

平成8年度 博士論文

指導教授：前田 大作

高齢者の社会関係に関する研究

－ 4 地域の高齢者の社会関係に関する比較研究及び
社会関係とその関連要因の分析－

A Study of Social Relations for the Elderly

- A Comparative Study of Social Relations for the Elderly
among Four Locations and Analysis of its Associated Factors -

日本社会事業大学大学院
博士後期課程 博士論文

日本社会事業大学大学院
博士後期課程 G94-D1
石川 久展

目 次

序 章	1
第 1 章 研究の目的と意義	3
第 1 節 研究の背景	3
第 1 項 わが国の高齢化の現状と今後の課題	
第 2 項 要介護問題の動向と福祉サービスの現状と今後の課題	
第 2 節 研究の目的と意義(本研究の研究モデル)	6
第 1 項 研究の目的	
第 2 項 研究の枠組み(研究モデル)目的	
第 3 節 研究の意義	11
第 1 項 社会関係に関する研究の意義	
第 2 項 国際比較研究の意義	
第 3 項 社会福祉学における研究の意義	
第 2 章 社会関係に関する研究動向	17
第 1 節 社会関係の定義と近接概念との関係	17
第 1 項 ソーシャルサポートの定義	
第 2 項 ソーシャルネットワークの定義	
第 3 項 社会関係とその近接概念との関係	
第 2 節 海外(主としてアメリカ)での研究の動向	21
第 1 項 社会関係に関する研究の系譜	
第 2 項 社会関係の研究側面	
第 3 節 国内での研究動向	32
第 1 項 ソーシャルサポート研究の動向	
第 2 項 ソーシャルネットワーク研究の動向	
第 4 節 社会関係の測定尺度	37
第 1 項 ソーシャルサポートの測定尺度	
第 2 項 ソーシャルネットワークの測定尺度	
第 3 章 研究方法および社会関係の諸特性	42
第 1 節 研究方法	42
第 1 項 調査の概要	
第 2 項 調査の対象	
第 3 項 測定項目とその尺度化	
第 4 項 分析方法(統計的手続き)	

第2節	4地域の対象者の基本属性の比較	53
第1項	分析対象者の特性	
	－4地域の高齢者の特性についての比較研究－	
第2項	社会関係の諸特性	
	－4地域の高齢者の社会関係の諸特性の比較研究－	
第4章	社会関係の要因分析	67
第1節	ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの関係	67
第1項	各ネットワーク項目別にみたサポート得点の平均差	
第2項	ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの相関関係	
第3項	社会関係の共分散構造分析	
第2節	社会関係と主観的幸福感及びうつ症状との関連分析	73
第1項	社会関係と主観的幸福感との関連	
	－社会関係の主観的幸福感への直接効果の検討－	
第2項	社会関係とうつ症状との関連分析	
	－社会関係のストレス緩衝効果の検討－	
第5章	社会関係と在宅福祉サービスとの関連	80
第1節	三鷹市の在宅福祉サービスの概要と現況	80
第2節	三鷹市高齢者の在宅福祉サービスの認知度の実態	83
第1項	在宅福祉サービスの認知度の単純集計の結果	
第2項	基本属性別クロス集計の結果	
第3節	社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連	85
第1項	社会関係と在宅福祉サービスの認知度との相関関係	
第2項	社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連分析	
第6章	考察	89
第1節	結果の要約	89
第2節	研究課題	97
第1項	本研究の課題	
第2項	社会関係研究における今後の課題	
参考文献		102
	・国内の参考文献	
	・諸外国の参考文献	
図表		115
あとがき		161
補遺		
	・三鷹市調査表	

序 章

わが国では、現在21世紀の超高齢社会を目前にして、「豊かに老いる」「安心して老いる」「健やかに老いる」といった言葉に表わされているように、豊かで生きがいのある老後生活を送ることは、全国民共通の願いであり、また老後の目標である。豊かな老後に対する国民の関心の高さは、この10月に行われた衆議院議員の選挙においても顕著にみられ、どの政党、どの候補者も高齢化の問題を取り上げ、「福祉施策の充実」を公約にしており、その公約なくしては選挙が戦えないほどである。(なお、この傾向は、何も今回の衆議院選挙に限ったことではなく、近年、様々な地方選挙においてすでにみられていた傾向であることは周知の通りである)。また、1994年6月3日に高齢社会福祉ビジョン懇談会によって厚生省に提出された「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—」の中では、そのビジョンの一つとして「豊かで楽しい老後の暮らし」が謳われており、21世紀に向けて国民のだれもが安心して老いることのできる、また生きがいをもって生活できる福祉社会を形成することが今後の課題であるとされている。このように、豊かな老後を保障するという課題は、すでに社会全体でコンセンサスを得ているということができる。

それでは一体「豊かさ」あるいは「豊かな老後」とは何であろうか。確かにわが国は、国民総生産が先進国の中でも常にトップクラスに位置しており、経済的には豊かな国である。しかし、その物質的な豊かさが私たちの「豊かな老後」と結びついているだろうか。岡本祐三(1993)によると、「豊かな社会」とは「楽しみ」と「安心」が確保されている社会である。楽しみについては、わが国は「娯楽社会」といってよいほどであり、遊びやレジャーについては事欠かない。しかし、それはどちらからという若い人々にとっての楽しみであるといえ、高齢者にとっての楽しみ、それは生きがいといっても差し支えないだろうが、それが十分保障されているかについては疑がわしい。むしろ、諸外国と比べて日本の高齢者の自殺率が非常に高いという事実を考えると、この社会は高齢者にとってあまり楽しみや生きがいのない社会であることを表わしているのではなかろうか。

次に「安心」についてはどうであろうか。安心の保障は老後を豊かにするかどうかの決め手であるが、総務庁が全国30歳以上70歳未満の男女3,000人を対象に1989年に行った「長寿社会における男女別の意識の傾向に関する調査」によると、その約8割が老後に「不安

を感じる」と答えており、多くの国民が老後に不安感をもっていることがわかる。これらの不安の要因には、寝たきりや痴呆になったときの不安や孤独になることへの不安など様々な要因があるが、ごく最近でも、新聞などでひとり暮らしのお年寄りがお家で亡くなり、それが何週間、何ヶ月も発見されないまま放置されているといった事件や阪神大震災後、仮設住宅での孤独死が100件を越すなどの記事（1996. 10. 15付朝日新聞）など、この社会に不安を感じさせる事件を目にすることが後を絶たいことから考えると、現実的に多くの国民が老後を安心して暮らせることができないと不安になるのも当然のことかもしれない。

以上のように、わが国は、現在のところ、高齢者自身のみならず、一般国民も安心して老後を暮らせる社会であるとは言い難い。従って、今後は、社会全体で誰もが安心して老後を生活できるような社会を構築することが緊急課題となってくるであろう。

この国を誰もが安心して老後を暮らせる社会にするためには、在宅・施設サービスを含めた公的福祉サービスや民間福祉サービスを充実させることはもちろんのこと、健康な一般高齢者を対象にした様々な生活関連施策・サービスを整備することが必要である。ところが、わが国の現在の高齢者福祉は、どちらかという、寝たきりや痴呆といった要介護状態になったときのサービスに重点が置かれているのが現状であり、一般高齢者の生きがいや生活の質の向上を目指したサービスはそれほど発達していない。わが国は、高齢者の自殺率が65歳以上人口10万人対して男性38.8人、女性27.6人と諸外国のそれと比較しても非常に高い数字であり、孤独感をもつ高齢者や生きがいのない高齢者が多いことが指摘されている。高齢者の生きがい対策は、重要な福祉サービスの一つであることを考えると、介護サービスと同様に重視されるべき課題である。ただ、現在のところ、国や行政がそのようなサービスを意図的に作っていないのではなく、高齢者の生活の質や生きがいに影響を与える要因についての基礎的な研究やそこから得られる知見の蓄積がまだ不十分であるからだと考えられる。特に、わが国の場合、アメリカなどと比べると、高齢者の生きがいや幸福感に影響を及ぼす様々な要因の研究は非常に遅れている。

そこで、本研究では、高齢者の幸福感や身体的・精神的健康に大きな影響を与える要因として、近年注目されつつある社会関係、つまりソーシャルサポートやソーシャルネットワークに焦点をあて、わが国の高齢者がどのような社会関係を取り結んでいるのか、またそのような社会関係が高齢者自身の幸福感や健康にどのような影響を与えているのか、さらに在宅福祉サービスとどのような関連があるのかを分析・検討し、高齢者の社会的、社会心理学的、社会福祉学的特性についての知見を深めてみたい。それが今後の生きがい対策や安心して暮らせる社会の構築に役立つものになると信じるからである。

第1章 本研究の目的と意義

第1節 研究の背景

本研究の背景には、わが国が21世紀前半に迎えようとしている超高齢社会の問題がある。そこで、わが国の高齢化の現状と課題、そして要介護問題などに対する社会福祉サービスの現状と課題について簡単にふれてみたい。

第1項 わが国の高齢化の現状と今後の課題

わが国の高齢化は、老年人口が7%を占め、高齢化社会(ageing society)の一員となった1970年前後を境に急速に進み、1994年には14%を越え、いわゆる高齢社会(aged society)の仲間入りをした。急速な高齢化は今後も続き、厚生省人口問題研究所の推計(中位推計)によると、表1-1の通り、総人口に占める高齢者の人口割合は、2000年には17.0%、2010年には21.3%、そして2025年には25.8%とほぼピークを迎えることが予測されており¹⁾、国民の4人に1人が高齢者というまさしく超高齢社会が到来することは周知の通りである。わが国の高齢化は、少子化と平均寿命の伸長によってもたらされたものであるが、その特徴として、①高齢化のスピードが非常に早い、②高齢化の将来到達水準が先進国の中でも最も高くなる可能性があるなどがあげられる²⁾。高齢化の先進国であるスウェーデンやフランスなどと比較すると、それらの国々では高齢化のスピードが比較的ゆっくりであったために、高齢社会に即した社会システムを長期的に、しかも緩やかに構築できたのに対して、わが国の場合、世界で類をみないほどの高水準の高齢社会を短い時間によって迎えることになるので、高齢社会に即した社会システムへの移行は急速にならざるを得ない。高齢社会にふさわしい社会システムをできる限り迅速に整備していくことが、これからの最重要課題となるのは間違いないであろう。

この少子化による高齢化は、今後、社会に様々な問題・課題をもたらすと予測されている。たとえば、少子化により、将来、若年労働人口が徐々に減少し、それによって労働力需給のアンバランスが起こったり、それによって産業構造そのものの変革が迫られるかもしれない。また経済成長率は21世紀にはさらに低下し、2～3%台に落ち込むという予測もあり³⁾、わが国の経済に大きな影響を及ぼすかもしれない。人口構造は大きく変化し、核家族や高齢者世帯が今後増加することによって、家族機能や家族の介護機能が弱体化したり、晩婚化や生涯未婚率が高まるなど、国民のライフサイクルに大きな変化をもたらすことも予想される。最も関心のある問題としては、年金や医療にかかる社会保障費の増大とそれに伴う国民負担率の増大がある。消費税率のアップや介護保険制度導入の議論も含め、今後、議論を続けていかなければならない問題である。また、わが国の高齢者の自殺率は世

界でも指折りの高さであり、豊かな国であるにもかかわらず、高齢者の生きがいという問題を抱えている。最後に、寝たきり老人や痴呆性老人の要介護問題は深刻な問題である。特別養護老人ホーム、老人保健施設など施設への入所を待っている高齢者も少なくはないし、在宅サービスを支えるホームヘルパーの数もまだまだ足りない。在宅福祉、施設福祉のいずれも今後充実させていく必要がある。

これらの問題は、わが国の高齢化が社会にもたらすと考えられるもののほんの一例にすぎないが、わが国が今後取り組むべき課題は非常に多い。

第2項 要介護高齢世帯・者の動向と福祉サービスの現状と今後の課題

まず、高齢者世帯の動向についてであるが、厚生省人口問題研究所の『人口統計資料集 1994年版』によると、高齢化にともなって高齢世帯全体も増加することが予測されている。特に、表1-2の通り、高齢者の夫婦世帯が1990年には約2000万世帯であったのが、2010年には5300万世帯と2倍以上に増加し、また老人単独世帯については、1990年の1600万世帯から、2010年には4600万世帯と約3倍に増加することが予測されている。これら的高齢夫婦世帯や単独世帯は、家庭での介護機能がもともと弱いために、要介護状態になったときに公的な介護サービスを必要とする可能性の高い世帯、つまり福祉サービスの利用可能性の高いサービス利用予備群であるといえることができる。サービス利用予備群は2010年には、現在の2、3倍になることが推測されており、今後福祉サービスを拡充していく上で、これらの予備群を考慮する必要がある。

次に、寝たきり老人や痴呆性老人の問題については(図1-1)、厚生省の推計によると、全体として要介護高齢者が1993年に200万人であったものが、2025年には520万人と2.5倍以上の増加が見込まれている。詳しくみると、寝たきりの痴呆性老人を含んだ寝たきり高齢者が1993年の90万人が、2025年には230万人と2.5倍以上に増加し、また、介護を必要とする痴呆性高齢者数は、1990年の10万人が2025年には40万人と4倍に増加することが予測されている。65歳以上の高齢者人口そのものは、1993年に約1690万人であったものが、2025年には3240万人と約2倍になると推計されているが、要介護高齢者の増加率は、一般の高齢者の人口増加率を大きく上回っていることがわかる。

これらの要介護高齢者を援助する保健・福祉サービスについては、「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略(ゴールドプラン)」が1989年に策定され、2000年までに達成すべき整備目標がたてられ、在宅、施設サービスの量的な拡充が始まった。翌年の1990年には、いわゆる社会福祉関係八法の改正が行われ、在宅サービスの法定化など法的整備もなされるようになった。さらに、都道府県、市町村レベルでの老人保健福祉計画の策定の結果、従来のゴールドプランを大幅に上回るサービスの基盤整備の必要性が明らかになり、整備目標を大幅に改訂した新ゴールドプランが1994年12月に策定された。表1-3の通り、ホームヘルパー

が従来の10万人から17万人に、ショートステイは5万人分から6万人分に、デイサービスが1万ヶ所から1万7千ヶ所に、特別養護老人ホームは24万床から29万床へと整備目標が大幅に引き上げられた。実績については(表1-3)、各年度の予算配分による目標値に達していないサービスもいくつかあるが、全体としては順調といってもよいだろう。

確かに、新ゴールドプランによって、福祉・介護サービスの基盤はそれ以前に比べて格段に進歩・充実したが、しかし、これから取り組むべき課題はいくつかある。たとえば、新ゴールドプランはあくまでも2000年までの整備目標であるので、それがたとえ達成できたとしても、その後も2020年ぐらいまでは同じスピードで高齢化が進むために、次の新たな計画が必要である。また、すでに述べたように、寝たきり・痴呆の要介護高齢者数の増加率は、一般高齢者の増加率よりも高いので、サービスの量的目標の設定の際にはそのことを勘案し、高目に設定する必要がある。具体的には、筆者の住む三鷹市では、老人保健福祉計画策定の際に市内の要介護・痴呆性高齢者の実態に関する基礎的なデータがなかったために、2000年までの一般高齢者の増加率の推計を基準とし、2000年時の寝たきり、痴呆性高齢者数を推計し、そのデータに基づいて様々な福祉サービスの目標値が決定されていた。保健福祉計画策定時に基礎データが無かったのは仕方がないにしろ、今後、後期高齢者の増加率、高齢化にともなう寝たきり・痴呆高齢者の出現率、重度化によるサービス量の増加などを勘案した上で、サービス目標値を設定する必要がある。最後の課題としては、現行の福祉・介護システムでは財政基盤が脆弱であるので、サービスをより充実させるためには、安定した財源と新しい介護システムを確保することが必要である。その意味では、もうまもなく導入されるであろう公的介護保険制度に注目したい。

以上、高齢世帯や要介護高齢者の動向と福祉サービスの現状と今後の課題について簡単にまとめてみたが、これからの最大の課題は、冒頭でも述べたように、だれもが安心して豊かな老後を暮らせる高齢社会を作ることであり、そのためにはわが国に相応しい高齢社会システムを地域において構築することが必要である。

第2節 研究の目的と意義（本研究の研究モデル）

第1項 研究の目的

前節では、本研究の背景となるわが国の高齢化の現状とその課題などについて述べ、さらに、来るべき超高齢社会にふさわしい社会を作りあげることが今後の課題であることを指摘した。また、そのためには取り組まなければならない多くの課題があることも述べた。高齢者が地域で安心して生活するためには、保険・医療・福祉サービスをはじめ、様々な公的サービスが必要であるとともに、高齢者自身が社会関係の中で積極的な自己像を持ち、それによって生活の質を高めたり、健康を維持していく必要がある(Hirdes & Strain, 1995)。本研究の焦点は、前者の高齢者を取り巻くサービスそのものではなく、後者の高齢者の幸福感や健康に関する特性やそれらに影響を及ぼす要因にあてる。

具体的には、高齢者の幸福感や健康と密接に関連があると考えられるソーシャルサポートやソーシャルネットワークなどの社会関係に焦点をあてる。高齢者がそれぞれの地域においてどのような人々に囲まれながら、あるいはどのような関係を持ちながら生活しているのか(ソーシャルネットワーク)、あるいは高齢者の回りの人々がどれだけその高齢者を支えてくれているのか(ソーシャルサポート)、そして高齢者がそれらの人々によって支えられて、本当に心身ともに健康で生きがいをもって幸せに暮らしているのか(健康や幸福感との関連)、などの社会学的、社会心理学的な特性・要因を明らかにすることを、本研究の目的とする。

さらに詳しく述べると、日本の山口県東和町、愛知県豊橋市、東京都三鷹市の3地域在住の健康な一般高齢者と、アメリカのロスアンゼルス市在住の健康な日系高齢者に対して実施した調査から得られたデータをもとに、それらを比較・分析することによって、一般高齢者の社会関係全般についての基礎的な知見を深めること、また社会関係が高齢者の主観的幸福感や身体的・精神的健康とどのように関連するのかを分析・検討すること、さらに一般高齢者の在宅福祉サービスに対する認知度の実態と、社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連を分析・検討することが本研究の目的である。

以上が本研究の目的及び内容であるが、ここで、本研究では、高齢者の社会関係を実証的に検証するという社会調査法の研究手法を採用していることを最初に断っておきたい。従って、データはあくまでも数量的に扱うことを目的として収集・分析したために、エコマップなどを使用した個々の事例の検討ができないのが本研究の限界である。

第2項 研究の枠組み（研究モデル）

本研究の枠組みについてであるが、高齢者のソーシャルサポートやソーシャルネットワークといった社会関係に関する先行研究は、社会福祉の分野では非常に限られている。た

とえ、研究があったとしても理論研究か、せいぜい事例研究である。従って、実証的研究の枠組みや方法は全くといっていいほど確立されていないのが現状である。社会関係に関する実証的研究については、これまで主に社会学、心理学、老年学といった社会学系の分野で研究が進められてきており、それらの分野では非常に盛んになっている。特に、老年学では「健康に老いる」条件を明らかにすることが一つの大きな目標とするところであり、それを模索するために高齢者のソーシャルサポートやソーシャルネットワークが主観的幸福感（subjective well-being）や生活満足度、あるいは身体的・精神的健康に及ぼす影響に関連する数多くの研究が行われてきている。そこで、本研究では、社会福祉では独自の研究の枠組みがあまりないことから、それらの分野で培われてきた研究の枠組みを参考にしながら、研究を進めていくこととする。

全体的な研究枠組みを表したのが、図1-2である。まず、それぞれの変数について説明する。独立変数については、高齢者の属性を表す基本属性があり、性、年齢、婚姻状態、教育年数、収入、仕事、世帯類型などの変数がある。次に、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークといった社会関係変数がある。ソーシャルネットワークには、家族ネットワークと友人ネットワークの2つの下位変数、ソーシャルサポートには、情緒的サポートと手段的サポートの2つの下位変数がある。媒介変数には、身体的健康関連の4つの変数がある。それらは、高齢者の慢性疾患数、身体的な自覚症状、日常生活における活動能力を表すADL-IADL、そして、主観的健康感の4つである。最後に、独立変数によって影響を受ける従属変数であるが、高齢者の生きがいや生活の質を測定する主観的幸福感、精神的な健康度を表すうつ症状、そして、現在の在宅福祉サービスの中核となっている7つのサービスの認知度の3つの変数がある。

これらの変数が全体的な枠組みの中でどのように位置づけられ、変数間相互にどのような関係があるのかを仮説的に表したのが、図1-2の枠組みであり、この全体的な枠組みを検証するために、次の6つの個々の研究モデル(仮説)をたて、それらを1つ1つ検討していきたい。

モデル1

社会関係の諸特性 — 社会関係に関する4地域の比較検討 —

まず、最初にソーシャルサポートやソーシャルネットワークといった社会関係の全体像を捉えるために、本研究の対象となった4つの地域の高齢者の社会関係の諸特性について比較・検討をしてみたい。ソーシャルサポートやソーシャルネットワーク研究は、欧米、特にアメリカでは非常に盛んであり、かなりの研究結果が蓄積されている。一方、わが国

ではというところはまだ未発達であり、いまだそれらの実態に関してすら信頼できる知見が乏しい(野口, 1991b)のが現状である。そこで、最初の検討課題として、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークの全体的な特徴や、性、年齢、婚姻状態、世帯類型など基本属性別の差異や特性を比較し、基礎的な知見を深める。

モデル 2

ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの相互関係

ー 社会関係の相互関係に関する 4 地域の比較検討 ー

上述したように、わが国ではソーシャルネットワークやソーシャルサポートのそれぞれの基礎的な知見すら十分に整理されていないのが現状であり、ましてやサポートとネットワークとの関連や相互関係という課題の検討はまだ進んでいないのは当然のことといえる(野口, 1991b)。ただ、この点については、Antonucci (Antonucci & Akiyama, 1987) や Seeman (Seeman & Berkman, 1988) が指摘しているように、社会関係の研究先進国のアメリカにおいても、まだ両者の関係を明確にするような研究は限られている。この 2 変数の相互関係の検討は、諸外国共通の課題である。そのような点から、第 2 番目に、サポートとネットワークの相互関係を単純な相関関係の分析などによって検討する。

モデル 3

社会関係の共分散構造分析 ー リズレルモデルによる分析 ー

ソーシャルサポートやソーシャルネットワーク研究において、現在最もポピュラーに用いられている分析手法は、多変量解析の中でも重回帰分析や分散分析などであり、この手法では、他の変数の影響を取り除くので、従属変数と独立変数の 2 変数間の直線的な関係について検討することができる。ただ、これ手法だけでは、変数間の相互作用そのものや構造全体の関係について検証することができないという欠点がある。そこで、近年、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークの共分散構造を分析する方法として、構造方程式モデル (Structural Equation Model) に焦点があてられ、これに基づいた研究報告が多くみられるようになってきている (Krause & Markides, 1990; Matt & Dean, 1993; Russell & Cutrona, 1991; McColl, Lei, & Skinner, 1995; Venkatraman, 1995)。また、この構造方程式モデルによる分析を積極的に使用するのを勧めている研究者もいる (Newcomb, 1990)。そこで、本研究では、ソーシャルネットワークとサポートとの単純な相関関係だけではな

く、両者の構造的な関係を検証するために、共分散構造分析を行う。具体的には、リズレルモデルを用いて、確認的因子分析(Confirmatory Factor Analysis)を行うこととする。なお、分析の際に使用したコンピュータ・プログラムは、WINDOWS対応のSPSSXの中に含まれているLISRELⅦ(Joreskog & Sorbom, 1989)である。

なお、モデル3からモデル6の分析については、データの特性や様々な制限から三鷹市高齢者のデータだけに限ることをここで断っておきたい。

モデル4

社会関係と主観的幸福感との関連

－社会関係が高齢者の生きがいに及ぼす直接的な影響についての検証－

アメリカなどにおいて、ソーシャルサポートやソーシャルネットワーク研究が盛んな理由の一つとして、それらが特に高齢者の幸福感や身体的・精神的健康に及ぼす影響があるという仮説があり、次章で紹介する通り、その仮説を検証する研究は非常に多くみられる。このサポートやネットワークの影響に関する仮説には、直接効果と間接効果の2つの仮説がある。研究モデル4では、前者の社会関係の直接効果を検証することになるので、ここではそれだけを説明する。直接効果とは、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークが、ある個人に対して周りからのサポートやネットワークがなければ、その個人は孤立し、ストレスのある状況におかれ、それが心身の健康に直接的な影響を及ぼす、逆に考えると、サポートやネットワークが豊かであれば、個人の幸福感が高まるという仮説である。

以上のように、第4番目の分析課題は、社会関係の直接効果について検討する。具体的には、独立変数はソーシャルサポートとソーシャルネットワークの2変数であり、これらの独立変数によって説明される従属変数として、主観的幸福感を用いる。その他、基本属性などの変数をコントロール変数とし、重回帰分析によって社会関係が主観的幸福感に及ぼす影響を検証する。

モデル5

ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの精神的健康への 間接効果(緩衝効果)についての検証

第5番目のモデルでは、社会関係の間接効果を検討する。間接効果は、ストレス緩衝効果(stress-buffering effects)とも呼ばれ、個人が日常生活の中で様々なストレスを経験し、それによって心身の健康が損なわれることがあるが、ソーシャルサポートやソーシ

ナルネットワークがそのストレスを緩和する働き機能をもつという仮説に基づくものである。具体的には、本研究では、ストレス要因として高齢者の身体的な健康を取り上げ、社会関係が身体的な健康問題を抱える高齢者のストレスを緩和し、それがうつ症状に影響を与えるかどうかを検討する。独立変数として使用したのは、モデル4と同じで、サポートとネットワークであり、従属変数には、精神的な健康度を測定するものとしてうつ症状を取り上げた。媒介変数には、慢性疾患数、自覚症状、ADL-IADL、主観的健康感の4つの身体的健康関連変数を用いる。基本属性をコントロール変数として、重回帰分析によって間接効果を検証する。

モデル6

社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連

－高齢者の在宅福祉サービスの認知度の実態と社会関係との関連－

最後のモデルは、社会福祉サービスと直接関連することである。現在、三鷹市で提供されている在宅福祉サービスを、三鷹在住の一般高齢者がどの程度知っているのかその認知度の実態と、また社会関係がサービス認知度に影響を及ぼしているのかを検討する。との関連社会福祉と関連することについて分析する。具体的には、在宅福祉サービスを知っているか否かについての単純集計の結果をはじめ、性、年齢、婚姻状態などの基本属性別にみた認知度の差異などを検討する。また、社会関係との関連においては、社会関係を独立変数、7つの在宅福祉サービスのそれぞれを従属変数とし、ロジスティック回帰分析によって、両者の関係を検討する。

以上、社会関係に関する6つのモデルをこれから検討していく。

なお、ここで、本研究でデータ分析に用いた調査を実施した研究プロジェクトについて簡単に紹介しておく。まず、本研究は、アメリカ・カリフォルニアロスアンゼルス市にあるカリフォルニア大学ロスアンゼルス校(通称：UCLA)の研究プロジェクトチームを中心とした“Pacific Rim Studies”⁴⁾と呼ばれる総合研究事業の一環でもある。このPacific Rim Studiesは、高齢者の社会的、社会心理学的な特性について国際的な知見を深める一連の研究であり、アメリカのロスアンゼルスを中心に、日本、中国広東、北京、そして香港などでも同様の調査が実施されている。それぞれの対象地に住む高齢者に対して同じような尺度を用いて調査を実施し、高齢者に関する様々な特性について国際比較研究を行うことができるよう研究を進めている。

わが国では、上記のPacific Rim Studiesの一環として、日本社会事業大学大学院の前田大作教授を中心とした「高齢者の社会心理学的研究」プロジェクトチーム⁵⁾を作り、3年

計画でそれぞれ特性の異なる3地域で調査を行った。初年度は日本で最も高齢化の進んだ町である山口県東和町で、2年目にわが国の典型的な中都市といわれる愛知県豊橋市で、3年目には大都市圏を代表して東京都三鷹市、の3地域でほぼ同じ調査票を用いた調査を行った。

全体の共通の調査項目としては、年齢構成、性別、学歴、婚姻状態、居住形態などの基本属性をはじめ、所得、ADL、健康状態、社会的な活動、趣味・娯楽、子供や親戚とのつきあい、ソーシャルサポート、ソーシャルネットワーク、様々な保健行動、スポーツ、うつレベル、経済生活などの変数がある。

第3節 研究の意義

第1項 社会関係に関する研究の意義

既に述べてきたように、わが国ではソーシャルサポートやソーシャルネットワークなどの社会関係に関する研究は、まだまだ発展途上の段階にあり、雑誌などで発表されている実証的研究報告はそれほど多くはない。ただ、確かに研究そのものの数は多くはないが、研究の枠組みや研究方法においては、欧米のレベルと比較しても遜色がないレベルで行われている研究がいくつかみられる。筆者がレビューした研究報告の中で代表的なものをあげると、ソーシャルネットワークと主観的幸福感との関連に関する研究(玉野ら, 1989)坂田ソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面が高齢者のストレスに及ぼす影響を検討した研究(坂田ら, 1990)、高齢者のソーシャルサポート尺度の信頼性、妥当性の検証に関する研究(野口, 1991a)、高齢者のソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの相互関係に着目した研究(野口, 1991b)、主観的幸福感及び受療に対するソーシャルサポートやソーシャルネットワークの効果に関する研究(杉澤, 1993)、高齢者の死亡率に及ぼすソーシャルサポートやソーシャルネットワークの影響の研究(Sugisawa, et al., 1994)、どがある。

以上のように、わが国でもソーシャルサポートやソーシャルネットワークについて、研究レベルの高い実証的研究はいくつか見られるが、現状では十分な知見を得るほど多くはない。その意味では、本研究において得られた知見は、わが国の社会関係研究の知見の蓄積に役立つものであり、研究の発展に大きく貢献できるものである。

第2項 国際比較研究の意義

現在、高齢化や高齢者人口の急速な増加という高齢化の問題は、わが国をはじめとする先進国のみならず、世界の多くの国が直面している問題であり、高齢化とその対策は全世界共通の課題となってきた。たとえば、南アジアだけに目をとめても、わが国はもちろんのこと、韓国、中国、香港などのアジア各国においても高齢化は進んでおり、2025年にはそれらの国々の老年人口は12、13%を越えることが予測されており、今後、高齢化に対する様々な施策の充実が必要となってくる。韓国、中国、香港は、もともと日本と同じように、伝統的な家族主義が背景にあり、介護についても家族による介護が前提となっているという点では共通した社会文化的基盤をもっている。その一方では、核家族化や西洋化などについては日本がかなり進んでいるので、それらの社会変化が家族形態に及ぼす影響については国によって異なるといった相違点もある。たとえば、Berkanovicら(1994)は、北京と広州に住む中国人高齢者とロスアンゼルス在住の中国系高齢者を対象に健康に関する調査研究を行った。同じ中国人であっても高齢者の健康状態の現状が3つの地域で大きく異なるという結果がみられ、これらの原因として地域によって健康に対する考え方の違い、病気の診断や分類の違いなど文化的な要因をあげている。

このように、高齢化という問題について、共通点と相違点をもつ国々との比較研究を行い、知見を深めることは非常に意義深い。特に、アジア諸国などの同じ背景と異なる背景の両面をあわせもつ国々や地域との比較研究は重要である。そこで、本研究では、ロスアンゼルス在住の日系高齢者と日本の3地域に住む日本人高齢者との比較研究を行い、それぞれの地域の高齢者のソーシャルサポートやソーシャルネットワークの特性や差異についての知見を深めてみたい。ただし、本研究ではその研究の枠組みの中に文化や生活様式の差異、高齢化や健康状態に対する態度の差異などの枠組みを入れることができなかったために、それらの差異などを考慮した要因分析はできないので、単純な比較研究となることを予め断っておきたい。

第3項 社会福祉学における研究の意義

社会福祉の分野では、近年「サポート」や「ネットワーク」という用語は、一種の流行語となっていて様々なところで頻繁に使われており、これらの概念に大きな関心が寄せられている。ところが、社会福祉分野では、社会関係に関する研究は、その定義や内容、社会福祉における意義などの理論研究が中心であり、また、社会関係に関する事例研究もいくつかみられる程度である。それらの研究数は非常に限られており、ある一定の研究枠組みに基づいた実証的な研究に関しては、皆無に等しい⁶⁾。

今後は、社会福祉分野でもこれらの社会関係に関する研究を発展させるために、その定義や内容を整理し、一定の分研究組みをもった実証的な研究が必要である。本研究が社会

福祉分野における社会関係研究の発展に寄与できるものであることを願う。

さらに、社会福祉の制度・政策面とソーシャルワーク実践の2つの点において、社会関係研究の意義がある。

1) 社会福祉制度・政策面における意義

ア. 介護システム構築との関連において

1989年に策定されたゴールドプランや1990年の社会福祉関係法改正によって、わが国は施設福祉サービスとともに、地域福祉・在宅福祉サービスを充実させる方向性を明確にした。もともと、わが国の高齢者介護は在宅での家族介護を前提としており、それが困難になったときに、特別養護老人ホームなどの施設入所をすることになっているが、今後は、在宅福祉サービスが充実することによって在宅介護の支援体制が整うことが予想されるので、それらの在宅福祉サービスの利用と、家族によるケアやサポートとの連携・マネジメントが必要となってくるであろう。つまり、これからは、行政等が提供するフォーマルなサービスと家族、親戚、友人といったインフォーマルなサポートをどのように効果的に組み合わせていくかが大きな課題となってくる。フォーマルなサービスについては、これまで多くの実態調査がなされ、十分な情報や知見を得た上でサービスが策定されているのでそれほど問題はない。ところが、インフォーマルなサポート、つまり社会関係に関しては満足する情報や知識がなく、従って、どのようにしてインフォーマルな部分を充実させていいのか判断材料に欠けているのが現状である。

そこで、本研究でインフォーマルなサポートやネットワークを分析・検討した結果は、今後、高齢者のインフォーマルな援助の可能性を検討したり、ケアマネジメントを進めていく際の基本的なデータとなり得ると考える。

イ. 高齢者の生きがい対策との関連において

わが国は、高齢者の自殺率が高い国である。高齢者の自殺率の高さは、その国で孤独感をもつ高齢者や生きがいのない高齢者がいかに多いかを表している。高齢者が老後を幸せに送れるかどうかは、その社会がいかに豊かな社会であるかを表す目安の一つとなるであろう。生きがい対策は社会福祉の施策の一つであるが、しかし、高齢者にとって何が生きがいなのか、幸福感は何によって得られるのかなど、生きがいや幸福感の要因を分析するための客観的なデータは乏しい。ソーシャルサポートやソーシャルネットワークは、高齢者のうつ症状、身体的健康、死亡率・罹患率、主観的幸福感に大きな影響を与える要因であることは、これまでの先行研究によって明らかになっている。高齢者の生きがい対策を検討する上で、これらの要因を考慮することは必要不可欠なことであり、本研究で得られた社会関係と主観的幸福感との関係に関する知見は、今後の生きがい対策の策定に役立つものである。

ウ．身体的・精神的健康の予防的側面との関連において

筆者は福祉先進国といわれるスウェーデンやデンマークを何度か訪問し、それらの国々で提供されている福祉サービスをみてきたが、わが国との違いを最も感じたのは、「寝たきりのいない社会」といわれているように、高齢者を寝たきり状態にさせないための身体的・精神的健康の「予防」関連サービスの充実度の違いにおいてである。わが国でも、最近、予防的な側面が強調されるようになり、国は「高齢者の生きがいと健康づくり推進事業」など、健康な一般高齢者を対象とした事業を進めてはいるが、それでも介護関連サービスほど関心が高いとは言い難いし、充実しているとも言い難い。

このように、寝たきりを作らない社会にするには、健康面での予防は不可欠である。そして、多くの研究者が社会関係は高齢者の身体的健康や精神的健康に大きな影響を及ぼすことを指摘するように (Antonucci & Akiyama, 1987; Barnett, Biener, & Bauch, 1987; Chapman, 1989; Ell, 1984; Rossi, 1985; Rubinstein et al, 1994)、今後、わが国で高齢者の健康維持・促進サービスを計画・策定する上で、社会関係は重要な要素である。本研究において、社会関係と健康関連変数との関連の分析を行うのは、そういう意義があるからである。

以上、社会関係の研究の意義を社会福祉制度・政策面から考察してみた。本研究の結果そのものが具体的な制度・政策の策定と直接的に結びつくとはいえない。しかし、社会福祉の分野で、高齢者にとって重要な意味をもつサポートやネットワーク研究がそれほど進んでいないことを考えると、本研究で得られた知見を蓄積していくことは重要なことであり、それらの蓄積によって、将来、福祉制度や政策の策定が可能になると考える。

2) ソーシャルワーク実践における意義

最後に、社会関係の研究の意義をソーシャルワーク実践の観点から考察してみたい。ソーシャルワークという実践分野では、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークについては、従来から実践において活用してきたものだという見解がいくつかみられる。たとえば、Ell (1984) は「ソーシャルネットワークやソーシャルサポートは、ソーシャルワークの理論や実践において伝統的に重要な課題の一つであった」と指摘しているし、また Rubinstein ら (1994) は「臨床家にとって、直接的な援助を提供とするのと同じように、個人とその個人を取り巻くネットワークをうまく結びつけることは、ソーシャルワーク実践の共通の目標である」と指摘している。このように、ソーシャルワーク実践においては、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークという概念や用語そのものは、比較的新しいものであるかもしれないが、これまでサポートやネットワークという言葉を使わなかったにせよ、個人や家族が他者と結ぶ関係性やその関係性における援助機能として、サポートやネットワークの視点を重視してきたし、実践の中で活用してきたようである。確かに、直

接援助の対象となるのは、健康な高齢者ではなく、寝たきり、うつ病や痴呆性といった何からの問題を抱える高齢者やその家族である。ソーシャルワーカーはクライアントやその家族、またそれらの人々を取り囲むネットワークを用いながら、クライアントをサポートしてきた。その意味から実践そのものにサポート的な要素があるので、改めてそれらをサポートやネットワークとして位置づける必要がなかったのかもしれない。

しかし、それらが社会学や老年学などの分野で使用されてきたサポートやネットワークといった概念と一致するかというと、必ずしもそうではない。確かに、ソーシャルワーク実践ではサポートやネットワークに焦点をあてた援助を行ってきたかもしれない。ただ、それらが理論的研究や実証的研究レベルにおいて発達して来なかったことや、同じ概念を使用してきた社会学や老年学との間で学問的に競い合ってきたために、それはあくまでも個々の臨床レベルのものとなり、その結果、ネットワークやサポートの概念の定義やそれらが意味する内容、範囲などについては統一的なものがなく、ソーシャルワーク分野においては、概念化やそれに基づく実証的研究が遅れたことになった。その一方で、社会関係の概念化や実証的研究は、社会学や老年学で進められ、飛躍的に発展していったのである。

現在は、社会学や老年学で蓄積されてきた知見がソーシャルワーク実践家にも受け入れられ、導入されるようになり (Specht, 1986)、ワーカーたちは、改めて「ネットワーク」、「ソーシャルサポート・グループ」「ソーシャルネットワーク」「ソーシャルサポート・ネットワーク」などの用語を実践場面において頻繁に用いるようになったのである。このように、ソーシャルワーク実践では古くからソーシャルサポートやソーシャルネットワーク的な要素が活用されてきたと思われるが、それらが理論的に概念化され、実証的な研究が進められるようになったのは比較的最近のことである。

最後に、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークを客観的に測定する尺度をソーシャルワーカーがもつことは重要なことである。それによって、ワーカーは、クライアントの状況についてアセスメントを行う際に、ワーカー自身の主観によるアセスメントだけでなく、客観的な尺度によってアセスメントの結果を裏付けることができたり、両者のアセスメントが異なる際に検討する余地ができるからである。ところが、ソーシャルワークの分野では、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークを客観的に測定する尺度が、本場アメリカでも十分に開発されているわけではない (Lubben 1988)。本研究で用いた社会関係の尺度がソーシャルワーク実践でも使用できるものかどうかを評価する上でも、本研究は意義がある。

【注】

- 1) 同じ厚生省人口問題研究所の『日本の将来統計人口(1992年9月推計)』によると、高位推計では老年人口が2025年には24.48%、低位推計では27.42%と推計されている。
- 2) 厚生統計協会編『国民の福祉の動向』1995年第42巻第12号、24頁参照。なお、その他の特徴として、現在の高齢化の水準は、先進国の中では低い方にある、高齢化の歴史は、他の先進国に比べて新しく、昭和40年代に目立ち始めた、などがある。
- 3) 雑誌『NEWTON 2月増刊号』(1992年、教育社)の特集「近未来予測2010」(74～91頁)より参照。
- 4) アメリカの“Pacific Rim Studies”のプロジェクトチームは、カリフォルニア大学ロスアンゼルス校ソーシャルワーク部大学院教授のDr. James Lubbenなどが中心となり、保健・医療・福祉などの様々な専門分野の研究者によって構成されている。
- 5) わが国の「高齢者の社会心理学的研究」のプロジェクトは3年間のプロジェクトであるが、チームには次のメンバーが含まれている。

