

将来における経済的不安感と主観的健康感との関連についての研究

- JGSS-2008 データを用いた分析 -

三澤 仁平

東北大学大学院医学系研究科博士課程

/ 日本学術振興会

A Study on the Relationship between Future Financial Insecurity and Self-rated Health:
Analysis of using JGSS-2008 data

Jimpei MISAWA

Graduate School of Medicine, Tohoku University

/ Japanese Society for the Promotion of Science

The purpose of this article is to examine the relationship between future financial insecurity, job insecurity and self-rated health using JGSS-2008 data. By sex, general linear model was conducted. As a result, it is found that the cognition of being below average family income compared with Japanese families in general has negative effect on self-rated health among men. Among women, future financial insecurity has negative effect on self-rated health. Moreover, among female employees, job insecurity also influences self-rated health negatively. In order to take better health, it is necessary to improve social system of sustaining financial security.

Key Words: JGSS, self-rated health, financial insecurity

本稿では、将来における経済的な不安感、失業に関する不安感が、当該者の主観的健康感とどのように関連しているのかを、JGSS-2008 データを用いて、明らかにすることを目的に検討した。男女別に一般線形モデルで分析した結果、男性に関しては、将来の経済状況に不安があることや、失業について不安を抱くことよりも、世間一般の平均収入と比較して下であると認識することのほうが主観的健康感に負の影響があることが示された。一方、女性については、将来における経済的不安感があることは主観的健康感に負の影響があることが明らかになり、さらに就業者に限って言えば、失業不安も主観的健康感と有意に負の関連を持っていた。よりよい健康を享受できるためには、将来における経済的な安心感を構築できるような社会的基盤を整備することが求められる。

キーワード：JGSS，主観的健康感，経済的不安感

1. 緒言

国民皆保険が 1961 年に施行されて以来、我々日本人は平等に医療を享受することができるようになり、誰もが健康の平等性を信じて疑わなかった。しかし、現在においては、我が国において、所得格差が大きい集団ほど健康状態が劣るとの知見が示され、さらには、低い職業階層や社会関係が乏しい人ほど健康問題がみられるのである（川上ほか 2004）。つまり、健康についての格差が目に見えて表立ってきたと言えよう。

また、こうした健康格差は、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health）と深く関わるということが知られている（Marmot & Wilkinson 1999）。つまり、社会的な要素の影響がどのように個人や集団の健康と関わっているのか、を明らかにすることが健康格差の問題を解決しうる一助となりえるのである。それはまた、政策的にも非常に意義のある課題と言える。

現在では、社会のありようという視点から健康の社会的決定要因を明らかにすることに大きな焦点が当てられている。社会民主主義的な体制をとる国家は新自由主義的な国家に比して死亡率が低いことが報告され（Coburn 2004）、さらには、不況という経済状況においてはその社会状態そのものが健康に負の影響を及ぼすことが言われているように（Kondo et al 2008）、社会経済的地位のような個人水準の要因だけではなく、社会構造の様相による健康影響がみられる。

このような社会構造はひとびとの心理社会的状態に影響を及ぼすものだということが Wilkinson（2005）に指摘されていることから、現代社会の様相から導かれる心理社会的状態が、はたして個人の健康にどのような影響を及ぼしうるのかを明確にすることは、重要な取り組むべき課題であると考えられる。逆に言えば、個人の心理社会的状態と健康との関連を明らかにすることを通じて、健康に影響しうる現代日本社会構造における問題そのものを論じることができるものと思われる。

現代社会の特徴を一言で挙げれば、不安社会であると言えよう。慣習的規範の弱体化によって個人化社会を迎え、それにともない、何がリスクであるのかを自分自身で強制的に見分けなければならなくなった。現代社会に生きるわれわれは不安と隣り合わせに生活せざるをえないのである。

現に、『国民生活に関する世論調査（平成 21 年 6 月）』によれば、「日常生活での悩みや不安」を感じている者は、全体の約 7 割近くにも及ぶ（内閣府大臣官房政府広報室 2009）。このことから、われわれ日本人に不安感が影を落としている様子がうかがえる。さらに同調査で、悩みや不安を感じていると答えた者が、とりわけ不安を感じていることからは、老後の生活設計 54.9%、自分の健康 49.2%、今後の収入や資産の見通し 43.9%、家族の健康 41.4%、現在の収入や資産 35.8%、であった。つまり、自身や家族の健康を除けば、われわれ日本人は、経済的側面についてより不安を感じ、そのことに一喜一憂している様相がうかがえる。しかもそれは一過性のものではなく、この傾向はここ 10 年で上昇傾向にある。

