

方法は、まず、受診時にHADSテスト (Hospital Anxiety and Depression Scale)、QOL測定用紙 (SF-36v1) にてこころの状態 (不安度、抑うつ度)、総合的QOLを測定した。また、初回診療終了後に満足度調査用紙 (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ) により満足度を測定した。次いで、受診3ヶ月後にHADSテスト、QOL測定用紙、満足度調査用紙を患者に郵送し、記入後返送してもらった。その上で①と②の結果を比較検討した。

また、HADS に関しては、更年期外来受診者、婦人科良性・悪性疾患に対する手術目的入院患者、健康対象群におけるデータと比較検討した。

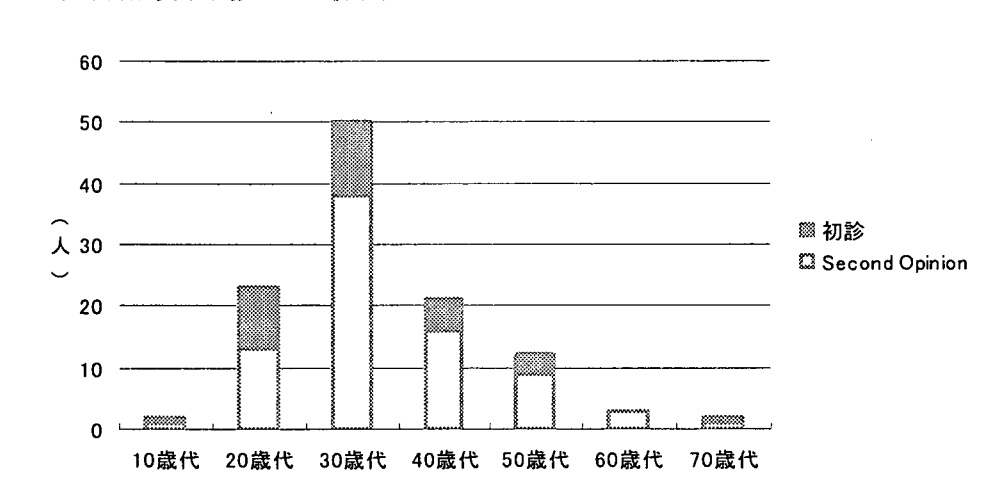
C. 研究結果

(1) 国立成育医療センターに開設された女性総合外来受診者の主訴および背景因子の検討

平成15年7月29日の開設から平成16年1月末までの受診者のうち、問診表から有効な回答が得られた症例は113名であり、受診者の年齢分布は18歳～79歳、Mean±SDは 37.6±11.2歳であり、30歳代の受診者が最も多かった。このうち未婚者は32名 (28.3%)、既婚者、離婚・死別はそれぞれ76名 (67.3%)、5名 (4.4%)であった。月経状況で見ると未閉経95名 (84.1%)、閉経後18名 (15.9%)であった。両側卵巣摘出による閉経者はなく、すべて自然閉経であり、平均閉経後期間は8.2年であった。

年齢分布とセカンド・オピニオンの比率を図1にグラフで示した。受診時の主訴については、全体の70%がそれ以前に他院受診歴があるセカンド・オピニオンを求めている受診であった。

図1、年齢別受診者数および初診、セカンドオピニオンの内訳



担当医師	人数	主訴	人数
婦人科	49	不妊	16
		母性内科	18
		体調不良	12
		妊娠への内科的不安	5
		内科的 medical check	1
		こころ	26
		うつ	13
		不安	8
		不眠	2
		イライラ	2
		その他（夫婦関係）	1
		その他	4
		尿漏れ	1
		皮膚科疾患	2
		いところ婚への心配	1

主訴の内訳は表1に示すとおりであるが、年齢層別に見ると（表2）、婦人科の主訴は各年齢層の3割強～6割弱の患者にみられるのに対して、不妊は30～40歳代に集中し、高齢ほど母性内科の問題が、若年ほどこころの問題が主訴となっている傾向がみられた。主訴の詳細をみると、主として婦人科的なものが49例（43.4%）と最も多かった。その内でも卵巣機能不全が多く、以下、更年期障害、子宮筋腫、月経困難症と続いていた。また、月経関連を含むホルモン関連の主訴が約半数であった。次いで、精神科関連26例（23.0%）、内

