

働く女性の健康増進調査



I. エグゼクティブサマリー

現在、政府は女性の活躍推進を成長戦略のひとつとして掲げており、産業界も女性役員・管理職への登用に関する行動計画を策定し、数値目標を設定するなど動きを活発化させている。社会全体で働く女性の活躍を推進する機運が高まっている一方、女性が働き続けるための健康面への配慮は十分になされていない。日本の将来を考える上では、女性の健康への配慮が不可欠であり、女性の活躍推進の取り組みには、健康増進に関連した施策も含めることが求められる。また、こうした施策の検討にあたっては、女性の健康増進が社会にもたらす社会経済的な効果を幅広く捉え、議論する必要がある。

そこで日本医療政策機構では、東京大学大学院薬学系研究科・五十嵐中特任准教授らと正規雇用の女性2,091名（平均年齢42.1歳）を対象に研究を実施し、女性の健康増進が社会にもたらす影響について、社会経済的側面から検証した。あわせて女性の活躍推進や健康増進に関する施策の国際比較により、日本の現状と課題を明らかにした。

注目すべき調査結果

- 婦人科系疾患を抱えて働く女性の年間の医療費支出と生産性損失を合計すると、少なくとも6.37兆円にのぼる。（医療費1.42兆円、生産性損失4.95兆円）¹
- 月経随伴症状、乳がん、子宮頸がん、子宮内膜症といった婦人科系疾患の有無は、QOLおよび労働損失時間とおおむね有意な関連が見られる。
- 定期的に婦人科を受診している人の割合は2割にとどまる。また受診しない理由として、「健康なので行く必要がない」という回答が5割を超えた。
- 他国と比較して、日本の婦人科がん検診の受診率は低い。受診率の高い国では、公的な予算による補助の他、かかりつけ医が定期的な受診を促す仕組みや、コール・リコールシステム²が整備されている。

調査結果を受けての我々の見解

婦人科受診や検診受診率の向上	行政（国や自治体）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 婦人科がん検診を定期健康診断項目に含める ・ 産業保健スタッフに対し女性の健康に関するトレーニングを実施 ・ 女性の健康に関する医師のアドバイスに対してインセンティブを付与する
	企業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 婦人科健診を含めた健康診断の受診勧奨や補助
教育、普及啓発の充実	行政（国や自治体）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自身の身体や、予防・治療法、妊娠・出産等を含めたキャリアプランニング等の教育の実施 ・ 検診や婦人科受診の重要性、月経随伴症状の改善のためのオプション等についての正しい知識の提供
	企業	<ul style="list-style-type: none"> ・ ホルモンの影響や婦人科疾患など、女性の身体の特徴や配慮すべき点、予防・治療法について、女性も男性も学べる機会の提供
健康経営の促進	行政（国や自治体）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「健康経営」の評価指標に「女性の健康」も組み込む ・ 女性の健康増進が企業にどのような価値をもたらすかの効果測定に関する調査研究や、健康経営の好事例調査等の実施
	企業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「女性の健康」を踏まえた健康経営の実施

¹ 今回の調査はあくまで探索的なものであり、今後この調査研究の結果に基づいた更なる調査の展開が望まれる

² 未受診者への個別勧奨と再勧奨を行う制度

II. 【研究 1】女性の健康増進が社会にもたらす効果の測定

A) 研究デザイン: 横断研究

B) 調査対象:

調査会社パネルのモニターである正規雇用者のうち、疾患罹患のない者 1,500 名、婦人科系疾患のある者 600 名を抽出した。婦人科系疾患は、代表的な 3 疾患として子宮頸がん・乳がん・子宮内膜症を選定し、それぞれ 200 名を目標に抽出した。

C) 調査方法:

対象者 2,100 名に対し、生活の質 (QOL)・生産性損失・月経随伴症状・社会経済状況に関する質問を実施した。調査期間は 2015 年 11 月。

なお研究実施にあたっては、研究目的を説明した上で、インフォームドコンセントが得られた者のみを対象とした。自記式調査票は通し番号で取り扱うなど、匿名性にも配慮した。

D) 測定方法:

1. QOL

QOL について、疾患特異的な尺度も提案されているが、このような尺度は 1 次元の QOL 値 (死亡を 0、完全な健康を 1 とするスコア) への転換が困難である。また調査に長時間を要し、調査者や被験者の負担も大きい。そのため、QOL 値へ転換可能なプロフィール型尺度のうち、EQ-5D-5L³を使用するものとした。

EQ-5D-5L は EuroQOL Group⁴が開発した質問票で、「移動の程度」「身の回りの管理」「ふだんの活動」「痛みや不快感」「不安やふさぎ込み」の 5 項目について、「問題はない」から「全くできない」までの 5 レベルで回答する質問票である。これまでは同じ 5 項目で 3 レベルの EQ-5D-3L が汎用されてきたが、とくに軽症者について QOL 値が 1 (完全に健康) に集中してしまう問題 (Ceiling Effect、天井効果) や、健康状態の小さな変化を捕捉できない問題が指摘されてきた。

EQ-5D-5L は、項目数を維持したまま水準数を 3 レベルから 5 レベルに増やしたことで、簡便性を維持しつつ天井効果や感度の問題を軽減した質問票である。EQ-5D-5L の日本語版質問票は 2012 年、換算表 (タリフ) は 2014 年に開発されている。今回の QOL 値の解析は、この質問票とタリフを用いて実施した。

2. 生産性損失

生産性損失については、過去の同種の日本人に対する調査研究の実績をもとに、WPAI (Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire)⁵を使用した。WPAI は過去 7 日間の就労状況と就労中の仕事の遂行状況を質問することで、休業による損失 (アブセンティーズム) と

³ 池田俊也, 白岩健, 五十嵐中, 能登真一, 福田敬, 齋藤信也, 下妻晃二郎. 日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発. 保健医療科学 2015 Vol.64 No.1 p.47-55

⁴ EuroQol Group ホームページ. <http://www.euroqol.org/> [Accessed on January 19, 2016]

⁵ Reilly MC, Zbrozek AS, Duker EM (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*. 4: 353-65.

就業中の効率低下にともなう損失（プレゼンティーイズム）の双方を捕捉できる指標である。あわせて、疾患が仕事以外の活動に及ぼす影響も評価できる。今回の分析ではアブセンティーイズム・プレゼンティーイズムに加え、総労働損失（Overall work impairment）も算出した。アブセンティーイズム・プレゼンティーイズム・総労働損失ともに、0-100%の数値で評価した。

生産性損失は、月経前と月経中1週間の双方について質問した。

3. 月経随伴症状

月経随伴症状の程度は、修正版 MDQ（Menstrual Distress Questionnaire）⁶質問票で評価した。修正版 MDQ 質問票は、代表的な月経随伴症状 35 項目に関し 1-5 の 5 段階（スコアが高いほど症状が重い）で判定し、スコアを単純合計して症状の程度を評価する。合計点をそのまま算出したうえで、Tanaka⁷らの研究で提案されている分位点ベースの重症度（90 パーセンタイル以上：非常に強い（Very Strong）、75 パーセンタイル以上：強い（Strong）、50 パーセンタイル以上：やや強い（Slightly strong）、それ以下：弱い（moderate or lower））分類を実施した。

月経随伴症状の程度は、月経前と通常中1週間の双方について質問した。

4. 社会経済状況

社会経済状況は、世帯収入およびヶ月の医療費自己負担額・自己負担割合を調査した。

E) 解析手法

各指標について記述統計量を算出するとともに、以下に示す分析を実施した。

1. 婦人科系疾患の有無が QOL・月経随伴症状・生産性損失に与える影響評価

婦人科系疾患の有無と、EQ-5D-5L スコア・MDQ スコア・WPAI 各指標・医療費の関連を評価した。通常の Willcoxon 検定による比較に加え、代表 3 疾患・他の婦人科系疾患・婦人科以外の疾患・年齢の各因子の影響を重回帰分析により評価した。

2. QOL と月経随伴症状の関係

EQ-5D-5L スコアと MDQ スコアの相関を評価した。あわせて、MDQ の重症度分類ごとの EQ-5D-5L スコアを算出し、Steel-Dwass 検定での比較を行った。

3. 生産性損失への QOL・月経随伴症状の影響評価

WPAI から算出した総労働損失と、EQ-5D-5L スコア・MDQ スコアとの相関を評価した。あわせて、MDQ の重症度分類ごとの総労働損失を算出し、Steel-Dwass 検定での比較を行った。

⁶ PROQOLID database Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) [webpage on the Internet] Lyon, France: MAPI Research Trust; 2012. http://www.proqolid.org/instruments/menstrual_distress_questionnaire_mdq. [Accessed on January 19, 2016]

⁷ Erika Tanaka, Mikio Momoeda, Yutaka Osuga, Bruno Rossi, Ken Nomoto, Masakane Hayakawa, Kinya Kokubo, and Edward CY Wang. Burden of menstrual symptoms in Japanese women – an analysis of medical care-seeking behavior from a survey-based study. International Journal of Women's Health.6; 2014.

