

\*\*\* 特集 リタイアメント・プランニング \*\*\*

## リタイアメント・プランニングと健康

～ 退職後の保健医療支出負担軽減には主観的健康感を高めることも重要 ～

社会システム研究所 立石 隆英

### 要 約

年を重ねるにつれて「毎日を充実させて生きる」ことへの志向が高まる傾向がある。リタイアメント・プランニングでは、このような生活を送れるようなライフプランが求められる。その為の健康維持は重要な要素であり、退職後の生活資金計画に保健医療支出<sup>1</sup>への備えが欠かせない。高齢になるほど病院サービスを利用する機会が多く、保健医療支出が増えるからである。実際に医療費の負担感は強く、健康維持のための支出の優先順位も高い。しかし、客観的にみて自分の健康については問題がないという意識を持っている高齢者は多い。客観的にみて健康であることが保健医療支出の抑制につながっていない可能性がある。平成 17 年度の国民医療費は 33 兆 1289 億円となり、国民所得にしめる国民医療費の比率は 9.01%と、医療費は社会的な負担になりつつある。本稿では医療費や保健医療支出を抑制する要因を考えてみたい。

生活習慣病といった個人の客観的な健康状況や、それに関わる病院の利用行動状況に加えて、主観的健康感、自分時間の充足感といった個人の主観的認識も含めて医療費抑制要因を検証したところ、病院での入院日数や外来患者数を低減させるためにスポーツを行うことが効果的であることと、主観的健康感を高めることが国民医療費の抑制につながる可能性があるという結果が得られた。

リタイアメント・プランニングにおける健康を考える際に、スポーツなどによって生活習慣病を予防する計画に加えて、主観的な健康状態を高めうるような生活時間を計画に含めることが、国民医療費の負担軽減、ひいては退職後の保健医療への支出低減につながると思われる。

<sup>1</sup> 医薬品、健康保持摂取品、保健医療用品・器具、保健医療サービスへの支出。

## 目 次

1. はじめに
2. 退職後の生活感覚と健康
3. 医療費と地域属性
4. 健康状態の再考と主観的健康感
  - 4.1 健康状態の再考
  - 4.2 主観的認識の尺度
  - 4.3 主観的健康感と地域属性
  - 4.4 主観的健康感と自分時間の充足感
5. おわりに

## 1. はじめに

退職後の収支計画において、健康維持を目的とする資金計画が必要不可欠になってきている。高齢者は、寝込むような病気にはかかっていないという意識が高いにもかかわらず、医療サービスの利用頻度が高く、高齢になるほど保健医療支出が相対的に高くなり、消費支出に占める割合も高くなるからである。実際に高齢者にとって医療費の負担実感は強く、健康維持や介護のための支出の優先順位が高い。国民医療費は国民所得の9%を占めるに至り、社会的な負担感も高まっている。

日興フィナンシャル・インテリジェンス(以下、NFI)は、産業医科大学と個人の健康志向度に関する調査研究を行ってきた。テーマの中心は個人の主観的健康感と自分時間の充足感である。本稿では、共同研究で実施したアンケート調査結果を47都道府県ベースで国民医療費要因を検証した<sup>2</sup>。国民医療費に関わる要因として注目したのは「一日当たりの外来患者数」である。個人の主観的健康感の向上が「外来患者数」を減らす要因となることが期待できる。また主観的健康感を高める自分時間の充足感には、客観的な病気の罹患状況を払拭しうる影響力をもつものがある。60歳以上の男性においては、「自分のバランスを取り戻す」「人や社会の役に立っている」、60歳以上の女性にお

---

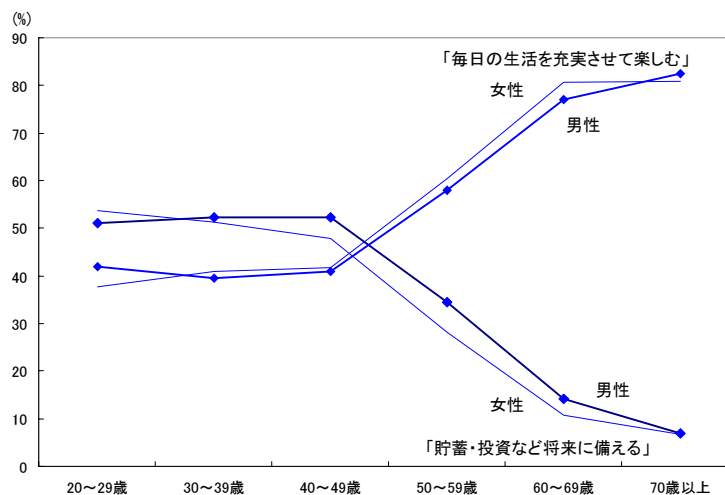
<sup>2</sup> 企業の従業員の主観的健康を高めることが企業の社会的責任(CSR)の一つであるという視点から、2005年から共同研究を始めた。2006年に個人向けにアンケートを実施。サンプル総数:5254件。47都道府県別に100サンプル程度を収集。

いては「前向きな気持ちになれる」「達成感が得られる」といった生活時間の充足感が重要である。退職後のライフプランを考えるにあたって、懸案の保健医療支出を低減させるという意味で、ライフスタイルにおける主観的健康感を高めるような生活時間設計も必要であると考えられる。

## 2. 退職後の生活感覚と健康

「生きがい」、「健康」、そして「生活資金」がライフプランの重要な要素である。リタイア層<sup>3</sup>では、「投資や貯蓄など将来に備える」よりも「毎日の生活を充実させて楽しむ」を志向する人が増える傾向が見られる（図表1）。そのためには、良好な健康状態の維持が欠かせない。そして、そのための生活資金を考える必要がある。保健医療に関わる支出である。退職後の生活資金計画では、この保健医療支出を盛り込むことが必要になってくる。保健医療支出の増加は50歳後半から顕著になり（図表2）、消費支出に占める保健医療支出ウェイトも高齢者では相対的に高い。

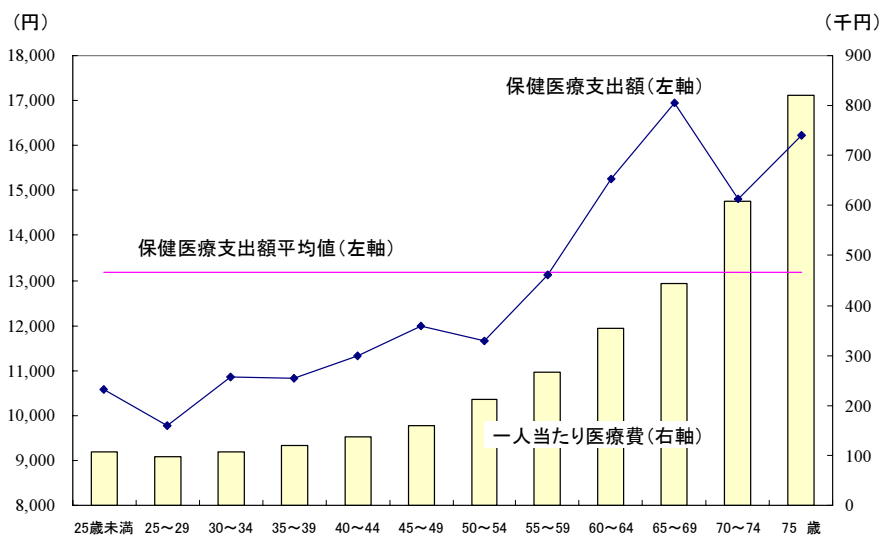
図表1 世代別の生活の意識



(国民生活に関する世論調査 平成19年7月調査 内閣府大臣官房政府広報室)

