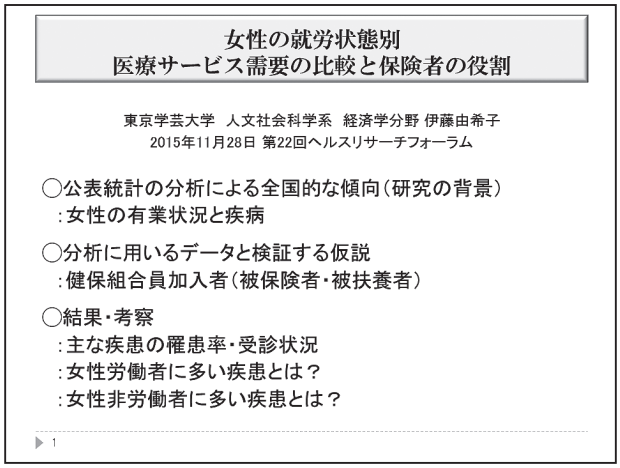
女性の就労状態別医療サービス需要の比較と保険者の役割

伊藤　由希子
東京学芸大学人文社会科学系経済学分野　准教授

【スライド1】

本研究では、「女性が働いていることは女性の健康につながるのか」という課題に取り組みました。大阪大学医学部公衆衛生学分野の馬場幸子先生との共同研究となります。

スライド１



働くことが健康維持につながっているのかということは、実は明確に実証されていません。日本においては、都道府県別の統計を見ると、女性の就労率の高い県ほど、女性の入院率や受療率が高いという関係が見られています。この結果から直ちに「女性が働いているために罹患率が高い」と言えるわけではありません。しかし、ヨーロッパやアメリカでの研究では、女性の就労は健康維持にプラスとなることはあっても逆の結果はほとんどありません。 日本では何故結果が異なるのか、というのが当初の問題意識です。

これまでの先行研究での課題は、業務の種類など就労に関する詳細な情報がないこと、就労している女性を研究対象とした調査人数を揃えることが難しいこと、セレクションバイアスのコントロールが難しいこと（疾病のため就労できない場合を観測することが難しいこと）、でした。 そのため、今回は大企業の健保組合のレセプト情報を用いました。健保組合の被保険者と被扶養者の、合計9.5万人のデータを用いています。その中で、就労者の中での性別比較（就労している男性と女性の比較）、さらに、女性の中での就労状態別比較（就労女性と非就労女性の比較）と、両方の比較を行っています。

結果および考察として、女性就労者に多い疾患、女性非就労者に多い疾患はそれぞれ何かということを発表したいと思います。他にも、就労の職階級別の健康状態、収入別の健康状態の比較を行っていますが、時間の関係で割愛をさせていただきます。

【スライド2】

まず男女の就労者の比較では、勤務形態（事務職・技術職）や年齢層が同じ男性・女性を比較しています。比較対象である25～44歳の男性の場合、就業率（総数に対する被保険者の割合）が9割を超えますが、女性のその割合は低く、一定の健康水準以上の方だけが

就業しているというバイアスが生じる部分があります。男女で比較することで、その点をある程度把握することが、この分析の目的となります。

次に、同じ女性の間での被保険者(その健保組合で働く女性)と被扶養者(その健保組合で働く男性の配偶者)を比較します。被保険者については職階級・勤務形態などの情報を把握し、また女性については調査期間内の出産歴や健康保険上の扶養の子の有無についても確認します。

スライド 2

問題意識
(女性が就労ゆえに直面する健康上の負荷)

- 女性労働者の健康状態は
  男性労働者と比較して or 女性非労働者と比較して
  良いのか，悪いのか？

- 職場(労働環境)・年齢層の同じ男性と女性を比較

※ただし，「労働(を選択)している女性」を調査対象とすること自体がセレクションバイアス(女性の健康状態が偏って選ばれる傾向)を持つ.

- 生活圏・年齢層の同じ女性労働者と女性非労働者と比較

※ただし，ここでの女性非労働者とは男性労働者の被扶養者となっている女性を指す.