前田大作（日本社会事業大学大学院教授：チーム代表）

和気康太（日本社会事業大学社会事業研究所助手：事務局担当）

小川全夫（山口大学人文学部教授：山口県東和町調査担当）

富田輝司（日本福祉大学社会福祉学部教授：愛知県豊橋市調査担当）

宮本益治（東海学園女子短期大学助教授：愛知県豊橋市調査担当）

石川久展（ルーテル学院大学文学部助教授：東京都三鷹市調査担当）

なお、「高齢者の社会心理学的研究」事業は、財団法人長寿科学振興財団の長寿科学総合研究事業の一部であり、その中の厚生科学研究費補助金が研究の財源となった。

- 6) 社会福祉の分野でも、ごく最近、社会関係に関する実証的研究の報告がみられるようになってきた。たとえば、学会誌である『社会福祉学』の最新号(第37-1号, 1996)には、ソーシャルサポートに関する木村と大原の実証的な研究の論文が掲載されている。

第2章 社会関係に関する研究動向

第1節 社会関係の定義と近接概念との関係

社会関係(social relations)という言葉は、ソーシャルサポート(social support)、ソーシャルネットワーク(social network)、ソーシャルインテグレーション(social integration)などの対人関係を表す様々な概念の総称である(Antonucci, 1990)。なお、本研究では、様々な下位概念をもつ社会関係の中でも中心的な概念であるソーシャルサポートとソーシャルネットワークの2つの概念に焦点をあてて研究を進めることとする。従って、本研究で社会関係という用語を使用する場合、上記の2つの概念を指すことを断っておきたい。また、わが国では、ソーシャルサポートは、社会的支援、社会的サポート、ソーシャルサポートなどと様々な用語に訳され、ソーシャルネットワークは社会的ネットワーク、ソーシャルネットワークなどと訳されることがあるが、本研究では、そのままソーシャルサポートとソーシャルネットワークを用いることとする。

第1項 ソーシャルサポートの定義

サポートという言葉は、概念的に非常に広範な内容をもつ用語である。また、日常生活においても、また社会福祉実践においても、普段何気なく当たり前のよう使用されている万能な用語でもある。従って、これに「ソーシャル」という修飾語がついて、ソーシャルサポートという用語となっても、誰でも何となく理解できそうな印象を与える用語である。しかし、ソーシャルサポートは、社会学や老年学など様々な学問領域で研究対象となってきた概念であり、そういう意味では専門的な概念・用語である。ソーシャルサポートは、個人の対人関係でもサポート的な関係、つまり機能的、質的な側面に焦点をあてた概念であることは間違いない。ただ、この誰にもわかりそうな用語であるが故に、その定義については、各分野・領域の研究者によって、またどのような意味内容で使用するかによって異なるために、未だ統一した定義をもっていないのが現状である。そこで、これまでのソーシャルサポートの定義をいくつかを取り上げ、検討し、本研究におけるソーシャル

サポートの定義を試みる。

まず、初期の老年学研究では、LowenthalとHaven(1968)が高齢者の生活において重要な資源として「親密さ」に焦点をあて、個人が親密と思える関係を「サポート」と表した。Tolsdorf(1976)は、ソーシャルサポートを何らかの目標を達成しようとしている個人や、何らかの必要を満たそうとしている個人を助けるための行為や行動と定義している。その他、ソーシャルサポート研究の初期においてなされた代表的な定義としては、「適応能力の増進に役立つ人間相互の愛着」(Caplan, 1974)、「愛され、尊重され、相互的な義務のネットワークに所属していると信じさせてくれる情報」(Cobb, 1976)などがある。

サポート研究が盛んになってきた1980年代に入ると、サポート研究の第一人者といえる。KahnとAntonucci(1980)は「ポジティブな感情の表出、個人の信念や価値の支持、および援助の提供を含む対人交流」と定義している。その他に、Norbeck(1981)は、単に「サポートイブな交流」と定義しているし、HouseとKahn(1985)は「人々が取り結ぶ対人関係の援助的な機能」と定義している。O'Reilly(1988)は、33種類の実証的研究で用いられた定義を整理、検討し、ソーシャルサポートを「個人の社会的、心理的、身体的安寧に肯定的な影響を及ぼす特定の行為ないし行動が行われる相互作用過程である」と定義した。これと同じように、ソーシャルサポート研究の第一人者であるAntonucci(1990)は、これらの従来の定義をまとめ、その中から共通項を引き出し、ソーシャルサポートを「援助、感情、肯定を主要な要素として含む対人交流」と定義している。このようにソーシャルサポートの定義は多様であり、いずれも決定的な定義とはいえないし、また、統一した定義があるわけでもない。ただし、これらの定義に共通するタームとしては、援助、交流、情報、愛着といった要素があり、これらの概念を含むものと考えることができる。

わが国のソーシャルサポート研究においては、独自の定義はみられなく、上記に紹介した諸外国の定義のいずれかを採用している場合が多い。たとえば、坂田ら(1989)は、O'Reilly(1988)の定義を採用し、野口(1991a)は、Antonucci(1990)の定義を、杉澤(1993)は、Houseら(1985)の定義を包括的な定義として採用している。また、社会福祉の分野では、Maguire(1991)がソーシャルサポートを「その人が生活している一般的な社会的環境もしくは生態的環境における積極的な相互作用」と規定しており、この定義を採用した実証的研究もみられる(大原, 1996)。

以上、ソーシャルサポートの定義についていくつか取り上げ、紹介してみた。本研究では、様々なソーシャルサポートに関する文献をレビューした結果、Antonucci(1990)の「援助、感情、肯定を主要な要素として含む対人交流」という定義が現在のところでは、包括的な概念として受け入れることができると考え、Antonucciの定義を採用することとする。なお、この点については、野口(1991a)もAntonucciの定義を比較的ゆるやかな定義として支持している。

第2項 ソーシャルネットワークの定義

「ネットワーク」そのものの定義は、広辞苑¹⁾によると「網細工・網状組織の意」と定義は非常に漠然としているが、これは電気工学、情報工学、通信工学をはじめ、社会学、社会心理学、社会老年学、心理学、行政学、経営学、経済学、看護学など様々な学問領域で使用されており、非常に応用範囲が広く、汎用的な用語である。

ネットワークに「ソーシャル」という修飾語を伴ったソーシャルネットワークという用語は、ソーシャルネットワークやソーシャルサポートに関する文献レビューを幅広く行ったEll(1984)によると、「人類学研究の中で生まれた社会的な概念」であり、もともとは人類学、社会学において発展してきた概念とされている。現在、ソーシャルネットワークは、社会学一般で用いられ場合と、社会老年学や社会精神医学などで用いられる場合とではその概念が異なるとされている(古谷野 1991)。ソーシャルネットワークが社会学一般で使用される場合は、集合体の構造を表す言葉として用いられている。一方、社会老年学などで用いられる場合は、「ある特定の個人間の特定のつながり」(Mitchell, 1969)、あるいは「個人が他者との間に取り結んでいる関係全体」(古谷野, 1991)と定義され、特定の個人、家族を中心として構成される対人関係の総体と理解することができる。また、Antonucci(1985)は、ソーシャルネットワークを「ソーシャルサポートが交換される手段としてとらえることができる」と定義している。ソーシャルネットワークはサポートと密接に関連しており、彼はソーシャルネットワークをサポート交換の前提条件として位置づけている。

アメリカではソーシャルワーク分野においても、ソーシャルネットワークを定義する試みがいくつかなされている。Ell(1984)は、ソーシャルネットワークを「個人のすべての社会的な交流(social contacts)を含む」と定義し、個人のソーシャルネットワークには、構造的な側面と相互作用的な側面の両面が含まれているとしている。また、Lubben(1988)は、上記のEllの定義をもとに、「ソーシャルネットワークは、個人の社会的交流であり、そのソーシャルネットワークにおいてソーシャルサポートが提供される」と定義している。これらのソーシャルワークの分野におけるソーシャルネットワークの定義は、どちらからというソーシャルサポートとの関連の中で位置づけられており、Antonucciの概念や、後述するソーシャルサポート・ネットワークの概念に近い。

わが国の社会福祉分野では、ソーシャルネットワークについての統一した定義があるわけではなく、十分な議論がなされないまま慣用的に使われていたり、他の学問領域で用いられた定義をそのまま借用している場合が多い(松岡 1995)。また、わが国ではソーシャルネットワークやソーシャルサポートよりもむしろ、ソーシャルサポート・ネットワークの方が用いられていることが多いようである(小松 1988)。

以上、ソーシャルネットワークの様々な定義を紹介した。本研究における定義であるが、まず、古谷野(1991)が述べているように、社会老年学などで従来用いられている「個人が

他者との間に取り結んでいる関係全体」という考え方を取り入れる。さらに、本研究ではソーシャルネットワークとソーシャルサポートとの関連についても検討するので、「ソーシャルネットワークはソーシャルサポートの前提条件となるものである」というAntonucci(1985)やLubben(1988)の定義を考え方も採用する。従って、本研究では、ソーシャルネットワークを「サポートが提供される基盤となる個人の対人関係の総体」と定義することができる。

第3項 社会関係とその近接概念との関係

次に、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの概念的な関係、あるいはこの両者と、社会福祉分野でよく用いられるソーシャルサポート・ネットワークとの関係について簡単にふれておきたい。

1) ソーシャルネットワークとソーシャルサポートの関係

ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの定義については、上記の通り明確に区別したが、しかし、これらの2つの概念が同義とみなされていたり、あるいは混同して使われることがあり、非常に混乱がみられる概念であることは注意しておきたい。両者の相違についてであるが、ソーシャルネットワークは、対人関係の構造的側面に着目する概念であり、対人関係の規模、頻度、密度、方向性といった比較的定量的指標によって測定されるものとして位置づけることができる。一方、ソーシャルサポートは、対人関係の機能的側面に着目し、しかも対人関係において援助という機能に焦点をあてることが特徴である。ソーシャルサポートは、質的な面が強く、ソーシャルネットワークのように定量的に測定することが困難なものである。このように、他者との関係の有無を問うようなソーシャルネットワークと、他者との支援交換を問うソーシャルサポートとを明確に区別して使用することが必要である。しかし、現実的には、古谷野(1991)が関係のない他者から支援を得られることはあり得ないし、また何らかの支援の交換がなければ関係を維持することはできないと指摘している通り、サポートはネットワークなくしては交換されることはないので、両者は似て異なるものであるが、非常に密接な関係にある。

2) ソーシャルサポート・ネットワークとの関係

ソーシャルサポートとソーシャルネットワークを統合したと思われる概念として、ソーシャルサポート・ネットワークという用語がある。ソーシャルサポート・ネットワークは、機能的な側面をもつソーシャルサポートと構造的な側面をもつソーシャルネットワークを統合した概念といえ、個人のサポーティブなネットワークに焦点をあてたものと考えることができる。まさに、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとを抱合する概念で

あるが(Tracy & Abell, 1994)、松岡も指摘している通り、このような見解が必ずしも広く普及しているとは言い難い。

しかし、社会福祉の分野においては、ソーシャルサポート・ネットワークという用語が頻繁に使われており、むしろ、一般的に受け入れられているようである。というのも、1988年の『社会福祉研究』の第42号では、「ソーシャル・サポート・ネットワーク」というタイトルで特集が組まれたからである。この特集には、社会福祉分野でこの概念の先駆的な研究を行った小松源助の論文をはじめ、ソーシャルサポートネットワークに関する論文がいくつか掲載されている²⁾。これが、社会福祉分野でソーシャルサポート・ネットワークという用語が広める一つの契機となったのは間違いない。

それでは、このソーシャルサポート・ネットワークには統一した定義が社会福祉分野であるかという点、そうでもないようである。たとえば、小松(1988)は、ソーシャルサポート・ネットワークを「社会福祉の領域においては、家族、友人、隣人、地区の世話人などのインフォーマルなネットワークを指すもの」と定義し、個人を援助するためのネットワークと定義している。その一方では、木村(1996)は「ソーシャルサポートネットワークとは信頼できる人(confidant, significant others)によるサポートと言い換えることができる」と述べており、サポートと定義している。このように、ソーシャルサポートネットワークの定義については、それをネットワークとする定義とサポートする定義と、視点の異なる定義がみられ、概念的な整理が不十分である。

第2節 海外(主としてアメリカ)での研究の動向

第1項 社会関係に関する研究の系譜

1) ソーシャルサポート研究の系譜

ソーシャルサポートやソーシャルネットワークに関する研究は、欧米、特にアメリカを中心として、主に社会学や老年学の領域で発展してきた。そこで、アメリカの社会学、老年学などでみられた先行研究をレビューし、海外といっても主としてアメリカであるが、ソーシャルサポート研究の動向を簡単にまとめて紹介してみたい。なお、レビューした文献は、本研究に関連があると思われる文献だけに絞ったことを断っておきたい。

ソーシャルサポート研究そのものの歴史は非常に浅く、研究が本格的に始まったのは1970年代に入ってからである。ソーシャルサポート研究は、いくつかの分野で研究が進められてきたが、Sarasonら(1990)によると、主に次の3つの領域がある。初期の研究分野として最も知られているのが、1970年代の病理学におけるCassel(1974)とCobb(1976)の研究であり、これらはソーシャルサポート研究の先駆的なものであった。Casselは、「社会心理的家庭と“ストレス”：その理論的構成」の中で、個人のストレスを緩和するには、ストレスそのものを除去するよりも、個人のソーシャルサポートを強化することの方がよいと認識し、ソーシャルサポートのストレス緩衝効果を指摘した。Cobbは、ソーシャルサポートが生活上のストレスを緩和する効果があることを探求しただけではなく、ソーシャルサポートの概念規定も試みた。Cobb(1976)は、サポートを「愛され、尊重され、相互的な義務のネットワークに所属していると信じさせてくれる情報」と定義した。

2つ目の領域は、Community Psychologyの分野である。この領域での代表的な研究としては、Caplan(1974)の研究がある。Caplanは、ソーシャルサポートと身体面、精神面の健康との関係について論じた。特に、ソーシャルサポートが精神障害を予防し、精神衛生推進のために必要なものと捉えた。この研究は、その後、ソーシャルサポートと健康面との関連に関する研究に大きな影響を与えることとなった(Sarason, 1990)。この他の研究としては、例えば、看護婦などの専門職によって提供された情緒的サポートが患者の健康に有益であるとの調査結果が報告されているなど(Auerbach & Kilmann, 1977)、多数の研究がみられる。

3つ目の領域は児童発達の分野である。愛着に関するBowlby(1969, 1980)の研究は、児童発達の初期の人間関係において、パーソナリティを築き上げる1つの変数として、ソーシャルサポートがあるとしている。つまり、自分がサポートされることを何度も経験することによって、人間関係の知覚が養われ、今度は自分がサポート提供者となることができるというのである。この児童発達におけるサポート研究も初期の研究として位置づけられている。

以上のように、ソーシャルサポート研究は、1970年代に上記の3つの領域を中心にして始まり、その後徐々に広がりを見せるようになった。1980年代に入ると、ソーシャルサポートが主観的幸福感、死亡率、身体的・精神的健康といった要因と密接に関連するとの研究結果が次々と報告され、一層関心が向けられるようになり、サポート研究は急速に発達した。この急速な研究の広がりについては、Houseら(House & Kahn, 1985)らも指摘している通りである³⁾。

今では、従来の病理学、地域精神医学などをはじめ、老年学、社会老年学、社会学、心理学、精神医学、保健学、看護学、社会福祉学など非常に多くの分野において、それぞれの固有の関心をもってサポート研究がなされるようになっている

2) ソーシャルネットワーク研究の系譜

次に、ソーシャルネットワーク研究についてであるが、ネットワークという概念を人間関係の広がりに応用し、ソーシャルネットワークとして実証的な研究を始めたのは、Barnes(1954)、Bott(1971)などを代表とする社会人類学者や社会学者であるとされている(O'Reilly, 1988)。彼らは、ソーシャルネットワークを集団や組織などの範囲に限定されない人間関係の広がりをとらえるために開発された分析概念として用い、個人のソーシャルネットワークとその個人の社会的な行動との関連を明確化しようと試みたのである。その後、ソーシャルネットワーク研究は、1980年代から90年代にかけて、社会人類学、社会学を中心に老年学、心理学、コミュニティ心理学、保健社会学、看護学など様々な領域へと急速な広がりをみせるようになった。その理由の一つとして、サポート研究と同様、ネットワークが個々人の主観的な幸福感や心身の健康状態との間に因果関係があるとの研究報告が次々となされるようになったことがあげられる。たとえば、その代表的なものとして、BerkmanとSyme(1979)やCohenとSyme(1985)らの研究がある。BerkmanらはAlameda Countyにおける調査の結果、社会的紐帯(social ties)と死亡率との間に相関関係があることを報告しているし、またCohenらは、個人がその個人の回りの社会的紐帯から得られる様々な情報によって、予防的な保健行動をとる可能性が高まると報告している。この2つの研究は数多い研究のうちのほんの一部であるが、これらの研究を契機としてソーシャルネットワーク研究が様々な分野で行われるようになった。特に、老年学やその近接領域では、ネットワークと老年期における心身の健康やその予防的な保健行動、死亡率、罹患率、幸福感などの重要な従属変数との関係に関心が向けられ、その研究の数は飛躍的に増加している。

なお、ソーシャルネットワーク分析には、大きく分けると2つの分析方法が存在しているとされる(成富, 1986; 松岡, 1995)。その一つは、特定集団内の構成員のすべての相互関係を追跡する「全体ネットワーク」分析であり、ネットワークを集合体全体の構造を表すものと捉えている。社会学のネットワーク分析ではこの全体ネットワーク分析が用いられている(古谷野, 1991)。もう一つは、ある個人を中心としてみた関係の広がりを対象とする「パーソナルネットワーク分析」である。この立場では、ソーシャルネットワークを個人を中心として構成される対人関係に焦点をあてた概念としてとらえている。高齢者を研究対象とした社会老年学では、後者のパーソナルネットワーク分析を用いることが多い。また、ソーシャルワークの分野でも、Seed(1990)のネットワーク分析やMaguire(1991)の「個人ネットワークアセスメント用具」などに代表されるように、パーソナルネットワークの概念を採用している。なお、本研究でもこのパーソナルネットワーク分析を用いることになる。

最後に、近年、ソーシャルネットワーク研究で関心が寄せられている理論として、KahnとAntonucci(1980)が開発・提案したコンボイモデル(convoy model)がある。これは、個人のネットワークを軸として、ライフコースの視点から個人のネットワーク全体を整理しよ

うとするものである。コンボイという言葉は、本来駆逐艦などに護衛された輸送船団をさす語であるが、コンボイモデルでいうコンボイとは、図2-1のように、個人のまわりに人生の航路を守ってくれる人々の集団を指し、個人を中心とする同心円として描くことができるモデルがコンボイモデルである。このコンボイモデルを採用した実証的研究が最近増えており (Antonucci & Akiyama, 1987; Bosse, Aldwin, Levenson, Workman-Daniels, & Ekerdt, 1990; Depner & Ingersoll-Dayton, 1988; Morgan, Shuster, & Butler, 1991; Levitt, Weber, & Guacci, 1993)、基礎的な知見が蓄積され、またモデルの信頼性、妥当性も検証されている。

第2項 社会関係の研究側面

上述したように、ソーシャルサポート研究は、1980年代から90年代にかけて飛躍的に発展し、これまで多くの領域でそれぞれ固有の意義や関心をもって研究が進められてきた。逆にいうと、これはソーシャルサポートあるいはソーシャルネットワークの概念規定、それに基づく研究方法や内容において、異なる枠組みで別個に研究されてきたことを意味する。これまで様々な側面において研究が進められてきた。Antonucci (1990) のレビュー文献をもとに、ここ数年の研究動向を踏まえながら、欧米でこれまでどのようなソーシャルサポートについての研究報告があるのか、本研究との内容的に関連のあると思われる側面をいくつか取り上げ、アメリカでの研究を中心に簡単にまとめてみたいと思う。

1) 性差

社会関係において、男女差があるとの研究報告は非常に多い (Antonucci & Akiyama, 1987; Barnett, Biener & Baruch, 1987; Berkman & Syme, 1979; Buhrke & Fuqua, 1987; Depner & Ingersoll-Dayton, 1988; Griffith, 1985; Huyck, 1989; Matt & Dean, 1993; Rossi, 1985; Rubinstein, 1986)。ここではそれらの研究結果の詳細については述べることはできないが、これらの文献で共通している点は、男性よりも女性の方がネットワークがあり、ネットワークのサイズが大きいということである。また、女性の方が家族・親族関係以外の友人・近隣関係におけるネットワークのサイズも大きく、実際に友人とも接触する頻度が多いとの報告がなされている。従って、女性の方が何らかのサポートが必要となったときのサポート源が大きく、実際に受けるサポートも多いことになる。このことから、将来一人暮らしになったときには、男性の方が問題が大きいと予測することができる。さらに、BerkmanとSyme (1979) は、女性の方は単にネットワークが大きいだけでなく、そのネットワークを使って、保健・予防行動を多く行っていると報告しており、社会関係と保健行動との関連を指摘している。。

以上のような男女差については、アメリカでは、白人、アフリカ系アメリカ人、ラテンアメリカ系アメリカ人など、人種・文化間の差があまりなく、共通してみられる傾向である。また、フランス、オランダ、オーストラリア、カナダ、イスラエル、日本などの諸外国の調査結果と比較しても、女性の方が社会関係が豊かであるという知見は、ある程度共通している (Antonucci, 1990)。

2) 互酬性あるいは交換 (reciprocity or exchanges)

ソーシャルサポート研究においては、これまで、高齢者がサポートをどれだけ受けたのかという受け手の視点にたつ研究が多くみられたが、最近では受け手とは逆方向の、送り手という視点、つまり、サポートを提供することの重要性が指摘されている (野口, 1991a)。それらの考え方が操作的に定義化され、互酬性 (reciprocity) や交換 (exchanges)、受領 (receiving) と提供 (providing) という概念的な枠組みでもって近年研究がなされている。

性差とは異なり、サポートの互酬性の研究には様々な見解があり、サポート研究において互酬性が必要な要素であるかは議論のあるところである (Antonucci, 1990)。たとえば、Clarkら (Clark, Mills, & Powell, 1986) によると、互酬性は、サポートをやりとりする人々の間にどのような関係があるのか、その関係の質によって決定されると指摘している。彼らによると、その関係の質によってはサポートの交換を互いに求めないこともあれば、すぐに要求することもあるというのである。また、アメリカの高齢者は加齢とともにサポートの相手を失っていくので、高齢になればなるほど受け手になり、そのような互酬性の機能をもはや維持できないとの見解もある (Dowd, 1986)。また、扶養という義務感から子どもが両親をサポートするとの報告もあれば (Cicirelli, 1988)、家族介護があってもそれが愛情のともなった介護かどうかはわからないという報告もあり (Jarrett, 1985)、その見解は研究者によって異なっているのが現状である。

さらに、サポートの互酬性の機能は文化間で異なるという指摘もある。Akiyamaら (Akiyama, Antonucci, & Campbell, 1989) は、日本とアメリカとでは、サポートの交換のあり方が異なると指摘している。彼らによると、日本の場合、幼少者と高齢者という世代的に両端に位置する人々が、年齢的に中間に位置する中年層からサポートを受けるという曲線的なモデルを形成するのに対して、アメリカでは高齢者が年少の人々にいつもサポートを提供する立場にあるという直線的なモデルを形成すると指摘している。

これらはほんの一例にすぎないが、以上の点から、互酬性についてはまだまだ知見を蓄積する段階にある。家族関係のあり方や交換するサポートの内容、さらに文化によって互酬性が異なるので、さらに多くの互酬性に関する研究が望まれる (Hirdes & Strain, 1995; Ingersoll-Dayton & Antonucci, 1988; Krause, Herzog, & Baker, 1992)。

3) 提供主体 (家族・親族・友人・近隣)

ソーシャルネットワークは、個人が取り結ぶ対人関係の総体であるが、対人関係といっても現実的には主として家族・親族、友人、知人、隣人などの関係に限られてくる。これらは高齢者にとっては身近で非常に大切なネットワークであり、またソーシャルサポートの資源ともなっている。最近の社会関係の動向をみると、このような家族、親族、友人、隣人など、サポートの授受関係の対象となる提供主体別によって、サポートを検討しようとする研究報告もみられる (Venkatraman, 1995; 野口, 1991b)。特に、最も重要なサポート源は家族・親族ネットワークであり、これらのネットワークに焦点をあてた研究は、比較的多くなされている (Brubaker, 1987; Mancini, 1989)。一方、家族・親族以外のネットワークである友人・近隣ネットワークに関する研究は、今のところそれほど多くはない。家族・親族と友人の役割や機能は、重なる部分もあるが、基本的には異なると考えられる。従って、提供主体別 (ネットワーク別) にサポートがどのように提供されているのかといった特徴、相違点や類似点を明らかにすることが必要であり、そのためには、家族と友人ネットワークのそれぞれに焦点をあてた研究が必要である (Antonucci, 1990; Cantor & Little, 1985; 藤崎, 1985)。

家族関係や友人関係に焦点をあてた研究をみると、たとえば、Litwak (1985) は、家族関係と友人関係は異なるので、何かのサポートを求める場合、あることについては家族で、別のことについては友人というように、ニーズや資源によって最適の相手を選ぶものだと指摘している。また、ネットワークと幸福感との関係においては、家族関係よりも友人関係の方が幸福感との間により強い関連があるとの研究報告もいくつかあり、友人関係の重要性が指摘されている (Adams & Blieszner; Matthews, 1986; Peters & Kaiser, 1985)。さらに、家族関係は家族メンバー本人には選択の余地のない、帰属的な関係であるのに対して、友人関係は相互の自発性に基づいたものであり、選択可能な関係であるという特徴がある。これらの違いは、たとえば、家族には様々な年代のメンバーがいてその関係は長続きするが、友人関係は同年齢、同姓、同じような趣味関心、同じようなライフスタイルをもつ人々によって構成されることが多く、また家族に比べて長続きしないなど、人々の価値観の類似性、持続性、地域性、対等性によって関係のあり方異なるという特徴につながる (Cicirelli, 1988; 藤田, 1987)。

以上のように、家族、親族、友人、隣人などの提供主体というのは、本来、ネットワーク研究の対象そのものであったが、近年、サポート研究においても配偶者、同居家族、別居の子ども、親族、近隣、友人、知人といった提供主体別のサポート研究が増える傾向にある (Cantor & Little, 1985)。その理由としては、サポートはネットワーク関係を通して提供されること、しかし、持っているネットワークから必ずしもサポートを得るわけではないこと、などがあげられる。たとえば、ある高齢者が多くの家族メンバーと同居しているからといって、家族からの情緒的なサポートが必ずしもあるわけではないし、また、一

人暮らしの高齢者の場合は同居家族からのネットワークはゼロであるが、近くに住む家族から十分なサポートを得ているかもしれない。このように、ネットワークがあってもそれが必ずしもサポートにつながるとは限らないということから、近年、提供主体に関するサポート研究が行われるようになっていく。

4) 実績と利用可能性(received support and perceived support)

次に、実績と利用可能性についてであるが、これは、received support と perceived supportという英語を和訳したものである。本来ならば、直訳すべきなのであろうが、それぞれの持つ意味を考慮し、杉澤(1993)の訳語をそのまま使用し、実績と利用可能性というように意識した。

サポートの多寡を評価する方法には、実際に高齢者が誰かからサポートを受けたことがあるか、あるいは提供したことがあるか、その実際の授受の有無に基づくものと(実績; received support)と、サポートについて高齢者自身の認知的、主観的な評価に基づくもの(利用可能性; perceived support)の2種類がある。これらの違いを具体的な質問項目に置き換えると、実績では「悩みをきいてくれたことがある」、利用可能性では「悩みをきいてくれる」というようになる。実績と利用可能性のいずれかに着目するかで測定結果とその解釈は大きく異なる可能性がある(野口, 1991a)。というのも、これら2つは相互に関連しているかもしれないが、その関係の仕方が一様でないために、実績と利用可能性との結果は必ずしも一致しないし、逆に、両者の間にはかなりの差がみられる場合もあるからである(Krause, 1989, 杉澤, 1993)。さらに、実績と利用可能性という評価方法には、それぞれ長所と短所がある。実績については、たとえば、実際にあったサポートを客観的に評価するためのデータを得ることができるという長所がある反面、実際にサポートがあったとしても、サポートに対するニーズがその実績に反映することがあるという欠点がある。一方、利用可能性については、個人のサポートの実績の差にとらわれずに、サポートについての情報を客観的に得られるというメリットがあるが、精神面での健康状態によってその評価が左右されることがあり、本当にそう感じて答えているのか、その信憑性が問題になることがある。

どちらの方法をとるにせよ、研究の結果の解釈に際しては、以上のような問題点があることを踏まえておくことと(杉澤, 1993)、それぞれの研究でどのような評価方法を採用したのかを明記しておくことが必要であろう。また、可能ならば、実績と利用可能性の両方を採用し、両者にどのような相違があるのかを検討することが必要である(Sarason, et al., 1990)。

なお、本研究では、わが国のサポート研究をみると、利用可能なサポートを採用している研究が多いことから(坂田ら, 1990; 杉澤, 1993; 野口, 1991aなど)、また、利用可能性と健康との間に密接な関連があるという先行研究の知見があることから(Antonucci & Israe

1, 1986; Blazer, 1982; Sandler & Barrera, 1984)、利用可能なサポートを採用した。

5) ネガティブサポート

ソーシャルサポートのマイナス面に焦点をあてたネガティブサポートが最近注目され、その数は非常に限られているが、ネガティブサポートの研究結果が報告されるようになってきている (Antonucci & Akiyama, 1988; Krause, 1995; 坂田ら, 1989; 野口, 1991a)。サポートという用語そのものがポジティブな意味を包含しているので、それにネガティブという言葉をつけるとなると、何か矛盾を感じるかもしれない。また、ソーシャルサポートは、個人に対する何らかの支援であるために、それは本来的には望ましいものであるはずである。しかし、サポートを提供する側の意図とそれを受け取る意図とが必ずしも一致しないという現実から、サポートが決して個人にとって望ましい側面ばかりではないという点が注目され、ネガティブサポートとして最近研究が進められている。Rookら (Rook & Pietromonaco, 1987) によると、ネガティブサポートのタイプには、効果的でない援助、過度の援助、望んでいない相互作用、不愉快な相互作用、の4つがある。具体的な質問項目では「あなたは冷たくあしらわれたことがあるか」などと質問することによって、ネガティブサポートを測定する。本研究でもネガティブサポートの項目を枠組みの中にいれている。

6) 異文化間比較 (国際比較研究)

ソーシャルサポートやソーシャルネットワークが国や文化によって共通する部分、あるいは異なる部分があることについては、上記の性差や互酬性のところでも述べてきた通りである。国や文化による相違点・類似点を比較検討するためには、研究の枠組みをある程度統一した上での異文化間研究あるいは国際比較研究が必要である。この点については、Antonucci (1990) も社会関係研究の今後の課題として、様々な人種、民族性、風習、家族形態、文化をもつ高齢者の社会関係を調査し、知見を得ることの必要性を指摘している。そのような比較研究によって、国、文化によるソーシャルサポートの特性についての知見を得ることができ、また、社会関係の妥当性、普遍性、固有性を検証することができる。

社会関係に関する異文化間研究、国際比較研究は、研究方法や研究内容を統一することが困難なためか、それほど多くはないのが現状である。しかし、筆者が社会関係の動向をレビューする中で気づいたことではあるが、1990年代以降の文献では、比較研究がいくつかみられるようになり、増える傾向にある。

ソーシャルネットワークの比較研究については、日米のネットワークの比較研究を行った藤崎 (1985) の研究がある。藤崎は、日本の家族ネットワークがアメリカのそれとは異なる特徴を持つことを指摘した。また、Berkanovicら (1994) は、アメリカのロスアンゼルスと中国の北京と広東の高齢者を対象に調査を行い、ソーシャルネットワークと心身の健康状態に関する比較研究を行った。次に、ソーシャルサポート研究では、Venkatraman (1995)

は、インドの55歳以上の高齢者とアメリカの60歳以上の高齢者を対象に比較研究を行い、情緒的サポートが幸福感に与える影響について報告している。MaCulloch(1995)は、アパラチア地方の高齢者を対象に調査を行い、家族関係とソーシャルサポートが精神的健康に及ぼす影響を検証している。さらに、木村(1996)は、カナダ日系高齢女性移住者を対象に異文化間の調査研究を行い、ソーシャルサポートの文化変容ストレス緩衝効果について報告している。

以上のように、社会関係の異文化間研究、国際比較研究は増えてつつはあるが、それほど多くはないのが現状である。しかし、今後、高齢化という問題がますますワールドワイドな問題になってくるにつれ、そのニーズは高まると考えられる。

7) 心身の健康との関連

社会関係が人々の精神的健康や身体的健康と強く関連しているという知見は、非常に多くの研究で報告されている⁴⁾。ソーシャルサポートやソーシャルネットワークに関する研究は、この健康に関する研究を中心に発展してきたといっても過言ではない。それらの研究報告はあまりにも多く、ここではそれらすべてを紹介することはできないので、本研究では、従来、社会関係と健康との関連で中心的なテーマとなっている身体的健康との関連、精神的健康との関連、死亡率や罹患率との関連、保健行動との関連、の4つの研究テーマに絞り、それらについて簡単にレビューしてみたい。

ア. 身体的健康との関連

社会関係は、身体的健康の予測要因となるという知見があり(Antonucci, 1990)、その知見に基づいて多くの研究が進めれてきている。身体的健康といっても、それは実際に健康な状態から病気の状態までの連続体としてみなされているため、身体的健康という用語は不健康な状態を指すことがよくある。身体的健康を表す具体的な変数としては、ADL(日常生活動作能力)、IADL(手段的日常生活動作能力)、心臓病や糖尿病などの様々な慢性疾患、自覚症状、主観的健康感(self-rated health)などの変数があり、社会関係がこれらの従属変数に及ぼす影響についての研究がなされている(Berkanovic, et al., 1994; Davidson & Shumaker, 1987)。また、身体的健康の別の側面として、患者の病気時の対処行動や回復状況が取り上げられ、それらと社会関係との関連についても研究が行われている(Atkins, Kaplan & Toshima, 1989; Bandura, 1986; Israel & Rounds, 1987)。たとえば、糖尿病患者の治療行動や回復状況と社会関係に関する研究(Kaplan & Hartwell, 1987)、癌患者の治療行動と社会関係との関連についての研究(El, 1989)など、様々な研究がある。

イ. 精神的健康との関連

老齢期には、身体的な健康面とともに精神的な健康面においても問題を持つことが多く

なるが、この精神的な健康度を測定する尺度としてよく用いられるのがうつ症状である。社会関係がこのうつ症状に大きな影響を与えるということが先行研究によって指摘されており、うつ症状を被説明変数とした研究も比較的多い(Berkanovic, et al., 1994; Lam & Power, 1991; Matt & Dean, 1993; Russel & Cutrona, 1991;)。これらの研究での共通点は、高齢者は社会関係がなければうつ症状を有しやすく、豊かであれば、精神的に健康となるという点である。また、これと同じような結果として、うつ傾向のある人々はネットワークが小さかったり、そのネットワークの人々との関係がうまくいかなかったりするという報告もなされている(Brown & Bifulco, 1985; Coyne, Wortman, & Lehman, 1988; Fondacaro & Moos, 1987)。

また、社会関係と精神的な健康との関連では、社会関係の緩衝効果(buffering effect)に焦点をあてた研究もなされている。特に、高齢期には、身体機能の低下、所得や資力などの低下、配偶者・家族・友人・隣人などの喪失や疾病などストレス的な事件が起こる確立が若年層に比べて高く、それが精神的に不安定な状態、つまりうつ症状につながると考えられる。そこで、社会関係は対人関係の相互作用の中でそれらのストレスを和らげ、うつ症状を軽減する働きをもつという仮説が成り立ち、この社会関係のストレス緩衝効果仮説を検証するための研究も進められている(Russell & Cutrona, 1991, 坂田ら, 1990)。

ウ. 死亡率(mortality)と罹患率(morbidity)との関連

社会関係と死亡率との関係を検討した研究としては、BerkmanとSyme(1979)のAlameda countyでの研究がよく知られている。この研究では、社会関係が様々な健康関連の影響をコントロールしても死亡率との間に相関関係があることを示している。その他、社会関係は死亡率や罹患率の決定的な要因であるとの報告がみられたり(Berkman, 1984; Cassel, 1976; House & Kahn, 1985)、また、社会関係のレベルが低い人ほど、死亡率が高くなるなどの研究報告があるなど(House, Landis, & Umberson, 1988)、社会関係と死亡率や罹患率との関連が指摘されている。わが国でも、Sugisawaら(1994)は日本の高齢者の死亡率がサポートやネットワークと関連することを指摘している。

エ. 保健行動との関連

社会関係と高齢者の保健行動との関連に関する研究も近年行われている。それらの研究では、高齢者が周りにサポートしてくれる人がいる場合、それらの人々が健康に関するアドバイスをしてくれたり、実際に援助してくれることによって、保健行動が高まるという知見を得ている(Shapiro, 1971; Evans & Northwood, 1979)。その他、社会関係は病気の症状の軽減や保健ケアのニーズを高めることと関連するという報告もある(Cohen, Teresi, & Holmes, 1985)。いずれにせよ、保健行動に関する研究はそれほど多くなされていないが、社会関係が保健行動に影響を及ぼすという仮説は受け入れられている(Antonucci, 1990)。

8) 主観的幸福感との関連

社会老年学など高齢者を対象とした研究領域では、高齢者の生きがいや幸福感、生活の質、満足感などを主観的幸福感(subjective well-being)という概念で表し、それに影響を与える要因を探索し続けている。そして、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークなどの社会関係は、主観的幸福感に影響を与える大きな要因の一つとして注目され、この両者の関係を検討する数多くの研究が進められている。

社会関係と主観的幸福感との関連研究でこれまで得られた知見を簡単にまとめてみたい。家族ネットワークは重要なネットワークであるが、主観的幸福感との関係では、友人ネットワークの方が家族ネットワークよりも強く関連するという報告がなされている(Adamas & Blieszner, 1989; Antonucci, 1990; Matthews, 1986; Peters & Kaiser, 1985)。これに似た研究に、CrohanとAntonucci(1989)の研究がある。彼らによると、ネットワークをわずらわしいと感じている人は、家族関係に満足はしないが、友人関係ではそうではなく、友人関係が幸福感にポジティブな影響を及ぼしているという結果を報告している。また、同様の知見としては、友人からのソーシャルサポートは他の人々からのサポートよりもより幸福感に影響を与えるという知見がある(Lee & Ishii-Kuntz, 1987)。これらの知見から、社会関係と主観的な幸福感との関連では、家族関係とともに友人関係が非常に重要な要素となっていることがわかる。

ソーシャルサポートとの関連では、情緒的サポートの方が手段的サポートやその他のサポートよりも主観的幸福感に与える影響が強いことが指摘されている(Venkatraman, 1995; Thoits, 1985)。ただし、この情緒的なサポートの役割は、国や文化によって、配偶者や家族、友人隣人の役割が異なると考えられるので、情緒的なサポートを検討する際には、これらの異なる役割を考慮することが必要である(Ryff, 1987; Venkatraman, 1995)。

この他には、夫婦のサポートと幸福感に焦点をあてた研究(Ducharme, 1994)、サポートと高齢者の生活の満足度との関連についての研究(James & Davies, 1987)など様々な研究が行われている。

9) ソーシャルサポートとネットワークとの関係についての研究

Antonucci(1990)によると、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークは、社会関係の下位概念である。両者の関係については、ソーシャルサポートは社会関係の機能的側面、ソーシャルネットワークは構造的側面を表すものであり、この点については、多くの社会関係研究者の意見は一致している(Antonucci & Akiyama, 1987; House & Kahn; O'Reilly, 1988; Seeman & Berkman, 1988; 野口, 1991a)。しかし、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークについての両者の関係を明確化するための実証的研究はそれほど多くはないし、また、いくつかの研究結果では両者の間には弱い関連しか見出されていない(Barrera, 1981; Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983; Seeman & Syme, 1987)。その一方で

は、SeemanとBerkman(1988)は、ネットワークのサイズやコンタクトの頻度などの構造的な特徴が情緒的なサポートや手段的なサポートといった機能的側面に関連があることを指摘している。このように、両者の関係については様々な知見があるのが現状である。従って、現在は、サポートとネットワークとは密接に関連するのか、ネットワークサイズが大きい人はサポートも多く得ているのか、ネットワークとサポートのどちらか一方の指標によって他方に代替できるのか、などこの両者の相互関係という基礎的な課題を検討する段階だといえる(Antonucci & Akiyama, 1987; Seeman & Berkman, 1988)。