<sup>3</sup> 定年退職年齢の引き上げや自営業のケースでは一概には言えないが、60歳を境に退職のケースが増えると考え、本稿では60歳以上の人ではリタイアメント・プランニングを考えている世代としてリタイア層と呼ぶ。

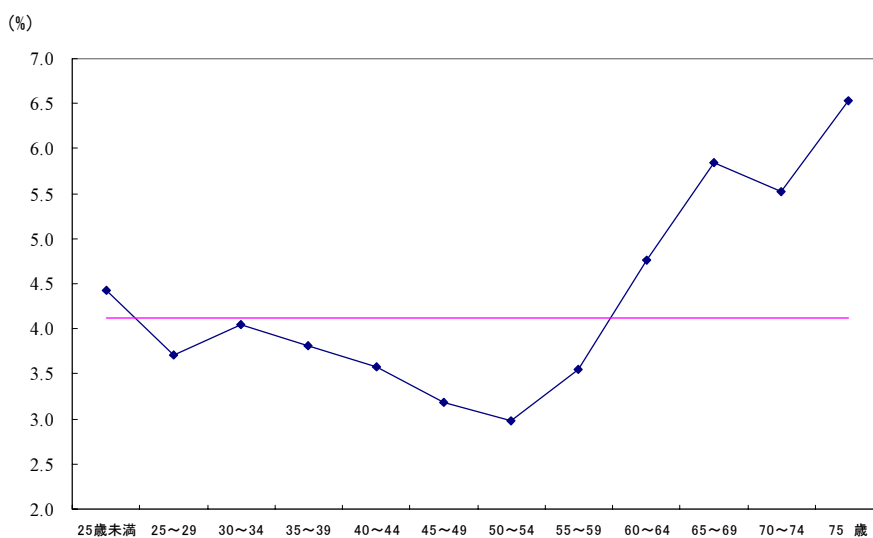
図表2 一ヶ月の保健医療支出（全世帯・二人以上の世帯）と一人当たり医療費



(保健医療支出額：全国消費実態調査（平成16年） 家計収支結果表 総務省統計局

一人当たり医療費：国民医療費の概況 平成17年度 厚生労働省)

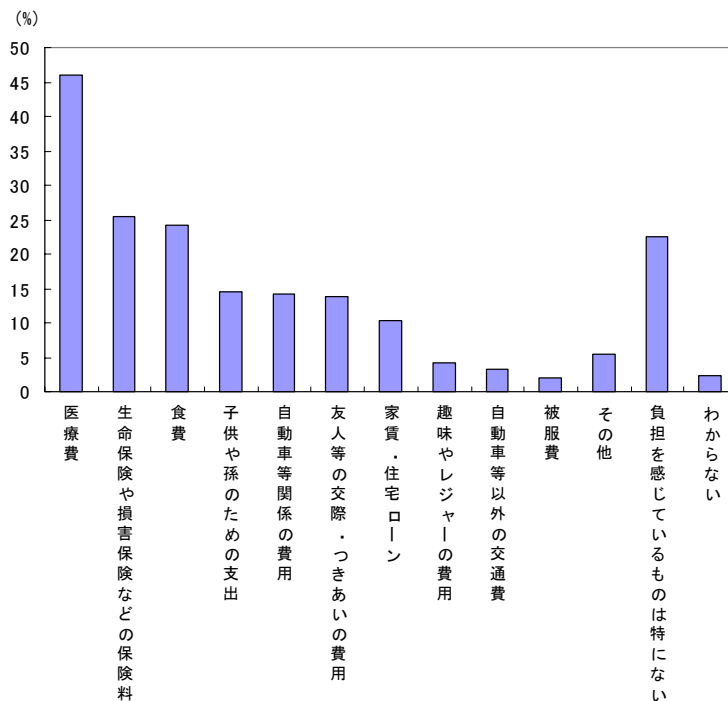
図表3 消費支出に占める保健医療支出の割合 全世帯（二人以上の世帯）



(全国消費実態調査（平成16年） 家計収支結果表 総務省統計局)

日常生活の中の支出で、医療費に対する高齢者（60歳以上）の負担感は相対的に高い（図表4）。また、お金の使い方の優先順位でも、健康維持や医療介護のための支出が相対的に高く（図表5）、旅行などのレジャー関連への支出よりも重視されている。これらのデータより、支出における医療費の負担感が、健康維持や医療介護に対する支出の優先順位を高めていると推論できる。今後の超高齢社会の進展を背景とする、医療費の適正化、新たな高齢者医療制度の創設は避けられない公算が大きい。今後、高齢者の医療負担は増加する可能性も高く、リタイアメント・プランニングにおける医療費対策と、その予防策としての健康維持のための支出を考慮することがますます求められる状況になりつつある<sup>4</sup>。

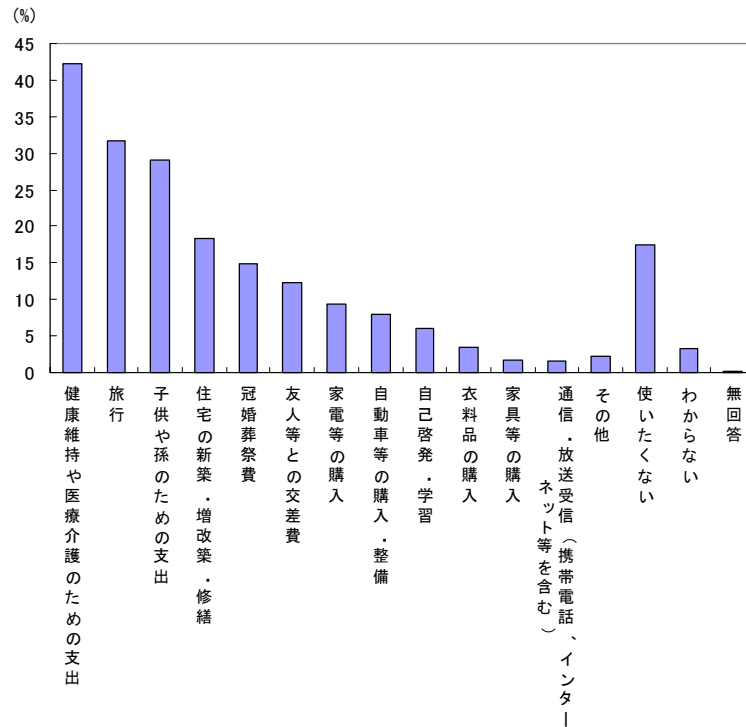
図表4 日常で負担と感ずる支出



（高齢社会白書 平成19年版 内閣府）

<sup>4</sup> 現在の医療制度での医療の負担状況は、高齢者（70歳以上）は1割負担〔所得が現役並みである場合には3割負担。昨年9月までは2割負担〕。現在、与野党で議論されているが、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年6月21日公布）により、平成20年4月から70～74歳の負担は1割から2割となる。

