特集論文

健康の性差
――ジェンダーの健康影響

本庄 かおり
（大阪大学グローバルコラボレーションセンター 特任准教授）

健康格差も含めた様々な男女間の不平等が染色体レベルで決定された変更不可能なもの（セックス）なのか、社会や文化に規定された変更可能なもの（ジェンダー）なのかは、健康における不平等の改善を考える上できわめて重要である。本稿では日本社会の社会的特徴のひとつといえる性別役割分業規範（男性稼ぎ手モデル）の健康への影響を、婚姻、社会的役割、ワーク・ライフ・バランス、雇用、社会経済的地位の不一致、貧困を例に検証した。人々をとりまく社会環境は、性別役割分業の規範に影響を受けて男女で異なり、その結果、健康における性差の生成に大きく寄与していることが示唆される。

1. はじめに

男性と女性の間には様々な性差が存在するが、その基準となる性別（性のあり方）は、生物学的に決定される「セックス」sexと、社会的・文化的に決定される「ジェンダー」genderの2種類に区別される。セックスの究極的な規定要因は性染色体であり、その差異が身体器官や身体構造の男女差を作り出し健康に影響を与える。これに対し、ジェンダーは文化的・社会的な決まり事による男女の違いであり、人びとの行動や意識、ひいては健康に影響を与える。

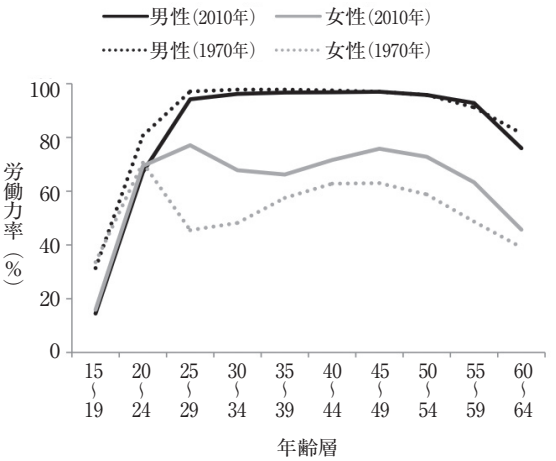
セックスとジェンダーを区別することは、性差の変更可能性を考える上で重要である。セックスは生物学的に決定され基本的に変えることができない個人要因であるのに対し、ジェンダーは社会的・文化的・歴史的に決定された社会的要因であり人びとの意志によって変えることができる。世の中には健康格差も含めて様々な男女間の不平等が存在するが、それが染色体レベルで決定された変更不可能なものなのか、社会や文化に規定された変更可能なものなのかは、不平等の改善を考える上できわめて重要である。

ジェンダーは、それ自体が単独で直接的に健康に影響するのに加えて、他の社会要因、たとえば社会経済状況などと複雑に絡み合う形で間接的な影響を与える。本稿では男女の置かれている状況がどのように健康に影響するのかを先行する実証研究結果を用いて示しながら、ジェンダーの健康影響について考えてみたい。

2. 女性か男性か――性は健康に影響する

World Health Organization（WHO：世界保健機構）は、セックスを「女か男かどちらかを示す人間の遺伝的・生理的な生物学的特徴」、ジェンダーを「社会的に決定された女性および男性の役割と責任を意味し、このことは、生物学的差異からではなく、社会の成り立ちによって女性や男性として認識され期待される考えや行動と関連し

図表-1 年齢層別労働力率



出典:「国勢調査」(総務省)

ている」と定義している（WHO 2002)。生物学的な性であるセックスの本質的な決定要因は染色体であるのに対し、ジェンダーの決定要因は社会や文化である。この2つの概念における最も重要な違いのひとつは、セックスが基本的に変更不可能な個人要因とされるのに対し、ジェンダーは国家、社会、文化、時代、場所によって変化する社会的特徴であり変更が可能である点である。

これまで最も頻繁に取り上げられてきたセックスの健康への影響は、生殖システムに関連した健康（リプロダクティブヘルス）である。妊産婦死亡や妊娠・出産に伴う健康障害の発症は深刻な健康影響のひとつである。妊産婦死亡率の減少は、2000年に採択された国連ミレニアム宣言の目標の一つとして取り組まれており、1990年以降、妊産婦死亡率は全世界で約47％減少した。しかし、2010年には1年間で約28万7,000人の女性が妊娠・出産を契機に命を落としており、未だ深刻な公衆衛生課題である（UNFPA 2012; WHO 2010)。

