

研究要旨

女性の健康問題、特に健康の社会決定要因について考える際には、社会的性差（ジェンダー）を考慮した検討が重要であることが指摘されている。そこで、本研究は就労女性の健康における社会的決定要因を把握することを目的とし、雇用形態、仕事と家庭の葛藤、教育歴と職業の不一致、社会的役割の健康影響を日本社会の社会的特徴のひとつである性別役割分業規範の影響に関する考察を加えて検討した。

その結果、女性の健康に関する社会的決定要因の検討には、就労状況に加えて家庭生活を含めたより包括的な検討と背景にある性別役割分業規範の影響を含めた理解が重要であることが示された。また、働く女性の環境や健康の改善には、個人の意識改革だけではなく、ジェンダーの視点を持った社会制度への介入が重要であることが示唆された。

A. 研究目的

女性の健康問題、特に健康の社会決定要因について考える際には、社会的性差（ジェンダー）を考慮した検討が重要であることが指摘されている¹⁾。そこで、本研究は女性の健康における社会的決定要因を把握することを目的とし、日本社会の社会的特徴のひとつである性別役割分業規範の影響に関する考察を加えた文献レビューを実施した。

B. 研究方法

既存の研究や資料から、特に就労する女性の健康について、雇用形態、仕事と家庭の葛藤、教育歴と職業の不一致、社会的役割の健康影響について文献レビューし考察した。

（倫理面への配慮）

特記すべきことなし

C. 研究結果, D. 考察

1. はじめに

女性の労働力率は男性と比較して低く、就労状況においても依然として大きな性差が存在す

る。平成 25 年の労働力調査によると 15-64 歳における男性の労働力率が 84.8%に対し、女性は 66.0%であり、これは他の先進諸国の女性と比較してもやや低い水準である。（ドイツ 72.5%、アメリカ 67.1%、スウェーデン 78.8%）また、日本では多くの女性が 20 代後半から 30 代にかけて、結婚・出産・育児のため仕事を離れ、その後、家事・育児等が一段落した後の 40 代で復職するという M 字型の就労パターンを示すのも特徴的である（図 1）。平成 26 年の女性の労働力人口は 2,824 万人であり、就労人口総数に占める女性の割合は 42.9%と年々上昇の傾向は示しているが、職種としてはサービスや事務職が多く、社会的な影響力が大きく高収入な管理的職業（企業の課長職相当以上）従事者は男性に偏る傾向がみられる。また、平成 26 年労働力調査によると雇用者全体にしめる非正規雇用者比率は女性 56.7%、男性 21.8%と雇用の形態にも大きな性差がみられる²⁾。

このような就労に関連する性差の背景には、日本社会における「男性は外で働いて家計を維持し、女性は家庭を守る」という性別役割分業

(男性稼ぎ手モデル)の規範が依然として根強いことが挙げられる。日本社会においてこの規範を支持する人の割合は減少傾向にはあるが、国際的にみると依然として高い水準であると言える³⁾。女性の家庭外就労が進む中、家庭における役割や責任を主に担いつつ働くことを期待されている女性の状況に大きな変化はみられない。このような性別役割分業の規範は性別に関する社会的特徴のひとつであり、わが国の働く女性を取り巻く現況を決定付ける要因のひとつだと考えられる。

2. 就労する女性の健康に与える影響

(1) 雇用形態:パート・アルバイトでの就労

性別役割分業規範の強いわが国において、女性は家庭との両立のためパート・アルバイトなどの非正規雇用での就労が多い傾向にあり、その割合は1990年ごろから年々増加し続けている⁴⁾。家事や育児などで職場を一旦離れると、正規職での就業は難しいという日本社会特有の雇用体制がその傾向を強める。働く時間の自由度が比較的高いとされるパート・アルバイトなどの勤務体系は家庭と仕事の両立を目指す必要のある女性にとって都合が良い側面がある。しかし、一方で家事・育児のため離職しその後復職した女性の多くは、本人の希望とは関係なく非正規雇用での就労をせざるを得ないという日本社会特有の雇用体制の影響も存在する。女性の高い非正規雇用割合は日本の雇用体制と性別役割分業規範が女性の雇用形態に大きく影響した結果であると言える。

その雇用形態の健康への影響は健康指標によって異なる傾向がみられる。ストレスや抑うつ傾向など比較的短期的な影響については顕著な関連が見られていない^{5,6)}。たとえば、中高年者縦断調査のデータを用い50-59歳の女性就労者の心理的苦痛の発症を約4年間追跡した研究は、心理的苦痛の発症に雇用形態による顕著な違いがみられなかったと報告している⁵⁾。また、2007年国民生活基礎調査のデータを用いて雇用形態

