

基礎研 レポート

女性医療の現状(後編)

骨粗鬆症のリスクを減らすには、どうしたらよいか?

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

0—はじめに

[前稿\(前編\)](#)では、女性のライフサイクルと、胎児・幼児期から、思春期、性成熟期、妊娠・出産までの女性医療の主なテーマについて概観した。その中で、女性には、月経、妊娠、出産に伴う、特徴的な健康や医療の問題があることを見ていった。

本稿では、更年期、高齢期の女性医療を概観する。近年、高齢者の医療・介護には、注目が集まっている。そのサービスの対象者は、主として、高齢女性である。従って、今後の医療・介護を語る上で、女性医療は、主要なテーマになっていくものと考えられる。

また、本稿では、視点を変えて、女性医療のサービス提供体制についても紹介する。

そして最後に、筆者の私見として、女性医療の問題点を述べる。本稿を通じて、読者に、女性医療への関心と理解を深めていただければ、幸いである。

[目次]

0 —はじめに	1
1 —更年期	3
1 更年期障害の患者は、50 歳代に多い	3
2 更年期障害の治療法として、ホルモン療法や薬物療法が行われている	5
3 更年期には抑うつ症状が現れることがある	5
4 更年期には、乳がん・子宮体がん・卵巣がんのリスクが高まる	6
5 更年期には甲状腺疾患を発症することもある	9
6 不眠症などの睡眠障害を起こすこともある	10
2 —老年期	12
1 老年期には、泌尿婦人科の疾患が見られる	12
2 老年期には、大腸がん・胃がんなどの消化器系のがんの罹患率・死亡率が高くなる	13
3 老年期には、肺がんの罹患率・死亡率も高くなる	15
4 閉経後に、メタボリックシンドロームを合併すると、糖尿病を発症することもある	15
5 老年期は、女性ホルモンの低下により、骨粗鬆症のリスクが高まる	16
6 ロコモは進行すると、要介護の状態につながりやすい	18
7 老年期にはサルコペニアの予防が必要となる	21
8 老年期にはフレイルになりやすい	21
9 高齢化に伴う認知症の患者の増加は社会問題となりつつある	22
3 —女性医療サービスの提供	23
1 性差医療は、日本に紹介されてからまだ 20 年足らず	24
2 女性を総合的に診療できる女性医師・婦人科医師の充足は徐々に進んできた	25
3 女性専用外来の拡充が進んできた	26
4 女性医療に関する包括的な統計データは、とりまとめられていない	26
5 女性医療に関する、統合医療の展開は道半ば	27
4 —おわりに（女性医療の問題点（私見））	28

1—更年期

通常、女性は、50歳前後で、閉経を迎える。閉経前後には、女性ホルモンが変動する。これにより、更年期障害をもたらすことがある。以下、40歳代後半から50歳代の更年期¹について、見ていこう。

1 | 更年期障害の患者は、50歳代に多い

閉経後には、女性ホルモンであるエストロゲンの分泌が低下する。身体的には、コレステロール値の上昇、膝や手の関節痛、些細な活動での易疲労感など、様々な変化が生じる。一方、この時期には、子育ての終わり²や、親の介護の始まりなど、家族内での女性の役割に変化が生じ、喪失感、将来への不安感、老いの実感など心理面の変化をもたらす。こうした心身の変化により、更年期障害に至ることがある。更年期障害は、更年期に、日常生活に多大な影響を与える不定愁訴³が生じることをいう。

更年期障害の症状として、ほてり・のぼせ・多汗（「ホットフラッシュ」と呼ばれる）、不眠などの自律神経症状や、不安、抑うつ、疲れやすさ、肩こり、神経痛などの精神神経症状が挙げられる。これらの中には、重篤な疾患が潜む場合もある。このため、医師による診断を受けることが重要となる⁴。

更年期障害は、様々な症状となって現れる。このため、症状が出るたびに、それに関連する診療科を訪れて受診する「ドクターショッピング」の状態に陥ることがある。この状態で、あちこちの医療機関で診療を受けても、治療方針が一貫せず、治療の重複や抜け落ちが生じて、症状の改善につながらない恐れがある。また、医療機関ごとに医薬品が処方される結果、それらを合わせると、用量を超えて薬物を過量摂取する「オーバードース」の状態になる可能性もある。

更年期障害を、客観的に捉えるために、更年期指数が用いられている。日本では、「簡略更年期指数」(Simplified Menopausal Index, SMI)が設けられており、セルフチェック等に利用されている。

図表 1. 簡略更年期指数

症状	強	中	弱	無	点数
① 顔がほてる	10	6	3	0	
② 汗をかきやすい	10	6	3	0	
③ 腰や手足が冷えやすい	14	9	5	0	
④ 息切れ、動悸がする	12	8	4	0	
⑤ 寝つきが悪い、または眠りが浅い	14	9	5	0	
⑥ 怒りやすく、すぐイライラする	12	8	4	0	
⑦ くよくよしたり、憂うつになることがある	7	5	3	0	
⑧ 頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0	
⑨ 疲れやすい	7	4	2	0	
⑩ 肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0	
				合計点	

* 各症状に対して、自分で点数を記入して、その合計点をもとに評価する。

0～25点 … 問題なし

26～50点 … 食事、運動などに気をつけ、無理をしないように

51～65点 … 医師の診察を受け、生活指導、カウンセリング、薬物療法を受けた方がよい

66～80点 … 長期間(半年以上)の計画的な治療が必要

81～100点 … 各科の精密検査を受け、更年期障害のみである場合は、専門医での長期的な対応が必要

※ 「女性医療のすべて」(メディカルレビュー社、2016年10月)の「Ch.2 IV 2 更年期障害(のぼせ・ほてり・めまいなど)」の「表 簡略更年期指数(SMI)」を参考に、筆者作成

¹ 更年期は、英語ではmenopauseの他に、climactericという単語でも表される。この単語には、転換期という意味もある。

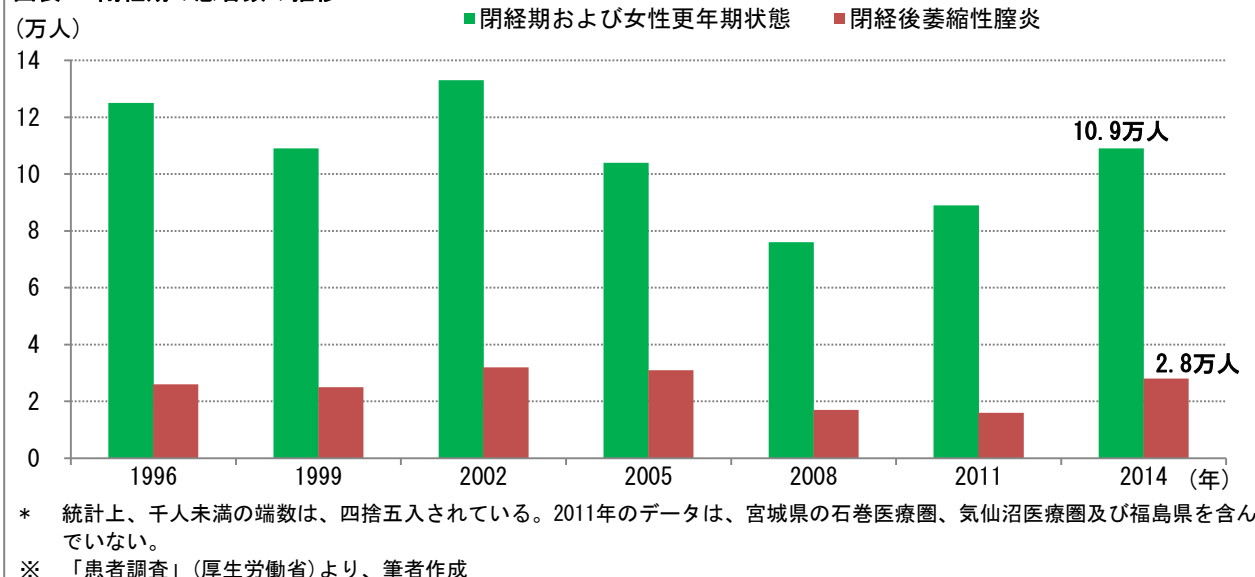
² 子どもが成長して独り立ちしたときに、親としての役割が失われた虚無感や孤独感を感じ、心身の不調を訴えることがある。アメリカでは、ひな鳥が飛び立って空になった巣に例えて、Empty Nest Syndrome (空の巣症候群)と呼ばれている。

³ 明白な器質的疾患が見られないのに、さまざまな自覚症状を訴える状態(「広辞苑 第六版」(岩波書店)より)

⁴ 診断にあたっては、医師による、更年期症状評価表に基づく問診、体重・身長・血圧測定、スクリーニング検査(血液検査、肝機能・腎機能などの生化学検査)、血糖測定、乳がん検査、子宮頸部・体部がん検診、内診等が行われる。

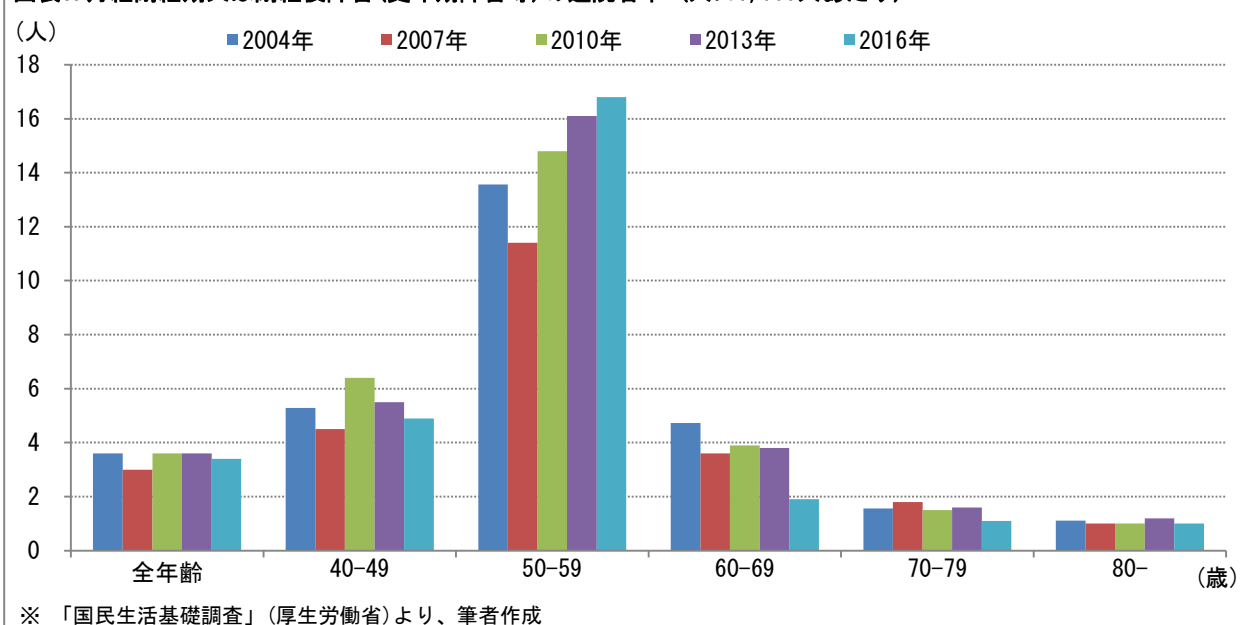
患者調査(厚生労働省)によると、閉経期および女性更年期状態(閉経に関連する顔面紅潮、不眠症、頭痛、集中力欠如のような症状)の患者数は、2014年に10.9万人となっている。また、閉経後萎縮性膣炎(エストロゲン低下により、外陰部や膣が萎縮・乾燥して、雑菌が繁殖するために生じる炎症)の患者数は、2.8万人となっている。患者数は、2000年代初めに比べれば少ないが、ここ数年、増加する傾向にある。

図表2. 閉経期の患者数の推移



また、国民生活基礎調査(厚生労働省)によると、月経閉経期又は閉経後障害の通院者率は、50歳代で高い。この年齢層では、2007年以降、通院者率が上昇傾向にある。

図表3. 月経閉経期又は閉経後障害(更年期障害等)の通院者率(人口1,000人あたり)



更年期障害の治療法として、運動療法や食事療法、体重制限、飲酒・喫煙制限など、生活習慣改善指導が行われている。併せて、ホルモン療法や、漢方薬、抗うつ薬による薬物療法も行われている。

2 | 更年期障害の治療法として、ホルモン療法や薬物療法が行われている

更年期障害の治療法には、症状の表れ方によって、様々なものがある。代表的なものとして、ホルモン療法や、漢方薬、抗うつ薬による薬物療法が挙げられる。

(1) ホルモン療法

ホルモン療法は、女性ホルモンを補うことにより、各種症状の緩和を図る治療法を指す。血管運動神経症状(ほてり・のぼせ・多汗、冷え性、むくみ、動悸、息切れ)や、不定愁訴をはじめ、骨粗鬆症、脂質異常症、糖尿病、泌尿生殖器症状等の改善に、効果があるとされている。

ホルモンを身体に補充する方法としては、飲み薬、貼り薬(貼付剤)、塗り薬(ジェル)がある。それぞれ、保険適用の薬剤が規定されている。なお、ホルモン療法には、禁忌症例や、慎重投与症例が定められている。このため、薬剤の投与開始前には、採血検査や、身長・体重・閉経後年数・喫煙歴・既往歴・家族歴等の確認が必要とされている^{5,6}。特に、エストロゲン製剤の単独投与は、子宮体がんのリスクを上昇させるとされている。このため、通常は、プロゲステロン製剤との併用投与が行われる⁷。

(2) 漢方薬

更年期障害の治療法として、漢方薬が用いられることも多い。漢方薬は、症状が多岐に渡り、その程度があまり強くない場合に適しているとされる。漢方薬には、通常、副作用があまり見られないという特徴がある。

漢方では「証」と呼ばれる患者の体質に基づいて、薬剤の処方が行われる⁸。特に、体力・体格が中等度以下の虚証、中等度以上の実証(「虚実」の証)による診断、処方が基本とされている。主な薬剤として、「桂枝茯苓丸(けいしぶくりょうがん)」、「当帰芍薬散(とうきしゃくやくさん)」、「加味逍遙散(かみしょうようさん)」の3つが挙げられる⁹。医師の処方箋による処方の場合、保険適用となる。

(3) 抗うつ薬

精神的な症状が主である場合には、抗うつ薬が処方される。その場合、精神科専門医による、抑うつ症状(後述)の診断がベースとなる。薬剤として、具体的には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)^{10,11}や、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)¹²などが用いられる。

3 | 更年期には抑うつ症状が現れることがある

更年期には、女性ホルモンの分泌が低下する。更年期は、健康面で、閉経をはじめ、体力の低下や、病気への不安など、老いを自覚する時期に相当する。

この時期には、夫の定年(既婚者で、夫が被用者の場合)、親の介護の開始などが起こり、女性の家

⁵ 確認にあたり、日本産婦人科医学会の「ホルモン補充療法(HRT)チェックシート」が用いられることもある。

⁶ ホルモン療法の副作用として、深部静脈血栓症(四肢の筋膜下静脈(深部静脈とも言われる)に、血栓(血液のかたまり)ができる疾患)、脳卒中、胆嚢疾患のリスクが上昇するとされている。

⁷ エストロゲン製剤の単独投与は、全摘などにより、患者が子宮を有しない場合に行われる。

⁸ 証の診断は、八綱弁証法に基づく、「虚実」「陰陽」「寒熱」「表裏」の4対の組み合わせで行われることが基本とされている。

⁹ 実証の場合「桂枝茯苓丸」、虚証の場合「当帰芍薬散」、虚実の証が中間の場合「加味逍遙散」が用いられる。

¹⁰ SSRIは、Selective Serotonin Reuptake Inhibitorsの略。神経伝達物質であるセロトニンのシナプス前ニューロンへの吸収を選択的に阻害することで、シナプスでの高いセロトニン濃度を維持する効果がある。

