

都市部における要介護独居高齢者の生活満足度に関連する要因
Factors Relating to Life Satisfaction in Elderly People in Need of Care Living Alone
at Home in Urban Areas

花里 陽子

(桜美林大学加齢・発達研究所)

芳賀 博

(桜美林大学大学院老年学研究科)

要旨

本研究は、都市部における要介護独居高齢者の生活満足度に関連する要因を明らかにすることを目的とした。調査対象は、東京都内に住み、在宅介護サービスを利用している 65 歳以上の要介護独居高齢者 64 名であった。調査は、質問紙による訪問面接聞き取り調査により行われた。

生活満足度と、性、年齢、介護度、介護サービス利用の有無、ソーシャルサポート（手段的、情緒的）、主観的健康感、精神的自立性との関連性を検討した。その結果有意であった、介護度、訪問介護利用の有無、相談する家族の有無、主観的健康感、精神的自立性の 5 要因を独立変数、性、年齢を調整変数、生活満足度を従属変数とする重回帰分析を行った。

その結果、介護度は低いほど、精神的自立性は高いほど、生活満足度が高くなることが示された。

キーワード：都市部、要介護、独居高齢者、生活満足度

1. 緒言

高齢者をとりまく現状は、大きく変化している。65 歳以上の高齢者のいる世帯についてみると¹⁾、三世帯世帯が減少し、高齢夫婦のみ世帯、高齢独居世帯が半数を超えている。さらに、高齢独居世帯の割合は増え続けている。また、65 歳以上の独居高齢者の増加は、男女ともに顕著であり、女性の比率が極めて高い。しかし、女性よりも男性独居高齢者の増加率が高くなっていることも特徴であり、今後はさらに、男性独居高齢者の割合が伸びる事が見込まれている¹⁾。また、高齢独居世帯の割合は、大都市圏で高くなることが予測される。このようなことから、独居高齢者の生活について考えるとき、都市部の分析は重要な課題であると考えられる。

このように、高齢となり夫婦のみで生活する期間の延長や、一人で暮らす期間の延長というライフコースの変化が生み出されているという事実は、高齢社会を考えていく上で着目すべき重要な社会現象である。もはや、高齢で一人暮らしであることは、特別なことではなくなっている。

しかしなぜ、高齢者が一人暮らしであることが、問題となるのだろうか。独居高齢者が社会問題であると認識されたのは 1970 年代に始まり、たとえば、高齢者の孤独解消を目的とした全国社会福

祉協議会による孤独死ゼロ運動の展開、友愛訪問などがあり、独居高齢者の存在を社会問題として対応してきた歴史がある^{2),3)}。1990年代になると、さらに独居高齢者の孤独死が社会問題化したために、独居高齢者の孤独や孤立として研究されるようになった経緯がある⁴⁾。これまで、独居高齢者は、寝たきりや閉じこもりなどとして、社会的支援が必要とみなされてきた。しかし、高齢で独居であることが、一概に閉じこもりのリスクとなるわけではないことは、いくつかの研究からも明らかになっている。

杉原ら⁵⁾の研究では、高齢者で閉じこもりのリスクが高いのは、配偶者が無く、同居している子どもがいる者であり、空間的・対人的にも閉じこもりのリスクは、独居高齢者のほうが低いことを指摘している。つまり、独居高齢者であれば、直ちに支援や政策的な対応が必要な存在だと捉えることは早計である。

もちろん、高齢期の独居がリスクを伴うことも事実である。とくに要介護の独居高齢者の場合、「心身の機能が低下し、緊急を要するような場面では、状態が悪化し、自立した生活維持が困難になりやすい」⁶⁾ことも指摘されている。

このような社会的背景を踏まえながら、本研究では、要介護独居高齢者の増加を社会問題という画一的な視点から問うのではなく、都市部における要介護独居高齢者に着目し、何が要介護独居高齢者の「よりよい生活」につながるのか、すなわち、QOLの向上という視点から考えていきたい。さらに、このQOLの主観的な側面の評価として生活満足度があり、この指標を用いて分析を試みる。

これまで、高齢者の生活満足度に影響する要因に関する研究は数多くなされてきた。たとえば、健康状態⁷⁾、性差^{8),9)}、経済状態^{10),11)}、社会活動¹²⁾、生活状況^{13),14)}、ソーシャルサポート¹⁵⁾⁻¹⁷⁾などが、高齢者の生活満足度の関連要因であることが報告されている。しかしながら、独居高齢者の生活満足度に焦点化した研究は極めて少ない。