科関連18例（15.9%）、不妊関連16例（14.2%）、その他4例（3.5%）であり、婦人科・不妊・妊娠への不安といった産婦人科関連が71例（62.8%）と約3分の2を占めていた。一方、更年期障害、PMSを含めたこころの問題は36例（31.9%）に認められた。

以上のことから、当院女性総合外来ではセカンド・オピニオンが多いこと、産婦人科、特にホルモン関連についての相談が多いこと、約3割がこころの問題を主訴とすることが明らかとなった。

表2、担当医師の専門と受診者の年齢

%	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
婦人科	50	47.8	34	57.1	58.3	33.3	0
不妊	0	4.3	22	19	0	0	0
母性内科	0	8.7	18	4.8	25	33.3	100
こころ	50	34.8	26	14.3	8.3	0	0
その他	0	4.3	0	4.8	8.3	33.3	0

（2）受診者の不安と抑うつの検討

初診時のHADSを解析し、当外来受診者の不安と抑うつを検討した。不安スコアは7.8±3.9、抑うつスコアは7.2±4.6と高く、不安について精査すべきとされるdefinitive caseは26例（23.0%）、疑わしいとされるsuspicious caseは57例（50.5%）であり、全体の73.5%が治療も考慮される不安を抱え

ていた。一方、抑うつに関してはdefinitive caseは26例（23.0%）、suspicious caseは47例（41.6%）であり、治療も考慮される抑うつ状態にあったものが64.6%認められた。一方、不安・抑うつともにnormal caseであったのは45例（39.8%）であった。更年期外来受診者、婦人科良性・悪性疾患に対する手術目的入院患者、健康対象群におけるデータ

と比較したところ、当外来受診者は総スコア、不安スコア、抑うつスコアのすべてにおいて、健康対象群のみならず婦人科良性手術目的入院患者よりも有意に高いスコアを示しており、婦人科悪性疾患に対する手術目的入院患者や更年期外来受診患者と同等のメンタルストレスを持っていることが明らかとなった。

(3) 受診後の心理的問題およびQOLの改善度と満足度

平成15年7月29日～10月31日までの初診患者のうち、HADS、SF-36、CSQの有効回答が得られた者は103名（平均年齢38歳9ヶ月、18歳6ヶ月～70歳5ヶ月）であった。表3、4に示すようにHADS得点は平均14.6点（1～32点）、QOL尺度（SF-36）総得点平均は503.5/800であった。フォローアップ調査では、45名の回答が得られ、アンケート回収率は39.8%であるが、調査の返答あり群（45名）と返答なし群（68名）の間には、年齢、診療から調査までの期間、担当医、初回の質問紙調査の結果のいずれについても有意差はなかった。以上より、今回のフォローアップ調査で回答が得られた対象は母集団を代表するものとみなすことができる。

まず、女性総合外来受診前後における HADS

と QOL 尺度の診療前後での各検査結果の変化を「対応サンプルの T 検定」を用いて検討した。HADS では不安 ($t=2.47, p<.05$)、抑うつ ($t=2.35, p<.05$)、及び不安と抑うつをあわせた全体 ($t=2.75, p<.01$) において、診療前より診療後の方が統計的に有意な低下がみられた。次に、QOL 尺度である SF-36 では、下位項目の「健康感」($t=-1.93, p<.1$)、「活力」($t=-2.33, p<.05$)、「心の健康」($t=-2.00, p<.05$) において診療前より後の方が統計的に有意に QOL 得点が上昇していた。下位項目のうちいずれも精神的健康度を表わす「活力」と「心の健康」の項目において診療前より後の方が統計的に有意に高まる傾向がみられたが、その他の精神的健康度を表わす下位項目と、身体的健康度を表わす下位項目には有意な変化は認めなかった。

最後に、満足度の安定性については、面接直後からフォローアップ調査までの期間における患者の満足度は、各項目（問1～8）で統計的に有意に高い相関関係があり ($.33 < r < .73$)、時間経過による変化はなかった（図2）。

