

厚生科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

中高年齢者の職業からの引退過程と
健康、経済との関連に関する研究

平成 12 年度 統括研究報告書

主任研究者 柴田 博（東京都老人総合研究所）

平成 13（2001）年 4 月

中高年齢者の職業からの引退過程と健康、経済との関連に関する研究

目次

1章 研究の概要	1
2章 中高年齢者の就労環境の評価	7
第1節 定年退職後における就労者と非就労者の健康状態および生活習慣の比較	9
3章 中高年齢者の就労継続	19
第1節 男女別にみた就業状況	21
第2節 中高年期における転職の困難—平成不況下における中高年離職者—	29
第3節 中高年期における転職の実態—男女別分析—	39
第4節 中高年期における「より良い」転職の関連要因—男性雇用者の分析—	53
第5節 生涯現役の危機—中高年齢期の就業状況の分析—	65
4章 引退後の生活の再構築	79
第1節 職業からの引退前後における社会貢献活動 —有償労働・無償労働・ボランティア活動の実態と心理的影響—	81
第2節 中高年者における社会参加とネットワーク	96
第3節 中高年者における夫婦関係	107
第4節 中年後期の社会的ネットワーク類型 —そのプロフィールとサポート特性—	117
研究業績一覧	125

1 章 研究の概要

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

中高年齢者の職業からの引退過程と健康、経済との関連に関する研究

主任研究者 柴田 博（東京都老人総合研究所）

中高年齢者における職業からの引退過程と健康、経済との相互関連を
解明するため、3年目にあたる平成12年度は、平成11年度に実施し
た初回調査のデータ解析、第1回追跡調査を行なった。

1. 研究目的

近年では、高齢化の進展に伴って若年労働力の不足が指摘され、また公的年金の支給開始年齢の繰り上げが図られるなど、以前にも増して高齢者の就労の場や機会の確保が重要な課題となっている。他方では、退職後において高齢者の生活の充実を図るには、年金保障などの経済面だけの対策では十分とはいえない。職場以外の社会参加の場の確保や生きがいの対象を見出すなど、家族・社会生活全体を含めた包括的な対策が必要となる。高齢者の就労に関わる問題は男性特有ではなく、高齢女性の労働力率の上昇にみられるように、今後女性の就労問題とも密接に関連してくる。

以上のような高齢者の就労、職業からの引退に関連する問題を解明するにあたっては、その渦中にいる高齢者を対象とするだけでは十分とはいえない。それには転職や職業からの引退というイベントを経験する以前の中年期の働き方、職業階層、社会関係、収入、健康などが継続的、蓄積的に影響していると思われる。このような視点の導入によって、予防的な視点からの老後対策の立案が可能となるであろう。

本研究では、中高年齢者を対象として、働き方および退職過程とその後の健康、経済との関係を2年間の縦断的な調査を活用して解明することを目的としている。具体的な検討課題は、1)中高年齢者の就業継続・能力発揮という点から見た場合の企業による雇用管理、職場環境の整備、教育プログラムの現状と問題点の把握、2)退職過程とそれを規定する要因を、引退前の心理的・社会的状況との関連で解明すること、3)退職前後の経済生活、社会生活、家族生活、健康の変化を分析し、退職に対する社会適応を促すための方策を検討すること、4)以上の知見が男女別にどのように異なるかを解明すること、5)米国の同様のデータベースを活用し、退職過程と健康、経済との関連の日本的な特徴を解明することにある。

2. 研究方法

1) 新規データベースの作成

(1) 調査対象者

平成11年の3～4月に55～64歳の男女それぞれ4,000人と2,000人を全国から層化無作為に抽出し、訪問面接調査を実施した。さらに、3か月後の6月に回収不能者に対する2次調査を実施し、初回調査の回収率を向上させる努力をした。2次調査における対象者の選択は、すべての回収不能者を対象とするのではなく、1次調査で「不在」「健康不良」のため不能であった人全員、および「拒否」という理由に関しては「多忙」などの調査に응じられなかった人を対象とした。調査票は1次調査と同じものを用いた。最終的な回収率は男性2,533人(回収率63.3%)、女性1,440人(回収率72.0%)であった。

(2) 分析の視点

横断的なデータからもできるだけ多くの研究成果を生み出せるように、ライフコース的な視点から職業からの引退過程に伴って人々が直面するであろう問題点を取り上げ、解析した。課題とは、①就労環境の雇用者に対する影響評価、②良好な再就職に関連する要因、③職業から引退後の生活の再構成に関連する要因、である。

