

地域デザインフォーラム・ブックレット No. 28

持続可能な開発目標（SDGs）が掲げる持続可能で 強靱な都市づくりのための自治体政策研究

大東文化大学・板橋区
地域デザインフォーラム

地域デザインフォーラム・ブックレットの刊行にあたって

2000年から始まった、東京都板橋区と大東文化大学の地域連携協定に基づいて実施されている地域デザインフォーラムも今年度で22年目（第9期）を迎えました。この地域デザインフォーラムは、地域社会が抱える様々な課題に対して自治体と大学が共同研究を通じて、メカニズムを研究し、その課題の解決策を提案して地域社会の活性化を目指すことを目標として行われています。

第9期のテーマは「持続可能な開発目標（SDGs）が掲げる持続可能で強靱な都市（まち）づくりのための自治体政策研究」として、板橋区からは幅広い部門の職員5名、大東文化大学からはそれぞれの専門分野の教員8名の合計13名で「防災分野」と「福祉分野」に分かれて2019年～2020年度の2年間で研究を行う予定でした。しかしながら2019年12月、新型コロナウイルス（COVID-19）の拡大により、2020年度は思うような活動ができず、2021年度まで研究期間を1年間延長することになりました。

「防災分野」では、施設・設備や地形などのハード面に加え地域住民の実情も考慮した、複合的な視点に時系列視点も加えた指標を目指して作成しました。「福祉分野」では高齢者と社会のつながりに着目し、健康寿命のさらなる延伸に向けた区の施策を検討しました。

研究をするには非常に厳しい環境の下で、各研究員の方々は、本来の業務に加え、分科会の共同研究を行ってきました。コロナ禍の世界的なパンデミックの状況下、様々な面で制約が入り、計画していた研究活動が大きく妨げられる中で遂行されたと思います。研究員の皆様には改めて感謝申し上げます。

これらの研究活動から得られた新たな知見は、今後の地域社会の体系の構築に少なからず寄与するものと考えます。今後もさらに大きく発展していくことを期待しています。

2022年3月

大東文化大学地域連携センター
所長 鈴木 明

持続可能な開発目標（SDGs）が掲げる持続可能で 強靱な都市づくりのための自治体政策研究

目次

ブックレットの刊行にあたり

第1部 複合的な指標から見た災害危険度の判定と対応

第1章	はじめに	……	1
第2章	防災の視点から見た板橋区の現状ならびに既存の防災計画と課題	……	2
第3章	研究の方法と使用データ（データの捉え方と分析の考え方）	……	15
第4章	町丁目スケールにおける対応優先度の時系列変化	……	24
第5章	本研究から見えてきた課題と提案	……	40

第2部 高齢者・生活困窮者を地域で支える仕組みについて

第1章	高齢者のインターネット利用頻度と健康状態・地域活動等への参加状況の関連	……	42
第2章	高齢者における主観的ウェルビーイングに関わる要因の関連性の検討 ～東京都板橋区の調査事例に関して～	……	52
第3章	健康で長生きするために大切なポイントと各種要素との関連性分析	……	67
第4章	コロナ禍における板橋区の生活困窮者自立支援制度 －自立相談支援事業、住居確保給付金支給、家計改善支援事業を中心に－	……	77
第5章	（海外事例）オーストラリアの高齢者ケア制度 ～リエイブルメントの概念を中心に～	……	89

付属資料

I	活動経過	…	100
II	研究員名簿	…	102
III	執筆者一覧	…	103

第1部 複合的な指標から見た災害危険度の判定と対応

第1章 はじめに

1-1 背景

近年、日本では地震や台風・豪雨などの災害が多発し、甚大な被害を及ぼしている。特に水害による被害は大きく、国の災害予測では板橋区においても荒川氾濫時に大きな被害が発生する可能性が予想されている。こういった災害は命にかかわるため、防災に対する認識は、行政にとどまらず市民のあいだでも非常に高まっている。板橋区においても、国や都の方針に基づき、独自の地域防災計画を策定し、実行している。

しかしながら、こうした計画立案にかかわる指標（データ）については、単独もしくは、いくつかの指標を組み合わせて用いられており、それらを複合・横断的に用いる視点が希薄である。また、災害時における実際の危険度は、発災時、避難時、避難所生活時、避難所退所後のようにフェーズごとに異なるにもかかわらず、時系列的に捉えられてこなかった。

いうまでもなく、行政の災害時における人的・物的資源は限られている。区はこうした資源を効果的かつ有効に活用する視点が必要であろう。そのため、フェーズに合わせて優先的に支援すべき地区（町丁目）を前もって把握しておくことは重要であると考えられる。

そこで、本研究は、災害時のフェーズに合わせた危険度を複合的に捉えることで、限られた区の資源を有効に活用するための新たな指標を提供することを目的とする。分析の基本単位は町丁目（以後、「地区」と呼ぶ。）とした。ここで得られた知見が、より安心・安全で、持続可能なまちづくりの推進に資することを期待する。

1-2 研究の視点

本研究では、施設・設備・地形等からのハード的な指標のみならず、支援に加われる人材の有無や避難の困難な人々の数などといった各地区の住民の実情を加味したソフト的な指標も加え、複合的な視点で、かつ時系列な視点も踏まえて指標を作成する。さらに、これを視覚化（見える化）することで、災害発生から避難所生活が終了するまで、区のリソースを効率的に投入するための指針とする。

第2章 防災の視点から見た板橋区の現状ならびに既存の防災計画と課題

本章では、令和2年度版区勢概要等をもとに、防災の視点から板橋区の現状を把握し整理するとともに、既存の防災計画を概観し、そこから見える課題を明らかにする。

2-1 板橋区の現状

(1) 板橋区の位置・面積・人口（町丁目）など

① 位置・面積

板橋区は、東京23区のうち北西部に位置し、東経139度37分から同44分、北緯35度43分から同48分の間であり、面積は32.22km²で、23区中9番目に広い。

② 地形

平均海拔30メートル前後の武蔵野台地と、荒川の沖積低地で形成されている区の地形は、おおむね北部が低地、南部が高台となっている。高い地点は徳丸変電所付近（約35メートル）などで、低い所は新河岸川と荒川にはさまれた地点（約2メートル）である。また、東西は北部で約7.1km、南部で約4.5km、南北は東部で約6.7km、西部で約3.4kmあり、南東から北西に長い地形である。

③人口（町丁目）

区ホームページによる最新の区の人口は、令和3年12月1日現在、567,714人、316,767世帯である。また、区全体を町丁目別に分けると134の町丁目となる。住民のいない桜川一丁目を除き、最少人口は高島平六丁目の53人、最大人口は高島平二丁目の12,739人である。

図表2-1 区勢の概要（令和2年4月1日）

人 口	572,490人 男：280,689人 女：291,801人 (内外国人 28,437人 男：13,314人 女：15,123人)
世 帯	316,200世帯（日本人世帯294,683／外国人世帯17,363／複数国籍世帯4,154）
位 置	東経：139度37分から同44分 北緯：35度43分から同48分
規 模	面積：32.22km ² ひろがり：[東西] 7.1km（北部） 4.5km（南部） [南北] 6.7km（東部） 3.4km（西部）

出典：板橋区令和2年度版区勢概要

図表 2 - 2 デジタル標高地形図



出典：国土地理院

(2) 23 区の中での板橋区

区の特徴を示すため、いくつかの指標における 23 区と比較した (図表 2 - 3)。

区の人口は、「令和 2 年版特別区の統計」によると 571,357 人、23 区中 7 位である。

区の高齢化率 (総人口に占める 65 歳以上人口の割合) は、「令和 2 年版特別区の統計」によると 23.0% で 23 区中 6 位とやや高く、すでに 65 歳以上の人口が全人口に対して 21% を超える「超高齢社会」に突入している。一方で、東京都福祉保健局「人口動態統計年報令和元年版」によると、合計特殊出生率 (15~49 歳までの女性の年齢別出生率を合計したもの) は 1.08% で 23 区中では 16 位となっている。また、令和 2 年 4 月 1 日付東京都総務局統計部「住民基本台帳による世帯と人口」によると、区に住民票を有する外国人数は 28,437 人で、23 区中 6 位である。なお、平成 27 年度「国勢調査」に基づいた東京都の統計「区市町村別昼夜間移動表」によると、平成 27 年 10 月 1 日現在、区の夜間人口 561,916 人に対し、昼間人口は 508,099 人である。

図表 2-3 23 区の比較

①面積

最大	大田区	61.86km
9位	板橋区	32.22km
最小	台東区	10.11km

②人口

最大	世田谷区	917,486人
7位	板橋区	57,1357人
最小	千代田区	65,942人

③高齢化率

最大	足立区	24.8%
6位	板橋区	23.0%
最小	中央区	14.8%

④就業者数

最大	世田谷区	350,132人
7位	板橋区	239,664人
最小	千代田区	24,692人

⑤合計特殊出生率

最大	中央区	1.38
16位	板橋区	1.08
最小	中野区	0.93

⑥外国人数

最大	新宿区	40,219人
6位	板橋区	28,437人
最小	千代田区	3,271人

(3) 避難所の位置及び数

ここでは、災害等で住宅に住めなくなったときに生活する場所を避難所として用いている。現在、板橋区では主に区立小中学校を避難所としている。町丁目別にみると1つの町丁目に存在する避難所は、0箇所から3箇所である。

また、地震や水害のそれぞれの計画により、開設避難所の段階があらかじめ示されており、これに基づき、地震時には76箇所、水害（荒川氾濫）時には69箇所、水害（集中豪雨）時には16箇所の避難所が最大で開設される。

このように災害の種類や規模、発生場所等により、限られた人的・物的資源を最大限に発揮できるよう平時から準備されている。

図表 2-4 区内 134 町丁目における各町丁目存在する避難所数

(単位：町丁目)

災害種類 \ 避難所数	なし	1 箇所	2 箇所	3 箇所	合計
地震	72	51	10	1	134
水害 (荒川氾濫)	87	41	6	0	134
水害 (集中豪雨)	105	26	3	0	134

※避難所が 3 箇所あるのは坂下三丁目 (志村第六小学校・志村第三中学校・志村第五中学校)

(4) 地域危険度

東京都の地域危険度測定調査により、地震による危険性を地域危険度として町丁目ごとに相対評価でランク付けをしている。地域危険度測定調査では地域危険度を①「建物倒壊危険度」、②「火災危険度」に分類しており、それらを総合的に評価した③「総合危険度」についても、5 段階のランクで評価している。危険度が最も高いランクは「5」としており、最も低いランクは「1」としている。

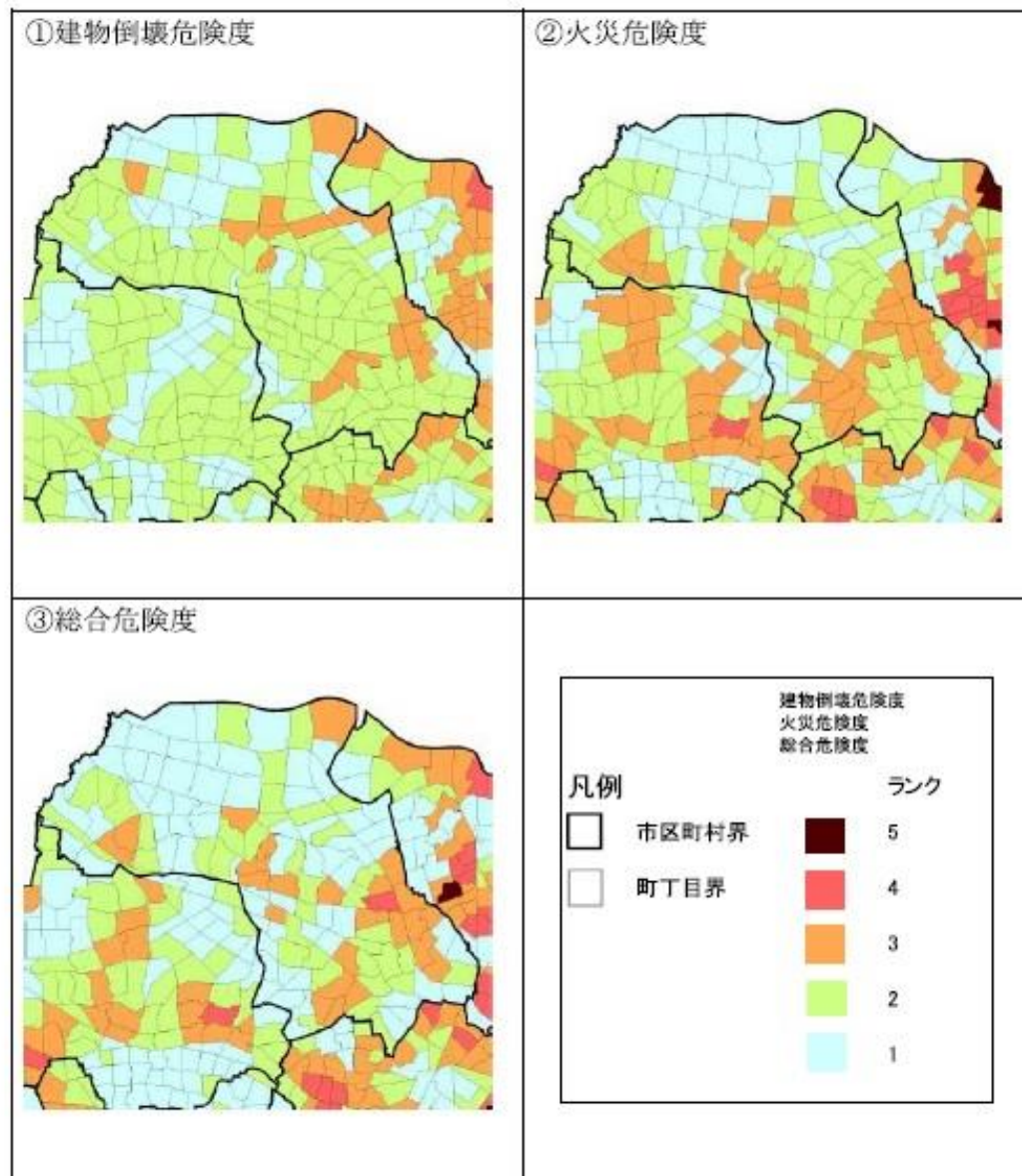
①「建物倒壊危険度」とは、地震の揺れによって建物が壊れたり傾いたりする危険性の度合いを測定したものであり、町丁目内の建物特性と地盤特性により測定している。建物倒壊の危険性は建物特性と地盤の特性の影響を受ける。建物特性は耐震性が低いほど倒壊の危険性が高く、地盤の特性は山地・丘陵地、山の手の台地、下町の沖積低地、台地を刻む谷からできている谷底低地により分類される。沖積低地や谷底低地は、地震が起きた場合に揺れが増幅されやすいため、比較的被害が発生しやすい地域である。

②「火災危険度」とは、地震の揺れで発生した火災の延焼により、広い地域で被害を受ける危険性の度合いを測定したものであり、出火の危険性と延焼の危険性を基に測定している。

③「総合危険度」とは、まちの地震の危険性を分かりやすく示すために、地震の揺れによる建物倒壊や火災の危険性に、避難や消火・救助など、各種の災害対応活動の困難さを加味して、1 つの指標にまとめたものである。

板橋区で総合危険度が最も高いランクは「4」であり、特に宮本町が最も「総合危険度」が高く、逃げにくさが最も大きいと考えられる。

図表 2-5 危険度マップ



出典：東京都「地震に関する地域危険度測定調査報告書 資料 4」

(5) 公園等の空地面積

空地（くうち）とは、宅地や農地など利用目的がなく、使用されていない土地のことをいう。また、都市の環境改善や防災に対して有効とみなされる道路、公園、駐車場などを「有効空地」と呼ぶ。地震や火災等の災害の発生時において空地は、一時避難場所や消防活動用地、緊急車両の回転地などの防災活動の場となりえるほか、密集市街地においては火災などの延焼を防止するスペースとなる。

板橋区では、令和2年4月1日現在、区立公園 341 箇所・区立緑地 3 箇所・都立公園 4 箇所があり、その総面積は 1,884,210 m²を超えるほか、公園率（区面積に対する都市公園（都立公園を含む）の占める割合）は 5.85%である。

図表 2-6 板橋区の都市公園・緑地の現況

種別		設置数	面積 (㎡)
区立	公園	341	743,648.78
	緑地	3	678,081.77
都立公園		4	462,479.86
計		348	1,884,210.41

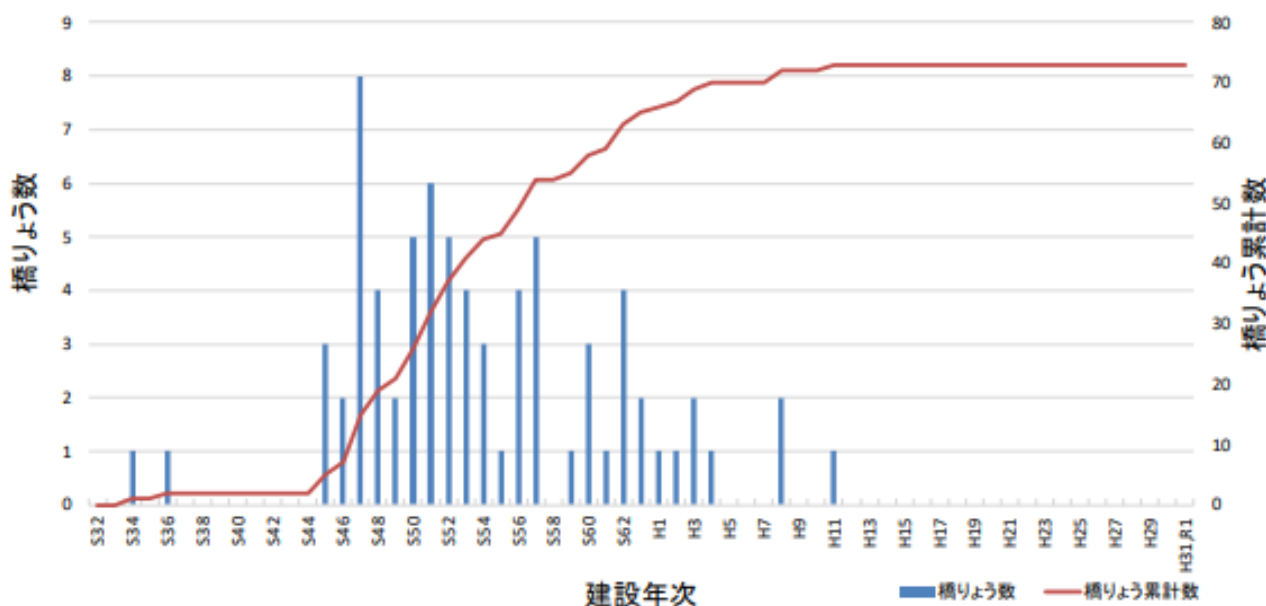
※公園の中に児童遊園を含む ※都立公園面積区内区分に係る公園面積とする

(6) 橋りょう数

令和2年3月現在、区が管理する橋りょうは73橋ある。その種別は道路橋、人道橋、跨線橋、横断歩道橋と多種にわたっており、白子川に架かる橋長10mほどの橋りょうから、新河岸川に架かる橋長50mを超える橋りょうまで、様々な規模のものとなっている。これらの橋りょうは昭和45年頃から活発に建設されており、老朽化が同時期に発生することが想定されるため、区では老朽化に対応しつつ、維持管理費縮減や平準化を図るために「板橋区橋りょう長寿命化修繕計画」を策定し（現在は第2期となっている）計画的な管理を続け、架け替えを可能な限り実施しないことにより維持管理費用の縮減を行っている。

本研究において使用したデータ（3章参照）では、橋りょうが存在している町丁目数は134町丁目のうち37町丁目である。特に加賀二丁目と双葉町ではそれぞれ7橋ある。

図表 2-7 橋りょう建設年次と橋りょう数



出典：板橋区橋りょう長寿命化修繕計画（第2期）

(10) 道路率

道路率とは、区の面積に占める道路面積の割合のことをいう。道路率が高ければ道路が広く整然とした街、道路率が低ければ密集した街となる。道路率が高く道路が広ければ、帰宅難民の移動もしやすく、また、緊急用の道路を確保しやすい等、避難や災害・復興活動がしやすくなる。逆に、道路率が低い密集地においては、倒れた電柱が道路を塞ぎ緊急車両が通行できない場合や、帰宅難民が車道にまで溢れて危険というようなことも考えられる。東京都建設局道路管理部「東京都道路現況調書令和元年度」によると、現在の板橋区は、道路率18.2%であり23区中では11位である。23区中、最も大きい中央区は29.2%、最も小さい大田区は12.5%となっている。

(11) 医療施設の数

区には個人の診療所から大学病院・総合病院まで多くの診療機関が存在し、病床数や医療従事者数等、豊かな医療資源が区の特徴となっている。

災害時、区では医療救護活動を実施する必要がある場合、または区内に震度6弱以上の震災が発生した場合には、緊急医療救護所を設置することとなっている。緊急医療救護所は、区内の災害拠点病院（4箇所）と災害拠点連携病院（10箇所）付近に設置され、傷病者のトリアージ¹や軽傷者の治療を行う。

図表2-9 板橋区緊急医療救護所 所在地一覧

災害拠点病院 (4箇所)	帝京大学医学部附属病院	板橋区加賀 2-11-1
	日本大学医学部附属板橋病院	板橋区大谷口上町 30-1
	東京都保健医療公社 豊島病院	板橋区栄町 33-1
	東京都健康長寿医療センター	板橋区栄町 35-2
災害拠点連携病院 (10箇所)	愛誠病院	板橋区加賀 1-3-1
	小豆沢病院	板橋区小豆沢 1-6-8
	板橋区医師会病院	板橋区高島平 3-12-6
	板橋中央総合病院	板橋区小豆沢 2-12-7
	金子病院	板橋区南常盤台 1-15-14
	小林病院	板橋区成増 3-10-8
	高島平中央総合病院	板橋区高島平 1-69-8
	東武練馬中央病院	板橋区徳丸 3-19-1
	常盤台外科病院	板橋区常盤台 2-25-20
	安田病院	板橋区成増 1-13-9

¹ トリアージとは、災害発生時などに多数の傷病者が発生した場合に、傷病の緊急度や重症度に応じて治療優先度を定めることである

2-2 板橋区の既存の防災計画

(1) 板橋区地域防災計画の策定及び修正

板橋区では災害対策基本法第42条に基づき、板橋区防災会議で「板橋区地域防災計画」を策定している。この計画は毎年検討を加え、必要に応じて修正される。平成27年度に、同法をはじめとする関係法令の改正や、関係する国や東京都の各種計画修正が行われたことをうけて、東日本大震災等の災害事例も踏まえ、「震災編」、「風水害編」、「資料編」に分けて修正が行われた。

その後、熊本地震、大阪府北部地震、北海道胆振東部地震等、地震災害の被害は全国各地で多発している状況を受けて、令和2年度に「板橋区地域防災計画（震災編）」の修正が行われている。また、令和元年度に発生した東日本台風（台風第19号）の対応を踏まえ、板橋区では荒川氾濫を見据えた具体的な取組として、「令和2年度大規模水害避難等対応方針」を策定した。出水期における課題や災害対策基本法の改正等を踏まえ、「令和3年度大規模水害避難等対応方針」を策定し、令和3年度中に、板橋区防災会議で「板橋区地域防災計画（風水害編）」の改訂を行う。

(2) 「震災編」（令和2年度修正）の概要

震災編は、関係防災機関が全ての機能を有効に発揮して、板橋区の地域における災害に係る予防対策、応急対策及び復旧対策を実施することにより、板橋区の地域並びに区民の生命、身体及び財産を災害から保護することを目的として計画するものである（図表2-11）。

また、以下に掲げる「被害想定」、東日本大震災や平成28年熊本地震などの最近の大規模地震などから得た教訓、近年の社会経済情勢の変化、各種防災計画の修正及び区民・区議会などの提言を可能な限り反映し、想定する震災に対処できる態勢の樹立を図るとともに、全ての自然災害に対処し得るものとすることを目標としている。

図表2-10 地震による被害想定

【被害想定（東京湾北部地震 M7.3・冬18時・風速8m）】

被害項目	想定される被害（区）
焼失棟数（倒壊建物を含まない）	747棟
屋内収容物による死者	5人
屋内収容物による負傷者	112人
災害時要援護者の死者	56人

出典：板橋区地域防災計画（震災編）

図表 2-11 震災編の構成と主な内容

構成	主な内容
震災編	
第1部 総則	○ 首都直下地震等の被害想定、減災目標 等
第2部 施策ごとの具体的計画 (予防・応急・復旧計画)	○ 区及び防災機関等が行う予防対策、区民及び事業者等が行うべき措置 ○ 地震発生後に区及び防災機関等がとるべき応急・復旧対策、災害救助法の適用 等
第3部 災害復興計画	○ 被災者の生活再建や都市復興を図るための対策 等
第4部 東海地震・南海トラフ地震編	○ 災害予防対策、警戒宣言時の応急活動体制 等

出典：板橋区地域防災計画（震災編）

（3）「風水害編」（平成 27 年度修正）の概要

風水害編は、洪水又は豪雨による水害を警戒し防御するとともに、地震時の水害にも対応するものとしている。そして、これらによる被害を軽減するため、区内の各河川に対する水防上必要な監視、予防、警戒、通信、連絡、輸送及び水防のための活動、応援協力並びに水防に必要な資器材・設備の運用等を計画するものである（図表 2-12）。

東京における近年の市街地の拡大に伴い地域の持つ保水、遊水機能低下、河川や下水道に大量の雨水が一気に流れ込むことから生ずる河川の氾濫や下水道管からの雨水の吹き出しなど、いわゆる都市型水害と言われている浸水被害を受け、荒川が氾濫し、広範囲の浸水被害を発生させることも考えられる。また、ハザードマップ（図表 2-13、2-14）により示す「被害想定」、最近の災害などから得た教訓、近年の社会経済情勢の変化、各種法令及び防災計画の修正及び区民・区議会などの提言を可能な限り反映している。

図表 2-12 風水害編の構成と主な内容

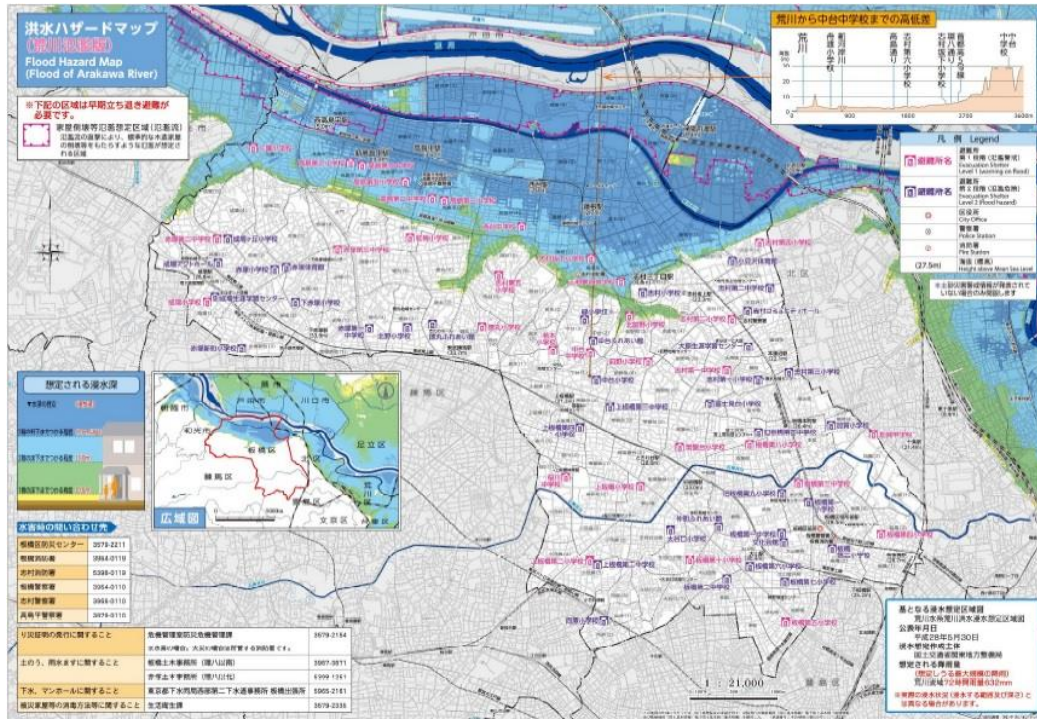
構成	主な内容
第1部 総則	板橋の概況と災害、河川及び下水道等の概要、区及び防災機関の役割 等
第2部 災害予防計画	区及び関係防災機関等が行う予防対策、区民及び事業者等が行うべき措置 等
第3部 災害応急・復旧対策計画	風水害発生後に区及び関係防災機関等がとるべき応急・復旧対策、災害救助法の適用 等

出典：板橋区地域防災計画（風水害編）

(3)「資料編」(平成27年度修正)の概要

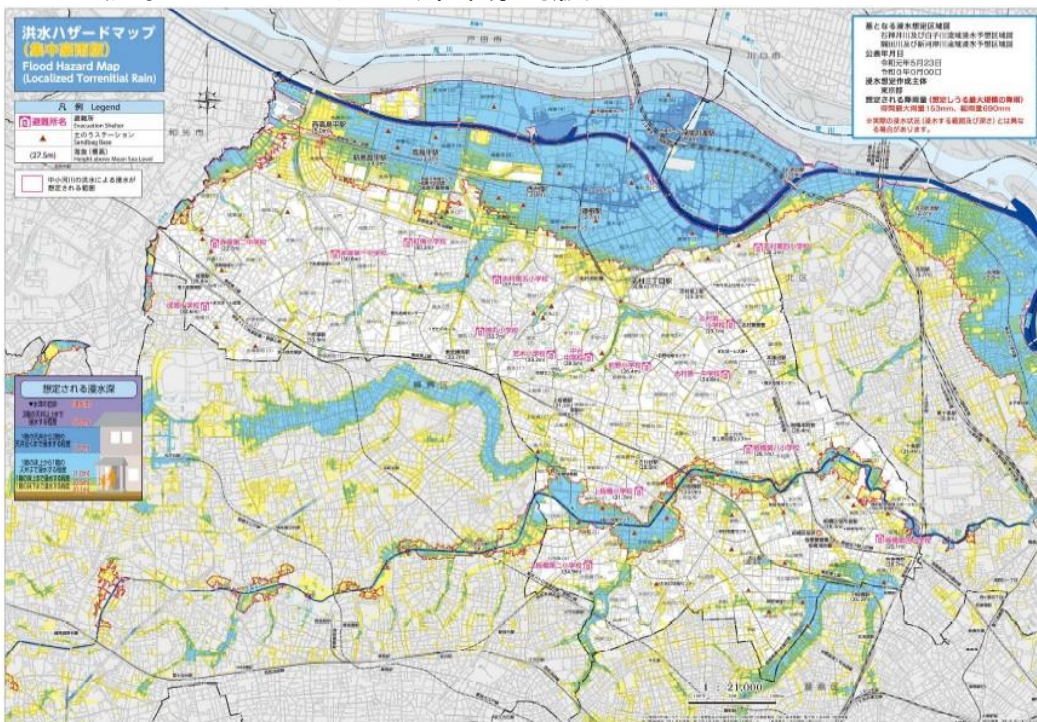
「板橋区地域防災計画」の資料編では、震災編と風水害編の2編に関する情報、法的根拠等の詳細な内容を基礎資料としてとりまとめている。