表3 不安度と抑うつ度の診療前と3ヵ月後の変化

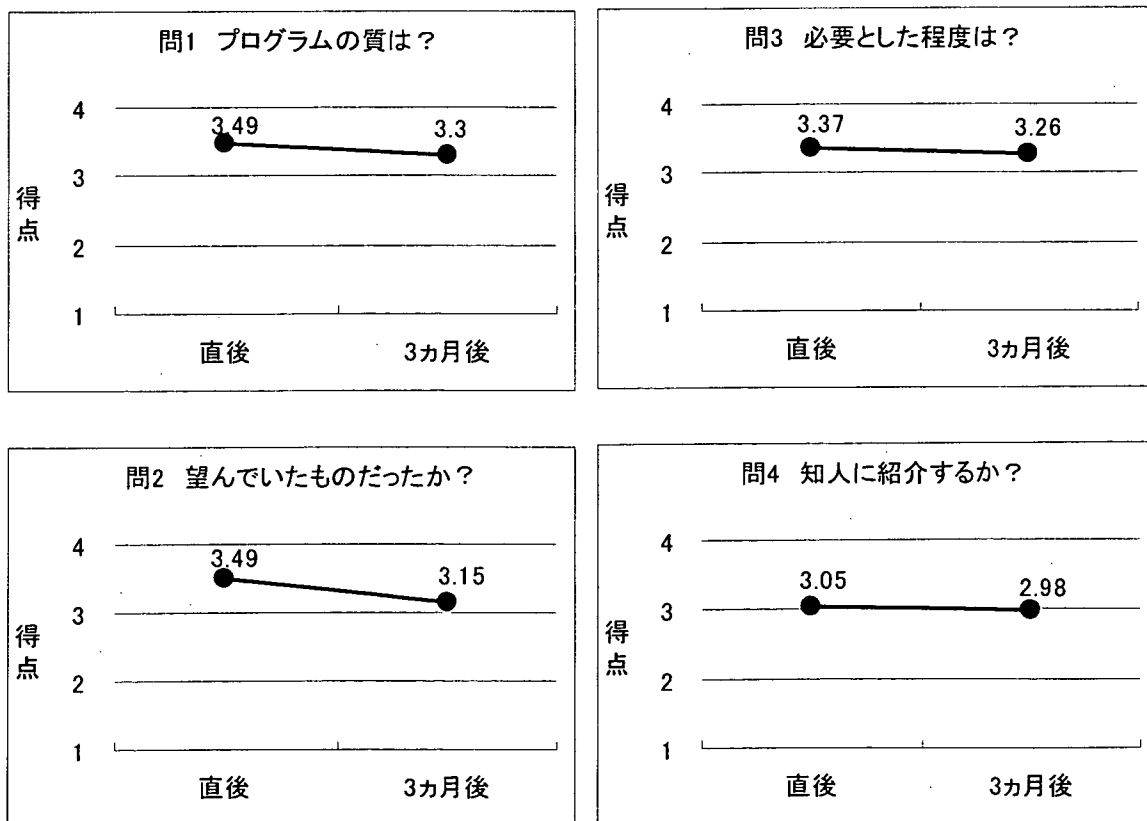
	N		M	SD	
HADS	31	before	14.6	(7.5)	$t=2.75$
		after	12.6	(7.7)	$p<.01$
A	31	before	7.6	(3.7)	$t=2.47$
		after	6.5	(4.0)	$p<.05$
D	31	before	6.9	(4.5)	$t=2.35$
		after	5.9	(4.3)	$p<.05$
A:不安度		D:抑うつ度			