図表5 優先的にお金を使いたいもの



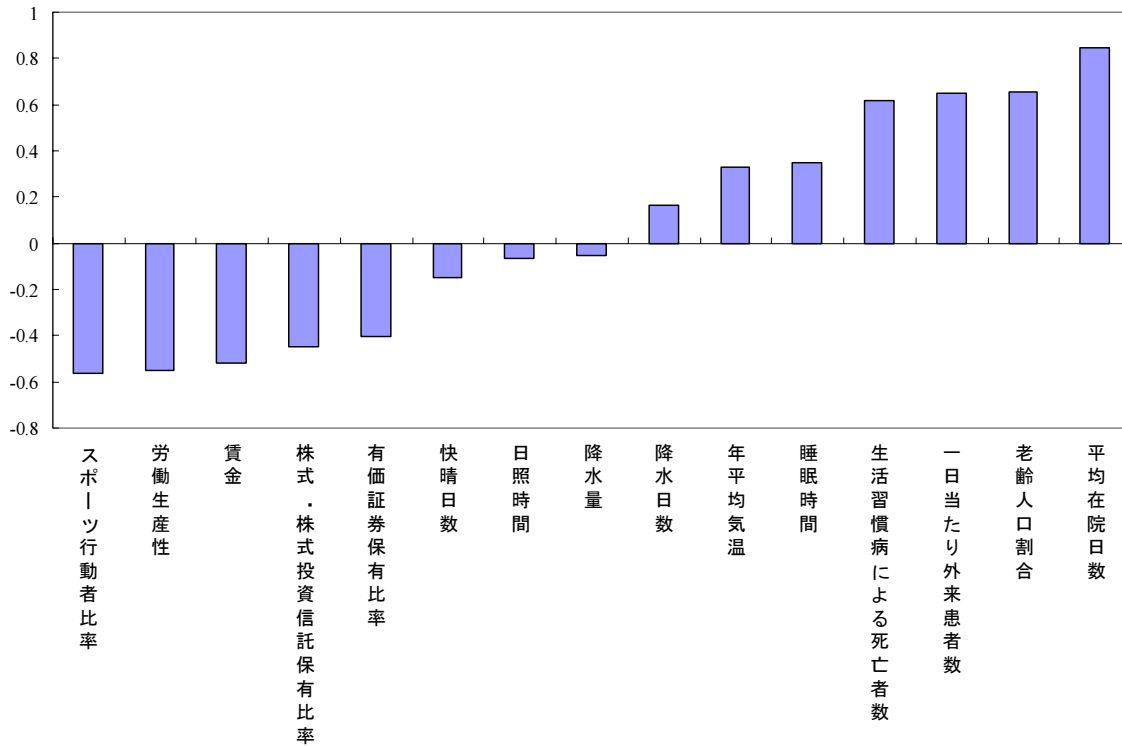
(高齢社会白書 平成19年版 内閣府)

### 3. 医療費と地域属性

健康に関わると考えられる47都道府県別の地域別属性<sup>5</sup>と「一人当たり医療費」の相関性をみると、「平均在院日数」、「一日当たり外来患者数」、「生活習慣病による死亡者数」が相対的に高い正の相関性を持っている。負の相関性が高いのは、スポーツ行動者比率、労働生産性、賃金、株式・株式投信保有比率と有価証券保有比率である（図表6、相関性の高い要因の散布図は図表7～図表9の通りである）。個人の病院利用状況やスポーツ行動など、個人の健康行動と医療費の間には高い相関性が見られるが、気候条件とは相関性がみられない。一人当たり医療費と高齢人口割合の相関性の高さは、地域の一人当たり医療費が高齢になるほど高いという結果と（図表2）符合する。

<sup>5</sup> 病院の利用状況、生活行動（睡眠時間、スポーツの実施状況、貯蓄に占める危険資産の割合、賃金、労働生産性）、気候関連情報を候補とした。

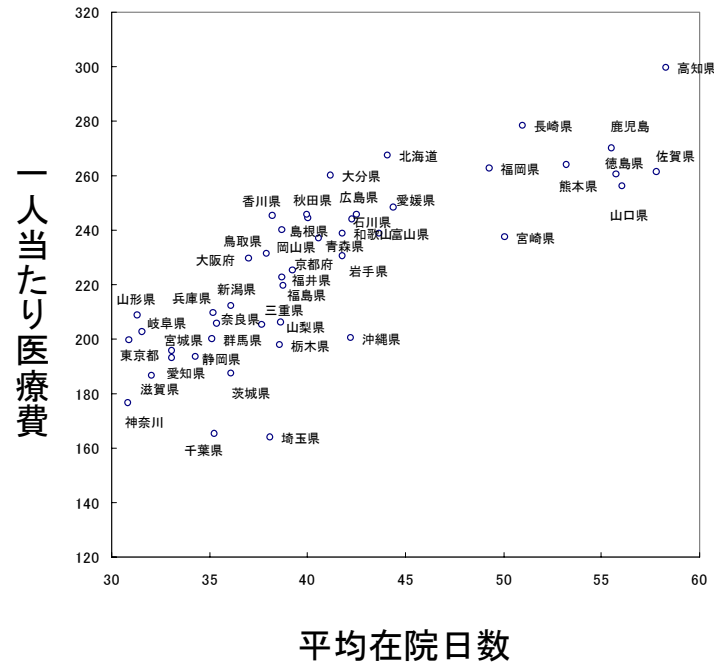
図表6 「一人当たり医療費」と地域属性の相関性



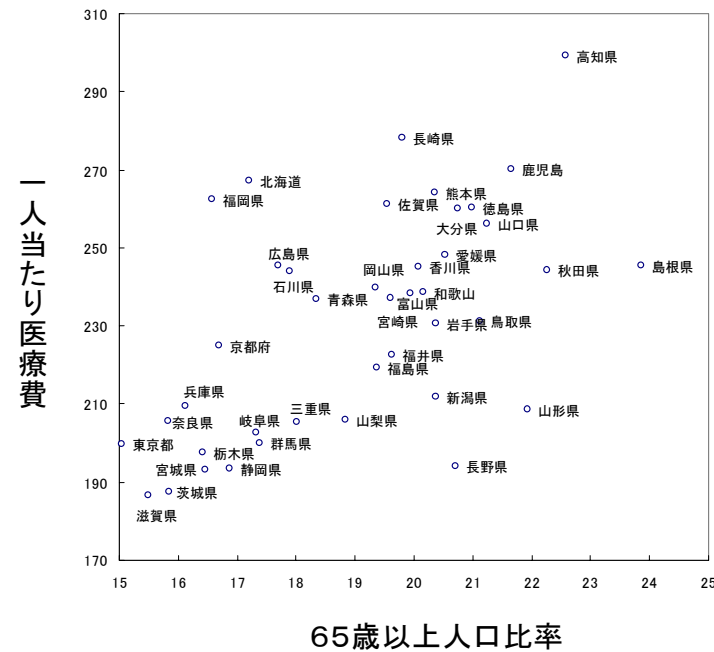
〔地域属性データの概要〕

変数名	単位	期間と計測方法	出所	備考
一人当たり医療費	(千円)	平成2年度～平成14年度 3年毎の都道府県別推計値	厚生労働省	
平均在院日数	(日)	平成11年～平成17年 7年間の調査平均値	厚生労働省 病院報告	
一日当たり外来患者数	(人)	平成4年～平成15年 12年間の平均値	統計でみる都道府県の姿	人口10万人当たり
高齢人口割合(65歳以上)	(%)	平成5年～平成16年 12年間の平均値	統計でみる都道府県の姿	
生活習慣病による死亡者数	(人)	平成4年～平成15年 12年間の平均値	統計でみる都道府県の姿	人口10万人当たり
スポーツ行動者比率	(%)	平成3年、平成8年、平成13年、平成17年 4時点平均値	総務省統計局	社会生活基本調査
労働生産性	(百万円)	1990～2003年 14年間の平均値	財団法人 社会経済生産性本部	県内総生産/就業者数
有価証券保有比率	(%)	平成11年度、平成16年度平均値	総務庁統計局	全国消費実態調査
株式・株式投資保有比率	(%)	平成11年度、平成16年度平均値	総務庁統計局	全国消費実態調査
日照時間(年間)	(時間)	1995 2000 2004年の平均値	統計でみる都道府県の姿	
快晴日数(年間)	(日)			
降水日数(年間)	(日)			
降水量(年間)	(mm)			
年平均気温	(℃)			
睡眠時間	(時間)	平成8年、平成13年の平均値	総務省統計局	社会生活基本調査

