

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）、地域の単身中高年齢者調査でも将来への諦めが強い人ほど援助を要請しない傾向がみられた（Murayama et al., 2022）。このことから、将来的な貧困や孤立の予防のためには、問題が深刻化する前の中年期の段階から、将来を諦める・放棄する意識（思考抑制）を軽減し、

現状の把握と将来への展望を促すことが重要と考えた。

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

2. 主要ターゲット

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

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

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

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

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

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

3. 孤立・困窮リスクの考え方

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

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

4. チェックリストの提供媒体

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

結果を表示する方式を採用した（図 1 参照）。

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

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

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

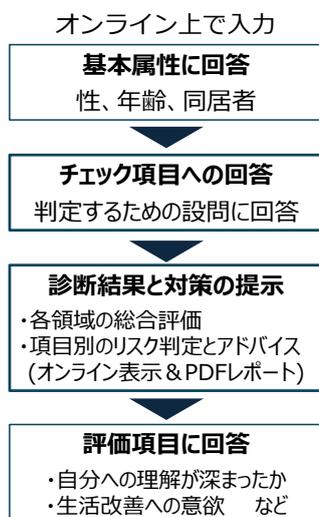
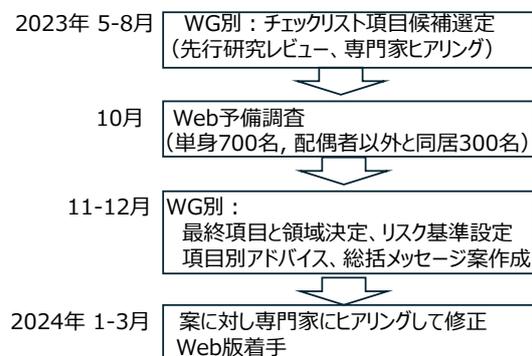


図 1 チェックリスト（Web）の流れ

B. 研究方法

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



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

図 2 2023 年度に実施した研究

1. ワーキンググループの設置

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

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

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

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

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

2. チェック項目候補の選定

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

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

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

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

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

3. Web 予備調査

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

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

4. 最終項目とリスク判定基準の決定、

「領域」の設定

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

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

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

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

5. 総括メッセージとアドバイスの作成

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

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

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

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

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

以下では、チェック項目別に、①項目選定理由、②リスク判定基準とその理由、③（リスク中・高の人に対して提示される）アドバイスの視点について説明する。項目ごとの執筆者名は、項目番号（表1参照）の横のかつこ内に示した。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、下肢抹消動脈疾患、最小血管症合併、喫煙、血糖コントロール不良状態の持続が冠動脈疾患のリスクを上昇させる。

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 $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 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 $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ とした場合と各年齢層の基準（49 歳以下では $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 、50～64 歳では $20.0\text{kg}/\text{m}^2$ 未満、64～69 歳では $21.5\text{kg}/\text{m}^2$ 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、 $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 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 $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 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）、 $30.0\sim 34.9\text{kg}/\text{m}^2$ を肥満（2 度）、 $35.0\sim 39.9\text{kg}/\text{m}^2$ を肥満（3 度）、 $40.0\text{kg}/\text{m}^2$ 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 $30.0\text{kg}/\text{m}^2$ 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 $25.0\text{kg}/\text{m}^2$ 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

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

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

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

リスク判定基準とその理由

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

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

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

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

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

表4 メンタルヘルスのリスク基準と健康度自己評価の分布 人数(%)

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

表5 メンタルヘルスのリスク基準と相談できる相手の分布 人数(%)

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

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て、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される標準的な質問票でも同様の方法で飲酒習慣を評価し保健指導に活用している (厚生労働省, 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の期間やこれまでの喫煙本数などで健康への影響が変わるため、効果的なアドバイスが難しいと考えた。リスク判定基準をシンプルにする目的もあり、現在の喫煙をリスク「高」としそれ以外はリスク「低」とした。

リスク「高」者へのアドバイスの視点

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

【項目番号 : 10, 11】 (清野諭)

