



日本女性医学学会 ニューズレター

Vol.29 No.1 Sep. 2023

開催概要

第29回日本女性医学学会ワークショップ

「ウィメンズヘルスケアの実践知 Phronesis in Women's Healthcare」

会期：2024年3月3日(日)

会場：御茶ノ水ソラシティカンファレンスセンター

(〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台4丁目6)

実行委員長：寺内公一（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 茨城県地域産科婦人科学講座 教授）

参加費：医師・メディカルスタッフ 5,000円；研修医・学生 無料

公式ウェブサイト：<https://www.kwcs.jp/jmwh29ws/>

ご挨拶

このたび第29回日本女性医学学会ワークショップを、5年ぶりに東京は御茶ノ水にて開催させていただくことになりました。まずはこの5年間、COVID-19がもたらす様々な不確定要素と格闘しながら、女性医学について学ぶ貴重な機会の灯を絶やすことなく燃やし続けられたワークショップ実行委員長の先生方、困難な開催を様々な方向からご支援下さった関係者の皆様、そしてオンライン・オンラインを問わず熱心に参加された会員の先生方に、心から敬意を表したいと思います。

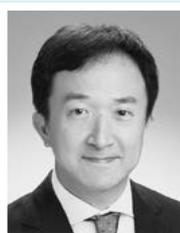
かくして人類はパンデミックを乗り越え、新たな叡智を獲得しながら次のステップを踏み出そうとしています。このポストコロナの状況にあって本ワークショップの果たす役割とは何かを考え、テーマを「ウィメンズヘルスケアの実践知 Phronesis in Women's Healthcare」といたしました。「Phronesis」とはプラトンとアリストテレスによって定義された古代ギリシア哲学の概念で、「実践的な行動につながる知」を意味しています。日本女性医学学会の持つ二本の柱であるワークショップと学術集会とを較べる時、「ワークショップ」には知識のための知識ではない、より実践的な知を獲得するための場であることが期待されているのではないかと考えました。オンライン参加がようやく自由になりつつ

ある今、少しでもオンライン参加を上回る体験をしていたできるように、従来型の講義にロールプレイなどを織り込み、月並みではありますが、「明日からの臨床に役立つ知」を身につける場となることを願っております。

プログラム

現時点で予定しているプログラムとしましては、特別講演として東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科総合診療歯科学分野の西山暁先生に「女性のライフステージと顎関節症(仮題)」についてお話をいただく他、ロールプレイを含む実践的なスポンサード・ワークショップとして、「月経困難症のマネージメント(仮題)」「不眠症の認知行動療法(仮題)」「ホルモン補充療法の開始から終了まで(仮題)」の3セッション、およびランチオン・セミナーとして、「エクオールは過去・現在・未来(仮題)」を企画しております。幅広い分野の「実践知」を身につけていただける場となるよう願っております。

第29回日本女性医学学会 ワークショップ



東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
茨城県地域産科婦人科学講座 教授

寺内公一

いった感覚を優しく包み込む様子のみごとに表現されています。本ワークショップでも、ご参加いただいた皆様に様々なことを感じていただければ幸いです。3月3日は上巳(桃の節句)、二十四節気では雨水にあたります。まだ少々肌寒いですが、皆様の健康をお祈りしつつ、御茶ノ水へのお越しをお待ちしております。

おわりに

ポスターの原画は、日本美術院賞(大観賞)等を受賞された新進気鋭の現代日本画家である西岡悠妃先生に、このワークショップのために描き下ろしていただいた「イツモ思ウコト」というタイトルの作品です。少女が日々感じる儚さ・憂い・日々のわくわくした気持ち・そう



