



日本女性医学学会 ニューズレター

Vol.23 No.2 Jan. 2018

はじめに

女性医学は、「女性のQOL維持向上を目指し、女性に特有な病態・疾患を予防医学的に取り扱う領域」と定義づけられた産婦人科の新しい診療領域であり、日本産科婦人科学会からは2014年11月に「女性ヘルスケア専門医」を産婦人科専門医のサブスペシャリティ領域専門医とすることが承認されました。日本産科婦人科学会では、サブスペシャリティ領域として周産期医学、婦人科腫瘍学、生殖医学に並ぶ第4の専門分野として女性医学を置いています。超高齢社会に突入した我が国において、女性医学は、その他の三つの分野の専門医が補いきれない病態・疾患が対象となります。日本女性医学学会は、産婦人科専門医が女性のライフステージを通じたヘルスケアを実践するために必要な高度な医学知識と技能を修得させることを目的としています。現在、女性ヘルスケア関連の講演は急増しており、本会会員数も3,400名になっています。

日本女性医学学会認定制度・専門医制度制定の経緯

1992年11月に設立された日本更年期医学会の目的は、「更年期・老年期の生理、病理及び実地臨床に関する研究の進歩・発展を図り、もって人類・社会の福祉に貢献すること」にありました。2011年4月に名称変更した日本女性医学学会では、その目的を「更年期を中心とした実地臨床・病理および女性のライフステージに応じた健康管理の進歩・発展を図り、もって人類・社会の福祉増進に貢献すること」として、女性の生涯にわたるヘルスケアに関与することを明確にしました。更年期は女性の人生におけるターニングポイントともいえるべき時期であり、そこから全ライフステージのヘルスケアを俯瞰することは予防医学に取り組む上で有意義であると考えられます。

はじめに、日本更年期医学会では更年期医療分野で活動する医療者を更年期分野における専門家として基本的知識と技能を認定し、その水準を向上させることを目的として2008年度より認定制度を開始しました。さらに、2012年度総会の決議にて、本学会認定制度が専門医制度に移行することが決定されました。このため、2013年度認定医師から「日本女性医学学会認定女性ヘルスケア専門医」と名称変更しました。女性ヘルスケア専門医は、以前の更年期医学会認定医とは異なり思春期・性成熟期・更年期・老年期という女性の全ライフステージを扱うことから、新たに専門医研修項目を策定しました。2014年5月に設立された日本専門医機構が新たな専門医制度整備指針を公

表したので、本会の専門医制度規則もこれに準拠して改定し、2016年11月の本会理事会にて承認されました。2017年11月の本会理事会では、専門医制度規則・細則と専門医研修項目の改定、および新専門医研修プログラムが承認されました。

女性ヘルスケア専門医研修プログラムの概要

女性ヘルスケア専門医は、思春期・性成熟期・更年期・老年期の生涯にわたる女性のヘルスケアを担うために、各時期に特有の病態に対して主として予防的観点から適切な検査・治療を実施できる高度な専門知識・技能を備えるとともに、日進月歩の医学・医療の発展に遅れることなく常に研鑽を積むという学

問的姿勢と、医師としての高い倫理性・社会性を有する医師であることが期待されています。女性ヘルスケア専門医研修プログラムにおいては、専門医の到達目標、研修方法、研修終了要件などを明確にしました。研修項目として、思春期では、やせを伴う続発性無月経、女性アスリートのヘルスケア、性教育、思春期女子のホルモン療法など；性成熟期では、避妊法、エストロゲン・プロゲステロン配合剤の適正使用法、周産期異常後のヘルスケア、婦人科術後患者のヘルスケア、他診療科(小児科、乳腺外科、血液内科など)の悪性腫瘍治療後のヘルスケア、HIVなどの性感染症、心身症、性機能障害、性被害、性同一性障害、安全な人工妊娠中絶など；更年期では、更年期症候群とホルモン補充療法など；老年期では、骨盤臓器脱、下部尿路機能障害、骨粗鬆症などが特筆されます。

日本女性医学学会 と専門医制度



日本女性医学学会専門医制度委員会 委員長
国立研究開発法人
国立国際医療研究センター病院 副院長
矢野 哲

女性ヘルスケア専門医更新基準の改定

日本専門医機構は、新専門医を育成する指導医を確保する必要性から、まずは専門医更新基準についての整備を進めてきました。専門医の更新では、診療に従事していることを示す勤務実態や診療実績の証明、知識・技能態度が適格であることを証明することが求められています。更新は①勤務実態の証明、②診療実績の証明、③講習受講をもって行われます。本会においても、2018年度は女性ヘルスケア専門医更新基準の改定を進めていきます。

