

表 2 (続き)

	年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
絶対指標 レンジ差	値	496.7	491.9	530.7	499.8	545.3	549.5	530.8
	1990年からの変化率	-2.8	-3.8	3.8	-2.2	6.7	7.5	3.9
	標準誤差	15.7	15.5	15.6	15.3	15.5	15.5	15.5
	95%信頼区間上限	527.4	522.3	561.2	529.7	575.7	579.8	561.2
	95%信頼区間下限	466.0	461.5	500.2	469.9	514.9	519.2	500.4
群間分散	値	32674	32084	35690	31678	37031	38439	36169
	1990年からの変化率	-7.5	-9.2	1.0	-10.3	4.8	8.8	2.4
	標準誤差	1830	1804	1967	1810	2034	2081	1955
	95%信頼区間上限	36260	35619	39544	35225	41018	42517	40000
	95%信頼区間下限	29088	28549	31835	28130	33045	34360	32337
絶対集中 指数	値	96.7	95.0	97.5	92.9	97.9	97.9	96.7
	1990年からの変化率	-0.2	-1.9	0.7	-4.0	1.1	1.1	-0.2
	標準誤差	2.6	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
	95%信頼区間上限	101.7	100.0	102.5	97.8	102.8	102.9	101.5
	95%信頼区間下限	91.6	90.1	92.5	88.0	92.9	93.0	91.8
格差勾配 指数	値	608.7	598.1	613.6	584.7	615.6	615.9	610.0
	1990年からの変化率	-1.1	-2.8	-0.3	-5.0	0.0	0.0	-0.9
	標準誤差	16.2	16.0	16.0	15.8	15.9	15.9	15.7
	95%信頼区間上限	640.3	629.5	644.9	615.6	646.7	647.0	640.8
	95%信頼区間下限	577.0	566.8	582.3	553.8	584.4	584.8	579.2
相対指標 レンジ比	値	3.9	3.8	4.1	3.9	4.3	4.3	4.2
	1990年からの変化率	22.1	20.1	30.0	20.8	34.0	34.8	32.5
	標準誤差	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2
	95%信頼区間上限	4.2	4.1	4.5	4.1	4.6	4.6	4.6
	95%信頼区間下限	3.6	3.6	3.9	3.6	4.0	4.0	3.9
Index of Disparity (IDisp)	値	154.4	146.3	147.6	135.3	145.0	142.1	148.2
	1990年からの変化率	24.3	17.8	18.9	9.0	16.8	14.4	19.3
	標準誤差	8.5	8.2	8.4	7.9	8.4	8.2	8.5
	95%信頼区間上限	171.1	162.4	164.1	150.7	161.4	158.2	164.9
	95%信頼区間下限	137.6	130.2	131.2	119.9	128.7	125.9	131.5
平均対数 偏差	値	0.128	0.126	0.138	0.125	0.143	0.149	0.150
	1990年からの変化率	29.0	27.3	39.8	26.3	44.4	50.1	51.0
	標準誤差	0.006	0.006	0.006	0.006	0.007	0.007	0.007
	95%信頼区間上限	0.140	0.138	0.151	0.137	0.156	0.162	0.163
	95%信頼区間下限	0.116	0.114	0.126	0.113	0.130	0.136	0.136
Theil指数	値	0.128	0.127	0.143	0.129	0.150	0.158	0.157
	1990年からの変化率	23.5	23.1	38.5	24.6	45.0	52.3	51.3
	標準誤差	0.006	0.006	0.006	0.006	0.007	0.007	0.007
	95%信頼区間上限	0.140	0.139	0.156	0.141	0.163	0.171	0.170
	95%信頼区間下限	0.116	0.116	0.131	0.117	0.137	0.144	0.143
相対集中 度指数	値	0.28	0.28	0.29	0.28	0.30	0.30	0.30
	1990年からの変化率	13.72	13.15	18.75	13.36	20.84	22.22	23.13
	標準誤差	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
	95%信頼区間上限	0.29	0.29	0.30	0.29	0.31	0.31	0.32
	95%信頼区間下限	0.27	0.27	0.28	0.27	0.28	0.29	0.29
格差相対 指数	値	1.76	1.75	1.84	1.75	1.87	1.89	1.91
	1990年からの変化率	12.6	12.0	17.6	12.2	19.5	20.9	22.2
	標準誤差	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
	95%信頼区間上限	1.84	1.83	1.92	1.83	1.95	1.97	1.99
	95%信頼区間下限	1.68	1.67	1.76	1.67	1.79	1.81	1.82
Kunst Mackenba ch 格差相 対指数 (KMI)	値	15.57	14.92	23.32	15.10	28.96	34.59	42.45
	1990年からの変化率	91.8	83.8	187.3	86.1	256.7	326.1	422.9
	標準誤差	2.77	2.57	6.11	2.68	9.32	13.25	20.10
	95%信頼区間上限	21.01	19.97	35.29	20.35	47.23	60.57	81.85
	95%信頼区間下限	10.14	9.88	11.35	9.86	10.69	8.61	3.05

