

(35) Q8-11 患者質問項目：漢方(薬)に関して... (SA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	1位	4	7.3
2	2位	1	1.8
3	3位	4	7.3
4	4位	5	9.1
5	5位	7	12.7
6	6位	3	5.5
7	7位	5	9.1
8	8位	5	9.1
9	9位	5	9.1
10	10位	6	10.9
11	11位	3	5.5
12	12位	7	12.7
	不明	99	
	全体	55	100.0

(36) Q8-12 患者質問項目：医療施設に関して... (SA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	1位	5	7.7
2	2位	8	12.3
3	3位	8	12.3
4	4位	14	21.5
5	5位	10	15.4
6	6位	7	10.8
7	7位	6	9.2
8	8位	3	4.6
9	9位	3	4.6
10	10位	1	1.5
11	11位	0	0.0
12	12位	0	0.0
	不明	89	
	全体	65	100.0

(37) 性別... (SA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	女性	135	90.6
2	男性	14	9.4
	不明	5	
	全体	149	100.0

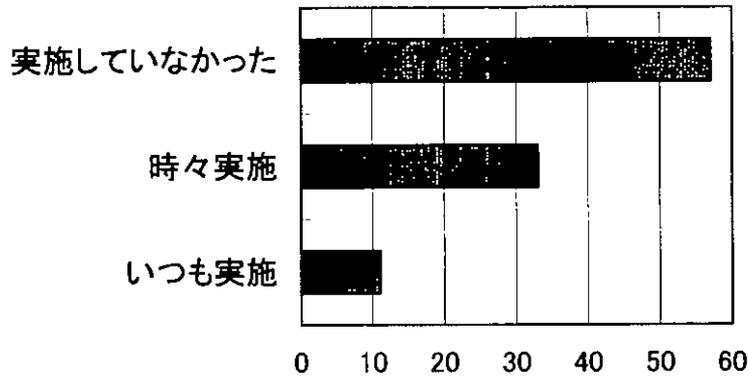
(38) 年齢... (数量)

合計	6160.0
平均	42.2
分散(n-1)	1319.6
標準偏差	36.3
最大値	445.0
最小値	19.0
不明	8
全体	146

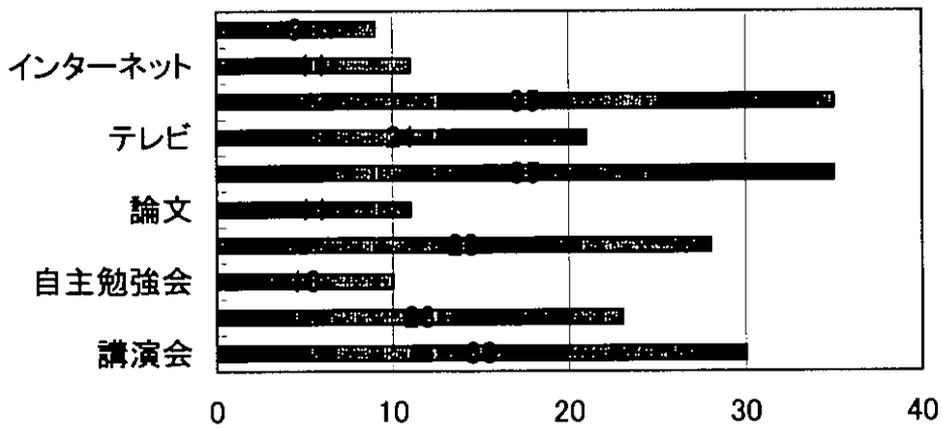
(39) 勤務先... (SA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	千葉県勤務	90	88.2
2	千葉県以外勤務	12	11.8
	不明	52	
	全体	102	100.0