第3節 国内での研究動向

わが国の社会関係の研究状況は、アメリカなどの研究先進国と比べて、残念ながらまだまだ未発達といわざるを得ない。たとえば、ソーシャルネットワーク研究については、玉野ら(1989)がアメリカではこの10年間で莫大な調査データを蓄積し、性、年齢、学歴、階層、民族などによる差異に関する基礎的な知見を整理してきたのに対して、わが国では、性、年齢による違いすら全国規模のデータで確定したものがない状況にあると指摘している通りである。野口(1991b)もソーシャルサポートとソーシャルネットワークに関する研究では、これらの実態に関してすら信頼できる知見が乏しいのが現状である、と同じような点を指摘している。

確かに、研究そのものの数は多くないが、社会老年学や社会学といった領域を中心に、欧米での先行研究の知見を踏まえた上での研究が着実に行われつつある。そこで、本節では、わが国のソーシャルサポートとソーシャルネットワークのそれぞれの研究について簡単に紹介してみたい。

第1項 ソーシャルサポート研究の動向

ソーシャルサポートの基礎的な知見を得るための研究としては、野口の研究がある。野口(1991a)は、ソーシャルサポートの概念規定の混乱や操作的定義の未熟さといった問題を踏まえた上で、利用可能なソーシャルサポートを情緒的サポート、手段的サポート、ネガティブサポートの3つのタイプのサポート、さらにサポート提供主体を同居家族、子ども

親戚、友人近隣の3つに分類し、これらを測定する尺度を用いて、東京都板橋区在住の65歳以上の高齢者を対象に調査を行った。サポート尺度の信頼性、妥当性の検証をはじめ、基本属性別のサポート得点の分析や主観的幸福感との要因分析も行っている。調査の結果、ソーシャルサポート尺度の信頼性、妥当性についてはある程度のレベルに達し、性差については女性の方が得点が高く、また女性の方が主観的幸福感との関連も強い、などの知見を得ている。野口はまた別の研究において(1991b)、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの関連について検証している。調査対象者は、全国の60歳以上の高齢者であり、ナショナルサンプルを用いての研究である。ソーシャルサポートについては、手段的サポートと情緒的サポートの2つのタイプ、ソーシャルネットワークについては、親しい友人数、付き合いのある近隣数、電話数、面会数の4つの変数があり、それらの基本属性別にみた得点やサポートとネットワークの相関について検討をしている。

次に、サポートの授受関係に関する研究では、河合と下仲(1992)の研究がみられる。河合と下中は、東京都板橋区の在宅老人の施設利用者を対象に調査を行い、サポートを生活的サポート、物質的サポート、情緒的サポートの3つのサポートタイプに分類し、子ども、嫁・婿、孫など、家族ネットワークにおけるサポートの授受関係を検証した。結果は、家族ネットワークにおいては、高齢者は子どもとのサポートのやりとりを行っており、また、年齢によってサポートの授受関係については、60歳代の高齢者はサポートを提供する機会が多いが、70歳代を境に逆転し、その後は受領者となるという傾向がみられた。アメリカでの先行研究であるArling(1976)の研究の知見を支持する結果となった。

次に、ソーシャルサポートのストレス緩衝効果を検討した研究であるが、坂田ら(1990)は、全国の60歳以上の高齢者を対象として、ソーシャルサポートのストレス緩衝効果に関する研究を行い、ソーシャルサポートがストレスとうつ症状との関係に及ぼす影響を検討した。ソーシャルサポートのタイプとしては、肯定的側面(相談、情緒、身辺介助、経済的支援の4変数)と否定的側面(文句や小言、世話のやきすぎ、経済的負担の3変数)とし、それぞれのサポートタイプを配偶者、子供・嫁・孫、そして親戚・友人・近隣と提供主体別に分類した。結果は、ストレス緩衝効果は、肯定的なサポートで、しかも相談による支援のみにおいてみられた。

サポートと主観的幸福感との関連については、杉澤(1995)の研究がある。杉澤は、全国の60歳以上の高齢者を対象にした調査を行い、ソーシャルサポートが高齢者の主観的幸福感や受療に及ぼす影響について検討した。ソーシャルサポートは、利用可能なサポートとし、情緒的サポートと手段的サポートの2種類のサポートに分け、提供主体としては、配偶者、子供・嫁・孫、親戚・友人・近所などとした。そして、調査対象者を日常生活動作能力別に低位と高位に分け、サポートと主観的幸福感との関連について比較検討を行った。その結果、日常生活動作能力の低位な高齢者は高位な高齢者に比べて、主観的幸福感が有意に高いということ、また高位の高齢者では、情緒的サポートのみが幸福感に有意に関連

しているなどの知見を得ている。

さて、社会福祉におけるソーシャルサポート研究の動向であるが、これまで述べてきたように、社会福祉分野では、未だサポートネットワークとソーシャルネットワークは同義として使用されたり、あるいは混同されて使用されているのが現状であり、そういう意味ではまだ概念整理の時期、理論的枠組みの構築の時期である。実際に、ごく最近の研究の中には、サポート研究の理論的枠組みを提示している研究がある。湯浅(1995)は、これまでのソーシャルサポート研究を踏まえ、ソーシャルサポートをソーシャルワーク実践に導入することを試みている。湯浅はそれを「ソーシャルサポートに焦点をあてた援助」と呼び、「クライアントがサポートの提供者から、ニーズにあったサポートを受けることができるようにすることによって、クライアントの問題解決を目指す援助である。ソーシャルワーカーはクライアントとサポートの提供者の間のサポートの交換過程を促進する」と定義している。この湯浅の研究は、サポートをソーシャルワークに応用するための理論的枠組みを提示しようとしたという意味では先駆的なものである。しかし、上記の定義をいかにして実践の中で操作化するかについては検討されておらず、それが今後の課題といえよう。

次に、ソーシャルサポートに関する実証的研究については、1996年度に入り、2つの研究が報告されている。大原(1996)は、精神障害者の生活的適応とソーシャルサポートに焦点をあて、実証的研究を行った。尺度としては、手段的サポートと情緒的サポートの2種類のタイプを使用し、また、提供主体は、家族、親戚、患者仲間、友人、医師、看護婦、ソーシャルワーカーとし、ソーシャルサポートと精神障害の生活的適応とを分析・検討している。検討の結果、手段的サポートが高いほど生活技術が高く、また情緒的サポートと社会参加との間に有意な相関がみられるという知見を得ることができた。ただし、分析は単純集計と2変数間の相関関係だけであるので、単純に、ソーシャルサポートと障害者の生活的適応との間には強い関係があると結論づけることができない。今後の課題としては、基本属性など他の変数をコントロールした要因分析について行う必要がある。

また、木村(1996)は、カナダの日系女性移住者を対象に調査を行い、彼女たちの文化変容ストレスに対するソーシャルサポートのインパクトについて検討した。ソーシャルサポートの尺度として用いたのは、CohenとHoberman(1983)らが開発したISEL(Interpersonal Support Evaluation List)であり、4タイプの利用可能なサポートが含まれている。また、ソーシャルネットワークについてもサイズ、文化的背景、コンタクトの頻度、サポート源、緊急時の助けを求める人などの変数によって測定している。分析の結果によって、文化変容ストレスを推定する上で重要な変数として、社会、文化、英語の習熟度と移住に対する気持ちなどがあり、また、ソーシャルサポートは文化変容ストレスを緩和する作用をもつとの知見が得られた。

以上のように、近年、社会福祉分野においても、湯浅の理論的研究、大原や木村の実証

的研究がみられるようになり、徐々に発展している。今後は、これらの研究が数多く報告され、互いに競い合って知見を深めていくことが必要である。

第2項 ソーシャルネットワーク研究の動向

ソーシャルネットワーク研究についてもアメリカを中心とした海外の方がはるかに進んでいるが、わが国でも1980年代後半から実証的研究がみられるようになり、次節でも紹介するが、その数は増えつつある。

わが国の高齢者のソーシャルネットワークに関する先駆的な研究として、藤崎(1985)の研究がある。藤崎は、高齢者のネットワークにおいて最も重要な関係とみなされてきた家族・親族関係を中心に検討し、わが国の高齢者のネットワークは、友人・隣人よりも家族・親族関係の方が中心であることを指摘している。しかしその一方で、藤崎は、家族関係以外の、友人、近隣関係やその他の諸関係を含めたトータルなネットワークを把握する研究の視点も必要であると指摘している。また、藤崎は、海外のネットワーク研究の動向を踏まえ、わが国の高齢者のネットワーク研究の視点として、①ネットワークを構成する家族、親族、友人、近隣などの属性とそれらの相互関係に留意すること、②ネットワークの形成プロセスに留意すること、③ネットワークの背景にある文化的・社会的脈絡の中で理解されること、の3点をあげている。そして、神奈川県小田原市在住の高齢者を対象にソーシャルネットワークに関する基礎的な調査を行い、そのデータを分析した結果、上記のような家族友人関係の重要性などの知見を報告している。この藤崎の研究は、老年期のソーシャルネットワークを扱った最も優れが業績の一つといえる(玉野ら, 1990)。

その他の研究としては、須田(1986)は、大都市地域における男子一人暮らし老人のソーシャルネットワークに関する研究を行った。須田は、ネットワークが少ないと考えられがちな男性の一人暮らし老人がどのような日常生活に必要な援助ネットワークをもっているか、また介護ネットワークをもっているのかについて検討した。日常的な援助ネットワークに必要な要素としては、近くに住む子どもの存在、地域への結びつきの強さ、老人の近所づきあいに対する積極性の3点があり、介護的ネットワークは、子どもを中心に構成されているとの知見が得られた。

次に、女性の高齢者の友人ネットワークに焦点をあてた研究がある(西下, 1989)。西下は、老年期のネットワーク研究においては家族・親族関係についての議論が中心であり、友人・近隣などについてはあまりないという先行研究で指摘された課題(藤崎, 1985)を踏まえ、東京都在住の65歳以上の高齢女性を対象に、親しい友人についての実態調査を行い、その友人ネットワークのあり方を検討した。結果としては、女性高齢者の親友は、同性の女性、しかも同世代がほとんどあり、知り合うきっかけとしては近くに住んでいることがあげられ、女性の友人ネットワークは、近所同士という住縁、地縁が重要な要素であるとの知見

が得られた。しかし、年齢、学歴、職業などの基本属性と高齢女性の友人ネットワークとの間には有意な関係はみられなかった。

さらに、玉野ら(1989)は、全国の高齢者を対象にした調査によって得られたデータを分析し、高齢者のソーシャルネットワークの実態や主観的幸福感との関係について検討した。玉野らによると、高齢者のネットワークは家族・親族関係、とりわけ子ども関係を中心にしており、男性は配偶者を中心としたネットワーク、女性は子どもを中心としたネットワークを持っているという、性別の特徴がみられ、先行研究の知見(藤崎, 1985)を裏付ける結果が得られ。また、ネットワークと主観的幸福感との関連分析では、男性は配偶者と子どものどちらか一方が欠ければ幸福感は低くなり、一方、女性は両方が欠けた場合に低くなるという興味深い知見が得られた。また、玉野(1990)は、東京都内の公団の団地に住む65歳以上の高齢者を対象に調査を行い、そのソーシャルネットワークの実態について検討した。男性高齢者の場合、子どもが近くに住んでいることが多く、女性は新たに友人関係を団地内に展開させていることが多く、男女の特性の違いが見出された。

上記以外の研究としては、別居子との関係を通じて高齢者の友人関係やネットワークの特性について検討した前田(1988)の研究、高齢者の飲酒行動と孤独感との関連について検討した野口(1989)の研究、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの関連について検討した野口(1991b)の研究などがある。

最後に、社会福祉分野におけるソーシャルネットワーク研究については、ソーシャルサポート研究と同様、理論的研究、実証的研究いずれにおいても未発達な状況にある。特に、ソーシャルネットワーク研究の場合、ソーシャルサポートとの関係の検討を含めて、今は概念的な整理が必要な時期にある。その理由としては、ソーシャルネットワークという用語が使われ始めたほぼ同時期に、ソーシャルサポート、ソーシャルサポートネットワーク、ネットワークキングといった様々な近接概念が導入され、それらの概念が混同して用いられていることや、ソーシャルネットワークの定義は、社会学や老年学などの分野ですでに試みられているのにもかかわらず、これに社会福祉の専門家や公的な援助団体・組織などを加え、同じ用語を用いながら、社会福祉独自の定義を試みていることがある。

たとえば、社会学、老年学では、ソーシャルネットワークは個人に焦点をあてた対人関係の総体という意味で捉えられており、小松(1988)や松岡(1995)はその定義を支持しているが、その一方では、山手(1989)は、ソーシャルネットワークを「個人のインフォーマルな対人関係のみならず、ソーシャルワーカー、研究・教育者、行政担当者など様々な専門家やその他の人々、また行政機関、福祉事務所、児童相談所、社会福祉協議会、市民団体などの機関や組織といったフォーマルなネットワークや社会組織のつながりまでも含める」と定義し、独自の定義を試みている。湯浅(1993)は山手の定義を支持し、ソーシャルワーク実践ではクライアントの人間関係ばかりでなく、社会資源とのつながりも重要な意味を持っているので、ソーシャルワークではより幅広い概念を採用するほうが有効であると指

摘している。このように、社会福祉分野では、従来のソーシャルネットワーク研究をそのまま受け継いでいる立場と、ソーシャルネットワークを社会福祉制度やサービス、ソーシャルワーク実践の脈絡の中で捉えようとする立場があり、その定義はまだ一致していない。従って、現状ではまだ理論的な整理の時期である。

第4節 社会関係の測定尺度

社会関係に関する研究で現在最も重要な課題の一つは、統一した概念規定とそれに基づいて信頼性と妥当性が検証された測定尺度を開発することである。上述したように、社会関係の研究が様々な分野でしかもそれぞれの関心や研究課題に基づいて研究が進められてきたという経緯があるので、様々な測定尺度がみられるのは、ある程度仕方のないことかもしれない。現在は、統一した理論的枠組みや測定尺度を性急に求める段階というよりは、むしろそれぞれの研究枠組みに基づいた実証的研究の有効性を競い合い、検証し合う段階である(野口, 1991a)。

ソーシャルサポートやソーシャルネットワークの測定尺度は、これまで数多く開発され、それらの測定尺度に基づいた研究結果が報告されている。そこで、O'Reilly(1988)は、社会関係に関する調査研究を実施した33人の研究者に対して、社会関係の定義、測定尺度、そして信頼性・妥当性を含めた結果に関する質問紙調査を行い、それらの研究で用いられた尺度の比較検討を行っている⁵⁾。そこで、このO'Reillyの研究をベースにし、1988年以降の研究については筆者がいくつか取り上げ、レビューし、これまでに実証的研究で用いられてきた社会関係の測定尺度について整理し、検討してみたい。

第1項 ソーシャルサポートの測定尺度

ソーシャルサポートは、サポートがあるかないかといった対人関係の機能的な側面を表すものであり、この抽象概念を具体化するのは確かに難しい点はあるが、これまで用いられてきた測定尺度を検討すると、ソーシャルサポート尺度には、以下の5つのポイントが含まれている。

ア. 提供主体

個人が他者と取り結ぶ関係の機能的側面を援助的か否かという観点からとらえ、援助行動の相手の有無と種類(提供主体)によって測定する。

イ. 授受関係

当該の個人にとって援助的か(support receiving)、相手にとって援助的か(support providing)、その方向性を区別する。

ウ. ポジティブサポートとネガティブサポート

当該の個人にとって援助的な行動(positive support)と、その個人にとって反援助的な行動(negative support)とを区別する。

エ. 実績と利用可能性

援助行動の経過に即して、実績か利用可能性かを区別する。

オ. サポートタイプ

援助の内容によって、サポートのタイプを区別する。

表2-1は、O'Reilly(1988)がソーシャルサポートの測定尺度についてレビューし、まとめた表に、筆者が最近の研究のうちいくつかを選び、それらで用いられていた尺度を検討し、まとめた表である。表2-1には、研究者と研究テーマあるいは内容、提供主体、授受関係、実績と利用可能性、そして、サポートタイプなどが含まれている。なお、提供主体と授受関係については、それが尺度に含まれている場合は○、含まれていない場合は－とした。

これらの点のうち、ソーシャルサポートを測定する上で最も重要で、また核となる操作的概念がサポートのタイプである。というのも、ほとんどすべての研究において、何らかのサポートのタイプが明示されているからである。サポートタイプについては、ソーシャルサポートを1つのタイプで測定している研究はほとんどなく、少なくとも2種類以上のタイプによってサポートが測定されている。そして、多くの尺度で共通してみられるタイプが、手段的あるいは実体的サポート(手段的と実体的はほぼ同義で用いられていることが多い)と情緒的サポートである。ソーシャルサポートの内容を測定するタイプは、この2つがメインとなっている。特に、表2-1で1990年代の研究で使用されたタイプをみると、これら2つのタイプに情報的サポートを加えた研究が多くみられる(Krause, 1995; Krause & Borowski-Clark, 1995; Krause & Markides, 1990, ; MaColl, Lef, & Skinner, 1995)。

その他のポイントをみると、実績と利用可能性についてはすべての研究で明示されているのが特徴である。しかし、提供主体、授受関係、ポジティブ・ネガティブサポートについては内容として含まれている尺度はそれほど多くはない。以上のことから、アメリカなどで用いられている測定尺度は、サポートのタイプと実績・利用可能性が中心的な内容と

なっており、提供主体、授受関係、ポジティブ・ネガティブサポートについては、各研究者の目的や関心によって用いられている。

一方、わが国のサポート研究において用いられた尺度についてみると、表2-2の通りである。これらは主に社会老年学、社会学、社会福祉学関係の雑誌をレビューし、整理したものであるが、日本におけるソーシャルサポート研究では、そのほとんどが手段的サポートと情緒的サポートの2タイプのサポートを尺度として用いている。また、実績と利用可能性については、それを明示していない研究もいくつかみられるが、明示している研究のすべてにおいて、利用可能性が使用されている。さらに、提供主体も枠組みに入れている研究はほぼ半数となっている。このように、わが国の現在のサポート研究では、共通した枠組みを用いて基礎的な知見を蓄積することの必要性から、少なくとも手段的・情緒的サポート、そしてその利用可能性をその尺度構成の際に考慮する必要がある。

以上、国内外で用いられている尺度について考察したが、ソーシャルサポートの下位概念として共通して尺度化されているのは、手段的、情緒的、情動的サポートといったサポートのタイプと、実績か利用可能性か、の2つの点であり、少なくともこれからのサポート研究においてはこれらの内容を検討し、明示する必要があるだろう。

最後に、Houseら(House, Landis, & Umberson, 1988)は、ソーシャルサポートの尺度は、異なる領域でそれぞれの関心に基づいて開発されているにしても、後にそれらを比較検討するためには、研究者は少なくとも以下の要素を明示しておくべきであると指摘している。それらは、①操作的な定義を含めた社会関係の定義、②その構造(内容)、③サポートと他の変数などとの変数間の関係、の3つである。

第2項 ソーシャルネットワークの測定尺度

ソーシャルネットワークは対人関係の構造的側面を評価するので、比較的量的に測定することができる。つまり、ソーシャルネットワークは、個人の周りにどのような人々がいて、それらの人々とどのような関わりしているのかといった個人の対人関係のつながりを、関係の人数や出会う頻度などによって測定するものである。5つの異なる内容をもつソーシャルサポートの測定尺度と比較すると、ソーシャルネットワークはそれほど複雑ではなく。ソーシャルネットワークの測定尺度を作成する際に大切なことは、多くの測定項目の中から、どの項目を選んだのかを明らかにすることである。従って、研究者は、それぞれの研究目的や関心を明確にするとともに、それらに基づいて要素を選択した理由も明示することが必要である。

O'Reilly(1988)によると、ネットワークの要素には、次の2種類がある。1つは、構造的要素(structural component)であり、もう1つは相互作用的要素(interactional component)であるが、これは、ネットワーク研究者のMitchell(1969)が提示した、構造的基準

(morphological criteria)と相互作用的基準(interactional criteria)の2つの分類とほぼ同じである。構造的な要素では、関係、サイズ、密度、近接性などの要素があり、相互作用的な要素では、持続性、コンタクトの頻度、強度などがある。ソーシャルネットワーク研究においては、これらの7つの項目が最も頻繁に使用されている(O'Reilly, 1988)。

ソーシャルサポートと同様に、ソーシャルネットワークについても、様々な文献をレビューし、それらで用いられた測定尺度を整理したが、表2-3の通りである。上記の7つの項目が最も頻繁に使われているが、研究によっては、別の要素を加えたり、また削除したり様々である。

また、日本のソーシャルネットワーク研究でこれまで用いられた尺度をまとめると、表2-4のようになる。海外のソーシャルネットワーク研究の動向を踏まえた上での研究がなされている(玉野ら, 1989; 野口ら, 1989; Sugisawa, Liang, & Liu, 1994)。ただ、わが国の高齢者のソーシャルネットワークの特徴として、アメリカの高齢者などと比べて、子どもを中心とした家族に限定される傾向が強く、友人関係が非常に弱いという特徴が指摘されているので、それらの先行研究を踏まえ、友人・近隣関係だけに焦点を絞った研究(西下, 1989; 野口, 1991b)や、日本の高齢者の居住形態の特徴を踏まえた上での研究(須田, 1986 玉野, 1990)などがあり、様々な研究が試みられている。海外の場合と同様、ソーシャルネットワークのどの部分にどのような焦点をあてて研究をするのか、その研究の目的や内容によって、ソーシャルネットワークの項目が異なってくる。しかも、わが国の場合、アメリカなどと比べて同居家族が多かったり、主たる介護者が嫁であることが多いなど、わが国特有のネットワーク形態があるために、それらを考慮したソーシャルネットワーク項目を用いる必要がある。

【注】

- 1) 新村出編『広辞苑第4版』岩波書店、1995年のCD-ROM版を使用。
- 2) 『社会福祉研究』第42号(1988年)の特集「ソーシャル・サポート・ネットワークー概念・実践・課題ー」では、以下の論文が紹介されている。
小松源助「ソーシャル・サポート・ネットワークの実践課題ー概念と必要性ー」
西 三郎「保健・医療・福祉におけるソーシャル・サポート・ネットワークーその前提と課題ー」
牧里毎治「ソーシャル・サポート・ネットワークにおけるボランティアの役割と展望」
谷口明弘「当事者組織活動へのソーシャル・サポート・ネットワークの方向ー重度身体障害者への自立生活支援活動を中心としてー」
白澤政和「地域福祉の推進とケース・マネジメントの実際」
James K. Whittaker, Elizabeth M. Tracy, 横山穰「ソーシャルワーク実践に向けての示唆」
- 3) HouseとKahn(1985)は、1972年から1983年までに報告されたサポート関連の実証的研究をレビュー行ったが、1972年にはサポートのタイトルのつく論文はわずか2つであったが、1980年には50に増加していると指摘している。
なお、筆者がPSYCHO-LITというアメリカの社会学・心理学系の文献検索CD-ROMソフトを用いて、1987年4月から1994年11月までと期間を限定し、“social support”というキーワードで文献を検索すると、その文献数は優に超える1万を超えた。そこで、ソーシャルサポートというキーワードに高齢者と英語の文献という項目を加えて検索すると、本では120冊、論文では414という膨大な文献量となった。ソーシャルサポート研究がこの10年間でいかに飛躍的に発展したかがわかる。
- 4) 社会関係と健康との関連に関する研究報告は非常に多く、筆者がレビューした文献の一部を紹介すると、下記の通りになる。
Antonucci & Jackson, 1987; Berkman, 1989; Brubaker, 1987; Cohen & Syme, 1985; Davidson & Shumaker, 1987; Gibson & Jackson, 1989; House, Landis & Umberson, 1988; Kasl & Cooper, 1987; Marshall, 1986、などがある。
- 5) なお、O'Reillyの研究は1988年に発表されたものであるので、調査対象者となった研究は、それ以前までのものである。

第3章 研究方法および社会関係の諸特性

第1節 研究方法

本研究の目的は、高齢者の社会関係の諸特性について基礎的な知見を得ること、そしてそれらの変数と主観的幸福感や心身の健康との関連、さらに在宅福祉サービスとの関連を検討することである。具体的には、第1章で述べたように、①社会関係(ソーシャルサポートとソーシャルネットワーク)の諸特性、②ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの相互関係、③ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの共分散構造、④社会関係の主観的幸福感への直接効果、⑤社会関係の精神的健康への間接効果(緩衝効果)、⑥社会関係との関連を含めた一般高齢者の在宅福祉サービスの認知度の実態、の6つの研究モデルを検証する。

そこで、本章では、まず、モデル検証のために用いた実証的データを、どのような調査枠組みで得たのか、また得られたデータをどのような手法で分析・検討したのかなど、研究方法と使用した実証的なデータの全体的な概要について述べてみたい。そして、次に、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークの諸特性について、すなわち上記の①から③までの研究モデルを検証してみたい。なお、④から⑥までの研究モデルについては、第4、5章でそれぞれ検討する。

第1項 調査の概要

本研究は、第1章でも述べたように、アメリカ・カリフォルニア大学ロスアンゼルス校社会福祉大学院のDr. Lubbenを中心とする「Pacific Rim Studies」と呼ばれる総合研究事業の一環でもあり、ほぼ同じ枠組みを用いてアメリカ、香港、中国、日本などで国際比較研究を行っている。日本での調査研究は、3年計画であり、初年度は、1994年1月に山口県大島郡東和町で、2年目は、1994年9月に愛知県豊橋市で、最終年度の3年目は、1995年10月から11月にかけて東京都三鷹市において、それぞれ60歳以上の一般高齢者を対象に調査を実施した。なお、これらの3地域を選んだのは、主に次の2つの理由がある。1つは、3地域がそれぞれ高齢化が非常に進んだ農村地域、わが国を代表する典型的な中都市地域、そして東京都内に位置する大都市地域、と異なる地域性をもつので、日本の特徴の

異なる3地域を比較検討できることである。もう1つは、各地域で調査を実施する際に、本研究の枠組みや研究方法を共有することのできる研究者が存在することであり、実際には、山口県東和町の調査では、山口大学の小川教授、愛知県豊橋市の調査では、日本福祉大学の富田教授と東海学園女子短期大学の宮本助教授という共同研究者を得ることができた。この2つの条件を満たしたのが上記の3つの地域である。また、本研究では、一部、国際比較研究を行うが、そのためにロスアンゼルス在住の日系人高齢者を対象に行った調査データを用いることとした。ロスアンゼルスでは、Dr. Lubbenを中心とした研究チームが調査を担当した。ロスアンゼルスの日系高齢者を選んだ理由としては、日本の3地域の高齢者と比較するには、日米を比較するにしても同じ日本という背景をもつ日系高齢者の方が、日本人特有の家族形態や家族・友人関係をアメリカ社会において有しているか、などの文化間の特性をある程度考慮しながら検討できると考えたからである。ただし、調査の枠組みには、文化間の特性をコントロールするような項目が双方とも含まれていないので、本研究では国際比較あるいは異文化間の比較といっても単純な比較だけにとどめておくことになる。

第2項 調査の対象

1) 東和町の調査

東和町は、山口県の大島にある町であるが、人口は1947年に約2万になった時を頂点として、その後減少をはじめ、1990年現在ではわずか6399人(1990年現在)となっており、典型的な過疎化の進んだ町といえることができる。65歳以上の高齢者は町全体の人口の41.5%を占めており、この比率は日本全国で一番高い数字であるので、東和町は日本で最も高齢化の進んだ町である。同じ1990年の日本全体の老年人口が12.1%であることを考えると、その水準は全国平均の4倍近くに達しており、高齢化がいかに進んでいるかがわかる。その人口減少の原因は、若年人口が進学、就職、結婚によって流出するといった構造的なものであるのに加えて、東和町出身者は、いずれ高齢になった時に帰郷するという還流現象がかなりみられることなどが考えられる¹⁾。この東和町での調査は、住民登録台帳からの無作為抽出により、60歳以上の男女700人を抽出し、これらの700人の高齢者を対象に訪問による面接調査を行った。有効回答数は530であり、回答率は75.7%であった。なお、東和町の調査は、1994年1月に実施された。

2) 豊橋市の調査

豊橋市は、愛知県の東南端に位置し、人口約35万人の中都市で、愛知県下では、名古屋に次いで第2の人口規模である。1994年現在の65歳以上の高齢者の人口比率は、豊橋市の場合12.3%と、全国平均をやや下回っている。豊橋市には、市政施行時からの都市部の商業

地域、郊外にゆるやかに形成されていった新興住宅地域、農地の間をぬうように宅地化が進んだ農住混合地域、そして農村集落地域、の4つの地域類型があることが指摘されている²⁾。このように、豊橋市には古い農村地域と新しい新興住宅地域とが混在するという特徴があるために、調査を実施する際に、まず、調査の趣旨に鑑み最も「豊橋市らしい地区」を選定することとし、地域全体での社会移動が少なく、高齢者がそこで生まれ、育ち、そして骨を埋めるという経験と意識状態にあることの可能性が高いと思われる2つの地区を選定した。これら2つの地域において、住民基本台帳から2段階無作為抽出を行い、60歳以上の男女763人を選び出し、それら的高齢者を対象に訪問による面接調査を行った。有効回答は520で、回答率は68.2%であった。調査は、1994年9月に実施された。

3) 三鷹市の調査

三鷹市は東京都のほぼ中央に位置するが、東京、新宿など産業の中心である都心に近いために、近郊住宅都市として発展してきた成熟都市である。市全体の人口は約16万人であり、そのうち65歳以上の高齢者(1995年12月末現在)は2万に余りで、市全体の人口の13.3%を占めている。これは、1995年度の全国平均14.5%を若干下回っている。三鷹市の基本構想は高福祉・高環境であるが、特に福祉充実の意識については市のみならず、住民も非常に高く、全国の市町村に先駆けて、市民参加による老人保健福祉計画「みたか福祉プラン21」を策定し、これを発表している³⁾。住環境については、全国ではじめて下水道100%普及するなど、成熟都市にふさわしい環境が整えられている。三鷹市の調査は、住民基本台帳から無作為抽出を行い、60歳以上の男女827人を選び出した。それら的高齢者を対象にして訪問による面接調査を行ったが、有効回答数は474であり、回答率は57.3%であった。なお、三鷹市の回収率が東和町や豊橋市に比べて低くなった原因としては、60歳以上の高齢者の多くが現役で働いているために調査を拒否されたことがあげられる。調査は、1995年10月から11月にかけて実施された。

4) ロスアンゼルス市の調査

カリフォルニア州にあるロスアンゼルスは、周知のようにアメリカでもニューヨークに次ぐ大都市である。ロスアンゼルスでの日系人高齢者の調査は、カリフォルニア大学ロスアンゼルス校(UCLA)のDr. Lubbenを中心とした調査チームが行った。調査対象者が日系人高齢者ということで、対象者の抽出については、多少複雑な手続きをとることになった。まず、調査会社の名簿を用い、まず、その中から日系及び中国系(日系人高齢者とともに中国系高齢者の調査も同時に行われたので)と思われる姓の人を5,000人選び出した。次に、その5,000人のリストの中から、60歳以上の日系人高齢者を選び出し、電話によって調査への協力を求めた。そして、調査協力を承諾した同意者(ボランティア)リストの中から無作為による抽出を行い、それらの調査対象者に訪問による面接調査を行った。有効回答数に

については、173人であった。なお、ロスアンゼルスの日系人高齢者の調査については、1993年に実施された。

第3項 測定項目とその尺度化

次に、本研究で使った様々な測定項目(関係変数)とそれらの尺度化について説明する。独立変数として用いたのは、① 社会関係の変数であるソーシャルサポートとソーシャルネットワークの2変数、② ADL-IADL(日常生活動作能力-手段的日常生活動作能力)、自覚症状、慢性疾患数、主観的健康感の4つの身体的健康関連の変数、③ 性、年齢、婚姻状態、教育年数、居住形態、収入状況、仕事などの基本属性やその他の変数、の3つの内容に分けられる。また、従属変数には、主観的幸福感、うつ症状、そして在宅福祉サービスの3つの変数がある。

1) 独立変数

ア. ソーシャルサポート

まず、ソーシャルサポートの尺度化についてであるが、全章において測定尺度を構成する際に考慮すべきポイントとして、サポートタイプ、実績・利用可能性、提供主体、授受関係、ポジティブサポート・ネガティブサポート、の5つの点をあげた。本研究でもその5つのポイントについてまず検討し、その上でソーシャルサポート尺度を説明する。

サポートタイプについては、現在のわが国のソーシャルサポートに関する実証的研究の動向をみると、手段的サポートと情緒的サポートの2つのタイプを使用していることが多い(大原, 1996; 杉澤, 1993; 野口, 1991a)。そこで、本研究の目的がわが国におけるソーシャルサポート研究の基礎的な知見を深めることであることから、尺度についてもできる限り比較可能なものが望ましい考え、先行研究で最もよく使用されている手段的、情緒的サポートの2種類を用いることとした。第2番目の実績あるいは利用可能性については、サポートタイプと同様、わが国のソーシャルサポートに関する実証的研究のほとんどが利用可能性を用いており(大原, 1996; 木村, 1996; 坂田ら, 1990; 杉澤, 1993; 野口, 1991a)、またそれらの研究知見の比較検討という視点からも、利用可能性を使用することとした。次の提供主体は、配偶者、家族、親戚、友人・隣人などに分類した。しかし、提供主体別の分析については、尺度化の際に起こる様々な制限や問題の故に単純集計の結果だけにとどめることとする。第4番目の授受関係についてであるが、高齢者自身がサポートを誰かに授ける場合の「提供」と、受け取る場合の「受領」の2つの種類に分けた。サポート尺度には、それぞれ4項目ずつ計8項目ずつ含まれている。最後のポジティブ、ネガティブサポートについては、ネガティブサポートを測定する項目を1項目だけ入れた。なお、本研究ではネガティブサポートの影響を検討することが本来の目的ではないので、ネガティブ

サポートについても単純集計の結果だけを報告することとする。それ以外の項目はすべてポジティブサポートの項目である。

以上のポイントをまとめると、本研究で用いるサポートの測定尺度は、まず、手段的サポートと情緒的サポートの2つのサポートタイプと、提供サポートと受領サポートの2つの方向性をもつ授受関係、の2つの基軸によって構成される。従って、サポートはそれら2つの基軸の組み合わせ、つまり、 $2 \times 2 = 4$ の4種類のサポート項目から構成される。表3-1の通り、情緒的サポート(提供;A)と手段的サポート(提供;B)、情緒的サポート(受領;C)と手段的サポート(受領;D)の4つとなる。なお、これらの4種類のサポートは、すべてが利用可能なサポート、ポジティブサポートであり、また提供主体別についても評価している。

ソーシャルサポート尺度には8項目の質問項目が含まれるが、上記の4種類のサポートがそれぞれ2項目ずつで評価されるので、計8項目となるのである。各項目に対しては、配偶者、子ども、嫁、孫、親戚、友人、隣人別という提供主体別に、「いつでもあるいは非常に」「かなり」「時々あるいは幾らか」「あまり」「全く」「そうしない、そう思わないあるいはそしらぬふりをする」といった選択肢により、回答を得た。(各設問の詳細については、補遺の三鷹市調査表の質問B7からB18を参照)。

数量化については、杉澤(1993)が用いた方法をもとに2段階に分けて、数量化を行った。まず最初の段階としては、「そうしない、そう思わないあるいはそしらぬふりをする」という選択肢には0点を配点した。それ以外を5段階とし、それぞれ5点から1点までを配点した。その後、各項目ごとに、提供主体別の点数を比較し、その中で最も高い点数をその設問のソーシャルサポートの得点とした。具体例をあげると、たとえば「あなたは大切なことを決める時に、ほかの人によく相談しますか」という設問において、「配偶者」が2点、「親せき」が4点、「友人・隣人」が1点であった場合、その質問で最高得点をつけた「親せき」の4点をその項目のサポート得点とした。なお、この算出方法を採用した理由には、配偶者がいない場合とか、あるいは子どもや家族・親戚がいない場合、友人・隣人などの他のネットワークから、ソーシャルサポートを受けている可能性があることがあげられ、家族・親戚がいないからといって、必ずしもサポートがないわけではないとの考えに基づいている。

次の段階では、上記の配点では、三鷹市、豊橋市、東和町、ロスアンゼルス の4地域の比較検討を行う際に、地域によって選択肢に若干異なる部分があるという問題点があるために、比較を行うことが難しくなる。そこで、上記の配点を行った後、各項目の選択肢で「いつでもあるいは非常に」あるいは「かなり」との回答を得た場合を1点、それ以外は0点と配点し、「ある」「なし」の2変数によって、ソーシャルサポートの多寡を測定することとした。そして、各項目の得点を単純加算することによって、サポート全体の得点とした。従って、ソーシャルサポート尺度の最高得点は8点となる。

イ. ソーシャルネットワーク

ソーシャルネットワークの測定尺度としては、共同研究者でもあるカリフォルニア大学ロサンゼルス校のDr. Lubben(1988)が開発したLubben Social Network Scale(以下、LSNS)を用いる。LSNSは、BerkmanとSyme(1979)が開発したソーシャルネットワーク尺度であるBerkman-Syme Social Network Index(BSNI)をモデルとし、それを高齢者用に改訂したものである。オリジナルのBSNIは、一般成人を対象としたネットワーク尺度であり、①婚姻状態、②親戚・友人関係の質、③教会員であること、④他組織や他クラブの会員であること、の4つを主要な要素としている。Lubben(1988)は、BSNIでは、高齢者を対象とするときに、婚姻状態や何らかの組織のメンバーになるといった要素を測定するには限界があると考え、BSNIからそれら2つの要素を削除し、そのかわりに、高齢者のネットワークで重要と思われる家族・友人関係の質をさらに詳しく測定する項目を加え、独自のLSNSを開発したのである。

LSNSは10項目からなる尺度があるが、全体的な枠組みは表3-2の通りである。下位尺度には、家族ネットワーク(Family Network)、友人ネットワーク(Friends Network)、そしてソーシャルサポート(Interdependent social support)、の3つがある。家族ネットワークについては、コンタクトのある家族員数、コンタクト頻度、親近感のある家族員数、の3項目が含まれ、友人ネットワークには、コンタクトのある友人数、そのコンタクト頻度、親近感のある友人数、の3つの項目がある。最後のソーシャルサポートには、親友関係に関する項目が2項目、援助関係について1項目、居住形態について1項、の4つの項目が含まれる。このように、LSNSは、この3つ下位尺度、計10項目からなる尺度である⁴⁾。(なお、各質問項目については、補遺の三鷹市調査表の項目B1からB9及びB1Fを参照)

数量化については、各項目とも0点から5点までのいずれかが与えられる。具体的には、家族・友人数などの人数に関する項目では、回答が「0人」の場合は0点、「1人」には1点、「2人」には2点、「3,4人」には3点、「5から8人」には4点、そして「9人以上」と答えた場合は5点を配点した。また、コンタクト頻度については、「月1回より少ない」の場合は0点、「月1回」には1点、「月に2,3回」には2点、「週1回」には3点、「週2,3回」には4点、「毎日」には5点を配点した。これらの10項目を単純加算することによってLSNSの尺度得点となる。従って、最高点は50点となる。

以上がソーシャルネットワークの測定尺度である。なお、LSNSには、ネットワークの項目とサポートの項目の両方が含まれているが、本研究では、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとは異なる概念と定義しているために、サポートとネットワークを区別して評価する必要がある。そこで、LSNSに含まれているサポート関連の4項目を除外し、それらをサポートの項目に移した。その結果、今回の研究で用いるLSNSは、家族ネットワーク関連の3項目、友人ネットワーク関連の3項目、計6項目からなる尺度となる。また、

東和町と豊橋市の調査では、友人ネットワークの項目のうち、コンタクトのある友人数が削除されているので、本研究において4地域の比較研究を行う際には、その1項目を除いた5項目からなる尺度得点を用いて分析・比較検討を行うこととする。

