

I 平成29年度 男女共同参画社会の形成の状況

2018年平昌オリンピック・パラリンピック競技大会は、女性を含む多くのアスリートの活躍のうちに幕を閉じ、いよいよ次は、56年ぶりに我が国で開催される2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に注目が集まっている。これを機に、国際オリンピック委員会（IOC）「オリンピック憲章」にも明記されている「スポーツにおける女性の地位向上」等の基本原則が、2020年東京大会のレガシー（遺産）として社会に浸透していくことが期待される。女性アスリートが抱える課題を認識し、適切な支援を行うことは、スポーツ分野にとどまらず、社会全体の女性活躍に関する取組にも有益な示唆を与えるものである。

また、アスリートだけでなく、一般の男女にとっても、自らが希望する形で働き、家庭生活を送る上で、健康がその基盤となることは言うまでもない。人々が直面する健康上の課題はライフステージごとに異なっており、特に女性の場合、女性ホルモンの急激な変化等によって、生涯を通じ、男性にはない心身の変化を経験する。また、女性の社会参画が進み、健康の課題も変化した。女性の健康への理解や支援体制は必ずしも十分とはいえない。男女ともに、健康について正しい知識を持ち、生涯を見通したきめ細かな支援を行うことは、人生100年時代において、充実した人生を全うするために不可欠であるのみならず、多様な個人が能力を発揮できる一億総活躍社会に向けた投資ともいえる。

本章第1節では、オリンピック・パラリンピック競技大会を中心に、スポーツ分野における女性活躍の歩みと現状を報告するとともに、トップアスリートの生の声も交えながら、女性アスリートやその支援者を取り巻く課題や取組を明らかにする。第2節では、男女の健康について理解を深めることを目的とし、特に女性がライフステージごとに直面する健康上の課題や性差医療、医療分野の女性参画の状況等について概観する。

特集のポイント

第1節 スポーツにおける女性の活躍

- オリンピック出場選手に占める女子選手の参加割合（世界）は、夏季・冬季大会ともに増加傾向にある。また、オリンピック日本選手団に占める女子選手の割合は、夏季大会では、近年、おおむね半数で推移し、2016年リオ大会では48.5%であった。冬季大会では、2014年ソチ大会で初めて5割を超え、2018年平昌大会では58.1%と過去最高となった。
- パラリンピック出場選手に占める女子選手の参加割合（世界）は、夏季大会では増加傾向である一方、冬季大会では、2割程度にとどまっている。パラリンピック日本選手団に占める女子選手の参加割合は、夏季大会では、近年3～4割程度で推移している。冬季大会では、2014年ソチ大会で過去最高の3割となったが、2018年平昌大会では13.2%に低下した。
- 最近の夏季オリンピック4大会においては、金メダル獲得数は女子選手が男子選手を上回る。冬季大会では、2018年平昌大会で計8個のメダルを獲得し、過去最多となった。パラリンピックにおいては、夏季大会では2004年アテネ大会後急激にメダル数が低下し伸び悩んでいる。冬季大会では、2018年平昌大会で5個のメダルを獲得した。

- 女性アスリートの活躍が進む一方で、女性アスリートの選手生命に大きな影響を及ぼす徴候として、「女性アスリートの三主徴」（摂食障害の有無によらない利用可能エネルギー不足・無月経・骨粗しょう症）が指摘されている。
- 無月経や疲労骨折の既往は、新体操や体操、フィギュアスケートなどの体重管理の重要性が高い審美系の競技で多く見られる。無月経の割合は、競技者のレベルで差がなく、疲労骨折経験者の割合は、日本代表レベルの選手より全国大会レベル以下の選手の方が高い。
- 最近の夏季3大会における日本選手団のコーチに占める女性の割合は、オリンピックで10%程度、パラリンピックで20%程度であり、いずれも選手団に占める女子選手の割合を大きく下回る。
- 成人の週1回以上のスポーツ実施率を年齢別に見ると、男女とも30～40代で低く、また、男女別に見ると、30代、40代ともに、女性は男性より10%ポイント近く低い。中高生の運動部活動への参加率を見ると、いずれも男子と比べて女子は低水準である。
- 日本のスポーツ団体（119団体）の女性役員割合の平均は10.7%（平成29年8月現在）。日本スポーツ協会加盟競技団体における女性役員の割合を見ると、28年の調査時点と比べて、24団体で女性役員が増加し、女性役員数がゼロであった団体のうち4団体が女性役員を登用した（29年8月現在）。

第2節 男女の健康支援

- 我が国の平成28年の平均寿命は女性が87.14年、男性が80.98年と世界でも高い水準。健康寿命は女性が74.79年、男性が72.14年、平均寿命と健康寿命の差は女性が12.35年、男性が8.84年。
- 女性は性ホルモンの動きにより、思春期、成熟期、更年期、老年期と、男性とは異なる心身の変化に直面する。男性の性ホルモンが加齢によって緩やかに下降するのに対し、女性では急激な減少・喪失という、大きな性ホルモンの動きが40代後半～50代に訪れる。
- 人工妊娠中絶数は近年減少傾向にあり年齢階級間の差も縮小しているものの、10代の人工妊娠中絶数は約15,000件である。
- 月経痛、月経による体調不良・精神不安等の月経に伴う症状を20代、30代の相当数の女性が感じている。平成20年に低用量ピルが月経困難症治療薬として保険収載されており、現在は、月経に伴う症状についても、婦人科で幅広い治療法が提供されている。
- 不妊治療（体外受精）の治療延べ件数は、平成27年には40万件を超えた。不妊治療を行った場合でも、年齢が上がると、生産分娩率が下がる傾向が見られる。
- 乳がんと子宮がんは、20代後半から罹患率が上昇し、40代後半～50代前半でピークになるのに対し、胃がんや大腸がん、肺がんなど男性の罹患率が高いがんは、年齢が上がるほど罹患率も上昇する。
- 65歳以上の高齢者を対象にした研究結果を見ると、フレイルもフレイル予備群も女性の方が多。65歳以上の要介護認定者数は、607万人（女性422万人、男性185万人）で、男女とも80歳以上になると認定率が急上昇するが、特に女性の上昇率が高い（平成27年度末現在）。
- 健診等の受診状況は、いずれの年代でも男性の方が高い。女性のうち、正規職員は30代で8割以上の者が健診を受けているのに対し、仕事なしで家事を担う者では3割程度と大

きな開きがある。

- 痛風や脳卒中は男性の通院者率が高く、骨粗しょう症や甲状腺の病気、関節リウマチ等は女性が高い。女性の通院者率が高い骨粗しょう症は、閉経前後の50代前半から女性の通院者率が大きく上昇する。
- 医師、歯科医師に占める女性の割合は増加傾向にあり、医師は21.1%、歯科医師は23.0%（平成28年12月末現在）。OECD加盟国では、女性医師の割合が4～5割を占める国が多い。

第1節

スポーツにおける女性の活躍

1 スポーツ分野における男女共同参画¹

(1) 女性とスポーツの歩み～オリンピック・パラリンピック競技大会を中心に～ (女性スポーツの黎明期)

オリンピック競技大会（以下「オリンピック」という。）は1896年に第1回大会がギリシャ・アテネで開催されたが、男性のみ参加が許されており、女性には門戸が開かれていなかった。女性が選手として初めてオリンピックに参加できるようになったのは、1900年にフランス・パリで行われた第2回大会からである。国際オリンピック委員会（以下「IOC」という。）によると、同大会には24か国から997人の選手が参加したが、うち女性は22人（2.2%）にとどまっており、女子種目が採用された競技はテニスとゴルフのみであった。1904年セントルイス大会ではアーチェリー、1908年ロンドン大会ではフィギュアスケート、1912年ストックホルム大会では水泳で女子種目が加わった。長らく男性のみで構成されてきたIOC²によって「女性らしい」とみなされた競技がオリンピックの女子種目として認められていたのである。

日本からのオリンピックへの参加は、1912年ストックホルム大会に2名の男子選

手（陸上競技）を派遣したのが始まりであった。一方、女性は、1928年第9回アムステルダム大会に人見絹枝選手（陸上競技）が初めて参加し、女子800メートルで銀メダルを獲得した。当時、女性がスポーツをすることが珍しい時代にあって、女子陸上選手への偏見も厳しい中、人見選手は、海外のスポーツ事情の紹介、後進の育成、生涯スポーツの重要性についての普及啓発などを精力的に行い、今日の女性スポーツの基礎を築いた。

(女性アスリート活躍の軌跡～オリンピック競技大会～)

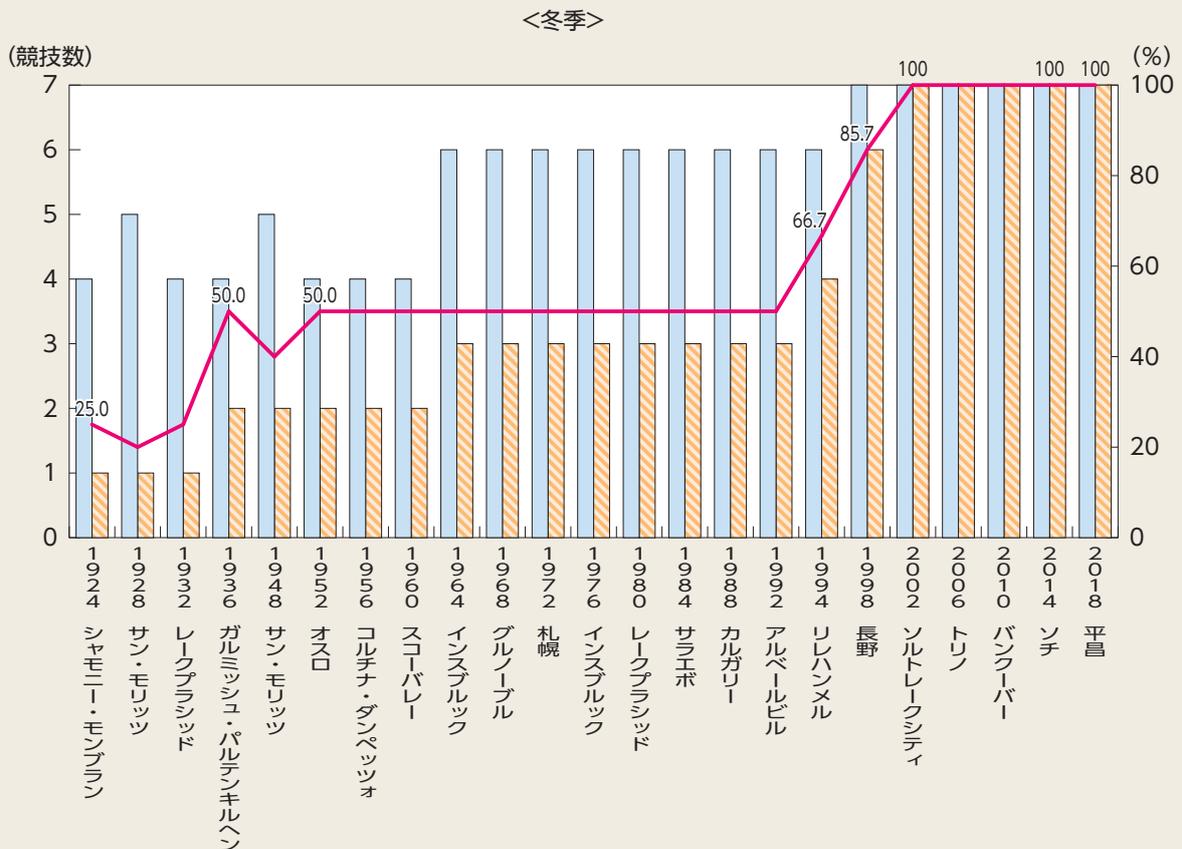
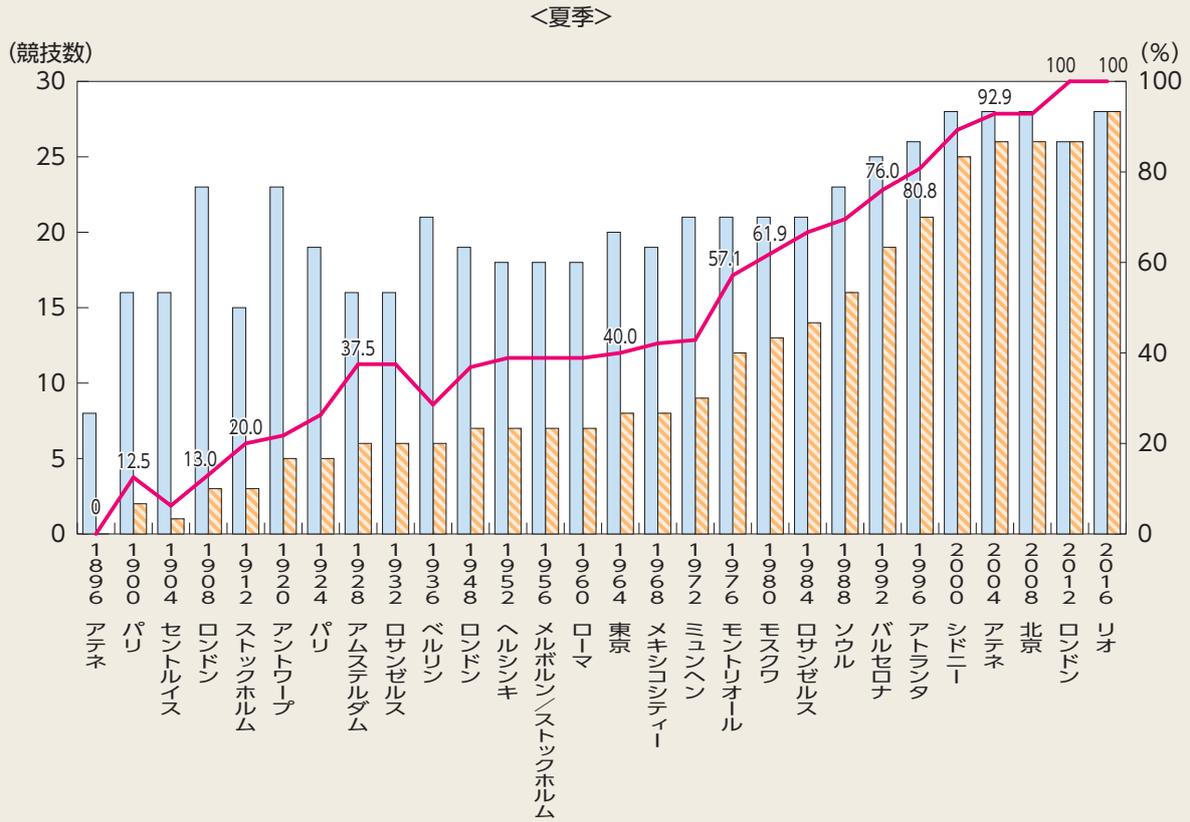
オリンピックにおける女性が参加可能な競技数は回数を経るごとに着実に増加し、それに伴い参加する女子選手の数も伸び続けてきた。

女性が参加可能な競技割合を見ると、夏季大会では、1976年モントリオール大会で初めて5割を超え、2012年ロンドン大会において、ボクシングに初めて女子種目が加わったことで、全競技で女性の参加が可能となった。2012年ロンドン大会は、競技数の均等に加え、全参加国・地域から女子選手が派遣された記念すべき大会である。冬季大会では、2002年ソルトレークシティ大会で初めて、全競技で女性の参加が可能となった（I-特-1図）。

¹ 国際オリンピック委員会(IOC) “FACTSHEET WOMEN IN THE OLYMPIC MOVEMENT (Updated June 2016), 同“KEY DATES IN THE HISTORY OF WOMEN IN THE OLYMPIC MOVEMENT”, 公益財団法人日本オリンピック委員会 (JOC) 「オリンピックの歴史」, 順天堂大学女性スポーツ研究センター「女性とスポーツの歴史」等を参考に記載。

² IOCで初めて女性委員が誕生したのは創立87年目にあたる1981年。1992年には、JOC初の女性理事（河盛敬子 全日本なぎなた連盟理事）が誕生した。

I - 特 - 1 図 オリンピックにおける女性が参加可能な競技数



■ 全競技数 ■ 女性参加可能競技数 — 女性参加可能率 (右目盛)

(備考) JOC提供資料より作成。

オリンピック出場選手に占める女子選手の割合（世界）を見ると、夏季・冬季大会ともに増加している。夏季大会では、2012年ロンドン大会は44.2%、2016年リオ大会は45.6%であり、2020年東京大会では48.8%と過去最高となる見通しである³。冬季大会は、2018年平昌大会で42.5%と過去最高となった。

オリンピック日本選手団に占める女子選手の割合を見ると、夏季大会では、2008年北京大会で49.9%、2012年ロンドン大会で53.2%、2016年リオ大会で48.5%と近年お

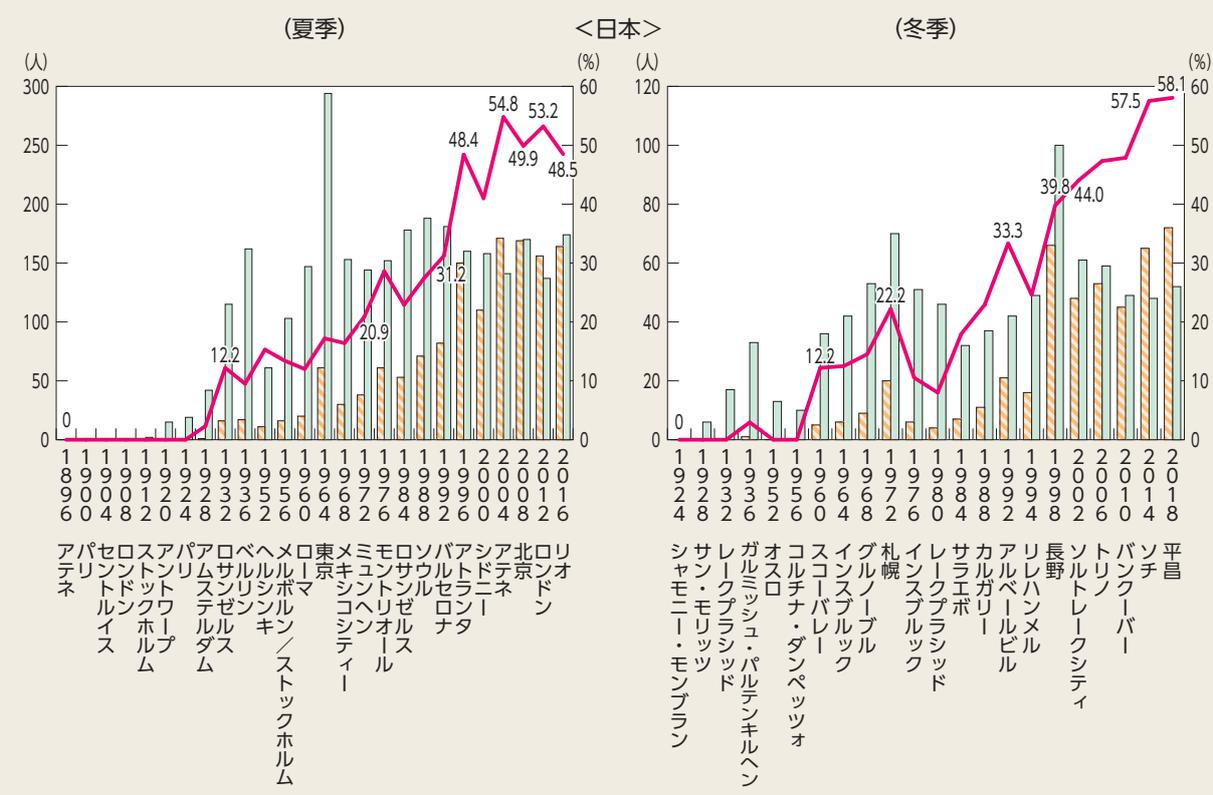
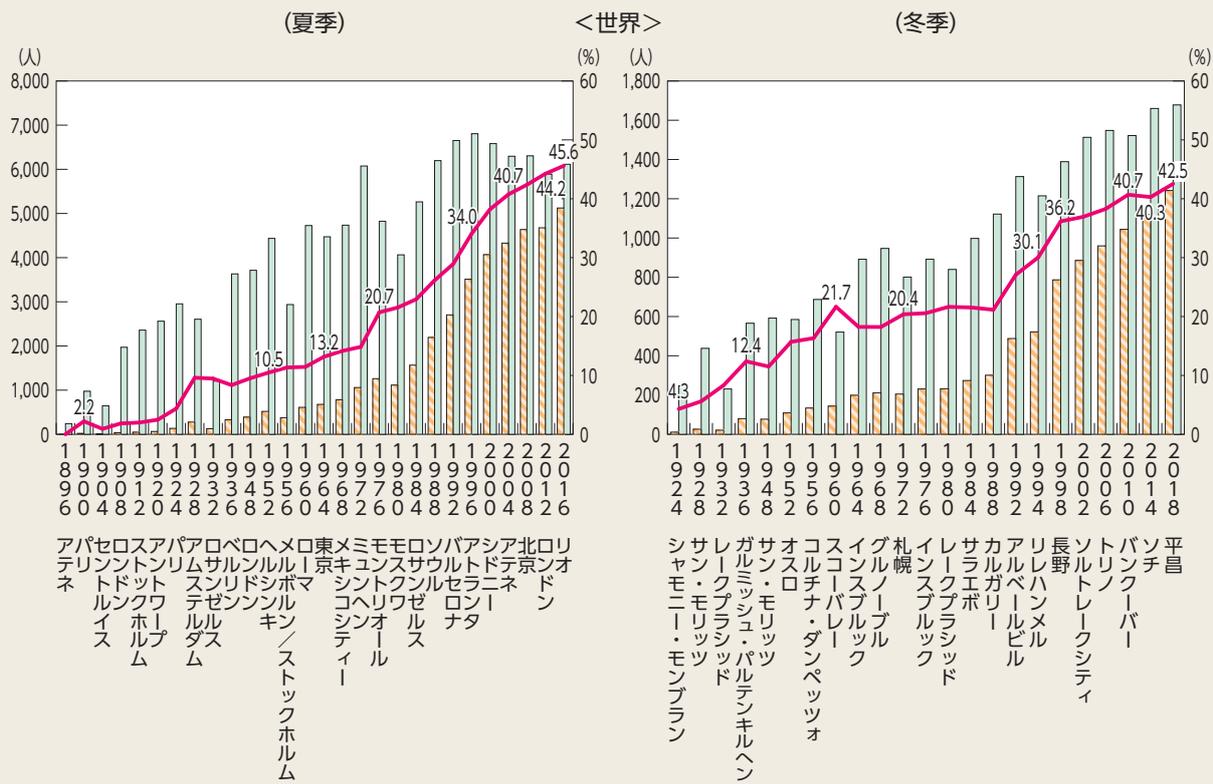
おむね半数で推移している。冬季大会では、2014年ソチ大会で初めて5割を超え、2018年平昌大会では58.1%と過去最高となった（I-特-2図）。

日本人選手のメダル獲得数を見ると、最近の夏季4大会においてはいずれも男子選手の方が多いが、金メダル獲得数を比べると女子選手が男子選手を上回る。冬季大会では、女子選手のメダルの獲得数が少ない状況が続いていたが、2018年平昌大会では金メダル3個を含む8個のメダルを獲得し、冬季大会では過去最多となった⁴（I-特-3図）。

³ IOC News “Tokyo 2020 event programme to see major boost for female participation, youth and urban appeal” (2017年6月9日)

⁴ 男女合わせたメダル獲得数も計13個で、過去最多となった。

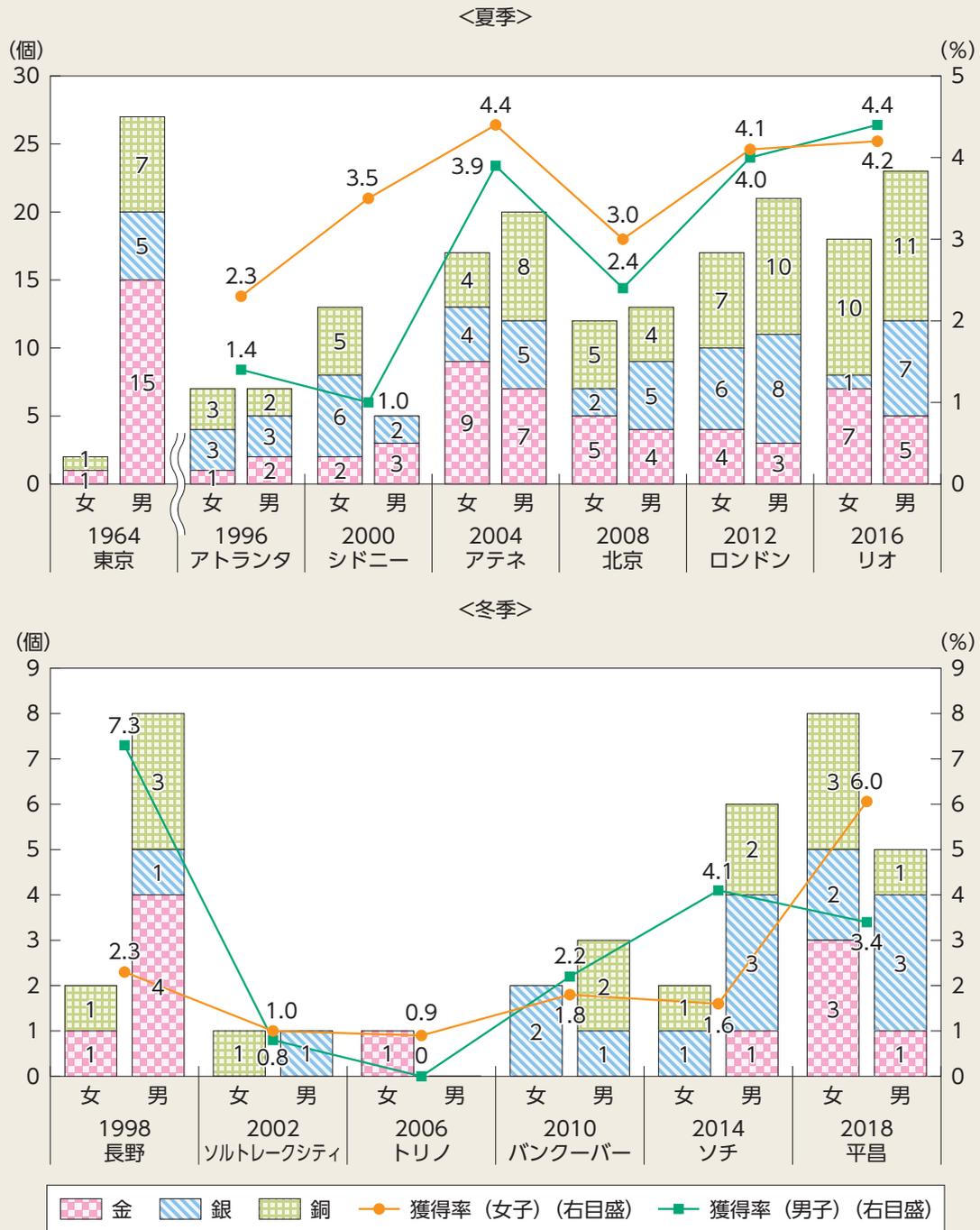
I-特-2図 オリンピック出場選手に占める女子選手の割合（世界と日本）



女子選手数
 男子選手数
 女子選手比率（右目盛）

(備考) 1. IOCホームページ及びJOCホームページより作成。
 2. 夏季（日本）のグラフについては、1948年ロンドン大会、1980年モスクワ大会、冬季（日本）のグラフについては、1948年サン・モリッツ大会は日本不参加のため除く。
 3. 夏季（世界）のグラフについては、IOCが公表している女子選手の割合等を基に内閣府男女共同参画局で試算した値であり、実際の数とはずれる可能性がある。

I-特-3図 オリンピックにおける日本人選手のメダル獲得数・獲得率



(備考) 1. IOCホームページ, JOCホームページ及びJSC提供データより作成。
 2. 男女混合種目は除く。
 3. メダル獲得率は、日本男女各メダル獲得数を男女各メダル総数で除して算出。

(女性アスリート活躍の軌跡～パラリンピック競技大会～)

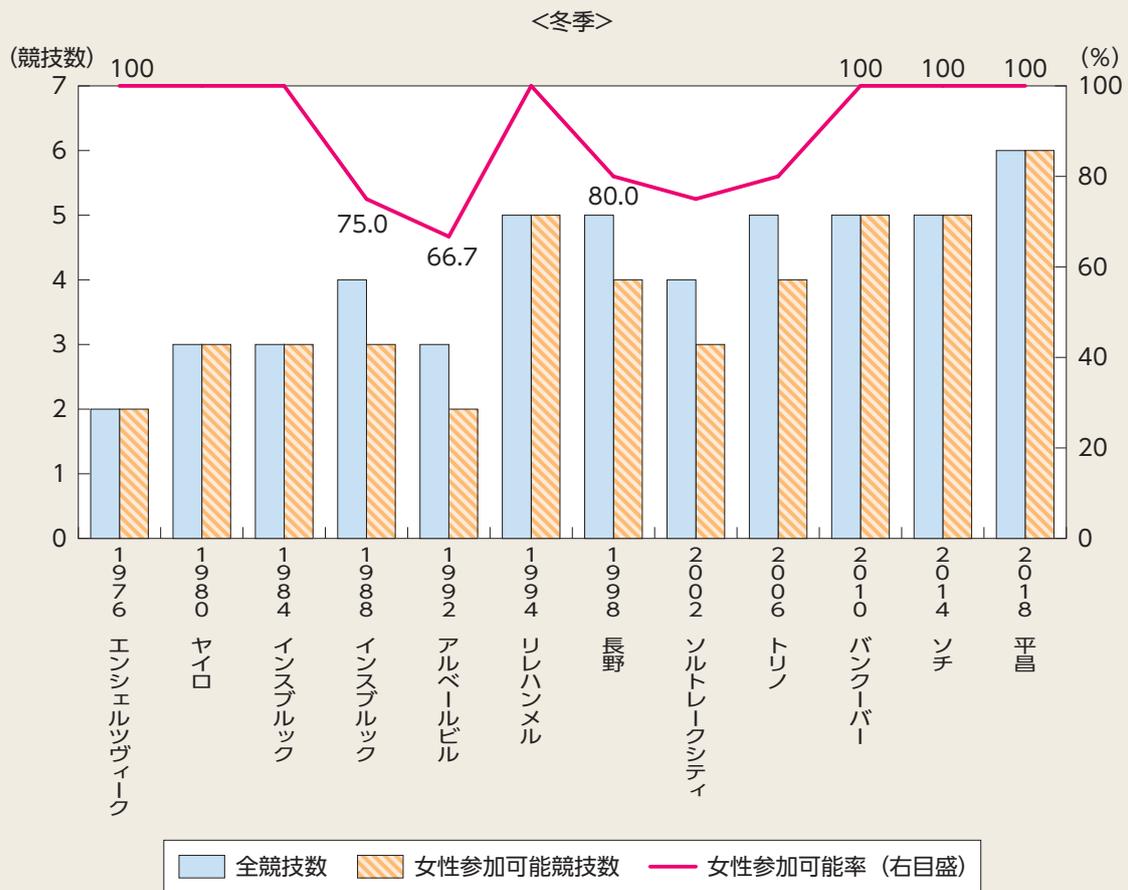
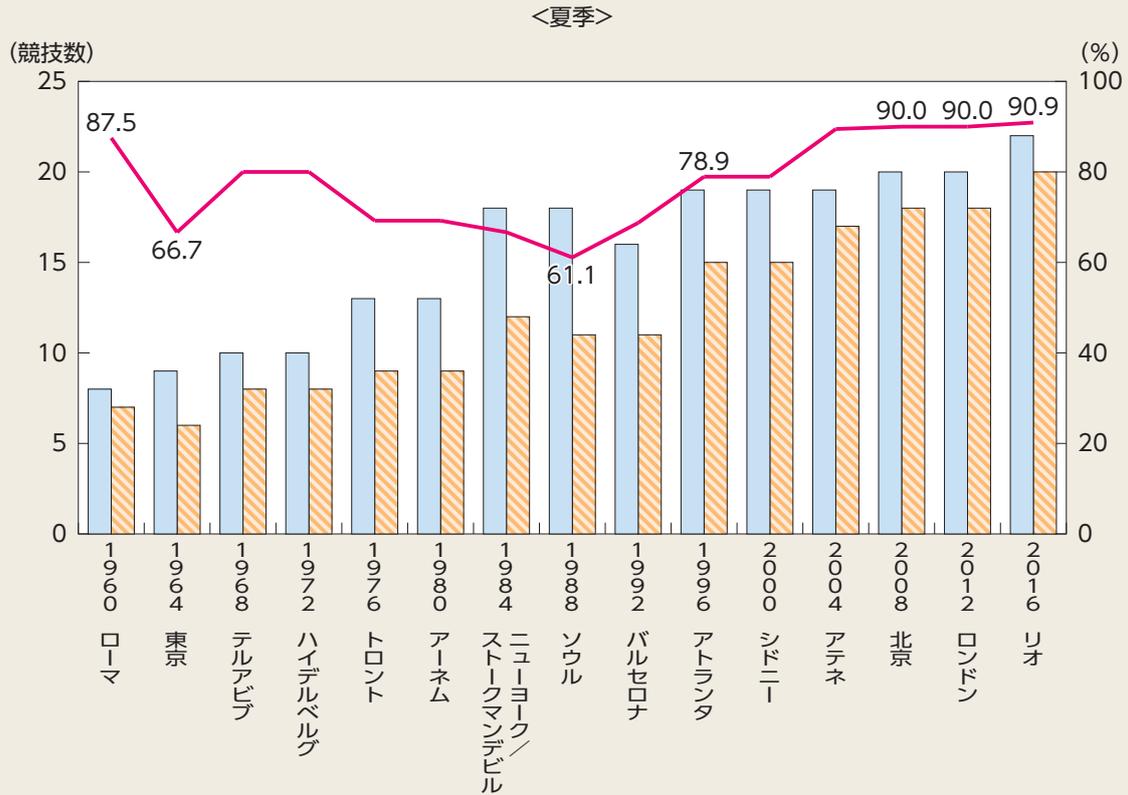
パラリンピックにおける女性が参加可能な競技割合を見ると、夏季大会では、第1回である1960年ローマ大会以降、一貫して6割を超える水準を維持しており、最近の4大会では約9割の水準となっている。一方、冬季大会は、2010年バンクーバー大会以降、全競技で女性の参加が可能となっている（I-特-4図）。

パラリンピック出場選手に占める女子選手の割合（世界）を見ると、夏季大会では、1998年ソウル大会以降増加しており、2004年アテネ大会で3割を超え、2016年リオ大会で4割に近付いた。一方、冬季大会では2割程度にとどまる。

パラリンピック日本選手団に占める女子選手の割合を見ると、夏季大会では、2008年北京大会40.1%、2012年ロンドン大会33.6%、2016年リオ大会34.8%と、近年は3～4割程度で推移している。冬季大会では、2014年ソチ大会で過去最高の3割となったが、2018年平昌大会では13.2%に低下した（I-特-5図）。

日本人女子選手のメダル獲得状況を見ると、夏季大会では、2004年アテネ大会後、急激にメダル数が低下し、伸び悩む。冬季大会では、2014年ソチ大会ではメダルを獲得することができなかったが、2018年平昌大会は金メダル1個を含む5個のメダルを獲得した（I-特-6図）。

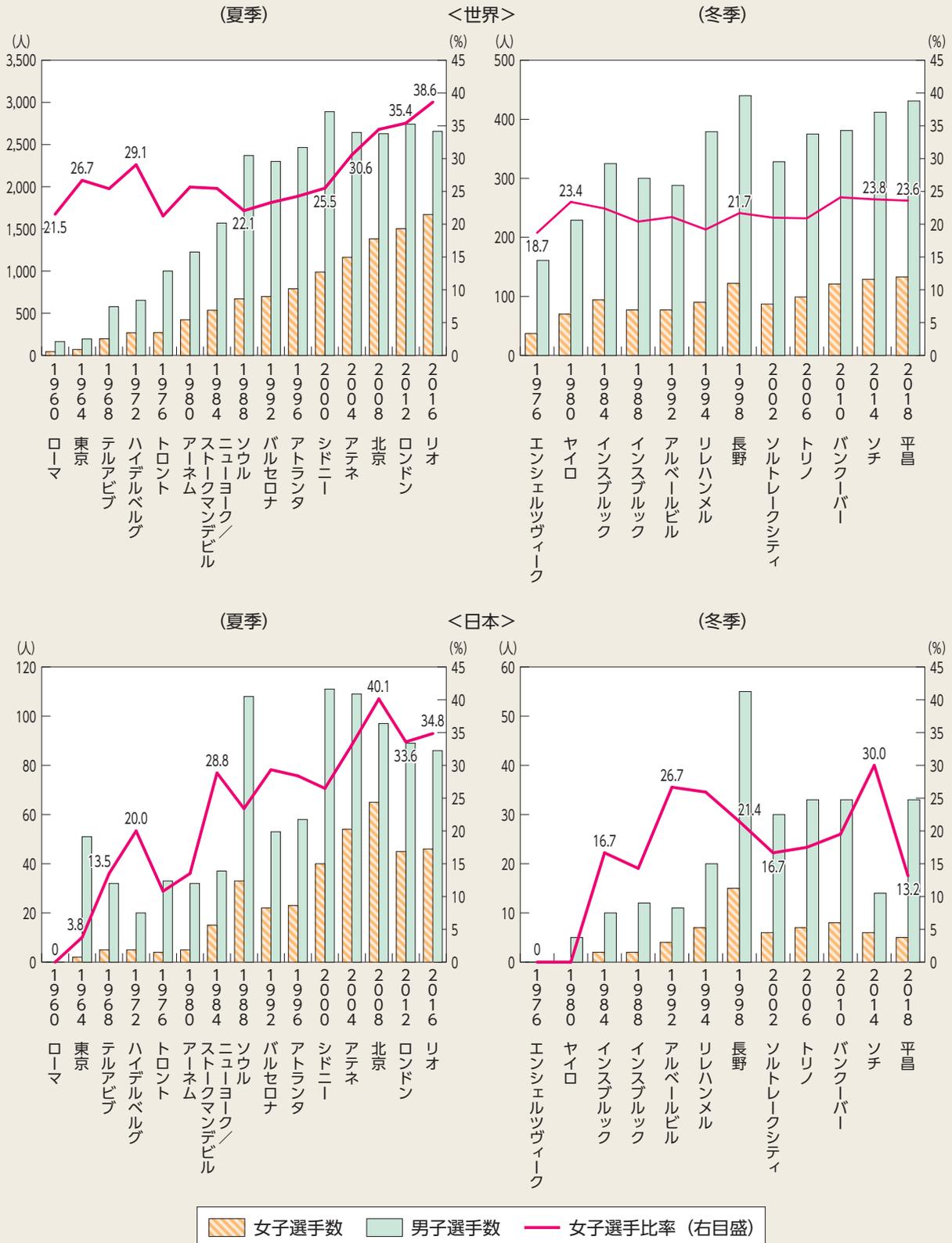
I-特-4図 パラリンピックにおける女性が参加可能な競技数



(備考) IPCホームページより作成。

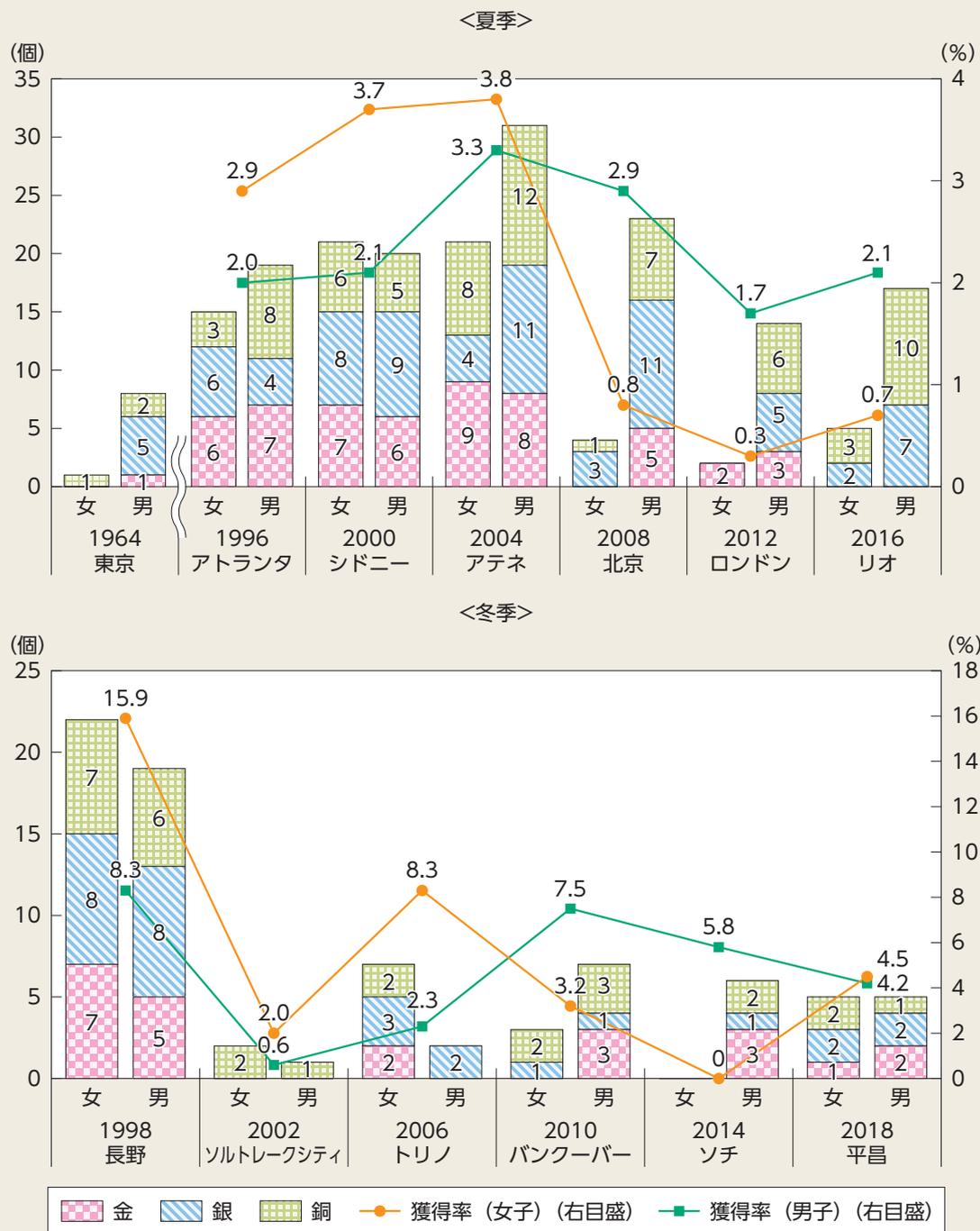
特集
スポーツにおける女性の活躍と男女の健康支援

I-特-5図 パラリンピック出場選手に占める女子選手の割合（世界と日本）



(備考) 1. IPCホームページ及びJPCホームページより作成。
 2. 1976年トロント大会及び1980年アーネム大会における性別不明者（1976年1名，1980年6名）については除いた上で算出。

I-特-6図 パラリンピックにおける日本人選手のメダル獲得数・獲得率



(備考) 1. JPCホームページ及びJSC提供データより作成。
 2. 男女混合種目は除く。
 3. メダル獲得率は、日本男女各メダル獲得数を男女各メダル総数で除して算出。

(女性とスポーツに関する国際会議)

カナダ、オーストラリア、米国等を中心に女性スポーツへの関心が高まる中で、1994年に英国・ブライトンで、女性とスポーツに関する初の国際会議として、政府機関や各国のオリンピック委員会、スポーツ連盟等の参加の下、「第1回世界女性スポーツ会議」が開催された。同会議では、地域代表、NGO、女性とスポーツ分野の専門家等から構成される国際女性スポーツワーキンググループ（以下「IWG」という。）⁵が設立されたほか、スポーツのあらゆる分野での女性の参加を求めた「ブライトン宣言」が採択された。日本は、2001年に大阪市で、アジア地域における女性スポーツの発展を目的に「第1回アジア女性スポーツ会議」⁶が開催された際に、公益財団法人日本オリンピック委員会（以下「JOC」という。）が同宣言に署名した。

2014年にフィンランド・ヘルシンキで開催された第6回IWG会合では、ブライトン宣言の見直しが行われ、「ブライトン・プラス・ヘルシンキ2014宣言」が新たに採択された。

