、女性、男性、各年代・職業・地域からの参加があり、幅広い市民層から当検定が求められていることが判明した。2013年第2回検定においても、女性の生涯を通じた健康づくりとより良い働き方の知識と理解の更なる底上げを図っていきたい。

今後も当検定を通じて、日本女性医学学会の専門家と連携協働して、市民の立場から女性が生涯を通して健康で働きやすい社会環境づくりの実践、並びに健康寿命の延伸に寄与していきたいと考える。



当検定試験風景(NHKニュース 2012.5.13より)

女性の健康検定オフィシャルウェブサイト

<http://www.meno-sg.net/kentei/index.html>

NPO 法人女性の健康とメノポーズ協会

<http://www.meno-sg.net/>

* 1996年に発会以来、更年期世代を中心に思春期～高齢期の各世代女性のQOL(生活の質)向上を目指し、女性の生涯にわたる健康づくりとWLB推進のための提案と啓発活動を女性の視点で行っている。

更年期医療ガイドブック解説⑩

女性のうつ Guide Book



東京女子医科大学附属女性生涯健康センター 所長 加茂登志子

1. 地域医療における女性医療元年

「四大疾病」から「五大疾病」へ。平成 25 年度は、厚労省が長く地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四大疾病に、新たに精神疾患が加わった年となった。5 番目に参上した精神疾患の患者数は平成 21 年に既に 323 万人を数えており、実は四大疾病のいずれよりも多く、がん患者のおよそ 2 倍に達するとされる。うつ病はその精神疾患のなかでも急増しているものだが、患者のうち女性の占める割合は生涯罹患率や有病率から推し量ると 6～7 割にも及ぶ。この数字は、国民の医療と健康に取り組むものにとって、性差を改めて意識し、取り組む姿勢を整える必要性を十二分に訴えるものである。四大疾患では、全て女性に比べ男性の罹患率が高かったことを考えると、その意味はなおさら大きい。五大疾病元年は地域医療における女性医療元年である、と言ってもいいのかもしれない。

2. 女性のうつに取り組むための必要なチャンネル

女性のうつに関する問題に取り組むには、一般論としての精神科・心身医学臨床の基礎の上に様々な専門的チャンネルへのアクセスが必要である。中でも性ホルモンを中心とした生物学的性差 (Sexuality)、心理社会的性差 (Gender)、そして、両者を人生の時間軸に乗せたライフサイクルへの理解は、女性心身医学の臨床に携わるものにとって欠くことのできないチャンネルであり、これらを個別に、あるいは相互にどのように関連しているかを知ることは女性のうつ病の診断と治療の重要な勘どころになる。これらのチャンネルを持つことは治療の幅を広げることにも通じる。性ホルモンやこれに関連するトリモノアミン (セロトニン、ノルアドレナリン、ドーパミン) のレギュレーションや抗うつ薬と性ホルモンのインターアクションを理解した上で薬物療法を行うこと、女性の心理社会的発達過程をもとに心理教育を行うこと、ドメスティック・バイオレンス被害や性被害など女性に圧倒的に多いトラウマ体験を理解しケースワークを行うことなどがここに含まれる。

3. 弱り目に祟り目

女性のうつ病として代表されるものに、月経前不快気分障害、産後うつ病、閉経周辺期うつ病がある。これらのうつ病には、それぞれに女性の月経周期に関連したより一般的な心身の不調状態が対応している。すなわち、月経前症候群、マタニティ・ブ

ルーズ、更年期障害である。これらの状態をここではいったん「弱り目」状態と総称しよう。「弱り目」状態は頻度が高く、疫学調査をすると 50% から多いものでは 85% 近くの女性は何らかの症状を訴える。性ホルモンのダイナミックな変動がその背景にあり、そのため、女性の心身が定常状態を保つ余裕に乏しくなっている。「弱り目」状態には①睡眠、食欲の症状 ②自律神経症状・身体症状 (頭痛、冷え、のぼせ、痛みなど) ③気分の症状 (抑うつ、イライラなど) ④認知の変化 (悲観、衝動のコントロール困難など) の 4 つの基本的症状群がある。これらの「弱り目」症状は月経開始や閉経等、問題となっている性ホルモンの変動が再度安定すれば基本的に改善をみるものだが、症状の質や量によって日常生活に支障があれば治療を要する。治療としては OC や HRT などを用い性ホルモン分泌の安定化を目指すものや、性ホルモンの代謝経路に働きかけるもの、あるいは (それ以上無理をしないで) 安定の時期を待つことでも改善するが、症状増悪の背景に心身のストレス状態があることも多いため、並行して問題解決や気分転換のスキルを磨くことも重要である。この「弱り目」に対する専門家の認識は、一般的に婦人科医に強く、精神科医・心療内科医に弱い。