図表 7 平均在院日数と一人当たり医療費

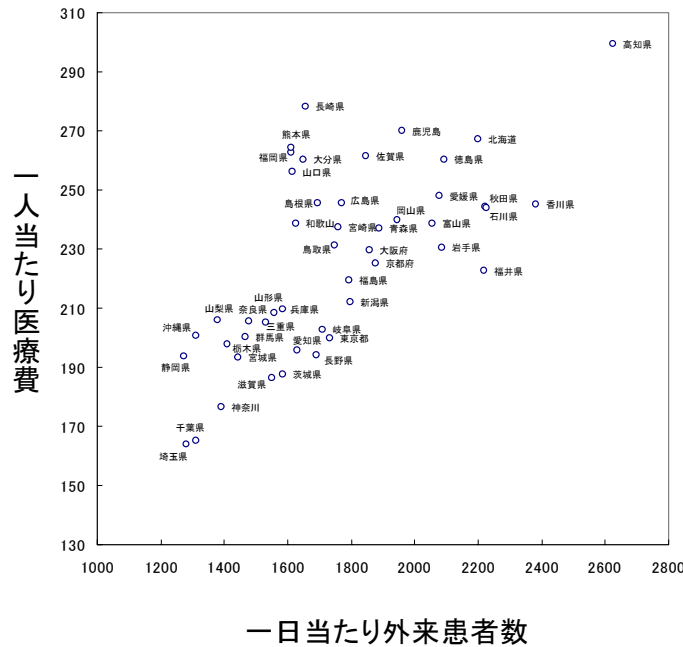


図表 8 高齢人口割合と一人当たり医療費





図表 9 一日当たり外来患者数と一人当たり医療費



図表 6 の地域属性を説明変数とし、「一人当たり医療費」を被説明変数として変数増減法 (Stepwise) <sup>6</sup>によって回帰分析を行ったところ、「平均在院日数」、「一日当たりの外来患者数」、「高齢者人口割合 (65 歳以上)」が説明要因として残った<sup>7</sup>。3 つの要因のパラメータはいずれも統計的に有意である。「平均在院日数」だけでなく、「一日当たりの外来患者数」や「高齢者人口割合」の影響も無視できない (図表 10)。

図表 10 一人当たり医療費に関わる要因

	Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項	26.50961	1.92	0.0621	0	0.8428	0.8318
平均在院日数	2.2956	8.19	<.0001	0.56953		
一日当たり外来患者数	0.03093	4.16	0.0001	0.30592		
老年人口割合(65歳以上)	2.82422	3.4	0.0015	0.25654		

<sup>6</sup> 回帰分析において、被説明変数の要因の候補が複数ある場合に、より良い変数の組み合わせを判別する方法 (英語表記では Stepwise)。

<sup>7</sup> 平均在院日数は厚生労働省が医療費適正化で重視している要因である。

次に、「平均在院日数」と「一日当たりの外来患者数」に影響する要因を考えてみたい。同様の地域属性を説明変数の候補として、変数増減法によって「平均在院日数」と「一日当たり外来患者数」に関与する要因を絞りこんでみると、それぞれについての下記のような結果が得られた（図表 11、図表 12）。「平均在院日数」、「一日当たりの外来患者数」いずれの場合も生活習慣病に関わる要因との関連性が見られる。

また、生活習慣病要因「生活習慣病による死亡者数」を被説明変数として、気候要因（年平均気温、日照時間、降水日数、降水量）、睡眠時間、労働生産性、高齢人口割合、スポーツ行動者率を説明変数として変数増減法を実施すると下記のような結果が得られた（図表 13）。

図表 11 「平均在院日数」に関わる要因

	Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項	23.73577	1.25	0.2188	0	0.4466	0.4079
生活習慣病による死亡者数	0.03454	1.96	0.0566	0.30551		
年平均気温	1.45803	3.57	0.0009	0.43229		
労働生産性	-3.25208	-2.5	0.0163	-0.37113		

図表 12 「一日当たりの外来患者数」に関わる要因

	Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項	445.33347	1.56	0.1268	0	0.3302	0.2997
生活習慣病による死亡者数	2.10314	3.55	3.55	0.0009		
降水日数	2.17572	1.6	1.6	0.1177		

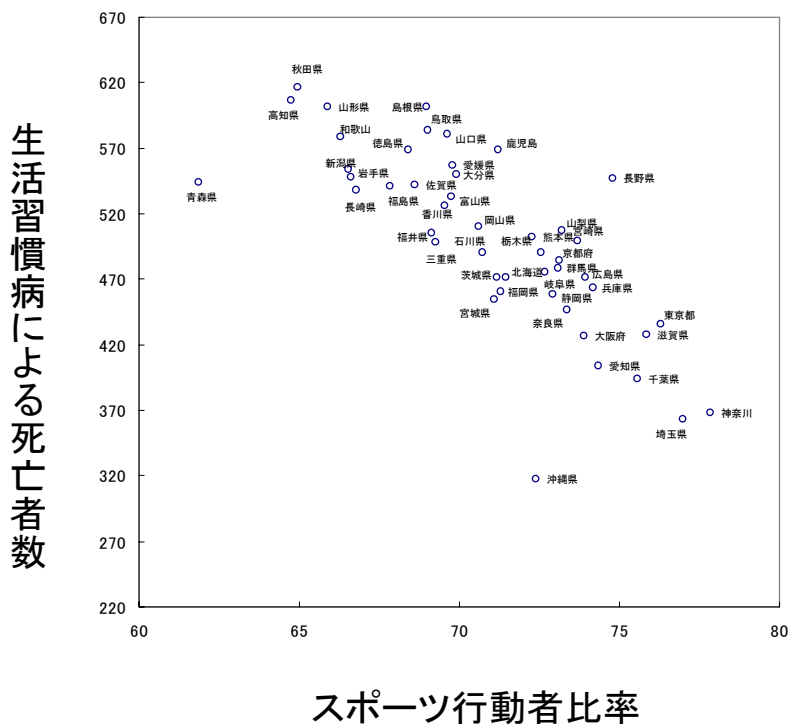
図表 13 「生活習慣病の死亡者数」に関わる要因

	Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項	1103.00368	2.81	0.0076	0	0.962	0.9563
年平均気温	-4.86808	-4.1	0.0002	-0.16317		
降水日数	-0.25823	-2.87	0.0065	-0.11235		
睡眠時間	-70.0759	-1.68	0.1014	-0.11278		
労働生産性	7.2708	1.65	0.1077	0.0938		
高齢人口割合(65歳以上)	21.81496	18.56	<.0001	0.90293		
スポーツ行動者比率	-5.61295	-5.07	<.0001	-0.28558		

「生活習慣病による死亡者数」については、「高齢人口割合（65歳以上）」のポジティブな影響とスポーツ行動者比率のネガティブな影響が顕著である。高齢社会の深化が、生活習慣病による死亡者数の増加要因と推論できる。その予防策としては、スポーツの効果が大きい（スポーツ行動者率と生活習慣病の死亡者数の間には顕著な負の相関性も顕著である。図表 14 参照）。

「医療費適正化計画<sup>8</sup>」とは、生活習慣病の予防と平均在院日数の短縮により、医療費を抑制するための具体的な施策である。生活習慣病（肥満症、糖尿病、高血圧、高脂血症）が脳卒中や心筋梗塞の原因となり、生活機能の低下をもたらし生活の質を低下させる要因と考えられ、その処方箋としては、適切な食生活、適度な運動、ストレスへの対策などが考えられている。本稿の検証結果から、この「計画」には「一人当たり医療費」を抑制する効果があると推論できる。

