

ランティアを通して、①新しい価値や自分の欠点への気づき、②学習と実践、③人の人生に触れられた、④老後や現在の生活についての情報収集、⑤仲間とのふれあい、といった、自分自身に対する利益を実感することでボランティアに価値を見出している。この5点のうち①②③については、「他人から話を聴く」という知識とスキルの基礎を身につけてからボランティアを実践するという傾聴ボランティア活動の特性と密接にかかわっている。

傾聴ボランティアから得られる満足感は、傾聴活動の悩みの有無やその内容によって大きな影響を受けていることも明らかとなった。地域、施設ともに「相手の態度が歓迎的でない、話さない」といった悩みが抽出され、このような発言は多くのフォーカスグループの参加者から聞かれた。施設の場合には、そのようなことをして良いものか否か疑問をもちつつも、傾聴を希望している入居者に対して重点的に傾聴を行うことで満足感を得たり、傾聴そのものよりも施設に訪問することで老後や現在の生活についての情報収集する機会も多くなることから、そのことで満足感を得るということになる。

しかし、地域の高齢者の場合、最初から歓迎的であり、高齢者の側から話をしてくれる場合には、「傾聴活動そのものから満足感」を得ることができるが、もし「相手の態度が歓迎的でない、話さない」にはどうだろうか。派遣先を変更してもらうことは施設の場合と比較して容易ではない。そのため、関係をつくるために様々な工夫を試み、さらにその試みが少しでも状況の改善に結びついていないか観察することになる。その結果として、「高齢者の変化」が僅かに観察された場合にもそれに喜びを感じ、満足感が得られる。

4. おわりに

本研究では、傾聴ボランティアから得ることができる満足感は、傾聴ボランティアが傾聴ボランティア講座を受けて「他人から話を聴く」という知識とスキルの基礎を身につけ、それを基礎にボランティアを実践するという、ボランティア活動上の特性と密接にかかわっていることが明らかとなった。さらに、傾聴を通じて経験する悩みの種類や内容は、その活動の場所である地域、施設いずれにおいてもかなり共通するものがあるが、しかし、その対処の仕方が活動場所によって異なるため、満足感の内容が施設と地域では異なる可能性も示唆された。

文献

- 出村慎一・野田政弘・南雅樹・長澤吉則・多田信彦・松沢甚三郎 (2001). 「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 巻 5 号, 356-366
- 藤原佳典・杉原陽子・新開省二 (2005). 「ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響：地域保健福祉における高齢者ボランティアの意義」『日本公衆衛生雑誌』第 52 巻 4 号, 293-307.

- Li, Y., Ferraro, K.F. (2005). Volunteering and depression in later life: social benefit or selection processes? *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 68-84.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., Williams, R.W.Jr. (1992). Successful aging: A life course perspective on women's multiple roles and resilience. *American Journal of Sociology*, 97(6), 1612-1638.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P.A., Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journal of Gerontology b: Psychological Sciences and Social Sciences*. 58(3), S137-45.
- Morrow-Howell, N., Tang, F., Kim, J., Lee, M., Sherraden, M. (2005) Maximizing the productive engagement of older adults, M.L. Wykle, P.J. Whitehouse, D.L. Morris, *Successful aging through the life span: Intergenerational issues in health*(pp.19-53). New York: Springer Publishing Company.
- Musick, M.A., Herzog, A.R., House, J.S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: findings from a national sample. *Journal of Gerontology b: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(3), S173-180.
- Musick, M.A., Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups, *Social Science and Medicine*, 56(2), 259-269.
- 杉原陽子(2003). 「『生涯現役』をめぐる疑問：向高齢期における実態と意義」杉澤秀博・柴田博編著『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, 107-136.
- Thoits, P.A., Hewitt, L.N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 115-131.
- 閉じこもり予防・支援についての研究班(2005). 『閉じこもり予防・支援マニュアル』
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course, *Journal of Gerontology a: Psychological Sciences and Social Sciences*. 55(5), S308-318.

8章 傾聴活動への参加のボランティアへの効果

石川 久展・ルーテル学院大学
杉澤 秀博・桜美林大学

1. 目的

本章では、傾聴活動に参加することがボランティアに対してどのような効果がもたらされるについて、主として前後比較デザインを用いて明らかにすることにある。

2. 方法

1) 対象と調査方法

(1) 事前調査

我孫子市社会福祉協議会と共同で実施した傾聴ボランティア養成講座の参加者である。参加者は60人であった。調査は配票留置法で平成18年2月に行い、養成講座の第1回目に調査票を配布し、2回目の講座で回収した。調査票は「身体的健康」「精神的健康」「社会関係」「傾聴ボランティアへの参加理由」「傾聴ボランティアの効果」といった項目で構成した。回収数は60人全数であった。

(2) 事後調査

事前調査が完了した60人を対象に平成19年2月に郵送法によって実施した。調査票は、傾聴ボランティア講座・活動に対する満足度以外は事前調査とほぼ同じ調査票を用いて行った。調査票は55人から回収された。

2) 分析方法

傾聴講座前およびボランティア活動の開始後でアウトカム変数が有意に異なるか否かについては、連続変量については対応のあるサンプルのt検定で、順序尺度についてはWilcoxonの検定で評価した。