表3 格差指標の特徴と評価

	特徴など	絶対 or 相対	順序	精度	計算方法の簡便さ	比較可能性	解釈の容易さ
分散・標準偏差	ばらつきの一時的指標。平均値の影響を受ける (今回未計算)	絶対	なし	○	○	△	×
変動係数	標準化した分散 (今回未計算)	相対	なし	○	○	○	×
格差指数	平均からのかい離の和	相対	なし	○	△	○	×
平均対数偏差	集団サイズで重みづけした格差指数・階層ランクの上下両端への感度が高い	相対	なし	○	△	○	×
群間分散	集団間の大きさの違いを加味した分散	絶対	なし	○	△	△	×
差 / 比	小さい集団がある場合は要注意	絶対/相対	あり	△	○	△ / ○	○
格差勾配指数 SII / 格差相対指数 RII	グループのサイズを考慮 (外れ値や小集団の影響をある程度縮小可)	絶対/相対	あり	○	△	△ / ○	○ / △
Kunst&Mackenbach-RII	最も社会階層の低い者と最も高い者との健康指標の値の比と解釈	相対	あり	○	△	○	○
集中度指数	階層順にしたジニ係数	絶対・相対	あり	○	×	△ / ○	×

高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ

研究分担者 藤原 佳典（東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加と地域保健研究チーム 研究部長）

研究要旨

高齢期においては積極的な社会参加活動が生活機能の維持に肝要であり、所得など社会的要因が健康に影響を及ぼすことから、就労支援が高齢者の社会参加促進策の有益な方法であると言える。高齢者の総合就労支援システムのモデルとして就業支援センターに着目し、求職高齢者の社会活動および生活状況と就労意識について検討することを目的として調査を実施した。その結果、就労支援機関利用者は独居率が高くいずれの団体にも所属していない者も半数を超えていた。主観的健康感は維持されている一方で、暮らし向きが悪いほどに年齢が若く、精神的健康度が低かった。今は比較的若く身体的健康度は維持されているものの、社会的孤立および閉じこもりのリスクが高いことが示唆された。求職理由は生活のためとの回答が多い一方で健康や生きがい、社会とのつながりを求める回答もあり、仕事選びにおいても収入面は重視されていなかった。仕事を選びには、能力や経験が活かせることが最も重視されており、収入よりも過去の経験等を活かしたい気持ちがある一方、こうした拘りが仕事探しに影響し、ひいては雇用のミスマッチにも影響していることも推察される。

A. 研究目的

我が国における地域高齢者の追跡研究から、生活機能の維持に関して「社会的役割」や「知的能動性」の低下が「手段的自立」障害の予知因子であることが報告されている^{1),2)}。高齢期においては積極的な社会参加活動が生活機能の維持に肝要であり、所得など社会的要因が健康に影響を及ぼすことから³⁾、就労支援が高齢者の社会参加促進策の有益な方法であると言える。我が国の高齢者雇用政策は、2006年の高年齢者雇用安定法の改正により65歳までの継続雇用などが進められてきた。そして2013年4月に施行される同法のさらなる改正

により65歳までの継続雇用がより強化される。一方、公的年金は同じく2013年に定額部分の支給開始が65歳に完全に引き上げられ、比例報酬部分についても段階的な引き上げが開始される。税と社会保障の一体改革が議論される中、年金制度の見直しを含め今後高齢者の生活がより厳しいものになることが予想されている。

高齢者の就労に関する研究では、個人差を弾力的に認める社会づくりを希望していること、60歳代後半層では生きがいのために働く者の割合が多いこと、運動能力や健康面と合わせた調査の必要性などが指摘されている⁴⁾。しかしながら、高齢者の就労支援に関する学

術的検討は社会的要請が高い一方で、研究実施の困難さから取り組みが遅れている。高齢期におけるライフスタイルが多様化する今日では、従来の社会的・経済的弱者対策としての高齢福祉施策だけでなく、生きがいのある就労を求める高齢者への支援は重要なテーマである。

また、今後の少子高齢化社会の進行を鑑みるに、就労については比較的若く健康度も高い高齢者の社会参加が望まれる。特に男性については就労等の有償労働が生きがいや生活満足度を高めることが示されており⁵⁾、女性と比較して社会的に孤立しやすい男性⁶⁾の社会参加の促進が期待される。高齢者の就労支援の場としては、生きがいづくりと地域社会への貢献を目的としたシルバー人材センターや、公共の職業斡旋と紹介を行うハローワークが挙げられるが、これらに分散されていた有償活動の紹介・斡旋を一元的にコーディネートする窓口として、東京都内には高齢者専用の就業支援センターが設置されている(資料1)。

そこで本研究では、高齢者の総合就労支援システムのモデルとして、公益財団法人東京しごと財団が支援する「アクティブシニア就業支援センター(以降;センター)」に着目したアクション・リサーチを実施する。

昨年度の研究では高齢者の社会参加促進策としてのセンターの可能性について検討した。センターの観察を5か月間行った結果、男性の利用率が高い一方で、就職率は女性の方が高かった。高齢者への就労支援事業が、女性と比して社会参加が劣る傾向にある男性に社会参加の機会を提供する手段となる可能性が示されるとともに、利用している男性が実際の就職には繋がり難いという課題が示された⁷⁾。

しかし、上述したように高齢者の就労支援に関する研究は取り組みが遅れており、求職高齢者の生活実態や健康との関連について明

らかではなく、求職活動と仕事への意識に関する調査も十分ではない。本研究では、就労支援機関利用者を対象とした調査を実施し、求職高齢者の社会活動および生活状況と健康面の関連、就労意識について検討する。

