

主観的幸福感と交流に着目した高齢者の介護予防の方向性

創発戦略センター マネジャー 岡元 真希子

目 次

1. はじめに
2. 主観的幸福感の指標化と介護予防への活用
 - (1) 政策評価のための主観的幸福にかかる指標
 - (2) 自治体における社会指標（幸福度）の測定ならびに活用
 - (3) 介護予防の取り組みと主観的幸福感にかかる指標の活用
 - (4) 主観的幸福感にかかる指標の世界的な潮流
3. 高齢者の主観的幸福感に関連する要因分析
 - (1) 主観的幸福感の分布と概観
 - (2) 主観的幸福感と基本属性の関係
 - (3) 健 康
 - (4) 関係性（ライフスタイルや人とのつながり）
4. 主観的幸福感に着目した高齢者の交流と介護予防
 - (1) 人との交流は「それでも幸せ」を実現する
 - (2) どのように高齢者の「交流」を実現するか
 - (3) 交流の実現のためにそれぞれの立場からできること
5. むすびに

要 約

1. 「主観的幸福感」は、政策評価や開発経済学などの分野で世界的にも注目されている。日本でも都道府県・市町村が長期ビジョンの政策指標の一つに位置付けるなど、自治体経営にも取り込まれ始めている。さらに介護保険事業計画策定に先立って市町村の多くが、高齢者の心身の状態に加えて主観的幸福感も測定するようになった。
2. 介護保険制度運営において、住民の主観的幸福感には政策のアウトカムであると同時に、活動的な生活など介護予防につながる行動を促すトリガーともなる。主観的幸福感を高める要因を把握し、これに働きかけることは高齢者に介護予防行動を促すにあたっての手掛かりとなると考えられる。本稿では約1万2,000人分の高齢者パネルデータから主観的幸福感を構成する要因を分析し、これを高める方策を検討した。
3. 従来、介護予防は介護保険の保険者である市町村が中心となって提供してきた。要支援・要介護状態となるリスクが高い人は高齢者全体の約3割に上ると試算されるが、市町村が提供するプログラムでは、人数も多くライフスタイルも多様な高齢者のニーズのすべてに応えるのは難しい。そもそも高齢者本人に介護予防に取り組む動機がなく、プログラム終了後に不活発な生活習慣に戻ってしまうと、効果が出にくい。そこで、高齢者が社会参加し、生きがいや役割意識を持つことにより、高齢者本人が自発的に介護予防行動をとることを促すという方向に国の政策も転換しつつある。
4. 介護予防行動には、「社会的交流や健康に関する知識・情報収集」や、体を動かす・手先を使う・1日の計画を決めて行動するなどの「積極的な保健行動」、医師の指示を守る・転倒しないように気をつけるなどの「健康自己管理」などが含まれる。「主観的幸福感」がこのような介護予防行動を引き起こすことが報告されている。
5. 主観的幸福感には、女性のほうが男性よりも高いことや、健康状態や所得と関連があることはすでに知られており、高齢者のパネルデータでも同様の傾向が確認できた。さらに、高齢者の特徴として、年齢が上がるにつれて主観的幸福感が低下するものの、85歳以上の高齢層になると再び高まる傾向が明らかになった。同世代と比較して自分の幸福を判断すること、加齢に起因する変化に順応することなどが背景要因として考えられる。また、年の差が大きい夫婦の世帯では幸福感が低い傾向が新たに明らかになった。
6. 経済的あるいは健康面で恵まれている人ほど主観的幸福感が高いが、経済的に苦しい人や、健康状態が良好ではない人でも、家族や友人など人と食事をする機会がある場合や、話し相手がいったりする場合には、経済的に余裕がある人や健康状態が良好な人よりも主観的幸福感が高くなる。世帯構成や経済状況・身体状態などは変えられなくても、交流や社会参加は高齢者本人の行動によって変えられる余地がある。

7. 高齢者の交流を維持するために考慮すべきポイントは三つある。第1は、配偶者、親しい友人だけでなく、世間話をする近所の人なども含め、コミュニケーション相手を重層化することである。第2は、心身の機能低下により「会う」ことが難しくなることに対し、テレビ電話やSNSなどのツールを使いこなすことである。第3は、コミュニケーションの相手を「リアルな人間」に限定せず、スマートスピーカーへの語りかけも選択肢に入れることである。

8. 2040年には高齢者世帯の約4割にあたる900万世帯が独居となる「おひとりさま社会」を迎える。高齢期には、それまでの人生で経験したことのないライフイベントとストレスが連鎖的に発生することもあるが、これらに一人で立ち向かうのは難しい。同居家族に頼ることも、公的サービスの拡充に期待することも難しいなか、離れた家族・友人・近隣住民とのコミュニケーションを多層的に維持することは高齢期に押し寄せる数々の波を乗り越えるために欠かせない武器となる。交流によって高齢期における主観的幸福感の低下を防ぐことで、介護予防につながる前向きな行動を取りやすくなり、交流と心身の健康維持がさらなる主観的幸福感を招くという好循環の鍵となる。

1. はじめに

住民の健康寿命の延伸と、持続可能な介護保険制度の運営のために、介護保険の保険者である市町村は介護予防事業に取り組んできた。事業のターゲットとなる高齢者は、高齢者全体の3割にも上ると試算され、市町村が提供するプログラムだけでそのニーズのすべてに応えることは難しい。加えて「来てほしい人ほど来てくれない」すなわち、家に閉じこもりがちで要支援・要介護状態になるリスクが高いとみられる人ほど介護予防のための運動や交流のプログラムに参加しないと指摘も耳にする。

介護予防のためには、不活発な生活習慣や食生活などのライフスタイルを改善することが重要であり、それを定着させて継続することも必要である。そのためには、プログラムに受動的に参加するだけでなく、高齢者自身が自発的に介護予防につながる行動をとるように促すことが必要になる。そのような介護予防行動を引き起こすトリガーとして本稿では主観的幸福感に注目する。

介護保険制度の運営や取り組みの結果として住民の健康寿命が延びたり、生活への満足度が高まったりする、というアウトカム指標と並んで、主観的幸福感が注目されることが多い。しかし主観的幸福感はそれにとどまらない。主観的幸福感が低い人は、意欲が低下し生活も不活発になりやすい。主観的幸福感の高さは、健康に関する情報を収集したり、体を動かしたり、医師の指示を守ったりするなどの「介護予防行動」を引き起こすことが報告されている。すなわち、主観的幸福感とは介護予防のアウトカムであるのみならず、トリガーともなる、介護予防の好循環の鍵であるといえる。このため本稿では、高齢者のなかでどのような人が介護予防行動を取りやすいのかという観点から、主観的幸福感が高い人の属性や行動様式を分析する。

主観的幸福感とは自治体の総合計画などの指標の一つとして注目されているが、第7期介護保険事業計画に先立ち、2016～2017年に多くの市町村が高齢住民を対象として実施した「日常生活圏域ニーズ調査」の一項目として把握している。日本総合研究所では約1万2,000人分のローデータをもとに「高齢者パネルデータ」を作成し、内閣府の『幸福度に関する研究会報告—幸福度指標試案—』の枠組みを参考にして、主観的幸福感とそれに関連する要因について分析を行った。

2. 主観的幸福感の指標化と介護予防への活用

(1) 政策評価のための主観的幸福にかかわる指標

A. 社会指標の検討と変遷

かつては、1960年代の所得倍増計画のように、国民総生産（GNP）や一人当たりGDPの向上などの経済指標が政策の目標として掲げられていた時代もあった。しかし、経済指標だけでは真の福祉水準は測定しえないという観点から、経済・環境・社会の領域を含む指標が測定されるようになって久しい。最初に設計されたのは、健康・教育・余暇・社会階層など10領域における「社会指標（SI）」（1974年～84年）であり、その後「国民生活指標（NSI）」、「新国民生活指標（People's Life Indicators, PLI）」、「暮らしの構造改革指標（Life Reform Index, LRI）」と改定されてきた（内閣府 [2010]）。これらの指標には、平均寿命や死亡率、失業率や進学率などの客観的な指標と、生活満足度や仕事の充実感などの主観的な指標が含まれる（図表1）。

主観的指標として長らく測定されてきたのは生活への満足感である。内閣府の『国民生活選好度調

(図表1) 日本における社会的指標化の取り組み

	社会指標 (SI)	国民生活指標 (NSI)	新国民生活指標 (豊かさ指標) (PLI)	暮らしの改革指標 (LRI)
作成年	1974-84	1986-90	1992-99	2002-2005
目的	公害や人口集中など、高度成長の負の効果が明らかになり、貨幣的指標への過度の依存から転換する時であると判断された。	高度成長期の終了とともに高い生活水準や価値観の変化に伴って生活様式の多様化を図る必要があった。	80年代後半、人々は豊かさを求めるようになり、そのための指標を開発する必要があった。特に東京への人口集中によって地域の違いを捉える必要性が出てきた。	豊かさを実現する国民の視点に立って、構造改革を見ていく必要があった。
主な特徴	非貨幣的指標が中心。価値規範指標が含まれていた。指標は全国レベルのみ。	個人の効用により焦点を当てた。主観的指標とともに国際比較可能な指標を追加した。採用した指標の総数は減らされた。	個人の視点から分野を設定。構造は活動とその成果から組み立てられた。地域の指標を導入(地域間比較)	目標は国民の視点から設定
指標の構造	社会目標：10分野 根源的な社会的課題：27 副次的課題：77 下位課題188 採用指標数：261	①生活分野：8 採用指標数：51 (うち、国際比較に33) ②主観的指標：11 ③課題分野：6 採用指標数：53	活動分野：8 生活上の価値：4 採用指標数：170	構造改革の目標：9 分野 採用指標数：41 主観的幸福度指標 (アンケート調査結果を活用)：1

(資料) 内閣府 [2010] より抜粋

『調査』では、「あなたは生活全般に満足していますか、それとも不満ですか」という問いに対して「満足している」「まあ満足している」「どちらともいえない」「どちらかといえば不満である」「不満である」の5段階の選択肢を用意している。この設問は、1978年～2008年までの30年間、選択肢を変えることなく用いられており、時系列での比較が可能である。同様の質問は、内閣府『国民生活に関する世論調査』でも毎年実施されている。選択肢の表現は一部改訂されているものの、4～5段階の選択肢式で尋ねる設問は、1958年の同調査開始以来、現在に至るまで60年間盛り込まれている。

一方、「幸福」という表現が用いられるようになったのは比較的最近のことである。2007年度の『国民生活選好度調査』では、「あなたは現在ご自分のことをどの程度幸せだと思いますか」という問いに対して「幸せである」「どちらかといえば幸せである」「どちらかといえば不幸である」「不幸である」の4段階の選択肢を用意している。2009年以降は「現在、あなたはどの程度幸せですか。『とても幸せ』を10点、『とても不幸』を0点とすると、何点ぐらいになると思いますか。」という尋ね方で、11段階の選択肢の数値のなかから一つを選ぶ形式となっている。この設問は、2011年度まで同じ形式で実施されたが、『国民生活選好度調査』が2011年度調査をもって終了しているため、その後の経過を把握することはできない。

B. 主観的幸福にかかると指標の検討

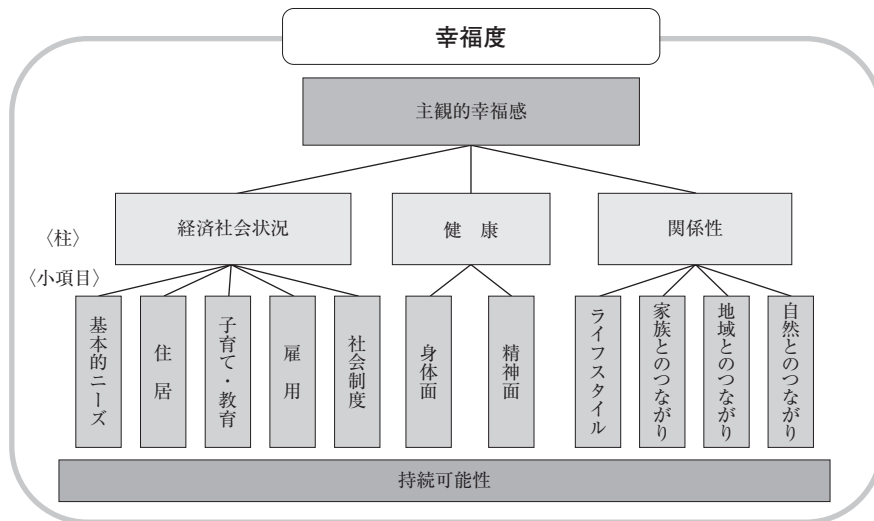
「新成長戦略」(2010年6月18日閣議決定)に盛り込まれた新しい成長および幸福度に関する調査研究を推進するため、内閣府を事務局として「幸福度に関する研究会」が2010年12月に発足し、2011年12月5日に『幸福度に関する研究会報告—幸福度指標試案—』が取りまとめられた。

同報告は、幸福度指標試案の構成要素として「経済社会状態」「心身の健康」「関係性」の三つの柱を掲げている(図表2)。これら三つが主観的幸福に影響する、あるいは個人にとって自分自身の幸福度を構成する要素であるといえる。若年層では友人などとの関係性が主観的幸福を左右するのに対し、高

年齢層においては健康が最も重要な要素であるなど、主観的幸福を構成する要素はライフステージによって変わることが同報告書のなかで指摘されている。

「幸福度に関する研究会」は、上記報告の取りまとめの後も2012年7月まで開催され、生活の質に関する調査などについての検討を行っている。

(図表2) 幸福度・主観的幸福感と構成要素



(資料) 幸福度に関する研究会 [2011]

(2) 自治体における社会指標（幸福度）の測定ならびに活用

政策指標に住民の主観的幸福という視点を取り入れる市町村・都道府県が増えている。幸福度指標の先進自治体である東京都荒川区の呼びかけにより「住民の幸福度向上を目指す基礎自治体連合」（通称：「幸せリーグ」）が2013年に設立され（辻 [2014]）、参加自治体数は設立当初の52から100へと増加している（2019年3月現在）。

幸福関連指標の名称は「幸福度」「幸福実感」などのほか、「こころの指標」（富山県氷見市）、「“えがお”指標」（北海道札幌市）、「ふるさと希望指数」（福井県ほか）などがある。これらの指標を測定するための調査は、教育・福祉・環境などの政策領域ごとの住民の実感を尋ねる設問、それぞれについて重視する度合いなどを尋ねる設問を含んでいる場合が多い。また主観的幸福感の総合的な項目として「とても不幸」から「とても幸福」までの11段階で測る設問を含む場合と含まない場合とがある。