¹¹ 月経前不快気分障害(PMDD)の治療薬としても、用いられる。(前編参照)

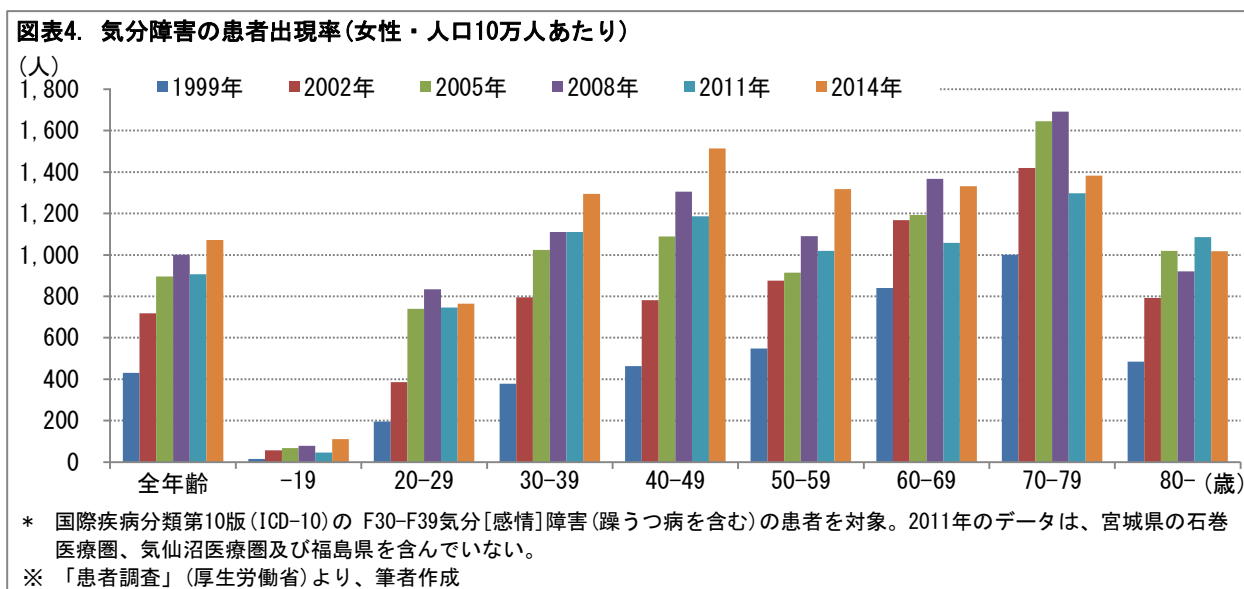
¹² SNRIは、Serotonin & Norepinephrine Reuptake Inhibitorsの略。SSRIと同様に、神経伝達物質のシナプス前ニューロンへの吸収を阻害する。SNRIは、セロトニンに加えて、ノルアドレナリンの吸収も阻害することで、シナプスでの両者の濃度を高く維持する。ノルアドレナリン濃度が高いことから、興奮神経が刺激される。

庭内での役割に、変化が生じる可能性がある。例えば、子どもがいる場合には、その子どもが就職や進学のために親元を離れることで、空虚感や虚脱感を感じることもある。また、前編で見たとおり、2016年には、20～50歳代の全ての年齢層で、女性の労働力人口比率が7割を超えている。会社等に勤務している女性の場合には、昇進や、正規職員への職制変更等により、職務上の責任が増すなど、就労環境の変化も起こりうる。

このような健康、家族、就労等の変化が、身体的・精神的なストレスを引き起こすことがある。その結果、更年期には、意欲の低下や不眠などをきたして、抑うつ症状につながるがあるとされる。

抑うつ症状の治療として、主に、薬物療法が行われる。その他に、ヨガやストレッチなどの運動療法、栄養療法などが有効な場合もある。また、人間関係のストレス等が発端となっている場合、認知行動療法¹³や、カウンセリングが有用なこともある。患者の症状を踏まえながら、これらを複合した治療法が用いられることが多い。

近年、抑うつ症状などの気分障害の患者出現率は、増加傾向にある。40歳代、50歳代の更年期を中心に、幅広い年齢層で、患者が出現している。



うつ病には、更年期の抑うつ症状と、偶発的なうつ病があり、両者の見極めが重要とされる。特に、心身症の1つで、精神症状よりも、身体症状が現れる「仮面うつ病」の場合、その判別は難しいとされる。仮面うつ病が、更年期の抑うつ症状と捉えられて、ホルモン療法が行われることがある。逆に、更年期の抑うつ症状が、偶発的なうつ病と捉えられて、多量の抗うつ薬が投与されることもある。

4 | 更年期には、乳がん・子宮体がん・卵巣がんのリスクが高まる

更年期には、乳がん・子宮体がん・卵巣がんの罹患リスクが高まる¹⁴。

(1) 乳がん

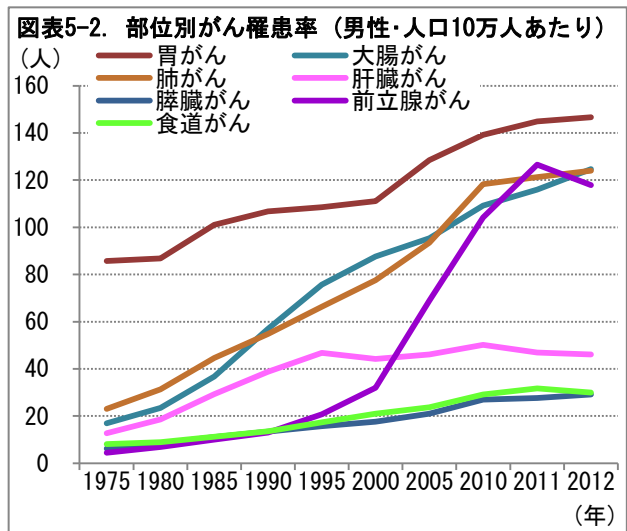
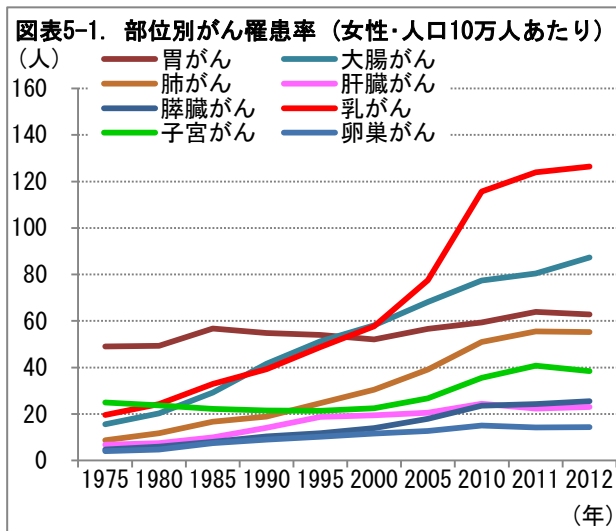
乳がんは、女性のがんの部位別罹患率で、第1位となっている。30～40歳代では、年齢とともに、

¹³ 患者の認知・思考の歪みに働きかけて、認知と行動変容を促し、患者が当面の問題への効果的な対処法を習得することを目的とする療法。(「女性医療とメンタルケア」久保田俊郎・松島英介編(創造出版, 2012年)より)

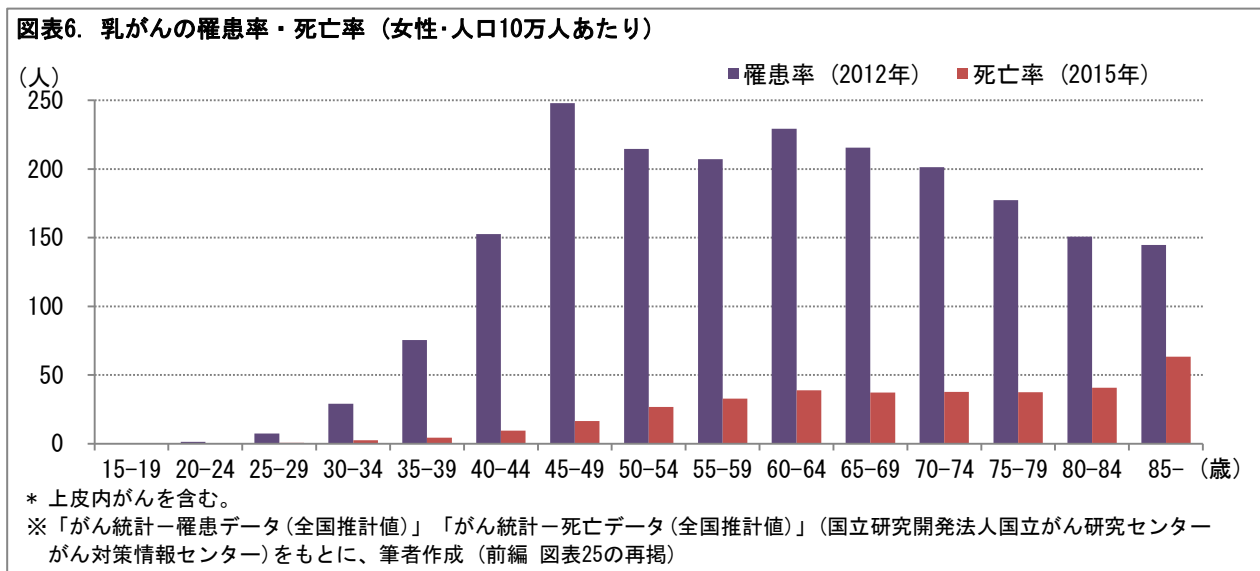
¹⁴ 本節の乳がん・子宮体がん・卵巣がんの診断・治療等については、「がん情報サービス 一般の方向けサイト」(国立がん研究センター)(アドレス <http://gan.joho.jp/public/index.html>)を参考している。

罹患のリスクが高まる。40歳代後半で、罹患率はピークを迎える。50歳代以降は、死亡率も、徐々に上昇する。がんの部位別死亡率(次章参照)では、大腸がんや、肺がんほどは高くないものの、一定のウェイトを占めるようになってきている¹⁵。

乳がんの治療法は、病期に応じて、手術療法、放射線療法、薬物療法などが、単独もしくは組み合わせて行われることが一般的である。手術療法の場合、乳房を全部摘出しない乳房温存療法が注目されている。また、全摘後に、乳房再建を行うケースも増えている。再建の方法として、自分の腹部や背中などの組織を使う自家再建法と、シリコン製の人工乳房を使うインプラント法がある。どちらも、保険適用とされている。



* 大腸がんは、結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸のがん。1995年、2000年には肛門のがんを含む。肺がんは、気管と気管支のがんを含む。子宮がんは、1990年以前は胎盤のがんを含む。乳がんは、乳房の上皮内がんを含む。
※「がん統計」(国立がん研究センターがん対策情報センター)より、筆者作成 (前編 図表24-1、24-2の再掲)



(2) 子宮体がん

子宮体がんも、50歳以降の罹患率が高い。罹患のピークが30歳代である子宮頸がんとは、異なる

¹⁵ 乳がんは、まれに男性にも発生する。女性ホルモンであるエストロゲンが、大量に乳腺に作用する場合に発生するとされている。一般に、乳房に、しこりなどの徴候がみられる。

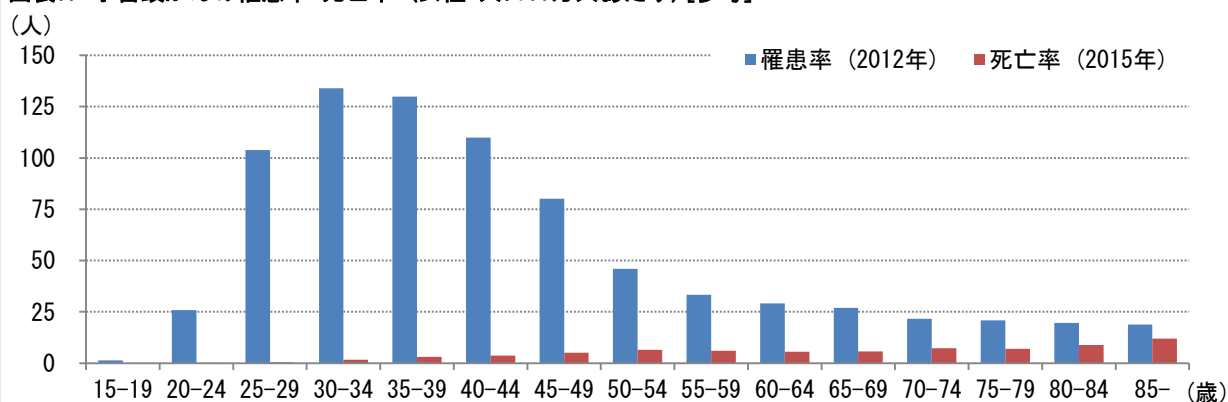
年齢分布を示している。50歳代以降は、死亡率も、徐々に上昇する。

子宮体がんには、2つのタイプがあるとされている。若齢者や閉経前の女性に多いタイプⅠは、女性ホルモンのエストロゲンに関係するもので、子宮体がん全体の約7割を占める¹⁶。このタイプは、リンパ節への転移は少ないとされる。このタイプの前兆の症状として、子宮内膜増殖症が挙げられる。一方、タイプⅡは、閉経後に発症することが多く、エストロゲンには関係しない。タイプⅡは、子宮内膜の増殖を経ずに、がんが発生する。その前兆の症状として、子宮内膜上皮内腫瘍が見られることが多い。タイプⅡでは、リンパ節への転移が起こることが多い、とされている。

子宮体がんの検出のために、子宮体がん検診が行われている。検診は、子宮内膜の細胞診と、経膈超音波検査を組み合わせで行われる。なお、子宮体がんは子宮内膜、子宮頸がんは子宮頸部の粘膜に発生するがんで、両者は、発生する箇所が異なる。このため、子宮頸がん検診では、子宮体がんの異常を検出することはできない。

子宮体がんは、手術による子宮単独の摘出や、卵巣・卵管の切除を含めた子宮全摘出が基本治療とされている¹⁷。また、放射線療法、薬物療法などが、行われる場合もある。

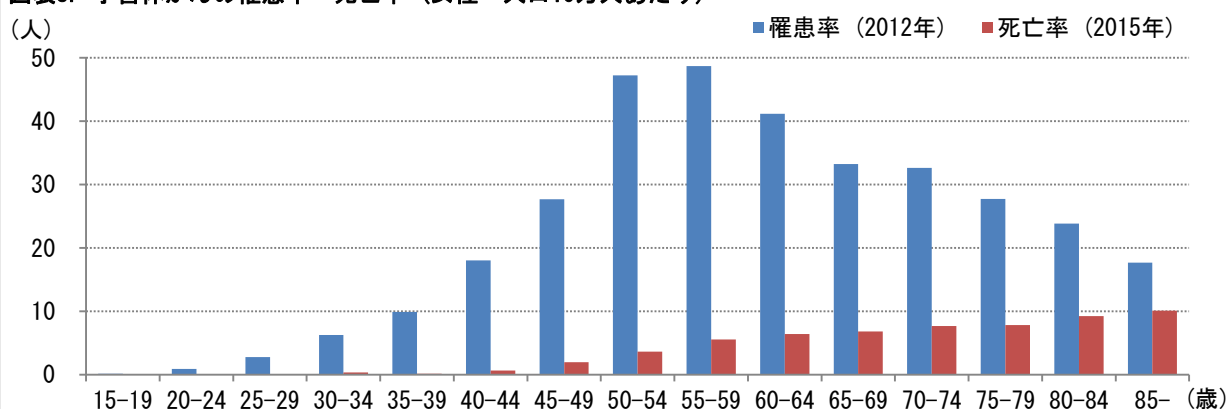
図表7. 子宮頸がんの罹患率・死亡率（女性・人口10万人あたり）[参考]



* 上皮内がんを含む。

※「がん統計—罹患データ(全国推計値)」「がん統計—死亡データ(全国推計値)」(国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター)をもとに、筆者作成(前編 図表26の再掲)

