

医療における女性の人権擁護

—産婦人科受診に関する実態調査から—

伏 見 正 江*

Women's Rights issued from Medical Treatment

—from a survey focused on the actual condition at the Obstetrics and Gynecology consultation—

FUSHIMI Masae

(1999年10月30日受付)

ABSTRACT

Considering women's health and rights, a questionnaire survey was conducted over a group who received medical treatments to reveal the actual condition at the obstetrics and gynecology consultation.

Approximately 70% of women have some hesitation to decide to visit for consultation. Especially, sense of shyness against internal examination is a large factor which influences over their decision. Regarding diagnosis results and medical treatments, approximately 40% of women are not satisfied with. Their complaints indicate, "They are too nervous to ask questions or they are not able to get enough explanations under such busy atmosphere." In addition, regarding expectation toward the obstetrics and gynecology medical treatments, all of questionnaire subjects desire the followings; "More respect for their privacy is necessary," "Consultation should also consider overall health management through women's life," "Environment should be more open for teenagers and single women," and so on. These indicate that women's self-efficacy is lowered as observed from the actual condition. Furthermore, a large number of women, who feel uncomfortable in their physical condition, are not able to receive medical treatments because of their daily jobs. This study suggested a role in nursing activity field which requires to face toward the daily medical care with sense of sympathy and consciousness of living together.

Key words : women's health and rights, gender, empowerment

*本学 短期大学部 母性看護学

I. はじめに

「女性の権利は人権である (Women's rights are human rights)」というスローガンは、80年代後半からの世界中の女性運動の力で国際的に確立した。1993年のウイーン国連世界人権会議、続く、1995年第4回世界女性会議行動綱領に女性の人権が明記され、女性への人権侵害は各国政府の責任とされた¹⁾。

「女性の人権」を強調しなければならない背景には、フランス人権宣言から200余年、世界人権宣言から51年、女性差別撤廃条約の採択から20年を経てもなお、世界的に、女性の身体や精神の自由など基本的な人権に対する侵害が後をたたず、女性の健康を脅かす社会問題となっている現状がある²⁾。

第4回世界女性会議行動綱領では、リプロダクティブ・ヘルス／ライツ (性と生殖に関する健康と権利) はキーワードとなり、女性の健康を権利として保障している。

女性の健康を権利として強調する理由は、女性だけが、妊娠する機能を持つこと、また、生命体としての働きの多くをホルモンに支配されていることにより、様々な支障や心身にわたる悩みを抱えていること。さらに、女性は社会的・文化的に規定された性差 (ジェンダー) により、男女不平等という性役割分担意識、男性中心の性規範、女性への様々な暴力、女性が構造的に「弱者」として、不利な立場に置かれていることから生じる健康への侵害からである。

医療においても、これまで重要な意思決定を必要とする場面で、特に女性はジェンダーの側面から、意思決定できない存在として扱われてこなかっただろうか。

1986年に出されたヘルスプロモーションに関するオタワ憲章は、自主的な健康への取り組みの重要性や生活モデルからのアプローチを喚起し、さらに、社会構造での不均衡の是正を考慮にいれて、ウェルビーイングと健康社会の実現

を目指すことを提唱している³⁾。

世界女性会議行動綱領は、政府の取るべき行動の中で、保健医療職員やまたそれらの養成機関等、すべての段階の教育制度における教師に対し、ジェンダーの視点に立った人権教育及び研修の供与を明らかにしている⁴⁾。

医療に蔓延するパターナリズムの弊害として、近年の医療者の「インフォームド・コンセント」の重要性への認識にも関わらず、まだまだ、人間的側面を否定する出来事があることから、女性の性と生殖に関わる健康と権利の問題としても実態を明らかにし、看護への課題を明らかにすることが大切ではないだろうか。

II. 問題の所在および依拠する調査の概要

病院医療の発達とは、健康を保障するために有効であるという前提を認めさせるために、一部の人間の人権軽視によって高められているという矛盾に直面する⁵⁾。

品川は「医療 (行為) は、十分な人権への配慮が大切になる。それは、他人の秘密を知る、他人の身体を観察し触れる、皮膚や臓器などを傷つける必要に迫られる、臓器や体液の一部を採取せざるをえない。生理現象では、特に性に関する一連の現象に人為的に干渉し、自然に逆らう事が多い等、医療 (行為) の中には、“非倫理性” が潜むからである」と述べている⁵⁾。

