

女性の生涯にわたる健康支援

女性の健康に対する意識	健康管理への取り組み
社会的背景 健康の捉え方 疾患への関心 医療機関との関わり 予防・治療について啓蒙	全人的女性医療 健康診査 生活指導 カウンセリング

女性の生涯にわたる健康支援の課題

女性の生涯にわたる健康支援の必要性
女性の社会活動への参加 少子高齢社会
健康支援上の問題点
思春期：身体成熟/知的発達のバランスの乱れ(性感染症、人工妊娠中絶など) 若年層：将来に問題となるライフスタイル(ダイエット、喫煙など) 性成熟期：不妊、母性意識、子育て 中高年期：生活習慣病、悪性腫瘍
総合的健康支援体制の確立
問題点の分析 海外での対応に関する調査 啓発活動のあり方 支援に参加する人員の組織作りと教育

分担研究者

太田	博明	東京女子医科大学	産婦人科教授
天野	恵子	千葉県衛生研究所	所長

<研究目的>

日本人女性の平均寿命は世界で最高となり益々高齢化する中、女性の生涯を通じての健康維持・増進（健康寿命の維持・延長）の体制整備はいまだ不十分でありその必要性は一段と強まっている。本研究はこれら現状の認識の上に立って、正しい情報の提供による啓発と、健康支援の具体的な対応策を提示し、個人個人の健康行動を変容することにより諸問題の解決に寄与することを目的とするものである。

<研究方法と内容概要>

女性の生涯にわたる健康支援を包括的に行なうことを目的として、日本の女性が抱える健康課題を検討し、米国・欧州における女性医療の実態との比較を行い、日本における医療者における健康指導・保健教育に関するニーズの把握を行った。さらにそのニーズを満たす情報提供手法の標準化を行い、サポート資材を作成し女性医療を担う医療者への教育とシステムづくりを提案するものとした。

- ① 女性の生涯にわたる健康支援のためにはライフステージごとに、臓器別、疾患各領域別に枠組みや従来の医療体制にとらわれない保健教育が必須である。本研究では、女性の生涯にわたる健康因子をライフステージ毎に抽出し、各項目について資料収集分析を行った。
- ② 日本の女性における疾病構造、将来予測を含めた女性の健康課題について調査を行い、日米における比較を行った。
- ③ 女性医療における性差認識の日本と他国における比較を行うため米国・欧州における GenderSpecific-Medicine の流れと現状について、調査分析を行った。日本における一般女性の健康啓発目的のセミナー展開のニーズを探る目的で「一般女性」「薬剤師・看護師・保健師・栄養士等」など各々の立場の医療者に対して、アンケート調査を行い結果を分析した。
- ④ 女性医療現場での実態把握のため女性

医師、女性医師指導医の認識調査を行いその支援体制のあり方を検討した。

- ⑤ 女性の生涯にわたり抽出した健康因子について資料収集分析と要約を行い、各項目について看護師・保健師・薬剤師・栄養士等のコメディカルも含めた医療者が理解できかつ一般女性市民に講義ができる内容のスライドテキストを作成した。各専門医のコメントをつけ標準化したスライドおよびビデオシリーズを指導者用資材としてまとめた。
- ⑥ 各立場の医療者に対して行ったアンケート結果にもとづき、女性の健康セミナー実施法を提示した。実施後のアンケート結果から講義内容を標準化するための評価を行った。

<倫理面への配慮>

本研究において初年度に行なう、アンケートなどを実施する際には調査対象者に対して、十分な情報提供を行いその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た。

本研究の結果により、女性の生涯を通じた健康啓発・支援システムのモデル案が提示され、21世紀の母子保健ビジョンの達成（課題解決）を含む、よりよい女性の保健医療システムの実現に向けての医療者・保健指導者への支援策モデルが構築できた。

<研究結果>

(1) 女性の生涯にわたる健康因子

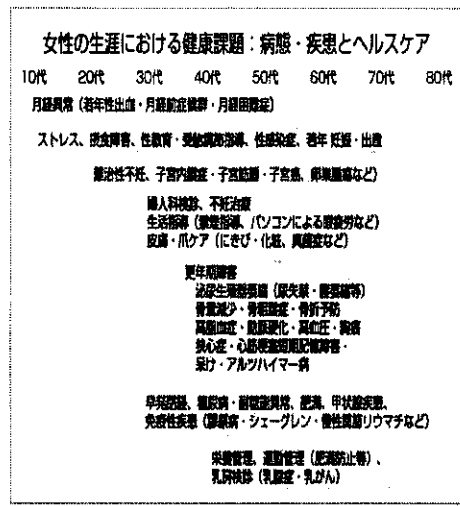
女性の生涯にわたる健康因子をライフステージ毎に抽出し、各項目について資料収集分析を行った。女性の生涯にわたる健康支援のためにはライフステージごとに、臓器別、疾患各領域別に枠組みされや従来の医療体制にとられない保健教育が必須である。

