

〔研究ノート〕

# 健康と保健領域における健康格差とジェンダー統計

粕谷 美砂子

## Health Disparities from a Gender Statistic Point of View

Misako KASUYA

The purpose of this report is to use Japanese government statistics, to analyze and discuss health disparities as they relate to gender. First, I examine the objectives and achievements of World Health Organization (WHO) programs such as “Gender, Women, Health”, and “Social Determinants of Health.” Second, to clarify the issue of health disparities and gender disparities in Japan, I analyze Japanese government data from the “National Health and Nutrition Survey” conducted by the Ministry of Health, Labor and Welfare and “Data on Suicides in 2011” collected by the Community Safety Bureau National Police Agency in Japan.

The above research shows: (1) WHO concludes that in comparison with the WHO publications from 2007 and 2009, disparities between the genders increased in 2009, while gender-based analyses decreased, and that this tendency is unsatisfactory. (2) Various social determinants of health such as income, education, occupation, family structure, gender, and location influence health disparities.

*Key words:* health (健康), health disparities (健康格差), social determinants of health (健康の社会的決定要因), gender statistics (ジェンダー統計)

### 1. はじめに

日本社会において、健康格差が拡大し、社会階層間の健康格差への関心が高まってきている<sup>1</sup>。健康は、遺伝子や生活習慣だけでなく、その人の社会経済的な地位をはじめとする社会的要因によっても決定される(近藤 2010a, 316)。

本稿の目的は、健康と保健領域における健康格差について、政府統計のユーザーとして統計を用い、ジェンダー統計視角から検討することである。第1に、WHO(世界保健機関)の「健康の社会的決定要因(social determinants of health)」, 「ジェンダー、

女性と健康」プログラム等の展開および到達点を整理し、第2に、厚生労働省「国民健康・栄養調査」の「所得と生活習慣に関する状況」等を含む政府統計を用いた、日本の健康と保健領域における健康格差・ジェンダー格差の現状把握と課題の一部を検討する。

独立行政法人国立女性教育会館・伊藤陽一編『男女共同参画データブックー日本の女性と男性ー』は、2003年から3年ごとに刊行されてきた。最新は『男女共同参画データブックー日本の女性と男性ー2012』(以下、『データブック 2012』と略記)で、シリーズ4冊目にあたる。筆者は『データブック 2006』で一

1 2011年10月に開催された社会政策学会第123回大会(於: 京都大学)の共通論題は、「健康のための社会政策」であった。報告者は、田中(2012, 5-18), 川人(2012, 19-27), 松崎(2012, 28-40), 近藤(2012, 41-52), 笹谷(2012, 53-67)であった。

部を担当<sup>2</sup>し、『データブック 2009』と『データブック 2012』で「健康と保健」の章を担当した。

## 2. 健康とは・健康格差とは

「健康 (health)」とは、心身がすこやかな状態であることをいい、「保健 (health, preservation of health)」とは、健康を守り保つこと、健康の維持・予防を含む。周知のとおり、WHO 憲章 (1948 年) においては、「健康」を、「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は虚弱の存在しないことではない (1951 年官報掲載訳)」と定義している。1998 年に WHO の執行理事会において、“dynamic” と “spiritual” の用語を加えるという定義の見直しが議論されたが、採択見送りとなっている。dynamic については、健康と疾病は別個のものではなく連続したものであるという意味づけが、spirituality は、人間の尊厳の確保や生活の質を考えるために必要で、本質的なものであるという意見が出された。

厚生労働省は、2012 年 7 月 10 日に「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の全部改正を公表した (2013 年 4 月 1 日から適用)。その中の「基本的な方向」の第 1 に、「健康寿命<sup>3</sup>の延伸と健康格差の縮小」をあげ、「生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命の延伸を実現するとともに、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現する」としている。ここでは、健康格差を、「地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差」と定義している。井上・松宮ら (2008, 308) は、健康格差を「本人の自己責任を超えた、その他の社会

的要因によって生じた属性に起因する、社会的に許容される一定の範囲を超えた健康に関する差である」としている。所得や学歴、職業、家族構成、ジェンダー、地域などの社会的要因が健康格差に影響を与えている。

## 3. 男女共同参画での「健康と保健」に関する問題分野の確認

### 3-1. 「健康と保健」に関する問題分野の確認

厚生労働省ウェブサイトにある厚生労働統計一覧では、13 の分野<sup>4</sup>のうち、健康と保健に関連する分野は、主に「2. 保健衛生」であり、約 25 の統計・調査がある (表 1)。『データブック 2012』の「第 10 章 健康と保健」では、主に厚生労働省の統計を用いた。この他、自殺に関しては警察庁資料、国際比較として WHO の統計を使用した。『データブック 2012』では、「健康と保健」について、「労働と健康」、「生活習慣と健康」、「疾病と死亡」、「リプロダクティブ・ヘルス」、「健康・保健医療関連サービス」、「都道府県における健康・保健」の 6 つの問題に関する統計、計 13 の項目を取り上げた (表 2)。表 2 は、国連『世界の女性 傾向と統計 2010』の内容と、『データブック』シリーズ 4 冊の「健康と保健」において取り上げた統計を比較したものである。『世界の女性 傾向と統計 2010』では、6 つの大項目、「A 出生児の平均余命」、「B 死因」、「C 罹病と健康上のリスク」、「D HIV とエイズ」、「E リプロダクティブ・ヘルス」、「F 子どもの健康」が取り上げられ、さらに 19 の小項目が示されている。平均寿命については、「第 1 章 人口」で取り上げた。この中で『データブック 2012』で取り上げていない項目は、「アルコール摂取」、「肥満」

2 「第 3 章 労働力と就業」のうち、2006 年版では「自営業従業者」(44-46) を、2009 年版では、「自営業従事者」(44-45) を担当した。

3 「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のこと (厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会、2012 年 7 月「健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料」、19, URL: [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf), 2012 年 8 月 8 日アクセス)。

4 厚生労働統計一覧では、「1. 人口・世帯」、「2. 保健衛生」、「3. 社会福祉」、「4. 老人保健福祉」、「5. 社会保険」、「6. 社会保障等」、「7. 雇用」、「8. 賃金」、「9. 労働時間」、「10. 福利厚生」、「11. 労使関係」、「12. 労働災害・労働安全衛生・労働保険」、「13. その他」の分野に分けられている。

