

在宅一人暮らし高齢者を取り巻く互助、共助と 生活の質の関連について

Quality of Life for Single Elderly People: Effect of Interaction in Community Activities.

藤島 法仁

I. 研究の目的

現在、少子・高齢化と小家族化にともなう家族機能の縮小、都市化にともなう地域社会関係の希薄化と、高齢者を取り巻く状況は大きく変化している。その一方で、2009年現在、65歳以上高齢者のいる世帯に占める一人暮らし高齢者の割合は23.0%（463万世帯）、2030年には37.7%（717万世帯）に増加することが予測されている。家族や地域が変化する中で、在宅一人暮らし高齢者の自立生活をどのように支えるのか、超高齢社会を迎えた日本が抱える1つの検討課題である。

このような状況において、地域福祉の分野では、支え合う関係の形成が提案されている（全国社会福祉協議会 2008）。支え合う関係とは、「住民が近隣住民のちょっとした変化に気づき、それを解決すべき課題として共有し解決していく、あるいは専門的対応が必要な場合、住民が専門家や行政に通報し公的な福祉サービスにつなげる」関係、いわば「気づき、共有・解決し、つなぐ」関係である。このような関係を行政、住民、町内会・自治会、ボランティア・NPO、民生委員、社会福祉協議会（以下、社協）などが協働してつくることが提案されている。

しかし、支え合う関係は目標となる関係であり、地域には、森岡（1993）が指摘するように、互助＝近隣住民相互の助け合いと、共助＝所属する集団を媒介とする扶助が存在する。目標となる関係は現に存在する関係を見直し形成していく必要があり、そのためには現在、存在する関係についての分析が欠かせない。在宅一人暮らし高齢者の自立生活維持という観点から、それぞれの地域において、在宅一人暮らし高齢者の自立生活は互助、共助とどのような関連をもっているのか。互助と共助が活発であればその地域の一人暮らし高齢者の自立生活は維持されるのか。もし維持されるのであれば互助と共助はいかに活発にすることができるのかということについて検討することが必要になる。

そこで本稿では、在宅一人暮らし高齢者の自立生活と互助、共助の関連について検討する。本稿における自立生活とは一定の生活の質（QOL）が保たれた状態を指し、自立生活の程度についてはQOL尺度を用いて測定する。後述する4つの地区の在宅一人暮らし高齢者のQOL、互助、共助について、第1に、地域間比較を行い、第2に、それぞれの地域における在宅一人暮らし高齢者のQOLと互助、共助の関連について検討する。

II. 研究の方法

1. 事例地の選定について

事例地の選定について、1つは、互助の程度に注目し、ここでは、互助が希薄化している都市部（A地区、B地区）と混住化地域（C地区）、互助が色濃く残る農村部（D地区）を取り上げた。もう1つは、互助が希薄化する地域においてどのような福祉活動が展開されているかに注目した。地域の福祉活動は住民に働きかける促進者（ファシリテーター）と、その活動を地域に広げる組織的基盤の役割が重要である¹⁾。ここでは、促進者として民生委員、組織的基盤として町内会・自治会に注目し、自治会が活動を主導する都市部マンション地区（A地区：都市部・自治会主導型）、民生委員が孤軍奮闘する都市部マンション地区（B地区：都市部・民生委員単独型）、民生委員と町内会・自治会が協働する混住化地域（C地区：混住化地域・協働型）、互助が色濃く残る農村地区（D地区：農村部）を事例地とした。

2. 地区および調査の概要

A地区は1棟69世帯（人口98人）で1つの自治会を形成し、自治会活動の活発さは『マンションの適正な維持管理に向けたコミュニティ形成に関する研究』（国土交通省2010）でも紹介されている。A地区は高齢化率48.0%、65歳以上一人暮らし高齢者19人（うち2人は施設入所）、60～65歳の一人暮らしが5人いる。今回、調査対象とした人は施設入所者（2人）を除く60歳以上一人暮らし全員（22人）で、自治会長をとおして調査を実施した。質問紙の回収数は22である。

B地区は約1,600世帯からなる公営住宅で、高齢化率25.0%、一人暮らし高齢者は約300人いる。同地区に民生委員は11人配置され、訪問活動やサロン活動を展開しているが、自治会との協働はなく、孤立死も年間数件発生している。調査対象者の選択、質問紙の配布・回収は民生委員に依頼し、質問紙の回収数は36である。