具体例として、東京都荒川区では、荒川区民総幸福度（グロス アラカワ ハッピーネス：GAH）に関する指標を作成し、2013年から毎年測定している。指標は「健康・福祉」「子育て・教育」「産業」「環境」「文化」「安全・安心」の6分野から構成され、各分野に対する実感をアンケート調査で尋ねている。総合的な項目としては「幸せを感じますか」という問いに対して「まったく感じない」から「大いに感じる」を5段階で尋ねている。愛知県長久手市では「ながくて幸せのモノサシ」という指標を設け、「ながくて幸せ実感調査」を2013年度および2016年度に実施している。同調査では、健康・子育て、教育・自然、環境・防犯と防災・福祉などの項目に関する実感を尋ねる設問が多くを占めている。福岡県では

2012年に策定した福岡県総合計画に基づき、「県民幸福度日本一」を目指し、毎年県民意識調査を実施している。同調査は政策のなかで何に力を入れてほしいかを尋ねる項目が多い。長久手市と福岡県は、主観的幸福感を11段階で尋ねる設問も盛り込んでいる。

自治体の長期ビジョンや総合計画は分野が多岐にわたるため、分野ごとの評価・実感と、総合的な幸福度の両方を把握するという構造になっている傾向があると考えられる。

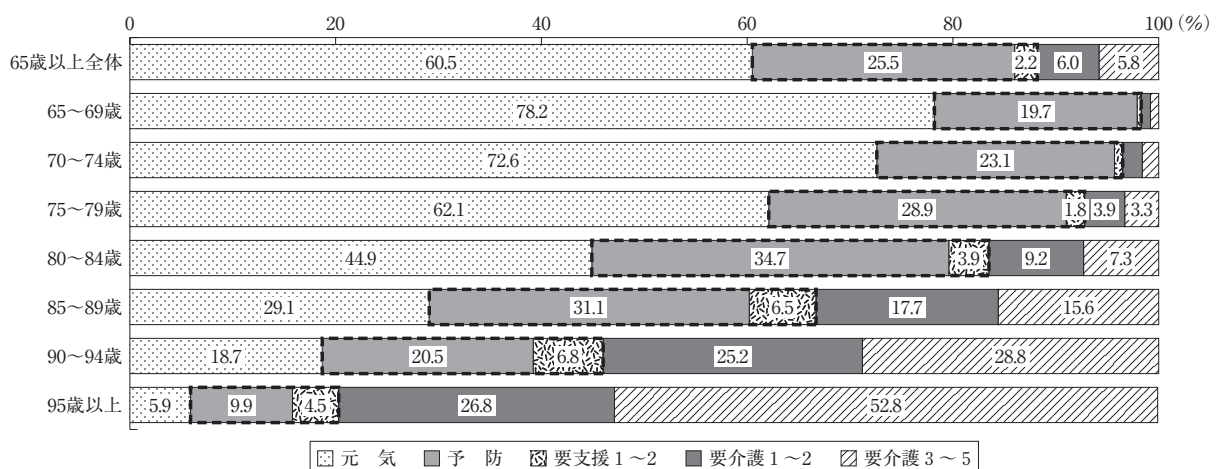
(3) 介護予防の取り組みと主観的幸福感にかかる指標の活用

2000年に介護保険制度が創設された5年後の制度改正で、要介護高齢者にサービスを提供するのみならず、要支援・要介護状態にならないように予防することが強調された。制度開始当初の数年間に、要支援・要介護1の軽度の認定者が大幅に増加したことが背景にある。これら的高齢者が要支援・要介護状態になる大きな原因が、体を動かさないことによる心身の機能低下であるため、要支援・要介護状態になるリスクが高い人を把握し、介護予防プログラムへの参加を勧奨することとなった。しかし、その内容は心身機能の改善を目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、参加の動機付けが難しいうえ、プログラムへの参加期間が終了した後に再び不活発な生活に戻る、などの課題があった。

そこで2014年の制度改正では、単に高齢者の運動機能や栄養状態などの機能改善だけを指すのではなく、日常生活の活動量を増やし、家庭や社会への参加を促すことを通じ、高齢者個人の生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、QOLの向上を目指す、という視点が強調された。要介護者に対する介護保険給付では、高齢者を「利用者」と呼ぶことが多いが、介護予防事業では、高齢者を「担い手」と位置付け、高齢者が生きがい・役割を持って生活することにより、結果として介護予防にもつながる、という循環を目指している。

しかし、旧二次予防事業対象者と要支援者を合わせると高齢者人口の3割近くに上るため（図表3）、市町村がすべての対象者に介護予防のためのプログラムを提供するのは難しい。

（図表3）年齢階層別 旧二次予防事業対象者と要支援者の割合（日本総合研究所推計）



（資料）日本総合研究所作成

（注）厚生労働省『平成29年度介護給付費実態調査報告』（平成29年11月審査分の受給者数）、総務省統計局『人口推計』（平成29年10月1日現在（確定値））、日本総合研究所自主研究全国パネルデータ（2013年頃の15自治体のデータ）をもとに、男女別に5歳階級ごとの出現率を算出し、推計した。

一方、介護予防は市町村が提供するプログラムに参加したり、介護予防事業の一環で整備された場に出かけたりすることだけではない。「社会的交流や健康に関する知識・情報収集」や、体を動かす・手先を使う・1日の計画を決めて行動するなどの「積極的な保健行動」、医師の指示を守ったり転倒しないように気をつけるなどの「健康自己管理」などは介護予防行動と呼ばれ、介護予防につながる日常生活上の習慣として重要性が高い。そして、介護予防行動については、介護予防に関する知識の有無や主観的幸福感が間接的な要因となることが報告されている（深堀ら [2009]）。同論文では、1980年代に古谷野らによって開発された9項目から成る主観的幸福感の尺度「LSI-K」を用いているが、主観的幸福感が高い場合に、自己効力感が高まると同時に介護予防行動への負担感が軽減され、これらが介護予防行動を引き起こすと報告されている。

要介護状態に陥るリスクの高い高齢者のなかには、心身の機能や生活機能の低下を実感して「もう改善するはずはない」とあきらめを抱いている人、うつ状態などのために意欲が低下している人もいる。このように、落ち込んだり、自分が不幸であると感じている人は、介護予防行動が生活習慣となりにくい。まして、市町村が整備する通いの場に出かけて行ったり、運動などのプログラムに参加したりすることには大きなハードルがあるだろう。主観的幸福感の低さは介護予防行動の妨げになるが、ひとたび介護予防行動を取ることができれば、明るい気持ちになり幸福が高まるという側面もある。主観的幸福感が高まることは介護予防行動を引き起こすトリガーにもアウトカムにもなる、介護予防の好循環の鍵なのである。このため本稿では、高齢者のなかでどのような人が介護予防行動を取りやすいのかという点から、主観的幸福感が高い人の属性や行動様式を分析する。

自治体が総合計画の策定において主観的幸福感に着目し始めているのは前述のとおりだが、介護保険制度の運営においても同様である。市町村等は3年ごとに介護保険事業計画を策定するが、計画策定にあたって地域のニーズを把握するための調査を実施している。この調査の項目について、第5期市町村介護保険事業計画（2012～2014年度）の策定に先立って、国が標準様式を示している。第5期・第6期計画策定に際して実施されていた「日常生活圏域ニーズ調査」は、第7期計画策定の際に「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（以下、両調査をまとめて「日常生活圏域ニーズ調査」と表記）と改称された。第5期・第6期は高齢者全般を対象に96問が設けられたが、調査項目が多く回答負担が大きいことや、調査対象が明確でないなどの指摘があったため、第7期は要介護1～5を除く高齢者、つまり未認定と要支援1・2の高齢者を対象とし、必須項目33問、オプション項目33問から成る調査票に改められた。

第5期市町村介護保険事業計画の策定に先立つ2010～2011年の実施率は全国の8割強であり（厚生労働省 [2012a]）、調査を実施した市町村は、調査を通じて「潜在的な要介護予備群の把握」、「管内の圏域ごとの課題の違いや特徴の把握」ができたと報告している。その後の介護保険事業計画策定においても、多数の市町村が引き続き同様の調査を実施している。

第7期介護保険事業計画の策定に先立つ『介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き』（2016年9月30日版）では、日常生活圏域ニーズ調査の項目に新たに主観的幸福感を尋ねる項目（図表4）が、33問の必須項目の一つとして新たに追加された。設問数を約3分の1に減らす見直しの際に新たに追加された、という点で注目に値する。同手引きにおいて、主観的幸福感に関する設問は、「要介護状態に

(図表4) 日常生活圏域ニーズ調査における主観的幸福感を尋ねる設問

あなたは、現在どの程度幸せですか
 (「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください)

とても不幸											とても幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	

(資料) 厚生労働省『介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き』(2016年9月30日版)

なる前の高齢者の主観的幸福感を把握することで、地域の(精神面での)健康度のアウトカム指標として活用することが可能になる」と説明されている。

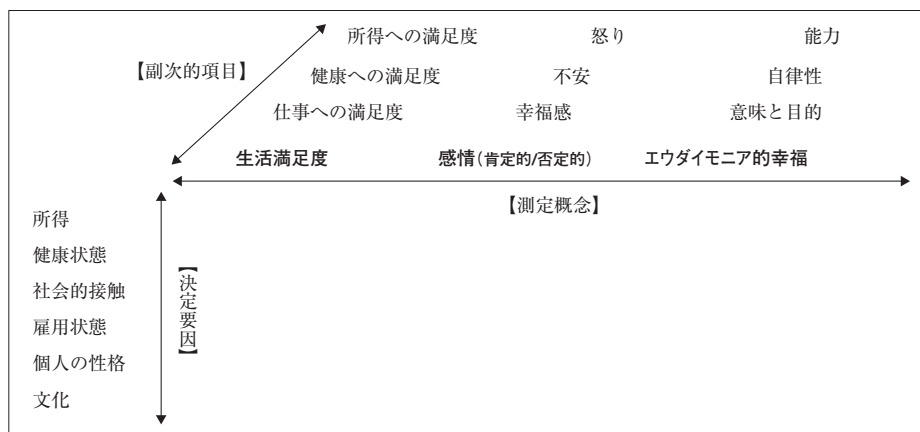
同手引きでは、主観的幸福感をアウトカム指標と位置付けることを想定しているが、主観的幸福感、前述の通り介護予防行動を動機付ける要因の一つでもある。介護保険が目指すのは要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域であり、高齢者が地域で社会参加できる機会を増やしていくことが介護予防にもつながり、さらには在宅での生活の安心の実現やよりよい地域づくりにつながる、としている(厚生労働省[2015])。生きがいの有無を把握するのは難しいが、その代替的な指標として、主観的幸福感を位置付けることができる。

(4) 主観的幸福感にかかる指標の世界的な潮流

国連では、2001年に策定された国連のミレニアム開発目標(MDGs)の後継として、2015年に持続可能な開発目標(SDGs)が掲げられ、169のターゲット指標が設定された。そのほとんどは社会指標だが、主観的幸福などの主観的指標は盛り込まれていない。一方、国連の持続開発ソリューションネットワーク(Sustainable Development Solutions Network, A Global Initiative for the United Nations)では、2012年から、毎年『世界幸福度報告書(World Happiness Report)』を発表している。2018年度版報告書では156カ国を対象に、0~10の11段階で主観的幸福感を尋ねた結果が報告されている。

また、経済協力開発機構(OECD)の「より良い暮らしイニシアチブ」(OECD Better Life Initia-

(図表5) OECDガイドラインが示す主観的幸福感の構造



(資料) 経済協力開発機構 [2015]

tive) では、2011年から隔年で、各国の所得・雇用・住宅・仕事・健康・教育・安全など11分野について評価した『How's life?』という報告書を取りまとめている。そのなかで、0～10の11段階で測定した主観的幸福を指標の一つとしている。同報告書は、国別にも取りまとめられており、2年前の調査から改善／悪化の評価も記載されている。並行して、OECDでは2013年にOECD Guidelines on Measuring Subjective Well-beingを公表しており、2015年には和訳版の『主観的幸福を測る OECDガイドライン』も出版している。同ガイドラインは、各国統計局などを支援することを目的として、尺度、測定の方法、分析と報告に関する助言などを行っている。

3. 高齢者の主観的幸福感に関連する要因分析

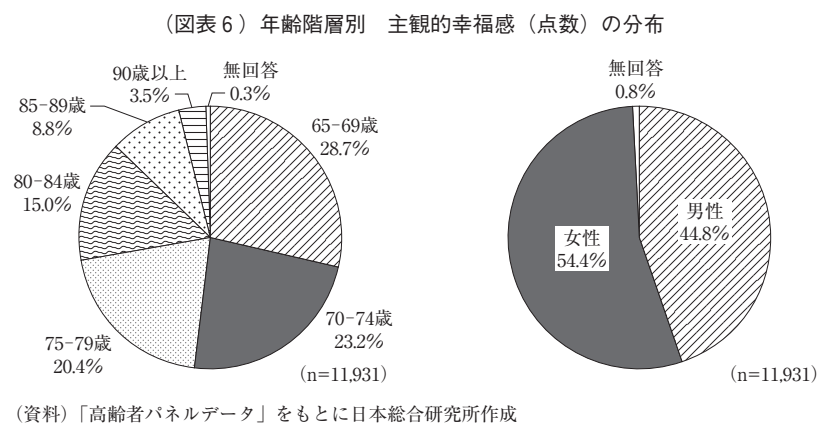
内閣府『幸福度に関する研究会報告—幸福度指標試案—』によると、主観的幸福感はその人が置かれた経済・社会状況、その人の健康状態、ならびにライフスタイルや関係性に大きく左右される。また、OECDガイドラインのモデルによると、所得・健康状態・社会交流・雇用状態・性格・文化などが、主観的幸福感の決定要因（Determinants）であるとされる。さらに、主観的幸福感の構成要素（Sub-components）として、所得満足度・健康満足度・仕事への満足度などの「生活満足度」、怒り・不安・喜びなどの「影響」などがあるとしている。

要因・要素のなかで、健康状態や社会との交流などについては介護保険制度の枠組みのなかで市町村等が支援する余地がある。一方、所得や住居、あるいは長年かけて形成された性格や家族との関係性などについては、介護保険の枠組みのなかでのアプローチは限られてくる。また、主観的幸福感は性別や年齢など基本属性にも影響される。

こうした点を念頭に置き、本論では、『幸福度に関する研究会報告—幸福度指標試案—』の枠組みを参考にして、主観的幸福感とそれに関連する要因について分析を行った。

まず、(1) では、11段階の数値から選択式で回答される主観的幸福感について、本パネルデータと既存統計とを比較して傾向を把握したうえで、本パネルデータを用いて主観的幸福感と他の要因との相関の強弱を概観する。次に(2) では基本属性、(3) では健康状態、(4) ではライフスタイルや交流と、主観的幸福感との関係を分析していく。