図表 14 スポーツ行動者比率と生活習慣病による死亡者数



<sup>8</sup> 全国医療費適正計画（期間 5 年）と都道府県医療費適正化計画（期間 5 年）で構成され、平成 20 年 4 月から施行される。それぞれで、健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進などの目標が設定され、その達成のために取り組むべき国の施策が具体化される。

## 4. 健康状態の再考と主観的健康感

### 4.1 健康状態の再考

前節までの検証結果から、スポーツをすることが、生活習慣病の客観的な健康状態を改善させる処方箋の一つと考えられる。しかし、リタイア層が家計の支出として負担と感じる保健医療への支出を減らし、健康維持や医療介護のための支出の優先順位を下げるために、このような処方箋で十分だろうか。

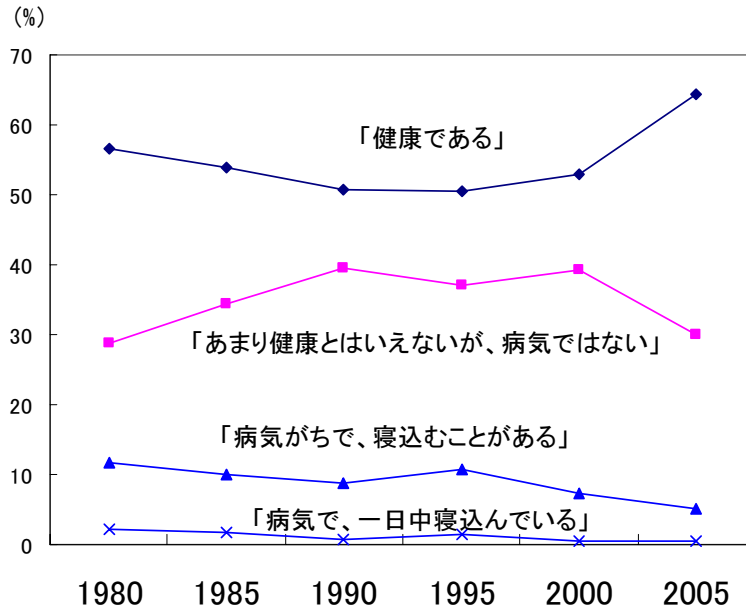
60歳以上の世代は、「寝込むほどの病気ではない」という意識が高いにも関わらず(図表 15)、医療サービスの利用頻度が高いのである(図表 16)。すなわち、客観的に病気でないという認識があっても、必ずしも保険医療支出の低減や健康維持への支出の優先順位は下がらない可能性がある。客観的な健康状態が良好であるということが、病院に行くという行動の抑制につながっていないと考えられる。

WHOの定義によると、健康は下記のように定義される。すなわち、健康である状態は単に病気ではないとか、虚弱ではないといった客観的に病気ではない状態に限定されるのではなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態をさすのである。またオタワ宣言(1986)では、満足のゆく身体的、精神的、社会的に良好な状態になるための健康推進方法が何であるかが確認されることの必要性が提案されている。健康とは病気ではない状態だけではなく、「日々の生活を充実させる」行動がとれる生活能動状態であり、個々人が生活の質の向上を図るために生活における動機付けが可能な状態であるとも考えられる。その意味で、生活習慣病に罹患していないことだけでは健康な状態であると考えられることができるかどうかは議論の余地がある。

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

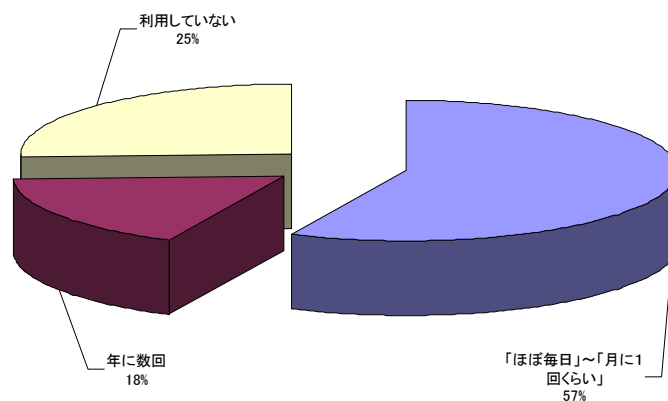
(Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.)

図表15 健康状態（60歳以上の男女）



(第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査 厚生労働省)

図表16 医療サービスの利用状況（60以上の男女）



(第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査 厚生労働省)

## 4.2 主観的認識の尺度

客観的健康感が高いにもかかわらず（図表 15）、病院サービスを利用する機会が多い（図表 16）という状況は、「満足のゆく身体的、精神的、社会的に良好な状態」という健康状態を計測することの難しさを示唆している。これまで医療専門家による客観的側面（医師などの専門家によって診断される健康状態）が重視されてきたが、その改善策が主観的健康感（本人が自分の状態をどのように感じ自覚しているかによって表される健康状態）を低めることになり、全体的な健康感が低下することもありえることも確認されている。そこで、個人の自律的健康増進という観点からは、客観的側面と主観的側面から個人の個人状態を評価することが提案されている。

前述の共同研究で着目した個人の主観的認識は「主観的健康感」、「自分時間の充足感」、「生活能動感覚」の 3 種類である。本稿の検証では、主観的健康感と自分時間の充足感を検証に使用した。それぞれの主観的認識の定義と設問項目は以下の通りである。

### 【主観的健康感の定義<sup>9</sup>】

「人との関わりの中で、自分と自分の人生を肯定し、いい感じで幸福に伸びやかに生きている状態。過去を背負いながら、未来に向かって、今を生きている状態」

このような状態を考える状態変数として図表 15 の 7 項目<sup>10</sup>を想定している（全体的健康感、精神的健康、心身のエネルギー量、幸福感、人生の肯定感、一致不一致、人との関わり方）。これによって「満足のゆく身体的、精神的、社会的に良好な状態」を計測しようという試みである<sup>11</sup>。

<sup>9</sup> 産業医科大学 副学長 産業医実務研修センター所長の森見爾氏と野田悦子氏による定義。

<sup>10</sup> 主観的健康感の定義に基づいて、産業医実務センターの講師、長井聡里氏（現在、京都工場保健会 産業保健推進部 兼務）と産業医実務研究センター所長の森見爾氏がアンケート用にアレンジした。

<sup>11</sup> 従来の主観的健康感の調査における設問事例では、「あなたの現在の健康状態はどうですか」（非常に健康である、まあ健康である、やや不調である、非常に不調である、健康であるとも不調であるともいえない）という聞き方が多い。

図表 17 主観的健康感の設問内容

全体的健康感	「今、あなた自身に注意を向けてみると、あなたが実感している全体的な健康感は」 ひどく悪い感じ ⇔ すごくいい感じ
精神的健康	「この頃のあなたの毎日で、非常に強い幸福感や喜びを感じる瞬間は」 ほとんどない ⇔ 多々ある
心身のエネルギー量	「もし今、あなたに思うように進まない出来事がおこったとしたら」 乗り越えることが出来ないと思う ⇔ 十分に適切に対処できると思う
幸福感	「過去と比較して、あなたの今の生活は」 少しも幸せではない ⇔ とても幸せ
人生の肯定感	「あなたの人生について思い浮かべるとしたら、今それは」 退屈で面白くないあるいは苦痛なものと感じる ⇔ とても意味のあるすばらしいものと感じる
一致不一致	「あなたは、あなたの日々の生活の中で、」 役割を演じながら生きている ⇔ 私らしく伸びやかに生きている
人との関わりかた	「あなたのまわりの人たちはあなたが必要とすれば、」 誰も助けってくれないと感じる ⇔ 適切なサポートをしてくれる