2) 第1回追跡調査の実施

上記の1)の調査の回収者に対する追跡調査を平成13年2～3月に実施した。現在追跡調査のデータの点検中であり、追跡調査に基づいて上記の課題の分析を行う予定である。

3) 既存のデータベースの解析

①全国60歳以上の高齢者の生活と健康に関する縦断的・比較文化的な研究のデータベース、②米国ミシガン大学によって収集されたAmerican's Changing Livesを活用して、就労からの引退の影響、引退後の生活の再構成、就労継続・再就職を予測する要因の解析を行った。

3. 研究結果

1) 就労環境の質の評価：

(1) 定年退職後の就労者の就労している人の健康と生活習慣の特徴

定年退職後も継続して就労している人の健康と生活習慣の特徴を非就労者と対比のなかで分析した結果、就労者の方が健康状態・生活習慣のいずれも良好であった。

2) 就労の継続の条件：

(1) 就労率に影響する要因の分析

健康状態の悪化が従業上の地位の変化にはならず、職業からの引退に結びついていた。

(2) 転職の困難に関連する要因

45歳以降における転職が困難である要因を分析した結果、階層要因が重要であり、前職の企業規模が小規模、前職の業種が製造業、建設業、運輸・通信業である者では転職が困難である人の割合が高かった。

(3) 転職のパターンの分析

①専門・管理・事務のホワイトカラーは転職後もホワイトカラーというように転職の前後の階層移動は少なく、この傾向は男性に強くみられた。②転職後は正規職員から嘱託やアルバイトなどの非正規職員に、企業規模の小さい企業への移動の割合が高かった。③第二次産業従事者の場合には第三次産業への移動が多かった。

(4) 良好な転職の要因

良好な転職には入職経路や自己啓発活動の有無が有意に関係していることが示された。

(5) 60歳前半の良好な就労状況を規定する要因

50歳時点で専門職(機械や電気、建設、情報処理技術者などの技術職、医師や教師、福祉事業専門職など)の人が60歳前半でも有利な条件(たとえば正社員の比率が高い、10年以上の勤続年数の割合が高い、給料の増加の経験や平均給与も高い、雇用不安が低い、仕事に満足している割合が高い)で就労していた。

3) 職業からの引退後の生活の再構築

(1) 職業からの引退前後における社会貢献活動

①社会貢献活動(就労、家事、社会奉仕活動)時間の総量は就労者よりも退職者で少なく、その格差は特に男性で大きかった。②フルタイムで就労していた女性では引退後の社会奉仕活動の時間は引退した男性と差がなかった。③社会奉仕活動は就労の有無に関係なく、男性で自尊感情の向上に貢献していた。

(2) 社会的ネットワークと自尊感情

地域の社会組織への帰属が直接自尊感情を高めるとともに、ネットワークの拡大を介して自尊感情を高めることに貢献していた。そしてその傾向は無職の男性で顕著であった。

(3) 中年期における夫婦関係の破綻に関連する要因

破綻の評価指標としては離婚の有無と夫婦の満足度という2つを用いた。①離婚のリスクは男女に共通して階層が低いこと、子供が少ないこと、社会活動が不活発、健康状態が悪い場合に高かった。②配偶者満足度に関しては、男性では学歴や暮らし向きといった階層的な要因が、女性では家事や配偶者の学歴といった家族要因が有意に影響を与えていた。

(4) 社会的ネットワークの類型化

中年期以降に直面する職業からの引退、配偶者との死別、健康低下といったイベントが社会的ネットワークに与える影響を評価する基礎作業としてネットワークの類型化を行ない、「全方位型」「大家族・バランス型」「親族・近隣中心型」「友人中心型」「職縁中心型」「家族限定型」「孤立型」の7つに分類した。

4) 第1回追跡調査の実施

平成13年2～3月にかけて追跡調査を実施した。現在、回収率の算定、データのクリーニングを行っているところである。

4. 研究協力者

杉澤秀博（東京都老人総合研究所）
金恵京（東京都老人総合研究所）
小林江里香（東京都老人総合研究所）
杉原陽子（東京都老人総合研究所）
深谷太郎（東京都老人総合研究所）
原田謙（東京都老人総合研究所非常勤研究員）
樋口美雄（慶応義塾大学）
西村昌記（ダイヤ高齢社会福祉財団）
岡村清子（東京女子大学）
黒澤昌子（明治学院大学）
片桐恵子（日本火災福祉財団社会老年学研究所）
武藤孝司（順天堂大学）
横山博子（つくば国際大学）