男性の更年期について



順天堂大学大学院医学研究科泌尿器外科 デジタルセラピューティックス講座 特任教授 井手久満

男性更年期障害・LOH症候群とは

男性更年期障害、いわゆる加齢男性性腺機能低下症候群：LOH (late-onset hypogonadism) 症候群とは、加齢によるテストステロンの低下とそれに伴う臨床症状を示す疾患と定義されている¹⁾。症状としては、勃起障害、うつ、記憶力・集中力の低下、倦怠感・疲労感などの精神症状や、筋力の低下、骨塩量の減少、体脂肪の増加などの身体症状が生じる。また、テストステロンの低下は、サルコペニアや筋力低下に密接な関係があり、さらに狭心症や動脈硬化、肥満、メタボリック症候群、認知症などさまざまな疾患の成因に関与している。女性の更年期障害は、閉経というイベントにより、エストロゲンが急激に減少する閉経前後のおよそ10年間に起こる。しかし、男性の場合、テストステロンは20歳をピークに加齢とともに穏やかに減少し、テストステロンの低下をきたすような生活習慣やストレスの影響を受けやすい。テストステロンが低下すれば、どの年代からも生じる可能性があるが、社会的にストレスがかかる40歳代後半から発症してくることが多い。

LOH症候群の診断

LOH診療の手引きでは、総テストステロンを測定し、基準範囲であってもLOH症候群を疑う場合、遊離テストステロンの測定が推奨されている。総テストステロン値のカットオフ値は250ng/dL、遊離テストステロン値は7.5pg/mLを診断基準としている¹⁾。しかし、LOH症候群の診断には、テストステロンの測定値に関わらず臨床症状と合わせて総合的に判断することが重要である。LOH症候群の症状スコアとして、国際的にAMS (Aging Males' Symptoms) スコアが主に使用されている。AMSスコアは、精神・心理、身体、性機能を含む17項目についての自己評価型の症状スコアである。17項目についての5段階評価を合計し、26以下は正常、27～36は軽度の症状、37～49は中等度の症状、50以上は重症としている。AMSは診断のみならずテストステロン補充療法の治療効果を判断できる。

テストステロン補充療法

テストステロン補充療法の治療効果は高く、加齢に伴うサルコペニアやフレイルを改善する。ED、性欲の低下、夜間

勃起現象の低下などの性的症状は、テストステロン値とよく逆相関していることが示されているが²⁾、テストステロン補充療法は、ED、性欲、QOLの改善効果がある。さらに代謝においては、糖尿病を有するLOH患者を対照とした臨床研究において、血糖コントロールを改善し、血中総コレステロール値、中性脂肪を低下させた³⁾。

本邦で現在使用可能なテストステロン製剤は、注射剤としてのエンタム酸テストステロン(エンアルモンデポ)、一般用医薬品として、男性ホルモン軟膏(グローミン)がある。通常のテストステロン補充療法はエンアルモンデポ125～250mgを2～4週毎に投与する。投与量、投与間隔は患者さんの症状や年齢にあわせて適宜増減する。テストステロン補充療法の副作用としては、多血症、心血管疾患、睡眠時無呼吸症候群、脂性肌、にきび、乳房痛、肝障害、不妊症などがある。LOH症候群の患者に対するテストステロン補充療法が、前立腺癌のリスクを増加させるかは比較的多くの検討がなされているが、前立腺癌発症のリスク上昇には否定的である。LOH症候群に対するテストステロン補充療法では、定期的な採血、治療効果の評価を行い、多血症と心血管疾患のリスク管理、PSA値のフォローを行う。

おわりに

男性更年期障害は、女性の更年期と比較して一般的に注目度が低い。しかし加齢社会の進展に伴い、男性の健康意識が高まりつつある。健康維持という視点からは、男性更年期の理解と男性の悩みを可視化し、それに対するケアは欠かせない。11月19日は国際男性デーと設定されている。国際男性デーの6つの柱のひとつに男性の健康と社会的、感情的、物的および精神的な幸福に焦点を当てることとある。日本でも今後、社会的な男性の健康意識の高まりを起し、男性の様々な精神的、身体的な悩みを解決する「Male+Technology」の開発が進むことが期待される。

