

加齢への適応パターンによる高齢者のセグメント化手法 —介護予防への参加促進には何が必要か—

創発戦略センター コンサルタント 沢村 香苗

目 次

1. はじめに
2. 介護予防に関する課題と現在までの政策的努力
 - (1) 介護予防事業に高齢者が参加しないという問題
 - (2) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業が目指すもの
 - (3) 残されている課題
3. 介護予防プログラムへの参加勧奨をめぐる問題
 - (1) 高齢者の心理：加齢に伴う変化に対する態度
 - (2) 介護予防に対する動機付け：介護予防への準備性とライフスタイルへの配慮
4. ギャップシニア・コンソーシアムの試み
 - (1) 全国パネルデータの構築
 - (2) 実証事業によるニーズの発掘
5. 高齢者のセグメント化
 - (1) セグメント化の視点
 - (2) セグメント化の条件
 - (3) セグメント化の軸と指標の設定
 - (4) セグメント化によってわかる加齢への適応状態と介護予防が果たす役割
6. 全国パネルデータからみるセグメントごとの特徴
 - (1) 年 齢
 - (2) 世帯類型
 - (3) 日用品の買い物
 - (4) 趣味・生きがい
7. 介護予防事業におけるセグメント活用への提言
 - (1) 既存の取り組みの位置付け
 - (2) プログラムの開発
 - (3) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業における活用方法

要 約

1. 介護予防事業（地域支援事業）においては、住民参加や地域づくりを促進することにより高齢者が活動や役割を保ち、さらに生きがいを感じるなかで介護予防が達成されることを目指した制度構築が進んでいるところである。一方で現在までの取り組みでは、要介護状態となるリスクが高いと判定された高齢者であっても、必ずしも積極的に介護予防に取り組まないという問題が存在しており、高齢者個人への動機付けは課題となり続けてきた。住民参加や地域づくりを促進するうえでも同様の問題が生じると考えられる。
2. 高齢者へのインタビューによると、高齢者が加齢による心身機能の低下に取り組まないのは、明確なきっかけのなさ、あるいは新しい活動を始めることへの抵抗、加齢を認めたくない、情報収集や手続きをする余力がないといったことが要因であると考えられた。
3. 介護予防への取り組みを新たに始めることを動機付けるためには、個人によって異なる加齢による機能低下への適応パターンを考慮する必要があるとあり、簡便にそのパターンを知る方法が必要である。
4. サクセスフル・エイジング研究を参照し、役割・活動性と人生満足感によって高齢者の適応パターンを四つに分類する方法を提案した。この分類により①個人の嗜好性の違い、②介護予防への動機の程度を考慮した高齢者個人へのアプローチが可能になると考えられる。

1. はじめに

介護保険事業における介護予防は、平成27年度の制度改正によってハイリスク者への集中的介入—機能低下の防止というモデルから、地域における活動や役割の保持—生きがいや生活の質の確保というモデルに変化している。制度改正前の介護予防への参加促進においても、改正後の地域活動においても、個々の高齢者に対する動機付けは最も重要な要因といえるが、標準的な手法は提案されていない。

そこで、要介護状態ではないが「やりたいこと」と「できること」にギャップが生じつつあり、やりたいことを我慢し諦めている状態の高齢者を「ギャップシニア」と定義し注目する。日本総合研究所では自治体や民間企業、社会福祉法人等をメンバーとしたギャップシニア・コンソーシアム（2014年10月～現在）を組成し、ギャップシニアのニーズと商品・サービスのマッチングを行うプラットフォームを創出する活動を行っている。本論では、この活動を通じて得た高齢者のライフスタイルやニーズに関する知見を踏まえ、高齢者の動機付けに有用と思われるセグメント化手法を提案したい。

2. 介護予防に関する課題と現在までの政策的努力

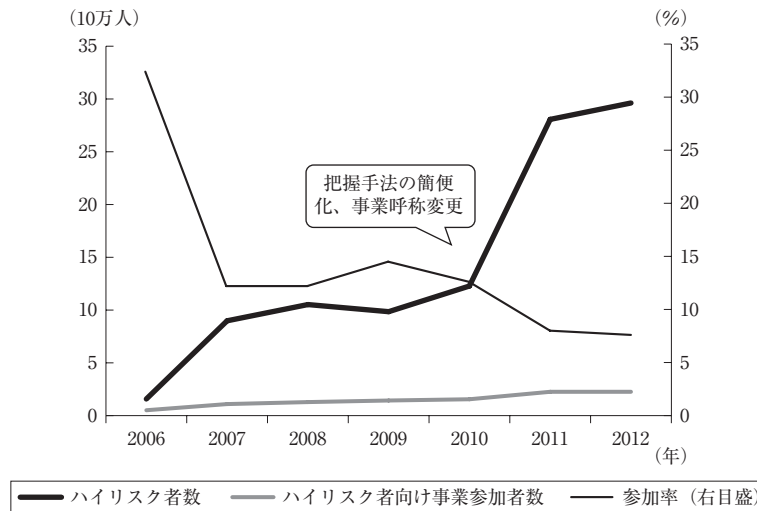
(1) 介護予防事業に高齢者が参加しないという問題

介護保険法第四条によると、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める」義務があるとされている。介護保険事業は10年前から予防重視型システムへの変換がはかられており、その一つの柱が、市区町村が要支援・要介護状態ではない高齢者を対象に介護予防の普及啓発や介護予防プログラムを提供する「地域支援事業」である。

地域支援事業では、要支援・要介護になるおそれの高い者（以降ハイリスク者とする）の発見に力を入れてきた。それは、ハイリスク者に対して個別に課題を分析し、予防ケアプランに基づくプログラムを実施し、効果を評価するという介護予防ケアマネジメントを重視していたためである（二次予防事業）。高齢者ができないことを代わりに行うサービスではなく、個人の状態像の特性を踏まえて機能維持・向上の目標を設定し、その目標を達成するためのサービスの提供が目指されてきたのである。

事業開始以来、ハイリスク者の把握手法の簡便化や判定基準の緩和による二次予防事業への入り口の拡大、ハイリスク者を指す「特定高齢者」という呼称の廃止による参加しやすさの向上など、二次予防事業への参加を促すための様々な政策的な努力が続けられてきた。ハイリスク者の把握には介護予防事業費の約3割が投入されてきたという（三菱UFJリサーチ&コンサルティング [2014] [1]）。その結果、図表1に示すように、把握されたハイリスク者の数は制度開始時から6年で16倍に増えたが、二次予防事業に参加したハイリスク者数の伸びは3.5倍にとどまっている。また、事業開始当初はハイリスク者の3割が何らかのプログラムに参加していたが、6年後にはその割合は1割を下回っている。つまり、現在までの政策的努力によってハイリスク者を広く洩れなく把握することには成功してきたが、把握されたハイリスク者が予防活動に自ら取り組むよう導入するための手は打ちきれていないという状態であった。