一方、ジェンダーの健康影響については、性別による教育の機会、経済資源、就業の機会などにおける不平等が、女性の様々な資源へのアクセスや健康を守る機会や能力を限定し、結果的に健康に悪い影響を与えていることにみられる（Doyal 2001; Sen and Ostlin 2007; WHO 2006, 2009)。また、社会における性に起因した不平等が女性の健康のみならず男性の健康にも影響することも多く報告されている（Sen and Ostlin 2007)。たとえば、米国の州における女性の平均的な社会経済的地位（政治参加、経済的自立度、職業や収入によって測定される）の低さは、女性の死亡率に加えて男性の死亡率とも相関することが報告されている（Kawachi et al. 1999)。

3. 日本におけるジェンダー――性別役割分業規範（男性稼ぎ手モデル）

日本において男女間の教育歴格差は縮小傾向にあるが、社会全体で見れば教育歴は平均的に男性の方が女性より高い（文部科学省 2013)。また、大学での専攻には男女間で大きな偏りがあり、理科系（特に工学系）を専攻する女性は少なく、日本は先進国の中で最も専攻の男女差が大きい（OECD 2013)。

就労状況においては依然として大きな差が存在している。まず、女性の労働力率は男性と比較して低い。平成23年の「労働力調査」によると男性の労働力率が71.2％に対し、女性は48.2％であり、他の先進諸国と比較しても低い水準である（アメリカ58.1％、イギリス56.7％、スウェーデン68.0％：労働政策研究・研修機構 2013)。また、年齢層別労働力率においてM字型カーブを示すのも特徴的である（図表-1)。女性は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特有の就労パターンを示す。働き方にも男女差がみられ、平成22年の「国勢調査」によるとサービスや事務職に女性が多く、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）従事者が大幅に男性に偏っている。加えて、非正規雇用比率は平成25年度「労働力調査」によると、女性55.8％、男性21.2％と大きな差がみられる（総務省統計局 2014)。

日本では「男性は外で働いて家計を維持し、女性は家庭を守るべきである」という性別役割分業規範（男性稼ぎ手モデル）が依然として根強い。近年、男女平等の理念の浸透や女性の社会進出に

伴って、性別役割分業規範を支持する人は減ってきている（NHK放送文化研究所編 2009）。しかし、国際的にみると日本社会における性別役割分業規範への支持は他国と比較して高い水準を維持しており、年齢層別労働力率におけるM字型カーブもその影響のひとつといえる。1970年代以降、女性の家庭外就労は増加しているが、性別役割分業規範の影響のため女性に期待される家庭での役割に大きな変化はなく、女性は主に家計の補助として働くことが期待された。その結果、女性のパート・アルバイトなどの非正規雇用化が促進されたと考えられる。

4. 性別役割分業規範（男性稼ぎ手モデル）の健康影響

このような男女を取り巻く社会的環境の健康への影響は見過ごされることが多い。たとえば、多くの疫学研究において、把握された健康の男女差は暗に生物学的な性差に帰結されることが多く、その背景にある社会的環境の性差について議論されることはほとんどなかった。しかし、2000年代以降、特に社会的要因を扱う社会疫学研究においては、ジェンダーは健康に影響を与える社会的健康決定要因の一つとしてその健康影響に関する検証が実施されつつある。

