

山間部過疎地における互助の担い手としての住民のエンパワメント関連要因

松本 泉美¹⁾ 山崎 尚美¹⁾ 中井 久美子²⁾ 松本 大輔³⁾ 宮崎 誠⁴⁾

¹⁾ 畿央大学健康科学部 看護医療学科 (〒635-0832 奈良県北葛城郡広陵町馬見中4-2-2)

²⁾ 羽衣国際大学人間生活学部 人間生活学科 食クリエイトコース (〒592-8344 大阪府堺市西区浜寺南町1-89-1)

³⁾ 畿央大学健康科学部 理学療法学科 (〒635-0832 奈良県北葛城郡広陵町馬見中4-2-2)

⁴⁾ 帝京大学ラーニングテクノロジー開発室 (〒320-8551 栃木県宇都宮市豊郷台1-1)

Factors related to empowerment of residents as bearers of mutual aid in depopulated mountainous areas

Izumi MATSUMOTO¹⁾, Naomi YAMASAKI¹⁾, Kumiko NAKAI²⁾, Daisuke MATSUMOTO³⁾, Makoto MIYAZAKI⁴⁾

¹⁾ Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kio University
(4-2-2 Umami-naka, Koryo-cho, Kitakatsuragi-gun, Nara 635-0832, Japan)

²⁾ Department of Human Life Studies, Faculty of Human Life Studies,
Hagoromo University of International Studies
(Hamadera-minamimachi 1-89-1, Sakai-shi, Osaka 592-8344, Japan)

³⁾ Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Kio University
(4-2-2 Umami-naka, Koryo-cho, Kitakatsuragi-gun, Nara 635-0832, Japan)

⁴⁾ Learning Technology Laboratory, Teikyo University
(1-1 Toyosatodai, Utsunomiya-shi, Tochigi, 320-8551, Japan)

要約 18～64歳の山間部過疎地在住民を対象として、主観的健康感等の生活上の意識、自助・互助活動とエンパワメント尺度を用い、ベースライン時と2年後の時点調査からエンパワメント関連要因を明確化することを目的とした無記名自記式質問紙調査を実施した。重回帰分析の結果、エンパワメント尺度得点には、信頼できる相談相手がいること、家族以外の他者との交流頻度、近隣との生活面での協力、委員等の委託活動など互助活動をしていることが関連していた。また互助実践者は主観的健康感や生活満足度が高い傾向にあったことから、これらの要因の強化を図ることで住民のエンパワメント向上につながり、コミュニティ・エンパワメントの強化に繋がること示唆された。

Keywords：自助 互助 エンパワメント 過疎地 地域包括ケアシステム コミュニティ・エンパワメント

I. 緒言

寿命の延伸による高齢化と少子化の進行により、要医療要介護の需要が高まることを想定して、厚生労働省は、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らし(QOL)を人生の最期まで続けることができるよう、地域における包括的な支援・サービス提供体制を整える「地域包括ケアシステム」の構築を提唱している¹⁾。それを受けて市町村には、地域の実情に応じて、保健行政が推進する予防と福祉サービスや地域住民による生活支援、医療、介護の提供により、住み慣れた地域で生活することを支援するための独自のシステムづくりと連携・ネットワーク形成が求められている²⁾。しかし、人口流出が続き、医療機関や介護サービス提供

事業所などの社会資源が乏しい過疎地では、生活環境や医療保健福祉環境が整っている都市とは異なり、医療や介護サービスの提供の制限があることや家族や近隣住民によるインフォーマルサポートが得られにくいことから、健康状態の影響から生活の維持が困難な状況になると、地域外の施設や家族の居住地に転出することが報告されている³⁾。また在宅療養をしている要介護者が受ける訪問看護サービス提供事業所がない地域の要介護者の潜在的な訪問看護のニーズは、「利用したくても利用できない」環境下での不安な生活を強いられていることが指摘されている⁴⁾。

内閣府による地域の65歳以上の介護保険被保険者の介護認定状況を示す介護認定率に影響している要因分析を行った結果では、高齢化率以外の介護認定率に相

関する要因として、介護保険施設の定員を含む介護サービス供給体制との関連が報告されている⁵⁾。

一方、要介護認定率の低下に関連する他の要因としては、運動を中心とした要介護予防事業の参加率やその介護予防事業を計画し、住民参加を推進する役割を担う保健師数、住民と保健福祉行政とをつなぐ役割を持つ民生委員数などの能動的に住民に対する支援を行う役割を担う人材が挙げられている⁵⁾。

著者らは、奈良県内の人口3万人規模の町において、介護予防プログラムの策定と実施評価に継続的に関わり、閉じこもり防止と下肢筋力強化、栄養改善に重点をおいた教育プログラム終了後の短期間での評価で一定の効果を果た^{6,7)}。しかし、これらの一部の高齢者に対するポピュレーションアプローチおよびハイリスクアプローチでは実施人数に限界があり、要支援者や要介護者数減少といったアウトカムが得られていないという課題がある。

本来、地域包括ケアシステムの「包括」には、全ての発達段階のあらゆる疾病や障害を持つ人々に対する予防に重点をおいた保健行政による住民へのヘルスプロモーション教育と場の提供、医療機関や薬局・訪問看護を含む医療提供施設による質が担保された利便性のある医療と介護、福祉が複合的に適用され連携し、生活の維持とQOLの向上が図られることを意味しており、地域住民が能動的に予防に対するセルフケアを行う自助と隣人への助け合いや支えあいを行う互助の強化が必要となる。

また地域包括ケアシステム構築が喫緊の課題となった2025年問題の中で重要視されている要介護認定要因第2位の認知症に対しては、40歳からの早期予防の必要性が言われているが、認知症高齢者やその家族を対象とした研究では、関係職種やケア実践者の連携がQOLに關与することを明らかにしており、地域ぐるみでの早期予防と当事者及び家族へのケアの重要性が報告されている^{8,9)}。

以上のことから社会資源が少ない過疎地においては、住民のインフォーマルサポートの状況が地域での生活を支える基盤となるため、住民が持つ潜在能力であるエンパワメントを活用し、それを集約したことで活性化される住民みずから地域づくりに主体的に参加するコミュニティ・エンパワメントを高め、その地域での生活を継続できるシステムづくりが必要不可欠である¹⁰⁾。

個人が持つ潜在能力としてのエンパワメントは多様な定義がなされているが、清水らは、各定義に共通するものとして自己の生活に対して意思決定をし、行動する能力であり、参加する組織や生活の場であるコ

ミュニティの状況が相互に影響しあい、「参加」－「対話」－「仲間意識と問題意識の高揚」－「行動」の過程を辿り、個人のエンパワメントはコミュニティ・エンパワメントと相互作用するとしている¹¹⁾。すなわち個人が自らが置かれている状況において、他者との対話により仲間意識を持ち共通の課題についての問題意識が高まることにより、その解決のための行動へとつながるものであり、地域包括ケアシステムにおいて国が重要視しているコミュニティでの人々のつながりの強化と助け合いである互助そのものであると言える。

本来の地域包括ケアシステムは高齢者のみを対象とするのではなく、高齢者になる前の住民を視野に入れたケアシステムの構築が重要であり、医療機関等の社会資源が乏しく、人口減少により地域のつながりそのものが弱体化している過疎地においては、人的資源である住民のセルフケア能力やエンパワメントを高め、それらを基盤とした地域のつながりを推進するコミュニティ・エンパワメントの強化が喫緊の課題である。特に高齢化と人口減少が加速する過疎地においては、高齢者など生活支援を要する住民に対するインフォーマルサポートの担い手として、幅広い世代の住民の参画を促すことが必要となり、自らもインフォーマルサポーターであることの自覚と支援活動への参加への動機づけを図ることが重要となる。しかしながら本邦においては、過疎地住民の自助・互助の意識とエンパワメントの関連に関して継続した調査結果は見当たらない。

そこで本研究は、奈良県の山間部の過疎地をフィールドとして、過疎地住民の自助・互助につながる個人の健康づくりに関する自助としてのセルフケアおよびエンパワメント状況の把握からその強化を図ることを目的とした教育介入研究を実施した。その概要を図1に示す。

本稿では、ベースライン調査と2年後の継続調査における住民のセルフケアおよびエンパワメント状況の変化と互助への意識等の状況からエンパワメントへの関連要因に焦点をあてて検討した。

