年齢層別の将来不安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

藤井 暢弥

東京大学大学院医学研究科

健康科学・看護学専攻健康社会学分野研究生

The Relationship between Future Insecurity and Self-rated Health in Three Age Groups:
Analysis of Using JGSS-2008 Data

Nobuya FUJII

Department of Health Sociology

Graduate School of Health Sciences and Nursing

The University of Tokyo

The purpose of this study is to examine the relationship between future insecurities (health care, financial and job) and self-rated health using JGSS-2008 data. By three age groups, general linear model was conducted. In the 20-39 year age group, financial insecurity has a significant negative effect on self-rated health. In jobholders, job insecurity has a significantly more negative effect on self-rated health than financial insecurity. In the 40-59 year age group, health care insecurity and financial insecurity have significant negative effects on self-rated health. In jobholders, health care insecurity has a significant negative effect on self-rated health. In the 60-89 year age group, future insecurities have no significant negative effects on self-rated health. Results are adjusted for sociopsychographic and sociodemographic characteristics, and health behaviors.

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

本研究は JGSS-2008 データの 3 つの年齢層別分析から、主観的健康感と将来不安（医療・経済・失業）の関連を明示した。社会心理的特性、社会人口統計学的特性や健康行動の主観的健康感への影響をコントロールした重回帰分析の結果は次の通りであった。20-39 歳層において経済不安が主観的健康感に有意な負の関連を示し、有職者において失業不安が経済不安より強く主観的健康感に有意な負の関連があった。40-59 歳層において医療不安と経済不安が主観的健康感に有意な負の関連を示し、有職者において医療不安が主観的健康感と有意な負の関連にあった。60-89 歳層において将来不安と主観的健康感との有意な関連は見いだせなかった。これらの結果から、将来不安（医療・経済・失業）が主観的健康感に及ぼす影響は、年齢層や就業状態によって異なることが明らかになった。

キーワード：JGSS，主観的健康感，将来不安

1. 緒言

はじめに、将来不安としての医療不安・経済不安・失業不安の日本人の意識の実態を世論調査から示す。全国の20歳以上の男女を対象にした『日本の医療に関する2007年世論調査報告』によると、本人や家族が必要なときにより医療を受けられない将来の不安のうち「ある程度不安」である割合は、高所得・高資産層であるほど低くなっていた。また、医療不安のうち「非常に不安」である割合は年齢層によって違いがみられ、20代から40代にかけて高くなり40代以降は低くなっていた(日本医療政策機構2009)。全国20歳以上の者を対象にした『国民生活に関する世論調査(平成18年10月調査)』によると、悩みや不安を感じている者の経済的側面を持つ悩みや不安は上位を占めていた。また、これらの上位の個々の悩みや不安の割合は性別や年齢層などによって異なっていた。首都圏および関西圏に居住する20代から50代までの民間企業に勤務する者を対象にした『「第16回勤労者短観」第16回勤労者の仕事と暮らしについてのアンケート調査報告書(2008年12月発行)』によると、今後1年くらいの間あなた自身が失業する不安のうち「かなり感じる」と「やや感じる」と答えた者の「不安を感じる」割合は、個人賃金年収によって違いがあり、中・低所得層において高い傾向にあった。また、男性の「不安を感じる」割合は20代から50代にかけて増加傾向にあり、女性も20代から40代にかけて増加傾向にあった。

次に、将来不安としての医療不安・経済不安・失業不安と健康の関連についての先行研究を示す。医療不安と健康の関連について、村田(2010)はJGSS-2008データの分析から社会心理的特性(階層帰属意識)、社会人口統計学的特性(年齢、学歴、等価所得、市群規模、子供の有無)の医療不安への影響を統制しても男女ともに医療不安とより低い主観的健康感に統計学的に有意な関連があった。経済不安と健康および経済不安・失業不安と健康の関連について、三澤(2010)はJGSS-2008データの分析から社会心理的特性(階層帰属意識、世帯収入のレベル)、社会人口統計学的特性(年齢、学歴、就業状況、等価所得、婚姻状況)、健康行動(運動・喫煙・飲酒習慣、健康診断の有無、病院や一般診療所への受診の有無)の主観的健康感への影響を統制しても、女性の主観的健康感は経済不安と統計学的に有意な負の関連があった。また、有職者に限定すると男性の主観的健康感には失業不安のみ、女性の主観的健康感には経済不安と失業不安に統計学的に有意な負の関連があった。失業不安と健康の関連において、Burgardら(2009)は、米国の縦断データの分析から健康行動(喫煙習慣)、初期の各種健康状態、社会人口統計学的特性(性別、年齢、人種、学歴、就業状況、婚姻状況)や職業特性(自営の有無、パートタイムの有無)、神経症的傾向の影響を統制しても持続的な失業不安は低い主観的健康感の重要な予測因子であった。

以上、世論調査の結果から、年齢層によって医療・経済・失業のそれぞれの不安の割合に違いがあることが明らかになっている。また、医療不安と失業不安は所得層によって割合に違いがみられることから経済的側面と関連があることを示唆している。将来不安と健康の関連についての先行研究では、医療不安、経済不安、失業不安の3種類の将来不安のうちどれが主観的健康感に関連しているのかは検討されていなかった。

そこで、本研究の目的は「若年層(20-39歳)、中年層(40-59歳)、高年層(60-89歳)の3つの年齢層における医療不安・経済不安・失業不安と健康との関連を明らかにすること」とした。ただし、失業不安については、就業者のみに尋ねている調査項目なので、就業者に限定したモデルとなる。これらの問いを明らかにするためにJGSS-2008データを用いて分析した。

2. データと変数

2.1 データ

本研究で用いるデータセットは、日本版 General Social Surveys (JGSS-2008)である。この調査は、日本に在住する20歳から89歳の男女8,000名を層化二段無作為抽出法によってサンプリングし、面接法と留置法を併用して行った。調査では、すべての対象者に対し共通の面接調査を行うとともに、2種類の留置調査票(A票とB票)を半数ずつランダムに配布している。このデータセットのうち本稿

で分析するデータは面接票と留置調査票 A 票の該当質問項目である。留置調査票 A 票に該当する有効回収数は 2,060 人（有効回収率 58.2%）である。以下の分析では、分析に使用する変数全てに欠損のない 1,913 ケースに限定する。

2.2 変数

2.2.1 従属変数

健康格差指標は、健康の自己評価である主観的健康感を用いた。主観的健康感は、健康格差の終点である死亡に対して予測力を持っている（星 2002；三徳ら 2006）。本研究では、（1）悪い、から（5）良いとする 5 点尺度として使用した。

2.2.2 独立変数

将来不安として「医療不安」「経済不安」「失業不安」を用いる。

「医療不安」の質問文は、「ご自身やご家族の将来のことを考えたとき、『必要なときに医療を受けられない』という不安をどのくらい感じますか」である。この質問文に対して（1）とても感じている、（2）ある程度感じている、（3）あまり感じていない、（4）まったく感じていない、の 4 段階評価の選択肢から一つの回答を求めている。本研究では、「とても感じている」「ある程度感じている」を「医療不安あり」、「あまり感じていない」「まったく感じていない」を「医療不安なし」とした。

「経済不安」の質問文は「今後の生活について、経済的に不安を感じていますか」である。この質問文に対して（1）とても感じている、（2）ある程度感じている、（3）どちらともいえない、（4）あまり感じていない、（5）まったく感じていない、の 5 段階評価の選択肢から一つの回答を求めている。本研究では、「とても感じている」「ある程度感じている」を「経済不安あり」、「どちらともいえない」「あまり感じていない」「まったく感じていない」を「医療不安なし」とした。

