

健康寿命延伸による新たな高齢社会対策¹

－ 都市部の課題解決に向けて －

大阪大学 山内直人研究会 社会保障②分科会

米田野々花 市來孝彬 沖田紘子
明石光太郎 市後彩夏 富里雄太

2014 年 11 月

¹ 本稿は、2014 年 12 月 13 日、12 月 14 日に開催される、ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム 2014」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、山内直人教授(大阪大学)、石倉康次教授(立命館大学)、大塩まゆみ教授(龍谷大学)、大前眞教授(龍谷大学)、横山寛和助教(愛知大学)をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。また二次分析に当たり、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJ データアーカイブから〔「老研－ミシガン大－東大 全国高齢者パネル調査＜Wave5(1999), Wave6(2002)＞」(東京都健康長寿医療センター研究所・ミシガン大学・東京大学)〕の個票データの提供を受けた。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

現在、日本は世界でも類を見ない超高齢社会に突入している。2013 年度の高齢化率は 25.1% に達しており、総人口が減少傾向にある一方で、高齢者人口の増加は今後も続くと言われている。

これまで高齢化は主に地方の問題として捉えられてきたが、高度経済成長期に都市部に移住した団塊世代の高齢化によって、今後は都市部で問題が深刻化すると見込まれる。2025 年には団塊世代が後期高齢者となり、都市部では 2010 年から 2025 年にかけての後期高齢者人口増加数が全国増加数の約半数を占めると推計される。このように、後期高齢者の増加が著しい都市部においては、要支援・要介護者の増加が急速に進むと考えられる。

しかしながら、都市部ではすでに介護サービスの供給が不足している。実際に、都市部は全国と比べて、介護保険施設の整備率が低く、介護関連職種の有効求人倍率も高くなっている。今後は高齢者の増加に伴って、介護供給不足がさらに深刻化すると懸念されるが、現時点でも高齢者急増に対する有効な施策が打ち出されていない。そのため、多くの要介護者が十分な介護サービスを受けられないことが危惧される。

また高齢化の人口構造を見ると、生涯未婚率や離婚率の上昇によって全国で単身高齢者が増加すると見込まれる。特に都市部は、全国と比較しても単身高齢者の割合が高く、東京や大阪では 2025 年に高齢者世帯の約 40% を占めるとされている。単身高齢者は、地域住民とのつながりが薄い等の理由から、健康に対する不安や日常生活に不満を抱える傾向がある。さらに、非正規で雇用されていた人が多く、高齢者全体と比較して貧困率が高いといった問題もある。

それに加えて、都市部ではサラリーマンの増加等を理由に、地域のつながりが希薄化している。地域のつながりは防犯や防災だけでなく、高齢者の見守り等の役割を担っているため、つながりの希薄化は高齢者にとって多大な影響を及ぼす。特に、同居家族のサポートを受けられない単身高齢者にとって、その影響は大きい。現在、都市部において孤立死が社会問題となっていることから鑑みても、地域のつながりの希薄化による高齢者の孤立が顕在化していると言える。

このように、都市部の高齢化は介護供給の不足・地域のつながりの希薄化による高齢者の孤立という問題を孕んでいる。高齢者の増加に伴って要介護者が増加するのはもちろんだが、今後は平均寿命と健康寿命の差の拡大によって、一人ひとりの要介護期間が長期化すると見込まれる。そのため、介護サービスの拡充を目的とした政策で、こうした問題に対応するには限界がある。

以上の現状を受けて、我々は、高齢者が主体となって活動し身体的健康を維持するだけでなく、地域社会において満足した生活が送れるライフデザインを行政が支援することが重要であると考えた。そこで本稿では、どのような要因が高齢者の身体的健康や生活満足度に影響を与

えるのかを明らかにするため、「全国高齢者パネル調査」の個票データを用いて順序ロジット分析を行った。分析①では、先行研究において身体的健康との関連性が示された要因に関して、その因果関係を明らかにするため、ADL・IADL 指標それぞれについて、ある一時点とその 3 年後の差をとったものを被説明変数とした。さらに分析②では、分析①で身体的健康を維持向上させることが示唆された要因について、それが日常生活における満足度をも向上させるのかを確認するため、生活満足度を被説明変数として分析を行った。その結果、前期高齢者では「仕事をしている」「生きがいがある」ことが、後期高齢者では「趣味稽古をした」「庭仕事をする」ことが身体的健康や生活満足度に好影響を与えることが示唆された。

この分析結果をもとに、健康寿命の延伸に加え、現状分析で取り上げた地域のつながりの希薄化を解決することを目的に、Ⅰ就労機会の充実化、Ⅱ市民農園の開設促進・環境整備という大きく分けて 2 つの政策を提言する。Ⅰでは、高齢者における就労意欲の高まりとそのニーズの多様化、中間組織の未活用という現状に着目し、高齢者一人ひとりに合った活動の場を提供することを目的に、①中間組織の改善、②定期的なセミナー等の開催を提言した。Ⅱでは、主に高齢者が利用している市民農園に関して供給不足や管理不全といった現状に着目し、より多くの高齢者が快適に市民農園を利用することを目的に、①空き地所有者に向けたガイドラインの作成、②栽培指導員による管理の促進、③市民農園登録制度の設立、④市民農園間のイベントの開催を提言した。そして最後に、我々が提言した政策をより多くの高齢者に周知させる手段として、①年金書類等を用いた郵送、②企業の CSR によるセミナーの開催を提言した。

キーワード：高齢社会、健康寿命、地域のつながり

要約	2
はじめに	5
第 1 章 現状分析・問題意識	6
第 1 節 都市部における高齢化の進行	6
第 2 節 都市部における高齢化の問題	8
第 3 節 政府の取り組み	13
第 4 節 問題意識	14
第 2 章 先行研究・本稿の独自性	16
第 1 節 先行研究	16
第 2 節 本稿の独自性	17
第 3 章 実証分析	18
第 1 節 データ	18
第 2 節 分析の枠組み	18
第 3 節 身体的健康を維持向上させる要因 (分析①)	19
第 4 節 生活満足度を向上させる要因 (分析②)	26
第 4 章 政策提言	29
第 1 節 政策提言の方向性	29
第 2 節 就労機会の充実化	29
第 3 節 市民農園の開設促進・環境整備	32
第 4 節 政策の広報・周知	35
おわりに	38
先行研究・参考文献・データ出典	39

はじめに

2013 年に日本人の平均寿命は初めて男女ともに 80 歳を超え、過去最高を更新した。世界保健統計 2014 によると、世界保健機関(WHO)加盟国 194 か国中、日本は男女の平均寿命が 84 歳と世界一の長寿国となった。このように我が国では、優れた保険・医療システム等によって世界最高水準の平均寿命を達成している。国内の平均寿命の延伸は以前から着目されてきたが、2000 年に WHO が公表した「健康寿命」(Healthy life expectancy)という概念は、日本に対して単に長生きするというだけでなく、いかに日常生活に制限を受けず健康に長生きするかという問題を投げかけた。

それと同時に、平均寿命延伸に伴う高齢化の進展に対応するため、要介護状態にある高齢者の尊厳を守り、社会全体で支える目的から介護保険制度が施行された。さらにその後も数回にわたり制度の改正が行われる等、政府も高齢化対策を強化してきた。その一方で、2001 年と 2010 年を比較すると、平均寿命は男性 1.48 年、女性 1.37 年伸びているにも関わらず、健康寿命については男性 1.02 年、女性 0.97 年の伸びに留まっている。平均寿命と健康寿命の差は日常生活に制限のある不健康な期間を表すことから、今後平均寿命延伸とともに健康寿命との差が拡大すれば、高齢者の QOL(Quality of Life)が低下するだけでなく、すでに社会保障費の約 7 割を占める高齢者関係給付費がさらに増加し、現行の制度を維持していくことが困難になるだろう。

これまで高齢化は主に地方の問題として捉えられてきたが、今後は高度経済成長期に都市部に移住した団塊世代が高齢化することによって、都市部で問題がますます深刻になると考えられる。しかしながら、すでに都市部では介護施設や人材が不足しており、現行の制度で高齢者の増加に対応するのは非常に困難である。さらに、地域のつながりが希薄化しており、孤立する高齢者が多いといった問題もある。こうした状況を鑑みると、要介護者の増加に合わせて介護供給を増やすといった政策ではなく、高齢者が主体となって活動し身体的健康を維持し、地域社会において満足した生活を送れるライフデザインを行政が支援する政策が重要である。

以上より、本稿では「高齢者が身体的健康を維持し、地域社会において豊かな生活を送ることができる社会」を実現するために、追跡調査のデータを用い身体的健康維持向上及び生活満足度向上の要因を分析し、政策を提言する。

本稿の構成は以下の通りである。まず第 1 章では、都市部における高齢化の現状とそれによる問題を述べ、第 2 章では高齢者の身体的健康や生活満足度に関する実証研究を紹介し、本稿の独自性について述べる。続く第 3 章では我々が行った分析について、用いたデータやその方法及び結果を述べる。第 4 章では、分析結果に基づき、高齢者の健康寿命を延伸するだけでなく、現状分析として取り上げた地域のつながりの希薄化を解消する政策を提言する。

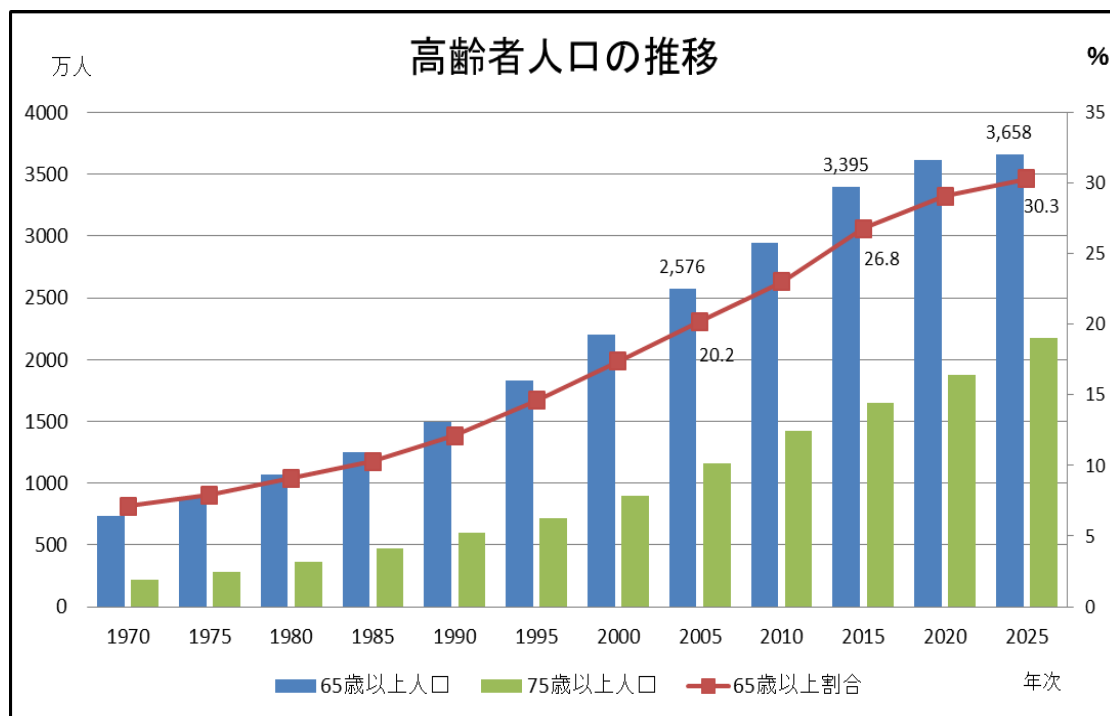
第1章 現状分析・問題意識

第1節 都市部における高齢化の進行

第1項 全国における高齢化

日本の高齢化率は増加の一途をたどっており、2013 年度の高齢化率²は 25.1%に達している。今後は団塊世代の高齢化に伴って、高齢者人口はさらに増加すると想定されている。総務省統計局によれば、団塊世代が 65 歳以上となる 2015 年には高齢者人口が 3,395 万人となり、75 歳以上となる 2025 年には 3,658 万人に上る。その後も総人口が減少し続ける一方、高齢者人口は増加を続け、2042 年に 3,878 万人でピークを迎えると推計される(図 1 参照)。

図 1 全国における高齢者人口の推移



(図 1：総務省統計局「高齢者の人口」より筆者作成)

² 平成 26 年内閣府「高齢社会白書」

第 2 項 都市部における高齢化

次に、高齢化の状況を都市部に絞って見ていく。これまで地方の過疎化や高齢者率の増加が注目されてきたが、今後は団塊世代の高齢化によって、特に都市部で高齢者が急増すると見込まれる。2010 年から 2025 年までの 15 年間における後期高齢者の増加数を都道府県別に見ると、都市部 6 都府県(東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、千葉県、愛知県)の増加数は 373 万人と、全国 760 万人の半分程度を占めると予測されている(表 1 参照)。さらに、2010 年から 2025 年までの高齢者増加率で埼玉県、高齢者人口増加数で東京都がそれぞれ全国 1 位となっており、今後都市部における高齢化が極めて深刻になると言える。