個人のエンパワメントの把握方法としてのエンパワメント尺度には、就業者を対象とした職務エンパワメント¹²⁾や健康推進員¹³⁾や保健師¹⁴⁾など一定の役割を有する者を対象とした尺度があるが、上記のような役割を保有しない一般住民を対象とした尺度は百瀬が開発した高齢者のヘルスプロモーションにおけるエンパワメント尺度¹⁵⁾しか見当たらない。この尺度開発の目的は高齢者を対象としているものの、“地域活動に参加することにより意識や考えがどのように変化したかを測定し個人の心理的側面に焦点をあてる”として

おり、その尺度項目は、米国版エンパワメント尺度を基盤に「自己の可能性に対する気づき」「相互作用による問題の意識化」「積極的行動への指向」の3つの因子から構成され、妥当性が検証されていることと尺度の内容は年齢に関係なく適用が可能であり、12項目

で回答が容易であることから本研究の目的とも一致しており適切だと考えられたため許諾を得て用いた。そのエンパワメント尺度の構成因子内容を表1に示す。

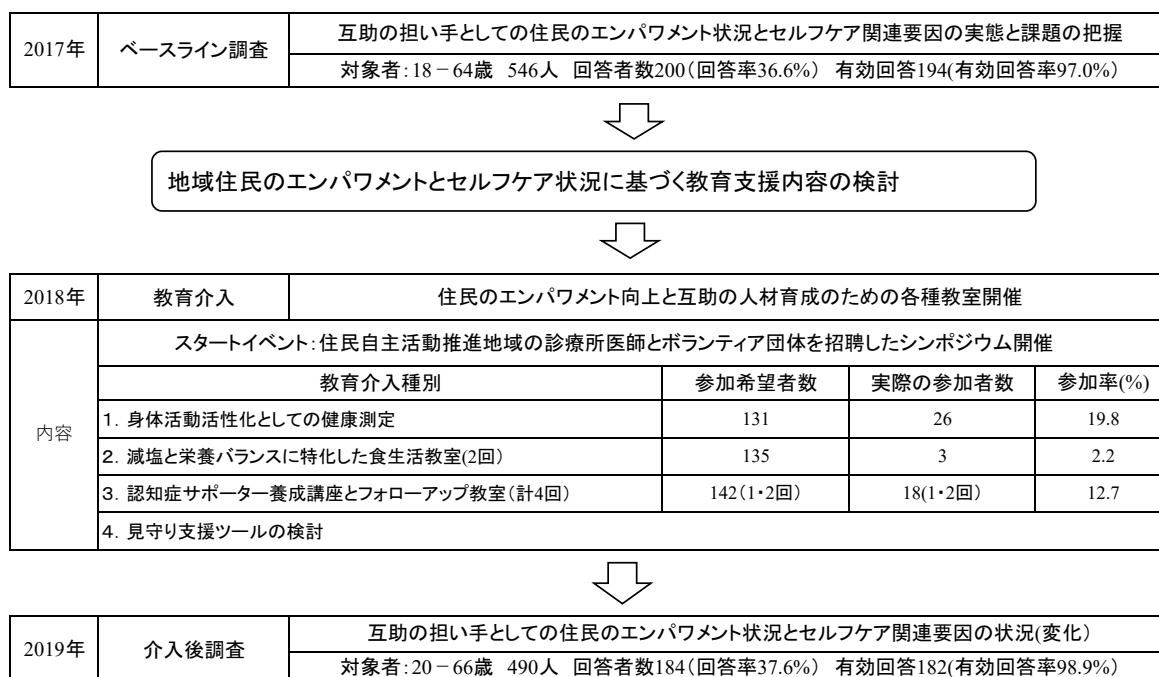


図1. 過疎地住民のエンパワメントと互助強化介入概要

表1. エンパワメント尺度の構成内容

因子構成	尺度項目内容	点数配分					得点範囲
第一因子	1)私は新しい自分を発見することがある	1	2	3	4	5	5-30
	2)常に新しいことを学びたいと思っている	1	2	3	4	5	
	3)熱中できる活動や趣味がある	1	2	3	4	5	
	4)いくつになっても努力すれば今以上の能力が得られると思う	1	2	3	4	5	
	5)物事がうまくいかないときはいつも原因を確かめる努力をする	1	2	3	4	5	
	6)自分のしたことでも人に喜んでもらえると感じることがある	1	2	3	4	5	
第二因子	7)自分の話を熱心に聞いてくれる人がいる	1	2	3	4	5	3-15
	8)自分と似た状況にある人と自分自身のことについて話せる場がある	1	2	3	4	5	
	9)地区の人とつながりがある	1	2	3	4	5	
第三因子	10)みんなと一緒にならたいのことはできる	1	2	3	4	5	3-15
	11)いつでも仲間と囲まれているという安心感がある	1	2	3	4	5	
	12)地域の活動を通して健康づくりの情報を発信していきたいと思う	1	2	3	4	5	

1. 全くあてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. どちらともいえない 4. やや当てはまる 5. 非常にあてはまる

百瀬(2007):高齢者のヘルスプロモーションにおけるエンパワメント尺度

各因子の概念

第一因子: 自己の可能性に対する気づき

第二因子: 相互作用による問題の意識化

第三因子: 積極的行動の思考

II. 研究方法

1. フィールド地域の概要

本研究は、奈良県内の山間部に位置するA村をフィールドとした。A村をフィールドとした理由は、本学看護学生の実習地域として5年前から関わっていたことから地域情報を理解しており、その関わりの中で、先述した要介護状況になると生活の維持が困難となり移転を余儀なくされ、住み慣れた地域で最後まで暮らすことが困難になっていることを把握できていたことによる。

A村は、平成27(2015)年国勢調査(総務省統計局)における人口が1313人で、65歳以上の高齢者が村人口に占める割合である高齢化率は56.3%で奈良県内では最も高く、15～64歳までの生産年齢人口割合は約40%¹⁶⁾、働く世代の減少が顕著な地域であった。山林が村のほとんどを占め26の大字(住民の居住地区単位)がその山林の谷あいには散在しており、また高齢者のみの世帯が10世帯以下で生活している限界集落が多数あり、自動車がなければ村役場や診療所への移動が困難で、村が運営するコミュニティバスが唯一の公共交通機関であるが、冬季には積雪と急な山道で自動車での移動も困難になる気候および地理的状况にあった。村内の医療機関としては、村立診療所と歯科診療所があり、介護保険サービス提供事業所は、地域包括支援センターである社会福祉協議会が有するデイサービス兼ヘルパーステーション1件のみであった。

2. 研究対象者

2017年のベースライン調査の対象者は、互助を担う人材として生産年齢のうち、18～64歳の住民を村の協力を得て把握した546人であった。2年後の継続調査対象者は、同様の方法で把握し、死亡者や村外に移転した住民を除外した490人であった。

3. 調査方法

1) 調査項目

調査項目は、先述した実習で住民の健康状況や保健行動を把握するために用いていた奈良県健康長寿調査票¹⁷⁾を基盤として、地域介入先行研究であるKAGUYAプロジェクトの調査内容¹⁸⁾等から以下の互助に関する項目、認知症に関する項目を選定した。分析対象としている項目は選択肢を()に記載した。

(1) 基本属性：年齢・性別・世帯構成・居住地区と居住年数・職業(無職・農業・自営業・会社や役場などで勤務(正規雇用)・パートやアルバイト内職等の非正規雇用)。

- (2) 生活状況：経済的状况(大変苦しい・苦しい・ふつう・ややゆとりがある・大変ゆとりがある)・生活満足度(非常に満足している・満足している・やや不満である・不満である・どちらでもない)・時間的ゆとり(十分にある方だ・まあある方だ・あまりゆとりはない・ほとんどない)
- (3) 健康や保健行動状況：医療保険の種類・主観的健康感(よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない)・高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・骨粗鬆症・関節リウマチ・脂質異常症と診断された主要生活習慣病保有状況・健診受診状況・保健行動10項目[1)食事は腹八分にしている・2)食事は10分以上かけている・3)毎日乳製品をとっている・4)毎日野菜料理を食べている・5)毎日果物を食べている・6)味噌汁やスープなどは1日2杯以上飲まないようにしている・7)油の多い料理を控えている・8)肉より魚を食べている・9)外食をしないようにしている・10)1日3食(朝昼夕)食べる]・塩分チェック13項目¹⁹⁾(塩分摂取推定量に換算可)・運動習慣(運動を毎日している・週2回以上を1回30分以上かつ1年継続している)・一週間単位の身体活動量・転倒リスク・介護認定状況・睡眠・喫煙・飲酒状況
- (4) 近隣つながり関連項目：家族以外の他者交流頻度(週2回以上・週1回・月1回・半年に1度・年に1回程度・全くない)・信頼できる相談者の有無(いる・いない)・近所との付き合い方(生活面で協力・立ち話程度・あいさつのみ・つきあいなし)
- (5) 認知症関連項目：認知症の相談機関や疾患の知識(知っている・知らない)・身近な認知症者の存在(いる・いない)や認知症への不安の有無(全くない・ほとんどない・少しある・ある・とてもある)
- (6) 互助関連項目：村内居住区における社会参加状況8項目：家族以外の他者との交流・村や地区の行事参加・村から委託される委員活動・地区役員・婦人会(女性のみ)・PTA活動・ボランティア活動・その他の活動をProchaskaの変容ステージモデルの段階²⁰⁾5つのステージ段階(1：全くする気はない・2：6ヶ月以内に参加する気はある・3：1ヶ月以内に参加準備中・4：すでに参加して6ヶ月未満・5：すでに6ヶ月以上継続中)。
- (7) 生活支援行動実践(互助実行)10項目：地区内の自治会分担・見守り・相談相手・ゴミ出し・買い物支援・住まいの清掃・庭の手入れ・調理手伝い・通院送迎・行事参加送迎での5つのステージ段階(上記と同区分)