「失業不安」の質問文は「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」である。この質問文に対して（1）かなりある、（2）ある程度ある、（3）あまりない、（4）まったくない、の 4 段階評価の選択肢から一つの回答を求めている。本研究では、「かなりある」「ある程度ある」を「失業不安あり」、「あまりない」「まったくない」を「失業不安なし」とした。また、この質問文は失業可能性について尋ねているが、本研究では失業可能性を失業不安の代理変数として用いた。

2.2.3 統制変数

身体的健康の大きな規定要因である年齢を統制変数として用いた。また、Feinstein ら（2006）の健康に対する教育の影響の基本概念モデル⁽¹⁾の各構成要素の分類法を参照して、心理社会的特性、社会人口統計学的特性、健康行動の各構成要素を再分類して統制変数とした。健康を規定する根本原因⁽²⁾としての本人の学歴は新制高校卒業水準以下と新制短大・大学水準以上に 2 分した。自分自身（Self）を取り巻く現在、過去、未来の状況・出来事を含めた文脈（Context）は、市群規模（大都市、その他の市、町村の 3 カテゴリー）、性別⁽³⁾（男女の 2 カテゴリー）、職労地位（経営者・役員、常時雇用、臨時・派遣、自営・自由・家族従業者の 4 カテゴリー）、配偶者（「あり」と「なし」の 2 カテゴリー）、子供（「あり」と「なし」の 2 カテゴリー）とした。また、心理社会的特性は文脈（Context）として位置付け、慢性不安の社会的要因とした。なぜなら、Wilkinson（2005）は、社会的地位の相対的な低さ、社会的つながりの希薄さ、子供の頃のストレスといった健康を悪化させる慢性ストレス要因は、ストレスや不安の中心的な原因（社会的不安定）と同じものを指しており、これらの心理社会的特性は慢性的不安の社会的要因でもあるとしているからである。相対的な社会的地位の代理変数として、階層帰属意識（5 点尺度として値が大きいほど高い階層意識であるとした）と世帯収入のレベル（平均より「1 かなり少ない」から「5 かなり多い」の 5 点尺度）、社会的つながりの代理変数として参加集団数（政治、業界、ボランティア、市民運動、宗教、スポーツ、趣味、生協の各種参加グループの総数）、子供の頃のストレスとして 15 歳時の世帯収入のレベル（平均より「1 かなり少ない」から「5

かなり多い」の5点尺度)とした。健康行動は、運動習慣(「週に一回から数回以上」「月に一回程度」「年に数回程度」「ほとんどしない」の4カテゴリー)、喫煙習慣(「現在喫煙」「以前喫煙」「ほとんど/まったく吸ったことがない」の3カテゴリー)、飲酒習慣(「ほぼ毎日」「週に一回から数回」「月に一回」「年に一回から数回」「まったく飲まない」の5カテゴリー)、本人の病気やケガによる通院頻度(「ほぼ毎日」「週に一回から数回」「月に一回」「年に一回から数回」「まったく行かなかった」の5カテゴリー)、健康診断の有無(職場や学校、自治体、その他の個人的な健康診断の有無の2カテゴリー)とした。

3. 分析方法と結果

3.1 年齢層別の属性の記述統計

はじめに、若年層(20-39歳)、中年層(40-59歳)、高年層(60-89歳)の3つの年齢層の各属性の質問項目の分布を確認した。表1は、対象者全員と3つの年齢層の対象者による各属性の質問項目の人数とその百分率である。さらに、主観的健康感、15歳時の世帯収入のレベル、世帯収入のレベル、参加集団数、階層帰属意識は平均値を示した。これらの記述統計に対して、各属性のケース数の構成割合の二乗検定あるいは各属性の平均値の分散分析から、年齢層間の相違を検討した。結果、各属性の年齢層間の構成割合は、市群規模、失業不安を除き統計学的に有意な違いがあった。また、平均値は全ての属性で統計学的に有意な違いがあった。これらの結果は年齢層ごとに変数の分布が異なることを示している。

3.2 年齢層別の各属性の質問項目間の主観的健康感の平均値の有意差検定

3.2.1 方法

年齢層別の主観的健康感と独立変数や統制変数との関連を検討するため、年齢層別に各属性の質問項目間の主観的健康感の平均値を比較した(表2)。2値の数値をもつ変数と主観的健康感にはF値を算出してt検定を行った。等分散性が仮定されないときは、Welch法によるt検定を行った。3値以上の数値をもつ変数と主観的健康感にはTukey法による多重比較検定を行った。等分散性が仮定されないときは、Games-Howell法による多重比較検定を行った。また、多重比較検定の統計学的な有意水準は5%とした。

3.2.2 結果

年齢層別の各属性の質問項目間の主観的健康感の平均値(表2)は、市群規模、配偶者、子供の有無、喫煙習慣、健康診断の有無を除いて統計学的に有意な違いがみられた。第一に、健康を規定する根本原因としての本人の学歴は、中年層と高年層で「大卒以上」が「高卒以下」より主観的健康感が高かった。第二に、文脈(Context)としての各属性は以下の結果になった。性別は中年層で「女性」が「男性」より主観的健康感が高かった。15歳時の世帯収入のレベルは、中年層と高年層で15歳時の世帯収入のレベルが高い場合に主観的健康感が高かった。就労地位は、高年層で「常時雇用」が「無職」より主観的健康感が高かった。世帯収入のレベルは中年層と高年層で世帯収入のレベルが高いほど主観的健康感が高い傾向がみられた。参加集団数は、中年層と高年層で非参加者より参加者の主観的健康感が高い傾向がみられた。階層帰属意識は、中年層と高年層で階層帰属意識が高いほど主観的健康感が高い傾向がみられた。第三に、健康行動としての各属性は以下の結果になった。運動習慣は中年層と高年層で運動習慣を持つ場合に主観的健康感が高い傾向がみられた。飲酒習慣は特に高年層で飲酒習慣を持つ場合に主観的健康感が高かった。通院頻度は、全年齢層で病気やケガによる通院頻度が少ないほど主観的健康感が高い傾向がみられた。第四に、将来不安としての各属性は以下の結果になった。医療不安と経済不安は、全年齢層で「なし」が「あり」より主観的健康感が高かった。失業不安は、若年層と中年層で「なし」が「あり」より主観的健康感が高かった。

表1 属性の記述統計(データは人数(%))あるいは平均値±標準偏差)