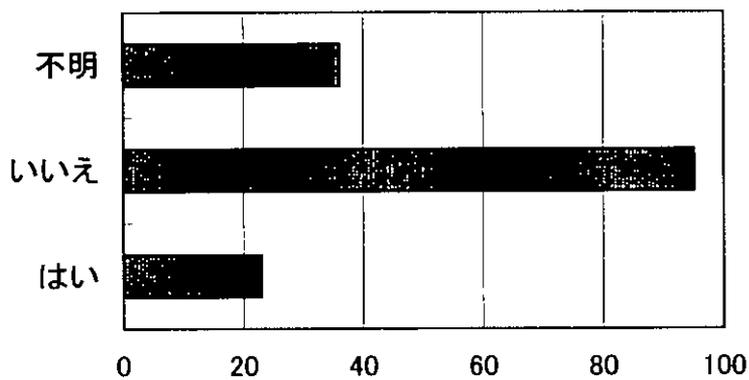
男女差情報に基づく医療



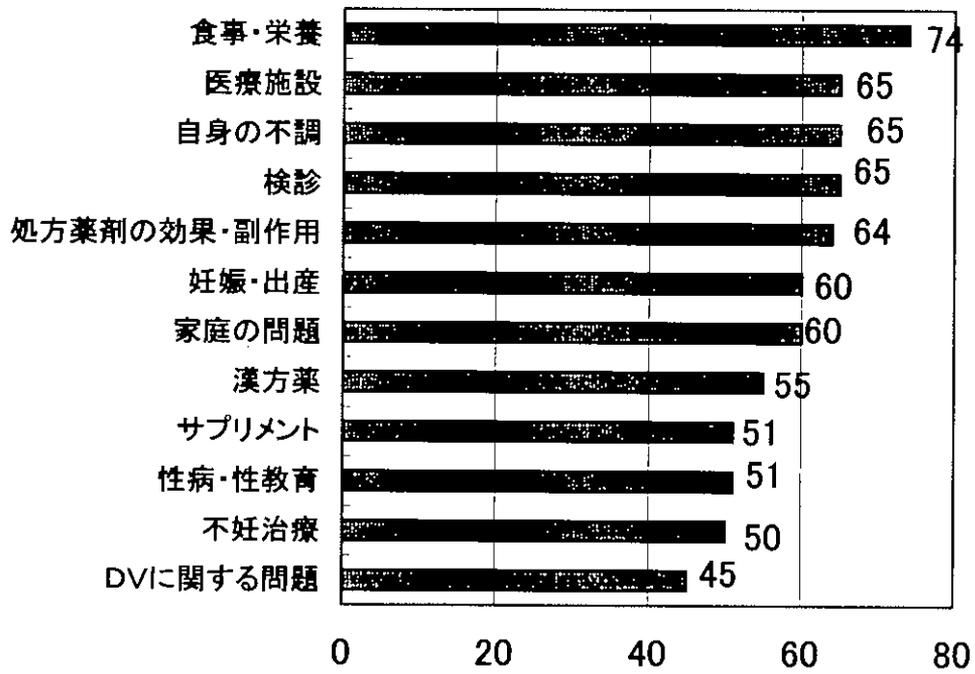
女性医療に関する情報の入手源



女性医療に関する正式な講義の受講経験



患者から相談される内容



平成13年度厚生科学研究費補助金（こども家庭総合研究事業）
分担研究報告書

女性の生涯にわたる健康啓発情報の集約と標準化に関する研究
（日本人女性の年代別適応型健康啓発テキストの作成）

分担研究者 天野 恵子 東京水産大学保健管理センター所長・教授

研究要旨 「日本人女性の疾病構造と年次推移」わが国における死亡率の推移を死因別に見ると、明治から昭和初期まで多かった肺炎、結核、胃腸炎などの感染性疾患は、戦後急速に減少し、かわっていわゆる生活習慣病（がん、心臓病、脳血管疾患など）による死亡が上位を占めるようになった。しかし詳しく分析すると、脳卒中、心臓病は一貫して減少しており、このことは良質のたんぱく質を含む食事、減塩などの予防教育、医療の整備・向上によるところが多い。それに対し、がんでは日本人の国民病といわれた胃がんが激減したにもかかわらず、大腸がん、肺がん、乳がんの増加ががんの減少率に抑制をかけている。1999年がん統計白書の推計によれば、2015年には大腸がん、乳がんによる死亡が胃がんによる死亡率を上回る。大腸がん、乳がんともその発症に食生活（脂肪の過剰摂取）が大きく関与していることは、疫学調査から明らかである。年齢調整死亡率の低下がみられても、近年の少子、高齢化社会は絶対数としてのがん、心疾患での死亡数を大幅に上昇させる一方で、死にいたらなくとも寝たきりまたは要介護状態の高齢者の増加を避けがたくし、老人医療費の増加、老老介護等の大きな社会問題を引き起こしている。これらの課題を解決してゆくためには一つ目として適切な保健教育と女性と男性の違い（性差）を考えた医療の見直しが、二つ目として今後の施策に資するため現在日本において欠如している日本人女性の疫学データ（薬剤の有用性安全性含む）の収集分析が必須である。米国テキストにおいても疫学研究は基礎とされており、その情報をもとに健康施策が策定され、実行されている。ここ1年で開始された女性専用外来を訪れる患者分析においても保健教育の不備とがん検診をはじめとする医療インフラの不備が指摘される。以上の状況をふまえ早急に各ライフステージにあわせた保健教育の普及と疫学調査の実施と情報標準化、および医療の現場における医療者の意識改革（性差認識）ならびにインフラ整備が早急に望まれる。）

A. 研究目的：わが国における生涯にわたる健康支援施策を立案するためには、現在日本において欠如している日本人女性の疫学データ（薬剤の有用性安全性含む）の収集分析が必須である。また現在日本で各学会等が提示している疾患の予防や治療のガイドラインにおける女性の位置づけについても分析・検討による見直しが望まれている。本研究は上記の検討に加え、現在の日本の女性医療関係者の認識調査および女性医療先進国における女性医療の歴史と現状を検討することを目的に実施した。

B. 研究方法：①わが国における生涯にわたる健康支援の目的を達成するため、日本における女性の疾病構造の変化について検討を行いその中での課題抽出を行った。②太田班の保健教育セミナーと併行して各項目ごと健康日本21および各学会のガイドライン・配布資料を参考にして一単位ごとに集約された資料として編集作業を行い資料標準化を実施している。③アメリカで活用されているウイメンズヘルスに関するテキストを入手しその内容項目、各領域比率などを検討し集約した。④米国女性医療（性差医療＝Gender-specific medicine）の先

駆者である Marianne Legato 教授（コロンビア大学）のテキスト翻訳編集を行った。
⑤日本でも台頭し始めた女性専用外来についてその現状と患者の動向を分析し施設間の比較を行い今後の女性の診療体制を検討する上で一つの指標としてまとめを行った。併行して日本の女性医療の歩みとの比較を行うため米国等における女性医療の歴史についてインターネット等を活用して調査を行い平野班の海外視察とあわせて今後の実現性の高い女性保健医療のあり方を検討した。

（倫理面での配慮）

今回多岐にわたり実施したアンケートなどの結果や内容について実施の際には調査対象者に対して十分な情報提供を行った。かつ結果におけるプライバシーの取り扱いについては十分注意を払うこととしている。

C. 研究結果：

「日本人女性の疾病構造と年次推移」

わが国における死亡率の推移を死因別に見ると、明治から昭和初期まで多かった肺炎、結核、胃腸炎などの感染性疾患は、戦後急速に減少し、かわっていわゆる生活習慣病（がん、心臓病、脳血管疾患など）による死亡が上位を占めるようになった。1997年度の日本女性における主要死因の割合はがん（26%）、脳卒中（18%）、心臓病（17%）、肺炎・インフルエンザ（9%）、その他の呼吸器疾患（4%）が上位5位までにはいる。しかし詳しく分析すると、脳卒中は1965年の年齢調整死亡率（人口10万対）241から1997年には55へ、心臓病は111から53へと一貫して減少している。このことは良質のたんぱく質を含む食事、減塩などの予防教育、医療の整備・向上によるところが多い。それに対し、がんは130から106へとほとんど減少していない。日本人の国民病といわれた胃がんは、この間に50から17に激減し、子宮がんは18から5.3と減少したにもかかわらず、大腸がん（4.3→9.8）、肺がん（6.5→12.5）、乳がん（5.2→10.4）の増加ががんの減少率に抑制をかけている。1999年がん統計白書の推計によれば、2015年に

は大腸がん、乳がんによる死亡が胃がんによる死亡率を上回る。大腸がん、乳がんともその発症に食生活（脂肪の過剰摂取）が大きく関与していることは、疫学調査から明らかである。年齢調整死亡率の低下がみられても、近年の少子、高齢化社会は絶対数としてのがん、心疾患での死亡数を大幅に上昇させる一方で、死にいたらなくとも寝たきりまたは要介護状態の高齢者の増加を避けがたくし、老人医療費の増加、老老介護等の大きな社会問題を引き起こしている。

年齢調整死亡率：死亡の状況はその集団の年齢構成に影響される。そこで、人口構成の異なる集団間で死亡率を比較するために、一定の基準人口に当てはめて調整したものをいう。現在使われている基準人口は昭和60年モデル人口である。

女性専用外来を訪れた患者の分析（別図）

- ・千葉県立東金病院女性専用外来
- ・鹿児島大学第一内科女性専用外来

女性医療先進国とされる米国・カナダ・オーストラリアにおける性差医療・女性医療立ち上がりの歴史およびヨーロッパ・アジアの現況についての検討

(1)米国における Gender-specific medicine および女性医療の歴史 1950年、60年代の2つの大きな契機

1957年 薬剤の乳汁中移行が契機となり女性の健康を守る運動が始まる。米国のジャーナリスト Barbara Seaman は、出産後彼女に投与された緩下剤が、母乳を通して赤子に吸収され、赤子の容態が悪化するという事態に遭遇したことをきっかけに、医師のサイドが行う、患者の個人個人の背景、個性を無視したマニュアル式の医療に疑問を感じ、医療への批判からさらに女性の健康をまもる運動へと傾斜していった。

1969年経口避妊薬発売、乱用防止への警鐘、

そして女性の健康を考える会の誕生

1960年代に入り、経口避妊薬の市販が開始された。Barbara Seamanは、避妊薬の問題点をついたThe Doctors' Case Against the Pillを上梓し、ピルの乱用について警鐘を鳴らした。その後