まず、林らは^{18),19)}、独居高齢者の生活満足度と子どもとのネットワークの関係における男女差の検討から、男性の独居高齢者は、手段的・情緒的サポートの両方において子どものサポート授受が少ないと、生活満足度が有意に低いことを明らかにしている。また、子どもがいる独居高齢者のほうが、子どもがいない独居高齢者より、対人関係、居住環境、食事領域における満足度が高く、さらに、子どもの関わりについて普段うまくいっていると認識しているほど生活満足度が高いことを明らかにしている。さらに、性別によって生活満足度との関連でどのような違いがあるのかを検討し²⁰⁾男性の独居高齢者は、女性の独居高齢者に比べ、日常生活の様々な領域（家事・食事・社会参加活動・人間関係・居住環境・睡眠・清潔維持・経済）において満足度が低いということが示されている。

次に、要介護独居高齢者の生活満足度に関する先行研究は、矢川ら²¹⁾「要介護状態にある独居高齢者の主観的幸福感に関連する要因」のみである。矢川らの研究結果によれば、同居可能な人がある高齢者、老研式活動能力が高い人は主観的幸福感が高く、寂しさを感じている人は、主観的幸福感が低いことが示されている。

これらの結果から、要介護独居高齢者が在宅で生活を続けていく場合、要介護独居高齢者のインフォーマルサポートだけではなく、フォーマルサポートがどう生活満足度に影響しているのかとい

う検討も必要だと考える。それは、介護の担い手が、家から家族へ、さらには夫婦から個人という単位に変化している中で、家族、親族によるインフォーマルなサポートと介護保険サービスに代表されるフォーマルなサポートの双方のあり方を再検討する必要があるからである。また、生活の質の維持、向上という視点から要介護独居高齢者の生活を考えるとき、身体的な自立だけではなく、精神的な自立も重要となる。しかし、独居高齢者のこれまでの研究では、介護サービスを含めたソーシャルサポートの影響や精神的自立性の影響を検討した研究は十分なされていない。

したがって、本研究では、生活満足度と介護度、在宅介護サービスの利用、ソーシャルサポート、精神的自立性の関連性を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象と方法

調査対象者は、東京都内に住み、要介護認定を受け、在宅介護サービス（訪問サービス・通所サービス）を利用している 65 歳以上の独居高齢者である。調査は、2009 年 8 月～10 月に、質問紙による訪問面接聞き取りにより行われた。調査時間は、一人につき約 30 分～1 時間半であった。

調査対象の選定は、東京都内で介護サービスを行う、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、通所介護施設、訪問看護ステーションのうち、著者が勤務する事業所の所属長を通じて紹介を得た 3 ヶ所と、著者の知人を介して紹介を得た 2 ヶ所の計 5 ヶ所である。調査対象者数は、世田谷区の訪問看護ステーション 2 ヶ所（26 名）、西東京市の居宅介護支援事業所 1 ヶ所（12 名）、新宿、稲城市の通所介護サービス 2 ヶ所（26 名）の計 64 名である。

事業所への調査協力依頼は、事業者への説明の文書、研究計画書を基に説明をした。調査対象者の選定基準は、調査の質問内容が理解でき、回答できる者とし、調査協力事業所へ依頼した。調査協力の了解があり、事業所から日程調整の得られた対象者の自宅またはデイサービスへ著者が訪問し、再度、口頭と文書で調査について説明し、調査への同意の確認を行った。その際、調査への協力は任意であり、同意した後でも同意を撤回できること、途中で中断しても利用している介護サービスに影響はないことを説明した。本研究は、桜美林大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

2) 調査内容

調査内容は、基本属性、在宅介護サービスの利用有無、ソーシャルサポート、精神的自立性、主観的健康感、生活満足度である。調査の具体的内容を、以下に記した。

(1) 基本属性

個人の特性として、性別、年齢、介護度、病気の有無、家族の要因として、子どもの有無、子どもの住まい、住居要因として、住居形態、居住年数、社会的要因として、収入、学歴、独居の情報として独居年数、独居となった経緯をたずねた。

(2) 在宅介護サービスの利用状況

通所サービス（デイサービス、通所リハビリ）利用の有無、週あたりの利用回数、訪問サービス（訪問介護、訪問リハビリ、訪問看護）利用の有無、週あたりの利用回数をたずねた。

(3) ソーシャルサポート

本研究のソーシャルサポートについては、在宅介護サービス（通所・在宅）をフォーマルサポート、家族、親戚、近隣・友人からの支援をインフォーマルサポートとし、情緒的サポートと手段的サポート2つを区別し用いた²²⁾。ソーシャルサポート測定尺度は、野口²³⁾測定項目をもとに作成した。さらに援助行動の経過は、実際に受領したサポートと入手可能性は、両者が一致しないことも知られており²⁴⁾、今現在サポートを受けている実績を問うものとした。情緒的サポートは、家族、親戚、近隣・友人、医療・福祉の専門職のなかに、今、心配事や悩み事を聞いてくれる人が「いる」か「いない」かを問い、手段的サポートは、家族、親戚、近隣・友人のなかに、現在、日常生活の世話をしてくれる人が「いる」か「いない」かをたずねた。

