

# 最長職が高齢者の健康行動に及ぼす影響の検証<sup>1</sup>

堀 兼大朗  
(中京大学)

## 【論文要旨】

健康の獲得や維持が規範的な価値意識として定着した今日、高齢者層の健康志向は一際高い傾向にあるといわれる。しかしながら、数多くの研究蓄積に示されてきたように、社会経済的地位に起因する健康格差が高齢者の間でも如実に現れている。本研究は先行研究で曖昧な扱いとなっていた、高齢者の職業的地位となる「最長職（最も長く経験していた職業）」を職歴データから抽出し、この最長職変数と高齢者の調査時点の「健康行動（健康食事、健康運動、喫煙、飲酒）」との関係性を示すことを目的とする。

分析では、最長職をSSM総合職業分類のかたちで抽出し、健康行動との関係性を、カイ二乗検定と二項ロジスティック回帰分析で検証した。カイ二乗検定では、健康食事、健康運動、喫煙と最長職の間に有意な関係性が確認された。続く二項ロジスティック回帰分析においては、最長職で低い職業的地位の者ほど、健康食事、健康運動、喫煙について不健康な行動を行いやすい傾向にあることが分かった。とりわけ、自営業ブルーは、三つの行動全てで負の関係にあることが明らかになった。これらの結果からは、過去にどのような職に長く就いていたかが、労働からの引退後における健康への価値意識にまで波及することが改めて確認され、とくに、健康診断を受けにくく、労働環境において自由度の高い自営業職に就いていた者は、健康を貴重とする価値意識が低くなることが推察された。

キーワード：高齢者、健康行動、健康格差、最長職

## 1. 問題の所在

医療科学の発展や、身体に関する言説の増加に伴い、健康な身体を迫及することへの道徳性は深化し、逆に、不健康的な行動は悪としてみなされる場面が増えている (Metzl and Kirland 2010=2015)。こうした健康に関する規範的な価値意識は、医療社会学が注目してきた現象の一つであり、例えば、それは健康至上主義 (healthism) という言葉で説明されてきた (Crawford 1980)。そしてこのような議論に際し、社会学は、身体について取り扱う医療を人々の管理統制という視点から批判の対象として、しばしば論及してきたわけだが (Zola 1988)、ひとまずいえる単純なことは、健康の恒常的な獲得・維持が私たちの日常生活における暗黙の目標になっているということである。

---

<sup>1</sup> 本研究は、JSPS 科研費 JP25000001 の助成を受けたものです。

日本における戦後から近年までの健康至上主義の特徴は、健康への関心／追及行動の頻度が、戦後しばらくは高齢者よりも若者のほうが高かったが、それが徐々に若者から高齢者へと逆転してきた点にあるといわれている（黒田 2010）。最近の厚生労働省白書でも高齢者の健康志向は高い。こうした傾向のもと、高齢者に健康な身体を積極的に維持してもらうことが、高齢化による医療費増額の抑制にとっての期待となっていたりもする（厚生労働省 2014b, 2016）。

他方で、個人の社会経済的地位（Socioeconomic Status：以下 SES と記す）による健康の格差、いわゆる、「健康格差」に注目する実証研究が徐々に蓄積されており、相対的に健康を志向する高齢者の間にも、地位の格差に起因する健康の差異が生じていることが明らかになっている。近年、とりわけ注目を集めているのは社会関係資本との関連をめぐる研究であり、高齢者のなかでも社会関係資本が乏しい者ほど不健康な生活を送る（例えば、Aida et al. 2012；近藤 2017）。そして、国内外の研究で習慣的に重視されているのが、社会経済的水準を表す学歴、所得、職業などの階層関連の要因であり（川上ほか編 2015；近藤 2005, 2017）、こちらにおいても高齢者の健康状態や健康に関する生活習慣に影響を及ぼすことが分かっている（例えば、石田 2006；梶谷 2012；菅 2009；杉澤ほか 2013；Yamamoto et al. 2014；Yanagi et al. 2017）。

後者の階層関連の要因について注目する研究は、分析の際に高齢者の職業的地位として、しばしば現在の職業（調査時点の職業）ではなく、「過去の職業」を独立変数として使用する。その好例となる石田浩による高齢者の健康研究は、過去に最も長く就いていた職業（以下、「最長職」と記す）と、調査時点の健康状態／行動に関する因果関係について分析している。過去の職業経歴が独立変数として用いられる理由は、調査時点の高齢者の多くが無職となっているため、加えて、高齢者の調査時点の健康状態／行動の原因は、調査時点の職業ではなく、それまでに蓄積された職業の影響を受けている可能性が高いためである（石田 2006）。その他の研究例として、主観的健康状態（菅 2009；梶谷 2012）、口内健康の状態や口内に関する健康行動（Yanagi et al. 2017）、医療需要（菅 2009）などがあげられ、様々な健康関連の指標と最長職の関係性が検証されている。

以上の最長職は、もとより、労働者としての軌跡を説明する地位的指標の一つであるが、同時に、高齢者の健康にまつわる生活の質の「隠された格差」（石田 2006：162）を生み出す重要な個人経歴でもある。しかし、こうした重要性を持ちながらも、以上の先行研究が使用している最長職の変数は、高齢者の職業経歴を詳細に割り出したものではないようにあり（例えば、年単位で数値化して割り出したものではない）<sup>2</sup>、すなわち、この点が高齢

---

<sup>2</sup> 管見のかぎりとなるが、最も長く働いていた職業を選択肢から選ぶ、自己申告型の問いが基本のようである。例えば、石田（2006）の研究のデータは日本大学の「健康と生活に関する調査」によるものであり、最長職は回答者の自己申告にもとづく。ほかにも日本老年学的評価研究（JAGES）の調査票では、最長職に加え、最も長く勤めていた企業先の規模が質問されており、こちらにおいても自己申告によるものとなっている（日本老年学的評価研究 2017）。

