

第 3 年度分担研究報告書

女性保健医療システムの国際比較に関する研究

分担研究者 芦田みどり（生活福祉研究機構）

研究要旨 3 年度はカナダと日本の女性保健について調査した。カナダの保健医療制度については昨年度の調査に基づき、今年度はとくに中高年女性の健康に焦点をあて、3 つの州および連邦保健局で担当者のインタビューを行った。カナダは国民皆保健制度によって全国民に無料で歯科など一部を除く医療を保障しているうえ、男女の平均寿命・健康寿命・そして女性のエンパワーメント水準においても世界でトップクラスにある。さらに、1986 年の WHO オタワ憲章にもとづく「ポピュレーション・ヘルス」政策と、1995 年国連開発会議の北京行動計画における「生涯にわたる女性の健康」の原則にもとづき、科学的根拠にもとづいて保健医療における「ジェンダー公正」の実現がはかられている。日本でも最近、医療施設において「女性外来」など新しい試みが広がってきた。その現状と分析を、自らも山口大学で女性外来の運営を担当している松田昌子が報告する。

研究協力者

鈴木 玲子（日本経済研究センター主任研究員）

松田 昌子（山口大学医学部保健学科教授・山口大学医学部付属病院女性診療外来）

Carin Holroyd（University of Saskatchewan 経済学部助手）

Ken Coats（University of Saskatchewan 社会学部教授）

A. 研究目的

1) カナダにおける女性保健医療システム：昨年度までにわれわれは、米国・ヨーロッパ・オーストラリアの女性保健医療の現状について調査を行い、昨年度はサスカチュワン大学の Carin Holroyd と Ken Coats がカナダの医療制度と女性保健政策について概要を報告した。カ

ナダの医療水準は米国と同様に高く、じっさいに男女の平均寿命・健康寿命、および女性のエンパワーメント指数でも世界のトップクラスにあり、これらは米国よりはるかに良い。保健医療制度における「ジェンダー公正」の施策も既に 10 年以上前から取り入れられている。そこで 3 年度は 2 週間にわたる現地調査と、収集した文献の検討によって、カナダの女性保健医療システムの特徴とその有効性について検討した。内容は 1) カナダ保健医療政策および女性保健政策の理念とその変遷、2) 医療・介護サービス、3) 調査研究、4) NGO の活動、である。

カナダでは、州によって給付の違いはあるが、国民皆保険制度によって原則としてすべてのカナダ国民に無料で医療が提供されている。カナダは「科学的根拠に基づく医療 evidence

based medicine, EBM」の推進国としても知られているが、診断・治療技術だけでなく保健医療政策にも「科学的根拠」が重視されていることは、わが国ではあまり注目されていないようである。1986年のWHO オタワ憲章を受けて、カナダの保健医療政策は、それまでの疾病中心のシステムから、ジェンダーや社会経済的階層、民族文化的違いによる健康格差の解消をめざした Population Health という政策に転換した。

Population Health とは、「健康」に影響を及ぼす種々の生物学的・社会的因子（健康決定因子、determinants of health）を同定し、種々の統計データの解析によって特定の集団の健康問題をみだし、その解消のために必要な施策を割り出すというものである。「健康決定因子」としては年齢・民族・居住環境・生活習慣・収入・資産・教育等々があり、当然ながら「性差」も重要な因子となっている。1993年には連邦保健省に女性保健局が設置され、1995年からは北京宣言の「生涯にわたる女性の健康の推進」という理念にのっとり、保健医療システムにおけるジェンダー公正をすすめるため研究班が設けられ、これまで2つのレポートが発表された。

カナダの女性保健医療政策は、その理念、生物医学研究と社会保障政策の一貫性および透明性、保健医療サービスの質とアクセスの公平性において、わが国にとってもっとも参考になると思われる。

2) “女性のためのヘルスプロモーションセンター” 構想： 近年日本においても、従来の産婦人科医療とは異なる総合的な医療サービスとして、米国の「女性センター」をモデルにした「女性外来」が総合病院などにおいて設けられるようになった。松田昌子が山口大学医学部において開設した女性外来の経験を踏まえ、日本における女性保健医療システムの現状と今後の課題について報告する。

1. カナダにおける女性保険医療システム

B. 研究方法

2003年7月に分担班会議を行い、調査を行う地域と調査項目の選定を行った。カナダの保健医療制度は連邦政府が大枠を決めるが、保険適応など細目は州政府に任されている。今回の調査では、日程の都合もあり、オタワの連邦政府保健局のほか、サスカチュワン州（サスカツーン）、オンタリオ州（トロント）、ブリティッシュ・コロンビア州（バンクーバー）を調査地として選んだ。調査項目としては、高齢女性の健康および自立支援にかかわる保健医療政策、医療・介護サービス、調査研究、NGOの活動に重点を置いた。

9月1日～14日の2週間、上記の4市において、連邦・州政府保健局、地域保健サービス、医科大学・病院、老人施設、女性・健康NGOを訪問、あるいは電話によるインタビューを行った。インタビューに応じて戴いた方々は以下の通りである。

<連邦・州保健省>

Health Canada カナダ保健省

- Ms Simone Powell, Research Analyst, Division of Aging and Seniors, Population Health Directorate, Health Canada (保健医療政策)

Statistics Canada カナダ統計局

- Dr. Mark Tremblay, Senior Scientific Advisor for Health Measurement (Population Health)

Saskatchewan Health サスカチュワン州政府保健局

- Ms. Pat Inglis, Director, Community Care (保健医療政策)
- Ms. Laurie Weiman, Consultant on Seniors' Care, Community Care (介護)

Saskatoon Health Region サスカツーン市保健センター

- Ms. Sarah Nixon-Jeckel, PHN, Older Adult Wellness Program (NGO 担当)
- Ms. Maureen Beisel, Manager,

Resident Care Services (ヘルス・プロ
モーション)

Government of Ontario, Ministry of Health
オンタリオ州保健省

- Dr. David McCutcheon, Assistant
Deputy Minister, Health Services
Division, and Women's Health Council
Secretariat (保健医療政策)
- Mr. Geoff Quirt, Assistant Deputy
Minister, Ontario Senior's Secretariat
(高齢者医療)
- Ms. Marnie Mckinnon, Executive
Director, Women's Health Council
Secretariat (女性保健担当)

Government of British Columbia, Ministry
of Health ブリティッシュ・コロンビア州保健
省

- Honorable Katherine Whittred,
Minister of State for Intermediate,
Long-Term, and Home Care, Ministry of
Health Services (高齢者医療・介護担当
大臣)
- Ms. Doni Eves, Senior Policy Analyst
for Women's and Seniors Health British
Columbia Ministry of Health Planning
(女性保健担当特別顧問)

<大学・病院・研究施設>

University of Saskatchewan サスカチュワン
大学

- Dr. Bill Albritton, Dean of Medicine (地
域医療)
- Dr. Debra Morgan, Institute of
Agriculture Rural and Environmental
Health (僻地医療・痴呆ケア)
- Dr. Bruce Reeder, Head, Dept.
Community Health & Epidemiology
(Population health)
- Dr. Catherine Green, Dept. Community
Health (Health promotion)
- Dr. Stuart Houston, Prof. Emeritus of
Medicine (カナダ医学史)

- Prof. Harley Dickinson, Dept. Sociology
(保健医療政策)

- Dr. Earl DeCoteau, Head, Geriatric
Medicine Division (痴呆研究)

- Dr. Beth Horsburgh, Dean of Nursing
(地域保健・看護)

- Dr. Margaret Crossley, Department of
Psychology (痴呆)

Prairie Women's Health Centre of
Excellence

- Dr. Kay Willson, Research Manager
(女性保健研究)

British Columbia Centre of Excellence for
Women's Health

- Dr. Lorraine Greaves, Executive
Director (社会学・政策学)

University of British Columbia ブリティッシュ
ユコロンビア大学

- Dr. Chris Wyatt, Associate Professor,
Faculty of Dentistry & Director of
Geriatric Dentistry Program,
University of British Columbia (高齢
者歯科医療)

- Dr. Jerilynn Prior, Professor of
Medicine, Department of Medicine,
Division of Endocrinology (生殖医療)

- Dr. Christine (Chris) Hitchcock,
Centre for Menstrual Cycle and
Ovulation Research, UBC
Vancouver Hospital (生殖医療)

- Dr. Martha Donnelly, Professor of
Community Geriatrics, Department
of Family Practice, UBC & Geriatric
Psychiatry Outreach Program,
Vancouver Hospital (痴呆ケア)