(4) 精神的自立性尺度

高齢期という長期的には依存が増す過程において、よりよい生活を考える場合、生活の自立や、経済的自立だけでなく、精神的自立も重要である。中西ら²⁵⁾、「自立生活とは、どんな重度な障害をもっていても、介助などの支援を得たうえで、自己選択、自己決定にもとづいて地域で生活すること」と論じている。本研究で用いた精神的自立性の尺度は、鈴木征男ら²⁶⁾が開発した精神的自立性尺度である。精神的自立性は、「趣味や楽しみ」があり、「人生に目的」をもち、「何か夢中になれること」があり、「人のためになれることをしたい」という『目的志向性』や、「自分で判断」し、「自分の意見」をもち、「自分の考えに責任をもつ」といった『自己責任性』から構成されている。自分自身が物事を決定し、そのことに責任をもてるという態度を示す「自己責任性」と、自分の生き方や目標があることを示す「目的志向性」をたずねた。

(5) 生活満足度尺度K life satisfaction index K (LSIK)

生活満足度尺度K (Life Satisfaction Index K) は、高齢者の主観的幸福感を測定する尺度として開発されてきた²⁷⁾。また、生活満足度尺度Kは、生活の質 (QOL) の主観的指標としても用いられている。生活満足度尺度Kでは、長期的な認知による「人生全体についての満足感」、短期的な認知による「老いについての評価」、短期的な感情である「心理的安定」をたずねている。

3) 分析方法

介護度は、要支援1, 2を1、要介護1, 2を2、要介護3, 4を3と再カテゴリー化した。ソーシャルサポートの、手段的サポートは、日常の世話をしてくれる人の有無を家族、近隣、友人、に「いる」か「いない」かを問い、「いる」と回答した場合は1点、「いない」と回答した場合は0点とした。それぞれ0～1点で得点化した。情緒的サポートは、心配や悩みを聞いてくれる人の有無を、家族、近隣、友人、医療・福祉の専門職に「いる」か「いない」かを問い、「いる」と回答した場合は

1 点, 「いない」と回答した場合は 0 点とした。

主観的健康感は, 「とても健康」, 「まあ健康」, 「あまり健康でない」, 「健康でない」の選択肢にそれぞれ 4 点から 1 点を配点し, 点数が高いほど健康感が高いことを表した。

精神的自立性は, 目的志向性と自己責任性を下位尺度とする 8 つの質問項目から構成されており, 「そう思う」, 「どちらかというと思う」, 「どちらかというと思わない」, 「そう思わない」という選択肢にそれぞれ 4 点から 1 点を配点し, 単純加算した。合計点 (8~32 点) で評価し, 得点が高いほど精神的自立性が高いことを表した。

生活満足度尺度は, 「人生全体の満足」, 「心理的な安定」, 「老いの評価」を下位尺度とし 9 つの質問項目で構成されている。2 つの選択肢, または 3 つの選択肢により回答を求め, それぞれに, 0 点か 1 点をあたえ合計点 (0~9 点) で評価し, 得点が高いほど生活満足度が高いことを表した。

分析手順は, 生活満足度と本研究で取り上げた各変数との関連の程度をカイ二乗検定, 平均値の差の検定, 相関係数の検定により検討した。この分析で有意であった介護度 3 区分, 主観的健康感, 精神的自立性, 訪問介護利用有無, 相談する家族の有無の 5 要因を独立変数, 生活満足度を従属変数とする重回帰分析を行った。統制変数は, 性, 年齢とした。また, 重回帰分析における変数の投入において, 多重共線性について問題がないことを確認した。また, モデルごとにどのように生活満足度への影響が変化していくかを確認するために段階的に投入した。モデル 1 を対象者の基本属性 (年齢, 性別, 介護度 3 区分), モデル 2 はモデル 1 に対象者の健康や自立への認識 (主観的健康感, 精神的自立性) を加えたもの, モデル 3 は, モデル 1, 2 にソーシャルサポート (相談する家族の有無, ヘルパーの利用有無) を加えたものとした。分析には, 統計ソフト SPSS Statistics17.0 を使用した。

3. 結果

1) 要介護独居高齢者の属性

表 1 に, 対象の基本属性の分布を示した。男女の割合は, 男性 18 名 (28.1%), 女性 46 名 (71.9%) であった。年齢は, 平均 80.8 歳で, 標準偏差は 7.2 歳, 年齢分布は最低 65 歳, 最高 100 歳であった。

介護度は, 要支援 1・2 が 26 名 (40.6%), 要介護 1・2 が 31 名 (48.4%), 要介護 3・4 が 7 名 (11.0%) であった。