2

【スライド3】

今回は、女性の就労と疾患を見るにあたり、25歳から44歳の女性に着目をしています。観測数として調査対象企業の45歳以上の被保険者女性が少ない点や、年齢的に疾患が複合的になる点から、今回の分析では省いています。

スライド 3

有業率の上昇する25~44歳代女性に注目する

- 労働(有業)により,健康状態が変化するのではないか？
- 労働,出産(育児),健康状態に関係はあるのか？

(就労)

改善要因
- 経済的安定(受診の自己決定)
- 定期健診の機会等の情報提供
- 就労継続のための健康意識向上
- 生活リズムの安定化
- 自己実現目標

悪化要因
- 自由時間の減少(受診機会減少)
- 就労に伴う心身のストレス
- 生活リズムの不安定化

3

就労というのは健康を改善する要因もあれば、健康の悪化につながる要因もあります。例えば、就労していることで、経済的に安定し、受診を自己決定できるので健康は改善しやすい面があります。職場で一定の定期健診を受けることが義務であるので、それも健康管理につながりやすいと考えられます。さらに、「働き続けるためには、健康を維持しよう」という意識や行動も強まります。場合によって、規則的な時間の就労により、生活リズムが安定化したり、仕事上の自己実現目標が健康維持にとって効果的であったりもします。

しかしながら、一方で、就労が自由時間を奪ってしまい、医療機関を受診する機会がないため、健康の悪化を却って放置する場合もあります。 また、就労が心身のストレスの要因となって、健康の悪化に直結する場合もあります。不規則な就労で生活リズムが不安定化したり、職場の人間関係で精神的な不安定に陥る場合もあります。一言でいえば、プラス・マイナス両方の影響が考えられるため、個票でそれらの特徴を反映して分析しないと、全体的な評価が難しいということになります。

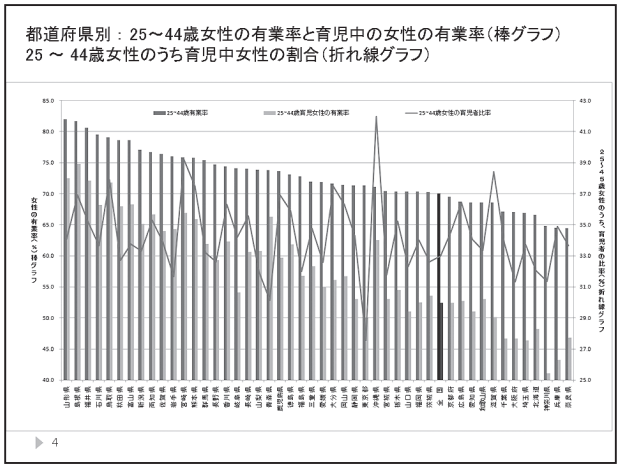
【スライド4】

まずは、全国的な傾向として、今回の研究目的の背景データとなるものをご紹介します。

全国47都道府県比較で、女性の有業率を見てみますと、濃い色の棒グラフのとおりです。

有業率の高い山形県、島根県、福井県などは80％台。一方で、有業率の低い兵庫県、奈良県、神奈川など60％台。そして、薄い色の棒グラフはそのうち育児をしている就業女性の比率です。有業率が高い所は、育児をしている女性の有業率も高いです。一方で、有業率が低い所は、育児をしている女性の有業率は低いです。ちなみに、折れ線グラフで示す女性全体の中での育児者の比率は、最低値の東京都と最高値の沖縄県を除けば、50％台です。25歳から44歳の半数の女性が子どもを持っていることとなります。