表 1 都道府県別後期高齢者人口の増加数・増加率

	2010 年時点 高齢者人口 (万人)	2025 年時点 高齢者人口 (万人)	増加数 (万人)	増加率	増加率 順位
埼玉県	58.9	117.7	58.8	+100%	1
千葉県	56.3	108.2	52.0	+92%	2
神奈川県	79.4	148.5	69.2	+87%	3
大阪府	84.3	152.8	68.5	+81%	4
愛知県	66.0	116.6	50.6	+77%	5
(東京都)	123.4	197.7	74.3	+60%	(8)
岩手県	19.3	23.4	4.1	+21%	43
秋田県	17.5	20.5	3.0	+17%	44
鹿児島県	25.4	29.5	4.1	+16%	45
島根県	11.9	13.7	1.8	+15%	46
山形県	18.1	20.7	2.6	+14%	47
全国	1,419.4	2,178.6	759.2	+53%	

(表 1：総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」より筆者作成)

第2節 都市部における高齢化の問題

第1項 介護供給の不足

全国において、要支援・要介護者は、2012 年時点で高齢者全体の約 17%にあたる 533 万人に上り、2007 年からの 5 年間で 92 万人も増加している。今後も高齢者の増加に伴い要支援・要介護者は増加するが、それは高齢者の増加が著しい都市部においてより顕著であると考えられる。しかし、要介護者を支える介護サービスは、特に都市部で不足しているのが現状である。

ここでは介護サービスの供給不足について、①介護保険施設³②介護職種の人材③特養の入所待機者という 3 つの点から見ていく。

まず、介護保険施設の不足について述べる。都市部では高い地価を背景に施設整備率⁴が低く、都市部 6 都府県では他の地域が 3.23%であるのに対し、2.35%となっている。これは都市部の高齢者のうち 2.35%しか介護保険施設に入所できず、多くの高齢者が自宅での介護を余儀なくされることを意味する。しかし、家族が自宅で介護を行う場合、体力的・精神的な負担が非常に大きく、近年家族介護のための離職や老々介護が問題視されている。このように介護保険施設の不足は、高齢者本人のみならず介護を担う家族にも多大な影響を及ぼすものであり、今後事態の深刻化が懸念される。

次に、介護職種の人材不足について述べる。介護労働者については賃金が安く離職率が高いことが全国的に問題視されている。有効求人倍率⁵を見ると、全産業の平均が 0.75 倍である一方、介護関係職種は 1.64 倍となっており人材の確保・定着が困難であることが窺える。さらに有効求人倍率を都道府県別に見ると、上から愛知県(3.0 倍)、東京都(2.7 倍)となっており、特に都市部において人材が不足していることが分かる。現在、全国では約 40 万人の介護人材が不足しており、これを受けて厚生労働省は、職員の賃上げや資格要件の緩和等、人材確保の対策づくりに着手した。しかし、長きに渡って問題視されてきた介護人材不足がすぐに解決するとは考えにくい。今後も特に都市部において、介護職種の人材不足は続く予想される。

最後に、特別養護老人ホームの入所待機者について述べる。特別養護老人ホーム(以下「特養」とする)は社会福祉法人等が運営しており、65 歳以上要介護認定者のうち自宅での介護が困難な人が対象である。特養は比較的安価であるため入所待機者⁶が非常に多く、全国において 52.4 万人に上っている。また都道府県別に見ると、都市部 6 都府県の入所待機者は約 13 万人と全体の 4 分の 1 を占めている。さらに、2015 年の介護制度改革にあたっては、特養入所者を要介護度 3 以上の中重度者に限定する、特養入所者への居住費や食費の補助を縮小する、といった変更が行われることになった。このように、社会保障費増加に伴い介護制度が見直される中で、今後新たな特養を整備するのは非常に困難であり、この問題は地価の高い都市部においてより深刻だと考えられる。

これまで特に都市部における高齢化問題を、①介護保険施設の整備率が低い、②有効求人倍

³ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の 3 つを指す。

⁴ 平成 23 年厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より算出。施設整備率とは介護保険施設の定員数を高齢者人口で割った数を指す。

⁵ 平成 25 年 6 月厚生労働省「職業安定業務統計」介護関連職種は、ホームヘルパー、介護支援専門員、介護福祉士等のこと。

⁶ 平成 26 年 3 月 厚生労働省「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」

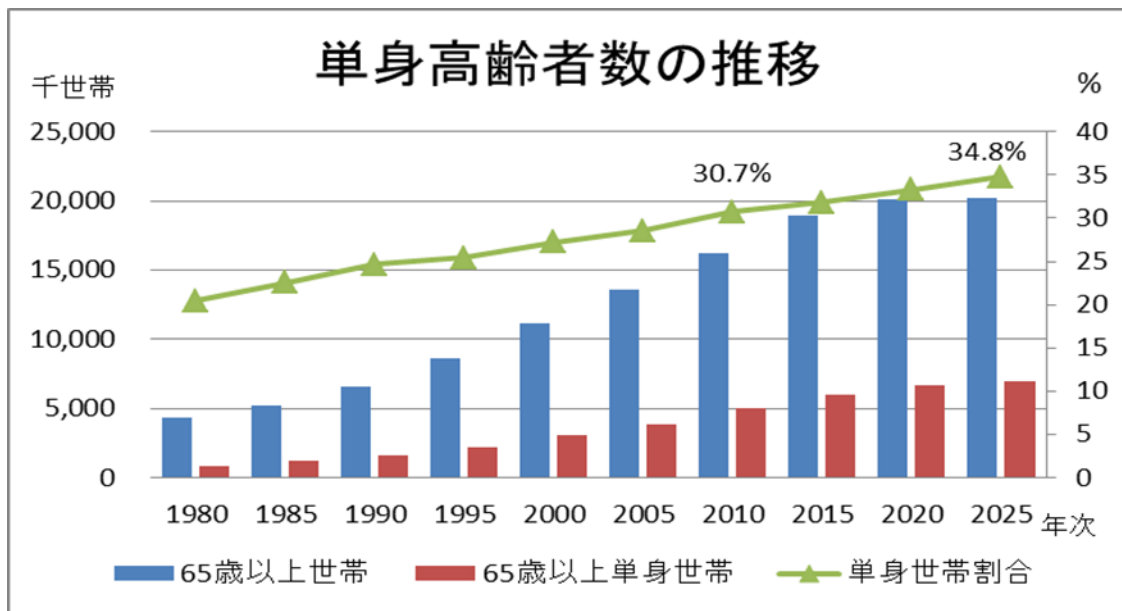
率が高い、③特養の入所待機者が多いという 3 点から述べてきた。以上より、都市部では介護サービスの供給が需要に追い付いていないことが分かる。何より深刻なのは、これらの問題が以前から注目されていたにも関わらず、根本的な解決策が未だに示されていないことである。そしてこの状況は高齢者の急増や労働人口の減少によって、今後さらに悪化すると考えられる。

第 2 項 単身高齢者の増加とその問題

(1) 単身高齢者の増加とその原因

次に、都市部における単身高齢者の増加とその原因について述べる。昨今、高齢化に関する問題として単身高齢者の増加が取り上げられている。高齢者世帯に占める単身世帯の割合⁷は、1985 年以降増加の一途をたどっており、全国平均が 2010 年には 30.7%、2025 年には 34.8% まで急増する(図 2 参照)。このように全国的に単身高齢者は増加しているが、特に都市部において増加が顕著である。東京都と大阪府を都市部の例として挙げると、この 2 地域では 2025 年における単身世帯の割合が 40%を超えると推計されており、全国平均と比較しても割合が高いことが分かる。

図 2 単身高齢者数の推移



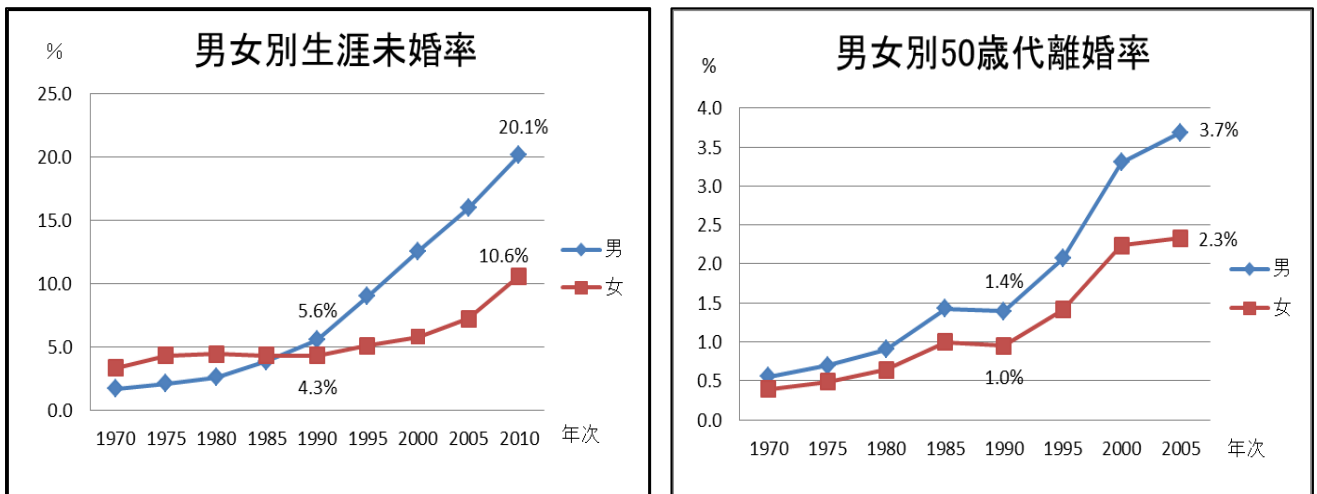
(図 2：総務省「国勢調査」、国立社会保障人口問題研究所「日本の世帯数将来推計」より筆者作成)

これまでの単身高齢者増加の主な原因は、高齢者人口の増加に伴う死別者の増加であった。しかし今後は、単純な高齢者人口の増加だけでなく、未婚者の増加が大きく影響すると考えられる。以下に単身高齢者増加の原因について 2 点述べる。一つ目の原因としては生涯未婚率の上昇が挙げられる。生涯未婚率は 50 歳時点で一度も結婚したことがない人の割合を示してお

⁷ 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数将来推計」

り、生涯独身の人がどのくらいいるかを表す指標として用いられる。現在、生涯未婚率は男女ともに上昇傾向にあり、特に男性に関しては 2010 年に初めて 20%に達し、2030 年には 30%程度にまで上昇するとの見方もある(図 3 参照)。二つ目の原因としては 50 歳代離婚率の上昇が挙げられる。これも男女ともに上昇傾向にあり、全年齢の離婚件数は 2004 年をピークに減少傾向に転じたが、いわゆる熟年離婚は増加しているのが現状である(図 4 参照)。以上で述べた生涯未婚率と 50 歳代離婚率は今後も上昇すると見込まれ、これが単身高齢者の増加につながると考えられる。

図 3・図 4 男女別生涯未婚率・50 歳代離婚率の推移



(図 3・図 4：総務省「国勢調査」より筆者作成)

(2) 単身高齢者が抱える問題

次に単身高齢者の問題について述べる。単身高齢者が抱える問題は大きく分けて 2 つあり、まず一つ目として、健康への不安や生活への不満を感じる人が多いことが挙げられる。単身高齢者は、頼れる人が身近にいないもしくは少ないため、病気やケガに見舞われても他人のケアを受けられない場合が多い。実際、高齢者に対して行われた「健康に不安を感じるか」という調査⁸に対し、「常に感じている」または「時々感じている」と答えた単身者の割合は、それ以外の人に比べて 7.9%高くなっている(図 5 参照)。

また、高齢者に対して行われた「日常生活に満足しているか」という調査⁹に対し、「やや不満である」または「不満である」と答えた単身者の割合は、それ以外の人に比べて 14.4%高い(図 6 参照)。その理由としては、会話頻度や近所付き合いが少ないことが考えられる。会話頻度¹⁰については、高齢者全体では「2～3 日に 1 回」以下と答えた者が男性 8.3%、女性 8.0%に留まっているのに対して、単身者では男性 28.8%、女性 22.0%に上っている。また、近所付き合いの程度¹¹について、「付き合いはほとんどない」と答えた人が男性高齢者全体では 5.4 %に留まるのに対し、単身者の男性では 17.4%に上っている。