子どもの有無は, 子どもがいる者は 50 名 (78.1%), 子どもがいない者は 14 名 (21.9%), 子どもの住まいは, 同じ市や区内が 19 名 (29.7%), 東京都内が 17 名 (26.6%), 東京都外 11 名 (17.2%) であった。

収入は, 100~200 万円未満が 19 名 (29.7%), 200~300 万円未満が 28 名 (43.8%), 300~400 万円未満が 8 名 (12.5%), 400~500 万円未満が 4 名 (6.3%), 500 万円以上は 5 名 (7.8%) であった。収入の中心は公的年金であり, 46 名 (71.6%), 貯金, 不動産, 個人年金や資産が 10 名 (15.6%), 子どもの援助が 1 名, 生活保護が 7 名 (10.9%) であった。

最終学歴は、小学校 8 名 (12.5%)、中学校 5 名 (7.8%)、高等学校 39 名 (60.9%)、大学、大学院 12 名 (18.8%) だった。

病気の有無は 63 名 (98.4%) があると回答していた。

表 1 対象とした要介護独居高齢者の属性

	項 目	人数 (%)
性別	男	18 (28.1)
	女	46 (71.9)
年齢平均	平均±標準偏差	80.8±7.2 歳
介護度	要支援 1・2	26 (40.6)
	要介護 1・2	31 (48.4)
	要介護 3・4	7 (11.0)
子供の有無	有	50 (78.1)
	無	14 (21.9)
子供の住まい	同市区内	19 (29.7)
	東京都内	17 (26.6)
	東京都外	11 (17.2)
	不明	3 (4.7)
収入	100～200 万円未満	19 (29.7)
	200～300 万円未満	28 (43.8)
	300～400 万円未満	8 (12.5)
	400～500 万円未満	4 (6.3)
	500 万円以上	5 (7.8)
学歴	小学校	8 (12.5)
	中学校	5 (7.8)
	高等学校	39 (60.9)
	大学・大学院	12 (18.8)
病気の有無	有	63 (98.4)
	無	1 (1.6)

2) 健康感や精神的自立性、生活満足度の平均値

精神的自立性の平均値は、26.5 点で標準偏差は、4.7 点であった。主観的健康感の平均値は、2.6 点で、標準偏差は 0.7 点であった。生活満足度の平均値は、5.3 点で、標準偏差は、2.3 点であった (表 2)。

表2 健康感や自立性、生活満足度の平均

項 目	平均値 (±標準偏差)
精神的自立性	26.5 (±4.7)
主観的健康感	2.6 (±0.7)
生活満足度	5.3 (±2.3)

3) 要介護独居高齢者の介護サービスの利用実態

通所サービスでは、デイサービスを利用している者は、35 名 (54.7%)、利用していない者は、29 名 (45.3%)、通所リハビリを利用している者が6 名 (9.4%)、利用していない者が58 名 (90.6%)であった。

訪問サービスでは、訪問介護 (ヘルパー) を利用している者が 57 名 (89.1%)、利用していない者が7 名 (10.9%)、訪問リハビリを利用している者が6 名 (9.4%)、利用していない者が58 名 (90.6%)、訪問看護を利用している者が20 名 (31.2%)、利用していない者が44 名 (68.8%)であった (表3)。

表3 在宅介護サービス利用有無と利用の割合

	種類	利用の有無	人数 (%)
通所	デイサービス	有	35 (54.7)
		無	29 (45.3)
	リハビリ	有	6 (9.4)
		無	58 (90.6)
訪問	介護 (ヘルパー)	有	57 (89.1)
		無	7 (10.9)
	リハビリ	有	6 (6.0)
		無	58 (94.0)
	看護	有	20 (31.2)
		無	44 (68.8)

4) 要介護独居高齢者の生活満足度に関連する要因

(1) 基本属性と生活満足度の平均

生活満足度と基本属性の間の関連性を分析した結果、介護度が低い人ほど生活満足度が高いという結果を示した。介護度別の生活満足度の平均値は、要介護3・4 では3.0 点で標準偏差は1.5 点、要介護1・2 では5.0 点で標準偏差は2.3 点、要支援1・2 では6.2 点で標準偏差は2.3 点であった。その他、性別、年齢、子どもの有無、子どもの住まい、収入、学歴と生活満足度との間には有意差はみられなかった (表4)。