1975年までに全米で約2000の女性の健康を考える会が生まれた。

1975年 The National Women's Health Network誕生 Barbara Seamanらによりthe National Women's Health Networkが創設された。運動の主題は「医薬品・医療技術の過剰投与」「不十分な薬品の安全確認」「患者の言い分を聞こうとしない医療」であった。この頃を境に、米国の医療関係者は、女性の健康問題の必要性を認識するようになった。

1977年 FDA(Food and Drug Administration)は「妊娠の可能性のある女性を薬の治験に参加させないこと」の通達をだした。

1985年女性に特有な病態についての生物医学研究が行なわれるべきであると報告 the Public Health Service (PHS) Task Force on Women's Health Issuesの作成にあたって、Edward N. Brandt医師は、女性の健康に関するデータの少ないことに気付き、全ての年齢の女性において、女性に特有な病態についての生物医学研究が行なわれるべきであると報告した。

1986年 NIH (National Institute of Health) は、女性および少数民族・人種を調査研究の対象に含むことを義務づける通達を公布した。

1990年、NIHの中にOffice of Research on Women's Health開設。NIH女性所長であり、循環器科医であるBernadine Healy女史は、女性生殖器および乳腺の悪性腫瘍を除くと、おおくの生理医学的研究における臨床トライアルが、対象から女性を除外し、男性をモデルとして計画され、その研究成果が、あたかも疾病病態が男性と相違しないかのごとく、女性にも何の疑問もなくあては

められていることに、本質的、系統的な偏見を認識し、女性における疾病の予防、診断、治療の向上と、関連する基礎研究を支援する目的で、NIHの中に、(Office of Research on Women's Health-ORWH)を開設した。

1990年the Society for Women's Health Research 創設

1986年のNIHからの「女性を主たる医学研究の対象として組み込むように」との発表を受け、健康・疾病の両者における性差がもたらす違いの研究を促進する目的で、the Society for Women's Health Research(the nation's only non-profit advocacy group)が創設された。この時点で「1986年にNIHから出された通達が、守られているかどうか」が、この会からの質問としてthe General Accounting Officeへ出された。

1990年the General Accounting Officeからの返事は、「アスピリンの心血管疾患への効用を調査するthe Physician's Health or "aspirin" studyを例にとっても、未だ主たる医学研究から女性は除外されている」であった。

1991年：更年期女性のQOLを脅かす疾患の研究を目的としてthe Women's Health Initiativeプロジェクトが立ち上げられた。①がん、心疾患、骨粗しょう症を対象として、randomized controlled clinical trialを行い、予防法としてなにが効果的かを検索する。② 疾患の危険因子を明らかにする(observational study)。③地域、集団における健康教育

1993年上記プロジェクトへの登録が開始された。実施中 HRT 27348名

Dietary Modification 48837名

Calcium/Vitamin D Supplementation Study 35952名 Observational Study

93724名Community Prevention Study

CDCとNIHの共同研究で5年間の介入研究

1993年 ☆1986年に出されたガイドラインは、この年の「NIHRevitalization Act of 1993」条例によって、女性および

少数民族・人種を臨床試験へ含むことを義務付けるよう、強化/復興された。

☆ FDAは1977年の通達を廃止し、gender/sex differencesを明らかにする為、「女性を臨床治験の段階で対象数の半分は加えることが望ましい」とのガイドラインを出した。

1994年 FDA(アメリカ食品医薬品局)がOffice on Women's Health-OWH)を設立

1995年 NIHのFlorence Haseltineが、細胞、組織単位での構造ならびに機能の性差を研究する分野としてgender-base

1996年 アメリカ保健社会福祉省が、National Centers of Excellence in Women's Healthを設立。現在大学を中心に全米18箇所にセンターが設置され、女性に特化した臨床、研究そして地域啓蒙活動などが行われている。

1996年 プロクター&ギャンブル社は「gender-specific medicine」のデータ収集の目的で、コロンビア大学と提携、同校に「Partnership for Women's Health」を設置し、100万ドルの研究資金を提供した。医科大学と一般企業による「gender-specific medicine」に特化した共同研究は、これが最初である。

1998年 FDAは、New Drug Applications)により、薬剤治験における、gender/sex、age、raceに関する検討を義務付けた。

(2) カナダにおけるウイメンズ・ヘルスの歴史的背景

現代の女性運動は、安全かつ無料の避妊と墮胎を求める声に端を発している。1960年代から70年代、女性たちは、体と健康、医療施設との関わりに関する自らの経験を語り、記述するようになり、それにつれて、女性による広範な医療問題への参加が始まった。消費者運動、医療運動、そして女性運動の要素を統合しながら、女性が受ける治療の不可欠性/安全性/効能に関する批判的分析が行われ、女性は補足的な代替アプローチについて学んだ。この女性医療運

動を推進・拡大したのは、特定の疾患、症状、医療問題を抱える人々であった。医療専門家が提供するサポート以上の支援を必要としていた彼らが、その共通の問題を解決するために連合を結成した。1970年代と80年代は、カナダで女性医療の草の根運動が爆発的に拡大した時期である。1970年代初期には、Vancouver Women's Health Collective (バンクーバー・ウイメンズ・ヘルス共同体 - *注1)が発足し、1980年までには、Healthsharing (ヘルスシェアリング) 誌が創刊された。女性の医療ネットワークが全国の市町村に形成され、ケベックでは、助産婦学を促進する女性グループ連合「Naissance Renaissance Outaouais」が誕生した。また薬害が発見されたdiethylstilbestrol (DES、ジエチルスチルベストロール) の教育と被害者の支援を目的とするグループ、DES Actionが構成され、マニトバでは、Women's Health Interaction (ウイメンズ・ヘルス・インターアクション) グループが形成された。1983年にケベックで開催された会議では、女性の医療問題や情報源を啓蒙する手段として演劇の使用が検討された。その結果、女性と医薬品産業を描写する演劇「Side Effects(副作用)」が制作されカナダ全国を公演した。「Side Effects」は各地で大きな反響を呼び、芝居終了後も会場に残った観客は、薬品の誤用など自身の経験を語り、サポートグループや関連の情報ソースなどについて、役者やスポンサーに質問した。この演劇が女性医療イニシアチブを誘発し、Women's Health Interaction in OttawaやWomen's Health Interaction Manitoba (WHIM) など、女性向けの医療センター、地域の医療情報センター、移民女性センター、女性シェルターなどが全国の都市部で多数開設された。カナダ政府も、1980年代後半以降、地域ベースの女性医療イニシアチブの支援拡大と、女性医療に関する方針の定義と開発に意欲的に取り組み始めた。1990年代には、県と国の両方で女性医療問題が繰り返し議題にのぼり、政府による女性医療の定義はより拡大した。1991年、国

／県／地方レベルのワーキング・グループが、「Working Together for Women's Health: A Framework for the Development of Policies and Programs (ウイメンズ・ヘルスのための共同作業：政策とプログラム開発の構想) を発表した。このレポートは、女性医療における優先事項を指摘し、女性が生活するうえでの社会的および経済的な現実、そして女性と医療システムとの関わりを確認しながら、これらを女性医療改善への主要課題として挙げている。

しかし1990年代は、カナダ政府が医療サービスや社会サービスの予算を大幅削減した時期でもあった。この予算削減で最も影響を受けたのが、貧困層の中でも最も厳しい状況におかれている、生活保護を受けている女性、訪問介護が必要な障害者、虐待を受けている女性や子どものためのシェルターやサービスなどであり、関連プログラムの中には中止されるものもあった。

