

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

中年期からの孤立・困窮予防プログラム
の実装化に向けた研究

令和5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小林 江里香

令和6（2024）年 5月

目次

I 総括研究報告

- 中年期からの孤立・困窮予防プログラムの実装化に向けた研究…………… 1
小林 江里香

II 課題別報告（兼 分担研究報告）

課題1：単身者の孤立・困窮予防のための啓発プログラムの開発

- 1章 中年者のための「ライフスタイルチェックリスト」の開発…………… 8
小林 江里香
（資料1）チェックリスト作成委員会メンバー
（資料2）専門家ヒアリングの協力者
（資料3）「ライフスタイルチェックリスト」質問項目一覧
- 2章 単身者の孤立・困窮予防のための参加型プログラムの開発…………… 50
村山 陽

課題2：中高年者への効果的な情報提供のあり方の検討

- 3章 単身中高年者の問題類型別にみた情報・相談機関へのアクセス…………… 56
小林 江里香
- 4章 単身中高年者の馴染みの場とその機能…………… 65
山崎 幸子

課題3：孤立・困窮対策における公的相談機関の役割の明確化

- 5章 孤独・孤立予防における公的相談機関の役割…………… 74
長谷部 雅美・村山 陽
（資料）調査項目

III 研究成果の刊行に関する一覧表…………… 95

該当文献なし

中年期からの孤立・困窮予防プログラムの 実装化に向けた研究

研究代表者 小林 江里香

（東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム）

要約

中年期からの孤立・困窮予防プログラムの実装化に向け、1) 単身者の孤立・困窮予防のための啓発プログラムの開発、2) 中高年者の効果的な情報提供のあり方の検討、3) 孤立・困窮対策における公的相談機関の役割の明確化、の3つの課題に取り組む。2023年度は、1) について、独居あるいは将来独居となる可能性のある40～60代を対象とした「ライフスタイルチェックリスト」の作成を進め、5領域・22個のチェック項目を選定した。また、高リスク者向けの参加型プログラムの開発を進めた。2) は、単身中高年者の郵送調査データの解析から、健康・経済・社会関係の問題保有状況による類型別に情報入手等の特徴を明らかにした。また、Web調査・面接調査に基づき、馴染みの場（居場所）のタイプや機能を明らかにし、これらの場を活用した情報提供の有効性を検討した。3) は、孤立・困窮の当事者、あるいはその契機となる失業・離職の当事者が利用する機関として、生活困窮者自立相談支援機関および就労支援機関（ハローワーク等）を対象とする調査を実施した。全国796機関のデータを分析し、孤独・孤立に関する支援の現状と課題について検討した。

研究分担者

- 村山陽（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター・社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究員）
- 山崎幸子（文京学院大学・人間学部心理学科・教授）
- 長谷部雅美（聖学院大学・心理福祉学部心理福祉学科・准教授）

A. 研究目的

単身世帯の高齢者は人口・割合とも増加を続けているが、未婚率の上昇により男性や未婚の単身高齢者、また近親者のいない

単身高齢者が今後急速に増加すると推計されている（国立社会保障・人口問題研究所, 2024）。現在でも生活保護受給世帯の約半数は高齢者単身世帯であるが（厚生労働省, 2024）、今後「就職氷河期世代」が高齢期を迎えることで、経済的に困窮した高齢者のさらなる増加が懸念される。単身男性や経済的困窮者は社会的孤立のリスクが高いことから（斉藤, 2018）、これらの社会経済的变化は、孤立高齢者を増加させる可能性がある。

したがって、高齢期に孤立や困窮に陥る

人を減らすための早期の対策が不可欠であるが、就労世代の中年者を対象に含む予防プログラムは乏しい。そこで本研究では、中年期からの孤立・困窮予防プログラムの実装化に向けた次の3つの課題に取り組む。

第1の課題は、単身者の孤立・困窮予防のための啓発プログラムの開発、具体的には、ライフスタイルチェックリストと参加型プログラムである。これまでの研究では、生活困窮に陥った高齢男性は、ライフコース上で深刻な生活問題に直面しても「将来を考えていなかった」点が共通しており(Murayama et al., 2021)、単身中高年者調査では、経済状態の悪さは、将来展望の低さや他者への不信感を介して援助要請を抑制していた(Murayama et al., 2022)。そのため、問題が深刻化する前の中年期の段階で、現状把握と将来展望を促す必要があると考えた。

チェックリストは、独居あるいは将来独居となる可能性が高い40~60代のプレシニアを主なターゲットとし、オンライン上でチェックリストに回答することで、孤立・困窮に陥るリスクの程度を判定し、早い段階から本人の自覚を促すとともに、判定結果に応じた予防策や支援等に関する情報(アドバイス)を提供するものである。

参加型プログラムは、孤立・困窮リスクが高い中高年者を対象として、高齢期に必要な知識を得たり、支援要請の心理的抵抗感の低減を図ることを目指す。

第2の課題として、中高年者への効果的な情報提供のあり方の検討を行う。孤立・困窮の当事者は、情報へのアクセスが難しく、そもそもチェックリストへの回答やプログラムへの参加に至らないことが考えられる。このため、中高年者の情報の入手方法や馴染みの場所について分析し、チェッ

クリストやプログラムの効果的な周知に活かすこととする。

さらに、第3の課題として、孤立・困窮対策における公的相談機関の役割の明確化を行う。孤立・困窮という社会問題の解消を図るためには、高リスク者の行動変容を促すだけでは不十分であり、行政が高リスク者や当事者を早期に把握し、支援につなげられる仕組みを構築することが必要不可欠である。このため、孤立・困窮の当事者が利用しうる生活困窮者自立相談支援機関(以下、自立相談支援機関)と、孤立・困窮のきっかけとなる失業や離職といった問題の当事者が利用しうる就労支援機関(ハローワーク等)に対する調査を行い、孤立・困窮予防において公的機関が果たすべき役割や課題を明らかにする。

本研究は、2024年4月に施行された孤独・孤立対策推進法の趣旨に沿うものであり、以下の成果が期待できる：

(1) 単身者の孤立・困窮予防のための中年期からの啓発プログラムの実装化

チェックリストや参加型プログラムの利用により、中高年者が孤立・困窮予防に役立つ行動(健康・資産・関係づくり等)をとったり、問題発生時に適切なサービスにアクセスしやすくなることが期待される。

(2) 地域共生社会の推進への寄与

自治体の講座・事業は、集団が苦手な人や、就労している人には参加しにくいものも多い。また、広報紙や回覧板等による従来の情報提供方法では、サービス情報にアクセスできない人も増えている。中高年者のニーズやライフスタイルに合った多様な情報提供やプログラムのあり方の提示により、地域共生社会の推進に寄与できる。

(3) 重層的な孤立予防ネットワークの構築
経済問題を抱える中高年者が利用する就

労支援や自立相談支援のための機関が、孤立予防のための機能を持つにはどのような課題があるかを明らかにし、他機関・団体との連携のあり方などについて提言を行う。これらの相談機関が孤立予防ネットワークに加わることで重層的支援体制が強化され、高リスク者や当事者の早期発見やサービス利用・地域参加の支援につながるこ

とが期待される。

3つの研究課題と2年間の計画の対応を図1に示した。2023年の実施状況の詳細については、「Ⅱ. 課題別報告（兼分担研究報告）」において課題別の報告が行われているため、以下では概要のみ示す。

【流れ図】

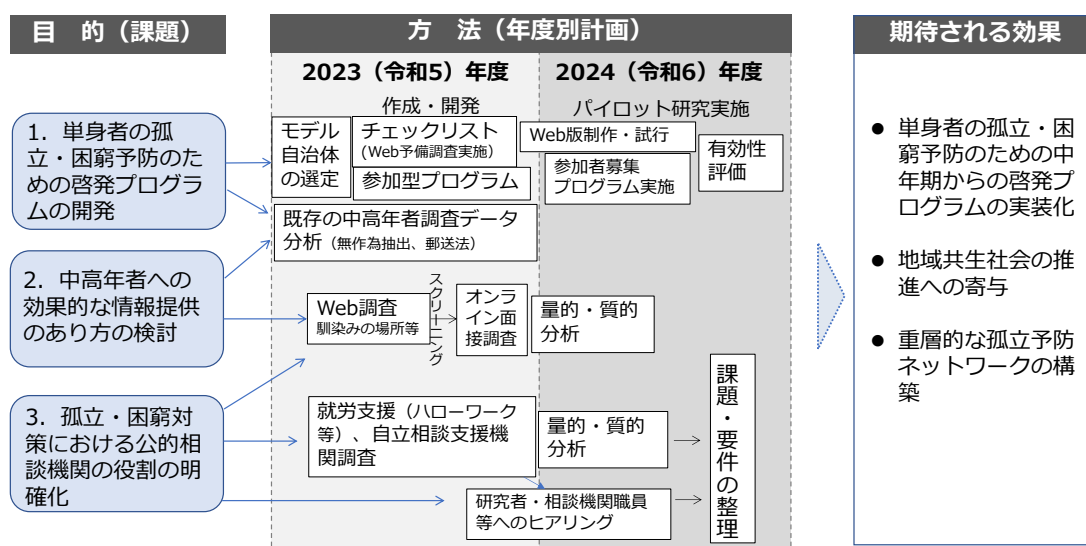


図1 課題と年度別計画

B. 研究方法

1. 課題1：単身者の孤立・困窮予防のための啓発プログラムの開発

1) ライフスタイルチェックリスト (1章)

孤立・困窮予防は、高齢期に自立した生活の維持を困難にする、①心身の健康状態の悪化、②経済的困窮、③支援が必要な状況で適切な支援を得られない（社会関係や情報・知識の欠如、援助要請への心理的障壁による）というリスクを低減することととらえた。2023年度は、「健康班」「経済班」「社会班」のワーキンググループが、先行研究のレビュー、専門家へのヒアリング、Web予備調査の分析（40～60代898人、う

ち独居者7割）に基づき、チェック項目の選定、リスク判定基準の設定、リスクがある人に対して提示するアドバイス案の作成を行った。

2) 参加型プログラム (2章)

2023年度は、次の2つの研究を行った。

(1) 2022年3月に実施したオンラインプログラムの解析を行った。対象者は、調査会社にモニター登録する40～60代の単身男性で、将来諦め得点（村山ほか，2021）が高い46名であり、介入群と待機群に割り当てられた。プログラムは3回に分けてオンラインで実施され、各回は「講習」と「語

り合いの場（小グループに分かれ、ファシリテーター参加のもとメタ認知トレーニングやグループワークを行う）」で構成された。将来展望や援助要請の心理的障壁に関して、待機群を比較対象として介入群のプログラム参加前後の尺度得点を分析した。

（2）孤立・困窮問題を抱えた中高年者の支援ニーズを把握するため、生活資金の特例貸付を受けた中高年者を対象に実施したアンケートデータの二次解析を行った。

2. 課題2：中高年者への効果的な情報提供のあり方の検討

1) 単身中高年者の問題類型別にみた情報・相談機関へのアクセス（3章）

東京都内区部の50～70代の単身者を対象に実施した郵送調査の既存データ（n=1,524）を分析し、心身の健康・経済・社会関係上の問題保有状況による類型別に、情報入手、馴染みの場所・行きつけの場所、公的相談機関へのアクセスにおける特徴を検討した。類型は、小林ほか（2023）による、「問題集積群（全側面に問題）」「問題中位群（身体的健康は問題ないが社会関係が乏しい）」「健康問題群」「問題最小群」の4群である。

2) 単身中高年者の馴染みの場と機能（4章）

馴染みの場（居場所）における顔馴染みの有無や孤独感との関連、場の機能などを明らかにし、効果的な情報提供のあり方を検討するため、Web調査（量的調査）と、Web調査の回答者の一部に対するオンライン面接調査（質的調査）を実施した。

Web調査は、50～60代の回答者のうち、就労している単身者5,743人を分析対象とした。オンライン面接調査は、①居場所がない、②顔馴染みのいる居場所あり、③居

場所はあるが顔馴染みはいない、の3つのタイプから回答が得られるように対象者38人を選定した。

3. 課題3：孤立・困窮対策における公的相談機関の役割の明確化（5章）

公的相談機関の孤独・孤立に関する支援の現状と課題を明らかにするため、全国の就労支援機関（ハローワーク：554、地域若者サポートステーション（サポステ）：143）、自立相談支援機関1,376カ所を対象にオンライン調査を実施した。なお、サポステは40代までを対象とした機関のため、調査対象に含めた。調査は2024年3月に実施したものであり、回答が得られた796機関の集計結果の速報値を報告した。

（倫理面への配慮）

いずれの研究についても、研究開始前に東京都健康長寿医療センターの研究倫理審査委員会の承認を受けた。「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」は非該当と判定された研究も含む。詳細については、各章に報告がある。

C. 研究結果および考察

1. 課題1：単身者の孤立・困窮予防のための啓発プログラムの開発

1) ライフスタイルチェックリスト（1章）

最終的に22個のチェック項目と各項目のリスクを判定するための質問項目を選定した。また、項目内容に基づき、病気の予防・管理（5項目）、生活習慣（6項目）、社会とのつながり（3項目）、家計・生活（3項目）、知識習得・活用（5項目）という5つの領域を設定した。各チェック項目については、リスクの程度を高・中・低の3段階または高・低の2段階で判定する基準を

設定し、リスクが「高」または「中」の人に対して提示するアドバイスを作成した。

次年度は、ターゲットとなる 40～60 代のプレシニア層にとって魅力的な Web サイトの制作や、サイトにアクセスしてもらうための周知・広報の方法の検討が課題である。

2) 参加型プログラム (2章)

プログラム参加により他者への不信感が軽減され、そのことが援助要請の促しにつながる可能性が示された。

また、生活資金の特例貸付を受けた中高年者へのアンケートを分析した結果、対象者の半数近くが「困っているが、サポート不要」と回答し、その理由としてサポートを求めること自体に消極的・拒否的であることが認められた。

これらの結果に基づき、次年度は、自立相談支援機関において、窓口利用者から参加者を募りプログラムを実施することを計画している。

2. 課題2：中高年者への効果的な情報提供のあり方の検討

1) 単身中高年者の問題類型別にみた情報・相談機関へのアクセス (3章)

何らかの問題を保有する 3 群は、問題最小群に比べて情報が届きにくい可能性が示された。特に問題集積群は、地域情報入手しておらず馴染みの場所等もない人が多いため、役所、ハローワーク、自立相談支援機関の窓口が、情報提供できる数少ない接点となり得る。中年者が多い問題中位群にはインターネットを活用した情報提供、問題集積群以外には居酒屋等の飲食店を利用した情報提供も有効と考えられる。

2) 単身中高年者の馴染みの場と機能 (4

章)

居場所としては、喫茶店・カフェや飲食店などの利用が多かった。「顔馴染みのいる居場所がある」タイプは、「居場所はあるが顔馴染みはない」「居場所がない」タイプよりも孤独感が低かった。居場所の機能としては、その場のみで会う顔馴染みとの交流や心身のリラックス等が確認された。居場所がないタイプは、経済的な問題や、一人行動への不安等が認められたが、図書館には通っていることも確認された。単身中高年者に広く情報を届けるには、カフェ・飲食店などの場に加え、一人でも行動しやすく、無料で利用できる図書館の活用が効果的であると考えられる。

3. 課題3：孤立・困窮対策における公的相談機関の役割の明確化 (5章)

中高年者の孤独・孤立に対するハローワーク職員の認識は、他の機関に比べて低調であり、取り組み状況も 2 割程度であった。サポステと自立支援機関の職員は、孤独・孤立対策の必要性を強く認識しており、「相談窓口や支援団体に関する情報の提供」等に取り組んでいた。しかし、取り組みの実施には、多忙な業務に伴う時間的余裕のなさ、人材・スキル不足といった課題が山積していた。また、課題 1 において開発中のチェックリストと参加型プログラムは、対面実施かつ個別支援における活用を基本としながら、各機関の状況に応じて多様な活用方法を検討することが求められる。

D. 結論

1. 独居または将来独居となる可能性が高い 40～60 代を対象とした「ライフスタイルチェックリスト」について、5つの領域にわたる 22 個のチェック項目を選定した。

2. 孤立・困窮の高リスク者向けのオンラインプログラムについて、援助要請を抑制する他者への不信感を低減する効果が認められた。次年度、自立相談支援機関の利用者を対象としたプログラムを試行予定である。

3. 単身中高年者には、飲食店・カフェや図書館を活用した情報提供が効果的である可能性が示された。

4. 健康・経済・社会関係の複合的問題を抱える単身中高年者（問題集積群）には、情報提供手段が限られ、役所、ハローワーク、自立相談支援機関の窓口が数少ない接点になり得る。

5. 中高年者の孤独・孤立に対して、ハローワーク職員は、サポステや自立相談支援機関の職員に比べ、認識、取り組みとも低調だった。取り組みの実施には、多忙な業務に伴う時間的余裕のなさ、人材・スキル不足など多くの課題があった。

E. 研究危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

村山陽，山崎幸子，長谷部雅美，山口淳，小林江里香：単身中高年男性からの援助要請を促すためのオンラインプログラムの開発と評価. 日本心理学会第 87 回大会，神戸国際会議場・神戸国際展示場 3 号館（神戸市），2023，9.15-9.17.

※日本心理学会第 87 回大会（2023 年 9 月 17 日、神戸国際会議場）において「中高年期からの孤立・困窮予防に向けた挑戦ー心理学研究と現場を結ぶー：というシンポジウム」を企画し（研究分担者：村山陽）、以下の発表を行った。

小林江里香：中高年者の社会的孤立・孤独の実態と多様性ー何が問題なのかー。

山崎幸子：中高年ひきこもり事例からの孤立・困窮課題ー三次予防の視点からー。

山田耕平：孤立・困窮する人と向き合うー住居喪失者支援の現場からー。

横田恵里：社会的孤立・困窮状態にある人に向き合う支援の現場からーコロナ特例貸付を通じて見えてきた課題ー。

村山陽：孤立・困窮状態にある単身中高年男性の援助要請はどのように促されるのかー現場と研究を結ぶ試みー。

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

引用文献

小林江里香，村山陽，長谷部雅美，高橋知也，山口淳，山崎幸子(2023). 都市部の中高年独居者における心身の健康、経済状態、社会関係上の問題による類型化と類型別特徴. 社会福祉学, 64(1), 61-74.

国立社会保障・人口問題研究所 (2024). 日本の世帯数の将来推計 (全国推計) (令和 6 (2024) 推計)ー令和 2 (2020) ～ (2050) 年ー.

https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/hprj2024_gaiyo_20240412.pdf

厚生労働省 (2024). 被保護者調査 (令和 4 年度確定値) .

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogosya/m2023/kakutei.html>

Murayama, Y., Yamazaki, S., Hasebe, M., et al. (2021). How single older men reach poverty and its relationship with help-seeking preferences. *Japanese Psychological Research*, 63(4), 406-420.

村山陽, 山崎幸子, 長谷部雅美ほか (2021). 単身男性中高年者における将来展望を

抑制する意識の検討. *老年社会科学*, 43(1), 26-35.

Murayama, Y., Yamazaki, S., Hasebe, M., et al. (2022). Psychological factors that suppress help-seeking among middle-aged and older adults living alone. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10620.

斉藤雅茂 (2018). 高齢者の社会的孤立と地域福祉－計量的アプローチによる測定・評価・予防策－. 明石書店.

1章 中年者のための 「ライフスタイルチェックリスト」の開発

研究代表者 小林 江里香

(東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム)

要約

「ライフスタイルチェックリスト」は、独居あるいは将来独居となる可能性が高い 40～60 代に、オンラインで現状について回答してもらうことで、将来、孤立や困窮に陥るリスクが自身にどの程度あるかの認識を促し、課題に応じた対策や相談窓口などを提示するものである。孤立・困窮予防は、高齢期に自立した生活の維持を困難にする、①心身の健康状態の悪化、②経済的困窮、③支援が必要な状況で適切な支援を得られない（社会関係や情報・知識の欠如、援助要請への心理的障壁による）というリスクを低減することととらえた。2023 年度は、「健康班」「経済班」「社会班」のワーキンググループが、先行研究や専門家へのヒアリング、Web 予備調査に基づき、「病気の予防・管理」「生活習慣」「社会とのつながり」「家計・生活」「知識習得・活用」の 5 領域に分かれる 22 のチェック項目を選定し、各チェック項目のリスクが「高」または「中」と判定された人へのアドバイス案を作成した。

本章の研究は、研究代表者（本章執筆者）のほか、資料 1 に示した研究分担者、研究協力者により実施した。

A. 研究目的

1. ライフスタイルチェックリストの目的

われわれのこれまでの研究では、生活困窮を経験した高齢男性は、ライフコース上で深刻な生活問題に直面しても「将来を考えていなかった」点が共通しており (Murayama et al., 2021)、地域の単身中高年者調査でも将来への諦めが強い人ほど援助を要請しない傾向がみられた (Murayama et al., 2022)。このことから、将来的な貧困や孤立の予防のためには、問題が深刻化する前の中年期の段階から、将来を諦める・放棄する意識（思考抑制）を軽減し、

現状の把握と将来への展望を促すことが重要と考えた。

「ライフスタイルチェックリスト」（以下、チェックリスト）は、中年期の人々に、現状について回答してもらうことで、将来、孤立や困窮に陥るリスクが自身にどの程度あるかの認識を促し、それぞれの課題に応じた対策や相談窓口などの情報を提示するものである。つまり、状況改善のために具体的に何ができるかのヒントを与えることで、将来への不安の強さから思考停止に陥るのではなく、前向きな行動を促すことを目指している。

2. 主要ターゲット

チェックリストのターゲットとして特に重視しているのは、一人暮らしの人である。

単独世帯の高齢者は人口・割合とも増加を続けているが、今後は、未婚や男性、近親者のいない高齢単独世帯が急速に増えると予想されている（国立社会保障・人口問題研究所, 2024）。生活保護世帯の約半数は高齢単独世帯であるなど（厚生労働省, 2024a）、経済的問題を抱える独居高齢者は多く、独居男性については、社会的孤立割合の高さも指摘されている（斉藤, 2018）。

また、中年期には同居者がいても、高齢期に独居になることは少なくない。例えば、「8050」問題で注目される高齢の親と中年の子どもの世帯や、夫婦のみの世帯の場合は、高齢の親が死亡したり、配偶者と死別した後は独居になる。そのため、中年者の利用を想定する本チェックリストにおいては、チェック項目の選定において独居者の課題を優先するが、現在独居の人だけでなく、将来独居となる可能性がある人も含めて回答可能な内容とすることを目指した。

ターゲットとする年齢層については、当初は40代後半～70代前半くらい、特に50～60代を想定していたが、70代は健康課題が中年期と異なることや、「高齢期に備える」というチェックリストの位置づけを明確にするため、最終的には40～60代とした。

なお、対象者に対しては、高齢期への準備期間であることに注目してもらうため、「中年者」ではなく「プレシニア」という言葉を用いる（「プレシニアのためのライフスタイルチェック」と呼ぶなど）。年金受給年齢に達している65歳以上をプレシニアに含めることには異論があるかもしれないが、2023年現在、60代後半の半数以上は就労しており（総務省統計局, 2024）、60代後半で自分を高齢者だと感じている人は3割程度という調査結果もある（内閣府, 2022）。他方、40代の多くはまだ「プレシニア」とい

う自覚はないと思われるが、健康や資産づくりには早期に準備を始めることが有利であること、就労が不安定で高齢期の経済問題が懸念される「就職氷河期」世代が40代に多く含まれることを考慮して対象に含めた。

3. 孤立・困窮リスクの考え方

高齢期に自立した生活の維持が困難になるきっかけとしては、①心身の健康状態の悪化（認知症を含む）や、②経済的困窮が考えられる。①②に関しては、実際には以前から生活は自立していなかったが、支援提供者との離死別により、問題が顕在化することもある。例えば、親の年金に頼って生活していたが、親の死亡により経済的困窮に陥ったり、家事・介護など身の周りの世話をしてくれていた配偶者と離死別し、一人での生活維持が困難になるなどである。これらの困難に直面したとき、③支援が必要な状況で適切な支援を得られない場合には、事態はさらに悪化しやすい。

そこで、チェック項目としては、①～③の状態にあるか否か、また、この状態への陥りやすさと関連する行動・状態・意識を判定する項目を選定することとした。③の背景には、a)そもそも相談できる相手がいないという社会関係の欠如（社会的孤立）、b)利用できる制度やサービスを知らないという情報・知識の欠如、c)援助要請を抑制する意識（心理的障壁）があると考えられ、項目選定にはこれらの点も考慮した。

4. チェックリストの提供媒体

2022年の「通信利用動向調査」によると、40～60代のインターネット利用率は95%を超えていることから（総務省, 2023）、チェックリストはWeb上で回答を入力し、診断

結果を表示する方式を採用した（図1参照）。

紙ベースでチェックリストに回答する場合と比較してのWeb利用の利点は多い。第1に、回答を入力すれば自動的に判定結果が表示されるため、点数を計算するなどの負担が利用者に生じない。第2に、利用者の属性に応じて、判定基準やアドバイスの内容を変えられるなどの柔軟性がある。第3に、回答された匿名データをサーバー上に蓄積することにより、チェックリストを利用した人の特徴や、利用によって自分への理解や生活改善への意欲が高まったかなどの主観的効果について分析可能であり、リストの改善に役立てることができる。

課題としては、チェックリストを提供するサイトにアクセスしてもらうための工夫が不可欠である。また、40～60代の間でも、インターネットにアクセスできる環境や使いこなすためのスキルには個人差があると考えられるため、不利な状況にある人の利用を支援する方法も検討する必要がある。

2023年度は、チェック項目の選定とリスクの判定基準の設定、および判定結果に応じたアドバイス内容の検討を行った。Web利用の課題として挙げた点については、2024年度に検討を行う。

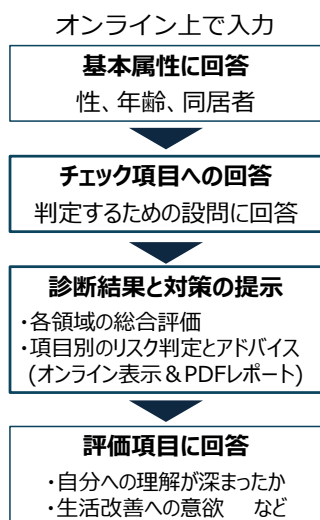
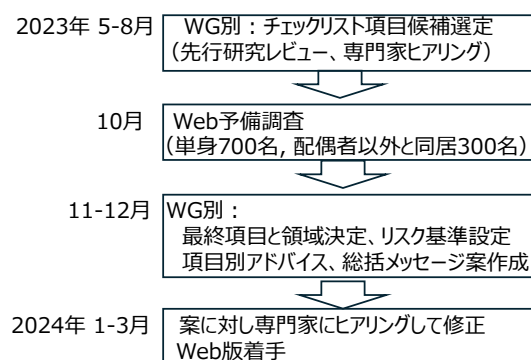


図1 チェックリスト（Web）の流れ

B. 研究方法

図2に、2023年度に実施した研究の流れを示した。以下、研究内容を説明する。



WG=ワーキンググループ。「健康班」「社会班」「経済班」に分かれた。メンバー構成は資料1の通り。

図2 2023年度に実施した研究

1. ワーキンググループの設置

上述の①心身の健康状態の悪化、②経済状態の悪化、③支援が必要な状況で適切な支援を得られない、という3つのリスクに対応したチェック項目を選定するため、「健康班」「経済班」「社会班」の3つのワーキンググループ（以下、WG）を立ち上げ、WGごとに、関連領域の研究者・実務家5～7名が参加した（資料1）。

「健康班」が担当するチェック項目は、心身の健康状態低下のリスクとして、現在の健康状態や健康維持に関連する意識や行動をカバーするものとした。健康班はさらに「身体的健康、運動など食事以外の生活習慣」「精神的健康」「栄養・食事」のサブグループに分かれて議論した。

「経済班」は、経済的困窮のリスクに関連する、現在の経済状態、経済に関連する意識や行動、就労（キャリア継続）をカバーするものとした。その後、議論が進む過程で、社会保障制度や公的なサービスの知識についても経済班が扱うことになった。

「社会班」は、必要なときに支援を得られないリスク、および心身健康低下の社会的要因として、現在の社会関係・社会参加と援助要請を抑制する意識をカバーするものとした。

このように、3つのWGの棲み分けについては一応の目安を設けていたが、社会経済的な状態が健康に影響を与えたり、健康悪化によって就労できなくなり、経済的困窮に陥るなど、領域間には相互の関連もある。そのため、研究代表者（小林）と分担者（村山陽）が、複数のWGに参加し、他のWGの動向を伝えながら項目の調整を行った。

2. チェック項目候補の選定

WGに対しては、チェック項目は、最終的には合計で20項目くらいに調整したいという方針を伝え、項目選定やリスク判定基準の設定は以下の基準で行うことを求めた：

- (1) 何らかのエビデンス（先行研究、データ解析結果等）を提示できる。
- (2) 主要ターゲットの年齢を考慮する。独居者に限定されたリスクである必要はないが、独居者にとって重要性の高い項目を優先する。
- (3) 解決策や有益な情報を提示できそうにない項目は除外する。

(1) に関して、分野によりエビデンスの提示が難しい場合には、複数の専門家の意見をヒアリングするなどして、客観性の確保に努めることを求めた。

上記の選定基準に基づき、各WGにおいて先行研究のレビューを行い、チェック項目の候補とそれを判定するための具体的な質問項目を作成した。1つのチェック項目について、複数の質問の回答の組み合わせによりリスクを判定するものもあるため、質問項目数はチェック項目数よりも多い。

また、経済班では、就労、経済、社会福祉等を専門とする6名の専門家へのヒアリングも実施し、項目選定の参考にした（資料2）。専門家には研究者だけでなく、実際に暮らしの相談業務に携わる実務家（ファイナンシャルプランナー、キャリアコンサルタント、生活相談員など）も含まれる。

3. Web 予備調査

予備調査の目的は、チェック項目のために作成した質問項目における回答分布や、変数間の関連の分析結果に基づき、最終的なチェック項目とそのための設問を選ぶことにある。また、リスクが高い人へのアドバイス作成の参考にするため、回答の理由を尋ねる質問や、自由記述で回答する質問も設けた。

調査はオンラインで実施し（2023年10月6日～10日）、対象者はマイボスコム株式会社にモニターとして登録する全国の45～74歳1,000人、内訳は独居者700人、同居者がいる300人とした。同居者については、将来独居となる可能性が高い人に焦点を当てるため、配偶者以外（親など）と同居する人に限定した。チェックリストの対象者は、最終的に40～60代となったため、本章では70代の回答者を除外した898人（独居：612、同居：286）を分析対象とした。

4. 最終項目とリスク判定基準の決定、

「領域」の設定

予備調査のデータは各WGで共有し、分析結果も参考にしながら、最終的なチェック項目とそれに対応した質問を選択した。この過程で質問文や選択肢のいくつかは修正したり、質問項目を新たに追加したりした。

また、各チェック項目について、リスクの程度を「高」「中」「低」の3段階、また

は「高」「低」の2段階で判定することとし、どのような回答の場合にどの判定になるのかという基準を設定した。

さらに、対象者が結果を理解しやすいように、それぞれのチェック項目が属する上位の「領域」名を設定した。健康班と経済班はカバーする範囲が広いため、「健康」「経済」「社会」よりも細分化した領域名が必要となったためである。

5. 総括メッセージとアドバイスの作成

チェックリストの判定結果は、領域ごとに表示される。「総括メッセージ」は、領域に属するチェック項目において、リスク「中」または「高」と判定された項目数に応じて、その領域の結果を簡単に総括し、チェック項目別のアドバイスに誘導するためのメッセージである。領域内の項目のリスクがすべて「低」の人は、この総括メッセージのみを読むことになる。

各チェック項目のリスク判定が「中」または「高」の人に対しては、改善策や相談窓口等の情報がアドバイスとして提示される。アドバイス案はWGで作成したが、適切なアドバイスとなっているかを様々な視点で確認するため、WG以外の専門家7名へのヒアリングを行い、アドバイス案への意見を求め（資料2）、さらなる修正を加えた。

（倫理面への配慮）

Web予備調査は、東京都健康長寿医療センター研究倫理審査委員会より承認を受けて実施した（R23-049、2023年7月27日）。ただし「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」は非該当と判定された。

C. 研究結果

表1の通り、最終的には22個のチェック項目を選定し、項目内容に基づき、1：病気の予防・管理、2：生活習慣、3：社会とのつながり、4：家計・生活、5：知識習得・活用という5つの領域を設定した。領域1と2は健康班、領域3は社会班、領域4と5は経済班が選定した項目で構成されている。

前述のように、各チェック項目は、1つの質問により判定するものもあるが、複数の質問によるものもある。具体的な質問項目のリストは資料3に示し、各チェック項目との質問の対応は表1にも示した。