者の健康研究における曖昧な部分となっている。

こうした背景のもと、本研究は SSM2015 の職歴データから高齢者の最長職を抽出する。さらにそのうえで、健康格差問題の一つの指標として、高齢者にかぎらず、国内でも規定因の実証研究が乏しい健康行動＝健康に関する生活習慣（福田・宮木 2015；小林 2017）を取り上げる。すなわち、高齢者の最長職と健康行動との関連性を検証することが本研究の目的となる。

## 2. 職業的地位と健康行動

職業的地位は健康格差の一因であり、近年、この要因による格差が拡大しているといわれている（堤 2006）。本節では、こうした格差の様態を示した研究の概観を通じ、分析に必要な視点を把握する。

最初に、高齢者の研究に限定せず、個人の職業的地位が健康に及ぼす影響を分析した先行研究を確認しておきたい。まず、ホワイトカラー職とブルーカラー職は、多くの先行研究で取り上げられる職業的地位の指標である。近年、国内外で規制が強化されている喫煙では、ブルーカラーはホワイトカラーに比べ喫煙率が高く、また喫煙が許容されやすい職場環境となる傾向にある（Holman et al. 1998；Sorensen et al. 2004；Pampel et al. 2010）。その他の主要な指標として勤務先の事業規模があげられ、福田と宮木（2015）による国内の健康行動研究のレビューによれば、事業規模が大きいほど、喫煙率は低く、健康診断の受診率は高い。他にも、職業維新スコアと食生活満足度の関連性が明らかにされていたりする（小林 2017）。また、正規雇用、非正規雇用、自営業といった雇用形態別の健康行動の違いも大きい。堤と神林（2015）のレビューによると、非正規雇用は正規雇用と比べ、雇用状況が安定しておらず、健康診断の未受診傾向があり、喫煙の頻度も高い。自営業においては、被雇用者に比して仕事内容や労働時間などの柔軟性が高いが、こちらも健康診断を受診せず、喫煙率が高い。40歳から59歳の労働者を対象とした研究によれば、自営業職以外はその雇用環境から健康診断を受けやすいが、一方で、自営業職の男性は健康診断の未受診者、および、健康診断に関する情報を知らない者が多い。さらに、受診していたとしても健康診断に関する情報を得ている者にかぎられていることが分かっている（川口ほか 2010）。高齢者にとって、過去の職場の健康診断は、ヘルスリテラシーを養う契機、または自身の病いに気づかされ、その後、健康に良い行動を行おうとする契機となることが考えられる。SSMの職歴データでは、従業先の健康診断の有無は確認できないが、雇用形態や企業規模によってある程度の識別は可能だろう。

続いて、高齢者の最長職と健康行動の関連性について示した数少ない先行研究を概観する。まず、高齢者の健康行動にとって最長職がいかに重要かを説明しておく、高齢者以外の年齢層では効果が生じやすい学歴の効果が高齢者ではみられず、最長職の効果が出てくる<sup>3</sup>。この理由は、高齢者にとって教育経験は40年以上前であり、また多くは旧制の教育

---

<sup>3</sup> 健康行動だけでなく健康状態においても高齢者の学歴は効果を出さない（管 2009）。な

制度のもとであったことにより教育の直接効果が弱まったため、と推察されている（石田 2006）。つまり、高齢者層では、学歴という代表的な階層変数よりも、学業終了後の労働内容の影響が強く現れやすいということである。

実際に最長職の影響を示した研究をみていこう。先ほど取り上げた石田（2006）による研究では、専門管理職は他の職業と比べ、健康・医療に関する情報のアクセスがとりわけ良いことが分かっている。この点については、専門管理職の情報収集能力の高さや、ネットワークの広さがアクセスを高めていることが推察されている。最長職に関連する、その他の石田の知見として、日常的な運動は農林漁業ほど行い、一方で自営業は行わない。喫煙は農林漁業が行わない傾向にあり、マニュアルは行う。飲酒においては、専門管理職が飲む確立が最も高いことが明らかにされている。

最後の飲酒との関係から分かるように、一概に、職業的地位が高いほど健康に良い行動を行う傾向にあるわけではない。飲酒は労働者としての儀礼的な側面を大きく持っており（片瀬 2008：34）、専門管理職はその役割上、飲酒の機会が多く、それが習慣化したことが考えられる。すなわち、職業的地位の高さとは別に、職に課せられていた健康行動に関する役割が、現在の健康行動に影響を及ぼしている可能性がある。

また他方で、最長職と健康行動の関係性が先行研究の間で一致しない場合がある。例えば、上述の石田の研究に共通する知見として、農林漁業ほど健康的な行動を行う傾向にあるわけだが、一方で、農林漁業職ほど口内の健康行動を行わない、という報告もある（Yamamoto et al. 2014）。

以上をまとめておきたい。援用した高齢者以外の先行研究が示唆するように、最長職の職業的地位の高さに関する視点はやはり基本となるだろう。ただし、最長職と健康行動の関係性は複雑さを有しており、健康行動の種類によっては、地位の高さの効果が必ずしも生じず、雇用形態や企業規模にもとづく、様々な環境上の違いが影響している可能性がある。

以降本研究は、使用する変数、最長職の抽出過程、分析結果を提示し、最後の結論で上述の先行研究と分析結果の関連性を検討する。

### 3. 使用する変数

2015年SSM調査のデータを分析に使用する。当調査の回答者数は7,817名であり、性別の内訳は男性3,568名、女性4,249名となる（回収率50.1%）。分析対象は65歳から80歳の高齢者層となり、そこから主観的健康が5段階評定で最も悪いケースを除いた男性1,049名、女性1,144名である。