B. 研究方法

対象:東京都A区に開設された就労支援機関利用者を対象に、来所時にアンケート用紙を配布し郵送による回答を求めた。郵送には返信用封筒を使用し、アンケートへの回答は有償であった。回答者は104名(男性69名、女性35名、平均年齢62.6±8.0歳、54歳-71歳)であった。

調査内容:調査では、現在の就職活動状況(求職理由、仕事選びで重視する点、前職の離職理由)、社会活動・生活状況(世帯構成、団体への加入状況、暮らし向き、最終学歴)および健康状況(主観的健康感、WHO-5精神的健康状態表)を尋ねた。

解析:統計解析にはIBM SPSS Statistics 20およびjs-STAR 2012(release2.0.6j)を用いた。

C. 研究結果

返送されたアンケートについて集計を行い、5歳区切りの年齢階級と性別ごとの人数(表1)、最終学歴(表2)、団体への加入状況(表3)、世帯構成(独居率)(表4)、暮らし向き(表5)、前職の離職理由(表6)、求職理由(表7)、仕事さがしで重視する点(表8)、主観的健康感(表9)について分布を求めた。単一回答の項目については χ^2 検定により分布の偏りを検討した。また、2項目の比較においては正確二

項検定により比較した。

次いで、年齢と暮らし向き、主観的健康感、WHO-5（精神的健康状態表）の相関関係について表10に示した。

表1. 性別ごとの年齢分布

	男性		女性		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
50-54歳	1	1.4%	2	5.7%	3	2.9%
55-59歳	20	29.0%	4	11.4%	24	23.1%
60-64歳	24	34.8%	13	37.1%	37	35.6%
65-69歳	16	23.2%	12	34.3%	28	26.9%
70-74歳	6	8.7%	4	11.4%	10	9.6%
75-79歳	2	2.9%	0	0.0%	2	1.9%
合計	69	100.0%	35	100.0%	104	100.0%

対象者の年齢階級の分布について性別ごとに χ^2 検定を行ったところ、男性 ($\chi^2(5)=41.687$, $p<.01$)、女性 ($\chi^2(5)=24.824$, $p<.01$) ともに有意であり人数に偏りがみられた。残差分析の結果では男性において60-64歳を頂点として50-54歳・70-74歳・75-79歳よりも人数が多く、次いで55-59歳、65-69歳は50-54歳・75-79歳よりも人数が多かった。一方、このような年齢階級間での差は女性では見られなかった。センター利用者は男性と女性で分布が

表2. 最終学歴の分布

	人数	(%)
中学校	22	21.2%
高等学校	52	50.0%
短期大学・専門学校	10	9.6%
大学	18	17.3%
その他	2	1.9%
合計	104	100%

異なることが示された。

また、対象者の性別の人数について正確二項検定を行ったところ、男性69名(66.3%)、女性35名であり、男性の方が有意に多かった($p<.01$)。

対象者の最終学歴の分布について χ^2 検定を行ったところ、有意な人数の偏りがみられた($\chi^2(4)=69.846$, $p<.01$)。残差分析の結果、最終学歴を高等学校と回答するものがいずれの回答よりも多かった。この偏りは、A区内で実施された一般高齢者向け調査の回答を期待比率として調整した期待比率不等の χ^2 検定においてもみられ、センター利用者は高等学校卒業者が有意に多いことが示された。

表3. 団体への加入状況[#]

	人数	%	有効%
町内会・自治会	21	20.2%	21.2%
老人会・老人クラブ	3	2.9%	3.0%
趣味関係のグループ	10	9.6%	10.1%
スポーツ関係のグループやクラブ	13	12.5%	13.1%
ボランティアのグループ	6	5.8%	6.1%
政治関係の団体や会	2	1.9%	2.0%
業界団体・同業者団体	0	0.0%	0.0%
宗教関係の団体や会	5	4.8%	5.1%
その他のグループや団体	3	2.9%	3.0%
いずれの団体にも入っていない	56	53.8%	56.6%

[#]5名の欠損により99名で集計

対象者の団体への加入状況について、10肢から複数選択にて回答を求めたところ、「いずれの団体にも入っていない」との回答が53.8%と半数を超えていた。

表4. センター利用者の独居率[#]

	非独居		独居	
	人数	%	人数	%
男性	47	69.1%	21	30.9%
女性	22	62.9%	13	37.1%
合計	69	67.0%	34	33.0%

[#]1名の欠損により103名で集計

対象者の世帯構成について、独居か否かに着目し集計したところ、男女ともに独居率が30%を超えていた。

表5. 暮らし向きの分布[#]

	人数	%	有効%
非常にゆとりがある	2	1.9%	2.0%
ややゆとりがある	9	8.7%	8.9%
どちらともいえない	31	29.8%	30.7%
やや苦勞している	35	33.7%	34.7%
非常に苦勞している	24	23.1%	23.8%

[#]3名の欠損により101名で集計

対象者の暮らし向きの分布について χ^2 検定を行ったところ、有意な人数の偏りがみられた($\chi^2(4)=39.941$, $p<.01$)。残差分析の結果、「非常に苦勞している」、「やや苦勞している」、「どちらともいえない」との回答が「非常にゆとりがある」、「ややゆとりがある」との回答よりも多かった。