おわりに

本会専門医制度委員会では、今後も、日本専門医機構が提出する新基準に沿って専門医制度規則を年々改定していく予定です。本年も会員皆様の御指導・御鞭撻を賜りますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

ホルモン補充療法ガイドライン 2017年度版発刊にあたって



飯田橋レディースクリニック 岡野浩哉

WHI 真の目的

WHI試験の主要研究員の一人であるLanger教授によれば、WHIはEPTによるCHDへの効果を立証するためにまず計画されたが、観察研究と閉経後10年以内の女性を対象にしたPEPI研究により閉経後早期女性におけるCHD予防効果が明らかになったため、閉経後期間がもっと経過した女性に焦点を当てる研究となった。その為対象者の70%以上を60歳以上としていたにもかかわらず、高齢の閉経後女性の結果を若い世代の閉経後女性にまで一般化してしまったことが最大のミスリードであった。

NAMS の転換

“The lowest dose for the shortest period”を強く主張していたNAMSが、2017年のPosition Statementにおいて、「短時間で最低量という考え方は、不適當であるどころか一部の女性にとっては有害であろう。より適切な考え方は、適切な投与量、投与期間、投与方法そして投与ルートである」と、さらに乳癌リスクから勘案される継続年数の規定を示してきたが、「継続期間に関して対象者全員に適應される年齢の規則はない」とはっきり記載した。

HRT ガイドライン

日本のガイドラインは以前よりHRTを肯定的にとらえ、禁忌や慎重投与症例の確認のもと、それ以外の閉経後女性に多くの制限を設けることはせず、①画一的な基準の制定は困難であり、かえって医療行為を拘束することになる。②HRTの選択や導入の最終決定は症例ごとに判断せざるを得ない。という立場にある。

ベネフィットとリスクの決定因子

リスク&ベネフィットを勘案し…という文言がどうしても多く使用されるが、これが一番困難な問題である。現在までの様々なエビデンスをもとに、ひとつは、対象者の的確な評価：①年齢/閉経後年数、②健康状態/素因/基礎疾患の有無、もうひとつは、投与方法の個別的な選択：①薬剤の種類(天然型ホルモン、合成ホルモン)、②投与ルート(経口、経皮、経腔)、③投与量(通常量、低用量)、④投与方法1(EPT、ET：子宮の有無)、⑤投与方法2(周期的投与、持続的投与)、⑥投与期間(短期、長期)が決定因子として挙げ

られる。これらを十分に吟味できることをガイドラインは目指し作成された。

総論編の活用

画一的なHRTを提案できない理由がある。閉経からHRT開始までの期間について、冠動脈疾患に関しては短いほうが予防になる(タイミングセオリー)が、乳癌は長いほうがリスクは少ない(ギャップタイム)。MPAは天然型Pに比べ心血管系疾患や乳癌に悪影響を及ぼす可能性があるが、子宮内膜保護効果は明らかに優れている。有害事象発症としてのエビデンスでは必ずしもE2製剤に比べCEEが悪いわけではない事もWHIのET試験の結果を見れば明らかである。総論編を通して、このようなさまざまな視点からの評価法が行えるようにガイドラインは構成されている。

CQ 編の活用

HRTに関する頻出の質問に回答するように構成されている。その他、婦人科癌術後患者のQOLのためのHRT、血管運動症状が主訴でない閉経後女性に対するHRTなどに対して、さらに国際的な認識である「HRTの継続を制限する一律の年齢や投与期間は無い」事にも言及し、強い推奨を出している点も今回の改定のポイントである。

HRT ガイドラインの使命

ガイドラインの最大の役割は、安全で効果的なHRTの実現にある。安全面からは、HRT開始前の患者の評価を様々な角度から行う事が肝要であり、臨床検査に加え家族歴を含めた詳細な問診が重要である。効果的にHRTを施行するには、画一的な処方では避け患者背景を十分に考慮した投与方法の選択が鍵となる。そしてHRT施行中は患者の訴えを真摯に受け止め、臨機応変な対応を行うことが医師患者関係の信頼構築と安全で効果的なHRTの実現に貢献する。換言すれば、患者の個別化(real world patient)、患者に適した処方(patient centered medicine)、安全と安心のヒントは全て患者の中にある(patient as a teacher)という認識と言えよう。すべては、Evidence based best practiceのために。