表1 厚生労働省統計一覧における「保健衛生」分野の統計及び『データブック 2012』で使用した統計

	調査名	調査目的・内容	『データブック 2012』での使用の有無
1	医療施設調査	医療施設の分布及び整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の診療機能を把握する。	○
2	病院報告	全国の実業、療養病床を有する診療所における患者の利用状況及び病院の従事者の状況を把握する。	
3	患者調査	病院及び診療所を利用する患者について、その傷病状況等を明らかにする。	○
4	受療行動調査	全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等、患者の医療に対する認識や行動を明らかにする。	
5	衛生行政報告例	衛生関係諸法規の施行に伴う各都道府県、指定都市及び中核市における衛生行政の実態を把握する。	○
6	国民医療費	当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものである。この額には診療費、調剤費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費のほかに、健康保険等で支給される移送費等を含んでいる。	
7	地域保健・健康増進事業報告（地域保健・老人保健事業報告）	地域住民の健康の保持及び増進を目的とした地域の特性に応じた保健施策の展開等を実施主体である保健所及び市区町村ごとに把握する。	
8	地域保健事業報告（保健所運営報告）【平成11年度以降地域保健・老人保健事業報告に統合】	地域住民の健康の保持及び増進を目的とした地域の特性に応じた保健施策の展開等を実施主体である保健所及び市区町村ごとに把握し、国及び地方公共団体の地域保健施策の効率的・効果的な推進のための基礎資料を得る。	
9	老人保健事業報告【平成11年度以降地域保健・老人保健事業報告に統合】	老人保健事業の実施状況を実施主体である市区町村ごとに的確に把握し、老人保健対策の効率的な推進のための基礎資料を得る。	
10	医師・歯科医師・薬剤師調査	医師、歯科医師及び薬剤師について、性、年齢、業務の種別、従事場所及び診療科名（薬剤師を除く）等による分布を明らかにする。	○
廃止	伝染病統計【平成11年以降廃止】	伝染病患者の発生状況を的確に把握するとともに、疫学的事項の解明及び防疫対策に必要な資料を得ることを目的とする。	
統合	母体保護統計報告（優生保護統計報告）【平成14年度以降衛生行政報告例に統合】	全国の不妊手術及び人工妊娠中絶の実施状況を把握する。	
廃止	保健福祉動向調査【平成15年調査をもって廃止】	国民の保健及び福祉に関する事項について、世帯面から基礎的な情報を得る。	
廃止	病院経営収支調査【平成15年調査をもって廃止】	公的病院の病院経営成績及び財政状態を継続的に把握する。	
11	無医地区等調査	全国の実業無医地区等の実態及び医療確保状況の実態を調査する。	○
12	歯科疾患実態調査	国民の歯科疾患の現状を把握する。	
13	無歯科医地区等調査	全国の実業無歯科医地区等の実態及び歯科医療の確保状況の実態を調査する。	
14	看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査	保健師・助産師・看護師及び准看護師学校養成所の入学状況並びに卒業生の就業状況等を把握する。	
15	薬事工業生産動向統計調査	医薬品、医薬部外品、衛生材料及び医療機器に関する生産（輸入）の実態を明らかにする。	
16	医薬品・医療機器産業実態調査	医薬品製造販売業等及び卸売業、医療機器製造販売業及び卸売業の経営実態を把握する。	
17	原子爆弾被爆者実態調査	被爆者の生活、保健等の現状を総合的に把握し、今後の被爆者対策の基礎資料とする。	
18	国民健康・栄養調査	国民の身体状況、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得る。	○
統合	喫煙と健康問題に関する実態調査【国民健康・栄養調査に統合】	病院や駅などの公共の場所における禁煙・分煙対策の実施状況を把握し、今後の分煙対策の推進に寄与することを目的とする。	
統合	循環器疾患基礎調査【国民健康・栄養調査に統合】	我が国における心臓病、脳卒中等の成人の循環器疾患に関して、その現状を把握し、今後の予防対策の検討に資することを目的とする。	
統合	糖尿病実態調査【国民健康・栄養調査に統合】	我が国の糖尿病に関する状況を把握することにより、今後の対策に資することを目的とする。	
19	結核登録者情報調査【平成18年まで結核発生動向調査】	結核に関する情報を全国的規模で収集、解析、還元し、結核に対する有効かつ確かな予防対策の確立に資する。	
20	感染症発生動向調査	感染症に関する情報を全国的規模で迅速に収集、解析、還元し、感染症に対する有効かつ確かな予防対策の確立に資する。	○
21	院内感染対策サーベイランス	全国の病院において実施されている院内感染対策を支援するため、院内感染対策に問題となりうる薬剤耐性菌の発生動向等の基礎資料を得るとともに、患者の基礎疾患や重症度等との関連を明らかにする。	
1回限り	血液製剤使用実態調査【平成18年1回限り】	医療機関における血液製剤の使用状況等を調査することにより、適正使用の推進に必要な基礎資料を得る。	
22	食中毒統計調査	毎月、食中毒の患者数、死者数等に関する調査。	
23	食肉検査等情報還元調査	毎年、とちく場等で行われる検査等に関する調査。	
24	我が国の保健統計	厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室が所管する「医療施設調査」「患者調査」「衛生行政報告例」「地域保健・老人保健事業報告」「医師・歯科医師・薬剤師調査」「病院報告」「受療行動調査」「国民医療費」の主な結果について、グラフを中心として時系列観察及び地域別観察等を行い、保健統計の概要が平易に分かるように編集している。	
廃止	地域保健医療基礎統計【平成22年度以降廃止】	厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室が所管する統計調査の結果について、地域別に観察することを目的とする。	○
25	保健師活動領域調査	地方自治体に所属する保健師の活動領域を把握すると共に、地域保健福祉活動に従事する保健師の業務内容、業務量の現状を把握し、保健師の人材確保及び保健指導に関する企画調整のための参考資料とする。	