日本は、2017年4月にスポーツ庁など5団体⁷が署名をした（I-特-7表）。

日本は、2006年に、アジア地域初の取組として、第4回IWG会合を熊本市に招致したほか、2015～2018年のIWGアジア地域代表を日本人⁸が務めるなどIWGの取組に大きな貢献を果たしている。

IOC「オリンピック憲章」において、オリンピズムの根本原則の1つとして「スポーツをすることは人権の1つ」と謳われており、IOCの使命と役割として、「スポーツにおける女性の地位向上を奨励し支援する」ことが明記されている。こうした基本原則に基づき、IOCでは、現在までに「IOC世界女性スポーツ会議」を5回開催し、女性とスポーツに関わる様々な課題について議論を行っている。2012年に米国・ロサンゼルスで開催された第5回会合では、女性スポーツの更なる発展のため、指導的地位にある女性を増やし、国連機関との連携強化を進めること等を明記した「ロサンゼルス宣言」を発表した。

I-特-7表 ブライトン・プラス・ヘルシンキ2014宣言

<10の原理・原則>

- ①社会・スポーツにおける公平と平等
- ②施設・整備の配慮
- ③学校体育・青少年スポーツにおける平等
- ④スポーツへの参加促進
- ⑤ハイパフォーマンススポーツへの参加
- ⑥スポーツにおけるリーダーシップの発揮
- ⑦スポーツ指導者等に対する教育・啓発
- ⑧調査研究及び情報提供における平等
- ⑨資源（人的・物的）配分における配慮
- ⑩国内・国際活動における連携・協力

（備考）スポーツ庁ホームページより作成。

⁵ IWGは、男女平等を土台として持続可能なスポーツ文化を創出することをビジョンとする独立した調整団体である。

⁶ JOCを始めとしたアジア各国のオリンピック委員会により構成されるアジア・オリンピック協議会の主導の下で開催。これまでアジア各地で4回開催された。

⁷ スポーツ庁、独立行政法人日本スポーツ振興センター（JSC）、JOC、公益財団法人日本障がい者スポーツ協会・日本パラリンピック委員会（JPSA/JPC）、公益財団法人日本スポーツ協会（JSPO）の5団体。その他、平成29年末までに、熊本県体育協会、熊本市体育協会、公益社団法人日本女子体育連盟、NPO法人ジュースが署名している。なお、30年4月1日より、「日本体育協会」は「日本スポーツ協会（JSPO）」に名称を変更した。

⁸ 順天堂大学女性スポーツ研究センター長小笠原悦子氏。

(2) 2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けて

IOCが2014年に採択したオリンピック改革案の「オリンピック・アジェンダ2020」において、男女平等の推進として、「女性の参加率50%の実現」と「男女混合の団体種目の採用の奨励」が目標に掲げられた。2020年東京大会ではこの方針に基づき、男女混合種目が新たに採用されることなどにより⁹、女性の参加率が過去最高となる見込みである。また、前述のブライトン・プラス・ヘルシンキ2014宣言では、スポーツにおける女性のリーダーシップの発揮等が謳われており、2020年東京大会のレガシー（遺産）の一つとして、スポーツ団体の女性役員の登

用やスポーツ界におけるダイバーシティ推進等の取組が進むことが期待されている。

国際パラリンピック委員会（以下「IPC」という。）では、2003年に「スポーツにおける女性委員会」を設置し、パラスポーツにおける女子選手や指導的地位にある女性の増加に取り組んでおり、IPCの4年間の方針・作業計画である「IPC戦略計画2015-2018年」でも、女性のパラスポーツへの参加拡大を優先課題の一つとしている。こうしたIPCの方針等を踏まえ、2020年東京大会では、出場選手4,400人のうち、少なくとも女子選手が1,756人にのぼると想定されており、女子選手の参加人数が過去最高となる見込みである¹⁰。

⁹ 卓球・男女混合ダブルス、柔道・男女混合団体戦、陸上4×400m男女混合リレー、水泳4×100m男女混合メドレーリレーなどが男女混合種目として新たに採用された。

¹⁰ IPC News “Tokyo 2020 Paralympic medal event programme announced” (2017年9月4日)。なお、性別を問わない出場枠が294あるため、IPCは、女子選手の割合は、更に増えるものと予想している。

1

パラリンピックは不可能を可能に変える～「どうすればできるか」という発想で～(大日方邦子さん)

大日方 邦子 (おびなた くにこ)

1972年生まれ。東京都出身。3歳の時に交通事故で右足を切断、左足にも後遺症が残る。高校2年からチェアスキーを始める。1994年リレハンメル大会から2010年バンクーバー大会までパラリンピックに5大会連続で出場し、金メダル2個を含む計10個のメダルを獲得。2010年引退。2018年平昌大会選手団長。現在、株式会社電通パブリックリレーションズで2020年に向けてパラリンピックをPRする仕事をするほか、日本パラリンピック委員会運営委員、日本パラリンピアンズ協会副会長、日本障害者スキー連盟理事、スポーツ審議会委員、渋谷区教育委員等を務める。



パラリンピックの魅力は、スポーツを通じて「できることがたくさんある」ことに気づかせてくれることにあると思う。何らかの障害のある選手が、使える機能を最大限に生かしてその能力をフルに活動させ、工夫を重ねて開発された競技用具からその性能を引き出し、また、周囲の理解と協力を得ることで、不可能だと思われていたことを可能にする。それが、障害の有無やスポーツが得意かどうかにかかわらず、観戦した人に「こういうことができるのか」と気付きを与え、社会に普遍的なメッセージを発信することもできるのが面白い。2020年が間近に迫った今は、障害者スポーツを「する」、「見る」、「支える」絶好のタイミングだ。「できない」ではなく、「どうすればできるか」という発想で楽しんでほしい。

障害者スポーツの現状を見ると、特に女性はスポーツ人口が少なく、新たに踏み出すための情報が得にくいことが課題であり、まずは様々な種類のスポーツに親しむ機会が必要だ。特に子どもにとっては各地域の学校の果たす役割が大きい。学校は、障害のある子どもに対し、体育の授業を見学させる姿勢で臨むのではなく、スポーツができる場を紹介するなど、「どうしたらスポーツに触れられるか」という視点で情報や機会を提供してほしい。海外には、障害のある人が運動できる場所をインターネットで検索できる公的サービスが提供されている事例もある。

また、スポーツを通じて、目的や属性を同じくする障害者同士が直接会って話をし、競技についての気付きや競技を超えた暮らしの知恵を共有できる機会は大変重要だ。チーム内に女性の数が少ない男女混合の競技などでは、女子選手がトイレや月経等の話を言い出しにくいと聞く。選手やコーチ、支援者など様々な立場に男女がバランスよくいることが望ましい。

近年、パラリンピックを取り巻く環境は大きく変化している。2020年東京大会決定後の、パラリンピックに対する国内の関心の高まりには目を見張るものがある。日本は、共生社会に向けて良い方向に変わりつつあると思う。この機会に、多様性が持つ力への理解を深めてほしい。日本人のみよりも、国籍を含め多様なバックグラウンドを持つ集団の方が力を発揮でき、さらにその集団の中に障害のある人がいないと逆に違和感を覚えるくらいになるのが望ましい。東京大会を契機とした社会の変化に期待したい。

2 女性とスポーツを巡る課題

(1) 女性アスリートを巡る課題と取組

① 女性アスリートを巡る背景・状況

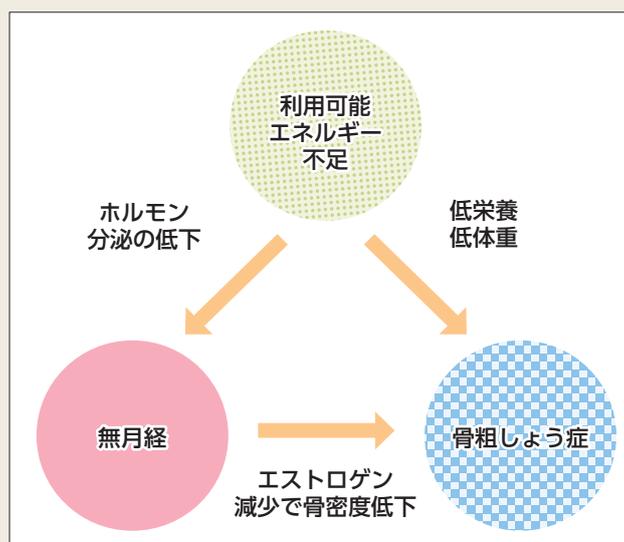
オリンピック等において女性が参加可能な種目数は増加しており、日本人女性アスリートが活躍する機会は拡大しているが、世界でも女性アスリートの参加国・参加人数は増加しており、競争は激化している。また、オリンピックでは日本人女性アスリートの活躍が目立つ一方で、パラリンピックでは苦戦を強いられている。ジュニア層も含めたアスリートの裾野を広げ、女性の競技人口を確保することが重要であるが、女性アスリートは、無月経や疲労骨折などの女性特有の課題や、妊娠・出産等のライフイベントによる競技ス

ポーツからの離脱が多く、大きな課題となっている。

② 女性アスリートの健康維持・支援 (女性アスリートの三主徴 (FAT) 等)

女性アスリートの活躍が進む一方で、女性アスリートの選手生命に大きな影響を及ぼす徴候として、「女性アスリートの三主徴」(摂食障害の有無によらない利用可能エネルギー不足・無月経・骨粗しょう症) (female athlete triad; FAT) が指摘されている。これらの徴候を放置した場合、疲労骨折等により競技生活の継続が困難となる恐れもある (I-特-8図)。

I-特-8図 女性アスリートの三主徴



(備考) 「Health Management for Female Athletes Ver.3」(東京大学医学部附属病院女性診療科・産科, 2018年3月) をもとに、東京大学医学部附属病院女性診療科・産科能瀬さやか医師の知見を得て作成。

疲労骨折は練習量やその強度、低いBMI等様々な因子で生じるが、無月経に伴って女性ホルモンであるエストロゲンが低い状態となることもリスク因子として指摘されている¹¹。日本産科婦人科学会等の調査によると、無月経や疲労骨折の既往は、新体操や体操、フィギュアスケート等の「審美系」競技など、

体重管理の重要性が高い競技で多くみられた (I-特-9図)。

他方、競技者のレベル別に見ると、無月経の割合は、日本代表レベルの選手と全国大会・地方大会レベルの選手で差がなく、疲労骨折経験者の割合は、日本代表レベルの選手よりむしろ全国大会レベル以下の選手の方が高い

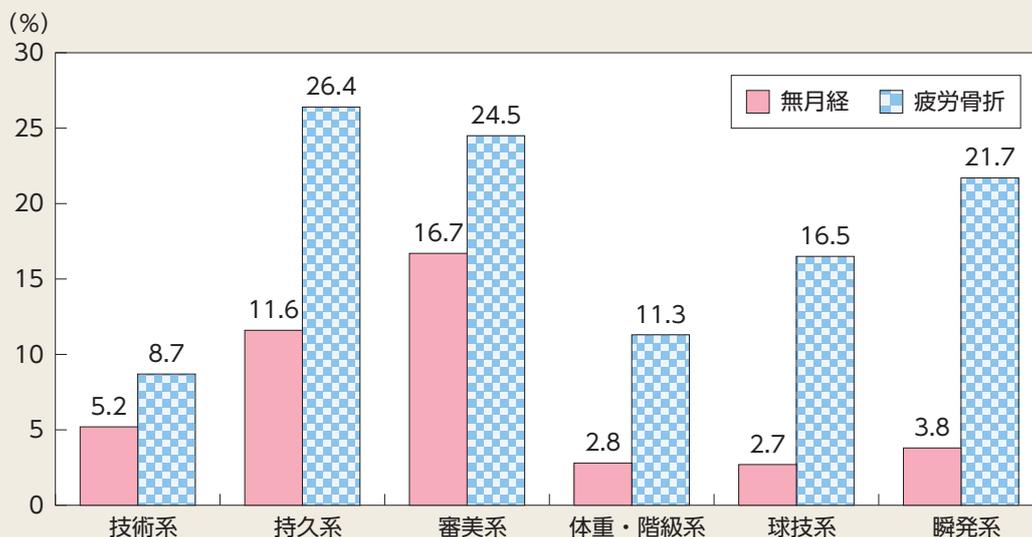
¹¹ 大須賀穰, 能瀬さやか「アスリートの月経周期異常の現状と無月経に影響を与える因子の検討」(平成27年度 日本医療研究開発機構 女性の健康の包括的支援実用化研究事業 若年女性のスポーツ障害の解析とその予防と治療(研究代表者:藤井知行)『若年女性のスポーツ障害の解析』日本産科婦人科学会雑誌68巻4号付録)

など、これらの問題がトップレベルの選手に限ったものではないことが示されている¹² (I-特-10図)。

女性は18~20歳頃に最大骨量を獲得する

ため、10代に無月経や低体重等で骨量が十分に増えない場合、生涯に渡り骨量が低いまま経過し、閉経後も骨折のリスクが高まる可能性が指摘されている¹³ (I-特-11図)。

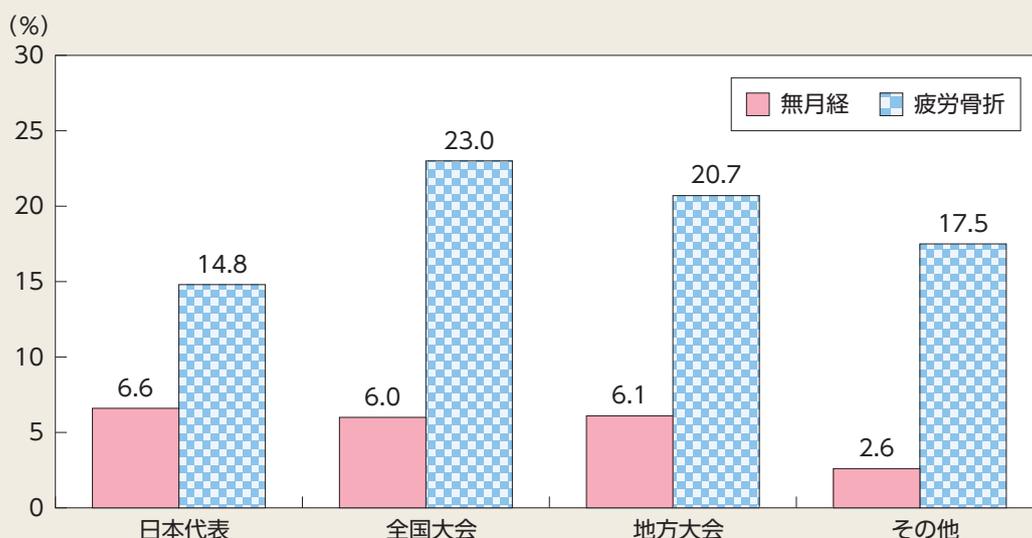
I-特-9図 無月経と疲労骨折の頻度 (競技別)



(参考) 技術系…アーチェリー, ライフル等
 持久系…陸上長距離等
 審美系…新体操, 体操, フィギュアスケート等
 体重・階級系…柔道, レスリング等
 瞬発系…陸上短距離, 水泳等

(備考) 大須賀穰, 能瀬さやか「アスリートの月経周期異常の現状と無月経に影響を与える因子の検討」(平成27年度 日本医療研究開発機構 女性の健康の包括的支援実用化研究事業 若年女性のスポーツ障害の解析とその予防と治療 (研究代表者: 藤井知行)『若年女性のスポーツ障害の解析』日本産科婦人科学会雑誌68巻4号付録)より作成。

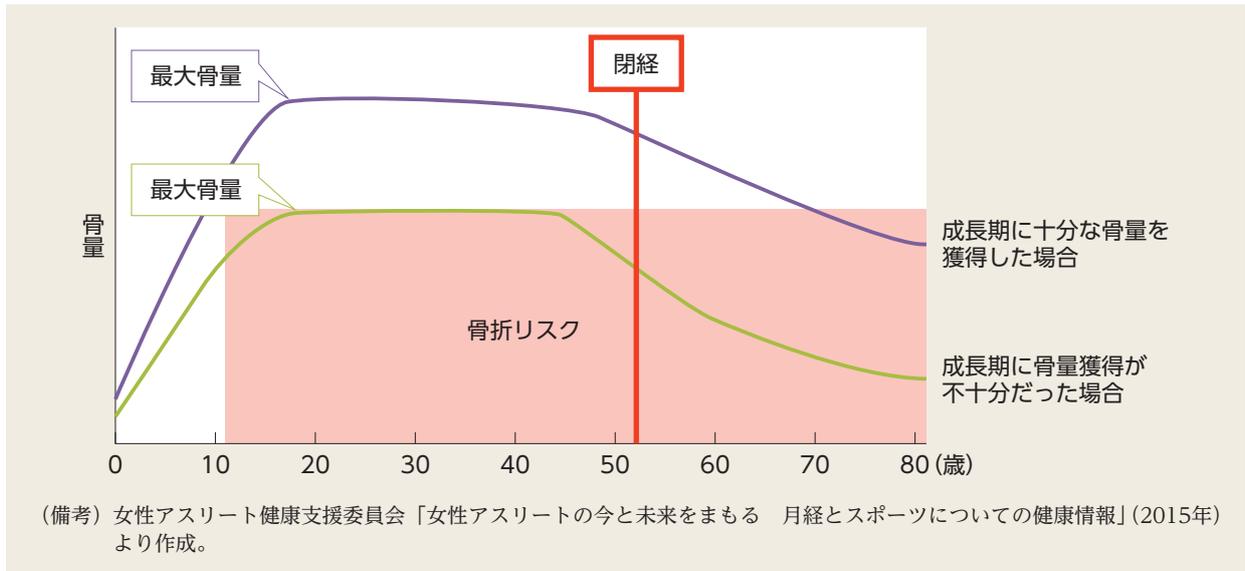
I-特-10図 無月経と疲労骨折の頻度 (競技者のレベル別)



(備考) 大須賀穰, 能瀬さやか「アスリートの月経周期異常の現状と無月経に影響を与える因子の検討」(平成27年度 日本医療研究開発機構 女性の健康の包括的支援実用化研究事業 若年女性のスポーツ障害の解析とその予防と治療 (研究代表者: 藤井知行)『若年女性のスポーツ障害の解析』日本産科婦人科学会雑誌68巻4号付録)より作成。

¹² 同じ調査で、疲労骨折の好発年齢は、競技レベルを問わず、16~17歳であることも分かっている。

¹³ 「女性アスリートの今と未来をまもる 月経とスポーツについての健康情報」(女性アスリート健康支援委員会, 2015年)



2014年には、IOCが、FATの範囲を超えて、男性アスリートも含む全てのアスリートにとって、スポーツにおける相対的なエネルギー不足 (relative energy deficiency in sport; RED-S) が発育や代謝、精神面、心血管系、骨等、全身に悪影響を及ぼすとし、運動によるエネルギー消費量に見合ったエネルギー摂取量の重要性を指摘した¹⁴。

また、無月経以外に貧血もエネルギー不足の指標となる。スポーツ団体の医師等からは、特に女子長距離やマラソンにおいて、「痩せれば走れる」という誤った考えから適正量の

食事をとらず、鉄不足による貧血への対処として、安易に鉄剤の服用や注射を行う事例が見られることに対して警鐘が鳴らされている¹⁵。

疲労骨折のほか、女性アスリートに多い障害として膝前十字^{ぜんじゅうじ}靭帯損傷が挙げられる。男性アスリートの2~9倍の頻度で女性アスリートに生じ、特に10代で多く発生することが報告されている¹⁶。膝前十字靭帯損傷は、復帰に時間を要すること等から、予防プログラムを実施している競技団体もある。

¹⁴ 能瀬さやか「女性アスリートの無月経が身体へ与える影響」(公益財団法人神奈川県予防医学協会『予防医学』第58号, 2016年)

¹⁵ 公益財団法人日本陸上競技連盟は、平成28年4月に陸上選手の鉄の過剰摂取についてのセミナーを開催。本セミナーで、同連盟所属の医師から、鉄の過剰摂取が中高生にまで波及していること、鉄を過剰摂取すると、肝臓、心臓等に蓄積され機能障害を引き起こす恐れがあることが報告された。本セミナーの中で、同連盟は、食事で適切に鉄分を摂取すべきこと、貧血の治療は医師に相談すべきこと等、「アスリートの貧血対処7か条」を採択し、指導者やアスリートに周知を図っている。

¹⁶ 能瀬さやか「月経周期と前十字靭帯損傷」(『HORMONE FRONTIER IN GYNECOLOGY』第24巻第3号, 2017年)

2

誰にでも起こり得る摂食障害～選手、家族、コーチ、皆が正しい理解を～(鈴木明子さん)

鈴木 明子 (すずき あきこ)

1985年生まれ。愛知県出身。6歳からスケートを始め、15歳で全日本選手権4位。2003年、東北福祉大学入学直後に摂食障害となり、治療後、04年に復帰。10年バンクーバー五輪8位入賞、11年グランプリファイナル銀メダル、12年世界選手権銅メダル。14年ソチ五輪では、個人戦で五輪2大会連続の8位入賞を果たしたほか、初めて正式種目となった団体に日本のキャプテンとして出場し、5位入賞。同年引退。現在は、プロフィギュアスケーター、振付師として活躍。



大学進学後に摂食障害になり、1年間のブランクを経て競技に復帰した。フィギュアスケートは体重が重くなると動きが悪くなり、体への負担も大きくなるため、少しでも痩せようとしたことがきっかけだった。元々食べることが大好きで、食べられなくなる日が来るとは思ってもいなかった。大会に出られなくなってからは、今まで周りから「痩せなさい」と言われ努力して痩せたのに、今度はそれに病名が付いて逆に「食べなさい」と言われたことや、評価を得ていたスケートができないことで自分を否定されているような気持ちになった。そんな時、母が、「また滑れるようになるから」、「カロリーの低いものや少量であっても、食べられるものを食べなさい」と言ってくれた。この言葉で、ありのままの自分を受け入れてもらえたと感じ、いつも頑張っていなければ存在価値がないという思い込みから解放された。罹患から1年後には競技復帰したが、自分自身で本当に病気から卒業できたと思えたのは、肉が食べられるようになった3年後のことである。

栄養に関する知識は、選手だけでなくコーチや家族も一緒に学ぶ必要がある。若い選手は、体調管理を自身で行うことが難しい。特に10代は甘いものを食べたい時期だ。コーチや家族は単純に「甘いものはやめなさい」と選手に声を掛けることが多いが、糖分を摂るとカルシウムの吸収が阻害され、骨が弱くなり、怪我につながる等、その理由まで正しく伝えるべきである。

敢えて病名を公表したのは、自分の正しい状況を伝えたいと考えてのことだ。最近では、ロシアや米国の著名な選手が摂食障害であることを公表するなど、少しずつこの問題がオープンになってきていると感じる。摂食障害に限らず、心身の不調を抱えながらも、公にせず競技を続けている選手や、それを支える家族は数多い。不調に至った経緯が選手によって様々であるのと同様、その後のアプローチも一概に何が良いとは言えないが、問題を明らかにし、社会的な課題として認知してもらうことで改善できる場合もある。若い選手は、競技に集中するあまり、体調管理を後回しにしがちであるが、引退時などライフプランを考える年齢になった時に後悔することがないように、正しい知識を身に付けてほしい。

(月経に関する課題等)

国立スポーツ科学センター（以下「JISS」という。）が行った国内トップレベルの女性アスリート¹⁷への調査によると、女性アスリートの25%が治療を必要とする月経困難症を有しているほか、7割超が月経前症候群（PMS）¹⁸を自覚している¹⁹一方で、産婦人科の受診率は月経困難症を有する者で約1割と低い²⁰。ただし、2016年リオオリンピック出場女子選手164名について見ると、55%（90名）が月経対策で産婦人科を受診したと回答しており²¹、産婦人科受診の必要性について徐々に意識が高まりつつあることがうかがえる。

2012年時点で、ロンドンオリンピック出場選手を含むトップアスリートのうち、「月経周期をずらせることを知らなかった」と答えた者は66%であったが、2016年リオオリンピック出場選手においては97%が「月経周期の調節方法を知っている」と回答するなど、トップアスリートの間で月経周期調節に関する知識が急速に普及している。また、月経周期調節のために低用量ピル²²を使用するトップアスリートの割合も、7%（2012年）から27.4%（2016年）と大幅に増加している¹⁹。

一方で、高校生アスリートの状況を見ると、無月経を治療せず放置している者が全体で4～5割にのぼり、特に無月経の頻度が高い中

長距離等の選手や跳躍の選手では半数以上と、婦人科で早期に治療を受けるという意識付けが十分とは言えない状況といえる²³。

パラアスリートの月経対策等は、2016年リオパラリンピック出場選手に対して、日本パラリンピック委員会（以下「JPC」という。）が調査を行い2017年3月に調査結果を公表した²⁴ほか、同年12月から2018年1月にスポーツ庁の委託により、東京大学産婦人科学教室とJPC女性スポーツ委員会が共同でJPC加盟競技団体のパラアスリートを対象に婦人科の問題に関する調査を行う¹⁹など、実態把握が始まったところである。後者の調査によると、競技に支障がでる月経痛があると回答したアスリートが6割超²⁵であったほか、選手の年齢層の高さを反映し（I-特-13図参照）、冷えや憂うつ、倦怠感など、競技に影響が生じる更年期症状があると回答したアスリートも2割超となった¹⁹。また、4割超の者が「試合中だと生理用品を交換する時間がない」と回答するなど、障害の種類や程度に応じた課題があることも分かってきた²⁶。

(女性アスリートの健康支援のための取組)

スポーツ庁では、2020年東京大会等へ向けて、女性アスリートの国際競技力向上を図るための取組を実施している。特に、女性特有の課題に対応した支援プログラムとして、独立行政法人日本スポーツ振興センター（以

¹⁷ ロンドンオリンピック出場選手及び各競技団体指定強化選手計683名を対象に、2011～2012年に実施。ただし、月経困難症の有無は、無月経の者53名を除いた630名を対象とした調査。

¹⁸ 月経前症候群（PMS）は、月経前3～10日間続く、イライラ、怒りっぽくなる等の精神的症状、下腹部痛、腰痛等の身体的症状で、月経発来とともに減退ないし消滅するもの。なお、PMSのうち、精神症状が主で、更にその症状が強い場合を月経前不快感障害（PMDD）という。（「Health Management for Female Athletes Ver. 3」（東京大学医学部附属病院女性診療科・産科、2018年3月））

¹⁹ 「Health Management for Female Athletes Ver. 3」（東京大学医学部附属病院女性診療科・産科、2018年3月）

²⁰ 能瀬さやか、土肥美智子、川原貴、吉野修、齋藤滋「女性アスリートの月経困難症」（『産科と婦人科』第82巻第3号、2015年）

²¹ 調査を行った東京大学医学部附属病院女性診療科・産科の能瀬さやか医師より聴取。

²² 海外では避妊目的で使用されるケースが多く、純粋な比較はできないものの諸外国のアスリートと比較すると使用率は低水準にとどまるとの報告もある。

²³ 「陸上競技ジュニア選手のスポーツ外傷・障害調査 インターハイ出場選手調査報告 ～第1報（2014年度版～）」（公益財団法人日本陸上競技連盟、2015年）

²⁴ 「リオ2016パラリンピック競技大会 女性アスリートへの婦人科調査報告書」（JPC女性スポーツワーキンググループ、2017年3月）

²⁵ 競技に支障がでる月経痛が「毎回ある」と回答した者が15%、「時々ある」と回答した者が47%であった。

²⁶ 調査を行った東京大学医学部附属病院女性診療科・産科の能瀬さやか医師によると、「生理用品を交換する時間がない」等の理由で試合中に飲水制限をし、コンディショニングに支障が出る選手もいるとのこと。

下「JSC」という。)に委託し、システムを活用して基礎体温や月経、体重、コンディション等を記録した選手に対して医師が専門家の立場でアドバイスを行う医学サポートの取組や、競技団体から推薦のあったジュニアアスリートに対して、医・科学的見地から、メディカルチェックや心理、栄養等の支援を行う取組等を進めている。

またジュニアアスリートについては、平成29年度、順天堂大学に委託し、「女性アスリート外来」²⁷における診断や栄養指導に関するノウハウをとりまとめた「ジュニア女子アスリートヘルスサポートマニュアル」を作成し、婦人科医、整形外科医、公認スポーツ栄養士等を対象とした「ジュニア女子アスリートメディカル支援講習会」において配布した。

さらに、女子中高生向けに、女性アスリートの三主徴（FAT）が疑われる状態にあるかを簡便にチェックできる「FATスクリーニングシート」を作成し、本シートを活用して女子中高生約3,000名を対象に、アンケート調査を行い現状分析をした。

日本産科婦人科学会においても、同学会における女性アスリートの月経状況、月経に伴う症状の有無等の調査結果を受けて、女性アスリートの健康問題における産婦人科医の関与の重要性が認識される中で、平成29年10月に、無月経や疲労骨折、妊娠・産褥期のトレーニングなど、女性アスリートが直面する課題に対処するための管理指針を発刊した²⁸。

また、ジュニアアスリートが健康にスポーツを行えるよう、産婦人科医等に対し、女性スポーツ医学の普及啓発プログラムを策定・実施する取組も実施されている。例えば、スポーツドクターを中心に平成26年に立ち上げられた「一般社団法人女性アスリート健康支援委員会」では、47都道府県で産婦人科医向けに女性アスリート診療のための講習会を実施するとともに、全国の女性アスリートが容易にスポーツに詳しい産婦人科医を探することができるよう、受講した産婦人科医の氏名を同委員会のホームページで公開する取組を進めている²⁹。

²⁷ 順天堂大学が平成26年10月に開設した。

²⁸ 「女性アスリートのヘルスケアに関する管理指針」（日本産科婦人科学会／日本女性医学学会、平成29年10月）

²⁹ <http://f-athletes.jp/doctor/> 平成30年2月現在、講習会を受講した42都道府県の1,088名の産婦人科医が、同委員会のホームページで公開されている。なお、ホームページでの公開は掲載に同意した医師のみ。

3 「学びの大切さ～女性アスリートの健康～」(室伏由佳さん)

室伏 由佳 (むろふし ゆか)

1977年生まれ。愛知県出身。2004年アテネ五輪女子ハンマー投代表。陸上競技女子円盤投、ハンマー投の日本記録保持者(2018年2月現在)。12年に引退。現役中は慢性腰痛症などスポーツ障害や、子宮内膜症等婦人科疾患に苦しんだ。06年中京大学大学院博士後期課程満期退学(体育学修士号)。16年から順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科博士後期課程在学。現在、株式会社attainment代表取締役、朝日大学客員教授や複数の医科大学非常勤講師を務める。日本陸上競技連盟普及育成委員、日本アンチ・ドーピング機構アスリート委員。



現役時代、20代半ばで婦人科疾患に罹患したが、女性の身体の仕組みや疾病などの知識に乏しく、困った体験をした。強い月経痛は、鎮痛剤や低用量ピルの使用により治療可能な機能性月経困難症と、子宮内膜症や子宮筋腫など原疾患の治療が必要な器質性月経困難症に分かれるが、自分で把握するのは難しい。現在はネット検索による情報収集も可能だが、引用元が不明で根拠に乏しい内容も存在する。私自身の体験から、初潮を迎える若い時期から婦人科のかかりつけ医を持ち、相談できる環境作りが大切だと感じる。正確な知識を得て、困った事態になることを未然に防ぐために、教育機関や各競技連盟等が婦人科医と連携して一貫した情報発信を行うことが重要だと思う。

女性アスリートの月経困難症や無月経等の健康問題は、実際に直面して初めて思い知ることが多い。スポーツ活動を優先し、「今だけ」と後回しにすれば、その影響は「今だけ」に止まらない。自身の身体と向き合う機会を二の次にすることで、生涯に渡って身体に影響を生じ、未来を狭める可能性が潜むことを知り、女性の皆さんは自らを大切にしてほしい。

4 低用量ピルによる月経痛への対処～医師の役割の重要性～(鮫島彩さん)

鮫島 彩 (さめしま あや)

1987年生まれ。栃木県出身。小1からサッカーを始め、2005年U-18日本女子代表に選出される。高校卒業後、東京電力女子サッカー部マリーゼに入団。08年、日本女子代表(なでしこジャパン)に選出され、11年FIFA女子W杯優勝、12年ロンドン五輪銀メダル。米国、フランスのチームを経て、12年にベガルタ仙台レディースに移籍、チーム初のプロ契約選手となる。15年1月にINAC神戸レオネッサにプロ契約で移籍。同年7月、FIFA女子ワールドカップ準優勝。



日本代表入りした頃から急に月経痛が強くなり、時に、練習中にトイレに駆け込み、倒れるほどだった。当時の指導者からは、月経痛くらいで休憩せず、痛み止めを飲んで練習に戻るよう指示を受けたこともあった。アスリートとしては痛み止めを多用したくないという気持ちがあり、どうしたらよいか分からなかった。そのような時、なでしこのキャンプに帯同した国立病院機構・西別府病院の松田貴雄医師(スポーツドクター・産婦人科医)に、婦人科系の心配事などを相談する機会があった。そこで、強い月経痛に悩んでいること、それが試合でのパフォーマンスにも影響することを相談してみたところ、低用量ピルを使ってみてはどうかと指導を受けた。中には副作用の出る選手もいるようだが、私の場合、副作用もなく、月経痛で悩むこともなくなり、常に試合に集中できるようになった。

これらの経験を読売新聞の公開講座で話す機会があった。その記事を見たファンの女の子から、「私も月経痛で悩んでいる」「鮫島選手の記事で低用量ピルを知ったが、両親が使用に反対で、相談できる相手がいない」という手紙をもらったことがある。低用量ピルが誰にでも合う訳ではないが、私の場合、信頼できる婦人科医と出会ったことで、メリット・デメリットを理解した上で、使用するという判断をすることができた。信頼できる医師を探し、正しい知識と情報を得て、その上で、ご両親ともよく相談して決めることが大事だと思う。

2011年のFIFAワールドカップのなでしこ優勝で、女子サッカーの裾野が広がった。手紙をくれた女の子のように、なでしこの選手を身近に感じる女子中高生が増えたことはとても嬉しい。他方で、日本代表でも、他の仕事をしながら競技を続ける選手がいるなど、競技環境の改善は道半ば。米国やフランスのリーグでも競技したが、米国では、女子サッカーのエンターテインメント性が高く、サッカー選手がサッカー少女たちの憧れが存在になっていた。日本の女子サッカーもスポーツビジネスとして成功し、選手の心身の健康維持、収入など、選手を取り巻く環境が向上するよう、私も目の前の試合を一つ一つ頑張りたい。

5

病気予防から妊娠・出産まで～鍵は正しい知識と身近な相談体制～(澤穂希さん)

澤 穂希 (さわ ほまれ)

1978年、東京都出身。15歳で日本代表に初招集。日本と米国のクラブチームで活躍。4回目の出場となったロンドン五輪で銀メダル。ドイツW杯ではキャプテンとしてなでしこジャパンの初優勝に貢献し、大会得点王とMVPに輝く。同年度、FIFAパロンドール授賞式にて、「女子年間最優秀選手」受賞。W杯6大会連続出場は、ギネス記録。日本代表では、通算205試合に出場し、83得点。2015年8月に結婚し、同年12月に現役引退。現在は一児の母。



米国でプレーしていた20代の頃、ほとんどのチームメイトが低用量ピルを服用し、10代の頃から婦人科で定期的な検診を受けていたのを見て、日本とは環境が大きく異なることに驚いた。

サッカーの技術は、トレーニングや試合を重ねることで向上するが、月経困難症の不安や苦しみは、努力や根性では解決できない。アスリートに限らず、女性はまず、自分の体のことをよく知り、プラスになることは実践してみる姿勢が健康への第一歩だと思う。低用量ピルの情報がもっと行き渡り、重い月経痛の症状を軽減できる可能性があることを知ってほしい。そのために、まずは中学や高校、大学のスポーツ指導者がそのメリットやリスクを把握し、学生たちに正確に説明できる知識を身に付けてほしい。

私は、30歳頃に低用量ピルを服用し始めたが、その際、チームドクターにメールで相談すると、いつも24時間以内にスピーディな返信があり、非常に助かった。その後も、いつも気軽に相談できるかかりつけの医師がいたことで、37歳で引退するまで、安心して現役生活を続けることができた。また、低用量ピルについては一般的に、「使い続けると、将来、妊娠できないのでは」といった誤解もあるが、実際、私は7年間使用し、引退後に妊娠、出産することができた。

産婦人科医と気軽に話せる環境があれば、救われる女性は多い。特に10代の少女にとって、産婦人科はハードルが高いため、まずは母親同伴で受診し、親子で指導を受けることを薦めたい。また、学校の保健室で学生から相談を受けた養護教諭が近隣の産婦人科医を紹介したり、職場にもスペシャリストが常駐するなど、女性が健康について身近で気軽に相談できる環境が今以上に整ってほしいと思う。

6 専門家の連携体制の構築を（伊藤華英さん）

伊藤 華英（いとう はなえ）

1985年生まれ。埼玉県出身。2008年北京五輪、2012年ロンドン五輪出場。北京五輪100m背泳ぎ8位、200m背泳ぎ12位。ロンドン五輪400mフリーリレー7位、800mフリーリレー8位。同年引退。2014年3月早稲田大学大学院スポーツ科学研究科で修士号取得、2017年3月順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科で博士号取得。現在、JOCオリンピック・ムーブメントアンバサダー、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会戦略広報課係長等を務める。



2000年に15歳で初めて日本選手権に出場し、翌年、世界選手権に出場する機会を得た。世界の舞台に立つチャンスを得る一方で、10代後半は、月経前の体重増加や苛立ちに悩まされた時期でもあった。当時の私もそうだが、思春期の女子選手が、体の変化に悩んだり、月経に伴う心身の不調に苦しんでも、身近に相談できる相手がいないことが一番の問題だと思う。10代の選手が一人で婦人科に行こうと決意するのは難しい。また、選手は、体調管理ができていないと思われたくない等の気持ちで、怪我や不調をコーチに言わないことがある。コーチと選手の間で立って、コーチに言うべきこと、言うべきでないことの線引きを守りつつ、選手の相談に乗り、必要に応じてスポーツに詳しい婦人科医や栄養士につなぐ役割を担う専門家を養成する必要があると思う。学校の部活動も同様で、教師が、コーチ、メンタルトレーナーなど多くの役割を担う。部活動で活躍する女子選手の心身の問題にきちんと対処するには、専門家が業務を分担し、連携する体制にシフトしなくてはいけないだろう。

女子選手の皆さんも、自分の体を守り、競技パフォーマンスを上げるために、心身の健康や栄養に関する正しい知識を身に付けてほしい。月経痛や無月経、月経不順などは、早く婦人科医に相談し、きちんと対処することが必要だ。また、不健康に痩せることや、思春期に体重が増えることは、単なる体質や食べ過ぎが原因ではない。

男性コーチも、誤った指導をしないために、思春期の女性の体の変化や月経について理解しておくことが大切。月経等の課題について、最近では、日本スポーツ協会（JSPO）の指導者講習会等に婦人科医を招き、広く研修を行う体制になっていると聞く。ただし、水泳で言えば、地域のスイミングクラブのコーチにまで知識が遍く浸透しているとは言えないだろう。JSPO等のホームページに情報を掲載するだけでは不十分である。地域で行われる研修会等も含めて、全ての指導者に必ず勉強してもらおう体制を作ることが大事だと思う。

1

日本パラリンピック委員会（JPC）女性アスリートの相談窓口の設置

月経に伴うコンディションの低下や疾病が競技に影響を与えるのは障がい者アスリートにおいても同様である。日本障がい者スポーツ協会・日本パラリンピック委員会（JPSA/JPC）が、2016年リオパラリンピックに出場した女性アスリートを対象に行った調査では、72%の選手が、月経痛が競技に影響すると回答し、91%の選手が、月経前症候群（PMS）が競技に支障を及ぼすと回答した。しかしながら、月経対策のために婦人科を受診したことがある選手の割合は27%と、リオオリンピック出場選手の半分以下にとどまる。

障がい者アスリートの場合、これまで月経と競技との関係についてのデータがなく、対策も本人や家族任せになっていたという。こうした問題を背景に、JPCは平成29年4月、産婦人科医の能瀬さやか氏を委員長として、「JPC女性スポーツ委員会」を発足させた。同委員会は、日本障がい者スポーツ協会が主催するジャパンパラ競技大会の会場の一角に「JPC女性アスリート相談窓口」を設置し、女性特有の相談に乗る取組などを実施している。

能瀬医師によると、障がい者アスリートは健常者と比べて引退年齢が高いため、月経に限らず、出産後の競技復帰に関する相談や、更年期障害に関する相談などもあるという。また、月経対策についても、一般的に使用される機会が多い低用量ピルは血栓のリスクを伴うため、下肢の不動部位がある選手には使いにくいこと、脊椎損傷等により月経痛の感覚がない選手もいることなど、障がいの部位や程度に応じた個別の対応が求められる。

相談窓口には、選手本人のほか、親やコーチも訪れる。知的障がいを持つ選手の親の中には、選手の月経対策について、選手が頼れるのは親である自分だけという思いで、長年、独自に対処してきたケースもあるという。競技大会という身近な場所で、アスリートの診療経験を豊富に持つ医師に体の悩みを相談できることは、選手本人にとってだけでなく、親やコーチにとっても大きな支えとなっている。なお、競技大会での相談状況や利用者の声を背景に、東京大学医学部附属病院女性診療科・産科の「女性アスリート外来」では、メールで常時医師等に相談できる障がい者女性アスリート専用の相談窓口も設置している。



〈ジャパンパラ水泳・陸上競技大会での相談の様子〉

③ 出産・育児と競技生活との両立

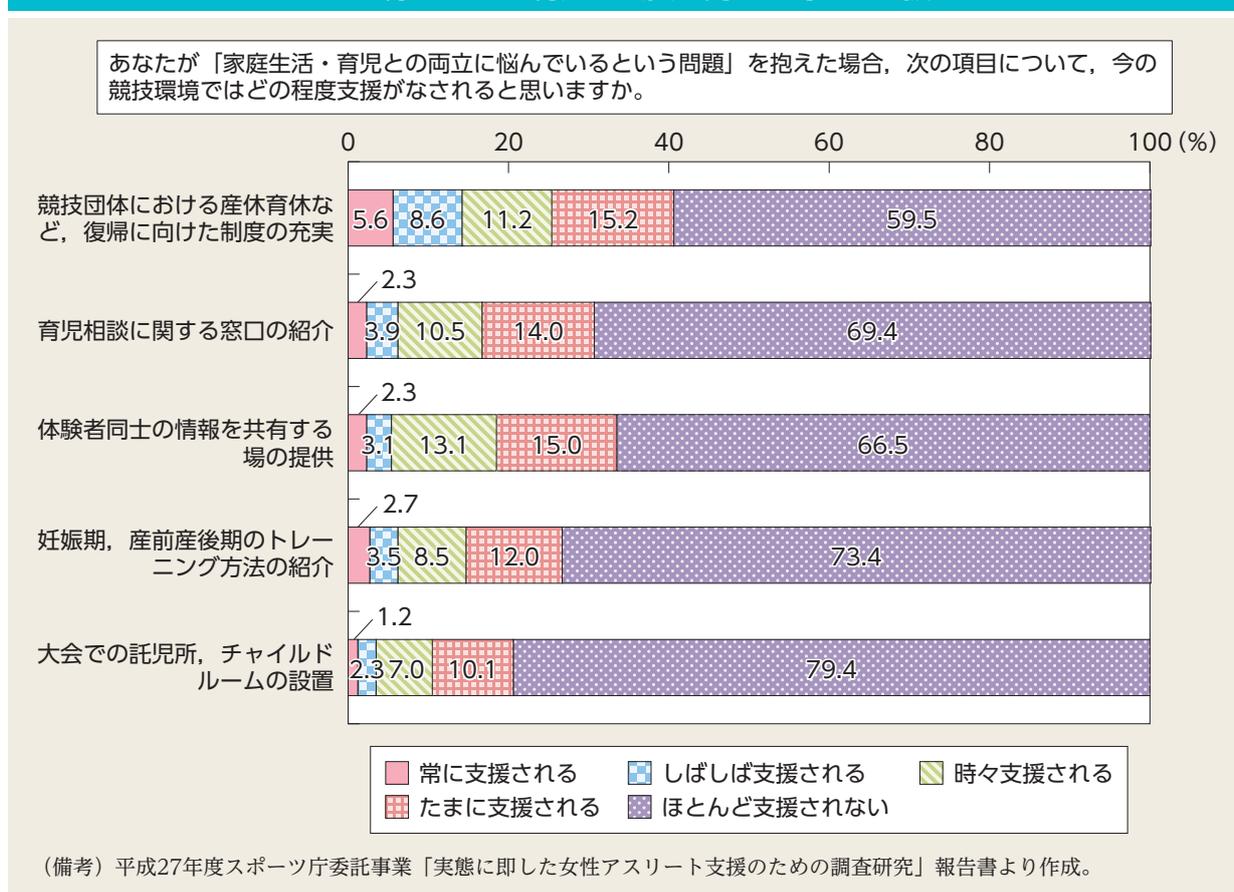
(出産・育児と競技生活との両立の現状)