C地区は人口約1,700人（670世帯）、高齢化率21.1%、一人暮らし高齢者は65人いる。C地区は古い住民と新しい住民が入り混じる混住化地域で、町の運動会や夏祭り、相撲大会はなくなり、町内会会長も7年で4人交代するなど、まとまりのないことが特徴とされる²⁾。このような地区で2004年より町内会と民生委員が協働してネットワークづくり活動を展開している。調査対象者の選択、質問紙の配布・回収は民生委員に依頼し、質問紙の回収数は29である。

D地区は人口210人、高齢化率39.8%、一人暮らし高齢者は30人いる。同地区住民は親族・姻戚関係をもつ人が多く、日中、鍵をかけずに軒先で農作業をする人も多い。調査対象者は、在宅一人暮らし高齢者全員（30人）で、質問紙の配布・回収は民生委員に依頼し、質問紙の回収数は30であった。

本稿では、A地区とD地区については悉皆調査、B、C地区は民生委員によって選択された約1割（B地区）、約4割（C地区）の在宅一人暮らし高齢者に対する質問紙調査をもとに分析を行う。なお、倫理的配慮については、4つの地区において、町内会長および民生委員に聞き取った内容と質問紙調査の結果は研究以外の目的に使用しないことを説明し調査実施の同意を得た。

3. 分析の方法

本稿では、在宅一人暮らし高齢者の自立生活と互助、共助の関連について検討するが、自立生活の程度については、世界保健機関（World Health Organization）のQOL尺度（WHOQOL26）を用いて測定する³⁾。WHOQOL26は、身体的領域（7項目）、心理的領域（6項目）、社会的関係（3項目）、環境領域（8項目）の4つの下位項目についての質問と、生活の質全体を問う2つの質問から構成される（表1）。すべての質問項目は5件法（1～5点）で、得点が高いほど生活の質は高い。本稿では、生活の質が高いほど自立生活の程度は高いと仮定する。

在宅一人暮らし高齢者を取り巻く互助、共助と生活の質の関連について

表1 WHOQOL26の質問項目

身体的領域（7項目）	痛みと不快、医療への依存、活力、移動能力、睡眠、日常生活動作、仕事の能力
心理的領域（6項目）	肯定的感情、精神性、集中力、ボディイメージ、自己評価、不安
社会的関係（3項目）	人間関係、性的活動、社会的支え
環境領域（8項目）	安全性、生活環境の健康さ、経済的豊かさ、情報獲得機会、余暇活動への参加機会、居住環境、施設・サービスへのアクセス、交通手段
全体（2項目）	全体的なQOL、全体的な健康状態

出所：田崎美弥子・中根允文『WHOQOL26手引 改訂版』金子書房、2007年。

また、互助＝近隣住民相互の助け合いの程度については、「近所づきあい」（「現在、どの程度近所づきあいをしていますか」という質問に対する4件法での回答）と「近所での手助け」（「近所でどのような手助けをしあっていますか」という質問に対するあてはまるものの個数。1～11個）を指標とする⁴⁾。ここでは、近所づきあいの得点が高い、近所での手助けの個数が多いほど互助の程度は高いと仮定する。

共助＝所属する集団による扶助の程度については、「グループ参加数」（「あなたは現在、どのようなグループに参加していますか」という質問に対するあてはまるものの個数。1～10個）、「活動参加数」（「実際に参加している地域の活動にはどのようなものがありますか」という質問に対するあてはまるものの個数。1～14個）を指標とする⁵⁾。ここでは、グループ参加数が多い、活動参加数が多いほど共助の程度は高いと仮定する。

以上、これらの得点化されたQOL、互助、共助について、地域間比較と、それぞれの地区におけるQOLと互助、共助の関連を検討するが、地域間比較については、一元配置の分散分析を行いその後の検定として多重比較（Tukey HSD）を行った。また、関連についてはPearsonとSpearman(s)の相関分析を行った。用いた統計ソフトはSPSS.ver17である。

