

平成24年度
プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する
国際比較調査研究
報告書

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター

平成24年度プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較調査研究 刊行にあたって

国際長寿センター（日本）：International Longevity Center-Japan は、米国の ILC-US とともに 1990 年に設立されました。それ以来、世界 14 カ国に誕生している海外の姉妹センターとともに、高齢者のみならずすべての世代が支え合ういきいきとした高齢社会を実現するために活動を続けてまいりました。

国際長寿センターの創設者であるロバート・バトラー博士が「プロダクティブ・エイジング」の理念を先駆的に提唱したのは 1975 年でした。博士は、年齢差別によって高齢者の生産的・創造的な能力が活かされていない状況を批判し、現に高齢者は社会に貢献しており、さらに幅広い社会参加が可能であることを明確にしました。この画期的な提案以来、1990 年の各国国際長寿センターの連合体である ILC-Alliance の創設、1999 年の国連高齢者年を経て、高齢者を社会の主体として位置づけるポジティブな高齢者観は国際的に広く定着するに至っています。

活力のある長寿社会を作り、また介護予防の実を挙げるためには高齢者の社会参加が不可欠であることは言うまでもありません。我が国の高齢者は積極的に社会に参加しており、介護予防の活動も全国各地で進められています。また海外においても、高齢者の社会参加を積極的に進めることは高齢社会に関する施策のメインストリームになろうとしています。この流れをさらに促進するために、プロダクティブ・エイジングの理念にいま改めて大きな注目が集まっています。

以上の観点から、国際長寿センター（日本）は、「プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較研究調査・研究委員会」を組成し学際的な研究を開始しました。

鈴木隆雄先生を主査とする調査・研究委員会の努力によって、日本と海外各国のプロダクティブ・エイジングの環境と特質、さらに今後への示唆までが明らかになり、本報告書においてその成果を集大成することができたことは私どもの深くよろこびとするところです。

この調査・研究の過程では国内・国外の様々な行政組織、地域 NGO 組織、また海外各国の国際長寿センターのご協力をいただきました。

本研究にあたってご尽力いただいた調査・研究委員の方々および調査にご協力くださった皆様に厚くお礼を申し上げます。

平成 25 (2013) 年 3 月

国際長寿センター（日本）
代表 水田邦雄

目 次

序 文 …5	鈴木 隆雄
I. プロダクティブ・エイジングの歴史と現在の到達点	
1. 日本型プロダクティブ・エイジングのための概念整理 …8	柴田 博
2. 日本の超高齢社会における “Productive Aging” …19 —特に後期高齢者の健康の視点から—	鈴木 隆雄
II. プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する各国のシステムと課題	
1. 高齢者の地域参加に関する基盤制度・政策の動向 —日本と海外 …30	中島 民恵子
2. 高齢者の地域参加 —日本とヨーロッパ・韓国 …43	澤岡 詩野
3. プロダクティブ・エイジングにかかわる日本の政策課題 …57	水田 邦雄
III. プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較データの再分析と考察	
1. プロダクティブ・エイジングと健康増進： 国際比較に関する現状と課題の整理 …68	杉原 陽子
2. 地域レベルからみた社会参加の健康への効果とその媒介要因 …81	杉澤 秀博
3. 高齢者のライフコースと社会参加 …92	渡邊 大輔
IV. ILC ラウンドテーブルミーティング 「世界の高齢者のプロダクティブ・エイジング」 (2013年2月8日) …108	
V. 資料編	
1. プロダクティブ・エイジングについての各国法制・制度調査 …165	
2. プロダクティブ・エイジングに関する日本・イギリス・オランダ インタビュー …204 (2012年10月-2013年1月)	

プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較調査研究委員会

鈴木隆雄（主査 国立長寿医療研究センター研究所所長）

秋山弘子（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）

澤岡詩野（ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員）

柴田 博（人間総合科学大学保健医療学部学部長）

杉澤秀博（桜美林大学大学院教授）

杉原陽子（東京都健康長寿医療センター主任研究員）

中島民恵子（医療経済研究機構主任研究員）

水田邦雄（国際長寿センター（日本）代表）

渡邊大輔（成蹊大学アジア太平洋研究センター客員研究員）

序 文

「平成 24 年度プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較調査研究」は、国際長寿センター（ILC-Japan）が厚生労働省の老人保健健康増進等事業の補助金により開始した事業です。

調査研究委員会においては、プロダクティブ・エイジングの今日的な意味と推進の方途を議論しながら調査と研究を進めてきました。その議論の中で、高齢者に幅広いプロダクティブティがあることを明らかにすること、有償・無償のボランティア活動等をさまたげるバリアーを明らかにすること、就労が持つ大きな意味を検証すること、日本型のプロダクティブティの特質を明らかにすることに重点を置くことを確認しました。

そのために、調査・研究の方法として、プロダクティブ・エイジングに関するこれまでの研究の集大成と各社会調査データの再分析、各国の法律・計画・実践の情報収集、国内外の高齢者就労と社会参加を進める機関へのインタビュー、そして国内外文献レビューを行ってきました。

本報告書の「Ⅰ. プロダクティブ・エイジングの歴史と現在の到達点」においては柴田博先生と鈴木隆雄がこれまでの研究成果を再集成する形で最新の知見を報告しています。

「Ⅱ. プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する各国のシステムと課題」では中島民恵子、澤岡詩野、水田邦雄の各先生が日本及び海外のプロダクティブ・エイジングの動向を踏まえて現状と課題、政策課題までを考察しています。

「Ⅲ. プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較データの再分析と考察」では杉原陽子、杉澤秀博、渡邊大輔の各先生が文献レビューおよび、すでに進められている社会調査の成果を再度検討してプロダクティブ・エイジングに関するエビデンスを明らかにしています。

「Ⅳ. ILC セミナー プロダクティブ・エイジング ―世界の高齢者の社会参加―(2013 年 2 月 8 日)」には、英国国際長寿センターのサリー・グリーングロス理事長をお招きしたラウンド・テーブル ミーティングの報告を掲載しました。

「Ⅴ. 資料編」では、プロダクティブ・エイジングに関する各国法制・制度調査の結果を報告しています。また国内およびイギリスとオランダで実施した、高齢者の就労と社会参加に取り組む自治体および諸機関へのインタビュー内容も合わせて掲載しています。これらの調査に関してはフランス、イギリス、オランダ、シンガポールの各国国際長寿センターが協力しています。

本調査研究にあたっては、プロダクティブ・エイジングに取り組む国内・海外の行政機関、関係諸機関の多大なご協力をいただきました。関係各位のご協力を深く感謝を申し上げます。

2013 年 3 月

国立長寿医療研究センター研究所所長
鈴木隆雄

I. プロダクティブ・エイジングの歴史と 現在の到達点

1. 日本型プロダクティブ・エイジングのための概念整理
2. 日本の超高齢社会における“Productive Aging”
—特に後期高齢者の健康の視点から—

1. 日本型プロダクティブ・エイジングのための概念整理

人間総合科学大学 保健医療学部 学部長
柴田 博

1. はじめに

ロバート・バトラーがピューリッツァー賞を受賞した“Why Survive? Being Old in America”¹⁾を上梓したのは 1975 年である。この中では、バトラーは、高齢者が非生産的であるというのは「つくり話」であり Ageism (高齢者差別) の中の偏見であると指摘している。そして、その四半世紀後の 2002 年、160 ヶ国 4000 名の代表を集めてスペインのマドリードで開かれた国連主催の第 2 回高齢者問題世界会議は「高齢者は社会の荷物ではなく、社会資源として活用すべし」という政治宣言を採択した²⁾。短い間に、ドラマチックに、社会における高齢者の役割に関するコンセプトが変化したわけである。この変化をもたらしたのは、学際的老年学の発展であるが、高齢者自身の心身ならびに社会的な力量を具備した高齢人口の増加がベースにあることはいうまでもない。

筆者自身の研究もこのような老年学の流れに沿って行われてきた。1997 年、筆者は自らが統轄リーダーを務めている「老化の学際的縦断研究 (TMIG-LISA)」の 5 年間の成果をまとめたモノグラムの巻頭言で「これからの研究は QOL (生活の質) の研究から Productivity の研究に舵を切り直していくべきである」ことを強調している³⁾。

この巻頭言を書きながら筆者には「なぜ欧米のコンセプトでは、QOL と Productivity は融合せず、各々独立に展開されているのか」という疑問が湧いてきた。QOL の概念構成は、もっともニートに整理されている Lawton のそれに従うと、1) 生活機能、2) QOL の自己評価、3) 生活環境、4) 主観的幸福感となっている^{4,5)}。構成要素の 1 つに Productivity が入らないことに軽い違和感を覚えた。というのは、わが国には、QOL と共通性をもつ「生きがい」というコンセプトがあり、この分野のパイオニアである神谷美恵子⁶⁾は「自分のやるべきこととやりたいことが一致したときが最高の生きがいである」と述べている。欧米 QOL にはこのやるべきことという概念がふくまれていないのである。QOL と生きがいとの関係は、図 1 のようになるであろう⁷⁾。この役割意識は神谷では「やるべきこと」であり、欧米の Productivity に通ずるものであるが、QOL の構成要素とはなっておらず、QOL の中の主観的幸福感は自己完結的なものといえるであろう。

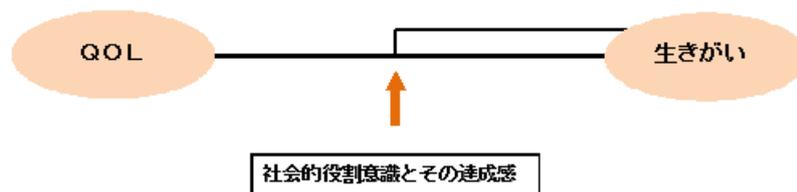


図-1 日本型生きがいの概念図

出典：文献⁷⁾

QOL と Productivity を統合するような概念として Successful aging がある。この用語は 1950 年に登場し、概念枠組みは時代と共に変化してきた^{5,8,9)}。興味深いことに Productivity の概念が、この Successful aging の構成要素となったのは、1997 年の Rowe と Kahn の新

しいモデルをもって嚆矢とする¹⁰⁾。ここにも、欧米社会における Productivity に対する慎重なスタンスが感じられるのである。Successful aging の用語が生まれ、半世紀を経て、Productivity がその構成要素となったのである。Rowe と Kahn¹⁰⁾は、1) Avoiding diseases (病気の予防であるが長寿に結びつく) 2) 高い認知力、身体機能の維持という 10 年前の構成要素に加え、3 つ目の Engagement with life (人生への積極的な関与) という要素を新たに加えた。この中には有償・無償を問わず、Productive activities が包括されている。

本稿は、高齢者と社会とのかかわりに関する考え方が、とくに 1980 年以降どのように変化してきたかをまずレビューする。その中で高齢者の Productive activities が問題となるのであるが、この問題に関する欧米社会とわが国の考え方の違いが、なぜ生じたのかを比較文化的に考察する。そして、高齢者の Productive activities が、とくにそれを担う高齢者自身の Well-being にどのような影響を与えているのかを最近の実証研究をレビューしつつ明らかにしたいと考えている。

2. 高齢者の社会的役割に関するパラダイムシフト

バトラー¹¹⁾の指摘するように、1970 年代には、実態はともかく、社会における高齢者の積極的な役割を認める概念は存在しなかった。社会学的にみても、高齢者は、職業社会学からも家族社会学からも疎外された存在であったといえるであろう。

1980 年前後に高齢者の社会的関係性に関する実証研究が報告されるようになった。ただしそれは、高齢者の社会貢献 (Productivity) としてではなく、社会的ネットワークやソーシャル・サポートに恵まれた中高年者の死亡率は低いという視点からであった。たとえば、House¹¹⁾の研究では、1) 結婚しているか否か、親戚友人とのつき合い、2) 仕事以外の公式的な組織 (たとえば教会) への関与、3) 他者と一緒にレジャーを楽しむかなどが社会的ネットワークの指標として用いられていた。この系統の研究は、今でも継承されており、日本人を対象とする研究でも、社会的ネットワークや統合性は死亡率のみでなく¹²⁾、生活機能の予後との関連でも研究されている¹³⁾。

しかし、1980 年代の後半に入り、高齢者に対するサポートの効果がつねによいとは限らないことも指摘されるようになってきた。威信感情を傷つけたり、自立能力を損ねてしまうようなサポートも存在するのである。Kraus¹⁴⁾は 60 歳以上を対象とする研究で、サポートを受けることよりもむしろ与えることの方が QOL の向上に役立つとしている。そして受けるサポートと与えるサポートのバランス (reciprocal exchange) が大切であることが指摘されるようになってきた¹⁵⁾。

金¹⁶⁾は日本の 60 歳以上の代表サンプルにおける縦断研究で、3 年間の主観的幸福感に与えるサポートの授受の影響を分析している。ここでも授受のバランスの重要性が示されている。しかし、あえていうと男女に差がみられる。男性ではサポートの授受のいずれも主観的幸福感を高める方向に作用している。しかし、女性ではサポートを受けることによるプラス効果は有意ではなく、もっぱら与えることのプラス効果のみが特徴であった。この対象は日本の代表サンプルであり、大多数が自立高齢者なので、このようなデータとなったのであろう。いずれにしても、ここに日本人女性の特質が表出しているといえるかもしれない。一方では、このような日本人の高齢女性の特質は、サポートを受ける立場になったときに主観的幸福感の低下をもたらすことにつながる可能性もある。75 歳以上の自殺率が、世界第 4 位と高い日本人女性の Well-being の問題は複雑である。

高齢者の Productivity の概念が生まれたのは 1983 年ザルツブルグで開かれた国際セミナ

一においてである。このセミナーには世界の名だたる学者が集まり、高齢者の社会貢献を意味する用語にいくつかの提案があったが、バトラーの主張する **Productive aging** が採択されることとなった¹⁷⁾。バトラーはこのとき、前年まで務めていた国立老化研究所（アメリカ）初代所長を辞し、ニューヨークのマウントサイナイ医科大学の教授を務めていた。

考えてみると、バトラーの老年学に果した功績はきわめて大きい。既成概念を打破した1963年の回想心理学（**Reminiscence psychology**）の創出はつとに有名である。**Ageism** も1968年にバトラーが創造した用語である。そして、**Productive aging** という用語は老年学における革命的な意味合いをもつものである。1980年代以降の老年学はこの **Productivity** のキーワードにいかに向き合うのか、あるいはこれをいかに取り込むのかを課題としてつきつけられたわけである。1997年に筆者は自らの研究プロジェクトのキーコンセプトを **QOL** から **Productivity** に切り換えることを宣言した³⁾。同じ年に **Rowe** と **Kahn** は、**Successful aging** の構成概念に **Productivity** を加えることを提言するに至っている¹⁰⁾。1990年代は、まさしく **Productivity** をめぐる攻防が展開された年代であった。

2002年の国連の第2回高齢者問題世界会議の宣言は、このような1980年代、1990年代の議論の上に結実したものである。それまで学問的な一潮流であった **Productive aging** の概念は、全世界を席卷する政治的概念にまで昇華したことになる。この国連の第1回高齢者問題世界会議は1982年ウィーンで開かれた。ここでは高齢者の生活や権利など、いわば客体としての高齢者が論じられた。しかし、10年後の第2回大会では主体としての高齢者が語られるに至ったといえるであろう。

3. 有償労働に対する欧米と日本の差異

先に述べたように、筆者は、欧米社会においては **QOL** と **Productivity** が容易には融合せず、各々独立した概念として扱われてきたことに関心を抱いていた。日本における「生きがい」では図1に示したように、あいまいにみえるほど **QOL** 的なものと **Productivity** 的なものが融合していることと対照的である。やがて筆者は欧米のカソリック系の学者などとの交流を通じ、その根源的原因についてある想定をするに至った。それは **Productivity** の構成要素に有償労働がふくまれていることが **QOL** の構成要素となることを阻んでいるという思いつきである（表1）^{18,19)}。

表 - 1 **Productive Behavior**

-
1. 有償労働（自営も被雇用もふくむ）
 2. 無償労働（家内工業や農業への従事その他、家事労働や育児もふくむ）
 3. 組織的なボランティア活動（教育、労働組合、地域組織の一員としての無償労働）
 4. 相互扶助（組織、グループ、個人レベルでの無償互助）
 5. 保健行動（self-care）
-

出典：文献¹⁹⁾

ルース・ベネディクト²⁰⁾が「欧米人の文化は罪の文化であり、日本文化は恥の文化である」と述べたことはつとに有名である。ここでいう罪はいわゆる原罪、つまり旧約聖書の創世記における原罪のことである²¹⁾。いうまでもなく、旧約聖書はユダヤ教、キリスト教、イスラ

ム教のいずれの宗派の原理にも範となる教典であり、この3つの宗派は、いずれも旧約聖書のヤハウェ（エホバ）を崇める一神教である。この宗派間の確執は、預言者の担い手をめぐめるものであり、ヤハウェを疑う宗派はない。したがって、旧約聖書の原罪の意識は欧米のみでなくイスラム社会をも支配しているのである。

創世記第3章²⁰では、へびにだまされて禁断の木の実を食べたアダムとエバは、神に罰を与えられることになったことを述べている。神は女（エバ）に「わたしはあなたの産みの苦しみを大いに増す、あなたは苦しんで子を産む。それでもなお、あなたは夫を慕い、彼はあなたを治めるであろう。」といわれた。さらに神は人（アダム）に「地はあなたのためにのろわれ、あなたは一生苦しんで地から食物を取る。…中略…あなたは顔に汗してパンを食べ、ついに土に帰る」といわれた。アダムとエバ（人類）はエデンの園（楽園）を追われ地上に降り立つことになったのである。余談であるが、英語の labor には労働と出産の苦しみの双方の意があるが、原罪に対する罰として意味があるのかもしれない。

このようにみえてくると、旧約聖書の影響を受けた文化の中には、有償労働は人生の手段あるいは必要悪であり、本当の幸せは休息や祈りの中にあるという基本認識が内在していると思えてくるのである。これと反対に、旧約聖書の影響を受けていないアジアやアフリカの文化には、有償労働に対するスティグマは存在しない。仕事の中に遊びや休息があっても、何の不思議もないのである。すでに述べたように、欧米人が日本人をワークホリックと感ずるのは、物理的に仕事時間が長いということではなく、有償労働に生きがいを見出すメンタリティのためであることは銘記しておく必要がある¹⁸⁾。

欧米人の有償労働に対するスティグマを助長した大きな要因として、マルクスの労働価値論がある。それは「経済と哲学手稿」から「資本論」に至るマルクスの一貫した原理となっており、その影響は小さくならなかった^{22,23)}。このマルクスの労働価値観は、労働そのものを否定するのではなく、階級社会における労働とくに、資本制生産様式における労働を疎外された労働として強く批判している。労働の対象化として生まれた生産物は資本家の私的所有物と帰し、生産物はその一部が資本へと転化することによって、労働の自己運動を開始する。その結果、労働者は、第一に生産物を獲得することができず、第二に資本に隷属した存在になる。このことにより、労働者はいくら生産を行っても物質的にも精神的にも豊かにならないとされる²²⁾。

このマルクスの労働価値観は、父親がユダヤ教からキリスト教に改宗した経歴が示すように、ユダヤ教の影響を受けているとする学者もいる。本稿はそのあたりの社会思想的な興味には踏み込まないことにする。ともあれ、19世紀のまだ萌芽期ともいえる資本主義社会において、資本制的な労働を否定するマルクスの思想の広がりには、資本主義体制の推進者にとっては由々しき問題であったに違いない。

しかし、マルクスより少し遅れて登場したマックス・ヴェーバーは「プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神」において労働に対してマルクスとは逆に資本主義体制下における労働に肯定的なテーゼを提唱した。有名なこの著書は、口でいえば「プロテスタンティズムの儉約の精神は資本を生み、勤勉の精神は資本主義社会の生産性をあげる」というものである。マックス・ヴェーバーは、プロテスタントの中でもとくにピューリタンの禁欲性を強調している。メイフラワー号に乗りアメリカに渡ったピューリタンのエピソードは有名である。戯画化していえば、ヨーロッパのプロテスタントの中で宗教改革の最左翼ともいえるピューリタンがアメリカに渡ったわけである。アメリカ社会における有償労働に対する肩入れが、欧米社会では一種独得なのはこのためである。アメリカの1986年の「年齢による雇用

差別撤廃法」の完成など、高齢者の有償労働に対する考え方は、ヨーロッパのカソリック系の国々はいうにおよばず、プロテスタント系の国々たとえばドイツやイングランドなどの考え方と比較してもラディカルである。アメリカのピューリタニズムの歴史的産物なのである。

マックス・ヴェーバーに関する研究は多く、浅学な筆者がその全体をレビューすることは不可能である。しかし、ヴェーバーが主観的には資本主義の体制擁護のためにその学説を提出したようには感じられない。マルクスに対しても、その労働価値説そのものへのアンチテーゼとして出されたという形とはなっていない。ヴェーバーのマルクス主義批判は、マルクスの死後のいわゆる公認マルクス主義に対してのものであり、マルクスの学説そのものに対する批判ではないように感じられる。ヴェーバーは、プロテスタンティズムを必ずしも賛美していたわけではないという学者もいる。しかし、羽入²⁶⁾が指摘するところでは、ヴェーバーは、プロテスタンティズムと資本主義社会における職業とを史実を曲げてまで結びつけようとしたことになる。ともあれ、以下に示すようなカソリック系の国々とプロテスタント系の国々の有償労働の差は、ヴェーバーによってもたらされたものではなく、元々ある両宗派の教義の違いに帰因している。

表 - 2 就業率の国際比較 (%)

			日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	イタリア	スウェーデン	韓国
就業率 (2010)	男女計	55 - 59 歳	74.5	68.1	70.5	71.5	60.6	52.7	80.7	66.5
		60 - 64 歳	57.1	51.2	43.6	41.0	17.9	20.4	61.2	53.7
		65 歳以上	21.3	16.2	8.4	4.0	1.6	3.1	11.9	28.7
	男	55 - 59 歳	88.0	72.3	76.0	78.1	64.1	65.5	82.8	80.9
		60 - 64 歳	70.6	55.1	54.2	49.3	19.1	29.6	66.4	67.5
		65 歳以上	28.3	20.5	11.0	5.7	2.3	5.6	16.5	39.5
	女	55 - 59 歳	61.2	64.2	65.3	65.1	57.3	40.5	78.5	52.3
		60 - 64 歳	44.2	47.5	33.5	33.0	16.8	11.9	56.1	40.4
		65 歳以上	15.9	12.9	6.3	2.7	1.1	1.3	7.4	21.2

出典：文献²⁷⁾

表 2 に最近の就業率の国際比較データを示した²⁷⁾。東アジアの韓国と日本の 65 歳以上の就業率は高い。欧米諸国の中ではアメリカが高く、ヨーロッパの国々の就業はアメリカより低い。カソリックの国であるフランス、イタリアのみでなくプロテスタントの国であるドイツの就業率が低いのは、ヴェーバーが批判しているようなドイツにおけるプロテスタンティズムの不徹底性という歴史性の帰結かもしれない²⁴⁾。

表 - 3 各国別にみた生きがいを感じる時 (%)

全体	仕事に うち込 んでいる 時	勉強や 教養な どに身 を入 れている 時	趣味に 熱中し ている 時	スポー ツに熱 中して いる時	夫婦団 らん時	子供や 孫など 家族と の団ら んの時	友人や 知人と 食事し ながら 雑談し ている 時	テレビ を見た り、ラ ジヲを 聞い ている 時	社会奉 仕や地 域活動 をして いる時	旅行に 行って いる時	他人か ら感謝 された 時	収入が あった 時	おいし い物を 食べて いる時	若い世 代と交 れをす る時	おしゃ やなど をす る時	犬や猫 などベ ットと 過ごす 時	
日本	1183	21.0	9.0	39.4	13.5	29.3	48.4	35.7	37.5	7.9	34.7	15.4	9.2	34.3	8.7	13.2	10.4
韓国	1005	19.7	2.7	10.3	3.2	20.1	61.8	41.9	30.9	4.2	17.1	10.7	30.9	29.0	6.8	6.0	0.8
アメリカ	1000	28.5	14.3	45.4	12.4	37.9	74.2	63.4	46.1	31.3	48.5	57.7	26.0	49.0	40.1	31.1	29.2
ドイツ	1004	17.3	11.4	46.4	16.5	41.6	65.3	54.2	36.6	14.7	49.9	40.4	14.2	42.0	17.7	22.0	17.7
スウェー デン	1054	26.0	6.6	44.1	22.3	60.5	78.7	66.9	40.5	31.8	51.7	54.4	19.0	54.8	38.7	26.1	21.4

出典：文献²⁸⁾

表 3 は内閣府が行った高齢者（60 歳以上）の意識の比較調査の 7 回目の結果である²⁸⁾。きわめて興味深いことに、「生きがいを感じる時」における「仕事にうち込んでいる時」とする割合が、日本と比較して、アメリカ、スウェーデンは大きく、ドイツはやや小さい。日本における 1990 年代の内閣府の他の調査では、男性の「仕事にうち込んでいる時」を生きがいと感じる割合は 41.5%と他の項目を圧倒していた。日本人の高齢者における有償労働に対する価値観が低下してきている可能性がある。一方、ヨーロッパの国々では上昇してきているものと考えられる。

しかし、気をつけておきたいことは、ここで調査されているのはいずれもプロテスタンティズムの影響が強い国々である。イタリア、フランス、スペイン、ギリシャなどカソリックの影響の強い国々では違ったデータが示されるであろう。ちなみに、この第 7 回調査は、「望ましい退職年齢」も調査している。日本の高齢者は「70 歳ぐらい」とする割合が 36.0%（男性では 45.9%）と、アメリカ 17.8%、ドイツ 2.7%、スウェーデン 2.0%と比較して高い。日本においては、第 5 回調査（2000 年）の 30.0%、第 6 回調査（2005 年）の 33.5%より増加している。日本の高齢者の有償労働に対する意識は、複雑な修飾を受けながら、年々積極的になってきているといえよう。

4. Productive activities を規定する要因

欧米社会においては、ボランティア活動を促進する研究の蓄積により、Dominant status model²⁹⁾や General activity theory³⁰⁾などが生み出されている。これらは社会優位モデルといえるものであり、ボランティア活動は、学歴が高く、健康で、経済的にも恵まれ、社会活動性の高い人が積極的に行うとするものである。

しかし、片桐³¹⁾は、これらの欧米のモデルは日本人への適合性が低いことを指摘している。それは、ボランティア概念が彼我で異なること、また日本における社会的地位の非一貫性によるものであるとしている。たとえば、江戸時代の士農工商という身分と経済力が必ずしも一致しなかったといった具合である。

中辻ら³²⁾は、傾聴ボランティア活動のための研修を終了した中高年を対象に、実際にボランティア活動を行わせる要因を分析した。量的研究によっては社会優位性モデルを支持する結果が得られた。しかし、優位性のモデルからはずれる対象を質的研究により調査したところ、たとえば家族の中に悩みごと（病気や障害）を抱えていることが、ボランティア活動のモチベーションとなっているといったケースが認められた。量的研究と質的研究の Mixed methodology によらなければ、キメのこまかいボランティア活動の要因分析はできないことが強調されている。

表 - 4 4年間の活動時間の変化 (J-HRS) (%)

	減少		変化なし (±1SD)		増加	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
有償労働	26.4	17.4	68.3	78.2	5.3	4.4
家庭内の無償労働	8.2	18.4	67.3	67.1	24.5	14.5
奉仕・ボランティア	3.1	4.1	90.4	90.5	6.5	5.4

注) 初回調査時の活動時間の 1 SD (標準偏差) 以内の変動は「変化なし」とみなした。

出典：文献³³⁾

表 - 5 有償労働時間の変化の規定要因(J-HRS)

要因 (1999年)	男性		女性	
	β		β	
有償労働時間	-0.631	***	-0.642	***
家庭内の無償労働時間	-0.001		-0.004	
奉仕・ボランティア時間	-0.013		.043	
自営業主・家族従業員	.269	***	.125	***
年齢	-.203	***	-.123	***
学歴	-.047		.010	
配偶者あり	.000		.036	
慢性疾患あり	-.038		.000	
IADL障害あり	-.036		.000	
抑うつ傾向	.017		-.004	
R2	.314	***	.338	***

***;p<.001

出典：文献³³⁾

筆者たち³³⁾は、55-64歳の日本人の代表サンプルを4年間追跡調査した。この対象の活動時間の4年間の加齢変化カテゴリー別に示したのが表4である。男女とも有償労働時間は減少した。家庭内無償労働時間は男性でのみ増加した。4年間の無償労働時間の変化に対しベースラインのどのような要因が作用しているかの重回帰分析を行った(表5)。無償労働を家庭内の無償労働と奉仕・ボランティア活動に分けて分析した。

女性においてはベースライン(1999年)の有償労働時間がいずれかのカテゴリーの無償労働に負に作用した。すなわち、ベースラインの有償労働時間が長いほど、4年間の無償労働が減少したことを示している。無償労働のカテゴリー間に興味深い性差が認められている。男性ではベースラインの家庭内の無償労働時間が長いほど、女性では奉仕・ボランティア活動が長いほど、4年間の時間が減少することが示された。ベースラインのこのような影響は、いわゆる天井効果(平均への回帰)と考えられるが、この効果が男女で別のカテゴリーで表れている。表4に示したような活動のカテゴリーの加齢変化の性差と関連しているのであろう。

この対象の有償労働を規定する要因の横断分析はよく成されている。黒澤、樋口³⁴⁾は健康状態がよい、配偶者に仕事がある、同居子がある、仕事人間度が高い、学歴が高い、自営業であることが、何歳まで働くかという就業希望年齢を上げることを示している。杉澤³⁵⁾は、男性において、転職後5年未満の被雇用者は、20年以上の就業継続者と比較して、仕事満足度、組織コミットメント、仕事要求量、自由裁量、年収が劣っていることを示している。中高年の就業には、黒澤、樋口の示す個人的な要因と杉澤が示す職域の要因(本人の認知による)の双方が影響することが明らかである。

筆者らのこの対象に対する縦断的分析では、ベースラインの要因のうち、男性では年齢と職場におけるエイジズムが4年間の有償労働時間の変化にマイナスに、職場の作業設備や環境の改善がプラスに作用した。女性では、年齢がマイナスに作用する傾向(P<0.10)を示したが、他に有意な要因は特定されなかった³³⁾。

5. Productive activities の Well-being への影響

高齢者の Productive activities は、それが社会にどのような影響を与えるか、またその担い手自身にどのような影響を与えるかの双方向のアプローチが必要である。しかし、その研

究デザインの困難もあり、前者に関する実証研究はほとんどない。一方で、近年、後者に関する実証研究が多くなってきた³⁶⁻⁴²⁾。

Okun ら³⁷⁾は、組織的なボランティア活動が生活機能低下による死亡率上昇を緩和するとしている。Marendorf ら⁴¹⁾の研究では、ボランティア活動や介護を担うことが、うつ状態を軽減するとしている。ボランティア活動も有償労働ともに生活機能の低下を予防³⁶⁾、また、精神的な Well-being にプラスの効果をもたらす^{38,40)}ことも報告されている。

筆者たちの 55-64 歳の対象の分析では、男性では有償労働時間が長いほど、女性では家庭内無償労働が長いほど抑うつ傾向が低いことが示された。精神的なプラス効果を与える活動の性差はわが国に特有なものであろうか。

表 - 6 1999 年の活動時間と 3 年後の健康状態との関連 (J-AHEAD)

	ADL 障害レベル β (N=994)	認知障害レベル β (N=995)	死亡 Exp(B) (N=1,377)
1999 年時の活動時間			
有償労働時間	-.125+	-.082	1.073
有償労働時間の二乗項	.096	.072	.982
家庭内の無償労働時間	-.127*	-.214***	.933
家庭内の無償労働時間の二乗項	.060	.160**	1.007+
奉仕・ボランティア時間	-.087	-.063	1.259
奉仕・ボランティア時間の二乗項	.078	.041	.987
有償・無償労働の総時間	-.172**	-.208***	.889+
有償・無償労働の総時間の二乗項	.102+	.159**	1.009**

ADL 障害と認知障害は重回帰分析、死亡は COX 比例ハザード分析を行った。

分析は活動の種類ごとに行った。99 年時点の年齢、性、教育年数、ADL 障害レベル、認知障害レベル、慢性疾患罹患数を調整。

β : 標準化回帰係数, Exp(B); ハザード比

+; $p < .10$, *; $p < .05$, **; $p < .01$, ***; $p < .001$

出典: 文献³³⁾

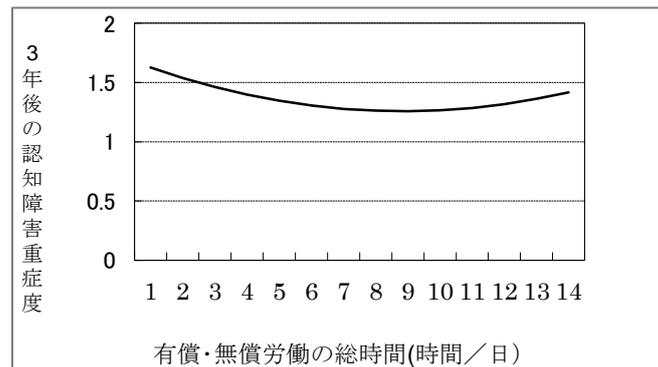


図-2 初回調査時の有償・無償労働の総時間と 3 年後の認知障害レベルとの関連(J-AHEAD)

注) 図の数値は、1999 年時点の年齢、性、教育年数、ADL 障害レベル、認知障害レベル、慢性疾患罹患数の平均値を回帰式に代入して推計した。出典: 文献³³⁾

表 6 は 70 歳以上の日本の代表サンプルを 3 年間追跡調査した結果である³³⁾。ベースラインの **Productive activities** の各々のカテゴリーの活動時間よりも、これを総合した総時間の効果が大きく、3 年後の ADL 障害、認知障害を予防し、死亡率をも低下させる効果がみられた。しかし、図 2 に示すように、この認知障害の予防効果は活動時間と直線的な関係ではなかった。活動時間 8 時間で認知障害の発生がもっとも低くなる U 字型の関係であった。いずれにせよ、認知症の予防の手立てとして欧米では運動の効果の報告が多いのに反し **Productive activities** の効果を示すものは少なく^{43,44)}、本研究の結果³³⁾はきわめて貴重なものといえるであろう。

(文 献)

- 1) Butler RN, Gleason HP eds. Productive aging. Enhancing vitality in late life, Springer, New York (1985).
- 2) United Nations Report of the Second World Assembly on Aging. United Nations, New York (2002).
- 3) Shibata H. Editorial. From quality of life to productivity. (Shibata H, Suzuki T, Shimonaka Y eds) Longitudinal interdisciplinary study on aging. 5, Serdi Publisher, Paris (1997).
- 4) Lawton MP: A multidimensional viewpoint of quality of life I frail elders, In Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE eds. : The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly, Academic Press, Inc., San Diego, 4-27
- 5) 柴田博. 中高年健康常識を疑う, 講談社, 東京 (2003)
- 6) 神谷美恵子. 生きがいについて, みすず書房, 東京 (1963)
- 7) 柴田博. 肉を食べる人は長生きする—健康長寿を伸ばす本当の生活習慣—. PHP 研究所, 東京 (2013)
- 8) Pressey SL, Simcoe E: Case study comparisons of successful and problem old people. Journal of Gerontology 1950, 5: 168-175
- 9) 古谷野亘. 幸福な老いの研究 (古谷野亘, 安藤孝敏編) 改訂, 新老年社会学 139-150, ワールドプランニング, 東京 (2011) .
- 10) Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist 1997; 37: 433-440
- 11) House J, Robbins G, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality. Prospective evidence from the Tecumseh community Health Study. American Journal of Epidemiology 1982; 116: 123-140
- 12) Sugisawa H. Liang J, Liu X. Social networks, social support, and mortality. Journal of Gerontology Social Sciences 1994; 49: S3-S13
- 13) 杉澤秀博, 中谷陽明, 柴田博ほか. 高齢者の社会的統合と日常生活動作能力の予後との関係. 日本公衆衛生雑誌 1994; 41: 975-985
- 14) Kraus N, Herzog AR, Bakew E. Providing support to others and well-being in late life. Journal of Gerontology 1992; 47: 300-311
- 15) Ingersoll-Payton B, Antonicci TC. Reciprocal and nonreciprocal social support. Contrasting sides of intimate relationships. Journal of Gerontology 1998; 43: 65-73
- 16) 金恵京, 杉澤秀博, 柴田博ほか. 高齢者のソーシャル・サポートと生活満足度に関する縦断研究. 日本公衆衛生雑誌 1999; 46: 532-541
- 17) ロバート・バトラー (監訳中藺耕二, 訳グレッグ・中村文子) . Why Survive? Being Old in America. 老後は何故悲劇なのか? アメリカの老人たちの生活. メディカルフレンド社, 東京 (1992)
- 18) 柴田博. 仕事は生きがいであるべきか否か. 選択 (2013) 39 巻 1 月号 92・93 頁
- 19) Kahn BL. Productive behavior: Assessment, determinants and effect. Journal of American Geriatric Society 1983; 31: 750-757
- 20) ルース・ベネディクト (長谷川松治訳) . 菊と刀, 角川書店, 東京 (1974)
- 21) 日本聖書協会. 旧約聖書 1955 年改訳, 東京 (1963)
- 22) カール・マルクス (藤野渉訳) ・経済学・哲学手稿, 大月書店, 東京 (1963)
- 23) 内山節. 労働の哲学—労働過程史の方法, 田畑書店, 東京 (1982)
- 24) 山之内靖. マックス・ヴェーバー入門, 岩波書店, 東京 (1997)
- 25) 牧野雅彦. プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神, 光文社, 東京 (2011)
- 26) 羽入辰郎. マックス・ヴェーバーの犯罪—「論理」論文における資料操作の詐術と「知的誠実性」の崩壊, ミネルバ書房, 東京 (2002)
- 27) 労働政策・研修機構. データブック国際労働比較 : 就業率, 2012
- 28) 内閣府. 第 7 回高齢者の生活と意識調査, 2011
- 29) Lemon M, Palisi, B. J, Jacobson, P E. Dominant statuses and involvement in formal volunteer association Action Research 1972; 1: 30-42
- 30) Smith DH. Determinants of voluntary association participation and volunteering: A literature review. Nonprofit Volunteer Sector Quarterly 1994; 23: 243-263
- 31) 片桐恵子. 退職シニアと社会参加. 東京大学出版会, 東京 (2012)
- 32) 中辻萬次, 杉澤秀博, 柴田博ほか. Mixed methodology に関する研究. 応用老年学 2013, 印刷中
- 33) 柴田博, 杉原陽子, 杉澤秀博. 中高年日本人における社会貢献活動の規定要因と心身のウェルビーイングに与える影響: 2 つの代表性のあるパネルの縦断的分析. 応用老年学 2012, 6; 21-38
- 34) 黒澤昌子, 樋口美雄. 生涯現役の危機・中高年齢期の就業状況の分析 (杉澤秀博, 柴田博編) 生涯現役の危機—平成不況下における中高年の危機. 13-36, ワールドプランニング, 東京 (2003) .
- 35) 杉澤秀博. 不況下における転業・生活ストレスの格差 (杉澤秀博, 柴田博編) 生涯現役の危機—平成不況下における中高年の心理. 37-70, ワールドプランニング, 東京 (2003) .
- 36) Jung Y, Gruenewald TL, Seeman TE, et al. Productive activities and development of frailty in

- older adults. *Journal of Gerontology. Social Sciences* 2009; 65B: S256-S261
- 37) Okun MA, August J, Rook KS, et al. Does volunteering moderate the relation between functional limitations and mortality? *Social Science and Medicine* 2010; 71: 1662-1668
- 38) Sugihara Y, Sugisawa H, Shibata H, et al. Productive roles, gender, and depressive symptoms: Evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged Japanese. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences* 2008; 63B: 227-234
- 39) Pillemer K, Fuller-Rowell TE, Reid MC. Environmental volunteer and health outcomes over a 20-year period. *Gerontologist* 2010; 50: 594-602
- 40) Hao Y. Productive activities and psychological well-being among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2008; 63B: S64-S72
- 41) Mahrendorf M, Ribet C, Zins M, et al. social productivity and depressive symptoms in early old age-results from the GAZEL study. *Aging and Mental Health* 2008; 12: 310-316
- 42) Morrow-Howell N. Volunteering in later life: Research Frontiers. *Journal Gerontology; Social Sciences* 2010; 65B: S461-469
- 43) 柴田博. 回顧と展望. 保健・医療部門. *社会福祉学* 2011; 52-3: 166-176
- 44) Wang HX, Karp A, Winblad B, et al. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: A Longitudinal Study from the Kungsholmen Project. *American Journal of epidemiology* 2002; 155: 1081-1087

2. 日本の超高齢社会における“Productive Aging”

—特に後期高齢者の健康の視点から—

国立長寿医療研究センター研究所 所長
鈴木 隆雄

1. はじめに

高齢者の高い能力と社会への貢献の可能性を明確に位置付け、“Productive Aging”の理念を打ち出し、「高齢者を社会の弱者として差別や偏見の対象とするのではなく、全ての人が老いてこそ益々社会にとって必要な存在であり続けること」を一貫して主張したのは老年精神科医師であった Robert N. Butler であることは広く知られている。

我が国においても著しい高齢社会の進展とともに、高齢者数や人口における割合が急増し平均寿命の著しい延伸が世界のトップレベルとなった今日、単に寿命の延びることよりもむしろ健康でいられる期間（健康寿命）の延長や個人の尊厳と QOL を高めるような生き方が模索される中で、バトラー博士の提唱した“Productive Aging”もまた、高齢期の望ましいあり方として論議されている。

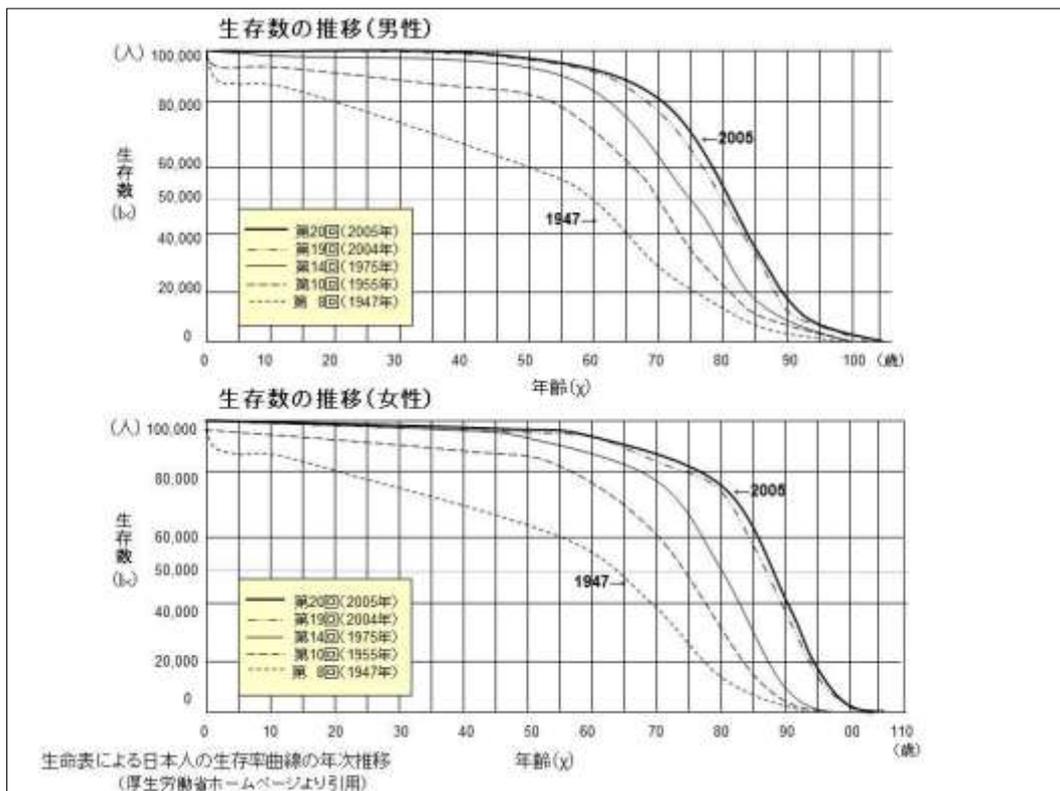
“Productive Aging”を高齢期の望ましいあり方、生き方のひとつとしても、そもそも“Productive Aging”とは何かという、根源的問いかけあるいはその解を求めるための操作的定義は必ずしも統一されていない。Productive という言葉に示されるように、何らかの創造的な富や価値を生み出す貢献的な存在として考えられていると思われるが、それは直接的には有償労働であることも意味すると考えられるし、また間接的にはその個人が何らかの象徴として生存していることも意味する場合が少なくない。このように“Productive Aging”という定義は曖昧であり、多義的な内容を含んでいる。しかし一方で、厳然として「人は他者とのかかわりの中で生きて行く以上、常に何らかの影響をもたらす正に“Productive”な存在」であり続けることは間違いが無いであろう。