属性	全体	年齢区分			有意差 ^b
		若年層(20-39歳)	中年層(40-59歳)	老年層(60-89歳)	
主観的健康感	3.64±1.11	3.93±.99	3.62±1.07	3.45±1.18	***
1 悪い	62 (3.2)	3 (0.6)	20 (2.7)	39 (5.6)	
2	226 (11.8)	39 (8.1)	81 (11.0)	106 (15.3)	
3	604 (31.6)	120 (24.8)	259 (35.0)	225 (32.6)	***
4	477 (24.9)	149 (30.8)	182 (24.6)	146 (21.1)	
5 良い	544 (28.4)	172 (35.6)	197 (26.7)	175 (25.3)	
市群規模					
大都市	343 (17.9)	94 (19.5)	129 (17.5)	120 (17.4)	
その他の市	1,134 (59.3)	296 (61.3)	436 (59.0)	402 (58.2)	
町村	436 (22.8)	93 (19.3)	174 (23.5)	169 (24.5)	
性別					
男性	915 (47.8)	212 (43.9)	350 (47.4)	353 (51.1)	**
女性	998 (52.2)	271 (56.1)	389 (52.6)	338 (48.9)	
15歳時の世帯収入のレベル	2.76±.93	2.95±.085	2.74±.94	2.65±.96	***
1 かなり少ない	190 (9.9)	27 (5.6)	74 (10.0)	89 (12.9)	
2 少ない	488 (25.5)	93 (19.3)	200 (27.1)	195 (28.2)	
3 平均	881 (46.1)	255 (52.8)	333 (45.1)	293 (42.4)	***
4 多い	298 (15.6)	94 (19.5)	109 (14.7)	95 (13.7)	
5 かなり多い	56 (2.9)	14 (2.9)	23 (3.1)	19 (2.7)	
本人の学歴					
高卒以下	1,208 (63.1)	221 (45.8)	432 (58.5)	555 (80.3)	***
大卒以上	705 (36.9)	262 (54.2)	307 (41.5)	136 (19.7)	
就労地位					
経営者・役員	77 (4.0)	6 (1.2)	36 (4.9)	35 (5.1)	
常時雇用	661 (34.6)	244 (50.5)	362 (49.0)	55 (8.0)	
臨時・派遣	295 (15.4)	95 (19.7)	135 (18.3)	65 (9.4)	***
自営・自由・家族	206 (10.8)	28 (5.8)	90 (12.2)	88 (12.7)	
無職	674 (35.2)	110 (22.8)	116 (15.7)	448 (64.8)	
世帯収入のレベル	2.65±.86	2.71±.79	2.73±.91	2.52±.84	***
1 かなり少ない	183 (9.6)	32 (6.6)	68 (9.2)	83 (12.0)	
2 少ない	588 (30.7)	139 (28.8)	217 (29.4)	232 (33.6)	
3 平均	885 (46.3)	251 (52.0)	319 (43.2)	315 (45.6)	***
4 多い	230 (12.0)	57 (11.8)	119 (16.1)	54 (7.8)	
5 かなり多い	27 (1.4)	4 (0.8)	16 (2.2)	7 (1.0)	
配偶者					
あり	1,420 (74.2)	267 (55.3)	623 (84.3)	530 (76.7)	
離別・死別	210 (11.0)	14 (2.9)	58 (7.8)	138 (20.0)	***
なし	283 (14.8)	202 (41.8)	58 (7.8)	23 (3.3)	
子供					
なし	419 (21.9)	250 (51.8)	110 (14.9)	59 (8.5)	***
あり	1,494 (78.1)	233 (48.2)	629 (85.1)	632 (91.5)	
参加集団数	.94±1.12	.70±.90	.94±1.08	1.10±1.26	***
0	856 (44.7)	251 (52.0)	318 (43.0)	287 (41.5)	
1	585 (30.6)	157 (32.5)	230 (31.1)	198 (28.7)	
2	299 (15.6)	54 (11.2)	133 (18.0)	112 (16.2)	***
3	115 (6.0)	14 (2.9)	41 (5.5)	60 (8.7)	
4以上	58 (3.0)	7 (1.4)	17 (2.3)	34 (4.9)	
階層帰属意識	2.60±.80	2.55±.78	2.65±.81	2.57±.80	*
1 下	146 (7.6)	40 (8.3)	49 (6.6)	57 (8.2)	
2 中の下	705 (36.9)	186 (38.5)	263 (35.6)	256 (37.0)	
3 中の中	850 (44.4)	210 (43.5)	328 (44.4)	312 (45.2)	†
4 中の上	200 (10.5)	47 (9.7)	94 (12.7)	59 (8.5)	
5 上	12 (0.6)	0 ()	5 (0.7)	7 (1.0)	
運動習慣					
週一回～数回	724 (37.8)	142 (29.4)	258 (34.9)	324 (46.9)	
月一回	129 (6.7)	45 (9.3)	54 (7.3)	30 (4.3)	***
年数回	125 (6.5)	52 (10.8)	59 (8.0)	14 (2.0)	
ほとんどしない	935 (48.9)	244 (50.5)	368 (49.8)	323 (46.7)	
喫煙習慣					
現在喫煙	466 (24.4)	143 (29.6)	199 (26.9)	124 (17.9)	
以前喫煙	402 (21.0)	69 (14.3)	157 (21.2)	176 (25.5)	***
非喫煙	1,045 (54.6)	271 (56.1)	383 (51.8)	391 (56.6)	
飲酒習慣					
ほぼ毎日	432 (22.6)	75 (15.5)	193 (26.1)	164 (23.7)	
週一回～数回	480 (25.1)	153 (31.7)	191 (25.8)	136 (19.7)	
月一回	186 (9.7)	83 (17.2)	70 (9.5)	33 (4.8)	***
年一回～数回	304 (15.9)	86 (17.8)	118 (16.0)	100 (14.5)	
まったく飲まない	511 (26.7)	86 (17.8)	167 (22.6)	258 (37.3)	
通院頻度					
ほぼ毎日	5 (22.6)	0 (15.5)	1 (26.0)	4 (23.7)	
週一回～数回	245 (25.1)	40 (31.6)	71 (25.8)	134 (19.7)	
月一回	635 (9.7)	95 (17.1)	207 (9.4)	333 (4.7)	***
年一回～数回	847 (16.0)	302 (17.8)	373 (16.2)	172 (14.5)	
まったく行かなかった	181 (26.7)	46 (18.0)	87 (22.5)	48 (37.3)	
健康診断					
未受診	381 (19.9)	146 (30.2)	117 (15.8)	118 (17.1)	***
受診	1,532 (80.1)	337 (69.8)	622 (84.2)	573 (82.9)	
医療不安					
なし	898 (46.9)	210 (43.5)	330 (44.7)	358 (51.8)	**
あり	1,015 (53.1)	273 (56.5)	409 (55.3)	333 (48.2)	
経済不安					
なし	544 (28.4)	145 (30.0)	149 (20.2)	250 (36.2)	***
あり	1,369 (71.6)	338 (70.0)	590 (79.8)	441 (63.8)	
失業不安 ^a					
なし	1,002 (85.3)	301 (84.6)	518 (86.9)	183 (82.1)	
あり	173 (14.7)	55 (15.4)	78 (13.1)	40 (17.9)	
対象者の総数	1,913 (100)	483 (25.2)	739 (38.6)	691 (36.1)	

†p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001(両側検定)

^a 失業不安は就業者のみ^b 年齢層別の比較, 連続変数に対して分散分析, カテゴリカル変数に対してχ²乗検定

表2 属性別の主観的健康感(データは平均値±標準偏差)