(図表1) 二次予防事業対象者の把握数および事業参加率の推移



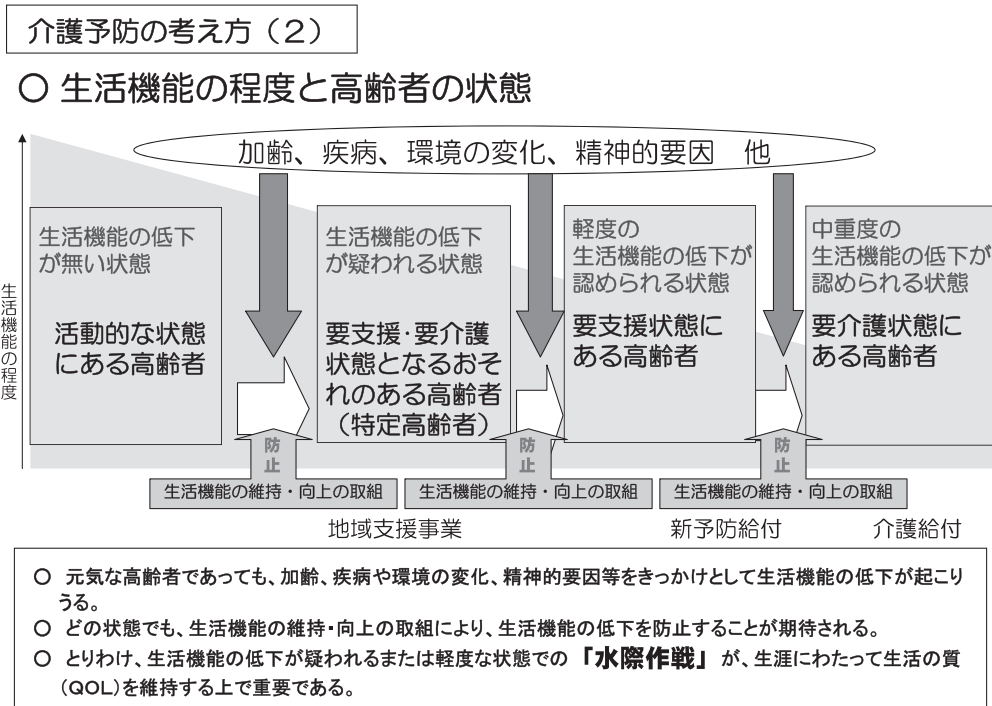
(資料) 厚生労働省「平成24年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」を基に日本総合研究所作成

(2) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業が目指すもの

2015年度（平成27年度）介護保険制度改正ではハイリスク者向けの二次予防事業とハイリスク者以外の一般高齢者に対する一次予防事業（介護予防教室等の普及啓発）の区別を廃止し、市町村が地域の実情に応じて介護予防に取り組むこととなった。二次予防事業の対象者（つまりハイリスク者）の把握のための基本チェックリストは配布しないことになり、住民主体を打ち出した事業への移行が進められている（新しい介護予防・日常生活支援総合事業）。図表2-1、図表2-2は介護予防導入時に厚生労働省が示していた介護予防の考え方と現在示されている考え方の比較である。生活の質の維持向上とは生活機能の低下防止であり、介護予防はそのための水際作戦であるという認識から、生活の質は社会的参加・社会的役割保持を促すことで維持され、それが同時に介護予防になる、と認識されるようになったことがわかる。地域支援事業実施要綱においても、事業の目的として要介護状態・要支援状態になることの予防に加えて「社会参加」が盛り込まれている（厚生労働省老健局 [2016] [2]）。介護予防マニュアル（介護予防マニュアル改訂委員会 [2012] [3]）にもある通り、もともと介護予防の理念は単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではなく、活動や役割を保持することによって生活の質（QOL）の向上を目指すものであった。今回の改正は、介護予防の取り組みが成功している地域の取り組みを踏まえ、その原点に立ち戻ったものである。このような事業目的の変化に伴い、介護予防の手法も機能回復訓練から、高齢者の生活を多様なサービス提供主体が支援するような地域づくりへとシフトしている。

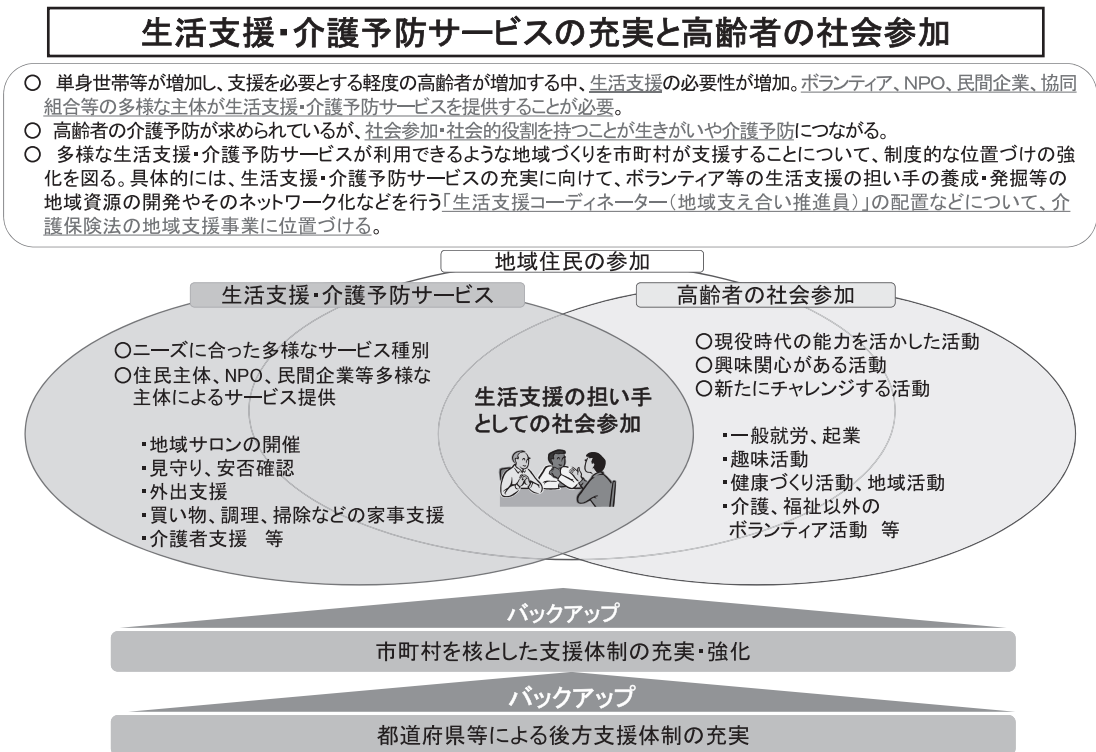
この政策は、介護予防の促進だけを目指しているわけではない。地域で多様な主体がサービスを提供することによって互助機能の強化が図られ、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らせるための地域包括ケアシステムの土台づくりに貢献することが期待されている。介護予防における地域づくりの具体的な手法は「通いの場」を作ることであり、そこから地域の特性に応じて独自の施

(図表 2-1) 介護予防導入時と現在の「介護予防の考え方」の比較
導入時



(資料) 厚生労働省老健局老人保健課「介護予防事業にかかる具体的な介護予防プログラムについて～考え方と内容～」2006年

(図表 2-2) 介護予防導入時と現在の「介護予防の考え方」の比較
現在



(資料) 厚生労働省老健局「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」2015年

策を展開するというシナリオである。「通いの場」とは、地域包括ケアシステムのなかで重要な機能の一つであり、高齢者が容易に通える範囲に存在する拠点を指す。身近な住民の声かけによって、閉じこもりがちな高齢者が通いの場に参加すること、そこで仲間や他の世代との交流を楽しむことが継続的な介護予防となること、さらに住民が積極的に運営に参加し、活動が自律的に拡大することが期待されている。