本稿では我が国の急速に進行する高齢社会、なかでも急増する後期高齢者の健康実態と“Productivity”を考察するうえで彼らの健康の実態、すなわち生活機能とその関連要因についての変容を中心として、“Productive Aging”を考えてみたいと思う。

2. 老化に関する長期縦断研究データから

1950年頃では高齢者人口はわずかに5%、平均寿命はおよそ60歳と非常に短命な時代であった。今日の2009年の総務省データでは、高齢者人口はほぼ23%であり、平均寿命は80歳を超えている。年齢階級別死亡率の推移からみると、1950年や1960年代に比べて現在は、死亡数が著しく高齢期へと移行し、いわば日本人は「死ななくなった集団」ということができる。勿論その理由は単に高齢者での余命が延びただけではなく、乳児死亡率が大きく改善されるため、このような（ある意味で望ましい）状態が続いている。人間の限界寿命は115歳前後と考えられるが、わが国では近未来的には90歳以上のところで死亡ピークが急速に立ち上がるようなカーブが描かれる可能性も少なくない。

図 1



死亡とは逆に、生存数からみた推移が図 1 である。保健・医療・福祉の未熟な時代では生存率が 100 歳頃の限界寿命に向かってほぼ直線状に低下していることがわかる。しかし、今日のカーブをみると、前期高齢者の時期であっても生存率は高いところに維持され、後期高齢者のあたりから急に低下し、最後の限界寿命になると全員が死亡していることがわかる。いわば 1960 年代ころまでは急な低下に向かう変曲点が明確ではなく生存率は直線に落下していくが、今日では矩形（くけい）化（Rectangularization）したカーブを描いている。これは世界中の長寿国に共通の現象であり、75 歳を超えてから急速に生存率が少なくなる。

このような生存曲線はおそらく今後団塊の世代の死亡のピークを迎える 2030 年以降には、この矩形がもっと右側に移動することが予想される。その理由は、たとえば学童期の体力の強さであるとか、青年期における職域での検診の有所見率の低さであるとか、さまざまなこれまでのデータから見て団塊の世代の人々は非常に健康度が高いからであり、おそらく団塊の世代が死亡ピークを迎える頃は、変曲点が現在の 75 歳ころから 80 歳近くまで右側にずれるものと思われる。

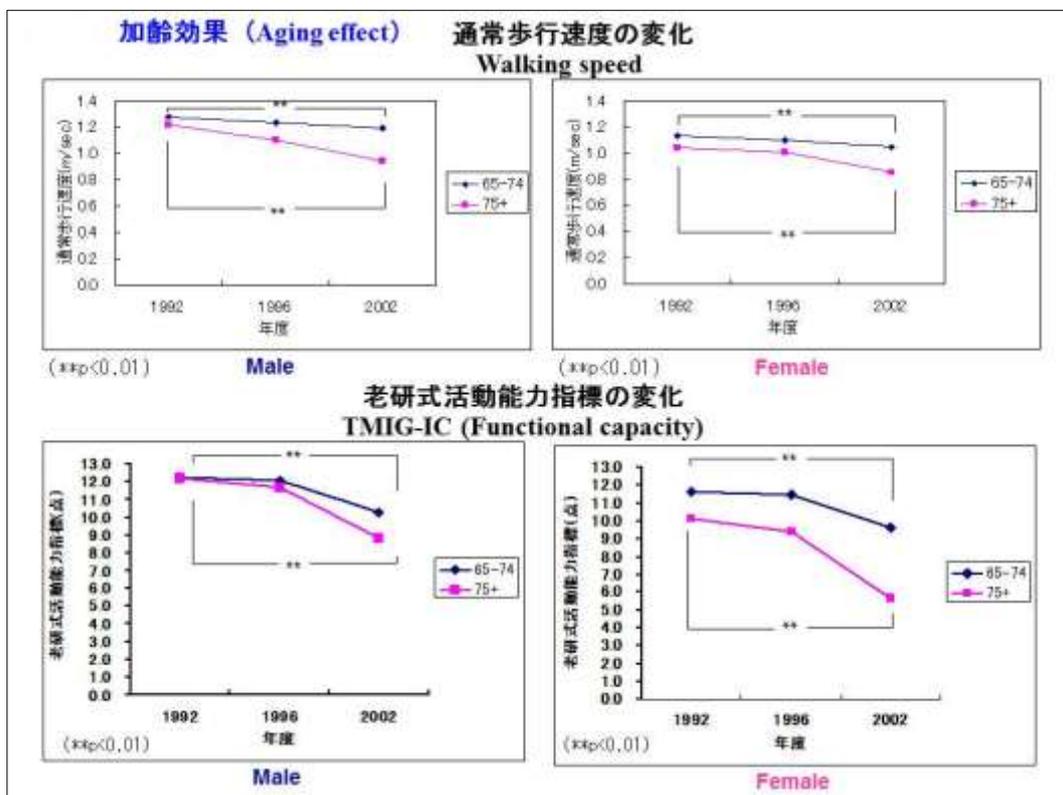
次にこれらのことを踏まえながら、では実際の我が国の高齢者における“Productive Aging”を考える上で基盤となる健康水準の変動について、老化に関する長期縦断研究を中心とした科学的データから論ずることとする。

a) エイジング効果の検証

東京都老人総合研究所（現・地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）では、1991 年から「老化に関する長期縦断研究」（TMIG-LISA）を開始し現在も毎年追跡している（Suzuki T;2003）¹⁾。この長期縦断研究で設定したコホート（cohort）は、65 歳以上の

地域高齢者の集団であり、今回紹介するのは秋田県の山間部農村の高齢者の 1992 年から 2002 年の 10 年間のデータである（鈴木隆雄、権珍嬉；2006）²⁾。このコホート研究では、ある測定値が年齢とともにどうなっていくか、すなわち加齢の効果（Aging effect）を調べたものである。たとえば「通常歩行速度の変化（Walking speed）」は、男性と女性の歩くスピードが 10 年間の加齢とともにどう変わるかをみている（図 2）。上の線は 65 歳から 74 歳の前期高齢者、下の線は後期高齢者であるが、前期の高齢者は 10 年間で歩くスピードがほとんど変わっていないのに対し、後期高齢者での速度は非常に大きく落ちている。つまり現代日本人高齢者というのは 75 歳を過ぎた後期高齢者となると、歩行速度が急速に弱くなるということがこのデータからわかる。歩行速度同様、高齢期の体力の重要な指標である「握力の変化」もまた、前期高齢者も後期高齢者も非常に似た形のパターンで低下することがわかっている。

図 2



高齢期の総合的な生活機能を測定する指標の1つであり、恐らくは“Productive Aging”とも密接に関連するとも考えられる「老研式活動能力指標」とは、13項目で構成された質問票で高齢者の生活能力を測定するものであり、手段的自立、知的能動性、社会的役割の3つの下位尺度から組み立てられている。このデータを見ると非常に大きな問題点があることに気づく。男性も女性もいずれも10年経つとその得点は有意に落ちてくるが、男性はベースラインでの平均得点が12点ぐらいで、落ちてても9~10点ぐらいまでで止まっている。一方、女性、特に後期高齢の女性の場合、ベースラインが10点ぐらいから始まり、その後10年経つと6点ぐらいにまで低下している。前期高齢女性でも、75歳を過ぎると急速に悪くなっていく。つまり、後期高齢の女性というのは「老研式活動能力指標」で見た場合、後期高齢者において急速に生活機能を減弱するという実態を表している。

このような後期高齢女性での急激な生活機能の低下は今の日本の高齢社会の最大の特徴のひとつである。“Productive Aging”の1つの要素である、労働（有償労働および無償労働、ボランティアも含めて）の中であるレベル以上の身体機能を必要とする活動に関して、後期高齢女性では明らかにその能力は減衰していると言わざるを得ない。この原因の最大の理由は女性の運動器、あるいは骨格系の老化が著しく進行することによる。これは先の歩行速度のデータと関係している。通常歩行での速さをみると、男性はベースラインで1.3m/sec。一方、女性は1.1m/secであり、そもそものベースラインが遅い。その後10年の加齢により、男性の場合は1.0m~1.1mまで落ちるが、女性では0.8m~0.9mぐらいいまで落ちてゆく。このような歩行速度が遅くなっていくことは、生活機能を失わせる最大の原因の一つと考えられる。

一般に女性では、筋骨格系の老化が非常に速く進む。骨粗鬆症の患者は女性が圧倒的に多い。これは閉経以降、骨代謝にかかわる女性ホルモン（エストロゲン）が枯渇してくることが原因であることは広く知られている。また、もともと男性に比べて女性は筋肉量が少ないことから、特に後期高齢の女性では筋力が著しく低下する現象、すなわちサルコペニア（Sarcopenia）が高頻度に発生してくる。この筋肉の老化現象によって生活機能を失っていくこと、そして要介護状態へと移行していく事が後期高齢の女性における最大の問題である。一般に女性が筋肉や骨あるいは関節などの筋骨格系の老化が非常に速く進むのに対して、男性は血管の老化すなわち動脈硬化を基盤とした血管病変が速く進む。いずれも生存には不利益であるが、血管の老化ではいったん出血や梗塞などのイベントが発生すると致命的である。一方、筋骨格系の老化の場合骨折や機能低下などのイベントが起きても死亡には至らない。このことが女性において男性よりも明らかに不健康寿命が長いことを意味している。

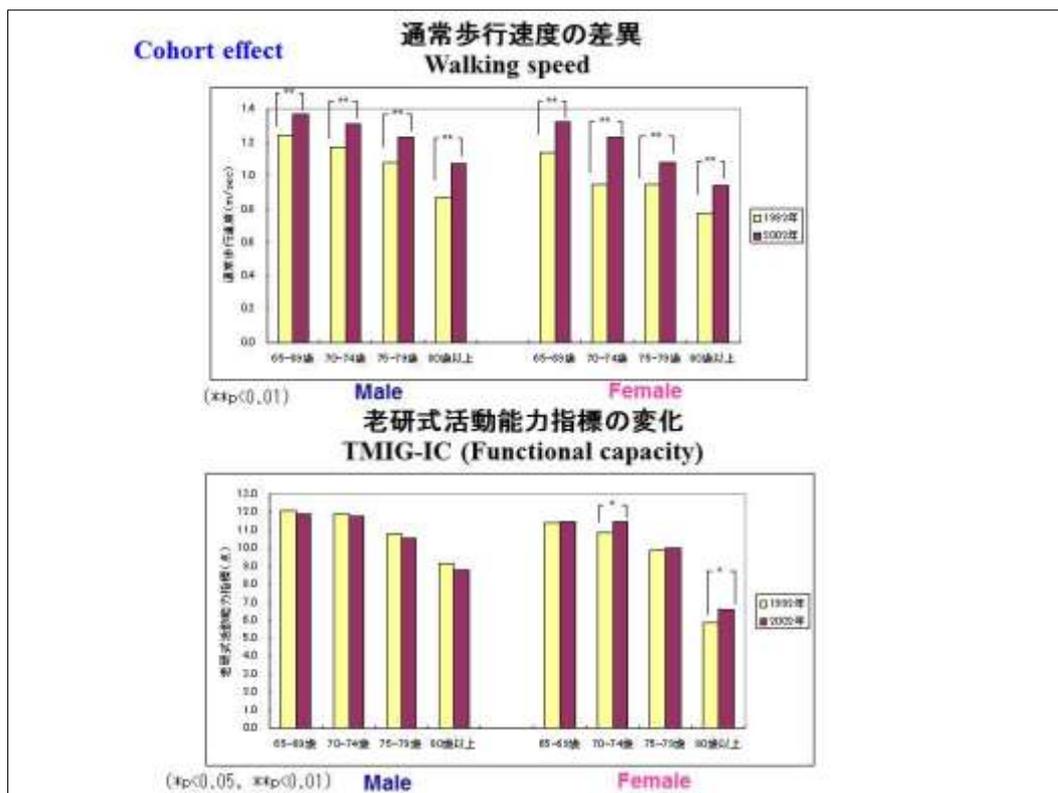
このことはまた、介護保険サービス利用状況からも明らかである。すなわち、要支援あるいは要介護の1,2といった軽度のサービスの受給者には圧倒的に後期高齢者の女性が多い。一方、男性では比較的軽度のサービス利用は少なく、逆にたとえ前期高齢者であっても脳卒中により最初から要介護2,3といった重いサービスから受給を開始していく例が少なくない。

ここで示されるような同一の集団を10年以上にわたり追跡したデータというのはきわめて少ないが、現在の日本の高齢者の“Productivity”あるいは“Productive Aging”を考えるとときには、性（男と女）と年齢階級（前期と後期）の4区分で考察しなければならないことがあきらかであろう。すなわち、比較的活力や身体機能の高い前期高齢者と心身の機能の減弱が顕在化してくる後期高齢者とは、必ずしも同じレベルで“Productive Aging”を論ずることができないことを認識することが、今後ますます重要となるであろう。

b) コホート効果の検証

コホート効果（Cohort effect）とは、出生年代の差による測定値あるいは能力の差である。本研究では1992年の高齢者集団と2002年の高齢者集団をそれぞれ年齢階層別に比較している。古い時代の高齢者と新しい時代の高齢者の比較ともいえるが、“Productivity”を考える上で、男女別にそれぞれの年代で歩行スピードや筋力など、生活機能に関連する能力がどのように変化したのかを分析することが可能である。

図 3



「通常歩行速度」(図 3) は、これまでの国内外の多くの老化についての縦断研究からきわめて有用な死亡の予知因子であることが良く知られている。この通常歩行速度を見ると、男性も女性も、そしてどの年齢階層でも、10 年前の(1992 年の) 高齢者に比べて新しい(2002 年の) 高齢者は有意に速くなっている。このことは、2002 年高齢者のほうが死亡リスクが低下していることを意味していると考えてよい。先述のように後期高齢女性は生活機能という視点からみると低下リスクの大きい集団であるが、今から 10 年前の高齢者に比べると、健康度は顕著に高くなったことも間違いない事実である。同様の変化は「握力」についても当てはまる。男女共にどの年齢階層でも物を握る力が強くなっている。

一方、「老研式活動能力指標」の比較ではほとんど両群に変化が見られない。このわが国を代表する高齢者の生活機能を測定する指標が開発されたのは 1980 年代であり、昨今の高齢者の生活機能の向上著しい時代にはすでに適切な指標であるかどうか、再検討すべき時期に入っているであろう。また、栄養指標として重要な「血清アルブミン値」については、男女共に顕著な上昇が認められる。かつては「低栄養」の指標としてこの血清アルブミン値を 3.5g/dl と定義していたこともあったが、今日の地域在宅高齢者の調査から見ても 3.8g/dl 以下の高齢者(特に前期高齢者)は皆無といって差し支えないほどとなっている。欧米の研究者の中にはこの血清アルブミン値による低栄養の判断を 4.0g/dl と考えているものも少なくない。

3. 後期高齢者における“Productive Aging”を実現するための介護予防の重要性とその戦略

現代日本人は中年期における生活習慣病の一次予防をより一層進めなければならない。なぜなら、例えば脳卒中を例にとっても、その死亡率は下がっても発生率が下がっていないために、脳卒中発症後、死亡を免れたとしても要介護状態になる場合が多くなっていくことが

容易に想定されるからである。発生率を下げるということは、病気を発症しないと同時に要介護状態にならないということでもある。高齢期になって“Productivity”を維持するためにも、いかに不健康寿命を増加させないかが、喫緊の課題となる。疾病予防は（予防対策のなされない状態における）疾患特異的死亡率に認められる変曲点の前に実施されることが重要である。当然、介護予防は変曲点近傍（70歳頃）から以降で特に重要となってくる。後期高齢者医療制度は、さまざまに議論を呼び、今後のあり方もまだ不安定要素を残している保険制度であるが、少なくとも疾病と介護を包括的に含む高齢者の健康作りという視点からみて、「後期高齢者」として一つの枠を作り、疾病予防と介護予防のまさに「変曲点」としての機能を持たせるという意味において今後も必要不可欠な制度だと考えられる。いつまでも金太郎飴を切ったように病気の予防ばかりに力点が置かれるのではなく、変曲点以降の高齢者においてより重要な生活機能の維持向上をどう保障するかが今後ますます大きな意味を持つと考えられる。

高齢期において要介護状態となることを予防する具体的な方法とは何か？これまで述べてきたことから容易に推定されるように、男性は血管の老化、すなわち動脈硬化を（中年期以降）いかに抑制するかが重要であり、女性においては（高齢期における）筋骨格系の老化をいかに抑制するかが重要となる。特に今後著しく増加する女性の後期高齢者に頻発する軽度の要支援・要介護サービスを必要とする状態を可能な限り予防し、自立期間を延ばすことが最大の理念と実施に向けた課題であろう。

a) 老年症候群の重要性

より具体的に対策方法を挙げるとすれば、「老年症候群」をいかにして予防するかということである。この老年症候群は高齢期の“Productivity”に対しても大きな負の要因となっている。例えば、老年症候群の代表的な症候である転倒はもっとも重要かつ効果的な対象である。転倒は（骨粗鬆症と連動して）容易に大腿骨頸部骨折などの骨折をはじめとする外傷をもたらすだけでなく、たとえ外傷はなくても転倒自体が高齢者に恐怖心を植え付け、その後の外出への恐怖による生活空間の狭小化やQOLを低下させて「転倒後症候群」を引き起こす（鈴木隆雄；2007）⁷⁾。正に高齢期の“Productive Aging”を傷害する最たる症候であろう。後期高齢者で独居高齢者や高齢世帯では低栄養も問題となる。と同時に栄養だけでなく、誤飲性、誤嚥性の肺炎の直接の原因となる口腔機能というのも大変重要である。誤嚥性の肺炎は物を噛む機能、物を飲み込む喉頭、咽頭の機能の低下によってもたらされるものであり、歯科医や歯科衛生士などの適切な機能回復指導により十分予防が可能である。また、閉じこもりと密接に関連するのが尿失禁や足のトラブルである。尿失禁については軽度のもを含めると高齢女性の3～4割に出現する。尿失禁によって友人と会うなどの社会活動性の制限がみられ、自信の喪失や閉じこもり状態へと移行する（金憲経他；2004）⁸⁾。また、足の変形による歩行の困難性も多発するものである。女性で70歳を過ぎると、かなりの頻度で「土踏まず」を構成する足の（骨格）アーチが低下し、扁平足そして開張足になりやすい。その結果として外反母趾・内反小趾が発生し歩行時に足が痛む状態となる（Menz HB et al.;2005）⁹⁾。これらも全て高齢期の“Productivity”を傷害していることは容易に想像されるであろう。

このような老年症候群の特徴は以下のようにまとめられる。

- 1) 明確な疾病ではない。（「年のせい」とされる）
- 2) 症状が致命的ではない。（「生活上の不具合」とされる）
- 3) 日常生活への障害が初期には小さい。（本人にも自覚がない）

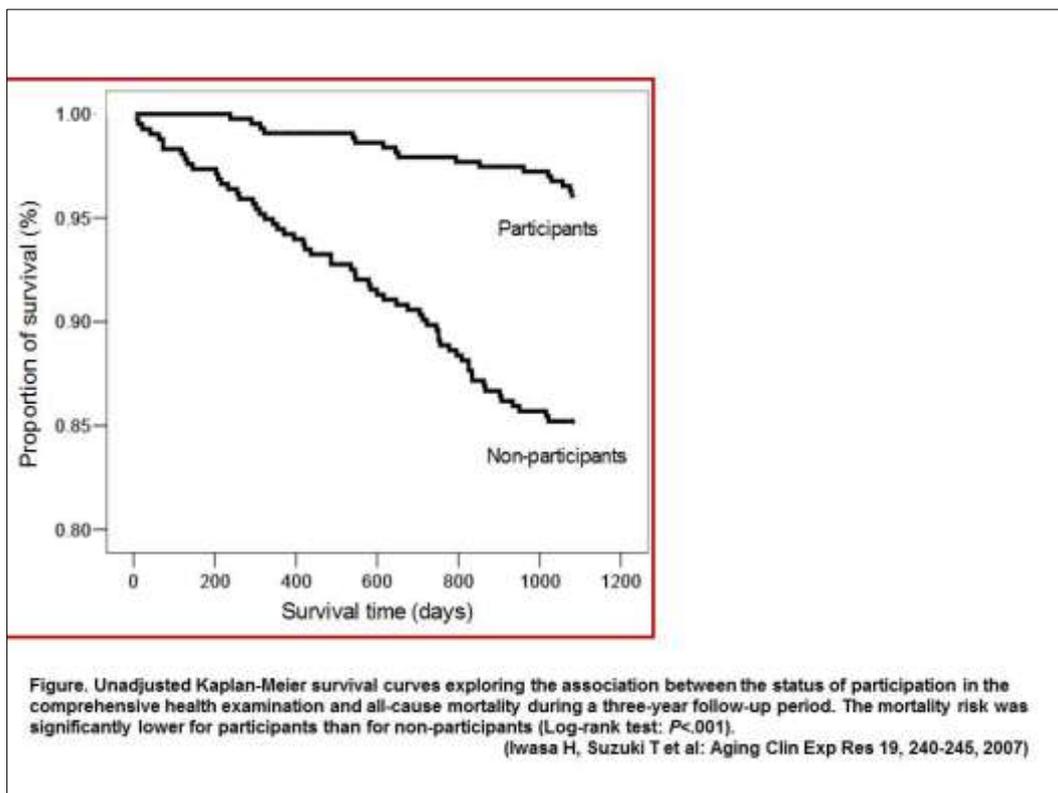
これらのことから、「老年症候群」を有する高齢者であっても医療機関への受診は少なく、また医療側での対応も一定の水準がなく、対策に困難なのが現状である。しかし多くの老年症候群、特にそれらの初期には自己の努力である程度予防していくことが可能である。特に最近では、これらの老年症候群の多くの症候に対して科学的に最も推奨される手法である無作為割付比較介入試験 (Randomized Controlled Trial :RCT)によって、個々の症候に対する介入プログラムが有効であるか否かが確認されている。これらの RCT は論文化され厳しいレビューのある学術雑誌に報告されている。数ある老年症候群の中で、転倒予防 (Suzuki T. et al.2004, Shimada H. et al.2004) ^{10,11)}、低栄養予防 (Kwon J. et al.2006) ¹²⁾、尿失禁予防 (Kim, H.et al.2007) ¹³⁾足の变形による歩行障害の予防 (Kusumoto A. et al.2007) ¹⁴⁾、さらに、もっとも高齢者の関心が深い認知症の予防については認知症の前段階、すなわち軽度認知障害 (“Mild Cognitive Impairment : MCI”) (Suzuki T et al. 2012) ¹⁵⁾ の段階でいずれも RCT を経て適切な介入が有効であることが示されている。

b) 介護予防としての老年症候群の効果的スクリーニング

老年症候群の早期発見と早期対策は、高齢者において日々の生活を自立して送るという、まさに“Productive Aging” という点で、ある意味で疾病予防以上に重要な意義を持っている。このような高齢期の生活機能のスクリーニングに関して、具体的に推奨される方法は検診の仕組みを活用することである。わが国は結核に対する早期発見と早期治療を目的として検診の仕組みを発達させ、生活習慣病対策として応用を図り現在に至っている。わが国のこの検診システムは他の国に例を見ないほどに国民に広く受け入れられ、世界一の長寿大国に押し上げてきた大きな原動力であった。今後は若年から中年期の (生活習慣病予防のための) 検診を一段と充実させることはもちろんであるが、進行した高齢者社会にあっては高齢者の生活機能の維持・向上のために老年症候群を早期発見し早期対応するためのシステムとしても発展的に活用するべきである。筆者がこの理念に基づき、平成 13 年から本格的に開始したのが地域在宅高齢者を対象とした「お達者健診」であった (鈴木隆雄他 ; 2002 ¹⁶⁾ , 岩佐一他、2003 ¹⁷⁾、岩佐一他、2005 ¹⁸⁾、吉田裕子他 ; 2006 ¹⁹⁾、権珍嬉他 ; 2007 ²⁰⁾、金憲経他 ; 2007 ²¹⁾、2008 ²²⁾、吉田裕子他、2008 ²³⁾等)。この「お達者健診」ではもちろん必要最低限の老年病も確認するが、基本は個々の高齢者の生活機能や老年症候群の有無を確認することに重点を置いた健診である。特に生活機能のみならず生命予後にまで大きな影響を持つ歩行能力については、どのぐらいのスピードで歩けるのか、横断歩道での信号を渡れるスピード (およそ 0.1m/s) で歩けるのか、というような項目を重点的に確認してゆくのである。特に女性は筋骨格系に虚弱の出現しやすいことから、骨や筋肉の状態を十分に確認することが重要である。さらに、認知機能がしっかりしているかどうか、口腔機能 (咀嚼能力及び嚥下機能等) の確認、血清アルブミン値等を含めた低栄養の有無等々を「お達者健診」では確認している。

このような高齢者の生活機能や老年症候群に焦点を当てた検診によって、何らかの危険性を持つ高齢者、すなわちハイリスク高齢者が抽出されてくることになるが、そのようなハイリスク高齢者に対しては、先ほど述べた RCT によって科学的に有効性の確認された介入プログラムを提供することになる。それが転倒予防であったり、尿失禁予防であったり、低栄養予防であったり、あるいは生活機能の全体的な向上に対する介入であったりということであり、検診 (スクリーニング) から具体的な予防対策の実施にいたるまでシームレスに行われてゆくことが、今後益々重要であり、“Productive Aging” の実現に向けて必要不可欠からざるどころみである。

図 4



さらにこういった高齢者の生活機能に着目した健診を積極的に受診した群と未受診群との間には受診行動を調整しても尚その後の追跡調査によって死亡率に大きな差のあることが確認されているのである (Iwasa H, et al. 2007 図 4)²⁴⁾。さらに国民の関心の高い認知症予防に向けた取り組みということで、認知機能低下予防の危険因子を抑制した無作為割付比較介入試験も来年度実施される予定となっている。

介護保険によって保障される虚弱高齢者や障害を持つ高齢者への支援や介護はいわば最後の社会的セイフティ・ネットであり、わが国のような(超)高齢社会にあっては最後まで安心して暮らせるためにも必要不可欠な仕組みである。しかし、高齢期(特に後期高齢期)にあっても虚弱化や障害をいかに先送りするか、最後まで自立した生活をいかにして営んでゆくか、そしていかに“Productive Aging”を構築していくかについては、自分自身が老年症候群などの危険な老化をいかに早く気付くか、そしていかに早くその対応策を適切に受け入れるかが極めて重要なのである。それは何も難しいことをやるわけではないが、不断の自助努力が必要であることはいままでのない。これが介護予防で一番大事なことであろう。

4. おわりに

介護保険の開始以来、そのサービスを利用する高齢者が非常に増えてきている。介護保険は最後のセイフティ・ネットでもあるわけで、それが国民に広く認知されてきたということであり、払った保険料に対してサービスを受けるという契約であることから、必ずしも憂うべきことではない。

しかし、軽度の要介護者が特に増えてきていることは憂慮される。特に後期高齢期の女性における虚弱化の進行とそれに伴う生活機能の低下がこのような軽度サービスの増加につな

がっていることは否定できない。

国の施策としての介護予防は平成 18 年に開始されたが、現時点では必ずしも十分に機能しているとは言いがたい。サービスを受ける特定高齢者を 5%と想定しているが、現在でも高々0.8%程度であり、地域包括支援センターでの対応やケアマネジメントのあり方、実際のサービス提供への流れなど課題は抽出され、改善の方策も少しずつ実行されている。現在第 5 期（平成 24 年度以降）の介護保険制度における介護予防の動向を見据えたかたちで実施されているのが「システムとしての介護」である。一つは基本チェックリストの完全実施である。またハイリスク高齢者のみを直接的に抽出する（ハイリスク・アプローチ）だけではなく、一般の高齢者からも広く介護予防の取り組みの中から高齢者集団全体での介護予防の取り組み（ポピュレーション・アプローチ）の重視など、より広範な啓発普及を含めた総合的対策が進行している。

わが国において（先に述べたように）疾病予防が功を奏し、健康長寿大国を築くまでに 50 年以上の不断の努力を必要とした。一方、介護予防は始まってまだ 5、6 年である。はじめから「全国民が納得」し、わずか数年で介護保険料の削減に結びつく「顕著な効果」というのはそもそも無理な話である。けれども、そして少しでも、国民の一人一人が介護予防は疾病予防と同じように大事であり、人生の最期まで“Productive”に自分らしく尊厳を持って生きていくためには、積極的な保健行動を含む自助努力が必要であることを理解してもらえよう、これから根気強い（草の根的な）取り組みが必要である。

(文 献)

- 1) Suzuki T, Shibata H: An introduction of The TMIG-LISA (1991-2001). *Geriat. Gerontol. Int.* 3: S1-4, 2003
- 2) 鈴木隆雄, 權珍嬉: 日本人高齢者における身体機能の縦断的・横断的变化に関する研究—高齢者は若返っているか?—。厚生指標, 53(4): 1-10, 2006
- 3) 鈴木隆雄: 生活機能改善の意義と限界。日老医誌, 44: 188-190, 2007
- 4) Kubo M, et al: Trends in the incidence, mortality, mortality, and survival rate of cardiovascular disease in a Japanese community: the Hisayama Study. *Stroke* 2003, 34: 2349-2354.
- 5) Kubo M, et al: Secular trends in the incidence of and risk factors for ischemic stroke and its subtypes in Japanese population. *Circulation* 2008, 118: 2672-2678.
- 6) 鈴木一夫: 秋田県の脳卒中危険因子の変遷、日循・予防誌, 43: 172-178, 2008
- 7) 鈴木隆雄: 転倒の先に起こること—転倒後症候群—。整形災害外科, 50: 49-54, 2007
- 8) 金憲経, 吉田英世, 胡秀英, 湯川晴美, 古名丈人, 鈴木隆雄: 農村地域高齢者の尿失禁発症に関連する要因の検討—4年間の追跡研究から—。日本公衆衛生誌, 51: 612-622, 2004
- 9) Menz HB, Lord SR: Gait instability in older people with hallux valgus. *Foot Ankle Int* 2005; 26:483-489.
- 10) Suzuki T, Kim H, Yoshida H, et al.: Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. *J Bone Min Metab.* 22: 602-611, 2004
- 11) Shimada H, Obuchi S, Furuna T, Suzuki T: New intervention program for preventing falls among frail elderly people: The effects of perturbed walking exercise using a bilateral separated treadmill. *Am J Phys Med Rehab.* 83: 493-499, 2004
- 12) Kwon J, Suzuki T, Kumagai S, Yukawa H: Risk factors for dietary variety decline among Japanese elderly in a rural community: a 8-year follow-up study from TMIG-LISA. *Eur J Clin Nut.* 30: 305-311, 2006
- 13) Kim H, Suzuki T, Yoshida Y, Yoshida H: Effectiveness of multidimensional exercises for the treatment of stress urinary incontinence in community-dwelling Japanese elderly women: A randomized controlled and cross-over trial. *J Amer Geriat Soc.* 55: 1932-1939, 2007
- 14) Kusumoto A, Suzuki T, Yoshida H, Kwon J: Intervention study to improve Quality of Life and health problems of community-living elderly women in Japan by shoe filling and custom-made insoles. *Gerontology.* 53: 110-118, 2007
- 15) Suzuki T, Shimada H, Makizako H, Doi T et al.: Effects of multicomponent exercise on cognitive function in older adults with amnesic mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *BMC Neurology.* 12: 128-134, 2012
- 16) 鈴木隆雄, 岩佐一, 吉田英世, 金憲経, 胡秀英, 吉田祐子: 地域高齢者を対象とした要介護予防のための包括的健診(「お達者健診」)についての研究—1. 受診者と非受診者の特性について—, 日本公衆衛生誌, 50: 39-48, 2002
- 17) 岩佐一, 鈴木隆雄, 吉田英世, 金憲経, 新名正弥, 吉田祐子, 古名丈人, 杉浦美穂, 西澤哲, 胡秀英, 新開省二, 熊谷修, 藤原佳典, 渡辺修一郎, 湯川晴美: 地域在宅高齢者における高次生活機能を規定する認知機能について: 要介護予防のための包括的健診(「お達者健診」)についての研究(第二報). 日本公衆衛生誌, 50: 950-958, 2003
- 18) 岩佐一, 鈴木隆雄, 吉田祐子, 吉田英世, 金憲経, 古名丈人, 杉浦美穂: 地域在宅高齢者における記憶愁訴の実態把握—要介護予防のための包括的健診(「お達者健診」)についての研究(3)—。日本公衆衛生誌, 52(2): 176-184, 2005
- 19) 吉田祐子, 金憲経, 岩佐一, 權珍嬉, 杉浦美穂, 古名丈人, 吉田英世, 鈴木隆雄: 都市部在住高齢者における尿失禁の頻度および尿失禁に関連する特性: 要介護予防のための包括的健診(「お達者健診」)についての研究。日老医誌, 44(1): 83-89, 2006
- 20) 權珍嬉, 吉田祐子, 岩佐一, 吉田英世, 金憲経, 杉浦美穂, 古名丈人, 鈴木隆雄: 都市部在住高齢者における老年症候群保有者の健康状態について—介護予防事業推進のための基礎調査(「お達者健診」より)—。日本老年医学会雑誌, 44(2): 224-230, 2007
- 21) 金憲経, 鈴木隆雄, 吉田英世, 權珍嬉, 岩佐一: 都市部在住高齢女性における老年症候群の複数徴候保持者の諸特性と関連要因—要介護予防のための包括的健診「お達者健診」—。日本公衛誌, 54: 43-52, 2007
- 22) 金憲経, 鈴木隆雄, 吉田英世, 吉田祐子, 島田裕之: 都市部在住の高齢女性肥満者における老年症候群の有症状況および関連要因—介護予防のための包括的健診—。日本老年医学会雑誌, 45(4): 414-420, 2008
- 23) 吉田祐子, 岩佐一, 權珍嬉, 古名丈人, 金憲経, 吉田英世, 鈴木隆雄: 都市部在住高齢者における介護予防健診の不参加者の特徴: 介護予防事業推進のための基礎資料「お達者健診」より—。日本公衆衛生雑誌, 55(4): 221-227, 2008
- 24) Iwasa H, Yoshida H, Kim H, Yoshida Y, Kwon J, Furuna T, Suzuki T: A mortality comparison of participants and non-participants in a comprehensive health examination among elderly people living in an urban Japanese community. *Aging: Clin Exp Res.* 19(3): 240-245, 2007

Ⅱ．プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する各国のシステムと課題

1. 高齢者の地域参加に関する基盤制度・政策の動向
ー日本と海外
2. 高齢者の地域参加 ー日本とヨーロッパ、韓国
3. プロダクティブ・エイジングにかかわる日本の政策課題

1. 高齢者の地域参加に関する基盤制度・政策の動向 ー日本と海外

医療経済研究機構主任研究員

中島民恵子

1. 目的

本稿では、各国のプロダクティブ・エイジングと健康増進の実態を比較していく上で基盤となる、高齢者をめぐる社会保障制度や就労支援等の政策的動向を把握する。それとともに、高齢者の地域参加に関する推進策の動向を具体的な実践例を通して明らかにする。

2. 方法

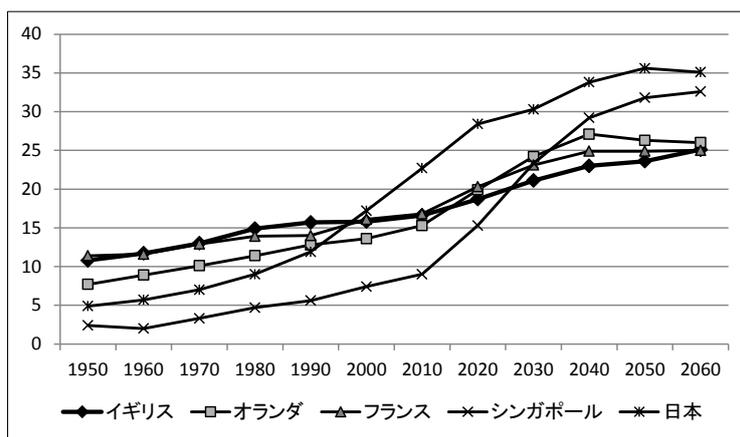
プロダクティブ・エイジングの実現に向けて、それらの基盤となる「1. 高齢社会に向けた基本制度」「2. 退職後の所得補償に関する法制度」「3. 高齢者の雇用に関する法制度」「4. 高齢者の安定居住に関する法制度」および「5. 高齢者の社会参加を促進する方策」の項目を設定し、イギリス、オランダ、フランス、シンガポールの国際長寿センター（ILC）を対象にプロダクティブ・エイジングについての各国法制・制度調査（データリクエスト調査）を行った（詳細は本報告書 165 ページ参照）。各アライアンスセンターには、これらの分野に詳しい専門家、研究職（有識者）に回答の依頼を要請した。また、これらに加え、各国の担当省や高齢者支援団体等の web サイトや、文献検索によって資料を収集した。

3. 結果

1) 高齢化に関する基礎データ

(1) 各国の高齢化率と平均寿命の推移

図1の通り、各国とも65歳以上の高齢者が増加する見込みであり、周知の事実であるが、日本は高齢化になる速度が他国に比べて早い状況にある。また、表1の通り、日本の平均寿命は、男女とも1950年から1975年にかけて急速に伸び、1980年代以降の日本の平均寿命は男女とも最も長い状況である。



出典：OECD World Population Prospects 2010

図1 高齢化率の推移

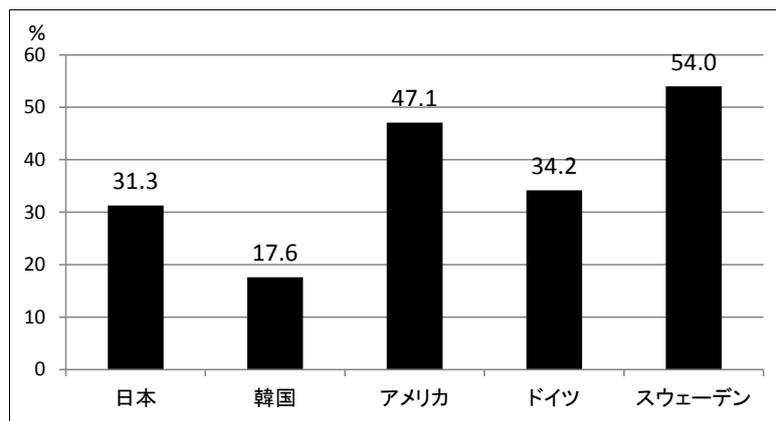
表1 平均寿命の推移

男性	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1990-95	2000-05	2010-15	2020-25
イギリス	66.7	68	69	71.1	73.4	76.0	78.3	79.4
オランダ	70.6	71.2	71.2	72.8	74.2	76.3	78.9	80
フランス	64.2	67.2	68.6	70.7	73.3	76	78.5	80.2
シンガポール	57.5	63.4	66	69.5	74.4	77.2	78.9	80.1
日本	60.4	66.5	70.5	74.1	76.3	78.3	80.1	81.4
女性	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1990-95	2000-05	2010-15	2020-25
イギリス	71.8	73.9	75.2	77.1	78.8	80.6	82.4	83.7
オランダ	73.2	75.8	77.1	79.5	80.2	81.0	82.8	83.8
フランス	70.2	74.2	76.3	78.9	81.5	83.2	84.9	86
シンガポール	63.0	70.0	72.8	75.1	79.2	81.5	83.7	84.9
日本	63.9	71.5	75.8	79.6	82.4	85.2	87.1	88.4

出典：OECD World Population Prospects 2010
2010-05,2020-25 は推定値

(2) 高齢者の社会活動に対する意識

本調査のデータリクエスト対象国は含まれていないが、高齢者の社会活動に対する意識については、「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(対象：韓国、アメリカ、ドイツ、スウェーデン、日本)により示されており¹⁾、参考として概要を記す。図2のように、ボランティア活動その他の社会活動への参加状況は、日本は参加している割合(31.3%)が韓国に次いで低かった。また、ボランティア活動その他の社会活動に参加していない人に対して参加しない理由については、「関心がないから」という人の割合(15.9%)は他国と比べて極めて低く、「時間的・精神的ゆとりがない」、「健康上の理由、体力に自信がない」という理由が多かった(それぞれ32.2%、31.5%)。日本では、他の4か国と比較して「社会活動に関心はあるものの、時間的・精神的ゆとりや健康上の理由から参加していない」人が多い状況であることが指摘されている。



出典：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(平成22年)

図2 ボランティア活動その他の社会活動への参加状況

2) EUにおけるアクティブエイジングの動向

EUでは、2012年を「アクティブエイジングと世代間の連帯のための欧州年（European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations）」と定め、高齢社会に向けた対応の抜本的見直しに取り組んでいる²⁾。

アクティブエイジングの起源は国連の国際高齢者年（1999年）、第2回高齢化に関する世界会議（2002年）等にあると言われている³⁾。なお、国際保健機関（WHO）はアクティブエイジングを「健康の維持、家族や地域社会の営みへの参加、安心できる社会づくりのためのさまざまな機会を最大限に高めるプロセス」と定義している⁴⁾。

EUのこの2012年（アクティブエイジング年）において、仕事をさらに満喫し、日常生活で自立し市民として関わりながら、健康な状態で社会の一員として年を重ねることが重視されている。高齢者が年齢に関わらず、社会で役割を担うことができ、質の高い生活を楽しむことができるためにも、高齢になっても個人が持つ可能性を最大限活用することが重要と考えられている。

特に、高齢者の社会貢献への認知度向上を目指したものであり、アクティブエイジングに向けたより良い機会づくりや世代間の連帯強化を目的とした行動を起こすよう、政策立案者やあらゆるレベルの関係者を促そうとしている。そのために、アクティブエイジングを実現するための多くの事例を集め、提示することによって、高齢者の社会貢献に対する関心を高め、人びとの意識を変革することを目指している。

また、2012欧州年は、「雇用」「社会参加」「自立した生活」3つの分野でアクティブエイジングを促進しようとしている。

雇用：欧州全体で寿命が延びている中、年金受給開始年齢も引き上げられている。しかし多くの人々は、一定の年金を受給し退職出来るようになるまで、現在の仕事の継続や他の仕事を見つける等ができないのではないかと恐れている。労働市場における高齢就労者により良いチャンスを提供することが必要である。

社会参加：高齢者が引退後に、自分の親または配偶者、また孫など他者へのケア提供者として貢献している点は見過ごされがちであり、またボランティアとしての高齢者の役割も同様である。欧州年では、高齢者が社会にもたらしているものに関する認知向上や、高齢者により優しい環境作りに努める。

自立した生活：年と共に健康状態が衰えるが、その衰えに対処するために出来ることは多くある。アクティブエイジングは、高齢者が出来るだけ長く自らの人生の主人公でい続けながら年を重ねられるよう、自らをエンパワーすることも意味している。

3) プロダクティブ・エイジングに関連する基盤制度・方策

(1) 高齢社会に向けた基本制度について

日本では、高齢社会対策の基本理念を明らかにしてその方向を示し、国を始め社会全体として高齢社会対策を総合的に推進していくため、1995年に高齢社会対策基本法が制定された。そこでは、「就業・所得」「健康・福祉」「学習・社会参加」「生活環境」「調査研究等の推進」の5つに関する規定が示されている。

高齢社会対策基本法に基づき、「高齢社会対策大綱」（以下、大綱）が作成されることとなり、最初の大綱は1996年に策定、その後5年が経過した2001年に一度改定が行われ、2012年に二度目の改定が行われた。最新の改定では、「人生90年時代」を前提とした仕組みの転換が強調され、以下の6つの基本的考え方に則り高齢社会対策を進めることが示された⁵⁾。

表2 高齢社会対策大綱（2012）の基本的考え方

<p>(1) 「高齢者」の捉え方の意識改革</p> <p>(2) 老後の安心を確保するための社会保障制度の確立</p> <p>(3) 高齢者の意欲と能力の活用</p> <p>(4) 地域力の強化と安定的な地域社会の実現</p> <p>(5) 安全・安心な生活環境の実現</p> <p>(6) 若年期からの「人生90年時代」への備えと世代循環の実現</p>

高齢社会対策基本法および大綱のような、高齢社会対策を推進するための基本的な法律や戦略等に関する、調査対象国の状況は以下の通りである。

イギリスには、高齢者の配慮や参加の積極的な促進を記す類似法は存在しない。特に、「2010年平等法⁶⁾」では、年齢、障害、性別などに基づく差別禁止を定めており^{注1)}、本法律が年齢差別に関する主要な法律となり、雇用・教育・研修におけるエイジズムから高齢者を守っている。一方、イギリスでも高齢化が進行している状況下に対して、監査委員会 (Audit Commission) より、各自治体において人口高齢化に対する十分な財政的対策がとられていないことなどを指摘するレポート⁷⁾が示され、財務的な課題へ自治体が対応や改善しやすくなるためのいくつかのツール^{8),9)}が提供されている。

オランダには、全国・地域・自治体のどのレベルにおいても、人口構造の変化から生じる課題に対応する包括的な法律やアプローチはない。高齢化社会は政府・NGO・労使団体等にとって重要な課題であることは認識されており、特にそれは医療・福祉・就労・所得の分野で顕著である。

フランスでは、ほかの先進諸国に比べて出生率の低下が早期に始まったことにより人口の高齢化も早く到来し、1865年にはすでに全人口に占める65歳以上の人口の割合は7%を超えていたが、14%を超えるには114年を費やしており、高齢化の進行は極めて緩やかであった。フランスの人口問題の解決は出生率を引き上げることに向けられ、高齢者に対する系統的な施策の展開は遅れていたことが指摘されている¹⁰⁾。

フランスにおいて、本格的な高齢者対策がなされるようになったのは、高齢者問題研究委員会が今後20年間の高齢者施策の指針をまとめた「ラロック報告書」が1962年に出されてからである。フランスにおいても、高齢社会に向けた基本法は存在しないが、この報告書にみられる高齢者の自立した生活を支援するという理念は、現在でも高齢者福祉医療政策に引き継がれている。また、フランスの労働法および社会保障法では、一般的な就労および雇用条件の規則が設けられているが、この数年間に高齢就労者に特化した規範を定めるため、い

注1) 差別禁止の対象となる「保護特性」として、年齢、障害、性別、性転換、妊娠・出産、結婚（同姓婚を含む）、人種、宗教・信念、性的指向の9つを定め、雇用、教育、商品・サービスの提供を含む広い範囲で、「保護特性」に基づいた直接的および間接的差別の禁止を求めている。（内閣府 第4章 2010年平等法（イギリス）障害者差別禁止制度に関する国際調査）2012.