表4 基本属性と生活満足度の関係

項目	カテゴリー	人数	平均値(±標準偏差)
介護度3区分	(1) 要支援1・2	26	6.2(±2.2)
	(2) 要介護1・2	31	5.0(±2.3)
	(3) 要介護3・4	7	3.0(±1.5) **
性別	(1) 男性	18	5.2(±1.9)
	(2) 女性	46	5.3(±2.5) n. s.
年齢4区分	(1) 65～69歳	7	6.3(±2.3)
	(2) 70～79歳	15	5.3(±2.3)
	(3) 80～89歳	34	5.1(±2.4)
	(4) 90歳以上	8	5.1(±2.4) n. s.
子供の有無	(1) 有	50	5.1(±2.2)
	(0) 無	14	5.9(±2.3) n. s.
子供の住まい	(1) 同市区内	19	4.9(±2.3)
	(2) 東京都内	17	4.8(±2.1)
	(3) 東京都外	11	5.7(±2.3) n. s.
収入	(1) 100～200万円未満	19	5.1(±2.4)
	(2) 200～300万円未満	28	5.6(±2.1)
	(3) 300～400万円未満	8	4.4(±2.9)
	(4) 400～500万円未満	4	4.2(±2.9)
	(5) 500万円以上	5	6.0(±2.3) n. s.
学歴	(1) 小学校	8	6.4(±2.1)
	(2) 中学校	5	4.6(±1.8)
	(3) 高等学校	39	5.1(±2.5)
	(4) 大学・大学院	12	5.4(±2.2) n. s.

注) t検定, または一元配置分散分析を行った.

**p<.01

(2) 在宅介護サービスの利用有無と生活満足度の平均

在宅介護サービス利用の有無でみた生活満足度の平均で有意差がみられたのは, 訪問介護(ヘルパー)の利用だけであった. 生活満足度の平均値は, 訪問介護を「利用している」人が5.0点で, 標準偏差は2.3点, 「利用していない」人が7.1点で, 標準偏差は1.5点と, 「利用していない」人のほうが有意に満足度が高いという結果だった. その他, 通所介護(デイサービス), 通所リハビリの利用有無, 訪問リハビリ, 訪問看護で有意差はみられなかった(表5).

表5 在宅介護サービス利用の有無と生活満足度の関係

	サービス	利用有無	人数	平均値 (±標準偏差)
通所	デイサービス	有	35	5.7(±2.2)
		無	29	4.7(±2.4) n. s.
	リハビリ	有	6	6.0(±0.9)
		無	58	5.2(±2.4) n. s.
訪問	介護(ヘルパー)	有	57	5.0(±2.3)
		無	7	7.1(±1.5) *
	リハビリ	有	6	3.7(±3.2)
		無	58	5.4(±2.2) n. s.
	看護	有	20	4.8(±2.3)
		無	44	5.5(±2.5) n. s.

注) t 検定を行った。

*p < .05

表6 手段的・情緒的サポートと生活満足度の関係

手段的サポート	有無	人数	平均値（±標準偏差）
家族の援助	有	36	4.9（±2.4） n. s.
	無	28	5.7(±2.3)
親戚の援助	有	11	4.4(±4.4) n. s.
	無	53	5.5(±5.5)
近隣友人の援助	有	15	4.4(±2.3) n. s.
	無	49	5.5(±2.3)
情緒的サポート			
相談する家族	有	47	5.6(±2.3) *
	無	17	4.3(±2.3)
相談する親戚	有	12	4.5(±2.7) n. s.
	無	52	5.4(±2.2)
相談する近隣友人	有	22	4.6(±2.2) n. s.
	無	42	5.6(±2.4)
相談する専門職	有	31	4.7(±2.5) n. s.
	無	33	5.3(±2.1)

注) t 検定を行った。

*p < .05

(3) ソーシャルサポートと生活満足度の平均

ソーシャルサポートで生活満足度との間に有意差があったのは、情緒的サポートの相談する家族の有無であった。相談する家族のいる人は、生活満足度が有意に高いことがわかった($p < .05$)。

手段的サポートにおいては、援助する家族、親戚、近隣・友人の有無で有意差はみられなかった。また、情緒的サポートにおいては、相談する親戚、相談する近隣・友人、相談する専門職の有無で有意差は認められなかった(表6)。

(4) 健康や自立への認識と生活満足度の関係

主観的健康感、自分を健康だと感じている人ほど生活満足度が高いことがわかった。また、精神的自立性が高いほど生活満足度が有意に高いという結果であった(表7)。

表7 健康感、精神的自立性と生活満足度の関係

	生活満足度
主観的健康感	.435***
精神的自立性	.474***

注) ピアソンの相関係数で有意差検定は両側で行った。

*** $p < .001$

表8 対象者とした要介護独居高齢者の生活満足度に関連する要因(重回帰分析)

	モデル1 (基本属性)	モデル2 (対象者の健康や 自立への認識)	モデル3 (ソーシャル サポート)
	標準偏回帰係数 (β)	標準偏回帰係 (β)	標準偏回帰係数 (β)
性別	.044 n. s.	.079 n. s.	.098 n. s.
年齢	-.087 n. s.	-.127 n. s.	-.130 n. s.
介護度3区分	-.399 **	-.337 *	-.297 *
主観的健康感		.221 n. s.	.215 n. s.
精神的自立性		.363 **	.363 **
訪問介護利用有無			-.155 n. s.
相談家族有無			-.015 n. s.
R ²	.177	.426	.448