健康行動として使用する変数は表1の通りである。いずれも「あてはまらない」「あまりあてはまらない」「ややあてはまる」「あてはまる」の4段階評定で回答されている。

---

お、SSM2005のデータを用いて、高齢者以外の年齢層の健康状態／行動と学歴を分析した片瀬（2008）では、学歴が有意な効果を示している。

あわせて、分析で使用する最長職の内容について説明する。「1. 問題の所在」で示したよ

表1 健康行動の変数

変数名	質問項目
健康食事	健康に気をつけて食事をしている。
健康運動	健康のために運動している。
喫煙	タバコをよく吸う。
飲酒	お酒をよく飲む。

注) 全て留置票の間23内の質問項目である。

うに、先行研究で曖昧な位置づけとなっている最長職だが、本研究では職歴データを用いることで、数値（勤務年数）にもとづく最長職変数を作り出すことを目指した。また、これまで健康格差関連の研究でほとんど使われてこなかった SSM 総合職業分類（堤・神林 2015）

で最長職を試すことにした<sup>4</sup>。最長職の抽出過程として、20歳時から64歳時までの職業経歴のなかで最も多くの年数を経験していた職をケースごとに抽出し<sup>5</sup>、それを当人の最長職として操作的に定義した<sup>6</sup>。なお、ごく稀に経験した職の年数が同数のケースがあり（例えば、中小企業ホワイトと中小企業ブルーの経験年数が同じ）、このような場合、今回は1年でも昔に経験した職を最長職として扱うこととした。

## 4. 分析結果

### 4.1 健康行動の確認

最初に、分析対象となる高齢者と、それ以外の年齢層、および、男女差との関連で、健康行動にどのような傾向が生じているのかを確認しておく。健康食事、健康運動、喫煙、飲酒、これら4つについて「ややあてはまる」「あてはまる」と回答した場合、当該行動を“行う”、“あてはまらない”“あまりあてはまらない”では“行わない”とした。それぞれの行動について、“行う”の割合を示した結果が、図1（健康食事と健康運動）、図2（喫煙と飲酒）に表されている<sup>7</sup>。

<sup>4</sup> 高齢の女性の場合、最長職が無職のケースが多くなる。しかし、本研究はあくまで職業の効果に焦点を当てているため、無職経験は除外した。したがって仮に、無職を最も多く経験していたとしても、中小企業ホワイトを少しでも経験していれば、最長職は中小企業ホワイトとなる。

<sup>5</sup> SSM データによる最長職変数を分析に使用した研究は管見のかぎり稲田（1998）の研究のみであったため、今回は筆者が独自の方法で最長職を抽出している。

<sup>6</sup> その意味で、最多経験職と呼べるかもしれない。なお、最多の職を抽出したことにより、職場の移動（転職）については考慮していない。

<sup>7</sup> 3節で主観的健康が最も悪いケースは除外すると述べたが、図1と図2にかぎり、全体の健康行動の傾向を把握するため、それらのケースも含めて作図している。

冒頭でも触れたように、2つの図からは、年齢層が上がるにつれ、健康に良い行動を行う傾向にあることが明らかである。男女別の傾向をみると、行動によって多かれ少なかれ差は見受けられるが、男性は女性よりも健康的な行動を行わないことが確認できる。なかでも、