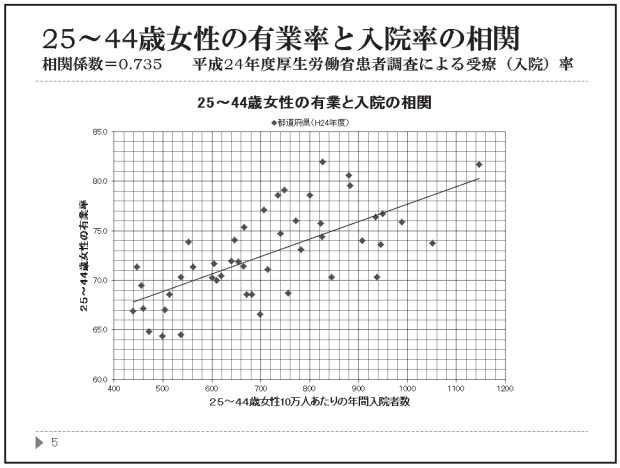
スライド４



【スライド5】

次に女性の有業率と女性の年間入院者数（人口10万人あたり人数）については、非常に強い正の相関が見られます。これは、因果関係を示しているわけではなく、他の要因の考慮が必要ですが、有業率が高い県ほど入院者数も多いという結果が出ています。この結果は、雇用統計と医療統計で調査した欧米の集計結果とは逆になっています。これが、今回の研究の動機でした。

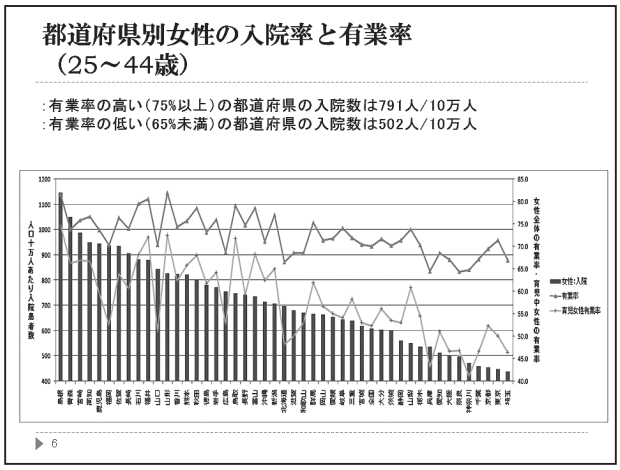
スライド５



【スライド6】

数でいうと、有業率の比較的高い75％以上の都道府県に関しては、10万人のうち800人程度が入院しています。有業率の低い都道府県の入院者数は10万人あたり500人程度です。つまり、全国では1.6倍程度の開きがあることが分かります。

スライド６



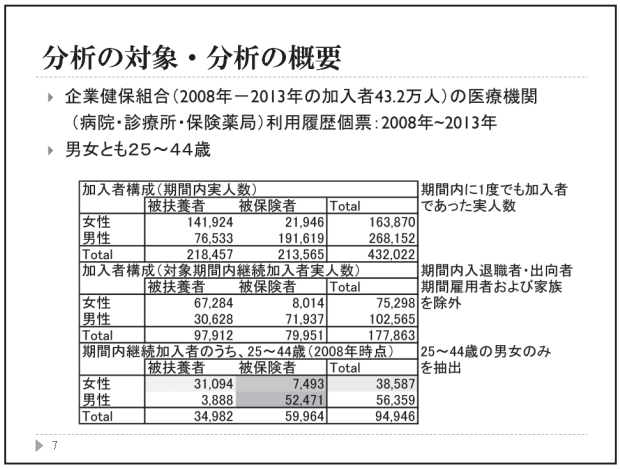
【スライド7】

今回の分析対象となる、対象者について、説明します。

大手自動車メーカーの健康保険組合の加入者を用いて、25歳から44歳の加入者9万5,000人を対象としています。そのうち女性は約3万8,500人で、3万1,000人がいわゆる被

扶養者（配偶者の男性がその企業で働いている方）、7,500名が被保険者（就労している方）です。そして男性の5万2,500人が被保険者、つまり従業員に当たる方です。以上のこの3つを比較して、例えば同じ職場内での男女の比較、あるいは、同じ生活環境（居住地）に属している中での女性同士の比較を行います。