Ⅲ. 結果

1. 調査対象者の基本属性

表2は、4地区の在宅一人暮らし高齢者の基本属性を示している。第1に、性別については、どの地区においても約8割（D地区においては9割）が女性である。第2に、年齢について、A・B地区では相対的に前期高齢者（4～5割）が多いのに対し、C・D地区は後期高齢者（7～8割）が多い。第3に、居住年数について、A・B地区では相対的に社会移動が大きいのに対し、C・D地区では定着性が高い。第4に、健康状態について、「不満」な人はC地区の11.5%からD地区の60.0%と地域差が非常に大きい⁶⁾。

以上のことから、4地区の特徴を示すと、A地区は前期高齢者が多いが、健康に不満をもつ人も約4割いる。B地区は後期高齢者が約6割、社会移動が大きく、健康に不満をもつ人が約3割いる。C地区は後期高齢者が約7割いるが、健康に不満をもつ人は約1割と少ない。D地区は後期高齢者が多く（約8割）、健康に不満をもつ人も約6割と多い。農村には元気な高齢者が多いということは今回の調査では確認されず、在宅一人暮らし高齢者の健康状態は地区によって大きく異なる。それゆえに今後、地区ごとの福祉活動はさらに重要性を増すことが考えられる。

表2 4地区の在宅一人暮らし高齢者の基本属性

%

	性別		年齢		居住年数			健康状態		
	男性	女性	74歳以下	75歳以上	10年未満	10～30年未満	30年以上	満足	どちらとも いえない	不満
A地区 (22)	23.8	76.2	52.4	47.6	14.3	47.6	38.1	19.1	38.1	42.9
B地区 (36)	21.2	78.8	40.6	59.4	23.5	32.3	44.1	31.4	40.0	28.6
C地区 (29)	14.8	85.2	29.6	70.4	6.9	13.8	79.3	57.6	30.8	11.5
D地区 (30)	10.0	90.0	16.7	83.3	0.0	3.3	96.6	3.3	36.7	60.0

注：地区の数字は回収した質問紙の数を示す。

2. 在宅一人暮らし高齢者のQOL、互助、共助の地域間比較

最初に、QOLについて、表3は、QOLを4地区で比較したものである。表中の数値は領域ごとに質問項目の得点（1～5点）を合計したあと、質問項目数で除したもので、領域ごとの平均値を示す（1～5点）。

表3が示すように、QOL平均値は、B地区（都市部・民生委員単独型）→D地区（農村部）→A地区（都市部・自治会主導型）→C地区（混住化地域・協働型）の順に高く、とりわけC地区はB地区に比べ有意に高くなっている。B地区の在宅一人暮らし高齢者は社会的関係と環境領域のQOL平均値が他地区と比べて低く、これらの平均値を高めていく必要がある。後述するように、これらの領域のQOLは互助・共助と相関関係にあり、B地区においては互助と共助を活発にすることがより求められる。

表3 在宅一人暮らし高齢者のQOLの地域間比較

	A地区	B地区	C地区	D地区
身体的領域のQOL平均値	3.52	3.36	3.67	3.33
心理的領域のQOL平均値	3.39	3.32	3.60*	3.05*
社会的関係のQOL平均値	3.91	3.57	3.94	3.72
環境領域のQOL平均値	3.47	3.08*	3.59*	3.34
全体的な質問に対するQOL平均値	3.10	3.13*	3.42*	2.62*
QOL平均値	3.46	3.21*	3.68*	3.24

注：*は5%水準で有意。

つづいて、互助と共助について、表4は、互助と共助を4地区で比較したものである。互助と共助は全体としてA地区がもっとも活発であるのに対し、C地区はとりわけ近所での手助け（互助）と活動参加数（共助）が少ない。また、B地区とD地区は2つの地区の中間にあるが、D地区は近所での手助けがもっとも多く農村部の互助の豊かさを示しているのに対し、B地区は近所での手助

在宅一人暮らし高齢者を取り巻く互助、共助と生活の質の関連について

けがもっとも少なく、都市部マンションの互助の貧しさを示している。しかし、同じ都市部マンションにあるA地区は自治会活動が活発で、在宅一人暮らし高齢者の互助・共助が豊かである。このことは、互助形成に向けて組織的基盤の重要性を示唆していると考えられる。