- Dr. Jan Christilaw, FRCSC: Clinical
Professor, Ob/Gyn, UBC:
Department Head Specialized
Women's Health, Children's &
Women's Health Centre of BC (更年期
医療)

Simon Fraser University at Harbor Centre
サイモン・フレーザー大学

- Dr. Gloria Gutman, Professor and Director, Gerontology Research Center,

Mount Saint Joseph Hospital

- Dr. Akber Mithani, Vice President Medical Affairs (高齢者ケア)
- Ms. Taj Bhaloo, Leader, Centre for Aging and Health (高齢者ケア)

Women's Health Center, Children's & Women's Health Centre of BC

- Ms. Barbara Hestrin, RN; Program Director (生殖医療)

University of Victoria ビクトリア大学

- Mr. Mark Davis, Centre on Aging (ヘルス・プロモーション)

College of Physical Therapists of Alberta アルバータ理学療法大学

- Ms. Audrey Lowe, M.Sc.Pt, Continuing Competence Coordinator (代替医療)

<老人施設>

Luther Special Care Homes (サスカトゥーン)

- Ms. Vivienne Hauck, Director of Care (理事)
- Mr. Colin Grant, Director of Projects and Housing Services (住宅担当)

Parkridge Centre (サスカトゥーン)

- Ms. Maureen Beisel, Manager, Resident Care Services (理事)
- Diana McFarlane & Eileen Bayda (Nurse managers)
- Sharon Hutchison, Manager, Staff Development Division
- Marlene Gillis, Resident Care Supervisor,
- Jewel Stephens, Resident Care Supervisor
- Joan Middleton, Clinical Nurse Specialist

St. Jude's Anglican Home (バンクーバー)

- Ms Joyce Nolin, Site Administrator (ホ

ーム責任者)

- Ms. Anette Condon, BCR, Therapeutic Recreation and Volunteer Service Coordinator (リクレーション・セラピー、及びボランティア担当)

<在宅ケアサービス>

Nightingale Nursing Group (訪問看護、サスカトゥーン)

- Ms. Debby Criddle, CMA, President and CEO (訪問看護)
- Ms. Mary Humen, NS, Partner (訪問看護)

<NGO>

Saskatoon Council on Aging サスカトゥーン高齢者評議会

- Ms. Sherry Christensen, Public Health Nurses 他 Executive members 5人 (高齢者のヘルス・プロモーション)

Older Women's Network (高齢女性団体、トロント)

- Ms. Ethel Meade, group leader ほか (共同住宅運営・アドボカシー活動)

研究結果

1-1 カナダの保健医療政策と「ジェンダー公正」

カナダ医療政策の特徴は、普遍性・アクセスの可能性・包括性・運営の公共性にあるといわれる¹⁾。すなわち全カナダ市民が無料で保健医療サービスを受けられること、医療を受けるにあたって差別待遇を受けないこと、医学的に必要なケアをすべて受けられること、そして連邦・州政府がその運営に責任をもつこと、である。どのようなサービスを提供するかは州によって異なるが、歯科・美容整形・不妊治療などはおおむね対象外となっている。

カナダでも近年高齢者人口が増加の一途をたどり、介護を含む保健医療システムの改革は大きな論争を呼んでいる。出生率も他の先進国と同様に低下しているが、移民を受入れていることもあって深刻な問題にはなっていない。

カナダの公的医療保険制度の歴史はイギリスより古く、政府・医療関係者から一般人まで、カナダ人は自国の医療制度に非常な誇りをもっている。保健医療政策は常に国民的な議論をよび、官民が協力してより良い保健医療制度の維持のために知恵をしぼっているという印象を受けた。

じっさいカナダは 1970 年代から今日まで、理念においても方法論においても世界の保健医療政策の潮流を築いてきたといえる。近年「健康日本」にも導入された「健康決定因子 Determinants of Health」を用いた目標達成型健康政策は、1974 年に当時カナダ厚生大臣だったラロンドが発表したアイデアだった。これが 1976 年に Canadian Task Force on Preventive Health Care としてまとめられ、アメリカも 1984 年に Healthy People として発表した。この考えをさらに発展させたものが、WHO の 1986 年「ヘルス・プロモーションにかんするオタワ憲章 Ottawa Charter for Health Promotion」である。この憲章は先進国における健康政策の基本となっているが、カナダはとりわけ重視されているので、簡単に紹介しておきたい。

ヘルス・プロモーション（健康促進）は、これまで抽象的で漠然としていた「健康」の定義、すなわち「たんに病気や障害がないだけでなく、身体的・精神的・社会的に良好な状態 well-being」が具体的にどのような状態なのかを明らかにし、さらに個人および個人が属する集団が「健康」を維持し増進するために誰がどう責任をもち行動すべきかの指針を述べたものである。

憲章が強調するのは健康の多相性および「公正 equity」である。健康とは「日々の生活のためのリソースであって、人生の目的ではない」。人がより良く生きていくために健康が必要なのであって、健康になるために生きているのではないのだ。したがって「健康」の前提として、平和・安全・教育・食料・所得・自然環境の維持・持続可能な資源・社会正義と公正が

必用である。そのうえで、ヘルス・プロモーションの目的は、健康における格差を減らすこと、人々がそれぞれ自己の最善の状態を実現するための機会と資源が平等に分配されるようにすることである。具体的には、医療などの支援環境、情報へのアクセス、健康なライフスタイルを選択する能力の開発と機会が、女性にも男性にも等しく提供されねばならない。

カナダは先進国のなかでもオタワ憲章の実現にもっとも熱心に取り組んでいる。憲章が成立してすぐ、連邦・州・準州からなる委員会が結成され、1994 年には「ポピュレーション・ヘルス戦略：カナダ人の健康への投資 Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians²⁾」という総合的な健康政策が発表された。「ポピュレーション・ヘルス戦略」とは、社会全体の「健康」を促進するため、個人・家族・コミュニティの健康に及ぼす種々の「決定因子 determinants」に焦点をあて、それらが「健康の格差」に及ぼす影響をはかるための適切な指標を開発し、調査し、その結果を保健医療政策に反映させる、ということである。決定因子としては次の項目があげられている：生活・職場環境（社会経済的環境）、身体的環境、保健医療サービス、幼少期の発達、社会的サポート、個人の健康習慣および忍耐力、生物・遺伝的環境。このほか、性別、文化、特定グループへの帰属も健康に影響を与えるので、保健医療政策の設計にあたってはこうした因子が健康に及ぼす影響についてもデータに基づいて解明すべきであるとしている³⁾。

ちなみに、ポピュレーション・ヘルスの考えは「健康日本」のヘルス・プロモーションにも取り入れられてはいるが、その目的があくまでも「疾病予防」であること、役所が目標を定めて生活習慣を改善させるということに留まっていること、社会的正義や公正にほとんど触れていないという点で、カナダや WHO の考えとは根本的に異なる。

次項で詳述するように、1995 年の北京行動

計画をうけてカナダ政府は保健医療政策における「ジェンダー公正」についてさらなる見直しを行った。だが、北京の前に、オタワ憲章およびポピュレーション・ヘルス戦略で掲げられた「公正」という原則から、健康におけるジェンダー格差を縮小するべく保健医療および社会保障システムの見直しが行われていたことを強調しておきたい。したがってカナダの女性保健運動は、米国の Women's Health 運動のような感情的かつ先鋭的な政治運動とは異なる性格のものとなっている。カナダにおいては、女性団体と政府は敵対的というより協力関係にあるとあってよい。

1-2 女性保健における研究と政策のかかわり

前述のように、カナダではポピュレーション・ヘルスの理念から、保健医療政策の目標として健康における格差の解消が掲げられており、性差もその一つになっていた。しかしながら健康における男女格差について本格的な施策が開始されたのは1990年代になってからである。1993年8月、カナダ保健省に「女性保健局 Women's Health Bureau」が設立され、保健医療政策・社会保障制度はもとより、雇用・住宅など女性の「健康」にかかわるあらゆる領域において「ジェンダー公正」の立場から政策を見直す責務を担うことになった。

女性保健医療政策に大きな影響を与えたのは、1995年の第4回国際女性会議（北京会議）で採択された行動計画における「女性の健康」である。これは従来の健康の定義に感情的および精神的 well-being を加え、これらが「女性の社会的・政治的・経済的状況および生理機能によって定まる」とした。だが、どのような状態が「健康」であるかは、個人の環境や思想信条によっても異なることを考慮に入れて、「すべての女性が自分が考える最上の健康状態に到達し維持できるような機会を与えられるべきである」としたのである。

