

第六回性差医学・医療セミナー

平成22年2月2日

日本性差医学・医療学会 理事， 性差医療情報ネットワーク 代表

天野恵子先生

1. 主要先進国における平均寿命の変遷を見てみましょう。日本人の1950年の平均寿命は、男性58歳、女性61.5歳でした。ところが、2007年には男性79.19歳、女性85.99歳と、この50年間の間に、男女とも平均寿命は20歳以上の伸びを示しています。女性は世界一、男性はアイスランド、香港について世界第三位の長寿国となっています。この背景には、国民の教育の普及、日本経済の発展に伴っての公衆衛生の改善、生活の質の改善、医学・医療の発展などがあります。また、忘れてならないものに1960年代に導入された国民皆保険制度があります。

2. 主要な死因も変わってきました。1950年台までは肺炎、気管支炎、肺結核と言う呼吸器感染症が日本人の死因の第一位でした。私は1942年生まれですが、そのころ最も恐れられていた病気は結核でした。しかし、ペニシリンの発見、抗結核剤の開発が呼吸器感染による死亡を激減させ、脳卒中による死亡が1955年以降、1980年まで死因第一位となったのです。脳卒中の原因は食塩摂取量が多く、たんぱく質摂取量の少ない食事と、脳出血の原因である高血圧が無症候であるため患者が治療を軽視することが大きく作用しています。しかし、1960年代からの国民皆保険の導入、各種健康診断の普及が国民の健康における安全性を高め、確実に脳出血・脳梗塞を減少させました。高齢化とともにがんが死因第一位となったのです。

＊労働者の健康診断は昭和47年の労働安全衛生法および労働安全衛生規則により、乳幼児健診は昭和40年に母子保健法により規定されています。

3. 生後1年未満の死亡を乳児死亡といいます。通常、出生千対の乳児死亡率で観察します。死亡統計でこれを取り上げて観察するのは、乳児の生存は母体の健康状態、養育条件などの影響を強く受けるため、乳児死亡率はその地域の衛生状態の良否、ひいては経済や教育を含めた社会状態を反映する指標の1つと考えられるからです。わが国の乳児死亡率は、1920年代までは150以上でしたが、1940年には100以下となり、1960年には30.7、1975年には10.0と急速な改善を示し、2005年は2.8と、世界的にも最高水準を達成しています。ちなみに妊産婦死亡については、2005年の統計では、出生10万対5.8で、スイスの1.4、イタリアの2.1、スウェーデンの3.3、カナダの3.4、ドイツの3.7、オーストラリアの4.9に次いで、世界で7番目の低い数字です。

4. 日本はWHOから最も健康施策の成功している国と評価されています。1960年代に導入された国民皆保険は、①全ての国民が平等に医療の恩恵を受けることができること。②全ての患者が無理のない費用負担で均質な医療を受けられること。③全ての患者が自らの希望でどの医療機関をも選択できることをモットーとして運営されてきており、その結果今までお話したような素晴らしい結果をもたらしました。しかし、一方で新たな問題をも引き起こしています。

5. 一つは、医療のコンビニ化といわれるものです。従来はなるべく医療機関にかかることのないよう、国民一人ひとりが自分の健康管理に気を使っていたのですが、今では「具

合が悪くなれば医者に行けばよい」と言う風潮で、自己管理がおろそかになっており、外来は患者であふれかえり、3分診療3時間待ちと言われる現状を生み、また、わずかな不具合で救急を訪れる患者は、医師の過重労働の原因を作っています。高齢化は患者を必然的に多くし、医療費の高騰を招いています。また、医学の進歩とともに医学教育の内容が細切れ化され、総合診療を学ぶ機会がどんどん少なくなり、多くの医師が臓器別医療の専門家であり、総合的判断のできる医師が減少しています。そのような中で、不定愁訴の多い女性や高齢者は医師から嫌われ、ドクターショッピングを繰り返しています。そのような現状を打破するための方策を模索している中で、性差医療にめぐり合いました。