分析対象としたのは、日本総合研究所独自の「高齢者パネルデータ」である。これは4自治体からデ



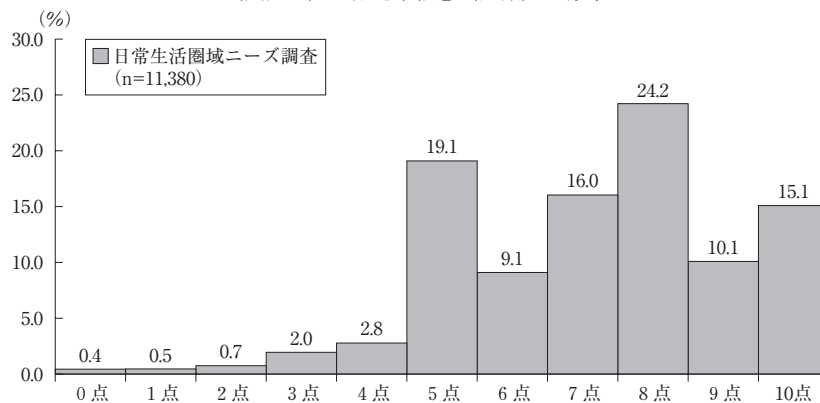
ータ提供を受けて、共通する設問項目を統合して作成したものである。もとは第7期介護保険事業計画の策定に先立つ2016～2017年に市町村が実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のローデータである。ここには首都圏と、それ以外の地域の自治体をそれぞれ2カ所ずつ含んでいる。標本数は11,931件で、65～74歳の前期高齢者が約半数、75歳以上の後期高齢者が約半数である。

(1) 主観的幸福感の分布と概観

「高齢者パネルデータ」のなかで、本稿で注目すべき変数である主観的幸福感について無回答であったものを除いた11,380件を対象に集計・分析を行った。「あなたは現在、どの程度幸せですか」という設問に対して「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点とし、11段階で回答を求めている。幸福度の平均値は7.167点で、最も多くの回答者が選択したのは8点（24.2%）、次いで5点（19.1%）である（図表7）。

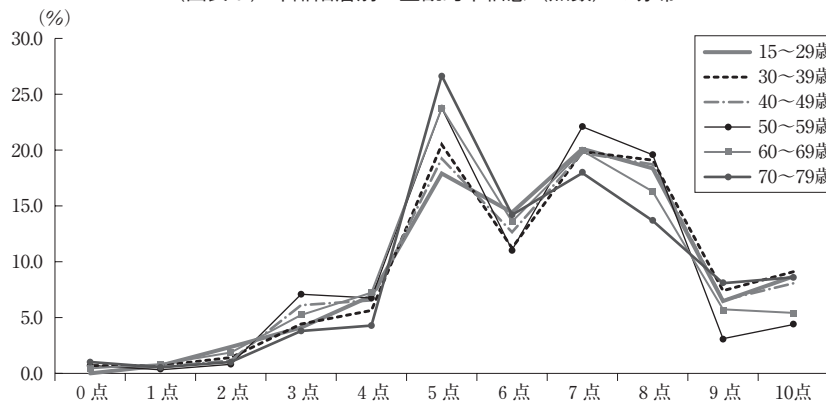
主観的幸福感について同様の設問がある内閣府の『国民生活選好度調査』と比較すると、二つの山がある分布となっており、5点に一つの山がある点は共通している。ただし、二つ目の山については、国民生活選好度調査では7点にあるのに対して、本パネルデータでは8点となっている（図表8）。

（図表7）主観的幸福感（点数）の分布



（資料）「高齢者パネルデータ」をもとに日本総合研究所作成

（図表8）年齢階層別 主観的幸福感（点数）の分布



（資料）内閣府『平成23年度 国民生活選好度調査』

主観的幸福感を説明する従属変数としてパネルデータに含まれる項目を、『幸福度に関する研究会報告—幸福度指標試案—』の枠組みに沿って整理すると以下ようになる。すなわち、経済社会状況については「経済的状況」「世帯」、健康については「主観的健康状態」「疾病」「うつ症状」、関係性については「外出」「歩行」「家事」などのライフスタイル、「会・グループなどへの参加」や「話し相手」などのつながり、に整理することができる（図表9）。これらの項目と、主観的幸福感の点数との関係を見ると、いずれも相関がみられる（図表10）。なかでも、身体的・精神的な健康状態、経済的な状況、外出回数の減少などとは強い相関関係が見られる。

(図表9) 幸福度・主観的幸福感と構成要素

領域	項目
経済社会状況	経済的状況（暮らし向き）、世帯構成
健康	主観的健康状態、疾病、うつ、歯の状態
関係性	[ライフスタイル] 外出、歩行、家事 [つながり] 会・グループなどへの参加 話し相手・看病される/する人

(資料) 日本総合研究所作成

(図表10) 日常生活の状況と主観的幸福感の相関 (Spearmanの相関係数)

経済社会	社会的	性別	.084**	
		年齢階級	-0.002	
		家族構成	0.001	
	経済的	経済的な状況	.326**	
健康	身体面	現在のあなたの健康状態はいかがですか	-.341**	
		疾病の数（複数回答の該当数）	-.100**	
		半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	.176**	
		物忘れが多いと感じますか	.140**	
	精神面	歯の数と入れ歯の利用状況	-.116**	
		気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることの有無	.335**	
		物事に対して興味がわかない、心から楽しめない感じの有無	.329**	
ライフスタイル	外出	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	.221**	
		週に1回以上は外出していますか	.164**	
		過去1年間に転んだ経験がありますか	.129**	
		バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）	-.082**	
	歩行	転倒に対する不安は大きいですか	.189**	
		椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	-.137**	
		階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	-.121**	
			15分位続けて歩いていますか	-.120**
	生活	自分で請求書の支払いをしていますか	-.044**	
		自分で食品・日用品の買物をしていますか	-.033**	
自分で食事の用意をしていますか		-.025**		
自分で預貯金の出し入れをしていますか		-.020*		
関係性	グループ	趣味関係のグループへの参加頻度	-.157**	
		スポーツ関係のグループやクラブへの参加頻度	-.129**	
		学習・教養サークルへの参加頻度	-.115**	
		ボランティアのグループへの参加頻度	-.108**	
		活動に参加者として参加してみたいと思いますか	-.094**	
		活動にお世話役として参加してみたいと思いますか	-.089**	
	収入のある仕事への参加頻度	-.084**		
	交流	どなたかと食事をともにする機会がありますか	-.167**	
	互助	心配事や愚痴を聞いてくれる人（複数回答の該当数）	.094**	
		心配事や愚痴を聞いてあげる人（複数回答の該当数）	.088**	
看病や世話をしてくれる人（複数回答の該当数）		.034**		
看病や世話をしてあげる人（複数回答の該当数）		.026**		

(資料) 日本総合研究所作成

(注) **印、1%水準で有意、*印：5%水準で有意。

(2) 主観的幸福感と基本属性の関係

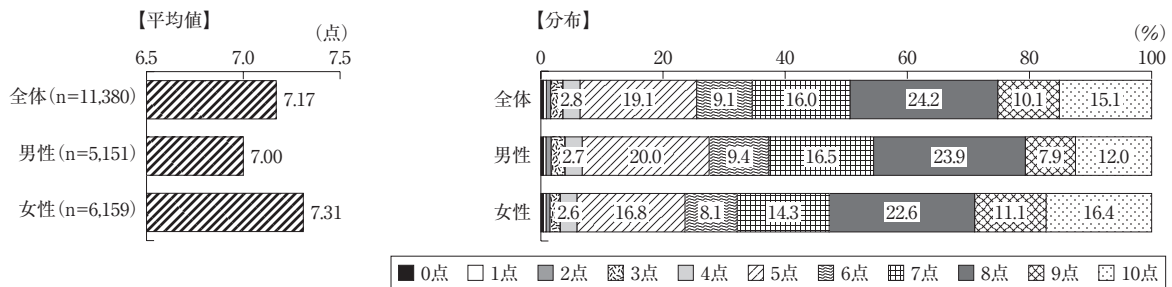
主観的幸福感と基本属性の関係を、A. 性別・年齢、B. 世帯構成、C. 経済的な状況の順に整理した。

A. 性別・年齢

男女別に見ると女性は男性よりも幸福感が高い傾向が見られる(図表11)。女性のほうが男性よりも幸福感の点数が高いことは国内外で広く報告されている(大竹・黒川 [2013])。一方、諸外国では、幸福感若しくは若くは高く、40代頃の中年期にいったん低下し、高齢になるとともに上昇する、というU字カーブを描くことが報告されているのに対して、日本のデータでは、年齢の増加に伴い単調減少する場合もあれば、U字カーブを描くものもあると報告されている(黒川・大竹 [2013]、高尾ら [2018])。

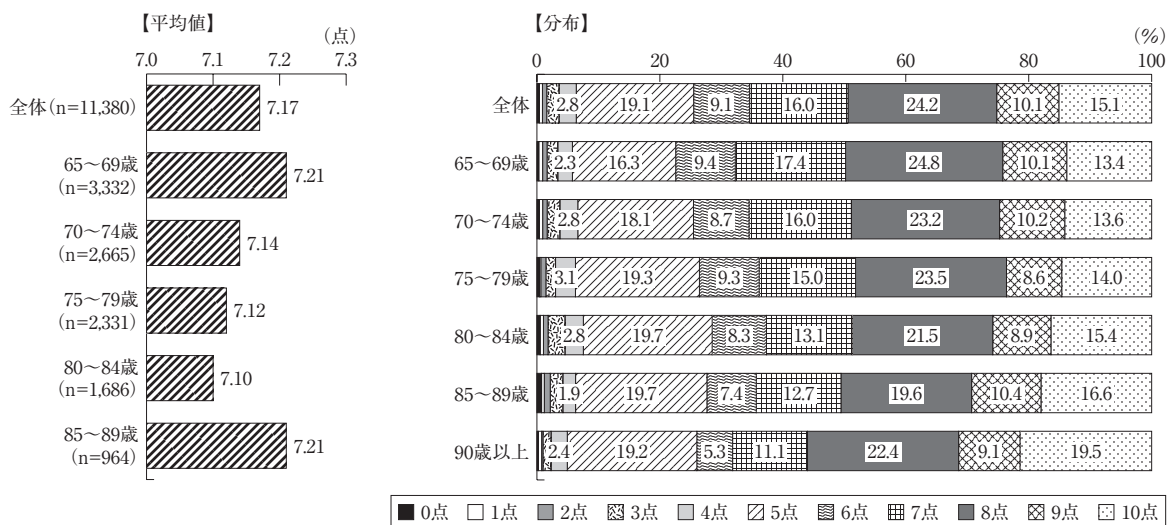
本調査で分析対象とした65歳以上の住民を対象とした日常生活圏域ニーズ調査では、幸福感の平均点は80代前半を底としたU字カーブを描いている(図表12)。65~69歳では平均7.21点であるのに対し、80

(図表11) 男女別 主観的幸福感(点数)



(資料) 「高齢者パネルデータ」をもとに日本総合研究所作成
 (注1) 主観的幸福感についての無回答者を除く構成比。
 (注2) 「全体」には性別不明を含む(以下同)。

(図表12) 年齢階層別 主観的幸福感(点数)の平均値と分布



(資料) 日本総合研究所作成

～84歳では7.10点まで下がり、90歳以上では7.41点となっている。先行研究では、加齢に伴って幸福感が低下するという傾向と、新しい世代ほど幸福度が低くなるという世代の影響が合わさって、幸福感が年齢に対してU字カーブを描いている、という指摘もある（大竹・黒川 [2013]）。

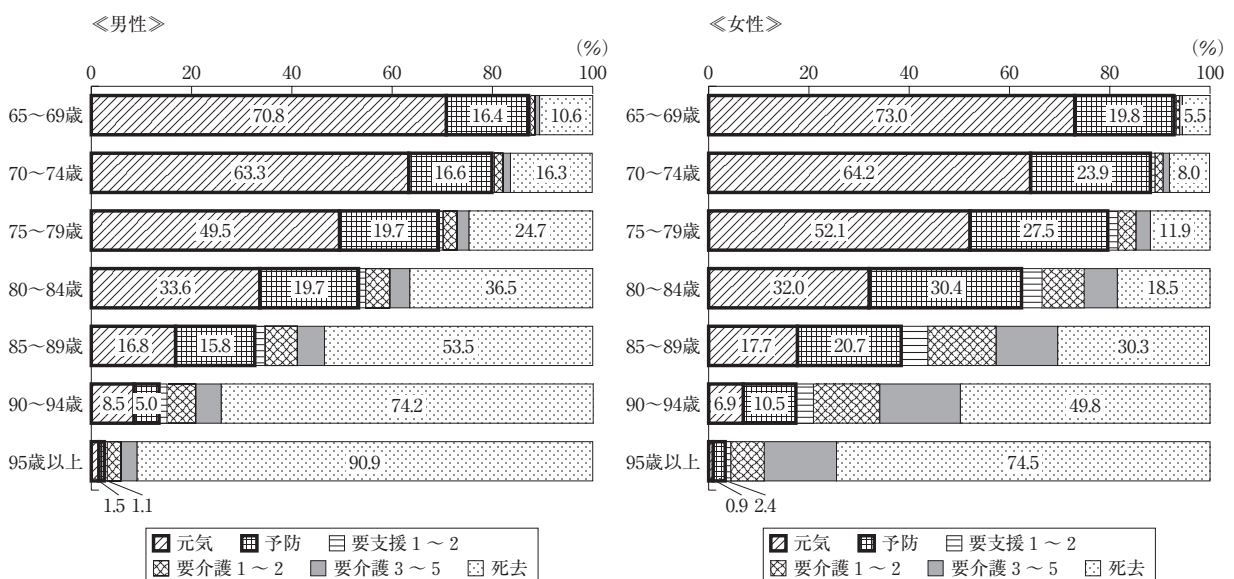
年齢に応じたU字カーブについては、順応と準拠集団という二つの要因が考えられる。順応は、加齢に伴う心身の変化が発生している過程において自分自身の健康や身体についての満足度がいったん下がるが、その状態に慣れてしまうと再び満足度が上がる、ということである（黒川・大竹 [2013]）。もっと良くなるはず、こんなはずではない、という思いがあると現状に不満が高まり幸福感は低下するのに対して、現状を受け容れることで幸福感が高まる（Merton [1949]、森ら [1961]）。

一方、準拠集団は、自分自身が幸福かどうかを判断する時の比較対象である。しかし、自らを誰とでも比較するわけではない（小塩 [2014]）。幸福感を判断するうえで比較の対象となる準拠集団として、「過去の自分」が27.2%、「平均的な日本人」が25.0%、「職場の同僚や知人」が18.0%、「本来あるべき自分」が11.9%、「学生時代の同級生」が10.2%という調査結果が報告されている（橋木・高松 [2018]）。また、福岡県民意識調査によると、幸福実感を判断するうえで重視した基準は、「将来への期待・不安」(66.0%)、「自分の理想との比較」(62.4%)、「過去の自分との比較」(34.2%)、「他人との比較」(23.1%)などとなっている。