図表2-13 洪水ハザードマップ(荒川氾濫版)



出典：板橋区ハザードマップ

図表2-14 洪水ハザードマップ(集中豪雨版)



出典：板橋区ハザードマップ

2-3 現状から見た課題

(1) 避難弱者

2-1 (2) に記載のとおり、板橋区はすでに超高齢社会に突入していると同時に、居住外国人も多い。さらに夜間人口よりも昼間人口が少ないことは、区民は区外への就業や通学傾向にあり、昼間に災害が発生した際には、災害活動を主体的に行う区民が少ないことも推測できる。また、合計特殊出生率も 23 区中 16 位と低いことから、今後さらに少子高齢化が進むと言える。

災害に関していえば、一般的に、高齢者は身体機能の低下、外国人は言語の壁等から、避難に時間を要する場合や避難時に支援を必要とする場合が多く、家族や近隣住民による助け合いが一層有効となってくる。現在、区では、大地震などの災害に備えて「自分達のまちは自分達で守る」を合言葉として、町会・自治会を母体とした 200 を超える住民防災組織が結成されているが、今後、高齢者の単身世帯の増加、少子化の進展による若年・中年層の減少等が進めば、地域による共助もこれまで以上に厳しいものとなることを見込まれる。

(2) 地形・建物・道路

2-1 (1) ② に記載のとおり、区は武蔵野台地の崖線を境に高低差が大きく、北部が低く浸水しやすいため、区北部は水害時の避難所には適していない。よって、区では、水害時には地震時とは異なる避難所を設定するとともに、浸水予測に基づいた避難指示を事前に決定しているタイムラインに沿って発出し、北部から南部への事前避難を呼びかけることとしている。しかし、北部から南部への避難経路には、避難経路上に崖線や橋りょうがあり、避難時間を要するほか、浸水による分断も懸念される。災害時の橋りょうの破損や流失は、避難時において人命に直結するリスクとなるほか、水や食料、資機材といった物資の運搬など避難所生活時や避難所退所後の生活再建にも大きな遅延をもたらす。同様に、道路の分断に繋がるような建物の崩壊も、避難時から生活再建時に渡り、地域に大きな影響をもたらす。

(3) 避難所・備蓄

避難所生活時には、持病のある方はもちろん、避難時にケガ等をした場合にも安心して医療を受けることのできる体制が必要となる。また、避難期間の長期化により慣れない避難所生活で体調が悪くなることや持病の薬の不足の発生も想定される。

そうした場合は、2-1 (1 1) に記載のとおり、区では近くの緊急医療救護所に向かうよう案内している。また、区は、医師会や歯科医師会、薬剤師会、柔道整復師会等と協定を

結び、災害の初動期から医療救護活動の開始を規定している。

これと同時に避難が中・長期的となった場合には、緊急医療救護所と連携しながら患者に対して薬の処方や診察等を担えるような、近医の存在と協力体制の構築も非常に重要である。

第3章 研究の方法と使用データ（データの捉え方と分析の考え方）

3-1 分析の考え方

（1）対象とする災害

「地域防災計画」では、主要な災害を以下のように定義している。

災害とは、「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」とする。

このため、多くの自治体では、地域の実情に応じて災害ごとに地域防災計画を策定している。例えば、東京都では、震災（地震）編、風水害編、火山編、大規模事故編、原子力災害編の5種類の災害に応じた防災計画を策定している。板橋区においても、震災編と風水害編が計画されている。

そこで本研究でも、板橋区の地域防災計画に合わせて、地震と水害を対象として検討を進めることとする。

（2）タイムラインの考え方

これまでの大規模災害に対する復興・復旧における経験から、被災地の実情に合わせた支援や計画が必要であることが明らかになっている²³。

特に、被災地では、発災後の時間経過に合わせて状況が刻々と変化することから、タイミングをずらすと支援なども無駄になることがある。すなわち、発災時、避難時、避難所生活時、避難所退所後によって支援のあり方も変わると考えられる。これらは発災後の復興・復旧のあり方に対応するが、地震など突発的に発生する災害を除いては、防災の視点においても時系列を意識した対応が必要と考えられる。

また、平成26年には国土交通省で「水災害に関する防災・減災対策本部」が設置され、災害発生が予測しやすい水害等については、避難指示等の発令に着目したタイムラインの策定

² 河瀬 理貴，浦田 淳司，井料 隆雅 災害時における人道支援ロジスティクスの在り方：東日本大震災と熊本地震のケーススタディ 土木計画学研究・論文集 第38巻（特集）2021年76巻5号 p. I_987-I_999、

³ 秋富 慎司，小山 晃，爰川 知宏，前田 裕二，木村 玲欧，田村 圭子，林 春男，目黒 公郎 緊急支援機能に基づく東日本大震災における医療対応の考察—超急性期から亜急性期にかけての岩手県の9日間— 地域安全学会論文集 No. 32, 2018. 3

が示されている⁴。

そこで本研究についても、災害の時系列に着目し、発災時（発生までの段階）、避難時、避難所生活時、避難所退所後の4段階のフェーズを前提に検討することとした。

図表 3-1 発災から元の生活に落ち着くまでのタイムライン

発災時	災害が起こった場合の危険度を評価する。
避難時	避難所にたどりつくまでの期間における困難度を評価する。地震の場合は発災後に避難し、水害の場合は発災前に避難することを想定している。
避難所生活時	避難所生活における困難度を評価する。
避難所退所後	避難所を退所して元の生活に戻るまでの期間における困難度を評価する。

3-2 使用データと理由

(1) 捉えるべき状況の考え方

災害に対して時間経過とともに考慮すべき状況が異なる。

例えば、水害のように事前に災害発生が予想できる場合は、災害が発生する前の段階で避難することができる。そのとき、区のどのような場所で、どのような被害が想定され、避難が難しい住民がいる場合は早めの避難誘導や支援を行う必要がある。

また、実際に災害が発生し、避難する段階では、避難先の確保や避難先までの動線の確保など避難のしやすさが重要となる。さらに、避難所に避難できた段階では、避難所で少しでも快適な状態を保てるよう支援者の確保などが重要となる。そして、避難所を退所する段階では、復興・復旧段階での生活を支えるために、食料や日用品の入手や衛生面での確保の容易性などが重要となると考えられる。

以上の点から、本章の検討にあたっては、各段階での地区の安全性を評価するために、統計資料やインターネットの情報などから入手の容易な情報を収集し、各フェーズにあわせて重要度が判断できるような指標を設定した。

収集した情報は、その特徴から、ア) 人口、イ) 建物、ウ) 道路（インフラ）、エ) 避難所、オ) 備蓄に関わるデータに分類することができる。

⁴ タイムライン（防災行動計画）策定・活用指針（初版）平成28年 国土交通省 水災害に関する防災・減災対策本部 防災行動計画ワーキング・グループ：
https://www.mlit.go.jp/river/bousai/timeline/pdf/timeline_shishin.pdf

(2) 使用するデータの概要

①発災時（発生までの段階）

発災時（発生までの段階）は、被害の受けにくさ（被害の受けやすさ）が重要である。

ア．人口の視点からは、避難を優先させるべき対象者の数が少ないこと、避難時などに支援者に回ることができる対象者の割合が多い地区の安全性が高いと考えた。

そのため、避難を優先させるべき対象者として、後期高齢者（75歳以上）の人口、乳幼児（4歳以下）の人口を指標として用いた。また、避難時などに支援者に回ることができる対象者の割合を示す指標として、15～64歳人口に対する75歳以上人口の割合を指標とした。

イ．建物の視点からは、建物の損害が少ない、すなわち、倒壊しにくい建物の多さが被害を受けにくくすると考え、そのような建物の多い地区の安全性が高いと考えた。

そのため、倒壊しにくい建物として建物危険倒壊危険度を指標とした。

ウ．インフラ（道路）の視点からは、災害の被害を受けにくい地区の安全性が高いと考えた。本区は、荒川に面しており特に水害の被害が懸念される。

そのため、災害の被害を受けにくさとして、予想されている浸水の有無（浸水の高さ）を指標とした。さらに、本区は荒川の河岸段丘が東西に走っており、その断崖地点では土砂災害が発生する可能性があるため、土砂災害警戒区域の警戒度を指標とした。

エ．避難所の視点からは、発災前については、避難できる場所があることが地区の安全性が高いと考えた。

そのため、避難できる場所として、避難所の近さと避難所の標高を指標とした。避難所の近さでは、地区内に区が指定している避難所の数を用いた。なお、区内の避難所は水害と地震とで異なることから別々に設定した。

②避難時

避難時は、避難所まで安全に移動できることが重要である。

ア．人口の視点からは、住民が自立的に避難できる地区の安全性が高いと考えた。

そのため、①発生前の状況と同じ、後期高齢者（75歳以上）の人口、乳幼児（4歳以下）の人口、15～64歳人口に対する75歳以上人口の割合を指標とした。

イ．建物の視点からは、避難時の避難路の確保されていることとして、火災発生や倒壊した家屋などによって避難路が遮蔽されにくい地区の安全性が高いと考えた。

そのため、火災発生による避難路の遮蔽として、火災危険度を指標とした。また、家屋などによって避難路の遮蔽のされにくさとして、地区の建蔽率を指標とした。

ウ．インフラ（道路）の視点からは、避難路が確保できていることや避難所までの経路が複数確保されている地区の安全性が高いと考えた。

そのため、避難所までの経路が複数確保されていることについては、避難路の代替経路の確保の容易性や幅の広い避難路の確保として道路率を指標とした。また、避難路経路上に橋が少ないことを指標した。

エ．避難所の視点からは、避難できる場所がある地区の安全性が高いと考えた。

そのため、避難できる場所として、地区内の避難所の数を指標とした。

③避難所生活時

ア．人口の視点からは、住民の積極的な参加がある地区の安全性が高いと考えた。

そのため、活動的な住民が多いことが重要であることから、15～64歳人口に対する75歳以上人口の割合を指標とした。

エ．避難所の視点からは、一時的な避難者が縁者を頼りやすいことや災害支援ボランティアや避難者の縁者が行き来しやすい（他地域との移動のしやすさ）地区の安全性が高いと考えた。また、避難所生活時においては、排泄物の処理なども大きな問題となっている。

そのため、他地域との移動のしやすさとして、駅の数を用いた。なお、駅の数はいくつかの路線が乗り入れている場合、路線数を用いた。

また、排泄物の処理としては、公衆便所の数を用いた。

オ．備蓄の視点からは、生活物資の入手のしやすい地区の安全性が高いと考えた。

そのため、生活物資の入手のしやすさでは、当面の物資の入手可能性として、備蓄倉庫の数を指標とした。

④避難所退所後

ア．人口の視点からは、住民が体力的な面からも積極的に避難所の運営に参加できる地区の安全性が高いと考えた。そのため活動的な住民が多いことが重要であるとして、15～64歳人口に対する75歳以上人口の割合を指標とした。

ウ．インフラ（道路）の視点からは、復旧・復興のしやすい地区の安全性が高いと考えた。

復旧・復興のしやすさでは、作業に使用できる空間の有無が重要である。そのため、作業に使用できる空間の有無として、公園の広さと空地率を指標とした。また、復旧・復興活動のしやすさとして、災害時活動困難度を指標とした。

さらに、一時的な避難者が縁者を頼りやすいことや災害支援ボランティアや避難者の縁者

が行き来しやすい（他地区との移動のしやすさ）ことが、安全性が高いと考えた。そのため、避難所生活時と同様に駅の数を用いた。

オ．備蓄の観点からは、生活物資の入手のしやすい地区や衛生面の確保のしやすい地区の安全性が高いと考えた。

そのため、生活物資の入手のしやすさでは、商業施設のアクセス容易性が重要と考えた。当面の物資の入手可能性として、備蓄倉庫の数を指標と商業施設の数を指標として用いた。また、衛生面での確保のしやすさとして病院の数を用いた。

病院の数は、病院の検索サイト「ドクターマップ（<https://www.doctor-map.info/>）2021年5月検索」を用いて板橋区内町丁目別の病院の数を捉えた。なお、ここでは診療科の違いは考慮していない（図表3-2）。

銭湯の数は、銭湯の検索サイト「東京銭湯マップ（<https://www.1010.or.jp/map/>）2021年5月検索」を用いて板橋区内町丁目別の銭湯の数をカウントした。なお休業中の銭湯も含まれている（図表3-3）。

図表3-2 町丁目別の病院数

町丁目	病院数	町丁目	病院数
栄町	2	西台2丁目	1
加賀1丁目	1	西台3丁目	2
加賀2丁目	1	西台4丁目	1
熊野町	1	赤塚新町1丁目	3
向原3丁目	1	赤塚新町3丁目	2
幸町	3	泉町	1
高島平1丁目	7	前野町1丁目	1
高島平2丁目	5	前野町2丁目	1
高島平3丁目	2	前野町4丁目	1
高島平4丁目	3	前野町6丁目	3
高島平8丁目	7	双葉町	1
高島平9丁目	1	相生町	2
坂下1丁目	2	大原町	1
坂下2丁目	3	大山金井町	3
坂下3丁目	1	大山西町	2
桜川2丁目	3	大山町	7
桜川3丁目	2	大山東町	6
三園1丁目	3	大谷口2丁目	4
四葉2丁目	1	大谷口上町	1
志村2丁目	2	大谷口北町	4
志村3丁目	3	大和町	3
若木1丁目	2	中丸町	4
若木2丁目	1	中台1丁目	2
舟渡1丁目	1	中台3丁目	1
舟渡2丁目	1	中板橋	6
小豆沢1丁目	2	仲宿	2
小豆沢2丁目	8	東山町	1
小豆沢3丁目	2	東新町1丁目	2
小茂根1丁目	3	東新町2丁目	1
小茂根4丁目	3	徳丸2丁目	6
上板橋1丁目	4	徳丸3丁目	9
上板橋2丁目	6	徳丸6丁目	1
常盤台1丁目	9	南常盤台1丁目	5
常盤台2丁目	4	南常盤台2丁目	2
常盤台3丁目	3	南町	1
常盤台4丁目	6	板橋1丁目	8
新河岸1丁目	1	板橋2丁目	6
成増1丁目	6	板橋3丁目	4
成増2丁目	4	板橋4丁目	5
成増3丁目	14	氷川町	2
成増4丁目	1	本町	5
成増5丁目	1	弥生町	3
清水町1-3	1	蓮根1丁目	1
清水町47-7	1	蓮根2丁目	6
赤塚1丁目	1	蓮根3丁目	2
赤塚2丁目	3	蓮沼町	2
赤塚4丁目	1	総計	283
赤塚5丁目	1		
赤塚6丁目	1		
赤塚7丁目	1		

※歯科を除く

図表3-3 町丁目別の銭湯数

町丁目	銭湯数
栄町	1
熊野町	1
坂下2丁目	1
志村1丁目	1
志村3丁目	1
上板橋1丁目	1
上板橋3丁目	1
常盤台1丁目	1
常盤台3丁目	1
成増3丁目	1
西台2丁目	1
赤塚6丁目	1
大原町	1
大谷口1丁目	1
大和町	1
中台1丁目	1
中板橋	1
仲宿	1
東新町2丁目	1
徳丸3丁目	1
徳丸5丁目	1
南町	1
板橋1丁目	1
板橋3丁目	1
総計	24

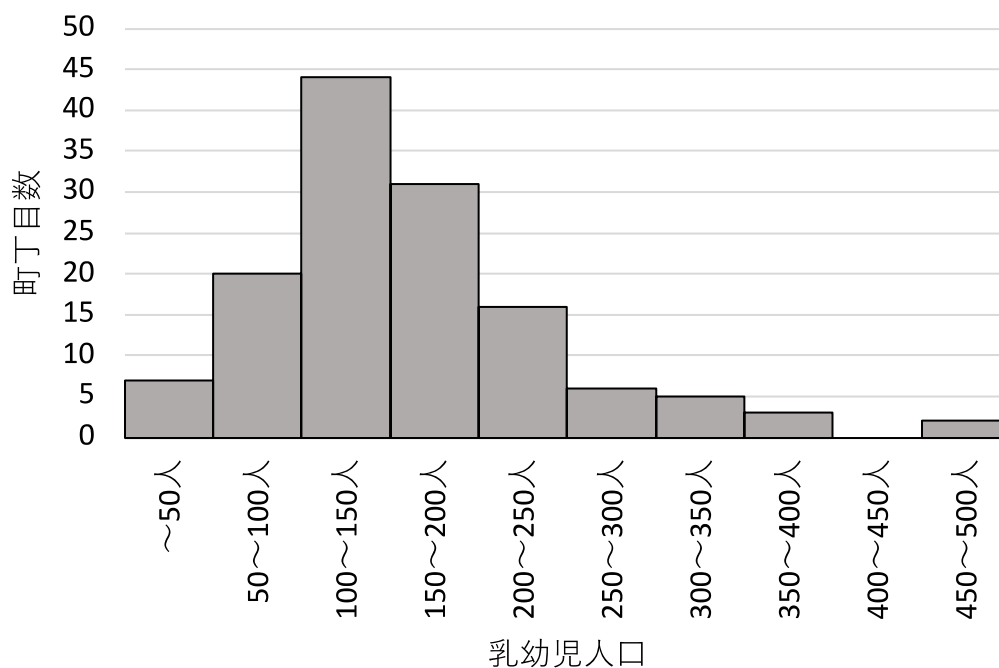
図表 3-4 対応優先度の評価に使用したデータおよび用いた4つのフェーズ

		発災時	避難時	避難所生活時	避難所退所後	データの諸元
人口	乳幼児（4歳以下）	○	○			住民基本台帳（2020年1月1日現在）
	後期高齢者（75歳以上）	○	○			
	後期高齢者人口/生産年齢人口	○	○	○	○	
建物	建物危険倒壊危険度	○				地震に関する地域危険度測定調査（第8回） （平成30年2月公表）
	火災危険度		○			
	建蔽率		○			
道路 （インフラ）	道路率		○			東京都道路現況調査令和元年度版
	災害時活動困難度				○	地震に関する地域危険度測定調査（第8回） （平成30年2月公表）
	橋りょうの数		○			
	浸水の有無	○				洪水ハザードマップ（荒川）
	土砂災害警戒度	○				
	公園の広さ				○	板橋区都市公園等一覧表
	校庭の数			○		板橋区HP 小中学校一覧
	空地率				○	
避難所	避難所の標高（水害）	○				
	避難所の数（地震、荒川水害、集中豪雨）	○	○			板橋区防災マップ
	駅の数（地震、水害）			○	○	
	公衆便所の数			○		板橋区HP 公園・公衆便所一覧
備蓄	備蓄倉庫の数			○	○	板橋区HP 平成28年4月1日現在
	病院の数				○	ドクターマップ https://www.doctor-map.info/
	銭湯の数			○	○	東京銭湯マップ https://www.1010.or.jp/map/archives/area/板橋区
	商業施設の数				○	商業統計（H26）

3-3 分析の手順

前節のデータに基づき各要因を得点化する。各要因につき危険度または困難度が低いと高得点となるよう0～4点満点で評価した。例えば、乳幼児（4歳以下）人口についての評価には以下のような手順で評価を行った。まず、地区ごとの乳幼児人口の分布を観察（図表3-5）し、つぎに、危険度および困難度の観点から各地区を相対的に評価し点数を与えた。ここでは、乳幼児は避難をしたり生活をしたりするときに大人による手助けを必要となり、避難や生活がより困難になる要因となると考えられることから、300人以上の地区には1点、200～300人の地区には2点、100～200人の地区には3点、人口が100人未満の地区には4点を与えた。

図表3-5 地区ごとの乳幼児人口の分布



すべての項目についての評価の基準は以下の図表3-6のとおりである。駅については、地震と水害では安全性に対する考え方が異なるため地震用と水害用の両方で指標を作成している。地震については、駅がある場合、近隣地域からの人の流入が多いと考え、混雑による避難への悪影響があると考えられることができる。一方、水害については、駅があると事前に避難することが容易であるため駅の数が多いほど高評価をつけている。

図表3-4と図表3-6に基づいて災害、時系列に応じて各地区の得点を集計したものをA～Dの4段階に分け、ランクごとに色付けしたものを地図に表示させる。さらに作成した地図をもとに、各災害に応じた効率的な対応について考察する。

図表 3-6 項目別数値化の基準

		0点	1点	2点	3点	4点
人口	乳幼児（4歳以下）	-	300人～	200～300人	100～200人	～100人
	後期高齢者（75歳以上）	-	900人～	700～900人	400～700人	～400人
	後期高齢者人口/生産年齢人口	-	30%～	20～30%	15～20%	～15%
建物	建物危険倒壊危険度	-		3	2	1
	火災危険度	-		3	2	1
	建蔽率	-		80	60	50
道路 (インフラ)	道路率	-	10～15%	15～20%	20%以上	-
	災害時活動困難度	-	3～4	2	1	-
	橋りょうの数	4箇所以上	3箇所	2箇所	1箇所	なし
	浸水の有無	-	5m以上	2～5m	2m未満	データなし
	土砂災害警戒区域	-	あり	-	なし	-
	公園の広さ	-	なし	0～1ha	1～5ha	5ha以上
	校庭の数	-	0箇所	-	1箇所	2箇所以上
	空地率	-	～5%	5～10%	10%～	-
避難所	避難所の標高	-	なし	1～15m	20m以上	
	避難所の数（地震）	-	なし	-	1箇所	2箇所以上
	避難所の数（水害、荒川）	-	なし	-	1箇所	2箇所以上
	避難所の数（水害、集中豪雨）	-	なし	-	1箇所	2箇所以上
	駅の数（地震）	-	2駅以上	1駅	なし	-
	駅の数（水害）	-	なし	1駅	2駅以上	-
	公衆便所の数	-	なし	1～2箇所	3箇所以上	-
備蓄	備蓄倉庫の数	-	なし	1箇所	2箇所以上	-
	病院の数	-	なし	1～3箇所	4～6箇所	7箇所以上
	銭湯の数	-	なし	-	1箇所	-
	商業施設の数	-	0～3箇所	4～14箇所	15箇所以上	-

第4章 町丁目スケールにおける対応優先度の時系列変化

本章では、上記の手順によって得た優先して対応すべき地区の分布を、町丁目スケールで検討する。ここでは、災害時下では人員や物資が限られることを想定し、優先して対応すべき地区をA～Dの4段階にわけることとした。Aは最も対応の優先順位が高い地区として全対象地区の5%程度、Bはそれに順ずる地区として20%程度、Cは20%程度、Dは55%程度を設定した。ただし、指標ごとに優先度の判定に用いた指標が異なるので、A～Dに分類される町丁目の数は同じではないことを付記しておく。なお、町丁目ごとに分布を示した地図は行政界による影響が大きくあらわれるため、これだけでは分布の傾向を読み取り難い。そこで、地域の実態に即した表現が可能である等値線を用いた図も併記することとした。

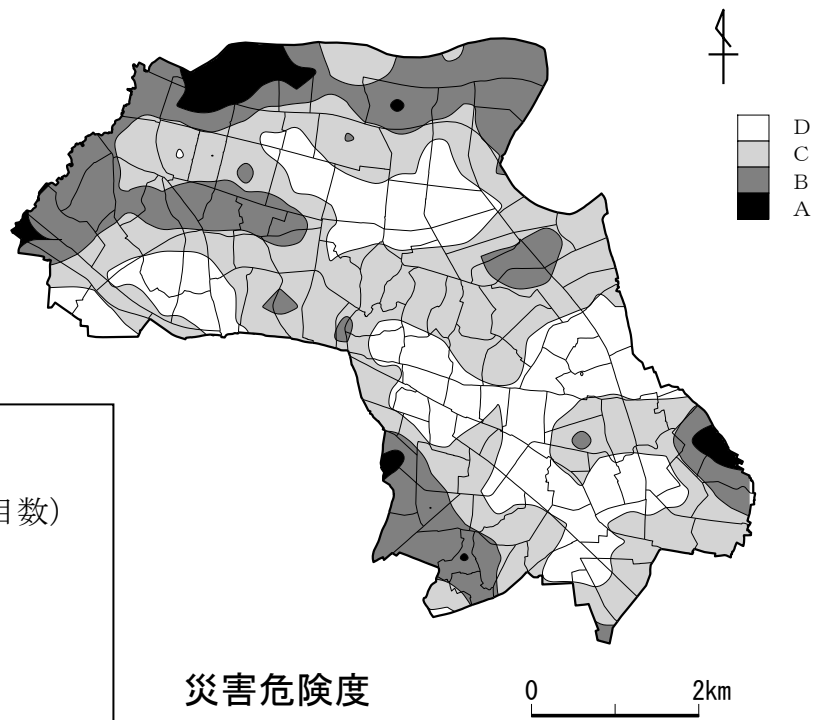
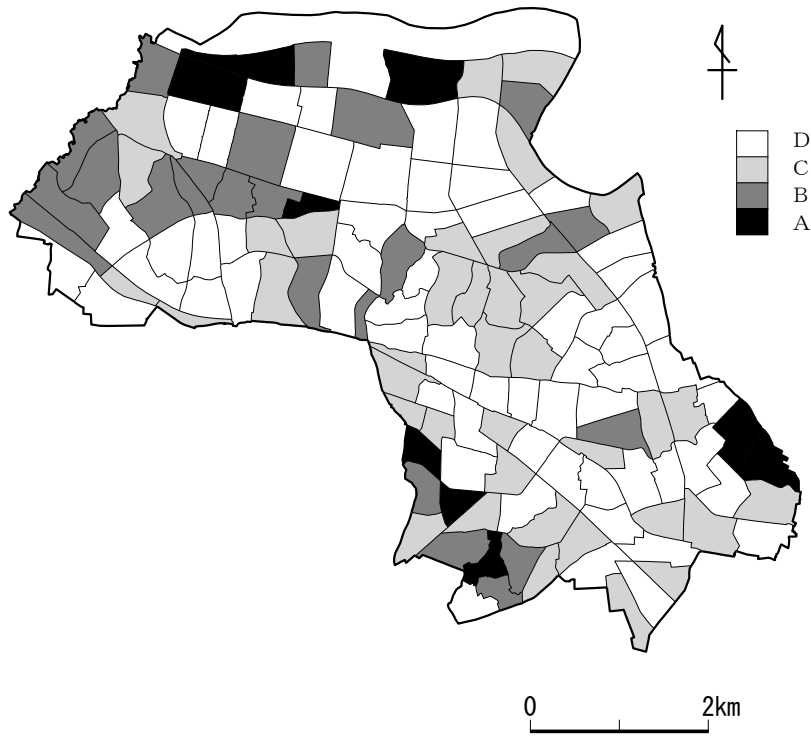
4-1 地震

(1) 発災時

地震発生時点の災害危険度は図表4-1のとおりである。リスクが高い地区ほど濃い色で示してある。分布には大きく2つの核が確認できる。ひとつは、北西部の高島平六丁目・新河岸三丁目・船度四丁目付近から成増方向へ向かうエリアで、もうひとつは、南部の向原三丁目・小茂根三丁目付近と加賀一丁目・加賀二丁目付近である。

北西部の集積に関しては、旧荒川水系の河道にあたる低地であるので、地盤の強度が影響した可能性がある。同様に、南部に関しても石神井川の流路にある影響が否めない。

図表 4-1 地震の発災時の災害危険度



度数分布表	
階級区分	度数(町丁目数)
$23 \leq x$	62
$21 \leq x < 23$	39
$19 \leq x < 21$	24
$x < 19$	9