生物学的に男性と異なる機能を持つ女性のからは、月経、思春期、更年期、避妊、妊娠、出産、人工妊娠中絶、婦人科疾患、性感染症等を通して、特徴的な症状や健康問題を生じやすく、常に医療の対象にされ続ける。人為的な干渉は、女性のからだについて「全体としての人間」という見解をこえ、部分部分としての対応になり、各科にまたがる「治療」という方法にもなる。また、“非倫理性” を持つが故に、十分な女性の人権への権利擁護配慮が必要となる。しかし、重要な意思決定を必要とする場面において、女性は、“支配と従属” や“命令と服従”

というジェンダーの問題が浮上する⁷⁾。

いま、世界で性と生殖における健康と権利が女性問題の重要な課題と認識される時、ひとり、ひとりの女性の生活の中で、この概念を意識化することからその実状を知ることが大切である。

先行研究の中で、受診の当事者であった女性たちが創る多くの自助グループからの報告は、リプロダクティブ・ヘルス／ライツを日常化していくには、「からだの悩みは医療だけでは解決されていない」、「技術よりも、行き場のない声を受け止めることが求められている」等がある。また、「産婦人科に対するイメージ」調査では、「怖い」、「恥ずかしい」、「妊娠しなければ行きづらい」、「周囲の目が気になる」とネガティブに捉えている状況が報告されている。

フェミニスト倫理とヘルスケアの視点からは、女性が、医療システムにおいて、いかに不利な立場に置かれ抑圧されている現実を問うことの重要性が指摘されている⁷⁾。

本調査は、F市では初めての調査である。また、女性のヘルスケア及び、そのシステムに関わる者として、人権擁護の側面より分析を試みること、女性の利益のために行う調査であり、女性の状況を変えることに貢献するものである。

調査期間：1997年7月から1997年9月

調査対象：F市（Y県の中でも、産婦人科医療機関の集中している）に居住し、産婦人科受診を経験し、調査の同意が得られた女性273名。公民館及び女性センターでの講座参加のため来訪した女性。

調査方法：調査者が作成した7項目の無記名自由回答式質問紙調査。

同意の得られた対象者に、直接質問紙を配布しその場で回収を行った。質問項目は、①受診を決定するまでに要した日数、②産婦人科受診時の相談者について、③受診時のプライ

バシーについて、④受診時の設備環境について、⑤診断結果・治療方法などの説明について、⑥産婦人科医療への期待について、⑦健康のために日頃心がけていることについてを回答していただいた。

本稿では、①から⑥の項目を分析する。

倫理的配慮：調査の依頼状には、趣旨説明を伝えプライバシーの確保への配慮を行った。

Ⅲ．結果

1．対象者の属性

対象女性の年齢は、40代が85名（33.5%）、30代は60名（23.6%）、50代が54名（21.2%）であった。

2．受診決定までに要した日数

産婦人科受診を決定するまでに要した日数は、図2の通りで、6～10日が106名（38.8%）で

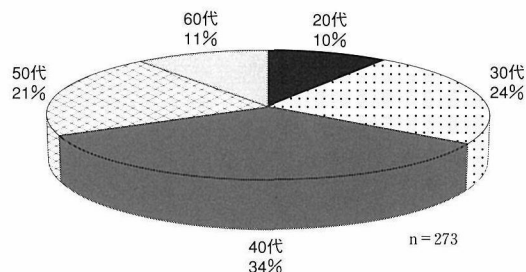


図1 対象者の年齢

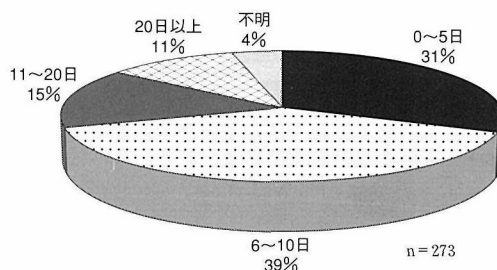


図2 受診決定に要した日数

最も多く、0～5日が85名（31.1%）、受診決定までに20日以上経過した人は30名（11.0%）であった。

受診決定に日数を経過した理由は図3の通りである。「都合にあわせて」とスケジュールの調整している人が21名（30%）で一番多い。受診を決定するまでに6日から10日経過した人の理由は、「内診があるので決心するのに時間がかかった」、「恥ずかしい行きたくない」、「症状が回復するか、様子をみていた」、「独身で出産の経験がないので不安」、「病院・医師を選択していた」であった。次に0日～5日経過した人の理由は「妊娠の可能性があるため産科なので早く行きたい」、「子宮癌検診のため」等が最も多く、「直ぐ診てもらいたい心配なので」、「悪くなってからでは治らないため」、「具合が悪いところは早く治した方がよい」、「自分のことなので何日もかからない。仕事と相談して決めた」、「受診する理由を納得し、心の準備をした」等の理由であった。

