



日本女性医学学会 ニューズレター

(旧:日本更年期医学会)

Vol.17 No.1 May 2011

3月11日に発生した東日本大震災は、北海道から関東に至る人類史上類を見ない広い地域で、かつて経験したことのない未曾有の有形無形の被害をもたらしました。女性医学学会の関係者の中にも、被災された方々やその支援に奔走されている方々が多いと思われる。被災された方々には、衷心よりお悔やみとお見舞いを申し上げますとともに、支援されている方々には深い敬意を表します。被災された地域の1日も早い復興を祈念します。

さて、昨年の第25回学術講演会において、本会の名称を女性医学学会に変更し、学術講演会の回数は引き継ぐことが決定されました。そこで、第26回であります、女性医学学会としては初めての学術講演会を主催させていただくことになりました。学術講演会を主催できること自体、誠に光栄なことですが、加えて、女性医学学会としての初めての学術講演会として、これからの本会の方向性を決める学会を担当するという、責任の重さで身が引き締まる思いです。鋭意、プログラムを教室員とともに検討中ですが、決定している範囲でご報告させていただきます。

会期は平成23年11月12日(土)と13日(日)の2日間で、会場は神戸市ポートアイランドにある神戸国際会議場と近接したポートピアホテルを予定しています。遠路参加される皆さんに交通や宿泊面で便利のように、第一日目は少し遅めにスタートし、当日朝でも十分会場に到着できるプログラムを考えています。また第二日目の午後には総会に引き続き例年のように学会指定プログラムを予定していますので、夕方までの日程になりますが、神戸市ポートアイランド地区は空港も新幹線も近いので、十分お帰りいただける時間帯であると考えています。会員のみならず非会員や多様な職種の医療関係者の方々が、ひとりでも多く気軽に参加できる学会にしたいと思います。

学術講演会のテーマは「これからのウイメンズヘルスをめざして」とさせていただきます。これからの女性医学学会の意義を問う学会にできればと思います。私は、女性医学学会は、性差を基盤とした臨床研究学としての「女性医学」と、女性のヘルスケアの理論やテクニックを研修する実践医療学としての「女性医療学」の両輪で成り立つ学会ではないかと考えています。今回の学術講演会

のプログラムには、このような考えを反映できればと思います。

まず女性医学の分野では、女性ホルモンの基礎、性差医療やHRTの基礎と臨床、女性のヘルスケアに関する疫学的な調査学などに関して、我々が今まで継続してきた、そしてこれから進めていくべき学問的興味を満たすプログラムを考えました。特別講演には骨代謝の日本の第一人者である徳島大学の松本俊夫教授にお願いしています。また、招請講演として東京大学の加藤茂明教授からエストロゲンとエストロゲンレセプターのお話をさせていただくことになりました。加えて、エストロゲンやHRT、性差医療などの講演を予定します。

一方、女性医療学に関するプログラムでは、今までの更年期医療を中心に、女性内科、女性泌尿器科、思春期から老年期のヘルスケア、がん検診業務などを担当する女性ヘルスケア医療従事者が身につけるべき知識を研修させていただくことを考えました。避妊や性感染症、乳がん検診、食事療法、運動療法、漢方治療、SEXカウンセリングなどの新しい知識とこれからの動向について、第一人者から講演していただきます。産婦人科医をはじめ内科医や泌尿器医、それから精神科医、看護師、薬剤師やその他の医療従事者が「女性のヘルスケア」を展開する場で必要とされる技術を、具体的でわかりやすく解説する有意義な企画を考えています。

そして、女性医学学会としてこれからどうあるべきか、また国際的な連携はどうしていくのか、水沼英樹理事長

や麻生武志APMF会長からその意気込みを聞かせていただきます。

女性医学学会の初めての学術講演会として、学術的にも研修的にも意義があり、あわせて学会運営の面にも貢献できる学術講演会にしたいと思います。加えて、開催関係者を総動員して、ひとりでも多くの医療従事者に本会のことを知っていただけるよう、今までの会員のみならず広く学会開催を周知していきたいと思っています。このニューズレターをご覧いただいた皆さんにも、是非、周知にご支援賜れば幸いです。

最後になりましたが、学会開催にあたり暖かいご支援・ご協力をお願いするとともに、多くの参加者をお待ちしています。

第26回 日本女性医学学会 学術集会に ご参加ください



第26回日本女性医学学会学術集会

会長

苛原 稔

第4回アジア太平洋閉経学会 (APMF) 学術集会に参加して



東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 生殖機能協関学 寺内 公一 (APMF主担当幹事)