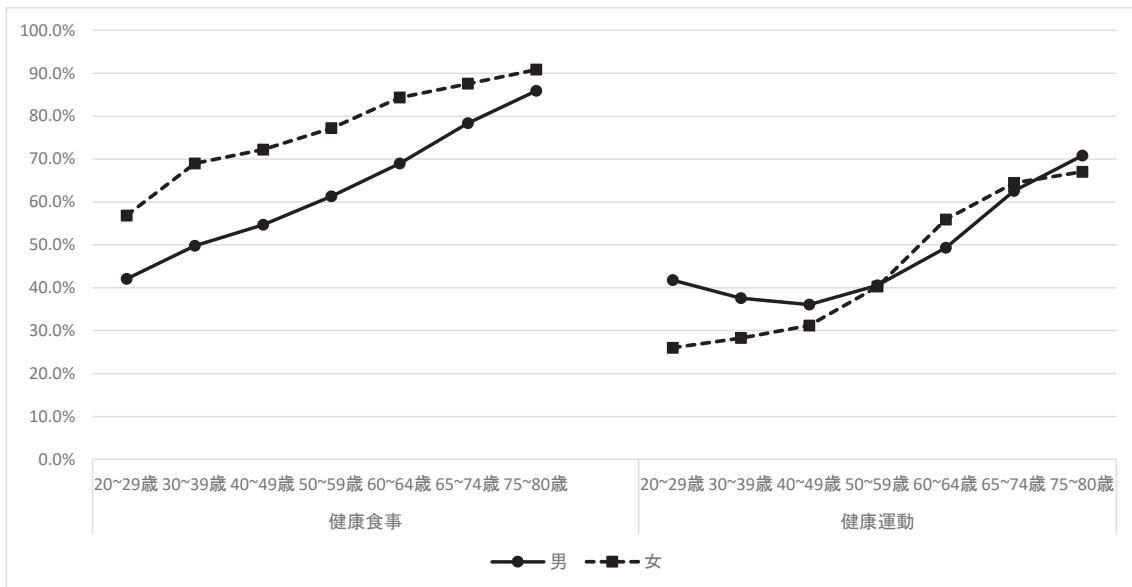


図1 健康食事と健康運動の割合

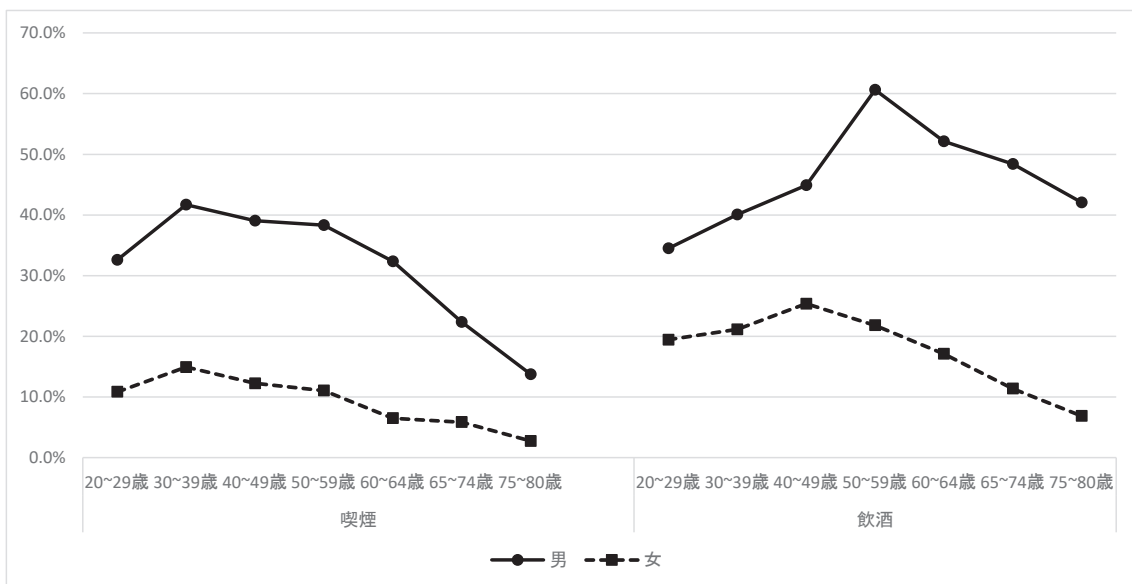


図2 喫煙と飲酒の割合

飲酒と喫煙の差は顕著であり、これらの行動に対しジェンダー規範的な作用が生じていることが窺い知れる。しかしながら、こうした性別の差については、すでに多くの健康関連の先行研究で明らかにされている。そのため、特段言及すべきことはないのだが、付言し

ておくと、SSM2005 のデータで同じ変数を用いた片瀬（2008）の研究と整合的な結果となっている。

## 4.2 健康行動と最長職の関係性

### 4.2.1 カイ二乗検定の結果から

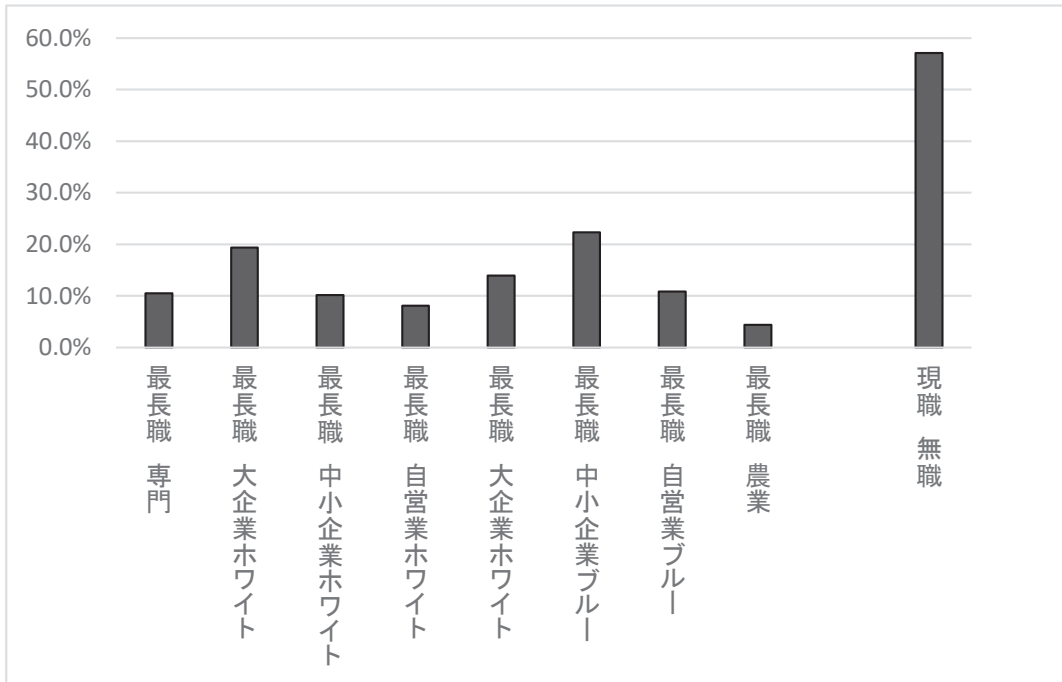


図3 男性の高齢者の職業

ここから高齢者の健康行動と最長職の関連性を一からみていく。以降の結果の先取りとなるが、女性については最長職と健康行動の間に有意な関連性が示されなかった。したがって、以下では男性の分析結果のみを提示していく。

高齢者の最長職、および、現職が無職である者の割合を示したのが図3である。最長職については、中小企業ブルーが2割弱と最も多く、次いで、大企業ホワイトが多いことが分かる。逆に、農業が最も少なく、次に、自営業ホワイトが少ないことが示された。また、現職が無職の者は約6割となっている<sup>8</sup>。

表2は、クロス表をもとに、最長職と健康行動ごとにカイ二乗検定を行った結果である。結果として、健康食事と健康運動が0.1%水準で、喫煙は5%水準で有意となっている。しかしながら、飲酒においては有意な関連を認められなかった。飲酒の割合を細かくみていくと、農業が他の職よりも行わないようにあり、加えて、中小企業ブルーと自営業ブルー

<sup>8</sup> 詳細は省くが、本分析対象の高齢者は59歳時点と64歳時点で無職になる者が多かった。64歳時点については当然ながら定年退職であることが窺い知れる。

は、飲酒の割合が相対的に高いが、その他の行動と比べると、その差はそれほど大きくないようにある。

最長職と有意となった行動の関連性を確認しておきたい。行っている者の割合が多い順で示すと、「健康食事」は、専門、大企業ブルー、大企業ホワイト、自営業ホワイト、中小

表 2 男性の最長職と健康行動のクロス表 (%)