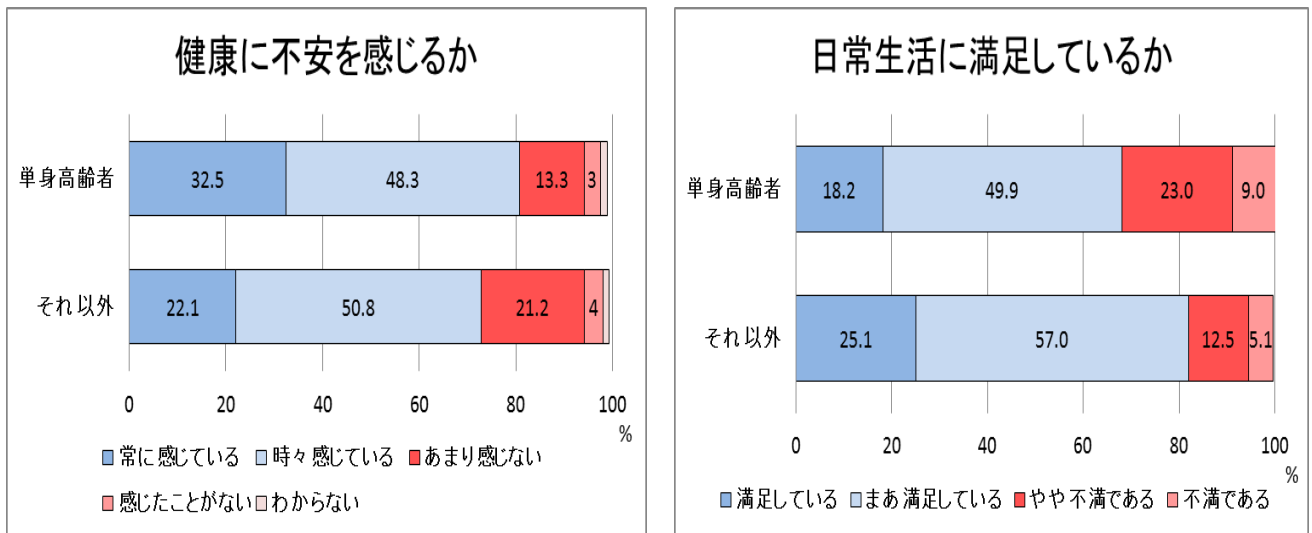
⁸ 平成 25 年度内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」

⁹ 平成 21 年度内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」

¹⁰ 平成 23 年度内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」

¹¹ 平成 22 年度内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」

図 3・図 4 単身高齢者とそれ以外の高齢者別アンケート結果



(図 5：平成 25 年度内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」より筆者作成)

(図 6：平成 21 年度内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」より筆者作成)

二つ目の問題としては、貧困率が高いことが挙げられる。単身世帯の貧困率¹²は男性 38.3%、女性 52.3%と、高齢者平均の男性 18.4%、女性 24.8%と比べ非常に高くなっている。その理由としては、単身高齢者は非正規の職に従事していた人が多く、雇用による収入と高齢期の年金支給額がともに少ないということが考えられる。さらに離別女性に関しては、夫の収入や年金に頼ることができない上、結婚等を機に仕事を辞めた場合には安定した再就職を期待できない可能性が高いため、貧困問題がより深刻である。

以上から、このまま高齢者の未婚率・離婚率が上昇すれば、特に都市部において日常生活に様々な問題を抱える単身高齢者が増加すると考えられる。

第 3 項 地域のつながりの希薄化

前項で単身高齢者の日常生活における問題を述べたが、ここでは、単身高齢者に限らず社会全体で地域のつながりが希薄化しているという現状とそれによって生じる問題について述べる。

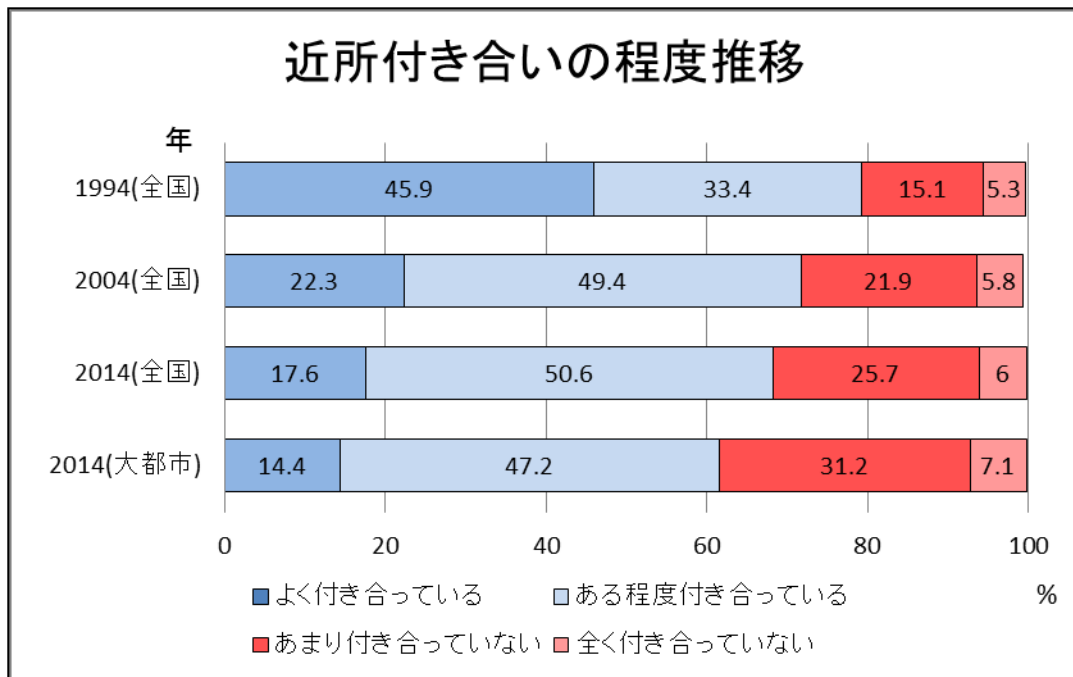
「平成 19 年版国民生活白書」によると、地域のつながりは、ある場所に住居し生活することで生まれる「近隣関係によるつながり」、地域組織に参加することで生まれる「エリア型地域活動によるつながり」、特定の目的を果たすために設立された組織に参加することで生まれる「テーマ型地域活動によるつながり」の 3 つに分類される。近年、地域のつながりの希薄化が進んでおり、「近隣関係によるつながり」を示す近所付き合いの程度に関する調査¹³で「よく付き合っている」と回答した者の割合は 1994 年の 45.9%から 2004 年に 22.3%、2014 年に 17.6%と減少し続けている(図 7 参照)。「エリア型地域活動によるつながり」を示す町内会や

¹² 平成 22 年 3 月内閣府男女共同参画局「生活困難を抱える男女に関する検討会報告書」113～123 頁

¹³ 平成 26 年内閣府「社会意識に関する世論調査」

自治会の参加頻度に関しても、1968 年に実施された調査¹⁴で「だいたい参加する」と回答した者の割合は 70.2%であるのに対し、最近の調査¹⁵において、その項目に対応する「月に一日程度以上」と回答した者は 12.7%と大幅に減少している。また、「テーマ型地域活動によるつながり」を示す NPO 等のボランティア・市民活動への参加頻度は、2007 年時点で「月に一日程度」以上と回答した者が 7.3%と「エリア型」と比較してもさらにつながりが薄い。実際に地域のつながりの希薄化を感じている市民も多く、2007 年に 10 年前と比較した地域のつながりの強さについて、「強くなっている」と回答した者は 7.0%であるのに対し、「弱くなっている」と回答した者は 30.9%と高い。

図 7 近所付き合いの程度の推移



(図 7：内閣府「社会参加に関する世論調査」より筆者作成)

地域のつながりの希薄化の原因としては主に、サラリーマンや単身世帯の増加が挙げられる。就業者のうち雇用者が占める割合は 1955 年の 43.5%から 2006 年の 85.7%まで増加し続けており、サラリーマンは自営業者や無職者と比較して地域のつながりが弱いこと、労働時間や通勤時間が増えるほどボランティア参加率が下がること、が内閣府の報告に記されている。

さらに、サラリーマンや単身世帯は都市部が多いため、前述の近所付き合いの程度に関する調査では、大都市において「よく付き合っている」と回答した人は 14.4%と全国と比較して低くなっており、地域のつながりの希薄化が都市部においてより深刻である(図 7 参照)。また、今後高齢化する団塊世代は高度経済成長期に都市部に移住し就職したものが多く、この世代の男性雇用者を称して「会社人間」と呼ぶ等、職場とのつながりが強い一方で地域とのつながりが弱い人が多い。

地域のつながりは社会的に多くの役割を担っているため、希薄化による問題は多く、特に高

¹⁴ 1968 年内閣府「住民自治組織に関する世論調査」

¹⁵ 平成 19 年内閣府「国民生活選好度調査」

齢者に与える影響は大きい。まず、つながりの希薄化によって生じる問題としては治安の悪化が考えられる。治安に関する認識¹⁶として、81.1%が「最近治安が悪化している」と回答しており、その理由として 54.9%が「地域の連帯意識が希薄となったから」と回答している。つながりの強い地域では、住民によるパトロールや情報交換が防犯・治安維持の役割を果たしている。また、地域のつながりには防災の役割があり、災害発生時には行政だけでなく地域住民やボランティアの活動が重要になる。内閣府の調査¹⁷によると、「災害時の地域活動において役割を担うべき」ものについて、68.5%が「町内会や自治会等」と回答している。さらに、地域のつながりは地域教育や高齢者福祉においても重要な役割を持つ。地域教育に関しては子供の非行の防止や、保護者への子育て支援をすることができ、子供が社会のルールを学ぶことにもつながる。また高齢者福祉に関しては、地域住民のボランティア等が高齢者の訪問活動を通して見守りを行っていることが多い。これは特に単身高齢者にとって非常に重要であるため、つながりの希薄化が閉じこもりの原因となり、心身の健康に悪影響を及ぼす可能性が高い。その結果として孤立死する場合もあり、近年これが社会問題になっている。この現状を鑑みても、つながりの希薄化によって高齢者が地域社会から孤立する問題が顕在化していると言える。

第3節 政府の取り組み

ここでは、介護や健康づくりに関する政府の取り組みについて見ていく。

1980 年代、高齢化率が 9%を超え、高齢者介護の問題が深刻化したことを受け、政府は介護問題に全面的に取り組み始めた。1989 年にはゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十か年戦略)を策定し、介護施設の整備や在宅福祉の推進を行った。当時、日本では高齢化の進んでいる他の先進諸国と比べて、寝たきりの老人の割合が極めて高いことが社会問題になっており、寝たきりになりにくい住環境の整備等の政策がとられてきた。しかし、要介護者の増加に政策が追いつかず、既存制度の枠内で個別的な対応を行うことに限界が来たため、ゴールドプランの内容を大幅に再編成し、介護に関する社会保険制度の創設に向けて、1994 年に新ゴールドプランが策定された。さらに 2000 年には高齢者を社会全体で支えることを目的に、国民から徴収した保険料と国や都道府県、市町村からの公費で介護サービスを行う介護保険制度が始まった。

それと同時に、健康日本 21(第 3 次国民健康づくり運動)では、単に平均寿命が高いだけでなく、自立した生活が送れる期間である健康寿命を延伸することが政府の目標に掲げられた。一方、2001 年から 2010 年にかけて、日本の平均寿命は男性で 1.48 年、女性で 1.37 年延びたのに対して、健康寿命は男性で 1.02 年、女性で 0.97 年しか延びていない。そのため、平均寿命と健康寿命の差は、2010 年時点で男性 9.13 年、女性 12.68 年と拡大している(図 8 参照)。この差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味しており、今後平均寿命の延伸に伴い、この差が拡大すれば一人ひとりの要介護期間が長期化すると考えられる。それを受けて、高齢者の QOL 向上や社会的な負担軽減のためにも、国民の健康づくりを推進し、平均寿命の延び以上に、健康寿命を延ばすことが重要とされている。

介護分野においても、2005 年の介護保険制度改革以降、政府は高齢者が要支援・要介護状態

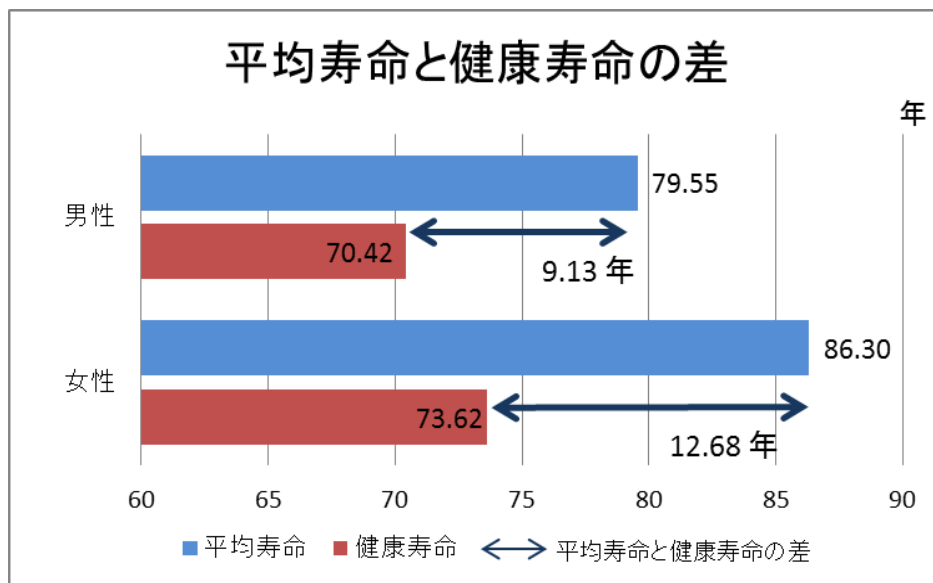
¹⁶ 平成 24 年内閣府「治安に関する世論調査」

¹⁷ 平成 21 年内閣府「防災に関する世論調査」

になることを予防するために「介護予防事業」を行っている。この政策においては、要支援や要介護 1 の軽度者は新予防給付の対象とされ、要支援状態になる前の高齢者は地域支援事業の対象とされる。地域支援事業は健康な高齢者も含め高齢者全体の生活機能の維持向上を目的とする一次予防事業(旧一般高齢者施策)と、今後要支援・要介護状態になる恐れのある高齢者対象の二次予防事業(旧特定高齢者施策)に分けられている。これらの事業に関しては、地域包括支援センターが包括的なマネジメントを行っている。