(3) 残されている課題

地域支援事業は導入当初から、ハイリスク者に対するきめ細かなサービスを通じて要介護状態になるのを防ぐことに力を入れてきた。しかし実際にはハイリスクと判定された高齢者に参加を呼びかけても、このサービスを受けようとする人は多くなかった。

高齢者が介護予防事業に参加しない理由は、「介護予防の対象となる高齢者は、すでに心身の機能や生活機能の低下を経験しており、「自分の機能が改善するはずはない」といった誤解やあきらめを抱いている者、うつ状態などのために意欲が低下している者も少なくない。」ため、つまり動機が低いためであると認識されてきた。しかしながら、参加を促す対策は「介護予防にかかわる専門職においては、利用者の意欲の程度とその背景を配慮したうえで積極的な働きかけを行うことが求められている。」という指摘にとどまり、具体的働きかけは専門職の力量に任されてきた。高齢者個人への動機付けが課題であることが認識されていながら、具体的な手法が示されてこなかったのである。

新しい介護予防・日常生活支援総合事業においては、通いの場への参加だけでなく運営も含めて住民の積極的参加が目指されているが、参加の働きかけのための具体的手法は示されていない。このままでは、介護保険法の表現を借りれば、「通いの場」は「加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める高齢者」のみが集まる場となり、「加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚していても具体的な行動に移さない高齢者」は参加しない場になることが危惧される。

3. 介護予防プログラムへの参加勧奨をめぐる問題

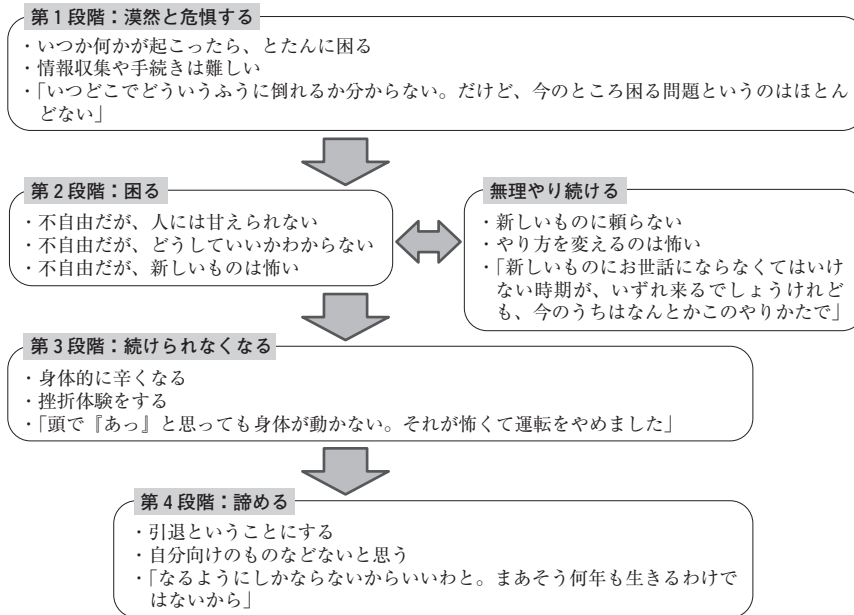
(1) 高齢者の心理：加齢に伴う変化に対する態度

加齢に伴う心身の機能の低下は誰にでも起こることであるが、それを指摘されても高齢者が積極的に機能向上に取り組むとは限らないのは先述の通りである。なぜそのようなことが起こるのだろうか。日本総合研究所では14人の高齢者に数回にわたりインタビュー調査を実施した。その結果から、加齢に伴う変化に高齢者がどう対処しているかを抽出し図表3のように整理した（沢村香苗 [2015] [4]）。かぎ括弧中は実際の高齢者の発言を引用したものである。最初は漠然とした不安感だけがあり、時間の経過とともに情報収集や手続きに関する能力が徐々に低下していく。実際に困りごとが出てくると、自立したい、弱みを見せたくない、対処方法がわからない、新しい手段をとるのが怖いといった理由から、対策を講じず無理にでも従来の行動を続けようとする。そして、何らかの挫折に直面すると「歳だから仕方がない、もう引退ということだ」と一転諦めの境地となってしまうと考えることができる。

新しい手段や行動を利用する際のストレスが若年者に比べて高く、その恩恵を少なく見積もるのが機能低下を経験している高齢者の特徴である。彼らは失敗に対する恐れが強く、しばしば「叱られる」

「怒られる」という言葉を口にする。また、「卒業する」というような言葉で、対処せず諦めることを美化する傾向も多くみられる。徐々に機能が低下していく間は機能向上に取り組む明確なきっかけや動機がなく、いざ「困る」段階に至ってしまうと、もはや機能向上に取り組む余力がないという高齢者の状況がうかがえる。

(図表3) 加齢に伴う変化への対処方策



(資料) 日本総合研究所作成

(2) 介護予防に対する動機付け：介護予防への準備性とライフスタイルへの配慮

上述の通り高齢者の行動を変容させることは容易ではない。行動を変容させるには動機付けが必要だが、「あなたにはリスクがあるのだから予防しないと大変ですよ」という動機付けだけを行ってきたのが今までの介護予防である。加齢に伴う機能低下に対処することに必ずしも積極的でなく、新しい行動をとることに抵抗の強い高齢者の心理的特徴を踏まえれば、強い動機付けを行うか、あるいは取り組みに抵抗の少ない方法を提案すべきだが、それができない理由はどこにあるのだろうか。

自治体が行うがん検診では個人のがん検診への関心段階や懸念を考慮したプロモーションが試みられており、成果を上げている（国立がん研究センター社会と健康研究センター保健社会学研究部 [2012] [5]）。乳がん検診に参加しない人のなかにも、無関心者（がんに無関心な層）、検診関心者（がんが怖くて検診が不安な層）、検診意図者（すでに受けようと思っている層）がおり、参加しない理由はそれぞれ異なっている。参加しない理由を洞察すれば、がん検診を促進するリーフレットのメッセージを変換することができる。上述の試みでは無関心な人には「がんは誰しにも関係する問題である」というメッセージ、がんが見つかるのが怖い人には「早く見つければ治る」というメッセージ、受ける方法がわからない人には受けるための情報を提供している。こうした取り組みを行った結果、検診受診率が向上したのである。

加齢による機能低下はがんと同様にその人のQOLに大きな影響を与えるが、対象者が介護予防に参加しない理由の洞察は「生活範囲が狭くなり、介護予防への意欲が低い」というレベルにとどまっている。参加を促すための手法はハイリスク者を見つける能力の向上と、ハイリスク者に対する強い働きかけに偏ってきた。自治体が実施する日常生活圏ニーズ調査は項目こそ豊富であるが、分析は年齢別、機能別の高齢者数集計にとどまることが多く、高齢者像を立体的に捉えようとする分析は稀である。なぜ生活範囲が狭いのか、なぜ介護予防への意欲が低いのかに関する洞察がないため、参加を促す手法は、悪く言えば、力づくに陥っている印象を受けるのである（図表4）。