上述した月経前不快気分障害、産後うつ病、閉経周辺期うつ病は、弱り目状態の上に生じる「祟り目」状態ともいえよう。「祟り目」状態は「弱り目」状態ほど頻繁ではなく、疫学調査をすると概ね 5 から 10% 内外の頻度であり、症状も「弱り目」とよく似ているが、より重症で気分失調が目立ち生活への支障が大きいため、多くの患者は最終的に精神科で治療を受ける。「祟り目」状態は、弱り目の状態に大きなストレスや複数のストレスが重なる時に起きやすいこと、とりわけ家庭内での悩みやパートナーとの関係が発症と症状持続に大きく影響しやすいことも知られている。薬物療法としては向精神薬を主体とする場合が多いが、一筋縄ではいかないケースも多く、性ホルモンに働きかける治療も同時並行で行うと改善する事例もある。この「弱り目」と「祟り目」に成因論としての本質的な連続性があるかどうかはまだ不明であるが、向精神薬と性ホルモン関連薬剤のコラボが最も効果を発揮する領域であることは確実である。

この女性の「弱り目に祟り目」を振り返ると、地域医療における女性医療元年において「うつ」という切り口からの医療的、社会的ニーズとそこに応える専門家が獲得すべきスキルが透けて見えるように思う。全人的医療に基づいて女性を診ることの重要性を再度強調したい。

原発性骨粗鬆症の診断基準の改訂について



近畿大学医学部奈良病院 整形外科・リウマチ科 教授 宗圓 聰

はじめに

わが国の原発性骨粗鬆症の診断基準は、日本骨代謝学会より1995年に初めて発表され、1996年、2000年の2回改訂された。

2000年の改訂版が提案されて以来、いくつかの問題点が指摘された。主に、日本の診断基準とWHOの診断基準の違いについてどうするかという点と、骨密度測定部位とカットオフ値についてどうするかという2点に集約される。日本骨代謝学会と日本骨粗鬆症学会が合同で診断基準改訂検討委員会を2011年に立ち上げ、これらの問題点について検討した上で、国際的な整合性を目指すとともに新たな知見に基づき、2012年度改訂版を作製した。

2012年度改訂版原発性骨粗鬆症の診断基準

表に改訂版の診断基準¹⁾を示す。

表 原発性骨粗鬆症の診断基準 (2012年度版)

◆低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患または続発性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断する。

I 脆弱性骨折^{注1)}あり
1. 椎体骨折 ^{注2)} または大腿骨近位部骨折あり
2. その他の脆弱性骨折 ^{注3)} があり、骨密度 ^{注4)} がYAMの80%未満
II 脆弱性骨折なし
骨密度 ^{注4)} がYAMの70%以下または-2.5SD以下

YAM: 若年成人平均値(腰椎では20~44歳、大腿骨近位部では20~29歳)

注1: 軽微な外力によって発生した非外傷性骨折。軽微な外力とは、立った姿勢からの転倒か、それ以下の外力をさす。

注2: 形態椎体骨折のうち、3分の2は無症候性であることに留意するとともに、鑑別診断の観点からも脊椎X線像を確認することが望ましい。

注3: その他の脆弱性骨折: 軽微な外力によって発生した非外傷性骨折で、骨折部位は肋骨、骨盤(恥骨、坐骨、仙骨を含む)、上腕骨近位部、橈骨遠位端、下腿骨。

注4: 骨密度は原則として腰椎または大腿骨近位部骨密度とする。また、複数部位で測定した場合にはより低い%値またはSD値を採用することとする。腰椎においてはL1~L4またはL2~L4を基準値とする。ただし、高齢者において、脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が困難な場合には大腿骨近位部骨密度とする。大腿骨近位部骨密度には頸部またはtotal hip (total proximal femur)を用いる。これらの測定が困難な場合は橈骨、第二中手骨の骨密度とするが、この場合は%のみ使用する。

付記: 骨量減少(骨減少) [low bone mass (osteopenia)]: 骨密度がYAMの-2.5SDより大きく-1.0SD未満の場合を骨量減少とする。

原発性骨粗鬆症の診断には鑑別診断が欠かせず、除外診断を行った上で新たな診断基準を用いて原発性骨粗鬆症と診断する。続発性骨粗鬆症については、ステロイド性骨粗鬆症以外は診断基準、薬物治療開始基準が設定されていないため、原発性骨粗鬆症の診断基準が用いられているものの、本診断基準は続発性骨粗鬆症を対象としたものではないことに留意する必要がある。2000年度改訂版との主な相違点とその理由を以下に述べる。

骨折種にかかわらず既存骨折の存在による新規骨折の相対リスク

は約2倍であるが、椎体骨折が存在する場合は3~5倍、大腿骨近位部骨折が存在する場合は2.5~6.48倍となる。既存骨折のうち、椎体または大腿骨近位部骨折があれば骨密度と関係なく骨粗鬆症とし、その他の骨折がある場合は骨密度がYAMの80%未満の例を骨粗鬆症とすることとした。なお、脆弱性骨折の定義から低骨量に関する規定を除去した。