表4 在宅一人暮らし高齢者の互助・共助の地域間比較

	A地区	B地区	C地区	D地区
近所づきあいの程度	3.55	3.26	3.14	3.13
近所での手助け	2.32	1.44*	1.67*	2.90*
グループ参加数	1.32	1.23	1.26	1.00
活動参加数	2.65	2.33	1.25	2.23

注：近所づきあいは4件法（1～4点）、近所での手助けは近所で行われている手助けの数（11個）、グループ参加数は参加しているグループの数（10個）、活動参加数は参加している地域の活動（14個）。選択項目については文末の注を参照。

注：*は5%水準で有意。

3. 在宅一人暮らし高齢者のQOL、互助、共助の相関

表5は、4地区全体の在宅一人暮らし高齢者のQOLと互助、共助の相関を示している。表5が示すように、地区全体としてみると、在宅一人暮らし高齢者のQOLは近所づきあい（互助）、活動参加数（共助）と相関関係にある。すなわち、近所づきあいが密、活動参加数が多い人はQOLが高い（逆も真）。健康状態にもよるが、このことは互助と共助を活発にすることはQOLの維持・高まりに資することを示唆している。

表5 在宅一人暮らし高齢者のQOLと、互助および共助の相関（全体）

		全体					
		身体	心理	社会	環境	全体	QOL
互助	近所づきあいの程度	0.30**	0.33**	0.43**	0.40**	0.29**	0.40**
	近所の手助けの程度	0.05	0.00	0.26**	0.20*	0.02	0.10
共助	グループ参加数	0.25*	0.20	0.10	0.19	0.16	0.21
	活動参加数	0.35**	0.24*	0.10	0.20*	0.05	0.27*

注：数値は相関係数。

注：*は5%水準で有意、**は1%水準で有意。

QOLと互助、共助の相関を地区別にみたのが表6である。表6が示すように、QOLと互助、共助が有意な相関を示したのはB地区とD地区であった。4つの地区をQOLの程度、互助・共助の程度、QOLと互助・共助の相関関係で分類すると、①B地区は、QOLは低く、互助・共助（とりわけ近所での手助け）は不活発、「相関あり」で、互助・共助（とりわけ近所での手助け）を活発にすることがQOLを高めることにつながる。②D地区は、QOLは低く、互助・共助は活発、「相関あり」で、活発な互助・共助から逸脱しないことがQOLを高めることにつながる。③A地区は、QOLは高く、互助・共助は活発、「相関なし」で、互助・共助が一定の水準に達しているため、互助・共助による

QOLの高まりはみられないことを示している。④C地区は、QOLは高く、互助・共助は不活発、「相関なし」で、C地区のQOLの高さは互助・共助以外の要因が関連していると考えられる。

表6 在宅一人暮らし高齢者のQOLと、互助および共助の相関（地区別）

		A地区					
		身体	心理	社会	環境	全体	QOL
互助	近所づきあいの程度	0.22	-0.03	0.49*	0.38	0.20	0.23
	近所の手助けの程度	-0.25	-0.27	0.02	-0.20	-0.26	-0.35
共助	グループ参加数	0.07	0.10	0.20	0.07	0.17	0.09
	活動参加数	0.35	0.19	0.37	0.27	0.27	0.43
		B地区					
		身体	心理	社会	環境	全般	QOL
互助	近所づきあいの程度	0.32	0.28	0.42*	0.21	0.37*	0.37
	近所の手助けの程度	0.37*	0.46*	0.42*	0.40*	0.33	0.51*
共助	グループ参加数	0.23	0.38*	0.20	0.49**	0.09	0.43*
	活動参加数	0.36	0.37	0.09	0.20	-0.04	0.37
		C地区					
		身体	心理	社会	環境	全般	QOL
互助	近所づきあいの程度	0.35	0.44*	0.41	0.39	0.52**	0.38
	近所の手助けの程度	-0.07	-0.15	0.23	0.10	0.16	-0.06
共助	グループ参加数	0.35	0.06	-0.10	-0.09	0.20	0.04
	活動参加数	0.47*	0.18	-0.04	0.11	0.31	0.22
		D地区					
		身体	心理	社会	環境	全般	QOL
互助	近所づきあいの程度	0.35	0.53**	0.34	0.68**	0.30	0.60**
	近所の手助けの程度	0.31	0.26	0.34	0.34	0.30	0.37
共助	グループ参加数	0.29	0.07	0.13	0.19	0.03	0.16
	活動参加数	0.54**	0.35	0.19	0.56**	0.18	0.50**