10 : 身体活動の量は十分か

11 : 睡眠に問題はないか

チェック項目の選定理由

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、これら的高齢者対象の研究では、交流相手に同居していない子どもや親戚、友人や近所の人のみが含まれ、仕事上での交流は考慮されていない。高齢世代の同居家族以外との交流目標を「週 1 回以上」とするのは妥当と考えられるが、就労者の多い中年世代にも適用可能な基準であるかは十分に検証されていない。

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

項目 13：多様なつながりをもっているか

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

「中」、3-4個を「低」（＝多様性あり）とした。

リスク「中」「高」者へのアドバイスの視点

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

ク「高」の人に対しては、「身体機能や認知機能が低下しやすい」ことを挙げた。

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

表6 社会的つながりが1種類のみ回答者はどのようなつながりをもっていたか

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

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

【項目番号：14】（高橋知也・村山陽）

14：自分から助けを求められるか

チェック項目の選定理由

人は独力では解決が困難であると思われる問題に直面したとき、誰かに援助を求め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ないことは、周囲に情緒的サポートおよび道具的サポート源が無く、即応的なサポートの受領に課題がある状況といえる。実際に、堀口ら（2020）をはじめとするソーシャルサポートに関する諸研究において、心配事や困り事の相談相手の有無は主要な判定項目の一つである。

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

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、上乘せ年金をつくることや、お金の専門家に相談することを勧めた。収入が急激に減少した人には年金保険料の減免などについて自治体に相談するよう、アドバイスすることとした。

【項目番号：19】（村山陽・堀左馬之介・山口淳）

19：社会保障制度の知識をもっているか

チェック項目の選定理由

65歳以上の要介護(要支援)認定者数の割合は、2023年時点で約19.2%にもものぼる(厚生労働省, 2023c: 介護保険事業状況報告)。要介護・要支援者本人やその家族、または高齢の親との同居者において、医療・福祉サービスに関する情報収集は必要不可欠になる。その一方、小島ら(2024)が65歳以上25,908人を対象に実施した調査によれば、都市部では特に窓口サービスを知っている割合が低く、地域包括支援センターは36.8%、社会福祉協議会は29.3%に止まっている。

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で、金銭的な負担を軽減するための手がかりをつかむことができる。しかし、上述の通り、これらの窓口サービスについて知っている割合が低い。そこで、いまのうちから情報収集したり、直接窓口足を運んだりして、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)ができていくほど、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。家事全般を自分ででき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こりにくいことが複数の研究で示されており（Yates et al., 2016）、学習習慣をもつことは、将来的な認知症予防の点からも有益と考えられる。

リスク判定基準とその理由

学習活動は、「この1年間に、新しい知識やスキルを得るための学習活動をどのくらいおこないましたか。教室などへの参加だ

けでなく、ひとりでおこなう活動も含まず（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みばよいことを伝えるようにした。

D. 考察および結論

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

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

チェックリストの利用促進には、対象となるプレシニア層に高齢期の問題を自分事としてとらえ、チェックリストを提供する Web サイトにアクセスしてもらうこと、さらに実際にチェックをしてもらうよう動機づけることが重要である。そのためにはターゲットとなる人々にとって魅力的なサイト

の構築が不可欠である。また、チェック項目数としては 22 個でも、その項目判定のために 34～40 個の質問に答える必要があり（該当者のみ答える質問があるため質問数に幅がある）、対象者に飽きさせずに最後まで回答してもらうための工夫も必要となる。

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

E. 研究発表

なし

引用文献

- Adjei, N. K., & Brand, T. (2018). Investigating the associations between productive housework activities, sleep hours and self-reported health among elderly men and women in western industrialised countries. *BMC public health*, 18(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4979-z>
- 相川充 (1988). 心理的負債に対する被援助利益の重みと援助コストの重みの比較. *心理学研究*, 58(6), 366-372.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Anker, J. J., & Kushner, M. G. (2019). Co-occurring alcohol use disorder and anxiety: Bridging psychiatric, psychological, and