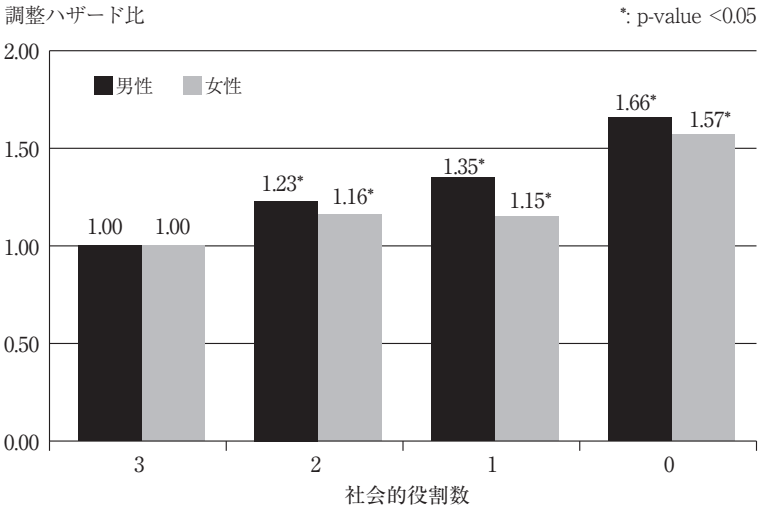
(1) 婚姻の健康影響

婚姻の健康影響について検証した先行研究の多くで、婚姻形態や配偶者との死別経験と健康の関連は男女で異なることが報告されている（Ross et al. 1990; 近藤 2006）。たとえば、Lillardらは11,112人の男女を1968年から17年間追跡し、婚姻と死亡リスクの関連を男女別に検証した（Lillard et al. 1995）。その結果、既婚者は非婚者（離婚・死別・未婚）と比較して男女とも死亡リスクが低いことを示した。また、その健康影響は女性では世帯収入がその主な説明要因と推察されたが、男性ではその影響が見られないと報告している。一般に社会経済的基盤が脆弱な女性にとって、婚姻は経済的安定を得る重要な手段のひとつであり、これが健康に大きな影響を与えていることが考えられる。これに対し、男性にとっては、婚姻によってもたらされるパートナーや家族の協力や支えといった情緒的・社会的サポートの供給が大きく影響していると推察されている。また、配偶者との死別経験が本人の健康に与える影響に関する研究では、配偶者と死別した男性の死亡リスクが配偶者との死別を経験していない男性と比較して高いのに対し、女性では差がないという男女で異なる結果が報告されている（Ikeda et al. 2007; Moon et al. 2011）。このように婚姻という社会制度が健康に与える影響にみられる性差は婚姻の意味や機能が男女で異なり、その結果、健康への影響に性差を生んでいる可能性を示唆している。

(2) 社会的役割数と健康

多くの先行研究により社会的役割数と健康の関連が報告されている。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）がある（Arber 1991; Goode 1960; Khlat et al. 2000; Sieber 1974）。近年においても、日本における夫の家事時間は欧米諸国と比べてかなり短く（大石・守泉 2011）、育児休暇取得率は極端に低い（内閣府 2013）。このような日本の家庭内家事分担における大きな男女差を考えれば、社会的役割数の健康影響が男女で異なることは容易に想像がつく。Tamakoshiらは全国45地域に在住する40～79歳の地域住民、男女約11万人を対象に1988年から1990年にベースライン調査を実施し、その後、2008年末までの死亡を追跡したJapan Collaborative Cohort（JACC）Studyのデータを用いて、社会的役割数と死亡リスクの関連を検証した。その結果、男女とも社会的役割数が減るほど死亡リスクが上昇するという関連が見られたが、男女を比較すると男性のほうがやや強い

図表-2 社会的役割数と死亡リスクの関連



年齢、居住地区、喫煙、飲酒、教育歴、歩行時間、野菜摂取、BMI、自覚的心理ストレス、子供の有無、高血圧既住、糖尿病既住を調整

出典: Tamakoshi et al.(2013)

関連を示したと報告している（Tamakoshi et al. 2013）（図表-2）。また、1995年の「国民生活基礎調査」と「国民健康・栄養調査」のデータを用いて社会的役割数と健康問題の有無の関連を横断的に検証した研究では、男性では社会的役割数が増加するほど、健康問題を持つ人の割合が減少するのに対し、女性では大きな変化が見られなかった（Takeda et al. 2006）。いずれの研究結果においても社会的役割数が多いほど健康に良い影響がみられるが、男女で比較するとその影響は男性でやや強い傾向がみられる。つまり、男性は社会的役割数増加にともなう負担をあまり伴うことなく役割強化の恩恵を受けることが可能であるのに対し、女性は役割数の増加に伴う家事負担を引き受け（役割過重・役割葛藤が大きい）、その結果、役割数増加に伴う良い健康影響が抑制されたのではないかと推測される。