- (8) 助け合いの考え10項目：お互い様・できることに限りがある・プライバシーへの気遣い・当事者が遠慮する・多忙でできない・体力的に難しい・住民の主体的な助け合いが必要・支援を受けるときは費用負担がよい・専門的人材が必要・公的サービスが必要（はい・いいえ）
- (9) 今後の村での生活での不安項目8項目：自身の病気・経済的不安・介護される立場になること・介護される立場になること・家族のつながりが弱くなること・近所や知人・友人とのつながりが弱くなること・家族の健康状態・住まいの不安（はい・いいえ）
- (10) 教育介入参加意思（ベースライン）
- (11) エンパワメント尺度12項目
継続調査項目は、上記の教育介入参加意思を教育介入で参加した種別と参加しなかった理由に置き換えたのみで他は同一とした。

2) データ収集方法

ID化した個別番号を用いた自記式質問紙を用いて、郵送法による配布回収を行った。データ収集の手順として、対象者の理解を得るために村で全戸配布される広報に本研究目的と概要（プロセス含む）を示したリーフレットを挟み込み、研究内容への周知を図った他、スタートイベントとして、地域特性が類似した住民主体の互助活動先進地域の診療所医師と住民を招聘したシンポジウムを開催し、参加者には研究概要を説明した。また質問紙回収率の向上を図るため、返送締め切り前に督促葉書きを対象者全員に送付した。

3) 倫理的配慮

調査対象者には、研究目的と概要、プライバシーの保護、調査協力は自由意志であること研究協力撤回が可能であることについて書かれた研究協力依頼書を質問紙郵送時に添付し、質問紙への記入と返送をもって、研究協力への同意とみなした。なお、事前に所属する大学の研究倫理委員会の承認を受けた（承認番号H29-27）。

4) 調査期間

ベースライン調査は、2017年12～2018年1月、継続調査は2019年12月～2020年1月に実施した。

4. 分析方法

まず先行研究から互助やエンパワメントに関連する項目として、性別・年齢、高齢者同居・暮らし向き・生活満足感・時間的ゆとり・主観的健康感・主要生活習慣病保有状況・家族以外の他者交流頻度・信頼できる相談相手・近隣との生活面での協力・身近での認知

症者の存在・認知症に対する不安・社会参加状況として行事参加・委託される委員活動・地区役員・ボランティア活動を選定した。それぞれの項目をある・なしの2群化し、行動ステージで把握している項目については1～3を（0：なし）とし、ステージ4～5を（1：ある：実践中）に2群化した。次にエンパワメント尺度の回答は、非常にあてはまる5点・ややあてはまる4点・どちらともいえない3点・あまりあてはまらない2点・全くあてはまらない1点を配点し12項目を合算してエンパワメント得点とした。選択した項目について、エンパワメント得点平均値をt検定にて調査年毎と2年継続回答した者で群内比較を行った。

また地区内互助活動について、5つのステージ区分より「すでに参加して6ヶ月未満」と「すでに6ヶ月以上継続中」を実行中に、「全くする気はない」「6ヶ月以内に参加する気がある」「1ヶ月以内に参加準備中」を未実行に2群化し、互助関連項目でFisherの直接法を用いて、各年回答者全体・連続回答者での2017年・2019年分とで分析した。これらから関連が明確な項目について、エンパワメント尺度完全回答者での2017年・2019年分でエンパワメント得点と第一因子・第二因子・第三因子計を従属変数、関連項目を説明変数として重回帰分析を行った。事前に各項目間の相関係数 r < 0.8であることを確認し、重回帰分析には強制投入法を用いて、全てを投入後モデル形成状況として、多重共線性はVIF値とp値、モデルの適合性として調整済 R^2 ・異なる誤差項間の相関状況についてはDurbin-Watson比で2前後であることを確認し、関連状況を確認した。有意水準は、0.05未満とし、統計解析にはSPSS for Windows ver21.0を用いた。

III. 結果

ベースライン調査の回答者数は200人で回収率は36.6%、本研究の目的に沿った回答がなされているものを有効回答とした結果、有効回答数は194人で有効回答率は97.0%であった。一方継続調査の回答者数は490人で回収率は37.6%、有効回答は182人で有効回答率は98.9%であった。両年ともエンパワメント尺度を完全回答した96人分を含めたものを表2に示した。

1. 回答者の属性と保健行動（自助）と主観的健康感の状況

男女比では、女性がベースライン調査で53.6%、継続調査で51.5%と男性よりやや多い傾向は各年および両年回答者においても同様であった。

年齢構成では、60歳代がベースライン調査で32.5%であったが、継続調査では43.9%、連続回答者ではさ

表2. 回答者の属性と保健行動の状況

年	各年回答者		連続回答者		P 値
	ベースライン調査	継続調査			
	2017年	2019年	2017年	2019年	
N	194	182	96		
項目	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
[性別]					
男性	90(46.4)	88(48.4)	42(43.8)		
女性	104(53.6)	94(51.6)	54(56.3)		
[年齢・年代構成]					
平均年齢(SD)	51.7(11.74)	52.7(12.59)	53.1(10.70)	56.1(11.86)	
15-19歳	2(1.0)	0	0	0	
20-29歳	11(5.7)	10(5.5)	4(4.2)	4(4.2)	
30-39歳	18(9.3)	24(13.2)	8(8.3)	7(7.3)	
40-49歳	36(18.6)	24(13.2)	16(16.7)	13(13.5)	
50-59歳	64(32.9)	44(24.2)	34(35.4)	24(25.0)	
60歳代	63(32.5)	80(43.9)	34(35.4)	48(50.0)	
[職業]					
無職	38(19.6)	31(17.1)	19(19.8)	20(20.8)	
農業	1(0.5)	2(1.1)	0	1(1.0)	
自営業	32(16.5)	25(13.7)	17(17.7)	15(15.6)	
正規会社員等	63(32.5)	63(34.6)	30(31.3)	28(29.2)	
非正規等	53(27.3)	57(31.3)	34(29.2)	31(32.3)	
[家族構成]					
単身	22(11.3)	36(19.7)	8(8.3)	13(13.5)	
夫婦のみ	55(28.4)	36(19.7)	30(31.3)	30(31.3)	
核家族	78(40.2)	67(36.8)	38(39.6)	38(39.6)	
3世代	20(10.3)	21(11.5)	11(11.5)	12(12.5)	
親族同居	14(7.2)	9(4.9)	8(8.3)	3(3.1)	
[自助としての保健行動]					
食生活保健行動得点平均(SD) ^{注1)}	5.8(2.61)	6.0(2.50)	6.3(2.3)	6.6(2.18)	0.14 ^{a)}
塩分摂取推定量平均(SD) ^{注2)}	14.6(5.21)	11.8(4.37)	15.1(5.1)	10.9(4.23)	<0.001 ^{a)}
運動習慣のある者 ^{注3)}	24(12.9)	32(17.6)	22(22.9)	29(30.2)	0.26 ^{b)}
[主観的健康感]					
よい	24(12.6)	33(18.3)	13(13.7)	18(18.8)	
まあよい	46(24.2)	34(18.9)	20(21.1)	14(14.6)	
ふつう	96(60.5)	96(53.3)	53(55.8)	60(62.5)	
あまりよくない	22(11.6)	16(8.9)	7(7.4)	3(3.1)	
よくない	2(1.1)	1(0.6)	2(2.1)	1(1.0)	