骨密度の測定部位は原則として椎体または大腿骨近位部とし、複数部位で測定した場合にはより低い値を採用することとする。大腿骨近位部では20歳代以降の骨密度減少率が大きく、20~29歳をYAMの基準とすることとした。また、腰椎または大腿骨近位部のYAMの70%と-2.5SDはほぼ一致する値を示したことから、%表記とSD表記を併記することとした。そして、これまでの70%未満からWHOの定義に合わせてYAMの70%以下または-2.5SD以下とすることとした。さらに、腰椎に関してこれまでわが国ではL2~L4を採用してきたが、国際的にはL1~L4が採用されており、これらを併記することとした。

2000年度改訂版では、男性では大腿骨頸部骨密度の方が腰椎骨密度より骨折の判定に有用であるとされたが、男性でも腰椎骨密度のみで骨粗鬆症と診断される例はあり、腰椎骨密度を評価する意味はあると考えるようになった。

腰椎または大腿骨近位部での測定が困難な場合は橈骨、第二中手骨で測定してもよいとしたが、これらの部位では%表記とSD表記間に大きな差が存在することから%表記のみを使用することとした。そして、診断基準へのQUSの記載は見送った。

近年、デジタル化の普及により脊椎X線像での骨萎縮度判定が困難となっており、脊椎X線像での骨粗鬆化の表記を削除した。

国際的な基準と同じ-2.5SDより大きく-1.0SD未満の場合を骨量減少と規定し、椎体と大腿骨近位部以外の脆弱性骨折がある場合は骨量減少の定義は使用しないこととした。

これら以外に、本文中には骨粗鬆症の重症度に関する考え方が記載され、各部位の各機種における各種骨密度に関するデータと骨密度のカットオフ値も記載されている。

おわりに

椎体骨折の評価基準も同時に改訂されたが、骨粗鬆症の予防と治療ガイドラインも組み合わせた積極的な骨粗鬆症への介入が望まれる。

文献

1) 宗圓 聰, ほか: 原発性骨粗鬆症の診断基準 (2012年度改訂版). Osteoporos Jpn 2013; 21; 9-21

骨粗鬆症性骨折予防における アレンドロネート新剤形薬への期待



杏林大学医学部整形外科学教室 教授 市村 正一

アレンドロネートの骨折予防効果

アレンドロネートは閉経後骨粗鬆症の椎体骨折、非椎体骨折、大腿骨近位部骨折、および手関節骨折に対する抑制効果が確認されているなど、骨折予防におけるエビデンスが最も多い骨粗鬆症治療薬である。日本骨粗鬆症学会の「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2011 年版」による薬物の推奨でも、骨密度、椎体骨折、非椎体骨折および大腿骨近位部骨折に対する効果で、最も優れた A 評価がすべて与えられているのはビスフォスフォネート製剤であるアレンドロネートとリセドロネートだけである。大腿骨近位部骨折は欧米の先進国では近年低下傾向にあるが、本邦ではなお増加傾向にある。その原因として社会の急激な高齢化の他に、骨折例の大部分は骨粗鬆症の薬物治療がされていない事実がある。大腿骨近位部骨折の予防は本邦においては喫緊の課題であり、そのためにはエビデンスのあるアレンドロネートを中心とした適切な薬物治療の普及が必須である。

アレンドロネート点滴静注剤の特徴

経口ビスフォスフォネート製剤はその薬物特性から朝起床時に水約 180ml とともに服用し、その後少なくとも 30 分は横にならず、飲食や他の薬剤の経口摂取を避ける必要がある。このような煩雑さから経口薬は毎日製剤から週 1 回製剤、さらには月 1 回製剤へと開発されてきた経緯がある。一般に、骨折リスクの高い患者は高齢、既骨折例であるが、高齢者では消化管障害や多発性椎体骨折による後弯変形に伴う逆流性食道炎のため経口薬が困難な例が少なくない。このためビスフォスフォネート製剤の最も良い適応にも関わらず、経口薬を投与できない症例を経験することがある。すなわち、経口薬のみではビスフォスフォネート製剤の恩恵を受けられない患者が少なからず存在する。

一方、アレンドロネートの点滴静注剤は食事や他の薬剤投与に関係なく使用できるなど、経口薬における種々の制約がなく、さらに、逆流性食道炎などの合併例にも使用できるため、後弯変形の患者にも薬剤を安全にかつ確実に投与できる。しかも、月 1 回投与のため、病院や医院に通院する機会の多い高齢者でも負担が少なく済む。ただし、100ml の薬剤を 30 分かけて点滴するため、その間のベッドを確保する必要がある。しかし、次の投与日が予めわかるため時間調整が可能であるなど、実際にはあまり問題になることは少ない。我々の施設では総 ALP 活性が基準値以下に低下する症例を経験したが、中止に至った有害事象はみられないなど安全に投与できている。一度投与するとその利便性が実感される。

