

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～6年度 総合研究報告書

研究代表者 小林 江里香

令和7（2025）年 5月

目 次

I 総合研究報告

- 1 章 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：
目的、方法、成果の概要…………… 1
小林 江里香

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

- 2 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
- 3 章 「プレシニアのためのライフスタイル診断」：有用性と課題の検討… 51
小林 江里香
(資料1) 「プレシニアのためのライフスタイルチェック」サイト案内チラシ
(資料2) 領域別の総合リスク判定の基準
- 4 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…………… 65
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

- 5 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…………… 75
小林 江里香
- 6 章 単身中高年者の馴染みの場とその機能…………… 84
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

- 7 章 孤独・孤立対策における公的相談機関の役割の明確化…………… 93
長谷部 雅美・村山 陽

II 研究成果の刊行に関する一覧表…………… 104

1 章 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： 目的、方法、成果の概要

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）

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

未婚率の上昇や就職氷河期世代の高齢化により、経済的に不安定な単身高齢者の増加が見込まれる中、高齢期に至る前の中年期から孤立・困窮の予防に取り組むことが不可欠である。先行研究では、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」点が共通していた¹⁾。また、無作為抽出された単身中高年者対象の研究では、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²⁾。

本研究では、これらの知見を踏まえ、中高年期の孤立・困窮の具体的な防止策まで明らかにするため、40～60代の中高年者に加え、孤立・困窮の高リスク者や当事者と接点を持ちうる公的相談機関を対象とし

て、次の3つの課題に取り組んだ。

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（以下、チェックリスト）、および参加型プログラムの作成と試行である。本研究では、孤立・困窮予防を、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（社会関係の欠如、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ている。チェックリストによってこれらの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相談窓口等の情報を提供すること、また、高リスク者向けの参加型プログラムを用意し、講習や交流を通じて将来展望の促進や援助要請の心理的抵抗感の低減を図ることを目指した。

第2の課題は、中高年者への効果的な情報提供のあり方の検討である。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

や馴染みの場所を分析し、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した。

第3の課題は、孤立・困窮対策における公的相談機関の役割の明確化である。孤立・困窮という社会問題の解消を図るためには、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、経済的困窮の当事者が利用する生活困窮者自立相談支援機関と、困窮のきっかけとなり得る失業や離職といった問題の当事者が利用する就労支援機関（ハローワーク等）の調査を行い、これらの機関における孤独・孤立対策への取組と課題を明らかにすることで、孤立・困窮対策において公的機関が果たすべき役割を明らかにした。

課題1については2章～4章、課題2については5章と6章、課題3については7章において、取組状況の詳細を報告しており、以下では概要のみ示す。

B. 研究方法

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（課題1）

1) ライフスタイルチェックリスト (2章、3章)

チェックリストは、現在独居あるいは将来独居となる可能性が高い40～60代くらいの「プレシニア」を主なターゲットとし、オンライン上で回答してもらい、リスクの判定結果と結果に応じたアドバイスを提供するものである。前述の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（社会関係の欠如、情報・知識の欠如、援助要請への心理的障壁）の状態にあるか、またはこの状態への陥りやすさと関連する行動・状態・

意識があるかを判定するためのチェック項目を選定した。選定にあたっては、主要ターゲットの年齢層を考慮すること、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こととした。

2023年度は、14名の研究者や相談機関等での実務経験をもつ専門家が、「健康班」「経済班」「社会班」のワーキンググループに分かれ、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、5領域（「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」）における22個のチェック項目の選定とリスク判定基準の設定、およびリスクがある人に提示するアドバイスの作成を行った。

2024度は、チェックリストを「プレシニアのためのライフスタイル診断」として、ウェブサイト（<https://presenior.jp/>）上での運用を開始し、2024年度末までに同診断を初めて利用した276人の回答データを用いて、利用者の特徴、完了率、サイト情報の入手方法、利用後の評価の分析を行った。

2) 参加型プログラム（4章）

参加型プログラムは、孤立・困窮の高リスク者が、健康、経済状態、社会関係を良好に保つための知識を得るとともに、将来展望を高め、援助要請を抑制する心理的障壁を低減することを目的とする。

2023年1～2月に調査モニター対象にオンラインで実施した孤立予防プログラム（講習受講とファシリテーター参加のもとでのグループワークを組み合わせたもの）をもとに、新宿区社会福祉協議会と連携して、

（生活困窮者）自立相談支援機関の中高年利用者を対象としたプログラムに再編成した。また、プログラム内容・評価の参考にするため、同法人が実施した生活資金の特例貸付利用者アンケートの二次解析も行った。

パイロット研究の実施：自立相談支援を行う機関や NPO を通して、プログラムに参加する 40～60 代の単身者を募集し、最終的に 10 名が 2 グループに分かれ、それぞれ 2025 年 2～3 月に 3 回の講座に参加した。各回は、講習（心の健康、食事、お金に関するテーマ）40 分、グループワーク 30 分（メタ認知トレーニング、おしゃべりタイム）を含む 90 分で構成され、ファシリテーター 1 名も参加した。参加前後に将来展望や援助要請の心理的障壁に関する意識、精神的健康の測定を行い、参加 2～3 週間後に、講習での学習内容の実践などの行動・意識の変化についても調査した。

2. 中高年者への効果的な情報提供のあり方の検討（課題 2）

1) 中高年者を対象とした既存データの分析（2023 年度）（5 章）

無作為抽出された東京都内区部の 50～70 代の単身者を対象に 2020 年 12 月～2021 年 1 月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³⁾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（50～60 代のみの分析も実施）。

2) 馴染みの場所（居場所）の調査と分析（2023 年度）（6 章）

50～60 代の単身者を対象とした Web 調査を 2023 年 7～8 月に実施し、就労者 5,743 人

について、行きつけの場所・馴染みの場所（居場所）の有無や種類、そこでの顔馴染みの有無などについて分析した。さらに、同意を得られた 38 人についてはオンラインの半構造化面接も実施し、居場所に行く頻度やそこでの過ごし方、居場所がない人には居場所を持ちづらい理由などについて尋ねた。

3) 「ライフスタイル診断」利用者の分析（2024 年度）

課題 1 の 1) において、ライフスタイル診断のサイト情報をどのように入手し、どのような特性を持つ人が実際に利用したかの分析を行った。

3. 孤立・困窮対策における公的相談機関の役割の明確化（課題 3）（7 章）

2023 年 3 月に、全国の自立相談支援機関 1,376 カ所、40 代までを利用対象とする地域若者サポートステーション（以下、サポステ）177 カ所、ハローワーク 544 カ所にオンラインのアンケート調査の依頼を行い、それぞれ 531（回収率 38.6%）、84（47.5%）、181（33.3%）カ所より回答があった。なお、孤独・孤立対策の重点計画が進められていることを念頭に、調査では「孤独・孤立対策」として質問した。より詳しい情報を得るため、2024 年 5～9 月にかけて、同意を得られた 36 機関の職員（自立相談：15、サポステ：11、ハローワーク：10）に対し、オンラインの半構造化面接調査を実施した。これらの調査結果をもとに、多様な分野の研究者と実務経験者が議論を行い、政策提言をまとめた。

（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. 研究結果と考察

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（課題1）

1) 「ライフスタイル診断」の有用性と課題（3章）

利用者の年齢層や独居者の割合は想定通りだったが、男性の利用者は女性の半分程度にとどまった。また、国の統計に比べて健康的な行動や学習活動の実施者の割合が高い傾向が見られた。サイトの情報を、講座・セミナーでの紹介により得た人が多かったことが影響したと考えられる。

回答を完了し、5 領域（「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」）すべての判定結果を得た完了率は7割だった。

このように、サイト情報の周知方法など運用面での課題は残ったが、利用者の8割前後は自己理解・将来展望の促進、知識・情報の獲得、生活改善意欲の向上といった、開発目的とした効果を認識しており、ライフスタイル診断の内容についての有用性は確認できた。

2) 参加型プログラム（4章）

プログラム参加者は、参加前後で援助要請に関する意識の変化はみられなかったが、精神的健康度の向上が見られ、プログラム参加を通して、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を得ていた。

2. 中高年者への効果的な情報提供のあり方の検討（課題2）

1) 中高年者の既存データの分析（5章）

心身の健康、経済状態、社会関係において、何らかの問題を有する問題集積群（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、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飲食店を利用した情報提供も有効と考えられる。

2) 馴染みの場所（居場所）の調査と分析（6章）

居場所としては、喫茶・カフェや飲食店などの利用が多く、次いで図書館も多かったが、図書館ではそこでの顔馴染みをもたない傾向があった。半構造化面接調査の結果として、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。居場所がない人では、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人もいた。単身中高年者に広く情報を届けるには、カフェや飲食店等に加え、一人でも行動しやすく、無料で利用できる、図書館の活用が考えられる。

3. 孤立・困窮対策における公的相談機関の役割の明確化（課題3）（7章）

1) アンケート調査の結果

中高年相談者の孤独・孤立対策の必要性について、自立相談支援機関やサポステで

は 9 割以上の機関で認識されていた一方、ハローワークは 6 割強だった。いずれの機関も、孤独・孤立予防の取組実施を妨げる、多忙な業務に伴う時間的余裕のなさや、人材・スキル不足などの課題を抱えており、孤独・孤立対策として何をすればよいかわからない機関も 4 割前後を占めていた。

課題 1 のチェックリストの相談支援における活用については、自立相談支援・サポステの半数以上で可能と考えていたが、完成したオンラインの「ライフスタイル診断」を実際の利用につなげるには、相談窓口への調整やマニュアル整備の必要がある。また、参加型プログラムについては、自立相談支援ではグループワークの導入を困難と考える機関が多く、ファシリテーターとなる職員の研修体制の整備が必要である。

2) 面接調査の結果をふまえた論点整理

上記のアンケート調査や職員への面接調査の結果をもとに議論し、解決すべき課題としてまとめた提言は以下の通りである：

①地域のハローワーク、自立相談支援機関、サポステ間で顔が見える関係づくりを強化する、②地域における孤独・孤立対策の核となる機関を定めるとともに、地域の多様な資源と連携し、利用者と地域をつなぐ取り組みを強化する、③3 機関が実施する孤独・孤立対策の好事例を収集し紹介する、④自治体ごとに孤独・孤立の課題解決にむけた実践を計画し、その成果を評価する評価方法を設ける。

D. 結論および政策への反映

以上の通り、課題 1 については、40～60 代のプレシニア向けに開発した「ライフスタイル診断」をウェブサイト上で公開し、有用性と運用上の課題を明らかにした。ま

た、孤独・困窮の高リスク者を対象に、参加者のリクルートからプログラムの実施・評価までのパイロット研究を行い、参加前後で精神的健康の向上を確認した。

課題 2 については、単身中高年者に対する孤立・困窮予防の情報提供においては、カフェや飲食店等に加え、一人でも行動しやすく無料で利用できる、図書館の活用が考えられる。なお、課題 1 の「ライフスタイル診断」のサイトの案内チラシは図書館にも配布したが、2024 年度末までにチラシの入手場所を分析できるだけの十分な数の回答データが得られなかったため、配布場所の有効性を検討できなかった。今後データが蓄積された後に検討予定である。

課題 3 については、生活困窮者や就労支援のための相談機関に量的・質的調査を実施し、これらの相談窓口が、孤独・孤立対策において役割を果たすための課題と対応策について 4 つの提言をまとめた。

本研究の成果は、以下の点で、重層的支援体制整備事業や、孤独・孤立対策の重点計画（特に、支援を求める声を上げやすい社会、切れ目のない相談支援）に資するものとする。

第 1 に、高齢期に深刻な孤立・困窮に陥る人を減らすため、高齢期になる前の人々に将来展望を促し、必要な知識を提供するオンライン啓発ツールとして、ライフスタイル診断（チェックリスト）を利用できる。また、診断結果のアドバイスとして相談機関等の情報を提供することで、適切なサービスにつながりやすくなることが期待される。

第 2 に、本研究において試行した孤立・困窮の高リスク者向けの参加型プログラムについては、今後、有効性についてのエビデンスが蓄積されれば、自立相談支援機関

やサポステなどで取り組むプログラムの 1 つとして活用できる可能性がある。

第 3 に、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、孤独・孤立予防・解消のための機能をもつ上での課題を明らかにし、他機関・団体との連携のあり方などについて提言を行った。これらの相談機関が孤独・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・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を期待される。

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

2023 年度

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 5 件の発表を行った。

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。

2024 年度

村山陽, 横田恵理, 長谷部雅美, 山崎幸子, 小林江里香: 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. 日本老年社会科学会 第 66 回大会, 奈良, 2024. 6. 1-2.

村山陽, 横田恵理, 長谷部雅美, 山崎幸子, 小林江里香: 中高年の生活不安定層における孤立状況と援助ニーズとの関連: 特例貸付アンケート調査の二次解析より. 第 19 回日本応用老年学会大会, 東京, 2024. 11. 9-10.

村山陽 長谷部雅美, 小林江里香: 生活困窮者自立支援事業の相談員に求められるスキルとその習得方法. 日本社会福祉学会 第 72 回秋季大会, 愛知, 2024. 10. 26-27.

長谷部雅美, 村山陽, 小林江里香: 地域若者サポートステーションにおける中年者の孤独・孤立対策の実態: 中年期からの孤独・孤立予防に向けた相談機関の役割を考える. 日本社会福祉学会第 72 回秋季大会, 名古屋, 2024. 10. 26-27.

村山陽, 山崎幸子, 長谷部雅美, 小林江里香: 中高年者における孤独・孤立予防の実態と関連要因. 第 83 回日本公衆衛生学会総会, 札幌, 2024. 10. 29-31.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

引用文献

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.

2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。

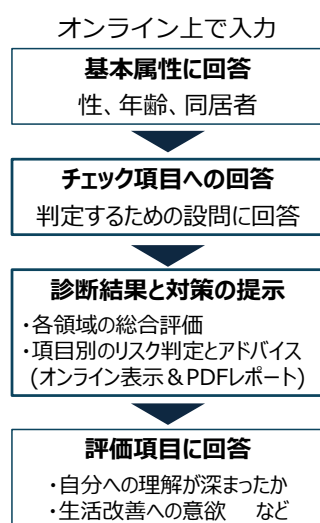


図 1 チェックリスト (Web) の流れ

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。

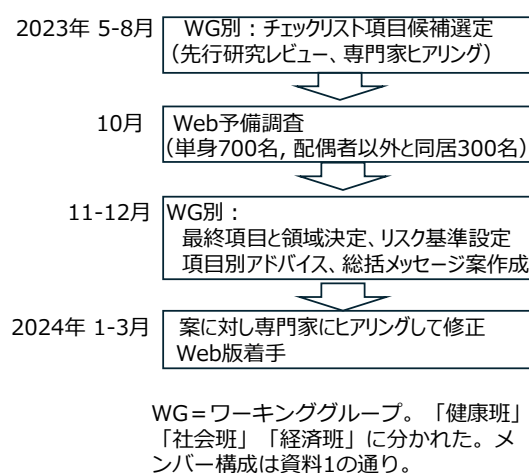


図 2 2023 年度に実施した研究

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ので、「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）の横のかっこ内に示した。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	Q4-1～Q4-5	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～Q15	高/中/低
	14	自分から助けを求められるか	Q16, Q17	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	Q20 (2) (3)	高/中/低
	16	親族の介護への備えができているか	Q20 (10)	高/中/低
	17	老後の住まいがあるか	Q19	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	Q20 (4)	高/中/低
	19	社会保障制度の知識をもっているか	Q20 (5) (6) (7)	高/中/低
	20	人生設計やそのための知識をもっているか	Q20 (1) (8)	高/中/低
	21	家事をできるか	Q20 (9)	高/中/低
	22	学習活動に取り組んでいるか	Q18	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】（清野諭）

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

項目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、病院や健診で「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・治療は必要ないと診断された」「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・受診していない」「わからない・答えたくない」の 5 択で回答を求めることとした。

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、下肢末梢動脈疾患、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。

項目 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・治療は必要ないと診断された」／「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/m^2 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/m^2 とした場合と各年齢層の基準（49 歳以下では 18.5 kg/m^2 、50～64 歳では 20.0 kg/m^2 未満、64～69 歳では 21.5 kg/m^2 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/m^2 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/m^2 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、 $25.0\sim 29.9$

kg/m^2 を肥満（1 度）、 $30.0\sim 34.9\text{ kg/m}^2$ を肥満（2 度）、 $35.0\sim 39.9\text{ kg/m}^2$ を肥満（3 度）、 40.0 kg/m^2 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/m^2 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/m^2 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。

「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

BMI の範囲		45～49 歳 (n=169)		50～64 歳 (n=591)		65～69 歳 (n=138)	
肥満度	(kg/m ²)	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

注) 表2、表3ともWeb予備調査に基づく

【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」

(Q11(1))、「この 1 カ月の間、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)