以下では、チェック項目別に、①項目選定理由、②リスク判定基準とその理由、③（リスク中・高の人に対して提示される）アドバイスの視点について説明する。項目ごとの執筆者名は、項目番号（表1参照）の横のくっこ内に示した。また、Qのついた質問は、資料3の質問番号に対応している。

表1 チェックリストの領域と項目

領域名	項目番号	チェック項目	資料3における質問番号	リスク判定
1 病気の予防・管理	1	病気を適切に管理できているか	Q4, Q4S	高/低
	2	健診を受けているか	Q9	高/低
	3	歯科検診を受けているか	Q10	高/低
	4	BMI は標準域にあるか (肥満・やせすぎでないか)	Q5	高 ab/低
	5	メンタルヘルスに問題はないか	Q11 (1) (2)	高/中/低
2 生活習慣	6	食事の栄養バランスはとれているか	Q1	高/中/低
	7	朝食をとっているか	Q2	高/中/低
	8	飲酒は適量か	Q3, Q3S	高/低
	9	喫煙していないか	Q6	高/低
	10	身体活動の量は十分か	Q7	高/低
	11	睡眠に問題はないか	Q8	高/低
3 社会とのつながり	12	親族や友人等との交流頻度は十分か	Q13, Q14	高/中/低
	13	多様なつながりをもっているか	Q12, Q13, Q14, Q15	高/中/低
	14	自分から助けを求められるか	Q16, Q19(1)	高/中 ab/低
4 家計・生活	15	家計をきちんと管理できているか	Q19(3) (4)	高/中/低
	16	親族の介護への備えができているか	Q19(11)	高/中/低
	17	老後の住まいがあるか	Q18	高/低
5 知識習得・活用	18	年金に関する知識をもっているか	Q19(5)	高/中/低
	19	社会保障制度の知識をもっているか	Q19(6) (7) (8)	高/中/低
	20	人生設計やそのための知識をもっているか	Q19(2) (9)	高/中/低
	21	家事をできるか	Q19(10)	高/中/低
	22	学習活動に取り組んでいるか	Q17	高/中/低

ab：リスク判定は同じ（中 or 高）だが、回答内容によりアドバイスが異なる（肥満とやせなど）

領域1：病気の予防・管理

本領域は項目番号1～5で構成される。

【項目番号：1, 2】（清野論）

1：病気を適切に管理できているか

2：健診を受けているか

チェック項目の選定理由

1：病気を適切に管理できているか

冠動脈疾患を含む心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患は、悪性新生物（がん）と並ぶ日本人（特に中高年）の主要な死因となっている（厚生労働省，2022）。そのため、

これらの動脈硬化性疾患の危険因子の適切な管理は、中高齢期における重要な健康課題の一つである。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会，2022）では、久山町スコア（Honda et al., 2022）を改変した動脈硬化性疾患発症予測モデルが示されている。本モデルは、性別、収縮期血圧、糖代謝異常、LDL コレステロール、HDL コレステロール、喫煙の6項目によって10年間の動脈硬化性疾患の発症リスクを算出できる。

これを踏まえ、本チェックリストでは、

心臓病（狭心症・心筋梗塞・不整脈など）、脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など）に加えて、高血圧、脂質異常症、糖尿病の計 5 項目を病気の管理に関するチェック項目として選定した。それぞれの病気について「指摘されたことはない」／「指摘されたことがある」を尋ね、後者の場合には、「治療が終了した」「現在治療中」「治療は終了していないが、受診や服薬を途中でやめた」「治療していない」「わからない・答えたくない」の 5 択で回答を求めるとした。

なお、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版（日本動脈硬化学会，2022）では、動脈硬化性疾患の危険因子としての高血圧、脂質異常症、耐糖能異常について、以下のエビデンスを明示している。

高血圧について

- 正常血圧（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80 mmHg 未満）を超えて血圧が高くなるほど、全心血管病、脳卒中、心筋梗塞、心不全、心房細動、慢性腎臓病などの罹患リスクおよび死亡リスクは高くなる。

脂質異常症について

- LDL コレステロールの上昇は、将来の冠動脈疾患の発症や死亡を予測する。
- 総コレステロールの上昇は、将来の冠動脈疾患の発症や死亡を予測する。脳卒中に関しては、多くの研究に共通して、脳梗塞に対しては正の、出血性脳卒中に対しては負の関係が示されており、脳卒中の発症や死亡を予測する。
- Non-HDL コレステロールの上昇は、将来の冠動脈疾患の発症や死亡を予測する。

- HDL コレステロールの低値は、将来の冠動脈疾患や脳梗塞の発症や死亡を予測する。
- 空腹時、随時に関わらず、トリグリセライドは、将来の冠動脈疾患や脳梗塞の発症や死亡を予測する。

耐糖能異常について

- 非糖尿病者の成人において、耐糖能異常を有し血糖や HbA1c が上昇すると、動脈硬化性疾患の発症・死亡リスクが高まる。
- 糖尿病は動脈硬化性疾患の高リスク病態である。
- 冠動脈疾患の既往のない糖尿病患者において家族性高コレステロール決勝、非心原性脳梗塞、下肢抹消動脈疾患、最小血管症合併、喫煙、血糖コントロール不良状態の持続が冠動脈疾患のリスクを上昇させる。

2：健診を受けているか

本邦の特定健診・特定保健指導の効果を検証した先行研究では、特定健診・特定保健指導によって肥満、血圧、血糖、脂質の改善を認めたという研究（Nakao et al., 2018; Tsushita et al., 2018）と、肥満を軽度改善したものの血圧、血糖、脂質の改善を認めなかったという研究（鈴木ら，2015; Fukuma et al., 2020）が混在する。海外の研究（Hackl et al., 2015）では、年齢が比較的若い層（概ね 60 歳以下）を対象とした場合に、健診受診により医療費の削減につながる可能性が指摘されている。本チェックリストの主要ターゲットがプレシニア層であることを踏まえると、項目 1 の疾患を含む様々な生活習慣病やその兆候の早期発見・予防のため、無症状のうちか

ら定期的な健診を受けるよう推奨することが重要と考えられる。

そこで、健診受診の有無を尋ねる質問項目を含めることとした。

リスク判定基準とその理由

疾患を有していても、適切な治療を継続的に受けていれば、その後の病気の経過が良好である可能性が高まる。しかし、健診などで指摘された病気を放置したり、自己判断で治療を中断したりするケースが報告されている。例えば、本邦の高血圧者数は約 4300 万人と推定されているが、そのうち 3100 万人が管理不良である（日本高血圧学会，2019）。このうち、自らの高血圧を認識しているにもかかわらず未治療の者が 450 万人、薬物治療を受けているが管理不良の者が 1250 万人いると推計されている（日本高血圧学会，2019）。特に、本チェックリストの主要ターゲットである、仕事を持つ 50 歳未満の男性でこのような管理不良のケースが多いことが指摘されている（厚生労働科学研究「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑止の視点から」研究班，2014）。これらの管理不良は、病気の悪化や再発リスクを高めることにつながるため、注意が必要である。

そのため、項目 1 では、高血圧、脂質異常症、心臓病、脳卒中、糖尿病のいずれにおいても「指摘されたこととはない」と回答、または「指摘されたことがある」と回答したものの「治療が終了した」／「現在治療中」と回答した場合を「低」リスクとし、高血圧、脂質異常症、心臓病、脳卒中、糖尿病のいずれかにおいて「指摘されたことがある」と回答し、かつ「治療は終了していないが、受診や服薬を途中でやめた」

／「治療していない」と回答した場合を「高」リスクとした。

項目 2 では、「はい」と回答した場合を「低」リスク、「いいえ」と回答した場合を「高」リスクとした。

リスク「高」者へのアドバイスの視点

病気の管理不良や健診未受診に陥る理由として「忙しい」、「必要性を感じない」、「費用がかかる」などが考えられる。そこで項目 1 では、治療中断や病気の放置は、合併症や重症化を引き起こし、日常生活に支障をきたすことがある旨を伝えることとした。項目 2 では、病気の発見が遅れることにより、治療にさらに多くの時間と費用がかかること、健診は 1 年のうちの数時間であるということ、自覚症状のない段階からの受診の必要性をそれぞれ伝えることとした。

【項目番号：3】（平松正和・横山友里）

3：歯科検診を受けているか

チェック項目の選定理由

口腔内の健康状態が健康に与える影響については多くの研究がある。Pihlstrom ら (2005)によると、歯周病は歯を喪失する主な原因であると報告されている。糖尿病患者においては、歯周病がある者はない者と比較して糖尿病合併症や死亡のリスクを増加させるという報告や (Nguyen et al., 2020)、重度の歯周病がある者では循環器疾患のリスクを増加させるという報告もあり (Preshaw et al., 2012)、歯周病は全身の健康にも影響を与えることが示唆されている。また、歯の本数や口腔機能が主観的健康感 (Ishikawa et al., 2022)、身体機能 (Yamamoto, Kondo, Misawa, et al., 2012)、

認知症の発症(Yamamoto, Kondo, Hirai, et al., 2012)、健康寿命及び死亡(Matsuyama et al., 2017)と関連するという報告もあり、口腔内の健康状態を良好に保つことは健康で質の高い生活を送るうえで重要である。さらに、歯を喪失するリスクの一つとして定期的な歯科検診をしていないことが報告されており(Furuta et al., 2022)、定期的に歯科検診を受診し歯周病等の早期発見・早期治療が重要である。

口腔内の健康状態を評価する方法としては、歯の本数や咀嚼・嚥下機能、義歯の使用などを問う方法や、専用のガムを噛むことで咀嚼能力を評価する方法がある。本チェックリストでは、口腔内の健康状態を良好に保っているかを総合的に評価するために、チェック項目3「歯科検診を受けているか」を設定した。具体的には「この1年間に、歯科検診を受けましたか。」という設問に対して「はい」または「いいえ」の回答で把握する。

リスク判定基準とその理由

定期的な歯科検診の受診を問う設問として確立された教示文はないが、少なくとも「定期的」という文言は人によって想定する期間の範囲や頻度が異なるため、教示文に入れることは避けた。期間を具体的にするために過去1年間とした。根拠としては健康診断と同様に1年に1回は歯科検診を受診していれば定期的と解釈しても妥当だろうと考え、採用した。また、健康日本21(第三次)の目標項目の一つ「歯科検診の受診者の増加」の指標が「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」があることから、過去1年間が妥当と考えた。効果的な歯科検診の受診頻度については根拠がなく設定することが難しいため、頻度には特

に言及せず、「はい(受診した)」の場合は「低」リスク、「いいえ(受診していない)」場合は「高」リスクとした。

リスク「高」者へのアドバイスの視点

歯周病という多くの人に聞き覚えがある単語を出すことで、自分事として捉えてもらうようにした。そして、歯周病が様々な疾患のリスクになり得ることを示し危機感を持ってもらうことで、行動変容に繋がるようにした。

【項目番号：4】(平松正和・横山友里)

4: BMI は標準域にあるか(肥満・やせすぎでないか)

チェック項目の選定理由

BMIは身長と体重から算出され、基本的な体格の指標として広く一般的に用いられており研究成果の蓄積は豊富である。日本人の食事摂取基準(2020年版)では、死因を問わない死亡率(総死亡率)が最低になるBMIをもって最も健康的であると考え、目標とするBMIの範囲(以下「目標範囲」という)が設定されている(厚生労働省, 2019a)。目標範囲は、18~49歳では18.5~24.9 kg/m²、50~64歳では20.0~24.9 kg/m²、65歳以上では21.5~24.9 kg/m²であり、フレイル予防の観点から高齢になるほど下限の値が高く設定されている。目標範囲を上回ると肥満、下回るとやせと判定され、肥満では生活習慣病等(Prospective Studies Collaboration et al., 2009; 吉池ほか, 2000; 林ほか, 2009)、やせでは低栄養(Tamakoshi et al., 2010; Sasazuki et al., 2011)のリスクが高まる。したがって、BMIを目標範囲に保つことは健康管理において重要である。

BMIは身体計測に分類される栄養評価法のため実測値から算出するのが基本であるが、自己申告の値でも妥当との報告がある(Wada et al., 2005; Ng et al., 2011)。本チェックリストの使用場面を考慮し自己申告の身長と体重からBMIを算出することとした。

リスク判定基準とその理由

自己申告の身長と体重の値からBMIを算出し、BMIが目標範囲内であればリスク「低」、範囲外であればリスク「高」とした。

一般的にBMIが18.5kg/m²未満の場合を「やせ」とするが、前述のとおり年齢ごとに「やせ」の基準値は異なる。Web予備調査において、対象者を45～49歳、50～64歳、65～69歳の3つの年齢層に分け、「やせ」の基準を18.5 kg/m²とした場合と各年齢層の基準(49歳以下では18.5 kg/m²、50～64歳では20.0 kg/m²未満、64～69歳では21.5 kg/m²未満)とした場合のそれぞれで「やせ」の者の割合を算出した(表2参照)。その結果、18.5kg/m²未満を基準とした場合と比較して、各年齢層の基準とした場合の「やせ」の者の割合は50～64歳では約2倍、65～69歳では約5倍であった。この結果から、全年齢一律で18.5kg/m²未満を「やせ」とすると50歳以上では低栄養のリスクを見逃してしまう可能性が示唆された。したがって、「やせ」の基準は各年齢層の基準を用いることが妥当と判断した。各年齢層の目標範囲を下回るとリスク「高」とした。

日本肥満学会(2022)の肥満度分類によると、「肥満」に関してはBMIの値によって健康障害の特徴が異なるため、25.0～29.9 kg/m²を肥満(1度)、30.0～34.9 kg/m²を肥満(2度)、35.0～39.9 kg/m²を肥満(3度)、40.0 kg/m²以上を肥満(4度)としている。

本チェックリストにおいても肥満度に応じてリスクを段階的にすることは可能であるが、Web予備調査では30.0 kg/m²以上の者の割合は各年齢層において5～6%程度であり(表3参照)、その意義は少ないと考えた。また、「やせ」と「肥満」が健康に与える影響はそれぞれ異なるためその度合い(リスクの高さ)を比較することは困難である。さらに、「やせ」のリスクは「高」一つであるため「肥満」のリスクも「高」一つにするのが妥当と判断した。以上より、目標範囲を上回る、すなわち25.0 kg/m²以上の場合をリスク「高」とした。

リスク「高」者へのアドバイスの視点

「やせ」と「肥満」のどちらもリスク「高」の判定だが、どちらに該当するかで健康への影響や食事及び生活習慣で気を付けるべき点は異なるため、それぞれの場合でアドバイスを作成した。BMIの算出方法と適正範囲は前提知識として必要と考え、両者のアドバイスの前に説明を入れた。

「やせ」ではエネルギーや栄養素が不足しないように食事の質を改善する、または食事の量を増やす必要があるため、取り組みやすいよう具体的にアドバイスした。「肥満」ではエネルギー摂取量を減らす必要があるため、食事の量を減らしても満足感を得られ無理なく減量できるようなアドバイスをした。また、エネルギー消費量を増やすことも重要であるため、活動量を増やすための具体的なアドバイスをした。

表2 各年齢層における基準値別の「やせ」の者の割合

「やせ」の基準	45～49歳 (n=169)		50～64歳 (n=591)		65～69歳 (n=138)	
	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%
18.5 kg/m ² 未満	21	12.4	80	13.5	14	10.1
各年齢層の基準	21	12.4	157	26.6	66	47.8

表3 各年齢層における肥満度別の該当者の割合

肥満度	BMIの範囲 (kg/m ²)	45～49歳 (n=169)		50～64歳 (n=591)		65～69歳 (n=138)	
		人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%
肥満(1度)	25.0～29.9	21	13.0	116	19.6	19	13.8
肥満(2度)	30.0～34.9	5	3.0	24	4.1	7	5.1
肥満(3度)	35.0～39.9	4	2.4	5	0.8	1	0.7
肥満(4度)	40.0～	1	0.6	2	0.4	0	0

【項目番号：5】(山崎幸子)

5：メンタルヘルスに問題はないか

チェック項目の選定理由

うつ気分を主としたメンタルヘルスの不良は、身体的な健康状態の悪化やうつ病の罹患など、さまざまな側面に影響を及ぼす。例えば、高齢者を対象とした縦断研究では、うつ気分にある人は、そうではない人よりも、将来的に要介護状態となる要因が多様であり、支援に際して特に注意が必要である(Yamazaki et al., 2012) ことが示されている。また、日頃から世話をするなど親しい同居家族であっても、高齢者本人のうつ気分気づかず、見過ごしてしまう(Yamazaki et al., 2016) など、高齢になるほどリスクがより複合的になることが明らかとなっている。近年では、45歳以上の中年層において、女性は、抑うつ症状があることがADL障害の発症を高める(Peng et al., 2021) ことも確認されており、高齢期以前の中年期から予防を含めた対策を立てることが求められる。特に中高年の自殺の

原因の第一位には、男女共にうつ病が挙げられている(厚生労働省, 2020) ことから、うつ気分の段階で、早期に発見し支援につなげていくことが極めて重要である。

うつ気分をチェック項目で把握するにあたって、調査対象者の状態を正確に、かつ、見逃すことなく把握することが第一であるが、それと並行して簡便であること、既にツールとして実証されているものを選定条件とした。これらを満たす測定尺度として、Whooleyら(1997)がプライマリーケアでうつ病の診断をするために考案した、Two-question case-finding instrument(二質問法)を採用した。本質問法は、簡便で短時間での施行が可能であり、さらに他のうつの質問紙尺度と比較しても、感度が劣ることはないとされている。本邦においても、鈴木ら(2003)によって邦訳され、うつ病発見においてその妥当性と有用性が確認されている。

具体的な質問項目は、「この1カ月の間、気持ちが沈み込んだり、憂うつな気分になったりすることがよくありましたか」

(Q11(1))、「この1ヵ月の間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか」

(Q11(2))であり、回答の選択肢は、いずれも「はい/いいえ」の二件法で把握する。

リスク判定基準とその理由

メンタルヘルスの不調を把握するために用いた二質問法において、いずれか1つでも該当した場合を「中」、2項目に該当した場合を「高」と判定した。理由は以下の通りである。

Whooleyら(1997)は、カットオフ値を1点、すなわち2項目中いずれか1つでも該当した場合の大うつ病性障害の診断に対する感度は96%、特異度は57%であることを報告している。また鈴木ら(2003)も、大うつ病性障害患者を対象とした場合、1点をカットオフポイントとした感度は99%、2点では87.9%であることを報告している。さらに、勤労者を対象とした場合に、MINI(Mini-International Neuropsychiatric Interview)を至適基準とした大うつ病性障害の感度は、カットオフ値が1、2点ともに

100%であることを示している(鈴木ら, 2003)。以上を参照し、本チェック項目におけるリスク判定基準は、いずれか1項目に該当した場合に「中」、2項目とも該当した場合を「高」、いずれも該当しない場合を「低」とした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

「中」「高」いずれにおいても、うつ病のリスクが高めであることに加え、健康度自己評価との分布において、自分自身のことを健康とは感じていない場合が多いことから(表4参照)、まずは自分自身の健康状態を振り返り、休息や気分転換を図るなどセルフケアを促すことをアドバイスした。これに加えて、他者に相談し支援を仰ぐことを助言の視点とした。その際、リスク基準と「相談できる他者」との分布をみると、リスク「高」は、信頼して相談できる相手がいない人が多かったことから(表5参照)、周囲の身近な人に相談を促すのではなく、かかりつけ医や自治体の相談窓口などの公的な機関を含む具体的な相談先を明示しアドバイスした。

表4 メンタルヘルスのリスク基準と健康度自己評価の分布 人数(%)

リスク基準	とても健康	まあ健康	あまり健康ではない	健康ではない
高 (n=264)	4(1.5)	107(40.5)	98(37.1)	55(20.8)
中 (n= 90)	2(2.2)	55(61.1)	23(25.6)	10(11.1)
低 (n=544)	42(7.7)	361(66.4)	115(21.1)	26(4.8)

表5 メンタルヘルスのリスク基準と相談できる相手の分布 人数(%)

リスク基準	信頼して相談できる相手がいない				
	あてはまる	どちらかといえ ばあてはまる	どちらともい えない	どちらかとい えばあてはま らない	あてはまらない
高 (n=264)	77(29.2)	64(24.2)	64(24.2)	37(14.0)	22(8.3)
中 (n= 90)	11(12.2)	18(20.0)	21(23.3)	30(33.3)	10(11.1)
低 (n=544)	65(11.9)	69(12.7)	158(29.0)	138(25.4)	113(21.0)

領域 2：生活習慣

本領域は、項目番号 6～11 の 6 項目で構成される。

【項目番号：6】(横山友里・平松正和)

6：食事の栄養バランスはとれているか

チェック項目の選定理由

「多様な食品摂取」を促すことは我が国の食生活指針において推奨されており、毎日の食事の質を評価する上で、重要な要素のひとつである (Burggraf et al., 2018)。最適な健康を維持するために必要な栄養素は単一の食品では十分に摂取することができないことから、「食品摂取の多様性」は質の高い食生活に不可欠な要素として認識され、1980 年代後半以降、食品摂取の多様性を評価するための様々な指標が開発されてきた (Verger et al., 2021)。2021 年に発表された食品摂取の多様性の評価指標 (Dietary Diversity Indicators) に関するスコopingレビューによると、「食品摂取の多様性」の統一された定義がないものの、大きく 4 つのタイプに分けられ、そのうち一定期間内に摂取した食品群の数をカウントして食品摂取の多様性を評価するタイプが最も多かったことが報告されている (Verger et al., 2021)。

日本人高齢者の食品摂取の多様性を評価する指標としては、2003 年に東京都老人総合研究所 (現東京都健康長寿医療センター研究所) の熊谷らが開発した食品摂取の多様性得点 (Dietary Variety Score: 以下、DVS) がある。DVS は 6 つの基礎食品などを参考に異なるグループの食品を組み合わせで摂取することでバランスの良い食事ができるという考えのもと選択された 10 食品群で構成されており、食事の主菜・副菜を構

成する 10 食品群 (肉類、魚介類、卵類、牛乳、大豆製品、緑黄色野菜類、果物、海藻類、いも類、油脂類) の習慣的な摂取頻度をもとに、毎日摂取する食品群の数から食品摂取の多様性を評価するものである (熊谷ほか, 2003)。熊谷らの研究では DVS を用いて地域高齢者の食品摂取の多様性を評価し、5 年間の縦断研究により、多様な食品摂取が高次生活機能の低下抑制に関連することを初めて明らかにした (熊谷ほか, 2003)。その後も、DVS は地域高齢者の食品摂取の多様性を評価する簡便な指標として、疫学研究に用いられ、フレイル (Motokawa et al., 2018)、抑うつ (Yokoyama et al., 2019)、睡眠の質 (Yamamoto et al., 2021)、筋量・身体機能 (Yokoyama et al., 2017)、要介護認知症 (Yokoyama et al., 2023) 等の高齢期の各種健康アウトカムとの関連が報告されている。また、最近では、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の影響もふまえ、COVID-19 拡大状況下における DVS とフレイル発症との関連 (Yokoro, Otaki, Yano, et al., 2023) や、ソーシャルネットワークとの関連 (Yokoro, Otaki, Imamura, et al., 2023) も示されている。一方、栄養学的観点からは、DVS が高い群 (7 点以上) では、低い群 (3 点以下) に比べて、たんぱく質・脂質エネルギー比率は高く、たんぱく質や種々の微量栄養素の摂取量は多かった一方、炭水化物摂取量は少なかったことが示されており (成田ほか, 2020)、DVS が高いということは、主食を控えめに、たんぱく質や脂質、微量栄養素を多く含む主菜・副菜を中心とした「栄養素密度の高い食事」を反映していると考えられる。

このほか、日本人を対象に用いられている食品摂取の多様性の評価指標としては、国立長寿医療センター研究センターの老化

に関する長期縦断疫学研究 (NILS-LSA) で用いられている Quantitative Index for Dietary Diversity (QUANTIDD) がある (Katanoda et al., 2006)。中高年期の各種健康アウトカムとの関連が報告されているものの (Otsuka, Nishita, et al., 2020; Otsuka, Tange, et al., 2020; Otsuka et al., 2023)、QUANTIDD は、食事に占める各食品群の摂取量のばらつきから食の多様性を評価する指標であり、食事記録による摂取量の把握が必要になる。したがって、10 食品群の摂取頻度で簡便に食品摂取多様性を評価できることが特徴である DVS が本チェックリストのチェック項目として妥当と考えた。

リスク判定基準とその理由

DVS が 7 点以上の群は、3 点以下の群に比べて、4 年後の身体機能の低下が抑制されていたことや、たんぱく質や種々の微量栄養素の摂取量が多かったことなどが報告されている (Yokoyama et al., 2017; 成田ほか, 2020)。これらの研究結果をふまえ、本チェックリストでは、最近 1 週間の食事ではほぼ毎日食べた食品群の数を合計し (1 食品群につき 1 点)、7 点以上をリスク「低」、4-6 点をリスク「中」、0-3 点をリスク「高」とした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

リスク「中」「高」者に共通の内容として、多様な食品摂取の意義、食品摂取の多様性得点とその目標値に関する解説を含めた。リスク「中」者には、よりよい栄養バランスの食事にむけて、毎日食べていない食品群を意識して摂取するよう促すとともに、食生活改善の具体的手段として、弁当や総菜などを購入する際のアドバイスを示した。

リスク「高」者には、少しずつでも色々な食品を摂取するよう促すとともに、比較的安価で購入しやすい食品や冷凍食品の活用を勧めるなど、食事・栄養に関心が薄い者や調理をしない者でも取り入れやすいと考えられる内容を挙げた。

【項目番号：7】 (横山友里・平松正和)

7: 朝食をとっているか

チェック項目の選定理由

朝食欠食は糖尿病、脳出血、肥満の発症リスクとの関連が報告されており (Bi et al., 2015; Uemura et al., 2015; Kubota et al., 2016; Ballon et al., 2019; Ma et al., 2020; Seki et al., 2021)、「朝食を抜くことが週に 3 回以上があるか否か」については特定健康診査の標準的な質問票にも項目として導入されている。また、中・高年期の朝食欠食者の実態については、令和元年国民健康・栄養調査によると、朝・昼・晩の中で朝食欠食が最も多いことや、40 歳代男性の一人世帯の朝食欠食者の割合が高く、42.9%であったことが報告されている (厚生労働省, 2019b)。さらに、40~74 歳の日本の男女、約 11 万人を対象とした最近の研究では、朝食欠食者は、朝食摂取者と比べて、外食やインスタント食品を食べる頻度が高いことや、就寝時間が遅く、一人暮らしである割合が高いなどの特徴も示されている (Okada et al., 2023)。年齢層が高くなるほど、朝食欠食者の割合は減少していく傾向があるものの、生活習慣病のリスクと密接に関連する食生活要因であることから、中高年期が対象となる本チェックリストの項目として妥当と考えた。

リスク判定基準とその理由

45～74歳の日本の男女、約82,000名を対象に朝食の摂取頻度（毎日、週5-6回、週3-4回、週0-2回）と脳卒中との関連を検討したコホート研究（約13年間の追跡）では、毎日朝食を摂取する群を基準とした場合の13年後の脳出血の発症リスクは、週0-2回摂取する群で1.36倍であり、摂取頻度が低いほど、発症リスクが高まることが報告されている（Kubota et al., 2016）。これらの研究結果をふまえ、朝食の摂取頻度別に段階的に基準を設定し、ほとんど食べる場合をリスク「低」、週に1-2日食べない・週に3-4日食べない場合をリスク「中」、週に5-6日食べない・ほとんど食べない場合をリスク「高」とした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

「食育に関する意識調査報告書」によると、朝食を食べるために必要なこととして、「朝、食欲があること」を挙げた人の割合が最も多く、次いで「朝食を食べる習慣があること」が多かったことが報告されている（農林水産省, 2024）。リスク「中」者に対しては、できるだけ何も食べなかったという日が少なくなるよう、コンビニエンスストア等で簡単に用意できるものを紹介した。リスク「高」者に対しては、まずは朝食をとる習慣を身につけることに焦点をおき、すぐに食べられるものや食べやすいものを紹介した。

【項目番号：8,9】（平松正和・横山友里）

8：飲酒は適量か

9：喫煙していないか

チェック項目の選定理由

飲酒及び喫煙による健康への様々な影響が報告されている。健康日本21（第三次）

においても、両者は健康を増進するにあたり改善が必要な生活習慣として位置づけられており、それぞれ関連する目標値が定められている（厚生労働省, 2023a）。

飲酒は、高血圧、脳血管疾患、がん、死亡率、うつなどとの関連が報告されている（Ikehara et al., 2020; Inoue et al., 2005; Anker et al., 2019）。適度なアルコールを摂取する飲酒習慣を持っている者では糖尿病の発症が少ないという報告があるが（Li et al., 2016）、1日10g未満のアルコール摂取でも健康へのリスクが低下するわけではないとの報告もある（GBD 2016 Alcohol Collaborators et al., 2018）。少なくとも過剰なアルコール摂取は健康へ悪影響を与えるため避けるべきである。健康日本21（第三次）では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量として1日あたりの平均純アルコール摂取量を男性で40g、女性で20g以上としている。この基準以上のアルコールを摂取しているかを判断するために、飲酒頻度(Q3)と一回の飲酒機会の飲酒量(Q3S)を問う。

喫煙は動脈硬化や脳卒中及び虚血性心疾患による死亡、がんとの関連が報告されている（Ueshima et al., 2004; Inoue et al., 2022; Higashiyama et al., 2009）。また、喫煙は歯周病や歯の喪失とも関連している（大森ほか, 2011）。このように喫煙の健康への悪影響は確実であるが、禁煙により疾患のリスクを低下させることが可能である。疾患リスクを非喫煙者と同等にするには心血管疾患では10～14年、がん発症は男性で21年、女性で11年の禁煙期間が必要とされている（Iso et al., 2005; Saito et al., 2017）。喫煙状況(Q6)を把握することは健康管理において重要項目の一つである。

リスク判定基準とその理由

項目 8 (飲酒は適量か)

飲酒習慣と疾患等の関連を検討した研究では、飲酒頻度と1日の飲酒量を尋ね、その組み合わせで飲酒習慣を定義している(Inoue et al., 2005; Kamoda et al., 2020; Nakagawa et al., 2017)。また、特定健康診査で使用される標準的な質問票でも同様の方法で飲酒習慣を評価し保健指導に活用している(厚生労働省, 2024b)。

生活習慣病のリスクを高める飲酒習慣(平均純アルコール摂取量が男性で40g/日以上、女性で20g/日以上)を満たす飲酒頻度と飲酒量の組み合わせは以下のとおりである。男性では週5~6日以上かつ2合以上、週3~4日かつ3合以上、月1日~週2日かつ5合以上のいずれか、女性では週3日以上かつ1合以上、週1~2日かつ3合以上、月に1~3日かつ5合以上のいずれかである。この組み合わせに該当した場合、リスク「高」とした。

項目 9 (喫煙していないか)

禁煙により疾患のリスクが低下することを踏まえ、喫煙状況は現在喫煙している者、以前は吸っていたが現在は吸っていない者、もともと喫煙していない者を判別できる選択肢とした。喫煙状況によるリスク分類については、現在の喫煙のみをリスクとする場合(Hattori et al., 2013)、禁煙(以前の喫煙)の両方をリスクとする場合(Osaka et al., 2010)、非喫煙に対して現在の喫煙と禁煙のそれぞれをリスクとする場合(Ueshima et al., 2004; Higashiyama et al., 2009; Hori et al., 2021)、その他喫煙本数に応じてリスクを評価する場合(Wakai et al., 2006)など様々である。

リスク判定基準としては現在の喫煙をリ

スク「高」とした。エビデンスを踏まえると禁煙をリスク「中」とすることも可能だが、本チェックリストの運用を想定した場合、禁煙している者に対してアドバイスを必要性が見出せなかった。既に禁煙している者または取り組み始めて間もない者に対してリスク判定し安易にアドバイスすることは、対象者の禁煙意欲を削ぐ恐れがあると考えた。また、禁煙の場合は禁煙してからの期間やこれまでの喫煙本数などで健康への影響が変わるため、効果的なアドバイスが難しいと考えた。リスク判定基準をシンプルにする目的もあり、現在の喫煙をリスク「高」としそれ以外はリスク「低」とした。

リスク「高」者へのアドバイスの視点

大きく分けて、喫煙者の中には禁煙したいと思う者と禁煙したいと思っていない者が存在する。健康への影響を考慮すると喫煙者は禁煙するのが望ましいことに疑いはないが、個人の価値観は多様であり禁煙したいと思っていない者にアドバイスをすると反発される恐れがある。上記を踏まえ、アドバイスは現在禁煙したいと思っている者に向けて、厚生労働省(2018)の禁煙支援マニュアルで推奨されている内容とした。

【項目番号：10, 11】(清野諭)