〈「保健衛生」統計以外で『データブック 2012』で使用した統計〉

1	労働安全衛生に関する調査（労働安全衛生基本調査：5年ごと）	事業所が行っている安全衛生管理、労働災害防止活動及び安全衛生教育の実施状況等の実態並びにそこで働く労働者の労働災害防止等に対する意識を把握し、今後の労働安全衛生行政を推進するための基礎資料とする。この調査は毎年テーマを変えて実施している。	○
2	労働者健康状況調査	労働者の健康状況、健康管理の推進状況等を把握し、労働者の健康確保対策、自主的な健康管理の推進等労働衛生行政運営の推進に資することを目的とする。	○
3	国民生活基礎調査	保健・医療・福祉・年金・所得等国民生活の基礎的な事項について世帯面から総合的に明らかにする。	○
4	人口動態調査	出生・死亡・婚姻・離婚及び死産の人口動態を把握する。	○
5	内閣府「体力・スポーツに関する世論調査」に基づく文部科学省推計	体力・スポーツに関する国民の意識を把握し、今後の施策の参考とする。	○
6	警察庁生活安全局「自殺の概要資料」	備考：2012年3月9日付内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課「平成23年中における自殺の状況」	○
7	WHO, Suicide statistics, Global charts	備考：URL: <a href="http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html">http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html</a>	○

（注）1. 厚生労働省統計一覧（URL: [www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/](http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/)、2012年9月1日アクセス） 2. 府省庁名を付していないものはすべて厚生労働省が生産した統計である。

表2 国連『世界の女性 2010』の内容と『男女共同参画データブック』シリーズ4冊の「健康と保健」において  
取り上げた統計項目の比較

国連『世界の女性 2010』		『男女共同参画データブック』シリーズの「健康と保健」において取り上げた統計項目（関連部分抜粋）			
		2012「第10章」 <sup>1</sup>	2009「第9章」 <sup>2</sup>	2006「第9章」 <sup>3</sup>	2003「第9章」 <sup>4</sup>
A	出生時の平均余命	〔第1章 人口〕で取り上げている）			
1	出生時の平均余命の水準と傾向				
2	国レベルの平均余命の男女間格差				
B	死因	疾病と死亡	同左	同左	疾病
1	大きな死因区分別死亡	5 性、主要な傷病別総患者数と女性割合	同左	同左	
2	主要な死因	6 性、主要死因別年齢調整死亡率（がん、心疾患、脳卒中の三大死因）の年次推移	同左	性、年齢別死因分類別死亡率	
3	がんの罹患と死亡		性、年齢階級別有訴者率と通院者率	同左	性、年齢階級別自覚症状別有訴者率
			性、部位別悪性新生物の年齢調整死亡率の年次推移	性、主な部位別悪性新生物の年齢調整死亡率の推移	女性の年齢階級別死亡率と死亡率性比（脳血管疾患、悪性新生物）
				年齢階級別悪性新生物の女性の受療率と性比	悪性新生物（がん）、筋骨格系疾患による受療率
					性、疾病別受療率の推移（入院、外来）
		7 自殺者数・自殺率の年次推移、性、年齢、原因・動機別自殺者数	性別自殺者数の年次推移	年齢階級別男性の自殺死亡率の推移	性、死因別年齢調整死亡率の比較、国際比較
		8 諸外国の自殺死亡率			
C					死産率、性別乳児死亡率および死亡率の推移
					母の年齢階級、職業別人工死産率の比較
	罹病と健康上のリスク要因				
1	アルコール摂取				性、年齢階級別生活習慣と身体状況（飲酒習慣）
		生活習慣と健康	同左	同左	
2	喫煙	3 性、年齢階級別喫煙率の年次推移	同左	同左	
		4 成人の週1回以上スポーツ実施率の推移	性、年齢階級別運動習慣者	同左	性、年齢階級別生活習慣と身体状況（喫煙習慣、運動習慣）
			性別、主な栄養摂取量および脂肪エネルギー比率、年齢階級別	性、年齢階級別栄養素等摂取量の充足率および脂肪エネルギー比率	性、年齢階級別栄養素等摂取の充足率
3	肥満		性別、成人肥満比率	性別、年齢階級別 BMI	肥満者、高血圧者
4	糖尿病			性、年齢階級別糖尿病患者の割合	糖尿病、脳血管疾患による受療率
					性、年齢階級別睡眠6時間未満の者の割合
D	HIVとエイズ		性別 HIV/AIDS 報告数の推移	同左	
1	HIV/エイズの蔓延				
2	HIVに関する知識				
E	リプロダクティブ・ヘルス	リプロダクティブ・ヘルス	同左		
1	産前ケアと分娩ケア			年齢別にみた妊娠中の喫煙・飲酒の状況	
2	妊産婦死亡				
3	女性の不妊と無子			性別不妊手術件数と実施率の推移	
4	避妊法の利用	10 性別主な性感染症報告数と若年者に占める割合	同左	同左	
5	人工妊娠中絶	9 年齢階級別人工妊娠中絶実施率の推移	同左	同左、年齢階級、事由別人工妊娠中絶	
F	子どもの健康				
1	5歳未満児の死亡				
2	低体重				
3	予防接種				

(表2 続き)

国連『世界の女性 2010』		『男女共同参画データブック』シリーズの「健康と保健」において取り上げた統計項目			
		2012「第10章」 <sup>1</sup>	2009「第9章」 <sup>2</sup>	2006「第9章」 <sup>3</sup>	2003「第9章」 <sup>4</sup>
		労働と健康	同左	同左	同左
	1	事業所規模別産業医が実際に関与した業務の内容別割合（メンタルヘルスに関する相談）			
	2	仕事や職業生活に関する強い不安・悩み・ストレスの内容別労働者の割合	同左	同左	同左
			現在の健康状態・将来の健康状態への不安の有無別労働者割合		
				性、年齢階級、普段の仕事での身体の疲れの程度別労働者の割合	性、年齢階級別普段の仕事での身体の疲れと疲労回復状況の推移、身体疲労状況、神経が「とても疲れる」者の割合
				性、相談できる人の有無・相談相手別労働者割合	
				性別、脳・心臓疾患と精神障害に係る労災補償請求・認定件数の推移	
		健康・保健医療関連サービス	同左	同左	保健・医療サービス
	11	病院・診療所別にみた内科・外科・小児科・産婦人科の性別医師数・女性割合の年次推移	同左	性、診療科別医療施設従事医師数、女性倍率、平均年齢	性、診療科名別医療施設従事医師数と割合
	12	性、就業場所別にみた就業看護師数	同左+保健師・助産師・准看護師数と女性割合、年次推移	性別にみた就業している保健師等の推移	就業場所別就業保健師・助産師・看護師・准看護師数および構成比
				性、業務の種類薬剤師数と女性倍率	性、業務種類別薬剤師数とその性比
				性、施設の種類別、専任・兼任別、職種別職員数	
	13	都道府県における健康・保健	同左		
	6	性別がん検診を受診した者の割合		性、健診の種類別受診機会割合	性、年齢階級別健康診断の受診および糖尿病指摘の有無
			医療施設数の年次推移		
			病床数の年次推移		