3. 結果

1) 調査対象者の特性

前後比較デザインの対象とした56人の特性については表8-1のとおりである。

平均年齢は60.0歳(最大値は74歳、最小値は45歳)、最も多い年齢層は60～69歳であり、中高年層が大部分を占めていた。性別分布をみると、女性が92.9%であった。

世帯構成の分布についてみると、ひとり暮らしが5.5%、夫婦のみ世帯が43.6%であり、残りの約50%はそれ以外の世帯であった。

居住年数については、「20～29年」と「30年以上」と合わせると60%以上となり、20年以上の長期間にわたり我孫子市に在住している人が多くを占めていた。

毎月のやりくり状況については、「あまり苦勞していない」と「まったく苦勞していない」とやりくりの問題がないと答えた回答者は約60%であった。こづかいに不自

由しない程度の収入や蓄えがあるかという質問に対して、「ある」と答えた人は80%を超えていた（結果省略）。これらの2つの結果は、経済的な余裕があるから傾聴ボランティアに参加ができることを示しているのかもしれない。

表8-1 分析対象者の特性

指標		%
年齢階級 ^{注1)}	49歳以下	9.1
	50～59歳	38.2
	60～69歳	43.6
	70歳以上	9.1
性	男性	7.1
	女性	92.9
世帯構成 ^{注1)}	一人暮らし	5.5
	夫婦のみ	43.6
	その他	50.9
居住年数 ^{注1)}	10年未満	14.5
	10～19年	21.8
	20～29年	36.4
	30年以上	27.3
毎月のやりくり	非常に苦労している	1.8
	やや苦労している	16.1
	どちらともいえない	21.4
	あまり苦労していない	46.4
	まったく苦労していない	14.3
n		56

注1) 年齢階級、世帯構成、居住年数についてはそれぞれ無回答のケース(n=1)を除外しているため、55ケースの分布である。

2) 健康状態の前後比較

(1) 健康度自己評価

表8-2には、ボランティア講座受講前とボランティアの活動開始後の健康度自己評価の分布を示した。「よい」あるいは「まあよい」との回答は、活動後の方が10%弱低くなっているが、いずれの調査でも40%以上を占めていた。Wilcoxonの検定では、受講前と活動後の分布には有意差はみられなかった。

表8-2 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の健康度自己評価の分布 (%)

	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
受講前	38.2	14.5	43.6	3.6	0.0
活動後	30.9	14.5	47.3	3.6	3.6

注) 分析対象はボランティア講座受講とボランティアの活動開始後のいずれの調査において無回答であった1人を除く55人である。

(2) うつ症状

8項目で構成されるうつスケールを用いた。表8-3に示したように、傾聴ボランティア講座の受講前ではうつ症状の得点が1.17、ボランティア活動開始後のうつ症状得点は1.18であり、ほとんど差がなかった。対応のあるサンプルのt検定でも有意はなかった。

表 8-3 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後のうつ症状得点

うつ症状得点	
受講前	1.17
活動後	1.18

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においてもうつ症状を測定する8項目に5項目以上回答した55人である。無回答の項目をもつ人の場合には、回答項目から素点を算出し、その素点を回答項目数の比率で除することで推定値を算出した。

3) 社会的ネットワークの前後比較

(1) 地域組織への参加頻度

表8-4には、傾聴ボランティア以外の町内会・自治会、ボランティア・社会奉仕団体、趣味や学習の会、老人クラブなどの地域組織への参加頻度を示した。1週間に1回以上の割合(「1週間に2回以上」と「1週間に1回程度」の合計)は受講前では56.6%であったが、活動後では47.2%と10ポイント程度低下していた。頻度についての選択肢に数値を代入し⁴、連続変量とした上で対応のあるサンプルのt検定を用いて前後で有意差があるか否かを評価したが、有意差はみられなかった。

表 8-4 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の地域組織への参加頻度 (%)

	1週間に 2回以上	1週間に 1回くらい	1ヶ月に 2～3回	1ヶ月に 1回くらい	この1ヶ月では 参加していない
受講前	35.8	20.8	13.2	9.4	20.8
活動後	34.0	13.2	20.8	5.7	26.4

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した53人である。

(2) 同居以外の人との交流頻度

同居家族以外の別居子や親戚との交流頻度の分布は表8-5の通りである。受講前と活動後のいずれも1週間に1回以上(「1週間に2回以上」と「1週間に1回くらい」の合計)と頻りに交流している人が40%程度を占めていた。「まったくない」あるいは「別居子・親戚がいない」と答えた人はいなかった。頻度についての選択肢に数値

⁴ 1ヶ月当たりの回数とするため、「1週間に2回以上」には8、「1週間に1回程度」には4、「1ヶ月に2～3回」には2.5、「1ヶ月に1回くらい」には1、「この1ヶ月は参加していない」には0を代入した。

を代入した上で⁵、連続変量として対応のあるサンプルの t 検定を用いて行ったが、講座の受講前と活動開始後では分布に有意差はみられなかった。

表 8-5 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の別居親族との交流頻度 (%)