10：身体活動の量は十分か

11：睡眠に問題はないか

チェック項目の選定理由

10：身体活動の量は十分か

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する、骨格筋の収縮を伴うすべての活動を指す(厚生労働省, 2024c)。2020年に世界保健機関

(WHO) が公表した「WHO 身体活動・座位行動ガイドライン 2020」(World Health Organization, 2020) では、定期的な身体活動が、成人の生活習慣病(心血管系疾患、高血圧や部位別のがん、2型糖尿病)の予防、メンタルヘルス(不安やうつ症状の軽減)や認知的健康、睡眠の質の向上、肥満関連指標の改善等につながることを明示している。本邦では、2024年1月に、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023」が公表された(厚生労働省, 2024c)。本ガイドでは、強度が3メッツ以上の身体活動を週に23メッツ・時以上おこなうことを推奨している(厚生労働省, 2024c)。これは、歩行またはそれと同等以上の強度の身体活動を1日60分以上実践することに相当する(歩数に換算すると1日約8000歩以上に相当する)。

そこで本チェックリストでは、「日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上おこなっていますか。」という質問を含め、「はい」/「いいえ」の二件法で回答を求めることとした。なお、本設問は、これまでに特定健診・特定保健指導で用いられてきた「標準的な質問票」の身体活動に関する質問と同一とした(厚生労働省, 2024b)。

11: 睡眠に問題はないか

睡眠不足を含め、さまざまな睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、2型糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスクの上昇や症状の悪化に関連し、死亡率の上昇にもつながる(厚生労働省, 2024d)。良い睡眠は、睡眠の量(睡眠時間)と質(睡眠休養感)によって規定される。

適正な睡眠時間には個人差があること、睡眠時間と睡眠休養感との間には関連があ

ることから、本チェックリストでは、睡眠休養感を問う「睡眠で休養が十分とれていますか。」という質問を採用し、「はい」/「いいえ」の二件法で回答を求めることとした。なお、本設問は、特定健診・特定保健指導で用いられる「標準的な質問票」の睡眠に関する質問と文末以外を同一のものとした(厚生労働省, 2024b)。

リスク判定基準とその理由

項目10では、「はい」と回答した(身体活動の推奨量を満たす)場合を「低」リスク、「いいえ」と回答した(身体活動の推奨量を満たさない)場合を「高」リスクとした。

項目11では、「非常によくとれている」/「まあとれている」と回答した場合を「低」リスクとし、「あまりとれていない」/「まったくとれていない」と回答した場合を「高」リスクとした。

リスク「高」者へのアドバイスの視点

10: 身体活動の量は十分か

最近のガイドライン等(World Health Organization, 2020; 厚生労働省, 2024c)では、たとえ推奨量を満たさない(本チェックリストにおいて高リスクに該当した場合であっても、身体活動量を少しでも増やすことで健康効果が得られることが強調されている。例えば、1日当たり10分間の身体活動を増やすことで、生活習慣病発症や死亡リスクが約3%低下すると推測されている(Murakami et al., 2015; Miyachi et al., 2015)。また、長時間の座位行動をできる限り頻繁に(例えば30分ごとに)中断(ブレイク)することが、食後血糖値や中性脂肪、インスリン抵抗性などの心血管代謝疾患のリスク低下に重要であることも報

告されている (Loh et al., 2020)。

以上を踏まえ、①30 分ごとに立ち上がって座りっぱなしの時間を減らすこと、②1日10 分余分に歩く・動くことの重要性を伝えることとした。

11：睡眠に問題はないか

睡眠休養感を低下させる要因として、睡眠不足に加えて、仕事などによる日中のストレス、就寝直前の夕食や夜食、朝食欠食などの食習慣の乱れ、運動不足、慢性疾患（糖尿病、高血圧、がん、うつなど）が挙げられている（厚生労働省，2024d）。そのため、睡眠環境を整えるための具体的なポイント（起きた時に朝日を浴びる、朝食をとる、適度に体を動かす、寝る 2～3 時間前に入浴する、寝る前にアルコールやカフェインをとらない、決まった時間に寝床に入る、室内の温度・湿度・光・音の環境を整えるなど）を伝えることとした。

領域 3：社会とのつながり

項目番号 12～14 の 3 項目から成る。

【項目番号：12, 13】（小林江里香）

12：親族や友人等との交流頻度は十分か

13：多様なつながりをもっているか

チェック項目の選定理由

社会的孤立が健康に悪影響を及ぼすことについては多くの研究蓄積がある。例えば、Holt-Lunstad ら(2015)は、メタ分析（複数の研究を統計的に統合する手法）を用いて、孤立者ほど早期に死亡するリスクが高いこと、その効果の大きさは、肥満などよく知られた健康のリスク要因と同程度かそれ以上であることを明らかにした。社会的つながりの乏しさは、心疾患・脳卒中の発症リ

スク (Valtorta et al., 2016)、身体・生活機能低下 (Mendes de Leon et al., 1999; 斉藤ほか, 2015) や認知機能低下のリスク (Evans et al., 2019) を高めることも報告されている。

孤立高齢者は、孤立していない高齢者に比べて、家族や友人等からの私的なサポートを得にくいだけでなく、支援の窓口を知らないなど、公的サポートにもアクセスしにくい傾向がある (小林ほか, 2011)。また、日頃から社会的交流が少ない人の場合、健康悪化や経済的困窮など何らかの問題が発生したとしても、周囲の人がそのことに気づきにくく、適切な支援を得られない可能性がある。特に同居家族がいない独居高齢者にとっては命に関わる事態にもなりかねない。

社会的孤立の測定方法は研究による違いがあり、Lubben Social Network Scale などの尺度を用いて、合計点が基準点以下の場合を「孤立」とする研究もあるが (栗本ほか, 2011)、質問項目数が多くなるという問題がある。そのため、いくつかの先行研究 (斉藤ほか, 2010; 小林ほか, 2011 など) が採用している「同居家族以外との対面または非対面での交流頻度の合計」によって孤立傾向を把握することとし、チェック項目 12 「親族や友人等との交流頻度は十分か」を設定した。具体的には、同居していない親族との交流頻度 (Q13) と友人・知人、近所の人との交流頻度 (Q14) の 2 問で把握する。職場や仕事関係の人との交流は、仕事以外で個人的に交流する回数のみを後者に含める。

社会的つながりに関する別の重要な側面は、つながりの多様性 (項目 13) である。上記の交流頻度で把握する孤立は、特定の相手 (例えば、別居の子ども) とのみ頻繁

に交流していても「非孤立」に該当するため、孤立していないことは、必ずしも多様なつながりをもつことを意味しない。

社会的つながりと死亡率との関係は、複合的な社会的統合の指標を用いた研究において最も強く見られることも報告されている(Holt-Lunstad et al., 2010)。複数の役割をもつことを意味する「社会的統合 (social integration)」が高い人は、概してウェル・ビーイング (WB) も高い (幸福感や生活満足度が高い、抑うつが低いなど)。人は役割への期待に応えることを通して、アイデンティティや生きがい、自信を得たり、他者との交流によってポジティブな感情を得たりすることが背景にあると考えられる(Cohen, 2004)。

また、中高年者を対象とした欧米の研究では、親族・非親族関係とも豊かな「多様型」ネットワークをもつ人の WB が最も高く、いずれの関係も乏しい「限定型」の人の WB は低い一方、「家族型」と「限定型」の差は小さかった(Fiori et al., 2006; Litwin, 2001)。「多様型」ネットワークをもつ独居者は、同居者がいる人より WB が高い傾向も報告されている(Djundeva et al., 2019)。

さらに、中年期から高齢期にかけては、退職によって仕事関係の人とのつきあいや職場という居場所を失ったり、家族や親しい友人との死別を経験するなどの「喪失」を経験しやすい。多様な社会的つながりをもつことは、このような喪失体験のネガティブな影響を緩和する上でも重要と考えられる。

つながりの多様性は、①就労参加、②親族関係、③非親族関係 (友人・知人、近所の人)、④グループ参加の 4 種類の中で、所有しているつながりの数 (0~4 個) により判断する。①は現在仕事をしている場合

(Q12)、④はこの 1 年間に活動に参加したグループ・団体がある場合 (Q15) に「あり」とする。②と③は、項目 12 の交流頻度と同じ質問を用いて、別居親族 (Q13)、友人等 (Q14) のそれぞれについて、対面または非対面での交流が月に 1 回以上ある場合を「(関係) あり」とした。

リスク判定基準とその理由

項目 12 (親族や友人等との交流頻度は十分か)

高齢者の社会的孤立を、同居家族以外との対面・非対面での交流頻度により操作的に定義した研究の多くは、「週 1 回未満」を孤立とする基準を採用している(斉藤ほか, 2010; 小林ほか, 2011 など)。斉藤ら(2015)は、高齢者を対象とした研究において、同居家族以外との交流頻度が週 1 回未満の場合は、その後の要介護状態への移行や認知症の発症と関連し、月 1 回未満の場合は早期死亡とも関連することを報告している。ただし、これら的高齢者対象の研究では、交流相手に同居していない子どもや親戚、友人や近所の人のみが含まれ、仕事上での交流は考慮されていない。高齢世代の同居家族以外との交流目標を「週 1 回以上」とするのは妥当と考えられるが、就労者の多い中年世代にも適用可能な基準であるかは十分に検証されていない。

そこで、リスク判定基準としては、別居の親族との交流頻度 (Q13) と友人・知人等との交流頻度 (Q14) の合計が月 1 回未満の場合を「高」、月 1 回以上週 1 回未満の場合を「中」、週 1 回以上の場合を「低」リスクとし、リスク高・中の人に対しては、高齢期に向けて、交流頻度を増やすようにアドバイスすることとした。

項目 13 (多様なつながりをもっているか)

4 種類のつながりのうち、0 個または 1 個しかない場合は、定義上、多様性が全くない状態であるためリスク「高」とし、2 個を「中」、3-4 個を「低」(=多様性あり)とした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

項目 12 のリスクが「高」の人は、別居親族の交流頻度、友人・知人等との交流頻度とも月 1 回未満(=つながりの数が 2 個以下)であり、項目 13 のリスクも「中」または「高」となり、項目 13 のアドバイスも読むことになる。そのため、項目 12 の中・高リスク者に対しては、交流を増やすよう勧め、その理由を簡潔に述べるにとどめた。具体的には、現状でも月 1 回以上の交流はあるリスク「中」の人に対しては、交流を増やすことを勧める理由として、「早めに異

変に気づいてもらったり、支援を頼みやすい」こと、月 1 回未満の交流しかないリスク「高」の人に対しては、「身体機能や認知機能が低下しやすい」ことを挙げた。

項目 13 については、リスク「中」「高」は、現状の解説部分を除き、交流の幅を増やすためのアドバイスは共通である。新たな親族関係の構築は難しいことから、自由意思で選択できる非親族関係を増やすことを念頭に、「自分の関心にあったグループ・サークルなどへの参加」を勧め、時間的・経済的制約、情報不足によって参加が阻害されることを想定してアドバイスを作成した。特に、Web 予備調査の分析結果では、つながりが 1 種類しかなかった人の大半が「就労参加」のみであったことから(表 6)、仕事などで忙しい人向けのアドバイスを含めた。活動に関する情報収集の方法についても具体的にアドバイスした。

表 6 社会的つながりが 1 種類のみ回答者はどのようなつながりをもっていたか

つながりの種類	全体		男性		女性	
	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%
就労参加	156	71.2	104	75.4	52	64.2
別居親族(月 1 回以上交流)	28	12.8	13	9.4	15	18.5
友人・知人等(月 1 回以上交流)	24	11.0	15	10.9	9	11.1
グループ参加	11	5.0	6	4.3	5	6.1
合計	219	100.0	138	100.0	81	100.0

注) Web 予備調査の 40-60 代回答者 898 人のうち、つながりが 1 種類のみ 219 人を分析

【項目番号：14】(高橋知也・村山陽)

14: 自分から助けを求められるか

チェック項目の選定理由

人は独力では解決が困難であると思われる問題に直面したとき、誰かに援助を求めようかどうかについての選択・決定を行う必要が生じる。その際、その時点における主

観的な「援助に対するニーズの自覚」が、他者に援助を求めようかどうかの決定に大きく影響する(Gross & McMullen, 1983)とされる。実際にこれまでの先行研究では、help-seeking preference(被援助志向性)と help-seeking behavior(援助要請行動)がしばしば独立した概念として用いられ、前者が後者を生起させると想定されてきた。

この想定は、行動は主に行動意図によって決定されるという the Theory of Planned Behavior (TPB; Ajzen, 1991) に基づいている。Armitage & Conner (2001) は TPB に関する文献レビューにより、ある行動を起こそうという意図が実際の行動の生起を予測することを示している。

中高年者の日常生活における help-seeking preference や help-seeking behavior について扱った先行研究は、援助・被援助行動が好循環する要因の検討 (妹尾・高木, 2011)、独居高齢者の被援助志向性に影響を及ぼすライフイベント (高橋他, 2018)、高齢者の被援助志向性を「援助に対する欲求」と「援助に対する抵抗感」の 2 つの側面から測定する尺度の作成 (高橋, 2019)、農村地域における援助要請行動と生活の質との関連に関する研究 (Ohta & Sano, 2022)、単身中高年者の被援助を抑制する心理的要因に関する研究 (Murayama et al, 2021; Murayama et al, 2022) など、中高年者の援助拒否に関する問題が明らかになっている。

昨今、高齢者の孤独死や消費者被害に関する報告を契機として、支援者の視座から「援助が必要な状態にある」と判断される中高年者が周囲からの援助を拒否する、いわゆる「高齢者の援助拒否」が取り沙汰されている。「調査対象としたケアマネジャーの 61.1% が援助を拒否された経験を持つ」 (小川ら, 2009) との報告にもあるように、周囲からの援助を頑なに拒もうとする高齢者が一定数存在するとの認識は、専門職者や民生委員などの支援者の間にも一定の広がりを見せている。高齢者を利用者として想定する多様な支援サービスの提供は、「援助に対する被援助者の反応は肯定的なものだという、いわば暗黙の前提」 (相川, 1988)

に則って行われる。しかし、援助を拒否する高齢者には、そもそもこの前提が成立しないという問題がある。さらに、援助を拒否されることで支援者による積極的なアプローチが困難になると、援助を拒否した高齢者は自身が抱えている生活上の問題解決に必要な援助を得る機会を失い、結果として更に大きなリスクを抱え込む可能性が考えられる。高齢期における孤独死や消費者被害などのリスクを軽減するためにも、プレシニアの段階から問題や困り事を抱えた時に周囲に援助を求めることができるように準備をしておくことは重要なことである。

以上を踏まえ、当該チェックリストでは、周囲の人に対して自分から助けを求められるかを尋ね、回答者の被援助志向を把握する。具体的には、心配事や困り事の相談相手の有無 (Q16、2 件法) と、他者から助言を受けることに対する抵抗感 (Q19(1)、4 件法) の 2 問からなる質問を行う。

リスク判定基準とその理由

Q16 心配事や困り事の相談相手の有無

周囲に心配事や困り事の相談相手がないことは、周囲に情緒的サポートおよび道具的サポート源が無く、即応的なサポートの受領に課題がある状況といえる。実際に、堀口ら (2020) をはじめとするソーシャルサポートに関する諸研究において、心配事や困り事の相談相手の有無は主要な判定項目の一つである。

そこでリスク判定基準としては、相談相手が「いる」場合を「低」リスクとし、「いない」場合を「中」リスク(a)とした。

Q19(1) 他者から助言を受けることに対する抵抗感

高橋ら (2019) が作成した被援助志向性

を測定する尺度のうち「援助に対する抵抗感」項目を構成する1項目を用いる。他者から助言を受けることに対する抵抗感が高いことは、援助を拒否するなど問題をひとりで抱え込む傾向にある、もしくは今後その傾向が表れる可能性がある状態であるといえる。

そこでリスク判定基準としては、同質問に対して「どちらかといえばあてはまらない」および「あてはまらない」場合を「低」リスクとし、「どちらかといえばあてはまる」および「あてはまる」場合を「中」リスク(b)とした。

Q16 および Q19(1)への回答に基づく最終的なリスク判定

Q16 および Q19(1)のいずれも「中」リスク、すなわち周囲に相談相手がいない状況にあり、かつ問題をひとりで抱え込む傾向にある人は、サポート受領における問題を複合的に抱えているという点でよりリスクが高い状態にあると考えられるため、「高」リスクと判定することとした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

Q16のリスクが「中」の方には「相談できる相手を見つけること」を、Q19(1)のリスクが「中」の方には「困った時は積極的に、周りの人を頼ること」をそれぞれ課題として提示する。また、Q16 および Q19(1)のリスクがいずれも「中」の場合は、リスクを「高」とするとともに、この両方を並列的に課題として提示する。

リスク「中」「高」とも、現状の課題に関する説明に続く、「必要な時に必要な助言や支援を求められるようになるためのアドバイス」は共通である。具体的には、①問題を先延ばしにしない、②問題を解決できな

いことを過度に恥ずかしいと思わない、③家族や友人、専門の相談機関を頼ってみる、④自分一人で抱え込み過ぎない、の以上4点を提示している。

領域4：家計・生活

項目番号15～17より構成される。

【項目番号：15】（堀左馬之介・村山陽・山口淳）

15：家計をきちんと管理できているか

チェック項目の選定理由

家計を把握できていない状況は生活困窮状態に陥る要因の一つとして捉えられる。例えば、生活困窮者自立支援制度における家計改善支援事業には、家計改善支援員による相談者の家計状況を見える化して課題を把握する支援が含まれている。家計の収支バランスをチェックする項目としてQ19(3)「収入に見合った支出ができています」を設定した。

金融リテラシー調査2022によると、金融教育を受けた人の方が受けなかった人よりも金融リテラシー（お金の知識・判断力）に関する項目の正答率が高く、望ましい金融行動をとっていた（金融広報中央委員会、2022）。2024年度には国民の金融リテラシー向上を目的に金融経済教育推進機構が設立され、老後の資産運用や年金制度に対する教育の重要性が求められている。将来の生活に向けて金融行動を検討しているかをチェックする項目としてQ19(4)「将来に備え、貯蓄などを行っている」を設定した。

リスク判定基準とその理由

予備調査および複数の専門家へのヒアリングなどの結果、収入に見合った支出がで

きていない場合を「高」リスク、収入に見合った支出ができ、かつ、貯蓄ができている場合を「低」リスク、それ以外の場合を「中」リスクとした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

リスク「中」の人に対しては、金銭管理の方法や専門家への相談方法などをアドバイスすることとした。収入と支出の管理や、支出を減らす方法、貯金の仕組み作りについて解説した。また、デジタル決済の普及により、収入と支出にはタイムラグがあることや、支出が本来の収入を上回る場合があることに留意するよう、注意喚起した。後者は主に自治体の窓口で家計見直しの支援を受けられることを情報提供した。リスク「高」の人に対しては、上記に加え、年金や社会保険料の減免や分納、納付猶予の相談ができることを追記した。

【項目番号：16】(村山陽・堀左馬之介)

16：親族の介護への備えができていますか

チェック項目の選定理由

親など家族の介護は介護者の経済的な負担だけでなく身体的負担や心理的負担になることが指摘されている(Zarit et al, 1980; Scott et al, 1986)。これまでの研究では、要介護者を含む家族の関係性が家族介護者のストレスや負担感に影響することが報告されている(Yates et al, 1999; 谷垣ら, 2004)。家族介護者への聞き取りを行った宮村(2016)は、家族介護者と認知症の人では生活上の困難さの認識にズレがあり、そのため家族介護者の視点で行われる対応だけでは不十分であることを明らかにしている。こうした介護への負担感、介護の質の低下や要介護者の生活の質の低下

につながる恐れもあり、できるだけ早い段階から準備をしておくことが求められる。そこで、親族の介護への備えの程度をチェックする項目としてQ19(11)「親など家族の介護を行うことで生活に支障をきたしている。また、近い将来その可能性がある」を設定した。

リスク判定基準とその理由

予備調査および複数の専門家へのヒアリングなどの結果、介護により生活に支障をきたしている、または、きたす可能性が高い場合を「高」リスクとし、介護により生活に支障をきたしていない、または、きたす可能性がないとはいえない場合を「中」リスク、それ以外の場合を「低」リスクとした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

リスク「中」の人に対しては、来たるべき時に備えて、事前に介護保険制度やサービス内容を把握すること、相談機関や家族に相談することが本人のみならず要介護者にとってもメリットになることをアドバイスすることとした。リスク「高」の人については、上記に加え、速やかに公的機関や勤務先に相談すること、とにかく一人で抱え込まないことを、アドバイスすることとした。

【項目番号：17】(小林江里香・堀左馬之介)

17：老後の住まいがあるか

チェック項目の選定理由

高齢者や低所得者は、賃貸住宅への入居を拒まれることがあり、住宅セーフティネット法(「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律」)が定める

「住宅確保要配慮者」に含まれる。大家や事業者が、高齢者への民間賃貸住宅の斡旋に消極的な理由としては「孤独死の恐れ」が最多で、認知症等による「意思能力の損失の恐れ」も多い（公益社団法人全国宅地建物取引業協会連合会他，2021）。

内閣府の調査によれば、65歳以上の高齢者の85%は持家（分譲マンションを含む）に住んでいるが、単身世帯の高齢者に限ると持家は65%であり、30%強は賃貸住宅に住んでいる（内閣府，2024）。現在は住む場所がある人でも、住宅ローンや家賃の支払いが困難になったり、保証人を立てられなかったり、賃貸住宅などで別の住まいを探さなければならないことが起こり得る人は、相談窓口を知っておくことで、早めに支援につながり、住む場所を失うという最悪の事態に陥らないようにすることが重要である。

リスク判定基準とその理由

上述の理由により、「あなたは、老後も住み続けられる住居を所有していますか。または、住居のための資金を確保できていますか」（Q18）に対し、「はい」と回答した場合を低リスク、「いいえ」と回答した場合を高リスクとした。

リスク「高」者へのアドバイスの視点

老後の住宅確保に備えた資金確保の重要性を伝えた上で、資金状況や返済金額の把握、家計の見直しの検討を提案した。また、上述のように、賃貸住宅への入居を拒まれるリスクに備えて、住宅の確保に配慮が必要な人の入居をサポートする「セーフティネット住宅情報提供システム」や「全国の居住支援法人一覧」のURLを紹介、65歳以上の方は地域包括支援センターなどに相談

する方法もあることをアドバイスすることとした。

領域5：知識習得・活用

項目番号18～22の5項目で構成される。

【項目番号：18】（堀左馬之介・村山陽）

18：年金に関する知識をもっているか

チェック項目の選定理由

厚生労働者の「2022年国民生活基礎調査」によると、高齢者世帯の所得の6割が公的年金による収入になっている（厚生労働省，2023b）。高齢者の無年金・低年金は深刻な社会問題になっており、令和4年10月31日段階で公的年金を受給できない65歳以上高齢者は105万2千人（2.9%）にのぼる（厚生労働省年金局，2024：令和6年公的年金加入状況調査より）。渡辺・四方（2020）は、公的年金による高齢期の貧困削減効果を明らかにしている。既存調査データの二次解析による研究では、働き方と老後の年金との関連が示されている。例えば、丸山（2016）では、非正規労働者の多くが厚生年金の適用外になる傾向にあるため老後の低年金リスクが高くなることが明らかにされ、特に中高年未婚者においてその傾向が高いことが報告されている。古里（2015）は、自営業や非正規雇用のような国民年金になる従業員期間が長いほど無年金になるリスクが高いことを見出している。これらの知見に基づく、より早い段階で自身の年金記録や将来の年金見込み額を把握し、必要に応じて今の働き方を見直すことが求められる。そこで、自身の年金に関する理解や認識の程度をチェックする項目としてQ19(5)「自分の年金の加入状況や将来の受取額を把握している」を設定した。

リスク判定基準とその理由

複数の専門家へのヒアリングなどの結果、自分の年金状況を把握していない場合を「高」リスクとし、「把握している」場合を「低」リスク、あいまいに把握している場合を「中」リスクとした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

リスク「中」「高」の人に対しては、まず自分の年金加入状況を確認することを提案した。その上で、年金の受取額が少ない場合は、上乘せ年金をつくることや、お金の専門家に相談することを勧めた。収入が急激に減少した人には年金保険料の減免などについて自治体に相談するよう、アドバイスすることとした。

【項目番号：19】（村山陽・堀左馬之介・山口淳）

19：社会保障制度の知識をもっているか

チェック項目の選定理由

65歳以上の要介護(要支援)認定者数の割合は、2023年時点で約19.2%にもものぼる(厚生労働省, 2023c: 介護保険事業状況報告)。要介護・要支援者本人やその家族、または高齢の親との同居者において、医療・福祉サービスに関する情報収集は必要不可欠になる。その一方、小島ら(2024)が65歳以上25,908人を対象に実施した調査によれば、都市部では特に窓口サービスを知っている割合が低く、地域包括支援センターは36.8%、社会福祉協議会は29.3%に止まっている。問題の解決に必要なアドバイスや情報提供はソーシャルサポート(社会関係の中でやりとりされる支援)であり、情動的サポートと称される。

リスク判定基準とその理由

予備調査および複数の専門家へのヒアリングなどの結果、高額療養費制度、介護保険制度のサービス、仕事や生活についての相談窓口について(Q19(6)~(8))、全く知らないものが一つでもある場合を「高」リスクとし、すべて知っている場合を「低」リスク、それ以外の場合を「中」リスクとした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

医療、福祉、生活、仕事などの社会保障制度を知ることで、金銭的な負担を軽減するための手がかりをつかむことができる。しかし、上述の通り、これらの窓口サービスについて知っている割合が低い。そこで、いまのうちから情報収集したり、直接窓口へ足を運んだりして、社会保障制度を知るための活動を促した。また、このような情報を調べる過程で、知ることの重要性に気付いてもらうことも意図した。これをきっかけに、リスク「中」「高」の人が自発的に情報収集をしたり行動に移したりすることを期待したい。

【項目番号：20】（村山陽・堀左馬之介）

20：人生設計やそのための知識をもっているか

チェック項目の選定理由

心理学領域では個人の将来に対する認識は将来展望(Future time perspective)と呼ばれ、高齢者個人のwell-being(Zhang et al, 2019)や人生満足度(Brianza & Demiray, 2019)への肯定的な影響が示されている。将来展望は退職後の生活に向けた準備に大きく関連しており、将来展望が高い

者ほど退職後の生活設計を考えていることが示されている(Kooij et al, 2018; Zhang et al, 2019)。また、経済的な問題を抱えている中高年男性ほど将来に対して諦める意識が高く、そのことが他者に援助を求める行動を抑制することも認められている(Murayama et al, 2022)。将来展望の程度をチェックする項目として、村山ら(2021)が開発した将来展望意識尺度の下位項目「将来諦め・放棄」の中の1項目からQ19(2)「自分の将来は成り行きに任せている」を設定した。

また、Tolentino et al. (2019)では、セルフモニタリング(自分自身の感情や行動に目を向けること)ができているほど、就職活動における自己効力感やキャリア・アダプタビリティ(環境の変化に適応する能力)が高いことが認められている。自己理解は、キャリア発達に関わる能力の一つとして捉えられている(例えば、河崎, 2010; 渡部他, 2015)。こうしたことから、自分自身の得意なことや好きなことを認識しておくことが、将来のキャリア発達に寄与するものと考えられる。そのため、Q19(9)「自分の得意なことや好きなことが自分自身でわかっている」の項目を設定した。

リスク判定基準とその理由

予備調査および複数の専門家へのヒアリングなどの結果、リスク判定基準を次の通り設定した。将来の成り行き任せの度合いが強く、かつ、自分の得意なことや好きなことが自分で把握できていない場合は「高」リスクとし、将来の成り行き任せの度合いが弱く、かつ、自分の得意なことや好きなことが自分で把握できている場合は「低」リスクとし、その中間を「中」リスクとした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

将来展望を高めるための一つとして人生設計の重要性を提示、そのために必要な目標設定と行動計画の立て方をアドバイスした。これらのことに取り組む過程で自己理解が深まり、得意なことや好きなことを把握できるようになることも意図した。また、課題に取り組むことに消極的な人に向けて、行動へのハードルを下げるために、現状と目標を紙に書き出すことだけでも効果があることを共有した。さらに、公的機関等の窓口で人生設計の専門家に相談する選択肢も勧めた。

【項目番号：21】(堀左馬之介・村山陽)

21：家事をできるか

チェック項目の選定理由

独居者は同居者に比べると外食など外部のサービスを利用することが多く、出費がかさむ恐れがある。料理や洗濯、掃除といった家事を自ら行うことで、出費を抑えるだけではなく、認知症リスクの低下(Zhu et al, 2022)や良好な健康状態(Adjei & Brand, 2018)、記憶力や注意力を高め、足腰を強くし転倒防止につながることを報告されている(Lee et al, 2021)。山下ら(2007)の実験では、調理習慣を導入した50~80代男性において脳の前頭前野機能が向上することが認められている。こうしたことから、家事全般の実施スキルについてQ19(10)「家事全般(料理や洗濯、掃除など)を自分ですることができる」を設定した。

リスク判定基準とその理由

予備調査および複数の専門家へのヒアリングなどの結果、リスク判定基準を次の通り設定した。家事全般を自分ですることが

ほとんどできない場合を「高」リスク、ある程度自分でできる場合を「低」リスクとし、それ以外の場合を「中」リスクとした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

家事は生活の基礎を整える上で重要な活動であることを共有した。その上で、家事を行うことの副次的効果として、健康増進、節約効果、ビジネススキル向上の観点から期待できる効果を提示。家事に消極的な人に対しては、まずは週のうち1~2時間を家事の時間にあてるなど、無理のない範囲で家事を行うことを勧めた。

【項目番号：22】（小林江里香・堀左馬之介）
22：学習活動に取り組んでいるか

チェック項目の選定理由

「人生100年時代」ともいわれる平均寿命の延伸や、デジタル社会到来など急激な社会変化が起きる中で、生涯学習の重要性が一層高まっている（文部科学省，2023）。自発的・主体的に取り組む学習活動は、年齢に関わらず、新たな知識・技能を得ることへの喜びや、自己の成長を実感できるなどの主観的well-beingの向上に寄与することが期待される。また、新たな知識・技術を身につけることで、社会の変化に対応しやすくなったり、就労の継続や再就職に役立つことも考えられる。

さらに、認知的に刺激のある知的活動（mental/cognitive/intellectual activity）への参加頻度が高い人ほど、認知症や認知機能の低下が起こりにくいことが複数の研究で示されており（Yates et al., 2016）、学習習慣をもつことは、将来的な認知症予防の点からも有益と考えられる。

リスク判定基準とその理由

学習活動は、「この1年間に、新しい知識やスキルを得るための学習活動をどのくらいおこないましたか。教室などへの参加だけでなく、ひとりでおこなう活動も含まます（関連書籍を読む、テレビ・ラジオ・インターネット等での講座視聴など）」（Q17）と尋ね、活動頻度を6つの選択肢から選ぶ形式とした。

上述の知的活動に関する研究の多くは、様々な知的活動（読書、カード・ボードゲーム、テレビ・ラジオ視聴、博物館見学など）への参加頻度に基づく総合得点を算出し、その後の認知症発症や認知機能との関連をみており（例えば、Wilson et al., 2002）、特定の活動の参加頻度がどのくらい低ければ認知症のリスクが高いのかといったカットオフ値は設定していない。

社会生活基本調査（総務省統計局，2022）によれば、「学習・自己啓発・訓練」の行動者率（過去1年間に行った人の割合）は、40歳から69歳以下の年齢階級では35.3~39.9%である。また、Q17の質問方法を用いたWeb予備調査（40~60代898人）では、「1週間に2回以上」13.6%、「1週間に1回くらい」7.6%、「1ヵ月に2、3回」6.5%、「1ヵ月に1回くらい」4.2%、「年に1回~数回くらい」8.5%、「年に1回より少ない、まったくない」59.7%であり、社会生活基本調査と同様に、過去1年間に学習活動を実施していない人が6割を占めた。

このように、多くの中年者にとって学習は日常的な活動とは言えず、目標設定が高すぎると達成不可能と判断され、取り組みを放棄される恐れがある。他方で、知識・技術の習得や認知機能維持への効果を期待するならば、ある程度の活動頻度は必要で

ある。これらの状況を考慮し、「年 1 回未満」を高リスク、「年 1 回以上～月 2、3 回」を中リスク、「週 1 回以上」を低リスクとした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

学習活動をしていない人は、「学習」に対し、難しいもの、面倒なものといったネガティブなイメージを抱いていることが考えられる。しかし、前述の Web 予備調査で週 2 回以上学習していた人では、学ぶ目的として「学ぶことが楽しい」を挙げた割合が 59.8%（参考：「年 1 回～数回」の学習者では 25.0%）と、「教養を高める」（68.0%）に次いで高く、「仕事に役立てる」（38.5%）に比べても高かった。