スライド７

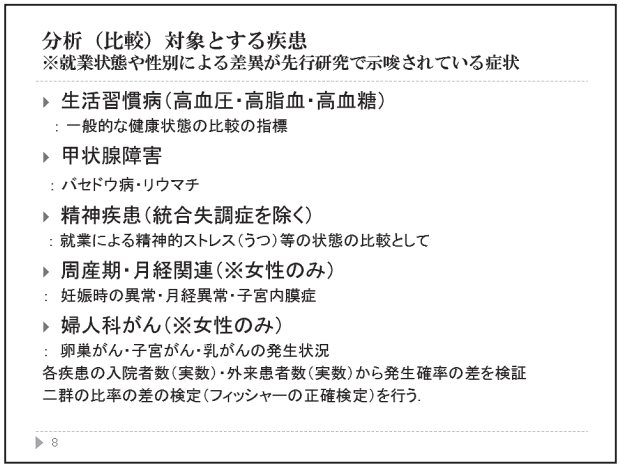


加入者構成（期間内実人数）			
	被扶養者	被保険者	Total
女性	141,924	21,946	163,870
男性	76,533	191,619	268,152
Total	218,457	213,565	432,022
加入者構成（対象期間内継続加入者実人数）			
	被扶養者	被保険者	Total
女性	67,284	8,014	75,298
男性	30,628	71,937	102,565
Total	97,912	79,951	177,863
期間内継続加入者のうち、25～44歳（2008年時点）			
	被扶養者	被保険者	Total
女性	31,094	7,493	38,587
男性	3,888	52,471	56,359
Total	34,982	59,964	94,946

【スライド８】

次の課題は、一体どの疾病を見るのかという点です。25歳から44歳という年齢は、重篤な疾患は少なく、統計的な比較可能性の観点から、一定の受療率が見られる疾患を対象にします。その中で、受療率の高い「生活習慣病」・「甲状腺障害」・「（統合失調症を除く）精神疾患」・「周産期の受療」・「婦人科がん」を対象としました。最後の2つについては女性のみを調査対象としています。また、年代(5歳刻み)・勤務形態の差についてはコントロールした上で、両群の比較結果を示します。

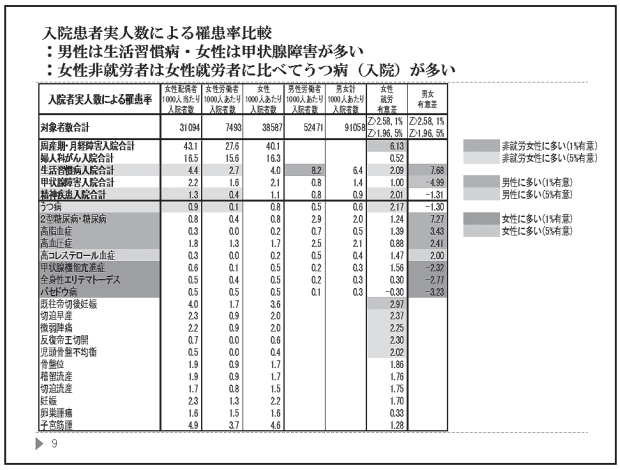
スライド８



【スライド９】

就労女性と非就労女性の比較を、入院率で見ると、非就労女性（健康保険上扶養親族となる配偶者女性）のほうが、就労女性に比べて、生活習慣病入院、精神疾患の入院が多いという結果が出ています。就労しているほうが生活習慣・精神のバランスがある程度維持されている傾向が推測されます。