2章 中高齡者の就労環境の評価

第1節 定年退職後における就労者と非就労者の健康状態および生活習慣の比較

1. 目的

わが国では、約 20 年ほど前から、労働力人口の高齢化に伴う生活習慣病の増加や企業間競争の激化・労働の高密度化に伴う労働者のメンタルヘルスの悪化に対処するため、45 歳～60 歳の中高齢労働者を対象とした健康増進対策（シルバーヘルスプラン：SHP，トータルヘルスプロモーションプラン：THP）が労働衛生行政の一環として実施されてきている（三鷲，1995）。特に近年，わが国においては少子高齢化の流れの中で，労働力としての 60 歳定年退職後の高齢労働者に対する期待が高まっており，61 歳以上の高齢労働者がその期待に応えるためには，心身ともに就労可能な健康状態でなければならないことから，こうした高齢労働者に対する健康管理の重要性が高まっている。

高齢労働者に対する適切な健康管理を実施するためには，まずこうした労働者の健康状態と健康に関連した生活習慣の現状を把握し，それに基づいた健康管理施策を構築する必要がある。高齢労働者の健康状態と生活習慣は，同年代の非就労者よりも良好であることが予想され，かつ期待されるところである。しかし，これまでに行なわれた高齢労働者の健康状態や生活習慣に関する研究（山崎，1986；小林，1990；藤田，1998）はすべて比較可能な対照群のない研究であり，こうした面に関しては依然として不明な点が多い。本研究は同年代の非就労者のそれと比較することにより，61 歳以上の高齢労働者の健康状態と健康関連の生活習慣を明らかにすることを目的に行われた。

2. 方法

「中年期の生活の送り方に関する全国調査」で得られたデータを用い，その中から定年退職の経験のある 61 歳以上の男性を抽出し，本研究の対象者とした。

研究デザインとしては，断面調査デザインを用いた。対象者を調査時点における就労の有無によって就労者と非就労者に分け，この両群の間で健康状態と健康に関連する生活習慣を比較した。

指標としては，健康状態については健康度自己評価（杉澤，1995），自覚症状（自覚症状数，自覚症状訴え率），視力・聴力の障害，日常生活困難度，医療機関への通院状況（通院者の割合，疾病の種類別通院率），メンタルヘルス状態を用いた。メンタルヘルス状態の指標としては，CES-D 得点の平均値および 16 点以上得点者の割合（島，1985）と精神科的薬剤の常用者割合を用いた。生活習慣としては，プレスローラの用いた 7 項目のうち喫煙，飲酒，朝食摂取，運動習慣，睡眠時間，肥満の 6 項目を採用し，それ以外に健康診断を採用し，合計 7 種類を用いた。

統計的検定としては，率の検定についてはカイ 2 乗検定を用い，平均値の差の検定

には t 検定を用いた。解析は統計パッケージ SAS を用いて行った。

3. 結果

抽出された対象者は 488 人で、そのうち定年退職後の調査時点において就労している者は 258 人、就労していない者は 230 人であった（表 1）。平均年齢、学歴（大学卒業以上の割合）、前職の職種別就労者割合、調査時点までの資格・自己啓発活動実施率においては、就労者と非就労者の間に有意差が見られなかった。

表 1. 定年退職後、就労している者と就労していない者の特性の比較（男性，61 歳以上）

	就労者	非就労者	P 値 ¹⁾
人数（人）	258	230	---
年齢（平均±標準偏差）（歳）	62.4±1.1	62.6±1.2	0.168
学歴（大学卒以上の％）	17.1	16.6	0.516
前職の職種別就労者・非就労者割合（％）			
専門的・技術的職業（N= 37）	56.8	43.2	
管理的職業（N=125）	55.2	44.8	
事務・販売（N= 69）	44.9	55.1	0.156
運輸・通信（N= 50）	54.0	46.0	
製造・建設・技能（N=140）	41.4	58.6	
保安・サービス（N= 29）	58.6	41.4	
資格・自己啓発活動実施率（％）			
人生設計講座	26.0	22.7	0.400
資格取得	28.6	24.4	0.298
自己啓発活動	26.7	20.9	0.133