さて、本研究においてLSNSをソーシャルネットワーク尺度として採用した背景には、次の3つの理由がある。まず、最初の理由としては、LSNSの臨床的有効性がある。Rubinsteinら(1994)は、LSNSによって評価される高齢者の社会的孤立度と、ソーシャルワーカーの臨床的な診断との一致度について検討した。まず、彼らは、LSNSの合計得点が20点以下になる場合を「社会的孤立(isolated)」、21点から25点の場合を「高危険度(high risk)」、26点から30点の場合を「中危険度(moderate high)」、30点以上を「低危険度(low risk)」の4つのカテゴリーに分類した。そして、ある高齢者の社会的孤立をLSNSで評価した時の孤立度と、同じ高齢者について2人の臨床ソーシャルワーカーが診断した孤立度(ワーカーの評価者間信頼性は0.85)との一致度を検証した。その結果、図3-1のように、LSNS得点で評価された孤立度と臨床家の診断との一致度が非常に高いことが証明され、LSNSの臨床的な有効性が証明された。合計得点の20点という得点が社会的な孤立の境界線とされていることについては若干の疑問は残るが、ソーシャルワーク実践における臨床的有効性が証明されているということは重視すべきである。第2には、ソーシャルワークの分野では、ネットワークを図示・表示することによって評価する尺度や用具はいくつかみられるが、その信頼性や妥当性、他の変数との要因分析などを分析・検討できるような実証的データを与える尺度が非常に少ないことがある。たとえば、Maguire(1983)が開発した個人ネットワークアセスメント用具では⁵⁾、個人を中心とした家族、友人、その他のネットワーク資源を円形図を用いて図示することで評価しようとしている。また、イギリスのソーシャルワーカーであるSeed(1990)が提案したネットワーク分析でも、サービス利用者のネットワークの特徴やタイプを図示することによって評価しようとしている。これらの用具は、確かに個人のネットワーク関係が一目でわかるという臨床的な診断におけるメリットはあるが、それらが数量化できるような尺度ではなっていないので、それらを用いて要因分析などができないというデメリットがある。そして、LSNSは、このデメリットを克服するために作られた尺度であり、ソーシャルワークの分野で開発された数少ない測定尺度であるので、本研究で用いることとした。最後は、言うまでもないが、LSNSは、本研究の共同研究者でもあるDr. Lubbenが開発した尺度であるので使用した。

ウ. 身体的健康関連の変数

a. ADL-IADL

高齢者の健康度についての客観的な尺度として、ADL-IADL(Activities of Daily Living-Instrumental Activities of Daily Living)尺度を用いた。ADL(日常生活動作能力)は、歩行・移動、入浴、排泄など日常生活に必要な能力のことをいい、一方、IADL(手段的日常

生活動作能力)は、買い物、食事の支度、金銭の管理などの社会的環境に適応していく能力をいう。ADL-IADL尺度はこの2つの尺度を合わせた尺度であり、本研究では10項目ある。各項目とも活動がどれくらい自分でできるのかを尋ね、「全く自分でできる」「自分だけだと少し困難」「自分だけだとかなり困難」「自分だけでは無理」「やったことがない」の5件法とした。数量化の際には、「全く自分でできる」には1点、それ以外は0点とし、10項目の単純加算による合計点を尺度得点とした。点数が高いほどこれらの能力が高いことになる。

b. 自覚症状

高齢者の身体的健康を測定する2つ目の尺度は、高齢者の自覚症状の尺度である。息切れ、胃の痛み、頭痛、めまい／ふらつき、睡眠障害、関節の硬直／腫れ、便秘、腰痛・手足が痛い、もの忘れ、その他などの身体的な症状がこの1年間にどの程度あったかを尋ねた。自覚症状尺度には全部で10項目あるが、各項目とも「よくある」「季節・時期によってある」「たまにある」「滅多にない」「全くない」の5件法とし、「よくある」と答えた場合は3点、「季節・時期によってある」は2点、「たまにある」は1点、その他は0点を配点した。10項目の単純加算による合計得点によって尺度化した。点数が高ければ高いほど、自覚症状が多いことになる。

c. 慢性疾患数

次の身体的健康の変数は、高齢者が医者によって診断された疾病数である。高血圧、心臓病、脳卒中、糖尿病など全部で12項目の疾病について、医者からそれにかかっているといわれたことがあるかを尋ねた。各項目とも「はい」もしくは「いいえ」の選択肢で尋ねた。得点化については、「はい」が1点、「いいえ」は0点を与え、dichotomousな変数とした。そして12項目の合計得点を尺度得点とした。

d. 主観的健康感

健康に関する4つ目の変数として、高齢者の主観的健康感を用いた。それぞれの高齢者に対して「全般的にいて、あなたの現在の健康状態はいかがですか」という質問をし、「全く健康」「かなり健康」「あまり健康でない」「全く健康でない」という4段階の選択肢で回答してもらった。数量化については「全く健康」の4点から「全く健康でない」の1点までを配点した。

e. その他の独立変数

その他の変数としては、年齢、性、教育年数、婚姻状態、収入が十分かどうかという収入の状態、仕事の有無をみる就労状態、世帯類型居などの基本属性関連の変数がある。

2) 従属変数

ア. 主観的幸福感

高齢者の生きがいや生活の質という抽象的な概念を操作的に定義したのが主観的幸福感 (subjective well-being) である。主観的幸福感については、Neugartenら (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961) が開発した人生満足度尺度 (Life Satisfaction Index) や Kutner ら (Kutner, Bernard, et al., 1956) のモラル・スケールなどがあるが、本研究では、欧米はもちろんのこと、わが国でも主観的幸福感を測定する尺度として一般的に用いられている改訂版PGCモラル・スケール (Philadelphia Geriatric Center Moral Scale) を用いた。これは、Lawton (1975) によって開発されたものである。わが国でも前田ら (前田ら, 1979; 古谷野, 1984; 前田ら, 1988a; 前田ら, 1989) を中心に研究が進められてきた。現在では様々な研究分野で実証的研究が行われており、その信頼性や妥当性は十分に検証されている。改訂版PGCモラル・スケールには全部で17項目 (オリジナルは22項目) あり、それらは「はい」もしくは「いいえ」の選択肢で回答を得られるようになっている。「はい」の場合が1点、「いいえ」の場合には0点が与えられ、それらの単純加算によって数量化した。従って、点数が高いほど主観的幸福感が高く、高齢者の生活の質が高いことになる。

イ. うつ症状

高齢者の精神的健康において重視すべき症状の一つとして、うつの症状がある。本研究では、そのうつ症状を測定する尺度として、CES-D尺度 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) を用いた。CES-D尺度は、Radloff (1977) によって開発・尺度化されたものである。CES-D尺度は、老人を含めた一般サンプルのうつ症状の評価尺度としてアメリカにおいて最もよく使用されている尺度であり、高齢者に適用する際の尺度としても信頼性・妥当性が検証されている (Radloff & Teri, 1986; Hertzog, et al., 1990)。わが国でも、近年高齢者のうつ症状を測定する尺度として用いられ、いくつかの研究報告がなされている (坂田ら, 1990; 矢富ら, 1993)。オリジナルのCES-D尺度 (Radloff, 1977) は、否定的感情、ソマティックな症状、肯定的感情の3因子があり、合計20項目からなるが、本研究では、そのうちの17項目を用いた。各項目に対して「そういうことはほとんどなかった」「時々あった」「よくあった」「わからない」の4つの選択肢で回答を得た。数量化については「わからない」と答えた場合を除外し、「そういうことはほとんどなかった」は1点、「時々あった」は2点、「よくあった」は3点を配点し、17項目の単純加算による合計得点を尺度得点とした。従って、合計得点が高いほど、うつ症状が多くあることになる。

ウ. 在宅福祉サービス

3つ目の従属変数は、在宅福祉サービス関連の変数である。入浴サービス、給食サービス、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、訪問看護サービス、在宅介護支援センター、の7つの在宅福祉サービスについて、知っているかどうかその認知度を測定した。7つの項目に対して「はい」もしくは「いいえ」の選択肢で回答を得たが、「はい」の場合は1点、「いいえ」の場合は0点のdichotomousな変数とした。さらに、それらの7つの在宅福祉サービスの利用度についてもあわせて尋ねた。

以上の3つの従属変数は、社会関係との関連分析で用いることになるが、これらについては4地域の比較研究は行わず、三鷹市高齢者のデータだけを用いて分析を行う。

第4項 分析方法(統計的手続き)

研究方法の説明の最後として、6つの研究モデルの検証方法、つまり分析手続きについて簡単に説明する。

1) 4地域の社会関係の諸特性

社会関係の諸特性については、まず、4地域のソーシャルサポート尺度とソーシャルネットワーク尺度の単純集計のほか、性、年齢構成、婚姻状態、世帯類型、収入状態、就労状態、主観的健康感などの基本属性別にみたサポート尺度、ネットワーク尺度の平均点を比較検討する。なお、一元配置の分散分析を用いて、各属性別平均得点の差の検定もあわせて行う。

2) ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの相互関係

ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの相互関係は、基本的に単純な2変数間の相関関係を用いて分析する。なお、ソーシャルサポートの下位尺度には、手段的サポートと情緒的サポートの2種類があり、ソーシャルネットワークの下位尺度には、家族ネットワークと友人ネットワークの2種類があるが、それらの下位尺度同士の相関関係もあわせて検討する。

3) 社会関係の共分散構造分析

ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの2変数の構造的関係の検証については、確証的因子分析(Confirmatory Factor Analysis)を用いる。なお、この共分散構造モデルの分析には、LISRELⅦ(Joreskog & Sorbom, 1989)を使用するが、モデルの適合性の指標としては、LISRELのGFI(Goodness of Fit Index)、AGFI(Adjusted Goodness of Fit Index)、RMSR(Root Mean Square Residual)。

4) 社会関係と主観的幸福感との要因分析

社会関係の主観的幸福感との要因分析には、重回帰分析を用いた。重回帰分析の説明変数としては、サポート尺度(手段的・情緒的)、ネットワーク尺度(家族・友人)のほか、性、年齢、教育年数、婚姻状態、仕事の有無、収入状態、ADL-IADL、自覚症状、慢性疾患数、主観的健康感などの変数を投入した。性別、婚姻状態、仕事の有無、収入状態、主観的健康感などのカテゴリカルな5変数については、1点、0点のダミー変数(女性、既婚、仕事有り、十分な収入、健康を1とし、それ以外を0とした)とし、それらを投入した。

5) 社会関係と精神的健康との要因分析(社会関係の緩衝効果)

社会関係とうつ症状との要因分析の手法として、上記の4)と同じ重回帰分析を使用した。投入変数も4)と同じであるが、ADL-IADL、自覚症状、慢性疾患数、主観的健康感の身体的健康関連の変数を媒介変数とし、社会関係の緩衝効果を検証するために、社会関係と身体的健康関連の変数の交互作用をみることにした。なお、最近、アメリカなどの研究をみると、社会関係の要因分析では、重回帰分析の交互作用項を用いることがポピュラーになってきている(Aiken & West, 1991)。

6) 在宅福祉サービスの認知度の実態

一般高齢者の在宅福祉サービスの認知度の実態については、まず、各項目の単純集計によって検討し、さらに、認知度と性、年齢構成、婚姻状態などの属性別とのクロス集計を行う。さらに、在宅福祉サービスの認知度については、「知っている」「知らない」で尋ねているので、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークをはじめ、性、年齢、教育年数、婚姻状態、仕事の有無、収入、ADL-IADL、自覚症状、慢性疾患数、主観的健康感などの変数を投入し、ロジスティック回帰分析を行う。

第2節 4地域の対象者の基本属性の比較

本節では、第1章で示した研究モデルのうち、最初のモデルである社会関係の諸特性について検討する。まず、調査対象となった東和町、豊橋市、三鷹市、ロスアンゼルス⁶⁾の4地域の高齢者の性、年齢、婚姻状態、世帯類型、健康状態、就労状態、収入状態、の7つの基本属性を検討し、その後、それらの4地域の高齢者のソーシャルサポートとソーシャルネットワークの平均得点及び基本属性別の得点について、比較検討する。

第1項 分析対象者の特性 — 4地域の高齢者の特性について比較 —

1) 性

4地域の高齢者の男女別の割合については表3-3-1の通りである。三鷹市、豊橋市、東和町のいずれも、わが国の高齢者の男女比からもわかるように、女性の比率が高い。ただ、東和町の場合、男性が37.9%、女性が62.1%と女性の比率が少し高く、三鷹市や豊橋市と比べると男女比に若干差がある。これは、東和町の高齢者全体の男女比がそれぞれ38.3%、61.7%であるので⁶⁾、ほぼ母集団を代表していることになる。つまり、東和町の高齢者は、全国平均(男性は42.9%、女性は57.1%)に比べて、女性の比率が非常に高いことを示している⁷⁾。また、三鷹市、豊橋市の高齢者の男女比については、全国平均と比べると、男性の比率が若干低い。この要因としては、年齢構成別のクロス集計の結果からもわかることであるが、調査対象者となった60歳から65歳までの男性は働いていることが多く、従ってその年齢層の男性の回答が低いことが考えられる。

一方、ロスアンゼルス⁸⁾の日系高齢者の場合、男性が51.4%と女性よりも多く、他の地域とは異なる結果となった。1990年に日本、韓国、アメリカなどの60歳以上の高齢者を対象に実施された国際比較調査の報告書によると⁸⁾、アメリカで60歳以上の高齢者1000人を対象に調査を行ったが(ナショナルサンプル)、その時のアメリカ人高齢者の男女比は男性40.5%、女性59.5%であったので、ロスアンゼルス⁹⁾の日系高齢者の男女比については偏りがあると考えられる。これは、ロスアンゼルス¹⁰⁾で実施した調査が調査協力の同意者を集め、その中から無作為抽出を行ったという抽出方法に問題があったのかもしれない。また、実際にロスの日系人社会では男性が多いという可能性もあり、詳しい原因についてはわからない。

2) 年齢構成

年齢については、表3-3-2の通りである。全体的な傾向としては、60歳代、70歳代前半の前期高齢者が多い。ただ、東和町の場合、他の地域の高齢者に比べて75歳未満の高齢者が少なく、逆に75歳以上の後期高齢者、特に80歳以上の高齢者の比率がかなり高いのが特徴

である。一方、ロスの高齢者の場合、「80歳以上」の高齢者の割合が6.4%と他の3地域と比較しても極端に低いのが特徴である。その他の年齢構成の特徴としては、三鷹市、豊橋市はともに「60～64歳」「65～69歳」の60歳代が最も多く、これらで全高齢者の5割以上を占めていることになる。三鷹市の高齢者は、豊橋市と同じような分布を示しているが、豊橋市よりも若干低い年齢層の高齢者が多い。なお、三鷹市の高齢者の年齢構成比率は、全国平均とほぼ同じである。以上のことから、三鷹市の高齢者の年齢構成は平均的であり、ロスはそれに比べるとかなり年齢構成が若く、豊橋市は若干若い。一方、東和町では、日本一高齢化の進んだ町を証明するかのように、高年齢層の割合が他の地域よりも高い。

なお、三鷹市の高齢者の平均年齢は70.0歳で、最高齢は92歳であった。豊橋市では、平均年齢は70.5歳、最高齢は95歳であり、東和町の高齢者の平均年齢は71.8歳、最高齢は97歳であった。最後のロスの高齢者の平均年齢は69.7歳、最高齢は93歳であった。平均年齢、最高齢については4地域ともそれほど大きな差はみられない。

3) 婚姻状態

高齢者の婚姻状態は、表3-3-3のように、全体的には4地域とも同じような傾向を示している。最も多いのが「既婚」であり、配偶者のいる高齢者がどの地域でも大体65%あるいはそれ以上を占めている。次いで、「死別」が多く、これら「既婚」と「死別」をあわせると4地域とも全体の9割程度を占めることになる。この傾向は、上述した総務庁の調査報告書においてもみられ(既婚77.4%、死別19.7%、離婚・別居1.7%、未婚0.9%)、これまで行われた調査結果と同じような特性を得ることができた。なお、同報告書にはアメリカ人高齢者の婚姻状態についても報告されているが、平均的なアメリカ人高齢者の場合は「既婚」率は49.4%と非常に低く、本研究の4地域の高齢者よりもかなり低いという結果であった。この結果だけではもちろん明言できないが、ロスの日系高齢者は、平均的なアメリカ人高齢者よりも婚姻関係を維持していることが多く、そういう意味では日本的な婚姻関係を維持していると考えられる。

地域別にみると、三鷹市とロスの高齢者は、「離婚・別居」「未婚」が東和町や豊橋市の高齢者よりも若干多く、三鷹市やロスなどの大都市における離婚・別居率や未婚率が農村部や中都市地域と比べて高い傾向にある。また、東和町の場合、「死別」が3割を超えており、他の地域よりもその比率が高い。

4) 世帯類型

世帯類型については、地域による差が明確にみられる(表3-3-4)。全体的な傾向としては、東和町と日系の高齢者、三鷹市と豊橋市の高齢者がそれぞれ同じような傾向を示している。具体的には、東和町とロスの高齢者では「老人単独世帯」と「老人夫婦のみ世帯」の高齢

者世帯が多く、両者を合わせると全体の6割を超える。特に、東和町では全体の7割以上が高齢者世帯と高くなっている。その他に、東和町とロスでは「未婚の子のみと同居」

「三世代世帯」など子どもなどとの同居率は非常に低く、そのかわりに兄弟姉妹、友人などとの同居を表す「その他の世帯」が多い。これらのことから、日系高齢者や東和町の高齢者は自分たち高齢者だけで住んでことが多く、そうでない場合は、子どもたちと住むのではなく、兄弟や友人などと居住する傾向があることを示している。

ただ、東和町とロスの高齢者とでは、確かに同じような世帯類型の傾向があるが、その原因については異なると考えられる。東和町では、子どもたちが就学・就職などで東和町を離れてしまうので、子どもと同居することができないのが現状であると考えられるが、ロスの場合、独立した子どもとは同居しないというアメリカ的な家族形態が存在しているのかもしれない。その一方、豊橋市は、「三世代世帯」が31.0%と他の地域と比べて、三世代世帯の比率は高いのが特徴であり、高齢者世帯の約3分の1が三世代と、昔ながらの大家族形態をかなり維持している。三鷹市の場合は、「老人夫婦のみ世帯」が31.9%と最も多く、また「未婚の子のみと同居」や「三世代世帯」も比較的多い。これは三鷹市という都心に近い土地柄が大きく関係していると思われる。三鷹市などのように家賃や土地代の高いところでは、結婚した子ども夫婦が両親と同じ地域に住むのは難しく、家賃や住宅費の安い郊外に出ていかざるを得ない。そこで、子どもたちは結婚するまでは同居するが、結婚すると出て行くか、あるいは三世代世帯として同居することになると考えられる。

5) 主観的健康感

主観的健康感とは、高齢者本人が主観的に自分の健康について回答してもらったものである。従って、健康に対する本人の認識であるので、医師から診断された病気といった客観的な健康とは必ずしも一致しない。表3-3-5の通り、主観的健康感、全体的に4地域とも同じような傾向がみられ、「全く健康」と「かなり健康」と答えた高齢者がどれも6割以上と圧倒的に多いのが特徴である。これは、一般高齢者を対象にした調査で得られたデータであるので、当然の結果であるかもしれない。特に、ロスの高齢者の主観的健康感、は他の地域よりもさらに約8割が自分は健康だと感じている。しかし、逆に考えると、2、3割の高齢者は自分があまり健康ではないと感じているわけで、そのような人々は医者による診断の有無とは関係なしに、体調の不調を訴えていると考えられ、近い将来何らかの健康問題が起こる可能性が高いと予測できる。

6) 就労状態

60歳以上の高齢者の就労状態についてであるが、その結果は、表3-3-6の通りである。特徴としては、東和町の高齢者のほぼ半数がまだ仕事をしていることがあげられる。これは、労働省が行った就業実態調査(『平成4年度高齢者就業実態調査』)の結果とほぼ同じような

傾向を示している。たとえば、60歳～64歳までの就業率は、東和町が男性80.0%、女性74.2%であり、全国平均の男性71.6%、女性38.9%を大きく上回っており、東和町の高齢者が男女ともよく働いている。

7) 収入状態

収入状態については、「あなたは日々の生活を送るの十分なお金を持っていると思いますか」という設問に対する回答を得た。選択肢において「実際に必要とするよりかなり多く持っている」「実際に必要とするよりやや多く持っている」「ちょうど十分である」と答えた人は「十分ある」とし、それ以外は「十分でない」とした。その結果は、表3-3-7の通り、4地域とも少なくとも7割ほどの人は「十分ある」と答えている。特に、日系高齢者の場合、94.2%とほとんど全員が収入は十分だと思っている。これは、ロスに移住した高齢者の中にはビジネスに成功した者が多くいることが要因の1つとして考えられるが、あくまでも推測にすぎない。逆に、三鷹市は全国でも平均所得が非常に高い市町村の一つであるけれども、収入が「十分でない」と答えた高齢者が3割近く達している。収入状態は、あくまでも高齢者が主観的に収入を十分だと感じているかどうかであるので、実際の収入とは必ずしも一致しないのかもしれない。

第2項 社会関係の諸特性 - 4地域の高齢者の社会関係の諸特性の比較 -

1) 社会関係に関する尺度得点の分布の特徴

ア. ソーシャルサポート尺度得点の分布の特徴

ソーシャルサポートの尺度は、手段的受領サポート、手段的提供サポート、情緒的受領サポート、情緒的提供サポートの4つの枠組みによって構成され、各2項目ずつ、計8項目からなる尺度であることについてはすでに述べた通りである。ほとんどの設問は、提供主体別に尋ねられているが、ソーシャルサポートの項目に対する回答分布は、表3-4-1から表3-4-23までである⁹⁾。

ソーシャルサポートの4地域の比較については、尺度得点で比較を行う。まず、各項目を前項で述べたような手続きによって、1点あるいは0点のdichotomous変数に置き換えてみたが、項目別の平均得点は表3-5の通りとなった。4地域に共通してみられる大きな特徴は、各項目による平均得点の分散がほぼ似た形であるということである。具体的に述べると、情緒的なサポート項目の中の「大切なことを相談する(受領)」と「心配事をきいてもらう(提供)」については、4地域とも他の項目より若干点数が高いという点で共通している。また、手段的サポートでは、「経済的な援助をする(提供)」の平均得点がどの地域においても一番低く、逆に「病気時に頼りになる(受領)」や「家事などの手伝いをする(提供)」が4地域とも共通して高い。以上のように、項目別による平均得点のちらばりは共通の傾

向を示していることがわかる。全体の合計得点についてみると、表3-5のように、日系高齢者が3.6点と最も高く、三鷹市、豊橋市、東和町がそれぞれ3.0点、2.7点、2.8点と続いており、日系高齢者と日本の3地域との間に若干差がみられる。この要因としては、ロスの日系高齢者の場合、手段的サポートの経済的な援助の受領・提供のいずれにおいても他の地域よりも得点が高いことが考えられる。収入状態については、日系高齢者の94%が十分であると答えている通り(表3-3-7)、日系高齢者の経済的な豊かさが反映されているといえる。一方、日本の高齢者については、経済的な援助のやりとりがあまりみられないのが特徴である。

次に、ソーシャルサポートの下位尺度別にみた平均得点は、表3-6の通りである。情緒的サポートと手段的サポートとを比較すると、4地域とも情緒的サポートの方が点数が高く、高齢者にとっては、手段的サポートよりも情緒的なサポートの方がやりとりを行っているとの結果が得られた。それを地域別にみると、日系高齢者では、上述したように経済的な援助の授受関係が他の地域よりも多いために、情緒的なサポートと同じくらい手段的サポートのがあり、手段的サポートについては日本の3地域と比べるとかなり高い得点を得ている。一方、日本の3地域では、手段的サポートよりも情緒的サポートの得点の方がかなり高く、情緒的・手段的サポート間の得点差が大きいのが特徴である。

さらに、受領・提供の授受関係でみると、4地域とも受領サポートの方が平均得点が高く、社会関係では若干の差ではあるが、高齢者は受け身になっていることがわかった。この点についてはHirdes(1995)の研究で得られた知見の通りとなった。Hirdesは、高齢者のサポートの授受関係を検討し、受領が多い高齢者をnet receiver、提供が多い高齢者をnet providerと表し、高齢者はnet receiverになりやすいとの知見を報告しているが、本研究においては4地域の高齢者ともnet receiverになっていることがわかった。さらに、情緒的サポートと手段的サポートを受領・提供別に平均得点をみると、表3-6の通り、手段的提供サポートはどの地域でも最も平均得点が高いのが特徴である。このことは、周りの人々が日常生活で誰かから何らかの具体的な手助けを必要とするときに、高齢者はそのサポートを提供することがあまりないことを意味する。

最後に、本研究では、ネガティブサポートを測定する調査項目を設定した。「あなたは冷たくあしらわれていると感じることがありますか」という設問に対して、「非常に感じることもある」から「全く感じることはない」までの5件法によって、しかも配偶者、子ども・孫、婿・嫁、親類、友人・隣人の提供主体別に回答を得たが、結果は表3-4-24から表3-4-28までの通りである。ロスの日系高齢者については、ネガティブサポートの回答分布には若干のちらばりはあるが、それ以外の日本の3地域の高齢者は、提供主体別のいずれであっても、「あまり」「全く」の回答率が圧倒的に高く、これに「無回答」を加えると、約95%以上の回答がこれらの選択肢に集中することになる。このように、ネガティブサポートの項目は、高齢者の態度を示しているので、提供主体別でも全く同じような傾向を

示しているかもしれないし、また、「あなたは冷たくあしらわれたことがありますか」という設問そのものが社会的に望ましい回答(social desirability)を求める質問であるともいえ、非常に歪みをもつ項目である。なお、これらの単純集計の結果を踏まえ、これ以降、ネガティブサポートの分析については行わないこととし、ポジティブサポートだけに焦点を絞って、分析・検討を進めていく。

イ. ソーシャルネットワーク尺度得点の分布の特徴

本研究で4地域の比較研究の際に用いるソーシャルネットワーク尺度(LSNS)は、家族ネットワーク(3項目)、友人ネットワーク(2項目)の2つ下位尺度、合計5項目からなる尺度である。各項目別の回答分布については、表3-7-1から表3-7-12の通りである。なお、表3-7-11の結果は、友人ネットワークにおける友人・隣人数についての回答分布であるが、これは三鷹市とロスの高齢者しか回答がないために、4地域の比較検討においてはこれを削除する。しかし、第4章では、三鷹市のデータを用いて社会関係と主観的幸福感やうつ症状などの要因分析を行うが、その際にはこの項目を含めることにする。

各ネットワーク項目は、5点から1点の間で数量化されるが、項目別にみた平均得点の結果が表3-8であり、家族・友人ネットワーク別にみた結果が表3-9である。4地域の中で最もネットワークがみられるのが日系高齢者で、全体の平均得点が17.9点と他地域と比べて高い。特に、コンタクトのある家族員数が4.9点と非常に得点が高いが、これはロスの高齢者の身近には平均して10人近い家族員をいることになる。ロスの高齢者のネットワークの豊かさがわかる。また、家族員とのコンタクトの頻繁においても高得点となっており、それらの家族員と頻繁に会っているのも特徴である。表3-8からわかるように、友人ネットワークについては、他の3地域とは平均得点の差がそれほどないことから、アメリカ・ロスアンゼルスにおける日系高齢社会の家族ネットワークの大きさや親密さ、あるいは同居していない家族員とのつながりの深さが伺える。

日系高齢者の次にネットワークが存在するのが東和町の高齢者である。東和町高齢者のネットワークの特徴は、家族ネットワークのみならず、友人ネットワークも充実していることである。表3-9のように、友人ネットワークの平均得点が5.8点と他の3地域と比較して高いのが特徴である。特に、表3-8のように「友人とのコンタクト頻度」の得点が3.2点と他地域よりもかなり高く、東和町の高齢者同士の友人関係の強さが明確となった。日本一高齢化の進んだ東和町では、高齢者をサポートするネットワーク源として、家族と同様、友人ネットワークも非常に発達しているという知見が得られた。

三鷹市と豊橋市の高齢者のネットワークについては、同じような傾向がみられ、この両地域の高齢者は、ロスや東和町の高齢者よりも、友人ネットワークがそれほど発達していないが、家族ネットワークは充実している。

2) 基本属性別にみた社会関係の諸特性

ア. 基本属性別ソーシャルサポートの平均得点

a. 性別にみたソーシャルサポートの平均得点

8項目からなるソーシャルサポート尺度の平均得点に関して男女別の差を表したのが、表3-10である。東和町では、男女の平均得点が同じであるが、それ以外の3地域の対象者では、すべて女性の方が平均得点が高いという結果が得られた。これまでのサポートの先行研究においては男性より女性の方がサポートは多いとの報告が数多くなされているが (Antonucci & Akiyama, 1987; Barnett, Biener & Baruch, 1987; Berkman & Syme, 1979; Buhrke & Fuqua, 1987; Depner & Ingersoll-Dayton, 1988; Griffith, 1985; Huyck, 1989; Matt & Dean, 1993; Rossi, 1985; 野口, 1991a)、それらの知見を裏付ける結果となった。特に、三鷹市と豊橋市では、平均の差に有意な関係がみられた。

なお、サポートの男女差を手段的サポートと情緒的サポート別にみたのが、表3-11、3-12である。手段的・情緒的サポート別の男女差に有意な関係がみられたのは、三鷹市のデータのみであるが、いずれも女性の方がサポートを得ていることがわかる。わずかな差ではあるが、手段的サポートよりも情緒的サポートの方が男女差が大きく、女性の方が情緒的サポートが豊かであるという結果が得られた。

b. 年齢構成別ソーシャルサポートの平均得点

次に、年齢構成別にみたソーシャルサポートの平均得点の差は表3-13の通りである。全体的には、年齢が低いほどサポート得点が高く、年齢が高くなるにつれて得点が低くなるという傾向がみられるが、東和町やロスの日系高齢者ではそれが必ずしもあてはまらない。特に、ロスのデータはその平均得点がW字形で分布しており、年齢が上がるとともに平均得点が上がったり、下がったりしている。また、東和町の高齢者では平均の差に有意な関係がみられるが、「75歳以上79歳以下」の高齢者は3.0点と急に得点が高くなっており、必ずしもサポートの多寡と年齢との関係は比例関係にあるとはいえない。なお、先行研究でもサポートと年齢との関係について論及した報告はほとんどないので、そういう意味では従来の研究の結果と同じ結果を得たことになる。また、手段的・情緒的サポート別(表3-14と表3-15)には有意差がみれなかった。

c. 婚姻状態別ソーシャルサポートの平均得点

婚姻状態別にソーシャルサポートの平均得点の差をみると、表3-16のように、「既婚」と答えた高齢者の平均得点はどの地域においても最も高く、逆に、「未婚」とした高齢者の得点は非常に低いという結果が得られた。高齢者にとって、配偶者は最も重要なサポート源であり (Ducharme, 1994)、その配偶者からサポートを得ていると考えられるので、得点が高くなるのは当然のことかもしれない。配偶者がいなくても、「死別」「離婚・別居」「未婚」と配偶者をもたない理由の違いによって、サポート得点にも差がみられるのは、

興味深い。配偶者との別れの原因が「死別」による場合は「離婚・別居」よりも得点が高く、婚姻関係を結んだことがない「未婚」は最も得点が低い。このことから、配偶者との関係のあり方がサポートに大きな影響を及ぼしているのではないかと予測される。さらに、婚姻状態別にみたサポートの平均得点の差は、どの地域においても有意差がみられ、これらの結果が決して偶然ではないことを示している。

手段的・情緒的サポート別に平均の差をみると、表3-17、3-18の通りの結果となった。手段的・情緒的サポートともに「既婚」と答えた高齢者の得点が最も高く、また「未婚」は最も低いという結果が得られた。手段的サポートと情緒的サポートとの間には婚姻状態別の差はみられなかった。

d. 世帯類型別ソーシャルサポートの平均得点

高齢者のソーシャルサポートの多寡を世帯類型別に比較すると、表3-19の結果となった。4地域に共通する傾向としては、「老人単独」世帯の平均得点が最も低いということである。その他は、家族員の誰かと同居している世帯となるが、これらの得点は地域や世帯類型によってちらばりがあり、特徴的な傾向はみられない。世帯類型別では、一人暮らし高齢者とそうでない場合の傾向の違いが明確となった。一人暮らしの老人の場合、配偶者や同居家族がいる高齢者に比べて、サポートが少なく、一人暮らし老人が孤立傾向にあることがわかる。なお、統計的に有意な差がみられたのは、三鷹市と東和町のデータである。なお、手段的・情緒的サポート別に平均得点をみても(表3-20、3-21)、この傾向はほぼ変わらなく、サポートのタイプによる平均得点の特徴的な傾向はみられなかった。

e. 健康状態(主観的健康感別)ソーシャルサポートの平均得点

高齢者が自分の健康についてどのように感じているのかを尋ね、その健康状態別にみたソーシャルサポートの平均得点の差は表3-22の結果の通りである。ロスアンゼルス以外の3地域では健康状態が悪くなるにつれて、サポート得点も低くなる傾向がみられる。特に、三鷹市高齢者の場合、その傾向が顕著であり、また統計的に有意な関係がみられた。この結果から、健康感の高さはサポートの高さにつながると推測することができる。手段的サポートと情緒的サポートのタイプ別にみると、平均得点の差には有意差がみられなくなった。

f. 就労状態別ソーシャルサポートの平均得点

次に、仕事をしているかどうかによって、ソーシャルサポートの平均得点に差があるのかを検討すると(表3-23)、仕事がある場合とない場合との間には、特徴的な差はなかった。また統計的にも有意な差がみられた地域もなく、ソーシャルサポートと就労との間には関連はないという結果となった。

g. 収入状態別ソーシャルサポートの平均得点

収入を十分と考えているか否かの違いによって、ソーシャルサポートの多寡の差をみたが、表3-24の通りとなった。日本の3地域の高齢者は、収入が「十分でない」と答えた高齢者よりも「十分である」と回答した高齢者の方の得点が高くなっている。有意な結果が得られたのは三鷹市のデータのみであるが、健康状態別と同様、収入についても満足度が高い高齢者の方がサポートも多いということが予測される。なお、ロスの日系高齢者だけは、「十分である」と答えた人の方がサポートの得点は低くなっているが、有意な結果とはならなかった。

以上、基本属性別にソーシャルサポートの得点の差を検討してきたが、まとめると、男女別、婚姻状態別、世帯類型別には明確な差がみられたし、有意な結果が得られた。男女別の差については、先行研究の報告によって指摘されてきたことなので、従来の仮説通りの結果となった。また、婚姻状態別や世帯類型別では、配偶者や家族と同居しているか、あるいは近くにいるかが重要な要素となっている。つまり、近くのソーシャルネットワークの存在がサポート得点に大きく影響していると考えられる。このことから、サポートとネットワークとの間には密接な相関関係があると推測できる。

イ. 基本属性別ソーシャルネットワークの平均得点

a. 性別ソーシャルネットワークの平均得点

次に、家族ネットワーク(3項目)と友人ネットワーク(2項目)からなるソーシャルネットワーク尺度の平均得点の差を各基本属性別にみてみたい。まず、ネットワーク得点の男女差についてであるが、表3-25の通りである。サポートと同様、ネットワーク得点においても男女差がみられ、女性の方がネットワークが豊かであるとの結果が得られた。しかもロスの日系高齢者以外の日本の3地域すべてにおいて統計的な有意差がみられ、わが国の高齢者のネットワーク研究におけるこれまでの知見を裏付ける結果となった(玉野ら, 1989; 玉野ら, 1990; 野口, 1991b; 藤崎, 1985)。また、欧米の先行研究でもネットワークの男女差については指摘されている(Antonucci, 1990; Antonucci & Akiyama, 1987b; Berkman & Syme, 1979; Griffith, 1985; Gutmann, 1987; Matt & Dean, 1993)。統計的な有意差はなかったが、ロスの日系高齢者のネットワークの平均得点にも男女差がみられた。

さて、ネットワークの得点の男女差を家族ネットワークと友人ネットワーク別にみると(表3-26、3-27)、いずれにおいても女性のネットワークの方が男性より豊かであるが、家族ネットワークよりも友人ネットワークにおいては男女差が大きいという傾向がみられる。特に、三鷹市や東和町の高齢者では有意な関係がみられ、しかも他の2つの地域に比べて、男女の得点の開きが大きいのが特徴となっている。

ネットワークの男女差については、MattとDean(1993)が指摘しているように、男性の場合、退職後、友人関係をあまりもたなくなり、ネットワークは配偶者や家族に限られるが、一方、女性は家族関係のみならず、友人関係も広くもつためだと考えられる。

b. 年齢構成別ソーシャルネットワークの平均得点

次に、年齢構成別にソーシャルネットワークの平均得点の差の違いを検討する。表3-28が示す通り、高齢化とネットワークの豊かさとの間に直線的な関係は必ずしも存在しないことがわかる。たとえば、有意な関係がみられた三鷹市と東和町の高齢者をみると、「75歳以上79歳以下」の高齢者の得点がそれぞれ13.7点、16.7点であるが、それら的高齢者はより若い年齢の高齢者の得点よりも高い得点を得ている。このように、年齢が高いほどネットワークが豊かで、あるいは年齢が高ければネットワークもなくなるといった、年齢とネットワークの多寡との直線的な関係はみられなかった。

家族・友人ネットワーク別に得点の差をみると、表3-29と表3-30の通りである。ネットワーク全体の得点の結果と同じような結果がみられ、家族ネットワーク、友人ネットワークでは特徴的な傾向や差はなかった。以上のように、ネットワークについても年齢の違いによる差は明確にはならなかった。

c. 婚姻状態別ソーシャルサポートの平均得点

第3に、婚姻状態別のソーシャルサポートの平均得点の差をみると、表3-31の通りである。三鷹市、豊橋市、ロスの高齢者において有意差がみられた。4地域に共通してみられる特徴は、「既婚」と「死別」と答えた高齢者の平均得点が他の「離婚/別居」や「未婚」と答えた高齢者よりも高いということである。特に、配偶者と「死別」した高齢者のネットワーク得点が高かったことは意外である。この背景には、配偶者と死別した高齢者に対しては、子どもや他の家族が一人になったことを心配し、死別後、同居したり、あるいは近くに住んだりして、夫婦で住んでいたときよりもネットワークが豊かになったことがその大きな要因として考えられる。なお、婚姻状態別のソーシャルサポート得点の差では、「既婚」の得点が最も高かったので、ネットワークとサポートとは異なる結果となった。また、配偶者の有無がネットワークに直接的な影響を与えとの従来の知見(玉野ら, 1990)とは若干異なる結果が得られた。

婚姻状態別に家族ネットワークと友人ネットワークの得点については、表3-32と表3-33のようになった。家族ネットワークでは4地域とも「既婚」「死別」の得点が高いという傾向は同じであり、三鷹市と豊橋市の高齢者には有意な関係がみられた。一方、友人ネットワークの場合、三鷹市と豊橋市とでは「既婚」「死別」による得点が高いという傾向は同じであったが、いずれも有意な結果とはならなかった。逆に、有意差がみられたロスの日系高齢者をみると、「既婚」の得点はそれほど高くはない。以上のように、婚姻状態と

家族ネットワークとの間には関連があり、友人ネットワークとの間には特徴的な差はみられなかった。

d. 世帯類型別ソーシャルネットワークの平均得点

第4番目に、ソーシャルネットワークの得点について世帯類型別にみると、表3-34の通りである。全体の傾向としては、「単独世帯」と答えた高齢者の得点が低く、その他の世帯類型の高齢者の方が高い。しかし、これは決定的なあるいは大きな差といえなし、またどの地域においても有意な結果は得られなかったので、その関係については検証されなかった。

この点については、むしろ、家族ネットワークと友人ネットワーク別にみた方がよい。世帯類型別の家族ネットワーク得点の結果をみると(表3-35)、一人暮らし老人(老人単独世帯)の家族ネットワークの平均得点は、他の世帯類型よりも低い。つまり、当前のことと考えられるが、一人暮らし老人は家族のネットワークが少ないことになる。この傾向がみられたのは三鷹市、東和町、ロスの3地域の高齢者においてであるが、いずれも有意な結果を示している。面白いことに、婚姻状態別では、配偶者と「死別」した高齢者のネットワーク得点が高かったのに、その一方では、世帯類型別にみると、一人暮らしの高齢者の得点が一番低い。死別した配偶者が一人暮らしになる可能性が高いことを考えると、これらの結果には若干矛盾があるかもしれない。しかし、配偶者と死別した高齢者は、一人暮らしをするのではなく、子どもや他の家族と同居する可能性が高くなると仮定すると、この矛盾は解決する。つまり、死別と単身高齢者世帯とは必ずしも一致していなく、配偶者と死別したからといってネットワークが豊かでなくなるとはいえないのである。これらのことから、孤独や孤立している可能性の高い高齢者は、単身高齢者であり、配偶者と死別した高齢者はあまり孤立していない。

友人ネットワーク別にみると、表3-36のように、4地域とも有意な結果はみられなく、また家族ネットワークとは異なり、得点の分布においてもばらつきがあるので、友人ネットワークには特徴的な傾向はない。

e. 健康状態別(主観的健康感)ソーシャルネットワークの平均得点

高齢者が主観的に感じている健康状態をもとに、ネットワークの平均得点の差を比較すると(表3-37)、ロスアンゼルスの日系高齢者以外の三鷹市、豊橋市、東和町の平均得点の差には有意差がみられた。それら3地域の共通点は、「全く健康」と「かなり健康」と健康感の高い高齢者の方が「あまり健康でない」や「全く健康でない」のそれよりも高いことにあり、サポート得点と同様の傾向がみられた。この3地域全部で有意差が検証されたことから、ソーシャルネットワークと主観的健康感との2変数間には密接な関連があるといえることができる。一方、これとは全く逆の傾向を示しているのが、ロスのデータである。