また、経済的側面に関連して、就業に関して言えば、ここ数年、失業率は 5%前後であり（総務省統計局 2009）、失業するかもしれないという経済的側面の不安感をもたらす影響の大きさも想像に難くない。

このように見てみれば、将来の経済的側面に不安を抱かざるを得ない現代社会において、その社会構造の影響を受けた個人の心理社会的状態、つまり将来における経済的な不安や、失業への不安が、個人の健康感に対して何らかの影響があるのではないかと考えられる。

もちろんこれまでも、海外においては、経済的側面についての不安と健康との関連について検討されてこなかったわけではない。Kahn & Pearlin（2006）によれば、経済的な問題を抱えていると認識することは、慢性的なストレスのひとつであると言う。さらには、これまでの健康格差研究で指摘されてきたような職業や収入などの客観的な社会経済的地位がもたらす健康への影響ばかりでなく、経済的に安定しているとみなす認知的側面の健康に対する影響の重要性もまた指摘されている（Haines et al 2009）。むしろ認知的側面のほうが客観的な社会経済的地位よりも、健康にとって重要であると言う。このように、ただ単に社会経済的地位と健康との関連ばかりでなく、経済的な不安を感じているということそのものが個人の健康に負の影響を及ぼしていることが報告されているのであ

る。

また、失業に関する不安と健康についてもまた同じような結果が見受けられる。不安定な雇用状況であることは、主観的健康感を減少させるとの報告がある (Rugulies et al 2008)。とくに男性というよりも女性においてこの傾向が顕著であると言う。また、失業する可能性を経験することは当該者のストレスと負の関係があることが言われている (Rocha et al 2006)。このように、失業可能性があることは、健康に対して負の効果を持つことがこれまでの研究から見て取れる。しかしその一方で、失業に対する不安があるということよりもむしろ、将来において経済的な不安を抱くことのほうが健康影響の効果が大きいとの指摘もある (Ferrie et al 2003)。

しかし、以上の研究は、海外における当該国の社会情勢を反映したうえでの議論であり、我が国における現代社会の様相を映したもとは決して言えない。そこで、我が国に目を移してみると、将来における経済に関する不安と健康との関連をみつかった研究が非常に乏しい。とはいえ、高齢者を対象に経済的不安感と健康との関連をみつかった研究によれば、経済的な不安が高い人であるほど、うつ傾向にあるということが示されている (遠藤 2007)。ここでも、経済的な不安による健康への影響が示唆されるものである。だが、ここで行われた研究は、対象が高齢者に限定されているため、包括的な議論が難しいという難点があり、日本人全体の経済不安と健康との関連を論じることはできないように考える。さらには失業への不安と健康との関連については言及しておらず、その点についての検討が要求される。

そこで本研究では、我が国において、将来における経済的な不安感、そして失業に関する不安が当該者の主観的健康感とどのように関連しているのかを明らかにすることを目的とする。

2. 方法

2.1 データ

本研究では、日本版 General Social Surveys (JGSS-2008) データを使用する。この調査は、国内に在住する 20 歳から 89 歳の男女 8000 名を層化二段無作為抽出法によってサンプリングし、面接法と郵送留置法を併用してアンケート調査を行ったものである。本稿ではこのうち、面接票と留置 A 票を用いる。留置 A 票は計画標本サイズ 3997 ケースであり、転居、住所不明、死亡、長期不在、病気、入院、その他を除いた 3538 ケースのうち 2060 名が回収された (回収率 58.2%)。ただし、本稿では、経済に関する不安という視点をとっているため、対象を 20 歳から 60 歳までに限定して分析する。さらに、欠損値のあるデータを除いて分析するため、分析対象数はこれより少なくなる。

なお、JGSS-2008 データを用いる利点は、調査票に将来における経済的不安感、失業不安についての設問が用意されていることと、健康指標が用意されていることである。また、JGSS-2008 は日本全国を対象に蒐集されたデータであるため、包括的な議論が行えるという点が非常に大きな利点であると考えられる。

2.2 変数

2.2.1 従属変数

本研究では、健康指標として、主観的健康感を採用する。「あなたの健康状態はいかがですか」の問いに対し、「良い」から「悪い」までの 5 段階で評価した。この指標は、生命予後を予測する効果を持つものであり、一般的な健康指標として有用である (三徳ほか 2006)。本稿では、連続変数として用い、値が大きいほど健康状態がよいことを表す。