未回答を除く。連続回答者はエンパワメント尺度完全回答者

注1) 食生活保健行動得点は、10項目の保健行動の回答で「はい」1点「いいえ」0点で算出

注2) 塩分摂取推定量は、13項目の塩分チェック配点の合計で算出

注3) 週2回以上の運動を30分以上1年継続している者

a) 対応のあるt検定 b) McNemar検定

らに35.4%から50%に増加していた。職業では、無職が20%前後で推移し、パートやアルバイトなどの非正規労働が30%前後でやや増えていた。家族構成では、単身者の増加傾向が観られ、反対に親族同居がやや減少傾向にあった。食生活保健行動得点平均と運動習慣のある者は、やや増加傾向がみられ、塩分チェックでの塩分摂取推定量平均では、連続回答者では15.1から10.9へと有意に減少していた (p<0.001)。主観的健康状態は、2019年はベースライン時より、全体および連続回答者で「よい」がやや増加しており、「よくない」が減少傾向にあった。

2. 属性や生活関連項目のエンパワメント得点平均比較状況

属性項目と「暮らし向き」・「生活満足感」・「時間ゆとり」・「主観的健康感」「主要生活習慣病保有状況」をある・なしの2群に分け、調査年毎のエンパワメント得点の平均値と比較した結果を表3に示した。ベースライン調査では、「生活満足感」での満足群が高く (p=0.001)、継続調査では、同じく「生活満足感」での満足群と「主観的健康感」でよい群が有意に高く (p=0.01)、連続回答者でも「主観的健康感」がよい群は同様に高かった (p=0.001) が、「主観的健康感」

がよい群の中で主要生活習慣病保有者は、全体ベースライン時が78人、2019年72人で約半数であり、連続回答者でベースライン時38人から2019年が49人へと増加していた。その主要生活習慣病保有の有無別のエンパワメント得点では、全体ベースラインおよび2019年は44%前後が疾病を保有し、連続回答者はベースライン時43人から2019年は51人と増加していたがエンパワメント得点平均値は42～43前後ではほぼ同様で有意差はなかった。

3. 近所付き合い・認知症関連・社会参加関連項目のエンパワメント得点平均比較状況

次に近所付き合い・認知症関連・社会参加関連項目のエンパワメント得点平均比較状況を表4に示した。近所付き合い関連では、「家族以外の他者との交流頻度」頻度高群は全体ベースライン125人(64.4%)、2019年114人(62.6%)で、連続回答者でベースライン66人(68.8%)、2019年67人(69.8%)でエンパワメント得点平均比較では低群が35～37前後であるのに対し、頻度高群は45前後で有意に高かった($p < 0.001$,

$p = 0.002$)。「信頼できる相談相手」がいるはベースライン114人(58.8%)、2019年107人(58.8%)、連続回答者でベースライン63人(65.6%)、2019年66名(68.8%)でいないが37～39前後であるのに対し、44～46前後で有意に高かった($p < 0.001$, $p = 0.003$)。「近隣との生活面での協力」ありは全体ベースライン51人(26.2%)で、2019年39人(21.4%)と減少していたが、連続回答者は両年とも30人(31.1%)で、ベースライン、継続調査全体・連続回答者ともになしが40前後であるのに対し47～50と有意に高く、特に2019年の連続回答者が高かった($p < 0.001$)。

社会参加実践状況では、「村や地区の行事参加」ありは、ベースライン全体で131人(66.8%)、2019年117人(64.3%)、連続回答者は両年とも71名(73.9%)で、参加なしが37～39前後であるのに対し参加ありは43～46で有意に高かった($p < 0.001$, $p = 0.005$, $p = 0.012$)。「村から委託される委員等」ありは、ベースライン全体37人(19.1%)で2019年45人(24.7%)、連続回答者はベースライン15人(15.6%)から2019年

表3. 属性と生活関連項目のエンパワメント得点平均比較

分析対象(年)	ベースライン全体(2017年)			継続全体(2019年)			連続回答者(2017年)		連続回答者(2019年)			
	N	EP得点 Mean(SD)	P値	n	EP得点 Mean(SD)	P値	n	EP得点 Mean(SD)	P値	n	EP得点 Mean(SD)	P値
[全体]		42.1(8.62)			42.0(9.01)			43.3(7.89)			43.4(8.21)	0.57 ^{c)}
[性別]												
男性	85	41.7(9.48)	0.65	82	41.4(9.10)	0.42	43	42.9(8.06)	0.69	43	42.5(8.50)	0.36
女性	99	42.3(7.86)		95	42.5(8.96)		53	43.6(7.82)		53	44.1(7.96)	
[年齢2分]*平均年齢基準												
50歳未満	62	41.6(8.31)	0.62	57	41.4(9.08)	0.54	28	43.4(8.08)	0.64	24	43.1(8.07)	0.73
50歳以上	122	42.2(8.81)		117	42.3(9.00)		68	42.6(7.39)		71	43.1(8.07)	
[職業2分]												
無職	36	39.7(8.73)	0.09	28	42.0(9.57)	0.92	19	40.7(8.06)	0.12	19	40.3(8.20)	0.07
無職以外	142	42.4(8.48)		141	41.9(9.01)		75	43.8(7.64)		74	44.1(8.24)	
[高齢者同居]												
あり	75	41.8(7.93)	0.75	79	40.6(8.95)	0.09	39	41.6(7.80)	0.10	43	42.3(7.67)	0.18
なし	109	42.2(9.10)		68	43.2(9.40)		57	44.3(7.78)		38	44.7(9.08)	
[暮らし向き]												
苦しい(大変苦しい・苦しい)	50	43.5(7.91)	0.12	51	42.4(10.38)	0.7	31	43.7(9.32)	0.55	28	44.3(10.67)	0.54
苦しくない(苦しい以外)	130	41.3(8.83)		121	41.8(8.49)		64	42.7(6.98)		67	42.9(7.07)	
[生活満足感]												
不満(やや不満・不満)	79	39.5(9.43)	0.001	83	40.1(10.07)	0.01	44	41.1(8.63)	0.002	41	42.3(9.44)	0.32
満足(不満以外)	98	43.9(7.50)		89	43.7(7.68)		51	44.8(6.59)		54	44.1(7.24)	
[時間的ゆとり]												
ない(あまりない・ほとんどない)	78	43.2(7.95)	0.09	81	41.5(9.01)	0.25	48	44.6(6.49)	0.006	48	43.5(8.88)	0.77
ある(まあある・十分ある)	101	41.0(9.07)		89	43.0(8.40)		46	41.5(8.82)		47	43.0(7.66)	
[主観的健康感]												
よくない(あまりよくない・よくない)	21	39.6(8.40)	0.19	17	37.0(7.64)	0.01	9	40.3(6.75)	0.27	4	33.8(7.23)	0.01
よい(ふつう・まあよい・よい)	159	42.2(8.63)		155	42.5(9.06)		86	43.3(7.87)		91	43.7(8.08)	
よい群中主要生活習慣病保有者 ^{注1)}	78			72			38			49		
[主要生活習慣病保有状況]												
あり ^{注1)}	88	41.2(9.27)	0.24	76	41.6(8.13)	0.45	43	42.9(8.76)	0.67	51	42.9(7.72)	0.42
なし	83	42.7(8.05)		90	42.6(9.92)		47	43.6(6.83)		43	44.3(8.72)	

欠損値を除く(検定は年度ごと各項目間での群間比較)

c) 対応のある検定

注1) 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・骨粗鬆症・関節リウマチ・脂質異常症で医師の診断を受けたことがある数(治療していないものも含む)