*** $p < .01$ * $p < .05$

注) 年齢、性別は調整変数とした。また、モデルごとの影響を確認するために、段階的に変数を投入する方法をとった。

(5) 多変量解析による生活満足度と関連する要因の分析

まず、モデル1は、対象者の性、年齢を調整変数として投入し、介護度の関連性を明らかにした。その結果、介護度が高くなるほど生活満足度を低めることが示された。次に、モデル2として、モデル1に、対象者の健康や自立への認識（主観的健康感、精神的自立性）を加えて生活満足度との関連性を検討した。その結果、介護度を加味しても精神的自立性が高いと生活満足度が有意に高いことが示された。最後にモデル3として、モデル2にソーシャルサポート（訪問介護利用の有無、相談家族の有無）を加え、関連性を検討した。その結果、介護度や精神的自立度の影響を除くと、ソーシャルサポートの有無は生活満足度に関連しなかった。したがって、本研究において、生活満足度に関連する要因は、介護度と精神的自立性であることが示された。

4. 考察

1) 対象者の特性

調査対象者の男女の分布は、男性 18 名 (28.1%)、女性 46 名 (71.9%) であり、さらに年齢分布を見ると、80 歳以上の人約 66%を占めていた。65 歳以上高齢者の介護保険サービスの利用状況¹⁾によると、男女の割合は、男性 28.1%、女性 71.9%であった。よって、本調査対象者の男女比は、65 歳以上で介護度保険サービスを受給した高齢者全体と同等であるといえる。さらに 75 歳を過ぎると要介護認定を受ける者の割合が大きく上昇しており、本調査対象者においても 80 歳以上が約 7 割を占めていたことから、本調査対象者が要介護認定を受ける高齢者全体と同じような傾向であったといえるだろう。

介護度は、要支援 1・2 が 26 名 (40.6%)、要介護 1・2 が 31 名 (48.4%)、要介護 3・4 が 7 名 (11.0%) だった。つまり、要支援 1・2、要介護 1・2 という介護度の低い人が全体の 89.0%を占めた。一人暮らしの要介護高齢者を調査した、矢川ら²⁾の調査結果でも、要支援 1 から要介護 2 までの者が 95.9%と報告されており、「一人暮らしをしている高齢者は介護度が低い者が多い」という同じような傾向にあった。このことから、高齢で一人暮らしができる人に共通する傾向として、介護度が低いことが挙げられる。つまり介護度が低くないと一人暮らしはできないことがうかがえる。しかし、この傾向は、一人暮らし高齢者だけの傾向ではない。介護サービスの利用状況では、要介護 1～3 の者は在宅サービスの利用が多い一方で、介護度が重くなり、要介護 5 の人は施設サービスの利用が半数以上を占めていると報告されている¹⁾。これらのことから、自宅で過ごせるかどうかには、介護度が大きく影響していることがわかる。

そして、経済的側面では、年収の中心が公的年金である者は 46 名 (71.6%) であり、また、年収 200～300 万円未満の者が最も多く 28 名 (43.8%) だった。次いで年収 100～200 万円未満が 19 名 (29.7%) であり、年収 100 万円～300 万円未満の人が、7 割以上を占めていた。高齢者の所得の 6 割は、公的年金・恩給で占めており、高齢者世帯の所得平均 192.4 万円¹⁾という報告と比較しても、今回調査した要介護独居高齢者の所得水準も大きな差はみられないことがわかる。しかし、本研究対象者のうち、生活保護を受けている人の割合は、10.9%おり、決して少なくない。2003 年から 2008

年の5年間で、65歳以上の被保護者数は15万人も増加している¹⁾という現状を反映している結果であると考えられる。ただし、経済的に安定している高齢者は、子どもがいても同居するより、独立的に生活する²⁸⁾とも言われており、現在の収入に応じた生活をし、一人暮らしでも介護サービスを受けながら、暮らせるという可能性もうかがわせる。

さらに、独居高齢者と子どもとのかかわりについてみていくと、同じ市や区内に子どもが住んでいる割合は、29.7%であり、約7割は、子どもがいないか、同じ市や区内には子どもが住んでいなかった。このことから、子どもが近くにいることが、一人暮らしを可能にさせる要因にはならないことがうかがえる。

2) 要介護独居高齢者の生活満足度の特性

本研究では、生活満足度の平均値は5.3点であり、男性5.2点、女性5.3点であった。独居の要介護高齢者を対象とした矢川ら²¹⁾の結果(平均3.5点、男性3.4点、女性3.5点)と比べ、本研究の生活満足度は、かなり高い値を示している。生活満足度に関する一般高齢者を対象に行った調査結果³⁰⁾(平均5.8点、男性6.0点、女性5.7点)と比べても、本研究対象における要介護独居高齢者の生活満足度は一般高齢者の生活満足度と近似した傾向を示していた。