そこで、アドバイスでは、何を学ぶべきかを指示するのではなく、本人に合った学習内容やスタイルを見つけられるよう後押しすることを念頭に、学習のポジティブな側面に目を向けてもらうことを心がけ、様々なことが学習につながることを、まずは自分が関心をもつことに取り組みばよいことを伝えるようにした。

D. 考察および結論

選定された 22 のチェック項目の半数にあたる 11 項目は、健康班が選出した項目となった。適切な健康管理により良好な健康状態を維持することは、就労継続によって安定的な収入を得たり、社会参加や人との交流を楽しむためにも重要であり、妥当な結果と考えている。

対象者が診断結果を得た後に回答する評価項目（図 1 の最後のステップ）の具体的な内容についてはまだ決まっておらず、2024 年度の課題として残されている。

チェックリストの利用促進には、対象となるプレシニア層に高齢期の問題を自分事

としてとらえ、チェックリストを提供する Web サイトにアクセスしてもらうこと、さらに実際にチェックをしてもらうよう動機づけることが重要である。そのためにはターゲットとなる人々にとって魅力的なサイトの構築が不可欠である。また、チェック項目数としては 22 個でも、その項目判定のために 34～40 個の質問に答える必要があり（該当者のみ答える質問があるため質問数に幅がある）、対象者に飽きさせずに最後まで回答してもらうための工夫も必要となる。

Web サイトの制作は、すでに専門の業者と連携して進めており、2024 年秋頃の公開を目指している。また、より多くの人に利用してもらうためには、チェックリストの周知・広報にも力を入れる必要がある。案内チラシを作成し、公共施設、相談窓口や課題 2 で明らかになった「馴染みの場所・行きつけの場所」などで配布するほか、案内チラシを見なくてもチェックリストの Web サイトにアクセスする人を増やすための方法を検討する予定である。

E. 研究発表

なし

引用文献

Adjei, N. K., & Brand, T. (2018). Investigating the associations between productive housework activities, sleep hours and self-reported health among elderly men and women in western industrialised countries. *BMC public health*, 18(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4979-z>

相川充 (1988). 心理的負債に対する被援助利益の重みと援助コストの重みの比較. *心理学研究*, 58(6), 366-372.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned

- behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Anker, J. J., & Kushner, M. G. (2019). Co-occurring alcohol use disorder and anxiety: Bridging psychiatric, psychological, and neurobiological perspectives. *Alcohol Research : Current Reviews*, 40(1), arcr.v40.1.03.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499.
- Ballon, A., Neuenschwander, M., & Schlesinger, S. (2019). Breakfast skipping is associated with increased risk of Type 2 Diabetes among adults: A systematic review and Meta-Analysis of prospective cohort studies. *The Journal of Nutrition*, 149(1), 106–113. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy194>
- Bi, H., Gan, Y., Yang, C., et al. (2015). Breakfast skipping and the risk of type 2 diabetes: A meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutrition*, 18(16), 3013–3019. doi:10.1017/S1368980015000257
- Brianza, E. & Demiray, B. (2019). Future time perspective and real-life utterances about the future in young and older adults. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 32(4), 161–173.
- Burggraf, C., Teuber, R., Brosig, S., et al. (2018). Review of a priori dietary quality indices in relation to their construction criteria. *Nutrition reviews*, 76(10), 747–764. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuy027>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Djundeva, M., Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2019). Is living alone "aging alone"? Solitary living, network types, and well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), 1406-1415.
- Evans, I. E. M., Martyr, A., Collins, R., et al. (2019). Social isolation and cognitive function in later life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70, S119-S144.
- Fukuma, S., Iizuka, T., Ikenoue, T., et al. (2020). Association of the national health guidance intervention for obesity and cardiovascular risks with health outcomes among Japanese Men. *JAMA Internal Medicine*, 180, 1630-1637.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 61(1), P25-P32.
- 古里由香里 (2018). 高齢者における無年金リスクに関する分析: 職歴における脆弱性とリスク再生産に着目して, 『2015 年SSM 調査報告書 7 労働市場II』 森山智彦 (編), 229-244.
- Furuta, M., Takeuchi, K., Takeshita, T., et al. (2022). Baseline periodontal status and modifiable risk factors are associated with tooth loss over a 10-year period: Estimates of population attributable risk in a Japanese community. *Journal of Periodontology*, 93(4), 526–536.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 392(10152), 1015–1035.
- Gross, A. E., & McMullen, P. A. (1983). Models

- of the help-seeking process. *New Directions in Helping*, 2, 45-70.
- Hackl, F., Halla, M., Hummer, M., et al. (2015). The effectiveness of health screening. *Health Economics*, 24(8), 913–935. <https://doi.org/10.1002/hec.3072>
- Hattori, T., Konno, S., Shijubo, N., et al. (2013). Increased prevalence of cigarette smoking in Japanese patients with sarcoidosis. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 18(7), 1152–1157.
- 林芙美, 横山徹爾, 吉池信男 (2009). 都道府県別にみた健康・栄養関連指標の状況と総死亡および疾患別死亡率. *日本公衆衛生雑誌*, 56(9), 633-644.
- Higashiyama, A., Okamura, T., Ono, Y., et al. (2009). Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease--comparison of relative contribution in urban Japanese population: The Suita study. *Circulation Journal : Official Journal of the Japanese Circulation Society*, 73(12), 2258–2263.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., et al. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
- Honda, T., Chen, S., Hata, J., et al. (2022). Development and validation of a risk prediction model for atherosclerotic cardiovascular disease in Japanese adults: The Hisayama Study. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 29(3), 345–361.
- Hori, A., Inoue, Y., Kuwahara, K., et al. (2021). Smoking and long-term sick leave in a Japanese working population: Findings of the Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(1), 135–142.
- 堀口和子, 岩田昇, 久保田真美 (2020). 認知症の有無による高齢者の独居生活中断時の心身の状態と社会資源の利用. *桐生大学紀要*, 31, 133-141.
- Ikehara, S., & Iso, H. (2020). Alcohol consumption and risks of hypertension and cardiovascular disease in Japanese men and women. *Hypertension Research : Official Journal of the Japanese Society of Hypertension*, 43(6), 477–481.
- Inoue, M., Hirabayashi, M., Abe, S. K., et al. (2022). Burden of cancer attributable to modifiable factors in Japan in 2015. *Global Health & Medicine*, 4(1), 26–36.
- Inoue, M., Tsugane, S., & JPHC Study Group. (2005). Impact of alcohol drinking on total cancer risk: Data from a large-scale population-based cohort study in Japan. *British Journal of Cancer*, 92(1), 182–187.
- Ishikawa, S., Konta, T., Susa, S., et al. (2022). Association of the number of teeth and self-rated mastication with self-rated health in community-dwelling Japanese aged 40 years and older: The Yamagata cohort study. *Scientific Reports*, 12(1), 21025.
- Iso, H., Date, C., Yamamoto, A., et al. (2005). Smoking cessation and mortality from cardiovascular disease among Japanese men

- and women: The JACC Study. *American Journal of Epidemiology*, 161(2), 170–179.
- Kamoda, T., Komatsuzaki, A., Ono, S., et al. (2020). Association between drinking habits and oral symptoms: A cross-sectional study based on Japanese national statistical data. *International Journal of Dentistry*, 8874587.
- Katanoda, K., Kim, H. S. & Matsumura, Y. (2006). New Quantitative Index for Dietary Diversity (QUANTIDD) and its annual changes in the Japanese. *Nutrition*, 22(3), 283-287.
- 河崎智恵 (2010). ライフキャリアの能力・態度に関する尺度構成の試み. キャリア教育研究 29 (1), 25-30.
- 金融広報中央委員会 (2022). 金融リテラシー調査 2022.
https://www.shiruporuto.jp/public/document/container/literacy_chosa/2022/pdf/22lite_point.pdf
- 小林江里香, 藤原佳典, 深谷太郎ほか (2011). 孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康: 同居者の有無と性別による差異. 日本公衆衛生雑誌, 58(6), 446-456.
- 小島香, 岡田栄作, 諸富伸夫ほか (2024). 医療・福祉における高齢者の相談窓口に関する地域の知名度格差の検討. 東海公衆衛生雑誌, 11(2), 152-158.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/tpha/11/2/11_2023-13/_pdf/-char/ja
- Kooij, D. T. A. M., Kanfer, R., Betts, M., et al. (2018). Future time perspective: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 103(8), 867–893. <https://doi.org/10.1037/apl0000306>
- 保証協会 (2021). 令和 2 年度 住宅確保要配慮者等の居住支援に関する調査研究報告書.
https://www.zentaku.or.jp/cms/wp-content/themes/zentaku2020/assets/pdf/research/estate/research_project/archive2020/R02_report1.pdf
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2024). 日本の世帯数の将来推計 (全国推計) (令和 6 (2024) 推計) — 令和 2 (2020) ~ (2050) 年-. https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/hprj2024_gaiyo_20240412.pdf
- 厚生労働科学研究「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑止の視点から」研究班 (研究代表者 野田光彦) (2014). 糖尿病受診中断対策包括ガイド.
- 厚生労働省 (2018). 禁煙支援マニュアル (第二版) 増補改訂版.
- 厚生労働省 (2019a). 日本人の食事摂取基準 (2020 年版).
- 厚生労働省 (2019b). 令和元年国民健康・栄養調査報告.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r1-houkoku_00002.html
- 厚生労働省 (2020). 令和 2 年版自殺対策白書. 第 2 章自殺対策の基本的な枠組みと中高年、高齢者の自殺をめぐる状況.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2020.html (アクセス日: 2024 年 4 月 23 日).
- 厚生労働省 (2022). 令和 4 年 (2022) 人口動態統計月報年系 (概数) の概況.
- 厚生労働省 (2023a). 健康日本 21(第三次)推進

- のための説明資料.
- 厚生労働省 (2023b). 2022 (令和4) 年 国民生活基礎調査の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf>
- 厚生労働省 (2023c). 介護保険事業状況報告.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom23/dl/2303a.pdf>
- 厚生労働省 (2024a). 被保護者調査 (令和4年度確定値) .
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogoya/m2023/kakutei.html>
- 厚生労働省 (2024b). 標準的な健診・保健指導プログラム (令和6年版) .
- 厚生労働省 (2024c). 健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023.
- 厚生労働省 (2024d). 健康づくりのための睡眠ガイド2023.
- 厚生労働省年金局 (2024). 令和4年公的年金加入状況等調査結果の概要
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/141-1-R04gaiyou.pdf>
- Kubota, Y., Iso, H., Sawada, N., et al. (2016). Association of breakfast intake with incident stroke and coronary heart disease: The Japan Public Health Center-Based Study. *Stroke*, 47(2), 477-481.
- 熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博ほか (2003). 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. *日本公衆衛生雑誌*, 50(12), 1117-1124.
- 栗本鮎美, 栗田主一, 大久保孝義ほか (2011). 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. *日本老年医学会雑誌*, 48(2), 149-157.
- Lee, S. Y., Pang, B. W. J., Lau, L. K., et al. (2021). Cross-sectional associations of housework with cognitive, physical and sensorimotor functions in younger and older community-dwelling adults: The Yishun Study. *BMJ open*, 11(11), e052557.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052557>
- Li, X. H., Yu, F. F., Zhou, Y. H., et al. (2016). Association between alcohol consumption and the risk of incident type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(3), 818-829.
- Litwin, H. (2001). Social network type and morale in old age. *Gerontologist*, 41(4), 516-524.
- Loh, R., Stamatakis, E., Folkerts, D., et al. (2020). Effects of interrupting prolonged sitting with physical activity breaks on blood glucose, insulin, and triacylglycerol measures: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine* 50, 295-330.
- Ma, X., Chen, Q., Pu, Y., et al. (2020). Skipping breakfast is associated with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(1), 1-8.
- 丸山桂 (2016). 中高年未婚者の就業状態と老後の所得保障, WEB Journal No. 03, 42-77.
- Matsuyama, Y., Aida, J., Watt, R. G., et al. (2017). Dental status and compression of life expectancy with disability. *Journal of Dental Research*, 96(9), 1006-1013.
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., Backett, L.A., et al. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *The Journals of Gerontology: Series B*, 54B (3), S162-S172.

- Miyachi M, Tripette J, Kawakami R, et al. (2015). “+10 min of physical activity per day”: Japan is looking for efficient but feasible recommendations for its population. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology* 61, S7-S9.
- 宮村季浩 (2016). 認知症の人の生活上の困難さについての認知症の人と家族介護者の認識の違い, 日本公衆衛生雑誌 63(4), 202-208.
- 文部科学省 (2023). 令和 4 年度文部科学白書 https://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpab202001/1420041_00015.htm
- Motokawa, K., Watanabe, Y., Edahiro, A., et al. (2018). Frailty severity and dietary variety in Japanese older persons: A cross-sectional study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(3), 451-456.
- Murakami H, Tripette J, Kawakami R, et al. (2015). “Add 10 min for your health”: The new Japanese recommendation for physical activity based on dose-response analysis. *Journal of the American College of Cardiology* 65, 1153-1154.
- Murayama, Y., Yamazaki, S., Hasebe, M., et al. (2021). How single older men reach poverty and its relationship with help-seeking preferences. *Japanese Psychological Research*, 63(4), 406-420.
- 村山陽, 山崎幸子, 長谷部雅美ほか (2021). 単身男性中高年者における将来展望を抑制する意識の検討. 老年社会科学, 43(1), 26-35. https://www.jstage.jst.go.jp/article/rousha/43/1/43_26/_pdf
- Murayama, Y., Yamazaki, S., Hasebe, M., et al. (2022). Psychological factors that suppress help-seeking among middle-aged and older adults living alone. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10620. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710620>
- 内閣府 (2022). 令和 3 年度 高齢者の日常生活・地域社会への参加に関する調査結果 (全体版) . https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r03/zentai/pdf_index.html
- 内閣府 (2024). 令和 5 年度 高齢社会対策総合調査 (高齢者の住宅と生活環境に関する調査) の結果 (概要版) . https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r05/gaiyo/pdf_indexg.html
- Nakagawa, Y., Mafune, K., Inoue, A., et al. (2017). Changes in drinking habits and psychological distress in Japanese non- or occasional drinking workers: A one-year prospective cohort study. *Industrial Health*, 55(3), 243–251.
- Nakao, Y., Miyamoto, Y., Ueshima, K., et al. (2018). Effectiveness of nationwide screening and lifestyle intervention for abdominal obesity and cardiometabolic risks in Japan: The metabolic syndrome and comprehensive lifestyle intervention study on nationwide database in Japan (MetS ACTION-J study). *PLoS One*, 13, e0190862.
- 成田美紀, 北村明彦, 武見ゆかりほか (2020). 地域在宅高齢者における食品摂取多様性と栄養素等摂取量, 食品群別摂取量および主食・主菜・副菜を組み合わせた食事日数との関連. 日本公衆衛生雑誌, 67(3), 171-182.
- Ng, S. P., Korda, R., Clements, M., et al. (2011). Validity of self-reported height and weight and derived body mass index in middle-aged and elderly individuals in Australia.

- Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(6), 557–563.
- Nguyen, A. T. M., Akhter, R., Garde, S., et al. (2020). The association of periodontal disease with the complications of diabetes mellitus. A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 165, 108244.
- 日本動脈硬化学会 (2022). 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版.
- 日本肥満学会 (2022). 肥満症診療ガイドライン.
- 日本高血圧学会 (2019). 高血圧治療ガイドライン 2019.
- 農林水産省 (2024). 食育に関する意識調査報告書 (令和 6 年 3 月) .
https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/ishiki/r06/pdf_index.html
- 小川栄二, 三浦ふたば, 中島裕彦 (2009). 利用者の援助拒否・社会的孤立・潜在化問題から福祉労働のあり方を考える. 総合社会福祉研究= Critical social welfare/総合社会福祉研究所編, (34), 28-40.
- Ohta, R., & Sano, C. (2022). Associations between perception of help-seeking behaviors and quality of life among older people in rural communities: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13331.
- Okada, C., Iso, H., Yamagishi, K., et al. (2023). Dietary behaviours and related lifestyles according to the presence or absence of skipping breakfast in Japanese adults: The JPHC-NEXT study. *Public Health Nutrition*, 26(6), 1230-1237.
- 大森みさき, 両角俊哉, 稲垣幸司ほか (2011). ポジション・ペーパー (学会見解論文) 喫煙の歯周組織に対する影響. 日本歯周病学会会誌, 53(1), 40-49.
- Osaka, D., Shibata, Y., Abe, S., et al. (2010). Relationship between habit of cigarette smoking and airflow limitation in healthy Japanese individuals: The Takahata study. *Internal Medicine (Tokyo, Japan)*, 49(15), 1489–1499.
- Otsuka, R., Nishita, Y., Nakamura, A., et al. (2020). Dietary diversity is associated with longitudinal changes in hippocampal volume among Japanese community dwellers. *European Journal of Clinical Nutrition*, 75(6), 946–953.
- Otsuka, R., Tange, C., Nishita, Y., et al. (2020). Dietary diversity and all-cause and cause-specific mortality in Japanese community-dwelling older adults. *Nutrients*, 12(4).
- Otsuka, R., Zhang, S., Ihira, H., et al. (2023). Dietary diversity and risk of late-life disabling dementia in middle-aged and older adults. *Clinical Nutrition*, 42(4), 541-549.
- Peng, S., Wang, S., & Feng, X. L. (2021). Multimorbidity, depressive symptoms and disability in activities of daily living amongst middle-aged and older Chinese: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Journal of Affective Disorders*, 295, 703-710.
- Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S., & Johnson, N. W. (2005). Periodontal diseases. *Lancet (London, England)*, 366(9499), 1809–1820.
- Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., et al. (2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*, 55(1), 21–31.
- Prospective Studies Collaboration, Whitlock, G., Lewington, S., et al. (2009). Body-mass

- index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet (London, England)*, 373(9669), 1083–1096.
- Saito, E., Inoue, M., Tsugane, S., et al. (2017). Smoking cessation and subsequent risk of cancer: A pooled analysis of eight population-based cohort studies in Japan. *Cancer Epidemiology*, 51, 98–108.
- 斉藤雅茂 (2018). 高齢者の社会的孤立と地域福祉 —計量的アプローチによる測定・評価・予防策—. 明石書店.
- 斉藤雅茂, 藤原佳典, 小林江里香ほか (2010). 首都圏ベッドタウンにおける世帯構成別にみた孤立高齢者の発現率と特徴. *日本公衆衛生雑誌*, 57(9), 785-795.
- 斉藤雅茂, 近藤克則, 尾島俊之ほか (2015). 健康指標との関連からみた高齢者の社会的孤立基準の検討: 10年間の AGES コホートより. *日本公衆衛生雑誌*, 62(3), 95-105.
- Sasazuki, S., Inoue, M., Tsuji, I., et al. (2011). Body mass index and mortality from all causes and major causes in Japanese: Results of a pooled analysis of 7 large-scale cohort studies. *Journal of Epidemiology*, 21(6), 417–430.
- Scott, J. P., Roberto, K. A. & Hutton, T. (1986). Families of Alzheimer's victims: Family support to the caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 348–354.
- Seki, T., Takeuchi, M. & Kawakami, K. (2021). Eating and drinking habits and its association with obesity in Japanese healthy adults: Retrospective longitudinal big data analysis using a health check-up database. *British Journal of Nutrition*, 126(10), 1585-1591.
- 妹尾香織, 高木修 (2011). 援助・被援助行動の好循環を規定する要因: 援助成果志向性が果たす機能の検討. *関西大学社会学部紀要*, 42(2), 117-130.
- 総務省 (2023). 令和 5 年版 情報通信白書 (ICT 白書) .
<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r05/index.html>
- 総務省統計局 (2022). 令和 3 年社会生活基本調査.
<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/index.html>
- 総務省統計局 (2024). 労働力調査.
<https://www.stat.go.jp/data/roudou/>
- 鈴木竜世, 野畑綾子, 金直淑ほか (2003). 職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討: Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて. *精神医学*, 45, 699-708.
- 鈴木亘, 岩本康志, 湯田道生ほか (2015). 特定健診・特定保健指導の効果測定: プログラム評価の計量経済学からのアプローチ. *医療経済研*, 27, 2-39.
- 高橋知也, 小池高史, 安藤孝敏 (2018). 高齢期の被援助志向性に影響を与えるライフイベントは何か —SCAT による内容分析を用いた検討から—. *技術マネジメント研究*, 17, 20-30.
- 高橋知也 (2019). 独居高齢者における被援助志向性に関する研究. *生きがい研究/長寿社会開発センター 編*, (25), 46-59.
- Tamakoshi, A., Yatsuya, H., Lin, Y., et al. (2010). BMI and all-cause mortality among Japanese older adults: Findings from the Japan collaborative cohort study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 18(2), 362–369.
- 谷垣静子, 宮林郁子, 宮脇美保子ほか (2004). 介護者の自己効力感および介護負担感

- にかかわる関連要因の検討. 厚生の指標, 51(4), 8-13.
- Tolentino, L. R., Sibunruang, H., & Garcia, P. R. J. M. (2019). The role of self-monitoring and academic effort in students' career adaptability and job search self-efficacy. *Journal of Career Assessment*, 27(4), 726-740.
<https://doi.org/10.1177/1069072718816715>
- Tsushita, K., Hosler, A., Miura, K., et al. (2018). Rational and descriptive analysis of specific health guidance: The nationwide lifestyle intervention program targeting metabolic syndrome in Japan. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 25(4), 308-322.
- Uemura, M., Yatsuya, H., Hilawe, E. H., et al. (2015). Breakfast skipping is positively associated with incidence of type 2 diabetes mellitus: Evidence from the Aichi Workers' Cohort Study. *Journal of Epidemiology*, 25(5), 351-358.
- Ueshima, H., Choudhury, S. R., Okayama, A., et al. (2004). Cigarette smoking as a risk factor for stroke death in Japan: NIPPON DATA80. *Stroke*, 35(8), 1836-1841.
- Valtorta, N. K., Kannan, M., Gilbody, S., et al. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009-1016.
- Verger, E. O., Le Port, A., Borderon, A., et al. (2021). Dietary diversity indicators and their associations with dietary adequacy and health outcomes: A systematic scoping review. *Advances in Nutrition*, 12(5), 1659-1672.
- Wada, K., Tamakoshi, K., Tsunekawa, T., et al. (2005). Validity of self-reported height and weight in a Japanese workplace population. *International Journal of Obesity* (2005), 29(9), 1093-1099.
- Wakai, K., Inoue, M., Mizoue, T., et al. (2006). Tobacco smoking and lung cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence among the Japanese population. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 36(5), 309-324.
- 渡辺久里子, 四方理人 (2020). 高齢者における貧困率の低下, 社会政策, 12(2), 62-73.
- 渡部昌平, 渡部諭, 小池孝範 (2015). キャリア教育の効果測定のための自己理解尺度の作成について. 秋田県立大学総合科学研究彙報, 16, 43-50.
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., et al. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7): 439-445.
- Wilson, R. S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., et al. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA*, 287(6), 742-748.
- World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour.
- Yamamoto, K., Motokawa, K., Yoshizaki, T., et al. (2021). Dietary variety is associated with sleep efficiency in urban-dwelling older adults: A longitudinal study. *Clinical Nutrition ESPEN*, 41, 391-397.
- Yamamoto, T., Kondo, K., Hirai, H., et al. (2012). Association between self-reported dental health status and onset of dementia: A 4-year prospective cohort study of older Japanese

- adults from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES) Project. *Psychosomatic Medicine*, 74(3), 241–248.
- Yamamoto, T., Kondo, K., Misawa, J., et al. (2012). Dental status and incident falls among older Japanese: A prospective cohort study. *BMJ open*, 2(4), e001262.
- 山下満智子, 川島隆太, 三原幸枝ほか (2007). 調理による脳の活性化 (第二報) —調理習慣導入による前頭前野機能向上の実証実験—. *日本食生活学会誌*, 18(2), 134-139.
- Yamazaki, S., Imuta, H., & Yasumura, S. (2016). Depression in older adults: Do close family members recognize it? *Geriatrics & Gerontology International*, 16(12), 1350-1351.
- Yamazaki, S., Nakano, K., Saito E., et al. (2012). Prediction of functional disability by depressive state among community-dwelling elderly in Japan: A prospective cohort study. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(4), 680-687.
- Yates, L. A., Ziser, S., Spector, A., et al. (2016). Cognitive leisure activities and future risk of cognitive impairment and dementia: systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1791-1806.
- Yates, M. E., Tennstedt, S., & Chang, B. H. (1999). Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *The Journals of Gerontology. Series B*: 54(1), P12–P22. <https://doi.org/10.1093/geronb/54b.1.p12>.
- Yokoro, M., Otaki, N., Imamura, T., et al. (2023). Association between social network and dietary variety among community-dwelling older adults. *Public Health Nutrition*, 26(11), 2441-2449.
- Yokoro, M., Otaki, N., Yano, M., et al. (2023). Low dietary variety is associated with incident frailty in older adults during the coronavirus disease 2019 pandemic: A prospective cohort study in Japan. *Nutrients*, 15(5).
- Yokoyama, Y., Kitamura, A., Yoshizaki, T., et al. (2019). Score-based and nutrient-derived dietary patterns are associated with depressive symptoms in community-dwelling older Japanese: A cross-sectional study. *The Journal of nutrition, health and aging*, 23(9), 896-903.
- Yokoyama, Y., Nishi, M., Murayama, H., et al. (2017). Dietary variety and decline in lean mass and physical performance in community-dwelling older Japanese: A 4-year follow-up study. *The Journal of nutrition, health and aging*, 21(1), 11-16.
- Yokoyama, Y., Nofuji, Y., Seino, S., et al. (2023). Association of dietary variety with the risk for dementia: The Yabu cohort study. *Public Health Nutrition*, 1-8.
- 吉池信男, 西信雄, 松島松翠ほか (2000). Body Mass Index に基づく肥満の程度と糖尿病, 高血圧, 高脂血症の危険因子との関連: 多施設共同研究による疫学的検討. 肥満研究: 日本肥満学会誌= *Journal of Japan Society for the Study of Obesity*, 6(1), 4-17.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>.
- Zhang, J., Zhou, M., Yu, N. X., et al. (2019). Future time perspective and well-being in Chinese older adults: Moderating role of age

stereotypes. *Research on aging*, 41(7), 631–647.

<https://doi.org/10.1177/0164027519830081>

Zhu, J., Ge, F., Zeng, Y., et al. (2022). Physical and mental activity, disease susceptibility, and risk of dementia: A prospective cohort study based on UK biobank. *Neurology*, 99(8), e799–e813. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000701>

資料1 チェックリスト作成委員会メンバー

役割	氏名	健康班	社会班	経済班	所属・職名 (2024年3月末現在)
代表者	小林 江里香	○(身体)	○	○	都健康長寿*社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究部長
分担者	村山 陽	○(精神)	○	○	同研究チーム・研究員
分担者	山崎 幸子	○(精神)			文京学院大学・教授
分担者	長谷部 雅美		○		聖学院大学・准教授 都健康長寿・非常勤研究員
協力者	藤原 佳典	○(身体)			都健康長寿 副所長
協力者	清野 諭	○(身体)			都健康長寿社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・主任研究員
協力者	横山 友里	○(栄養)			同研究チーム・研究員
協力者	平松 正和	○(栄養)			東京家政大学・助教 都健康長寿・非常勤研究員
協力者	村山 洋史		○		都健康長寿社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究副部長
協力者	高橋 知也		○		同研究チーム・研究員
協力者	竹内 真純		○		同研究チーム・非常勤研究員
協力者	山口 淳			○	同研究チーム・非常勤研究員
協力者	中町 猛士			○	同研究チーム
協力者	堀 左馬之介			○	キャリアリカバー 都健康長寿・非常勤技術員

○：所属ワーキンググループ *都健康長寿＝東京都健康長寿医療センター研究所

資料2 専門家ヒアリングの協力者

前	後	氏名	所属 (2024年3月末現在)	専門領域
○		小島 貴子	東洋大学	中高年のキャリア
○	○	古川 みほ	暮らしのお金の保健室	ファイナンシャルプランナー
○		藤原 浩	Career Value 研究所	キャリアコンサルタント
○	○	杉野 緑	岐阜県立看護大学	社会福祉学
○	○	朝比奈 朋子	東京成徳大学	社会福祉学
○	○	元田 宏樹	聖学院大学	精神保健福祉
	○	山田 耕平	社会福祉法人やまて福祉会	臨床心理士、生活相談員
	○	辻 誠	社会福祉法人治生会 船橋あさひ苑	生活相談員
	○	矢野 宏光	高知大学	運動心理学、健康心理学

「前」：チェック項目選定における助言を得るためのヒアリング

「後」：チェック項目完成後、アドバイス内容などへの助言を得るためのヒアリング

○：ヒアリング協力者

資料3 「ライフスタイルチェックリスト」質問項目一覧

質問番号	質問タイプ SA: 単一回答 MA: 複数回答	設問・選択肢
F1	SA	あなたの性別をお知らせください。 1=男性 2=女性 3=その他
F2	SA	あなたの年齢をお知らせください。 1=40歳未満 2=40～44歳 3=45～49歳 4=50～54歳 5=55～59歳 6=60～64歳 7=65～69歳 8=70～74歳 9=75歳以上
F3	MA	現在一緒に住んでいる方がいますか。いる場合は、あなたからみた続柄をお答えください。 1=一人暮らし(一緒に住んでいる人はいない) 2=配偶者・パートナー 3=息子・娘 4=子の配偶者(婿, 嫁) 5=あなたのきょうだい 6=あなたまたは配偶者の親 7=孫 8=その他
Q1	MA	最近1週間ぐらいの食事について、ほぼ毎日(週5日以上)食べた食品群を選んでください。 01=魚介類(生鮮・加工品、すべての魚や貝類) 02=野菜 03=肉類(生鮮・加工品、すべての肉類) 04=海藻(生・干物) 05=卵(鶏卵・うずらなどの卵で、魚の卵は除く) 06=いも類 07=大豆製品(豆腐・納豆など大豆を使った食品) 08=果物(生鮮・缶づめ) 09=牛乳・乳製品(コーヒー牛乳やフルーツ牛乳、バターは除く) 10=油脂類(油炒め・バター、マーガリンなど、油を使う料理) 11=該当する食品はない
Q2	SA	朝食を食べない日は、週にどのくらいありますか。 1=ほとんど食べない 2=週に5～6日食べない 3=週に3～4日食べない 4=週に1～2日食べない 5=ほとんど毎日食べる
Q3	SA	週に何日くらいお酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲みますか。 1=毎日 2=週に5～6日 3=週に3～4日 4=週に1～2日 5=月に1～3日 6=ほとんど飲まない 7=やめた 8=飲まない(飲めない)
Q3S	SA	(Q3で「月に1～3日以上お酒を飲む」と答えた方のみ) お酒を飲む日は1日あたり、どれくらいの量を飲みますか。清酒に換算し、あてはまる番号を選んでください。 1=1合(180ml)未満 2=1合以上2合(360ml)未満 3=2合以上3合(540ml)未満 4=3合以上4合(720ml)未満 5=4合以上5合(900ml)未満 6=5合(900ml)以上
Q4	SAマトリクス	以下の病気について、病院や健診で治療が必要と指摘されたことはありますか。 ＜マトリクス個別設問＞ 【高血圧】 【脂質異常症(高コレステロール血症など)】 【心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈など)】 【脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など)】 【糖尿病】 ＜マトリクス選択肢＞ 1=指摘されたことがある 2=指摘されたことはない 3=答えたくない
Q4S	SAマトリクス	(治療が必要な病気がある人のみ) 治療が必要と指摘されたことがある病気について、現在の治療状況を教えてください。