注) 表 4、表 5 とも Web 予備調査に基づく

領域 2：生活習慣

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) に関するスコーピングレビューによると、「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、食事で主菜・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」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す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, 2024a)。

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

する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

項目 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, 2024b)。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，2024b）。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，2024b）。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，2024a）。

項目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，2024c）。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，2024a）。

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

項目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，2024b）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。

項目 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，2024c）。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。特に一人暮らしの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、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)。日本の高齢者を対象とした研究では、つながりの多様性得点が高い人ほど、認知症発症のリスクが低かった (Saito et al., 2018)。

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、これらの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 種類のみの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 種類のみの 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、誰かに援助を求める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、他者に援助を求める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には、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）などがあり、中高年者における被援助志向性と援助要請行動との関連など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（Q17、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

心配事や困り事の相談相手の有無（Q16）

周囲に心配事や困り事の相談相手がいなことは、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。

他者から助言を受けることに対する抵抗感（Q17）

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 Q17 への回答に基づく最終的なリスク判定

Q16 および Q17 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、Q17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 Q17 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問題を独力で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 Q20(2)「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 Q20(3)「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

Web 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、貯蓄ができていない場合を「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るか

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Q20(10)「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

Web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」（Q19）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」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と、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 Q20（4）「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、上乗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。

リスク判定基準とその理由

Web 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(Q20(5)(6)(7))、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、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 Q20(1)「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、転職・再就職や、定年退職後の生きがい発見にも役立つと考えられる。そのため、Q20(8)「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

Web 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

現在は家事を同居家族に任せている人でも、将来にわたってそうできるとは限らず、最小限の家事スキルを身につけておくことは大切である。

外食など外部のサービスを利用することが多いと、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ということが報告されている(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 Q20(9)「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

Web 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ウェルビーイング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）。」（Q18）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）、特定の活動へ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、Q18の質問方法を用いたWeb予備調査では、「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め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>
- 公益社団法人全国宅地建物取引業協会連合会, 公益社団法人全国宅地建物取引業保証協会 (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)ー令和 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ー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_iryoku/kenkou/eiyou/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/jigyo/m23/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., Eda Hiro, 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.
- Saito, T., Murata, C., Saito, M., et al. (2018). Influence of social relationship domains and their combinations on incident dementia: a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 72(1), 7-12.
- 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.000000000000200701>

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(「プレシニアのためのライフスタイル診断」)質問項目一覧

質問番号	設問・選択肢
【基本情報】	
F1	「プレシニアのためのライフスタイル診断」を受けるのは、今回で何回目ですか。(サイトの閲覧回数ではなく、診断回数についてお答えください) 1=初めて 2=2回目 3=3回目 4=4回目以上
F2	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
F3	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
F4	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。(いくつでも) 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
まず、次の2つの側面についてチェックします。 A: 病気の予防・管理 B: 生活習慣	
Q1	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。(いくつでも) 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・缶詰め) 09=牛乳・乳製品(コーヒーストックやフルーツ牛乳、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	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	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	(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

質問番号	設問・選択肢
	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
Q4-1	高血圧について、病院や健診で、治療または受診が必要と指摘されたことはありますか。 1=ある 2=ない 3=答えたくない
Q4-1S	(指摘されたことがある人のみ) ※「ない」場合はこの質問画面は表示されず、次の病気へ進む 高血圧について、現在の治療状況を教えてください。 1=治療が終了した・治療は必要ないと診断された 2=現在治療中 3=治療は終了していないが、受診や服薬を途中でやめた 4=治療していない・受診していない 5=わからない・答えたくない
Q4-2・2S～ Q4-5・5S	Q4-2脂質異常症(いわゆる高脂血症)、Q4-3心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈など)、Q4-4脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など)、Q4-5糖尿病についても同様に質問
Q5	現在の身長と体重を教えてください。 【身長:】 【体重:】
Q6	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	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	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	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	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	(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？ (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めない感じがよくありましたか？ <選択肢> 1=はい 2=いいえ
つづいて、次の側面についてチェックします。 C: 社会とのつながり	
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	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ヵ月に2、3回 4=1ヵ月に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	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

質問番号	設問・選択肢
	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	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	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	あなたは、他人からの助言を受けることに抵抗がありますか。ご自身にどのくらいあてはまるかを教えてください。 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
最後に、次の側面についてチェックします。 D: 家計・生活 E: 知識習得・活用	
Q18	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 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
Q19	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
Q20	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。 (1)自分の将来は成り行きに任せている。 (2)収入に見合った支出ができています。 (3)将来に備え、貯蓄をしている。 (4)自分の年金の加入状況や将来の受取額を把握している。 (5)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。 (6)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。 (7)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。 (8)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。 (9)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。 (10)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。※あてはまる家族がいない場合には、「あてはまらない」を選んでください。 <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
●診断結果表示後のアンケート	
EQ1	本サイトの存在は、何から知りましたか。(いくつでも) 1=本サイトの紹介チラシ 2=インターネットの検索サイト(検索ワード:) 3=インターネットやSNSの情報(2の検索サイトを除く) 4=新聞、雑誌 5=テレビ、ラジオ 6=家族、友人・知人から 7=行政機関、相談窓口等で紹介された 8=セミナーや講演会で紹介された 9=その他()
EQ1S	(EQ1で「本サイトの紹介チラシ」と答えた方のみ)チラシが置かれていた場所を教えてください。 1=図書館 2=飲食店 3=地域若者サポートステーション 4=ハローワーク

質問番号	設問・選択肢
	5=自立相談支援機関 6=その他()
EQ2	「プレシニアのためのライフスタイル診断」を受けた感想として、あなたの現在のお気持ちにどのくらいあてはまりますか。 (1)役立つ情報・知識を得ることができた (2)自分自身への理解が深まった (3)将来の生活に対する不安が高まった (4)自分の将来についてもっと考えようと思った (5)生活の改善に取り組みたいと思った <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
EQ3	本サイトや「ライフスタイル診断」についてのご意見、今後追加してほしい情報などがありましたら、ご記入ください。

注) 本表の問番号・選択肢番号は、Web上で表示されるものとは一部異なる。

3 章 「プレシニアのためのライフスタイル診断」：有用性と課題の検討

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チーム)

要約

40～60 代を対象として開発したライフスタイルチェックリストは、「プレシニアのためのライフスタイル診断」として、2024 年 11 月にウェブサイト上での運用を開始した。2025 年 3 月末までに同診断を初めて利用した 276 人のデータを分析して利用者の特徴を検討した結果、40～60 代が 8 割、独居者が 2 割で、概ね想定通りだったが、男性の利用が女性の半数程度にとどまり、政府統計に比べて健康的な行動や学習活動の実施者の割合が高い傾向が見られた。講座・セミナーでの紹介により利用した人が多かったことが影響したとみられ、多様なルートでのサイト情報の周知が課題と言える。全領域の判定を得る完了率（現状 7 割）の向上を含め、運用面での課題は残った一方、利用者の 8 割前後は自己理解・将来展望の促進、知識・情報の獲得、生活改善意欲の向上といった、開発目的とした効果を認識しており、ライフスタイル診断の内容についての有用性は示された。

A. 研究目的

2023（令和 5）年度より、おおむね 40～60 代の中年者を対象とした「ライフスタイルチェックリスト」（以下、チェックリスト）の開発を進めてきた¹⁾。チェックリストは、オンラインでの回答により、将来の孤立・困窮に関わるどのようなリスクが自身にあるかの認識を促し、判定結果に応じた助言・情報提供を行うことによって、前向きな将来展望を促すことを目指すものである。

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、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。

2024（令和 6）年度は、「プレシニアのためのライフスタイルチェック」（<https://presenior.jp/>）というウェブサイトを公開した。このサイト内において、チェックリストは「プレシニアのためのライフスタイル診断」（以下、ライフスタイル診断）という名称で運用を開始した。

単身世帯の高齢者の増加という社会的背景をふまえ、開発当初より、チェックリストは一人暮らしの人（独居者）を重要なターゲットとして位置づけ、項目選定においても独居者の課題を優先した。しかし、中年期には独居でなくても、家族との離死別により高齢期に独居となる人も多いことから、サイト公開にあたっては、独居者に限

定しない幅広い 40～60 代の「プレシニア」を対象とした。

本稿は、以下の観点からライフスタイル診断の有用性と課題を検討し、サイトの周知方法や内容の改善に生かすことを目的とする。

第 1 に、ライフスタイル診断がどのような人に利用されたかについて、(1) 基本属性における特徴、(2) 本サイトをどのように知ったか、(3) 各領域の高リスク者の割合の点から明らかにする。(3) については、チェックリストは幅広い層に向けたもので高リスク者向けを意図したものではないが、問題の少ないリスクが低い人のみに利用されていないかを確認する。

第 2 に、ライフスタイル診断を最後まで完了できた割合（完了率）を確認する。全領域のリスク判定を得るには、35 問程度の質問に回答する必要がある、途中で脱落する人が一定数いることが想定される。

第 3 に、ライフスタイル診断の利用により、チェックリスト開発の目的とした効果、すなわち、自己理解・将来展望の促進、知識・情報の獲得、生活改善意欲の向上といった効果が得られたかを明らかにする。

B. 研究方法

1. 「プレシニアのためのライフスタイルチェック」ウェブサイトの概要

1) サイトの内容と周知方法

「プレシニアのためのライフスタイルチェック」ウェブサイトは、2024 年 11 月 13 日午後に公開し、同年 11 月 26 日にサイト開設についてのプレスリリースを行った

(<https://www.tmghig.jp/research/release/2024/1126.html>)。

また、サイトの案内チラシ（資料 1）を作成し、一般住民向け講演・セミナーや、

専門職（社会福祉協議会職員、生活支援コーディネーターなど）研修・連絡会、生活困窮者自立相談支援の窓口、図書館や公民館内図書室（埼玉県内 5 市にある 6 館）、東京都 A 区の高齢者見守り推進事業者に登録する店舗、金融機関などで配布した（合計約 5,000 部）。配布先の選定においては課題 2（効果的な情報提供）の検討結果²⁾も参考にした。

案内チラシにあるように、本サイトには、ライフスタイル診断以外にも、プレシニア世代代表のキャラクター「プレシニャン」が登場する四コマ漫画と解説コラムなどがあり、日常に潜む将来へのリスクについて楽しく学ぶことができるように工夫した。

2) 「ライフスタイル診断」の内容と流れ

ライフスタイル診断の流れを図 1 に示した。22 のチェック項目のリスク判定基準とその根拠については、2023 年度の報告書にて報告しており¹⁾、チェック項目の判定結果と領域別の総合判定結果（高リスク、やや高リスク、やや低リスク、低リスク）との対応については、資料 2 に示した。具体的な質問文と選択肢は、2 章に資料 3 として添付されている。

図 1 の①よりスタートし、②において、回答はすべて匿名で行い、個人を特定できる質問は含まれないこと、回答データは、本診断の改善や学術研究のために使用することがあること、答えたくない質問には答えずに次に進むことができるが、診断結果が得られないことがあることなどの説明文が提示される。

ここで、「診断スタート」ボタンをクリックすることで、基本属性に関する質問画面に移行し（③）、診断回数（ライフスタイル診断を受けるのは何回目か）、性別、年齢、

同居者の続柄について、該当する選択肢を選択する。

チェック項目のための質問は、健康関連の A：病気の予防・管理と B：生活習慣（④～⑥）、社会関係についての C：社会とのつながり（⑦～⑨）、経済・その他生活関連の D：家計・生活と E：知識習得・活用（⑩～⑫）の 3 つのセクションに分かれ、セクションごとに、質問の回答入力後、該当領域の総合判定とメッセージ、チェック項目別リスク判定結果が表示される（⑥、⑨、⑫に結果の例）。ただし、この段階では、「詳しい解説とアドバイスは、すべての質問が終わってから表示されます」となっており、項目別アドバイスは表示されない。また、質問画面の右上には、各領域の質問のどのくらいまで終了したかを大まかに示す進行表示バーがある。

チェック項目のための質問への回答が終了すると（⑬）、A～E の領域別の総合判定結果とメッセージ、項目別の判定結果を順に見ることができ、項目別判定で「高リスク」または「中リスク」と判定された項目については、「アドバイスを見る」をクリックすることで、別ウインドウが開き、アドバイスが表示される（⑭）。アドバイス内にある制度や相談機関名等については、ポップアップウインドウでさらに詳しい解説が示されたり、別サイトへリンクするものがある。

最後に、アンケートへの協力をお願いする（⑮）。アンケートは、本サイト情報の入手方法に関する質問、利用後の評価に関する質問、自由意見欄から構成される。

利用後の評価については、「「プレシニアのためのライフスタイル診断」を受けた感想として、あなたの現在のお気持ちにどのくらいあてはまりますか。」と尋ね、(1)役立つ情報・知識を得ることができた、(2)

自分自身への理解が深まった、(3)将来の生活に対する不安が高まった、(4)自分の将来についてもっと考えようと思った、(5)生活の改善に取り組みたいと思ったのそれぞれについて、「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」「どちらかといえばあてはまらない」「あてはまらない」より選択する。

(3) 将来の生活に対する不安の項目は、ライフスタイル診断が利用者に過度な不安を与えていないかを確認するために含めた。

アンケートの下には、診断レポート（リスク判定結果やアドバイス、質問と本人の回答の一覧）の PDF をダウンロードするボタンがある（⑯）。また、専門的な解説文（PDF）へのリンクもあり、チェック項目の選定理由やリスク判定基準に関する専門的な解説文を読んだり、ダウンロードできるようになっている。

2. 分析データ

ライフスタイル診断利用者には自動的に番号がふられ、回答日時と回答データがサーバ上に保存される仕組みになっている。本稿では、サイト公開後の 2024 年 11 月 14 日から 2025 年 3 月 31 日までの回答のうち、ライフスタイル診断を受けるのが「初めて」と回答した 276 人を分析対象とした。

診断結果表示後に協力を依頼したアンケート（図 1 の⑮）については、回答した 102 人を分析対象とした。276 人中の 37%しか回答していないため、評価に関する分析の前には、基本属性や各領域のリスク判定結果とアンケート回答有無との関連についての分析を行い、回答者の偏りを補正するためのウェイトを作成した。



図 1 「ライフスタイル診断」の流れ

(倫理面への配慮)

ウェブサイト開設前に、回答データの取得を含む計画書を東京都健康長寿医療センターの研究倫理審査委員会に提出し、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」非該当として承認を受けた(R24-057、2024年9月2日)。

サイト上では、ライフスタイル診断の利用開始前に、図1の②において、回答の匿名性や任意性、学術目的での利用などに関する説明文のページを表示している。回答はすべて匿名で行い、IPアドレスとの紐付けも行っていない。また、サイト上に設けた、「個人情報保護方針」や「サイトポリシー」のページにおいても、本サイトにおける個人情報や回答データの取り扱いについて説明している。

C. 研究結果

1. ライフスタイル診断利用者の基本属性

性別では、男性 31.5%、女性 66.7%、その他 1.1%、無回答 0.7%で、女性の回答者が男性の2倍以上を占めた。

年齢(図2)については、78.6%(217人)が、ターゲットとした40~60代だったが、40歳未満も12.7%(35人)いた。年齢階級別では55~59歳の回答者が16.3%(45人)で最も多かった。

同居者の続柄(図3)については、一人暮らしが20.3%(男性20.7%、女性19.6%)、配偶者と同居が67.0%(配偶者のみ35.5%+配偶者と子ども等31.5%)だった。令和2年国勢調査³⁾によると、40~60代における単独世帯の割合は14.7%(男性17.8%、女性11.7%)であり、これらと比べると、回答者では一人暮らしの割合が高かった。

就労状況についての質問は「社会とのつながり」セクションにあり、回答を得られ

たのは215人だった。215人中では、現在仕事をしている人が82.3%(男性84.1%、女性81.0%)、仕事をしていないが、今後働く可能性がある人が6.0%、仕事をしておらず、今後も働く予定がない人が11.6%だった。労働力調査⁴⁾の2024年の結果では、40~60代の就業率は79.7%(男性87.3%、女性72.1%)であり、回答者では女性の就業率が高い傾向がみられた。

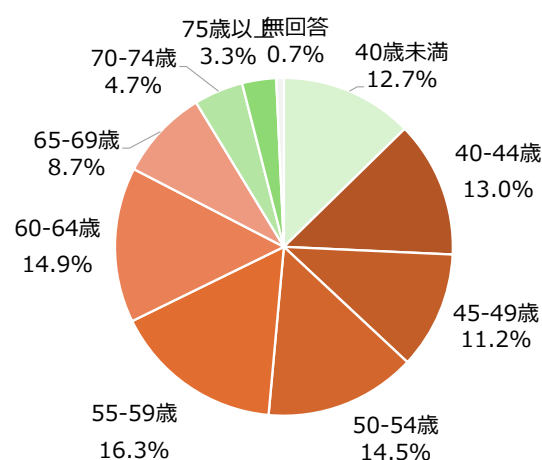


図2 年齢階級 (n=276)