また 2012 年 7 月に発表された健康日本 21(第 2 次)では、2013 年度以降にはこれまでの健康寿命を延伸させるという目標に加えて、「すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」の実現を目指すという方向性が示された。さらに、2014 年 7 月に閣議決定した「健康・医療戦略」においても、最先端の医療技術で健康長寿社会をつくり、2020 年までに健康寿命を 1 歳以上延ばすといった目標が掲げられた。

図 8：平均寿命と健康寿命の差(2010 年)



(図 8：平均寿命は厚生労働省「平成 22 年完全生命表」、健康寿命は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」より筆者作成)

第 4 節 問題意識

前述の通り、近年日本では高齢化が急速に進行しており、特に都市部において問題が深刻化している。都市部では高齢化の進行に伴い、要介護者の増加が見込まれるが、すでに地価が高い等の理由から介護保険施設や介護人材が不足しており、今後多くの要介護者が十分に介護サービスを受けられないことが懸念される。

都市部における高齢化の特徴としては、単身高齢者の増加が挙げられる。単身高齢者の生活環境を見ると、健康に対する不安や生活に対する不満を抱える者が多いことが分かる。また、単身高齢者は同居家族の介護を受けられないため、外部の介護サービスや地域の人を頼みにす

る必要がある。しかし、単身高齢者は貧困率が高いため、介護サービスの供給が不足している都市部において介護を受けられない可能性が高い。それに加えて、都市部では地域のつながりが希薄化しており、地域による高齢者福祉も望めないという問題がある。さらに今後、都市部では地域でのつながりが薄い団塊世代が高齢化するため、地域から孤立する高齢者が増加すると考えられる。

このように、都市部における高齢化は、介護供給の不足・地域のつながりの希薄化による高齢者の孤立といった深刻な問題を孕んでいる。今後は要介護者が増加することはもちろんだが、平均寿命と健康寿命の差の拡大によって、一人ひとりの要介護期間が長期化すると考えられる。そうした状況を鑑みると、介護サービスの拡充を目的とした政策で対応するには限界がある。

そこで、我々は高齢者が主体となって活動し身体的健康を維持するだけでなく、地域社会において満足した生活が送れるようなライフデザインを促進するような政策が重要であると考えた。次章では、高齢者の身体的健康を維持(要介護状態になることを予防)し、生活満足度を向上させる要因を明らかにするため、分析を行う。さらに政策提言においては、「高齢者が身体的健康を維持し、地域社会において豊かな生活を送ることができる社会の実現」というビジョン達成のために、健康寿命を延伸するだけでなく、問題として取り上げた地域のつながりの希薄化を解消することを目指す。

第2章 先行研究・本稿の独自性

第1節 先行研究

第1項 身体的健康に関する先行研究

高齢者の身体的健康や身体機能に関する論文は数多くあるが、そのうち本人の意思等でアプローチ可能な、本人の活動と身体機能の関係について研究した論文を見ていく。ここでは、注目するものが異なる3つの先行研究について紹介する。

まず、角田ら(2010)は、茨城県笠間市の65～85歳の男女189名を対象としたアンケート調査を用い、それまで多くの研究が行われた「身体機能」と「余暇活動」の関係に加え、「身体機能」と家事や仕事等の「非余暇活動」の関係について、共分散分析を行っている。結果としては、余暇活動量が多く身体機能評価項目と関連し、家庭内活動量も下肢機能と有意に関連することが示された。また、身体機能維持には適度な身体活動が重要であると示唆された。

次に、伊藤・近藤(2013)では、介護保険者単位の地域組織参加割合と要支援・要介護認定率の関連性について研究が行われている。分析では、一般高齢者に郵送による調査を行った日本老年学的評価研究(Japan Gerontological Evaluation Study)のデータを用い、被説明変数に「要介護・支援認定率」、説明変数に「地域組織参加率」「居住状態」等を置き、24介護保険者(29市町村)を分析対象とした。ここでは結果として、地域組織参加率が要介護・要支援認定率に負の説明力を持つことが示されている。

最後に、星ら(2010)では、健康三要因「身体要因」「社会要因」「精神要因」の因果関係を明らかにすることを目的に、都市郊外在住8,558人の高齢者を対象とした追跡調査のデータを用い、共分散構造分析を行っている。ここでは、精神的健康や、会話や友人との付き合いを示す社会的健康が3年後の身体的健康に影響を与えることが示されている。

第2節 生活満足度に関する先行研究

高齢者の生活満足度、主観的健康等に関する研究は、ソーシャルキャピタル(以下SCとする)との関係に注目したものが多く、これについても、研究の枠組みのパターンが異なる3つの研究を挙げる。

まず岡本ら(2004)は、それまでの生活満足度や幸福感に関する研究の多くが社会参加の有無といった客観的な指標との関係に注目していたのに対し、宮城県農村部在宅高齢者1,575人を対象とした自己調査により、社会参加に対する「活動意向充足感」という主観的指標が「生活

満足度」に与える影響を分析している。分析において、「活動意向充足感」が「生活満足度」に正に有意との結果が得られたが、活動量ごとの結果を見ると、活動量が少ない層ではその間に有意な関係はなく、ある程度社会参加をしている場合のみ、意向の充足感が生活満足度に影響することが示されている。

次に、市田ら(2005)では、地域要因の SC がその地域に住む個人の「主観的健康感」や「主観的幸福感」に与える影響を示すため、愛知県知多半島の高齢者を対象にした調査を用いて、マルチレベル分析を行っている。ここでは、地域要因と地域在住者の健康との関連を見る場合には、所得や婚姻状態といった個人要因の影響を除去することが必要であると分かった。さらに、SC が地域在住高齢者の精神的健康に好ましい影響を与える可能性が示唆された。

最後に、太田(2014)では、個人レベルの SC が精神状態に与える影響について、男女の影響差にも考慮して研究が行われている。ここでは、東京都 A 市要介護認定の無い 65~80 歳の男女 1,776 名のデータを用い、SC に関する指標と「主観的健康観」「抑うつ状態」の関係について分析された。結果として、SC が「主観的健康」「抑うつ状態」とともに影響を与える（SC が脆弱な場合、精神的健康が下がる）ことが示され、その影響の程度には男女差があると述べられている。

このように、身体的健康や幸福感に関する研究は多くあるが、次にこれらの研究の限界と、それらに対する本稿のアプローチについて述べる。

第 2 節 本稿の独自性

まず、この分野における研究の限界について考えると、因果関係とサンプルの妥当性に対する問題があると言えるだろう。

因果関係については、自身の活動が身体的健康に影響するのではなく、身体的健康が自身の活動に影響するというような逆の因果関係の可能性が除去できておらず、相関関係しか示されていないといった状態が考えられる。実際、先行研究に挙げた研究の中でも、角田ら(2010)で因果関係が示されていないことが、伊藤・近藤(2013)で逆の因果関係の可能性を除去できていないことが、研究の限界として述べられている。

逆の因果関係の除去や精緻な分析を行うため、自主調査を行う論文も多く見られるが、その場合にはサンプルの大きさやその選択方法が問題となる。自主調査の場合、調査対象が限定的になりやすく、分析に用いるサンプルの選択をランダムに行うことが出来ないため、分析の結果が普遍一般的に言える性質か否かには疑問が残る。また、調査対象の大きさが十分ではなく、分析のサンプルが小さくなるという問題もある。これについても、先行研究で挙げた、星ら(2010)、市田ら(2005)、岡本ら(2004)、太田(2014)で課題として言及されている。

これらの課題を受けて、本稿では無作為かつ大規模なデータを用いて、逆の因果関係の可能性を排した分析を行うことを、独自性とする。また、身体機能・幸福感どちらか一方と SC や社会における自身の活動の関係についての研究は存在するが、同一データを用い身体機能・幸福度の両方について分析した例は我々が探した限りでは存在しない。そのため、同一データを用いて身体的健康維持要因、生活満足度向上要因について分析を行ったことも独自性と言える。

第3章 実証分析

第1節 データ

本稿では、SSJDA(東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センター)より「老研ーミシガン大ー東大 全国高齢者パネル調査<Wave5(1999), Wave6(2002)>」の個票データの提供を受け、これを分析に用いることとした。この個票データを用いた理由として、全国の高齢者を対象に追跡調査を行っており、身体的健康と他要因の因果関係を明らかにできるということが挙げられる。

1 調査対象

Wave5 : Wave4(1996)までに調査に1回以上協力した追跡対象者(63歳以上)

Wave5 で新たに抽出した新規標本(70歳以上)

Wave6 : Wave5 までに調査に1回以上協力した追跡対象者(66歳以上)

2 サンプル数

全国の高齢者 2,623 人

<内訳> 前期高齢者 1,670 人、後期高齢者 953 人

有効回答者数は Wave5 では 3,989 人、Wave6 では 3,245 人であったが、そのうち二時点にわたり追跡調査の対象となった者(2,623 人)を分析対象とする。なお、高齢等の理由から代行調査に回答した者もいるが、質問項目が異なるため、分析対象からは外した。

3 調査詳細

<調査方法> 調査票を用いた訪問面接法

<調査期間> Wave5 : 1999 年 10 月 Wave6 : 2002 年 10 月

第2節 分析の枠組み

本稿では上記の個票データを用い、高齢者の身体的健康を維持向上、生活満足度を向上させる要因を明らかにする。前述の先行研究に倣い、説明変数を余暇活動、非余暇活動、運動習

慣、ソーシャルキャピタル、精神的健康の 5 つに分類する。分析を行うにあたっては、すべての説明変数について相関係数を見ることで、多重共線性が存在しないことを確認した。

また分析は高齢者の中でも前期高齢者(65 歳以上～74 歳以上)と後期高齢者(75 歳以上)では結果に違いが出ると考えられるため、1999 年時点を基準に前期後期別に対象を分けて行った。

分析にあたっては、身体的健康・生活満足度ともに被説明変数が 3 以上の質的変数であるため、ロジット分析の中でも選択肢が 3 つ以上で順序のある場合に用いられる順序ロジット分析を採用する。なお、統計ソフトは STATA12.0 を用いた。

分析のフェーズは次の 2 つである。分析①は身体的健康を維持する要因(Wave5 と Wave6 の身体的健康の差)、分析②は生活満足度を向上する要因(Wave6 における生活満足度)である。生活満足度は、前章で述べたような逆の因果関係がほとんどないと考えられるため、一時点のデータを用いることとする。分析①、分析②の記述統計量に関しては表 6(前期高齢者)、表 7(後期高齢者)として文末に記す。

第 3 節 身体的健康を維持向上させる要因 (分析①)

第 1 項 変数の選択

(1)被説明変数

被説明変数には身体的健康を表す指標として、一般的に高齢者の自立度を評価する際に用いられる ADL¹⁸(日常生活動作)、IADL¹⁹(手段的日常生活動作)のそれぞれの合計値を使用する。これらの指標の合計値を用いる手法は、星ら(2012)をはじめとする多くの論文で用いられている。項目は「誰からの助けも借りず行うことが難しいか」という質問に対し、ADL は 6 項目、IADL は 4 項目についてそれぞれ 6 段階で回答するものである。なお、6(わからない)という回答は欠損値として分析からは除いた。本稿では、身体的健康の推移(3 年間にどの程度健康状態が悪化したか)を表すため、2002 年のそれぞれの合計値から 1999 年の合計値を引いた差を被説明変数とする。よって、被説明変数の値が小さいほど、健康が維持(または向上)したことを表す。

ADL(日常生活動作)

【質問】 誰からの助けも借りず行うことは難しいですか	
お風呂に入る	1 ぜんぜん難しくない
衣服を着たり脱いだりする	2 すこし難しい
食べる	3 かなり難しい
寝床から起き上がる、椅子から立ち上がる	4 非常に難しい
外に出かける	5 まったくできない
トイレまで行って用を足す	6 わからない(欠損値)

¹⁸ Activities of Daily Living の略。摂食・着脱衣・排泄・移動等、人間の基本的な日常生活動作を表し、高齢者の介護の必要性の判定指標に用いられる。

¹⁹ Instrumental Activities of Daily Living の略。買い物・電話・外出等、ADL で使用する動作を応用した動作が必要な活動を指す。

IADL(手段的日常生活動作)