受診が20日以上経過した人の理由は、「何日も悩み続けた」、「恥ずかしい」、「不安」、「診察

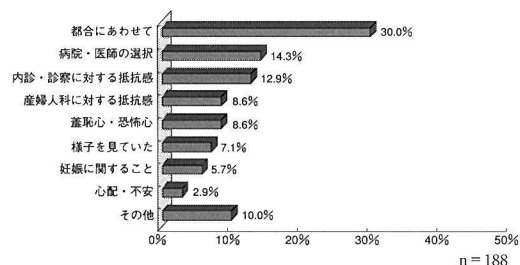


図3 受診決定に日数がかかった理由

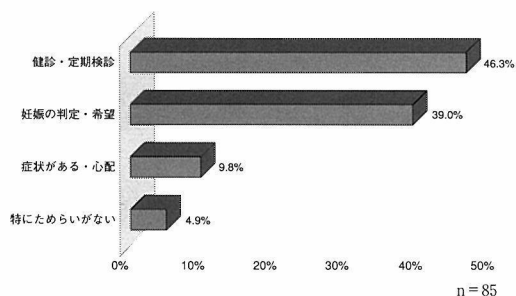


図4 受診をすぐ決めた理由

台に上がるのが気が進まない」、「診察台に気後れする」、「受診日を検討していたので」、「子どもが幼く、不安になった」、「子宮癌検診はまだ早いと思った」、「日々の生活に流されてしまった」等であり、受診を直ぐに決めることができた人を除き、約70%の女性が受診行動までには、産婦人科に対する抵抗感、内診・診察に対する抵抗感、羞恥心・恐怖心、心配や不安等を経験している。

受診をすぐに決めた人の理由は、図4に見られるように、「妊婦健診・定期検診」、「妊娠の判定」等、予防的行動をとることによる利益への知覚と負担への知覚の差が影響している。

3. 産婦人科受診行動までの相談者

相談経験が有るは124名（45.4%）、無いのは149名（54.6%）である。

相談経験の有る人が受診時に相談した理由は、図6の通りである。一番多いのは、「よい病院を選びたかった」と病院の選択をあげている。快適で満足できる病院を知りたい女性の声は多い。また、「同じ経験者と分かち合いたかった」、

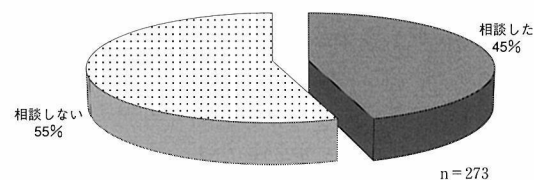


図5 産婦人科受診時の相談の有無

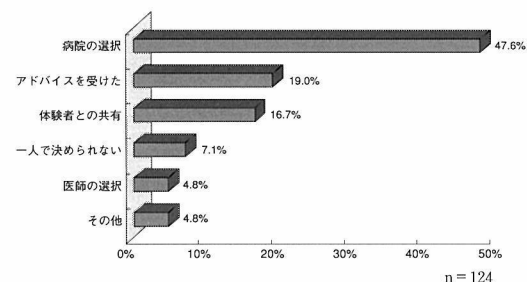


図6 受診時相談した理由

「自分一人で悩んでいてもしょうがないので他の人の意見も聞きたかった」等、体験者との共有を求めている。また、「アドバイスを受けた」、「家族に隠すことでもないが、承知してほしかった」等の理由があった。妊娠が確認されている人は、「父親になる人と責任を分かち合うため」と、妊娠を両性の行為としての自覚をパートナーにも求めている。

受診時相談をしていない人の理由は、図7の通りである。一番多い理由は、「自分の身体のことなので相談しない」であり、次に「恥ずかしい場所だから」、「人間ドックだから」「相談するほどでもない」であった。

4. 産婦人科受診時のプライバシーについて

プライバシーへの配慮が有りと答えた人は203名(74.4%)、無いのは70名(25.6%)である。

プライバシーが有りの理由は、「ベルトコンベアーのようではなく、一対一で話せた」、「診察室は少人数でゆっくり診てもらえた」、「他の人には聞こえないように配慮された」、「保険証記載は、医院の名前だったので、産婦人科名は