と抑うつ傾向との関連を横断的に検討した研究では、パートタイム・アルバイト雇用者とフルタイム正規雇用者における抑うつ傾向の有病率に差は見られなかったと報告されている⁶⁾。就労時間等の自由度が比較的高く、フルタイム就労者と比較して仕事と家庭の両立を可能にしやすと考えられているパート就労者であるが⁷⁾、結局、仕事をしながら家事や育児をこなす状況に変わりはなく、少なくとも短期的には健康への大きなメリットは得られていない可能性が考えられる。

これに対して、雇用形態の長期的健康影響については異なる結果がみられる。1988~1990年に詳細なアンケート調査により集められた情報をもとに40~59歳の就労女性16,692人を平均17.7年間の追跡し、雇用形態別の死亡リスクに関する縦断調査を行った結果、パート・アルバイトでの就労はフルタイム就労と比較して死亡リスクが1.48倍であった⁸⁾。日本におけるパート・アルバイトとは必ずしも「短時間勤務」を指すものではない。たとえばパート就労者でありながら長時間の労働をしているという状況もみられる。加えて、パート・アルバイトは多くの場合長期の雇用契約が結ばれることは少なく、昇給、賞与や教育の機会も限られており、福利厚生面におけるサポートは乏しいことが多い。つまり、正規雇用とパートタイム雇用の違いは、勤務時間の長さという意味のほか、雇用に関する条件や状況、福利厚生面における不利を含めたものであるといえる。先に述べた様に非正規雇用から正規雇用への移動が極めて困難であるという状況を考慮すると、パート・アルバイト就労者は長期的に経済的不安、雇用不安、将来に対する危機感をもつことになり、このことが健康に強い影響をあたえているのではないかと推察される。また、生産年齢期間の雇用状況は高齢期における年金などの社会保障に大きく影響すると考えられる。高齢女性の相対的貧困率が男性と比較して顕著に高いことは、女性の離職率、非正規雇用者の割合が高いことを反映して

おり⁹⁾、結果的に長期にわたる健康への影響につながっていると考えられる。

非正規雇用による就労は正規雇用と比較して平均的に賃金が低く、そのため非正規雇用者における貧困者の割合は正規雇用者と比較して高い。世帯構造別の貧困率をみると、ひとり暮らし世帯、特に、離別・死別女性の貧困率の高さが目立つ。その中には子供を抱える母子世帯が含まれると考えられるが、日本の母子世帯における就労率は8割以上と高いにもかかわらず、その中身はパート・アルバイトなどの非正規雇用である場合が多く¹⁰⁾、その結果、極めて高い貧困率を示している。Kachiらは平成22年度国民生活基礎調査データを用い、18-59歳の女性における雇用形態ならびに世帯構造と自覚的健康感との関連について横断的に検討した¹¹⁾。その結果、母子世帯（ひとり親+未婚の子供）は他の世帯構造と比較して相対的貧困率が高く（62.4%）、また自覚的健康感が悪い人の割合が高かった（20.2%）。また、正規雇用の夫婦のみ世帯を基準とした自覚的不健康感のオッズ比は母子世帯の非正規雇用者で1.63（95%信頼区間：1.25-1.11）単独世帯の非正規雇用者で1.23（95%信頼区間：1.01-1.53）と有意に高いと報告している。また、先に示した雇用形態と死亡リスクの関連に関する研究においても、雇用形態と死亡リスクの関連を教育歴別、婚姻形態別で検証した結果、社会経済状況が低いと推定される教育歴の低い群、非婚群において雇用形態と死亡リスクの関連が強い傾向がみられている⁸⁾（図2）。つまり、非正規雇用者の間でも社会経済状況によりその健康影響に違いがある可能性がある。家計の補助としてのパート・アルバイトか、生活を支えなければならないのかによりその健康影響も大きく異なることが考えられる。

