総合都市研究　第25号　1985

大都市における独居老人の実態（I）
——世田谷区の独居老人について——

序
対象と方法
結果と考察
1．独居期間
2．家族状況
3．住居
4．健康状態・歩行能力
5．収入源・仕事
6．日常生活
7．心理感情

若　林　佳　史*
望　月　利　男**
加　藤　義　明*

要　　約

都市問題・社会問題を論ずる上で，年々増加しつつある独居老人の実態を明らかにすることが必要である。われわれは東京都世田谷区内の独居老人に対してアンケート調査を行ない，生活実態と心理的不全感について検討を加えた。その結果，84.1％の者が何らかの疾病をもち，1km以上歩行可能な者は56.6％に過ぎず，親戚・子供，近所の人・友人とあまり行来していない者はそれぞれ26.8％，26.5％いた。自己不全感は女性よりも男性の方が高く，独居の影響は男性の方が強いことが推測された。

序

全国に住む65才以上の老人の数は約1,200万人に達し，全人口の占める割合（10.3％）はスウェーデン（16.3％，1980，注1），西ドイツ（15.5％，1980），イギリス（15.1％，1980）よりも低いが着実に増え続けており，昭和22～24年（第一ベビーブーム期）に生まれた者が65歳以上となる30年後には20％を超えると推定されている（表1）。この内，東京には現在約100万人（東京都全人口の8.6％）が住み，毎年3万人ずつ増加している（注2）。このように高齢化社会が進展している今日，老人を除外して各種の都市問題・社会問題を論ずることは不可能となってきている。

しかし，老人の生活・心理等について明らかになっていることは少なく，とりわけ，独居老人の実態については極めて少ない。独居老人は全国に約110万人（老人人口の約9％；東京都には11万人，同11％）いると推定され，イギリス（41.6％，注3），アメリカ（41.3％）よりも低いが国勢調査によれば5.5％（1970年），6.9％（1975年），8.2％（1980年）と増加し続けている。しかも，親子同

*東京都立大学人文学部
**東京都立大学都市研究センター

表1 日本人口の将来推計

年 次	総人口(千人)	年齢区分別人口割合(%)		
		0～14歳	15～64歳	65歳以上
1980	116,916	23.6	67.4	9.0
1985	120,301	21.4	68.5	10.1
1990	122,834	18.3	70.0	11.6
1995	125,383	17.1	69.3	13.6
2000	128,119	17.6	66.8	15.6
2005	130,008	18.4	64.5	17.1
2010	130,276	18.3	62.9	18.8
2015	129.332	17.3	61.5	21.1
2020	128,115	16.7	61.5	21.8
2025	127,184	17.2	61.5	21.3
2030	126,297	18.4	60.8	20.9
2035	124,945	19.0	60.1	21.0
2040	123,274	18.7	59.3	22.0
2045	121,800	18.1	59.8	22.1
2050	120,790	18.1	60.8	21.1
2055	120,172	18.9	61.3	19.9
2060	119,611	19.5	61.3	19.2
2065	119,029	19.5	61.0	19.4
2070	118,568	19.0	61.1	19.8
2075	118,395	18.7	61.7	19.6
2080	118,459	18.9	62.0	19.0

資料：厚生省人口問題研究所（昭和56年11月）中位推計値

居意識の低下，住居家屋の狭小化，子供をもたない夫婦の増加，子供の転勤の増加などの諸要因は，今後，独居老人が確実に急増することを示唆しており，独居老人の生活実態と心理状態を把握することが急務とされてきた。

そこで，われわれは大都市居住老人に関して一連の調査を企画した。本論文は東京都世田谷区に住む独居老人を対象としたアンケート調査の報告である。

対象と方法

(1) 調査対象者

1984年11月16日に発生した「1984年世田谷電話局洞道内通信ケーブル火災事故」により電話不通となった地域（若林・望月，1985，参照）に住む独居老人1556名（男性212名，女性1344名，1984年10月1日現在，世田谷区役所福祉部調べ）の内，507名（男性212名，抽出率100％；女性295名，抽出率21.9％）を無作為に選び，1985年1月19～31日の期間にアンケート用紙を郵送し，その記入と返送を求めた。その結果，4票が配達不能（転居先不明）のため戻り，313票の返送があった（回収率62.2％）。この内，日常生活項目群がほとんど無記入であるため無効とした11票を除外し，残る302票（男性119票，女性183票，有効回収率59.6％）を対象として解析を加えた。本論文の対象者の平均年齢は74.5才（男性75.2才，女性74.1才）である。

なお，世田谷区の65才以上の老人人口は71,829（昭和59年1月1日現在），独居老人人口は3,967（昭和59年9月1日現在）であり，本論文の対象者は世田谷区の独居老人の7.6％に相当する（図1）。知的に低下する老人に対するアンケート調査ではその信頼性が問題となるが，世田谷区役所福祉部老人福祉課の行なった面接法による少項目全数調査（1984）と比較すると，平均年齢，住居，子供の有無などに関して非常に類似した結果が得られており本研究対象者の回答の信頼性は高く，また，代表性も高いと考えられる。

ちなみに，本論文で言う独居老人とは「大正8年3月31日以前出生者で，起居をともにする家族や，生活をともにしている同居人がなく，しかも近隣（500m以内）に常時その方の様子を知りうる親族（子・孫・65才未満の弟，妹）のいない者（1年以上の入院者は除く）」（世田谷区役所福祉部老人福祉課，1984）である。世田谷区役所が行なっている福祉事業は注4に示す。

(2) 調査項目

調査項目は，電話不通関連項目と日常生活実態項目（心理感情を含む）の2部からなる。前者の

検討と実際のアンケート用紙は若林・望月(1985)　を参照していただきたい。

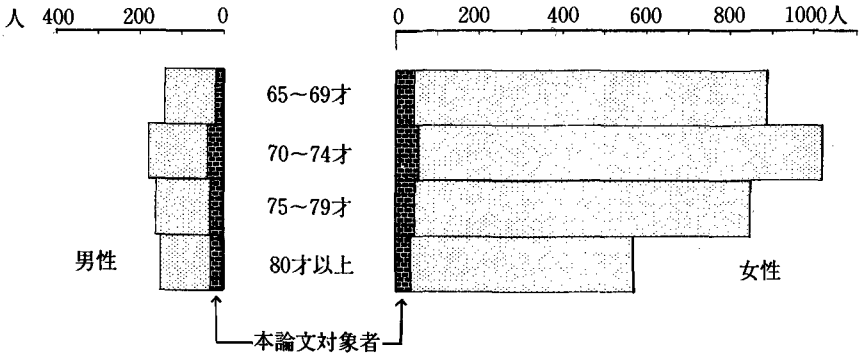


図1　世田谷区独居老人と本論文の対象者

結果と考察

1．独居期間

独居期間（図2）を調べると20年以上独居生活を送っている者は22.2%おり，また，独居開始年齢（図3）を調べると60才以前から一人で暮していた者は30.5%おり，必ずしも老年期になってから一人暮しを始める者が多いとは言えない。