\*ヒアリングしているレベルは7段階

#### 【自分時間の定義】

「日々の暮らしを振り返って、自分がいい状態で過ごせるために役立っていると思える時間（睡眠時間や年1~2回程度の特別なイベントや旅行を除く）」

この定義に基づいて、自分時間の充足感を下記の7設問で聞いている。

- ①縛られていないと感じる時間
- ②達成感を得られる瞬間
- ③物事に熱中・集中できる時間
- ④前向きな気持ちになる瞬間
- ⑤リラックスできている時間
- ⑥人（家族も含む）や社会の役に立っていると思える瞬間
- ⑦自分のバランスを取り戻していく時間

\*被験者にヒアリングしているレベルは、「まったく足りない」「やや足りない」「ある程度足りている」「足りている」の4段階である。

「満足のゆく身体的、精神的、社会的に良好な状態」をもたらす生活時間の過ごし方の状態を計測する試みである。

### 4.3 主観的健康感と地域属性

前述のアンケートデータをもとに、地域別に主観的健康感と自分時間充足感<sup>12</sup>を集計して、主観的健康感と様々な地域属性データの相関性を確認した（図表 18）。「平均在院日数」、「一人当たり医療費」、「高齢人口割合」、「生活習慣病による死亡者数」、「一日当たりの外来患者数」とは負の相関性を持つ。特に、主観的健康感と「一日当たりの外来患者数」、「生活習慣病による死亡者数」、「高齢人口割合」との負の相関性が高く、「一人当たり医療費」への相関性は低い。しかし、「一日当たりの外来患者数」や「生活習慣病による死亡者数」といった「一人当たり医療費」との相関性の高い要因を通じて、主観的健康感が医療費低減に寄与すると考えられる。また、主観的健康感と自分時間の充足感と正の相関性が高く、生活の文脈における生活時間の過ごし方が主観的健康感に影響することを示唆している。主観的健康感と地域別の労働生産性とも正の相関性を持っており<sup>13</sup>、労働生活行動上でも重要な要因であると考えられる。

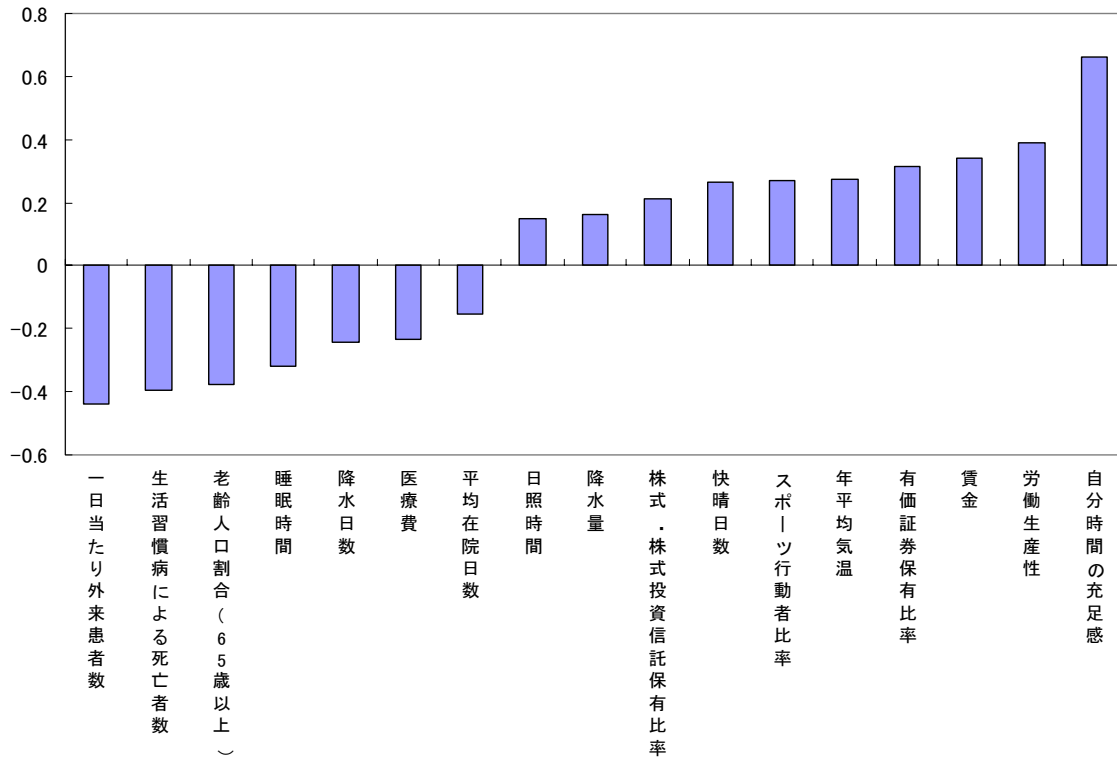
「一人当たり医療費」要因を検証した際に用いた地域属性に、主観的健康感と自分時間充足感を加えた説明変数によって、被説明変数「平均在院日数」「一人当たり外来患者数」「生活習慣病による死亡者数」それぞれについて変数増減法による回帰分析を行った。「平均在院日数」については、これらの主観的認識の影響が見られないが、「一日当たりの外来患者数」については、主観的健康感の影響が見られる。「生活習慣病による死亡者の外来患者数」の影響は大きい。主観的健康感が「一日当たりの外来患者数」のネガティブな要因として無視できない（図表 19）。主観的健康感が高まることで、「一日当たりの外来患者数」の減少が期待できる。「スポーツ行動者比率」が高まることで「生活習慣病による死亡者数」が低減することが期待できるので、スポーツ行動と主観的健康感を高めることが一人当たり外来患者数を抑制し、結果的に医療費適正化につながると推論される。

<sup>12</sup> 主観的健康感、自分時間の充足感いずれも 7 設問の順位尺度の第一主成分を計測し、被験者の居住地域 47 都道府県別の平均値を算出した。

<sup>13</sup> 企業の従業員の主観的健康を高めることは企業の社会的責任（CSR）であるだけでなく、企業の生産性にも寄与する可能性があると考えられる。国連環境計画金融イニシアティブ（UNEPFI）と国連グローバルコンパクトが昨年提唱した責任投資原則（PRI）では、投資プロセスに E（環境）、S（社会）、G（ガバナンス）の観点を盛り込むことが提案されている。この「社会」に相当する部分には従業員の職場環境が含まれており、従業員の健康への配慮が企業業績に寄与するという意味で、企業の従業員への健康配慮はマテリアリティの一つと考えられる。



図表 18 主観的健康感と地域属性の相関性（47 都道府県）



図表 19 「一日当たりの外来患者数」に関わる要因

	Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項	739.34575	2.48	0.0172	0	0.3461	0.3164
生活習慣病による死亡者数	2.01264	3.4	0.0014	0.44657		
主観的健康感	-342.50923	-1.92	0.0616	-0.25172		