健康が悪いと感じている人ほどネットワーク得点が高くなる傾向をみせているが、有意差はみられなかった。

次に、家族ネットワーク得点別にみると、4地域ともその平均の差には有意な関係がなかった。友人ネットワーク得点別では、表3-38のように、三鷹市、豊橋市、東和町において有意差がみられた。平均の差については、健康な高齢者ほど得点が高いという傾向がみられ、ソーシャルネットワーク全体の平均得点と同じような結果が得られた。ソーシャルネットワークの中でも友人ネットワークの方が高齢者の主観的健康感と関連があることがわかった。

f. 就労状態別ソーシャルネットワークの平均得点

仕事の有無別によってみたソーシャルネットワークの平均得点の差は、表3-39の結果の通りとなった。有意な関係があるのは、豊橋市と東和町の2つの地域であったが、いずれの地域においても「仕事有り」の方が平均得点が高くなっている。高齢者にとっては、仕事は単に収入を得る手段だけではなく、社会関係を維持するための重要なネットワーク源を維持する機能もあることを考えると、働いている人の方がネットワークが多いという結果は、当然の結果といえる。

g. 収入状態別ソーシャルネットワークの平均得点

収入状態別のソーシャルネットワーク平均得点は、表3-40の通りである。ロスの高齢者を除いた日本の3地域の高齢者は、ソーシャルネットワーク得点の高い方が収入は十分だと感じている。ただし、有意差がみられたのは三鷹市のみだけであった。この傾向は、ソーシャルサポートの場合でもみられたが、三鷹市の高齢者の場合、社会関係と収入との間には有意な関連があるといえることができる。KrauseとBorawski-Clark(1995)は、高齢者の教育年数の差と収入の差の2つの変数を社会階級変数とし、社会階級と社会関係の関連があることを報告しているが、一部その知見を裏付ける結果が得られた。なお、家族・友人ネットワーク別にみると、いずれにおいても有意差はみられなかった。

以上のように、ソーシャルネットワークの平均得点の差を各基本属性別にみてきたが、ソーシャルサポートの結果と同様に、性別、婚姻状態、世帯構成別では、4地域とも属性別の特徴がみられ、これまでの先行研究の知見を検証することができた。また、地域別にみると、日本の3地域とロスとの間には、年齢構成別、健康状態別、就労状態別、収入状態別などの基本属性別で異なる傾向がみられ、日本の高齢者の特性とロスの日系高齢者の特性の違いについての知見を得ることができた。ただし、ロスの日系高齢者の特性が日本の高齢者とは異なるのは、アメリカからくる文化差なのか、あるいは日系高齢者特有のものなのか、本研究ではその要因を分析することができない。最後に、全体的にみて、ソー

シャルサポートとソーシャルネットワークはそれぞれ社会関係の異なる側面を測定するものではあるが、この2つの変数の単純集計の結果や属性別の結果は非常に似通っており、このことから、両者には相関関係があることが予測できる。

【注】

- 1) 東和町の概要などの詳細については、山口県東和町の調査報告書を参照。
前田大作、小川全夫ら『高齢者の社会心理学的研究－山口県東和町』（長寿科学総合研究事業）、1994年3月。
- 2) 豊橋市の概要や市の特性などについては、1987年に愛知県民生部が出した『在宅福祉の供給システムのあり方に関する調査報告書』を参照。
- 3) 西三郎、大山博、亀谷二男編『新時代の自治体福祉計画－「みたか 福祉プラン21」の策定を追う』第一書林、1993年。
なお、三鷹市の概要については、三鷹市の調査報告書を参照。（現在、作成中）
- 4) LSNSの信頼性についてはLubbenが検証しているが(Lubben, 1988)、信頼性係数 α は、0.70であった。高い信頼性係数とはいえないが(一般的には、0.80といわれている)、まずまずの信頼性が確認された。
- 5) Maguireのアセスメント用具は、小松源助、稲沢公一訳(L. マグワァイア著)『対人援助のためのソーシャルサポートシステム』川島書店、1994年、の19～21頁の中で紹介されている。
- 6) 前田大作、小川全夫ら『高齢者の社会心理学的研究－山口県東和町』参照。
- 7) 総務庁統計局『日本の統計1994年版』をもとに、筆者が60歳以上の高齢者の男女比を計算した。
- 8) 総務庁長官官房高齢対策室『老人の生活と意識－第3回国際比較調査報告書』（1992）を参照。なお、この国際比較調査では、1990年に日本、韓国、アメリカなど数ヶ国の60歳以上の高齢者を対象に老人の生活と意識に関する比較調査を行った。
- 9) なお、ロスアンゼルスの日系高齢者の調査では、提供主体別の中に「婿・嫁」が含まれていなかったために、「婿・嫁」からのデータはブランクになっている。

第4章 社会関係の要因分析の結果

第1節 ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの関係

本研究で分析・検討を行う第2番目の研究モデル(第1章第2節参照)は、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの相互関係を検証することである。ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとは別個に研究されていることが多く、両者の相互関係の検討については、基礎的な知見を得るための実証的研究でさえまだ進んでいない現状については、前章で述べた通りである。(Antonucci & Akiyama, 1987; Seeman & Berkman, 1988; 野口, 1991b)。そこで、本節では、両者の関係を、①平均の検定(一元配置の分散分析)、②相関関係、③共分散構造分析の3種類の分析手法を用いて、分析・検討してみたい。

第1項 各ネットワーク項目別にみたサポート得点の平均差

本研究で4地域の比較検討を行う際に用いるソーシャルネットワーク尺度は、コンタクトのある家族員数、そのコンタクト頻度、親近感のある家族員数(以上、家族ネットワーク3項目)、コンタクトのある友人・近隣数数、そのコンタクト頻度(以上、友人ネットワーク2項目)からなる尺度である。家族員数や友人数などのネットワークサイズに関連する項目については「なし」「1人」「2人」「3～4人」「5～8人」「9人以上」の6つのカテゴリー分け、コンタクトの頻度に関する項目についても「月1回未満」「月1回」「月に2～3回」「週1回」「週2～3回」「毎日」の6つのカテゴリーに分けた。従って、各ネットワーク項目は6つのカテゴリーをもつことになる。そして、各ネットワーク項目別にサポートの平均の差を比較・検討し、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの関係を検証してみたい。

1) コンタクトのある家族員数別のサポート得点

まず、少なくとも1ヶ月のうちに一度コンタクトのある家族員数別のサポート得点をみると、表4-1の通り、ロスの除いた三鷹市、豊橋市、東和町では有意な関係がみられた。3地域に共通していることは、コンタクトをとる家族員数が多くなるほど、サポート得点も

高くなるということであり、ネットワークサイズがサポートの多寡に大きく影響していると考えられる。なお、ロスの高齢者の場合、有意差がみられなかった。

2) 家族とのコンタクト頻度別のサポート得点

次に、コンタクトのある家族員とどれくらいの頻度でコンタクトをとっているのか、そのコンタクト頻度別のサポート得点について検討する。結果は、表4-2のように、有意な関係がみられたのは、三鷹市と豊橋市のみであった。この2つの地域における得点の分布をみると、コンタクトの頻度が「月1回未満」「月1回」と少ない方がサポート得点も低く、逆に頻度が多いと得点が高くなるというような傾向はある程度みられるが、サイズとの関係ほど明確なものとはいえない。東和町、ロスの高齢者の平均の差には有意差がなかった。

3) 親近感のある家族・親族員数別のサポート得点

3番目のネットワークの項目は、高齢者が自分の近くにおいて、親近感を感じる家族員がどれだけいるかを尋ねたものであるが、この親近感のある家族・親族員数別にみたサポート得点の結果は、表4-3の通りである。4地域すべてにおいて有意差がみられた。コンタクトのある家族員数別にみた時と同じように、親近感のある人の数が多いければ多いほど、つまり、ネットワークサイズが大きければ大きいほど、サポートも多くなるという結果が得られた。しかも、家族・親族員数が「なし」から「9人以上」までの得点差は、コンタクトのある家族員数の得点差よりも大きく、同じネットワークサイズでも身近に感じている家族・親族員数とサポートとの間に関連があることがわかった。

4) コンタクトのある友人・隣人数別のサポート得点

次は、友人ネットワークの項目であるが、高齢者にコンタクトを持っている友人や隣人の人数について尋ね、その人数の多さによってサポート得点をみたのが、表4-4である。4地域とも有意な結果が得られた。この友人・隣人数別サポート得点については、人数が多いほどサポートも多いと予測できる。実際に、友人・隣人の人数が多いほど、サポート得点も高い傾向が全体的にはみられるが、比例関係あるいは直線的な関連とまではいえないようである。たとえば、三鷹市の場合、友人・隣人が「1人」と答えた高齢者の平均得点は3.2点であるが、「3～4人」と答えた場合には2.9点と、人数が増えてもサポートの得点が低くなっていることがあげられる。しかし、その後は、また友人数の増加に合わせて得点も高くなっている。このように、繰り返しとなるが、全体としては友人ネットワークのサイズが大きいかほどサポートも多いという関係がみられる。

5) 友人・隣人とのコンタクト頻度別のサポート得点

ネットワークの最後の項目は、友人・隣人とのコンタクトの頻度であるが、その頻度別

のサポート得点をみると(表4-5)、三鷹市以外の3地域で有意な差がみられた。コンタクトの頻度が「月1回未満」と答えた場合のサポートの得点は3地域とも一番低いのが特徴であり、友人・隣人とのコンタクトが少ないとサポート得点も低くなる。

以上、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの関係を、ソーシャルネットワークの項目別にサポートの平均得点の差によって検討した。家族、友人ネットワークのサイズ(人数)、コンタクトの頻度のいずれにもおいても、人数が多ければ多いほどサポートが多く、またコンタクトの頻度が多いほどサポート得点が高くなるという両者の有意な関係が明らかになった。これらの結果から、サポートとネットワークが非常に密接な関係にあるという知見を得ることができた。

第2項 ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの相関

次に、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの相互関係を相関関係によって検討する。なお、ソーシャルサポートの下位尺度には、手段的サポートと情緒的サポート、受領サポートと提供のサポート、の計4種類があり、ソーシャルネットワークには家族ネットワークと友人ネットワークの2種類があるが、それらの組み合わせも含めた相関をみることにする。結果は表4-6の通りである。

まず、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの相関関係であるが、三鷹市、豊橋市、東和町、ロスの4地域のすべてで統計的に有意であった。しかも、単純相関係数(ピアソン相関係数)は、一般的には、0.2を超えれば十分な相関があるといえるが、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの相関係数はどの地域でも0.31から0.32の間にあり、高い相関がみられた。次に、ソーシャルサポート全体と家族ネットワークと友人ネットワークとの相関を検討すると、家族、友人ネットワークのいずれも有意な関係がみられた。サポートと家族・友人ネットワークのそれぞれの相関係数を比べると、4つの地域とも友人ネットワークよりも家族ネットワークの相関係数の方が高く、サポートと家族ネットワークとの間に強い相関関係がみられた。

さらに、情緒的・手段的サポート別に相関をみると、ソーシャルネットワークとの相関は情緒的サポート、手段的サポートともに、しかもどの地域においても有意な関係が、おられた。ただし、相関係数においては若干差がみられる。というのも、ネットワークと情緒的サポートとの相関係数は、4地域とも0.25以上あるが、一方、手段的サポートとの相関係数は、豊橋市や東和町では0.15以下となっており、情緒的サポートに比べて低くなっている。情緒的・手段的サポートと家族ネットワーク・友人ネットワークとの相関関係をみると、一層、特徴が明確になってくる。家族ネットワークは、情緒的サポートや手段的サポートの両方ともに相関係数が高く、しかも有意な相関関係がみられる。しかし、その

一方、友人ネットワークと手段的サポートとの相関については、豊橋市とロスの高齢者では有意な関係がなくなり、しかも相関係数が少数点2桁と非常に低くなる傾向がある。つまり、友人ネットワークと手段的サポートの間には相関関係がそれほどみられなくなるのである。手段的サポートは日常生活で困った時や何らかの手段的な助けを必要とする時のサポートのやりとりであるが、友人との間にはやりとくはなく、家族や親族との間にサポート関係があるという知見を得ることができた。

最後に、サポートの受領・提供という授受関係とソーシャルネットワークとの関係についてみてみたい。ソーシャルネットワーク全体との相関については、どの組み合わせでも有意な相関関係がみられるが、相関係数についてみると、高齢者がサポートを受ける受領サポートよりも、サポートを与える提供サポートの方がネットワークとの相関係数が高いという興味深い結果が得られた。また、この傾向は4地域とも共通しており、決して一つの地域だけにみられたのも注目すべき結果である。これは、高齢者にとって、サポートをもらうだけではなく、ネットワークの誰かに提供することがいかに重要な要素になっていることを表しているのではなかろうか。

以上、様々な組み合わせで、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの関係をみてきたが、手段的サポートと友人ネットワークを除いては、すべての組み合わせで有意な関係がみられた。結論としては、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの間には密接な関連があるということが出来る。

第3項 社会関係の共分散構造分析

本節では、これまで社会関係を構成しているソーシャルサポートとソーシャルネットワークの2変数間の相互関係について、ネットワークの各項目のカテゴリー別にみたサポートの平均の差の検定や、2変数間の相関関係によって検討してきた。上記の2種類の分析の結果、ネットワークとサポートの間には強い相互関係があることが証明された。しかし、これらの2種類の分析手法では、単に2変数間の相関関係しか検討できないという分析上の限界がある。次の課題としては、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークが互いにどのように構造的に結びついているのかを分析・検討することが重要となってくる。そこで、これらの関係の結びつきを検証する統計手法として共分散構造分析を用いる。共分散構造分析は、多変量解析の1つの手法といえるが、分散分析や回帰分析といった従来の多変量解析とは異なる特性をもつ。その特性は、従来の多変量解析では、分析者自身がモデルを構成する余地がほとんどなく、既製のモデルにデータを当てはめて解釈を行うものであったが、共分散分析では、分析者自身の仮説に基づいたモデルを作り、検証することが出来るという優れた特性がある(豊田, 1992)。最近のソーシャルサポート研究では、この共分散構造分析を用いた分析研究がいくつかみられる(krause & Markies, 1990; Krause,

1995; McColl, Lei, & Skinner, 1995; Venkatraman, 1995)。本研究で共分散構造分析を用いるのは、上記の特性がもつからである。つまり、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの関係について、筆者自身の理論的枠組みをもって、モデルを形成し、検証することができるからである。

共分散構造分析を行う際の分析モデルについてであるが、本研究では、JoreskogとSorbomが開発してきたリズレル(LISREL: LInear Structural RELations)モデル¹⁾を用いることとする。なお、リズレル以外の共分散構造分析モデルとしては、EQS(Bentler & Weeks, 1980)やCOSAN(McDonald et al., 1978)などがあるが、本研究ではリズレルが1980年代に入ってから、社会、人文、行動科学の様々な分野で頻繁に用いられ、それらの分野への応用可能性を広く示してきたなどを考慮し、リズレルを選択した。

さて、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの関係に関する仮説モデルであるが、図4-1の通りである。図4-1をみると、一番上に位置するの上位概念は、ソーシャルネットワーク($\xi 1$)とソーシャルサポート($\xi 2$)であり、それらの結びつきはギリシャ文字の $\Phi 12$ で表されている。ソーシャルネットワークは、家族ネットワーク($\eta 1$)と友人ネットワーク($\eta 2$)の2種類の下位概念からなる。一方、ソーシャルサポートは情緒的サポート($\eta 3$)と手段的サポート($\eta 4$)の2タイプの下位概念からなり、これらは直接観測することができないので、潜在変数(latent variable)となる。

次に、具体的に測定できる観測変数(observed variable)についてであるが、ソーシャルネットワークは、家族ネットワークがコンタクトのある家族・親族員数($y 1$)、そのコンタクトの頻度($y 2$)、親近感のある家族・親族員数($y 3$)の3変数、友人ネットワークは、コンタクトのある友人・隣人数($y 4$)、そのコンタクトの頻度($y 5$)、親近感のある友人・隣人数($y 6$)の3変数で、合計6変数である。一方、ソーシャルサポートは、情緒的サポートが大切なことを相談する($y 7$)、落ち込んだ時に慰める($y 8$)の2変数、手段的サポートが家事などの手伝いをする($y 9$)、病気時の頼りにする($y 10$)の2変数で、計4変数である。なお、ソーシャルサポートの変数は、従来8変数であったが、それを4変数としたのは、8変数間の相関を検討したり、探索的因子分析を行った結果、結びつきの強い4変数を用いた方がよいと判断したためである。ギリシャ文字の $\gamma 1$ から $\gamma 4$ は、ソーシャルサポート、ソーシャルネットワークとそれぞれの下位概念との関係、つまり潜在変数間の関係を表し、 $\lambda 11$ から $\lambda 94$ は、社会関係の下位概念と観測変数間の関係を表す。また、家族ネットワーク、友人ネットワーク、情緒的サポート、手段的サポートにある $\gamma 1$ から $\gamma 4$ と各観測変数に影響を与えている $\epsilon 1 \sim \epsilon 10$ は、変数間の因果関係を不完全なものにする要因である誤差変数(error variable)である。

なお、共分散構造分析の際には、サンプル数や分析する変数の関係上、最も分析に適する三鷹市のデータのみを用いることとし、他の3地域との比較は行わないことを断っておきたい。三鷹市高齢者のデータを用いて共分散構造分析を行ったが、リズレルモデルの中

でも確証的因子分析法(confirmatory factor analysis)を用いた。確証的因子分析法は、従来の探索的因子分析法(exploratory factor analysis)に仮説検証機能、つまり因子間の因果関係を検証する機能を付加したものである。確証的因子分析のパラメータは、LISREL VII(Joreskog & Sorbom, 1989)による最尤解で求める²⁾。

確証的因子分析の結果は、図4-2の通りとなった。ソーシャルサポートとソーシャルネットワーク間の因子相関は、0.639と高い数字を示している。また、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークと下位概念との関係($\gamma 1$ から $\gamma 4$)の相関はいずれも0.5以上を超えている。なお、ソーシャルサポート、ソーシャルネットワーク、家族ネットワーク、友人ネットワーク、情緒的サポート、手段的サポートといった潜在変数間の相関の結果は、表4-7の相関マトリックスの通りであり、これらについてもすべて0.5以上と高い相関を示している。

次に、図4-1で示した仮説モデルの検証についてであるが、リズレルプログラムにおいては、モデルの適合性を検定する際の指標として、GFI(Goodness of Fit Index), AGFI(Adjusted Goodness of Fit Index)がある。AGI、AGFIは、全変動がモデルによって説明される率を示すが、一般的に、0.9を超えていればモデルの適合性よいとされるが(前田ら, 1989; 矢富ら, 1993)、三鷹市の高齢者に適用した結果は、GFIが0.989、AGFIは0.979と非常にフィットがよく、高いモデルの適合性が示されたといえる。また、RMSR(Root Mean Square Residual)は、モデルに基づいて計算された相関係数行列ともとの相関係数行列(もしくは分散共分散行列)の各要素の差の平方の合計を平均し、その平方根の値を示したものであるので、小さければ小さいほど、モデルのフィットがいいことになる(前田ら, 1989)。分析の結果、RMSRは、0.05であるので、十分に小さいといえ、この点でもモデルのフィットが検証された。

以上のように、確証的因子分析の結果、社会関係の2変数であるソーシャルサポートとソーシャルネットワークの構造は、仮説モデル通りの関係が確認された。

第2節 社会関係と主観的幸福感及びうつ症状との関連分析

第1項 社会関係と主観的幸福感との関連

－社会関係の社会的幸福感への直接効果－

1) 分析手続き

次に、高齢者の生活の質(Quality of Life)や生きがいの向上は、社会福祉の諸サービスの内容やレベルを考える際に検討すべき課題の一つであるし、また、生活の質や生きがいを高めることそのものは福祉サービスのひとつの機能であるともいえる(浅野, 1992)。このような生活の質や生きがいは、実際の調査では多くの場合、操作的には「主観的幸福感」と定義され、その主観的幸福感に影響を及ぼす要因に関する研究はこれまで様々なされてきた。本節では、その要因のひとつである社会関係を取り上げ、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークが主観的幸福感にどのような影響を及ぼしているのか、その関連について検討してみたい。なお、分析上の様々な制約などから、三鷹市の高齢者のデータのみを用いて分析・検討を行うこととする。

従属変数である主観的幸福感を測定する尺度と用いたのは、Lawtonらによって開発され、前田ら(1979)が日本語に訳した改訂版PGCモラールスケールである。設問は全部で17項目あり、すべてが「はい」「いいえ」の選択肢で回答を得た。「はい」と答えた場合は1点、「いいえ」の場合は0点とし、17項目の合計得点がスケール得点となるが、三鷹市高齢者のモラール得点は、最低点は0点、最高点は17点、平均値が11.8点、そして標準偏差は3.2であった。説明変数としては、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークがあるが、このデータの基本的な知見についてはすでに述べてきた通りである。そのほか、性、年齢、教育年数、配偶者の有無、就労状態、収入状態、主観的健康感、自覚症状、慢性疾患数、ADL-IADLの10変数をコントロール変数として用いた。これらの10変数によってコントロールするのは、社会関係の2変数によって、主観的幸福感を説明するとき、他の独立変数相互の関係を考慮し、それらの影響を取り除く必要があるからである。なお、年齢や教育年数などの連続量変数以外のカテゴリカルな変数、具体的には、性(男性・女性)、配偶者の有無(有・無)、就労状態(有職・無職)、収入状態(十分・不十分)、主観的健康感(健康・非健康)の5変数については、1、0のダミー変数(女性、既婚、仕事、高学歴、健康を1点とし、それ以外を0点とした)とし、分析に投入した。分析方法は重回帰分析であり、これらの従属変数、説明変数すべてを一括投入した。

2) 結果

PGCモラールスケールを従属変数とした重回帰分析の結果は、表4-8の通りとなった。

まず、従属変数であるモラールスケールと投入した全12変数との単純な相関係数(r)をみ

ると、ソーシャルサポートと性以外のすべての変数で有意な相関関係がみられる。主観的幸福感と正の相関を示したのは、ソーシャルネットワーク、婚姻状態、就労状態、収入状態、主観的健康感の4変数である。ソーシャルネットワークでは尺度得点が高いほど、ネットワークが豊かであることを示し、またモラールスケールも高得点ほど、幸福感が高いことを示すことになる。これらが正の相関関係を示しているということは、ネットワークの豊かさとモラルの高さとは関連がある。さらに、配偶者がある高齢者、収入が十分だと感じている高齢者、現在仕事を持っている高齢者、自分が健康だと感じている高齢者と主観的幸福感との間にも正の相関関係がみられた。逆に、年齢、教育年数、自覚症状、慢性疾患数、ADL-IADLといった5変数とでは負の相関を示している。これは、年齢が低く、また教育年数が少ない高齢者と主観的幸福感との間に関連があることを示している、また、自覚症状、慢性疾患数、ADL-IADLなどの健康関連変数では、点数が高い方が身体的な健康に問題があることになるので、得点の低い高齢者、つまり健康に問題のない高齢者とモラルとの間に相関があることになる。

次に、変数間相互の相関関係の影響を取り除き、各独立変数がモラルに及ぼす独自の影響を表わしたのが、標準偏回帰係数(β)である。有意な関係がみられたのは、ソーシャルネットワーク、収入状態、主観的健康感、自覚症状だけであり、他の変数との間の有意差はみられなかった。モラルとソーシャルネットワークとの関連では、偏回帰係数が0.131とまあまあの相関があり、ソーシャルネットワークが幸福感に影響を及ぼしていることが確認された。一方、ソーシャルサポートとの関連においては、相関は低く、有意差も見出されなかった。他に関連があったのが主観的健康感、自覚症状などの健康関連変数であり、特に自覚症状においては偏回帰係数が-0.338と非常に高い相関があり、高齢者が主観的に感じている幸せと健康がいかに密接に結びついているかわかった。なお、回帰式全体の重相関係数(R)は、0.513であり、またF値も13.2と十分であり、有意な関係がみられた。以上のように、本研究の中心的なテーマの一つである社会関係と主観的幸福感との直接的な関連については、重回帰分析の結果、ソーシャルネットワークにおいてみられ、ソーシャルサポートにはみられないという結果となった。また、モラルと健康とは非常に強い関連があることも検証された。

さて、今度は、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの4つの下位変数を独立変数とし、それらと主観的幸福感との関連を検討するために重回帰分析を行った(表4-9)。表4-9の年齢以降の10の説明変数については、上記の結果とほぼ同じであるので説明を省略し、サポートとネットワーク部分のみ検討を行う。相関係数(r)をみると、ソーシャルサポートの両タイプ、情緒的サポートと手段的サポートのいずれも、モラルとの相関において有意な関係はなかった。ネットワークについては、家族ネットワーク、友人ネットワークとも有意な相関がみられた。他の変数との相関を取り除いた標準偏回帰係数(β)では、友人ネットワークでは有意な関係がなくなり、家族ネットワークのみに有意差がみられた。

これらのことから、家族とのネットワークが豊かな高齢者は、主観的幸福感も高いという両者の強い関係が明らかになり、友人ネットワークとの関係は、家族ネットワークの影響を取り除くとなくなってしまうことがわかった。一方、ソーシャルサポートについては、情緒的サポート、手段的サポートとも関連がみられなかった。回帰式全体の重相関係数(R)は、0.519と回帰式全体の有意差が検証された。

最後に、玉野ら(1989)は、ソーシャルネットワークと主観的幸福感との関連について研究を行ったが、玉野らは、ソーシャルネットワークのあり方が性別によって違うという先行研究の知見をもとに、主観的幸福感との関連では男女別に要因分析を行った。そこで、本研究でもわが国のそのような先行研究を踏まえ、男女別の重回帰分析を行うこととする。結果は、表4-10の通りである。単純な相関関係(r)では男女とも同じような傾向がみられ、家族ネットワーク、友人ネットワークとの間に有意な関係はあるが、サポートはいずれもみられない。また、男女とも健康関連の変数との関係では有意差があり、また相関係数も高い。

標準偏回帰係数(β)をみると、男女の違いがわかる。男性では家族ネットワークとの関連において有意な関係($r=0.210$)がみられ、その他は収入状態、自覚症状、ADL-IADLとの間に関連がみられた。女性では、収入と自覚症状のみにおいて強い関連があり、それ以外の関係は他の変数との相互の影響を取り除いたときに影響はなくなってしまった。なお、第3章で男女別のネットワークの属性を検討したが、その中ではネットワークのサイズや近密さそのものは女性の方が豊かであるという結果が得られた。このことから考えると、男性の場合は、女性ほどの豊かなネットワークはなくても、家族のネットワークがあれば主観的幸福感が高くなり、一方、女性はネットワークがあってもそれが幸福感到有意に関連する要因とはならなかったということを示している。また、男女ともモラルに影響を及ぼしていた他の規定要因は、収入状態、自覚症状であった。収入に満足している高齢者ほどモラルが高く、健康上何らかの問題を持たない高齢者の方がモラルが高くなるという結果となった。安心して老後を過ごすために必要な要因とされている収入と健康がモラルの規定要因となったことは興味深い結果である。なお、玉野ら(1989)の研究では、モラルと女性の関連はあったが、男性との関連は検証されないとの結果が報告されているが、本研究では、それとは逆の知見が得られた。ただ、男女とも健康状態はモラルの規定要因であると報告している点においては、一致点がみられた。重相関係数(R)は、男性のデータでは、0.563、女性では0.492と両方とも申し分のない有意な関係がみられた。

以上、社会関係と主観的幸福感との要因分析を行ったが、まとめると、主観的幸福感と関連がみられたのは、ソーシャルネットワーク(家族ネットワーク)、収入状態、健康関連の変数であった。男女別では、男性のネットワークにおいて有意な関係がみられ、これまでの先行研究の結果とは異なる結果が得られた。なお、ソーシャルサポートについては、主観的幸福感との相関関係はみられたが、他の変数の影響をコントロールすると、有意な

関係はみられなくなった。

第2項 社会関係とうつ症状との関連分析

－社会関係のストレス緩衝効果について－

1) 手続き

老年期には、身体機能の低下、病気の罹患、所得の低下、配偶者・家族・友人などの喪失など、様々なストレスを伴う経験をするが多くなる。これらの事件に遭遇することによって、高齢者は精神的に不安定となったり、孤独感を味わったりし、それがひいては心身のバランスを欠き、精神障害や不適応行動につながることもある。その代表的なものにうつ病やうつ症状がある。なお、高齢者の自殺率は、このうつ病ときわめて深い関係があると考えられており、わが国でも高齢者の自殺予防にはうつ病やうつ症状を重視すべきことはすでに指摘されてきている(大原ら, 1985; 杉澤ら, 1996; 飛鳥井, 1994)。この予防的な視点からいうと、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークなどの社会関係が高齢者のうつ症状と密接に関連するという研究(Brown & Bifulco, 1985; Coyne, Wortman, & Lehman, 1988)や、社会関係が高齢者の様々なストレスを緩衝し、その結果、うつ症状が軽減されるという、社会関係のストレス緩衝効果説に基づいた研究(Russel & Cutrona, 1991; 坂田ら, 1990)が報告されており、社会関係はうつ症状を軽減する重要な要因の一つということができる。

そこで、本節の次の検討課題として、高齢者のストレスとうつ症状に影響を及ぼす社会関係の効果、つまり社会関係のストレス緩衝効果(stress-buffering effect)について検討する。具体的には、社会関係が身体疾患や疾病症状などの身体的健康というストレスを緩衝し、それがうつ症状に影響を及ぼしているかどうかを検討する³⁾。

うつ症状を測定する尺度には、CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)尺度を用いた。本研究で用いるCES-D尺度には17項目あり、各項目は1点から3点の間で配点され、その合計得点がスケール得点となる。三鷹市高齢者では、尺度得点の平均値は21.8点、標準偏差は4.0であった。独立変数である身体的健康関係変数については、主観的健康感、慢性疾患数、自覚症状、ADL-IADLの4変数を用いた。その他の変数は、主観的幸福感の分析の際に用いた、性、年齢、教育年数、配偶者の有無、就労状態、収入状態などの基本属性関連変数である。なお、性、配偶者の有無、就労状態、収入状態については、ダミー変数とした。

うつ症状を従属変数、社会関係と身体的健康関連変数を独立変数、その他をコントロール変数として、重回帰分析を行ったが、結果は表4-11の通りである。うつ症状と各独立変数との2変数間の単純な相関係数(r)では、性を除いたすべての変数との相関関係において有意差がみられる。特に主観的健康感、自覚症状、慢性疾患数などの健康関連変数との相

関係数は、いずれも0.25を超えており、強い相関関係を示している。各変数間の相互関係の影響を取り除いた標準偏回帰係数(β)をみると、まず社会関係についてであるが、ソーシャルサポートの場合、うつ症状との単純相関はあるが、他の変数の影響をコントロールすると有意な関係がみられなくなった。一方、ソーシャルネットワークは、うつ症状との間に有意な負の相関関係がみられた。これは、ネットワークが大きいとうつ症状は少なくなり、逆にネットワークが小さくなるとうつ症状が高くなることを示している。主観的幸福感の要因分析の時と同様、サポートでは関連がなく、ネットワークで関連がみられるという結果となった。その他の変数では、健康関連変数の中でも自覚症状との間に有意差があり、標準偏回帰係数は、0.321と非常に高い相関を表している。回帰式全体の重相関係数(R)は0.481と有意な結果となった。

次に、社会関係のそれぞれの変数がうつ症状や健康関連変数に及ぼす影響を検討するために、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークを別個にし、検討する。なお、サポートやネットワークの影響に対する健康関連変数の関与を調べるために、サポートやネットワークと主観的健康感、自覚症状、慢性疾患数、ADL-IADLとの相互作用項を重回帰分析に投入した。まず、ソーシャルサポートとうつ症状との関連であるが(表4-12)、標準偏回帰係数(β)をみると、自覚症状のみに有意な関係が示され、ソーシャルサポートとの関係では有意差はみられなかった。また、サポートと4つの健康関連変数との交互作用においても有意な結果は得られなかった。一方、ソーシャルネットワークについては、表4-13の通りである。うつ症状に対するソーシャルネットワークの影響がみられるとともに、ソーシャルネットワークとADL-IADLとの間に有意な交互作用がみられた。ネットワークとADL-IADLとの交互作用がどのようなものであるのかを解釈するために、回帰式にある特徴をもつ個人についての数値を代入し、うつ症状の得点を算出した⁴⁾。その特徴を持つ個人というのは、ネットワークがない女性(低ADL-IADL群と高ADL-IADL群)と、ネットワークがある女性(低ADL-IADL群と高ADL-IADL群)の2種類の人々である。この2種類の個人をネットワークの有無別に、うつ症状得点で低ADL-IADL群と高ADL-IADL群とでどのように異なるのかをプロットしたグラフが図4-3である。この図から、ソーシャルネットワークが低い高齢者よりも、高い高齢者の方がうつ症状の得点が低いことがわかる。また、同じネットワークがない高齢者でも、ADL-IADLが高い方が低い方よりもうつ症状が少なく、一方、ネットワークがある高齢者では、ADL-IADLが高い方がうつ症状がみられないという結果となった。このように、ソーシャルネットワークとADL-IADLの有意な相互作用がみられた。

最後に、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの両変数が身体的な健康問題から高齢者が受けるストレスを緩衝し、それがうつ症状の軽減につながるかどうかを検討してみたい。うつ症状を従属変数、ソーシャルサポートとソーシャルネットワーク及びストレス的出来事である健康関連変数を独立変数とし、その他の年齢、教育年数、性、配偶者の有無、収入状態の変数をコントロールして重回帰分析を行った。方法としては、4つの

健康関連変数(ストレス的イベント)のみを投入した場合(モデル1)、健康関連変数とソーシャルサポートを投入した場合(モデル2)、健康関連変数とソーシャルネットワークを投入した場合、(モデル3)、健康関連変数とソーシャルサポートとソーシャルネットワークを投入した場合(モデル4)の4つの重回帰分析を行い、それぞれのモデルにおける標準偏回帰係数の変化を検討することによって、ストレス緩衝効果を検討する。なお、この分析方法は、坂田ら(1990)が用いた方法である。ソーシャルサポートとソーシャルネットワークを投入しない、つまり社会関係の影響を考慮しないモデル1でみられる各健康関連変数の標準偏回帰係数と、その他のモデル2、3、4での標準偏回帰係数とを比べたのが、表4-14の結果である。主観的幸福感とADL-IADLは、点数が高い方が健康状態がよい変数であるので、点数が高い方が不健康を表す自覚症状や慢性疾患数とは異なり、負の相関を示している。この主観的幸福感とADL-IADLについては、モデル1と比較して、モデル3、4の方が標準偏回帰係数が大きくなっており(負の相関であるため)、わずかながらであるが、ストレス緩衝効果がみられる。自覚症状については、モデル2、3、4とも変化がみられない。また、慢性疾患数では、社会関係の変数を投入するほど、係数が低くなるという逆の結果となった。以上のように、ストレス緩衝効果については、主観的健康感とADL-IADLについては、若干ではあるが確認され、それ以外はみられないという結果が得られた。

社会関係とうつ症状との関連分析の結果をまとめると、まず、両者の直接的な関係を検討するために重回帰分析を行ったが、ソーシャルネットワークがうつ症状に有意な影響を及ぼしているという結果となった。ソーシャルサポートとうつ症状との間には有意差がみられなかった。前節の社会関係と主観的幸福感との関連分析の結果とほぼ同じ結果となった。次に、交互作用項を投入してみると、ソーシャルネットワークADL-IADLとの相互作用がうつ症状に影響を及ぼしていることがわかった。ソーシャルネットワークが豊かでADL-IADLが高い人はうつ症状が低く、逆に、ネットワークが低く、ADL-IADLが低い高齢者はうつ症状の得点が高いという結果が得られた。うつ症状の予測要因として、ネットワークとADL-IADLを確認することができた。最後に、社会関係のストレス緩衝効果についてであるが、各身体的健康変数にソーシャルサポートとソーシャルネットワークを投入し、うつ症状との関連を検討したが、主観的健康感とADL-IADLのみに若干であるが、緩衝効果がみられたが、その他は緩衝効果が確認されなかった。

以上、本章では、本研究の研究モデル2から5までの分析を行った。まとめると、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの関係においては、相関関係やリズレルによる共分散構造分析の結果、密接に関連することが検証された。社会関係が主観的幸福感やうつ症状などの従属変数に及ぼす影響については、ソーシャルサポートとは関連がなく、ソーシャルネットワークがそれらの従属変数に大きく関連しているという結果が得られた。ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの間には高い相関関係があることから考

えると、他の変数の影響を取り除いた重回帰分析の結果、ソーシャルサポートはソーシャルネットワークによって説明される部分が多かったので、独自の説明力を失い、そのために有意な差がみられなくなったと予測することができる。その他の規定要因には身体的な健康関連変数がある。特に、自覚症状は主観的幸福感やうつ症状と強い関係があることが証明された。社会関係のストレス緩衝効果については残念ながら十分検証されなかった。

【注】

1) リズレルは、JoreskogとSorbomによって開発され、1970年に最初のバージョンが出されたが、その後、バージョンアップされ続け、現在は、バージョン7 (LISREL VII) まで改良されている。また、LISREL VIIは、SPSSプログラムのパーソナルコンピュータ版 (SPSS for Windows) にも組み込まれており、今回の分析でもSPSS for Windowsを用いた。

2) 確証的因子分析モデルの回帰式は、以下の通りである。

$$\text{因子方程式} \quad x = \Lambda \xi + \sigma$$

(観察された変数が負荷行列 Λ を通して、残差 δ をもって因子 ξ へ回帰させるモデルである)

$$\text{共分散方程式} \quad \Sigma = \Lambda \Phi \Lambda' + \Theta$$

(x の共分散行列である Σ と、因子負荷行列 Λ 、 ξ の共分散行列である Φ 、 δ の共分散行列 Θ との間に上記のような関係を仮定したモデルである)

3) この点については、杉澤らは、加齢に伴い身体疾患の有病率が高まるが、身体疾患を持つことが高齢者の精神的健康にどのくらいのインパクトを与えるかについては資料が少ないと指摘している。

杉澤あつ子、大塚俊男「高齢者の精神健康の変化とその関連要因に関する縦断研究」(平成7年度 厚生科学研究費補助金：精神保健医療研究事業)を参照。

4) この計算式はいたって簡単で、下記の独立変数の値から従属変数の値を予測する式に、それぞれの数値を代入すれば計算ができる。

従属変数の予測値=回帰定数+独立変数1の偏回帰係数×独立変数1の値+独立変数2の偏回帰係数×独立変数2の値+独立変数3の偏回帰係数×独立変数3の値・・・

第5章 社会関係と在宅福祉サービスとの 関連

本研究において社会関係に関する最後の検討課題として(第1章：研究モデル6参照)、高齢者の在宅福祉サービスに対する認知度との関連について検討してみたい。社会関係と社会福祉サービスとの関連についての研究は、諸外国ではいくつか研究報告がみられるが(Auslander & Litwin; 1990; Miller & McFall, 1991; Penning, 1995)、わが国では高齢者の在宅福祉サービスに対するニーズ調査や意向調査などにとどまり、社会関係との関連研究はほとんどみられない。本章の研究を通して得られた基礎的な知見は、今後わが国の社会関係と福祉サービス関連研究を行う際に必要なものとなるに違いない。なお、在宅福祉サービスとの関連に関する調査は、三鷹市のみで実施したので、他の3地域との比較はできないことを断っておきたい。

第1節 三鷹市の在宅福祉サービスの概要と現況

三鷹市の概要については、第3章においてすでに述べた通りで、高福祉・高環境の2つの柱を市の本計画に据えており、全国に先駆けて市民参加による高齢者保健福祉計画を策定するなど、社会福祉サービスの充実には特に力を注いでいる。

三鷹市では、高齢者に対して、特別養護老人ホームや養護老人ホーム、老人保健施設などの施設福祉サービス、また、デイサービス、ショートステイサービス、ホームヘルプサービスの在宅3本柱をはじめ、老人クラブ、老人福祉センター、コミュニティセンター(老人憩いの家)など数多くの在宅福祉サービスを提供している。本来ならば、三鷹市の施設・在宅福祉サービス全体の概要とその現況をすべて紹介したいのだが、本研究では分析の対象となった在宅福祉サービスは、高齢者が要介護状態になった時に必要だと思われる7つのサービスであるので、本研究の内容に沿った7つの在宅福祉サービスについてのみ、以下紹介する。それらのサービスとは、入浴サービス、食事サービス、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、訪問看護サービス、在宅介護支援センター、の7つである。なお、三鷹市高齢化対策室の協力によって、三鷹市高齢者に対する在宅福