1) 割合の場合はカイ 2 乗検定により、その他の場合は t 検定によった。

表 2 に定年退職後、就労している者と就労していない者の自覚的健康状態の比較を示す。健康度自己評価は就労者が非就労者に比べて有意に良好な分布をしていた。自覚症状数は就労者が非就労者に比べて有意に少ない分布であった。個々の自覚症状の訴え率では、就労者、非就労者共に 5% 以上の訴え率を示したのは腰痛、肩・背中痛、目のかすみであった。手足のしびれ訴え率は、就労者において有意に低かった。視力障害は両群とも約 2% と低率で、両群に差がなかった。聴力障害は就労者において有意に少なかった。日常生活の困難度は低率で、両群に差がなかった。

表2. 定年退職後、就労している者と就労していない者の自覚的健康状態の比較
(男性, 61歳以上)

自覚的健康状態の区分	就労者	非就労者	P 値 ¹⁾
(1) 健康度自己評価の分布 (%)			
良い	44.6	33.5	0.002
まあ良い	20.5	21.7	
普通	28.3	27.8	
あまり良くない	6.2	13.5	
良くない	0.4	3.5	
(2) 自覚症状 ²⁾			
①自覚症状数の分布 (%)			
0個	76.7	63.9	0.007
1個	9.7	13.9	
2個以上	13.6	22.2	
②主な自覚症状の訴え率 (%)			
腰痛	10.5	14.4	0.185
肩・背中痛	9.3	11.8	0.647
手足のしびれ	3.9	7.9	0.015
目のかすみ	5.4	7.1	0.663
体のだるさ	3.9	7.0	0.082
下痢・便秘	2.7	4.4	0.111
めまい	1.9	4.0	0.307
関節痛	5.8	3.9	0.077
頭痛	2.3	3.9	0.435
息切れ	2.7	3.5	0.099
耳鳴り	5.4	2.9	0.349
(3) 視力, 聴力 ³⁾			
あまり見えない者の割合 (%)	1.9	2.2	0.976
あまり聞こえない者の割合 (%)	1.2	5.7	0.014
(4) 日常生活困難度 ⁴⁾			
日用品の買い物 (%)	0.4	1.7	0.303
預貯金の出し入れ (%)	0.4	0.9	0.492
バス・電車利用の外出 (%)	0.0	2.2	0.059

1) カイ2乗検定によった。

2) 最近1か月間に「しばしばあった」自覚症状。

3) 視力の場合は、めがねやコンタクトレンズをつけていても良く、聴力の場合は、補聴器をつけていても良い状態での割合。

4) 下記の各々について、1人で行うのが「少し困難」「かなり困難」と答えた者の割合。

定年退職後、就労している者と就労していない者の医療機関への通院割合を比較すると、何らかの疾患・異常によって医療機関に通院している者の割合は就労者でも4割を超えていたが、非就労者では5割を超えており、非就労者において通院者の割合が大きい傾向にあった(表3)。疾患別に通院者の割合を見ると、高血圧症は就労者・非就労者とも約17%と最も高い通院者割合を示したが、両群に差は見られなかった。糖尿病、腰痛・肩こり・関節痛・神経痛、および歯科疾患は両群共に通院者の割合が5%を超えており、両群に差が見られなかった。腎泌尿器疾患の通院者割合は非就労者で有意に高かった。胃十二指腸潰瘍による通院者は就労者で約6%あったが、非就労者との間に有意差はなかった。メンタルヘルス上の問題で通院している者の割合は共に1%近くで、他の疾患・異常に比べると少なかった。有意差はなかったが、虚血性心疾患やその他の循環器系疾患は非就労者に多い傾向にあり、高脂血症は就労者に多い傾向にあった。

表3. 定年退職後、就労している者と就労していない者の医療機関への通院状況の比較
(男性, 61歳以上)