#### 4.4 主観的健康感と自分時間の充足感

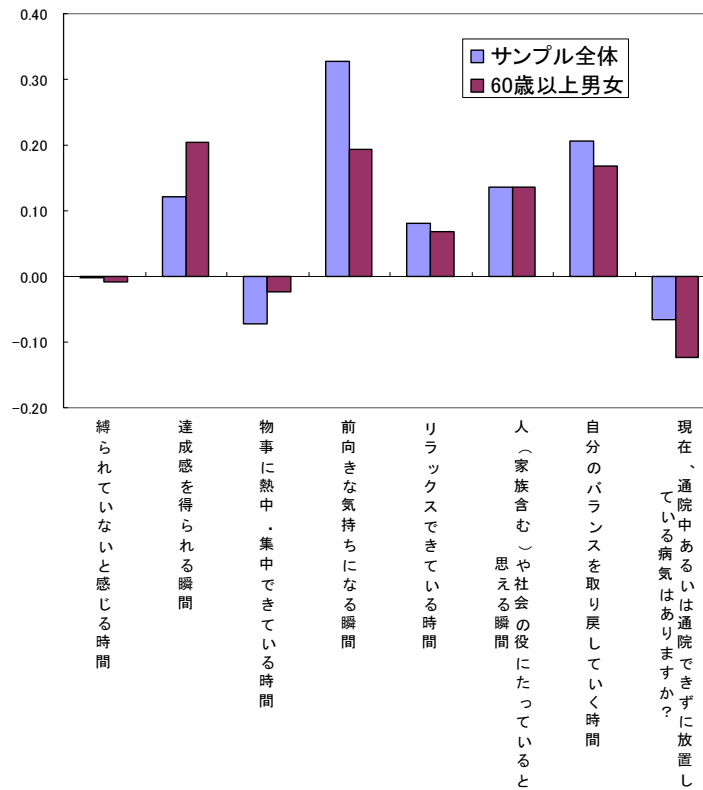
主観的健康感と地域属性の相関性の中で、自分時間の充足感は主観的健康感を高めると考えられる（図表 18）。「日々の暮らしを振り返って、自分がいい状態で過ごせるために役立っていると思える時間」の充足が主観的健康感を高める上で重要な要因であると考えられる。被説明変数を主観的健康感の第一主成分とし、自分時間の充足感の7要因に、「現在、通院中あるいは通院できずに放置している病気はありますか？」（はい、いいえで回答）というダミー変数を加えた8変数を説明変数<sup>14</sup>として回帰分析を行った。サンプル全体とリタイア層の男女のケースをサンプル全体と比較するために、以下の3つのケースごとに分析した。①サンプル全体と60歳以上の男女（図表 20）、②男性のサンプル全体と60歳以上の男性（図表 21）、③女性のサンプル全体と60歳以上女性（図表 22）。60歳以上の男女の、サンプル全体との違いとして顕著な点は以下の通りである。

- ・ 「リラックスできている時間」は全般的に主観的健康感に影響しない
- ・ リタイア層では、主観的健康感に対する客観的健康感のネガティブな影響度が相対的に高いがそのネガティブな影響を上回るだけの自分時間充足要因がある
- ・ リタイア層の男性の場合には「バランスを取り戻す瞬間」「人や社会の役にたっていると思える瞬間」の主観的健康感への影響度が高い
- ・ リタイア層の女性の場合には、「前向きになれる瞬間」「達成感を得られる瞬間」の主観的健康感への影響度が高い

自分時間の充足感が得られる具体的な生活文脈の内容に関する検証は、今後の課題となるが、男性と女性では60歳以降で、自分時間の充足感が得られる生活時間が異なると推論できる。リタイアメント・プランニングで健康な状態の維持を計画に盛り込む際に、男性と女性で計画が異なる可能性がある。男性の場合には、生活の中で「人や社会の役にたっている」事が主観的健康感を高めることに有効である、女性の場合はさほど有効ではない。逆に、女性の場合には「前向きな気持ちになる時間」が有効だが、男性にとっては効果がないと考えられる。

<sup>14</sup> 病気への罹患は主観的健康感を低下させる要因であることの確認と、このマイナス要因に対して自分時間の充足感がどれだけ効果があるかを見るのが目的である。

図表 20 主観的健康感に対する感応度と回帰結果  
—サンプル全体と 60 歳以上男女の比較—



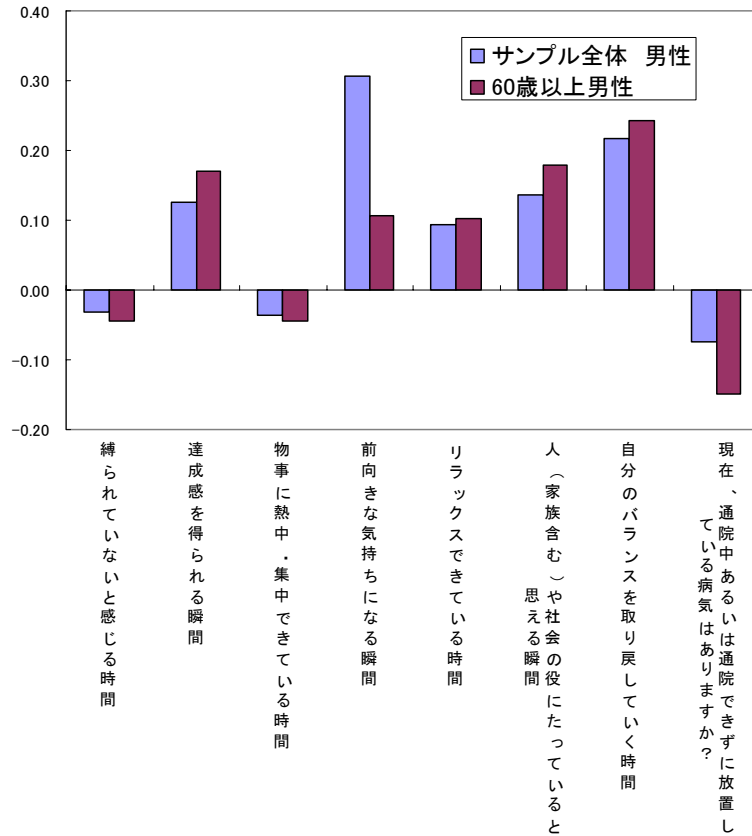
サンプル全体

		Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項		0.11096	4.03	<.0001	0		
自分時間の充足感	縛られていないと感じる時間	-0.00388	-0.13	0.8964	-0.00185	0.4465	0.4456
	達成感を得られる瞬間	0.25557	7.66	<.0001	0.12164		
	物事に熱中・集中できている時間	-0.1517	-4.78	<.0001	-0.0722		
	前向きな気持ちになる瞬間	0.68986	21.13	<.0001	0.32834		
	リラックスできている時間	0.16895	5.11	<.0001	0.08041		
	人(家族含む)や社会の役にたっていると思える瞬間	0.28761	10.99	<.0001	0.13689		
	自分のバランスを取り戻していく時間	0.43186	12.46	<.0001	0.20554		
客観的健康	現在、通院中あるいは通院できずに放置している病気はありますか?	-0.28875	-6.49	<.0001	-0.06685		

60歳以上 男性・女性

		Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項		0.34175	4.41	<.0001	0		
自分時間の充足感	縛られていないと感じる時間	-0.01685	-0.23	0.8146	-0.00746	0.3795	0.3747
	達成感を得られる瞬間	0.41554	5.51	<.0001	0.20501		
	物事に熱中・集中できている時間	-0.05007	-0.65	0.5178	-0.02391		
	前向きな気持ちになる瞬間	0.40263	5.11	<.0001	0.19275		
	リラックスできている時間	0.15224	1.99	0.0469	0.06844		
	人(家族含む)や社会の役にたっていると思える瞬間	0.26505	4.68	<.0001	0.13687		
	自分のバランスを取り戻していく時間	0.36557	4.45	<.0001	0.16769		
客観的健康	現在、通院中あるいは通院できずに放置している病気はありますか?	-0.47336	-5	<.0001	-0.12318		