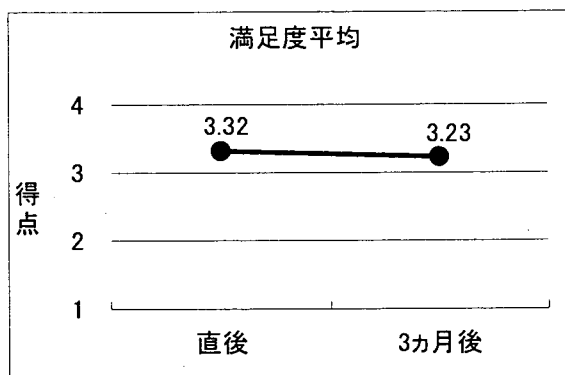
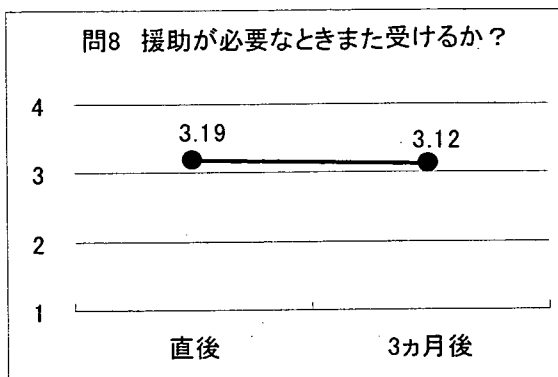
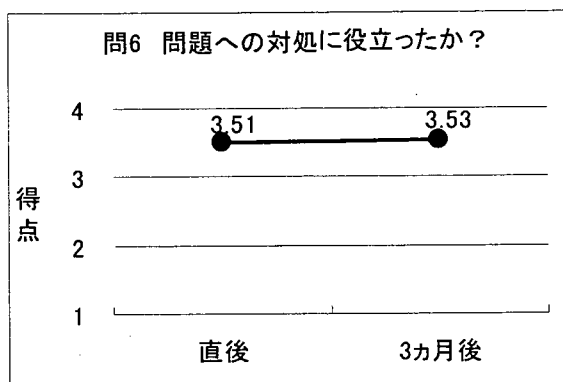
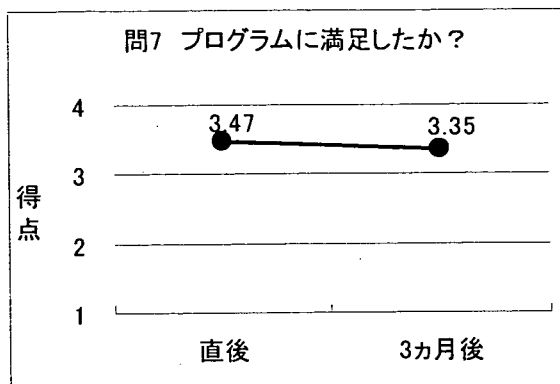
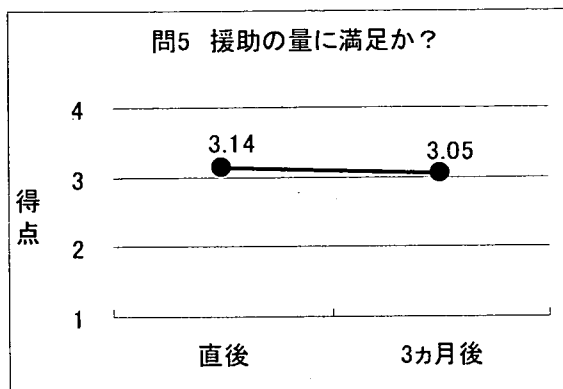
表4 QOLの診療前と3ヶ月後の変化

	N		M	SD	
身体機能	29	before	88.2	(12.8)	<i>n.s.</i>
		after	88.2	(12.2)	
日常身体	30	before	65.6	(41.6)	<i>n.s.</i>
		after	63.4	(42.4)	
体の痛み	29	before	57.4	(24.1)	<i>n.s.</i>
		after	64.5	(26.3)	
健康感	30	before	49.8	(20.5)	$t=-1.93$ $p<.1$
		after	53.8	(21.6)	
活力	29	before	46.7	(23.9)	$t=-2.33$ $p<.05$
		after	54.9	(24.0)	
社会生活	30	before	66.2	(30.7)	<i>n.s.</i>
		after	70.0	(24.9)	
日常精神	29	before	62.7	(43.1)	<i>n.s.</i>
		after	66.6	(41.7)	
心の健康	29	before	56.9	(24.3)	$t=-2.00$ $p<.05$
		after	63.2	(22.9)	
QOL合計	29	before	60.9	(19.8)	<i>n.s.</i>
		after	65.0	(21.6)	