【謝辞】

執筆委員、評価委員および作成委員会の先生方、貴重なお意見をお寄せいただいた先生方のお力により発刊できたことに心より感謝申し上げます。

生涯を通じた女性のヘルスケア教育



神戸大学大学院保健学研究科看護学領域母性看護学分野 千場直美

はじめに

平成26年、内閣にすべての女性が輝く社会づくり本部が設置され、「すべての女性が輝く政策パッケージ」¹⁾がまとめられました。女性が輝くことは、暮らしやすい社会、活力ある社会をつくることにつながり、国全体の活力や地域の安全・安心にもつながると考えられています。また、平成28年に施行された「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律(女性活躍推進法)」による女性活躍の流れを加速すべく、平成29年に「女性活躍加速のための重点方針2017」²⁾がまとめられました。あらゆる分野の女性が活躍するために、それを支える安全・安心な暮らしの実現と基盤整備を支援するという方針です。その1つに、生涯を通じた女性の健康支援強化について述べられ、女性の健康は活躍の基盤であり、女性の健康を生涯にわたり包括的に支援することについて方針が掲げられています。今や国家の方針ともなった女性の健康課題について、女性医学にかかわる専門家として、今後、どのように進め、発展させていくかは大きな課題といえます。

女性のライフステージと健康問題

女性は思春期、性成熟期、更年期、老年期の各ライフステージにおいて内分泌環境が大きく変化することによって女性特有の疾患を発症することもあれば、性周期の影響から苦痛を伴う症状を有する女性も多くみられます。たとえば性成熟期にみられる月経随伴症状は、8割以上の女性が何らかの症状を経験するといわれますが、積極的に対処している女性は少なく、受診率は1割程度です。また、労働基準法で定められた生理休暇を取得する女性従業員の割合は0.9%(平成26年)となり、ピーク時の26.2%(昭和40年)から大きく低下していることが報告されています(厚生労働省)。更年期女性においても近似した状況がみられ、更年期症状を経験する女性は7~8割程度いますが、対処する人は少なく、受診する女性は1~2割程度とされています。多くの女性が性周期に関連した苦痛症状を抱えながら生活し、生活に支障をきたし、QOLの低下を招いている現状では、社会的役割が十分に果たせるとはいえないうでしょう。

女性のヘルスケア教育

女性が性周期に伴う苦痛に対処できない原因の1つとして考えられるのは、女性が自らの身体や健康に関する知識

をもたないということです。近年においても、小・中・高校で行われる月経教育は文部科学省指導要領に基づいた、初経教育、妊娠・出産、性感染症などの内容であり、それ以降におこる性周期関連の健康問題について学ぶ機会はほとんどありません。専門家でない限り母親も教育を受けた経験はほとんどないため、正しい知識がなく、家庭内で教育することもできない状況にあることが推察されます。女性が自ら、健康を管理し、コントロールできる能力を持つためにも専門家による教育の機会が必要です。

女子大学生を対象にした調査では、約半数の女性が自分のために、あるいは母親の支援のために、月経や更年期に関する教育を望んでいました。特に、月経随伴症状による苦痛を自覚する女性は月経や更年期教育への関心も高く、専門家による教育を大学卒業時までには受けたいと考えていました。これらのニーズをくみとり、女性がよりよい人生を過ごすためにも、生涯を通じた女性のヘルスケア教育を早期から開始することが望ましいと考えます。

本校では、平成28年度より助産師コースを博士課程前期課程(修士)に設置し、生涯女性健康科学特講・演習の科目を設け、生涯を通じた女性のヘルスケアに対応できる人材育成を目指した助産師教育を開始しました。女性にとって身近なテーマであり、学生の関心も重要性の認識も高いです。まだ、教育は始まったばかりですが、将来的に専門職として直接ケアにあたる人材として、あるいは、一般の女性や専門家に対する教育ができる人材として、この分野で活躍できる助産師となり、幅広く、多くの女性に貢献できることを期待しています。