参考文献

- 1) 日本泌尿器科学会・日本メンズヘルス医学会医学部：LOH症候群(加齢男性・性腺機能低下症)診療の手引き2022
- 2) Wu FCW, et al: Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. N Engl J Med. 363(2): 123-35, 2010
- 3) Zhang J, et al: Effects of testosterone supplement treatment in hypogonadal adult males with T2DM: a meta-analysis and systematic review. World J Urol. 36(8): 1315-1326, 2018

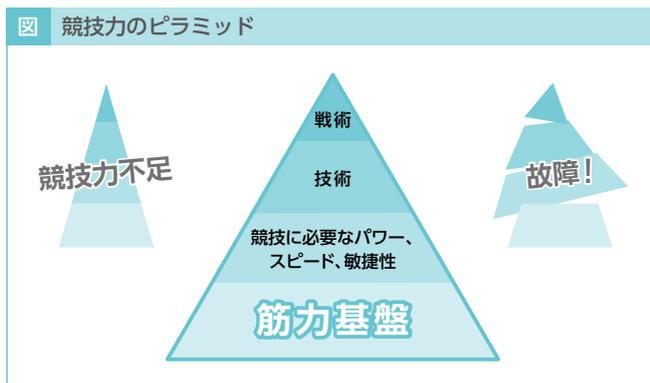
スポーツと栄養・食生活



文教大学 健康栄養学部 管理栄養学科 准教授 目加田優子

スポーツ科学における「栄養・食生活」

スポーツ科学とは、競技力の向上を目的とした応用科学と位置付けられています。競技力向上を達成する因子として、トレーニング、栄養素摂取や食生活、コーチング、ケガの予防と回復に向けたリハビリテーション、競技時の姿勢や行動特性の把握、競技用具の開発などがあります。有賀は競技力をピラミッド状に示しました(図)¹⁾。競技力の土台には、まず「からだ(筋力基盤)」があり、その上に競技に必要なパワーやスピード、敏捷性などの体力要素が積み、さらに競技に特化した技術や戦術が積み上げられます。土台となる筋力基盤が小さいと、ピラミッド(競技力)が小さくなります。からだに見合わない、無理なトレーニングや技術練習を重ねれば、故障の原因になります。



スポーツは、特に発育期のからだと心を大きく成長させます。練習でお腹をすかせて、食事をしっかり食べる。日常の練習や生活をどのように管理すれば勝利に繋がるかなど、自分のからだと心を見つめる機会もスポーツは与えてくれます。

アスリートの体格とエネルギー消費量

アスリートに必要なエネルギー量(kcal/日)とは、「目標とする体重・体組成が維持できるエネルギー量」と考えられます。日本人の食事摂取基準2020年版²⁾によれば、推定エネルギー必要量は下式のように構成されます。

推定エネルギー必要量(kcal/日) = ①生命維持に必要なエネルギー量(基礎代謝量) × ②身体活動による増加率(身体活動レベル)

※①: 体重(または除脂肪量)1kgあたりの基礎代謝基準値 × 目標体重(kg)

アスリートは、自分の体重や体格を意図的に変化させるためにトレーニングや食事を変えることが多くなります。ラグビーやバスケットボール、バレーボールなどでは高身長の方が、馬術競技の騎手、体操競技では平均的な身長かそれ以下の方が有利なこともあり、身長や体重が一般同世代と大きく異なることもあります。ボクシングや柔道などの階級制スポーツ、長距離ランナー、審美性競技では、体重を減らすた

めに減食したり、骨格筋を中心に体重を増やすこともあります。浮力が必要な水中種目では、筋肉とともに一定量の体脂肪も必要のため、食事量や回数を増やしたり、補食をつけたりして摂取エネルギーを増やします。