思春期:すでに「健やか親子 21 検討会報告」

にあるとおり、性感染症罹患、安易な妊娠と中絶、喫煙、飲酒、心身の不適応など保健健康教育とケアが緊急課題としてあげられる。

若年層のこの他の課題:骨関連栄養の摂取不足、冠動脈疾患予備軍の増加、月経異常、不妊症、ストレスとうつ、虐待、家庭内暴力、乳癌早期発見率低迷などの健康課題の増加が予測されている。

中高年女性:女性独特の加齢プロセスへの女性自身の理解不足は深刻であり、速やかな健康啓発教育が望まれる。また、各種学会のガイドラインには更年期に急激に変化する女性についてはあまり詳細なわかりやすい記載がなされておらず解決の余地がある。



(2) 日本の女性における疾病構造、将来予測を含めた女性の健康課題について調査を行い、日米における比較を行った。

女性に多いとされる疾患の日米の現状を検討した。性差医療を推し進める目的は、より広い範囲での医療サービスと予防施策の提供(主として更年期以降の女性、少数民族、貧困が対象)研究の推進(男女がともに罹患する疾患で女性のデータが精査されていない疾患、女性が高率に罹患する疾患、女性特有の生理・薬物動態に関する研究)と その研究成果に基づいた情報を提供できる女性医療専門家の育成とキャリアの積み上げである。日本においては、この礎となる性差を配慮した疾患のデータはほとんど存在せず、今後の蓄積が大きく期待される場所である。

2-1) 女性における主要死因の日米比較

日本人人口・年次推移

年次	総数	男性	女性
1990	122,721	60,249	62,472
1995	124,352	60,724	63,628
1996	124,709	61,115	63,594
1997	124,963	61,210	63,753
1998	125,252	61,311	63,941
1999	125,432	61,358	64,074

日本人人口 千人

H14 厚生労働科学研究事業 麻生班

老年人口割合の国際比較

国名	西暦	老年人口割合(%)
スウェーデン	1996	17.45
イタリア	1996	16.97
日本	1998	16.21
スペイン	1997	15.95
ノルウェー	1996	15.84
イングランド	1996	15.73
ギリシャ	1995	15.58
スイス	1996	15.29
ポルトガル	1996	14.78
ハンガリー	1996	14.25
オランダ	1996	13.34
アメリカ	1997	12.73
ユーゴスラビア	1996	12.17
カナダ	1996	12.16

H14 厚生労働科学研究事業 麻生班

悪性新生物死亡率の国際比較

部位	日本	米国
全悪性新生物	169.9	190.5
口唇・口腔および咽頭	2	2
食道	2.3	2
胃	27.5	4.2
結腸	16.5	18.7
直腸・直腸S状結腸移行部および肛門	6.7	2.9
肝臓	13.5	1
喉頭	0.1	0.6
気管・気管支および肺	20.9	43.2
乳房	13.2	32.7
子宮(頸部)	3.5	3.5
子宮(その他)	4.3	4.6
膀胱	2	2.8
その他の悪性新生物	46.2	53.6
白血球	4.2	6.6
その他のリンパおよび造血器の悪性新生物	7	12.1

(人口10万対)

文献8より引用

女性の死因の国際比較

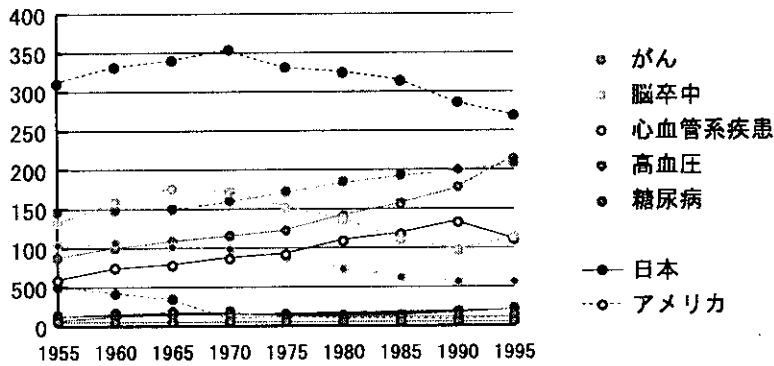
	日本	アメリカ
年次(年)	1995	1994
人口(千)	63,995	133,265
総死亡: N	282,165	753,228
R	-	-
がん: N	103,339	253,845
R	161	191
脳卒中: N	76,965	93,081
R	120	70
心臓病: N	69,448	352,081
R	109	264
高血圧: N	5,195	2,287
R	8	17
糖尿病: N	7,118	31,934
R	11	24