（図表4）乳がん検診における対象者分類と介護予防事業における対象者分類の比較

| | 推奨対象者の分類 | 参加しない理由の洞察 | 推奨のための手法 |
|------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 乳がん検診 （東京都における事業の例） | 検診無関心者 | 「私は絶対に大丈夫」と思っている | 「乳がんは今や誰しもが心配すべき問題です」というメッセージ |
| | 検診関心者 | 「がんが見つかるのが怖い」と思っている | 「早く見つけてしまえば乳がんは治ります」というメッセージ |
| | 検診意図者 | どうやって受ければいいのかわからない | わかりやすく具体的なながん検診受診の方法に関する情報提供 |
| 介護予防事業 （平成26年度時点） | 身体・認知機能のハイリスク者 | 生活範囲が狭くなり、介護予防への意欲が低い | 介護予防を要する対象者の明確化、的確な把握のための専門職の技能向上 電話・個別訪問を通じた支援対象者の早期発見・早期対応 |

（資料）国立がん研究センター社会と健康研究センター保健社会学研究部「ソーシャルマーケティングを活用したがん予防行動およびがん検診受診行動の普及に関する研究」、介護予防マニュアル改訂委員会「介護予防マニュアル改訂版」を基に日本総合研究所作成

介護予防のプログラム立案およびプロモーションにあたり、高齢者のライフスタイル（嗜好やライフヒストリー）や介護予防に対する動機の程度を反映する手法が確立していないため、既存のプログラムに魅力を感じない高齢者や介護予防に関心の薄い高齢者が取り残されてきたのではないだろうか。専門職は経験的に動機付けの手法を身につけていることも多いと考えられるが、住民による高齢者への働きかけやサービス提供が主体となった場合、高齢者のライフスタイルを解釈し動機付ける標準的手法がなければ、取り残される高齢者が増加しかねない。

4. ギャップシニア・コンソーシアムの試み

そこで、要介護状態ではないが「やりたいこと」と「できること」にギャップが生じている人を「ギャップシニア」と定義し注目する。ギャップシニアは地域支援事業におけるハイリスク者とも重なっている。日本総合研究所では、2014年10月にギャップシニア・コンソーシアムを組成し、メンバー（自治体や民間企業、社会福祉法人等）と共にニーズと商品・サービスのマッチングを行うプラットフォームを創出することを目指して実証事業を行っている。以下では実証事業から得られた知見も踏まえて論を進める。

(1) 全国パネルデータの構築

日本総合研究所では、ギャップシニア・コンソーシアムの活動の一環として、自治体が介護保険事業

計画の策定のために実施した日常生活圏域ニーズ調査および二次予防事業対象者把握事業チェックリストのデータを収集し、独自のパネルデータ（以下「全国パネルデータ」とする）を構築した。19自治体から、約12万人の高齢者に関するデータ（2011年～2014年調査実施分）を提供していただいた。当該パネルデータを分析した結果、ハイリスク者と判定された29,336人のうち、外出が週に1度未満の者は11.9%であり、週に1度以上外出していても前年に比べて外出が減少している者は35.8%に上る。ハイリスク者のうち47.7%が外出を好まないか、あるいは何らかの障壁が存在する状況にあるということであり、通いの場に引き出すことの難しさがここからも見て取れる（図表5）。

（図表5）二次予防対象者の外出頻度および前年度に比べた頻度
（全国パネルデータ）

| | | 外出回数（前年比） | | | 合 計 |
|--------------------------------------|-------|------------------|------------------|-------------|-------------------|
| | | 減少している | 減少していない | 不 明 | |
| 週 1 回 以 上 の 外 出 | している | 10,507人 35.8% | 15,229人 51.9% | 50人 0.2% | 25,786人 87.9% |
| | していない | 2,663人 9.1% | 821人 2.8% | 11人 0.0% | 3,495人 11.9% |
| | 不 明 | 26人 0.1% | 6人 0.0% | 23人 0.1% | 55人 0.2% |
| | 合 計 | 13,196人 45.0% | 16,056人 54.7% | 84人 0.3% | 29,336人 100.0% |

（資料）日本総合研究所作成

（2）実証事業によるニーズの発掘

ギャップシニア・コンソーシアムでは、2014年から現在までに、高齢者に対するサービスを試験的に提供する実証事業を行ってきた。実証事業は、①催し物の開催（楽しみや発見の提供）、②普段の暮らしに関する聞き取り（関係づくり）、③困りごと・やりたいことの聞き取り、④民間サービスを活用した実現手段の提供、⑤実証から得られるデータに基づくシニアの動向やニーズの分析、から構成されており、実施場所の設定や構成要素の組み合わせを変えながら試行を続けている。

実証事業においても通いの場は高齢者との重要な接点であるが、単に高齢者を引き出すことを目的としていない。通いの場で行ったことを日常生活の活性化にどのようにつなげるか、高齢者自身が日常生活を活性化させようとする動機をどう高めるか、さらには通いの場に来ない高齢者にどう働きかけるかについての方法論を構築することが実証事業における通い場の目的である。とくに商品・サービスの利用による生活の質の維持・向上につながるができるのが実証事業における通い場の場の特徴であり、重視している点である。

ここでも、ニーズと商品・サービスのマッチングや、商品・サービス利用の動機付けを行うために「その高齢者が、加齢に対処しながらどのように暮らしたいか」を個別に理解するための手法が必要である。

5. 高齢者のセグメント化

（1）セグメント化の視点

ここまでの議論から、介護予防プログラムへの積極的な参加、商品・サービスの利用による生活の質

の維持・向上を動機付けるには、高齢者固有の加齢への対処方法、言い換えると適応パターンを考慮することが必要であることが明らかになった。

以下に述べる本論におけるセグメント化は、サクセスフル・エイジング研究において、役割・活動性と人生満足感に人格特性を加えて分類された適応パターンを参照した（下仲順子(編) [2007]、[6]、図表6）。この分類は従来介護予防で重視されてきた活動性や日常生活における役割といった行動的側面だけでなく、生活でどのくらいの満足感を得ているかという心理的側面を考慮しているのが特徴である。また行動面と心理面の組み合わせによる適応パターンは個人の人格特性と関連していることが確認されている。高齢者固有の特性を洞察し、的確な介護予防の動機付けを行うために参考となる枠組みであると考えられる。

(図表6) Neugartenらによる加齢への適応パターン分類

| 人格タイプ | 役割-活動性 | 人生満足感 | | |
|--------|--------|-------|---|---|
| | | 高 | 中 | 低 |
| 統合型 | 高 | A | A | |
| | 中 | B | | |
| | 低 | C | | |
| 防衛型 | 高 | D | | |
| | 中 | D | E | |
| | 低 | E | E | |
| 受身-依存型 | 高 | | F | |
| | 中 | F | F | |
| | 低 | | G | G |
| 不統合型 | 高 | | | |
| | 中 | | | |
| | 低 | | H | H |