	就労者	非就労者	P 値 ¹⁾
(1) 医療機関通院者の割合(%)	43.8	52.2	0.064
(2) 疾患別通院者割合(%)			
高血圧症	16.7	17.0	0.932
脳卒中	0.4	1.3	0.262
虚血性心疾患	2.3	3.9	0.311
その他の循環器系疾患	2.7	4.4	0.326
呼吸器系疾患	2.3	2.2	0.910
胃・十二指腸潰瘍	5.8	3.5	0.224
肝炎・肝硬変	2.3	3.0	0.623
その他の消化器系疾患	0.8	1.3	0.562
糖尿病	5.4	5.7	0.913
痛風	1.9	1.3	0.582
高脂血症	4.3	2.2	0.196
腎泌尿器疾患	1.2	5.2	0.010
皮膚科疾患	1.6	1.3	0.820
眼科耳鼻科疾患	4.3	5.2	0.620
腰痛・肩こり・関節痛・神経痛	8.9	7.4	0.540
メンタルヘルス	0.8	1.3	0.562
歯科疾患	8.9	6.1	0.239

1) カイ2乗検定によった。

表4は定年退職後、就労している者と就労していない者のメンタルヘルス状態の比較を示す。CES-D得点の平均値は就労者が9.9、非就労者が11.1で、就労者が有意に低かった。CES-D得点が16点以上でうつ状態を示すと考えられる者の割合は就労者が5.8%、非就労者が9.1%で、就労者に低い傾向が見られた。睡眠薬、精神安定剤、抗うつ剤、あるいは神経症の薬といった精神科関係薬剤の常用者割合は就労者が4.7%、非就労者が8.7%で、就労者の方が低い傾向にあった。

表4. 定年退職後、就労している者と就労していない者のメンタルヘルス状態の比較
(男性, 61歳以上)

	就労者	非就労者	P 値 ¹⁾
CES-D			
得点 (平均±標準偏差)	9.9±4.0	11.1±5.0	0.011
16点以上の割合 (%)	5.8	9.1	0.162
薬剤 ²⁾ の常用者割合 (%)	4.7	8.7	0.075

1) 割合の場合はカイ2乗検定により、その他の場合はt検定によった。

2) 睡眠薬、精神安定剤、抗うつ剤あるいは神経症の薬。

生活習慣について就労者と非就労者とを比較すると(表5)、まず喫煙者の割合については就労者が39%、非就労者が47%で、就労者は非就労者に比べて約8ポイント小さく、就労者において喫煙率が低い傾向にあった。日本酒換算で毎日3合以上飲酒する者を問題飲酒者と定義すると、その割合は両群共に約3割弱であり、差が見られなかった。朝食を摂らない者の割合は共に5%未満と少なく、両群に差がなかった。スポーツや運動の実施が月に3回以下を運動習慣なしと定義すると、運動習慣のない者の割合は就労者が7割強、非就労者が6割強で、就労者において10ポイントほど高く、その差は有意であった。睡眠時間が7時間未満または9時間以上で定義した睡眠時間不適切者の割合は両群共約3割で、差が見られなかった。Body Mass Index (BMI)が25以上の肥満者の割合は就労者が23%、非就労者が30%で、就労者は非就労者に比べて約7ポイント小さく、就労者において肥満者の割合が有意に低かった。健康診断未受診者の割合は就労者が15%、非就労者が36%で、就労者の方が有意に低かった。

上記の7つの生活習慣に関して、望ましくない生活習慣保有数の分布という点から両群の生活習慣を全体的に比較すると、就労者は非就労者比べて望ましくない生活習慣保有数が有意に少ない方に分布していた。特にこの数が3以上の割合は就労者で約30%、非就労者で50%弱と、両群で大きな差が見られた。また、望ましくない生活習慣保有数を合計し、その平均値を比較すると、就労者では2.1、非就労者では2.4

で、就労者が非就労者よりも有意に小さかった。

表5. 定年退職後、就労している者と就労していない者の健康に関連した生活習慣の比較
(男性, 61歳以上)

生活習慣の種類	就労者	非就労者	P 値 ¹⁾
(1) 望ましくない生活習慣保有率(%)			
・喫煙	38.8	46.5	0.083
・問題飲酒 ²⁾	27.1	29.6	0.551
・朝食とらない	2.3	4.8	0.140
・運動習慣なし ³⁾	72.5	63.0	0.026
・睡眠時間不適切 ⁴⁾	31.8	31.7	0.992
・肥満 ⁵⁾	22.5	30.4	0.046
・健康診断未受診	14.7	35.7	0.001
(2) 望ましくない生活習慣保有数			
・分布(%)			
0,1 (N=122)	27.5	22.2	
2 (N=177)	41.9	30.0	0.002
3 (N=119)	19.4	30.0	
4以上 (N= 70)	11.2	17.8	
・平均値±標準偏差	2.1±1.1	2.4±1.1	0.002