** $p<.01$, * $p<.05$

図2 診療直後と3ヵ月後の項目別満足度の変化





(4) 医師の性別、個人による診療効果の差について

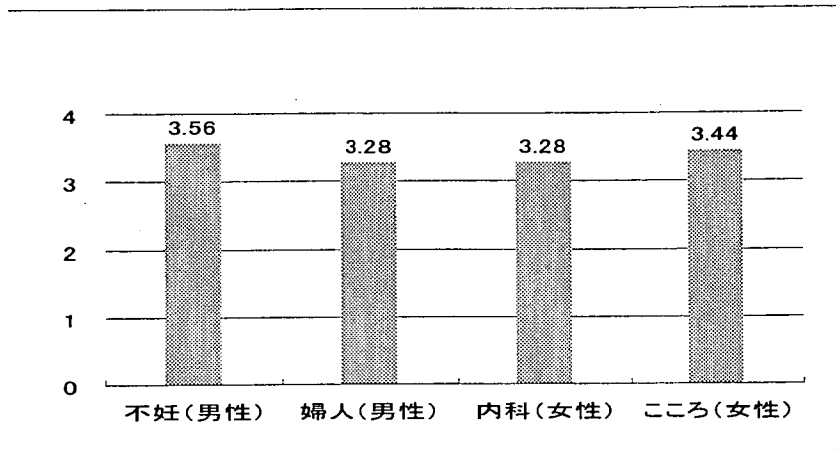
4名の医師それぞれが受け持った患者を各医師の専門科によって4群(「不妊」、「婦人」、「母性内科」、「こころ」)に分け、群間におけるHADS、QOL、満足度の結果を比較した。ここでは、初回診療前のHADS、QOL得点、及び初回診療直後の満足度得点を分析対象とし、結果を図3に示した。

まず診療前のHADS、QOLでは、群間に有意差が見られた。HADSでは不安、抑うつ及

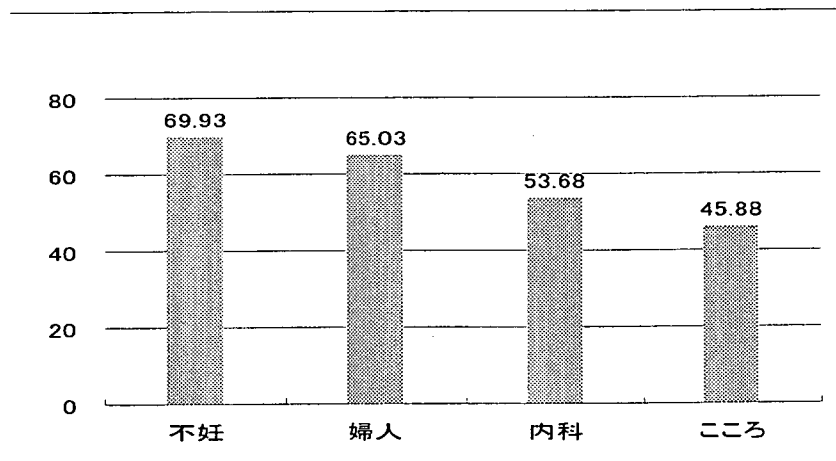
び不安と抑うつをあわせた全体のいずれにおいても「こころ」の診療を受けた群が他よりも有意に得点が高かった。そしてQOLでは、特に「健康感」、「活力」、「社会生活」、「心の健康」において「こころ」や「母性内科」の診療を受けた群が「不妊」や「婦人」の診療を受けた群よりも有為に低く、QOL全体としても同様の結果であった。しかし初回診療直後の満足度調査の結果では、4群間で満足感における有意差はみられなかった。また、診療を受ける医師の性別は満足度に影響はなかった。