4. 医療費および生産性損失の総額推計

婦人科系疾患罹患者の医療費負担と生産性損失の総額を、女性の総労働人口と婦人科系疾患の有病率のデータから推計した。

F) 結果：

2,100 名を対象に調査を実施した。疾患罹患状況は図 1 に示すとおりである。婦人科系疾患の罹患のある 600 名は、各婦人科系疾患のみの罹患者である。なお婦人科系疾患の罹患がない 1,500 名は、他疾患の罹患もないことが組み入れ条件に含まれていた。そのため医療費について、婦人科系疾患の有無の影響評価は実施していない。

2,100 人のうち 9 人の参加者が、年齢が 70 歳以上だったため分析から除外された。婦人科系疾患あり 596 名、疾患なし 1,495 名が、分析の対象となった。

図1 調査対象者の属性 (人)

婦人科系疾患・婦人科系疾患以外の罹患なし	1,500
子宮頸がん	200
乳がん	200
子宮内膜症	200
合計	2,100

1. 婦人科系疾患の有無が QOL・月経随伴症状・生産性損失・医療費に与える影響

全体の結果と、疾患の有無で層別化した結果を図 2-1 に示す。

図2-1 婦人科系疾患の有無別のQOLスコア・MDQスコア・WPAIスコア

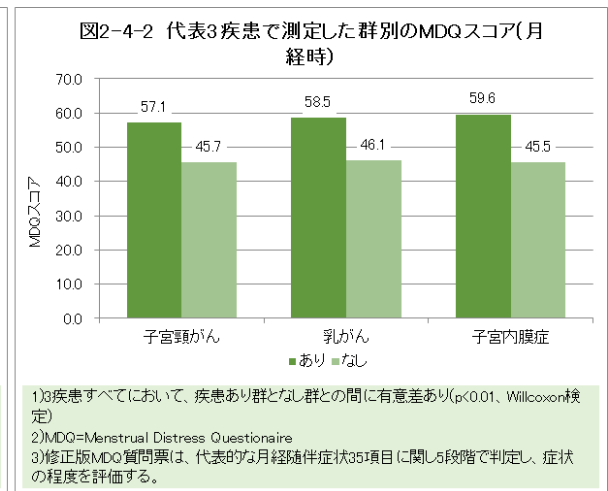
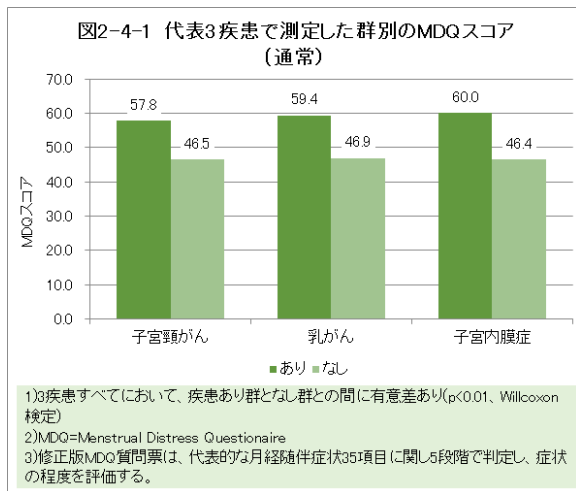
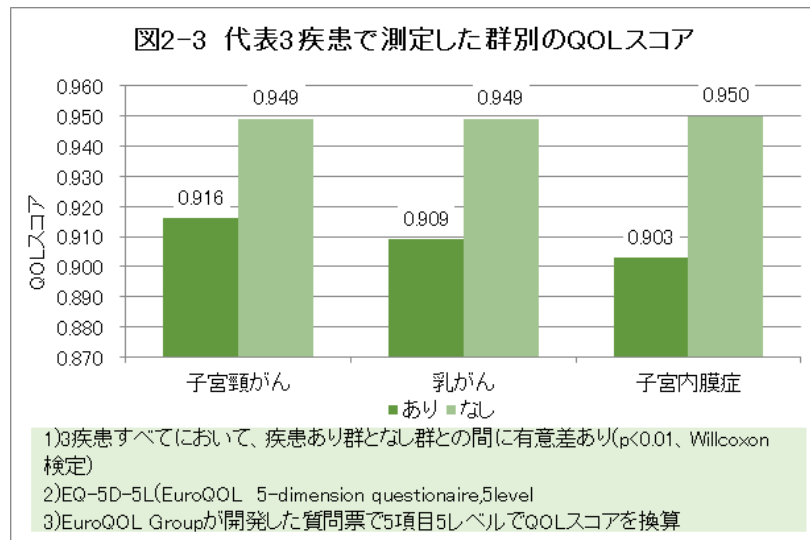
	全体 (N=2,091)	婦人科系疾患 あり (N=596)	婦人科系疾患 なし (N=1,495)	p値 (婦人科系疾患 あり vs なし)
年齢	42.1±9.26	46.5±8.37	40.3±9.0	<0.001
QOL		(N=596)	(N=1494)	
EQ-5D-5L(点)	0.94±0.10	0.911±0.11	0.959±0.09	<0.001
MDQ		(N=286)	(N=1184)	
MDQ通常(点)	47.5±21.0	58.0±29.5	44.9±17.5	<0.001
MDQ月経時(点)	46.7±21.1	57.1±30.0	44.2±17.4	<0.001
WPAI通常		(N=596)	(N=1495)	
休業による損失 (%)	2.3±10.3	3.5±12.6	1.8±9.1	<0.001
就業中の効率低下に伴う損失(%)	26.5±23.4	29.8±26.5	25.2±21.9	<0.001
総労働損失 (%)	28.0±24.4	32.1±27.6	26.3±22.8	<0.001
WPAI月経時		(N=290)	(N=1208)	
休業による損失(%)	1.6±7.9	2.5±10.6	1.3±7.2	<0.001
就業中の効率低下に伴う損失(%)	28.2±23.2	33.5±26.5	27.0±22.2	<0.001
総労働損失 (%)	29.1±23.9	35.0±27.1	27.7±22.9	<0.001

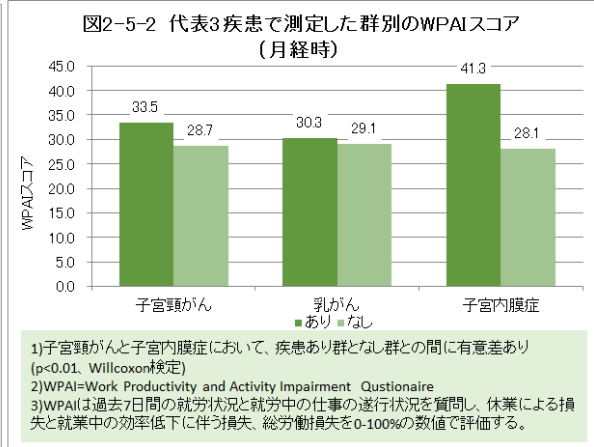
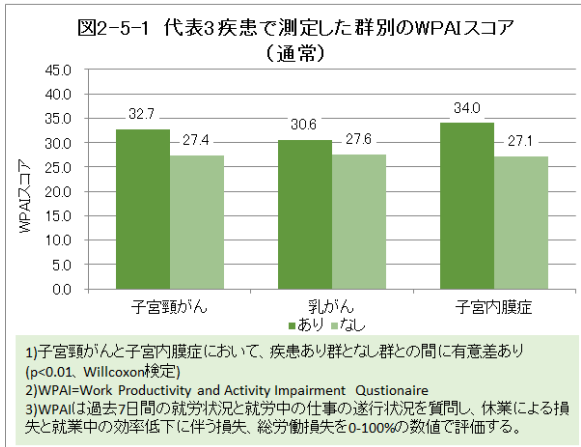
婦人科系疾患の罹患者は、QOL が低く (EQ-5D-5L 0.911 vs 0.959)、月経随伴症状が悪化し (MDQ 通常 58.0 vs 44.9, 月経時 57.1 vs. 44.2) 、生産性損失も増大していた (通常時の総労働損失 32.1% vs 26.3%, 月経時の総労働損失 35.0% vs 27.8%)。結果はいずれも統計的に有意であった (Willcoxon 検定, $p < 0.001$)。

図 2-2 に代表 3 疾患の有無で分類したスコアを、図 2-3、2-4、2-5 にそれぞれをグラフ化したものを示す。

図2-2 代表3疾患の有無別のQOLスコア・MDQスコア・WPAIスコア

	子宮頸がん			乳がん			子宮内膜症		
	あり	なし	p値	あり	なし	p値	あり	なし	p値
年齢	42.0	42.9	<0.01	41.2	50.5	<0.001	41.8	45.5	<0.001
EQ-5D-5L(点)	0.916	0.949	<0.001	0.909	0.949	<0.001	0.903	0.950	<0.001
MDQ通常(点)	57.8	46.5	<0.001	59.4	46.9	<0.001	60.0	46.4	<0.001
MDQ月経(点)	57.1	45.7	<0.001	58.5	46.1	<0.001	59.6	45.5	<0.001
総労働損失通常(%)	32.7	27.4	<0.01	30.6	27.6	0.380	34.0	27.1	<0.001
総労働損失月経(%)	33.5	28.7	<0.01	30.3	29.1	0.671	41.3	28.1	<0.001





子宮頸がん・子宮内膜症は全て有意な差があったが、乳がんは総労働損失に関しては有意差がなかった。医療費は、どの疾患でも有意な影響はなかった。

596人の「婦人科系疾患あり」回答者のうち、378人(63.4%)に医療費が発生していた。なお、自己負担割合で割り返した医療費は、44,044±60,931円(中央値23,333円)であった。婦人科以外疾患の有無は、医療費に有意な影響はなかった(他疾患なし:平均43,186円、他疾患あり:45,174円、p=0.83)。ここで割り返し医療費が一月あたり30万円を超えた回答者については、30万円として分析している。

婦人科代表3疾患の有無・その他の婦人科系疾患の有無・婦人科以外の疾患の有無・年齢を説明変数、EQ-5D-5Lスコア・MDQスコア・総労働損失を応答変数としたステップワイズ回帰の結果を図3に示す。EQ-5D-5Lでの乳がんの有無、月経時の総労働損失での子宮頸がん・乳がんの有無を除き、全ての因子が有意に影響している。

図3 EQ-5D-5L・MDQ・総労働損失への各疾患・年齢の影響(ステップワイズ回帰)