2.2.2 独立変数

「将来における経済的不安感」、「失業不安」を用いる。前者は、5 段階の指標で、「今後の生活について、経済的に不安を感じていますか」と問うている。値が大きいほど将来における経済状況に不安を抱いていることを表す。一方、後者は 4 段階の指標で、「今後 1 年間にあなたが失業する可能性があ

ると思いますか」と問うている。しかし、分析に際して、不安がある／不安がない、の2カテゴリーに変換した⁽¹⁾。

2.2.3 統制変数

統制変数としては以下の変数を用いた。

[1] 年齢

[2] 婚姻状況

既婚／未婚／離・死別、の3つのカテゴリーに分類した⁽²⁾。

[3] 受診頻度

病院や一般診療所への受診の有無も、主観的健康感と交絡していると考えられる。受診頻度が、多い／少ない、の2カテゴリーとした⁽³⁾。

[4] 社会経済的地位

社会経済的地位については、客観的な指標と主観的な指標とを用いた。前者は、「教育水準」「職業の有無」「等価所得」であり、後者は、「階層帰属意識」「平均収入比較」である。「教育水準」：中卒／高卒／大卒、「仕事の有無」：正規雇用／非正規雇用／自営・家族従業者／失業・定年者／家事従事者⁽⁴⁾。「等価所得」は、収入カテゴリーの中央値を連続量とみなし、世帯人員の平方根で除したものをを用いた。多変量解析に際しては、対数変換を行ったものを投入した。「階層帰属意識」：下・中の下／中の中／中の上・上、「平均と比較した収入」：平均より下／ほぼ平均／平均より上、とカテゴリー化した⁽⁵⁾。

[5] 健康関連行動

健康関連行動としては、「運動習慣」「喫煙経験」「飲酒習慣」「健康診断の有無」の4変数を用いた。それぞれ順に、「運動習慣」：多い／少ない、「喫煙経験」：すったことがない／過去に吸ったことがある／いま吸っている、「飲酒習慣」：飲む／飲まない、「健康診断の有無」：受けている／受けていない、に分類した⁽⁶⁾。

2.3 分析方法

まず対象者全員について、「将来における経済的不安感」を独立変数に、「主観的健康感」を従属変数にし、男女別に一般線形モデルをおこなう。分析の手順は、統制変数を考慮に入れないモデル(model1)、年齢、婚姻状況を統制したモデル(model2)、model2に受診頻度、健康関連行動を追加したモデル(model3)、最後に、model3に社会経済的地位を追加したモデル(model4)をおこなう。なお、最終モデルで欠損値がない対象者をmodel1からmodel4までの分析に用いた⁽⁷⁾。

次に、対象者を就業者のみに限定し、失業の不安についてもまた検討する。つまり、「将来における経済的不安感」「失業不安」を独立変数に、「主観的健康感」を従属変数にし、上記と同様の手順で一般線形モデルをおこなう。

なお、統計学的な有意水準は5%とする。

3. 結果

3.1 対象者全員の記述統計

表1では、対象者全員の男女別属性を示した。男性の家事従事者が1名だけいたが、標本数が少ないため、多変量解析に際しては、分析から除外した。

表2では、対象者全員の男女別受診頻度、健康関連行動を示した。女性に比べて男性のほうが、喫煙者が多く、より多くの飲酒の機会があり、健康診断を受けていることがうかがえる。

表1 対象者全員の基本属性

	男性				女性			
	n	%	mean	SD	n	%	mean	SD
主観的健康感			3.65	1.02			3.77	1.07
経済的不安感			3.94	0.89			3.90	0.94
年齢			43.8	11.2			43.4	11.0
婚姻状況								
既婚	448	(71.7)			543	(74.2)		
未婚	149	(23.8)			130	(17.8)		
離・死別	28	(4.5)			59	(8.1)		
教育水準								
中卒	43	(6.9)			44	(6.1)		
高卒	274	(44.1)			372	(51.3)		
大卒	305	(49.0)			309	(42.6)		
仕事の有無								
正規雇用	482	(80.2)			217	(30.9)		
非正規雇用	30	(5.0)			225	(32.0)		
自営・家族従業者	65	(10.8)			64	(9.1)		
失業・定年者	24	(4.0)			16	(2.3)		
家事従事者	1	(0.1)			181	(25.7)		
等価所得(万円)			405.6	240.8			386.8	240.5
階層帰属意識								
下・中の下	307	(49.4)			304	(41.9)		
中の中	232	(37.4)			349	(48.1)		
中の上・上	82	(13.2)			73	(10.1)		
平均と比較した収入								
平均より下	250	(40.5)			263	(36.3)		
ほぼ平均	273	(44.2)			345	(47.7)		
平均より上	95	(15.4)			116	(16.0)		