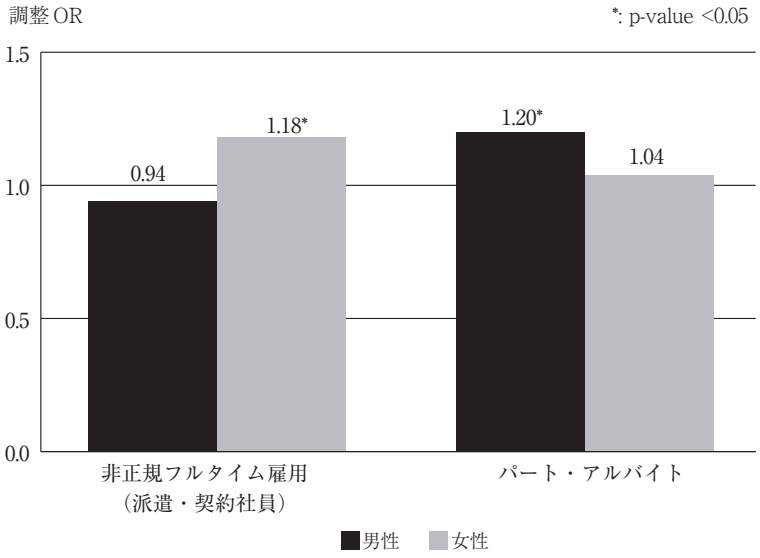
(3) ワーク・ライフ・バランスと健康

「ワーク・ライフ・バランス」（仕事と生活の調和）が実現された状態とは、「性や年齢などにかかわらず、誰もが自らの意欲と能力を持って様々な働き方や生き方に挑戦できる機会が提供されており、子育てや親の介護が必要な時期など個人の置かれた状況に応じて多様で柔軟な働き方が選択でき、しかも公正な処遇が確保されている」（内閣府）という状態のことである。日本においては1970年代以降、女性の家庭外就労が増加したが、家庭における女性に期待された社会的役割に大きな変化はなく、女性の仕事と家庭の両立の実現、いわゆる「ワーク・ライフ・バランス」の維持が難しくなっている可能性が考えられる。

ワーク・ライフ・バランスはジェンダーと健康の関係を考える際の重要な概念のひとつである。ワーク・ライフ・バランスの悪さは、健康に悪い影響を及ぼすことが先行研究により示されている。たとえば、Shimazuらは東京都世田谷区において未就学児を持つ共働き世帯の1,790人を対象に、ワーク・ライフ・バランスが崩れた状態――家庭と仕事の対立――と精神健康の関連を検証した（Shimazu et al. 2013）。その結果、家庭と仕事の対立のない人と比較した家庭から仕事への対立（家庭の事情により起こる仕事上の障害など）ならびに仕事から家庭への対立（仕事上の責任による家庭生活における妨げなど）の両方の対立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が関連する可能性を示した。加えて、妻の精神健康は夫の家庭と仕事の対立と関連がみられるが、その逆はみられないと報告している。

Sekineらは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、家庭と仕事の対立の健康影響に関する横断研究を実施し、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ることを把握した（Sekine et al.

図表-3 雇用形態と精神的苦痛の関連（正規雇用労働者と比較）



年齢、婚姻形態、世帯収入、職業的地位、企業規模、職業を調整

出典: Inoue et al.（2010）

2010）。また、女性の家庭が仕事に及ぼす対立や仕事が家庭に及ぼす対立は男性と比較して高かった。これらの健康における性差は、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）に加えて、家庭が仕事に及ぼす対立、仕事が家庭に及ぼす対立、家庭での役割数によって説明されると報告している。つまり、女性の精神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、結局、家庭と仕事両立に極めて難しい状況に置かれた女性のワーク・ライフ・バランスの悪さが強く影響していることが示唆された。ちなみに、この研究は英国やフィンランドの公務員研究と国際比較されており、日本女性の健康度は最も悪く、また、対立を持つ人の割合が高いことが報告されている（Chandola et al. 2004）。

（4）雇用と健康

性別役割分業規範の健康影響は労働と健康の関連において顕著にみられる。たとえば、日本の長時間労働者の割合は、一般に女性と比較して男性で高く、また欧米先進国の男性と比較しても高い（Lee 2007）。よく知られているように、長時間労働は睡眠時間の減少、疲労や心身の不調と関連があり、循環器疾患のリスクを上昇させる（岩崎 2008）。これらの健康影響は、強い男性稼ぎ手モデルの社会規範によって男性が「外」に長い時間拘束されることによるものであり、性別役割分業規範の健康影響のひとつといえる。