女性アスリートの場合、身体的な理由等から妊娠・出産期に第一線で競技を続けることが難しく、また、育児と競技生活との両立にも課題が多いことから、妊娠等を機に現役を引退するケースが多い。しかし、平成27年度にスポーツ庁の委託でJSCが行った調査³⁰では、女性アスリート282人のうち3割超が出産後の現役続行を望むと回答するなど、日本でも、近年育児をしながら競技生活を続け

たいと考える女性アスリートが増えている。

JSCが女性アスリートに、育児と競技との両立について、今の競技環境でどの程度支援を受けられると思うかを尋ねたところ、「大会での託児所、チャイルドルームの設置」は8割近くが、「妊娠期、産前産後期のトレーニング方法の紹介」は7割超が、「競技団体における産休育休など、復帰に向けた制度の充実」は約6割が「ほとんど支援されない」と回答した（I-特-12図）。

I-特-12図 育児と競技の両立に対する支援



³⁰ 平成27年度スポーツ庁委託事業「実態に即した女性アスリート支援のための調査研究」報告書。調査対象者はJOC強化指定選手及びJOC加盟競技団体の強化対象選手。以下、本調査において同じ。

パラアスリートにおいては、引退年齢が比較的高いため、2012年ロンドンパラリンピックに出場した女子選手の平均年齢はオリンピック選手よりも高くなっている。既婚の割

合や子どもがいる割合もオリンピック選手よりも高く、競技生活と家庭との両立はパラアスリートにとっても喫緊の課題だと考えられる（I-特-13表）。

I-特-13表 2012年ロンドンオリンピック・パラリンピックに出場した女子選手の状況

	ロンドンオリンピック	ロンドンパラリンピック
平均年齢±標準偏差	24.5±4.66歳	33.3±11.53歳
既婚の割合	2.3%	26.5%
子どもがいる者の割合	1.7%	12.9%

(備考) 1. 「平成25年度 ロンドン2012パラリンピック競技大会出場女子選手への競技環境に関する比較調査報告書」(公益財団法人日本障がい者スポーツ協会・日本パラリンピック委員会)より作成。
2. ロンドンオリンピック出場女子選手132人、同パラリンピック出場女子選手35人の調査。既婚の割合と子どもがいる者の割合は、無回答者を除いた数値。

(妊娠期・産後期トレーニングサポートプログラム)

日本では、女性アスリートが妊娠中もトレーニングを続け、出産後に競技復帰をした事例が少ないため、妊娠・出産に伴うアスリートの身体の変化や、早期復帰のための適切な運動内容等の知見がないことが課題となっている。スポーツ庁では、JSCに委託し、平成25年度から出産を経験したアスリートの事例調査やニーズ調査を行い、得られた知見を基に、27年度から、産前・産後のアスリートへのトレーニングサポートを実際に実施している³¹。支援を受ける選手の中には、2016年リオ大会で入賞した実績を持ち、2020年東京大会でメダル獲得を目指す選手も含まれている。

(子育て期のトレーニングサポート(育児サポート))

JSCでは、平成24年度から、ナショナルトレーニングセンター³²でトレーニングをする女性アスリートやコーチのために同センター

内に託児室を設置している。出産後に、同センターの託児室を利用しながら、競技復帰に向けたトレーニングを行い、2016年リオ大会で入賞した選手もおり、託児室は、出産後の競技復帰への後押しとなっている。

同じくJSCでは、スポーツ庁の委託事業として、長期遠征や休日練習等、普段の保育所等で対応できない事情が生じた際に、一時保育やベビーシッター等の経費の一部を支援する取組を実施している³³。JSCでは、各競技団体等でも同様の事業を実施できるよう、支援実績を基に、支援を行う際の手続や支援対象となる経費、必要な書類のひな形等を整理し、JSCのホームページ等で提供・紹介している。

各競技団体においても、選手が安心して競技を続けるための環境整備が進みつつある。例えば、公益財団法人日本ラグビーフットボール協会では、平成29年3月に女子日本代表選手の育児サポートプログラムを設け、子どもを代表合宿に同行させる際に託児費用の一部や子どもの宿泊費を支援する取組を開

³¹ 平成27年度は3名、28年度は4名、29年度は5名のアスリートへの支援を実施した。

³² ナショナルトレーニングセンターは、「スポーツ振興基本計画」(平成12年文部大臣告示)に基づき、我が国におけるトップレベル競技者の国際競争力の総合的な向上を図るトレーニング施設として、平成20年1月に開所。施設の管理・運営はJSCが行う。利用対象は基本的にJOC強化指定選手及び各中央競技団体の推薦を受けた選手に限られる。

³³ 競技団体の推薦により、平成27年度は6名、28年度は7名、29年度は4名のアスリートを支援対象とした。

始した。また、公益社団法人日本フェンシング協会では、出産後も現役続行を希望する女子選手について、実績や復帰への意思を踏まえ、一定期間競技会等に参加できないものの、強化指定を外さないとする措置を試行的に実施した。

また、所属選手の遠征費や合宿に係る費用を負担したり、アスリート雇用に取り組むなど、先進的な取組を行う企業もでてきている。

(女性アスリートのネットワーク支援プログラム)

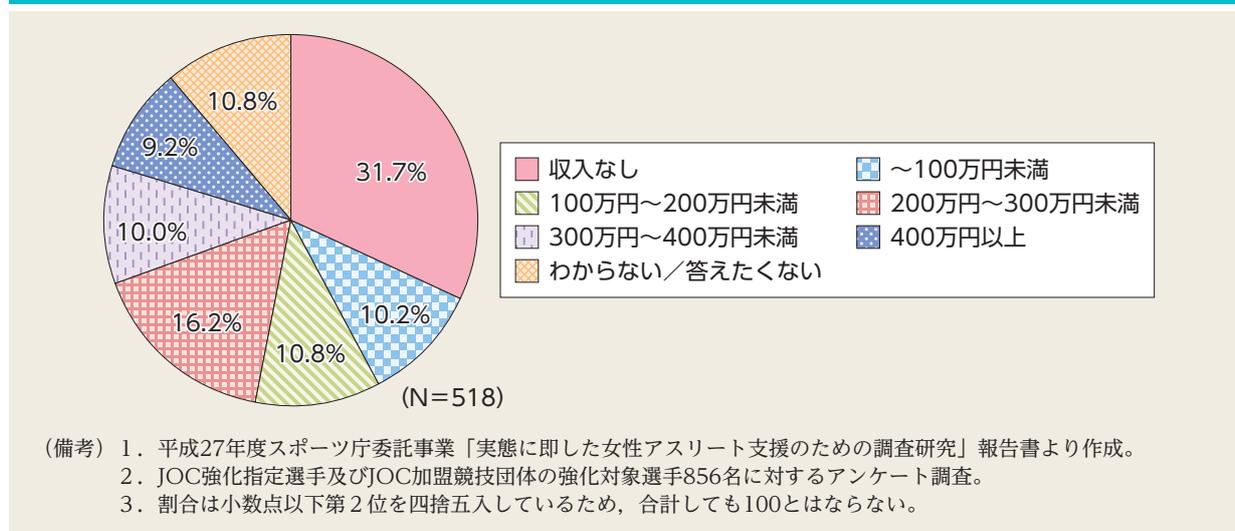
スポーツ庁の委託事業の一環として、これから出産を望むアスリートや産後復帰を目指すアスリートのネットワークづくり・情報共有をJSCが支援しており、平成26年度にママアスリート・ネットワーク (MAN) が立ち

上げられた³⁴。MANは、年1回程度ワークショップを開催し、出産後も競技を続ける現役アスリートのロールモデルの紹介や情報交換を行うほか、JSCのホームページ等において、出産・育児と競技生活を両立しているアスリートの好事例を広く情報発信している。

④ その他競技生活を続ける上での課題 (経済的な課題)

女性アスリートの収入は、スポンサー企業の有無、競技の種類やレベルによって様々であるが、一般に必ずしも収入水準は高くない。JSCの調査³⁵によると、女性アスリート518人のうち、8割近くが年収0～400万円未満と回答している (I-特-14図)。また、女性アスリートの約7割が金銭面で問題があると回答した。

I-特-14図 女性アスリートの年収



³⁴ 2014年ソチオリンピック出場選手であり、出産後に競技復帰した経験を持つ元フリースタイルスキー選手の三星マナミ氏の提案により設立。同氏がリーダーを務める。

³⁵ 平成27年度スポーツ庁委託事業「実態に即した女性アスリート支援のための調査研究」報告書。

7 競技転向という選択～娘の笑顔を原動力に～(寺田明日香さん)

寺田 明日香 (てらだ あすか)

1990年生まれ。北海道出身。小4で陸上を始め、高校総体女子100mハードル3連覇。社会人1年目の2008年、日本陸上競技選手権女子100mハードルで優勝し、以降3連覇。09年に世界陸上競技選手権ベルリン大会に出場し、同年、アジア陸上競技選手権で銀メダルを獲得、世界ジュニアランク1位にも輝く。2013年に引退し、翌年早稲田大学人間科学部に進学するとともに、結婚・出産。2016年、7人制ラグビーに競技転向し、現役復帰。現在、ラグビー日本代表候補として、東京五輪を目指す。



陸上競技を引退し、出産後、娘が2歳のときにラグビーに転向して現役復帰した。復帰に当たり、最も苦労したのは子どもの預け先だった。ラグビーの場合、日本代表クラスになると、年間300日近い合宿がある。認可保育所に入ることができなかったため、このままでは競技を続けられないと思い、とても困った。結局、夫と夫の母に交代で見てもらうことで復帰が実現した¹。アスリートは、就労の実績を示すことが困難な場合も多く、認可保育所に入るのに大変苦労する。

日本ラグビーフットボール協会は、2016年末のトライアウト（適性検査）合格後すぐに、子育てとの両立のためにどのような支援が必要か、ヒアリングを行い、それを踏まえて、ベビーシッターを頼める制度を整備してくれた。このような支援があると、出産や子育ての障壁が軽減され、ママアスリートも競技を続けやすい。

陸上競技からラグビーに転向したのは、「2020年東京オリンピックで金メダルを獲得」という明確な目標設定に共感したため。日本では競技を転向すること自体が珍しいが、米国はシーズン制で、春は野球、冬はアメリカンフットボールというように、様々な競技を経験することが一般的。自分の強みを別の競技で活かすのも、アスリートのキャリアの選択肢の一つになり得るはずだ。

また、陸上選手時代は、周りから言われることに100%の力で応えようとした結果、ストレスで食べられなくなり、無月経や疲労骨折を経験したが、子どもを産み、大学で勉強し、様々な経験を積んだことで、物事を多面的に見られるようになった。これが、ラグビーに取り組む上で、ストレスコントロールに役立っている。娘は、自分が東京オリンピックに向けて頑張っている姿を競技場やテレビの画面で見ると、嬉しそうに笑う。本気で日本代表、東京オリンピックを目指す姿を娘に見せられるのは大きな喜びであり、厳しい練習に励む原動力の一つになっている。

トップアスリートには発信力がある。周囲の選手より高い年齢で新たな挑戦を始めたことや、子どもがいることが、キャリアを実現する上でマイナスにはならないことを、結果を出すことで示していきたい。

¹ 現在は、所属企業の株式会社パソナの社内保育所を利用（2018年4月現在）。

8

ママアスリートの不安をネットワークで解消（三星マナミさん）

三星 マナミ（みつぼし まなみ）

1984年生まれ。神奈川県出身。2歳でスキーを始め、2006年大学卒業後、プロスキーヤーとして活動。07年US-OPEN 5位入賞。09年引退、出産。10年に復帰し、13年世界選手権4位入賞、14年ソチ五輪出場、同年引退。16年に第2子出産。現在、女性アスリートの妊娠・出産・子育てと競技生活の両立をサポートする「ママアスリートネットワーク (MAN)」を設立し、ママアスリートの支援に取り組む。夫は元フリースタイルスキー選手、ソチ五輪日本代表コーチの上野雄大氏。



2009年にいったん引退、出産したが、フリースタイルスキーのハーフパイプがソチオリンピックの新種目に採用されたことから、2010年に復帰した。復帰に当たり、産後のトレーニングや子どもの預け先など疑問や不安がたくさんあったが、身近に相談できるママアスリートがおらず、とても困った。この経験から、子どもを持つ女性アスリート同士で情報共有する場が必要だと思い、「ママアスリートネットワーク (MAN)」を立ち上げた。MANでは、ワークショップを開催し、ロールモデルを紹介するなどの活動を行っている。

女性アスリートが競技と子育てを両立するには、競技団体の支援がとても重要。私は、復帰を考えたときに、国立スポーツ科学センター (JISS) に勤務する知人から、女性アスリート支援のプログラムがあることを偶々教えてもらった。競技団体が、こうした情報を選手に伝えるだけでも違う。

一方で、ママアスリート自身も、こういう点で困っているとか、こうした知識や情報がほしいということ、周囲にはっきりと伝えてほしい。言葉にすることで、本気で競技に取り組むのだという責任感も生まれるし、周囲もどのような支援が必要なのか気付くことができる。私も、ハーフパイプがソチオリンピックの新種目になると知り、復帰したいと思ったが、家族の負担を考えて言えずにいた。夫が、どうするのかと聞いてくれなければ、復帰はなかったと思う。自分の意見を言うかどうかで、環境は大きく変わる。

また、女性アスリートに限った話ではないが、競技活動において、費用負担の問題はとても大きい。東京オリンピックなど注目度の高い大会や競技はスポンサーを得やすいが、マイナー競技の場合、それも困難だ。金銭面で家族に負担をかけているという思いを持たざるを得ないことも、女性アスリートが競技をやめる理由の一つだと思う。

メディアでは、ママアスリートの華やかな面ばかりが取り上げられるが、実際に経験してみても、決してそうではないことがよく分かった。家族に金銭面で負担をかけること以外に、オリンピックに出たいという自分の「我が儘」で娘を預けなくてはならないという葛藤があった。夫や他の家族を犠牲にしているという気持ちもあった。SNS等で批判を受けることもあった。それでも、私がそうだったように、産後も競技を続けたいという思いを持つアスリートがいる。ママアスリートが抱える不安や困難は、企業等で働く母親と同じだと思う。MANのネットワークでは、子どもを持つ女性アスリートの不安を少しでも取り除くような活動を続けていきたいと思う。

強化合宿への参加や大会への遠征、ウェアや道具の購入等に費用がかかることも課題の一つとなっている。平成26年にオリンピック出場選手を対象に行った調査³⁶によると、夏季、冬季ともに男性より女性の自己負担額が大きく、特に冬季の女子選手の自己負担額の大きさが際立った。パラリンピックについ

ても、2016年リオ大会（夏季）、2014年ソチ大会（冬季）に出場した選手に対して行った調査³⁷によると、2016年リオ大会では約131万円、2014年ソチ大会では249万円と、オリンピック同様、冬季競技において自己負担額が大きかった（I-特-15表）。

I-特-15表 夏季・冬季大会別の年間経費の自己負担額（平均額）

	オリンピック		パラリンピック	
夏季	男性 (n=191)	206.2万円	男女計 (n=94)	131万円
	女性 (n=63)	250.7万円		
冬季	男性 (n=48)	245.4万円	男女計 (n=14)	249万円
	女性 (n=23)	460.9万円		

- (備考) 1. オリンピックについては、オリンピック出場選手を対象に、出場したオリンピックの前年度の個人負担額を調査した「オリンピックのキャリアに関する実態調査」(笹川スポーツ財団, 2014年)より作成。
2. パラリンピックについては、2014年ソチ大会、2016年リオ大会に出場した選手に、競技スポーツ活動にかかる年間経費の個人負担額を調査した「パラリンピック選手の競技環境 その意識と実態調査報告書」(一般社団法人日本パラリンピアンズ協会, 2016年)より作成。
3. 日本パラリンピアンズ協会は、パラリンピックに日本代表として出場した経験のある選手有志による選手会。

(パラアスリートにおける特有の課題)

パラアスリートの場合、障害を理由に施設利用を断られる例があるなど、競技活動を継続する上で、より多くのハードルを有すると考えられる。一般社団法人日本パラリンピアンズ協会の調査³⁷によると、パラリンピック出場選手であっても、5人に1人が障害を理由にスポーツ施設の利用を断られた経験や条件付きで認められた経験を持っていた。選手の自由回答を見ると、車椅子バスケットボール、ウィルチェアーラグビー等の車椅子スポーツ選手からは、「床にキズがつくから」という理由で断られたという意見が多く挙げられ、視覚障害や知的障害の選手からは、「危ない」、「怪我をすると困る」という理由で断られたという意見が挙げられた。

⑤ アスリートのキャリア支援

平成27年度にスポーツ庁の委託によりJSCが女性トップアスリートを対象に実施したアンケート調査³⁵によると、キャリアプランに不安があると回答した者の割合が7割近くとなった。調査結果からも分かるように、現役引退後のキャリアパスについてはアスリート自身も不安を抱えているが、現役時代から計画的に準備する者は少なく、競技団体によるサポート体制も十分でない。また、国や独立行政法人、競技団体による支援も個別に行われている状況にある。

スポーツ庁では、このようなアスリートのキャリア形成支援を各競技団体が個別に行っている状況を改善し、アスリートが安心してスポーツに専念できるよう、スポーツ界、教育界、経済界等の関係者が協働する基盤となるコンソーシアムを平成29年2月に創設し

³⁶ 「オリンピックのキャリアに関する実態調査」(笹川スポーツ財団, 2014年)

³⁷ 「パラリンピック選手の競技環境 その意識と実態調査報告書」(一般社団法人日本パラリンピアンズ協会, 2016年)

た。このコンソーシアムでは、アスリートが現役中から将来のキャリア形成に向けた準備をする「デュアルキャリア」の実現に向けた支援に取り組んでいる。

また、JSCに委託し、アスリートのキャリア形成支援に関わる関係者が一堂に会し、課題を共有するために、平成29年2月と30年1月の2度にわたり、「アスリート・キャリア・トーク・ジャパン」と題する総合コンベンションを開催したほか、28年度から、JSCが連携する地域タレント発掘・育成事業に参加する小学生・中学生のジュニアアスリートとその指導者や保護者、競技団体の強化指定選手やその指導者を対象に、それぞれの年代に応じたデュアルキャリアの教育・研修事業を実施している。さらに、アスリートの育成に携わる競技団体や大学関係者を対象に、アスリートのキャリア形成支援を行うアドバイザーを育成するための研修等も行っている。

学生アスリートの場合は、就職が壁になって引退するケースもあり、卒業後も競技に専念できる環境整備が課題である。JOCは、平成22年に、現役トップアスリートとアスリート支援を希望する企業とをマッチングするため、「アスナビ」と呼ばれる就職支援制度を立ち上げた。就職を希望するアスリートが、アスナビのサイトで、希望する職種・勤務地・勤務日数、競技実績等の自己PRを記載したエントリーシートを公開するほか、企

業の採用担当者を集めた就職説明会も定期的
に開催している。30年3月末現在、アスナビを通じた採用は、オリンピック選手180名（男性83人、女性97人）、パラリンピック選手33名（男性26名、女性7名）の計213名となっている。制度の立上げ当初はオリンピック選手5名程度の採用に止まっていたが、25年以降毎年採用人数が増え、パラアスリートの採用も進むなど安定した環境での現役続行に大きく寄与している。

現役中にデュアルキャリアの考えを持つことは重要だが、競技にまい進するあまり、引退後のキャリアを考えられないまま引退に至る選手もいる。JOCでは、そうした選手が円滑に次のキャリアに移行できるよう、平成28年度から、引退選手向けのプログラムとして「アスナビNEXT」を実施している。この事業では、引退するアスリートに対して、インターンシップ、就職、就学、資格取得など様々な選択肢を提示するほか、企業と引退アスリートのマッチングも行っている³⁸。

JISSでは、平成24年度から、女性アスリートを対象に、3年間のOJTによる研修事業である人材育成プログラム³⁹を実施している。参加者は、競技団体のサポートやJISSのプロジェクトの企画運営、JISSの医師や研究員が行う研究補助等の業務を通じて、社会人としての経験を積み、プログラム修了者⁴⁰は、競技団体やJSC、大学等で活躍している。

³⁸ 平成30年1月現在、アスナビNEXTを通じて、4名（男性1名、女性3名）の元アスリートが企業等に就職した。

³⁹ 平成28年度は6名、29年度は4名が事業に参加した。

⁴⁰ 平成28年度末までに4名がプログラムを修了。これまでの修了者は計8名。

9 アスリートの価値を高めるために（伊藤華英さん）

2012年ロンドンオリンピック出場後に引退、翌年に早稲田大学の修士課程に進学し、スポーツマネジメントを学んだ。修士課程で学ぼうと思ったのは、身近な仲間が同じコースの一期生として進学しており、一緒に勉強しようと誘ってくれたことが大きい。オリンピック日本代表競泳チームで指導を受けた平井伯昌氏¹や、上野広治氏²も、進学に向けて背中を押してくれた。修士課程修了後は、休みたい気持ちもあったが、競泳の大先輩である鈴木大地氏の勧めで、まずはやるべきことをやろうと思い、順天堂大学の博士課程に進んだ。私の場合、大学で学ぶ中で、競技者から競技者を支える立場へとキャリア転換が図られ、それが今の仕事の基盤となったように思う。



アスリートは、引退後の生き方を考えることが、競技者としての成熟と矛盾すると考えがちである。また、日々の練習や生活を理由に、引退後のキャリアについて考えることを後回しにする傾向もある。早稲田大学の研究室で、Jリーガーに、セカンドキャリアを考えているかについてアンケートを取ったことがあるが、選手の半数は、「考えたくない」という回答だった。理由は、「サッカー選手として成熟したいから」。しかし、残念ながら、競技者としてトップに立てるのはごく一部に過ぎない。選手を支える人たちは、結果が出なかった選手のセカンドキャリアのあり方を考える必要がある。また、選手自身も、冷静な目を持つことが大事だ。ラグビー男子日本代表の福岡堅樹選手は、2020年の東京オリンピック以降に引退し、医学部に進学すると公言している。こうした競技生活も、今後のアスリートのキャリア設計のモデルの一つとなるだろう。

アスリートは、新たに資格を取得したり、大学等で学び直すことで、競技者としての経験や実績を活かすことも可能だと思う。引退後も学び続け、現役時代と違う専門性を身に付けて活躍する元アスリートが増えれば、社会におけるアスリートの価値も高まる。全てのアスリートが、競技者として努力を続けた先に、満足できるセカンドキャリアを築くにはどうすればよいのか、私も発信を続けたいと思うし、皆で知恵を出し合いたい。

- 1 平井伯昌氏は、北島康介氏を育成したことで知られる水泳指導者。2012年ロンドンオリンピック競泳日本代表ヘッドコーチ。現在は東洋大学法学部教授、同大学水泳部監督のほか、日本水泳連盟理事・競泳委員長（2018年1月末現在）。
- 2 上野広治氏は、2000年のシドニーオリンピックから2012年のロンドンオリンピックまで日本代表チームのヘッドコーチ・監督として、計28個のメダルを獲得。現在は、日本大学スポーツ科学部准教授、同大学水泳部監督（2018年1月末現在）。

10 競技と研究の両立～アスリートのキャリア形成～(室伏由佳さん)

1999年に大学を卒業した当時は、卒業と同時に競技生活を引退する者がほとんどで、国内の競技大会で優勝するレベルのトップ選手だけが、就職後も企業の支援で競技活動を継続していた。こうした選手の場合、勤務時間等の配慮もあり、競技活動に専念できる環境が整えられていた。引退年齢が高くなった現在と異なり、当時は、選手本人も指導者も、短い選手生活の間にどれだけの成績を残せるかという点だけを考えていたように思う。



私は、競技活動だけに専念することに将来の不安を抱き、社会人3年目に大学院へ進学した。自分の競技に関連する研究で知識を得て、更に競技力を高めたいと思ったことや、将来、大学の教員や研究者を目指したいと考えたこと等が動機だった。大学院に在籍しながら、競技活動と研究活動を両立するチームメイトがいた影響も大きい。当時、日本全国を見渡しても、競技活動と研究活動を両立するトップアスリートはほとんどいなかった。その後、数年の間に、競技力向上のために、スポーツ科学等の知識を身につけようと大学院に進学するアスリートが増えた。実際には、競技活動と研究活動の両立はとても大変で、具体的な目標を持たなければ、成し遂げがたいと思う。

一方、近年では、就職に役立てる目的など、アスリートが大学院に進学する動機も多様化した。また、アスリートのキャリアも様々で、競技活動に専念することで、高校、大学などへの進学が叶わなかった方や、引退した元女性アスリートで、妊娠・出産等のライフイベントによる環境の変化によって、進学がなかなか実現できない方などもある。アスリートとしての多様な経験やキャリア、学ぶ目的、現在の環境等に応じたきめ細かな支援が必要だと思う。競技生活を引退したその先に、新たな可能性を見通すことができれば、アスリートは、自身の競技活動を生涯かすことができるという希望を持つことができる。そうすれば、引退後のキャリアで、思い切った挑戦をすることにも繋がるのではないか。それぞれのアスリートのニーズに合った具体的な支援策やそのための情報提供が求められる。

⑥ スポーツ界のコンプライアンスの強化
(現状と課題)

平成28年末に、米体操界において、350人を超える若手体操選手がコーチやチームドクター、競技関係者から性的暴行を受けていたことが報道され⁴¹大きな衝撃を与えた。スポーツ現場における暴力行為等は、例えば、25年の女子柔道日本代表による日本代表監督等の

暴力行為の告発⁴²など事件として報じられることはあるが、発生件数等のデータや対応策が整備されているとは言えない状況である。また、スポーツ界におけるセクシュアルハラスメント、パワーハラスメントを含む暴力行為は、指導者と選手といった上下関係の下で生じることが多いため、被害者が声を上げにくいこと、「指導行為」の一環と受け止めら

⁴¹ 「米体操界で性的暴行がまん延か、米紙報道」(2016年12月16日) <http://www.afpbb.com/articles/-/3111547>

⁴² 平成24年12月に、柔道女子日本代表選手15名が、日本代表監督の園田隆二氏を始めとする指導陣の暴力行為をJOCに告発した事案。園田氏は、暴力や暴言を認めた上で、翌年2月1日に辞任。

れること等により、指導者も選手もハラスメントという意識を持ちにくく、選手側が行為を甘受しがちなこと等が指摘されている⁴³。

JOCが、平成25年にオリンピック強化指定選手や指導者を対象に実施した「競技活動の場におけるパワーハラ、セクハラ等に関する調査最終報告書」によると、男子選手、女子選手のいずれも、1割強の選手が競技活動の際に暴力行為を含むパワー・ハラスメント、セクシュアルハラスメントを経験していることが分かった。また、パワー・ハラスメント、セクシュアルハラスメント以外にも、28年4月には、バドミントンの日本代表選手等による違法賭博行為が明らかになる⁴⁴など、スポーツ界におけるコンプライアンスを徹底する必要性が高まっている。

スポーツ庁の要請により、平成28年にJOC・公益財団法人日本障がい者スポーツ協会（以下「JPSA」という。）、公益財団法人日本スポーツ協会（以下「JSPO」という。）が各競技団体を対象として行った調査によると、倫理・コンプライアンスに関する規程を整備している団体は、JOC・JSPO加盟及び準加盟の中央競技団体で75.4%（69団体中52団体）、JPSA登録及び加盟団体で29.2%（65団体中19団体）となっている。

（再発防止への取組）

女子柔道界における指導者による暴力行為の顕在化等、スポーツ界における暴力問題を受けて、JOCは平成25年3月、スポーツにおける暴力の根絶に向けて通報相談処理規程を整備し、法令違反や暴力行為、パワーハラ、セクシュアルハラスメント等の通報相談窓口を設置した。また、同年4月、JSPO、JOC、JPSA、公益財団法人全国高等学校体育連盟及び公益財団法人日本中学校体

育連盟の5団体が、スポーツ界におけるあらゆる暴力行為の根絶に向けて、「スポーツ界における暴力行為根絶宣言」を採択した。

文部科学省では、スポーツ界から暴力を一層し、新しい時代にふさわしいコーチングの在り方を検討するため、平成25年文部科学副大臣の下に「スポーツ指導者の資質能力向上のための有識者会議（タスクフォース）」を開催し、同年7月に報告書⁴⁵を取りまとめた。報告書の提言を踏まえ、コーチングに関わる主体が一堂に会するコーチング推進コンソーシアムの設置、コーチ養成の基準カリキュラムとなる「モデル・コア・カリキュラム」策定など、コーチング・イノベーションを推進する事業が行われた。

また、男子バドミントンのトップ選手による法令違反行為を受け、スポーツ庁は、平成28年4月、JSC、JOC、JPSA、JSPOの4者と共催で各競技団体を集め、「スポーツ界におけるコンプライアンスの徹底に関する会合」を開催した。この会合において、スポーツ庁はJOC、JPSA、JSPOに各加盟競技団体の倫理・コンプライアンス規定等の整備状況を取りまとめた上で同庁へ報告するよう要請し、調査結果を公表した。さらに、29年度からは、スポーツにおけるコンプライアンスに関する現況調査や教育プログラムの開発、ガイドブック作成等の取組を実施している。国際的には、IOCが、2016年に、2007年に策定した「スポーツにおけるセクシュアルハラスメントと性的虐待についての合意声明」を改訂し、性的虐待のみならず、精神的・身体的虐待やネグレクトもスポーツ分野において対策を取るべき虐待とした上で、「スポーツにおけるハラスメントと虐待についての合意声明」を公表した。また、同年、国際競技団体や各

⁴³ 熊安貴美江「ハラスメント・暴力・スポーツーセクシュアル・ハラスメントの可視化がめざすものー」（『現代スポーツ評論』第33号、2015年）

⁴⁴ 男子バドミントンのトップ選手等が違法カジノ店に入店していた事案。事案発覚後、公益財団法人日本バドミントン協会は、関与していた選手に日本代表選手の指定解除等の処分を課した。

⁴⁵ スポーツ指導者の資質能力向上のための有識者会議（タスクフォース）報告書「私たちは未来から『スポーツ』を託されているー新しい時代にふさわしいコーチングー」（平成25年7月2日）

国オリンピック委員会がハラスメントや虐待の防止策を取る際のガイドラインを制定するとともに、2017年11月には、国際競技団体や各国オリンピック委員会が防止策を取りまとめる際の手順書(ツールキット)を公表した。

⑦ 指導者に占める女性割合の現状と向上のための取組

最近の夏季3大会における日本選手団のコーチに占める女性の割合は、オリンピックで10%程度、パラリンピックで20%程度となっており、いずれも選手団に占める女子選手の割合を大きく下回っている（I-特-16図）。

2012年ロンドンオリンピックに出場した女子選手へのアンケートによると、4割以上のアスリートが「指導者になりたい」と回答しており、コーチという立場に対する女性アスリートの高いモチベーションが示された⁴⁶。

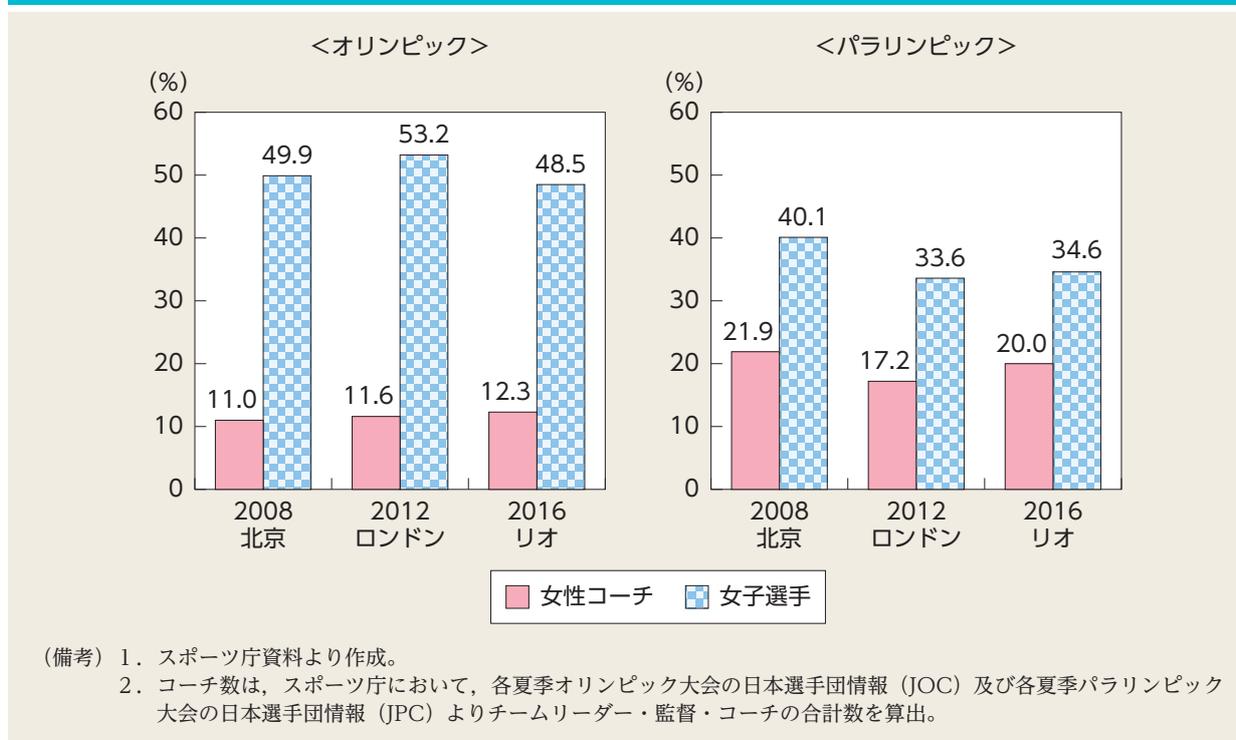
女性コーチ育成の課題について、JSCが平

成28年と29年の2度にわたり、競技団体の強化責任者にアンケートを行ったところ、指導する環境や機会が十分でないこと、子育て等との両立が困難であること、セミナーへの参加や資格取得など学びの機会が不足していることを指摘する意見が多かった⁴⁷。

スポーツ庁では、JSCに委託し、引退したもしくは引退を予定している女性アスリートに対し、「女性エリートコーチ育成プログラム」を実施した。OJTを中心とした実践的学習及びコーチングに必要な基礎知識の習得などアクションプランを策定し、トップレベルの女性コーチを育成する2か年（平成28～29年度）の事業として実施され、4競技団体⁴⁸から11名のアスリートが参加した。

女性コーチの育成については民間でも取組が進められている。例えば、順天堂大学女性スポーツ研究センターは、平成27年度から、現役の女性コーチや、コーチを目指す元女性アスリートを対象に「女性コーチアカデミー」

I-特-16図 夏季オリンピック・パラリンピック3大会における女性コーチの割合



⁴⁶ 順天堂大学マルチサポート事業(女性アスリート戦略的強化支援方策の調査研究)「女性アスリート戦略的強化支援方策レポート」(女性アスリート戦略的強化支援方策レポート作成ワーキングチーム、2013年)

⁴⁷ JSC「女性エリートコーチ育成プログラム」(2016) 成果報告書。

⁴⁸ 公益財団法人全日本柔道連盟(4名)、公益財団法人日本サッカー協会(3名)、公益財団法人日本バスケットボール協会(2名)、公益社団法人日本フェンシング協会(2名)

11 男女の待遇差の少ないテニスで女性コーチのロールモデルに(杉山愛さん)

杉山 愛 (すぎやま あい)

1975年生まれ。神奈川県出身。4歳でテニスを始める。15歳で日本人初の世界ジュニアランキング1位を獲得し、17歳でプロに転向。最高世界ランクはシングルス8位、ダブルス1位(日本人初)。4大大会(グランドスラム)での優勝4回は日本人最多記録(2018年1月末現在)。五輪は96年アトランタから08年北京まで4大会連続出場。09年の引退後に結婚し、15年に第1子出産。17年3月、順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科で修士号取得。現在は、テニス指導者のほか、スポーツコメンテーター等として活躍。



現役時代は、日々の練習や試合に必死で、セカンドキャリアを考える余裕がなかった。引退する時、「これからはテニスを通して恩返しをしたい。指導者になりたい。」と考えた。一方で、プロ選手やトップクラスのジュニアの選手の指導者になると、プライベートな時間が取りにくい。家族を持ちたいという思いもあったため、結婚や出産を優先し、同時に、近い将来、指導者になることを見据えて、2014年秋に大学院への進学を決めた。

現役時代にテニスで男女の待遇差を感じたことはほとんどない。40年以上前に、米国のビリー・ジーン・キング選手の働きかけで、全米オープンの賞金が男女同額になった。その後も、セリーナ・ウィリアムズ選手を始めとした女子選手が声を上げ、2007年までに4大大会(グランドスラム)¹全てで賞金が同額になった。現在も賞金額は右肩上がりで伸び、女子テニス選手がプロの職業として成り立っている。男女で待遇差のある競技も多い中、テニスは先駆的な役割を果たしており、女性コーチの働き方についてもロールモデル作りができるのではないかと考える。

大学院では、女性がコーチになるための条件や阻害要因をテーマに修士論文を執筆した。テニスの世界ランキング100位以内の選手に付く女性コーチの割合は、女子選手で10%、男子選手では3%にとどまる。コーチは年間30~40週を選手に帯同することもあり、出産・育児との両立が難しい。他方で、コーチの役割は、常に帯同しなければならないものではない。コーチが司令塔となり、他のスタッフとチームを組んで交代で帯同するやり方もある。また、近年、4大大会等では託児室も整備されている。

2017年3月に大学院を修了し、4月からはこれまでの学びを活かすべく指導者としてコートに立ち始めた。引退からコーチとして復帰するのに7年かかったが、この間に結婚や出産を経験し、大学で新たな知識を得るなど、私にとっては必要な時間だった。私自身は、選手として一つのキャリアをなし遂げたという思いもあるため、今後は、母親という立場や家族との関係も大事にしたいと考えている。家庭とのバランスを取りながら、コーチとしてどのような働き方ができるか、一つのモデルを示していきたい。

¹ 全豪オープン、全仏オープン、ウィンブルドン選手権、全米オープン

を開催し、科学的研究に基づくコーチ教育・トレーニングの場を提供している。

⑧ スポーツドクター等育成の取組

JSPOの公認スポーツドクター⁴⁹は、昭和57年に創設された資格であり、平成29年10月1日現在、全国に5,960名の資格者がいる⁵⁰。しかしながら、東京都で915名の資格取得者がいる一方、山梨県は41名、秋田県は47名、鳥取県は49名であるなど都道府県によって数に偏りがあるほか、女性医師の割合は7.8%、産婦人科医⁵¹の割合は1.7%と低く、女性アスリートの婦人科のニーズに十分に答えられる体制とは言えない。

公認スポーツ栄養士は、女性アスリートの三主徴等の問題に見られるように、スポーツ現場で栄養サポートのニーズが高まる中で、専門職の育成が必要だという問題意識の下、

平成20年に日本栄養士会とJSPOの協同認定資格として創設された資格である。29年10月1日現在、全国に253名の公認スポーツ栄養士がおり、女性の割合が92.1%と高いが、まだ一般に知名度が低く、東京都、神奈川県、埼玉県、兵庫県の1都3県を除くと、資格取得者は一桁台（山梨県、佐賀県、宮崎県はゼロ）にとどまる。順天堂大学医学部附属病院や東京大学医学部附属病院に開設された「女性アスリート外来」では、公認スポーツ栄養士による栄養指導を行っており、女性アスリートへの医療支援の現場では不可欠な職種と言える。

アスリートを歯科の面からサポートするのがスポーツデンティスト⁵²である。日本歯科医師会とJSPOの協同認定資格である公認スポーツデンティスト⁵³は、平成29年10月1日現在、全国で235名の資格取得者がいるが、女性の割合は3.8%にとどまる（I-特-17表）。

I-特-17表 JSPO公認スポーツ指導者資格の種類と女性の割合（メディカル・コンディショニング資格）

	資格名	男性(人)	女性(人)	総数(人)	女性の割合(%)
メディカル・ コンディショニング資格	スポーツドクター	5,495	465	5,960	7.8
	アスレティックトレーナー	2,669	784	3,453	22.7
	スポーツデンティスト	226	9	235	3.8
	スポーツ栄養士	20	233	253	92.1

(備考) 1. JSPO提供データより作成。

2. 人数は、平成29年10月1日現在。

3. ・スポーツドクター : プレーヤーの健康管理・スポーツ外傷・障害の診断、治療、予防研究等にあたる。競技会等における医事運営やチームドクターとしてサポートを行う。
- ・アスレティックトレーナー : 競技者の健康管理、スポーツ外傷・障害の予防や救急処置、アスレティックリハビリテーション及び体力トレーニング、コンディショニング等にあたる。
- ・スポーツデンティスト : 歯科医師の立場からプレーヤーの健康管理、歯科口腔領域のスポーツ外傷・障害の診断、治療、予防、研究等にあたる。
- ・スポーツ栄養士 : スポーツ活動現場において、競技者の栄養・食事に関する専門的なサポートにあたるとともに、競技者が栄養・食事に関する自己管理能力を高める教育を行う。

⁴⁹ スポーツドクターとスポーツデンティストは、JSPOのホームページに氏名や診療施設の所在地等が掲載されており、居住地に近い資格取得者を探すことが可能である。なお、掲載は了承した医師・歯科医師のみで、平成30年1月末現在、4,478名が掲載されている。

⁵⁰ 公認スポーツドクターのほか、昭和61年に日本整形外科学会認定スポーツ医制度が、平成3年には日本医師会認定健康スポーツ医制度が創設された。日本整形外科学会認定スポーツ医は、30年1月現在、4,804名（うち女性は約3%）、日本医師会認定健康スポーツ医は、30年1月現在23,052名（うち女性は約9%）であり、近年女性医師の取得者が増加している。

⁵¹ 公認スポーツドクターのうち、自身の診療科目を登録し、「診療科目①」で産婦人科、産科、婦人科を選択している人数。

⁵² アスリートの歯科検診、競技活動を考慮しながらのむし歯等の治療、スポーツ外傷事故による歯の破折・脱落の治療、スポーツ外傷防止のためのマウスガードの製作・調整等の業務を担う。1988年のソウルオリンピック以降、日本代表選手に対する歯科検診が始まるなど、スポーツにおける歯・噛み合わせの重要性について理解が進んできた。

⁵³ 公認スポーツデンティストのほか、一般社団法人日本スポーツ歯科医学会も認定医制度を有しており、平成29年7月現在、120名。

公認スポーツファーマシストは、薬剤師の資格保有者が、公益財団法人日本アンチ・ドーピング機構 (JADA) が定める所定の課程 (アンチ・ドーピングに関する内容) 修了後に認定される資格制度である。スポーツにおけるドーピング防止を目的として、医薬品の適正使用とアンチ・ドーピングに関する情報提供を行う。平成29年4月現在、資格取得者は7,894名であり、うち女性の割合は約半数である。

(2) スポーツを通じた女性の活躍

① 女性のスポーツ参加促進

(成人女性のスポーツ実施率)