社サービスの概要と現況に関する資料を得ることができた。また、データはすべて1995年度現在のものである。

1) 入浴サービス

三鷹市の入浴サービスには、在宅で入浴のできない状態にある高齢者が送迎バスなどによってデイサービスセンターに来所し、一般浴や機械浴などのサービスを受ける、デイサービスセンターの事業の一環としての入浴サービスと、入浴機器を備えた車で各家庭を巡回し、高齢者に巡回入浴サービスを提供する入浴サービスの2種類がある。デイサービスセンターでの入浴サービスの利用については、三鷹市にはデイサービスセンターが市内に3ヵ所あるが、1995年度の3つのセンターの合計延べ利用者人数は3,507人に及ぶ。巡回入浴サービスは、89の高齢者世帯に対して延べ回数1,509回の利用がある。

2) 食事サービス

三鷹市は、在宅高齢者の食事サービスに関しては、独特のサービス供給システムを持っている。まず、食事サービスのタイプには、デイサービスセンターなどで作られた食事をボランティアが各家庭に運ぶ給食タイプと、コミュニティセンターなどを使って、市民ボランティアと高齢者が集まって一緒に調理をし、食事をする共同調理タイプの2種類がある。さらに、給食タイプには、市内のデイサービスセンターで調理され、配達業者が各家庭の近くにあるステーションまで運び、そこからボランティアによって家庭まで運ばれるタイプと、市民ボランティアが自宅に他のボランティアが集まり、調理をし、そこから各家庭に運ぶ給食タイプとがある。食事サービスの年間の利用状況をみると、デイセンターでの給食タイプが年間延べ8,654食、自宅調理タイプが383食、そして共同調理タイプが13,786食となっている。

3) デイサービス

デイサービスは、在宅で介護を必要とする高齢者に対して、週1、2回デイサービスセンターにおいて提供する各種のサービスをいうが、三鷹市には、現在3ヵ所のデイサービスセンターがある。デイサービスセンターで提供されている事業は、1)の入浴サービスを除くと、趣味活動、機能回復訓練、送迎サービス、食事サービス、相談サービス、痴呆性老人デイホームなどがある。3ヵ所のデイサービスセンターでの1日の利用定員は115名で、利用登録している高齢者は約420名(うち痴呆90名)である。各種事業の延べ利用人数は、趣味活動が13,324人、機能回復訓練が11,339人、送迎サービスが57,094人、食事サービス25,438人、相談サービス6,752人、痴呆性デイホームが4,857人となっており、非常に多くの利用があることがわかる。

4) ショートステイサービス

ショートステイサービスは、何らかの理由で介護ができない介護者に代わって、要介護高齢者を短期間、特別養護老人ホームなどに保護・介護し、介護者の負担を軽減することを目的とするサービスである。三鷹市は、市内の2カ所の特別養護老人ホーム内に合計24床のショートステイ用のベッドを持っている。1995年度の利用状況については、現在約260人が登録しており、延べ利用日数は2400日である。

5) ホームヘルプサービス

ホームヘルプサービスは、在宅の要介護高齢者のいる家庭がその高齢者の介護サービスを必要とする場合に、ホームヘルパーを派遣し、介護サービス、家事援助サービス、相談サービスなどを提供する在宅福祉サービスである。三鷹市のホームヘルパーのマンパワーについては、常勤(市職員)のヘルパーが1995年度現在で28人、社会福祉協議会などの登録している非常勤の登録ヘルパーが83人となっており、合計111人のホームヘルパーがいる。利用状況については、常勤によるホームヘルパーの派遣回数が7,797回、その他のヘルパーの派遣回数が16,771回で、計24,568回の派遣回数となる。

6) 訪問看護サービス

三鷹市には、2種類の訪問看護サービスがある。一つは、市が実施する訪問看護指導事業であり、これは寝たきり高齢者を対象として、保健婦などが各家庭を訪問し、保健指導を行うサービスである。もう一つは、老人保健法でいう老人訪問看護制度であり、医療機関が設置する訪問看護ステーションから、医者の指示のもと訪問看護婦が各家庭を訪問し、必要な看護を行うサービスである。利用状況については、訪問看護指導事業では120名の高齢者が対象となっている。一方、訪問看護ステーションについてであるが、三鷹市には、現在1ヶ所あるが、民間の医療機関が設置・運営していることもあり、利用状況のデータを入手することができなかった。

7) 在宅介護支援センター

在宅介護支援センターは、在宅の要介護老人を抱える家庭などに対して、ソーシャルワーカーや看護婦などの専門家により、在宅介護に関する総合的な相談に応じるとともに、各種の保健・福祉サービスが円滑に受けられるようそれらをコーディネートするサービスである。三鷹市には、在宅介護支援センターが現在1ヶ所だけある。支援センターの利用状況をみると、1995年度1年間の相談件数は、2,348件であるが、支援センターの存在が市民に知られつつあるのか、ここ数年の間で、相談件数が飛躍的に増加している。

第2節 三鷹市高齢者の在宅福祉サービスに対する認知度

本節では、調査対象となった三鷹市高齢者が前節で説明した7つの在宅福祉サービスに対する認知度について、単純集計と基本属性別のクロス集計の結果を用いて検討してみたい。

第1項 在宅福祉サービスに対する認知度の単純集計の結果

三鷹市の高齢者に対して、入浴サービス、食事サービス、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、訪問看護サービス、在宅介護支援センターの7つの在宅福祉サービスを知っているかどうかを尋ねたが、在宅福祉サービスの認知度の結果は、表5-1の通りである。全体的には、どのサービスについても半数以上の高齢者が「知っている」と答えており、在宅福祉サービスが広く高齢者に知れ渡っているという結果が得られた。個々のサービスの認知度についてみると、ホームヘルプサービスが89.0%と最も認知度が高く、次に、入浴サービス、食事サービス、訪問看護サービスが続いている。これらのサービスは、いずれも8割以上の高齢者が「知っている」と答えており、ほとんどの高齢者に知られている。一方、デイサービスとショートステイサービスについては、認知度が6割前後と先の4つのサービスに比べて、低いという結果となった。これらは、在宅3本柱にあげられている重要な在宅サービスであるのだが、認知度は他のサービスほど高くない。最後に、在宅介護支援センターは、1990年から事業がスタートし、今年で6年目と歴史の浅いサービスではあるが、6割以上の高齢者が「知っている」と回答しており、徐々にサービスが広まりつつある。

次に、7つの在宅福祉サービスの利用度について、高齢者に回答を求めた。結果は、表5-2の通りである。調査対象者が基本的に健康な一般高齢者であったので、それらの人々が在宅福祉サービスを利用しているとはあまり考えられないことが予想されるが、結果もその通りでなった。何らかのサービスを利用している高齢者は、多くても3%強であり、ほとんどのサービスが1,2%の利用率となっている。本研究では、サービスの利用度についても分析を行いたかったが、このように回答が著しく偏っているため、分析から除外することとした。

第2項 基本属性別クロス集計の結果

次に、性、年齢構成、婚姻状態の3つの基本属性別にみたサービスの認知度を、クロス集計の結果をもとに検討してみたい。

1) 性別にみたサービス認知度

男女別に各在宅福祉サービスの認知度をみると(表5-3-1から表5-3-7)、7つの在宅福祉サービスのいずれにおいても、男性より女性の方がサービスを知っている比率が高い。カイ自乗検定の結果、入浴サービス、食事サービス、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービスの5つのサービスにおいて有意差がみられ、女性の福祉サービスに対する意識が男性のそれよりも高いことが検証された。男女の比率の差が10%を越えるサービスは、食事サービス、デイサービス、ショートステイサービスであり、男女の認知度に大きな差がみられる。特に、デイサービスとショートステイサービスを知っている男性は5割を越す程度であり、男性の半数しか知らないことになる。その一方では、入浴、ホームヘルプ、訪問看護サービスについては、男性の8割程度が知っており、大多数の男性が認知している。このように、サービスによっては、男性が知っているサービスと知らないサービスの差が非常に大きいのが特徴である。在宅介護支援センターについては、認知度の男女差がほとんどみられない。あくまでも推測にすぎないが、その理由としては、支援センターが比較的歴史の新しいサービスであるために、男女にかかわらずまだ十分に普及していないことが考えられる。

以上のように、サービスの認知度に関する男女差は明らかにみられたが、特に、在宅福祉サービスの中核をなすデイとショートステイサービスが男性にあまり知られていないという結果は注目すべきである。今後、在宅福祉サービスを市民に周知させる際に、この2つのサービスを男性にいかに認知させていくかが重要なポイントになる。

2) 年齢構成別にみたサービス認知度

次に、年齢構成別にみた在宅福祉サービスの認知度を検討する(表5-4-1から表5-4-7)。クロス集計で有意な関係がみられたのは、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービスの3つのサービスであった。これらは在宅3本柱といわれ、在宅福祉サービスの中心的なサービスであるが、これらのサービスにおいて年齢構成による有意差がみられたのは興味深い。3つのサービスに共通する傾向は、加齢に伴い認知度が低くなるということである。デイサービスでは、60歳代と比較的若い高齢者が最もよく知っているが、一方、「80歳以上」になると認知度の比率が6割から4割へと急激に下がるのが特徴である。ホームヘルプサービスとショートステイサービスは、それぞれの全体的な認知度については89.0%、58.9%と比率に大きな差はあるが、年齢構成別には同じような傾向を示している。両者ともに75歳あたりが分岐点となり、75歳まではサービスをよく知っているが、75歳を超えると、認知度が低くなっている。この傾向は、有意差のみられなかった入浴サービス、訪問看護サービス、在宅介護支援センターでも共通している。

各在宅福祉サービスの認知度を年齢構成別にみたが、75歳以上の後期高齢者が74歳以下の前期高齢者に比べて、サービスを認知していない比率が高いとの知見が得られた。特に、

デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービスといった在宅介護を支える中心的なサービスについては、年齢別による有意な差が得られ、今後それらのサービス充実のためには基礎となるデータを得ることができた。

3) 婚姻状態別にみたサービス認知度

最後に、既婚、死別、離婚・別居、未婚の4つの婚姻状態別にみたサービス認知度について検討するが、結果は表5-5-1から表5-5-7の通りである。カイ自乗検定の結果、統計的に有意であったのは、デイサービス、ホームヘルプサービス、訪問看護サービスの3つであった。ホームヘルプサービスと訪問看護サービスについては、いずれにの婚姻状態であっても、それらのサービスの認知度は非常に高く、ほぼ8割以上を占めていることになる。特に、「離婚・別居」、「未婚」状態の高齢者がそれらのサービスを認知している比率が非常に高いことがわかる。これらのサービスは、ヘルパーあるいは看護婦などの専門家がそれぞれの家庭を訪問し、何らかのサービスを提供するのが特徴である。デイサービスについては、ホームヘルプサービスや本文看護サービスほど認知度が高くないのが現状である。それでも、「離婚・別居」状態の高齢者の7割以上がデイサービスを知っており、普及しつつあることがわかる。

第3節 社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連

本章の最後の検討課題は、社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連についてであるが、先述したように、このテーマに関する先行研究は、ほとんどみられないのが現状である。ただし、社会関係と保健・福祉サービスの利用度との関連に関する研究は、アメリカではいくつかみられる。たとえば、AuslanderとLitwin(1990)は、公的福祉サービスを利用している人の方がネットワークが小さく、またネットワークのメンバーを身近に感じていないとの知見を報告しているし、CantorとLittle(1985)は、公的なサービスを利用するこ

とによって、ソーシャルサポートが減少する傾向がみられると述べている。また、Cafferta(1987)は、婚姻関係のない人の方が有配偶者よりも保健関連サービスを頻繁に利用する傾向があるとの知見を報告している。一方、CoultonとFrost(1982)は、社会的に孤立している高齢者はサービスを利用しない傾向にあるとの知見を報告している。以上のように、社会関係と公的サービスとの関係に関しては様々な知見があり、必ずしも一致はしていない。現段階では、Penning(1995)が指摘しているように、社会関係と公的サービスとの関連研究の知見がまだ十分ではないので、知見を蓄積するために多くの実証的研究を必要としている。本研究では、わが国の現在の社会福祉の動向を踏まえ、現在、在宅福祉の中でも中心的な役割を果たしている入浴サービス、食事サービス、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、訪問看護サービス、在宅介護支援センターの7つのサービスと社会関係との関連を検討し、両者の関係についての基礎的な知見を深めたい。

第1項 社会関係と在宅福祉サービスの認知度との相関関係

まず、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークと在宅福祉サービスの認知度との相関関係についてみてみたい。結果は表5-6の通り、ソーシャルネットワークでは、訪問看護サービス以外のすべてのサービスとの相関において有意差がみられた。特に、デイサービスとショートステイサービスの相関係数は比較的高く、それぞれ0.175、0.157とまずまずの結果となった。その他に相関係数が0.1を超えるのは、在宅介護支援センターのみであった。家族・友人ネットワーク別にみると、家族ネットワークで有意な関係があるのは、デイサービス、ショートステイサービス、在宅介護支援センターの3つだけで、しかも相関係数はいずれもそれほど高くはない。一方、友人ネットワークとの間で有意差がみられるのは、入浴サービス、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、在宅介護支援センターであり、家族ネットワークに比べて相関関係のあるサービスが多い。また、デイサービスやショートステイサービスでは相関係数も高い。これらのことから、ネットワークでは、家族ネットワークより友人ネットワークの方がサービス認知度と関連があることがわかった。

次に、ソーシャルサポートについてであるが、サポートの場合、すべての在宅福祉サービスとの間で相関関係がみられた。その中でも入浴サービス、食事サービス、デイサービス、ショートステイサービスでは、相関係数が0.1以上を超えており、係数そのものはそれほど高いとはいえないが、他のサービスに比べると相関が強いという結果が得られた。サポートのタイプ別にみると、情緒的サポートでは入浴、食事、デイ、ショートステイ、在宅介護支援センターの各サービスとの間に有意な関係がみられた。一方、手段的サポートは入浴サービス、食事サービス、訪問看護サービスの3つのサービスとの相関関係が確認された。情緒的サポートの相関係数をみると、食事サービス、デイサービス、ショートス

ティサービスなどの係数が高く、他のサービスよりも若干ではあるが強い相関がみられる。これに対して、手段的サポートでは入浴サービスだけが0.1の相関係数を超えている。

以上の結果をまとめると、社会関係と在宅福祉サービスの認知度との2変数間の相関関係は確認された。特に、社会関係とデイサービスとショートスティサービスの認知度との関係は、他のサービス認知度との関係よりもより強い傾向があるという興味深い結果が得られた。これは、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークが豊かであるほど、認知度が高くなることを意味している。タイプ別では、家族ネットワークよりも友人ネットワークの方がサービス認知度との関係が強いことを示している。一方、サポートでは、情緒的サポートが在宅福祉サービスとの間の関係が強いという結果となった。

第2項 社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連分析

次に、社会関係が高齢者の在宅福祉サービスの認知度に及ぼす影響を検討するが、その分析方法として、ロジスティック回帰分析を用いた。ロジスティック回帰分析は、従属変数が生存-死亡、合格-不合格、健康-不健康など、2値であるときに理論的に望ましく、有効な方法であるとされている(古谷野, 1988)。また、ロジスティック回帰分析は、従属変数の分布に7:3以上の偏りがある場合にも有効である。本研究の従属変数である在宅福祉サービスの分布には7:3以上の偏りがある項目がいくつかみられるので、その意味でもロジスティック回帰分析を用いることは有効である。このロジスティック回帰分析に投入した変数について説明すると、従属変数は各在宅福祉サービスの認知度である。サービスを「知っている」と答えた場合を1点、「知らない」と答えた場合を0点とした。独立変数としては、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの2変数を投入した。その他の変数は、年齢、教育年数、性、就労状態、主観的健康感、自覚症状、慢性疾患数、ADL-IADLなどこれまでの重回帰分析で用いたのとはほぼ同じ変数である。

入浴サービス、食事サービス、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートスティサービス、訪問看護サービス、在宅介護支援センターのそれぞれを従属変数としてロジスティック回帰分析を行ったが、結果は表5-7-1から表5-7-7の通りである。社会関係との関連において有意な関係がみられたのは、デイサービス(表5-7-3)とショートスティサービス(表5-7-5)であるので、それらの2つのサービスについて詳しく検討する。

まず、社会関係とデイサービスとの関連についてであるが、表5-7-3のあるように、ソーシャルサポートとの関連では有意な関係はなく、ソーシャルネットワークとの関係において有意差がみられた。ソーシャルネットワークが高齢者のデイサービスの認知度に及ぼす影響を比で表したのが優比であるが、優比は1.047であった¹⁾。これは、他の変数の影響を取り除いたときに、ソーシャルネットワークの得点が1点上がるごとに、サービスの認知度が高くなる確率が1.047倍になることを意味する。つまり、ソーシャルネットワークがサ

サービス認知度に正の有意な影響を及ぼしており、ネットワークが豊かになるほど、サービスの認知度も高まるという興味深い知見を得ることができた。その他の変数では、年齢、教育年数、性などの3つの変数がデイサービスの認知度に正の有意な影響を及ぼしている。

次に、社会関係とショートスティサービスの認知度との関連については、表5-7-5の通りである。デイサービスの結果と同じように、社会関係でもサポートでは有意な関係はみられず、ネットワークにおいて、有意な影響がみられた。他の変数の影響を取り除いたネットワークの影響のオッズ比(優比)は1.040であった。ネットワークの得点が高くなると、ショートスティサービスの認知度も高くなるという正の有意な影響がみられた。その他にサービス認知度に有意な影響を及ぼしている変数は、教育年数、性、就労状態、慢性疾患数である。慢性疾患数の場合、優比は1.222であるが、これは、慢性疾患の数が増えるほど、ショートスティサービスの認知度が高くなることを意味している。病気が多くなり、身体的な健康に問題がある高齢者は、ショートスティサービスを知っている確率が高くなり、身体的健康とサービス認知度との間に関連があるとの知見を得ることができた。

以上のように、社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連の分析の結果、在宅福祉サービスの中核となるデイサービスとショートスティサービスとソーシャルネットワークとの間に有意な関係が確認された。その一方、ソーシャルサポートは、どの在宅福祉サービスの認知度にも影響を及ぼしていないという結果が得られた。これは、ソーシャルサポートは、公的サービスの利用度にあまり影響を及ぼさないという先行研究の知見(Penning, 1995)とある意味で共通しており、ソーシャルサポートがサービス利用だけではなく、認知にも関係ないことが証明された。なお、社会関係と他の在宅福祉サービスとの間には有意な関係はみられなかった。

【注】

- 1) 優比は、独立変数の単位あたりの変化にともなって、従属変数である次章の起こる確率がどのように変化するかを、確率と確率との比で表したものである。詳しくは、古谷野亘『数学の苦手な人のための多変量解析ガイド』川島書店、1988年の95頁から103頁を参照。

第6章 考察

本研究は、わが国がこれから迎える超高齢社会に備えて、高齢者が生きがいを持ち、安心して暮らせる社会を築き上げるために必要な基礎的知見を深めることを目的としてきた。具体的には、高齢者の老後生活に重要な役割を果たすと考えられている社会関係に焦点をあて、まず、これまでの社会関係に関する様々な先行研究を整理し、次に、本研究における社会関係の定義や測定内容、さらに測定尺度を決定し、基本的な研究の枠組みを提示した。その上で、それらの枠組みでもって、高齢者の社会関係に関する実証的な研究を行い、

① 社会関係(ソーシャルサポートとソーシャルネットワーク)の諸特性、② ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの相互関係、③ 社会関係の共分散構造分析、④ 社会関係が主観的幸福感に及ぼす影響、⑤ 社会関係がうつ症状に及ぼす影響と社会関係のストレス緩衝効果、⑥ 高齢者の在宅福祉サービスの認知度の実態と社会関係が在宅福祉サービスの認知度に及ぼす影響、の6つの研究モデルをもち、これまで分析・検討してきた。

そこで、本章では、これまで行ってきたが6つの研究モデルの分析・検討の結果をまとめ、社会関係の諸特性及び社会関係と主観的幸福感、うつ症状、在宅福祉サービスの認知度との関連について考察するとともに、本研究で残された課題や、さらに今後、社会関係研究を進める際に考慮すべき課題や留意点などについても述べてみたい。

第1節 結果の要約と考察

1) 社会関係の諸特性の結果の要約と考察

ア. ソーシャルサポートの結果の要約と考察

最初に、高齢者のソーシャルサポートの諸特性について考察してみたい。まず、ソーシャルサポートの各項目別の得点をみると、4地域とも同じような得点分布となり、全体的には似通った得点傾向がみられた。また、4地域とも共通して手段的サポートよりも情緒的サポートの方が点数が高く、タイプ別には手段的サポートよりも情緒的サポートの方が豊かであることがわかった。性、年齢、婚姻状態、世帯類型、収入状態、就労状態、健康状態といった基本属性別にサポート得点の差を検討すると、性、婚姻状態別、世帯類型別には有意な関係がみられた。特に、男女別では、男性より女性の方がソーシャルサポート

が有意に豊かであることが明確となり、従来の研究を裏付けることとなった(Antonucci, 1990; Antonucci & Ak-iyama, 1987; Berkman & Syme, 1988; Depner & Ingersoll-Dayton, 1988; 野口, 1991aなど多数)。婚姻状態別には、配偶者のいる高齢者は配偶者のない高齢者よりもサポート得点が有意に高く、また、世帯類型別にみると、一人暮らし高齢者が最もサポートが低く、それ以外の世帯類型では特徴的な傾向は特にみられないという結果となった。婚姻状態や世帯類型は、高齢者のネットワークの一部ともいえるが、周りにネットワークがないと思われる配偶者のない高齢者や一人暮らしの高齢者の方がサポートが少ないという結果は、信頼できる人が周りにいるかどうかはサポートの多寡に影響を及ぼすというSeemanとBerkman(1988)の知見をある程度裏付ける結果となった。これは、高齢者にとって、配偶者や同居家族がいかに重要なサポート源となっているかを示している。年齢の違いによるサポートの得点差には有意な関係はみられなかったが、Antonucci(1990)がサポートは年齢によるサポートの差異はみられないと指摘している通りの結果となった。さらに、授受関係でみると、提供サポートよりも受領サポートの方が点数が高く、高齢者はサポートを提供するよりも、サポートの受け手となることが多いことがわかった。

次に、三鷹市、豊橋市、東和町、ロスアンゼルス の 4 地域の比較を行ったが、得点そのものはロスの高齢者が最も高く、ロスの高齢者のサポート関係が他地域よりも豊かであるとの結果が得られた。一方、日本の 3 地域を比べると、それほど得点差はなく、地域による開きはなかった。タイプ別にみると、情緒的サポートは 4 地域とも同じような得点分布を示し、ほぼ共通であったが、手段的サポートではロスの高齢者の得点が高かった。これは、ロスの高齢者の場合、他の地域に比べて、経済的なサポートのやりとりが豊かであることが要因となっている。

以上のように、ソーシャルサポートの特性については、これまでの研究で指摘されてきた通りの知見を得ることができた。ただし、世帯類型とサポートとの関係については、野口(1991b)は単身者はネットワークの規模は小さいけれども、サポートは多いと指摘しているが、それとは若干異なる結果となった。確かに、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークはそれぞれ対人関係の異なる側面を測定しているので、必ずしも両者の得点傾向が一致する必要はないが、配偶者のない高齢者や単身高齢者は、最もサポートが得られる相手が身近にいないことになるので、従って、これらの高齢者のサポート得点が低くなるのは理論的にも納得できるものであり、予測でき得る結果であった。

イ. ソーシャルネットワークの結果の要約と考察

次に、ソーシャルネットワークの諸特性の結果についてであるが、全体的には、日本の 3 地域の高齢者と、ロスの日系高齢者との間で異なる特性がみられた。ロスの日系高齢者のソーシャルネットワーク得点は、他の 3 地域と比べるとかなり高かった。これは、ロスの高齢者のネットワークが豊かであることを示している。この要因としては、友人ネット

ワークの得点については4地域間でそれほど差がなかったことから、家族ネットワークの違いによる差であると考えられる。ロスの日系社会の家族・親族のつながりの深さを表しているのか、ロスの高齢者の家族ネットワークは他地域と比べて非常に豊かであった。

家族ネットワークと友人ネットワークのタイプ別にみると、基本的には4地域とも友人ネットワークより家族ネットワークの方が豊かであるとの結果が得られ、日本の高齢者のネットワークは、友人より家族・親族関係が中心になっているという、これまで指摘されてきた通りの結果が得られた(藤崎, 1985)。ただし、東和町の場合、他の3地域よりも友人ネットワーク得点が高く、友人関係は充実しているのが特徴としてみられる。これは、筆者自身が東和町を訪問して実感したことでもあるが、東和町が典型的な農村地域であり、昔ながらの友人・近所付き合いがかなり残っているためだと考えられる。また、これはあくまでも推測にすぎないが、東和町は日本で最も高齢化の進んだ町であるので、研究対象としてこれまで多くの実態調査や試験的なサービスがなされており、それによって住民の高齢社会に対する意識が高まり、それが家族・友人関係をさらに強める働きをしたのではないかと考えられる。

次に、基本属性別によるソーシャルネットワーク得点の差についてであるが、全体的にはソーシャルサポートとほぼ同じ傾向がみられた。まず、性、婚姻状態、世帯構成別にみると、4地域とも有意な関係がみられた。性別では、多くの研究で指摘されている通り(たとえば、Antonucci, 1990; Berkman & Syme, 1988; 玉野ら, 1989; 藤崎, 1985)、女性の方がネットワークが豊かであるとの知見を得ることができた。家族・友人ネットワーク別にネットワークの男女差をみると、家族ネットワークでは男女差はあまりみられなかったが、友人ネットワークでは差が顕著であった。男性の場合、退職後、友人関係をあまり持たなくなるために、ネットワークが広がらず、対人関係が家族・親族に限られてくることを表しているのではなかろうか(Matt & Dean, 1993)。一方、女性の方は、家族・友人関係なく、広いネットワークを有していることになる。婚姻状態別では、既婚者のネットワーク得点が高いのは当然の結果であるが、配偶者と死別した高齢者の得点が意外に高いという特徴がみられた。これは、配偶者と死別した高齢者の近くに子どもや他の家族が住むようになったためか、あるいは同居するようになったためか、どちらかの理由によってネットワークが周りにできたためだと考えられる。世帯類型別では、これまでの知見通り(野口, 1991b)、一人暮らし老人のネットワーク得点が最も低かった。就労状態別のサポート得点については、働いている高齢者の方がネットワーク得点が高いという結果が得られたが、有意な関係がみられたのは2つの地域だけであった。その他の基本属性別のサポート得点については、有意な関係があまりみられず、これといった特徴的な傾向もみられなかった。

以上のように、ソーシャルネットワークの諸特性についてみてきたが、これもまた基本的には、従来の研究で報告されているのと同じような結果を得ることとなった。日本では、家族・親族関係が欧米に比べて強いために、家族ネットワークの方が豊かであると考えられ

ているが、東和町の高齢者をみると、家族・親族とほぼ同じレベルで友人ネットワークを有しており、興味深い結果を得ることができた。これは東和町だけの結果であるので、それでもってすべてを論じることはできないが、東和町のケースは、高齢化が非常に進んだ町では友人ネットワークが発達する可能性があることを示唆しているのではなかろうか。

最後に、社会福祉の視点から考えると、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークの得点が低い高齢者、つまり、男性、単身者などの社会関係が豊かでない高齢者は、将来、ADLの低下などによって何らかの手助けが必要となった場合、家族・親族、友人・近隣のインフォーマルな援助を受けることができなく、従って、福祉サービスを利用する可能性が高い高齢者であることを示している。社会関係は、そのような高齢者のサービス利用に関する予測要因となり得ると考えられる。

2) ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの相互関係の結果と考察

ソーシャルサポートは社会関係の機能的側面を評価し、サポート関係がどの程度であるのか、その質的な側面を測定するものであり、一方、ソーシャルネットワークは、構造的側面を評価し、サイズ(人数)やコンタクトの頻度など比較的定量的に測定できるものであることについては、すでに述べた通りである。両者はそれぞれ社会関係の異なる側面を評価するが、しかし、人間関係のないところに援助関係は成り立たないのが現実であり、このことから考えると両者が非常に密接な関係にあることは容易に推察できる。ただ、両者の関係を検討する実証的な研究がそれほど多くはなく、両者の関係を検証することは重要な課題となっている(Seeman & Berkman, 1988; 野口, 1991b)。そこで、第2番目の研究課題として、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの相互関係について検討した。

まず、サポートの平均得点の差を家族・友人ネットワークのサイズ、コンタクトの頻度などの項目別に検討してみたが、家族、友人ネットワークのサイズ(人数)、コンタクトの頻度のいずれにもおいても、人数が多ければ多いほどサポートが多く、またコンタクトの頻度が多いほどサポート得点が有意に高くなるという結果が得られた。両者は相互に密接な関係があることが示された。また、家族ネットワークと友人ネットワークとを比べると、友人ネットワークよりも家族ネットワークの方がサポートと強い関連があることがわかった。このことから、わが国の高齢者は家族のネットワークが単に豊かだけではなく、それらの家族ネットワークから得られるサポートも豊かであるという知見が得られた。

次に、両者の関係を相関関係によって検証した。サポートでは、手段的・情緒的サポート、受領・提供サポート、ネットワークでは家族・友人ネットワークと、それぞれの下位尺度を含め、それらの組み合わせでもって検討したが、結果は、手段的サポートと友人ネットワークの組み合わせを除いたすべての組み合わせで、しかも4地域のいずれにおいても有意で強い相関関係がみられた。なお、手段的サポートと友人ネットワークとの関係については、わが国の場合、高齢者が経済的に困ったとき、あるいは病院などに連れてもら

う必要が生じたとき、家族や親族に助けてもらるのが一般的であり、友人に助けを求めることは考えにくく、その点から考えると、手段的サポートと友人ネットワークとの間に相関がなかったのは、当然の結果かもしれない。

以上をまとめると、ソーシャルネットワークとソーシャルサポートとの間には有意な正の相関関係があり、ネットワークが大きいとサポートも大きいという両者の密接な関係が証明された。

3) 社会関係の共分散構造分析

次に、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークとの構造的関係を検討するために、LISREL VII (Joreskog & Sorbom, 1989) の確証的因子分析 (Confirmatory Factor Analysis) を用いて共分散構造分析を行った。今回、分析対象となった構造的関係の理論モデルについては、第4章の図4-1の通り、比較的単純なモデルである。結果は、モデルの適合性を検定する際の指標となるGFI (Goodness of Fit Index) とAGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) はともに0.95以上であり、また、RMSR (Root Mean Square Residual) も0.05と十分低く、これらの適合性の検定により、モデルが十分フィットしていることがわかった。確証的因子分析の結果、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの構造的関係が検証されたことになる。

なお、共分散構造分析のメリットは、データを1度分析した後に、その分析結果から得られた知見を利用してモデルを再構築し、同一のデータを用いて再度分析することができることにあるが、今回の構造分析では、図4-1のモデルを構築する前に、別のモデルをたてて、分析を試みた。そのモデルというのは、基本的な構造は図4-1のモデルと同じであるが、図4-1のモデルに、ネットワーク($\xi 1$)と情緒的サポート($\eta 3$)・手段的サポート($\eta 4$)との結びつき(図示するなら、 $\xi 1$ から $\eta 3$ 、 $\eta 4$ へベクトルを引き、それらの関係を $\gamma 31$ と $\gamma 41$ とする)を加えたモデルである。確証的因子分析の結果、ソーシャルネットワーク($\xi 1$)とソーシャルサポート($\xi 2$)の関係が計算されないなど、分析上いくつかの問題点があり、予測通りの結果が得られなかったので、図4-1のモデルのように構築し直した。

以上のように、本研究の第3番目の研究モデルは検証されたことになる。

4) 社会関係と主観的幸福感の関連分析の結果と考察

ソーシャルサポートやソーシャルネットワークなどの社会関係に関する研究が、現在重要視され、盛んになっているのは、それが高齢者の生きがいや生活の質に密接に関連しているという先行研究の知見の蓄積 (Antonucci, 1990; 坂田ら, 1990) があるからである。高齢者の生きがいや生活の質の操作的定義として、主観的幸福感 (subjective well-being) が一

般的に用いられている。社会関係が高齢者の主観的幸福感(PGCモラールスケール)にどのような影響を及ぼしているのかを検証することが第4番目の研究モデルの課題である。

他の独立変数の影響をコントロールし、社会関係とPGCモラールスケールとの関連分析を行ったが、結果は、ソーシャルサポートと主観的幸福感との間には有意な関係はなく、一方、ソーシャルネットワークとの関係においては有意差がみられた。杉澤(1993)はソーシャルサポートと主観的幸福感との有意な関係を報告しているが、その研究とは若干異なる結果となった。この理由として考えられるのは、ソーシャルサポートとモラールスケールとの2変数間の単純な相関関係(r)では有意な関係であったのに、ソーシャルネットワークをはじめ他の変数の影響をコントロールすると、有意差がみられなくなったことがある。つまり、ソーシャルサポートが主観的幸福感に及ぼす影響力は、他の変数の影響力を考慮すると消えてしまい、独自の説明力を失ってしまったことになる。その他、有意な変数としては、自覚症状やADL-IADLといった身体的健康関連変数がある。高齢者が幸せな生活を送るために、身体的な健康は必要不可欠な要素であり、それらの健康関連変数と主観的幸福感との間に有意な関係がみられたのは当然の結果といえるし、またこれまでの先行研究で得られた知見通りの結果ともいえる(玉野ら, 1989)

次に、有意差のみられたソーシャルネットワークを下位概念別に検討すると、家族ネットワークが主観的幸福感に有意に関連しており、家族ネットワークが豊かな高齢者ほど生きがいをもっているとの知見が得られた。また、男女別にみると、男性のネットワークとモラールとは有意な関係を示したが、女性との間には有意差がみられなかった。これは、女性のネットワークとモラールとの間には有意な関係があるとの玉野ら(1989)の知見とは異なる結果であった。しかし、男性の場合は、特に友人ネットワークよりも、家族ネットワークの方が大きく、また重要であるという特性から考えると、男性の家族ネットワークが主観的幸福感と強く関連しているという結果はうなづけるものである。逆に、女性は、家族・親族、友人・隣人とネットワークの資源が広くて、大きいのが特徴であり、ネットワークが多様である。それが故に、主観的幸福感の決定的な規定要因とならなかったのではないかと推察する。

社会福祉的に考えると、今後、一般高齢者を対象にした生きがい対策やその他のサービスを構築する際に、社会関係が生きがいに与える影響は大きいという知見をまず考慮し、その上で、インフォーマルなネットワークをより広げるようなサービスや事業を策定することが有効であると考えられる。特に、男性の場合、友人のネットワークが小さいので、友人ネットワークを構築するような事業がこれからますます必要となるであろう。

5) 社会関係とうつ症状との関連分析の結果と考察

第5番目の検討課題は、社会関係とうつ症状との関連についてであった。高齢期のうつ症状は、配偶者や家族、友人・知人の喪失、所得の低下、身体の衰えなど、様々なストレスを引き起こす出来事と関連していると考えられる。社会関係がそのようなストレスを緩和し、そのことによってうつ症状が軽減されるかどうかを検討してみた。

まず、社会関係とうつ症状との直接的な関係を検討するために重回帰分析を行ったが、ソーシャルネットワークがうつ症状に有意な影響を及ぼしており、一方、ソーシャルサポートとは有意な関係がみられないという結果となった。このことから、高齢者のうつ症状は、家族や友人からの何らかの援助によって軽減されるのではなく、家族や友人といったネットワークそのものの存在によって軽減される可能性が高いということが予測できる。他の有意な変数は、収入状態や主観的健康感や自覚症状といった身体的健康関連変数であった。経済的な安定と心身の健康は、高齢者にとっては最大の関心事であり、これらの変数がうつ症状と密接に関連しているという結果が得られたのは、ある意味では当然の結果ともいえるが、非常に興味深い結果であった。

次に、うつ症状に影響を与えている要因をさらに詳しく検証するために、様々な交互作用項を投入してみた。その結果、交互作用がみられたのは、ソーシャルネットワークとADL-IADLとの組み合わせにおいてであった。これは、ソーシャルネットワークが豊かでADL-IADLが高い人はうつ症状が低く、逆に、ネットワークが低く、ADL-IADLが低い高齢者はうつ症状の得点は高くなることを示している。交互作用による分析の結果、うつ症状の予測要因として、ネットワークとADL-IADLの交互作用を確認することができた。

最後に、社会関係のストレス緩衝効果を分析・検討を行った。具体的には、身体的健康関連の4変数を独立変数とし、それにソーシャルサポートとソーシャルネットワークを順次投入することによって、身体的健康がうつ症状に及ぼす影響がいかに変化するかを検討した。結論としては、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークを投入しても、ADL-IADLなどの変数で若干の変化がみられただけで、それ以外には、標準偏回帰係数の値にほとんど変化がみられなく、明確な緩衝効果が確認されなかった。社会関係や身体的な健康は、うつ症状に対して、それぞれ独自の影響力はあるが、社会関係が身体的な問題というストレスを緩衝する機能はみられなかったことになる。

以上のように、高齢者のうつ症状に影響を与えていたのは、ソーシャルネットワーク、収入状態(経済的な安定)、主観的健康感、自覚症状(身体的な健康)の4つの変数であったが、これらは序章で述べたように、現在の高齢者が社会に不安を感じている点と一致していた。わが国の高齢者の自殺率を低下させることは急務であり、それを社会福祉の視点から具体化するためには、まず、何よりも高齢者の経済的な安定を保障する所得保障制度と、身体的な健康を維持する医療・介護制度をさらに発展・充実させることが必要である。また、それと同時に、高齢者のソーシャルネットワークを高めるような事業を策定すること

が今後必要となってくる。

6) 社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連分析の結果と考察

最後の課題は、社会関係と三鷹市高齢者の在宅福祉サービスの認知度との関連を分析・検討することである。この課題については、筆者がレビューした限りでは、わが国では先行研究がほとんどないようである。そういう意味では、本研究の分析の結果は、社会関係と福祉サービスとの関連に関して、新たな知見を提示してくことになることを指摘しておきたい。まず、高齢者が7種類の在宅福祉サービスをどの程度認知しているのかを単純集計によって検討したが、いずれのサービスも5割から8割の高齢者が知っているとの結果が得られた。性別にみると、予測していたことであるが、男性よりも女性の方が認知度が高かった。また、年齢別には75歳未満の前期高齢者の方が80歳以上の後期高齢者よりもサービスの認知度が高かった。この理由として考えられるのは、本研究の対象者は、基本的に健康な一般高齢者であったので、たとえ高齢であっても実際にサービスを必要としない、あるいは知る必要がないことが多く、そのことが要因の1つと考えられるが、これはあくまでも推測にすぎない。

次に、社会関係と在宅福祉サービスの認知度との2変数間の相関をみると、社会関係とデイサービスとショートステイサービスの認知度との関係は、他のサービス認知度との関係よりもより強いという興味深い結果が得られた。これは、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークが豊かであるほど、デイサービスやショートステイサービスをより知っていることを示している。特に、タイプ別では、家族ネットワークよりも友人ネットワークの方がサービス認知度との関係が強く、在宅福祉サービスは、友人関係を通じて認知度が高まるとの非常に意義深い知見を得ることができた。このことから、高齢者の社会関係の充実、在宅福祉サービスの認知度を高め、さらにそれはサービスの利用度を高めることにつながるのではないかと推察できる。

いずれにせよ、在宅福祉サービスを市民に知ってもらうことは、各自治体にとっては重要な課題である。認知度が広がるのは、役所のPRだけではなく、高齢者の社会関係を通じても広がっているとの本研究の知見は重視すべきであり、友人ネットワークを広げること、高齢者の生きがいを高めるだけではなく、福祉サービス利用の底辺を広げることにつながる。

最後に、社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連をロジスティック回帰分析によって検討した。結果は、ソーシャルネットワークと在宅福祉サービスの中核となるデイサービスとショートステイサービスとの間に有意な関係が確認された。つまり、ネットワークが豊かな高齢者は、それだけデイサービスやショートステイサービスを知っており、それは決して偶然の結果ではなく、統計的に有意な意味があることになる。一方、ソーシャ

ルサポートについては、どの在宅福祉サービスの認知度にも影響を及ぼしていないという結果となった。この点については、Penning(1995)は、ソーシャルサポートの豊かな高齢者は、そのサポートによって支えられているので、公的サービスをあまり利用しない傾向があることを指摘しているが、その指摘には説得力があるといえる。つまり、ソーシャルサポートは援助的な関係であるので、サポートの豊かな高齢者がたとえ在宅福祉サービスが必要な状態になったとしても、インフォーマルなサポートによってある程度支えられると推測できるからである。