- neurobiological perspectives. *Alcohol Research : Current Reviews*, 40(1), arcr.v40.1.03.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499.
- Ballon, A., Neuenschwander, M., & Schlesinger, S. (2019). Breakfast skipping is associated with increased risk of Type 2 Diabetes among adults: A systematic review and Meta-Analysis of prospective cohort studies. *The Journal of Nutrition*, 149(1), 106–113. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy194>
- Bi, H., Gan, Y., Yang, C., et al. (2015). Breakfast skipping and the risk of type 2 diabetes: A meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutrition*, 18(16), 3013–3019. doi:10.1017/S1368980015000257
- Brianza, E. & Demiray, B. (2019). Future time perspective and real-life utterances about the future in young and older adults. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 32(4), 161–173.
- Burggraf, C., Teuber, R., Brosig, S., et al. (2018). Review of a priori dietary quality indices in relation to their construction criteria. *Nutrition reviews*, 76(10), 747–764. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuy027>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Djundeva, M., Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2019). Is living alone "aging alone"? Solitary living, network types, and well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), 1406-1415.
- Evans, I. E. M., Martyr, A., Collins, R., et al. (2019). Social isolation and cognitive function in later life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70, S119-S144.
- Fukuma, S., Iizuka, T., Ikenoue, T., et al. (2020). Association of the national health guidance intervention for obesity and cardiovascular risks with health outcomes among Japanese Men. *JAMA Internal Medicine*, 180, 1630-1637.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 61(1), P25-P32.
- 古里由香里 (2018). 高齢者における無年金リスクに関する分析: 職歴における脆弱性とリスク再生産に着目して, 『2015 年SSM 調査報告書7 労働市場II』 森山智彦 (編), 229-244.
- Furuta, M., Takeuchi, K., Takeshita, T., et al. (2022). Baseline periodontal status and modifiable risk factors are associated with tooth loss over a 10-year period: Estimates of population attributable risk in a Japanese community. *Journal of Periodontology*, 93(4), 526–536.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 392(10152), 1015–1035.
- Gross, A. E., & McMullen, P. A. (1983). Models of the help-seeking process. *New Directions in Helping*, 2, 45-70.
- Hackl, F., Halla, M., Hummer, M., et al. (2015). The effectiveness of health screening. *Health Economics*, 24(8), 913–

935. <https://doi.org/10.1002/hec.3072>
- Hattori, T., Konno, S., Shijubo, N., et al. (2013). Increased prevalence of cigarette smoking in Japanese patients with sarcoidosis. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 18(7), 1152–1157.
- 林芙美, 横山徹爾, 吉池信男 (2009). 都道府県別にみた健康・栄養関連指標の状況と総死亡および疾患別死亡率. *日本公衆衛生雑誌*, 56(9), 633–644.
- Higashiyama, A., Okamura, T., Ono, Y., et al. (2009). Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease--comparison of relative contribution in urban Japanese population: The Suita study. *Circulation Journal : Official Journal of the Japanese Circulation Society*, 73(12), 2258–2263.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., et al. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
- Honda, T., Chen, S., Hata, J., et al. (2022). Development and validation of a risk prediction model for atherosclerotic cardiovascular disease in Japanese adults: The Hisayama Study. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 29(3), 345–361.
- Hori, A., Inoue, Y., Kuwahara, K., et al. (2021). Smoking and long-term sick leave in a Japanese working population: Findings of the Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(1), 135–142.
- 堀口和子, 岩田昇, 久保田真美 (2020). 認知症の有無による高齢者の独居生活中断時の心身の状態と社会資源の利用. *桐生大学紀要*, 31, 133–141.
- Ikehara, S., & Iso, H. (2020). Alcohol consumption and risks of hypertension and cardiovascular disease in Japanese men and women. *Hypertension Research : Official Journal of the Japanese Society of Hypertension*, 43(6), 477–481.
- Inoue, M., Hirabayashi, M., Abe, S. K., et al. (2022). Burden of cancer attributable to modifiable factors in Japan in 2015. *Global Health & Medicine*, 4(1), 26–36.
- Inoue, M., Tsugane, S., & JPHC Study Group. (2005). Impact of alcohol drinking on total cancer risk: Data from a large-scale population-based cohort study in Japan. *British Journal of Cancer*, 92(1), 182–187.
- Ishikawa, S., Konta, T., Susa, S., et al. (2022). Association of the number of teeth and self-rated mastication with self-rated health in community-dwelling Japanese aged 40 years and older: The Yamagata cohort study. *Scientific Reports*, 12(1), 21025.
- Iso, H., Date, C., Yamamoto, A., et al. (2005). Smoking cessation and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: The JACC Study. *American Journal of Epidemiology*, 161(2), 170–179.
- Kamoda, T., Komatsuzaki, A., Ono, S., et al. (2020). Association between drinking habits and oral symptoms: A cross-sectional study