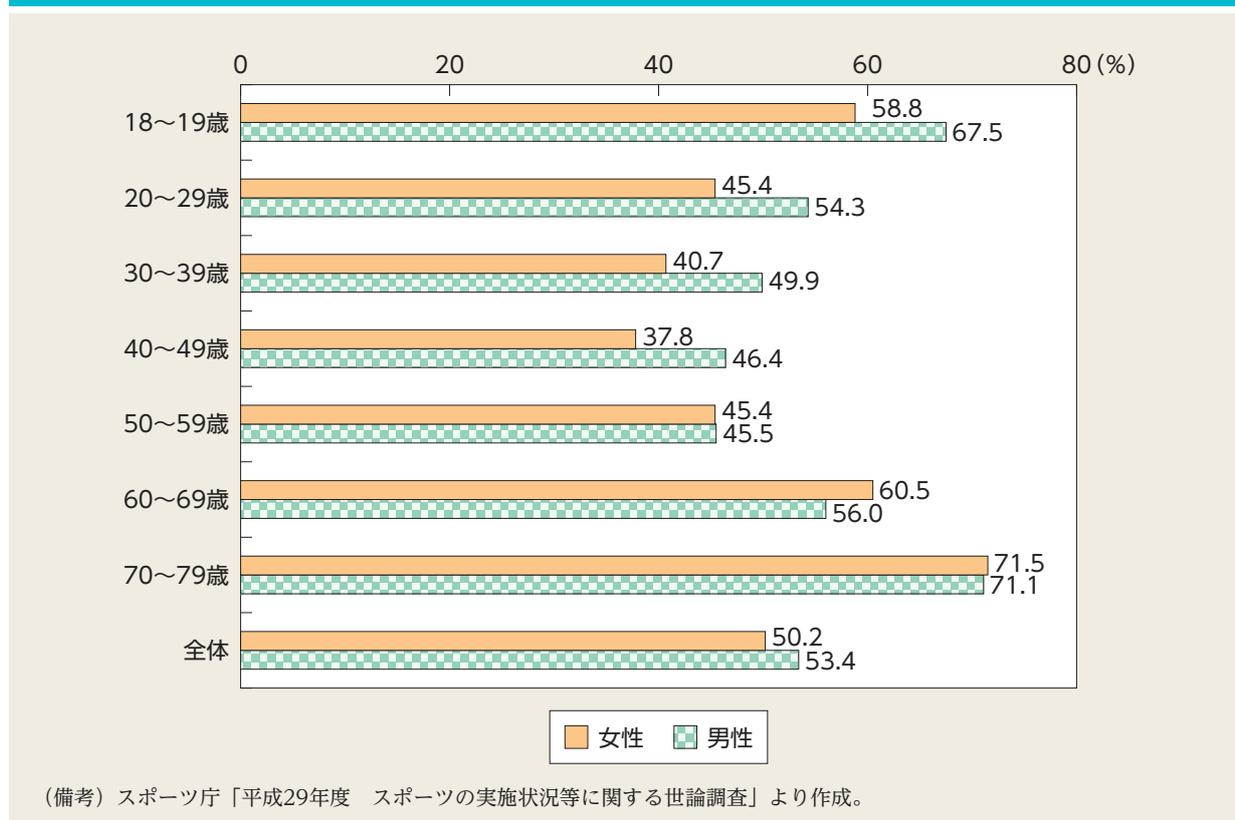
成人の週1回以上のスポーツ実施率を年齢別に見ると、男女とも30~40代で低く、また、

男女別に見ると、30代、40代ともに、女性は男性より10%ポイント近く低い。(I-特-18図)。

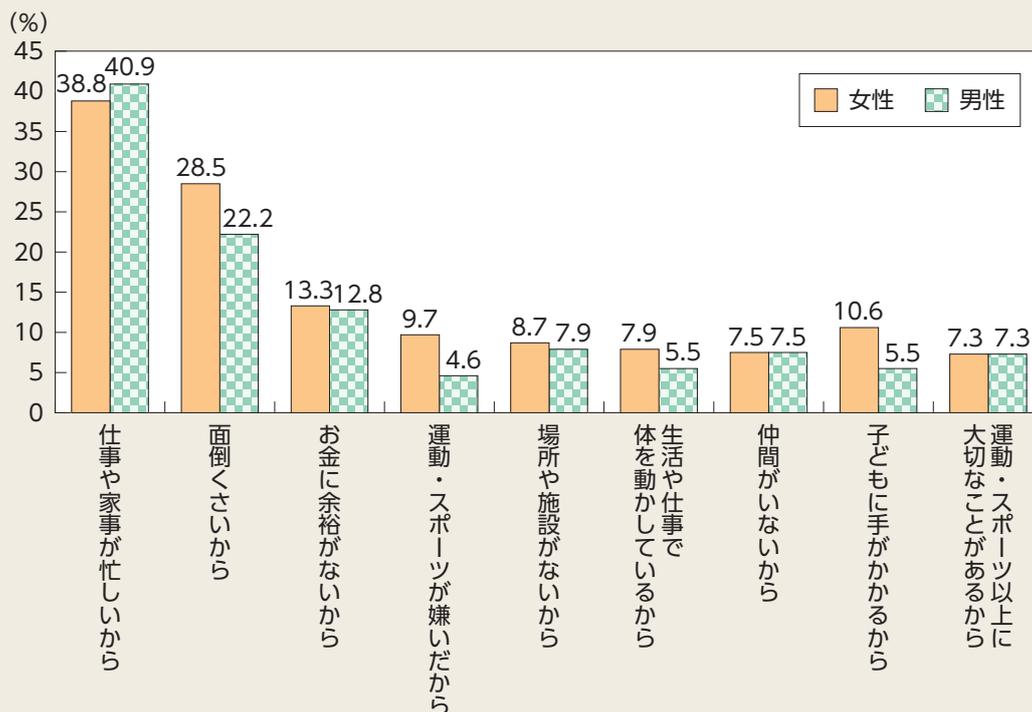
運動・スポーツの頻度が減った又はこれ以上増やせない理由を尋ねたところ、男性に比べて女性では、「面倒くさいから」、「子どもに手がかかるから」、「運動・スポーツが嫌いだから」と回答した割合が高くなっている (I-特-19図)。

また、女性を年齢別に見ると、20~40代は、他の年代に比べて、「仕事や家事が忙しいから」、「子どもに手がかかるから」、「お金の余裕がないから」などの回答が多く、女性は、ライフステージの節目においてスポーツ習慣が途切れやすい傾向にあると考えられる。

I-特-18図 年齢別・男女別 スポーツ実施率 (週1回以上)



I-特-19図 運動・スポーツを実施する頻度が減った又はこれ以上増やせない理由（複数回答）



(備考) 1. スポーツ庁「平成29年度 スポーツの実施状況等に関する世論調査」より作成。
2. 複数回答可。「運動・スポーツの実施が減少、または運動頻度に満足していない者」を基数としている。

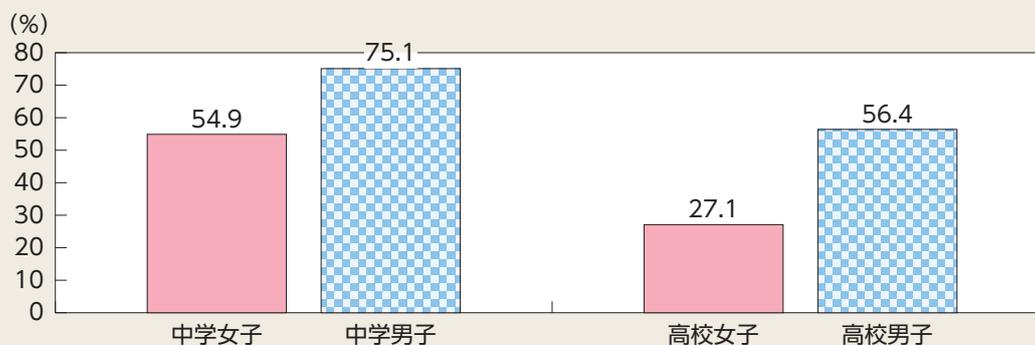
(学生のスポーツ実施状況)

次に、女子中学生の1週間の運動時間について見ると、週に420分以上運動をする者が約6割である一方で、60分未満の者も約2割いるなど、運動習慣の二極化が指摘されている⁵⁴。

また、運動部活動への参加率を見ると、中

学女子では54.9%、高校女子では27.1%となっており、いずれも男子と比べて低い水準となっている。学生時代から運動習慣を持ち、運動の楽しさを知ることは、就職や結婚・出産等のライフイベントを経た後もスポーツを続けるために重要な課題だと思われる（I-特-20図）。

I-特-20図 中学生・高校生の運動部活動参加率



(備考) 1. スポーツ庁資料より作成。
2. 平成28年度の生徒の運動部活動への参加率。

⁵⁴ 「平成29年度 全国体力・運動能力、運動習慣等調査報告書」（スポーツ庁、平成30年2月）

(スポーツ実施率向上に向けた新たな取組)

スポーツ庁では、平成29年に「スポーツを通じた女性の活躍促進会議」を開催し、8月からスポーツを通じた女性の社会参加・活躍の促進に向けた課題と具体的な実施方策を議論・検討している。この会議での議論を踏まえて、30年度から、女性のスポーツ実施率向上のためのキャンペーンや、女性のスポーツ参加を促進するプログラムの開発等を行う予定である。

また、女性に限らず、スポーツに無関心な層やスポーツが嫌いだと考える層を含めて、年齢や性別、運動能力や興味に応じて誰もが生涯を通じてスポーツを楽しむことができるよう、新たなスポーツの開発・普及にも取り組んでいる。

さらに、スポーツ実施率の低い20~50代のビジネスパーソンを主たる対象とした取組として、通勤時間や休憩時間といった日常生活の中で「楽しく」「歩く」ことを促進する「FUN+WALK PROJECT」や、社員の健康増進のためのスポーツ実施に向けた積極的な取組を行っている企業を「スポーツエールカンパニー」として認定する制度を実施している。

(障害者のスポーツ実施状況)

障害者（成人）の週1回以上のスポーツ実施率は20.8%であり⁵⁵、成人全体の51.5%⁵⁶と比較すると低い状況にある。障害者（成人）のスポーツ実施状況を男女別に見ると、週1回以上のスポーツ実施率は男性で23.7%、女性で17.7%と男性の方が高く、「特にスポーツに関心はない」とする無関心層の割合は、女性において高かった⁵⁵。

スポーツを通じて共生社会を実現するためには、多くの障害者がスポーツに親しめる環境を整備することにより、障害者スポーツの裾野を広げていくことが重要である。そのためスポーツ庁では各地域における課題に対応して、障害者スポーツの振興体制の強化、身近な場所でスポーツを実施できる環境の整備を図る取組や、障害者スポーツ団体と民間企業とのマッチング等により障害者スポーツ団体の体制の強化を図り、他団体や民間企業等と連携した活動の充実につなげる取組を実施することとしている。

また、2020年東京大会のレガシーとして、全国の特別支援学校でスポーツ・文化・教育の祭典が実施される「Specialプロジェクト2020」や、特別支援学校を地域の障害者スポーツの拠点として活用する取組を実施している。

⁵⁵ スポーツ庁委託調査「地域における障害者スポーツ普及促進事業（障害者のスポーツ参加促進に関する調査研究）」報告書（笹川スポーツ財団、平成30年3月）

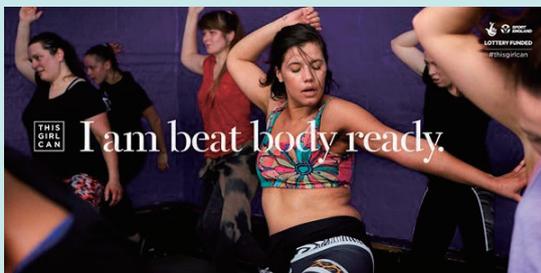
⁵⁶ 「平成29年度 スポーツの実施状況等に関する世論調査」（スポーツ庁、平成30年2月）

2

This Girl Can～スポーツイングランドによる女性のスポーツ実施率向上のための取組～

英国でも、スポーツ参加における男女格差が政策的課題とされている。イングランド州のスポーツ政策を統括するスポーツイングランドは、特に14～40歳の若い世代の女性のスポーツへの参加が少ないことが課題だと考え、まずは女性がスポーツを敬遠する要因分析を行った。その結果、女性は、自分の体型や汗をかく姿、上手くプレーできない様子など、人から自分がどう見られるかを気にして、スポーツへの参加をためらう状況がわかった。そこで、スポーツイングランドでは、こうした分析を踏まえて、2015年から、女性に対して、人の目を気にせず、自分が思う通りに体を動かそうと呼びかける“*This Girl Can*”というキャンペーンを打った。キャンペーン開始からわずか1年で、インターネットにアップされたキャンペーンの動画の再生回数は3,700万回に上り、14～40歳の女性の40%以上がキャンペーンを契機に運動を開始、24%が運動を継続する¹など、大きな成功を収めた。

〈“*This Girl Can*”のキャンペーン動画〉



(出典) スポーツイングランドホームページ “*This Girl Can*”

1 スポーツイングランド “*This Girl Can Delivers Results One Year On*” (2016年1月12日)
(備考) スポーツイングランドホームページ “*This Girl Can*” 等を参考に作成。

平成28年4月に、コピーライターの澤田智洋氏が立ち上げた「一般社団法人世界ゆるスポーツ協会」。同協会では、「世界からスポーツ弱者をなくす」をコンセプトに、(1)スポーツ人口率向上およびスポーツ教育の啓蒙促進、(2)誰でも楽しめる新しいスポーツの開発、(3)全国にて体験できるスポーツ環境づくりとその活性化、(4)新しいスポーツ用具の開発等を行っている。澤田さん自身、学生時代はスポーツが苦手で、体育の時間が苦痛だったという。仲間はずれを作らず、スポーツが苦手な人も高齢者も障害者も、みんなで楽しみたい。そうした気持ちで始めた活動であり、同協会によって、これまでに次のような新しいスポーツが生み出されている。

〈ブラックホール卓球〉

中心に穴のあいたラケットを使って行う卓球。上手い人ほどボールが穴をくぐり、空振りしがち。

〈イモムシラグビー〉

専用のイモムシ型のウェアを装着し、床を這いながら行うラグビー。基本動作はほふく前進か転がるか。ラフプレーはその場でひっくりかえって1プレー分休み。

〈ベビーバスケット〉

激しく動かすと大声で泣き出す特殊なボールを使ったバスケットボール。ゆっくり動き、そっとパスする。ボールは面白法人カヤックにてレンタル可（平成30年1月末現在）。

〈こたつホッケー〉

湯呑みを使って、「こたつ」の天板に投影された「みかん」をはじき合う競技。相手ゴールにシュートを決めれば1点。楽しみながら腕全体の伸縮運動を行える。



ブラックホール卓球



イモムシラグビー



ベビーバスケット



こたつホッケー

② スポーツ指導者の育成

女性アスリートの育成・支援に当たり、指導者の育成も重要である。JSPOの競技別指導者資格を見ると、「指導員」、「上級指導員」、「教師」においては女性の割合が2割を超える一方で、「上級コーチ」などの上位の資格

になると女性の割合は低下する（I-特-21表）。

スポーツ庁では、女性スポーツ指導者を育成するため、平成30年度から新たに、女性のライフスタイルに沿った多様で柔軟な研修プログラムの開発支援を行う予定である。

I-特-21表 JSPO公認スポーツ指導者資格の種類と女性の割合（スポーツ指導基礎資格等）

	資格名	男性(人)	女性(人)	総数(人)	女性の割合(%)
スポーツ指導基礎資格	スポーツリーダー	—	—	349,218	—
競技別指導者資格	指導員	86,563	25,044	111,607	22.4
	上級指導員	9,714	2,769	12,483	22.2
	コーチ	15,079	3,409	18,488	18.4
	上級コーチ	5,344	464	5,808	8.0
	教師	2,021	1,261	3,282	38.4
	上級教師	1,078	176	1,254	14.0
フィットネス資格	ジュニアスポーツ指導員	2,893	1,675	4,568	36.7
	フィットネストレーナー	282	174	456	38.2
	スポーツプログラマー	2,249	1,339	3,588	37.3
マネジメント資格	クラブマネジャー	278	120	398	30.2
	アシスタントマネジャー	3,719	1,869	5,588	33.4

(備考) 1. JSPO提供データより作成。

2. 平成29年10月1日現在。

3. ・スポーツリーダー : 地域におけるスポーツグループやサークルなどのリーダーとして、基本的なスポーツ指導や運営にあたる。
- ・指導員 : 地域スポーツクラブ等において、スポーツに初めて出会う子どもたちや初心者を対象にした指導やスポーツ教室の指導にあたる。
- ・上級指導員 : 地域スポーツクラブ等が実施するスポーツ教室の指導や事業計画の立案等、組織の中心的な役割を担う。広域スポーツセンター等で競技別指導にあたる。
- ・コーチ : 地域において競技者育成のための指導にあたる。広域スポーツセンターや各競技別のトレーニング拠点において有望な競技者の育成を行う。
- ・上級コーチ : ナショナルレベルのトレーニング拠点で、各年代ごとに選別された競技者の育成強化にあたる。国際大会等の監督・コーチとして、組織的な指導にあたる。
- ・教師 : 民間スポーツ施設等において競技別の専門的指導者として質の高い実技指導を行う。会員（顧客）の年齢、技能レベルに合わせたサービスを提供する。
- ・上級教師 : 民間スポーツ施設等について競技別の指導や会員に合わせたサービス提供と共に、各種事業計画の立案、指導方針の決定等組織の中心的な役割を担う。
- ・ジュニアスポーツ指導員 : 地域スポーツクラブ等において、幼・少年期の子どもたちに遊びを通じた身体づくり、動きづくりの指導を行う。
- ・フィットネストレーナー : 民間スポーツ施設において、スポーツ活動を行う者に対する相談及び指導助言を行う。
- ・スポーツプログラマー : 主として青年期以降のすべての人に対し、地域スポーツクラブ等において、フィットネスの維持や向上のための指導・助言を行う。
- ・クラブマネージャー : 地域スポーツクラブにおいて、会員が快適に利用できるよう健全な経営を行う。公認スポーツ指導者などのスタッフがそれぞれの役割に専念できる環境を整備する。
- ・アシスタントマネージャー : 地域スポーツクラブにおいて、クラブ員が充実したクラブライフを送ることができるよう、組織運営のための諸活動をサポートする。

③ スポーツ団体における女性役員の育成 (日本と世界の状況)

各スポーツ団体の女性役員割合を見ると、JSPOは20.0%、JOCは18.8%であり、平成28年10月時点と比べていずれも大幅に増えた。JPSAの女性役員割合は30年4月現在11.1%である。JOC、JSPO、JSPO加盟競技団体など、日本のスポーツ団体119団体の女

性役員割合の平均は10.7%（平成29年8月現在）⁵⁷であり、28年10月時点の9.7%から増加した。また、スポーツ団体の女性役員の割合について、他の先進国の状況を見ると、ノルウェーが37.4%でもっとも高く、次いで米国、オーストラリア、カナダ、アイスランド等となっている（I-特-22表、23図）。

I-特-22表 スポーツ団体における女性役員の割合

◆日本スポーツ協会（JSPO）、日本オリンピック委員会（JOC）

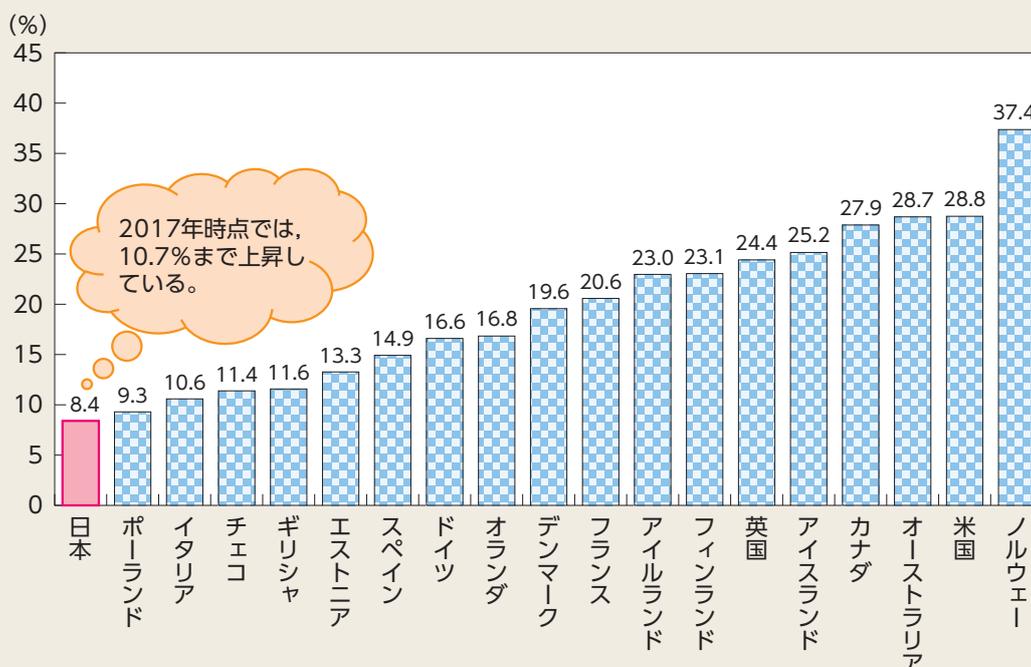
団体名	平成29年8月			平成28年10月		
	総役員数(人)	女性役員数(人)	女性役員比率(%)	総役員数(人)	女性役員数(人)	女性役員比率(%)
日本スポーツ協会（JSPO）	30	6	20.0	30	4	13.3
日本オリンピック委員会（JOC）	32	6	18.8	32	3	9.4
計	62	12	19.4	62	7	11.3

◆日本障がい者スポーツ協会（JPSA）

団体名	平成30年4月			平成29年8月		
	総役員数(人)	女性役員数(人)	女性役員比率(%)	総役員数(人)	女性役員数(人)	女性役員比率(%)
日本障がい者スポーツ協会（JPSA）	18	2	11.1	19	2	10.5

（備考）スポーツ庁資料及びJPSAへの聞き取りにより作成。

I-特-23図 スポーツ団体における女性役員の割合（国際比較）



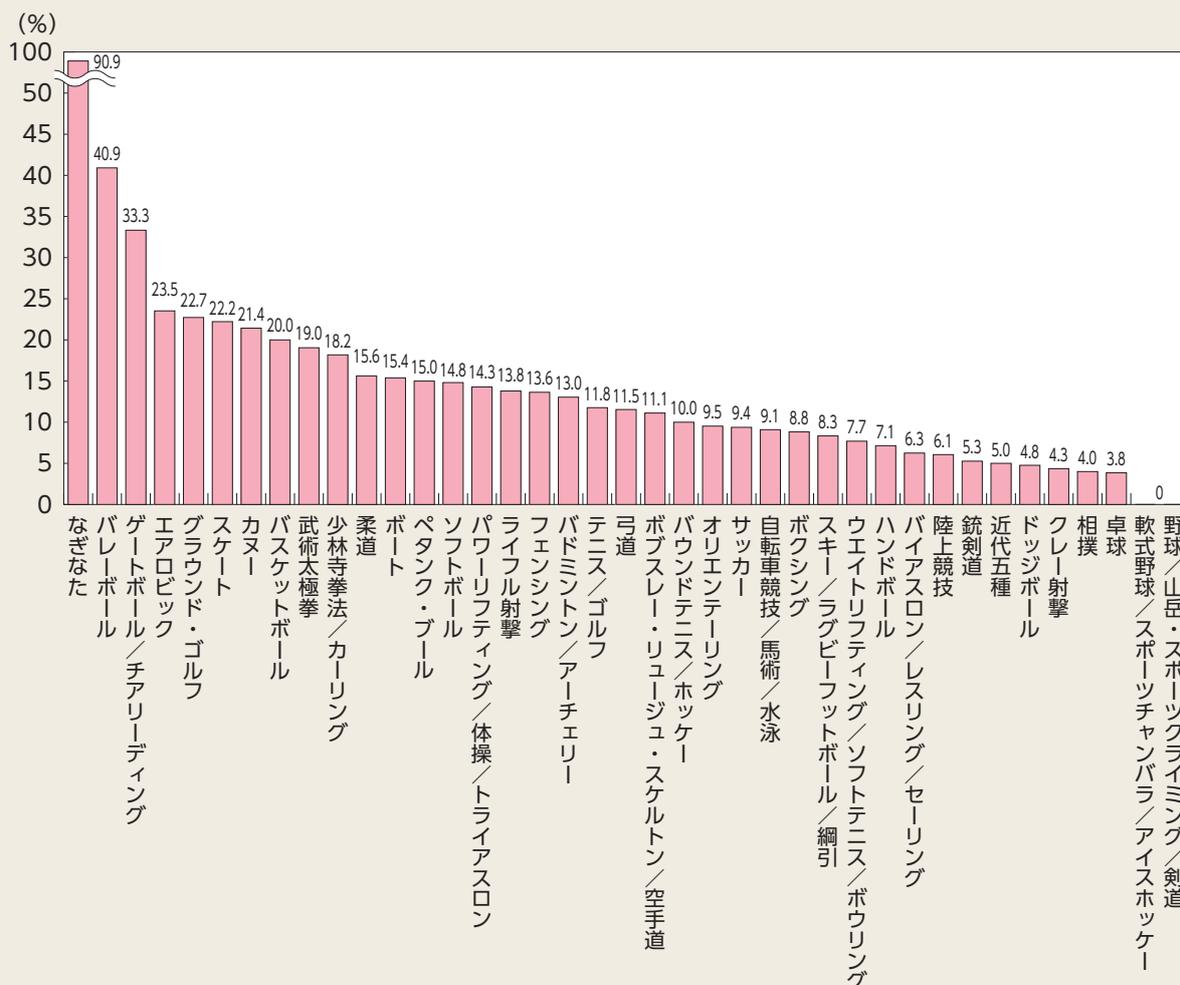
（備考）1. 第5回世界女性スポーツ会議での合意に基づき公表された「THE SYDNEY SCOREBOARD」より作成。
2. 2013~2014年の数値。

⁵⁷ JSPO及びJOCも含めた数。JSPO加盟競技団体のみの数値は10.6%（平成29年8月現在）。

JSP0加盟競技団体59団体における女性役員の割合を見ると、なぎなたが90.9%、バレーボールが40.9%、ゲートボールとチアリーディングが33.3%と3割を超えている。一方、1割未満の団体が29団体と約半数に上り、女性役員数がゼロの団体も6団体あつ

た(平成29年8月現在)(I-特-24図)。28年10月時点と比較すると、24団体で女性役員が増加し、女性役員がゼロであった団体のうち4団体(相撲、クレー射撃、ボブスレー・リュージュ・スケルトン、ドッジボール)が女性役員を登用した。

I-特-24図 JSP0加盟競技団体における女性役員の割合



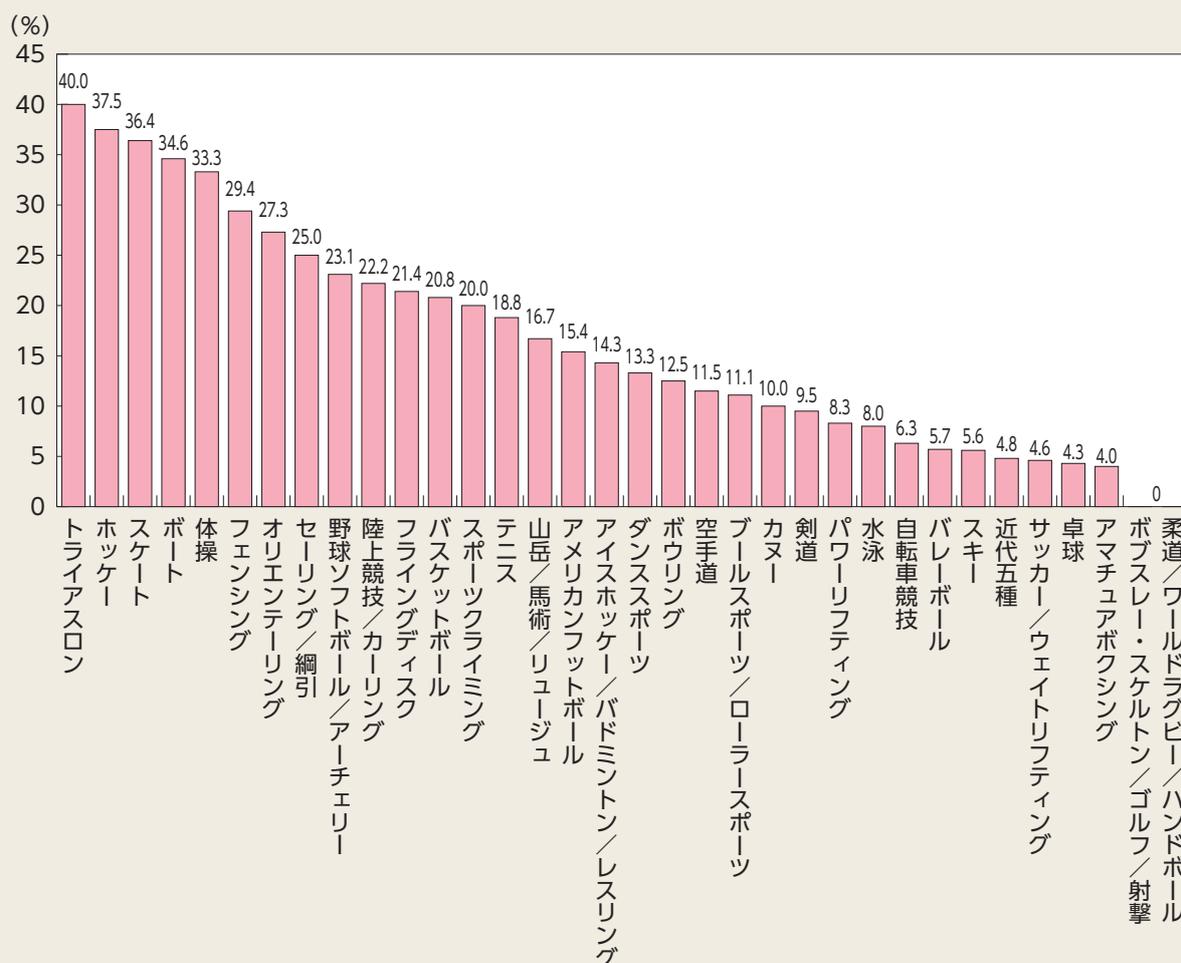
- (備考) 1. スポーツ庁資料より作成。
 2. 数値は、平成29年8月現在。
 3. JSP0加盟団体は、グラフで図示したJSP0加盟競技団体(59団体)のほかに、JSP0加盟都道府県体育協会等(47団体・女性役員比率7.6%)、JSP0準加盟団体(ローラースポーツ、ダンススポーツ、アメリカンフットボール、フライングディスク、女性役員比率10.0%)、JSP0加盟関係スポーツ団体(7団体、女性役員比率22.8%)がある。

JSP0に加盟する47都道府県の体育協会等の女性役員の割合を見ると、平均で7.6%とJSP0と比較して低くなっている。京都府(19.4%)、鳥取県(16.7%)、熊本県(15.6%)等で比較的高い一方、岩手県、宮城県、栃木県、新潟県、長野県、高知県の6県はゼロとなっており、都道府県間女性の参画状況に大

きな違いが見られた。

国際競技連盟を見ると、トライアスロン、ホッケー、スケート、ボート、体操等で女性役員の割合が3割を超える一方、1割未満の団体やゼロの団体も多く、国際的に見ても、各競技連盟間で女性の参画状況に大きな差がある(Ⅰ-特-25図)。

Ⅰ-特-25図 国際競技連盟における女性役員の割合



(備考) 1. 「THE SYDNEY SCOREBOARD」より作成。

2. 数値は、2016年2月現在。ただし、卓球は2012年3月現在、フェンシングは2014年1月現在、スキー及びアーチェリーは同年2月現在の数値。

(女性役員比率向上に向けた取組)

IWG世界女性スポーツ会議は、「ブライトン・プラス・ヘルシンキ2014宣言」を承認した2014年の第6回IWG会合において、スポーツ団体における指導的立場の女性の割合を2020年までに40%以上にするようIOCに

勧告した。また、IPCは、2017年1月の理事会で、意思決定の地位における女性の割合の目標を、従前の30%から50%に引き上げた。

JOCでは、加盟競技団体の役職員の参加の下、毎年1回フォーラム⁵⁸を開催し、女性役員比率の拡大を始め、スポーツ組織におけ

⁵⁸ 平成26年度まで「JOC女性スポーツフォーラム」として開催。27年度からは、他のフォーラムと合同で「総務委員会フォーラム」として開催されている。

る女性の活躍に関する課題や情報の共有を図っている。

平成29年5月には、「スポーツ団体の経営力強化に関する会合（女性役員登用促進等）」において、スポーツ庁とJOC等のスポーツ団体⁵⁹との間で、2020年までにスポーツ団体の女性役員の割合を30%に引き上げるとする「女性の活躍拡大に関する当面の取組方針」が了承された。この取組方針に基づき、スポーツ庁は、同会合において、各競技団体に対し女性役員比率の拡大に向けた工程表を作成するように依頼をした。また、スポーツ団体の女性役員育成のため研修プログラムの開発や、女性役員同士のネットワーク構築の

支援等の取組を進めている。

スポーツ庁は、2015年度から、日本人による国際競技連盟での役員ポストの獲得支援も行っている。日本人役員が増えることで、スポーツ界における日本のプレゼンスが高まるほか、国際的なルール作りにも寄与することができる。事業開始当初、日本人役員の数は17名だったが、3年間の取組の結果26名に増え、2020年までの目標である35名に近付いている。26名のうち女性は4名であり、決して多いとは言えないが、スポーツ界における日本人女性の国際的な活躍は今後大いに期待できる領域である。

⁵⁹ JOCのほか、JPSA/JPC、JSPO、JSC。

12 日本水泳連盟理事としての経験（萩原智子さん）

萩原 智子（はぎわら ともこ）

1980年生まれ。山梨県出身。2000年シドニー五輪出場、200m背泳ぎ4位、200m個人メドレー8位。04年に引退後、ロンドン五輪を目指し、09年に現役復帰。11年、子宮内膜症による卵巣のう腫チョコレート嚢胞と診断され、手術。手術後は精力的にリハビリに励み、レース復帰。12年2月のJAPAN OPENでは50m自由形で短水路日本新記録樹立、4月のロンドン五輪代表選考会では決勝に残った。同年引退し、14年11月に第1子出産。現在、日本水泳連盟理事、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会アスリート委員等を務める。



2012年に引退し、翌年から日本水泳連盟（以下「連盟」という。）の理事を務めている。連盟から理事にという打診があったときは、突然のことで驚いた。引退して1年足らずで、水泳以外の経験がほとんどなかったため、このような大役が私に務まるのか、引き受けてもよいものか、何度も逡巡した。最終的にやってみようと思いついたのは、同じアスリート出身で、当時連盟の理事を務めていた村山よしみさん¹が、「ハギトモが理事になってくれると私も心強い。一緒に頑張ろう」と背中を押してくれたことが大きい。その後もアスリートの先輩として、理事の仕事や求められる役割など、たくさんのことを教えてくれた。そうした後押しもあって、私も水泳界に恩返しをするために頑張ってみようと思った。

理事を引き受けたものの、当初は社会人としてのふるまい方が分からず、戸惑うことが多かった。理事の多くは、連盟の委員会委員長の職を兼務する。私は2014年4月から、新設されたアスリート委員会の初代委員長に就任することになった。帰省した折、父に辛いところを話したところ、分からないから教えてほしいと素直に言えばよいのだと、社会人の先輩としての助言をくれた。その助言に従ってみたところ、連盟の幹部が、委員長就任前に、委員長会議に参加してみてもどうかと声をかけてくれた。会議の場で、先輩方の発言を聞き、直接活動の様子を見ることは、何よりの勉強になった。また、各委員会の委員長と気軽に相談できる関係を構築できたことも、現在、委員長として活動する上で大きな財産となっている。

現役の頃から、トップ選手の経験という貴重な財産が、ジュニアの選手に共有されていないという思いを持っていた。そうした問題意識の下、役員として、オリンピックに出場したトップ選手の声を書き留めて配布する等の取組を行っている。選手だけでなく、指導者からも好意的な声が多く寄せられ嬉しかった。選手時代の経験や問題意識を活かし、若い選手の育成や水泳界の発展に貢献できることが、引退後に競技団体の役員として活動する醍醐味だと思う。他方で、私は理事就任後に出産したため、理事会や委員長会議の度に、子どもの預け先に苦労している。今後は、託児所など育児との両立支援にも取り組み、より多くの女性アスリートにとって、競技団体の役員という途が引退後のキャリアの選択肢の一つとなるよう、引き続き頑張りたい。

¹ 村山よしみ氏は、2018年1月1日現在、連盟常務理事。1968年のメキシコ大会、1972年のミュンヘン大会、1976年のモントリオール大会と3回のオリンピック出場経験を持つ。

第2節 男女の健康支援

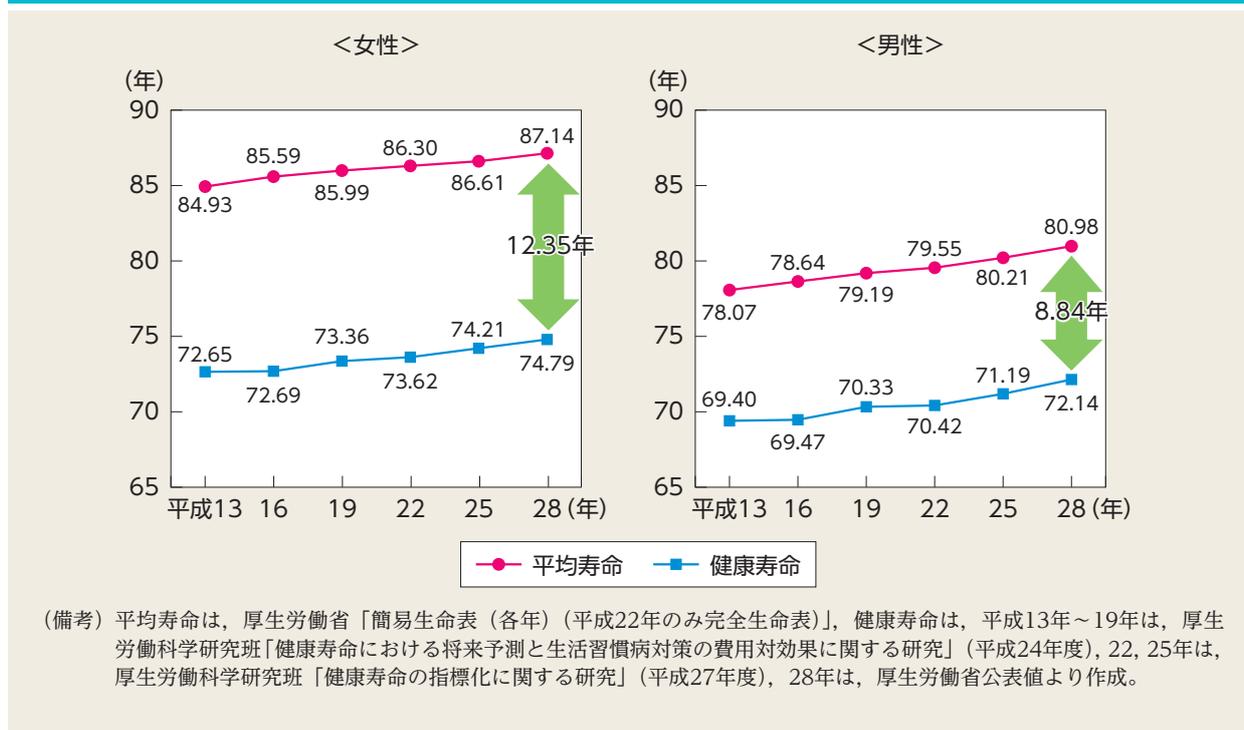
1 平均寿命と健康寿命

我が国の平成28年の平均寿命は女性が87.14年，男性が80.98年と世界でも高い水準を示し⁶⁰，今後もさらに延伸することが予測されている。一方，厚生労働科学研究班が発表した平成28年の健康寿命（日常生活に制限のない期間）は女性が74.79年，男性が72.14年であり，平均寿命と健康寿命の差（日常生活に制限のある「不健康な期間」）は女性が12.35年，男性が8.84年となった（I-特-26図）。女性は男性より長生きだが，男

性の1.4倍ほど「不健康な期間」も長い。なお，経済協力開発機構（OECD）の分析⁶¹によると，欧州各国も日本と同様，女性において「不健康な期間」が長い状況にある。

最後まで健康で自立した生活を営み，豊かな老後を実現するために，男女とも健康寿命の延伸が重要である。厚生労働省では，平成25年度からの「健康日本21（第二次）」の最終的な目標として健康寿命の延伸と健康格差の縮小を掲げ，「健康寿命をのばそう！」をスローガンに，「運動」「食生活」「禁煙」の3つのアクションに加え，「健診・検診の受診」を推進していく「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進する等の取組を行っている。

I-特-26図 平均寿命と健康寿命の推移



2 生活習慣

生活習慣病を予防し，健康寿命を延ばすためには，身体活動・運動（スポーツ含む），食事，喫煙，飲酒等の生活習慣の改善に生涯を通じて取り組むことが重要である。スポー

ツ習慣は前節で説明したため，ここでは，不適切な食生活がもたらすやせ・肥満と，生活習慣病のリスクを高める量の飲酒や，喫煙の状況について，性差に注目し，現状と課題を整理する。

⁶⁰ 「平成28年簡易生命表の概況」（厚生労働省，平成29年7月27日）

⁶¹ “Health at a Glance 2017”（OECD）

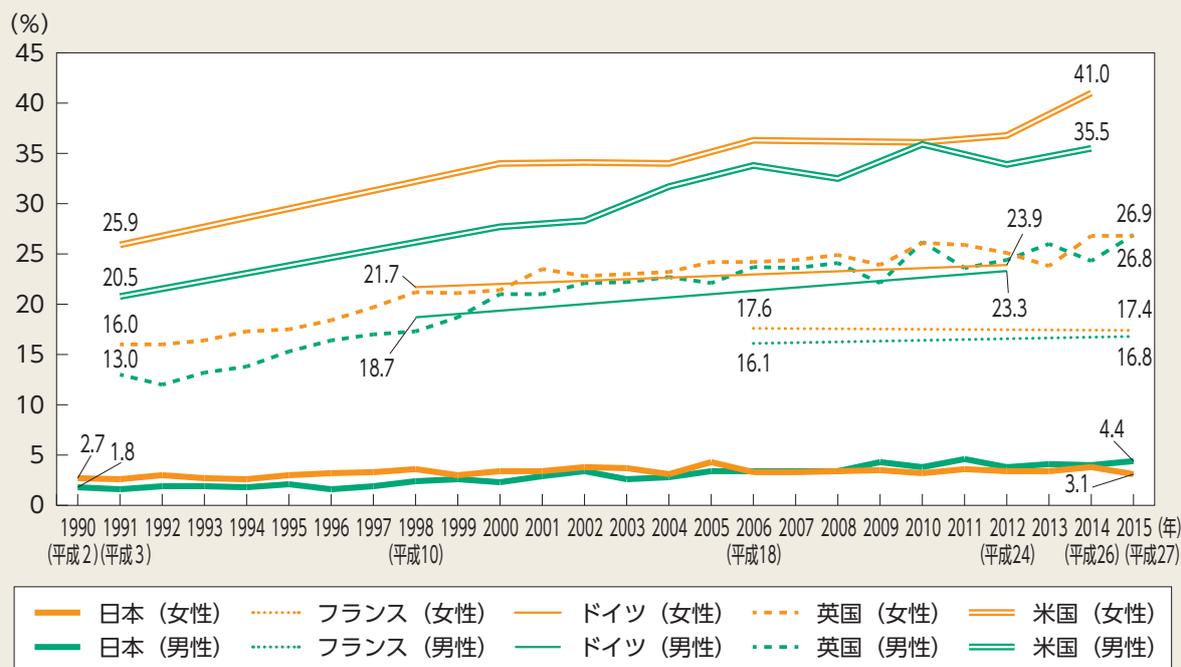
(1) やせ・肥満度

(やせ・肥満度に関する国際的な状況)

OECD加盟各国と比較すると、日本は男女ともに最も肥満の少ない国である。国際的に見ると、加盟国中男女ともに最も肥満の割合が高い米国のように、男性より女性で肥満

の割合が高い国も多いほか、多くの国で男女ともに肥満者の割合が上昇している（I-特-27図）。一方、女性のやせが問題となっている日本は、他の先進国と異なる健康上の課題を有すると考えられる。