属性	全体	有意差 ^a	年齢区分					
			若年層	有意差 ^a	中年層	有意差 ^a	高年層	有意差 ^a
市群規模								
大都市	3.74 ± 1.10		3.87 ± 1.07		3.78 ± 1.02		3.60 ± 1.20	
その他の市	3.63 ± 1.11		3.94 ± .97		3.58 ± 1.07		3.46 ± 1.20	
町村	3.56 ± 1.12		3.96 ± .99		3.58 ± 1.12		3.33 ± 1.14	
性別								
男性	3.59 ± 1.10	†	3.92 ± .96		3.55 ± 1.03	†	3.42 ± 1.21	
女性	3.68 ± 1.11		3.93 ± 1.02		3.68 ± 1.11		3.48 ± 1.16	
15歳時の世帯収入のレベル								
1 かなり少ない	3.34 ± 1.21		4.11 ± .97		3.36 ± 1.22		3.09 ± 1.16	
2 少ない	3.58 ± 1.11		3.80 ± 1.07		3.60 ± 1.08		3.46 ± 1.15	
3 平均	3.69 ± 1.08		3.93 ± .97		3.60 ± 1.06		3.58 ± 1.18	
4 多い	3.70 ± 1.09		4.00 ± .96		3.76 ± .99		3.35 ± 1.22	
5 かなり多い	3.86 ± 1.17		3.93 ± 1.14		4.09 ± 1.04		3.53 ± 1.31	
本人の学歴								
高卒以下	3.54 ± 1.13		3.89 ± 1.01		3.56 ± 1.09	†	3.40 ± 1.17	
大卒以上	3.79 ± 1.06	***	3.96 ± .97		3.70 ± 1.04		3.68 ± 1.20	*
就労地位								
経営者・役員	3.49 ± 1.13		3.17 ± 1.17		3.78 ± .96		3.26 ± 1.24	
常時雇用	3.73 ± 1.01		3.91 ± .98		3.59 ± 1.02		3.85 ± .95	
臨時・派遣	3.78 ± 1.04		3.98 ± .87		3.68 ± 1.08		3.69 ± 1.14	
自営・自由・家族	3.74 ± 1.09		4.25 ± .89		3.76 ± 1.01		3.57 ± 1.18	
無職	3.46 ± 1.21		3.87 ± 1.10		3.47 ± 1.27		3.36 ± 1.20	
世帯収入のレベル								
1 かなり少ない	3.27 ± 1.27		4.06 ± 1.01		3.25 ± 1.16		2.98 ± 1.32	
2 少ない	3.52 ± 1.10		3.81 ± .90		3.54 ± 1.12		3.34 ± 1.15	
3 平均	3.73 ± 1.07		3.97 ± 1.02		3.67 ± .98		3.59 ± 1.15	
4 多い	3.82 ± 1.06		3.96 ± 1.00		3.76 ± 1.10		3.81 ± 1.03	
5 かなり多い	3.93 ± 1.21		3.50 ± 1.73		4.06 ± 1.12		3.86 ± 1.21	
配偶者								
あり	3.65 ± 1.11		3.97 ± .99		3.65 ± 1.06		3.47 ± 1.18	
離別・死別・別居	3.42 ± 1.17		4.07 ± 1.21		3.41 ± 1.03		3.36 ± 1.21	
なし	3.74 ± 1.06		3.86 ± .97		3.40 ± 1.21		3.57 ± 1.24	
子供								
なし	3.71 ± 1.10		3.90 ± .96		3.50 ± 1.18		3.31 ± 1.34	
あり	3.61 ± 1.11		3.96 ± 1.02		3.64 ± 1.05		3.47 ± 1.17	
参加集団数								
0	3.49 ± 1.14		3.83 ± 1.03		3.42 ± 1.13		3.27 ± 1.18	
1	3.70 ± 1.10		3.99 ± .94		3.72 ± 1.03		3.45 ± 1.23	
2	3.80 ± 1.03		4.19 ± .87		3.81 ± 1.00		3.61 ± 1.09	
3	3.83 ± 1.03		4.07 ± 1.00		3.73 ± .98		3.83 ± 1.08	
4以上	3.81 ± 1.10		3.57 ± 1.13		4.00 ± .94		3.76 ± 1.18	
階層帰属意識								
1 下	3.41 ± 1.36		3.85 ± 1.14		3.39 ± 1.32		3.12 ± 1.46	
2 中の下	3.45 ± 1.11		3.80 ± .99		3.41 ± 1.08		3.24 ± 1.17	
3 中の中	3.75 ± 1.05		4.00 ± .97		3.72 ± 1.01		3.62 ± 1.11	
4 中の上	3.92 ± 1.02		4.19 ± .85		3.87 ± 1.03		3.78 ± 1.10	
5 上	4.17 ± 1.27		±		5.00 ± .00		3.57 ± 1.40	
運動習慣								
週一回～数回	3.83 ± 1.04		4.09 ± .96		3.83 ± .99		3.72 ± 1.09	
月一回	3.86 ± .95		4.13 ± .76		3.83 ± 1.00		3.50 ± 1.01	
年数回	3.60 ± 1.02		3.67 ± 1.02		3.64 ± .96		3.14 ± 1.23	
ほとんどしない	3.45 ± 1.16		3.85 ± 1.02		3.43 ± 1.12		3.19 ± 1.23	
喫煙習慣								
現在喫煙	3.62 ± 1.10		3.89 ± 1.03		3.52 ± 1.05		3.47 ± 1.19	
以前喫煙	3.47 ± 1.12		3.78 ± 1.00		3.54 ± 1.02		3.29 ± 1.22	
非喫煙	3.70 ± 1.11		3.99 ± .97		3.69 ± 1.10		3.52 ± 1.16	
飲酒習慣								
ほぼ毎日	3.76 ± 1.05		4.08 ± .97		3.65 ± .98		3.73 ± 1.14	
週一回～数回	3.68 ± 1.04		3.88 ± .98		3.59 ± 1.01		3.58 ± 1.12	
月一回	3.74 ± 1.10		3.93 ± .96		3.70 ± 1.18		3.33 ± 1.16	
年一回～数回	3.73 ± 1.07		4.03 ± .96		3.81 ± 1.05		3.37 ± 1.07	
まったく飲まない	3.40 ± 1.22		3.78 ± 1.07		3.43 ± 1.19		3.25 ± 1.25	
通院頻度								
ほぼ毎日	2.80 ± 1.10		±		1.00 ± .		3.25 ± .50	
週一回～数回	3.16 ± 1.21		3.55 ± 1.11		3.25 ± 1.28		2.99 ± 1.18	
月一回	3.39 ± 1.14		3.68 ± 1.01		3.33 ± 1.06		3.33 ± 1.21	
年一回～数回	3.88 ± .97		4.01 ± .95		3.78 ± .98		3.88 ± .96	
まったく行かなかった	4.03 ± 1.04		4.20 ± .93		3.92 ± 1.04		4.06 ± 1.12	
健康診断								
未受診	3.73 ± 1.15	†	4.00 ± 1.01		3.66 ± 1.11		3.66 ± 1.11	
受診	3.61 ± 1.10		3.90 ± .98		3.61 ± 1.07		3.61 ± 1.07	
医療不安								
なし	3.74 ± 1.09	***	4.05 ± .94	*	3.76 ± 1.05	***	3.55 ± 1.16	*
あり	3.54 ± 1.12		3.83 ± 1.02		3.50 ± 1.08		3.35 ± 1.20	
経済不安								
なし	3.85 ± 1.07	***	4.14 ± .98	**	3.95 ± .98	***	3.63 ± 1.12	**
あり	3.55 ± 1.11		3.84 ± .98		3.53 ± 1.08		3.35 ± 1.21	
失業不安								
なし	3.79 ± 1.03	***	4.04 ± .95	***	3.69 ± 1.02	*	3.68 ± 1.11	
あり	3.42 ± 1.02		3.47 ± .90		3.37 ± 1.06		3.45 ± 1.13	

†p<.10;*p<.05;**p<.01;***p<.001(両側検定)