N: number of deaths, R: Crude death rate per 100,000 population

H14厚生労働科学研究事業 麻生班

日米の主な疾病の死亡率の年次推移

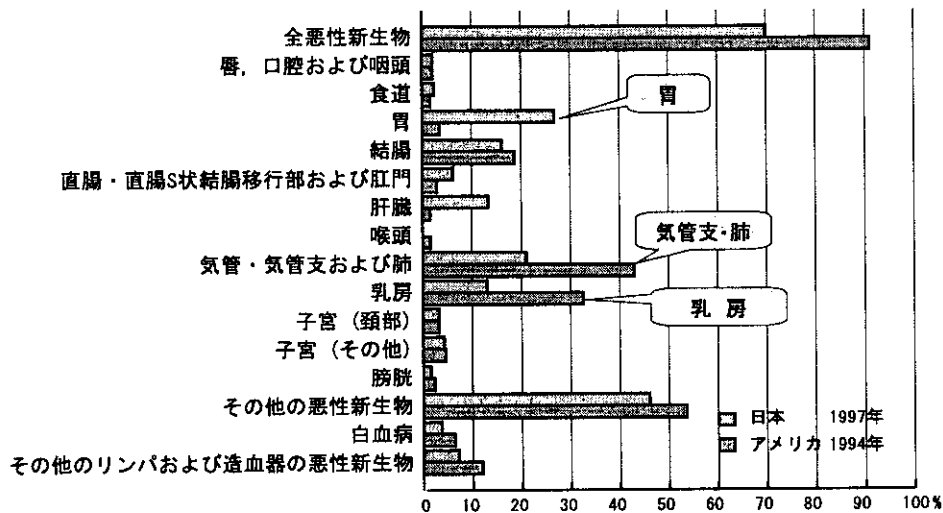
人口10万対



H14 厚生労働科学研究事業 麻生班

粗死亡率に対する癌死亡率の国際比較

人口10万対



H14 厚生労働科学研究事業 麻生班

女性における主要死因において、人口10万対の死亡数を見た場合、癌については、日本とほぼ同じであるが、脳卒中は日本が約2倍、心臓病、高血圧・糖尿病による死亡は米国が日本の約2倍である。しかし、癌については詳しくみると、全癌の数字では同じであっても、その内容は大きく

異なっている。日本では、胃癌(日本:米国=28:4)、肝臓癌(日本:米国=14:1)が圧倒的に多く、米国では 肺癌(日本:米国=21:43)、乳癌(日本:米国=13:33)が多い。これらの疾患罹患率の差が、遺伝子に左右される人種差によるものか、あるいはその時代の生活習慣・文化に大きく栄養を受けるのかという点についてはさらに検討してゆくべき重要課題である。

2-2) 疾患罹患率の性差

男女ではほぼ2倍以上の受療率(人口10万対)の差が認められる疾患については、表にまとめた。

男女でほぼ約2倍以上の受療率の差が認められる疾患

(人口10万対)

厚生労働省平成11年度患者調査

男性に多い疾患	男性	女性	男性/女性
痛風	21	1	21.0
レイノー症候群	11	1	11.0
飲酒による精神および行動の異常	32	3	10.7
食道の新生物	10	2	5.0
気管・気管支および肺の悪性新生物	30	13	2.3
挫滅損傷および外傷性切断	30	14	2.1
尿路結石症	12	6	2.0
十二指腸潰瘍	20	10	2.0
陳急性心筋梗塞	10	5	2.0
急性心筋梗塞	13	7	1.9
胃の悪性新生物	48	26	1.8
頭蓋内損傷	11	6	1.8
B型ウイルス肝炎	11	6	1.8
肝および肝内胆管の悪性新生物	14	8	1.8