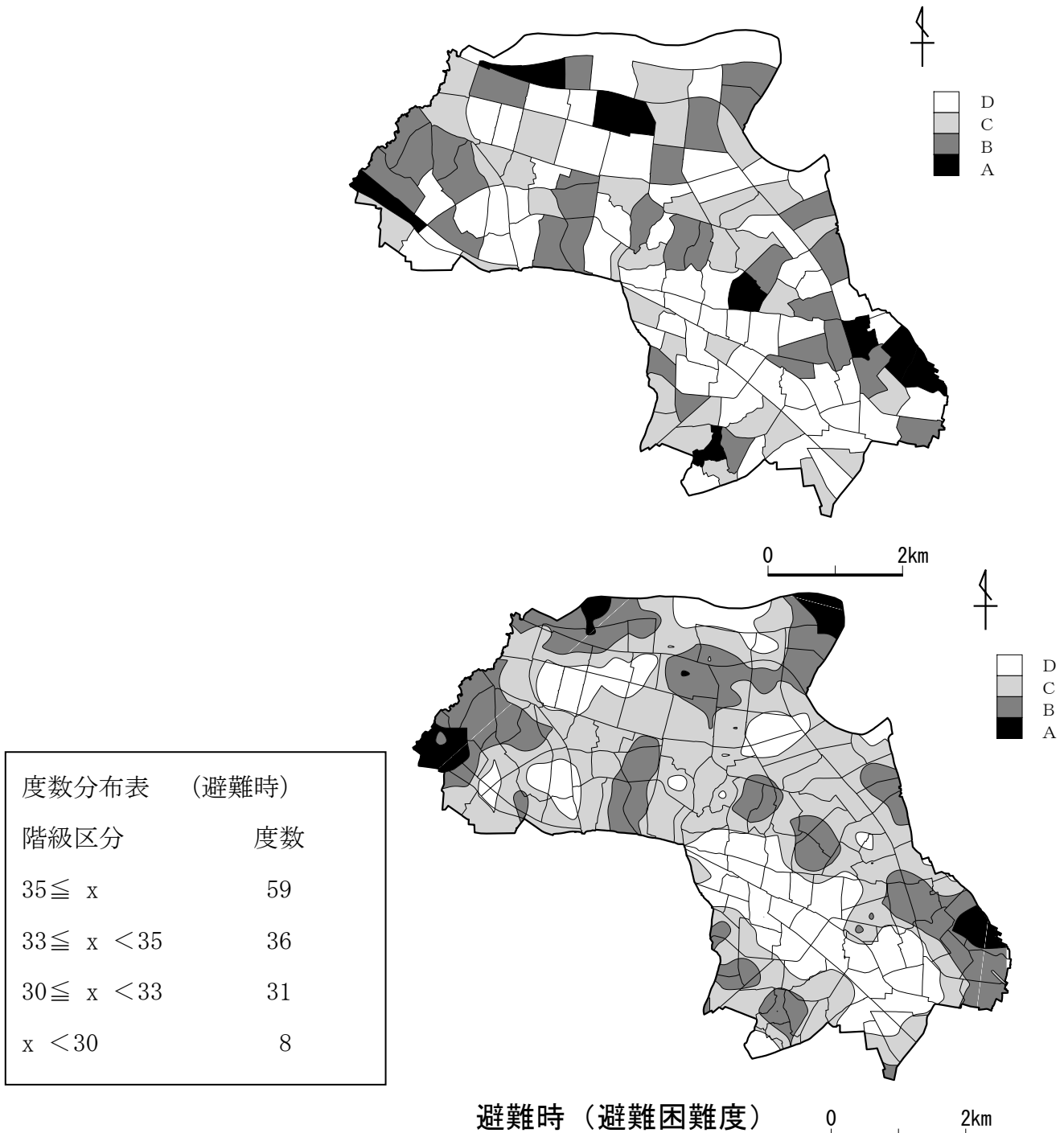
災害危険度

(2) 避難時

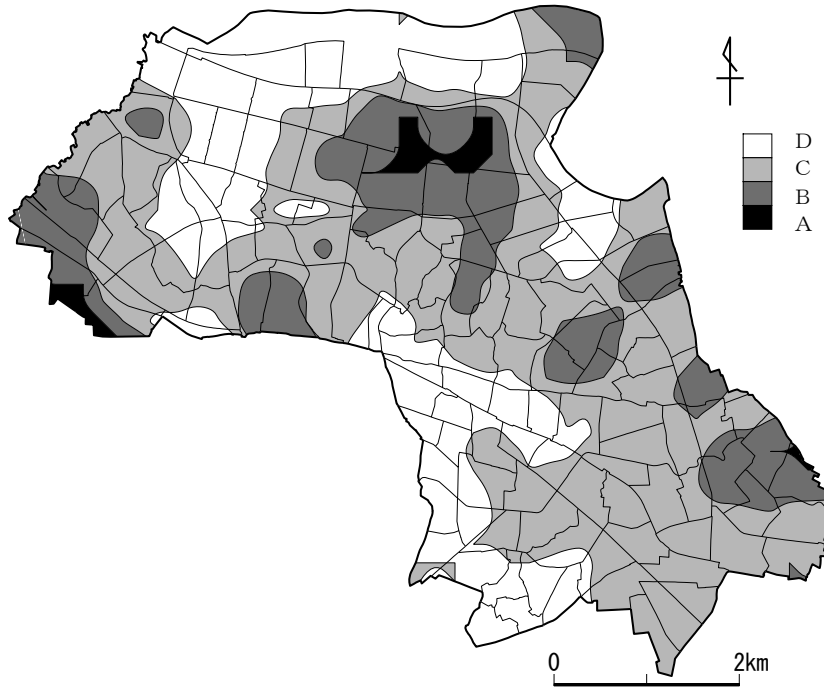
地震の揺れが収まり避難所へ退避する時点の避難困難度は図表4-2のとおりである。避難所へたどり着く経路のリスクを主な判断材料としている。

北部と北西部から南東部にわたる帯状のエリアに、避難時のリスクが高い地区が分布する。このうち北部の高島平付近に関しては、高齢者の割合が高いことが影響している可能性が高い(参考)。一方、北西部から連なる一連の地区は崖線にある。傾斜地にあることが、避難において高いリスクになったと考えられる。

図表4-2 地震の避難時の避難困難度



参考



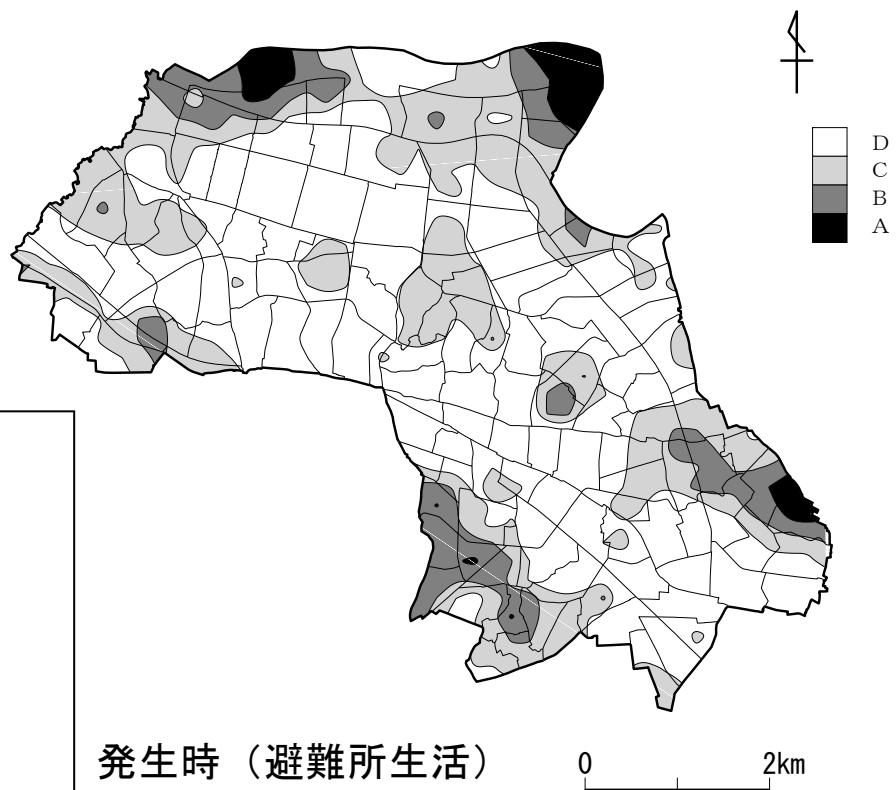
75 歳以上人口割合

(3) 避難所生活

避難所への退避時点（避難所生活時）の生活困難度は図表4-3のとおりである。北部および南部にリスクが高い地区が確認でき、中間にある崖線地帯に濃い色の地区が点在している。

色が濃くリスクが高いと表示された地区は、いずれも病院・商業施設・銭湯・備蓄倉庫などの生活に関連した施設が少ないエリアである。なかでも、崖線の影響下にある地区は、もともとこうした施設が立地し難い地形的な特性があるので、こうした分布になったと考えられる。

図表 4-3 地震の避難所生活時の生活困難度



度数分布表	
階級区分	度数
$31 \leq x$	75
$29 \leq x < 31$	33
$27 \leq x < 29$	19
$x < 27$	7

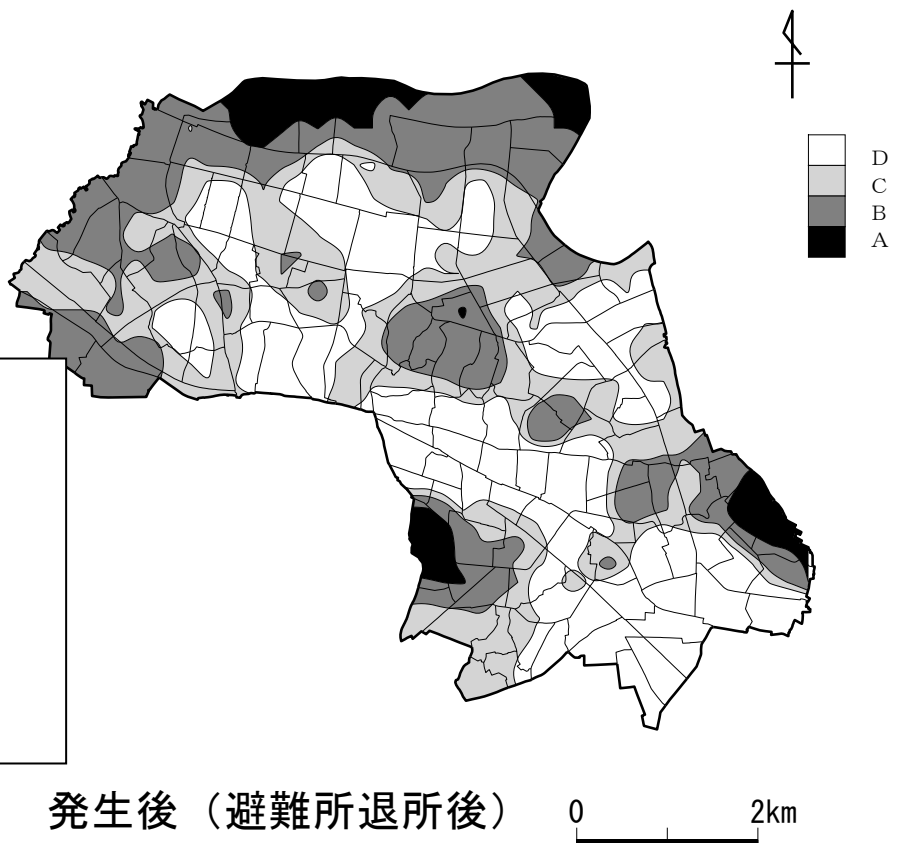
発生時（避難所生活）

(4) 避難所退所後

避難所から自宅等へ戻った時点（避難所退所後）の生活困難度は図表4-4のとおりである。区の中央部から南部にかけて、リスクが高い地区が確認でき、とりわけ加賀一丁目・二丁目付近と西台一丁目・相生町付近に色が濃い地区が現れる。

こうした分布を取る背景には、生活関連施設の多寡が影響している可能性が高い。避難時とは異なり、地形的制約からの影響は軽減していると思われるが、道路や商業施設など生活を送るうえでのインフラの充実度との関連度が伺える。

図表 4 - 4 地震の避難所退所後の生活困難度



度数分布表	
階級区分	度数
$21 \leq x$	70
$20 \leq x < 21$	28
$18 \leq x < 20$	26
$x < 18$	10

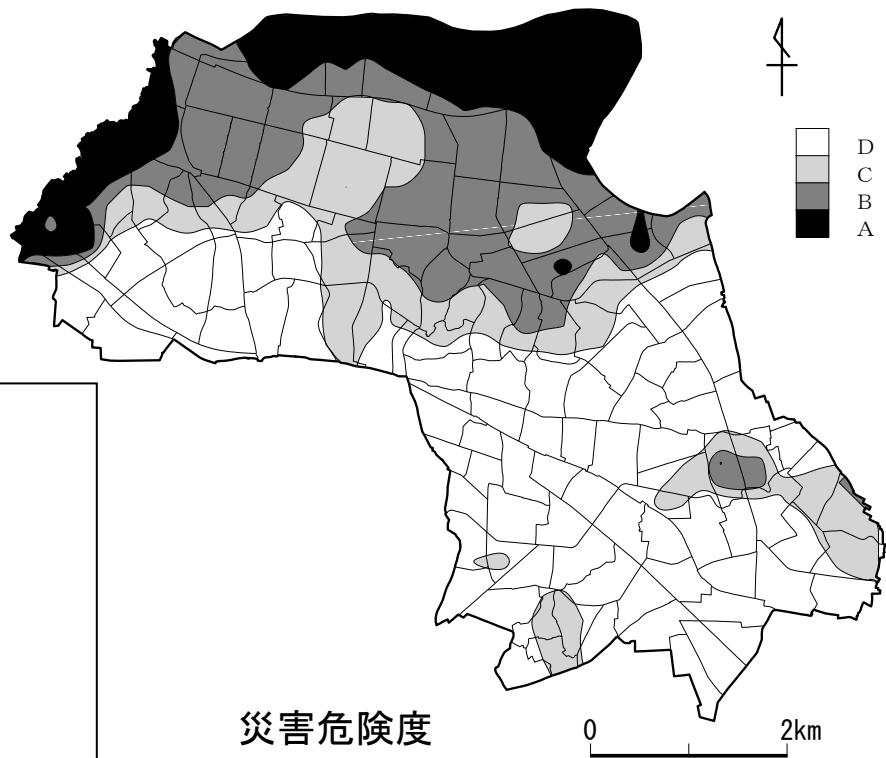
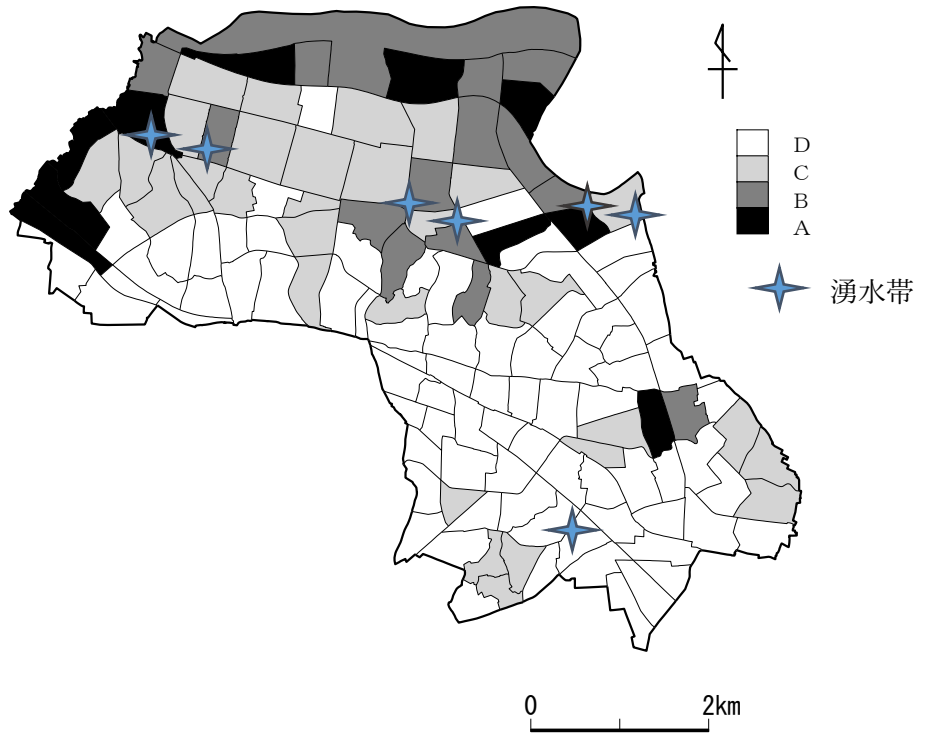
4-2 水害

(1) 発災時

水害発災時の災害危険度は図表4-5のとおりである。北部エリアと南部エリアにリスクが高い地区がみられる。北部エリアは荒川水系によるもので、南部エリアは石神井川の流域に相当することから、河川や湧水帯の影響が大きいと考えられる。

北部エリアに関しては、標高が低いためすでに水害の危険性が認識されていると考えられる。しかし、武蔵野台地上にあり低地ではないため、相対的な水害のリスクは低いと認識されがちな南部エリアにおいても、部分的に水害のリスクが高い地区があることがわかる。

図表 4-5 水害の発災時の災害危険度



度数分布表	
階級区分	度数
$11 \leq x$	77
$10 \leq x < 11$	32
$9 \leq x < 10$	15
$x < 9$	10

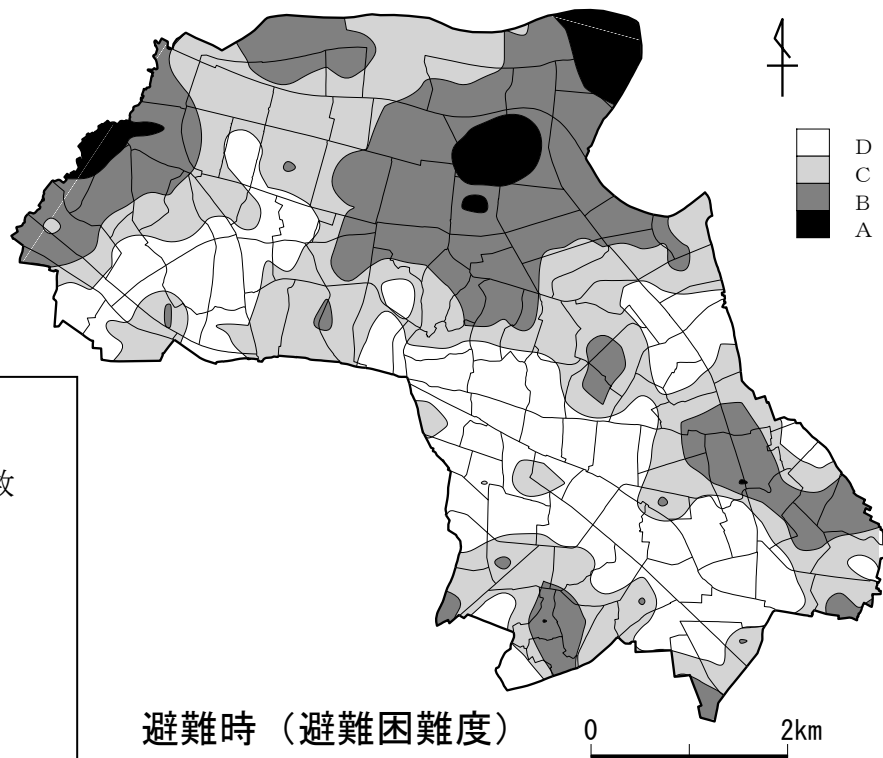
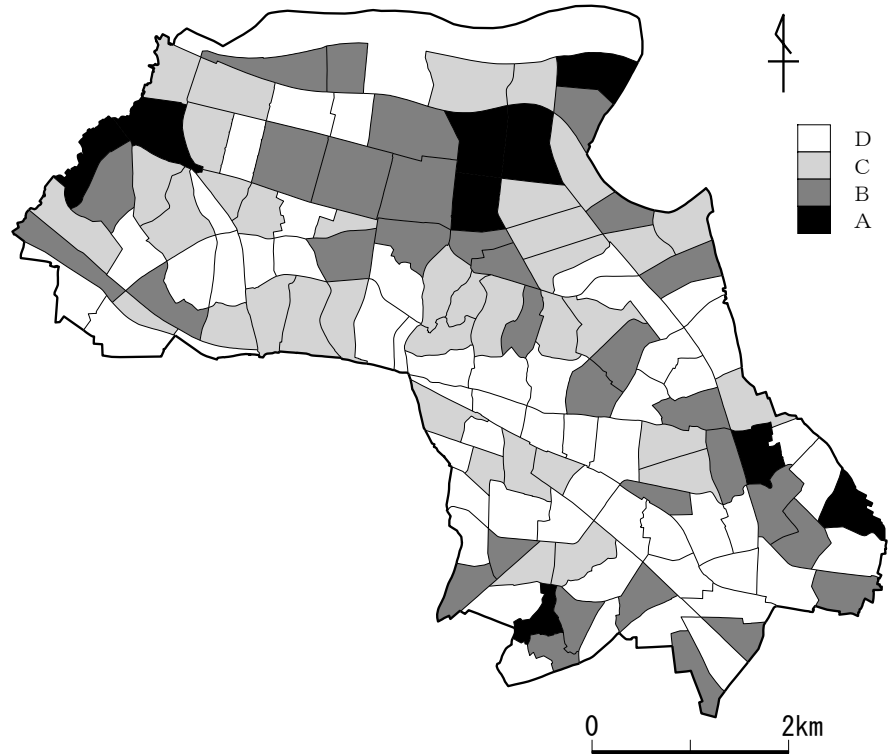
災害危険度

(2) 避難時

避難所への退避時点の避難困難度は図表4-6のとおりである。リスクが高いエリアが荒川水系のある北部と石神井川の河道に沿った南東部に確認できる。

水害時の避難所は、標高の高い地区にのみ設けられる。水害時は事前非難が前提であるが、北部エリアからの避難を想定すると、南部からの移動よりも距離が長いうえ、傾斜地を通過することになるので、他のエリアよりも時間的な猶予が必要になる可能性がある。また、75歳以上の人口の割合が高い地区との親和率が高い。

図表 4-6 水害の避難時の避難困難度



度数分布表	
階級区分	度数
$29 \leq x$	56
$27 \leq x < 29$	37
$24 \leq x < 27$	32
$x < 24$	9

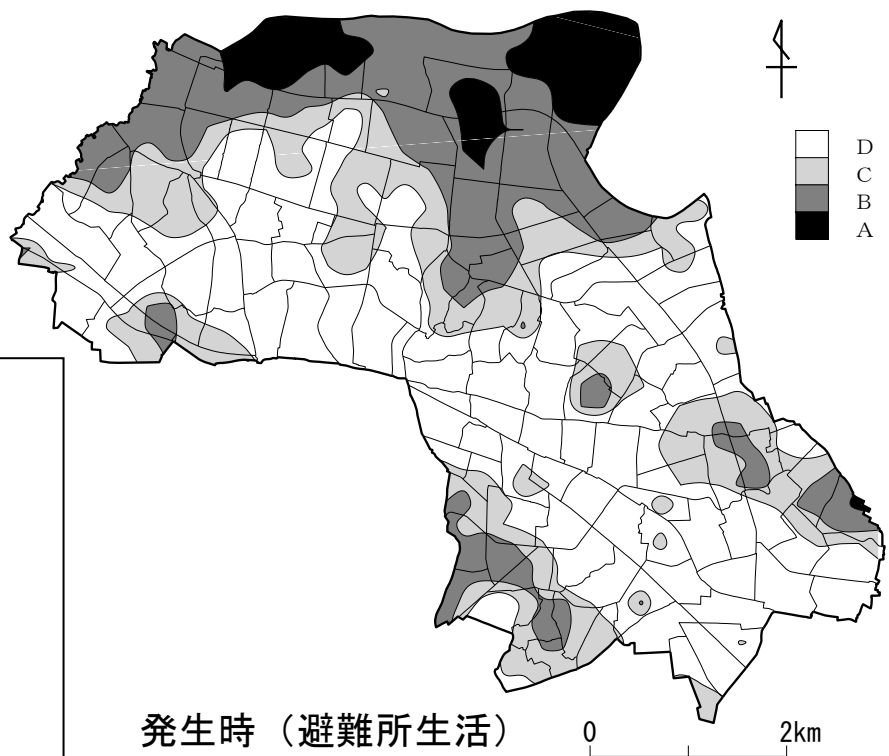
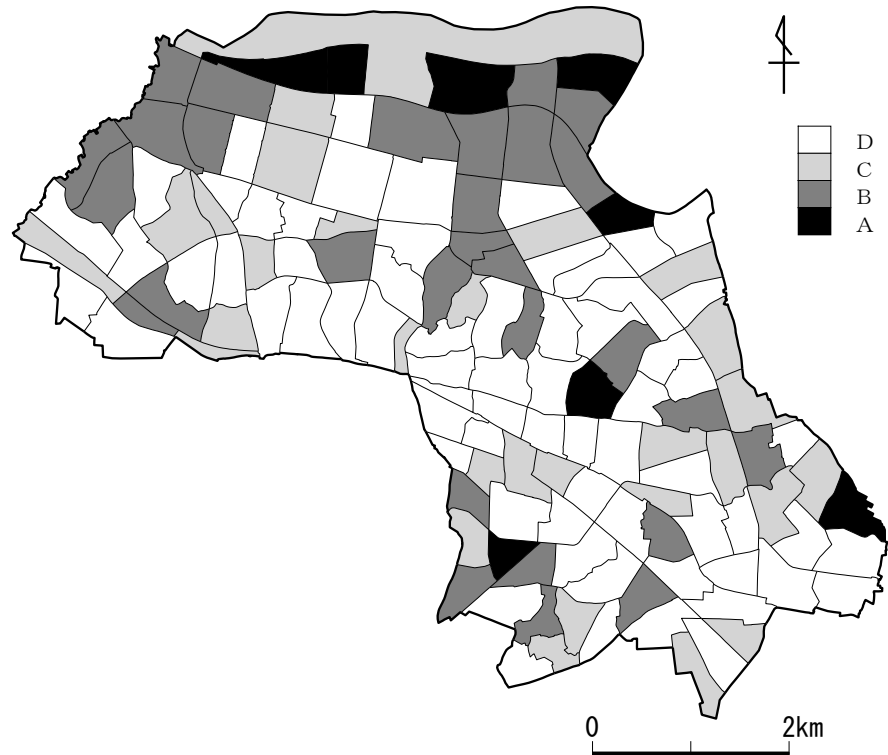
避難時（避難困難度）

(3) 避難所生活

避難所への退避時点（避難所生活時）の生活困難度は図表4-7のとおりである。北部の標高が低いエリアには避難所が設けられないので、ここでは触れないものとする。南部ではリスクが高い地区が、小茂根三丁目付近ならびに加賀一丁目付近に現れる。

概して、標高が高いエリアにおける危険度が低いことがわかる。こうした地区は、病院・商業施設・銭湯・備蓄倉庫等が充実しており、こうした施設の数量が影響したと考えられる。

図表 4-7 水害の避難所生活時の生活困難度

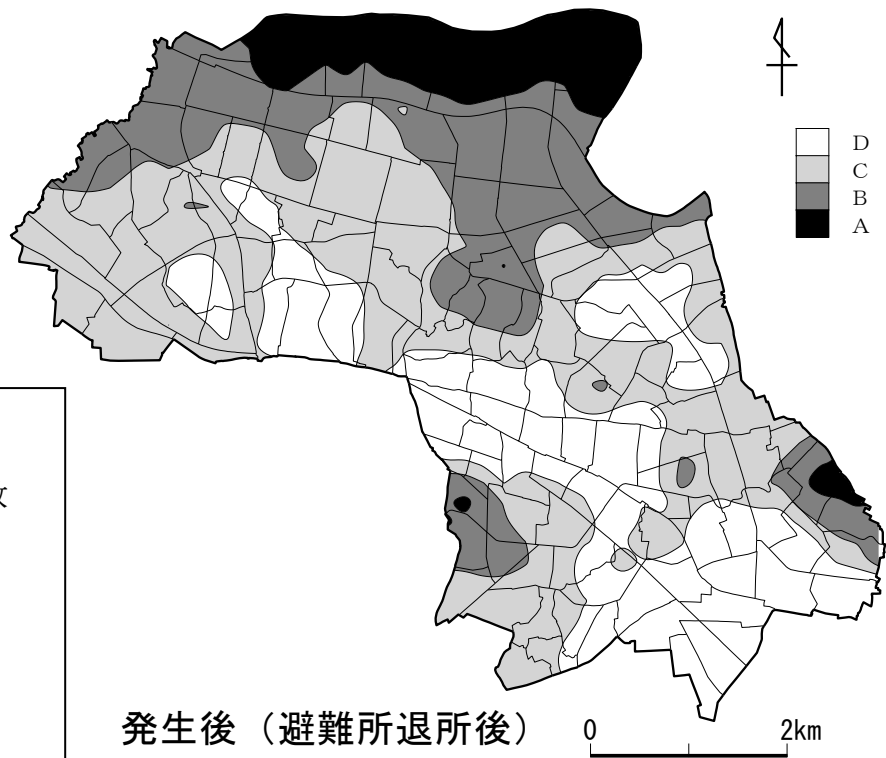
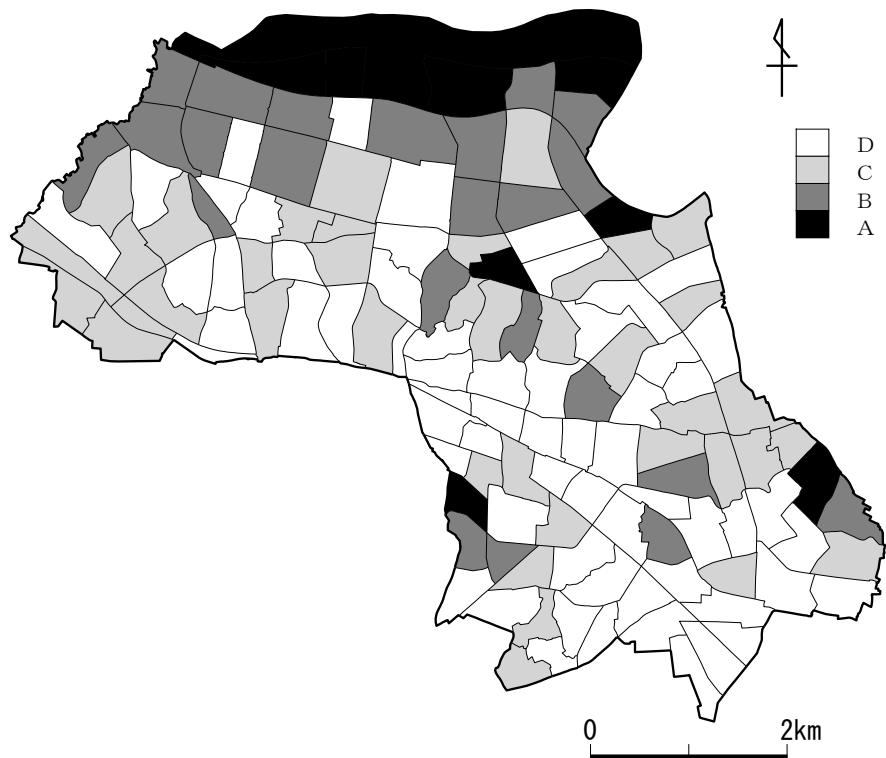