注：*は5%水準で有意、**は1%水準で有意。

ここで、C地区の在宅一人暮らし高齢者のQOLの高さが何に起因しているのか、表7は、家族・親族サポートについて4地区を比較したものである。表7が示すように、C地区の在宅一人暮らし高齢者は子どものいない人の割合（10.3%）が少なく、家族・親族サポートの得点が高く、経済的援助についても不満を感じる人（7.6%）が少ない。C地区の在宅一人暮らし高齢者は相対的に高い家族・親族サポートを受けており、家族・親族サポートがQOLの高さを支え、QOLは互助・共助との間に相関を示さなかったと考えられる。一方、QOLが相対的に低いB・D地区では家族・親族サポートも十分でない人が多く、互助・共助の重要性はより高い。とくに、D地区は健康に不満をもつ人が6割おり、今後、専門機関との連携も図りながら互助と共助を維持していく必要がある。

在宅一人暮らし高齢者を取り巻く互助、共助と生活の質の関連について

表7 4地区の在宅一人暮らし高齢者の家族・親族サポートに関する比較

	子どもがいない人の割合 (%)	家族・親族サポートの得 点	経済的援助に対して不十分 だと感じている人の割合 (%)
A地区 (22)	38.1	3.19	19.1
B地区 (36)	14.3	2.78	48.4
C地区 (29)	10.3	3.83	7.6
D地区 (30)	13.3	2.79	33.3

注：家族・親族サポートの得点は「日常的にいろいろなことを手伝ってくれる」「病気などの時、いろいろと世話をしてくれる」「病気などの時、励ましてくれる」「日常的に話し相手になってくれる」「困りごとや悩みごとの相談相手になってくれる」「何かを一緒にする時間をつくってくれる」という6つの質問に対して、4件法で回答してもらい（1～4点）、すべて合計して、質問項目数（6）で除した平均値。

最後に、互助と共助の相関についてみたのが表8である。地区ごとに若干の違いはあるものの、地区全体としてみると、互助と共助は相関関係にある。すなわち、在宅一人暮らし高齢者は互助が豊かであれば共助も豊かである（逆も真）。先にみたように、互助と共助はQOLと相関関係にあり、このことから、たとえ現在その地区の互助が希薄化していたとしても、「集団活動の活発化→共助の活発化→互助の活発化→QOLの高まり」という1つの方向性を考えることができる。

表8 在宅一人暮らし高齢者の互助と共助の相関

		全体		A地区		B地区		C地区		D地区	
		互助		互助		互助		互助		互助	
		近所づきあいの程度	近所の手助けの程度	近所づきあいの程度	近所の手助けの程度	近所づきあいの程度	近所の手助けの程度	近所づきあいの程度	近所の手助けの程度	近所づきあいの程度	近所の手助けの程度
共 助	グループ参加数	0.28**	0.39**	0.37	0.45*	0.18	0.45**	0.24	0.43*	0.36	0.44*
	参加している活動の数	0.39**	0.44**	0.49*	0.38	0.21	0.59**	0.30	0.47*	0.57**	0.41*

注：*は5%水準で有意、**は1%水準で有意。

IV. 考察・まとめ

本稿の目的は、在宅一人暮らし高齢者のQOLと互助（近隣住民相互の助け合い）、共助（所属する集団を媒介とする扶助）の関連について検討することであった。その結果、第1に、在宅一人暮らし高齢者のQOLと健康状態は地区によって大きく異なり、今後、地区ごとの福祉活動はさらに重要性を増すことになる。

第2に、在宅一人暮らし高齢者のQOL、互助、共助は4地区全体としてみると相関関係にある。

互助を多くもつ在宅一人暮らし高齢者は共助も豊かにもち、互助と共助を豊かにもつ人はQOLが高い。自然発生的に互助の活発化を望むことが難しい現在の状況において、「集団活動の活発化→共助の活発化→互助の活発化→QOLの高まり」という1つの方向性を考えることができ、地域における組織・集団の活動は今後さらに重要性を増す。集団活動の活発化については、民生委員(活動の促進者)による福祉活動だけでは在宅一人暮らし高齢者のQOLを十分に高めることは困難であり、町内会・自治会(組織的基盤)との協働が重要であろう。