①の基礎代謝量は、競技力を高く保てる望ましい体格によって変化し、一般より個人差が大きくなります。②は、一般成人において「座っている時間は多いが、職場内の移動や立位作業、通勤や買い物、軽いスポーツなどを含む生活」ならば身体活動レベルが「ふつう(Ⅱ, 1.60~1.90)」と評価します。アスリートの身体活動レベルは、通常トレーニング期で2.0以上が多いのですが、重要な大会や新シーズンに向けてからだづくりや練習メニューを設定したり、からだを休ませるオフ日や、ウエイトトレーニングを中心に身体づくりを集中して行うオフ期などを設定するため、1年間を通じて様々に変化します。

女性アスリートのウエイトコントロール

女性の生理特性を十分に理解しないまま、男性アスリートと同じトレーニングや体格・体組成を求めるケースが見られます。極端な減食や過度な運動負荷で体重コントロールを進める選手もあり、将来の生殖機能に悪影響を及ぼす原因も含まれています。

階級制スポーツでは、試合時の計量に合わせてウエイトコントロールをする場合があります。このような種目の女性アスリートは、自分の月経周期を把握しておくことが重要です。

男性選手は、女性より除脂肪量が多く、短期間の水分制限や発汗により計量時体重を作りやすい傾向があります。女性の場合、体水分の貯蔵庫である除脂肪量が少ないため、水分を制限する減量方法では効果は低く、逆に脱水のダメージを伴うこともあります。また、月経前にはプロゲステロンの作用として、からだがかたくなりやすく、便秘がちになる他、食欲が亢進して生クリームや砂糖などを使った甘いものが食べたい、という欲求も出やすくなります。月経周期を把握しておけば、月経前の体重を減らしにくい時期を見据えて、試合に向けたウエイトコントロールが可能になります。

女性アスリートの場合、極端な体重・体脂肪量の変化は競技のコンディショニングにも悪影響を及ぼします。競技を継続しながら妊娠を目指したり、産後まもなく競技復帰する女性アスリートは増加しています。女性の月経周期の特性と競技生活について、ジュニア期である小・中・高校生のころから、指導者も含めた教育・啓蒙活動が重要です。

参考文献

- 1) 有賀誠司: 競技スポーツのためのウエイトトレーニング. 体育とスポーツ出版社, 2001
- 2) 伊藤貞嘉, 他: 日本人の食事摂取基準. 第一出版, 2020

ナラティブ・ベースト・メディスンについて



ながわ中之島クリニック院長 京都看護大学大学院 特任教授 中川 晶

ナラティブ・ベースト・メディスンとは

EBMと言う言葉は医療者ならば誰もが知っているが、NBM (Narrative Based Medicine: ナラティブ・ベースト・メディスン)はまだ目新しいかもしれない。そこで今回はなるべくNBMについて分かりやすく説明したい。

まず、NBMはEBMを補完する医療として語られることが多いが、何故EBMだけでは足りないのだろうか。EBMという言葉が最初に提唱したのはカナダのマクマスター大学のガイアット (Gordon Guyatt)で医療を科学的なものにするためと述べている。手法としては、目の前の患者の訴える症状を客観化することから始まる。EBMの第一段階は「目の前の患者についての問題の定式化」であると書いている。つまり、患者の抱える症状を、医療の扱える「問題」に翻訳することである。この段階では患者の主観であった症状が医療の介入できる形に客観化される。いったん客観化されたならば、あとは楽である。論理的な展開で治療そして治癒という終着点に辿り着く。ところが、治療は論理的で間違いないはずなのに治癒に至らない患者が多く存在する。その原因は、どうも最初の段階の翻訳過程にある。そもそも患者の主観のすべてが客観化出来るはずもない。そこで第一段階ではある種の「切り取り」が行われるが、その過程は注意深く行われる必要がある。安易に行われると、次の段階がどれほど正確であっても終着点に辿り着かない可能性がある。また「切り取り」そのものに内包する問題も考えておかねばならない。つまり科学的に行われた「切り取り」が患者自身の物語と沿っているのか、そうでないのかという検討が行われる必要があるのではないだろうか。科学的であるからとのごり押しは治療が進まない理由にもなり得る。もちろんEBMが現代医療の主流であることは間違いないしEBMを無視した治療はすでに医療ですらない。しかし、常に患者の主観に立ち戻り、患者の内にある病気物語を考慮した治療戦略をたてることは、より治療を効果的にするのではないだろうか。