I-特-27図 肥満（BMI30以上）の占める割合の推移（国際比較）



(備考)OECD “OECD.Stat”より作成。

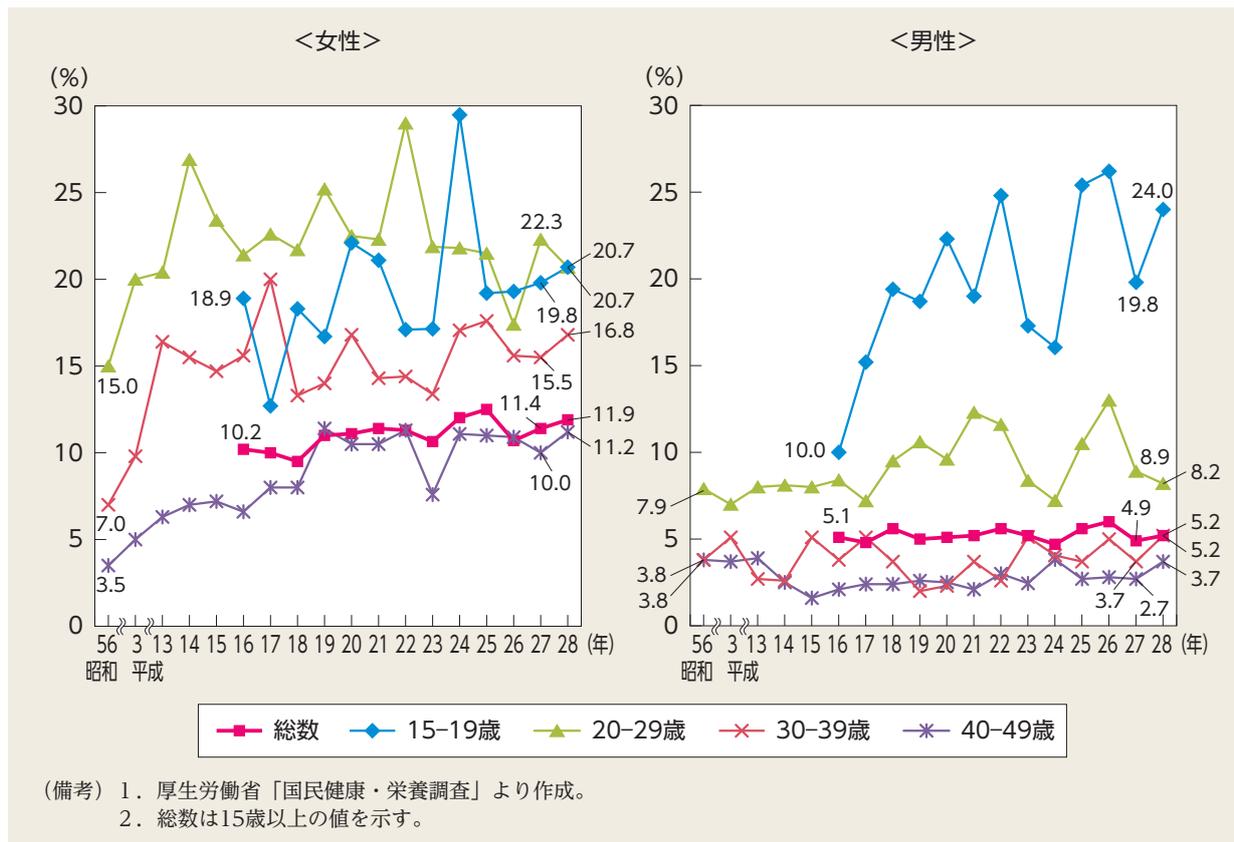
(20～40代女性のやせの傾向)

日本人の若い女性は「やせたい」という願望が強い傾向にあり、特に10～30代にやせすぎの女性が多い。加えて最近では、やせの傾向が40代女性にも広がってきたことが指摘されている。やせ（BMI18.5未満）の女性の割合は、昭和50年代半ばと比較すると、20～40代のいずれも大きく増えた。平成28年の20代の女性のやせの割合は20.7%、30代の女性は16.8%であり、過去5年程度の推移を見ると下げ止まりと思われるが、40代は増加傾向にある（I-特-28図）。

前節においても、「女性アスリートの三主徴（FAT）」として触れたが、BMIが極端に低かったり、ダイエットなどで急激に体重を落とすと、無月経などの月経異常が起こりやすくなり、体脂肪率が17%以下になると、体重減少性無月経に陥りやすくなると言われる⁶²。無月経に伴う女性ホルモンの分泌の減少は骨にも影響し、疲労骨折のリスクが高まること、10代で十分な骨量を獲得しないと、生涯に渡り骨量が低いまま経過し、閉経後、骨粗しょう症及び骨折により介護を要するリスクが高まる可能性があることも、アスリートだけで

⁶² 平井千裕，竹田省「やせすぎ，肥満の女性への影響」（日本産科婦人科学会編著『HUMAN+』，2014年）。なお，肥満も無月経や月経不順・月経異常の要因の一つと指摘されているが，ここでは，若い女性を中心に問題となっているやせについて取り上げた。

I-特-28図 やせ (BMI18.5未満) の占める割合の推移



なく、女性一般に共通した課題である。

なお、男性は、肥満の割合が女性より高く、生活習慣病の発症前の段階であるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）など、肥満に伴う問題を指摘されることが多いが、やせについて見ると、10代後半の男性を除き、昭和50年代半ばから現在まで大幅な変化は見られない。ただし、10代では男性でもやせが増加傾向にあり、近年では同年代の女性と並ぶ割合となっている。

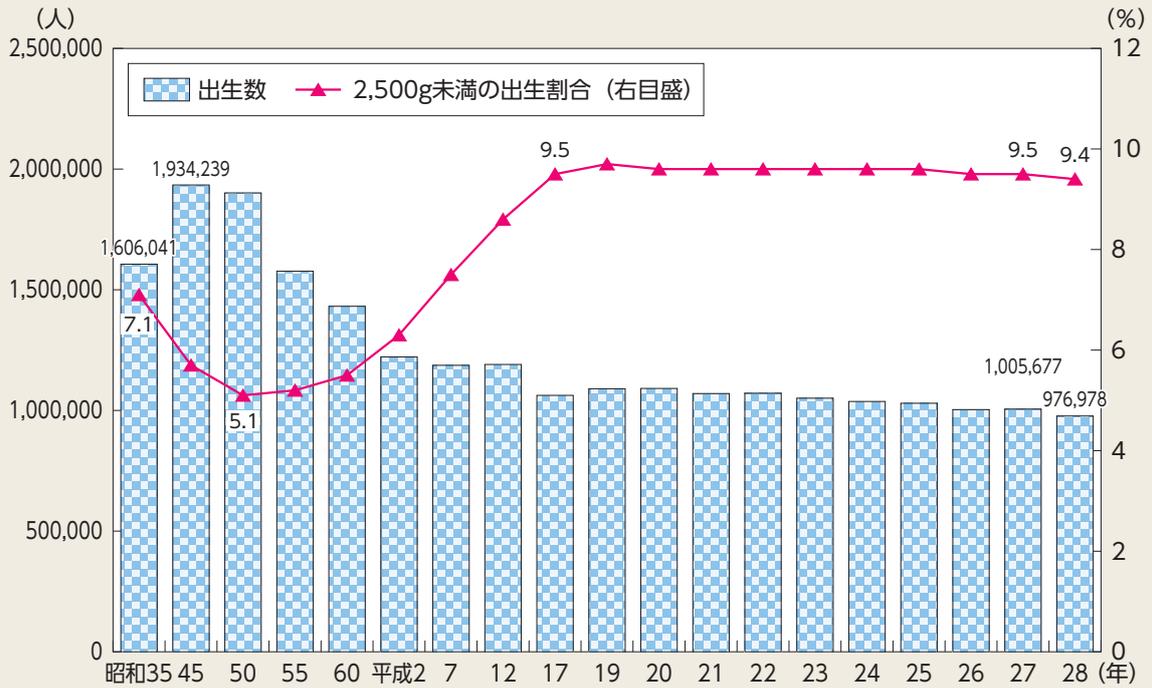
(低出生体重児の課題)

女性のBMI低下に伴い、低出生体重児が増えたことも問題となっている⁶³。年間出生数は昭和40年代後半の第2次ベビーブーム期を境に減少しているが、低出生体重児の割合は、昭和50年頃から上昇し、平成28年は9.4%と過去10年ほど高止まりが続いている（I-特-29図）。低出生体重児は、将来、高血圧症や糖尿病などの、いわゆる生活習慣病を発症する頻度が高くなる可能性が指摘されている⁶⁴。国際的に見ても、日本は低出生体重児の割合が高く、また、1990（平成2）年当時と比較した増加率も高い（I-特-30図）。

⁶³ 澤倫太郎「妊婦さんの体重管理の新常識」(日本産科婦人科学会編著『HUMAN+』, 2014年)。なお、低出生体重児が産まれる要因は、妊婦のやせに限るものでなく、多胎妊娠、母体の年齢、喫煙習慣、妊娠高血圧症候群等や胎児の疾病など様々である。また、妊婦の肥満も、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病等のリスクが高まることが指摘されている。

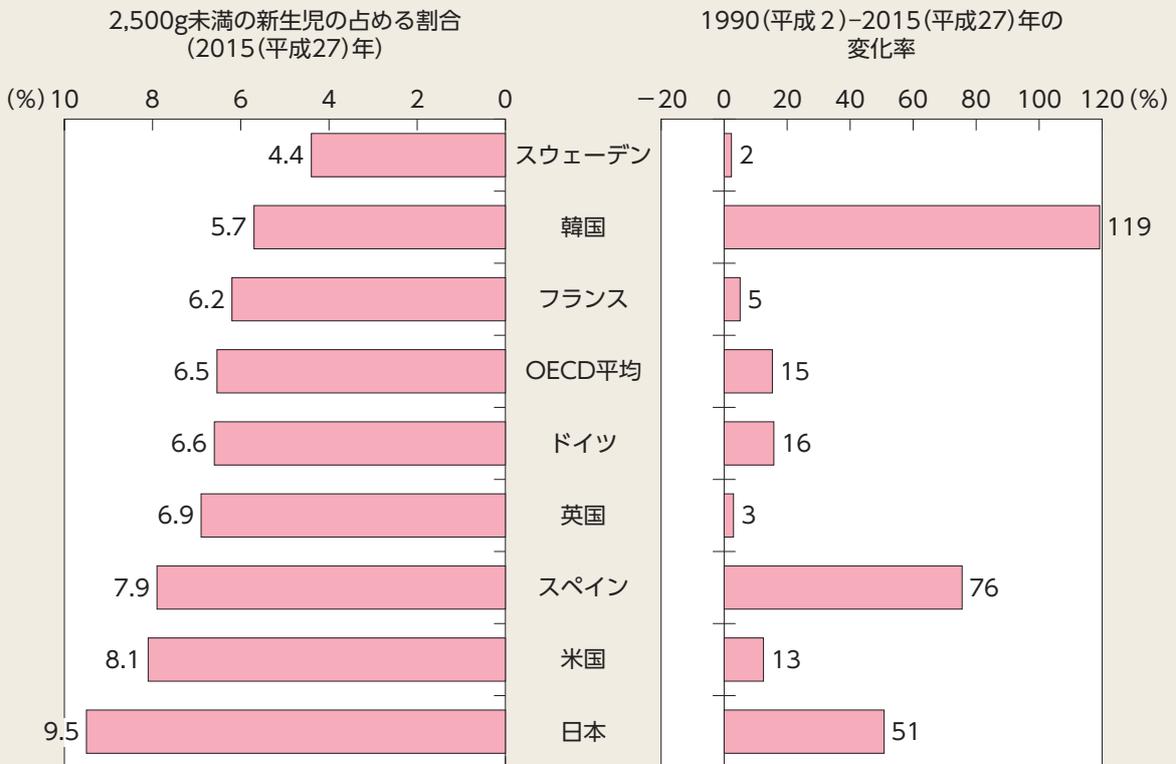
⁶⁴ 岩下光利「出生時体重と赤ちゃんの発育」(日本産科婦人科学会編著『HUMAN+』, 2014年)

I-特-29図 出生数及び出生時体重2,500g未満の出生割合の推移



(備考) 厚生労働省「人口動態調査」より作成。

I-特-30図 低出生体重児の割合と過去25年の変化 (国際比較)



(備考) 1. OECD “Health at a glance 2017”より作成。

2. 韓国は1993 (平成5)年と2015 (平成27)年, フランスは1993 (平成5)年と2014 (平成26)年, ドイツは1990 (平成2)年と2013 (平成25)年, 日本は1990 (平成2)年と2014 (平成26)年の値の変化を表す。

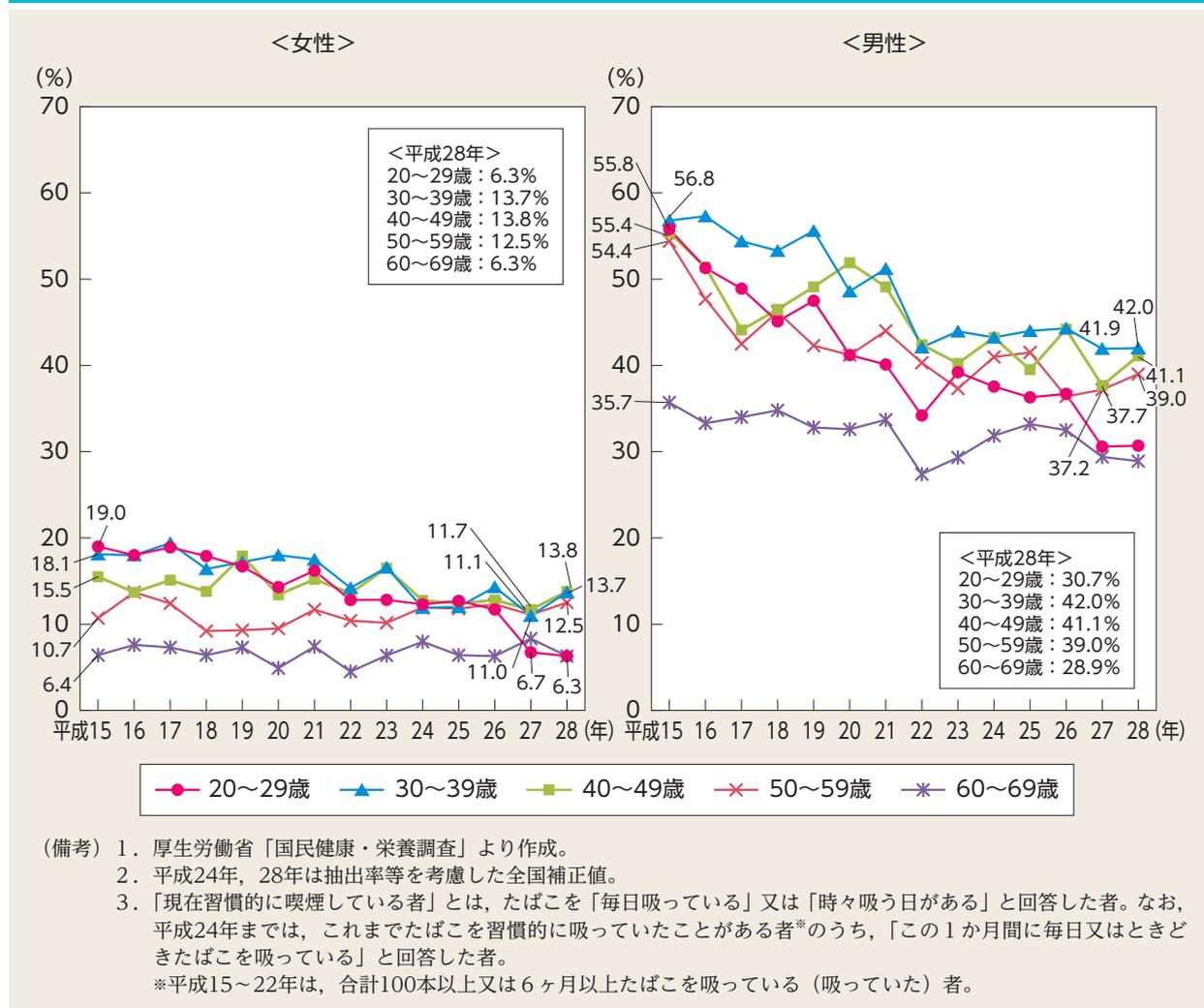
(2) 喫煙率及び飲酒率の動向

平成15年から28年にかけての喫煙率の推移を男女別・年齢別に見ると、男女ともに全体として低下傾向にあるが、女性は20代女性の喫煙率が19.0%から6.3%まで大きく減ったのに対し、30代、40代はわずかな低下にとどまり、50代は上昇傾向にある。一方、男性の喫煙率は、30～50代の働き盛り世代でまだ約4割の水準である（I-特-31図）。飲酒について、生活習慣病のリスクを

高める量を飲酒している者の割合を男女別・年代別に見ると、女性の場合、20代、30代の若い世代はほぼ横ばいであるのに対し、40代以上の年代で増加した⁶⁵（I-特-32図）。

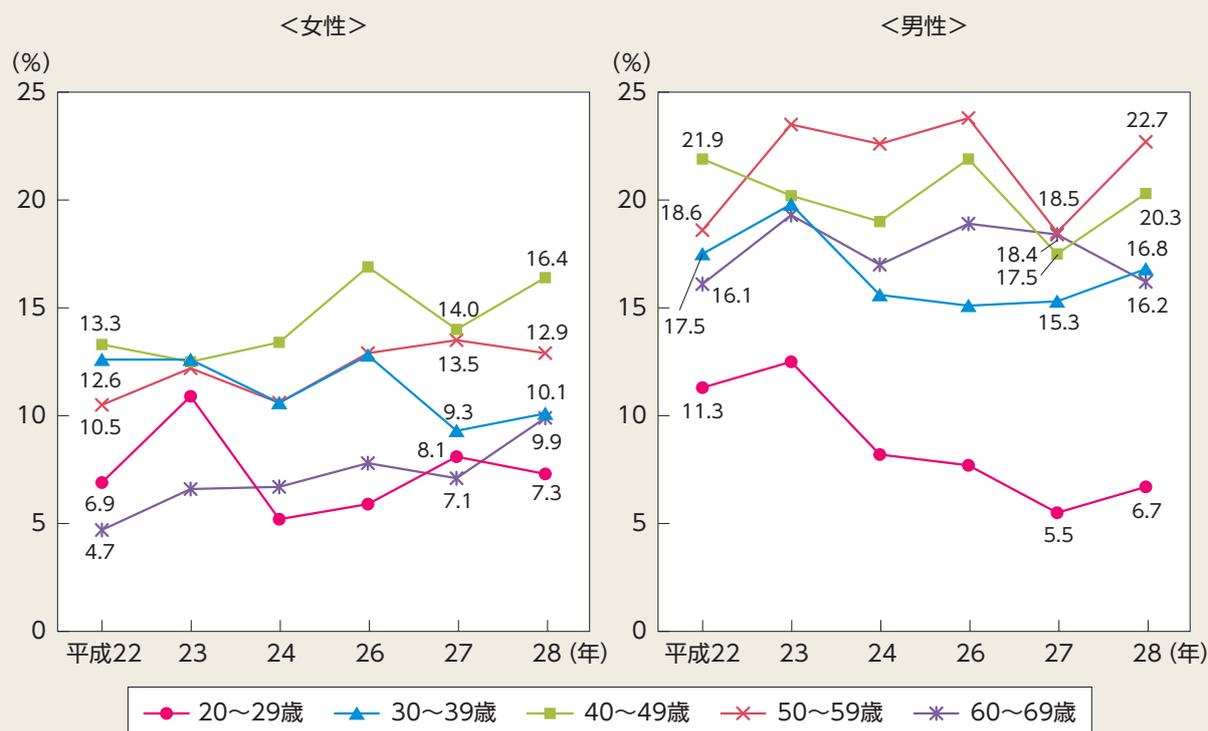
平成17年から25年にかけての妊娠中の女性の喫煙率及び飲酒率の推移を見ると、喫煙率は7.8%から3.8%へと低下し、飲酒率は16.1%から4.3%へと顕著に低下している（I-特-33図）。

I-特-31図 現在習慣的に喫煙している者の割合の年次推移



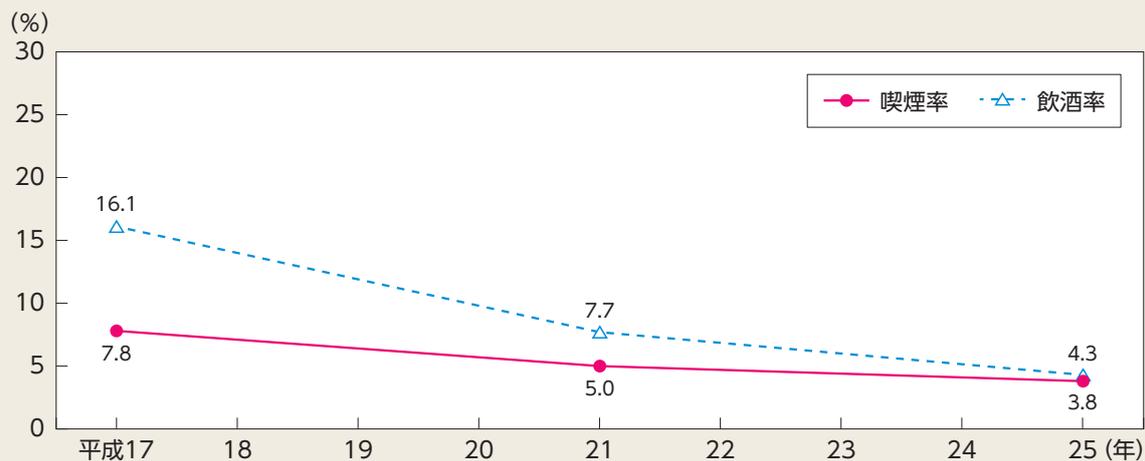
⁶⁵ 厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット「女性の飲酒と健康」によると、アルコールは乳がん等の女性特有の疾患のリスクを増大させる。

I-特-32図 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の推移



(備考) 1. 厚生労働省「国民健康・栄養調査」より作成。
 2. 割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なる。平成24年、28年は抽出率を考慮した全国補正值。
 3. 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者。男性は、「毎日×2合以上」+「週5～6日×2合以上」+「週3～4日×3合以上」+「週1～2日×5合以上」+「月1～3日×5合以上」、女性は、「毎日×1合以上」+「週5～6日×1合以上」+「週3～4日×1合以上」+「週1～2日×3合以上」+「月1～3日×5合以上」で算出。

I-特-33図 妊娠中の女性の喫煙率及び飲酒率の推移



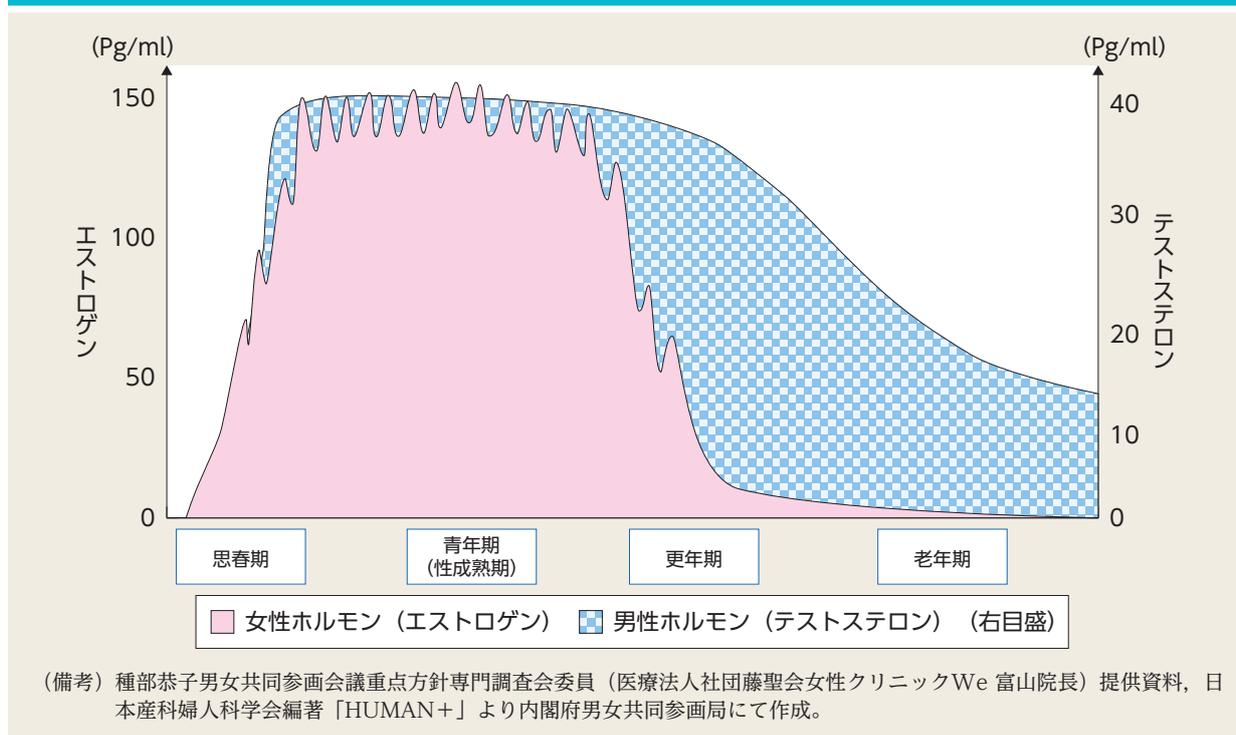
(備考) 1. 厚生労働科学研究「『健やか親子21』に係る研究(山縣然太郎班)」より作成。
 2. 妊娠中の女性の喫煙率は、妊娠中に1日に1～2本以上喫煙していた者の割合。同飲酒率は、妊娠中に1回以上飲酒した者の割合。

3 ライフステージに応じた女性の健康支援

女性は思春期、成熟期、更年期、老年期と、ライフステージにより発生する疾患や健康の課題が変遷する。理由の一つは性ホルモンの動きの違いである。女性の場合、男性のように常に一定して性ホルモンが分泌されるので

なく、月経、排卵、次の月経と、およそ1か月単位で変動が繰り返される。また、男性の性ホルモンは加齢によって緩やかに下降するのに対し、女性の卵巣機能は40代後半～50代に急速に低下・喪失する（I-特-34図）。

I-特-34図 男性・女性ホルモンの推移



働く女性の増加、晩産化や少産化、平均寿命の伸長など、社会状況やライフスタイルの変化も女性の心身の健康に影響を及ぼす。例えば、昔、多産だった時代には、妊娠と授乳を繰り返していたため、女性の生涯月経回数は50～100回程度だったと言われている。他方、現代では450～500回の月経を経験する。これにより、排卵・月経周期に伴う女性ホルモンの変動が原因で発生する月経痛や月経前症候群 (PMS) などによるパフォーマンスの低下も、無視できない回数になった。また、初産年齢の上昇や月経回数の増加により、子宮内膜症、乳がん、卵巣がん、子宮体がん (子宮内膜がん) などが増えている。

女性特有の健康問題については、厚生労働省では、毎年3月1日から8日までを「女性

の健康週間」と定め、女性の健康づくりを国民運動として展開している。また、厚生労働科学研究費補助金により、女性の健康管理の支援を目的としたホームページ「女性の健康推進室ヘルスケアラボ」を開設し、女性特有の疾患や、女性に多い不快な症状・疾患等について情報提供している。

経済産業省でも、東京証券取引所と共同で健康経営に優れた上場企業を「健康経営銘柄」として選定したり、「健康経営優良法人 (大規模法人部門) (通称ホワイト500)」の認定制度を実施したり、その基礎となる健康経営度調査において、妊娠中の従業員に対する業務上の配慮、更年期障害への対応、婦人科検診への補助等を含む「女性の健康保持・増進に特化した取組」を調査項目の一つとしてい

る。また、平成29年度には、「働く女性の健康推進」に関する調査を実施した。この調査により、女性従業員の約5割が女性特有の健康課題などにより職場で困った経験があること、女性の健康課題が労働損失や生産性等へ影響していることについて、男性や管理職を含む回答者全体の約7割以上が知らなかった・わからないと回答しており、男性や管理職だけでなく、女性自身の知識不足も課題であること、女性向けのサポート整備状況について、ワーク・ライフ・バランス関連の取り組みは比較的進んでいる一方、女性特有の健康課題に対する取組（リテラシー向上施策や相談窓口等）は制度整備状況や認知度が低いこと等が明らかになった。

ここでは、女性が直面しやすい疾病など健康上の課題やそれに対する支援について、ライフステージごとに概観していく。

(1) 若年層の妊娠・性感染症 (人工妊娠中絶、若年層の予期しない妊娠の防止等)

人工妊娠中絶件数及び人工妊娠中絶実施率（15歳以上50歳未満女子人口千対）の長期的な推移を見ると、昭和30年から平成7年にかけて件数、実施率とも大きく減少した。年齢階級別に人工妊娠中絶実施率を見ると、昭和30年代には20歳代及び30歳代で特に高く、20歳未満は低かったが、現在は年齢階級間の差は縮小している。平成28年度の人工妊娠中絶実施率（年齢計）は6.5であり、

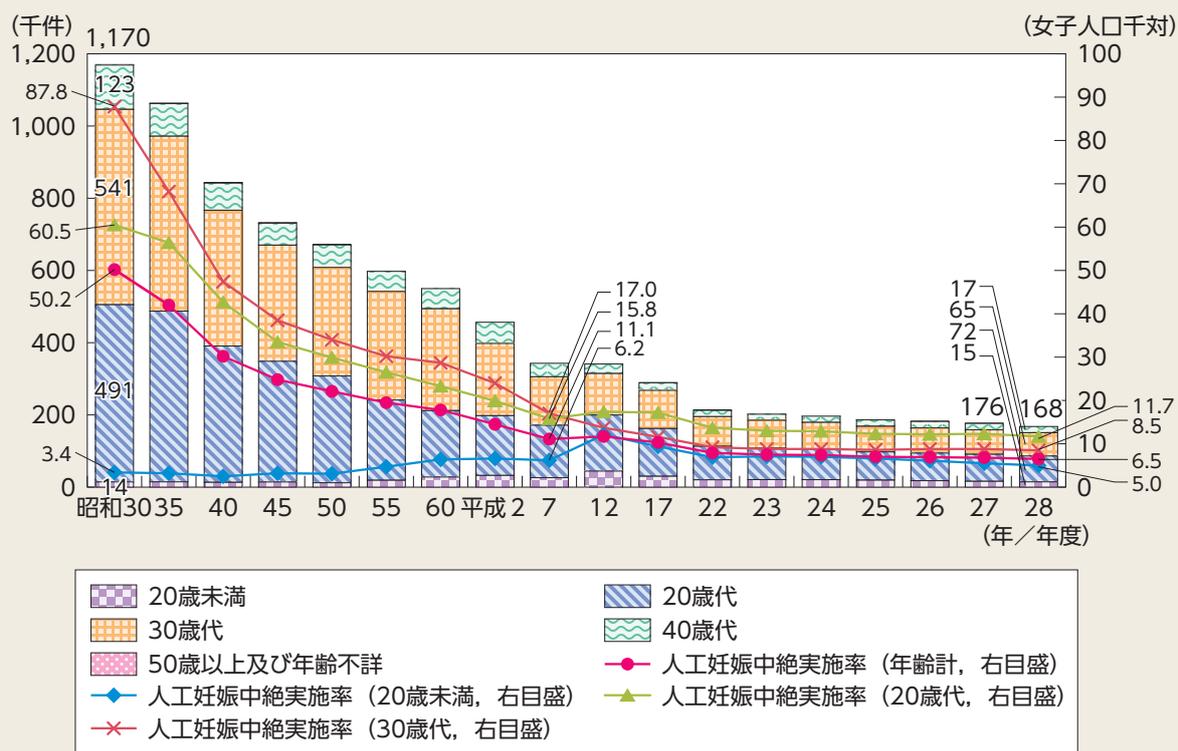
年齢階級別では20歳未満が5.0、20歳代が11.7、30歳代が8.5である。7年以降も人工妊娠中絶数は全体として減少傾向であり、10代も減少しているものの、28年度における10代の人工妊娠中絶件数は約15,000件であり、うち義務教育の年齢にあたる15歳以下が約840件であった⁶⁶（I-特-35図）。10代での予期しない妊娠は、学業を中断するきっかけとなったり、母子ともに貧困に陥るリスクを抱える。加えて、予期しない妊娠や若年妊娠は虐待のリスク要因の一つであることも指摘されている⁶⁷。思春期から、性や避妊に関する正確な知識を習得し、妊娠や出産に関して、男女ともに責任を持った判断、自己決定ができるよう、適切な教育を行い、若年女性がアクセスしやすい相談・支援体制を充実させることが求められる。

文部科学省では、全国の公立高等学校における妊娠を理由とした退学等の実態を把握した上で、平成30年3月に、妊娠した生徒への対応等について、各都道府県教育委員会等に対し通知を発出し、関係者間で十分に話し合い、母体の保護を最優先としつつ、教育上必要な配慮を行うべきこと、その際、生徒に学業継続の意思がある場合は、安易に退学処分や事実上の退学勧告等の対応を行わないという対応も十分に考えられること等を求めた。また、全国の生徒指導担当者を対象とした会議等において、この通知の趣旨を徹底するよう、周知を図っている。

⁶⁶ 若年妊娠した子どもたちへの支援を行う医療法人社団藤聖会女性クリニックWe富山院長 種部恭子医師(産婦人科医)によると、義務教育の年齢での妊娠の相手は大半が成人男性であり、居場所のない子どもを狙った性的搾取や暴力が背景にあるケースも多いという。

⁶⁷ 「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第13次報告）」(社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会、平成29年8月)

I - 特 - 35 図 年齢階級別人工妊娠中絶件数及び実施率の推移



- (備考) 1. 人工妊娠中絶件数及び人工妊娠中絶実施率(年齢計及び20歳未満)は、平成12年までは厚生省「母体保護統計報告」、17年度以降は厚生労働省「衛生行政報告例」より作成。12年までは暦年の値、17年以降は年度値。
 2. 人工妊娠中絶実施率(20歳代及び30歳代)の算出に用いた女子人口は、平成22年まで及び27年は総務省「国勢調査」、23年から26年まで及び28年は総務省「人口推計」による。いずれも各年10月1日現在の値。
 3. 人工妊娠中絶実施率は、「当該年齢階級の人工妊娠中絶件数」/「当該年齢階級の女子人口」×1,000。ただし、人工妊娠中絶実施率(20歳未満)は、「人工妊娠中絶件数(20歳未満)」/「女子人口(15~19歳)」×1,000、人工妊娠中絶実施率(年齢計)は、「人工妊娠中絶件数(15歳未満を含め50歳以上を除く。)」/「女子人口(15~49歳)」×1,000。
 4. 平成22年度値は、福島県の相双保健福祉事務所管轄内の市町村を除く。

(性感染症の予防)

性感染症について、近年、梅毒⁶⁸が、女性は10~20代の若い世代を中心に、男性は幅広い年代で増加している。また、性器クラミジア感染症⁶⁹等の感染数は横ばいだが、20代男女の感染の報告が多いなど、憂慮すべき状況である(I-特-36図)。

性感染症は、特別な人がかかるものではなく、性行為経験があれば誰でも感染する可能

性がある。自覚症状に乏しい性感染症は治療に結び付かないほか、知らない間に感染し相手にうつしているという状況も生じ得る。特に性器クラミジア感染症は、男女ともにほとんど症状がないが、クラミジアの感染自体がHIV感染のリスクを高めたり⁷⁰、流産や早産の原因にもなり得る⁷¹。予防するには性行為時にコンドームを付けることなど⁷²、思春期からの正しい知識と理解の普及が必要である。

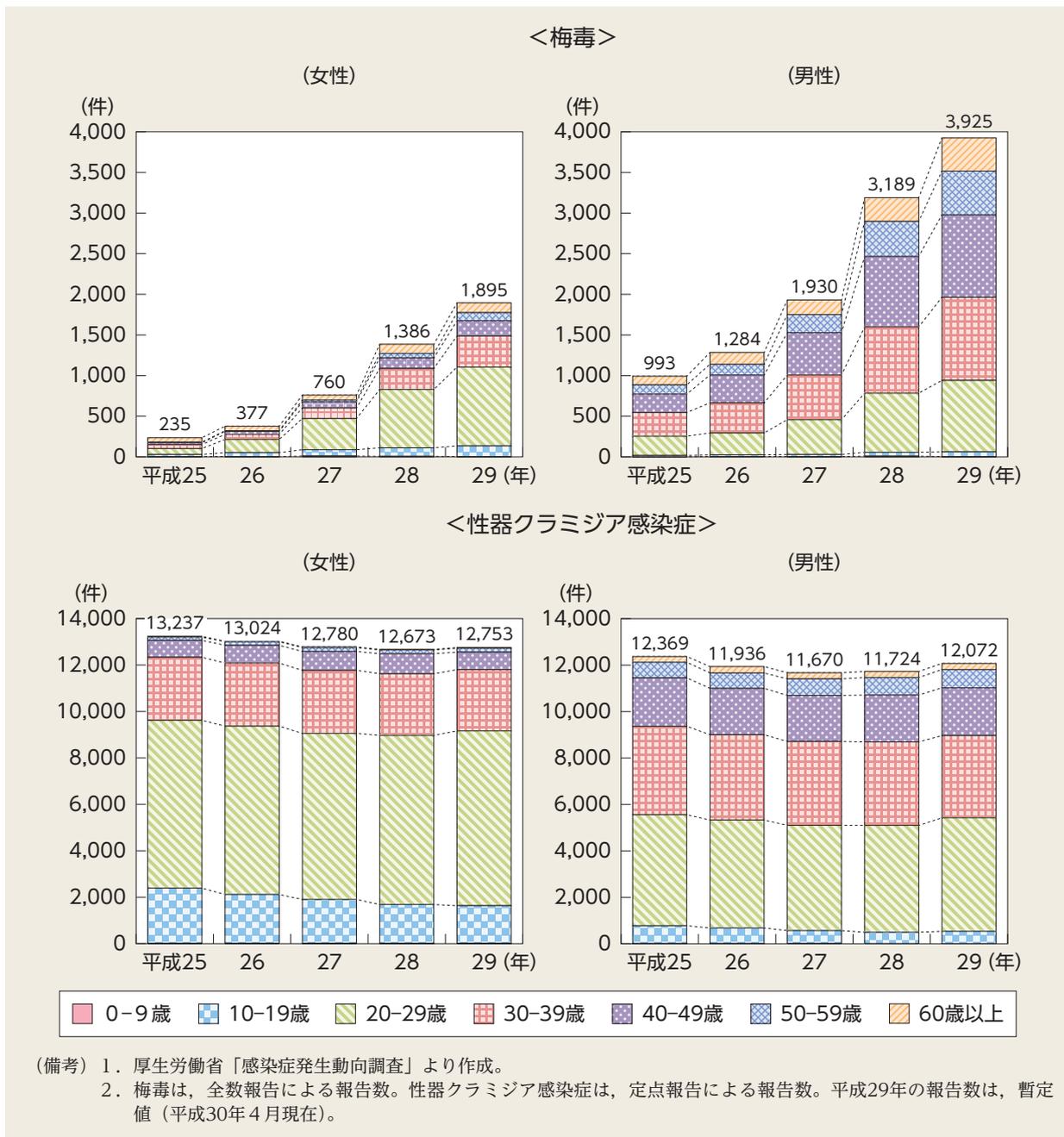
⁶⁸ 梅毒は、痛みのない潰瘍が性器に形成され、治療せずにいると、全身の疼痛・リンパ節の膨張、さらには数年~数十年後には血管や神経の障害等、全身に多様な症状を来すことがある。妊婦の感染は早産や死産、胎児の重篤な異常につながる可能性がある。(厚生労働省性感染症予防啓発リーフレット「検査しないとのおそきよ!!」)

⁶⁹ 性器クラミジア感染症は、男性では排尿痛、女性ではおりものの変化等の症状を来すことがあるが、無症状な場合も多い。男女とも不妊の原因となることがある。(前同)

⁷⁰ WHO Media Center “HIV/AIDS-Fact sheet” (Updated November 2017)

⁷¹ 上村茂仁「性感染症にならないようにするには?」(日本産科婦人科学会編著「HUMAN+」, 2014年)

⁷² 梅毒など、コンドームを装着できない部位に病変ができる性感染症もあり、この場合、コンドームを装着しても感染を完全に予防することはできない。感染拡大を防ぐために、性行為の前に、まずは治療を優先すべきである。



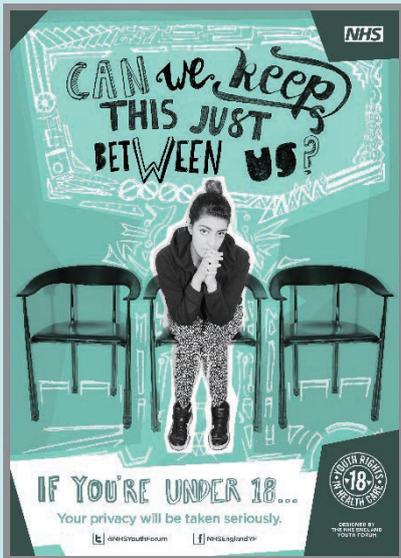
性感染症は、早期発見・治療により、治癒又は重症化を防ぐことが可能であり、感染拡大も防ぐことができる。厚生労働省では、主要な性感染症について、感染症法⁷³に基づく医療機関からの届出により発生動向を把握するほか、性感染症の検査・治療を呼び掛けるポスターによる啓発、相談窓口の周知、関係団体等を通じた中学生・高校生やその保護者への正しい知識の普及等に取り組んでいる。

また、梅毒に関して、妊娠中の女性から胎児に感染する「先天梅毒」が増加傾向にあることを受けて、厚生労働省では、専門家委員会での議論を踏まえ、感染した妊婦数の把握と適切な治療による胎児への影響の軽減を図るため、平成30年末までに、医療機関からの梅毒の届出事項に「妊娠の有無」等新たに加える予定である。

⁷³ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）

予期しない妊娠の防止と性感染症の予防に向けた取組～英国とフィンランドの事例～

女性人口千人当たりの中絶数（中絶率）を見ると、スウェーデンや英国、フランスで10代の高さが目立つほか、他の先進国も20代前半の年齢層で高くなっている（I-特-37図）。若年層の予期しない妊娠の防止と性感染症の予防は各国共通の課題であり、いずれの国も、現状を踏まえた啓発や相談指導の充実等の取組を進めている。英国とフィンランドの取組事例を概観する。



（相談内容は秘匿されるため、心配せずに医療機関に来よう若者に呼びかけるNHSのポスター）

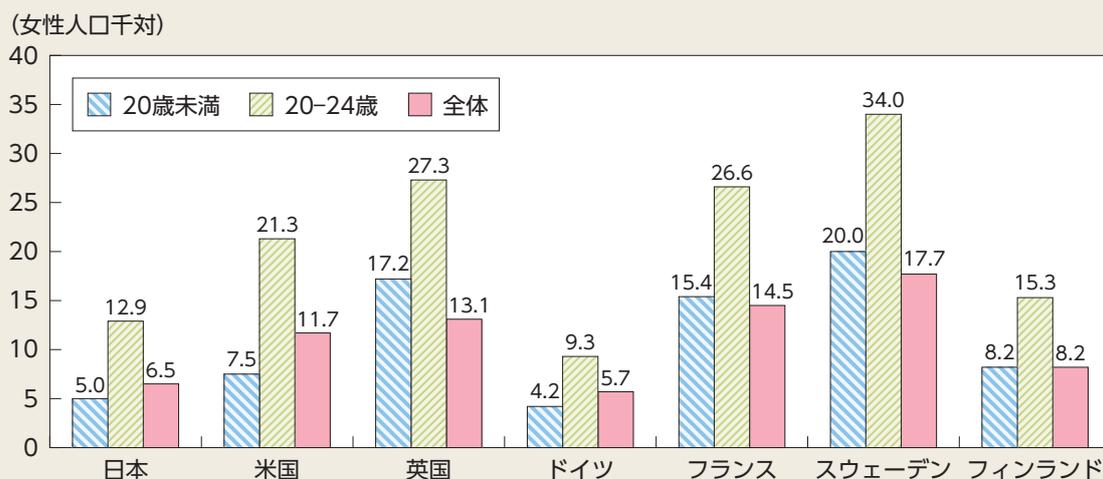
英国では、国民保健サービス（NHS）の仕組みの中で、一般家庭医（GP）の診療所や若者向けクリニック（ユース・クリニック等）、避妊クリニック等において、避妊方法や予期しない妊娠等に関する相談、性感染症の検査や治療、低用量ピルを含む避妊法の提供が行われている。NHSのサービスは、英国居住者であれば誰でも原則として無料で利用できる。NHSの医師や看護師等には、利用者が未成年か否かに関わらず、守秘義務が課されている¹。しかしながら、未成年者の場合、相談内容が親や教師に伝わるのではないかと心配し、相談や治療をためらうケースがある。NHSでは、必要な者に迅速に支援の手が届くよう、若者を対象としたブックレットやウェブサイト等において、生命や身体の安全に関わる場合等を除き、相談や治療の内容が家族や教師に伝わることはない旨、平易な言葉で周知している。

フィンランドでは、1970年から、学校教育の中で、予期しない妊娠や性感染症の予防策を含む性教育が行われてきた。また、中学校、高校、大学などの学校保健師と、ネウボラの医師・保健師等が、若者の予期しない妊娠の防止等に重要な役割を果たしている。学校保健師は、避妊や性感染症等を含めた生徒の健康や医療面の相談にのるほか、自治体によっては低用量ピルの提供等も行う。学校保健師のサービスを受けられない若者には、各自治体が運営する「青少年ネウボラ」や「家族計画ネウボラ」²において、月経や避妊、性感染症、人工妊娠中絶等に関する相談や医療サービスが提供される。フィンランドでも我が国同様、低用量ピルには医師の処方箋が必要である。ただし、未成年者でも、医師の診察や処方箋の発行に親の同意は不要であり、若者が医師の診察をためらうことがないよう、市町村のウェブサイト等でこうした情報が周知されている。人工妊娠中絶も同様である。例えば、ヘルシンキ市が運営するウェブサイトでは、「未成年者が中絶を希望する場合、一般には両親に相談することが望ましいが、ただし、（両親の）同意は不要である」、「本人の希望に反して、医師等が両親に事情を伝えることはない」旨案内されており、親に相談できない等の理由で若者が問題を一人で抱え込むことがないよう取組を進めている。