度数分布表	
階級区分	度数
$36 \leq x$	68
$34 \leq x < 36$	29
$31 \leq x < 34$	29
$x < 31$	8

(4) 避難所退所後

避難所から自宅等へ戻った時点（避難所退所後）の生活困難度は図表4-8のとおりである。地震時の避難所退所後のリスクを示した地図と似通った分布傾向を示す。北部の荒川水系沿いならびに南部の石神井川の流域に評価が低い地区が確認できる。こうした分布になった背景には、浸水の有無と関わる指標が影響している可能性が高い。また、生活インフラに関する施設の充実度との関連も深いと考えられる。

図表 4-8 水害の避難所退所後の生活困難度



度数分布表	
階級区分	度数
$25 \leq x$	63
$23 \leq x < 25$	39
$20 \leq x < 23$	23
$x < 20$	9

第5章 本研究から見えてきた課題と提案

今回の分析の結果から、これまでの防災計画とは異なる視点での課題が明らかになった。主な課題は以下のとおりである。

5-1 これまでの被害想定と異なる危険と対策

既存の洪水ハザードマップによると、荒川沿いの地域の危険度は認識されているが、今回の分析結果では一般的に安全とみられている石神井川沿いや湧水帯などでも、危険度が高い地区があることが明らかになった。同様に災害自体には強い地区でも、その後の生活再建時には生活インフラ（商業施設や病院など）が少なく、高リスクとなる地区もあった。こうした地区では、避難所退所後の復旧・復興時に危険度が上がる傾向が確認できた。また、実際の生活者の感覚では安全と認識されていても、危険度が高い地区に分類される例もみうけられた。そのため、区民ひとりひとりがフェーズごとに危険度を認識し、それに応じた対策を講じておく必要がある。例えば、従来安全性が高いと認識されていた地区においても、各家庭で十分な備蓄をすることが推奨される。

危険度の高い地区として、避難が困難であろう乳幼児（4歳以下）と後期高齢者が多い地区が想定されるが、板橋区では後期高齢者率の影響がより大きいと考えられる。したがって後期高齢者率の高い地区では、普段から地域住民のほか近隣企業や学校などとの交流をもち、緊急時に相互扶助ができる関係性の構築が重要であろう。

さらに、板橋区は北部と南部の境に崖線が横断していることから、北部から南部への避難時にこうした斜面が円滑な避難への障害となることが明らかになった。特に高島平地区などでは集合住宅に住む高齢者が多いため、避難時は通常より時間がかかることが想定される。このような地区では、平時の避難経路の確認、災害が予想される前の早い段階からの避難開始、避難時の支援体制の構築が必要である。

5-2 今後の課題

今回の研究では、複数の指標を用いて複合的に災害危険度をフェーズごとに捉えた。結果として、5-1のようないくつかの知見が得られたが、以下に示すような課題も残されている。

今回の分析では、各指標を0から4の得点化をして単純に合計化して評価を行った。しかし、実際には指標間で重要性がことなり、ウェイトをつけて評価する必要があると考えられ

る。今後は指標間の重要度を判断するとともに、その重要度に応じた重みづけを行い複合的に評価する必要がある。

また、区内には就業場所も多くあるため、区民以外の避難者に対しても支援をしなければならないことも想定される。しかし、住民が日常生活において行政界を意識している可能性はそう高くないと考えられる。今回の分析では、区の住民（夜間人口）を対象とした分析にとどまるが、実際には就業者や隣接自治体との関係も考慮した分析を行う必要がある。

2019年に発生した新型コロナウイルス感染症では、感染リスクを軽減するため、三密（密閉・密集・密接）の回避などが求められた。しかし、災害時などの緊急事態においては、三密を回避した避難ができるかどうかは大きな問題である。現状板橋区においても感染症対策を考慮した避難方法を検討しているが、今後もパンデミックを想定した危険度についても検討する必要があると考えられる。

5-3 その他の取り組み

このほか、板橋区においては、日中の発災時に区内にボランティアなどで活動できる住民が確保できない可能性がある。このような中、災害時における少子高齢化等を起因とした助け合いの担い手不足への対応としては、区外や他県からの就業者・通学者等を潜在的なボランティアの担い手として捉える発想の転換が必要となってくる。また、外国人についても地域での共助を実現するための不可欠な戦力として捉え、地域活動や防災情報の共有、災害への備えの啓発等を積極的に行う等、平時での関係づくりがこれまで以上に重要となる。同時に、板橋区の大きな特徴の一つである数ある大学・病院・大規模事業所等への就業者・通学者等を人的資源として活用することも有効である。よって、災害時には彼らを「被災者」ではなく「ボランティア」として、協力を得られる仕組みづくりも手立てのひとつである。

また、災害時には重要となる薬の安定提供の実現のため、医療品等を確保できる広域的なネットワーク形成や、それを緊急輸送する道路ネットワークの確保のため、橋りょう等を含めた定期的なメンテナンスや沿道の老朽した建物に関する行政の介入が必要と言える。

第2部 高齢者・生活困窮者を地域で支える仕組みについて

第1章 高齢者のインターネット利用頻度と健康状態・地域活動等への参加状況の関連

はじめに

2020年における個人の年齢階層別インターネット利用率は、13～59歳までの各階層ではすべて9割を越えていた。さらに60～69歳で8割以上、70～79歳で半数以上が利用しているが、80歳以上となると明らかに利用率は低くなり25.6%であった¹。わが国では1995年にMicrosoftが発売したWindows95が大きな契機²となり、インターネットが一般的に普及しはじめたといわれている³。今からおよそ25年前は現在80歳以上の年齢層が55歳以上であったことから、仕事においてもインターネットを用いる機会は少なかったことが考えられる。それと比べ、現在60歳以上の年齢層は35歳以上であったことから、その後、急速に普及していくインターネットを仕事で活用する機会も多く、インターネットに慣れ親しんだ結果、高齢者になった今でもインターネットを利用することが苦にならない世代といえよう。

板橋区は2017年1月に65～84歳の板橋在住男女3000人に対して、板橋区シニア活動計画高齢者ニーズ調査を実施した⁴。男性前期高齢者（65～74歳）でインターネットを全く利用しないと回答した割合は38.1%、無回答3.6%を除きおよそ6割がインターネットを利用している。男性後期高齢者（75歳以上）では全く利用しない割合が49.8%となり、無回答9.8%を除くと利用率は半数以下に減少する。女性前期高齢者で全く利用しないと回答した割合は54.5%、無回答4.9%を除くとおよそ4割がインターネットを利用している。そして女性後期高齢者では全く利用しない割合が72.5%、無回答が12.3%であったのでインターネットを利用しているのは1～2割と他の区分に比べ極めて少数ということになる。

板橋区では、社会活動の促進によるシニア世代の健康寿命の延伸や生きがいづくりを目指し「シニア世代活動支援プロジェクト」を推進しており、その一環として、2019年度から”板橋区版”フレイル予防事業を実施している。フレイルとは、健康から介護が必要な状態の中間の段階と言われ、加齢に伴う筋力低下、疲労感、家に閉じこもりがちになるなど、年齢を重ねたことで生じやすい衰え全般を指している。今後、高齢者層のインターネット利用率は現在と比べ上昇することが予想され、その影響で外出機会が減少しフレイルを加速させる可能性も否定できない。桂らが実施した60～80代1000名（男女500名ずつ）を対象にしたWeb調査では、70代、80代はインターネットの利用率が高いほど、社会的活動を介して、精神的健康の向上が示唆されたと報告している。しかし、結果で有意に認められた係数は総じ

て高くなく、他の要因も影響を及ぼしている可能性があることを指摘している⁵。

そこで、本研究は2017年に実施された「板橋区シニア活動計画高齢者ニーズ調査」の回答結果⁴を利用し、今後、高齢者のインターネット利用頻度が高まる状況下においてフレイル予防事業に貢献できる基礎資料となるよう、高齢者のインターネット利用頻度と健康状態、地域活動参加状況との関連についてクロス集計分析を実施し検討することを目的とした。

分析対象者および方法

「板橋区シニア活動計画高齢者ニーズ調査」⁴は、板橋区介護保険システムより地域包括支援センター圏域別に人口案分し無作為に抽出された板橋区に住所を有する65歳～84歳(2017年1月1日現在での年齢)男女3000人を対象に実施された(ただし、要介護認定者は除外)。調査期間は2017年1月10日(火)～1月25日(水)であり、調査票は郵送による配布・回収を行い、有効票数は1918票(有効回収率は63.9%)であった。本研究の分析対象者は、前前述1918票のうち、本人が回答し、性別、年齢区分が明記されており、自宅および区内の親族等の家に居住する1668名(男性759名、女性909名)とした。男性前期高齢者499名、男性後期高齢者260名、女性前期高齢者610名、女性後期高齢者299名に区分し、それぞれインターネット利用頻度と各項目についてクロス集計分析を実施した。カイ二乗検定の結果、有意となったものについては、どの個所が関連に寄与しているか確認するため、さらに残差分析を実施した。統計解析ソフト IBM SPSS Statistics 26 を用い、有意確率5%未満を統計的に有意とした。

項目と下位項目

板橋区の報告書に基づき、「自身の健康状態」、「かかりつけ医の存在」、「生活機能(運動器)」、「閉じこもり」、「生活機能(口腔)」、「もの忘れ」、「生活機能(暮らしぶり)」、「心の健康」、「地域活動への参加状況」の9項目とした。下位項目があるもの7項目あり、「生活機能(運動器)」に「手すりを使わず階段を昇ることができる」、「何もつかまらず椅子から立ち上がることができる」、「続けて15分くらい歩いている」、「この1年間で転倒経験がある」、「転倒に対する不安がある」の5項目、「閉じこもり」に「週1以上外出している」、「昨年と比べて外出が減少した」の2項目、「生活機能(口腔)」に「半年前に比べ固い物が食べにくい」、「お茶や汁物でむせることがある」、「口の渇きが気になる」の3項目、「もの忘れ」に「人から物忘れがあると言われる」、「自分で電話番号を調べてかける」、「今日の日付がわからない時がある」の3項目、「生活機能(暮らしぶり)」に「バスや電車を使い1人で外出している」、「日

用品の買い物をしている」、「預貯金の出し入れをしている」、「友人宅を訪ねている」、「家族や友人の相談にのっている」の5項目、「心の健康」に「毎日の生活に充実感がない」、「楽しんでやれたことが楽しめなくなった」、「楽にできていたのにおっくうになった」、「自分が役に立つ人間だと思えない」、「わけもなく疲れたような感じがする」の5項目、「地域活動等への参加状況」に「俳句、詩吟、陶芸等の趣味活動」、「学習・教養サークル」、「健康・スポーツ活動」、「町会・自治会等の役員、事務局活動」、「老人クラブ等の役員、事務局活動」、「NPO団体等の役員、事務局活動」、「地域の催し物の世話役等の地域行事」、「環境美化・緑化推進・まちづくり等の活動」、「学習会、子ども会、郷土芸能等の伝承活動」、「交通安全、防犯防災活動」、「高齢者支援活動」、「障がいのある人への支援活動」、「保育の手伝い等の子育て支援活動」、「その他のボランティア活動」の14項目であった。

結果および考察

男女、前期・後期の4区分において、インターネット利用頻度と各項目の回答比率に差が認められた ($p < 0.05$) 項目に○印をつけた (表1)。

1. 高齢者全体のインターネット利用頻度とかかりつけ医の存在について

インターネット利用頻度と「かかりつけ医の存在」は4区分全てに回答比率に差がなく関連はみられなかった。板橋区の高齢者は8割近くかかりつけ医がいる⁴が、東京都全体での割合は84.2%、80歳以上は9割を越えている⁶。今後、かかりつけ医の必要性⁷について、高齢者に対してインターネットを効果的に活用することで広めていくことができる余地が多くあると考えられる。

2. 高齢者全体のインターネット利用頻度と主体的健康観について

本研究では主観的健康観とした。「観」と「感」については明確に定義されてはおらず⁸、主観的健康観は医学的な健康状態ではなく、自らの健康状態を主体的に評価する指標である⁹。金城ら¹⁰は医療・健康情報の入手程度と主観的健康評価との相関関係を分析した結果、自ら健康だと考える人は運動やフィットネス、自治体から提供される情報、医療相談や健康相談ができる窓口の情報、ストレス解消法やこころの健康、健康管理や病気予防の入手程度との相関があることを明らかにしている。入手メディアはテレビ、友人や家族、新聞利用が多く、インターネットの利用は14%と少なかったことも報告している。板橋区の高齢者の場合、インターネットで利用している機能はホームページ閲覧が7割と高いが、その閲覧している

内容までは明らかにされていない⁴。その内容が医療・健康情報であれば、本人の主観的健康観に影響を及ぼすと考えられるが、本研究では、女性前期高齢者のみインターネット利用頻度と主観的健康観に関連がみられたのみであった（表2）。板橋区の高齢者の多くはインターネットから医療・健康情報を入手できていないことが推察されるので、今後、高齢者のインターネット利用者が増えていくことを考え、インターネットからも高齢者が負担なく医療・健康情報を受け取りやすいよう環境整備を進めていくことが必要と考える。

表1 インターネット利用頻度と健康状態・地域活動参加状況（全体）

項目	下位項目	男性（759名）		女性（909名）	
		前期高齢者	後期高齢者	前期高齢者	後期高齢者
自身の健康状態	主観的健康観			○	
かかりつけ医	かかりつけ医の存在				
生活機能 (運動器)	手すりを使わず階段を昇ることができる			○	○
	何もつかまらず椅子から立ち上がることができる		○	○	○
	続けて15分くらい歩いている				
	この1年間で転倒経験がある				
閉じこもり	転倒に対する不安がある	○			
	週1以上外出している	○			
生活機能 (口腔)	昨年と比べて外出が減少した		○	○	
	半年前に比べ固い物が食べにくい	○			
	お茶や汁物等でむせることがある				
もの忘れ	口の渇きが気になる	○			
	人から物忘れがあると言われる				
	今日の日付がわからない時がある				
生活機能 (暮らしぶり)	少し（5分）前のことが思い出せる				○
	バスや電車を使い1人で外出している			○	
	日用品の買い物をしている				
	預貯金の出し入れをしている	○			
	友人宅を訪ねている				
心の健康	家族や友人の相談にのっている	○		○	
	毎日の生活に充実感がない	○	○		
	楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	○	○		
	楽にできていたことがおっくうになった	○			
	自分が役に立つ人間だと思えない	○	○	○	
地域活動等への 参加状況	わけもなく疲れたような感じがする	○			
	俳句・詩吟・陶芸等の趣味活動		○	○	
	学習・教養サークル	○	○	○	○
	健康・スポーツ活動			○	○
	町会・自治会等の役員・事務局活動				○
	老人クラブ等の役員・事務局活動	○			○
	NPO団体等の役員・事務局活動			○	
	地域の催し物の世話役等の地域行事				
	環境美化・緑化推進・まちづくり等の活動		○		
	学習会・子ども会・郷土芸能等の伝承活動				
	交通安全・防犯防災活動				○
	高齢者支援活動				
	障がいのある人への支援活動			○	
保育の手伝い等の子育て支援活動			○		
その他のボランティア活動			○	○	

表2 女性前期高齢者のインターネット利用頻度と主観的健康観のクロス集計

健康状態 (p<0.05)		インターネット利用頻度						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
とても健康	n	24	5	3	4	2	24	62
	調整済み残差	3.3	0.6	-1.1	1.2	0	-3	
まあまあ健康	n	88	28	35	14	13	228	406
	調整済み残差	-0.4	1	0.3	-0.4	0.1	-0.2	
あまり健康でない	n	14	3	4	2	1	49	73
	調整済み残差	-0.6	-0.8	-1	-0.4	-0.9	2	
健康でない	n	1	0	6	1	2	23	33
	調整済み残差	-2.7	-1.5	2.1	-0.2	1	1.6	
合計	n	127	36	48	21	18	324	574

3. 女性前期高齢者のインターネット利用頻度と生活機能（運動器）と閉じこもりについて

女性前期高齢者は生活機能（運動器）の下位項目「手すりを使わずに階段を昇ることができる」や、「何もつかまらず椅子から立ち上がることができる」において、いずれもインターネットをほぼ毎日利用する人がそれらの行動ができると回答した割合が高く、反対に全く利用しない人はできないと回答した割合が高かった（表3）。

表3 女性前期高齢者のインターネット利用頻度と階段を昇る（上段）・椅子から立ち上がる（下段）のクロス集計

手すりを使わず階段を 昇ることができる (p<0.001)		インターネット利用頻度						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
はい	n	112	35	36	19	14	229	445
	調整済み残差	3.1	2.6	-0.4	1.5	0	-4.2	
いいえ	n	16	2	12	2	4	94	130
	調整済み残差	-3.1	-2.6	0.4	-1.5	0	4.2	
合計	n	128	37	48	21	18	323	575

何もつかまらず椅子か ら立ちあがれる (p<0.05)		インターネット利用頻度						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
はい	n	120	36	40	21	17	276	510
	調整済み残差	2.1	1.7	-1.2	1.7	0.8	-2.9	
いいえ	n	8	1	8	0	1	48	66
	調整済み残差	-2.1	-1.7	1.2	-1.7	-0.8	2.9	
合計	n	128	37	48	21	18	324	576

階段を昇ること、椅子から立ち上がるこれらの動作は、大腿四頭筋などの筋力や膝関節障害の有無が関係している。インターネット利用頻度が高ければ、生活機能（運動器）の改善

につながるとは考えられないため、活動的な人がインターネットもよく利用すると考えることが妥当である。閉じこもりについての下位項目「昨年と比べ外出が減少した」をみると、インターネットを全く利用しない人は「はい」と回答した割合が多く、2～3日おきに利用する人は「いいえ」回答した割合が多くなっている（表4）。つまりインターネットの利用頻度が高まることで外出機会が減少するわけではなく、むしろ逆の傾向、閉じこもりにならない傾向があるようだ。このことから女性前期高齢者の場合、インターネットの利用頻度が多い人は外出する機会が昨年と比べ変わらず、日常生活においても階段を昇ることや椅子から立ち上がることを苦にしていまいと考えられる。

表4 女性前期高齢者のインターネット利用頻度と昨年と比べ外出が減少のクロス集計

昨年と比べ外出が減少した(p<0.05)		インターネット利用					全く利用しない	合計
		ほぼ毎日利用する	2～3日おきに利用する	週に1回程度利用する	月に1回程度利用する	年に数回程度利用する		
はい	n	25	2	7	4	4	86	128
	調整済み残差	-0.8	-2.5	-1.3	-0.4	0	2.8	
いいえ	n	103	35	41	17	14	238	448
	調整済み残差	0.8	2.5	1.3	0.4	0	-2.8	
合計	n	128	37	48	21	18	324	576

4. 男性前期高齢者のインターネットの利用頻度と心の健康について

男性前期高齢者では、心の健康の下位項目全てにおいて同じ傾向がみられた。インターネットをほぼ毎日利用する人は、「毎日の生活に充実感がない」、「楽しんでやれていたことが楽しめなくなった」、「楽にできていたことがおっくうになった」、「自分が役に立つ人間だと思えない」、「わけもなく疲れた感じがする」に対して「いいえ」と回答した割合がいずれも高かった。反対に全く利用しない人は、それらの問いに対して「はい」と回答した割合がいずれも高かった（表5）。さらに、男性後期高齢者においても「毎日の生活に充実感がない」、「楽しんでやれていたことが楽しめなくなった」、「自分が役に立つ人間だと思えない」の3つの下位項目でも男性前期高齢者と同じ傾向を示していた。これらのことより男性高齢者にとってインターネット利用頻度が高いことが、その人の心の健康度が高いことに関連していた。もちろん、この結果からだけでは心の健康を向上させるために、インターネット利用頻度を増やすことが必要とはいえない。もともと心の健康度が高い人が、余裕があるのでインターネットを利用している可能性も考えられる。また、心の健康とインターネット利用頻度については女性には全く関連性がなかった。今後、男女差が明確になった心の健康については、閲覧するホームページの内容などを含め、さらなる調査を実施し解明していくことが望

ましいと考えられる。

表 5 男性前期高齢者のインターネット利用頻度と心の健康に関する下位項目のクロス集計

毎日の生活に充実感が ない(p<0.001)		インターネット利用						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
はい	n	21	9	11	1	3	50	95
	調整済み残差	-4.9	0.8	2.8	-0.8	0.6	3.4	
いいえ	n	189	27	16	9	8	128	377
	調整済み残差	4.9	-0.8	-2.8	0.8	-0.6	-3.4	
合計	n	210	36	27	10	11	178	472
楽しんでやれていたこ とが楽しめなくなった (p<0.05)		インターネット利用						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
はい	n	16	6	6	0	2	34	64
	調整済み残差	-3.4	0.6	1.4	-1.3	0.5	2.8	
いいえ	n	196	30	21	10	9	143	409
	調整済み残差	3.4	-0.6	-1.4	1.3	-0.5	-2.8	
合計	n	212	36	27	10	11	177	473
案にできていたことが おっくうになった (p<0.01)		インターネット利用						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
はい	n	50	14	12	1	4	75	156
	調整済み残差	-3.9	0.8	1.3	-1.6	0.3	3.3	
いいえ	n	162	22	15	9	7	104	319
	調整済み残差	3.9	-0.8	-1.3	1.6	-0.3	-3.3	
合計	n	212	36	27	10	11	179	475
自分が役に立つ人間だ と思えない(p<0.001)		インターネット利用						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
はい	n	21	5	8	4	3	53	94
	調整済み残差	-4.9	-0.9		1.6	0.6	4.3	
いいえ	n	191	30	19	6	8	123	377
	調整済み残差	4.9	0.9	-1.3	-1.6	-0.6	-4.3	
合計	n	212	35	27	10	11	176	471
わけもなく疲れたよう な感じがする(p<0.05)		インターネット利用						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
はい	n	42	10	10	3	3	66	134
	調整済み残差	-3.6	-0.1	1	0.1	-0.1	3.2	
いいえ	n	169	26	17	7	8	113	340
	調整済み残差	3.6	0.1	-1	-0.1	0.1	-3.2	
合計	n	211	36	27	10	11	179	474

5. 高齢者のインターネット利用頻度と地域活動等への参加状況について

地域活動等への参加状況の中で、「学習・教養サークル」への参加は、4区分全てに回答比率で同じ傾向がみられた。その傾向はインターネットを利用する人ほど「過去1年間に参加した」、「今後新たに参加したい」と回答した割合が高く、インターネットを全く利用しない人は反対にその割合が低かった（表6、表7）。

また、女性前期および後期高齢者において、「健康・スポーツ活動」に同じ傾向がみられた。インターネットを全く利用しない人は「過去1年以内に参加した」と回答した割合が低く、「全く参加していない」と回答した割合が高かった（表8）。

表6 男性高齢者のインターネット利用頻度と学習・教養サークルへの参加のクロス集計

学習・教養サークル(上 段,前期,p<0.05) (下 段,後期,p<0.01)		インターネット利用					全く 利用しない	合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する		
過去1年間に参加した	n	20	2	1	0	1	6	30
	調整済み残差	2.6	-0.2	-0.6	-0.8	0.4	-2.1	
今後新たに参加したい	n	19	5	1	0	0	3	28
	調整済み残差	2.6	2.1	-0.5	-0.8	-0.8	-3.1	
全く参加していない	n	172	29	26	10	10	173	420
	調整済み残差	-3.8	-1.4	0.8	1.2	0.3	3.8	
合計	n	211	36	28	10	11	182	478
過去1年間に参加した	n	6	2	0	0	0	6	14
	調整済み残差	1.6	0.7	-1	-0.8	-0.4	-0.9	
今後新たに参加したい	n	3	5	1	0	0	1	10
	調整済み残差	0.4	4.7	0.4	-0.7	-0.4	-2.9	
全く参加していない	n	49	14	15	10	3	121	212
	調整済み残差	-1.6	-3.7	0.5	1.1	0.6	2.6	
合計	n	58	21	16	10	3	128	236

表7 女性高齢者のインターネット利用頻度と学習・教養サークルへの参加のクロス集計

学習・教養サークル(上 段,前期,p<0.001) (下 段,後期,p<0.05)		インターネット利用					全く 利用しない	合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する		
過去1年間に参加した	n	21	10	6	1	1	14	53
	調整済み残差	3.2	4.1	0.8	-0.7	-0.5	-4.7	
今後新たに参加したい	n	10	4	7	2	4	11	38
	調整済み残差	0.7	1.2	2.3	0.6	2.9	-3.6	
全く参加していない	n	96	21	36	17	12	302	484
	調整済み残差	-3	-4	-2.1	0.1	-1.6	6.2	
合計	n	127	35	49	20	17	327	575
過去1年間に参加した	n	5	3	2	1	0	21	32
	調整済み残差	2	2	1.1	0.3	-0.9	-2.5	
今後新たに参加したい	n	4	0	0	0	0	10	14
	調整済み残差	3.2	-0.7	-0.7	-0.6	-0.6	-1	
全く参加していない	n	10	6	6	5	6	185	218
	調整済み残差	-3.6	-1.3	-0.6	0	1.1	2.8	
合計	n	19	9	8	6	6	216	264

フレイル予防策には身体活動の実施はもちろん重要であるが、身体活動の実施が困難な高齢者では文化的活動や社会活動に参加することが予防の可能性につながる¹¹ことから、今後、インターネットを効果的に活用し高齢者の地域活動等への参加を促進する方策も検討してい

くことが望ましいであろう。

表 8 女性高齢者のインターネット利用頻度と健康・スポーツ活動への参加のクロス集計

健康・スポーツ活動 (上段,前期,p<0.001) (下段,後期,p<0.05)		インターネット利用						合計
		ほぼ毎日 利用する	2~3日おきに 利用する	週に1回程度 利用する	月に1回程度 利用する	年に数回程度 利用する	全く 利用しない	
過去1年間に参加した	n	24	13	12	4	5	50	108
	調整済み残差	0.1	2.7	1	0	1.1	-2.4	
今後新たに参加したい	n	7	3	1	6	1	18	36
	調整済み残差	-0.3	0.5	-1.3	4.3	-0.1	-0.8	
全く参加していない	n	93	20	37	11	11	254	426
	調整済み残差	0.1	-2.7	-0.1	-2.4	-1	2.6	
合計	n	124	36	50	21	17	322	570
過去2年間に参加した	n	7	3	4	2	3	40	59
	調整済み残差	1.7	0.8	1.9	0.6	1.6	-3.2	
今後新たに参加したい	n	3	1	0	0	0	10	14
	調整済み残差	2.2	0.8	-0.7	-0.6	-0.6	-1	
全く参加していない	n	8	5	4	4	3	163	187
	調整済み残差	-2.7	-1.1	-1.4	-0.3	-1.2	3.5	
合計	n	18	9	8	6	6	213	260

結論

2017年に調査した板橋区の高齢者のインターネット利用頻度と健康状態・地域活動等への参加状況と関連をクロス集計分析から検討した。かかりつけ医の存在はインターネット利用頻度に関連はなく、主体的健康観との関連もないため、高齢者はインターネットから医療・健康情報を十分に獲得できていないことが示唆された。健康状態との関連においては日常生活に支障をきたしておらず、外出する機会が減少していない女性前期高齢者はインターネット利用頻度が高い傾向が示された。また、心の健康に不安のない男性高齢者はインターネット利用頻度が高い傾向が示された。どちらも本研究ではインターネット利用頻度との関連をみただけであり、その原因については今後、解明していく必要がある。また、学習・教養サークルへの参加についてもインターネット利用頻度が関連していた。女性高齢者に限っては健康・スポーツ活動への参加にも関連していた。今後、フレイル予防事業を進めていく際に、インターネットをより効果的に活用していく方策を探っていくことが重要と考える。

引用文献

1. 総務省令和3年版情報通信白書インターネットの利用状況

<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/html/nd242120.html> (閲覧日; 2022年1月14日)

2. NHK アーカイブス. パソコンブーム.

新しいパソコンソフト、ウィンドウズ95が日本に上陸した。発売日には徹夜の行列もできるほどの人気となった。これによってパソコンの操作が手軽になり、インターネットの利用が身近なものになった。新車情報をインターネットで流す大手自動車メーカーも現れた。こうした風潮に乗って、中高年向けのパソコン教室も大賑わい。パソコンは庶民の生活にも浸透してきた。

https://www2.nhk.or.jp/archives/tv60bin/detail/index.cgi?das_id=D0009030271_00000 (閲覧日：2022年1月20日)

3. 総務省令和元年版情報通信白書インターネットの登場・普及とコミュニケーションの変化.