Available from: <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h23kokusai/12-eng1.html>

くつかの法や法令が定められてきた^{注2)}。

シンガポールにおいても、高齢社会に向けた基本法は存在しない。ただし、シンガポールは高齢化社会から高齢社会への移行年数が日本よりも早いスピードで進むことが指摘されており、高齢化への対応が急がれている^{注3)}。

実際、高齢社会を見越して、1982年から1999年の間にシンガポール政府は4つの全国委員会を立ち上げ、高齢社会に向けた準備を開始している。これら全国委員会の取り組みに基づき、1998年に初の高齢化に関する省庁間委員会（Inter-Ministerial Committee ; IMC）が設立された。IMCは、高齢化に伴う課題へ対応するために調整の取れた全国的なアプローチに着手し、それを促進することを目的としている。IMCの報告書では、全ての市民がサクセスフル・エイジングを享受できるようにするための優先分野として、1)高齢者の社会的統合、2)ヘルスケア、3)経済的安定、4)雇用と雇用適性、5)住宅と土地利用政策、6)高齢化社会における団結の促進と対立の管理を示しており¹⁾、国としてどのような国家戦略をとるかを定義づけるものとなった。本報告書は発表以来、シンガポールにおける高齢化の政策やプログラムの指針となっている。シンガポールでは継続的に高齢社会への対策が検討されている。

（2）退職後の所得補償に関する法制度について

高齢期における社会参加を支える1つの基盤には、退職後の生活を支えるための所得補償に関する制度があると考えられる。退職後の生活を支える主な所得は、公的年金、退職給付（退職一時金と企業年金）、これまで自ら貯蓄してきた財産の取り崩しの3つと考えられる。ここでは、公的年金を中心に年金支給年齢などについて、OECDの『図表で見る年金2011年版（Pensions at a Glance 2011）』を中心に、対象国の最新の状況も踏まえて検討していく。

OECD諸国の約半数は、すでに年金支給開始年齢を引き上げ始めている、もしくは、近い将来引き上げようと計画している。2050年には、OECD諸国の平均年金支給開始年齢は男女ともほぼ65歳に達する。これは2010年から男性で約2.5年、女性で約4年の引き上げに相当することが指摘されている¹²⁾。一方で、大半のOECD諸国では標準的な年金支給開始年齢前に退職することも指摘されており、2002年～2007年のOECD諸国の平均退職年齢は男性で約63.5歳、女性で約62.5歳である。（3）とも関連するが、実質的な退職年齢の引き上げや雇用継続に向けた取り組みは、各国とも並行して直面する重要な課題ともなっている。

データリクエスト対象国（シンガポールを除く）の1949年から2050年までの男女別標準年金支給開始年齢は表3、4の通りである。以下で各国の状況を見ていくが、下記のOECDデータで示されている以上に、支給開始年齢の引き上げが早まっている現状が分かる。

注2) "Decree No. 2009-560 of 20 May 2009 concerning the content and the validation of the agreements and the action plans promoting employment of older workers", "Decree No. 2009-564 of 20 May 2009 concerning the calculation of staff referred to in Article L. 138-28 of the Code of Social Security agreements and action plans promoting employment of older workers." など

注3) 日本は7%から14%に移行するのに24年（1970年から1994年）であったのに対し、シンガポールでは16年（2000年から2016年）の移行が見込まれている。

表3 男性の標準年金支給開始年齢（1949-2050）

	1949	1958	1971	1983	1989	1993	1999	2002	2010	2020	2030	2040	2050
イギリス	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	66	67	68
オランダ	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
フランス	-	65	65	65	60	60	60	60	60.5	61	61	61	61
日本	-	60	60	60	60	60	60	61	64	65	65	65	65

表4 女性の標準年金支給開始年齢（1949-2050）

	1949	1958	1971	1983	1989	1993	1999	2002	2010	2020	2030	2040	2050
イギリス	60	60	60	60	60	60	60	60	60	65	66	67	68
オランダ	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
フランス	-	65	65	65	60	60	60	60	60.5	61	61	61	61
日本	-	55	55	55	56	58	60	60	62	65	65	65	65

出典：OECD Pensions at a Glance 2011 Table1.1.&1.2.

イギリスでは、2010年の白書「持続可能な公的年金¹³⁾」において、平均余命の伸長が急激であり、2007年年金法が定めていた支給開始年齢引き上げのスケジュールでは年金制度の持続可能性が失われてしまうことに言及し、2007年年金法の支給介護年齢の引き上げスケジュールを6年前倒しして実施することが提案されている。これらを受けて、2011年イギリス年金法¹⁴⁾では、女性の年金受給開始年齢の引き上げスピードを速め、男性と女性の支給開始年齢が65歳に統一されるのが2020年であったのを、2018年には65歳へと前倒しした上で、2020年10月には男女ともに66歳とすることが予定されている。また、政府の計画では、2024年から2026年までに年金受給開始年齢を66歳から67歳に引き上げることも考えられており、「長寿化のペースについていけるよう、年金受給開始年齢を自動的に見直す」ことが暗示されてきた。したがってイギリスでは、年金受給開始年齢が70歳またはそれ以上となる可能性がある。

この背景の1つには、イギリスでも他の先進国と同様に、従属人口指数上昇の課題を抱えていることがあげられる。2010年には、年金受給年齢者1人に対して生産年齢人口は3.2人であったが、2051年までに2.9まで下がることが予測されている。現法で実施されている年金受給開始年齢の引き上げが行われない限りこの指数はさらに下がり、2051年には2.0となると見込まれている¹⁵⁾。

オランダでは、公的基礎年金は15歳以降オランダで居住または就労する期間に応じて毎年満額の2%ずつ積み上げていくものである。年金の給付額は、1年に2度改定される最低賃金と連動している。2010年に政府と労使団体等は「年金協定(The Pension Agreement)」を締結し、これにより公的年金受給開始年齢は、2020年には1年延長され66歳に、また2025年には67歳へと引き上げられた。2025年以降の年金受給開始年齢は、平均寿命の伸長に連動することとされている。経済危機や財政赤字へ対応するための緊縮事業について合意が得られず、2012年春に連立政権が崩壊した直後、年金受給開始年齢の引き上げ速度を上げることが決定した。これにより、年金受給開始年齢は2013年から1年に1-数か月ずつ引き上げられ、2019年には66歳に、2023年には67歳となる。2023年以降の年金受給開始年齢は、平均寿命の伸長によりさらに引き上げられる可能性がある¹⁶⁾。さらに、2012年秋にお

ける新連立政権の交渉の結果、年金受給開始年齢引き上げのスピードがさらに上げられ、連立政権パートナーは年金受給開始年齢を 2018 年には 66 歳に、2021 年には 67 歳とすることに合意した。ただしこれは現行法には組み込まれていない。

フランスでは、標準年金支給開始年齢は他の国とは異なり 1980 年代に引き下げが行われたこともあり、標準年金支給開始年齢が他の国に比べて低めである。ただし、近年年金に関する改革が進められており、2010 年に大きな改革が実行された。正規の法定年金支給開始年齢は 60 歳から毎年 4 か月づつ引き上げられ、2018 年に 62 歳とされる予定であり、満額年金の受給開始年齢も 65 歳から 67 歳に引き上げられるとされている¹⁷⁾。なお、フランスでは、退職後の期間（2007 年時点で約 19 年）が OECD 諸国で最も長く、退職後の期間長期化がもたらす経済面および健康面での影響は大きいと考えられている。

シンガポールでは、福祉制度として全国民を対象とした賦課方式による年金制度は存在せず、中央積立基金（Central Provident Fund ; CPF）を中核とする個人単位の積立方式による福祉制度が構築されている。年金受給の標準資格は 55 歳で CPF から一時払いで引き出すことが前提とされていたが、55 歳で一時払いで引き出すと、その後 20 年しか経済的に持たないことが予測された。そこで、一時払いではなく年金を毎月受け取る方式をとり、高齢者が生涯安定した収入を得られるよう、CPF Life として知られる新たなスキームが導入された¹⁸⁾。これらの受給資格要件は改定されてきており、(3)とも関連するが定年の改定に沿って CPF の引き出し可能年齢（Draw Down Age としても知られる）も改定される予定である。

(3) 高齢者の雇用に関する法制度について

日本では 1971 年に「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」が制定され、数回にわたる改定を得て、65 歳未満の年齢が定年となるように定めている場合には、65 歳までの雇用を確保するための措置（①定年の引上げ、②継続雇用制度の導入、③定年の定め廃止）の導入が義務付けられている。

さらに、2012 年 8 月の改定（2013 年 4 月施行）では、「急速な高齢化の進行に対応し、高齢者が少なくとも年金受給開始年齢までは意欲と能力に応じて働き続けられる環境の整備」をすることを目的に、継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止等が盛り込まれている。

イギリスでは、2006 年雇用平等（年齢）規則が制定されたと同時に法定定年（Default retirement age）が試験的に導入され、2011 年に再検討を行うものとされてきた。ただし、イギリスと日本における定年制は同様のものではなく、イギリスでは一定年齢の到達を理由とした解雇を許容するというものであり、使用者は解雇の意思決定をする必要があり、雇用の意思表示をなすか否かは使用者の決定によるとされている¹⁹⁾。

2011 年雇用平等（定年年齢廃止）規制により、2011 年 4 月から徐々に行われてきた定年制の廃止が 2011 年 10 月以降は完全廃止されることとなった²⁰⁾。イギリスで定年制が違法となったこと自体も重要視されているが、それに加えて、より多くの高齢者を雇用することが奨励されている。ただし現在のところ、これはインセンティブではなく、あくまで奨励にすぎない。また不況が長引く中で政治的な優先事項は、増大する若者の失業へ確実にシフトしているのが現状である。イギリスで高齢者雇用が比較的重要視されている地域は北アイルランドである。高齢者戦略文書「包摂的社会における高齢化（Ageing in an Inclusive Society）²¹⁾」では、北アイルランドにおける高齢者の支援や包摂を推進する政府のアプローチが提示

されている。

オランダでは、早期退職制度は 1980 年代に若年層の失業対策として導入され、多くの労働者が 65 歳以前に進んで退職の道を選んだ経過がある。ただし、早期退職制度は徐々に廃止され、年金制度の改革も進められた。また、2006 年に「65 歳定年退職制と同時点での部分的引退選択の機会」を企業に義務付ける法律が可決され、現役の年金制度加入者は部分的引退を選択できるようになり、65 歳以降も働くことが可能となった²²⁾。その他、オランダでは 21 世紀初頭から、高齢者の比較的低い労働力率や就労期間の短さへ対応するために幅広い政策がとられてきている。これらを受けて、55-64 歳の雇用率は 2011 年で 56%となっており、EU 加盟 27 か国平均の 47%をはるかに上回る状況であり、雇用率は男女とも、この 10 年間で大幅に上昇している。

フランスでは、1970 年代半ばより企業は早期退職スキームを通じて、高齢者の退職を大々的に奨励した経過がある。ただし、2000 年代初期、特に 2003 年の年金改革以降には、早期退職用の公的資金は大幅に削られてきている。その結果、早期退職は減少してきているものの、55 歳以上の雇用率は OECD 諸国で最低レベルであり、2008 年時点で、平均退職年齢は男性で 58.5 歳、女性で 59.2 歳である。また、2009 年社会保障財政法が制定され、高齢者雇用が促進され、雇用主が年齢を理由に退職させることができる年齢が 65 歳から 70 歳へと引き上げることとなった。

シンガポールでは、強制的な定年 (mandatory retirement) は存在しない。ただし、高齢化と労働力不足に対応するため、法定定年 (statutory retirement) の年齢の上げが段階的に行われている。当初、55 歳であった定年年齢は、1993 年に 60 歳に引き上げられた²³⁾。また、近年では退職及び再雇用 (Retirement and Re-Employment Act 2012) に関する法案が国会で承認され、2012 年 1 月より定年年齢 62 歳となった。この法律では、従業員が定年年齢である 62 歳に達した際、事業主は 65 歳まで会社に残る選択肢を従業員に提供しなければならないとされている。また、将来的には 67 歳まで引き上げる旨も含まれている²⁴⁾。

(4) 高齢者の安定居住に関する法制度について

日本では、2001 年に高齢者の居住の安定確保に関する法律が制定され、高齢者向けの賃貸住宅の供給、バリアフリー・リフォーム等についての支援が進められている。また、2011 年の改正では、高齢者の居住の安定を確保するため、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携して、高齢者を支援するサービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度の創設等が行われている。

イギリスでは、高齢者の住まいに特化した法的な扱いはない。ただし、高齢者の住まいの問題が軽視されないよう、高齢者の住宅とケアに関する超党派の議員連盟が設立されている²⁵⁾。この連盟は、より効果的に統合された高齢者の住宅ケアを開発し、高齢期におけるより幅広い選択肢を約束するために、議論の促進やアジェンダ設定を行うことを目指している。連盟の 2011 年の報告「自宅での豊かな生活 (Living well at home)」²⁶⁾では、自宅は高齢者が生活するにふさわしい場所であり、自立した生活の長期化を可能とする等の重要な役割を果たしていることが強調されている。基本的な家のリフォームや在宅ケアなどの支援を得にくい障壁 (ケアの必要性が逼迫しない限りにおいて) について考察した上で、その問題の解決方法について提案を行っている。

なお、ケアが必要となった場合の話ではあるが、住宅を所有している高齢者が介護施設に入所する場合には、その資産の活用・売却によって、介護費用を捻出することが想定されて

おり、在宅所有を推進してきたイギリスの住宅政策は高齢者の住宅問題がケア費用の支払い問題と大きく関係していることが指摘されている²⁷⁾。

オランダには、日本の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」のに該当するような法律はない。オランダでは定期的に、Monitor Investeren voor de Toekomst²⁸⁾のように、高齢者用住宅や高齢者介護施設のニーズアセスメントが行われる。社会の高齢化に伴い高齢者用の特別な住宅施設が更に必要となっていることは広く認知されているが、新たな住宅の建設や既存住宅改修の関連目標の規定、安定居住を可能とする具体的な建築物の特徴などを規定する特定の法は存在しない。オランダでは多くの国と同様に、住宅セクターは個人所有と賃貸セクターに分類されるが、他国と異なるのはオランダの賃貸セクターが、民間の不動産投資家ではなく半官の非営利組織（Woning Corporaties）で占められる点である。これらの組織では特に、低所得層を対象とした賃貸住宅を建設している。政府はこれらの半官組織と協定を結んでおり、その中には高齢者に安定した住宅を提供するための新たな住宅に関する具体的な条項や、古い家屋・アパートを高齢者に適した様式にするための改修に関する条項が含まれる。

フランスには、全国住宅改善機関（Agence Nationale de l'Habitat = l'ANAH）が存在し、既存の民間住宅の開発や改善に関する国策を実施することが使命とされている。目的を達成する為に、住宅所有者・家主・賃貸住宅所有者への支援金提供によって業務の遂行を奨励している他、低所得者・障害者・自律が阻害されつつある高齢者を重視している。なお、少し古いデータであるが 2002 年時点においてのフランスの高齢者の持ち家率は 70.7%と比較的高い状況である²⁹⁾。

シンガポールでは、国民に住宅を保障するために、住宅開発局（Housing Development Board ; HDB）という国の機関が設立されている³⁰⁾。シンガポールは人口密度が高く、不可侵の居住権は、1960 年に始まった手頃な価格の都市公団住宅の建設を通じて実現されてきた。国の住宅戸数の 87%以上が HDB の運営する公団住宅であり、高齢者の間では、持ち家率がほぼ 100%である。

55 歳以上の人があるアパートを売却して、高齢者ケアセンターが併設された小さなアパートやワンルームマンションへ引っ越す場合は、1 世帯当たり 2 万ドルを上限にボーナスを受け取ることができる仕組みもある。高齢者に対応する為の住宅改修は、地域・在宅ケアサービス提供者や営利のサービス提供事業者によって実施されている。

また、シンガポール政府は 2009 年にリース買い戻しスキーム（Lease Buyback Scheme ; LBS）を発表した³¹⁾。これは、低所得で 3 部屋以下のアパートに住む高齢者世帯が、そこに住み続けながら住宅資産の一部を流動化でき、退職後の所得補填として生涯にわたる収入源をもたらすことができる貨幣化の追加的オプションである。日本でのリバースモーゲージに近い仕組みであると考えられるが、このスキームはあまり高齢者に理解されておらず、政府による見直しが行われている。

（5）高齢者の社会参加を促進する方策と実践例

日本において国の施策としても、高齢者の社会参加の推進は重要であると考えられ、厚生白書や厚生労働白書、高齢社会白書等を通じて、その重要性が繰り返し述べられてきたことが指摘されている³²⁾。平成 24 年度版の高齢社会白書においても、高齢者の社会参加活動の推進に向けて、「高齢者の社会参加と生きがいづくり」「高齢者の海外支援活動の推進」「高齢者の余暇時間等の充実」をあげ、地域を基盤とする自主的な活動の支援や豊富な知識や経験

を活かした活動等の促進が示されている。

また、老人福祉法の第3条においても、心身の健康を保持し、社会的活動に参加するように努めること、また、適切な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものとするのが示されている。同法第13条には、地方公共団体は老人クラブその他当該事業を行う者に対して、適当な援助をするように努めなければならないとしており、自治体ごとの高齢者の社会参加の推進が取り組まれている。

さらに、2000年に導入された介護保険の要介護認定者の急激な増加への対処の1つの方策として「介護予防」に力が入れられてきている。「介護支援ボランティア活動への地域支援事業交付金の活用について」（老介発第057001号；2007年）の通知のように、地域支援事業を活用し、高齢者が介護支援ボランティアの活動を通じて、社会参加や社会貢献を担うとともに、参加する高齢者自身の健康増進もあわせて図ることを支援する施策の展開も進められてきている。

ここでは、実際にプロダクティブ・エイジングに関するインタビュー調査（詳細は204頁を参照）を実施したイギリス、オランダにおける状況について、一部インタビュー内容に触れながら示していく。

イギリスにおいては、2008/09年のコミュニティ・地方自治省による市民活動調査（Citizenship Survey）³³⁾によると、65-74歳の人の30%が何らかの公的なボランティア活動を行っており、75歳以上の人の約20%が何らかの公的なボランティア活動を行っている。また、65歳以上の人々が定期的な私的ボランティア活動に捧げた時間が全年齢層で2番目に多いという事も示されており、全国で行われているボランティア活動の大半で、高齢者が重要な役割を果たしていることが指摘されている。このように高齢者は自らの献身や蓄積された経験を通じて大きな貢献を果たしており、高齢者のボランティア参加は普及しているが、それらを促す方策や運営に関しては積極的ではなく、個々人の意欲に頼っている状況がある。

実際にイギリスで高齢者を含む人々の参加を積極的に後押ししている新たな取り組みとして、アルツハイマー協会（Alzheimer's Society）による「認知症フレンズ（Dementia Friends）」³⁴⁾や保健省の「イノベーション・優秀・戦略開発基金（Innovation, Excellence and Strategic Development Fund）」より376,750ポンドを得て2012年4月に始まったITを基盤とした「ボランティア・オンライン（Volunteers on Line）」³⁵⁾等がある。また、今年度のインタビュー調査対象であるRSVP（Retired and Senior Volunteer Programme）では1988年から活動を開始しており、現在1万5千人の高齢者ボランティアによる、孤立した人・外出できない人の訪問、英語クラス、エクササイズ、ランチミーティング等の幅広い活動が行われていた。また、450人のボランティア・オーガナイザーがボランティア活動の立ち上げ、育成、運営を行っていた。実際にRSVPでボランティア活動をしている高齢者の声からは、「自分の中に眠っていたスキルを使うことができることの価値」や「コミュニティにおける自分たちの価値やリタイアによって失った個人の役割の回復、ボランティアを受ける人たちが実は担い手になりうることを体験できることを知る」といった様々なポジティブな側面が語られていた。

オランダでは、ボランティアにかかわるポリシーは社会支援法（Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO, Law on Social Assistance）という国の法律によって定められている。ただし、高齢者のボランティア活動を促進する全国的な施策や高齢者の様々な能力をさらに活用するための具体的な施策は存在していない。一方で、地方・地域・自治体レベルでは、

高齢者のボランティア活動を促進する幅広い活動が行われている。今年度のインタビュー調査対象であるライデン市においても、国の法律に基づいて各市作成することとされているポリシーを作り、ランデン市としてボランティア活動の振興を進めていた。振興の重点はボランティアのリンケージ (interconnect, demand & supply) であり、ボランティアの自主性をサポートする環境整備を進めているとのことであった。また、ライデンとウフストヘーストを対象に、医学的、心理的、また肉体的な問題を抱える在宅の高齢者を支援している Radius では多くのボランティアが関わっている。ボランティアは 75 歳以上の人の比率が 20%、残りの 80%が 75 歳未満だが、最も多いボランティアの年齢グループは 55~75 歳であり高齢者が多く活躍していた。さらに中には 90 歳という高齢でいながらボランティアをしている方もいるとのことであった。また、利用者の力を丁寧にアセスメントすることで、ボランティア側としても活躍してもらうということも実践している。

4. まとめ

本稿では、調査研究の初年度として、各国のプロダクティブ・エイジングと健康増進の実態を比較していく上で基盤となる、高齢者をめぐる社会保障制度や就労支援等の政策的動向について把握した。

高齢社会の基本制度に関しては、日本の「高齢社会対策基本法」のような基本法は対象国では見られなかったが、高齢社会に対する対策の重要性は認識されており、財源的対策や指針等が示されていた。ただし、イギリスの平等法では、年齢を含めたあらゆる差別禁止が示されており、法の前では全てのグループを平等に扱うことを目指すことで、雇用・教育・研修におけるエイジズムから高齢者を守る観点が重要視されていた。

また、基礎データからは、対象の欧米諸国もアジア諸国も総じて高齢化率が上昇し、特に、日本は高齢化率が上昇する速度が速く、シンガポールも同様の傾向が見られた。さらに、全ての国で平均寿命の伸長も続くことが想定されている中、経済的要因の影響もあり、高齢者の退職後の年金を中心とした所得補償と高齢者の継続的な雇用促進に関しては制度・政策面での取り組みが多く見られた。特に、高齢者の雇用年齢の引き上げと年金受給の引き上げは対象国において議論され、それらの年齢が当初よりも早い速度で引き上げられている状況であった。

ただし、「アクティブエイジングと世代間の連帯のための欧州年」の動向にも見られたように、いかに高齢期を豊かに活力ある形で過ごすのかについては、雇用等に限らず社会参加のあり方も重視されている。諸外国において制度面から高齢者の社会参加を具体的に推進するものは、今回の調査では見られなかったが、地方自治体やチャリティーや非営利組織等による高齢者の社会参加促進の動きは今後さらに注目していくことが必要と考えられた。

なお、高齢者の社会活動に対する意識について、日本に関しては「社会活動に関心はあるものの、時間的・精神的ゆとりや健康上の理由から参加していない」人が多い状況であった。これらの「社会活動に関心がある」層の人たちが、少しでも自分に合う活動を見つけることができる、実際の活動に結びついていくための仕組みづくりがさらに必要になってくるであろう。これらの多様な社会活動の参加のあり方およびその効果等についても、国内外の実践や事例等を通して、今後明確にしていくことも重要と考えられた。

(引用文献 注4)

- 1) 内閣府. 平成 24 年版高齢社会白書.2012. Available from:
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/pdf/1s2s_5_2.pdf
- 2) European Union. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. 2012.
Available from: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=en>
- 3) EU MAG. 「アクティブエイジング」 という社会変革.2012.
Available from: <http://eumag.jp/feature/b0412/>
- 4) WHO. Active Ageing: A Policy Framework. 2002
- 5) 内閣府.高齢社会対策大綱. 2012 Available from:
http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/taikou/pdf/p_honbun_h24.pdf
- 6) UK Equality act 2011. HMSO London
- 7) Audit Commission. “Under pressure – Tackling the financial challenge for councils of an ageing population” study. April 2010. Available from:
<http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/20100218-underpressure-nationalstudy.pdf>
- 8) Audit Commission Website. 2011. Available from:
<http://www.audit-commission.gov.uk/2011/02/under-pressure-tackling-the-financial-challenge-for-councils-of-an-ageing-population/>
- 9) Planning4care Website. 2010. Available from:
<http://planning4care.wordpress.com/2010/05/20/planning4care-identified-by-audit-commission-on-planning-for-an-ageing-population-tools/>
- 10) 原田啓一郎. フランスの高齢者介護制度の展開と課題. 海外社会保障研究 2007; 161 : 26-36
- 11) Inter-Ministerial Committee. Report of the Inter-Ministerial Committee on the Ageing Population. 1999. Available from:
http://app1.mcys.gov.sg/portals/0/Summary/publication/Materials_IMCReport.pdf
- 12) OECD. Pensions at a Glance 2011: Retirement Income Systems in OECD and G20 Countries. 2011. Available from:
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8111011e.pdf?expires=1361158166&id=id&accname=guest&checksum=1923CEFD83FB982DBA120D02A745BB80>
- 13) Department for Work and Pensions (DWP). A sustainable State Pension: when the State Pension age will increase to 66, Cm7956. November 2010. Available from:
<http://www.dwp.gov.uk/docs/cp-nov10-spa-66-full-document.pdf>
- 14) UK Pensions act 2011. HMSO London
- 15) Office for National Statistics (ONS). Pension Trends Chapter 2: Population change. 2010.
Available from:
<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/pensions/pension-trends/chapter-2--population-change/index.html>
- 16) Ministry of Social Affairs and Employment. AOW-leeftijd stapsgewijs omhoog naar 66 jaar in 2019 en 67 jaar in 2023. 2012.
- 17) 岡伸一. フランスにおける年金改革と高齢者所得保障一年金支給年齢の引上げを中心に－. 海外社会保障研究 2012; 181 : 40-50
- 18) Central Provident Fund Board WEB. 2012 Available from:
<http://mycpf.cpf.gov.sg/Members/Gen-Info/CPFChanges/CPF-Changes>
- 19)丸谷浩介.イギリスにおける年金支給開始年齢の引き上げと「定年制」の廃止. 海外社会保障研究 2012 ; 181 : 17-28
- 20) The Employment Equality (Repeal of Retirement Age Provisions) Regulations 2011 (SI2011/1069)
- 21) Department for Employment and Learning. Ageing in an Inclusive Society Promoting the Social Inclusion of Older People. 2005. Available from:
<http://www.ofmdfmi.gov.uk/ageing-strategy.pdf>
- 22) ゲル・ティエレン. 長寿時代の社会参加 ILC オランダ. 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル 2010 ; 10 : 18-19
Available from : http://www.ilcjapan.org/chojuGIJ/pdf/10_02_04.pdf
- 23)国際社会経済研究所. 高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書―世代を超えて住みよいまち 「スマートエイジングシティ」の構築―. 2012
- 24) Re-Employment of older employees portal. 2012 Available from:
<http://www.re-employment.sg/web/Common/homepage.aspx>
- 25) All Party Parliamentary Group. Housing and care for Older people. 2013.
Available from:

注4) Online の資料に関しては基本的には 2013 年 2 月 17 日アクセス

- <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm/cmallparty/register/housing-and-care-for-older-people.htm>
- 26) All Party Parliamentary Group On Housing And Care For Older People
Living Well At Home Inquiry. JULY 2011. Available from:
http://www.housinglin.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/living-well-at-home.pdf
- 27) 所道彦. イギリスのコミュニティアケア政策と高齢者住宅. 海外社会保障研究 2008 ; 164 : 17-25
- 28) Jaap van Galen, Judith Willems. Monitor Investeren voor de Toekomst 2009. April 2011.
Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/07/08/monitor-investeren-voor-de-toekomst-2009.html>
- 29) 奥田七峰子. フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策. 海外社会保障研究 2008 ; 164 : 77-88
- 30) Singapore Housing Development Board. HDB Info WEB. Available from:
<http://www.hdb.gov.sg/fi10/fi10326p.nsf/w/55PlusLanding?OpenDocument>
- 31) Singapore Housing Development Board. Lease Buyback. 2013. Available from:
<http://www.hdb.gov.sg/fi10/fi10325p.nsf/w/MaxFinancesOverviewLeaseBuyback?OpenDocument#searchRedirect>
- 32) 芳賀博. 高齢期における社会参加活動の意義. Aging & Health. 2012 ; 61 : 6-7
- 33) Department for Communities and Local Government(DCLG). 2008/09 Citizenship Survey
Volunteering and Charitable Giving. 2010.
- 34) Dementia Friends, Alzheimers Society. November 2012 Available from:
http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/press_article.php?pressReleaseID=859
- 35) Volunteers on Line. Fredericks foundation 2012, Third Sector Magazine online 13th November 2012. Available from:
<http://www.thirdsector.co.uk/news/1159399/Flexible-volunteering-online-scheme-opens-applications/?DCMP=ILC-SEARCH>

2. 高齢者の地域参加 ―日本とヨーロッパ、韓国―

公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 主任研究員
澤岡詩野

1. 高齢期の居場所と出番

1) 居場所と出番の必要性

日本人の平均寿命は男性で 79.4 歳、女性で 85.9 歳¹⁾と、世界有数の長寿国として知られている。65 歳に定年退職を迎えた場合、男性で約 15 年、女性では 20 年の期間を、新たなライフステージのなかで生きていくことになる。この長い期間を、いかに社会の担い手としてプロダクティブ（生産的）に活動し続けることができるか否かは、個々人の問題に止まらず、超高齢社会の渦中にある日本の在り様を左右するテーマといえる。

高齢社会対策大綱の策定にあたり、2011 年 10 月に開催された第 20 回 高齢社会対策会議（内閣府 共生社会政策統括官）においては、「高齢者の居場所と出番（＝社会的役割）をどう用意するか」「高齢者の孤立をどう防いでいくか」「現役時代からどう高齢期に備えができるのか」という三つの検討課題が当時の野田総理から提示されている。これら三つは相互に関連しており、「居場所と出番を、最後まで途切れることなくつなげていくための支援」は、現役時代の仕事や子育ての卒業から前期高齢期、さらには後期高齢期を一連の流れとして、個々の能力を他者に還元する場、社会的役割を維持することで、高齢期の孤立防止や介護予防、誰もが生きがいに満ちた豊かな地域コミュニティ創りにもつなげることと言い換えることができる。

この総理の課題提起を受け、内閣府により行われた「平成 23 年度 高齢者の居場所と出番に関する事例調査」²⁾では、高齢者によるコミュニティビジネス、地域活性化、被災地復興、買い物・生活支援、介護予防・福祉、新しい住まい方、世代間交流、ボランティア活動、趣味など多様な居場所のあり方を例示している。著者もこの調査の検討委員として各地に現地調査に向くなかで、高齢者が多数を占めつつある社会において、高齢者が社会を動かす主役としての役割を担っている（担わざるをえない）現状が見出された。それまでの経験や知識を活かして高齢者が地域の課題を解決していくことは、高齢者自身にとっては居場所と出番を創り出すのみならず、社会全体を住みよい居場所としていく相乗効果が期待され、個々人がその意義を意識すると共に、その循環を生み出す仕組みを構築することが喫緊の課題といえる。

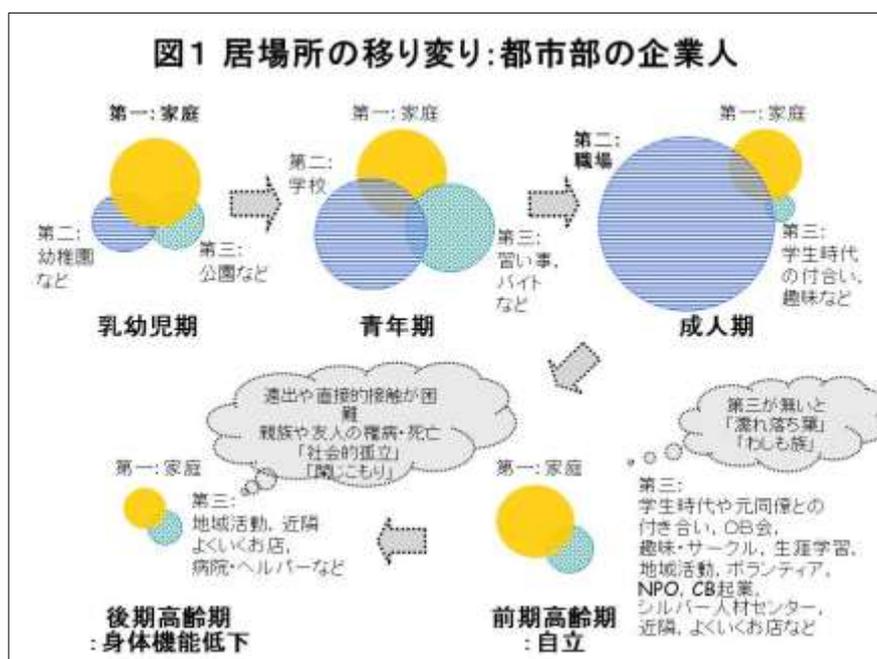
「居場所」という言葉の明確な定義づけは行われていないが、建築学、心理学など多様な分野で居場所のあり方について論じられている。建築計画や公共施設計画の観点から物理的空間に重きをおいてきた建築学分野でも、近年では、都市高齢者の「居心地の良い場所」を構成する大きな要素として、挨拶を交わす他者、趣味を共に行う他者、幼馴染といった多様な人間関係の存在を挙げている³⁾。心理学分野においては、他者とのつながりを居場所の重要な構成要素としており、「安らげる」や「ありのままにられる」「役に立っていると思える」といった感情を伴う場所、時間、人間関係を指して用いられることが多い⁴⁾。この居場所には、子どもや親といった血縁に基づく「家庭」、同僚や同級生といった組織的な枠に基づく「職場や学校」に続き、個々の興味・関心に基づく「第三の居場所」が存在する。「第三

の居場所」は個々の価値観がもっとも反映される場といえ、定年退職や子育ての終了と共に失われる居場所と出番（＝社会的役割）を補充しえる場であるとも考えられる。

2) 定年退職後の居場所と出番探し

第一の居場所「家庭」、第二の居場所「職場や学校」、第三の居場所、これら三つの居場所の比重は、ライフステージによって変化していく。図1は、「濡れ落ち葉」などと揶揄され、社会的孤立の危惧される、都市部に居住する企業人の居場所の移り変りを現した概念図である。家庭が中心の乳幼児期から、学校や課外活動などにより青年期は多様な居場所をもつ様になり、成人期は就職を機に職場が空間、時間、人間関係の全てにおいて主要な位置を占めるようになっていく。こうして迎えた高齢期は、第二の円である職場が無くなるのと同時に、職場中心の成人期に縮小してしまった第三の円を再構築することの難しさに直面し、第一の円の小ささを再確認する時期といえる。第三の円がほとんどないなかで、「家庭」に唯一の居場所を求めて配偶者の後をピッタリと張り付いて離れない、これが「濡れ落ち葉」や「わしも族」のゆえんといえる。

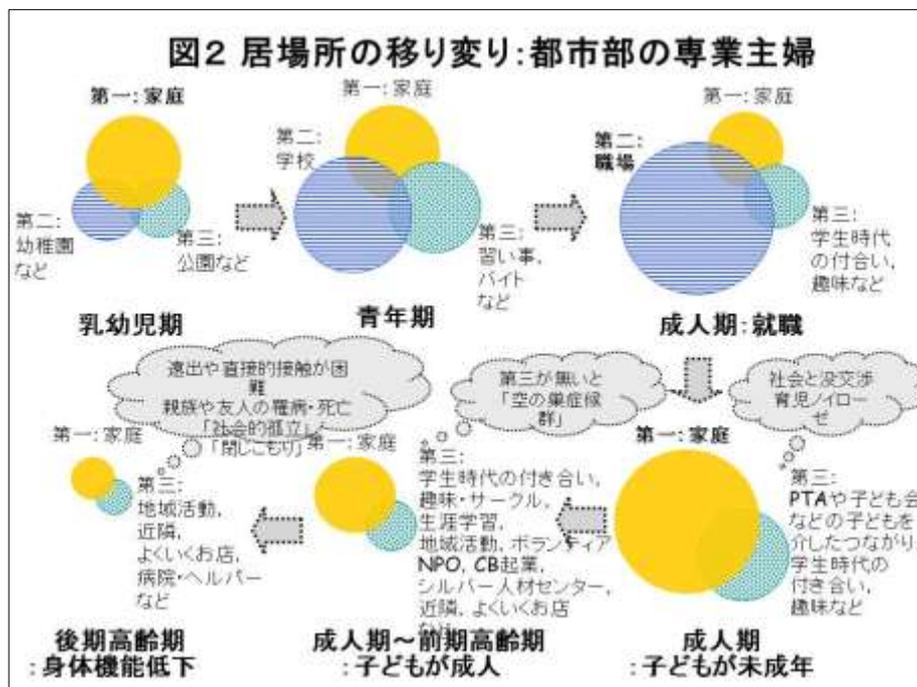
第三の居場所を新たに創り上げる場として、退職後の生活において最も長い時間を過ごすことになるであろう地域が挙げられる。しかし、現役時代には会社と家の往復、土日は疲れて家で過ごすか接待ゴルフという一週間の繰り返しで、地元のお店や公園も知らず、近所に顔見知りすらいなという方が多く存在する。この方々が、退職して初めて、「住んでいる地域に居場所がない」と悩んだり、住み続けてきた地域に以前はなかった居心地の悪さを感じるのは、現役時代には生きるうえでの大切な場として「職場」という第二の居場所が存在しており、「寝るだけの場所」であった地域には何も求めていなかったことが考えられる。ここで一念発起して、市民大学や地域デビュー講座の受講や社会福祉協議会などのボランティア制度に登録したりと、地域との接点をもつことで、居場所と出番を広げていく人が多くみられる。その一方で、同級生や元同僚との年数回の関わりの中なかで、同窓会の運営などに
出番を見出す人も少なくない。



また、男性に比べれば少数ではあるものの、定年を迎えるまで働き続ける女性が増加傾向にあるなかで、退職を機に第三の居場所探しに悩むのは男性だけではなくなってきた。就労経験をもつ中高年女性を対象に筆者らが行った調査では、多くの方が定年退職後にそれまでの経験や知識を活用し、子育てや教育関連のボランティア活動に関わっていた。これは、定年退職まで勤めた対象者のほとんどが教師や看護師などの専門職で、それまでの経験を活かした活動に関わりやすい条件にあることによると考えられる。しかし、住んでいる地域との接点については、20～30代で結婚を機に離職した方々に比べ、現役時も退職してからも関わりをほとんどもっていない傾向がみられた。また、新たに地域で居場所を創り出そうとしても、自治体の退職者講座は男性を想定しており、地域活動は主婦であった女性が主体になっており、きっかけを得にくいという悩みを有していた。近年、未婚のまま自立した独自のライフスタイルを維持しながら定年退職を迎える「おひとりさま」が増加することが指摘されている。裏返せば、知識や経験を活かすきっかけもなく地域で埋没して20年、30年という退職後の時間を過ごした結果、孤独死・孤立死する高齢女性が増えることとも言い換えられ、男性とは異なる地域での居場所と出番創りに向けた促進策が求められている。