(注) 1: 粕谷美砂子 (2012)「第10章 健康と保健」『男女共同参画統計データブック—日本の女性と男性—2012』ぎょうせい、133-144

2: 粕谷美砂子 (2009)「第9章 健康と保健」『男女共同参画統計データブック—日本の女性と男性—2009』ぎょうせい、129-144

3: 伊藤純 (2006)「第9章 健康と保健」『男女共同参画統計データブック—日本の女性と男性—2006』ぎょうせい、129-144

4: 藤岡光夫 (2003)「第9章 健康と保健」『男女共同参画統計データブック—日本の女性と男性—2003』ぎょうせい、119-130

■部分は、『男女共同参画データブック 2012』で項目としては取り上げていない分野である。

(2009年版では採用)、「HIVとエイズ」(2009年版同左)、「産前ケアと分娩ケア」,「妊産婦死亡」,「女性の不妊と無子」,「子どもの健康」である(表2網掛け)。

『データブック 2012』では、「第3次男女共同参画基本計画」(2010年)の第10分野「生涯を通じた女性の健康支援」の目標,成果目標を視野に入れた。この分野には,6つの中項目,23の中項目が示されている。表3は,国連『世界の女性 2010』,国連「ミレニアム開発目標」,日本の「第3次男女共同参画基本計画」の3つについて,「健康と保健」に関する項目を比較したものである。国連ミレニアム開発目標(2001年版,2006年版)では,全8目標のうち,健康に直接的・間接的に関わる項目として,4つの目標「目標1 極度の貧困と飢餓の撲滅」,

「目標4 乳幼児死亡率の削減」,「目標5 妊産婦の健康の改善」,「目標6 HIV/エイズ,マラリア,その他の疾病の蔓延の防止」があげられる。日本の「第3次男女共同参画基本計画」では,『世界の女性 2010』で取り上げられている「死因」,「肥満」,「糖尿病」,「妊産婦死亡」,「子どもの健康」は取り上げられていない。国際比較をすべき項目と,日本における主要な健康問題として取り上げる項目の吟味が必要である。

この他,「健康」に関する主要な問題分野についてみると,1995年北京女性会議行動綱領では,「第IV章 戦略目標及び行動 C 女性と健康」に23の paragraph (89~111)で女性と健康について取り上げている。paragraph 89には,「女性の健康は感

表3 「健康と保健」に関する項目比較

国連『世界の女性 2010』		国連「ミレニアム開発目標」 <sup>1</sup>	日本「第3次男女共同参画基本計画」
A	出生時の平均余命		(1. 生涯を通じた男女の健康保持増進-ア. 健康寿命の更なる延伸)
1	出生時の平均余命の水準と傾向		
2	国レベルの平均余命の男女間格差		
B	死因		
1	大きな死因区分別死亡		
2	主要な死因		
3	がんの罹患と死亡		
C	罹病と健康上のリスク要因		
1	アルコール摂取		3. 健康をおびやかす問題についての対策の推進- (2) 薬物乱用, 喫煙・飲酒対策の推進, ウ. 喫煙・飲酒に関する正確な情報提供, エ. 受動喫煙の防止
2	喫煙		
3	肥満		6. 生涯にわたるスポーツ活動の推進
4	糖尿病		
D	HIVとエイズ	目標6 HIV/エイズ, マラリア, その他の疾病の蔓延の防止	3-(1) HIV/エイズや, 子宮頸がんの原因となるHPV (ヒトパピローマウイルス) への感染を始めとする性感染症の予防から治療までに総合的な対策の推進
1	HIV/エイズの蔓延		
2	HIVに関する知識		
E	リプロダクティブ・ヘルス		
1	産前ケアと分娩ケア	目標5 妊産婦の健康の改善	2. 妊娠・出産等に関する健康支援-ア. 妊娠・出産期における女性の健康管理の充実と経済的負担の軽減
2	妊産婦死亡		
3	女性の不妊と無子		2-ウ. 不妊治療に関する経済的支援, 不妊専門の相談体制の充実等, エ. 不妊治療のために休暇が取りやすい環境の整備
4	避妊法の利用		2-カ. 性に関する指導の実施と科学的な知識の普及, 3-イ. 学校におけるHIV/エイズ, 性感染症に関する教育の推進
5	人工妊娠中絶		2-オ. 人工妊娠中絶の心身への影響についての知識等の普及, キ. 人工妊娠中絶・生殖補助医療について
F	子どもの健康		
1	5歳未満児の死亡	目標4 乳幼児死亡率の削減	
2	低体重		
3	予防接種		
		目標1 極度の貧困と飢餓の撲滅	
			5. 医療分野における女性の参画の拡大-ア. 医療関係者の仕事と生活の調和の確保, 就業継続, 再就職支援
			5-イ. 女性医師が能力を発揮しやすい条件整備
			5-ウ. 医療従事者全体の更なる専門性の発揮
			1-イ. 地域における医療体制の整備
			1-ウ. 生涯を通じた健康の保持増進のための健康教育, 健康相談, 普及啓発, 健康審査・指導等の推進
			1-エ. 女性の健康づくり支援, オ. 男性の健康づくり支援
			1-カ. 食育の推進
			1-キ. 科学的根拠に基づいた健康情報の収集・分析・提供
			2-イ. 周産期医療や救急医療体制, 小児医療体制の充実
			4. 性差に応じた健康支援の推進

(注) 1: 2006年版では8目標, 21ターゲット, 60指標となった。

情的、社会的及び身体的安寧を含み、生物学のみならず、女性の生活の社会的、政治的及び経済的状况によって決定される」とある。

### 3-2. 健康格差の拡大に関する「原因－現状－結果」図式

Hedman ら（伊藤他訳 1998, 38, 50, 51）は、ジェンダー統計として検討する際、「何が課題関心事か」、「その基礎にある原因は何か」、その問題の最も重要な「結果・影響」は何かを確認することが重要であるとしている。課題関心事を規定する社会背景、主要要因、副次的要因の全体像を把握する必要がある。健康格差の拡大という課題関心事について、「基礎にある原因」、「結果・影響」を示したものが図1である。