図3 医師の性別、個人によるHADS, QOL、満足度の差

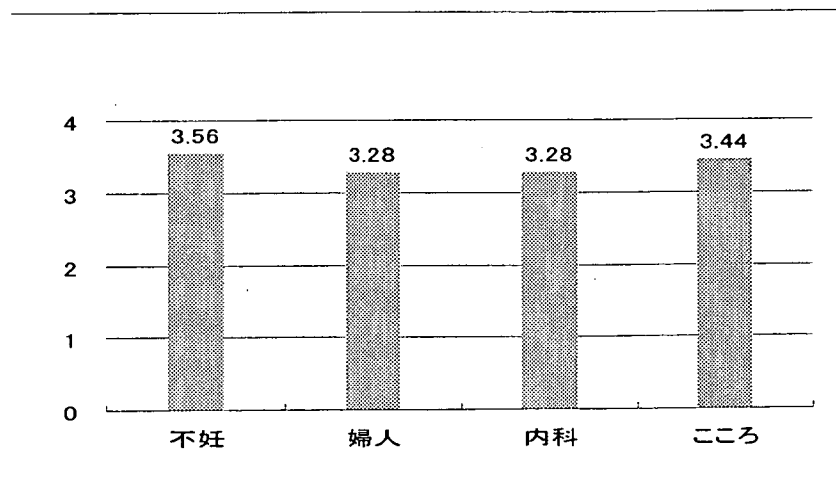
HADS



QOL



満足度



D. 考察

(1) 女性総合外来に求められるニーズについて

国立成育医療センターの女性総合外来ではリプロダクティブエイジにある女性の心身の健康へのアプローチを行うことを主眼として、相応の臨床経験のある医師が十分な時間の中で面接を行うこととした結果、20～40歳代の女性の受診が多いという特徴を持つこととなった。他院の女性専用外来では受診者年齢の分布は40～50歳代にあることを照らし合わせると、当院の女性総合外来を受診する層は、gender specific medicineについて検討する際のもう一方の重要な対象群をみていると思われる。このような特徴をもつ当院女性総合外来からみた、女性の医療に求められる要因について以下に述べる。

まず、セカンド・オピニオンが多いことは、千葉県立東金病院のデータでも、当該主訴の症状について受診がはじめてである患者は16.2%にすぎないことが示されており、年代を問わずわが国の女性専門外来に特徴的なことといえるかもしれない。

次に、主訴については当女性総合外来では婦人科、特にホルモン関連についての相談が多いこと、約3割がこころの問題を主訴とすることが明らかとなった。また、HADS得点は健康対象群のみならず婦人科良性手術目的入院患者よりも有意に高いスコアを示しており、婦人科悪性疾患に対する手術目的入院患者や更年期外来受診患者と同等のメンタルストレスを持っていることが明らかとなった。当外来においてはメンタルヘルスに対するニーズは高いものと考えられる。

(2) 国立成育医療センター女性総合外来の診療効果について

当外来では、医師が十分な時間をかけて患者の話聞き、身体的診察、検査、投薬は一切行わず、必要がある場合には、各科への受診のコーディネイト、検査予約、他院紹介などを本人の納得のいくものについてのみ行う形をとっている。このような診療体系は果たして女性総合外来を受診する患者にとって有益なのであろうか。この点を検討するために、当院初診時と診療後の患者の不安・抑うつ程度、QOL 尺度、満足度について、比較検討し、診療前後で改善がみられた項目について、どのような患者において改善がみられたのか共通因子を探索的に検討した。

初診時の調査と診療後のフォローアップ調査での得点変化幅を従属変数、初診時(満足度については直後)調査での各得点(HADS、QOL、満足度)を説明変数とし、初診時年齢および初回面接からフォローアップ調査までの期間を統制して、重回帰分析を行った。その結果、まず診療後のHADS得点は、診療前のHADS得点が高かった人ほど($\beta = .35$, $t = 2.00$, $p < .05$)、同様にAnxiety得点も診療前のAnxiety得点が高かった人ほど($\beta = .45$, $t = 2.61$, $p < .05$)大きな改善を示し、Depression得点については診療前のDepression得点が高く($\beta = .376$, $t = 2.22$, $p < .05$)、かつ初回診療直後の満足度が高かった($\beta = .29$, $t = 1.81$, $p < .1$)人ほどDepression得点は大きく改善していた。次にQOLでは、まず「健康感」については特に統計的に有意な関連因子は見出されなかった。「活力」については、診療前のHADS得点が低く($\beta = -.29$, $t = 1.87$, p

<.05)、QOL 得点が低く ($\beta = -.625, t = -4.09, p < .001$)、かつ診療直後の満足度が高かった ($\beta = .27, t = 1.90, p < .05$) 人ほど「活力」得点の増加が大きかった。次に「心の健康」については、診療前の QOL 得点が低かった ($\beta = -.57, t = -3.80, p < .01$) 人ほどその増加が大きかった。