<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r01/html/nd111120.html> (閲覧日：2022年1月14日)

4. 板橋区シニア活動推進計画高齢者ニーズ調査報告書. 2017.3

5. 桂瑠以, 橋本和幸. 高齢者のインターネットの使用が社会的活動及び精神的健康に及ぼす影響の検討. 情報メディア研究, 18巻1号. 2019;1-12

6. 東京都福祉保健局. 平成27年度「高齢者の生活実態」. 2016.10

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/chosa_tokei/zenbun/heisei27/27houkokusho_zenbun.html (閲覧日：2022年1月14日)

7. 日本医師会. かかりつけ医を持ちましょう. <https://www.med.or.jp/people/kakari/> (閲覧日：2022年1月23日)

日本では4人に1人以上が65歳以上の高齢者という、超高齢社会となっている。国では、その状況に対応するため、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らしていけるよう、医療、介護、福祉などのサービスを一体的に提供できる体制の構築を進めている。日本医師会では、かかりつけ医がその中心的な役割を果たすべきであると考えており、皆さんにかかりつけ医をもつことを呼び掛けている。

8. 岡戸順一, 星旦二, 長谷川明弘, 高林幸二, 渡部月子, 藤原佳典. 主観的健康感の医学的意義と健康支援活動. 総合都市研究, 第73号. 2000;125-133

9. 五十嵐久人. 飯島純夫. 主観的健康感に影響を及ぼす生活習慣と健康関連要因. 山梨大学看護学会誌, 第4巻第2号. 2006;19-24

10. 金城光, 石井国雄, 齋藤俊樹, 野村信威, 濱田明日也. 高齢者の医療・健康情報の入手状況と課題. 老齡社会科学, 第39巻第1号. 2017;7-20

11. 吉澤裕世. 田中友規. 高橋競. 藤崎万裕. 飯島勝矢. 地域在住高齢者における身体・文化・地域活動の重複実施とフレイルの関係. 日本公衛誌, 第66巻第6号. 2019;306-316

第2章 高齢者における主観的ウェルビーイングに関わる要因の関連性の検討

～東京都板橋区の調査事例に関して～

はじめに

日本社会は高齢化社会である。令和元(2019)年10月1日時点において、65歳以上の人口は3,589万人に上り、総人口(1億2,617万人)に占める割合は28.4%となった(内閣府, 2020)。その潮流の中、フレイルは日本老年医学会によって定義された。フレイルとは、“高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念”である(日本老年医学会, 2014)。フレイルは介護予防における大きな障壁であるとされている。

フレイルの中心的な側面である高齢者の精神的な健康面に対しては、心理学では古くから主観的ウェルビーイングとして研究されてきた(e.g., Cassel, 1974; Caplan, 1974)。主観的ウェルビーイングとは、主観的な幸福の質を表しており、人がある時点、もしくは長期にわたる、自らの人生に対する評価であると定義される(Diener, Oishi, & Lucas, 2003)。主観的ウェルビーイングは、QOL(クオリティオブライフ：人生の質)に関連している。特に、主にメンタルヘルスや心身の機能と強く関連しており、実際に「抑うつ自己評価尺度(Center for Epidemiological Studies-Depression scale)(Radloff, 1977)」や「機能の全体的評価尺度(Global Assessment of Functioning scale)(Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995)」と関連性が強いことが多く報告されている(Calvo & Peters, 2014 渡邊・ドミニク訳, 2017)。すなわち、主観的ウェルビーイングを向上させることができれば、フレイルを予防することに繋がる。そのためには、主観的ウェルビーイングがどのような要因と関連しているのかを同定するような理論研究が必要となるだろう。

高齢者の主観的ウェルビーイングに関連する要因の包括的な先行研究として、Larson(1978)が有名である。Larson(1978)はアメリカの高齢者の主観的ウェルビーイングに関連する要因を1940年代から30年間の調査研究から整理している。他にも、McNeil, Stones & Kozma(1986)も主に1970年代以降の論文をレビューすることで、Pinquart & Sörensen(2000)も287報の先行研究のメタ分析を通して、高齢者の主観的ウェルビーイングの関連要因を特定している。渡邊・山崎(2004)は、これらの研究を中心に28報の先行研究の

結果をまとめ、主観的ウェルビーイングの関連要因をパス図として図解している。本稿では、まず、渡邊・山崎(2004)の内容を中心に先行研究を概観することで、高齢者の主観的ウェルビーイングに関連する要因をまとめる。

属性 渡邊・山崎(2004)では、主に年齢の影響が挙げられていた。Larson(1978)によれば、年齢と主観的ウェルビーイングの二変数間では、年齢が高くなればなるほど主観的ウェルビーイングが低くなることが報告されている。一方、性別に関しては、Larson(1978)や McNeilら(1986)などの先行研究では効果がないとまとめている。ただし、Pinquart & Sörensen(2000)では、性別や年齢に関して、様々な要因(SES、対人関係の多さ、アクティビティの多さ)と主観的ウェルビーイング(幸福感)の間で交互作用効果が示されている。

社会経済的地位 (socioeconomic status, 以下 SES) 渡邊・山崎(2004)では、SES は主観的ウェルビーイングの分散の 1~9%を説明する重要な要因の 1 つであり、その中でも収入の影響がもっとも強いとされている。収入が高くなればなるほど主観的ウェルビーイングが高くなるという関係がある。Pinquart & Sörensen (2000)でも同様に、75 報の研究結果のメタ分析から収入と主観的ウェルビーイングに関して同様の関連性があることを同定している。

婚姻状態 Larson(1978)や McNeil ら(1986)などの先行研究では、結婚・同居している人のほうが離婚・離別した人よりも概して主観的ウェルビーイングが高いとされている。

健康状態 健康状態には、医学的な客観的健康状態だけでなく、自らの健康状態を主観的に評価する主観的健康感も含まれている。渡邊・山崎(2004)では、客観的健康状態よりも主観的健康感の方が主観的ウェルビーイングに強い関連(正の効果)を示し、“健康は主観的ウェルビーイングの分散の 4~16%を説明する最も重要な要因である”と報告している。そもそも主観的健康感は、主観的ウェルビーイングの指標の 1 つとしている先行研究も多いほどに、主観的ウェルビーイングとの関連性が強い(e.g., Gall, Evans & Howard, 1997; Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario & Tang, 2003)。

アクティビティ(社会的活動)の多さ 渡邊・山崎(2004)では、“アクティビティは主観的ウェルビーイングの分散の 1~9%を説明する”とし、この項目も比較的重要な要因の 1 つとして挙げている。Larson(1978)は、様々なアクティビティの中でも友人とのアクティビティが主観的ウェルビーイングに正の効果を与えると報告されている。対して、Zimmer, Hickey & Searle(1995)は、多様な社会的活動(ボランティア・クラブ・協会・コミュニティセンターへの参加・電話でおしゃべり)の頻度が主観的ウェルビーイングに正の効果を与えていることを示している。Pinquart & Sörensen (2000)でも同様に、54 報の研究結果をメタ分析した結果、アクティビティ(社会的活動)の頻度と主観的ウェルビーイングは正の関連性を持つこと

を示している。

対人関係の多さ 対人関係の多さは、ソーシャルネットワークやソーシャルサポートの多さに繋がる。ソーシャルネットワークは対人関係の構造を表し、他者との接触頻度、対人関係の規模、他者との物理的・精神的距離を指す(Ward, Sherman & LaGory, 1984)。ソーシャルサポートとは、自分の周囲にいる人たちから得られる物理的、心理的援助を表し、個人の精神的安定や健全に不可欠の要素と考えられている(浦 1992)。多くの心理学研究でソーシャルネットワークやソーシャルサポートが主観的ウェルビーイングや心身の健康に関連することが分かっている(浦 1992)。実際に Pinqart & Sörensen (2000)では 129 報の研究結果のメタ分析からソーシャルネットワークやソーシャルサポートが主観的ウェルビーイングと正の関連性があることを示している。本研究では、対人関係の要因としてソーシャルネットワークとソーシャルサポートの両者を扱う。

信仰 信仰については一貫した結果が得られていないと渡邊・山崎(2004)で報告されている。

物理的環境 交通の便や居住地域の状況がよくなると主観的ウェルビーイングが高くなると Larson(1978)では報告されている。

渡邊・山崎(2004)はこれらの内容を総括し、パス図として図解している(図 1)。この図から主観的ウェルビーイングに関わる要因間がどのように関連し合っているかを理解することができる。

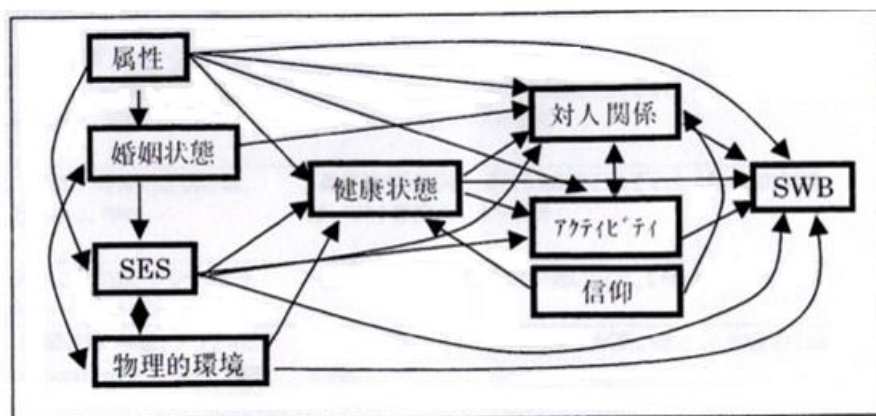


図 1 高齢者の主観的ウェルビーイングの関連要因 (SWB : 主観的幸福感)

(渡邊・山崎, 2004, p. 80, 図 1)

先行研究の問題点と本研究の目的 しかし、渡邊・山崎(2004)には複数の問題がある。渡邊・山崎(2004)がまとめた、Larson(1978)や McNeil ら(1986)などの 28 報の先行研究はすべて海外のデータ(アメリカやドイツ、カナダなど)を基にしている。よって、図 1 も海外の高齢者

のデータを基にしたパス図ということになる。主観的ウェルビーイングには文化差(地域差)が存在することも指摘されている(内田・萩原, 2012)。そのため、日本の高齢者における主観的ウェルビーイングを理解するにあたり、図 1 がどれほど参考になるのかは分からない。そのため、日本の高齢者によるデータで再検討する必要があるだろう。

また、主観的ウェルビーイングに関する先行研究は主観的ウェルビーイングへの効果を明らかにすることのみに主眼が置かれていることが多く、その関連要因間の相互的影響性に関して研究されているものはさほど多くない。しかし、主観的ウェルビーイングを向上させる機序に関する理解は、その関連要因間の相互的影響性を理解しなければ達成できないだろう。よって、図 1 の主観的ウェルビーイング以外の要因間の関連性を明らかにすることも重要である。

本研究の目的は図 1 を元にして、日本における高齢者の主観的ウェルビーイングに関わる要因間の関連性を理解することにある。また、東京都板橋区という限定的な調査データを用いることにより、板橋区に在住する高齢者における主観的ウェルビーイングの現状を把握することを副次的な目的とする。

方法

使用データ 平成 29 年 1 月 10 日(火)~1 月 25 日(水)に行われた「板橋区シニア活動計画高齢者ニーズ調査」のデータを使用した。

当該調査を行った際の目的 高齢者の生活実態や健康状態、また、就労の状況や生きがいなどについて現状を把握することにあつた。

調査対象者と調査方法 東京都板橋区に住所を有する 65 歳~84 歳の区民(平成 29 年 1 月 1 日現在での年齢)であつた。その対象者から無作為に男女 3,000 人を抽出し、郵送による調査表の配布・回収を行った。有効票数は 1,918 票、有効回収率は 63.9 %であつた。

調査項目¹

回答者の属性を尋ねる項目 調査票の記入者情報、居住地、性別(男性=1,女性=2)、年齢、居住地区、居住年数、世帯構成、介護状況、住居形態、最終学歴、年収の 11 項目であつた。

働く意欲・就労状況を尋ねる項目 収入源の種類、精神的余裕、現在の職業、現在の雇用形

¹ 書面の関係上、詳細な項目内容や回答方法の報告は割愛する。

態、仕事への生きがい、仕事に関する情報の探索、何歳まで働きたいか、65歳以前の就業状況、今後の就業意向、希望する働き方の11項目であった。

健康状況を尋ねる項目 主観的健康感、かかりつけ医の有無、心配ごとや悩みの種類、心配ごとや悩みの相談相手の種類、日常の行動実行能力、認知機能障害区分(日常の活動状況、5分前の記憶があるか、自己判断能力、自分の考えを伝えられるか、食事が自分でできるか)、歯ぐき・歯の状態、噛んで食べる時の状態の12項目であった。

外出／近所づきあいの程度を尋ねる項目 外出頻度、外出目的の多さ、外出への負担の多さ、近所づきあいの程度、友人・知人・親戚との接触頻度、友人・知人・親戚との連絡頻度、気軽に行ける場所の7項目であった。

情報へのアクセスを尋ねる項目 携帯電話の利用状況、携帯電話の通話以外の利用機能、インターネットの利用頻度、インターネットで利用している機能、公的機関の情報を得る際に情報端末を利用しているか否か、公的機関の情報提供における情報端末等の活用についての考えの6項目であった。

地域活動等への参加状況を尋ねる項目 1年間で参加した社会的活動の種類、1年間の社会的活動への参加頻度、1年間で参加した社会的活動の場所、社会的活動に参加しない理由、社会的活動に参加するきっかけになると思うことの5項目であった。

老人クラブに関して尋ねる項目 老人クラブへの加入状況、老人クラブに参加しない理由の2項目であった。

区の実践の認知・参加状況を尋ねる項目と今後に取り組みたい・心がけたいものを尋ねる項目 それぞれ1項目であった。

主要項目

本研究では、図1を当該調査のデータにより実証的に検討し直す。当該調査における項目のうち、図1に記載されている各要因に対応する項目(主要項目)は以下の通りである。

属性 年齢(「平成29年1月1日現在の満年齢をお答えください」という項目への回答)とした。

婚姻状態 世帯構成(配偶者と同居しているか否かを複数の項目から作成)とした。

SES 年収(「あなた(宛名のご本人)の年収(年金を含む)をお答えください」という項目への回答)とした。

健康状態 主観的健康感(「あなた(宛名のご本人)は、ふだん、ご自分で健康だと思いますか」という項目への回答)とした。

対人関係 2項目を主要項目とした。ソーシャルサポート：心配ごとや悩みの相談相手の種

類(「あなた(宛名のご本人)は、心配ごとや悩みごとができた場合、誰に話を聞いてもらったり、相談したりしますか」という項目への回答)、ソーシャルネットワーク：友人・知人・親戚との接触頻度(「友人・知人・別居の家族・親戚と会う頻度はどれくらいですか」という項目への回答)である。

アクティビティ 地域活動やボランティアなどの参加活動の頻度(「地域活動やボランティアへの参加頻度はどのくらいですか」という項目への回答)とした。

物理的環境と信仰 該当なし。

さらに、属性の副次項目として性別を、アクティビティの副次項目として1年間で参加した地域活動やボランティアなどの社会的活動の種類を設定した。

結果²

本研究では、まず主要項目に関連しそうな要因を恣意的に選定し、その関連性を探索的に同定する。その後、主要項目に関して、図1に従ったパス図を描出する。なお、主要項目のうち、年齢と世帯構成に関しては、人口統計的変数で、他の変数の影響をほとんど受けないため、関連項目の検定は行わない。

年収に対する関連項目の検討 年収に関連しそうな要因を恣意的に選定し、それらの要因をすべて独立変数へ投入した重回帰分析を行った。さらに、その後、ステップワイズ法によって有意な独立変数だけをモデルに残すことでより妥当な重回帰分析を行った。結果を表1に示す。

重回帰分析の結果、友人などとの接触頻度、参加した社会的活動の種類、精神的余裕、日常の行動実行能力、外出目的の多さ、インターネットの利用頻度は有意な正の効果、性別、配偶者との同居は有意な負の効果を持っていた。この結果は、女性よりも男性の年収の方が高く、配偶者と同居していない者の年収が高いことを意味している。さらに、友人などとの接触頻度、参加した社会的活動の種類、精神的余裕、日常の行動実行能力、外出目的の多さ、インターネットの利用頻度が高くなると年収が高くなる傾向があることを意味している。先行研究(e.g., 渡邊・山崎, 2004)の議論と照らし合わせると、性別やソーシャルネットワーク(友人などとの接触頻度)に関しては矛盾しない結果に、婚姻関係(配偶者との同居)に関しては予測とは矛盾した結果になったと言える。

² 本研究の統計解析に際しては、清水(2016)が開発した HADon17_204 を使用した。

表 1 年収に関する重回帰分析結果(ステップワイズ法含む)

項目名	変数名	ステップ ワイズ法	
		標準化 係数	標準化 係数
属性	性別	-.465 **	-.473 **
属性	年齢	.034	
婚姻状態	配偶者との同居	-.111 **	-.109 **
健康状態	主観的健康感	-.032	
対人関係	心配ごとの相談相手の種類	.011	
対人関係	友人などとの接触頻度	.108 *	.086 *
アクティビティ	参加した社会的活動の種類	.090 *	.093 *
アクティビティ	社会的活動の参加頻度	-.026	
-	収入源の種類	.005	
-	精神的余裕	.287 **	.284 **
-	日常の行動実行能力	.175 **	.144 **
-	認知機能(日常の活動状況)	-.001	
-	認知機能(自分の考え)	-.037	
-	外出頻度	-.041	
-	外出目的の多さ	.080 †	.076 †
-	外出への負担の多さ	.028	
-	友人とのメール頻度	-.015	
-	ネットの利用頻度	.197 **	.181 **
-	区の実務への参加状況	.032	
	R^2	.488 **	.480 **

** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

主観的健康感に対する関連項目の検討 主観的健康感に対して同様の検定を行った結果を表 2 に示す。その結果、年齢、日常の行動実行能力、認知機能(自己判断機能)は有意な正の効果を、心配ごとの相談相手の種類は有意な負の効果を持っていた。この結果は、心配ごとの相談相手の種類が少なくなると主観的健康感が高くなり、逆に、年齢、日常の行動実行能力、認知機能(自己判断機能)が高くなると主観的健康感が高くなる傾向があることを意味している。先行研究(e.g., 渡邊・山崎, 2004)の議論と照らし合わせると、年齢とソーシャルサポート(心配ごとの相談相手の種類)に関しては矛盾した結果となったといえる。

表2 主観的健康感に関する重回帰分析結果(ステップワイズ法含む)

項目名	変数名	ステップ ワイズ法	
		標準化 係数	標準化 係数
属性	性別	-.041	
属性	年齢	.112	.188 *
婚姻状態	配偶者との同居	.081	
SES	年収	-.196 †	
対人関係	心配ごとの相談相手の種類	-.182 *	-.184 *
対人関係	友人などとの接触頻度	.131	
アクティビティ	社会的活動への参加頻度	.038	
アクティビティ	社会的活動の種類	.051	
-	精神的余裕	.141	
-	仕事への生きがい	-.049	
-	日常の行動実行能力	.328 **	.373 **
-	認知機能(日常の活動状況)	-.075	
-	認知機能(5分前の記憶)	-.028	
-	認知機能(自己判断機能)	.207 *	.221 **
-	認知機能(自分の考え)	-.045	
-	歯ぐき・口の状態	.054	
-	噛んで食べる時の状態	.098	
-	歯磨き回数	-.148	
-	区の取組への参加状況	.126	
-	R^2	.317 **	.230 **

** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

ソーシャルサポートに対する関連項目の検討 ソーシャルサポート(心配ごとの相談相手の種類)に対して同様の検定を行った結果を表3に示す。その結果、外出目的の多さは有意な正の効果をもたらし、社会的活動の参加頻度、外出への負担の多さは有意な負の効果を持っていた。この結果は、社会的活動の参加頻度、外出への負担が少なくなるとソーシャルサポートが高くなり、逆に、外出目的が多くなるとソーシャルサポートが高くなる傾向があることを意味している。先行研究(e.g., 渡邊・山崎, 2004)の議論と照らし合わせると、アクティビティ(社会的活動の参加頻度)に関しては矛盾した結果となったといえる。

表3 ソーシャルサポートに関する重回帰分析結果(ステップワイズ法含む)

項目名	変数名	ステップ ワイズ法	
		標準化 係数	標準化 係数
属性	性別	.109	
属性	年齢	-.022	
婚姻状態	配偶者との同居	.165 †	
SES	年収	.067	
健康状態	主観的健康感	-.117	
対人関係	友人などとの接触頻度	.135	
アクティビティ	参加した社会的活動の種類	-.017	
アクティビティ	社会的活動の参加頻度	-.201 *	-.162 †
-	精神的余裕	.050	
-	仕事への生きがい	.087	
-	外出頻度	-.088	
-	外出目的の多さ	.293 **	.324 **
-	外出への負担の多さ	-.149	-.182 *
-	近所付き合いの多さ	.045	
-	友人などとの連絡頻度	-.014	
-	ネット利用頻度	-.003	
-	区の取組への参加状況	.045	
R^2		.238 *	.157 **

** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

ソーシャルネットワークに対する関連項目の検討 ソーシャルネットワーク(友人などとの接触頻度)に対して同様の検定を行った結果を表4に示す。その結果、主観的健康感、近所付き合いの多さは有意な正の効果を、外出への負担の多さは有意な負の効果を持っていた。この結果は、外出への負担が少なくなるとソーシャルネットワークが高くなり、逆に、主観的健康感、近所付き合いの多さが向上するとソーシャルネットワークが高くなる傾向があることを意味している。先行研究(e.g., 渡邊・山崎, 2004)の議論と照らし合わせると、主観的健康感に関しては矛盾しない結果となったといえる。

表4 ソーシャルネットワークに関する重回帰分析結果(ステップワイズ法含む)

項目名	変数名	標準化 係数	ステップ
			ワイズ法 標準化 係数
属性	性別	-.023	
属性	年齢	.005	
婚姻状態	配偶者との同居	-.124 +	
SES	年収	.166 +	
健康状態	主観的健康感	.165 *	.177 **
対人関係	心配ごとの相談相手の種類	.088	
アクティビティ	参加した社会的活動の種類	-.007	
アクティビティ	社会的活動の参加頻度	.108	
-	精神的余裕	-.044	
-	仕事への生きがい	.043	
-	外出頻度	.029	
-	外出目的の多さ	-.040	
-	外出への負担の多さ	-.126 +	-.182 *
-	近所付き合いの多さ	.231 **	.306 **
-	友人などとの連絡頻度	.409 **	
-	ネット利用頻度	-.129 +	
-	区の実組への参加状況	.017	
R^2		.504 **	.437 **

** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$

アクティビティに対する関連項目の検討 アクティビティ(社会的活動の参加頻度)に対して同様の検定を行った結果を表5に示す。その結果、性別、年齢、友人などとの接触頻度、認知機能(5分前の記憶)、区の実組への参加状況は有意な正の効果を持っていた。この結果は、男性よりも女性のアクティビティが高いことを示している。さらに、年齢、友人などとの接触頻度、認知機能(5分前の記憶)、区の実組への参加状況が高くなるとアクティビティが高くなる傾向があることを意味している。先行研究の議論(渡邊・山崎, 2004; 青木, 2004)と照らし合わせると、性別、年齢、ソーシャルネットワークに関しては矛盾しない結果になったといえる。

表5 アクティビティに関する重回帰分析結果(ステップワイズ法含む)

項目名	変数名	標準化 係数	ステップ
			ワイズ法 標準化 係数
属性	性別	.146 *	0.098 +
属性	年齢	.152 **	0.129 *
婚姻状態	配偶者との同居	.081	
SES	年収	-.032	
健康状態	主観的健康感	.043	
対人関係	心配ごとの相談相手の種類	.002	
対人関係	友人などとの接触頻度	.174 **	0.146 **
アクティビティ	参加した社会的活動の種類	.044	
-	介護状況	-.054	
-	精神的余裕	.061	
-	日常の行動実行能力	.012	
-	認知機能(日常の活動状況)	.028	
-	認知機能(5分前の記憶)	.108 +	0.107 *
-	認知機能(自己判断機能)	-.106 +	
-	認知機能(自分の考え)	.018	
-	外出頻度	.079	
-	外出への負担の多さ	.072	
-	近所付き合いの多さ	-.024	
-	友人などとの連絡頻度	-.077	
-	ネットの利用頻度	.085	
-	区の取組への参加状況	.083	0.112 *
	R^2	.117 **	.077 **

** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$

パス図の描写 主要項目に関して、渡邊・山崎(2004)が作成した図1に従ったパス図を描出する。パス図を作成するにあたり、共分散構造分析(構造方程式モデル: Structural Equation Modeling)を使用した。なお、対人関係に関しては主要項目がソーシャルサポートとソーシャルネットワークの2つがあるため、それぞれの結果を図2,3に示す。なお、それぞれのモデルの適合度も補償されている(図中のGFI値を参照)。

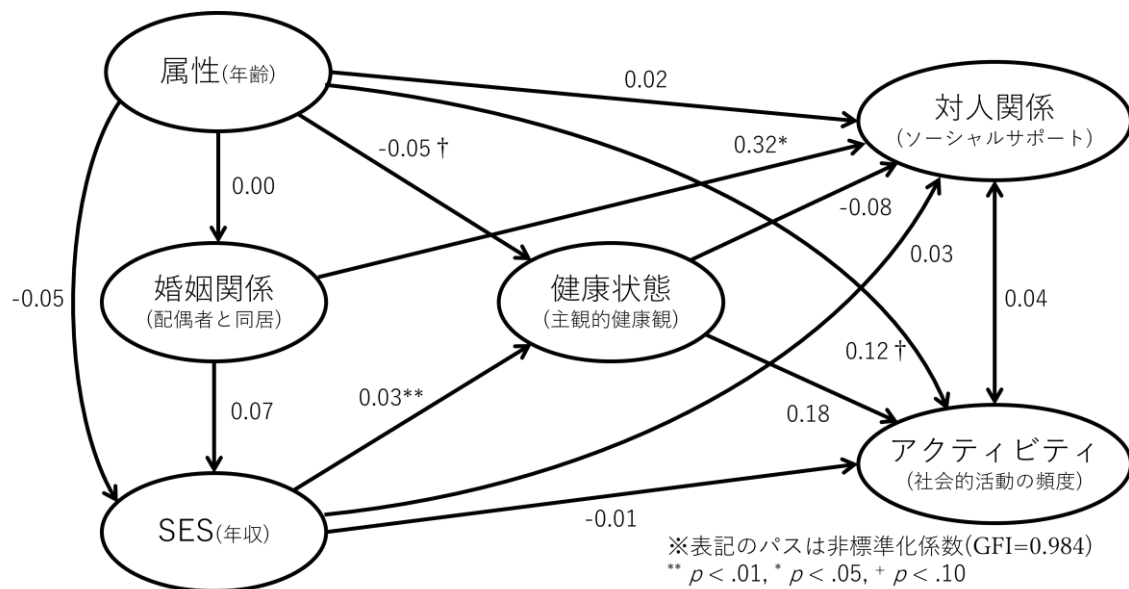


図2 対人関係をソーシャルサポートとした場合のパス図

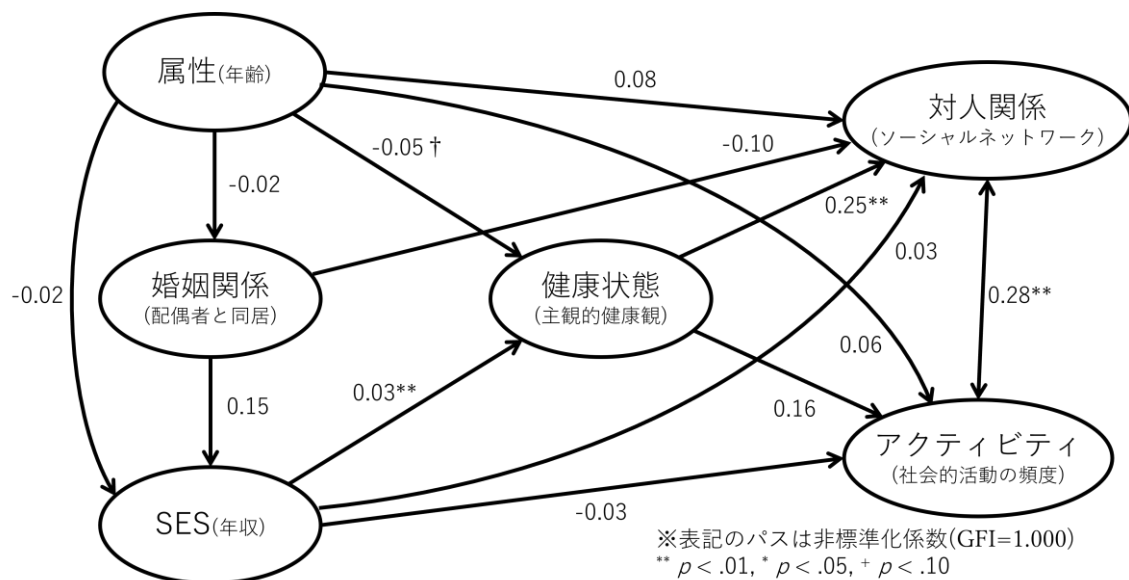


図3 対人関係をソーシャルネットワークとした場合のパス図

予想と反し、多くの関連性において、有意な傾向が認められない。しかし、有意な傾向が認められた関連性においては予測通りの効果が認められたといえる。渡邊・山崎(2004)を鑑みると、図3のソーシャルネットワークに関する結果の方が有意な関連性が多く、矛盾が少ない。図3の結果は、年収が主観的健康感を上げ、それがソーシャルネットワーク並びにアクティビティを向上させるという関連性の流れが分かる。特に年収、主観的健康感、アクティビティに関しては、主観的ウェルビーイングへの影響力が強いことが分かっている

(Larson, 1978)。そのため、この結果は主観的ウェルビーイングに関わる要因の関連性の解明に対して一定の有用性があると考えられる。

考察

本研究では各主要項目に対する関連項目を探索的に検討し、各主要項目に影響を与える変数を特定できた。この結果は先行研究への理論的貢献の他にも、主観的ウェルビーイングに関わる要因をどのように向上させたらよいかという実証的な貢献も認められるだろう。

本研究の主要な貢献は、渡邊・山崎(2004)で海外のデータを基に示されていた図1を、日本で行われた単一の調査のデータから実証的に検討したことにある。主観的ウェルビーイングに文化差(地域差)がある(内田・萩原, 2012)中で、実証的データにおいて、日本の高齢者の主観的ウェルビーイングに関わる要因の現状を包括的に理解できたことは重要である。特に主観的ウェルビーイングへの影響力が強いとされている年収、主観的健康感、アクティビティに関する理論的関連性の流れが理解できたことは大きい。日本の高齢者の主観的ウェルビーイングを向上させる機序に関する理解が進んだと考えられる。

本研究では、東京都板橋区に在住している高齢者を対象にしたデータを分析に使用したことにより、板橋区の現状が把握できたと言える。そのような限定的な現状把握は、今後の板橋区の事業化・施策化協議における理論的基盤となるだろう。つまり、本研究の結果を基に、高齢者の主観的ウェルビーイングを向上させる要因に焦点を当てた公共政策・公共事業・支援施策等の策定が可能となる³。

本研究の問題点 最も深刻な問題点は、本研究で分析対象とした調査が「高齢者の生活実態や健康状態、就労の状況、生きがいなどについて現状を把握すること」を目的としており、主観的ウェルビーイングを測ることを目的としていない点にある。そのため、最も重要な従属変数となるべき主観的ウェルビーイングの質問項目を用意できていない。主観的ウェルビーイングの項目をとり、その関連性を図2, 3に入れ込んだ方が妥当な結果が得られただろう。

同様の事情から、各質問項目の内容が、それぞれの要因を測る指標として妥当ではない点も挙げられる。例えば、本研究では「心配ごとなどの相談相手の種類」に関する回答をソーシャルサポートの程度とした。しかし、先行研究では、野口(1991)が開発した高齢者ソーシ

³ 支援施策などに関しては、本書の第4, 5でも話題に取り上げている。

ナルサポート尺度の回答をソーシャルサポートの指標としているものも多く(山埜・草野・吉田, 2016)、その方が信頼性を担保できただろう。本研究には類似の問題が他にも散見されており、結果の信頼性に疑問が残る。今後は、主観的ウェルビーイングとそれに関わる要因を測ることに主眼においた調査を行うべきであろう。

先行研究

- 青木邦男. (2004). 在宅高齢者の社会活動性に関連する要因の共分散構造分析. *社会福祉学*, **45(1)**, 23-34.
- Calvo, R. & Peters, D.(2014)Positive Computing, Massachusetts Institute of Technology Press.
- (渡邊淳司・ドミニク・チェン(監訳). (2017). ウェルビーイングの設計論, BNN 新社)
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. behavioral publications.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulation. *International journal of health services*, **4(3)**, 471-482.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, **54(1)**, 403-425.
- Gall, T. L., Evans, D. R., & Howard, J. (1997). The retirement adjustment process: Changes in the well-being of male retirees across time. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **52(3)**, P110-P117.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale. *The British Journal of Psychiatry*, **166(5)**, 654-659.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of gerontology*, **33(1)**, 109-125.
- Kevin McNeil, J., Stones, M. J., & Kozma, A. (1986). Subjective well-being in later life: Issues concerning measurement and prediction. *Social Indicators Research*, **18(1)**, 35-70.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology Series B:*

Psychological Sciences and Social Sciences, **58(3)**, S137-S145.