From APMF 2010 in Sydney …

昨年9月26日から29日まで、オーストラリアのSydneyにおいて第4回アジア太平洋閉経学会学術集会が開催されました。アジア太平洋閉経学会 (Asia Pacific Menopause Federation, APMF) は、アジア太平洋地区14ヶ国・地域 (オーストラリア=ニュージーランド、中国、香港、インドネシア、インド、日本、マレーシア、パキスタン、フィリピン、シンガポール、韓国、台湾、タイ、ベトナム) の閉経学会の国際的連合体です。1999年にアジアで初めての国際閉経学会が横浜で開催された折に、この地域の閉経・加齢関連医学の発展を目的としてその設立が決定され、2001年以降3年毎に学術集会が開催されてきました (2001年韓国、2004年タイ、2007年台湾)。2013年の第5回学術会議が東京で開催されることが既に決まっており、視察と宣伝を兼ねて日本からも多くの学会関係者が参加しました。

学会が4日間に渡って開かれたDarling Harbourの国際会議場周辺は多数のレクリエーション施設やショッピング・センターが集まる一大観光スポットで、少し足を伸ばせば有名なハーバーブリッジやオペラハウスのあるCircular Quayがあり、「春」風の吹く9月の港町は散歩にも最適でした。学会参加者は418名で、地元オーストラリア=ニュージーランドの199名を筆頭に、韓国43名、中国36名、日本35名と北東アジア諸国が上位を占め、インドネシア、タイ、ベトナム、シンガポール、フィリピンと東南アジア諸国がそれに続き、その他ブラジル、カナダ、フランス、香港、インド、マレーシア、スロベニア、スーダン、台湾、アラブ首長国連邦、イギリス、アメリカからも数名ずつの参加者がありました。学会プログラムは28題の招請講演、23題の一般口演、43題の一般ポスター、9個の各国閉経学会独自のセッションから成り立っており、日本からも2題の招請講演、3題の口演、18題のポスター発表がありました。

日本更年期医学会も“Women's life stage and their healthcare: What should JMS do?”と題するセッションを開催し、水沼 英樹理事長、高松 潔理事、尾林 聡代表幹事から今後の日本更年期医学会はどうあるべきかについてお話があり、学会名称変更の問題を絡めて会場と熱い議論が交わされました。

さらに我々日本からの参加者の最大の目的は2013年に東京で開催される第5回学術集会の宣伝にあり、会期を通じて特設ブースを設置して宣伝に努めるとともに、学会2日目の夜に“Japan

Night”という催しを開催しました。事務局をはじめ浴衣姿のボランティア参加の皆様にも助けられて予想を超える93名の方に参加していただき、“5th APMF, Tokyo 2013”をしっかりとアピールすることができたと思います。

… To APMF 2013 in Tokyo

APMF 2010終了後の昨年12月12日には第1回のAPMF組織委員会 (Steering Committee) が東京で開催され、いよいよ2013年に向けての準備が本格的に始まりました。第5回APMF学術集会は新宿の京王プラザホテルで2013年10月18日 (金) から20日 (日) まで開催される予定です。国際的学会連合体としてのAPMFの今後3年間のPresidentに麻生 武志監事、第5回学術集会のPresidentに水沼 英樹理事長、Secretary Generalに久保田 俊郎理事が正式に決定し、そのほか苜原 稔理事、河端 恵美子理事、倉智 博久理事、小松 浩子理事、高松 潔理事、若槻 明彦理事、尾林 聡代表幹事、樋口 毅幹事、安井 敏之幹事、矢野 哲幹事、寺内の14名でSteering Committeeを組織しております。委員会の本年前半の目標は、main themeを正式決定すると共に、それに基づいて主要なprogramを構成してplenary speakerを選定し、予算案を立案すること、謂わば学術集会の骨格案を定めることにあります。日本更年期医学会が日本女性医学学会と名称を変更するに至ったその中心的な思想は、「更年期」に主軸を置きながら、そこだけにとどまらない女性の一生涯を通じてのヘルスケアを考えていく、ということになりますが、そのphilosophyを十二分にアジア太平洋諸国に理解していただけるように、まずは本年6月にRomeで開かれる国際閉経学会 (IMS) 会期中の水沼 英樹理事長のpresentationに向けて熱い議論を重ねている最中です。会員の皆様におかれましては今後とも学術集会の成功に向けて多大なるご支援をお願いすると共に、皆様の日頃のお仕事の成果を東京から世界に向けて発信するためにもAPMF 2013にはぜひともご参加いただきたく、何卒よろしく願い申し上げます。

Mark your calendar, please!