3) 生活満足度に関連する要因

本調査対象者の生活満足度の平均値は、要支援1・2では6.2点、要介護1・2では5.0点、要介護3・4では3.0点と介護度が高くなると、著しく生活満足度が低くなることがわかった。矢川ら³⁶⁾の調査結果においても、要支援が4.2点、要介護1で3.4点、要介護2で3.3点、要介護4で1.5点であった。これらの結果から、介護度が高くなると生活満足度が低くなることがうかがえる。介護度が高くなるということは、日常生活において多くの介助を必要とし、他人の援助なしには日常生活ができない度合いが高まるということである。つまり、生活範囲が縮小し、社会との接点の減少、自律をコントロールできない心身の状態が、生活満足度を低くしている可能性があると考えられる。

次に、生活満足度になぜ精神的自立性が関連したのかを検討する。鈴木ら²⁶⁾の調査では、18歳～69歳全体の精神的自立性の平均点は23.7点であった。本調査対象者の、要介護独居高齢者の精神的自立性は26.5点であり、これらの結果から、要介護独居であっても、一般の人より決して精神的自立性は低いわけではないといえる。つまり、高齢者は、身体的自立の困難に伴い、意識の面においても依存性が高まると考えられがちであるが、介護が必要な状態になっても、精神的自立性は保たれていることが今回の調査で示された。一方で、精神的自立性が比較的高い状態に保てているからこそ独居生活を継続できているとも考えられる。

精神的自立性の尺度を開発した鈴木らによれば²⁶⁾、精神的自立性の構成要素である「目的志向性」は、生きがいと類似した概念³⁰⁾もあることを指摘している。生きがいは、まさに主観的幸福感の一部をなすものであり、このような状況を反映して精神的自立性と生活満足度が有意に関連したと考えることもできる。さらに、精神的自立の本質は「自分の人生は自分で決めるという自己決定の原理にほかならない」³¹⁾ことから、「自己責任性」そのものが、生活する上での自信をもたらし、その

ことが生活への満足度を高めるように働いたと推察することもできる。

最後に、本研究では、訪問介護サービス（ヘルパー）を利用している要介護独居高齢者のほうが生活満足度は低かった（表 5）。この傾向は、介護度の影響を補正してもその傾向は同様であった。

「介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因」³²⁾について調査した結果では、在宅介護サービス利用の過少利用は 69%であり、利用量は、介護ニーズ量の半分以下であったことを指摘している。本研究では、介護度が高くなるほど生活満足度が低くなることから、より介護を必要とする状態の者ほどニーズに対する利用量が伴っていなかった可能性も考えられる。しかし、今回の調査では、介護度の違いから、ニーズと利用量の関係を調査しておらず、介護サービスの利用と生活満足度の関連についての結論は今後の課題である。

家族からの情緒的サポートと生活満足度との重回帰分析では、有意な関連を示さなかったものの、本研究では例数も少なく、家族からの情緒的サポートが生活満足度に影響しないと断定することはできないと考える。今後、ソーシャルサポートと生活満足度の関連についても、さらに検討していく必要があるだろう。

文献

- 1) 内閣府：高齢社会白書。平成 22 年度版, 12-29, 佐伯印刷, 東京(2010a)。
- 2) 黒岩亮子・岩田正美：高齢者の孤立と介護度予防事業。都市問題研究, 56(9):21-32(2004)。
- 3) 黒岩亮子：高齢者の孤立に対応する福祉政策の変遷。社会福祉, (49):59-77(2008)。
- 4) 河合克義：大都市における一人暮らし高齢者の社会的孤立。賃金と社会保障, 1176:28-48(1996)。
- 5) 杉原陽子：地域における転倒、閉じこもりのリスク要因と介入研究。老年精神医学雑誌, 15(1):26-35(2004)。
- 6) 斉藤恵美子・本田亜起子：一人暮らし高齢者の生活を支える町の実践。公衆衛生学, 66(9):683-685(2002)。
- 7) 前田清・太田壽城・芳賀博 et al.：高齢者の QOL に対する身体活動習慣の影響。日本公衆衛生雑誌, 49(6):497-506(2002)。
- 8) 長田篤・山縣然太郎・中村和彦 et al.：地域後期高齢者の主観的幸福感とその関連要因の性差。日本老年医学会雑誌, 36(12):868-873(1999)。
- 9) 岡本秀明：高齢者の社会活動と生活満足度の関連；社会活動の 4 側面に着目した男女別の検討。日本公衆衛生雑誌, 55(6):388-395(2008)。
- 10) 森本兼曩：ライフスタイルと QOL；老年期の QOL。老年精神医学雑誌, 4(9):976-985(1993)。
- 11) 古谷野亘：老後の幸福感の関連要因。構造方程式モデルによる全国データ者の解析。理論と方法, 8(2):111-125(1993)。
- 12) 林曉淵・岡田進一・白澤政和：農村部における高齢者の社会活動と生活満足度との関連。社会活動に対する参加意向に着目して。社会福祉学, 46(1):63-73(2005)。
- 13) 須貝孝一・安村誠司・藤田雅美 et al.：地域高齢者の生活全体に対する満足度とその関連要因。日本公衆衛生雑誌, 43(5):374-389(1996)。