質問番号	質問タイプ SA: 単一回答 MA: 複数回答	設問・選択肢
		<p><マトリクス個別設問></p> <p>【高血圧】</p> <p>【高脂血症(高コレステロール血症など)】</p> <p>【心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈など)】</p> <p>【脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など)】</p> <p>【糖尿病】</p> <p><マトリクス選択肢></p> <p>1=治療が終了した</p> <p>2=現在治療中</p> <p>3=治療は終了していないが、受診や服薬を途中でやめた</p> <p>4=治療していない</p> <p>5=わからない・答えたくない</p>
Q5	FA	現在の身長と体重を教えてください。 【身長:】 【体重:】
Q6	SA	現在、タバコを吸いますか。 1=吸う 2=以前吸っていたがやめた 3=もともと吸わない
Q7	SA	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上おこなっていますか。 1=はい 2=いいえ
Q8	SA	睡眠で休養が十分とれていますか。 1=非常によくとれている 2=まあとれている 3=あまりとれていない 4=まったくとれていない
Q9	SA	この1年間に、健診等(健康診断、健康診査および人間ドック)を受けましたか(歯科を除く)。 1=はい(受けた) 2=いいえ(受けていない)
Q10	SA	この1年間に、歯科検診を受けましたか。 1=はい(受けた) 2=いいえ(受けていない)
Q11	SAマトリクス	<p><マトリクス個別設問></p> <p>【(1)この1ヵ月の間、気持ちが沈み込んだり、憂うつな気分になったりすることがよくありましたか?】</p> <p>【(2)この1ヵ月の間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しい感じがよくありましたか?】</p> <p><マトリクス選択肢></p> <p>1=はい 2=いいえ</p>
Q12		現在、あなたは、収入が得られる仕事をしていますか。パート・アルバイトや自営の仕事の手伝いも含みます。 1=仕事をしている 2=仕事をしてない(今後、働く可能性はある) 3=仕事をしておらず、今後も働く予定はない
Q13	SA	同居していない(別居の)ご家族や親戚とは、合計すると、どのくらいの頻度で交流していますか(直接会う、電話で話す、メール、SNSなど)。 1=1週間に2回以上 2=1週間に1回くらい 3=1か月に2、3回 4=1か月に1回くらい 5=年に1回～数回くらい 6=年に1回より少ない、まったくない 7=別居の家族・親戚はいない
Q14	SA	友人・知人や近所の人とは、合計すると、どのくらいの頻度で交流していますか(直接会う、電話で話す、メール、SNSなど)。職場や仕事関係でのお知り合いについては、仕事以外で個人的に交流する場合のみ回数に含めてください。 1=1週間に2回以上 2=1週間に1回くらい 3=1か月に2、3回 4=1か月に1回くらい 5=年に1回～数回くらい 6=年に1回より少ない、まったくない
Q15	SA	この1年間に活動に参加したグループ・団体がありますか。グループ・団体の種類は問いません(町内会・自治会、趣味・学習の会、スポーツ・健康づくりの会、ボランティア団体、PTA、同窓会、宗教関係の会など)。 1=はい 2=いいえ
Q16	SA	心配事や困り事があるときに、相談できる人がいますか。どのような関係の方でもかまいません。 1=いる 2=いない
Q17	SA	この1年間に、新しい知識やスキルを得るための学習活動をどのくらいおこないましたか。教室などへの参加だけでなく、ひとりでおこなう活動も含みます(関連書籍を読む、テレビ、ラジオ・インターネット等での講座視聴など)。 1=1週間に2回以上

質問番号	質問タイプ SA: 単一回答 MA: 複数回答	設問・選択肢
		2=1週間に1回くらい 3=1か月に2、3回 4=1か月に1回くらい 5=年に1回～数回くらい 6=年に1回より少ない、まったくない
Q18		あなたは、老後も住み続けられる住居を所有していますか。または、住居のための資金を確保できていますか。 1=はい 2=いいえ
Q19	SAマトリクス	ご自身にどのくらいあてはまるかについてお答えください。 <マトリクス個別設問> 【(1)他人からの助言を受けることに、抵抗がある。】 【(2)自分の将来は成り行きに任せている。】 【(3)収入に見合った支出ができています。】 【(4)将来に備え、貯蓄をしている。】 【(5)自分の年金の加入状況や将来の受取額を把握している。】 【(6)医療費の負担を少なくする高額療養費制度があることを知っている。】 【(7)介護保険制度についてどのようなサービスを受けられるか知っている。】 【(8)仕事や生活に困ったときに相談できる公的な支援窓口を知っている。】 【(9)自分の得意なことや好きなことが自分自身でわかっている。】 【(10)家事全般(料理や洗濯、掃除など)を自分ですることができる。】 【(11)親など家族の介護を行うことで生活に支障をきたしている。また、近い将来その可能性がある。※あてはまる家族がない場合には、「あてはまらない」を選んでください。】 <マトリクス選択肢> 1=あてはまる 2=どちらかといえばあてはまる 3=どちらかといえばあてはまらない 4=あてはまらない

2章 単身者の孤立・困窮予防のための 参加型プログラムの開発

研究分担者 村山 陽

(東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム)

要約

孤立・困窮リスクがやや高い中高年者を対象として、社会的でない人や就労者でも参加しやすいプログラムの作成を検討している。2023年度は次の2つの研究を行った。まず、単身中高年男性の将来的な困窮や孤立の早期予防に向けて援助要請を促すことを目的として実施したオンラインプログラムのデータ解析を行った。その結果、プログラム参加により他者への不信感が軽減され、そのことが援助要請の促しにつながる影響が示された。次に、孤立・困窮問題を抱えた中高年者の支援ニーズを把握するため、生活資金の特例貸付を借受けた中高年者を対象に実施したアンケートで得たデータの二次解析を行った。その結果、対象者の半数近くが「困っているが、サポート不要」と回答し、その理由としてサポートを求めること自体に消極的・拒否的であることが認められた。これらの結果を基に、2024年度は自立相談支援機関において、窓口利用者から参加者を募りプログラムを実施することを想定している。

A. 研究目的

日本の生活保護受給世帯は約164万世帯(2023年4月時点)、その半数にあたる約84万世帯が単身中高年者であり、その割合は増加傾向にある。特に単身男性は女性に比べて社会的孤立に陥るリスクが高く、その予防に向けたアプローチが求められている。一方で、単身男性による地域保健や介護予防等の公的サービスの利用は少なく、援助要請にも消極的であることが報告されている。こうした問題に対して、孤立・困窮リスクがやや高い中高年者を対象として想定し、スティグマを感じている人や社会的でない人、就労者でも参加しやすいプログラムの作成を目的とした。2023年度は次の2つの研究を行った。

研究1. 孤立・困窮予防を目的にしたオンラインプログラムのデータ解析

表者らは、生活困窮経験者への面接調査(Murayamaら2021)や地域在住の単身中高年者への質問紙調査(Murayamaら2022)により、単身中高年者の援助要請の抑制を促す心的要因として「他者への不信感(他者不信)」と「将来展望を諦める意識(将来諦め)」が関連することを突き止めた。これらの知見から構築したモデルを基に、単身中高年男性の将来的な困窮や孤立の早期予防に向けて、「他者不信」と「将来諦め」を軽減し、援助要請を促すオンラインプログラムの開発を目的としたパイロットスタディを実施した。本研究では、そのデータ解析を行い、

孤立・困窮問題を抱えた対象者の支援方法について検討することを目的とした。

研究 2. 経済的脆弱性が高い中高年者における援助要請の抑制要因の解明

コロナ禍に生活資金の特例貸付(以下、貸付)を借受けた経済的脆弱性が高い中高年者を対象に貸付後に実施したアンケートで得たデータの二次解析を行い、孤立・困窮問題を抱えた対象者の支援ニーズについて把握することを目的とした。

研究 1.

B. 研究方法

1) プログラム内容：2022年3月に40-60代の調査会社Aのモニター1320人にWeb調査を行い、希望する講座内容についてニーズ把握を行った。その集計を基に、心理学、社会福祉、キャリア教育を専門とする大学教員や相談支援を行っているソーシャルワーカー、キャリアコンサルタント、ファイナンシャルプランナーと協議をしてプログラム内容を検討した。『人生100年時代、多様な生き方・働き方』を大テーマに掲げ、3つの小テーマ(働き方について、心身の健康を保つために、お金と健康の将来)を設定した。a. 講習(50分)と b. 語り合いの場(メタ認知トレーニング、グループワーク)(70分)から構成され、オンラインにより行われた。1グループは、参加者4~5人とファシリテーター1人で編成された。

2) 参加者：調査会社Aにモニター登録している40-60代の単身男性7360名を対象にスクリーニング調査(n=7360)を行い、将来諦め得点が高い者を抽出し、その中から参加意向があり、日程的に参加が可能でかつオンライン利用が可能な46名を対象とした(表1)。

3) 日程：2023年1月にプログラムを実施した。小テーマごと3回に分けて実施された。

4) 研究デザイン：クロスオーバーデザインを採用し、対象者を介入群と待機群に振分けた。プログラム実施1週間前に第1回調査(ベースライン:Time1)を行い、プログラム終了後に第2回調査(Time2)を実施した(図1)。

5) 評価項目：①プロセス評価(各プログラムの満足度等)をTime2で尋ねた。②アウトカム評価(将来諦め：将来展望抑制意識尺度(村山他, 2021)、他者不信：援助要請の心理的障壁尺度(Murayama et al, 2023)、援助要請 : General Help- Seeking Questionnaire、をTime1とTime2で尋ねた。③追跡評価：Time2から1ヶ月後に、プログラムの参加をきっかけに考えたり行動したことを尋ねた。④その他：年齢、雇用形態、精神的健康(WHO-5)、自尊感情(2項目自尊感情尺度)をTime1で尋ねた。

6) 倫理的配慮：東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号R22-049, 承認日2022年9月20日)。

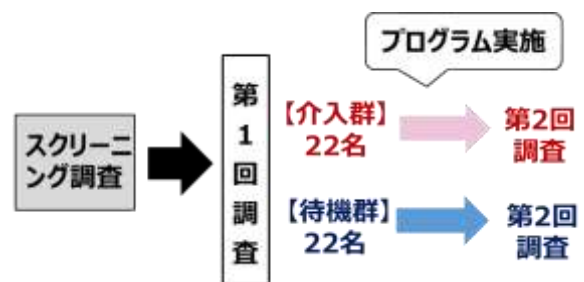


図1. 研究デザイン

表 1. 研究 1 のプログラム参加者の属性

	介入群(n=22)	待機群(n=22)	p 値
年齢	57.82±6.2	56.5±8.01	0.545
暮らし向き	3.73±1.16	3.64±1.00	0.782
主観的健康	2.77±0.92	2.45±0.67	0.198
WHO5得点	12.04±5.39	11.5±5.56	0.743
将来不安	8.86±2.51	8.81±2.17	0.949
将来諦め	8.09±2.81	8.77±2.09	0.366
他者不信	13±4.32	13.40±3.52	0.733
自己解決	12.13±2.69	12.5±2.34	0.636
援助要請意図	11.54±6.99	10.22±5.42	0.489

C. 研究結果

最終的に 44 名(介入群 22 名、待機群 22 名)が参加した。ベースライン時ではいずれの評価項目において 2 群間に有意差は認められなかった(表 1)。

①プロセス評価：a. 講習および b. 語り合いの場について、3 回ともに 7 割以上が「満足した」「関心が持てた」「これからの生活に役立つ」の質問に肯定的(とてもそう思う、少しそう思う)であった。また、プログラム全体を通して「自分自身への理解が深まった」の質問に 8 割以上が肯定的(とてもそう思う、少しそう思う)であった。

②アウトカム評価：プログラムが単身中高年男性の将来諦め、他者不信、援助要請意図に及ぼす効果を検証するために、プログラム前(ベースライン)と介入群によるプログラム終了後の 2 時点についてプログラム参加(介入群、待機群)を独立変数とした二要因混合計画による分散分析を行った。雇用形態、自尊感情、社会資源、精神的健康を共変量に含めた(図 2)。その結果、他者不信について、群×時点の交互作用が認められた($F(1, 38)=6.17, P=0.02$)。単純主効果検定の結果、プログラム終了後に介入群の他者不信の得点が有意に軽減した($p<.05$)。将来諦めと援助要請に関しては、有意な得点の変化は見られなかった($F(1, 36)=0.07,$

$P=0.79$)。次いで、プログラム参加から他者不信および将来諦めを媒介した援助要請への間接効果の有意性を検討するために、bootstrap 法による検定を行った(ブートストラップ標本数、5000、信頼区間 95%)。その結果、他者不信では有意な間接効果が確認された(95%CI:-.5826、-.0231)が、将来諦めは有意ではなかった(95%CI:-.0826、.2359)(図 3)。

③追跡評価：プログラム終了後 1 ヶ月間に、参加者の 72.7%(n=16)が「自分の後半生について考えるようになった」と答え、57.2%(n=12)が「将来の資産設計について考えるようになった」と回答した。

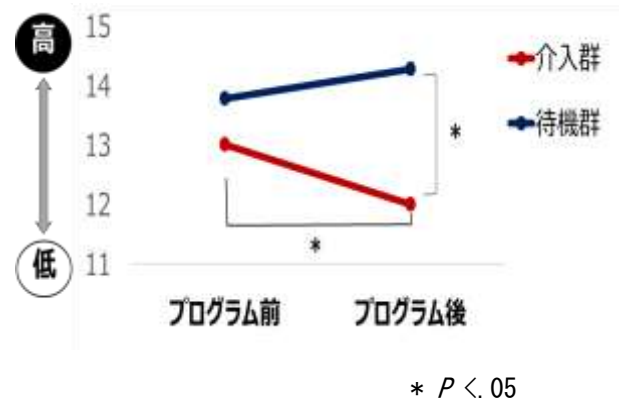


図 2. 他者への不信感の変化

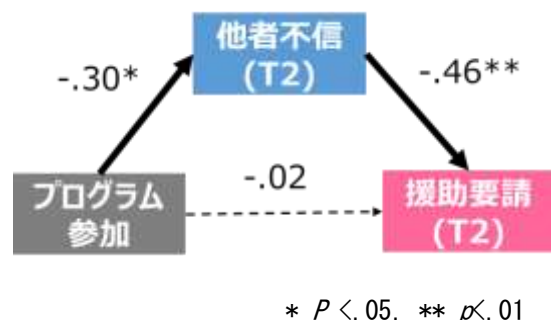


図 3. プログラム参加、他者不信、援助要請との関連

D. 考察

参加者は、講習やグループワークを通して自分自身の理解を深めたり将来の生活について考えるきっかけになっていた。また、プログラム参加により、他者への不信感が軽減され、そのことが援助要請の促しにつながることを示された。オンライン上での語り合いの場における参加者同士の交流が“他者を信じて受け入れる意識”の向上につながったと考えられる。一方、将来諦めに及ぼす影響は認められなかった。短期間の介入では多様な課題やニーズを抱えた単身男性の将来展望を促すには不十分であった可能性がある。今後、参加者の関心の多様性を考慮し、対象者のニーズに応じた多様なコンテンツを作成すると共にそれぞれの参加者の関心に応じたグループ分けをする等の仕掛けを検討する事が求められる。プログラムの社会実装に向けてさらなる知見の蓄積が求められる。

研究 2.

B. 研究方法

1) 調査の概要：2023年7月に新宿区社協が借受人 11673 人に実施したアンケートで得たデータ(n=1314)の二次解析を行った(表 2)。

2) 調査項目：項目には生活の困り事と必要なサポート・理由(複数選択)、居場所、孤立が含まれる。

3) 分析方法：性別および世帯構成別に支援ニーズの内容の割合の差を明らかにするために χ^2 検定またはFisherの直接確立検定を行った。次いで、「困っているがサポートはらない」と回答した496人を援助要請抑制者とし、その理由を基に消極的態度を抽出した。次に年(①20-40代/②50代以上)・性別に消極的態度の有無を従属変数、

困り事の数と内容(経済・健康・社会関係)、孤立・居場所の有無、世帯、就労状況を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。

4) 倫理的配慮：第1演者の所属先研究審査委員会の承認を得た上で共同研究契約を結んだ(承認番号:5 健イ事第 165 号, 承認日:2023年5月1日)。

表 2. 研究 2 の分析対象者の属性

		人数	割合
性別	男性	798	(60.7%)
	女性	510	(39.1%)
	不明/無回答	4	(0.3%)
年齢	20~49歳	323	(24.6%)
	50歳以上	990	(75.3%)
	不明/無回答	1	(0.1%)
世帯状況	ひとりて住んでいる	675	(51.6%)
	家族と住んでいる	485	(37.1%)
	友達と住んでいる	122	(9.3%)
	不明/無回答	27	(2.1%)
雇用状況	働いている	1029	(78.4%)
	働いていない	281	(21.4%)
	不明/無回答	4	(0.3%)

C. 研究結果

現在必要とするサポートを見ると、世代や年代の違いに関わらず、「困っているがサポートはらない」を挙げる割合が最も高く、次いで順に「何をどうしたらいいかわからない」、「家計のアドバイス」が高かった(図 4)。50代以上男性において、「区役所などの手続きのサポート」、「法律相談の紹介」および「借金整理の紹介」、「体調、健康に関する相談先の紹介」を挙げる割合が他群に比べて比較的高かった($p < .05$)。

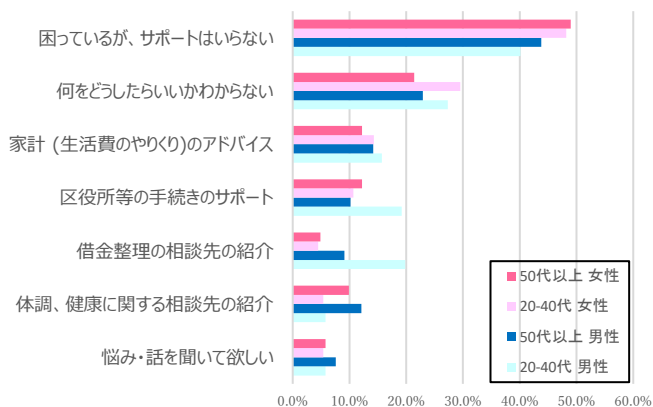


図 4. 現在必要とするサポート (n=525)

表 3. 援助要請消極的態度に関連する要因

援助要請消極的態度 (高 → 消極的)	男性		女性	
	OR	95%CI	OR	95%CI
20-40代				
経済的困りごと	6.4	(0.2 - 211.8)	9.6	(0.1 - 622.5)
健康困りごと	1.6	(0.1 - 17.3)	0.8	(0.1 - 7.2)
人間関係困りごと	7.6	(0.3 - 179.5)	3.9	(0.1 - 106.4)
困りごとの多様性	3.4	(1.1 - 10.4) *	1.4	(0.6 - 3.3)
居場所 (なし)	0.7	(0.1 - 8.7)	1.1	(0.1 - 7.8)
孤立状態 (1ヶ月以上)	3.1	(0.3 - 32.3)	21.9	(1.1 - 441.6) *
50代以上				
経済的困りごと	2.7	(0.6 - 11.6)	4.8	(1.1 - 20.7) *
健康困りごと	0.4	(0.2 - 1.1) *	0.6	(0.2 - 1.5)
人間関係困りごと	1.1	(0.3 - 3.6)	3.0	(0.8 - 11.1)
困りごとの多様性	1.9	(1.4 - 2.5) **	1.1	(0.8 - 1.5)
居場所 (なし)	1.4	(0.6 - 3.1)	2.8	(1.2 - 6.9) *
孤立状態 (1ヶ月以上)	2.3	(1.0 - 5.5)	3.2	(1.1 - 9.6) *

* $P < .05$, ** $P < .01$

D. 考察

50代以上男性では、他群に比べて「区役所などの手続きのサポート」、「法律相談の紹介」および「借金整理の紹介」、「体調、健康に関する相談先の紹介」を必要な支援ニーズとして認識していることが明らかになった。一方で、対象者の半数近くが「困っているが、サポート不要」と回答しており、その理由としてサポートを求めること自体に消極的・拒否的な態度であることが認められた。

こうした援助要請に消極的な脆弱層への対応が喫緊の課題であり、中高年女性では「経済的困りごと」に配慮した対応、男性では困り事の整理と明確化および健康に関わる支援が消極的な援助要請態度の転換に有効であることが認められた。さらに、中高年女性では人とつながれる場所や機会の提供が援助要請態度の変化に有効であることが示唆された。

E. 結論

2023年度：孤立傾向の高い単身中高年男性を対象にした援助要請を促すためのオンラインプログラムを実施したところ、他者不信の軽減が認められ、さらにそれが援助

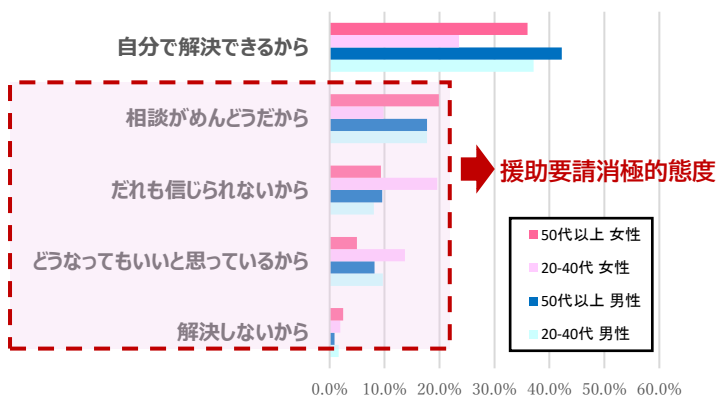


図 5. 困っているが、サポートを必要としない理由 (n=525)

次に、「困っているが、サポート不要」と回答した 525 人に対して、その理由を整理した。その結果、525 人中 150 人(30%)に、「相談が面倒」「誰も信じられない」など消極的態度が見られた(図 5)。

各年代とも男性では困り事が多いほど消極的態度であった(①OR3.4, 95%CI:1.1-10.4, ②OR1.9, 95%CI:1.4-2.5)。女性では孤立しているほど消極的態度であった(①OR21.9, 95%CI1.1-441.6 ②OR3.2, 95%CI:1.1-9.6)。50代以上女性のみ居場所がないほど消極的態度であった(OR2.8, 95%CI:1.2-6.9)(表 2)。

要請の促進につながる可能性が示唆された（研究1）。経済的脆弱性が高い中高年者を対象に実施したアンケート調査の二次解析を行ったところ、対象者の半数近くがサポートを求めること自体に消極的・拒否的な態度であり、特に中年男性では困り事が多いほど援助要請に消極的であった（研究2）。

2024年度計画：連携体制を構築してきた都内2つの自立相談支援機関において、窓口利用者から参加者を募りプログラムを実施することを検討している。プログラムの効果の評価として、参加者の他者不信や将来展望、援助要請の心理的障壁に関する尺度得点の変化を参加前後で比較する。また、職員へのヒアリングに基づき、運営面での課題を明らかにする。

F. 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 学会発表

村山陽, 山崎幸子, 長谷部雅美, 山口淳, 小林江里香：単身中高年男性からの援助要請を促すためのオンラインプログラムの開発と評価. 日本心理学会第87回大会, 神戸国際会議場・神戸国際展示場3号館（神戸市）, 2023, 9.15-9.17.

引用文献

(1) Murayama, Y et al. (2021). How single older men reach poverty and its relationship with help-seeking preferences. *Japanese Psychological Research*, 63, 406-420.

(2) Murayama, Y et al. (2022). Psychological Factors That Suppress Help-Seeking among Middle-Aged and Older Adults Living Alone. *International journal of environmental research and public health*, 19, 10620.

3章 単身中高年者の問題類型別にみた 情報・相談機関へのアクセス

研究代表者 小林 江里香

(東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム)

要約

東京都内区部の50～70代の単身者を対象に実施した郵送調査のデータ(n=1,524)を分析し、心身の健康・経済・社会関係上の問題保有状況による類型別に、情報入手、馴染みの場所・行きつけの場所、公的相談機関へのアクセスにおける特徴を検討した。類型は、小林ほか(2023)による、「問題集積群(全側面に問題)」「問題中位群(身体的健康は問題ないが社会関係が乏しい)」「健康問題群」「問題最小群」の4群である。分析の結果、何らかの問題を保有する3群は、問題最小群に比べて情報が届きにくい可能性が示された。特に問題集積群は、地域情報を入手しておらず馴染みの場所等もない人が多いため、区役所、ハローワーク、生活困窮者自立相談支援機関の窓口が、情報提供できる数少ない接点となり得る。60代前半までの中年者が多い問題中位群にはインターネットを活用した情報提供、問題集積群以外には居酒屋等の飲食店を利用した情報提供も有効と考えられる。

A. 研究目的

課題1では、単身者の孤立・困窮予防のための啓発プログラムとして、40～60代の幅広い中年層を対象とした「ライフスタイルチェックリスト」(以下、チェックリスト)と、孤立・困窮の高リスクの人を対象とした参加型プログラムの開発をおこなう計画である。

しかし、これらのチェックリストや参加型プログラムについての情報が、想定している対象に届かなければ、利用されることもなく、孤立・困窮予防にもつながらない。さらには、情報へのアクセスが、その人の社会・経済的な状況や健康状態による制約を受ける可能性も考えられ、その場合、孤立・困窮リスクの高い人ほど、チェックリストや参加型プログラムの情報を入手しに

くいことになる。

そこで、本章では、心身の健康・経済・社会関係上の問題保有状況により分類した、単身中高年者の類型別に情報入手方法(情報機器の利用、地域情報の入手方法)の特徴を明らかにし、チェックリストの案内チラシの配布やプログラムの参加者募集に生かすことを目的とする。特に、チェックリストはオンラインで提供予定のため、問題保有者においてもインターネットにアクセスできる状況にあるかを確認する。

また、多様な情報提供ルート確保を目指し、課題2では、馴染みの場所・行きつけの場所、課題3では公的相談機関を介した情報提供のあり方も検討する。この基礎資料とするため、上記の問題類型別にみた、馴染みの場所・行きつけの場所、公的相談

機関の利用経験についても明らかにする。

B. 研究方法

1. 対象者とデータ

分析には、本研究の研究期間前に実施した、既存の調査データを用いた。

対象者は、東京都A区の50～79歳（2020年9月1日現在）で、住民票上の一人世帯4,000人を住民基本台帳より無作為抽出した。2020年12月から2021年1月にかけて郵送調査を実施し、1,829人（回収率46%）が調査票を返送した。このうち、実際に独居だったのは1,557人で、さらに、問題保有状況を把握した9指標のうち5個以上が無回答だった人を除く1,524人（男性775人、女性748人）を分析対象とした。単身者1,524人の婚姻状況は、配偶者と死別20.7%、離別25.1%、未婚48.5%、有配偶4.4%、不明：1.4%であった。

2. 問題保有状況による単身者の類型

小林ほか（2023）は、この調査データを用いて、心身の健康状態3指標、経済状態2指標、社会関係4指標の計9指標に基づき、潜在クラス分析によって単身者の類型化を行った。本研究ではこの類型を用いる。表1に示すように、いずれの側面でも問題がある「問題集積群」（回答者の5%が該当）、身体的健康に問題はないが問題集積群に次いで社会関係が乏しい「問題中位群」（25%）、「健康問題群」（19%）、どの問題も少ない「問題最小群」（51%）の4類型が得られている。また、小林ほかでは、類型と基本属性との関係も分析しており、問題最小群に比べて、問題保有3群はいずれも男性の割合が高く、特に問題集積群で高いこと、問題中位群は中年者（50～64歳）、未婚、非正規雇用者などが所属しやすい傾向も明らかにしている（表1右列参照）。

表2に、類型・年齢階級別の回答者数を示した。

表1 都市部の中高年単身者（50～70代）においてみられた問題保有状況による類型

類型	回答者中の該当割合	類型の特徴	男性の割合	所属しやすい人（「問題最小群」との比較で相対的に）
問題集積群	5%	社会関係が極度に乏しく、心身の健康・経済的な問題を抱える割合も高い	85%	男性、非正規雇用または非就労、転職回数が多い
問題中位群	25%	身体的健康は問題ないが、社会関係は集積群に次いで乏しく、精神的健康や経済状態にもやや問題	62%	男性、50-60代前半、未婚、賃貸住宅居住、非正規雇用
健康問題群	19%	健康上の問題はあるが、社会関係上の問題は少なく、経済的問題は中位群と同程度	58%	男性、学歴が低い、非就労
問題最小群	51%	どの領域の問題も少ない	40%	—

小林ほか(2023)の結果を元に作成

表2 類型別にみた年齢別回答者数

年齢	問題集積群	問題中位群	健康問題群	問題最小群	全体
50-59 歳	26(35.6)	172(45.0)	78(26.4)	213(27.5)	489(32.1)
60-64 歳	10(13.7)	69(18.1)	38(12.9)	98(12.7)	215(14.1)
65-69 歳	10(13.7)	55(14.4)	45(15.3)	124(16.0)	234(15.4)
70-79 歳	27(37.0)	86(22.5)	134(45.4)	339(43.8)	586(38.5)
計	73(100.0)	382(100.0)	295(100.0)	774(100.0)	1,524(100.0)
参考) 50-69 歳	46	296	161	435	938

該当者数 (かっこ内は%)

3. 類型との関連をみた変数と分析方法

1) 情報機器の利用

次の情報機器の中で、回答者がふだん利用しているものをすべて選択した：スマートフォン（スマホ）、スマホ以外の携帯電話（ガラケー）、ファックス、パソコン、タブレット端末。ほかに「利用しているものはない」という選択肢があった。インターネットにアクセス可能かをみるため、「スマホ」「パソコン」「タブレット端末」のいずれかを利用する割合も別に算出した。

2) 地域情報の入手方法

「あなたがお住まいの地域の生活情報や、区内で開催されるイベントなどの情報は、どこから入手することが多いですか」として、①自治体の広報紙（●●区報、広報東京都等）、②役所が発信するインターネット上の情報（自治体の公式ホームページ、SNS など）、③役所以外が発信するインターネット上の情報（ホームページ、SNS など）、④町会・自治会等の掲示板や回覧板、⑤新聞・雑誌、⑥テレビ（CATVを含む）・ラジオ、⑦チラシ、⑧家族・知り合いから（口コミ）、⑨その他、⑩地域の情報は入手しない、から選択した（複数回答）。

3) 馴染みの場所・行きつけの場所

「あなたには、新型コロナウイルスが流

行する前、次にあげる知人や友人が集うような『馴染みの場所・行きつけの場所』がありましたか」として、複数回答で選択した：①居酒屋、②喫茶店・カフェ、③その他の飲食店、④地域の寄合所・区民センター、⑤スポーツをする場所（ジムや会場）、⑥友人や知人の家、⑦趣味で集う場所、⑧公園、⑨その他、⑩馴染みの場所・行きつけの場所はない。感染症流行前に限定したのは、調査が、パンデミックによる外出制限があった時期に実施されたためである。

4) 公的相談機関へのアクセス

①区役所・市役所の窓口、②地域包括支援センター、③ハローワーク、④社会福祉協議会（社協）・生活サポートセンター、⑤民生委員の5種類の相談機関・窓口について、これまでに不安や困りごとがあったときに相談したことがあるか、ない場合はその理由として最も近いものを選択した。④の生活サポートセンターは、A区的生活困窮者自立相談支援の窓口である。選択肢は、1=相談したことがある、2=相談したいと思ったことがなかった、3=相談したかったが、抵抗感があった、4=相談時間や場所等が使えなかった、5=相談する窓口や方法がわからなかった、の5つであった。

分析においては、相談したいと思ったこと（相談意向）の有無と、相談の有無の2

つの視点で集計した。前者の相談意向については、上記選択肢の1または3~5の場合に「あり」、2の場合に「なし」、後者の相談の有無については、選択肢1の場合に「あり」、2~5の場合に「なし」とした。

5) 分析方法

問題類型別に、1)~4)の変数それぞれのカテゴリの該当割合を算出した。類型により割合が異なるかについては、 χ^2 検定を実施し、結果が有意 ($p < .05$) な場合は、z検定 (Bonferroni法による調整) により、どの類型間に有意差があるか確認した。

チェックリストは40~60代を対象とするため、70代の回答者を除いた結果 (938人) も合わせて報告する。ただし、50・60代のみの場合、該当者数の少ない問題集積群は50人未満とさらに少なくなるため (表2)、結果の解釈には注意を要する。

(倫理面への配慮)

調査実施の前に、東京都健康長寿医療センター倫理審査委員会の承認を得た (2健イ事第1770号, 受付番号23, 2020年8月4日)。対象者には調査の実施を予告するはがきを送付し、拒否の連絡がなかった人に対して、後日、依頼・説明文書とともに調査票を送付した。

C. 研究結果

1. 情報へのアクセス

1) 情報機器の利用

表3に、類型別にふだん利用している情報機器の割合を示した。情報機器の質問に無回答だった人は集計から除外しており、欠損値除外後の回答者数は、表中にnで示した。また、下段のかっこ内の数値は50・60代のみを示す (表4、表5も同様)。

最も利用率が高かったスマホは、全体の

70%強、50・60代に限ると80%強が利用していた。 χ^2 検定が有意となった情報機器では、問題最小群の利用率が、その他の一部または全部の群に比べて有意に高かった。インターネットに接続可能な機器 (スマホ、パソコン、タブレット端末) いずれかの利用については、70代を含む場合、問題最小群と問題中位群、問題集積群と健康問題群には有意差はなく、前者の2群は後者の2群に比べて利用率が高かった。70代を含まない場合、問題最小群の利用率は95.8%に達し、ほかの3群よりも高かったが、利用率が最も低い問題集積群 (ただし、問題中位群、健康問題群と有意差なし) でも80%近くが利用していた。

2) 地域情報の入手方法

地域の生活情報や地域内のイベントなどの情報の入手源としては、表4の通り、全体としては「自治体の広報紙」、その次に「町会・自治会等の掲示板や回覧板」が利用されていたが、これらの情報源の利用率は類型による差が大きく、問題最小群に比べ、問題集積群および問題中位群では低く、健康問題群はこれらの中間または問題最小群と同程度であった。例えば、「自治体の広報紙」を情報源とする割合は、問題最小群では63.9%、健康問題群は54.5%であるが、問題集積群や問題中位群は40%前後であった。ただし、70代を含むこれらの数値に比べ、50・60代では、広報紙の利用率が全体的に低かった。