対象者の前職の離職理由について表6に示す9肢から回答を求めたところ、71.2%の対象者から回答が得られた。「前職なし」を含む28.8%を欠損値として扱った。回答では「定年または雇用契約の終了」が最も高かったものの、ポジティブな離職理由は限られている一方、望まないネガティブな離職は多岐に渡っ

表6. 前職の離職理由

	人数	%	有効%
会社倒産・事業所閉鎖のため	8	7.7	10.8
人員整理・勸奨退職のため	10	9.6	13.5
事業不振や先行き不安のため	6	5.8	8.1
定年または雇用契約の満了	28	26.9	37.8
より良い条件の仕事を探すため	4	3.8	5.4
介護・看病のため	5	4.8	6.8
家事・通学のため	1	1.0	1.4
自身の健康上の理由	3	2.9	4.1
その他	9	8.7	12.2
合計	74	71.2	100.0

ていた。そこで「定年または雇用契約の満了」と「より良い条件の仕事を探すため」をポジティブな離職とし、「会社倒産・事業所閉鎖のため」、「人員整理・勸奨退職のため」、「事業不振や先行き不安のため」、「介護・看病のため」、「自身の健康上の理由」をネガティブな離職として再集計を行った。その結果、ポジティブな離職は30.7%（有効43.2%）であり、ネガティブな離職は30.8%（有効44.6%）であった。センター利用者の半数は望まない失業により求職活動を行っていることが示された。

対象者の求職理由について表7に示す9肢から複数選択にて回答を求めたところ、「生活のため」とする回答が80.8%であり突出していた。次いで、「健康のため」、「生きがいを得たい」、「社会貢献・社会とのつながり」との回答が続いた。

対象者の仕事選びで重視する点について χ^2 検定を行ったところ、有意な人数の偏りがみられた($\chi^2(4)=14.600$, $p<.01$)。残差分析の結

表7. 求職理由

	%
生活のため	80.8
借金の返済のため	7.7
小遣い程度の収入が欲しい	16.3
健康のため	41.3
生きがいを得たい	34.6
社会貢献・社会とのつながり	27.9
時間に余裕があるから	13.5
家族などの勧め	3.8
その他	7.7

表8. 仕事選びで重視する点[#]

	人数	% 有効%
収入の多さ	12	11.5% 12.0%
通勤の便利さ	19	18.3% 19.0%
職場の雰囲気	13	12.5% 13.0%
自分の能力や経験が活かせるか	33	31.7% 33.0%
勤務日数・時間	23	22.1% 23.0%

[#]4名の欠損により100名で集計

果、「自分の能力や経験が活かせるか」との回答が「収入の多さ」との回答よりも多かった。

対象者の主観的健康感について χ^2 検定を行ったところ、有意な人数の偏りがみられた($\chi^2(4)=162.538, p<.01$)。残差分析の結果、「まあ健康な方だ」との回答がいずれの回答よりも多かった。次いで「とても健康だ」との回答が多く、「どちらともいえない」、「あまり健康でない」、「健康でない」との回答

表9. 対象者の主観的健康感の分布

	人数	%
とても健康だ	24	23.1%
まあ健康な方だ	70	67.3%
どちらともいえない	8	7.7%
あまり健康でない	2	1.9%
健康でない	0	0.0%

表10. 年齢・暮らし向き・主観的健康感・WHO-5（精神的健康状態表）の相関関係

	年齢	暮らし向き	主観的健康感
年齢			
暮らし向き	-0.216 *		
主観的健康感	0.040	0.070	
WHO-5 (精神的健康状態表)	-0.174	0.366 **	0.163

*; $p<.05$, **; $p<.01$

よりも多かった。

年齢と暮らし向き、主観的健康感、WHO-5（精神的健康状態表）の相関関係について表10に示した。暮らし向きと年齢の間に有意な負の相関関係がみられ($r=-.216, p<.05$)、暮らし向きが苦勞しているほどに年齢が若い事が示された。また、暮らし向きはWHO-5とも関連がみられ($r=-.366, p<.01$)、暮らし向きが苦勞しているほどにWHO-5の得点が低く精神的健康度が低いことが示された。

D. 考察

本研究では、求職高齢者の社会活動および生活状況と健康面の関連、求職活動と就労意

識について検討することを目的として、就労支援機関利用者を対象とした有償アンケートを実施した。

これまでの研究においてみられる就労支援機関利用者の分布と同様に、本研究の対象者においても男性よりも女性が多かった。センターの特徴を反映し利用者の年齢は比較的若く、55歳から64歳までの向高齢者が多くみられた。独居率については、平成24年版高齢者白書において65歳以上の全国平均が男性11.1%、女性20.3%と報告されており、それと比してセンター利用者は独居率が高かった。本研究の対象者は55歳以上だが、年齢の相違を加味してもセンター利用者は独居率が高いと考えられる。最終学歴も比較的低く、いずれの団体にも所属していないものも半数を超えることから、センター利用者は社会的孤立のリスクを抱えている事が伺える。