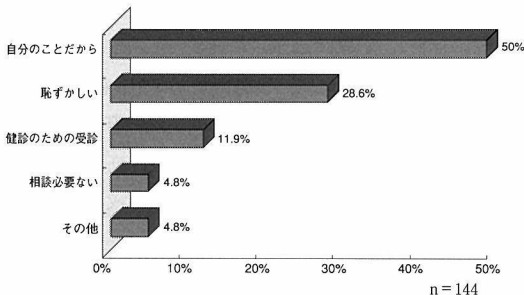


図7 受診時相談しなかった理由

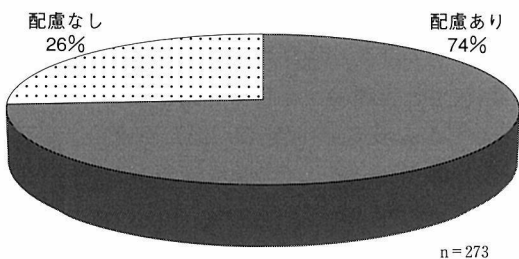


図8 産婦人科受診時のプライバシーへの配慮

なかった」、「家族には内緒の希望を守ってもらえた」、「病院によってかなり異なっている」等であった。

プライバシーの配慮が無いとする理由については図9の通りである。「医師の話が周囲に聞こえる」が最も多かった。「診察室と中待合室が一緒」、「すべての部屋にドアがない」、「受付で問診の確認を他の人がいてもされた」、「診察室が大変狭く、他の人に話の内容が聞こえるのではないと思うくらい狭い」と答えており、設備環境の悪化だけでなく、女性の人権への配慮がされていない状況がみられる。

5. 診断結果・治療方法の説明について

十分な説明が有りと答えた人は184名(67.4%)、説明が無いのは89名(32.6%)である。

予想外に十分な説明があると答えている人が多かったが、「聞いたことには、言葉少なに答えてはくれるが、忙しいのがわかるような答え方」等、外來の忙しい状況が窺える。説明が無い理由の多くは、「緊張して十分に聞くことができない」、「忙しそうなお雰囲気であったので、

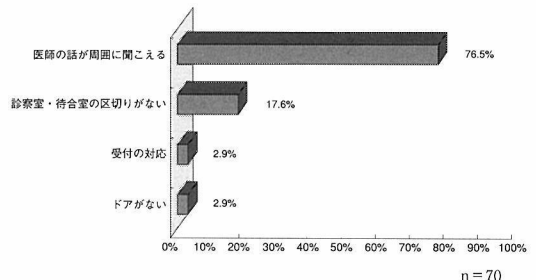


図9 プライバシーへの配慮がない理由

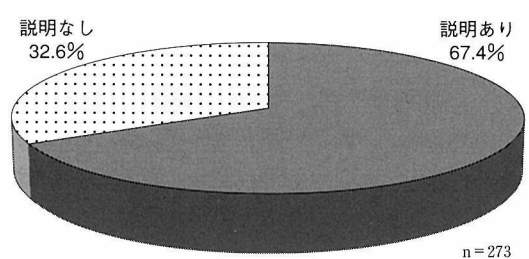


図10 診断結果・治療方法の説明

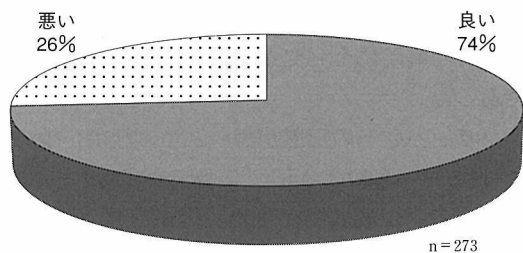


図11 受診時の設備環境

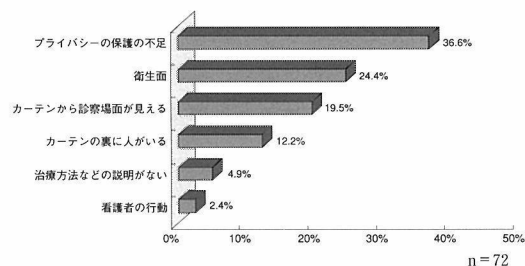


図12 受診時の設備・環境が悪い理由

十分に聞くことができなかった」、「医師が一方的であったので聞けない」、「ゆったりした雰囲気 でなかったの」、「薬の副作用については特に不十分だ」、「混雑していて時間が取れない」等があげられる。また、「婦人科に限らず説明を丁寧にしてくれる医師は殆どいない」等の厳しい声もあった。

6. 受診時の設備環境について

良いと答えた人は201名（73.6%）、悪いは72名（26.4%）であった。

設備環境については、殆どの人が良いと答えており、よいと答えた人の中には、「このような質問があるということは、悪いところもあるのですか」と記述している。

設備環境が悪いと答えている人の理由は図12の通りである。「カーテンから診察場面が見える」、「診察台が冷たく暖かみがない」、「カーテンの裏に直ぐに人がいる」カーテンはあってもプライバシーがない」等、特に、診察時におけるカーテンと自己の身体との関係を通して記している。しかし、カーテンについては「カーテンがあることは、物としてみられること。人格