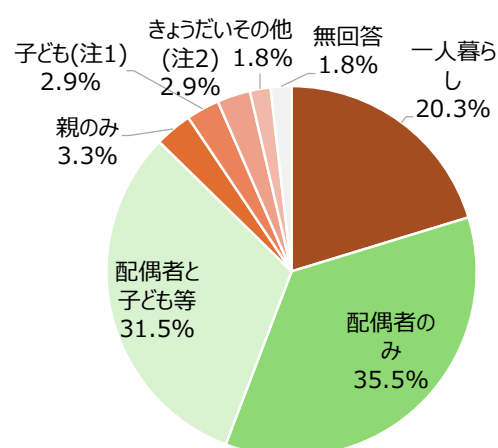


図3 同居家族 (n=276)

(注1) 子どものみ、または子どもと配偶者以外の同居者がいる

(注2) きょうだいのみ、またはきょうだいと子・配偶者以外の同居者がいる

2. サイト情報の入手方法

本サイトの存在をどのように知ったかについては、診断結果表示後のアンケートの中で質問した。回答者が 102 人と少ないため、図 4 では割合ではなく、該当者数を示

している。「紹介チラシ」「セミナーや講演会での紹介」「家族、友人・知人から」がそれぞれ 2 割以上と多く、「インターネット検索サイト」も 1 割強あった。

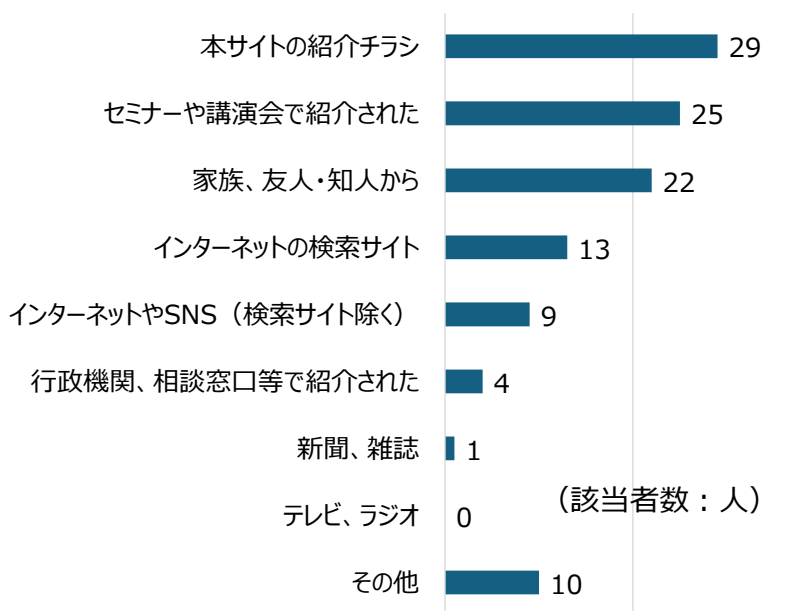


図 4 本サイトを何で知ったか（複数回答）（n=102）

3. リスク判定結果と回答からの脱落状況

表 1 にチェック項目別のリスク判定（高／中／低リスク）の割合を示した。「判定不能」は、回答していない質問があったため、判定結果が得られなかったことを意味する。この表に示した問番号より、質問順が後ろの問番号ほど判定不能の割合が高い傾向があるが、この割合は、特にセクションが変わるとき（例えば A と B から C へ）に大きく上昇したことがわかる。

領域 A と B のいくつかの項目については、令和 4 年国民生活基礎調査⁵⁾や令和 5 年国民健康・栄養調査⁶⁾の 40～60 代の数値を参考値として比較した（注：公開されている統計表をもとに筆者集計）。例えば、項目 2 では過去 1 年に健診等を受診しなかった

「高リスク」者の割合は、回答者では 11.7%（判定不能を除いて計算）だったが、参考値⁵⁾では 24.5%、項目 7 の朝食については、高リスク（朝食欠食が週 5 日以上）が回答者で 15.4%（男性 22.5%、女性 11.8%）、参考値⁶⁾（調査日の朝食を欠食）では 16.4%（男性 18.4%、女性 14.7%）だった。また、項目 9 の高リスク（喫煙）者は、回答者 9.3%（男性 16.7%、女性 5.5%）で、参考値⁵⁾の男性 31.4%、女性 10.7%に比べて低かった。項目 11 の睡眠の高リスク（睡眠で休養が十分とれていない）者は 27.6%、参考値⁶⁾は 30.5%であった。このように、一部例外はあるが、概して、ライフスタイル診断利用者は一般対象者よりも健康的な行動をしている傾向が示された。

表1 「ライフスタイル診断」項目別リスク判定結果の分布

領域名	項目番号	チェック項目（問番号 ^{注1} ）	リスク判定結果（276 人中の％） ^{注2}			
			高	中	低	判定不能
A 病気の予防・管理	1	病気を適切に管理できているか(Q4-1～Q4-5)	14.5[16.2]	—	75.0	10.5
	2	健診を受けているか(Q9)	10.5[11.7]	—	79.0	10.5
	3	歯科検診を受けているか(Q10)	27.9[31.2]	—	61.6	10.5
	4	BMI は標準域にあるか(肥満・やせすぎでないか) (Q5)	肥満 15.2[17.0] やせ 17.4[19.4]	—	56.5	10.9
	5	メンタルヘルスに問題はないか(Q11)	18.1[20.4]	16.7	54.0	11.2
B 生活習慣	6	食事の栄養バランスはとれているか(Q1)	18.5 [20.0]	33.0	40.9	7.6
	7	朝食をとっているか(Q2)	14.1[15.4]	13.0	64.9	8.0
	8	飲酒は適量か(Q3)	15.2[16.7]	—	76.1	8.7
	9	喫煙していないか(Q6)	8.3[9.3]	—	81.2	10.5
	10	身体活動の量は十分か(Q7)	47.1[52.6]	—	42.4	10.5
	11	睡眠に問題はないか(Q8)	24.6[27.6]	—	64.5	10.9
C 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)	7.2[9.6]	16.7	51.8	24.3
	13	多様なつながりをもっているか(Q12-Q15)	6.9[9.2]	12.3	55.8	25.0
	14	自分から助けを求められるか(Q16, Q17)	4.7[6.3]	19.2	51.1	25.0
D 家計・生活	15	家計をきちんと管理できているか(Q20-2, 3)	6.2[8.8]	39.9	24.3	29.7
	16	親族の介護への備えができていないか(Q20-10)	25.4[36.3]	21.0	23.6	30.1
	17	老後の住まいがあるか(Q19)	16.3[23.1]	—	54.3	29.3
E 知識習得・活用	18	年金に関する知識をもっているか(Q20-4)	6.9[9.8]	36.6	26.4	30.1
	19	社会保障制度の知識をもっているか(Q20-5, 6, 7)	9.8[14.1]	8.7	51.1	30.4
	20	人生設計やそのための知識をもっているか(Q20-1, 8)	6.2[8.9]	42.0	21.4	30.4
	21	家事をできるか(Q20-9)	6.9[9.8]	12.7	50.4	30.1
	22	学習活動に取り組んでいるか(Q18)	6.2[8.7]	19.6	44.9	29.3

注1) 問番号は2章資料3の質問番号に対応。具体的な質問文も2章資料3にある。

注2) 「判定不能」は無回答の質問があり、リスク判定できなかった割合。「高」リスクの[]内の数値は、判定不能者を除外して算出した割合。

領域 C～E については比較可能なデータが限られるが、項目 12 の別居親族や友人等との交流頻度については、合計で週 1 回未満の割合が、全国から無作為抽出された高齢者を対象とする 2021 年の調査において、60 代男性で 37%、60 代女性で 23%と報告されている⁷⁾。40～50 代も含むライフスタイル診断の回答者では、週 1 回未満（中リスク以上に該当）の割合は、男性 45.6%、女性 24.8%であった。また、項目 22 の学習活動について、令和 3 年社会生活基本調査⁸⁾においては、「学習・自己啓発・訓練」を過去 1 年間に行った行動者率は、40 歳から 69 歳以下の年齢階級で 35.3～39.9%であり、高リスク（年 1 回未満）の該当者は 60%程度である。質問方法の違いはあるが、回答者では 8.7%であり、差が大きい。

図 5 は、領域別総合判定の結果である（判定基準は資料 2）。「判定不能」割合から、健康関連の A・B のセクションから社会的つながりの C に移行するときに 14%程度、C から経済・生活関連の D・E のセクションに移行するときにさらに約 5%が脱落したと考えられる。ライフスタイル診断を最後まで完了できたのは約 7 割であった。

各領域の高リスク者（「高」「やや高」を合計）の割合について、判定不能を除外して計算した場合、最も高かったのは D:家計・生活の 51.5%、最も低かったのは C:社会とのつながりの 14.9%で、残りの領域は 30%台であった。なお、社会とのつながりの高リスク者の割合は男女差が大きく、女性 11.8%に対し、男性 22.1%であった。

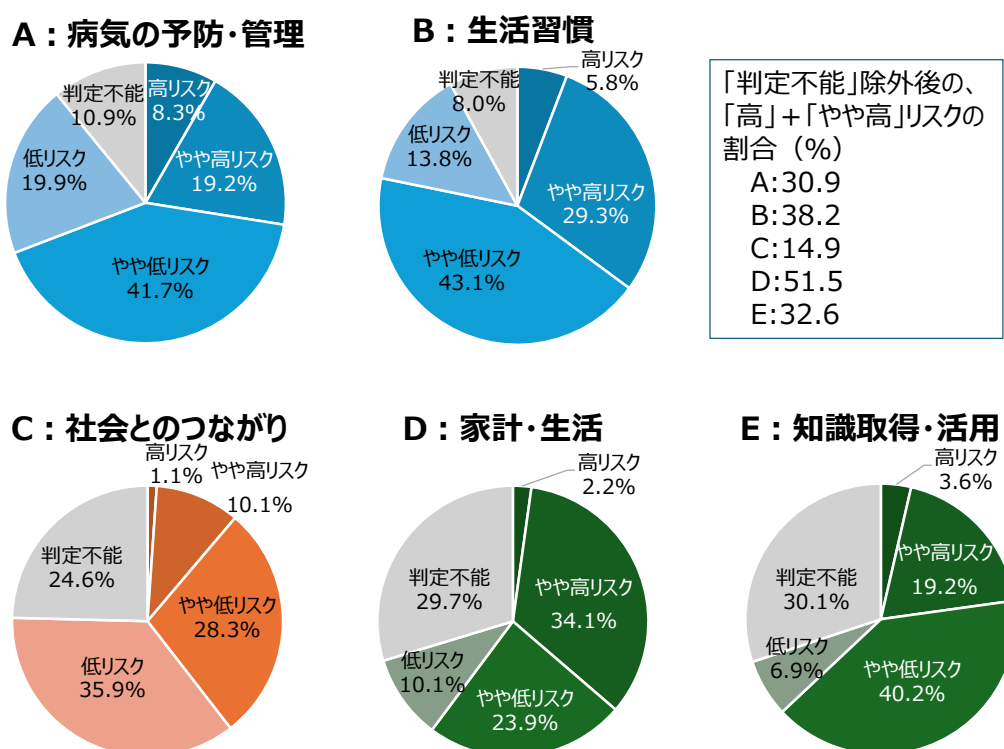


図 5 領域別のリスク判定結果 (n=276)

4. 利用による効果の検討

1) アンケート回答者の特徴

基本属性とアンケートへの回答の有無との関連についてカイ二乗検定を行ったところ、性別、同居者（独居、配偶者、その他に再分類）、就労状況については、統計的に有意な関連はみられなかった。年齢階級（70～74歳、75歳以上は「70歳以上」に統合）については、40歳未満のアンケート回答率が17.1%と低く、それ以外の年齢階級では22.6%～48.3%とばらつきがあった（ $\chi^2=20.2$, $df=7$, $p<.01$ ）。しかし、年齢階級別の回答者数が少なく分析に限界があり、40歳未満は主要ターゲットではないことから、年齢についての補正は行わなかった。

領域別リスクについては、総合判定結果を高リスク（やや高を含む）と低リスク（やや低を含む）に分け、アンケート回答の有無を目的変数とするロジスティック回帰分析を行った結果、E：知識習得・活用で高リスクと判定された人は低リスクの人に比べて回答していない傾向があった（表2）。そこで、このロジスティック回帰分析によって得られた各回答者の予測回答確率を傾向スコアとし、その逆数をウェイトとして用いた。ウェイトによる重み付け後の評価は、領域別判定結果によるアンケート回答者の偏りを補正した値となっている。

表2 アンケート回答の有無についてのロジスティック回帰分析結果

説明変数	オッズ比	95%信頼区間
領域A：高リスク	0.89	0.45-1.74
領域B：高リスク	0.74	0.37-1.46
領域C：高リスク	1.03	0.41-2.58
領域D：高リスク	0.98	0.52-1.83
領域E：高リスク	0.32**	0.16-0.63

注) $n=192$ 。各領域とも低リスク（「低」「やや低」）を基準カテゴリとする。** $p<.01$

2) 利用後の評価

評価関連の5項目について、重み付け（補正）後の回答分布を図6に示した。かっこ内は補正前の値である。補正後でも、

(1) 情報・知識獲得、(2) 自身への理解は8割以上、(4) 将来について考える、(5) 生活改善意欲については8割近くの人が「あてはまる」または「どちらかといえばあてはまる」と肯定的に評価していた。(3)の将来への不安が高まった人は3割強だった。

さらに、各領域のリスク判定結果別に、5項目の評価について肯定した（「あてはまる」または「どちらかといえばあてはまる」）割合を示した（図7）。カイ二乗検定を行い、「高リスク」（やや高を含む）と「低リスク」（やや低を含む）者に有意な差がみられた領域にはアスタリスクを付した。

図7より、(1) 情報・知識獲得、(2) 自身への理解については、C：社会とのつながりを除き、高リスク者は低リスク者に比べて評価が低い傾向があったが、高リスク者でも75%以上は肯定的に評価していた。社会とのつながりの高リスク者は、該当者が少ないため慎重な解釈が必要だが、(1)(2)とも全員が肯定的評価だった。

(3) 将来の生活に対する不安については、どの領域についても、高リスク者の半数超が「不安が高まった」と回答しており、この割合は低リスク者より有意に高かった。

(4) 自分の将来について考える、(5) 生活改善意欲については、高・低リスク者とも7割以上が肯定しており、高・低リスク群に有意な差はなかった。

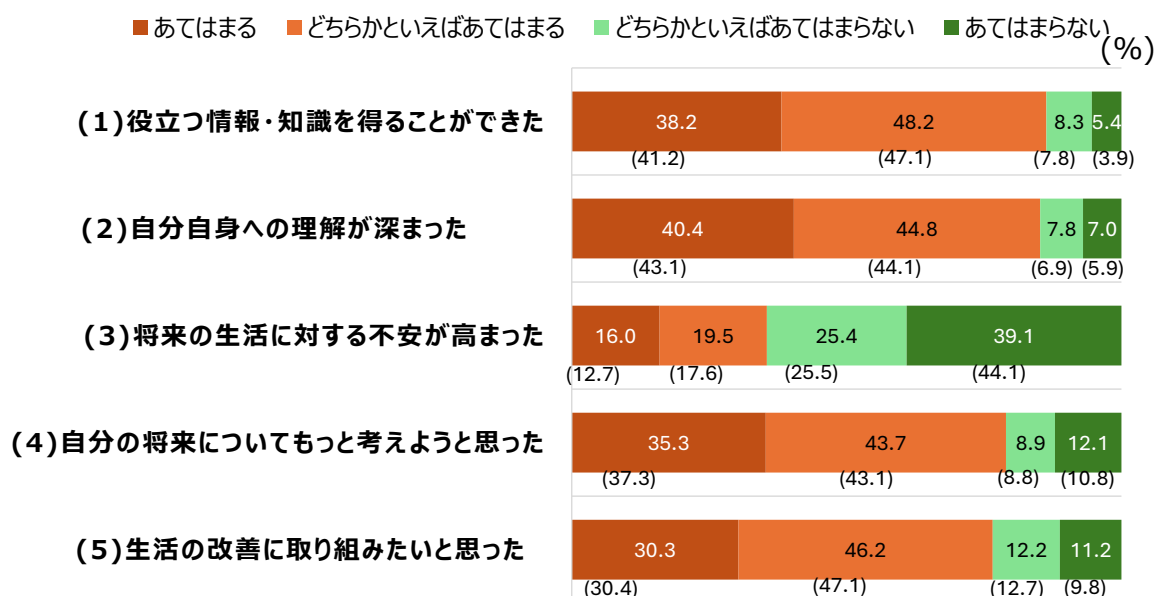


図6 「ライフスタイル診断」利用後の評価

注) グラフ内の割合は、アンケート回答者の偏りを傾向スコアによる重み付けにより補正した値 (n=192)。かっこ内の数値は補正前の値。

D. 考察および結論

本稿では「ライフスタイル診断」の運用開始から4ヵ月半の利用者について分析した。利用者の8割前後は、自己理解・将来展望の促進、知識・情報の獲得、生活改善意欲の向上といった、開発目的とした効果を認識しており、ライフスタイル診断の有用性が示された。各領域で高リスクと判定された人の半数程度は「将来への不安が高まった」と感じていたが、将来展望や生活改善意欲の抑制にはつながっていないことから、アドバイス内容を含む刺激の程度は適度であったと考えられる。