以上のように、在宅福祉サービスの認知度との関係については、ソーシャルサポートとは関連がみられなく、ソーシャルネットワークとは関連があるという異なる結果であった。これは、サポートとネットワークは互いに密接な関連はあるけれども、従属変数の違いによって、その関連性も異なるという、互いの機能の違いを表しているのかもしれない。

第2節 研究課題

本節では、本研究の枠組み全体の中で検討できなかった課題や残された課題、また社会関係に関する今後の研究課題などについて整理してみたい。

第1項 本研究の課題

1) 先行研究のレビューに関して

まず最初に、社会関係に関する内外の先行研究のレビューに関する課題がある。社会関係は、社会学、老年学、保健学、心理学、社会心理学、精神医学など様々な分野で研究されているが、特にアメリカで発表されている文献数はあまりにも多いので、レビューをする際に、どの領域をどこまでレビューすればよいのか、その設定が非常に難しかった。本研究では、特に社会学、老年学、保健学そして社会福祉学などに絞ったが、それでも200近い文献数があった。社会関係を研究するには、この先行研究のレビューの領域の線引きをどこにするのが課題となるであろう。

2) 測定尺度に関して

次に、社会関係の測定尺度の問題が指摘できる。ソーシャルサポートの測定尺度は、情緒的支持と手段的サポート、受領サポートと提供サポートの4つの組み合わせについてそれぞれ2項目ずつあり、計8項目で構成されていたが、尺度構成の視点から考えると、項目が若干少なかったようである。信頼性や妥当性を検証する上でも項目数がもう少し多い方がよかった。ただし、各項目は、家族・親族、友人・隣人などの提供主体別に別れていたもので、実際の項目数は23項目と多かったことを付け加えておく。

サポートの測定尺度に関するもう1つの問題は、4地域で選択肢に若干の差があったということである。日米の回答傾向の違いや文化差を考慮し、選択肢を若干変更したためであるが、逆に数量化する際に問題が生じた。そこで、本研究ではソーシャルサポートを「ある」「なし」の2値に置き換えて、サポートの多寡を評価したのだが、この点数化の手続きには問題がないわけではないし、それらを比較することには幾分無理があったのかもしれない。ただ、社会関係に関する国際比較研究を行う際に、翻訳という問題、文化差、地域差を考慮すればするほど、共通の尺度を用いることがより困難になるという側面もあり、国際比較研究の難しさについては、インドとアメリカの高齢者の社会関係の比較研究を行ったVenkatraman(1995)も指摘している。いずれにせよ、このような国際比較研究を積み重ねていくことで、上記の課題を1つ1つクリアしてことが重要であろう。

ソーシャルネットワークの測定尺度については、ソーシャルサポート尺度でみられたような問題はなかった。ただし、本研究で用いたネットワーク尺度のLSNS(Lubben's Social Network Scale)は10項目からなるが、そのうち4項目はソーシャルサポートに関連する項目であるので、それらの4項目をネットワーク尺度から除外した。本来ならば、10項目である尺度を用いるべきなのであるが、本研究における社会関係の定義を考慮し、6項目を用いることになった。このことからわかるように、研究者によっては、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークを同時に測定しようとする立場もあり、測定尺度を用いる際には慎重でなければならない。なお、本研究では、サポートとネットワークを明確に分けたが、LSNSのように社会関係の2つの下位概念を同時に測定する尺度が信頼でき得るものなのか、また妥当なものなのかは、今後検討する余地があるであろう。

3) 比較研究に関して

第3番目は、4地域の比較研究に関する課題である。東和町、豊橋市、三鷹市、ロスアンゼルスの高齢者を選んだ理由については、第3章ですでに述べた通りである。この4地域にはそれぞれ地域特性や文化特性があるので、本来ならば、それらの地域差や文化差をコントロールした上で、比較研究を行うことが必要である。しかし、今回はそれらのコントロールすることができなかったため、単純な結果の比較をすることによって地域差を提示するだけにとどまってしまった。今後は、文化差や地域差を考慮した上での比較研究が求められるであろう。

また、4地域を比較したことにより、社会関係には地域差があるとの知見を得ることができたが、その反面、広くて浅い分析になってしまい、社会関係と他の変数との関係を詳しく分析することができなかった。

さらに、サンプリングの問題であるが、ロスアンゼルスの場合、無作為抽出ではなく、調査協力者を電話で募ってから訪問面接調査を行った。これは対象者にかなり偏りがあると考えてもよく、このデータがロスアンゼルスの日系高齢者全体を代表しているとは言い難い。本研究は、そのことを踏まえた上で比較研究を行ったことを改めて断っておきたい。なお、今後、純粋に日米比較をすることを目的とするならば、やはり全国規模で調査を行い、ナショナルサンプルを用いて分析を行うことが理想であろう。

4) データ分析に関して、

第4番目は、データの分析方法についてであるが、これは筆者自身の分析能力とも関連する課題である。社会関係の共分散構造分析の際に、本研究では1つのモデルだけを用いて確証的因子分析を行ったが、最初の分析の結果によってモデルを再構築し、再度分析し、最もフィットのよいモデルを模索すべきであった。しかし、リズレルモデルが複雑な行列やその数式を理解した上でプログラムを書くことが求められることや、そのための十分な時間がなかったことなどの理由で、今回は他のモデルを分析できなかった。これは今後の課題である。

5) 社会福祉的な視点からの課題

次に、本研究の研究枠組みは、これまで社会学や老年学の分野で培われてきた実証的な研究の枠組みをベースにしてきた。従って、社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連を検討したにせよ、事例研究や実践研究など、従来の社会福祉的な研究方法の視点に欠けていたのは否めない。今後は、本研究で得られた知見をもとに、一般高齢者ではなく、何らかのサービスを必要としている高齢者の社会関係に関する研究や、実際のケースをもとにした事例研究を行うことが課題となる。ただ、社会福祉の分野においては、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークの実証的な研究はほとんどみられないのが現状であり、これからは社会福祉の分野でも実証的な研究が必要となるであろう。

6) 調査実施上の課題

最後の課題は、調査実施上の課題である。三鷹市の高齢者を対象にした調査は、筆者自身が調査責任者の1人として関わったが、その調査実施時に気づいた課題である。まず、高齢者の各家庭を訪問し、面接法によって調査を実施したが、調査表を完成させるのにはほぼ1時間近くかかったことが大きな問題であった。途中で嫌になった高齢者やかかる時間を聞いて調査を断った高齢者が少なくはなかった。この種の調査では、いかに短期間で必

要な情報を得るかが重要な課題であるのかがわかった。また、これは訪問面接調査を行う側の問題であるが、調査者の聞き方や質問の仕方は高齢者の回答に大きな影響を与えられる。調査オリエンテーション時に調査者のレベルを一定に保つための訓練を行ったが、それでも統一するのは非常に難しい問題であった。

第2項 社会関係研究における今後の課題

最後の課題は、今後、社会関係の研究を行う際に、研究者が留意すべき課題を3つ提示してみたい。

1) 明確な理論的枠組みをもつことの必要性

ソーシャルサポート研究において最も大きな問題点は、多くの研究者が指摘している通り(Cohen & Syme, 1985; O'Reilly, 1988; Sarason & Sarason, 1985; Sauer & Coward, 1985; 野口, 1991a)、統一した概念や理論的枠組みを欠如していることである。この統一した理論的枠組みの欠如の大きな理由には、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークが心理学、社会学、老年学、人類学、免疫学など異なる学問分野で、しかも異なる概念、異なる研究枠組みや方法で研究が進められてきたことがある。そして、統一した概念や枠組みを欠くことによって、実証的な研究結果の厳密な比較検討や論争の可能性が閉ざされ、それが社会関係に関する研究の発展を阻んでいるのが現状である。今後は、確かに社会関係についての統一した概念や枠組みを速やかに構築することが課題となってくるが、現在の研究状況をみると、性急に統一した枠組みや概念を求めるのではなく、それぞれの理論的枠組みやそれに基づく操作的定義の有効性を実証的に競い合う段階にあると考えることができるので(Antonucci, 1990)、各研究者が自分たちの明確な理論的枠組みを明示しながら、研究を進め、比較研究を行うことが必要である。

2) 理論に基づいた測定用具(尺度)の開発の必要性

第2の課題は、最初の課題と密接に関連することであるが、理論的な枠組みを欠くことで、それに基づいて作られる測定尺度も曖昧となっているという問題がある。O'Reilly(1988)は、この点について、様々な社会関係の測定尺度をレビューし、問題点として、サポートの定義が曖昧であること、定義された概念と操作的定義が必ずしも一致していないこと、また測定尺度の信頼性や妥当性について十分検討されていないことなどを指摘している。明確な理論的枠組みを行った次の課題として、その枠組みに沿った尺度開発を慎重に行う必要がある。また、現在のところ、ソーシャルサポート尺度やソーシャルネットワーク尺度は、諸外国で開発されたものを翻訳して使用していることが多い。しかし、わが国の場合、諸外国と違って同居世帯や嫁・姑関係など、日本独特の家族形態や家族関係を有

しており、尺度開発にはそれらを考慮する必要がある。そこで、今後は、わが国独自のサポート尺度やネットワーク尺度を開発することが求められるであろう。

3) 社会福祉分野における社会関係の概念の整理の必要性

最後に、社会福祉分野において社会関係の研究を行う際に留意すべき課題を指摘しておきたい。まず、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークの概念整理をしっかりと行うことが重要な課題である。社会福祉の分野では、未だにソーシャルサポートとソーシャルネットワークが混同して用いられていることは少なくない。また、近年「ソーシャルサポート・ネットワーク」あるいは「サポートネットワーク」という用語が頻繁に使用されているが、これが一体何を意味するのか、あるいは社会関係のどの側面を測定しようとしているのか、また、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークとの違いはどこにあるのかなど、基本的な概念整理がなされていないのが現状である。

ソーシャルサポート・ネットワークという用語を使用している諸外国の社会福祉関連の文献をみると(Maguire, 1991; Schilling, 1987; Tracy & Abell, 1994; Tracy & Whittaker, 1990)、ソーシャルサポート・ネットワークはどちらかというと、個人のインフォーマルな関係だけではなく、社会福祉の専門家や援助団体・組織といったフォーマルな資源をも含んだ広い意味で用いられているようである。つまり、ソーシャルサポート・ネットワークは、何らかの問題をもった個人や家族の周りのあるすべての援助関係包括した概念となっている。また、国内では同じような視点で、山手(1989)や湯浅(1993)は、ソーシャルネットワークの定義を明確に提示しているものの、実際の分析には、Seed(1990)のネットワーク分析を活用し、ネットワークはインフォーマルな対人関係のみならず、ソーシャルワーカー、職場、社会機関、さらに交通手段まで含む概念として用いられている。つまり、サポート・ネットワークは、援助の必要だと思われる個人のあらゆる関係を含むことになる。これは、従来のソーシャルサポートやソーシャルネットワークとは異なる概念である。このように、社会福祉分野で用いられているソーシャルネットワークやソーシャルサポート・ネットワークは、社会福祉のコンテクストの中で再定義されており、そういう意味では独自の概念として捉えることができる。ただ、その場合は、ソーシャルネットワークやソーシャルサポートといった同じ用語を用いるのではなく、異なる用語を用いるべきではなかろうか。いずれにせよ、今後それらの用語の整理が必要である。

国内の参考文献

著書・論文

- ・ 浅野 仁(1992)『高齢者福祉の実証的研究 -豊かな高齢期に向けて-』川島書店。
- ・ 飛鳥井望(1994)「自殺の危険因子としての精神障害」『精神神経学雑誌』No. 96、415-443頁。
- ・ 岡本祐三(1993)『医療と福祉の新時代』日本評論社。
- ・ 河合千恵子、下中順子(1992)「老年期のソーシャルサポートの授受 -別居子家族との関係の検討」『老年社会科学』No. 14、63-71頁。
- ・ 大原美智子(1996)「精神障害者の生活適応とソーシャルサポート -単身生活者の場合」『社会福祉学』No. 37(1)、88-99頁。
- ・ 木村真理子(1996)「文化変容ストレスに対するソーシャルサポートのインパクト -カナダ日系女性移住者の場合」『社会福祉学』No. 37(1)、20-37頁。
- ・ 小松源助(1988)「ソーシャル・サポート・ネットワークの実践課題」『社会福祉研究』No. 42、19-24頁。
- ・ 小松源助、稲沢公一訳、L. マグワアニア著(1994)『対人援助のためのソーシャルサポート・システム』川島書店。
- ・ 古谷野 亘(1984)「主観的幸福感の測定と要因分析 -尺度の選択が要因分析に及ぼす影響について」『社会老年学』No. 20、58-64頁。
- ・ 古谷野 亘(1988)『数学の苦手な人のための多変量解析ガイド』川島書店。
- ・ 古谷野 亘(1991)「社会的ネットワーク」『老年社会科学』No. 13、68-76頁。

- ・ 坂田周一、Jersey Liang、前田大作(1990)「高齢者における社会支援のストレス・バッファ効果 -肯定的側面と否定的側面-」『社会老年学』No. 31、80-90頁。
- ・ James K. Whittaker、Elizabeth M. Tracy、横山譲(1988)「ソーシャルワークに向けての示唆」『社会福祉研究』No. 43、48-50頁。
- ・ 白澤政和(1988)「地域福祉の推進とケース・マネジメントの実際」『社会福祉研究』No. 42、42-47頁。
- ・ 杉沢秀博(1993)「高齢者における主観的幸福感および受療に対する社会的支援の効果 -日常生活動作能力の相違による比較-」『日本公衆誌』40(3)、171-180頁。
- ・ 須田木綿子(1986)「大都市地域における男子ひとりぐらし老人のSocial Networkに関する研究」『社会老年学』No. 24、36-51頁。
- ・ 高田昭彦(1986)「ネットワーク形成と草の根運動 -高度産業社会へのオルターナティブとしてのネットワーク形成-」『組織科学』No. 20(3)、pp. 56-66。
- ・ 谷口明弘(1988)「当事者組織活動へのソーシャル・サポート・ネットワークの方向 -重度身体障害者への自立生活支援活動を中心として-」『社会福祉研究』No. 42、37-41頁。
- ・ 玉野和志、前田大作・野口裕二・中谷陽明・坂田周一・Jersey Liang(1989)「日本の高齢者の社会的ネットワークについて」『社会老年学』No. 30、27-36頁。
- ・ 玉野和志(1990)「団地居住老人の社会的ネットワーク」『社会老年学』No. 32、29-39頁。
- ・ 豊田秀樹著、竹内 啓監修(1992)『SASによる共分散構造分析』東京大学出版会。
- ・ 豊田秀樹、前田忠彦、柳井春夫(1992)『原因を探る統計学』講談社。
- ・ 成富正信(1986)「ソーシャル・サポート・ネットワーク論序説」『社会科学討究』No. 92、63-95頁。
- ・ 西 三郎、大山 博、亀谷二男編(1993)『新時代の自治体福祉計画 -「みたか福祉プラン21」の策定を追う』第一書林。
- ・ 西 三郎(1988)「保健・医療・福祉におけるソーシャル・サポート・ネットワーク -その前提と課題-」『社会福祉研究』No. 42、25-30頁。

- ・ 西下彰俊「高齢女性の社会的ネットワーク -友人ネットワークを中心に-」『社会老年学』No. 26、1987年、43-53頁。
- ・ 野口裕二、前田大作、玉野和志、中谷陽明、坂田周一、Jersey Liang(1989)「高齢者の飲酒行動と孤立感」『社会老年学』No. 30、17-26頁。
- ・ 野口裕二(1991a)「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』No. 34、37-48頁。
- ・ 野口裕二(1991b)「高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート -友人・近隣・親戚関係の世帯類型別分析-」『老年社会科学』13、1991年、89-105頁。
- ・ 藤崎宏子(1985)「老年期の社会的ネットワーク」副田義也編『日本文化と老年世代』中央法規出版社、89-148頁。
- ・ 前田大作(1988)「高齢者の“生活の質”-社会・行動科学的側面についての縦断的研究」『社会老年学』No. 28、3-18頁。
- ・ 前田大作・浅野仁・谷口和枝(1979)「老人の主観的幸福感の研究 -モラール・スケールによる測定の試み-」『社会老年学』No. 11、15-31頁。
- ・ 前田大作・野口裕二・玉野和志・中谷陽明・坂田周一・Jersey Liang(1989)「高齢者の主観的幸福感の構造と要因」『社会老年学』No. 30、3-16頁。
- ・ 前田尚子(1989)「老年期の老人関係 -別居子関係との比較検討-」『社会老年学』No. 28、58-70頁。
- ・ 牧里毎治(1988)「ソーシャル・サポート・ネットワークにおけるボランティアの役割と展望」『社会福祉研究』No. 42、31-36頁。
- ・ 松岡克尚(1995)「社会福祉実践におけるネットワーク概念 -概念の検討とその理論的課題-」『関西学院大学社会学部紀要』No. 72、165-177頁。
- ・ 矢富直美、Jersey Liang、Neal Krause、Hiroko Akiyama(1993)「CES-Dによる日本人のうつ症状の測定 -その因子構造における文化差の検討-」『社会老年学』No. 37、37-47頁。
- ・ 山手 茂(1989)「社会福祉実践とネットワーキング」『社会福祉学』No. 30(2)、21-40頁。
- ・ 湯浅典人(1993)「ネットワーク分析の方法 -ソーシャルワークへの応用についての検討-」『社会福祉学』No. 34(1)、147-167頁。

- ・湯浅典人(1995)「ソーシャル・サポートに焦点をあてた援助についての考察」『社会福祉学』No.36(1)、72-86頁。

報告書・白書・その他の資料

- ・愛知県民生部『在宅福祉の供給システムのあり方に関する調査報告書』1987年。
- ・厚生省人口問題研究所『日本の将来推計人口(1994年9月推計)』1994年。
- ・厚生省人口問題研究所『人口統計資料集1994年版』1994年。
- ・高齢社会福祉ビジョン懇談会『21世紀福祉ビジョン -少子・高齢社会に向けて』1994年。
- ・総務庁『長寿社会における男女別の意識の傾向に関する調査』1989年。
- ・総務庁統計局『日本の統計1994年版』1994年。
- ・総務庁長官官房高齢対策室『老人の生活と意識 -第3回国際比較調査報告書』1992年、中央法規出版。
- ・前田大作、小川全夫他(1994)『高齢者の社会心理学的研究 -山口県東和町』(東和町調査報告書)。
- ・前田大作、富田輝司他(1995)『高齢者の社会心理学的研究 -愛知県豊橋市』(豊橋市調査報告書)。
- ・労働省『平成4年版高齢者就業実態調査』1992年。

諸外国の参考文献

- Adams, R., & Blieszner, R.(1989). *Perspectives on Later Life Friendship*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Aiken, L. S. & West, S. G.(1991). *Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Akiyama, H., Antonucci, T. C., & Campbell, R.(1989). Rules of Support Exchange among Two Generations of Japanese and American Women, *Growing Old in Different Societies*. Belmont. In J. Sokolovsky (Ed.), CA: Wadsworth.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H.(1988). The negative effects of intimate social networks among older women as compares with men. *Paper presented at the Gerontological Society of America Meetings*, San Francisco, November.
- Antonucci, T. C.(1990). Social Supports and Relationships. *Handbook of Aging and the Social Sciences*(3rd ed.). In R. H. Binstock & L. K. George(Eds.), San Diego, CA: Academic Press.
- Antonucci, T., & Jackson, J. S.(1987). Social Support, Interpersonal Efficacy, and Health. In L. Carstensen & B. A. Edelstein,(Eds.), *Handbook of clinical gerontology*, pp.291-311.
- Antonucci, T.C., & Akiyama, H.(1987). An Examination of Sex Differences in Social Support among Older Men and Women. *Sex Roles*, 17(11/12), pp.737-749.
- Antonucci, T.C., & Akiyama, H.(1987). Social Networks in Adult Life and Preliminary Examination of the Convoy Model. *Journal of Gerontology*, 42,(5), pp.519-527.
- Antonucci, T.C., & Israel, B.(1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), pp.432-437.
- Antonucci, T.C., & Jackson, J.S.(1987). Social Support, interpersonal efficacy, and Health. *Handbook of Clinical Gerontology*. In L. Carstensen & B. A. Edelstein, (Eds.), pp.291-311, New York: Pergamon.
- Antonucci, T.C.(1985). Personal characteristics, social support, and social behavior. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. In R. H. Binstock & E. Shanas(Eds.), 2nd ed., pp. 94-128, New York: Van Nostrand Reinhold.
- Arling, G.(1976). The elderly widow and her family, neighbors and friends. *Journal of Marriage and the Family*, 38, pp.757-767.
- Atkins, C. J., Kaplan, R. M., & Toshima, M. T.(1989). Close relationships in the epidemiology of cardiovascular disease. *Advances in Personal Relationships*. In W. H. Jones & D. Perlman(Eds.), Greenwich, CT: JAI Press.

- Auerbach, S. M., & Kilmann, P. R.(1977). Crisis Interviention: A review of outcome research. *Psychological Bulletin*, 84, pp.1189-1217.
- Auslander, G. K., & Litwin, H.(1990). Social Support Networks and Formal Help Seeking: Differences between Applicants to Social Services and a Non applicant Sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*,45
- Bandura, A.(1986). *Social Foundations of Thought and Action*. New York: Prentice Hall.
- Barber, J. G. & Crisp, B. R.(1995). Social Support and Prevention of Relapse Following Treatment for Alcohol Abuse. *Research on Social Work Practice*, 5(3), pp.283-296.
- Barnes, J. A.(1954). Class and Committees in a Norwegian Island Parish. *Human Relations*,7,pp.39-58.
- Barnett, R. C., Biener, L., & Baruch, G. K.(1987). *Gender and Stress*. New York: Free Press.
- Barrera, M. J.(1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescent issues. *Social Networks and Social Support* . In B. H. Gottlieb(Eds.),pp.69-96.Beverly Hills,CA: Sage.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T.B.(1981). Preliminary Development of a Scale of Social Support: Studies on College Students. *American Journal of Community Psychology* , 9,pp.435-447.
- Berkman, L., & Syme, L.(1979). Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents.*American Journal of Epidemiology*, 109,pp.187-204.
- Berkman,L.F.(1989). The changing and heterogeneous nature of aging and longevity: A social and biomedical perspective. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* , 8.
- Blazer, D. G.(1982).Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology* ,115(5),pp.684-694.
- Bosse, R., Aldwin, C. M., Levenson, M., Workman-Daniels, K., & Ekerdt, D. J.(1990). Differences in Social Support among Retirees and Workers: Findings from the Normative Aging Study. *Psychology and Aging*, 5, pp.1-47.
- Bott, E.(1971).*Family and Social Network: Norms and External Relationships in Ordinary Urban Families*'. Tavistock, London.
- Bowlby, J.(1969). *Attachment and Loss: Vol. 1.Attachment*. NY: Basic Books.
- Bowlby, J.(1980). *Attachment and Loss: Vol.3.Sadness and Depression*. NY: basic Books.
- Branch, L. G., & Jette, A. M.(1983). Elders' use of informal long-term care assistance. *Gerontologist*,23,pp.51.
- Brown, G. W., & Bifulco, A.(1985). Social support, life events and depression. *Social Support: Theory, Research, and Applications* . In I. Sarason & B. R. Sarason(Eds.), pp.349-370, The Hague: Nijhoff.
- Brubaker, T.(1987). *Aging, Health and Family, Long Term Care*. Newbury Park: CA: Sage.

- Buhrke, R. A., & Fuqua, D. R.(1987). Sex differences in same- and cross-sex supportive relationships. *Sex Roles*, 17(5/6),pp.339-352.
- Cantor, M., Little, V.(1985). Aging and social care. *Handbook of Aging and the Social Sciences* . In R. H. Binstock & E Shanas(Eds.), pp.745-781. New York: Van Nostrand-Reinhold.
- Caplan, G.(1974).*Support Systems and Community Mental Health*.New York: Behavioral Publications.
- Cassel, J.(1974). Psychosocial Processes and "Stress": Theoretical Formulation, *International Journal of Health Services* , 4(3), pp.471-482.
- Cassel, J.(1976).The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology* , 104,(2),pp.107-123.
- Catterata, G. L.(1987). Marital Status, Living Arrangements and the Use of Health Services by Elderly Persons. *Journal of Gerontology*, 42,pp.613-618.
- Clark, M. S., Mills, J., & Powell, M. C.(1986). Keeping track of needs in communal and exchange relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, pp.333-338.
- Cobb, S.(1976).Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* , 38,pp.300-314.
- Cohen, S.& Hoberman, H.M.(1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*,13(2),pp.99-125.
- Cohen,C. I., Teresi, J., & Holmes,D.(1985). Social networks, stress, adaptation, and health. *Research on Aging*,7(3),409-431.
- Cohen,S.,& Syme,S. L.(1985). *Social Support and Health*. Orlando,FL: Academic Press.
- Cook, B. D., Rossmann, M. M., McCubbin, H. I., & Patterson, J. M.(1988). Examining the definition and assessment of social support. *Family Relations*, 37, pp.211-216.
- Coulton, C., & Frost, A. K.(1982).Use of Social and Health Services by the Elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, pp.330-339.
- Coyne, J. C., Wortman, C. B., & Lehman, D. R.(1988).The other side of support: Emotional over involvement and miscarried helping. *Marshaling Social Support: Formats, Processes, and Effects*. In B. Gottlieb(Ed.),pp. 305-331.Beverly Hills, CA:Sage.
- Crohan, S. E., & Antonucci, T. C.(1989). Friends as a source of social support in old age. *Older Adult Friendship: Structure and Process* . In R. Adaames & R. Blieszner(Eds.), pp.129-146. Beverly Hills, CA: Sage.
- Davidson, D., & Shumaker, S.(1987). Workshop summary: Social support and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis* 7, pp.101-104.
- Depner, C. E., & Ingersoll-Dayton, B. (1988).Supportive relationships in later life.*Psychology and Aging*,3(4),pp.348-357.

- Dowd, J. J. (1986). The old person as a stranger. *Later Life: The Social Psychology of Aging*. In W. Marshall (Ed.), pp. 147-189. Beverly Hills, CA: Sage.
- Ducharme, F. (1994). Conjugal Support, Coping Behaviors, and Psychological Well-Being of the Elderly Spouse. *Research on Aging*, 16(2), p. 167-190.
- Ell, K. (1984). Social Networks, Social Support, and Health Status: A Review. *Social Service Review*, 58, pp. 133-149.
- Ell, K. O. (1989). Social support, sense of control and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*.
- Evans, R. & Northwood, L. (1979). The Utility of Natural Help Relationships. *Social Science and Medicine*, 13A, pp. 785-95.
- Fondacaro, M. R., & Moos, R. H. (1987). Social support and coping : A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 15(5), pp. 653-673.
- Gallo, F. (1982). The effects of social support networks on the health of the elderly. *Social Work and Health Care*, 8, pp. 65.
- Gottlieb, B. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Griffith, J. (1985). Social support providers: Who are they? where are they met? and the relationship of network characteristics to psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(1), pp. 41-60.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D. G., & Scott, R. (1980). Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10, pp. 723-734.
- Hertzog, C., Alstine, J. V., Usala, P. D., Hultsch, D. F. & Dixon, R. (1990). Measurement properties of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in older populations. *A Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 2(1), pp. 64-72.
- Hirsch, B. J. (1981). Social networks and the coping process. *Social Networks and Social Support*. In B. H. Gottlieb (Ed.), Beverly Hills: Sage.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. *Social Support and Health*, In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), pp. 83-108. New York: Academic Press.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, pp. 540-545.
- House, J. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hirdes, J. P. & Strain, L. A. (1995). The Balance of Exchange in Instrumental Support with Network Members outside the household. *Journal of Gerontology*, 50B(3), pp. S134-S142.
- Huyck, M. H. (1989). Gender differences in aging. *Handbook of the psychology of aging*. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), San Diego: Academic Press.

- Israel, B. A., & Rounds, K. A.(1987). Social networks and social support: A synthesis for health educators. *Advances in Health Education and Promotion*, 2, pp.311-351.
- James, O. & Davies, A. D.(1987). Assessing Social Support and Satisfaction in the Elderly: Development of a Brief Assessment Instrument, the Index of Social Support. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2, pp.227-233.
- Jarrett, W. H.(1985). Caregiving within skin ship systems: Is affection really necessary? *Gerontologist*, 25(1), pp.55-61.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D.(1987). *LISREL VII: User's Reference Guide*. Mooresvill,Indiana:Scientific software.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C.(1981). Convoys of social support: A life course approach. *Aging: Social Change*. In S. B. Kiesler, J. N. Morgan, & V. K. Oppenheimer(Eds.),New York: Academic Press.
- Kahn, R.,& Antonucci,T.(1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support.*Life Span Development and Behavior* . In P.B.Baltes & O.Brim(Eds.),Vol.3,pp.253-286.Lexington, MA:Lexington Books.
- Kaplan, R. M. & Hartwell, S. L.(1987). Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with type II Diabetes Mellitus. *Health Psychology*,6,(5),pp.387-398.
- Kasl, S. V., & Cooper, C. L. (1987).*Stress and Health: Issue in Research Methodology*. New York: Wiley.
- Kayano, W. , Hashimoto, M., Fukawa, T., Shibata, H., & Gunji, A.(1994). The Social Support System of the Japanese Elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 9, pp.323-333.
- Krause, N., & Markides, K. S.(1990). Measuring social support among older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 30(1),pp.37-53.
- Krause, N., Herzog, A. R., & Baker, E.(1992). Providing Support to Others and Well-being in Later Life. *Journal of Gerontology* , 47, pp.300-311.
- Krause, N.(1995). Negative Interaction and Satisfaction with Social Support among Older Adults. *Journal of Gerontology*, 50B(2), pp.59-73.
- Kutner, Bernard, et al.(1956). *A Community Survey on Aging. Five Hundred ver Sixty*, NY: Russell Sage Foundation.
- Lam, D. M. & Power, M. J.(1991). Social Support in a General Practice Elderly Sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, pp.83-93.
- Lawton, M. P.(1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of gerontology*, 30, pp.85-89.
- Lee, G. R. & Ishii-Kuntz, M.(1987). Social interaction, Loneliness, and Emotional Well-being among the Elderly. *Research on Aging*, 9, pp.459-482.

- Levitt, m. J., Weber, R. A., & Guacci, N.(1993). Convoys of Social Support: An Intergenerational Analysis. *Psychology and Aging*, 8(3), pp.323-326.
- Litwak, E.(1985). *Helping the elderly: the complementary role of informal networks and formal systems* . New York:Guilford.
- Lowenthal, M. & Haven, C.(1968).Interaction and Adaptation: Intimacy as a Critical Variable. *American Sociological Review*,33,pp.20-30.
- Lubben, J. E.(1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health*, 11(3),pp.42-52.
- Maguire, L.(1991). *Social Support Systems in Practice: A Generalist Approach*. Silver Spring,MD: National Association of Social Workers Press.
- Mancini, J.(Ed.)(1989). *Parent-Child Relationships and the Life Course*. Lexington, MA: Lexington Books/Healty.
- Marshall, V. W.(Ed.)(1986).*Later life: The Social Psychology of Aging*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Matt, G. E. & Dean, A.(1993). Social Support from Friends and Psychological Distress Among Elderly Persons: Moderator Effects of Age. *Journal of health and Social Behavior*, 34, pp.187-200.
- Matthews, S. H.(1986). *Friendships through the Life Course: Oral Biographies in Old Age*. Beverly Hills, CA: Sage.
- McColl, M. A., & Skinner, H. A.(1995). Assessing inter- and intrapersonal resources for community living. *Disability and Rehabilitation*,17(24).
- McColl, M. A., Lei, H., & Skinner, H.(1995). Structural Relationships Between Social Support and Coping. *Social Science and Medicine*, 41(3), pp.395-407.
- Miller, L. S. & McFall, S. (1991). The Effect of Caregiver's Burden on Change in Frail Older Person's Use of Formal Helpers. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, p.165-179.
- Mitchell,J. G. (1969).The Concept and Use of Social Networks.*Social Networks in Urban Situations* . In J. C. Mitchell(Ed.),Manchester:University of Manchester Press.
- Mitchell, J. C.(1969). The Concept and Use of Social Networks.*Social Networks in Urban Situations* , In Mitchell, J. C.(ed.), Manchester, University of Manchester,pp. 1-50.
- Morgan, D. L. & Schuster, T. L., & Butler, E. W.(1991). Role Reversals in the Exchange of Social Support. *Journal of Gerontology* , 46B, pp.278-287.
- Morgan, D. L.(1988).Age Differences in Social Network Participation. *Journal of Gerontology*: ,43B, pp.129-137.
- Neugarten, B., Havighurst, R., Tobin, S.(1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, pp.134-143.
- Newcomb, M. D. (1990). What Structural Equation Modeling Can Tell Us About Social Support. *Social Support: An Interactional View*. In Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R.,(Eds.), pp.26-64, John Wiley & Sons, Inc.

- Norbeck, J. S.(1981). Social Support, a model for clinical research and application. *Advances in Nursing Science*, 3(4), pp.43-59.
- Norbeck, J., Lindsey, A., & Carrieri. (1983). Further development of the Nor beck Social Support Questionnaire: Normative data and validity tests. *Nursing Research*, 32pp.4-9.
- O'Reilly, P.(1988). Methodological issues in social support and social network research. *Social Science and Medicine*, 26, (8), pp. 863-873.
- Perrucci, R., & Targ, D.(1982). Network structure and reactions to primary deviance of mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, pp.2.
- Peters, G. R. & Kaiser, M. A.(1985). The role of friends and neighbors in providing social support. *Social Support Networks and the Care of the Elderly: Theory, Research, Practice, and Policy*. In W. Sauer & R. Coward(Eds.), pp.123-158. New York : Springer.
- Radloff, L. S .(1977). The CES-D Scale: A Self-report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement* , 1, pp.385-401.
- Richman, J. M., Rosenfeld, L. B., & Hardy, C. J.(1993). The Social Support Survey: A Validation Study of a Clinical Measure of the Social Support Process. *Research on Social Work Practice*, 3(3), pp.288-311.
- Rock, K. S., & Pietromonaco, P.(1987). Close relationships: Ties that heal or ties that bind? *Advances in Personal Relationships* . In W. H. Jones & D. Perlman(Eds.), 1, pp.1-35. Greenwich, CT: JAI Press.
- Rossi, A. S.(1985). *Gender and the Life Course*. New York: Aldine.
- Rubinstein, R. L., Lubben, J. E., & Mintzer, J. E.(1994). Social Isolation and Social Support: An Applies Perspective. *Journal of Applied Gerontology*, 13(1), pp.58-72.
- Rubinstein, R. L.(1986). *Singular paths: Old men living alone*. New York: Columbia University Press.
- Russell, D. W. & Cutrona, c. E.(1991). Social Support, Stress, and Depressive Symptoms Among the Elderly: Test of a Process Model. *Psychology and Aging*, 6(2), pp.190-201.
- Ryff, C. D.(1987). The Place of Personality and Social Structure Research in Social Psychology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, pp.1192-1202.
- Sandler, L., & Barrera, M.(1984). Towards a multi method approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12pp.37-52.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R.(1990). Traditional views of Social Support and Their Impact on Assessment. *Social Support: An Interfactual View*. In Sarason, b. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R.(Eds.), pp.9-25. John Wiley & Sons, Inc.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R.(Eds.)(1985). *Social Support: Theory, Research, and Application* . The Hague: Nijhoff.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R.(1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 14pp.127-139.

- Sauer, W., & Coward, R. (1985). *Social Support Networks and the Care of the Elderly. Theory Research, Practice and Policy*. New York: Springer.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral medicine*, 4, pp.381-406.
- Schilling, R. F. (1987). Limitations of Social Support. *Social Service Review*, 63, pp.19-31.
- Seed, P. (1990). *Introducing Network Analysis in Social Work*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Seeman, T. E., & Berkman, L. F. (1988). Structural characteristics of social networks and their relationships with social support in the elderly: Who provides support. *Social Sciences and Medicine*, 26(7), pp. 737-749.
- Seeman, T. E., & Syme, S. L. (1987). Social networks and coronary artery disease: A comparison of structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, pp. 340-353.
- Shapiro, J. (1971). *Communities of the Alone*. NY: Association Press.
- Specht, H. (1986). Social Support, Social Networks, Social Exchange, and Social Work Practice. *Social Service Review*, 60, pp.218-40
- Sugisawa, H., Liang, J. & Liu, X. (1994). Social Networks, Social Support, and Mortality Among Older People in Japan. *Journal of Gerontology*, 49(1), S3-S13.
- Thoits, P. A. (1985). Social Support Theory, Research, and Applications. Social Support and Psychological Well-Being: *Theoretical Possibilities*. In I.G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Tolsdorf, C. C. (1976). Social networks, support, and coping: an exploratory study. *Family Process*, 15, pp.407.
- Tracy, E. & Abell, N. (1994). Social network map: Some further refinements on administration. *Social Work Research*, 18, pp.56-61.
- Venkatraman, M. M. (1995). A Cross-Cultural Study of the Subjective Well-Being of Married Elderly Persons in the United States and India. *Journal of Gerontology*, 50B(1), pp.S35-S44.
- Ward, R. (1985). Informal Networks and Well-Being in Later Life: A Research Agenda. *The Gerontologist*. 25, pp.55-61.