また、雇用形態と精神健康に関する研究では、非正規雇用の健康影響に男女で差がみられることが示されている。2007年の「国民生活基礎調査」参加者約17,000人のデータを用いて雇用形態と健康の関連を検証した横断研究によると、正規雇用労働者と非正規雇用労働者（パートタイムと派遣・契約社員の2グループに区別される）を比較した場合、男性は正規雇用労働者に対しパートタイム労働者の精神健康が悪いのに対し、女性は派遣・契約社員の精神健康が悪い傾向が明らかになった（Inoue et al. 2010）（図表-3）。男性のパートタイム労働者の精神健康が悪いのは、低賃金で雇用が不安定なパートタイム労働が男性稼ぎ手モデルと強い葛藤を引き起こしているからではないかと考えられる。他方、女性の派遣・契約社員の精神的健康が低いのは、派遣・契約社員として働く女性の多くが正社員との処遇や待遇の違いに対しての不満や正社員としての雇用が実現できないことによる不安や葛藤などの影響ではないかと推察される。

（5）社会経済的地位の不一致と健康

前節において、わが国では女性の高学歴化が進んでいるが、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であ

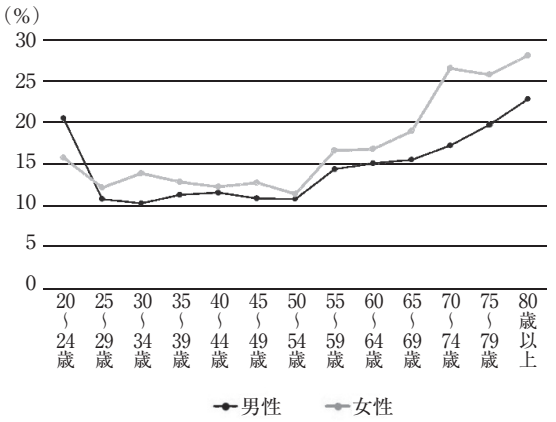
図表-4 教育歴・職業クラス別　脳卒中発症リスク

	職業			
	専門職 管理職 (n=1,124)	事務職 (n=1,638)	販売 サービス (n=3,949)	肉体労働 (n=8,031)
教育歴				
大学・短大・専門学校　(n=1,656)				
対象者数	724	238	404	290
人年	12,866	4,286	7,321	5,313
発症数	10	5	19	14
調整ハザード比（95% CI）	1.00	1.64（0.56, 4.80）	3.21（1.49, 6.90）	3.47（1.54, 7.84）
高校卒業　(n=5,219)				
対象者数	262	1,080	1,521	2,356
人年	4,845	19,903	27,816	44,767
発症数	7	28	49	62
調整ハザード比（95% CI）	1.78（0.68, 4.67）	1.82（0.88, 3.75）	2.02（1.02, 3.98）	1.62（0.83, 3.17）
中学卒業　(n=7,867)				
対象者数	138	320	2,024	5,385
人年	2,581	5,996	36,816	100,780
発症数	5	16	116	266
調整ハザード比（95% CI）	1.98（0.68, 5.79）	2.91（1.32, 6.42）	3.00（1.57, 5.73）	2.44（1.29, 4.62）

年齢、婚姻状態、居住地域を調整

出典: Honjo et al.(2014)

図表-5 平成19年男女別・年齢階層別相対貧困率



出典: 平成25年度「国民生活基礎調査」(厚生労働省)

ると述べた。また、働き方においても非正規雇用者の割合が高いことを示した。つまり、日本では女性が高学歴であっても、非正規雇用就労での雇用や非正規雇用者が多い産業（サービス・販売など）での就労をしている可能性が高い。このような教育歴と職業クラスが一致しないことが健康に悪い影響を及ぼしている可能性についての報告がある。

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により、社会的地位の不一致と脳卒中発症リスクの関連を検証した（Honjo et al. 2014)。その結果、受けた教育に対して就いている職業クラスが低い傾向にある女性の脳卒中発症リスクは、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。特に、大卒女性で肉体労働や販売・サービス職についている女性の脳卒中発症リスクが高い傾向にあることが示された(図表-4)。社会的地位の不一致は、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による役割葛藤を生むと考えられる。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。

(6) 貧困と健康

男女平等の理念の浸透や女性の社会進出に伴って、男性稼ぎ手モデルを支持する人は減ってきている（NHK放送文化研究所編 2009)。しかし、こうした人々の意識の変化の一方で、現実には社会経済的地位の男女間格差の改善はあまり進んでおらず、近年、日本における女性の貧困が大きく