他方、運用面での課題は残された。第1に、サイトの周知方法に関する課題がある。セミナー・講演会での紹介によって利用した人が多く、このルートは利用者数の増加に有効であること示された。定年前の人を対象とした講座での利用許可についての問

い合わせも2件受けており、中年者が自分にどのようなリスクがあるかを簡易に知ることができる本ツールを活用できる場として有望である。

その反面、セミナー・講演会等の参加者の利用が多かったことで、健康への関心や学習意欲が高い人に偏っていた可能性がある。また、男性や社会的つながりの高リスク者の利用は十分とは言えない。男性や孤立傾向がある人の利用が多い相談窓口でサイトを紹介してもらう取り組みをさらに進めるなど、複数の情報提供ルートの構築を行い、利用者の人数と多様性を拡大する努力が必要である。

本稿では、回答者数の少なさにより、案内チラシをどこで入手したかなど、サイト情報の入手に関する詳細な分析はできなかったが、今後データが蓄積されれば、これらの点も明らかにしたい。

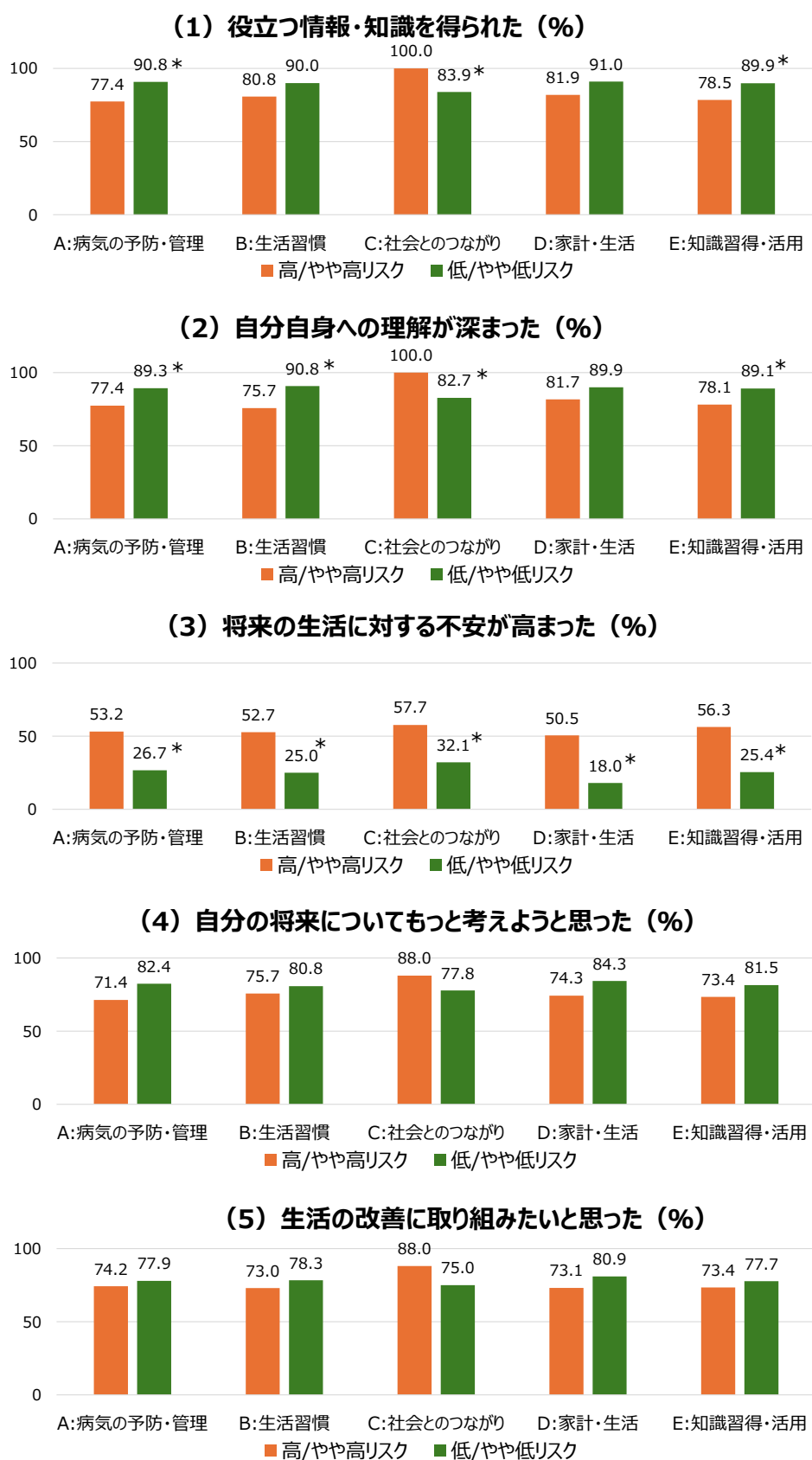


図7 「ライフスタイル診断」利用後の評価：各領域のリスク判定結果別
 注) 傾向スコアにより補正 (n=192)。 *5%水準で高・低リスク群に有意差あり

第2に、「ライフスタイル診断」サイトにおける仕様上の課題がある。分析結果によれば、全領域の判定結果を得られた完了者は約7割であった。脱落者を防ぐために、進行表示バーをつけたり、診断結果のアドバイスは最後まで回答することで得られるようにしたが、完了率をさらに高める工夫については、今後も検討を続けたい。

また、高齢期の孤立・困窮を防ぐには、健康、経済、社会関係のいずれの側面も重要との考えから、「ライフスタイル診断」では、全領域のチェックを受けることを前提として、利用者が診断を受けたい領域を選択してその領域に関する質問だけに回答することが難しい仕様となっている。

しかし、これには欠点もある。例えば、短時間で終わらせたい人は途中で脱落し、後半でチェックする領域の判定結果は得られていない。また、サイト公開からの時間経過に伴い、前回の診断で高リスクだった領域だけ、生活改善の効果を確認したいというニーズが高まる可能性があるが、現在のサイトでは十分に対応できない。また、生活困窮者自立相談支援の窓口での利用を想定した場合、経済関連については相談員が詳しく聞き取るため、ライフスタイル診断では、健康や社会とのつながりのみチェックできれば十分ということがあり得る。

「ライフスタイル診断」はこれで完成というわけではない。蓄積される回答データで動向を確認しながら、利用促進を目指す対象者の特徴や利用目的に応じて、改善していくことが重要である。

E. 研究発表

なし

引用文献

- 1) 小林江里香：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．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，8-49，2024.5. 【総合報告書2章に再掲】
- 2) 山崎幸子：4章 単身中年者の馴染みの場とその機能．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，65-73，2024.5. 【総合報告書6章に再掲】
- 3) 総務省統計局：令和2年国勢調査.
- 4) 総務省統計局：労働力調査 長期時系列データ.
- 5) 厚生労働省：令和4年国民生活基礎調査.
- 6) 厚生労働省：令和5年国民健康・栄養調査.
- 7) 東京都健康長寿医療センター研究所：中高年者の健康と生活 No.6 「長寿社会における暮らし方の調査」2021年調査の結果報告. 2023.2
<https://www2.tmig.or.jp/jahead/dl/pamphlet06.pdf>
- 8) 総務省統計局：令和3年社会生活基本調査.

注) 上記3)～6)、8)の統計データは、政府統計の総合窓口 e-Stat (<https://www.e-stat.go.jp/>) より入手した。

資料1 「プレシニアのためのライフスタイルチェック」 サイト案内チラシ

40歳を超えたあなたは“プレシニア”

そろそろ考えませんか、将来のこと

高齢者の研究機関が開発した



プレシニア



のための ライフスタイルチェック



自分にどんなリスクがあるかを知ることのできる
プレシニア向けのWebサイトを開設しました。

ライフスタイル診断

自分のリスクを
正しく知ろう！

「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つの側面からあなたの
リスクを判定し、それぞれの課題に応じたアドバイスや情報を提供
します。









楽しみながら
学べます！

四コマ漫画

プレシニア世代代表の「プレシニヤン」、エッセなシニア世代を
迎えられた「うれしニヤン」と
いったオリジナルキャラクターが、
日常の悩みや将来へのリスク
に気づかせてくれます



無料で使えて、 面倒な会員登録もナシ！

お手元のスマホやパソコンから
どなたでも、気軽に今すぐご利用いただけます！

<https://presenior.jp/>

プレシニア 診断

Q 検索





監修：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

資料2 領域別の総合リスク判定の基準

領域名 (チェック項目数)	総合リスク判定	チェック項目のリスク判定結果との対応
A 病気の予防・管理 (5)	高リスク	「高」3項目以上
	やや高リスク	「高」2項目
	やや低リスク	「中」1項目かつ「低」4項目、 または「高」1項目
	低リスク	全項目が「低」
B 生活習慣 (6)	高リスク	「高」4項目以上
	やや高リスク	「高」2-3項目
	やや低リスク	「高」0項目かつ「中」1項目以上、 または「高」1項目
	低リスク	全項目が「低」
C 社会とのつながり (3)	高リスク	「高」3項目
	やや高リスク	「高」1-2項目
	やや低リスク	「中」はあるが「高」の項目なし
	低リスク	全項目が「低」
D 家計・生活 (3)	高リスク	「高」3項目
	やや高リスク	「高」1-2項目
	やや低リスク	「中」はあるが「高」の項目なし
	低リスク	全項目が「低」
E 知識習得・活用 (5)	高リスク	「高」3項目以上
	やや高リスク	「高」1-2項目
	やや低リスク	「中」はあるが「高」の項目なし
	低リスク	全項目が「低」

3 章 「プレシニアのためのライフスタイル診断」：有用性と課題の検討

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チーム)

要約

40～60 代を対象として開発したライフスタイルチェックリストは、「プレシニアのためのライフスタイル診断」として、2024 年 11 月にウェブサイト上での運用を開始した。2025 年 3 月末までに同診断を初めて利用した 276 人のデータを分析して利用者の特徴を検討した結果、40～60 代が 8 割、独居者が 2 割で、概ね想定通りだったが、男性の利用が女性の半数程度にとどまり、政府統計に比べて健康的な行動や学習活動の実施者の割合が高い傾向が見られた。講座・セミナーでの紹介により利用した人が多かったことが影響したとみられ、多様なルートでのサイト情報の周知が課題と言える。全領域の判定を得る完了率（現状 7 割）の向上を含め、運用面での課題は残った一方、利用者の 8 割前後は自己理解・将来展望の促進、知識・情報の獲得、生活改善意欲の向上といった、開発目的とした効果を認識しており、ライフスタイル診断の内容についての有用性は示された。

A. 研究目的

2023（令和 5）年度より、おおむね 40～60 代の中年者を対象とした「ライフスタイルチェックリスト」（以下、チェックリスト）の開発を進めてきた¹⁾。チェックリストは、オンラインでの回答により、将来の孤立・困窮に関わるどのようなリスクが自身にあるかの認識を促し、判定結果に応じた助言・情報提供を行うことによって、前向きな将来展望を促すことを目指すものである。

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、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。

2024（令和 6）年度は、「プレシニアのためのライフスタイルチェック」（<https://presenior.jp/>）というウェブサイトを公開した。このサイト内において、チェックリストは「プレシニアのためのライフスタイル診断」（以下、ライフスタイル診断）という名称で運用を開始した。

単身世帯の高齢者の増加という社会的背景をふまえ、開発当初より、チェックリストは一人暮らしの人（独居者）を重要なターゲットとして位置づけ、項目選定においても独居者の課題を優先した。しかし、中年期には独居でなくても、家族との離死別により高齢期に独居となる人も多いことから、サイト公開にあたっては、独居者に限

定しない幅広い 40～60 代の「プレシニア」を対象とした。

本稿は、以下の観点からライフスタイル診断の有用性と課題を検討し、サイトの周知方法や内容の改善に生かすことを目的とする。

第 1 に、ライフスタイル診断がどのような人に利用されたかについて、(1) 基本属性における特徴、(2) 本サイトをどのように知ったか、(3) 各領域の高リスク者の割合の点から明らかにする。(3) については、チェックリストは幅広い層に向けたもので高リスク者向けを意図したものではないが、問題の少ないリスクが低い人のみに利用されていないかを確認する。

第 2 に、ライフスタイル診断を最後まで完了できた割合（完了率）を確認する。全領域のリスク判定を得るには、35 問程度の質問に回答する必要がある、途中で脱落する人が一定数いることが想定される。

第 3 に、ライフスタイル診断の利用により、チェックリスト開発の目的とした効果、すなわち、自己理解・将来展望の促進、知識・情報の獲得、生活改善意欲の向上といった効果が得られたかを明らかにする。

B. 研究方法

1. 「プレシニアのためのライフスタイルチェック」ウェブサイトの概要

1) サイトの内容と周知方法

「プレシニアのためのライフスタイルチェック」ウェブサイトは、2024 年 11 月 13 日午後に公開し、同年 11 月 26 日にサイト開設についてのプレスリリースを行った

(<https://www.tmghig.jp/research/release/2024/1126.html>)。

また、サイトの案内チラシ（資料 1）を作成し、一般住民向け講演・セミナーや、

専門職（社会福祉協議会職員、生活支援コーディネーターなど）研修・連絡会、生活困窮者自立相談支援の窓口、図書館や公民館内図書室（埼玉県内 5 市にある 6 館）、東京都 A 区の高齢者見守り推進事業者に登録する店舗、金融機関などで配布した（合計約 5,000 部）。配布先の選定においては課題 2（効果的な情報提供）の検討結果²⁾も参考にした。

案内チラシにあるように、本サイトには、ライフスタイル診断以外にも、プレシニア世代代表のキャラクター「プレシニャン」が登場する四コマ漫画と解説コラムなどがあり、日常に潜む将来へのリスクについて楽しく学ぶことができるように工夫した。

2) 「ライフスタイル診断」の内容と流れ

ライフスタイル診断の流れを図 1 に示した。22 のチェック項目のリスク判定基準とその根拠については、2023 年度の報告書にて報告しており¹⁾、チェック項目の判定結果と領域別の総合判定結果（高リスク、やや高リスク、やや低リスク、低リスク）との対応については、資料 2 に示した。具体的な質問文と選択肢は、2 章に資料 3 として添付されている。

図 1 の①よりスタートし、②において、回答はすべて匿名で行い、個人を特定できる質問は含まれないこと、回答データは、本診断の改善や学術研究のために使用することがあること、答えたくない質問には答えずに次に進むことができるが、診断結果が得られないことがあることなどの説明文が提示される。

ここで、「診断スタート」ボタンをクリックすることで、基本属性に関する質問画面に移行し（③）、診断回数（ライフスタイル診断を受けるのは何回目か）、性別、年齢、

同居者の続柄について、該当する選択肢を選択する。

チェック項目のための質問は、健康関連の A：病気の予防・管理と B：生活習慣（④～⑥）、社会関係についての C：社会とのつながり（⑦～⑨）、経済・その他生活関連の D：家計・生活と E：知識習得・活用（⑩～⑫）の 3 つのセクションに分かれ、セクションごとに、質問の回答入力後、該当領域の総合判定とメッセージ、チェック項目別リスク判定結果が表示される（⑥、⑨、⑫に結果の例）。ただし、この段階では、「詳しい解説とアドバイスは、すべての質問が終わってから表示されます」となっており、項目別アドバイスは表示されない。また、質問画面の右上には、各領域の質問のどのくらいまで終了したかを大まかに示す進行表示バーがある。

チェック項目のための質問への回答が終了すると（⑬）、A～E の領域別の総合判定結果とメッセージ、項目別の判定結果を順に見ることができ、項目別判定で「高リスク」または「中リスク」と判定された項目については、「アドバイスを見る」をクリックすることで、別ウインドウが開き、アドバイスが表示される（⑭）。アドバイス内にある制度や相談機関名等については、ポップアップウインドウでさらに詳しい解説が示されたり、別サイトへリンクするものがある。