また、年齢が若く主観的健康感も維持されている一方で、年齢が若いほどに暮らし向きが苦勞していた。暮らし向きは精神的健康度とも関連しており、暮らし向きに苦勞しているほど精神的健康度が低かった。今は比較的若く身体的な健康度は維持されているものの、いずれ閉じこもりへと繋がるリスクも抱えていることが示唆される。

センター利用者は社会的孤立および閉じこもりのリスクが高いと考えられることから、就労支援機関の活用がこれらのリスクの予防に寄与する可能性があるとも考えられる。

前職の離職理由については半数が望まないネガティブな離職であったことから、比較的若い層を対象とした就労支援機関においては、いわゆる生きがい就労ではなく、必要に迫られ求職していると考えられる。このことは仕事を探している理由として生活のためとする回答が多いことから伺える。一方で健康や生きがい、社会とのつながりを求める回答も

あり、仕事選びにおいても収入面は重視されていないことが伺える。センター利用者は暮らし向きが悪い中でも就労には収入だけを求めているわけではないことが伺える。仕事を選ぶ際には、能力や経験が活かせることが重要であるという回答が最も多く、収入よりも過去の経験等を活かしたい気持ちがある一方、こうした拘りが仕事探しに影響し、強いては雇用のミスマッチにも影響していることも推察される。

E. 結論

求職高齢者の生活状況や就労意識の実態を調査した。その結果、就労支援機関利用者は独居率が高く、いずれの団体にも所属していない者も半数を超えていた。主観的健康感は維持されている一方で、暮らし向きが悪いほどに年齢が若く、精神的健康度が低かった。今は比較的若く身体的健康度は維持されているものの、社会的孤立および閉じこもりのリスクが高いことが示唆された。仕事を探している理由は生活のためとの回答が多い一方で健康や生きがい、社会とのつながりを求める回答もあり、仕事選びにおいても収入面は重視されていないことが示唆された。仕事を選ぶ際には、能力や経験が活かせることが重要であるという回答が最も多く、収入よりも過去の経験等を活かしたい気持ちがある一方、こうした拘りが仕事探しに影響し、ひいては雇用のミスマッチにも影響していることも推察される。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし。

2. 学会発表

1) 藤原佳典, 鈴木宏幸, 倉岡正高, 深谷太郎,

野中久美子, 小林江里香. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴: 機関の概要と利用成績の傾向. 第72回日本公衆衛生学会総会, 三重, 2013. 10. 23-25.

2) 鈴木宏幸, 倉岡正高, 深谷太郎, 小林江里香, 藤原佳典. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴: 社会活動・生活状況と健康の側面. 第72回日本公衆衛生学会総会, 三重, 2013. 10. 23-25.

3) 倉岡正高, 鈴木宏幸, 深谷太郎, 小林江里香, 藤原佳典. 都市部における高齢者就労支援機関利用者の特徴: 高齢者の就労意識. 第72回日本公衆衛生学会総会, 三重, 2013. 10. 23-25.

4) Masataka Kuraoka, Hiroyuki Suzuki, Erika Kobayashi, Taro Fukaya, Yoshinori Fujiwara. Employment Issues among Japanese Seniors: A Longitudinal Study on a Public Employment Support Center. Gerontological Society of America 66th Annual Scientific meeting, New Orleans, USA. 2013.11.20-24.

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
該当なし。

2. 実用新案登録
該当なし。

3. その他
該当なし。

H. 引用文献

1) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Ishizaki T, Haga H, Watanabe

S, Shibata H. Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. Arch Gerontol Geriatr, 36: 141-153, 2003.

2) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Ishizaki T, Watanabe S, Haga H, Shibata H. Changes in TMIG-index of competence by subscale in Japanese urban and rural community older populations: six years prospective study. Geriatrics & Gerontology International, 3: 63-68, 2003.

3) 近藤克則. 健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか, 医学書院, 2005

4) 労働政策研究・研修機構. 高年齢者の継続雇用等、就業実態に関する調査, JILPT 調査シリーズ, 94, 2012

5) 杉原陽子. 高齢者の社会的貢献の実態、精神面への効果、および関連要因の検討. 東京都老人総合研究所短期プロジェクト研究報告書「後期高齢期における健康・家族・経済のダイナミクス」, 2002

6) 平井寛, 近藤克則, 市田行信, 末盛慶. 「健康の不平等」研究: 高齢者の閉じこもり. 公衆衛生, 69 (6), 485-489, 2005

7) 鈴木宏幸, 倉岡正高, 深谷太郎, 小林江里香, 野中久美子, 村山陽, 藤原佳典. 高齢者の社会参加促進策としての就労支援事業の可能性: アクティブシニア就業支援センターの観察に基づく予備的検討. 第7回日本応用老年学会大会, 2012

[研究協力者]

鈴木宏幸, 倉岡正高, 南潮, 深谷太郎, 小林江里香 (東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム)

アクティブシニア就労支援事業 (東京しごと財団)