以上より、不安、抑うつ、QOL のいずれも、もともと当該要因において問題を持っていた人において統計的に有意な改善がみられ、診療による効果が的確に現れていることが示唆された。また、診療直後の満足度の高さは、抑うつ傾向の改善に効果があることが示唆された。このことから、当院女性総合外来の診療体系は患者の症状改善ならびにニードへ応じるという点からは有用性が高いものといえよう。ただし、自費診療であること、1人に50分間の予約時間を空けているため、直前や当日のキャンセルに関しては無駄も多いことなど、主に医療コスト面からの検討は今後なされなくてはならない課題である。

(3) 医師の性別、個人による診療効果の

以上より、診療前のトリアージの段階で患者には主訴に合った適当な医師への割り当てが行われており、ニーズにあった診療を受けることが分野によらず安定した患者の満足度獲得に寄与していることが示唆された。殆どの女性専用外来では、女性医師による診療という点が強調されている。これは受診者の話しやすさ、分かってもらえると感じる安心感などのニーズに応えるためには必要であるかもしれない。しかしながら、臨床のキャリアを積んで相応の治療ができるようになる女性医師は男性医師と比べると、単純に数のみでもまだ少ないこ

差について

当院女性総合外来で、4名(男性2名、女性2名)の医師それぞれが受け持った患者を4群(「不妊」、「婦人」、「母性内科」、「こころ」)に分け、群間における HADS、QOL、満足度の結果を比較した。ここでは、初回診療前の HADS、QOL 得点、及び初回診療直後の満足度得点を分析対象とした。

まず診療前の HADS、QOL では、群間に有意差がみられた。HADS では Anxiety、Depression 及び Anxiety と Depression をあわせた全体のいずれにおいても「こころ」の診療を受けた群が他よりも有意に得点が高かった。そして QOL では、特に「健康感」、「活力」、「社会生活」、「心の健康」において「こころ」や「母性内科」の診療を受けた群が「不妊」や「婦人」の診療を受けた群よりも有意に低く、QOL 全体としても同様の結果であった。しかし初回診療直後の満足度調査の結果では、4群間で満足度における有意差はみられなかった(図6)。さらに、診療を受ける医師の性別は満足度に影響はなかった。

とが現状である。女性医師を社会的な資源として考えても、女性専用外来であるからイコール女性医師でなくてはならないとすると、おのずと女性専用外来の設置には限りがあることとなる。むしろ、女性が的確な判断と治療を受けられるための医療の質を保つには、医師の性差にこだわらず、この領域の問題への医師の理解と治療技術を向上することが重要ではないだろうか。ただし、当外来では予約制の自費診療という特殊な条件で行っているために、例えば経済的に困窮している女性や、Domestic Violence、性的暴行による問題を抱えた女

性は受診しにくい可能性がある。本研究では、そのような対象の女性医療についての検討においては不十分であると思われる。もし、治療において医師の性別が問われるとしたら、男性からの暴力や性被害に対応する場合には考慮すべきであることは、当然のことと考える。

E. 結論

リプロダクティブエイジの女性の心身の健康のために求められる医療の形態として、専門性が高く経験を積んだ医師が十分に話を聞いた上で総合的にマネジメントする方法は有用であると思われる。また、不安や抑うつといった精神面へのアプローチも重要であり、この点は更年期外来などの問題と似ており、女性医療には重要な問題であると思われる。

F. 研究協力者

細野公子、安達恭子（国立成育医療センター）

G. 参考文献

1) Takamatsu K, et al: The impact of benign gynecological diseases on mental health. J Jpn Soc Psychosom Obstet Gynecol, 7(2):247-254, 2002

2) 池上直己、他編：臨床のための QOL 評価ハンドブック、医学書院：34-44、2001

3) Shunichi Fukuhara, et al: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 health survey. J Clin Epidemiol, 51(11):1045-1053, 1998

4) 立森久照、他：日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目の信頼性及び妥当性の検討、精神医学 41(7)：711-717、1999