1 ただし、利用者が13歳未満の場合、医師や看護師等の判断により、ソーシャル・ワーカー等が関与する場合がある。

2 ネウボラには、妊娠期から就学前まで子を持つ家庭に切れ目ない支援を行う「出産ネウボラ」、「子どもネウボラ」のほか、避妊や性感染症の相談対応等を行う「青少年ネウボラ」や「家族計画ネウボラ」、虐待や精神疾患、離婚等の問題を抱える家庭への支援を行う「家族ネウボラ」等の種類がある。

I-特-37図 人工妊娠中絶率（国際比較）



- (備考) 1. 日本は厚生労働省「衛生行政報告例」, 米国はCenters for Disease Control and Prevention “Abortion Surveillance United States, 2014”, その他はUnited Nations “United Nations Demographic Yearbook” より作成。
 2. 20歳未満は15～19歳, 全体は15～49歳の女性人口千人当たりの中絶数。
 3. 日本は2016（平成28）年, フィンランド, ドイツは2015（平成27）年, 米国は2013（平成25）年, 英国は2012（平成24）年, スウェーデンは2010（平成22）年, フランスは2009（平成21）年の数値。
 4. 米国は, カリフォルニア, フロリダ, メリーランド, ニューハンプシャー, テキサス, ワイオミングの各州を除いた数値。

(備考) 英国NHSのホームページ, infopankki.fi(ヘルシンキ市が運営するフィンランドの生活情報サイト), フィンランド国立健康福祉センター (THL)・ヘルシンキ市・タンペレ市・エスポー市のホームページ, “Sexual and reproductive health in Finland” (THL), 「ネウボラ フィンランドの出産・子育て支援」(高橋睦子, かもがわ出版)等を参考に作成。

(2) 月経に伴う不調や疾病

(月経痛, 月経前症候群 (PMS) など)

現代の女性の平均初潮年齢は12歳2か月であり, 昭和30年代半ばと比べて1歳程度早まっている⁷⁴。月経時に下腹痛 (月経痛), 腰痛, 吐気, 頭痛などの随伴症状が出現する女性は多いが, そのうち日常生活に支障を来すほどのものを月経困難症という。

月経困難症には子宮や卵巣に異常がないもの (機能的月経困難症) と, 子宮内膜症や子宮筋腫などの疾患に起因するもの (器質性月経困難症) がある⁷⁵。月経痛が強い場合は後者を見据えて, 婦人科医による診断を受けることが推奨される。

また, 月経前3～10日の間, イライラ感, 怒りっぽくなる, 集中力低下といった精神的症状や, 下腹部痛, 腰痛, 乳房が張るといった身体的症状を感じる女性も多く, これを月経前症候群 (PMS) という。症状の種類や程度は人により様々であり, 特に精神症状が主で, その症状が強いものを月経前不安気分障害 (PMDD) という。

内閣府男女共同参画局の調査によると, 20代女性の約6割, 30代女性の約5割が月経痛があると回答し, また, 月経前の不調を感じると回答した女性も20代で約3割に上るなど, 20代, 30代の相当数の女性が月経に関する不調を感じていることが分かった (I-特-38図)。平成20年, 22年と相次いで低

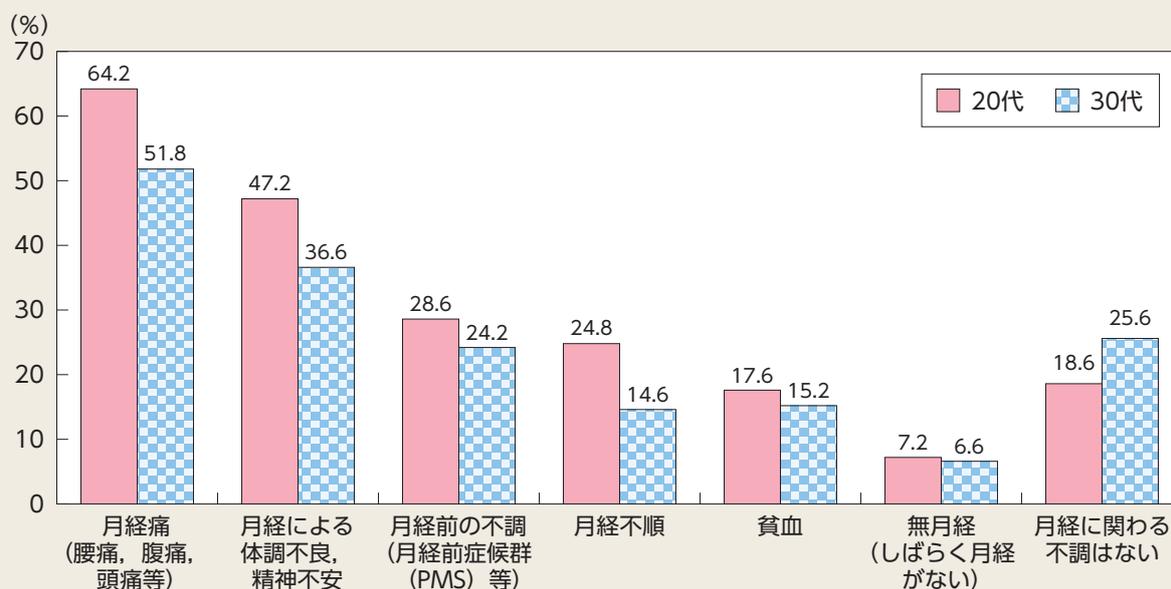
⁷⁴ 「第13回全国初潮調査」(大阪大学大学院人間科学研究科・発達心理学研究室, 平成23年)

⁷⁵ 「Health Management for Female Athletes Ver.3」(東京大学医学部附属病院女性診療科・産科, 2018年3月)

用量ピルが月経困難症の治療薬として保険収載されるなど、現在は、治療法の選択肢も数多いため、不調を我慢せず、早目に婦人科の診察を受けることが重要である。なお、低用

量ピルについて、月経痛の治療のほか、月経前症候群（PMS）の症状改善、月経過多の改善などの効用があることも指摘されている⁷⁶。

I-特-38図 月経に関する不調



(備考) 1. 内閣府男女共同参画局「男女の健康意識に関する調査」(平成30年)より作成。
2. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編集・監修「産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編2017」によると、無月経(続発無月経)とは、妊娠、産褥、授乳もしくは閉経以後のような生理的無月経以外で、これまであった月経が3か月以上停止した状態のこと。

(子宮内膜症等)

子宮内膜症は、本来、子宮の内側にある子宮内膜組織が、子宮の内側以外の卵巣等で発生・増殖する疾患である。卵巣や腹膜等で炎症や癒着が起こり、卵巣に病変ができると卵子の質の低下を来すことなどにより、不妊の原因となる。卵巣の病変が大きい場合は、卵巣がんが発生する可能性が高くなる。月経が起こることで発症し、女性ホルモンにより進行する疾患であり、近年、増加が指摘されている⁷⁷。20~30代の若年・働き盛り世代での発症が多く、ピークは30~34歳といわれる⁷⁸。

内閣府男女共同参画局の調査でも、通院しながら働く女性⁷⁹のうち、子宮内膜症で通院していると回答した者は30代がピークであった⁸⁰。子宮内膜症は進行性の慢性疾患であり、閉経まで長期に渡り、痛みや症状の進行を管理する必要がある。妊娠を考える前に子宮内膜症が発症すると、妊娠までに要する時間が長くなり、不妊治療が必要となる場合もある⁷⁷。

子宮内膜症と同じく、女性ホルモンで進行する病気として子宮筋腫や子宮腺筋症があるが、同じ調査によると、子宮筋腫で通院して

⁷⁶ 「低用量ピルの副作用について心配しておられる女性へ」(日本産科婦人科学会, 平成25年12月27日)。ただし、喫煙、高齢、肥満は低用量ピルによる静脈血栓症のリスクが高いと言われるなど、留意点もあるため、服用を希望する場合、医師によく相談する必要がある。

⁷⁷ 疾患の説明は、医療法人社団藤聖会女性クリニックWe富山院長 種部恭子医師(産婦人科医)によるもの。

⁷⁸ 「病気を知らう: 婦人科の病気『子宮内膜症』」(日本産科婦人科学会ホームページ)

⁷⁹ 有職で何らかの傷病で通院している20歳以上の女性を対象とした調査の結果。有効回答数は2,088名。

⁸⁰ 通院しながら働く女性のうち、子宮内膜症の割合を年代別に見ると、20代:12.5%, 30代:16.3%, 40代:12.9%, 50代:5.6%であった。

いと回答した者は40代がピークとなった⁸¹。子宮筋腫は発生部位により症状がない場合も多いが、子宮に変形を来す場合は、月経量の増加により貧血を伴う。また、妊娠時に大きな子宮筋腫を合併している場合は、早産などのリスクがある⁷⁷。

子宮内膜症も子宮筋腫も、働き盛りの女性に好発する。女性が活躍する上で、パフォーマンスを低下させ、かつ将来の妊孕性に影響を与える疾患でもあるため、キャリア設計と併せて治療計画を考える必要がある。

(3) 妊娠に伴う心身の症状

(妊娠期)

妊娠中、女性の身体は胎児の成長や出産に向けて準備をし、変化する。つわり、妊娠悪阻（つわりの強いもので、食事が取れなくなり、嘔吐が激しく栄養状態が悪化する症状）、妊婦貧血、妊娠浮腫（むくみ）などのトラブルはあるものの、多くの女性は順調に出産に至るが、時には妊娠高血圧症候群、切迫早産等の合併症が発生することもある⁸²。

女性の職場進出が進む中で、女性が働きながら安心して子どもを産めるよう、事業主には、妊婦健診のための時間の確保に加え、主治医等の指導があった場合は、勤務時間の短縮、休憩時間の延長、休業等の措置を取ることが義務付けられている⁸³。厚生労働省では、妊産婦が医師等による指導内容を事業主に的確に伝えられるよう、「母性健康管理指導事項連絡カード」を作成している。また、母性健康管理のための制度の利用を含め、妊娠・

出産・育児休業等を理由とする解雇等の不利益な取扱いは法律で禁止されており、平成29年1月からは、上司・同僚が職場において、妊娠・出産・育児休業等を理由とする就業環境を害する行為を行うことがないように防止措置を取ることが事業主に義務付けられた。

(産後)

出産後の女性は、わけもなくイライラしたり、気持ちが落ち込んだりすることがある。産後のホルモンなど体の内部の変化や、慣れない育児の疲れなどが原因とされている。「産後うつ」は、産後の女性の10～15%に起こるとされている⁸⁴。出産後は、女性は子どもの世話に追われ、自分の心や体の異常については後回しにしがちである。産後うつかもしれない、と思ったときは、迷わず医師、助産師、保健師に相談することが望ましい。

また、妊娠中や出産時に異常があった場合は、出産後も引き続き治療や受診が必要な場合がある。経過が順調と思われるときでも、医師の診察を受けることが望ましいとされる。

厚生労働科学研究の研究班が平成27年に全国約2,500の分娩取扱施設（有効回答数1,073施設）に対して行った調査によると、メンタルヘルスに問題があり介入が必要な妊産婦の割合は4%で、全国で年間約4万人と推計されている。メンタルヘルスの介入が必要と判断された妊産婦のうち、約半数は精神疾患を有しているか、又は精神疾患の既往があった⁸⁵。

⁸¹ 通院しながら働く女性のうち、子宮筋腫の割合を年代別に見ると、20代：4.8%、30代：15.2%、40代：27.9%、50代：16.3%であった。

⁸² 厚生労働省委託 母性健康管理サイト「妊娠・出産をサポートする女性にやさしい職場づくりナビ」

⁸³ 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項

⁸⁴ 厚生科学研究「産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動」（平成13、14年度）

⁸⁵ 平成27年度厚生労働科学研究「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」。日本婦人科医学会の会員で分娩を取り扱う2,453施設に平成27年11月の1か月間に分娩管理した妊婦についてアンケート調査を実施し、1,073施設（44%）から有効回答を得た。

また、平成29年度に、厚生労働省の補助により民間調査機関が実施した産後の女性を対象とした調査⁸⁶によると、妊娠・出産で女性が不安や負担を感じるのは、産後2週未満では「自分の体のトラブル」、「妊娠・出産・育児による体の疲れ」等があったと回答した者は半数超となった⁸⁷。不安を解消するために、産後2週未満の時期に必要なサービスとして、「自分の体のトラブルへの助言」、「育児の相談」、「悩み相談などや精神的支援」を求める意見が多く⁸⁸、国や自治体に期待することとして、「産後、訪問指導員がもっと早く来てくれると一番大変な時に相談できてよい」、「産後1～2か月は、感情のコントロールが難しく、不安があったので、この時期のサポートを強化してほしい」、「産後うつについて父親も交えて説明を受ける機会があるとよい」等の意見が挙げられた⁸⁹。

産後うつ病は、母親が辛いだけでなく、母子間の愛着形成を損ない、育児機能や乳児の発達に影響を与える⁹⁰。虐待のリスク因子の

一つであり、母子保健による見守りや介入等が必要である⁹⁰。厚生労働省では、平成21年度から、児童福祉法による乳児家庭全戸訪問（こんにちは赤ちゃん事業）を実施しているほか、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を提供するために、子育て世代包括支援センターを27年度から本格的に実施している。29年度には、センターの設置が市区町村の努力義務として法定化され、32年度末までに、地域の実情を踏まえながら全国展開を目指すこととしている。29年4月1日現在、525市区町村の1,106か所で実施されている。

さらに、平成29年7月に閣議決定された「自殺総合対策大綱」では、産後うつの予防等を図る観点から、産婦健康診査で精神状態の把握を行い、適切な支援に結び付けるほか、産後ケア事業の法律上の枠組みについて今後の事業の実施状況等を踏まえ検討することが盛り込まれた。

⁸⁶ 平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「妊産婦に対するメンタルヘルスケアのための保健・医療の連携体制に関する調査研究」報告書（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、平成30年3月）

⁸⁷ 16の市の協力を得て、3～4か月児健康診査の機会を活用し、産後の女性を対象に、「妊娠中」、「産後2週未満」、「産後2～8週」、「現在」の時期ごとに、どのような不安や負担を感じたかを調査した（複数回答）。

⁸⁸ 同じく、「妊娠中」、「産後2週未満」、「産後2～8週」、「現在」の時期ごとに、妊娠・出産・産後期間の不安を解消するために必要なサービスを調査した（複数回答）。

⁸⁹ 自由記入で回答。

⁹⁰ 増山寿「産後のうつ」（日本産科婦人科学会編著『HUMAN+』、2014年）

「妊娠期からの切れ目のない支援の充実と産婦健診等の取組」(横浜市)

横浜市は、日本の市区町村で最大の人口を有し（平成29年3月末現在）、年間出生数も市区町村で最大の約3万人に上る（27年）¹。

これまで、母子ともに安心して出産・育児ができるよう、18区の区福祉保健センターにおいて、母子健康手帳の交付や乳幼児健康診査等の母子保健事業を実施してきた。平成29年度からは、妊娠期からの相談支援の充実を図るため、看護職の「母子保健コーディネーター」を順次配置するモデル事業を開始。母子保健コーディネーターが、妊娠届出時に妊婦の面接を実施し、身体のことだけでなく、家族の状況、出産前後の支援の有無、育児の不安等を丁寧に聞き取って、個別の不安や相談に対応するとともに、「妊娠・出産・子育てマイカレンダー」²を使い、出産・子育てに向けての生活のイメージを妊婦とともに作っている。妊娠中から相談しやすい関係をつくり、これまで以上に予防的な支援を強化している。



また、18区に設置されている地域子育て支援拠点では、プレママ・プレパパ講座を開催するなど、地域の中で安心して子育てができるよう、当事者性を活かした支援を行うとともに、横浜子育てパートナーが、個々の子育て家庭のニーズに応じたきめ細かい相談支援を行っている。

区福祉保健センターと地域子育て支援拠点³が、それぞれの特徴を活かしてより一層、連携・協働することにより、「横浜市版子育て世代包括支援センター」として、すべての妊産婦が、安心して出産・子育てに向かえるよう、妊娠期からの切れ目のない支援の充実を目指している。

また、市では、産後うつ⁴の早期発見・早期支援の取組にも力を入れる。平成29年6月からは、国の補助事業であるエンジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）⁴を取り入れた、産婦健康診査事業を、全国に先駆けて開始した（29年度は市内の契約医療機関のみ、30年度は市外の契約医療機関にも拡大）。産後2週間及び産後1か月の健診⁵において、産後うつスクリーニングを行い、母親の心の健康を確認している。産後うつのリスクが高いと判断された場合は、引き続き、産科医療機関が経過観察をするほか、必要に応じて区福祉保健センターに情報が提供され、保健師が訪問し、母親の状況を確認する。その後は、産後母子ケア事業⁶やヘルパー派遣事業等の利用、状況によっては精神科の治療につなげるなど、継続的に支援する。今後も、関係機関の連携により、産後うつフォロー体制の強化を目指す。

1 「統計でみる市区町村のすがた2017」（総務省統計局）

2 妊婦が母子保健コーディネーターと相談しながら、妊婦健診、母親（両親）教室、出産予定日、産婦健診、乳幼児健診など、各自の妊娠・出産に関する予定を書き込むもの。地域の子育て情報のほか、赤ちゃんとの生活に向けて各家庭で準備する項目等も掲載。

3 主に就学前の子どもとその保護者（妊娠期を含む）が気軽につどい、親子同士の交流や、子育てに関する相談等ができる施設。

4 英国で開発され、現在、世界の多くの国で使用されている産後うつのスクリーニング・ツール。（横浜市記者発表資料「産婦健康診査事業を開始します！」、平成29年5月25日）

5 健診費用のうち、5千円まで助成。産後2週間健診は医師が必要と認めた方のみ。

6 育児不安等を抱える産後4か月未満の母子を対象に、市内の助産所等で、母体のケア（健康管理や乳房ケア等）、赤ちゃんのケア（発育や発達のチェック等）、授乳や沐浴などの育児指導等を行う事業。

「県、市町村、民間が連携した民立民営の宿泊型施設で産後ケアをサポート」(山梨県)

平成28年1月、山梨県に出産前後の母親を支援する「産前産後ケアセンター」が開設した。施設は民立民営で、育児への不安や負担感を抱える産後間もない母親に産後ケアを提供している。県はこの施設に対し、県内全市町村との協働で、宿泊型の産後ケア事業を委託しているのが特徴である¹。産後4か月までの母子を対象とし、宿泊しながら、助産師等による母体のケア、育児に関する相談、沐浴や授乳などの育児指導を受けることができる。



山梨県の母子保健事業は、各市町村の規模が小さいこともあり、従来、地域の保健師が丁寧な対応をしてきた。一方、県の少子化対策の検討の中で、出産した母親の多くは、産後3～4か月までの間に不安を抱えがちであるという実態と、この時期の母子への支援が不十分であるという課題が明らかになったという。そこで、県では、産前産後の切れ目のないサポートを目指し、県内全市町村の協力を得て、市町村との協働による、

産後ケア事業を立ち上げた。これにより、宿泊型産後ケアを事業者に委託し、利用者の自己負担額が軽減され、子育てに不安を抱える母親が、産後ケアを利用しやすい環境が整備された。

産前産後ケアセンターは、県内全域からアクセスしやすい県央の石和温泉（笛吹市）に位置し、施設の設置運営は県内の学校法人健康科学大学が行った。施設は、母子が宿泊できる部屋を6室備え、県有の源泉から施設内の浴室に温泉を引く。施設利用料として、基本料金3万3,900円（1泊2食）のうち、利用者の住む市町村と県が概ね4割ずつを補助し、利用者の負担額は約2割にあたる6,100円となっている（平成30年3月現在）。さらに独自に利用者の負担額を補助する市町村もある。

宿泊型ケアの利用者数は、平成30年3月末までの約2年間で延べ482組（滞在数は計1,192泊）となり、年度を追うごとに増加している。利用者は子育て経験の浅い、1人目を出産した30代が多い。利用の窓口となる県内各市町村では、妊娠届出時の面接で、支援を必要とする妊婦を把握し、産前産後ケアセンターでの事業を紹介するなど、県と一体となって切れ目のない支援体制の整備に努める。また、県と市町村で構成する山梨県産後ケア事業推進委員会において、母子保健行政に係る様々な課題検討、情報共有が進められている。今後も、支援を必要とする母親が、より一層産前産後ケアセンターを活用できるように、継続的な周知活動を行っていく。

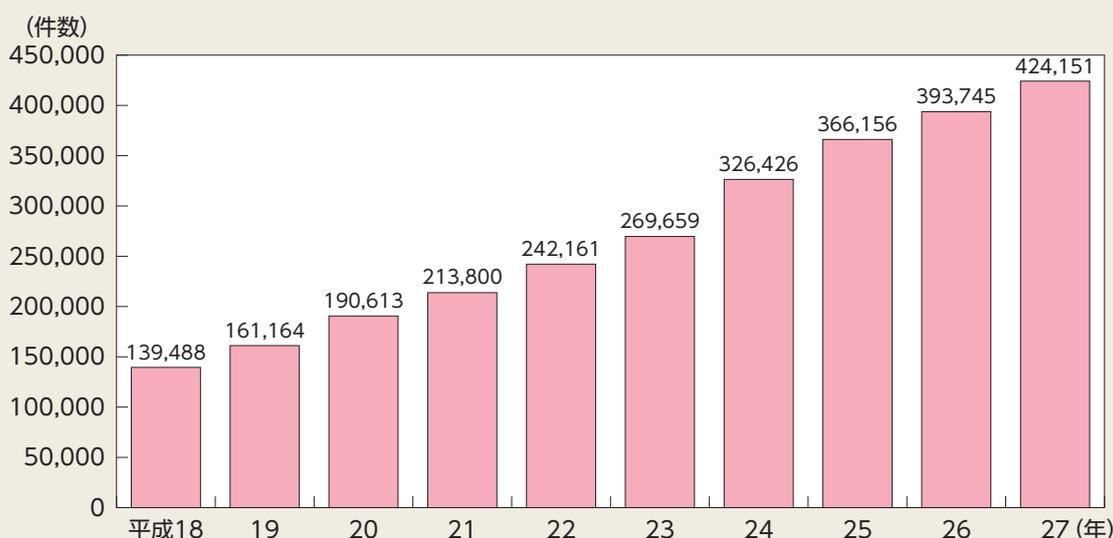
¹ 産前産後ケアセンターでは、産後の宿泊型ケアのほか、妊婦向けの健康教室や個別相談、プレパパママ教室、産前産後の日帰り型ケアや24時間年中無休の電話相談等も実施している。

(4) 不妊

婚姻年齢の上昇や晩産化に伴い、不妊に悩む者や不妊治療を受ける者の数も増加傾向にある。国立社会保障・人口問題研究所の平成27年調査では、不妊の心配をしたことがある夫婦の割合は35%（17年調査では25.8%）、実際に不妊の検査や治療を受けたことのある夫婦は18.2%（5.5組に1組、17年調査では13.4%）と、いずれも10年前と比べて増加した⁹¹。体外受精の延べ件数を見ても、27年には40万件を突破し、10年前の3倍となった（I-特-39図）。ただし、生産分娩率（総治療数に占める生産分娩数の割合）を見ると、年齢の上昇に伴って下がる（I-特-40図）こと等から、必ずしも治療を始めてすぐに希望通りに妊娠することができるとは限らず、費用や仕事の調整などの負担を抱える者も多い。男女が希望する妊娠・出産を実現するためには、妊娠等に関する正確な知識の普及啓発のほか、不妊等の相談体制の整備、仕事と治療との両立支援、経済的支援等が求められる。

厚生労働省では、不妊治療を行う者の経済的負担の軽減を図るため、一定の要件の下、1回の治療につき15万円（初回は30万円）の助成を実施している⁹²。助成延件数は、事業創設当時（平成16年度）に約1万8千件だったが、平成28年度には14万2千件となった。また、不妊や不育症に悩む夫婦等に対して、不妊治療に関する専門的知識を有する医師等が相談支援を行う不妊専門相談センター事業を実施している。29年7月1日現在、全国に66か所のセンターが設置されており、28年度には全国で2万件超の相談対応を行った。実施主体は都道府県・指定都市・中核市であり、相談者の意見や地域の状況等を踏まえ、センターごとに、不妊に悩む当事者間の交流会や週末・夜間の相談対応の実施など、独自の取組も行っている。厚生労働省では、28年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」に基づき、31年度末までに、全都道府県・指定都市・中核市にセンターを配置するよう取組を進めている。

I-特-39図 体外受精の延べ件数の推移

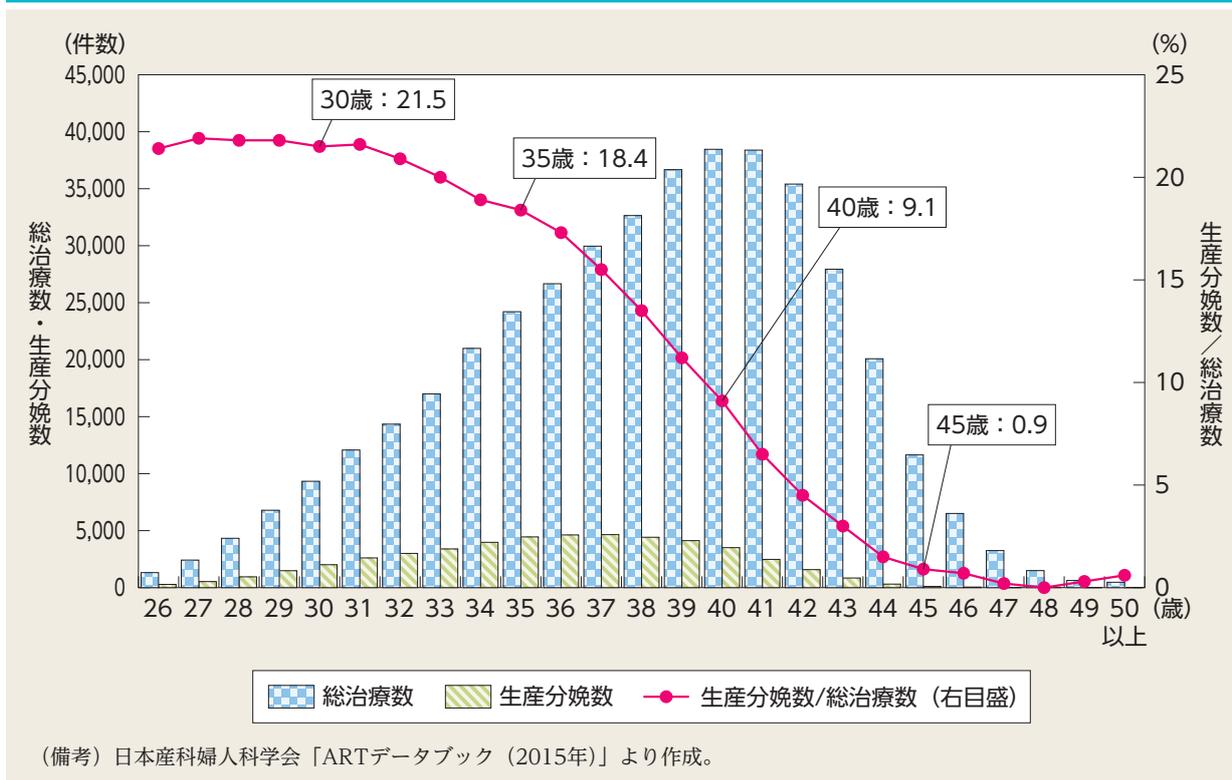


(備考) 1. 日本産科婦人科学会「ARTデータブック（2015年）」より作成。
2. 件数は、IVF（GIFT、その他を含む）、ICSI（SPLITを含む）、凍結融解胚（卵）の合計値。

⁹¹ 「第15回出生動向基本調査（結婚と出産に関する全国調査）」（国立社会保障・人口問題研究所，平成29年3月31日）

⁹² 初めて助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満の時は通算6回まで、40歳以上43歳未満の時は通算3回まで助成。また、730万円（夫婦合算の所得ベース）の所得制限がある。

I-特-40図 体外受精における年齢と生産分娩率



(5) 女性とがん

国立がん研究センターによると、生涯でがん罹患する確率は、男性62% (2人に1人)、女性46% (同) である。また、生涯でがんにより死亡する確率は、男性25% (4人に1人)、女性は16% (6人に1人) であり⁹³、罹患率、死亡率ともに男性の方が高い。

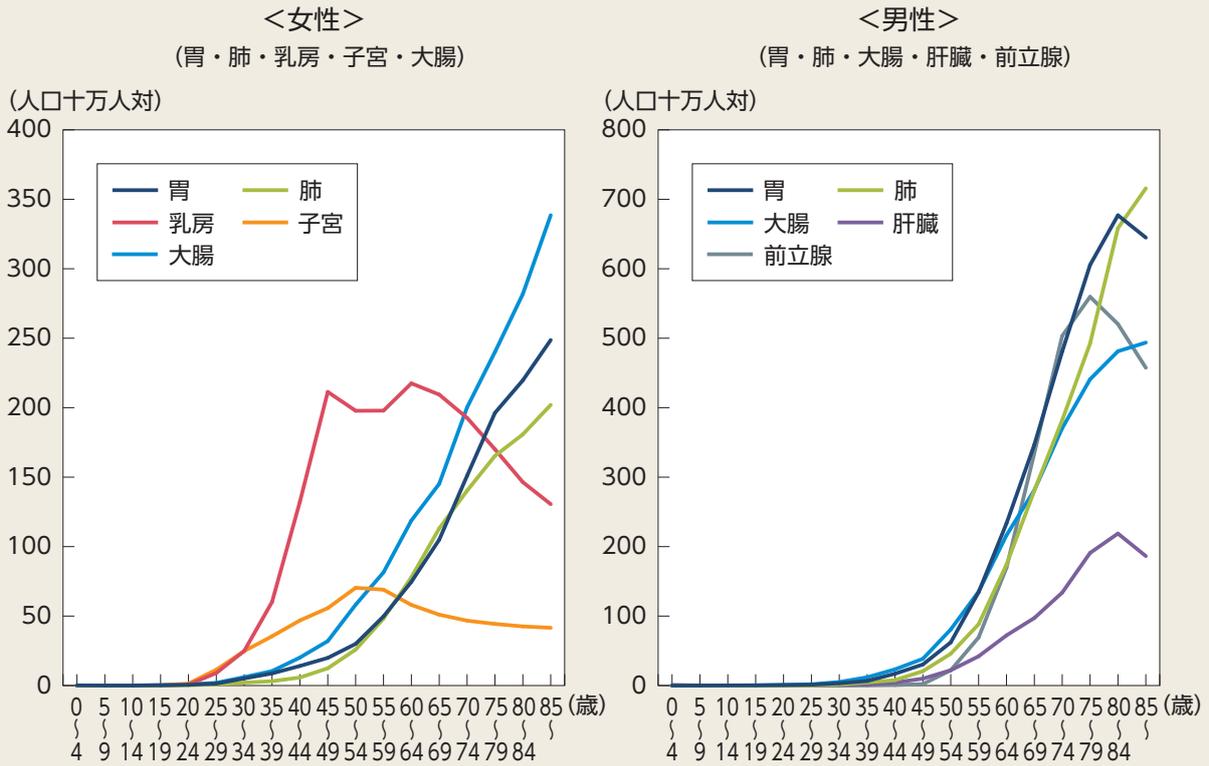
しかしながら、年齢階級別にがんの罹患率を見ると、20代後半から50代前半までは、女性が男性を上回る。この理由として、男女別に罹患数が多い順に上位5つのがんを見ると、女性で1位の乳がんとは5位の子宮がんは、20代後半から罹患率が上昇し、40代後半～

50代前半でピークになるのに対し、胃がんや大腸がん、肺がんなど男性の罹患率が高いがんは、年齢が上がるほど罹患率も上がる (I-特-41図)。乳がんは年間約7万7,000人、子宮がんは約2万4,000人、そのうち子宮頸がんは約1万人が罹患する重大な疾患である⁹³。また、乳がんや子宮がんは5年相対生存率が高く⁹⁴、早期発見のために検診受診率の向上が重要である。40～50代は働き盛り世代であり、罹患者本人にとっても企業にとっても、治療と仕事の両立が重要な課題である。

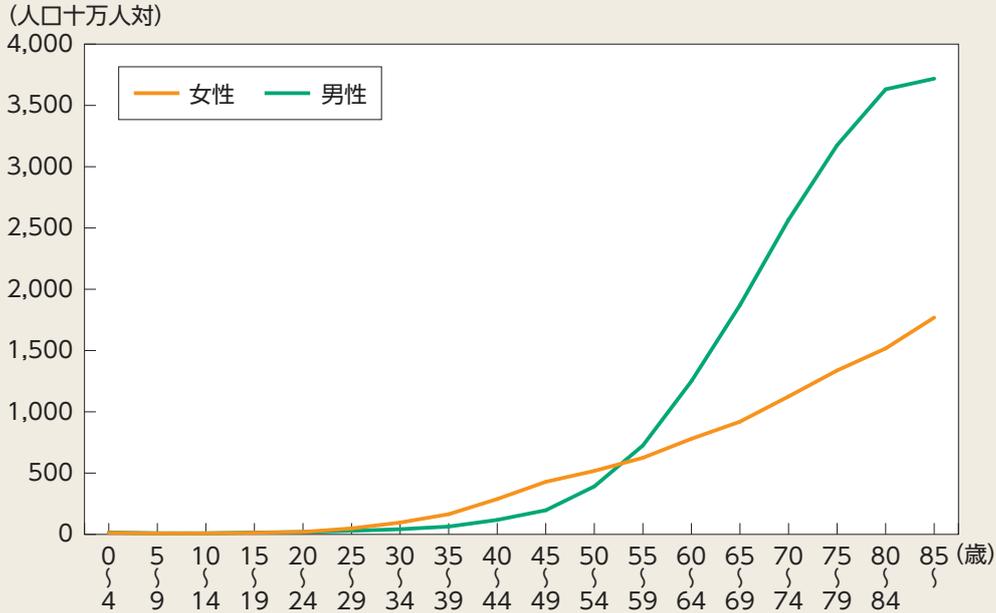
⁹³ 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

⁹⁴ 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」。2006～2008年診断例による5年相対生存率は、乳がん (女性) 91.1%、子宮がん76.9%、子宮頸がん73.4%であり、全部位 (女性) 66.0%、全部位 (男性) 59.1%と比較して高い。

I - 特 - 41 図 年齢階級別がん罹患率 (平成25年)



<女性・男性>
(全部位)



(備考) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より作成。

古田 智子（ふるた ともこ）

NPO法人ビーシーアンドミー代表理事。

1965年生まれ。東京都出身。国・地方公共団体を事業領域としたシンクタンク等を経て、2013年2月、株式会社LGブレイクスルー設立。14年7月、乳がんと診断され、8月に温存手術、その後、放射線治療、抗がん剤治療を行い、現在はホルモン療法中。16年4月、NPO法人ビーシーアンドミーを設立し、企業研修のほか、東京都浴場組合と協力して、公衆浴場で乳がん検診を啓発する「おっばい銭湯」等の取組を実施。



乳がん患者数は年々増加しており、平成25年現在、女性の11人に1人は一生のうちに乳がんと診断されると言われており、誰もが罹り得る病気である。また、乳がん罹患のピークには、職場でも家庭でも多くの責任を持つ40代後半の働き盛り世代が含まれる。

官公庁ビジネスソリューション事業を経営する古田智子さんも、平成26年、起業直後に40代で乳がんを罹患した。自身が治療を行う中で初めて、乳がんは死に至る病でなく、治療後に日常生活を取り戻している患者が大勢いること、短期の入院や通院での治療が可能であり、罹患しても働き続けられるケースが多いことを実感したという。

古田さんは、自身の経験から、平成28年に、乳がん治療と仕事の両立ができる社会づくりを目指して、NPO法人ビーシーアンドミーを立ち上げた。古田さんのもとには、乳がんを罹患した方から多数の相談が寄せられるが、なかには、乳がんだと会社に告げたところ、望まない配置転換や契約解除をされたケースの他、治療と仕事の両立は無理だと考えて、本人が自発的に辞めてしまうケースもあるという。

40～50代の最も活躍する世代の女性が乳がんによりキャリアを絶たれることは、本人のみならず、人材育成に投資してきた企業にとっても大きな損失である。古田さんは、こうした思いで、乳がんを罹患した社員が働き続けられるよう、企業と協力して管理職向けの研修等の事業に取り組んでいる。

インターネット・通信関連事業を中心に、医療機関向けシステム事業、調剤薬局事業を展開する株式会社ソフィアホールディングス（東京都新宿区）は、平成29年11月、ビーシーアンドミーの企画により、「もしも上司が・部下が・同僚が乳がんになったら」と題する社員向けの研修を行った。同社の新村直樹社長によれば、医療関連の分野でビジネス展開する以上、自社においても、がん治療と仕事の両立に関するノウハウを持たなければいけないと考え、研修を実施したという。

研修への参加は任意であったにも関わらず、男性管理職も含め、社員の半数以上が参加した。参加した社員からは、仮に乳がんを罹患した場合でも、治療のサイクルに併せた仕事の段取りにより十分な成果を上げられることや、コミュニケーションの取り方などががん以外の疾患で療養している社員にも応用できることに気づいた、等との声が上がった。

ソフィアホールディングスは、現在でも、療養が必要な社員がいる場合、本人の状況を踏まえて、柔軟に対応しているが、今回の研修を一つの契機に、将来的には、治療と仕事の両立に向けた制度の整備も視野に入れていくという。



(6) 更年期障害

日本人女性の閉経の平均年齢は50歳であり、その前後の約5年（45～55歳頃）を更年期という。この期間に現れるさまざまな症状の中で他の病気に伴わないものを更年期症状、その中でも症状が重く日常生活に支障を来すものを更年期障害と呼ぶ。I-特-34図で示した通り、女性の場合、閉経に伴って女性ホルモン（エストロゲン）の量が急減する。更年期障害の主な原因はこの女性ホルモンの急激な低下であり、のぼせ、汗、寒気、冷え症、動悸等の自律神経失調症状や、イライラ、不眠、抑うつ気分、思考力の低下等の精神症状、関節痛、肌の乾燥などのエストロゲン（女性ホルモン）欠乏症状など多彩な症状が発現する⁹⁵。

更年期障害は、有症率に関する正確な統計がなく実態の把握が遅れており、医療政策において、これまであまり強調されてこなかった分野だと言える。更年期症状の程度は個人差が大きく、日常生活に支障を来すほど症状の重い者は一部であること、一生続くことはなく、閉経後一定の年数を経過すると鎮静化すること、発症した場合、QOL（生活の質）は低下するが生命に関わるものではないこと等が背景にあるものと考えられる。なお、かつて更年期障害は女性の病気と考えられていたが、最近では、男性ホルモンであるテストステロンの低下により、男性でも更年期障害の症状が現れることが分かっている（LOH（ロー）症候群；加齢男性性腺機能低下症候群）。ただし、男性の場合、更年期障害が起こる時期は個人差がより大きく、男性ホルモンの低下が始まる40歳以降、どの年代でも起こる可能性がある⁹⁶。

内閣府男女共同参画局の調査によると、40代女性では約4割が、50代女性では5割以上が更年期の症状を感じており、うち1割前後の者が治療をしていると回答した。一方、男性も、40～60代以上の年代で、2割前後が更年期に関わる不調を有していた。

更年期の年代の女性は、更年期障害によりパフォーマンスが低下する一方で、仕事や生活の負荷が大きい。介護を抱える年代でもあり、自身の将来への不安も大きくなり、うつ病も発症しやすいと言われる⁹⁷。更年期障害の治療法として、少なくなったホルモンを補う治療法（ホルモン補充療法）が有効であるとされている⁹⁸。更年期障害と同じ症状が現れる他の疾患もあるため、まずは医師の診断を受けることが重要である。

(7) 老年期の健康上の課題 （フレイル）

フレイル（虚弱）とは、加齢とともに筋力や認知機能等の心身の活力が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの危険性が高くなった状態をいう。多くの高齢者は、健常な状態から中間的な段階であるフレイルを経て、要介護状態に陥る。フレイルは適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能である。フレイルの早期発見と予防は、高齢者が健やかに過ごすために、非常に重要である。

国立長寿医療研究センターにおいて、65歳以上の高齢者を対象に、体重減少、筋力低下、疲労感など5つの観点からフレイルのチェックを行い、集計したところ、フレイルもフレイル予備群も女性で多かった（I-特-42図）。年齢が上がるほどフレイルの有症率が上がることで、フレイルが自立喪失の発

⁹⁵ 症状等の説明は、「病気を知ろう：婦人科の病気『更年期障害』」（日本産科婦人科学会ホームページ）を参考に記載。

⁹⁶ 男性の更年期障害の説明は、「よくある男性の病気『男性の更年期障害とは』」（日本Men's Health医学会ホームページ）、NHK健康ch「更年期障害対処法『男性の更年期障害』」（堀江重郎順天堂大学教授）を参考に記載。

⁹⁷ 女性の健康推進室ヘルスケアラボ「うつ」によると、女性ホルモンの変化に連動したうつとして、「月経前症候群（PMS）の一症状としてのうつ」、「マタニティブルー」のほか、「更年期障害に伴ううつ」もよくみられる。

⁹⁸ 治療法の説明は、「病気を知ろう：婦人科の病気『更年期障害』」（日本産科婦人科学会ホームページ）、女性の健康推進室ヘルスケアラボ「更年期障害とは？」、同「更年期の治療法」、久保田俊郎『「ホルモン補充療法」を味方につけて』（日本産科婦人科学会編著『HUMAN+』、2014年）を参考に記載。

生リスクを高めることが分かっており⁹⁹、特に平均寿命の長い女性では、高齢になるほど、フレイルの早期発見と効果的な支援が求められる。

「2 生活習慣」において、20~40代の女性のやせの傾向について説明したが、65歳

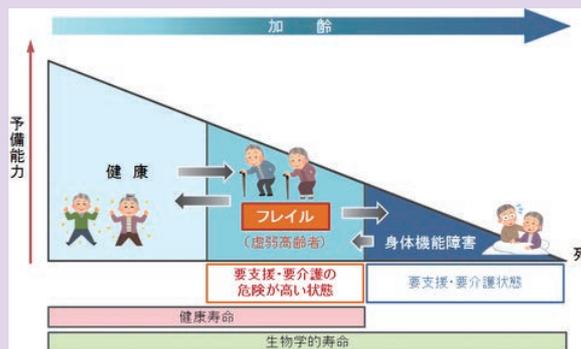
以上の高齢者の女性でも、低栄養傾向（BMI20以下）の者が5人に1人に上り、増加傾向にある¹⁰⁰。加齢に伴う食欲の低下はフレイルの身体的側面の一つである低栄養につながることから、栄養指導や口腔機能低下の予防等の側面からの支援も必要とされる。

「フレイル」とは

フレイルとは、健康と要介護の中間の状態、虚弱を意味する“Frailty”を語源に作られた言葉である。従前、“Frailty”を表す日本語として、「虚弱」や「老衰」などが使われてきたが、加齢で老い衰えた状態で、健全な状態には戻らないという誤った印象を与える等の指摘があった。そこで、“Frailty”について正しい理解を促進し、社会の認知度を上げるため、日本老年医学会のワーキンググループで検討した結果、「フレイル」の用語を使用することで合意した。フレイルの定義や判定基準は、世界中で議論されているが、いまだコンセンサスを得られていない。国立長寿医療研究センターでは、体重減少、筋力低下、疲労感、歩行速度の低下、身体活動の低下の5つの基準のうち3つに該当した場合に、フレイルと判定している。

高齢になることはフレイルの危険因子の一つだが、それ以外に、高血圧や糖尿病、骨粗しょう症などの慢性疾患、体脂肪率が高く筋肉量が少ないなどの体型の特徴などもフレイルの危険因子とされる。また、身体的要因だけでなく、うつや認知症などの精神・心理的要因、社会的な活動の低下や閉じこもりなどの社会的要因もフレイルに密接に関連しており、これらの要因がお互いに影響しながら悪循環を形成し、フレイルに陥ると考えられている。