東京しごと財団発信
高齢者向け求人情報
+
事業所の独自開拓
求人情報



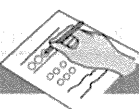
個別面接

情報閲覧

情報端末

求職者

- ・履歴書の書き方講習
- ・技能習得のための講習
- ・模擬面接の実施



1 登録



2 相談・求人閲覧



3 紹介



4 面接

採用

求人者

- ・雇用関係給付金(助成金)の取扱い
- ・合同就職面接会の開催



1 求人申込
・登録



2 求人情報公開



3 紹介



4 面接

※アクティブシニア就労支援事業のリーフレットを一部改編

健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

研究分担者 近藤 克則（日本福祉大学 社会福祉学部 教授）

研究協力者 宮國 康弘（日本福祉大学 医療・福祉マネジメント研究科修士課程）

研究代表者 尾島 俊之（浜松医科大学 健康社会医学講座 教授）

研究要旨

日本においても健康の社会的決定要因(SDH)が注目されるようになった。SDHの主要文献を選定し、それを翻訳して日本語で容易に読めるようすることでSDHに関する知識や論考、動向を、日本社会に紹介することを目的とした。SDHに関する主要文献を、研究班メンバーの議論（メールを含む）により選定し翻訳した。Equity, Social Determinants and Public Health Programmes の Chapter1 Introduction and methods of work および Chapter14 Synergy for equity を翻訳した。また、Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-beingの仮訳について、併せて情報発信を行った。SDHが日本においても注目されている中で、本研究の成果物が活用されることが期待される。

A. 研究目的

国際的には2000年ごろから、健康の社会的決定要因（以下SDH）が注目されてきている。WHOは2008年に「Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health 2008」を出版した。それ以降2009年にはWHO総会決議、2011年には国際会議開催と動きが出てきた。

一方、日本においても、SDHは注目されるようになり、健康日本21（第2次）においても、SDHの重要性が指摘され、「健康格差の縮小」が目標に明示されるようになった。

このように世界的にも、そして日本においてもSDH対策を推進し、社会環境の質を向上させて、健康増進に取り組もうとする動きは大きくなりつつある。

しかし、世界的にはSDH研究が進み有用な知見が多数あり、それに関する論考や政策文書が多数あるにもかかわらず、英語で書かれているために、日本では、それらを読んだ者が少ない状況である。

そこで、本研究では、SDHに関する文献を翻訳し、広く日本でSDHの知見や論考、政策文書が共有される日本語資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

SDHに関する主要文献を、研究班メンバーの議論（メールを含む）により選定し翻訳し、WHO神戸センターの協力を受け監訳をいただいていた。

C. 研究結果

以下の文献を翻訳した（表1）。詳細は、

別添資料（翻訳版）参照。

D. 考察

SDHが日本においても注目されている中で、本研究（日本語化）は、世界の英知を日本でも多くの人によって共有でき、健康日本21（第2次）や、介護予防の推進の重要な基礎資料となることが期待される。

E. 結論

本研究では、現在世界的にも、日本においても注目されている SDH に関する文献や世界的知見の日本での共有を目的とし、翻訳した。国際的な主要文献について、共有のための基礎資料を作成することができた。

「公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム（第1章、第14章）」については、狩野恵美さん（WHO 神戸センター）に監訳を担当していただきました。「健康 2020：健康

と幸福な暮らしのため 政府と社会全体がとるべき行動を支援するヨーロッパ政策枠組」は、佐藤ゆきさんに翻訳をご協力いただきました。記して感謝いたします。

F. 研究発表

1. 論文発表

翻訳版をwebsite等で公開した

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

該当なし

表1 翻訳したSDHに関する文献と出典URL

<p>Appendix I. 第1章 序論および作業方法 公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム Chapter1 Introduction and methods of work. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf</p>
<p>Appendix II. 第14章 公平性に向けた相乗効果 公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム Chapter14 Synergy for equity. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf</p>
<p>Appendix III. 健康 2020:健康と幸福な暮らしのため 政府と社会全体がとるべき行動を支援するヨーロッパ政策枠組 Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf</p>

Appendix I.

公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム

Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup

第 1 章

序論および作業方法



Nihon Fukushi University

WHO が 2010 年に『Equity, Social Determinants and Public Health Programmes』として出版。

© World Health Organization 2010

世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

『公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム』

Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup 編

Japanese version © 日本福祉大学 2013

- 1.1 はじめに
 - 1.2 鍵となる用語と概念
 - 1.3 分析の枠組み
 - 1.4 行動可能な課題に向かって
 - 1.5 プロセス：組織の学習
 - 1.6 全てをひとつに
- 参考文献

図

図 1 優先すべき公衆衛生状態についての分析枠組み

表

表 1 保健医療介入による効果的で公平なアウトカムを達成する際に障害となるうるものを考察するための2つの相補的な枠組み

1.1 はじめに

本巻に示す作業を進めるにあたり、健康の公平性の向上を達成することは、それ自体が一つの目標であり、また、さまざまな具体的グローバル保健目標、開発目標を達成することは、人々に対する公平な分配を同時に確保しないとその価値が制限されるという確信があった。公平性と健康の社会的決定要因についての文献の多くは、高所得国のデータ、かつ、起こりうる因果関係に焦点を絞ったデータに基づいている。高所得国でさえ、増大している健康の不公平性を阻止、あるいは既存の不公平性を軽減するための介入と実施アプローチの経験をまとめた資料は少ない。