（2）仕事と家庭の葛藤 （ワーク・ファミリー・コンフリクト）

平成9年以降、夫婦ともに雇用者である共働き世帯数が男性雇用者と無業の妻という世帯数

を上回り、共働き世帯が年々増加している現状において、多くの女性にとって仕事と家庭の両立、いわゆる「ワーク・ライフ・バランス」（仕事と生活の調和）の実現は極めて難しくかつ重要な課題となっている。ワーク・ライフ・バランスに関連した概念のひとつに、仕事と家庭の葛藤（ワーク・ファミリー・コンフリクト）がある。仕事と家庭の葛藤は「仕事と家族領域から互いに相容れない役割プレッシャーがかかる役割間葛藤の一形態」と定義され¹²⁾、生活を形成する二大領域である家族生活と職業生活を人々がどのように経験をしているかを把握しようとする概念である。この概念は「仕事が家庭に及ぼす葛藤」（例：家庭内の問題によって仕事に専念できる時間が減る等）と「家庭が仕事に及ぼす葛藤」（例：仕事のため、家族と過ごす時間が減る等）の2方向がある。これまでにいくつかの研究により家庭と仕事の葛藤と健康の関連について報告されている。

東京都世田谷区において未就学児を持つ共働き世帯の1790人を対象に実施した、家庭と仕事の葛藤と精神健康の関連に関する横断研究の結果、家庭と仕事の葛藤のない人と比較した家庭から仕事への葛藤ならびに仕事から家庭への葛藤の両方の葛藤を持つ人の心理的苦痛に対するオッズ比は男性で8.25（95%CI：5.39-12.63）、女性は10.29（95%CI：6.42-16.50）と、男女ともに家庭と仕事の対立と精神健康の関連を示した¹³⁾。

また、ある地域における40-64歳の住民約15,000人を対象に実施した仕事と家庭の葛藤と自覚的健康感の関連に関する横断研究では、家庭から仕事への葛藤ならびに仕事から家庭への葛藤の両方が低い人と比較して、両方が高い人の自覚的健康感が悪いことに対するオッズ比は男性で2.46（95%CI：2.28-3.29）、女性は3.70（95%CI：3.07-4.67）である¹⁴⁾。

仕事と家庭の葛藤と健康の関連は男女を問わずみられるが、その関連は女性で強い傾向を示している。仕事と家庭の葛藤の項目を詳細にみ

ると、男性では「出張で家を空けることが多い」の項目において「よくある」と答えた人の割合が高いが、女性では「家事によって、仕事をよく行うために必要な睡眠時間が取れなくなる」や「家庭内での責任によって、リラックスしたり一人になるための時間が減る」の項目が高い。つまり、同じ葛藤であっても男女でその内容が異なり、その結果、健康への影響も異なるのではないかと考えられる。

また、ある地方都市における20-59歳の地方公務員約4,000人を対象に実施した、家庭と仕事の役割葛藤の健康影響に関する横断研究によると、女性の家庭が仕事に及ぼす葛藤や仕事は家庭に及ぼす葛藤は男性と比較して高いことを把握した¹⁵⁾。また、女性の身体的健康ならびに精神的健康は男性と比較して悪い傾向にあり、これらの性差は、年齢や職業上の地位、仕事の特徴（裁量度、要求度、サポートの有無、労働時間、シフトワークの有無）の男女における違いに加えて、家庭が仕事に及ぼす葛藤、仕事は家庭に及ぼす葛藤、家庭での役割数における性差によって説明されると報告している。つまり、女性の健康が男性よりも悪いのは、女性の家庭外就労が進んでいるにもかかわらず偏った「家庭における役割や責任」から解放されることはなく、女性が家庭と仕事両立に極めて難しい状況に置かれていることが強く影響している可能性を示唆している。

仕事と家庭の葛藤と自覚的健康感の関連は世帯の経済状況によっても異なることも示唆されている。前述の研究において、仕事と家庭の葛藤と自覚的健康感の関連は、特に世帯所得の低い女性群において顕著にみられることが示されている¹⁷⁾ (図3)。経済的困窮という制約を抱える女性が、仕事と家庭の両立という困難のためにより健康を害している可能性が示唆される。

(3) 教育歴と職業階層の不一致

教育は健康と最も強い関連を示す要因のひとつであり、受けた教育が高いほど健康であるこ

とはよく知られている¹⁶⁾。しかし、日本の就労女性を対象に教育歴と健康の関連を検証した研究結果は必ずしも同様の結果とならない。たとえば、Honjoらは1990年に全国の4保健所管内に居住する40歳から59歳の就労女性約14,742人を対象に脳卒中発症を約20年間追跡したコホート研究を実施し、教育歴と脳卒中発症リスクの関連を検証した¹⁷⁾。その結果、女性就労者の教育歴による脳卒中発症リスクは、中学卒業群を基準として、高校卒業群では0.68倍、短大・専門学校・大学以上の群では0.95倍と定説に反して高学歴群で低学歴群と同様に発症リスクが高いという結果であった。