3) 空の巣症候群からの脱出

実は、専業主婦として生活し続けてきた女性にも、居場所を見失い、思い悩む時期が存在する。男性よりも10～20年あまり早い40～50代に直面しており、「空の巣症候群」と呼ばれることも多い。子育てという大きな出番が終わるこの時期、重要な居場所である家庭の比重が急激に小さくなるのと同時に、子どもを介しての社会活動や人間関係(=第三の居場所)も縮小していく(図2)。



学生時代のお付き合いを復活させたり、興味や関心に基づく活動に参加して新たな仲間ができたりと、第三の居場所を新たに創り出す人も多い。さらには、自身が楽しむだけの活動には満足できずに、虚弱やひとり暮らし高齢者への支援や児童への読み聴かせなどの貢献活動を仲間と始める人もみられる。この反面、子ども抜きでの近隣との関係を再構築できない

まま地域社会から埋没し、うつ病などを罹患する人も多い。これを裏付けるデータとして、著者らが行った東京のベッドタウンに立地する大規模集合住宅の中老年住民を対象に行った調査では、男性に比べて高い関係能力をもつはずの女性のなかに、家庭以外での活動や近隣との関係をもたない人が一定割合存在することも明らかになった。それらの女性からは、居場所を失った寂しさや、「頼られている」や「自分がいなければ成り立たない」といった有用感を見出せない虚脱感が語られていた。この調査では、将来の不安として孤独死・孤立死が挙げられており、安心して地域に棲み続けるためにも、地域で第三の居場所と出番を創り出すことは重要な課題といえる。

2. 居場所としての社会活動

1) 高齢者の社会活動

近年、「居場所」という言葉で表現されるようになった高齢者の社会への関わりや活動であるが、日本では、1980年代以降から、「社会活動」や「社会参加」として、高齢期の健康や生きがい形成、自己実現に寄与する重要な要因と位置づけた様々な施策が進められてきた。また、老年学（gerontology）分野でも、幸福な老い（successful aging）を構成する「病気や病気に関連する障がいの発生可能性が低いこと」、「高い水準での身体的・認知的機能があること」、「社会活動や生産的活動に関わること」という3つの構成要素の一つ⁶⁾として、多くの知見が積み重ねられてきた。主観的健康感⁷⁾、生きがい形成⁸⁾などの肯定的な関係が報告されている。また、要介護高齢者数が顕著に増加傾向にある日本においては、介護予防の観点からも、社会活動への参加が着目されている。この一方で、豊富な経験や知識をもつ高齢者が地域貢献に関する社会活動を行うことで、地域社会にとっても多くの恩恵を得ることが指摘されている⁹⁾。実際に、読み聞かせボランティアとして活動した高齢者の主観的健康感や体力が向上したといったヘルスプロモーションの効果に加え、高齢者が近隣に提供するサポートの増加といった地域社会への寄与についての効果が報告されている¹⁰⁾。高齢者を地域資源と位置づける動きは、個人の楽しみや自己の充実を目的として推進されてきた生涯学習分野でも見受けられる。平成24年に超高齢社会における生涯学習のあり方に関する検討会から出された提言¹¹⁾では、高齢者を社会的役割を担う存在と位置づけ、「生きがいや健康・介護予防」「新たな縁の構築」に加え「個人の自立と社会での協働に資すること」と生涯学習の意義を再定義している。

今後、高齢者には、児童や高齢者の虐待防止、町内会の活性化などの様々な課題解決に向けた役割が期待され、単に社会活動への参加を促すだけでなく、地域への貢献に向けた動機付けが求められている。

日本の高齢者の社会活動の実態については、内閣府により継続的に行われている「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」¹²⁾によると、以下の特徴が挙げられる。

- ・個人または友人とあるいはグループや団体で自主的に行われている活動への参加割合は59.2%で、10年前に比べて15.5%増えている。
- ・行われている活動は、「健康・スポーツ（30.5%）」「趣味（20.2%）」といった自身の楽しみに関するものが多い、「地域行事（24.4%）」「生活環境改善（10.6%）」といった他者への貢献活動に関わる割合も10年で増加傾向にある。

- ・地域活動への参加（54.1%）やNPO活動への参加（56.1%）に関心を持つ人の割合は上昇傾向で、近所との交流や親しい友人の有無と強い相関が認められている。

上述したように、なんらかの貢献活動に関わる高齢者は、ここ10年で増加傾向にあるものの、世界的にみるとその割合は決して高いとはいえない。日本、韓国、アメリカ、ドイツ、スウェーデンの5カ国の高齢者のボランティア活動（福祉や環境を改善するなどを目的としたボランティアやその他の社会活動）への参加状況および意識を比較してみると以下の特徴が挙げられる¹³⁾。

- ・これまでに全くボランティア活動に参加したことのない割合は、韓国で74.2%と最も高く、次いで日本51.7%、ドイツ42.9%、アメリカ33.1%、スウェーデン28.3%。
- ・活動の内容をみると、アメリカ・ドイツでは「宗教・政治活動」「自分の趣味や技能を活かした支援活動」が上位を占めているが、日本では「近隣の公園や通りなどの清掃等の美化活動（14.2%）」「地域行事、まちづくり活動（13.3%）」。
- ・ボランティア活動に参加していない理由をみると、日本は「関心がない」の割合が15.9%と、他の4カ国（アメリカ45.8%、韓国47.6%、ドイツ37.3%、スウェーデン28.0%）と比較して低い。
- ・日本では、「時間的・精神的ゆとりがない（32.2%）」と「健康上の理由、体力に自信がない（31.5%）」を、参加していない理由としてあげる人の割合が3割強。

日本の高齢者のボランティア活動は、近隣の美化活動やまちづくり活動といった地域貢献を目的にしたものが他国に比べて多かった。また、他国に比較して、それらの活動に無関心な人の割合は低く、やりたくても活動できていない状況がみてとれた。その中には、配偶者や兄弟姉妹の介護や、加齢に伴う身体能力の低下により活動の継続が不可能になった人もいることが想像された。地域資源として高齢者が活動を継続するために、介護者が家庭外での社会活動を行うための支援や、低下していく身体能力に併せた社会的役割に移行していくための支援が求められている。また、日本以上に急速な高齢化が進む韓国においては、地域資源と高齢者が活躍することへの社会全体への啓蒙と活躍してもらうためのシステム構築が急務といえる。

2) プロダクティブ・アクティビティに関連する要因

高齢者の社会活動に関連する要因を検討した実証研究は、幸福な老いへの効果を検証した研究と比較すると数は少ないものの、いくつかの知見が得られている。関連する要因としては、年齢、家族形態、健康度自己評価、活動能力、社会関係、活用できる技術や知識等が報告されている^{14) 15)}。年齢が低い、配偶者がいること、健康度の自己評価が高いこと、親しい友人・隣人の数が多いこと、活用できる技術・知識・資格があることが参加に関連していることが明らかにされている。行っている社会活動の種類には男女差がみられ、男性は元の仕事関係や同窓会が多くを占めるのに対し、女性では学習や自治会・町会などが加わり、多様な社会活動を行っていることが指摘されている。これを反映し、女性のほうが人間関係も多様であることが既存研究における共通の知見として明らかにされている。

近年、高齢者を社会・地域資源ととらえるプロダクティブ・エイジングの概念が普及していくに伴い、多様な社会活動のなかでも「プロダクティブ・アクティビティ」に焦点をあてた研究が行われている。有償労働（収入のある仕事）、家庭内無償労働（家事、同居家族への

世話)、家庭外無償労働(別居家族への支援、友人や近隣への支援、ボランティア)の3つの活動領域で検討を行った岡本¹⁶⁾は、活動領域により関連要因は異なること、同じ領域でも男女により異なることを明らかにしている。家庭外の無償労働をしている者の特性として、男性では、独居ではない、人間関係を広げる志向があること、一方で女性では、自立度が高く、親しい友人・仲間数の多いことを挙げている。ボランティア活動に焦点を当てた小林・深谷¹⁷⁾は、既存研究で指摘されてきた属性に加え、活動へのニーズ(活動頻度、活動場所、有償性など実際に活動するのに必要な要件)の影響を指摘している。性や学歴により活動へのニーズは異なり、しばしば孤立や地域社会から埋没することの危惧されている高学歴の男性においては、知識や技術が活用できること、活動の頻度が少ないこと、謝金が支払われることにより、参加意向が高まることを示している。

有償労働については、わが国の高齢者は他国に比べて、可能な限り働き続けたいと考える割合の高いことが知られている。働く理由としては、経済的な理由がもっとも多いが、健康を維持すること、生きがいを得ることが、他の年代と比べて高い¹⁸⁾。この、労働市場における就労にはなじまないが、単なる健康維持や社会参加のみではない、高齢者の就労ニーズに応えるための取り組みとしてシルバー人材センター事業が推進されている。「生きがい就労」とも呼ばれるシルバー人材センターでの就労であるが、これまで行われている会員の意識調査では、希望に沿った就業機会の少ないことがしばしば問題点として出され、退会者の退会理由としても健康問題に次いで就業にかかわる理由があげられている¹⁹⁾。また、近年では、一般的な市場としては成り立ちにくい、子育て支援、中小企業、商店街、都市農業の活性化、環境保全などの分野の担い手として、高齢者のコミュニティビジネス起業やNPO法人設立を支援する動きが盛んになっている(本稿の3. でいくつかの国内の事例を示す)。しかし、実際の動きにつながる例はごく僅かで、効果的な促進策を構築していくことが求められている。

3) 後期高齢期の社会活動継続

15~20年という高齢期の長い時間を考えるうえで、無視できないのは心身機能、認知機能の衰えである。「年齢」と「自立度(日常生活の動作を介助なしでできるか)」の変化を、全国の60歳以上の男女約6,000名を1987年から三年毎に約20年間追跡した「全国高齢者パネル調査」(東京都健康長寿医療センター・ミシガン大学共同研究)の結果²⁰⁾、変化のパターンは男女で異なるものの、多くの人の自立度が低下していくのは70歳半ばからであることが明らかにされている。高齢者の交流する他者や活動を共に行うメンバーの多くは同年代であることが多く、同時に自立度が低下していく後期高齢期は社会関係や社会活動の縮小期に位置づけられてきた。これに対し、近年では「縮小は高齢者自身が選択的な削減を行った結果である」とする社会情緒的選択理論(Socioemotional selectivity theory)²¹⁾が提唱されている。この理論では、自立度が低下していくなかで、あまり親しくない他者との関わりを取りやめ、親しい他者との関わりのみを残すことで、社会に根付いている感覚を強めているとしている。70歳代後半くらいに年賀状を出すのをやめる人が多いのは、この選択的削減による結果であるとも考えられる。しかし、前期高齢期から後期高齢期における社会関係や社会活動の削減プロセスを明らかにした研究はほとんど行われていない。

著者が企業退職者グループの75歳以上のメンバーと退会者17名を対象に行ったインタビュー調査²²⁾では、対象者の多くは70歳代半ばから80歳の間に、それまでに関わってきた社

会活動を止めていた。登山やゴルフ、囲碁、ICT（情報通信技術）の勉強といった「自己の楽しみを主たる目的としたサークル活動」と「他者への貢献を主たる目的としたボランティア活動」とでは、異なる削減のプロセスがみられた。

【自己の楽しみを主たる目的としたサークル活動】

- ①登山よりもウォーキングといったより身体的負荷の少ないものを残す
- ②同種のサークルに複数参加している場合は、より距離的に近いものを残す

【他者への貢献を主たる目的としたボランティア活動】

- ①以前のように直接的かつ主体的に関与することができなくなることからくる有用感の喪失から、完全に活動から引退
- ②いたわられることで周りに迷惑をかけたくないというプライドから、活動自体から完全に引退例が多くみられた。

調査対象者の関与しているサークル活動とボランティア活動の多くは住んでいる地域の外で行われており、後期高齢期の活動継続を考えるうえで、活動半径が狭まることを想定し、地域に居場所と出番を確保しておくことの動機付けを行うことが求められる。さらに、ボランティア活動の場合は、それまで果たしてきた社会的役割（＝出番）を担うことができなくなりつつあるなかで、自立度が低下しても果たせる新たな社会的役割へソフトランディングしていく仕組みづくりが重要といえる。中年期・前期高齢期によりやく築き上げた居場所と出番を、後期高齢期においても途切れることなくつなげていくための支援を考えていくことが求められている。

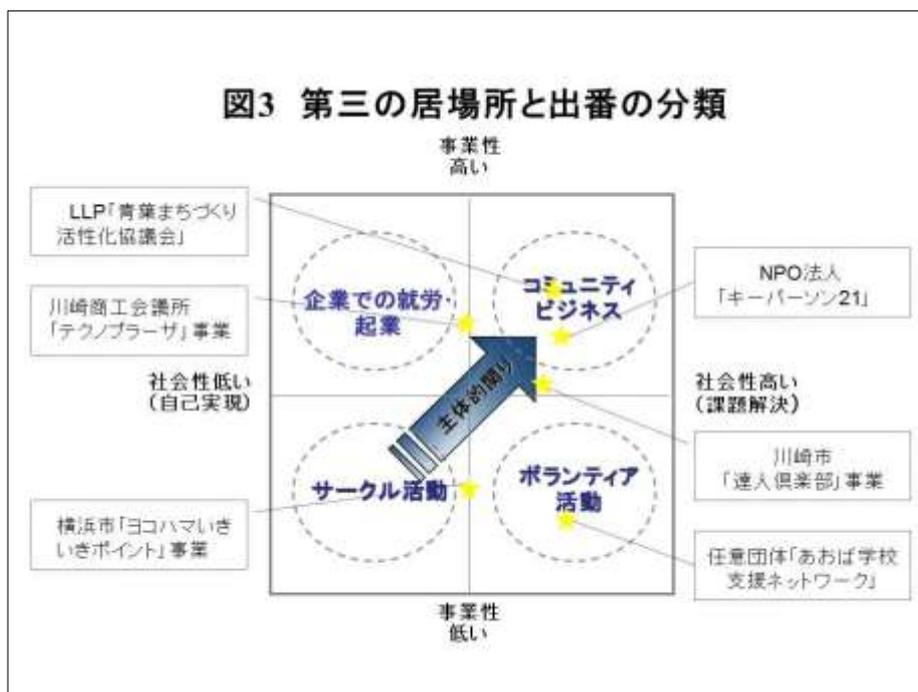
3. 居場所と出番についての事例から

1) 日本国内の取り組みと課題

高齢期の居場所（＝社会活動）は、趣味や健康づくりを目的としたサークル活動から有償・無償ボランティア活動、コミュニティビジネス、企業での就労や起業まで、多様といえる。これらを社会的な課題解決を活動のミッションとしているか否かという「社会性」と、経済的・人的な側面での持続性という「事業性」の軸で分類すると、自己の楽しみや仲間作りに終始し、福祉関連の部署の事業として行われるかメンバーの持出しで成り立つことの多いサークル活動は、図3の左下に位置づけられる。近年、新たな働き方として注目されるコミュニティビジネスはその対極にあり、地域社会の課題解決をミッションに、ビジネスとして持続可能な事業展開を目指す形態である。図3の左下から右上に向かって、高齢者自身が担う出番（＝社会的な役割）への責任が増し、居場所への主体的な関わりが必要となってくる。

ここからは、プロダクティブアクティビティについての先進的な取り組みを行う自治体や公的機関（表1）、市民が主体となった団体（表2）へのインタビューの結果をもとに、抱える課題をいくつか挙げていく。なお、各取り組みの詳細については、本報告書の資料編を参照（204頁）。

図3 第三の居場所と出番の分類



自治体や公的機関が行う事業として、福祉系の部署が行う「ヨコハマいきいきポイント事業」（横浜市健康福祉局）と、経済系の部署が行う「テクノプラザ事業」「達人倶楽部事業・地域活動団体支援事業」（川崎市経済労働局）に着目した。貯めたポイントに応じて横浜市からお金が支払われる「ヨコハマいきいきポイント事業」は有償ボランティア活動に位置づけられる。市内の中小企業と専門的スキルを有するOB人材とをマッチングする「テクノプラザ事業」は、高齢者に特化した専門性の高い職業安定所ともいえる。しかし、中小企業から実際に支払われる給与は、同程度の専門性を有する現役世代を雇った場合には収まらないような設定で、地域活性化への有償ボランティアという色合いが強い。地域の課題解決にむけた高齢者の起業を自治体が応援する「達人倶楽部事業・地域活動支援事業」は、居場所と出番を創りだすための新たな試みといえる。しかし、コミュニティビジネスやNPO団体が活躍する土壌の整っていない日本においては、高齢者がビジネスとして成立させるのは困難な状況にあるといわざるえない。

「社会性」の面では、活動に関わる高齢者の健康や生きがい創出に加え、地域コミュニティの活性化というテーマを事業目的として掲げている。健康や生きがい創出を主テーマとする「ヨコハマいきいきポイント事業」では、ボランティア活動を通じて地域の新たな課題に気づき、その担い手として新たな活動を展開する例も多い。市では、定期的にニュースを発信し、それらの活動の可視化をはかり、登録者への啓蒙を進めている。また、「達人倶楽部事業」では、定期的に開催するセミナーの中で、それまでに積み重ねた経験や知識があること、年金で最低限度の生活は保障されていることに加え、「現役時代に関わってこなかった地域に恩返しすること」を、高齢者がコミュニティビジネスを起業する意義として説いている。達人倶楽部に登録を希望する高齢者からは、現役世代よりも安価に上質のサービスを提供できることを起業の動機としてあげられることも多く、セミナーの受講を促すことで地域貢献への動機付けを行っている。

「事業性」の面では、全事業共に、自治体の予算でまかなわれている。「ヨコハマいきいきポイント事業」の登録者数は平成24年3月までに5946名で、増加傾向にはあるものの75

万人を超える高齢者人口の1%を満たしていない。「テクノプラザ事業」は269名が登録するなかで、マッチングが成立するのは年間20件程度と僅かである。「達人倶楽部事業」については、地域活動団体支援を展開してから日が浅く、土壌汚染防止などに取り組む三つの団体がコミュニティビジネス起業に向けて動き始めた段階にある。今後、限られた財源で、自治体がどこまで支えられるか?、どこまで支えるべきか?、事業の効果をどう評価すべきか?を検討することは重要な課題である。これに関連して、事業のマネジメントについても大きな課題が認められる。現在、実際の運営は、自治体が委託をした事業推進に関する専門性を有した公的機関が担っており、高齢者自身が事務局を担うなどの動きには至っていない。自治体主導で行う事業の特性上、事業実施期間が決まっているのは止む終えないことであるが、期間終了後も継続可能な姿に移行していくことが併せて求められている。

表1 自治体などの公的機関が主導の事業

	事業概要	継続の方向性
川崎市経済労働局「達人倶楽部・地域活動団体支援事業」(川崎商工会議所・NPO法人キーパーソン21)*	目的： <u>地域人材の活躍の場の提供と市内産業の活性化。</u> 活動：川崎市内の地域の課題を解決することを目的に、コミュニティビジネスに取り組むことを目指すシニア団体として登録した団体に対し一定期間、活動に対する支援を行う事業として平成23年から開始(達人倶楽部自体は平成16年から)。	中間支援を委託しているNPO法人「キーパーソン21・シニアチーム」の支援のもと、数年で所属する地域活動団体がNPO法人格の取得などをして自主財源で自活していくことを目指している。
川崎市経済労働局「テクノプラザ事業」(川崎商工会議所)*	目的：資金的に専門的スキルをもつ人材を雇用する余裕のない、 <u>川崎市内のものづくりや中小企業への人材支援。</u> 活動：人材を求める会員企業と豊富な実務経験と技術・ノウハウを持つ優秀なOB人材とのマッチングを行う事業として平成14年から開始。	現場の効率化、ISO取得についての技術支援などを求める企業探しから、登録しているOB人材のフォローまでを商工会議所のコーディネーターが担うという現在の形を継続していく。
横浜市健康福祉局「ヨコハマいきいきポイント事業」(公益財団法人かながわ福祉サービス振興会)*	目的：高齢者本人の健康増進や介護予防、 <u>社会参加や地域貢献を通じた生きがいづくり促進。</u> 活動：高齢者が横浜市内の介護保険施設等でボランティア活動を行った場合に、「ポイント」が得られ、たまった「ポイント」に応じて換金できる仕組みとして平成21年開始。	横浜市の委託に基づき、 <u>かながわ福祉サービス振興会が管理運営を担う現在の形を継続。</u> ボランティアポイントの対象を、病院や子育て支援分野などにも展開していくことを検討中。

注：*は自治体が事業委託した公的機関

次に、市民が主体となった団体の取り組みとして、任意団体、NPO法人、LLP(Limited Liability Partnership)という、3種の異なる運営形態に着目した。今回、インタビューを行った団体「青葉学校支援ネットワーク」「キーパーソン21」「青葉まちづくり活性化協議会」はいずれも、活動を展開するエリア、継続性に対する考え方によって運営の形態を選んでいた。

任意団体として活動する「青葉学校支援ネットワーク」では、コアメンバーの話し合いの結果、自分の身のまわりで出来ることをやる(自分たちで会費を払ってやれる範囲)、制約の加わるNPO法人化はしないという結論に至っていた。また、最近、初期の設立メンバーの死に直面し、高齢化への対応ということを意識しはじめている。一方で「キーパーソン21」は、東北復興支援など、川崎市外にも活動を展開していくなかで、認定NPO法人格の取得を決断している。これにより、組織として求められる条件は厳しくなるが、個人や法人から

受ける寄附金について課税上有利になる等の特典があり、広域で活動するうえでの財政基盤を得るための選択といえる。「青葉まちづくり活性化協議会」は、まちづくりに関わる様々なイベントにボランティアとして関わる中で、専門性をもった継続性を有する質の高いまちづくりを行うためには無償ではなく、関わる担い手に稼ぐという意識が必要と考えLLPを設立している。LLPは、有限責任、内部自治、構成員課税の3つの効果によって、大企業同士、大企業と中小企業、産学連携、専門人材同士などの様々な共同事業が促されることを目的に制度化された形態で、まちづくり活動のなかでこの形態をとるところも増えている。協議会では、過去10年に積み上げてきた既存の地域団体との関係性を基盤に、これからの10年間を、民間企業と行政と住民をつなぐ役割を担っていきたいと考えている。

今回、インタビューに協力いただいた団体は、いずれも運営が上手くいっている取り組みといえる。ここから学べることとして、以下の二点があげられる。

- ・財源を自治体や補助金に依存しないこと
(団体の掲げるミッションによっては会費で活動経費を賄う形態もありうる)
- ・個々のミッションに適した運営形態を柔軟に選択し、制度を活用すること

表2 市民が主体になった取り組み

	取り組みの概要	活動の継続性(財源・人)
LLP「青葉まちづくり活性化協議会」 (あおばフレンズ)	目的：専門的な知識やノウハウを持つ企業や大学機関と共同で継続できるまちづくり団体を目指して、住民有志により結成。 活動：近隣商店街のインターネットサイトの運営、地域住民の話し合いサロンや自治会事務所としてフリースペースの運営、地域の人材育成セミナーの開催など。 今後は、地域への参入を試みる民間企業と商店街・自治会などを結び、高齢者の見守り事業を展開予定。	財源：現在は、商店街に保有する貸スペースからの収入が中心。 今後は、商店街と共同で高齢者の見守り事業を本格化していく、そこから事業収入を得ていく。 人：まちづくり活動+起業やビジネスに興味をもつ退職前の人を巻き込んでいる。
NPO法人「キーパーソン21・シニアチーム」	目的：子どもたちに社会人との出会いの場を提供し、夢と職業意識を運ぶ。 活動：独自のキャリア教育プログラムの実施、ファシリテーター養成。 この中でシニアチームは、培ってきたプログラムとファシリテーション技術をシニアの活性化に役立てることを目的に発足。 コミュニティビジネス起業に向けたセミナー開催、達人倶楽部の登録団体の自立への支援を委託事業として行っている。 認定NPO法人格の取得にむけて準備中。	財源：法人自体は公的助成金と民間企業からの寄付。 このうちシニアチームは、財源は川崎市からの事業委託のみ。 人：学生会員と中高年会員がいて、運営からプログラムの実施までを担っている。 チームのメンバーは企業退職者が中心で、イベントなどのときは学生会員が手伝いにはいる。
任意団体「あおば学校支援ネットワーク」	目的：学校・教育支援活動に関わるボランティアと学校をつなぐコーディネーターのネットワークとして、子どもの視点に立った学校教育活動を支援。 活動：学校とボランティアのコーディネーターや情報提供と、ボランティアの養成やスキルアップのための講座等を開講。 NPO法人化しないとできないことまでは活動を広げない。	財源：区からの助成金、小学校からの謝金、イベントによっては商店街からの寄付も。それ以外の事務経費等は、団体メンバーの持ち出し。 人：ボランティアとして登録する人は中高年を中心に増えているが、団体の運営メンバーは高齢化しつつある。

2) ヨーロッパでの取り組みから

多くのヨーロッパ諸国では、経済状況の悪化、少子高齢化の進展、若年人口の就労問題や生活苦など、現在の日本と同じ課題を抱えている。このなかで、地域コミュニティを支える担い手として、比較的収入も安定し、知識や経験が豊富、自由になる時間を多くもつ高齢者への期待は大きい。ここからは、高齢者の地域でのボランティア活動を促進する二つの取り組みをみていきたい。なお、各取り組みの詳細については、本報告書の資料編を参照（229頁、261頁）。

■RSVP (Retired and Senior Volunteer Programme)

イギリスでは、前期高齢者の30%、後期高齢者の約20%が何らかの公的なボランティア活動を行っている。ボランティアを始めたきっかけとして「自由な時間があつたから」を挙げる割合が高く、それを反映してか、65歳以上の人々がボランティア活動に提供した時間は全年齢層で2番目に多いという事も示されている。また、ボランティア活動が人生の一部であると回答する割合も他年齢層にくらべて最も高い²³⁾。

この中で、CSV (Community Service Volunteers)は1988年から、高齢者のボランティア活動を促進する取り組み RSVP (Retired and Senior Volunteer Programme)を進めてきた。若者のボランティア活動促進に取り組んできた同団体が高齢者を対象とした取り組みを開始したのは、高齢者の孤独死に端を発した政府のコミュニティ活動推進に向けた勧告がきっかけであった。高い専門性をもつCSVのスタッフ数名が核になり、養成講習を受けたボランティアオーガナイザー（地域の高齢者）がボランティア（地域の高齢者）を組織するという形で、小学校で文字の読めない子どもへの補習や手芸などで途上国への支援などに取り組んでいる。これらのプロジェクトに高齢者がボランティアとして関わることで、活動以外でも交流が生まれ、地域の新たな循環が産み出されている。活動の種類は多様で、身体能力が低下して継続できなくなっても、一人暮らしの高齢者に電話をかけるなどの活動を行うことで、社会的役割を維持していた。

地域単位で、人種構成や社会階層などの地域特性に応じた事業を展開してきたCSVであるが、インタビューから以下の課題が見出された。

活動資金確保が困難

：イギリスのRSVPでは、政府の資金で運営するアメリカRSVPのやり方とは異なり、CSVのスタッフが自治体の事業委託、公的・民間から活動資金を調達してくるところからプログラムがスタートしている。経済状況の悪化のなかで、国が出していた補助金の数が減らされたり、資金を確保することが困難になりつつある。この状況下で、成果をどう提示していくかが問われている。

CSVの継続した関わりの必要性

：CSVのスタッフが果たしてきた役割をボランティア・オーガナイザーに移行し、地域の高齢者のみで自立した運営を目指すということは考えられていない。高齢者のボランティアグループの自立のあり方をどう設定するか（専門家が運営の核を担うのが合理的で、高齢者がそれを代替するのは不可能であるという前提条件に基づく自立）にもよるが、CSVスタッフの人件費が得られなくなった場合の事業継続をどう考えていくかが問われている。

■Radius

オランダでは、人口の40%にあたる500万人以上がボランティア活動に関わっているとされているボランティア大国である。75歳以上の年齢層であっても約25%がなんらかのボランティア活動に従事しており、高齢者のボランティア活動は他年齢に比較しても活発といえる。活動の種類は、自然環境、国際連携、音楽や文化、教会などの宗教、地域福祉関係の組織など多様なボランティア活動に携わっている²⁴⁾。

高齢者のボランティア活動を促進する全国的な施策は存在せず、地方自治体レベルでの幅広い取り組みが行われている。Radiusは、二つの自治体（ライデンとウフストヘースト）で在宅福祉ケアに関するサービス提供と高齢者を対象としたボランティア機関を運営している。自治体から提供された在宅の75歳以上住民のリストに沿い、トレーニングを受けたボランティアがインタビューにうかがいニーズを引き出し、サービスを提供するという仕組みを取っている。提供するサービスは配食から緊急通報など多様であるが、大きな目的は高齢者が地域から埋没せずに、福祉サービスの提供により社会との接点をもってもらうことにある。よって、時には、サービスの一環としてボランティアスタッフとして勧誘することもある。基本的に、高い専門性を有する数十人の職員が、数百人の高齢ボランティアをマネジメントするというCSVと同様の運営を行っている。運営資金は、自治体からの補助金が約半分、その他は福祉ケアサービス提供による顧客からの負担で賄われている。この運営資金の確保についても、ボランティアを維持するためのRadius職員の継続的な関与についても、CSVと同様の課題が認められた。これに加え、以下の課題がインタビューから明らかになった。

価値観の変容

：近年、オランダはヨーロッパの中で最も個人主義化し、世代間の交流もあまり無くなってきている国だと言われている。このなか、高齢者のボランティア活動に対する姿勢も、自分が支援される側になるまで続けるという在り様から、短期間活動しては止めていくような安定しない取り組み方に変化している。この変化に対応したボランティアのマネジメントのあり方が問われている。

4. プロダクティブ・エイジング先進国としてのアジアへの発信

高齢期の社会活動を考えるうえで、自己の楽しみだけではなく、「それまでの経験を役立てたい」「役立っている」といった他者へ貢献、社会的な役割を見出せることは、高齢者自身の生きがい創出や介護予防といった側面だけではなく、地域社会の活性化という側面でも重要である。また、東日本大震災以降、その重要性が特に強調されるようになった地域内での「互助」のあり方を考えるうえでも、助けられるだけではなく、その能力を活かして他者を助ける存在として高齢者を位置づけていくことが必須である。

高齢者のプロダクティブ・エイジングを考えるうえで、大きくは二つの課題「後期高齢期における活動継続」「自治体や公的機関による活動促進にむけた事業のあり方」が挙げられる。自立度が低下傾向にある後期高齢期においては、それまでの役割を果たすことができなくなるといった有用感の喪失や、プライドを守りたいといった感情から、活動から退いていく人も多い。職場や子どもが自立した後の家庭に代わる場として社会活動が存在していることが考えられる。職場に変わる場として社会活動の場を見出した企業退職者にとって、後期高齢期にそこから引いていくことは、二度目の定年退職ともいえる大きな影響を及ぼすイベ

ントであるといえる。これは、子どもの自立後に新たな役割を探して悩んだ主婦にもいえることで、後期高齢期に社会活動やそこでの役割を維持していくための支援策を考えることは孤独死や社会的孤立の観点からも重要な課題といえる。高齢期の社会活動を促進するうえで、前期高齢期とは異なる後期高齢期の課題を理解したうえで、可能な限り活躍し続けられる活動と役割に誘導していくこと、後期高齢期へ軟着陸していけるような方策を考えていくことが求められている。二つ目の課題として挙げた自治体や公的機関による活動促進にむけた事業においては、事業実施期間が終了した後の自立の姿を想定した事業展開が求められる。ボランティア活動といった事業自体からの採算性が見込めない事業については、イギリスの CSV の様な中間支援組織が、組織運営から助成金の獲得までの専門的な知識を有する職員を中心にした持続可能な運営体制を構築していくことが求められる。新たな働き方として注目されるコミュニティビジネスについては、資金的な補助以外に、マネージメントの経験の乏しい高齢者が実際に起業していくための丁寧かつ長期的な支援を行っていくことが求められている。その支援主体は、担当者が数年単位で変わる行政ではなく、川崎市の様に NPO 団体に委託することが望ましいといえる。併せて、この中間支援の委託に際しては、成功しないことを前提とした評価軸を設定することが必須である。

ここまでは、社会活動に積極的な高齢者を前提にした考察を行ってきた。しかし、最も大きな課題は、社会活動に参加すること、何らかの役割を担うことに消極的な高齢者の存在である。この状況は、日本だけではなくイギリスやオランダでも同様に、特に定年退職した男性が多いことが指摘されている。消極的な高齢者に対する有効な対策は見つかっていないが、経済不況、社会保障費の軽減、孤独死や孤立死防止の観点からも、高齢者が地域をベースにしたプロダクティブ・アクティブティに関わることの有用性を、社会全体で理解していくための働きかけを行っていくことが急務といえる。

プロダクティブ・エイジングへの挑戦は、類を見ない速度で高齢化が進むアジア諸国にとっても最重要のテーマといえる。特に、高齢化の進展が顕著で、ボランティア活動に関心の薄い人の占める割合が他国に比べて高い韓国では、その意義の啓蒙と促進にむけた策を講じることが喫緊の課題といえる。プロダクティブ・エイジング先進国として、知見を体系的に整理し、アジア諸国に発信していくことは、日本に課せられたミッションといえるのではなかろうか。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：平成 23 年 簡易生命表の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life11/index.html> (2013/2/28).
- 2) 内閣府：平成 23 年度 高齢者の居場所と出番に関する事例調査, (2012)
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h23/kenkyu/zentai/index.html> (2013/2/28).
- 3) 石本雄真：居場所概念の普及およびその研究と課題, 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要, 3(1), 93-100 (2009).
- 4) 尾崎有輝・山崎寿一：地域における高齢者の生活行動と居場所の特性；神戸市灘区六道地区を対象として, 日本建築学会近畿支部研究報告集, 49, 353-356(2009).
- 5) 博報堂生活総合研究所：生活新聞, No.320(2000).
- 6) Rowe JW, Kahn RL : Successful Aging, *The Gerontologist*, 37(4), 433-440(1997).
- 7) 中村好一, 金子勇, 河村優子ほか：在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子, 日本公衆衛生雑誌, 49(5), 409-416(2002).
- 8) 松田晋哉, 筒井由香, 高島洋子：地域高齢者のいきがい形成に関連する要因の重要度の分析, 日本公衆衛生雑誌, 45(8), 704-712(1998).
- 9) 厚生労働省：平成 15 年度 厚生労働白書
<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200301/body.html> (2013/2/28).
- 10) 藤原佳典, 西真理子, 渡辺直紀ほか：都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム；“REPRINTS”の 1 年間の歩みと短期的効果, 日本公衛雑誌, 53(9), 702-713(2006).
- 11) 文部科学省：「長寿社会における生涯学習のあり方に関する検討会」報告書, (2012).
- 12) 内閣府：平成 21 年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h20/sougou/gaiyo/pdf/kekka.pdf> (2013/2/28).
- 13) 内閣府：平成 22 年度 第 7 回 高齢者の生活と意識に関する国際比較調査
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/kiso/zentai/index.html> (2013/2/28).
- 14) 松岡英子：高齢者の社会参加とその関連要因, 老年社会科学, 14, 15-23(1992).
- 15) 佐藤秀紀, 佐藤秀一, 山下弘二ほか：地域在宅高齢者の社会活動に関連する要因, 厚生 の 指 標, 48(11), 12-21(2001).
- 16) 岡本秀明：高齢者のプロダクティブ・アクティビティに関連する要因；有償労働, 家庭内および家庭外無償労働の 3 領域における男女別の検討, 老年社会科学, 29(4), 526-538(2008).
- 17) 小林江里香折, 深谷太郎：都市部の中高年齢者におけるボランティア活動のニーズの分析, 老年社会科学, 27(3), 314-326(2005).
- 18) 内閣府：高齢者の経済生活に関する意識調査結果
http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h18_sougou/index2.html (2013/2/28).
- 19) 岡真人編：高齢期の就業と生きがい；シルバー人材センター新規加入者アンケート調査最終報告, 横浜市立大学経済研究所, 横浜(1998).
- 20) 秋山弘子：長寿時代の科学と社会の構想, 科学, 80(1), 59-64(2010).
- 21) Lang FR, Carstensen LL : Close Emotional Relationships in Late Life ; Further Support for Proactive Aging in The Social Domain, *Psychology and Aging*, 9, 315-324(1994).
- 22) 澤岡詩野：ICT を活用した後期高齢期における社会活動継続に関する研究, ジェントロジー研究報告, 10, 138-143(2012).
- 23) WRV: Older people and volunteering
<http://www.wrvs.org.uk/our-impact/what-we-think/older-people-and-volunteering-policy> (2013/2/28).
- 24) Movisie: Trendrapport 2011; Vrijwillige inzet 2.0
[http://vwenschede.netivity.nl/data/styleit/Trendrapport%20Vrijwilligeinzet\(1\).pdf](http://vwenschede.netivity.nl/data/styleit/Trendrapport%20Vrijwilligeinzet(1).pdf) (2013/2/28).

