寄稿

# 雇用と健康格差の要因
## ～働く人の健康を守るために～

堤　明純
（北里大学医学部公衆衛生学　教授）

### はじめに

社会経済的に恵まれない、脆弱な人々に健康問題が集積している[1]。社会階層と健康問題―いわゆる健康の社会格差―を研究するうえで、収入・所得、教育と並んで重要な指標とされているのが雇用（職業）の課題である。本稿では、主にわが国における雇用と健康格差に関する知見と雇用の課題が健康格差を生むメカニズムを整理するとともに、わが国における雇用環境の推移を振り返り、雇用と健康格差の要因と格差解消のためのヒントについて考えてみたい。

### 諸外国における従来の知見

職種、職業上の地位、企業規模、産業、雇用形態、就業の有無・失業など、雇用に関する指標は多いが、諸外国では、いずれの指標でも、階層が低いとされるグループに健康問題が集積するという知見が大勢を占めている。英国およびウェールズでは、職業階層が専門職→管理職・技術者→熟練肉体労働者→半熟練労働者→非熟練労働者のように分類されているが、男性を対象とした研究で、矢印の向きに階層が低くなるほど、全死因、脳卒中や心筋梗塞、自殺による死亡の割合が高いことが示されている[2]。同一職種である公務員を対象とした研究でも、職業上の地位が下がるにつれ、心筋梗塞などのリスクが男女ともに増加することが観察されている[3]。

非正規労働者は正規労働者に比較して、心理的に不健康な状態に陥りやすく、死亡率も高い傾向が示されている[4, 5]。就業できないこと、もしくは、失業によって総死亡のリスクが上昇すること[6]、長期に職に就けないことが自殺のリスクを高めることが示されている[7]。職に就いていない者は、就業者に比較して心理的健康状態が悪いことや[8]、がん検診の受診率が低いことが示されている[9]。職に就いていないことによる心理的な不調は、女性やホワイトカラーより男性やブルーカラーにおいて高頻度で、職に就いていない時期が長引くほど予後が悪い。一方で、安定した職についていると、就業生活を制限するような疾病の発症リスクを抑え、回復を高めることも示されている[10]。

近年、職業上の地位が低いことや、就業時に経済的困窮に陥ったり、不安定な雇用環境を経験したりすることが退職後の健康問題と関連することについての報告が出されている。退職後の健康問題は、死亡を含む身体的疾患、認知症、主観的な健康度など広範な健康問題に及んでいる[11, 12]。

### わが国における知見

わが国においても、男性ブルーカラーはホワイトカラーに比較して総死亡リスクが高いことが観察されている[13]。大規模な横断研究で、従業員49人以下の小規模の事業場では、50人以上の事業場に比較して、男性の血圧、耐糖能異常、肥満の有所見率が多いことが示されている[14]。また、自営業の男性は被雇用者に比べて脳血管疾患による死亡リスクが高いこと[15]、自営業の女性で問題飲酒の頻度が多いことが観察されている[16]。

男性および未婚女性の非正規労働者は、重篤な心理的不調を発症するリスクが高いことが示されている[17]。中年期の女性を追跡した研究では、パートタイム労働者と自営業者が、

フルタイム労働者に比較して死亡率が高いことが示されている[18]。

必ずしも欧米の知見と一致しない、わが国特有のパターンもみられている。管理職および専門職の死亡率が1990年代後半から増加していることが、職業別人口動態統計の死亡データおよび国勢調査の職業別人口データを用いた研究で確認されている[19]。自殺による死亡率は、職種を問わず2000年を境に増加していたが、とくに、管理職と専門職で増加幅が大きかった[20]。従業員規模300-999人の中規模以上に勤める男性労働者は、小規模（従業員規模1-29人）の男性労働者に比べて心理的に不健康であることが示されている[21]。

女性労働者について、女性の管理職は非管理職に比べて死亡リスクが高いことが観察されている[13]。女性管理職においてメンタルヘルス不調の割合が高いことも示されている[22]。