日常生活圏ニーズ調査の回答対象は、多くの自治体において、要介護・要支援認定を受けていない高齢者である。具体的には、心身ともに元気な高齢者、あるいは下肢筋力・認知機能・口腔機能などが低下して、要介護になるリスクがある「予防」ゾーンの高齢者がアンケートに回答している。

日常生活圏ニーズ調査で幸福感を回答する際に判断の比較対象とする準拠集団が「同年代の平均的

(図表13) 男女別・年齢階層別 準拠集団 主観的幸福感(点数)



(資料) 日本総合研究所作成

(注) 「予防」は、厚生労働省から示された25項目のチェックリストに基づき、要支援・要介護状態になるリスクが高いと判定される人。(旧) 二次予防事業対象者相当。

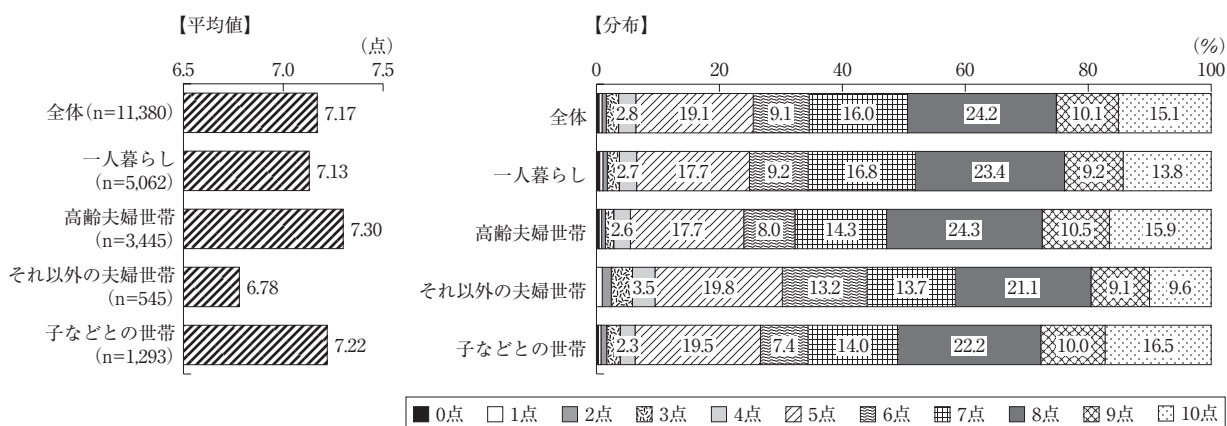
な日本人」と仮定すると、例えば70～74歳では、男女とも6割以上が「元気」に該当するため、同年代の大多数は「元気」であるように感じるだろう（図表13）。そのような状況で、自分が周囲の同年代に比べて、あるいは過去の自分と比較して衰えを感じると、幸福感が低下する要因になりうる。一方、85～89歳について生存率に照らすと、男性の半数以上、女性の約3割はすでに死去している。生存している人だけを見ても、要介護の人の割合が高くなり、「元気」または「予防」と答えている人は男女とも3～4割である。つまり、85～89歳になって、介護を必要とせずに生きているということは、同年代のなかで「元気なほう」であるといえる。「同級生のAさんは亡くなったし、Bさんは介護施設に入っているが、自分は持病があり足腰は弱ったとはいえ自立して生活しているので幸運なほうだ」という評価になるのだろう。また、現実との折り合いのなかで老化を受け入れ、「過去の自分」や「自分の理想」と比較し過ぎることが減るといふ面もあるだろう。

年齢が高くなると再び主観的幸福感が高まるというU字カーブについては、こうした背景が考えられる。

B. 世帯構成

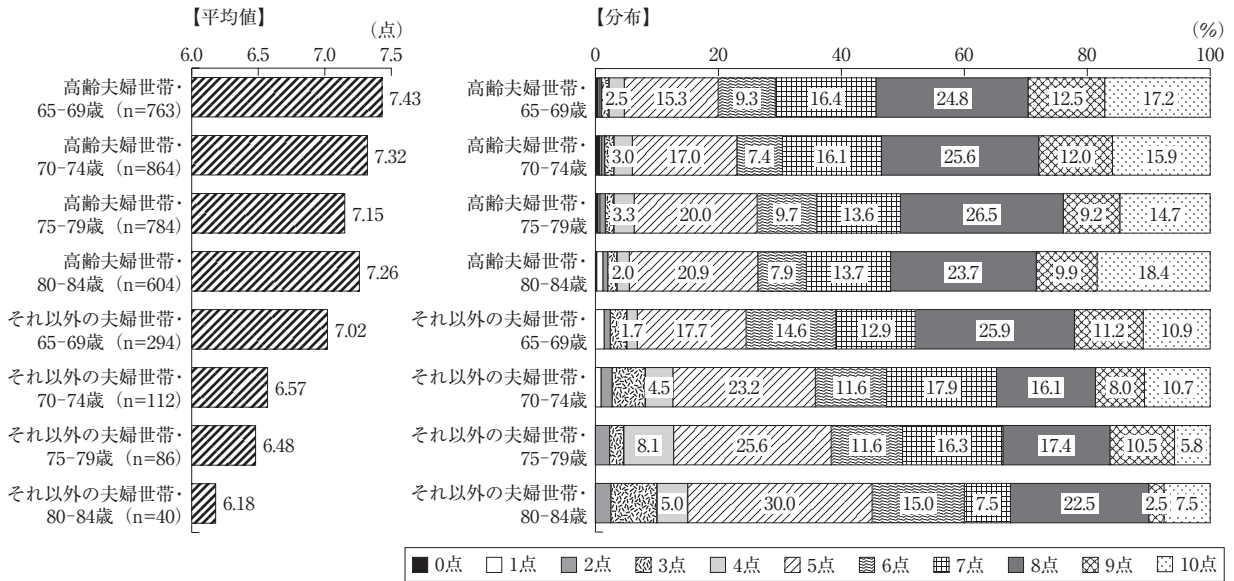
主観的幸福感の平均点数が最も高いのは、子などと同居している世帯に暮らす高齢者、次いで夫婦ともに65歳以上の高齢夫婦世帯である（図表14）。同じ夫婦二人暮らしの世帯であっても、一方が65歳未満の「それ以外の夫婦世帯」の方が主観的幸福感の点数が低い。日常生活圏域ニーズ調査の回答者は基本的に65歳以上であるため、この場合、回答者は自分よりも若い配偶者と同居している。回答者の年齢が上がるほど主観的幸福感の点数は低くなり、本人が80～84歳で、配偶者が65歳未満、つまり15歳以上若い配偶者がいる場合には、幸福感の平均点数が6.18点と、同年代の高齢夫婦世帯（平均7.26点）に比べて1点以上低い（図表15）。若い配偶者と自分を比較して心身の機能低下を認識すること、自分の加齢のつらさを配偶者が共感・理解してくれないこと、心身機能に応じたライフスタイルの不一致などが要因として要因の一つとして推察される。

（図表14）世帯構成別 主観的幸福感（点数）



（資料）日本総合研究所作成

(図表15) 世帯構成・年齢階層別 (抜粋) 主観的幸福感 (点数)

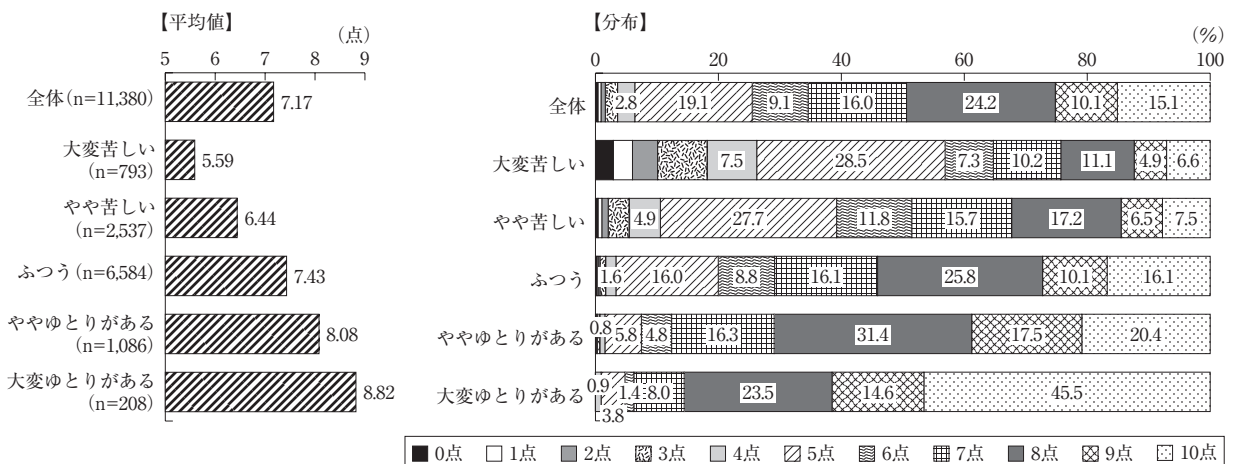


(資料) 日本総合研究所作成

C. 経済的状況

経済的にゆとりがある人のほうが、経済的に苦しい人よりも幸福感が高い、という非常にはっきりとした相関関係を見て取ることができる。所得や一人当たりGDPの上昇といった経済的変数によって幸福度が上昇するわけではないことが指摘されている（大竹・白石・筒井 [2010]）が、必要あるいは希望する支出に対して、収入あるいは取り崩せる貯蓄が少なく、「苦しい」と感じている場合には幸福感が低くなる。「大変ゆとりがある」「ややゆとりがある」層は、8点以上の人が全体の7割以上を占めるが、「やや苦しい」「大変苦しい」場合には、8点以上の人が2～3割にとどまる（図表16）。

(図表16) 経済的状況別 主観的幸福感 (点数)



(資料) 日本総合研究所作成

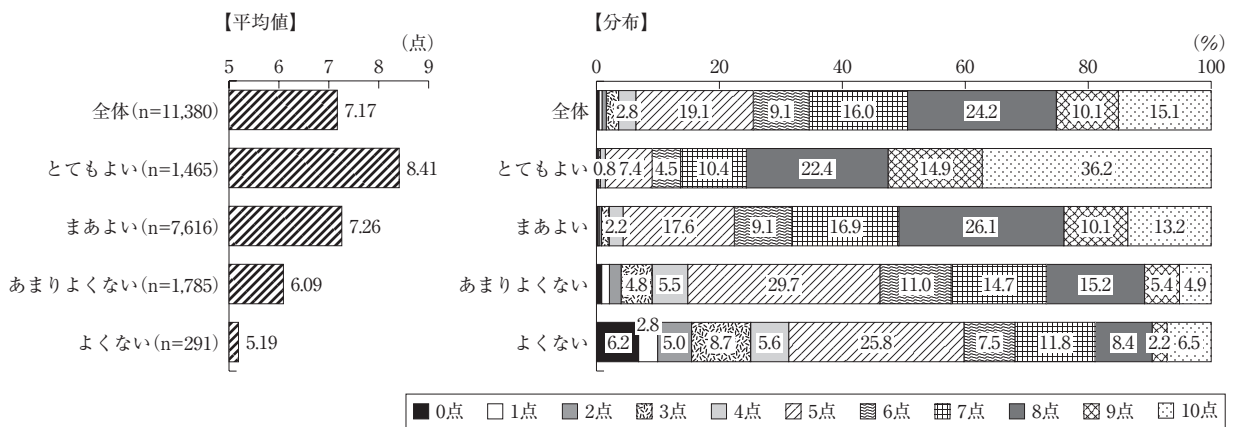
(3) 健康

主観的幸福感と健康との関係について、A.主観的健康状態・うつ状態、B.心身の状態変化の別に整理した。

A. 主観的健康状態ならびにうつ関連項目

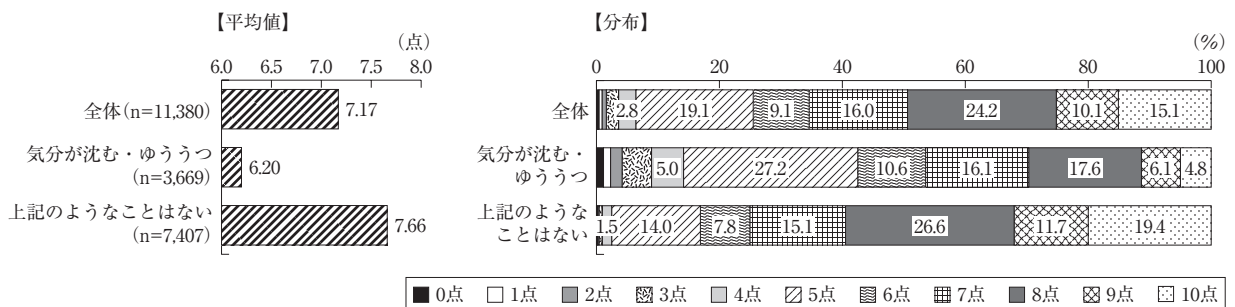
主観的健康状態（自分自身について健康だと思えるか）ならびにうつ関連の項目は幸福感和強い相関がある（図表17、18、19）。日常生活圏域ニーズ調査は、高齢者自身が回答するため、医師による客観的な診断ではなく、高齢者が自分自身について「健康であると感じるか」を尋ねるものとなっている。OECDガイドラインのSubjective Well-beingは日本語版の書籍では「主観的幸福」と訳されているが、Well-beingには「厚生」「福利」「健康で安心なこと」といった意味もあり、主観的健康状態と主観的幸福には密接な関係を持っている（小塩 [2014]）。OECDガイドラインの考え方に照らすと、自分の健康状態に対する自分自身の評価・満足度は幸福感的構成要因（sub-components）であると考えられる。主観的健康状態は、医師の診断ではなく自分自身が、健康状態を「良い」と感じているか「良くない」と感じているかである。持病があっても希望する生活を実現できていれば「良い」と感じ、軽い病状で

(図表17) 主観的健康状態別 主観的幸福感 (点数)



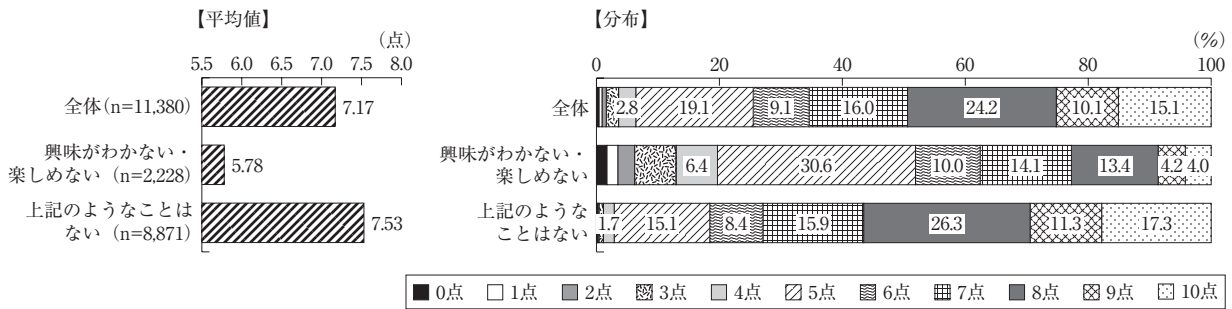
(資料) 日本総合研究所作成

(図表18) 気分が沈む・ゆううつになるか別 主観的幸福感 (点数)