1993年Winnipegの会議で、Canadian Women's Health Network (CWHNカナダ・ウイメンズ・ヘルス・ネットワーク - *注2) が正式に発足した。同会議のレポート「The Strength of Links: Building the Canadian Women's Health Network」は、カナダ政府による医療および社会サービスの予算削減を非難し、カナダ国民の医療を受ける権利、カナダそして世界における保守主義的政策、貧困および人的ニーズのレベルなどを、CWHN発足の主要目的として提唱した。

一方、医療研究分野では、1994年Medical Research Council of Canada (MRC-カナダ医療研究評議会) は、女性医療研究に関して以下を記述した文書を発表している。

データの有用性と妥当性

臨床試験への女性の含有

女性科学者の数、および認可評議会の女性の政策決定者の数

MRCによる看護研究者へのアクセス

医療研究、医療の優先順位、研究成果との連結

この前年に開催されたMRC会議では、女性特有の／女性の罹患率が高い／女性の症状

がより重度な疾患に研究費用を投入することの重要性が確認されている。女性の疾患に関する研究が進むにつれ、「男性被験者から得られた臨床試験の結果は女性にも適用できる」という安易な仮定が、科学的に容認されなくなった。しかしカナダには、女性医療のデータと分析に関する総合的な情報源が欠落していた。たとえば大部分の女性にとって、疾患を理由に入院することは、むしろ稀なことであったにも関わらず、主要な疾患に関するデータは、病院での分離に基いたものであった。国の総合的な機関が、地域ベースの医療成果の客観的指標を収集したことが無く、指標が、医療と疾患に関する女性自身の見解を反映することもほとんど無かった。研究結果を男女両方に適応することは、単に女性を研究対象に加えるだけでは実現しないこと、それには生物学的な特異性と性の概念を認識し、その両方を研究プロセスに完全に統合する必要があることが認識された。

1993年8月、Health Canada (カナダ厚生省) は、Women's Health Bureau (ウイメンズ・ヘルス・ビューロー - *注3) を設立し、同省の女性医療活動を、研究や指針の分析と開発を実現するイニシアチブの運営にまで拡大した。

1999年3月、厚生大臣Allan Rockは、Health CanadaによるWomen's Health Strategy (ウイメンズ・ヘルス計画 - *注3) を発表した。Women's Health Strategyは、厚生省の各部署が、医療における女性の均等性を強化し、厚生省による性差を考慮した指針開発の骨子を提示している。

*注1 - Vancouver Women's Health Collective (VWHC) について

目的：女性が自分自身による医療ケア管理を行う権能を提供する

1971年VWHCの活動は、医療システムの中で、女性のケアが無視／軽視されていることを認識し、一般臨床医が提供する医療ケアに不満を抱いていた女性によって開始した。当初は、医療システムに関する不満や、自らの経験を話し合うために女性が集合する場所であったが、翌年の1972年、非営利団

体としてのVWHCが設立された。設立以来、多様な分野で活動してきたVWHCだが、その1つが、1941年から1975年に、流産の予防薬として使用されたdiethylstilbestrol (DES—ジエチルスチルベストール) への注意を呼びかけるプレス会議の開催である。後にDESは、重度の薬害を持つことが明らかになった。

女性医療に関する50件以上の分野で、ワークショップを開催した。その中には、DES、墮胎、避妊、乳房の疾患、補助的治療、不妊、メノポーズ、生理、精神医療、流産、パップ・テスト、性感染症、ストレス、人種差別の払拭などが含まれる。

女性を対象に医療情報を提供するVWHCのインフォメーション・センターは、ボランティアによって運営されている。このセンターには、「Practitioner & Therapist Directory」があり、一般開業医、セラピスト、カウンセラーなどのリスト、情報、またサービスを受けた女性患者による匿名の評価などにアクセスできる。

VWHCが提供するサービスの1つ、Community Health Advocate (CHA) は、医療システムにおける女性の権利を教育するプロジェクトであり、Patient's Rights (患者の権利) ワークショップを通して、女性が医療専門家に「質問をすること」や「自身の医療問題について話し合うこと」を広めるフォーラムを提供している。

*注2 — Canadian Women's Health Network (CWHN) について

CWHNは、広範な地域／分野を網羅する70以上の団体を代表する女性によって、1993年5月に正式に発足した。女性医療運動における女性の働きかけのビジョン、希望、ニーズに基づき、CWHNは、医療従事者、教育者、権利擁護者、消費者などを含む、女性医療改善に向けた情報、資源、計画の共有に参加するカナダ人によって誕生した。

CWHNは、女性医療に関する問題意識をもつ個人、グループ、団体、協会のネットワークであり、女性医療と平等性に関連する、情報の共有／教育／権利擁護の重要性を唱える。CWHNは、カナダおよび世界における

女性医療運動の開発と強化を目指し活動している。

CWHNの活動目的

医療情報、資源、研究へのより容易なアクセスを提供する。

使いやすいマテリアルと資源を作成する。情報と活動ネットワークとの連結を促進／開発する。

重要な議題についてフォーラムを提供する。

女性医療に影響を与えうる問題やトレンドを注視する「見張り番」となる。

不平等な医療指針や慣習を是正する。

地域ベースの参加型のリサーチ・モデルを推進する。

医療研究への女性の参加を促進する。

*注3 — Women's Health Bureau & Women's Health Strategy について

1993年8月、Health Canada (カナダ厚生省) は、Women's Health Bureau (ウイメンズ・ヘルス・ビューロー) を設立し、同省の女性医療活動を、研究や指針の分析と開発を実現するイニシアチブの運営にまで拡大した。

1999年3月、厚生大臣Allan Rockは、Health CanadaによるWomen's Health Strategy (ウイメンズ・ヘルス計画) を発表した。

Women's Health Strategyの主要目的は以下の4点に集約され、Women's Health Bureauの機能もこれに基いている。

Health Canadaの指針およびプログラムが、セックスとジェンダーの違い、そして女性の医療ニーズを反映するものであることを確認する。ウイメンズ・ヘルスおよび女性の医療ニーズに関する知識と理解を深める。

女性に対する効果的な医療サービス提供をサポートする。予防的測定と、女性の健康を害する危険要素の低減により、女性の優良な健康状態を促進する。

Women's Health Strategyは、以下に準拠している。Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (女性に対する全ての差別廃止に関する会議) Beijing Platform for Action (北京行動綱領) Federal Plan for Gender Equa

lity (連邦男女平等計画) Women's Health Strategyは、厚生省の各部署が、医療における女性の均等性を強化し、厚生省による性差を考慮した指針開発の骨子を提示している。これらの指針の遂行を促進するWomen's Health Bureauは年2回、省の幹部委員会に、情報管理、医療促進、監視・監督、研究、指針開発などの活動分野における成果を報告する。Women's Health Bureauの主な活動