日本女性医学学会入会手続きのご案内

2011年3月末で会員数1,713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。



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

コーチングによる更年期女性の健康行動の促進

北里大学大学院看護学研究科 博士後期課程 藤本 薫



はじめに

更年期女性の健康支援において、更年期に詳しい看護師・助産師・栄養士などのコメディカルが情報提供や相談を受けるカウンセラー的役割が期待される。更年期における身体内外の変化をふまえ、女性の話に耳を傾け、適切な情報提供や問題解決を行う意義は大きい。人は相手が自分のために集中して話を聴いてくれると、癒されたり、カタルシス効果を得ることができる。しかしこの話を聴くという行為は技術であり、適切なコミュニケーションスキルを用いることにより、癒されるだけでなく、ものごとの見通しがつき、必要な行動の整理が期待できる。更年期女性は、語ることで癒されるだけでなく、更年期症状に積極的に対処し、健康行動がとれるような支援が必要である。そこで話を聴きながら相手の行動を促していく支援の一つとしてコーチングを紹介したい。

医療におけるコーチング

これまでの保健指導は情報提供やティーチング型の指導が主であったが、様々な研究で人が健康行動できるためには知識を得るだけでは難しいことが指摘され、行動変容へのアプローチとしてコーチングが注目されている。コーチングとは『相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解消するために自発的行動を促すコミュニケーション技術(厚生労働省：生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラム)』である。対話によって、相手が自分で意思決定し、行動していくように支援する。

2002年開催の英国心理学会では、『コーチング心理学は、すでに確立されている療法的アプローチに基づくコーチングモデルを援用することで、臨床的な問題を持たない人々の職場や個人的生活領域での能力を高めるためにある。』とコーチング心理学が定義された。コーチングは構造的なコミュニケーションであり、最もよく使われるのは行動論的コーチングと認知行動論的コーチングである。

行動論的コーチングには、GROW (Goal, Reality, Options, Way forward) モデルがあり、①目標 ②現実の見直し ③選択肢を考える ④進む道を決めるの4つのステップがある。このステップをふむことで自らを動機づけて報酬を得る行動システムを作り出すことができる。認知行動論的コーチングは、ストレスマネジメントによく用いられる。ABC (Activating event, Beliefs about A, Consequences) モデルがあり、①出来事 ②出来事に対する信念 ③結果にアプローチし、問題解決的な技法を統合的に使い、目標達成することを可能にする。

カウンセリングが過去のできごとを癒して正常な状態に回復させていくのに対し、コーチングは臨床的問題のない人を対象に、未来に向けて構造的な会話により行動を引き出していく。医療界

においてコーチングは、患者の相談におけるコーチング、体重管理、心疾患患者のヘルスケアなどにおいて、その有効性が報告されている。

更年期女性へのコーチングの実際

これまでに、筆者は更年期女性の健康行動の促進を目的として、更年期外来、子宮癌検診や人間ドックのために受診した更年期女性を対象にコーチングを実践した。その中から更年期女性のコーチングのポイントについての気づきをまとめてみた。

1) 安心して話せる環境づくり：

プライバシーの配慮や時間の確保を行い、共感や承認しながら傾聴し、ラポール(信頼関係)を形成する。ラポールが形成されることで、これまでの更年期症状の体験や抱えているストレスについて安心して話すことができ、十分に話すことができると、今後の具体的な健康行動について思考しやすくなる。

2) ストレスマネジメント：

更年期症状の予防や緩和にはストレスマネジメントは重要である。更年期女性は少なからずストレスを抱えているが、ストレス対処ができているかについて確認する。特に気分の落ち込み、睡眠障害、疲れやすいなどの精神症状が強い場合は注意する。ABCモデルで、ストレスな出来事とそれに対する思いを整理する。“ねばならい”“・・・べき”傾向やネガティブな傾向が強い場合は、ポジティブな表現にしてみる、相手の立場で考えてみるなど、視点を変える質問やフィードバックを行うことで、自己の思考の傾向への気づきを促し、ストレスの軽減が期待できる。