表4. 近所付き合い・認知症および社会参加関連項目エンパワメント得点平均比較

分析対象(年)	ベースライン全体(2017年)			継続全体(2019年)			継続回答者(2017年)			継続回答者(2019年)		
	N	EP得点 Mean(SD)	P値	n	EP得点 Mean(SD)	P値	n	EP得点 Mean(SD)	P値	n	EP得点 Mean(SD)	P値
[家族以外の他者交流頻度]												
頻度低群(全くなし〜月1程度)	43	37.4(8.25)	<0.001	45	35.7(10.16)	<0.001	24	39.0(8.02)	0.002	19	35.8(9.12)	<0.001
頻度高群(週1回以上)	125	44.2(8.11)		114	44.5(7.46)		66	45.0(7.51)		67	45.6(6.90)	
[信頼できる相談相手]												
いない	69	37.3(7.98)	<0.001	62	37.2(8.65)	<0.001	33	37.7(6.35)	<0.001	29	39.7(7.14)	0.003
いる	114	44.8(7.85)		107	44.8(8.22)		63	46.3(7.01)		66	45.1(8.21)	
[近隣と生活面での協力]												
なし	132	40.1(8.18)	<0.001	131	39.9(8.57)	<0.001	65	40.9(7.27)	<0.001	65	40.9(7.27)	<0.001
あり	51	47.0(7.85)		39	48.6(7.26)		30	48.7(6.67)		30	50.0(7.23)	
[身近での認知症者の存在]												
いない	107	41.6(8.33)	0.41	98	41.1(10.06)	0.086	58	42.6(8.56)	0.29	61	42.3(9.22)	0.15
いる	77	42.6(9.04)		73	43.4(6.86)		38	44.4(6.71)		35	44.9(5.83)	
[認知症に対する不安]												
ない(あまりない・ほとんどない)	61	42.4(7.61)	0.7	53	43.2(9.12)	0.24	28	42.9(7.76)	0.73	28	44.1(8.29)	0.59
ある(少しある・ある・とてもある)	120	41.8(9.18)		119	41.4(9.02)		67	43.5(8.04)		68	43.1(8.21)	
[社会参加実践状況]												
1)村や地区の行事参加												
なし(無関心期・関心期・準備期)	39	37.5(8.55)	<0.001	48	37.8(9.44)	<0.001	19	38.9(8.84)	0.005	20	39.3(8.47)	0.012
あり(実行期・維持期)	131	43.7(8.32)		117	43.6(8.50)		71	46.3(7.42)		71	44.5(7.91)	
2)村から委託される委員等												
なし(無関心期・関心期・準備期)	110	40.57(8.89)	0.007	107	40.1(9.10)	0.005	59	42.2(8.05)	0.1	53	40.8(8.19)	0.001
あり(実行期・維持期)	37	45.1(7.80)		45	44.5(8.13)		15	46.0(8.06)		30	46.7(6.99)	
3)地区役員												
なし(無関心期・関心期・準備期)	102	41.04(8.23)	0.09	104	40.5(9.53)	0.09	52	41.7(8.37)	0.01	53	41.7(8.44)	0.15
あり(実行期・維持期)	49	43.61(10.41)		41	43.3(7.25)		27	46.4(7.57)		28	44.4(7.05)	
4)ボランティア活動												
なし(無関心期・関心期・準備期)	95	40.6(8.37)	0.01	101	39.9(9.23)	<0.001	54	41.6(7.71)	0.02	51	40.6(8.34)	<0.001
あり(実行期・維持期)	53	44.5(8.29)		53	45.5(8.49)		27	45.9(8.34)		35	47.5(6.91)	
5)互助活動実行状況												
実行中 ^{注1)}	69	45.6(7.42)	<0.001	80	44.8(8.90)	<0.001	39	46.6(7.94)	0.003	51	45.2(8.70)	0.01
未実行 ^{注2)}	83	40.6(8.10)		82	39.3(9.10)		43	41.4(7.58)		40	40.8(7.28)	

欠損値を除く(検定(対応のないt検定)は年度ごと各項目間での群間比較

注1) 実行中とは、地区内の自治会分担・見守り・相談相手・ゴミ出し・買い物支援・住まいの清掃・庭の手入れ・調理手伝い・通院送迎・行事参加送迎の10項目の互助活動のどれかに「すでに参加して6ヶ月未満」と「すでに6ヶ月以上継続中」と回答した者

注2) 上記の互助活動に「全くする気はない」「6ヶ月以内に参加する気はある」「1ヶ月以内に参加準備中」と回答した者

30人(31.2%)と増加し、なしが40前後であるのに対し44～46で継続回答者のベースラインを除き有意に高かった(p=0.007, p=0.005, p=0.001)。「地区役員」ありはベースライン全体で49人(25.2%)2019年41人(22.5%), 継続回答者はベースライン27人(28.1%)から2019年28人でなしが41前後であるのに対し43～46前後で、2019年の継続回答者を除き有意に高かった(p=0.09, p=0.01)。「ボランティア活動」ありはベースライン全体2019年全体ともに53人(27.3%, 29.1%)で、継続回答者はベースライン27人(28.1%)から2019年35人(36.5%)に増加し、なしが39～41前後であるのに対し44～47で有意に高く(p=0.01, p<0.001, p=0.02, p<0.001,), 継続回答者の平均値がやや高い傾向がみられた。

また、地区内の自治会分担・見守り・相談相手・ゴミ出し・買い物支援・住まいの清掃・庭の手入れ・調理手伝い・通院送迎・行事参加送迎の10項目の互助活動を互助活動10項目で「すでに参加して6ヶ月未満」

と「すでに6ヶ月以上継続中」を“実行中”群とし、それ以外を“未実行”群とした2群間のエンパワメント得点平均は、両年および継続回答者で有意に“実行中”群が高かった(p<0.001, p=0.003, p=0.01)。

4. 互助実行の有無と属性と互助の意識の状況

表4で示した互助活動10項目実行中群と未実行群について、性別や年代・生活状況項目・互助への意識項目について、Fisherの直接法を用いて比較した(表5)。

性別では実行中はベースライン時の男性62.9%, 50歳以上75.7%で有意に高かったが(p=0.006, p=0.004), 継続回答者は2019年では女性が増加していた。

互助への意識では、「お互い様なのでできることはしたい」は実行未実行に関わらずベースライン100%, 2019年が実行中98.8%, 未実行96.4%で、継続回答者においても同様であった。また「住民が主体的に助け合うことは必要」と考える村民は実行未実行ともに90%以上で、「専門的な人材が支援を行う方が安心だ」「行

表5. 互助活動実行の有無と属性および互助への意識

分析対象(年)	ベースライン全体(2017年)			継続全体(2019年)			継続回答者(2017年時点)			継続回答者(2019年時点)		
	N			182			96			96		
項目/互助実践	実行中 ^{注1)}	未実行 ^{注2)}	P値	実行中 ^{注1)}	未実行 ^{注2)}	P値	実行中 ^{注1)}	未実行 ^{注2)}	P値	実行中 ^{注1)}	未実行 ^{注2)}	P値
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)		n(%)	n(%)		n(%)		
[性別]												
男性	44(62.9)	34(40.0)	0.006	41(50.0)	39(46.4)	0.75	25(64.1)	15(34.9)	0.01	26(49.0)	16(40.0)	0.39
女性	26(33.8)	51(60.0)		41(50.0)	45(53.6)		14(35.9)	28(65.1)		25(51.0)	24(60.0)	
[年齢層別]*平均年齢基準												
50歳未満	17(24.3)	40(47.1)	0.004	24(29.3)	31(36.9)	0.32	8(20.5)	17(39.5)	0.09	13(25.5)	10(25.0)	1.0
50歳以上	53(75.7)	45(52.9)		58(70.7)	53(63.1)		31(79.5)	26(60.5)		38(74.5)	30(75.0)	
[職業2分]												
無職	8(12.1)	20(23.8)	0.091	14(17.3)	12(15.0)	0.83	4(10.5)	10(23.3)	0.15	9(18.0)	9(23.1)	0.60
無職以外	58(87.9)	64(76.2)		67(82.7)	68(85.0)		34(89.5)	33(76.7)		41(82.0)	30(76.9)	
[高齢者同居]												
あり	29(41.4)	37(43.5)	0.87	27(40.9)	35(47.9)	0.49	17(43.6)	18(41.9)	1.0	23(54.8)	20(55.6)	1.0
なし	41(58.6)	48(56.5)		39(59.1)	38(52.1)		22(56.4)	25(58.1)		19(45.2)	16(44.4)	
[暮らし向き]												
苦しい(大変苦しい・苦しい)	24(35.8)	24(28.2)	0.38	20(24.4)	28(33.7)	0.2	15(39.5)	14(32.6)	0.64	14(27.5)	13(32.5)	0.64
苦しくない(苦しい以外)	43(64.2)	61(71.8)		62(75.6)	55(66.3)		23(60.5)	29(67.4)		37(72.5)	27(67.5)	
[生活満足感]												
不満(やや不満・不満)	31(47.0)	36(42.9)	0.62	33(40.2)	46(55.4)	0.06	17(44.7)	22(51.2)	0.65	20(39.2)	20(50.0)	0.39
満足(不満以外)	35(53.0)	48(57.1)		49(59.8)	37(44.6)		21(55.3)	21(48.8)		31(60.8)	20(50.0)	
[時間的ゆとり]												
ない(あまりない・ほとんどない)	34(50.7)	36(42.4)	0.32	35(42.7)	40(49.4)	0.43	23(60.5)	22(51.2)	0.50	24(47.1)	21(52.5)	0.67
ある(まあある・十分ある)	33(49.3)	49(57.6)		47(57.3)	41(50.6)		15(39.5)	21(48.8)		27(52.9)	19(47.5)	
[主観的健康感]												
よくない(あまりよくない・よくない)	8(11.9)	12(14.1)	0.81	4(4.9)	10(12.0)	0.16	3(7.9)	5(11.6)	0.71	2(3.9)	2(5.0)	1.0
よい(ふつう・まあよい・よい)	59(88.1)	73(85.9)		78(95.1)	73(88.0)		35(92.1)	38(88.4)		49(96.1)	38(95.0)	
[互助に対する意識]												
お互い様なのでできることはしたい												
はい	70(100)	80(100)	-	80(98.8)	81(96.4)	0.62	39(100)	43(100)	-	50(98.0)	39(97.5)	1.0
いいえ	0	0		1(1.2)	3(3.6)		0	0		1(2.0)	1(2.5)	
住民が主体的に助け合うことは必要だ												
はい	67(98.5)	79(96.3)	0.62	77(97.5)	77(93.9)	0.44	38(97.4)	42(97.7)	1.0	47(95.9)	39(97.5)	1.0
いいえ	1(1.5)	3(3.7)		2(2.5)	5(6.1)		1(2.6)	1(2.3)		2(4.1)	1(2.5)	
専門的な人材が支援を行う方が安心だ												
はい	48(76.2)	65(82.3)	0.40	51(65.4)	71(87.7)	0.001	28(80.0)	34(82.9)	0.77	34(69.4)	34(87.2)	0.07
いいえ	15(23.8)	14(17.7)		27(34.6)	10(12.3)		7(20.0)	7(17.1)		15(30.6)	5(12.8)	
行政が公助の責任で推進する必要がある												
はい	57(89.1)	68(87.2)	0.79	66(83.5)	73(91.3)	0.15	30(83.3)	37(90.2)	0.50	42(85.7)	37(94.9)	0.28
いいえ	7(10.9)	10(12.8)		13(16.5)	7(4.4)		6(16.7)	4(9.8)		7(14.3)	2(5.1)	