図表8. 子宮体がんの罹患率・死亡率（女性・人口10万人あたり）



※「がん統計—罹患データ(全国推計値)」「がん統計—死亡データ(全国推計値)」(国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター)をもとに、筆者作成(前編 図表27の再掲)

¹⁶ 「女性医療のすべて」 太田博明編(メディカルレビュー社, 2016年)Ch 2 IV 3 子宮体がんの項などより。

¹⁷ 膣や、子宮周囲の組織まで切除する、広汎子宮全摘出が必要となることもある。

(3) 卵巣がん

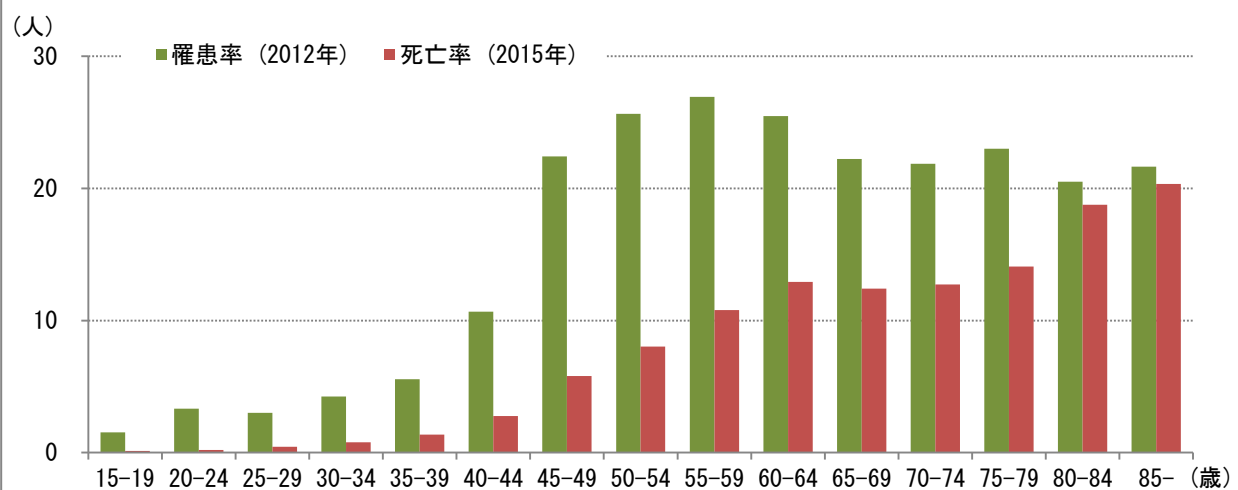
卵巣がんは、40歳代後半から罹患率が上昇し、50歳代でピークを迎える。その後の年齢層でも一定の水準が保たれている。死亡率は、40歳代以降、徐々に高くなる。

卵巣がんは、自覚症状がほとんどなく、受診が遅れがちになることが多いとされる¹⁸。発生する組織によって、卵巣がんは、いくつかの種類に細分化される。最も多いのが、卵巣の表層を覆う細胞に由来する上皮性腫瘍。この中には、良性腫瘍、悪性腫瘍、境界悪性腫瘍(良性と悪性の中間的な性質をもつ腫瘍)がある。

卵巣がんの検査方法には、内診、直腸診、超音波検査、CT、MRI¹⁹などがある。ただし、良性の卵巣腫瘍との判別は、難しいとされている。このため、通常、手術で採取した組織を顕微鏡で調べる病理検査によって、診断が確定する。

卵巣がんの治療は、手術が中心となるが、病気や転移の状況などにより、切除範囲が異なる。放射線治療や、薬物療法が行われることも多い。

図表9. 卵巣がんの罹患率・死亡率 (女性・人口10万人あたり)



※「がん統計—罹患データ(全国推計値)」「がん統計—死亡データ(全国推計値)」(国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター)をもとに、筆者作成

5 | 更年期には甲状腺疾患を発症することもある

甲状腺疾患は、自己免疫疾患²⁰の代表的なものといえる。甲状腺疾患には、甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、甲状腺機能低下症(橋本病)、甲状腺腫瘍(良性結節(しこり)、もしくは悪性腫瘍)などがある。患者調査(厚生労働省)によると、2014年に、これらの疾患の患者の8割以上は、女性となっている。年齢別には、50歳代から70歳代にかけて、多くの患者が出現している。

甲状腺は、喉仏(甲状軟骨)の少し下で、鎖骨の上であり、蝶が羽根を広げたような形をした臓器で

¹⁸ 欧米では、以前から卵巣がんが多く見られており、サイレントキラーとして、恐れられてきた。

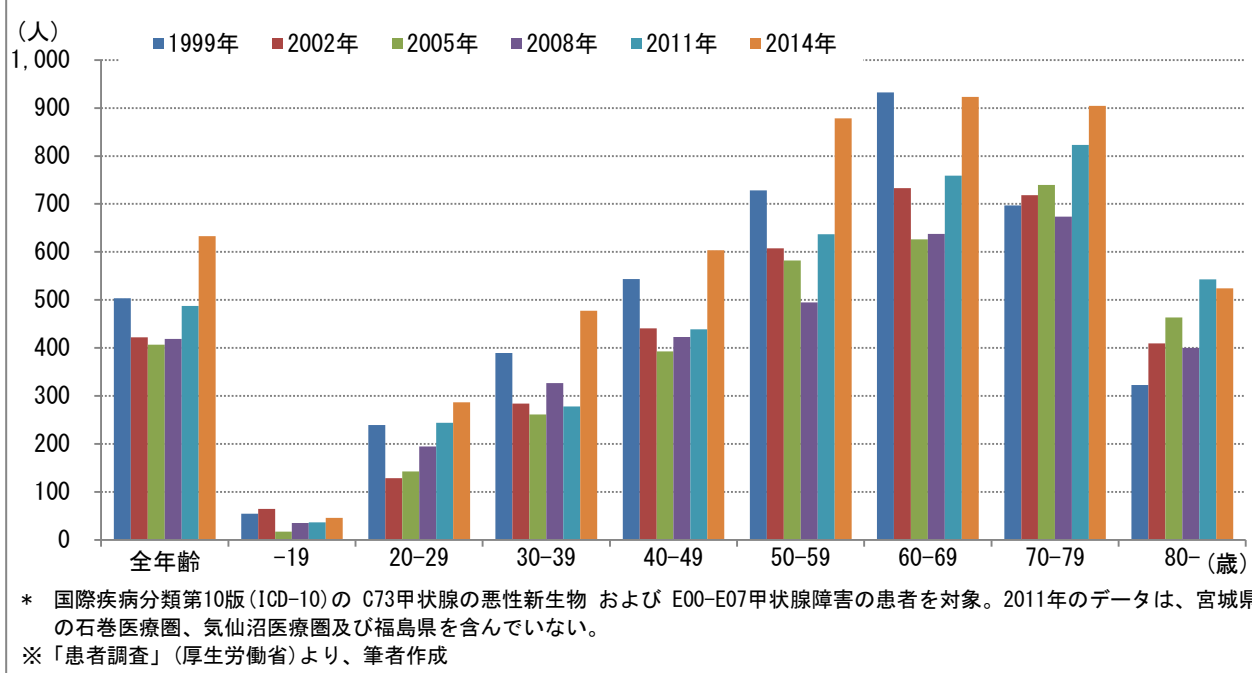
¹⁹ CTはComputerized Tomography(コンピューター断層撮影法)、MRIはMagnetic Resonance Imaging(磁気共鳴映像法)の略。

²⁰ 自己免疫(免疫現象がふつう非自己の異物に対して起きるのに対して、個体が何らかの原因により自己の体の成分に対して抗体を形成し、免疫反応を起こすこと)を引き金として発生する疾患。(「広辞苑 第六版」(岩波書店)より)

ある。ヨード(ヨウ素)を原料として、甲状腺ホルモンを作り、分泌する²¹。甲状腺ホルモンは、心臓、消化管、骨など、多くの臓器や細胞の新陳代謝を活性化させる。甲状腺ホルモンが過剰に作られて、動悸や息切れ、手の振戦²²、目の突出、食欲増加、下痢などの症状を示すものが、バセドウ病。逆に、甲状腺ホルモンが不足して、筋肉の硬ばり、無気力、顔のむくみ、食欲低下、便秘などの症状を呈するものが、橋本病とされる。

甲状腺は、脳の下垂体で作られる甲状腺刺激ホルモンによって、コントロールされている。しかし、何らかの原因で、甲状腺刺激ホルモンとは別に、甲状腺を刺激したり炎症を起こしたりする自己免疫が生じることで、甲状腺ホルモンの産生バランスが失われ、甲状腺疾患が発生すると推測されている。ただし、その発生の仕組みには、未解明の部分が多く残されている。また、甲状腺疾患の治療は、手術療法や薬物療法などがあるが、効果が一様でなく、患者ごとに個別化された治療が必要とされる²³。

図表10. 甲状腺疾患の患者出現率 (女性・人口10万人あたり)



6 | 不眠症などの睡眠障害を起こすこともある

睡眠障害は、不眠症、睡眠時無呼吸症候群などに分かれる。睡眠障害のうち、6~7割は、不眠症が占めている。不眠症は、更年期の女性が有する代表的な症状の1つとされる²⁴。

不眠症は、寝つきが悪い入眠障害。睡眠中に、何度も目が覚めてしまう中途覚醒。眠りが浅く、熟睡した気がしない熟眠障害。早朝に目が覚めてしまい、その後悶々として眠ることができない早朝覚醒に分けられる。高齢になると、中途覚醒や、早朝覚醒が多くなるとされる。

不眠症の他に、過眠症²⁵、概日(がいじつ)リズム睡眠障害²⁶、睡眠呼吸障害²⁷、レストレスレッグス

²¹ 甲状腺は、ホルモンを分泌する体内の器官のうち、最も大きいとされる。

²² 不随意運動の一つ。意思とは無関係に生じる律動的な細かい振動運動(ふるえ)のこと。(デジタル大辞泉(小学館)より)

²³ 「女性医療のすべて」太田博明編(メディカルレビュー社、2016年)Ch 3 2 甲状腺疾患の項などより。

²⁴ 「平成20年患者調査」「平成23年患者調査」のオーダーメイド集計(厚生労働省)によると、睡眠障害の患者中、2008年は70%、2011年は65%が不眠症。なお、不眠症の患者のうち女性が占める割合は、2008年63%、2011年61%となっている。

²⁵ 夜眠っているにもかかわらず、日中に強い眠気が生じ、起きているのが困難となる症状。

症候群²⁸などの症状を呈する場合もある。

厚生労働省の研究班は、睡眠障害対処のための指針を示している。

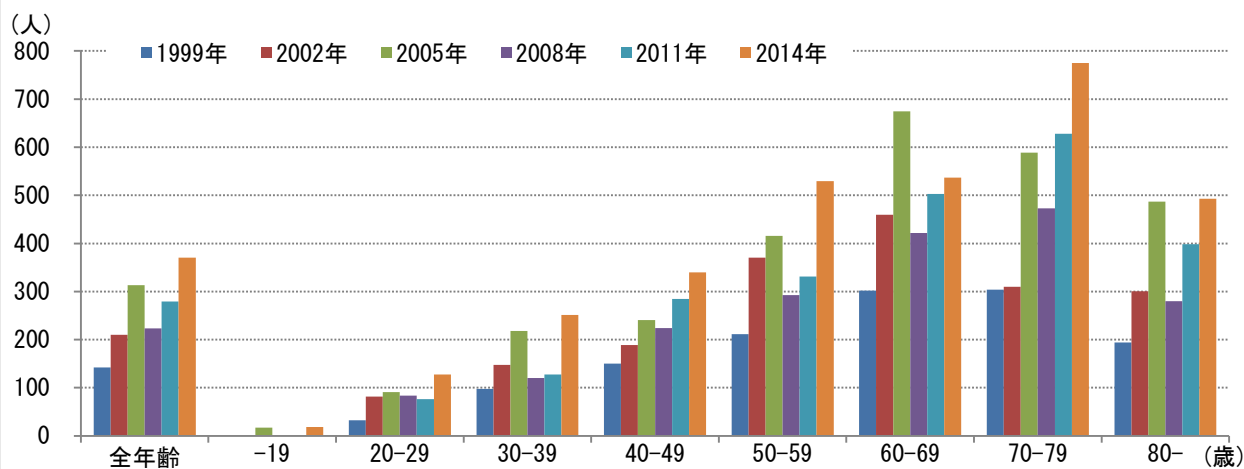
図表 11. 睡眠障害対処 12 の指針

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
2. 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法
3. 眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわりすぎない
4. 同じ時刻に毎日起床
5. 光の利用でよい睡眠
6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
7. 昼寝をするなら、15時前の20～30分
8. 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
9. 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のぴくつき・むずむず感は要注意
10. 十分眠っても日中の眠気が強い時は専門医に
11. 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

※「睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班 平成13年度研究報告書」(厚生労働省, 同研究班, 2002年)より、筆者作成

睡眠障害の治療法としては、薬物療法が一般的とされる。ただし、例えば、睡眠薬は、処方長期化する傾向があり、不適切な服用を行うと、薬物依存や乱用につながる恐れがある。このため、服用にあたっては、医師の指示に基づいて適切に行うことが必要となる。なお、最近は、不眠症患者向けに、医師や臨床心理士がカウンセリングを通じて、不眠の原因等を探索し、睡眠のための技術を指導する、認知行動療法が注目されている。

図表12. 睡眠障害の患者出現率(女性・人口10万人あたり)



* 国際疾病分類第10版(ICD-10)の G47睡眠障害の患者を対象。2011年のデータは、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を含んでいない。

※「患者調査」(厚生労働省)より、筆者作成

²⁶ 生物体に本来備わっている、概ね1日を単位とする生命現象のリズムを概日リズムという。概日リズム睡眠障害は、昼夜のサイクルと概日リズムが合わないため、自ら望む時間帯や社会的に要求される時間帯に睡眠をとれず、活動に困難をきたす状態を指す。

²⁷ 睡眠中に、異常な呼吸となる病態。多くは、睡眠中に何度も呼吸が止まる、閉塞性睡眠時無呼吸症候群となっている。

²⁸ 眠ろうと床に就くと、足や腕を動かしたい強い欲求と、足や腕の深部の不快な感覚(むずむず感、痛かゆさなど)が生じ、じっとしてられず、手足を動かしたくなる病態を指す。

2—老年期

女性は、高齢になると、女性ホルモンの1つであるエストロゲンの分泌が低下する。それに伴い、筋力が低下し、泌尿婦人科の疾患や、様々な生活習慣病の症状を示す頻度が増す。また、ロコモなど、QOLに影響を与える症状も目立つようになる。以下、60歳代以降の老年期について、見ていこう。

1 | 老年期には、泌尿婦人科の疾患が見られる

老年期には、骨盤臓器脱や尿失禁といった泌尿婦人科の疾患を伴うことがある。

(1) 骨盤臓器脱

筋力低下に伴い、骨盤内の臓器の位置に異常が生じる場合がある。子宮、膣、膀胱、小腸、直腸が下垂したり、脱を起こしたりする。骨盤臓器脱の診断には、POP-Q分類²⁹と呼ばれる、ステージ分類の方法がよく用いられる。

図表 13. POP-Q 分類による骨盤臓器脱のステージ分類

ステージ	定義
0	下垂なし
I	最下垂部分が膣口より1cm奥まで達しない
II	最下垂部分が膣口より1cm奥～1cm脱出の間
III	最下垂部分が膣口より1cmを超えて脱出するも、[全膣管長-2cm]を超えない
IV	最下垂部分が [全膣管長-2cm]を超えて脱出、または完全脱出

※ 「あなたも名医! プライマリケア現場での女性診療 押さえておきたい33のポイント」(日本医事新報社, jmed mook47, 2016年12月)の「第2章D1『最近たまごの上に座ってるみたいです』表1「POP-Q法によるStage分類」を参考に、筆者作成