北京会議の後、女性保健局はさっそく行動計画に基づいて保健医療政策を見直す研究班を

発足させ、1999年には「女性保健医療計画 Women's Health Strategy」という報告書を発表した。これはつぎの4つの目標を定めている。

目標1: カナダ保健省の政策およびプログラムを、生物的性差および社会的性差を考慮したものにする

目標2: 女性の健康および健康ニーズにかんする知識と理解を深める

目標3: 女性の健康を維持するうえで有効な保健医療サービスを提供する

目標4: 予防および健康にたいするリスク因子を減少させることにより、健康増進をはかる

カナダの女性保健政策は、ポピュレーション・ヘルスの原則に北京行動計画の精神を取り入れたものと言ってよい。以前女性保健局の研究員（現在は高齢者保健局）だった Simone Powell 氏によれば、女性保健局ではどちらかという保健医療における社会経済的格差（ジェンダー）の解消と女性のエンパワーメントに力を入れているという。女性保健局が所轄している主なプログラムは、カナダ全国の70以上の女性団体による Canadian Women's Health Network の設立⁴⁾と、全国5箇所⁵⁾に設けた Centres of Excellence という研究施設の運営である。これらのセンターは、医療サービスが中心の米国のセンターとは異なり、主として社会文化的性差が健康に及ぼす影響について研究している。筆者はサスカトゥーン市にある Prairie Women's Health Centre of Excellence の研究員、Kay Willson 博士とバンクーバーの British Columbia Centre of Excellence for Women's Health 所長の Lorraine Greaves 博士によれば、研究テーマは、女性の健康にかんする社会経済的決定因子（シングルマザー、高齢者の貧困、ワーキングマザーなど）、乳癌摘出後のインプラントや高齢女性の抗うつ剤など特定の医療サービスや医薬品の使用、更年期女性の健康状態と健康維持活動、薬物使用、障害をもった高齢女性への医療サービスなど多岐にわたる。研究結果はセンターが政策提言としてまとめることもある

が、多くは女性団体や州・連邦政府が政策立案などに使われているという。

もう一つポピュレーション・ヘルスの立場から疾病管理研究所 Laboratory Centre for Disease Control (LCDC) が 1998 年に開始したのが Women's Health Surveillance である。この目的は、健康の生物学的・社会文化的性差にかんする研究のレビューを行い、問題の洗い出しと今後さらに研究が必要なテーマと、そのために必要な統計データについて調査することであった。1999 年に発表された最初の報告書 Women's Health Surveillance: A Plan of Action for Health Canada では、これまでの女性保健研究の問題点として次の項目が指摘された。

1. 研究対象が狭い： 女性の生殖に研究が偏っている
2. 性差にたいする認識が不適切に低い： 疾患の原因および治療効果は男女で同じという思いこみ
3. 女性の除外： 政策決定、研究、医療専門職に女性が少なく、意思決定から除外されていること

続いて 2000 年 6 月、カナダ保健省の諮問委員会は 21 世紀におけるポピュレーション・ヘルスの新たな研究課題を設定し、そのなかで女性保健も重点分野の一つとして取り上げられた。保健省が 23 万ドルの研究費を出資して研究班が設置され、2003 年 10 月に発表したレポートが Women's Health Surveillance: Multi-dimensional Look at the Health of Canadian Women⁶⁾である。

新レポートは 5 部からなり、それぞれ重要な項目について論文のレビューを行い、今後必要なデータ、研究課題、そして政策について提言している。

第 1 部は生物学的原因以外の健康に影響を与える 5 つの因子のうち 5 項目を取り上げ、1) 社会階層・経済状態など女性の社会経済的因子が健康や障害におよぼす影響、2) 婚姻関係・就業と健康の関係、とくに未婚の母・離婚

した母親・子どものいない女性のそれぞれ就業者・無職者で健康状態にどのような差があるか、3) 地域・収入・婚姻状態による健康プラクティスの違いと健康状態、4) 体重と自己の身体イメージに満足かどうかの関係、5) 日常活動と肥満の関係、6) 喫煙における性差、6) 女性の薬物乱用。

第 2 部はカナダ女性の健康状態のレビューで、3 項目が取り上げられている。1) 寿命および健康寿命、およびそれらの阻害因子、2) 疾病および障害の動向、3) 少子化と女性の健康。印象的なのは「少子化の影響」の取り上げられ方で、日本では「なぜ子どもを産まないか」という質問に終始するのにたいし、このレポートでは、子どもの有無や数が直接女性および男性の健康に及ぼす影響、および社会階層（雇用・非雇用、教育程度、持ち家・借家）と子ども数の関係が主になっている。

第 3 部は特定の疾患ないし健康問題の動向と現行の研究および対策の評価、および将来の方針で、主として生物学的性差を取り上げている。1) 乳癌、2) 子宮癌、3) 子宮以外の生殖器癌、4) 循環器疾患、5) 糖尿病、6) 慢性疼痛、7) 関節炎、8) うつ、9) 痴呆、10) 摂食障害、11) 女性にたいする暴力、12) 更年期障害、12) セクシュアリティ、13) 避妊、14) 性感染症、15) 女性と HIV。

第 4 部は保健医療サービスの質と利用状況について、1) 周産期ケア、2) 女性の保健医療サービス利用に影響を与える因子の分析である。女性は寿命こそ男性より長い、生涯を通して男性より健康状態が悪いと感じることが多く、医療サービスの利用も男性より多い。

報告書は最後に、より包括的な女性保健サーベイランス・システムの必要性を強調している。カナダの保健医療政策がいかに「科学的根拠」に立脚しているかがよく分かる。カナダ統計局の Mark Tremblay 博士によれば、科学的根拠は国民への説明責任を果たすために必須のものであり、したがって統計調査の設計と利用は保健医療政策の根幹をなすという。カナダ国民

が保健医療システムに絶大な信頼を寄せている背景には、たんに無料でサービスが受けられるというだけでなく、政策に理念と研究の裏づけがあり、政府がより良い保健医療システムの構築に全力を傾けていることを国民が周知していることがあるだろう。すなわち保健医療政策にはっきりした哲学とビジョンがあり、プログラムの立案には多分野の研究者や医療関係者が参加して綿密な政策研究が行われ、そのため政府統計が整備され、政策が実行されれば具体的な数値による検証が行われて有効性が判断されてさらなるプログラムの手直しが行われる。こうした研究によって得られた情報は健康情報研究所 Canadian Institute for Health Information が保健医療従事者のみならず一般やメディアにも広く公開されるので、確かな情報を早く伝達することが可能になっているのである。

1-3 高齢化と保健医療サービス改革

カナダ人男女の「健康」状態は良好といっ

よい。2001年の平均寿命は女性 81.8 歳、男性 76.5 歳で、日本人より女性で 2.9 歳、男性で 1.2 歳短い。しかしながら、総合的な「健康」指標として国連が発表している 2003 年 Human Development Report をみると、平均寿命・成人識字率・就学率・GDP を総合した人間開発指数 (Human Development Index, HDI) ではカナダは世界 8 位 (日本は 9 位)、女性の平均寿命・成人識字率・就学率・収入を合わせたジェンダー関連開発指数 (Gender Related Development, GRD) では 8 位 (日本は 9 位)、そして女性の国会議員・管理職・専門職・賃金男女格差でみたジェンダー・エンパワーメント指数 (Gender Empowerment Measure, GEM) では 9 位 (日本はなんと 44 位) になっている。

カナダにおける保健医療財政やアクセスを比較してみた。表 1-1 は国民一人あたりの医療支出と GDP に占める医療支出の割合である。日本と比べてカナダのほうが医療に多く支出していることがわかる。

表 1-1 保健医療費の比較 (1997 年) ⁷⁾

	国民 1 人あたり医療費	GDP に占める医療支出の割合
カナダ	\$2,095	9.0%
日本	\$1,082	7.3%

表 1-2 分野別にみた医療支出 (1996 年) ⁷⁾

	国民 1 人あたり病院支出	医療総支出に占める病院支出	人口のうち入院患者の占める割合	平均入院日数	1 日あたり入院費	人口 100 万人あたりの CT 設置数
カナダ	\$918	44.5%	11.0%	10.5 日	\$489	7.9 台
日本	\$463	28.5%	9.3%	43.7 日	\$83	69.7 台