なぜ、高学歴の就労女性の脳卒中リスクが高いのか。その背景にも性別役割分業規範の影響が考えられる。職業階層の高い職業（専門職や管理職など）に就いている人は低い職業階層の職業（肉体労働作業など）についている人と比較して、健康状況がよいことは先行研究により示されている。脳卒中リスクに関する研究において、専門・管理職と比較して、事務職、サービス・販売職、肉体労働（農林業含む）の脳卒中罹患リスクにおけるハザード比は1.73 (95%信頼区間：1.02-2.94)、2.02 (95%信頼区間：1.25-3.26)、1.64 (95%信頼区間：1.01-2.65)であった。

一般に、教育歴の高い人は職業階層の高い職業につく確率が高いとされている。しかし、わが国では女性の高学歴化が進んでいるが、先に述べたとおり女性は結婚・出産・育児のため仕事を離れ、その後、家事・育児等が一段落した後の40代で復職するという特有の就労パターンを示す。また、非正規雇用者の割合が高く、高学歴であっても多くの女性が非正規雇用での就労をしている。一般に、職業は専門職・管理職、事務職、販売・サービス、肉体労働といった順に階層化されると考えられているが、非正規雇用者は販売・サービスや肉体労働などの職種に多い傾向が見られる。したがって、日本の就労女性には受けた教育歴と就いた職業階層が

一致しない人が多く存在する可能性がある。このような教育歴と職業階層が一致しないことは心理的ストレスを強め精神健康に影響を与えていることが先行研究により指摘されている^{18,19)}。前述の日本女性を対象とした研究においても、教育歴と職業の不一致と脳卒中の発症リスクの関連について分析している。その結果、受けた教育に対して就いている職業階層に不一致のある女性は、教育歴と職業クラスが同程度の群と比較して約2倍と有意に高いことを報告している¹⁷⁾。中でも短大・専門学校・大卒の女性の約40%が肉体労働や販売・サービス職についており、彼女らの脳卒中発症リスクが全体の中で最も高いことが示された(表1)。教育と職業の不一致は投資した教育に応じた職業につけないことによる不満や、教育と職業それぞれから推定される社会的地位の不一致から役割葛藤を生むと考えられる²⁰⁾。その不満や葛藤が脳卒中のリスク要因のひとつである心理的ストレスレベルを上昇させ、その結果、脳卒中リスクが上昇するのではないかと推察されている。

(4) 社会的役割

就労者の健康は就労に係わる要因のみに影響を受けているわけではなく、仕事と家庭の葛藤と健康影響の項で見られたように、家庭の影響も強くうける。特に、家庭内における多くの義務や責任を負う女性の健康には家庭における役割の影響が強くあらわれる可能性が考えられる。

社会的役割とは、社会グループのメンバーとして果たす役割を指し、これまでの多くの先行研究が引き受けている社会的役割数と健康の関連を報告している。社会的役割数の健康影響には、主に1) 社会的役割が増えることで担当しなければならない仕事が増え、その結果、健康に悪影響を与えるという役割過重・役割葛藤説(role overload / role conflict)、2) 役割を持つことで自分自身の存在感、自己肯定感、自尊心を高く持つことができ健康に良い影響を与

えるという役割強化説(role enhancement)の両面があることが指摘されている²¹⁻²⁴⁾。日本人を対象とした研究においても、社会的役割数と死亡リスク²⁵⁾や自覚的健康感²⁶⁾との関連が認められている。これらの研究では基本的に社会的役割が多いほど健康状況が良い傾向がみられるが、男女で異なる傾向もみられることが報告されている。また、この社会的役割数は、就労女性の健康における社会的決定要因の影響に間接的な効果を与えている可能性が示されている。日本の大規模コホート調査のデータを用いた教育歴と脳卒中罹患リスクの検討において、就労している女性のみで専門学校・大学卒業群は高校卒業群に対して高い脳卒中罹患リスクを示した。その上で、教育歴と脳卒中罹患リスクの関連を家庭における役割数(親、子供、配偶者といった役割)別にみると、家庭における役割が複数であった女性のリスクの上昇はみられず、家庭の役割が1つであった女性のみでリスクの上昇がみられるという結果であった。つまり、女性就労者の健康を検討する際には、家庭における役割や家庭の状況に関する要因の影響も同時に考慮することが重要かつ必要であるといえる。