誤解を恐れず、単純化して言えば、NBMとは患者の病気物語(ナラティブ)に介入する医療と言えよう。

NBM提唱の経緯と展望

NBMという言葉が最初に提唱したのは英国のT・グリーン

ハル (Greenhalgh)らと言えるが、それに先立ち医学以外の異なった多くの分野において、患者の病気観や病気物語が注目されてきた。特に1970年代以降文化人類学の分野では、A・クラインマンが『病の語り』(原題: Illness Narratives)を著し、それ以後ナラティブという言葉が、患者の主観的な病気の物語という文脈で、医療のなかで用いられるようになった。また、ナラティブを中心にした心理療法が社会構成主義、社会構築主義というポスト・モダン思想を背景にして出現してきたことも、NBM成立に大きく影響している。しかし、ナラティブを軸にした臨床実践や研究は近年非常に勢いで広まっており、それぞれの立場によって違いも見受けられるようになってきている。

これからの医療

先に述べた社会構成主義や構築主義の主な主張は、「我々が現実とみなしているものは、実在しているのではなく、我々の頭のなかで構成された概念に過ぎない」というものであるが、そこまで徹底しなくとも、病気には患者の内にある物語(ナラティブ)という側面がある。この部分を変容しなければ、病気は治らない。つまり、NBMでは病気物語の変容が促進されるような種類のコミュニケーションが行われる。カウンセリングとの相違は、カウンセリングが個人の変容を促すのに対して、NBMではナラティブ(病気物語)の変容を促すという点だろうか。つまり、みかけは似ていても立場が異なると言えよう。

では、今後の医療において我々医療者は医療をどう考えていけばいいのだろうか。最初に述べたようにEBMは医療の基本であるが、同時に患者の物語を聞きとり、治療者が自分のEBMも一つの物語として相対化し、患者の物語との相違点について話し合い対話を続けることで治療者・患者双方が納得出来る物語が創出されることがNBMなのではないだろうか。最近、NBMの提唱者の一人ローナー医師はCIC (Conversations Inviting Change)という言葉をよく使う。「変化を招く対話」とでも訳せるだろうか。NBMとはまさに患者自らが行動変容を起こすような対話を目指すことなのかもしれない。

連続投与EE/DRSP(ヤーズフレックス®)の月経前症候群(PMS)に対する効果



山梨大学医学部附属病院 産婦人科 教授 吉野 修

はじめに

近年、“見える化”という言葉をよく聞きます。それは情報を客観的に認識し、改善に向けた行動・環境を導く取り組みだそうです。この概念を医療に取り入れ、どの疾患が人類に負担(burden)をかけているのかを“見える化”するために、マイクロソフト社のビルゲイツ夫妻が莫大な寄付を投じて行われた事業(Global Burden of disease Study)での評価を紹介します。

本研究は有障害年数(Years Lived with Disability, YLD)という指標が用いられ、「障害発生数」、「障害の程度によるウェイト付け」、「状態が安定するまでの年数」、この3つの数字で計算されます。例えば、子宮内膜症とPMS、どちらの疾患も患者さん各自へのご負担は大変なものです。人類全体への負担を比較することができます。地球規模の本調査で、10万人あたりの罹患数は子宮内膜症は610人、一方でPMSは24,406人と大変多く、人類全体に与える負荷度ランキングでは、子宮内膜症は約350疾患中77位、PMSは25位であり、PMSが人類に与えている影響が大きいことがわかります(<https://www.healthdata.org/>)。