おわりに

女性が自らの健康を維持し、よりよい人生を送るためには、女性自身が心身の特徴を知り、健康状態をコントロールできる能力を備えていることが大切です。専門家である私たちにできることとして、まず若い世代の女性に対して生涯を通じた女性のヘルスケア教育を始めること、そして生涯に渡る女性の健康支援を継続して行うことが重要な課題であると考えます。

文献

- 1) http://www.kantei.go.jp/jp/headline/brilliant_women/#c015
- 2) http://www.gender.go.jp/policy/sokushin/pdf/jyuten2017_honbun.pdf



はじめに

hormone replacement therapy (HRT: ホルモン補充療法)と卵巣癌というタイトルを見た場合には、内容が「HRTと卵巣癌リスク」についてか「卵巣癌患者に対してのHRT」なのかが判然としませんが、今回は前者についての概説と私見です。

HRTと卵巣癌

HRTと卵巣癌リスクについてはリスク上昇の可能性が指摘されていたが、これまでエビデンスが十分でないためコンセンサスは得られていなかった。これに対して2015年にLancet誌に発表されたCGESOC(Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer)による52の疫学研究によるメタ解析結果は大きなインパクトを与えた¹⁾。結果は5年未満の現HRT施行者でさえrelative risk(RR: 相対危険度)が1.43(95%CI: 1.31~1.56)と有意にリスクが上昇していた。後ろ向き研究のみの解析では1.04(0.93~1.16)と有意差を認めていなかったものの、前向き研究のみでは、HRTを受けた女性はRRが1.37(1.27~1.48)と上昇していた。これは卵巣癌の罹患が1,000人の施行者において1人、死亡が1,700人に対して1人増加することを意味する。またHRTの期間が5年以上の場合は、中止して5年以上経過してもリスクは低下するものの、有意にリスクが残るとしている。投与方法においてはestrogen replacement therapyとestrogen therapyによるリスクは不変としている。ただしこの報告に対してはCorrespondenceで、対象の76%がDanish Sex Hormone StudyとMillion Women Studyという2つの研究に由来していることやゼロリスクの報告が除かれていること、HRTの用量についての評価がされていないこと、などのいくつかの問題点が指摘されている。

HRTと上皮性卵巣癌の組織型によるリスク

CGESOCの報告中で、上皮性卵巣癌の主たる4組織型(境界悪性腫瘍も含む)においてHRTによる発症リスクは差異があることが報告されている。漿液性癌と類内膜癌のリスクは上昇し、明細胞癌は確実ではないが減少し、粘液性癌のリスクは上昇しないとしている。著者らはこの組織型による結果の不均一は、HRTと卵巣癌のリスク上昇に関する因果

関係において非常に重要であるとしている。考察としてKurmanらの文献²⁾を引用し、「不均一の理由は不明瞭である、なぜならば主たる4組織型の発生部位が不確かであることも一因である」としている。Kurmanらの論文では、形態学、免疫組織学および分子遺伝学的研究により、上皮性卵巣癌を子宮体癌のように発症機序からタイプIおよびタイプIIに分類している。タイプIはlow-gradeの漿液性癌および類内膜癌、明細胞癌、粘液性癌、ブレンナー腫瘍から成り、通常は低悪性度で進行期はI期のことが多い。これに対してタイプIIはhigh-gradeの漿液性癌および類内膜癌、癌肉腫、未分化癌から成り高悪性度で進行癌のことが多い。CGESOCの論文においては、対象者の上皮性卵巣癌のgradeによる分類はされていないが、一般的に漿液性癌は欧米ではhigh-gradeが約90%(日本は約98%)と多く、類内膜癌はlow-gradeが多いことから、HRTがタイプIIの卵巣癌発生増加に関与しているとは言い難いとも考える。むしろ免疫組織染色におけるエストロゲン受容体の発現割合は、low-gradeの漿液性癌96%、high-gradeの漿液性癌が80%、類内膜腺癌が86%、明細胞癌が13%、粘液性癌が65%と報告されている³⁾ことから、漿液性癌および類内膜癌ではエストロゲン受容体発現の頻度が高く、明細胞癌や粘液性癌ではそれに比べ低いとされる。SpeculationではあるがHRTと卵巣癌の組織型発生リスクにはエストロゲン受容体を介した関与が考えられる。

おわりに

HRTにより卵巣癌リスクは上昇する可能性があると考えられているが、因果関係に関する研究の進展により、今後は組織型によるリスクの個別化についても検討されることが期待される。

参考文献

- 1) Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer: Menopausal hormone use and ovarian cancer risk: individual participant meta-analysis of 52 epidemiological studies. Lancet 2015; 385: 1835-1842.
- 2) Kurman RJ et al. Molecular pathogenesis and extraovarian origin of epithelial ovarian cancer. Shifting the paradigm. Hum Pathol 2011; 42: 918-931.
- 3) Sieh W et al. Hormone-receptor expression and ovarian cancer survival: an ovarian tumor tissue analysis consortium study. Lancet Oncol 2013; 14(9): 853-862.