	健康行動		健康運動		喫煙		飲酒	
	行ない	行う	行ない	行う	行ない	行う	行ない	行う
専門	10.0	90.0	23.6	76.4	86.4	13.6	54.5	45.5
大企業ホワイト	17.7	82.3	25.6	74.4	80.8	19.2	52.7	47.3
中小企業ホワイト	25.2	74.8	31.8	68.2	77.4	22.6	55.1	44.9
自営業ホワイト	20.0	80.0	34.1	65.9	72.9	27.1	56.5	43.5
大企業ブルー	13.7	86.3	32.9	67.1	84.2	15.8	56.8	43.2
中小企業ブルー	21.6	78.4	41.8	58.2	75.2	24.8	45.7	54.3
自営業ブルー	28.1	71.9	45.6	54.4	75.4	24.6	49.1	50.9
農業	23.9	76.1	52.2	47.8	91.1	8.9	64.4	35.6

注) \*\*\* ① \* ②

行ない/行ない

行ない/行ない

企業ブルー、農業、中小企業ホワイト、自営業ブルーとなる。「健康運動」は、専門、大企業ホワイト、中小企業ホワイト、大企業ブルー、自営業ホワイト、中小企業ブルー、自営業ブルー、農業となる。「喫煙」を行う職業の上位 3 つを示しておく、自営業ホワイト、中小企業ブルー、自営業ブルーである。

3 つの行動でおおよそ一貫していることは次の 2 点である。第一に、専門・ホワイトカラー、および、企業規模が大きいほど、健康的な行動を行っているという点。健康関連の多くの先行研究が明らかにしてきたように、職業的地位の高さと健康行動の関連性は、高齢者の最長職においても通じるということである。そして第二に、自営業、とりわけ自営業ブルーの者ほど、不健康な行動を行っている点である。この点については、以降の分析結果を踏まえて説明していきたい。

ここまで確認されたことを要約しておく、クロス表からは、高位の職業的地位の高齢者ほど健康的な行動を行い、加えて、自営業職の者ほど不健康な行動を行うことが示唆された。以降では、その他の統制変数、とくに、現職を考慮した場合、それでも最長職と健康行動の間に直接的な関係が現れるのかをみていく。

#### 4.2.2 二項ロジスティック回帰の結果から

最長職と健康行動の因果関係について、その他の変数の影響を統制した二項ロジスティック回帰分析からみていく。

分析における統制変数は、年齢、配偶者有りダミー（配偶者有り=1、配偶者無し=0）、



高学歴ダミー（大学院・大学・短大・専門卒=1、それ以外=0）、総資産<sup>9</sup>（300万以下、300万～1250万、1250万～3000万、3000万以上、無回答）、15歳時の暮らし向き（5段階で高いほど豊か）、居住地域の人口規模（人口20万人以上=1、人口20万より少ない=0）、現職（無職=1、有職=0）を使用する<sup>10</sup>。なお、現職の効果を分析で考慮しておくため、現職を投入していないモデルと、現職を投入したモデルに分けて二項ロジスティック回帰を試みる。また、個人の健康状態については、すでに述べたとおり、主観的健康の悪いケースを分析から除外している。

表3は、健康食事と健康運動を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果である。最長職の基準カテゴリーは、クロス表でその他の職よりもとくに健康的な行動を行いやすいことが示唆された専門となっている。

「健康食事」と最長職の関連性からみていくと、現職無し／有りのモデル、どちらにおいても中小企業ホワイトと自営業ブルーが5%水準で有意な効果を示しており、これら2つの職の者ほど専門に比べて健康的な食事を取らないことが確認された。なお、現職は有意な効果を示しておらず、すなわち、高齢者の健康的な食事の志向性は現在の職の有無ではなく、最長職という過去の要因に影響を受けているということになる。続いて、「健康運動」の結果をみていこう。現職無しのモデルでは、農業が1%、自営業ブルーが5%、中小企業ブルーが10%水準で有意な関連が認められている。そして、その関連は、現職有りのモデルで現職が有意な効果を示しても、変わらず有意な結果を保っている（農業は5%水準に変わっ

表3 男性の健康食事と健康運動の規定因

---

<sup>9</sup> 高齢者の経済的水準として「総資産」を使用した理由は、引退後の高齢者の所得が、労働からの収入ではなく、年金と財産所得に制限されやすくなるためである（Allin et al 2009）。

<sup>10</sup> 高齢者以外の健康に関する先行研究では、健康関連の変数に対し、学歴、または収入（資産）の変数が有意な効果を示すことがある。よって注釈を入れておくと、まず、高学歴ダミーの代わりに教育年数を投入しても、以下で示される分析結果と同様の結果が得られている。また、総資産の無回答に平均値を代入し、連続変数として扱ったモデルと、以下で示していくモデルも同様の結果が得られている。

	健康食事						健康運動					
	現職無し			現職有り			現職無し			現職有り		
	B	S.E.	Exp(B)	B	S.E.	Exp(B)	B	S.E.	Exp(B)	B	S.E.	Exp(B)
(定数)	-5.706	1.498	0.003 ***	-5.639	1.524	0.004 ***	-3.805	1.213	0.022 **	-3.328	1.232	0.036 **
年齢	0.094	0.020	1.098 ***	0.092	0.021	1.097 ***	0.065	0.016	1.067 ***	0.055	0.016	1.057 **
配偶者有り(ref 無し)	0.584	0.229	1.793 *	0.587	0.229	1.798 *	0.236	0.208	1.266	0.262	0.208	1.299
教育年数	0.365	0.230	1.441	0.366	0.230	1.442	0.224	0.191	1.251	0.233	0.192	1.262
総資産(ref 300万以下)												
300万~1250万	-0.052	0.319	0.949	-0.052	0.319	0.949	-0.050	0.288	0.951	-0.057	0.289	0.945
1250万~3000万	0.573	0.311	1.773 †	0.575	0.311	1.777 †	0.091	0.268	1.095	0.104	0.269	1.109
3000万以上	0.396	0.328	1.485	0.395	0.328	1.484	0.361	0.287	1.434	0.357	0.288	1.429
無回答	0.266	0.286	1.305	0.266	0.286	1.304	-0.008	0.253	0.992	-0.010	0.254	0.990
15歳時の暮らし向き	0.026	0.085	1.026	0.026	0.085	1.026	-0.060	0.071	0.941	-0.060	0.071	0.942
人口20万人以上 (ref 20万人より少ない)	0.157	0.171	1.170	0.154	0.172	1.166	0.042	0.141	1.043	0.020	0.141	1.020
最長職(ref 専門)												
大企業ホワイト	-0.588	0.386	0.555	-0.591	0.386	0.554	-0.044	0.291	0.957	-0.069	0.292	0.934
中小企業ホワイト	-0.912	0.412	0.402 *	-0.909	0.412	0.403 *	-0.279	0.324	0.757	-0.263	0.325	0.769
自営業ホワイト	-0.546	0.446	0.579	-0.532	0.450	0.587	-0.382	0.344	0.683	-0.282	0.347	0.754
大企業ブルー	-0.037	0.443	0.964	-0.039	0.443	0.961	-0.265	0.327	0.767	-0.283	0.328	0.754
中小企業ブルー	-0.440	0.406	0.644	-0.435	0.406	0.647	-0.585	0.305	0.557 †	-0.553	0.307	0.575 †
自営業ブルー	-0.972	0.420	0.378 *	-0.956	0.425	0.384 *	-0.815	0.327	0.443 *	-0.698	0.331	0.497 *
農業	-0.793	0.518	0.452	-0.776	0.523	0.460	-1.125	0.412	0.325 **	-0.992	0.416	0.371 *
現職無職(ref 有職)				0.042	0.178	1.043				0.327	0.147	1.386 *
Cox & Snell R2乗		0.059			0.059			0.054			0.059	
Nagelkerke R2乗		0.094			0.094			0.075			0.081	
n		1049			1049			1049			1049	