Women's Health Strategy

Centres of Excellence for Women's Health Program

Menopause

Gender-Based Analysis Initiative

Health Canada's Gender-Based Analysis Policy

Ninth Conference of the Spouses of Heads of State and Government of the Americas

Women's Health Bureau Open House

上記の中でも、Centres of Excellence for Women's Health Program (CEWHP - 女性医療プログラムの中核的研究機関)は、Women's Health Bureauの主要な活動である。Women's Health Bureau (カナダ厚生省)は、Halifax、Montreal、Toronto、Winnipeg、Vancouverの5箇所を拠点とするそれぞれの研究機関に、プログラムが継続する6年間(1996-2002年)に約200万ドルの研究資金を提供し、プログラムを管理する。CEWHPの活動内容

女性医療における主要な問題を提示/研究する

性差に敏感な医療データを生成する

プログラムから得られた知識を伝達/普及させる

女性医療の改善を目的に、研究者、コミュニティ、政策立案者を集結する地域ベース、そして全国レベルのネットワークを構築する

医療分野や政策の指針作成に関わる政府、機関、個人に対し、分析、助言、情報を提供する

女性医療関連の研究事項の定義で、カナダ

政府を支援する

このプログラムの目的は、指針のプロセスを伝達し、ジェンダー(性)と医療の決定要因(特に社会的決定要因)に関する知識の格差を無くすことである。CEWHPは、多くの学問領域にわたり、教育機関、研究者、医療従事者、地域ベースの機関、そして政策立案者のパートナーシップとして運営されている。

またこのプログラムの一環としてWomen's Health Bureauは、Canadian Women's Health Network (CWHN)にも資金を提供している。CWHNの役割は、これらの研究機関による研究結果や、女性医療情報を普及させることである。CWHNは、多数の研究プロジェクトの詳細な情報を保存するデータベースを、CEWHPと共同開発している。

Women's Health Bureauの指針開発は、CEWHPを始めとする研究機関が提供する最新情報を取り入れながら、厚生省のプログラムや指針の全てが、性差を考慮したものであることを保証する。Women's Health Bureauは、性差を考慮した分析(gender-based analysis)を推進しており、その導入のために、医療分野に特化した分析的な組織とインスツルメントを開発した。また職員を対象とするトレーニングプログラムを開始し、関連の部署内で性差を考慮した分析を支援するウイメンズ・ヘルス・ネットワークを厚生省に設けた。

Health Canadaが提供する女性医療に関するファクトシート

The Health of Aboriginal Women (原住民女性の健康)

Breast Implants (豊胸手術、乳房インプラント)

Women and Cancer (女性とがん)

The Centres of Excellence for Women's Health Program

Gender-based Analysis (性差を考慮した分析)

Women and Heart Health (女性と心臓病)

Women and HIV/AIDS (女性とHIV/エイズ)

Mamography and Women's Health (マンモグラフィと女性医療)

The Health of Senior Women (高齢女性の健康)

Women and Sexual and Reproductive Health (女性と性および生殖医療)

Women and Tobacco (女性とタバコ)

Violence against Women (女性に対する暴力)

Health Canadaは、そのすべてのプログラムと方針に、性差および女性医療を考慮することを決定し、政府が指定した女性医療問題の優先事項を反映させたイニシアチブを既に進めている。これらのイニシアチブには、以下が含まれる。

The Canadian Breast Cancer Initiative (CBCI) - 1998年6月19日、厚生大臣Allan Rockは、CBCIの刷新を発表した。刷新されたCBCIは、研究、予防、早期発見と質の高い乳がん検診、監督と監視、質の高い診断方法の強化、治療とケアなどの分野を強調している。

臨床試験の指針 - 女性を臨床試験に含有することを義務づけるHealth Canadaの指針を導入することにより、カナダにおける薬品開発と承認プロセスに、新薬が全年齢の女性に与える影響が考慮される。

Canadian Heart Health Initiative (カナダ心臓疾患イニシアチブ) - 心臓血管系疾患を原因とする男性の死亡率が36%であるのに対し、女性の死亡率は39%である。Health Canadaはこのイニシアチブを通して、県の厚生課および1000以上もの公共機関、一般企業、任意団体と協力しながら、心臓血管系疾患の死亡と罹患を減少/予防する統合的なアプローチを支援する。

Canadian Institutes of Health Research (CIHR - カナダ医学研究所) - 1999年カナダ政府は、CIHRの初年度(2000-2001年)の活動資金として6500万ドルの予算を設け、2000年には、予算を1億7500万ドルに増額した。

Canadian Strategy on HIV/AIDS (カナダHIV/エイズ計画) - 刷新されたHIV/AIDS Strategyに、カナダ政府は年間4100万ドルの予算を投じた。HIV/AIDS Strategyは、女性のHIV感染予防と、HIV/AIDSをもつ女

性のケアと治療に焦点をあてた国のプログラムや研究に資金を提供する。

NURSE Fund (Nurses Using Research and Evaluation - 研究と評価を使用する看護基金) - 変化する看護の役割とニーズに関連する問題への対応策を模索する10年の研究プログラムの支援するため、1999年には2500万ドルの予算が設けられた。

Women's Health Strategyは、1995年9月に北京で開催された第4回United Nations World Conference on Women (国連世界女性会議)で、カナダそして世界188ヶ国で採用されたPlatform for Action (行動綱領)を反映しながら、1996年8月のCanada-US Forum on Women's Health (カナダ-アメリカ ウイメンズ・ヘルス・フォーラム)で問題提議された事項や、女性の健康に影響を与える要因をより考慮し、女性特有のニーズに対応した医療システムを提案するNational Forum on Healthの最終レポートの内容も取り入れている。

Women's Health Strategy の今日までの成果

1996年9月、Health Canadaは規制指針を改正し、製薬会社に対して、薬品の利用が予想される男女比率と同じ割合で、臨床試験へ女性を含有することを義務付けた。またNational Health Research Development Program (医療研究開発プログラム)は、優先事項として女性医療を挙げている。

1995年カナダは、北京で開催された国連世界女性会議で、Platform for Actionを容認し、医療分野の全ての観点における男女の平等性を認識した。北京会議以前、国連は、女性の地位向上に向けた行動綱領開発の目的で、世界各国を招待した。これを受けたカナダ政府は、1995年8月にFederal Plan for Gender Equalityを発表し、その第3章「女性の健康と幸福の改善」で、カナダにおける女性医療の現状と、女性医療計画の導入計画を述べている。

(3) オーストラリアにおける女性医療の歴史的背景
(1970年代)

1974年、ニューサウス・ウェールズ州Leichhardtに、オーストラリア最初の女性医療センターが開設され、女性たちは「自分自身の体を管理できてこそ、自身の生活管理も可能になる」ことを認識した。1973～74年に支給されたオーストラリア連邦助成金により、ダーウィン、メルボルン、シドニー、パースにも女性医療センターや女性シェルターが設立された。このようなセンターは、非同情的で、敵意さえ感じる男性医師との関係に不満をもっていた当時の女性達にとって、「女性専用の」貴重な存在であった。