表 1-3 医師・医薬品への支出 (1996 年) ⁷⁾

	国民 1 人あたり医師への支払い	総医療費に占める医師への支払い	人口 1,000 人あたり医師数	国民 1 人あたり受診回数	国民 1 人あたり医薬品費	総医療費に占める医薬品費
カナダ	\$298	14.5%	2.1 人	6.5 回	\$258	12.5%
日本	\$542	34.4%	1.8 人	15.8 回	\$349	20.8%

医療費の内訳をみてみよう。表 1-2 は病院への支出と入院日数などを比較したものである。カナダは病院のために日本の約 2 倍を支出しているが、入院日数では日本のほうが 4 倍も長い。近年、厚生労働省では入院日数の削減に努めているし、何より長期入院が多かった精神病患者の社会復帰を進めているので、現在では日本でも入院日数は減ったと思われるが、入院 1 日あたりの費用で比べてもカナダと約 10 倍もの開きがある。入院費とはまったく逆に、CT をはじめ大型診断機器は日本のほうがカナダの 10 倍も多い。表 1-3 は医師・医薬品への支出を示している。医師への支出は、おおむね受診回数と一致して、日本がカナダの倍となっている。医薬品も日本はカナダに比べて約 4 割多い。

これらのデータから、カナダの医療は、入院日数・通院回数ともに少なく、大型検査機器や医薬品には費用をかけないが、そのぶん入院治療サービスが充実していると言えるだろう。これは、科学的根拠に基づいて常に診断・治療の有効性をチェックしているため無駄な診療や投薬が少なく、さらにプライマリケアが充実しているため、ドクター・ショッピングが少ないためと思われる。じっさいにカナダ人の医療サービスへの満足度は高く、これも日本との大きな違いである。

カナダの保健医療サービスの特徴は、一般医 *general practitioner*, GP をはじめとするプライマリケアと、専門医療がはっきりと異なる機能を持ちながら連携していることにある。カナダの「プライマリケア」とは利用者が紹介なしで直接受けられる保健医療サービスのすべてをさし、一般医 *general practitioner* のほか、歯科医師、検眼視力検査師、カイロプラクティック師、物理療法師がおり、それぞれ独立にオフィスを構えているが、何らかのグループをつくって診療にあたっている。

プライマリケアの担当範囲も非常に広い。病気の診断・治療および専門医療機関の紹介のほか、ヘルス・プロモーションの担い手として、

さらに高齢者や障害者の介護も GP が中心になっている。GP の守備範囲は広く、小児科から、婦人科・産科・更年期、障害や痴呆を抱えた高齢者のケアまで担当するという。

サスカチュワン大学医学部長で内科専門医の Bill Albritton 教授は、高齢化が進む社会で、医療費の高騰を抑えながら国民すべてに必用十分な医療サービスを提供するには、診療・介護・ヘルスプロモーションのすべてにわたってプライマリケアが鍵になると語った。

じっさいに、高齢化の進行に伴う医療費の増加は、国民皆保健制度を脅かす可能性があるものとして深刻に捉えられている。カナダにおける 60 歳以上の高齢者は現在は人口の 17% を占めるが、2031 年には 28.5% になると考えられている。大半のカナダ国民、とりわけ高齢層は現行の制度を維持すべきだと信じているが、州によっては、一部を民営化してより多様なサービスを受けられるようにすべきだという意見が強いところもある。そのためカナダ政府は 2001 年に *Commission on the Future of Health Care In Canada* という委員会を設置し、将来の保健医療制度について調査を委嘱した。委員長の Roy J. Romanow 博士の名前から *ロマノウ・レポート* と呼ばれる報告書がもっとも強調したのは、プライマリケアの充実であった⁸⁾。

ブリティッシュ・コロンビア大学で痴呆のプライマリケアを担当している Martha Donnelly 教授は、痴呆を抱えた高齢者が自宅で暮らすには、プライマリケアが必用不可欠と強調した。ドネリ教授は痴呆など高齢者の精神疾患の専門医だが、バンクーバー病院のオフィスに患者が来ることはまれである。通常のプロセスは、まず痴呆患者の主治医である GP ないし家族からの電話があり、患者の状態を把握する。つぎにドネリ教授は看護婦かソーシャルワーカーとともに主治医を訪問し、患者および家族に詳しく話を聞いたうえで、ケアの方針を立てる。それから後は、ドネリ教授のスタッフの看護師かソーシャルワーカーが担当になり、

GP とともにケアにあたるという。GP・コメディカル・専門医がチームでケアにあたることによって、痴呆患者が家庭で暮らせる期間を長くできるとドネリ教授は語った。

バンクーバー病院で女性保健医療の専門科を担当している Jan Christilaw 医師は、女性と高齢者にとってプライマリケアはとくに重要という。クリスティロウ医師は更年期を中心とした婦人科専門医だが、「女性保健医療 Women's Health」とは「プライマリケアに生物学的・社会文化的性差 sex & gender differences の視点を取り入れること」だという。女性の生殖機能は身体機能だけでなく、配偶者との関係性といった well-being と密接に関係があるので、GP にとって性・生殖に関する知識は必用不可欠である。カナダの GP は避妊・妊娠・出産、月経障害、更年期、さらに初期のうつ病まで担当しているが、生殖機能が循環器系など全身に及ぼす影響については認識が足りない。病院における女性保健医療専門科の役割は、生物学的性差のみならず社会的性差も視野に入れたプライマリケアのロールモデルをつくり、普及させることにある。クリスティロウ医師はかなりの時間を講演会やメディアを通しての啓発活動に割いている。高齢者の過半数は女性なので、女性ができるだけ長く健康を維持し社会で活躍できるようにすることは、家族や社会にとって重要なことだとクリスティロウ医師は強調した。

1-4 高齢者介護

カナダでも高齢者人口の増加はめざましく、医療と介護の双方で大きな問題になっている。とりわけ問題なのは、介護ニーズの多様化と老人ホームの入居希望が増大したことによる需要と供給のミスマッチだった。このためカナダ連邦保健省は 1996 に介護制度の見直しを行った。最大の変更点は、それまで高齢者や家族が自由に行っていた介護サービスの選択を、国営の Community Care Access Centres (CCACs) が一括して行うことになったのである。

日本の介護保険制度と同様に、介護が必要になった高齢者自身か家族が CCAC に連絡をすると、係官がやってきて調査を行い、要介護度の判定を行い、本人や家族とともに官民によって提供される多様なサービスから適当なものを選び、手配し、基準にあっている場合は政府援助の申請を行う。日本の制度との違いは、本人の希望がそのまま受け入れられるとは限らないことである。たとえば老人医療施設への入居を希望しても、要介護度が規定に達しない場合は他のサービスしか受けられない場合がある。もちろん、自己資産が多ければ民間のサービスを自由に利用することができるが、その場合も CCAC が情報を提供する。介護サービスが始まれば、定期的に状況を視察するのも CCAC の役割となっている。

高齢者介護や自立支援サービスは、州政府や地方政府が直接提供するもののほか、教会・慈善団体・エスニックグループの自助団体・地域の NGO、民間企業など種々のセクターが多様なサービスを提供し、連邦・州政府がサービスの種類や質に応じて補助金を出している。家庭に留まりたい要介護者にたいしては、訪問看護から家事代行・給食・車の送迎・フットケアにいたる種々のサービスがあり、自宅に留まることが難しい高齢者には 24 時間看護サービスのある老人ホームからケア付き一戸建・集合住宅まで、資産やニーズに応じてさまざまな形態がある。

老人ホームや介護施設はほとんどが教会や慈善団体によって設立・運営されているが、政府の補助を受けるには CCAC の規則を順守しなければならないため、宗派や文化によって入居者を選別することは許されない。ただし言語などの文化的背景は尊重されるという。バンクーバーのキリスト教会系ホームを訪問したとき、日本人 1 世の老婦人に会ったが、ほとんど日本語しか話せないうえ痴呆を抱えているため、日本人団体が運営するホームへの転居を申請中だとホームの所長が語った。

オンタリオ州政府保健局の David

McCutcheon 副大臣 (保健サービス・女性保健担当) と Geoff Quirt 副大臣 (高齢者医療担当) によれば、CCAC を介護の窓口として一本化することにより、高齢者が自分の資産とニーズに応じてサービスを選ぶことが可能になったという。ある意味で選択の幅が狭まったが、カナダ国民には、日本の介護保険のような新たな負担を設けることは承服しがたいだろうと語った。