最後に、アンケートへの協力をお願いする（⑮）。アンケートは、本サイト情報の入手方法に関する質問、利用後の評価に関する質問、自由意見欄から構成される。

利用後の評価については、「「プレシニアのためのライフスタイル診断」を受けた感想として、あなたの現在のお気持ちにどのくらいあてはまりますか。」と尋ね、(1)役立つ情報・知識を得ることができた、(2)

自分自身への理解が深まった、(3)将来の生活に対する不安が高まった、(4)自分の将来についてもっと考えようと思った、(5)生活の改善に取り組みたいと思ったのそれぞれについて、「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」「どちらかといえばあてはまらない」「あてはまらない」より選択する。

(3) 将来の生活に対する不安の項目は、ライフスタイル診断が利用者に過度な不安を与えていないかを確認するために含めた。

アンケートの下には、診断レポート（リスク判定結果やアドバイス、質問と本人の回答の一覧）の PDF をダウンロードするボタンがある（⑯）。また、専門的な解説文（PDF）へのリンクもあり、チェック項目の選定理由やリスク判定基準に関する専門的な解説文を読んだり、ダウンロードできるようになっている。

2. 分析データ

ライフスタイル診断利用者には自動的に番号がふられ、回答日時と回答データがサーバ上に保存される仕組みになっている。本稿では、サイト公開後の 2024 年 11 月 14 日から 2025 年 3 月 31 日までの回答のうち、ライフスタイル診断を受けるのが「初めて」と回答した 276 人を分析対象とした。

診断結果表示後に協力を依頼したアンケート（図 1 の⑮）については、回答した 102 人を分析対象とした。276 人中の 37%しか回答していないため、評価に関する分析の前には、基本属性や各領域のリスク判定結果とアンケート回答有無との関連についての分析を行い、回答者の偏りを補正するためのウェイトを作成した。



図 1 「ライフスタイル診断」の流れ

(倫理面への配慮)

ウェブサイト開設前に、回答データの取得を含む計画書を東京都健康長寿医療センターの研究倫理審査委員会に提出し、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」非該当として承認を受けた(R24-057、2024年9月2日)。

サイト上では、ライフスタイル診断の利用開始前に、図1の②において、回答の匿名性や任意性、学術目的での利用などに関する説明文のページを表示している。回答はすべて匿名で行い、IPアドレスとの紐付けも行っていない。また、サイト上に設けた、「個人情報保護方針」や「サイトポリシー」のページにおいても、本サイトにおける個人情報や回答データの取り扱いについて説明している。

C. 研究結果

1. ライフスタイル診断利用者の基本属性

性別では、男性 31.5%、女性 66.7%、その他 1.1%、無回答 0.7%で、女性の回答者が男性の2倍以上を占めた。

年齢(図2)については、78.6%(217人)が、ターゲットとした40~60代だったが、40歳未満も12.7%(35人)いた。年齢階級別では55~59歳の回答者が16.3%(45人)で最も多かった。

同居者の続柄(図3)については、一人暮らしが20.3%(男性20.7%、女性19.6%)、配偶者と同居が67.0%(配偶者のみ35.5%+配偶者と子ども等31.5%)だった。令和2年国勢調査³⁾によると、40~60代における単独世帯の割合は14.7%(男性17.8%、女性11.7%)であり、これらと比べると、回答者では一人暮らしの割合が高かった。

就労状況についての質問は「社会とのつながり」セクションにあり、回答を得られ

たのは215人だった。215人中では、現在仕事をしている人が82.3%(男性84.1%、女性81.0%)、仕事をしていないが、今後働く可能性がある人が6.0%、仕事をしておらず、今後も働く予定がない人が11.6%だった。労働力調査⁴⁾の2024年の結果では、40~60代の就業率は79.7%(男性87.3%、女性72.1%)であり、回答者では女性の就業率が高い傾向がみられた。

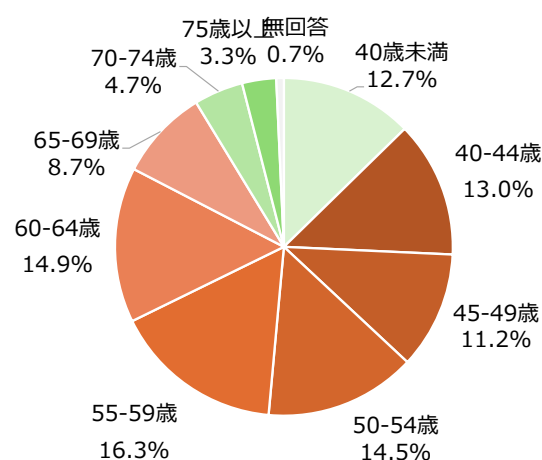


図2 年齢階級 (n=276)

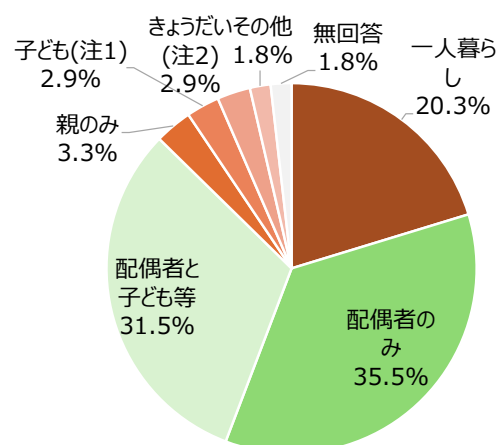


図3 同居家族 (n=276)

(注1) 子どものみ、または子どもと配偶者以外の同居者がいる

(注2) きょうだいのみ、またはきょうだいと子・配偶者以外の同居者がいる

2. サイト情報の入手方法

本サイトの存在をどのように知ったかについては、診断結果表示後のアンケートの中で質問した。回答者が 102 人と少ないため、図 4 では割合ではなく、該当者数を示

している。「紹介チラシ」「セミナーや講演会での紹介」「家族、友人・知人から」がそれぞれ 2 割以上と多く、「インターネット検索サイト」も 1 割強あった。

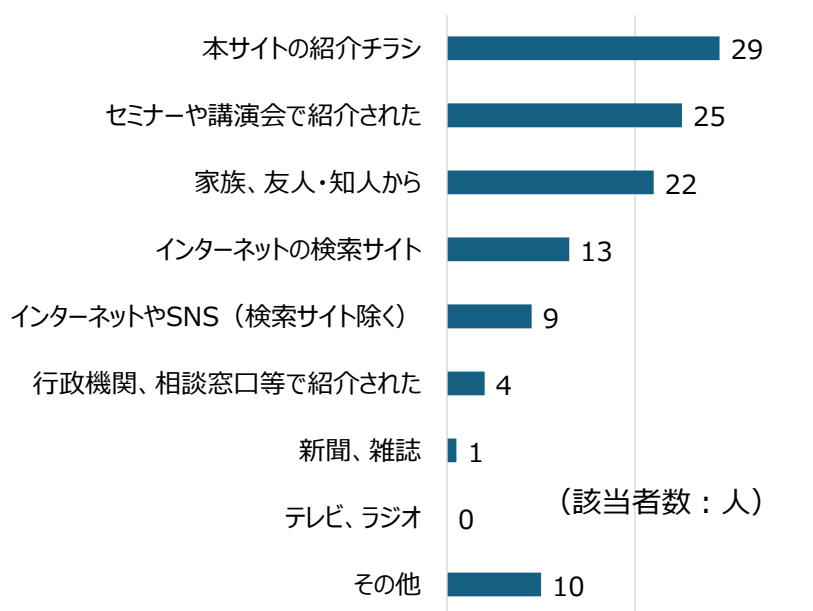


図 4 本サイトを何で知ったか (複数回答) (n=102)

3. リスク判定結果と回答からの脱落状況

表 1 にチェック項目別のリスク判定 (高／中／低リスク) の割合を示した。「判定不能」は、回答していない質問があったため、判定結果が得られなかったことを意味する。この表に示した問番号より、質問順が後ろの問番号ほど判定不能の割合が高い傾向があるが、この割合は、特にセクションが変わるとき (例えば A と B から C へ) に大きく上昇したことがわかる。

領域 A と B のいくつかの項目については、令和 4 年国民生活基礎調査⁵⁾ や令和 5 年国民健康・栄養調査⁶⁾ の 40～60 代の数値を参考値として比較した (注：公開されている統計表をもとに筆者集計)。例えば、項目 2 では過去 1 年に健診等を受診しなかった

「高リスク」者の割合は、回答者では 11.7% (判定不能を除いて計算) だったが、参考値⁵⁾ では 24.5%、項目 7 の朝食については、高リスク (朝食欠食が週 5 日以上) が回答者で 15.4% (男性 22.5%、女性 11.8%)、参考値⁶⁾ (調査日の朝食を欠食) では 16.4% (男性 18.4%、女性 14.7%) だった。また、項目 9 の高リスク (喫煙) 者は、回答者 9.3% (男性 16.7%、女性 5.5%) で、参考値⁵⁾ の男性 31.4%、女性 10.7% に比べて低かった。項目 11 の睡眠の高リスク (睡眠で休養が十分とれていない) 者は 27.6%、参考値⁶⁾ は 30.5% であった。このように、一部例外はあるが、概して、ライフスタイル診断利用者は一般対象者よりも健康的な行動をしている傾向が示された。

表1 「ライフスタイル診断」項目別リスク判定結果の分布

領域名	項目番号	チェック項目（問番号 ^{注1} ）	リスク判定結果（276 人中の％） ^{注2}			
			高	中	低	判定不能
A 病気の予防・管理	1	病気を適切に管理できているか(Q4-1～Q4-5)	14.5[16.2]	—	75.0	10.5
	2	健診を受けているか(Q9)	10.5[11.7]	—	79.0	10.5
	3	歯科検診を受けているか(Q10)	27.9[31.2]	—	61.6	10.5
	4	BMI は標準域にあるか(肥満・やせすぎでないか) (Q5)	肥満 15.2[17.0] やせ 17.4[19.4]	—	56.5	10.9
	5	メンタルヘルスに問題はないか(Q11)	18.1[20.4]	16.7	54.0	11.2
B 生活習慣	6	食事の栄養バランスはとれているか(Q1)	18.5 [20.0]	33.0	40.9	7.6
	7	朝食をとっているか(Q2)	14.1[15.4]	13.0	64.9	8.0
	8	飲酒は適量か(Q3)	15.2[16.7]	—	76.1	8.7
	9	喫煙していないか(Q6)	8.3[9.3]	—	81.2	10.5
	10	身体活動の量は十分か(Q7)	47.1[52.6]	—	42.4	10.5
	11	睡眠に問題はないか(Q8)	24.6[27.6]	—	64.5	10.9
C 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)	7.2[9.6]	16.7	51.8	24.3
	13	多様なつながりをもっているか(Q12-Q15)	6.9[9.2]	12.3	55.8	25.0
	14	自分から助けを求められるか(Q16, Q17)	4.7[6.3]	19.2	51.1	25.0
D 家計・生活	15	家計をきちんと管理できているか(Q20-2, 3)	6.2[8.8]	39.9	24.3	29.7
	16	親族の介護への備えができていないか(Q20-10)	25.4[36.3]	21.0	23.6	30.1
	17	老後の住まいがあるか(Q19)	16.3[23.1]	—	54.3	29.3
E 知識習得・活用	18	年金に関する知識をもっているか(Q20-4)	6.9[9.8]	36.6	26.4	30.1
	19	社会保障制度の知識をもっているか(Q20-5, 6, 7)	9.8[14.1]	8.7	51.1	30.4
	20	人生設計やそのための知識をもっているか(Q20-1, 8)	6.2[8.9]	42.0	21.4	30.4
	21	家事をできるか(Q20-9)	6.9[9.8]	12.7	50.4	30.1
	22	学習活動に取り組んでいるか(Q18)	6.2[8.7]	19.6	44.9	29.3

注1) 問番号は2章資料3の質問番号に対応。具体的な質問文も2章資料3にある。

注2) 「判定不能」は無回答の質問があり、リスク判定できなかった割合。「高」リスクの[]内の数値は、判定不能者を除外して算出した割合。

領域 C～E については比較可能なデータが限られるが、項目 12 の別居親族や友人等との交流頻度については、合計で週 1 回未満の割合が、全国から無作為抽出された高齢者を対象とする 2021 年の調査において、60 代男性で 37%、60 代女性で 23%と報告されている⁷⁾。40～50 代も含むライフスタイル診断の回答者では、週 1 回未満（中リスク以上に該当）の割合は、男性 45.6%、女性 24.8%であった。また、項目 22 の学習活動について、令和 3 年社会生活基本調査⁸⁾においては、「学習・自己啓発・訓練」を過去 1 年間に行った行動者率は、40 歳から 69 歳以下の年齢階級で 35.3～39.9%であり、高リスク（年 1 回未満）の該当者は 60%程度である。質問方法の違いはあるが、回答者では 8.7%であり、差が大きい。

図 5 は、領域別総合判定の結果である（判定基準は資料 2）。「判定不能」割合から、健康関連の A・B のセクションから社会的つながりの C に移行するときに 14%程度、C から経済・生活関連の D・E のセクションに移行するときにさらに約 5%が脱落したと考えられる。ライフスタイル診断を最後まで完了できたのは約 7 割であった。

各領域の高リスク者（「高」「やや高」を合計）の割合について、判定不能を除外して計算した場合、最も高かったのは D:家計・生活の 51.5%、最も低かったのは C:社会とのつながりの 14.9%で、残りの領域は 30%台であった。なお、社会とのつながりの高リスク者の割合は男女差が大きく、女性 11.8%に対し、男性 22.1%であった。

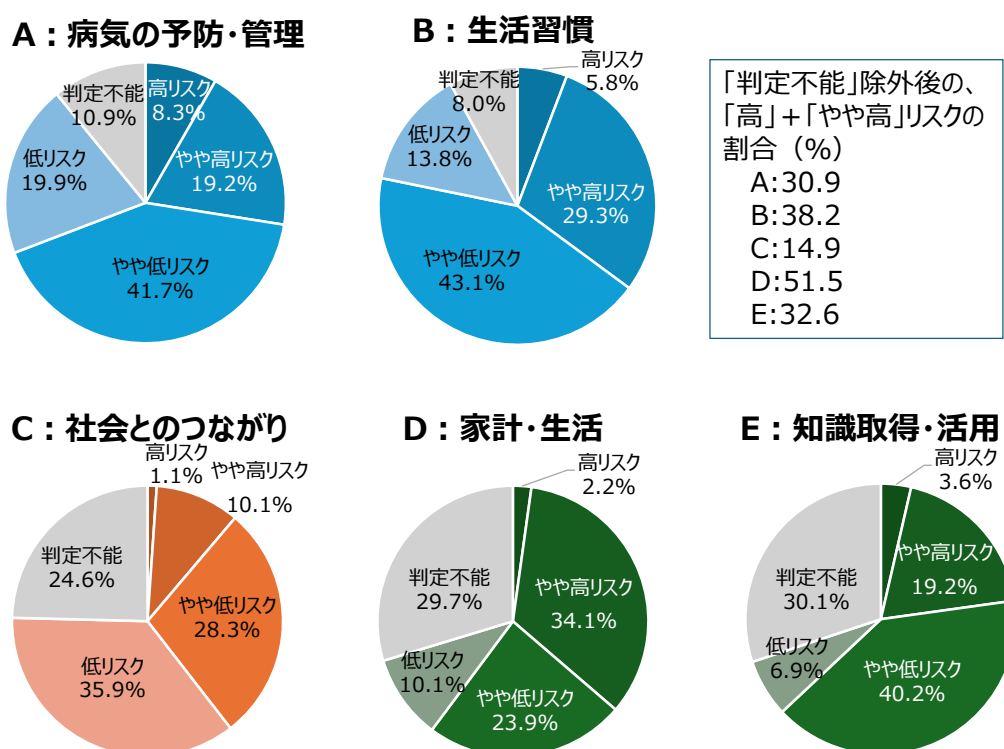


図 5 領域別のリスク判定結果 (n=276)

4. 利用による効果の検討

1) アンケート回答者の特徴

基本属性とアンケートへの回答の有無との関連についてカイ二乗検定を行ったところ、性別、同居者（独居、配偶者、その他に再分類）、就労状況については、統計的に有意な関連はみられなかった。年齢階級（70～74歳、75歳以上は「70歳以上」に統合）については、40歳未満のアンケート回答率が17.1%と低く、それ以外の年齢階級では22.6%～48.3%とばらつきがあった（ $\chi^2=20.2$, $df=7$, $p<.01$ ）。しかし、年齢階級別の回答者数が少なく分析に限界があり、40歳未満は主要ターゲットではないことから、年齢についての補正は行わなかった。