注) \*\*\*<0.001 \*\*<0.01 \*p<0.05 †<0.1

表 4 男性の喫煙と飲酒の規定因

	喫煙						飲酒					
	現職無し			現職有り			現職無し			現職有り		
	B	S.E.	Exp(B)	B	S.E.	Exp(B)	B	S.E.	Exp(B)	B	S.E.	Exp(B)
(定数)	4.108	1.442	60.833 **	3.799	1.467	44.677 *	2.166	1.128	8.726 †	1.880	1.146	6.555
年齢	-0.083	0.019	0.921 ***	-0.076	0.020	0.926 ***	-0.036	0.015	0.965 *	-0.030	0.015	0.971 †
配偶者有り(ref 無し)	-0.445	0.231	0.641 †	-0.459	0.232	0.632 *	0.012	0.201	1.013	-0.001	0.201	0.999
高学歴(re それ以外)	0.253	0.212	1.288	0.248	0.212	1.282	-0.301	0.176	0.740 †	-0.306	0.176	0.737 †
総資産(ref 300万以下)												
300~1250万	-0.035	0.327	0.965	-0.036	0.327	0.964	-0.126	0.283	0.882	-0.123	0.284	0.884
1250~3000万	-0.254	0.305	0.776	-0.263	0.305	0.768	0.444	0.259	1.558 †	0.438	0.260	1.550 †
3000万以上	-0.334	0.326	0.716	-0.330	0.326	0.719	0.386	0.271	1.471	0.389	0.271	1.476
無回答	-0.145	0.288	0.865	-0.143	0.288	0.867	0.266	0.247	1.305	0.267	0.248	1.306
15歳時の暮らし向き	0.062	0.082	1.064	0.062	0.082	1.064	0.056	0.067	1.058	0.056	0.067	1.057
人口20万人以上 (ref 20万人より少ない)	0.152	0.164	1.164	0.163	0.164	1.177	-0.013	0.132	0.987	0.001	0.132	1.001
最長職(ref 専門)												
大企業ホワイト	0.540	0.344	1.716	0.555	0.345	1.742	-0.061	0.251	0.941	-0.045	0.251	0.956
中小企業ホワイト	0.747	0.381	2.112 †	0.738	0.381	2.092 †	-0.124	0.290	0.884	-0.134	0.290	0.874
自営業ホワイト	0.962	0.395	2.618 *	0.902	0.399	2.464 *	-0.171	0.312	0.843	-0.233	0.315	0.792
大企業ブルー	0.393	0.403	1.482	0.404	0.403	1.497	-0.278	0.294	0.757	-0.268	0.294	0.765
中小企業ブルー	0.857	0.365	2.356 *	0.836	0.366	2.307 *	0.245	0.275	1.278	0.224	0.275	1.252
自営業ブルー	0.938	0.390	2.556 *	0.866	0.395	2.378 *	0.070	0.300	1.072	-0.006	0.304	0.994
農業	-0.122	0.629	0.885	-0.199	0.633	0.820	-0.550	0.401	0.577	-0.636	0.406	0.530
現職無職(ref 有職)				-0.194	0.173	0.823				-0.206	0.140	0.814
Cox & Snell R2乗		0.044			0.046			0.026			0.028	
Nagelkerke R2乗		0.070			0.072			0.035			0.038	
n		1049			1049			1049			1049	

注) \*\*\*<0.001 \*\*<0.01 \*p<0.05 †<0.1

た)。したがって、農業、自営業ブルー、中小企業ブルーの者は、専門の者よりも健康的な運動を日常的に行わない傾向にある。加えて、現職無職の者は、現職で働いている者よりも健康のための運動に取り組んでいるという傾向も出ている。この点は、現職無職の者は、退職後の時間的なゆとりがあることで、運動に時間を費やすことが可能となっていることが考えられる。

次に、喫煙と飲酒についての結果を示した表 4 である。「喫煙」の現職無し／有りのモデルとともに、自営業ホワイト、中小企業ブルー、自営業ブルーが 5%水準で、中小企業ホワイトが 10%で有意な関連が認められている。また、現職に関しては有意な効果は示されることはなかった。したがって、高齢者における喫煙行動は過去の職業に起因しており、過去から続く生活習慣のようなかたちで喫煙を行っていることが考えられる。最後に、「飲酒」について確認しておく、最長職、現職ともに有意な関係が認められなかった。上述のカイ二乗検定においても飲酒は有意な関連を認められず、あわせて、年齢、学歴、総資産で弱い関連が示されていることから、飲酒は過去の職業的地位ではなく、生物学的要因となる年齢や SES に影響を受けやすいことが示唆された。