アレンドロネート点滴静注剤の適応

骨折リスクが高い患者などビスフォスフォネート経口薬の適応になる症例はもちろん、逆流性食道炎や経口薬による上部消化管障害例、経口薬の効果不十分例（骨吸収マーカーの高値例や骨折例）やコンプライアンス不良例、経口薬の困難例（認知症、嚥下困難、起坐困難例など）、さらにはがんの既往がありテリパラチド（PTH）製剤の使用が難しい例や、PTH 製剤の投与終了後などに適応がある。PTH 製剤は椎体骨折の予防には優れているが、大腿骨近位部骨折予防に対するエビデンスはなく、後者の骨折予防が目的となる高齢者ではエビデンスのあるビスフォスフォネート製剤が選択される。

経口薬を投与しているにも関わらず骨折例を経験するケースがある。我々の検討ではこのような例は高齢者で多発性椎体骨折や骨吸収マーカーが高値の場合が多かった。すなわち経口薬の効果が不十分と判断される例を経験するが、この中にはコンプライアンスの不良例が少なからず混在している可能性がある。このため、静注薬では確実に薬剤を投与できることから、経口薬で効果不十分と判断された場合には静注薬の良い適応となる。さらには、静注薬の登場によりこれまで経口薬では検討できなかったビスフォスフォネート製剤に対する真のノンレスポonderの検討が可能となろう。

アレンドロネート経口ゼリー

高齢者では内服薬が困難な例があり、特に錠剤は嚥下し難いことがある。このため、アレンドロネートの新剤形として経口ゼリー（35mg）が開発された。従来の経口薬（35mg）と同様に週 1 回、早朝空腹時に服用する必要があるが、錠剤と異なりゼリー剤形のため嚥下がスムーズになり、より服薬しやすくなっている。また、包装がアルミ製で特徴的なため他の薬剤との識別が容易になることから、コンプライアンスが改善され、アドヒアランスの向上につながる事が期待される。

他剤との併用

高齢者や多発性椎体骨折例などの重症骨粗鬆症では、アレンドロネートに活性型ビタミン D₃ 製剤を併用することで、より優れた骨折抑制効果が期待できることが明らかになった。このため、高齢で骨折リスクの高い患者に投与されることが多いアレンドロネートの静注剤には活性型ビタミン D₃ 製剤の併用が推奨される。



編集後記

今回のニュースレターの巻頭には、水沼理事長から今年10月18日から20日まで新宿で開催される第5回APMF(メインテーマ: Women's Healthcare for Successful Aging Across All Life Stage)への抱負と期待を、河端学術集会長から10月19日に併催される第28回日本女性医学学会学術集会の見どころを執筆いただきました。APMFの演題締め切りが5月30日(延長の可能性有り)にせまっておりますが、わが

国の女性医学を一層発展させる契機となるよう、多くの皆様の参加を期待しています。また、三羽先生から「女性の健康検定」について、加茂先生から「女性のうつ」について解説いただきました。さらに、骨代謝関連では宗圓先生から「原発性骨粗鬆症の診断基準の改定」について、市村先生から「アレンドロネート新剤形薬」について最新の話題を提供していただきました。

小山嵩夫先生、野崎雅裕先生から引き継ぎ、2007年12月(13巻2号)から6年弱ですが私が編集担当をさせていただきました。ニュースレターの継続が危ぶまれた時期もありましたが、水沼理事長や苛原編集担当理事のご尽力と現

スポンサー3社(帝人ファーマ(株)、バイエル薬品(株)、(株)ツムラ)の絶大なご支援により、年3回発行を継続することができました。これまでの皆様のご協力に心より感謝申し上げます。

次号からは甲村弘子先生に編集担当を交替します。皆様のご意見を反映させた広い視野でのニュースレターとしてさらに発展することを期待しています。そのためにも、今回同封しましたニュースレターに関するアンケートにぜひご回答いただき、FAXにてお送りいただくようお願い申し上げます。

(編集担当 倉林 工 2013年5月1日記)



一般社団法人日本女性医学学会入会手続きのご案内

2013年3月31日で会員数1,942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、当ニュース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
TEL03-3263-4035
FAX03-3263-4032

2013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／倉林 工
■ 制作(連絡先)／株式会社 協和企画 メディカルコミュニケーション本部
〒105-0004 東京都港区新橋 2-20 新橋駅前ビル1号館
TEL : 03-3571-3142 FAX : 03-3575-4748
■ 発行協力／ 帝人ファーマ株式会社