表2 対象者全員の受診頻度、健康関連行動

	男性		女性	
	n	%	n	%
受診頻度				
少ない	424	(67.9)	465	(63.7)
多い	200	(32.1)	265	(36.3)
健康関連行動				
運動習慣				
少ない	408	(65.8)	484	(66.1)
多い	212	(34.2)	248	(33.9)
喫煙経験				
すったことがない	179	(28.6)	547	(74.7)
過去に吸ったことがある	168	(26.9)	79	(10.8)
いま吸っている	278	(44.5)	106	(14.5)
飲酒習慣				
飲まない	286	(45.8)	558	(76.6)
飲む	339	(54.2)	170	(23.4)
健康診断				
受けていない	102	(16.3)	194	(26.6)
受けている	522	(83.7)	535	(73.4)

3.2 対象者全員における経済的不安感と主観的健康感との関連

表3では、対象者全員について、経済的不安感と主観的健康感との関連を一般線形モデルで分析した男性の結果を示した。男性は、受診頻度が多いほど、自身の主観的健康感を低く評価していることがうかがえた。しかし、健康を促進すると考えられる健康関連行動の変数はいずれも有意な結果が得られなかった。将来の経済的不安感について、統制変数を何も投入しない model1 においては、独立して経済的不安感が主観的健康感に有意に負の影響を与えていることが明らかになった。しかも、年齢や婚姻状況を加えた model2 や、受診頻度、健康関連行動を追加した model3 においても、効果の大きさはやや減じたものの、一定した負の影響が見られた。しかし、社会経済的地位を投入した model4 においてその効果が消えてしまった。むしろ、世間一般と比べて収入が平均より下であるとみなすことが自身の主観的健康感を低く評価することと関連していた。

表3 将来における経済的不安感と主観的健康感との関連（男性）

	model1		model2		model3		model4	
	beta		beta		beta		beta	
切片	-	***	-	***	-	***	-	***
将来の経済的不安感	-0.146	**	-0.135	**	-0.123	**	-0.072	
年齢			-0.187	***	-0.137	**	-0.128	*
婚姻状況 (ref: 既婚)								
未婚			-0.052		-0.064		-0.030	
離死別			-0.014		-0.015		-0.002	
受診頻度 (ref: 少ない)								
多い					-0.266	***	-0.278	***
健康関連行動								
運動習慣 (ref: 少ない)								
多い					0.094	*	0.085	†
喫煙経験 (ref: すったことがない)								
過去に吸ったことがある					-0.084		-0.071	
いま吸っている					-0.092	†	-0.084	
飲酒習慣 (ref: 飲まない)								
飲む					0.058		0.044	
健康診断 (ref: 受けていない)								
受けている					-0.077	†	-0.088	†
教育水準 (ref: 中卒)								
高卒							0.068	
大卒							0.004	
仕事の有無 (ref: 正規雇用)								
非正規雇用							-0.023	
自営・家族従業者							0.022	
失業・定年者							-0.034	
家事従業者							-	
等価所得 (対数)							-0.047	
階層帰属意識 (ref: 下・中の下)								
中の中							0.075	
上・中の上							0.058	
平均と比較した収入 (ref: ほぼ平均)								
平均より下							-0.133	*
平均より上							0.042	
F value	9.821	**	6.246	***	7.472	***	4.631	***
adj. R ²	0.019		0.044		0.125		0.138	

注1) 最終的な分析対象数 n=455

注2) *** p < .001, ** p < .01, * p < 0.05, † p < .10

一方、女性に関しては、いくつか男性と異なった様相が認められた(表4)。まずは、男性において認められなかった将来における経済的不安感が主観的健康感と負の関連がみられた。しかもその効果の大きさは、統制変数を追加していったどのモデルにおいても大きく変動していなかった。また、女性にとって、既婚者と比べ、未婚者は主観的健康感を負に評価していることがうかがえた。さらに、男性でその効果がまったく認められなかった健康関連行動の運動習慣について、より多くの運動をしている女性はそうでない女性に比べて、主観的健康感と正の関連が見受けられた。また、社会経済的地位についても、自身が高い社会階層にいると認識することは主観的健康感を正に評価するものの、世間一般と比較して収入が上であるととらえていることは、負に評価していることが明らかになった。男性と同様に受診頻度が多いことは自身の主観的健康感を負に評価していた。