最長職との間に有意な効果が示された健康食事、健康運動、喫煙についてまとめておきたい。まず、従業先の企業規模が小さい、そして、ブルーカラー職ほど不健康な行動を行いやすい。なかでも、自営業ブルーを最長職とする者は、健康的な食事をしない、健康的な運動をしない、喫煙をする、というふうに他の職よりも不健康な行動を行う傾向にあることが明らかになった。

## 5. 結論

本研究では、職歴データから作成した最長職と高齢期における健康行動の関連性について検証を行った。本節では、得られた知見の要約と考察を記しておきたい。

男性を対象とする二項ロジスティック回帰からは、次の 2 点の知見を得られた。一つは、最長職で低い職業的地位の者、具体的には、従業先の企業規模が小さい、そして、ブルーカラー職の者ほど、健康食事、健康運動、喫煙について不健康な行動を行いやすい傾向にあった。飲酒に関してはカイ二乗検定の時点で有意な効果を示さなかった。いま一つは、自営業ブルーを最長職としている者は、前述の三つの行動全てで不健康な行動を行うことが明らかになった。一方で、同じ業種となる自営業ホワイトは喫煙のみであった。したがって、2 節の先行研究に示されるような、ホワイトカラーとブルーカラーの差異がここに現れていることが考えられる。なお、統制変数となる、現職は健康運動のみ有意な効果を示した。すなわち、健康運動は最長職と現職の両方から影響を受けており、一方で、健康食事と喫煙は最長職にのみ影響を受けているということになる。

本結果で示された最長職と健康行動との関係性は、2 節の先行研究と、おおよその整合性が見受けられる。しかし、農業ほど健康的な行動を行う傾向（石田 2006）は確認されず、むしろ健康運動に関しては行わない傾向が示された。この負の関係性については、農業を長く営んでいた者ほど、作業負担による身体の衰えが生じ、健康的な運動が困難となっていることが考えられるが、分析ではそもそも健康状態が悪いケースを除いている。農業と健康行動の負の関係を示した研究（Yamamoto et al. 2014）もあるが、この関係性については今後、掘り下げるべき課題である。

続けて、自営業との関係性を考察しておきたい。近年、非正規雇用者の健康の不平等が

注目される機会が増えているが（例えば、矢野・井上編）、本研究で示した高齢者の職の場合、過去の長期の自営業経験が、現在の健康行動に大きな影響を及ぼしていることが確認された。この原因については 2 節で説明したように、被雇用者に比べ、自営業者は仕事内容や労働時間などの柔軟性の高さ、あわせて、健康診断の受診を要請されにくい職場環境、を経験していたことが重要と考える。柔軟性の高さは行動への自己規制を緩くし、とくに喫煙を習慣づけた原因となっているだろう。一方、健康診断に関して、次のことが推察される。1972 年に労働基準法と労働安全衛生法で労働者の健康の重要性が掲げられたことを端緒に、健康の推奨が制度レベルで強化されてきた（厚生労働省 2014a）。しかし、今日でも検診の受診率は十分ではなく、それは自営業者においても顕著である（川口ほか 2010）。最長職として自営業を営んでいた高齢者と今日の自営業者の健康診断への受診意欲の差を確認する術はないが、制度の浸透状況に鑑みて単純に予想すると、前者のほうが健康診断の受診意欲が低いと考える。また、自営業のなかでもブルーカラーの不健康傾向が顕著となった点からは、彼らの職場環境は、健康に関するヘルスリテラシーがホワイトカラーよりも乏しい状況にあったことが推察される。すなわち、自営業ブルーの者は、健康診断の受診が要請されない職場で長く働いていたことで、自身の健康状態や健康に関する知識に向き合う機会が少ない、換言すると、健康に配慮するようになる契機が少なかった。これにより、高齢期においても習慣的に不健康な行動を行いやすいということである。

最後に、本研究では女性に関する有益な結果を得ることはできなかった。先行研究や 4.1 のグラフに示されるように、男性よりも女性は健康的な行動を行う傾向にある。また、女性の高齢者は専業主婦による無職経験が多いため、最長職の定義が男性よりも安定しなかったようにある。これらの理由を踏まえたうえで想起される今後の展望は、高齢の女性における過去の職歴パターンと健康行動の関係性をみていくことにあると考える。

個人の経歴に潜在する健康のリスク要因に注目が集まりだし、それらのリスクは、社会が介入すべき案件として扱われるようになってきた。すなわち、リスクによる不健康は、単純に個人のみならず責任帰属してよいものではないということである（Lynch and Smith 2005）。他方で、最長職は生涯の大部分を構成しうる経済格差の指標であると同時に、高齢者の健康な生活習慣の質に関する隠れた格差も生み出す（石田 2006）。本研究は職歴データを用いることで、こうした隠された格差の存在を改めて確認したわけだが、ここで示された個人の不健康的な行動や習慣は、個人の問題として臨床的に対処されることを当然とするのではなく、社会に根差された格差の問題として対処すべきである。

#### [文献]

Aida, J., Kondo, K., Kawachi, I., Subramanian, S. V., Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, N., Osaka, K., Sheiham, A., Tsakos, G., and Watt, R. G. 2013. "Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study," *J Epidemiol Community Health*, 67: 42-7.