骨盤臓器脱の治療法として、骨盤底筋訓練(PFMT³⁰)、ペッサリー保存療法、手術療法が挙げられる。PFMTは、会陰(えいん)部³¹周囲の括約筋や肛門挙筋³²といった骨盤底筋を、意識して収縮させる訓練であり、ステージ0やIの軽症の場合に、自覚症状を改善させるとされている。ステージII以上の場合、ペッサリー挿入による保存療法を行い³³、効果が小さい場合等に、手術療法が行われることが一般的。手術療法として、腹腔鏡下で、メッシュ³⁴を用いて膣尖部または子宮頸部を仙骨³⁵に固定する「腹腔鏡下仙骨膣固定術」が、2014年度に保険適用となった。患者の負担が少なく、件数が増加している。

(2) 尿失禁

患者調査(厚生労働省)をもとに、年齢層別の尿失禁の患者の出現状況を見ると、各年代で患者が出現しており、特に70歳代で高い。尿失禁は、腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、混合性尿失禁の3つに大別される。このうち、腹圧性尿失禁は女性に多く、切迫性尿失禁は男性に多いとされる。

①腹圧性尿失禁

腹圧性尿失禁は、膀胱に尿が溜まった状態で、咳や、くしゃみなどの腹圧のかかる動作がきっかけとなって生じる。女性は、出産や加齢等により、骨盤底筋が緩み、膀胱や尿道が下垂しやすいとされ

²⁹ POP-Qは、Pelvic Organ Prolapse - Quantificationの略。

³⁰ PFMTは、Pelvic Floor Muscle Trainingの略。

³¹ 哺乳類の外部生殖器と肛門との間。(「広辞苑 第六版」(岩波書店)より)

³² 周囲から肛門を引き上げて支えるようにはたらく筋。

³³ ペッサリーという直径5~8cm程度の細いドーナツ状のリング(塩化ビニル製樹脂などで、弾力性がある)を膣内に入れ、下垂した臓器を元の位置に戻す方法。なお、ペッサリー保存療法は、骨盤臓器脱の根本的な治療法とはならない。

³⁴ ポリプロピレンなどの人工繊維

³⁵ 脊柱の下端部すなわち腰部にある二等辺三角形の骨。5個の仙椎の癒合したもので、尾骨と共に骨盤の後壁を作る。(「広辞苑 第六版」(岩波書店)より)

る。この状態で腹圧の急な上昇があると、尿道閉鎖ができず、尿失禁に至ることがある。

腹圧性尿失禁の治療法には、PFMT、薬物療法、手術療法が挙げられる。薬物療法は、PFMT と併用されることもある。手術療法としては、尿道スリング手術³⁶が行われることが多い。

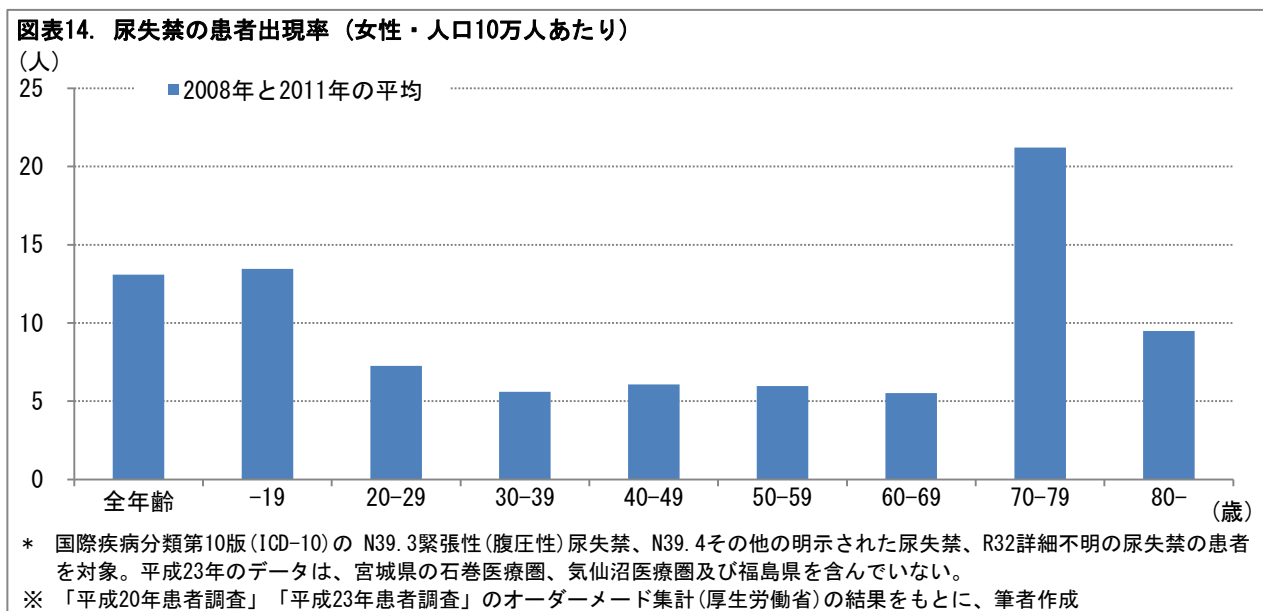
②切迫性尿失禁

切迫性尿失禁は、徐々に強まる正常の尿意ではなく、急激に起こる我慢のきかない病的な尿意を伴う。これは、尿意切迫感と呼ばれる。玄関やトイレのドアを開けるときに、尿失禁を起こす「ドアノブ尿失禁」。洗濯、炊事、洗顔が尿失禁の引き金となる「手洗い尿失禁」などが、知られている。昼間・夜間を問わず、排尿回数が増える頻尿の傾向を伴うことも多いとされる。

切迫性尿失禁の治療は、薬物療法が中心となる。

③混合性尿失禁

混合性尿失禁は、腹圧性尿失禁と切迫性尿失禁が混合した症状となる。治療にあたっては、両者の出現の比重を確認する。



2 | 老年期には、大腸がん・胃がんなどの消化器系のがんの罹患率・死亡率が高くなる

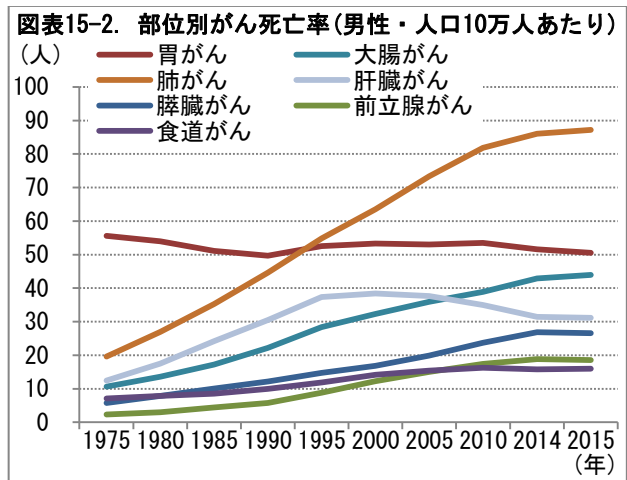
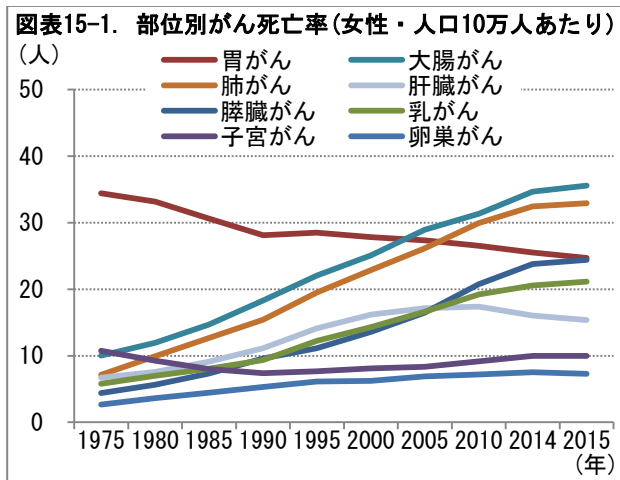
男女を問わず、高齢になると、消化器系のがんが多くなる。大腸がんは、女性の部位別のがん罹患率では第2位、がん死亡率では第1位を占めている。また、胃がんは、罹患率、死亡率とも、第3位となっている。大腸がん、胃がんとも、高齢層ほど、罹患率や死亡率が高い傾向となっている。

大腸がんは、結腸がんと直腸がんが、大半を占める。腫瘍が早期に発見されて、リンパ節への転移がなく、進行度が低ければ、内視鏡治療での根治が可能となっている。一方で、進行度が高い場合は、開腹手術での腸切除を要することもある。直腸がんでは、人工肛門の造設が必要となる場合もある。

胃がんは、かつて女性の部位別がん死亡率で第1位であったが、近年は、低下を続けている。胃がんには、喫煙や飲酒の頻度が影響していると言われる。女性は、これらの頻度が男性に比べて少ない

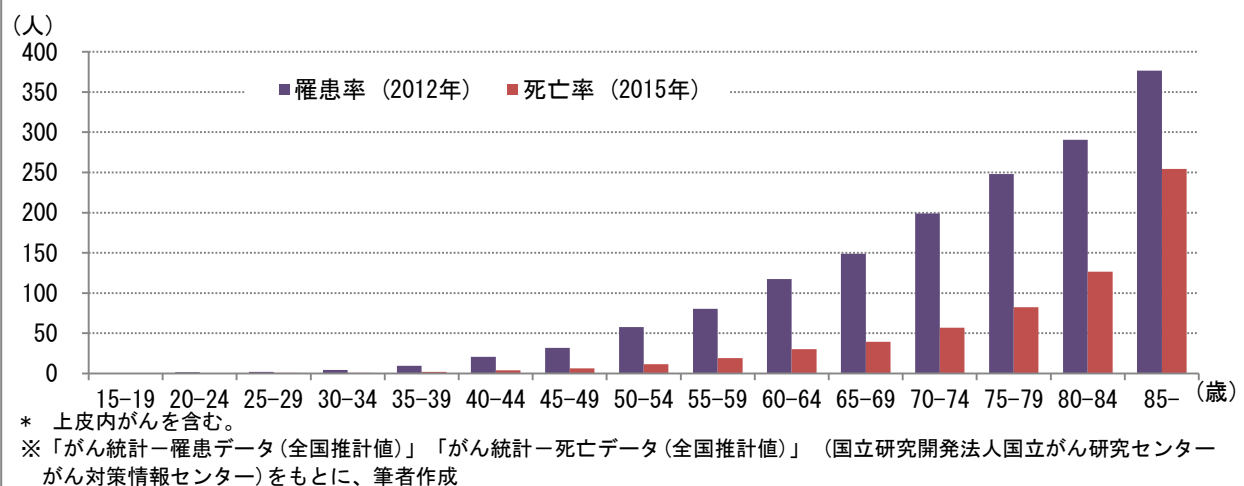
³⁶ 特殊なテープで尿道を吊り支え、膀胱(ぼうこう)に腹圧がかかっても尿失禁を起こさないようにするもの。恥骨後方にメッシュテープを留置するTVT(Tension-free Vaginal Tape)法と、TVT法でまれに発生し得る腸管穿孔や大血管損傷などの重大な合併症を避けるために、テープを閉鎖孔に通すTOT(Trans-Obturator Tape)法がある。

ため、胃がんが男性よりも低いとされる。早期のがんで、リンパ節転移等がなければ、内視鏡手術での治療が可能となる。一方、進行度が高いと、開腹手術による胃の部分切除や全摘が必要となる。なお、胃の切除後には、カルシウムの摂取量が減少するとされている。このため、カルシウム不足に伴う、骨軟化症や骨粗鬆症が生じやすくなる、とされている。

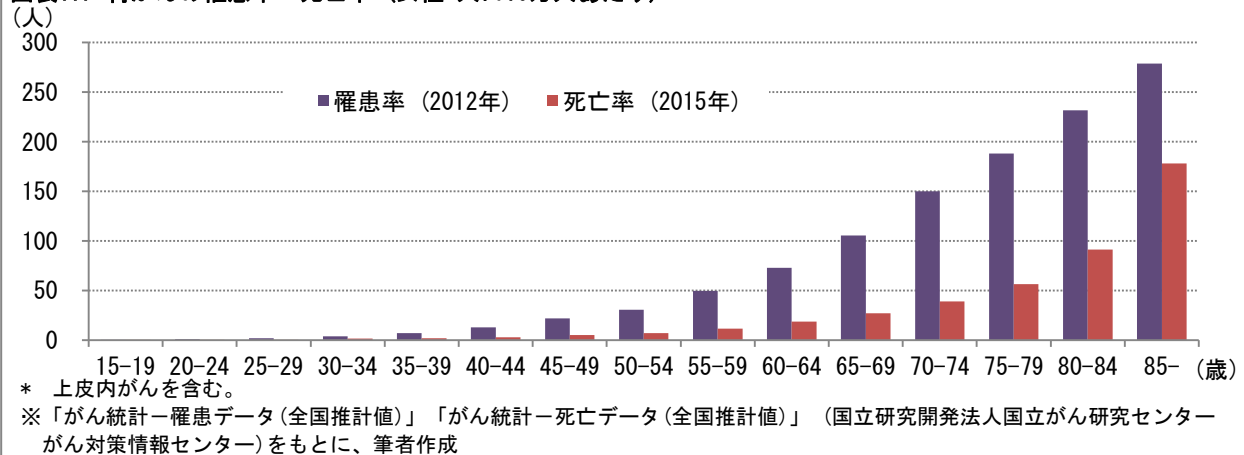


* 大腸がんは、結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸のがん。1995年と2000年のデータには、肛門のがんを含む。肺がんは、気管と気管支のがんを含む。子宮がんは、1990年以前は胎盤のがんを含む。乳がんは、乳房の上皮内がんを含む。
※「がん統計」(国立がん研究センターがん対策情報センター)より、筆者作成

図表16. 大腸がんの罹患率・死亡率(女性・人口10万人あたり)



図表17. 胃がんの罹患率・死亡率(女性・人口10万人あたり)



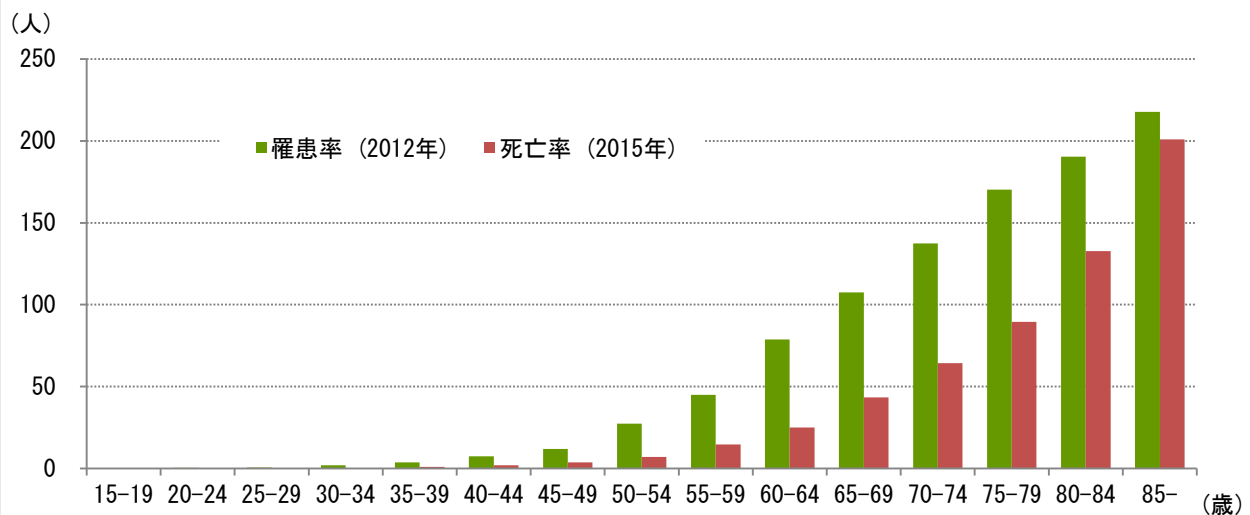
3 | 老年期には、肺がんの罹患率・死亡率も高くなる

女性では、肺がんは、部位別のがん罹患率では第4位、がん死亡率では第2位となっている。特に、死亡率は、近年、上昇を続けている。肺がんは、大腸がんや胃がんと同様、高齢層ほど、罹患率や死亡率が高い傾向を示している。