ブリティッシュ・コロンビア州政府の Katherine Whittred 高齢者医療・介護担当大臣によれば、高齢者にたいする介護・医療サービスにはとくに女性向けのものはなく、また家族介護者にたいする給付も設けていないという。カナダでは家庭介護はほとんどが配偶者によるもので、子どもや子どもの配偶者による介護は少ない。重要なのは高齢者ができるだけ自宅で長く暮らせることで、そのためにプライマリケアとヘルス・プロモーションに力をいれているという。ブリティッシュ・コロンビア州では、すべての家庭に BC Health Guide という家庭医学の手引書が配布され、さらに 50 歳以上の家族がいる家庭には Healthwise for Life という中高年向けの健康ガイドが配布されている。

1-5 保健医療・介護におけるボランティア

カナダの保健医療のもう一つの特徴は旺盛なボランティアにある。無料で医療を受けられるのは北欧型の社会保障制度と共通しているが、北欧のシステムでは政府の出資によってすべてのサービスがまかなわれるのに対し、カナダでは民間のボランティア組織が自らの経験を生かした活動により、連邦・地方政府のプログラムを補完している。女性および高齢者の健康維持にとりわけ強力な力になっているのが引退した専門職である。

筆者がインタビューを行った NGO はサスカトゥーンの高齢者評議会 Saskatoon Council on Aging、トロントの高齢女性ネットワーク Older Women's Network、そしてバンクーバ

ーの糖尿病協会 Canadian Diabetes Association である。高齢者評議会はサスカトゥーン市の高齢者にたいする情報提供や健康維持プログラムを行うと同時に、サスカトゥーン市保健局への提言を行っている。評議会の中心メンバーはいずれも高齢者で、現役時代はサスカチュワン大学政策学教授・保健婦・看護婦・ソーシャルワーカー・教師という専門職についていた。理事会には市の保健センターから NGO 担当の保健婦が参加し、プログラムの広報や予算の獲得、他の団体との連携などの協力を行っている。

トロントの高齢女性ネットワークの中心メンバーは元教師・看護婦・ソーシャルワーカーで、それぞれ専門知識と人脈を生かしてプログラムの立案や予算獲得にあたっているのが印象的だった。リーダーのエセル・ミード氏によれば、ネットワークはとくに一人暮らしの女性や高齢カップルのための住宅建設に力を入れているという。ミード氏らが入居しているトロントの市内の瀟洒な 19 階建て高層マンションもネットワークが建設したもので、メンバーが優先的に入居できるが、メンバー以外の若い男女や家族も入居できる。高齢者だけで住むより、若い人や子どもたちがいたほうが、お互いのためになるという。マンションには、講演会やパーティーができる集会室、ネットワークの事務室、ビデオやステレオも整備された図書室、広いベランダと花壇があって、それらのメンテナンスはいずれも入居者が担当している。

カナダ糖尿病協会は 1977 年に設立され、カナダ全土で 150 箇所の支部をもつ巨大組織である。現在、ビクトリア大学老年医学センターで事務長を務めるマーク・デイヴィス氏は元銀行員で、長らく自身の糖尿病と戦うかたわら糖尿病協会のボランティアとして患者教育にあっていた。一昨年、その経験を買われてビクトリア大学老年医学センターに転職し、センター運営のほかに健康教育プログラムを担当しているという。糖尿病のようにライフスタイルの自己管理が必須の疾患では医師のサポート

だけでは不十分で、患者同士の支えあいや情報の交換が大事とデイヴィス氏は言う。糖尿病でとくに問題なのは女性より男性、それも一人暮らしの人だそうだ。料理のスキルが不十分なうえ、生活習慣が良くない場合が多いからだが、簡単な料理のコツを教えるなどで改善できるという。さまざまな状況にある患者のニーズを把握し有効な対策をたてるには、患者自身のイニシアティブで医師や行政を動かすことが重要であり、患者団体はそのための有効な装置になっているようだ。

高齢者介護でもボランティアが重要な役割を果たしている。カナダでは子どもが親の介護を直接担うことは稀だが、そのぶんボランティアとして活動しているように思われる。今回の訪問で最も印象的だったのはバンクーバー市の閑静な住宅街にある英国教会系の老人ホームだった。50人あまりの入居者は8割以上が女性で、そのほとんどが痴呆をかかえている。建物は白いペンキ塗りの木造2階建てで、庭には花が咲き乱れ、2階のベランダにも大きな植木鉢がいくつも置かれ、デッキチェアやベンチで休めるようになっていた。内部のドアやエレベーターは徘徊による事故を避けるため鍵がかかるようになっているが、内装はや家具はごく普通の品のよい中流家庭のようだった。教会からよほど多額の資金がでているのかと思ったが、所長のJoyce Nolin氏によれば、他の老人ホームと同じく政府の補助金でまかなわれているという。しかし、入居者の家族が80人近くボランティアとして登録していて、庭造りからペンキ塗り、設備の修繕、車の送迎などをしてくれる。ボランティアの多くは家族が亡くなったあとでも支援者として残り、一種の家族のようになっているとのことだった。

カナダにおける国民皆保健制度とボランティアリズムは、国民同士の助け合いという共通の精神にたち、車の両輪のように機能している。ボランティアリズムは私的な世代間扶養の代替えともいえるが、老後を子どもに頼れる可能性の少ない女性にはとくに有用なものといえるだろ

う。

1-6 まとめと考察

カナダの保健医療制度の特徴は、その明確な理念と方法論、それらを実現するための官民をあげた努力にある。とくにオタワ憲章に基づくポピュレーション・ヘルスの概念と方法論は、女性保健のみならずわが国の保健医療政策全体にとって参考になるところが多いと思われる。

ポピュレーション・ヘルスの観点からわが国の保健医療をみると、日本の政策に欠けているものが見えてくる。すなわち「健康」の概念があまりに狭いこと、とりわけ健康の社会的「公正」が考慮されていないこと、政策実現のための研究が乏しく、データの整備もされていないことである。

さらに問題なのは、「男女共同参画」の基礎をなす概念、すなわち「ジェンダー・フリー（あるいはジェンダー中立）」である。ジェンダーを性別役割「意識」の問題とし、したがって男女の差を無視すれば「男女平等」社会が実現するというのは、科学的証拠を無視した暴論である。生物学的性差は厳然として存在するのであり、だからこそ寿命や老化プロセスや疾病・障害にも男女で大きな差があるのである。こうした差を無視することによって、被害を蒙るのは女性のほうである。重要なのはジェンダー公正、すなわち生物学的・社会的性差があることを認識したうえで、男女の格差をできるだけ少なくするにはどうすればいいかということである。そのためにまずもって必要なのは、健康と老化のプロセスにおける生物学的格差 sex difference と社会経済的格差 gender difference に関する調査研究、その基本となる政府統計の整備である。

文献

1. McArthur M, Ramsay C, Walker M: カナダ市民にとっての保健医療サービス改善。健全なインセンティブを：McArthur

- M, Ramsay C, Walker M (ed), 西田在賢、瀬尾隆 (監訳) : 国際的な文脈で考える医療制度改革、ファイザーヘルスリサーチ振興財団、1996
2. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health: Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians, Minister of Supply and Services Canada, 1994.
 3. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health: Toward a Healthy Future, Second Report on the Health of Canadians, 1999, Health Canada.
 4. The Canadian Women's Health Network, <http://www.cwhn.ca/indexeng.html>
 5. Centres of Excellence for Women's Health, <http://www.cwhn.ca/cewhp-pcesf/index.html>
 6. Advisory Committee on Women's Health: Women's Health Surveillance Report: A Multi-dimensional Look at the Health of Canadian Women, Canadian Institute for Health Information, 2003.
 7. Anderson GF, Poullier J-P: Health spending, access, and outcomes: Trends in industrialized countries, Health Affairs 18:3, 178-192, 1999.
 8. Commission on the Future of Health Care In Canada (Commissioner: Roy J. Romanow): Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report, 2002.