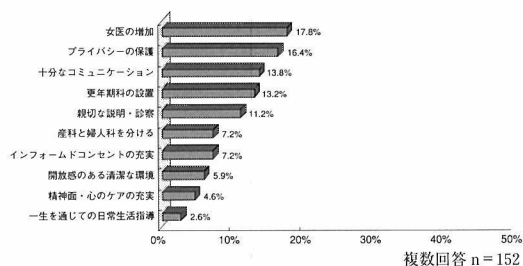


図13 産婦人科医療への期待

を認められていない」と、捉えている人もいる。また、「衛生面で気になった」、「色々な点で設備が悪い」等もあった。

7. 産婦人科医療への期待

複数回答における期待は図13の通りである。

「女性の医師に診てもらいたい」、「女医さんが増えてほしい」等、同性である「医師」の増加を求める人が27名（17.8%）である。次に「プライバシーの保護」44名（16.1%）であり、その内容は、「廊下や待合室で気軽に説明しないで」、「隣の診察がわからないように、聞こえないように防音の配慮をしてほしい」等であった。次に、十分な対話を重ねて信頼関係を期待する、「十分なコミュニケーション」は、40名（13.8%）である。この期待の声の中には、「患者を人間らしく扱ってほしい」、「人間を大事にした医療をしてほしい」、「仕事に慣れすぎて、ひとりひとりへの対応が流れ作業に感じることがあるので大切にしてほしい」等がある。多くの女性には忙しく流れ作業と受け取られている環境の中で、「わかりやすく・丁寧に・詳しく説明してほしい」の声があった。

受診の経験が同時に癒しにも通じる場として、また、思春期及び独身の女性たちが受診しやすい解放された環境、そして清潔な環境・リラックスできる環境を19名（7.3%）が求めている。

女性の生涯を通しての健康管理への期待として、更年期外来の設置を20名（13.2%）が望んでいる。

その他の期待したい内容としては、「日常生

「自分で決するケアについての説明」。「直ぐに手術ではなく、漢方治療など体質を改善できる方法も選択肢にできること、また、気軽に相談できるシステムを整備してほしい」等であった。

女性の生涯を通した健康支援については、身体だけではなく、心も含む健康ケアと人権に配慮した医療体制の確立を願う提言もみられている。

IV. 考察

1. 受診に影響を与えるジェンダーの視点

約70%の女性が、受診行動までにためらいを経験していた。「産婦人科」に対する抵抗感、内診・診察に対する抵抗感、羞恥心、恐怖心、心配や不安等である。女性の自己決定権を妨げる大きな原因は、男性中心の性道徳であり社会通念であると言われている。歴史的にも女性のからだは、「産む身体」として常に男性にコントロールされてきた。ゆえに、女性は自らの身体の性をタブー視せざるを得なかったと考える。女性が自分のからだや性に対して主体的に関わっていくことを、学び得ない状況がある。

自分自身でコントロールできる女性に対しては、「性が乱れている」と男性には寛容であるが、女性には厳しい日本には、男性と女性に対する世間的評価に際だった差異がある。女性に高いモラルを要求したりすることが典型である。こうした、ダブル・スタンダードのある社会では、女性が性的な噂をたてられたり体型や容姿のことについて色々言われたりすると、男性と異なり大きな傷を付けられたことになり、その評価のダメージは、男性よりもはるかに大きくなる。

特に、何らかの健康問題を持っている独身女性が受診行動に至るまでには、結果の通り、「独身で出産の経験が無いので不安」等、大きな勇気をもって受診に至っている。また、自らの思春期時代を振り返る中で、思春期にある女性への性的プライバシーへの十分な配慮を求め

ている。女性が受診を決定するまでに、特に、「処女性神話」からの、女性の性意識がより多くの女性たちに、内診に伴う診察台へのイメージを通して、受診へのためらいを増加している。

また、調査結果から、「医師の話が周囲に聞こえる」等、プライバシーが無いと答えた人が約30%いることは、病気を機に患者と人権感覚の麻痺している医療者との関係を怒りを込めて、多くの女性たちが沈黙の壁を破って報告している現実がある事からも⁷⁾、女性の身体をコントロールしている、性規範の是正と女性の人権への配慮が重要であると考えられる。