	1週間に 2回以上	1週間に 1回くらい	1ヶ月に 2～3回	1ヶ月に 1回くらい	この1ヶ月に 1回未満	まったくない/ 親戚はいない
受講前	11.3	28.3	34.0	11.3	15.1	0.0
活動後	24.5	18.9	32.1	7.5	17.0	0.0

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した53人である。

(3) 友人や近所の人々との交流頻度

受講前と活動開始後の友人や近所の人との交流頻度の分布は表8-6の通りである。しかし、受講前と活動開始後のいずれも1週間に1回以上(「1週間に2回以上」と「1週間に1回くらい」の合計)と頻繁に交流している人が50%弱であった。頻度についての選択肢に数値を代入した上で⁶、連続変量として対応のあるサンプルの t 検定を講座受講前と活動開始後の分布の違いを評価したが、有意差はみられなかった。

表 8-6 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の友人・近所との交流頻度 (%)

	1週間に 2回以上	1週間に 1回くらい	1ヶ月に 2～3回	1ヶ月に 1回くらい	この1ヶ月に 1回未満	まったく ない
受講前	22.6	24.5	22.6	9.4	18.9	1.9
活動後	18.9	28.3	18.9	22.6	11.3	0.0

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した53人である。

(4) 孤立感

表8-7に、受講前と活動開始後の孤立感の分布を示した。受講前では「ほとんどない」と答えた回答者が69.1%であったが、活動後ではそれが74.5%と5ポイント近く増加し、孤独感を感じない人が多くなっている。しかし、この差が有意か否かについて Wilcoxonの検定で評価したが、統計的に有意であるという結果は得られなかった。

表8-7 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の孤立感 (%)

	ほとんどない	ときどきある	そう感じている ときが多い
受講前	69.1	30.9	0.0
活動後	74.5	25.5	0.0

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した55人である。

⁵ 1ヶ月当たりの回数とするため、「1週間に2回以上」には8、「1週間に1回程度」には4、「1ヶ月に2～3回」には2.5、「1ヶ月に1回くらい」には1、「1ヶ月に1回未満」には0.5を代入した。

⁶ 1ヶ月当たりの回数とするため、「1週間に2回以上」には8、「1週間に1回程度」には4、「1ヶ月に2～3回」には2.5、「1ヶ月に1回くらい」には1、「1ヶ月に1回未満」には0.5、「まったくない」には0を代入した。

4) 社会的サポートの前後比較

(1) 同居家族からのサポート

表8-8に、受講前と活動開始後における同居家族からのサポートの程度を示した。「よく聞いてくれる」と「まあよく聞いてくれる」といった肯定的な回答は、受講前と活動後のいずれも80%以上であった。「心配事を話さない」と「同居家族はいない」については「まったく聞いてくれない」と合わせ、受講前と活動開始後における分布の差が有意か否かをWilcoxonの検定を評価した。その結果、前後では有意差がみられないことがわかった。

表 8-8 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の同居家族からのサポート (%)

	よく聞いて くれる	まあよく聞 いてくれる	あまり聞いて くれない	まったく聞い てくれない	心配事を話 さない	同居家族は いない
受講前	41.1	39.3	10.7	0.0	5.4	3.6
活動後	30.4	50.0	8.9	0.0	5.4	5.4

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した56人である。

(2) 別居子・親戚からのサポート

受講前と活動開始後における別居子・親戚からのサポートの程度を表8-9に示した。同居家族の場合と同じように、「よく聞いてくれる」と「まあよく聞いてくれる」といった肯定的な回答は、受講前と活動後のいずれも80%以上であった。「心配事を話さない」については「まったく聞いてくれない」と合わせ、受講前と活動開始後で有意差がみられるか否かをWilcoxonの検定で評価した。その結果、有意差がみられないことがわかった。

表 8-9 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の別居子・親戚からのサポート (%)

	よく聞い てくれる	まあよく聞 いてくれる	あまり聞い てくれない	まったく聞いて くれない	心配事を話 さない
受講前	42.9	44.6	1.8	0.0	10.7
活動後	39.3	48.2	1.8	0.0	10.7

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した56人である。

(3) 友人・近所からのサポート

受講前と活動開始後における友人・近所からのサポートの程度を表8-10に示した。この場合も、同居家族の場合と同じように「よく聞いてくれる」と「まあよく聞いてくれる」といった肯定的な回答は、受講前と活動後のいずれも80%以上であった。「心配事を話さない」については「まったく聞いてくれない」と合わせ、講座前と活動開始後で有意差がみられるか否かをWilcoxonの検定で評価した。その結果、有意差がみられないことがわかった。

表 8-10 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の別居子・親戚からのサポート (%)

	よく聞いてくれる	まあよく聞いてくれる	あまり聞いてくれない	まったく聞いてくれない	心配事を話さない
受講前	39.3	44.6	1.8	0.0	14.3
活動後	39.3	48.2	1.8	0.0	10.7

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した56人である。

(4)保健・医療・福祉の専門家からのサポート

受講前と活動開始後における保健・医療・福祉の専門家からのサポートの程度を表8-11に示した。この場合も、「よく聞いてくれる」と「まあよく聞いてくれる」といった肯定的な回答は、家族や友人・近隣と比べるとサポートの程度は低かったが、受講前と活動開始後のいずれも60%程度であり、ほとんど差がみられなかった。「心配事を話さない」「専門家とのかかわりが無い」については「まったく聞いてくれない」と合わせ、受講前と活動開始後で有意差がみられるか否かをWilcoxonの検定で評価した。その結果、有意差がみられないことがわかった。