肺がんは、小細胞がんと非小細胞がんに大別される。非小細胞がんは、増殖の速い大細胞がん、喫煙との関係が強いとされる扁平上皮がん、症状が出にくい腺がんに分けられる。このうち、腺がんが、肺がんの半数以上を占めている。特に、女性は、女性ホルモンの影響で腺がんが生じやすいとされる。

肺がんの治療法は、放射線治療や薬物療法が中心とされている。従来、肺がんは、他のがんに比べて、治療成績があまりよくなかった。近年、新たな薬剤として、免疫チェックポイント阻害剤³⁷が標準治療に加わった。この薬剤を投与された患者の中には、病状が劇的に改善するケースも出てきている。肺がんの治療は、薬物療法により、大きな転機を迎えている。

図表18. 肺がんの罹患率・死亡率（女性・人口10万人あたり）



* 上皮内がんを含む。

※ 「がん統計—罹患データ(全国推計値)」 「がん統計—死亡データ(全国推計値)」 (国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター) をもとに、筆者作成

4 | 閉経後に、メタボリックシンドロームを合併すると、糖尿病を発症することもある

女性は閉経とともに、女性ホルモンの1つであるエストロゲンの分泌が低下する。エストロゲンの低下は、肥満を誘発する可能性がある。この時期に、過食や、運動習慣の低下が重なると、肥満³⁸や内臓脂肪の蓄積を通じて、メタボリックシンドローム(メタボ)³⁹の合併が増える。メタボは、糖尿病の発症のリスクを高めるとされる⁴⁰。女性の糖尿病の患者出現率は、更年期以降に上昇し、70歳代で

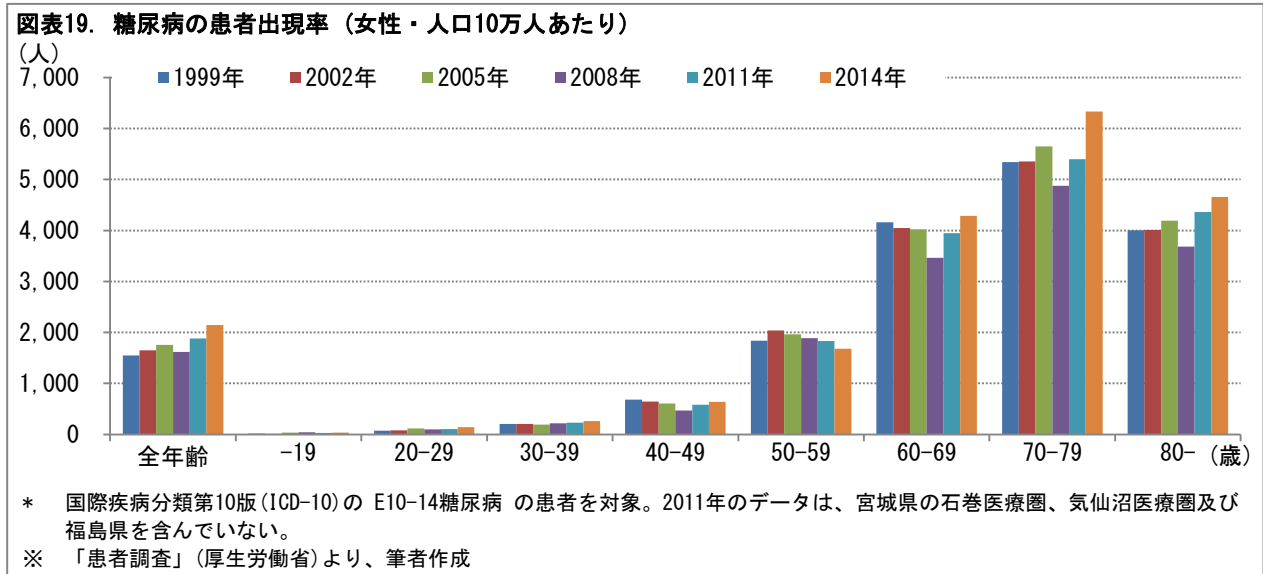
³⁷ 体内の免疫機構を活性化させて、がん細胞を攻撃して死滅させるもの。日本では、小野薬品工業社の「オブジーボ」、MSD社(メルクの日本法人)の「キイトルーダ」が、非小細胞肺がんの患者への投与について、保険適用の承認を受けている。

³⁸ 日本肥満学会によると、肥満とは、脂肪組織が過剰に蓄積した状態でBMIが25以上のもの、と定義されている。

³⁹ メタボリックシンドロームは、内臓脂肪蓄積から、耐糖能異常、脂質異常症、血圧高値が重積することで、動脈硬化性疾患の発症リスクが増大する疾患とされる。日本のメタボ診断基準は、2005年に設定された。ウエスト周囲径が女性の場合90cm以上、男性の場合85cm以上である上に、血糖・血中脂質・血圧のうち2つ以上が基準値を上回っている場合に、メタボと診断される。

⁴⁰ 「女性医療のすべて」 太田博明編(メディカルレビュー社、2016年) Ch 2 V 3 肥満、メタボリックシンドローム、Ch 3 3 糖尿病の項などより。

ピークを迎える。



糖尿病患者は、心血管疾患を併発すると、重症化しやすいとされる。また、糖尿病患者は、大腸がんや肺がんなどの、がんによる死亡率も高まるとされている。こうした傾向は、男性のメタボの場合にもあてはまる。ただし、男性は30歳代からメタボに伴う糖尿病の発症が増加するのに対し、女性は50歳代以降に増加が顕著となるという、年齢層の違いがある。女性の場合、閉経に伴う女性ホルモンの分泌の変化が、患者の出現動向に影響しているものと見られる⁴¹。

更に、糖尿病の患者は、膵臓からのインスリンのホルモン分泌が不足する。インスリンには、糖質を代謝する機能がある。糖尿病患者は、糖質の代謝が進まず、血糖値が高くなる。また、インスリンには、血糖値を下げる他に、骨芽細胞に作用して新しい骨の形成を促す機能もある。糖尿病患者の場合、この機能も滞り、骨の形成が困難となる。更に、糖尿病患者は、骨の形成に必要なミネラルが排出されやすい。骨のコラーゲン繊維を無秩序につなぐ、悪玉架橋と呼ばれる状態が生じることもある。このため、骨基質(こつきしつ)⁴²の劣化や、骨量の低下が生じ、骨折を起こす恐れが高まるとされる。

これらの結果、糖尿病の患者は、骨粗鬆症の発症のリスクが高まることとなる。

5 | 老年期は、女性ホルモンの低下により、骨粗鬆症のリスクが高まる

女性ホルモンのエストロゲンには、骨形成を促進し、骨吸収⁴³を抑制する作用がある。閉経後にエストロゲンが低下すると、骨粗鬆症⁴⁴のリスクが高まる。骨粗鬆症により、脆弱性骨折を起こすと、生命に影響が及ぶこともある。大腿骨近位部や、椎体(ついたい)⁴⁵を骨折すると、死亡の危険が高まるとされる。また、骨粗鬆症による骨折のために、寝たきりの状態となれば、患者のQOLの低下にもつながりかねない。健康寿命を延伸させる観点からも、骨粗鬆症の予防が重要とされている。

⁴¹ ホルモン療法を行うことにより、糖尿病の発症が抑制されるとの研究報告もある。(注記40に記載の資料などより)

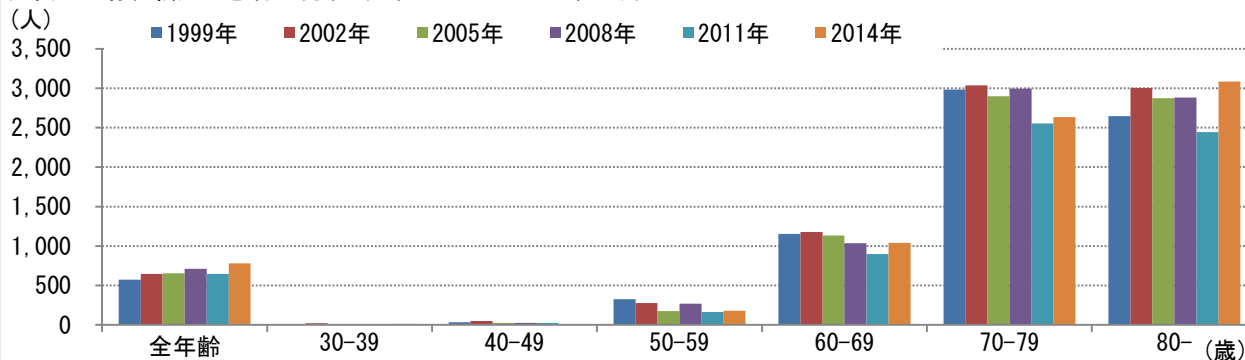
⁴² 骨組織の基質。ムコ多糖蛋白質と、多量のリン酸カルシウム・リン酸マグネシウム・炭酸カルシウムなどから成る。膠原(こうげん)繊維も含まれ、弾力性をもつ。骨細胞は骨基質中の腔所にある。(「広辞苑 第六版」(岩波書店)より)

⁴³ 骨吸収とは、古くなった骨が分解・破壊されることを指す。

⁴⁴ 世界保健機関(WHO)は、骨粗鬆症を、「低骨量と骨組織の微細構造の異常を特徴とし、骨の脆弱性が増大し、骨折の危険性が増大する疾患」と定義している。(「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版」(同ガイドライン作成委員会、日本骨粗鬆症学会、日本骨代謝学会、骨粗鬆症財団)より)

⁴⁵ 椎骨(脊柱を構成する32~34個の骨)の中央にある円筒状の部分。(「広辞苑 第六版」(岩波書店)より)

図表20. 骨粗鬆症の患者出現率（女性・人口10万人あたり）

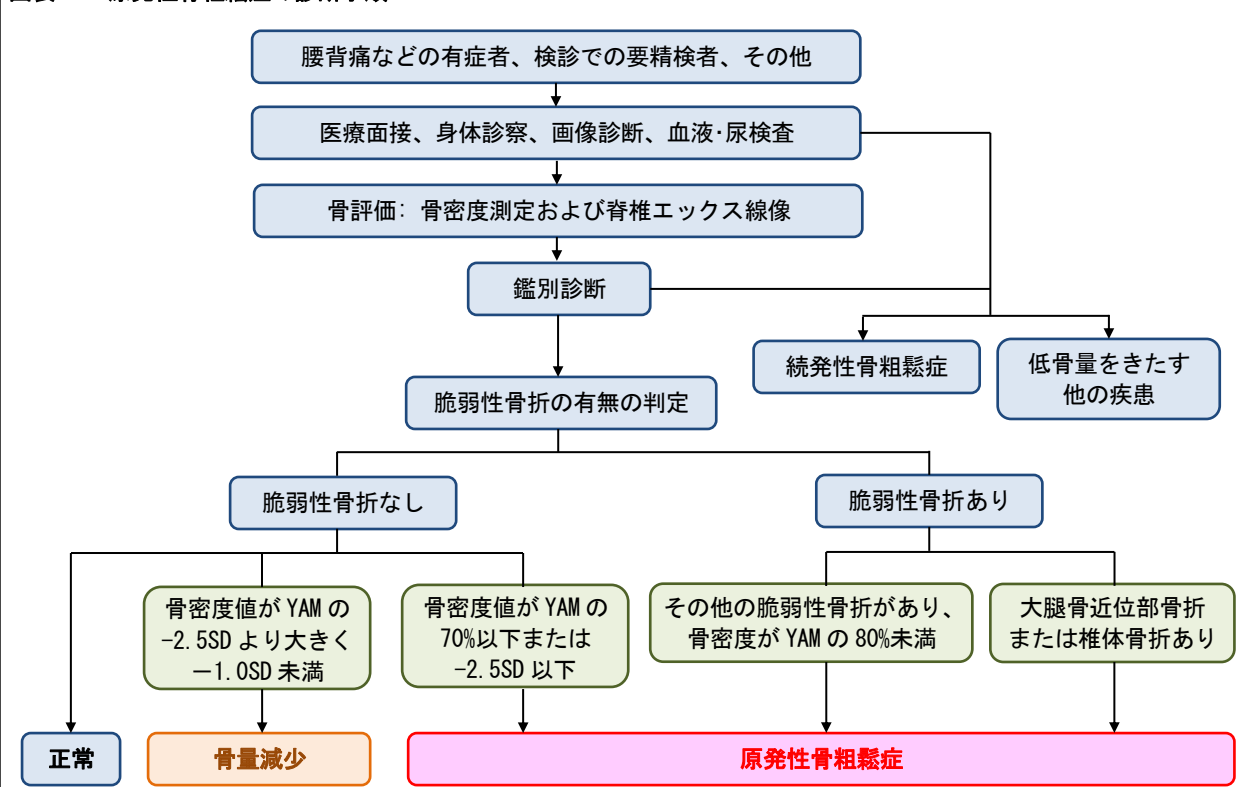


* 国際疾病分類第10版(ICD-10)の M80-82骨粗鬆症 の患者を対象。2011年のデータは、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を含んでいない。
 ※「患者調査」(厚生労働省)より、筆者作成

(1) 骨粗鬆症の診断

骨粗鬆症の診断は、通常、骨密度の測定⁴⁶と、椎体の X 線撮影により行われる。予防と治療のガイドラインがあり、診断手順が定められている。①大腿骨近位部または椎体の脆弱性骨折がある、②その他の脆弱性骨折があり骨密度が若年成人の平均の 80%未満、③脆弱性骨折はないが骨密度が同平均の 70%未満または平均より 2.5 標準偏差以上低い場合、原発性骨粗鬆症と診断される。脆弱性骨折がなく、骨密度が同平均より 1.0 超 2.5 標準偏差未満の範囲で低い場合、骨量減少と診断される。

図表 21. 原発性骨粗鬆症の診断手順



* YAM は、性別ごとの若年成人(20~44 歳)の平均値(Young Adult Mean)。SD は、標準偏差を表す。
 ※「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版」(骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会)より、筆者作成

⁴⁶ 二重エネルギー X 線吸収測定法(2 種類の異なるエネルギーの X 線を照射し、吸収率の差により骨密度を測定する方法)を用いることが一般的。腰椎と大腿骨近位部の測定が行われ、算出された骨密度値を性別ごとの若年成人(20~44 歳)の骨密度平均値と比較して、評価される。

(2) 骨粗鬆症の予防

骨粗鬆症の予防には、思春期から性成熟期にかけての、最大骨量の獲得が重要とされる⁴⁷。この時期に、過度なダイエットを避け、カルシウム、ビタミンD、ビタミンKを摂取することが求められる。

高齢期には、骨強度の維持、転倒予防のため、歩行運動が必要となる。加齢に伴い、身体の移動機能が低下することを、ロコモと呼ぶ。ロコモの予防・改善のための運動が、転倒による骨折の予防にもつながるとされている(後述)。

また、骨粗鬆症の予防として、禁煙と、飲酒量の抑制(1日あたり、ビール500ミリリットル程度もしくは日本酒1合(約180ミリリットル)程度)が勧奨されている。

(3) 骨粗鬆症の治療

骨粗鬆症の治療は、薬物療法をベースとして、大腿骨近位部や椎体の骨折を予防することが中心となる。治療の開始は、診断手順で原発性骨粗鬆症と判定される人のほか、骨量減少で大腿骨近位部骨折の家族歴をもつ人、骨量減少で世界保健機関(WHO)が開発した骨折のリスクを評価する方法⁴⁸において10年間の骨折確率が15%以上と判定された人が、対象となる。