1) 割合の場合はカイ 2 乗検定により, その他の場合は t 検定によった。

2) 日本酒換算で1日3合以上の飲酒。

3) スポーツや運動の実施が月に3回以下。

4) 睡眠時間が7時間未満または9時間以上。

5) BMI (Body Mass Index) が 25 以上。

4. 考察

1) 本研究の意義

わが国においては、これまで 61 歳以上の労働者の健康状態に関する研究は数少ない(山崎, 1986:小林, 1990:藤田,1998)上に、同年代の非就労者との比較が行われていないため、その実態は十分明らかにされているとは言えない。その理由としては、労働者の健康問題を扱うのは労働衛生・産業保健の領域であるが、その枠組みで考えた場合、主な対象は入社から定年退職に至るまでの労働者であり、これまで労働者の定年は 60 歳が主流であったためと考えられる。定年退職した 61 歳以降の人々に関しては地域保健の対象とされ、そこでは健康問題が産業保健的見地から労働

との関わりで検討されることはほとんどなかった。本研究の意義は、定年退職経験がある61歳以上の男性就労者の健康状態および生活習慣が同年代の非就労者との比較において明らかにされた点にある。

本研究では対象者が全国から層化無作為抽出されており、就労者と非就労者の間に年齢、学歴、定年前の職種別就労者割合において差が見られず、両群の比較性が保たれている。また、対象者がある特定の企業規模、職種、産業に偏った分布をしておらず、わが国の高年齢労働者の代表的サンプルと考えてよいと思われる。従って、本研究の結果をわが国の高年齢労働者全体に一般化して考えることが出来る点は本研究の大きな長所とあって良いであろう。

2) 高年齢労働者の健康状態

健康状態については、健康度自己評価、自覚症状、視力・聴力、医療機関への通院状況、日常生活困難度、メンタルヘルス状態のいずれを指標とした場合にも、就労者の方が非就労者に比べて良好な傾向にあることが明らかにされた。健康度自己評価は健康の身体的側面、精神的側面、社会的側面を総合化した指標であると考えられている(杉澤, 1995)。本研究では自覚症状、視力・聴力、医療機関への通院状況は主に身体的側面の指標であり、メンタルヘルス状態は精神的側面、日常生活困難度は社会的側面と考えられることから、健康度自己評価とこれらの中に同じ傾向があることは整合性がとれていることになり、本研究の内的妥当性が高いことを示すものと言って良いであろう。

1997年に労働省が実施した全国調査の結果によると(労働省, 1998)、本研究の「あまり良くない」「良くない」に相当すると考えられるのは同じく5段階の健康度自己評価項目「やや不調である」「非常に不調である」であるが、60歳以上ではこの両者で11.6%であった。質問の文章表現が異なることと、労働省調査では単に60歳以上で上限が決められていないこと等のために厳密な意味での比較はできないが、本研究の対象となった高年齢労働者における健康度自己評価において「あまり良くない」「良くない」を合わせて6.6%であったことから、健康度自己評価からは本研究の対象者の健康状態は労働省の全国調査結果よりも若干良いと考えられる。

医療機関通院者が4割あったが、健康度自己評価があまり良くなかった就労者が少なかったことから、医療機関通院者でも、そのほとんどは自己の健康状態がそれほど悪くないと考えていることが窺われる。通院理由となっている疾患としては、高血圧症や糖尿病などの慢性疾患が多かったが、こうした疾患は軽症から重症まで幅が大きく、特に合併症の有無によって日常生活への影響が大きく異なってくる。本研究では通院理由になっている疾患の重症度に関しては質問していないため、就労者と非就労者の間でこうした疾患の重症度にどの程度の差があるのかは不明であるが、健康度自己評価結果からみる限りでは、就労者に関しては比較的軽症ではないかと思われる。すでにこうした疾患を有する者が就労を継続できるためには、それが増悪しないような対策を講じることが重要である。そのためには、そうした対策を単に本人だけにま