また、渡辺は「女性の病と家族の意識調査」を通して、女性が病にあった時でさえ、家事労働を強いられている女性たちは、何もしない家族の態度にゆっくり休むことさえできないと苛立っている。そして家事に限らず、何もかもが母や妻である女性の背に背負わされているが、家族は皆、それが「当たり前」と思っている。家族は女性に甘え続け、「おんぶにだっこ」している根強く存在する性別役割を報告している⁸⁾。「都合にあわせて」を受診決定までの理由に上げた人の中にもジェンダーの影響があると考えられる。

2. 女性の健康とエンパワーメント

今回の調査対象者は、40～50代が過半数であったので、産婦人科医療に対する期待の中で、「更年期科の設置」を求めていることから、更年期に対する関心の高さが窺えた。

女性の健康管理は自らの身体への肯定イメージを持つことが重要になる。そのためには、女性の身体の変化を尊厳を持って迎えられる人間的成長及びコントロール感、現実に立ち向かう意欲、希望の感覚、オープン性の高まり、問題解決能力の向上などの力を備えることが大切である。

調査結果からは、まだまだ、多くの女性が「緊張して十分に聞けない」、「忙しい雰囲気だったので」、「恥ずかしい」等、自らのからだ

について、主体的な関心・発言をしていないことが明らかになった。

Albert Bandura (1997) は、「人の行動を裏づけるものは、Self efficacy (自己効力) であり、自己効力感は、人間の機能の中で中心的な自己規制のメカニズムとして作用し、効力の信念は選択、願望、野心、努力や維持のレベル、逆境からの回復力、そして、抑うつ等への弱さに影響を与える」と述べている⁹⁾。

「エンパワーメント」(em-power-ment) とは、17世紀に法律用語として「公的な権威や法律的な権限を与えること」という意味で使われていた¹⁰⁾

1995年第4回世界女性会議とNGOフォーラムでのキーワードは「エンパワーメント(女性が力をつけること)」であった。

「エンパワーメント」とは、女性は社会的な差別構造の中で、本来持つ潜在力が発揮できず、パワーを奪われていることが多い。女性が自分自身の生活を決定し支配する権利と能力をもち、社会的・経済的・政治的な政策決定の過程に十分に関わることを意味する。

「産婦人科受診」が、ひとり、ひとりの女性たちにとって、主体者として関わろうとする力、この「力」がエンパワーメントではないだろうか。

エンパワーメントのためには、女性にも男性にとっても、人生のあらゆる段階で、ジェンダーの問題に敏感な、女性学教育や学習の場が保障されることが重要である¹¹⁾。

Nola J. Pender (1997) は、21世紀を「新しいヘルスケアの時代」と位置づけ、「将来へのヘルスケアシステムでは、ケアの提供者とその消費者とは真の意味でのパートナーとなり、消費者が保健医療機関に行くのではなく保健医療の側が消費者を訪れ、保健医療は、地域への傾斜をさらに強め、学校、企業、地域の保健センター、そして家族へと多様な場におけるヘルスエンパワーメントを提供していく」と述べている¹²⁾。現在のヘルスケアシステムを、消費者に

適切な情報と健康をもたらすために必要な手段を提供して、消費者が健康に向けて力をつけていくことを理想としている。

3. ヘルスエンパワーメントに向けての課題

日本子宮内膜症協会は、「協会が実現したいことは、医療関係者と対等に話し合える姿勢と情報を持ち、治療を受けるか受けないか、受けるとすればいつどのような内容にするのかを、医療者の専門的援助のもとに自己決定する女性を増やすことと、またそれをバックアップする医療者を増やすこと、医療への不満を訴える場というより、自分のからだと心を落ち着いて見つめたい。医療をうまく活用したい。」と活動が続けている¹³⁾。

本調査結果においても、産婦人科医療への期待には、「十分なコミュニケーション」、「心のケア」、「親切な説明」を求める声が上がっている。ジェンダーの側面により自己をコントロールすることが困難な女性たちに対して看護は、十分な支援的カウンセリングを実施することが大切である。また、女性が未知の体験における恐怖やひとりでは解決できない問題を抱えた時、ネットワークするシステムを構築することが望まれる。ネットワークの構築は、ひとりひとりの女性が、悩み苦しんだ体験を共有化することで、新たな自己啓発への大きな力を創りだす基盤となる。

女性の健康とエンパワーメント(力をつける)の関係は、女性がパワーを持たない状況にある、あるいは、パワーを持たない社会的地位にあるということが前提になる。

特に産婦人科医療においては、女性たちは、治療について様々な情報を集め学習し、自ら意思決定できるよう変化してきている¹⁴⁾。しかし、本調査の、産婦人科医療における期待に込められた声のように、医療の場は、多くの女性たちの声に対応できていない状況が明らかにされたと考える。