領域別リスクについては、総合判定結果を高リスク（やや高を含む）と低リスク（やや低を含む）に分け、アンケート回答の有無を目的変数とするロジスティック回帰分析を行った結果、E：知識習得・活用で高リスクと判定された人は低リスクの人に比べて回答していない傾向があった（表2）。そこで、このロジスティック回帰分析によって得られた各回答者の予測回答確率を傾向スコアとし、その逆数をウェイトとして用いた。ウェイトによる重み付け後の評価は、領域別判定結果によるアンケート回答者の偏りを補正した値となっている。

表2 アンケート回答の有無についてのロジスティック回帰分析結果

説明変数	オッズ比	95%信頼区間
領域A：高リスク	0.89	0.45-1.74
領域B：高リスク	0.74	0.37-1.46
領域C：高リスク	1.03	0.41-2.58
領域D：高リスク	0.98	0.52-1.83
領域E：高リスク	0.32**	0.16-0.63

注) $n=192$ 。各領域とも低リスク（「低」「やや低」）を基準カテゴリとする。** $p<.01$

2) 利用後の評価

評価関連の5項目について、重み付け（補正）後の回答分布を図6に示した。かっこ内は補正前の値である。補正後でも、

(1) 情報・知識獲得、(2) 自身への理解は8割以上、(4) 将来について考える、(5) 生活改善意欲については8割近くの人が「あてはまる」または「どちらかといえばあてはまる」と肯定的に評価していた。(3)の将来への不安が高まった人は3割強だった。

さらに、各領域のリスク判定結果別に、5項目の評価について肯定した（「あてはまる」または「どちらかといえばあてはまる」）割合を示した（図7）。カイ二乗検定を行い、「高リスク」（やや高を含む）と「低リスク」（やや低を含む）者に有意な差がみられた領域にはアスタリスクを付した。

図7より、(1) 情報・知識獲得、(2) 自身への理解については、C：社会とのつながりを除き、高リスク者は低リスク者に比べて評価が低い傾向があったが、高リスク者でも75%以上は肯定的に評価していた。社会とのつながりの高リスク者は、該当者が少ないため慎重な解釈が必要だが、(1)(2)とも全員が肯定的評価だった。

(3) 将来の生活に対する不安については、どの領域についても、高リスク者の半数超が「不安が高まった」と回答しており、この割合は低リスク者より有意に高かった。

(4) 自分の将来について考える、(5) 生活改善意欲については、高・低リスク者とも7割以上が肯定しており、高・低リスク群に有意な差はなかった。

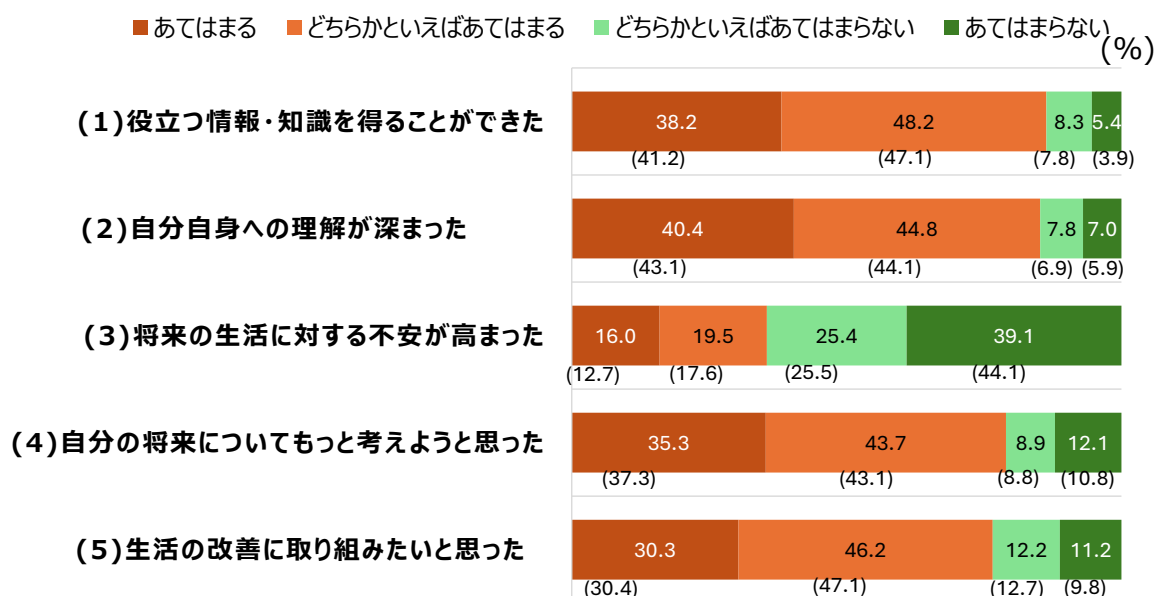


図6 「ライフスタイル診断」利用後の評価

注) グラフ内の割合は、アンケート回答者の偏りを傾向スコアによる重み付けにより補正した値 (n=192)。かっこ内の数値は補正前の値。

D. 考察および結論

本稿では「ライフスタイル診断」の運用開始から4ヵ月半の利用者について分析した。利用者の8割前後は、自己理解・将来展望の促進、知識・情報の獲得、生活改善意欲の向上といった、開発目的とした効果を認識しており、ライフスタイル診断の有用性が示された。各領域で高リスクと判定された人の半数程度は「将来への不安が高まった」と感じていたが、将来展望や生活改善意欲の抑制にはつながっていないことから、アドバイス内容を含む刺激の程度は適度であったと考えられる。

他方、運用面での課題は残された。第1に、サイトの周知方法に関する課題がある。セミナー・講演会での紹介によって利用した人が多く、このルートは利用者数の増加に有効であること示された。定年前の人を対象とした講座での利用許可についての問

い合わせも2件受けており、中年者が自分にどのようなリスクがあるかを簡易に知ることができる本ツールを活用できる場として有望である。

その反面、セミナー・講演会等の参加者の利用が多かったことで、健康への関心や学習意欲が高い人に偏っていた可能性がある。また、男性や社会的つながりの高リスク者の利用は十分とは言えない。男性や孤立傾向がある人の利用が多い相談窓口でサイトを紹介してもらう取り組みをさらに進めるなど、複数の情報提供ルートの構築を行い、利用者の人数と多様性を拡大する努力が必要である。

本稿では、回答者数の少なさにより、案内チラシをどこで入手したかなど、サイト情報の入手に関する詳細な分析はできなかったが、今後データが蓄積されれば、これらの点も明らかにしたい。

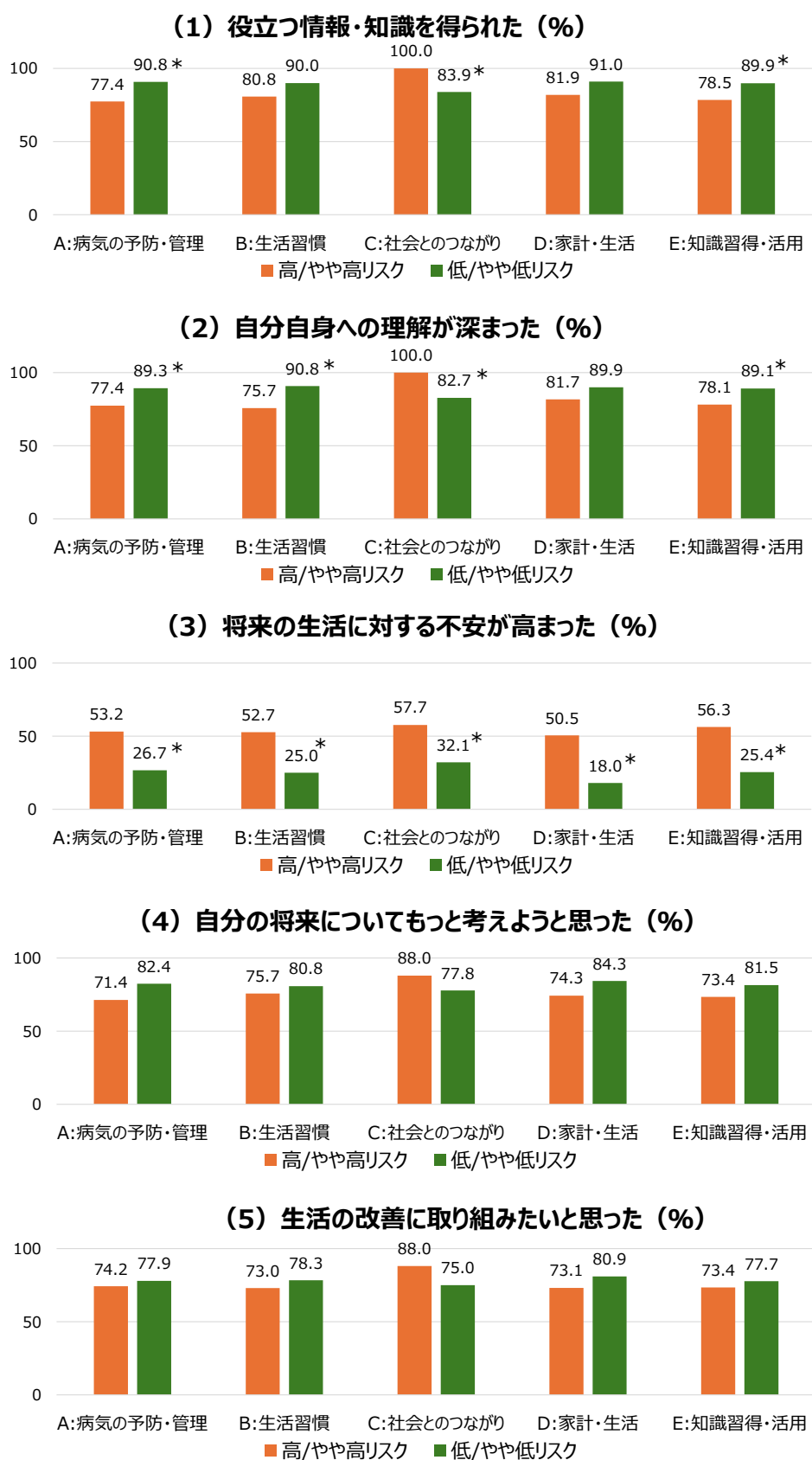


図7 「ライフスタイル診断」利用後の評価：各領域のリスク判定結果別
 注) 傾向スコアにより補正 (n=192)。 *5%水準で高・低リスク群に有意差あり

第2に、「ライフスタイル診断」サイトにおける仕様上の課題がある。分析結果によれば、全領域の判定結果を得られた完了者は約7割であった。脱落者を防ぐために、進行表示バーをつけたり、診断結果のアドバイスは最後まで回答することで得られるようにしたが、完了率をさらに高める工夫については、今後も検討を続けたい。

また、高齢期の孤立・困窮を防ぐには、健康、経済、社会関係のいずれの側面も重要との考えから、「ライフスタイル診断」では、全領域のチェックを受けることを前提として、利用者が診断を受けたい領域を選択してその領域に関する質問だけに回答することが難しい仕様となっている。

しかし、これには欠点もある。例えば、短時間で終わらせたい人は途中で脱落し、後半でチェックする領域の判定結果は得られていない。また、サイト公開からの時間経過に伴い、前回の診断で高リスクだった領域だけ、生活改善の効果を確認したいというニーズが高まる可能性があるが、現在のサイトでは十分に対応できない。また、生活困窮者自立相談支援の窓口での利用を想定した場合、経済関連については相談員が詳しく聞き取るため、ライフスタイル診断では、健康や社会とのつながりのみチェックできれば十分ということがあり得る。

「ライフスタイル診断」はこれで完成というわけではない。蓄積される回答データで動向を確認しながら、利用促進を目指す対象者の特徴や利用目的に応じて、改善していくことが重要である。

E. 研究発表

なし

引用文献

- 1) 小林江里香：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．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，8-49，2024.5. 【総合報告書2章に再掲】
- 2) 山崎幸子：4章 単身中年者の馴染みの場とその機能．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，65-73，2024.5. 【総合報告書6章に再掲】
- 3) 総務省統計局：令和2年国勢調査.
- 4) 総務省統計局：労働力調査 長期時系列データ.
- 5) 厚生労働省：令和4年国民生活基礎調査.
- 6) 厚生労働省：令和5年国民健康・栄養調査.
- 7) 東京都健康長寿医療センター研究所：中高年者の健康と生活 No.6 「長寿社会における暮らし方の調査」2021年調査の結果報告. 2023.2
<https://www2.tmig.or.jp/jahead/dl/pamphlet06.pdf>
- 8) 総務省統計局：令和3年社会生活基本調査.

注) 上記3)～6)、8)の統計データは、政府統計の総合窓口 e-Stat (<https://www.e-stat.go.jp/>) より入手した。

資料1 「プレシニアのためのライフスタイルチェック」 サイト案内チラシ

40歳を超えたあなたは“プレシニア”

そろそろ考えませんか、将来のこと

高齢者の研究機関が開発した



プレシニア

のための
ライフスタイルチェック





自分にどんなリスクがあるかを知ることのできる
プレシニア向けのWebサイトを開設しました。

ライフスタイル診断

自分のリスクを
正しく知ろう！

「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つの側面からあなたの
リスクを判定し、それぞれの課題に応じたアドバイスや情報を提供
します。









楽しみながら
学べます！

四コマ漫画

プレシニア世代代表の「プレシニヤン」、エッセなシニア世代を
迎えられた「うれしニヤン」と
いったオリジナルキャラクターが、
日常の悩みや将来へのリスク
に気づかせてくれます



無料で使えて、
面倒な会員登録もナシ！

お手元のスマホやパソコンから
どなたでも、気軽に今すぐご利用いただけます！

<https://presenior.jp/>

プレシニア 診断

Q 検索





監修：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

資料2 領域別の総合リスク判定の基準

領域名（チェック項目数）	総合リスク判定	チェック項目のリスク判定結果との対応
A 病気の予防・管理（5）	高リスク	「高」3項目以上
	やや高リスク	「高」2項目
	やや低リスク	「中」1項目かつ「低」4項目、 または「高」1項目
	低リスク	全項目が「低」
B 生活習慣（6）	高リスク	「高」4項目以上
	やや高リスク	「高」2-3項目
	やや低リスク	「高」0項目かつ「中」1項目以上、 または「高」1項目
	低リスク	全項目が「低」
C 社会とのつながり（3）	高リスク	「高」3項目
	やや高リスク	「高」1-2項目
	やや低リスク	「中」はあるが「高」の項目なし
	低リスク	全項目が「低」
D 家計・生活（3）	高リスク	「高」3項目
	やや高リスク	「高」1-2項目
	やや低リスク	「中」はあるが「高」の項目なし
	低リスク	全項目が「低」
E 知識習得・活用（5）	高リスク	「高」3項目以上
	やや高リスク	「高」1-2項目
	やや低リスク	「中」はあるが「高」の項目なし
	低リスク	全項目が「低」

5 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の確保を目指し、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（カッコ内は%）

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(Boferonni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) 下段のかっこ内は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。

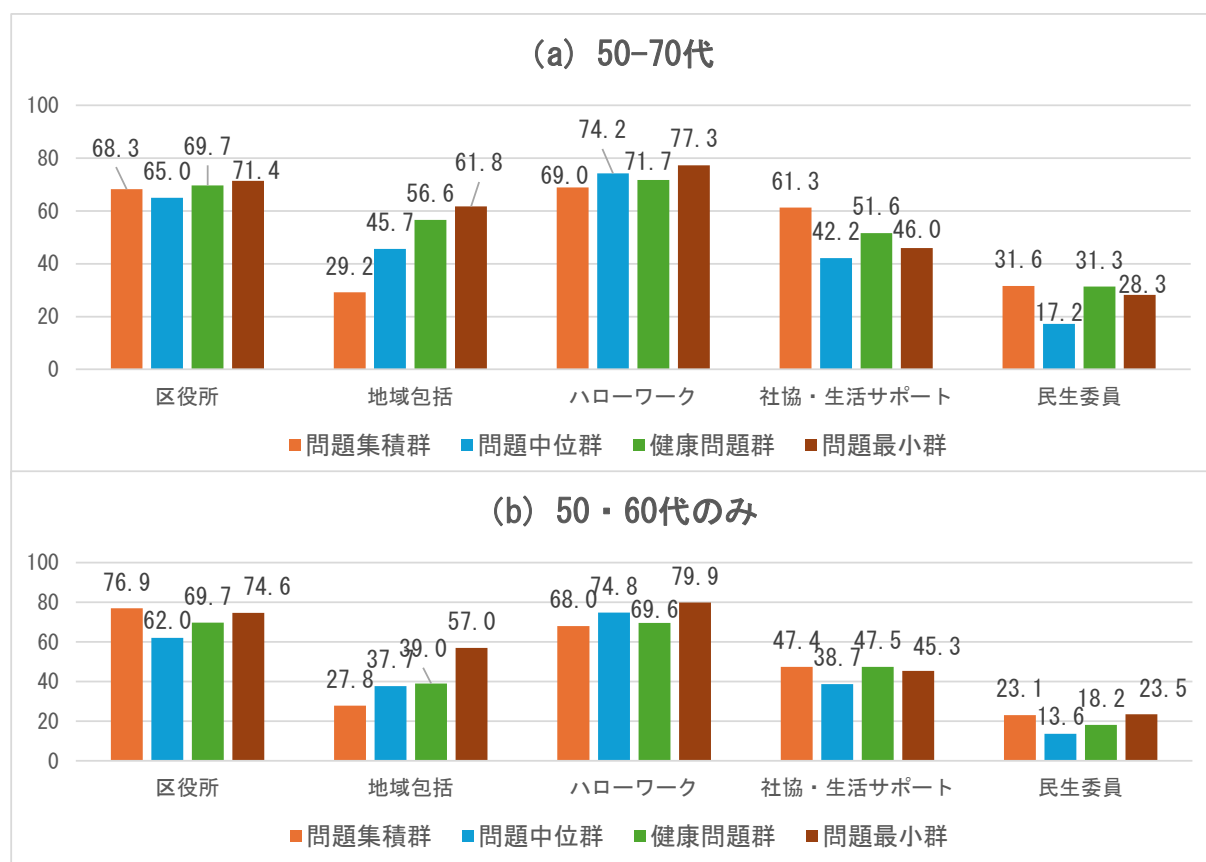


図1 相談意向があった人の中で実際に相談した割合(%)

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, 2023.