そこで、人類にとって大きな負担になっているPMSについて、薬物療法による改善を治療の観点から“見える化”した我々の取り組みを紹介させていただきます。

研究デザイン

以前、我々はLEP製剤の種類は問わない条件で、周期投与よりも連続投与製剤の方が投与60日の時点で、PMSに関するスコアが改善することを認めていました¹⁾。今回はさらにLEP製剤の成分を限定した検討となります。

2023年のコクランレビューによると、エチニルエストラジオール(EE) 20 μ g製剤とドロスピレノン(DRSP) 3mgの周期投与製剤(ヤーズ®)の3周期服用が、PMS症状の重い女性の治療に役立つ可能性が示されています²⁾。その意義は周期性投与、つまり定期的に月経様出血を誘導する方法でもPMSに対して効果が期待できるというデータです。近年では、連続投与のEE/DRSP製剤(ヤーズフレックス®)も使用可能です。感覚的には連続投与製剤の方が、PMSに対する効果が発揮できると想像されますが、あまり明確なエビデンスはありません。そこで、連続投与型EE/DRSPによるPMSに対する効果の評価を行いました³⁾。

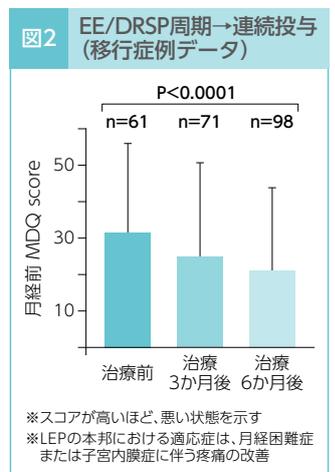
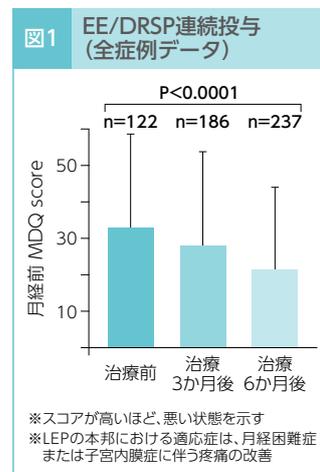
本研究は月経困難症患者 315名を対象とし、月経に付随する諸症状を評価するスコアとして、MDQスコア(疼痛、水分貯留、自律神経、負の感情、集中力、行動変化、気分の高揚、コントロールを8大項目)を用いました。

結果

MDQスコアは、値が高いほど状況が悪いことを示します。特に月経前のデータをPMS評価としてご紹介します。今回は

月経困難症患者さんをリクルートしたものであり、PMS患者を厳密にフォローした研究ではないことをご注意ください。治療1か月前、治療3か月、6か月後のMDQスコアを反復測定分散分析(Repeated Measures ANOVA)で評価しました。

図1をご覧ください。月経前のMDQスコアは内服3、6か月後に有意にスコアが改善しました。つまり日本人において連続投与製剤EE/DRSP(ヤーズフレックス®)がPMSに効果があることが示されました。この登録症例のうち、約3割のケースでEE/DRSPの周期投与から連続投与に変更した症例です。つまり休薬期間を毎月有していた患者さんが、連続投与に移行した効果が明らかです。結果は、図2をご覧ください。EE/DRSPの周期投与から連続投与に移行したということは、一部には周期投与による治療効果が満足できず、連続投与に切り替えた方もいると思われます。実際、図2の周期投与から連続投与変更群における投与前のMDQスコアは、図1(周期投与製剤)の投与3、6か月後の平均よりも高値を示しています。その様な背景をもっている症例に対しても、EE/DRSPの3、6か月の連続投与は有意にMDQスコアの改善を認めました³⁾。