スライド９



入院者実人数による罹患率	女性配偶者 1000人当たり入院者数	女性労働者 1000人あたり入院者数	女性 1000人あたり入院者数	男性労働者 1000人あたり入院者数	男女計 1000人あたり入院者数	女性 就労 有意差	男女 有意差
対象者数合計	31094	7493	38587	52471	91059	Z>2.58, 1% Z>1.96, 5%	Z>2.58, 1% Z>1.96, 5%
周産期・月経関連入院合計	43.1	27.6	40.1			6.13	
婦人科がん入院合計	16.5	15.6	16.3			0.52	
生活習慣病入院合計	4.4	2.7	4.0	8.2	6.4	2.09	7.68
甲状腺障害入院合計	2.2	1.6	2.1	0.8	1.4	1.00	4.99
精神疾患入院合計	1.3	0.4	1.1	0.8	0.9	2.01	−1.31
うつ病	0.9	0.1	0.8	0.5	0.6	2.17	−1.30
2型糖尿病・糖尿病	0.8	0.4	0.8	2.9	2.0	1.24	7.27
高脂血症	0.3	0.0	0.2	0.7	0.5	1.39	3.43
高血圧症	1.8	1.3	1.7	2.5	2.1	0.88	2.41
高コレステロール血症	0.3	0.0	0.2	0.5	0.4	1.47	2.00
甲状腺機能亢進症	0.6	0.1	0.5	0.2	0.3	1.56	−2.37
全身性エリテマトーデス	0.5	0.4	0.5	0.2	0.3	0.30	−2.77
バセドウ病	0.5	0.5	0.5	0.1	0.3	−0.30	−3.23
既往帝切後妊娠	4.0	1.7	3.6			2.97	
切迫早産	2.3	0.9	2.0			2.37	
微弱陣痛	2.2	0.9	2.0			2.25	
反復帝王切開	0.7	0.0	0.6			2.30	
児頭骨盤不均衡	0.5	0.0	0.4			2.02	
骨盤位	1.9	0.9	1.7			1.86	
稽留流産	1.9	0.9	1.7			1.76	
切迫流産	1.7	0.8	1.5			1.75	
妊娠	2.3	1.3	2.2			1.70	
卵巣腫瘍	1.6	1.5	1.6			0.33	
子宮筋腫	4.9	3.7	4.6			1.28	

【スライド10】

しかし外来の受療率では、別の傾向が見られます。外来では、非就労女性のほうが精神疾患での受診は少なく、就労女性のほうが、精神疾患の一つであるうつ病、さらに婦人科系の疾患として、子宮出血、月経困難、子宮内膜症といった症状を多く訴えていることが

分かりました。就労は女性にとって婦人科系の疾患への不安や不調を高める要素があることが考えられます。

【スライド11】

入院と外来の傾向は一致しない事があります。入院は、疾病の実体がないと入院しないであろうと推測される点で、実体としての疾患の有無の指標としています。一方、外来の受療率は、入院に比べればいわゆる予防動機での受診の傾向があります。なお、入院については病床数の多い地域で高くなる傾向はありますが、今回の調査対象はほぼ同一県の居住者であるので地域差はそれほど反映されないと考えられます。

入院と外来を男性・女性で比較してみると、男性は入院率に比して外来受診が少ない明確な傾向が見られます。 例えば、生活習慣病の入院は男性のほうが多いものの、外来の受療率は女性と男性であまり変わりません。つまり、男性のほうが相対的に外来を受診する機会が少ないといえます。就労女性と非就労女性に関しても同じことが言えます。就労者は男女を問わず、時間的な制約があり、他の要因を一定とすれば外来の受診機会が少ないということが言えます。