自由度調整R ²	EQ-5D-5L		MDQ(通常)		MDQ(月経時)		総労働損失(通常)		総労働損失(月経時)	
	推定量	p値	推定量	p値	推定量	p値	推定量	p値	推定量	p値
	0.088		0.105		0.105		0.0579		0.0623	
パラメータ推定値	推定量	p値	推定量	p値	推定量	p値	推定量	p値	推定量	p値
切片	0.845	<0.001	85.24	1	82.25	1	61.61	1	64.78	1
子宮頸がんあり	-0.007	0.004	-3.58	<0.001	-3.33	<0.001	-1.91	0.041	0.00	0.326
乳がんあり	-0.012	0.056	-5.59	<0.001	-5.06	<0.001	-2.60	0.008	0.00	0.461
子宮内膜症あり	-0.009	0.001	-4.29	<0.001	-3.84	<0.001	-2.22	0.033	-4.23	0.001
婦人科他疾患あり	-0.012	0.002	-3.58	0.008	-4.21	0.008	-2.59	0.019	-4.40	0.004
婦人科以外疾患あり	-0.027	<0.001	-3.97	<0.001	-4.72	<0.001	-2.73	0.004	-2.85	0.021
年齢1歳上昇	0.001	<0.001	-0.50	<0.001	-0.45	<0.001	-0.57	0	-0.62	0

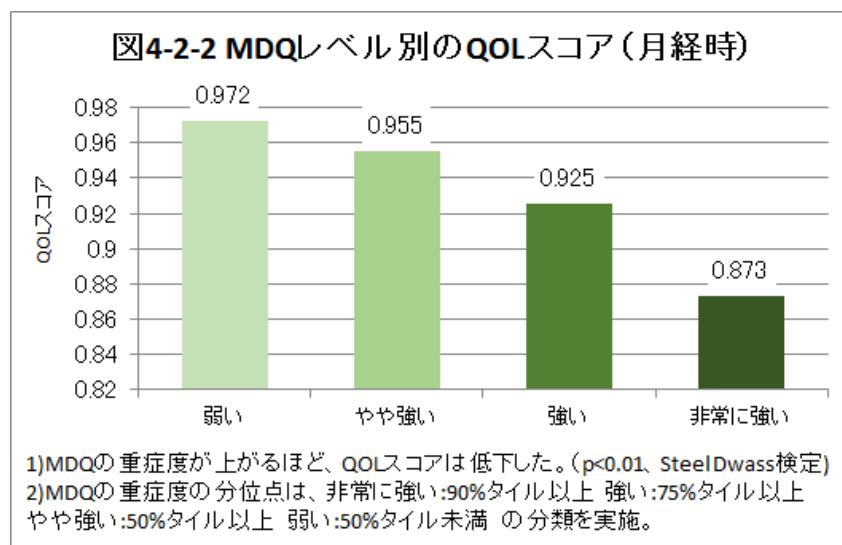
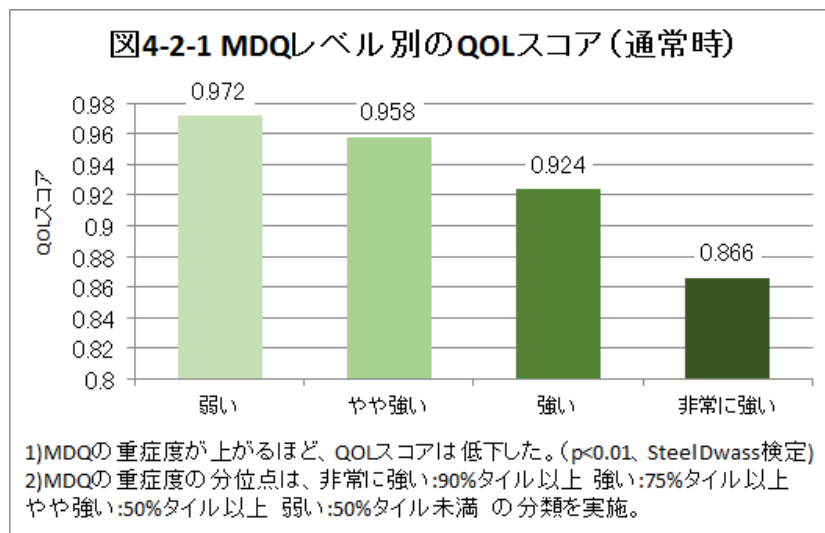
2. QOLと月経随伴症状の関係

EQ-5D-5LスコアとMDQスコアの間には、弱い負の相関があった(vs通常時MDQ: $\rho = -0.352$, vs月経時MDQ: $\rho = -0.327$, いずれもSpearmanの順位相関係数, $p < 0.001$)。

MDQ重症度別のEQ-5D-5Lスコアを図4-1、4-2に示す。通常時・月経時どちらも、重症度が上がるほどQOL値は低下していた(Steel Dwass検定, $p < 0.001$)。MDQレベル1-4での通常期のQOL値は、それぞれ0.866・0.924・0.958・0.972であった。

図4-1 MDQレベル別のQOLスコア

MDQレベル	通常期		月経期	
	人数	EQ-5D-5L (Mean, 95%CI)	人数	EQ-5D-5L (Mean, 95%CI)
1 非常に強い	153	0.866 [0.853-0.879]	147	0.873 [0.859-0.886]
2 強い	223	0.924 [0.913-0.935]	224	0.925 [0.914-0.936]
3 やや強い	364	0.958 [0.949-0.966]	398	0.955 [0.946-0.962]
4 弱い	730	0.972 [0.966-0.978]	701	0.972 [0.966-0.978]



3. 総労働損失と月経随伴症状・QOLの関係

総労働損失と MDQ スコアの間には弱い正の相関、EQ-5D-5L スコアの間には弱い負の相関があった (Spearman の順位相関係数, p<0.001)。相関係数行列を図 5 に示す。

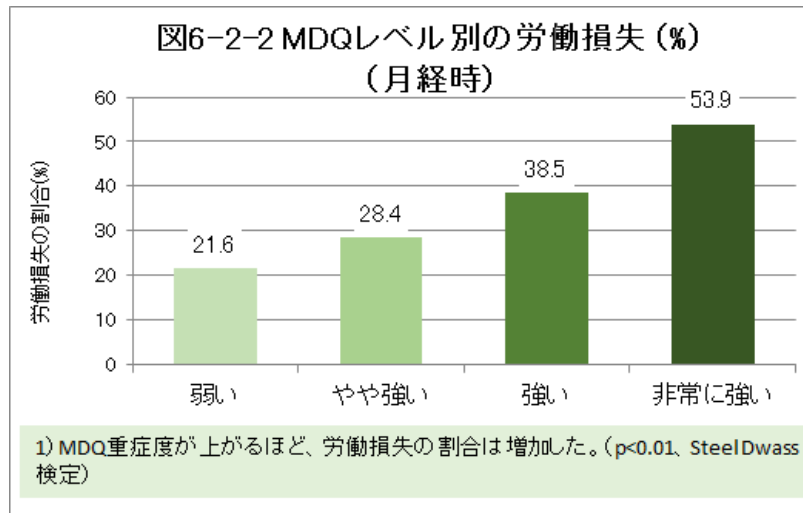
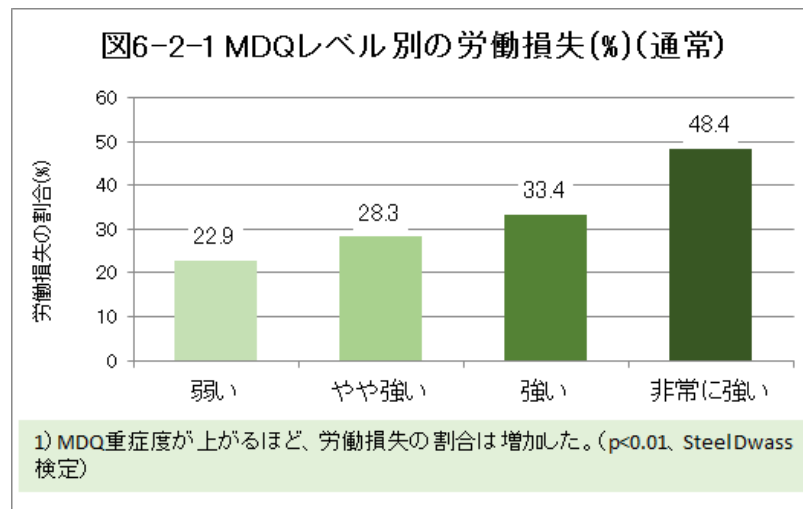
図5 QOL・月経随伴症状・労働損失の多変量の相関 (spearmanの順位相関係数)

	EQ-5D-5L (点)	MDQ通常 (点)	MDQ月経時 (点)	総労働損失 通常 (%)	総労働損失 月経時 (%)
EQ-5D-5L (点)	1	-0.3523	-0.3268	-0.2987	-0.3009
MDQ通常期 (点)	-0.3523	1	0.7707	0.3204	0.3768
MDQ月経期 (点)	-0.3268	0.7707	1	0.3263	0.4113
総労働損失通常期 (%)	-0.2987	0.3204	0.3263	1	0.8446
総労働損失月経期 (%)	-0.3009	0.3768	0.4113	0.8446	1

MDQ 重症度別の総生産性損失 (%) を図 6-1、6-2 に示す。通常時・月経時どちらも、重症度が上がるほど労働損失のパーセンテージは大きくなっていった (Steel Dwass 検定, $p < 0.001$)。MDQ レベル 1-4 での通常期の総労働損失は、それぞれ 48.4%・33.4%・28.3%・22.9%であった。

図6-1 MDQレベル別の労働損失 (%)

	通常期		月経期	
	人数	総労働損失 (Mean, 95%CI)	人数	総労働損失 (Mean, 95%CI)
1 非常に強い	153	48.4[44.8-52.0]	146	53.9[50.3-57.4]
2 強い	223	33.4[30.4-36.3]	220	38.5[35.7-41.4]
3 やや強い	364	28.3[26.0-30.7]	390	28.4[26.3-30.5]
4 弱い	732	22.9[21.3-24.6]	690	21.6[20.0-23.2]