1976年2月、Hindmarsh Women's Health Centre（ヒンドマーシュ・ウイメンズ・ヘルス・センター）が開設された。これは、サウス・オーストラリア州の最初の女性医療センターであり、地方コミュニティを調査する目的を兼ねて、低所得地域のヒンドマーシュに設立されている。Hindmarsh Women's Health Centreへの政府の資金援助は1980年に打ち切られたが、その必要性から、センターはその後も1984年まで女性に医療サービスを提供し続けた。Hindmarsh Women's Health Centreの根底にあるフェミニストの原理は、女性の体がどのように機能し、症状がどのように発症し、どのように予防できるのかといった情報や教育を治療へ統合させたサービスを、個々の女性へ提供することを強調している。センターの設立メンバーは、治療や予防に影響する社会的および環境的状况にも着目し、症状や身体の特定期位ではなく、人としてのより総合的なニーズに対応したアプローチを取った。女性が、他の女性と共に、女性医療について学び、情報を共有する自助グループや討論グループの重要性が認識された。特に、医療ニーズの理解／知覚という点で、女性自身のあいだに自信や確信を築くことに重点が置かれた。また彼らのアプローチは、女性のニーズや女性医療に影響を与える社会的要素に、より適応した医療システムを確立するには、コミュニティの中で／コミュニティと共に、活動することが必須であると捉えていた。

National Women's Health Policyが制定される1989年までに、およそ40の女性医療センターがオーストラリア全国に開設され、女性患者へのプライマリ・ヘルスケア・サービスが提供された。

（1980年代）

1980年代の最も主要な出来事は、National Women's Health Policyの作成である。National Women's Health Policyは、以下のような経緯で作成された。

1985年、オーストラリアのアデレードで、「Women's Health in a Changing Society（変革する社会における女性医療）」と題された会議が開催され、National Women's Health Policyの作成が要請された。

1986年、これを受けたオーストラリア連邦政府は、女性が直面している問題を把握するため、オーストラリア全国で広範なコンサルテーションを実施した。合計100万人以上の女性がコンサルテーションを受けたが、その中で最も多く聞かれたのが、医療サービスへの不満であった。当時の医療サービスは女性のニーズに見合ったものではなく、女性患者は、「医療モデルを基準に判断されている」、「女性はその医療モデルには含まれていない」と感じていた。このコンサルテーションでは、女性医療に影響を与えるものとして、以下の7分野を挙げている。これらは、その後10年間にわたり優先事項として取り上げられた。

介護者としての女性

女性に対する暴力

職場の衛生と安全性

高齢女性の健康

精神的および感情的な健康（mental and emotional health）

生殖医療と性行為（reproductive health and sexuality）

「女性の役割」を定型化することによる、女性への医療的影響

このコンサルテーションの結果を基に作成された文書は、オーストラリアに必要な変革の枠組みを打ち出した。

1986年9月、アデレードで開催されたAustr

alian Community Health Conference (オーストラリア地域医療会議)で、Australian Women's Health Network (AWHN - オーストラリア女性医療ネットワーク)が設立された。AWHNは、女性の健康と福祉に関連する全ての決定事項において、情報に基づいた/効率的な女性の参加を、国と州の両方のレベルで促進することを目的に結成されたフェミニストの団体である。この会議では、哲学、目的、全国ネットワークの構造、メンバーシップ、National Women's Health Newsletter (全国女性医療ニュースレター)、Women's Health Policy、州の代表者、タスマニアでの女性医療センター設立支援などのトピックが討議された。AWHNの活動は以下の5分野である。

ネットワーク、情報の共有、メンバー間のサポート

国と州レベルでの消費者の参加

全国的な声(意見)、政府/公衆/メディア/その他の協会やネットワークとの連絡

トレーニングと教育

リサーチ

設立初期のAWHNはメンバーの数では小規模であったが、国レベルで重要な活動をしており、National Women's Health PolicyやNational Newsletterの作成、州のネットワークの支援などに関わった。後には、Consumers Health Forum (消費者医療フォーラム)と、Australian Community Health Association (オーストラリア・コミュニティ・ヘルス協会)の連携を提案し、Australian Health Ministers Advisory Council (AHMAC) Sub Committee on Women and Health (オーストラリア厚生大臣諮問評議会 - AHMAC - 女性と医療の小委員会)への参加権を獲得した。これは、女性医療のロビー活動強化と、女性医療の指針開発という点で、非常に重要な意義を持つ。

1987年、AHMAC (オーストラリア厚生大臣諮問評議会)は、女性と医療の小委員会を設置し、National Women's Health Policyの作成に着手した。

1989年、National Women's Health Policyが公布される。National Women's Health

Policyは、World Health Organization (WHO - 世界保健機関)による「健康とは、身体的、精神的、そして社会的な優良/幸福であり、単に疾患や虚弱な状態の欠如を意味するものではない」とする健康の定義を採用している。これは健康促進、疾患予防、治療方法を重要視する医療へのアプローチである。またNational Women's Health Policyは、女性を対象とする医療を2000年までに実現する主要戦略として、プライマリ・ヘルスケアの重要性を認識・支援している。

National Women's Health Policyの目的は、「特に高いリスクを持つ女性に重点をおきながら、全てのオーストラリア人女性の健康と福祉を改善すること、そして女性のニーズにより適応した医療システムを促進すること」であり、以下の6原則を基盤としている。

原則1

National Women's Health Policyは、以下を認識する。

健康とは、社会的、環境的、経済的、生物学的要因を網羅した広範な領域から判断される。

健康状態 (health status) や医療成果 (health outcomes) に見られる格差は、性、年齢、社会経済的地位、民族性、障害、場所 (location)、環境に関連する。

良質な治療サービスに加えて、健康促進、疾患予防、適切な/安価なサービスへの平等なアクセス、プライマリ・ヘルスケア・システムの強化が必要である。

情報、コンサルテーション、コミュニティ開発は、医療プロセスの重要な要素である。

原則2

Women's Health Policyは、女性の全生涯をカバーし、生殖機能に限らず、オーストラリア社会で女性が担う様々な役割を反映しなければならない。

原則3

Women's Health Policyは、医療サービスと医療指針に関連する意思決定に際し、消費者と提供者の両方の立場から女性の参加を促進しなければならない。

原則4

Women's Health Policyは、「プライバシー、インフォームド・コンセント、秘密性が提供される環境で、威厳をもって対応される」という、医療消費者としての女性の権利を認識しなければならない。

原則5

Women's Health Policyは、健康およびヘルスケアに関し、情報に基いた決断・選択をするうえでは、社会経済、教育、文化の背景がそれぞれ異なるグループに対し、その違いを的確に反映する情報へのアクセスが必要であることを認識しなければならない。

原則6

Women's Health Policyは、女性医療や健康に関する女性の視点、そして女性の医療ニーズを効率的に反映した医療戦略に関する正確なデータと研究を基盤としなければならない。

(1990年代)

1989年のNational Women's Health Policy公布に合わせて、National Women's Health Programが開始し、連邦政府の予算に組み込まれた。このプログラムは、「健康促進」、「疾患予防」、「女性に適したサービスの利用性」に重点をおいたサービスの実現を目指すこと、またその主要な対象は、言語、文化、貧困、年齢、障害、場所といった障壁によって、医療サービス、または医療を受ける機会が影響されるリスクの高い女性であることを提示した。

National Women's Health Programの主要な活動分野。

直接的なサービス提供への改善

女性に対する情報提供の改善

研究およびデータ収集

医療分野における決定プロセスへの女性の参加

サービス提供者のトレーニング

当初(1989~1993年の4年間)の予算は約3400万ドルで、州/テリトリーと連邦政府の両方から提供されていた。その使用の内訳は以下の3分野であり、「研究およびデータ収集」と「医療分野における決定プロセ