この不足への対応として、世界保健機関(WHO)は、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワーク(Priority Public Health Conditions Knowledge Network)を形成し、その目的は、健康の不公平性の社会的決定要因とその状況に対処するための適切な介入を特定することにより、何が公衆衛生の介入に相当するかについての議論を深めることである。ネットワークの作業は実践に焦点を当て、まず出発点としての知識ベースを構築し、その後、素早く、実用的に、対策の道筋と選択肢の探索に移行した。エビデンスの科学的評価がネットワークの作業における主要な役割を担っていた一方、主たる目的は既知である領域を拡張し、そして責任を持てる組織的な方法で、公衆衛生プログラムによる取り組みの新しい経路を提案することにより、未知の領域に進むことであった。健康の不公平への効果的な対処には、一連の新しい介入だけでなく、公衆衛生プログラム(場合により WHO)が組織され、運営される方法の改良や、何が公衆衛生の介入に相当するかを再定義を含む。

マラリア、肺結核、性感染症など、公衆衛生の昔からの問題が残存する一方で、新しい課題が現れてきている。古くからの問題の多くは、我々が手元にあるツールを効果的に適用しなかったために存続している。そして、そのツールの中には途中で、例えば薬剤耐性が生じたために、破棄されたものもある。失敗のもう1つの理由は、保健統計の平均値の表面下にある不公平を我々が十分に認識せず、適切に対処してこなかったことである。これはつまり、全体的には進捗があったとしても、特定の人口集団のかなり大きな部分、あるいは世界の特定の地域を丸ごと、置き去りにしていたということである。

我々が直面している新しい公衆衛生の課題は、それが感染性疾患、母体や周産期保健、栄養、あるいは非感染性疾患や外傷にかかわる領域であっても、その全てではないにしろ、そのほとんどは、我々がいかに社会を組織し、いかに生活を送るかに直接的に関係するものであり、また、人口集団間および人口集団内の不公平が際立つ。不公平は新しい公衆衛生の課題の出現に油を注ぐと同時に、それらから発生するものでもある。

保健省庁、医療制度や、保健プログラムの多くは、従来の保健医療領域内のヘルスケアサービスに相当する、個人の偶発的ニーズや要求に応じて下流で介入を提供することに、未だに一番の関心をもっている。これらは重要なことであり、どの社会でも提供される必要がある。しかしながら、このような介入を提供する

ことは、新たに出現したり、繰り返し発生する、新旧の公衆衛生問題への効果的な対応ではない。もし古い課題と新しい課題の両方を扱い、保健関連のミレニアム開発目標といったグローバル目標を達成しようとするならば、特に健康の公平性の視点から見れば、我々は従来の保健介入をはるかに越えて、上流にある健康の決定要因に対処しなければならないという認識が、公衆衛生コミュニティにおいて広まりつつある。

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、健康の社会的決定要因に関する委員会(Commission on Social Determinants of Health; 以下委員会)により、9つの研究情報ネットワークの1つとして設立された。この委員会は2005年にWHOが創設したもので、健康の公平性を促進するために何ができるか、また健康の公平性を確立するためのグローバルな動きを助長するために何ができるかについて、エビデンスを整理し、勧告することを目的とした(1)。ネットワークは少なくとも2つの独特の方法で委員会の作業に貢献すると当初から期待されていた。その一つは、保健状態の視点であり、それは他の研究情報ネットワークが追求する社会的決定要因の論点とは異なった。そしてもう一つは、プログラムの視点であり、これはさまざまな形態の公衆衛生プログラムが、実践の場で主要な役割を果たすという認識にもとづく。この作業には、WHOをベースとする多くの公衆衛生プログラムが参加し、その結果として、個々の12の章と、本巻の最後にそれらを統合した章を記した。そこには、最終的に導かれた提案に普遍的な価値を持たせるのに十分な数のプログラムがかかわったといえる。

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの存続中には、公衆衛生プログラムの今後に直接的に関連する、あるいはそれに影響する、次のいくつかの出来事があった。

- ・ 健康の社会的決定要因に関する委員会が作業を完了し、健康の不公平性の規模、その社会的要因、そしてそれらに対する取り組みの方向性の提案をまとめた最終報告書を発表した(1)。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、委員会のネットワークの1つとして、エビデンスの生成と取り組みの提案を作成する支援をし、また委員会と他の研究情報ネットワークの成果からインスピレーションを得た。
- ・ 2008年に発表された世界保健報告では、プライマリーヘルスケアを再生する際、健康の公平性を中心的な価値観として位置づけ、優先すべき公衆衛生プログラムを、公平性に関連する原則やアプローチと合致させるよう求めた(2)。
- ・ 2008年中に進んだ世界的な金融危機と景気後退は、最初に高所得国にインパクトを与え、その後に低中所得国に広がった。それまでの30年間、多くの国で社会サービスと保健サービスの提供を国家が直接的に提供、融資する役割を徐々に減らし、市場の需要供給メカニズムに対する依存を増してきたことを受けて、この景気後退は、健康と健康の公平性にさらなる挑戦を確実にもたらさざらう。保護貿易主義が現れて職が失われるにつれ、最も脆弱な人々はヘルスケアサービスへのアクセスだけでなく、社会的疎外、教育、住居と全般的な生活状態、食料の質、暴力、アルコールといった、他の健康の決定要因に関しても、さらに脆弱になる。