表 8-11 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の保健・医療・福祉の専門家からのサポート (%)

	よく聞いてくれる	まあよく聞いてくれる	あまり聞いてくれない	まったく聞いてくれない	心配事を話さない	専門家とのかかわりが無い
受講前	26.0	28.0	4.0	0.0	14.3	38.0
活動後	30.0	36.0	4.0	0.0	0.0	30.0

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した50人である。

4)生活意識

(1)生活満足度

表8-12には、講座受講前と活動開始後の生活満足度の分布を示した。活動開始後の方が受講前と比較して、現在の生活に満足している（「非常に満足」「まあまあ満足」の合計）人の割合が10ポイント程度増加していた。受講前と活動開始後で生活満足度に有意な変化があるかを検討するために、Wilcoxonの検定で評価したが、この差は有意でないことがわかった。

表 8-12 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の生活満足度の分布 (%)

	非常に満足している	まあまあ満足している	どちらともいえない	あまり満足していない	まったく満足していない
受講前	10.9	70.9	12.7	5.5	0.0
活動後	14.5	74.5	7.3	3.6	0.0

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においても回答した55人である。

(2) 自己効力感

表8-13に示したように、受講前の得点の平均が30.7で、受講後の得点の平均が32.3であり、対応のあるサンプルのt検定で評価した結果、有意差 ($p < 0.01$) がみられた。

表 8-13 ボランティア講座受講とボランティア活動開始後の
自尊感情

	自尊感情の得点
受講前	30.7
活動後	32.3

注)分析対象は、受講前と活動後のいずれの調査においてもうつ症状を測定する10項目に6項目以上回答した55人である。無回答の項目をもつ人の場合には、回答項目から素点を算出し、その素点を回答項目数の比率で除することで推定値を算出した。

5) 傾聴ボランティアに対する主観的評価

(1) ボランティアから得たこと

傾聴ボランティア活動から得たものを複数回答で回答してもらった結果を表8-14に示した。「社会とのつながりを維持したり、広げることができた」「高齢者の話をよく聞くことができた」「高齢者の心身の健康に多少とも貢献した」と答えた人がそれぞれ50%以上であった。

表8-14 傾聴ボランティアから得たこと (％)

得たこと	(%)
自分の健康によかった	26.9
自分の生きがいにつながった	42.3
社会とのつながりを維持したり、広げることができた	71.2
人の役に立った	36.5
相手の高齢者の話をよく聞くことができた	69.2
相手の高齢者にとって良い人間関係ができた	44.2
相手の高齢者の心身の健康に多少とも貢献した	55.8
その他	11.5
n	52

注)分析対象は項目に回答のあった52人である。

(2) ボランティアに対する評価

傾聴ボランティア活動についてどのように考えているのかについて、13項目にわたって回答してもらった。表8-15に示したように、すべての項目において「非常に思う」「やや思う」という回答が多く、参加者の多くが傾聴ボランティア活動に対しては肯定的であることがわかった。

表8-15 傾聴ボランティアに対する評価

(%)

	非常に 思う	やや 思う	あまり 思わない	まったく 思わない	n
傾聴ボランティア活動は、自分にとって重要だ と思う	35.2	57.4	7.7	0.0	54
高齢の人たちが地域のために活動することは大 切だと思う	55.6	42.6	1.9	0.0	54
傾聴ボランティア活動によって、自分自身の重 要性を感じることができたと思う	18.9	49.1	30.2	1.9	53
傾聴ボランティア活動によって、物事に対する 新しい見方ができるようになったと思う	42.6	44.4	13.0	0.0	54
傾聴ボランティア活動は、自分の仕事の選択肢 を広げてくれたと思う	20.8	49.1	18.3	1.9	53
人を助けることは大事だと思う	71.7	28.3	0.0	0.0	53
傾聴ボランティア活動によって、自分は人に必 要とされていると感じられた	16.7	51.9	29.6	1.9	54
傾聴ボランティア活動によって、地域社会が活 性化していると思う	9.6	63.5	25.0	1.9	52
傾聴ボランティア活動は、自分の能力を活かせ る活動だと思う	16.7	61.1	22.2	0.0	54
傾聴ボランティア活動をとおして、地域のため に活動することについて関心を分かちあえた と思う	22.2	57.4	18.5	1.9	54
傾聴ボランティア活動は、閉じこもりな高齢者 に効果があったと思う	22.4	67.3	10.2	0.0	49
傾聴ボランティア活動によって、地域社会にも っと関心を向けることができたと思う	31.5	53.7	14.8	0.0	54
傾聴ボランティア活動によって、地域社会のこと がこれまでよりもわかったと思う	29.6	55.6	13.0	1.9	54

(3) ボランティア活動に対する満足度

傾聴ボランティア講習及び活動に関する満足度について、「仲間との関係」「養成講習」「自分の働き」「相手との関係」「全体として」の5つの側面から質問した。回答の選択肢は「非常に満足している」から「まったく満足していない」の4件法であった。