欠損は除外した分析となるためn数の総計は各項目毎に異なる。検定方法は2分回答によるFisherの直接法

注1) 実行中とは、10項目の互助活動のどれかに「すでに参加して6ヶ月未満」と「すでに6ヶ月以上継続中」と回答した者

注2) 未実行者は、上記以外の「1ヶ月以内に参加準備中」「6ヶ月以内に参加する気はない」「全くする気がない」と回答した者

政が公助の責任で推進する必要がある」は、実行の有無に関わらず住民の80%近くが肯定していたが、未実行群でやや高い傾向がみられた。

5. 継続回答者のエンパワメント尺度の因子構成別得点の状況からの関連要因

継続回答者96人のエンパワメント項目全体と各因子毎の平均値とCronbach α から各年毎に信頼性を確認した。Cronbach α は、全体0.825～0.829、第一因子0.732～0.745、第二因子0.811～0.805、第三因子0.805～0.813であった。各因子毎で平均値が4近くで高いのは、第一因子では3) 熱中できる活動や趣味がある、6) 自分のしたことで人に喜んでもらえると感じることがあるで、第二因子では、7) 自分の話を熱心に聞いてくれる人がいる、9) 地区の人とつながりがあるで、第三因子では、10) みんなと一緒にならたいのことはできるであった。両年の各尺度項目と因子の平均値の対応のあるt検定では、第一因子「私は新しい自分を発見することがある」が有意に2019年度で高くなっ

ていた(表6)。

上記平均値の比較より、継続調査で正規性があり有意差が認められた「信頼できる相談相手」、「家族以外の他者との交流頻度」、「近隣との生活面での協力」、「村や地区の行事参加」、「村から委託される委員等」、互助実践、「主観的健康感」はよくない1～よい5の連続数を、自助活動としての保健行動得点、および調整項目として、性別、年齢を調整項目として加え独立変数とし、ベースラインと2019年のエンパワメント得点総計と各因子計を従属変数として重回帰分析を行った。事前に選定した独立変数とエンパワメント尺度得点と上記互助関連項目の相関状況を確認し、相関係数は $|r|<0.8$ であった。また多重共線性についても確認しながら分析した結果、「信頼できる相談相手」はベースラインでは全体と第二・三因子および2019年第二因子で、「家族以外の他者との交流頻度」は2019年の総点および各尺度因子全てで、「近隣との生活面での協力」は2019年全体で、「村や地区の行事参加」は、2019年

表6. エンパワメント尺度得点結果と信頼係数

年度 項目数	2017年			2019年			Mesn p値 [○]
	Mesn (SD)	範囲	Cronbach α	Mesn (SD)	範囲	Cronbach α	
エンパワメント尺度総計数(12項目合計)	43.3(7.89)	23-60	0.825	43.4(8.21)	21-60	0.829	0.57
第一因子 自己の可能性に対する気づき	21.4(4.47)	9-30	0.732	21.8(4.53)	10-30	0.745	0.28
1)私は新しい自分を発見することがある	2.9(1.20)	1-5		3.2(1.20)	1-5		0.03
2)常に新しいことを学びたいと思っている	3.5(1.17)	1-5		3.5(0.99)	1-5		0.57
3)熱中できる活動や趣味がある	3.8(1.10)	1-5		3.9(1.03)	1-5		0.47
4)いくつになっても努力すれば今以上の能力が得られると思う	3.7(1.00)	1-5		3.6(1.04)	1-5		0.48
5)物事がうまくいかないときはいつも原因を確かめる努力をする	3.7(0.89)	1-5		3.6(0.95)	1-5		0.66
6)自分のしたことでも人に喜んでもらえると感じることがある	3.9(0.81)	1-5		4.1(0.85)	1-5		0.12
第二因子 相互作用による問題の意識化	11.4(2.49)	5-15	0.811	11.3(2.61)	3-15	0.805	0.50
7)自分の話を熱心に聞いてくれる人がいる	3.9(1.02)	1-5		3.8(0.99)	1-5		0.45
8)自分と似た状況にある人と自分自身のことについて話せる場がある	3.5(1.22)	1-5		3.5(1.19)	1-5		0.80
9)地区の人とつながりがある	4.0(0.91)	1-5		4.0(0.99)	1-5		0.64
第三因子 積極的行動の思考	10.5(2.54)	4-15	0.805	10.3(2.67)	3-15	0.813	0.34
10)みんなと一緒にやりたいことはできる	3.8(1.00)	1-5		3.7(1.03)	1-5		0.52
11)いつでも仲間に囲まれているという安心感がある	3.6(1.08)	1-5		3.4(1.10)	1-5		0.07
12)地域の活動を通して健康づくりの情報を発信していきたいと思う	3.0(1.04)	1-5		3.1(1.02)	1-5		0.76

○)2017年と2019年の各エンパワメント平均値間の対応のあるt検定

表7. エンパワメント得点の総得点と各因子別関連要因

年度 因子 項目	2017年								2019年							
	総得点		第一因子		第二因子		第三因子		総得点		第一因子		第二因子		第三因子	
	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値
信頼できる相談相手	0.355	0.001	0.225	0.06	0.455	<0.001	0.301	0.016	0.026	0.79	-0.157	0.16	0.227	0.037	0.114	0.32
家族以外との他者交流頻度	0.04	0.78	-0.013	0.94	0.046	0.7	0.106	0.53	0.431	<0.001	0.361	0.002	0.371	0.001	0.340	0.004
近隣との生活面の協力	0.194	0.06	0.206	0.09	0.15	0.17	0.113	0.363	0.363	<0.001	0.291	0.009	0.283	0.008	0.344	0.003
村や地区の行事参加	0.274	0.06	0.284	0.09	0.219	0.155	0.164	0.34	-0.99	0.38	0.084	0.5	-0.140	0.25	-0.303	0.022
村から委託される委員等	-0.012	0.91	0.035	0.78	-0.103	0.35	0.004	0.976	0.246	0.007	0.156	0.12	0.285	0.004	0.218	0.041
地区内近隣者への互助実践	0.251	0.02	0.256	0.03	0.219	0.05	0.14	0.26	0.026	0.78	-0.074	0.48	0.079	0.438	0.125	0.25
主観的健康感	0.204	0.02	0.205	0.05	0.161	0.09	0.136	0.21	0.203	0.026	0.264	0.015	0.145	0.14	0.203	0.05
食生活保健行動得点	0.259	0.01	0.236	0.05	0.10	0.36	0.316	0.01	0.083	0.43	0.226	0.06	-0.098	0.38	-0.025	0.83
調整済R ²	0.505		0.341		0.466		0.303		0.501		0.376		0.428		0.341	
Durbin-Watson比	2.083		2.082		2.009		2.042		1.912		2.016		1.667		1.985	
多重共線性 (VIF)	1.063~2.759								1.122~1.817							