## メカニズム

職業階層が労働者の健康に影響するメカニズムの一つに、劣悪な就業環境への暴露の程度に差があることが挙げられる。ブルーカラー労働者は、その業務と関連して、暑熱や騒音、有害な化学物質などに曝されやすい[23]。後述する職業性ストレスも、職業階層の低いグループに高頻度に観察される[24]。

中小企業従業員12,625人を対象とした調査で、職業階層が低いグループは、喫煙、大量飲酒、肥満、高血圧といった保健行動や健康診断所見が好ましくないことが示されている[25]。国民生活基礎調査のデータで行われた検討でも、男女ともに下位の職業階層のグループが好ましくない保健行動をとっている[26]。大企業に勤める労働者はがん検診の受診率が高い[27]。一方で、事業場規模が小さくなるほど、喫煙者の割合が高く[14]、問題飲酒者の割合が高い[16]。非正規労働者は正規労働者に比べて健康診断を受けておらず、喫煙率が高いことが観察されている[21, 28]。

事業場規模が小さくなると産業保健サービスへのアクセスが悪くなる。産業保健サービスの提供は企業規模に大きく依存しており、小規模、零細企業では産業保健活動が十分でない[29]。

自分の雇用は安定していない、もしくは、職を失う危険があると認識している労働者は、そうでない労働者に比べて、メンタルヘルス不調のリスクが高い。収入が低い労働者は、収入が高い労働者に比べてメンタルヘルス不調の頻度が高いが、雇用の安定性を考慮に入れた解析を行うと、収入とメンタルヘルス不調の関連性が弱くなることが観察されている[30]。海外では、雇用を守るセイフティネットの導入が経済危機に続く労働者のメンタルヘルス不調増悪の予防に有効であることが示されている[31]。

暑熱や化学物質などに曝される機会の少ないホワイトカラー間にも職業階層間の健康格差が観察されている。その要因の一つがストレスである。職位の低いグループが職業性ストレスの影響を強く受けることや、職位の高いグループと低いグループの間で観察される健康格差が、それぞれのグループに特徴的なストレスで説明されることが指摘されている[32]。2000年以降の管理職、専門職における健康問題の悪化は、バブル崩壊後の経済状況の悪化に関連する、管理職・専門職における仕事量の増加やストレスなどの影響が考察されている[19]。

## わが国の雇用環境の推移と健康格差のトレンド

いわゆる日本型雇用制度―終身雇用・年功序列型賃金、企業別組合―は、高度成長期に確立した。労働需要の急増は、労働力確保のために中小企業の賃金を押し上げ、全体として賃金格差が縮小した[33]。長期的な融資で企業の発展を図るメインバンク制に支えられた企業は中長期的な経営戦略を描いた。経済成長も後押しした安定した雇用と年功序列は、同世代の競争を回避させ、労働者に雇用に関する安心感を持たせた。企業レベルでは、「企業は人なり」、「丸抱え」といった事業者のマインドと、これに対応する労働者の組織への献身的なコミットメントが日本の雇用関係の特徴として特筆されていた。

バブル期には、人手不足を補うための大量雇用が行われた。引き続く景気後退の中で次世代の雇用が縮小し、部下のいないバブル期入社世代は、多くがプレイングマネジャー化して労働負荷が増加し、昇進機会が減少（同世代間の競争）するといった状況が出現した。バブル崩壊後の景気低迷期には、大企業の従業員でもリストラの対象となるようになり、成果主義が導入されるようになった。経済のグローバリゼーションが進む中、社員本位か