^a 2カテゴリに対してt検定; 3カテゴリ以上に対して多重比較 5%有意

3.3 年齢層別の主観的健康感を従属変数にした回帰分析

3.3.1 方法

将来不安以外の要因をコントロールした上でも、将来不安が主観的健康感に対して統計学的に有意な影響を与えているかどうかを検証するために、年齢層別の重回帰分析を行った。若年層の結果が表3、中年層の結果が表4、高年層の結果は表5である。各表のモデル1~3は、無職者も含めたモデルであり、モデル4は有職者に限定したモデルである。モデル1は将来不安（医療不安・経済不安・失業不安）を投入しないモデル、モデル2はモデル1に医療不安を投入したモデル、モデル3はモデル2に経済不安を投入したモデル、モデル4はモデル3に失業不安を投入したモデルである。

3.3.2 結果

年齢層によって主観的健康感の規定要因が異なっていた。各年齢層の主観的健康感に対する将来不安の影響は、次のとおりである。

若年層（表3）では、医療不安と経済不安を投入したモデル3において、医療不安の主観的健康感に対する負の影響の有意性はなくなり、経済不安のみ有意な負の影響があった。有職者に限定して3

表3 若年層の主観的健康感を従属変数にした回帰分析結果
(非標準化係数(b)、標準誤差、標準化係数(β))

変数	モデル1		モデル2		モデル3		モデル4	
	b	β	b	β	b	β	b	β
医療不安(0=なし)								
あり			-.20 (.09)	-.10 *	-.15 (.09)	-.08	-.16 (.10)	-.08
経済不安(0=なし)								
あり					-.28 (.11)	-.13 *	-.21 (.12)	-.10 †
失業不安(0=なし)								
あり							-.53 (.14)	-.20 ***
年齢	-.02 (.01)	-.09 †	-.02 (.01)	-.09 †	-.02 (.01)	-.08	-.02 (.01)	-.11 †
学歴(0=高卒以下)								
大卒以上	.01 (.10)	.00	.00 (.10)	.00	-.02 (.10)	-.01	-.05 (.11)	-.03
市群規模(0=町村)								
大都市	-.16 (.15)	-.06	-.17 (.15)	-.07	-.14 (.15)	-.06	-.06 (.16)	-.03
その他の市	-.07 (.12)	-.04	-.08 (.12)	-.04	-.08 (.12)	-.04	-.13 (.13)	-.07
性別(0=女性)								
男性	-.04 (.11)	-.02 †	-.08 (.11)	-.04	-.06 (.11)	-.03	-.08 (.11)	-.04
15歳時の世帯収入のレベル	.02 (.05)	.02 †	.03 (.05)	.02	.04 (.05)	.03	-.06 (.06)	-.06
職労地位(0=無職)								
経営者・役員	-.69 (.42)	-.08	-.63 (.42)	-.07	-.72 (.42)	-.08 †		
常時雇用	.07 (.13)	.03	.07 (.13)	.03	.08 (.13)	.04		
臨時・派遣	.08 (.14)	.03 †	.08 (.14)	.03	.11 (.14)	.04		
自営・自由・家族	.37 (.21)	.09	.38 (.21)	.09 †	.40 (.21)	.09 †		
世帯収入のレベル	-.07 (.07)	-.05	-.07 (.07)	-.06	-.10 (.07)	-.08	-.08 (.08)	-.06
配偶者(0=なし)								
あり	.39 (.16)	.20 *	.38 (.16)	.19 *	.38 (.16)	.19 *	.16 (.17)	.08
離別・死別・別居	.58 (.31)	.10 †	.53 (.31)	.09 †	.54 (.31)	.09 †	.47 (.31)	.09
子供(0=なし)								
あり	-.14 (.16)	-.07	-.14 (.16)	-.07	-.11 (.16)	-.05	-.07 (.16)	-.04
参加集団数	.02 (.05)	.02	.02 (.05)	.02	.02 (.05)	.02	.01 (.06)	.01
階層帰属意識	.14 (.07)	.11 *	.13 (.07)	.11 †	.09 (.07)	.07	.08 (.08)	.06
運動習慣(0=ほとんどしない)								
週一回~数回	.31 (.11)	.14 **	.33 (.11)	.15 **	.34 (.11)	.16 **	.38 (.12)	.18 ***
月一回	.35 (.16)	.10 *	.35 (.16)	.10 *	.35 (.16)	.10 *	.39 (.18)	.12 *
年数回	-.16 (.15)	-.05	-.14 (.15)	-.04	-.12 (.15)	-.04	.03 (.16)	.01
喫煙習慣(0=非喫煙)								
現在喫煙	-.12 (.12)	-.05	-.09 (.12)	-.04	-.12 (.12)	-.06	-.05 (.13)	-.03
以前喫煙	-.28 (.14)	-.10 *	-.23 (.14)	-.08 †	-.25 (.14)	-.09 †	-.15 (.15)	-.05
飲酒習慣(0=まったく飲まない)								
ほぼ毎日	.20 (.17)	.07	.19 (.17)	.07	.18 (.17)	.07	.14 (.19)	.06
週一回~数回	.06 (.14)	.03	.03 (.14)	.02	.03 (.14)	.02	.05 (.16)	.02
月一回	.05 (.16)	.02	.02 (.16)	.01	.01 (.15)	.00	-.13 (.18)	-.05
年一回~数回	.20 (.15)	.08	.16 (.15)	.06	.17 (.15)	.06	.00 (.18)	.00
通院頻度(0=まったく行かなかった)								
ほぼ毎日	()	()	()	()	()	()	()	()
週一回~数回	-.70 (.21)	-.20 **	-.70 (.21)	-.20 **	-.74 (.21)	-.21 ***	-.98 (.24)	-.27 ***
月一回	-.57 (.18)	-.23 **	-.56 (.18)	-.22 **	-.53 (.18)	-.21 **	-.56 (.20)	-.22 **
年一回~数回	-.23 (.16)	-.11	-.20 (.16)	-.10	-.19 (.15)	-.09	-.21 (.17)	-.10
健康診断(0=未受診)								
受診	-.08 (.11)	-.04	-.09 (.11)	-.04	-.07 (.11)	-.03	-.28 (.12)	-.12 *
定数	4.31	***	4.48	***	4.70	***	5.65	***
調整済みR ²	.067	***	.075	***	.087	***	.123	***
N	483		483		483		356	

†p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001(両側検定)

種類の将来不安を投入したモデル4では、経済不安よりも失業不安のほうが主観的健康感に有意な負の影響が強かった。中年層(表4)では、医療不安と経済不安を投入したモデル3において、医療不安と経済不安は主観的健康感に有意な負の影響があった。有職者に限定して3種類の将来不安を投入したモデル4では、医療不安のみ主観的健康感に有意な負の影響があった。高年層(表5)では、医療不安と経済不安を投入したモデル3において、主観的健康感に有意な負の影響はなかった。有職者に限定して3種類の将来不安を投入したモデル4でも、いずれの不安も主観的健康感に有意な負の影響はなかった。将来不安以外の主観的健康感の規定要因についても、結果を確認する。全年齢層で共通する傾向(モデル3)として、第一に、無職者よりも有職者は、主観的健康感に有意に正の影響があった。ただし、就労地位が「経営者・役員」の場合は、若年層と高年層に限り、主観的健康感に有意な負の影響があった。第二に、より高い階層帰属意識の主観的健康感に有意な正の影響は、将来不安を投入することで弱くなる傾向にあった。これは将来不安と社会階層との関連を示している。第三に、運動習慣を持つことは主観的健康感に有意な正の影響があった。第四に、病気やケガで通院することは主観的健康感に有意な負の影響があった。年齢層別の相違点(モデル3)として、第一に、若年層に限り婚姻状態は主観的健康感に有意な正の影響があった。また、喫煙習慣を持っていたことは