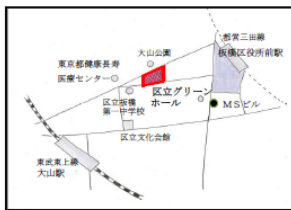


- 内閣府. (2020). 令和 2 年版高齢社会白書 第 1 章 高齢化の状況(第 1 節 1)<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_1_1.html>(2022 年 2 月 13 日)
- 日本老年医学会. (2014). フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント, 一般社団法人日本老年医学会<https://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf>(2022 年 2 月 13 日)
- 野口裕二. (1991). 高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**, p37-48.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and aging*, **15(2)**, 187.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, **1(3)**, 385-401.
- 清水裕士. (2016). フリーの統計分析ソフト HAD : 機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案 *メディア・情報・コミュニケーション研究*, **1**, 59-73.
- 浦光博. (1992). 支えあう人と人: ソーシャル・サポートの社会心理学. サイエンス社
- 内田由紀子・荻原祐二. (2012). 文化的幸福観—文化心理学的知見と将来への展望—. *心理学評論*, **55(1)**, 26-42.
- Ward, R. A., Sherman, S. R., & LaGory, M. (1984). Subjective Network Assessments and Subjective Well-Being. *Journal of Gerontology*, **39(1)**, 93-101.
- 渡邊敏恵・山崎喜比古. (2004). 幸福な老いの要件とは--高齢者の主観的ウェルビーイングに関連する要因の文献検討. *埼玉県立大学紀要*. **6**, 75-86.
- 山埜ふみ恵・草野恵美子・吉田久美子. (2016). 地域在住高齢者のソーシャルサポートの授受に関する文献検討. *大阪医科大学看護研究雑誌*. **6**, 94-103
- Zimmer, Z., Hickey, T., & Searle, M. S. (1995). Activity participation and well-being among older people with arthritis. *The Gerontologist*, **35(4)**, 463-471.

第3章 健康で長生きするために大切なポイントと各種要素との関連性分析

1 はじめに

本章では、板橋区民高齢者の健康で長生きするために大切なポイント（本章では、「健康で長生きする」に向けた主観的健康感と定義）と影響を与える要素の関連性について、板橋区福祉事務所に基づく3地区に着目して分析した結果を示す。地区割りは、板橋福祉事務所、赤塚福祉事務所、志村福祉事務所のそれぞれの受け持ちの3地区とする（表3-1）。本稿では、福祉事務所が受け持つ3地区の差異の有無を把握することを目的とする。

表3-1 福祉事務所所在地と受け持ち地区

<p>板橋福祉事務所 板橋区栄町36番1号 グリーンホール内 電話(3579-2322)</p>  <p>・都営三田線「板橋区役所前駅」下車5分 ・東武東上線「大山駅」下車5分</p>	<p>板橋、稲荷台、大谷口、大谷口上町、大谷口北町、大山町、大山金井町、大山西町、大山東町、加賀、熊野町、小茂根、幸町、栄町、中板橋、仲宿、仲町、中丸町、氷川町、富士見町、双葉町、本町、南町、向原、大和町、弥生町</p>
<p>赤塚福祉事務所 板橋区赤塚六丁目38番1号 赤塚庁舎内 電話(3938-5126)</p>  <p>・東武東上線「下赤塚駅」下車15分 ・国際興業バス(成増-赤羽)「赤塚庁舎前」下車</p>	<p>赤塚、赤塚新町、上板橋、桜川、大門、東新町、常盤台、徳丸、中台、成増、西台、東山町、三園(1丁目のみ)、南常盤台、四葉、若木</p>
<p>志村福祉事務所 板橋区蓮根二丁目28番1号 電話(3968-2331)</p>  <p>・都営三田線「西台駅」下車3分</p>	<p>相生町、小豆沢、泉町、大原町、坂下、清水町、志村、新河岸、高島平、蓮沼町、蓮根、東坂下、舟渡、前野町、三園(2丁目のみ)、宮本町</p>

出所：板橋区福祉部作成資料

2 使用データ・分析の考え方

下記データを用いて分析を行うものとする。

「板橋区高齢者ニーズ調査

シニア世代の生活・健康・生きがい・仕事についてのアンケート調査」

※2020年10～11月実施 回答者数1721名(65～84歳の板橋区民(要介護認定者を

除く) 3,000 人 (日常生活圏域ごとの人口規模で、男女 3,000 人を無作為に案分抽出) の回答者)

I0G (東京大学高齢社会総合研究機構) の調査研究によると、健康で長生きするために大切なポイントとして、下記 3 点を指摘している。

- (1) バランスのよい食事、噛む力の維持などの生活の実行可能性、
- (2) 運動 (適度な身体活動)、
- (3) 社会参加 (趣味活動、ボランティアや就労、外出や家族以外の人とのかかわり)。

上記 3 点と分析に用いるデータとの関連を下表に示す。「健康で長生きするために大切なポイント (Q13 主観的健康観)」に、(1)~(4) が与える影響を数量化 I 類により明らかにする。

表 3-2 健康で長生きするために大切なポイント (1)~(3) とアンケート調査・設問との対応

健康で長生きするために大切なポイント	Q13 主観的健康観 4 段階 (1.とても健康⇔4.健康でない)
(1) 生活の実行可能性	【外出への意識・行動】
(2) 運動(適度な身体活動)	Q15 あなたの 日常の活動状況 (バス等を使って外出等)
(3) 社会参加 (趣味活動、ボランティアや就労、外出や家族以外の人とのかかわり)	【社会参加への意識・行動】 Q18 近所の人とのつきあい程度 Q19 友人・知人・別居の家族・親戚と 会う頻度 Q20 友人・知人・別居の家族・親戚と電話やメール、手紙を やりとりする頻度 Q21 特に予定がなくても 気軽に行ける場所の有無 (場所の選択肢) Q22 携帯電話等の 情報端末 の所有 Q23 インターネット の利用 Q28 老人クラブ の加入
(4) その他	【回答者属性】 Q3 性別・年齢、Q4 居住地区(3 地区区分に相当)、Q5 居住年数、Q6 世帯の状況 (一人暮らし、夫婦等)、Q7 他人への介護、Q8 定期的な収入源 (年金・給与など)、Q9 今の暮らし向き (非常にある⇔非常に苦しい)、Q37 学歴、Q38 年収

なお、アンケート項目には上記の(3) 社会参加のうちの就労に関わる「Q10 職業の種別」があるが、本分析では、「Q8 定期的な収入源（年金・給与など）」を代理変数として分析を行った。

3 単純集計

(1) 健康で長生きするために大切なポイント（Q13 主観的健康観）

4 段階評価において、まあまあ健康（63%）が多く、ネガティブな評価（回答3、4）も23%を占める。数量化I類では、とても健康：4点～健康でない：1点と数値が大きいほどポジティブ評価と変換して分析を行った。

表 3-3 主観的健康観

Q13 健康だと思うか

選択肢	回答数	割合
1. とても健康	182	11%
2. まあまあ健康	1086	63%
3. あまり健康でない	291	17%
4. 健康でない	108	6%
不明	54	3%
合計	1721	100%

(2) 【外出への意識・行動】

本項目は、「(1) 生活の実行可能性ならびに (2) 運動(適度な身体活動)」に相当するもので、「Q15 あなたの日常の活動状況（バス等を使って外出等）」を用いる。

表 3-4 外出への意識・行動

Q15 自らバスや電車を使って1人で外出

選択肢	回答数	割合
している	1457	85%
できるけどしていない	171	10%
していない	29	2%
不明	64	4%
合計	1721	100%

Q15 自ら預貯金の出し入れ

選択肢	回答数	割合
している	1506	88%
できるけどしていない	100	6%
していない	48	3%
不明	67	4%
合計	1721	100%

Q15 自ら日用品の買い物を実施

選択肢	回答数	割合
している	1578	92%
できるけどしていない	67	4%
していない	15	1%
不明	61	4%
合計	1721	100%

3つの設問（「自らバスや電車を使って1人で外出」、「自ら日用品の買い物を実施」、「自ら預貯金の出し入れ」）で構成されるが、いずれの項目も約9割の回答者が自分自身で対応できていることがわかる。なお、斜字体（預貯金の出し入れ）は、最終的なモデルでは有意（統計的に効果があると判断できない）となっていないことを示す。

(3) 【社会参加への意識・行動】

下記、3つの設問の集計結果を下に示す。

Q18 近所の人とのつきあい程度

Q19 友人・知人・別居の家族・親戚と会う頻度

Q20 友人・知人・別居の家族・親戚と電話やメール等をやりとりする頻度

表 3-5 社会参加への意識・行動

Q18 近所の人とおつきあい

選択肢	回答数	割合
お互いに訪問	183	11%
立ち話程度	608	35%
挨拶程度	586	34%
付き合いはない	232	13%
不明	112	7%
合計	1721	100%

Q19 友人等と会う頻度（2020年）

選択肢	回答数	割合
週2回以上	364	21%
週1回	236	14%
月に2-3回	245	14%
月1回	313	18%
月1回未満	483	28%
不明	80	5%
合計	1721	100%

Q20 友人等との電話等の頻度（2020年）

選択肢	回答数	割合
週2回以上	594	35%
週1回	255	15%
月に2-3回	250	15%
月1回	254	15%
月1回未満	305	18%
不明	63	4%
合計	1721	100%

次に、2つの設問の集計結果を下に示す。

Q21 特に予定がなくても気軽に行ける場所の有無（場所の選択肢）

Q28 老人クラブの加入

表 3-6 気軽に行ける場所、老人クラブへの加入

Q21 気軽に行ける場所

選択肢	回答数	割合
1箇所	448	26%
2箇所	387	22%
3箇所以上	383	22%
ない	442	26%
不明	61	4%
合計	1721	100%

Q28 老人クラブへの加入

選択肢	回答数	割合
加入	118	7%
非加入	1502	87%
不明	101	6%
合計	1721	100%

なお、「Q22 携帯電話等の情報端末の所有」、「Q23 インターネットの利用」は、被説明変数への影響が有意となっていない(統計的に効果があると判断できない)ため集計結果を割愛する。

(4) 【回答者属性】

Q3 性別・年齢、Q4 居住地区(3地区区分に相当)、Q6 世帯の状況(一人暮らし、夫婦等)の結果を下記に示す。

表 3-7 回答者属性

性別

選択肢	回答数	割合
男性	719	42%
女性	902	52%
不明	100	6%
合計	1721	100%

年齢

選択肢	回答数	割合
65-69歳	490	28%
70-74歳	553	32%
75-79歳	437	25%
80-84歳	202	12%
不明	39	2%
合計	1721	100%

管轄地区

選択肢	回答数	割合
板橋	459	27%
赤塚	898	52%
志村	355	21%
不明	9	1%
合計	1721	100%

世帯状況

選択肢	回答数	割合
一人暮らし	430	25%
配偶者と2人	700	41%
配偶者、子、孫と同居	356	21%
配偶者の除く子、孫と同居	148	9%
その他	66	4%
不明	21	1%
合計	1721	100%

Q7 他人への介護、Q8 定期的な収入源（年金・給与など）、Q9 今の暮らし向き（非常にある⇔非常に苦しい）の結果を下記に示す。

表 3-8 他人の介護、定期的な収入源、今の暮らし向き

他人を介護をしているか

選択肢	回答数	割合
介護している	96	6%
していない	1592	93%
不明	33	2%
合計	1721	100%

定期的収入

選択肢	回答数	割合
給与	472	27%
株式配当	25	1%
家賃収入	60	3%
年金等	1045	61%
その他・なし	119	7%
合計	1721	100%

暮らし向き

選択肢	回答数	割合
良くなった	16	1%
やや良くなった	32	2%
変わらない	1101	64%
やや悪くなった	415	24%
悪くなった	136	8%
不明	21	1%
合計	1721	100%

斜字体で示した性別、年齢、他人の介護に加えて、Q5 居住年数、Q37 学歴、Q38 年収も、被説明変数への影響が有意となっていないため、集計結果を割愛する。

4 数量化 I 類分析結果

「健康で長生きするために大切なポイント(Q13 主観的健康観)」に、(1)、(2)【外出への意識・行動】、(3)【社会参加への意識・行動】、(4)【回答者属性】が与える影響を数量化 I 類を用いて分析する。数量化 I 類は、「被説明変数（連続変数、Y）」に対して、カテゴリーの該当の有無（該当：1、非該当：0）を表すダミー変数（x）が及ぼす影響を、係数（ β ）の大小によって明らかにする方法である（式1）。

$$Y = \sum \beta \cdot x \quad \dots \text{式 1}$$

モデルの妥当性は、モデル全体の説明力（重相関係数、決定係数）、ならびにカテゴリーが含まれるアイテムの偏相関係数の t 値でチェックするものとする。表 3-9 は、表 3-2 に示す変数を用いて、最終的に妥当と判断された結果を示す。

表 3-9 推定結果 (太文字:0.1 以上、白抜き:-0.1 以下)

アイテム	カテゴリー	係数	レンジ
管轄地区	板橋	0.01	0.10
	赤塚	0.02	
	志村	-0.07	
Q6 世帯状況	一人暮らし	-0.07	0.16
	配偶者と2人	-0.01	
	配偶者、子、孫と同居	0.09	
	配偶者の除く子、孫と同居	-0.02	
	その他	0.06	
Q8 定期的収入	給与	0.17	0.43
	株式配当	-0.08	
	家賃収入	-0.03	
	年金等	-0.06	
	その他・なし	-0.26	
Q9 暮らし向き	良くなった	0.28	0.43
	やや良くなった	0.05	
	変わらない	0.06	
	やや悪くなった	-0.14	
	悪くなった	-0.12	
Q15 自らバスや電車を使って1人で外出	している	0.01	0.41
	できるだけしていない	-0.02	
	していない	-0.40	
Q15 自ら日用品の買い物を実施	している	0.02	0.69
	できるだけしていない	-0.23	
	していない	-0.68	
Q19 友人等と会う頻度(2020年度)	週2回以上	0.12	0.25
	週1回	0.05	
	月に2-3回	0.00	
	月1回	0.02	
	月1回未満	-0.13	
Q20 友人等との電話等の頻度(2020年)	週2回以上	0.03	0.16
	週1回	-0.01	
	月に2-3回	-0.04	
	月1回	0.08	
	月1回未満	-0.08	
Q21 気軽に行ける場所	1箇所	-0.03	0.22
	2箇所	-0.03	
	3箇所以上	0.15	
	ない	-0.07	
定数項		2.81	
重相関係数		0.40	
決定係数		0.16	

モデル全体のフィッティングを示す決定係数は、0.16 と必ずしも高くない点に留意しながら、各変数の説明変数への影響について解釈を行う。

はじめに、定数項 2.81 は、有効サンプルの平均値を示すため、主観的健康観（4 点. とても健康、3 点. まあまあ健康、2. あまり健康でない、1 点. 健康でない）は「3 点. まあまあ健康」が多くを占めると解釈できる。

この平均値に対して、各カテゴリーはどの程度、影響をあたえているか、係数の大きさを判断する。ポジティブな影響を与えるものとして、暮らし向き（良くなった：係数 0.28 **経済要素**とみなす（以下、同様））が高く、自らの健康の判断に大きく影響することがわかる。2 番目以降は、

定期的収入源（給与：0.17 **経済要素**）、

気軽に行ける場所（3 箇所以上：0.15 **サードプレイスの存在**）、

自ら日用品の買い物と実施

（週 2 回以上：0.12 **生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動**）、となっている。

以上から、1) **経済要素**、2) **サードプレイスの存在**、3) **生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動**、などの要素が整うと平均より高く「健康」と判断すると考えられる。2) のサードプレイスとは、Oldenburg (1989) が提唱した概念であり、家庭（第 1 の場）でも職場（第 2 の場）でもない第 3 のインフォーマルな公共生活の場、すなわち居心地よい場所を意味する。

一方、ネガティブな要因として、下記があげられる。

日用品の買い物（していない：-0.68、できるけどしていない：-0.23

生活実行可能性並びに適度な身体活動）、

バスや電車を使って外出（していない：-0.40 **生活実行可能性並びに適度な身体活動**）、

定期的収入（その他・なし：-0.26 **経済要素**）、

暮らし向き（やや悪くなった：-0.14、悪くなった：-0.12 **経済要素**）、

友人等と会う頻度（月 1 回未満：-0.13 **社会参加**）。

以上から、1) **生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動**、2) **経済要素**、3) **社会参加**、が十分でないと「健康」判断に負の影響をあたえると考えられる。

最後に、いずれのアイテム（カテゴリーを括るもの）の影響度合い（含まれるカテゴリー係数の最大/最小値の差分）を示すレンジに着目する。レンジが大きいほどアイテムとして影響が高くなるが、上位 4 アイテムは下記の通りである。

Q15 自ら日用品の買い物を実施（0.69 **生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動**）

Q8 定期的収入(0.43 経済要素)、

Q9 暮らし向き(0.43 経済要素)、

Q15 自らバスや電車を使って1人で外出

(0.41 生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動)。

これらに対して、「Q18 近所の人とのつきあい程度」や「Q28 老人クラブの加入」、「Q3 性別・年齢」の影響は有意ではなかった。以上から、下記のような解釈を行うことができる。

- ・健康に対して、「生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動」で示される自己効力感や経済要素が重要な要素であること、
- ・サードプレイスの存在や社会参加といった社会性が重要であるが、そこでは近所づきあいや老人クラブよりも、気心の知れた/同じような趣味・志向を有する“サークル”的社会集団への帰属が重要と考えられること、
- ・行政の観点からは、「生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動」に寄与する“サークル”的社会集団・活動機会の設定が重要と言え、自己効力感の達成を念頭とした運営に留意する必要があること。

なお、管轄地区（板橋、赤塚、志村）のレンジは0.1であることから、最も影響が低いアイテムとなった。

5 結論

板橋区民高齢者の「健康で長生きする」に向けた主観的健康感と影響を与える要素の関連性について、板橋区福祉事務所にもとづく3地区別の差異の有無の把握を行った。数量化I類を用いた分析から、下記を明らかにすることができた。

- ・健康に対して、「生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動」で示される自己効力感や経済要素が重要と考えられること、
- ・サードプレイスの存在や社会参加といった社会性が重要であるが、そこでは近所づきあいや老人クラブよりも、気心の知れた/同じような趣味・志向を有する“サークル”的社会集団への帰属が重要と考えられること、
- ・行政の観点からは、「生活の実行可能性の高さ並びに適度な身体活動」に寄与する“サークル”的社会集団・活動機会の設定が重要と言え、自己効力感の達成を念頭とした運営に留意する必要があること、
- ・管轄地区（板橋、赤塚、志村）のレンジは0.1であることから、最も影響が低いアイテムとなり、地区による健康評価の顕著な差異はないといえる。

参考文献

板橋区長寿社会推進課[2021]『板橋区高齢者ニーズ調査 シニア世代の生活・健康・生きがい・仕事についてのアンケート調査報告書』

飯島勝矢[2018] 高齢者と社会（オーラルフレイルを含む），日本内科学会誌，no. 107, vol. 12, PP. 2469-2477

Oldenburg, Ray (1989). *The Great Good Place: Cafes, Coffee Shops, Community Centers, Beauty Parlors, General Stores, Bars, Hangouts, and How They Get You Through the Day*. New York: Paragon House.

レイ・オルデンバーグ（訳者 忠平美幸）[2013]『サードプレイスーコミュニティの核になる「とびきり居心地よい場所」』みすず書房

第4章 コロナ禍における板橋区の生活困窮者自立支援制度

－自立相談支援事業、住居確保給付金支給、家計改善支援事業を中心に－¹

1 はじめに

本章は、生活困窮者自立支援制度をとりあげる。板橋区の生活困窮者自立支援制度に関しては、板橋区監査委員事務局による行政監査結果報告書「生活困窮者自立支援事業について」がある。この報告書から、2018年度までの生活困窮者自立支援制度の状況を把握することができる。本章ではその後の推移を、新型コロナウイルス感染症拡大と絡めてたどっていきたい。

2 生活困窮者自立支援制度について

生活困窮者自立支援制度は、2013年12月に成立した生活困窮者自立支援法に基づき、2015年4月から実施されている。社会保障の第1のセーフティネットである年金や雇用保険などの社会保険制度と、第3で最後のセーフティネットである生活保護制度の間に、第2のセーフティネットの仕組みとして設けられたものが生活困窮者自立支援制度である。

生活困窮者自立支援制度では2018年の改正により、生活困窮者を「就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情により」現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者とし、生活保護の対象になる前、最低限度の生活水準以下になる前段階の生活困窮に至る背景を幅広くとらえて自立促進を図ることを目的としている。

生活困窮者自立支援制度には、実施主体である板橋区が実施を義務付けられている必須事業（自立相談支援事業、住居確保給付金支給）と、実施の判断が委ねられている任意事業（就労準備支援事業、家計改善支援事業、一時生活支援事業、子どもの学習・生活支援事業）がある。板橋区は任意事業の4事業すべてを実施している。参考までに、任意事業について全国の自治体の2020年度の実施状況を示しておく、就労準備支援事業は60%、家計改善支援事業は62%、一時生活支援事業は34%、子どもの学習・生活支援事業は64%である。

3 生活困窮者自立支援制度による事業と関連制度の実施状況

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、生活困窮者自立支援制度の対象者は変化している。以下では自立相談支援事業、住居確保給付金支給、家計改善支援事業をとりあげる。

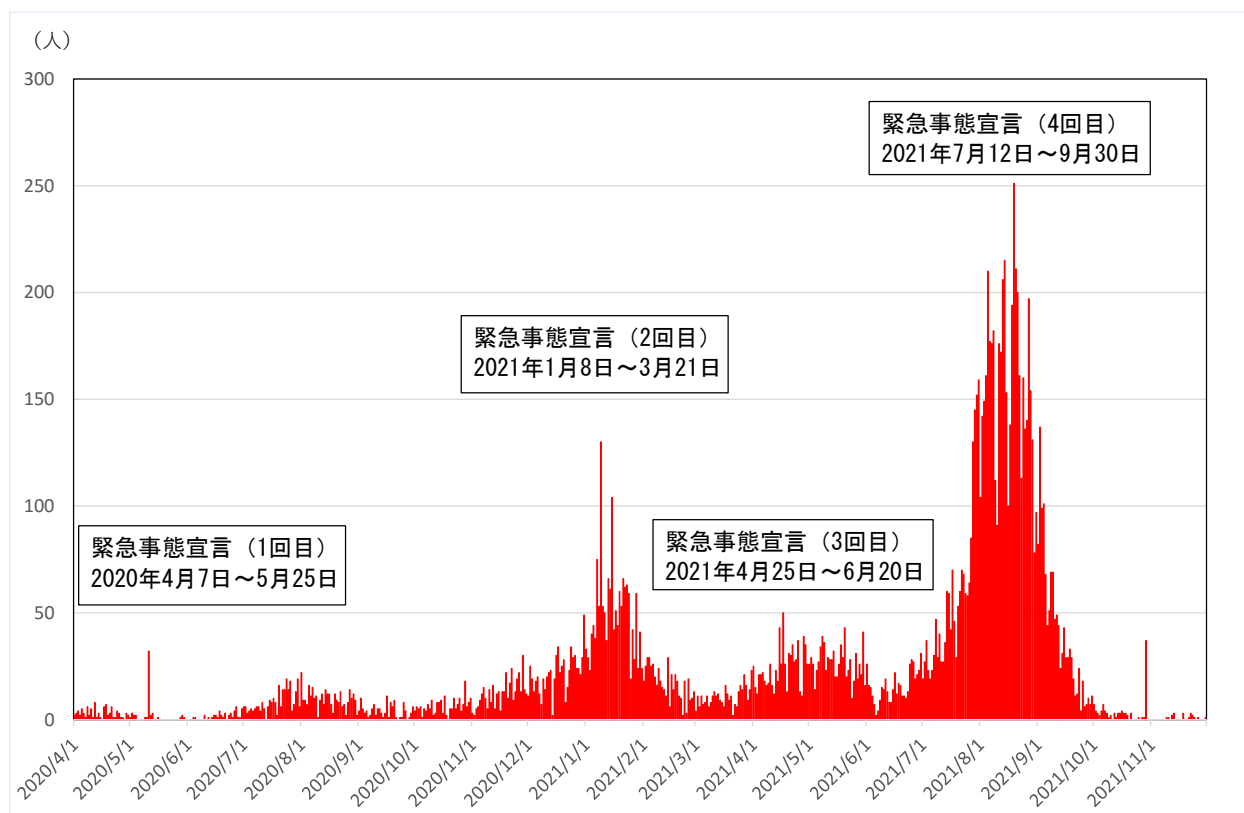
¹ 図表の出典に記載がないものは、板橋区から提供を受けた資料をもとに作成した。

板橋区では、これらの事業の相談窓口として、「いたばし生活仕事サポートセンター」（NPO 法人ワーカーズコープに委託）を 2015 年に開設している。生活困窮者自立支援の実施状況結果に先立ち、板橋区の新型コロナウイルス感染者数と、最後のセーフティネットである生活保護の受給者数をまず確認しておきたい。

(1) 新型コロナウイルス感染症新規感染者数の推移

図表 1 は板橋区の新規感染者数を示したものである。東京都で 1 回目の緊急事態宣言が発出された 2020 年 4 月 7 日から 5 月 25 日の期間は、感染拡大防止のために外出自粛、学校の臨時休業だけでなく、経済活動が抑制され、飲食店の休業・時短要請など人と人との接触を減らす対策が行われたことから、休業者や離職者が急増した。緊急事態宣言はその後、2 回目が 2021 年 1 月 8 日から 3 月 21 日、3 回目が 4 月 25 日から 6 月 20 日、4 回目が 7 月 12 日から 9 月 30 日に出されたが、1 回目よりも行動制限は緩和された。しかし、非正規雇用を中心に就業者数の減少が続いた。

図表 1 新型コロナウイルス感染症新規感染者数の推移

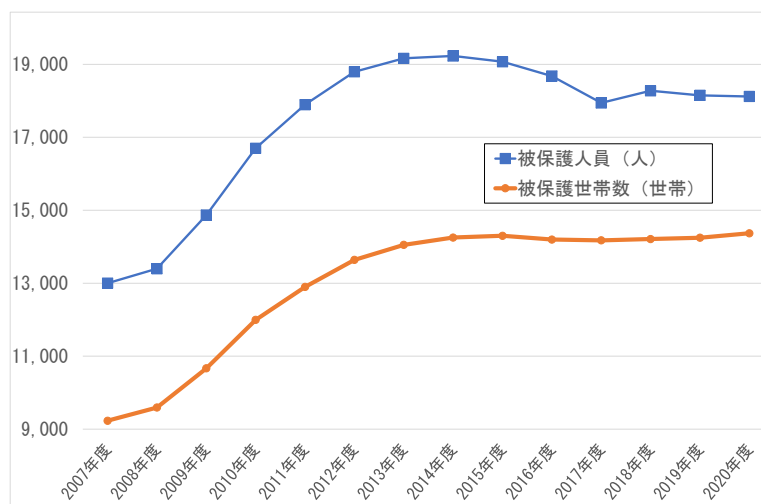


(2)生活保護受給者数の推移

本章でとりあげる生活困窮者自立支援制度が制定される以前の 2008 年に発生したリーマンショック、世界金融危機により、最後のセーフティネットである生活保護受給者は大幅に増加した。それではコロナ禍では増加したのであろうか。

板橋区の被保護世帯数と被保護人員を年度別(2020 年度まで)にみた図表 2 にあるように、リーマンショック後のような大幅な増加はみられない。2018 年度以降(2021 年 12 月まで)を月別にみると(図表には示していない)、板橋区の被保護世帯数は 14,100 から 14,400 世帯の間で推移しているが、2019 年度以降は増加傾向にあり、2020 年 2 月から 7 月にかけては継続的に増加している。また、2020 年度以降の被保護世帯数を 2019 年度同月のそれと比べると、どの月もコロナ前よりも受給世帯数が増加している。感染拡大により大幅な増加とはなっていないが、被保護世帯数は確実に増加しているといえるであろう。