取り上げられるまでになっている。

日本の相対的貧困率（以下、貧困率とする）は近年上昇をつづけ、平成24年の貧困率は16.1%とOECD加盟国のなかで6番目に高い水準であることを示した（厚生労働省 2013）。貧困率を男女別・年齢層別にみると、多くの年齢層において女性の貧困率は男性と比較して高く、その差は高齢者層で拡大する傾向がみられる（図表-5）。

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、日本の母子世帯の貧困率は海外と比較して高い水準を示す。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（厚生労働省 2011）、その結果、極めて高い貧困率となっている。この点は、無職の母子家庭に貧困が集中している欧米と異なり特徴的である。

貧困が健康に悪い影響をもたらすことは多くの先行研究により明らかである。日本においても平成22年の「国民健康・栄養調査」は男女とも世帯所得が低い人ほど習慣的朝食欠食、運動習慣なし、喫煙、習慣的飲酒、肥満などの健康リスク要因を持つ傾向がみられることが示している（厚生労働省 2010）。また、Fukudaらが「国民健康・栄養調査」と「国民生活基礎調査」の個票データを用い世帯の家計支出額と健康リスク要因との関連を分析した結果、女性においては家計支出が低いほど肥満、高血圧、空腹時高血糖、高ヘモグロビンAlcと多くの健康リスク要因が家計支出と関連しており、経済的困窮が強いほど健康リスク要因を持ちやすい傾向が示されている（Fukuda et al. 2013）。

前項で女性の貧困率が高い世帯構造としてひとり暮らし世帯を、そして貧困のリスク要因のひとつとして非正規雇用をあげたが、これらの要因と健康の関連についても報告がある。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（Kachi et al. 2014）。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。

5. まとめ

本稿では主に見過ごされやすいジェンダーの健康影響について示すことを目的とした。これまでに見てきたように、ジェンダーは男女をとりまく社会環境に大きな影響を与え、その結果、健康における性差を生成する可能性が示唆された。

健康格差の縮小は日本の公衆衛生政策における主要目的のひとつである。ジェンダーによる健康格差もそのターゲットのひとつであるが、現在までのところジェンダーの健康影響について、その背景や状況を考慮して検討した研究は少ない。今後、男女の置かれた社会的状況の把握とともにその健康影響に関するエビデンスを集積し、政策に反映していくことが重要と考える。

文献

岩崎健二，2008，「長時間労働と健康問題――研究の到達点と今後の課題」『日本労働研究雑誌』575: 39-48.

NHK放送文化研究所編，2009，『現代日本人の意識構造 第7版』日本放送協会出版.

大石亜希子・守泉理恵，2011，「少子化社会における働き方」樋口美雄・府川哲夫編『ワーク・ライフ・バランスと家族形成』東京大学出版会，13-29.

近藤克則，2006，「社会関係と健康」川上憲人・小林廉毅・橋本英樹編『社会格差と健康――社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会，163-185.

厚生労働省，2010，「所得と生活習慣等に関する状況」（http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000020qbb-att/2r98520000021c30.pdf）.

――――，2011，「平成23年度全国母子世帯等調査結果報告，Vol. 2014」（http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-katei/boshi-setai_h23/）.

————, 2013,「平成25年国民生活基礎調査の概況」(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/index.html).

総務省統計局, 2014,「労働力調査」(http://www.stat.go.jp/data/roudou/).

内閣府, 2013,『男女共同参画社会白書（平成25年度版)』.

文部科学省, 2013,「学校基本調査」(http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/kekka/k_detail/1300352.htm).

労働政策研究・研修機構, 2013,「Databook of International Labour Statistics, Vol. 2013」(http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/databook/2013/documents/Databook2013.pdf).

Arber, S., 1991, "Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status," *Social Science & Medicine*, 32 (4) : 425-436.

Chandola, T. et al., 2004, "Does Conflict between Home and Work Explain the Effect of Multiple Roles on Mental Health? A Comparative Study of Finland, Japan, and the UK," *International Journal of Epidemiology*, 33 (4) : 884-893.

Doyal, L., 2001, "Sex, Gender, and Health: The Need for a New Approach," *BMJ*, 323 (7320) : 1061-1063.