薬剤は、腸管からのカルシウムの吸収を促進させる薬(活性型ビタミンD₃製剤)、骨形成を促進する薬(テリパラチド)、骨吸収を抑制する薬(ビスホスホネート製剤⁴⁹など)の3つに大別される。患者の病態に合わせて、使用する薬剤が選択されることとなる。

薬物療法とともに、運動や食事など、骨強度を維持して、転倒などを回避する生活習慣を身に付けることも、重要とされる。

6 | ロコモは進行すると、要介護の状態につながりやすい

ロコモとは、ロコモティブシンドローム(locomotive syndrome)の略で、「運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態」と定義されている⁵⁰。運動器の障害には、運動器疾患と運動機能の低下がある。また、移動機能として、具体的には、起立・着座・歩行・階段昇降がある。

加齢により、筋力、体のバランス、柔軟性といった運動機能が低下し、骨粗鬆症などの病気が進むことで、移動機能が低下することがある。特に、女性は、骨量や筋肉量が男性よりも少なく、閉経後には骨量が更に減少する。このため、ロコモの状態になりやすいとされる。

ロコモは、進行すると、生活活動や社会参加に制限が生じ、要介護の状態につながりやすいとされている。そのため、ロコモの予防を通じて、高齢者のQOLを維持し、介護予防を図ることが必要とされている。

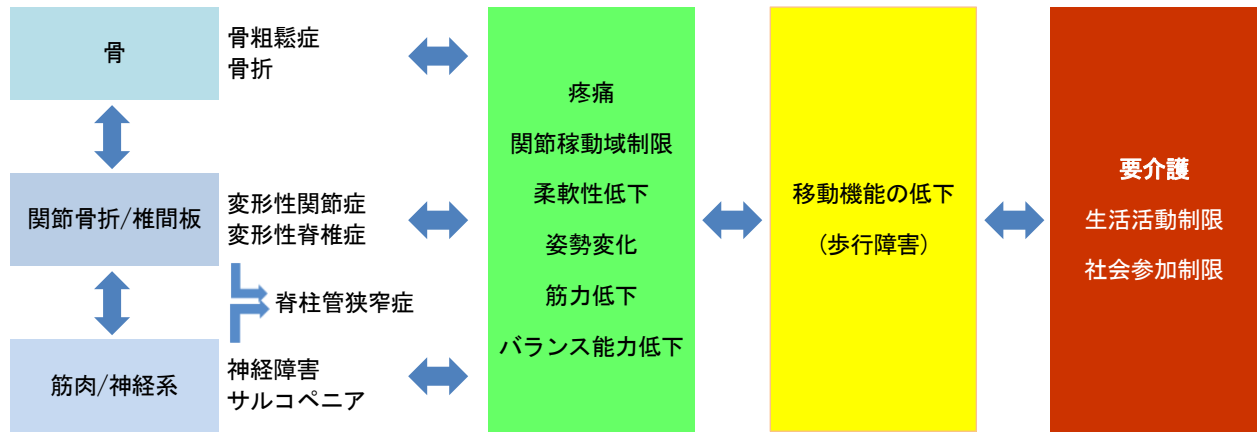
⁴⁷ 男性にも、骨粗鬆症の患者は存在する。しかし、男性の場合、一般に、成長期の最大骨量は女性に比べて多く、女性の閉経時のような急激なホルモン変化の影響もない。このため、男性の骨粗鬆症の患者は少ないとされている。

⁴⁸ FRAX®(Fracture Risk Assessment tool)と呼ばれるもの。年齢、性別、身長、体重、骨折歴、両親の大腿骨近位部骨折歴、現在の喫煙、アルコール摂取、糖質コルチコイド、関節リウマチ、続発性骨粗鬆症、大腿骨頸部骨密度を回答すると、今後10年間の骨折危険率が計算される。インターネット上で、計算ソフトが販売されている。[\(http://www.frax-tool.org/\)](http://www.frax-tool.org/)

⁴⁹ 発症はまれだが、薬の副作用により顎の骨が壊死する患者が増えているとされている。虫歯、歯周病、抜歯、インプラントなどの傷口が、要因になりやすいと言われている。ビスホスホネート製剤などの服用前や、服用中に、歯科や口腔外科で受診することが重要とされている。「骨粗しょう症薬使用で留意 副作用で顎の骨壊死」(日本経済新聞2017年7月3日、朝刊17面)等より

⁵⁰ 『『ロコモ』を知ろう 『ロコモ』とは?』(ロコモチャレンジ!, 日本整形外科学会公認 ロコモティブシンドローム予防啓発公式サイト)より。(アドレス <https://locomo-joa.jp/locomo/01.html>)

図表 22. ロコモの概念図



※ 『『ロコモ』を知ろう 『ロコモ』とは?』(ロコモチャレンジ!, 日本整形外科学会公認 ロコモティブシンドローム予防啓発公式サイト)のロコモティブシンドロームの概念図を、一部改変して、筆者作成

ロコモの評価方法として、ロコモーションチェックと、ロコモ度テストがある。

(1) ロコモーションチェック

移動機能の低下に気づくための自己チェックとして、ロコモーションチェックがある。これは、2007年に日本整形外科学会が定めたもの。このチェックは、7つの項目からなる。これらの項目のうち、1つでも該当すると、ロコモのリスクがあると判定される。

図表 23. ロコモーションチェック

- ① 家の中でつまずいたり滑ったりする
- ② 階段を上るのに手すりが必要である
- ③ 15分くらい続けて歩けない
- ④ 横断歩道を青信号で渡りきれない
- ⑤ 片足立ちで靴下が履けない
- ⑥ 2キログラム程度の買物(1リットルの牛乳パック2個程度)をして持ち帰るのが困難である
- ⑦ 家のやや重い仕事(掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど)が困難である

* 7項目のうち、1つでも該当した場合、ロコモのリスクありと判定

※ 「女性医療のすべて」太田博明編(メディカルレビュー社, 2016年)の「V 6 ロコモティブシンドローム」より、筆者作成

(2) ロコモ度テスト

移動機能の低下を詳細に評価するテストとして、ロコモ度テストがある。これは、2013年に日本整形外科学会が定めたものである。ロコモ度テストは、立ち上がりテスト、2ステップテスト、ロコモ25の、3種類のテストからなる。移動機能の低下は、これらのテストの評価をもとに、判定される。判定は、ロコモが始まった状態である「ロコモ度1」と、ロコモが進行した状態である「ロコモ度2」の2段階とされており、それぞれ基準が定められている。

図表 24. ロコモ度テスト

	立ち上がりテスト	2ステップテスト	ロコモ 25
評価方法	何cmの高さの台に座った状態から、片脚または両脚で立ち上がるかで下肢筋力を評価	両脚を揃えて立った状態から、大股で進んだ 2 歩幅を身長で割った数値を 2 ステップ値として評価	運動器障害に関する 25 項目の質問票(下記★参照)で、各選択肢に 0 点(良)~4 点(悪)までの点がつき、その合計点で評価
ロコモ度 1 (ロコモが始まった状態)	どちらか一方の片脚で、40 cm の高さの台から立ち上がれない	2 ステップ値が 1.3 未満	合計点が 7 点以上
ロコモ度 2 (ロコモが進行した状態)	(上記に該当して、更に) 両脚で、20 cm の高さの台から立ち上がれない	2 ステップ値が 1.1 未満	合計点が 16 点以上

* 3 つのテストのうち、いずれかの基準に該当した場合に、ロコモ度 1、ロコモ度 2 と判定

★ 25 項目の質問票 (痛み・困難・不安等はない = 0 点 ~ ひどい痛み・困難・不安等がある = 4 点 の 5 段階で評価)	
Q1	頸・肩・腕・手のどこかに痛み(しびれも含む)がありますか。
Q2	背中・腰・お尻のどこかに痛みがありますか。
Q3	下肢(脚のつけね、太もも、膝、ふくらはぎ、すね、足首、足)のどこかに痛み(しびれも含む)がありますか。
Q4	ふだんの生活でからだを動かすのはどの程度つらいと感じますか。
Q5	ベッドや寝床から起きたり、横になつたりするのはどの程度困難ですか。
Q6	腰掛けから立ち上がるのはどの程度困難ですか。
Q7	家の中を歩くのはどの程度困難ですか。
Q8	シャツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。
Q9	ズボンやパンツを着たり脱いだりするのはどの程度困難ですか。
Q10	トイレで用足しをするのはどの程度困難ですか。
Q11	お風呂で身体を洗うのはどの程度困難ですか。
Q12	階段の昇り降りのはどの程度困難ですか。
Q13	急ぎ足で歩くのはどの程度困難ですか。
Q14	外に出かけるとき、身だしなみを整えるのはどの程度困難ですか。
Q15	休まずにどれくらい歩き続けることができますか。[2~3 km以上、1 km程度、300m 程度、100m 程度、10m 程度]
Q16	隣・近所に外出するのはどの程度困難ですか。
Q17	2 キログラム程度の買い物(1 リットルの牛乳パック 2 個程度)をして持ち帰ることはどの程度困難ですか。
Q18	電車やバスを利用して外出するのはどの程度困難ですか。
Q19	家の軽い仕事(食事の準備や後始末、簡単なかたづけなど)は、どの程度困難ですか。
Q20	家のやや重い仕事(掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど)は、どの程度困難ですか。
Q21	スポーツや踊り(ジョギング、水泳、ゲートボール、ダンスなど)は、どの程度困難ですか。
Q22	親しい人や友人とのおつき合いを控えていますか。
Q23	地域での活動やイベント、行事への参加を控えていますか。
Q24	家の中で転ぶのではないかと不安ですか。
Q25	先行き歩けなくなるのではないかと不安ですか。

※「ロコモ度テスト パンフレット」(公益社団法人 日本整形外科学会)より、筆者作成

ロコモの予防や改善のための方法として、片脚立ち、スクワット、カーフレイズ、フロントランジ⁵¹の運動が推奨されている。

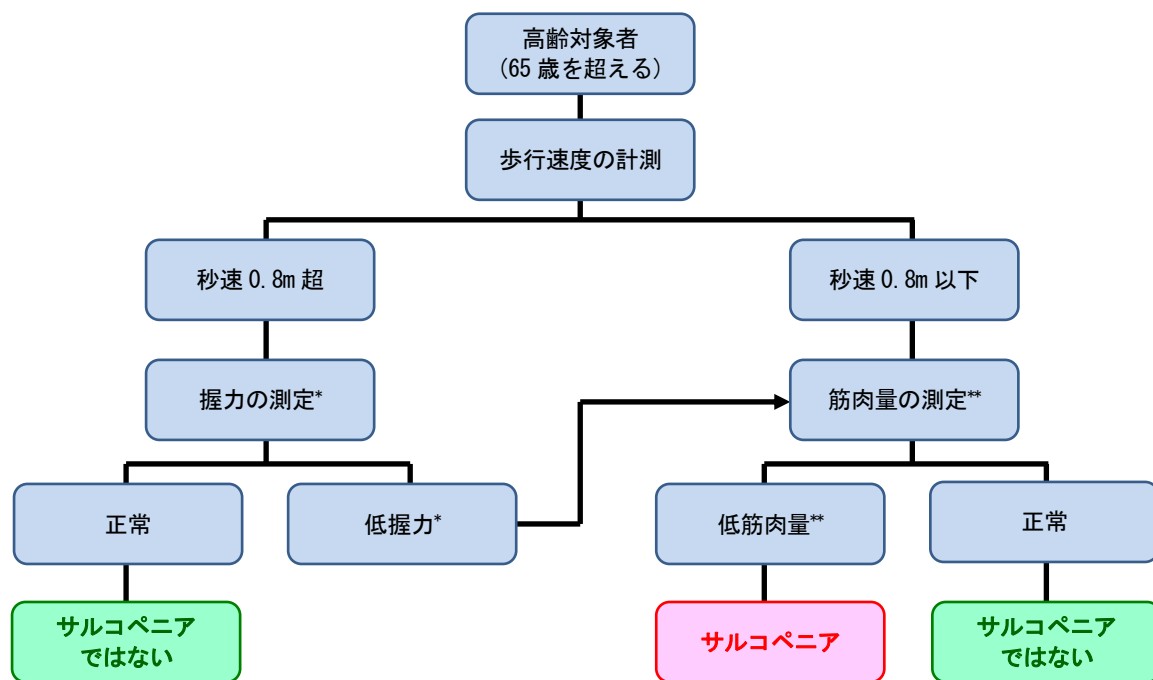
⁵¹ カーフレイズは、かかとを上げての爪先立ち。フロントランジは、片脚を前に踏み出して腰を深く下げる動作を指す。(詳しくは、「ロコモチェックに加え、より広い年齢層でロコモの危険度を評価する『ロコモ度テスト』を発表」(公益社団法人 日本整形外科学会, 平成 25 年 5 月 27 日)を参照いただきたい。)

7 | 老年期にはサルコペニアの予防が必要となる

高齢期に筋肉量が減少すると、握力や下肢筋力などが低下する。その結果、運動が減り、日常生活動作能力(Activities of Daily Living, ADL)が低下したり、行動範囲が狭まったりする。筋肉の脆弱化に起因するこのような状態は、サルコペニア⁵²と呼ばれる。この状態からは、要介護・要支援の状態に移行しやすくなるとされる。このため、サルコペニアの予防が必要となる。

2010年に、ヨーロッパで、サルコペニアの症例発見のためのアルゴリズムが公表された。そこでは、歩行速度・握力・筋肉量をもとに、判定が行われることとされている。

図表 25. サルコペニアの症例発見アルゴリズム



* 低握力 : 女性は 20 kg未満、男性は 30 kg未満の場合

** 低筋肉量 : 上下肢筋肉量を、身長²で割り算した値が、女性は 5.8 kg/m²未満、男性は 7.0 kg/m²未満の場合

※「女性医療のすべて」(太田博明編(メディカルレビュー社、2016年)の「V 7サルコペニア」)より、筆者作成

8 | 老年期にはフレイルになりやすい

高齢期には、身体機能が低下し、健康障害のリスクを有する状態となりやすい。このような状態は、フレイル(Frailty)と呼ばれる。これは、2014年に日本老年医学会によって提唱されたもので、「高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が充進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態」と定義されている⁵³。

フレイルは、生理的な加齢変化と機能障害、要介護状態の間にある状態として理解されている。低栄養、サルコペニア、基礎代謝の低下など、様々な要素からなる。このため、これまでに様々な尺度や評価方法が提唱されてきた。フレイルの診断基準としては、アメリカの老年学(ジェロントロジー)学会で公表された、体重減少、易疲労、筋力低下、歩行スピード低下、身体活動性低下の5つの項目

⁵² ギリシャ語で、筋肉を意味する‘sarco’(サルコ)と、喪失を意味する‘penia’(ペニア)を合わせた言葉。

⁵³ 「フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント」一般社団法人 日本老年医学会(2014年5月)より。

のうち、3つ以上を満たすこと、という基準が有名である⁵⁴。女性の場合、サルコペニアや、骨粗鬆症を原因とする転倒・骨折により、フレイルになりやすいと考えられる。

フレイルに対する運動療法としては、骨粗鬆症と同様に、骨密度改善や転倒予防を目的とした運動が挙げられる。具体的には、片脚立ち、かかと上げなどのバランス運動や、関節の柔軟性改善のためのストレッチ体操、下肢筋力改善のためのウォーキングなどとなる。