表4 将来における経済的不安感と主観的健康感との関連(女性)

	model1		model2		model3		model4	
	beta		beta		beta		beta	
切片	-	***	-	***	-	***	-	***
将来の経済的不安感	-0.189	***	-0.188	**	-0.183	***	-0.176	**
年齢			-0.122	*	-0.136	**	-0.138	**
婚姻状況 (ref: 既婚)								
未婚			-0.106	*	-0.114	*	-0.129	**
離死別			-0.041		-0.023		-0.038	
受診頻度 (ref: 少ない)								
多い					-0.164	***	-0.154	**
健康関連行動								
運動習慣 (ref: 少ない)								
多い					0.123	**	0.136	**
喫煙経験 (ref: すったことがない)								
過去に吸ったことがある					-0.036		-0.008	
いま吸っている					-0.046		-0.020	
飲酒習慣 (ref: 飲まない)								
飲む					-0.033		-0.036	
健康診断 (ref: 受けていない)								
受けている					-0.023		-0.010	
教育水準 (ref: 中卒)								
高卒							0.027	
大卒							0.110	
仕事の有無 (ref: 正規雇用)								
非正規雇用							0.056	
自営・家族従業者							0.081	
失業・定年者							-0.034	
家事従業者							-0.014	
等価所得 (対数)							-0.016	
階層帰属意識 (ref: 下・中の下)								
中の中							0.081	
上・中の上							0.163	*
平均と比較した収入 (ref: ほぼ平均)								
平均より下							0.078	
平均より上							-0.139	*
F value	16.941	***	6.812	***	5.111	***	3.531	***
adj. R ²	0.034		0.049		0.083		0.104	

注1) 最終的な分析対象数 n=457

注2) *** p < .001, ** p < .01, * p < 0.05, † p < .10

3.3 就業者のみの記述統計

表5では、対象者を就業者に限定して、男女別に基本属性を示した。就業者のみなので、仕事の有無は、正規雇用/非正規雇用/自営・家族従業者の3カテゴリーのみである。

表6では、同様に対象者を就業者にしばって、男女別に受診頻度、健康関連行動を示した。喫煙者が多く、より多く飲酒の習慣があり、健康診断を受けているのは男性の方であった。

表5 就業者のみの基本属性

	男性				女性			
	n	%	mean	SD	n	%	mean	SD
主観的健康感			3.69	0.99			3.80	1.03
経済的不安感			3.94	0.88			3.95	0.93
失業不安								
ある	86	(15.7)			62	(12.8)		
ない	461	(84.3)			424	(87.2)		
年齢			44.0	10.7			43.3	10.8
婚姻状況								
既婚	429	(74.4)			356	(70.4)		
未婚	122	(21.1)			103	(20.4)		
離・死別	26	(4.5)			47	(9.3)		
教育水準								
中卒	39	(6.8)			30	(6.0)		
高卒	256	(44.6)			257	(51.3)		
大卒	279	(48.6)			214	(42.7)		
仕事の有無								
正規雇用	482	(83.5)			217	(42.9)		
非正規雇用	30	(5.2)			225	(44.5)		
自営・家族従業者	65	(11.3)			64	(12.6)		
等価所得(万円)			414.8	241.0			399.6	233.2
階層帰属意識								
下・中の下	279	(48.6)			221	(43.9)		
中の中	216	(37.6)			238	(47.3)		
中の上・上	79	(13.8)			44	(8.7)		
平均と比較した収入								
平均より下	225	(39.2)			195	(38.7)		
ほぼ平均	257	(44.8)			234	(46.4)		
平均より上	92	(16.0)			75	(14.9)		

表6 就業者のみの受診頻度、健康関連行動

	男性		女性	
	n	%	n	%
受診頻度				
少ない	399	(69.2)	331	(65.5)
多い	178	(30.8)	174	(34.5)
健康関連行動				
運動習慣				
少ない	378	(66.1)	342	(67.6)
多い	194	(33.9)	164	(32.4)
喫煙経験				
すったことがない	164	(28.4)	373	(73.7)
過去に吸ったことがある	164	(28.4)	52	(10.3)
いま吸っている	249	(43.2)	81	(16.0)
飲酒習慣				
飲まない	254	(44.0)	372	(73.8)
飲む	323	(56.0)	132	(26.2)
健康診断				
受けていない	82	(14.2)	103	(20.4)
受けている	494	(85.8)	401	(79.6)