2009年5月、世界保健総会は国際社会に呼び掛け、WHO加盟国に対しても、「一世代のうちに格差をなくす(closing the gap in a generation)」ための主要原則について政治的コミットメントを表明することによって、国内および国家間にある健康の不公平に取り組むよう強く求めた。そして、健康と健康の不公平の社会的決定要因と社会的格差に対処するために、各国の状況に合わせた手法とエビデンスを新しく生成するか、既存のものを利用する必要性を強調した。総会はWHO事務局長に対して、WHOの全ての業務領域、特に優先すべき公衆衛生プログラムおよび効果的な政策と介入についての研究において、1つの目的として、健康の不公平を軽減するために健康の社会的決定要因への対処を促進するよう求めた(3)。

健康の公平性を改善するための変化を起こす媒体として、この優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークが最も直接的に影響を与えられるのは、プログラム自体であると思われた。それゆえ、焦点はプログラムができることに絞られ、他のものがすべきことにはそれほど重点を置かなかった。つまり、次の4つに分類される問題に取り組むこととなった。

- ・ 個々の公衆衛生プログラムは何ができるか。
- ・ 公衆衛生プログラムが共同で何ができるか。
- ・ 公衆衛生プログラムは他部門の取り組みに比べて何ができるか。
- ・ プログラムの実践方法を変える必要があるとすればそれは何か。

これらの疑問が意味する重要な点は、社会的決定要因への対処には部門間連携による行動が求められるが、他の部門にそれぞれの役割を果たすよう要求する以前に、保健部門内で果たすべき重要なプログラム任務が存在するという点である。作業の方法とプロセスの選択は、このことを考慮した。

1.2 鍵となる用語と概念

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、社会的決定要因について、全体論的で価値主導の健康の社会的決定要因に関する委員会の見方を共有した。すなわち、日常生活の構造的な決定要因と状態は、健康の社会的決定要因に相当し、健康の不公平を説明するうえで極めて重要であるという見方である。より具体的には、これらの決定要因と状態に含まれるのは、権力、所得、物品、サービスのグローバルな分配と国内の分配、並びに、ヘルスケア、学校、教育へのアクセスといった即座の目に見える人々の生活状況、就労と余暇の条件、家庭、コミュニティ、農村あるいは都市の環境状態、そして人々がいきいきとした生活を送れる機会の有無の程度である(1)。加えて、これらの構造的な決定要因はサービスの提供のされ方と受け方に影響し、それによってヘルスケアのアウトカムと帰結が形成される。

健康の公平性は道徳上の見解であり、また論理的に引き出される原則である。そして、その表面下にある価値について、政治的擁護派と反対派の両方がいる。委員会は、「健康上の体系的な差異が合理

的な行動により回避できると判断されるとき、それはまさに不公平である。我々が健康の不公平と称するのは、このことである。」という定義において、公平性という価値観の根拠を明らかに認めている(1)。健康の公平性への見解に対する反発は予想されるものの、ほとんどの人と社会は、その哲学的あるいはイデオロギーのスタンスに関係なく、受容できる不公平の度合いに限界があることに留意することが重要である。こうした限界は、時間とともに、また状況により変化しうる(4)。そのため、公共政策に関する討論において公平性への見解を支持するには、健康の不公平の程度をしっかりと記録し、それらに対しては妥当な介入が存在するために回避可能であると実証することが極めて重要である。

不公平性を説明するのに、主たる3つの尺度が一般的に用いられる。ひとつは、人口集団中の小集団間、あるいは異なる社会間の差異に示される健康の相対的不利である。ふたつめは、社会の中で最も状態が悪い人々とそれ以外の人々との間に生じる健康格差である。そして三つめは、人口集団の全体にわたる連続した差異として明らかになる健康の勾配である(5)。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークでは、これら3つの尺度の全てを、状況とデータの有無に応じて使用した。しかし、公平性は、統計的に処理して表やグラフに表せる数字上の話だけでないのは明らかである。それは人々が持つ価値観や人生に何を望むかに関することである。「極端な収入の困窮状態にだけ焦点を絞るのではなく、富んだ国も貧しい国も同じく、不利な状態にある人々が望む機会、権限付与、安全と尊厳に焦点を置く」必要性がある(6)。

社会的因子と健康の一般的関係については十分に裏づけされている一方で、その関係は因果の観点では正確に理解されていない。健康の不公平性の軽減に必要とされる政策についても、既知のデータからは容易に演繹され得ない。これらの不確かさや、解釈における理論的な差異があるために、政策決定者と実践者があらゆる社会的決定要因に幅広く対応することをサポートできるような、国際的な手引きはほとんどない(5)。従って、本研究情報ネットワークでは、実践のための指針を得る方法として、エビデンス・ベースを築く際に重要となる一連の原則、つまり、公平性の価値に対するコミットメント、(健康の)勾配と格差の特定と対処、原因・決定要因・アウトカムの重視、社会的な構造と力学の理解(5)に着目した。

プライオリティー(優先)という用語は、使う人と背景により意味が異なる。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、公衆衛生状態のランキングを決めることではなかったが、実際、優先的に注目するに値する公衆衛生状態を特定する際に、次の4つの主要基準を適用したことが役立った。

- ・ 総体的に大きな疾病負荷を表すこと
- ・ 人口集団間および人口集団内で、大きな差が見られること
- ・ 特定の人口集団、または人口集団内の特定のグループに偏って影響が見られること
- ・ 新たに出現している、あるいは流行している傾向であること