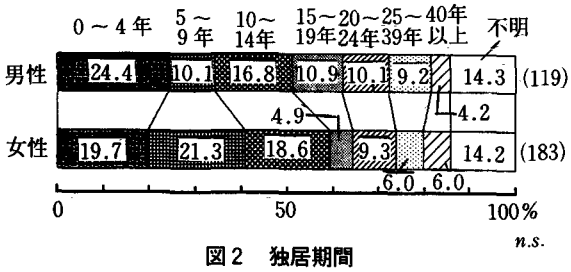


図2　独居期間

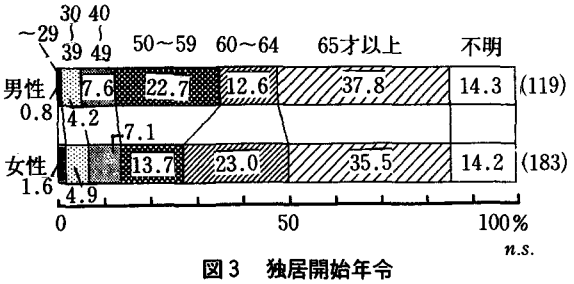


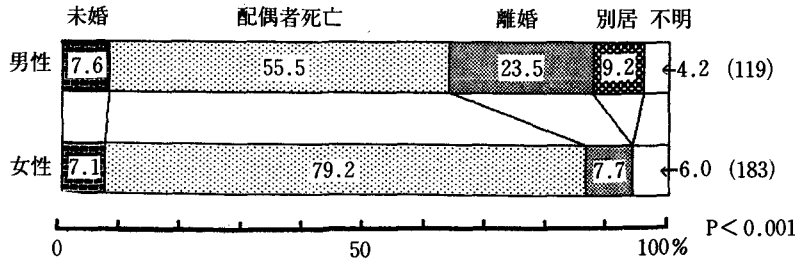
図3　独居開始年令

2．家族状況

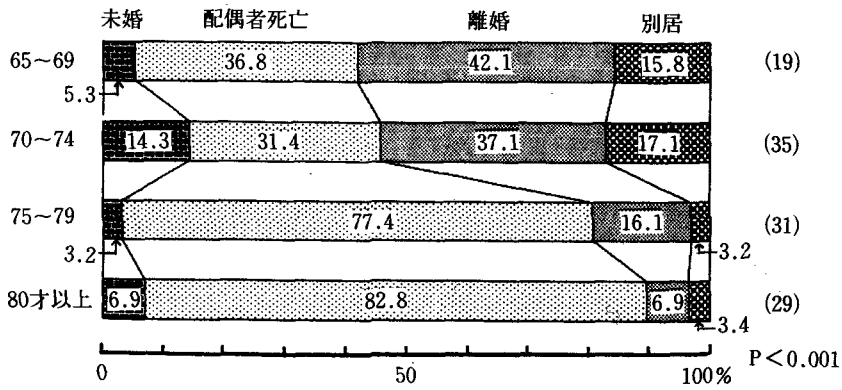
結婚状態について調べると（図4），87.4%の者が結婚経験があり，配偶者が死亡した者は女性に，離婚者，別居者は男性に多く，特に，74才以下の男性では離婚者・別居者は過半数を占めていた。また，結婚状態と独居開始年齢の間に密接な関連があり，年齢とともに配偶者が死亡した者が著明に増加していた。これらのことは，男女によってまた年齢によって独居に至る経緯が異なることを示している。

なお，数年後には，先の戦争で独身男性が多く死亡したため結婚できなかった女性が老年期を迎えることから，今後未婚の独居女性が増えると推定されている。

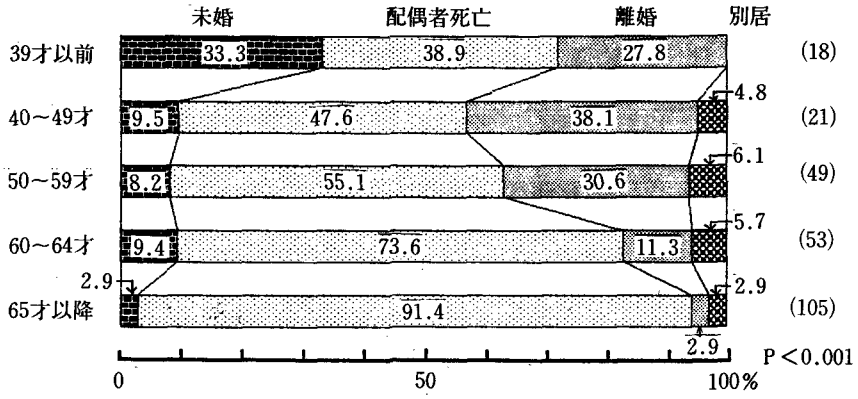
子供については，全体の30.5%は子供がおらず（図5），性差・年齢差はないが，一方で子供が5人以上いる者は9.3%おり，子供が多くいるにもかかわらず独居生活を送っている者がいることに驚かされる。最も近くに住む子供の住所（図6）には性差・年齢差はなく，同区内に子供がいる者は17.2%にすぎなかった。今後，子供の性別と嫁・婿の有無，独居生活をする理由について更に検討



4－1 性別と結婚状態



4－2 現在の年令と結婚状態（男性）



4－3 独居開始年令と結婚状態

図4 結 婚 状 態

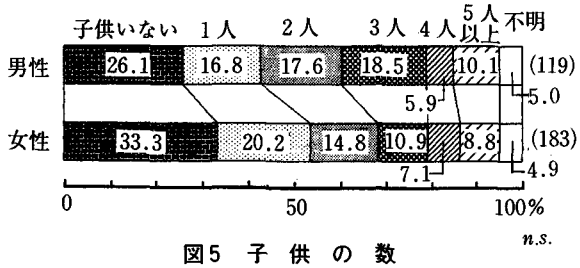


図5　子　供　の　数

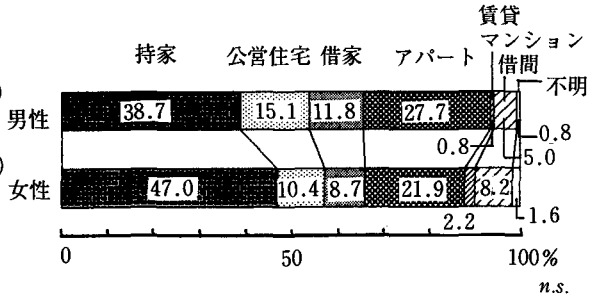


図7　住　　居

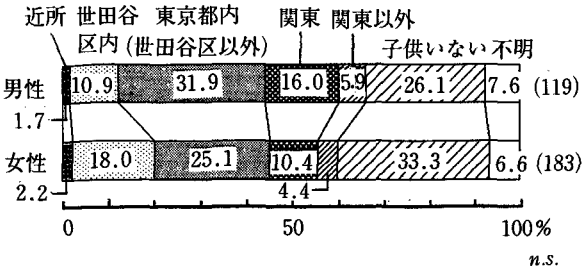


図6　最も近くに住む子供の住所

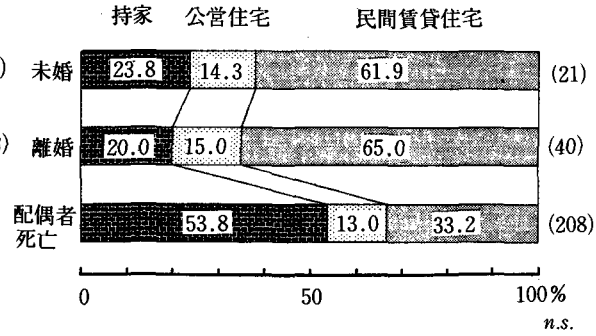


図8　結婚状態と住居

する必要があろう。

なお，世田谷区福祉部老人福祉課（1984）によれば，子供がいる老人の内子供との同居を希望する者は36.3%であり，同居希望にもかかわらず別居している理由として，「子供が仕事のつごうで遠くにいる」が最も多く39.9%であった。また，全国的にみると独居老人の有子率は都市部よりも非都市部の方が高く，別居理由も都市部では住宅事情，非都市部では子供の仕事の都合や子供・嫁との不仲，と異なることが示唆されている。今後，非都市部における独居老人についても検討が必要であろう。

3．住居

住居の種類について調べると（図7），43.7%の者が持家に住んでおり，性差はなかった。また，男性では75才を境に持家が増加していた。配偶者死亡と持家との間には関連があり（図8），夫婦で持家に住んでいた者が，配偶者の死亡後そのまま一人で持家に住む場合が多いと推定された。