3) 目標の設定：

更年期女性は食事や運動に関して、テレビや本などから知識を得たり、出産・育児中に専門家の指導を受けている人は少ない。健康行動のセルフチェックを行うだけでも自己に必要な健康行動の目標が設定できる女性が多い。

4) 行動の継続：

可能であれば、一月ごとのコーチングが行動の継続に効果的であると考える。目標達成に向け、実践できたことは承認する、褒める、成功体験と一緒に喜ぶなど行うことで行動の継続につながる。逆に実践できなかったことは批判的にならず、どうすれば実践できそうかに焦点をあて、その思いつきを承認する。助言は相手の了承を得た上で1~2つに留める。

おわりに

コーチングは構造的な会話によって、ストレス対処を促したり、行動を促すことができる。自分で選択する健康行動は取り組みやすく、小さな成功体験を重ねることで自己効力感の向上が期待でき、健康行動の継続につながると考える。



1 排尿障害とは

排尿障害とは頻尿、尿意切迫感、尿失禁、尿閉などの症状を含み、一般産婦人科医がしばしば遭遇する症状である。その中でも尿失禁 (Urinary Incontinence) とは、「尿の無意識あるいは不随意的な漏れが衛生的または社会的に問題となったもの」と定義される。症例によっては症状や原因が重複しており、単純には分類できないことも多い。

2 排尿障害の分類

排尿障害は以下に分類される。

a. 腹圧性尿失禁 Stress Incontinence

尿失禁の40～50%は腹圧性であり、「咳、笑い、ジャンプ、くしゃみ、運動時など急激な腹圧上昇時に、膀胱の収縮と無関係に尿が漏れてしまう」症状である。その原因として尿道過可動 (urethral hypermobility) と内因性括約筋不全 (intrinsic sphincter deficiency: ISD) が挙げられる。

b. 切迫性尿失禁 Urge Incontinence

「我慢することができない突然の尿意とともに尿が漏れてしまう状態」であり、その原因として神経因性と非神経因性が挙げられる。尿失禁の約20%はこの切迫性と考えられている。夜間頻尿、水分摂取直後の尿意などが特徴である。大脳皮質と橋部の排尿中枢の直接的障害などの脳血管障害が基礎にあることが多い。

c. 混合性尿失禁 Mixed Incontinence

腹圧性尿失禁と切迫性尿失禁が混在する状態である。尿失禁の約30%は腹圧性と切迫性が混在する。

d. 溢流性尿失禁 Overflow Incontinence

「尿が膀胱に充満し、尿道から溢れ漏れ出る状態」であり、その原因として排尿筋収縮力低下と下部尿路閉塞が挙げられる。子宮癌の手術や神経の切断によって発生するものが大部分である。

e. 尿閉 Urinary Retention

尿失禁とは全く逆の状態であり、膀胱内に尿があっても排尿しないものをいう。尿道閉塞あるいは膀胱機能不全により起こる。尿道閉塞の原因としては、尿道内の結石や脊髄の障害に伴う尿道筋の痙攣などが考えられる。また、膀胱機能不全は、椎間板ヘルニア、脊髄損傷、腫瘍などにより膀胱に分布する神経が圧迫される場合にも起こることがある。

3 排尿障害の頻度・診断

尿失禁の有病率は26.8%で、40歳代以上で急激に増加する。種類別にみると、50歳代以下は腹圧性尿失禁が約半数を占めるのに対して、60歳代以上では切迫性尿失禁の割合が増加する¹⁾。尿失禁の診断については、通常十分な問診、理学所見、尿検査、残尿測定、ストレステスト、パッドテストに加えて鎖膀胱尿道造影や尿流動態検査が行われるが、一般産婦人科医が日常診療の中ですべての検査を行うことは困難である。そのなかでも超音波による残尿検査では、低侵襲であり簡便に行える。

4 排尿障害の治療

更年期以降の排尿障害のほとんどは尿失禁であり、腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、混合性尿失禁の3つのタイプが尿失禁の約98%を占める²⁾。これらの治療を中心に述べる。