まとめ

これまで、EE/DRSP製剤はPMSに効果があることが、海外では示されていますが、今回の日本人データでも同様の成分がPMSに対して効果があることが示されました。さらに、EE/DRSPの周期投与よりも連続投与、つまり商品名ではヤーズ®よりもヤーズフレックス®の方がPMS症状を改善する可能性が示唆されました。以前の日本人を対象とした研究で、LEP製剤の種類は問わない条件で、周期投与よりも連続投与製剤の方が月経前MDQスコアを改善したデータ¹⁾と合わせると、PMSに対して、周期投与よりも連続投与製剤に利があると思われます。

参考文献

- 1) Yoshino O, et al: Adv Ther.39(6): 2562-77, 2022
- 2) Ma S, et al: Cochrane Database Syst Rev.6(6): CD006586, 2023
- 3) Yoshino O, et al: Adv Ther.39(11): 5087-5104, 2022

国内における経口人工妊娠中絶薬の役割



日本鋼管病院 産婦人科 部長 石谷 健

はじめに

2023年4月に経口人工妊娠中絶薬(経口中絶薬)であるメフィーゴ®パックが国内薬事承認されました。初期人工妊娠中絶において有効性や安全性が確立された治療選択肢が増えるという、女性医学領域としての進歩だけではなく、女性自身の意思で手術以外の治療法を選択し得るようになった点からも好ましいと考えます。経口中絶薬に関して承認前の経緯から手術による治療法との比較を中心に解説します。

国内薬事承認までの経緯

経口中絶薬は、入院可能な有床の指定施設において母体保護法指定医師の面前で抗プロゲステロン剤であるミフェプリストン1錠を服用し、服用36～48時間後に2剤目のプロスタグランジン製剤であるミソプロストール4錠を口腔内バツカル投与することで、2剤目投与後8時間以内に約9割以上の人の中絶が完了します。

2013年に日本産婦人科医会内の「経口中絶薬に関する検討部会」から厚労省に要望書が提出された頃より、国内導入に積極的なメーカーが現れて2019年10月24日から国内第Ⅲ相試験が開始されました。その結果、2剤目服用後24時間以内の成功率は93.3%と¹⁾、国内治験と同レジメンによる33,846例の海外メタアナリシスでの有効性96.7%と遜色のない成績が示されました²⁾。これらの結果を根拠に2021年12月に承認申請がなされましたが、2023年2月のパブリックコメントでは、約1万1千件の意見提出があり、内3割の反対意見があり、2023年3月の承認は延期となりました。その後、運用調整に関する議論を経て、4月28日に薬事承認され、5月16日に上市となりました。

本来、薬事承認で審議されるべき内容は、医薬品の有効性や安全性に関する科学的評価ですが、経口中絶薬の導入は個人の価値観に深く関わる問題であり、人工妊娠中絶に対する国民の多様な考え方を尊重し、社会的な動向を踏まえた丁寧な議論が必要とされます。

プロチョイスと呼ばれる女性の中絶の選択を重視する賛成派の意見がメディアでは大半を占めますが、パブリックコメントでみられるように実際には反対派の意見もそれなりに存在します。反対派の理由には大きく2つあり、一つはプロライフと呼ばれる胎児の生命を重視する立場があり、優生思想に対する反省をもって優生保護法から母体保護法に変わったことから軽視できない考え方があります。また保守系政治家などに多い、性道徳の規律を重視する考えもあります。

賛成派反対派両者の考え方が相入れないのは、米国の分断状況をみれば周知の通りであり、そのような社会状況のなかで慎重な導入を調整しているのが、行政や医師会、産婦人科医会であり、医療的な観点からの進展を図っているのが実際であります。

手術による中絶法との比較

中絶薬による方法では、1剤目の服用時に妊娠9週0日までの初期中絶のみが対象となること、普及状況によっては自己負担額の費用は若干安くなることが予想されます(表)。麻酔・手術合併症リスクを回避しやすく、子宮への負担が最も少ない治療法ですが、治療開始後からの出血総量は吸引法・掻爬法のいずれの手術法よりも多く、排出されるまでに半日程度の一定期間は、腹痛や嘔気、出血等の副作用で苦しむ可能性があり、治療期間が若干長く通院回数が増えます。加えて、薬剤のみでは排出されずに結局は手術が必要となるケースが約1割弱存在します。