E. 結論

就労の健康影響に関しては、これまで主に産業保健分野において職場の環境や雇用状況に関する要因と健康との関連を中心に検証されてきた。そして、その対象は主に正規雇用者であり、非正規雇用者の多い女性就労者は研究の対象から外れていることが多かった。また、本研究では女性就労者の健康を考える際には職業に関する要因に加え家庭に関する要因も考慮する必要性を示してきたが、家庭生活に関する情報について扱っている研究は少なく、働く女性の健康に関する検証はまだ始まったばかりといわざるを得ない。今後、女性就労者の健康に関する検討には、女性就労者全体を対象とし、就労状況に加えて家庭生活を含めた、より包括的な検証

が重要だと考える。

女性は人生の様々なタイミングで選択を迫られる機会が多く、男性と比較して多様性が高い傾向がみられる。たとえば、就労するののかしないのか、就労する場合どのような働き方か、結婚後あるいは子供を持った後に仕事を継続するのか等の選択は少なからず女性の社会的役割に関する規範や社会制度の影響を受ける。したがって、働く女性の健康に関するさまざまな要因の影響について考えるとき、その背景にある社会的特徴の影響を無視することはできない。

雇用形態の健康影響に関しては、短期的ならびに長期的な健康影響の検討は限られている。特に、長期的健康影響を検証する際には、雇用形態に連動する社会保障の影響についても検討していく必要がある。また、先行研究により非正規雇用者の間でも社会経済状況によりその健康影響に違いがある可能性が示唆されている。家計の補助としてのパート・アルバイトか、生活を支えなければならないのかによりその健康影響も大きく異なることが考えられ、背景のより詳細な把握が必要である。

また、仕事と家庭の葛藤の健康においても顕著な性差が把握されている。仕事と家庭の葛藤は男性と比較して女性で大きく、またその質も異なる傾向がうかがえる。健康の性差がこの仕事と家庭の葛藤など仕事と家庭の両立に係わる要因によって大きく説明がされる可能性も示唆されている。また、家庭状況が就労と健康の関連に影響を与える可能性も示されている。その影響は、家庭内の家事・育児・介護などの多くの義務や責任を引き受けている女性で特に強い傾向がみられる。

教育歴と職業階層の不一致が女性に多く起こっており、その結果、高学歴の就労女性の健康を悪化させている可能性も示された。これは教育を受けた女性が社会の中でその能力を発揮できる機会に恵まれない、あるいは、その能力を発揮できる場所に就けないという、日本社会における性に起因する不平等（ジェンダー）が彼

女らの精神健康に影響及ぼす例のひとつと考える。

女性の健康に関する社会的決定要因の検討には、その背景にある性別役割分業規範の影響を含めた理解が重要である。現在の日本社会において、特に若い世代ではこの規範を支持する人の割合は年々低下の傾向を示している。しかし他国に比べて強く男性稼ぎ手モデルに依存している日本の労働政策や社会保障制度は、終身雇用制や年功賃金制といった企業の「日本的雇用慣行」やワーク・ライフ・バランスを無視した長時間労働などのビジネス慣行と相互に依存しながら性別役割分業規範を維持する方向に作用している。そのため人びとの意識が変化したとしても、それがただちに働く女性の環境改善というということにつながらず、現時点では個人の意識変容に人を取り巻く社会制度が追いついていないように感じられる。働く女性の環境や健康の改善には、個人の意識改革だけではなく、ジェンダーの視点を持った社会制度への介入も重要だと考える。

参考文献

1. 神林博史 本. ジェンダーと健康. In: 近藤尚己 川橋, editor. 社会と健康 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ. 東京: 東京大学出版会; 2015. p. 95-113.
2. 内閣府男女共同参画局. 男女共同参画白書 平成 27 年版 2016 [Available from: http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h27/zentai/html/honpen/b1_s02_01.html].
3. WHO. Integrating Gender Perspective in the work of WHO: WHO Gender Policy. 2002.
4. 総務省統計局. 労働力調査 2014 [Available from: <http://www.stat.go.jp/data/roudou/>].
5. Kachi Y, Otsuka T, Kawada T. Precarious employment and the risk of serious