- A. 再統合型：多くの役割を持ち活動を行っている有能者。彼らは失った活動を別の新しい活動をすることにより代替させて生活を楽しんでいる。
- B. 集中型：人格は統制されており、自分の役割や活動を選択し、それに対して時間とエネルギーを費やす。
- C. 離脱型：活動レベルは低いが満足感が高い。老いるにつれて役割から離れてゆくが、自己関心は高くロッキングチェアへの立場に満足している。
- D. 固執型：できるだけ長く中年期の活動を保持する者。この点ではサクセスフル・エイジングを得、満足感も高い。
- E. 緊縮型：老化への防衛として役割活動を縮小させている者。社会との相互関係は縮小しているが満足度は高い。
- F. 依存型：他者からの援助によって生活し、中庸の満足感、活動を維持している者。
- G. 鈍麻型：役割活動も少なく満足感も少ない者。たぶん生きることには自らは積極性も示さず、また多くのものを期待しない。
- H. 不統合型：全機能が低下しており、情緒統制も乏しく社会の中でかろうじて自分自身を維持している者。

(資料) 下仲順子(編)「高齢期の心理と臨床心理学」2007年

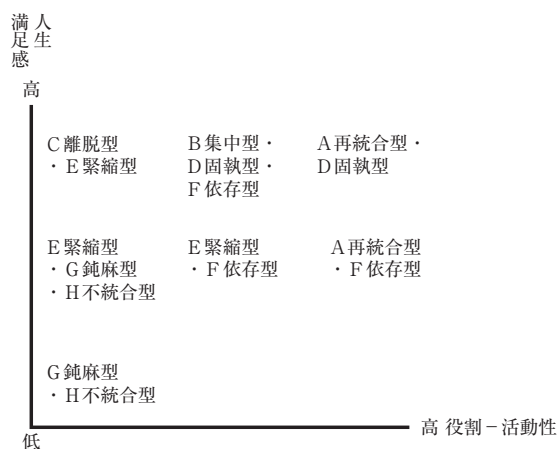
(2) セグメント化の条件

介護予防への動機付けを行うためのセグメント化の条件として、①個人の嗜好性の違いを反映できること、②介護予防への動機の程度を反映できること、という点に加えて、簡易な設問で大きな分類ができることを重視した。分類はいくらでも複雑になりうるが、介護予防のプログラム立案や動機付けの現場で、それほど多くの分類に対応した選択肢を用意し参加を働きかけることは困難だからである。また、既存のデータを活用する観点から、日常生活圏域ニーズ調査に含まれるハイリスク者判定のための項目(基本チェックリスト)でも分類判定を行えることが望ましいと考えた。

(3) セグメント化の軸と指標の設定

Neugartenらの分類を役割-活動性と人生満足感の組み合わせで単純化すると図表7のようになる。各分類の人格特性の差異を詳細に分類することはできないが、役割-活動性によってライフスタイルが分かり、人生満足感によって現在の適応状態の程度が分かるため、一次的な分類でこの二つを軸とし、活動性の指標として①外出頻度、人生満足感の指標として②精神的充足度を用いた。

(図表7) Neugartenらの分類の再プロット



(資料) 下仲順子(編)「高齢期の心理と臨床心理学」(2007年)を基に日本総合研究所作成

A. 外出頻度：日常生活において何らかの役割があるか、活動しているかという抽象的な問いを避け、外出頻度という具体的な指標とした。外出頻度は、身体機能、年齢、経済状況、社会交流状況と関連している(図表8)。ライフスタイルのほか、全般的な機能状態が反映される指標でもある。

(図表8) 外出頻度と身体機能、年齢、経済状況の関連

| | 外出頻度 (%) | | |
|-----------------|----------|-------|------|
| | 週2～3回以上 | 週1回以下 | 無回答 |
| 健康状態 | | | |
| 良い | 90.4 | 6.9 | 2.7 |
| 普通 | 85.8 | 11.2 | 3.1 |
| 良くない | 66.1 | 25.3 | 8.5 |
| 年齢 | | | |
| 60～64歳 | 89.2 | 8.3 | 2.5 |
| 65～69歳 | 89.8 | 8.0 | 2.2 |
| 70～74歳 | 88.0 | 9.1 | 2.9 |
| 75～79歳 | 83.9 | 11.7 | 4.3 |
| 80～84歳 | 71.5 | 20.6 | 7.9 |
| 85歳以上 | 54.9 | 33.7 | 11.3 |
| 親しい友人・仲間 | | | |
| たくさんもっていると感じる | 90.1 | 6.0 | 4.0 |
| 普通にもっていると感じる | 88.1 | 9.2 | 2.7 |
| 少しもっていると感じる | 81.6 | 13.6 | 4.8 |
| ほとんどいないと感じる | 74.8 | 20.7 | 4.5 |
| いないと感じる | 60.9 | 33.0 | 6.1 |
| わからない | 48.3 | 24.1 | 27.6 |
| 経済状況 | | | |
| ゆとりあり心配なく暮らしている | 88.9 | 9.5 | 1.6 |
| ゆとりなし心配なく暮らしている | 85.8 | 10.7 | 3.5 |
| ゆとりがなく、多少心配である | 82.7 | 12.9 | 4.5 |
| 家計が苦しく、非常に心配である | 76.0 | 18.9 | 5.2 |
| わからない | 52.9 | 26.4 | 20.6 |

(資料) 内閣府高齢者の日常生活に関する意識調査(2014年)を基に日本総合研究所作成

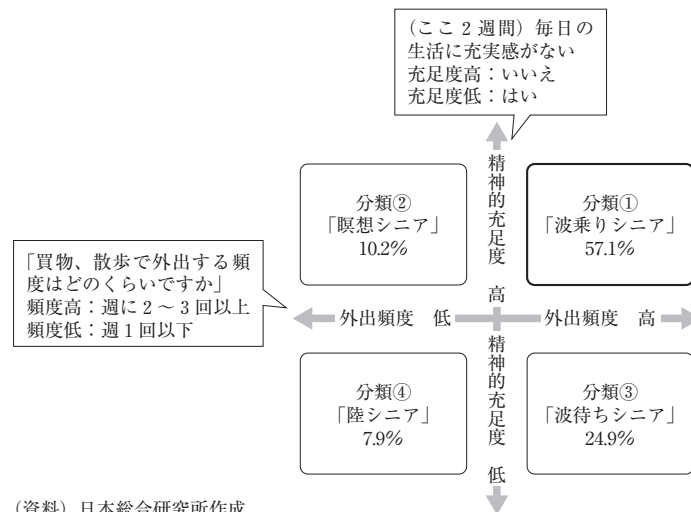
B. 精神的充足度：人生満足感という指標とは異なる用語を用いているのは、「人生に対して満足感があるか」という問いは抽象的にすぎ、我慢・諦めを美化しがちな高齢者の特性を踏まえると正直な回答が得られにくいと考えたためである。質問の仕方としては「理想の暮らしを100点とすると、今の暮らしは何点ですか」あるいは「生活に充実感がありますか」という問いが考えられる。ギャップシニア・コンソーシアムの実証事業では点数の分布を検討し70点以下を精神的充足度の低いグループとしている。

精神的充足度と外出頻度は相関が高く、身体機能や年齢、経済状況、社会状況との関連性も高い。それにもかかわらず精神的充足度を指標として用いる理由は、外出頻度からは推し量ることのできない不適応状態あるいは適応状態を知るためである。外出頻度が高ければ適応しているだろう、外出頻度が低ければ不適応であろう、という従来の考え方で取りこぼされてきたシニアの特性を補うのがこのセグメント化の趣旨である。