4. 医療費および生産性損失の医療費総額推計

i. 婦人科系疾患罹患者の医療費総額

平成 27 年 11 月労働力調査によれば、女性の就業者人口（64 歳以下）は 2,474 万人⁸である。また婦人科系疾患の有病率として、控えめな数値として Nohara ら（2011）の調査⁹による就業女性の月経周辺症状の有病率 17.1%をとった。

まず、女性就業者全体の医療費支出および生産性損失を推計した。

医療費支出について、今回の調査では 596 人中 378 人（63.4%）に医療費が発生し、その平均値は 44,044 円であった。1 人あたりの医療費に直すと、平均 27,934 円、年間で 33.5 万円となる。この 33.5 万円に推計人数 2,474 万人×17.1%を乗じて、総額は 1.42 兆円と推計された。

ii. 生産性損失の総額

生産性損失について、婦人科系疾患を有する者の平均の総労働損失（%）は通常時 32.1%・月経時 35.0%であった。控えめに推計を行うため、通常時の生産性損失 32.1%を採用した。

女性の平均賃金は、平成 26 年賃金行動基本統計調査の女性の平均賃金を用いた。現金給与額 25.56 万円×12 と年間賞与額 57.4 万円から、平均給与を 364.12 万円と推計した。

この数値と推計人数 2,474 万人×17.1%、総労働損失 32.1%を乗じて、総額は 4.95 兆円と推計された。

iii. 医療費と生産性損失の総額

医療費と生産性損失を合わせた金額は、合計で 6.37 兆円となった。

分析では、婦人科系疾患の非発症者と発症者との間で総労働損失のパーセンテージに 5.8%（32.1% vs 26.3%）の開きがあった。このデータを使うと、生産性損失の超過額は 4.95 兆円 × (32.1-26.3)/32.1=8,900 億円となった。

⁸ 統計局(2015). 労働力調査（基本集計）平成 27 年（2015 年）11 月分. <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/tsuki/> [Accessed on January 19, 2016]

⁹ Michiko NOHARA, Mikio MOMOEDA, Toshiro KUBOTA, and Masao NAKABAYASHI. Menstrual Cycle and Menstrual Pain Problems and Related Risk Factors among Japanese Female Workers. *Industrial Health* 2011, 49, 228-234

III. 【研究 2】女性の活躍推進や健康増進に関する施策の国際比較

A) 研究デザイン: 文献研究およびインタビュー調査

B) 調査対象:

対象国は、日本、アメリカ、イギリス、オランダ、韓国、スウェーデンの 6 か国とした。

C) 調査方法:

文献およびオープンデータ、有識者インタビューをもとに、女性の活躍推進法案や少子化対策の状況、婦人科検診受診の状況、ジェンダー教育の実施状況などについて調査を行った。

D) 結果:

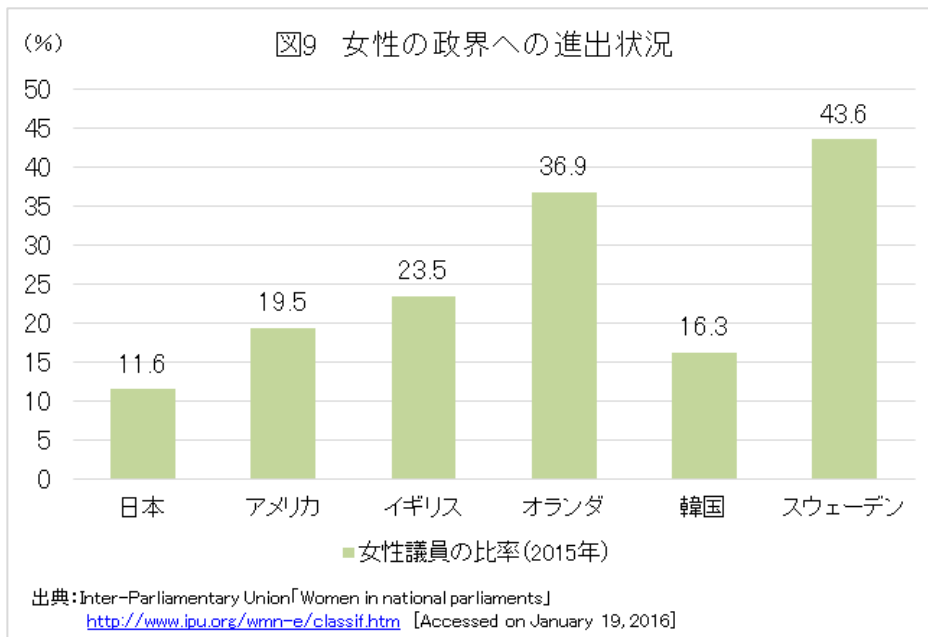
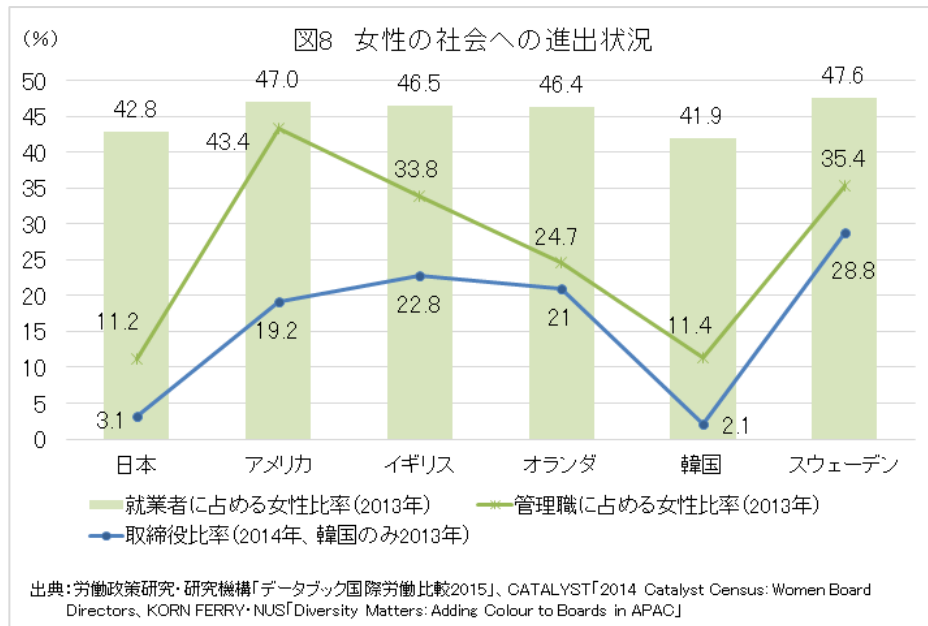
1. 女性の活躍の状況

女性の活躍を支援する政策を図 7、女性の経済界や政界への進出状況を図 8、9 に示す。それぞれ、女性の活躍を支援するための法整備や、柔軟な働き方を促進するための取り組みがなされており、いずれの国においても就業者全体の約半数を女性が占めている。一方で、企業における管理職比率や取締役比率については国によって大きな差がある。

図7 女性の活躍を支援する政策

日本	<ul style="list-style-type: none"> 女性が職業生活において、その希望に応じて十分に能力を発揮し、活躍できる環境を整備するため、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律(女性活躍推進法)」が制定。これにより、従業員数301名以上の企業は、2016年4月1日までに①自社の女性の活躍に関する状況把握、課題分析、②状況把握、課題分析を踏まえた行動計画の策定、社内周知、公表、③行動計画を策定した旨の都道府県労働局への届出、④女性の活躍に関する状況の情報の公表を行う必要がある。取り組みが優秀な企業に対しては、厚労大臣による認定を受けることが可能となる。(300名以下の企業は努力目標)
アメリカ	<ul style="list-style-type: none"> 1964年に制定された公民権法第7編により、性別等を理由とする差別が禁止された。これにより、女性の雇用上の差別を解消する基盤が整備されたが、伝統的に法を通じた労働関係への介入には消極的。そのため、雇用主である事業主に対する法的規制や援助等は、連邦政府、州・市政府の各レベル共に少ない。 民間企業や団体、NGO等による活動が盛んであり、2009年にホワイトハウス内に設置された「(White House Council on Women and Girls)(ホワイトハウス女性・少女委員会)もその一つ。同委員会は、連邦政府機関のメンバーから構成されており、すべての政府機関による女性問題の取組促進を目的としており、各政府機関に対し、女性の経済状況・健康促進・ワークライフバランス・暴力の改善を求めている。
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> 女性に関する優遇措置や男女平等原則等の基本法は存在しない。しかしEC加盟に伴い、男女平等に関する法原則を自国にも取り入れることが必要となり、1975年に同一賃金法と性差別禁止法を施行した。このほか、育児休暇や「柔軟な働き方」を請求する権利など、ワーク・ライフ・バランスに係る取組が進められている。 イギリスの前貿易産業大臣デイビス卿が主宰するWomen on Boardsの報告において、各企業に対し、自主的な女性役員比率の目標設定が求められた。特にFTSE100社(ロンドン証券取引所に上場する時価総額上位100社)に対しては、2015年までに25%以上の女性取締役比率の目標設定を推奨した。政府の全面バックアップと産業界の後押しもあって非常に効果を上げており、前倒しで達成された。
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> 会社法のもと、2016年までに、大手企業における女性取締役・監査役の割合を30%に引き上げることを目標に、女性取締役登用が進められている。 働き方の自由を法で確保することにより、男女共同参画を促進しようとしている。労働時間の違いによって待遇の差をつけることが法で禁止され、また雇用主に労働時間の増減を申請できる法が整備されている。 ただし、もともとオランダでは「女性は家庭」「子どもが小さい間は母親が子育てに専念すべき」という伝統的なイメージが強いため、依然としてパートタイム労働者のほとんどは女性であり、女性の経済的な自立が阻害されると懸念されている。
韓国	<ul style="list-style-type: none"> 1995年、女性の参画促進の基本法となる「女性発展基本法」が制定された。この基本法に従い、 女性家族部長官が5年毎に策定する「女性政策基本計画」に基づいて、女性関連施策が実施される。現在は第4次女性政策基本計画(対象期間2013年～2017年)に基づき、ワークライフバランス、雇用に対するジェンダーギャップの解消、健康面での男女平等等の取組が進められている。
スウェーデン	<ul style="list-style-type: none"> 1960年代の経済成長に伴う労働不足を解消するため、女性の労働参加を促す政策が1970年代以降行われた。1971年、課税方式を夫婦単位から個人単位へと変更する税制改革が行われ、それまで家庭にいた女性が働きに出るインセンティブが与えられた。 1980年の「男女の雇用平等法」施行に伴い、本法律を見守る監視機関として、「男女平等オンブズマン(行政監視官)」が世界で初めて誕生した。企業での差別やハラスメント等、男女平等についての法令順守の状況をモニタリングしている。