- psychological distress: a population-based cohort study in Japan. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(5):465-72.
6. Inoue M, Tsurugano S, Yano E. Job stress and mental health of permanent and fixed-term workers measured by effort-reward imbalance model, depressive complaints, and clinic utilization. *J Occup Health*. 2011;53(2):93-101.
 7. 総務省統計局. 平成 27 年 労働力調査結果の概況 2016 [Available from: <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuho/nen/dt/>].
 8. Honjo K, Iso H, Ikeda A, Fujino Y, Tamakoshi A, Group JS. Employment situation and risk of death among middle-aged Japanese women. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(10):1012-7.
 9. 内閣府男女共同参画局. 男女共同参画白書平成 22 年版 2010 [Available from: http://www.gender.go.jp/about/danjo/whitepaper/h22/gaiyou/html/honpen/b1_s04.html].
 10. 厚生労働省. 平成 23 年度全国母子世帯等調査結果報告 2011 [Available from: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshikatei/boshi-setai_h23/].
 11. Kachi Y, Inoue M, Nishikitani M, Yano E. Differences in Self-rated Health by Employment Contract and Household Structure among Japanese Employees: A Nationwide Cross-Sectional Study. *J Occup Health*. 2014.
 12. Greenhaus JH, Beutell, N. J. . Sources of conflict between work and family roles. . *Academy of Management Review*. 1985;10:76-88.
 13. Shimazu A, Kubota K, Bakker A, Demerouti E, Shimada K, Kawakami N. Work-to-family conflict and family-to-work conflict among Japanese dual-earner couples with preschool children: a spillover-crossover perspective. *J Occup Health*. 2013;55(4):234-43.
 14. Kobayashi T, Honjo K, Eshak ES, Iso H, Sawada N, Tsugane S. Work-Family Conflict and Self-Rated Health Among Japanese Workers: How Household Income Modifies Associations. *PloS one*. 2017.
 15. Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. Sex differences in physical and mental functioning of Japanese civil servants: explanations from work and family characteristics. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2091-9.
 16. Kagamimori S, Gaina A, Nasermoaddeli A. Socioeconomic status and health in the Japanese population. *Soc Sci Med*. 2009;68(12):2152-60.
 17. Honjo K, Iso H, Inoue M, Sawada N, Tsugane S. Socioeconomic status inconsistency and risk of stroke among Japanese middle-aged women. *Stroke*. 2014;45(9):2592-8.
 18. Jackson E. Status consistency and symptoms of stress. *American Sociological Review*. 1962;27:469-80.
 19. Dressler WW. Social consistency and psychological distress. *J Health Soc Behav*. 1988;29(1):79-91.
 20. Smith P, Frank J. When aspirations and achievements don't meet. A longitudinal examination of the differential effect of education and occupational attainment on declines in self-rated health among Canadian labour force participants. *Int J Epidemiol*. 2005;34(4):827-34.
 21. Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural

- disadvantage, gender and health status. Soc Sci Med. 1991;32(4):425-36.
22. Khlat M, Sermet C, Le Pape A. Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. Soc Sci Med. 2000;50(12):1807-25.
23. Goode WJ. A Theory of Role Strain. American Sociological Review. 1960;25(4):483-96.
24. Sieber SD. Toward a Theory of Role Accumulation. American Sociological Review. 1974;39(4):567-78.
25. Tamakoshi A, Ikeda A, Fujino Y, Tamakoshi K, Iso H. Multiple roles and all-cause mortality: the Japan Collaborative Cohort Study. Eur J Public Health. 2012.
26. Takeda Y, Kawachi I, Yamagata Z, Hashimoto S, Matsumura Y, Oguri S, et al. The impact of multiple role occupancy on health-related behaviours in Japan: differences by gender and age. Public Health. 2006;120(10):966-75.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kobayashi T, Honjo K, Eshak E.H, Iso H, Sawada N, Tsugane S, and Japan Public Health Center-based Prospective Study for the Next Generation (JPHC-NEXT) Study Group. Work-Family Conflict and Self-Rated Health Among Japanese Workers: How Household Income Modifies Associations. Plos One. 2017. DOI:10.1371/journal.pone.0169903
2. Eguchi E, Iso H, Honjo K, Yatsuya H, Tamakoshi A. No modifying effect of education level on the association between lifestyle behaviors and cardiovascular mortality: the Japan

Collaborative Cohort Study. Scientific Report. 2017. DOI: 10.1038/srep39820.