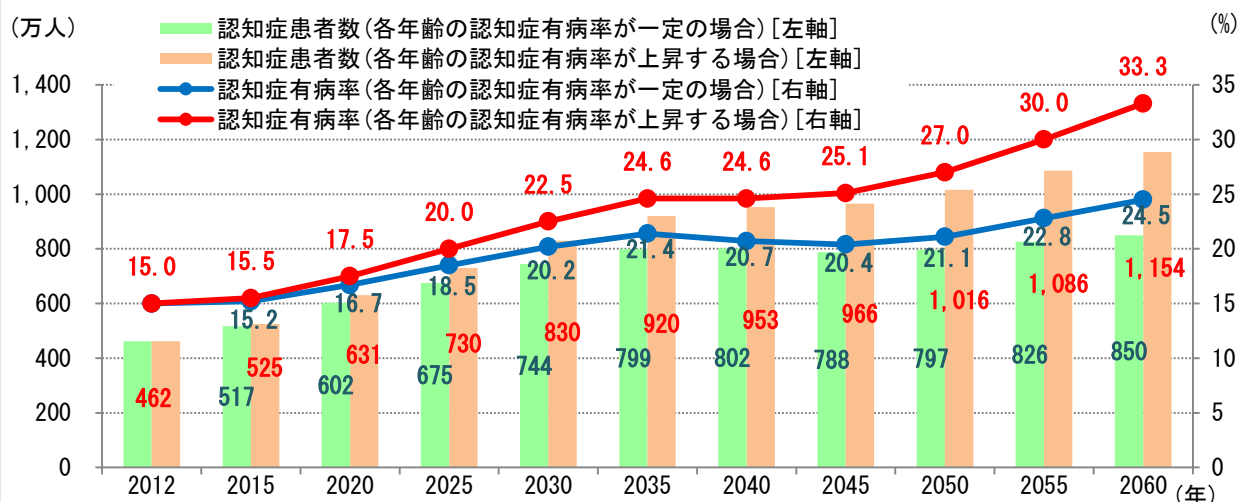
9 | 高齢化に伴う認知症の患者の増加は社会問題となりつつある

認知症は、高齢化の進行に従い、近年、注目が高まっている疾患である。高齢の認知症患者の徘徊や、行方不明者の増加は、社会問題となりつつある。以下、簡単に概要を見ていこう。

(1) 認知症患者の将来予想

人口の高齢化とともに、認知症の患者は増加している。認知症とは、「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで、日常生活・社会生活を営めない状態」を指す⁵⁵。2012年には、高齢者(65歳以上)3,079万人のうち、認知症患者は462万人、有病率は15%であった。将来推計(有病率が上昇する場合)によると、2025年には患者数は、男女合計で730万人となり、高齢者の20%が認知症患者になると見込まれている。そして、その後も増加するものと推計されている。

図表26. 65歳以上の認知症患者数と有病率の将来推計 (男女合計)



* 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている福岡県久山町研究データに基づき、各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合 および 2012年以降も糖尿病有病率の増加(2060年までに20%増加すると仮定)により上昇すると仮定した場合について推計。厚生労働省の全国調査により報告された、2012年の認知症患者数で補正した場合のデータ値をもとに作成。

※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度 総括・分担研究報告書」研究代表者 二宮利治(厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業、2015年3月)より、筆者作成

(2) 認知症の原因

認知症には、いくつかの原因が挙げられている。そのうち、アルツハイマー病⁵⁶、脳血管性認知症⁵⁷、

⁵⁴ “Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype” Fried LP et al. (Journal of Gerontology: Medical Sciences 2001, Vol. 56A, No. 3, M146-M156)にて、公表されている。

⁵⁵ 「みんなのメンタルヘルス」(厚生労働省ホームページ)の「こころの病を知る」-「病名から知る」-「認知症」より。(アドレス http://www.mhlw.go.jp/kokoro/know/disease_recog.html)

⁵⁶ アミロイドβと呼ばれるタンパク質が脳の神経細胞の働きを邪魔することで、記憶を司る海馬などが萎縮する。その結果、記憶障害や見当識障害などが生じる。病名は、ドイツの精神医学者アルツハイマーが初めて報告したことになむ。(「40歳からの『認知症予防』入門」伊古田俊夫(講談社、2016年、ブルーバックス B-1988)などより(次の注記57~59も同様))

レビー小体型認知症⁵⁸、前頭側頭葉変性症⁵⁹が、代表的なものとなっている。日本では、アルツハイマー病が、全体の6割以上と最も多い。次いで、脳血管性認知症が約2割を占める⁶⁰。レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症が、これに続く。アルツハイマー病では、女性の方が、男性よりも有病率、発症率が高いとされる。一方、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症では、出現頻度の男女の差について、一致した結果は得られていないとされる⁶¹。

認知症の患者には、記憶障害、見当識障害⁶²、実行機能障害⁶³、理解・判断能力障害、計算能力障害などの中核症状と呼ばれる症状が生じる。また、抑うつ症状、暴力・暴言、幻視・幻聴、妄想などの周辺症状(BPSD⁶⁴)が、併発することも多い。特に、女性の場合、抑うつ症状が現れることが多いとされる⁶⁵。

(3) 認知症の回復可能性と軽度認知障害(MCI)

一般に、認知症は、不可逆的に認知機能が低下する、と言われている。このため、治療をしても、完治することは困難とされている。ただし、アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、ビタミン欠乏症の場合は、早期の発見・治療によって、回復が可能と見られている。

認知症の前段階として、軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment, MCI)がある。MCIは、その名前の通り、軽度な認知機能の低下を有する状態とされる。MCIを放置しておく、高い確率で認知症に移行する一方、MCIの段階で適切に処置を行えば、健康な状態に回復する可能性があるとされている。2012年の時点で、日本には、MCIの段階にある人が、男女合わせて、400万人いるとされている⁶⁶。

認知症の患者の進行を遅らせる取り組みと、MCIの段階にある人を発見して、早期に治療を開始することが、現在の認知症対策の主眼となっている。

3—女性医療サービスの提供

前章までに、各ステージ別の女性医療のトピックスを述べてきた。女性には、女性ホルモンの変動により、ライフステージごとに、様々な病気を患う可能性があること。また、若齢期の健康への取り組みが、高齢期のQOLに影響を及ぼす可能性があること。などが、読み取れるものと思われる。これらのことを踏まえると、女性の心身を、長期に渡り、総合的にサポートする、女性医療サービスの必

⁵⁷ 脳卒中(脳梗塞や脳出血、くも膜下出血)の後遺症で起きる。歩行や言語に障害が出たり、意欲が低下して無気力・無関心になったりする。脳卒中を予防することで、この認知症の予防は可能とされる。

⁵⁸ 気分の高揚・落ち込み・動揺、幻視、自律神経に関する症状(失神発作、頑固な便秘、発汗障害など)が起きる。レビー小体は、脳の神経細胞にできる α -シヌクレインなどの特殊なタンパク質で、パーキンソン病の患者にも見られる。病名は、レビー小体を発見した、ドイツ生まれの神経学者フレデリック・レビーにちなむ。

⁵⁹ 患者は、人柄や行動に変化が生じる。例えば、順番待ちの列に割り込むなど、常識や社会のルールを逸脱した行動をとる。症状が進むと、同じことを繰り返す常同行動や、毎日決まった時刻に同じ行動をとる時刻表的行動が起きることもある。

⁶⁰ 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度 総括・分担研究報告書」研究代表者 二宮利治(厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業、2015年3月)より。

⁶¹ 「女性医療とメンタルケア」久保田俊郎・松島英介編(創造出版、2012年)第1章 中高年のうつ病と認知症の項などより。

⁶² 現在自己の置かれている状況の認識が正常に行われない状態。例えば、時間・季節・場所・人の認識が困難となる。

⁶³ 目的をもった一連の行動を自立して有効に成し遂げるために必要な機能に障害が生じること。例えば、料理が困難となる。

⁶⁴ BPSDは、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略。

⁶⁵ 「女性医療とメンタルケア」久保田俊郎・松島英介編(創造出版、2012年)第1章 中高年のうつ病と認知症の項などより。なお、男性のBPSDは、暴力・暴言などの攻撃性のものの頻度が高いとされている。

⁶⁶ 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 総合研究報告書」研究代表者 朝田隆(厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業、平成23年度～平成24年度、2013年3月)より

要性に思い至ることとなる。

それでは、現在、女性医療サービスは、どのような考え方や体制のもとで行われているのだろうか。本章では、性差医療の考え方や、実際のサービス提供体制の整備について、概観することとしたい。

1 | 性差医療は、日本に紹介されてからまだ 20 年足らず

まず、女性と男性の性差を踏まえた医療である、性差医療の取り組みについて、見ることにしたい。

(1) アメリカでの性差医療の始まり

そもそも、現在、日本の医療の中核をなしている近代西洋医学は、医療の対象である患者として、成人男性を中心に据えてきたと言われる。例えば、アメリカでは、1980年代まで、臨床試験の被験者は、男性であることを前提としていた。アメリカでは、長らく、死因の第1位は、心血管疾患である⁶⁷。そのため、1980年代には、男性中心の心血管疾患に対する健康施策が進められた。その結果、男性の死亡は減少し始めた。しかしながら、女性の死亡については、逆に増加が続いた。このことを受けて、それまで男性中心となっていた医学のあり方に対して、問題意識がわき上がったと言われている⁶⁸。こうした経緯を受けて、1990年代に入ると、連邦政府主導で、性差医療が開始されるようになった。

(2) 日本の性差医療の展開

日本では、1999年に、アメリカの性差医療の考え方が紹介された。そして、2000年代以降、性差に基づく医療や医学の研究が発展してきた。日本の性差医療の歴史は、まだ20年弱ということになる。

性差医療で取り扱う性差には、生物学的性差と、社会的・文化的性差の、両方が考慮される。性差医療には、次の表に示す4つの領域があるとされている。

図表 27. 性差医療の4つの領域

- ① 男女比が圧倒的にどちらかに傾いている病態
- ② 発症率はほぼ同じでも、男女間で臨床的に差をみるもの
- ③ 生理的、生物学的説明が男性または女性で遅れている病態
- ④ 社会的な男女の地位と健康の関連などに関する研究の推進と、その結果の判断・治療・予防への活用を目的とした医療改革

※「あなたも名医! プライマリケア現場での女性診療 押さえておきたい33のポイント」(日本医事新報社, jmed mook47, 2016年12月)の「第1章4 性差医療を理解しよう」を参考に、筆者作成

性差医療では、女性の妊娠や出産だけではなく、性差のある内科的な問題(特に、女性に多く見られる甲状腺疾患や関節リウマチ、膠原(こうげん)病などの自己免疫疾患)。性自認⁶⁹や、性行動に関わるもの。女性に特有の、心の問題。そして、骨粗鬆症や神経痛などの整形外科的疾患など、幅広い領域の医療が対象となる。例えば、上記の表で、①の男女比が圧倒的にどちらかに傾いている病態として、次のような、自己免疫疾患について患者の男女比を研究した結果が公表されている。

⁶⁷ 世界保健機関(WHO)による2015年の推定によると、アメリカでは、心血管疾患が全死因の約3割を占めて、最大の死因となっている。

⁶⁸ 女性医療は、「ビキニ医療(bikini medicine)」と言われた時代もあった。当時は、ビキニの水着で隠す部分だけが女性医療の対象である、と矮小化して捉えられていた。この用語は、性差医療(gender-specific medicine)の提唱者である、コロンビア大学のMarianne Legato教授によって、呼ばれたのが始まりとされる。

⁶⁹ 性別に関する自己意識のこと。(「性的指向・性自認について」(人事院より))

図表 28. 自己免疫疾患患者の男女比（主なもの）

疾患	男:女	疾患	男:女
全身性エリテマトーデス ⁷⁰	1:9	シェーグレン症候群 ⁷¹	1:13.7
関節リウマチ	1:2	原発性胆汁性肝硬変	1:9
全身性硬化症	1:8	バセドウ病	1:4
多発性炎・皮膚筋炎	1:2	橋本病	1:20

※ 「自己免疫疾患はなぜ女性に多いのか」塚本浩(九州大学病態修復内科学, 2002年第3回博多リウマチセミナー)より、筆者作成

このほか、アルツハイマー病では、女性の方が、男性よりも有病率、発症率が高いとされている点なども、性差医療の領域に含まれるものと考えられる。

しかしながら、現在までに、こうした性差医療が、社会に十分に浸透しているとは言いがたい。今後、性差医療に関する社会全体の理解を高めていくことが必要と考えられる。

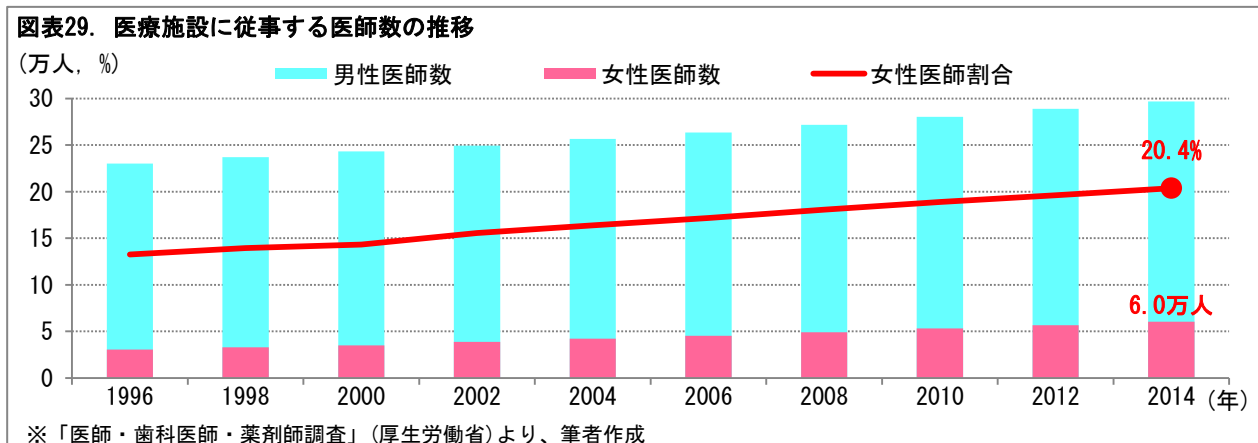
2 | 女性を総合的に診療できる女性医師・婦人科医師の充足は徐々に進んできた

診察を受けるにあたって、女性医師、婦人科医師を望む女性患者は多い。これは、女性医療では、身体の診察で視診や触診が行われることや、問診で月経・性などに関するデリケートな質問をされることが多いためと考えられる。前編の患者数に関する注意でも触れたとおり、女性医療では、統計に表れない潜在患者が存在すると言われている。これは、患者が心身の状態に違和感を感じたとしても、医師に対する羞恥心や恐怖心から、医療施設での受検や受療を躊躇してしまう恐れがあると考えられるからである。このことは、疾患の発見の遅れにつながり、受療後の患者の回復状況や、医療制度全体の効率性など、様々な面で、悪影響をもたらす可能性を有している。

このため、女性医療の拡充において、女性医師、産婦人科医師の充足は、基本的な課題となる。

(1) 女性医師

まず、女性医師の数は、どのように推移しているのだろうか。日本では、女性医師は、徐々に増加しており、2014年には、6万人に達している。医師全体に占める女性医師の割合は、20%を超えている。女性医師の充足は、進みつつあると言える。



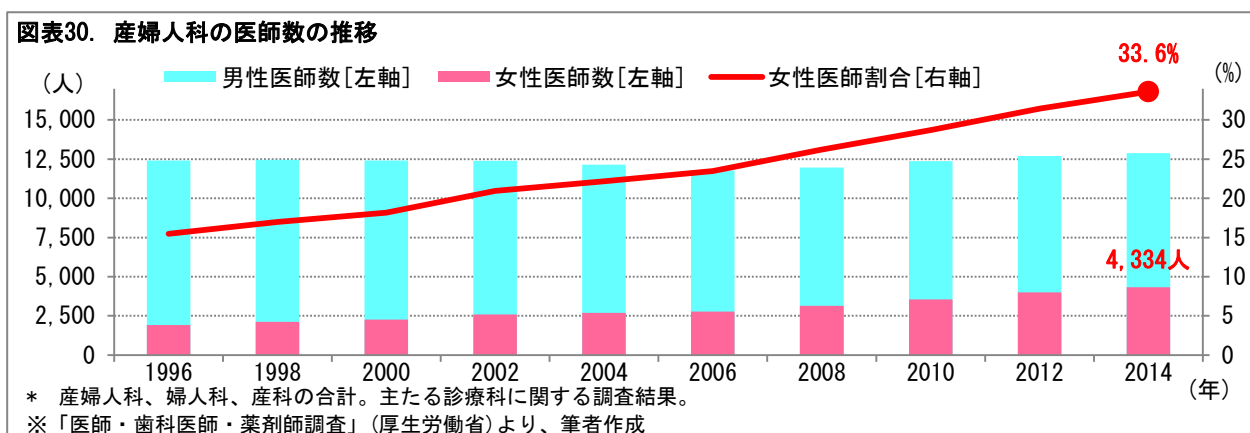
(2) 産婦人科医師

一方、婦人科医師の数は、どのように推移しているのだろうか。女性医療を担う診療科は、主に、

⁷⁰ 皮膚、血管、漿膜、関節、腎臓など全身に、滲出(しんしゅつ)性・硬化性の病変が及ぶ疾患。若年の女性に多い。

⁷¹ 全身の粘膜乾燥を特徴とする症候群。眼球乾燥症、口内乾燥、慢性関節リウマチなどが起こる。

産婦人科(婦人科、産科を含む)や内科となる。このうち、産婦人科の医師を見ると、横這いで推移しているが、女性医師の数は、徐々に増加している。2014年には、産婦人科の医師のうち、3人に1人は女性医師となっている。