2. “女性のためのヘルスプロモーションセンター”の構想

松田昌子 (山口大学医学部付属病院 女性診療外来)

2-1 米国での女性医療の発端とその経緯

米国では女性に対する医療の遅れが認識され、1990年 NIH (国立衛生研究所) が Office of Research on Women's Health を設立、さらに 1991 年には、閉経後女性の死亡や障害、QOL の低下の主な原因となる心疾患、癌、骨粗鬆症に対する対策を基本方針とした 15 年の大規模研究プロジェクト、Women's Health Initiative を設立し、女性の健康に膨大な予算を投じ、その健康対策に大きく一歩を踏み出した。また、米国保健社会福祉省は総合的、そして一貫性のある新しい女性医療実践のモデルとして National Centers of Excellence in Women's Health (COE) を指定しバックアップしている。現在全米で 19 施設が指定されているが、2 年毎にその活動は評価され、その結果、新規に加わる施設もあれば指定からはずれる施設もある。センターとして指定されれば、

資金面でも運営面でも有利になるので、それぞれの特徴ある活動を展開し、アピールに努めている。このように、米国でも女性医療のあり方は各施設でどのような方法がいいのか検討中というのが現状である。このような米国の NIH の動向は、これまで生殖医療、婦人科医療など女性特有の臓器に対する医療を女性医療としてきたものから、男性におけるエビデンスをそのまま女性に適用していた男女に共通する疾患における医療の性差にも目を向けさせるようになった。

これらのセンターが共通して掲げる基本的な目標は、総合的なレベルの高い女性医療サービスの提供、多角的研究、一般人及び専門家のための教育・トレーニング・教育資料の作成、地域社会との連携、医学分野での女性の地位の確立の 5 項目である。カリフォルニア大学ロサンゼルス校 (UCLA) では、臨床部門担当はセ

ンター長以下大部分の医師は女性の一般内科医師で、一方、ミシガン大学のように産婦人科医師中心に構成されている施設もある。いずれのセンターでも、医療情報・教育担当部門はソーシャル・ワーカーや看護師、学生、ボランティアなど多くの医師以外の職種の人と共に活動している。

運営資金については、臨床部門はともかく、患者教育やリサーチなどの領域はどこも十分な予算があるわけではなく、有料健康講座の開催、公的機関への予算申請、企業や個人の寄付の募集、イベント会場での健康関連物品の販売など、資金集めに、かなりのエネルギーを使っているのが現状である。

2-2 日本の社会的背景と女性医療(女性外来)開設の経緯

医療現場の歴史はその時代の社会、文化を反映すべきものである。女性医療も社会情勢の変化の中で必要に応じて生まれてきたものであり、社会のニーズに応じて発展する。従って国により、また地域により、そして施設によりその発展はその場所に応じた形でなされるべきであり多様化した発展が望まれる。

米国での性差医療、女性医療の活動が活発化することに少し遅れて、日本でも、生殖医療に限定しない、女性の健康を包括的に診療するという目的のもとに、2001年、日本で初めて鹿児島大学第一内科に女性医師だけによる「女性専用外来」が開設された。多くの女性患者が殺到しそのニーズの多さをアピールして以来、日本でも女性の医療問題、ヘルス・ケアに対する関心は急速に高まり、同様の目的で開設された施設は、20近い大学病院、また公的、私的病院を加えると100を超え、今後も増え続ける可能性が大きい。これらの施設を受診する患者の訴えは、婦人科的領域と並んでメンタル・ヘルス領域が多く、山口大学の「女性診療外来」受診者の傾向(図2.3)とほぼ同様である。この点は、米国の女性医療センターが、婦人科、心疾患、癌、メンタルヘルス等をほぼ均等に診

療していることとやや異なる。日本においては、女性のメンタルケア、あるいは男性も含めたメンタルヘルスへの対応が遅れ、受診できる施設が少ないということを示唆するものかもしれない。

性差を考慮した医療(Gender-specific medicine)は、患者の性差に基づく問題を考慮せず、医師の側から画一的に行われてきた医療に対する疑問、反省から生じたものであり、患者、そして医師の側からも大いに注目されている。病気の罹患率や死亡率、病気になったときの症状など、男女の差についてはまだわかっていないことが多い。これまでの病気の原因や治療に関する多くの研究は男性を対象に行われてきており、女性特有の病気以外の、男女ともに罹患する疾患における女性に関する情報は非常に少ない。女性を対象とする医学及び医療研究は、生物学的性差及び社会的性差が生み出す医学・医療での性差を明らかにしていくという概念の中で発展すべきものと考えられる。このようにしてみると女性医療あるいは女性外来の目的は大きく2つあるように考えられる。一つは生物学的性差を認識し、性差医療あるいは女性医療という新たな視点から新しいものを見出しその結果を医療現場に還元することによりこれからの医療に貢献することにある。もうひとつは女性が望む、性差に配慮した医療を提供してこなかった現場の改善にある。

日本では従来の概念での女性医療の担い手は産婦人科医師であったが、そのような女性特有の臓器に限らない、広い意味での女性外来の開設が近年急速に増加してきている。その内容は、1) 婦人科や内科など単科での診療、2) 婦人科や精神科、内科など多くの専門家が勤務し、どの領域の疾患にも対応する多科診療、3) そこでは検査や治療など医療行為は一切おこなわず相談のみを提供し、必要に応じて専門外来受診を勧める施設、などいくつかのパターンに分かれる。しかし、それらのどれもが患者の話を“傾聴する”ということを基本に置いている。これは、高度化、スピード化が進む医療の

中で、患者が求める医療とは何かということを中心にもどって考え、とかく忘れがちになってきている患者と医師の関係を重視した医療を回復させることにつながる。女性外来はそれを実践する場でもある。

米国での1人の患者の診療にかかる時間は、男女関係なく初診は30分以上、再診15分～30分、診察室でのプライバシーの保護に対する配慮なども従来から十分されてきており、日本の外来診療とは異なっている。日本の新しい女性外来が、性差に配慮した女性医療として、“傾聴”やプライバシー保護に配慮した診療環境を重視していることは、女性に限らず、男性対象の医療においても実践されるべきことであり、男性医療改善へのメッセージともなるはずである。

2-3 我々の女性外来の現状とその評価

患者が大学病院の女性外来に期待するものは、必要とあれば院内に専門の診療科がそろい、何でも対応してもらえ、言い換えれば1ヶ所で包括的診療を受けることができることであろう。そのためには患者の持つ種々の問題点を専門外来との連携により解決し、それらを統合して診療にあたる、いわゆるMultidisciplinary Health Care Systemが適していると考えられる。さらに医師の診療の他、看護師や栄養士、薬剤師などコメディカルスタッフによる患者のサポート体制により、より充実した診療を提供できる。このような視点から、われわれの女性外来担当医師は、内科、婦人科、精神科、乳腺・肛門外科、整形外科、皮膚科の6つの専門領域から11名が出務し、専門性を活かした診療体制をとることになった。また、患者に対する種々の健康指導にかかわる看護師・助産師や栄養士、健康運動指導士、薬剤師も加わり、総勢20名余りのスタッフで開始した¹⁾。

山口大学の「女性診療外来」では、他の女性外来と同様に、十分な診療時間を確保する目的で完全予約制をとり、大部分が電話により受付

けている。予約はある程度専門領域を考慮して受付ける。栄養指導や健康指導は医師が診察日と同日に指導を受けられるよう、各担当者に連絡して行う。毎日1～2名の医師が交代で非侵襲的検査、投薬、健康指導などを中心に診療し、必要に応じて専門外来に紹介している。

6ヶ月間の初診患者数は304名で、その年齢は30歳代、40歳代、50歳代がそれぞれ約20%と同じ割合を占め、20歳代、60歳代がそれに続いて約15%であった(2)。女性外来受診理由として不安・不眠が最も多く、受診者の約23%が訴えていた(図1)。続いて月経異常、動悸・胸痛、ほてり・のぼせが続いた。一方、医師による診断によると、更年期障害、月経・内分泌異常、癌、不妊など婦人科関連のものが30%と最多で、メンタル・ヘルスに関連するものが約25%と、他疾患から群を抜いて多かった(図2)。そして短期ではあるが外来患者総数は増えてきている。

2-4 女性医療の今後の展望

女性外来の発展のためには女性外来単独では問題は解決しないことが多い。女性外来が提供する臨床サービスは女性の立場を配慮した医療、専門の垣根を越えた連携による全人的医療を目指し、スタッフの充実のためにはその教育を、患者を増やすためには一般市民の啓蒙活動と地域保健への貢献を、そして女性医療そのものを発展させていくためには研究部門を充実させていかなければならない。臨床サービス、地域貢献活動、医療提供者の教育、性差医療研究の4つの活動を機能的に進め、女性のよりよい健康を目指すためには、それらを統合するセンターを作り³⁾、さらに他施設との連携をとるネットワークが必要となってくるであろう(図3)。

a. 臨床サービスとしての女性外来：

女性外来は十分な問診と診察、患者の背景まで含めた全人医療を心がけている。現在の女性外来の形態は専門及び職域を超えた協力・連携システムをとって医師の診療のみならず院内で