図表 2 生活保護被保護世帯数・被保護人員の推移

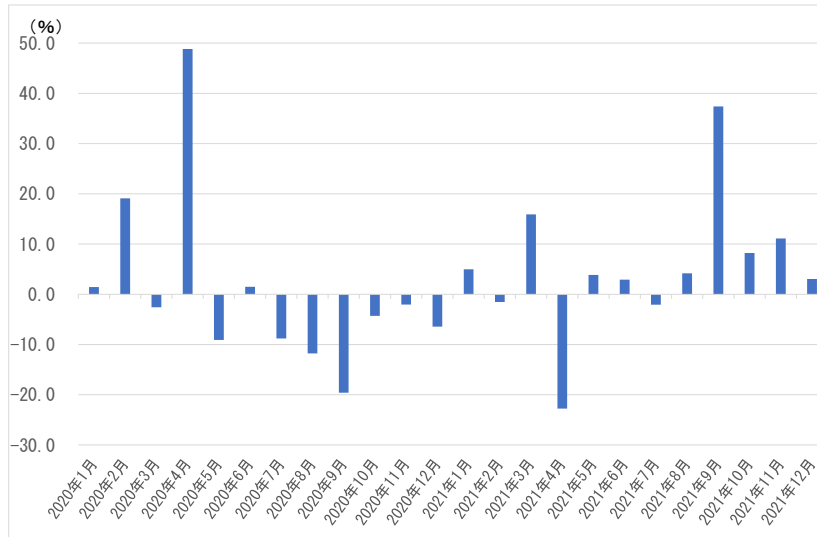


生活保護の申請件数について対前年同月伸び率を示した図表 3 をみると、2020 年 4 月に大きく伸びた後は、2021 年 2 月までマイナスの月が多かったが、3 月以降は前年に急増した 4 月を除き、ほぼプラスになっている。感染拡大 2 年目の 2021 年度は、感染拡大 1 年目とは異なり申請件数が増加傾向にあることがわかる。

2020 年度の申請件数が急増せず伸びが抑えられている背景には、経済対策として、①10 万円/人の特別定額給付金(2020 年 4 月 20 日閣議決定後、板橋区では 5 月 21 日にオンライン申請・早期特別申請の支払開始、6 月 18 日に郵送申請の支払開始)支給や、②子育て世帯への臨時特別給付金支給(2020 年 4 月分児童手当の本則給付対象者に対し 1 万円/人)、③ひとり親世帯に対する臨時特別給付金支給(2020 年 6 月分児童扶養手当支給対象者などに対し 5 万円/世帯、第 2 子以降 3 万円/人)、これに加え、これからみていく第 2 のセーフティネットで

ある自立相談支援事業と住居確保給付金支給（要件緩和）、緊急小口資金や総合支援資金の貸付（特例措置）が行われるなど、生活保護に至る前の施策の適用が拡大した影響もあると考えられる。

図表 3 生活保護申請件数（対前年同月伸び率）

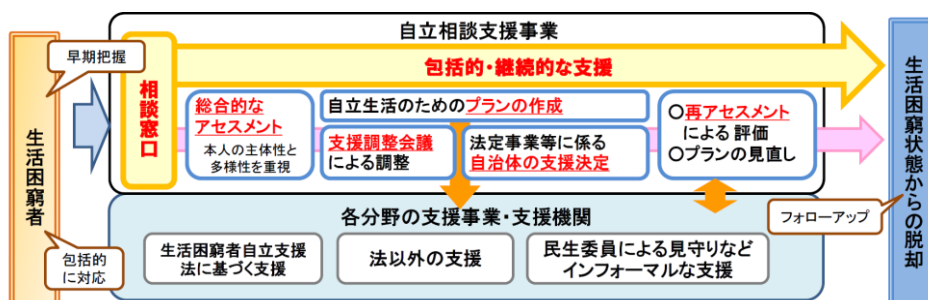


(3) 自立相談支援事業の実施状況

以下では生活困窮者自立支援制度をみていく。まず、生活困窮者自立支援制度の中心的な役割を果たしている自立相談支援事業をとりあげる。

先にも述べたように、生活困窮者自立支援制度では生活困窮者を、経済的困窮のみならず、社会的孤立、健康状態の悪化、家族の問題など複合的な課題を抱えている人と幅広くとらえている。生活困窮者を早期に把握し、図表 4 にあるように、生活困窮者の個別的・包括的な相談支援をするとともに、関係機関と連携しながら一人ひとりの状況に応じて計画的・一体的・継続的な支援が行われる。

図表 4 自立相談支援事業



出典：厚生労働省資料

図表 5 自立相談支援事業の実績

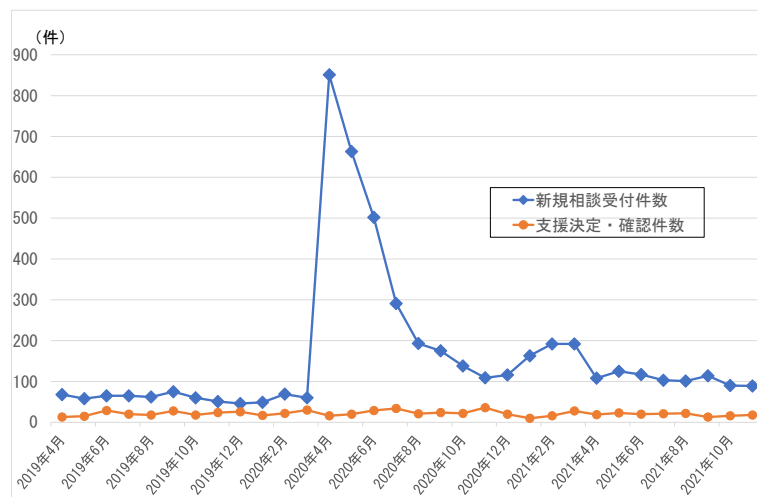
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度 (4月～11月)
新規相談受付件数（本人特定のみ（本人同意なしを含む））	799	728	3,585	848
支援決定・確認件数	230	260	276	154
プラン策定前支援終了件数	519	438	2,317	541
うち 情報提供のみで終了	410	330	2,209	494
うち 他機関へのつなぎで終了	102	104	107	47
うち スクリーニング判断前に中断・終了	7	4	1	0
評価実施件数（再プランを含む）	281	230	177	177
評価結果（％）：終結	75.4	69.1	71.8	81.4
評価結果（％）：再プランして継続	24.6	30.9	28.2	18.6
評価結果（％）：中断	0.0	0.0	0.0	0.0

①自立相談支援事業の実績

自立相談支援事業の新規相談受付件数、支援決定・確認件数を示した図表 5 をみると、「新規相談受付件数（本人特定のみ（本人同意なしを含む））」は、2019 年度の 728 件が 2020 年度には 3,585 件と 5 倍になっている。しかし、「支援決定・確認件数」はそのような増加はみられず、2019 年度は 260 件、2020 年度は 276 件で大きな差はみられない。これは、2020 年度におけるプラン策定前支援終了件数が多いためで、このうちの「他機関へのつなぎで終了」は 2019 年度との差はみられないが、「情報提供のみで終了」が多くなったことによるものである。コロナ禍で給付や貸付に関する情報を必要とする人が多く、相談件数が増加したと推測される。この「新規相談受付件数」と「支援決定・確認件数」を月別にもみておくと（図表 6）、受付件数は 2020 年 4 月が最も多く、4 月から 6 月で 2,000 件を超えている。

支援期間終了によるプラン評価の結果をみると（図表 5）、評価実施件数はコロナ前の 2019 年度に比べて 2020 年度の件数は少なくなっているが、支援終結、支援継続の割合に大きな変化はみられず、2019 年度、2020 年度ともそれぞれ 7 割、3 割となっている。2021 年度（ただしデータが得られた 4 月から 11 月のみ）は支援終結の割合が 8 割と高くなっている。

図表 6 自立相談支援事業の実績（月別）



②相談内容

相談内容の推移をみると（図表7）、「家賃やローンの支払いのこと」「住まいについて」といった居住に関連する項目の件数が2020年度に大幅に増加している。「家賃やローンの支払いのこと」の増加が特に顕著で、新型コロナウイルス発生前に多かった「収入・生活費のこと」や「仕事探し、就職について」よりも多くなっている。2020年度の「家賃やローンの支払いのこと」の件数は2019年度の12倍になり、2020年度の合計件数の半数以上（55.3%）を占めている（月別にみると2020年3月は全体の15.5%であったが4月は41.1%、5月は74.1%、6月は67.6%、7月は59.5%、8月は53.4%となっている）。

図表7 相談内容（複数回答）

	2019年度			2020年度			2021年度*		
	件数	%	順位*	件数	%	順位*	件数	%	順位*
病気や健康、障がいのこと	199	9.2	⑤	89	1.6	⑤	106	5.9	⑤
住まいについて	304	14.1	③	782	14.4	③	286	15.8	③
収入・生活費のこと	449	20.8	①	823	15.1	②	398	22.0	②
家賃やローンの支払いのこと	243	11.3	④	3,010	55.3	①	460	25.4	①
税金や公共料金等の支払について	80	3.7	⑥	79	1.5	⑥	86	4.8	⑥
債務について	61	2.8	⑦	43	0.8	⑧	52	2.9	⑦
仕事探し、就職について	370	17.1	②	374	6.9	④	217	12.0	④
仕事上の不安やトラブル	46	2.1		32	0.6		40	2.2	
地域との関係について	7	0.3		5	0.1		3	0.2	
家族との関係について	60	2.8	⑧	30	0.6		27	1.5	
子育てのこと	9	0.4		7	0.1		6	0.3	
介護のこと	16	0.7		14	0.3		7	0.4	
ひきこもり・不登校	48	2.2		18	0.3		17	0.9	
DV・虐待	11	0.5		10	0.2		5	0.3	
食べるものがない	37	1.7		52	1.0	⑦	51	2.8	⑧
その他	219	10.1		74	1.4		47	2.6	
合計	2,159			5,442			1,808		

*順位は「その他」を除き、第1位から第8位までを示している。
2021年度は11月までの件数である。

2021年度のデータが4月～11月であることから、この期間（月）に限定して、2019年から2021年についてさらにみていくと、以下の傾向がみられる。

(a) コロナにより増加したもの（2020年・21年ともに2019年よりも増加しているもの）

：「住まいについて」「収入・生活費のこと」「家賃やローンの支払いのこと」「食べるものがない」

このうち「食べるものがない」については、コロナ禍に増加し、現在もさらに増えている。件数は少ないため留意する必要はあるが月別にみると、2021年9月、2020年5月、2021年2月、2021年8月、2021年6月が高めに出ており、緊急事態宣言の期間中に件数が多

くなる傾向もみられる。「住まいについて」はコロナの影響により件数が増加しているが、この項目はコロナ以前からも常に上位にあり（図表 7）、経済面・就労面に加えて住まいに関するニーズは平時から高く、住まいへの支援強化が求められる。

(b) コロナ禍 1 年目には増加しなかったが 2 年目の 2021 年になって増加しているもの：「税金や公共料金等の支払について」「債務について」「仕事上の不安やトラブル」 家計の中でも自由にならない支出に関連する相談が 2021 年になって増加するという特徴がみられる。また「債務について」は、相談件数はまだ少ないが、月別にたどると増加しており、今後も上昇していくと考えられる。

(4) 住居確保給付金

リーマンショックや金融危機を契機に、離職により住宅を失ったり住宅を失うおそれのある人を対象とした住宅手当緊急特別措置事業が開始した。その後 2014 年まで行われた住宅支援給付事業を発展させて制度化したものが住居確保給付金支給である。離職や廃業により家賃を払えなくなり住居を失うおそれがある生活困窮者に対して、原則 3 か月（最大 9 か月）、生活保護の住宅扶助費相当額を上限とした家賃相当額が自治体から家主に支給されるもので、ハローワークに登録して継続的に求職活動を行うことが課せられている。就労機会確保のためには安定した住まいが必要であるという視点で行われていることから就労支援の側面もある。生活困窮者自立支援制度の中ではこの住居確保給付金支給だけが現金給付で行われている。収入や資産要件があり、たとえば 2 人世帯の場合、板橋区では、世帯収入月額が基準額（130,000 円）と家賃（64,000 円が上限）の合計額を超えていない人、預貯金合計額が 780,000 円を超えていない人が対象となる。

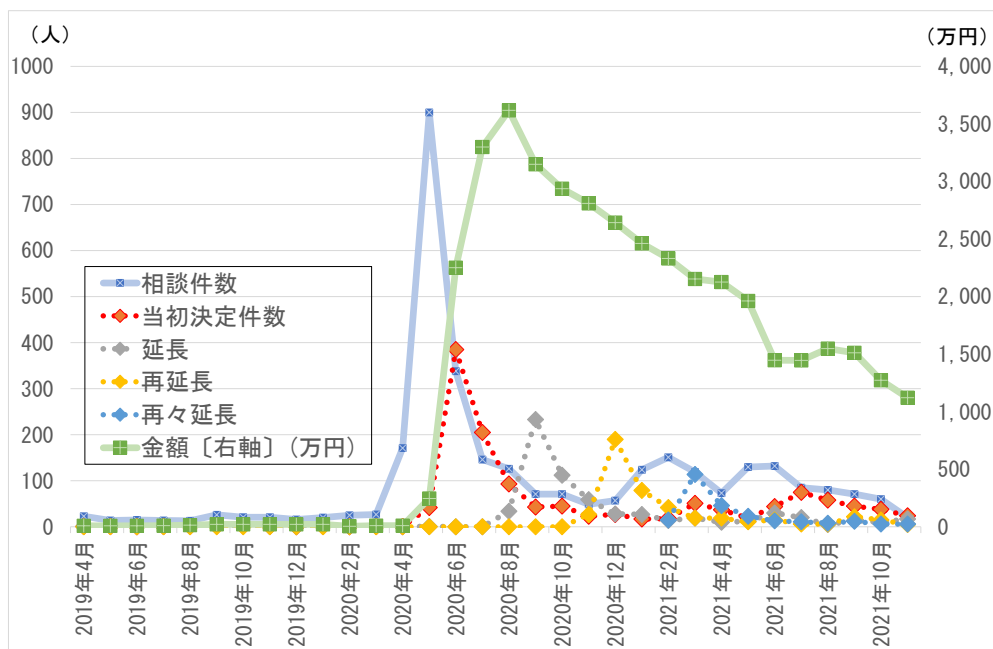
新型コロナ感染拡大をうけ、2020 年 4 月からは、休業等による減収で離職や廃業と同程度になった人も支給可能となり、求職活動要件も緩和されている。さらに 2021 年 1 月からは支給期間が最大 12 か月と延長されたが、この場合は、支給期間の延長部分についてはハローワークでの求職活動が必要とされている。

住居確保給付金相談件数をみると（図表 8）、1 回目から 3 回目の緊急事態宣言期間中に増加しており、とくに 1 回目の緊急事態宣言に伴う休業要請により 2020 年 5 月は前年同月比で 64 倍にもなり、この 1 か月だけで前年度 1 年間の 3.8 倍となっている。支給決定（当初）件数は 2020 年 6 月が最も多く、この 1 か月だけで前年度 1 年間の 35.0 倍となっている。2020 年度の相談件数、支給決定（当初）件数は、それぞれ 2019 年度の 9.9 倍、86.4 倍と大幅な伸びとなっている。

2019年度の受給者は3か月以内に給付金の支給が終結していたが、2020年度の受給者は6月にみられた山が3か月後（延長）、6か月後（再延長）、9か月後（再々延長）にもみられる。延長件数は6月支給者（当初）の60.5%、再延長件数は当初の49.4%、再々延長件数は当初の29.6%となっており、この結果から、3か月で終結していない人が6割、6か月で終結していない人が5割、9か月で終結していない人が3割ほどいるとも推測できる。

なお、この住居確保給付金支給により就労につながった人（就職率）に関しては、コロナ禍では求職活動要件が緩和されたため、2018年度は81.8%、2019年度は100%であったのに対し、2020年度は10.3%、2021年度（4月～11月）は18.8%となり、再就職支援という性格が弱まっている。

図表 8 住居確保給付金の相談件数・決定件数、支給額の推移



(5)生活福祉資金貸付

住居確保給付金と同様、利用者が大幅に増加したものとして、社会福祉協議会が実施している生活福祉資金貸付制度の緊急小口資金と総合支援資金がある（図表9）。生活福祉資金貸付制度は、1955年に世帯更生資金貸付制度として開始し（1990年に生活福祉資金貸付制度に改称）、2002年には緊急小口資金が、2009年には総合支援資金が創設された。緊急小口資金は「緊急かつ一時的な生計維持」のため、総合支援資金は「日常生活の立て直しまでの一定期間の生活費」のための貸付制度である。住居費だけでなく生活費全般に使用することが可能になるが、給付型ではなく貸与型である。本則では「原則として法に基づく自立相談支援事業等による支援を受けるとともに、実施主体及び関係機関から貸付け後の継続的な支援を

受けることに同意していることを要件」としている。

コロナ禍の「特例貸付」では、貸付申請増加、早期貸付けのためにこれらの資金手続きの簡素化・迅速化が求められたことから、自立相談支援が必須とされなくなった。つまり、社会福祉協議会窓口での面談や、後でみる家計改善支援事業による支援を受けることなく、家計の状況や返済見通しが把握されることもなく貸付が行われた。さらには労働金庫や郵便局での申請受付も可能になった。これまでの失業や所得要件は緩和され、収入の減少があれば対象となり、貸付上限も引上げられ、利用件数は急増した。

図表 9 緊急小口資金、総合支援資金の特例貸付

【緊急小口資金】(一時的な資金が必要な方[主に休業された方]) 【総合支援資金(生活支援費)】(生活の立て直しが必要な方[主に失業された方等])

	本則	特例措置		本則	特例措置
貸付対象者	緊急かつ一時的な生計維持のための貸付を必要とする低所得世帯等	新型コロナウイルス感染症の影響を受け、休業等により収入の減少があり、緊急かつ一時的な生計維持のための貸付を必要とする世帯	貸付対象者	低所得世帯であって、収入の減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっている世帯	新型コロナウイルス感染症の影響を受け、収入の減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっている世帯
貸付上限	10万円以内	学校等の休業、個人事業主等※1の特例の場合、20万円以内 その他の場合、10万円以内	貸付上限	(二人以上)月20万円×3月以内=60万円以内 (単身)月15万円×3月以内=45万円以内	同左(注2)
据置期間	2月以内	1年以内※2	据置期間	6月以内	1年以内※2
償還期限	12月以内	2年以内	償還期限	10年以内	同左
貸付利率	無利子	無利子	貸付利率	保証人あり:無利子 保証人なし:年1.5%	無利子

再貸付を可能とし、緊急小口資金と合わせて最大200万円貸付可能

※1 世帯員の中に個人事業主等がいること等のため、収入減少により生活に要する費用が不足するとき

※2 令和4年3月末以前に償還時期が到来する予定の貸付に関しては、令和4年3月末まで延長。

注1 総合支援資金(生活支援費)については、申請の際に、償還開始までに自立相談支援機関からの支援を受けることに同意することをもって、貸付を行う。

注2 特例措置においては、貸付3月目においても日常生活の維持が困難な場合、更に3月以内(60万円以内)追加で貸付を行うことができる。また、令和3年3月末までの間に、緊急小口資金及び総合支援資金の貸付が終了した世帯は、自立相談支援機関による支援を受けることを要件として、再貸付(3月以内 60万円以内)を実施する。

償還免除について：償還時において、なお所得の減少が続く住民税非課税世帯の償還を免除することができることとし、生活に困窮された方の生活にきめ細かに配慮する。(緊急小口資金については、令和3年度又は令和4年度の住民税非課税を確認し一括免除を行う。総合支援資金の償還免除要件等については引き続き検討。住民税非課税世帯を確認する対象は、借受人及び世帯主とする。)

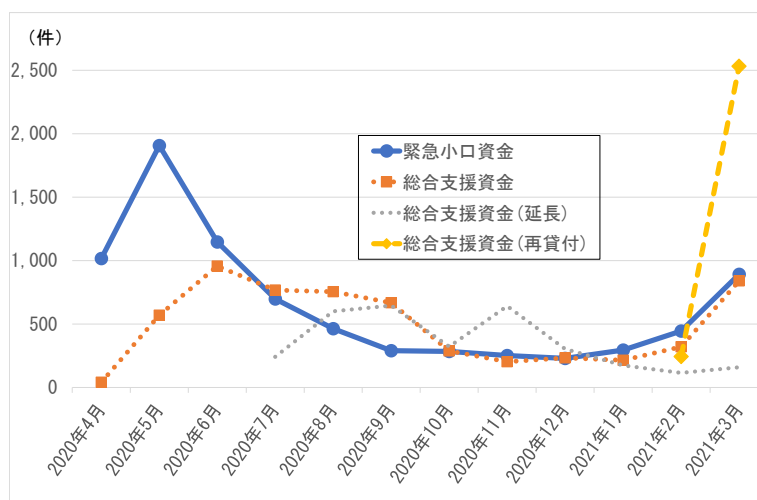
出典：厚生労働省資料

板橋区の2020年度の緊急小口資金、総合支援資金の申請件数の推移をみると²、住居確保給付金同様、緊急事態宣言期間中に件数が増加している(図表10)。2020年3月25日より受付が開始し、2019年度の緊急小口資金申請件数は76件、総合支援資金は0件であったのに対し、2020年度はそれぞれ7,918件、9,054件(うち延長は3,200件)で、緊急小口資金は前年度の104倍にもなっている。2021年2月から実施された総合支援資金再貸付には2~3月で2,776件もの申請があった。申請件数は、緊急小口資金では2020年5月が最も多く、総合支援資金ではそれよりも遅れて6月が多く、その後の3か月は大きく減少していない。

² 「令和2年度 板橋区社会福祉協議会 事業報告書」参照

(http://www.itabashishakyo.jp/uploads/fckeditor/file/03_jigyo_hokoku_R02.pdf 2022年1月31日確認)

図表 10 緊急小口資金、総合支援資金の申請件数の推移



出典：「令和2年度 板橋区社会福祉協議会 事業報告書」

コロナ禍の特例貸付では住民税非課税世帯の償還は免除され給付化されることになったが、それ以外の世帯の返済は2023年1月から開始することになっている。無利子であるとはいえ、図表9にある最大200万円の貸付を受けている人もいる。家計診断を受けずに借りた額の返済などに対する支援体制の整備が今後は求められる。

(6) 家計改善支援事業

家計改善支援事業は、生活困窮者自立支援法第3条5項で、「生活困窮者に対し、収入、支出その他家計の状況を適切に把握すること及び家計の改善の意欲を高めることを支援するとともに、生活に必要な資金の貸付けのあっせんを行う事業をいう。」とされている。「家計再生プラン」などを作成し、それに基づき、家計管理に関する支援、滞納（家賃、税金、公共料金など）の解消や各種給付制度等の利用に向けた支援、債務整理に関する支援（多重債務者相談窓口との連携等）、貸付けのあっせんなどの支援が行われる。支援期間は原則1年間とされている。

家計改善支援事業の実績（実人数）を示した図表11をみると、面接・問合せ人数は2018年度から2021年度にかけて増加している。家計改善支援への需要が高まっていることがうかがえる結果となっている。

支援対象になった人の改善率をみると、新型コロナウイルス感染拡大1年目の2020年度は3.9%で低かったが、2021年度（4月～11月）はわずかであるが6.8%と高くなっている。この改善率をプラン作成者についてみるとプラン作成により改善率が高くなり、とくに2021年度（4月～11月）は76.7%で8割が改善している。ただし、支援対象者のうちプランを作成した人

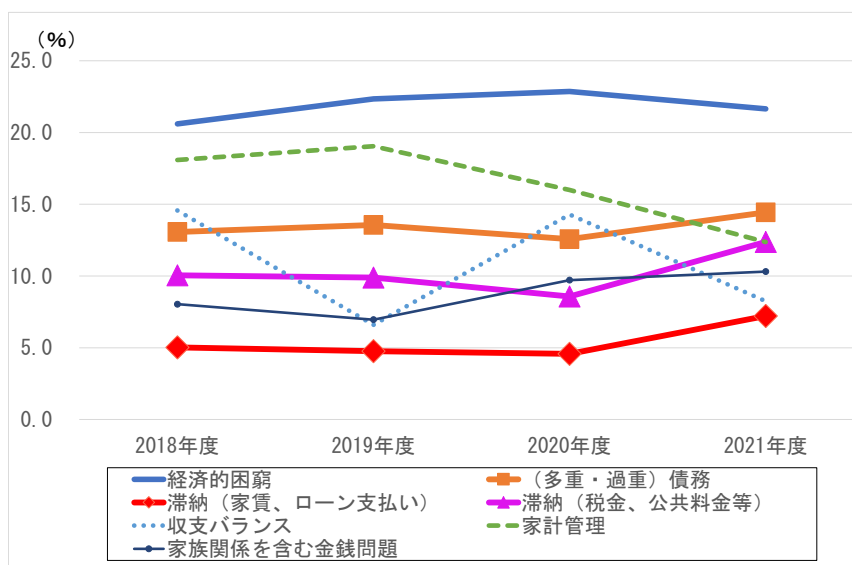
の割合をみると2019年度以降低下して2021年度（4月～11月）はわずか8.3%で1割以下となっている。

図表 11 家計改善支援事業の実績

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度 (4月～11月)
面接・問合せ人数（件）	274	297	336	360
プラン作成率（%）	14.8	17.5	11.3	8.3
改善率（%）	7.2	6.8	3.9	6.8
プラン作成者改善率（%）	59.6	39.8	34.9	76.7

「支援対象者の課題」（「経済的困難」「(多重・過重)債務」「滞納（家賃、ローン支払い）」「滞納（税金、公共料金等）」「収支バランス」「家計管理」「家族関係を含む金銭問題」）それぞれについて全体に占める割合を示した図表 12 をみると、「経済的困難」の割合が2018年度から2021年度を通して最も高い。2021年度にかけて「家計管理」「収支バランス」の占める割合が減少して「(多重・過重)債務」「滞納（税金、公共料金等）」「滞納（家賃、ローン支払い）」が増加している。新型コロナの影響によるこのような債務や滞納の問題、それに伴う家計への影響は今後さらに出てくるであろう。家計には、その世帯の経済的な課題だけでなく家計以外の生活全般にわたる課題が現れている。家計の状況を適切に把握し、家計の改善を支援する家計改善支援事業を推進することは今後さらに重要となってくるであろう。

図表 12 家計改善支援事業の「支援対象者の課題」



4 むすびにかえて

本章では、コロナ禍における板橋区の生活困窮者自立支援制度の実態をみてきた。1 回目の緊急事態宣言時（2020 年 4 月～5 月）とその後しばらくは相談件数や住居確保給付金支給・生活福祉資金貸付利用者が急増したが、2021 年 11 月時点での相談件数はコロナ前の水準に戻りつつある。新型コロナ感染拡大で、生活困窮者が抱える課題は変化し、それにあわせて生活困窮者自立支援制度とそれに関連する制度は対象条件が緩和されたり特例措置がとられたりしたが、今後もニーズにあわせて改善していく必要がある。

コロナ前も現在もニーズが高い居住に関しては、たとえばコロナ禍での住居確保給付金では不十分で、再々延長でも終結していない人がいる。板橋区では、独自に賃貸住宅更新料相当分を上乗せする施策を行っているが、生活の基盤となる居住に対して、さらに恒久的な制度づくりが必要であろう。

また、家計相談が行われることなく貸付が実施された一方で、コロナ禍では家計改善支援事業の面接・問合せ人数は増加し、債務や滞納に関する相談も増え始めている。プラン作成率は低下しているが、プラン作成による家計改善率は高くなっている。今後、特例貸付の償還が本格的に始まり、各種給付や減免措置が終了すると、家計面からだけでなく家計以外の生活全般にわたる課題も把握しながら家計改善支援をしていくことがさらに必要となってくるだろう。

最後に生活保護制度に関しては、申請件数や被保護世帯数はコロナ前よりも増加し、現在も増加傾向にある。生活困窮者自立支援制度ではなく生活保護制度で総合的に支援して自立を促すほうがよい場合は確実に生活保護につなげるなど、これらの制度の連携がますます重要になるであろう。

生活困窮者自立支援法第 2 条では、「生活困窮者に対する自立の支援は、地域における福祉、就労、教育、住宅その他の生活困窮者に対する支援に関する業務を行う関係機関及び民間団体との緊密な連携その他必要な支援体制の整備に配慮して行われなければならない。」とされている。板橋区民に有効な支援が行われるには、関係機関が連携して、経済的自立だけでなく日常生活・社会生活自立に向けた事業を積極的に行い、「板橋区基本計画 2025」の基本政策の 1 つである「安心の福祉・介護」に向けた取り組みが展開されることが今後期待される。

第5章 (海外事例) オーストラリアの高齢者ケア制度 ～リエイブルメントの概念を中心に～

はじめに

2020年において、オーストラリアでは総人口の約16%に該当する約420万人が65歳以上であった (Australian Institute of Health and Welfare 2021: 第1段落)。この割合は日本が同年比で28.4%となっていることと比較すれば、オーストラリアの高齢化率は日本より低い。しかしながら、今後、人口の高齢化が着実に進展すると考えられているオーストラリアでは、高齢者が要介護状態になることをその事前の軽度の段階からアプローチすることで予防し、自立を支援する施策に重点が置かれ始めている。このことは高齢者の自立を促す支援を行うことによって生活の質を高めると同時に、高齢者ケアに関する政府支出を抑制することが目的ともなっている。

このような介護状態になる前の、軽度の段階でのアプローチとして近年注目されているのがリエイブルメントの概念である。この概念はイギリスや北欧諸国ばかりでなく、オーストラリア、ニュージーランド、アメリカなどでも広がりを見せている (David 2021: 1)。リエイブルメントとは、人々が生活における目標を達成し、自立と自主性を最大限に発揮できるよう支援することを目的として、機能低下に適応するためあるいは活動を再開するための自信と能力を取り戻すために、その人の特定の目標や望ましい結果に的を絞った、時間制限のある関与である (Department of Social Services 2015: 12)。

近年、オーストラリアのリエイブルメントに関する施策にもとづいたケアのアプローチは積極的に展開されている。しかし、日本におけるオーストラリアの高齢者ケア研究においてはリエイブルメントに着目したものは筆者が知る限りわずかである。

そこで本論文ではオーストラリアにおけるリエイブルメント施策の展開に着目する。まずリエイブルメントの概念を高齢者ケア制度のなかに位置づけ、オーストラリアにおけるリエイブルメントの概念を国際的な観点から浮き彫りにする。さらに、リエイブルメントに基づくアプローチを展開する上での原則、導入の根拠となっている分析について確認する。

なお、本論文はオーストラリアのリエイブルメントアプローチに関連する連邦政府による文書、学術論文等に依拠している。

第1節 高齢者ケアの概要

オーストラリアにおける高齢者ケアシステムは、①在宅ケア (Home Support もしくは Home Care)、②施設ケア (Residential care)、③柔軟なケア (flexible care) という3つの柱からなる