スへの女性の参加」は含まれていなかった。女性を対象とする医療サービスの改善(94.5%)

女性を対象とする医療情報と教育計画(3.0%)

ヘルスケア提供者のトレーニング(2.5%)

このプログラムは、国レベルのガイドラインを持っていたが、州に対してそれを厳守させようとしても機能しないというのが現実であった。女性医療サービスの開発状況は州によって異なっていたため、このガイドラインは一貫性を維持しながら、各州に対し、それぞれが重要視する分野に自由に取り組むことを許可した。例えばニュー・サウス・ウェールズ州やヴィクトリア州では、女性医療センターや性的虐待サービスなどが既に存在しており、プログラムの資金は、既存サービスの地方への拡張や、特定グループの女性(非英護圏、原住民、地方、高齢、若年)を対象とするサービスにあてられた。一方クィーンズランド州では、家族計画や産科/婦人科のサービス以外には、女性専門の医療サービスはなかった。したがってプログラム資金は、プライマリ・ヘルスケアや医療情報の提供にあてられた。サウスオーストラリア州では地方のサービスが、ノーザン・テリトリーでは原住民女性へのサービスが最も重要視された。1992年6月、National Women's Health Programの評価が行われ、1993年に以下の評価内容が発表された。プログラムは、対象とする人口グループへの対応能力を実証した。プログラムは、特定グループ(無職の若い女性、低所得の女性、介護者の女性、高齢女性)のニーズに重点をおいた活動を今後も継続する必要がある。

プログラムのデータ収集計画開発を優先する必要がある。プログラムは、技能と経験を備えた女性医療提供者と地域サービス提供者を輩出した。資金が提供されなかった2つの活動分野で大幅な格差が出た。

主流の医療システムにおけるプランニングとサービス提供の分野で、女性の参加に関する詳細なフレームワークが見られた。

この評価レポートは、Women's Health Pr

ogramを2期間（各4年間）延長し、2001年まで継続することを提案したが、最終的には、1996/1997年までの1期間の延長となった。第2期の予算は約6000万ドルで、前期と同様に州/テリトリー政府と連邦政府の両方から提供されている。

1997年、Women's Health Programの第2期の評価レポートが作成された。

1997年12月、Public Health Funding Outcomes Agreement (PHFOA) が、国と州/テリトリーの間で署名された。この契約は、連邦政府による8つのプログラムの資金を共同管理するものであり（それまでは、国と州/テリトリーの間で個別の調整をしていた）、その中にはWomen's Health Programも含まれている。連邦政府と州が署名した第2の契約は、1999/2000～2003/2004年までの5年間をカバーしている。

現在進行中の大規模な調査プロジェクトに、「Australian Longitudinal Study on Women's Health」がある。これは、1995年にDepartment of Human Services & Health（現 Commonwealth Department of Health & Ageing）が、Newcastle大学とQueensland大学の研究グループに依頼したプロジェクトであり、若年、中年、高年の女性4万人以上を対象に20年間の追跡調査を行い、広範な観点から女性医療を捉えるものだ。1996年以来毎年、様々なトピックスに関する調査研究が行われている。

*****以下に州レベルでの主な動き（抜粋）*****

（サウスオーストラリア州）

1976年、South Australian Health Commission Actが制定され、「国民の利益」のための医療サービスの再構築に関する枠組みが設定された。この法令の主要目的は、「州民の健康と福祉を促進する」ことであった。資金調達、資源の分配、そして適切かつ効果的なサービスの計画と開発について、政府へ説明する義務が課せられた。また同様に、地方自治体と州民へ対しても、諮問委員会を介して報告する義務があった。

この法令を基盤に1980年、Adelaide Women's Community Health Centre (AWCHC -

アデレード・ウイメンズ・コミュニティ・ヘルス・センター) が設立され、メトロポリタン地区の北部、南部、西部の、Elizabeth, Dale Street, Southernにもセンターが開設された。

1995年11月、AWCHCが再編成され、Women's and Children's Hospitalに正式に統合された。これは、サービスを円滑化し、公的医療セクターをより効率化させることを目的とする政府主導の動きであった（Elizabeth, Dale Street, Southernの女性医療センターは、それぞれの地区で、地域医療サービスに統合された）。この合併の直後、AWCHCは名称をWomen's Health Statewideに変更し、Women's and Children's Hospital, Adelaideの一部門として稼働するようになる。

（クィーンズランド州）

クィーンズランド州では1990年までは、ブリスバン (Brisbane) ウイメンズ・ヘルス・センターが、唯一の女性専用の医療センターであった。それまでの23年間、保守的な州政府は、州予算を女性医療サービスに費やすことを否定していた。

1993年、クィーンズランド・ヘルス（州の衛生局）は、Primary Health Care Policyを公布し、州の医療サービスの重点をプライマリ・ヘルス・ケアへ移すことを宣言している。

クィーンズランド・ヘルスが管理するNational Women's Health Funding Programは、クィーンズランド州における女性医療分野の迅速な開発に必要な資金を提供する。その支援先には、女性医療センター、移動型の女性医療看護婦、クィーンズランド女性医療ネットワークなどの州のネットワークへなどが含まれる。

（ヴィクトリア州）

1997年8月15日、Minister for HealthのRob Knowlesは、Women's Health Plan for Victoriaを作成し、女性のための医療成果を改善する意志を表明した。彼は、Ministerial Advisory Committee on Women's Health (MACWH - 女性医療諮問委員会)にこの計画の遂行を依頼した。この委員会の

19名のメンバーは、女性医療分野における幅広い技能、ネットワーク、専門知識を有していた。

Women's Health Planは、5年間（1997-2002）の優先事項と活動内容、測定可能な目標と戦略を設定し、以下のテーマに関連させながら、これらを達成するものである。

年齢に関連する医療問題

出現しつつある医療問題（身体のイメージ、摂食障害、喫煙、アルコールおよび薬物乱用、ギャンブル依存などを含む）

精神的および感情的健康（emotional and mental health）

生殖医療および性的健康（reproductive and sexual health）

女性への暴力

介護者としての女性（子どもの養育、高齢者の介護、老いた／障害を持つ家族の支援を含む）

これは、女性の生涯を通しての問題を対象とし、中でも特に地方／遠隔地の女性、クーリー（苦力：インドや旧中国の労働者）の女性、多様な言語／文化の女性、社会的・経済的地位の低い女性に焦点をあてている。ヴィクトリア州のDepartment of Human ServicesによるWomen's Health and Wellbeing Strategyの開発は、ヴィクトリアにおける女性の健康と福祉の改善を目指すイニシアチブの1つである。このStrategyは、以下の目的の下に開発された。

ヴィクトリア州の女性、特にリスクの高い女性の健康と福祉を改善する。

女性の健康と福祉に関連するサービスの計画、資金調達、提供のための指針の枠組みを提供する。

Minister for Healthは、このStrategyの開発と導入を監督する目的で、Ministerial Advisory Committee on Women's Health and Wellbeing（MACWHW）を設立した。開発の第一段階では、さらなるコンサルテーションおよび研究が必要なグループとして、以下の5つのグループが指定された。