ら、短期的な利益追求を目指す株主志向型のマネジメントスタイルに移行していった。1995年の日経連の「新時代の『日本的経営』」以来、生涯雇用の見直しが行われ雇用の流動化が加速し、正規雇用と非正規雇用という二極化が進んだ。男性の雇用状況が向上した（日雇い比率が低下した）1960～1970年代、女性の非正規労働者が増加し低賃金層を形成していた。1985年に男女雇用機会均等法が制定される前に二極化の波に飲み込まれ、非正規雇用の多くを女性労働者が占めるようになった。企業別組合が足並みをそろえていた春闘は、賃金格差を縮小化する装置として機能していたが、非正規労働者の増加もあって組合員数が減少するなか、雇用不安は、組合活動の方向を、ベア要求から労働者（正社員）の雇用保護に向かわせる要因となった。

高度成長期から２度のオイルショックを経て経済の安定期に入った1980年ごろ、男性労働者の間には、下位の職業に総死亡率が高く、専門職や管理職は、少数の例外を除いて、どの年代でも死亡率がもっとも低いという健康格差がみられていた[34]。この格差は、バブル期を含む1990年代前半まで縮小した。すべての職業で年齢調整死亡率が低下する中、1995年から2000年にかけて管理職および専門的・技術的職業従事者における平均寿命の伸び悩み傾向が観察され[35]、2000年には管理職や専門職の自殺死亡率が他職種を逆転してもっとも高くなった[19]。

Hiyoshiらは、1986年から2007年までの8ウェイブにわたる国民生活基礎調査結果を利用し、従来の日本標準職業分類に、正規、非正規、自営業といった雇用形態を組み合わせた分類[36]で、職業階層と自覚的な健康度との関連を検討した。年齢を調整した自覚的な健康度は、男女ともに非正規を含む職業階層で一貫してもっとも悪かった。自覚的な健康度の格差は、1980年代後半から1990年代初・中ごろまで縮小したが、その後年を追って拡大した[37]。2000年以降、自覚的の健康度や医師受診回数などでとらえた健康指標が、労働者全般に悪化していることが観察され、その要因として、非正規労働者の増加があると考察されている[38]。

直接的な関連を見たものではないが、わが国がたどった雇用環境と労働者の健康格差－管理職や非正規労働者に観察された健康リスクの増悪－の推移は符合している。上の記述は、雇用環境と労働者の健康の一側面を切り取って概観したに過ぎない。社会、経済の変化とその健康影響は複雑で、必ずしも景気の善し悪しが労働者の健康を決定するわけではない。たとえば、多くの国民が高度成長を謳歌した1970年代当初には、その陰で、長時間労働による健康問題（過労死）の萌芽がみられていた[39]。1980年代後半、過労死は社会問題化する。ただ、長時間労働の要因には変化が見られ、川人は、バブル期までは成功を求めて長時間働いていたものが、その後の景気低迷期は、職を失わないために働き続けなければならない状況に変わっていったことを指摘している[40]。

**健康格差解消のヒント**

階層が異なる集団の健康状態が異なることのメカニズムの解明は、健康格差解消の対策につながる。社会経済的に弱い立場にある労働者に、好ましい保健行動をとれるように導く環境整備や健診へのアクセスをよくする施策を重点的に行うことは合理的な方策である[41]。職業階層を変えることはできないが、劣悪な就業環境や有害物質対策により健康障害を予防することは企業レベルで対応が可能である。職業性ストレスモデルに基づいて職場環境を改善することでメンタルヘルス対策が進むという知見は集積している[42]。このような施策を進めるためには、小規模事業場で産業保健サービスへのアクセスをよくしていかなければならない。

顕在化している正規、非正規労働者間の健康格差への対策が必要である。総務省の労働力調査（2018年）によると、役員を除く雇用者5,696万人のうち、非正規の職員・従業員は2,120万人となっており全雇用者の4割に届こうとしている。このうち男性も669万人（男性の雇用者中22%）と増加傾向にある。もはや正社員中心で成り立っている制度は通用しなくなっている。日本は、職を変えることが当たり前ではない社会であった[43]。職を失うこと、職に就けないことについてのセイフティネットは十分でないまま、雇用の不安定性が増加し、流動性が進みつつある。雇用に関連するセイフティネットを構築する必要がある。