図表 21 主観的健康感に対する感応度と回帰結果  
—サンプル全体 男性と 60 歳以上男性の比較—



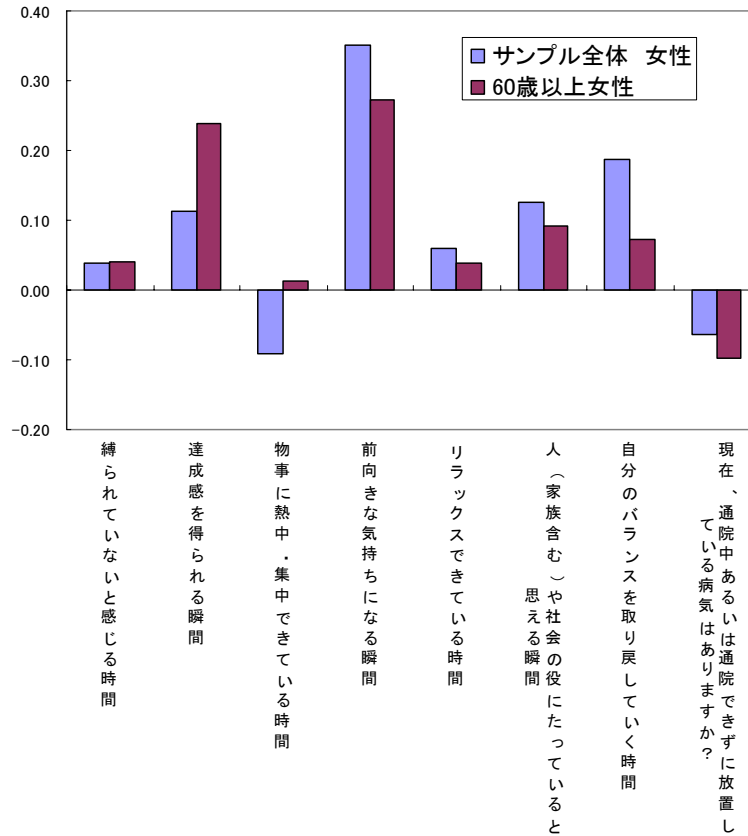
サンプル全体 男性

		Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項		-0.06996	-1.84	0.0656	0		
自分時間の充足感	縛られていないと感じる時間	-0.0635	-1.59	0.111	-0.03113	0.4672	0.4656
	達成感を得られる瞬間	0.25806	5.65	<.0001	0.12647		
	物事に熱中・集中できている時間	-0.07337	-1.67	0.095	-0.03592		
	前向きな気持ちになる瞬間	0.6279	14.02	<.0001	0.30639		
	リラックスできている時間	0.18851	4.23	<.0001	0.09282		
	人(家族含む)や社会の役にたっていると思える瞬間	0.2776	7.67	<.0001	0.13612		
客観的健康	自分のバランスを取り戻していく時間	0.443	9.36	<.0001	0.21731		
客観的健康	現在、通院中あるいは通院できずに放置している病気はありますか?	-0.31843	-5.16	<.0001	-0.07406		

60歳以上 男性

		Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項		0.38687	3.27	0.0011	0		
自分時間の充足感	縛られていないと感じる時間	-0.10161	-1.06	0.2912	-0.04462	0.3818	0.3721
	達成感を得られる瞬間	0.32988	3.23	0.0013	0.16996		
	物事に熱中・集中できている時間	-0.08795	-0.83	0.4087	-0.04364		
	前向きな気持ちになる瞬間	0.21632	2	0.0458	0.10734		
	リラックスできている時間	0.22702	2.21	0.0275	0.10262		
	人(家族含む)や社会の役にたっていると思える瞬間	0.30797	4.04	<.0001	0.1783		
客観的健康	自分のバランスを取り戻していく時間	0.48908	4.58	<.0001	0.24166		
客観的健康	現在、通院中あるいは通院できずに放置している病気はありますか?	-0.55739	-4.23	<.0001	-0.1492		

図表 22 主観的健康感に対する感応度と回帰結果  
—サンプル全体 女性と 60歳以上女性の比較—



サンプル全 女性

		Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項		0.29528	7.45	<.0001	0		
自分時間の充足感	縛られていないと感じる時間	0.08198	1.86	0.0625	0.03854	0.4247	0.4229
	達成感を得られる瞬間	0.24	4.98	<.0001	0.11267		
	物事に熱中・集中できている時間	-0.19409	-4.26	<.0001	-0.09136		
	前向きな気持ちになる瞬間	0.74576	15.81	<.0001	0.35165		
	リラックスできている時間	0.12574	2.59	0.0096	0.05871		
	人(家族含む)や社会の役にたっていると思える瞬間	0.26898	7.15	<.0001	0.12558		
	自分のバランスを取り戻していく時間	0.40054	7.99	<.0001	0.18757		
客観的健康	現在、通院中あるいは通院できずに放置している病気はありますか?	-0.26995	-4.26	<.0001	-0.06334		

60歳以上 女性

		Parameter Estimate	t値	Pr> t	Standardized Estimate	R-Square	Adj R-Sq
定数項		0.3358	3.22	0.0014	0		
自分時間の充足感	縛られていないと感じる時間	0.09447	0.87	0.3825	0.04103	0.4056	0.3965
	達成感を得られる瞬間	0.50461	4.59	<.0001	0.23833		
	物事に熱中・集中できている時間	0.02814	0.25	0.7999	0.01288		
	前向きな気持ちになる瞬間	0.58816	5.19	<.0001	0.27188		
	リラックスできている時間	0.08741	0.77	0.4436	0.03832		
	人(家族含む)や社会の役にたっていると思える瞬間	0.20261	2.38	0.0178	0.09185		
	自分のバランスを取り戻していく時間	0.17235	1.37	0.1725	0.07316		
客観的健康	現在、通院中あるいは通院できずに放置している病気はありますか?	-0.38681	-2.87	0.0042	-0.09779		

## 5. おわりに

リタイア層にとって、保健医療支出や健康維持のための支出は家計の負担要因である。その負担軽減方法としては、在院や外来などで病院に関わる原因となる生活習慣病を予防するためのスポーツの実施に加えて、自分がいい状態で過ごせる時間を充足させることによって主観的健康感を高めることが考えられる。リタイアメント・プランニングにおける個人の健康を考えるにあたって、主観的健康感を高めるような生活時間を持つことも行動計画も盛り込むことが必要である。ただし、具体的にどのような生活文脈で、そのような時間を持つことができるのかについては、今後の課題としたい。

### 参考文献

- 森 晃爾編著 産業衛生学 第47号臨時増刊号 第78回日本産業衛生学会講演集  
「自律的産業保健活動推進の課題と調査研究の取組み」  
「労働安全衛生マネジメントシステム導入理由に関する調査研究」  
「企業の社会的責任からみた労働安全衛生 1 東証1部上場企業 CSR 関連報告書の現状」  
「企業の社会的責任からみた労働安全衛生 2 CSR 関連報告書に記載された労働安全衛生対策の特徴 ～特にメンタルヘルスについて」  
日本産業衛生学会 2005年4月  
森 晃爾著「産業保健専門職・衛生管理者のための マネジメントシステムによる産業保健活動」 労働調査会 2003年5月  
森 晃爾 「労働者の自律性を高める健康増進プログラムの開発と効果の評価手法に関する研究」平成15年度 中央労働災害防止協会委託 労働安全衛生に関する調査研究報告書 2004年3月  
浦本 みほ 長井 聡里 森 晃爾 「個人の生活時間と健康感に関する研究（第1報）」  
中山 康雄「時間論の構築」 勁草書房 2003年1月  
三重 野卓「生活の質と共生」 白桃書房 2000年9月  
星 旦二編著「高齢者の健康特性とその維持要因」東京都立大学出版 2004年9月  
立石 隆英「特集 個人の健康感」年金レビュー2006年 春季特別号  
立石 隆英「個人のリスク選好に関する考察」年金レビュー2007年春季特別号  
内閣府 高齢社会白書 平成19年度