【スライド12】

入院と外来をまとめた結果がこちらです。婦人科がん、乳がんに関しては、非就労女性の外来受診の機会が就労女性に比べて非常に多くなっています。

スライド 10

外来患者実人数による罹患率比較
：女性就労者　月経障害・不正出血・うつ病での受診が多い
：女性非就労者　生活習慣病・甲状腺障害・婦人科がんでの受診多い

外来患者実人数による罹患率	女性配偶者 1000人あたり外来患数	女性労働者 1000人あたり外来患数	女性 1000人あたり外来患数	男性労働者 1000人あたり外来患数	男女計 1000人あたり外来患数	女性 就労 有意差	男女 有意差
対象者数合計	31094	7493	38587	52471	91058	Z>2.58, 1% Z>1.96, 5%	Z>2.58, 1%
周産期・月経異常外来合計	342.6	357.3	345.5			−2.39	
婦人科がん外来合計	212.2	189.2	207.7			4.39	
生活習慣病外来合計	166.3	108.4	155.1	161.1	158.5	12.44	2.7
甲状腺障害外来合計	95.3	76.7	92.1	42.9	63.7	4.45	−33.1
精神疾患外来合計	53.0	57.7	53.9	52.4	53.0	−1.61	−1.1
糖尿病	69.3	49.1	65.4	47.8	55.3	8.35	−12.7
子宮筋腫	55.5	55.1	55.5			0.14	
切迫流産	48.7	50.6	49.1			−0.68	
甲状腺機能亢進症	39.9	33.1	38.6	20.2	28.0	2.74	−18.4
うつ病	36.0	41.4	37.1	39.2	38.3	−2.20	1.8
子宮体癌	33.4	16.4	30.1			7.72	
機能性子宮出血	32.4	38.6	33.8			−2.64	
高血圧症	30.1	15.2	27.2	33.7	31.0	7.12	6.1
高脂血症	28.9	20.2	27.2	28.7	28.0	4.18	1.4
子宮頸癌	25.8	28.8	26.4			−1.49	
乳癌	23.1	16.4	21.8			3.57	
卵巣腫瘍	22.7	21.6	22.5			0.55	
子宮外妊娠	20.4	22.7	20.8			−1.25	
卵巣のう種	19.9	24.2	20.7			−2.32	
間質性肺炎	19.4	13.1	18.2	6.8	11.6	3.67	−17.5
全身性エリテマトーデス	17.3	16.1	17.1	8.6	12.2	0.69	−12.8
高コレステロール血症	17.2	11.7	16.2	28.3	23.2	3.38	13.3
片頭痛性症	17.1	39.0	21.4			−11.75	
排便障害	16.9	18.8	17.3			−1.11	
骨盤位	14.2	11.3	13.7			1.94	
卵巣癌	14.1	14.7	14.2			−0.37	
子宮内膜症	13.3	18.4	14.3			−3.38	
バセドウ病	13.1	11.1	12.7	4.7	8.1	1.40	−14.7
切迫早産	12.5	6.8	11.4			4.19	
2型糖尿病	5.0	2.9	4.6	5.0	4.8	2.36	1.1
うつ状態	4.9	5.3	5.0	4.7	4.8	−0.46	−0.5
歯髄異常症	7.8	4.5	7.1	10.6	9.1	2.97	6.0
躁うつ病	3.9	2.4	3.6	3.1	3.3	1.90	−1.3
抑うつ神経症	3.5	3.2	3.5	1.9	2.6	0.44	−5.1

非就労女性に多い（1%有意）
非就労女性に多い（5%有意）
就労女性に多い（1%有意）
就労女性に多い（5%有意）
男性に多い（1%有意）
男性に多い（5%有意）
女性に多い（1%有意）
女性に多い（5%有意）

▶ 10

スライド 11

入院（実態としての疾患）と　外来（自覚症状・予防動機）の比較による男女の健康状態・意識の比較

生活習慣病	男性入院1000人あたり8.2人、女性入院1000人あたり4.4人 男性外来1000人あたり161人、女性外来1000人あたり155人 男性の受療が有意に高いものの、女性に比べて早期発見・早期予防の意識が低い可能性。 ただし、就労女性の外来は1000人あたり108人・非就労女性の外来が1000人あたり166人であることから、受診の意識は単純な男女差ではなく、就労に伴う時間的な制約が大きく影響している可能性がある。
甲状腺障害	甲状腺機能亢進症・全身性エリテマトーデス・バセドウ病は女性に有意に多い疾患であり、外来受診・入院率ともに女性が有意に高い。
精神疾患	精神疾患（統合失調症を除く）については、有意な男女差は入院・外来ともに確認できない。

全国推計と同様の傾向を見ることができる.
※男性は入院率（罹患率）に比して,外来受診が少ない.
← これは男女差だけの問題ではなく,就労時間に伴う時間的制約が大きく影響している可能性がある.
← 同年代女性の間でも,就労か非就労かによって,受診行動に大きな差が出ている.