【質問】 誰からの助けも借りず行うことは難しいですか	
身の回りの物や薬等の買い物に出かける 電話をかける バスや電車に乗って一人で出かける ちりを払う、ごみを出す等の軽い家事をする	1 ぜんぜん難しくない
	2 すこし難しい
	3 かなり難しい
	4 非常に難しい
	5 まったくできない
	6 わからない(欠損値)

(2)説明変数

①余暇活動

余暇活動要因として「友人と出かける、会う頻度」、「友人と電話で話す頻度」、「過去一年に旅行したか」、「過去一年に趣味稽古をしたか」の4項目を用いる。角田ら(2010)等の数々の先行研究で余暇活動(例：友達の家に行く、旅行する)が身体機能に影響を及ぼすことが示唆されていることから、本分析においても有意な結果が得られると考える。

・余暇活動要因

友人と出かける、会う頻度	1 まったくない 2 一か月に一回より少ない 3 一か月に一回くらい 4 一か月に 2, 3 回 5 一週間に一回くらい 6 一週間に 2 回以上
友人と電話で話す頻度	1 まったくない 2 一週間に一回より少ない 3 一週間に一回くらい 4 一週間に 2, 3 回 5 一日に一回くらい 6 一日に 2 回以上
過去一年に旅行をしたか	1 した
過去一年に趣味稽古をしたか	0 していない

②非余暇活動

非余暇活動要因として「仕事をしているか」「家事をしているか」の2項目を用いる。角田ら(2010)において、身体的健康には余暇活動のみならず非余暇活動(家庭内活動、仕事活動)が影響することが示唆されており、追跡調査を用いた本分析においても有意な結果が得られると考える。

・非余暇活動要因

仕事をしているか	1 している 0 していない
家事をしているか	1 まったくしない 2 年に数回する 3 月に1～3回する 4 週に1～3回する 5 週に4～6回する 6 毎日する

③運動習慣

運動習慣要因としては、「庭仕事をするか」、「体操や運動をするか」、「散歩をするか」の3項目を用いる。一般的に歩行等日常生活における運動が、寝たきりや死亡を防ぐ効果を持つことが示されているため、本分析においても有意な結果が得られると考える。

・運動習慣要因

庭仕事をするか 体操や運動をするか 散歩をするか	1 まったくしない 2 ほとんどしない 3 ときどきする 4 よくする
--------------------------------	--

③ソーシャルキャピタル(SC)

SCにはさまざまな概念が含まれるが、ここでは「平成19年度国民生活白書」に基づき、構成要素をⅠ近隣の付き合い、Ⅱ信頼、Ⅲ社会参加の3つとし、Ⅰ「町内会や自治会の加入」「町内会や自治会の参加頻度」、Ⅱ「近所の人の手伝いをするか」「手助けをしてくれる人がいるか」、Ⅲ「ボランティアをするか」の5項目を用いる。伊藤・近藤(2013)において、地域

の SC 指数が高ければ要介護認定率が低いことが示唆されており、個人レベルの追跡調査を用いた本分析においても有意な結果が得られると考える。

・ソーシャルキャピタル要因

町内会や自治会の加入	1 加入している 2 加入していない
町内会や自治会の参加頻度	1 まったくない 2 一か月に一回より少ない 3 一か月に一回くらい 4 一か月に 2, 3 回 5 一週間に一回くらい 6 一週間に 2 回以上
近所の人の手伝いをするか	1 まったくしていない 2 年に数回する 3 月に 1～3 回する 4 週に 1～3 回する 5 週に 4～6 回する 6 毎日する
手助けをしてくれる人がいるか	1 いる 0 いらない
ボランティアをするか	1 する 0 しない

④精神的健康

精神的健康要因としては、「主観的健康感」、「孤立感を感じるか」、「生きがいがあるか」の 3 項目を用いた。星ら(2010)で精神的健康が 3 年後の身体的健康の基盤となることが示唆されており、本分析においても有意な結果が得られると考えられる。

・精神的健康要因

主観的健康感	1 まったく健康でない 2 あまり健康でない 3 ふつう 4 かなり健康である 5 まったく健康である
--------	---

孤立感を感じるか	1 そう感じることが多い 2 ときどき感じる 3 ほとんど感じない
生きがいがあるか	1 ある 0 ない

⑤コントロール変数

伊藤・近藤(2013)において、単身高齢者割合・高齢者有業率・最終学歴小中学校以下の高齢者割合・所得の4つの変数をコントロール変数として採用している。本分析ではこれ参考に以下の2つの変数を用いることとした。なお、有業率は非余暇活動要因で用いている、最終学歴に関しては調査において該当する項目が無い、という理由から本分析では省いた。

単身世帯ダミー	1 同居人数1人(単身世帯) 0 同居人数1人以上
経済的余裕の程度	1 非常に苦勞している 2 やや苦勞している 3 どちらともいえない 4 あまり苦勞していない 5 まったく苦勞していない

第2項 分析結果

(1)前期高齢者

結果としては、ADL指標に対して「友人と出かける、会う頻度が高い」、IADL指標に対して「友人と電話で話す頻度が高い」「過去一年に趣味稽古を行った」「体操や運動をする」「町内会や自治会の参加頻度が高い」「手助けをしてくれる人がいる」ことがそれぞれ負に有意であった。その他にも、IADL指標に対しては精神的健康要因がすべて負に有意であり、星ら(2010)において「高齢者の身体的健康と社会的健康は、三年前の精神的健康が基盤になって規定される可能性」が示唆されたことと整合している。

また、ADL指標とIADL指標に対してともに負に有意という結果が得られたのは、「仕事をしている」「生きがいがある」ことの2つの要因であった。なお、本分析では二時点の調査におけるADL・IADL指標の差を被説明変数としているため、負に有意という結果は指標の差が小さい、つまり健康が維持(または向上)したことを意味する。

表 2 分析結果(前期高齢者)

前期高齢者	ADL				IADL			
	係数	標準誤差	P 値	有意	係数	標準誤差	P 値	有意
余暇活動								
友人と出かける、会う頻度	-0.107	0.0513	0.037	**	0.0299	0.0491	0.548	
友人と電話で話す頻度	0.0141	0.0611	0.817		-0.1347	0.0615	0.028	**
過去一年に旅行をしたか	0.0814	0.1796	0.65		0.1172	0.1769	0.508	
過去一年に趣味稽古をしたか	-0.0943	0.1659	0.57		-0.4243	0.1504	0.005	***
非余暇活動								
仕事をしているか	-0.3033	0.1838	0.099	*	-0.336	0.183	0.066	*
家事をしているか	-0.0027	0.0461	0.953		-0.0203	0.0452	0.654	
運動習慣								
庭仕事をするか	0.1141	0.0814	0.161		0.023	0.0797	0.773	
体操や運動をするか	-0.1047	0.0791	0.186		-0.1976	0.0781	0.011	**
散歩をするか	0.1299	0.0798	0.104		0.0569	0.0783	0.467	
ソーシャルキャピタル								
町内会や自治会の加入	-0.1826	0.1892	0.334		-0.0033	0.1874	0.986	
町内会や自治会の参加頻度	-0.0137	0.0692	0.843		-0.113	0.0693	0.092	*
近所の人の手伝いをする頻度	-0.2239	0.3285	0.496		-0.104	0.1099	0.344	
手助けをしてくれる人がいるか	-0.2239	0.3285	0.496		-0.6918	0.2884	0.016	**
ボランティア活動をするか	-0.0986	0.1751	0.574		-0.2345	0.1735	0.176	
精神的健康								
主観的健康感	0.0733	0.0913	0.422		-0.2069	0.0899	0.021	**
孤立感	-0.0631	0.0909	0.488		-0.4535	0.1656	0.006	***
生きがいの有無	-0.0049	0.2298	0.091	*	-0.4023	0.2166	0.063	*
その他								
健康への関心	-0.2997	0.2735	0.273		-0.5943	0.2519	0.018	**

(*** 1%有意、** 5%有意、* 10%有意をそれぞれ表す)

(2)後期高齢者

結果としては、ADL 指標に対しては「友人と出かける、会う頻度が高い」「友人と電話する頻度が高い」「手助けをしてくれる人がいる」、IADL 指標に対しては「過去一年に旅行をした」「仕事をしている」「町内会や自治会の参加頻度が高い」ことがそれぞれ負に有意であった。それに加えて前期高齢者と同様に、IADL 指標に対して精神的健康要因の一部が負に有意であった。

また、ADL 指標と IADL 指標に対してともに負に有意な結果が得られたのは、「過去一年に趣味稽古をした」「庭仕事をする」の 2 つの要因であった。

表 3 分析結果(後期高齢者)

後期高齢者	ADL				IADL			
	係数	標準誤差	P 値	有意	係数	標準誤差	P 値	有意
余暇活動								
友人と出かける、会う頻度	-0.1052	0.0460	0.0220	**	-0.0537	0.0416	0.1560	
友人と電話で話す頻度	-0.0998	0.0603	0.0980	*	-0.0202	0.0536	0.7060	
過去一年に旅行をしたか	-0.2437	0.1739	0.1610		-0.4355	0.1586	0.0060	***
過去一年に趣味稽古をしたか	-0.3695	0.1926	0.0550	*	-0.4648	0.1742	0.0080	***
非余暇活動								
仕事をしているか	-0.2307	0.2339	0.3240		-0.5058	0.2174	0.0200	**
家事をしているか	-0.0548	0.0424	0.1970		-0.0203	0.0388	0.6000	
運動習慣								
庭仕事をするか	-0.1654	0.0794	0.0370	**	-0.1225	0.0725	0.0910	*
体操や運動をするか	-0.0760	0.0747	0.3090		-0.0602	0.0673	0.3710	
散歩をするか	-0.1060	0.0762	0.1640		0.0119	0.0694	0.8630	
ソーシャルキャピタル								
町内会や自治会の加入	-0.1957	0.1849	0.2900		-0.2007	0.1679	0.2350	
町内会や自治会の参加頻度	-0.0829	0.0668	0.2140		-0.1671	0.0608	0.0060	***
近所の人の手伝いをする頻度	-0.1149	0.1244	0.3560		-0.1805	0.1117	0.1060	
手助けをしてくれる人がいるか	-0.5646	0.2944	0.0550	*	-0.4291	0.2699	0.1120	
ボランティア活動をするか	-0.2708	0.1788	0.1300		-0.2607	0.1608	0.1050	
精神的健康								
主観的健康感	-0.1365	0.0933	0.1440		-0.3021	0.0844	0.0000	***
孤立感	-0.1260	0.1795	0.4830		-0.2831	0.1613	0.0790	*
生きがいの有無	-0.2762	0.2073	0.1830		-0.2251	0.1870	0.2990	
その他								
健康への関心	-0.1073	0.2610	0.6810		-0.0019	0.2377	0.9940	

(*** 1%有意、** 5%有意、* 10%有意をそれぞれ表す)

第 3 項 考察

本分析によって、上記の要因について負に有意、つまり健康が維持向上するという結果が得られた。仮説については、ほとんどの要因に関して支持されたが、一般的に身体的健康を増進させると言われる運動習慣に関しては、一部の項目を除き関連性が見られなかった。一方、余暇活動・ソーシャルキャピタル・精神的健康要因については前期後期ともに身体的健康との関連が示された。ここから、高齢者においては単に体を動かすことだけでなく、人とのかかわりの中で豊かな生活を送ることが身体的健康につながるのではないかと考えられる。

第 4 節 生活満足度を向上させる要因（分析②）

ここでは前節における分析で、身体的健康の維持向上に有意であった要因が高齢者の生活満足度をも向上させるかを検証したい。

第 1 項 変数の選択

(1)被説明変数

被説明変数には生活満足度を表す指標として、「全般的に自分の生活にどのくらい満足していますか」という質問に対して、6 段階で回答する項目を用いる。なお、6(わからない)という回答は欠損値として扱った。ここでは、被説明変数の値が大きいほど生活満足度が向上することを示す。

【質問】 全体として、自分の生活にどれくらい満足していますか	
生活満足度	1 全く満足していない
	2 あまり満足していない
	3 どちらでもない
	4 まあまあ満足している
	5 非常に満足している
	6 わからない (欠損値)

(2)説明変数

主に第 3 節の分析で用いた説明変数を用いる(変数の詳細は前節を参照)。

太田(2014)において、老研式活動能力指標・経済的暮らし向き・教育年数・婚姻状況等をコントロール変数として採用しており、結果として男女で主観的健康感に関連する要因が異なることが示されている。これを参考に、本分析では以下の 4 つの変数をコントロール変数として用いることとした。教育年数に関しては分析①同様、質問項目に無いため省いた。

- ・ 男性ダミー：1=男性、0=女性
- ・ 結婚ダミー：1=結婚、0=未婚・離婚・死別
- ・ 経済的余裕の程度：1=非常に苦勞している～5=まったく苦勞していない(分析①に同じ)
- ・ ADL 指標：6 項目の合計値 1=ぜんぜん難しくない～5=まったくできない(分析①に同じ)

第 2 項 分析結果

分析結果は以下の通りである(表 4 参照)。前節で行った分析で用いたほとんどの変数において、生活満足度に対して正に有意な結果が得られた。非余暇活動要因の一つである「家事をしている」ことについては、前期後期ともに有意な結果は得られず、生活満足度との関連性は示