6. 性差医療とは男女比が圧倒的にどちらかに傾いている病態、発症率はほぼ同じでも男女間で臨床的に差を見るもの、いまだ生理的、生物学的解明が男性または女性で遅れている病態、社会的な男女の地位と健康の関連などに関する研究を進め、その結果を疾病の診断、治療法、予防措置へ反映することを目的とした医療改革です。

7. 性差医療の発端は米国です。1984年に米国における死因第一位である心疾患死亡数において男女が逆転しました。その後もタバコ税のアップなど米国政府のおしすすめる健康施策が項を奏し、男性では心血管死亡が確実に減少したにもかかわらず、女性はわずかずつ増加しました。女性における心臓死の減少を目指して米国政府が始めた運動が性差医学・医療の研究です。今では女性に特化した医学研究・教育・臨床の場として21の医科大学にCenters of excellence on women's health (CoE)が設置されています。

8. 1999年横浜で開催された第47回日本心臓病学会で、私は米国で大きく取り上げられ、進んできている性差医学・医療についての情報発信を日本の循環器科医へしました。そのころ日本の医療界へEvidence-based Medicineという概念が導入されていたこともあり、性差を考慮した医療という概念は、瞬く間に多くの医師の賛同を得ることが出来ました。では、実際の行動としては日本では何をなすべきかと考えたとき、日本の女性に光を与える医療、女性の特性をきちんと踏まえた医療を目指して、性差を考慮した医療の実践の場としての「女性外来」を、展開することにしました。

9. 2001年、「症状・主訴を問わない」「紹介状は不要」「初診は30分間は確保」「女性医師が担当する」を指針とした女性外来が国立大学としてはじめて鹿児島大学に、また自治体としては、はじめて千葉県に堂本暁子知事のご英断により県立東金病院に女性外来が立ち上がりました。その後、女性外来は女性議員の議会への働きかけ、女性たちの署名活動、そして女性医師の女性医療への関心の高さにおされ、日本全土で展開されていくことになりました。今では47都道府県、全てに女性外来がありますし、今もなお増え続けています。

10. 私たちの目指すものはエビデンスに基づく医療はとりもなおさず、患者に語らせる医療(Narrative-based Medicine)をとうして、心も体も統合的に診る医療を目指しています。この活動はまだ始まったばかりですが、統合医療に対する患者のニーズは高齢化とともにますます大きくなると考えます。今後も性差医療の教育・研究への組こみ、性差医療を担当する医師の養成、患者への情報発信を続けていきたいと考えています。

11. 2004年8月には、厚生労働省による「医療提供体制の改革のビジョン」において、「〔女性専門外来〕を設置し、更に、女性の健康問題に係る調査研究などを推進し、女性の患者の視点を尊重しながら地域における必要な医療が充実される体制の確保に取り組

む。」と記載されました。さらに 2005 年 12 月には、内閣府の男女共同参画会議から出された「男女共同参画基本計画」において、「生涯を通じた女性の健康支援」が今後の施策の基本的方向と具体的な取り組みのひとつとして掲げられ、「性差に応じた的確な医療である性差医療を推進する」と明記されました。2007 年には政府内に「女性の健康づくり懇談会」が設置され、3 月の第 1 週目が「女性の健康づくり週間」とされ、活動を始めたところでした。

12. 2002 年に性差医療・医学研究会を立ち上げました。基礎から臨床まで、性差研究と教育を目指す医療者ならびに社会における性差研究に関心のある社会学者や行政、マスコミの方がたをも会員とした研究会です。毎年一回、学術集会を重ね、2007 年に鹿児島大学大学院 循環器・呼吸器・代謝内科の鄭 忠和教授を理事長とした日本性差医学・医療学会に発展しました。平成 21 年度の学術集会が 2 月 20, 21 日の両日にわたり東京大学鉄門記念講堂で開催されます。プログラムにつきましては、第 3 回日本性差医学医療学会学術集会のウェブサイトをご覧ください。多数のかたがたのご参加をお待ちしております。