男女共同参画統計（ジェンダー統計）の作成・利用は、以下のステップで進められる。すなわち、①男女共同参画での問題分野の確認→②問題点を統計で明示する上で必要な統計指標の認定→③統計データの入手、および不足等の改善案提示→④統計表と図による表現と分析→⑤男女共同参画統計書の作成→⑥計画・政策立案と数値目標導入での統計利用→⑦計画・政策の進捗状況評価での統計

利用→⑧男女共同参画統計書の活用、である。このステップは、重なり合い、前後往復しながら、より高い次のステップへと螺旋状のサイクルを描く<sup>5</sup>（伊藤 2012, はじめに）。

### 4. WHO の健康の社会的決定要因、「ジェンダー、女性と健康」プログラム等の展開・到達点の整理

WHO・ヨーロッパにおける「健康の社会的決定要因」と健康格差を巡る動向については、近藤（2010a, 2011a）に詳しい。近藤（2010a, 316）によると、1980年にイギリスで公表されたブラック報告以降、健康の社会的決定要因やそれによる健康格差の問題は、ヨーロッパなどの先進諸国の研究者に関心を集めるようになった。イギリスは、1998年と2003年に行動計画を公表した。スウェーデンでは、2003年に改正された公衆衛生法の中で「経済と所得保障」が重要であることが明記され、健康に影響する多くの政策対応が検討された。その政策群は、民主主義、人権、メディア、労働生活、男女共同参画、子供、青年、高齢者、都市開発、高齢者・患者・障害者の所得保障、住宅、労働市場、保健・医療、環境、交

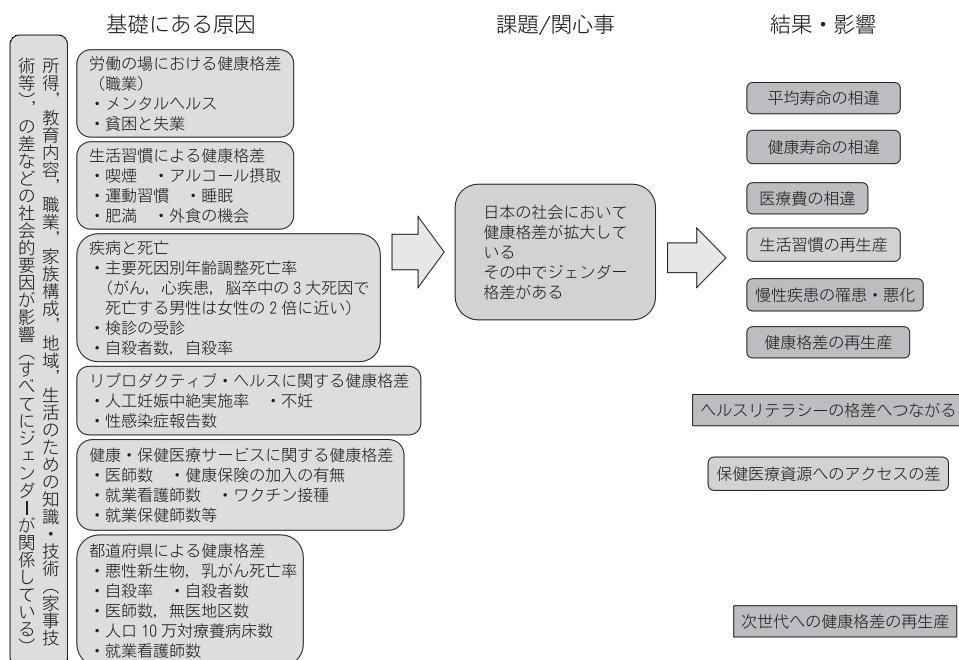


図1 健康格差の拡大に関する「原因－現状－結果」図式

5 『データブック』シリーズは、このステップの①～⑤に取り組んだ成果である。

通、事故防止・救急医療、交通安全、感染症コントロール、教育、防犯、スポーツ、食糧、税制、司法である（近藤 2012, 47）。2005年には、WHOが「健康の社会的決定要因」に関する委員会を設置し、10月にはイギリスで健康格差克服をテーマとしたEUサミットが開催され、36カ国が参加した。

2008年に、WHO健康の社会的決定要因委員会の最終報告の中で、3つの勧告が出された。第1は、保健医療政策だけでなく、子供の頃からの日常生活に関わる環境諸条件の改善、第2に、権力、資金、資源の不公平な分配の是正、第3に、問題の測定と理解、活動の影響を評価すること、を発表した（近藤 2010a, 317）。2009年には、WHO総会が加盟国に健康格差の是正についての対策の推進を勧告した。同年、“Women and health: today’s evidence tomorrow’s agenda”が出された。2010年には、アデレード宣言として、健康の社会的決定要因に影響するすべての政策において健康の視点を考慮するスローガン“Health in All Politics (HiAP)”を示した。近藤（2011a, 551）は、健康の社会的決定要因への取り組みで重視される考え方は少なくとも3つあるとし、ひとつは、この「すべての政策において健康を考える」こと、2つめは、問題の「原因」に着目するだけでなく、「原因の原因」に着目すること、川に喩えれば、健康問題は、川の下流で起きている問題であり、それを克服するために、より上流にある根本的な原因にアプローチすることである、としている。3つめは環境に介入して、健康に望ましい行動を取りやすい環境に変え、その結果その中で暮らす人々の行動を望ましいものに変えていく方法である。このように、健康の社会的決定要因へのアプローチの仕方は、公衆衛生状態の分析枠組み及び影響経路における社会的決定要因として示されている。

2011年10月には、健康の社会的決定要因に関する国際会議がブラジルで開催された。同年、“Gender mainstreaming in WHO: what is next?”が出され、WHOのジェンダー戦略の中間報告が示された。その中で、WHOは「ジェンダー戦略の4つの戦略的な方向性」としてSD①「ジェンダー分析と行動