表8-16に示したように、全体満足度については、満足している（「非常に満足」「まあまあ満足」の合計）が65.4%であった。項目別にみると、「自分の働き」について満足しているという人が90%を超えていた。次いで、「講習」「ボランティア仲間との関係」が続いていた。個別の満足度の中で最も満足度が低かったのは、「相手の方との関係」であった。

表8-16 傾聴ボランティアに対する満足度 (％)

	非常に満足している	まあまあ満足している	あまり満足していない	まったく満足していない	n
傾聴ボランティアの仲間との関係	31.4	47.1	21.6	0.0	51
傾聴ボランティア養成の講習	37.7	54.7	7.5	0.0	53
傾聴ボランティアにおける自分の働き	50.0	46.2	3.8	0.0	52
相手の方との関係	13.7	58.8	25.5	2.0	51
全体として	7.7	57.7	32.7	1.9	52

5. 考察とまとめ

本研究では、主として前後比較デザインによって傾聴ボランティアへの参加がボランティアに与える効果を分析した。その結果、自尊感情のみが有意に増加しており、健康指標、ネットワーク指標、サポート指標については有意な効果が観察されなかった。

ボランティアによる主観的な評価では、「自分の健康」や「自分の生きがい」の改善に貢献したとの回答が半数未満であり、他方では「社会とのつながり」や「高齢者の話を聴くことができた」という回答が半数を超えていた。主観的にみても、他者への貢献よりも自らの健康や生きがいの改善に貢献したという意見は少ない。

満足度の点では、高齢者との関係や傾聴ボランティア仲間との関係についての評価が低く、講習や自分の働きについては満足度が高かった。高齢者との関係や傾聴ボランティア仲間が、傾聴ボランティアにとってはストレスの原因となっている可能性がある。

しかし、今回の事後調査は傾聴活動を開始してから半年くらいの時点で評価したため、長期的な効果については検証できなかった。より長期的の追跡調査によって、長期的な効果を検証する必要がある。

9章 モデル事業の地域高齢者に与える効果

杉澤 秀博・桜美林大学

1. 目的

本研究は、「町内会・民生委員などの地域組織による閉じこもり高齢者の把握」「アセスメントと派遣の調整」「傾聴ボランティアの養成と派遣の実施」という包括的なモデル事業を実施し、その効果の評価および各ステップにおける問題点を把握することを目的としている。

我孫子市の1地区を対象に行われたモデル事業の展開の詳細は、本報告の1章および平成17年度の総括研究報告書に記述されている。モデル事業が効果があったか否かをアウトカム指標を用いて量的に行う場合には、本研究の課題に則してみるならば、3つのターゲットが設定できる。第1は、モデル事業の直接のターゲットが閉じこもり高齢者にあることから、この高齢者にターゲットを設定し、モデル事業で把握された閉じこもり高齢者に対して傾聴ボランティアの派遣が問題の改善に効果があるか否かを検証することである。第2には、傾聴ボランティアとして参加した人たちにターゲットを設定し、傾聴ボランティアとして参加することでどのような変化がみられたかを検証することである。第3には、地域高齢者をターゲットとして設定することである。モデル地区において実施されたモデル事業が民生委員など地域の福祉や保健のキーパーソンと共同で実施されていることから、直接的には閉じこもり高齢者の出現割合の低下に貢献するだけでなく、間接的には介護予防への意識の喚起によって地域高齢者全体に影響を与える可能性がある。

本章の課題は、第3のターゲット、すなわち地域高齢者に対してモデル事業の導入・展開がどのような効果や影響をもたらしたかを量的に評価することにある。

評価のためのデザインは、モデル事業実施の前後で地域高齢者のアウトカム指標を比較するという前後比較デザインである。モデル地区だけでなく、それ以外の地区でも介護保険制度の改正に伴って介護予防事業が推進されていることから、モデル地区以外の高齢者を統制群として設定することでその影響を除外することを試みた。

2. 方法

1) 事前調査

(1) 対象

モデル事業実施地区の70歳以上の高齢者896人（要介護認定者は除外）、対照として全市（モデル地区を除く）の70歳以上の高齢者を987人（要介護認定者は除外）を系統抽出法によって抽出した。

(2) 調査方法と時期

それぞれの対象に対して郵送調査法によって平成18年2月に介入前の事前調査を実

施した。

(3) 調査項目

①特定高齢者のスクリーニングのためのチェックリスト、②日常生活動作、③精神的健康、④社会関係、⑤主観的幸福感、⑥介護予防事業・サービスの利用意向、であった。

(4) 回収数

モデル地区が718人（回収率は80.1%）、対照地区が747人（同75.7%）であった。

事前調査の詳細は、本報告書の1章を参照のこと。

2) 事後調査

(1) 対象

モデル事業実施地区の70歳以上の高齢者938人（要介護認定者は除外）、対照として全市（モデル地区を除く）の70歳以上の高齢者を1073人（要介護認定者は除外）を系統抽出法（事前調査と異なる系列を使用）によって抽出した。