の種々のコメディカル スタッフ による協力の上に進められていることが特徴である。さらに患者のもつ種々の問題点を専門外来との連携により解決し、それらを統合して診療にあたる、いわゆる Multidisciplinary Health Care System をとっている。しかし女性外来は先端医療を行う特殊外来とは違いそれだけでは採算の取れる部門ではない。今後総合的医療を提供する女性外来が医療経済の面からいかに効率よく、質の高いケアを提供するかということは大きな課題である。その方法として女性外来の形態を工夫すること、もうひとつは女性外来を含む外来全体のシステムを考えることである。ここでは前者について述べるが、後者については女性外来による新たな医療形態の導入、あるいは男女を分けることによる新しいケアシステムの導入ということが考えられるが、これらは女性外来の今後の動向を見ながら対応していくものであろう³⁾。

女性外来の医師は婦人科や乳腺に関連した女性特有の疾患領域と一般内科領域が主で、特にニーズの高い婦人科検診およびマンモグラム読影を含む乳癌検診のトレーニングを受け、さらに一般内科診療ができる女性外来専門医が求められる。よりよいプライマリ・ケアを提供するためには有機的なシステムの充実が大切であり、それを経済効率という面でいかにうまく運営するかは Nonphysician clinician の活性化にかかわってくる(図4)。Nonphysician clinician には、看護師、助産師、薬剤師、栄養士、ソーシャル・ワーカー、臨床心理師、健康運動指導士などが含まれ、相互に補いあって治療に加わることにより、よりきめの細かい医療を行うことが期待される。病歴聴取、薬の説明、生活の注意点など医師が限られた時間内に十分に説明することができないことを彼らが分担することにより医師の診療時間を短縮することができるとともに、医師では不十分なきめの細かい医療が可能となる。医療の質を上げるために彼らの教育および彼らとの連携を定期的なカンファレンスを通じて行うことが大

切なことはいうまでもない。

また女性からのニーズが高い肥満外来、更年期外来、乳腺外来、骨粗鬆症外来などを標榜する特殊外来を女性外来の中に作ることも患者には分かりやすいかもしれない。そこでは栄養指導、運動指導など NPC の役割がより重要になる。

現時点では女性医療を主にした施設も増えてきつつあり、また、多くの施設で受領者の数が増加してきていることは社会のニーズを反映しているものと考えられる。今後、学問的に性差を理解した、また女性に配慮した医療を提供することを目標に機能していく必要があると考える。

b. 医療関係者の教育：

医学的性差についての研究報告は近年増えてきている。それらの研究成果に立脚した医療は今後臨床で必須となってくる。これらの医学的知識を教育カリキュラムに取り入れていく必要がある。一方、男性患者と女性患者を区別せずに診療してきたことは多くの女性患者の不満の原因でもあった。男性医師のみならずすべての医師が、女性及び男性患者を区別して診るスキルを習得する必要がある。性差に敏感な医療の教育は医療系学生、医療従事者全般に対して必要である。山口大学では来年度より性差医療に関する講義を学生のカリキュラムの中に予定している。その他大学内での若い医師、学外での医師会主催の講演会などでも理解を求めていきたいと望んでいる。

c. 性差医療の研究：

男性と女性が生物学的にどのように異なるか、性差が病気の発症、症状、死亡率などにどのように関与しているか、というような問題解明は非常に遅れ、種々の研究結果が発表されるようになったのは最近のことである。遺伝子や性ホルモンによる病態への影響の差はまだ多くの未知の分野を残しており、これらの研究は今後診断、治療に大きな影響をもたらすであろうし、研究がこれからの性差医療の発展の鍵となることは間違いない。臨床研究を3分野に分

けて述べてみる。1) 女性特有の疾患：乳癌、女性の生殖器官の疾患、出産に合併する疾患に関する研究はこれまでに多くなされている。

2) 疾患に伴う女性特有の問題：同一疾患における男女の罹患率、死亡率の差は近年クローズ・アップされてきている。性差を認識し、性差という新たな視点から疾患を見つめなおす。そこから新たなものが見出せる。今後免疫疾患、動脈硬化性疾患などにみられる性差の研究から疾患の本質を解明できることが期待される。また治療においても薬物効果の男女差があることがわかってきている。米国では薬物の治験対象が男性に偏っていたものを女性も対等に加えるようにしてきている。

3) 閉経後医療の問題：女性は男性より長寿であるが、その老化の質は男性とは異なり、単に長寿=健康と考えることはできない。他人の手を借りずに自立して生きていくことのできる健康寿命の男女差は4年で、実際の平均寿命の差である7年より短く、また、その生活の質を表すQOLも高齢女性では高いとはいえない。高齢女性は、女性ホルモンの低下によって種々の体の変調を来すと同時に、加齢による慢性疾患、障害など多くの問題を抱えており、今後は、長寿という生命の量(Quantity)の増加のみでなく、質(Quality)を高める医療を実践するための研究を進めていかなければならない。さらに閉経後女性で問題になる更年期症状、骨粗鬆症、動脈硬化性疾患、うつ病など、各専門診療科と連携して性差医療に関する研究を進めなければならない。性差医療の研究の発展はこれからの性差医療の発展の大きな鍵を握る。研究の成果は女性だけでなく男性医療、さらには医療全体にフィードバックされ、そこで女性医療の重要性が改めて認識され、更なる発展につながると期待される。

d. ネットワークの確立：

米国では前述の National Centers of Excellence in Women's Health を中心として年次集会を行い研究成果の報告やお互いの情

報交換などを行っている。日本においても女性医療施設を結び、情報交換、研究協力することにより、欧米とは異なる日本における女性医療の実情、問題点、その解決の方法など、これからの女性医療に役に立つ成果が得られると考えられる。一方、地域におけるネットワークは、女性患者が遠くに行かなくても同様の治療を受けることができるように医療機関の互いの紹介に役立つ。今後女性医療が効率よく、より良い方向に発展していくためにはこのようなネットワークが必要と考える。

e. 地域保健への貢献：

女性外来のあり方を一般の人により広く知ってもらい、よりよい医療が提供できるように啓蒙することも大切である。いち早く病気を発見、そしてそれ以上悪化させない予防医療も女性医療の大きな役目である。患者一人一人が生活様式の改善を認識し自立できる医療を提供すべく心がけることにより経済効率のよい医療を目指す必要がある。社会に働きかける医療はひとつの経済効率を考える上で大切なテーマである。その為に健康相談、食事指導、運動療法などを含む健康教育講座などをコメディカルスタッフと連携して行う。家族の健康を預かる立場にある女性の健康への意識の高まりは、本人のみならず家族全体の健康向上につながる。ホーム・ページや教育用パンフレットを通じて、一般人向け病気の予防や治療に関する正確な情報を提供し、情報ネットワークを介しての質問も受ける。

今後我々の施設では山口県内の自治体や保健センターとの連携により一般市民の要望に応じた活動を行う。これは大学の独立行政法人化を見据えての“大学から学外へむけての情報発信”“地域との交流”につながると思う。ホーム・ページや教育用パンフレットを通じて、一般人向け病気の予防や治療に関する正確な情報を提供し、情報ネットワークを介しての質問に対する回答も予定している。

2-5 まとめと考察

すべての国民は質の高い心身の健康を望んでいる。よりよい医療の提供は女性医療の大きな目的のひとつである。よりよい医療をいかに効率よく提供するかは今後の医療の大きな課題である。我々はより組織化された形で大学の中だけにとどまらず女性医療を提供していくために“女性のためのヘルスプロモーションセンター”の運営を始めている。

現状を見つめそれに応じた形で実施し絶えずその成果をフィードバックしながら新たなよりよい形で運営していくことを目指している。

文献

1. 松田昌子：女性外来と Gender-sensitive Medicine への期待. 治療学 2003,37,65.
2. 松田昌子:山口大学における女性総合診療科の立ち上げと現状. MEDICO2003,34,18.
3. 松田昌子：ヘルスプロモーション. 産婦人科治療 予定
4. 松田昌子:女性外来と医療経済問題を含む今後の課題. ホルモンと臨床 予定