(4) セグメント化によってわかる加齢への適応状態と介護予防が果たす役割

上述の二つの軸で高齢者を分類し、全国パネルデータを用いてハイリスク者に占めるそれぞれのセグメントの割合を算出したものが図表9である。ここで、適応状態が良好な人のほうが調査に回答しやすいことを考慮すると、分類④や分類③について過少に見積もっている可能性が高いことに注意が必要である。

(図表9) 外出頻度と精神的充足度による高齢者の四つのセグメント (全国パネルデータ)



この方法でセグメント化して読み取れるのは、高齢者が現在加齢によって自らに生じている変化（波）と自己とを調和させようとする高齢者の適応パターンの違いである。以下そのスタイルを「波乗り」になぞらえて少し詳しく記述する。

分類①外出頻度が高く精神的充足度も高い

外部環境と積極的に交わることにより、加齢による変化と自己を調和させている。活動レベルが高く、

自分の欲しいものは自分で探して手に入れることができる。コミュニティや家庭での役割を多く持つ、失った活動を代替するものを見つけるなど、自ら選択して行動する。加齢の波を乗り越えている状態であることから「波乗りシニア」と呼ぶことにする。Neugartenらのモデルの「再統合型」「集中型」に類似する。介護予防の必要性は比較的低いが、加齢に対し積極的に対処するため、介護予防参加への動機は高いと考えられる。

分類②外出頻度が低いが精神的充足度が高い

外部環境との交わりには積極的でないが内面的充実を図ることにより加齢に適応している。一見活動レベルは低い、家のなかの活動で満足しており不安・不便がない。例えば通販での買い物や手芸、読書といった内的な活動を楽しんでいる。あるいは家庭内での役割が維持されている。波打ち際に瞑想し頭のなかで波に乗っているような様子がイメージできることから「瞑想シニア」と呼ぶことにする。Neugartenらのモデルの「離脱型」「緊縮型」に類似する。身体的な不活発さは運動機能のリスクを高めるため、ある程度の活動促進が必要であるが、内向的であるため既存の介護予防プログラムへの参加の動機は低いと考えられる。

分類③外出頻度が高いが精神的充足度が低い

自分と環境との調和がとりにくくなり模索状態にある。海には出ているものの押し寄せてくる加齢の波にうまく乗り切れず、乗ろうとしては失敗し、という模索段階であることから「波待ちシニア」と呼ぶことにする。一見活動レベルは高いが、自分に合うものがない・減ってきたと不満を感じている。中年期の活動を維持してきたものの、環境や自分の変化に伴ってつまずきが生じ、放置すれば分類④に移行してしまう可能性が高い。Neugartenらのモデルの「固執型」に類似する。中年期の活動にこだわりがある場合、既存の介護予防プログラムへの参加の動機は低いと考えられる。

分類④外出頻度も精神的充足度も低い

自らの行動を縮小しニーズを潜在化させることで調和状態にある。遠慮・回避・不安が特徴で、不便をなんとかしのいでいる、あるいは役割を喪失している。波に乗ることをもはや放棄し、陸に上がってしまった状態であることから「陸（おか）シニア」と呼ぶことにする。「困っていない、満足だといったらウソだけど、仕方がない」という状態である。Neugartenらのモデルの「依存型」「鈍麻型」「不統合型」に類似する。介護予防の必要性は最も高いが、一般的な意欲が低下していると考えられるため、既存の介護予防事業への参加の動機は低いと考えられる。

個々の高齢者は各セグメントに固定的に属するわけではなく、状況の変化に応じてセグメントを行き来する。最も「引力」が強いのは「陸（おか）シニア」であり、この状態に陥らないようにすることが介護予防の目的である。

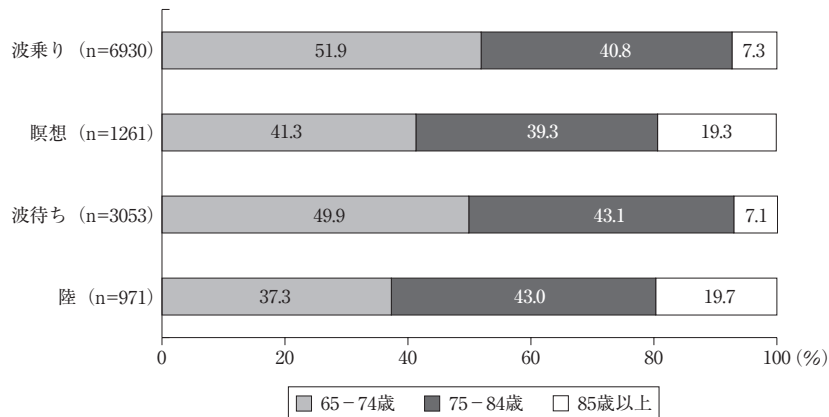
6. 全国パネルデータからみるセグメントごとの特徴

全国パネルデータを用いて、セグメント別の特徴を検討した。全国パネルデータにおけるセグメント化では、①「買物、散歩で外出する頻度はどのくらいですか」（外出頻度）、②「（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない」（精神的充足度）の調査項目を分類に使用した。集計対象はハイリスク者である。

(1) 年 齢

波乗り・波待ちのセグメントは、瞑想・陸のセグメントと比較すると年齢が低く、外出頻度と年齢の相関が反映されている（図表10）。

(図表10) セグメント別年齢分布（全国パネルデータ）

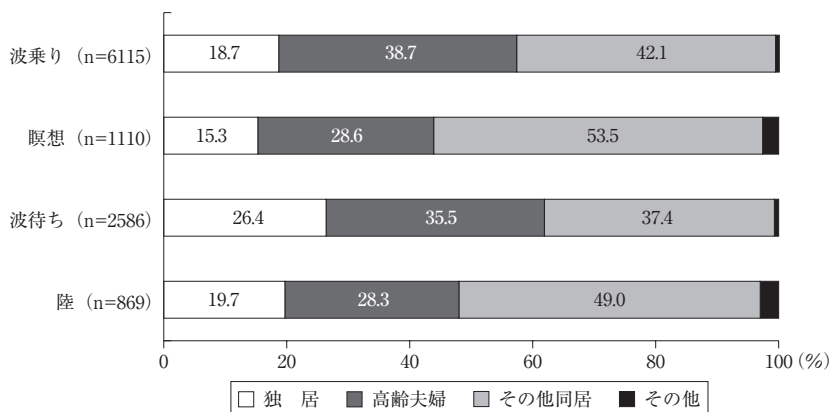


(資料) 日本総合研究所作成

(2) 世帯類型

世帯類型を見てみると、「瞑想シニア」と「陸シニア」のセグメントでは子供家族などとの同居割合が高い。「波乗りシニア」では高齢夫婦の割合が高く、「波待ちシニア」では独居の割合が高いことが特徴である（図表11）。