## おわりに

職業上の地位のみならず、雇用の有無や不安定性、増加している非正規雇用が健康格差の要因となっている。労働者が生活の不安を感じることなく事業にコミットできる環境をつくることは、健康格差解消のみならず、すべての働く人たちの健康に寄与する可能性がある。社会保障や産業保健の制度を含めて従来の正社員中心の考え方から脱却して対策を考えていく必要がある。雇用関係に関して、経営側には均等・均衡な待遇、労働側には非正規労働者の組織化を進めていくことは、こうした対策に沿うものと思われる。

## 謝辞

本稿の一部は、科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）挑戦的研究（萌芽）「理論に基づく健康アウトカムに鋭敏な日本社会における社会階層の測定法と分析法の探索」の助成を得て執筆された。

【引用文献】
1 Wilkinson R, Marmot M, editors. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2003.
2 Drever F, Whitehead M, Roden M. Current patterns and trends in male mortality by social class (based on occupation). Population Trends. 1996;86:15-20.
3 Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. Lancet. 1997;350:235-9.
4 Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. International Journal of Epidemiology. 2005;34(3):610-22
5 Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie J. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. American Journal of Epidemiology. 2003;158(7):663-8.
6 Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Soc Sci Med. 2011;72(6):840-54.
7 Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8(1):e51333.
8 Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. Journal of Vocational Behavior. 2009;74:264–82.
9 Frederiksen BL, Jorgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. Br J Cancer. 2010;103(10):1496-501.
10 Bartley M, Sacker A, Clarke P. Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. J Epidemiol Community Health. 2004;58(6):501-6.
11 Barrech A, Baumert J, Emeny RT, Gundel H, Ladwig KH. Mid-life job insecurity associated with subjective well-being in old age: results from the population-based MONICA/KORA study. Scand J Work Environ Health. 2016;42(2):170-4.
12 Virtanen M, Ferrie JE, Batty GD, Elovainio M, Jokela M, Vahtera J, et al. Socioeconomic and psychosocial adversity in midlife and depressive symptoms post retirement: a 21-year follow-up of the Whitehall II study. Am J Geriatr Psychiatry. 2015;23(1):99-109 e1.
13 Hirokawa K, Tsutsumi A, Kayaba K. Mortality risks in relation to occupational category and position among the Japanese working population: the Jichi Medical School (JMS) cohort study. BMJ Open. 2013;3(8).
14 Hoshuyama T, Hino Y, Kayashima K, Morita T, Goto H, Minami M, et al. Inequality in the health status of workers in small-scale enterprises. Occup Med (Lond). 2007;57(2):126-30.
15 Fujino Y, Iso H, Tamakoshi A, Inaba Y, Koizumi A, Kubo T, et al. A Prospective Cohort Study of Employment Status and Mortality from Circulatory Disorders among Japanese Workers. J Occup Health. 2005;47(6):510-7.
16 Hasegawa T, Murata C, Ninomiya T, Takabayashi T, Noda T, Hayasaka S, et al. Occupational factors and problem drinking among a Japanese working population. Ind Health. 2013;51(5):490-500.
17 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;56(5):339-46.
18 Honjo K, Iso H, Ikeda A, Fujino Y, Tamakoshi A. Employment situation and risk of death among middle-aged Japanese women. J Epidemiol Community Health. 2015;69(10):1012-7.
19 Wada K, Kondo N, Gilmour S, Ichida Y, Fujino Y, Satoh T, et al. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. BMJ. 2012;344:e1191.
20 Wada K, Gilmour S. Inequality in mortality by occupation related to economic crisis from 1980 to 2010 among working-age Japanese males. Scientific reports. 2016;6:22255.