- based on Japanese national statistical data. *International Journal of Dentistry*, 8874587.
- Katanoda, K., Kim, H. S. & Matsumura, Y. (2006). New Quantitative Index for Dietary Diversity (QUANTIDD) and its annual changes in the Japanese. *Nutrition*, 22(3), 283-287.
- 河崎智恵 (2010). ライフキャリアの能力・態度に関する尺度構成の試み. *キャリア教育研究* 29 (1), 25-30.
- 金融広報中央委員会 (2022). 金融リテラシー調査 2022. https://www.shiruporuto.jp/public/document/container/literacy_chosa/2022/pdf/22lite_point.pdf
- 小林江里香, 藤原佳典, 深谷太郎ほか (2011). 孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康: 同居者の有無と性別による差異. *日本公衆衛生雑誌*, 58(6), 446-456.
- 小島香, 岡田栄作, 諸富伸夫ほか (2024). 医療・福祉における高齢者の相談窓口に関する地域の知名度格差の検討. *東海公衆衛生雑誌*, 11(2), 152-158. https://www.jstage.jst.go.jp/article/tpha/11/2/11_2023-13/_pdf/-char/ja
- Kooij, D. T. A. M., Kanfer, R., Betts, M., et al. (2018). Future time perspective: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 103(8), 867-893. <https://doi.org/10.1037/apl0000306>
- 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) — 令和2 (2020) ~ (2050) 年-. https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/hprj2024_gaiyo_20240412.pdf
- 厚生労働科学研究「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑止の視点から」研究班 (研究代表者 野田光彦) (2014). 糖尿病受診中断対策包括ガイド.
- 厚生労働省 (2018). 禁煙支援マニュアル (第二版) 増補改訂版.
- 厚生労働省 (2019a). 日本人の食事摂取基準 (2020年版).
- 厚生労働省 (2019b). 令和元年国民健康・栄養調査報告. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r1-houkoku_00002.html
- 厚生労働省 (2020). 令和2年版自殺対策白書. 第2章自殺対策の基本的な枠組みと中高年、高齢者の自殺をめぐる状況. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2020.html (アクセス日: 2024年4月23日).
- 厚生労働省 (2022). 令和4年(2022)人口動態統計月報年系(概数)の概況.
- 厚生労働省 (2023a). 健康日本21(第三次)推進のための説明資料.
- 厚生労働省 (2023b). 2022(令和4)年国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf>