4．健康状態・歩行能力

疾病について検討すると（図9），高血圧は全体の35.8%，心臓病は19.2%，糖尿病，肝臓病は各々6.0%，腎臓病は3.0%，また，関節炎は15.0%，リウマチは6.3%，白内障は24.2%（男性13.4%，女性32.2%）に認められ，白内障を除き，これらの有病率に性差・年齢差はなかった。そして，何らかの疾病をもつ者は全体の84.1%（男性79.0%，女性87.4%）にも達していた。老人－特に独居老人－にとって健康は非常に重要な問題であると考えられる。

次に，医療機関への通院状況を調べると（図10），病院・医院に通院中の者は全体の77.5%，針灸院・マッサージ・指圧等に通院中の者は11.3%，接骨院に通院中の者は5.0%，薬屋・漢方薬店に通っている者は16.9%おり，何らかの医療機関に通院中のものは実に82.9%を占めていた。なお，女性の方が有意に（$P<0.01$）多かったが，年齢差はなかった。西園・奥村（1974）が言うように，

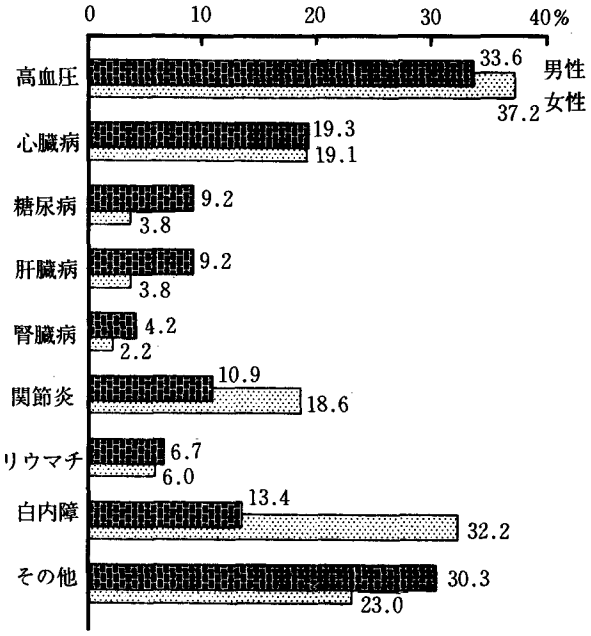


図9　有　病　率

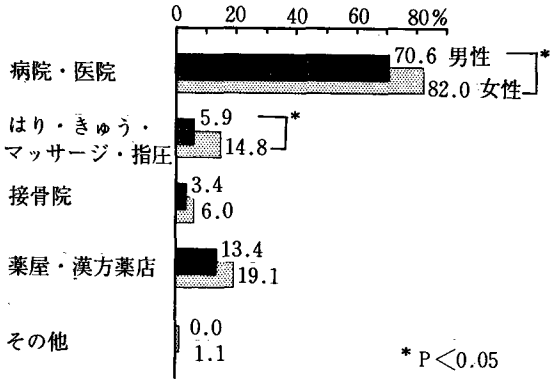


図10　医療機関の通院率

配偶者や子供と別離によって孤立化した老人—特に女性—が代償的依存対象を医師等に求めて受診するという側面があるのかもしれない。

歩行能力について検討すると（図11），1㎞以上歩行可能と答える者は56.6％に過ぎず，女性の方がやや劣り，加令と共に著明に低下することが認められた。この結果は，歩道橋や住宅の階段を昇れない老人，交差点で青信号時間内に道路を渡り切れない老人がいることを示唆している。今後，老人と交通，住居に関して一層の検討が必要である。

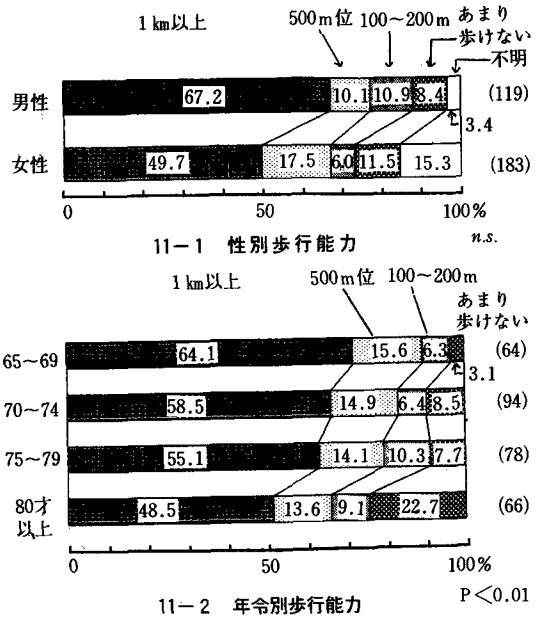


図11　歩　行　能　力

5．収入源・仕事

仕事の有無について調べると（図12），男性

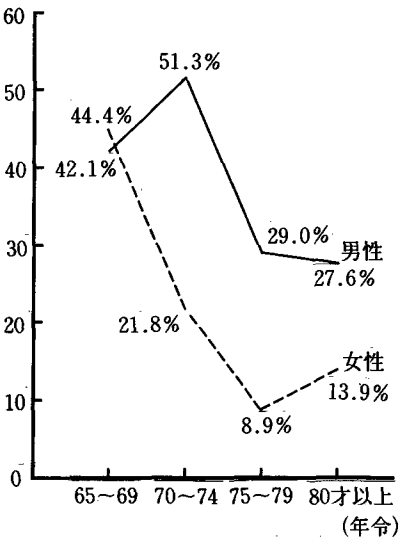


図12　有　職　率

（37.8%）の方が女性（22.4%）よりも有職率が有意に（P＜0.01）高く，年齢と共に有職率は著しく低下していた（P＜0.001）。また，特に女性では配偶者が死亡した者よりも未婚者の方が有職率は高い傾向（図13）にあったが，子供の有無との間に関連はなかった。そして，年齢要因を除外しても長距離歩行可能者の方が有意に有職率は高く，仕事からの引退の要因としての身体能力があることが示唆された。今後，引退の決意理由について更に検討する必要があると考えられる。

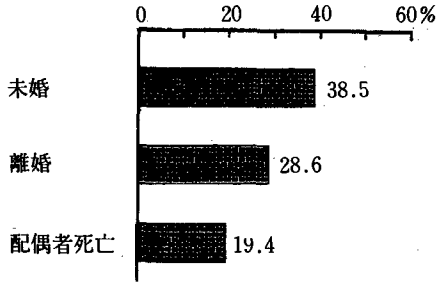


図13　結婚状態と有職率（女性）

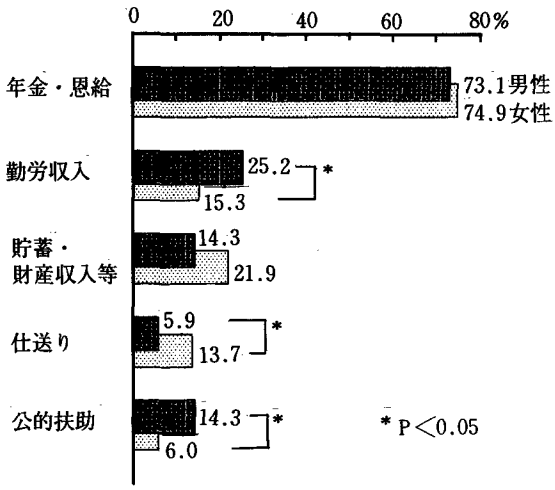


図14　主　収　入　源

主な収入源（複数回答）を調べると（図14），年金・恩給を主収入源としている者が最も多く全体の74.2%を占め，次いで，勤労収入に依る者が19.2%，貯蓄・財産（株式配当・不動産・家賃収入を含む）に依る者が18.9%，子供等の仕送りに依る者が10.6%，公的扶助に依る者が9.3%いた。この内，勤労収入，公的扶助は男性に，仕送りは女性に有意に（P＜0.05）多かった。そして，年齢と共に男性では貯蓄・財産等あるいは公的扶助を主収入源とする者が，女性では仕送りを主収入源とする者が増加していた。