男女でほぼ約2倍以上の受療率の差が認められる疾患

(人口10万対)

厚生労働省平成11年度患者調査

女性に多い疾患	男性	女性	女性/男性
骨粗鬆症	7	82	13.1
肺炎	2	20	10.0
カンジダ症	2	15	7.5
鉄欠乏性貧血	3	18	6.0
その他の甲状腺障害	3	17	5.7
慢性関節リウマチ	14	55	3.9
メニエール病	4	14	3.5
甲状腺亢進症	5	16	3.2
関節症	89	213	3.1
その他の貧血	5	15	3.0
大腿骨の骨折	13	38	2.9
アルツハイマー病	8	15	2.5
高脂血症	46	114	2.5
血管性および詳細不明の痴呆	29	70	2.4
頭頸部癌群	14	30	2.1
白内障	87	142	2.1
便秘	7	14	2.0
結膜炎	25	48	1.9
クモ膜下出血	8	15	1.9
本態性高血圧症	395	828	1.8
胃炎および十二指腸炎	88	100	1.5
神経障害、スライ関節障害および身体表現性障害	28	43	1.5

受療率で性差をみた場合、女性の受療率が高い疾患の数が圧倒的に多くなる。男性できわめて罹患率が高いのは痛風、アルコール依存症、癌であり、女性では貧血、甲状腺疾患、高脂血症、痴呆、眼疾患、神経症、高血圧、心不全、慢性関節リウマチ、関節症を含む整形外科疾患、自己免疫疾患、骨粗鬆症および骨折である。女性は長寿であるが多くの疾患を抱えながら生きているのも現状であり、その疾患の種類も多岐にわたる。

男女でほぼ2倍以上の死亡率の差が認められる疾患を表に示す。死亡における性差の大きな特徴は、男性の死因に自殺を含む外因性のものと、胃癌、肺癌、肝癌、直腸癌などの主要な癌の占める割合が、女性に比しきわめて高いのに対し、女性では血管性および詳細不明の痴呆、老衰等加齢によるものが多い。

男女でほぼ約2倍以上の死亡率の差が認められる疾患

(人口10万対)

厚生労働省平成11年度患者調査

男性に多い 疾病および死亡の外因	男性	女性	男性/女性
悪性新生物(喉頭)	1.6	0.1	16.0
悪性新生物(食道)	14.2	2.4	5.9
慢性閉塞性肺疾患	15.6	5.1	3.1
肝硬変以外の肝疾患	7.6	2.5	3.0
悪性新生物(気管、気管支および肺)	63.5	22.9	2.8
その他の不慮の事故	5.3	2	2.7
呼吸器結核	2.9	1.1	2.6
自殺	35.2	13.4	2.6
結核	3.1	1.2	2.6
悪性新生物(口唇・口腔および咽頭)	5.9	2.3	2.6
交通事故	14.8	5.9	2.5
悪性新生物(肝および肝内胆管)	38.4	16.2	2.4
有害物質による不慮の中毒および有害物質への暴露	0.7	0.3	2.3
悪性新生物(膀胱)	5.2	2.3	2.3
心筋症	3.5	1.8	1.9
肝硬変(アルコール性除く)	10.4	5.4	1.9
悪性新生物(胃)	53.3	27.8	1.9
悪性新生物(直腸S状結腸移行部および直腸)	12.6	7.1	1.8
悪性新生物全般	291.3	181.4	1.6

男女でほぼ約2倍以上の死亡率の差が認められる疾患

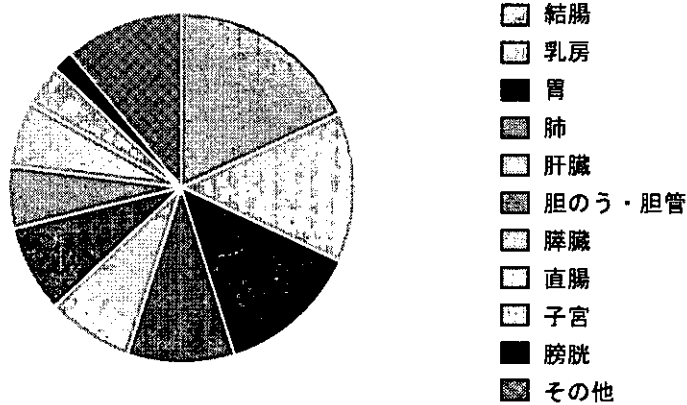
(人口10万対)