のためのWHOの役割の確立」、SD②「WHOのマネージメントの主流化の中にジェンダーを取り入れる」、SD③「性別明示的データ（sex-disaggregated data）とジェンダー分析の推進」、SD④「説明責任の確立」を示している。SD③には具体的に、2009年に出版されたWHOの新しい27の出版物について、性別に明示したデータの使用、あるいは推進している数が27冊中13冊（48.1%）、健康においてジェンダー分析を使用、又は推進している出版物の数は27冊中8冊（29.6%）であったと示している。同様に、2007年は性別明示的データ27冊中6冊（22.2%）、ジェンダー分析は27冊中13冊（48.1%）であった。2007年に比べ、2009年はジェンダー明示的データの使用は増加しているが、ジェンダー分析については減少している。この結果から、数値は25～50%の間を推移しており、ジェンダー主流化としては未だ不十分であると分析している。

2012年7月に公表された「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」には、「健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み」が掲載されている。その背景に、以上のようなWHO及びヨーロッパにおける「健康の社会的決定要因」に関する動向がある。

## 5. 自殺死亡率の統計について

本節では、健康格差に関連する具体的な課題として、自殺を取り上げる。

『データブック 2012』では、国際比較として、自殺死亡率の統計を示した。世界保健機関（WHO）の、2000年以降のデータがある国の上位30カ国の自殺死亡率を比較すると、日本は男性で第10位、女性3位であり、自殺死亡率の高い国である。性別では各国とも男性の自殺死亡率が女性を上回っている。WHOは、自殺はすべての年齢において死亡の主要な原因トップ20のうちのひとつであり、毎年約100万人が自殺で死亡していると報告している。精神疾患、うつ病やアルコールの過剰摂取による障害、虐待、暴力、文化的・社会的背景などが自殺の主要なリスク要因であり、健康と社会サービスへのアクセスの改善やメディアによる責任ある自殺報告



などが自殺防止の効果的な戦略であるとしている。

日本の自殺者数は、1998年以降14年間連続して3万人を超える厳しい状況にある(図2)。2006年に「自殺対策基本法」が施行され、2007年には「自殺総合対策大綱」が策定された。この大綱は、2008年の一部改正を経て、2012年8月に全体的な見直しが行われた。大綱には、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すこと」、「地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換の必要性」、「社会・経済的な視点を含む包括的な取組の重要性」等が示されている。数値目標としては、2016年までに、自殺死亡率<sup>6</sup>を2005年と比べて20%以上減少させることを掲げている。

日本における自殺統計としては、厚生労働省の人口動態統計と警察庁生活安全局生活安全企画課の「自殺の状況」で把握可能である。ただし、両統計は、調査対象、調査時点等の差異がある。2012年3月9日公表の「平成23年中における自殺の状況」

は、内閣府自殺対策推進室と警察庁生活安全局生活安全企画課両部署からの公表となっており、毎年公表されている「自殺の概要資料」よりも詳細に報告されている。例えば、これまで都道府県別自殺者数は、性別、年齢別には示されていなかったが、「表9 都道府県別、男女別、年齢別自殺者数」が示されている。「自殺の状況」によると、2011年の自殺者数は、女性9,696人、男性2万955人で合計3万651人である。2011年の自殺者数の男女別構成比をみると、男性が68.4%、女性が31.6%と、男性の自殺率の高さが顕著である。男性の人口10万対の自殺死亡率は、1980年代や90年代半ばまでは25前後であったが、90年代後半以降、35以上にまで増加している(図2)。2011年の性、年齢、原因・動機別自殺者数をみると、女性は、「健康問題」が最も多く、男性は「健康問題」、「経済・生活問題」が多い(図3)。年齢別では、50歳代と60歳代が多い(図3)。表には示さないが、職業別では、男性の

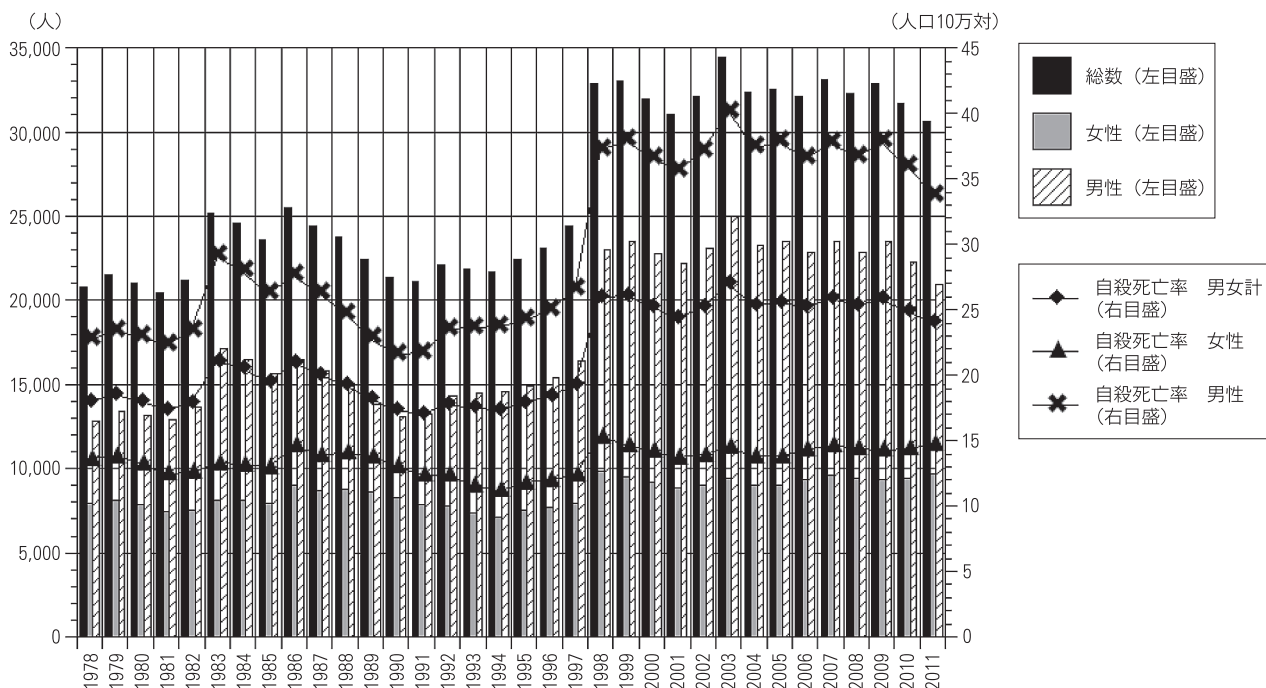


図2 性別自殺者数・自殺死亡率の年次推移(1978~2011年)

出所 内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課 『平成23年中における自殺の状況』より作成。