<フレイルの概念図>



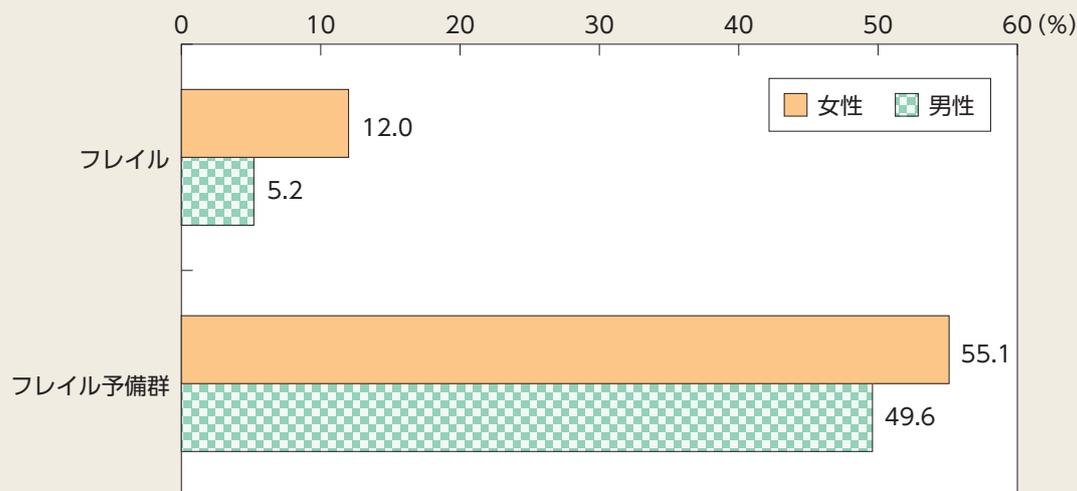
葛谷雅文(2009)日本老年医学会雑誌を参考に一部改変
(国立長寿医療研究センターホームページより抜粋)

(備考) 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（平成26年5月）、女性の健康推進室ヘルスケアラボ「フレイル」、国立長寿医療研究センター「健康長寿教室テキスト」（平成26年7月）、国立長寿医療研究センターNILS-LSA研究室「No.27 フレイルに気をつけて」等を参考に作成。

⁹⁹ 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが群馬県草津市の高齢者約1,500人の平均7年（最大12年）の追跡研究を行った結果、フレイル無し群に比べて、フレイル群では自立喪失の発生リスクが約2.4倍となった。

¹⁰⁰ 「平成28年国民健康・栄養調査」（厚生労働省、平成29年9月21日）

I-特-42図 フレイルとフレイル予備群の占める割合



(備考) 1. 国立長寿医療研究センター「すこやかな高齢期をめざして“フレイルに気をつけて”」より作成。
 2. フレイルのチェック事項5項目(体重減少, 筋力低下, 疲労感, 歩行速度の低下, 身体活動の低下)のうち, 3項目以上該当をフレイル, 1~2項目該当をフレイル予備群と定義。

厚生労働省では、平成28年度から、高齢者の栄養指導、口腔機能低下に関する相談・指導等のモデル事業を実施してきたが、この効果検証を踏まえ、30年度から栄養、口腔、服薬などの面からの高齢者の保健事業の全国的な横展開を進めている。

(要支援・要介護)

前述の通り、フレイルに陥っても、栄養の改善や運動などで健全な状態に戻ることは十分に可能である。一方で、加齢に伴う心身の衰弱は人によって進行や状態が異なるほか、傷病等により介護が必要な状態となる者もいる。

厚生労働省の「介護保険事業状況報告」によると、65歳以上の要介護認定者数は、平成27年度末現在で607万人(女性422万人、男性185万人)であり、12年の247万人から伸び続け、2.5倍となっている。また、各年齢階層の人口に占める認定割合を男女別に見ると、男女とも80歳以上になると認定率が急上昇するが、特に女性の上昇率が男性と比

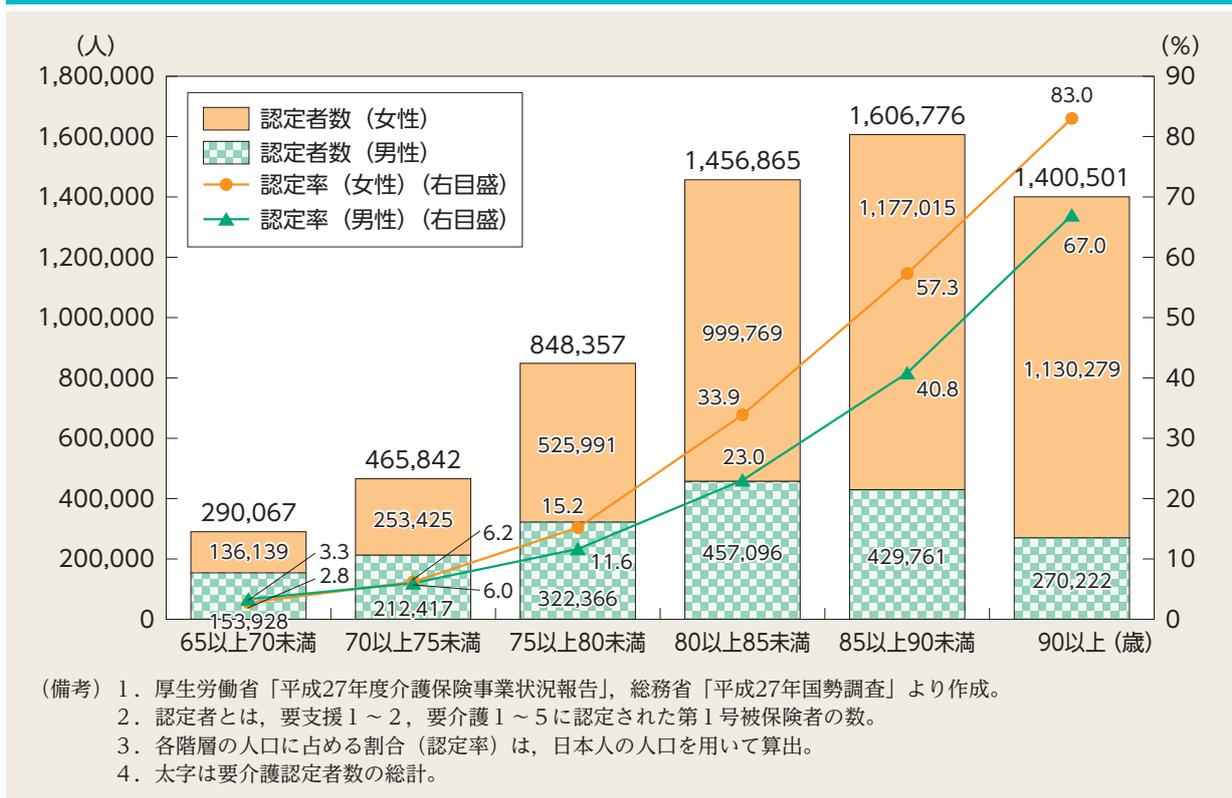
べて高い(I-特-43図)。

男女別に介護が必要となった主な原因を見ると、男性は「脳血管疾患(脳卒中など)」が多いのに対し、女性は「関節疾患(リウマチ等)」、「認知症」、「骨折・転倒」、「高齢による衰弱」が多い(I-特-44図)。このように、認定の原因の違いにも男女の違いが現れている。なお、関節疾患や骨折・転倒に見られるように、加齢や病気で骨や筋肉等の「運動器」の機能が落ちて、歩行や日常生活に支障がでている状態を「ロコモティブシンドローム(運動器症候群)」と呼び、進行すると介護のリスクが高まるため、日本整形外科学会等は、「ロコトレ(ロコモーショントレーニング)」などの運動習慣で移動機能の低下を予防するよう呼びかけている¹⁰¹。

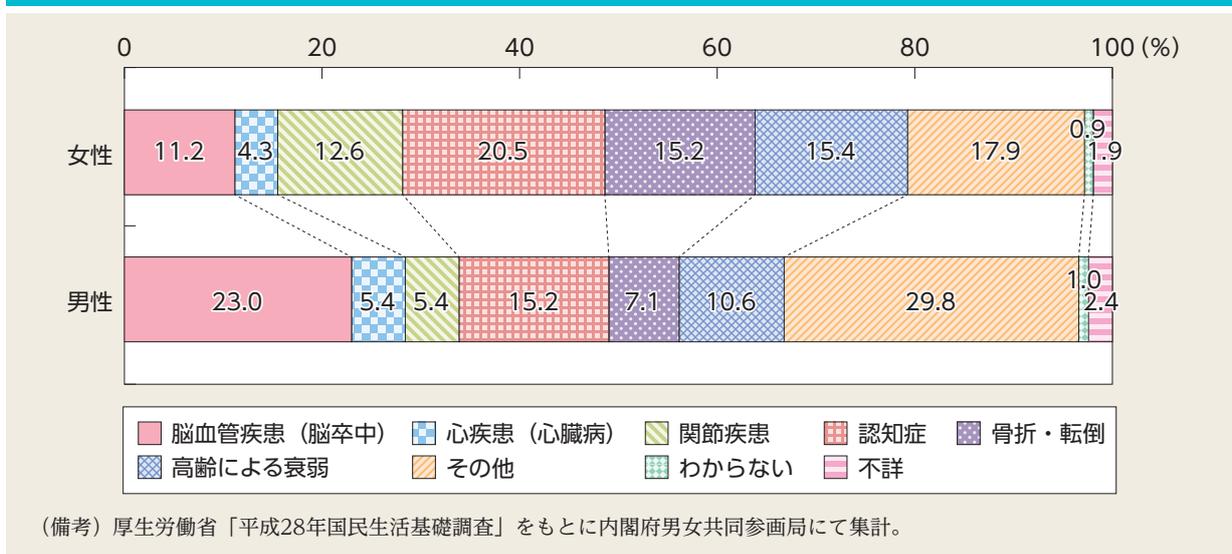
ここで説明した更年期障害やフレイル等のほか、骨粗しょう症なども50代以降の女性の大きな健康問題の一つだが、これについては「6 性差医療と女性外来の取組」で述べたい。

¹⁰¹ 「ロコモパンフレット2015年度版」(日本整形外科学会)

I-特-43図 要介護認定者数と認定率（年齢階級別）



I-特-44図 介護を要する者の性別に見た介護が必要となった主な原因（65歳以上）



4 定期健診やがん検診等による健康の維持・病気の予防

(定期健診等)

定期健診（一般健診）や、生活習慣病予防のための特定健診は、健康の保持増進のために、そのときの健康状態を調べて、問題があった場合に改善するために、毎年定期的に受診することが重要である。男女別・年齢別に健

診等（健康診断、健康診査、人間ドック）の受診状況を見ると、いずれの年代でも男性の方が受診率が高く、特に働き盛り世代の30～50代で男女の差が大きい。女性のうち、正規職員、非正規職員、仕事なしで家事を担う者を比べると、正規職員の場合、いずれの年代でも8割以上の者が健診を受けているのに対し、非正規職員では30代で約6割、40

代で約7割であり、仕事なしで家事を担う者では30代で約3割、40代で約5割である。
(I-特-45図)。

(市町村や職域のがん検診)

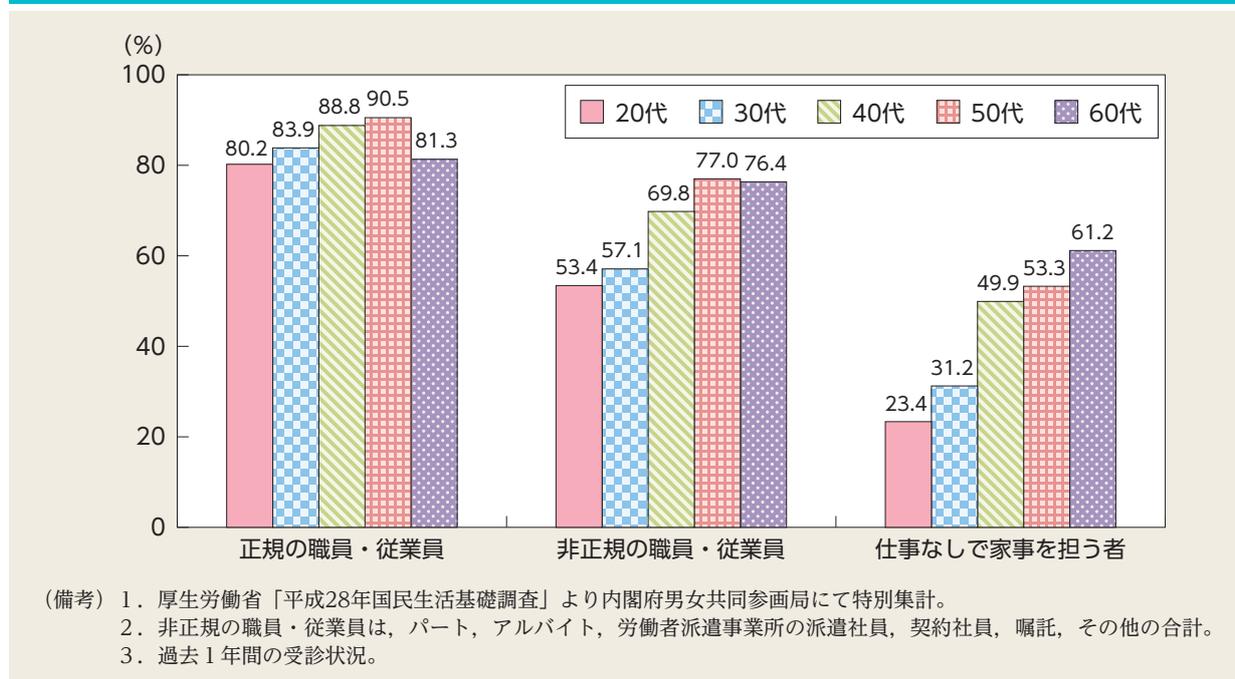
がん検診は、病気の早期発見・早期治療を可能にするために極めて重要である。厚生労働省では平成20年に指針¹⁰²を策定し、市町村による科学的根拠に基づく検診を推進している。ほとんどの市町村では、がん検診の費用の多くを公費で負担しており、無料又は一部の自己負担でがん検診を受けることができる¹⁰³。勤務先で加入する健康保険組合等でもがん検診を実施している場合がある。

厚生労働省では、子宮頸がん、乳がん、胃がんについて2年ごと、肺がん、大腸がんについて1年ごとの検診を推奨している。「第4次男女共同参画基本計画」では、子宮頸がん検診、乳がん検診について、受診率を

50%とすることを目標としているが、平成28年における子宮頸がん検診の受診率(過去2年間)は42.4%(20~69歳)、乳がん検診の受診率(過去2年間)は44.9%(40~69歳)と、いずれも目標に達していない。国際的に見ても、他の先進諸国と比べると、両検診とも低い水準にとどまる(I-特-46, 47図)。

子宮頸がん検診、乳がん検診の受診率について、正規職員、非正規職員、仕事なしで家事を担う者を比べると、子宮頸がん検診は20代、30代の若い世代で非正規職員の受診率が低い。乳がん検診は、厚生労働省が推奨する40代以上の受診状況を見ると、非正規職員と仕事なしで家事を担う者で低い。また、正規職員、非正規職員、仕事なしで家事を担う者のいずれも、年代により受診状況にばらつきがあった(I-特-48図)。

I-特-45図 女性の健診受診率



¹⁰² がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(健発第0331058号平成20年3月31日付け厚生労働省健康局長通知別添)
¹⁰³ 厚生労働省「平成28年度 市区町村におけるがん検診の実施状況調査集計結果」によると、子宮頸がん検診、乳がん検診(集団検診)について、回答のあった自治体のうち、「対象者全員自己負担なし」が10.2%(子宮頸がん)、10.3%(乳がん)、「高齢者は自己負担なし」が38.2%(子宮頸がん)、37%(乳がん)、「一部の対象者は自己負担なし」が64.6%(子宮頸がん)、63.8%(乳がん)、「対象者全員自己負担あり」が16.3%(子宮頸がん)、17.3%(乳がん)であった(複数回答)。また27年度調査集計結果によると、市町村のがん検診の平均単価は、子宮頸がん検診で1,396円、乳がん検診(乳房エックス線検査)で1,291円であった。

平成27年12月に策定された「がん対策加速化プラン」では、市町村のがん検診の受診率対策、職域のがん検診の実態把握とガイドライン策定等が取組の強化を図るべき事項とされた。また、30年3月に閣議決定された

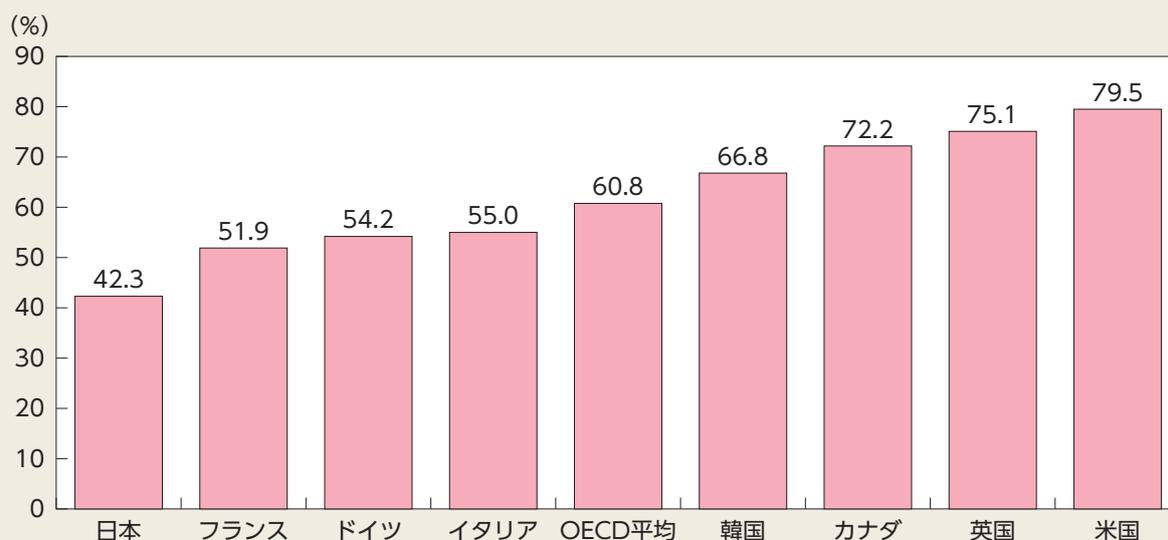
第3期の「がん対策推進基本計画」（以下「がん基本計画」という。）において、市町村による効果的な受診勧奨や女性が受診しやすい環境整備等により、がん検診の受診率向上に取り組むことや、職域におけるがん検診のガ

I-特-46図 子宮頸がん検診を受けた20～69歳女性の割合（国際比較）

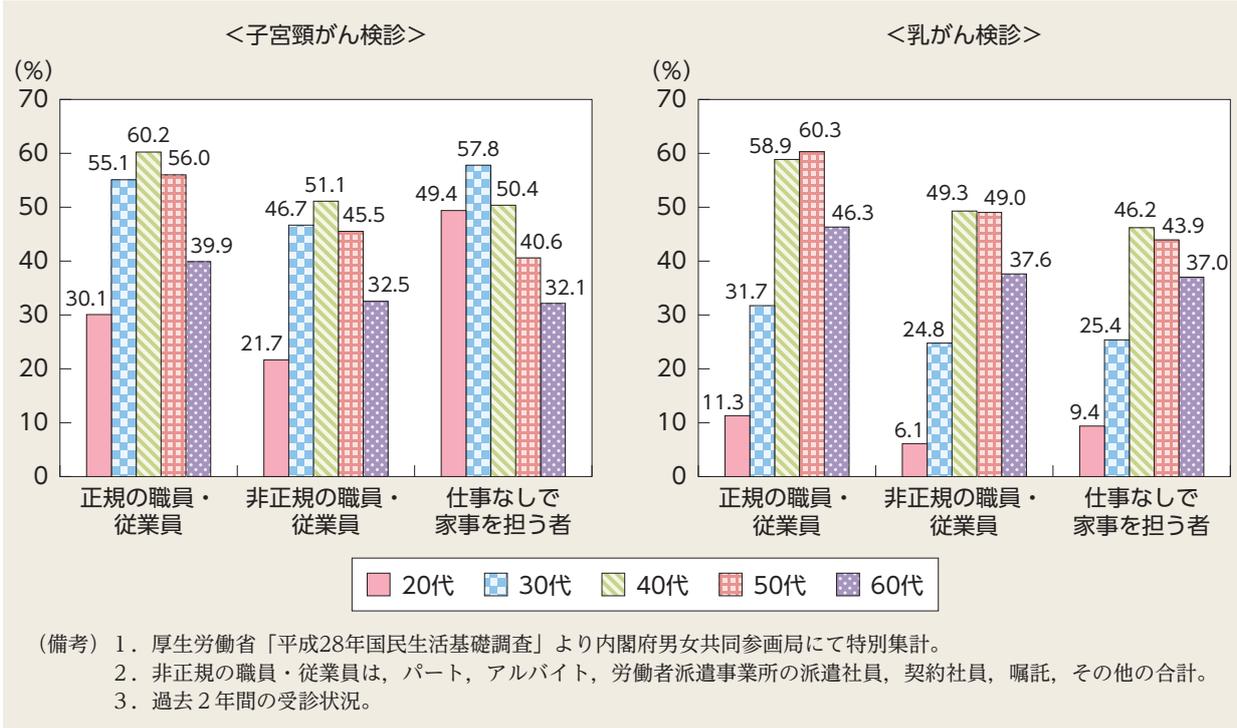


- (備考) 1. 日本は厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」、その他はOECD “Health at a glance 2015” をもとにOECD “OECD.Stat” より2015（平成27）年を基準年とし、2015（平成27）年又は近い公表値を用いて作成。
 2. 日本は2016（平成28）年、フランス、ドイツは2014（平成26）年、カナダは2012年（平成24年）、それ以外は2015（平成27年）の値。
 3. 米国、フランス、カナダ、ドイツ、日本は調査結果に基づく値。その他は国の検査プログラムから収集した値。

I-特-47図 乳がん検診を受けた50～69歳女性の割合（国際比較）



- (備考) 1. 日本は厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」をもとに内閣府男女共同参画局にて集計。その他は、OECD “Health at a glance 2017” “OECD.STAT” より作成。
 2. 日本は2016（平成28）年、ドイツは2014（平成26）年、カナダは2012（平成24）年、それ以外は2015（平成27）年の値。
 3. 米国、カナダ、日本は調査結果に基づく値。その他は、国の検査プログラムから収集した値。日本の結果は、マンモグラフィ撮影と乳房超音波等を含む。その他の国はマンモグラフィ検査の結果。



イドライン（仮称）を策定し普及を図ること等が盛り込まれた。

厚生労働省では、市町村のがん検診の受診率向上のため、平成28年度から、一定年齢の者に対して、市町村が郵送や電話などによる個別の受診勧奨・再勧奨を行う取組を進めている。29年度からは対象を拡大し、例えば子宮頸がん検診であれば20～69歳、乳がん検診であれば40～69歳の未受診の女性全員に対して、個別受診勧奨・再勧奨を行っている。

また、職域で子宮頸がん検診、乳がん検診を受けた者は、それぞれの検診受診者の約3割¹⁰⁴に上るなど、職域でのがん検診は、が

ん対策の観点から大きな役割を担う。しかしながら、職域におけるがん検診は、保険者や事業者が、福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、検査項目や対象年齢等、検査の方法は様々であるのが実態である。厚生労働省では、第3期のがん基本計画等に基づき、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を策定した。

さらに、厚生労働省では平成29年度に研究班¹⁰⁵を立ち上げ、乳がん検診において、乳房の構成を受診者に通知する際に留意すべき事項を整理し、高濃度乳房¹⁰⁶への対応のポイントに関する周知を図ることとしている。

¹⁰⁴ 「平成28年国民生活基礎調査」によると、職域でのがん検診受診者の割合は、子宮頸がん32.3%、乳がん35.8%。

¹⁰⁵ 「乳がん検診における乳房の構成（高濃度乳房を含む）の適切な情報提供に資する研究」班

¹⁰⁶ 高濃度乳房は、乳房の構成の1つであって疾患ではないが、マンモグラフィーの感度が低くなる傾向にある。

「バストにいちばん近い会社」ワコールの乳がん・子宮がん検診の推進等

株式会社ワコールホールディングス（以下「ワコール」という。）では、2015年11月に「ワコール健康宣言」を発表し、「社員の健康は持続的成長のための重要な資産」との基本方針の下、がん対策・生活習慣病対策・メンタルヘルス対策の3分野の取組を進めている。



（乳がん検診車「AIO」）

がん対策においては、男性社員900人に対して、女性社員が5,000人と女性が非常に多い企業であることから、乳がん検診・子宮がん検診にも注力している。具体的には、2009年10月に乳がん検診サポート事業を発足させ、乳がん検診車「AIO（アイオ）」を購入、2011年から、本社や各事業所にバスを横付けし、移動の手間なく乳がん検診・子宮がん検診を受けられるようにした。「AIO」は他社への貸し出しも行っており、各地域で働く他社の女性の乳がん検診の受診率

向上・早期発見にも寄与している。

ワコールでは、原則として、「お財布要らず（一時的でも個人の支払いなし）」、「手間要らず（会社で受診可能。定期健診のついでに受診）」、「休み要らず（就業時間内の受診を原則とする）」の3つの観点からがん検診の受診環境整備を進めている。百貨店や専門店などの店頭で働く外勤スタッフについても、勤務場所に近い契約医療機関において、定期健診のメニューにがん検診を組み込み、検診費用の立替払い等を不要とし、受診と移動に係る時間を就労扱いとすることで、受診率向上を達成したという。こうした様々な取組を通じて、検診受診率は乳がんが約80%、子宮がんが約65%と高い水準を誇る。また、がん検診を始めとした健康経営推進の結果、経済産業省と東京証券取引所が共同で実施する「健康経営銘柄」に3年連続（2016～2018）で、「健康経営優良法人（ホワイト500）」に2年連続（2017、2018）で選ばれた。

ワコールは、女性用のランジェリーを製造・販売する企業であり、「バストにいちばん近い会社の責務」という考えの下、自社の女性社員のための活動に止まらず、乳がん対策等の社会貢献にも取り組む。例えば、乳がん手術を受けた方の術後のQOL向上のために、1974年から、体への負担を軽減し、ボディラインを綺麗に見せるインナーウェアや水着などを開発・提供する「リマンマ事業」と名付けたソーシャルビジネス¹なども手掛けている。



（個室で専門のアドバイザーに相談しながら商品を選べるリマンマルーム）



（幅広のストラップなど、体に負担がかからない工夫が施されたリマンマの商品）

1 ソーシャルビジネスとは、社会的課題を解決するために、ビジネスの手法を用いて取り組むものであり、社会性・事業性・革新性が求められ、継続的に事業活動を進めていく必要がある。「リマンマ事業」は、乳房切除手術を受けた女性に寄与するため、1974年に社長直轄の「社会福祉課」を設置して始まったものであり、現在に至るまで事業が継続されている。（ワコールホームページ）

(HPVワクチン)

子宮頸がんの発生は、その多くがヒトパピローマウイルス (HPV) の感染が原因であり、子宮頸がんの予防のためには、HPV感染への対策が必要である。HPVに感染した個人に着目した場合、多くの感染者で数年以内にウイルスが消失し、数%しか持続感染→前がん病変¹⁰⁷のプロセスに移行せず、浸潤がんに至るのはさらにそのうちの一部であり、子宮頸がん自体は、早期に発見されれば予後の悪いがんではない。しかし、HPVは広くまん延しているウイルスであり、公衆衛生的観点から、我が国では年間約10,000人の子宮頸がん罹患者とそれによる約2,700人の死亡者等を来す重大な疾患となっている。

HPVワクチンは新しいワクチンのため、がんそのものを予防する効果は現段階では証明されていない。しかし、HPVの感染や子宮頸部の異形成¹⁰⁸を予防する効果は確認されており、その有効性は一定の期間持続することを示唆する研究が報告されている。子宮頸がんのほとんどは異形成を経由して発生することを踏まえると、最終的に子宮頸がんを予防できることが期待される。HPVワクチンについては、広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状¹⁰⁸が接種後に見られたことから、平成25年6月の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会 (以下「副反応検討部会」という。)、薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会 (以下「安全対策調査会」という。)(合同開催)での議論を踏まえ、この症状の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切に情報提供できるまでの間、定期接種の積極的な勧奨を差

し控えており、接種のあり方については、引き続き、同審議会において科学的な検討を進めている¹⁰⁹。

平成29年11月の同審議会においては、ワクチンの安全性及び有効性に関する最新の知見を情報提供していくとともに、「機能性身体症状」¹⁰⁸については、医療関係者を始め、医学的知識のない方でもわかるように、理解を深めてもらう方策が必要とされた。

平成29年12月の副反応検討部会、安全対策調査会 (合同開催) においては、これまでの議論の整理が行われ、HPVワクチン接種後の症状に苦しんでいる方に対しては、引き続き寄り添った支援を行うべきとされ、また、HPVワクチンについて、安全性と有効性の両方を良く理解してもらうことが必要であり、そのために国民に対する情報提供を充実すべきとされた。厚生労働省においては、こうした議論を受けて、30年1月より厚生労働省ホームページにおいて、新しいリーフレットによる情報提供を開始している。

なお、ワクチンは子宮頸がんの原因となるすべての種類のHPVの感染予防効果があるものではない¹¹⁰ため、ワクチンを接種した場合でも、20歳以降、2年に1度の検診が推奨されている。

5 治療と仕事との両立

女性の就業率の上昇や医療技術の進歩等により、男性だけでなく女性も何らかの疾病を抱えながら働く者が増えている。国民生活基礎調査によると、通院しながら企業等で働く者の占める割合は、男女とも年々増えている (I-特-49図)。

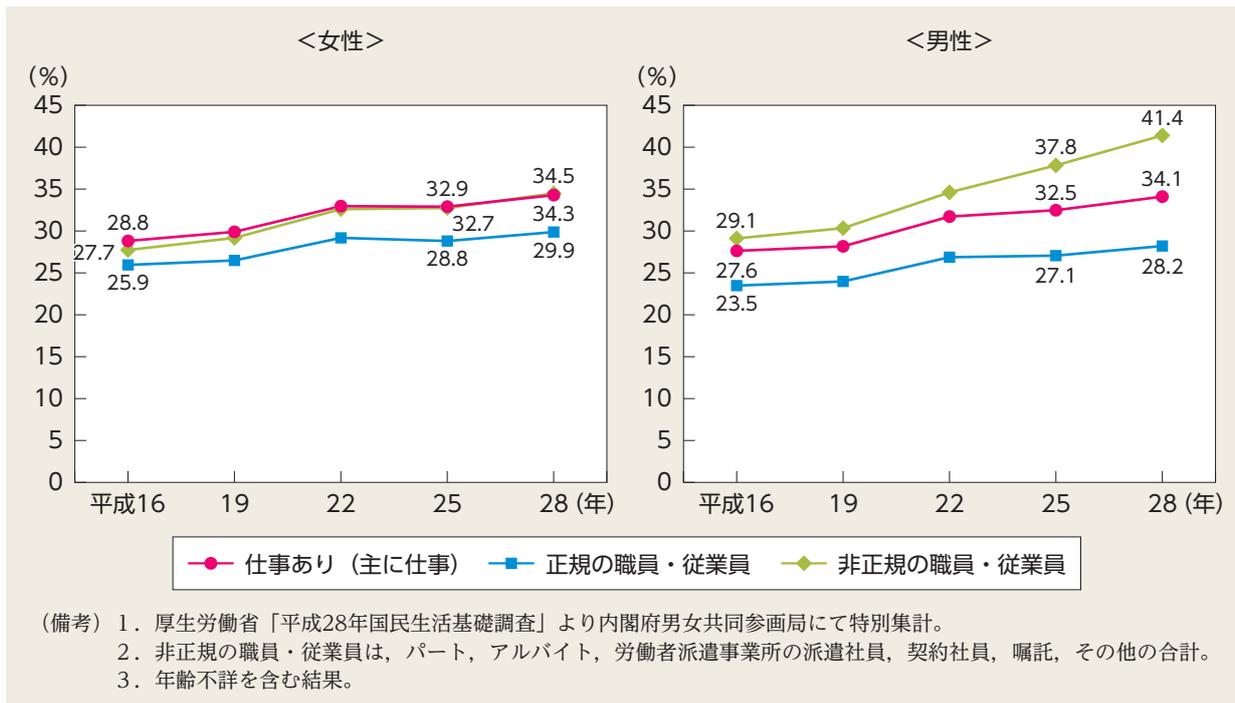
¹⁰⁷ 前がん病変とは、がんになる一歩手前の状態。(「HPVワクチンの接種を検討しておられるお子様と保護者の方へ」(厚生労働省、平成30年1月))

¹⁰⁸ この症状は「機能性身体症状」(何らかの身体症状があり、その身体症状に合致する検査上の異常や身体所見が見つからず、原因が特定できない状態)であると考えられている。(「HPVワクチンの接種を検討しておられるお子様と保護者の方へ」(厚生労働省、平成30年1月))

¹⁰⁹ HPVワクチン接種後に症状が生じた方々に対しては、寄り添いながら支援を行っていくことが重要であり、厚生労働省では、平成27年9月に打ち出した「HPVワクチン接種後に生じた症状に対する当面の対応」に基づき、救済に係る速やかな審査、医療的な支援の充実、生活面での支援の強化等の取組を実施している。

¹¹⁰ 現在使用されているHPVワクチンは、子宮頸がんの原因の50~70%を占める2つのタイプのウイルスの感染を防ぐ。

I-特-49図 仕事をしながら通院している者の割合の推移



内閣府男女共同参画局の調査によると、治療と仕事の両立の実態について、疾病罹患から1年後の勤務状況を見ると、正規職員では男女とも約8割が罹患時と同じ会社・配属先で働いていた¹¹¹。離職した者の割合は、男女とも正規職員より非正規職員で高かったが、正規職員の場合、離職はしなかったが検討した者が、男性で約3人に1人、女性で約4人に1人に上った(I-特-50図)。また、通院しながら働く者のうち、正規職員、非正規職員のいずれも治療目的の休暇・休業制度の利用率が高かった。一方、利用できる制度がないとした回答も男性の正規職員で約4人に1人、女性の正規職員で約4割に上るなど、企業における両立支援制度が十分とは言えない状況にあることも分かった(I-特-51図)。

治療しながら働く人が増加していること、また、疾病を理由に離職する者がいること等を背景に、「働き方改革実行計画」(平成29年3月働き方改革実現会議決定)においても、

病気の治療と仕事の両立は主要な柱の1つと位置づけられており、同計画等に基づき、厚生労働省では、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン(平成28年2月)」に基づく、企業、医療機関等の取組の支援を行っている。また、経済産業省も、企業の両立支援を後押しするため、平成29年度から健康経営銘柄の選定及び健康経営優良法人の認定において「病気の治療と仕事の両立に向けた取組」を新たに要件として追加した。

(がん治療と仕事の両立支援)

「女性とがん」で述べた通り、子宮頸がん、乳がんは、40～50代の働き盛り世代で罹患率が高い。また、入院日数の短縮化と通院治療へのシフトから、男女ともに、通院で治療を受けながら、仕事を続けている場合が増えてきている¹¹²。がんによる離職者の4割が診断確定時から最初の治療開始までに離職していたという調査結果もあり¹¹³、病気に対

¹¹¹ 同じ会社・配属先で働いている割合は、女性の場合、正規職員で82.5%、非正規職員で69.7%であり、男性の場合、正規職員で78.7%、非正規職員で64.6%であった。

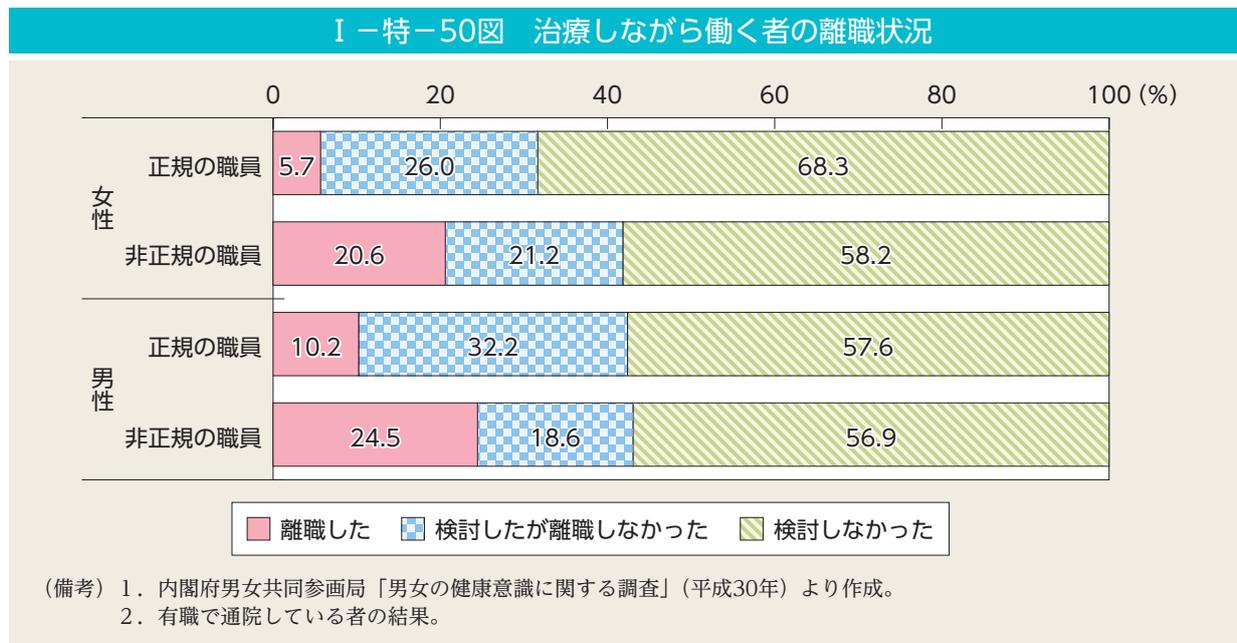
¹¹² 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン 参考資料「がんに関する留意事項」(厚生労働省、平成28年2月)

¹¹³ 2015年厚生労働科学研究費 がん対策推進総合研究事業「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究」

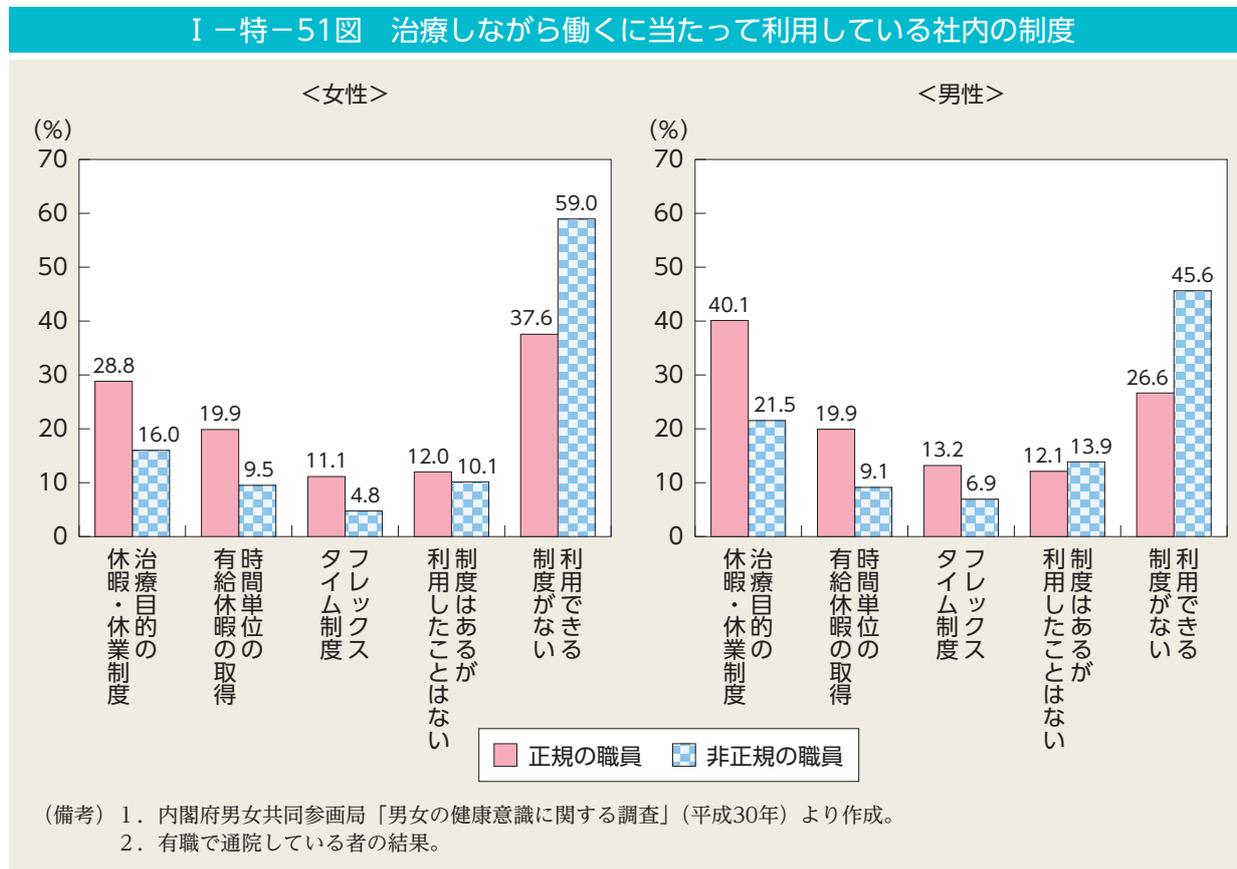
する理解不足や職場の理解・支援体制不足によって、早まって離職しないよう、医療機関や勤務先等で相談できる体制の整備も求められる。平成27年12月に策定された「がん対策加速化プラン」では、がん相談支援センターを活用した仕事の継続を重視した相談支援の実施など、がん患者の就労支援が取組を強化

すべき事項とされた。また、30年3月に閣議決定された第3期のがん基本計画では、「治療と仕事両立プラン（仮称）」の開発や、医療機関向けの企業との連携のためのマニュアル作成・普及など、医療機関や職場、地域におけるがん患者の就労支援が盛り込まれた。

I-特-50図 治療しながら働く者の離職状況



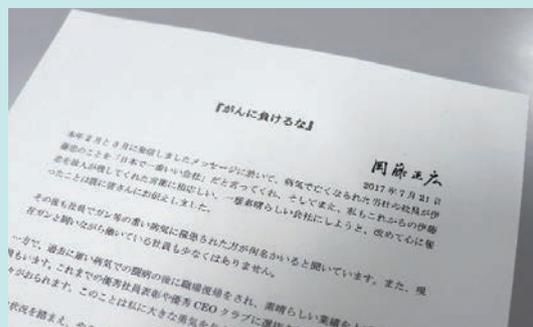
I-特-51図 治療しながら働くに当たって利用している社内の制度



平成29年8月、伊藤忠商事株式会社は、社員ががんに怯えることなく、負けることなく、働き続けられる環境設定が社員の活力、組織の活性化を生むという考え方のもと、健康経営の方針に則った「がんと両立支援施策」を新たに開始した。

以前より健康管理体制の充実を図り、高額医療費補助や長期疾病への支援施策は整備されていたが、今回の支援拡充のきっかけは、がんで長期療養中の社員が、社内の支援体制への感謝を岡藤正広社長にメールで送付したことであった。その社員は闘病の末に亡くなったが、悲報を受けた岡藤社長が「がんに負けるな」という標題のメッセージを全社員に送付し、支援拡充の決意を表明した。

その後、「予防」「治療」「共生」の3つの観点からなる「がんと両立支援」として、国立がん研究センターとの提携による定期的な検診や、両立支援体制構築、高度先進医療費の支援充実、子女育英資金の拡大等の施策を推進することを決めた。



(岡藤社長が全社員にあてたメッセージ)

がんと両立支援の主な施策

「予防」

- ・国立がん研究センター中央病院と提携し、40歳以上の社員は定期的に特別がん検診を義務化。検診費用は全額会社負担。検診結果に応じて早期の精密検査を実施。

「治療」

- ・国立がん研究センター専門医による即時治療
- ・高度先進医療費を全額補助

「共生」

- ・社内の相談窓口を担う両立支援コーディネーターを配置（主治医、社内の保健師や産業医、職場のメンバーと連携強化）
- ・療養中の社員が在職中に死去した場合の子女育英資金制度（小学校から大学院までの学費支給）の水準引上げ、社員の配偶者や子どもの就労支援 等