表4 中年層の主観的健康感を従属変数にした回帰分析結果
(非標準化係数(b)、標準誤差、標準化係数(β))

変数	モデル1		モデル2		モデル3		モデル4	
	b	β	b	β	b	β	b	β
医療不安(0=なし)								
あり			-.24 (-.11)	-.11 **	-.19 (.08)	-.09 *	-.18 (.09)	-.09 *
経済不安(0=なし)								
あり					-.24 (.10)	-.09 *	-.11 (.11)	-.04
失業不安(0=なし)								
あり							-.19 (.12)	-.06
年齢	.00 (.01)	-.01	.00 (-.01)	-.04	.00 (.01)	-.01	.00 (.01)	.01
学歴(0=高卒以下)								
大卒以上	-.04 (.08)	-.02	-.06 (-.03)	-.03	-.05 (.08)	-.03	-.06 (.09)	-.03
市群規模(0=町村)								
大都市	.24 (.12)	.08 †	.23 (.08)	.05 †	.24 (.12)	.08 *	.23 (.13)	.09 †
その他の市	-.01 (.09)	-.01	-.01 (-.01)	-.01	-.01 (.09)	-.01	-.04 (.10)	-.02
性別(0=女性)								
男性	-.20 (.11)	-.09 †	-.20 (-.09)	-.08 †	-.19 (.11)	-.09 †	-.19 (.10)	-.09 †
15歳時の世帯収入のレベル	.07 (.04)	.06 †	.07 (.06)	.08 †	.07 (.04)	.06	.07 (.05)	.06
職労地位(0=無職)								
経営者・役員	.27 (.21)	.05	.23 (.05)	.07	.24 (.20)	.05		
常時雇用	.25 (.13)	.12 †	.24 (.11)	.14 †	.24 (.13)	.11 †		
臨時・派遣	.24 (.13)	.09 †	.25 (.09)	.10 †	.26 (.13)	.09 *		
自営・自由・家族	.36 (.15)	.11 *	.35 (.11)	.13 *	.36 (.15)	.11 *		
世帯収入のレベル	.02 (.05)	.02	.01 (.01)	.00	-.01 (.05)	-.01	.08 (.06)	.07
配偶者(0=なし)								
あり	.21 (.19)	.07	.25 (.08)	.06	.25 (.19)	.08	.27 (.22)	.09
離別・死別・別居	.03 (.23)	.01	.08 (.02)	.00	.06 (.22)	.01	.15 (.25)	.04
子供(0=なし)								
あり	-.09 (.15)	-.03	-.14 (-.05)	-.03	-.12 (.15)	-.04	-.11 (.16)	-.04
参加集団数	.10 (.04)	.10 **	.10 (.10)	.09 **	.10 (.04)	.10 *	.08 (.04)	.09 *
階層帰属意識	.14 (.06)	.11 *	.13 (.10)	.10 *	.11 (.06)	.08 †	.08 (.07)	.06
運動習慣(0=ほとんどしない)								
週一回~数回	.31 (.09)	.14 ***	.32 (.14)	.14 ***	.31 (.09)	.14 **	.27 (.09)	.12 **
月一回	.41 (.15)	.10 **	.46 (.11)	.10 **	.44 (.15)	.11 **	.44 (.16)	.11 **
年一回	.08 (.14)	.02	.08 (.02)	.03	.09 (.14)	.02	.16 (.15)	.04
喫煙習慣(0=非喫煙)								
現在喫煙	-.06 (.10)	-.02	-.07 (-.03)	-.04	-.07 (.10)	-.03	-.10 (.11)	-.04
以前喫煙	-.09 (.11)	-.03	-.08 (-.03)	-.05	-.09 (.11)	-.03	-.16 (.11)	-.06
飲酒習慣(0=まったく飲まない)								
ほぼ毎日	.23 (.12)	.10 †	.24 (.10)	.10 *	.24 (.12)	.10 *	.33 (.13)	.14 *
週一回~数回	.09 (.11)	.04	.08 (.03)	.03	.09 (.11)	.04	.15 (.12)	.06
月一回	.22 (.15)	.06	.23 (.06)	.06	.23 (.15)	.06	.32 (.17)	.09 †
年一回~数回	.36 (.12)	.12 **	.35 (.12)	.13 **	.36 (.12)	.12 **	.38 (.14)	.13 **
通院頻度(0=まったく行かなかった)								
ほぼ毎日	-2.05 (1.03)	-.07 *	-2.21 (-.08)	.10 *	-2.21 (1.02)	-.08 *	()	()
週一回~数回	-.82 (.17)	-.22 ***	-.80 (-.22)	.02 ***	-.80 (.16)	-.22 ***	-.68 (.18)	-.19 ***
月一回	-.74 (.14)	-.31 ***	-.75 (-.31)	.03 ***	-.74 (.14)	-.31 ***	-.73 (.15)	-.32 ***
年一回~数回	-.34 (.13)	-.16 **	-.34 (-.16)	.09 **	-.35 (.12)	-.16 **	-.35 (.14)	-.17 *
健康診断(0=未受診)								
受診	-.02 (.12)	-.04	-.02 (-.01)	-.06	-.01 (.11)	.00	-.07 (.13)	-.02
定数	2.94	***	3.26	***	3.47	***	3.32	***
調整済みR ²	.128	***	.138	***	.144	***	.119	***
N	739		739		739		596	

†p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001(両側検定)

主観的健康感に有意な負の影響があった。第二に、中年層に限り大都市在住者は主観的健康感に有意な正の影響があった。第三に、中年層と高年層に限り、より多くの様々な目的を持ったグループへの参加と飲酒習慣を持つことは主観的健康感に有意な正の影響があった。また、男性は主観的健康感に有意な負の影響があった。第四に、高年層に限りより高い世帯収入のレベルは主観的健康感に有意な正の影響があった。有職者に限定したモデル4の結果についても確認する。全年齢層で共通する傾向として、第一に、運動習慣を持つことは主観的健康感に有意な正の影響があった。第二に、病気やケガで通院することは主観的健康感に有意な負の影響があった。年齢層別の有職者の相違点(モデル4)として、第一に、若年層に限り加齢は主観的健康感に有意な負の影響があった。第二に、若年層と高年層に限り健康診断の受診は主観的健康感に有意な負の影響があった。第三に、中年層に限り大都市在住者は主観的健康感に有意な正の影響があった。第四に、中年層と高年層に限り、より多くの様々な目的を持ったグループへの参加、飲酒習慣を持つことは主観的健康感に有意な正の影響があった。また、男性は主観的健康感に有意な負の影響があった。第五に、高年層に限り、より高い15歳時の世帯収入のレベル、子供の存在は主観的健康感に有意な正の影響があった。また、喫煙習慣を持つことや喫煙習慣を持っていたことは主観的健康感に有意な負の影響があった。

表5 高年層の主観的健康感を従属変数にした回帰分析結果
(非標準化係数(b)、標準誤差、標準化係数(β))