(資料) 日本総合研究所作成

(図表19) 興味がわかない・楽しめないか別 主観的幸福感(点数)



(資料) 日本総合研究所作成

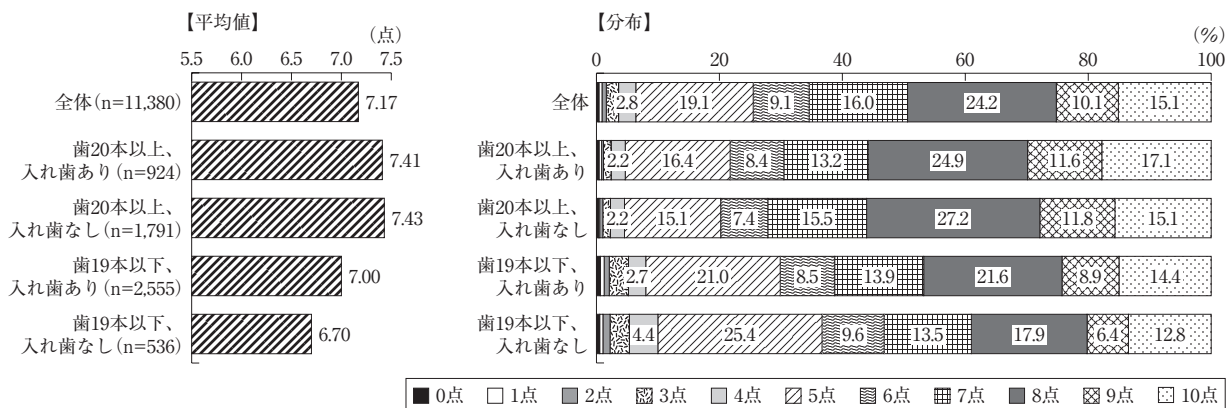
あってもそれによって生活が妨げられたり不便を感じているのであれば「良くない」と感じる可能性が高い。また、ゆううつであったり、興味がわかないなどの状態は、主観的健康状態の細項目であると考えられるが、このような精神状態は幸福感を左右する。そうした観点から、言葉は異なるが、主観的健康状態と主観的幸福感には共通する要素がある。

B. 心身の変化

日常生活圏域ニーズ調査では、調査時点での静的な状態を尋ねる設問と、一年前あるいは半年前と比べた動的な変化を尋ねる設問とがある。例えば、歯の本数や入れ歯の現状を尋ねるとともに、半年前に比べて硬いものが食べにくくなったかを尋ねている。歯が20本以上あれば、入れ歯の有無にかかわらず主観的幸福感ほぼ同様である(図表20)が19本以下かつ入れ歯を使用していない人が最も幸福感が低い。さらに歯の本数・入れ歯の利用という静的な状態よりも「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」などの動的な変化を感じる時に、主観的幸福感が低くなる傾向が見られる(図表21)。

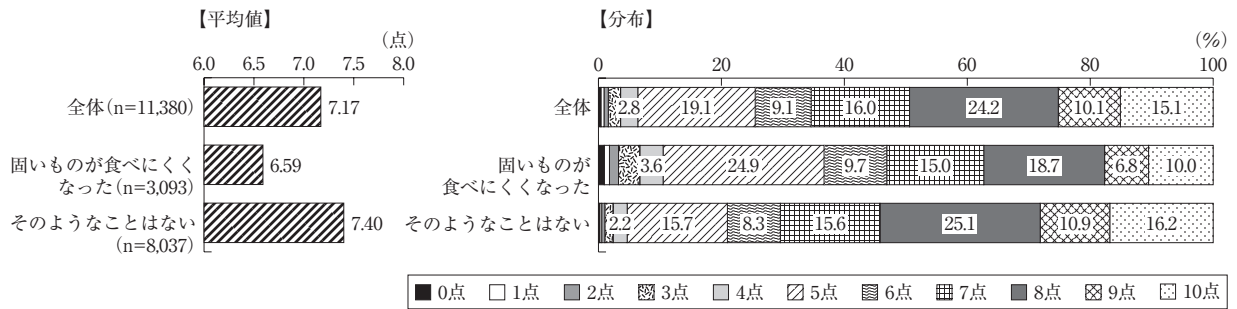
年齢による幸福感のU字カーブと同じように、負の変化が生じている間は主観的幸福感が低下し、安定した状態になると順応によって主観的幸福感が再び高まる傾向がある。

(図表20) 歯の状態別 主観的幸福感(点数)



(資料) 日本総合研究所作成

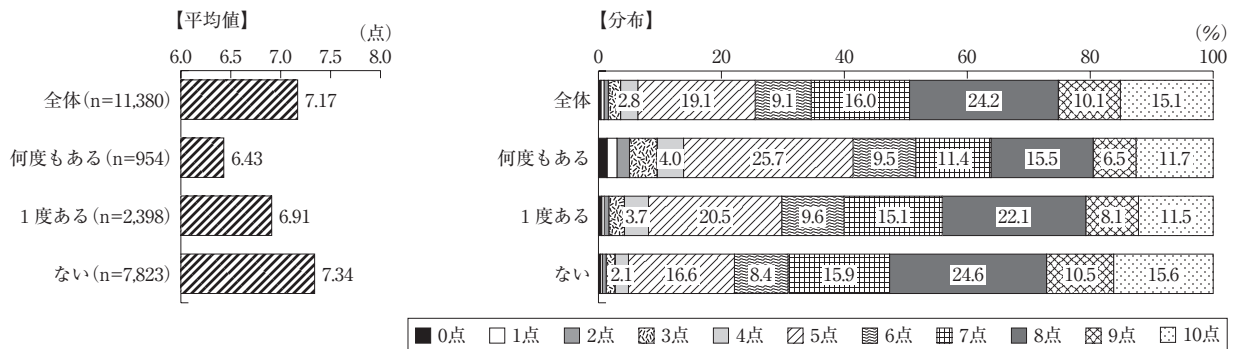
(図表21) 半年前と比較した固いものの食べにくさ別 主観的幸福感 (点数)



(資料) 日本総合研究所作成

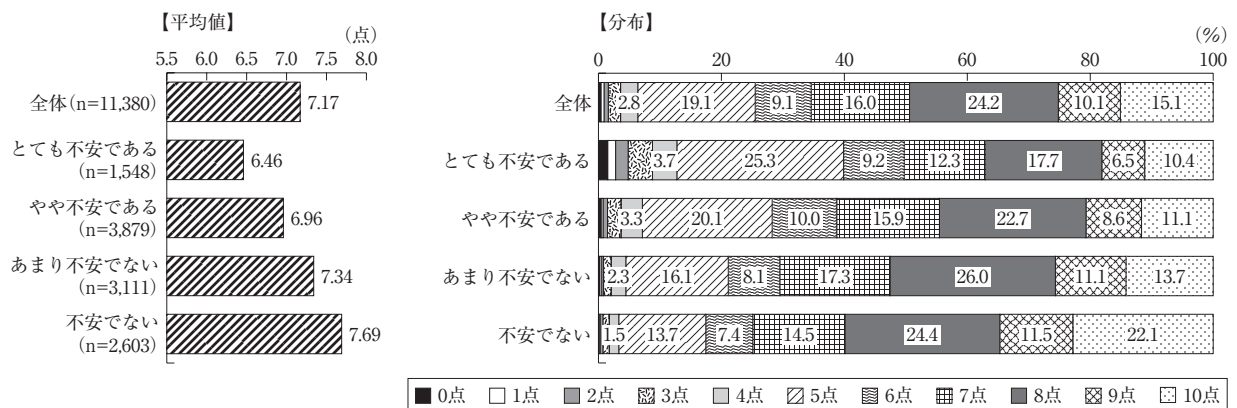
転倒については、実際に転倒した回数そのものよりも、「転倒が不安である」という気持ちのほうが幸福感を左右する傾向がある (図表22、23)。実際には転倒していなくても、ヒヤリハットの場面があったり、同年代の知人が転倒により重傷を負ったことを耳にするなどして不安が高まることで主観的幸福感を低下させる傾向があると考えられる。

(図表22) 直近1年間の転倒経験別 主観的幸福感 (点数)



(資料) 日本総合研究所作成

(図表23) 転倒に対する不安の度合い別 主観的幸福感 (点数)



(資料) 日本総合研究所作成

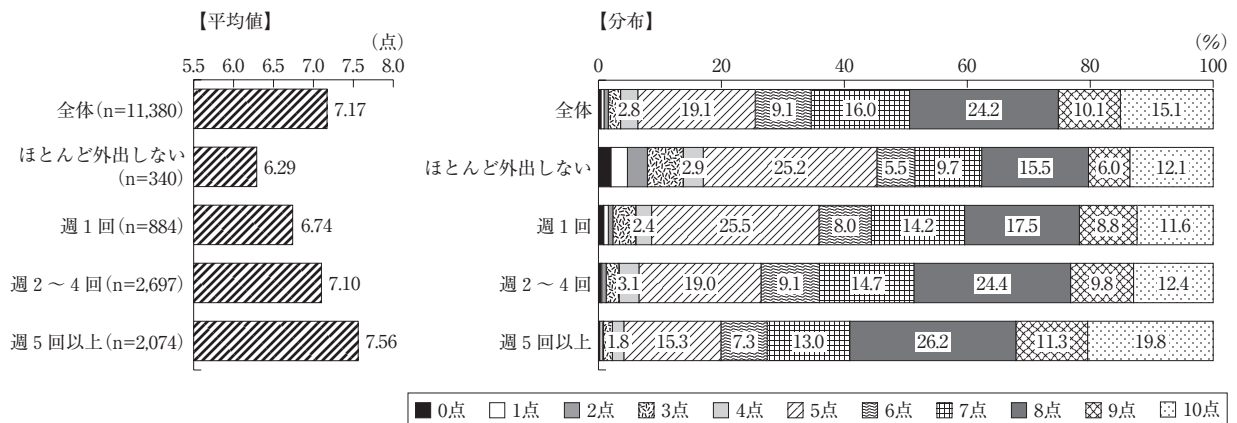
(4) 関係性（ライフスタイルや人とのつながり）

主観的幸福感と関係性について、A. 外出頻度などのライフスタイル、B. 交流の機会などの人とのつながりの別に整理した。

A. ライフスタイル

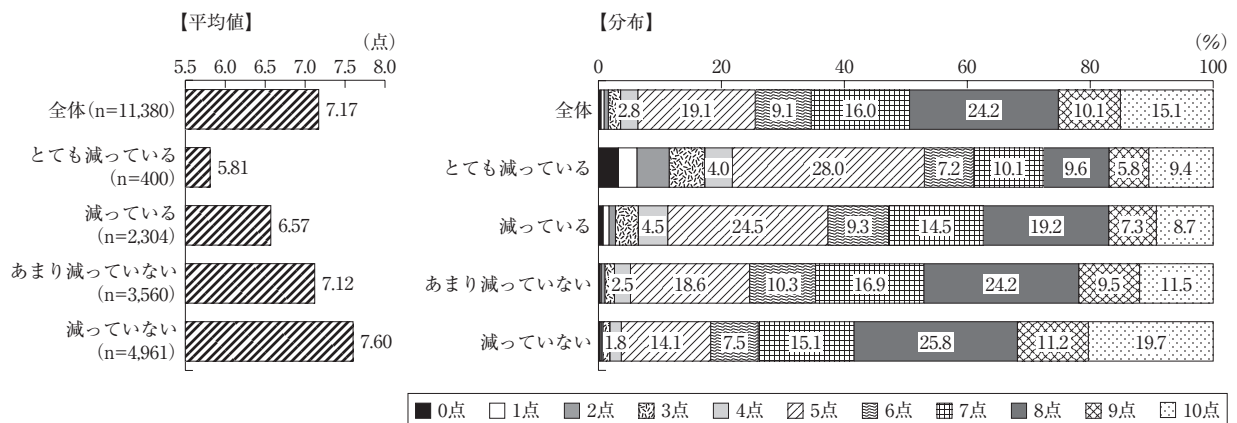
外出頻度が低い人のほうが外出頻度の高い人よりも主観的幸福感の点数が低い傾向があるが（図表24）、「昨年と比べて外出の回数が減った」という動的な変化があった人のほうが幸福感がより低くなる。昨年に比べて外出の回数が「とても減っている」人の幸福感の平均点数は5.81点であり、減っていない人（平均7.60点）に比べて2点近く低くなっている（図表25）。外出頻度の静的な状態の影響が低いことについては、もともと外出頻度が低い人や家で過ごすのが好きな人もいる、身体機能の低下や交通機関の利便性の低さにより思うように外出ができなくても外出が少ない暮らしに慣れてしまえばその生活を受容するようになる、等の要因が考えられる。

(図表24) 外出頻度別 主観的幸福感（点数）



(資料) 日本総合研究所作成

(図表25) 外出頻度の減少度合い別 主観的幸福感（点数）



(資料) 日本総合研究所作成

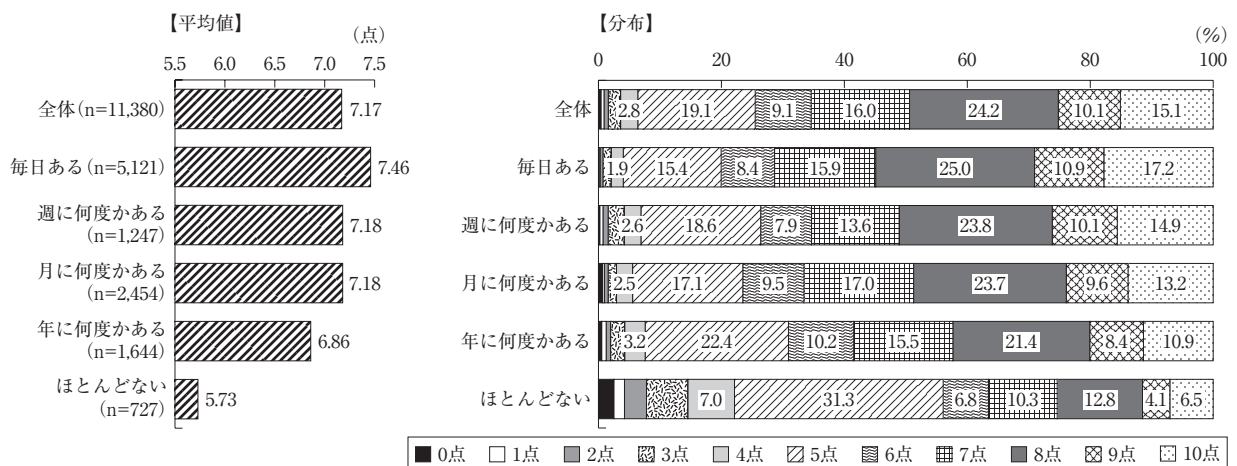
B. 人とのつながり

「人とともに食事をする」機会が多い人のほうが、少ない人に比べて主観的幸福感の点数が高い傾向がある。人とともに食事をする機会が「ほとんどない」人は、主観的幸福感が5点以下の人が過半数を占める（図表26）。また、趣味やスポーツのグループに参加している人は、全く参加していない人に比べて主観的幸福感が高く（図表27）、愚痴を聞いてもらう・聞いてあげる、看病をしてもらう・してあげる人が多岐にわたる人（例：配偶者、同居の子、別居の子、親戚、近隣、友人）ほど主観的幸福感が高い傾向がある（図表28、29、30）。