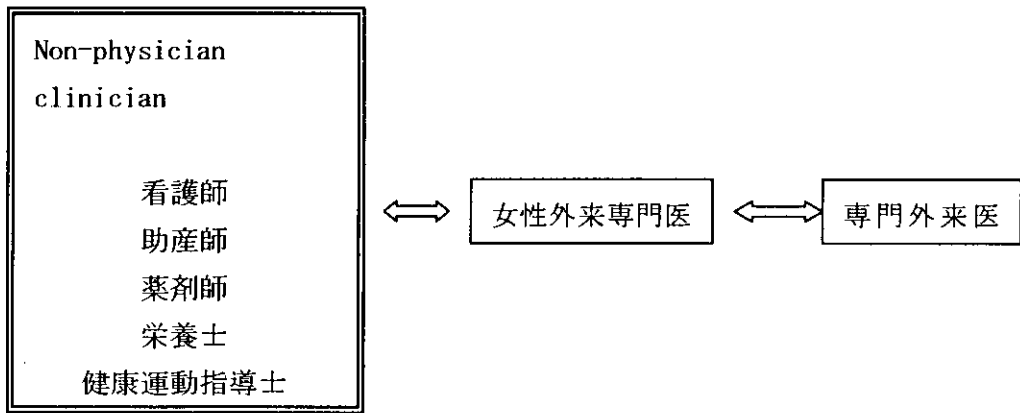


図 1. 女性外来のモデル

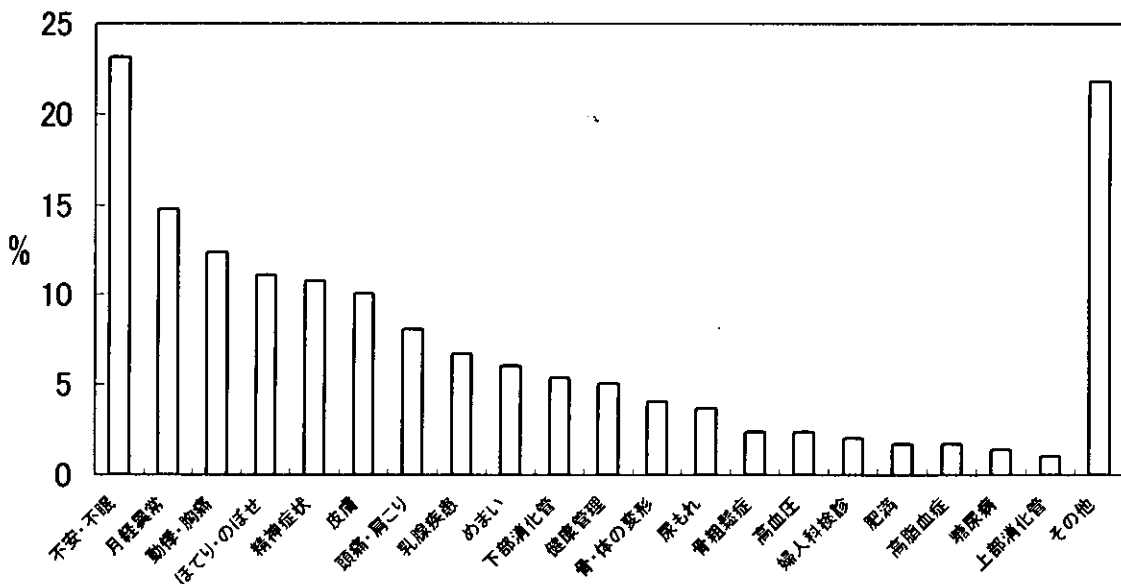


図 2 女性外来患者の訴え (複数回答)

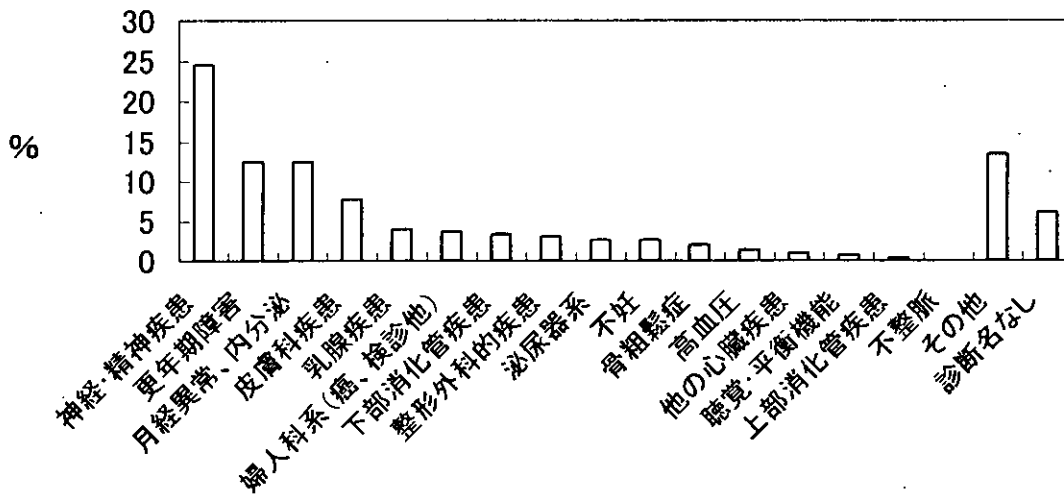


図3 女性外来患者の疾患分類

女性のためのヘルス・プロモーション・センター

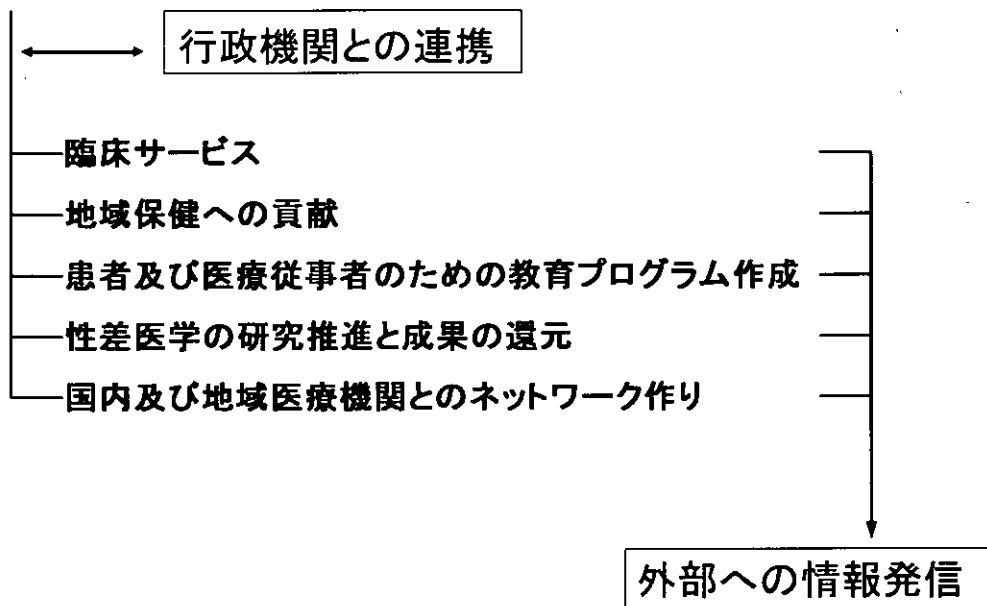


図4 女性のヘルスプロモーションセンターの構想

厚生労働省科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

医療サービス班

分担研究者 田宮菜奈子 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学 講師

受診行動の男女差を明らかにするために、ある協同組合員名簿から無作為に抽出した男性 300 人、女性 297 人を対象とし、郵送法による自己記入式質問紙票を用いた横断研究を行った。女性 88 人（回収率 29.6%、平均年齢 47.4 才）、男性 74 人（回収率 24.6%、平均年齢 48.5 才）から回答を得た。いつも、または場合によって、かかりつけ医として女性医師を希望すると答えた女性は合計 73.3%、同様に男性医師を希望すると答えた男性は 39.4%であり、有意な男女差があった（ $p < 0.0001$ ）。また、女性特有の健康問題で女性医師を希望する割合は、性器の問題（75.3%）、性交の問題（70.6%）、月経の問題（67.6%）の順に多かった。乳ガン検診や子宮ガン検診で女性医師を希望する女性はそれぞれ 68.2%、65.9%であった。女性特有の問題で過去に男性医師を受診した女性のうち、できれば女性医師に診てほしかったと答えたのは 59.6%であった。かかりつけの医療機関で診察医の性別を選べない、わからないと答えた割合は男女あわせて 76.9%であった。また、受診を妨げる理由としては、育児・介護が女性のみが多かった。

女性の 4 人に 3 人ほどが、かかりつけ医として、常にまたは場合によって女性医師を希望していた。また、性器、性交、月経の問題などは女性医師に診てほしいと考えている女性が多かった。プライマリ・ケアの現場では女性患者が 6 割を超えていると言われており、女性家庭医の役割が大きいと考えられた。医師の性別を選ぶことができない状況が明らかとなり、また、育児・介護などの負担も多い女性においては、託児や介護中でも受診時間が確保できるような患者ニーズに応えられる診療体制やサービスの改革も必要と考えられた。