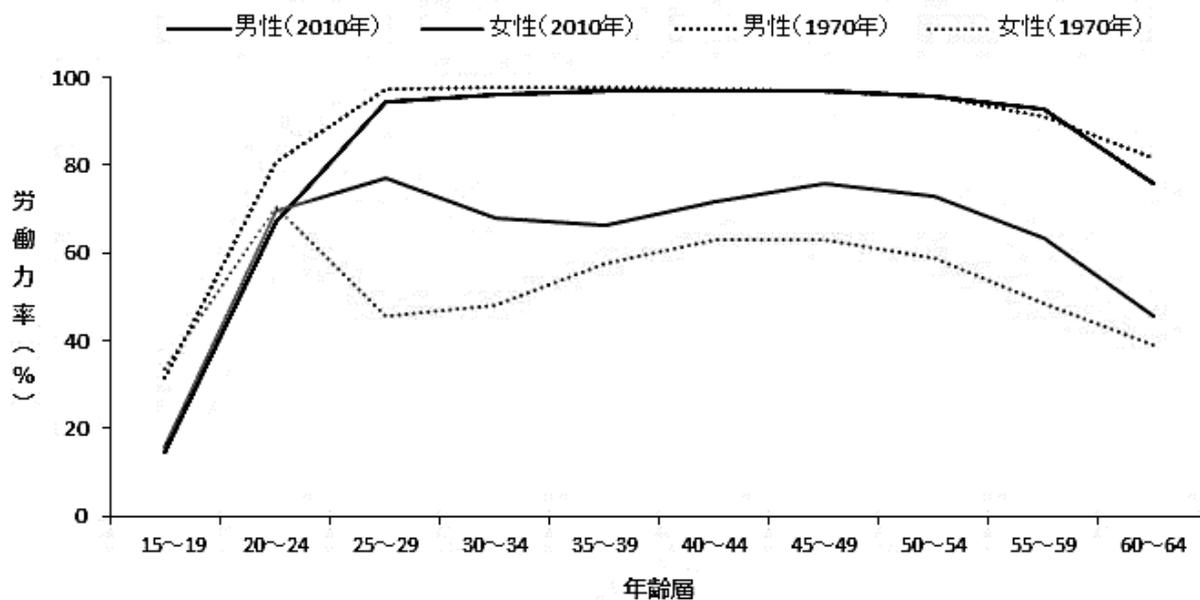
3. Hanibuchi T, Nakaya T, Honjo K. Trends in socioeconomic inequalities in self-rated health, smoking, and physical activity of Japanese adults from 2000 to 2010. SSM-Population Health. 2016; 2 : 662-673.
4. Kimura T, Iso H, Honjo K, Ikehara S, Sawada N, Iwasaki M, Tsugane S. Educational Levels and Risk of Suicide in Japan: The Japan Public Health Center Study (JPHC) Cohort I. J Epidemiol. 2016; 26(6):315-21.

2. 学会発表

1. Honjo K, Shiba K, Tani Y, Sasaki Y, Kondo K, Kondo N. The risk of depressive symptoms according to living alone and social support among Japanese older population - a fixed effects analysis of longitudinal data from JAGES study. International Congress of Behavior Medicine 2016 (Melbourne, Australia:2016) Oral presentation.
2. Honjo K, Kondo N, Tani Y, Saitoh M, Kondo K, JAGES study Group. Living arrangements and risk of depressive symptoms among older adults in Japan: The JAGES longitudinal survey. Epidemiology congress of the America 2016. (Miami, USA:2016) Poster Presentatio
3. 本庄かおり, 磯 博康, 野田(池田)愛, 井上真奈美, 澤田典絵, 津金昌一郎, JPHC 研究グループ. 婚姻状況の変化と脳卒中発症リスクとの関連: JPHC Study. 第27回日本疫学会学術総会 (山梨県甲府市:2017)