資料: 厚生労働省. 女性活躍推進法特集ページ <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunva/0000081025.html> [Accessed on January 19, 2016].
 内閣府男女共同参画「諸外国における女性の活躍推進に向けた取組に関する調査研究(平成27年3月)」、
 Kaiser Family Foundation. Balancing on Shaky Ground: Women, Work and Family Health <http://kff.org/womens-health-policy/issue-brief/data-note-balancing-on-shaky-ground-women-work-and-family-health/> [Accessed on January 19, 2016].
 WOMEN ON BOARDS 「DAVIES REVIEW FIVE YEAR SUMMARY OCTOBER 2015」
 Government Office of Sweden. The Equality Ombudsman (DO) <http://www.government.se/government-agencies/equality-ombudsman-do/>
 [Accessed on January 19, 2016]. Ministry of Gender Equality & Family of Korea. Gender Equality
http://www.mogef.go.kr/eng/policy/index06_01.jsp [Accessed on January 19, 2016]



2. 両立支援

女性の社会進出の推進により、子育てをしながら仕事を続けられるような取り組みが行われている。各国における出産前後休暇や育児休業制度、保育サービス等の両立支援の状況を図 10 に示す。

日本でも各種施策が進められているが、「【研究 1】女性の健康増進が社会にもたらす効果の測定」と同様の対象者（以下本調査対象者）に対して妊娠・出産について質問したところ（図 11～14）、子どもを持ちたくない理由や子どもを持つにあたっての不安として、経済的な理由に加え、「仕事との両立に不安がある」や、「出産・育児休暇が取得できるか」といった回答が多く見られた。また企業への期待として「社内保育所・託児所の整備や補助」という、働きながら子育てをする支援を求める声が多かった（図 15）。

図10 両立支援

日本	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出産前後休暇制度、育児休業制度は女性が1人で育児の負担を担い、育児休暇を取得しているのが現状であり、変革が求められる。他国を参考に、パパ・クォーター制(育児休業の一定期間を男性に割り当てる制度)の導入等も議論されている。 ・ 子どもを産み育てやすい社会づくりのため、地域に合わせた幼児期の学校教育や保育、地域の子育ての支援の量の拡充や質の向上等、2015年より子ども・子育て支援新制度が本格施行。特に待機児童の解消が最重要課題となっているが、依然としてその数は多く、2014年4月時点で2万人を超える児童が保育を受けられない状況にある。
アメリカ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本同様、児童手当や扶養控除など種々の税控除制度があり、オバマケアの下、保険の適応範囲を女性特有の疾病まで含める努力がなされている。一方で、2%前後と出生率が高いため、政府が積極的に少子化対策を行うことはなく、子育て支援も女性が働き続けられるように最低限の法律を定めるにとどまり、基本的には民間に任せている。職場では、テレワーク、フレックスタイム、時短勤務などの整備が進んでいる。これらに加え、女性の活躍をさらに増進するプログラムを開始する企業も出てきている。
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2000年代前半から出生率が向上しており、政策面では2002年雇用法による出産休暇や育児休業を含めた柔軟な働き方の実現、1997年に発表された全国児童ケア戦略をはじめとする保育サービスの拡充、就労支援など実施されている。 ・ 保育サービスについては、保育施設運営の44%を民間企業が担っており、法食施設整備に大きな役割を果たしている。また企業による従業員の子育て支援策の一つに「育児バウチャー」が広く活用され、2010年時点で約40万人が、国民保険料及び所得税の控除対象の育児バウチャーを利用している。
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休暇中の所得保障は、短期休暇については従前所得の100%が多いが、育児休業や長期介護休暇といった長期休暇については、無給であることが多いため、パートタイムで働きながら両立する。育児や家事などは女性がより多く受け持つが、パートタイムで働く男性の比率はヨーロッパの中でも高く、3割近い。 ・ 保育サービスへの公的補助はあるが、保育負担料が高いため、夫婦で働く時間を調整したり、祖父母を中心としたインフォーマルな保育が活用されたりしている。
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少子化が日本以上に進む韓国では、少子化対策の一貫として2011年より0～2歳児は無償保育がスタート、2013年より5歳児までが無償教育の対象となっている。受給者の所得制限は特くない。しかし、施設での虐待が後を絶たず、保育施設の管理・監督や、保育士の質の向上が課題となっている。 ・ 同じ子どもに対して2度目の育児休業を取得した場合、最初の1か月間は賃金が100%支給となる制度など、父親の育児への参加を促す制度が進められている。これにより、2015年の男性育児休業者が初めて5%を超えた。
スウェーデン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1970年代より、保育サービスや、仕事と家庭の両立支援環境が整備されてきたが、近年は、雇用・経済情勢の影響等による出生率の上下がみられる。1990年代末からの上昇については、雇用・経済情勢の改善に加え、育児休業給付や児童手当の給付の改善等が指摘されている。 ・ 経済的側面からの最も重要な子育て支援策は両親手当とされ、1人の子どもが生まれた場合、合計で最大480日分の両親手当が支給される。

資料：厚生労働省「平成27年度版 厚生労働白書」、労働政策研究・研究機構「データブック国際労働比較2015」
 United States. Family and Medical Leave Act <http://www.dol.gov/whd/fmla/> [Accessed on January 19, 2016].
 樋口修. スウェーデンの子育て支援策. レファレンス 平成 23 年 2 月号、
 池本 美香. 日韓比較からみる女性活躍支援の方向性. JRILレビュー 2014 Vol.4, No.14

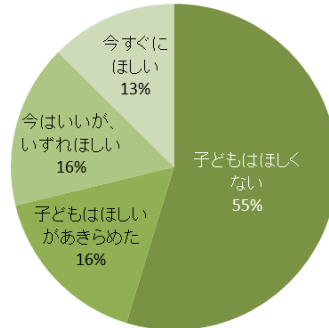


55%が、子どもは欲しくないと回答

図11

問い：子どもがほしいと思いますか。

(%: 2015年11月; n=2,091)



出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」（2016）
*20～60代の女性（平均年齢42.1歳）に質問

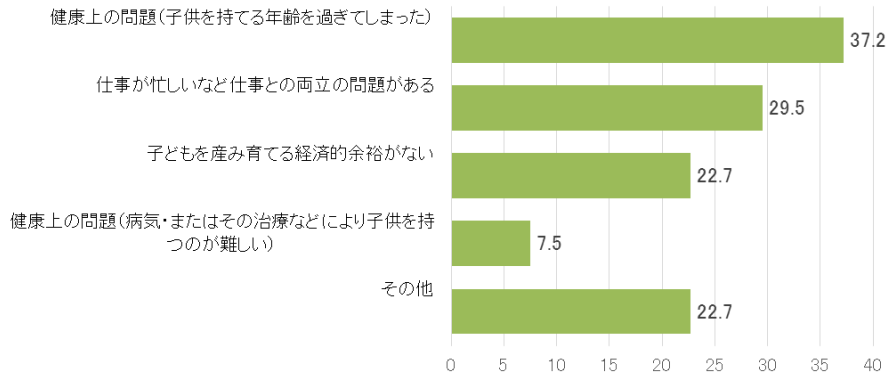


子どもをほしくない、あきらめる理由には、年齢の他、仕事との両立や経済的余裕が関係している

図12

問い：子どもをもつ予定のない方にお聞きいたします。その理由をお聞かせください。
※子どもをあきらめた、または欲しくないと回答した方に質問

(%: 2015年11月; n=1,488; 複数回答)



出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」（2016）

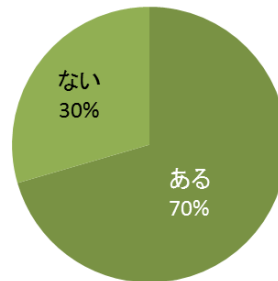


図13

70%が、いずれ子どもを持つことに対して不安があると回答

問い: いずれ子どもを持つことに対して、不安に思うことはありますか。
※子どもをいづれほしいと回答した女性に質問

(%; 2015年11月; n=339)



ある=不安がある、ない=不安がない

出典: 日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」(2016)
*20~60代の女性(平均年齢42.1歳)に質問

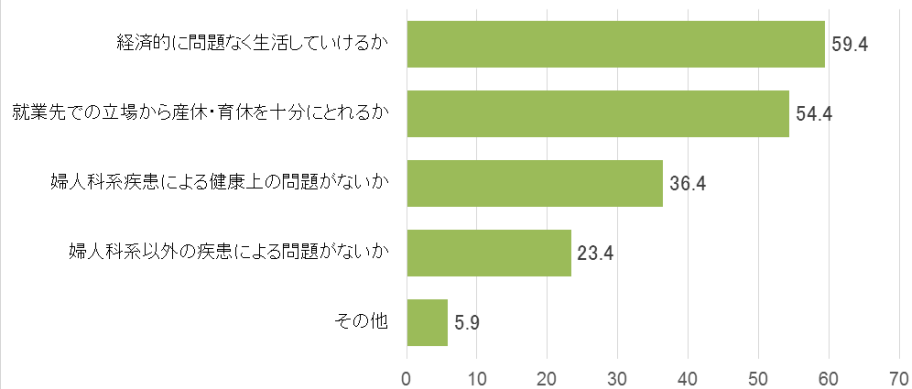


図14

経済的な問題、産休・育休制度を利用できるかが大きな課題

問い: 具体的にどのような不安がありますか。
※いずれ子どもを持つことに対して、不安のある方に質問

(%; 2015年11月; n=239; 複数回答)