(Department of Health 2021a: 7)。①在宅ケアは、利用者が軽度レベルであれば在宅支援プログラムとしての連邦在宅支援プログラム (Commonwealth Home Support Programme (以下、CHSP とする)) があり、中重度レベルであれば連邦在宅ケアプログラム (Home Care Packages Program (以下、HCPP とする)) があり、大きく 2 つに分かれる。また③柔軟なケアは移行期ケア (Transition care)、修復ケア (Restorative care)、多目的サービス (Multi-purpose Services (以下、MPS とする))、全国アボリジニおよびトレス海峡島民向け柔軟な高齢者ケアプログラム (National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Program)、画期的なケアサービス (Innovative care services) に分けられる(Department of Health 2021a: 7)。

1-1 在宅ケア

オーストラリアにおける在宅ケアであるの一つである CHSP を通じて提供されるホームサポートは、自宅やコミュニティで自立した生活を続けるために支援を必要とする 65 歳以上 (アボリジニおよびトレス海峡諸島民は 50 歳以上) の高齢者に初歩的なレベルの支援サービスを提供するものである。CHSP はより具体的には①地域・在宅支援 (Community and Home Support)、②介護関係と介護者支援 (Care relationships and carer support)、③ケアと住宅の援助 (Assistance with Care and Housing)、および④サービスシステム開発 (Service System Development) である 4 つのプログラムで構成されている(Department of Health 2021a: 36)。

ここで①の地域・在宅支援の目的はフレイルの時期にある高齢者が自宅や地域で自立した生活を送れるように初歩的な支援サービスを提供することである(Department of Health 2021a: 36)。②の介護関係と介護者支援は介護する側と介護される側との関係を支援・維持するための制度であり、その目的は介護される高齢者に対して質の高いレスパイトケアを提供し、常時介護している家族などが安心して休息を取れるようにすることである(Department of Health 2021a: 36)。③のケアと住宅の援助の目的はホームレスの人々やホームレスになる懸念のある人に対して、継続的に住宅や地域とのかかわりを支援することである(Department of Health 2021a: 36)。最後に④のサービスシステム開発は CHSP を円滑に遂行することができるような介護サービスシステムの開発を目的としている(Department of Health 2021a: 36)。

この CHSP は 2015 年 7 月 1 日、それまでの連邦 HACC プログラム、全国介護者向けレスパイトプログラム、デイセラピーセンター、高齢者向け介護・住宅支援の 4 つを統合し、CHSP が成立し、現在すべての州が CHSP の下で運営されている(Department of Health 2021a: 7)。

1-2 施設ケア

施設ケアは 1997 年高齢者ケア法 (Aged Care Act 1997) に基づき、介護の必要性が高く、高齢者介護施設での介護を選択した人、または必要とする人に介護施設と 24 時間の介護を長期または短期 (レスパイト) で提供するプログラムである (Department of Health 2021b: 第 1 段落)。具体的な支援内容は、掃除、料理、洗濯などの日常業務、入浴、着替え、トイレへの行き方などのパーソナルケア、医療従事者サービス、臨床ケアおよび治療へのアクセス、その他のサービス—社会的および感情的なサポート、娯楽などとなっている (Department of Health 2021b: 第 5 段落)。このサービスを利用するには高齢者介護審査チーム (Aged Care Assessment Team (以下、ACAT とする) のアセスメントを受ける必要がある¹⁾。そのため、入居を希望する場合にはまずは「My Aged Care」との電話による相談を通じて簡易的なアセスメントを受け、CHSP ではなく ACAT が適切であるとの判断を受ける必要がある。

1-3 柔軟なケア

柔軟なケアは前述のとおり 5 つに分類される (Department of Health 2021a: 7)。まず、移行期ケアプログラムは退院後、最長 12 週間、リハビリテーションを提供するプログラムであり、高齢者の機能と自立を促し、老人介護ホームではなく、自宅での活動を可能にすることを目的とした短期間のケアである (Department of Health 2021a: 7)。この移行期ケアを利用する場合には ACAT のアセスメントを受ける必要がある。プログラムの実施場所は老人介護ホームや自宅などである (Department of Health 2021a: 7)。当該プログラム提供の主体は主に州政府であるが、州政府などが承認した非営利組織とも連携して介護を受ける人が質の高いサービスを受けられることを可能にしている (Department of Health 2021a: 7)。

次に修復ケアは、高齢者が長期的に介護状態になることを回避するために、もしくは少しでもその状態に陥ることを遅らせることを支援するために最大 8 週間、高齢者の身体機能や認知機能を高めることに重点を置いたプログラムである (Department of Health 2020: 第 1 段落)。この時、身体機能の低下は入浴や食事、買い物、運転などが困難になった場合を意味し、自宅や老人介護ホームでリハビリテーションを受けることができる (Department of Health 2020: 第 1 段落)。

多目的サービスは、病院や老人介護ホームのない、もしくはそれらの施設で高齢者を支援できないような農村や僻地で、医療と高齢者介護の統合サービスを提供するプログラムであ

1) 中重度の高齢者ケアの利用者向けのアセスメント。

る。サービスの提供主体は州政府と地方自治体であり、彼らは地域社会と相談しながら高齢者の介護のニーズを把握し、地域の病院を中心にサービスが提供される(Department of Health 2021a: 7)。

全国アボリジニおよびトレス海峡島民向け柔軟な高齢者ケアプログラムは、アボリジニとトレス海峡諸島民の高齢者が自宅や地域社会の近くで生活することが可能となるようにケアサービスを提供する。このプログラムに基づくサービスは、居住施設または在宅介護のいずれかで提供されることになっている。そのため、柔軟にサービスを提供できるように現在では特に障害を持つ若い人に対するサービスモデルの試験的な運用が実施されており、その事業の実施に連邦政府が補助金を拠出している(Department of Health 2021a: 7)。

第2節 CHSP の概要

これまで、オーストラリアにおける高齢者ケアの概要について言及してきた。本節ではそのなかで特に近年重要性が高まっている CHSP について確認する。

連邦政府は、高齢者支援サービスへの高齢者のアクセスを合理化することを目的として高齢者ケアに関する制度の一連の改革を実施している(Department of Health 2022: 2)。その一連の改革の出発点は 2015 年 7 月 1 日であり、CHSP は以下の 4 つの高齢者介護プログラムを統合し、単一の在宅支援プログラムを提供している(Department of Health 2022: 2)。

- ホーム&コミュニティケア (HACC) プログラム
- 全国介護者向けレスパイトプログラム (NRCP) に基づく計画的なレスパイトサービス
- デイセラピーセンター(DTC)プログラム
- 高齢者ケア・住宅支援 (ACHA) プログラム。

CHSP は、フレイルの時期にある高齢者が自宅で自立した生活を維持できるよう支援することにより財政的な側面でも重要な役割を果たしている。すなわち、とりわけフレイルの時期にある高齢者の自立した生活の維持を支援することで、自宅における老人ケアなどの他の形態の介護の対象となる人数が削減されることになれば、高齢者ケアに係る政府による支出を削減されることになり、結果としてフレイルの時期にある高齢者にもプラスの影響をもたらすことになるのである(Department of Health 2022: 3-4)。CHSP は高齢化と高齢者ケアを必要とする人々の数の増加に伴い、高齢者ケアシステム全体の高齢者ケアコストを持続可能な水準に維持することを期待されている。

CHSP の目的は以下にまとめることができる(Department of Health 2022: 5)。

- 1.フレイルの時期にある高齢者が自宅や地域社会で自立をし、生活の質を高められるよう、

低強度のサポートを短期間または継続的に、あるいは高強度のサービスを短期間で提供する。

- 2.在宅支援アセスメント²⁾ (Regional Assessment Services(以下、RAS とする)) によって支援が必要と評価された基本的には 65 歳以上のフレイルの時期にある高齢者に、家庭や地域で自立した生活を続けるための初期の支援を提供する。
- 3.65 歳以上のフレイルの時期にある高齢者に計画的なレスパイトサービスを直接提供することで、介護者が休息を取ることができるように支援する。
- 4.低所得でフレイルの時期にある高齢者、または 50 歳以上でホームレスになったり、ホームレスになる危険性を回避することを目的としたケア・住宅支援をする。
- 5.高齢化が進みケアを必要とする人が増えても、システム全体の高齢者ケア費用を持続可能な水準に維持できるように、高齢者が社会的に活動し、地域とのつながりを保つことで、より複雑な高齢者ケアへの移行を遅らせたり、回避することを支援する。
- 6.すべての利用者が社会的・文化的に適切で、差別のないサービスを平等に受けられるようにする。
- 7.高齢者が質の高いサービスを受けられるよう、関連するすべての倫理規定、業界の品質基準、ガイドラインを確実に遵守する。
- 8.高齢者の自立を促進させるために複数のサービスの選択肢を用意し、制度が高齢者のニーズに応えられるようにする。
- 9.高齢者のニーズを総合的に把握する標準化された評価プロセスを提供する。
- 10.地域のニーズに対応した柔軟でタイムリーなサービスを提供する。

CHSP の目的を確認するといくつかの特徴的な点を指摘できる。1 点目は高齢者の場合、低下してしまった機能をもとの状態にまで戻すのは多くの時間を要するか、もしくは困難であるが、CHSP が対象にしているように比較的軽度レベルから短期的に適切な支援を受けることで、もとの自立した日常生活に戻ることが可能であると考えていることである。このことから CHSP における自立支援とは人の力に頼らず、自分の力で生活の質を維持することができる能力の回復を支援することを意味しているといえよう。2 点目は CHSP のサービス提供者はフレイルの時期にある高齢者の独立性を高め、自宅や地域で安全な生活を送ることができるように協力することが求められているということである。言い換えれば、CHSP のサー

2) 軽度レベルの高齢者ケアの利用者向けのアセスメント。

ビス提供者はサービスを受ける高齢者が自分で安全にできることは引き受けるべきではないことを意味している。3点目はアセスメントが強化されているということである。そして、4点目は介護者のレスパイトケアにも配慮しているという点である。

このようにオーストラリアの軽度レベルの高齢者ケアは重層的である。この制度を支える具体的な手法としてはウェルネスとリエイブルメントアプローチがある。次節ではこのアプローチについて言及する。

第3節 リエイブルメントの発展

従来の高齢者ケアはでは高齢者のできることよりも、できないことに焦点を当てるため、高齢者がサービスに過度に依存する傾向があり、このことは高齢者の身体的な機能低下を加速させることにつながってきたことを踏まえ、オーストラリアではウェルネスとリエイブルメントの考え方が発展してきた。そこで本節ではまずリエイブルメントの定義について確認する。

3-1 国際的な定義

リエイブルメントは北欧やイギリスでは高齢者のリハビリテーションとしての意味を含む在宅ケアを指して使用されることが多い。一方でアメリカ、オーストラリア、ニュージーランドでは修復ケア（restorative care）と基本的には位置付けられる（David 2021: 1）。リエイブルメントの定義はさまざまであるが、国際高齢者連盟（International Federation on Ageing（以下 IFA とする））の2015年度のコペンハーゲンサミットにおいて、リエイブルメントの定義が議論となっている。その中でリエイブルメントとは下記のように位置付けられている。

機能を維持・向上させる、あるいは機能低下の影響に適応するための技術と自信を（再）獲得する積極的なプロセスをいう。また、安全であり、文化的に配慮された、適応性のある方法で地域社会の中で社会的な関わりを持ち続けることを支援することである。

（David 2021: 1）

このように、リエイブルメントは特にフレイルの時期にあるような高齢者に対して身体的な機能の低下の向上だけでなく、精神的なケアも含む定義となっている。さらに言えば、それは機能低下を回復させるための技術と自信を再獲得するまでのプロセスと位置付けているものの、ケアの期間については言及がない点にも特徴がある。

3-2 CHSPにおけるリエイブルメントの定義

オーストラリアにおいてリエイブルメントはCHSPのプログラムに内包されている。ここではリエイブルメントは人々が生活における目標を達成し、自立と自主性を最大限に発揮できるよう支援することを目的としており、機能低下に適応するため、あるいは活動を再開するための自信と能力を取り戻すために、その人の特定の目標や望ましい結果に的を絞った、時間制限のある関与であるとしている (Department of Social Services 2015: 12)。すなわち、オーストラリアの場合、前述で言及した国際的な定義と比較すると、時間的な概念が導入され時間的な制限のある支援という特徴を指摘することができる。

3-3 リエイブルメントの原則

前述したようにオーストラリアのリエイブルメントの概念はCHSPプログラムとして位置づけられている。CHSPプログラムにおけるウェルネス・リエイブルメントアプローチは以下の原則に基づいて運用されている(Department of Health 2022: 17-18)。

①自立を促進すること：

人間は他者から自立していることを重視しており、特に高齢者にとっては自立していることの喪失は回復が困難になるほど多大な影響を及ぼす可能性がある。

②クライアントの目標を明確にすること：

単に自宅に滞在し、その段階での能力を維持するためのサービス提供だけでは不十分である。サービスの提供は可能な限り、高齢者が目標に向かって積極的に努力し、自立を向上させるような支援に焦点を当てる必要がある。

③身体的・心理的ニーズを考慮すること：

自立は身体的機能に限定せず、社会的・心理的機能も含まれる。

④高齢者の参加を促す：

受け身の姿勢でサービスを受けるのではなく、高齢者自身が積極的に参加することが身体的・精神的に健康であるための重要な要素である。サービスの提供は人が自分でできる作業を代行するのではなく、その人が作業を完了できるように支援することに重点を置くべきである。

⑤定期的な評価の必要性：

高齢者の評価は一度きりではなく、継続的に行う必要がある。高齢者の目標に向けた進捗に焦点を当て、その目標を達成するために必要なサポートとサービスの期間を検討する必要がある。

⑥強みに焦点を当てること：

その人ができないことよりも、できることに焦点を当てるべきである。可能な限り、サービスは依存を生み出すのではなく、スキルの保持、回復、習得を目指すべきである。

⑦高齢者が潜在能力を発揮できるように支援すること：

高齢者の能力に応じた活動を維持、拡大できるように支援する。

⑧個別支援を実施すること：

サービスの提供は、個人の目標、願望、ニーズに合わせて個別に行う必要がある。

3-4 リエイブルメントアプローチの背景

Lewin (2013) らによる研究では、リエイブルメントアプローチによるプログラムを受けた高齢者は、従来の在宅ケアモデルでサービスを受けた高齢者と比較した場合、プログラムを受けた後3年間は他の在宅ケアを、またはプログラムを受けた後の5年間は医療関連のインフラを利用する可能性が低いことが明らかにされている。さらに Lewin (2013) らはリエイブルメントアプローチのプログラム参加者が従来の在宅ケアでサービスを受けている人と比べて、5年間の参加で平均12,500豪ドルの高齢者ケア関連の費用を節約できるとしている。

オーストラリアの高齢者ケアは加齢による身体的、精神的な衰えに最も影響を与えるのは、遺伝ではなく個人のライフスタイルである、という点を重視し、また、生活全般ではなくとも、衣服の着脱、食事、排泄など生活に必要な活動を他人に頼らず自分の力でしている人は、自立した生活を続け、より良く、より長く生きる傾向があるという考えを根底に据えている。そのため、リエイブルメントアプローチを進めるうえでの根拠として Gore (2018) らによる研究を採り上げている。

Gore (2018) らは加齢に伴う衰えを理解するためのフレームワークについてライフカーブ (Life Curve) を用いて説明している。このライフカーブは自立の維持が生活の質に与える影響と、加齢に伴う機能低下に着目し、ある人が自分で特定の作業をやめてしまうと、機能的な能力が段階的に失われる傾向があることを示している。そのため、できるだけ長く身体的な能力を維持し、日常的な作業を自立して行えるよう支援し、自立することを最大限、目標とすることが重要なのである。

図1はライフカーブを示している。縦軸は通常、高齢者が時間の経過とともに失っていく日常生活の動作を失われやすい順に上から並べている。この減少の時間的な幅は個々人間で異なり、日々の行動などで影響を受けることがある。この図が示すように、足の爪を切るのが困難であることは、一般的にサポートが必要であると考えられる初期段階と考えられてい

る。横軸は時間の経過を表している。

また、図では2つの曲線が示されている。初期の衰えが早い「最適ではないライフカーブ」と、初期の衰えが遅く、歩行や買い物、身の回りのことができなくなるまで自立した生活が送れる期間が長い「最適なライフカーブ」を示している。この最適ではないライフカーブを最適なライフカーブに引き上げるのが、特に初期段階ではリエイブルメントなのである。

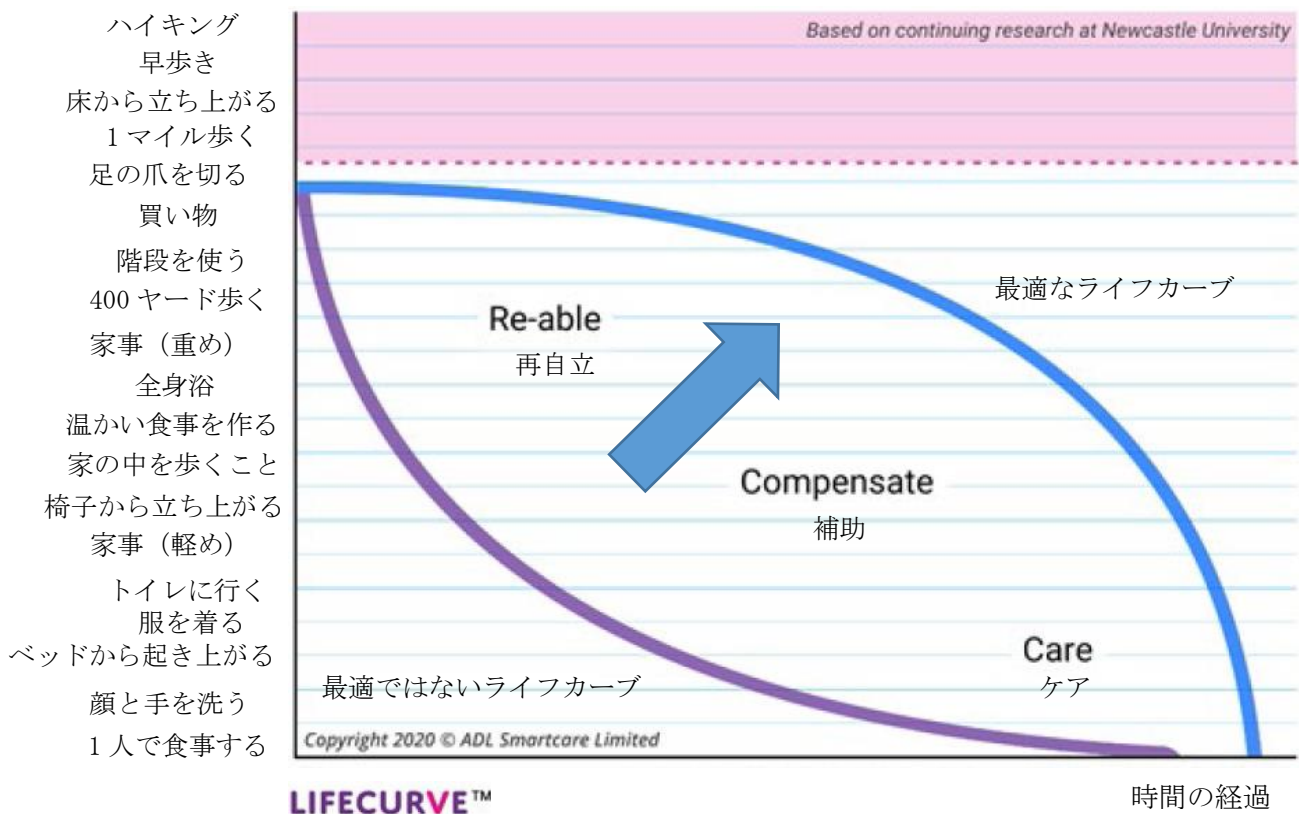


図1 ライフカーブ

出典) Department of Health (2022) p16 より転載。

注) 矢印は筆者が追記した。また日本語訳は筆者による。

おわりに

本論文ではオーストラリアの高齢者ケアの概要やリエイブルメントの定義の整理と当該概念を導入した背景や運用上の原則について述べてきた。今後は、オーストラリアのリエイブルメントの概念の運用実態、すなわちどのような人々がリエイブルメントアプローチを支え、どのように高齢者との関係を構築しながら目標を設定し、達成に向けて展開しているのかを確認する必要がある。さらに言えば、当該制度の原則や目的が文言通りに実際に運用されているかについても言及しなければならないだろう。

参考文献

- Australian Institute of Health and Welfare, 2021, Older Australians, Australian Government, Canberra, (2021年12月12日取得, <https://www.aihw.gov.au/reports/older-people/older-australians/contents/summary>).
- Clotworthy A, Kusumastuti S, Westendorp RG, 2020, Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatr.* 21:1–16, (2021年9月4日取得, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7809765/pdf/12877_2020_Article_1958.pdf).
- David OB, 2021, *Embracing the reablement approach as a model of restorative care for the elderly*, *Arch Gerontol Geriatr Res* 6(1):1-6. (2021年9月4日取得, <https://www.peertechpublications.com/articles/AGGR-6-127.php>).
- Department of Health, 2020, About the Short-Term Restorative Care (STRC) Programme, Australian Government, Canberra, (2021年12月12日取得, <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/short-term-restorative-care-strc-programme/about-the-short-term-restorative-care-strc-programme>) .
- Department of Health, 2021a, *Ninth Report on the Funding and Financing of the Aged Care Industry – July 2021*, Australian Government, Canberra, (2022年2月3日取得, <https://www.health.gov.au/resources/publications/ninth-report-on-the-funding-and-financing-of-the-aged-care-industry-july-2021>).
- Department of Health, 2021b, About residential aged care, Australian Government, Canberra, (2021年12月12日取得, <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/residential-aged-care/about-residential-aged-care>).
- Department of Health, 2022, *Commonwealth Home Support Programme Program Manual 2020–2022*, Australian Government, Canberra, (2022年2月3日取得, <https://www.health.gov.au/resources/publications/commonwealth-home-support-programme-chsp-manual>).
- Department of Social Services, 2015, *Living well at home: CHSP Good Practice Guide. Commonwealth Home Support Program (CHSP)*, Australian Government, Canberra, (2022年2月3日取得, <https://www.health.gov.au/resources/publications/living-well-at-home-chsp-good-practice-guide>).
- Gore PG, Kingston A, Johnson GR, Kirkwood TBL, Jagger C, 2018, New horizons in the compression of functional decline. *Age and Ageing*, 47(6):764–768, (2021年9月4日取得,

<https://doi.org/10.1093/ageing/afy145>).

木下康仁, 2007, 『改革進むオーストラリアの高齢者ケア』東信堂.

Lewin GF, Alfonso HS, Alan JJ, 2013, Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Aging*, 8: 1273–1281, (2021年11月1日取得, <https://bit.ly/3csGzg5>).

鈴木奈穂美, 2018, 「オーストラリアのインフォーマル介護者の権利と支援施策の実態」『専修大学社会科学年報』, 52 : 59-94.

八木原大, 2010, 「オーストラリアの福祉制度-医療保障制度を中心に-」『経済研究』, 23 : 155-170

八木原大, 2017, 「オーストラリアにおける医療保障制度の現状」『研究報告』 29 : 143-157.

I 活動経過

2019 年度活動経過

回	日付	場所	内容
1	2019年7月30日(火) 10:30~12:00	大東文化会館 K-302 研修室	第1回全体会 ・今後の研究活動について
2	2019年9月13日(金) 14:00~16:15	板橋校舎 2-0220 大会議室	第2回全体会 ・調査研究題目(テーマ)の設定について
3	2019年10月9日(水) 18:00~20:00	大東文化会館 K-302 研修室	第1回生活分野分科会
4	2019年10月16日(水) 15:30~17:00	大東文化会館 K-401 研修室	第1回防災分野分科会
5	2019年11月25日(月) 18:00~19:00	大東文化会館 K-401/402 研修室	第2回生活分野分科会
6	2019年12月5日(木) 15:30~17:30	大東文化会館 K-404 研修室	第2回防災分野分科会
7	2020年1月23日(木) 18:00~19:00	大東文化会館 K-404 研修室	第3回生活分野分科会
8	2020年2月13日(木) 16:30~18:30	板橋校舎2号館5階 パソコンルーム	第3回防災分野分科会
9	2020年2月21日(金) 14:00~17:00	大東文化会館 K-401/402 研修室	第4回生活分野分科会
10	2020年3月4日(水)	首都圏外郭放水路 見学会	コロナウイルス感染拡大により中止

2020 年度活動経過

回	日付	場所	内容
1	2020年10月6日(火) 18:00~19:00	大東文化会館 K-302 研修室 及び Zoom	第3回全体会 ・地域デザインフォーラムの研究期間延長について
2	2020年11月13日(金) 18:00~19:15	Zoom	第5回生活分野分科会
3	2020年12月24日(木) 15:00~17:00	板橋校舎2号館5階 パソコンルーム	第4回防災分野分科会
4	2021年3月18日(木) 18:00~19:00	Zoom	第6回生活分野分科会

2021 年度活動経過

回	日付	場所	内容
1	2021年5月10日(月) 13:00~17:00	板橋校舎3号館4階 ビジネスルーム	第5回防災分野分科会
2	2021年5月21日(金) 18:30~19:30	Zoom	第7回生活分野分科会
3	2021年6月16日(水) 13:30~17:00	板橋校舎2号館5階 パソコンルーム	第6回防災分野分科会

4	2021年6月18日(金) 18:30~19:30	Zoom	第8回生活分野分科会
5	2021年7月16日(金) 18:30~19:30	Zoom	第9回生活分野分科会
6	2021年7月28日(水) 13:30~15:30	板橋校舎2号館5階 パソコンルーム	第7回防災分野分科会
7	2021年9月15日(水) 13:30~17:00	板橋校舎2号館5階 パソコンルーム	第8回防災分野分科会
8	2021年10月1日(金) 18:30~19:30	Zoom	第10回生活分野分科会
9	2021年10月27日(水) 15:00~17:00	大東文化会館 K-401/402 研修室 及び Zoom	第4回全体会 ・地域デザインフォーラムブックレット No. 28 の制作について ※本会議において「生活分野分科会」の名称を研究実態に即し、「福祉分野分科会」に変更した。
10	2021年10月29日(金) 13:30~17:00	板橋校舎2号館5階 パソコンルーム	第9回防災分野分科会
11	2021年12月14日(金) 15:00~18:00	板橋校舎2号館5階 パソコンルーム	第10回防災分野分科会
12	2022年1月26日(水)	メール開催	第11回防災分野分科会

Ⅱ 研究員名簿

大東文化大学

	氏名	所属	専門分野	分科会
1	長沼 佐枝	経済学部 現代経済学科 准教授	都市と人口（高齢化・過疎）の実証研究	防災分野分科会
2	大浦 あすか	経済学部 社会経済学科 講師	経済成長論 環境経済学	
3	清水 真人	経営学部 経営学科 講師	ロジスティクスと都市・交通計画	
4	濱本 知寿香	経済学部 社会経済学科 教授	社会保障論 社会福祉政策	福祉分野分科会
5	加藤 勇之助	スポーツ・健康科学部 スポーツ科学科 教授	保健体育科教育に関する実践的研究	
6	小野田 竜一	社会学部 社会学科 講師	社会心理学	
7	八木原 大	社会学部 社会学科 講師	公共政策 地域と福祉・医療	
8	野瀬 元子	文学部 歴史文化学科 准教授	文化・歴史を活用した観光まちづくり	

東京都板橋区

	氏名	所属	分科会
1	舟山 百合子	健康生きがい部（保健所）予防対策課感染症事務係長	防災分野分科会
2	志村 晃一	都市整備部建築指導課意匠審査係長	
3	小林 惣	産業経済部産業振興課長	福祉分野分科会
4	折原 孝	区民文化部文化・国際交流課長	
5	坂口 佳大	福祉部赤塚福祉事務所障がい者支援係	

III 執筆者一覧

ブックレットの刊行にあたり ……鈴木 明

第1部 複合的な指標から見た災害危険度の判定と対応

- 第1章 はじめに ……志村 晃一/清水 真人
第2章 防災の視点から見た板橋区の現状ならびに既存の防災計画と課題
……舟山 百合子/志村 晃一
第3章 研究の方法と使用データ（データの捉え方と分析の考え方）
……大浦 あすか/清水 真人
第4章 町丁目スケールにおける対応優先度の時系列変化
……長沼 佐枝/大浦 あすか
第5章 本研究から見えてきた課題と提案 ……長沼 佐枝/舟山 百合子

第2部 高齢者・生活困窮者を地域で支える仕組みについて

- 第1章 高齢者のインターネット利用頻度と健康状態・地域活動等への参加状況の関連
……（執筆）加藤 勇之助
（資料提供）小林 惣/折原 孝/坂口 佳大
第2章 高齢者における主観的ウェルビーイングに関わる要因の関連性の検討
～東京都板橋区の調査事例に関して～
……（執筆）小野田 竜一
（資料提供）小林 惣/折原 孝/坂口 佳大
第3章 健康で長生きするために大切なポイントと各種要素との関連性分析
……（執筆）野瀬 元子
（資料提供）小林 惣/折原 孝/坂口 佳大
第4章 コロナ禍における板橋区の生活困窮者自立支援制度
ー自立相談支援事業、住居確保給付金支給、家計改善支援事業を中心にー
……（執筆）濱本 知寿香
（資料提供）小林 惣/折原 孝/坂口 佳大
第5章 （海外事例）オーストラリアの高齢者ケア制度
～リエイブルメントの概念を中心に～
……（執筆）八木原 大

地域デザインフォーラム・ブックレット No. 28

持続可能な開発目標（SDGs）が掲げる持続可能で
強靱な都市づくりのための自治体政策研究

編集 大東文化大学・板橋区地域デザインフォーラム

発行者 大東文化大学地域連携センター

〒175-8571 東京都板橋区高島平 1-9-1

電話 03-5399-7350 FAX 03-5399-7850

URL: <https://www.daito.ac.jp/>

板橋区総務部人事課

〒173-8501 東京都板橋区板橋 2-66-1

電話 03-3579-2073 FAX 03-3579-4162

URL: <https://www.city.itabashi.tokyo.jp/>

発行 2022年3月1日