なお，勤労収入を主収入源としている者の割合（19.2%）と有職者の割合（28.5%）の間には大きな差があり，仕事を持ちながらもその勤労収入を主収入としていない者がいることが明らかとなった。

6．日常生活

(1) 睡眠時間

起床時刻（図15）に関しては午前6時代，7時代に起床する者が最も多く，性差はなかった。一方，就寝時刻については年齢と共に早く寝る者が増加していた。そして，睡眠時間は男女共に加令に従い増加する傾向にあり（P＜0.01），有職者の方が睡眠時間は短かかった。

なお，今回は調べなかったが，独居老人においては，布団の上げ下ろしをしない・寝る時に着がえない・歯をみがかないなど，睡眠に付随する諸動作を省略し，生活が単調化・不規則化する可能性があろう。

なお，今回は調べなかったが，独居老人においては，布団の上げ下ろしをしない・寝る時に着がえない・歯をみがかないなど，睡眠に付随する諸動作を省略し，また食生活が不規則となり生活が単調化・不規則化する可能性があろう。

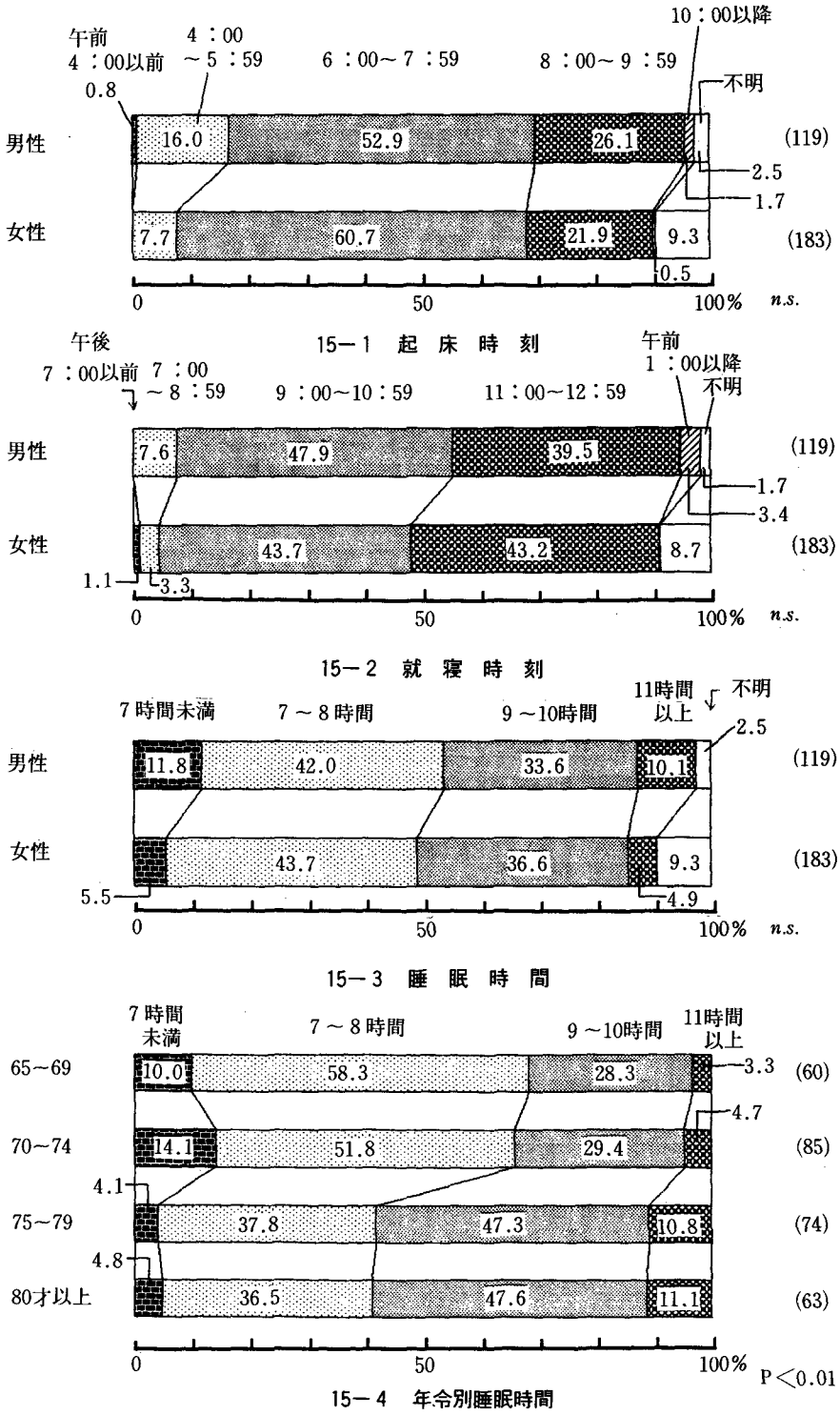


図15 起床時刻，就寝時刻，睡眠時間

(2) 交際状況

親戚・子供との行来（図16）に関しては，26.8％の者があまり行来しておらず，男性の方が行来は少なく，また，未婚者・離婚者・別居者・子供の住居が遠い者の方が行来は少なかった（図17）。子供が同区内にいるにもかかわらず「あまり行き来していない」者は16.7％いた。近所の人・友人との行来については26.5％の者があまりしておらず，男性の方が行来は少なく（図18），年齢差は認められなかった。そして親戚・子供・近所の人・友人のいずれともあまり行来していない者は16.0％いた。

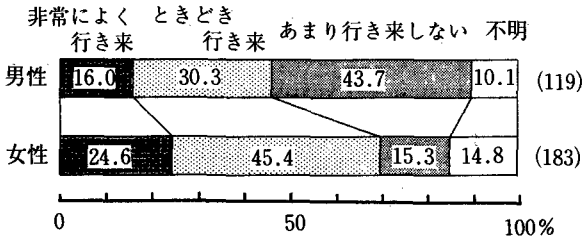


図16　親戚・子供との往来　P＜0.001

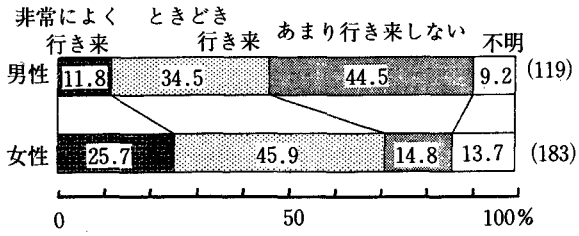
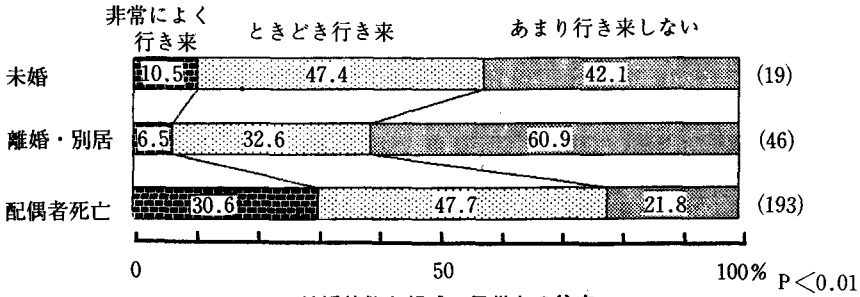
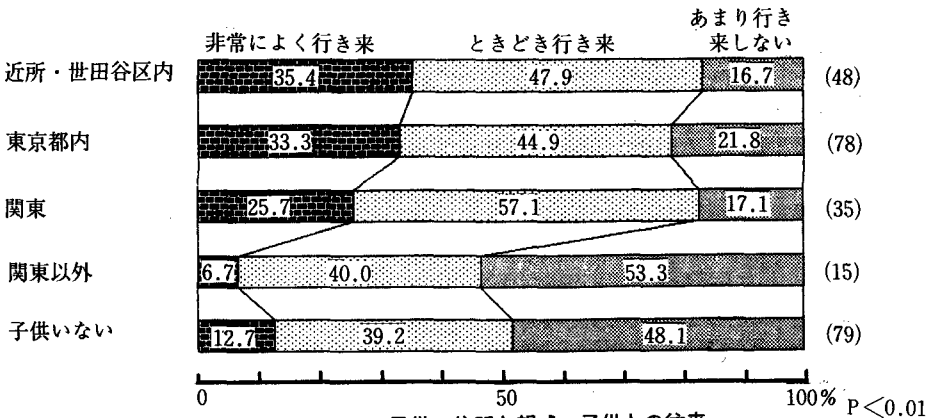