表 治療法に関する比較表:適切な治療選択のために

	経口中絶薬	吸引法	掻爬法
妊娠週数	9週0日まで	12週未満	
費用	約10万円程度	十数万円程度	
治療開始後からの出血	多い	やや多い	少ない
子宮への負担	最も少ない	より少ない	少ない
メリット	・麻酔、手術による合併症リスクが減る	・麻酔下(意識がない状態)で治療が完了し、胎児を含む排出物に直面しなくて済む ・腹痛、嘔気、出血が少ない 治療期間 ・通院回数が少ない	
デメリット	約1割弱は麻酔、手術が必要	麻酔、手術が必要	

よって、経口中絶薬による治療法は、従来法に代わる新しい優れた治療法ということではありませんので、個々の患者さんに応じて適切な治療法を母体保護法指定医師が提示し、患者さん自らが選択いただくためには、偏った価値観によらない正確な情報提供が必要となります。また、この治療に伴う腹痛や出血症状に対する正確な理解によって患者さんが適切な受診行動ができるようになれば、医療機関の負担増も回避できて普及に繋がると考えられます。

おわりに

国内の人工妊娠中絶治療は母体保護法指定医師制度のもとで厳格に運用されており、経口中絶薬による治療であっても例外ではありません。中期中絶薬で既に使用されているゲメプロストよりも厳しい報告管理が要求され、稽留流産や緊急避妊としての適応外使用がされないような管理体制となっています。

経口中絶薬の普及には時間を要する現状がありますが、文化や医療体制の異なる海外との単純比較に振り回されず、国内の人工妊娠中絶治療に関する着実な進展を図ることが重要と考えます。

参考文献

- Osuga Y, et al: Short-term efficacy and safety of early medical abortion in Japan: A multicenter prospective study.Reprod Med Biol. 31; 22(1): e12512, 2023
- Chen MJ, et al: Mifepristone With Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 126(1): 12-21, 2015

編集後記

異常な暑さが続き、COVID-19感染はマスクを装着する人が減少してきた中で、ニューズレターの第29巻1号をお届けします。

今回は巻頭で寺内公一先生に、第29回日本女性医学学会ワークショップのテーマである「ウィメンズヘルスケアの実践知」について、ワークショップならではの実践的な知を獲得するために企画されたプログラムの紹介をして頂きました。

井手久満先生には「男性の更年期」について、男性更年期障害、いわゆるLOH症候群の症状、診断およびテストステロン補充療法などを詳細に解説して頂きました。

目加田優子先生には「スポーツと栄養・食生活」について、アスリートの体格とエネルギー消費量や女性における生理特性を考慮したウェイトコントロールなどの解説をして頂きました。

中川晶先生には「ナラティブ・ベースト・メディシン」について、患者の病気物語に介入する医療であるNBMの提唱の経緯と展望や今後の医療における捉え方について解説して頂きま

した。

吉野修先生には「連続投与EE/DRSPの月経前症候群に対する効果」について、MDQスコアを用いた日本人データにより、EE/DRSPの周期投与よりも連続投与の方がPMS症状を改善する可能性が示唆されることを解説して頂きました。

石谷健先生には「国内における経口人工妊娠中絶薬の役割」にて、経口中絶薬の国内薬事承認までの経緯と手術による中絶法との比較について詳細に解説して頂きました。

(編集担当 橋本 和法 2023年9月6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

2023年7月31日で会員数4,783名となっております。入会希望のかたは、下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

〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-10-5 オンワードパークビルディング(株) コングレ内
TEL 03 (3510) 3743 FAX 03 (3510) 3748

2023年9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

〒170-8630 東京都豊島区東池袋 3-1-3 ワールドインポートマートビル 8 階
TEL : 03-5979-1400 FAX : 03-5992-5925