世界女性会議行動綱領における、女性の性と

生殖における健康と権利が実現するためには、まさに、女性の健康支援の場に存在する看護者は、傾聴・対話・行動アプローチの健康教育方法¹⁵⁾を用いることで女性の意思決定への参画を果たすことができると考えられる。

そのためには、看護者も、また自らが、医師・医療に対して従属的な立場でなく自律性を高めていくことが大切ではないか¹⁶⁾。

Melodie は、「ヘルスケアのシステムの中で、女性はこれまで、声なき大衆であった。ヘルスケアの世界に働く人間の80%を越える数を持ちながら、患者の治療方針に影響力を持ったことは殆どなかった。患者が満足なケアを受けていない時には、人間が人間をケアしているとは言えない、これは間違っている。こんなことは続けてはいけないうことを、言う時が来たのです。」と述べている¹⁷⁾。

ヘルスケアの専門職は、人間としての尊厳を守ること、患者のために、自分自身の足でしっかり立つこと、自分の感情を信頼し、自分の考えを尊重し、ストレスをコントロールすることが、患者ケアの決定的要素であると論じている。

第4回世界女性会議後、女性の人権を擁護する、看護の研究も増加してきている¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾。

1999年6月、男女共同参画社会基本法が施行された。骨子は、男女が共に個人としての人権が大切にされ、性による役割分担を反映した現在の制度や慣行を中立的なものにしていくことであり、国や自治体、民間を問わず、政策の立案や決定は男女が一緒にし、どのような活動も家庭生活との両立をめざすことである。産婦人科という女性の「いのち」に添う看護者は、まさに、女性の人権を擁護する重要責任を持つ代弁者で在ると考える。

V. まとめ

セクシュアリティとは、性的存在としてある個人の全人格と生涯を抱合する概念である。女性に貞操義務を期待する処女神話の支配的な文

化のもとでは、女性に対しては、性を厳しく制限する。女性は見られる性として、主体としての男性の眼差しを意識化することで、受診行動に影響を与えているので、セクシュアリティ神話の打破が重要となる。

日常生活において根強く残る性別役割は、受診の機会を遅らせるなどに影響することからもジェンダーに敏感な現実認識への啓発が大切である。

リプロダクティブ・ヘルス／ライツ（性と生殖における健康と権利）の浸透を通して、女性は、「産む性」としての自己の身体化ではなく、自らの身体の主体者としての健康観を養うことを意識化していく。山梨県では男女共同参画をめざして「やまなしヒューマンプラン21」を策定している。特に、医療の場では、女性の人権擁護を具現化する重要な役割を自覚することが求められている。女性が、自己効力を高めるためには、教育機関においても、ヘルスエンパワーメント教育の具現化が重要であると考え。女性たちの声にあるように、プライバシーへの尊厳が保たれ、ゆるやかな時間の中で、適切な情報提供ができる、身近で気軽に健康相談を受けられるシステムは、まさに、快適な環境づくりにも通じている。今後、病院建築にあたっては、当事者である女性の声を繁栄していく提言が大切である。

また、近年思春期における性行為感染症の増加やピル解禁にともない、思春期における健康相談や日常生活のセルフケアに向けて、正確な知識を学習する場として、子どもの権利条約における性の学習権擁護を役割として担うことが重要であると考え。