1) 腹圧性尿失禁に対する治療法

a. 骨盤底筋訓練法

腹圧性尿失禁の治療は、その主な原因が骨盤底筋群（とくに尿道括約筋）の機能低下によるものであり、治療にあたっては骨盤底筋群の機能回復が中心となる。RCTに対するメタアナリシスの報告によると、骨盤底筋訓練法は無治療と比較した結果、特に軽度の混合性尿失禁 (腹圧性尿失禁 + 切迫性尿失禁) に対して効果的である³⁾。

b. 薬物療法

薬物療法は尿失禁の治療の補助療法に位置づけられる。膀胱平滑筋と尿道括約筋にはコリン受容体が広く分布しており、排尿時にはコリン作用により膀胱平滑筋が収縮し尿道括約筋は弛緩するため、治療には抗コリン作用薬を使用する。

膀胱平滑筋にはβ受容体があり膀胱の弛緩に関与する。アドレナリンβ2受容体作用薬であるスピロベントは、膀胱平滑筋に対する弛緩作用により膀胱内圧を低下させ、腹圧性尿失禁に有効である。またエストロゲン補充療法に関しては尿失禁には有効であると考えられている。Hormones and Urogenital Therapy (HUT) Committee の行ったメタアナリシス³⁾では、腹圧性尿失禁と診断された患者の自覚症状改善にエストロゲンが有意に効果を認めたと報告されているが、ほかの無作為試験では逆の結果も報告されている⁴⁾。28のRCTに対するメタアナリシスの報告⁵⁾によると、すべての種類の尿失禁に対するERT群とプラセボ群の比較で主観的改善率はERT群で36%とプラセボ群の21%よりも高かった。一方、エストロゲンとゲスターゲンの併用は尿失禁に対して有効ではなく、プラセボ群より主観的改善率は低い結果であった。

HERSの報告でも尿失禁はCEEとMPA投与群において症状悪化例が有意に多く、推奨できないとされている⁶⁾。

c. 手術療法

腹圧性尿失禁の治療にあたっては理学療法もしくは手術療法が主治療である。

Tension-free Vaginal tape (TVT) 手術: 局所麻酔下に陰粘膜剥離部からTVT針を尿道下に通し、テープを恥骨上に引き上げて尿路支持組織の安定化と尿道の圧迫を行う。術中に咳ストレステストで確認しながら支持テープの強さを調節できる。テープの固定も必要なく手術侵襲は小さい⁷⁾。

Transobturator tape (TOT) 手術: 基本的にはTVT手術とほぼ同様の手法である。TVT手術は腹壁から尿道へのアプローチであるが、TOT手術では外陰側方から閉鎖孔を経由して尿道へアプローチする。

前庭壁形成術: 膀胱頸部の高さを正常化し、膀胱頸部支持機構の安定化を図ることを目的として行う手術法である。Manchester法、Kelly-Kennedy法などが知られている²⁾。最近では、メッシュを用いたTVM (Tension free vaginal mesh) 手術も多数報告されている。

2) 切迫性尿失禁に対する治療法

切迫性尿失禁では炎症などによる膀胱と尿道の刺激病変や脳血管障害による大脳の抑制が原因となることが多い。腹圧性尿失禁とは異なり、薬物療法が行われることが多い。

a. 抗コリン作用薬: アセチルコリン受容体は膀胱平滑筋全体に分布しており、アセチルコリンの作用により膀胱筋を収縮させ排尿を起す。抗コリン作用薬のパップフォー、ボラキス、プラダロンなどが使用される。

b. ホルモン補充療法: エストロゲン補充療法 (ERT) は尿失禁に有効であるが、特に切迫性尿失禁に有効性が高い。28のRCTに対するメタアナリシスの報告によると、ERTによる尿失禁改善率は、切迫性尿失禁 (57%) の方が腹圧性尿失禁 (43%) よりも高かった³⁾。

c. 漢方薬: 補中益気湯、八味地黄丸、真武湯、竜胆瀉肝湯、清心蓮子飲、六味九科、牛車腎気丸などが有効とされている。

d. 膀胱訓練 (骨盤底筋訓練法): 純粋な切迫性尿失禁に対しては、腹圧性尿失禁とは異なり、骨盤底筋訓練法が有効であるというエビデンスはない。

5 おわりに

最近の日本女性骨盤底医学会雑誌の報告でもTVM手術に対する合併症の報告を散見する様になり、以前から産婦人科医が主体で行ってきた膣式子宮全摘術及び前後陰壁陰陰形成術⁷⁾やベッサリー療法など、どう使い分けるかなど今後の課題である。日本産科婦人科学会の女性ヘルスケア委員会 (委員長: 堂地勉教授) でも、日本泌尿器学会と共同して産婦人科研修指定病院ならびに泌尿器科専門医教育施設における女性骨盤底医学 (ウロギネコロジー) 分野に関する認知度、関心度、実践度を調査し、今後の体制作りの基礎的なデータを得るために大学病院を必須とするランダムに抽出された産婦人科研修指定病院ならびに泌尿器科専門医教育施設それぞれ約400施設ずつで調査中であり、その解析結果が期待される。