緊急避妊：産婦人科ガイドライン 2017 改訂をふまえて



東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学 教授 大須賀 穣

はじめに

本稿では緊急避妊について知っておくべき要点を、産婦人科診療ガイドラインの婦人科外来編 2017 での改訂をふまえて解説する。妊娠を望まない女性が、避妊せずに行われた性交または避妊したものの避妊手段が適切かつ十分でなかった性交を Unprotected Sexual Intercourse (UPSI) と呼ぶ。緊急避妊とは UPSI の後に緊急避妊的に用いるものである。平成 23 年に日本産科婦人科学会により「緊急避妊法の適正使用に関する指針」が公表され、平成 28 年 9 月に改訂がなされた。これを受けて、産婦人科診療ガイドラインの婦人科外来編 2017 版では同 2014 版からの変更が行われている。2017 版では、CQ404 に“緊急避妊法の実施法とその留意点は？”がある。

レボノルゲストレルについての改訂点

Answer では最初に、平成 28 年度版の「緊急避妊法の適正使用に関する指針」を参考とすることが明記されている。レボノルゲストレルの 0.75mg 錠にかわって 1.5mg 錠が登場したことにより、2017 版では、1. 性交後 72 時間以内にレボノルゲストレル (levonorgestrel ; LNG) 単剤 1.5mg 錠を確実に 1 錠内服する (B) (2014 版では単剤 0.75mg 2 錠)、と変更された。次に、2014 版では Answer として、2. Yuzpe 法を用いる (C) が記載されていたが、2017 版では Answer から削除され、解説に記されるにとどまっている。その中で Yuzpe 法よりも LNG 投与が避妊効果が高く、有害事象発現率が低いというデータの存在と、WHO が LNG 法を推奨していることが示され、LNG 法を標準的な方法として推奨している。ただし、LNG の使用禁忌として①本剤の成分に過敏症の既往歴がある、②重篤な肝障害のある患者、③妊婦である、があり注意が必要である。尚、LNG の成分は乳汁中に移行するので、投与後 24 時間は授乳を避けるように説明する。LNG 服用後、次回の月経まで性交を待てない場合には、周期の残りの期間の避妊が必要であることを説明することが重要である。

内服以外の方法

次に、2. 内服以外の方法として性交後 120 時間以内に回付加子宮内避妊具を使用する (C) とあるが、これは 2014 版の記載と同じである。しかしながら、本法は有効性が高いにも関わらず未産婦では挿入が容易でなく、感染症の疑われる対象者では感染を悪化させる危険性があるため慎重に対象者を決めることが望ましい。3. EC を行っても妊娠する可能性があることを説明し、必要に応じて来院させ妊娠の確認を行う (B) も 2014 版と同じである。この項目は実地臨床においてとても重要で、実際にしばしば緊急避妊法の効果が 100% 近いと誤って考えている患者を診ることがある。妊娠阻止が完全でないことを十分に説明し、もし月経が予定より 7 日以上遅れる、あるいは通常より軽い場合には、必ず妊娠の可能性について確認するため医療機関を受診するように促しておく必要がある。

確実な避妊法の普及

最後に、2017 版では、4. 以後、より確実な避妊法の選択を勧める (B)、が追加された。我が国の調査で、緊急避妊を提供した際に約 25% の使用者が OC 服用を開始し、その半数が継続して内服している。緊急避妊をきっかけとして対象者にしっかりと説明し理解を得ることにより確実な避妊法を普及させることができると考えられる。今後は、広く緊急避妊を含めた避妊法の知識の普及が一般市民に対しても必要と考える。最後に、2017 版では解説で我が国ではまだ未承認の緊急避妊法に触れられている。すなわち、海外では選択的プロゲステロン受容体モジュレーターである ulipristal acetate 30mg 単回投与が使用されており、有効性は LNG 法より優れ、安全性は同等であり、しかも性交後 120 時間まで投与可能であることが紹介されている。今後我が国への導入が期待される。