図18　近所の人・友人との往来　P＜0.001



P＜0.01

17－1　結婚状態と親戚・子供との往来



P＜0.01

17－2　子供の住所と親戚・子供との往来

図17　結婚状態，子供の住所と親戚・子供との往来

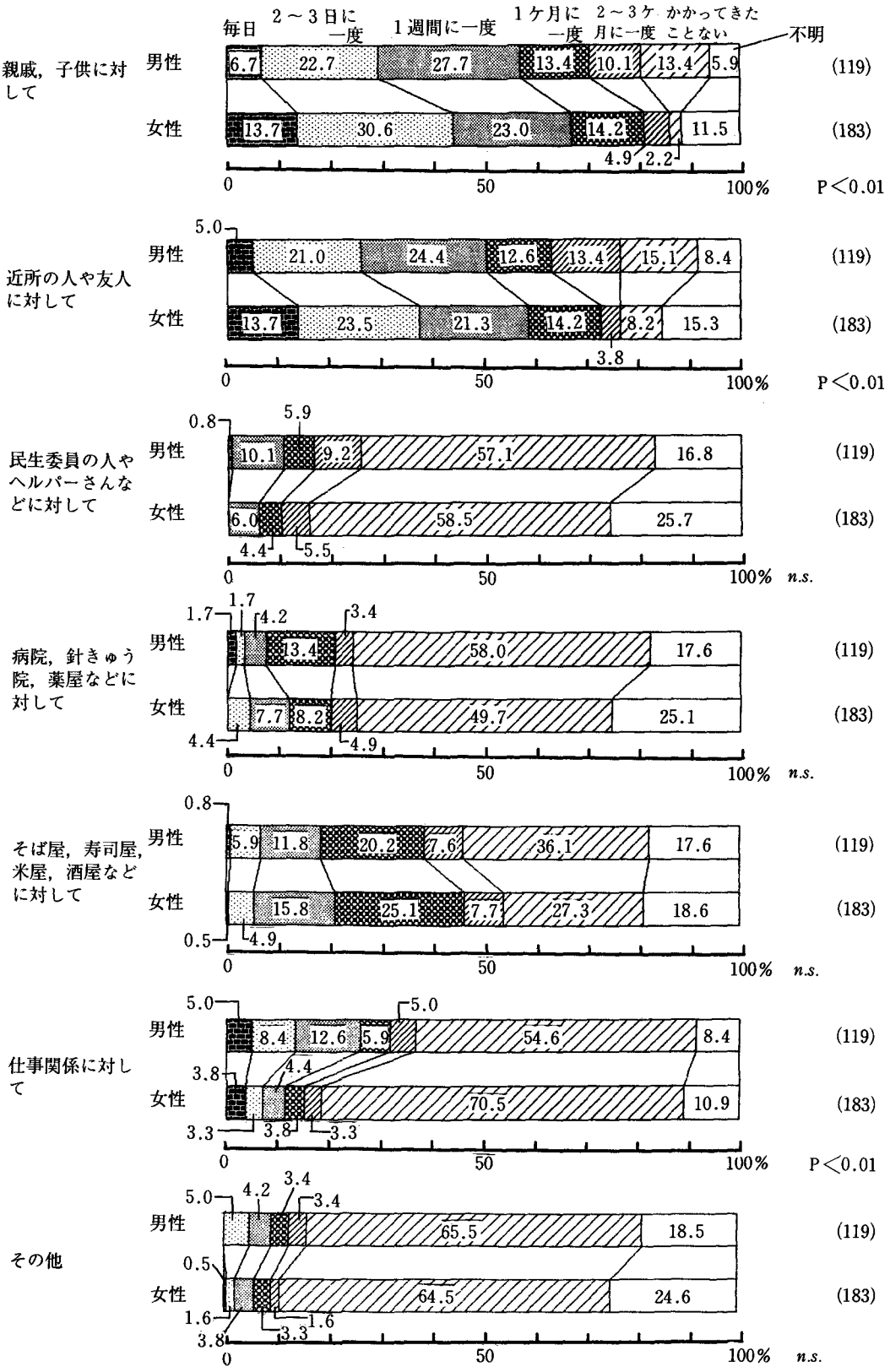

毎日
2～3日に一度
1週間に一度
1ケ月に一度
2～3ケ月に一度
かけたりかかってきたことない
不明
親戚，子供に対して
男性
6.7
22.7
27.7
13.4
10.1
13.4
5.9
(119)
女性
13.7
30.6
23.0
14.2
11.5
4.9
2.2
(183)
0
50
100%
P＜0.01
近所の人や友人に対して
男性
5.0
21.0
24.4
12.6
13.4
15.1
8.4
(119)
女性
13.7
23.5
21.3
14.2
8.2
15.3
3.8
(183)
0
50
100%
P＜0.01
民生委員の人やヘルパーさんなどに対して
男性
0.8
5.9
10.1
9.2
57.1
16.8
(119)
女性
6.0
58.5
25.7
4.4
5.5
(183)
0
50
100%
n.s.
病院，針きゅう院，薬屋などに対して
男性
1.7
1.7
4.2
3.4
13.4
58.0
17.6
(119)
女性
7.7
8.2
49.7
25.1
4.4
4.9
(183)
0
50
100%
n.s.
そば屋，寿司屋，米屋，酒屋などに対して
男性
0.8
5.9
11.8
20.2
7.6
36.1
17.6
(119)
女性
15.8
25.1
7.7
27.3
18.6
0.5
4.9
(183)
0
50
100%
n.s.
仕事関係に対して
男性
5.0
5.0
8.4
12.6
5.9
54.6
8.4
(119)
女性
3.8
4.4
70.5
10.9
3.3
3.8
3.3
(183)
0
50
100%
P＜0.01
その他
男性
5.0
4.2
3.4
3.4
65.5
18.5
(119)
女性
0.5
64.5
24.6
1.6
1.6
3.8
3.3
(183)
0
50
100%
n.s.