高齢者の主観的幸福感、全年齢層を対象とした先行調査と同様に、以下のような傾向があることが改めて確認できた。

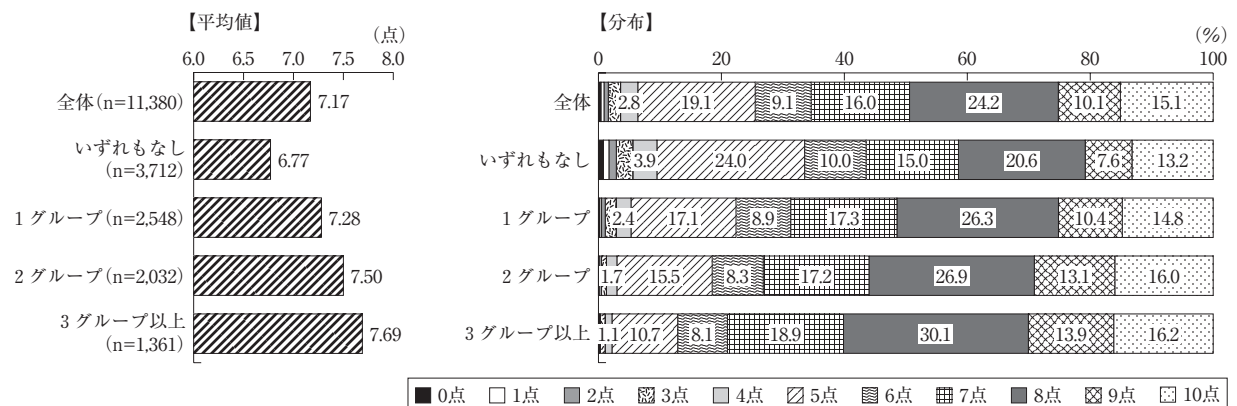
- 男性よりも女性のほうが主観的幸福感が高い。
- 経済的ゆとりがある人は経済的に苦しい人より幸福感が高い。

（図表26）人とともに食事をする機会の頻度別 主観的幸福感（点数）



（資料）日本総合研究所作成

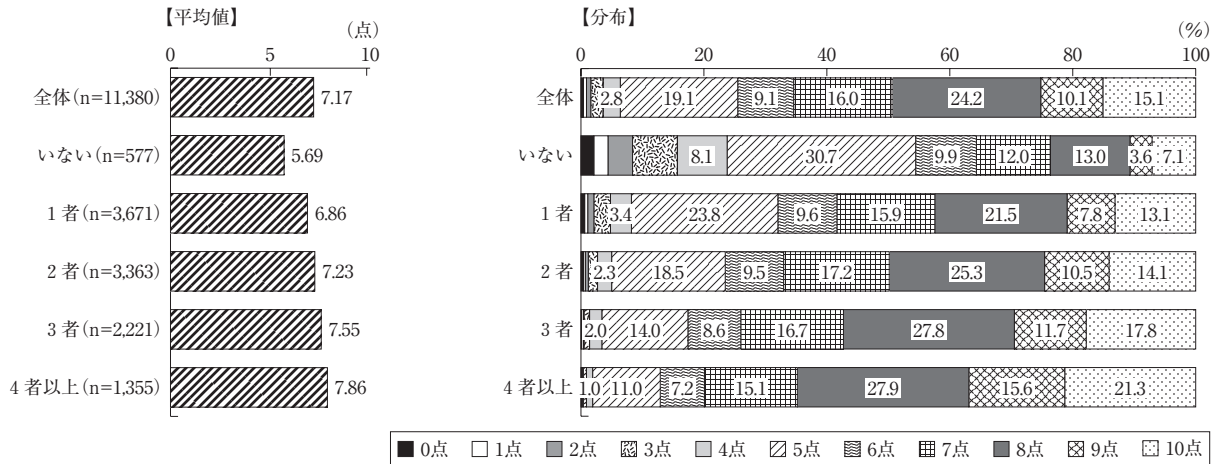
（図表27）趣味やスポーツのグループに参加している数 主観的幸福感（点数）



（資料）日本総合研究所作成

（注）ボランティア、運動、趣味、学習・教養の四つのカテゴリーのグループのうちいくつに参加しているかを集計したもの。仮に趣味のカテゴリーのなかで複数のグループに参加していても「1カテゴリー」としてカウント。

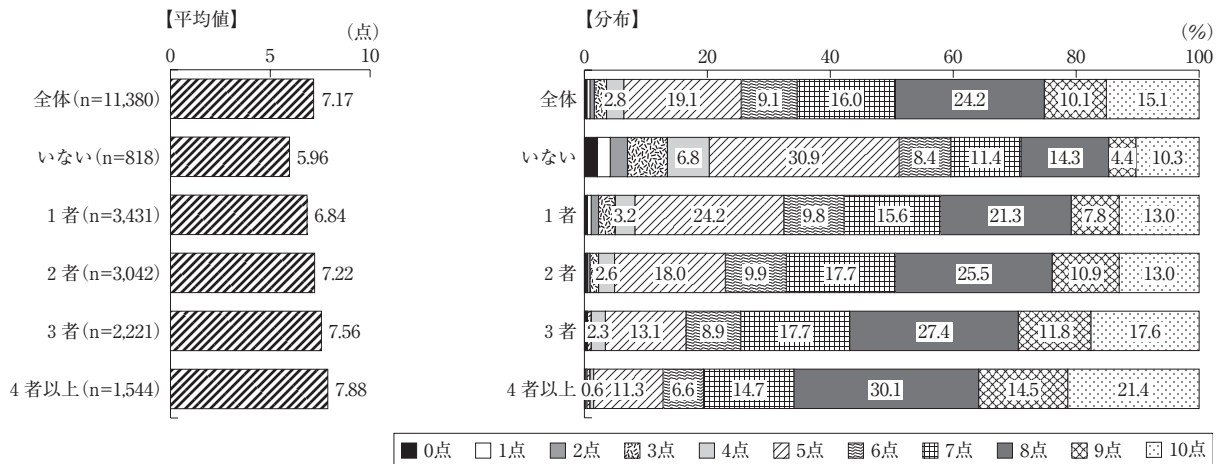
(図表28) 心配事や愚痴を聞いてくれる人の数別 主観的幸福感 (点数)



(資料) 日本総合研究所作成

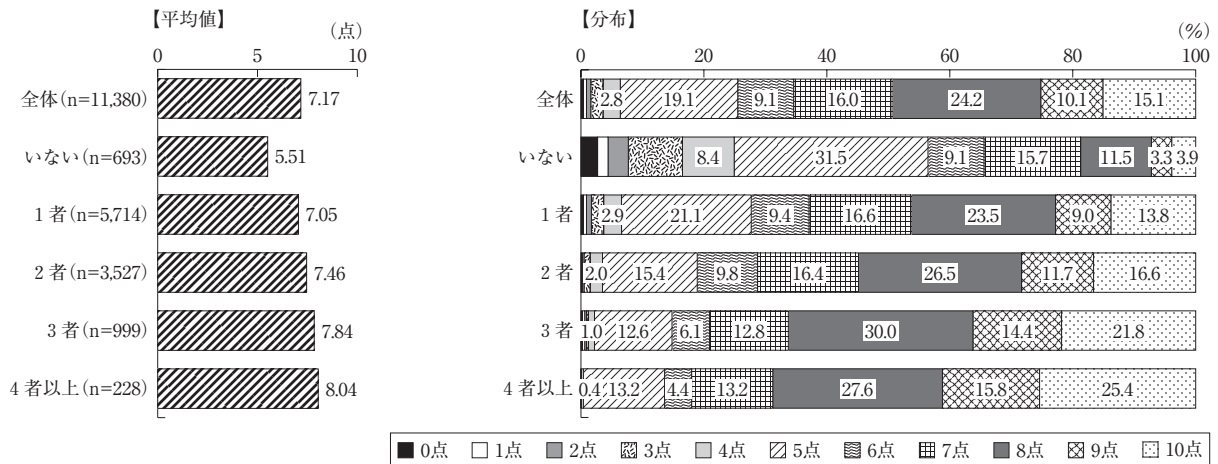
(注) 配偶者、同居の子ども、別居の子ども、兄弟姉妹・親戚・親・孫、近隣、友人、その他などそれぞれカテゴリーの幾つかに該当しているかを集計したもの。例えば子供が複数人いても1カテゴリーとして「1者」とカウント。

(図表29) 心配事や愚痴を聞いてあげる人の数別 主観的幸福感 (点数)



(資料) 日本総合研究所作成

(図表30) 看病をしてくれる人の数別 主観的幸福感 (点数)



(資料) 日本総合研究所作成

- 自分自身について、健康だと感じている（主観的健康状態が良好である）人は主観的幸福感も高い。ゆううつ・無気力な状態にある人は幸福感がかなり低い。

また、特に高齢者を対象とした本パネルデータの分析により、属性と主観的幸福感の関係として以下のような傾向が新たに明らかになった。

- 年齢が高くなるにつれて主観的幸福感は低下するが、80～84歳で底を打ち、85歳以上になると再び主観的幸福感が高くなる。
- 高齢夫婦世帯、子どもなど同居している世帯は、独居世帯よりも幸福感が高い。
- 年の離れた夫婦世帯は幸福度が低く、特に年齢差が大きいほど幸福度が低い。

さらに、介護保険にかかる計画策定の基礎データとして収集されている日常生活圏域ニーズ調査では、高齢者の心身の状態や暮らしについても調査対象としているため、以下のような関係が浮かび上がった。

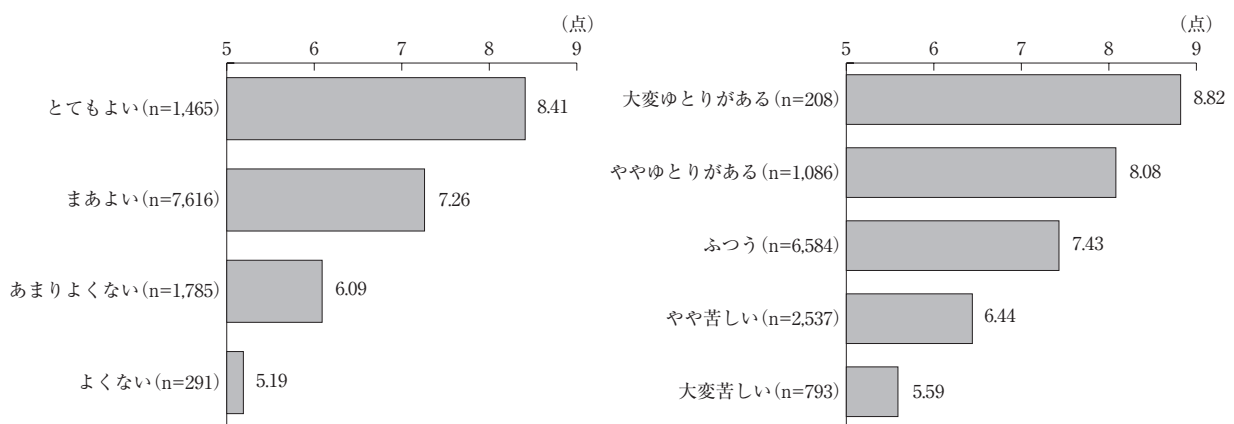
- 心身の状態と主観的幸福感には相関があるが、「入れ歯を使っている」「外出頻度が少ない」などの静的な状態よりも「ここ半年で固いものが食べにくくなった」「去年に比べて外出が減った」といった動的な変化のほうが主観的幸福感を下げる。
- 人と交流している人は主観的幸福感が高い。具体的には、人とともに食事をしている人や、趣味やスポーツなどのサークル活動に参加している人、愚痴や心配事を話したり聞いたりする相手がいる人は、主観的幸福感が高い。

4. 主観的幸福感に着目した高齢者の交流と介護予防

(1) 人との交流は「それでも幸せ」を実現する

主観的幸福感には、経済的状況や主観的健康状態と強く相関する（図表31）。もっとも、経済的状況は現役時代の就労や貯蓄などに拠る部分が多いため、高齢期になってから改善できる世帯は多くない。同様に、心身の健康について、健康づくりに励むことはできても、突発的な病気やケガなど回避できない状況も多い。