6 自殺死亡率は、人口10万人当たりの自殺者数を示す(自殺者数÷人口×100,000人)。人口は、総務省統計局の推計人口(毎月10月1日時点)の総人口に基づく。2005年の自殺死亡率は24.4で、それを20%減少させると19.4となる(内閣府「自殺総合対策大綱」, 28)。この自殺死亡率の数値は、厚生労働省「人口動態統計」を用いている。

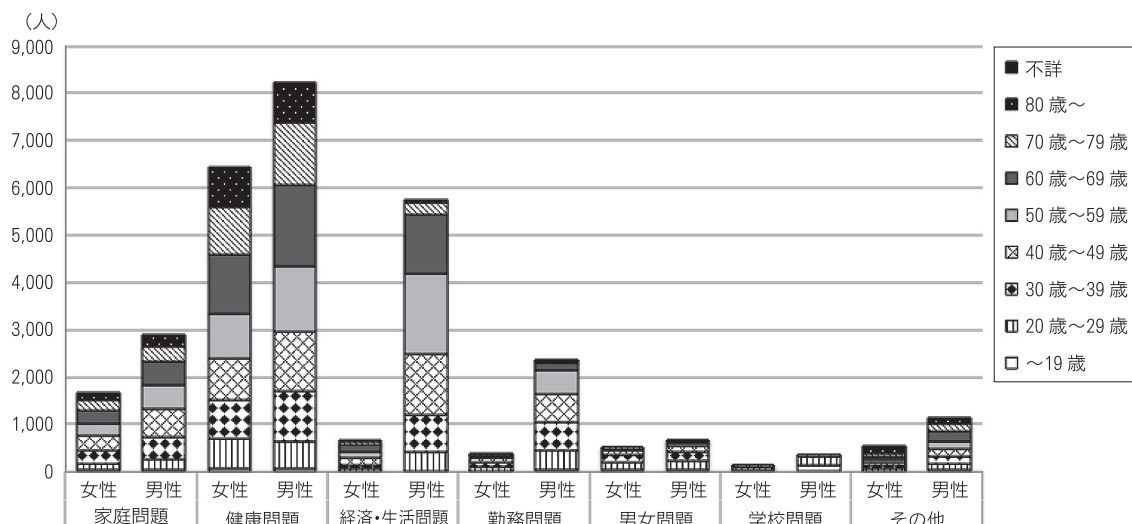


図3 性、年齢、原因・動機別自殺者数（2011年）

原注 遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上した。  
出所 内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課 『平成23年中における自殺の状況』より作成。

うち、無職者が53.7%を占め、最も多く、次いで被雇用者・勤め人が32.2%である。女性では、無職者が8割を占めている。

日本の「健康日本21」（2000～2012年）の最終評価では、自殺者は減少していないと報告している。自殺の背景・原因となる様々な要因のうち、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的要因については、制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的な取組みにより自殺を防ぐことが可能である。社会経済情勢の変化による影響、ライフステージによる自殺に至る経緯の違いなどに注意を払う必要がある。

## 6. 厚生労働省「国民健康・栄養調査」の「所得と生活習慣に関する状況」

前述したように、厚生労働省は、2012年度で終了する現行の「健康日本21」に続く、次期国民健

康づくり運動プラン（2013～2022年度までの10年間）としての健康日本21（第2次）に、所得や地域などの社会的要因による「健康格差の縮小」を明記した。現時点で公表されている最新の2010年「国民健康・栄養調査」<sup>7</sup>では、新しく「所得と生活習慣に関する状況」が示された（「世帯別の年間収入別、生活習慣（第104表、第105表）」。これは、世帯の所得を3区分（200万円未満、200万円以上～600万円未満、600万円以上）に分け、世帯員の生活習慣等（体型、食生活、運動、たばこ、飲酒、睡眠）の状況を比較している。「国民健康・栄養調査」の調査日は1日（11月中）で、調査の対象及び抽出方法は、調査年の国民生活基礎調査において設定された単位区から、層化無作為抽出した300単位区内の世帯（約6,000世帯）及び世帯員（調査年11月1日現在で満1歳以上の者、約18,000人）である。この「所得と生活習慣に関する状況」の解析対象世帯<sup>8</sup>の年間所得の状況（20歳以

7 1952（昭和27）年に交付された「栄養改善法」では、「国民栄養調査」は、「栄養改善の方途を講ずる基礎資料として国民の健康状態、栄養摂取と経済的負担との関連を明らかにするため」実施とある（下線筆者）。これを改正した2002（平成14）年交付の「健康増進法」では、「国民健康・栄養調査」は、「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基礎資料として、国民の身体の状況、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにするため」実施とある。この改正により、経済的負担との関連についての記述はなくなったが、前述のように2012年7月公表の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の全部改正により、「社会経済状況の違い」による「健康格差」に焦点があてられている。

8 解析対象世帯は、調査実施世帯数3,684世帯のうち、回答が得られた3,401世帯（92.3%）から、「わからない」と回答した212世帯を除く3,189世帯である。

上)は、世帯総数 3,189 世帯で、200 万円未満は 733 世帯 (23.0%)、200 万円以上～600 万円未満は、1,787 世帯 (56.0%)、600 万円以上は、669 世帯 (21.0%) である。調査項目に、世帯収入を入れた点、分析結果が性別に示されている点 (ただし、統計表のタイトルに性別の標記はない) は評価できるが、年齢別には、世帯の年間収入が示されているだけである。この統計だけで、健康日本 21 (第 2 次) に新しく明記したという、「健康格差の縮小」に向けた統計を十分に示したとは言えない。これまでの『データブック』でも改善方向として提案したように、「国民生活基礎調査」の所得票・健康票と、「国民健康・栄養調査」のデータ・リンケージ<sup>9</sup>を行い、結果を特殊報告のような形で公表するなどの改善が望まれる。

## 7. おわりに

以上、健康と保健領域における健康格差について、政府統計のユーザーとして統計を用い、ジェンダー統計視角から検討した。ひとつには、WHO の「健康の社会的決定要因」の展開および到達点を整理し、概観した。ただし、同時期に進行している「ジェンダー、女性と健康」プログラム等の位置づけ、関連の分析は、本稿では不十分であるので、引き続き課題としたい。2 つには、健康格差に関連する個別の統計として、「自殺の状況」と、厚生労働省「国民健康・栄養調査」の「所得と生活習慣に関する状況」の 2 つの政府統計を取り上げ、日本の健康と保健領域における健康格差・ジェンダー格差の現状把握と課題の検討を試みた。