6 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、居場所を持て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がありますか”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

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いない、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いない」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いない、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いない」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供がいる対象者は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、「一ヶ月に一回以下」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いない」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いない」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、新聞を読みに行く（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、顔馴染みがい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のできることで、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、居場所がないままにして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	-	-	-	-

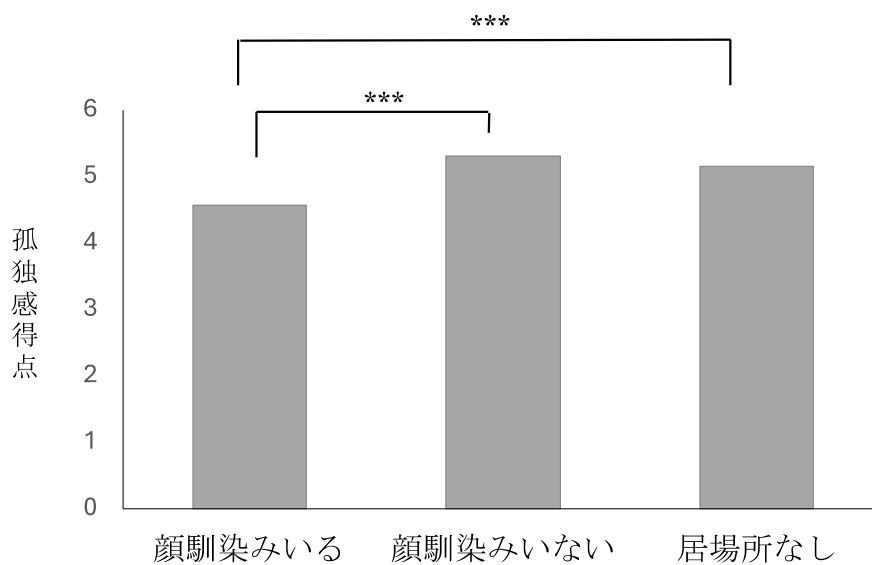


図1 居場所の3タイプ別の孤独感推定平均値

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	

第7章 孤独・孤立対策における

公的相談機関の役割の明確化

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

孤独・孤立対策において、経済的脆弱層が利用し得る公的相談機関が果たすべき役割や課題を明らかにするために、アンケート調査と面接調査の結果をもとに、多様な分野の研究者と実務経験者が議論を行い、4つの政策提言をまとめた。①地域のハローワーク、生活困窮者自立相談支援機関、地域若者サポートステーション間で顔が見える関係づくりを強化する、②地域における孤独・孤立対策の核となる機関を定めるとともに、地域の多様な資源と連携し、利用者と地域をつなぐ取り組みを強化する、③3機関が実施する孤独・孤立対策の好事例を収集し紹介する、④自治体ごとに孤独・孤立の課題解決にむけた実践を計画し、その成果を評価する評価方法を設ける、である。

A. 研究目的

孤立・困窮という社会問題の解消を図るためには、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。本研究では、経済的な困窮状態にある者が利用する生活困窮者自立相談支援機関と、困窮のきっかけとなり得る失業や離職時に利用する就労支援機関の調査を行い、これらの機関における孤独・孤立対策への取組と課題を明らかにすることで、孤立・困窮対策において公的機関が果たすべき役割を明らかにする。

B. 研究方法

1. アンケート調査（詳細は令和5年度報

告書に記載）

2024年3月に、全国の生活困窮者自立相談支援機関1,376ヶ所と就労支援機関721ヶ所（地域若者サポートステーション177ヶ所、ハローワーク544ヶ所）を対象に、オンラインのアンケート調査を実施した（以下「生活困窮者自立相談支援機関」は自立支援、「地域若者サポートステーション」はサポステと記載する）。

アンケート調査では、各機関の孤独・孤立対策の実態を把握するために、中高年者の孤独・孤立に関する認識や孤独・孤立予防の取り組みの実施状況を尋ねた。また、課題1に関連して、自立支援とサポステには、チェックリストや参加型プログラムの利用可能性も尋ねた。

本調査に回答があったのは 841 件（回答率 40.1%）であり、その中から無回答を除いた 796 件（自立支援 531 件、サポステ 84 件、ハローワーク 181 件／有効回答率 38.0%）を分析対象とした。

2. 面接調査

2024 年 5～9 月に、調査協力の同意を得られた 36 機関の職員（自立支援：15 ケ所、サポステ：11 ケ所、ハローワーク：10 ケ所）に対し、オンラインの半構造化面接調査を実施した。

面接調査では、アンケート調査の結果を深堀する形で、各機関の支援内容を尋ねた。具体的には、孤独・孤立予防の取り組みの現状や課題、他機関との連携、新たな孤独・孤立予防プログラム等の取り組み実施の可能性と課題、単身中高年支援の現状と課題であった。

分析では、KJ-法等により孤独・孤立予防（自立支援・就労支援が結果的に孤独・孤立予防につながる場合も含む）の実施状況と課題を把握し、その改善点について検討した。さらに、アンケート調査と面接調査の結果をもとに、多様な分野の研究者と実務経験者が議論を行い、政策提言をまとめた。

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. アンケート調査の結果（詳細は令和 5 年度報告書に記載）

自立支援とサポステでは、9 割以上が中高

年者の孤独・孤立を認識しており（孤独・孤立を感じるものがよく＋たまにある）、孤独・孤立対策の必要性も認識していた（孤独・孤立対策の必要性をとて＋少し感じる）のに対し、この割合はハローワークでは 6 割前後であった（表 1）。

孤独・孤立予防の取り組みは、情報提供（相談窓口等）やセミナー（仕事・お金等）開催が多く、孤独・孤立予防に直結するような取り組み（交流プログラム等）の実施は低調であった（図 1）。加えて、取り組み実施に向けては、3 機関とも 6 割以上が「多忙な業務・時間的余裕のなさ」や「人材不足」を課題として挙げ、自立支援では「スキルや知識不足」、サポステでは「予算不足」も 6 割以上の機関が課題として挙げていた（図 2）。また、「やることがわからない」という回答も 4 割前後あった。

チェックリストや参加型プログラムの利用可能性については、6 つの選択肢（複数回答）のうち「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」を実施可能とした割合が両機関とも最も高かったが、サポステの 68%に対し、自立支援は 55%であった。

孤独・孤立予防プログラムについては、7 つの選択肢のうち、本研究で実施する参加型プログラムの形式に最も近い「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）」は、サポステは 63%が実施可能としたが、自立支援では 38%であった。「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）」は自立支援・サポ

ステとも 60%強であった。

2. 面接調査の結果

面接調査の結果を図3（3機関の相互連携の実態）に示した。

第1に、ハローワークにおいて支援が難しい中高年利用者（離職転職を繰り返す、発達障害の傾向がある、支援の長期化）を対象とした、自立支援・サポステとの連携事例が見受けられた。事例数として少数ではあったが、相互の強み・役割を理解したやり取りが行われていた。

1. ハローワークの方とは同じ多分方向を向いていけるんじゃないかなと。私は生活保護の窓口にありますので、生活保護に関わることの質問もしていただきますし、「こういう場合はどうですか」とか、こういうところの配慮、そういう話もあります。（自立支援）
2. 結構ハローワークの方が声を掛けてくださっています。生活にお困りごとがないかとか、なかなか就職が決まらない方についてはそういうお声がけをして、困窮の窓口につないでくださっているの、そういったところではとても丁寧にやってくさっている現状があります。（自立支援）
3. ハローワークさんの氷河期世代支援のプログラムでしたり求人みたいなものの情報は仕入れておいて(…)こういった求人とかこういう窓口がございますよってことはご案内できるような形の体制は整えたいとは思っています。（サポステ）
4. 個別で担当しているカウンセラーが直接ハローワークの担当の方とかとやりとりをして、何か状況に応じて問題があれば(…)お話をしたりとか。（サポステ）
5. やっぱり離転職を繰り返すような方であ

ればそういった、その、何が問題かにはよるとは思うんですけど、サポステにつないだりとかですね(…)その人のなんでもうまくいかないのかっていうのをしっかり見極めた上で、そこはしっかり適切などところにつなぐっていうのが大事だと思います。（ハローワーク）

また、1事例ではあるがハローワークの相談員が以前にサポステでの業務に従事した経験を活かし、意識的にハローワークの職員とサポステとの連携（職業体験事業や適性検査の実施など）を促している事例が認められた。

6. サポステとの連携は、私が来てから結構やるようにはしたっていう部分、ちょっとあって。そこで頻繁にうちの職員の人にも、こういう機関でこういうことができるよっていう話をしたりとかして。そこはちょっと、そういうところはつくったところはあるかもしれないです。（ハローワーク）

他方、各機関の物理的距離の近さ（同じ建物の中にある、隣接する建物にあるなど）も連携に関連していた。

7. 同じフロアの距離で本当にもう数メートルしか離れていないところに(…)ハローワークがあるんです。(…)まず窓口でご相談に来られた方のお話を聞いてプランを一緒に立てて、就労支援コーナーのほうにおつなぎして、ただ「行ってくださいね」ではなくて本当に近いところにあるのと、その場合1人1時間の枠で予約を取ることができるんです。だから、1人に対して1時間の時間をかけてゆっくりと丁寧に対応していただける。もうその人に合った就労の仕事探しの対応をしていただけるんで、そういったところをそんな感じで支援しています。（自立支

援)

8. (同じフロアにある)ハローワークさんとか、他の生活困窮期間にないセミナーをサポステがやっていたり、そういったものを、ハローワークさんがこういうのもあるよという案内をして、興味が持ってもらえたら一緒に来るとか。ハローワークの職員の方が一緒に利用者の方と窓口まで来て、つなげてもらうっていうことも多いですね。(サポステ)

第2に、サポステ・自立支援の利用者を地域につないだり、反対に地域からサポステ・自立支援につなげたりする取り組みや地域（自治体）として仕組みづくりの必要性が見出された。

1. 中高年の方の居場所ってなかなかないと思います。自立された方というか、趣味とか目的持って活躍されてる方はあれなんですけど、そういったものがなくてつながれる機会って、何かっていうものがないとなかなかないので。(自立支援)
2. 何かそういったつながりが持てるようなシステムっていうか、そういうものがあるといいなと思うんですけども。私どもに相談来られる方の中でもやはり1人で孤立してる。それは家の中だけじゃなくて、外に例えば散歩したりとか外に出かける方もおりますけども、1人でずーっと1日ぶらぶらして家に帰るとか、そういった方も結構いらっしゃるんです。
(自立支援)
3. 居場所ってでも、人な気はするっていうか、その人を認識してくれて声を掛けてくれる人が地域社会の中にどれだけ増やせるかっていうことなのかなっていう気はします。だからこそきっといろんな活動を通して出会ってもらってということ

なんだろうなと思いますし、出会ってもらって安心して外に出られるようになってもらって安心して何か役に立つ何かをやってもらってということなんだろうと思うんです。(サポステ)

4. 中高年の居場所は、無業の経験のある方の居場所は本当に少ないというか、ないと認識しています。支援が必要だということが、ご理解頂きづらいというのはあります。若者とか、病気とか、言葉悪いですけど、キャッチーじゃないですか。それに比べて年代が高くて、もうお仕事してる人って、何が困っているのかしらって伝わりづらいところがあると思うので。(サポステ)

第3に、アンケート調査の結果と同様に、孤独・孤立対策の必要性は認識していても、何をやれば良いか具体的なイメージができていない、もしくは実際の取り組みに結びついていない機関の存在が確認された。

1. (孤独孤立対策は) 必要だとは思いますが。ただ、その必要というか、いわゆる予防策、ならないようにっていうのが、何をもってすればならないかっていうのが掴み切れない。(自立支援)
2. 何かしらのつながりを、地域とのつながりを持てればそれに越したことはないと思うんですが、おそらくそれがはっきり解決するような糸口が見つかれば、基本的には孤独感ってそんなにないかなと思うんです。結局それが見つからない。(自立支援)
3. 何かそういったつながりが持てるようなシステムっていうか、そういうものがあるといいなと思うんですけども。私どもに相談来られる方の中でもやはり1人で孤立してる。それは家の中だけじゃなくて

て、外に例えば散歩したりとか外に出かける方もおりますけども、1人でずーっと1日ぶらぶらして家に帰るとか、そういった方も結構いらっしゃるんです。

(自立支援)

4. やっぱり位置付けが違うんです。サポステなので就労へ向けての支援なので

(…)、●●サポステは居場所みたいな活動はしていないので。(サポステ)

5. 40代以上で就職が難しい方、ある層は働く意欲というか、働く目的が見いだせずに、結果孤立に向かっている方が多かったでするので、そういった方向けに(…)就職支援の枠からはみ出たしてもいい支援のあり方って、何かつくれたらいいなと思っていますね(…)どうしても就職支援の枠組みでは、そういった部分は手が出せない分野というか、あったりするので。(サポステ)

D. 考察

1. 自立支援とサポステにおける孤独・孤立予防の取り組みの可能性

アンケート調査の結果から自立支援とサポステでは、居場所・つながりづくりのための取り組みは、現状での実施率は低いが実施を希望する割合は高いことが示された。面接調査の結果も踏まえると、ハローワークでの支援が難しい利用者を対象としたり、サポステ・自立支援の利用者を地域につないだり、地域からサポステ・自立支援につなげたりする取り組みが、孤独・孤立対策となる可能性がある。また、「やることがわからない」という機関に対しては、個別の実践例を積み重ね、そのノウハウを広く周知することができれば、孤独・孤立予防の取り組み実施の契機となることが考えられる。

2. 自立支援とサポステにおけるチェックリスト・参加型プログラムの活用可能性

アンケート調査の結果、チェックリストは、相談者（利用者）のアセスメントにおける利用可能性をある程度示唆するものであった。しかし、完成したオンラインの「ライフスタイル診断」は一般住民の自己チェック用に開発したもののため、実際の利用につなげるには、相談窓口で利用しやすいように調整したり、使用マニュアルを整備したりすることが必要と考えられる。

参加型プログラムについて、自立支援では、グループワーク導入を困難と考える機関が多いことが示唆される。グループワークを伴うプログラムについては、ファシリテーターとなる職員に必要な知識・技術を習得してもらい、実施への不安を取り除けるように、研修体制を整える必要がある。他方、オンラインによる参加型プログラムは、どちらの機関とも選択率が低く、現状では対面型に比べて実現可能性が低いことが明らかになった。

3. 解決すべき課題と提言

アンケート調査と面接調査の結果を踏まえ、孤独・孤立対策における公的相談機関の役割について、解決すべき課題と提言を記載する。

- 1) ハローワーク・自立支援・サポステ間の関係づくり

第1に、ハローワークにおいて支援が難しい中高年利用者（離職転職を繰り返す、発達障害の傾向がある、支援の長期化）について、それぞれ自立支援・サポステにつなげる道筋をつけることが求められる。

インタビュー調査の結果、ハローワークでは、自立支援とサポステの存在・業務を

十分に理解していないために、これらの機関につながらないケースが多く認められた。したがって、利用者支援の道筋をつける基盤として、地域のハローワーク、自立支援、サポステ間の顔合わせや研修などの機会を設けるといった顔が見える関係づくりを強化することを提言する。

2) 地域のプラットフォームとの連携

第2に、サポステ・自立支援と地域のプラットフォームをつなげる道筋をつけることが必要である。言い換えると、サポステ・自立支援の利用者を地域につなぐ、もしくは地域からサポステ・自立支援に対象者をつなげるということである。