3.4 就業者における経済的不安感、失業不安と主観的健康感との関連

表7では、就業者を対象を絞って、経済的不安感、失業不安と主観的健康感との関連を一般線形モデルで分析した男性の結果を示した。model1では、主観的健康感に対して、経済的不安感も失業不安も独立に有意な負の効果が見られた。しかし、model4では、その効果は消失してしまった。受診頻度が多い者は主観的健康感を負に評価していることがうかがえた。また、世間一般と比べて、収入が平均より下であるとみなしている者は、平均的だとみなしている者に比して、主観的健康感に負に影響していることが明らかになった。

表7 就業者のみの将来における経済的不安感・失業不安と主観的健康感との関連（男性）

	model1		model2		model3		model4	
	beta		beta		beta		beta	
切片	-	***	-	***	-	***	-	***
将来の経済的不安感	-0.127	**	-0.119	*	-0.106	*	-0.058	
失業不安 (ref: なし)								
あり	-0.099	*	-0.084	†	-0.100	*	-0.092	†
年齢			-0.182	***	-0.129	*	-0.121	*
婚姻状況 (ref: 既婚)								
未婚			-0.054		-0.054		-0.029	
離死別			0.014		0.008		0.016	
受診頻度 (ref: 少ない)								
多い					-0.246	***	-0.262	***
健康関連行動								
運動習慣 (ref: 少ない)								
多い					0.097	*	0.081	†
喫煙経験 (ref: すったことがない)								
過去に吸ったことがある					-0.070		-0.056	
いま吸っている					-0.068		-0.066	
飲酒習慣 (ref: 飲まない)								
飲む					0.047		0.035	
健康診断 (ref: 受けていない)								
受けている					-0.094	*	-0.096	†
教育水準 (ref: 中卒)								
高卒							0.071	
大卒							0.002	
仕事の有無 (ref: 正規雇用)								
非正規雇用							0.001	
自営・家族従業者							0.026	
等価所得 (対数)							-0.046	
階層帰属意識 (ref: 下・中の下)								
中の中							0.072	
上・中の上							0.064	
平均と比較した収入 (ref: ほぼ平均)								
平均より下							-0.133	*
平均より上							0.041	
F value	6.128	**	5.014	***	5.946	***	4.045	***
adj. R ²	0.024		0.045		0.114		0.126	

注1) 最終的な分析対象数 n=423

注2) *** p < .001, ** p < .01, * p < 0.05, † p < .10

一方、女性については、model1において、経済的不安感も失業不安も独立に有意な負の効果が見られた(表8)。将来における経済的不安感はmodel4では、5%水準では有意ではなかったものの、負の傾向がみとれた。一方、失業不安は、model4においても、その効果の大きさは減ったものの、主観的健康感と負の関連が見られた。また、運動を多くする女性はそうでない女性と比べて主観的健康感に正の効果、受診頻度が多い女性は負の効果を持っていた。社会経済的地位に関しては、階層帰属意識が上位であるほど、主観的健康感に正の影響があることが認められた。

表8 就業者のみの将来における経済的不安感・失業不安と主観的健康感との関連(女性)

	model1		model2		model3		model4	
	beta		beta		beta		beta	
切片	-	***	-	***	-	***	-	***
将来の経済的不安感	-0.160	**	-0.154	**	-0.170	**	-0.123	†
失業不安 (ref: なし)								
あり	-0.114	*	-0.113	*	-0.112	*	-0.121	*
年齢			-0.099	†	-0.116	†	-0.129	*
婚姻状況 (ref: 既婚)								
未婚			-0.061		-0.077		-0.085	
離死別			-0.047		-0.028		-0.030	
受診頻度 (ref: 少ない)								
多い					-0.166	**	-0.164	**
健康関連行動								
運動習慣 (ref: 少ない)								
多い					0.107	†	0.125	*
喫煙経験 (ref: すったことがない)								
過去に吸ったことがある					-0.071		-0.045	
いま吸っている					-0.062		-0.035	
飲酒習慣 (ref: 飲まない)								
飲む					-0.005		-0.022	
健康診断 (ref: 受けていない)								
受けている					-0.056		-0.022	
教育水準 (ref: 中卒)								
高卒							-0.007	
大卒							0.062	
仕事の有無 (ref: 正規雇用)								
非正規雇用							0.077	
自営・家族従業者							0.093	
等価所得 (対数)							-0.055	
階層帰属意識 (ref: 下・中の下)								
中の中							0.093	
上・中の上							0.193	*
平均と比較した収入 (ref: ほぼ平均)								
平均より下							0.035	
平均より上							-0.082	
F value	7.299	**	3.700	**	3.121	**	2.404	**
adj. R ²	0.038		0.041		0.069		0.081	