させるのではなく、職場における適切な健康管理対策の一環として産業保健スタッフによる適切な保健指導が重要になってくるであろう。

本研究は断面調査であるため、本研究の結果からは就労状況と健康状態との因果関係については言及できない。すなわち、就労者は健康状態が良好なため就労できたのか、就労しているから健康状態が良好に保たれているのか、また非就労者の健康状態が就労者よりも不良であるのは健康状態が不良ゆえ就労できなかったためなのか、それとも就労できなかったために健康状態が悪化したのか等については明らかにできない。こうした点を明らかにするためには、追跡調査が必要とされる。

3) 高年齢労働者の生活習慣

前述した労働省の全国調査（労働省，1998）によると、60歳以上の男性労働者の喫煙率は46.7%であり、本研究における喫煙率38.8%はそれよりも約8ポイント低かった。労働省調査では、睡眠時間が7時間未満の者が59.3%あったのに対し、本研究では31.8%であり、27.5ポイントと大きな差が見られた。健康診断未受診率に関しては、労働省の調査では13.8%、本研究では14.7%であったことから、大きな違いは見られなかった。労働省調査では飲酒、朝食、運動習慣、肥満に関しては尋ねていないので生活習慣全般についての比較はできないが、前項の健康状態に関しても本研究の対象となった高齢労働者の方が良好と考えられるので、生活習慣と健康状態の密接な関連を考えると、労働省調査における60歳以上の労働者の生活習慣よりも本研究対象者の方が良好であることが示唆される。

生活習慣と就労・非就労との関連では、運動習慣と睡眠時間以外は就労者の方が良い生活習慣を持っていることが窺われる。特に肥満、健康診断受診に関しては就労者の方が有意に良い生活習慣を有しており、喫煙に関しても同様の傾向が認められる。生活習慣、健康状態がともに就労者の方が良好であることを考え合わせると、健康状態が不良のため生活習慣を改善したという関係ではなく、両者の因果関係は生活習慣の良好さが健康状態の良好さの原因となっているとみて良いであろう。

「運動習慣なし」は7つの生活習慣の中で望ましくない生活習慣保有率が最も高く、就労者で7割強、非就労者で6割強であり、しかもこれのみが就労者の方が非就労者よりも有意に高かった。今回の調査では日頃運動をしない理由については尋ねていないが、60歳未満の労働者が心身の健康づくりを実施しない理由として「時間がない」を挙げている者が多いという調査結果（労働省，1998）を考えると、高年齢労働者の場合も同じ理由が多いのではないかと推測される。健康の保持増進をはかる上で、運動が重要であるということは多くの研究によって実証されているので（Kampert, 1996）、今後、運動の実施率を高めるための効果的な施策が必要とされるであろう。

就労者において健康診断未受診率が低いのは、労働安全衛生法において事業者には健康診断の実施が義務づけられており、労働者には受診義務が規定されていることによるためと思われる。非就労者に関しては、労働安全衛生法の規定が適用されないため、老人保健法に基づく保健事業の一環として行われる健康診査が適用されるが、こ

れには受診義務がないため、受診率が就労者ほどには高くないものと思われる。非就労者の医療機関への通院割合は50%強であり、大半の非就労者は医療機関との接点を有しているが、ある特定の疾患によって通院しているため、必ずしも全体的な健康チェックを受けてはいない。従って、非就労者に関しては健康診査受診率をより一層高めるための対策が必要と考えられる。

（4）高年齢労働者における健康管理および健康づくりの重要性

労働省調査（労働省，1998）では医療機関通院の有無ではなく持病の有無を尋ねているが、60歳以上では何らかの持病を有する労働者が64.8%あった。本研究で見られたごとく、就労者においても医療機関通院者が4割あることを考えると、この年齢層のかなりの人々が病気をもちながらも就労していることが窺われる。こうした疾患のほとんどは生活習慣病であり、職業病の予防を主たる目的とする古典的な労働衛生の枠組みにおいては対象とされなかった疾患である。しかし、1985年にWHOの専門委員会から「疾患の発症、増悪に關与する数多くの要因の一つとして、作業（作業態様、作業環境、作業条件等）に關連した要因が考えられる疾患の総称」として、作業関連疾患という概念が提唱されて以来、生活習慣病を含め、多くの疾患が作業関連疾患に含まれると考えられるようになってきた（WHO,1985）。労働者の健康保護は事業者の責任であるため、何らかの疾患を有する労働者が就労することによって健康状態が悪化した場合にも事業者の責任が問われであろう。従って、疾病を有する高年齢労働者の健康管理をどのように行うかは、今後、産業保健上の大きな問題となると考えられる。