文献

- 1) 石河修: 産婦誌61 (11): 566-572, 2009
- 2) 更年期医療ガイドブック 日本更年期医学会編集 金原出版: 88-92, 2008
- 3) Fantl JA, et al.: Obstet Gynecol 83 (1): 12-8, 1994
- 4) 小川輝之他: 臨床泌尿器 60: 725-728, 2006
- 5) Moehrer B, et al.: Cochrane Database Syst Rev. 2003
- 6) Grady D, et al.: Obstet Gynecol 97 (1): 116-20, 2001
- 7) 篠原康一他: 日本女性骨盤底医学会雑誌 6 (1): 75-77, 2009

国内の脆弱性骨折の発生状況とビスフォスフォネートの効果



鳥取大医学部保健学科 教授／附属病院リハビリテーション部 部長 萩野 浩

国内の脆弱性骨折の発生状況

脆弱性骨折とは骨の脆弱化、すなわち骨粗鬆症が原因となって生じた骨折のことである。わが国では現在もなお、高齢者人口が増加しているため、脆弱性骨折の患者数も増加を続けている。高齢者に好発する骨折には、脊椎圧迫骨折、大腿骨近位部骨折、橈骨遠位端骨折(手関節部)、上腕骨近位端骨折があり、4大骨折と呼ばれている。このうち、最も発生率が高いのが脊椎骨折であり、大腿骨近位部骨折がこれに次ぐ。これらの骨折は骨折にともなう日常生活動作(ADL)の制限が大きく、QOLへの影響も脆弱性骨折のなかで最も大きい。

脊椎骨折の日本人での発生率は、年齢とともに指数関数的に上昇し女性の70歳代では約5000/10万人年、80歳代では約10000/10万人年と高い。大腿骨近位部骨折の発生率も加齢にともなって上昇し、女性の70歳代では500/10万人年、80歳代前半では1000/10万人年、後半では2000/10万人年、90歳以上では3000/10万人年に達する。年齢別の発生率に基づいて、平均的な50歳日本人女性が生涯のうちに、これらの骨折を発症する割合(ライフタイムリスク)を計算すると、大腿骨近位部骨折が20%、脊椎圧迫骨折が37%となる。すなわち、閉経後女性では5人に1人が大腿骨近位部骨折を、3人に1人以上が脊椎圧迫骨折を生じる。

骨折発生率の経年的な推移についても調査が行われている。脊椎骨折発生率は近年に生まれた人ほど低い。発生率低下の要因は、食習慣の西欧化にともなう体格の向上、初経年齢・閉経年齢の変化による骨量上昇の影響を受けていると考えられている。これと対照的に、大腿骨近位部骨折の発生率は経年的に上昇している。大腿骨近位部骨折の発生率には、脊椎骨折より、転倒リスクの関与が大きい可能性がある。身体活動性の低下、飲酒量や催眠鎮静剤の服用頻度の増加、ライフスタイルの変化が転倒リスクを高め、骨折発生率上昇の一因となっているのではないかと推測されている。

骨粗鬆症治療の目的と骨折リスクの評価

骨粗鬆症では骨量が低下して骨の脆弱性が充進しても、それだけでは臨床症状を生じないが、ひとたび骨折を引き起こすと、疼痛とともにADL、QOLの悪化をもたらし、生命予後にも影響する。したがって骨粗鬆症治療は骨折予防を目的とし、治療によって骨代謝動態の改善や骨密度増加が得られたとしても、骨折の予防効果が無ければ、有効な治療法ではない。

骨折を予防するためには骨折リスクの高い例を的確に診断する必要がある。骨折のリスクは骨密度が低値であるほど、脆弱性骨折の既往ある例ほど、また年齢が高いほど高い。これらに加えて、両親の大腿骨近位部骨折歴、過度の飲酒、喫煙なども骨折リスクを高めることが知られている。これらの危険因子を含めて、骨折