従属変数は、各年度エンパワメント総得点・第一因子・第二因子・第三因子毎計

強制投入法

独立変数は、性別(1:男性・0:女性)、年齢を調整用として投入、信頼できる相談者(0:いない 1:いる)、

家族以外との他者交流頻度(0:1以外・1:週1回以上)、近隣との生活面の協力(0:なし・1:あり)、行事参加実践(0:なし・1:あり)、

委員等活動実践(0:なし・1:あり)、地区内近隣者への互助実践(0:なし・1:あり)、

主観的健康感(1:よくない 2:あまりよくない 3:ふつう 4:まあよい 5:よい)、食生活保健行動得点は、10項目の食生活保健行動の回答で「はい」1点「いいえ」0点で算出

各項目間の相関係数は|r|<0.8であることを確認

第三因子で、「村から委託される委員等」は2019年総得点と第二・第三因子で、「主観的健康感」は2019年総得点、第一因子で関連が示された、ベースラインのみでの関連が示されたのは、「地区内近隣者への互助実践」「食生活保健行動得点」であった(表7)。

IV. 考察

エンパワメント尺度に関連する項目として兩年ともに関連が示されたのは「信頼できる相談相手」、「近隣との生活面での協力」で、2019年に関連が示されたのは「家族以外との他者との交流頻度」、「村から委託される委員等」、「主観的健康感」であった。これは百瀬の尺度開発の自己の行動に対する意識や考えの変化と捉えることが可能であると考えられることから、これらに関連する状況についてA村の状況や特性に焦点をあてて考察する。

エンパワメントの概念では、身近な隣人とつながり、何かのために行動することそのものが、自己の潜在能力を活かすことを表していると考えられている。兩年ともに関連が示された「近隣との生活面での協力」はエンパワメント尺度の第二因子に含まれている「地区の人とつながりがある」が兩年ともに高い平均値であったが、これには「信頼できる相談者」がA村に多いことや「近隣との生活面での協力」の状況が影響していると考えられる。この背景となるものとして、ベースラインで示された関連因子である「信頼できる相談相手」「家族以外との他者との交流頻度」が示されたことである。表4で示した「家族以外との他者との交流頻度」がベースライン全回答者で64%、2019年では62%であるのに対し、連続回答者は2017年68%、2019年69%であることから他者との交流が高い人々であると考えられる。また「信頼できる相談相手」は連続回答者の65~68%近くがいる状況であった。

奈良県の健康長寿調査結果では、近所で信頼して相談できる人が「いる」人の割合は、ベースラインと同じ2017年度男性が43.2%、女性が55.2%¹⁷⁾、2018年度男性が39.1%、女性が53.4%²¹⁾、A村は全体回答者を含めても「信頼できる相談相手」がいる割合が奈良県平均より高くなっていた。

「近隣との生活面での協力」はベースライン全回答者で26%、2019年では21%であるのに対し、連続回答者はベースライン、2019年ともに31%であったが、都市部の近隣とのつながりを調査した結果では、「生活面での協力」は11.8%とA村と比べても低い状況であることから²²⁾、A村のような人や社会資源が少ない厳しい環境下で暮らしていくには、助け合って暮らすことが前提となるといった状況があり、必然的に近隣での声かけや生活面での困りごとに対する助け合いの基盤としての「お互い様」の意識形成と実際の困りごとに対する互助行動ができるような仕組みづくりが必要となる。

A村における「お互い様」の意識は、互助実行の有無に関わらずほぼ全員が保有しており、「住民が主体的に助けあうことは必要だ」という意識も同様に高かった。しかし互助を実行している割合は、ベースライン全体で36%、2019年全体で45%、連続回答者でベースライン40%、2019年53%であった。連続回答者ではエンパワメント尺度の関連要因として、「村からの委員等の委託」が示されたが、ベースライン時よりも2019年は「村から委託される委員」実行者が15人から30人に倍増していることから、村から信頼されている住民で積極的な互助活動を実践している人々が多く含まれていると考えられた。そういった活動によりエンパワメント尺度第一因子の「熱中できる活動や趣味がある」「自分のしたことで人に喜んでもらえると感じていることがある」の平均値がベースラインよりも2019年が高くなっていたことが示され、活動を通して自己の可能性の気づきとなっていると考えられる。

これらの委員活動には役割意識が必要となるため、年齢が64歳以下であっても「目的縁による仲間づくり」、「地縁による仲間づくり」が65歳以上に比べ高く、目的意識のある地域での身近な仲間づくりが地域での助け合いの意識に影響していることが報告されている²³⁾。またこれらの活動から社会貢献を通して他者に対して役立つ自分となり、社会貢献は自己の有用感や自尊感情を高めるといった報告もあることから²⁴⁾ ことと、連続回答者の両年エンパワメント総得点平均値比較では有意差はなかったものの、「私は新しい自分を発見することがある」の平均値が2.9から3.2と有意に高くなっていることから自己肯定感からの自尊感情が高まり、

同じ活動をしている仲間との結束や活動の成果に対する話し合いを通して第一因子の「自己の可能性に対する気づき」総計平均が21.4から21.8へと高まっていることが考えられる。

また中高年が含まれる一般住民の地域社会活動への参加に関する意識調査結果では「自分自身が健康であること」が最も高く、「一緒に活動する仲間がいること」が次点で社会参加するにもまずは健康であることが重要視されている²⁵⁾。エンパワメント関連要因にも「主観的健康感」が示されたが、社会参加や人とのつながりを構成指標とするソーシャルキャピタルにおいて、疾患保有状況よりも主観的健康感が関連していることが示されており²⁶⁾、本研究の結果でも主観的健康感がよいと回答した者の半数以上が疾病を保有していることから身体的健康状態だけでなく、先述した自己の可能性や人とのつながりから「みなと一緒にいたいことはできる」という自己効力感から派生している精神的健康となっているものと考えられる。

以上のことから、地域の中での他者との交流や役割意識を伴う社会参加活動を通して個人のエンパワメントが強化され、引いては個人がそれらの活動を通して、活動の意義を感じ「みんなと一緒にいたいことができる」と感じる事が集約されることにより、コミュニティ・エンパワメントの強化にもつながることが示唆された。

しかし、一方で連続回答者数は2019年度調査における全対象者数の20%未満であり、壮年層の回答が少なかったことからその世代の状況を言及することは難しいが、50歳で区切った年齢2分での有意差もなかったことから基本としてお互い様と言う意識で協力しあう土壌を活かして、それを若い世代にも引き継がれるような仕組みづくりが必要である。

過疎化が進む地域ではA村だけでなく、高齢者が高齢者を支援するという状況が必要となっており、豪雪地帯の調査では、自立度が高く生活のゆとりがある方が生活支援の担い手となる意向が強いという結果が示されている²⁷⁾。そういった意味においては今回の調査では64歳までの次世代の担い手を対象としたため、疾病保有はあっても主観的健康度は高かったが、時間的ゆとりについては「ある」と「ない」がほぼ半々であったことから、将来の担い手としての近隣住民や村内での生活支援としての互助への参加を働きかけていくことが必要であるが、就業している世代の参加意欲を高める工夫が必要となる。特に男性は集団に入りたがらないという傾向があることから、男性同士の仲間づくりができる、または親子や夫婦で参加できるといった要素を含んだものが必要となる¹⁰⁾。また男性の社会参

加継続の要因として、「肩書きにこだわらず互いをよく知ること」「自分たちにできることへの挑戦とその成果の実感」「縛られない自由と楽しさ」、活動方法に関する要因として「さまざまな団体との交流や協働」「活動拠点があること」が挙げられている²⁸⁾。

また地域住民の交互作用とコミュニティ・エンパワメント形成の実践研究結果では、レクリエーションや茶話会、自分たちでしたいことを企画するなど、住民が主体的能動的に集いの会づくりに参画し、またボランティアとして運営に携わることで、社会的な役割を得て社会参加が増えるという結果が得られている²⁹⁾。さらにコミュニティ・エンパワメントの展開としては、住民自ら地域づくりに参加できるようにすることが必要であること³⁰⁾から、機会を押し付けるのではなく、こうなりたい、こういったことをしたいといった自己実現のニーズを把握して、人と人が交流できる場づくりや自分にできることに対する可能性を見つけていくことへの支援が必要となると考えられる。