(2) 調査方法と時期

それぞれの対象に対して、郵送調査法によって平成19年2月に介入後の事後調査を実施した。

(3) 調査項目

事前調査と同様であり、①特定高齢者のスクリーニングのためのチェックリスト、②日常生活動作、③精神的健康、④社会関係、⑤主観的幸福感、⑥介護予防事業・サービスの利用意向、であった。

(4) 回収数

モデル地区が725人（回収率は77.3%）、対照地区が789人（同73.5%）であった。

回収状況の詳細については、本報告書の第1章を参照のこと。

3) 分析方法

(1) 点数化

①健康度自己評価

健康度自己評価の質問に対する回答の選択肢は「よい」「まあよい」「ふつう」「あまりよくない」「よくない」の5件法であった。それぞれの選択肢に5～1点を配点し、点数化を行った。そのため、点数が高いほど健康度自己評価が高いことを意味する。

②日常生活動作の自立度

「食事」「着替え」「入浴」「排泄」「歩行」の5項目で構成した。各項目の選択肢は「一人で普通にできる」「何とか一人でできる」「一部手助けが必要」「全面的に手助けが必要」の4件法であった。各選択肢に4～1点を配点し、それらを単純加算することで自立度の点数を求めた。無回答が2項目以下の場合には回答のあった項目の素点を算出し、それを回答項目の割合で除して推計値を求めた。

③うつの疑い

特定高齢者のスクリーニングのために開発されたスケールを用いた。「ここ2週間、毎日の生活に充実感がない」など5項目で構成されるが、2項目以上に「はい」と回答した人をうつの疑いがある人と判断した。

④生活満足度

生活満足度の質問に対する回答の選択肢は「非常に満足」「まあまあ満足」「どちらともいえない」「あまり満足していない」「まったく満足していない」の5件法である。それぞれの選択肢に5～1点を配点し、点数化を行った。そのため、点数が高いほど生活満足度が高いことを意味する。

⑤閉じこもり

空間的、対人関係的、心理的の3側面から測定した。空間的閉じこもりについては厚生労働省の基準を用い、週に1回未満の外出頻度の人とした。対人関係面の閉じこもりについては「地域組織への参加頻度」「同居家族以外の親族との交流頻度」「友達や近所の人との交流頻度」のいずれもが1ヶ月に1回未満の人とした。心理面での閉じこもりについては、孤立していると感じることが「ときどきある」「そう感じているときが多い」という人とした。

⑥特定高齢者

厚生労働省の基準に基づき評価した。

⑦サポート

情緒的サポートと外出の誘いの2つの側面から測定した。情緒的サポートについては、同居家族、別居の親族、友達や近所の人、保健・福祉・医療の専門家それぞれについて、「よく聞いてくれる」「まあよく聞いてくれる」「あまり聞いてくれない」「まったく聞いてくれない」の4件法の選択肢を用いて質問した。それ以外に「心配ごととは話さない」、「同居家族」の場合には「同居家族がいない」、保健・福祉・医療の専門家の場合には「専門家との関わりがない」の選択肢を加えた。「心配ごととは話さない」あるいは「同居家族はいる」「専門家との関わりがない」という選択肢は「まったく聞いてくれない」に加え、各選択肢に4～1点を配点し、点数化を行った。

外出の誘いについても、同居家族、別居の親族、友達や近所の人、保健・福祉・医療の専門家それぞれについて、「よく誘ってくれる」「たまに誘ってくれる」「あまり誘ってくれない」「まったく誘ってくれない」の4件法の選択肢を用いて質問した。それ以外に「誘ってほしくない」、「同居家族」の場合には「同居家族がいない」、保健・福祉・医療の専門家の場合には「専門家との関わりがない」の選択肢を加えた。「誘ってほしくない」「同居家族はいる」あるいは「専門家との関わりがない」という選択肢は「まったく誘ってくれない」に加え、各選択肢に4～1点を配点し、点数化を行った。

⑧介護予防サービスの認知度・利用意向

介護予防の認知度については、介護予防に関連した介護保険制度の改正の主要な点をどの程度知っているかを、「検診などを利用して要介護になる可能性の高い人を把握する」「要介護になる可能性の高い人を対象に、介護状態にならないための事業を実施する」「閉じこもりも要介護状態にならない要因の1つとして取り上げられている」の3点について、それぞれ「知っている」「知らない」の選択肢を用いて質問した。「知っている」数を単純に加算することで認知度の程度を測定した。

介護予防サービスの利用意向については、身体機能を向上させるためのメニューとして「筋力を向上させるための訓練」、栄養改善を図るためのメニューとして「日頃

の食事内容についての栄養士による相談」、歯や口の機能向上のためのメニューとして「食事が楽しくできるための『あご』の機能訓練」の利用意向の有無を質問し、利用意向ありの数を単純に加算して利用意向の程度を測定した。

さらに、傾聴ボランティアに限定して利用意向を「利用したい」「利用したくない」という選択肢を用いて質問した。

(3) 統計的方法

量的データについては二元配置分散分析、質的データについては多重ロジスティック回帰分析を用いてモデル地区と統制地区における介入前後の差が有意であるか否かを交互作用によって検証した。