第3に、互助・共助の程度と重要性は地区によって異なる。C地区の在宅一人暮らし高齢者のQOLはもっとも高かったが、C地区の互助・共助は活発ではなく、QOLの高さは家族・親族サポートに支えられている。また、QOLが相対的に低いB地区とD地区では、家族・親族サポートも十分でない人が多く、互助と共助の重要性はより高い。とりわけ、D地区は健康に不満をもつ人が6割と多く、今後、専門機関との連携も図りながら互助と共助を維持していく必要がある。在宅一人暮らし高齢者の自立生活=QOLの維持にとって、その地域にあった互助と共助をどのように形成していくのが問われている。

注

1) マレー・G・ロスは、地域福祉を推進するワーカーの役割として、①共同社会が自分の目標を設定し到達手段を見出すよう支援するガイドとしての役割、②展開過程を円滑にするイネープラー(力を添える人)としての役割、③情報の提供や助言を与える技術専門家としての役割、④共同社会全体を対象とする診断と治療を行う社会治療者としての役割を挙げている(山口2010)。促進者(ファシリテーター)は①と②の役割を担う。本稿では、促進者として民生委員に注目しているが、民生委員に対する質問紙調査の結果、民生委員は支え合う関係を形成するために町内会・自治会との協働が必要であると認識していることが明らかになっている(藤島ほか2009)。

2) C地区の民生委員に対する聞き取り調査による。

3) WHOはQOLを「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準および関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識」と定義している。

4) 「近所づきあい」は「現在、どの程度近所づきあいをしていますか」という質問に対して、「お互いに訪問しあう人がいる」「立ち話をする程度の人がある」「あいさつをする程度の人がある」「つきあいはない」の4件法で回答してもらった。「近所での手助け」は「近所でどのような手助けをしあっていますか」という質問に対して、安否確認の声かけ、ちょっとした買い物やゴミ出し、食事づくりや掃除の手伝い、ちょっとした力仕事、通院の送迎や外出の手助け、話し相手や相談相手、居場所の提供、食事の差し入れ、災害時の手助け、急に具合が悪くなった時の手助け、その他、の11個からあてはまるものすべてを選択してもらった。

5) 「グループ参加数」は、「あなたは現在、どのようなグループに参加していますか」という質問に対して、町内会、老人クラブ、婦人会、NPO法人やボランティア団体、シルバー人材センター、生活協同組合、農業関連の組合、同窓会、元職場仲間の集まり、その他、の10個からあてはまるものすべてを選択してもらった。「活動参加数」は「実際に参加している地域の活動にはどのようなものがありますか」という質問に対して、町内会などの役員・事務局活動、環境美化活動、体育祭・夏祭り・文化祭、交通安全など安全を守る活動、青少年の非行防止活動、高齢者を支援する活動、募金活動、学習活動、趣味活動、体力・健康づくり、サロン活動、防災活動、ゲートボール、その他、の14個からあてはまるものすべてを選択してもらった。

6) 健康状態の「不満」とは、「自分の健康状態に満足していますか」という質問に対して、「まったく不満」「不満」と回答した人の割合である。本質問の選択肢はこれらのほか、「どちらでもない」「満足」「非常に満足」で、5件法である。

参考文献

- ・全国社会福祉協議会（2008）『地域における「新たな支え合い」を求めて―住民と行政の協働による新しい福祉』
- ・森岡清美（1993）『現代家族変動論』ミネルヴァ書房
- ・山口稔（2010）『コミュニティ・オーガニゼーション統合化説』関東学院大学出版会
- ・藤島法仁ほか（2009）「民生・児童委員の考える支え合い形成の方法についての分析」『九州社会福祉学』日本社会福祉学会九州部会
- ・国土交通省（2010）『マンションの適正な維持管理に向けたコミュニティ形成に関する研究』
- ・田崎美弥子・中根允文（2007）『WHOQOL26 手引 改訂版』金子書房
- ・金子勇（1993）『都市高齢社会と地域福祉』ミネルヴァ書房