出典: 日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」(2016)

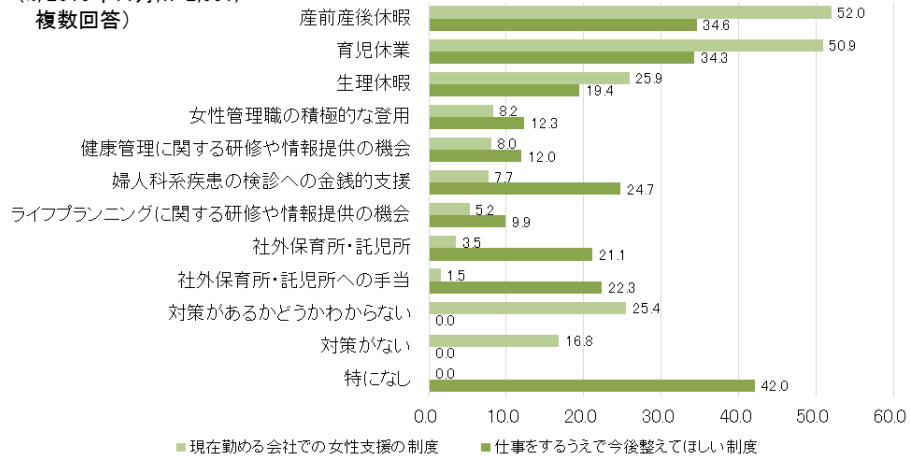


両立支援である社内保育所・託児所の整備や補助 といったサポートに対する期待が大きい

図15

問い：現在勤める会社での女性支援の制度はありますか。また、仕事をするうえで今後どのような制度が整えば働きやすいと感じますか。

(%；2015年11月；n=2,091；
複数回答)



出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」(2016)

3. 婦人科や婦人科検診の受診

本調査対象者のうち、定期的に婦人科を受診している人の割合は全体の20%にとどまった(図16)。受診をしない理由としては、「健康なので行く必要がない」が50%を越えた(図17)。また婦人科検診(子宮頸がん検診、子宮体がん検診、乳がん検診等)を受診したことがある人の割合は全体の約70%で、30%はこれまでに受診をしたことがないと回答した(図18)。また検診未受診者のうち、20代の約半数が検診に行っていないことが判明した(図19)。なお婦人科検診を受診したことの無い理由としては、「健康なので行く必要がない」が50%近く、第一位だった(図20)。

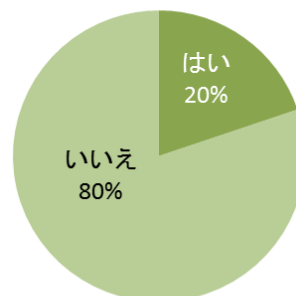


婦人科を定期的に受診しているのは全体の20%

図16

問い：現在、治療のために定期的に婦人科を受診していますか。

(%；2015年11月；n=2,091)



(はい=受診者、いいえ=未受診者)

出典：日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」(2016)

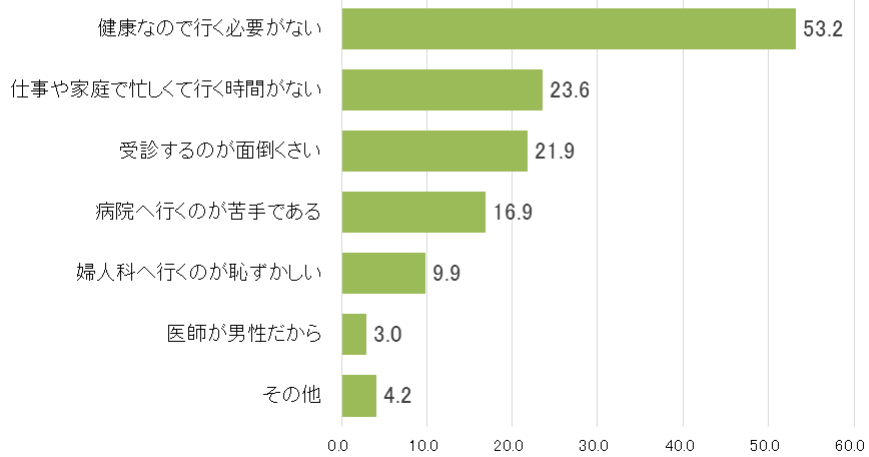


自分は健康だから定期的に婦人科を受診しないという人が50%を超える

図17

問い:これまで婦人科を定期的に受診したことがない理由はなんですか。
※これまで婦人科を治療目的で定期的に受診したことがない方に質問

(%; 2015年11月; n=1,676; 複数回答)



出典:日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」(2016)

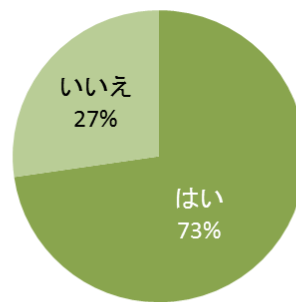


全体の約30%が婦人科検診に行っていない

図18

問い:これまで婦人科検診に行ったことはありますか。
(例:子宮頸がん検診、子宮体がん検診、乳がん検診)

(%; 2015年11月; n=2,091)



(はい=受診者、いいえ=未受診者)

出典:日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」(2016)

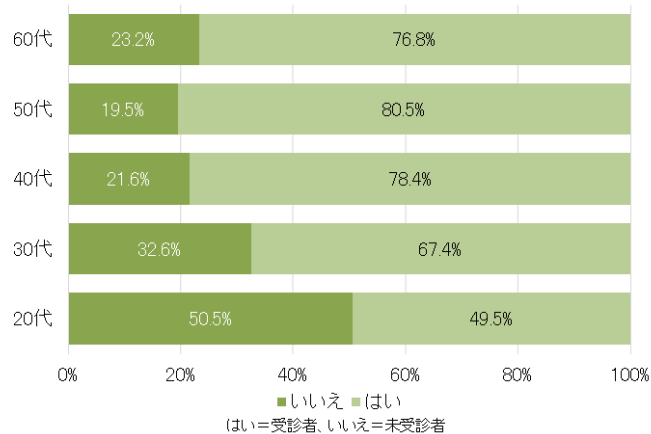


20代の約半数が婦人科検診に行ったことがない

図19

問い:「これまで婦人科検診に行ったことはありますか。」
※20代: 188名、30代: 657名、40代: 749名、50代: 441名、60代: 56名

(%; 2015年11月; n=2,091)



出典: 日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」(2016)

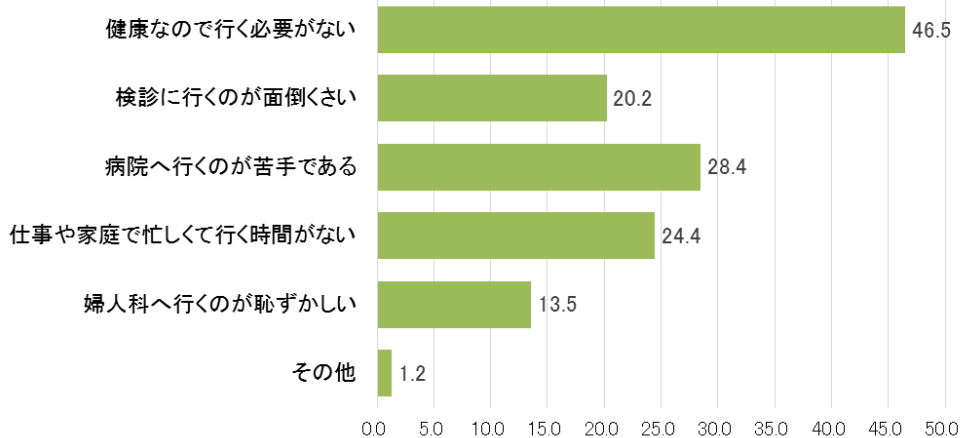


自分は健康だから検診に行かないという人が約47%

図20

問い:「これまで検診に行ったことがない理由は何ですか。」
※これまで婦人科検診に行ったことのない方に質問

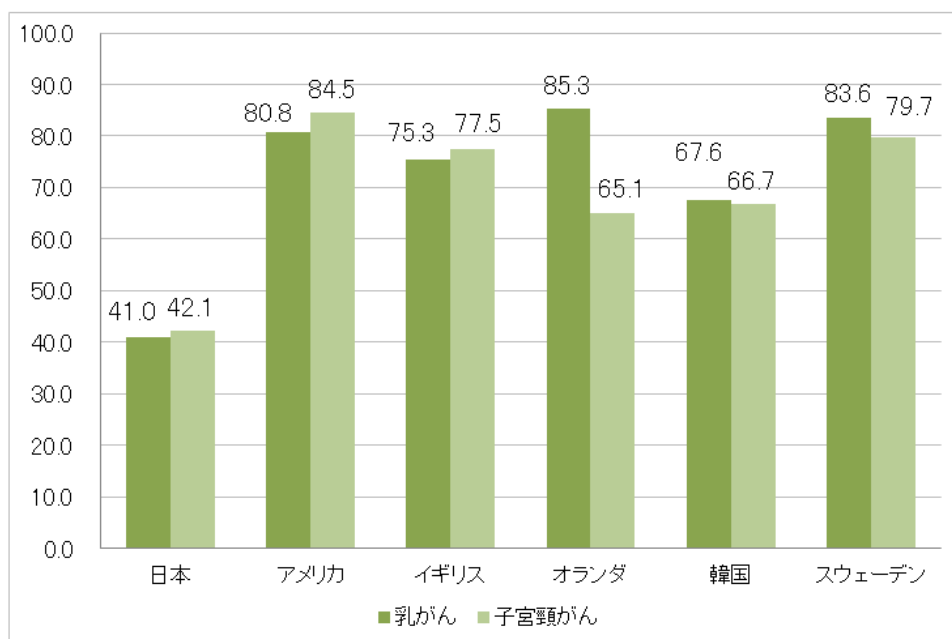
(%; 2015年11月; n=570; 複数回答)