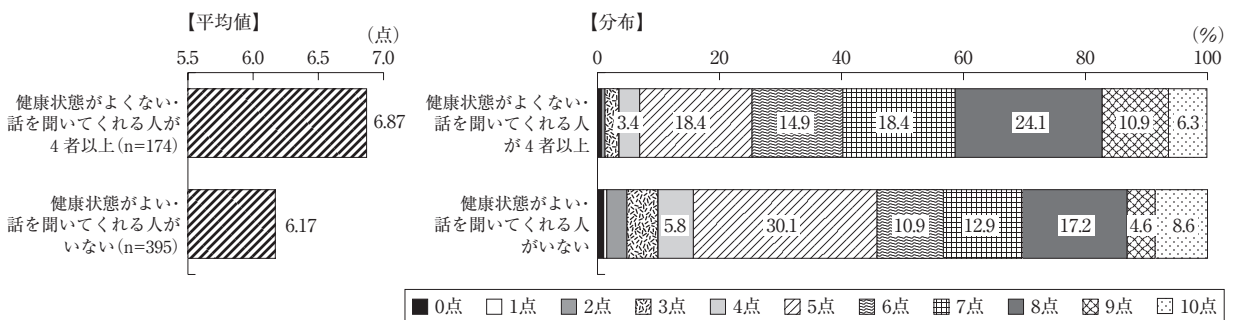
（図表31）主観的健康状態別（左）・経済的状況別（右）主観的幸福感の平均点



（資料）日本総合研究所作成

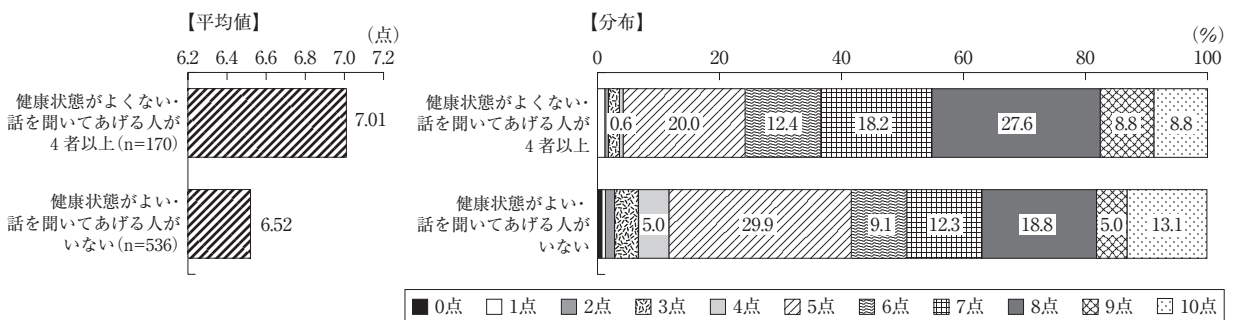
しかしながら、社会参加や人との交流によって、主観的幸福感を高めることができる。例えば、健康状態が「よくない」人でも、心配事や愚痴などの話を聞いてくれる相手が4者以上いる人（例：配偶者と子どもと兄弟と近所の人、など）の主観的幸福感の平均点は6.87点であり、健康状態が「よい」もの話を聞いてくれる相手がいない人の幸福感の平均値6.17点を上回る（図表32）。同様に健康状態が「よくない」人でも、心配事や愚痴などの話を聞いてあげる相手が4者以上いる人の主観的幸福感の平均点は7.01点であり、健康状態が「よい」が話を聞いてあげる相手がいない人の幸福感の平均値6.52点を上回る（図表33）。人とともに食事をする機会についても類似の傾向である（図表34）。

（図表32）健康状態・話を聞いてくれる人の有無別〔抜粋〕 主観的幸福感（点数）



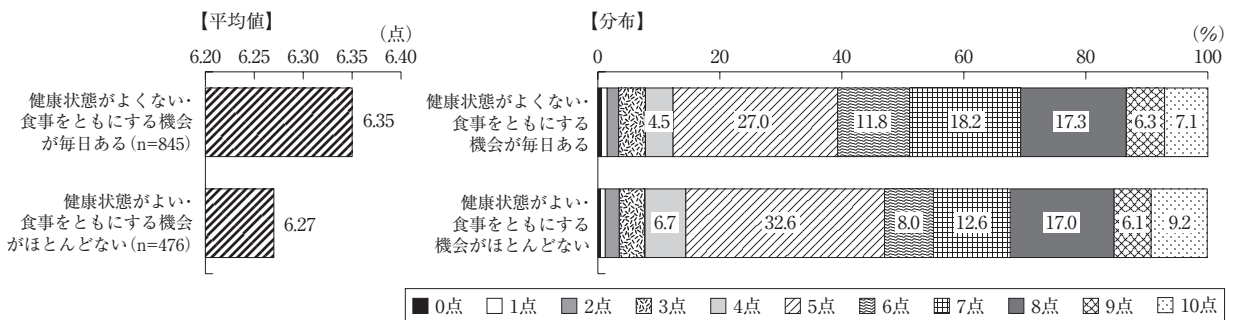
（資料）日本総合研究所作成

（図表33）健康状態・話を聞いてあげる人の有無別〔抜粋〕 主観的幸福感（点数）



（資料）日本総合研究所作成

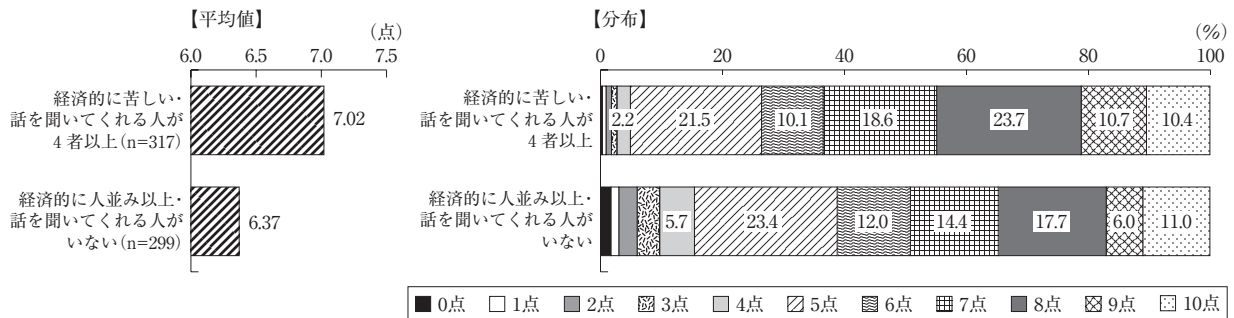
（図表34）健康状態・食事をとともにする機会の有無別〔抜粋〕 主観的幸福感（点数）



（資料）日本総合研究所作成

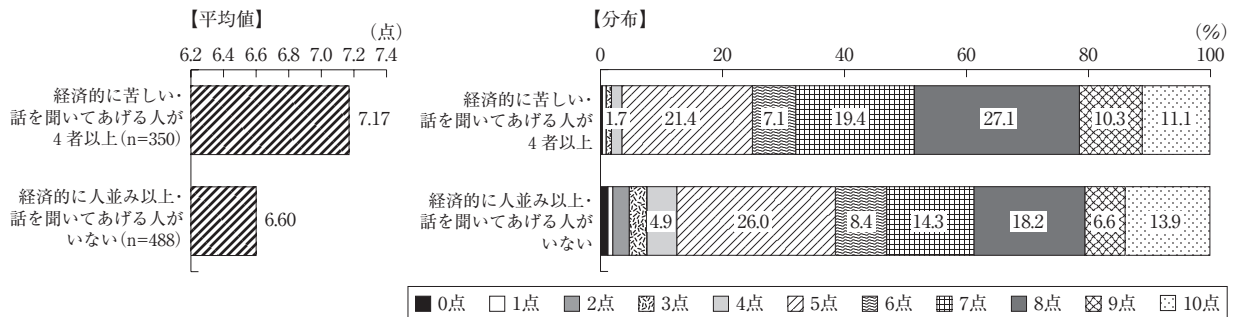
経済的に苦しくても、心配事や愚痴など話を聞いてくれる相手が4者以上いる人、聞いてあげる相手が4者以上いる人、食事をとにもする機会が毎日ある人は、経済的に「ふつう」「ややゆとりがある」「ゆとりがある」だが話を聞いてくれる相手がいない・聞いてあげる相手がいない・食事をとにもする機会がほとんどない人よりも幸福感の平均点は高い（図表35、36、37）。

（図表35） 経済的状况・話を聞いてくれる人の有無別〔抜粋〕 主観的幸福感（点数）



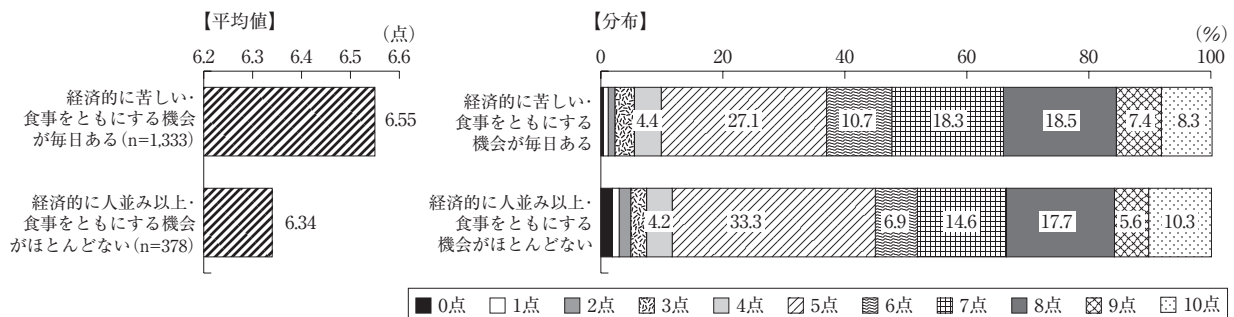
（資料）日本総合研究所作成

（図表36） 経済的状况・話を聞いてあげる人の有無別〔抜粋〕 主観的幸福感（点数）



（資料）日本総合研究所作成

（図表37） 経済的状况・食事をとにもする機会の有無別〔抜粋〕 主観的幸福感（点数）



（資料）日本総合研究所作成

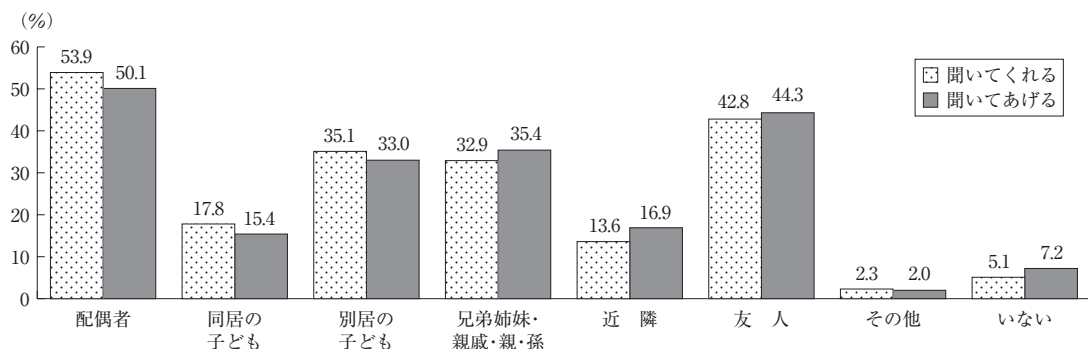
このように、健康状態が低かったり、経済的状况に厳しい状況においても、「ともに食事をする」「心配事や愚痴を話したり聞いたりする相手がいる」ことによって主観的幸福感を高めることができる。こ

これは、幸福感を高めるだけでなく、社会参加や交流によって介護予防につなげるという施策にも共通する。

(2) どのように高齢者の「交流」を実現するか

高齢者が心配事を話したり、聞いたりする相手として最も多いのは配偶者、次いで友人である（図表38）。しかし、配偶者はどちらかが先立てば一人になる。友人との集まりも、入院・施設入所・死去などによって出席者が減り、開催されなくなることが多い。高齢者は自動車の運転免許を手放したり、長時間の乗り物の利用が体力的につらくなり、移動できる範囲が狭くなって実際に人と会う機会が減少する。会わなくてもコミュニケーションは可能だが、書くことの負担が大きくなって年賀状じまいをする人が増えている。聞こえづらくなると電話がしづらいなど、心身の機能低下によってコミュニケーションの手段も限られてくる。

（図表38）心配事や愚痴を聞いてくれる人・聞いてあげる人の属性



（資料）日本総合研究所作成

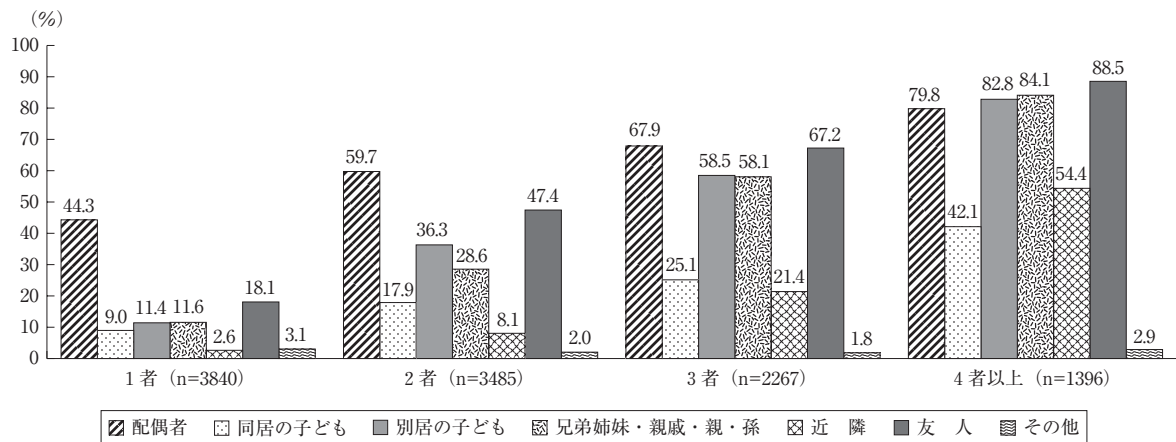
これらの変化を乗り越えて、交流を維持するために、高齢者の心身の変化を踏まえて三つの視点を提案したい。

A. 近隣の人も含めて重層的なコミュニケーション相手を維持する

第1は、コミュニケーションの相手を重層的に維持することである。配偶者、親友も重要であるが、生活圏域が狭くなっていくなか、あいさつや世間話をするような近隣の人との関係は若いとき以上に重要になる。近所づきあいがある人ほど主観的幸福感が高いという調査結果も報告されている（小谷[2013]、佐々木[2016]）。

日常生活圏域ニーズ調査の回答のなかには、愚痴や心配事を話す相手が4者以上いる人のうち、約9割が「知人」、約半数が「近所の人」を話し相手として挙げていた（図表39）。日常生活圏域ニーズ調査の自由回答のなかにも話し相手として「銭湯で会う人」などの回答もあった。家族、長年つきあっている友人、趣味や関心を共有する友人だけでなく、浅い人間関係でも、気軽に挨拶をしたり話をする相手の層を近隣に広く持つておくことがよいのではないだろうか。

(図表39) 心配事や愚痴を聞いてくれる人の数別 聞いてくれる人の属性 (複数回答)



(資料) 日本総合研究所作成

B. SNSなどのツールを活用してコミュニケーション手段が細るのを防ぐ

第2は、加齢とともに狭められるコミュニケーションの手段を、ツールによって解消することである。例えば、高齢になると、物理的に「会う」ことが難しくなる場合も多い。長時間の移動が負担になり同窓会にも欠席しがちになったり、連絡や日程調整をしていた幹事役が体調を崩して会合が開催されなくなったりする。長年つきあっている友人でも、子どもに呼び寄せられて転居したり、介護施設やサービス付高齢者住宅に入所・入居するなど、物理的な距離によって「会う」のが難しくなる場合も多くなる。

会って話をするのが難しいという物理的な障壁や、耳が遠くて電話で何度も聞き返すのが嫌だといった心理的な障壁を乗り越えるために、ツールを活用するというのも一つの選択肢であると考えられる。