- 厚生労働省 (2023c). 介護保険事業状況報告.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom23/dl/2303a.pdf>
- 厚生労働省 (2024a). 被保護者調査 (令和4年度確定値) .
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogoya/m2023/kakutei.html>
- 厚生労働省 (2024b). 標準的な健診・保健指導プログラム (令和6年版) .
- 厚生労働省 (2024c). 健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023.
- 厚生労働省 (2024d). 健康づくりのための睡眠ガイド2023.
- 厚生労働省年金局 (2024). 令和4年公的年金加入状況等調査結果の概要
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/141-1-R04gaiyou.pdf>
- Kubota, Y., Iso, H., Sawada, N., et al. (2016). Association of breakfast intake with incident stroke and coronary heart disease: The Japan Public Health Center-Based Study. *Stroke*, 47(2), 477-481.
- 熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博ほか (2003). 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. *日本公衆衛生雑誌*, 50(12), 1117-1124.
- 栗本鮎美, 栗田主一, 大久保孝義ほか (2011). 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. *日本老年医学会雑誌*, 48(2), 149-157.
- Lee, S. Y., Pang, B. W. J., Lau, L. K., et al. (2021). Cross-sectional associations of housework with cognitive, physical and sensorimotor functions in younger and older community-dwelling adults: The Yishun Study. *BMJ open*, 11(11), e052557.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052557>
- Li, X. H., Yu, F. F., Zhou, Y. H., et al. (2016). Association between alcohol consumption and the risk of incident type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(3), 818-829.
- Litwin, H. (2001). Social network type and morale in old age. *Gerontologist*, 41(4), 516-524.
- Loh, R., Stamatakis, E., Folkerts, D., et al. (2020). Effects of interrupting prolonged sitting with physical activity breaks on blood glucose, insulin, and triacylglycerol measures: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine* 50, 295-330.
- Ma, X., Chen, Q., Pu, Y., et al. (2020). Skipping breakfast is associated with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(1), 1-8.
- 丸山桂 (2016). 中高年未婚者の就業状態と老後の所得保障, WEB Journal No. 03 ,42-77.
- Matsuyama, Y., Aida, J., Watt, R. G., et al. (2017). Dental status and compression of life expectancy with disability. *Journal of Dental Research*, 96(9), 1006-1013.
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., Backett, L.A., et al. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *The Journals of Gerontology: Series B*, 54B (3), S162-S172.
- Miyachi M, Tripette J, Kawakami R, et al. (2015). “+10 min of physical activity per day”: Japan is looking for efficient but feasible recommendations for its population. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology* 61,

- S7-S9.
- 宮村季浩 (2016). 認知症の人の生活上の困難さについての認知症の人と家族介護者の認識の違い, *日本公衆衛生雑誌* 63(4), 202-208.
- 文部科学省 (2023). 令和 4 年度文部科学白書 https://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpab202001/1420041_00015.htm
- Motokawa, K., Watanabe, Y., Edahiro, A., et al. (2018). Frailty severity and dietary variety in Japanese older persons: A cross-sectional study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(3), 451-456.
- Murakami H, Tripette J, Kawakami R, et al. (2015). “Add 10 min for your health”: The new Japanese recommendation for physical activity based on dose-response analysis. *Journal of the American College of Cardiology* 65, 1153-1154.
- Murayama, Y., Yamazaki, S., Hasebe, M., et al. (2021). How single older men reach poverty and its relationship with help-seeking preferences. *Japanese Psychological Research*, 63(4), 406-420.
- 村山陽, 山崎幸子, 長谷部雅美ほか (2021). 単身男性中高年者における将来展望を抑制する意識の検討. *老年社会科学*, 43(1), 26-35. https://www.jstage.jst.go.jp/article/rousha/43/1/43_26_pdf
- Murayama, Y., Yamazaki, S., Hasebe, M., et al. (2022). Psychological factors that suppress help-seeking among middle-aged and older adults living alone. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10620. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710620>
- 内閣府 (2022). 令和 3 年度 高齢者の日常生活・地域社会への参加に関する調査結果 (全体版). https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r03/zentai/pdf_index.html
- 内閣府 (2024). 令和 5 年度 高齢社会対策総合調査 (高齢者の住宅と生活環境に関する調査) の結果 (概要版). https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r05/gaiyo/pdf_indexg.html
- Nakagawa, Y., Mafune, K., Inoue, A., et al. (2017). Changes in drinking habits and psychological distress in Japanese non- or occasional drinking workers: A one-year prospective cohort study. *Industrial Health*, 55(3), 243–251.
- Nakao, Y., Miyamoto, Y., Ueshima, K., et al. (2018). Effectiveness of nationwide screening and lifestyle intervention for abdominal obesity and cardiometabolic risks in Japan: The metabolic syndrome and comprehensive lifestyle intervention study on nationwide database in Japan (MetS ACTION-J study). *PLoS One*, 13, e0190862.
- 成田美紀, 北村明彦, 武見ゆかりほか (2020). 地域在宅高齢者における食品摂取多様性と栄養素等摂取量, 食品群別摂取量および主食・主菜・副菜を組み合わせた食事日数との関連. *日本公衆衛生雑誌*, 67(3), 171-182.
- Ng, S. P., Korda, R., Clements, M., et al. (2011). Validity of self-reported height and weight and derived body mass index in middle-aged and elderly individuals in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(6), 557–563.
- Nguyen, A. T. M., Akhter, R., Garde, S., et al. (2020). The association of periodontal disease with the complications of diabetes