図19　電話利用状況

(3) 電話利用状況

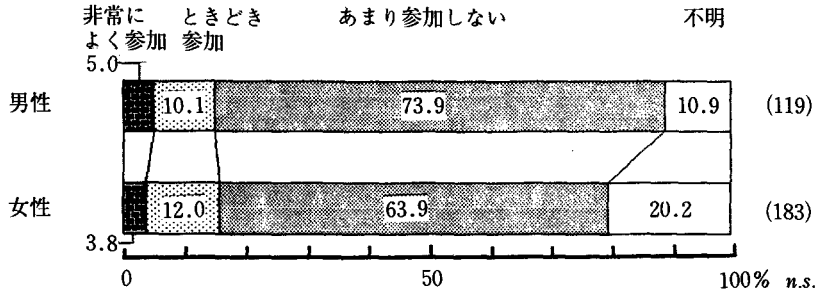
従来，老人について多くの基礎資料が蓄積されてきているにもかかわらず，独居老人の電話利用状況は全く明らかにされてこなかった。東京都・世田谷区では一人暮し老人に対して福祉電話貸与，電話料の助成などの援護を行っているが（世田谷区老人福祉課の援護事業は注4に示す），本論文の独居老人では82.4％（自己設置は74.8％，区役所から借りた福祉電話は7.6％）の者が電話を持ち，6.6％の者が持っておらず，性差・年齢差はなかった。

電話利用状況（図19）を調べると，実際の行来と同様に，女性の方が親戚・子供，近所の人・友人と電話を利用することが多く，また，有職者の多い男性の方が仕事関係で電話を利用することが多かった。これらの割合に年齢差はなかった。

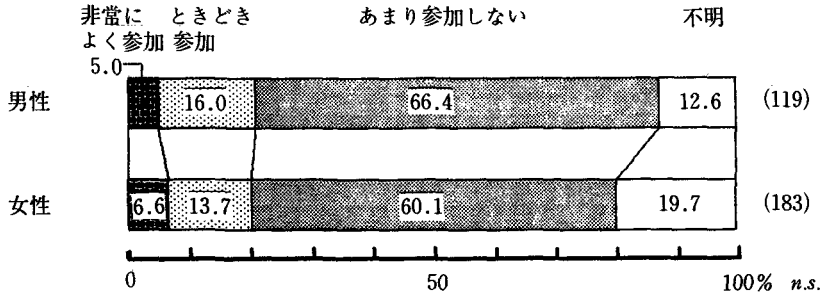
(4) 趣味・クラブ活動

趣味は61.3％の者が持っており，性差・年齢差はなかった。

老人クラブの活動状況を調べると（図20），参加率は「時々参加する」と答えた者を加えても15.6％と非常に低く老人クラブは十分に機能しているとは言えない。老人クラブ以外のクラブ・サークルについても参加率は低く，いずれのクラブにもあまり参加していない者は53.3％であり，更に，クラブに参加せず趣味を持たずまた仕事も持たない者は15.9％に達していた。なお，いずれのクラブについても，有意ではないが参加率は男性では65～69才から70～79才にかけて増加するがその後減少する傾向にあった。なお，これらのクラブ活動に関して，歩行能力が劣る者の方が参加率は低かったが有意ではなく，また，仕事の有無とクラブ参加率の間に関連はなかった。



20－1　老人クラブ活動



20－2　老人クラブ以外のクラブ・サークル活動

図20　クラブ・サークル活動

(5) テレビ視聴・新聞購読

テレビ視聴について調べると（図21），女性（平均4.6時間）の方が男性（3.7時間）より有意に（P<0.01）長く見ており，年齢差はなかった。そして，「テレビをあまり見ない」と答えた者（全体の29.1%）にその理由（複数回答）を尋ねると「目や耳が弱く疲れるため」が48.9%で最も多く，「おもしろい番組がないため」30.7%，「仕事や趣味で忙しいため」21.6%，「テレビを持たないため」10.2%であり，性差はなかった。

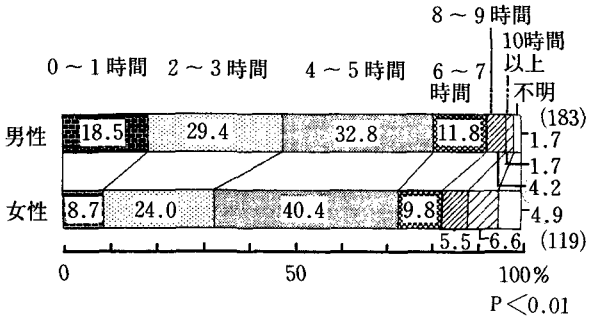


図21　テレビ視聴時間

一方，新聞に関しては，購読率は77.8%（非購読は14.9%）であり，テレビをもたずまた新聞もとっていない者は0.7%にすぎなかった。新聞は男性の方がよく読んでおり（図22），男女とも80才以上になると新聞を読まない者が急増していた。80才以上の独居老人ではクラブ・サークル活動も参加率が低いことを考え合わせると，社会的・知的関心が乏しくなる80才以上の独居老人に対する対応が必要であると考えられた。

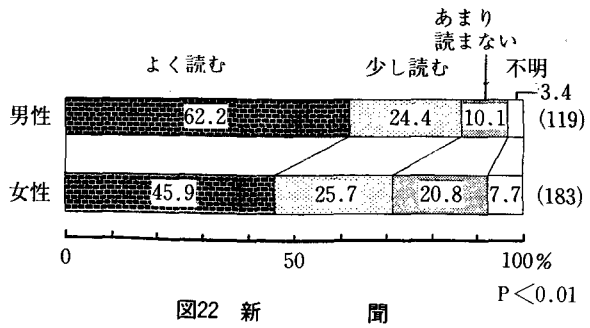


図22　新　　聞

7．心理感情

(1) 自己不全感得点の算出

従来，老人の心理的健康に関して各種の尺度（Larson, R., 1978；杉山ら，1981；小谷野，1981）が開発されてきたが，本研究の様に郵送法で資料を収集する場合これらは依然項目数が多く使用が困難であった。そこで，本研究では便宜的に数多くの自己不全感情の内，退屈感，空虚感，無力感，無用感，孤独感の5つの感情を選び，これらを調べる質問文を作成した。各質問文（表2参照）の反応分布（回答は3件法）は図23に示すが，男性の方が退屈感，無用感，孤独感などが高いことが認められた。

次に，各質問項目の反応「あまりない」，「少しある」，「非常にある」に夫々0，1，2点を配点すると，内部相関は非常に高かった（表2）。そこで，5項目の反応の合計点（可能範囲は0～10点；以下，これを自己不全感得点と称す）を算出した。この自己不全感得点の性差・年齢差を調べると（図24），男性の方が女性よりも有意に高く（夫々の平均値±SDは2.9±2.5と2.1±2.1，P<0.01），独居老人においては男性の方が心理的に満たされていないと考えられた。これまで，一般居宅老人を対象とした研究では「生きがい感」に男女差はないか，または男性の方が「生きがい感」をもつ傾向が示されているが，独居老人を対象とした本研究結果は異なっていた。独居またはその主要因である配偶者の死は女性よりも男性に強く悪影響を与えることが推測される（Pihlblad, C. & McNamara, R., 1965，参照）。なお，年齢差は著明ではなく，むしろ，個人差の方が大きいと考えられた。

なお，こうしてアンケート法によって調べられた不全感は言うまでもなく表層的なものであることは，指摘しておかなければならない。著者らの経験によばれ，抑うつや心気症状を訴える老人が多い一方で，「毎日，習い事で忙しい，楽しい」などと不全感情を否認する老人が多いことも事実である。しかし，こうして得られた表層的な不全感情であっても，後述するように，趣味の有無などとの関連は小さいのであった。