気の置けない友人であるから逆に対面でなくてもコミュニケーションをとりやすい。筆者は2019年2月に、シニアが集まる拠点で、FaceTimeを用いた「バーチャル女子会」の実験を行った。もともと対面の知り合いではあるが、テレビ電話の経験がほとんどない高齢女性の二つのグループを別々の会場に配置し、テレビ電話を介してどれくらいのコミュニケーションが可能かを検証した。開始前には「なんで映るの?」「スマホでテレビ電話が使えると聞いたことはあるけれどやったことはない」「使ったことがないボタンを触ってしまうと終了させる方法が分からないから怖い」と言っていた参加者が、画面の向こうの高齢者に話しかけ、大声で笑い、「楽しかった」「またやりたい」と感想を残していった。現在の60~80代は経験がないだけで実際に体験すればハードルは下がる。現在、60代のスマートフォンの保有率は45.1%で、タブレットも20.6%に上る(総務省[2018])。FaceTimeやSkypeなど、若い人の間では当たり前になりつつあるテレビ電話などのツールによる「対面コミュニケーション」は、これから後期高齢者となる団塊世代では十分に現実的な方法となる。

高齢者は話題の寄り道・脱線が増え、「言葉が喉まで出かかって出ない」ことも多くなる。また耳が遠くなってとくに電話での会話は難しくなる。聞き取れないこと、あるいは聞き返すことがストレスになる。これらの高齢者の特徴を踏まえると、文字によるコミュニケーションも重要である。自分のペースでメッセージを作成でき、忘れてしまっても再度読み返して確認することができる。また生活時間帯

が異なり、忙しい相手の時間を邪魔してしまうという遠慮も大幅に軽減できる。

60代のフィーチャーフォン（ガラケー）の保有率は51.6%であるが（総務省 [2018]）、ガラケーのショートメッセージ機能を利用しているという高齢者は少なくない。通信料が安価であるほか、「忙しく働いている子どもが、時間が空いているときに読んでくれたらいい」といった声も聞く。さらに、60代のLINEの利用率は39.8%と、3年前と比較して3.5倍以上に伸びている（総務省 [2018]）。仲間が利用していると利用率が加速度的に高まるため、今後更なる普及が予想される。また、現役時代に仕事でパソコンを使っていた男性にとっては、引退後もパソコンの電子メールをコミュニケーション手段として用いている場合も多い。

LINEや電子メールによって、ショートメッセージのような一対一のコミュニケーションだけでなく、グループでのコミュニケーションも活発になるだろう。

C. 「リアルな人間」以外とのコミュニケーションの可能性を探索する

第3は、必ずしもコミュニケーションの相手を「リアルな人間」に限定しないことである。人間の感情や幸福感を測定する試みや、ロボットに感情のような機能を盛り込む研究が進められている。コミュニケーションロボットやチャットボットとの会話を通じて、交流がもたらす幸福感を実現できる可能性はある。

通いの場に久しぶりに来た高齢者から、「お盆休みの間は誰とも話をしなかったから声が出づらい」という発言を聞いたことがある。たとえ、スマートフォンやスマートスピーカーに内蔵されたAIアシスタントが相手であっても、発話に対して応答があることで「会話をしている」状態になる。また、独居高齢者がコミュニケーションロボットを利用した実証実験では、日中の活動量が増えて睡眠が深くなる、外見や会話が愛らしいロボットが高齢者に親近感を引き起こし、「思わず相手をしてしまう」などの結果が報告されている（住環境研究所 [2018]）。

コミュニケーションロボットやスマートスピーカーの効果についてはまだ検証の途上であるが、交流の機会拡大の選択肢の一つとして考えられる。

(3) 交流の実現のためにそれぞれの立場からできること

市町村は、介護保険の地域支援事業や地域福祉の枠組みにおいて、高齢者の交流の機会を拡大しようとしている。「通いの場」や「サロン」などリアルな拠点の整備が数多く行われている。そのような場における催しの内容や雰囲気が好きな高齢者にとって、外出と交流のきっかけとなる重要な社会資源である。しかし、それだけでは多様な高齢者のすべてのニーズを満たすことは難しい。世間話が苦手な人はもちろんのこと、例えば人づきあいが好きで自治会館でのサロンに通っていた人でも「畳の上に座っているのがつらいから」「耳が遠くて聞こえづらいから」などの理由で参加が難しくなる場合もある。例えば拠点で、スマホやタブレットなど新しいコミュニケーションツールを体験して抵抗感を減らしたり、操作する技術を獲得することで、拠点に通うことが難しくなった場合でもコミュニケーションを遮断しないような仕組みにしていくことが、今後、有効になるだろう。

また、事業者や企業の立場からはこれらのコミュニケーションツールを、高齢者にとってより使いや

すいものにしていくことが課題である。指先が乾燥している高齢者はスマホやタブレットの画面が反応しなくてストレスを感じている人も多い。あるいは音声認識も、義歯などのために滑舌が悪かったり、声が小さかったりするために、正しく認識されないこともある。コミュニケーションロボットの開発のために、人間の感情推定技術などが開発の途上にあるが、高齢者特有の表情や声の特徴を捉えて、識別の精度を上げていくといった課題もあるだろう。コミュニケーションロボットやチャットボットが高齢者の交流をどのように変え、主観的幸福感を高めたり、介護予防行動を促したりするかについて、調査研究を蓄積し、その効果を高めていくことも重要になる。

5. むすびに

現在は高齢者世帯のうち独居世帯は約3割だが、2040年には高齢者世帯の約4割にあたる900万世帯が独居となると予想されている（国立社会保障・人口問題研究所 [2018]）。現在は夫婦のみ世帯のほうが独居世帯よりもわずかに多いが、2040年には大きく逆転する。生涯未婚率は男性23.4%、女性14.1%であるが、2040年には男性29.5%、女性18.7%まで上昇するという推計もある（内閣府 [2018]）。また結婚していても、男性と女性の平均寿命には6.17年の開きがあり、多くの女性は配偶者に先立たれる。夫婦世帯でも女性の最期は「おひとりさま」の生活が平均して約6年間続くことになる。

高齢期には、重大なライフイベントと、慢性的なストレスにさらされる。ライフイベントとしては、退職・離職、配偶者や大切な友人の喪失や死別、自分や身近な人が病気などにより生命の危機にさらされること、施設入所や子からの呼び寄せにより住み慣れた家を離れることなどがあり、ライフイベントに伴う急な大きな出費のため世帯全体が経済的な窮地に立たされることもある。慢性的なストレスとしては、心身の機能低下、健康状態の減退、家族の介護負担、経済的な問題や社会的孤立などがある。

これら、それまでの人生で経験したことのない試練が、同じタイミングで一気に発生する場合も多い。これらのライフイベントとストレスは、うつ病を誘引し、主観的幸福感を大きく引き下げる。しかも多くの人是一人暮らしであり、病院へのお見舞いや友人のお葬式から家に帰っても面と向かって分かち合える相手はいない。つらさを自分の胸に抱えながら乗り越えられる強靱かつしなやかな精神の持ち主もいるが、そうではなく、気分が落ち込み、食事を充分に取らなかったり、家に閉じこもりがちになったりする場合も多い。そこから、生活が不活発になり、主観的幸福感も下がり、さらに意欲が低下して不活発になり、要支援・要介護状態に陥るといった連鎖になりかねない。

一人で抱え込むのではなく、つらさを誰かに話をして分かち合うことは、試練を乗り越えたり、折り合いをつけて受容したりしやすくなる。愚痴や心配事を話したり聞いたりする相手が多い人は、健康状態が良くなくても、主観的幸福感が高いというデータは、そのような構造の裏付けであるともいえる。そして主観的幸福感を維持できれば、介護予防につながるような活動的な生活を送ること、健康維持向上のための努力を行うことにつながりやすい。

高齢者の大多数が「おひとりさま」となる2040年の社会において、同居家族だけに頼るモデルは過去のものとなる。公的介護保険の財政も、介護人材も限られているなか、要介護状態ではない高齢者向けの公的サービスが手厚くなることを期待するのも難しい。そのようななかで、離れた家族・友人・近隣住民とのコミュニケーションを多層的に維持することは高齢期に押し寄せる数々のライフイベントやス

トレスの波を乗り越えるために欠かせない武器となるだろう。交流によって高齢期における主観的幸福感の低下を防ぐことで、介護予防につながる前向きな行動を取りやすくなり、交流と心身の健康維持がさらなる主観的幸福感を招くという好循環の鍵となる。団塊の世代がこれから後期高齢者となろうとする今こそが、この好循環を起こすうえで絶好のチャンスなのではないか。

(2019. 3. 25)

参考文献

- ・大竹文雄・黒川博文 [2013]. 「日本人の幸福度—経済学は幸せを語るか」『アステイオン』079号、サントリー文化財団
- ・大竹文雄・白石小百合・筒井義郎 [2010]. 『日本の幸福度 格差・労働・家族』日本評論社
- ・大橋美幸 [2018]. 「一人暮らし高齢者の幸福度からの支援の検討」『函館大学論究』49(2)
- ・小塩隆士 [2014]. 『「幸せ」の決まり方—主観的厚生を経済学』日本経済新聞出版社
- ・黒川博文・大竹文雄 [2013]. 「幸福度・満足度・ストレス度の年齢効果と世代効果」『行動経済学』第6巻
- ・経済協力開発機構 [2015]. 『主観的幸福を測る OECDガイドライン』明石書店
- ・厚生労働省 [2006]. 『介護保険制度改革の概要（パンフレット）～介護保険法改正と介護報酬改定～』
- ・厚生労働省『これからの介護予防』 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf>
- ・厚生労働省 [2012a]. 第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係る アンケート調査結果について <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002hvi8.html>
- ・厚生労働省 [2012b]. 『介護予防マニュアル（改訂版:平成24年3月）』
- ・厚生労働省 [2015]. 「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」厚生労働省告示第196号（平成27年3月31日）
- ・厚生労働省 [2017]. 『介護給付費等実態調査月報（平成29年11月審査分）』
- ・厚生労働省 [2018]. 『平成29年度介護給付費実態調査報告』
- ・厚生労働省 [2018]. 『平成29年簡易生命表』
- ・厚生労働省 [2018]. 『平成28年度介護保険事業状況報告（年報）』
- ・幸福度に関する研究会 [2011]. 『幸福度に関する研究会報告—幸福度指標試案—』内閣府 <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/npu/policy09/pdf/20120224/sankou2.pdf>
- ・国立社会保障・人口問題研究所 [2018]. 『日本の世帯数の将来推計（全国推計）』（2018（平成30）年1月推計）
- ・小谷みどり [2013]. 「人づきあいと幸福度との関係」第一生命経済研究所『Life design report』（205）, 16-23
- ・佐々木健吾 [2013]. 「行動や習慣が主観的幸福度に与える影響」『名古屋学院大学論集 社会科学篇』第49巻第3号

- ・ 佐々木宏樹 [2016]. 「主観的幸福度アプローチによる都市と農村の比較分析」 農林水産政策研究所『農業・農村の新たな機能・価値の評価手法開発』
- ・ 自立と分散で日本を変えるふるさと知事ネットワーク [2012]. 『共同プロジェクト』 http://www.pref.fukui.lg.jp/doc/seiki/furusatotijinetwork_d/fil/028.pdf
- ・ 株式会社住環境研究所 [2018]. 「会話促進により生活改善の効果を確認—高齢者個人宅におけるコミュニケーションロボットの実証実験結果—」 2018年3月20日ニュースリリース
- ・ 総務省情報通信政策研究所 [2018]. 『平成29年情報通信メディアの利用時間と情報行動に関する調査報告書』
- ・ 袖川芳之・田邊健 [2007]. 「幸福度に関する研究～経済的ゆたかさは幸福と関係があるのか～」 ESRI Discussion Paper Series No.182、内閣府 http://www.esri.go.jp/jp/archive/e_dis/e_dis182/e_dis182_01.pdf
- ・ 高尾真紀子・保井俊之・山崎清・前野隆司 [2018]. 「地域政策と幸福度の因果関係モデルの構築—地域の政策評価への幸福度指標活用可能性—」 『地域活性研究』 第9号
- ・ 高瀬 幸子 [2014]. 「高齢者のコーピングタイプによる事例分析」 『ソーシャルワーク学会誌』 24巻 p.1-13
- ・ 橋木俊詔・高松里江 [2018]. 『幸福感の統計分析』 岩波書店
- ・ 辻大士・高木大資・近藤尚己・近藤克則 [2017]. 「基本チェックリストと健診データを用いた縦断研究に基づく要支援・要介護リスク評価尺度の開発」 『日本公衆衛生雑誌』 64(5)
- ・ 辻隆司 [2014]. 「幸福度指標を巡る国内外の動向に関するサーベイ」 『九州工業大学研究報告』 62巻
- ・ 辻隆司 [2017]. 「地方公共団体における幸福度関連指標の導入事例—門真市のケース—」 『愛知大学経済論集』 (204・205号)
- ・ (財)東北活性化研究センター [2012]. 「幸福度の定量化に関する調査研究 中間報告書」 <https://www.kasseiken.jp/pdf/library/guide/23fy-09.pdf>
- ・ 内閣府 [2018]. 『平成30年版 少子化社会対策白書』
- ・ 内閣府 [2010]. 第1回幸福度に関する研究会 2010年12月22日 資料9 <http://www5.cao.go.jp/keizai2/koufukudo/shiryou/1shiryou/9.pdf>
- ・ 成田太一・小林恵子・関奈緒・齋藤智子・伊藤由香・武田伸子 [2018]. 「保健福祉サービスを利用していない独居後期高齢者の社会的孤立の実態と孤立移行に関連する要因の検討」 『新潟大学保健学雑誌』 15巻1号
- ・ 橋本京子・子安増生 [2011]. 「楽観性とポジティブ志向および主観的幸福感の関連について」 日本パーソナリティ心理学会『パーソナリティ研究』 19(3), 233-244
- ・ 広井良典 [2016]. 「幸福政策は可能か—幸福をめぐる理念と公共政策」 第5回日本ポジティブサイコロジイ医学会学術集会 (2016年10月22日) 講演録
- ・ 深堀敦子・鈴木みずえ・グライナー智恵子・磯和勅子 [2009]. 「地域で生活する健常高齢者の介護予防行動に影響を及ぼす要因の検討」 『日本看護科学会誌』 29巻1号
- ・ 福岡県 [2018]. 『平成30年度県民意識調査報告書』 <http://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/>

life/332849_53590722_misc.pdf

- ・松島みどり・立福家徳・伊角彩・山内直人 [2013]. 「現在の幸福度と将来への希望～幸福度指標の政策的活用～」『New ESRI Working Paper』2013年6月、内閣府経済社会総合研究所
- ・村井千賀 [2015]. 「これからの介護予防」『理学療法学』42巻8号
- ・Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. [2018]. “World Happiness Report 2018”, New York: Sustainable Development Solutions Network.
- ・OECD [2013]. “OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being” OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>
- ・OECD [2017]. “How’s Life? 2017: Measuring Well-being” OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/how_life-2017-en