- mellitus. A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 165, 108244.
- 日本動脈硬化学会 (2022). 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版.
- 日本肥満学会 (2022). 肥満症診療ガイドライン.
- 日本高血圧学会 (2019). 高血圧治療ガイドライン 2019.
- 農林水産省 (2024). 食育に関する意識調査報告書 (令和 6 年 3 月).
https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/ishiki/r06/pdf_index.html
- 小川栄二, 三浦ふたば, 中島裕彦 (2009). 利用者の援助拒否・社会的孤立・潜在化問題から福祉労働のあり方を考える. 総合社会福祉研究= Critical social welfare/総合社会福祉研究所編, (34), 28-40.
- Ohta, R., & Sano, C. (2022). Associations between perception of help-seeking behaviors and quality of life among older people in rural communities: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13331.
- Okada, C., Iso, H., Yamagishi, K., et al. (2023). Dietary behaviours and related lifestyles according to the presence or absence of skipping breakfast in Japanese adults: The JPHC-NEXT study. *Public Health Nutrition*, 26(6), 1230-1237.
- 大森みさき, 両角俊哉, 稲垣幸司ほか (2011). ポジション・ペーパー (学会見解論文) 喫煙の歯周組織に対する影響. 日本歯周病学会会誌, 53(1), 40-49.
- Osaka, D., Shibata, Y., Abe, S., et al. (2010). Relationship between habit of cigarette smoking and airflow limitation in healthy Japanese individuals: The Takahata study. *Internal Medicine (Tokyo, Japan)*, 49(15), 1489–1499.
- Otsuka, R., Nishita, Y., Nakamura, A., et al. (2020). Dietary diversity is associated with longitudinal changes in hippocampal volume among Japanese community dwellers. *European Journal of Clinical Nutrition*, 75(6), 946–953.
- Otsuka, R., Tange, C., Nishita, Y., et al. (2020). Dietary diversity and all-cause and cause-specific mortality in Japanese community-dwelling older adults. *Nutrients*, 12(4).
- Otsuka, R., Zhang, S., Ihira, H., et al. (2023). Dietary diversity and risk of late-life disabling dementia in middle-aged and older adults. *Clinical Nutrition*, 42(4), 541-549.
- Peng, S., Wang, S., & Feng, X. L. (2021). Multimorbidity, depressive symptoms and disability in activities of daily living amongst middle-aged and older Chinese: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Journal of Affective Disorders*, 295, 703-710.
- Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S., & Johnson, N. W. (2005). Periodontal diseases. *Lancet (London, England)*, 366(9499), 1809–1820.
- Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., et al. (2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*, 55(1), 21–31.
- Prospective Studies Collaboration, Whitlock, G., Lewington, S., et al. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet (London, England)*, 373(9669), 1083–1096.
- Saito, E., Inoue, M., Tsugane, S., et al. (2017).

- Smoking cessation and subsequent risk of cancer: A pooled analysis of eight population-based cohort studies in Japan. *Cancer Epidemiology*, 51, 98–108.
- 齊藤雅茂 (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.
- 齊藤雅茂, 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.
- 齊藤雅茂, 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.0000000000200701>

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・缶づめ) 09=牛乳・乳製品(コーヒー牛乳やフルーツ牛乳、バターは除く) 10=油脂類(油炒め・バター、マーガリンなど、油を使う料理) 11=該当する食品はない
Q2	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カ月の間、気持ちが沈み込んだり、憂うつな気分になったりすることがよくありましたか？ (2)この1カ月の間、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まれます。 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か月に2、3回 4=1か月に1回くらい 5=年に1回～数回くらい 6=年に1回より少ない、まったくない 7=別居の家族・親戚はいない
Q14	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カ月に2、3回 4=1カ月に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お答えください。 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まれます(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カ月に2、3回 4=1カ月に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	<p>「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。</p> <p>(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</p> <p><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</p>
EQ3	<p>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。</p>

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。