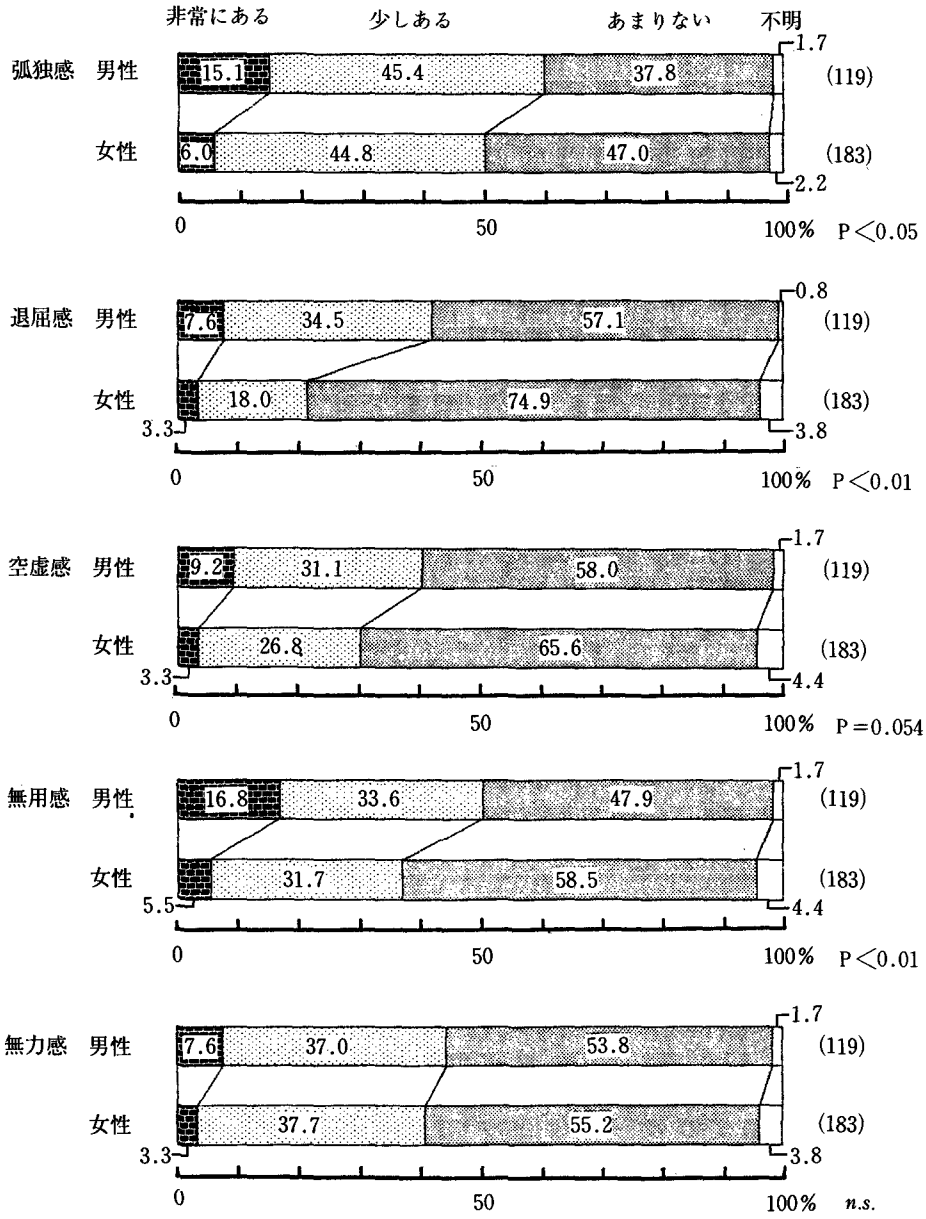

非常にある
少しある
あまりない
不明
弧独感
男性
15.1
45.4
37.8
1.7
(119)
女性
6.0
44.8
47.0
2.2
(183)
0
50
100%
P＜0.05
退屈感
男性
7.6
34.5
57.1
0.8
(119)
女性
3.3
18.0
74.9
3.8
(183)
0
50
100%
P＜0.01
空虚感
男性
9.2
31.1
58.0
1.7
(119)
女性
3.3
26.8
65.6
4.4
(183)
0
50
100%
P＝0.054
無用感
男性
16.8
33.6
47.9
1.7
(119)
女性
5.5
31.7
58.5
4.4
(183)
0
50
100%
P＜0.01
無力感
男性
7.6
37.0
53.8
1.7
(119)
女性
3.3
37.7
55.2
3.8
(183)
0
50
100%
n.s.

図23　不　全　感　情

表2　心理感情項目のピアソン相関係数とスピアマン順位相関係数

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1)さびしいと思うことがありますか。		0.52	0.48	0.34	0.37
(2)退屈に思うことがありますか。	0.53		0.47	0.34	0.35
(3)何をしてもむなしいと思うことがありますか。	0.52	0.51		0.41	0.47
(4)もう自分は役に立たないと思うことがありますか。	0.37	0.37	0.45		0.42
(5)何もする気が起きないことがありますか。	0.38	0.37	0.48	0.45	

NOTE：N＝294
右上：スピアマン順位相関
左下：ピアソン相関
全相関係数は統計的に有意（P＜0.01）

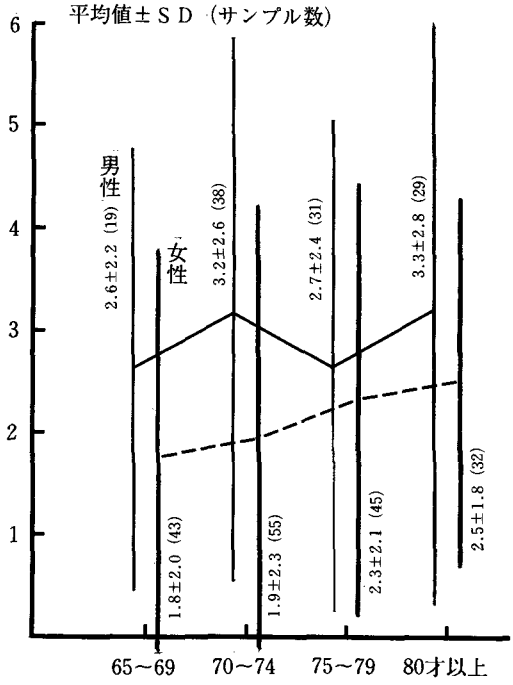


図24　自己不全感得点の性差・年令差

(2)　自己不全感の関連要因

次にこの自己不全感得点の規定要因・関連要因について検討した。各要因別に自己不全感得点の平均値を検討した後に数量化Ⅰ類（自己不全感得点を外的基準変数とし，要因群を説明変数群とする）による解析を試みた。要因は図25に示す18要因である。

まず，性別要因を加えた18要因について解析すると重相関係数は0.59であった。次に，性別要因を除外し男女別々に解析すると重相関係数は0.67（男性），0.63（女性）と，要因数を減らしたにもかかわらず重相関係数は上昇しており，要因に性差があることが示唆された。しかし，男女の解析結果は独居期間要因を除き大部分類似しているので，本論文では男女を合計した全員についての解析結果を示す（図25）。

なお，日常生活における様々の活動変数の内には感情の原因ではなく結果であるものもあるから注意が必要であろう。

まず，性別について見ると図24に示したように男性の方が不全感は高い傾向にあった。

次に，独居期間について検討すると，全員を対象とした場合わずかながら独居期間が長いほど不全感は低下する傾向にあった。但し，男女別々に解析すると，男性では期間が長くなればなるほど不全感は高まり，女性では逆に低下していた。ここでも独居の悪影響は男性に強く作用することが考えられた。

結婚状態について検討すると，例数は少ないが男女とも未婚者の方が配偶者死亡者よりも不全感は低くなっていた。これは，未婚者の方が独居生活に対する対応を行なってきているためかもしれない。また，図13に示したように女性では未婚者の方が仕事を持っていることが作用しているかもしれない。

子供の有無について調べると，子供がいない者の方が不全感は高い傾向が見られが著明ではなかった。子供が多くいるにもかかわらず独居生活を送るには様々の理由があると考えられる。今後，これらの理由を考慮に入れた研究が必要であろう。

次に，親戚・子供との行来については，男女とも行来が少ないと不全感が高まることが見られたが，近所の人・友人との行来は必ずしも大きな要因となっていなかった。独居老人においてはたとえ離れて暮らしていても，その老人を援助する家