また、「家族・知り合いから (口コミ)」も類型差が大きく、問題集積群で選択した人は皆無だった。問題集積群では40%弱 (50・60代に限ると50%弱) が「地域の情報は入手しない」と回答しており、他類型に比べて顕著に高い割合を示していた。

表3 ふだん利用している情報機器

情報機器	問題集積群 n=70 (n=44)注1	問題中位群 n=380 (n=296)	健康問題群 n=288 (n=158)	問題最小群 n=762 (n=430)	全体注2 n=1,500 (n=928)
スマートフォン（スマホ）	62.9% (77.3)	73.4% (81.1)	60.1% (75.9)	78.5% (89.5)	72.9% *** (83.9)***
スマホ以外の携帯電話（ガラケー）	22.9% (18.2)	20.3% (17.6)	27.1% (18.4)	19.8% (12.8)	21.5% (15.5)
ファックス	8.6% (9.1)	11.3% (12.5)	17.0% (16.5)	26.2% (22.6)	19.9% *** (17.7)**
パソコン	31.4% (43.2)	48.9% (55.7)	37.8% (50.6)	54.7% (67.0)	48.9% *** (59.5)***
タブレット端末	22.9% (31.8)	17.9% (20.9)	17.0% (24.1)	22.7% (28.8)	20.4% (25.6)
利用しているものはない	18.6% (9.1)	8.2% (5.1)	10.4% (3.8)	3.1% (0.9)	6.5% *** (3.1)**
インターネット接続可能機器注3	64.3% (79.5)	80.8% (87.2)	69.1% (86.1)	86.0% (95.8)	80.4% *** (90.6)***

注1) 下段のかっこ内は50-60代のみ 注2) χ^2 検定結果：* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

注3) スマートフォン、パソコン、タブレット端末のいずれかを利用

表4 地域の生活情報やイベント等の情報の入手方法

情報源	問題集積群 n=70 (n=46)注1	問題中位群 n=375 (n=292)	健康問題群 n=286 (n=157)	問題最小群 n=767 (n=431)	全体注2 n=1,498 (n=926)
自治体の広報紙	37.1% (28.3)	40.8% (35.6)	54.5% (49.0)	63.9% (55.7)	55.1% *** (46.9)***
役所が発信するインターネット上の情報	7.1% (10.9)	16.5% (19.5)	11.2% (15.3)	16.8% (21.8)	15.2% * (19.4)
役所以外が発信するインターネット情報	5.7% (8.7)	10.7% (12.3)	7.7% (11.5)	12.0% (17.6)	10.5% (14.5)
町会・自治会等の掲示板や回覧板	12.9% (13.0)	24.5% (20.5)	37.4% (26.1)	39.5% (31.8)	34.1% *** (26.3)**
新聞・雑誌	17.1% (17.4)	18.9% (15.4)	21.7% (13.4)	27.2% (17.6)	23.6% ** (16.2)
テレビ(CATV含む)・ラジオ	27.1% (19.6)	18.7% (15.8)	27.6% (20.4)	24.5% (18.3)	23.8% * (17.9)
チラシ	15.7% (15.2)	24.3% (22.6)	23.8% (20.4)	29.6% (24.6)	26.5% * (22.8)
家族・知り合い(口コミ)	0.0% (0.0)	11.7% (9.9)	21.3% (14.6)	30.8% (25.8)	22.8% *** (17.6)***
その他	4.3% (2.2)	0.8% (1.0)	0.3% (0.0)	0.9% (0.7)	0.9% * (0.8)
地域の情報は入手しない	38.6% (47.8)	20.5% (22.6)	14.7% (19.1)	7.4% (10.9)	13.6% *** (17.8)***

注1) 下段のかっこ内は50-60代のみ 注2) χ^2 検定結果：* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2. 馴染みの場所・行きつけの場所

表5に示すように、ほとんどの場所について、問題集積群は、問題最小群だけでなく他の2群に比べても選択率が低く、「馴染みの場所・行きつけの場所はない」と答えた人が70%強を占めた。対照的に、問題最小群ではこの割合は20%前後に留まった。

問題中位群や健康問題群でも、馴染みの場所等がない人が40%程度いるが、20%強は「居酒屋」や「その他の飲食店」を挙げており、これらの場を相対的によく利用し

ていた。

一方で、「地域の寄合所・区民センター」は、全体の8.8%（50・60代では3.6%）に過ぎず、ほとんどの人にとって、馴染みの場所・行きつけの場所とは認識されていなかった。

なお、本報告書4章では、「図書館」が顔馴染みの人がいない居場所として挙げられている。本調査の選択肢には図書館がなく、表5の「その他」44人中の7人が自由記述欄に「図書館」と記載していた。

表5 馴染みの場所・行きつけの場所

場所	問題集積群 n=71 (n=45)注1	問題中位群 n=373 (n=292)	健康問題群 n=291 (n=159)	問題最小群 n=762 (n=429)	全体 注2 n=1,497 (n=925)
居酒屋	5.6% (6.7)	22.8% (23.6)	22.3% (24.5)	27.4% (33.6)	24.2% *** (27.6)***
喫茶店・カフェ	7.0% (8.9)	11.0% (10.6)	14.1% (10.7)	23.9% (20.5)	18.0% *** (15.1)***
その他の飲食店	5.6% (4.4)	20.4% (21.2)	22.7% (19.5)	31.4% (28.7)	25.7% *** (23.6)***
地域の寄合所・区民センター	0.0% (0.0)	3.8% (1.4)	8.9% (4.4)	12.1% (5.1)	8.8% *** (3.6)*
スポーツをする場所 (ジムや会場)	7.0% (6.7)	12.6% (13.7)	10.7% (8.2)	25.3% (23.8)	18.4% *** (17.1)***
友人や知人の家	1.4% (2.2)	12.3% (12.3)	18.9% (15.1)	31.0% (29.6)	22.6% *** (20.3)***
趣味で集う場所	5.6% (8.9)	16.1% (16.8)	19.9% (15.7)	36.4% (31.5)	26.7% *** (23.0)***
公園	7.0% (6.7)	8.6% (8.2)	14.4% (11.9)	14.3% (7.9)	12.6% * (8.6)
その他	7.0% (2.2)	3.2% (2.4)	3.4% (4.4)	2.2% (2.8)	2.9% (2.9)
馴染みの場所・行きつけの場所はない	71.8% (75.6)	39.7% (40.1)	37.8% (42.8)	18.8% (20.0)	30.2% *** (33.0)***

注1) 下段のカッコ内は50-60代のみ 注2) χ^2 検定結果：* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

3. 公的相談機関へのアクセス

1) 相談意向

表6は、5種類の相談機関・窓口のそれぞれについて、相談意向があったかと、相談意向があった場合は、実際の相談の有無について、類型別の該当者数と割合を示したものである。この質問は無回答割合が高かったため、無回答の割合も合わせて示した。

まず、相談意向（相談意向あり、意向なし、無回答）と類型との関連については、いずれの機関も χ^2 検定が有意であり（検定結果は表略）、これらの機関への相談を考える事態に直面するか否かに、類型による違いがあった。 z 検定によれば、概して、問題集積群や健康問題群での相談意向ありの経験率が、問題中位群や問題最小群に比べて高かったが、例外的に「ハローワーク」については、問題中位群も問題集積群や健康問題群と同程度であった。ハローワークへの相談意向があった割合は、50・60代の場合、問題集積群、問題中位群、健康問題群、問題最小群ではそれぞれ54.3%、38.9%、42.9%、32.0%であり（表略）、70代を含む表6の(3)の結果よりも高かった。

2) 実際の相談経験

実際に相談した割合についてみると（表6）、どの類型も「区役所・市役所の窓口」が高く、問題集積群と健康問題群では30%台後半、その他の2群も20%強が相談していた。また、「ハローワーク」には、どの類型でも20%以上が相談を経験している一方、「地域包括支援センター」や「社協、生活サポートセンター」への相談率は類型によるばらつきが大きく、「民生委員」はどの類型でも相談率が低かった。

図1は、相談意向があった人の中で、実際に相談した人の割合をグラフ化したもので、(a)は表6と同じ50～70代の回答者の結果、(b)には50・60代のみを示した。どの類型でも「区役所」「ハローワーク」には相談したいと思った人の60%以上が実際に相談していた。問題集積群については、70代を含む場合は、「社協・生活サポートセンター」も60%以上が利用しており、この割合は50・60代のみでは低くなるものの（47%）、地域包括支援センターや民生委員への相談率に比べると高かった。

表6 不安や困り事を経験したときの公的機関への相談状況

相談機関	問題集積群 n=73	問題中位群 n=382	健康問題群 n=295	問題最小群 n=774	全体 n=1,524
(1) 区役所・市役所の窓口					
相談意向あり	41(56.2)a	137(35.9)b	155(52.5)a	245(31.7)b	578(37.9)
相談した	28(38.4)	89(23.3)	108(36.6)	175(22.6)	400(26.2)
相談しなかった	13(17.8)	48(12.6)	47(15.9)	70(9.0)	178(11.7)
相談意向なし	25(34.2)	234(61.3)	109(36.9)	489(63.2)	857(56.2)
無回答	7(9.6)	11(2.9)	31(10.5)	40(5.2)	89(5.8)
(2) 地域包括支援センター					
相談意向あり	24(32.9)abc	81(21.2)c	113(38.3)b	170(22.0)ac	388(25.5)
相談した	7(9.6)	37(9.7)	64(21.7)	105(13.6)	213(14.0)
相談しなかった	17(23.3)	44(11.5)	49(16.6)	65(8.4)	175(11.5)
相談意向なし	36(49.3)	280(73.3)	141(47.8)	543(70.2)	1000(65.6)
無回答	13(17.8)	21(5.5)	41(13.9)	61(7.9)	136(8.9)

表6 つづき

相談機関	問題集積群	問題中位群	健康問題群	問題最小群	全体
(3) ハローワーク					
相談意向あり	29(39.7)ab	132(34.6)b	99(33.6)ab	203(26.2)a	463(30.4)
相談した	20(27.4)	98(25.7)	71(24.1)	157(20.3)	346(22.7)
相談しなかった	9(12.3)	34(8.9)	28(9.5)	46(5.9)	117(7.7)
相談意向なし	31(42.5)	224(58.6)	142(48.1)	496(64.1)	893(58.6)
無回答	13(17.8)	26(6.8)	54(18.3)	75(9.7)	168(11.0)
(4) 社会福祉協議会・生活サポートセンター					
相談意向あり	31(42.5)a	83(21.7)b	95(32.2)a	137(17.7)b	346(22.7)
相談した	19(26.0)	35(9.2)	49(16.6)	63(8.1)	166(10.9)
相談しなかった	12(16.4)	48(12.6)	46(15.6)	74(9.6)	180(11.8)
相談意向なし	36(49.3)	281(73.6)	155(52.5)	566(73.1)	1038(68.1)
無回答	6(8.2)	18(4.7)	45(15.3)	71(9.2)	140(9.2)
(5) 民生委員					
相談意向あり	19(26.0)a	58(15.2)ab	67(22.7)a	92(11.9)b	236(15.5)
相談した	6(8.2)	10(2.6)	21(7.1)	26(3.4)	63(4.1)
相談しなかった	13(17.8)	48(12.6)	46(15.6)	66(8.5)	173(11.4)
相談意向なし	44(60.3)	301(78.8)	176(59.7)	610(78.8)	1131(74.2)
無回答	10(13.7)	23(6.0)	52(17.6)	72(9.3)	157(10.3)

注) 同じアルファベットが付された類型の割合には、5%水準で有意差がない。

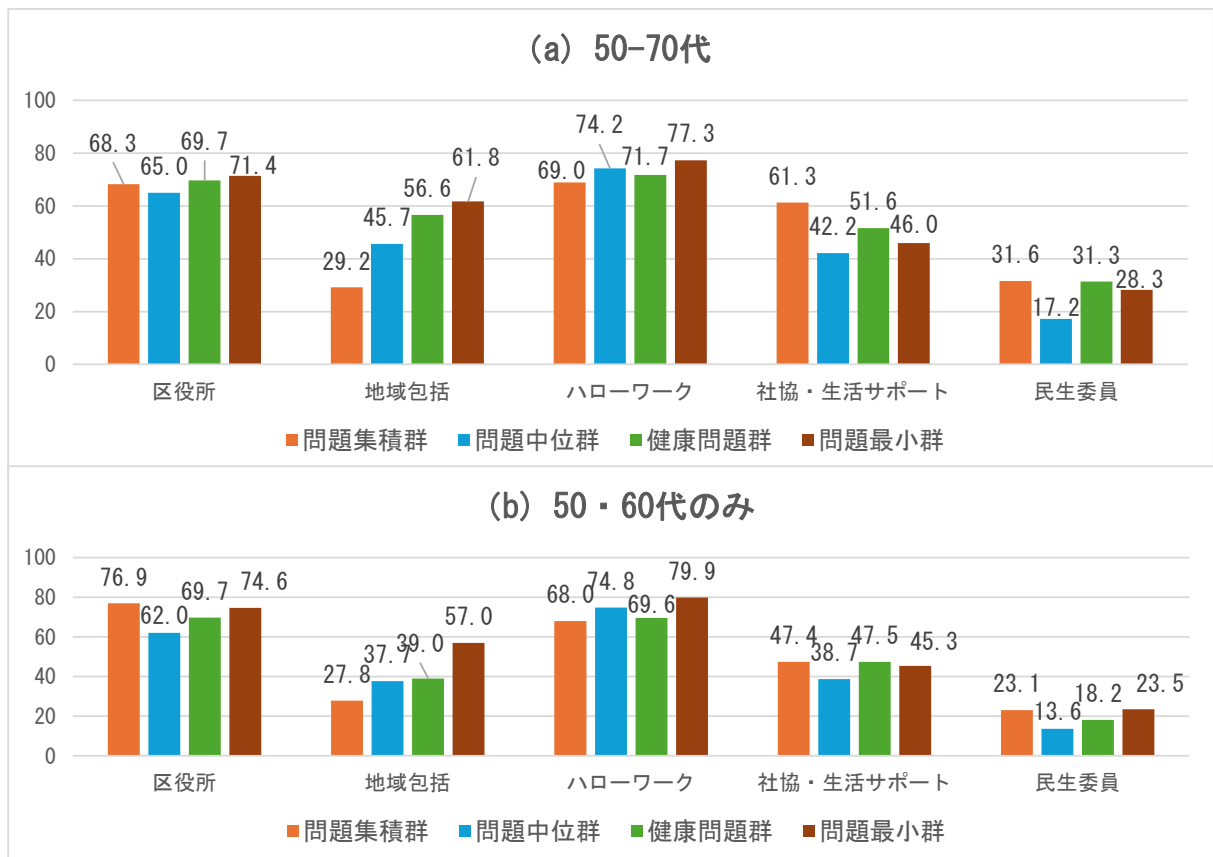


図1 相談意向があった人の中で実際に相談した割合(%)

D. 考察および結論

心身の健康状態、経済状態、社会関係のいずれの側面でも問題が少ない「問題最小群」の単身中高年者に比べ、何らかの問題を保有する3群は、情報が届きにくい可能性が示された。

特に「問題集積群」は、様々な問題を抱えたいわば「高リスク群」であり、該当者の割合は5%と低いものの、情報提供における困難度が最も高いグループと言える。この群の人々は、50・60代に限れば約8割はインターネットにアクセスできる環境にあるが、「地域情報は入手しない」という回答が5割近くを占め（70代を含めると4割弱）、自ら積極的な情報収集を行うことはあまり期待できない。また、馴染みの場等を持たない割合が7割以上と高く、そのような場を介した情報提供も難しい。

一方で、公的な相談機関の利用を考えるような困難な事態には「問題最小群」より直面しており、「区役所」「ハローワーク」や、生活困窮者の相談窓口である「社協・生活サポートセンター」が比較的良好に利用されていた。これらの相談窓口は、問題集積群の人々と接触できる数少ない接点であり、孤立・困窮者の発見や適切なサービスにつなげる上で有効な役割を果たせることが重要と言える。

「問題中位群」は、「問題最小群」に比べると、60代前半までの中年者が多く、未婚や非正規雇用の男性が多い傾向があるなど、本研究が、将来的な孤立・困窮予防のターゲットとして想定する層に合致する。インターネットへのアクセス可能性は高いため、従来型の広報紙や自治体等の掲示版・回覧板を通じた情報提供に加えて、インターネットによる情報提供を行うことが有効と考えられる。

「問題中位群」「健康問題群」「問題最小群」では、居酒屋などの飲食店を馴染みの場所・行きつけの場所とする人が比較的多く、これらの場でチェックリストの案内チラシの配布を行うことは、ある程度有効かもしれない。他方で、「地域の寄合所・区民センター」を馴染みの場所等とする人は少なく、特に50・60代の中年層では少ないため、効果的な配布場所とは言えない。また、今回の調査では選択肢になく分析できなかったが、「問題中位群」は社会的つながりが乏しい傾向があるため、ひとりで利用しやすい「図書館」を介した情報提供も考慮に入れたほうが良いと思われる。

さらに、少なくとも50～70代の年齢層では、「問題集積群」「問題中位群」の相談先としては、地域包括支援センターよりもハローワークが選択されており、「問題集積群」では生活困窮者自立支援の相談窓口も利用されていた。この結果は、就労支援・自立相談支援機関の役割に焦点を当てた課題3の方向性が妥当であることを示している。

本章の分析は、大都市の住民を対象としたものであり、地域性の異なる地域の住民への一般化に限界はある。しかし、単身中高年者の多様性に着目し、それぞれが抱える問題によって有効な情報提供の方法が異なることを示した意義は大きい。

E. 研究発表

なし

引用文献

小林江里香, 村山陽, 長谷部雅美, 高橋知也, 山口淳, 山崎幸子: 都市部の中老年独居者における心身の健康、経済状態、社会関係上の問題による類型化と類型別特徴. 社会福祉学, 64(1), 61-74, 2023.

4章 単身中高年者の馴染みの場とその機能

研究分担者 山崎 幸子
(文京学院大学 人間学部心理学科)

要約

本研究では、単身中高年者の馴染みの場（居場所）について、その場における顔馴染みの有無や孤独感との関連、場の機能などを明らかにし、効果的な情報提供のあり方の検討を目的とした。web 調査の結果、居場所がない（57.8%）、顔馴染みのいる居場所あり（19.5%）、居場所はあるが顔馴染みはいない（22.7%）に分類された。喫茶店や飲食店などの利用が最も多かった。顔馴染みのいる居場所があるタイプは、それ以外のタイプよりも孤独感が低かった。面接調査の結果、居場所の機能として、その場のみで会う顔馴染みと交流や心身のリラックス等が確認された。居場所がないタイプは、経済的な問題や、一人行動への不安等が認められた。しかし、図書館には通っていることも確認された。以上からカフェや飲食店などの場に加え、単身中高年者に広く情報を届けるには、一人でも行動しやすく、無料で利用できる図書館の活用が効果的であると考えられた。

A. 研究目的

社会的孤立は喫煙や肥満などと同様に、健康や疾患のハイリスク要因とされる。社会的孤立を解消し健康アウトカムの改善を図る介入研究が行われてきているが、これらの結果からは、数日や数ヶ月ではなく、数年に渡って社会的なつながりを維持していることが、健康にポジティブに作用する（Cacioppo & Hawkley, 2003）ことが示されている。特に近年は、世界的に晩婚化や未婚者が増加し、一人暮らしの中高年者が増えていることから、就労し社会参加している中年期の早い段階から、職場以外の居場所を確保していることが、将来的な健康や社会的孤立の予防に影響を及ぼすといえるだろう。

自宅や職場以外の居場所は、近隣地域の健康と社会的活気の指標として機能し、特定の集団の回復と幸福を促進できる社会的、

物質的、感情的資源へのアクセスを可能にする場とされている。例えば、カフェを居場所とした場合、親密な話をするために集まる友人に限らず、お店のスタッフや他の顧客と短時間しか交流しない場合にも、社会的、情緒的なサポートが交換される可能性があることがわかっている（Rosenbaum et al., 2007）。つまり、一人で、運動や趣味活動を行う目的で通っている場であっても、その場で出会う人とのやり取りが、新たな目的となり、社会的孤立を是正する作用を持つ可能性があると考えうる。つまり単身中高年者の孤独感の軽減には、このような場での他者とのゆるやかなつながりが重要であると考えられる。

しかしながら、中年期の居場所に関する知見は極めて乏しい。就労している中年層が、自宅や職場以外にどのような場に通っているのか、その場に顔見知りがいるのか、

また孤独感との関連や、その場がどのような機能を持つのかを明らかにすることで、中年期から居場所を持つための支援方法や、居場所がない単身者に対する効果的な情報提供のあり方を検討することができると思われる。

そこで本研究では、以下の2点を明らかにすることを目的とした。

1) 単身中高年者にはどのような居場所があるか、また、その場における顔馴染みの有無を含めた居場所と孤独感との関連について検討する(研究1)。

2) 居場所の機能や、居場所を持っていない要因について検討する(研究2)。

B. 研究方法

1. 研究1 (量的調査)

1) 調査対象者：web調査会社に登録しているモニターのうち、50-60代の単身者9269人を調査対象とした。回答者のうち、単身者ではなかった131人、就労していない2918人を除外し、5743人(男性4347人、女性1396人)を分析対象とした。

2) 調査期間と実施形態：調査期間は、2023年7~8月であり、オンラインによる調査を実施した。

3) 調査内容：居場所については、“日頃からよく通う、行きつけの場所や馴染みの場所はありますか”と教示し、喫茶店やカフェ、居酒屋、その他の飲食店(レストランなど)、スポーツ関連(ジムなど)、地域の寄合所・区民センター、友人や知人の家、趣味で集う場、公園、空き地やフリースペース、図書館、教会・寺院、美容院、その他の場所、について複数回答で回答を求めた。該当した場合には、それぞれの場所について、顔馴染みの有無を尋ねた。孤独感尺は、Igarashi et al. (2019)による孤独感尺

度短縮版を用いた。その他の変数として、年齢、性別、学歴、婚姻状況、子どもの有無、世帯構成、雇用状況、世帯年収、別居家族や友人近隣との交流頻度を尋ねた。

2. 研究2 (質的調査)

1) 調査対象者：上述のweb調査の回答時に、オンライン面接調査の依頼を行い、承諾が得られた者を対象者候補とした。居場所について、①居場所がない、②顔馴染みのいる居場所あり、③居場所はあるが顔馴染みはない、の3つのタイプから回答が得られるよう対象者を選定し、再度、オンライン面接調査の依頼を行い承諾が得られた、38人(男性24人、女性14人)を調査対象者とした。それぞれの分析対象者は、「顔馴染みがいる居場所あり」が17人(男性13人、女性4人)、「居場所はあるが顔馴染みはない」が8人(男性4人、女性4人)、「居場所がない」が13人(男性7人、女性6人)、であった。

2) 調査内容：居場所の有無別に以下について尋ねた。居場所がある場合は、通う頻度、滞在時間、目的、通い始めた時期、そこでの過ごし方などに加え、その場に顔見知りがいるか、いる場合はそのやりとりや顔見知りになった経緯、いない場合はその場での一人での過ごし方などを尋ねた。

居場所がない場合は、職場以外での日頃の過ごし方、コロナ以前の通う場の有無とそこでの過ごし方や顔馴染みの有無、居場所を持ちづらい事由、どのようなことがあれば居場所となるか等を尋ねた。

3) 調査手続き：インタビューは、インタビューガイドに従って、オンラインで実施した。所要時間は40分から1時間であった。調査は、2023年8~9月にかけて実施した。

4) 分析方法：面接調査の録音データから、

協力者ごとに逐語録を作成し、逐語録を繰り返し熟読し、居場所に関する3タイプごとの対象者の語りから、コーディングを実施し、その特徴を把握した。

(倫理面への配慮)

研究1, 2のいずれにおいても、東京都健康長寿医療センター研究所倫理審査委員会の承認(承認番号: R21-10)を得て実施した。研究1(量的調査)の対象者には自由意思に基づく調査への参加と辞退、個人情報保護、データの使用目的と管理方法、データ利用の停止手続きについて書面で説明し、同意が得られた場合のみ調査を実施した。研究2(質的調査)の対象者には、語られた内容や分析の匿名化、インタビューの中止による不利益がないことなどについて説明を行い、対象者抽出の時点で同意を得た。また、インタビュー開始時においても、口頭によるインフォームド・コンセントを確認した。

C. 研究結果

1. 研究1(量的調査)

1) 調査対象者の基本属性

調査対象者を、①居場所がない、②顔馴染みのいる居場所あり、③居場所はあるが顔馴染みはない、の3タイプに分類した。その結果、「居場所なし」が、3322人(57.8%)、「顔馴染みのいる居場所あり」が1121人(19.5%)、「居場所はあるが顔馴染みはない」が1301人(22.7%)であった。対象者の属性は表1に示した。男性の比率が高く(75.5%)、正規雇用が5割程度であった。単身者であるが、配偶者と離別や死別した割合は3割程度であり、同居していないものの子どもがいる対象者は17.8%であった。世帯収入は300-500万円未満の層が23.2%と最も多く、学歴では大卒以上が

5割程度であった。別居している家族や親族、友人や近隣との交流頻度は、「1ヶ月に一回以下」と「まったくない」の合計が5割近くであった。

2) 居場所の分布

どのような場に通うことが多いか、またそこに顔馴染みがいるか否かについての分布を表2に示した。居場所の中で最も多かったのは、居酒屋や喫茶店・カフェ以外である「その他の飲食店」の12.5%であった。ここには個人経営のレストランやチェーン店などを含む食事処が該当するが、顔馴染みがない人が67.8%と高かった。ついで「喫茶店・カフェ」が11.5%、「図書館」8.7%であった。「居場所がない」と回答したものは57.8%であった。

居場所における顔馴染みの有無では、「友人や知人の家」に次いで、「趣味の場」が78.2%、「居酒屋」や「地域の寄合所・区民センター」「運動する場(ジムや会場など)」「美容院」がいずれも顔馴染みがいる人が5割を超えていた。一方で、「図書館」では9割以上、「公園」では8割以上が、その場に顔馴染みがないと回答していた。

3) 居場所の3タイプと孤独感との関連

孤独感尺度の得点を従属変数、性別、年齢を共変量とした共分散分析を実施した。その結果、有意な差が認められたため($F(2, 5738) = 54.51$; $Mse = 194.08$; $p < .001$, 偏 $\eta^2 = .019$), Bonferroni法による多重比較を実施したところ、「顔馴染みのいる居場所あり」タイプは、「居場所はあるが顔馴染みはない」タイプ、「居場所がない」タイプよりも得点が低かった($p < .001$)。「居場所はあるが顔馴染みはない」タイプと「居場所がない」タイプには有意な差が認められなかった。各タイプにおける孤独感の推定平均値は図1に示した。

2. 研究2 (質的研究)

調査対象者の概要は表3の通りである。「居場所があり顔馴染みがいる」タイプ (ID:A1~A17) では、男性が13人、女性が4人と男性が多かった。各対象者の居場所は、web調査時における13の居場所の選択肢のいずれかに該当しており、多岐にわたっていた。「居場所があるがそこに顔馴染みがない」タイプ (ID:B1~B8) は、男性が4人、女性が4人であった。図書館が居場所であるものは6人と最も多かった。「居場所がない」タイプ (ID:C1~C13) は、男性が7人、女性が6人であった。Web調査時に居場所がないと回答していたが、インタビュー調査の中から、2人が図書館に通っていることが明らかとなった (C4, C9)。

インタビューの語りに基づき、居場所の目的や機能についてコーディングした結果、居場所があり顔馴染みがいるタイプでは、「店員や常連客との交流のため」「その場で会う顔馴染みとの交流のため」「他者と過ごすことで気持ちや思考を切り替える」「自己啓発のため」「リラックスする」「健康のため」「雰囲気を楽しむ」「本を読むため」「仕事の幅を広げるため」など20のコードが得られた。

居場所はあるが顔馴染みはいないタイプでは、「自分だけの時間を持つ」「リラックスする」「自然に触れる」「情報収集」「本を読む」「体を動かしてスッキリする」「仕事を集中して行う」など12のコードが得られた。また、このタイプの語りの中で、「図書館で専門書を読んでいたら、知らない人から『もしその分野が好きなら集まりがあるので一緒にどうか』とサークルのようなものの誘いを受けた (B2)」と述べられており、図書館においても新たな出会いの可能性が確認された。

居場所がないタイプにおいて、調査対象者2人 (C4, C9) は、インタビューの中で、図書館であれば通っていることが明らかとなった。「短時間だが本を借りる目的で行く (C4)」「冷暖房が整っているので、新聞を読むに行く (C9)」などの語りが見られた。また、居場所がないタイプにおいては、居場所を保有しづらい要因 (抑制要因) についてのコーディングを行った。その結果、「経済的な問題」「一人行動が苦手」「新しい場は入りづらい」「時間がない」「体調不良」など12のコードが抽出された。

今後は、得られたコーディングを元に、居場所の機能について構成概念の抽出を見据えたさらなる分析を行っていく予定である。

D. 考察

1. 単身中高年者における居場所の分布と孤独感との関連 (研究1から)

調査対象者の約半数において、自宅や職場以外の居場所がなかった。一方、居場所を保有している人は、日頃からよく通う場所は多岐にわたっていた。またその場において、友人や知人の家などの他に、趣味の場や居酒屋、ジムなどの運動する場、美容院などに顔馴染みがいるものの割合が高かった。一方で、図書館やレストランなどの飲食店については、顔馴染みがないものの割合が高かったことから、一人で通い続けるところと、出かけた先で友人や知人と会う、あるいはその場の人と顔馴染みになりやすい場があることが示された。

顔馴染みがいる居場所があるタイプと、居場所はあるが顔馴染みがないタイプ、居場所がないタイプにおいて、孤独感を比較した結果、顔馴染みがいる居場所を持つ人は、そうではない場合よりも孤独感が有

意に低かった。一方で、日頃からよく通う場所があってもそこに顔馴染みがない場合には、居場所がないタイプと孤独感得点に差がないことが示された。本調査対象者は全員が就労し、社会参加しているため、社会的な交流が保たれている。したがって、日頃から出かける場があることそのものだけでは、単身中高年者の孤独を解消することは難しく、出かけ先で友人や知人、あるいはその場にいる店員や客などとの交流が孤独感の低減には必要であると言える。

2. 居場所の機能や目的、抑制要因（質的調査から）

居場所の機能や目的を明らかにするため、居場所の3タイプごとに、得られた語りをもとにコーディングを実施したところ、顔馴染みがある居場所があるタイプでは、多様なコードが得られた。カフェや居酒屋、ジムなどお茶を飲んだり食事をする、運動をするといった目的のために通い始めた場においても、その店やジムなどの場所でしか会うことができない店員や客との交流することができることで、居場所としての新たな機能が付与されていることが確認された。また、リフレッシュしたり、自己啓発や情報収集、その場の雰囲気を楽しむなど、多岐にわたる居場所の機能が抽出された。顔馴染みのいる居場所があるタイプは、それぞれ顔馴染みがない場にも通っていることが多く、自分の感情や思考を整えたり、その場でしか会えない他者との交流を図ることを適度に生活に取り込んでいると言える。

一方、居場所はあるが顔馴染みがないタイプでは、自分だけの時間を持つ場所であったり、リラックスする、情報収集や本を読むため、運動してスッキリするためな

ど、その場所の元来の目的で通っており、その場において他者交流には発展していない傾向が読み取れた。つまり、仕事関連のストレス発散や、就労以外の自分の時間を大事にするために気分転換を図るといった側面を重視していると言える。一方で、研究1の結果では、居場所がないタイプと孤独感の得点に差がなかったことから、通っている居場所において、ゆるやかなつながりができることが、今後の孤立予防や、現在の孤独感解消につながると考えられる。

居場所がないタイプでは、居場所になりにくい要因として、「経済的な問題」「一人行動が苦手」「新しい場は入りづらい」「時間がない」「体調不良」などが抽出された。経済的な問題に関する語りでは「居酒屋の雰囲気もお酒も好きだが、お金がかかるので自宅ですます」という発言も見られており、出かけたり、通いたい先はあるものの、金銭的な問題が障壁となっていることが確認された。また、出かけたいたい気持ちがあるものの、一人で行動することへの躊躇いや、新しい場に入ることを躊躇し、職場と自宅以外に居場所がないままであることも一因であった。今後、中高年者の社会的孤立を防ぐためには、このような居場所を持つための抑制要因を緩和させるための対策を検討する必要があるだろう。

インタビュー調査の時点で明らかになったように、居場所がないタイプであっても、図書館であれば、短時間でも利用していることが確認された。図書館は誰もが無料で利用することができ、本や新聞からの情報収集に加え、冷暖房が完備されているため、居場所がない人においても、通いやすく、無料で利用することができる公共スペースとして、多様な人が利用できる可能性がある。居場所に関する3タイプのいずれにお

いても図書館を居場所とするものが少なからず認められたことから、広く単身中高年者を対象に情報を届けていく際には、喫茶店やカフェ、飲食店など、馴染みの場としての回答が多かった場に加え、図書館を活用とした情報提供のあり方の検討が効果的であると考えられる。

E. 結論

単身中高年者の居場所は約半数以上が自宅や職場以外に居場所を持っていなかった。一方、居場所があるタイプの場合は、飲食店やカフェ、居酒屋や運動するためのジムや趣味の場など、多岐にわたる居場所があった。孤独感との関連では単に通う場があるだけではなく、そこに顔馴染みがいることが、単身中高年者の孤独を低減させる可能性が確認された。また、友人や知人と居場所に通うだけでなく、当初はその場の本来の目的、すなわち、運動や趣味を行う、食事をしたりお酒を飲む、というもので通っているが、次第にその場でしか会えない顔見知りができる機能が付与されることも認められた。居場所がないタイプにおいては、金銭的な問題や新しい場に馴染めるかどうかを躊躇し、居場所がないままいることが示された。さらに、居場所がないと回答していても、実際には、図書館であれば通っていることが認められた。したがって、単身中高年者を対象とし、広く情報を届けていく際には、金銭的な問題がなく、一人行動でも不安が生じにくく、かつ、情報収集を行いやすいため、図書館を起点とした情報発信が有用であると考えられる。

F. 研究発表

- 1) 論文発表
なし

- 2) 学会発表
なし

引用文献

- Cacioppo, J.T. & Hawkley L. (2003) Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, supplement, s39-s52.
- Rosenbaum M.S., Ostrom, A.L. (2007). A cup of coffee with a dash of love: An investigation of commercial social support and third-place attachment. *Journal of Service Research*, 10, 43-59.