3 | 女性専用外来の拡充が進んできた

女性に特化して、医療サービスを行う医療施設として、一部の医療機関では、女性専用外来が設けられている。女性専用外来は、婦人科を中心に、内科、外科、精神科、皮膚科、形成外科など幅広い診療科に渡ることが多い。

通常、女性専用外来では、女性医師が、患者1人に20~30分の時間をかけて、じっくりと診察、カウンセリング、治療を行う。例えば、局部に生じた病変や、不定愁訴を伴う精神的な悩みがある場合、一般外来の男性医師による診療では、患者に羞恥心や恐怖心が伴うことがある。このような場合に、女性専用外来は、患者にとって救いの場になる、とされている。

女性専用外来を開設する医療施設は、徐々に増加している。日本では、2001年に、最初の女性専用外来が開業している⁷²。その後、2004年までに、全都道府県で開設された。性差医療情報ネットワークのホームページに掲載されている開設病院数⁷³を見ると、2006年3月には301病院、2014年2月には317病院で女性専用外来が開設されている。また、2017年8月には、女性専用外来を紹介するサイト⁷⁴に、389病院が掲載されている。女性専用外来の拡充は、徐々に進んできているものと言える。

4 | 女性医療に関する包括的な統計データは、とりまとめられていない

女性医療は、日本に性差医療の考え方が紹介された1999年以降、徐々に浸透してきた。実際に、医師や外来施設の面で、その医療提供体制は、徐々に拡充している。しかし、増大するニーズを満たす点を踏まえれば、まだ、女性医療の体制整備が完了したとは言えない。

女性医療に関するデータ整備も、同様である。例えば、女性専用外来について、各医療施設ごとの診療実績はあっても、医療施設を横断したデータとしては、とりまとめられていない。このため、女性医療に関して、どういう悩みを持った患者がどれくらい来院するのか。通院回数や1回の診察時間はどのくらいなのか、といった情報が、日本全体の集計データとして、把握できない状況にある。

⁷² 2001年5月に、鹿児島大学医学部附属病院に開設された。

⁷³ 「女性外来マップ」(特定非営利活動法人 性差医療情報ネットワーク ホームページ)(「2014年2月12日現在」のアドレス <http://www.nahw.or.jp/hospital-info>)

⁷⁴ 「病院ナビ」(株式会社 e-ヘルスケア)(アドレス <https://byoinnavi.jp/k01>)

今後、日本をはじめ各国で、根拠に基づく医療(Evidence Based Medicine, EBM)⁷⁵の展開により、医療者の経験や、患者の価値観を、根拠と統合した上で、患者の医療を向上させ、医療の実効性を高めていくことが目標とされている。女性医療も、その例外ではない。限られた数の女性医師や、産婦人科医師を、どのように配置・活用して、女性医療の質や実効性を高めていくべきか。病院の女性専用外来をどのように拡充させて、どのような運用によって、患者のニーズに応じていくべきか。このような様々な課題を検討する前提として、まず、女性医療に関する、正確で包括的な統計データの整備が必要と考えられる。

5 | 女性医療に関する、統合医療の展開は道半ば

女性医療は、身体的症状としての病気を治すことだけを目的とはしていない。患者が抱える心理的症状あるいは社会的な悩みを理解し、生活スタイル、精神状態など、全人的かつ包括的に、患者を診療することが求められる。

現在、医療の中核をなしている近代西洋医学に加えて、食事・運動・生活スタイルの指導や、各種の相補・代替医療を組み合わせて、提供する動きが始まっている。これは、「統合医療」と呼ばれている。統合医療について、厚生労働省の検討会では、「近代西洋医学を前提として、これに相補(補完)・代替療法や伝統医学等を組み合わせて更にQOL(Quality of Life: 生活の質)を向上させる医療であり、医師主導で行うものであって、場合により多職種が協働して行うもの」と位置づけている。

相補・代替医療の例としては、次の図表のものが考えられる。

図表 31. 相補・代替医療の例

療法の分類	療法の例	
	国家資格等、国の制度に組み込まれているもの	その他
食や経口摂取に関するもの	食事療法・サプリメントの一部(特別用途食品(特定保健用食品含む)、栄養機能食品)	左記以外の食事療法・サプリメント・断食療法・ホメオパシー
身体への物理的刺激を伴うもの	はり・きゅう(はり師・きゅう師)	温熱療法、磁気療法
手技的行為を伴うもの	マッサージの一部(あん摩マッサージ指圧師)、骨つぎ・接骨(柔道整復師)	左記以外のマッサージ、整体、カイロプラクティック
感覚を通じて行うもの	—	アロマセラピー、音楽療法
環境を利用するもの	—	温泉療法、森林セラピー
身体の動作を伴うもの	—	ヨガ、気功
動物や植物との関わりを利用するもの	—	アニマルセラピー、園芸療法
伝統医学、民族療法	漢方医学の一部(薬事承認されている漢方薬)	左記以外の漢方医学、中国伝統医学、アーユルヴェーダ

※『「統合医療」情報発信サイト 利用マニュアル 2016年』(厚生労働省、「統合医療」に係る情報発信等推進事業)より、筆者作成

なお、日本では、相補・代替医療の多くが、保険適用とはなっていない⁷⁶。今後、統合医療の展開に向けて、保険適用範囲のあり方を含めて、検討を進めることが必要と考えられる。

⁷⁵ 最良の「根拠」を思慮深く活用する医療のこと。EBMは、単に研究結果やデータだけを頼りにするものではなく、「最善の根拠」、「医療者の経験」、「患者の価値観」を統合して、患者にとって、より良い医療を目指そうとするもの。(『「統合医療」情報発信サイト』(厚生労働省、「統合医療」に係る情報発信等推進事業(アドレス <http://www.ejim.ncgg.go.jp/public/index.html>)より、筆者が一部改変。)

⁷⁶ 保険適用外の診療を一部でも含むと、混合診療となって、診療全体が保険適用外となる。

4—おわりに（女性医療の問題点（私見））

前章までに、女性医療を巡る様々なトピックスを概観してきた。女性ホルモンは、性成熟期において、周期的に変動する。長期的な視点に立てば、ライフサイクルのステージの変化に応じて、ホルモンの分泌は変わっていく。こうした女性ホルモンの変化に関連して、第二次性徴の発来、月経周期の確立、妊娠、出産、更年期の閉経などが起こり、その結果、女性特有の疾患や、病態が生じることもある。これらを総合したものが、女性医療と位置づけられる。

ここでは、例えば、老年期の骨粗鬆症が、元をたどれば、思春期や性成熟期の健康状態に関連しているといった、息の長い健康管理が重要となる。また、身体の様々な病状を診る上で、不定愁訴や、精神状態など、患者の全身の状態を、包括的に理解して、診療することが求められる。

本章では、現在の女性医療が抱えていると思われる問題点について、5点ほど、筆者の私見を述べることにしたい。

〈1〉乳がん検診や子宮頸がん検診の、受診率が低い

日本のがん検診の受診率は、国際的に見ると低い水準にある。特に、乳がん検診や子宮頸がん検診の受診率は、40%程度にとどまっており、欧米先進諸国に比べて低い。日本人の2人に1人が生涯で1度はがんにかかり、3人に1人ががんで死亡する、との実態を踏まえれば、がん検診の受診率向上は、日本の医療の鍵となる課題と言えよう。諸外国で見られるような、検診費用の公費負担など、受診率引き上げに向けた取り組みが必要と考えられる。特に、乳がんは、女性の部位別のがん罹患率で、第1位を占めている。また、子宮頸がんは、若齢期に発生しやすく、妊孕性に影響する。がんの早期発見、早期治療を進めて、罹患した後の回復や、患者QOLを高めていくことが必要と考えられる。

〈2〉若齢期の取り組みが、老年期のQOLに影響を与えることが、十分に理解されていない

日本の社会には、女性のライフサイクルを視野に入れて、若齢期から数十年先を見据えた、息の長い健康管理が重要であるとの認識が、十分に浸透していないと考えられる。また、女性の心身の健康は、本人ひとりにとどまるものではなく、次世代の健康にも影響するという、DOHaD説の考え方も、あまり浸透していないものと思われる。今後、女性医療が担うべき、長期的視点での医療や健康の問題を、更に広めていくために、家庭・学校・職場等、社会のあらゆる場において、教育・啓蒙活動を充実させていくことが必要と考えられる。

〈3〉性差医療に対する理解が、社会に十分に浸透したとは言いがたい

日本では、性差医療の考え方が紹介されてから、まだ20年も経過していない。この間、生物学的性差だけではなく、社会的・文化的性差を含めた性差医療の理解が、社会に十分に浸透しているとは言いがたい。例えば、男女比が圧倒的にどちらかに傾いている病態については、それぞれの性別の固有疾患として捉えられており、社会全体で、医療の質や効率を高める動きには、結び付いていないものと思われる。今後、性差医療に関する研究を深化させるとともに、そこで得られた各種の知見の活用について、議論を深めていくことが必要と考えられる。

〈4〉 女性医療のサービス体制の整備は道半ばであり、包括的な統計データベースも未整備

女性医師は、徐々に増加している。特に、産婦人科では、医師の3人に1人が、女性医師となっている。また、女性専用外来を開設する病院も、徐々に増加している。しかし、今後の女性医療ニーズの高まりを踏まえると、サービス体制の整備は、まだ完了したとは言えない。更に、現在のところ、女性医療に関する、正確で包括的な統計データは、とりまとめられていない。今後は、引き続き、女性医師・産婦人科医師や、女性専用外来の体制づくりを進めるとともに、女性医療の統計データベースの整備にも、力を入れていく必要があるものと考えられる。

〈5〉 女性医療について、統合医療の展開が道半ばとなっている

女性医療は、患者の心身状態や生活全般を、長期間に渡り、幅広く捉える必要があるとされている。そのため、近代西洋医学における処置・施術や薬剤投与を前提として、食事・運動・生活スタイルの指導や、相補・代替医療の提供も考慮するべきであろう。つまり、これらを含む、統合医療が求められることとなる。しかし、統合医療の展開は、道半ばとなっている。相補・代替医療の多くが、保険適用とはならないことが、その一因と考えられる。今後、保険適用範囲のあり方の検討を含めて、女性医療に相応しい、統合医療の展開を進めるべきと考えられる。

これらの問題点について、引き続き、議論を進めていくことが必要と思われる。なお、今回、女性医療の問題点として、以上の5点を挙げたが、これらの中には、女性医療に限らず、医療全体にあてはまるものも含まれている。このため、医療全体の展開の中で、女性医療の検討を行うことが必要となろう。今後も、女性医療の進展動向に、引き続き、注目していくことが重要と考えられる。

【参考文献・資料】

(下記1~3の文献・資料は、包括的に参考にした)

1. 「女性医療のすべて」太田博明編(メディカルレビュー社, 2016年)
2. 「あなたも名医! プライマリケア現場での女性診療 - 押さえておきたい33のポイント」池田裕美枝・対馬ルリ子 編(日本医事新報社, jmed mook 47, 2016年)
3. 「女性医療とメンタルケア」久保田俊郎・松島英介編(創造出版, 2012年)

(下記の文献・資料は、内容の一部を参考にした)

4. 「広辞苑 第六版」(岩波書店)
5. 「患者調査」(厚生労働省)
6. 「国民生活基礎調査」(厚生労働省)
7. 「ホルモン補充療法(HRT)チェックシート」(日本産婦人科医会)
8. 「がん情報サービス 一般の方向けサイト」(国立がん研究センター)
<http://ganjoho.jp/public/index.html>
9. 「がん統計」(国立がん研究センターがん対策情報センター)
10. 「がん統計-罹患データ(全国推計値)」(国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策情報センター)
11. 「がん統計-死亡データ(全国推計値)」(国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策情報センター)
12. 「睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班 平成13年度研究報告書」(厚生労働省, 同研究班, 2002年)
13. 「デジタル大辞泉」(小学館)
14. 「平成20年患者調査」「平成23年患者調査」のオーダーメイド集計(厚生労働省)
15. 「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版」(骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会)
16. 「骨粗しょう症薬使用で留意 副作用で顎の骨壊死」(日本経済新聞2017年7月3日, 朝刊17面)
17. 「『ロコモ』を知ろう 『ロコモ』とは?」(ロコモチャレンジ!, 日本整形外科学会公認 ロコモティブシンドローム予防啓発公式サイト)
<https://locomo-joa.jp/locomo/01.html>
18. 「ロコモ度テスト パンフレット」(公益社団法人 日本整形外科学会)
19. 「ロコモチェックに加え、より広い年齢層でロコモの危険度を評価する『ロコモ度テスト』を発表」(公益社団法人 日本整形外科学会, 平成25年5月27日)
20. 「フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント」一般社団法人 日本老年医学会(2014年5月)
21. “Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype” Fried LP et al. (Journal of Gerontology: Medical Sciences 2001, Vol. 56A, No. 3, M146-M156)

22. 「みんなのメンタルヘルス」(厚生労働省ホームページ)の「こころの病気を知る」の「病名から知る」の「認知症」
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease_recog.html
23. 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度 総括・分担研究報告書」研究代表者 二宮利治(厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業, 2015年3月)
24. 「40歳からの『認知症予防』入門」伊古田俊夫(講談社, 2016年, ブルーバックス B-1988)
25. 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 総合研究報告書」研究代表者 朝田隆(厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業, 平成23年度～平成24年度, 2013年3月)
26. 「性的指向・性自認について」(人事院)
27. 「自己免疫疾患はなぜ女性に多いのか」塚本浩(九州大学病態修復内科学, 2002年第3回博多リウマチセミナー)
28. 「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)
29. 「女性外来マップ」(特定非営利活動法人 性差医療情報ネットワーク ホームページ)
<http://www.nahw.or.jp/hospital-info>
30. 「病院なび」(株式会社 eヘルスケア)
<https://byoinnavi.jp/k01>
31. 「『統合医療』情報発信サイト 利用マニュアル 2016年」(厚生労働省, 「統合医療」に係る情報発信等推進事業)
32. 「『統合医療』情報発信サイト」(厚生労働省, 「統合医療」に係る情報発信等推進事業)
<http://www.ejim.negg.go.jp/public/index.html>

(なお、下記2編の拙稿については、本稿執筆の基礎とした)

33. 「医療・介護の現状と今後の展開(前編)－医療・介護を取り巻く社会環境はどのように変化しているか?」篠原拓也(ニッセイ基礎研究所 基礎研レポート, 2015年3月10日)
http://www.nli-research.co.jp/report/nlri_report/2014/report150310.html
34. 「医療・介護の現状と今後の展開(後編)－民間の医療保険へはどのような影響があるのか?」篠原拓也(ニッセイ基礎研究所 基礎研レポート, 2015年3月16日)
http://www.nli-research.co.jp/report/nlri_report/2014/report150316.html