(図表11) セグメント別世帯類型の分布（全国パネルデータ）



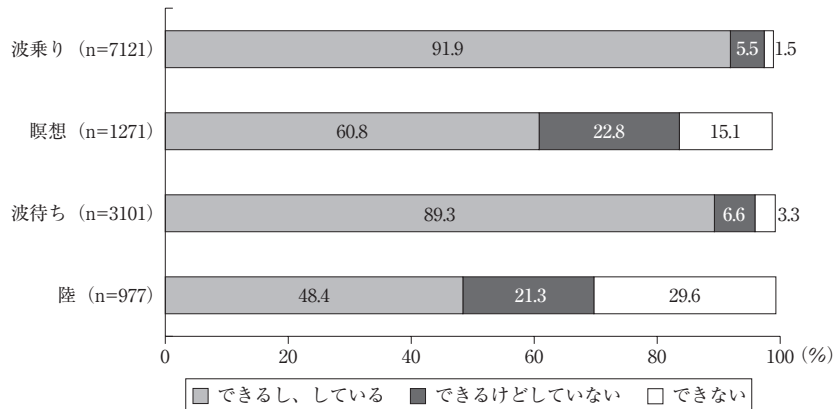
(資料) 日本総合研究所作成

(3) 日用品の買い物

日用品の買い物の状況は世帯類型と関連していると考えられるが、「波乗りシニア」や「波待ちシニア」では買い物が自分のできるし、実際にしているという割合が高い。「瞑想シニア」では「できるが

していない」の割合が他のセグメントに比べて高く、世帯類型とあわせると家族が代行していることが推測される。「陸シニア」は、他のセグメントに比べると「できない」の割合が最も高い（図表12）。

（図表12）セグメント別日用品買い物の状況（全国パネルデータ）

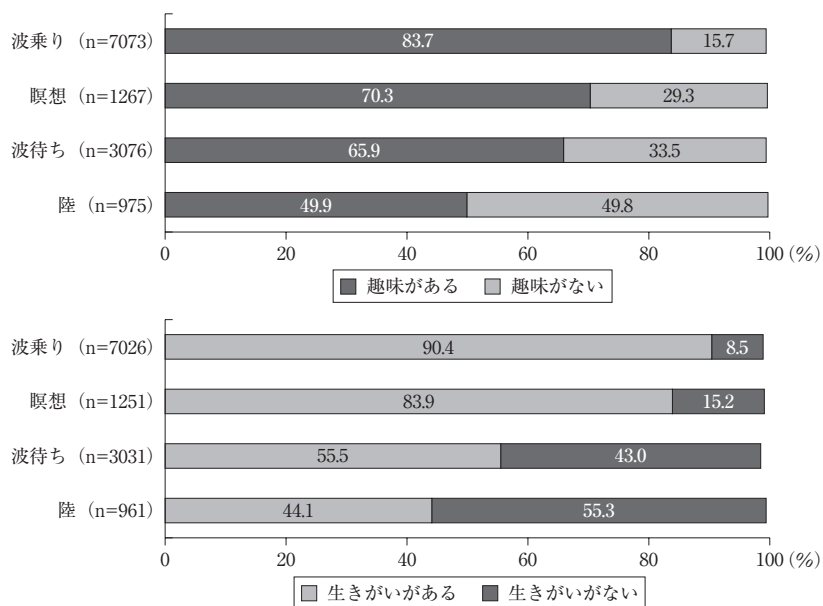


（資料）日本総合研究所作成

（4）趣味・生きがい

「陸シニア」のセグメントでは趣味がない人の割合が49.8%、生きがいがないと感じている人の割合が過半数である。「瞑想シニア」のセグメントでは、「波待ちシニア」セグメントと同じ程度趣味を持っている人がおり、「波乗りシニア」セグメントと同じ程度生きがいを持っている。外見的にアクティブである「波待ちシニア」セグメントでも実は生きがいがないと感じている人が4割以上を占めている（図表13）。

（図表13）セグメント別趣味・生きがいの有無（全国パネルデータ）



（資料）日本総合研究所作成

まとめると、セグメント別の高齢者のプロフィールは以下のようなものと推測できる。

分類A. 波乗りシニア：年齢が比較的若く、夫婦で暮らしており、買い物などの日常的活動を自ら行っている。趣味や生きがいを持ち続けている。

分類B. 瞑想シニア：年齢が高めで、子世代と同居しているため、日常的に買い物のための外出をする必要がない。しかし趣味を持ち、生きがいも感じている。

分類C. 波待ちシニア：年齢が比較的若い。単身世帯で買い物などの日常的活動を自ら行っているが、生きがいを感じていない。

分類D. 陸シニア：年齢が高めで、子世代と同居しており、日常的な買い物はする必要がないし、できないと感じている。趣味がなく生きがいを感じていない。

7. 介護予防事業におけるセグメント活用への提言

(1) 既存の取り組みの位置付け

本論で提案しているセグメント化に使用する設問は簡便なものであり、また個人の事情等に過度に立ち入る質問ではないため初対面の人にも尋ねることができる。自己分析も可能である。セグメント化を行ったうえで既存の取り組みを捉え直すと、「通いの場への積極的参加を強く促す」というアプローチが少し乱暴であるように感じられる。このアプローチは、介護予防への動機が高まった状態の人には有効であるが、動機の低い人には受け入れられないか、むしろ抵抗を強めてしまうからである。また、介護予防への動機があったとしても通いの場自体が好きではない人を引き出すことは難しい。つまり、現在の通いの場の設定は、介護予防への動機が高くかつ通いの場を好む人（波乗りシニア）にのみ有効ということである。

こうした既存のアプローチの課題を補完するために、本論のセグメントを踏まえ、以下のプログラムを提案する。AやBについてとくに工夫の余地が大きい。

A. 分類②瞑想シニア向け：生活のなかに介護予防を入れ込むプログラム

B. 分類③波待ちシニア向け：自らの介護予防スタイルの発見を目的としたプログラム

C. 分類④陸シニア向け：支援者との関係作りや情報提供をメインとしたプログラム

(2) プログラムの開発

以下、ギャップシニア・コンソーシアムの実証事業での経験を元に、プログラム開発のヒントになりそうな事例を紹介する。

A. 分類②瞑想シニア向け：生活のなかに介護予防を入れ込むプログラム

この分類に属するシニアには、自分のペースが保て、関心を狭く深く満たせるような性質を持つプログラムが適している。活動の成果が共有でき、新しい知見が得られるのであれば、「通いの場」に引き出すことも可能である。ただし通いの場に頻繁に引き出すより、日常生活を活性化するためのコンテンツの提供や、活動の維持を重視してプログラムを設計したほうが効果的と考えられる。実証事業では、このセグメントの高齢者を想定して手芸を中心とするプログラムを提供している。現在のシニア女性は

基本的な技術を素養として持っており、一度は手芸に親しんだ経験のある人が多いようである。男性でも自宅で模型作りなどを楽しんでいる人がいる。そうした人たちは個人の時間を楽しみつつ、程よくコミュニケーションすることを好んでいる。それを可能にするために、手芸のコンテンツは、それなりの難度があり達成感が得られ、かつ作品を飾っても楽しめる題材を中心としている。

B. 分類③波待ちシニア向け：自らの介護予防スタイルの発見を目的としたプログラム

この分類のシニアは外出頻度が高く、プログラム内容や場所の設定が適切であれば通いの場に引き出すことは難しくない。実証事業で人気があるのは「タブレット・スマートフォン教室」「お片づけ講座」「ウォーキングの知識」といった、生活に新たな情報をもたらす期待感が持てるプログラムであり、「学ぶ」という行為そのものを新鮮に感じる人が多い。新しい楽しみや知識、新しい役割（「教室」であれば「生徒」という役割）が得られるようなプログラム内容がポイントと考えられる。得られた情報を活かして実際に日常生活に変化を起こすような個別の働きかけ（宿題や計測など）を組み込むとより効果的である。