厚生労働省平成11年度患者調査

女性に多い 疾病および死亡の外因	男性	女性	女性/男性
老衰	9.8	23.7	2.4
慢性リウマチ性心疾患	1.3	2.7	2.1
血管性および詳細不明の痴呆	1.5	3.1	2.1
筋骨格系および結合組織の疾患	2.3	4.6	2.0

癌の日米比較で、その部位別罹患率が異なることを示したとおり、同じ日本人でも男女ではまたその罹患率が異なる。北川、津熊らによる2015年の癌患者推計において、男性では、肺-胃-結腸-肝臓の順であるが、女性は結腸-乳房-胃-肺の順であると推測されている。また日本人女性における加齢との関係では、若年女性の死因に占める癌の比率は高く、高齢になるにつれ心血管疾患の占める割合が高くなる。食習慣を含めた生活習慣が今後の女性の癌の罹患に対してどのような影響を受けてゆくのかに関する検討も重要である。

2015年におけるがん患者数（推計）



Source: Kitagawa T, Tsukuma H et al.: Prediction of cancer incidence in Japan.
In Tominaga Set al. (eds.): Cancer Statistics - 1999. Shinohara Shuppan, Tokyo 1999.

H14 厚生労働科学研究事業 癌生班

エネルギー摂取量の栄養素別 構成割合の年次推移

年	総エネルギー (kcal)	蛋白質 (%)	脂肪 (%)	炭水化物 (%)
昭和35年 (1960)	2,096	13.3	10.6	76.1
昭和40年 (1965)	2,184	13.1	14.8	72.1
昭和45年 (1970)	2,210	14.0	18.9	67.1
昭和50年 (1975)	2,268	14.6	22.3	63.1
昭和55年 (1980)	2,119	14.9	23.6	61.5
昭和60年 (1985)	2,088	15.1	24.5	60.4
平成2年 (1990)	2,026	15.5	25.3	59.2
平成7年 (1995)	2,042	16.0	26.4	57.6
平成9年 (1997)	2,007	16.0	26.6	57.4

資料:厚生省『国民栄養調査』
Source: National Nutrition Survey by Ministry of Health and Welfare

H14厚生労働科学研究事業 麻生班

栄養摂取量の年次推移

全国, 1人1日あたり

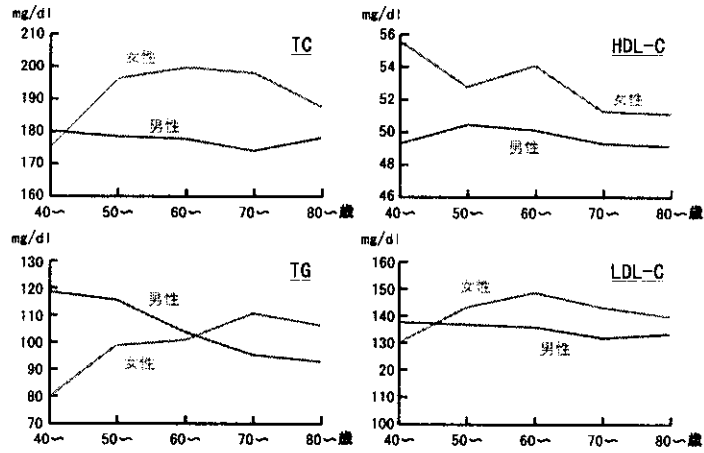
年	蛋白質 (g) (動物性 (%))	脂肪 (g) (動物性 (%))	炭水化物 (g)	食塩 (g)	ビタミンA (IU)	ビタミンC (mg)
昭和35年 (1960)	69.7 (34.6)	24.7 (34.6)	399	-	1,180	75
昭和40年 (1965)	71.3 (40.0)	36.0 (29.7)	384	-	1,324	78
昭和45年 (1970)	77.6 (44.1)	46.5 (44.9)	368	-	1,536	96
昭和50年 (1975)	81.0 (48.0)	55.2 (47.5)	335	13.5	1,889	138
昭和55年 (1980)	78.7 (49.8)	55.6 (48.4)	309	12.9	1,986	123
昭和60年 (1985)	79.0 (50.8)	56.9 (48.5)	298	12.1	2,188	128
平成2年 (1990)	78.7 (52.6)	56.9 (48.3)	287	12.5	2,567	120
平成7年 (1995)	81.5 (54.5)	59.9 (49.7)	280	13.2	2,840	135
平成9年 (1997)	80.5 (54.5)	59.3 (50.1)	273	12.9	2,832	135