今後の地域包括ケアシステム構築においては、課題を保有する個人に対する専門機関や専門職だけのネットワークだけでなく、インフォーマルな身近な人々がそのネットワークに含まれる¹⁾が、これらの支援に住民が参加するには、集落単位での地域特性を考慮した検討が必要であり、個人の家庭の問題を地区の課題として捉え「私たちの問題」とする視点形成が当事者意識となることが示されている³¹⁾。また高齢者支援活動経験者は、過半数が自分の生活と重ね合わせ自分の親や自己の老いへの準備行動につながっていたことから、参加することにより自分のこととして考えるようになることで今後の老後の生活の不安軽減につながる可能性も示されている³²⁾。

以上のことから、個人のエンパワメントを高め、さらにその派生効果としてのコミュニティ・エンパワメントを強化していくには、地域の状況や既存する住民の互助活動を理解できる機会を増やし、困りごとに対する相談ができるようにしていくことと、その中で自分にできることは何かを身近な人々の中で話し合える場づくりとその中に支援機関の専門職や行政の職員も一緒に参加し、支援に参加することの住民のためらいや支援の困難さに対し専門機関及び行政ができることを提示し、住民と同じ目線になって可能な支援方法を検討することが必要であると考えられる。

そして住民がそれらの活動に参加することで地域の住民とのつながりや成果を感じられるように支援機関の専門職や行政は支援を行うことで、今回のエンパワメント尺度の結果から示された「自分のしたことでも人に喜んでもらえると感じることがある」体験が増やさ

れ、自己効力感の高まりからの積極的行動思考が醸成されうると考える。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、一山間部の過疎地域を対象とした研究であり、地域介入前で当初介入参加が100人を超える想定であったが、実際のプログラム参加が少なかったことから対照群の設定などを経た介入とならなかったため、本調査結果を介入結果とすることには課題がある。また回収率もベースライン、継続調査40%未満であり、連続回答でエンパワメント尺度分析数が100人未満であったことから一般化することには限界がある。しかしながら経時的に観ることが可能となり、住民の交流や活動の増加がエンパワメントに影響していることが示唆された。今後は異なる地域を含めることと地域包括ケアシステムの変化に応じた継続検討が必要である。

VI. 結語

山間部の過疎地の生活支援を担う次世代の住民のエンパワメントには、信頼できる相談相手、家族以外の近隣住民との交流や村内での社会参加状況がエンパワメントと関連していることが示された。このことは、人と人がつながり、何か他の人のために行動することそのものが、自己の潜在能力を活かすことを表していることが示唆された。

謝辞

本研究の実施に当たり、ご理解とご協力をいただいたA村役場の皆様と住民の皆様へ深く感謝いたします。

本研究は、文部科学省科学研究助成事業 基盤C課題番号17K01811

「過疎地住民のコミュニティ・エンパワメント強化のための教育支援システムの開発」の一環として実施した。

本研究において開示すべきCOI状態はない。

文献

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2021. 4. 30閲覧可)
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究報告書. 2017年3月https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf (2021. 4. 30閲覧可)
- 3) 永田千鶴, 北村育子：地域包括ケア体制下でエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型サービスの機能と課題. 日本地域看護学会誌17 (1), 23-31, 2014
- 4) 田口敦子, 吉澤彩, 岩崎昭子他：人口の少ない地域における訪問看護ニーズの実態：訪問看護を利用できない地域に居住する要介護者の実態に焦点を当てて. 厚生指標 63 (1), 7-15, 2016
- 5) 内閣府政策統括官（経済財政分析担当）：政策課題分析シリーズ15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析. 2018年3月<https://5.cao.go.jp/keizai3/2018/09seisakukadai15-0.pdf> (2021. 4. 30閲覧可)
- 6) 松本泉美, 乾富士男, 大岡知子：包括的介護予防プログラムの実践と評価—介護予防事業参加者の食生活調査からの検討—. 白鳳女子短期大学紀要 4, 7-12, 2009
- 7) 乾富士男, 松本泉美, 川野孝志, 大岡知子：介護予防における歩行速度と下肢筋力トレーニングの関係. 白鳳女子短期大学紀要4, 1-6, 2009
- 8) 山崎尚美, 百瀬由美子：認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける看護活動の実態と課題—質問紙調査の実施—愛知県立大学看護学部紀要20, 9-16, 2014.
- 9) 島岡昌代, 山崎尚美, 南部登志江, 他：認知症カフェに関する実践報告. 畿央大学紀要12 (2), 53-57, 2015
- 10) 渡邊久実, 奥村理加, 安梅勅江：コミュニティ・エンパワメントの効果検証—26年に及ぶコホート成果から. 地域保健. 50-53, 2017
- 11) アメリカ地域保健分野のエンパワメント理論と実践に込められた意味と期待. 日本健康教育学会誌4 (1), 11-18, 1997
- 12) 佐々木美奈子, 菅田勝也：日本語版職務エンパワメント尺度の開発. 日本看護科学会誌：31 (2), 52-59, 2011
- 13) 小山歌子, 村山伸子：健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌：58 (8), 617-627, 2011
- 14) 門間晶子：保健婦のエンパワメントの構造と規定要因の分析. 日本看護科学会誌：20 (2), 11-20, 2000
- 15) 百瀬由美子：高齢者のヘルスプロモーションにおけるエンパワメント尺度の開発 愛知県立看護大学紀要 13, 9-14, 2007
- 16) 奈良県年齢別人口平成27年度10月度版(Excelデータ参照可能) <http://www.pref.nara.jp/34374.htm>. (2021. 4. 30閲覧可)
- 17) 奈良県：なら健康長寿基礎調査（平成29年度）. www.pref.nara.jp/item/211683.htm#moduleid36467. (2021. 4. 30閲覧可)
- 18) 文鐘聲, 松本大輔, 山崎尚美, 他：地域在住高齢者におけるソーシャル・キャピタル及び社会経済的状態と主観的健康感との関連—KAGUYAプロジェクトベースライン調査. 畿央大学紀要：15 (1), 11-19, 2018
- 19) 奈良県：健康寿命を延長する取組推進モデル事業（減塩対策分野）実施報告書～高血圧の人のための減塩教室～実施マニュアル. 平成27年<http://www.pref.nara.jp/secure/142355/.pdf>. (2021. 4. 30閲覧可)
- 20) Prochaska, James O, Norcross, John C, et al：中村正和監訳：Changing for good. ステージ変容理論で上手に行動を変える. 法研出版. 東京. 40-56, 2005
- 21) 奈良県：なら健康長寿基礎調査（平成30年度）<http://www.pref.nara.jp/secure/211683/H30houkoku.pdf>. (2021. 4. 30閲覧可)
- 22) 本橋隆子, 小平隆雄, 中辻侑子ほか：地域ケアシステムにおける日常生活の互助に対する意識とその関連因子：宮前区民のくらしを豊かにするためのアンケートより. 日本公衆衛生雑誌67 (3), 191-209. 2020.
- 23) 田中富子：中山間地域における健康づくりボランティアのソーシャルキャピタル. 川崎医療福祉学会誌：30 (1), 1-7. 2020
- 24) 長徳友美, 極本絵里子, 他：健康づくり推進員活動を行う退職後男性の捉えるサクセスフルエイジング. 金沢大学つるま保健学会誌：31 (1), 85-88, 2007
- 25) 内閣府：平成25年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果報告書：<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/zentai/pdf/>

cover.pdf (2021. 4. 30閲覧)

- 26) 相羽美幸, 太刀川弘和, 中嶺真, 他: 中高年縦断調査を用いたソーシャル・キャピタル指標の作成と妥当性・信頼性の検討. 日本公衆衛生雑誌64 (7), 371-383. 2017.
- 27) 伊藤海, 村山洋史, 田口敦子, 他: 豪雪地帯農村部において生活支援の担い手となる意向を持つ高齢者の特性. 日本公衆衛生誌67 (12) 860-870. 2020.
- 28) 滝澤 寛子, 若林 佳子: 退職男性の地域活動グループの育成とグループ活動の変化からみた活動推進要因. 日本健康教育学会誌 21 (3), 236-244, 2013
- 29) 高橋賢充: 地域住民の相互作用とコミュニティ・エンパワメントに関する実践的研究—地域住民の「つながり」を創造するための一つの試み—. 静岡福祉大学紀要11. 51-61. 2015
- 30) 富崎悦子, 平野真紀, 田中笑子, 他: コミュニティ・エンパワメント展開のためのニーズ把握: 3年間での推移: 厚生指標 63 (12), 34-42, 2016
- 31) 横山正博, 坂本 俊彦, 他: 中山間地域の地域包括ケアシステム構築における規範的統合に関与する研究実践. 山口県立大学学術情報 (8), 121-133, 2015
- 32) 大坂 紘子: 高齢者を援助するボランティアの老いへの準備行動—地域ボランティア活動による援助成果. 国立女性教育会館研究ジャーナル: (14), 112-118, 2010