注1) 最終的な分析対象数 n=318

注2) *** p < .001, ** p < .01, * p < 0.05, † p < .10

4. 考察

本稿では、将来における経済的な不安感、失業に関する不安感が、当該者の主観的健康感とどのように関連しているのかを、JGSS-2008 データを用いて、明らかにすることを目的に検討した。

その結果、男性に関しては、将来の経済状況に不安があることや、失業について不安を抱くことよりもむしろ、まわりの収入と比較して平均より下であると認識することのほうが主観的健康感に負の影響があることが示された。一方、女性については、将来における経済的不安感があることは主観的健康感に負の影響があることが明らかになり、さらに就業者に限って言えば、その影響というよりも失業するかもしれないという不安のほうが、主観的健康感と有意に負の関連を持っていた。

女性の結果はおおむねこれまでの先行研究の結果を支持するものであった。つまり、女性全体は将来への経済的な不安感が強いほど、主観的健康感を低く評価し、しかも、属性や健康関連行動、社会経済的地位によらずその効果はほぼ一定の大きさを有していた。就業者に限って言えば、失業不安が有意に主観的健康感と負の関連が見られ、将来における経済的不安感は、95%水準では有意ではなかったが、主観的健康感と負の関連の傾向が見られた。Ferrie et al (2003)によれば、失業不安というよりも経済的不安感の健康影響が指摘されていたものの、本研究の結果では、それとは様相が異なり失業不安の影響もまた認められた。このように失業不安にも有意な負の関連が見られたことには、女性は男性に比べて圧倒的に非正規雇用が多く、雇用が不安定な立場にいるという我が国の産業構造が関連しているのではないかと考えられる。育児などで一度労働市場から離れてしまうと、再び参入することは容易ではない。『国民生活白書(平成18年)』によれば(経済企画庁編2006)、出産1年前に有職であった者の67.4%がその1年半後に無職であることが示されていることもその証左であろう。

経済的に見通しを立てることが期待できず、さらには就業すらも危ういといったように経済的な要素が安定していないと感じることは、女性にとっては、主観的健康感に負の影響を与えてしまう。このことは、よりよい健康を享受するためには、医学的側面、健康政策の観点から個人へ介入するだけでなく、将来を見据えられる経済状況や雇用状況を確保できるような社会基盤づくりが求められるものである。階層帰属意識が高いとみなすことが主観的健康感に正の効果をもっていたことから、自身の将来を見据えられるような環境づくりの重要性が示唆される。

男性については、将来における経済的不安感や、失業への不安といった将来に向けての経済状況の不安というよりも、世間一般と比較して、どれくらい収入を得ているかといった現時点での主観的な相対評価の方が大きな関連が見られた。このことは、男性は女性に比べて、等価所得も高く、正規雇用の割合も大きいという本研究の結果を鑑みれば、現在の経済的な状況が関与したために、将来における経済的な不安感と主観的健康感の高低との関連に結び付かなかつたためではないかと考えられる。

また、一方で、世間と比較して収入が平均より下であるとみなしていることが、主観的健康感と関連が見られたことは、主観的な収入分布の重要性を示唆するものである。所得の絶対レベルよりも所得格差が小さいことの方が、人々の健康問題に関わるという相対的所得仮説では(Kawachi & Kennedy 2002) 実際の所得分布について言及しているものの、本研究の結果を受ければ、周囲の平均的な収入から離れていると感じるのか、そうでないのかという観点から検討することの意義が示唆されたものと言えよう。このことは、男性は将来における経済的な問題に不安を覚える、覚えないうよりも、現在の他者との関係で経済状況をとらえ、そのことによって自身の主観的健康感に影響しているという可能性が考えられるが、この点については今後のさらなる検討が必要である。

本研究からは、将来における経済的不安感、失業不安は女性においてのみ主観的健康感と有意に負の関連が見られた。女性にとって健康であることを実感できるためには、将来における経済的な安心感を構築できるような社会的基盤を整備することが求められるものと言えよう。

最後に本研究の限界を述べておこう。本研究では、個人の主観的な経済に関する不安の観点にのみ着目し、実際の経済的な趨勢との関連では検討しなかった。実際の社会の動きがどのように個人の経済的不安感という認知に影響を与え、それがどのようにして主観的健康感に関わるのか、について今後のよりマクロな研究が望まれる。

[Acknowledgement]

日本版 General Social Surveys (JGSS) は、大阪商業大学 JGSS 研究センター(文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点)が、東京大学社会科学研究所の協力を受けて実施している研究プロジェクトである。