5) 竹尾愛理、他：千葉県立東金病院における女性専用外来のあゆみ、全国自治体病院協議会雑誌 41(7)：803-811、2002

H. 健康危険情報
特になし

I. 研究発表

1. 論文発表
該当するものなし
2. 学会発表
該当するものなし

J. 知的財産権の出願・登録状況
特になし

循環器病危険因子の性差に関する研究

分担研究者 吉政 康直 国立循環器病センター 動脈硬化代謝内科部長

研究要旨：メタボリックシンドローム（MS）を有する糖尿病患者において、MS の病態や慢性腎臓病（CKD）と動脈硬化指標との関連について性差が存在するかについて横断的研究を行った。MS を有する糖尿病患者の解析において、男性では病態にインスリン抵抗性、炎症、アディポネクチンが関与するのに対して女性では有意な相関を認めず、これらの因子が病態に与えるインパクトには性差がある可能性が示唆された。また腎機能と動脈硬化指標である IMT の関連も男性でのみ有意であり、腎機能の動脈硬化に与える影響も性差がある可能性が示唆された。

A. 研究目的

MS を有する糖尿病患者において、その病態に性差が存在するかについて検証し、さらに MS の病態と動脈硬化指標との関連について性差が存在するかについて以下の方法で横断的研究を行った。更に糖尿病における CKD と動脈硬化の関連についても検討を行った。

B. 研究方法

当院で SSPG にてインスリン感受性を評価した糖尿病患者連続 233 症例について、アディポネクチン、高感度 CRP、上腕動脈エコーによる血管内皮機能検査などを行い解析した。MS の診断は我が国の診断基準に基づき行ったが、肥満の判定のみ BMI で代用した。

C. 研究結果

MS を有する糖尿病患者は男性が 51/136(37.5%)であるのに対し、女性のうち MS 型糖尿病は 36/97(37.1%)であり、男女差はなかった。この患者群において MS の有無による収縮期血圧、HbA1c の程度には差がなく、MS 群では非 MS 群に比し中性脂肪の高値を認め、これらには男女差が認められなかった。インスリン抵抗性を MS 型と非 MS 型で比較すると男性では MS 型 DM では非 MS 型 DM に比しインスリン抵抗性が強かったのに対し（SSPG 法：MS/非 MS 244/218, $p = 0.07$, HOMAR：MS/非 MS 2.22/1.41, $p < 0.001$ ）、女性では MS の有無でインスリン抵抗性の程度には有意差がなかった（SSPG 法：

MS/非 MS 247/230, $p = 0.07$, HOMAR : MS/非 MS 2.54/2.17)。また炎症のマーカーである高感度 CRP は男性では MS 群で有意に上昇しているのに対し (668 ± 96 vs. 1162 ± 199 , $p < 0.02$)、女性では上昇傾向はあるものの有意ではなかった (1014 ± 258 vs. 1536 ± 290)。アディポネクチンは男性で MS 群では低下傾向を認めたが、女性ではほとんど差を認めなかった。またアディポネクチンと SSPG, HOMAR との相関解析でも男性でのみ有意であった (男性 $r = -0.400$, $p < 0.05$, 女性 $r = -0.32$, $p = 0.057$)。一方動脈硬化の指標である血管内皮機能 (%FMD) は男女とも MS の有無による差は認められなかったが、%FMD と相関する糖脂質代謝マーカーとして男性は有意なものではなかったのに対し、女性では SSPG と有意な相関を認めた ($r = -0.313$, $p < 0.05$)。また推定 GFR と頸動脈内膜中膜肥厚の関連について腎症 2 期までに患者で解析したところ男性でのみ有意な相関を得られた。

D. 考察

以上の結果より、男性においてメタボリックシンドロームを合併すると糖尿病の病態にインスリン抵抗性、炎症がより強く関与してくる可能性があり、またアディポネクチンが男性にお

いてインスリン抵抗性により強く関与している可能性を示唆していると考えられた。一方女性はインスリン抵抗性と動脈硬化の関連が強い可能性が示唆され、MS における代謝異常の動脈硬化への関与にも性差がある可能性が示唆された。更に CKD に関して、糖尿病患者においては男性でより強く動脈硬化と関連する可能性が示唆された。

E. 結論

MS 合併糖尿病の病態や腎機能が動脈硬化に与える影響は男女差が存在する可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当するものなし

2. 学会発表

該当するものなし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。