3. プロダクティブ・エイジングにかかわる日本の政策課題

国際長寿センター（日本）代表
水田邦雄

1. はじめに

少子高齢化が急速に進行する中、国民生活の安心・安定の基盤である社会保障制度の持続可能性が問われている。すなわち、高度経済成長のもとで国民皆保険皆年金を始めとする社会保障の諸制度が構築されたことにより、高齢者が尊厳ある生活を送ることができるようになる一方で年金、医療、介護等のコスト（財源やサービス提供に必要な社会資源）がカバーできるか懸念されているのである。また、少子化は人口減少社会をもたらし、広く社会経済の活力を維持するためには、労働力人口の確保が必要となっており、女性とともに高齢者の雇用促進が課題となっている。これらの複合的な課題に取り組む上で、今、プロダクティブ・エイジングの考え方が政策を主導する理念として位置付けられるようになってきている。

プロダクティブ・エイジングにかかわる政策課題を整理すると、直接的には社会経済の活性化に関し、高齢者の意欲や能力を適切に評価し、その貢献度をいかにして高めるかである。他方、健康面や経済面で高齢者が本来の力を活かすことにより社会的経済的な依存度を低めることも、現役世代の負担を軽減させるという意味で、結果として同様の効果が期待される。いずれの方途を考えるにしても、高齢者の尊厳を守ることが前提であることは言うまでもない。

前者の典型的な例は高齢者の雇用・就業状況の改善である。日本の高齢者は欧米諸国に比べて就業意欲は高く、就業率も顕著に高い水準となっているが、そのさらなる改善により、放置すれば減少する一方の労働力を補完することが、また社会保障においては「支えられる人」から「支える人」に転じることが期待される。もちろん、雇用のみならず、主として生きがいを目的とする就業や助け合い・ボランティア活動も、社会に効用をもたらすという点でここに位置付けることができる。

後者の典型的な例は健康増進や疾病・介護予防により健康寿命を延伸し、高齢者の社会経済活動をよりアクティブなものとし、その結果として医療・介護費用の増加を抑えることである。また、高齢者雇用が増えれば、ここでも結果として年金の費用が減ることになるし、また在宅医療や介護サービスを充実することにより「社会的入院」を是正することは、本人のQOLを高めながら資源の効率的な使用にもつながることになる。これらの、いわば高齢者が直面する様々なリスクを軽減する取組みがここに位置付けられよう。

もちろん、このような認識はにわかに生まれたものではなく、少子高齢化の進展とともに徐々に形成され、共有されてきたものである。本稿では、上記のような政策課題がこれまでどのようにとらえられ、具体的な課題として取り組まれてきたのかを、1996年、2001年そして2012年と三次にわたって取りまとめられた「高齢社会対策大綱」^(注)とその前身である「長寿社会対策大綱」（1986年）によって、「高齢者像」、「雇用と年金」、「健康づくり」そして「住まいの確保」の各テーマに絞って、およそ30年にわたる各々の取組みやその前提となる認識の進展について振り返って見ることにする。なお、文中、各大綱の名称は年代順に「長寿大綱」、「第1次～第3次大綱」と略記する。

(注) 高齢者対策基本法（1995年成立）により「政府によって推進すべき高齢社会対策の指針」としてまとめられた「基本的かつ総合的な高齢者対策の大綱」。概ね、「基本的考え方」及び「就業・雇用」、「健康・福祉」、「学習・社会参加」、「生活環境」そして「調査研究」の各領域における基本的施策が記されている。

2. 高齢者像—基本的考え方

プロダクティブ・エイジングにかかわる個々の政策課題を振り返って見る前に、それらの課題認識の前提となる「高齢者像」の変化をたどっておくことにする。

まず、長寿大綱ではその「基本方針」において、「高齢者の就業、社会参加等を促進することは、その知識・経験を活用することになる」、また「高齢者も社会の重要な構成員であるとの認識の下に」施策を進めることとするとの記述はあるものの、「高齢者像」は直截には描かれておらず、またその見直しの必要性にも触れられていない。むしろ「長期化した生涯を通じて国民の活力を発揮し、経済社会の活力を維持するとともに国民生活の安定向上を図るためには、人生 50 年時代に形成された既存の諸制度、諸慣行を見直し、人生 80 年時代にふさわしい経済社会システムに転換する必要がある。」とし、その視点は高齢者の役割の見直しというよりは、高齢者を受け止める経済社会システムのあり方の問い直しにおかれている。その背景には、1961 年に実現した国民皆保険皆年金体制をベースに、福祉元年と称された 1973 年に行われた一連の制度改正によって構築された戦後の社会保障システムが、高齢化の進行と産業・就業構造の変化に加え、オイルショック等を経て高度経済成長が終息したことにより、安定成長の下で構造転換を迫られたという事情がある。具体的には、老人医療費無料化の修正を含む老人保健制度の創設や、分立した年金制度を横断的につなげる基礎年金の導入があったことを受けて、大きくなった高齢人口の存在を考慮に入れながら他の政策領域も含め、社会システム全般を見直すためにこの大綱がまとめられたといえる。

次に、高齢社会対策大綱の根拠規定がおかれた「高齢社会対策基本法」（1995 年成立）は、その前文で「我が国の人口構造の高齢化は極めて急速に進んでおり、遠からず世界に例を見ない水準の高齢社会が到来するものと見込まれているが、高齢化の進展の速度に比べて国民の意識や社会のシステムの対応は遅れている。早急に対応すべき課題は多岐にわたるが、残されている時間は極めて少ない。」と切迫感をもってシステムのみならず意識改革にも言及している。他方、翌年にまとめられた「第 1 次大綱」においては、その「基本的考え方」で「高齢者の多様性に配慮しつつ、高齢者が安心して自立した生活を送れるよう支援するとともに、高齢者がそれぞれの経験と能力をいかし、高齢社会を支える重要な一員として各種の社会的な活動に積極的に参加できるための条件の整備を図る。」としており、高齢者像については、多様性の指摘にとどまり、その変革にはなお慎重な記述となっている。経済面ではいわゆる「バブルの崩壊」後、低成長に転じる中、制度面では 1994 年には年金法改正により厚生年金の定額部分の支給開始年齢を 60 歳から 65 歳に引き上げることが、また高齢者雇用安定法の改正で 60 歳定年の義務化が図られるなど実施までにはなお数年を必要とするも、システムの面で着実な進展があり、それなりの対応が図られたことが背景にあると考えられる。

第 2 次大綱では、団塊の世代が高齢期を迎える時が近づいたという時代認識のもと、大綱としては初めて明確に高齢者像の見直しを掲げている。すなわち「基本姿勢」の冒頭に「高齢者は、全体としてみると健康で活動的であり、経済的にも豊かになっている。他方、高齢者の姿や状況は、性別、健康状態、経済力、家族構成、住居その他に応じて多様であり、ひとくくりに論じることはできない。このような高齢者の実態を踏まえ、健康面でも経済面でも恵まれないという旧来の画一的な高齢者像にとらわれることなく、施策の展開を図るものとする。」としており、高齢者イコール社会的弱者としがちな従来の発想とは一線を画している。こうした視点に立った上で、取り組むべき課題として「年齢だけで高齢者を別扱いしていることが結果的に高齢者が就業その他の多様な社会的活動の妨げになっていないかという観点から、就業における年齢制限その他の制度、慣行等について見直しを行うものとする。

他方、高齢者を年齢だけで一律に優遇している扱いについても、寿命が伸び、高齢者の所得、健康等の状況が変化している中で真に必要なか、必要な場合であっても基準としている年齢が適当かについて、見直しを行うものとする。」としており、いわれのない差別も、過ぎた優遇も排するという意味でノーマライゼーションに通じる考え方が示されている。

さらに、第3次大綱では超高齢社会の到来を受け、高齢者像にかかわる意識改革がより強調されるに至っている。「基本的考え方」において、「高齢者の健康や経済的な状況は多様であるにもかかわらず、一律に『支えられる』人であるという認識と実態との乖離をなくし、高齢者の意欲や能力を生かす上での阻害要因を排除するために、高齢者に対する国民の意識改革を図る必要がある。（中略）このため、高齢者の意欲や能力を最大限活かすためにも、『支えが必要な人』という高齢者像の固定観念を変え、意欲と能力のある65歳以上の者には支える側に回ってもらうよう、国民の意識改革を図るものとする。」とし、「高齢者の『居場所』と『出番』をつくる」ことを求めている。ここに至って、プロダクティブ・エイジングの考え方が超高齢社会を乗り切るための基本理念として位置付けられたということができよう。

3. 各分野での基本的施策

1) 雇用と年金

意欲と能力のある高齢者の雇用・就業の促進はプロダクティブ・エイジングの中心的課題である。ここでは高齢者雇用政策と年金政策の連携関係及び雇用確保の方法論に着目してこれまでの取組みを検証することとしたい。

長寿大綱では「雇用・所得保障システム」の冒頭、来るべき年金制度改革を視野に入れつつ、「60歳定年の定着及び60歳代前半層を含めた高齢者の雇用、就業の場の維持、拡大を積極的に推進し、当面65歳程度までの継続雇用を促進する」としている。他方、年金の項目においては、「被用者年金の支給開始年齢の問題については、定年制等高齢者雇用の動向等をふまえ、総合的に検討を進める。」としている。雇用政策と年金政策はなお、別建てとされてはいるものの、実態的には連携が模索され始めたことを示しているということができよう。

第1次大綱では、前々年（1994年）に特別支給の厚生年金の定額部分（基礎年金部分に相当）の支給開始年齢の60歳から65歳への引上げ及び60歳定年義務化が各々法定されたことを受け、「65歳までの継続雇用を柱として、高齢者の雇用・就業環境の整備を図る。その基盤となる60歳定年については、義務化される平成10年4月前のできるだけ早い時期に未達成の企業が移行するよう、強力に指導する。」と端的に記されている。なお、年金制度については「雇用との連携を図りつつ適正な給付水準を確保し、（中略）引き続き給付と負担の均衡を図る等の施策を推進し、制度の長期的安定の確保に努める。その際、世代間扶養の仕組みであることを踏まえ、現役世代の負担が過重なものにならないよう配慮する。」と記されるにとどまっている。

第2次大綱では、前年（2000年）に特別支給の厚生年金の報酬比例部分の支給開始年齢の60歳から65歳への引上げ及び65歳までの雇用確保措置の努力義務化が各々法定されたことを受け「労働力人口の構成の高齢化や公的年金の支給開始年齢の引上げ等を踏まえ、原則として希望者全員がその意欲と能力に応じて65歳まで働けるよう、定年の引上げや継続雇用制度の導入等による安定的な雇用の確保を図る。」として雇用と年金の連携が表現上も明確に示されるようになった。さらに、高齢者雇用に関する記述の最終項に「将来的には年

齢にかかわらず働ける社会を実現することが必要であり、我が国の雇用慣行にかかわる大きな問題として、国民各層の意見を幅広く聴きながら、当該社会の在り方やそのための条件整備について検討する」とし、従来の内部労働市場を柱に据える政策とは異なるアプローチ、いわゆる「年齢による雇用差別禁止」ないしエイジフリーの発想が示されている点が注目される^(注)。

(注) これら二つのアプローチについて1997年7月に閣議決定された「経済社会のあるべき姿と経済新生の政策方針」において、「定年制については、定年年齢になれば、意欲と能力にかかわらず雇用契約を終了させるという側面を持つ一方で、その年齢までは概ね雇用が保障されるという制度であり、年功序列型の給与体系や昇進システムとも密接な関係がある。今後、個人の能力、貢献度に応じた賃金・処遇制度の普及状況等を踏まえながら、高齢者の雇用促進の観点から、年齢差別禁止という考え方について、定年制と比較し、検討していくことが求められる。その検討をも踏まえ、高齢者雇用対策を推進する。」と、一步踏み込んだ提言がなされている。

また、第3次大綱では、「就業・年金等分野に係る基本的施策」の冒頭、「少子高齢化が急速に進展し労働力人口が減少する中、経済社会の活力を維持するため、意欲と能力のある高齢者がその知識と経験をいかして、65歳以上であっても経済社会の重要な支え手、担い手として活躍できるような社会を目指す。現在の年金制度に基づく公的年金の支給開始年齢の引上げ等を踏まえ、希望者全員がその意欲と能力に応じて65歳まで働けるよう、定年の引上げや継続雇用制度の導入等による安定的な雇用の確保を図ると同時に、年齢にかかわらず働くことができる社会の実現に向けた雇用・就業構造の整備を図る。」とし、2004年の高齢者雇用安定法の改正によって、65歳までの雇用確保措置の義務化が図られたことを背景に年金と雇用の連携が明記され、そしてその際の雇用サイドでは二つのアプローチが併記されている点がこれまでとは大きく異なっている。この雇用政策の取組み方について個別対策としては、まず「年齢にかかわらず働ける社会の実現に向けた取組」が第一に掲げられてはいるものの、その内容は、「年齢にかかわらず働ける社会の実現に向けて、国民各層の意見を幅広く聴きながら、当該社会の在り方やそのための条件整備について検討するなど、社会的な気運の醸成を図る。」と問題提起にとどまっている。他方、最後の項目として、「知識、経験を活用した65歳までの雇用の確保」が置かれているが、その内容は、「事業主に対して定年の引上げ、継続雇用制度等の雇用確保措置の導入等について指導を行うとともに、現在の年金制度に基づく公的年金の支給開始年齢の引上げ等を踏まえ、無年金・無収入者が生じることのないよう雇用と年金を確実に接続させ、希望者全員がその意欲と能力に応じて65歳まで働けるよう、安定的な雇用の確保を図る。」と極めて具体的であり、後者の取組みが現状では施策の柱であることを示している。

プロダクティブ・エイジングの考え方からすれば、エイジフリーの発想が理想的にはより好ましいといえようが、離職者の円滑な企業間移動が可能となるような人事管理制度や能力評価システムが整備されていない状況では、高齢者の知識や経験を活かすには後者のアプローチを柱とするのが妥当といえよう。その上で、中高年離職者や65歳以上の就業希望者については前者のアプローチを深めていくことも必要とされよう。

なお、高齢者雇用においては多様な形態による雇用・就業機会の確保も大きな課題であり、この点についていずれの大綱においても言及はされている。ただ、その内容は概ね、「高齢期は、個々労働者の健康・意欲・体力等に個人差があり、雇用就業形態や労働時間等についてのニーズが多様化することから、多様な雇用・就業ニーズに応じた環境整備を行うことにより雇用・就業機会の確保を図る。特に、退職後に、臨時的・短期的または軽易な就業等を

希望する高齢者等に対して、地域の日常生活に密着した仕事を提供するシルバー人材センター事業を推進する。」（第3次大綱）というものであり、格別の進展はみられていない。

2) 健康づくり

国民の健康づくりは長く個人個人の自己責任の問題としてとらえられてきたが、生活習慣病の概念の定着を背景に、健康寿命のさらなる延伸という課題に取り組む上で個人個人に任せるだけでは行動変容を実現することは困難との認識の下、社会的な支援を要する課題としてとらえ直されてきている。また、高齢者の医療需要が増大する中、医療システムに過重な負担をかけず、医療資源の効率的な活用を図るという観点もいまひとつの背景にあったと考えられる。その推移は次のとおりである。

先ず、長寿大綱では「個人が健康に関する自己責任の自覚と認識を深め、生涯を通じて適切な健康づくりに取り組むよう、普及啓発に努めるとともに、地域の自主性を尊重しつつ、壮年期からの総合的な健康づくり対策を計画的に推進する。」と、基本的に個人レベルの問題と整理されており、わずかに老人保健法による保健事業が伺える記述がなされるにとどまっている。

第1次大綱では「健康に関する知識や健康休暇の普及により国民の健康に対する認識と自覚を深め、健康の増進、疾病の予防、早期発見、早期治療を図り、栄養、運動、休養のバランスのとれた生涯にわたる健康づくりを推進する。壮年期から高齢期における健康づくりについては、地域における身近な保健サービスを、都道府県の支援の下、市町村において一元的に提供する体制を整備する」としており、記述は満遍なくなされているものの、なお支援の具体的な方策には踏み込んでいない。

第2次大綱では、前年に開始された「健康日本21」を下敷きにして、「栄養・食生活、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣の若年期からの見直しを行うことにより、健康を増進し、疾病を予防する「一次予防」に重点を置いた対策を推進する。個人による選択を基本とした、国民の主体的な健康づくりを支援するため、十分かつ的確な情報を提供するとともに、社会全体として支援する環境づくりの整備を図る。また、性別、年齢別等の差異を踏まえ、科学的根拠に基づいた目標を設定し、目標を達成するための活動の成果を適切に評価して、その後の健康づくりに反映させる。」としており、生活習慣病を念頭において一次予防に絞ること、取組みの主体は個人であるにしても、個人の力に併せて社会全体としての支援も必要であること、方法として科学的な目標設定とその評価を掲げたことなどの点で、いわば国民、とくに高齢者の健康確保が本格的に政策課題として位置づけられるに至ったといえよう。なお、この大綱においては「介護予防の推進」も掲げられている。

第3次大綱では、第2次大綱とほぼ同文の記述があるが、「健康日本21（第2次）」を踏まえることが明記されており、内容としてはこれに委ねられているといつてよい。そこで、この「健康日本21（第2次）」の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」をみると、プロダクティブ・エイジングの観点からも相当の進展が見て取れる。すなわち、この方針は五つの柱：①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上^(注)④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の整備で構成されているが。注目すべきは、前回方針で掲げられた「健康寿命の延伸」に「健康格差（「地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差」）の縮小」が加えられたこと、生活習慣病の重症化予防が加

えられたこと、また、目標の提示が全項目に拡充され、関係主体の取組みを促す配慮がなされていることなどであり、大きく体系化され、政策課題も明確に示されたということができ。例えば、高齢者に関しては次のように記されている。「高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要があり、介護保険サービス利用者の増加の抑制、認知機能低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動量の増加及び就業等の社会参加の促進を目標とする。」

なお、健康面の取組みにおいて注目すべきは認知症対策で、この間「病院整備」から「エイジング・イン・プレイス」の考え方に至るまでの目覚ましい進展がみられている。

- ・長寿大綱：「精神科的医療及び保護を必要とする痴呆性老人のための老人精神病棟整備充等を（中略）推進する。」
- ・第1次大綱：「老人性痴呆に関しては、老人性痴呆疾患センターの整備の推進などにより相談・情報提供体制の充実を図るとともに、担当職員を対象とする痴呆に関する研修の実施により発症予防、早期発見・早期対応の体制を整備する。また、治療・ケア体制の充実を図るため、痴呆性老人向け毎日通所型デイサービスセンターの整備及び痴呆性老人向けグループホームの制度化を図るとともに、老人性痴呆疾患治療・療養病棟、老人保健施設痴呆専門病棟等の整備を促進する。」
- ・第2次大綱：「今後急増が見込まれる痴呆性高齢者に対する支援を図るため、痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）の整備を進めるとともに、痴呆介護に関する研究、専門職の要請、研究・研修のためのネットワークの整備など痴呆介護の質的な向上を図る。また、痴呆性高齢者の相談体制や権利擁護の仕組みを充実させる。」
- ・第3次大綱：「今後急増が見込まれる認知症高齢者に対する支援を図るため、標準的な認知症ケアパスの作成・普及、早期診断・早期対応を行う体制の整備、地域での生活を支える医療・介護サービスの構築を進めるとともに、地域での日常生活・家族の支援の強化を行う。こうした施策の推進により、認知症高齢者ができる限り住み慣れた地域のよい環境で生活できるような体制づくりを推進する。」

3) 社会参加

高齢者の社会参加の促進はいずれの大綱においても取り上げられており、そのキーワードは、「活力ある地域社会の形成」、「生きがい」、「世代間交流」、「ボランティア活動」であり、例えば、第3次の大綱では「活力ある地域社会の形成を図るとともに、高齢者が年齢や性別にとらわれることなく、他の世代とともに社会の重要な一員として、生きがいを持って活躍したり、学習成果を活かしたりできるよう、高齢者の社会参加活動を促進する。このため、情報通信技術等も活用して、高齢者の情報取得の支援を行うとともに、学校教育支援・子育て支援などの高齢者が活躍できる場の充実等を通じて、高齢者と若い世代との交流の機会を確保し、ボランティア活動を始めとする高齢者の自主的な社会参加活動を支援する。そのほか、高齢者の社会参加活動に関する広報・啓発、情報提供・相談体制の整備、指導者養成などを図る。」としている。

なお、第3次大綱においては、上記に続き「高齢者は経済的な側面だけではなく、生きがいや社会参加を重視していることも多いため、雇用にこだわらない社会参加の機会の確保を推進していく。」とし、高齢者を含めた国民が積極的に「公」に参画する社会を再構築する「新しい公共」（公共サービスを市民自身やNPOが主体となって提供する活動）を推進す

るとしている。具体的には、その活動を支援する寄付税制や改正 NPO 法の円滑な施行、周知を図るとしており、社会参加の領域を拡大する動きとして注目される。

4) 住まいの確保

高齢者が心身の状況に適した住まいを確保することはプロダクティブ・エイジングを実現する上で欠かせない。この政策分野では、当初はシルバーハウジングなど公営の高齢者向け住宅の供給が主要な取組みとして掲げられてきたが、広く民間賃貸住宅の活用も視野に入れるとともに、ハード面のみならず、医療・介護等ソフト面の施策との連携強化が強調されるようになってきている。

先ず、長寿大綱では、「高齢者の心身機能の低下に対応し、高齢者の自立又は介護に適した住宅の供給を促進するため、住宅の設計に関する指針を作成するとともに、所要の技術開発を推進し、その普及に努める。また、日常生活上の援助又は介護を必要とする高齢者に対し、必要な時に専門職員が機敏に対応できる機能を備えた高齢者向け住宅の供給を推進する等住宅政策と福祉政策との連携を図る。」としており、これがいわば原型となっている。

第1次大綱では、供給促進の手法として、「融資制度の活用等」を加えたほか、「新設される公共賃貸住宅については、すべて一定の身体機能の低下に配慮した仕様とする。また、住宅と福祉の連携を図り、日常生活上の援助又は介護の機能等を備えた高齢者向け住宅の供給、生活支援施設を併設あるいは合築した公共住宅団地の整備などを推進する。」と福祉政策の連携強化を織り込んでいる。さらに、第2次大綱では、高齢者向けの住宅ストックの形成に数値目標を設定している点、また、「公共賃貸住宅の供給に当たり親との同居、隣居」に加え、「血縁に基づかない共同居住等のニーズへの対応を図る。」としている点が目新しい。

第3次大綱では、福祉政策との更なる連携強化や民間賃貸住宅市場における取組みに踏み込んでおり、「高齢者が、地域において安全・安心で快適な住生活を営むことができるよう、サービス付きの高齢者向け住宅の供給等により、住宅のバリアフリー化や見守り支援等のハード・ソフト両面の取組を促進する。また、民間事業者等との協働により、公的賃貸住宅団地等の改修・建替えに併せた福祉施設等の設置を促進する。さらに、高齢者が、その特性に応じて適切な住宅を確保できるよう、公共賃貸住宅の供給を促進するとともに、民間賃貸住宅への円滑な入居を促進するため、地方公共団体、宅地建物取引業者、賃貸住宅管理業者、居住支援を行う団体等から構成される居住支援協議会に対する支援をおこない、民間賃貸住宅に関する情報の提供や必要な相談体制の整備等を図る。」としている。

ここでいう「サービス付き高齢者向け住宅」は2011年の高齢者住まい法の改正により導入された安否確認・生活相談サービス付きのバリアフリー住宅で、これまでの高齢者向け住宅とは異なり、医療・介護との連携が当初から制度設計に組み込まれている。特に、同年の介護保険法の改正により導入された24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス等との組み合わせにより、介護を必要とする高齢単身・夫婦世帯でも在宅生活を継続できるようにすることが目指されており、「地域包括ケアシステム」の一つの形を実現することが期待されている。

なお、関連施策として「(良質な住宅が)適切に評価、循環利用される環境を整備することを通じ、高齢者が保有する住宅の資産価値を高め、高齢期の経済的自立に資するとともに、その資産の次世代への適切な継承を図る。」とし、やや具体的には、「高齢者の有する比較的広い住宅を、子育て世帯向けの賃貸住宅として活用するための住み替えを支援する。」とする新たな取組みも示されている。

4. おわりに

以上見てきたように、日本の高齢社会対策は少子高齢化の進行とともに、雇用と年金、健康づくりにおける個人と社会、住宅と福祉など、政策間の連携を深めながら、高齢者像の変化に見られるようにプロダクティブ・エイジングの考え方を体現するかたちで着実に進められてきている。最も顕著な進展をみたのは、健康寿命の延伸と年金の持続可能性の確保の必要性を背景とする高齢者雇用とすることができる。その実現方策は、例えば米国で採られた年齢による差別禁止政策とは異なり、外部労働市場が整備されていないという状況を踏まえ、定年制の雇用保障機能に着目して、その年齢の引上げを柱とする継続雇用政策が採られたが、高齢者雇用が現に進んだということからすれば、いわば日本型のプロダクティブ・エイジング政策として評価できるのではなかろうか。ただ、その一方で、中高年離職者の再就職が困難を極めるといふ状況を考えれば、さらに 65 歳を超えての就業までを視野に入れるとすれば、やはり職務内容を明確にした上で、個々人の能力を適切に評価するシステムを整備し、年齢にかかわらずその力を活かす仕組みが必要となろう。プロダクティブ・エイジングの実現に向けて、他の政策領域を含め、さらなる深化が求められる。

(文 献)

- ・高齢社会白書 各年版 (内閣府)
- ・濱口圭一郎「労働法政策」(ミネルヴァ書房)、「同、2012 年度東京大学公共政策大学院講義用資料」
- ・(独法) 高齢・障害者雇用支援機構「70 歳雇用に向けた企業、従業員、社会の役割(平成 22 年度報告書)」
- ・「保険と年金の動向」、「国民衛生の動向」、「国民の福祉と介護の動向」各年版(厚生統計協会)

高齢社会対策年表

◆1961 (昭和 36)	国民皆保険皆年金実現
◆1963 (昭和 38)	老人福祉法成立 百歳老人 153 人
※1970 (昭和 45) 高齢化率 7% 超 「高齢化社会」に入る	
◆1973 (昭和 48)	いわゆる「福祉元年」：老人福祉法改正 (老人医療費無料化)
	年金法改正 (給付水準引上げ、物価スライド制導入)、健保法改正 (家族給付率 7 割に引上げ、高額療養費、定率国庫負担導入)
	雇用対策法改正 (定年引上げ促進)
※同年、第 1 次オイルショック。1978-1979 年、第 2 次オイルショック	
◆1978 (昭和 53)	国民健康づくり対策 (第 1 次) 開始
◆1983 (昭和 58)	老人保健法施行 (定額患者負担、老健拠出金、保健事業導入)
◆1984 (昭和 59)	健保法改正 (本人 9 割給付、国保に退職者医療制度導入)
◆1985 (昭和 60)	年金法改正 (基礎年金導入、給付と負担の適正化)
◆1986 (昭和 61)	高齢者雇用安定法成立 (60 歳定年努力義務化)
	(注) 中高年齢者雇用促進法 (1971 年成立) を改定 「長寿社会対策大綱」 閣議決定 中曽根内閣
◆1988 (昭和 63)	国民健康づくり対策 (第 2 次) アクティブ 80ヘルスプラン開始
◆1989 (平成元年)	消費税法実施 (税率 3%、消費税法成立は前年)
	高齢者保健福祉十か年戦略 (ゴールドプラン) 実施
◆1990 (平成 02)	高齢者雇用安定法改正 (65 歳までの雇用継続努力義務化)
	福祉八法改正 (高齢者保健福祉サービス市町村一元化)
※1991 (平成 03) バブル崩壊	
◆1994 (平成 06)	年金法改正 (厚年定額部分 2001 年から 2013 年にかけて 65 歳に引上げ)
	地域保健法成立 (対人保健サービス市町村に一元化)
	高齢者雇用安定法改正 (60 歳定年義務化、1998 年実施)
	ハートビル法成立 (公共建築物のバリアフリー化推進)
	消費税法改正 (税率 5%、実施は 1997 年)
新ゴールドプラン策定 (前年の全国老人保健福祉計画に基づき改定)	
※同年、高齢化率 14% 超。「高齢社会」に入る	
◆1995 (平成 07)	高齢社会対策基本法成立 村山内閣
◆1996 (平成 08)	「高齢社会対策大綱」(第 1 次) 閣議決定 橋本内閣
◆1997 (平成 09)	消費税 5% 実施
	介護保険法成立 (実施は 2000 年)
◆1999 (平成 11)	成年後見関連法成立
◆2000 (平成 12)	年金法改正 (厚年比例部分 2013 年から 2025 年にかけて 65 歳に引上げ)
	高齢者雇用安定法改正 (65 歳までの雇用確保措置の努力義務化)
	健保法等改正 (老人患者一部負担上限付き定率 1 割負担導入)
	国民健康づくり対策 (第 3 次) 「健康日本 21」開始
◆2001 (平成 13)	雇用対策法改正 (労働者の募集・採用につき年齢差別禁止努力義務)
	高齢者住まい法成立 (高齢者賃貸住宅の供給促進)
	「高齢社会対策大綱」(第 2 次) 閣議決定 小泉内閣
◆2002 (平成 14)	健保法等改正 (給付率一般 7 割、70 歳以上 9 割 (現役並み所得者 8 割)、3 歳未満 8 割、老人医療対象年齢 70 歳から 75 歳に段階的引上げ、老人医療国庫負担増)
	健康増進法成立 (「健康日本 21」に法的根拠)
◆2004 (平成 16)	年金法改正 (保険料率上限設定、基礎年金国庫負担 2 分の 1 に引上げ、給付水準改定にマクロ経済スライド導入、在職老齢年金改善)
	高齢者雇用安定法改正 (65 歳までの雇用確保措置 ^(注) 義務化—2006 年実施、65 歳未満の年齢制限を行う場合に理由提示を義務化)。
	注：定年の引上げ、継続雇用制度の導入、定年の廃止

◆2005 (平成 17)	介護保険法改正 (介護予防の導入、食費・居住費の自己負担化) 高齢者虐待防止法成立
◆2006 (平成 18)	医療制度改革 (医療費適正化計画導入、後期高齢者医療制度創設、 特定 (メタボ) 健診導入、医療計画に地域医療連携を織込み) バリアフリー新法成立 (一定地区の移動、施設利用円滑化推進)
◆2007 (平成 19)	雇用対策法改正 (労働者の募集・採用につき年齢差別禁止法定化)
※同年 高齢化率 21%超 「超高齢社会」に入る	
◆2008 (平成 20)	後期高齢者医療制度実施
※2009 政権交代	
◆2011 (平成 23)	介護保険法改正 (地域包括ケアシステムの推進) 高齢者住まい法改正 (サービス付き高齢者住宅導入) NPO 法改正 (寄付税制充実)
◆2012 (平成 24)	「健康日本 21」 (第 2 次) 策定 百歳高齢者 51,376 人 「社会保障と税の一体改革」 三党合意成立、消費税法改正、社会保障制度改革推進法等成立 高齢者雇用安定法改正 (継続雇用対象者を限定できる仕組みを廃止) 「高齢社会対策大綱」 (第 3 次) 閣議決定 野田内閣

Ⅲ. プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較データの再分析と考察

1. プロダクティブ・エイジングと健康増進：
国際比較に関する現状と課題の整理

2. 地域レベルからみた社会参加の健康への効果と
その媒介要因

3. 高齢者のライフコースと社会参加：
社会生活基本調査を用いた
プロダクティブ・エイジングの経年分析

1. プロダクティブ・エイジングと健康増進： 国際比較に関する現状と課題の整理

東京都健康長寿医療センター主任研究員
杉原陽子

1. 課題設定

現在、多くの先進国が人口の高齢化に直面しており、各国ともその対応が重要な政策課題となっている。高齢者人口の増大に対しては医療や介護にかかる社会的コストの増大が懸念されているが、その一方で、高齢者の能力を社会的にもっと活用し、元気な高齢者は社会を支える側に回ってもらおうという考えも広がり始めている。このような社会貢献は高齢者自身の心身の健康にも有益となる可能性があるため、人口の高齢化が進んだ社会では、高齢者の能力の社会的活用とそれによる健康寿命の延伸といった好循環を目指すことが、高齢者人口の増大への対応策として重要視されつつある。

この考えの嚆矢となったのは、Robert Butler ら(1985)によって唱道された「プロダクティブ・エイジング」の概念である¹⁾。プロダクティブティ(生産性)というと有償労働をイメージする場合が多いが、Butler らはボランティア活動や家庭内の無償労働も生産性の概念の中に含めた。有償労働だけに限定したのでは、高齢者や女性が行っている社会的な貢献を看過してしまうからである。生産性の概念を広く捉えることによって、Butler らは高齢者の能力を過少評価するエイジズムを批判し、高齢者が増えると社会の負担が増すという悲観的な考え方から、高齢者の能力を社会的にもっと活用しようという積極的な考え方へと発想の転換を促した。

このようにプロダクティブ・エイジングの概念はエイジズムに対する反論として提唱されたものではあるが、その前提として、プロダクティブな活動に関与し続けることは高齢者個人にとっても良いことであるという考えがあることは明らかである。この考えは、社会的な活動度が大きいほど生活満足度は高いという「活動理論」の主張に通じるものであり、Rowe と Kahn (1998)が示したサクセスフル・エイジングの構成要素の中にも、「プロダクティブな活動への関与」が位置づけられている²⁾。すなわち、プロダクティブ・エイジングを推進することは、単に高齢者の能力を社会的に活用するだけでなく、高齢者自身にも有益な還元が付加されなければならないといえる。

この点を鑑み、1980年代後半から米国を中心に、プロダクティブな活動と高齢者の心身の健康との関連を調べる研究が行われるようになり、どのような種類の活動が高齢者の健康や well-being に良好な効果をもたらすのか、効果の個人差を規定する要因は何か等についての報告が散見されるようになった。2000年以降は米国以外の国でも「職業からの引退と健康」といった課題を中心とする中高年齢者のパネル調査が行われるようになり、就労継続やボランティア活動等のプロダクティブな活動について、各国の状況を踏まえた報告が始めている。本稿では、プロダクティブ・エイジングと高齢者の健康増進に関する国際比較を行うにあたって、各国における高齢者のプロダクティブな活動への従事状況や健康・well-being との関連を整理するとともに、国際比較に向けての留意すべき点や課題を整理することを目的とする。

2. プロダクティブな活動の定義

プロダクティブな活動と高齢者の健康との関連をレビューするにあたり、どのような活動

がプロダクティブな活動とみなされているのか、その定義を整理する必要がある。Butlerらは有償労働だけでなく無償の貢献もプロダクティブな活動の中に含めるべきと主張したが、具体的にどのような活動をプロダクティブとみなすかの操作的定義については、当初、明確に示していなかった。1980年代後半以降、プロダクティブ・エイジングに関する実証研究が行われるようになると、操作的な定義がいくつか提案されるようになった。しかし、これらの定義は一致しているわけではない。

定義を概観すると、実証研究ではHerzogら(1989)の定義³⁾に準ずるものが多い。これは、「報酬があるか否かにかかわらず、物財やサービスを生産する活動」をプロダクティブな活動と定義し、具体的な活動としては「有償労働」「ボランティア活動」「親族や友人、近隣に対する無償の支援提供(家事、介護、子供の世話など)」を対象としている。この定義は、フォーマルかインフォーマルかに関わらず、経済的な価値につながる活動をプロダクティブとみなしており、プロダクティブな活動の定義の中では比較的、狭義の定義である。

より広義に捉えた定義としては、上記のような経済的な価値に直接つながる活動に加えて、学習活動やトレーニングなど「プロダクティブな活動を行う能力を高めるような活動」⁴⁾、あるいは「セルフケア行動や日常生活活動」のように可能な限り自立・自律を維持する活動⁵⁾も、プロダクティブな活動とみなすべきとの指摘がある。これらの定義は、現時点で経済的な価値の創出に直接つながっていないとしても将来的に人的資源として活用できる可能性、あるいは社会や家族にかかる介護等の負担軽減に役立つ可能性を高める活動は、プロダクティブとして評価しようという観点からの定義である。さらに近年では定義がより広範化する傾向があり、例えば余暇活動や宗教活動などの社会活動・レジャー活動なども、プロダクティブ・エイジングの文脈の中に含めて論じられる場合がある⁶⁾。余暇活動などは財やサービスを生産するというより、消費することの方が多そうな活動なので、本来の意味ではプロダクティブ(生産的)とは言えないだろう。しかし、高齢者個人にとって価値のある活動であること、また、高齢者によって消費が促進されると経済の活性化が期待できるため、一種の社会貢献とみなされるのかもしれない。

測定に妥当性やある程度のコンセンサスが求められる実証研究においては、Herzogらが示した狭義の定義に準ずる場合が多いが、プロダクティブ・エイジングがイデオロギーとして社会的に注目されるようになると、その思想を様々な文脈において肯定的にあてはめようとして定義が広範化していった可能性がある。例えば、プロダクティブ・エイジングに対する批判として、その概念が強調されるようになると、すべての高齢者が経済的な意味で生産的かどうかという価値基準によって判断されかねないため、虚弱高齢者などは非生産的とみなされ、その価値を一層下げられてしまうといった懸念が指摘されている⁷⁾。このような批判への対応として、高齢者が行うさまざまな社会貢献を含めるようプロダクティブな活動内容の定義が拡大していったのかもしれない。

さらに、高齢者人口の増大への対応が政策課題として深刻化してきたことも、定義拡大の一因となっている可能性がある。本来、プロダクティブ・エイジングという概念は、プロダクティブであることがすべての高齢者の「あるべき姿」として高齢者自身に変容を求めるような概念ではなく、エイジズムに反論し、意欲と能力のある高齢者に対して機会を拡大するよう、社会に対して変革を求める概念であった。しかし、人口の高齢化への対応が深刻化する中で、この概念は社会を変革するというよりも、社会が高齢者に対して求めている姿に置換されつつあるように見える。直接的に経済的な価値や社会貢献につながる活動をするか、介護予防活動に励み、医療や介護に要する負担軽減に貢献するか、消費活動により経済の活

性化に貢献するかといった活動がプロダクティブ・エイジングの形態として論じられるようになった背景には、高齢者の社会に対する要請というより、社会の高齢者に対する要請があるのではないだろうか。

プロダクティブ・エイジングは一種のイデオロギーであるため、実証研究で多用される狭義の操作的定義の範疇に収まる概念ではないだろう。しかし、定義が過度に広範化すると、本来の趣旨とは異なったものになってしまう危険性もある。国際比較を行う際にも、国によって定義や捉える像が異なるとしたら比較が困難になるだろう。プロダクティブ・エイジングに関する研究の第一人者である Morrow-Howell らも、知識の迅速な発展を図るために狭義の定義に焦点化することを推奨している⁶⁾。

3. プロダクティブ・エイジングの現状の国際比較

日本の高齢者と諸外国の高齢者の状況を比較する際に用いられる統計調査として、内閣府が 1980 年以降、5 年間隔で実施している「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」がある。直近の 2010 年調査は、日本、アメリカ、韓国、ドイツ、スウェーデンの 5 カ国で実施された⁸⁾。調査対象者は全国から無作為に抽出された 60 歳以上の男女で、各国とも 1,000 サンプルの回収を原則として個別面接調査を行っている。この調査結果を基に、対象となった 5 カ国におけるプロダクティブ・エイジングの現状を比較した。

1) 就労

「これまでに収入の伴う仕事をしたことがある高齢者のうちで、現在も収入の伴う仕事をしている人の割合」は、韓国が最も高く (49.8%)、次いで日本 (38.3%)、スウェーデン (34.9%)、アメリカ (30.2%) で、ドイツ (21.0%) が最も低率であった (表 1)。男性についてみると、韓国は 5 割以上、日本も 4 割以上が就業していたが、アメリカとスウェーデンは 3 割台、ドイツは 2 割台であった。女性については、就業経験が全くない人が男性よりも多いため、このような人を除外して算出された就業率は過大評価の可能性のあるものの、全体的な傾向としてはドイツ以外の国は概ね同程度 (3 割台) であった。

表 1 「収入を伴う仕事をしている人の割合」の国際比較 (%)

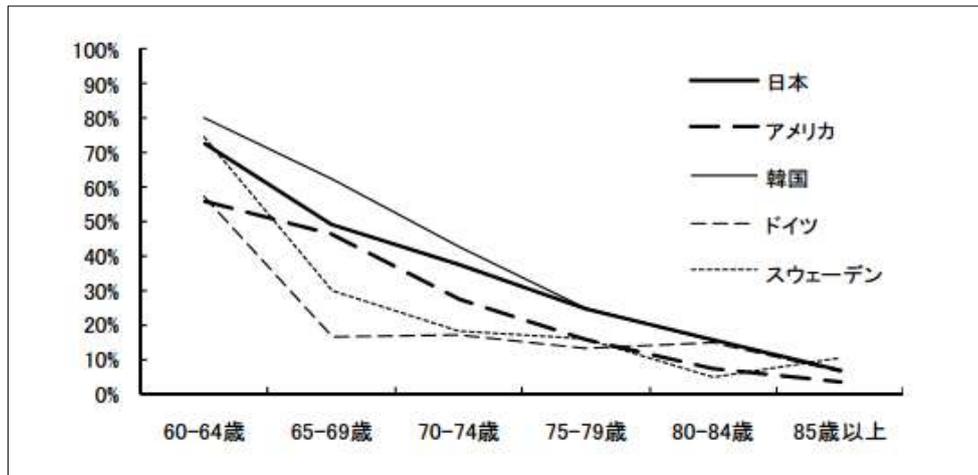
	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	スウェーデン
全体	38.3	30.2	49.8	21.0	34.9
男性	44.2	31.5	57.1	24.5	37.8
女性	32.7	29.1	43.0	18.1	32.0

資料出所：内閣府「第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2010 年)

次に、男性高齢者の年齢別就業率をみると (図 1)、60-64 歳では韓国が最も高く、次いでスウェーデンと日本が同水準で、これらの国は就業率が 7 割台であったが、アメリカとドイツは 5 割台と低かった。65 歳以降は各国とも就業率が低下するが、低下の仕方は国によって異なる。ドイツとスウェーデンは変化のパターンが似ており、65-69 歳で就業率が大きく低下する点が特徴的である。両国とも日本と同様に定年制度があり、年金支給開始年齢もドイツが 65 歳 (2012 年から段階的に 67 歳に引き上げ)、スウェーデンは 61 歳以降本人が選択という形をとっており、日本と類似している。日本も 65-69 歳で就業率が 5 割程度まで下がるものの、ドイツやスウェーデンに比べると低下の度合いは小さく、65 歳以上でも就労を継続している人が少なくない。定年や年金の制度は類似しているものの、ドイツやスウェーデンでは定年や年金受給を機に職業から引退する男性が多いのに対し、日本では定年後あるいは年金支給開始年齢に達した後も働き続ける男性が多いといった違いがうかがえる。一方、

定年制がないアメリカや定年年齢が 60 歳未満の企業も少なくない韓国では、ドイツ、スウェーデン、日本に見られるような 65-69 歳における就業率の顕著な低下はなく、60 歳以降の就業率の低下は比較的緩やかである。

図 1 男性高齢者の年齢別就業率の国際比較



資料出所：内閣府「第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2010 年)

2) ボランティア活動

「現在、福祉や環境を改善するなどをも目的としたボランティアやその他の社会活動に参加しているか」という設問に対して、「これまでに全く参加したことのない人の割合」は韓国が最も高く (74.2%)、次いで日本 (51.7%)、ドイツ (42.9%)、アメリカ (33.1%)、スウェーデン (28.3%) となっていた (表 2)。韓国や日本は高齢者の就業率は高いものの、ボランティア等の社会活動は欧米と比べて活発ではないことがわかる。活動内容についてみると、日本では「近隣の公園や通りなどの清掃等の美化活動」(14.2%)、「地域行事、まちづくり活動」(13.3%) といった町会・自治会等の地域組織に基づく活動への参加率が高い。他方、欧米は「宗教・政治活動」への参加率が高い点が特徴的で、特にアメリカでは 28.7%と、5 カ国中で最も高かった。

表 2 「ボランティア活動への参加状況」の国際比較 (複数回答) (%)

	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	スウェーデン
近隣の公園や通りなどの清掃等の美化活動	14.2	7.0	2.5	4.4	10.3
地域行事、まちづくり活動	13.3	12.5	1.9	5.7	16.4
環境保全・自然保護活動	2.9	5.5	1.2	6.0	8.5
交通安全や防犯・防災に関する活動	5.9	3.4	0.8	0.9	4.5
子供や青少年の健全育成に関する活動	3.7	5.7	0.3	3.1	3.0
趣味やスポーツ、学習活動などの指導	5.3	9.0	2.9	4.8	8.1
高齢者や障害者の話し相手や身の回りの世話	4.0	9.7	1.4	6.0	11.1
医療機関や福祉施設等での手伝い・支援活動	1.9	3.6	1.1	1.7	3.4
国際交流・国際支援活動	1.0	1.3	-	1.7	6.5
消費者活動	0.3	2.1	0.2	0.5	0.8
宗教・政治活動	3.0	28.7	8.4	10.7	12.6
自分の趣味や技能などを活かした支援活動	5.4	14.2	1.2	9.8	9.2
その他	0.8	4.0	0.5	2.5	11.2
以前には参加していたが、今は参加していない	17.0	17.8	8.1	19.8	17.7
全く参加したことがない	51.7	33.1	74.2	42.9	28.3
無回答	-	2.0	0.1	3.1	-

資料出所：内閣府「第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2010 年)

「ボランティア活動に現在参加していない理由」については、日本では「時間的・精神的ゆとりがない」(32.2%)と「健康上の理由、体力に自信がない」(31.5%)を挙げる人が多かった(表3)。他の4カ国では「関心がない」の割合が高く(アメリカ45.8%、韓国47.6%、ドイツ37.3%、スウェーデン28.0%)、日本ではこの割合は15.9%と他国と比べて低かった。日本では、時間的・精神的なゆとりや体力がないとボランティア活動はできないという先入観が、高齢者のボランティア活動への参加を阻害している可能性がうかがえる。このような先入観を払拭し、それぞれの状況に応じた社会貢献ができるように情報提供や環境整備、意識教育などの取り組みを進めることが、高齢者のボランティア活動を推進する上で必要であろう。

表3 「ボランティア活動に現在参加していない理由」の国際比較(複数回答)(%)

	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	スウェーデン
関心がない	15.9	45.8	47.6	37.3	28.0
やりたい活動が見つからない	10.3	16.1	25.0	14.1	17.5
近くに適切な場が見つからない	6.8	4.3	7.1	8.9	3.5
一緒にやる仲間が見つからない	3.9	2.4	2.8	2.7	2.9
家族や周囲の理解が得にくい	0.6	1.0	0.2	1.3	0.4
家族の介護をしている	3.6	2.8	2.2	7.9	9.7
これまでのキャリアにふさわしくない	0.2	0.2	1.6	-	-
他にやりたいことがある	10.3	16.1	1.8	19.5	27.8
時間的・精神的ゆとりがない	32.2	22.6	38.7	14.3	19.6
健康上の理由、体力に自信がない	31.5	22.8	24.2	26.2	16.7
団体内での人間関係がわずらわしい	3.9	2.6	1.5	2.7	3.3
経済的余裕がない	2.1	4.7	16.0	4.6	1.6
その他	3.8	2.6	0.1	1.3	4.5
無回答	0.9	5.1	-	3.3	-

資料出所：内閣府「第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2010年)

3) 家事の従事状況、家庭内での役割

「炊事、洗濯、掃除などの家事をしている割合」については、各国とも女性は9割前後が行っていたが、男性ではアメリカ、韓国、スウェーデンで6割台、ドイツは5割台、日本は最も低く4割程度であった(表4)。この結果と先述の就労やボランティア活動の結果を合わせて見ても、日本の男性高齢者は、無償労働よりも有償労働を選好する傾向が、他の4カ国の男性高齢者よりも強いことがうかがえる。

表4 「家事をしている人の割合」の国際比較 (%)

	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	スウェーデン
全体	70.0	77.7	80.8	78.1	78.9
男性	41.6	65.7	63.7	54.8	64.2
女性	93.6	86.7	93.9	95.5	93.3

資料出所：内閣府「第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2010年)

「同居者がいる高齢者が家族や親族の中でどのような役割を果たしているか」については、日本の男性高齢者は「家計の支え手(かせぎ手)」(53.0%)、「家族や親族関係の長(まとめ役)」(42.1%)、「家族・親族の相談相手」(37.9%)を挙げる割合が高かった(表5)。日本の女性高齢者では、「家事」(83.5%)、「家族・親族の相談相手」(28.4%)、「小さな子どもの世話」(12.1%)が多かった。

他の4カ国と比較すると、男性高齢者については、日本以外の国は「家事」の割合が高い

のに対し（アメリカ 72.2%、韓国 52.3%、ドイツ 53.4%、スウェーデン 48.7%）、日本の男性高齢者はこの割合（14.0%）が顕著に低い点が特徴的である。女性高齢者については、介護の女性への負担が問題視されているが、この調査結果では、日本の女性高齢者が同居家族の介護をしている割合は 9.1%で、アメリカ（22.6%）、ドイツ（24.4%）、スウェーデン（12.9%）といった欧米の女性高齢者の方が上回っていた。これは、介護の社会化が日本で進んでいるというよりも、子ども世帯との同居率が関係している可能性がある。日本と同様に子ども世帯との同居率が高い韓国では、女性高齢者が介護を担う割合は 4.9%とやはり低いことから、日本や韓国では同居者に介護の必要が生じた際に、女性高齢者だけでなく、子ども世代が介護を担う可能性が欧米よりも高いため、アメリカ、ドイツ、スウェーデンと比べて女性高齢者が介護役割を担う割合が低くなったものと考えられる。