[注]

- (1) 失業の設問は、失業可能性を問うもので厳密には失業不安とは概念的に異なる。しかし、失業する可能性により不安を覚えることは想像に難くないため代理指標として用いた。
- (2) 婚姻状況について、「同棲中」は既婚者としてあつかった。なお、「離婚を前提に別居中」の対象者はいなかった。
- (3) 「ほとんど毎日」から「月に1回程度」を「多い」、「月に数回」から「まったく行かない」を「少ない」と分類した。
- (4) 仕事の有無に関して、「学生」「身体上の事情で働けない」「その他」は欠損値として扱った。
- (5) 経済状況に関連する変数(将来における経済的不安感、等価所得、階層帰属意識、平均と比較した収入)の相関係数は、階層帰属意識・平均と比較した収入 0.539、等価所得・平均と比較した収入 0.529、とやや高めであったが、その他は、経済的不安感・等価所得-0.251、経済的不安感・階層帰属意識-0.403、経済的不安感・平均と比較した収入-0.362、等価所得・階層帰属意識 0.378、であった。男女別に対象者全員、就業者のみで見た場合も概ね同程度であった。
- (6) 運動習慣は、「週に数回以上~週に1回程度」を「多い」、「月に1回程度~ほとんどしない」を「少ない」に、飲酒習慣は「ほとんど毎日~週に数回」を「飲む」、「週に1回~まったく飲まない」までを「飲まない」に、健康診断は、健康診断を受けている項目に1つでも記入があれば「受けている」と、そうでない場合に「受けていない」と分類した。
- (7) 多変量解析の最終的な分析対象者数は表 3, 4, 7, 8 の注記を参照。

[参考文献]

- Coburn, David, 2004, "Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities," *Social Science & Medicine*, 58: 41-56.
- 遠藤秀紀, 2007, 「就業状態・経済的不安」近藤克則編『検証健康格差社会』医学書院.
- Ferrie, E. Jane, Martin J. Shipley, Stephen A. Stansfeld, George Davey Smith and Michael Marmot, 2003, "Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study," *Social Science & Medicine*, 57: 637-646.
- Haines, A. Valerie, Jenny Godleya, Penelope Hawe and Alan Shiell, 2009, "Socioeconomic disadvantage within a neighborhood, perceived financial security and self-rated health," *Health and Place*, 15: 383-389.
- Kahn, R. Joan and Leonard I. Pearlin, 2006, "Financial Strain over the Life Course and Health among Older Adults," *Journal of Health and Social Behavior*, 47: 17-31.
- Kawachi, Ichiro and Bruce P. Kennedy, 2002, *The Health of Nations*, The New Press (西信雄・高尾総司・中山健夫監訳, 2004, 『不平等が健康を損なう』日本評論社).
- 川上憲人・小林廉毅・橋本英樹編, 2006, 『社会格差と健康』東京大学出版会.
- 経済企画庁編, 2006, 『国民生活白書(平成18年版)』日本経済新聞社.
- 近藤克則編, 2005, 『検証健康格差社会』医学書院.
- Kondo, Naoki, S V Subramanian, Ichiro Kawachi, Y. Takeda and Z. Yamagata, 2008, "Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62: 869-875.
- Marmot, Michael and Richard G. Wilkinson eds, 1999, *Social Determinants of Health*, Oxford University Press (西三郎・鏡森定信監修, 2002, 『21世紀の健康づくり10の提言』日本医療企画).

- 三徳和子・高橋俊彦・星旦二, 2006, 「主観的健康感と死亡率の関連に関するレビュー」『川崎医療福祉学会誌』16: 1-10.
- 内閣府大臣官房政府広報室, 2009, 『国民生活に関する世論調査（平成21年6月）』
<http://www8.cao.go.jp/survey/h21/h21-life/index.html>
- Rocha, Cynthia, Jennifer Hause Crowell and Andrea K. McCarter, 2006, “The Effects of Prolonged Job Insecurity on the Psychological Well-Being of Workers,” *Journal of Sociology & Social Welfare*, 33: 9-28.
- Rugulies, Reiner, B. Aust, H. Burr and U. Bultmann, 2008, “Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce,” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62: 245-250.
- 総務省統計局, 2009, 『労働力調査』<http://www.stat.go.jp/data/roudou/index.htm>
- Wilkinson, G. Richard, 2005, *The impact of inequality*, New York Press (池本幸生・片岡洋子・末原睦美訳, 2009, 『格差社会の衝撃：不健康な格差社会を健康にする法』書籍工房早山)。