- 14) 出村慎一・野田政弘・南雅樹:在宅高齢者における生活満足度に関する要因. 日本公衆衛生雑誌, 48(5):356-366(2001).
- 15) 三浦正江・上里一郎:高齢者におけるソーシャルサポート授受と自尊感情, 生活充実感の関連. カウンセリング研究, 39 (1):40-48(2006).
- 16) 金恵京・杉澤秀博・岡林秀樹 et al.: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, 46(7):532-541(1999).
- 17) 金恵京・甲斐一郎・久田満 et al.:農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感. 老年社会科学, 22 (3):395-404 (2000).
- 18) 林曉淵・岡田進一・白澤政和:大都市独居高齢者における子どもの有無;子どもの関係が日常生活満足度および全体的生活満足度に及ぼす影響. 厚生指標, 5(3):16-22(2008a).
- 19) 林曉淵・岡田進一・白澤政和:大都市独居高齢者の子どもとのサポート授受パターンと生活満足度. 社会福祉学, 48(4):82-91(2008b).
- 20) 林曉淵・岡田進一・白澤政和:大都市独居高齢者の全体的生活満足度における性差的特徴:日常生活満足度との関連から. 生活科学研究誌, 2:1-8(2003).
- 21) 矢川ひとみ・陶山啓子・加藤基子:要介護状態にある独居高齢者の主観的幸福感に関連する要因. ケアマネジメント学, 3:70-77(2005).
- 22) 野口裕二:高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート;近隣・友人・親戚関係の世帯類型分析. 老年社会科学, 13:89-105(1991a).
- 23) 野口裕二:高齢者のソーシャルサポート;その概念と測定. 社会老年学, 34:37-48(1991b).
- 24) 古谷野亘:在宅要介護老人のソーシャルサポート・システム;階層的補完モデルと課題. 桃山学院大学社会学論集, 24(2):113-124(1990).
- 25) 中西正司・上野千鶴子:当事者主権. 初版, 岩波新書, 東京(2003).
- 26) 鈴木征夫・崎原盛造:精神的自立性尺度の作成;その構成概念の妥当性と信頼性の検討. 民族衛生, 69(2):47-56(2003).
- 27) 古谷野亘・柴田博・芳賀博 et al.:生活満足度の構造;因子構造の不変性. 老年社会科学, 12:102-116 (1990).
- 28) Wilmoth, J.: Living Arrangement Transitions Among America's older Adults. The Gerontologist, 38(4):434-444(1998).
- 29) 芳賀博:高齢者の生活満足度 Well-Being のアセスメント. Geriatric Medicine, 40 (1):23-27(2002).
- 30) Bondevik M, Skogstand A:Loneliness, religiousness, and purpose in life in the oldest old, J Relig Gerontol, 11(1):5-21(2000).
- 31) 藤崎弘子:高齢者・家族・社会的ネットワーク. 初版, 培風館, 東京(1998).
- 32) 杉澤秀博・深谷太郎・杉原陽子 et al.:介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因. 日本公衆衛生雑誌, 49(5):425-436(2002).

Factors Relating to Life Satisfaction in Elderly People in Need of Care Living Alone at Home in Urban Areas

Yoko Hanazato

(Institute of Aging and Development, J.F.Oberlin University)

Hiroshi Haga

(Graduate School of Gerontology, J.F.Oberlin University)

Keywords : urban area, need for care, elderly people living alone at home, life satisfaction

This study aimed at identifying the factors relating to life satisfaction in elderly people in need of care living alone in urban areas. The subjects of the present study were 64 elderly people who need to be care living alone at home. We administered the interview survey at home using the questionnaire.

We examined the relationship of gender, age, and required level of care to life satisfaction.. Also we examined the relationship between life satisfaction and use of care services, social support (instrumental and emotional), self-rated health, and mental independence. We performed multiple regression analysis using such five significant factors as required level of care, use of in-home care services, availability of other family members to consult, self-rated health, and mental independence as the independent variables, and the life satisfaction as the dependent variable, controlling for gender and age.

The results showed that the life satisfaction was positively correlated with the mental independence and negatively correlated with the required level of care.