アイテム	カテゴリー	カウント	ウエイト	レンジ(偏相関)
性別	男性	74	0.71	1.24
	女性	99	−0.53	(0.26)
年令	65〜69才	36	−0.14	0.90
	70〜74才	50	0.37	(0.19)
	75〜79才	50	−0.53	
	80才以上	37	0.35	
独居期間	4年以下	47	0.08	0.24
	5〜14年	71	0.07	(0.05)
	15年以上	55	−0.16	
結婚状態	未婚	12	−1.00	1.21
	離婚・別居	32	−0.44	(0.17)
	配偶者死亡	129	0.20	
子供	無	53	0.08	0.12
	有	120	−0.04	(0.02)
親戚・子供との往来	非常によく往来	41	−0.68	1.37
	時々往来	79	−0.11	(0.21)
	あまり往来しない	53	0.69	
近所の人・友人との往来	非常に〜時々往来	114	−0.03	0.08
	あまり往来しない	59	0.05	(0.02)
親戚・子供との電話	毎日〜2・3日に1度	76	0.14	0.42
	1週間に1度〜1月に1度	74	−0.06	(0.06)
	2・3か月に1度〜利用しない	23	−0.28	
近所の人・友人との電話	毎日〜2・3日に1度	64	0.02	0.66
	1週間に1度〜1月に1度	67	0.24	(0.12)
	2・3か月に1度〜利用しない	42	−0.42	
病院・医院への通院	通院していない	35	−0.69	0.87
	通院中	138	0.18	(0.17)
歩行能力	1㎞以上	114	−0.30	1.08
	500m位	28	0.37	(0.20)
	200m以下	31	0.78	
職業	無職	123	0.22	0.84
	職業あるが勤労収入は主収入ではない	18	−0.43	(0.16)
	職業あり勤労収入が主収入	32	−0.61	
老人クラブ	非常に〜時々参加	30	0.03	0.03
	あまり参加しない	143	−0.01	(0.01)
老人クラブ以外のクラブ・サークル	非常に〜時々参加	42	−0.22	0.29
	あまり参加しない	131	0.07	(0.06)
趣味	有	122	−0.08	0.28
	無	51	0.20	(0.06)
テレビ視聴時間	0〜3時間	73	−0.20	0.54
	4〜5時間	59	0.01	(0.11)
	6時間以上	41	0.34	
新聞	非常によく読む	105	−0.05	0.14
	時々読む〜あまり読まない	68	0.08	(0.03)
睡眠時間	8時間以下	94	−0.51	1.29
	9〜10時間	68	0.57	(0.27)
	11時間以上	11	0.79	

図25　自己不全感の関連要因

族ないし親族の存在が重要な役割を果たすと考えられた。

一方，電話利用に関しては興味深いことに親戚・子供と頻繁に電話利用する者の方が不全感が高いことが見られた。これに関して(1)孤独感・退屈感などが高いと親和的行動（電話をかける）がおこる(2)不全感の高い独居老人に対しては親戚・子供が心配して電話をかけることが多い，の2つの解釈が可能である。今後，いずれが妥当か一層の検討が必要である。なお，近所の人・友人に対する電話利用に関してもあまり利用しない者の方が不全感は低かった。

次に，健康状態について検討した。本論文ではこの客観的指標として，病院・医院への通院状況を用いるが，この代わりに病気の有無を用いても結果にはほとんど違いはなかった。そして，通院中の者の方が不全感が高まることが認められ，病弱であることは不全感を高める要因と考えられた。

歩行能力について調べると，男女とも歩行能力が劣ると不全感が著明に高まることが認められた。健康を保ち身体状態の低下を防ぐことによって不全感はかなり改善すると考えられる。

仕事・収入源について調べると，無職は不全感を高める要因であった。一方，興味深いことに，勤労収入が主収入源でなくとも，仕事を持つこと自体が不全感を低下させる要因となっていた。従って，雇用希望者にはその機会を与えることにより不全感は低下すると考えられる。

次に老人クラブ活動について検討したが，大きな要因ではなかった。本研究では認められなかったが一般に，無職老人の方が老人クラブに参加することが多いであろうから，無職者についてのみ再び数量化Ⅰ類によって解析すると（要因は性別と仕事・収入源を除く16要因である），男性においては老人クラブ非参加は不全感を高めることが見られたが，女性では重要な要因となっていなかった。もっとも，老人クラブ非参加理由には「体が弱い」「仕事を持ち多忙」「他のクラブに参加している」「人間関係がめんどう」などの様々のものがあると推測され，これらを考慮することによって更に意味ある知見が得られるであろう。

老人クラブ以外のクラブ・サークル活動については，男女ともわずかながらもクラブ参加者の方が不全感は低いことが見られた。

趣味に関しては，男女とも趣味をもたない者の方が不全感が高い傾向にあったが，関連は小さく，無職者についてのみ解析してもやはり関連は小さかった。単なる暇つぶしのために老人クラブや趣味活動を行う場合が多いことが推測された。

テレビ視聴に関しては，視聴時間が長いと不全感が高いことが見られた。

一方，新聞については，男女ともわずかながらも新聞を読まない者の方が不全感は高いことが見られた。知的好奇心，社会的関心を持ち続けるような努力が必要であろう。

最後に，睡眠時間に関しては男女とも睡眠過多と不全感の間に著明な関連を認めた。今後，睡眠過多の心理的な意味について検討する必要があろう。

以上，東京都世田谷区の独居老人の生活実態と不全感情を調べてきた。本研究ではアンケート郵送法を用いたため，子供に対する奥深い葛藤などは調べられなかった。今後，面接法などを用い更に調べる必要があろう。

従来，老人比率の高い欧米において多くの研究が行われてきている。しかし，そこで得られた知見をそのまま家族構造・社会構造が異なる日本に適用することは不可能である。今後，大都市居住老人について一層の検討を加えていきたいと考えている。

注

1）国際連合　1981「世界人口年鑑」

2）東京都「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」

3）総理府　1981「老人の生活と意識に関する国際比較調査」

4）世田谷区が独居老人に対して行っている福祉事業は，福祉電話の貸与（対象者は全独居老人の14％），電話料の助成（同11％），電話訪問（同18％），緊

急報知機（火災報知機または非常ベル，但しこれは消防署や区役所にはつながっていない）の設置（同16%），「おはよう訪問（ヤクルトおばさんによるヤクルト無料配布と安否確認）」（同48%），給食サービス（同10%），家事援助者派遣（同11%），友愛訪問員派遣（同２%），入浴券支給（同63%），老人専用住宅の一時的提供（同１%），である。

文　献　一　覧

小谷野亘

1981　「生きがいの測定　－改訂 PGC モラール・スケールの分析－」老年社会科学　3，83－95.

Larson, R.

1978　「Thirty years of research on subjective well-being of older Americans」*Journal of Gerontoloygy* 33, 109－125.

西園昌久・奥村幸夫

1974　「病める老人の心理と一般老人の生き甲斐調査から」日老医会誌　11，302－307.

Pihlband, C., & McNamara, R.

1965　「Social adjustment of elderly people in three towns」*In* A. Rose & W. Peterson (Eds.), *Older people and their social worlds*. F.A. Davis, Philadelphia.

世田谷区福祉部老人福祉課

1984　「昭和59年度老人実態調査結果報告」

杉山善朗・竹川忠男・中村浩・佐藤豪・浦沢喜一・佐藤保則・斉藤桂紀・尾谷正孝

1981　「老人の「生きがい」意識の測定尺度としての日本版 PGM の作成(1)―尺度の信頼性および因子的妥当性の検討－」老年社会科学　3，57―69.

東京都

1981　「昭和55年度老人生活実態調査報告書」

若林佳史・望月利男

1985　「1984年世田谷電話局洞道内通信ケーブル火災事故の独居老人に対する影響」総合都市研究　25号45－65.

Key Words（キー・ワード）：Elderly people（老人），Living alone（独居），Family（家族），Telephone（電話），Health（健康），Psychology（心理）.