さらに、このような健康保護を主体にしたややネガティブな健康管理だけでなく、高年齢者であっても生活習慣の改善を目的とした積極的な健康づくり対策が求められている（Swanson, 2001）。生活習慣の改善によって高年齢労働者の健康状態が向上することは、就労能力の向上を通じてこうした労働者のQOLの向上に役立つだけでなく、わが国の産業界への貢献や医療費の抑制にも繋がると考えられる。これまでわが国の職域健康づくり対策の主要なターゲットは40歳～60歳の中高年齢労働者であったので（三觜,1995）、今後は61歳以上の高年齢労働者を対象とした対策が益々必要とされるであろう。

5. 結論

全国から無作為抽出された定年退職経験がある61歳以上65歳未満の男性448人について、就労者と非就労者との健康状態および生活習慣を比較すると、これらのいずれもが就労者の方が良好であった。

6. 文献

1. 小林良二(1990)：高年齢者の引退過程と健康問題. 労働衛生 31(3):34-38.
2. Kampert JB, Blair SN, Barlow CE, Kohl HW III (1996): Physical activity, physical fitness, and all-cause mortality: a prospective study of men and women. *Ann Epidemiol* 6:452-457.
3. 杉澤秀博, 杉澤あつ子(1995)：健康度自己評価に関する研究の展開---米国での研究を中心に---. 日本公衛誌 42:366-378.
4. Swanson EA, Tripp-Reimer T, Buckwalter K (2001): Health promotion and disease prevention in the older adults: interventions and recommendations. Springer Publishing Company.
5. 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘 (1985)：新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 27:717-723.
6. WHO (1985): Identification and control of work-related diseases. WHO Technical Report Series, No. 714. 高田勲監訳 (1993): 作業関連疾患の判定と管理. 産業医学振興財団.
7. 三鷺明(1995)：今日におけるTHPの全国的動向. 職場における体力・健康づくり. 日本産業衛生学会労働者体力問題研究会編, 64-80.
8. 藤田大輔(1998)：定年退職者の健康意識と保健・受療行動. 健康保険組合連合会大阪連合会.
9. 労働省労働大臣官房政策調査部(1998). 平成9年労働者健康状況調査報告：企業における健康対策の実態. 労務行政研究所.
10. 山崎喜比古(1986)：健康状態と健康法. 中高年齢者の引退過程と健康に関する調査. 東京都立労働研究所, 28-38.

3章 中高齡者の就労継続

第1節 男女別にみた就業状況

1. 目的

55歳～64歳の年齢層は、職業からの引退に向けての向老期と呼ばれてきた。老年期への軟着陸を目的に、企業においては、退職準備教育が積極的に行われ定年後の人生を充実して過ごすための準備期間とされた。ところが、雇用状況が悪化して、40歳からのリストラが進んでおり定年年齢まで勤務することが、困難になっている現在においては、このような準備期間としての意味は薄れている。どのようにして、定年年齢である60歳まで雇用を継続するか、あるいは65歳まで就労するかが、大きな課題となっている。このような課題は、男女ともほぼ同様である。

このような中で、40歳、50歳は生活不安を抱える者が多く、たとえば、総務庁の調査によると、悩みや不安がある者が男女とも40歳代が約7割と多く、次が50歳代で7割弱、60歳代で6割と続いており、70歳以上の方が6割弱と少なくなっている（総務庁、1999年）。40代の男女の悩みは「老後の生活設計」、「今後の収入や資産の見通し」、「自分の健康」「家族の健康」などが多くなっており、この傾向は50歳以上でもほぼ同様である。

そこで、雇用状況が厳しい55～59歳と60～64歳の人々の就業状況について、性別と年齢による差異をみることにする。

2. 方法

ここでは、就業状況を、職業の有無、従業上の地位、収入などについて、全員を対象に性別、年齢、健康状態、扶養子の有無などによる就業状況の違いをみる。

3. 結果

1) 基本的属性

(1) 健康状態

男女年齢別に健康状態をみると、良好な者が多いが、男性では、「あまりよくない」が11.5%、「よくない」が2.8%、女性では、「あまりよくない」が14.5%、「よくない」が2.8%である。女性の60歳代は、「あまり良くない」が、16.9%と多くなっている。(表1)