Fukuda, Y. and A. Hiyoshi, 2013, "Associations of Household Expenditure and Marital Status with Cardiovascular Risk Factors in Japanese Adults: Analysis of Nationally Representative Surveys," *Journal of Epidemiology*, 23 (1) : 21-27.

Goode, W. J., 1960, "A Theory of Role Strain," American Sociological Review, 25 (4) : 483-496.

Honjo, K. et al., 2014, "Socioeconomic Status Inconsistency and Risk of Stroke among Japanese Middle-Aged Women," *Stroke*, 45 (9) : 2592-2598.

Ikeda, A. et al., 2007, "Marital Status and Mortality among Japanese Men and Women: The Japan Collaborative Cohort Study," *BMC Public Health*, 7: 73.

Inoue, A. et al., 2010, "Association of Occupation, Employment Contract, and Company Size with Mental Health in a National Representative Sample of Employees in Japan," *Journal of Occupational Health*, 52 (4) : 227-240.

Kachi, Y. et al., 2014, "Differences in Self-rated Health by Employment Contract and Household Structure among Japanese Employees: A Nationwide Cross-Sectional Study," *Journal of Occupational Health,* 56 (5) : 339-346.

Kawachi, I. et al., 1999, "Women's Status and the Health of Women and Men: A View from the States," *Social Science & Medicine*, 48 (1) : 21-32.

Khlat, M., C. Sermet, and A. Le Pape, 2000, "Women's Health in Relation with Their Family and Work Roles: France in the Early 1990s," *Social Science & Medicine*, 50 (12) : 1807-1825.

Lee, S., D. McCann and J. C. Messenger, 2007, *Working Time around the World: Trends in Working Hours, Laws, and Policies in a Global Comparative Perspective*, Geneva: ILO/Routledge.

Lillard, L. A. and L. J. Waite, 1995, "Til Death Do Us Part: Marital Disruption and Mortality," *American Journal of Sociology*, 100 (5) : 1131-1156.

Moon, J. R. et al., 2011, "Widowhood and Mortality: A Meta-Analysis," PLoS One, 6 (8) : e23465.

OECD, 2013, "OECD Education at a Glance 2013" (http://www.oecd.org/edu/eag.htm).

Ross, C. E., J. Mirowsky, and K. Glodsteen, 1990, "The Impact of Family on Health; The Decade in Review," *Journal of Marriage and the Family*, 52: 1059-1078.

Sekine, M. et al., 2010, "Sex Differences in Physical and Mental Functioning of Japanese Civil Servants: Explanations From Work and Family Characteristics," *Social Science & Medicine*, 71 (12) : 2091-2099.

Sen, G. and P. Ostlin, 2007, "Unequal, Unfiar, Ineffective and Inefficent Gender Inequality in Health:Why It Exists and How We Can Change It?" (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf) .

Shimazu, A. et al., 2013, "Work-to-Family Conflict and Family-to-Work Conflict among Japanese Dual-Earner Couples with Preschool Children: A Spillover-Crossover Perspective," *Journal of Occupational Health*, 55 (4) : 234-243.

Sieber, S. D., 1974, "Toward a Theory of Role Accumulation," *American Sociological Review*, 39 (4) : 567-578.

Takeda, Y. et al., 2006, "The Impact of Multiple Role Occupancy on Health-Related Behaviours in Japan: Differences by Gender and Age," *Public Health*, 120 (10) : 966-975.

Tamakoshi, A. et al., 2013, "Multiple Roles and All-Cause Mortality: The Japan Collaborative Cohort Study," *European Journal of Public Health*, 23(1): 158-164.

UNFPA, 2012, "By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights and Development" (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWOP2012_Report.pdf) .

WHO, 2002, “Integrating Gender Perspective in the Work of WHO: WHO Gender Policy”（http://www.who.int/gender/documents/engpolicy.pdf）.

WHO, 2006, “Gender Equality, Work and Health: A Review of the Evidence”（http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf?ua=1）.

WHO, 2009, *Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*, WHO Report.

WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank, 2010, “Trends in Maternal Mortality:1990 to 2008”（http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf?ua=1）.

ほんじょう・かおり　大阪大学グローバルコラボレーションセンター 特任准教授。主な著書に「ジェンダーと健康」（川上憲人ほか編『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』東京大学出版会，2015）。社会疫学・公衆衛生学専攻。