インタビュー調査の結果、サポステや自立支援の利用者と支援機関とのつながりは、相談支援や就労支援プログラムが終わった後は切れてしまい、アフターフォローができない状況が確認された。そのため、地域の商店街、図書館、公民館、飲食店などと連携し、相談支援や就労支援プログラム中から地域とつなげる取り組みを強化することを提言する。

また、地域における孤独・孤立対策を実施するにあたり、核となる機関が定まっていなかったり、各機関の運営母体や地域資源によって実施状況に大きな差がみられたりすることも明らかとなった。そこで、自治体を中心となって、それぞれの地域において核となる機関（社会福祉協議会等）を定めることを提言する。なお、核となる機関は単体でも、複数機関連携型も考えられる。

3) 好事例の周知と共有

第3に、孤独・孤立の予防・解消のための取り組みの好事例を各機関で共有できる

ようにすることが求められる。

アンケート調査で「やることがわからない」という回答があったり、インタビュー調査でも孤独・孤立対策の必要性は認識していても、具体的に何をやれば良いかイメージできていなかったりする機関が確認された。そこで、ハローワーク、自立支援、サポステにおける、孤独・孤立者の把握から、孤独・孤立予防・解消のための他機関との連携、プログラム等についての好事例を収集し、各機関に紹介することを提言する。

なお、自立支援に関しては、厚生労働省のWebサイトで支援会議や各種事業の立ち上げ等の事例が紹介されている。その中に、孤独・孤立対策の事例も蓄積することで、関係機関による取り組みが活発となることが期待される。

4) 孤独・孤立対策の評価基準の設定

第4に、ハローワーク、自立支援、サポステの各機関について、孤独・孤立の予防・解消のための評価基準を設けることが必要である。

アンケート調査と面接調査の結果をもとに、自立支援とサポステの事業評価の基準を確認したところ、孤独・孤立の予防・解消につながる評価基準が十分に含まれていなかった（「令和6年度就職氷河期世代活躍支援プラットフォームを活用した支援」に係る評価項目及び評価基準、令和5・6年度地域若者サポートステーション事業に係る提案書技術審査委員会評価項目より）。こうした背景もあって、各機関の業務としての優先度が低くなり、孤独・孤立対策の取り組みが低調になっている可能性が示唆される。

また、取り組みを実施する地域（自治

体)が抱える問題も実に多様である。自治体によって社会資源の充実度や性質も異なるため、一元的な評価基準を設けるのは現実的ではないであろう。そのため、自治体ごとに孤独・孤立の課題と社会資源を抽出した上で解決にむけた実践を計画し、その成果を評価するような評価方法が求められる。

その他、連携についても評価基準に加える、孤独・孤立対策のための人員を配置した場合の加算なども考えられる。サポステについては、孤独・孤立対策を目的とした就労支援への加算、孤独・孤立状態の利用者受入れ及び支援に関する加算なども考えられる。

E. 結論

孤独・孤立対策に直結する居場所・つながりづくりのための取り組みは、公的相談機関（ハローワーク・自立支援・サポステ）での実施率は低いものの、実施を希望する割合は高いことが明らかとなった。

実施率を上げるために、4つの提言を再掲する。第1に、「地域のハローワーク、自立支援、サポステ間の顔合わせや研修などの機会を設けるといった顔が見える関係づくりを強化する。」ことである。第2に「地域の商店街、図書館、公民館、飲食店などと連携し、相談支援や就労支援プログラム中から地域とつなげる取り組みを強化する。」とともに「自治体が中心となって、それぞれの地域において孤独・孤立対策を実施する核となる機関（社会福祉協議会等）を定める。」ことである。第3に、「ハローワーク、自立支援、サポステにおける、孤独・孤立者の把握や、孤独・孤立予防・解消のための他機関との連携、プログラム等についての

好事例を収集し、各機関に紹介する。」ことである。最後に、「自治体ごとに孤独・孤立の課題と社会資源を抽出した上で解決にむけた実践を計画し、その成果を評価するような評価方法を設ける」ことである。

一方、課題1で作成し実装の可能性を検討してきたチェックリストと参加型プログラムは、効果的な孤独・孤立対策として、公的相談機関が利活用するには、解決すべき課題が多い。公的相談機関の相談員が利用できるように、使用マニュアルや研修体制の整備が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

村山陽 長谷部雅美, 小林江里香: 生活困窮者自立支援事業の相談員に求められるスキルとその習得方法. 日本社会福祉学会 第72回秋季大会, 愛知, 2024. 10.26-27.

長谷部雅美, 村山陽, 小林江里香: 地域若者サポートステーションにおける中年者の孤独・孤立対策の実態: 中年期からの孤独・孤立予防に向けた相談機関の役割を考える. 日本社会福祉学会第72回秋季大会, 名古屋, 2024. 10.26-27.

村山陽, 山崎幸子, 長谷部雅美, 小林江里香: 中高年者における孤独・孤立予防の実態と関連要因. 第83回日本公衆衛生学会総会, 札幌, 2024. 10.29-31.

引用文献

特になし

表 1 各機関における中高年者の孤独・孤立に対する認識（令和 5 年度報告書の再掲）

	ハローワーク n(%)	サポステ n(%)	自立支援 n(%)	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)	

※件数（n）と構成比率(%)を示した。

※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（令和5年度報告書の再掲）

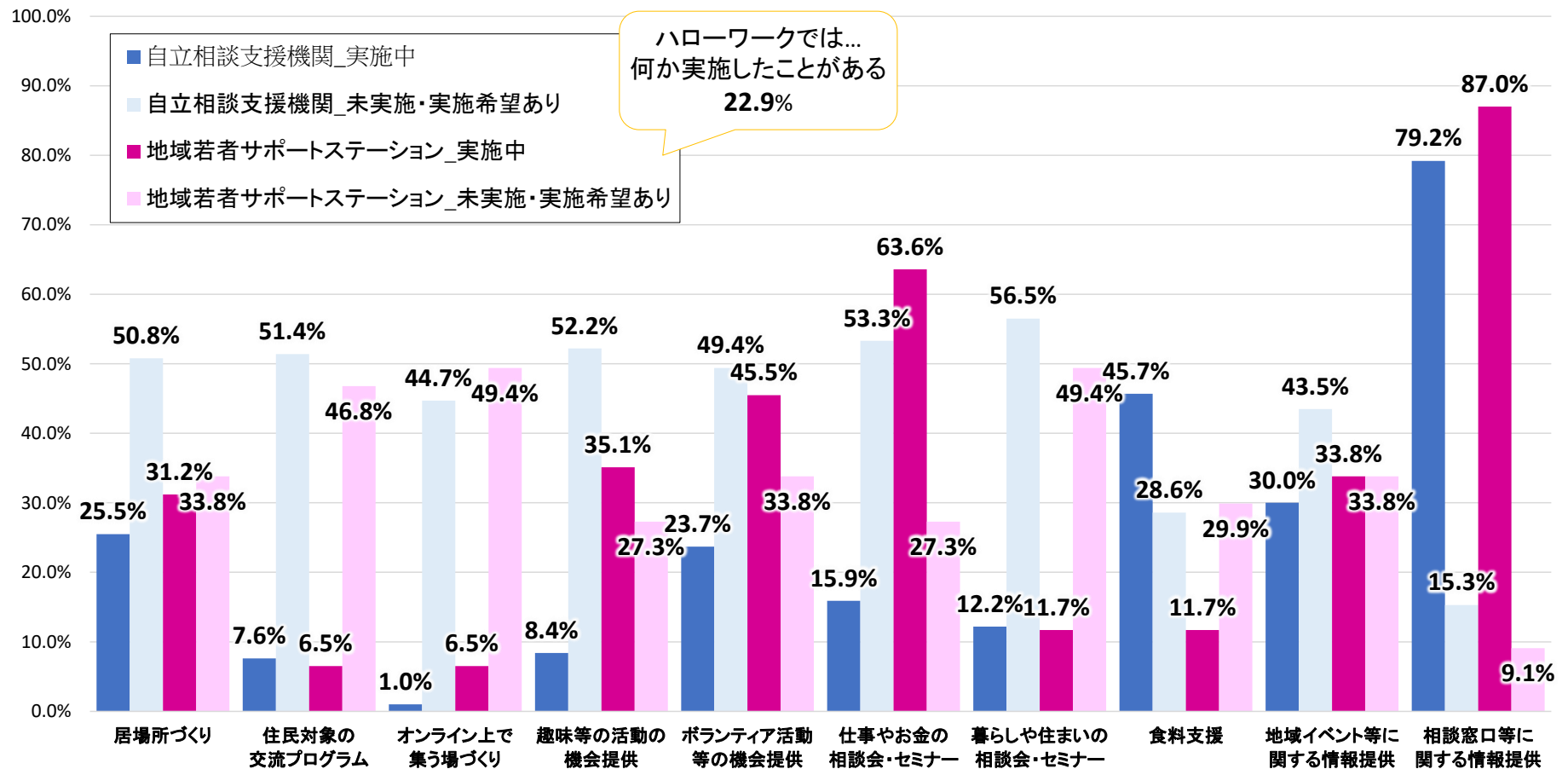


図2 各機関における孤独・孤立予防の取り組み実施に向けた解決すべき課題（令和5年度報告書の再掲）

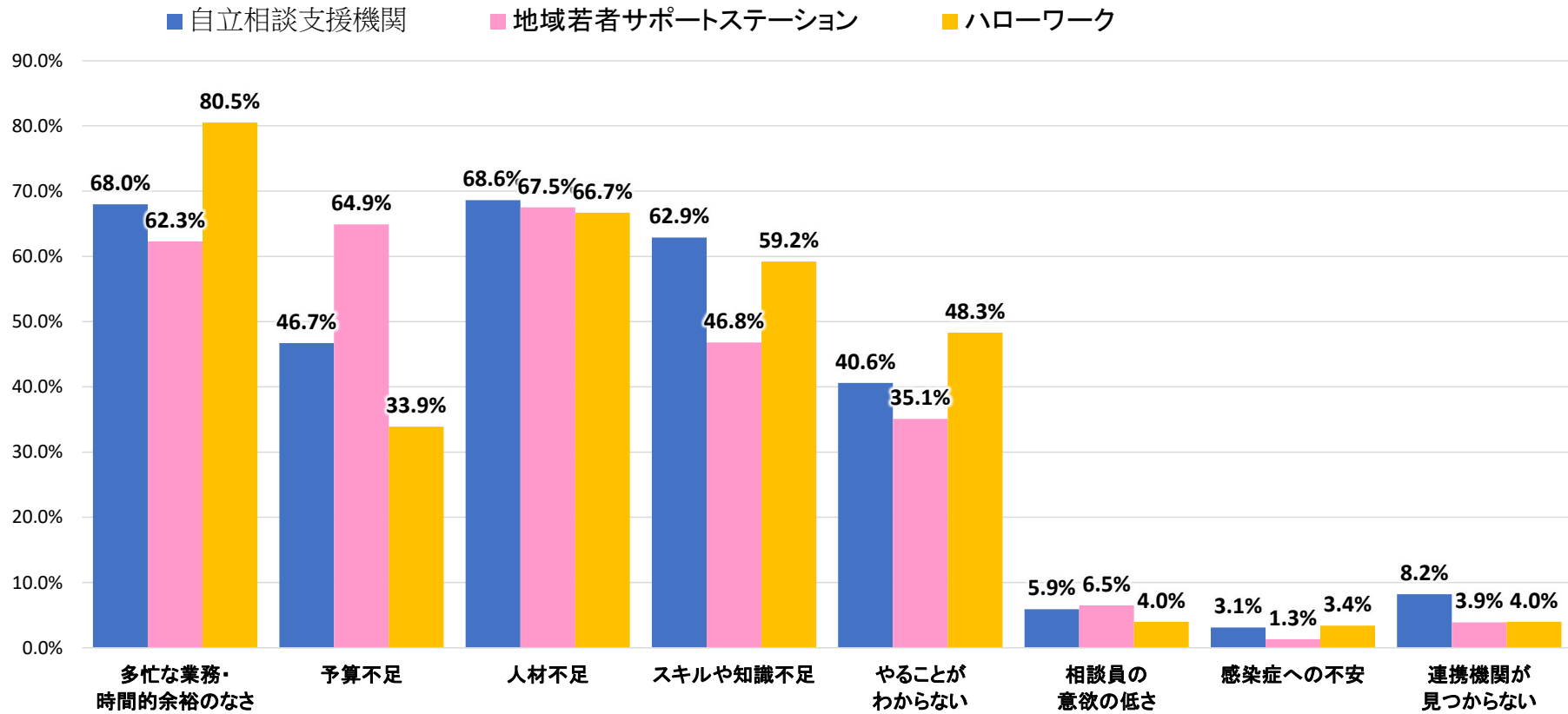
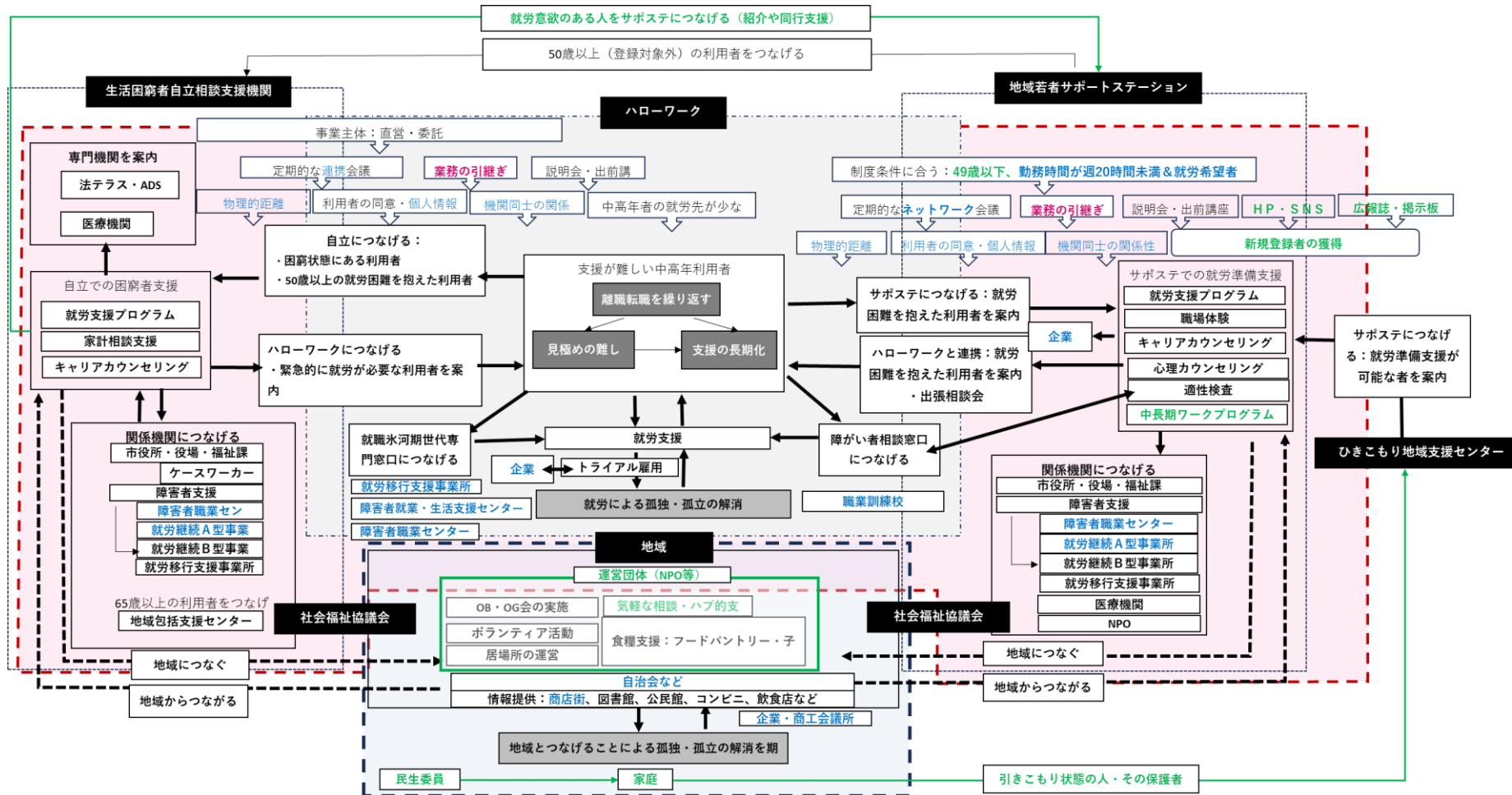


図3 孤独・孤立対策における自立支援・サポステ・ハローワークの相互連携の実態（面接調査の結果より）



Ⅱ 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

開設ウェブサイト（2024 年 11 月 13 日）

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監修

「プレシニアのためのライフスタイルチェック」<https://presenior.jp/>