他国について特徴的な点を挙げると、アメリカでは男女とも選択肢に示された役割のほとんどに 2 割以上の人に関与していることから、他の 4 カ国と比べて高齢者が多様な役割に従事しているように見える。一方、「特に役割はない」と答えた人の割合が高かったのは、スウェーデンの男性高齢者（22.5%）とドイツの女性高齢者（22.0%）であった。欧米といっても、アメリカとヨーロッパではプロダクティブ・エイジングに関する現状が異なり、各国における文化的な価値観や社会環境等の違いが反映されている。

表 5 「家族・親族の中で果たす高齢者の役割」の国際比較（複数回答）(%)

	日本			アメリカ			韓国			ドイツ			スウェーデン		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性									
家事	50.2	14.0	83.5	71.8	72.2	71.5	68.1	52.3	83.3	55.4	53.4	57.8	65.2	48.7	88.8
小さな子どもの世話	7.8	3.2	12.1	22.2	17.3	26.6	6.2	2.8	9.4	9.3	6.5	12.5	3.3	1.5	5.9
家族・親族の相談相手	32.9	37.9	28.4	63.1	61	65	24.7	30.2	19.5	28.5	29.4	27.5	20.6	15.6	27.6
家計の支え手(かせぎ手)	30.6	53.0	10.0	33.5	47.8	20.4	27	36.6	17.7	24.2	42.7	2.4	26.2	31.8	18.2
家族・親族の長(まとめ役)	25.5	42.1	10.2	39.6	59.3	21.7	49.4	69.3	30.3	27.1	46	4.9	10.9	11.2	10.5
介護	7.8	6.5	9.1	17.8	12.5	22.6	4.2	3.4	4.9	18.6	13.6	24.4	8.5	5.4	12.9
その他	0.9	0.6	1.1	1.3	1.4	1.2	0.1	-	0.2	0.3	-	0.7	9.4	11.5	6.3
特に役割はない	14.0	17.6	10.6	6.3	4.7	7.7	6.7	6.7	6.7	17.9	14.5	22.0	14.8	22.5	3.8
無回答	-	-	-	0.6	0.7	0.6	-	-	-	0.3	0.3	0.3	-	-	-

資料出所：内閣府「第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（2010 年）

4. プロダクティブな活動と高齢者の健康・well-being との関連

プロダクティブな活動は、健康で心理的にも問題が少ない人が行う場合が多いという選択バイアスが生じるため、その健康や well-being への効果を観察型の研究で明確にするには限界があるが、パネル調査からは以下のような知見が報告されている。

プロダクティブな活動の中でも健康や well-being への効果に関する報告数が多いのは、ボランティア活動である。ボランティア活動については、死亡のリスクの減少⁹⁾⁻¹³⁾、身体機能障害のリスクの減少¹²⁾⁻¹⁶⁾、健康度自己評価の維持・向上¹²⁾¹⁶⁾、抑うつ傾向の抑制や生活満足度、幸福感、自尊感情等の心理的 well-being の維持・向上¹³⁾¹⁶⁾⁻¹⁹⁾に貢献する可能性が報告されている。

ボランティア活動以外のプロダクティブな活動については、健康への効果を調べた報告はあまり多くないが、有償労働¹²⁾²⁰⁾、あるいは家事や庭仕事¹⁴⁾が、死亡や機能障害のリスクを軽減する可能性が報告されている。活動の種類別ではなく、各種のプロダクティブな活動

を総合した指標を用いた研究でも、死亡²¹⁾や認知機能低下²²⁾²³⁾のリスクを軽減する可能性が報告されている。

近年の米国では、観察型の研究だけでなく、例えば **Experience Corps (EC)** のような準実験的研究も行われている。EC は 1990 年代中頃にボルチモアで試行され、今では全米に広がり始めているプログラムで、シニアボランティアが小学校で児童に読み書きを教えたり、図書館や教室でのサポート等を週に 15 時間以上行うものである²⁴⁾。このような身体的・認知的・社会的活動を行うことで脳の機能を活性化させ、認知症や身体機能の低下を予防することを目的としている。短期間(4-8ヶ月)の効果としては、EC 参加群は対照群(EC 待機者)と比べて、身体活動や体力に関する主観的評価が向上、歩行速度の低下度が小さい、テレビの視聴時間が少ないといった身体・認知・社会的活動性の向上が見られたこと²⁴⁾、実行機能や記憶の改善²⁵⁾等が報告されている。さらに、アフリカ系アメリカ人の 65 歳以上の女性で、認知機能の低下が見られ、教育水準や所得水準の低い 17 人を選び、9 人は EC の活動に 6 ヶ月間参加してもらい、8 人は比較対照としたところ、MRI 画像で EC 参加群は左前頭前皮質と前帯状皮質における脳活動が高まっていることが確認され、認知機能や精神機能が向上した可能性が報告されている²⁶⁾。

このようにボランティア活動を中心に、プロダクティブな活動への関与は概して高齢者の身体・心理面に良好な効果をもたらす可能性が示唆されているが、その効果は一様ではなく、性や年齢、人種、高齢者の状況などによって異なる可能性も指摘されている。例えば、若い人より高齢者の方がボランティア活動から得られる心理的な利益が大きい¹⁹⁾、所得や教育水準が低い高齢者の方がボランティア活動からより多くの恩恵を得ていると感じる傾向²⁷⁾、ボランティア活動が死亡のリスクを抑制する効果は、友人や近隣、親戚との交流が乏しい高齢者で特に大きい¹¹⁾、パートナー、就労、親といった役割の喪失数が大きい高齢者では、ボランティア活動をすることで心理的 well-being の低下が防止できること²⁸⁾が報告されている。これらの報告からは、個人的または社会的な資源に乏しい高齢者ほどボランティア活動から得られる利益が大きく、特に加齢に伴う役割や関係性の喪失をボランティア活動が補填する可能性が示唆されている。他方、宗教活動に参加していたり、社会的支援を多く得ていると感じている高齢者ほど、ボランティア活動による死亡抑制効果が大きいという報告もあり¹⁰⁾、どのような高齢者でボランティア活動の効果が大きいかについては、ボランティア活動と健康との間の因果関係や効果のメカニズム、ボランティア活動の内容等に焦点をあてつつ、さらなる検証が必要である。

どの程度の活動量が最適かについても議論があり、ボランティア活動や有償労働はある程度の時間を超えると、それ以上多く活動したとしても必ずしも効果が上がるわけではない可能性が指摘されている。しかし、どの程度の時間が最適かについては一致した見解が得られておらず、例えば、Musick ら(1999)はボランティア活動の時間が年間 40 時間未満の人の方がそれ以上の人よりも死亡抑制効果が大きい¹¹⁾、Van Willigen(2000)は同じデータを用いて、年間 100 時間を超えるとボランティア活動から得られる心理的な利益は次第に減少する¹⁹⁾と報告している。しかし、Luoh ら(2002)は年間 100 時間以上のボランティア活動で死亡抑制効果が現れるといった閾値効果を¹²⁾、オーストラリアのデータを分析した Windsor ら(2008)は、64-68 歳の人では年間 100-800 時間のボランティア活動で心理的な利益が最大となる可能性を指摘している²⁹⁾。以上のように、ボランティア活動に関しては、どのような人で、どの程度の時間、どのような内容が、どのような条件の下で、健康や心理的 well-being に対する効果が最大となるのかについて、より詳細な分析が求められている。

5. プロダクティブ・エイジングと健康に関する国際比較

プロダクティブな活動が高齢者の健康に及ぼす効果について知見が蓄積されつつあるが、これらの知見はアメリカにおけるものがほとんどである。アメリカでは、**Health and Retirement Study**、**Americans' Changing Lives**、**MidLife in the United States**、**Longitudinal Study of Aging** といった中高年齢者のパネル調査が多数行われており、二次分析できるようにデータの公開が進んでいる。加えて、プロダクティブであることに関心の強い国民性も、アメリカでこの課題に関する研究が進んでいる理由であろう。しかし、プロダクティブな活動が健康や **well-being** に及ぼす効果は人種によって異なる可能性が指摘されており²⁰⁾³⁰⁾、国際比較の観点からの研究蓄積が求められている。人種差についてはアメリカに居住する白人と黒人を比較した報告はあるものの、他の国の、他の人種に関する報告は、今のところほとんどない状況である。

しかし近年では、アメリカの **Health and Retirement Study (HRS)** をモデルとする調査が各国で実施されるようになった。中国の **The China Health Aging and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)**、英国の **English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)**、アイルランドの **The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)**、韓国の **Korean Longitudinal Study on Ageing (KLoSA)**、メキシコの **Mexican Health and Aging Study (MHAS)**、ニュージーランドの **New Zealand Health, Work and Retirement Survey**、欧州の **Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE)**、日本でも経済産業研究所が中心となって **Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR)** が行われている。

この中で、プロダクティブ・エイジングに関する研究報告が出始めているのは、欧州の **SHARE** である³¹⁾³²⁾。**SHARE** は、欧州の 12 カ国で 50 歳以上の人を対象に 2004 年にベースライン調査が行われ、その後、対象国を増やしながらか 2 年間隔で追跡調査が実施されている。**Hank** ら(2010)は、**SHARE** のベースライン調査に参加した 11 カ国における 50 歳以上の中高年齢者のボランティア活動への参加率を比較した結果、北高南低の傾向があると報告している³¹⁾。具体的には、オランダで最も高く (21%)、次いでデンマークとスウェーデン (17-18%)、ベルギー、フランス、スイス (14-15%)、ドイツ、オーストリア (8-10%)、イタリア (7%)、ギリシャとスペイン (2-3%) という順になっていた。さらに **Hank** は、ボランティア活動や家族・友人・近隣への支援提供、介護といったプロダクティブな活動への従事状況の国による違いはどのような社会的要因によって規定されているかを分析し、政治的および宗教的自由度や社会保障制度がプロダクティブ・エイジングと正の相関関係にある可能性を指摘している³²⁾。これはプロダクティブ・エイジングの推進を考える上で大変興味深い知見であるが、今のところ、プロダクティブな活動と健康との関連やその関連性に影響する要因については報告されていない。

アメリカの **HRS** と完全に比較可能な調査というわけではないが、日本では全国の中高年齢者を対象としたパネル調査(**Japanese Health and Retirement Study: JHRS**)が行われており、そのデータを用いてプロダクティブな活動への関与と健康や心理的 **well-being** との関連が報告されている。この調査は、全国の 55-64 歳の住民から無作為に抽出した男性 4,000 人と女性 2,000 人を対象に、1999 年にベースライン調査を個別訪問面接聴取法にて実施し、男性 2,533 人、女性 1,440 人から回答を得ている³³⁾。その後、2 年間隔で 2005 年まで追跡調査が行われた。2009 年にも追跡調査(Wave5)が行われているが、これは訪問面接調査ではなく郵送調査で実施されている。

この調査の Wave1~3 のデータを用いて Sugihara ら (2008)は、有償労働やボランティア活動を行うことは、日本の男性前期高齢者においては抑うつ傾向を抑制する効果がみられるものの、女性では男性ほどの効果がないことを報告している³⁴⁾。5カ国比較調査の結果から、日本の男性高齢者は有償労働に対する選好度が強いことがうかがえたが、Sugihara らの結果からは有償労働はもちろんボランティア活動についても、日本の男性高齢者の well-being の向上に貢献する可能性が示唆された。また、女性では男性ほどには効果が見られなかったことから、プロダクティブ・エイジングの健康や well-being への効果を考える際に、「プロダクティブであること」に対する男女間での規範意識や志向性の違いについて留意する必要がある。

さらに、この分析では、職業からの引退は男性高齢者の抑うつ傾向を強めるが、ボランティア活動をしている人ではリタイアメントによるネガティブな影響が緩衝されることが示唆されている(図2)。これは、ボランティア活動が高齢期における役割喪失を補填する可能性を支持する結果である。日本の男性高齢者において就労継続は心身の健康維持において重要である可能性が高いが、その分、リタイアメントによる悪影響も大きい可能性が考えられる。このような悪影響を緩衝するためにも、リタイアメント後の活動の場としてボランティア活動を推進する意味があることが、この結果から示唆されている。

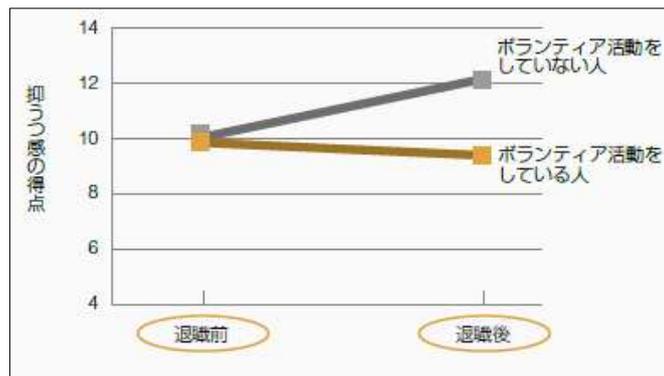


図2 退職前後での抑うつ感の変化(男性就労者の分析結果)
ボランティア活動をしている人とそうでない人の比較

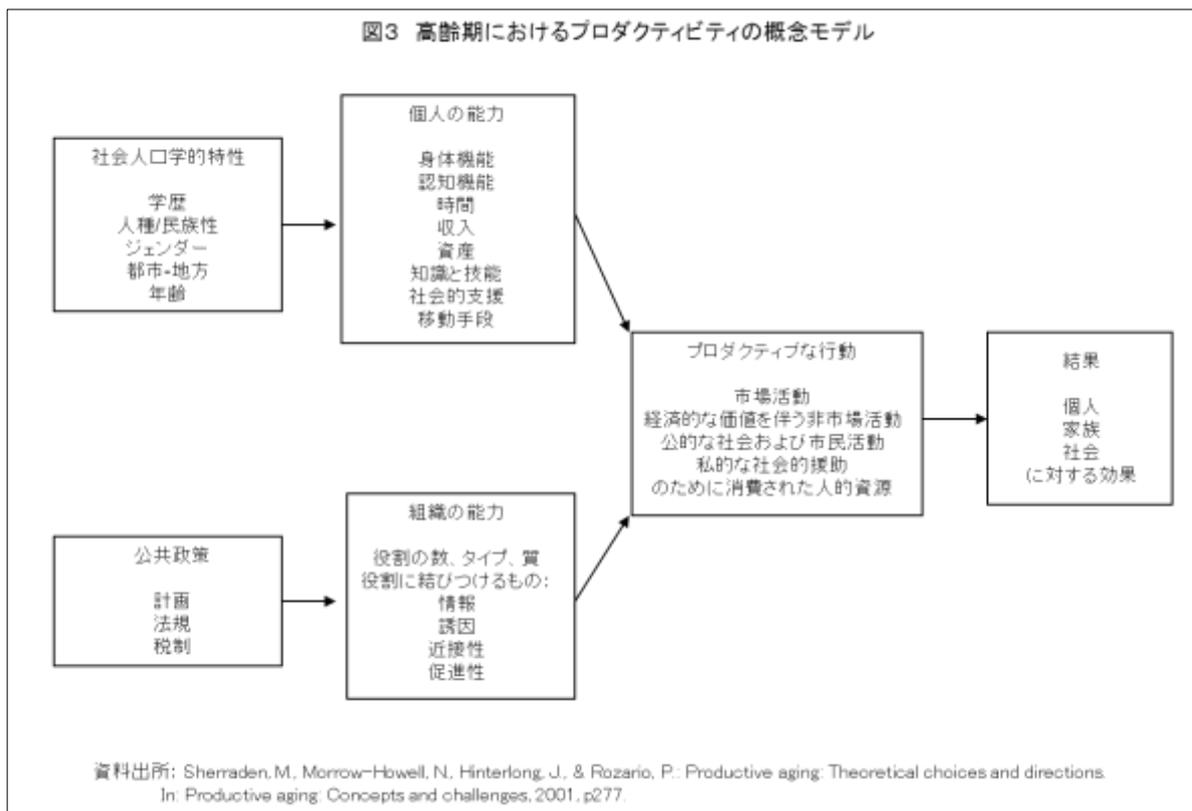
6. 国際比較研究をする上での課題

国際比較をする上での第一の課題は、プロダクティブな活動の操作的定義をどうするかである。前述の通り多様な考えがあり、文化や価値観、高齢化の進展度合い等によって、どのような活動をプロダクティブとみなすかは異なるであろう。5カ国比較調査のように同じような設問をした場合であっても、例えば「家族・親族の長(まとめ役)」のような役割については主観による部分が大きいため、客観的な状態像をどの程度正確に表しているのか疑問である。比較をする際は、このような主観的判断に基づく役割は避けるべきであろうし、ある程度のコンセンサスが得られている定義を用いる方が良い。

第二の課題は、プロダクティブな活動の実施状況や健康への効果の地域差を説明するための理論・分析枠組みである。実施状況や効果の地域差が明らかになったとして、そのような差をもたらす社会文化的要因や地域環境要因を説明できなければ、地域差に関する説得力は乏しいものになってしまう。現状では、Hank(2011)が SHARE のデータを用いて欧州各国におけるプロダクティブな活動状況の差を規定する要因をマルチレベルアナリシスにより分

析しているもの³²⁾、類似の分析は少なく、健康への効果の地域差とその理由を検証したものほとんどない。

プロダクティブな活動の規定要因や健康等への効果を分析するための枠組みとして、Sherradenら(2001)が提唱したものが参考になる(図3)³⁵⁾。この枠組みは、プロダクティブな活動の「規定要因」と「アウトカム(結果)」の2つの構成に大別できる。規定要因の中には、性や年齢などの「社会人口学的特性」、健康状態や知識・技能などの「個人の能力」とともに、法規や税制などの「公共政策・プログラム特性」、活動のタイプや質、誘因など「(活動の場となる)組織の特性」が位置づけられている。「社会人口学的特性」と「個人の能力特性」はどちらも高齢者個人に関する特性だが、「社会人口学的特性」は介入が難しい背景要因であるのに対して「個人の能力特性」は変容可能性があるものとして区別されている。マクロレベルでの規定要因としては、文化的、社会的、政治的、経済的等さまざまな要因が考えられるが、Sherradenら(2001)は実証可能な中範囲のモデルの構築という観点から、操作化が可能で、かつプロダクティブな活動への影響が強いと考えられる「政策・プログラム特性」と「組織特性」のみを枠組みの中に取り入れている。プロダクティブな活動のアウトカムとしては、「高齢者個人への効果」だけでなく、「家族や社会に与える効果」も位置づけられており、多角的な効果評価が求められている。



これよりはやや包括的だが、BassとCaro(2001)もプロダクティブな活動への参加レベルをアウトカムとし、参加レベルを規定する要因として、経済や文化などの「環境要因」、役割や組織の状況、個人の健康や経済状況などの「状況要因」、動機や適性、人種やジェンダーなどの「個人要因」、雇用や年金政策などの「社会政策要因」により構成された概念枠組みを提示している³⁶⁾。

これらの枠組みはいずれも政策や文化、経済などの社会環境を分析枠組み内に入れており、国際比較や地域差の要因分析を行う上で役立つ観点を提示している。プロダクティブな活動の規定要因や健康への効果の差異を検討した研究は、現状では個人レベルの要因分析に留まっているものが大半だが、国際比較や地域比較データに基づき、社会・文化・制度的要因との関連について知見の蓄積が図られれば、プロダクティブ・エイジングの推進策への示唆を得ることが期待できる。

第三の課題は、高齢者のプロダクティブな活動が地域や社会に与える効果の検証である。Sherraden ら (2001) の概念枠組みでは、プロダクティブな活動は高齢者個人だけでなく、家族や社会に対しても影響を及ぼす可能性が示されているが、高齢者個人に対する効果と比べると、家族や社会に対する効果については検討が不足している。人口の高齢化が進んだ社会では、高齢者個人への効果はもちろん、地域や社会への効果も期待されている。地域レベルの効果の検証をするためにも、国や地域を分析単位とする効果分析を行い、多角的にプロダクティブな活動の効果を評価することが望まれる。

(引用文献)

- 1) Butler, R. N. & Gleason, H. P. (Eds.) (1985). *Productive aging: Enhancing vitality in later life*, Springer, NY.
- 2) Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*, Pantheon, NY.
- 3) Herzog, A. R., Kahn, R. L., Morgan, J. N., Jackson, J. S., & Antonucci, T. C. (1989). Age differences in productive activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, S129-S138.
- 4) Caro, F. G., Bass, S. A. & Chen, Y.-P. (1993). *Achieving a productive aging society*, Bass, S. A., Caro, F. G. and Chen, Y.-P. (Eds), Auburn House, Westport, pp.3-25.
- 5) Butler, R. N., & Schechter, M. (2001). Productive aging. In G. L. Maddox et al. (Eds.), *The encyclopedia of aging* (pp.824-825). New York: Springer.
- 6) Morrow-Howell, N. & Wang, Y. (2012). Productive Engagement of Older Adults: Elements of a Cross-Cultural Research Agenda. *Ageing International*, Published online 03 October, 1-12.
- 7) Holstein, M. (1992). Productive aging a feminist critique. *Journal of Aging & Social Policy*, 4(3), 17-34.
- 8) 内閣府.(2011). 平成 22 年度「第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」.
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/kiso/zentai/index.html>
- 9) Sabin, E. P. (1993). Social relationships and mortality among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 12, 44-60.
- 10) Oman, D., Thoresen, C. E., & McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly. *Journal of Health Psychology*, 4, 301-316.
- 11) Musick, M. A., Herzog, A. R., & House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54B, S173-S180.
- 12) Luoh, M. C., & Herzog, A. R. (2002). Individual consequences of volunteer and paid work in old age: Health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 490-509.
- 13) Lum, T. Y., & Lightfoot, E. (2005). The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. *Research on Aging*, 27, 31-55.
- 14) Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, S74-S82.
- 15) Moen, P., Dempster-McClain, D., and Williams, R. M., Jr. (1992). Successful aging: A life-course perspective on women's multiple roles and health. *American Journal of Sociology*, 97, 1612-1638.
- 16) Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, S137-S145.
- 17) Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*, 56, 259-269.
- 18) Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 115-131.
- 19) Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, S308-S318.
- 20) Rushing, B., Ritter, C., & Burton, R. P. D. (1992). Race differences in the effects of multiple roles on health: Longitudinal evidence from a national sample of older men. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 126-139.
- 21) Glass, T. A., Seeman, T. E., Herzog, A. R., Kahn, R., & Berkman, L. F. (1995). Change in productive activity in late adulthood: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S65-76.
- 22) Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: A longitudinal study from the Kungsholmen project. *American Journal of Epidemiology*, 155, 1081-1087.
- 23) Niti, M., Yap, K.-B., Kua, E.-H., Tan, C.-H., & Ng, T.-P. (2008). Physical, social and productive leisure activities, cognitive decline and interaction with APOE-ε4 genotype in Chinese older adults. *International Psychogeriatrics*, 20, 237-251.
- 24) Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., McGill, S., Rebok, G. W., Seeman, T., Tielsch, J., Wasik, B. A., & Zeger, S. (2004). A Social Model for Health Promotion for an Aging Population: Initial Evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health*, 81(1), 64-78.
- 25) Carlson, M. C., Saczynski, J. S., Rebok, G. W., Seeman, T., Glass, T. A., McGill, S., Tielsch, J., Frick, K. D., Hill, J., & Fried, L. P. (2008). Exploring the Effects of an "Everyday" Activity Program on Executive Function and Memory in Older Adults: Experience Corps. *The Gerontologist*, 48(6), 793-801.
- 26) Carlson, M. C., Erickson, K. I., Kramer, A. F., Voss, M. W., Bolea, N., Mielke, M., McGill, S., Rebok, G. W., Seeman, T., & Fried, L. P. (2009). Evidence for Neurocognitive Plasticity in At-Risk Older Adults: The Experience Corps Program. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 64 (12), 1275-1282.

- 27) Morrow-Howell, N., Hong, S.-I., & Tang, F. (2009). Who Benefits From Volunteering? Variations in Perceived Benefits. *The Gerontologist*, 49(1), 91-102.
- 28) Greenfield, E. A., & Marks, N.F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, S258-S264.
- 29) Windsor, T. D., Anstey, K. J., & Rodgers, B. (2008). Volunteering and Psychological Well-Being Among Young-Old Adults: How Much Is Too Much? *The Gerontologist*, 48(1), 59-70.
- 30) McIntosh, B. R., & Danigelis, N. L. (1995). Race, gender, and the relevance of productive activity for elders' affect. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S229-S239.
- 31) Hank, K., & Erlinghagen, M. (2010). Volunteering in "Old" Europe Patterns, Potentials, Limitations. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 3-20.
- 32) Hank, K. (2011). Societal determinants of productive ageing: A multilevel analysis across 11 European countries. *European Sociological Review* 27(4): 526-541.
- 33) 杉澤 秀博, 柴田 博 (編) . (2003). 生涯現役の危機—平成不況下における中高年の心理. ワールドプランニング, 東京.
- 34) Sugihara, Y., Sugisawa, H., Shibata, H., & Harada, K. (2008). Productive roles, gender, and depressive symptoms: Evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged Japanese. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 63B, P227-P234.
- 35) Sherraden, M., Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., & Rozario, P. (2001). Productive aging: Theoretical choices and directions. In N. Morrow-Howell, J. Hinterlong, & M. Sherraden (Eds.), *Productive aging: Concepts and challenges* (pp. 260-284). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- 36) Bass, S. A. & Caro, F. G. (2001). Productive aging: A conceptual framework. In N. Morrow-Howell, J. Hinterlong, & M. Sherraden (Eds.), *Productive aging: Concepts and challenges* (pp.37-78). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

2. 地域レベルからみた社会参加の健康への効果とその媒介要因

桜美林大学大学院教授
杉澤秀博

I はじめに

1. 社会的決定要因としての社会参加の定義とその測定

健康の社会的決定要因として社会関係が注目され、健康への効果を明らかにした実証研究が数多くみられるようになった。社会関係の中でも社会的ネットワークはその構造的側面として位置づけられている。社会参加は、この社会的ネットワークの下位の概念としてフォーマル・インフォーマルな組織や団体、あるいは社会活動への参加と定義されている

(Lindstrom, Hanson, and Ostergren 2001)。個人が保有する資源の面から、その資源を他者や社会と共有することを社会参加とする定義もある (Bukov, Mass, and Lampert 2002)。

社会参加の健康影響を分析する際には、さらにいくつかに分類される (Levasseur, Richard, and et al 2010)。分類軸には、参加組織に着目する区分と参加の目的に着目する区分の2種類がある (Baum, Bush and et al 2000)。参加組織に着目した場合、家族や親族、友人といったインフォーマルな関係にある人との交流と地域で活動しているフォーマルな組織や団体への参加に区分することもできる。後者のフォーマルな組織への参加については、さらに参加者が平等で水平的な関係で参加できる組織か、それとも階層的で垂直的な関係で参加する組織かなど参加メンバー間の関係性によって分類することもできる。参加目的に着目した場合には、自分の楽しみや趣味活動のための活動 (自己完結型活動)、ボランティアなど社会に貢献するための活動 (社会貢献型活動)、あるいは政治団体への参加など社会の意思決定に関係する活動 (政治型活動) などに区分することができる。先に示した個人が所有する資源を他者や社会と共有という社会参加の枠組みからすれば、自分の楽しみや趣味活動を他者と一緒に行う活動は、時間の共有という点で自分の資源を他者と共有する活動となる。ボランティアなどの社会貢献活動は、時間に加えて自分のもつ人的・物的資源などを他者と共有する活動となる。さらに政治活動は、その活動に参加する人々と政治的な知識や社会関係を共有する活動となる (Bukov, Mass, and Lampert 2002)。

なお、社会参加と類似する概念に「社会活動」がある。活動という視点からみた場合、他の人と活動を共にしない個人で行う趣味活動なども「社会活動」に位置づけられる。しかし、社会参加という視点から「社会活動」を捉えた場合、活動が他者や社会と関係に乏しい個人的な社会活動も概念の中に含めた場合には、他者や社会との関係を必要とする社会参加の概念から逸脱することになる。このような活動も広義の社会参加として社会参加に含めることもあるが (Ellaway and Maccintyre 2007)、本稿では社会活動と社会参加の区別を明確にするため、個人的で社会との関わりに乏しい活動については社会参加の概念に含めないことにした。

2. 社会参加の健康影響

参加組織の健康への影響を解明した初期の研究には、Berkman and Syme(1979)によるものがある。Berkman and Syme は、配偶者の有無、友人・親族との接触の頻度、教会員であるか否か、教会以外の組織のメンバーであるか否かというように、帰属組織や集団をその種類ごとに分類し、死亡への効果を分析している。その後、同じように帰属組織の種類に着目

して社会参加を分類し、健康への効果を検証した研究が多く行われるようになった。研究事例をいくつか紹介するとすれば、次のようなものがあげられよう。Wilkins (2003)は、配偶者の有無、様々な関係の人との交流、社会組織への帰属などが死亡を予測するか否かを分析している。Saczynski, Pfeifer and et al (2006)は、配偶者の有無、単身か否か、社会・政治・地域組織への参加の有無などの指標が認知症の発症に影響しているか否かを分析している。Hsu (2007) は、宗教組織あるいは政治組織への参加が死亡や認知障害の発生予防に影響しているか否かを分析している。Ellaway and Macintyre (2007)は、帰属している組織によってうつ症状に違いがあるか否かを分析している。

参加の目的によって参加の種類を分類し、それが健康にどのような影響があるかを分析した研究の流れもある。この領域に位置づく多くの研究では、他者や社会との接点に乏しいという理由で本稿では社会参加の中に位置づけなかった個人的な活動も含め「社会活動」として分析している。Glass ,de Leon and et al (1999)、Glass, De Leon, et al (2006)は、社会的活動、生産的活動、個人的な活動である運動に大きく区分し、それらが死亡やうつ症状の予防に効果があるか否かを分析している。Everard, Lach, and et al (2000)も同じような区分で社会活動を測定し、それぞれが身体機能の維持にどの程度効果があるかを分析している。Menec (2003)は、以上の3種類の活動が幸福感・身体機能の維持あるいは死亡の予防に効果があるか否かを分析している。Wang, Karp, and et al (2002)は、認知機能の維持に着目し、生産活動、社会活動あるいは個人的な活動が認知機能の維持に貢献するか否かを分析している。さらに、ボランティアなどの社会貢献的・生産的活動に関しては、この活動のみを取りあげ健康への効果を検証した研究も数多く行われている (Sugihara, Sugisawa, et al 2008)。

加えて、帰属組織の種類と参加目的の両指標を同時に分枠組みに位置づけ、それぞれの独自の効果を分析するという研究も行なわれている。たとえば、Zunzunegui, Alvarado, and et al (2003)は、組織や集団別にみた参加の有無や程度（友人の数、会った親族数、電話で話した親族数、宗教以外の所属組織、宗教組織への所属、センター活動へ参加など）、そして関係の種類別（子供・親族・友人別）にみたそれぞれに対する社会貢献の程度を一括して分析に投入することで、どの指標が認知機能の維持に貢献しているかを分析している。

3. 地域の社会関係の健康影響に関する研究との統合

以上の研究は、個人の社会関係、中でも社会参加に着目した研究についてであるが、他方では、地域における社会関係に着目し、健康への効果を検討するという研究の流れがある。疫学分野の研究においては、1990年以降、地域特性の一つとして社会関係の状況に光があてられ、その健康影響に関する研究が開始された。それは、地域の社会経済階層の格差が地域の健康指標と強い関連があることを示した生態学的な研究が端緒となっている (Macintyre and Ellaway 2000)。すなわち、地域の社会経済階層の格差と地域の健康指標との間を媒介する要因の候補として、地域の社会関係に関心が向けられたことが、地域の社会関係の健康影響を分析するきっかけとなった。それを契機に様々なレベルの地域を単位に地域の社会関係と地域の健康指標との関係を捉えた研究が行われ、その中で地域の社会関係指標と地域の死亡率や生命予後との間には高い相関があることが明らかにされた。以上の生態学的な研究では、この両者の相関が地域特性が独自に個人の健康に影響している（文脈効果）ことを示しているのか、それとも個人の社会関係と健康との関係（構成効果）を反映したものかを区別できない。

それを解決するため、個人の社会関係などの影響を調整しても地域の社会関係の特性が個

人の健康に独自に影響しているか否かを評価できる分析枠組を用いた研究が行われるようになった。Kawachi, Kennedy and Glass (1999) による研究は、個人の要因を調整した後も地域の社会関係が個人の健康に有意な効果があることを検証した最初の研究である。しかし、この研究は地域の社会関係の健康影響をバイアスが少なく推定できるマルチレベル分析を用いていない。その後、マルチレベル分析を用いて、地域の社会関係の特性が独自に個人の健康に影響しているか否かを検証した論文が次々に発表されるようになった。Kim, Subramanian and Kawachi (2008) は、文献レビューに基づき既存の研究の知見を次のように要約している。結果変数として死亡を取り上げ、地域の社会関係の影響を検討した研究は少ないものの、その結果をみると肯定的な研究と否定的な研究があること、健康度自己評価については比較的研究事例が多いが、個人の社会関係の影響を調整すると有意なままであってもその効果の大きさはかなり小さい (Kim, Subramanian and Kawachi 2008) と要約している。

しかし、以上の社会関係の健康影響に関する研究では、社会関係の指標として直接的に位置づけることが困難な信頼感という認知的な指標を用いたものが多い。さらに、社会参加の指標として帰属組織による分類を用いた研究が多く、社会参加の健康影響に関する研究の他の中心的な分類軸である社会参加の目的による分類指標を用いた研究が少ない。

4. 本研究の目的と仮説

本研究では、社会参加を目的別に分類し、地域の社会参加のレベルが高齢者の健康に与える効果を分析することにする。

個人レベルの社会参加の健康影響に関する研究では、社会参加をその目的別に大きくボランティアなどの社会貢献的な活動と趣味の会などの自己完結的な活動に区分している。個人レベルでの研究では、それぞれが住民の健康に有意な肯定的な効果があることが示されているが、地域レベルでは同じように効果が観察されるのであろうか。本研究では、以上の2種類に加えて、高齢者の身近にあり、多くの人が関わりをもっている町内会や老人会などによる地縁活動への参加も社会参加の指標に位置づけ、その効果を分析する。

本研究の仮説は次の通りである。議論の焦点は、社会貢献的な活動、自己完結的な活動、地縁的な活動のいずれも、個人レベルの活動と同じように地域においてもプラスの効果が観察されるか否かにある。ボランティアなど社会貢献的な活動や趣味の会などの活動については、地縁的な活動への参加と比較して、年齢や世代、職業や所属あるいは価値観などの面で自分とは異なる人との交流が広まる機会を提供しているという報告がある (内閣府国民生活局市民運動推進課 2013)。つまり、社会貢献的な活動や自己完結的な活動がさかんな地域では、多様性を受け入れる態度に乏しい、個人の自由を制限する、あるいは異質な特性をもつ人を排除するといった社会関係の否定的な側面が弱く (Portes, 1998)、他方、住民相互に支えあうという肯定的な側面が強いと考えられることから、健康度の向上により貢献するという仮説が成り立つ。

加えて、本研究では、媒介要因の検討も行う。Kawachi (2000) は地域の社会関係が健康に与える経路を大きく3つ示している。第1の経路は保健行動を媒介とするものであり、保健情報の速やかな普及、保健行動に関する規範の徹底、逸脱的な行動の統制などを通して健康度の向上に貢献するというものである。第2の経路がサービスに対するアクセスとアメニティを向上させることを通じて健康度の向上に結びつくというものである。第3は心理社会的経路で、社会関係が情緒的支援や自尊感情、相互の尊敬の源泉として作用することによ

て健康度が向上するというものである。本研究では、特に第1と第3の経路の面から媒介要因の検討を行う。

II 研究方法

1. 分析対象：

調査対象は、2010年6月1日時点でA市在住の65歳以上住民33,755人(外国人登録者を含む)の中から無作為に抽出した8,000人であった。郵送調査の結果、6,010人から調査票が回収された。調査時期は2010年6～7月であった。本研究では、回収された調査票のうち、①本人回答あるいは代筆であるが本人が回答した、②持ち家、賃貸を問わず自宅に居住する、という2条件に合う5,536票を分析対象とした。

2. 測度

1)健康指標

健康度自己評価であった。質問は、全般的にいて、あなたの現在の健康状態はいかがですかと質問し、「よい」「まあよい」「ふつう」「あまりよくない」「よくない」の選択肢を用いて回答をえた。分析に際しては、以上の選択肢に5点から1点までを配点した。

2)地域レベルでみた社会参加

既述のように、参加の目的の面から測定した。目的は、ボランティアなどの社会貢献的な活動、趣味やスポーツを地域の会や団体に参加して行うという自己完結型の活動、町内会や老人会などに参加し行う地縁的な活動の3種類である。各活動への参加回数はそれぞれ、「1週間に4日以上」「週に2、3回」「週に1回」「月に2、3回」「月に1回程度」「年に数回程度」「参加していない」の選択肢を用いて把握した。以上の選択肢に基づき、月当たりの参加回数に換算することで数量化を図った。すなわち、各選択肢に月当たりの回数である16、10、4、2.5、1、0.5、0という数値をそれぞれ付与し、数量化した。

本研究では地域の単位を町目レベルとした。町目レベルの社会参加は、個人レベルの社会参加指標について対象者が居住する町目別に平均値を算出することで評価した。町丁別の平均値を算出する際には、各町丁目に何人くらいの対象者がいるかが数値の安定性からみて重要な点となる。本研究で対象とした自治体は全部で62町丁あり、対象者数が50人未満の町目数は11、町丁の対象者の最低人数は22人であった。

3)媒介要因

(1) 分析モデル

地域レベルの社会参加が個人の特性を介して健康に影響しているというモデルに基づき、媒介要因の解明を行った。媒介要因は大きく3種類に区分した。第1は、地域レベルの社会参加が個人レベルの社会参加を促し、健康に効果を及ぼすというものである。これまでの研究では、構成効果か文脈効果かを判定するために、個人レベルの社会関係の指標を投入してもなお地域レベルの社会関係の指標が有意な効果をもつか否かを検討してきた。しかし、個人レベルの社会関係指標を投入した場合地域レベルの社会関係指標の有意な効果が消失したことをもって、構成効果とみるのは一面的である。この結果については、地域レベルの社会関係の多寡が個人レベルの社会関係に影響し、結果として健康に影響したという解釈も可能である。本研究では、このような視点から個人レベルの社会関係が媒介要因として機能しているか否かを評価した。第2は健康関連の行動や意識、情報に関連する要因が媒介要因となっ

て健康に影響するというものである。本研究では、この経路の媒介要因として運動と介護予防に関する情報に関する認知を位置づけ、社会参加が乏しい地域では、運動する人が少なく、また介護予防に関する情報が乏しいため健康度が低いと考えた。第3は心理社会的要因であり、本研究ではこの経路の媒介要因として孤立感と情緒的支援を位置づけた。すなわち、社会参加が乏しい地域の住民は、孤立感が増すとともに、住民相互の情緒的支援が乏しいため健康度が低いと考えた。

(2) 測度

①運動については、健康への効果という点で妥当性が検証されている「週に2回以上、1回あたり30分以上の運動」を1年以上にわたって続けているか否かで評価した。「している」に1点、「していない」に0点を与え、ダミー変数として扱った。②健康に関する情報については、要介護状態になることを予防する介護予防事業に関する知識を調査した。すなわち、「健診などを利用して要介護になる可能性が高い人を市が把握していることを知っているか」「要介護になる可能性の高い人を対象に、要介護状態にならないための事業を知っているか」「地域包括支援センターが中心となって、介護予防や高齢者の相談などを行っていることを知っているか」という質問をし、知っているという項目を単純加算することで点数化した。③情緒的支援については、「話を聞いてくれる、あるいは理解してくれる人がいるか否か」を、「近隣」と「近隣以外の友人」についてそれぞれ質問した。それぞれの続き柄について、それぞれ「いる」「いない」に1点と0点を配点した。

4)調整変数

年齢、性、日常生活動作、世帯構成、社会階層を調整変数として設定した。①年齢は実年齢を使用した。②性別は男性に1点、女性に0点を配点し、ダミー変数として扱った。③日常生活動作については、歩行、食事、着替え、入浴、排せつの5項目について介助が必要でない項目に1点を与え、それらを単純加算することで点数化した。④世帯構成は独居には1点、それ以外の世帯には0点を配点し、ダミー変数として扱った。⑤社会階層は収入、学歴および住居の面から階層を評価した。すなわち、いずれの面でも低位な層に属さない人を高い階層、いずれかの面で低位な層に属する人を低階層とし、それぞれに1点と0点を与え、ダミー変数として扱った。収入については、所属する世帯において、「世帯員全員が非課税」である場合を低位な層とした。この情報は自治体から情報提供を受けた。学歴については、「中学校」「高校」「専門・専修学校」「短大・高専」「大学・大学院」の選択肢を用いて回答を得たが、「中卒以下」の人を低位とした。住居については、「持ち家（一戸建て）」「持ち家（マンション、公社・公団の分譲住宅）」「民間賃貸マンション（公社・公団の賃貸住宅を含む）」「民間賃貸アパート（木造など）」「都営・市営住宅」という選択肢を提示し、回答を得た。「民間賃貸マンション（公社・公団の賃貸住宅を含む）」「民間賃貸アパート（木造など）」について低位とした。

3. 分析方法：

本研究では、地域のレベルの社会参加指標については、分析単位が町目別であり、そこに居住する人の指標に関しては独立性が保障できないため、通常の回帰分析では結果にバイアスを生じさせかねない。このようなバイアスがかかるデータにおいてもバイアスを補正した分析が可能な階層線形モデルを利用して分析した。

第1ステップでは、従属変数に健康指標、レベル1の独立変数に年齢、性、日常生活動作、世帯構成、社会階層を投入し、レベル2には何も投入しない状態で、地域による個人の健康

度への独自効果を評価した。地域による差が大きい場合には、第2ステップとして、レベル2に地域の社会参加指標を投入し、地域による個人の健康度への効果が地域の社会参加指標で説明可能か評価した。

地域の社会参加指標で説明可能である場合、以下のプロセスで媒介要因の検討に移った。第3ステップは次の通りである。媒介要因として機能するには、2つの条件をもつ必要がある。第1は媒介要因が地域の社会参加指標によって有意に影響を受けていること、第2には健康指標に対しても媒介要因が有意な効果ももつこと。そのため、第3ステップとして媒介要因の候補のうち、地域の社会参加指標の影響を大きく受けている要因を探索することであった。第4ステップとして、第3ステップの結果媒介要因の候補であり、かつ地域の社会参加指標の影響を強く受けていることが明らかとなった要因をモデルに投入し、それによって地域の社会参加指標の効果の大きさが減少するか否かを評価した。この分析に際しては、媒介要因としてのもう1つの条件である媒介要因が健康に有意な効果があるか否かも合わせて評価した。

4. 倫理的配慮

本研究は、対象者の調査への協力は任意であることを明記した上で、調査への回答をえた。調査によって得た情報については、情報が外部に漏えいするような形で保管しないこと、外部に公表する際には個人が特定されないことがないようにした。この研究については、所属する機関の倫理委員会の承認を得た。

5. 分析対象者の特性(表1)

健康度自己評価は、平均3.41点であった。「よい」「まあよい」「ふつう」「あまりよくない」「よくない」にそれぞれ5から1点を配点したことから、健康度自己評価は平均的には「まあよい」と「ふつう」の中間に位置するということになる。