されなかった。また、生活満足度を向上させる要因については身体的健康を維持向上する要因とは異なり、前期高齢者と後期高齢者の間に大きな差が見られなかった。

表 4 分析結果(前期高齢者及び後期高齢者)

	前期高齢者				後期高齢者			
	係数	標準誤差	P 値	有意	係数	標準誤差	P 値	有意
余暇活動								
友人と出かける、会う頻度	0.197	0.034	0.000	***	0.157	0.043	0.000	***
友人と電話で話す頻度	0.210	0.041	0.000	***	0.109	0.054	0.042	**
過去一年に旅行をしたか	0.558	0.122	0.000	***	0.446	0.164	0.006	***
過去一年に趣味稽古をしたか	0.509	0.120	0.000	***	0.390	0.176	0.027	**
非余暇活動								
仕事をしているか	0.353	0.122	0.004	***	0.766	0.217	0.000	***
家事をしているか	0.032	0.033	0.332		-0.063	0.039	0.112	
運動習慣								
庭仕事をするか	0.182	0.054	0.001	***	0.224	0.076	0.003	***
体操や運動をするか	0.285	0.053	0.000	***	0.252	0.071	0.000	***
散歩をするか	0.227	0.053	0.000	***	0.224	0.073	0.002	***
ソーシャルキャピタル								
町内会や自治会の加入	0.307	0.126	0.015	**	-0.096	0.167	0.564	
町内会や自治会の参加頻度	0.202	0.044	0.000	***	0.182	0.060	0.003	***
近所の人の手伝いをする頻度	0.269	0.071	0.000	***	0.241	0.114	0.034	**
手助けをしてくれる人がいるか	1.487	0.214	0.000	***	1.001	0.281	0.000	***
ボランティア活動をするか	0.727	0.122	0.000	***	0.309	0.164	0.059	*
精神的健康								
孤立感	-0.631	0.124	0.000	***	-1.021	0.169	0.000	***
生きがいの有無	1.750	0.165	0.000	***	1.337	0.212	0.000	***
その他								
健康への関心	0.481	0.180	0.007	***	0.001	0.232	0.998	

(*** 1%有意、** 5%有意、* 10%有意をそれぞれ表す)

第 3 項 考察

本分析によって、上記の要因について正に有意、つまり生活満足度を向上させるという結果が得られた。唯一「家事をする」は生活満足度と関連性が見られなかったが、その一方、家事と同じく非余暇活動に分類される「仕事をしている」ことについては、前期後期ともに正に有意な結果が得られ、生活満足度を向上させることが示唆された。ここから、高齢者が精神的に豊かな生活を送るためには、余暇活動でなくとも社会に参加することが重要だと考えられる。

第5節 分析結果のまとめ

本節では、前章までの分析で得られた結果についてまとめる。

前節では、身体的健康を維持向上させる要因を明らかにし、さらにそれらの要因が生活満足度を向上させるのかを確認するため、①身体的健康を維持向上させる要因について、②生活満足度を向上させる要因について、前期高齢者と後期高齢者に分けて分析を行った。表 5 は分析結果をまとめたものである。

分析①では、ADL 及び IADL 指標を被説明変数とした。前期高齢者を対象とした分析では両指標において負に有意、つまり身体的健康を悪化させないという結果が得られたのは、「仕事をしている」「生きがいがある」ことであった。一方、後期高齢者を対象とした分析では、「過去一年に趣味稽古をした」「庭仕事をする」ことがそれぞれ負に有意であった。また前期高齢者と後期高齢者ともに、ADL・IADL どちらか一方の指標においては、余暇活動や SC、精神的健康に関する変数についても負に有意な結果が得られた。

分析②では、生活満足度を被説明変数とした。前期高齢者と後期高齢者のどちらにおいてもほとんどの説明変数で正に有意な結果、つまり生活満足度を向上させるという結果が得られ、分析①で身体的健康を維持向上させることが示唆された要因についても、生活満足度を向上させるということが確認できた。

表 5 身体的健康を維持向上、生活満足度を向上させる要因

分析対象	有意に効いた説明変数
前期高齢者(65 歳～74 歳)	・ 仕事をしている ・ 生きがいがある
後期高齢者(75 歳～)	・ 過去一年に趣味稽古をした ・ 庭仕事をする

第4章 政策提言

第1節 政策提言の方向性

前章の分析から、表 5 に示したような結果が得られた。この結果から、「高齢者が身体的健康を維持し、地域社会において豊かな生活を送ることができる社会の実現」というビジョン達成に向けた政策を提言する。

一概に高齢者の生活を豊かにするといっても、都市部と地方とでは政策の方向性が大きく異なると考えられる。例えば、地方では高齢者の外出を促すために交通手段を整えるといったような政策が考えられる一方、都市部ではすでに高齢者が集住しているため、コミュニティを活性化させるといった政策が考えられる。そこで本稿では、現状分析でも述べたように高齢者人口が急増している都市部に着目することにした。

我々が提言する政策は、「就労機会の充実化」と「市民農園の開設促進・環境整備」の 2 つである。これらの政策によって、健康寿命の延伸だけでなく、問題意識で述べたような地域におけるつながりの希薄化という問題を解消したいと考える。さらに、この 2 つの政策に加えて、政策をより多くの高齢者に周知する手段についても提言を行った。本章ではこれらの政策内容、その効果と実現可能性について検証していく。

第2節 就労機会の充実化

前章の分析から、前期高齢者では「仕事をしている」「生きがいがある」ことが身体的健康を維持向上させ、生活満足度も向上させるということが分かった。また、我々は地域でのつながりの希薄化という問題意識を持っている。そこで本稿では、単に高齢者が就労を通じて健康を維持するだけでなく、就労の場以外でも高齢者同士がつながりを持つ機会を提供することによって、地域のつながりの希薄化といった問題を解決する政策を提言する。

第1項 提言内容

(1) 高齢者の就労の現状と課題

まず高齢者の就労に関する現状を確認する。高齢者の就業に対する意欲²⁰を見ると、団塊世代を含む 60～64 歳では、仕事をしている人のうち 56.7%が 65 歳以降も「仕事をしたい」と考

²⁰ 平成 22 年度厚生労働省「中高年者縦断調査」

えており、「仕事をしたくない」人(16.6%)を大きく上回っている。60～64歳の全体で見ても、65歳以降に「仕事をしたい」人は44.0%で、「仕事をしたくない」人(31.4%)を上回っており、現在の65～69歳の就業率(36.3%)と比べても高い割合となっている。また、「仕事を選ぶに当たって重視する条件」について尋ねた意識調査²¹によると、60歳以上では「体力的に軽い仕事であること」が37.8%と最も高く、「経験が生かせること」が35.9%、「収入(賃金)」と「勤務時間」がともに29.4%等の順になっている。高齢者は健康状態や職業経験等の個人差が大きく、家族の介護を要するか否か等家庭の状況や経済状況等も異なっていることから、その就労や社会参加のニーズは多様である。以上より、高齢者の就労意欲は増加傾向にあり、そのニーズは多様であることが分かる。

一方、地域課題に関連する事業においては、フルタイムで働く現役世代とは違った、補助的・一時的なサービスを行う人材が必要とされている。例えば、介護の現場では人材が不足しているため、資格が必要ではない食事のサポートや送迎等の補助的なサービスを行う人材が求められている。また、共働き世帯や母子・父子家庭の増加により、学童保育や子どもの送迎等のサポートに対するニーズも高まっている。

次に、これらの現状に対する課題を検討する。現在、高齢者の就労意識の変化や補助的な人材へのニーズに対応できていない原因として、高齢者に就労の機会を提供するための中間組織が機能していないことが挙げられる。定年経験者に定年到達時、仕事が最終的にどうなったのか尋ねたところ、「定年を迎えた会社等で引き続き雇用されて働いた」(28.5%)、「自分で次の雇用先を探して就職した」(20.9%)に対し、「シルバー人材センター等で働くことにした」が4.2%と非常に低くなっており²²、中間組織が活用されていないことが分かる。このことから中間組織を強化、活性化させることが課題であると言える。

(2)提言内容

以上で確認した「ニーズの多様化によるマッチングの困難さ」、「中間組織の未活用」という課題を解決し、それに加えて、現状分析で述べた地域のつながりの希薄化を解消する政策を提言する。就労機会の充実化を目的とした、①中間組織の改善、地域のつながりの強化を目的とした、②定期的なワークショップやセミナー等の開催である。

一つ目の政策として、中間組織の改善を提言する。前述の通り高齢者の就労ニーズの変化に対して、中間組織が十分に機能しておらず、高齢者に就労の機会が提供されていない。そこで、中間組織の機能を強化することで、セカンドライフをコーディネートする中間組織としての役割を確立し、高齢者のセカンドライフをより充実したものにする。ここで、「就労」ではなく「セカンドライフ」と述べたのは、就労に際して収入ではなく、経験を生かすといった目的を持つ高齢者も多く、必ずしも就労に留まるべきでないと考えたからである。中間組織は民間事業者と連携すると同時に、NPOやボランティア団体との連携を行うことで、それぞれのニーズに合った活動の場を提供する。

さらに中間組織の運営に際しては、高齢者同士のワークシェアリングを徹底する。この理由は、高齢者の健康状態も多様で、高齢者の負担を極力軽減すべきだと考えたからである。また事業内容に関しては、民間事業会社における一般的な派遣業務のみを紹介するのではなく、共働き世帯の増加や高齢者の孤立等の地域の課題に関する事業を紹介することで、地域課題の解

²¹ 平成23年度内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」

²² 平成24年度独立行政法人 労働政策研究・研修機構「高齢者の継続雇用など、就業実態に関する調査」

決を図る。例えば、共働き世帯の増加であれば学童での就労、高齢者の孤立であれば介護や配食サービスでの就労といった事業内容を想定している。

二つ目の政策として、定期的なワークショップやセミナー等の開催を提案する。我々は地域でのつながりの希薄化という問題意識を持っており、一つ目の政策提言のみでは、高齢者のつながりを強化できるとは考えにくい。その原因として、①事業内容によって共に働く高齢者の数や労働時間の長さ、業務内での関わりの強さも異なるから、②就労は一過性のものであり、つながりを作ることを目的としていないので、十分な関係を構築できない可能性があるから、という 2 つの理由が挙げられる。そこで本稿では、就労とは別に、定期的なワークショップやセミナー等のイベントを開催し、就労中での気付きや学び、中間組織や勤務先に対する改善点の共有等を行うことで、広く高齢者同士のつながりを生み出すことを提案する。ここでは主に地方自治体が開催することを想定している。

第 2 項 政策の効果

本項では、先に提案した政策によって得られる効果を述べる。

分析の結果として、前期高齢者に関して、「仕事」と「生きがい」という 2 つの要素が身体的健康を維持向上させ、生活満足度を向上させることが分かった。それをもとに、高齢者に就労の機会を提供するために 2 つの政策を提言した。

まず、就労機会の充実化により「仕事」をする高齢者が増えることは明らかである。また、「生きがい」に関してだが、多様化するニーズに合った就労の機会を提供すること、また、労働以外の場所で高齢者同士のつながりを生むことから、「生きがい」という要素も満たしていると言える。このことから、身体的健康や生活満足度の向上が達成されると考えられる。また、二つ目のつながり作りを目的とした政策により、都市部において希薄化している地域コミュニティの活性化にも寄与する。

さらに、本政策により副次的に生じる効果も多い。高齢者の健康維持が達成されることで、医療費の削減することが可能である。また、就労政策における学童や託児所、高齢者への見守りや配食を通じて、共働き家庭における児童の放課後の安全確保や待機児童の削減、在宅高齢者の孤独感の緩和等、地域の課題解決が見込まれる。

第 3 項 実現可能性

本項では、先に提案した政策の実現可能性について説明する。

就労促進の先行事例としては、柏市の「長寿社会のまちづくり」における「高齢者の生きがい就労」が挙げられる。「長寿社会のまちづくり」とは柏市・東京大学・UR 都市機構の 3 者が共同で行っているプロジェクトで、高齢者が安心して元気に暮らすことが出来るまちづくりが行われている。そして、その一環として高齢者の生きがい就労の創成に取り組んでいる。就労までのプロセスは、①就労希望高齢者の募集、②就労セミナー開催、③各事業者で就労、という流れになっている。「生きがい就労」で取り扱っている事業は、農業・生活支援・育児・地域の食の 4 分野 8 事業が対象となっている。②の就労セミナーに参加した人数は、平成 23 年 11 月～平成 25 年 3 月の計 7 回で 557 名にも上り、2013 年 7 月時点では 180 名の高齢者が就労している。いずれの事業も地域課題に根ざした事業であり、双方(事業主・高齢者)のニー

ズが合致している。また、実際に就労した高齢者は、週 2 日程度の就労にも関わらず、就労前に比べ、就労後の出勤日・休日の運動強度・消費カロリー・歩数全ての数値が上昇していた。このことから、「生きがい就労」における成果は確かなものであると言える。また、「生きがい就労」の一般化におけるポイントとして、「①中間組織の存在（ニーズの掘り起こしやマッチング）」、「②ワークシェアリングの徹底」が挙げられており、我々の提言した政策はこのポイントを抑えていることから、実現可能性があると言える。