出典: 日本医療政策機構「働く女性の健康増進に関する調査」(2016)

他国と比較して、日本の乳がん検診及び子宮頸がん検診の受診率は非常に低い(図21)。受診率の高い国では、公的な予算による補助の他、かかりつけ医が定期的な受診を促す仕組みや、コール・リコールシステムが整備されている(図22)。

図21 乳がん検診、子宮頸がん検診の受診率



【乳がん】50～69歳の乳がん検診受診率を比較。スウェーデン2008年、アメリカ2012年、日本・オランダ2013年、イギリス・韓国2014年のデータ

【子宮頸がん】20～69歳の子宮頸がん検診受診率を比較。アメリカ・スウェーデン2012年、日本・オランダ2013年、イギリス・韓国2014年のデータ

出典: OECD Health Statistics 2015 <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> [Accessed on December 15, 2015]

図22 婦人科がん検診受診率向上のための取り組み

日本	<ul style="list-style-type: none"> ・「がん対策推進基本計画」では、がん検診受診率50%が目標として設定されている。実現に向け、国・自治体・企業・検診期間・患者団体が一体となった広報や、子宮頸がん検診および乳がん検診の無料クーポン配布等、さまざまな取り組みが行われているが、目標達成には至っていない。 ・検診の実施主体である市町村が、コール・リコール(未受診者への個別勧奨と再勧奨)を行い成果を出している事例もある。受診対象者に直接電話をかけたり、検診の重要性を訴えるパンフレットを個別に送付したりする事業だが、市町村によって対応が異なる。 ・市町村以外に、保険者も職域でがん検診を提供しているが、原状は国が実態を把握することは難しく、今後の情報共有や連携の必要性が指摘されている。
アメリカ	<ul style="list-style-type: none"> ・アメリカでは、法律により1-2年ごとにマンモグラフィー検査を受けることが推奨されており、乳がん子宮頸がんの検診について定められている。 ・Centers for Disease Control and Prevention(アメリカ疾病予防管理センター)によるNational Breast and Cervical Cancer Early Detection Program(NBCCEDP)が1991年から実施されている。これは、低所得者層や保険未加入者に対する検診のサポートプログラムである。 ・Affordable Care Act(医療保険制度改革)により、2012年8月以降に新しくできた健康保険プランにはマンモグラフィー検査を保険適用内に含めなければならないと定めている。
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・2000年にがんに焦点を当てた「NHS Cancer Plan」を策定。National Health Service(国民保健サービス、NHS)の方針に基づき、GPIに登録を行った対象者には受診勧奨通知が出されている。 ・地域によって差はあるが、乳がん検診は47~73歳までの女性を対象として実施、子宮頸がんについては、25~49歳は3年毎、50歳~64歳は5年後の受診勧奨というように、罹患のリスクに応じて検診年齢が設定されている。子宮頸がん検診サービスが1980年に導入されて以来、毎年7%の割合で患者が減少している。
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ・乳がん検診、子宮頸がん検診のガイドラインを政府が定めており、その中で乳がん検診対象者を50-75歳、子宮頸がんは30-60歳に制限している。乳がん検診の頻度は2年に1回、子宮頸がんは5年に1回(30代は5年に1回、40代は10年に1回で、一生に5回)を推奨している。 ・乳がん検診は任意だが、政府の助成により無料。乳がん検診のための移動検診車が対象者の居住区域に赴く。子宮頸がん検診については、家庭医による受診券の送付が効果的であり、政府が推奨している。また、家庭でのサンプリングキットを用いた診断の研究が進められている。
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ・検診は健康保険でカバーされ、乳がん検診は所得下位50%に該当する国民は無料で受診可能。上位50%に関しても、1割負担である。子宮頸がんに関しては無料で受診できる。乳がんは40歳以上、子宮頸がんは30歳以上が対象年齢だが、上限は設けていない。 ・政府テレビCMやパンフレット、訪問・電話勧奨(保健所)等を通して、広報を行っている。単一健保、住民登録番号を利用したデータベースを利用して、受診対象者の抽出、受診状況のリアルタイム把握を行っており、未受診者に対しては保健所が郵送、電話、訪問等のコール・リコール事業を実施することにより検診受診率が向上した。
スウェーデン	<ul style="list-style-type: none"> ・1974年にはすでに、マンモグラフィーを用いたスクリーニングがGävleborg地方にて行われていた。これを受け、National Board of Health and Welfare in Swedenは1986年にマンモグラフィーによるスクリーニングガイドラインを策定した。現在は、40~74歳のすべての女性が、3年毎に受診している。 ・子宮頸がんに関しては、23~49歳の女性は3年毎、50~60歳の女性は5年毎に検診を受診する仕組み。

資料:厚生労働省「がん対策基本計画」、がん対策推進協議会「がん対策加速化プランへの提言」

Centers for Disease Control and Prevention. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program.

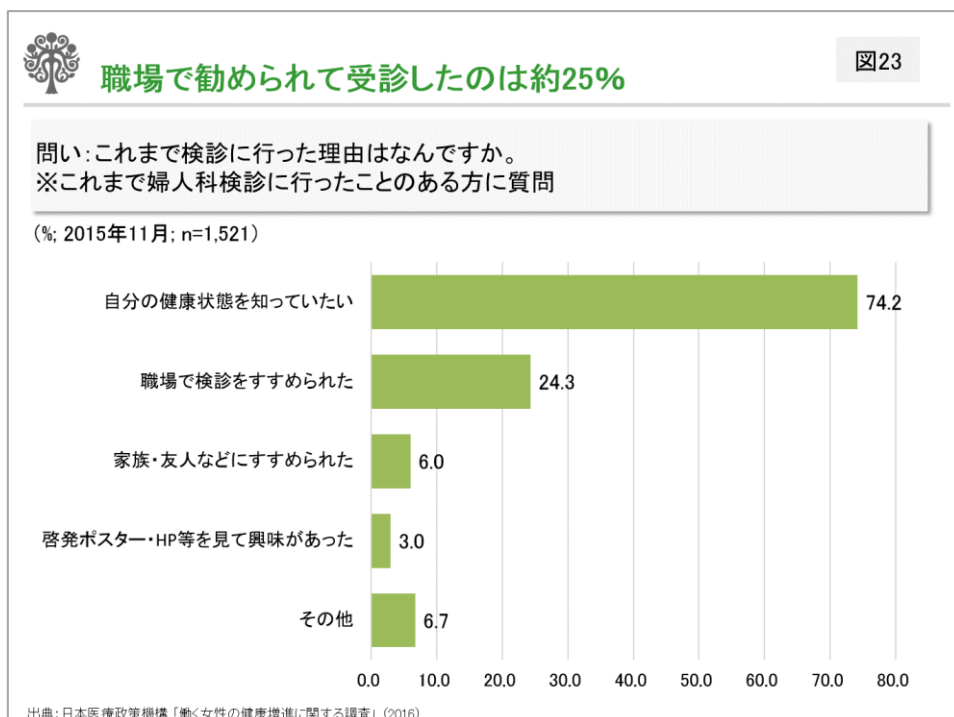
<http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm> [Accessed on January 19, 2016]

NHS Choices. Breast Cancer Screening <http://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-screening/Pages/Introduction.aspx>、Cervical Cancer Screening <http://www.nhs.uk/conditions/cervical-screening-test/Pages/Introduction.aspx> [Accessed on January 19, 2016]

National Institute for Public Health and the Environment Ministry of Health, Welfare and Sport of Netherland. Breast cancer screening programme. http://www.rivm.nl/en/Topics/B/Breast_cancer_screening_programme [Accessed on January 19, 2016]、Cervical cancer screening programme http://www.rivm.nl/en/Topics/C/Cervical_cancer_screening_programme [Accessed on January 19, 2016]

健康保険組合連合会 社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」(2014/6)。

一方、調査対象者が検診を受診した理由としては、「自分の健康状態を知りたい」が約 75%、「職場で勧められたから」は 25%にとどまった（図 23）。



4. 学校教育

今回の調査にあたり、妊娠や出産、自身の身体について正しい知識を有するための学校教育の状況を確認した（図 24）。国、または自治体において違いはあるが、ほぼすべての地域において、男女の身体の変化に関する教育は実施されている。ただし、性や妊娠・出産に関する知識をあまり提供していない地域がある一方、他の地域では知識の提供にとどまらず生徒の自主性や自律性を養う教育がされているなど、テーマの広さや深堀の度合いは地域によってかなりばらつきがあることが分かった。