資料:厚生省『国民栄養調査』
Source: National Nutrition Survey by Ministry of Health and Welfare

H14厚生労働科学研究事業 麻生班

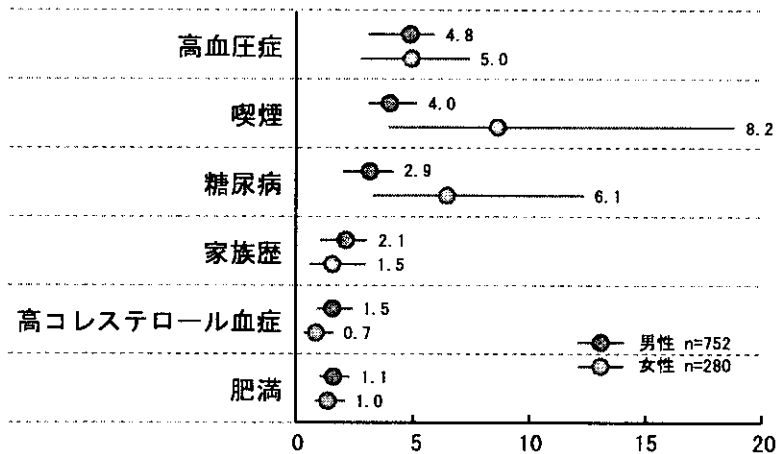
血清脂質の加齢に伴う変化

久山町住民



H14厚生労働科学研究事業 麻生班

冠危険因子の頻度



H14厚生労働科学研究事業 麻生班

担当:天野恵子(研究協力 宮原富士子)

文献

1) 天野恵子: Introduction、村山正博監修

女性における虚血性心疾患-成り立ちから
ホルモン補充療法まで、p 1-7、医学書院、

東京、2000

2) 天野恵子：女性の医療、性差に基づく医療 (Gender-specific medicine) とは？

天野恵子監修、女性のための安心医療ガイド、p12-24、素朴社、東京、2002

3) Eriksen EF, Mosekilde L, Melson F: Trabecular bone resorption depth decreases with age: differences between normal males and females. *Bone* 1985;6:141-146

4) Riley JL, Robinson ME, Wise EA, et al. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: A meta-analysis. *Pain* 1998;74:181-187

5) Yonkers KA, Kando JC, Cole JO, et al: Gender differences in pharmacokinetics

and pharmacodynamics of psychotropic medication. *Am J Psychiatry* 1992;149:587-595

6) Pilgrim C, Reisert I: Differences between male and female brains: developmental mechanisms and implications. *Horm Metab Res.* 1992;24:353-359

7) Frank E, Thase ME, Spanier CA, et al. Gender-specific response to depression treatment. *J gender-specific Med* 1999;2:40-44

8) 悪性新生物死亡率の国際比較. がんの統計編集委員会編集 がんの統計'99、p27、がん研究振興財団、東京、1999

(3) 女性医療における性差認識の日本と他国における比較を行うため米国・欧州における

Gender Specific-Medicine の流れと意図をインターネット等により調査分析を行った。米国で活用されている女性医療テキストの内容について項目分析を行った。米国では既に1990年以降、女性の疾病独自の予防、診断、治療の向上の目的で NIH の中に Office of Research on Women's Health が開設され女性の生涯にわたる健康支援体制の充実が実現している。本邦では、女性に関する日本独自のガイドラインは質・量的に極めて不十分であり、その基本となる臨床データの蓄積は極端に少ない。また薬剤の臨床試験では一部を除き性差についての配慮がなされていない。医療の現場の診療体制では専門分化が進み、医療を受ける女性の側には混乱が生じ、その結果マスコミ等からの情報をもとに健康状態を自己判断した対応策がとられる場合も課題とされる。また、わが国においては、女性の健康に関する法律、行政組織や施策、専門職の養成やサービスの提供、健康保険等でのサービスの提供、調査研究体制、教育や情報提供体制等について研究されていないことが浮き彫りにされた。

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

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。

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づき、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

1993年上記プロジェクトへの登録が開始された。実施中

Calcium/Vitamin D Supplementation Study 35952名

CDC と NIH の共同研究で5年間の介入研究

1993年

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

1996年

「gender-specific medicine」に

1998年

(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ロール)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／権利養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 Equality (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、治療や予防に影響しう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

精神の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 Australian 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