変数	モデル1		モデル2		モデル3		モデル4	
	b	β	b	β	b	β	b	β
医療不安(0=なし)								
あり			-.11 (.09)	-.05	-.09 (.09)	-.04	.07 (.15)	.03
経済不安(0=なし)								
あり					-.13 (.10)	-.05	-.18 (.16)	-.07
失業不安(0=なし)								
あり							-.21 (.19)	-.07
年齢	.00 (.01)	-.01	.00 (.01)	-.02	.00 (.01)	-.02	.01 (.01)	.03
学歴(0=高卒以下)								
大卒以上	.02 (.11)	.01	.02 (.11)	.01	.01 (.11)	.00	.11 (.17)	.04
市群規模(0=町村)								
大都市	.18 (.13)	.06	.18 (.13)	.06	.19 (.13)	.06	.09 (.20)	.03
その他の市	.08 (.10)	.03	.09 (.10)	.04	.10 (.10)	.04	.24 (.16)	.11
性別(0=女性)								
男性	-.23 (.13)	-.10 †	-.23 (.13)	-.10 †	-.23 (.13)	-.10 †	-.45 (.22)	-.18 *
15歳時の世帯収入のレベル	.02 (.05)	.01	.01 (.05)	.01	.01 (.05)	.01	.14 (.07)	.12 *
職労地位(0=無職)								
経営者・役員	-.48 (.21)	-.09 *	-.49 (.21)	-.09 *	-.48 (.21)	-.09 *		
常時雇用	.35 (.18)	.08 *	.35 (.18)	.08 *	.35 (.18)	.08 †		
臨時・派遣	.18 (.15)	.05	.19 (.15)	.05	.19 (.15)	.05		
自営・自由・家族	.26 (.13)	.07 †	.25 (.13)	.07 †	.27 (.13)	.08 *		
世帯収入のレベル	.15 (.06)	.10 *	.14 (.06)	.10 *	.13 (.06)	.09 *	.05 (.09)	.04
配偶者(0=なし)								
あり	-.44 (.29)	-.16	-.42 (.30)	-.15	-.40 (.30)	-.14	-.16 (.48)	-.05
離別・死別・別居	-.40 (.31)	-.14	-.39 (.31)	-.13	-.37 (.31)	-.13	-.44 (.54)	-.11
子供(0=なし)								
あり	.20 (.19)	.05	.17 (.19)	.04	.18 (.19)	.04	.70 (.33)	.17 *
参加集団数	.08 (.04)	.08 *	.08 (.04)	.09 *	.08 (.04)	.09 †	.09 (.06)	.11 †
階層帰属意識	.12 (.06)	.08 †	.12 (.07)	.08 †	.10 (.07)	.07	-.02 (.10)	-.02
運動習慣(0=ほとんどしない)								
週一回～数回	.42 (.09)	.18 ***	.41 (.09)	.17 ***	.41 (.09)	.17 ***	.26 (.15)	.12 †
月一回	.23 (.21)	.04	.24 (.21)	.04	.24 (.21)	.04	.48 (.29)	.11 †
年数回	-.31 (.30)	-.04	-.31 (.30)	-.04	-.32 (.30)	-.04	.59 (.40)	.09
喫煙習慣(0=非喫煙)								
現在喫煙	-.09 (.14)	-.03	-.10 (.14)	-.03	-.10 (.14)	-.03	-.35 (.21)	-.13 †
以前喫煙	-.12 (.13)	-.04	-.12 (.13)	-.05 †	-.13 (.13)	-.05	-.51 (.19)	-.22 **
飲酒習慣(0=まったく飲まない)								
ほぼ毎日	.42 (.13)	.15 ***	.43 (.13)	.15 ***	.42 (.13)	.15 **	.44 (.22)	.19 *
週一回～数回	.18 (.12)	.06	.19 (.12)	.06	.18 (.12)	.06 †	.24 (.22)	.09
月一回	-.06 (.21)	-.01	-.05 (.21)	-.01	-.04 (.21)	-.01	-.77 (.31)	-.17 *
年一回～数回	.04 (.13)	.01	.04 (.13)	.01	.04 (.13)	.01	.01 (.24)	.00
通院頻度(0=まったく行かなかった)								
ほぼ毎日	-.59 (.57)	-.04	-.59 (.57)	-.04	-.58 (.57)	-.04	()	
週一回～数回	-1.00 (.19)	-.33 ***	-.99 (.19)	-.33 ***	-.98 (.19)	-.33 ***	-1.16 (.32)	-.33 ***
月一回	-.72 (.17)	-.30 ***	-.72 (.17)	-.30 ***	-.70 (.18)	-.29 ***	-.91 (.25)	-.41 ***
年一回～数回	-.28 (.18)	-.10	-.28 (.18)	-.10	-.26 (.18)	-.10	-.74 (.26)	-.31 **
健康診断(0=未受診)								
受診	-.03 (.12)	-.01	-.02 (.12)	-.01	-.02 (.12)	-.01	-.48 (.19)	-.16 *
定数	3.33	***	3.45	***	3.67	***	3.47	***
調整済みR ²	.178	***	.179	***	.180	***	.267	***
N	691		691		691		223	

†p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001(両側検定)

4. 考察

本研究の分析結果から、年齢層や就業状態によって主観的健康感に影響する将来不安の種類は異なることがわかった。若年層において経済不安は主観的健康感を低くする。有職者に限れば、失業不安は経済不安よりも主観的健康感を低くする。中年層において医療不安と経済不安は主観的健康感を低くする。有職者に限れば、医療不安は主観的健康感を低くする。高年層において就業状態にかかわらず医療・経済・失業不安は主観的健康感を低めることに影響しない。これらの分析結果は、医療格差、経済格差、失業といった状況や出来事が健康阻害要因になるだけでなく、不安定な社会基盤がもたらす医療・経済・失業不安が健康阻害要因になることを示唆している。したがって、日本に在住する人々がより高い健康水準を享受するための方策として、医学的側面、健康政策の観点からの個人や集団への介入だけでなく、非医学的健康政策の観点から、将来にわたり不安が少ない安定した経済・雇用状況、たとえ経済格差があり失業しても不安が少ない社会基盤の構築が求められるだろう。

また、将来不安や社会心理的特性である階層帰属意識、15歳時の世帯収入のレベル、世帯収入のレベルがもたらす慢性的不安以外にも、主観的健康感を規定する要因は存在した。全年齢層において就労することは主観的健康感を高める。若年層において運動習慣を持つことは主観的健康感を高める。中年層と高年層において、より多くの様々な目的を持ったグループへの参加、運動習慣を持つこと、適度な飲酒習慣を持つことは主観的健康感を高める。これらの生活習慣や人間関係の健康に及ぼす影響は Berkman ら (1983=1989) の包括的な研究報告書からも裏付けられている。彼らは、米国の縦断データの分析から健康の維持・増進に好ましい七つの日常生活習慣を見出した。その習慣は「喫煙をしない」「飲酒を適度にするかまたはまったくしない」「定期的にかなり激しい運動をする」「適正体重を保つ」「7~8時間の睡眠」「毎朝朝食を摂る」「不必要な間食をしない」であった。さらに、人間関係として「結婚」「親しい友人・家族の付き合い」「宗教活動」「その他の組織活動」といった社会的ネットワークの質や量が高い人は低い人より健康格差の終点である死亡率が低かった。

ところで、主観的健康感の規定要因であった不安、医療機関の利用、就業状態、健康行動は教育の影響を受けていると考えられている。Bjelland ら (2008) は、スウェーデンの縦断データの分析からより高い教育水準によって影響を受ける要因が不安や抑うつを防ぎその保護効果は生涯にわたり累積するとした。Leigh (1983) は米国の縦断データの分析から、教育年数は直接的に医療の賢明な活用、間接的に慎重な職業選択や健康習慣を促し主観的健康を高めるとした。