4) 分析対象者の特性

表9-1には、モデル地区と透析地区のモデル事業実施前後の年齢と性の分布を示した。モデル地区の事業実施前後と統制地区の事業実施前後（4グループ）でみると、年齢の平均が統制地区のモデル事業実施後において、性の分布では男性の割合が統制地区のモデル事業実施前において有意に高かった。そのため、上記3)の分析を行う際には、二元配置分散分析の場合には共変量として年齢と性を、多重ロジスティック回帰については独立変数として年齢と性を投入し、その影響を調整してから分析することにした。

表9-1 分析対象の性・年齢階級別分布

特性		モデル地区		統制地区	
		実施前	実施後	実施前	実施後
年齢	平均	75.2	75.3	75.5	76.0
性	男性 (%)	51.8	52.0	45.5	46.8
	女性	48.2	48.0	54.5	53.2

注1) 統制地区では、事業を実施しているわけではないが、調査の時期がモデル地区においてモデル事業実施前と実施後に行われた調査の時期と同じであることから、便宜的に実施前と実施後という表現を使用している。

注2) 一元配置分散分析の結果、年齢の平均には有意差があり、その後の検定 (Bonferroni) の結果、統制地区の年齢の平均がモデル地区の実施前と実施後よりも有意に高いことがわかった。

注3) χ^2 検定の結果、性別分布でも有意差があり、残差分析の結果、統制地区の実施前が有意差に貢献していることがわかった。

3. 結果

1) 健康と生活満足度指標

健康指標については健康度自己評価、日常生活動作、うつの疑いの3つの指標を用いた。結果を表9-2に示したが、いずれの指標とも地区と調査時期との交互作用は有意ではなく、統制地区と比較した場合、モデル地区において事業の実施後に各健康指標が有意に改善したという結果は得られなかった。生活満足度についても、健康指標と共通して、モデル地区で事業の実施後に有意に改善したという結果は得られなかった。

表9-2 モデル地区と統制地区のアウトカム指標の分布

		モデル地区		統制地区		地区と調査時期との交互作用の有意差
		実施前	実施後	実施後	実施前	
健康度自己評価	平均	3.30	3.39	3.35	3.32	n. s.
日常生活動作	平均	19.7	19.7	19.7	19.7	n. s.
うつの疑い	割合	23.8	26.2	23.3	27.9	n. s.
生活満足度	平均	4.03	4.05	3.99	3.96	n. s.

注1) 量的データについては二元配置分散分析、質的データについては多重ロジスティック回帰分析で行った。

注2) 表中の数値は、年齢と性の分布の平均値を代入した後の推計値である。

2) 閉じこもり、特定高齢者

閉じこもりについては空間的、対人関係的、心理面の3つの指標で測定した。いずれの指標とも地区と調査時期との交互作用は有意ではなく、統制地区と比較した場合、モデル地区で事業の実施後に各閉じこもり指標が有意に改善したという結果は得られなかった(表9-3)。さらに特定高齢者の割合についても、モデル地区で事業の実施後にその割合が有意に改善したという結果は得られなかった。

表9-3 モデル地区と統制地区の閉じこもり・特定高齢者の割合

		モデル地区		統制地区		地区と調査時期との交互作用の有意差
		実施前	実施後	実施後	実施前	
空間的閉じこもり	割合	7.0	7.5	10.6	9.8	n. s.
対人関係の閉じこもり	割合	8.0	7.8	7.3	5.7	n. s.
心理的閉じこもり	割合	22.4	24.3	25.5	22.7	n. s.
特定高齢者	割合	9.2	7.2	6.9	7.6	n. s.

注1) 量的データについては二元配置分散分析、質的データについては多重ロジスティック回帰分析で行った。

注2) 表中の数値は、年齢と性の分布の平均値を代入した後の推計値である。

3) サポート

情緒的サポートについては同居家族、親戚、友達・近隣、専門家それぞれについてその程度を測定した。いずれの指標とも地区と調査時期との交互作用は有意ではなく、統制地区と比較した場合、モデル地区で事業の実施後に各サポート指標が有意に改善したという結果は得られなかった（表9-4）。外出への誘いについても、モデル地区でモデル事業の実施後にこの指標が有意に改善したという結果は得られなかった。

表9-4 モデル地区と統制地区のサポートの得点

		モデル地区		統制地区		地区と調査時期との交互作用の有意差
		実施前	実施後	実施後	実施前	
同居家族からの情緒的サポート	平均	3.18	3.14	3.19	3.18	n. s.
親族からの情緒的サポート	平均	3.32	3.30	3.28	3.34	n. s.
友達・近隣からの情緒的サポート	平均	2.98	3.01	3.01	3.10	n. s.
専門家からの情緒的サポート	平均	3.02	3.00	3.06	3.07	n. s.
同居家族からの外出の誘い	平均	3.02	2.95	2.97	2.97	n. s.
親族からの外出の誘い	平均	2.94	2.97	2.95	3.00	n. s.
友達・近隣からの外出の誘い	平均	2.81	2.85	2.77	2.84	n. s.
専門家からの外出の誘い	平均	1.54	1.60	1.56	1.60	n. s.