21 Inoue A, Kawakami N, Tsuchiya M, Sakurai K, Hashimoto H. Association of occupation, employment contract, and company size with mental health in a national representative sample of employees in Japan. J Occup Health. 2010;52(4):227-40.
22 Umeda M, McMunn A, Cable N, Hashimoto H, Kawakami N, Marmot M. Does an advantageous occupational position make women happier in contemporary Japan? Findings from the Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Related Equity (J-HOPE). SSM Popul Health. 2015;1:8-15.
23 Suadicani P, Hein HO, Gyntelberg F. Strong mediators of social inequalities in risk of ischaemic heart disease: a six-year follow-up in the Copenhagen Male Study. International Journal of Epidemiology. 1997;26(6):516-22.
24 堤明純. 職業階層と健康. In: 川上憲人, 小林廉毅, 橋本英樹, editors. 社会格差と健康：社会疫学からのアプローチ. 東京: 東京大学出版会; 2006. p. 81-101.
25 Morikawa Y, Tabata M, Kido T, Koyama Y. Occupational class inequalities in behavioral and biological risk factors for cardiovascular disease among workers in medium- and small-scale enterprises. Ind Health. 2012;50(6):529-39.
26 Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. BMC Public Health. 2005;5(53):53.
27 Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Higher mortality in areas of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan. Public Health. 2007;121(3):163-73.
28 Tsurugano S, Inoue M, Yano E. Precarious employment and health: analysis of the Comprehensive National Survey in Japan. Ind Health. 2012;50(3):223-35.
29 平田衛, 熊谷信二, 田渕武夫, 田井中秀嗣, 安藤剛, 織田肇. 50人未満小規模事業所における労働衛生管理の実態(第1報)－労働衛生管理体制と健康管理およびニーズ－. 産業衛生学雑誌. 1999;41:190-201.
30 堤明純, 井上彰臣, 島津明人, 高橋正也, 川上憲人, 栗岡住子, et al. 労働者の収入とメンタルヘルス－職の不安定性による媒介効果に注目して－. 厚生の指標. 2015;62(11):1-8.
31 Uutela A. Economic crisis and mental health. Curr Opin Psychiatry. 2010;23(2):127-30.
32 Hallqvist J, Diderichsen E, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbom A. Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). Social Science & Medicine. 1998;46(11):1405-15.
33 島田晴雄. 日本の雇用―21世紀への再設計. 東京: ちくま新書; 1994.
34 Kagamimori S, Matsubara I, Sokejima S, Sekine M, Matsukura T, Nakagawa H, et al. The comparative study on occupational mortality, 1980 between Japan and Great Britain. Ind Health. 1998;36(3):252-7.
35 笹島茂, 鏡森定信. 職業と平均寿命. 日本医事新報. 2005(4247):129-31.
36 Hiyoshi A, Fukuda Y, Shipley MJ, Bartley M, Brunner EJ. A new theory-based social classification in Japan and its validation using historically collected information. Soc Sci Med. 2013;87:84-92.
37 Hiyoshi A, Fukuda Y, Shipley MJ, Brunner EJ. Inequalities in self-rated health in Japan 1986-2007 according to household income and a novel occupational classification: national sampling survey series. J Epidemiol Community Health. 2013;67(11):960-5.
38 Nishikitani M, Tsurugano S, Inoue M, Yano E. Effect of unequal employment status on workers' health: results from a Japanese national survey. Soc Sci Med. 2012;75(3):439-51.
39 上畑鉄之丞. フィナーレ－医師として私が歩んだ道 1966-2014－. 東京: クオリティケア; 2014.
40 川人 博 . 過労自殺. 東京: 岩波新書; 1998.
41 Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. Am J Public Health. 2008;98(2):216-21.
42 Tsutsumi A, Shimazu A, Yoshikawa T. Proposed guidelines for primary prevention for mental health at work: an update. Environmental and Occupational Health Practice. 2019;1(1):2-12.
43 メアリー・C・ブリントン. 失われた場を探して－ロストジェネレーションの社会学. 東京: NTT出版; 2008.