社会参加の指標をみると、地縁的活動、自己完結型活動、社会貢献的活動それぞれの参加回数は、月当たりそれぞれ0.87回、1.58回、0.60回であり、地縁活動への参加と社会貢献的活動への参加は平均すると月に1回に満たない。これらと比較すると、趣味活動などを通じた社会参加の回数は2倍の多さであった。

年齢は平均74.6歳、男性が43.3%を占めていた。日常生活の自立度については、すべての項目で介助が必要ない場合には5点となるが、平均で4.90点と全体としてほとんど介助が必要ない状態であった。帰属する社会階層については、高い層に属すると評価された人が43.9%であった。

分析に用いた対象者数は4,789人で、674人が分析に使用する変数の1つ以上に欠測値があるため、分析から除外された。特定の特性をもっている人が分析から除外された場合には、分析対象者に偏りが生じ、分析結果にバイアスが生じる可能性がある。分析対象者と除外者で、特性に差異がみられるか否か検討した結果、除外者は分析に用いた対象者と比較して、年齢が高く、世帯構成も単身者が多いこと、また帰属する組織も少ないなどの特徴があった。

表1 個人と地域レベルの分析対象の特徴

特性	分析対象者 (n=4789)	分析からの除外者 (n=674)
【レベル1】		
〔従属変数〕		
健康度自己評価得点 (平均±標準偏差)	3.41±1.06 点	3.24±1.06 点***
【社会参加】		
地縁活動への月当たりの参加頻度 (平均±標準偏差)	0.87±2.44 回	0.76±2.19 回
自己完結型活動への月当たりの参加頻度 (平均±標準偏差)	1.58±3.51 回	1.40±3.49 回
社会貢献的活動への月当たりの参加頻度 (平均±標準偏差)	0.60±2.15 回	0.50±1.91 回
〔媒介要因〕		
保健知識 (平均±標準偏差)	1.50±1.26 点	1.28±1.29 点***
保健行動 (運動している人の割合)	49.5%	46.4%
孤独感 (平均±標準偏差)	3.88±1.24 点	3.90±1.25 点
近隣からの情緒的支援 (ある人の割合)	19.6%	16.8%
友人からの情緒的支援 (ある人の割合)	45.1%	35.8%***
〔調整要因〕		
年齢 (平均±標準偏差)	74.6±6.82 歳	75.8±7.46 歳***
性 (男性の割合)	43.3%	33.1%***
日常生活動作の自立項目数 (平均±標準偏差)	4.90±0.54 項目	4.87±0.53 項目
世帯構成 (単独世帯の割合)	17.3%	24.1%***
帰属する社会経済階層 (高い人の割合)	43.9%	30.1%***
【レベル2】 (n=62)		
地縁組織への月当たりの参加頻度 (平均±標準偏差)	0.83±0.32 回	
自己完結型組織への月当たりの参加頻度 (平均±標準偏差)	1.52±0.41 回	
社会貢献的組織への月当たりの参加頻度 (平均±標準偏差)	0.57±0.24 回	
社会凝縮性得点 (平均±標準偏差)	17.4±0.66 点	

注1) 分析対象者と分析からの除外者における変数の分布の比較は、量的変数についてはt検定、質的変数については χ^2 検定で行った。

注2) ***;P<.001, **;P<.01, *;<.05

III 結果

表2に地域レベルの社会参加指標の効果を分析した結果を示した。モデル1では、調整変数を投入した後における地域の独自効果をみたものである。P<0.10の有意水準であるものの、地域の独自効果が観察された。モデル2では、この差が地域の社会活動指標の差によって説明されるか否かを分析したものである。社会貢献的な活動が活発な地域では、健康度自己評価が有意に高かった。興味深いのは、自己完結的な活動であり、仮説とは逆にこのような活動が活発である地域では、健康度自己評価が低いという結果であった。

地域の独自効果がなぜ生じているのか、媒介要因の検討結果をみてみよう。モデル3をみると、個人の社会参加指標を投入しても、地域の社会参加指標の回帰係数にほとんど変化がみられない。社会参加が活発な地域で住民の健康度自己評価が高いのは、個人の社会参加を促すことを通じて（構成効果も可能性もある）という経路の可能性が否定された。

次に、その他の要因が媒介要因として機能しているか否かをみてみよう。まず、媒介要因の候補とした要因が、地域における自己完結的な活動あるいは社会貢献的な活動の高低によって有意な影響を受けているかみてみよう。表には示さないが、健康情報については、自己完結的な活動が盛んな地域で有意に低いという結果が得られた。同じように、孤立感についても自己完結的な活動が盛んな地域で有意に低いという結果が得られた。保健行動の1つとして設定した運動習慣については、社会貢献的な活動が盛んな地域で10%の有意水準である

が、実施率が高いという結果が得られた。近隣と友人からの情緒的支援については、地域の社会参加指標に有意な影響を受けていなかった。以上の作業によって、社会貢献活動が盛んな地域で健康度自己評価が高いのは、このような地域では個人の運動習慣が促され、健康度自己評価につながっている。自己完結的な活動が高い地域では、健康情報から疎外され、さらに孤立感が高い人が多く、そのことが健康に悪影響をもたらしている可能性が示唆されている。

次に、このような仮説が支持されるか否かを検証した。モデル4では地縁的な活動が活発な地域でなぜ健康が低下するか、その媒介要因を探るため、モデル2に孤立感と健康情報を投入した結果を示したものである。その結果、地域の自己完結型活動の有意な効果は消失した。健康情報の伝達と孤立感の健康度自己評価に与える効果をみると、健康情報は有意にプラスに、孤立感は有意にマイナスに作用していた。以上の分析結果から、自己完結的な活動が盛んな地域で健康度自己評価が低いのは、自己完結的な活動が住民の孤立感を促し、その結果として健康度自己評価が悪化するという経路があることが示された。

モデル5には、社会貢献活動が活発な地域でなぜ健康度が高いのか、その媒介要因を探るため、モデル2に運動という保健行動を投入した結果を示したものである。投入後においても活動の有意な効果は消失せず、回帰係数にも大きな変化は観察されなかった。

表 2 地域レベルの社会参加指標の効果(1)

	モデル 1	モデル 2	モデル 3
固定効果			
【レベル 1】			
年齢	-0.025 ***	-0.025 ***	-0.025 ***
性 (男性=1)	0.040	0.043	0.053 +
日常生活動作自立項目数	0.273 ***	0.273 ***	0.258 ***
世帯構成(単独=1)	-0.067 †	-0.069 †	-0.066 †
社会経済階層 (高い=1)	0.161 ***	0.157 ***	0.143 ***
地縁活動への参加頻度			0.015 *
自己完結型活動への参加頻度			0.018 ***
社会貢献型活動への参加頻度			0.030 ***
健康知識			
保健行動			
孤独感			
近隣からの情緒的支援			
友人からの情緒的支援			
【レベル 2】			
切片	3.893 ***	3.943 ***	3.992 ***
地縁活動への参加頻度		-0.064	-0.066
自己完結型活動への参加頻度		-0.078 *	-0.078 *
社会貢献型活動への参加頻度		0.224 **	0.227 **
ランダム効果			
地域レベル切片	0.003 +	0.001	0.004 +
			*

注)***; P<.001, **; P<.01, *; P<.05, +; P<.10

表2 地域レベルの社会参加指標の効果(2)

	モデル4	モデル5
固定効果		
【レベル1】		
年齢	-0.023 **	-0.021 ***
性(男性=1)	0.106 **	0.016
日常生活動作自立項目数	0.210 **	0.236 ***
世帯構成(単独=1)	0.011	-0.068 +
社会経済階層(高い=1)	0.108 **	0.123 ***
地縁活動への参加頻度		
自己完結型活動への参加頻度		
社会貢献型活動への参加頻度		
健康知識	0.030 *	
保健行動		0.492 ***
孤独感	-0.221 **	
近隣からの情緒的支援		
友人からの情緒的支援		
【レベル2】		
切片	4.850 **	3.576 ***
地縁活動への参加頻度	-0.062	-0.047
自己完結型活動への参加頻度	-0.050	-0.078 *
社会貢献型活動への参加頻度	0.199 *	0.199 **
ランダム効果		
地域レベル切片	0.001	

注)***; P<.001, **; P<.01, *; P<.05, +; P<.10

IV 考察

1. 社会貢献活動が活発な地域は高齢者の健康度もよい

本研究では、社会参加、中でも参加の目的との関連で設定した地域レベルの地縁的・自己完結的・社会貢献的活動の健康度自己評価への効果を検証した。個人レベルの社会貢献活動が健康の向上に関係していることについては、実証研究が多いが、地域レベルでみた場合の社会参加レベルの効果については、研究事例が少ない。本研究では社会貢献的な活動が活発に行われている地域では、個人的に社会活動を行っているか否かに関係なく高齢者の健康にとってよい効果をもたらしていることが示唆された。

地域レベルの社会関係の健康への効果について、それを媒介する要因の研究は多くない。これまでの研究では、地域レベルの要因の効果が、地域レベルの独自効果か(文脈効果)か、それともその地域に居住する人々の特性分布の違いか(構成効果)を判断するため、個人レベルの要因の影響を調整するという分析が行われてきた。本研究の分析枠組みもそれと同じ枠組みを用いている。しかし、このモデルの導入の意味がこれまでと異なり、媒介要因として個人の社会参加活動が機能しているか否かを評価するためのモデルとして位置づけた。分析の結果、個人要因として社会参加状況を加えても地域レベルの社会参加の効果の大きさが減少することはなかった。すなわち、地域レベルでみた社会貢献活動が高いか低いか健康に与える効果については、個人の社会貢献活動を媒介とせずに、健康度自己評価の向上に貢献していることが示唆された。

では、どのような要因が媒介してこのような効果を生じさせているのであろうか。個人のレベルにおいては、社会貢献活動を実施している人では様々なルートから健康情報を多く入手し、保健行動の実施割合も高いことが示されており、これらの要因の媒介要因としての可能性が示唆されている。地域レベルの社会貢献活動についても、社会的統制や情報のネット

ワークを介して保健行動の実施や健康情報の普及が促されると仮説を立てることができる。本研究では、保健行動や健康知識が媒介要因として機能しているか否かを分析したが、保健行動、健康情報のいずれの場合も媒介要因として機能しているという結果を得ることができなかった。地域レベルの社会関係が健康に影響することを媒介する要因の研究では、媒介要因として保健行動の比重は大きくないという結果が示されており、本研究ではそれと共通している。

2. 自己完結的な活動は健康にマイナスの効果の可能性

興味深いのは、地縁的な活動や自己完結的活動については、それらが活発に行われている地域では、健康度が低かったという点である。従来の研究においても、本研究の結果と同様に、地域の社会関係の否定的な側面についての指摘はなされているものの、それを実証した研究は多くはない。本研究では、個人レベルでみた場合には、いずれの活動とも健康度の向上に貢献するものの、地域レベルでみた場合には趣味の会などの自己完結的な活動が活発な地域では、健康度が有意に低く、地縁的活動についてもこのような否定的な効果があることが示唆された。

本研究では、さらに、自己完結的な活動が活発な地域で健康度がなぜ低いのか、その媒介となる要因を検討した。分析の結果、個人レベルでみた孤立感が媒介要因として作用している可能性が示唆された。既述のように、趣味的な活動などを通じて社会に参加することが、自分とは異なる多様な人と知り合い、またいろいろな価値観に触れる機会が得られるという点で橋渡し型のネットワーク形成に貢献するという研究がある。しかし、本研究では、地域レベルでみた場合、趣味的な活動がさかんな地域では孤立感を強く抱く人が多いという結果であり、これまでの研究を支持する結果ではない。ただし、趣味的な活度が活発な地域では健康度が低いという結果については、その原因を孤立感を生じさせるような趣味活動にあるというのではなく、より根本には排他的な意識や規範があり、共通の価値観や意識をもつ人とは深く交流をもつものの、それ以外の人を排除するというで地域全体の社会関係をぎくしゃくさせており、これによって健康度が低下している可能性があることもみておく必要がある。

V 今後の課題

本研究における課題に触れてみたい。第1の課題は、縦断調査の枠組みを利用していないことである。そのため、因果関係が逆転している可能性がある。個人の日常生活自立度の影響を調整したものの、地域レベルの社会貢献活動の効果は、本研究で調整しきれていない個人レベルの健康状態の差を反映している可能性がある。因果関係を特定するには縦断調査を用いることが必要であろう。

第2に、媒介要因として設定したものが限定されている点である。保健行動的要因として運動、心理的要因として孤立感を設定したが、その他の保健行動要因として飲酒や喫煙、心理的要因としてコントロール感や自尊感情なども位置づける必要がある。加えて、環境側の要因も評価する必要がある。社会貢献活動がさかんな地域では、住民が地域の環境問題や犯罪防止などにも関心を強く寄せている地域であると思われることから、環境のアメニティの改善が図られることで健康にプラスの効果が生じた可能性がある。

第3には、結果の普遍化の問題である。日本においても地域の社会関係が健康に与える効果をマルチレベルの分析枠組みを利用して解明した研究が出始めている。しかし、本研究のように、健康へのマイナス効果を検出した研究はほとんどない。再試が求めされる。

(文 献)

- Baum, E.E., R.A. Bush, C.C. Modra, C.J. Murray, E.M. Cox, K.M. Alexander and R.C. Potter 2000. "Epidemiology of participation: an Australian community study." *Journal of Epidemiology and Community health* 54: 414-423.
- Berkman, L.F. and S.L. Syme 1979. "Social networks, host resistance and mortality: nine year follow-up study of Alameda County residents." *American Journal of Epidemiology* 109: 186-184.
- Bukov, A., I. Mass and T. Lampert 2002. "Social participation in very old: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE." *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57: P510-P517.
- Ellaway, A. and S. Macintyre 2007. "Is social participation associated with cardiovascular disease risk factors?" *Social Science and Medicine* 64:1384-1391.
- Everard, K.M., H.W. Lach, E.B. Fisher and M.C. Baum 2000. "Relationship of activity and social support to the functional health of older adults." *Journal of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences* 55:S208-212.
- Glass, T.A., C.M. de Leon, R.A. Marottoli and L.F. Berkman 1999. "Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans." *British Medical Journal* 319: 478-483.
- Glass, T.A., C.F. De Leon, S.S. Bassuk and L.F. Berkman. 2006. "Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings." *Journal of Aging and Health* 18:604-628.
- Hsu, H.C. 2007. "Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment?" *Aging&Mental Health* 11: 699-707.
- Kawachi, I., B.P. Kennedy and R. Glass 1999. "Social capital and self-rated health: a contextual analysis." *American Journal of Public Health* 89:1187-1193.
- Kawachi, I. and L.F. Berkman 2000. "Social Cohesion, Social Capital and Health." Pp. 174-190 in L.F. Berkman and I. Kawachi eds., *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Kim, D., S.V. Subramanian and I. Kawachi 2008. "Social capital and physical health: a systematic review of the literature." Pp. 139-190 in *Social capital and health*, edited by I. Kawachi, S.V. Subramanian and D. Kim. New York: Springer.
- Levasseur, M., L. Richard, L. Gauvin, and E. Raymond 2010 "Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities." *Social Science and Medicine* 71:2141-2149.
- Lindstrom, M., B.S. Hanson and P.O. Ostergren 2001. "Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour." *Social Science and Medicine* 52: 441-451.
- 内閣府国民生活局市民運動推進課. 2003. 『平成 14 年度内閣府委託調査 ソーシャルキャピタル: 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて』
- Macintyre, S. and A. Ellaway 2000. "Ecological approaches: Recovering the role of the physical and social environment." Pp.332-348 in *Social epidemiology*, edited by L.F. Berkman and I. Kawachi. New York:Oxford University Press.
- Menec, V.H. 2003. "The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study." *Journal of Gerontology: Social Sciences* 58: S74-S82.
- Portes, A. 1998. "Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology." *Annual Review of Sociology* 24:1-24.
- Saczynski, J.S., L.A. Pfeifer, K. Masaki, E.S. Korf, D. Laurin, L. White and L.J. 2006. "The Effect of social engagement on incident dementia: The Honolulu-Asia Aging Study." *American Journal of Epidemiology* 163 :433-440.
- Sugihara, Y, H. Sugisawa, H. Shibata, K. Harada 2008. "Productive roles, gender, and depressive symptoms: evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged Japanese." *Journal of Gerontology B Psychological Sciences and Social Science* 63:P227-P234.
- Wang, H.X., A. Karp, B. Winblad and L. Fratiglioni 2002. "Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project." *American Journal of Epidemiology* 155:1081-1087.
- Wilkins, K. 2003. "Social and mortality in seniors." *Health Reports* 14(3): 21-34.
- Zunzunegui, M.V., B.E. Alvarado, T. Del Ser and A.Otero 2003. "Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults." *Journal of Gerontology B: Psychological Sciences/Social Sciences* 58: S93-S100.

3. 高齢者のライフコースと社会参加

: 社会生活基本調査を用いたプロダクティブ・エイジングの経年分析

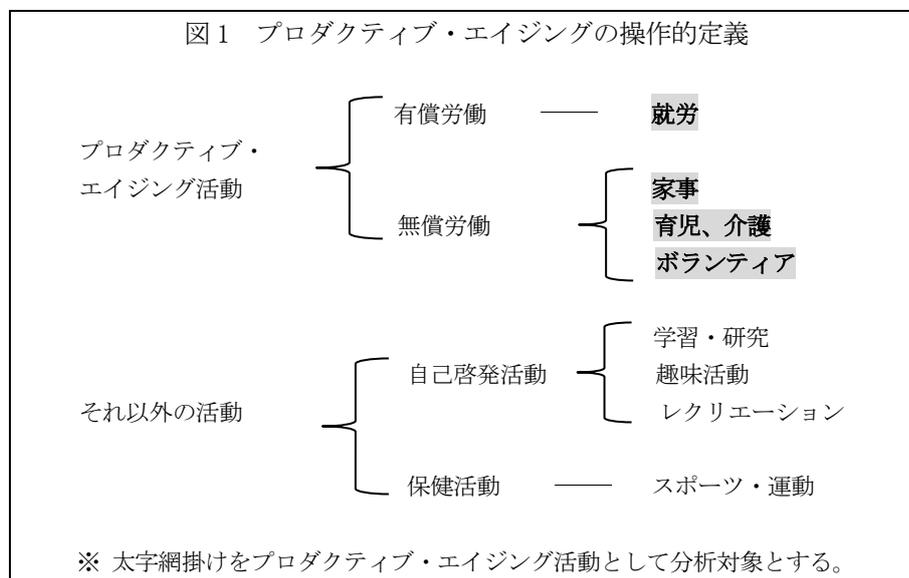
成蹊大学アジア太平洋研究センター客員研究員

渡邊大輔

1. はじめに

本稿の目的は、日本の高齢者のプロダクティブ・エイジングに関わる活動量が 1990 年代以降の 20 年間に変化してきたのか否かについて考察することにある。この 20 年の間に 65 歳以上の高齢化率は 12.1% (1990 年) から 23.1% (2010 年) へと上昇しており、『高齢社会白書』では 2005 年以降に「本格的な高齢社会」に突入していると表現している¹⁾。高齢者人口ボリュームが変化するなかで、高齢者の社会参加の重要性がうたわれ、推進のための政策が実施されている。これは、単に高齢者を社会資源として活用するだけでなく、Butler が指摘したように²⁾、高齢者は社会に貢献的であり生産的でありえるという年齢差別への異議申し立てを踏まえた施策である。このような社会変化のなかで、高齢者の生活時間、とくにプロダクティブ・エイジングに関わる生活時間が変化しているのか否かを探る。

本稿では、プロダクティブ概念を Rowe と Kahn の概念を踏襲し³⁾、柴田らのプロダクティブ・エイジングに関わる活動 (社会貢献活動) と精神的健康の関連についての研究におけるプロダクティブの操作的定義に従うこととした⁴⁾。そこで、プロダクティブ・エイジングに関わる活動を、有償労働と家庭での無償労働、およびボランティア活動とし、自己啓発のための社会活動やスポーツなどの健康行動、レクリエーション活動は含めないこととした。本稿が対象とするプロダクティブ・エイジング活動は、図 1 となる。



プロダクティブ・エイジング活動のこの 20 年間における変化の有無を分析する視点として、ライフコース的視点を採用する。これは、調査時の時間 (歴年 period)、調査対象者の年齢 (年齢 age)、および調査対象者の世代 (コーホート cohort) の 3 つの視点から分析するアプローチである。この三者を同時に分析するためには、従来の横断的分析やパネル分析では、3 つの要因のうちいずれか 2 つの要因が混交してしまうため、分析することができ

ない^{5), 6)}。そこで、本来であれば複数時点のパネル分析を統合して分析する包括系列法による分析を行う必要がある^{7), 8)}。しかし現時点では、包括系列法にかなう生活時間データはほとんどない。

そこで、同一母集団を対象としている生活時間調査を経年ごとに分析することで、この3つの要因の影響を記述的に理解することを試みる。すなわち、本稿ではプロダクティブ・エイジング活動のこの20年間における変化を理解するための予備的作業として、年齢階級およびコーホートを軸として記述的に分析することで、世代的ライフコースの影響についての基本的な知見を得ることを目的とする。

2. 対象と方法

1) 社会生活基本調査の概要と分析対象

人々の具体的な時間の過ごし方を把握するためには、回顧バイアスの入りやすい経験調査ではなく、生活時間調査が必要となる。生活時間調査 (time use survey) は、個々人の行動を10ないし15分単位でどのような行動をしたかを把握する調査である。先進各国で調査が行われており、とくに欧米ではエセックス大学社会経済研究所を中心とした MTUS (Multinational Time-Use Study) と呼ばれる国際生活時間研究が行われており、時間調査の複数の国の比較分析や時系列分析が多く行われている^{9), 10), 11)}。わが国でも矢野¹²⁾や水野谷¹³⁾などによる研究の蓄積があり、労働時間やワークライフバランスの研究などにおいて知見が積み重ねられている^{14), 15)}。しかし、海外に比べて研究の蓄積は乏しく、また、高齢者を対象とした分析も多くはない。

本稿で用いるデータは、総務省統計局による社会生活基本調査である。社会生活基本調査は、総務省が行っている国勢調査の翌年に実施される指定統計調査の一つであり、調査年ごとに異なるが、全国から層別2段抽出法によって抽出された約7~10万世帯の10歳以上の世帯員を対象とした調査である。わが国でもっとも詳細かつ大規模な生活時間調査であり、統計局に申請することで秘匿化処理済みで8割サンプリングの個票データを分析することができる。

本稿ではこの社会生活基本調査の第4~7回(1991~2006年)の4回の調査を用いる。標本数および調査対象は以下のようになっている。1991年の第4回調査のみ、調査対象が15歳以上である。

表1 社会生活基本調査の標本の大きさの概数

調査回	第4回	第5回	第6回	第7回
調査年	1991年	1996年	2001年	2006年
調査対象	選定した世帯に居住する15歳以上	選定した世帯に居住する10歳以上	選定した世帯に居住する10歳以上	選定した世帯に居住する10歳以上
世帯数	約9万9千	約9万9千	約7万3千	約7万6千
標本数	約24万人	約27万人	約19万人	約18万人

※第6回、第7回は調査票Aのみ

社会生活基本調査では、調査年における10月15日~23日の9日間のうちの連続する2日間について、時間の過ごし方を15分単位で質問している。このとき、調査日が平日か否か、また、ちょうど旅行などを行っていたか否かによって、調査当日の過ごし方に大きな違いが起きることが予想される。そこで本稿では、曜日については調査日が平日の調査のみを対象とし、また当日に「旅行」「行楽」「行事または冠婚葬祭」「出張・研修など」「療養」「休みの日」に該当するケースは分析から除外することとした。また、1991年から2006年まで

の変化を見ることから、調査対象を単純に 65 歳以上とせず、2006 年の調査時点で 65 歳以上となる 1991 年時点で 50～54 歳を対象年齢として含めるために、すべての年度で 50 歳以上を分析対象とした。

2) 分析で扱う変数

従属変数は、行動者率と生活時間である。具体的には、社会生活基本調査の生活行動調査から過去一年間に該当する活動を行った人の割合である行動者率を、ボランティア活動および関連する活動について求めた。生活時間は社会生活基本調査の生活時間調査から、15 分単位で測定されたプロダクティブ・エイジング活動にあたる労働（有償労働）、家事、育児、介護、ボランティアの各活動の行動時間を分単位で求めた。また、この 5 つの活動を合算したプロダクティブ・エイジング活動時間、そこから就労のみを除いた非就労のプロダクティブ・エイジング活動時間も扱う。

独立変数としては、どのような属性を持つ個人がプロダクティブ・エイジング活動を行うかを把握するため、性別、年齢階級（秘匿化済みデータのため 5 歳階級）、学歴（中卒、高卒、高等教育の 3 区分）、居住地（三大都市か否か）、配偶者の有無、世帯構造（単身世帯、夫婦二人世帯、それ以外の世帯）、世帯所得（カテゴリー化された選択肢の中央値を代入）、就労の有無、家族・親族への介護実施の有無とした。

また、母集団の特徴を把握するため比率、平均値の計算には乗率を用いた。多変量解析においては、サンプル内における因果関係の分析を行うことが目的であることから、乗率は用いていない。

3. 結果

1) ボランティア活動の行動者率

社会生活基本調査生活行動調査では、プロダクティブ・エイジング活動についてはボランティア活動のみが測定されている。これは、有償労働と家庭内の無償労働である家事、育児、介護については生活時間のみで分析されているためである。そこでまずボランティア活動の行動者率を調査ごとに計算し、比較のために、プロダクティブ・エイジング活動には含まれない保健活動や自己啓発的な活動となるスポーツ活動、学習・研究（以下、学習）、趣味・娯楽（以下、趣味）についても行動者率を求めた。

50 歳以上の中高年齢者全体をまとめた結果が、図 2～5 である。ボランティア活動の行動者率についてはすべての調査年で男性が女性を上回っていた。また、すべての調査年において趣味の行動者率をもっとも高く、続いてスポーツ、ボランティア、最後に学習となっていた。この順位はいずれの調査年でも変わらず、また男女差も見られなかった。

次に、年齢階級別の行動者率を性別別にグラフ化したものが図 6～13 である。これらの図からは、全体としては男女ともにトレンドが変化していないことがわかる。しかし、各年における年齢階級間の違いを見ると、年齢階級が上がるにつれて趣味、学習、スポーツの行動者率はほぼ線形に低下しているが、ボランティアは男性については 65～69 歳ないし 70～74 歳にピークが来ることが多く、また女性も 50～54 歳から 70～74 歳までは横ばいであり、その後の年齢階級では行動率が低下していることが読み取れる。

図 2, 3 50 歳以上の中高年齢者の行動者率 (左 : 1991 年、右 : 1996 年)

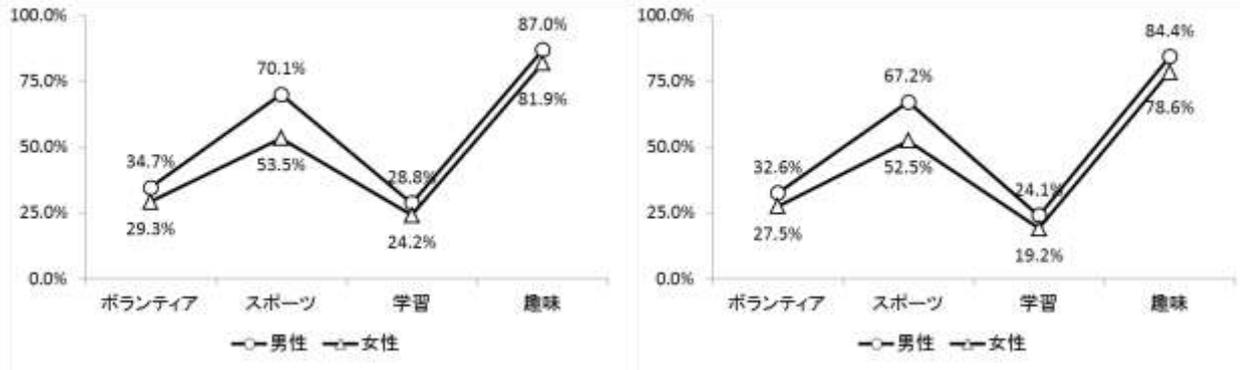


図 4, 5 50 歳以上の中高年齢者の行動者率 (左 : 2001 年、右 : 2006 年)

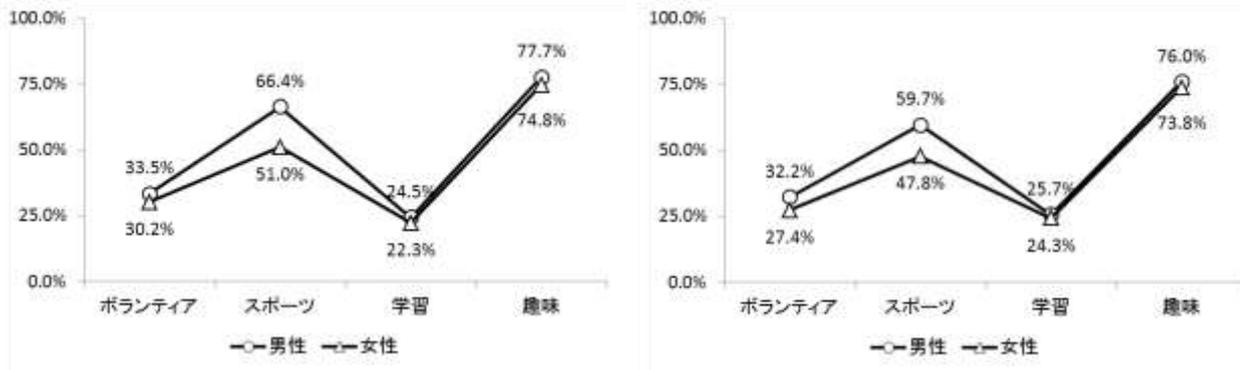


図 6, 7 1991 年の年齢階級別行動者率 (左 : 男性、右 : 女性)

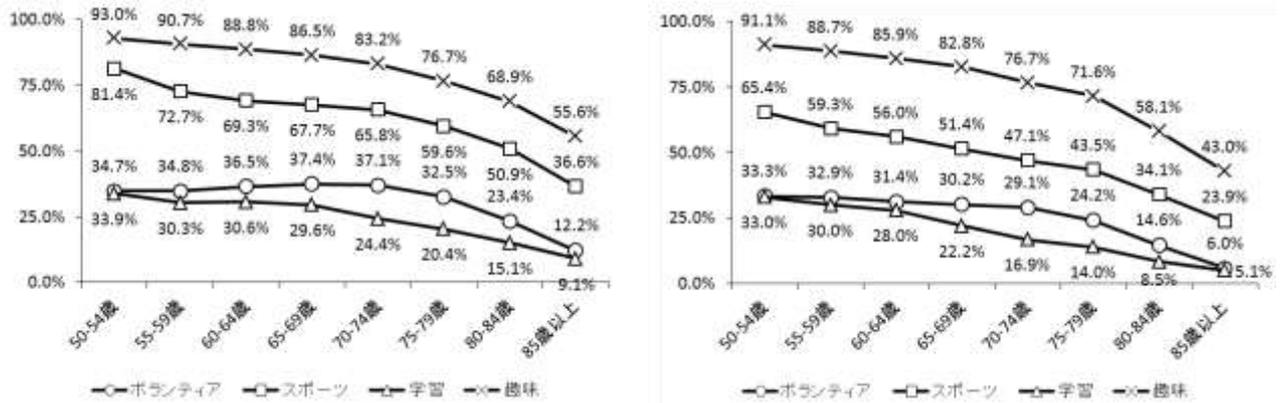


図 8,9 1996 年の年齢階級別行動者率 (左: 男性、右: 女性)

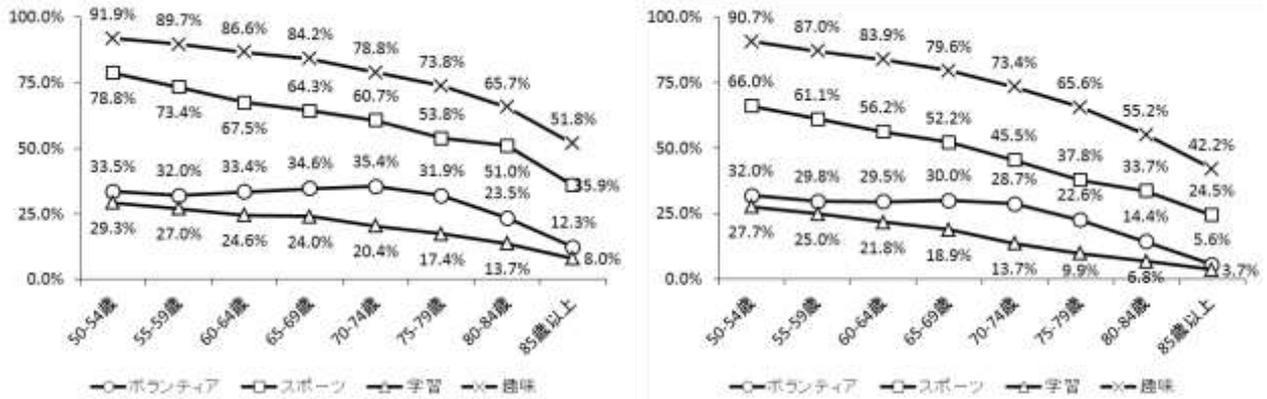


図 10,11 2001 年の年齢階級別行動者率 (左: 男性、右: 女性)

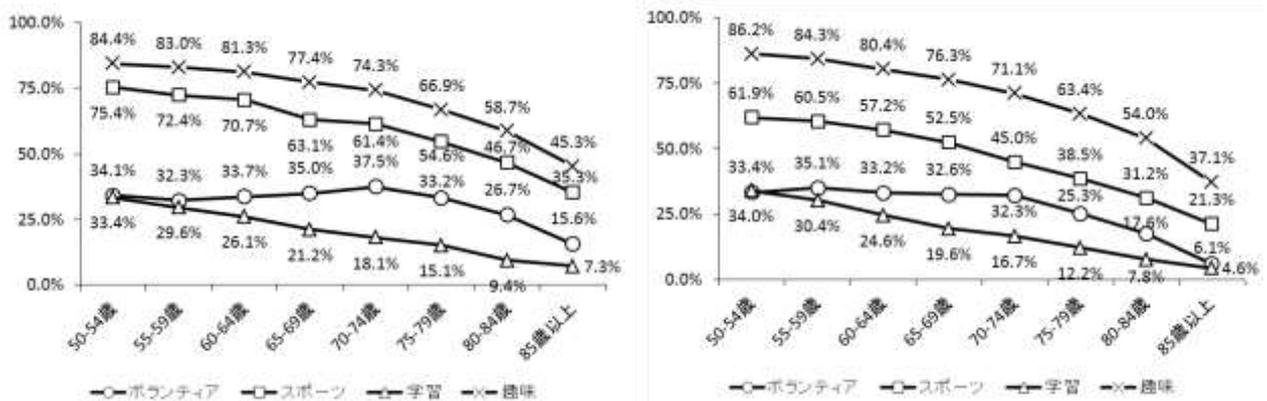
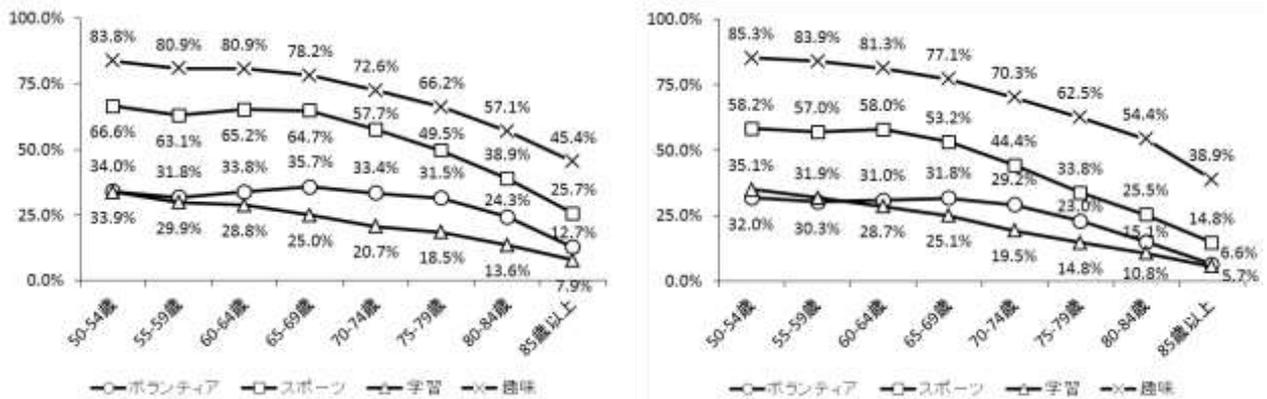


図 12,13 2006 年の年齢階級別行動者率 (左: 男性、右: 女性)



以上のトレンドを踏まえたうえで、ボランティア活動の行動者率の時系列の変化を表 2、3 にまとめた。ここで注目すべきは、各年齢階級の変化だけでなく、各コーホートの変化である。ここでは見やすくするために、網掛けにした部分が 1991 年 55~59 歳となる 1931~1935 年出生コーホート、線で囲んであるものが 1991 年に 65~69 歳となる 1921~1925 年出生コーホートとなる。

ここで、この時代に一般的な定年年齢である 60 歳をどうまたいでいるかに注目する。男性は 1931~1935 年出生コーホートは定年をまたぐことで-1.4%と減少したが、1996 年の調

査以降になると、1936～40年出生コーホートは+1.5%、1941～45年出生コーホートは+1.6%と増加していることがわかる。男性については、1991→1996年の変化はいずれのコーホートでも行動者率が低下しているが、1996→2001年、2001→2006年の変化を見ると定年後から70～74歳になるまでは多くの時点で行動者率が上がっていることがわかる。あくまでも二変量間の記述レベルでの変化であるが、男性の場合、1996年頃を境に、とくに定年後から後期高齢者になるまで間、ボランティアへの行動が増加したといえる。

これに対して女性を見ると、男性と同様のトレンドは見られない。女性の場合、1996→2001年の変化では、1926～30年出生コーホートより若い層ではいずれも行動者率が上がっているが、1991→1996年、2001→2006年の変化ではほぼすべてのコーホートで行動者率が低下している。

また、男女ともに後期高齢者となる75-79歳以降についてはいずれのコーホートでも行動者率が低下している。

表2 男性の年齢階級別、ボランティア活動の行動者率の推移

	1991年	1996年	2001年	2006年	
50-54歳	34.7%	33.5%	34.1%	34.0%	60歳通過後の変化率 1931-35C: -1.4% 1936-40C: +1.5%
55-59歳	34.8%	32.0%	32.3%	31.8%	
60-64歳	36.5%	33.4%	33.7%	33.8%	65歳通過後の変化率 1941-45C: +1.6%
65-69歳	37.4%	34.6%	35.0%	35.7%	
70-74歳	37.1%	35.4%	37.5%	33.4%	65歳通過後の変化率 1926-30C: -0.9% 1931-35C: +1.6%
75-79歳	32.5%	31.9%	33.2%	31.5%	
80-84歳	23.4%	23.5%	26.7%	24.3%	65歳通過後の変化率 1936-40C: +2.0%
85歳以上	12.2%	12.3%	15.6%	12.7%	

表3 女性の年齢階級別、ボランティア活動の行動者率の推移

	1991年	1996年	2001年	2006年	
50-54歳	33.3%	32.0%	33.4%	32.0%	60歳通過後の変化率 1931-35C: -3.4% 1936-40C: +3.4%
55-59歳	32.9%	29.8%	35.1%	30.3%	
60-64歳	31.4%	29.5%	33.2%	31.0%	65歳通過後の変化率 1941-45C: -4.1%
65-69歳	30.2%	30.0%	32.6%	31.8%	
70-74歳	29.1%	28.7%	32.3%	29.2%	65歳通過後の変化率 1926-30C: -1.4% 1931-35C: +3.1%
75-79歳	24.2%	22.6%	25.3%	23.0%	
80-84歳	14.6%	14.4%	17.6%	15.1%	65歳通過後の変化率 1936-40C: -3.4%
85歳以上	6.0%	5.6%	6.1%	6.6%	

2) プロダクティブ・エイジングの生活時間

次に、プロダクティブ・エイジングにかかわる生活時間について、社会生活基本調査の生活時間調査データから分析する。図1で示したプロダクティブ・エイジング活動すべて一すなわち就労、家事、育児、介護、ボランティア活動を意味するプロダクティブ・エイジング活動時間、家事と育児、介護を意味する家庭内アンペイドワーク時間、そしてボランティア活動時間の3つの類型を用いる(表4)。

表4 プロダクティブ・エイジングに関する生活時間

プロダクティブ・エイジング活動時間	就労、家事、育児、介護、ボランティア活動の各時間の合計
家庭内アンペイドワーク時間	家事、育児、介護時間の合計
ボランティア活動時間	ボランティア活動の時間

図 14～25 には調査年ごとにそれぞれの活動時間の平均を性別と年齢階級別に計算してプロットしたものである。プロダクティブ・エイジング活動時間の平均をみると、性別による差が小さく、年齢が高いほど活動時間が線形に減少していることが見て取れる。この傾向はすべての調査年で共通である。また一般的な定年年齢である 60 歳を境界として男女の平均活動時間が逆転し、2001 年を例外として 60～64 歳以降は女性の方が平均活動時間が長い傾向にある。

次に家庭内アンペイドワークの時間の平均時間（図 18～21）を見ると、すべての調査年において圧倒的に女性の方が平均時間が長く、とくに 60 代でその差がもっとも大きくなっている。男性が家事を中心とした家庭内アンペイドワークにほとんど参加していないことが分かる。ただしこの差は 70 代以降に縮まり、85 歳以上ではほとんど差がなくなっている。男性の平均時間はほとんど変化していないことから、体力面で女性が活動できなくなっているからだといえよう。またすべての調査年でほぼ同じ傾向が見られる。

ボランティア活動時間の平均時間（図 18～21）を見ると、平均活動時間自体が短く 10 分以下であることが分かる。これは調査日にボランティアをしていない人が多く、活動時間が非常に短くなっているためである。そのため、プロダクティブ・エイジング活動や家庭内アンペイドワークの平均時間と異なり、調査年の間におけるトレンドはほぼ見られず、年齢階級間でもランダムになっている。そこで表 5 には、調査日にボランティア活動を行った人のみのボランティア活動の平均時間を示した。この表からも、必ずしも年齢を経ると活動時間が短くなるとは限らないことが分かる。すなわち、ボランティア活動の時間は性別や年齢以外の要因によってその差異が生まれていると考えられる。