一般社団法人日本女性医学学会入会手続きのご案内

2017年11月30日で会員数3,463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



黄体ホルモンの種類と特徴



京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学 北脇 城

はじめに

黄体ホルモン（プロゲステロン）は、黄体ホルモン作用を発揮する物質の総称であり、そのうち天然型のものがプロゲステロンである。合成黄体ホルモンをしばしばプロゲステンと呼び、天然型と合成の医薬品製剤を合わせてプロゲステン製剤と称することが多い。

黄体ホルモンの種類

黄体ホルモンは、開発された歴史的順序にしたがって4つの世代に分けられる。第1世代：ノルエチステロンなど、第2世代：レボノルゲストレルなど、第3世代：デソゲストレルなど、第4世代：ジエノゲスト、ドロスピレノンなど。

また、その構造から、17 α -ヒドロキシプロゲステロン誘導体：メドロキシプロゲステロン酢酸エステル（medroxyprogesterone acetate；MPA）など、19-ノルテストステロン誘導体：ノルエチステロン、レボノルゲストレル、デソゲストレル、ジエノゲストなど、および17 α -スピノラクトン誘導体：ドロスピレノン、の3種類に大別される。

プロゲステンは、いずれも主としてプロゲステロン受容体に結合して作用を発揮するが、それ以外のステロイド受容体にもさまざまな親和性をもって交差反応することから、化合物によって多彩な特性を呈する。

黄体ホルモン製剤

日本で医薬品として市販されている製剤には、プロゲステン単剤（表1）とエストロゲン-プロゲステン配合剤（表2）

とがある。このうちエストロゲン含有量が50 μ g未満のものを低用量経口避妊薬（oral contraceptive；OC）と呼ぶ。この中で、月経困難症を保険適応症とするOCを避妊目的の従来のOCと区別するために、低用量エストロゲン-プロゲステン製剤（low dose estrogen-progestin；LEP）と呼ぶことが慣例となっている（表3）。

各種黄体ホルモン製剤の特徴

1. プロゲステロン

無月経の診断の際に行われるプロゲステロン負荷試験、体外受精-胚移植後や黄体機能不全を伴う不妊症に対する黄体賦活としてしばしば用いられている。

2. MPA

カウフマン療法やホルモン補充療法（HRT）に頻用されている。この場合の使用量は2.5mgまたは5mg/日である。一方、若年子宮体癌の内分泌治療薬として600mg/日以上的大量投与も行われている。

3. ノルエチステロン

無月経時のエストロゲン-プロゲステン療法、機能性子宮出血の治療、そしてカウフマン療法などに対して中用量の配合剤がしばしば用いられる。また、OCあるいはLEPとして使用されている。さらに、エストラジオールと合剤である経皮製剤はHRTに使用されている。

4. レボノルゲストレル

単剤では、子宮内避妊器具に薬剤が添加されたものが避妊薬として、そして過多月経と月経困難症の治療に用いられている。また内服薬は緊急避妊薬として市販されている。エストロゲンとの配合剤では、光学異性体であるノルゲ

表1 プロゲステン製剤の種類

一般名/商品名	剤形 (mg)
プロゲステロン	
プロゲホルモン	注 10, 25
ルテウム	注 10, 25 腔用坐剤 400
ウトロゲスタン	腔用カプセル 200
ルティナス	錠錠 100
ワンクリノン	腔用ゲル 90
ヒドロキシプロゲステロンカプロン酸エステル	
オオホルミンルテウムデポー	注 125
プロゲデポー	注 125
ジドロゲステロン	
デュファストン	錠 5
酢酸クロルマジノン	
ルトラール	錠 2
プロスタール	錠 2
プロスタット	錠 2
メドロキシプロゲステロン酢酸エステル (MPA)	
プロベラ	錠 2.5
ヒスロン	錠 5, 200
ノルエチステロン (ノルエシンドロン)	
ノアルテン	錠 5
プリモルトN	錠 5
レボノルゲストレル	
ノルレボ	錠 1.5
ミレーナ	子宮内システム 52
ジエノゲスト	
ディナゲスト	錠 1