表1 調査対象者(n=5743)の特徴

	n
年齢	
平均値（標準偏差）	57.1
Gender identity	
男性	4347
女性	1396
雇用形態	
正規雇用	2980
非正規雇用（フルタイム）	957
非正規雇用（パートタイム）	854
自営業・自由業	921
その他（家族従業など）	31
配偶者の有無	
離別	1648
死別	247
未婚	3848
子どもの有無	
いる	1024
いない	4719
世帯収入（年金含む）	
100万円未満	283
100~200万円未満	728
200-300万円未満	908
300-500万円未満	1330
500-700万円未満	710
700-1000万円未満	534
1000万円以上	210
その他（不明/答えたくない）	1040
学歴	
小学校・中学校	161
高等学校	1834
専修学校	428
短大・高等専門学校	663
大卒以上	2642
その他	15
別居の家族・親戚，友人や近隣との交流	
1週間に2回以上	1031
1週間に1回程度	838
1ヶ月に2~3回	697
1ヶ月に1回くらい	561
1ヶ月に1回以下	1465
まったくない	1151

表2 調査対象者(n=5743)における居場所の有無

	該当者		顔馴染みがいる		顔馴染みがない	
	n	%	n	%	n	%
居場所						
居酒屋	464	8.1	272	58.6	192	41.4
喫茶店・カフェ	659	11.5	166	25.2	493	74.8
その他の飲食店	718	12.5	231	32.2	487	67.8
地域の寄合所・区民センター	46	0.8	24	52.2	22	47.8
運動する場（ジムや会場など）	442	7.7	236	53.4	206	46.6
友人や知人の家	222	3.9	206	92.8	16	7.2
趣味の場	298	5.2	233	78.2	65	21.8
公園	388	6.8	61	15.7	327	84.3
空き地やフリースペース	75	1.3	12	17.3	62	82.7
図書館	502	8.7	29	5.8	473	94.2
教会、寺院など	64	1.1	33	51.6	31	48.4
美容院	223	3.9	126	56.5	97	43.5
その他	84	1.5	30	35.7	54	64.3
居場所はない	3322	57.8	-	-	-	-

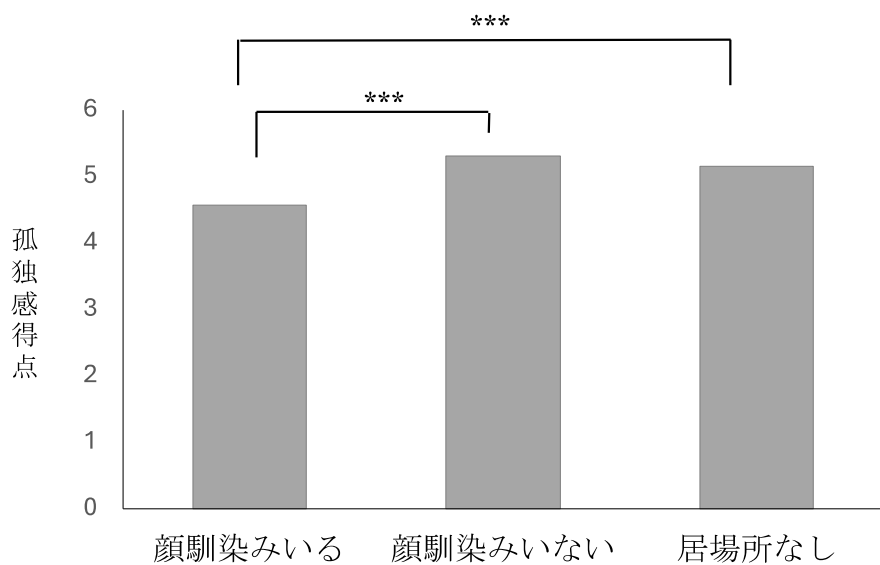


図1 居場所の3タイプ別の孤独感推定平均値

表3 インタビュー調査対象者 (n=38) の属性

	ID	年齢	性別	学歴	馴染みの場
居場所あり	A1	58	男性	大卒以上	居酒屋, その他の飲食店, 図書館
	A2	52	男性	専修学校	運動する場
	A3	67	男性	高等学校	友人や知人の家
	A4	54	男性	大卒以上	喫茶店・カフェ, その他の飲食店, 趣味の場, 美容院
	A5	63	男性	高等学校	公園, 図書館
	A6	62	男性	大卒以上	運動の場
	A7	55	女性	専修学校	運動の場
	A8	58	男性	大卒以上	その他の飲食店, 趣味の場, 図書館
	A9	51	男性	高等学校	その他の飲食店, 友人・知人の家, 図書館
	A10	51	男性	大卒以上	喫茶店・カフェ, 趣味の場, 公園
	A11	56	女性	大卒以上	美容院
	A12	52	男性	大卒以上	その他の飲食店, 図書館
	A13	65	男性	大卒以上	運動する場
	A14	61	男性	大卒以上	その他 (整骨院)
	A15	60	女性	短大・専門学校	その他の飲食店
	A16	61	女性	高等学校	趣味の場, 公園
	A17	58	男性	大卒以上	趣味の場, 公園, フリースペース
顔馴染みいない	B1	62	男性	高等学校	その他の飲食店
	B2	51	男性	大卒以上	図書館
	B3	58	女性	大卒以上	喫茶店・カフェ, 公園, フリースペース, 図書館, 寺院
	B4	64	女性	短大・専門学校	図書館
	B5	55	女性	大卒以上	図書館
	B6	52	女性	高等学校	公園, ジム, その他 (エステサロン)
	B7	61	男性	大卒以上	喫茶店・カフェ, 地域の寄合所, 図書館
	B8	52	男性	大卒以上	喫茶店・カフェ, 図書館
居場所なし	C1	54	女性	大卒以上	
	C2	58	女性	短大・専門学校	
	C3	52	男性	高等学校	
	C4	62	男性	大卒以上	(図書館)
	C5	52	男性	高等学校	
	C6	53	男性	高等学校	
	C7	61	男性	高等学校	
	C8	55	男性	高等学校	
	C9	62	女性	高等学校	(図書館)
	C10	61	女性	高等学校	
	C11	64	女性	大卒以上	
	C12	52	男性	大卒以上	
	C13	66	女性	大卒以上	

5章 孤独・孤立予防における 公的相談機関の役割

研究分担者 長谷部 雅美

(聖学院大学 心理福祉学部心理福祉学科)

研究分担者 村山 陽

(東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム)

要約

就労支援機関と生活困窮者自立相談支援機関が実施している支援の現状と課題を明らかにするため、2024年3月に、ハローワーク554ヶ所、地域若者サポートステーション（以下、サポステ）143ヶ所、自立相談支援機関（以下、自立支援）1,376ヶ所を対象にオンライン調査を実施した（分析対象796件）。中高年者の孤独・孤立に対するハローワーク職員の認識は、他の機関に比べて低調であり、取り組み状況も2割程度であった。サポステと自立支援の職員は、孤独・孤立対策の必要性を強く認識しており、「相談窓口や支援団体に関する情報の提供」等に取り組んでいた。しかし、取り組みの実施には、多忙な業務に伴う時間的余裕のなさ、人材・スキル不足といった課題が山積していた。また、「ライフスタイルチェックリスト」と「孤独・孤立予防プログラム（参加型プログラム）」は、対面実施かつ個別支援における活用を基本としながら、各機関の状況に応じて多様な活用方法を検討することが求められる。

A. 研究目的

本報告では、中高年者の孤独・孤立予防における公的相談支援機関の役割を明確化するために、就労支援機関と生活困窮者自立相談支援機関が実施している支援の現状と課題を明らかにする。

B. 研究方法

2024年3月に、全国の就労支援機関（ハローワーク554ヶ所、地域若者サポートステーション143ヶ所）と生活困窮者自立支援制度の相談窓口である自立相談支援機関（1,376ヶ所）を対象に、オンライン調査を実施した。オンライン調査は、厚生労働省（政策統括室）より各機関を所管す

る都道府県部局を通じて、調査対象の各事業所にメールで調査依頼を行い、依頼文に記載されたURLまたはQRコードからオンラインフォームへの回答を求めた。

就労支援機関では「中高年者の職業相談又は職業訓練の受講あっせん等に関わっている職員（主任・係長でも可）」、自立相談支援機関では「中高年者の相談又は支援プログラムの実施等に関わっている職員（施設長・管理職に限らず主任・係長でも可）」に回答を求めた。

調査項目は、相談者に多い特性（性別・年代・世帯構成・雇用形態）、一人暮らし中高年者（40-60代）に多い相談内容、中高年者の孤独・孤立に関する認識、孤独・

孤立対策の実施状況と課題等であった。さらに、自立相談支援機関と地域若者サポートステーションに対しては、本研究プロジェクトで作成・開発を進めているプレニアのための「ライフスタイルチェックリスト」と「孤独・孤立予防のための参加型プログラム（以下、孤独・孤立予防プログラム）」の機関での活用可能性についても尋ねた。

収集したデータは、相談支援機関の実態を記述するために、単純集計（構成比率やクロス集計）を用いて整理した。

なお、本調査に回答があったのは841件（回答率40.6%）であり、その中から無回答を除いた796件を分析対象とした。

本調査を実施するにあたり、東京都健康長寿医療センター研究倫理審査委員会の承認を得たが（整理番号：R23-084、2023年11月20日）、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」は非該当との判定であった。

C. 研究結果

1. 機関および回答者の状況

機関別の回答状況（表1参照）は、ハローワークが181件、地域若者サポートステーションが84件、自立相談支援機関が531件であった。地域若者サポートステーションの運営主体は、特定非営利活動法人が最も多く51.2%を占めていた。自立相談支援機関は、国・地方公共団体（38.2%）と社会福祉協議会（39.2%）が運営主体となっている割合が高かった。各機関の職員数は、ハローワークが「20人～50人未満」（43.6%）、地域若者サポートステーション（40.5%）と自立相談支援機関（33.3%）がそれぞれ「5人～10人未満」の割合が高かった。常勤と非常勤の職

員数に関しては、ハローワークで非常勤が常勤の人数を大きく上回っていた。地域若者サポートステーションと自立相談支援機関では、常勤職員の方がやや多いか、ほとんど変わらない状況であった。

回答者の属性は、表2にまとめて示した。ハローワーク所属の回答者は、男性が65.7%、50代が40.9%と最も多かった。正規職員は99.4%を占め、職種としては「課長・統括官」が51.9%、勤続年数の平均値は8.8年であった。地域若者サポートステーションの回答者は、男女比がほぼ同じであった（男性51.2%、女性48.8%）。年代は50代が33.3%、40代が32.1%と同程度であった。雇用形態は正規職員が66.7%となっており、3機関で比較すると最も割合が低かった。回答者の職種は、「施設長・管理職」が78.6%と高い割合を示し、勤続年数は8.7年であった。自立相談支援機関は、男性が55.6%、40代が34.7%、正規職員が83.2%であった。回答者の職種として最も割合が高かったのは、主任相談支援員で53.1%を占めていた。勤続年数は、他の機関に比べて最も短い6.1年であった。

2. 各機関における相談者の属性

各機関における相談者の属性を表3に示した。「貴事業所（機関）を利用する相談者の性別・年代・世帯構成・雇用形態について、それぞれ最も多い属性を1つずつお選びください」という設問で測定した。3機関と各属性でクロス集計表を作成し、 χ^2 検定（残差分析も実施）を行った。

まず、ハローワークでは「性別に関わらない」（68.9%）や女性（21.1%）という回答が有意に多かった。年代（50.0%）、世帯構成（71.5%）、雇用形態（54.2%）

においても各属性に関わらないと回答した割合が有意に高かった。その他、世帯構成では「配偶者と同居」も有意に多かった。

次に、地域若者サポートステーションの相談者は、男性（51.2%）、20-30代（73.7%）、「親と同居」（71.8%）、無職（69.2%）という回答が有意に多かった。

最後に、自立相談支援機関では、男性（49.8%）、40-50代（42.5%）、一人暮らし（41.6%）、「非正規・パート」という雇用形態（27.7%）が有意に多かった。

3. 各機関における一人暮らし中高年者に多い相談内容

地域若者サポートステーションと自立相談支援機関において、一人暮らし中高年者（40～60代）からの相談件数が多いものを全19項目から3つ選択するよう求めた（表4参照）。

地域若者サポートステーションでは、男女ともに「収入や雇用への不安」が最も多く（男性83.8%・女性80.8%）、次いで「就労先でのトラブル」（男性42.3%、女性で42.3%）となっていた。3番目に多かった相談内容は、男性では「中高年のひきこもり」（33.3%）、女性では「失業・解雇、賃金未払い」（26.9%）であった。また、女性でのみ選択された相談内容には「子どもの進学・学習相談」（7.7%）や「離婚に関すること」（3.8%）があった。

他方、自立相談支援機関では、「当面の生活費」が男女ともに最も多かった（男性70.8%・女性69.4%）。「収入や雇用への不安」は女性で68.1%（2番目）、男性で63.1%（3番目）、「借金、滞納、多重・過重債務」は男性で65.1%（2番目）、女性で47.8%（3番目）となっていた。性差としては、男性では「住まいに関するこ

と」が15.7%（5番目）、女性では「家計管理に関すること」が16.5%（5番目）という違いがみられた。

4. 各機関における中高年者の孤独・孤立に対する認識

各機関における中高年者の孤独・孤立に対する認識を表5にまとめて示した。第1に、「中高年者（40～60代）に対する相談支援を行う中で、相談者が周囲から孤立していたり、強い孤独感を抱いていると感じることがありますか。」という設問に対する回答を4件法で求めた。分析では、「よくある」と「たまにある」を「ある」、「あまりない」と「まったくない」を「ない」に集約した。ハローワーク、地域若者サポートステーション、自立相談支援機関の回答をクロス集計し、 χ^2 検定（残差分析を含む）を行った。その結果、統計学的に有意な関連が確認された（ $\chi^2=116.30^{***}$, $df=2$ ）。ハローワークでは、相談者の孤独・孤立を感じるものが「ない」割合が42.9%と高く、地域若者サポートステーションと自立相談支援機関では、感じるものが「ある」割合が92.3%と91.5%でそれぞれ高いという結果であった。

第2に、「貴事業所（機関）において、中高年者の孤独・孤立対策の必要性を感じますか。」という設問への回答を4件法で求めた。分析では、「とても感じる」と「少し感じる」を「感じる」、「あまり感じない」と「まったく感じない」を「感じない」に集約した。分析方法は、上記と同様である。分析の結果、孤独・孤立対策の必要性についても統計学的に有意な関連が認められた（ $\chi^2=68.59^{***}$, $df=2$ ）。ハローワークにおいて必要性を「感じない」と回答した割合が高く（36.0%）、自立相談支援

機関では必要性を「感じる」と回答した割合が高い（90.1%）という結果であった。

第3に、「貴事業所（機関）において、中高年者の孤独・孤立予防に向けて十分な対応ができていると思いますか。」という設問に対する回答を4件法で求めた。分析では、「とてもそう思う」と「少しそう思う」を「そう思う」、「あまりそう思わない」と「まったくそう思わない」を「そう思わない」に集約した。分析方法は、上記と同様である。分析の結果、統計学的に有意な関連が認められ（ $\chi^2=9.72^{**}$, $df=2$ ）、地域若者サポートステーションでは孤独・孤立予防に向けた十分な対応ができていると「思う」割合が高く（47.4%）、「思わない」割合が低かった（52.6%）。

5. 各機関における中高年者の孤独・孤立予防の取り組み状況

地域若者サポートステーションと自立相談支援機関を対象に、「貴事業所（機関）において、中高年者（40～60代）の孤独・孤立予防を目的として、どのような取り組みを実施していますか、またはやってみたくと思いますか。」と複数回答で尋ねた結果を図1に示した。

孤独・孤立予防として最も多く取り組まれていたのは、「相談窓口や支援団体に関する情報の提供」であった（地域若者サポートステーション87.0%、自立相談支援機関79.2%）。地域若者サポートステーションに着目すると、「仕事やお金に関わる相談会・セミナーの実施」が63.6%、「地域の防災活動やボランティア活動など地域・社会参加の機会の提供」が45.5%と続いていた。他方、自立相談支援機関では、「食料支援（子ども食堂、炊き出し、お弁当販売など）」の実施が45.7%、「地

域のお祭りやイベント、趣味・サークル活動、に関する情報の提供」が30.0%となっていた。

次に、孤独・孤立予防としてやってみたい取り組みでは、地域若者サポートステーションにおいて、「オンライン上で集う場づくり」や「くらしや住まいに関わる相談会・セミナーの実施」（各49.4%）、「住民を対象にした交流プログラムの実施」

（46.8%）等が挙げられた。自立相談支援機関では、「くらしや住まいに関わる相談会・セミナーの実施」（56.5%）、「仕事やお金に関わる相談会・セミナーの実施」

（53.3%）、「趣味やスポーツなど活動の機会の提供」（52.2%）等の選択率が高かった。

なお、ハローワークについては、「中高年者（40～60代）の孤独・孤立予防に向けて、何か対策を実施したことがありますか。」と尋ねた結果、22.9%が「実施したことがある」と回答した。

6. 各機関における中高年者の孤独・孤立予防の取り組み実施に向けた課題

3機関に対して「貴事業所（機関）において中高年者（40～60代）の孤独・孤立対策の取り組みを実施する上で、解決すべき課題と思われるもの」を複数回答で求めた結果を図2で示した。

ハローワークでは、「業務が多忙で、時間的な余裕がない」の回答が最も多く80.5%を占めた。次いで、「企画・運営する人材の不足」が（66.7%）、「企画・運営するスキル・知識の不足」（59.2%）となっていた。

地域若者サポートステーションでは、「企画・運営する人材の不足」が67.5%で最も高かった。次いで、「予算の不足」

(64.9%)、「業務が多忙で、時間的な余裕がない」(62.3%)となっていた。

自立相談支援機関では、「企画・運営する人材の不足」が68.6%で最も高かった。次いで、「業務が多忙で、時間的な余裕がない」(68.0%)、「企画・運営するスキル・知識の不足」(62.9%)となっていた。

7. プレシニアのための「ライフスタイルチェックリスト」と「孤独・孤立予防プログラム」の活用可能性

地域若者サポートステーションと自立相談支援機関に対して、本研究プロジェクトで作成・開発を進めているプレシニア(40~60代)のための「ライフスタイルチェックリスト」と「孤独・孤立予防プログラム」の機関での活用可能性について、複数回答で尋ねた。

「ライフスタイルチェックリスト」の活用方法として、地域若者サポートステーションでは、「窓口の相談員が、必要だと思う利用者にその場でチェックリストに回答してもらい、それをもとに相談支援を行う」が68.4%で最も多かった。次いで「窓口の相談員が、必要だと思う利用者にチェックリストを渡し、簡単な説明をする」が59.2%、「窓口の相談員が、必要だと思う利用者にチェックリストを渡し、その場で回答してもらう」が56.6%であった。自立相談支援機関では、選択された割合が6割を超える活用方法はなく、「窓口の相談員が、必要だと思う利用者にその場でチェックリストに回答してもらい、それをもとに相談支援を行う」が55.2%、「受付などにチェックリストを配置する(利用者に自由にとってもらう)」が54.4%という結果であった。

「孤独・孤立プログラム」の活用方法では、地域若者サポートステーションにおいて「専門家によるレクチャーの動画を視聴会形式で複数の利用者に視聴してもらい、それをもとにファシリテーター(職員)によるグループワークを行う(対面で実施)」が63.2%であった。また、「専門家によるレクチャーの動画を個別に視聴してもらい、それをもとに職員が相談支援を行う(グループワークは行わない・対面で実施)」も60.5%であった。自立相談支援機関では、「専門家によるレクチャーの動画を個別に視聴してもらい、それをもとに職員が相談支援を行う(グループワークは行わない・対面で実施)」が63.7%で最も高い割合であった。その他の活用方法は、いずれも40%を切る割合であった。

D. 考察

1. 利用者の属性と相談内容からみた孤独・孤立予防における各機関の位置づけ
ハローワーク(公共職業安定所)は、1900年代初頭から存在し、地域住民に馴染みがある就労支援機関である。性別、年代、世帯構成、雇用形態といった属性に、一定の傾向がみられないのは、そのためであると考えられる。改めて利用者の幅が広いことが理解できる。多様な人々が利用しているからこそ、中高年者の孤独・孤立予防を検討する上で、有意義な連携が求められる機関ではないだろうか。

他方で、同じく就労支援機関である地域若者サポートステーションは、就学・就労をしていない15歳~49歳を主な対象としている。20~30代、親と同居、無職が多いという特徴は、ターゲットとしている層が利用・相談に結びついていることを示している。しかしながら、40代の利用者が

多くないことは、中高年者の孤独・孤立予防を進めていく上で課題と言えるかもしれない。

自立相談支援機関は、生活課題を深刻化させないための相談支援だけでなく、孤独・孤立予防への貢献が期待される機関である。40～50代、一人暮らし、非正規雇用・パートといった属性の利用者が多い点を踏まえると、まさに中高年者の孤独・孤立予防における役割を担うべき機関であると考えられる。

地域若者サポートステーションと自立相談支援機関における一人暮らし中高年者の相談内容をみると、「収入や雇用への不安」「失業・解雇、賃金未払い」「当面の生活費」「就労先でのトラブル」といった就労および経済面に關わる相談が多いことがわかる。高齢者を対象とした先行研究の中には、孤立者の特徴に社会経済的地位との関連を指摘したものがある（齊藤ら2010）。すなわち、仕事やそれに伴う経済状況が、孤独・孤立につながり得ることから、地域若者サポートステーションや自立相談支援機関での日々の業務（相談支援）は、孤独・孤立対策につながっていることが考えられる。そこで、日常業務の中にさらに孤独・孤立予防に有用な取り組みを組み込むことができれば、より大きな効果を生み出す可能性がある。

2. 各機関における中高年者の孤独・孤立予防の現状と課題

ハローワークでは、仕事の斡旋や職業訓練等が主な業務であるため、中高年者の孤独・孤立に対する認識は、他の機関に比べると総じて低調であった。取り組み状況も2割程度の実施に留まっていた。しかしながら、回答者の半数以上は相談者の孤独・

孤立を感じており、対応の不十分さと対策の必要性も認識していた。機関としての業務・役割の点で何らかの変革があれば、実情に即した孤独・孤立予防の取り組みが行われる余地は十分にあると思われる。とは言え、取り組みの実現に至るには大きな課題が存在している。それは、「業務が多忙で、時間的な余裕がない」ことである。他の機関が60%台だったのに対して、ハローワークでは80%を超えていた。職員の実感としていかに業務が多忙であるかが分かる結果である。機関の役割に加えて、業務量の問題を解決しない限り、孤独・孤立予防の取り組みを実施するのは難しい状況と言える。

地域若者サポートステーションと自立相談支援機関では、多くの相談員が中高年者の孤立・孤独を実感するとともに、対応の不十分さ、対策の必要性を認識していた。取り組みとしては、「相談窓口や支援団体に関する情報の提供」が8割程度実施されていた。その他で実施が50%を超えていた取り組みは、地域若者サポートステーションにおける「仕事やお金に關わる相談会・セミナーの実施」のみであった。全体的に、孤独・孤立予防の取り組み実施は少ない状況にある。そして、孤独・孤立の予防・解決策として、近年各地域で積極的に取り組まれている「居場所づくり」は3割程度、「住民を対象にした交流プログラムの実施」は1割にも達していなかった。これらの取り組みは、地域若者サポートステーションや自立相談支援機関の本来の業務から外れているかもしれない。しかし、孤独・孤立予防において、人とのつながりや交流は必要なことである。この点について、孤独・孤立予防の取り組み実施に向けた解決すべき課題との関連でみると、「業

務が多忙で、時間的な余裕がない」と「企画・運営する人材の不足」への対策が必要であると考えられる。どちらも回答者の6割以上から選択された課題である。9割以上の相談員が孤独・孤立対策の必要性を認識しているからこそ、取り組みを実施できる環境を整えることが急務であろう。

3. プレシニアのための「ライフスタイルチェックリスト」と「孤独・孤立プログラム」の活用可能性

本研究プロジェクトで独自に作成・開発を進めている「ライフスタイルチェックリスト」と「孤独・孤立プログラム」について、地域若者サポートステーションと自立相談支援機関での活用可能性を探った。地域若者サポートステーションでは、「ライフスタイルチェックリスト」を利用者に配付して説明するだけに留まらず、実際に回答してもらったり、回答された結果を活用した相談支援の可能性が示唆された。一方で、集団で実施するような研修会やセミナーの題材にはなりにくいことが確認された。こうした傾向は、自立相談支援機関も同様であり、加えて受付などに配置して利用者に自由にとってもらう方法も現実的であることが確認された。以上のことから、「ライフスタイルチェックリスト」は、担当制などを採用し利用者との関係性が築きやすい場合には、個別支援での活用可能性が考えられる。そして、個別支援での活用が難しい場合でも、受付などに配置することで利用者の手に渡る可能性がある。

「孤独・孤立プログラム」に関して、地域若者サポートステーションでは、個別または集団に関わらず、対面形式による専門家のレクチャー動画の視聴は実現可能性がある。その後のグループワークは状況に応

じて、実施したり個別の相談支援に変更したりすることで柔軟な対応が期待できる。自立相談支援機関での実施方法として最も割合が高かったのは、対面形式による専門家のレクチャー動画の視聴とその後の相談支援を、すべて個別対応とする形式である。その他の実施方法は、地域若者サポートステーションと比較して回答割合が低かった。このことから、自立相談支援機関では、職員（相談員）が集団を対象に、ファシリテーターや講師を務める経験が少ない可能性が推測される。今後、「孤独・孤立予防プログラム」を進める上で、留意すべき点の一つになるかもしれない。なお、両方の機関において、実施可能性が低かったのは、オンライン実施である。この点も踏まえたプログラム開発が求められる。

E. 結論

就労支援機関であるハローワークは、多様な人々が利用しているため、中高年者の孤独・孤立予防を検討する上で、有意義な連携が求められる機関である。中高年者の孤独・孤立に対する認識は、他の機関に比べて低調であるが、対策の必要性を認識している側面もある。機関としての役割等に変革があれば、実情に即した孤独・孤立予防の取り組みが行われる余地は十分にある。そのためには、多忙な業務に伴う時間的余裕のなさを改善する必要がある。

同じく就労支援機関である地域若者サポートステーションは、ターゲットとしている層（若年・無職等）が利用していた一方で、40代の利用者は多くなかった。中年層との接点をいかに持つかが課題となる。他方で、自立相談支援機関は、利用者の特徴から中高年者の孤独・孤立予防における役割を担うべき機関と言える。どちらの機

関も日常業務（相談支援）の中に、孤独・孤立予防に有用な取り組みを組み込むことで、より大きな効果を期待できる。しかし、孤独・孤立予防の取り組みの実際は、「相談窓口や支援団体に関する情報の提供」（8割程度）や「仕事やお金に関わる相談会・セミナーの実施」（5割程度）くらいで全体的に少ない状況にある。相談員のほとんどが孤独・孤立対策の必要性を認識しているからこそ、「業務が多忙で、時間的な余裕がない」や「企画・運営する人材の不足」等の阻害要因の改善が求められる。

プレシニアのための「ライフスタイルチェックリスト」は、担当制などを採用し利用者との関係性が築きやすい場合には、個別支援での活用可能性が考えられる。そうでない場合は、受付などに配置することで利用者の手に渡る可能性がある。「孤独・孤立プログラム」は、地域若者サポートステーションでは、個別・集団に関わらず、

対面形式による専門家のレクチャー動画の視聴とその後のグループワーク実施が期待できる。しかし、自立相談支援機関では、個別対応が中心となることが想定される。オンライン実施は、両機関で難しいことから、それを踏まえたプログラム開発が求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

引用文献

- 斉藤雅茂・藤原佳典・小林江里香ほか
(2010)「首都圏ベッドタウンにおける世帯構成別にみた孤立高齢者の発現率と特徴」『日本公衆衛生雑誌』57(9)：785-795.