「健康の社会的決定要因」の中には、当然のことながら、「ジェンダー」が含まれる。ジェンダー統計分析と「健康の社会的決定要因」を導入した分析方法は、「基礎にある原因」をつきつめるという点で、類似している。近藤 (2011a, 550) は、「健康の社会的決定要因」の重視は、公衆衛生の分野におい

て、おそらくプライマリヘルスケアやヘルスプロモーションに匹敵する 10 年単位でみるべき大きな潮流の変化と述べている。ジェンダーを含む「健康の社会的決定要因」を重視し、政府統計を用いて、ジェンダー視角から健康格差を示すことは、複雑な面が多いが、今後ますます必要になると思われる。

### 引用・参考文献 (著者 50 音順)

- 安藤雄一 (2010) 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業研究事業) 分担研究報告書「歯科の通院患者の特性～平成 17 年の国民生活基礎調査 (世帯票)・国民健康・栄養調査 (生活習慣票)・歯科疾患実態調査リンケージデータを用いた分析結果～」池本幸生・片岡洋子・末原睦美訳 (2009) 『格差社会の衝撃－不健康な格差社会を健康にする法 (社会科学の冒険 2-6)』書籍工房早山 (原著: Wilkinson, Richard Gerald (2005) *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, The New Press.)
- 伊藤 純 (2006) 「第 9 章 健康と保健」独立行政法人国立女性教育会館・伊藤陽一編『男女共同参画統計データブック－日本の女性と男性－2006』ぎょうせい, 129-144
- 伊藤陽一 (2012) 「はじめに」, 独立行政法人国立女性教育会館・伊藤陽一編『男女共同参画統計データブック－日本の女性と男性－2012』ぎょうせい
- 井上信次・松宮透・熊谷忠和・小河孝則 (2008) 「医療福祉学に基づく健康格差に関する研究 (1)－健康自尊意識 (Health Esteem) 概念の構築に向けて－」川崎医療福祉学会誌, Vol. 17, No. 2, 303-312
- 粕谷美砂子 (2012) 「第 10 章 健康と保健」, 独立行政法人国立女性教育会館・伊藤陽一編『男女共同参画統計データブック－日本の女性と男性－2012』ぎょうせい, 133-144
- 粕谷美砂子 (2009) 「第 9 章 健康と保健」独立行政法人国立女性教育会館・伊藤陽一編『男女共同参画統計データブック－日本の女性と男性－2009』ぎょうせい, 129-144

9 データ・リンケージによる研究として例えば、2010 年厚生労働科学研究費補助金による「歯科の通院患者の特性～平成 17 年国民生活基礎調査 (世帯票), 国民健康・栄養調査 (生活習慣票)・歯科疾患実態調査リンケージを用いた分析結果」(安藤 2010) がある。国民生活基礎調査は、世帯票, 健康票, 介護票, 所得票, 貯蓄票 (大規模調査年のみ) の 5 つの調査票がある。3 年毎に大規模調査が実施される。

- 川上憲人・小林廉毅・橋本英樹（2006）『社会格差と健康－社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会
- カワチ，イチロー（2004）『不平等が健康を損なう』日本評論社
- カワチ，イチロー（2008）『ソーシャル・キャピタルと健康』日本評論社
- 川人 博（2012）「過労死・過労自殺の現状分析と政策的対応」社会政策学会編『社会政策』第4巻第2号（通巻第12号），ミネルヴァ書房，19-27
- 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会，2012年7月「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」URL: [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkou\\_nippon21\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkou_nippon21_02.pdf)，2012年8月8日アクセス
- 近藤克則（2005）『健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか』医学書院
- 近藤克則（2007）『検証「健康格差社会」－介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』医学書院
- 近藤克則（2010a）「連載：健康の社会的決定要因（1）『健康の社会的決定要因』と健康格差を巡る動向」『日本公衆衛生学会誌』第57巻第4号，316-319
- 近藤克則（2010b）『「健康格差社会」を生き抜く』（朝日新書）朝日新聞出版
- 近藤克則（2011a）「連載：健康の社会的決定要因（15）最終回 WHO の健康格差対策」『日本公衆衛生学会誌』第58巻第7号，550-554
- 近藤克則（2011b）「健康格差問題と社会政策」社会政策学会第123回大会 共通論題：健康のための社会政策，2011年10月9日，京都大学
- 近藤克則（2012）「健康格差問題と社会政策」社会政策学会編『社会政策』第4巻第2号（通巻第12号），ミネルヴァ書房，41-52
- 笹谷晴美（2012）「ケアする人々の健康問題と社会的支援策」社会政策学会編『社会政策』第4巻第2号（通巻第12号），ミネルヴァ書房，53-67
- 田中洋子（2012）「健康のための社会政策」社会政策学会編『社会政策』第4巻第2号（通巻第12号），ミネルヴァ書房，5-18
- 内閣府共生社会政策（2012）「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」（2012年8月28日閣議決定）
- 藤岡光夫（1996）「第18章 労働と健康に関する統計」『社会科学としての統計学 第3集（創刊40周年記念号）統計学第69・70号合併号』産業統計研究社，292-300
- 藤岡光夫（2003）「第9章 健康と保健」，独立行政法人国立女性教育会館・伊藤陽一編『男女共同参画統計データブック－日本の女性と男性－2003』ぎょうせい，119-130
- 法政大学日本統計研究所・伊藤陽一・中野恭子・杉橋やよい・水野谷武志・芳賀寛訳（1998）『女性と男性の統計論－変革の道具としてのジェンダー統計』梓出版社（原著：Hedman, Birgitta, Francesca Perucci, Pehr Sundström（1996）*Engendering Statistics: A Tool for Change*, Statistics Sweden）
- 松崎一葉（2012）「職場におけるメンタルヘルス問題の構造と政策的課題について」社会政策学会編『社会政策』第4巻第2号（通巻第12号），ミネルヴァ書房，28-40

本稿は，2012年9月14日（金）開催の経済統計学会第56回（2012年度）全国研究大会，企画セッションE（ジェンダー統計研究部会）「格差拡大社会とジェンダー統計－国際比較および分析の強化に向けて－」において報告したものに加筆・訂正したものである。

（かすや みさこ 現代教養学科）