図24 学校における性教育等のジェンダー教育

日本	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小学校4年生から、体育・保健体育の授業で性教育を受ける。小学校では、個人差の有る体や心の変化を肯定的に受け止めること、発育・発達を促す食事・運動・休養等を扱う。中学校では、生殖も取り上げられるが、受精・妊娠までは取り上げても妊娠の経過は取り上げられない。高等教育では、性感染症及びその予防について学ぶ。時間数や上記以外の内容を取り扱うかどうかについては各学校に委ねられており、取り扱い方には違いがみられる。また上記のような性教育は1992年以前には行われていなかったが、学習指導要領が変わり、男女合同で行われるようになった。
アメリカ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2015年1月現在、すべての州が何らかの形で性教育にかかわっている。したがって性教育のカリキュラムにばらつきがみられるが、その主要な理由の一つが宗教観である。 ・ また、学校で学生が性教育を受けるには親の同意を得る必要がある州や、親が性教育の一部を子供に受けさせることを拒否できる州もあるなど、学生間での性に関する正確な情報量の差も指摘されている。
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1994年に中等教育(11~16歳)の性教育を義務化したものの、そのカリキュラムにおいては性感染症についての情報を含まないことや宗教上の観点から親が子供を退席させる権利を持つこと等が規定されている。性行動やHIV等についての学習は必修化されていない。 ・ 2000年に政府から性教育に関するガイドラインが出され、指導が行われている。性教育が義務化されていない初等教育でもサイエンス科目の中で性教育を教える学校が多い。 ・ 義務化された性教育はサイエンスのみであるが、その他 PSHE(Personal Social Health & Economic Education)で性教育を行う学校もある。扱うべき内容は、他人との関係の築き方やボルノグラフィの影響等が含まれている。 ・ また性教育を行う前に、生徒の親に対し扱う内容や時間数等を提示している学校が多く、同意できない親は子供を退席させることを許可する等して、対処している。
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1993年に学校での性教育が義務付けられており、6歳から15歳の間に実施される。使用教材、時間、アプローチ方法等は、各学校が自由に定めることが出来る。中等教育において性感染症やコンドームの付け方まで教える学校もある。 ・ 子ども達は体の発達や生殖のしくみを学ぶが、それは性教育のごく一部にすぎず、性教育を通して人と人との関係を学び、自分の心身を守ること、自律した態度を身につけること、他人のことを尊重すること等を教えることを目的としている。中等教育以上の子どもたちに対しては、生殖を含む多種多様な材料を使い、議論を行う。意見交換により、性に対する認識を高め、自分の価値観で判断する力を養うことを目的としている。
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ・ 儒教的思想から性教育の整備が遅れていたが、1990年代以降、「望まない妊娠」や「性犯罪」の増加を受け、2000年に小・中・高の教育課程で性教育のカリキュラムが義務化された。2009年には、性教育を含む保健教育が体系的に整備され、2010年度から「保健」という科目になり選択科目としての授業が行われることとなった。 ・ 韓国での性教育の主要4テーマは①人間関係と性の心理、②身体発達と性の健康、③社会的な環境と両性の平等、④健康と健康な家庭である。②、③については、小学校5、6年に妊娠の過程や性暴力への対処法、実際に受けた場合の相談窓口等を教えている。
スウェーデン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1955年から性教育が必修であり、初学年の7歳からスタートする。性教育を中心に学校健康教育が推進されており、スウェーデン性教育委員会 (RFSU)が指導要領改定などに深く関わっている。特定の授業に限定せず、必要な際には授業のあらゆる過程で議論される。 ・ 性感染症や望まない妊娠、避妊、男女平等や性的な指向まで多岐にわたるフレームワークが The National Agency for Educationによって用意されている。

資料: 文部科学省 学習指導要領 http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/youryou/main4_e2.htm [Accessed on January 19, 2016]、
「こんなに違う! 世界の性教育」(メディアファクトリー、2011/4)、National Conference of State Legislatures. State Policies on Sex Education in Schools <http://www.ncsl.org/research/health/state-policies-on-sex-education-in-schools.aspx> [Accessed on January 19, 2016] Department of Education. UK Government <https://www.gov.uk/government/publications/personal-social-health-and-economic-education-pshe> [Accessed on January 19, 2016]、
日本性教育協会「東アジアにおける性教育の制度的基盤-韓国・台湾・中国と日本-(現代性教育研究ジャーナル、2014年3月号)
IPPF European Network「Barometer of Women's Access to Modern Contraceptive Choice in 16 EU Countries(2015/1)

IV. 調査結果を受けての我々の見解

今回の調査研究により、生産性損失と医療費支出の両面からの女性の健康増進が社会にもたらす影響や、女性の健康増進や少子化に関する日本の現状と課題が明らかになった。社会全体で働く女性の活躍を推進する機運が高まるなか、女性が健康で働き続けるためには、以下の対策が必要だと考えられる。

A) 婦人科受診や検診受診率の向上

1. 行政（国や自治体）

- ・ 婦人科がん検診を定期健康診断項目に含める
- ・ 産業保健スタッフに対し、女性の健康に関するトレーニングを実施する
- ・ 女性の健康に関する医師のアドバイスに対してインセンティブを付与する

今回の調査で、婦人科受診や検診に対して「自身は健康であるため必要がない」とする等、受診の重要性への認知度が低いことが判明した（図 17、20）。人の行動変容には時間がかかると想定されるため、まずは定期健康診断項目に婦人科がん検診を含めることにより、受診率向上につなげることが望まれる。検診によって実際のがんが発見された場合、働きながら適切な医療を受けられるようなサポート体制の充実も必要である。

産業保健スタッフへのトレーニング実施によっても、女性従業員に対する健康のアドバイスが充実する、検診の受診勧奨がより進むといった効果があると考えられる。

また、患者にとって信頼性の高い医師のアドバイスやカウンセリングに対するインセンティブの付与も検討すべきである。

2. 企業

- ・ 婦人科検診を含めた健康診断の受診勧奨や補助

働く女性と密にコミュニケーションの取れる企業では、保険者や産業保健スタッフ等と連携し、婦人科検診を含めた健康診断の受診勧奨や、それらの重要性の共有を積極的に行うべきである。さらに今回の調査では、検診の補助に対する期待も大きいことが判明した。女性が長く健康に働き続けるための投資として、検討すべきである。

B) 教育、普及啓発の充実

1. 行政（国や自治体）

- ・ 自身の身体や、予防・利用法、妊娠・出産等を含めたキャリアプランニング等の教育の実施
- ・ 検診や婦人科受診の重要性、月経随伴症状の改善のためのオプション等についての正しい知識の提供

女性の活躍を推進する上では、女性が妊娠・出産、子育てをしながら働き続けることが不可欠である。性教育にとどまらず、若いうちから健康や妊娠・出産等のライフイベントを含めたキャリアプランニングをサポートする教育が、男女ともに必要である。加えて、キャリアを実現するためには、待機児童の解消や保育料の補助等のサポートも重要である。

また、婦人科検診の定期健康診断項目化と並行し、婦人科検診や定期的な婦人科受診の重要性を

広く伝えるべきである。婦人科を定期的に受診しない理由として「恥ずかしい」「男性医師」も挙げられたため（図 17）、女性の医師や検診に対応できる女性の専門職の増加も肝要である。月経随伴症状の改善のためのオプションについては、低用量ピルや鎮痛薬、漢方薬等、症状や重症度に応じたさまざまな対応がある。しかし、例えば低用量ピルについては、国内で定期的に内服するには薬剤に対する理解度が低い¹⁰とともに月々のコストの負担が高い等の理由から、世界的に普及率が低い状況にあると考えられる。

2. 企業

- ・ ホルモンの影響や婦人科系疾患など、女性の身体の特徴や配慮すべき点、予防・治療法について、女性も男性も学べる機会の提供

今回の調査で、働く女性が職場へ期待する制度として「健康管理に関する研修や情報提供の機会」、「ライフプランニングに関する研修や情報提供の機会」（図 15）という回答も多く見られた。これを受け、産業保健スタッフや婦人科医師等と連携し、従業員に対してより多くのトレーニングの機会を設けることが望まれる。また女性の身体の特徴や配慮すべき点については、同僚である男性も把握すべきである。職場における女性の健康に関するコミュニケーションがより円滑になることにより、働く女性の健康にも寄与すると考えられる。

C) 健康経営の促進

1. 行政（国や自治体）

- ・ 「健康経営」の評価指標に「女性の健康」も組み込む
- ・ 女性の健康増進が企業にどのような価値をもたらすかの効果測定に関する調査研究や、健康経営の好事例調査等の実施

従業員への健康投資が従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらし、業績向上や株価向上に寄与するという考えのもと、経産省および東京証券取引所による「健康系銘柄」の選定・発表が 2015 年より実施されている¹¹。企業における健康経営への取り組みを評価するものだが、女性のさらなる活躍推進を目指す社会の動きを反映し、評価指標として「女性の健康」も組み込むべきである。

また先行研究や我々の本調査研究を基に、国による更なる調査が実施されることが望まれる。例えば、女性の健康増進によって企業にもたらされる価値を測定する調査研究や、今回対象としていない非正規雇用の女性に関する調査研究、健康経営に取り組む企業が参考にできる事例調査等が考えられる。

2. 企業

- ・ 「女性の健康」を踏まえた健康経営の実施

従業員の健康増進は、経営の基盤となり得る。健康経営を実施するにあたっては、今後女性が

¹⁰ 「「低用量ピルについて」の調査結果」 <http://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000198.000002943.html> [Accessed on January 19, 2016]

¹¹ 経済産業省.健康経営銘柄. http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenko_meigara.html [Accessed on January 19, 2016]

生き生きと健康に働き続けられるよう、「女性の健康」も含めて検討すべきである。

V. 謝辞

本調査研究を進めるに当たり、日本における働く女性の健康増進に関する課題や今後の方向性についてご指導いただいた、宋美玄先生（産婦人科専門医）、吉田穂波先生（国立保健医療科学院 主任研究官 産婦人科医）に感謝申し上げます。

VI. 「働く女性の健康増進に関する調査」調査チーム

（敬称略、五十音順）

- ・ 五十嵐中（東京大学大学院 薬学系研究科・医薬政策学特任准教授）
- ・ 小山田万里子（日本医療政策機構 マネージャー）
- ・ 窪田和巳（横浜市立大学 医学部臨床統計学助教）
- ・ 宮田俊男（日本医療政策機構 エグゼクティブディレクター）

本調査は、バイエル薬品株式会社、MSD 株式会社の財政的援助を受けて実施した。実施にあたって同社との意見交換を行ったが、それらの意見の反映については、調査チームが主体的に判断した。

本レポートは、日本医療政策機構（HGPI）のウェブページにて公開したものです。
本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

特定非営利活動法人 日本医療政策機構
〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-28
Tel: 03-5511-8521（代表） Fax: 03-5511-8523