リスクを評価するツール(FRAX[®])が世界保健機関(WHO)から発表されている。FRAX[®]は10年間の主な脆弱性骨折(上記の4大骨折)と大腿骨近位部骨折発生リスクが%表示で算出される。骨粗鬆症学会では10年間の主な脆弱性骨折リスクが15%以上であれば薬物療法を開始すべきであるとする基準作成を進めている。

ビスフォスフォネートの治療効果

骨粗鬆症の治療に用いられる薬剤はその作用機序から、破骨細胞の骨吸収を抑制する骨吸収抑制剤と、骨芽細胞の骨形成を促進する骨形成促進剤とに分類される。ビスフォスフォネート製剤(BP)は、選択的エストロゲン受容体モジュレーター(SERM)、エストロゲン、カルシトニンなどと同様に骨吸収抑制剤である。BPのうち、窒素含有のBPが骨粗鬆症治療薬の第一選択薬剤となっている。これは数ある骨粗鬆症治療薬のうち、骨折予防に関する高いエビデンスレベルを有する臨床成績が最も多く報告されているからである。窒素含有ビスフォスフォネート製剤にはアレンドロネート、リセドロネート、ミノドロネートがある。これらの薬剤はプラセボ群に比べて脊椎骨折発生を約50%抑制する。また、アレンドロネート、リセドロネートでは大腿骨近位部骨折の発生抑制効果も確認されている。

近年、BP服用患者における顎骨壊死の発生が報告されて、特に窒素含有BPでの頻度が高い。抜歯などの侵襲的歯科治療後に発生リスクが高まるため、BPを服薬開始する際には、口腔衛生状態を良好に維持するよう患者に指導する。また、長期間にわたるBP服用患者での大腿骨転子下および骨幹部骨折の発生が報告されている。発生頻度がきわめて低いため、実際に問題となることは少ないが、長期服用例で大腿部の疼痛が出現した場合には、本骨折に注意を要する。

おわりに

BPは「骨折予防」という治療効果の最も高い薬剤であり、最近いくつかの臨床的な問題点が指摘されているものの、骨粗鬆症治療での第一選択薬であることに変わりはない。骨折リスクの高い例を的確に診断して、適切に治療をすることにより、BPは閉経後女性のQOL維持に貢献する。

最近の栄養摂取状況について (カルシウム、ビタミンD)



女子栄養大学 栄養生理学研究室 教授 上西 一弘

はじめに

カルシウムとビタミンDは骨の健康の維持、増進のために欠かすことのできない栄養素である。私たちの体内には成人女性では約700gのカルシウムがあり、その99%は骨に存在している。残り1%のカルシウムは様々な生理機能を調節するために不可欠であり、カルシウム摂取量が不足することなどにより血液中のカルシウム濃度が低下すると、ただちに骨からカルシウムが供給される。この状態が長く続くと、骨からのカルシウムの溶出(骨吸収)が進み、骨粗鬆症につながる。ビタミンDはカルシウムの腸管からの吸収を促進するなど、カルシウム代謝との関係が良く知られているが、最近では筋力の維持、転倒の予防などにも関係していることが報告されている。ここではカルシウムとビタミンDの必要量、摂取の現状、そして摂取の対策について紹介する。

どれだけ摂取すればいいか (食事摂取基準)

私たちがどのような栄養素をどのくらい摂取すればよいかを示した日本人の食事摂取基準2010年版では、カルシウムは18歳～69歳の女性で650mg/day、70歳以上の女性で600mg/day、ビタミンDは18歳以上の女性で5.5 μ g/day (220IU/day)という値が示されている。これらの値は特に骨の健康を対象としたものではない。昨年公表されたアメリカ・カナダの食事摂取基準(DRIs)に比べると低値である(下表参照)。また、わが国の骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2006年版ではカルシウムは800mg/day、ビタミンDは10 μ g/day (400IU/day)が推奨されている。

骨の健康を考える、すなわち骨粗鬆症の予防を考えるのであれば、骨量が増加し最大骨量に達するまでの成長期に出来るだけ骨量を増加させておき、閉経期およびそれ以降の骨量減少をでき

るだけ少なく抑えることが重要であるといえる。そのためには十分量のカルシウム、ビタミンDの摂取が必要である。

どれくらい摂取しているか(国民健康・栄養調査)