このセグメントのシニアには、プログラムの内容よりもコミュニケーションや役割に対する欲求が強い人が含まれており、従来の介護予防の枠を超えて、就労やボランティア活動等の積極的な社会参加への後押しも有望な選択肢となり得る。

C. 分類④陸シニア向け：支援者との関係作りや情報提供をメインとしたプログラム

この分類の人は外出頻度が低く、生活意欲が低下し、ライフスタイルや嗜好が埋没している。本人の言葉や反応を引き出してライフスタイルや嗜好を再び浮かび上がらせることを第一のゴールとし、次の段階で他のセグメントへの移行を図るのが適切と考えられる。

「陸シニア」が実証事業の場に参加する場合は「波乗りシニア」に連れ出されていることが多い。うまく促せば活動に参加し、スタッフや他の参加者との交流により自然と活性化できる可能性が高い。ただし、活動的な人のなかでは萎縮したり、発言を遮られることもあるので、スタッフの支援が重要である。スタッフとの間に一对一の信頼関係が確立しやすい対面式のプログラム、少人数で他の参加者からも支えが得られるようなプログラムが望ましい。

なお、分類①「波乗りシニア」も何かのきっかけで他の分類に移行する可能性は十分にある。今の活動レベルを維持し、満足度の高い生活を続けるための刺激の提供や動機付けは他の分類同様に必要である。「通いの場」はそのための場所として設計されるべきである。

(3) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業における活用方法

本論で提案したセグメント手法の活用方策を考えると以下の通りとなる。

A. 地域包括支援センターや市町村の窓口における活用

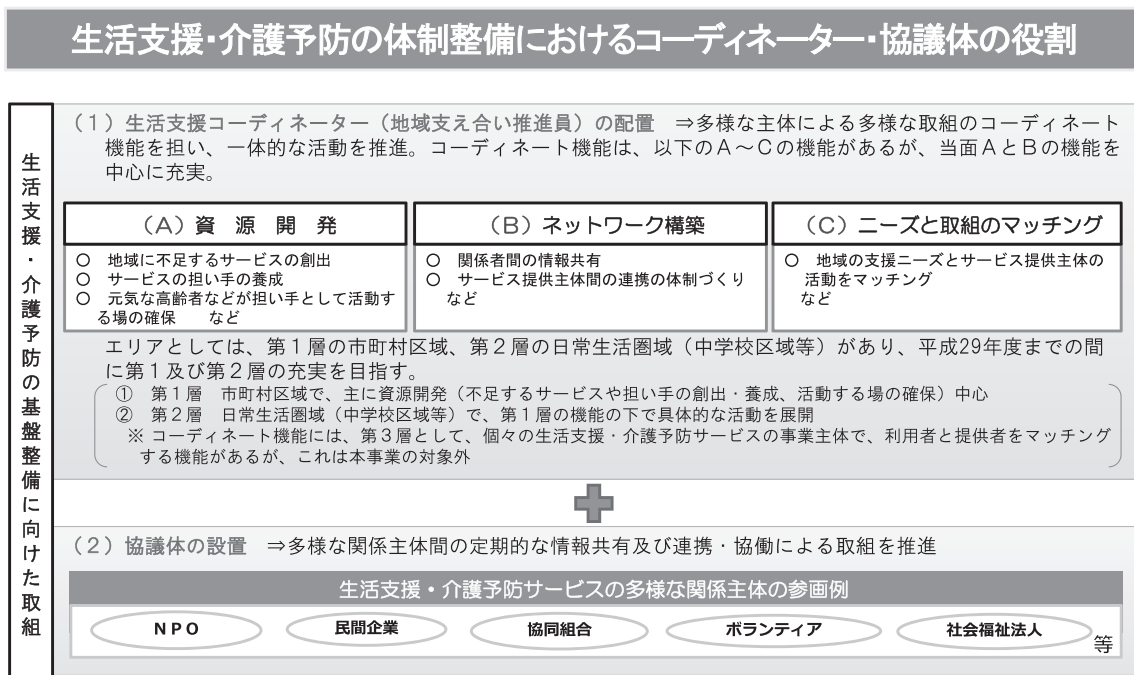
地域包括支援センターや市町村の窓口では、生活の困りごと等の相談に訪れた高齢者に基本チェック

リストを実施して利用すべきサービス区分の振り分けを行うことになっている。従来行われてきたリスク判定と合わせ、セグメント化の判定を行えば、効果的な振り分けができる。

B. 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体による活用

新しい介護予防・日常生活支援総合事業では、市町村が中心となって基盤整備をする際に、図表14に示すような生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置や協議体の設置を行うことが求められている。

（図表14）生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割



（資料）厚生労働省老健局「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」2015年

生活支援コーディネーターは、資源開発（地域に不足するサービスの創出やサービスの担い手の養成）を役割のひとつとしている。この活動においては、まずその地域に住む高齢者をセグメント化して捉えることにより、不足しているサービスのヒントを得ることができる。また役割を求めていることが多い分類③波待ちシニアにアプローチする等により、サービスの担い手を効率的に発掘できる可能性がある。

地域の実情に応じて効果的・効率的な介護予防に取り組んでいる事例は複数ある（日本総合研究所[2015][7]）。また、多くの地域で、地域資源を活用して住民のニーズに応えようという試行錯誤がなされている。成功している地域で何がどのように提供されているかだけでなく、どのように高齢者のニーズを捉えサービスの提供につなげたかに注目し、手法や枠組みの事例を集約・ブラッシュアップしたうえでモデル化し共有することが求められているのではないだろうか。本論におけるセグメント化はそ

の一例である。

手法の標準化は地域によるニーズ把握能力・立案能力のばらつきや介護予防事業コストを減らし、的確なサービス提供を促進することで住民メリットを拡大する。政策的にサービス提供主体の多様化が目指され、ニーズ把握やサービス内容検討のための標準的な手法の必要性は増している。様々なバックグラウンドを持つ地域のサービス提供者が共通言語を持つことによって、それぞれの強みを最大限に発揮することができると考えられる。

(2016. 6. 7)

参考文献

- [1] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング [2014]. 『地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業』
- [2] 厚生労働省老健局 [2016]. 「地域支援事業の実施について」の一部改正について、平成28年1月
- [3] 介護予防マニュアル改訂委員会 [2012]. 『介護予防マニュアル改訂版』2012年3月
- [4] 沢村香苗 [2015]. 「シニアの本音を引き出そう～シニアはなぜギャップシニアになるのか～」創発 Mail Magazine vol.307
- [5] 国立がん研究センター社会と健康研究センター保健社会学研究部 [2012]. 『ソーシャルマーケティングを活用したがん予防行動およびがん検診受診行動の普及に関する研究』
- [6] 下仲順子(編) [2007]. 『高齢期の心理と臨床心理学培風館』
- [7] 日本総合研究所 [2015]. 『地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防・生活支援の取組事例の収集・分析に関する調査研究事業』