注1) 量的データについては二元配置分散分析、質的データについては多重ロジスティック回帰分析で行った。
注2) 表中の数値は、年齢と性の分布の平均値を代入した後の推計値である。

4) 介護予防サービスの認知度・利用意向

介護予防事業の認知度については、モデル地区の事業実施前と実施後では実施後の方が有意に高かった。しかし、統制地区においても同じように認知度が改善している。そのため、統制地区と比較した場合、モデル地区で事業の実施後に認知度が有意に改善しているか否かを地区と調査時期の交互作用項によって検討したが、モデル地区の方の改善傾向が有意に高いという結果は得られなかった（表9-5）。介護予防サービス利用意向、傾聴ボランティアの利用意向のいずれもモデル地区で事業の実施後にこの指標が有意に改善したという結果は得られなかった。

表9-5 モデル地区と統制地区の介護予防サービスの認知度・利用意向

特性		モデル地区		統制地区		地区と調査時期との交互作用の有意差
		実施前	実施後	実施後	実施前	
介護予防サービスの認知度の得点	平均	0.96	1.06	0.86	0.99	n. s.
介護予防サービスの利用意向	平均	0.48	0.49	0.49	0.42	n. s.
傾聴ボランティアの利用意向	割合	14.2	15.8	13.0	14.5	n. s.

注1) 量的データについては二元配置分散分析、質的データについては多重ロジスティック回帰分析で行った。
注2) 表中の数値は、年齢と性の分布の平均値を代入した後の推計値である。

4. 考察

本研究では、閉じこもりの指標についてはモデル地区の方で統制地区と比較して、事業の実施後に有意な改善傾向を示したものはなかった。閉じこもり高齢者に限定した場合、民生委員による閉じこもり高齢者の発見率が低く、モデル地区においてそもそも傾聴ボランティアの派遣対象となる人の把握が効果的に行われなかった。そのことが地域高齢者全体への効果が乏しかった理由と考えられる。

しかし、介護予防サービスの認知度や利用意向についてもモデル地区と統制地区では有意な差は観察されなかった。民生委員を通じて、介護予防事業の重要性を強調したものの、それが住民の間に徹底されるには至らなかったとみることができる。

以上のように、民生委員をキーパーソンとしたモデル事業の展開については地域全体の高齢者に与える効果をアウトカム評価で検討した結果、有意な効果は観察されなかった。このことの原因は次のように考えられる。研究期間の制約からモデル事業の実施期間が1年間に限定された。この期間の間に民生委員が対象者を把握するためのノウハウを身につけ、介護予防事業の重要性を住民の間に浸透されることには限界がある。より長期的な視点からその効果を評価する必要がある。

興味深いのは、介護保険法の改定後において健診事業を通じて特定高齢者の把握、介入という事業展開が行われているが、モデル地区、対照地区ともに改定前後に行われた調査で特定高齢者の出現割合に大きな変化がなかったことである。このことは介護保険制度導入後1年の時点においては事業の効果が乏しいことを示唆している。

6. 結論

本研究では、地域高齢者全体に対しては、モデル事業の実施が何らかの効果を与えているという知見を得ることができなかった。

おわりに

杉澤 秀博・桜美林大学

最後に、以上の結果が地域住民の力を活用した地域福祉活動の展開にどのような示唆を与えているか示してみたい。

1. 閉じこもり高齢者の発見

閉じこもり高齢者の把握の1つのルートとして、民生委員が位置づけられている。しかし、この把握ルートの有効性については、これまでほとんど検討されてこなかった。本研究では、現状のままでは民生委員ルートが閉じこもり高齢者の把握にあまり有効でないこと、このルートを有効に機能させるには1つには、報告を依頼するケースの状態像をあまり限定せず、民生委員がもっと人と交流した方が良いと思うケースを報告してもらうよう依頼することも必要であることが示された。他方、事前調査の解析では、閉じこもり高齢者の把握には他のルートとして医療機関に協力を仰ぐことが有効であることも明らかにされた。

2. 傾聴ボランティアの有効活用のための方法

全国的に傾聴ボランティアの養成講座が開催されるようになったが、受講者を傾聴のニーズのある高齢者と結びつけるシステムはほとんど開発されていない。他方、介護予防についても把握のためのルートについては示されているものの、把握された後に介護予防サービスを受け入れ、利用に結びつけていくための課題や方法論については、ほとんど検討がなされていない。本研究では、民生委員などから報告されるケースでは、把握後のアセスメント調査、さらに傾聴ボランティアの派遣受け入れのための説得に時間がかかり、調整するスタッフも対人関係スキルが求められることが示された。ボランティアを活用するには、派遣調整のためのスタッフの要請と配置を並行して行うことが必要であるといえよう。

3. ボランティアとその受け手は対等な関係にある

健康上問題をもった高齢者に対して、それを支援するボランティアは健康面で良好であるため、弱者と強者の関係になりかねない。このような関係を嫌い、問題のある高齢者の側がボランティアを受け入れることに対して心理的に抵抗を感じる場合も少なくない。本研究では、ボランティアに対する効果の源泉には、「自分の欠点や新しい視点への気づき」「学習と実践」「人の人生に触れられた」など、ボランティア自身が傾聴というボランティアの養成講座への参加や活動を通じて学んだ点が明らかにされた。つまり、傾聴ボランティアの受け手と担い手は持ちつ持たれつの関係にあるということを示したことで、特に受けての側の心理的抵抗の軽減に貢献するものと思われる。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表