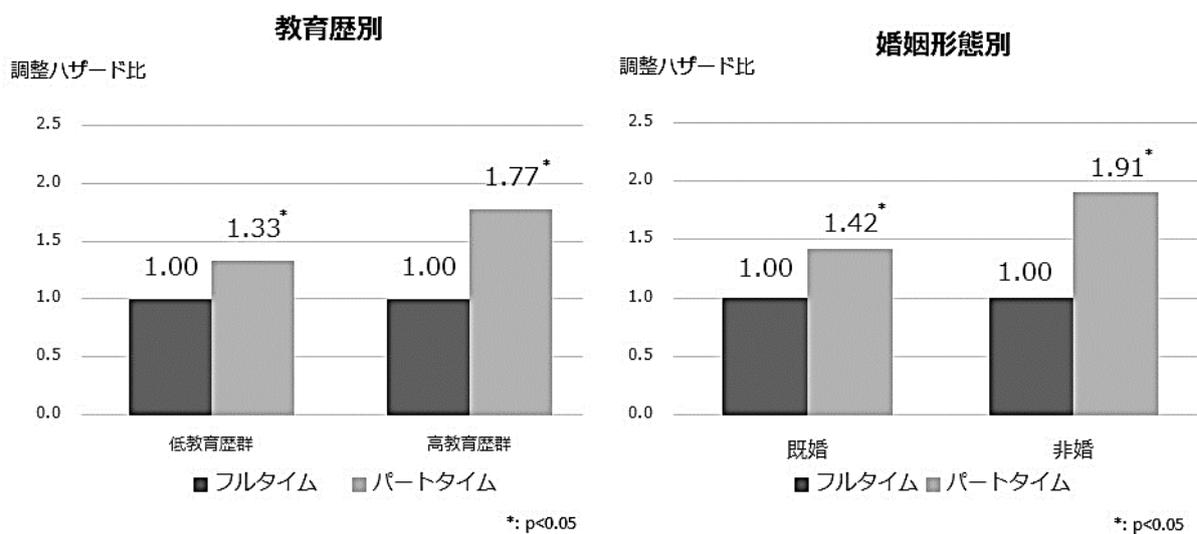
H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし



出典：「国勢調査」(総務省) <http://www.stat.go.jp/data/chouki/zuhyou/19-05.xls>

図1 年齢層別労働力率



出典：Honjo K, et.al. Employment situation and risk of death among middle-aged Japanese women. J Epidemiol Community Health. 2015;69(10):1012-7. doi: 10.1136/jech-2015-205499. PubMed PMID: 26043897..

図2 雇用形態と死亡リスクの関連：教育歴・婚姻形態別検証

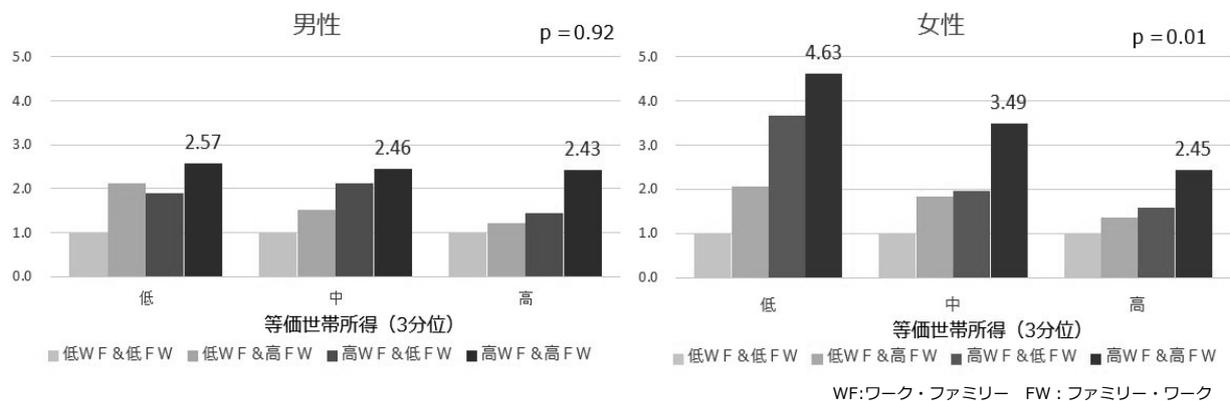


図3 仕事と家庭の葛藤と自覚的健康感の関連—等価所得別分析結果

表1: 教育歴と職業の組み合わせによる脳卒中罹患リスク

教育歴	職業			
	専門職・管理職	事務	サービス・販売	肉体労働 (農林漁業含む)
大学・短大・専門学校 (n=1657)				
人数	724	238	405	290
ハザード比 (95%信頼区間)	1	1.64(0.56-4.80)	3.21(1.49-6.90)	3.47(1.54-7.84)
高校 (n=5219)				
人数	262	1,080	1,521	2,356
ハザード比 (95%信頼区間)	1.78 (0.68-4.67)	1.82(0.88-3.75)	2.02(1.02-3.98)	1.62(0.83-3.17)
中学 (n=7867)				
人数	138	320	2,024	5,385
ハザード比 (95%信頼区間)	1.98(0.68-5.79)	2.91(1.32-6.42)	3.00(1.57-5.73)	2.44(1.29-4.62)