第 3 節 市民農園の開設促進・環境整備

前章の分析から、後期高齢者では「趣味稽古をした」「庭仕事をする」ことが身体的健康を維持向上させ、生活満足度も向上させるということが分かった。ここでは前節の提言と同様に、これらの要素に加え、地域のつながりの希薄化を解消することを目的に、市民農園の開設促進・環境整備に関する政策を提言する。

分析によって後期高齢者の身体的健康と生活満足度には「庭仕事」が好影響を与えることが分かった。それに加えて、園芸活動と身体的・精神的健康の関連については、様々な医学的な論文で「園芸療法」として効果が示されている。このように園芸活動は高齢者の健康向上に有効だと考えられるが、都市部ではマンションや団地に住む住民が多く、家庭に庭を持たない高齢者も多い。そこで、我々は市民農園を活用することで高齢者に園芸活動の場を提供することとした。

第 1 項 提言内容

市民農園とは、「都市住民のレクリエーションとしての自家用野菜・花の栽培、高齢者の生きがいづくり、生徒・児童の体験学習等の多様な目的で、小面積の農地を利用して野菜や花を育てるための農園」のことである。このように市民農園は一般市民に広く開かれているが、その利用者²³を見ると東京・千葉・神奈川において 60 歳以上が約 80%、50 歳以上が 90%以上を占めており、シニア世代を中心に利用されていることが分かる。

また市民農園の制度を見ると、市民農園の開設方法は貸し農園タイプ(特定農地貸付方式)と農園利用タイプ(農園利用方式)の 2 つに分類される。農園利用タイプは、農地所有者が農地経営の一環として開設するものであり、農家しか開設することができない。一方、貸し農園タイプは、農地の貸付けに関する特例制度(特定農地貸付法)を活用した市民農園であり、地方公共団体、農業協同組合、NPO 法人、企業、個人等様々なアクターが開設できる。また、市民農園は自宅から通って利用する日帰り型と、農村に滞在しながら農園を利用する滞在型の 2 つに分けられる。我々は様々なアクターに開設を促進でき、さらに遠出が難しい高齢者が利用しやすいよう、貸し農園タイプの日帰り型市民農園を主として政策を提言する。

(1)市民農園の現状と課題

次に市民農園の抱える課題について述べる。市民農園の課題は、開設と管理の二段階に分け

²³ 平成 17 年関東農政局「市民農園開設状況調査」

ることができ、主に以下の 4 つが考えられる。開設については、①供給不足と②開設を阻害する情報不足が、管理については、③農園の管理不足と④情報一括管理の未実施が挙げられる。

まず、一つ目の問題は供給不足である。市民農園の応募率²⁴は全国で 125%であり、特に都市部では、東京都 23 区で 264%、神奈川県川崎市で 451%、大阪市でも 273%と高い。このことから、特に都市部で市民農園の需要が高いが十分に供給されていないと言える。全国の市民農園数は 2012 年度に 4,092 となったが、2008 年度から 2010 年度にかけては、年に約 200 開設された一方、2011 年度から 2012 年度にかけては年に約 150 に留まり、増加数は約 25%減少している。このように応募数が高い一方、市民農園の開設増加数が減少しているということから将来においても供給不足は続くと考えられる。また前述のように、都市部において市民農園はシニア世代の需要が高いため、高齢者の増加に伴って市民農園の人気は高まり、利用したくてもできない高齢者が増加すると考えられる。

二つ目の問題は、空き地所有者への情報不足である。近年、全国で空き地や放棄地の問題が取り上げられているが、東京 23 区にも 1,668ha(東京ドーム約 355 個分)の未利用地²⁵があり、都市部にも空き地が存在していることが分かる。空き地所有には住宅を所有する場合に比べて土地に対する固定資産税が約 6 倍になり、年数回雑草を処理する必要がある等、多大な費用を負担する必要がある。一方国土交通省によると、市民農園開設を目的に、市民農園への固定資産税や都市計画税の減免が行われている。これらの市民農園に関する税制度があるにも関わらず、我々が調べた限りでは、税減免を通して市民農園開設を促すようなホームページ等は少なかった。ここから、多くの空き地がある一方、市民農園に関する税制度を利用し開設する人が少ない主因は、情報不足にあると考えられる。

三つ目の問題は、農園の管理不足である。市民農園開設主体別アンケート²⁶によると、市民農園の課題として「利用者の管理が不十分(マナーが悪い)」が 19%と最も高く、次いで「農園の廃棄物の処理」が 13%となっている。これらの原因としては、適切に管理を行うためのノウハウを持っていない農業初心者が農地を放棄してしまうといったことが指摘されている。

最後に四つ目の問題は、情報一括管理の未実施である。前述のように、市民農園は地方公共団体だけでなく様々なアクターによって開設されているが、それが原因で情報の一括管理がなされていない。したがって、需要が供給を上回っているにも関わらず、市民農園を利用したい人が適切な農園を見つけることは難しく、待機登録もできないというのが現状である。

(2)提言内容

以上で確認した「供給不足」、「開設を阻害する情報不足」、「農園の管理不足」、「情報一括管理の未実施」といった課題を解決し、それに加えて、地域のつながりの希薄化を解消するため 4 つの政策を提言する。市民農園の開設促進を目的とした、①ガイドラインの作成、市民農園の環境整備を目的とした、②栽培指導員による管理の促進と③情報一括管理が可能な登録制度の設立、地域のつながり強化を目的とした、④市民農園間のイベント等の実施である。

一つ目の政策として、開設を阻害していた情報不足を解消することを目的に市民農園開設のガイドライン作成を提言する。ガイドラインには、市民農園開設によって得られる固定資産税の減免や、管理費用の補助等のメリットを記載する。それに加え、市民農園の開設方法を分か

²⁴ 平成 23 年 3 月農林水産省都市農村交流課 調べ

²⁵ 平成 23 年東京都都市整備局「土地利用調査」

²⁶ 平成 17 年関東農政局「市民農園開設状況調査」

りやすく記載することで、空き地の所有者に開設の動機づけを行うことができると考えられる。そのガイドラインは地方自治体のホームページで広く公開する。

二つ目の政策として、農園の管理不全を解消するため、栽培指導員による管理の促進を提言する。栽培指導員は農業初心者に対する初期講習や農園の見回り、利用者からの相談を受ける役割を担う。現在、一部の行政や企業が運営する市民農園では栽培指導員が常駐しているが、個人が開設した市民農園等管理が困難なものに関しては、指導員を設けることが難しいと考えられる。そこで、地方公共団体が栽培指導員を紹介するとともに、市民農園の資金規模に応じて、必要な場合は指導員の賃金の一部を補助する。これによって、農業初心者の高齢者が快適に市民農園を利用できるようになるとともに、運営側の農園管理の負担を軽減することにもつながる。

三つ目の政策として、情報一括管理が可能な登録制度の設立を提言する。課題の四つ目で述べたように、市民農園は様々なアクターによって開設されているため、情報の一括管理がなされていないという現状がある。そこで、地方自治体が市民農園に関する情報を一括管理し、利用者の待機登録ができる制度を確立する。それによって、それぞれのニーズに合った市民農園を探すことができ、行政以外のアクターが運営する市民農園も安心して利用できる体制をつくる。

四つ目の政策として、地域のつながりを強化することを目的に、市民農園間の懇親会・イベント等の実施を提言する。我々は現状分析で述べたように、都市部における地域のつながりの希薄化を問題意識の一つとしている。現状では、市民農園内では利用者がお互いを知り、コミュニティを形成できる一方、農園を超えた人々とのつながりを持つ機会がなく、つながりが農園内で留まっている。そこで、近隣の市民農園利用者での懇親会や、保育園児を対象とした収穫体験イベントを通して、より強固なコミュニティの形成を促す。それによって、市民農園利用者がその地域の中心となってコミュニティを形成し、つながりの希薄化を解消する体制作りが可能になる。

第2項 政策の効果

本項では、先に提案した4つの政策提言によって得られる効果を述べる。

分析の結果として、後期高齢者に関して「庭仕事」と「趣味稽古」という2つの要素が身体的健康を維持向上させ、生活満足度を向上させることが分かった。これに基づき、より多くの高齢者が快適に園芸活動を行える環境をつくるため4つの政策を提言した。

前述の通り、市民農園は高齢者の需要が高く利用できない人が多いことから、開設を促進することによって、より多くの高齢者に園芸活動を行う場を提供することができる。園芸活動は体を動かす機会になるだけでなく、それ自体が「趣味」になると考えられるため、身体的健康や生活満足度の向上を達成できる。さらに、市民農園間での食事会やイベントによってコミュニティの活性化にも寄与する。

また高齢者への直接的な効果だけでなく、副次的な効果も期待できる。栽培指導員に関しては、前節の提言と組み合わせることで、高齢者に就労の場を提供することができるため、利用者以外の高齢者へも効果を与えることができる。また、市民農園開設促進によって都市部での放棄地や空き地の問題の深刻化を防ぎ、防災にもつながると考えられる。さらに、高齢者の健

康を維持向上することで、医療費の削減も期待できる。

第3項 実現可能性

ここでは、先に提案した政策の実現可能性について述べる。

ガイドライン作成に関しては、すでに静岡県掛川市等市民農園の開設・運営に関するガイドラインを作成している地方公共団体があり、コストも低いことから可能だと考えられる。

栽培指導員に関しては、高齢者人材を活用することで雇用に大きなコストはかからない。さらに紹介に際しては、前節で述べた中間組織を活用できる。また地方公共団体による補助金に関しては、長期的に見ると高齢者の健康を維持向上させることで、国が約 65%、地方公共団体が約 35%負担する医療費の一部を削減できるため、実現可能だと考えられる。

情報一括管理が可能な登録制度の設立に関しては、賃貸住宅に用いられる、賃貸住宅管理業者登録制度等がすでに存在し機能している。市民農園に関しても、住宅と同様の制度を設立することで情報一括管理、登録制度ともに実現することは可能である。

市民農園のイベント等の実施に関しては、一部の老人クラブで利用者による収穫祭や懇親会に加え、近隣の保育園の園児に野菜の栽培方法を教えるといったイベントが行われており、地域交流の場となっている。したがって、市民農園を中心としたイベントの開催も実現可能であると考えられる。

第4節 政策の広報・周知

これまで「就労機会の充実化」と「市民農園の開設促進・環境整備」という大きく分けて 2 つの政策を提言してきたが、実際にその政策をより多くの高齢者に広く伝達しなければ、利用してもらうことができない。そこで本節では、より多くの高齢者に政策を周知するための手段を述べる。

第1項 提言内容

(1)社会参加の現状と課題

今後高齢化する団塊世代には、地域のつながりが薄い人も多く、特に男性は退職後に社会参加のきっかけを掴めず、閉じこもりになることが懸念されている。現在就労している 50、60 代の社会参加の状況²⁷を見てみると、「参加している(していた)活動がある」人は 21.6%、「参加している(していた)活動はないが、将来的には参加しようと思っている」人は 27.9%に対して、「参加している活動はなく、今後も参加する意思はない」人は 50.5%であった。

すでに、社会参加のための講座等が地域において行われているため、参加しているまたは参加意欲がある人は自ら積極的に地域活動に参加すると考えられる。一方、参加意欲がない人は退職後に家に閉じこもり、健康状態が悪化する可能性があるため、このような人に社会参加を

²⁷ 平成 26 年東京大学高齢社会総合研究機構「高齢者の社会参加の実態とニーズを踏まえた社会参加促進策の開発と社会参加効果の実証に関する調査研究事業報告書」

促すことが必要である。上で述べた調査で、「参加している活動はなく、今後も参加する意思はない」と回答した約半数の人にその理由を尋ねると、「地域活動に魅力や必要性を感じないため」(42.7%)が最も多く、「地域活動の情報がないため」と回答した人も 15.9%いた。ここから、より多くの高齢者に社会参加を促すためには、地域活動の魅力や必要性を知らせることが重要だと考えられる。

(2)提言内容

以上を踏まえ、周知手段として①郵送でのアプローチ、②企業でのアプローチの 2 つの政策を提言する。

一つ目の政策として、郵送でのアプローチを提言する。具体的には年金関係書類を利用した告知と地方自治体の広報誌を用いた広報である。現在、年金の受給権が発生する人に対して、その 3 か月前に、日本年金機構から「年金請求書(事前送付用)」及びリーフレット「年金を請求されるみなさまへ」が送付される。その際にセカンドライフについて考えることを勧める旨のチラシやリーフレットを同封し、その中で退職後の社会参加の機会を紹介する。また地方自治体が発行している広報誌の中で、実際に就労している人や市民農園を利用している人の様子を紹介する記事を掲載する。

二つ目の政策として、企業へのセカンドライフに関する CSR 活動の奨励を提案する。退職前の従業員を対象に、企業が CSR 活動としてセカンドライフについて考えるセミナーやワークショップ等を開催し、退職後の生活について考える機会を提供することを奨励する。