▶ 11

スライド 12

入院（実態としての疾患）と　外来（自覚症状・予防動機）の比較による女性の就労状態による健康状態・意識の比較

婦人科がん	入院率に有意な差はないが、子宮体癌・乳がんなどの受診は非就労女性が有意に多い。（非就労女性のほうが癌に対する予防意識が高い可能性）
周産期	妊娠・妊娠回数については非就労女性が多い。（ただし、非就労女性は全員有配偶女性であるが、就労女性については独身者がおり、正確な比較はできない。）
月経異常	就労女性の受診（機能性子宮出血・月経困難症・子宮内膜症）が有意に多い。（就労が月経異常に強く関連している可能性） ただし、入院を要するほど悪化する症例は少ない。
生活習慣病	入院率に有意な差はないが、糖尿病・脂質異常症・高血圧症などの受診は非就労女性が有意に多い。（非就労女性のほうが予防意識が高い可能性）
甲状腺障害	入院率に有意な差はないが、甲状腺機能亢進症・関節リウマチについての受診は非就労女性が有意に多い。（女性に多い疾患であることもあり、非就労女性に自覚症状が強い可能性。）
精神疾患	入院率（うつ病）においては非就労女性が有意に多いが、外来受診においては、就労女性の受診が有意に多い。就労女性のほうが職場環境のストレスからうつの自覚症状が強いが、非就労女性はうつの症状に気が付かないまま悪化する可能性がある。

▶ 12

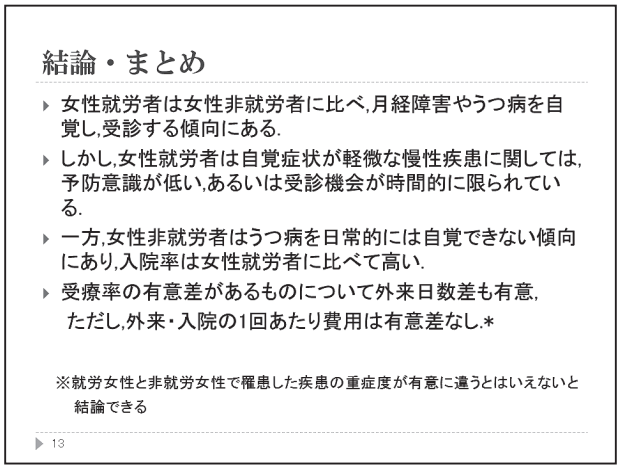
【スライド13】

まとめとして、同じ疾患で比較しても外来と入院では違う傾向があることがわかりました。女性就労者の自覚する症状（外来受診）というのは月経障害やうつ病でした。一方で、

慢性疾患に関してはあまり自覚症状がありませんでした。一方、非就労女性は、（うつ病の外来受診は少ない一方で）入院は有意に高くなっています。

今回、ここではご紹介していませんが、受診1回当たり費用や、外来の受診日数も比べています。1回当たり費用はあまり有意差がないことが分かりました。つまり、受診をする頻度は違うものの、重症度という点においては大きな違いは本研究では見られなかったという結果になりました。

スライド 13



質疑応答

会場： 方法を聞き逃したのかもしれないですけど、因果関係について分析はいかがですか。というのは、非就労だから受診しやすいのではなくて、ひょっとしたら疾患とか基礎疾患があるので仕事に就けないとか。そういう因果関係の分析はいかがでしょうか。

伊藤： 基礎疾患があって仕事に就けないということも当然あるわけですが、今回は観測数の問題もあり、生活習慣病など、比較的軽度な疾患を扱っています。明らかに就労に差し支えると考えられる疾患は対象としていないので、ご指摘にあった因果は小さいと考えております。

会場： メンタルヘルスはいかがですか。

伊藤： メンタルヘルスに関しては、統合失調症のデータにはばらつきがあるのですけれども、その他に関しては、計測を行っています。外来の受診は就労女性のほうが多いにもかかわらず、実際の入院になると非就労女性のほうが多くなっています。非就労女性のほうが、自分がうつ状態であるだとか、ストレスを感じているということを却って認識しづらい環境にあるかもしれないという結果になっています。

座長： 私から一つ。就業されている場合、男女を問わず、健保組合で定期的な健康診断

を必ず行いますよね。そういったお話が出てこなかったのですが。当然、健康管理上はやはり、非就労者に対して就業しているほうが、男女を問わず、早期発見等に関しては有効性が高いと考えられますが、先生のご発表にそういうものが影響することはないのですか。

伊藤： 外来受診の、特に生活習慣病に関して、女性の働いている方の受診が少ないのは、まさにおっしゃってくださったように、労働安全衛生法に伴う定期受診の義務が影響しているかと思います。受診以外に、入院に関しても、就労女性の入院率が低めに出ている点については、健診による早期発見の効果の現れという考察が考えられます。