- Allin, S., Masseria, C., and Mossialos, E. 2009. "Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income," *American Journal of Public Health*, 99: 1849-55.
- Crawford, R. 1980. "Healthism and medicalization of life," *International Journal Health Services*, 10(3): 365-88.
- 福田吉治・宮木幸一. 2015. 「生活習慣の社会格差と健康」川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編『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, 157-73.
- Holman, C. D., Corti, B., Donovan, R. J., and Jalleh, G. 1998. "Association of the health-promoting workplace with trade unionism and other industrial factors," *American Journal of Health Promotion*, 12(5): 325-34.
- 稲田雅也. 1998. 「長期雇用はいつ成立したのか：世代別と時点別にみたその制度化過程の研究」佐藤俊樹編『1995年SSM調査シリーズ2：近代日本の移動と階層：1896-1995』1995年SSM調査研究会: 65-85.
- 石田浩. 2006. 「健康と格差：少子高齢化の背後にあるもの」白波瀬佐和子編『変化する社会の不平等：少子高齢化にひそむ格差』東京大学出版, 137-63.
- 梶谷真也. 2012. 「高齢者の職歴と主観的健康」『明星大学経済学研究紀要』43(2): 1-18.
- 片瀬一男. 2008. 「学歴階層と健康リスク関連行動」菅野剛編『階層と生活格差：2005年SSM調査シリーズ10』, 29-41.
- 川口亜佑子・原田和弘・李恩兒・中村好男. 2010. 「40-59歳における健康診断未受診と特定健康診査・特定保健指導の認知及び人口統計学的要因との関連：自営業者と勤務者の比較」『スポーツ産業学研究』20(2): 217-25.
- 川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編. 2015. 『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.
- 小林盾. 2017. 『ライフスタイルの社会学：データからみる日本社会の多様な格差』東京大学出版会.
- 近藤克則. 2005. 『健康格差社会：何が心と健康を蝕むのか』医学書院.
- 近藤克則. 2017. 『健康格差社会への処方箋』医学書院.
- 厚生労働省 a. 2014. 「第1章：我が国における健康をめぐる施策の変遷」平成26年版厚生労働白書：健康長寿社会の実現に向けて：健康・予防元年（本文）（2017年12月30日取得, <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf>）.
- 厚生労働省 b. 2014. 「第2章：健康をめぐる状況と意識」平成26年版厚生労働白書：健康長寿社会の実現に向けて：健康・予防元年（本文）（2017年12月30日取得, <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-02-1.pdf>）.
- 厚生労働省. 2016. 「第2章：高齢期の暮らし、地域の支え合い、健康づくり・介護予防、就労に関する意識」平成28年版厚生労働白書：人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える（本文）（2017年12月30日取得, <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>）.

- 黒田浩一郎. 2010. 「健康至上主義」中川輝彦・黒田浩一郎編『よくわかる医療社会学』ミネルヴァ書房, 42-5.
- Lynch, J., and Smith, G. D. 2005. “A life course approach to chronic disease epidemiology,” *Annual Review of Public Health*, 26:1-35.
- Metzl, J. M., and Kirland, A., eds. 2010. “*AGAINST HEALTH : How Health Became the New Morality*,” New York University Press (=2015, 細澤仁・大塚紳一郎・増尾徳行・宮畑麻衣訳『不健康は悪なのか：健康をモラル化する世界』みすず書房.)
- 日本老年学的評価研究. 2017. 「健康とくらしの調査 2010 年度調査票の一例」調査 Q&A (2017 年 12 月 30 日取得, [https://www.jages.net/survey/q-a/?action=common\\_download\\_main&upload\\_id=1061](https://www.jages.net/survey/q-a/?action=common_download_main&upload_id=1061)).
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., and Denney, J. T. 2010. “Socioeconomic disparities in health behaviors,” *Annual Review Sociology*, 36: 349-70.
- Sorensen, G., Barbeau, E., Hunt, M. K., Emmons, K. 2004. “Reducing social disparities in tobacco use: a social contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers,” *Am. J. Public Health*, 94: 230-9
- 菅万理. 2009. 「日本の高齢者の健康格差に関する計量分析：老人保健制度の効果に注目して一」『医療経済研究』20(2): 85-108.
- 杉澤秀博・野村知子・友永美帆. 2013. 「高齢者における食品摂取習慣の階層間格差とその要因：社会的認知理論に依拠して」『老年社会科学』35(2): 185.
- 堤明純. 2006. 「職業階層と健康」川上憲人・小林廉毅・橋本英樹（編著）『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, 81-101.
- 堤明純・神林博史. 2015. 「職業と健康」川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編『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, 157-73.
- Yamamoto, T., Kondo, K., Aida, J., Fuchida, S., Hirata, Y., JAGES group. 2014. Association between the longest job and oral health: Japan Gerontological Evaluation Study project cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 14:130
- Yanagi, N., Hata, A., Kondo, K., Fujiwara, T. 2017. “Association between childhood socioeconomic status and fruit and vegetable intake among older Japanese: The JAGES 2010 study” *Preventive medicine* (in press).
- 矢野栄二・井上まり子編. 2011. 『非正規雇用と労働者の健康』財団法人労働科学研究所出版部.
- Zola, I. K. 1988. “Aging and Disability,” *Educational Gerontology*, 14(5): 365-87.

# **Association between the longest job and health behaviors among elderly \***

**Kentaro Hori  
(Cyukyo University)**

## *Abstract*

Nowadays, Japanese people show much interest in health matters. The elderly in particular tend to acquire, maintain and enforce body and heart condition, compared with the young. However, health disparity has widened even among the elderly. Meanwhile, some previous studies presumed that the longest job, which means the job being done for the longest time in their life, affects health behaviors. Although the definition of the longest job has not been clarified enough, the purpose of this study was to examine how the longest job based on the data collected by SSM-2015 influenced on health behaviors such as healthy eating, exercise, smoking and drinking of elderly.

In this study, the situation of male elderly is examined by using chi-square test and binary logistic regression analysis. Both tests' results, after adjustments were made for present job, showed that the longest job was related to health behaviors; people in low occupational status were more likely to have to unhealthy behaviors, such as bad eating habits, poor exercise and smoking, compared to those whose high status occupation as the longest jobs. In particular, people whose the longest jobs were blue-collar self-employ tend to have three unhealthy behaviors. It concluded that the longest job may be one of the major determinants of health behavior among elderly. The results also suggest that the poor health behaviors of the self-employed are caused by flexible work environment without regular health check.

Key words: Elderly, Health behavior, Health disparity, The longest job

---

\* The study was supported by JSPS KAKENHI Grant Number JP25000001 and JP15H03405.