第 2 項 政策の効果

本項では、先に提案した政策によって得られる効果を述べる。

年金を利用した広報は、公的年金加入者数が 2012 年度末で 6,736 万人にも上ることから、広く国民に情報を伝達することが可能である。地方自治体の広報誌を用いた広報については、定期的に発刊される媒体を利用するため、他の提言とは異なり継続的な告知が可能となる。また、郵送を利用した 2 つの広報について共通して言える効果として、家に閉じこもりがちな人に対しても情報伝達が可能だということが挙げられる。

CSR の奨励については、退職前の人に企業側から直接アプローチすることができるので、退職後の人生について当事者意識を持って考えることが出来る。さらにセカンドライフに関する CSR を大企業から中小企業まで幅広く奨励することによって CSR 活動の活性化も期待できる。

第 3 項 実現可能性

本項では前述した政策の実現可能性を述べる。

まずは郵送を利用した政策について見ていく。年金を利用した広報については、事前送付の際に封筒が使用されているため、同封して送付することは容易である。また、地方自治体の広報誌についてだが、既存の冊子を利用することから、実現可能性は高いと判断できる。また、広報誌の定期的な発行に伴うコンテンツの更新については、前述の通り、参加者の体験談や就労先や農園の様子を紹介すれば可能である。

次に、CSR 活動の奨励について述べる。我が国の企業経営者の CSR に対する意識²⁸を見ると、「社会的課題の解決に向けて企業は役割を果たすべき」と考える経営者は 86%に達することから、CSR 活動に対する関心は高いと言える。一方で 2013 年にさいたま市が「CSR チェックリスト～中小企業のための CSR 読本～」を作成する等、一部の大企業を除いてはまだ CSR 活動は普及段階にあると言える。そこで、国がガイドライン等を通して、CSR 活動の一つの方法としてセカンドライフ支援を奨励することにより、CSR 活動に関心があるもののその活動内容を決め兼ねている企業の一助になると言える。主な理由としては、方向性を指し示すという他に、セカンドライフ支援は費用のかからない、又は比較的少額で済む CSR 活動であることが挙げられる。また、CSR 活動としてセカンドライフ支援を行う妥当性についてだが、CSR 活動として既にセカンドライフ支援を行っている企業が見受けられることから妥当であると判断できる。

²⁸ 平成 22 年度経済同友会「企業の社会的責任(CSR)に関する経営者意識調査」

おわりに

本稿では、「高齢者が身体的健康を維持し、地域社会において豊かな生活を送ることができる社会の実現」というビジョン実現のために、高齢者の身体的健康や生活満足度に影響する要因を分析した。その結果に基づき、「就労機会の充実化」と「市民農園の開設促進・環境整備」に関する提言を行った。また 2 つの提言に加え、より多くの高齢者に政策を周知させる方法にも言及した。

しかし、本稿には次のような課題が残されている。一つ目に本稿で用いたデータは、全国の高齢者を対象に面接を行っており、サンプル数も多いという大きな利点はあったが、10 年以上前に行われた調査であり、現在の高齢者の状況を十分に表しているとは言えないということである。まだ公開はされていないが、我々が用いたデータに続いて 2006 年と 2012 年に同調査が行われており、今後はこれらの調査もあわせて分析を行うことで、より詳細な知見が得られると考えられる。二つ目は提言した政策の効果を定量的に示すことができなかったということである。高齢者の健康状態は、我々の分析で使用可能な要因以外にも持病や遺伝等の多くの要因に影響を受けるという性質上、提言した政策によってどれほど効果が得られるのかというエビデンスを明らかにすることができなかった。健康に与える効果が分かれば、政策によってどの程度社会保障費が削減されるかといったコスト面のシミュレーションを行い、政策の実現可能性をより明確にできたと考えられる。

資金が限られている以上、それを有効に活用し、高齢者の健康維持に寄与するだけでなく費用対効果の面でも優れた対策を目指すべきである。今後、提言した政策が高齢者の健康維持にもたらす効果を明確にするような研究が実施されることを望む。

最後に、我々の提言が都市部の課題を解決し、高齢者が健康で豊かな生活を送れる社会実現の一助となることを願って、本稿を締めくくる。

先行研究・参考文献・データ出典

【先行研究】

- ・角田憲治、辻大士、尹智暎、村木敏明 (2010)
「地域在住高齢者の余暇活動量、家庭内活動量、仕事関連活動量と身体機能との関連性」
『日老医誌』 第 47 巻 592-600

- ・伊藤大介、近藤克則 (2013)
「要支援・介護認定率とソーシャルキャピタル指標としての地域組織への参加割合の関連－JAGES プロジェクトによる介護保険者単位の分析－」 『社会福祉学』 第 54 巻第 2 号

- ・星旦二、中山直子、井上直子ら (2010)
「都市郊外在住高齢者の身体的、精神的、社会的健康の経年変化とその因果関係」
『日健教誌』 第 18 巻第 2 号 103-114

- ・岡本秀明、岡田進一、白澤政和 (2005)
「農村部における高齢者の社会活動と生活満足度との関連－社会活動に対する参加意向に着目して－」 『社会福祉学』 第 46 巻第 1 号

- ・市田行信、吉川郷主、平井寛ら (2007) 「マルチレベル分析による高齢者の健康とソーシャルキャピタルに関する研究」 『農村計画論文集』 第 7 集

- ・太田ひろみ (2014) 「個人レベルのソーシャルキャピタルと高齢者の主観的健康感と抑うつとの関連-男女別の検討-」 『日本公衆衛生雑誌』 第 61 巻第 2 号

- ・星旦二、高城智圭、井上直子ら (2012)
「都市在宅高齢者における社会経済的要因と健康三要因との因果構造」
『日健教誌』 第 20 巻第 3 号 159-170

- ・安村誠司 (2006)
「新しい介護保険制度における閉じこもり予防・支援」 『老年社会科学』 第 27 巻第 4 号

【参考文献・HP】

- ・首相官邸「健康・医療戦略 平成 26 年 7 月 22 日閣議決定」 2014/10/21 アクセス
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryousuisin/ketteisiryoudai2/siryou1.pdf>
- ・厚生労働省「平均寿命と健康寿命を見る」 2014/10/21 アクセス
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/chiiki-gyousei_03_02.pdf
- ・内閣府「平成 26 年度版 高齢社会白書」
- ・内閣府「平成 19 年度版 国民生活白書」
- ・厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会「健康日本 21(第 2 次)の推進に関する参考資料」
- ・読売オンライン 2014/10/15「介護分野の人手不足解消へ資格要件を緩和」 2014/10/19 アクセス
<http://www.yomiuri.co.jp/politics/20141014-OYT1T50114.html>
- ・内閣府男女共同参画局「平成 22 年度男女共同参画白書(概要版)」 2014/10/29 アクセス
http://www.gender.go.jp/whitepaper/h22/gaiyou/html/honpen/b1_s05.html
- ・厚生労働省社会保障審議会介護保険部「第 54 回審議会参考資料」、「介護保険制度の見直しに関する意見」
- ・厚生労働省老健局総務課「都市部の高齢化対策に関する検討会報告書」
- ・千葉県柏市保健福祉部福祉政策室「柏市における長寿社会のまちづくり」 2014/10/26 アクセス
http://www.maff.go.jp/j/keikaku/pdf/nousagyou_jirei2.pdf
- ・柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会 2013/3/29「自治体も関与した高齢者の就労支援の取組状況と今後の展望について」 2014/10/26 アクセス
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yrrs-att/2r9852000002yrwb.pdf>
- ・農林水産省「市民農園の新時代！」 2014/10/26 アクセス
<http://www.maff.go.jp/kanto/kihon/kikaku/jyousei/17jousei/pdf/tokushiyu-1-2.pdf>
- ・農林水産省「市民農園とは？」 2014/10/21 アクセス
http://www.maff.go.jp/j/nousin/nougyou/simin_noen/s_zirei/
- ・兵庫楽農生活センター「市民農園の 2 つのタイプ」 2014/10/21 アクセス
http://hyogo-rakunou.com/Genki/tebiki/tebiki_03.pdf

- ・国土交通省「公園とみどり 公園緑地関係の主な税制」2014/10/29 アクセス
<http://www.mlit.go.jp/crd/park/joho/zeisei/index.html>
- ・農林水産省「都市農業の役割」2014/10/21 アクセス
http://www.maff.go.jp/j/nousin/kouryu/tosi_nougyo/pdf/1_tosino_yakuwari_2509.pdf
- ・国土交通省「賃貸住宅管理業者登録制度」2014/10/21 アクセス
<http://www.mlit.go.jp/totikensangyo/const/tintai/>
- ・静岡県掛川市「掛川市市民農園開設・運営の手引き」2014/10/26 アクセス
http://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/data/open/cnt/3/1385/1/shiminnouen_01.pdf
- ・さいたま市「CSR チェックリスト～中小企業のための CSR 読本～」2014/10/22 アクセス
http://www.city.saitama.jp/005/002/001/p019165_d/fil/new_csr_checklist.pdf

【データ出典】

・〔二次分析〕に当たり、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJ データアーカイブから〔「老研－ミシガン大－東大 全国高齢者パネル調査＜Wave5(1999), Wave6(2002)＞」（東京都健康長寿医療センター研究所・ミシガン大学・東京大学）〕の個票データの提供を受けた。

なお、分析にあたっては執筆者代表、米田野々花がデータの提供を受け、分析を担当した。

【記述統計量】

表 6 記述統計量(前期高齢者)

カテゴリ	サンプル数	平均	標準誤差	最小値	最大値
個人属性					
男性ダミー	1670	0.107784	0.310201	0	1
単身世帯ダミー	1670	0.463473	0.498813	0	1
結婚ダミー	1670	0.742515	0.43738	0	1
経済的余裕の程度	1621	3.676743	0.987144	1	5
身体的健康(被説明変数)					
ADL(Wave5 と Wave6 の差)	1661	0.12643	1.219186	-9	16
IADL(Wave5 と Wave6 の差)	1643	0.141814	1.396873	-13	13
生活満足度(被説明変数)	1662	3.948255	0.6850735	1	5
余暇活動					
友人と出かける、会う頻度	1657	3.081473	1.746978	1	6
友人と電話で話す頻度	1649	3.979988	1.436846	1	6
過去一年に旅行をしたか	1668	1.423861	0.494317	0	1
過去一年に趣味稽古をしたか	1667	1.607678	0.488414	0	1

非余暇活動					
仕事をしているか	1669	1.640503	0.479997	0	1
家事をしているか	1664	2.673077	1.911159	1	6
運動習慣					
庭仕事をするか	1662	1.877256	1.105773	1	4
体操や運動をするか	1663	2.306073	1.110937	1	4
散歩をするか	1665	2.134535	1.112069	1	4
ソーシャルキャピタル					
町内会や自治会の加入	1669	0.696824	0.459768	0	1
町内会や自治会の参加頻度	1157	3.878997	1.609622	1	6
近所の人の手伝いをする頻度	1647	5.623558	0.791282	1	6
手助けをしてくれる人がいるか	1666	0.921969	0.268301	0	1
ボランティア活動をするか	1651	0.461539	0.56155	0	1
精神的健康					
主観的健康感	1661	2.520771	0.991692	1	5
孤立感	1635	1.182875	0.473483	1	3
生きがいの有無	1670	1.352695	0.615976	0	1
その他					
健康への関心	1664	1.11899	0.323875	0	1

表 7 記述統計量(後期高齢者)

カテゴリ	サンプル数	平均	標準誤差	最小値	最大値
個人属性					
男性ダミー	953	0.185729	0.389092	0	1
単身世帯ダミー	953	0.342078	0.474655	0	1
結婚ダミー	953	0.459601	0.498627	0	1
経済的余裕の程度	854	3.720141	1.035203	1	5
身体的健康(被説明変数)					
ADL(Wave5 と Wave6 の差)	941	0.393199	1.98036	-9	15
IADL(Wave5 と Wave6 の差)	911	0.715697	2.6126	-10	16
生活満足度(被説明変数)	946	3.952431	0.717771	1	5
余暇活動					
友人と出かける、会う頻度	944	3.175847	1.879399	1	6
友人と電話で話す頻度	939	4.190628	1.459794	1	6
過去一年に旅行をしたか	952	1.572479	0.494979	0	1
過去一年に趣味稽古をしたか	950	1.732632	0.442819	0	1
非余暇活動					
仕事をしているか	953	1.852046	0.355241	0	1
家事をしているか	948	2.902954	2.075927	1	6

運動習慣					
庭仕事をするか	949	1.939937	1.108833	1	4
体操や運動をするか	947	2.44245	1.147483	1	4
散歩をするか	949	2.234984	1.144883	1	4
ソーシャルキャピタル					
町内会や自治会の加入	952	0.670168	0.470399	0	1
町内会や自治会の参加頻度	636	3.968553	1.620426	1	6
近所の人の手伝いをする頻度	941	5.714134	0.684247	1	6
手助けをしてくれる人がいるか	951	0.920084	0.271306	0	1
ボランティア活動をするか	942	0.350319	0.477323	0	1
精神的健康					
主観的健康感	945	2.655026	0.969634	1	5
孤立感	928	1.212284	0.505824	1	3
生きがいの有無	953	1.452256	0.667428	0	1
その他					
健康への関心	949	1.162276	0.368898	0	1