VI. 終わりに

本調査は、フェミニスト・リサーチである。女性のヘルスエンパワーメントにむけて、結果を真摯に受けとめ今後の課題としたい。

謝 辞

稿を終えるにあたり、本研究に快く御協力をいただきました皆様に心よりお礼申し上げます。

本研究は、第19回関東甲信越地区看護研究学会において発表し加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 辻村みよ子：女性と人権，日本評論社，p.266-286，1997.
- 2) Charlotte Bunch，ユニセフ駐日事務所訳：国々の前進，United Nations Children's Fund，p.45-49，1997.
- 3) 島内憲夫編：「健康」ライフワーク論，垣内出版，p.1-23，1993.
- 4) 北京世界女性会議に提言する会訳：行動綱領日本語訳，1995，9.
- 5) 中川米造：病院医療の発達と人権，ジュリスト No.548，有斐閣，p.1-6，1978.
- 6) 品川信良：産科医療と倫理，助産婦雑誌，vol.35 No.1，p.19-21，1981.
- 7) Susan Sherwin，松岡悦子他訳：No Longer Patient もう患者でいるのはよそう，勁草書房，1998.
- 8) 渡辺美恵：おんぶにだっこー女性と家族の構造，女性の病と家族の意識調査報告書，財団法人東京女性財団，1999.
- 9) Albert Bandura，本明寛，野口京子監訳：激動社会の中の自己効力，金子書房，p.15-43，1997.
- 10) 久木田純：エンパワーメントとは何か，現代のエスプリ376，至文堂，p.10-33，1998.
- 11) 国立婦人教育会館女性学・ジェンダー研究会編：女性学教育／学習ハンドブック，有斐閣，p.6，1999.
- 12) Nola J.Pender，小西恵美子監訳：ベンダーヘルスプロモーション，日本看護協会出版会，1999.
- 13) 日本子宮内膜症協会：子宮内膜症の事実，日本内膜症協会，1998.
- 14) 女のからだと医療を考える会編：正しい知識と情報をもとどうする子宮筋腫-1735人の体験から，日本女性会議発行，1986.
- 15) 吉田亨：健康とエンパワーメント，現代のエスプリ376，至文堂，p.146-149，1998.
- 16) Sara T. Fry，片田範子・山本あい子訳：看護実践の倫理，日本看護協会出版会，p.53-61，1998.
- 17) Melodie Chenevert，藤田敬一郎・杉野元子訳：ナースのためのアサーティブ・トレーニングさわや

かに自分を主張する方法，医学書院，1997.

- 18) 大森由香里：婦人科悪性疾患患者のセクシュアリティに関する研究，第19回関東甲信越地区看護研究学会，1999.
- 19) 小野寿恵：不妊治療後の妊婦が望んでいる医療従事者の対応，第40回日本母性衛生学会，1999.
- 20) 和田恵子：内診時介助における「羞恥心の軽減」についての検討-内診時の介助方法とそれに対する医療者の受け止め方について-，第40回日本母性衛生学会，1999.
- 21) 巨山恵：婦人科病棟におけるインフォームド・コンセントの現状-患者・看護婦の意識調査からの看護ケアの見直し-，第40回日本母性衛生学会，1999.

参考文献

- 1) Japan's Network for Women And Health Junior: Women's Health in Asia, NGO Forum on Women Beijing '95 Schedule of Activities, 1995.
- 2) NGO Forum on Women Beijing '95, Final Report, 1995.
- 3) The Danish Family Planning Association and The Swedish Association for Sex Education: Sexual and reproductive rights are based on the following basic human rights, Printed in Denmark by Clausen Offset, 1995.
- 4) Deborah, A.F.Jones: Women of Spirit, Published by Visions of a Better World Foundation, USA, 1995.
- 5) 伏見正江：医療における女性の人権，Women's ASIA 21，アジア女性資料センター，Vol.12，No.9，p.25，1997.
- 6) 厚生省児童家庭局母子保健課：生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会報告書，1999，7.
- 7) 総理府男女共同参画室編：日本国政府ナショナル・レポート，1995.
- 8) 男女共同参画2000年プランに関する報告書（第3回）総理府編：男女共同参画白書-男女共同参画の現状と施策，大蔵省印刷局，1999.
- 9) 財団法人横浜市女性協会：「横浜市女性相談ニーズ調査報告書1〜フェミニスト・リサーチ，1997.
- 10) 兼松百合子：女性と子どもの健康問題とヘルスプロモーションに関する研究動向，Quality Nursing, Vol.3 No5，文光堂，1997.
- 11) 総理府男女共同参画室編：男女共同参画2000年プラン・ビジョン，大蔵省印刷局，1997.
- 12) Paul, S. Appelbaum，杉山弘行訳：インフォームド・コンセント，文光堂，1995.

- 13) Mariah Snyder, 尾崎フサ子他訳：看護独自の介入, メディカ出版, 1998.
- 14) 近藤和子編：性幻想を語る, 三一書房, 1998.
- 15) 大澤真幸編：セクシュアリティの社会学, 岩波書店, 1998.
- 16) Barbara, K. Rothman, 広瀬洋子訳：母性をつくりなおす, 勁草書房, 1996.
- 17) 患者の気持ち先生わかって：朝日新聞, 1998年10月31日付.
- 18) 患者の気持ち考えて：朝日新聞, 1999年1月30日付.
- 19) 待ち時間にイライラ・説明不十分・不満あっても言い出せず・医療サービス意識調査, 朝日新聞, 1999年4月10日付.
- 20) 大木正隆：乳癌の予防・早期発見のための保健活動－ベッカーの保健信念モデルを用いて－, 第19回関東甲信越地区看護研究学会, 1999.
- 21) ウィメンズセンター大阪：リプロダクティブ・ヘルス／ライツの果たす役割, ウィメンズセンター大阪, 1998.