表2 エストロゲン-プロゲステン合剤

エストロゲン剤 プロゲステン剤 (mg)		商品名	剤形
安息香酸エストラジオール 10	ヒドロキシプロゲステロンカプロン酸エステル 125	ルテスデポー	注
エチニルエストラジオール 0.05	ノルゲストレル 0.5	プラノバル	錠
エストラジオール 1	レボノルゲストレル 0.04	ウェールナラ	錠
エストラジオール 0.62	酢酸ノルエチステロン 2.7	メノエイドコンビパッチ	貼付剤

表3 OCとLEP

相	1周期あたりの総量 (mg)		錠数	服用開始日	製品名	自費/保険
	エストロゲン	プロゲステン				
一相性	EE 0.735	NET 21.0	21	Day 1 スタート	ルナベルLD フリウェルLD	保険
	EE 0.420	NET 21.0	21	Day 1 スタート	ルナベルULD	
	EE 0.480	DRSP 72.0	24+4 28	Day 1 スタート	ヤーズ ヤーズフレックス	自費
	EE 0.630	DSG 3.15	21 21+7	Day 1 スタート	マーベロン 21 マーベロン 28 ファボワール 21 ファボワール 28	
三相性	EE 0.735	NET 15.0	21+7	Sunday スタート	シンフェーズ T28	自費
	EE 0.680	LNG 1.925	21 21+7	Day 1 スタート	アンジュ 21 アンジュ 28	
					トリキュラー 21 トリキュラー 28 ラベルフィーユ 21 ラベルフィーユ 28	

EE：エチニルエストラジオール、NET：ノルエチステロン、DSG：デンゲストレル、DRSP：ドロスピレノン、LNG：レボノルゲストレル

ストレルを含有した配合剤が、消退出血をもたらす目的、機能性子宮出血の治療、カウフマン療法などに対して汎用されている。さらに、三相性のOCや、HRTおよび閉経後骨粗鬆症の治療薬がある。

5. ジドロゲステロン

プロゲステロンの立体異性体であり、プロゲステロン製剤の中で唯一基礎体温を上昇させない。黄体賦活作用があることから、不妊症、切迫流産に保険適応がある。カウフマン療法、またHRTにも使用されている。子宮内膜症に保険適応があり、副作用が少なく長期に使用できる利点もあることから最近見直されつつある。

6. ドロスピレノン

抗アンドロゲンや抗ミネラルコルチコイド作用を有し、LEPとして使用されている。

7. ジエノゲスト

子宮内膜症および子宮腺筋症の治療薬である。

8. クロルマジノン

黄体機能不全や機能性子宮出血の治療にしばしば用いられている。

おわりに

プロゲステロン製剤はそれぞれに固有の特性がある。適切な製剤を適正に使用することが求められる。



編集後記

あっという間に寒さが厳しい季節となり、ニューズレターの23巻の第2号の発行となりました。本号にて矢野哲先生には、産婦人科専門医のサブスペシャリティ領域専門医としての「女性ヘルスケア専門医」について、機構の専門医制度整備指針の新基準に沿うような女性医学学会専門医制度の基準改訂の方向性に関す

る解説を頂きました。岡野浩哉先生には、平成29年10月10日に発刊されたばかりの日本女性医学学会および日本産科婦人科学会編集・監修となる「ホルモン補充療法ガイドライン」について、総集編やCQ編の活用方法やガイドラインのあり方や使命に関しての解説を頂きました。千場直美先生には生涯を通じた女性のヘルスケアについて、各ライフステージにおける健康問題で、女性自身の知識不足とヘルスケア教育の不足が問題であることを解説して頂き

ました。私はHRTと卵巣癌リスクについて概説と私見を述べさせていただきました。大須賀穰先生には、緊急避妊について「産婦人科診療ガイドライン 婦人科編2017」での改定をふまえ、CQ404に関するAnswerの詳細な変更理由や確実な避妊方法の普及に関しての解説を頂きました。北脇城先生には、黄体ホルモンの種類とその製剤について、製剤の特徴を詳細に解説して頂くとともに、適切な製剤を適切に使用することの重要性を解説して頂きました。

(編集担当 橋本 和法 2017年12月18日記)

2018年1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

〒105-8320 東京都港区虎ノ門1-10-5
TEL : 03-6838-9219 FAX : 03-6838-9222

■ 発行協力／あすか製薬株式会社