人材は最大の経営資源であり、社員一人ひとりが最大のパフォーマンスを発揮できる健康力の向上こそが、人材力の強化に繋がり、ひいては企業価値を向上させる。同社は、こうした取組を通じて、病気の有無を問わず全ての社員が持続してやる気やりがいを持ち、安心して思う存分に働き、能力を最大限発揮することのできる職場の実現を通じ「厳しくとも働き甲斐のある会社。日本一強い会社。」を目指す。

(不妊治療と仕事の両立支援)

不妊治療は、妊娠・出産するまで、あるいは、治療をやめる決断をするまで続くため、長期間に渡ることもある¹¹⁴。また、体外受精等を行う場合、排卵周期に合わせた頻繁な通院が求められるため、治療の予定を立てることが困難である¹¹⁴。これまで、企業における両立支援の状況等が必ずしも明らかでなかったことから、厚生労働省では、平成29年度に企業や労働者を対象に不妊治療と仕事の両立に関する実態調査を行った¹¹⁵。労働者への調査結果によると、不妊治療の経験者のうち、仕事との両立ができずに離職した者の割合は6人に1人(16%)となった。男女別では、女性はおよそ4人に1人(23%)が離職したのに対し、男性の離職者は2%であった。両立が難しい理由として、男女とも、通院回数多さ、精神面の負担、仕事との日程調整の難しさ等を挙げる者が多かった。また、企業への調査結果によると、不妊治療を行う従業員への支援制度等について、「ない」と回答した企業の割合が7割となった。厚生労働省では、この調査結果等を踏まえ、30年2月に、不妊治療を行う従業員に対し適切な配慮をするよう企業に呼びかけるリーフレットを作成したほか、不妊治療を受ける従業員が、人事担当者や上司に不妊治療中であることを伝え、企業独自の両立支援制度を利用する際に用いることを目的とした「不妊治療連絡カード」を作成し、活用を呼び掛けている。

6 性差医療と女性外来の取組

(疾患等の性差)

国内外の様々な研究により、疾患によって

は、その発症頻度や好発年齢、病態、予後等に男女差があることが知られるようになってきた。

例えば、通院者率(人口千対)を見ると、痛風や脳卒中(脳出血、脳梗塞等)は男性で高く、骨粗しょう症や甲状腺の病気、関節リウマチ等は女性において高い(I-特-52図)。また、疾患ごとに、男女で好発年齢の違いも見られる。例えば、骨粗しょう症は女性の通院者率が高い疾患の一つだが、年齢別に見ると、40代までは男女の差がほとんど見られない。閉経前後の50代前半から女性の通院者率が大きく上昇する。男性も70歳頃から徐々に通院者率が上がるが、上昇率は女性に比べるとはるかに緩やかである。同じく脂質異常症(高コレステロール血症等)も女性の通院者率が高い疾患だが、50代前半までは、男性の通院者率が女性より高い。女性の通院者率は50代で大きく上昇し、その後も70代まで、男性の上昇率を大きく上回る水準で上がり続ける¹¹⁶(I-特-53,54図)。

疾患の発症頻度や部位、好発年齢、病態、予後等の違いは、男女別の死因の違いからも見て取れる。死因順位を見ると、男性において死因第10位までに含まれる慢性閉塞性肺疾患(COPD)¹¹⁷や肝疾患等は、女性では第10位までに含まれず、代わりに血管性等の認知症が死因第9位、アルツハイマー病が死因第10位となっている¹¹⁸。また、男女ともに悪性新生物(がん)が死因順位の第1位だが、人口十万人対の死亡率は男性のほうが高いなど、疾患ごとの死亡率を見ても、男女で違いが見られる¹¹⁸(I-特-55図)。

¹¹⁴ 「事業主の皆様へ：従業員が希望する妊娠・出産を実現するために」(厚生労働省、平成29年2月)

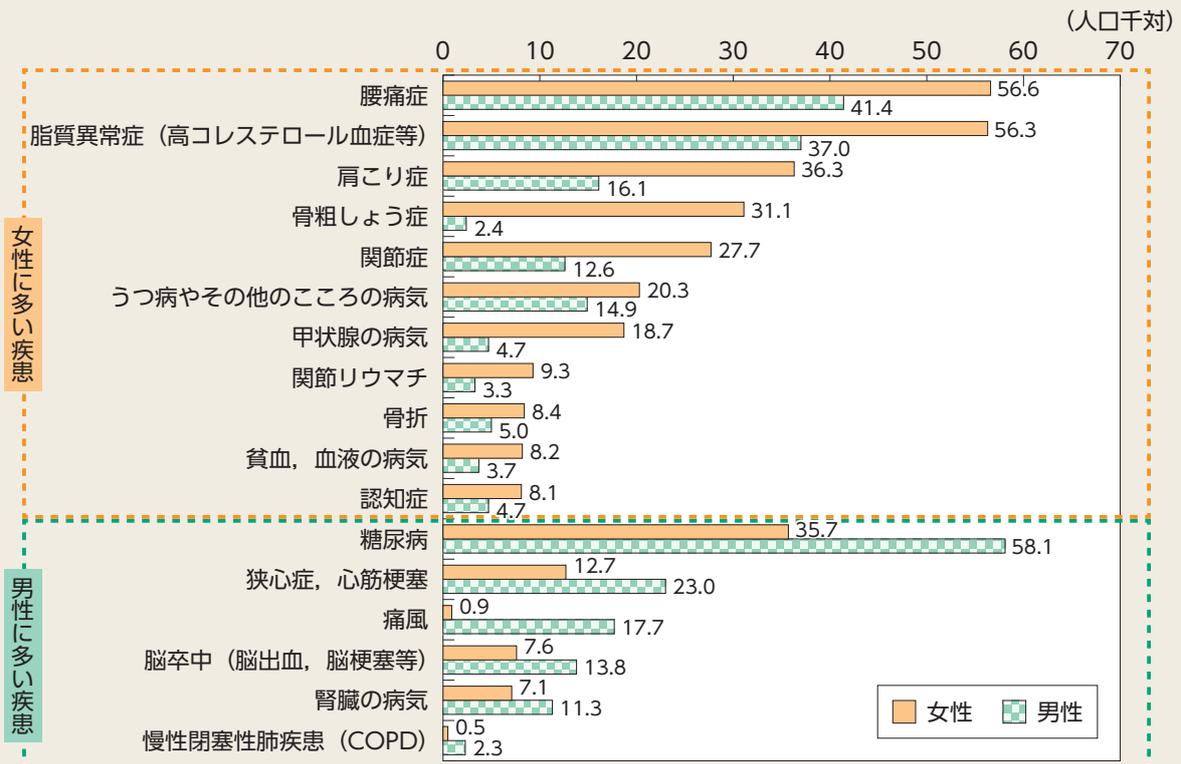
¹¹⁵ 平成29年度厚生労働省「不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業」調査結果報告書(東京海上日動リスコムコンサルティング株式会社)。労働者調査は、男女労働者2,060人を対象に実施、うち不妊治療の経験者は265人(女性176人、男性89人)であった。企業調査は、従業員規模10人以上の企業4,000社を無作為抽出して実施、回答数は779社であった。

¹¹⁶ 「平成28年国民生活基礎調査」(厚生労働省、平成29年6月27日)

¹¹⁷ 慢性閉塞性肺疾患(COPD)とは、主に長年の喫煙習慣が原因で発症し、呼吸機能が低下していく肺の病気。代表的な症状は階段や坂道での息切れ、長引く咳やたん。初期は無症状で、ゆっくりと進行し、完治することはない。(厚生労働省健康局「スマート・ライフ・プロジェクト」ホームページ)

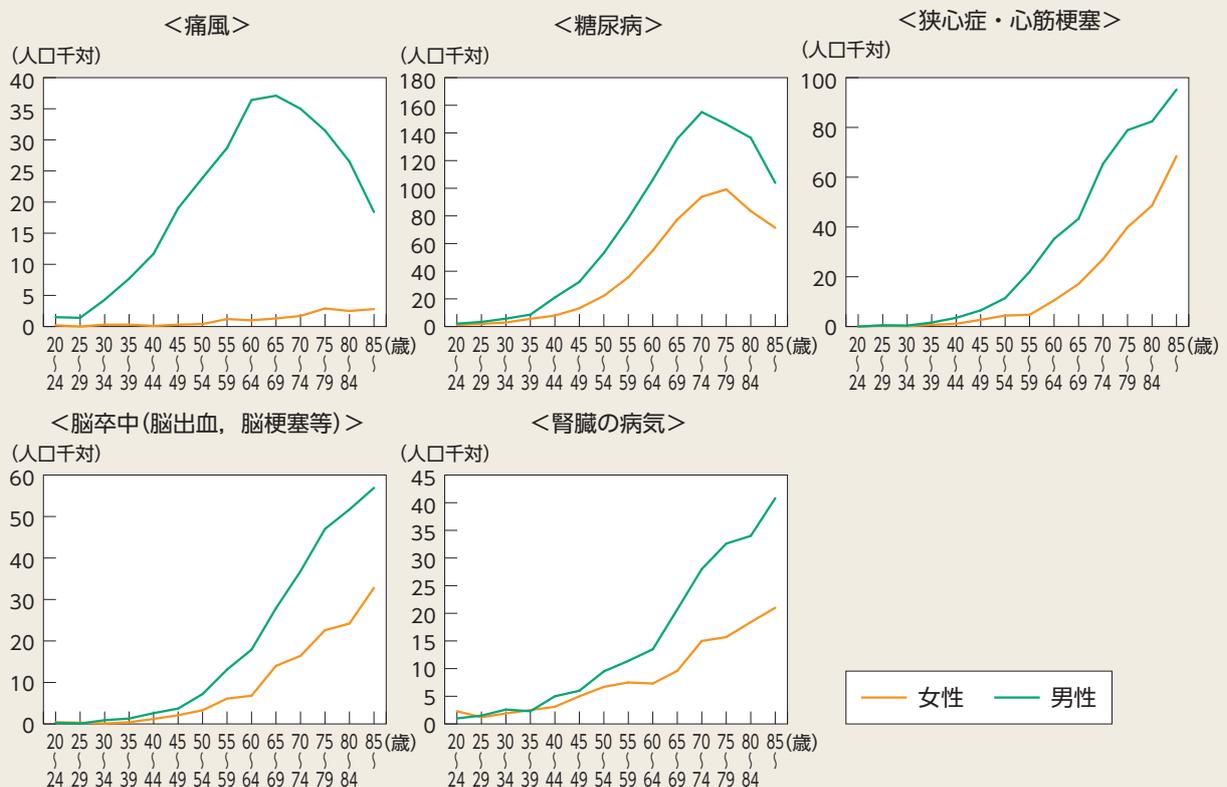
¹¹⁸ 「平成28年(2016)人口動態統計(確定数)の概況」(厚生労働省、平成29年9月15日)

I-特-52図 通院者率（人口千対）について、男女差が概ね1.5倍以上あるもの



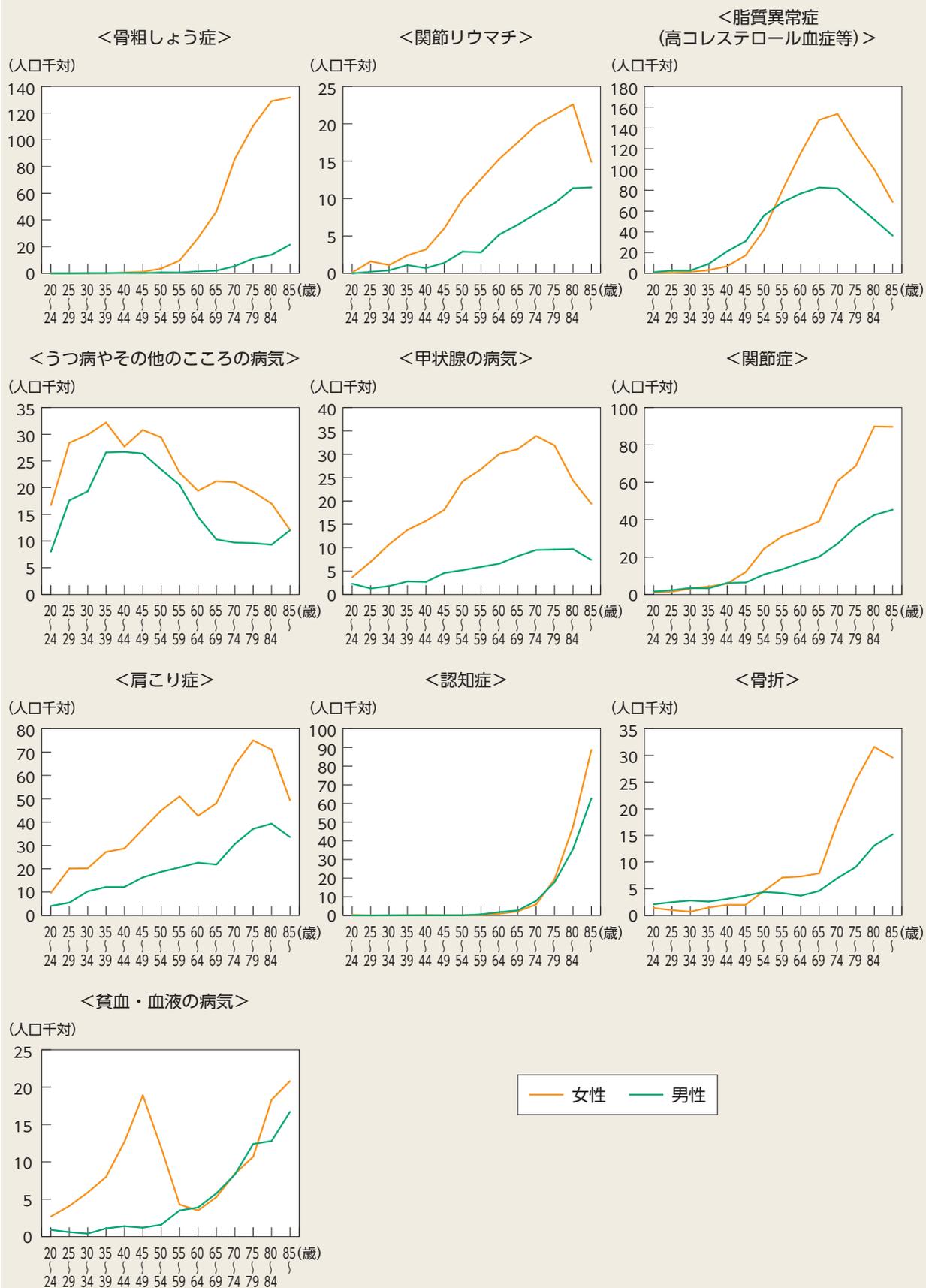
(備考) 1. 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」より作成。
2. 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

I-特-53図 男女別の通院者率（男性に多い疾患）



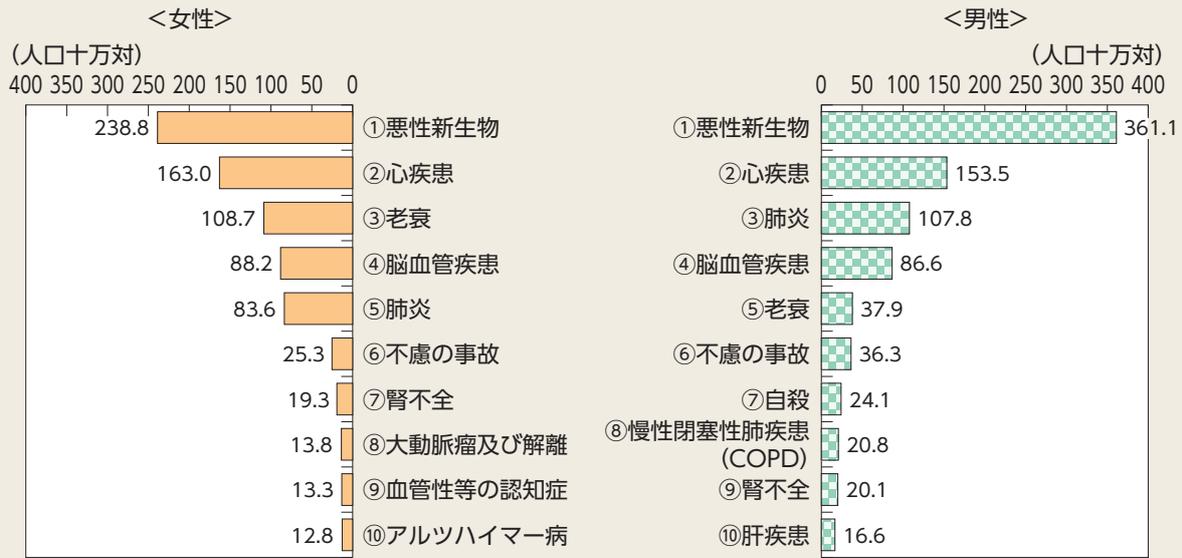
(備考) 1. 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」より作成。
2. 通院者には入院者は含まないが、母数となる世帯人員には入院者を含む。

I - 特 - 54図 男女別の通院者率 (女性に多い疾患)



(備考) 1. 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」より作成。
 2. 通院者には入院者は含まないが、母数となる世帯人員には入院者を含む。

I-特-55図 男女別に見た死因順位順の死亡率



(備考) 1. 厚生労働省「平成28年人口動態統計(確定数)の概況」より作成。
 2. 「②心疾患」は心疾患(高血圧性を除く), 「⑨血管性等の認知症」は血管性及び詳細不明の認知症。

性差医療の専門家は、こうした男女による疾患の発症頻度等の違いを、「女性の医療はQOL(生活の質)で、男性の医療は死につながる医療」と説明している¹¹⁹。なお、疾患の発症頻度等は国によっても違うが、OECDは、男性は肺がんや心臓発作などの致死的な疾患が多く、女性は関節疾患やうつ病など、死に至ることはないものの、日常生活に支障を来す病気が多いのは、加盟国に共通する事象であると分析している¹²⁰。

(日本における性差医療の推進)

このような発症率や病態の違いなど、疾患の背景にある性差を考慮した医療・医学が「性差医療・医学」である¹²¹。女性における生理医学的エビデンスの不足・欠如を背景に、米国で、1990年初頭から政府主導で進められた医療改革であり¹²²、日本では、2000年

代以降「女性外来」の形で具現化されてきた¹²³。平成13年5月に、日本初の女性外来が開設され、同年9月には、公立病院で初の女性外来が開設された¹²³。現在では全国に328(30年1月23日現在、性差医療情報ネットワーク¹²⁴調べ)の女性外来が開設されており、うち約2割は都内の施設であるなど大都市への集中は見られるものの、山形県を除く46都道府県で女性外来を受診できる体制となっている。

また、近年、男性特有の疾患や、男性に発症率が高い疾患、予後が女性より悪い疾患など、男性医療(メンズヘルス)の研究や医療現場での実践も進みつつある。日本Men's Health医学会¹²⁵の調べによると、全国26都道府県に92のメンズヘルス外来(男性外来)が開設されている。

¹¹⁹ 天野恵子(司会), 松崎益徳, 松本好市「鼎談:なぜ性差医療なのか—女性外来の「いま」「これから」—」(『日本醫事新報』第4185号, 2004年)
¹²⁰ “The Pursuit of Gender Equality” (OECD, 2017)
¹²¹ 片井みゆき「性差医学・医療—臨床から教育まで—」(『信州医誌』第53巻第6号, 2005年)
¹²² 天野恵子「内科医として知っておきたい性差」(『日医雑誌』第138巻第5号, 2009年)
¹²³ 天野恵子「性差医学・医療」(『内分・糖尿病科』第22巻第2号, 2006年)
¹²⁴ 性差医療・医学に関する情報発信, ホームページ上での会員間の情報交換と知識の共有, エビデンスの構築を目指して, 天野恵子医師を理事長に平成14年8月に発足した情報ネットワーク基盤。
¹²⁵ 平成13年に日本Aging Male研究会として発足。18年に、メンズヘルスの普及啓発, 調査研究, 指導者や専門医の育成等を目的に、男性の健康医学を研究する研究者, 医療関係者により構成される日本Men's Health医学会となった。

天野 恵子 (あまの けいこ)

1942年生まれ。67年東京大学医学部卒（医学博士・循環器内科専攻）。東京大学講師，東京水産大学（現：東京海洋大学）教授を経て，2002年千葉県立東金病院副院長兼千葉県衛生研究所所長。09年より埼玉県新座市の静風荘病院にて女性外来を開始。日本性差医学・医療学会理事，NPO法人性差医療情報ネットワーク理事長。予防医学，病気の発症と進展における男女の差に関する研究・啓発のほか，女性外来の普及にも力を入れている。

**〈性差医療の歴史〉**

米国では，1960～70年代のサリドマイド薬害¹等を受けて，77年に食品医薬品局（FDA）が，妊娠の可能性のある女性を薬の治験に加えるのは好ましくないという通達を出した。その後，十数年に渡り，女性は薬の治験を含む臨床研究から除外された。しかしながら，女性の健康に関するエビデンスの欠如は問題だとする政府の主導の下，90年代初めから，女性の健康に関するインフラ整備，大規模疫学調査等が進められた。94年に，FDAは77年の通達を廃止し，薬の治験では対象の半数に女性を入れることが望ましいとのガイドラインを公表，98年には，男女や年齢のバランスの取れたデータを集めるよう義務付けた。こうした政府の取組を通じて，米国では性差医療が大きく前進した。

日本では，平成11年（1999）の第47回日本心臓病学会において，天野恵子医師により「性差医療」の概念が紹介された。我が国における性差医療の第一人者である天野医師に，日本での性差医療の取組と今後の展望について話を聞いた。

私の専門は循環器内科で，狭心症や心筋梗塞の患者を多く診ていたが，患者は女性より男性が多いこと，一方で，胸痛を訴える女性患者の場合，通常の検査で何も異常が見つからないことが多いことに長年，疑問を感じていた。40代のときに，米国循環器病学会で，冠動脈（心臓の表面の太い血管）造影では異常が見つからない「微小血管狭心症²」という病気があり，更年期前後の女性に多く発症することを知った。この説明は，私の診療経験とも合致しており，胸にストーンと落ちた。これが，私が性差医療に取り組むようになった最初のきっかけである。

平成11年に日本心臓病学会で性差医療の概念を紹介したところ，“Evidence-based Medicine”の概念が浸透しつつあったこともあり，多くの医師が賛同してくれた。そこで，まずは女性の健康におけるエビデンス構築のために，性差医療の実践の場として女性外来を開設しよう，ということになった。鹿児島大学の鄭忠和教授のご尽力で，13年に同大学に日本初の女性外来が設置され，現在は全国に300を超える女性外来が開設されている。女性外来の開設に伴い，日本各地で医療分野での性差の研究が進み，男女別の疫学データの収集が行われるようになったのは，性差医療の取組の成果の一つだと考えている。

性差医療を巡る今後の展望だが，医学教育の中に，短い時間でよいので，性差医学・医療を盛り込んでほしい。医学生には，性差が患者を診察する上で，極めて大切な考えであり，横断的な視点であることを理解してほしい。また，女性外来は，初診で30分以上かけてじっくり話を聞くため，コストがかかる。公立病院等が女性外来をやめてしまう理由もそこにある。こうした分野の医療の収益性についても検討してもらえるとありがたい。

（備考）「性差医療の歴史」は，「性差医学入門」（監修：貴邑富久子，翻訳編集代表：荒木葉子，じほう），「行き場に悩むあなたの女性外来」（天野恵子編著，亜紀書房），「性差医療の考え方を取り入れた女性の健康支援の必要性」（天野恵子，保健師ジャーナル第66巻第3号別刷，2010年3月10日発行），「我が国における性差医療の変遷と展望」（下川宏明，日本臨床2015第73巻第4号）等を参考に作成。

- 1 妊娠初期にサリドマイドを含む入眠剤を服用した女性から四肢に障害を持つ子どもが生まれ，大きな社会問題となった薬害事件。
- 2 微小血管狭心症とは，冠動脈造影では観察できない微小な血管の狭窄や収縮異常により起こる症状。閉経後の女性に多く，70%を占めるとの報告もある。（「行き場に悩むあなたの女性外来」，「循環器領域における性差医療に関するガイドライン（日本循環器学会等）」）

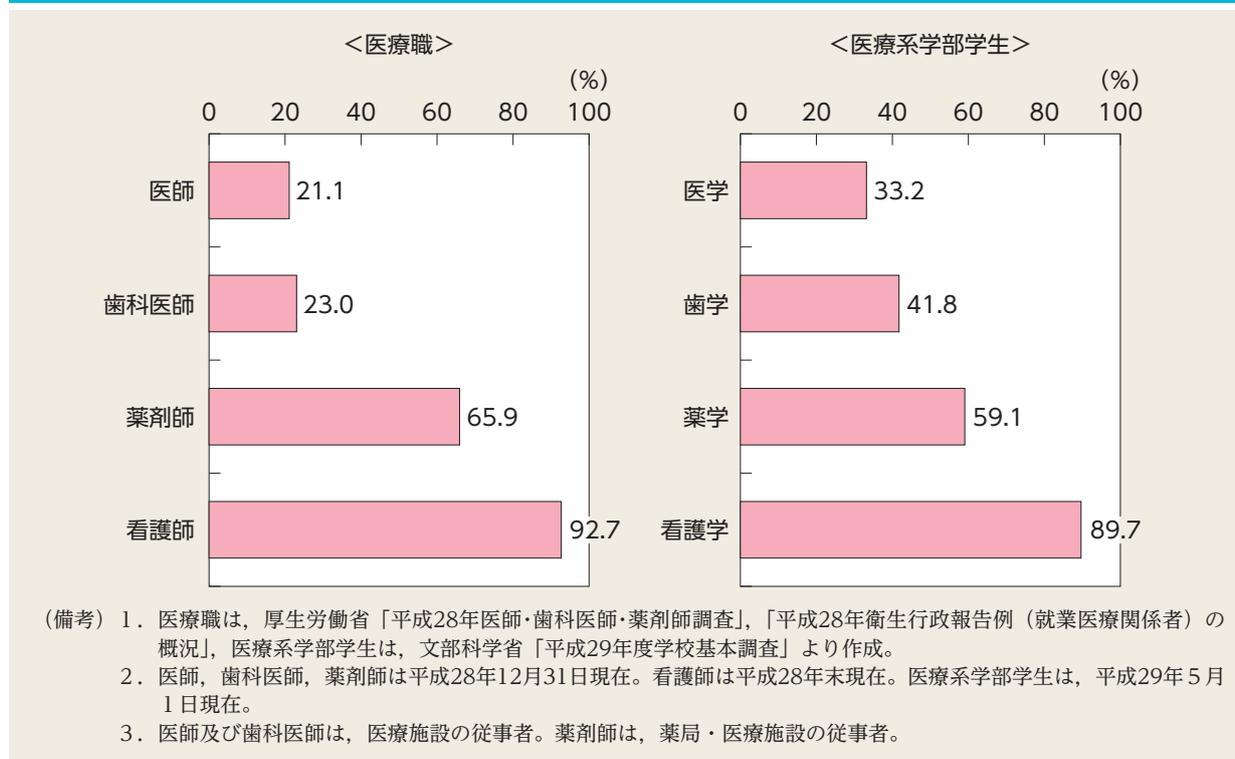
7 医療分野における女性の参画拡大

医療分野への女性の参画状況を見ると、医師、歯科医師に占める女性の割合は増加傾向にあり、平成28年には、医師は21.1%、歯科医師は23.0%となった。近年、若年層における女性の医師、歯科医師が増えており、医学部の学生に占める女性の割合は約3分の1、歯学部は約4割となっている。薬剤師は女性の占める割合が6割を超える（I-特-56図）。医師の場合、診療科による違いも見られ、皮膚科や眼科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科

などの診療科では低い（I-特-57図）。看護師は近年、徐々に男性の参画が進みつつあるが、依然として、女性の占める割合が高い職業の一つである。

医師に占める女性の割合を国際的に見ると、OECD加盟国では、概ね医師の2人に1人が女性という状況である（I-特-58図）。我が国でも、前述の通り、若年層における女性医師等が増えており、医療の分野でも、女性医師の支援や、働き方改革が喫緊の課題である。

I-特-56図 医療職、医療系学部学生に占める女性の割合



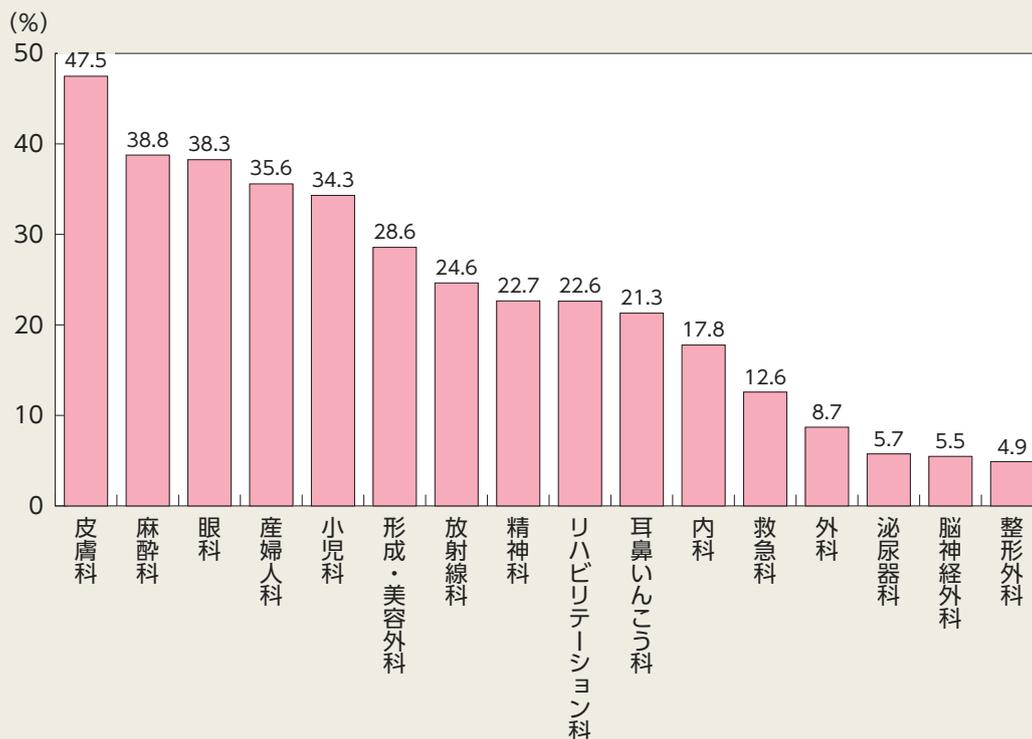
(女性医師の支援)

厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金を通じ、女性の復職に関する相談窓口の設置や研修、院内保育所の運営等の都道府県の実施に対して財政支援を行っている。平成27年度からは、女性医師支援の先駆的な取組を行う医療機関を「女性医師キャリア支援モデル推進医療機関」と位置付け、効果的な

取組を他の医療機関に普及させるための経費を支援している¹²⁶。さらに、公益社団法人日本医師会（以下「日本医師会」という。）に委託し、女性医師の就業等に係る実情把握調査の実施や、就職を希望する女性医師への医療機関や再研修先の紹介（女性医師バンク）、各医師会が実施する講習会等への託児サービス併設への補助等を行っている。

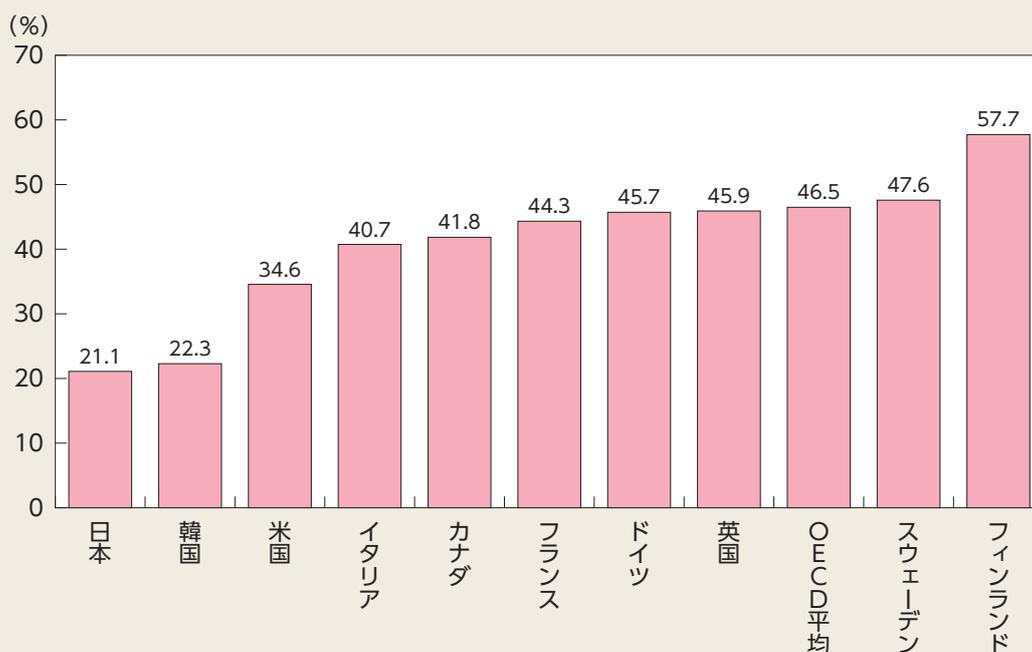
¹²⁶ 出身大学や居住地域を問わずに復職に向けた相談を受け付け、研修先とのマッチングを行う復職支援事業（東京女子医科大学）や、学内病児保育施設の設置、学内保育所での24時間保育の提供などの育児支援（久留米大学）等が先駆的な取組例として支援を受けた。

I-特-57図 医療施設従事医師の主たる診療科（女性の占める割合）



- (備考) 1. 厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成。
 2. 医師は、医療施設の従事者。
 3. 診療科は、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科。
 4. 産婦人科は、産婦人科、産科、婦人科の合計値。形成・美容外科は形成外科と美容外科の合計値。内科は、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、神経内科の合計値。外科は、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の合計値。

I-特-58図 女性医師の占める割合（国際比較）



- (備考) 1. 日本は厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、その他はOECD “OECD Health Statistics 2017”より作成。
 2. 日本は2016（平成28）年、スウェーデン、米国は2014（平成26）年、それ以外は2015（平成27）年の値。

11 フィンランドの医療制度と医師の働き方

フィンランドでは、医療の約8割が公的部門で行われており、医師のおよそ3分の2が公的医療機関で働く。公的医療機関には、一次医療を提供する市町村の医療センターと専門医療を提供する公立病院がある。住民は通常、居住地域内の医療センターと主治医が決められており¹、医師の診察を希望する際は、まず医療センターに連絡し、予約を取る。医療センターの外来受付時間は平日昼間²で、フィンランドに1年以上暮らす者であれば誰でも低額³で利用可能だが、患者が多く、受診までの待ち時間が長い。民間クリニックも1次医療を提供しており、費用は高いが、医療センターに比べて待ち時間は短い。

日本と異なり、緊急時を除いて、病院に直接行くことはできない。最初に医療センターや民間クリニックで診察を受け、医師が専門的治療の必要性を認めた場合に限り、病院に診断書が送られ、診療を受けることになる。

フィンランドでは、当直医を除くと、医師も8時間労働が基本だという。フィンランド第2の都市であるタンペレ市の



(フィンランド社会保健省ホームページより)

タンペレ大学耳鼻咽喉科(30床)で勤務経験のある医師によると、同科の医師数は13名のうち女性が8名(当時)、朝8時にミーティング、その後、それぞれ外来や病棟、手術室に移動して仕事をこなし、午後4時には1人の当直医を残して帰宅するというのが1日の大まかな流れだという。

フィンランドでは、人口当たりの医師数が日本に比べて多い⁴。加えて、受診する医療機関を自由に選ぶことができないなど、医療へのアクセスに制限があるため、初診や軽症の患者で大病院が混雑し、医師が疲弊する状況が生じにくい仕組みとなっている。こうした仕組みにより、国民1人当たりの年間の医療機関受診回数は日本の約3分の1⁵、医師1人当たりの年間延べ診察数も日本の約4分の1⁶に止まる。タンペレ大学耳鼻咽喉科でも外来患者数は、1日当たり20~30人程度だという。

また、在院日数も日本に比べ極めて短い⁷。タンペレ大学耳鼻咽喉科の場合、手術件数は年間約1,500件に上るが、その半数は全身麻酔の日帰り手術である。日本では一週間程度の入院⁸となる慢性副鼻腔炎⁹の手術も、タンペレ大学では1泊2日¹⁰、止血のための鼻内ガーゼは自分で抜去し、出血が止まらない等の術後のトラブルがあれば、自宅近くの病院か、かかりつけの医療センターを受診するのが通常だという。加えて、診療科にもよるが、金曜日には大半の患者が退院し、土日の入院患者数は極めて少ない。日本の医療提供体制と比べると不便に感じるが、患者も一定の不便さを受け入れることで、医師が仕事と家庭を両立できる体制となっている。

ただし、フィンランドの医療も決して良い面ばかりではない。前述の待機時間の長さも課題の一つだが、その他、男女の働き方についても、我が国同様、女性医師は男性医師に比べ

てパートタイムで働く割合が高い¹¹。フィンランドでは、市町村の責任の下で医療サービスの提供が行われるが、例えばヘルシンキ市では、医療センターの予約受付の際に、看護師が患者の症状を聴取し、医師の診察の要否を判断するなど、効果的・効率的なサービス提供に向けて、各市町村で様々な取組が進められている。

(備考) 札幌医科大学医学部耳鼻咽喉科 白崎英明准教授提供資料(「フィンランドの医師支援について」)、「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書(財務総合研究所,平成18年12月26日),外務省ホームページ「世界の医療事情 フィンランド」,「平成28年度千葉県市町村職員海外派遣研修報告書」(公益財団法人千葉県市町村振興協会),栗原明美「フィンランドの保健医療福祉制度及び看護事情から見る我が国の課題」(順天堂大学保健看護学部 順天堂保健看護研究第5巻,2017年),「充実した公的福祉制度(フィンランド)」(JETROユーロトレンド,2000年8月),フィンランド保健福祉省ホームページ,ヘルシンキ市ホームページ,エスポー市ホームページ等を参考に,内閣府男女共同参画局にて作成した。なお,タンペレ大学耳鼻咽喉科の医療提供体制等は,白崎准教授がタンペレ大学で勤務した2000年3月当時の状況である。2016年3月に札幌医科大学で勤務したヘルシンキ大学耳鼻咽喉科Atula准教授への白崎准教授による聞き取りによると,医師の勤務環境等は現在でも同様とのこと。

- 1 本人の希望により変更することも可能である。
- 2 医療センターの場所や連絡先,診療時間は市町村のホームページで確認できる。ヘルシンキ市の医療センターの場合,月・火・木・金:午前8時~午後4時,水:午前8時~午後6時のセンターが大半であり,一部のセンターが平日午前7時~午後8時までの診療となっている。同市に隣接するエスポー市の場合,すべてのセンターの診療時間が平日午前8時~午後4時である。(いずれも2018年3月現在,ヘルシンキ市及びエスポー市のホームページ)
- 3 18歳以下は無料。
- 4 日本の人口1,000人当たりの医師数は2.4人,フィンランドは3.2人(2014年)。(OECD Health Statistics 2017)
- 5 日本の国民1人当たりの年間医療機関受診回数は12.7回(2014年),フィンランドは4.3回(2015年)。(OECD Health Statistics 2017)
- 6 日本の医師1人当たりの年間延べ診察数は5,385回,フィンランドは1,310回(2014年)。(OECD Health Statistics 2017)
- 7 日本の平均在院日数は16.5日,フィンランドは9.4日(2015年)。(OECD Health Statistics 2017)
- 8 「平成26年患者調査」(厚生労働省)
- 9 かげなどで副鼻腔(頬,両目の間,額の下の骨の中の粘膜で覆われた空洞)の粘膜に炎症が生じ,慢性化した状態。鼻汁が出る,匂いが分かりにくくなる,鼻汁が喉にまわって咳の原因になる等の症状が生じる。また,鼻とつながっている中耳や喉に影響を及ぼし,急性中耳炎や喉の炎症,気管支炎,時には鼻づまりによる睡眠障害を起こすこともある。(日本耳鼻咽喉科学会ホームページ「鼻の病気Q&A副鼻腔炎」)
- 10 内視鏡的副鼻腔手術の場合。
- 11 パートタイムで働く医師の割合は,男性約15%,女性約21%である。35~44歳の子育て世代の女性医師の場合,パートタイム勤務者が4人に1人となる。(札幌医科大学医学部耳鼻咽喉科 白崎英明准教授提供資料より(元データはフィンランド医師会による2016年労働市場調査))

(医師の働き方改革)

「働き方改革実行計画」において,医師の時間外労働規制は,応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であり,2年後を目途に規制の具体的な在り方や労働時間の短縮策等について検討し,5年後を目途に規制を適用することとされた。これを踏まえ,平成29年8月,厚生労働省に医療界参加の下,「医師の働き方改革に関する検討会」を開催し,30年度末までの取りまとめを目指して議論を行っている。病院常勤勤務医の勤務時間(診

療時間,診療外時間,当直の待機時間の合計)は,週60時間以上の者が男性で41%,女性で28%¹²⁷と,男女とも,正規労働者全体¹²⁸(男性:13.6%,女性:4.6%)に比べてはるかに高い。また,診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合を見ると,産婦人科で約53%,臨床研修医48%,救急科約48%,外科系約47%と,約半数に上る診療科もある¹²⁹。こうした医師の勤務実態も踏まえ,検討会では,30年2月に,中間的な論点整理とともに,医師の労働時間管理の適正化,

¹²⁷ 第1回医師の働き方改革に関する検討会(平成29年8月2日)資料3「医師の勤務実態等について」

¹²⁸ 総務省「労働力調査(基本集計)」(平成29年)より,全産業の正規の職員・従業員の総数(休業者除く)に占める月末1週間の就業時間が60時間以上の者(15~64歳)が占める割合を算出。

¹²⁹ 第2回医師の働き方改革に関する検討会(平成29年9月21日)資料3「医師の勤務実態について」

36協定の自己点検，多職種へのタスク・シフティング（業務移管）の推進，女性医師等に対する支援など，勤務医を雇用する個々の医療機関における緊急的な取組事項を取りまとめ，公表した。

（看護職員や薬剤師の勤務環境改善等）

厚生労働省では，看護職員の確保に当たり，看護職員が離職等した際に連絡先等を届け出る制度を創設し，届出情報を活用した再就業支援や各医療機関が計画的に看護職員を含めた医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組みを導入するなど復職支援・離職防止の取組を進めている。また，地域の実情に応じた看護職員の確保対策をより一層推進するため，地域医療介護総合確保基金を通じて，病院内保育所の整備を含む医療機関の勤務環境改善等に関する都道府県の取組を支援している。

薬剤師・薬局については，地域で暮らす患者の様々なニーズに応えるため，「かかりつけ薬剤師・薬局」の推進等の取組が進められ

ている。平成30年度診療報酬改定において，かかりつけ薬剤師指導料等について週32時間以上の勤務を要件の一つとしているところ，育児や介護を担う薬剤師も，他の薬剤師と連携を図りながら，かかりつけ薬剤師として活躍できるよう，育児・介護休業法に基づいて短時間勤務する場合には，週の勤務要件を緩和し，週24時間以上かつ週4日以上勤務で可とする例外規定を設けた。

（日本医師会等の役員）

日本医師会等の役員に占める女性の割合を見ると，日本医師会では9.4%，日本歯科医師会では7.4%，日本薬剤師会は6.7%であり（I-特-59表），医師や歯科医師に占める女性の割合が増える中で，組織の意思決定に関わる指導的地位にある女性医療職の育成が課題となっている。また，臨床医学系の学会では，女性役員がゼロの組織もあるため，こうした分野でも指導的立場に立つ女性医師の育成が望まれる。

I-特-59表 日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会・日本看護協会・日本栄養士会等の役員割合

(%)

	平成27年	平成28年	平成29年
日本医師会	5.9	9.4	9.4
都道府県医師会	5.5	5.4	—
日本歯科医師会	3.8	0.0	7.4
都道府県歯科医師会	3.9	3.9	4.1
日本薬剤師会	10.0	6.7	6.7
都道府県薬剤師会	17.8	18.9	19.4
日本看護協会	—	—	98.3
日本栄養士会	—	—	56.5

（備考）1. 日本医師会，都道府県医師会，日本歯科医師会，都道府県歯科医師会，日本薬剤師会，都道府県薬剤師会は，内閣府「女性の政策・方針決定参画状況調べ」より作成。
 2. 日本看護協会，日本栄養士会は各団体が公表している役員名簿（平成30年2月20日現在）を基に男女共同参画局で算出。