表1 各機関（事業所）の状況

	総数 n (%)	ハローワーク	地域若者サポート ステーション	自立相談支援機関
国・地方公共団体	389(48.9)	181(100.0)	5(6.0)	203(38.2)
社会福祉協議会	209(26.3)	—	1(1.2)	208(39.2)
社会福祉法人(社協以外)	37(4.6)	—	—	37(7.0)
協同組合(生協等)	14(1.8)	—	6(7.1)	8(1.5)
運営主体				
特定非営利活動法人	58(7.3)	—	43(51.2)	15(2.8)
社団法人	21(2.6)	—	6(7.1)	15(2.8)
財団法人	9(1.1)	—	3(3.6)	6(1.1)
民間企業	28(3.5)	—	14(16.7)	14(2.6)
その他	28(3.5)	—	5(6.0)	23(4.3)
不明	3(0.4)	—	1(1.2)	2(0.4)
職員数				
5人未満	137	1(0.6)	3(3.6)	133(25.0)
5人～10人未満	219	8(4.4)	34(40.5)	177(33.3)
10人～20人未満	155	32(17.7)	30(35.7)	93(17.5)
20人～50人未満	151	79(43.6)	9(10.7)	63(11.9)
50人～100人未満	69	39(21.5)	2(2.4)	28(5.3)
100人以上	49	21(11.6)	2(2.4)	26(4.9)
不明	16	1(0.6)	4(4.8)	11(2.1)
常勤職員(平均値)	14.2	22.2	8.0	12.4
非常勤職員(平均値)	15.0	34.1	6.9	9.7

表2 回答者の属性

	総数 n (%)	ハローワーク	地域若者サポート ステーション	自立相談支援機関	
性別	男性	456 (57.4)	119 (65.7)	43 (51.2)	294 (55.6)
	女性	334 (42.1)	61 (33.7)	41 (48.8)	232 (43.9)
	その他	4 (0.5)	1 (0.6)	—	3 (0.6)
年代	20代	52 (6.5)	21 (11.6)	—	31 (5.8)
	30代	127 (16.0)	19 (10.5)	5 (6.0)	103 (19.4)
	40代	275 (34.5)	64 (35.4)	27 (32.1)	184 (34.7)
	50代	250 (31.4)	74 (40.9)	28 (33.3)	148 (27.9)
	60代	78 (9.8)	3 (1.7)	18 (21.4)	57 (10.7)
	70代以上	14 (1.8)	—	6 (7.1)	8 (1.5)
	雇用 形態	正規	678 (85.2)	180 (99.4)	56 (66.7)
非正規		102 (12.8)	1 (0.6)	26 (31.0)	75 (14.1)
その他		16 (2.0)	—	2 (2.4)	14 (2.6)
職種	所長	—	7 (3.9)	—	—
	部長等幹部職員	—	6 (3.3)	—	—
	課長・統括官	—	94 (51.9)	—	—
	主任・係長・専門官職	—	57 (31.5)	—	—
	その他	—	22 (12.2)	—	—
	施設長・管理職	—	—	66 (78.6)	79 (14.9)
	主任相談支援員	—	—	9 (10.7)	282 (53.1)
	相談支援員	—	—	14 (16.7)	165 (31.1)
	就労支援員	—	—	—	70 (13.2)
	家計相談支援員	—	—	—	37 (7.0)
	その他	—	—	8 (9.5)	54 (10.2)
	勤続年数 (平均値)	7.0	8.8	8.7	6.1

※職種は複数回答。

表3 各機関における相談者の属性

	ハローワーク	地域若者サポート ステーション	自立相談支援機関	χ^2 値	
性別	男性	18(10.0)▽	41(51.2)▲	256(49.8)▲	$\chi^{2(4)}=95.83^{***}$
	女性	38(21.1)▲	15(19.0)	63(12.3)▽	
	性別に関わらない	124(68.9)▲	23(29.1)▽	195(37.9)▽	
年代	20-30代	0(0.0)▽	56(73.7)▲	15(2.9)▽	$\chi^{2(6)}=433.39^{***}$
	40-50代	51(29.0)▽	10(13.2)▽	217(42.5)▲	
	60代以上	37(21.0)	5(6.6)▽	109(21.3)	
	年代に関わらない	88(50.0)▲	5(6.6)▽	170(33.3)	
世帯 構成	配偶者と同居	41(22.9)▲	10(12.8)	40(7.8)▽	$\chi^{2(8)}=458.83^{***}$
	親と同居	1(0.6)▽	56(71.8)▲	28(5.5)▽	
	子どもと同居	1(0.6)▽	4(5.1)	15(2.9)	
	一人暮らし	8(4.5)▽	1(1.3)▽	212(41.6)▲	
	構成に関わらない	128(71.5)▲	7(9.0)▽	215(42.2)▽	
雇用 形態	正規	13(7.3)	7(9.0)	30(6.0)	$\chi^{2(6)}=88.33^{***}$
	非正規・パート	36(20.1)	14(17.9)	139(27.7)▲	
	無職	33(18.4)▽	54(69.2)▲	157(31.3)	
	形態に関わらない	97(54.2)▲	3(3.8)▽	176(35.1)	

※属性ごとに最も多いものをそれぞれ選択。

※p値 * : p<0.05、** : p<0.01、*** : p<0.001

※残差分析 (p<0.05) ▲ : 有意に多い ▽ : 有意に少ない

表4 各機関における一人暮らし中高年者に多い相談内容

	地域若者サポート ステーション		自立相談支援機関	
	男性	女性	男性	女性
収入や雇用への不安	①65(83.3)	①63(80.8)	③316(63.7)	②338(68.1)
失業・解雇、賃金未払い	④22(28.2)	③21(26.9)	④219(44.2)	④176(35.5)
就労先でのトラブル	②33(42.3)	②33(42.3)	9(1.8)	19(3.8)
当面の生活費	⑤15(19.2)	⑤14(17.9)	①351(70.8)	①344(69.4)
借金、滞納、多重・過重債務	1(1.3)	0(0.0)	②323(65.1)	③237(47.8)
事業所向け支援策	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
住まいに関すること	2(2.6)	1(1.3)	⑤78(15.7)	68(13.7)
家計管理に関すること	2(2.6)	2(2.6)	47(9.5)	⑤82(16.5)
介護・福祉サービスの利用	4(5.1)	3(3.8)	3(0.6)	5(1.0)
子どもの進学・学習支援	0(0.0)	6(7.7)	2(0.4)	22(4.4)
持病に関わる通院・入院	13(16.7)	⑤14(17.9)	20(4.0)	28(5.6)
新型コロナ感染の不安やストレス	0(0.0)	0(0.0)	1(0.2)	1(0.2)
新型コロナの診療・検査について	1(1.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
離婚に関すること	0(0.0)	3(3.8)	1(0.2)	22(4.4)
詐欺被害	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
家族関係のトラブル	12(15.4)	④18(23.1)	19(3.8)	55(11.1)
地域住民・友人等とのトラブル	1(1.3)	0(0.0)	4(0.8)	4(0.8)
中高年のひきこもり	③26(33.3)	⑤14(17.9)	12(2.4)	6(1.2)
アルコールやギャンブルの問題	1(1.3)	0(0.0)	11(2.2)	2(0.4)

※中高年は40～60代とした。

※相談件数が多い内容を3つ選択。上位5番目までの内容に順位(①～⑤)を記載

表5 各機関における中高年者の孤独・孤立に対する認識

	ハローワーク	地域若者サポート ステーション	自立相談支援機関	χ^2 値
周囲から孤立していたり、強い孤独感を抱いていると感じること				
ある（よく+たまに）	100 (57.1) ▽	72 (92.3) ▲	454 (91.5) ▲	$\chi^{2(2)}=116.30^{***}$
ない（あまり+まったく）	75 (42.9) ▲	6 (7.7) ▽	42 (8.5) ▽	
孤独・孤立対策の必要性				
感じる（とても+少し）	112 (64.0) ▽	71 (91.0)	444 (90.1) ▲	$\chi^{2(2)}=68.59^{***}$
感じない（あまり+まったく）	63 (36.0) ▲	7 (9.0)	49 (9.9) ▽	
孤独・孤立予防に向けて十分な対応ができている				
そう思う（とても+少し）	48 (27.4)	37 (47.4) ▲	164 (33.3)	$\chi^{2(2)}=9.72^{**}$
そう思わない（あまり+まったく）	127 (72.6)	41 (52.6) ▽	329 (66.7)	

※中高年は40～60代とした。

※p値 * : p<0.05、** : p<0.01、*** : p<0.001

※残差分析 (p<0.05) ▲ : 有意に多い ▽ : 有意に少ない

図1 各機関における孤独・孤立予防の取り組みの実施状況

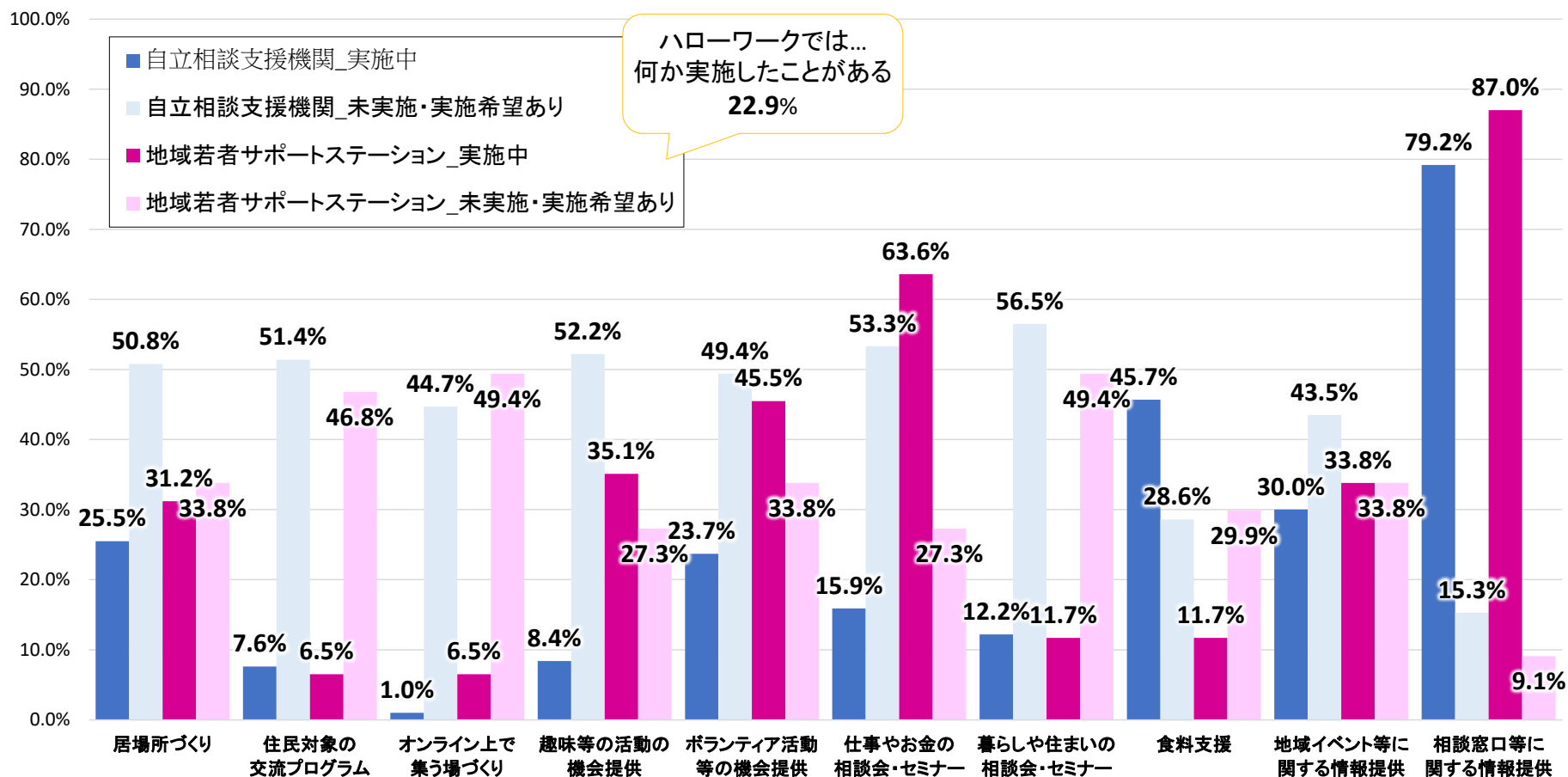


図2 各機関における孤独・孤立予防の取り組み実施に向けた解決すべき課題

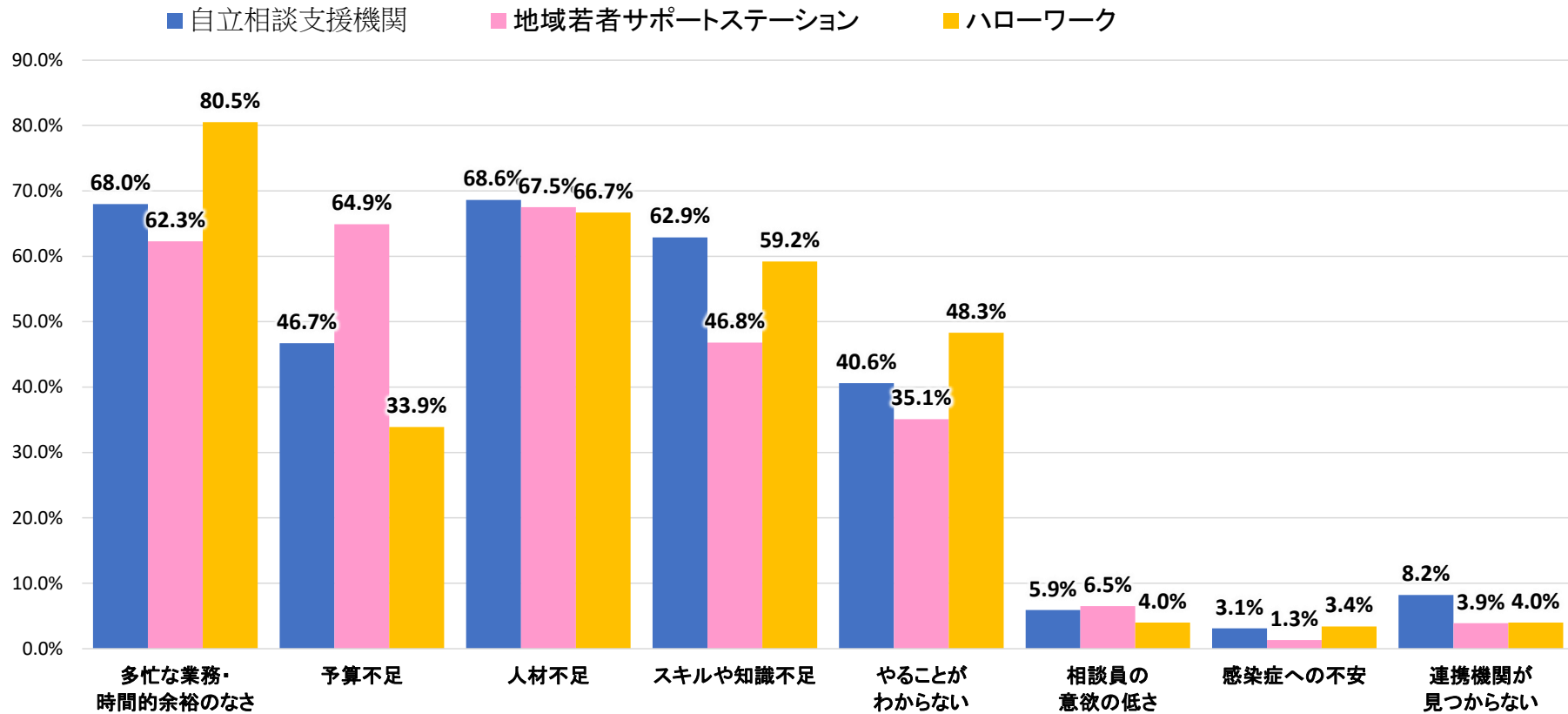


表6 「ライフスタイルチェックリスト」と「孤独・孤立予防プログラム」の活用可能性

	自立相談支援機関	地域若者サポート ステーション
ライフスタイルチェックリスト		
活用方法①：受付などにチェックリストを配置する (利用者に自由にとってもらう)	262(54.4)	37(48.7)
活用方法②：窓口の相談員が、必要だと思う利用者にチェックリストを渡し、簡単な説明をする	236(49.0)	45(59.2)
活用方法③：窓口の相談員が、必要だと思う利用者にチェックリストを渡し、その場で回答してもらう	207(42.9)	43(56.6)
活用方法④：窓口の相談員が、必要だと思う利用者にチェックリストを渡し、その場で回答してもらい、それをもとに相談支援を行う	266(55.2)	52(68.4)
活用方法⑤：利用者向けの研修会・セミナーなどでチェックリストを配付し、題材とする	112(23.2)	29(38.2)
孤独・孤立予防プログラム		
活用方法①：専門家によるレクチャーの動画を個別に視聴してもらい、それをもとに職員が相談支援を行う (グループワークは行わない・対面で実施)	307(63.7)	46(60.5)
活用方法②：専門家によるレクチャーの動画を個別に視聴してもらい、それをもとに職員が相談支援を行う (グループワークは行わない・オンラインで実施)	135(28.0)	27(35.5)
活用方法③：専門家によるレクチャーの動画を視聴会形式で複数の利用者に視聴してもらい、それをもとにファシリテーター(職員)によるグループワークを行う (対面で実施)	182(37.8)	48(63.2)
活用方法④：専門家によるレクチャーの動画を視聴会形式で複数の利用者に視聴してもらい、それをもとにファシリテーター(職員)によるグループワークを行う (オンラインで実施)	88(18.3)	20(26.3)
活用方法⑤：プログラムのマニュアル資料を見て職員が視聴会形式で複数の利用者にレクチャーを行い、それをもとにファシリテーターによるグループワークを行う (対面で実施)	138(28.6)	36(47.4)
活用方法⑥：プログラムのマニュアル資料を見て職員が視聴会形式で複数の利用者にレクチャーを行い、それをもとにファシリテーターによるグループワークを行う (オンラインで実施)	66(13.7)	17(22.4)

※どのような形で実施できるか、複数回答で選択。

資料：調査項目

1. ハローワーク・地域若者サポートステーション・自立相談支援機関《共通》

設問	選択肢
ご回答者の方について伺います。	
あなたの性別を教えてください。	1 男性 2 女性 3 その他
あなたの年齢を教えてください。	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代 6 70代以上
雇用形態を教えてください。	1 正規職員 2 非正規職員（パート・アルバイト・嘱託等） 3 派遣会社からの派遣 4 その他（ ）
今の職場の金属年数を教えてください。（2024年2月現在）半角数字のみで入力してください	____年 ____ヶ月
事業所（機関）について伺います。	
貴事業所（機関）の運営主体をお答えください。※国や自治体の委託事業の場合、運営主体は受託機関のことを指します。	1 国・地方公共団体 2 社会福祉協議会 3 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 4 生協等協同組合 5 特定非営利活動法人（NPO） 6 社団法人（公益・一般） 7 財団法人（公益・一般） 8 民間企業（株式会社・有限会社・合資会社） 9 その他（ ）
貴事業所（機関）の職員数（常勤・非常勤に関わらず全ての職員数）は何人ですか。※行政直営による運営の場合は担当部署の人数、法人で受託されている場合は事業所の人数をお答えください。	1 5人未満 2 5人～10人未満 3 10人～20人未満 4 20人～50人未満 5 50人～100人未満 6 100人以上
この中で、常勤職員と非常勤職員の人数をそれぞれお答えください。半角数字のみで入力してください。	【常勤職員】 ____人 【非常勤職員】 ____人
貴事業所（機関）を利用する相談者の性別・年代・世帯構成・雇用形態について、それぞれ最も多い属性を1つずつお選びください。	
性別	1 男性 2 女性 3 性別にかかわらず
年代	1 20代以下 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代 6 70代以上 7 その他（ ） 8 年代にかかわらず
世帯構成	1 配偶者と同居 2 親と同居 3 子どもと同居 4 単身 5 その他（ ） 6 世帯構成にかかわらず
雇用形態	1 正規雇用 2 非正規雇用・パート 3 無職 4 その他（ ） 5 雇用形態にかかわらず

2. ハローワーク

設問	選択肢
ご回答者の方について伺います。	
貴事業所（機関）での職種を教えてください。（いくつでも）	1 所長 2 部長等幹部職員 3 課長、統括官 4 主任、係長、専門官職 5 その他（ ）
中高年者（40～60代）の孤独・孤立対策についてお伺いします。	
中高年者（40～60代）に対する求職支援のプロセス中で、利用者が周囲から孤立していたり、強い孤独感を抱いていると感じることはありますか。	1 よくある 2 たまにある 3 あまりない 4 まったくない
貴事業所（機関）において、中高年者（40～60代）の孤独・孤立対策の必要性を感じますか。	1 とても感じる 2 少し感じる 3 あまり感じない 4 まったく感じない
貴事業所（機関）において、中高年者（40～60代）の孤独・孤立予防に向けて十分な対応ができていると思いますか。	1 とてもそう思う 2 少しそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
中高年者（40～60代）の孤独・孤立予防に向けて、何か対策を実施したことがありますか。 例：氷河期世代への就労支援における就職活動実施の確認による引きこもりの防止など	1 実施したことがある 2 実施したことがない
今後、ハローワークにおいて孤独・孤立対策の	1 業務が多忙で、時間的な余裕がない 2 予算の不足

取り組みを実施する場合、解決すべき課題としてどのようなことがあると思われますか。 下記選択肢以外で「解決すべき課題」がある場合は、【その他】に2つまで記入してください。(いくつでも)	3 企画・運営する人材の不足 4 企画・運営するスキル・知識の不足 5 孤独・孤立予防に向けてどのようなことをすればよいかわからない 6 相談員の意欲の低さ 7 感染症への不安 8 連携機関が見つからない 9 その他1 () 10 その他2 ()
--	---

3. 地域若者サポートステーション

設問	選択肢
ご回答者の方について伺います。	
貴事業所（機関）での職種を教えてください。(いくつでも)	1 施設長・管理職 2 主任相談支援員 3 相談支援員 4 その他 ()
中高年者（40～60代）への支援について伺います。 （地域若者サポートステーションのご回答者の方は、この先の質問は40代の方を想定してお答えください。）	
2023年度以降の中高年者（40～60代）からの相談事として、どのようなものがありましたか。該当するもの全てにチェックを入れてください。(いくつでも)	1 収入や雇用への不安 2 失業・解雇・賃金未払い 3 就労先でのトラブル 4 当面の生活費 5 借金、滞納、多重・過重債務 6 事業所向け支援策（雇用調整助成金、持続化給付金など） 7 住まいに関すること（住居確保給付金、一時宿泊施設など含む） 8 家計管理に関すること 9 介護・福祉サービスの利用 10 子どもの進学・学習支援 11 持病に関わる通院・入院 12 新型コロナウイルス感染の不安やストレス 13 新型コロナウイルスの診療・検査について 14 離婚に関すること 15 詐欺被害 16 家族関係のトラブル 17 地域住民・友人など家族以外の人とのトラブル 18 中高年のひきこもり 19 アルコールやギャンブルの問題について 20 その他 ()
中高年者（40～60代）の孤独・孤立対策についてお伺いします。	
中高年者（40～60代）に対する相談支援を行う中で、相談者が周囲から孤立していたり、強い孤独感を抱いていると感じることはありますか。	1 よくある 2 たまにある 3 あまりない 4 まったくない
貴事業所（機関）において、中高年者（40～60代）の孤独・孤立対策の必要性を感じますか。	1 とても感じる 2 少し感じる 3 あまり感じない 4 まったく感じない
貴事業所（機関）において、中高年者（40～60代）の孤独・孤立予防に向けて十分な対応ができていると思いますか。	1 とてもそう思う 2 少しそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
貴事業所（機関）において、中高年者（40～60代）の孤独・孤立予防を目的として、どのような取り組みを実施していますか、またはやってみたいと思いますか。1～10の中に「実施した取り組み」がない場合は、【11. その他】に記入してください。(それぞれひとつずつ)	1 多様な居場所づくり・居場所の提供 2 住民を対象にした交流プログラムの実施 3 オンライン上で集う場づくり 4 趣味やスポーツなど活動の機会の提供 5 地域の防災活動やボランティア活動など地域・社会参加の機会の提供 6 仕事やお金に関わる相談会・セミナーの実施 7 暮らしや住まいに関わる相談会・セミナーの実施 8 食料支援（子ども食堂、炊き出し、お弁当販売など）の実施 9 地域のお祭りやイベント、趣味・サークル活動、に関する情報の提供 10 相談窓口や支援団体に関する情報の提供 11 その他 () -- (上記の各取り組みについて、以下の選択肢から1つを選択) 1 現在、実施している 2 以前実施していた 3 実施したことはないが、やってみたい 4 実施したことはなく、やってみたいとも思わない
貴事業所（機関）において中高年者（40～60代）の孤独・孤立対策の取り組みを実施する上で、解決すべき課題と思われるもの全てにチェックをしてください。該当するものがない場合は、【その他】に記入してください。(いくつでも)	1 業務が多忙で、時間的な余裕がない 2 予算の不足 3 企画・運営する人材の不足 4 企画・運営するスキル・知識の不足 5 孤独・孤立予防に向けてどのようなことをすればよいかわからない 6 相談員の意欲の低さ 7 感染症への不安 8 連携機関が見つからない 9 その他1 () 10 その他2 ()
中高年者向け孤独・孤立予防策の実施可能性について 当研究所では、厚生労働省と協働して中高年者の孤独・孤立予防に向けて、チェックリストやプログラムの策定	

<p>を行っています。これらの孤独・孤立予防策が、貴事業所(機関)においてどれくらい実施が可能であるか、またはどのような条件であれば実施が可能であるかお伺いいたします。</p>	
<p>(チェックリストの説明) 貴事業所(機関)において「プレシニアのためのライフスタイルチェックリスト」を活用する場合、どのような形で実施できると思いますか。いくつでもお選びください。提示されている以外で活用法のアイデア等ある場合は、【その他の活用法】に記入してください。(いくつでも)</p>	<p>1 受付などにチェックリストを配置する (利用者により自由にとってもらう) 2 窓口の相談員が、必要だと思う利用者へチェックリストを渡し、簡単な説明をする。 3 窓口の相談員が、必要だと思う利用者へチェックリストを渡し、その場で回答してもらおう。 4 窓口の相談員が、必要だと思う利用者へその場でチェックリストに回答してもらい、それをもとに相談支援を行う。 5 利用者向けの研修会・セミナーなどでチェックリストを配付し、題材とする 6 その他の活用法</p>
<p>(プログラムの説明) プレシニアのための孤独・孤立予防プログラムを実施すると仮定した場合、どのように活用することができると思いますか。下記のうち、実施ができると思う活用法をいくつでもお選びください。提示されている選択肢以外で活用法のアイデア等がある場合は、【その他の活用法】に記入してください。(いくつでも)</p>	<p>《活用案1》 1 専門家によるレクチャーの動画を個別に視聴してもらい、それをもとに職員が相談支援を行う (グループワークは行わない) (対面で実施) 2 専門家によるレクチャーの動画を個別に視聴してもらい、それをもとに職員が相談支援を行う (グループワークは行わない) (オンライン上で実施) 《活用案2》 3 専門家によるレクチャーの動画を視聴会形式で複数の利用者へ視聴してもらい、それをもとにファシリテーター(職員)によるグループワークを行う (対面で実施) 4 専門家によるレクチャーの動画を視聴会形式で複数の利用者へ視聴してもらい、それをもとにファシリテーター(職員)によるグループワークを行う (オンライン上で実施) 《活用案3》 5 プログラムのマニュアル資料を見て職員が視聴会形式で複数の利用者へレクチャーを行い、それをもとにファシリテーター(職員)によるグループワークを行う (対面で実施) 6 プログラムのマニュアル資料を見て職員が視聴会形式で複数の利用者へレクチャーを行い、それをもとにファシリテーター(職員)によるグループワークを行う (オンライン上で実施) 《その他の活用法》 7 その他の活用法 ()</p>

4. 自立相談支援機関

設問	選択肢
<p>ご回答者の方について伺います。</p>	
<p>貴事業所(機関)での職種を教えてください。(いくつでも)</p>	<p>1 施設長・管理職 2 主任相談支援員 3 相談支援員 4 就労支援員 5 家計相談支援員 6 その他 ()</p>
<p>中高年者(40～60代)への支援について伺います。</p>	
<p>2023年度以降の中高年者(40～60代)からの相談事として、どのようなものがありましたか。該当するもの全てにチェックを入れてください。(いくつでも)</p>	<p>1 収入や雇用への不安 2 失業・解雇・賃金未払い 3 就労先でのトラブル 4 当面の生活費 5 借金、滞納、多重・過重債務 6 事業所向け支援策(雇用調整助成金、持続化給付金など) 7 住まいに関する事(住居確保給付金、一時宿泊施設など含む) 8 家計管理に関する事 9 介護・福祉サービスの利用 10 子どもの進学・学習支援 11 持病に関わる通院・入院 12 新型コロナウイルス感染の不安やストレス 13 新型コロナウイルスの診療・検査について 14 離婚に関する事 15 詐欺被害 16 家族関係のトラブル 17 地域住民・友人など家族以外の人とのトラブル 18 中高年のひきこもり 19 アルコールやギャンブルの問題について 20 その他 ()</p>
<p>中高年者(40～60代)の孤独・孤立対策についてお伺いします。</p>	

中高年者(40～60代)に対する相談支援を行う中で、相談者が周囲から孤立していたり、強い孤独感を抱いていると感じることはありますか。	1 よくある 2 たまにある 3 あまりない 4 まったくない
貴事業所(機関)において、中高年者(40～60代)の孤独・孤立対策の必要性を感じますか。	1 とても感じる 2 少し感じる 3 あまり感じない 4 まったく感じない
貴事業所(機関)において、中高年者(40～60代)の孤独・孤立予防に向けて十分な対応ができていると思いますか。	1 とてもそう思う 2 少しそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
貴事業所(機関)において、中高年者(40～60代)の孤独・孤立予防を目的として、どのような取り組みを実施していますか、またはやってみようと思いますか。1～10の中に「実施した取り組み」がない場合は、【11.その他】に記入してください。(それぞれひとつずつ)	1 多様な居場所づくり・居場所の提供 2 住民を対象にした交流プログラムの実施 3 オンライン上で集う場づくり 4 趣味やスポーツなど活動の機会の提供 5 地域の防災活動やボランティア活動など地域・社会参加の機会の提供 6 仕事やお金に関わる相談会・セミナーの実施 7 暮らしや住まいに関わる相談会・セミナーの実施 8 食料支援(子ども食堂、炊き出し、お弁当販売など)の実施 9 地域のお祭りやイベント、趣味・サークル活動、に関する情報の提供 10 相談窓口や支援団体に関する情報の提供 11 その他() — (上記の各取り組みについて、以下の選択肢から1つを選択) 1 現在、実施している 2 以前実施していた 3 実施したことはないが、やってみたい 4 実施したことはなく、やってみたいとも思わない
貴事業所(機関)において中高年者(40～60代)の孤独・孤立対策の取り組みを実施する上で、解決すべき課題と思われるもの全てにチェックをしてください。該当するものがない場合は、【その他】に記入してください。(いくつでも)	1 業務が多忙で、時間的な余裕がない 2 予算の不足 3 企画・運営する人材の不足 4 企画・運営するスキル・知識の不足 5 孤独・孤立予防に向けてどのようなことをすればよいかわからない 6 相談員の意欲の低さ 7 感染症への不安 8 連携機関が見つからない 9 その他1 () 10 その他2 ()
中高年者向け孤独・孤立予防策の実施可能性について 当研究所では、厚生労働省と協働して中高年者の孤独・孤立予防に向けて、チェックリストやプログラムの策定を行っています。これらの孤独・孤立予防策が、貴事業所(機関)においてどれくらい実施が可能であるか、またはどのような条件であれば実施が可能であるかお伺いいたします。	
(チェックリストの説明) 貴事業所(機関)において「プレシニアのためのライフスタイルチェックリスト」を活用する場合、どのような形で実施できると思いますか。いくつでもお選びください。提示されている以外で活用法のアイデア等ある場合は、【その他の活用法】に記入してください。(いくつでも)	1 受付などにチェックリストを配置する(利用者によって自由にとってもらおう) 2 窓口の相談員が、必要だと思う利用者にチェックリストを渡し、簡単な説明をする。 3 窓口の相談員が、必要だと思う利用者にチェックリストを渡し、その場で回答してもらおう。 4 窓口の相談員が、必要だと思う利用者にその場でチェックリストに回答してもらい、それをもとに相談支援を行う。 5 利用者向けの研修会・セミナーなどでチェックリストを配付し、題材とする 6 その他の活用法
(プログラムの説明) プレシニアのための孤独・孤立予防プログラムを実施すると仮定した場合、どのように活用することができると思いますか。下記のうち、実施ができると思う活用法をいくつでもお選びください。提示されている選択肢以外で活用法のアイデア等がある場合は、【その他の活用法】に記入してください。(いくつでも)	《活用案1》 1 専門家によるレクチャーの動画を個別に視聴してもらい、それをもとに職員が相談支援を行う(グループワークは行わない)(対面で実施) 2 専門家によるレクチャーの動画を個別に視聴してもらい、それをもとに職員が相談支援を行う(グループワークは行わない)(オンライン上で実施) 《活用案2》 3 専門家によるレクチャーの動画を視聴会形式で複数の利用者に視聴してもらい、それをもとにファシリテーター(職員)によるグループワークを行う(対面で実施) 4 専門家によるレクチャーの動画を視聴会形式で複数の利用者に視聴してもらい、それをもとにファシリテーター(職員)によ

	<p>るグループワークを行う（オンライン上で実施）</p> <p>《活用案3》</p> <p>5 プログラムのマニュアル資料を見て職員が視聴会形式で複数の利用者にレクチャーを行い、それをもとにファシリテーター（職員）によるグループワークを行う（対面で実施）</p> <p>6 プログラムのマニュアル資料を見て職員が視聴会形式で複数の利用者にレクチャーを行い、それをもとにファシリテーター（職員）によるグループワークを行う（オンライン上で実施）</p> <p>《その他の活用法》</p> <p>7 その他の活用法（ ）</p>
--	--

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 ※該当なし

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌 ※該当なし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

報告日： 令和6年5月27日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
所属研究機関長 職名 理事長
氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)
2. 研究課題名 中年期からの孤立・困窮予防プログラムの実装化に向けた研究(23AA1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究部長
(氏名・フリガナ) 小林江里香(コバヤシエリカ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/>	未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	--	------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	(無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	(無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	(無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/>	無 <input checked="" type="checkbox"/>	(有の場合はその理由:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

報告日： 令和6年5月27日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
所属研究機関長 職名 理事長
氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)
2. 研究課題名 中年期からの孤立・困窮予防プログラムの実装化に向けた研究(23AA1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム・研究員
(氏名・フリガナ) 村山陽(ムラヤマヨウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/>	未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	--	------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	(無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	(無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	(無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/>	無 <input checked="" type="checkbox"/>	(有の場合はその理由:)

- (留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

報告日： 令和6年5月27日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 文京学院大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 福井 勉

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

2. 研究課題名 中年期からの孤立・困窮予防プログラムの実装化に向けた研究(23AA1002)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 人間学部心理学科・教授

(氏名・フリガナ) 山崎 幸子(ヤマザキ サチコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/>	未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	--	------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 聖学院大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 小池 茂子

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
- 研究課題名 中年期からの孤立・困窮予防プログラムの実装化に向けた研究（23AA1002）
- 研究者名 （所属部署・職名）心理福祉学部・准教授
（氏名・フリガナ）長谷部 雅美 ・ ハセベ マサミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター 研究倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。