カルシウムとビタミンDの現在の摂取量はどれくらいだろうか。平成20年国民健康・栄養調査の結果ではカルシウム、ビタミンDの摂取量は表のようになっている。

この結果を見ると、ビタミンDは平均値では日本人の食事摂取基準を満たしているが、カルシウム摂取量は十分とはいえない。カルシウム摂取量に関しては、その重要性が認識されているにも関わらず、その量は1970年代からほとんど増加していない。一方、ビタミンDは平均値では現在の食事摂取基準を満たしているが、骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2006年版の値には足りていない。

どのように摂取すればいいか

カルシウムは牛乳・乳製品、骨まで食べることのできる小魚類、緑黄色野菜、豆・豆製品に多く含まれている。特に牛乳・乳製品はカルシウム含量が多く、吸収率も高いこと、そのまま手軽に摂取できることから、全ての年代で勧められる。更年期以降で血清コレステロール値が高いなどの場合には、低脂肪乳、無脂肪乳などを利用することもできる。日本人の食生活ではカルシウムは意識しないと摂取量を増やすことが難しい栄養素である。野菜はそれ自体のカルシウムの吸収率は牛乳に比べると低いことが報告されているが、カルシウムの供給源としては重要な食品である。シラスなどの小魚も常備食品とすれば重要なカルシウム供給源となる。

表 カルシウム、ビタミンDの摂取状況と摂取基準

年齢(歳)		20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70以上
カルシウム(mg/day)	平均摂取量	410	451	471	523	558	519
	食事摂取基準	650	650	650	650	650	600
	アメリカ/カナダ DRIs	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,200
	ガイドライン	800	800	800	800	800	800
ビタミンD(μ g/day)	平均摂取量	5.9	5.7	6.1	7.6	8.8	7.9
	食事摂取基準	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5
	アメリカ/カナダ DRIs	15	15	15	15	15	20
	ガイドライン	10	10	10	10	10	10

出典 平均摂取量：平成20年国民健康・栄養調査 食事摂取基準：日本人の食事摂取基準2010年版

アメリカ/カナダ DRIs：Dietary Reference Intakes for calcium and vitamin D ガイドライン：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2006年版

ビタミンDはきのこ類や魚類に多く含まれている。中でもきのこではキクラゲ、魚ではサケ、ウナギの蒲焼、サンマ、ヒラメなどに多く含まれている。国民健康・栄養調査の結果では、日本人のビタミンDの供給源としては約75%が魚類である。ビタミンDは食品から供給されるとともに、日光(紫外線)にあたることで皮膚でも生成される。皮膚で生成されるビタミンD量と食品から供給されるビタミンD量の比率は明確ではないが、皮膚での生成も非

常に大きく寄与していると考えられる。したがって、適度に日光にあたる必要がある。

カルシウムもビタミンDも意識して摂取しなければ、その量を増やすことは難しい。さらにビタミンDについては、日光に当たることによる皮膚での生成も考慮する必要がある。カルシウムやビタミンDを意識した食事を摂取するとともに散歩など適度な運動が大切といえる。



編集後記

3月11日に発生した東日本大震災という未曾有の災害に遭遇して命を落とされた方々に対して深い哀悼の意を表しますとともに、被災され今もなお苦みのうちにある全ての皆様に心よりお見舞い申し上げます。また、被災者救助や災害対策に全力を尽くしていらっしゃる関係者皆様に敬意と感謝の意を表します。人間が生きる事の意義をあらためて問いかける大きな出来事でもあります。国民一人一人が

各々の立場で何ができるかを考え行動することにより、被災地の一日も早い復興を祈念します。

日本更年期医学会は本年4月1日から日本女性医学学会と名称を変更し、本号は新しい学会名称での最初のニューズレターとなります。今後「女性のヘルスケア」をさらに発展させるべく、会員一人一人が各々の立場で本学会の方向性を考えなければなりません。本号の特集にありますように骨代謝や排尿障害など多方面への取り組み、コメディカルによるコーチングなど多職種による取り組みも益々重要になります。また学会の国際化も視野に入れて、

2013年のアジア太平洋州閉経学会学術集会へ向けての準備もはじまりました。日本女性医学学会となつての最初の学術集会在、「これからのウイメンズヘルスをめざして」というテーマにて、今年11月12・13日に苛原稔会長のもとで神戸にて開催予定です。まもなく演題募集も始まります。

これからも日本女性医学学会の最新情報をこのニューズレターにてお伝えしてまいります。更なるご支援・ご協力をお願いいたします。

(編集担当 倉林 工 2011年4月30日記)

2011年5月発行



■ 発行／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