学歴の影響を受けている社会心理的健康の規定要因である職業地位は、所得を規定しており (Singh-Manoux et al. 2002) 所得は生活満足感や幸福感の QOL(Quality of life)要素を介して主観的健康感を規定していると考えられている (坊迫ら 2010)。では、教育はどのような経路によって健康行動に影響を与えているのだろうか。Feinstein ら (2006) の教育と健康の因果経路に関する実証研究の包括的な総説によると、教育は、自己信念 (自己概念)、健康信念、辛抱強さ (将来の評価)、回復力 (ストレスの対処力) といった自分自身 (Self) の心理的な健康の規定要因と自己 (Self) を取り巻く現在、過去、未来の状況・出来事を含めた文脈 (Context) を介して健康行動を規定していると考えられる。

成人は、健康教育によって健康に好ましい行動に変容させることは難しいと考えられている (星 2002)。したがって、成人以降に個々人が自律的に健康に良い行動変容を促したりストレスの対処力を高めたりすることで、人々の健康の向上を促す方策として、社会全体の教育水準を高める非医学的健康政策 (Mechanic 2007; Mirowsky & Ross 2003) が提言されている。この政策の科学的な根拠として、学歴と健康の因果経路が明らかになることが期待されている。

本研究の副次的な知見として、若年層と中年層の健康格差実態は主観的健康感を用いて解明できたことが挙げられる。主観的健康感と健康格差の終点である死亡率の関連に関する実証研究の主な対象者は高齢者である。しかし、若年層と中年層の主観的健康感と死亡率の関連を示す実証研究も少ないがある (三徳 2006)。そこで、本研究において主観的健康感を若年層や中年層の健康格差指標としてデータ分析に用いて、若年層や中年層の健康格差の実態を明らかにした。今後、若年層と中年層における地域住民をベースにした健康格差構造の解明が期待されている。

[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。

JGSS 研究会報告の過程から、JGSS 研究センターのセンター長岩井紀子先生、岩井八郎先生、宍戸邦章先生はじめ多くの諸先生方から有益なご助言を頂きました。深く感謝申し上げます。

[注]

- (1) Feinstein ら(2006)の健康に対する影響の基本概念モデルの主な因果経路は、健康の規定要因としての自己(Self)と自己を取り巻く文脈(Context)の構成要素が健康に直接的に、あるいは健康行動を介して間接的に影響を与えている。また、健康に対する教育の影響の基本概念モデルは、健康に対する影響の基本概念モデルの自己と文脈の構成要素に教育の影響を受けている要素があるとする。以下に自己、文脈、健康行動のいくつかの構成要素を示す。はじめに、自己(Self)の構成要素のうち教育と関連した概念を以下に示す。第一に、自己信念(自己概念)である。第二に、健康信念である。第三に、辛抱強さ(将来の評価)である。第四に、回復力(ストレスの対処力)である。次に、文脈のいくつかの構成要素を示す。第一に、教育に関連した文脈として家族や世帯がある。家族と世代間のプロセスにおいて、親の教育水準は収入に影響を与え、その収入が年少期や青年期の健康に影響を与える。世帯の経済構造と時間・収益資源において、教育は健康の生産効率を高め医療費を減らす。また、高い教育水準の個人は健康に良い健康行動をして配分効率を高める。第二に、教育に関連した文脈として仕事や職業における健康リスクがある。一般的に、高学歴の人々は身体を危険な状態に置かないノンマニュアルの職業に就く。また、英国のホワイトホール研究によると、コントロール度が低い仕事は病気の増加と関係がある。第三に、汚染、道路交通傷害、住宅、犯罪、社会関係資本といった地域とコミュニティである。第四に、国家の所得配分、社会的混乱といったマクロレベルの不平等と社会的結合である。最後に、健康行動の構成要素を示す。第一に、7つの健康リスク行動である。喫煙 飲酒 肥満 果物や野菜の摂取不足 違法薬物 運動不足 (性行為感染症の恐れのある)危険な性行動がある。第二に、医療サービス利用である。予防(健康診断) 日常生活に支障がたとき(病気、痛み、事故、体調不良) 慢性疾患の自己管理がある。
- (2) Mirowsky ら(2003)は、学歴は健康を規定する根本原因であり健康に対する学歴の正の効果は様々な因果経路を介して生涯にわたり累積する傾向にあるとした。
- (3) 社会的・文化的に形成された性別(ジェンダー)として定義した。社会的役割の違いがもたらされる、学歴・職業・所得の男女間の差を統制しても、主観的健康感と有意な関連があれば、生物学的な特性である可能性がある。

[参考文献]

- Berkman, Lisa F., and Breslow, Lester, 1983, *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*, New York: Oxford University Press. (= 1989, 森本兼曩・星旦二・飯島久美子・今津清・江副智子・近藤卓・澤田晋一・谷川武・田宮奈々子・中村桂子・中村千賀子・新野直明・前田秀雄訳『生活習慣と健康 ライフスタイルの科学』HBJ 出版局。)
- Bjelland, Ingver, Krokstad, Steinar, Mykletun, Arnstein, Dahld, Alv A., Tell, Grethe S., and Tambs, K., 2008, "Does a Higher Educational Level Protect against Anxiety and Depression? The HUNT Study," *Social Science & Medicine*, 66(6): 1334-1345.
- 坊迫吉倫・星旦二, 2010, 「都市在宅高齢者における等価収入と幸福感・生活満足感・主観的健康感の構造分析」『社会医学研究』27(2): 45-51.
- Burgard, Sarah A., Brand, Jennie E., and House, James S., 2009, "Perceived Job Uncertainty and Worker Health in the United States," *Social Science & Medicine*, 69(5): 777-785.

- Feinstein, Leon, Sabates, Ricardo, Anderson, Tashweka M., Sorhaindo, Annik, and Hammond, Cathie, 2006, “What Are the Effects of Education on Health?,” Desjardins, Richard, and Schuller, Tom [eds.], *Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium*, OECD, 171-354.
- 星旦二, 2002, 「健康づくりを支援する環境整備と住民参画」東京都立大学大学院都市科学研究科編『都市研究叢書 21 都市の科学』東京都立大学出版.
- Leigh, J. Paul, 1983, “Direct and Indirect Effects of Education on Health,” *Social Science & Medicine*, 17(4): 227-234.
- Mechanic, David, 2007, “Population Health: Challenges for Science and Society,” *The Milbank Quarterly*, 85(3): 533-559.
- Mirowsky, John, and Ross, Catherine E., 2003, *Education, Social Status, and Health*, New York: ALDINE DE GRUYTER.
- 三澤仁平, 2010, 「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」『日本版 General Social Surveys 研究論文集』10: 123-135.
- 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.
- 村田千代栄, 2010, 「医療不安と社会経済的地位の関連 JGSS-2008 に基づく分析」『日本版 General Social Surveys 研究論文集』10: 111-122.
- 内閣府大臣官房政府広報室, 2008, 『国民生活に関する世論調査（平成 18 年 10 月調査）』.
- 日本医療政策機構, 2007, 『医療政策に関する 2007 年世論調査報告』.
- 日本医療政策機構, 2009, 『医療政策に関する 2009 年世論調査（概要第二版）』.
- 連合総合生活開発研究所, 2008, 『「第 16 回勤労者短観」 第 16 回勤労者の仕事と暮らしについてのアンケート調査報告書』.
- Singh-Manoux, Archana, Clarke, Paul, and Marmot, Michael, 2002, “Multiple Measures of Socio-economic Position and Psychosocial Health: Proximal and Distal Measures,” *International Journal of Epidemiology*, 31(6): 1192-1199.
- Wilkinson, Richard G., 2005, *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, New York: The New Press. (= 2009, 池本幸生・片岡洋子・末原睦美訳『格差社会の衝撃』書籍工房早山.)