クーリーの女性

レズビアン

障害をもつ女性

服役中の／出所後の女性

働く女性（有給／無給）

第一段階のコンサルテーションを実施するにあたり、その効率化を目的に、各グループを対象に主要な医療および福祉問題を要約したコンサルテーション・ペーパーが作成された。そして2001年6月および7月、45のグループが州全域で、500人以上の女性を対象に健康と福祉問題について討議した。

「Valuing Victoria's Women: Victorian Women's Health and Wellbeing Strategy Discussion Paper」の最終版が作成され、Ministersの承認を得た。このDiscussion Paperは、主要な活動分野、原則、リスクの高いグループをターゲットにするための方向性や戦略、女性の健康と福祉に最も大きな影響を与える問題に焦点をあてている。

Strategy開発の第二段階として、2001年12月と2002年2月には、州の全域で、14のコンサルテーションが実施され、女性およびサービス提供者から、最新のDiscussion Paperに関するフィードバックが収集される。

(4)ヨーロッパの女性医療

ヨーロッパにおける女性医療の歴史・現状を調査するにあたり、国連やWHO（世界保健機関）で採用された指針がどのように導入されたのか、また導入されていくのかを詳細に見ていくことが重要であると考えられる。中でも「健康とは、身体的、精神的、そして社会的な幸福であり、単に疾患や脆弱性が存在しない事とは異なる。ウイメンズ・ヘルスには、感情的、社会的、身体的な優良性が関与し、生物学に加えて、女性の生活における社会的、政治的、経済的要素によって決定される」と定義した1995年の北京国連世界女性会議のPlatform for Action（行動綱領）の5年後の成果、そして2001年のWHO Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe（ヨーロッパにおける女性医療の戦略的行動計画）は、特に注目すべき指針となるだろう。参考までに、Strategic Action Plan for th

e Health of Women in Europeには、以下のような項目が含まれている。

ヨーロッパにおける女性医療

近年のヨーロッパにおける女性医療促進の成果

女性医療促進の戦略的行動計画

女性医療改善の必要条件

女性医療指針の骨子

参加国への導入

WHOヨーロッパ地域事務所の役割

この他、WHOヨーロッパ地域事務所による生殖医療／墮胎／避妊、女性に対する差別の排除、医療指針とヘルスケアにおける男女の平等性に関するプログラムや、欧州議会、欧州連合、欧州委員会などの諸機関との提携体制、そして各国の関連政府機関にも着目しておく必要がある。またNGOでは、European Institute of Women's Health (EIWH)が1996年に設立されている。

(5) アジアの女性医療に関する情報

アジアにおける女性医療の現状改革主義は、主に政府による強行な人口抑制論的プログラム（少数ではあるが、これが産児増加論的であったケースもある）へ抗う勢力として成長して来た。現在は、サービス提供、権利擁護、教育、カウンセリング、女性に対する暴力の防止などの分野で、約150の女性グループが女性医療に関わっており、これらの約40%が1980年代に設立されている。東アジアおよび東南アジア-太平洋沿岸部を対象とする女性と医療ネットワークの必要性を訴えていたこれらのグループは、1993年に最初の会議を開催し、Women and Health Network for East and Southeast Asiaを発足させた。

アジアにおける女性医療の調査でもまた、1995年の北京国連世界女性会議以降の動きを追うことになる。たとえばカンボジア政府は、Secretariat of State for Women's Affairs（女性問題事務局）を、Ministry of Women's Affairs（女性問題省）へ昇格させた。また全国会議を開催し、1995年以降の活動を評価するとともに、北京女性会議の行動綱領にそくした活動計画の開

発を目指している。この会議では主要な活動分野として、法的保護、教育、生殖医療、経済開発への平等な参加の4点が挙げられている。

アジアにおける女性医療グループは、国によって発足の背景や活動分野、そしてこれまでの成果が異なる。たとえばこれらのグループの中でも、最も先進的と考えられるのがインドとフィリピンだが、インドでは、政府による独裁的な人口抑制政策への反抗がグループ構築の原動力であったのに対し、フィリピンでは、政府の政策、そして安全な墮胎や避妊法選択の利用を制限するローマ・カソリック階級からの圧力への反抗が女性グループを発足させた。インドもフィリピンも、家族計画に留まらない、より広範な医療サービスの提供や、売春および女性に対する暴力の排除、人間の福祉を改善する総合的な社会経済指針の必要性など、様々な問題に関するロビー活動を行ったという点では共通している。フィリピンの女性グループは、憲法による墮胎の制限を阻止すること、そして避妊方法の選択を保証するよう働きかけた。またインドの女性グループの中には、特定の避妊法や、性別選択の墮胎を目的とする羊水せん刺の使用に抗議するキャンペーンを行ったものもある。インドでは、グループの視点とイデオロギーが多様な分野へ拡大し、特定のテーマに焦点をあてたキャンペーンを除いては、それぞれが独立して活動している。一方フィリピンの女性グループは、医療、メディア、法律、学際などの専門分野から50以上のネットワークとグループを統合し、WomanHealth と呼ばれる連合を形成した。インドネシア、バングラデシュ、マレーシアなどその他のアジア諸国では、このような女性グループはごく少数であった。アジアについては人口問題なども含めて今後の活発な動きについて予測してサーベイを行う必要がある。

F. 健康危機情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表
- I. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得 なし
3. 実用新案特許 なし
3. その他 なし

協力研究者

協力研究者

- 亀田 隆 (泉大津市立病院産婦人科)
- 上條順子 (上條医院)
- 京島恭子 (松南病院)
- 河野宏明 (熊本大学循環内科)
- 河野直子 (河野外科医院)
- 清田真由美 (春日クリニック)
- 関いずみ (城西病院)
- 竹尾愛理 (千葉大学第二内科)
- 巴ひかる (東京女子医大第二病院)
- 藤田ひろ子 (藤田医院)
- 安井敏之 (徳島大学産婦人科)
- 上村浩一 (徳島大学産婦人科)
- 若槻明彦 (高知医科大学産婦人科)
- 矢崎まゆ子 (やざき診療所)
- 嘉川亜希子 (鹿児島大学第一内科)
- 吉野富裕美 (吉野産婦人科)
- (これからのウイメンズヘルス研究会)
- 梅本麻子
- 遠城千枝
- 村島葉子
- 松永昌子
- 生賀恵美
- 山下朱實
- 宮原富士子

協力研究者

協力研究者

亀田 隆 (泉大津市立病院産婦人科)

上條順子 (上條医院)

京島恭子 (松南病院)

河野宏明 (熊本大学循環内科)

河野直子 (河野外科医院)

清田真由美 (春日クリニック)

関いずみ (城西病院)

竹尾愛理 (千葉大学第二内科)

巴ひかる (東京女子医大第二病院)

藤田ひろ子 (藤田医院)

安井敏之 (徳島大学産婦人科)

上村浩一 (徳島大学産婦人科)

若槻明彦 (高知医科大学産婦人科)

矢崎まゆ子 (やざき診療所)

嘉川亜希子 (鹿児島大学第一内科)

吉野富裕美 (吉野産婦人科)

(これからのウイメンズヘルス研究会)

梅本麻子

遠城千枝

村島葉子

松永昌子

生賀恵美

山下朱實

宮原富士子