図 14, 15 平均プロダクティブ・エイジング活動時間（左：1991 年、右：1996 年）

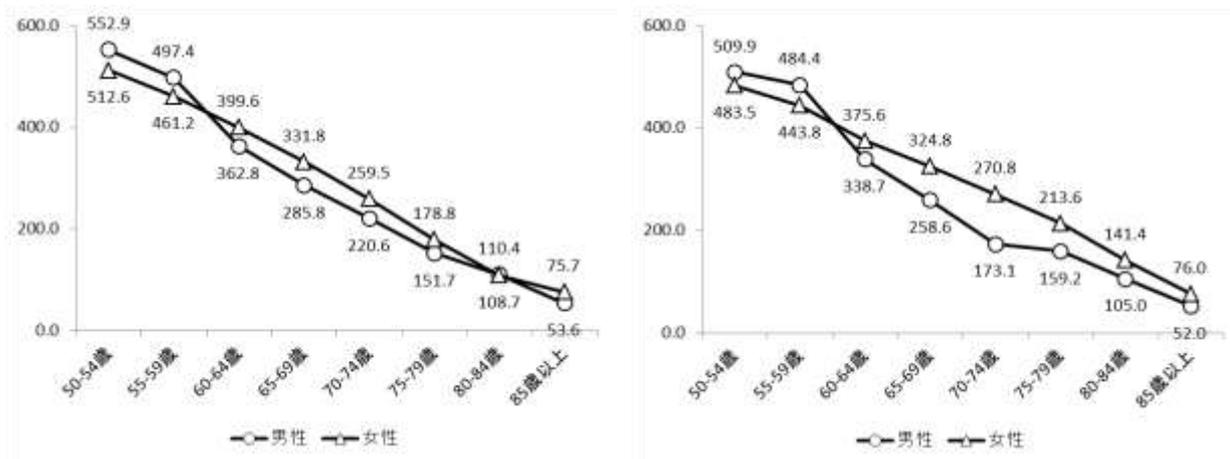


図 16, 17 平均プロダクティブ・エイジング活動時間 (左 : 2001 年、右 : 2006 年)

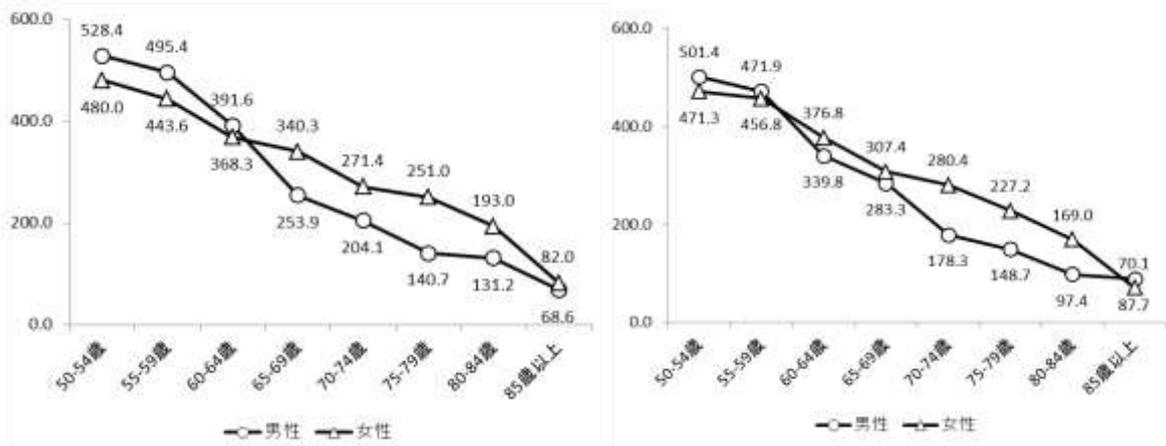


図 18, 19 平均家庭内アンペイドワーク活動時間 (左 : 1991 年、右 : 1996 年)

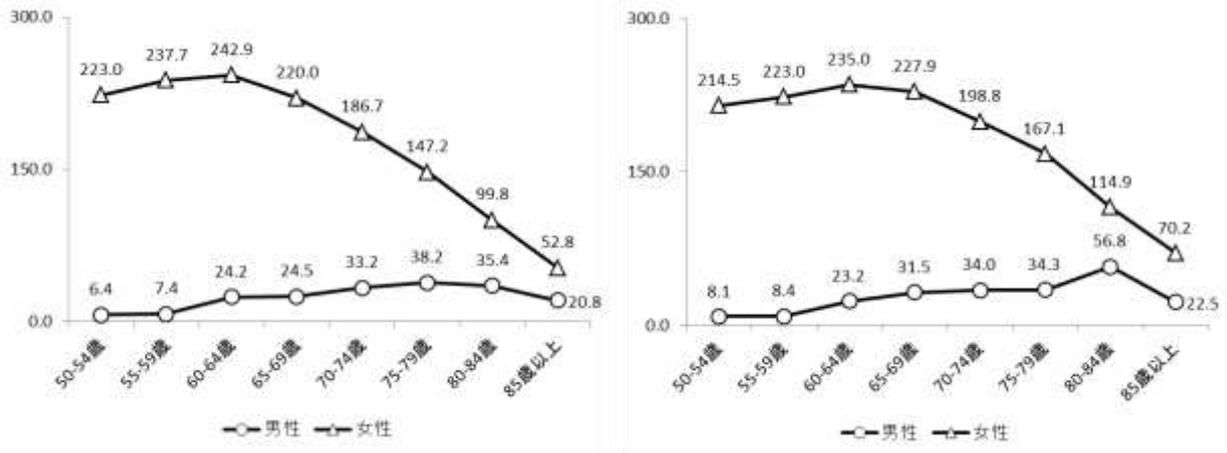


図 20, 21 平均家庭内アンペイドワーク活動時間 (左 : 2001 年、右 : 2006 年)

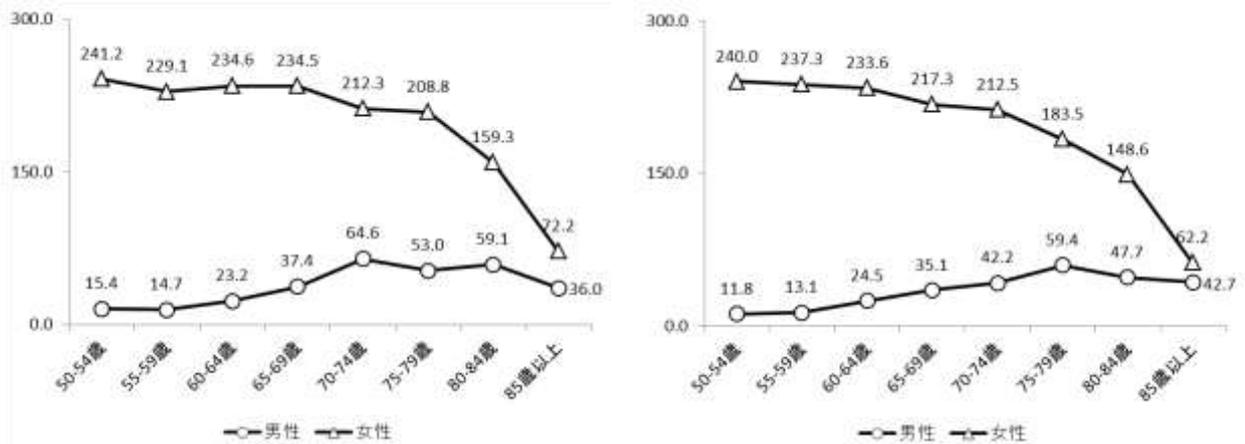


図 22, 23 平均ボランティア活動時間 (左 : 1991 年、右 : 1996 年)

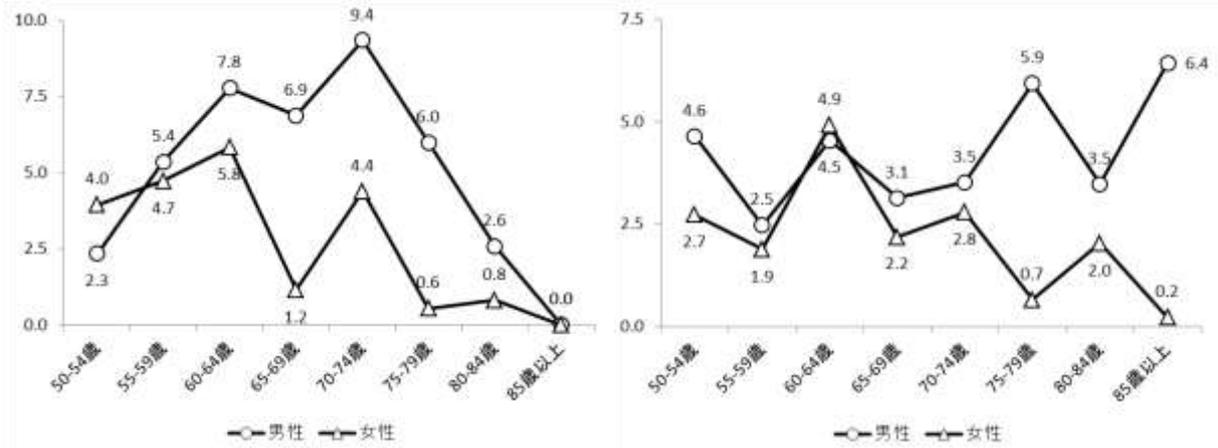


図 24, 25 平均ボランティア活動時間 (左 : 2001 年、右 : 2006 年)

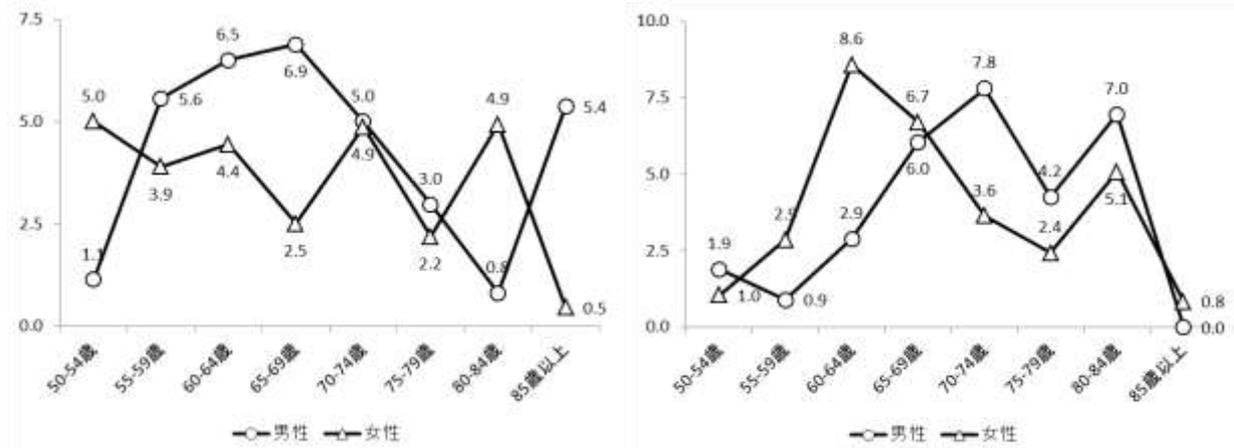


表 5 調査日にボランティア活動を行った人のみの平均ボランティア活動時間

	男性				女性			
	1991年	1996年	2001年	2006年	1991年	1996年	2001年	2006年
50-54歳	125.0	159.7	117.1	129.0	259.1	120.2	148.2	81.5
55-59歳	189.0	93.2	190.7	87.3	225.2	168.6	135.3	109.4
60-64歳	222.5	147.5	169.9	146.1	162.7	158.3	158.2	198.6
65-69歳	206.7	91.4	177.1	110.3	102.2	113.5	155.3	129.5
70-74歳	198.3	149.3	108.3	140.6	143.4	145.1	115.6	160.6
75-79歳	143.4	179.4	85.1	106.4	53.2	100.7	107.3	112.7
80-84歳	149.5	284.6	62.2	182.2	124.1	79.9	220.4	176.5
85歳以上	0.0	181.3	87.7	0.0	0.0	120.0	66.7	149.5
全体	185.9	134.9	147.2	125.3	176.3	134.7	141.6	143.1

単位 : 分

表 6 は、家庭内アンペイドワークがプロダクティブ・エイジング活動に占める割合について計算した表である。表 6 からは、男女ともに年齢階級が上がるにつれてプロダクティブ・エイジング活動に占める割合が増加していること、同時に、とくに男性については、近年になるほど各年齢階級において家庭内アンペイドワークが占める割合が増えている。出生コー

ホートで見ると、男女ともに、ほぼすべての出生コーホートにおいて加齢に合わせて家庭内アンペイドワークのプロダクティブ・エイジング活動に占める割合が増えている。プロダクティブ・エイジングの発揮が、どの世代においても、外から家の中へと変化していることが分かる（網掛けは1926～30年出生コーホート）。

同様に表7では、ボランティア活動がプロダクティブ・エイジング活動に占める割合について計算した表である。女性はいずれのセルも高々3%程度であり、高齢女性のプロダクティブ・エイジングの時間的側面においてボランティアの寄与する割合は非常に小さいことが分かる。たいして男性は60代前半までは2～4割強を占めており、女性に比べて寄与度が大きいことが分かる。男性のボランティア活動は、相対的に時間的重要度が高いといえよう。

表6 家庭内アンペイドワークのプロダクティブ・エイジング活動に占める割合

	男性				女性			
	1991年	1996年	2001年	2006年	1991年	1996年	2001年	2006年
50-54歳	1.2%	1.6%	2.4%	2.9%	43.5%	44.4%	50.9%	50.3%
55-59歳	1.5%	1.7%	2.8%	3.0%	51.5%	50.3%	51.9%	51.6%
60-64歳	6.7%	6.8%	7.2%	5.9%	60.8%	62.6%	62.0%	63.7%
65-69歳	8.6%	12.2%	12.4%	14.7%	66.3%	70.2%	70.7%	68.9%
70-74歳	15.0%	19.6%	23.7%	31.7%	71.9%	73.4%	75.8%	78.2%
75-79歳	25.2%	21.5%	39.9%	37.6%	82.3%	78.3%	80.8%	83.2%
80-84歳	32.1%	54.1%	48.9%	45.0%	91.9%	81.3%	87.9%	82.5%
85歳以上	38.7%	43.4%	48.7%	52.6%	69.7%	92.4%	88.8%	88.0%

表7 ボランティア活動のプロダクティブ・エイジング活動に占める割合

	男性				女性			
	1991年	1996年	2001年	2006年	1991年	1996年	2001年	2006年
50-54歳	26.9%	36.3%	8.8%	10.9%	1.7%	1.3%	2.0%	0.4%
55-59歳	42.1%	22.7%	29.8%	5.7%	2.0%	0.8%	1.6%	1.2%
60-64歳	24.4%	16.4%	20.9%	11.1%	2.3%	2.0%	1.9%	3.5%
65-69歳	22.0%	9.1%	16.4%	13.9%	0.5%	1.0%	1.1%	2.8%
70-74歳	22.0%	9.4%	10.6%	10.8%	2.3%	1.4%	2.2%	1.7%
75-79歳	13.6%	14.8%	4.8%	7.4%	0.4%	0.4%	1.2%	1.1%
80-84歳	6.8%	5.8%	1.7%	10.5%	0.8%	1.7%	3.2%	3.1%
85歳以上	0.0%	22.2%	11.2%	0.0%	0.0%	0.3%	0.7%	1.1%

3) プロダクティブ・エイジング活動時間の多変量解析

プロダクティブ・エイジングに関する活動時間の決定要因を分析するため、プロダクティブ・エイジング活動時間、家庭内アンペイドワーク時間、およびボランティア活動時間を従属変数とした多変量解析を、調査年ごとに性別別に行った。性別で分けたのは、これまでの記述レベルの分析から、明らかに男女で異なった要因によって活動時間が規定されているからである。独立変数は年齢階級（50-54歳を参照カテゴリとした5歳刻みの年齢階級）、学歴（中卒を参照カテゴリとした、高卒ダミー、大卒ダミー）、都市規模、配偶者ダミー、世帯構造、世帯所得、就労ダミー、家族への介護実施ダミーとした。なお、プロダクティブ・エイジング活動時間を分析する際には就労ダミー、家庭内アンペイドワーク時間を分析する際には介護実施ダミーを除いて分析を行った。多変量解析の結果を表8～13にまとめた。

表8 男性

従属変数:プロダクティブ・エイジング活動時間(平日)

変数	1991			1996			2001			2006		
	ref	B	95% CI	B	95% CI							
55-59歳女性	ref	-45.668	(-63.912 - -27.424) ***	-29.325	(-49.755 - -8.896) ***	-27.735	(-50.012 - -5.459) ***	-43.893	(-66.008 - -21.777) ***			
50-54歳女性		-159.246	(-177.277 - -139.216) ***	-154.465	(-175.971 - -132.959) ***	-132.407	(-155.534 - -108.280) ***	-139.896	(-161.303 - -114.490) ***			
65-69歳女性		-225.914	(-246.316 - -205.513) ***	-221.914	(-243.981 - -199.846) ***	-184.230	(-207.833 - -160.626) ***	-244.273	(-268.827 - -219.619) ***			
70-74歳女性		-296.945	(-320.698 - -273.193) ***	-297.288	(-321.656 - -272.920) ***	-263.927	(-289.479 - -238.376) **	-312.670	(-338.853 - -286.487) ***			
75-79歳女性		-367.96	(-394.355 - -341.566) †	-355.609	(-385.253 - -325.966) **	-309.973	(-339.154 - -280.792) **	-344.067	(-371.858 - -316.277) ***			
80-84歳女性		-432.542	(-468.257 - -398.826) ***	-379.572	(-413.447 - -345.697) *	-384.342	(-420.978 - -347.706) ***	-366.240	(-402.056 - -330.424) ***			
85歳以上女性		-469.985	(-515.119 - -422.871) *	-433.644	(-481.576 - -385.711) *	-383.032	(-430.040 - -336.024) ***	-421.828	(-464.603 - -379.053) ***			
高卒女性		-8.043	(-21.772 - 5.686) **	-10.744	(-25.396 - 3.909) **	-22.524	(-38.495 - -6.554) *	-14.005	(-29.956 - 1.946) †			
高等教育女性		-17.378	(-36.861 - 2.105) **	-14.047	(-34.636 - 6.593) **	-29.469	(-51.069 - -7.869) **	-22.092	(-42.446 - -1.738) *			
三大都市女性		-11.341	(-25.237 - 2.556) ***	-16.378	(-31.041 - -11.714) ***	-28.485	(-43.773 - -13.198) ***	-9.822	(-18.845 - 11.200) *			
配偶者女性		32.919	(7.589 - 58.250) ***	26.077	(0.411 - 51.743) **	45.541	(17.682 - 73.400) *	44.517	(19.555 - 69.479) ***			
単親世帯女性		50.956	(18.691 - 83.221) ***	21.024	(-11.673 - 53.721) **	27.627	(6.652 - 61.906) *	30.003	(-1.463 - 61.469) †			
夫婦のみ世帯女性		-9.795	(-23.967 - 4.377) **	-21.267	(-37.023 - -5.510) **	-24.317	(-40.872 - -7.762) **	-16.138	(-32.200 - -0.076) *			
世帯所得		0.070	(0.052 - 0.088) **	0.081	(0.062 - 0.100) **	0.097	(0.075 - 0.118) **	0.105	(0.064 - 0.126) ***			
介護実施女性		74.306	(40.880 - 107.732) ***	4.247	(-27.229 - 35.723) **	34.684	(2.095 - 67.274) **	46.039	(17.699 - 74.380) ***			
adjusted R ²		0.365		0.326		0.304		0.365				

† p<0.10, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表9 女性

従属変数:プロダクティブ・エイジング活動時間(平日)

変数	1991			1996			2001			2006		
	ref	B	95% CI	B	95% CI							
55-59歳女性	ref	-44.092	(-60.973 - -27.210) ***	-34.262	(-51.932 - -16.592) ***	-19.700	(-38.700 - -0.700) ***	-30.879	(-50.100 - -11.657) **			
50-54歳女性		-105.473	(-122.441 - -88.504) ***	-90.994	(-108.213 - -72.776) ***	-78.910	(-97.957 - -59.863) ***	-98.720	(-120.270 - -77.169) ***			
65-69歳女性		-168.592	(-186.828 - -150.358) ***	-140.365	(-169.888 - -121.842) ***	-118.754	(-138.579 - -98.929) ***	-125.202	(-146.799 - -103.606) ***			
70-74歳女性		-235.906	(-255.984 - -215.828) ***	-191.956	(-211.804 - -171.977) ***	-159.597	(-180.080 - -139.103) ***	-179.553	(-201.977 - -157.130) ***			
75-79歳女性		-306.712	(-329.518 - -281.905) ***	-251.999	(-274.892 - -229.106) ***	-210.145	(-232.796 - -187.493) ***	-211.949	(-235.292 - -188.607) ***			
80-84歳女性		-376.633	(-405.320 - -347.946) ***	-311.561	(-338.832 - -284.291) ***	-266.794	(-293.367 - -240.220) ***	-266.550	(-293.636 - -239.465) ***			
85歳以上女性		-430.653	(-465.012 - -396.694) ***	-387.034	(-417.882 - -356.185) ***	-361.744	(-393.721 - -329.767) ***	-356.888	(-388.128 - -325.648) ***			
高卒女性		-9.274	(-21.023 - 2.474) **	2.112	(-9.327 - 13.552) **	5.352	(-6.765 - 17.463) **	8.690	(-4.080 - 21.461) **			
高等教育女性		1.041	(-23.200 - 25.283) ***	0.461	(-21.725 - 22.647) **	11.180	(-9.861 - 32.220) ***	11.294	(-8.588 - 31.155) **			
三大都市女性		-38.626	(-51.053 - -26.199) ***	-28.847	(-41.015 - -16.678) **	-32.243	(-44.624 - -19.863) *	-33.265	(-45.794 - -20.735) ***			
配偶者女性		48.006	(32.876 - 63.136) ***	42.132	(26.746 - 57.518) ***	64.841	(48.359 - 81.324) ***	52.994	(36.416 - 69.572) ***			
単親世帯女性		-13.760	(-33.784 - 6.263) **	-14.005	(-33.795 - 5.788) **	-5.814	(-26.208 - 14.580) **	-24.258	(-43.953 - -4.563) *			
夫婦のみ世帯女性		-27.497	(-41.345 - -13.649) **	-19.913	(-34.285 - -5.541) **	-32.038	(-46.538 - -17.537) ***	-28.786	(-43.461 - -14.110) ***			
世帯所得		-0.004	(-0.021 - 0.013) **	0.026	(0.010 - 0.042) **	0.021	(0.004 - 0.038) **	0.018	(0.000 - 0.036) *			
介護実施女性		81.644	(60.727 - 102.560) ***	40.614	(17.880 - 63.349) **	65.738	(44.780 - 86.696) ***	39.015	(19.533 - 58.497) ***			
adjusted R ²		0.339		0.290		0.301		0.290				

† p<0.10, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表10 男性

従属変数: 家庭内アルバイト時間(平日)

変数	1991		1996		2001		2006	
	B	95% CI						
ref.								
55-59歳女性	0.474	(-6.324 - 7.272)	0.269	(-5.838 - 6.376)	-0.298	(-8.311 - 7.716)	4.043	(-4.737 - 12.824)
60-64歳女性	9.236	(2.006 - 16.465) *	5.041	(-1.464 - 11.546)	4.868	(-3.653 - 13.279)	6.966	(-2.823 - 16.754)
65-69歳女性	6.012	(-1.841 - 13.895)	8.635	(1.802 - 15.468) *	5.974	(-2.746 - 14.694)	14.576	(4.440 - 24.713) ***
70-74歳女性	13.626	(4.240 - 22.811) **	11.716	(3.971 - 19.460) **	13.077	(3.382 - 22.773) **	21.640	(10.506 - 32.773) ***
75-79歳女性	-5.166	(-15.660 - 5.328)	4.822	(-4.659 - 14.302)	19.729	(8.594 - 30.873) ***	14.865	(2.976 - 26.754) *
80-84歳女性	-20.443	(-33.845 - -7.040) **	6.144	(-4.747 - 17.035)	2.408	(-11.595 - 16.412)	26.248	(11.145 - 41.352) ***
85歳以上女性	-28.046	(-46.079 - -10.014) **	-22.806	(-37.803 - -7.809) **	-11.317	(-29.017 - 6.384)	-11.480	(-29.247 - 6.288)
高卒女性	1.302	(-3.813 - 6.418)	0.310	(-4.076 - 4.696)	-6.661	(-12.406 - -0.916) *	-0.671	(-7.019 - 5.676)
高等教育女性	5.551	(-1.709 - 12.811)	1.296	(-4.885 - 7.478)	3.639	(-4.125 - 11.403)	9.239	(1.134 - 17.343) *
三大都市女性	-8.372	(-13.553 - -3.190) **	-4.635	(-9.021 - -0.249) *	-2.912	(-8.423 - 2.596)	-5.968	(-11.945 - 0.029) †
配偶者女性	0.410	(-9.033 - 9.653)	-6.845	(-14.520 - -0.829) †	-12.004	(-22.040 - -1.969) *	-13.220	(-23.171 - -3.269) **
単親世帯女性	20.232	(8.195 - 32.268) ***	40.623	(30.851 - 50.394) ***	14.102	(1.782 - 26.422) *	21.832	(9.326 - 34.338) ***
夫離のみ世帯女性	-4.792	(-10.062 - 0.477) †	-0.740	(-5.440 - 3.961)	0.857	(-5.096 - 6.810)	0.743	(-5.631 - 7.118)
世帯所得	-0.005	(-0.012 - 0.002)	-0.001	(-0.007 - 0.005)	-0.009	(-0.016 - -0.001) *	-0.003	(-0.011 - 0.006)
就労女性	-46.441	(-52.531 - -40.350) ***	-30.235	(-35.577 - -24.892) ***	-33.865	(-45.447 - -32.282) ***	-43.132	(-50.212 - -36.053) ***
adjusted R ²	0.064		0.107		0.069		0.102	

† p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

表11 女性

従属変数: 家庭内アルバイト時間(平日)

変数	1991		1996		2001		2006	
	B	95% CI						
ref.								
55-59歳女性	-2.980	(-17.005 - 11.044)	9.613	(-4.330 - 23.957)	4.287	(-10.391 - 18.965)	-4.497	(-19.959 - 10.965)
60-64歳女性	-6.733	(-21.044 - 7.578)	9.240	(-5.288 - 23.768)	-7.365	(-22.324 - 7.595)	-17.490	(-35.023 - 0.043) †
65-69歳女性	-28.206	(-43.818 - -12.594) ***	-7.815	(-22.793 - 7.163)	-18.233	(-33.990 - -2.475) *	-16.347	(-34.110 - 1.417) †
70-74歳女性	-63.837	(-81.134 - -46.539) ***	-37.536	(-53.886 - -21.186) ***	-55.215	(-51.637 - -18.793) ***	-41.421	(-60.091 - -22.752) ***
75-79歳女性	-103.143	(-123.710 - -82.581) ***	-69.215	(-88.019 - -50.412) ***	-62.874	(-81.164 - -44.594) ***	-53.590	(-73.318 - -33.862) ***
80-84歳女性	-155.747	(-180.579 - -130.915) ***	-108.352	(-131.876 - -84.827) ***	-98.038	(-118.514 - -76.561) ***	-105.397	(-126.352 - -84.842) ***
85歳以上女性	-202.460	(-231.535 - -173.385) ***	-188.200	(-193.492 - -142.907) ***	-176.975	(-202.861 - -151.288) ***	-169.008	(-198.228 - -142.788) ***
高卒女性	10.853	(1.136 - 20.569) *	7.508	(-1.508 - 16.525)	9.385	(0.037 - 18.733) *	16.569	(6.310 - 26.829) **
高等教育女性	22.052	(1.988 - 42.117) *	23.349	(5.820 - 40.878) **	16.870	(0.634 - 33.106) *	25.390	(9.474 - 41.307) **
三大都市女性	-6.670	(-18.992 - 1.651) †	-0.004	(-9.613 - 9.605)	7.354	(-2.223 - 16.932)	3.346	(-6.759 - 13.451)
配偶者女性	71.532	(59.133 - 83.932) ***	72.464	(60.374 - 84.554) ***	77.460	(64.813 - 90.107) ***	67.159	(53.859 - 80.459) ***
単親世帯女性	-26.268	(-42.846 - -9.689) **	-10.500	(-26.166 - 5.046)	0.699	(-15.027 - 16.425)	-27.377	(-43.206 - -11.548) ***
夫離のみ世帯女性	-20.946	(-32.346 - -9.543) ***	-11.361	(-22.658 - -0.063) *	-14.701	(-25.833 - -3.569) **	-24.844	(-36.595 - -13.093) ***
世帯所得	-0.011	(-0.024 - 0.003)	0.007	(-0.006 - 0.020)	0.014	(0.001 - 0.027) *	-0.013	(-0.027 - 0.001) †
就労女性	-136.785	(-146.480 - -127.110) ***	-107.124	(-116.424 - -97.823) ***	-108.806	(-119.804 - -100.308) ***	-111.760	(-122.073 - -101.448) ***
adjusted R ²	0.225		0.192		0.207		0.181	

† p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

表12 男性

変数		1991			1996			2001			2006		
		B	95% CI	B	95% CI								
ref.		-0.001	(-3.910 - 3.907)	0.490	(-2.859 - 3.839)	4.673	(0.969 - 8.376)	-0.178	(-3.068 - 2.711)				
	50-54歳	5.025	(0.869 - 9.180)	3.867	(0.297 - 7.437)	3.236	(-0.655 - 7.128)	1.142	(-2.079 - 4.864)				
	50-54歳	2.633	(-1.881 - 7.146)	1.256	(-2.463 - 5.005)	4.259	(0.230 - 8.288)	3.600	(0.266 - 6.934)				
	50-54歳	3.543	(-1.796 - 8.881)	2.200	(-2.049 - 6.449)	2.279	(-2.201 - 6.759)	4.427	(0.764 - 8.089)				
	50-54歳	2.676	(-3.357 - 8.710)	3.551	(-1.651 - 8.754)	-1.623	(-6.773 - 3.527)	1.448	(-2.463 - 5.358)				
	50-54歳	-1.329	(-9.032 - 6.374)	3.184	(-2.789 - 9.156)	-3.315	(-9.786 - 3.156)	4.827	(-0.141 - 9.795)				
	50-54歳	-5.622	(-15.986 - 4.741)	1.058	(-7.169 - 9.284)	4.148	(-4.034 - 12.331)	-2.673	(-8.517 - 3.171)				
	高卒	3.525	(0.584 - 6.466)	1.973	(-0.433 - 4.378)	2.249	(-0.407 - 4.904)	2.266	(0.178 - 4.354)				
	高卒	3.704	(-0.468 - 7.877)	5.899	(2.508 - 9.291)	2.429	(-1.165 - 6.022)	4.310	(1.642 - 6.978)				
	三大都市	-0.850	(-3.828 - 2.128)	-3.288	(-5.694 - -0.883)	-0.455	(-3.001 - 2.091)	0.659	(-1.311 - 2.628)				
	配偶者	1.049	(-4.379 - 6.477)	-2.205	(-6.416 - 2.006)	1.053	(-3.585 - 5.690)	-0.670	(-3.944 - 2.604)				
	配偶者	-1.355	(-8.273 - 5.562)	-0.866	(-6.226 - 4.494)	0.492	(-2.093 - 3.077)	-0.609	(-2.712 - 1.494)				
	単親世帯	-0.379	(-3.415 - 2.656)	0.004	(0.000 - 0.007)	0.001	(-0.002 - 0.005)	0.000	(-0.003 - 0.003)				
	夫婦のみ世帯	0.000	(-0.004 - 0.004)	-2.742	(-5.672 - 0.188)	-5.827	(-8.869 - -2.785)	-2.801	(-5.130 - -0.472)				
	世帯所得	-4.153	(-7.654 - -0.653)	-4.070	(-9.229 - 1.088)	-1.102	(-6.519 - 4.314)	3.498	(-0.205 - 7.201)				
	就労	-2.567	(-9.724 - 4.581)	0.006		0.006		0.008					
	介護実施	0.003		0.006		0.006		0.008					
	adjusted R ²												

↑ p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

表13 女性

変数		1991			1996			2001			2006		
		B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI		
ref.		-0.674	(-3.581 - 2.233)	0.962	(-1.606 - 3.530)	-0.002	(-3.076 - 3.072)	3.090	(-0.386 - 6.566)				
	50-54歳	1.583	(-1.384 - 4.550)	1.958	(-0.717 - 4.633)	0.201	(-2.932 - 3.334)	7.994	(4.054 - 11.933)				
	50-54歳	-3.447	(-6.684 - -0.211)	-0.972	(-3.730 - 1.786)	-0.758	(-4.059 - 2.543)	7.591	(3.600 - 11.583)				
	50-54歳	-1.38	(-4.968 - 2.209)	0.545	(-2.466 - 3.566)	-1.877	(-5.317 - 1.563)	2.885	(-1.314 - 7.084)				
	50-54歳	-4.853	(-9.117 - -0.590)	-1.241	(-4.704 - 2.223)	-1.924	(-5.760 - 1.911)	1.282	(-3.153 - 5.716)				
	50-54歳	-5.012	(-10.160 - 0.135)	-0.624	(-4.735 - 3.487)	-1.691	(-6.190 - 2.809)	1.809	(-3.308 - 6.926)				
	50-54歳	-6.038	(-12.065 - -0.010)	-2.686	(-7.344 - 1.973)	-3.981	(-9.363 - 1.401)	0.088	(-5.807 - 5.863)				
	高卒	1.958	(-0.057 - 3.972)	2.055	(0.394 - 3.716)	0.665	(-1.293 - 2.622)	2.277	(-0.829 - 4.582)				
	高卒	3.412	(-0.748 - 7.572)	5.824	(2.596 - 9.052)	3.952	(0.951 - 7.352)	7.881	(4.295 - 11.467)				
	三大都市	-0.402	(-2.542 - 1.738)	-1.713	(-3.483 - 0.056)	2.347	(0.340 - 4.353)	-0.433	(-2.704 - 1.838)				
	配偶者	-0.266	(-2.858 - 2.326)	-0.498	(-2.731 - 1.734)	0.217	(-2.445 - 2.880)	-0.889	(-3.886 - 2.108)				
	配偶者	-0.204	(-3.641 - 3.233)	-3.374	(-6.249 - -0.500)	-1.230	(-4.524 - 2.063)	-1.538	(-5.096 - 2.019)				
	単親世帯	0.496	(-1.890 - 2.881)	-0.917	(-3.005 - 1.170)	-0.572	(-2.916 - 1.772)	-0.094	(-2.794 - 2.566)				
	夫婦のみ世帯	0.003	(0.000 - 0.005)	-0.002	(-0.004 - 0.000)	0.000	(-0.003 - 0.003)	0.000	(-0.003 - 0.003)				
	世帯所得	-4.954	(-6.962 - -2.946)	-1.065	(-2.778 - 0.648)	-1.946	(-3.968 - 0.075)	-3.218	(-5.537 - -0.899)				
	就労	-1.450	(-5.031 - 2.131)	-0.631	(-3.931 - 2.670)	0.132	(-3.254 - 3.518)	-1.833	(-5.360 - 1.694)				
	介護実施	0.008		0.003		0.002		0.010					
	adjusted R ²												

↑ p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

プロダクティブ・エイジング活動時間は、男性については、年齢は 50-54 歳に比べて有意に負の効果が見られた。ただし、1990 年代については、70 代では有意でなかった。配偶者ダミーは 1996 年を除いて有意な正の効果が見られた。また、2001 年、2006 年については中卒に比べて学歴が高いほど有意な負の効果が見られた。なお、世帯所得はつねに有意な正の効果が見られたが、これは因果関係が逆転している可能性もある。女性については、70 代を除き 50-54 歳に比べてつねに有意な負の効果をつねに配偶者ダミーが有意な正の効果を持っていた。プロダクティブ・エイジング活動時間について、女性はその構造がほとんど変化せずモデルとして安定していた。

プロダクティブ・エイジングに関する活動のなかでも、家庭内アンペイドワーク時間についての結果からは、男性は調査年によってばらつきがあるが、70-74 歳前後に有意な正の効果が見られた。また、1990 年代は 85 歳以上は有意な負の効果が見られたが、2000 年代は有意ではなかった。退職後にアンペイドワークをする時間が増え、70 代でピークがあり、1990 年代は 85 歳を超えると身体の衰えから時間が少なくなったが、2000 年代には減少傾向が弱まったといえる。単親世帯ダミーにはつねに有意な正の効果が、就労ダミーにつねに有意な負の効果が見られた。これは、単親世帯では男性も家事を行う必要があるためであり、就労によって時間コストがかかり家事を行わないからだろう。また、1990 年代は三大都市ダミーが有意の負の効果が見られたが、このような地域効果は 2000 年代には見られない。2000 年代は配偶者ダミーが有意な負の効果を持っていた。男性の家庭内アンペイドワーク時間は、地域の差から世帯内の構造の差へと縮小した可能性がある。ただし男性は後述する女性に比してモデルの適合度はそれほど高くない。

女性については、年齢は 50-54 歳に比べて 64 歳までは有意差が見られなかったが、それ以降の年代についてはつねに有意な負の効果がみられ、また年を経るごとに偏回帰係数は大きくなっていった。また、配偶者ダミーがつねに有意な正の効果を持っていた。年齢を経ることで家庭内での作業が難しくなり、また、男性である配偶者の存在は、配偶者へのケアを女性が担うことから活動時間を増やしているといえる。1996 年を例外として高卒ダミー、高等教育ダミーが有意な正の効果を持っているが、これは学歴が高い方が主婦になりやすいからであると考えられる。

最後にボランティア活動については、男性については、2000 年代は 65-69 歳ダミーが有意な正の効果を持っていたが、1990 年代は有意ではなかった。就労ダミーが有意な負の効果を、高等教育ダミーが 2001 年を除いて有意な正の効果を持っていた。働くことで時間がなくなるためボランティア活動時間が減り、高学歴であることは社会問題への関心を持つためより活動時間が上昇すると考えられる。女性については、1996 年以降高等教育ダミーが有意な正の効果を持っており、男性と同様に高学歴であることは社会問題への関心を持つというメカニズムが示唆されている。また就労ダミーも 1996 年を例外として有意な負の効果を持っていた。しかし、男女ともにモデルは有意であるが、モデルの決定係数が低く、このモデル自体ではボランティア活動時間をよく説明できていない。ボランティアは活動時間が短いこと、活動をまったくしていない人が多いことから、混合分布モデルによる分析や、活動の有無のみに焦点を当てた分析が今後必要となるだろう。

4. 考察：1990年以降のプロダクティブ・エイジングの変化

本稿では、社会生活基本調査の個票データを用いて、1991年から2006年までのプロダクティブ・エイジング活動の変化を分析してきた。その結論を端的に述べれば、2005年以降に「本格的な高齢社会」に突入することが明白に予想できた1990年代から2000年代中盤までにおいて、高齢者のプロダクティブ・エイジング活動のトレンドは量的側面においてはほとんど変化していないということである。当然ながらこの間、高齢者への社会参加を促進するための施策は行われ、人口構成自体も大きく変化してきた。しかし変化は乏しかった。

とくに、ボランティア元年と呼ばれる1995年の阪神・淡路大震災をきっかけとしたボランティアの認知や、1998年には特定非営利法人促進法（NPO法）など、1991年から2006年までボランティア活動を推進する事象はこの間に多く発生したが、とくに女性高齢者の活動促進にはあまり寄与したとは言えず、男性についても行動者率がとくに定年前後から70～74歳ころまでは漸増する傾向にあるものの、急増したわけではない。この結果は、内閣府の『社会意識に関する世論調査』の結果における、1990年代から60代、70代の社会参加意識は1980年代に比べて高まっていたが¹⁶⁾、実際の行動には移っていなかったという知見と整合的である¹⁷⁾。

ただし、とくに行動者率について詳細に分析すると、出生コーホート間での違いもみられた。出生コーホート間の違いが、歴年の効果による違いか、コーホートの効果による違いについてより精緻なライフコース分析を行うことが今後の課題となる。

本稿の分析で改めて確認された知見として、後期高齢期における加齢による影響、とくに75歳以降の活動時間の減少が指摘できる。とくに女性の家庭内アンペイドワークの活動時間が減少しており、後期高齢期における健康度の急減がもたらしたものと考えられる¹⁸⁾。また同様に、世帯構造の生活時間への影響も多変量解析によって明らかにした。

本稿はあくまでも行動の有無および生活時間に関する分析を行ったものであり、生活時間が健康にどのように影響を与えているかについての分析は行っていない。Sugiharaらはプロダクティブ・エイジング活動における活動の種類（有償労働、家庭内無償労働およびボランティア活動）がうつ傾向に与える影響の構造が性別によって異なることを縦断調査から明らかにしている¹⁹⁾。

このSugiharaらの知見を踏まえたとき、本稿では分析できなかった他の生活時間（スポーツや趣味などの3次活動だけでなく、睡眠などの1次活動も含めて）との関わりや、誰とその時間を過ごしているかという時間経験の社会性の分析を行うことで、より健康的でプロダクティブな高齢期の生活をもたらす生活のあり方と、その構造を分析することが求められるといえる。この点も今後の大きな課題である

備考

本稿では、平成3年、平成8年、平成13年、平成18年社会生活基本調査（総務省統計局）の秘匿処理済み個票データ（申請年度2012年、申請者 一般財団法人長寿社会開発センター）の利用による分析を行った。なお、データ提供時には、総務省統計局、統計センターに多大な支援をいただいた。記して感謝申し上げる。

(文 献)

- 1) 内閣府, 平成 23 年版 高齢社会白書. ぎょうせい, 東京 (2011).
- 2) Butler RN, Gleason HP eds. Productive aging: Enhancing vitality in late life, Springer, New York (1985).
- 3) Kahn BL. Productive behavior: Assessment, determinants and effect. *Journal of American Geriatric Society* 1983; 31(12):750-757
- 4) 柴田博, 杉原陽子, 杉澤秀博. 中高年日本人における社会貢献活動の規定要因と心身のウェルビーイングに与える影響: 2 つの代表性のあるパネルの縦断的分析. *応用老年学* 2012; 6(1): 21-38
- 5) Glenn ND. Cohort analysis, 2nd ed. Sage, Thousand Oaks, CA (2005).
- 6) Schaie KW ed. Longitudinal studies of adult psychological development. Guilford Press, New York (1983).
- 7) Schaie KW. Beyond calendar definitions of age, time and cohort: The general developmental model revised. *Developmental Review* 1986; 6:252-277
- 8) 佐藤眞一. 生涯発達とその研究法. (谷口幸一・佐藤眞一編) *エイジング心理学: 老いについての理解と支援*, 19-35, 北大路書房, 京都 (2007).
- 9) Gershny J. Changing times: Work and leisure in postindustrial society. Oxford University Press, Oxford and New York (2000).
- 10) Aguiar M, Hurst E. Measuring trends in leisure: the allocation of time over five decades. *Quarterly Journal of Economics* 2007; 122:969-1006
- 11) Gauthier AH, Smeeding TM. Time use at older ages: Cross-national differences. *Research on Aging* 2003; 25:247-274
- 12) 矢野眞和. 生活時間の社会学 社会の時間・個人の時間, 東京大学出版会, 東京(1995).
- 13) 水野谷武志. 雇用労働者の労働時間と生活時間 国際比較統計とジェンダーの視覚から, 御茶の水書房, 東京 (2005).
- 14) Ueda A. Intrafamily time allocation of housework: Evidence from Japan. *Journal of Japanese and International Economies* 2005; 19(1):1-23
- 15) 黒田祥子. 生活時間の長期的な推移. *日本労働研究雑誌* 2010; 599:53-64
- 16) 内閣府. 平成 18 年版 国民生活白書, 社団法人時事画報社, 東京, (2006).
- 17) 内閣府. 老後の生活に関する意識調査, (2006).
- 18) 鈴木隆雄. 超高齢社会の基礎知識, 講談社, 東京 (2012).
- 19) Sugihara Y et al. Productive roles, gender, and depressive symptoms: Evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged Japanese. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2008; 63B:227-234.