図 表

図1-1 寝たきり高齢者数等の将来推計

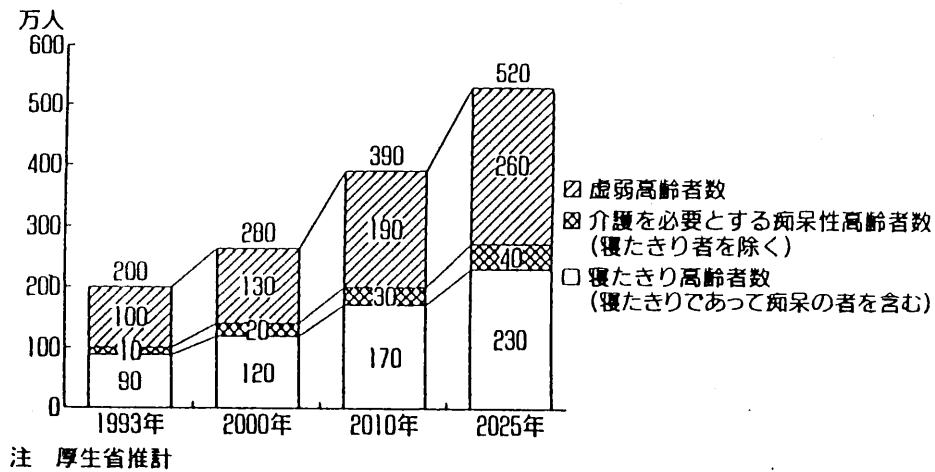
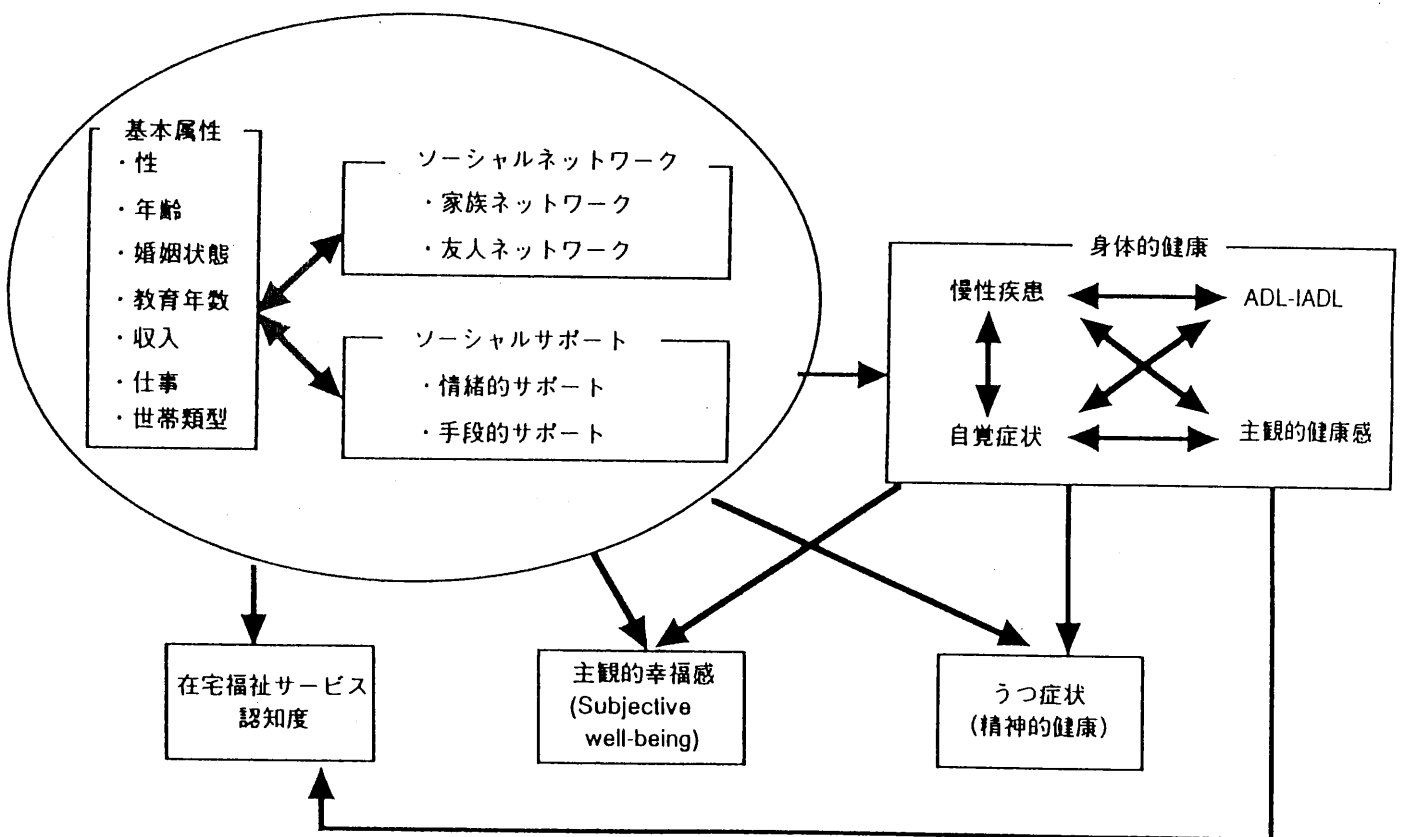
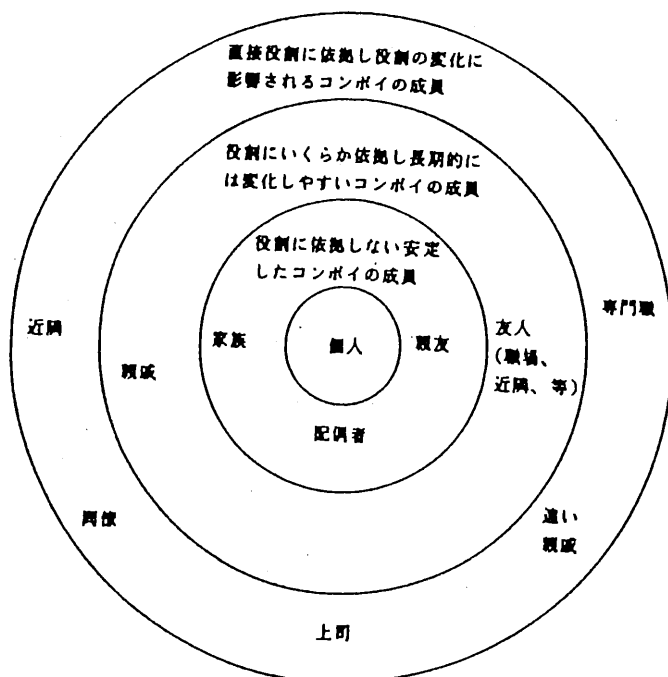


図1-2 研究の枠組み



注) Sugisawa, Liang Liu (1994) のモデルを参考にして筆者が作成した。

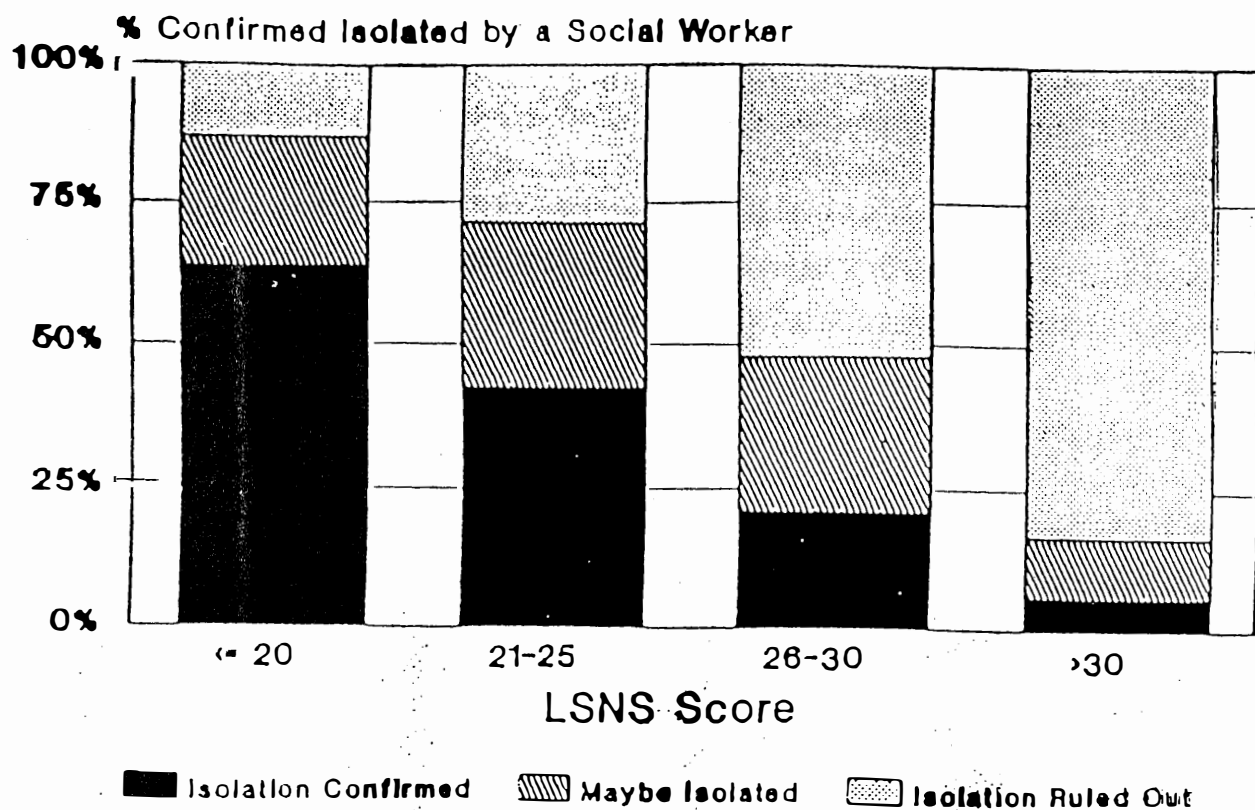
図2-1 コンボイモデル



コンボイの構成 (Kahn & Antonucci, 1980)

出典：古谷野 亘(1991)「社会的ネットワーク」『社会老年学』
No.13, 68-76頁より抜粋。

図3-1 高齢者の孤立感に関するLSNSの評価と
ソーシャルワーカーの評価との一致度



Confirmed social isolation.

出典：Rubinstein, R. L., Lubben, J. E., & Mintzer, J. E. (1994)
Social Isolation and Social Support: An Applied Perspective.
The Journal of Applied Gerontology, 13(1), pp. 58-72.

図4-1 社会関係の構造方程式モデル（確証的因子分析モデル）

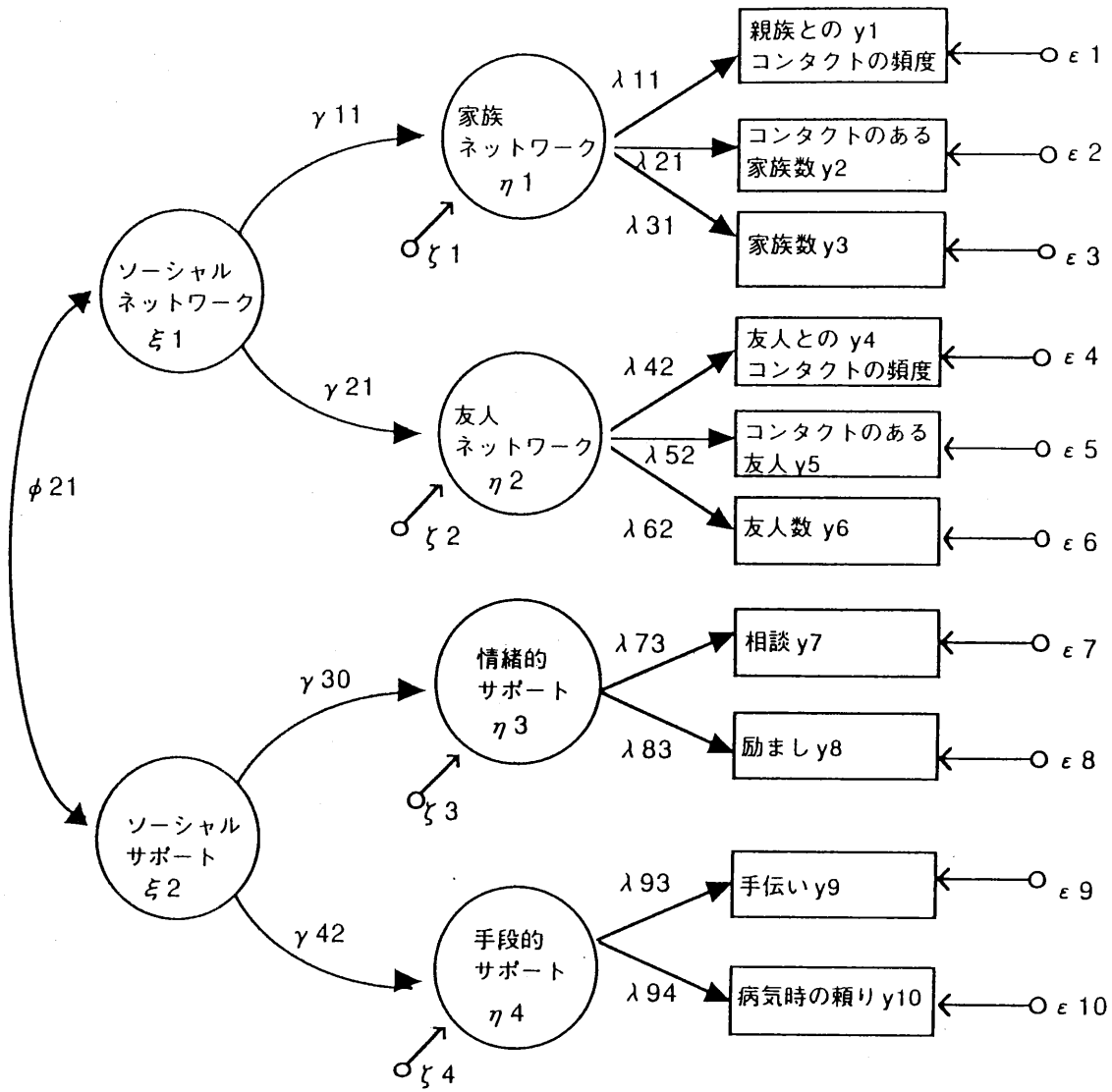


図4-2 確証的因子分析の結果 (Standardizes Solution)

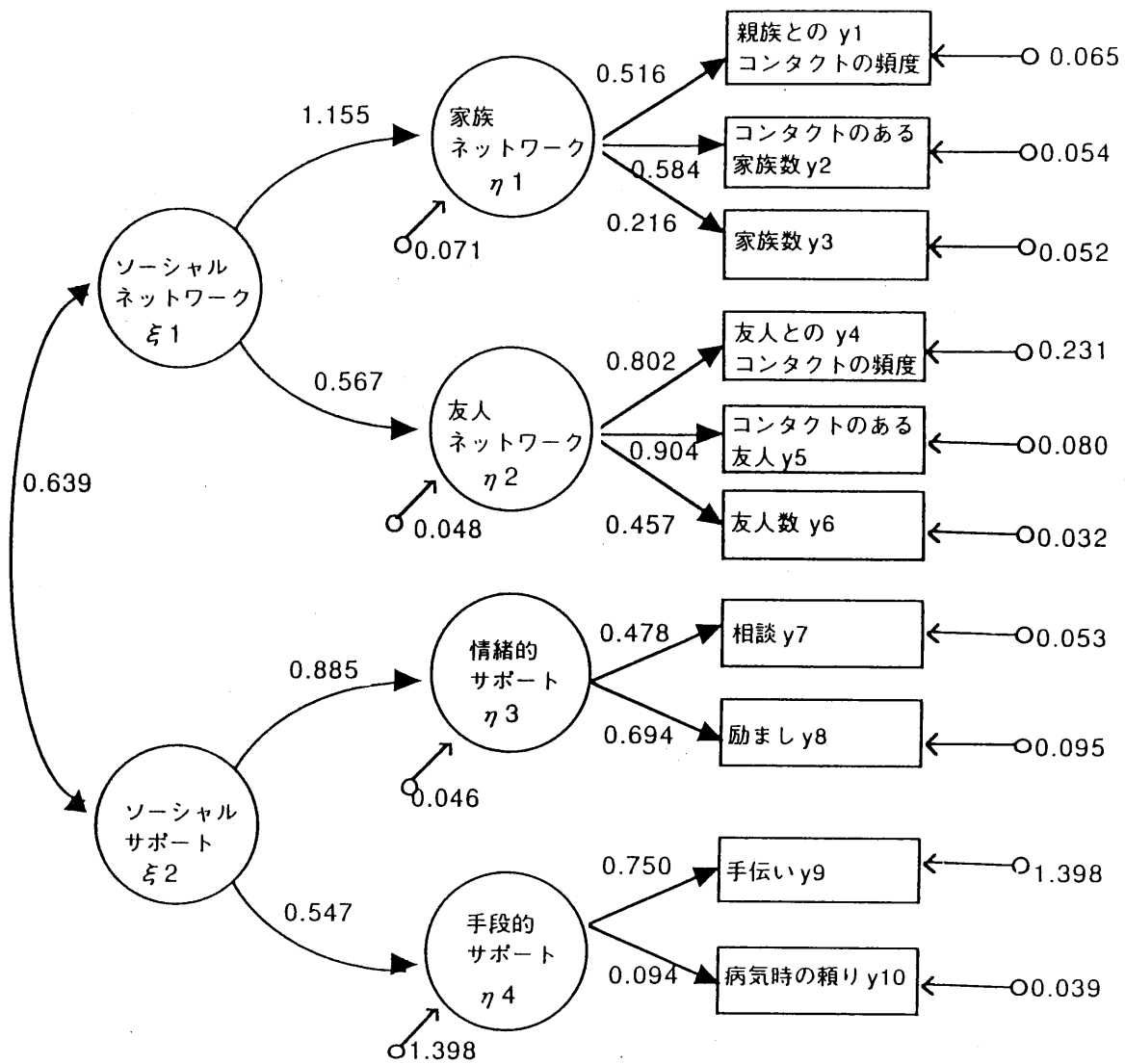


図4-3 高ADL・低ADL群／ネットワークの多寡別CESD得点

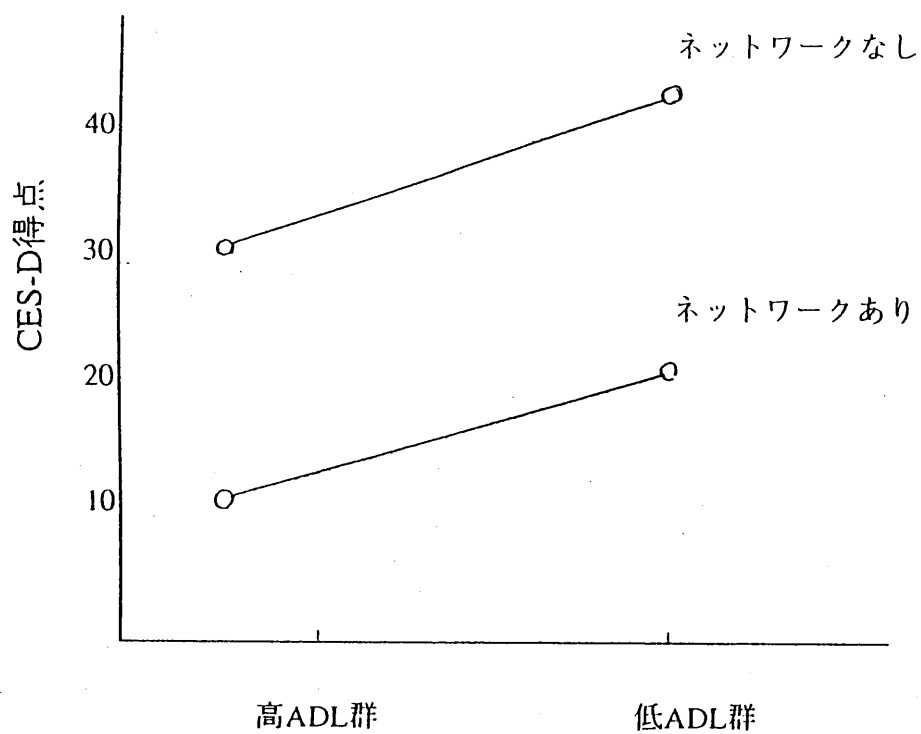


表1-1 将来推計人口 (平成4年9月推計)

	中 位 推 計						高 位 推 計						低 位 推 計					
	人 口 (千人)			構成割合(%)			人 口 (千人)			構成割合(%)			人 口 (千人)			構成割合(%)		
	総数	0-14歳	15-64	65歳以上	0-14歳	15-64	65歳以上	総数	0-14歳	15-64	65歳以上	0-14歳	15-64	65歳以上	総数	0-14歳	15-64	65歳以上
平成2年(1990)	123,661	22,544	86,140	14,928	18.24	69.69	12.08	123,611	22,544	86,140	14,928	18.24	69.69	12.08	123,661	22,544	86,140	14,928
7 ('95)	125,463	20,103	87,134	18,226	16.02	69.45	14.53	125,711	20,350	87,134	18,226	16.19	69.31	14.50	125,244	19,884	87,134	18,226
12 (2000)	127,385	19,336	86,350	21,699	15.18	67.79	17.03	128,457	20,408	86,350	21,699	15.89	67.22	16.89	126,379	18,330	86,350	21,699
17 ('05)	129,346	20,229	84,390	24,726	15.64	65.24	19.12	131,530	22,413	84,390	24,726	17.04	64.16	18.80	127,101	17,984	84,390	24,726
22 ('10)	130,397	21,348	81,304	27,746	16.37	62.35	21.28	133,739	24,443	81,549	27,746	18.28	60.98	20.75	126,762	17,929	81,086	27,746
27 ('15)	130,033	21,244	77,404	31,385	16.34	59.53	24.14	134,460	24,605	78,469	31,385	18.30	58.36	23.34	125,074	17,284	76,405	31,385
32 ('20)	128,345	19,833	75,774	32,738	15.45	59.04	25.51	133,820	23,137	77,945	32,738	17.29	58.25	24.46	122,147	15,866	73,542	32,738
37 ('25)	125,806	18,247	75,118	32,440	14.50	59.71	25.79	132,509	21,629	78,440	32,440	16.32	59.20	24.48	118,289	14,344	71,504	32,440
102 ('90)	95,732	16,424	55,889	23,419	17.16	58.38	24.46	130,486	25,482	77,616	27,389	19.53	59.48	20.99	61,586	8,141	34,574	18,870

資料 厚生省人口問題研究所「日本の将来統計人口 (平成4年9月推計)」

表1-2 高齢世帯の家族類型別世帯数：1970～2010年

(1,000世帯)

年次	総数					世帯主：男					世帯主：女				
	総数	夫婦のみ	親と子	単独	その他	総数	夫婦のみ	親と子	単独	その他	総数	夫婦のみ	親と子	単独	その他
1970	2,804	566	565	432	1,241	2,233	563	461	118	1,092	571	3	104	314	149
1975	3,404	873	664	630	1,238	2,625	869	526	154	1,077	779	3	138	476	161
1980	4,330	1,245	798	885	1,403	3,252	1,240	612	193	1,207	1,078	5	186	692	195
1985	5,229	1,597	919	1,181	1,532	3,802	1,590	680	232	1,300	1,427	7	240	949	231
1990	6,576	2,129	1,156	1,623	1,667	4,687	2,120	842	310	1,414	1,890	9	315	1,313	253
1995	8,612	2,990	1,587	2,207	1,828	6,187	2,979	1,182	457	1,569	2,425	11	405	1,750	259
2000	10,757	3,876	2,130	2,908	1,843	7,759	3,864	1,608	696	1,591	2,998	12	522	2,212	252
2005	12,688	4,609	2,657	3,677	1,745	9,142	4,595	2,002	1,034	1,511	3,546	14	655	2,643	234
2010	14,785	5,301	3,205	4,628	1,651	10,636	5,283	2,392	1,532	1,429	4,149	18	813	3,096	222

注) 高齢世帯とは、世帯主の年齢が65歳以上の世帯をいう。

資料：厚生省人口問題研究所「人口統計資料集1994年版」、1994年7月
および人口問題研究所推計 (1993年)

表1-3 新ゴールドプランの進捗状況

		平成2年度予算	平成3年度予算	平成4年度予算	平成5年度予算	平成6年度予算	平成7年度予算	新ゴールドプラン (平成11年度)
在宅福祉対策緊急整備	ホームヘルパー	35,905人 (38,945人)	40,905人 (48,591人)	46,405人 (56,543人)	52,405人 (69,298人)	59,005人	92,482人	170,000人
	ショートステイ	【-か所】 7,674人分 (9,676人分)	【3か所】 11,674人分 (13,371人分)	【5か所】 15,674人分 (17,797人分)	【9か所】 19,674人分 (22,054人分)	25,827人分	30,627人分	60,000人分
	デイサービス／デイケア	1,780か所 (1,615か所)	2,630か所 (2,224か所)	3,480か所 (2,743か所)	4,330か所 (3,453か所)	5,273か所	8,643か所	17,000か所
	在宅介護支援センター	300か所 (163か所)	700か所 (400か所)	1,200か所 (791か所)	1,800か所 (1,238か所)	2,472か所	3,472か所	10,000か所
	老人訪問看護ステーション	-	-	-	-	-	1,500か所	5,000か所
施設の緊急整備	特別養護老人ホーム	【2,260か所】 172,019人分 (174,815人分)	【2,403か所】 182,019人分 (186,267人分)	【2,576か所】 192,019人分 (196,279人分)	【2,770か所】 202,019人分 (207,235人分)	216,199人分	231,509人分	290,000人分
	老人保健施設	【370か所】 47,811人分 (44,743人分)	【522か所】 69,811人分 (56,238人分)	【661か所】 91,811人分 (71,336人分)	【814か所】 113,811人分 (88,828人分)	139,811人分	165,811人分	280,000人分
	ケアハウス	【3か所】 1,700人分 (750人分)	【14か所】 4,700人分 (2,520人分)	【46か所】 9,700人分 (3,760人分)	【77か所】 16,700人分 (6,853人分)	23,700人分	30,700人分	100,000人分
	高齢者生活福祉センター	40か所 (33か所)	80か所 (71か所)	120か所 (101か所)	160か所 (135か所)	200か所	240か所	400か所

注 1) 各年度の予算実績については、当初予算。

2) () 内は、各年度末の実績である。

3) 【 】 内は、各年10月1日現在 (社会福祉施設等調査報告及び老人保健施設実態調査老人保健施設報告) の施設数を計上した。

なお、ショートステイについては、その大部分が特別養護老人ホーム等の専用ベッドあるいは空きベッドにより行われており全体の施設数は把握していないことから、ショートステイ専用施設である老人短期入所施設の施設数のみを計上した。(平成2年度は調査していない。)

4) デイサービス／デイケアの平成2年度～6年度の数値には、デイケア分は含まない。

表2-1 諸外国におけるサポート研究と測定尺度

研究者	研究テーマ	サポートタイプ	実績・ 利用可能性	ポジティブ・ ネガティブ	提供主体	授受 関係
Henderson, et al. (1980)	2タイプ50項目からなるISSI (Interview Schedule for Social interaction)の 開発に関する研究	社会統合的 (Social Integration) 愛着的 (affachment)	—	ポジティブ	—	—
Barrera, Sandler & Ramsay (1981)	30タイプ40項目からなるISSB (Indty of Socially Supportive Behavior)の開発に 関する研究	実体的 (tangible) 情緒的 (emotional) 情報的 (informational)	実績	ポジティブ	—	—
House (1981)	4タイプのサポートとのワークストレスとの 関連についての研究	手段的 (Instrumental) 情緒的 (emotional) 情報的 (informational) 評価的 (appraisal)	利用可能性	ポジティブ	—	—
Kohn & Antonucci (1981)	サポートを3タイプに分類することの 有効性に関する研究	手段的 (Instrumental) 情緒的 (emotional) 肯定的 (ffirmational)	—	—	—	—
Norbeck, Lindsey, & Carrieri (1981)	Kahn & Antonucci(1981)の研究をもとに複数の サポート源から3タイプのサポートを測定する 尺度を開発する研究	援助的 (aid) 感情的 (affect) 肯定的 (affirmation)	利用可能性	ポジティブ	○	—
Schaefer, Coyne & Lazarus (1981)	ソーシャルサポートと健康感との関連性に 関する研究	実体的 (tangible) 情緒的 (emotional) 情報的 (informational)	利用可能性	ポジティブ	—	—
Cohen & Hobermans (1983)	4タイプ48項目からなるISEL (Interpersonal Support Evaluation List)の開発に 関する研究	実体的 (Tangible) 評価的 (Appraisal) 自己価値 (Self-esteem) 所属 (Belonging)	利用可能性	ポジティブ	—	—
Seeman & Berkman (1988)	ネットワークとサポートとの関連、 ネットワーク、サポートと健康との関連に 関する研究	手段的 (Instrumental) 情緒的 (emotional)	実績 利用可能性	ポジティブ	—	—
Krause & Markides (1990)	BarrerasのISSBの改訂版を用いてのサポート 尺度の信頼性、妥当性に関する研究	実体的 (tangible) 情緒的 (emotional) 情報的 (informational) 統合的 (integration)	実績	ポジティブ	—	—
Hirdes (1995)	6種類の手段的サポートの授受関係に 関する研究	手段的 (Instrumental) 6種類	利用可能性	ポジティブ	—	○
Krause (1995)	ネガティブサポートとサポートとの満足度の 関連についての研究	手段的 (Instrumental) 情緒的 (emotional) 情報的 (informational)	実績	ポジティブ ネガティブ	—	○
Krause & Borowaski- Clark (1995)	サポートと社会階級との関連についての研究	手段的 (Instrumental) 情緒的 (emotional) 情報的 (informational)	実績 利用可能性	ポジティブ	—	○

表2-1 諸外国におけるサポート研究と測定尺度

研究者	研究テーマ	サポートタイプ	実績・ 利用可能性	ポジティブ・ ネガティブ	提供 主体	授受 関係
McCulloch (1995)	アバラチア地方の高齢者のサポートと家庭の 近接性との関連に関する研究	愛情的 (affective) 信頼的 (contidant)	利用可能性 利用可能性	ポジティブ ポジティブ	—	—
McColl, Lef, & Skinner (1995)	サポートのストレス緩衝効果に関する研究	手段的 (Instrumental) 情緒的 (emotional) 情動的 (informational)	利用可能性	ポジティブ	—	—
Penning (1995)	サポートと健康、公的サービス利用度との 関連についての研究	手段的 (Instrumental) 情緒的 (emotional)	実績	ポジティブ	—	—
Venkatraman(1995)	インドとアメリカの高齢者における 情緒的サポートと主観的幸福感との関連 についての研究	情緒的 (emotional)	利用可能性	ポジティブ	○	—

表2-2 日本におけるサポート研究と測定尺度

研究者	研究テーマ	サポートタイプ	実績・ 利用可能性	ポジティブ・ ネガティブ	提供 主体	授 関
坂田、Liang、 前田 (1990)	サポートのストレス緩衝効果に関する研究	実体的,手段的(instrumental) 情緒的(emotional) 情動的(informational)	利用可能性	ポジティブ	○	—
野口 (1991a) (1991b)	サポートとネットワークとの関連についての研究	手段的(instrumental) 情緒的(emotional)	利用可能性	ポジティブ	○	○
河合、下仲 (1992)	サポートの授受関係に関する研究	生活的 物質的 情緒的	—	ポジティブ	—	○
Koyano, Hashimoto, & Fukawa (1994)	日本人高齢者の 家族、別居子、兄弟親戚、友人隣人別の サポートシステムに関する研究	手段的 (informational) 情緒的 (emotional)	利用可能性	ポジティブ	○	—
Sugisawa, Liang & Liu (1994)	高齢者のサポート、ネットワークと死亡率 との関連についての研究	手段的 (informational) 情緒的 (emotional)	利用可能性	ポジティブ	○	—
杉沢 (1994)	高齢者のソーシャルサポートと主観的幸福感 及び受領との関連についての研究		利用可能性	ポジティブ	○	—
木村 (1996)	文化変容ストレスに対するサポートの効果に 関する研究	実体的 (tangible) 評価的 (appraisal) 所属 (belonging) 自己価値 (self-esteem)	利用可能性	ポジティブ	—	—
大原 (1996)	サポートと精神障害者の生活適応との関連に 関する研究	手段的 (informational) 情緒的 (emotional)				

表2-3 諸外国におけるネットワーク研究と測定尺度

研究者	研究内容	ネットワークタイプ
Berkman & Syme (1979)	ネットワークと死亡率、健康との関連に関する研究	1、婚姻状態 2、親戚友人数 コンタクトの数 3、教会員かどうか 4、組織への参加
Froland et al. (1979)	ソーシャルサポートネットワークと健康との関連についての研究	1. 全体の構造 ・サイズ ・近接性 ・密度 2. 相互関係 ・持続性 ・コンタクトの頻度 3. サポート機能 ・援助 ・関係の強さ 4. ネットワークの安定性 ・変化 ・喪失 ・死亡
Gallo (1982)	ネットワークと精神的な健康や幸福感との関連に関する研究	1、コンタクトの頻度 2、近接性 3、内容 4、強度 5、同質性 6、持続性 7、方向性
Perucci & Targ (1982)	ソーシャルネットワークと精神病患者の免脱行動に関する研究	1. 構造的要素 ・サイズ ・開放度 ・役割 2. きずなのパターン
Branch & Jette (1983)	高齢者の長期ケアサービスの利用に関する研究	1. 構造的要素 ・近接性 ・親密さ 2. 相互作用的要素 ・コンタクトの頻度 ・友好関係の持続性 3. 子どもたちの健康状態

表2-3 諸外国におけるネットワーク研究と測定尺度

研究者	研究内容	ネットワークタイプ
Seeman & Berkman (1988)	ネットワークとサポートとの関連、 ネットワーク、サポートと健康との関連に 関する研究	<ul style="list-style-type: none"> ・サイズ（人数） ・コンタクトの頻度 ・近くに住む人の数
Lubben (1988)	LSNS(Lubben Social Network Scale)と 健康との関連に関する研究	1. 家族ネットワーク <ul style="list-style-type: none"> ・家族数 ・コンタクトの頻度 ・親密だと感じる家族員数 2. 友人ネットワーク <ul style="list-style-type: none"> ・友人数 ・コンタクトの頻度 ・親密だと感じる友人数 3. サポート <ul style="list-style-type: none"> ・信頼できる人の有無 ・信頼 ・援助 ・居住形態
McColl, Lei, & Skinner (1995)	サポートのストレス緩衝効果に関する研究	コンタクトの頻度

表2-4 日本におけるネットワーク研究と測定尺度

研究者	研究内容	ネットワークタイプ
須田 (1986)	大都市に住む男性一人暮らし老人の ネットワークに関する研究	1. 援助ネットワーク 2. 日常的ネットワーク 3. 介護的援助ネットワーク
玉野ら (1989)	ネットワークと主観的幸福感との 関連についての研究	1. 構造的要素 ・ 配偶者の有無 ・ 子供数 ・ 友人数 ・ 近隣数
野口ら (1989)	ネットワークと飲酒行動と 孤独感との関連についての研究	1. 活動範囲 ・ 家族数 ・ 別居子数 ・ 近居別居子数 ・ 親しい友人数 ・ 親しい近隣数 ・ 集団所属数 2. 活動頻度 ・ 別居子接触数 ・ 親しい子接触数 ・ 友人等との電話数 ・ 友人等との接触数 ・ 会合参加数 ・ 役職数
西下 (1989)	高齢女性の友人ネットワークに関する研究	友人ネットワーク 1. 構造的要素 ・ 親しい友人の有無 ・ つきあい数 2. 相互作用的要素 ・ 知り合ったきっかけ ・ 面会の頻度 ・ つきあいの内容
玉野 (1990)	団地居住老人とネットワークとの 関連についての研究	1. 構造的要素 ・ 配偶者数 ・ 別居子数 ・ 兄弟親戚数 ・ 友人数 ・ 近隣数 ・ 専門家数
野口 (1991b)	サポートとネットワークとの 関連についての研究	1. 構造的要素 ・ 友人数 ・ 往来する近隣の数 2. 相互作用的要素 ・ 友人、近隣、親戚との電話数 ・ 友人、近隣、親戚との面会数
Sugisawa, Liang & Liu (1994)	高齢者のサポート、ネットワークと 死亡率との関連についての研究	1. 構造的要素 ・ コンタクト 2. その他 ・ 社会参加 ・ 婚姻状態

表3-1 ソーシャルサポートのタイプ

サポートの授受

タイプ	サポートの授受	
	提 供	受 領
情緒的	A	C
手段的	B	D

表3-2 LSNS(Lubben Social Network Scale)のモデル

Composite Measure of Social Networks, Lubben Social Network Scale (LSNS)*

Family networks	Friends networks	Interdependent social supports
Number seen monthly	Number feels "close to"	Has a confidant
Frequency of social contact	Number seen monthly	Is a confidant
Number feels "close to"	Frequency of social contact	Relies upon and helps others
		Living arrangements

The LSNS reported a Cronbach Alpha = 0.70

出典 : Lubben, J. E. (1988) Assessing Social Networks Among Elderly Populations. Family and Community Health, 11(3), pp.42-52.

表3-3-1 性

単位：% ()：実数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
男性	40.7(193)	41.3(215)	37.9(201)	51.4(89)
女性	59.3(281)	58.7(305)	62.1(329)	48.6(84)
	100.0 (N=474)	100.0 (N=520)	100.0 (N=530)	100.0 (N=173)

表3-3-2 年齢構成

単位：% ()：実数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
60～64歳	31.0(147)	26.2(136)	18.7(99)	20.8(36)
65～69歳	24.9(118)	27.1(141)	26.6(141)	32.4(56)
70～74歳	17.3(82)	18.1(94)	21.1(112)	24.9(43)
75～79歳	13.3(63)	14.2(74)	15.7(83)	15.6(27)
80歳以上	13.5(64)	14.4(75)	17.9(95)	6.4(11)
	100.0 (N=474)	100.0 (N=520)	100.0 (N=530)	100.0 (N=173)

表3-3-3 婚姻状態

単位：% ()：実数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
既婚	68.6(325)	70.0(364)	65.8(349)	64.7(112)
死別	22.2(105)	26.5(138)	30.4(161)	23.1(40)
離婚・別居	5.5(26)	1.9(10)	1.5(8)	5.8(10)
未婚	3.8(18)	1.5(8)	2.1(11)	5.8(10)
その他	0.0(0)	0.0(0)	0.2(1)	0.6(1)
	100.0 (N=474)	100.0 (N=520)	100.0 (N=530)	100.0 (N=173)

表3-3-4 世帯類型

単位：% ()：実数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
老人単独世帯	13.7(65)	13.5(69)	27.5(146)	21.6(37)
老人夫婦のみ世帯	31.9(151)	24.0(123)	44.0(233)	40.9(70)
未婚の子のみと同居	25.3(120)	16.2(83)	6.4(34)	1.2(2)
既婚の子のみと同居	3.6(17)	6.4(33)	4.2(22)	1.8(3)
三世代世帯	18.1(86)	31.0(159)	5.3(28)	6.4(11)
その他の世帯	7.1(35)	9.0(46)	12.6(67)	28.1(48)
無回答				
	100.0 (N=474)	100.0 (N=520)	100.0 (N=530)	100.0 (N=173)

表3-3-5 主観的健康感

単位：% ()：実数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
全く健康	25.5(121)	23.6(122)	20.6(109)	47.4(82)
かなり健康	43.2(205)	40.5(210)	41.9(222)	32.4(56)
あまり健康ではない	28.7(136)	32.6(169)	34.3(182)	15.6(27)
全く健康でない	2.2(12)	3.3(17)	3.2(17)	4.1(7)
無回答				0.6(1)
	100.0 (N=474)	100.0 (N=520)	100.0 (N=530)	100.0 (N=173)

表3-3-6 就労状態

単位：% ()：実数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
仕事有り	28.9(137)	35.6(185)	46.4(246)	34.7(60)
仕事無し	71.1(337)	64.4(334)	53.6(284)	65.3(113)
	100.0 (N=474)	100.0 (N=520)	100.0 (N=530)	100.0 (N=173)

表3-3-7 収入状態

単位：% ()：実数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
十分	69.0(327)	73.8(377)	72.1(379)	94.2(163)
十分でない	31.0(147)	26.2(134)	27.9(147)	5.8(10)
	100.0 (N=474)	100.0 (N=520)	100.0 (N=530)	100.0 (N=173)

表3-4 4地域の高齢者のソーシャルサポートの度数分布

表3-4-1 大切なことを決めるとき相談するか。

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
いつでも	40.3	48.5	57.8	73.4
かなり	10.3	—	—	8.1
時々	16.5	19.8	20.5	11.0
あまり	6.1	11.3	10.6	9.0
しない	24.3	—	—	0.6
したくない	1.7	17.4	10.0	—
無回答	0.8	3.1	1.1	—
合計	474	524	528	173

表3-4-6 心配事や問題をよく聞いてくれるか（友人・隣人）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	23.8	27.9	40.2	17.9
かなり	15.0	16.6	18.9	15.0
いくらか	16.5	—	—	23.7
あまり	5.7	5.3	6.2	17.9
全く聞いてくれない	3.2	—	—	20.2
聞いてもらおうとは思わない	3.8	46.9	33.5	—
無回答	5.0	3.2	1.2	5.2
合計	474	524	513	173

表3-4-2 心配事や問題をよく聞いてくれるか（配偶者）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	38.2	44.1	68.3	34.7
かなり	99.9	12.0	16.6	15.0
いくらか	9.1	—	—	10.4
あまり	4.4	5.0	4.8	4.6
全く聞いてくれない	0.6	—	—	0.6
聞いてもらおうとは思わない	5.5	7.6	7.3	—
無回答	32.3	31.3	3.1	34.7
合計	474	524	356	173

表3-4-7 大切なことについて相談を受けるか

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
いつも	26.6	33.6	31.1	38.2
かなり	14.6	—	—	13.3
時々	31.9	31.7	33.5	33.5
あまり	14.3	29.2	32.4	11.6
受けない	11.8	—	—	3.5
受けたくない	0.2	3.6	2.3	—
無回答	0.6	1.9	0.6	—
合計	474	524	356	173

表3-4-3 心配事や問題をよく聞いてくれるか（子・孫）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	38.8	49.2	68.8	37.6
かなり	16.9	19.3	15.7	24.3
いくらか	13.3	—	—	16.2
あまり	5.3	5.9	3.1	6.4
全く聞いてくれない	1.7	—	—	0.6
聞いてもらおうとは思わない	13.5	17.6	11.4	—
無回答	10.6	8.0	1.0	15.1
合計	474	524	490	173

表3-4-8 落ち込んでいるとき慰めるか（家族）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
いつでも	47.3	57.4	64.9	39.3
かなり	12.0	—	—	22.5
時々	21.5	17.4	16.0	13.9
あまり	8.4	18.9	15.6	11.0
全くしない	3.8	—	—	5.2
そしらぬふり	0.8	2.5	1.0	—
無回答	6.1	3.8	2.4	0.0
合計	474	524	499	173

表3-4-4 心配事や問題をよく聞いてくれるか（むこ・嫁）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	25.9	38.2	53.1	—
かなり	14.1	17.6	21.0	—
いくらか	11.6	—	—	—
あまり	5.1	6.1	5.0	—
全く聞いてくれない	1.7	—	—	—
聞いてもらおうとは思わない	15.2	21.9	18.7	—
無回答	26.4	16.2	2.2	—
合計	474	524	530	173

表3-4-9 落ち込んでいるとき慰めるか（親戚）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
いつでも	29.3	42.2	52.8	19.7
かなり	9.1	—	—	19.7
時々	23.8	23.1	23.3	24.3
あまり	23.0	29.4	19.8	20.2
全くしない	11.0	—	—	12.7
そしらぬふり	0.6	2.5	2.2	—
無回答	3.1	2.9	2.0	3.5
合計	474	524	511	173

表3-4-5 心配事や問題をよく聞いてくれるか（親類）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	23.8	31.5	46.1	21.4
かなり	13.9	18.7	20.8	23.7
いくらか	17.3	—	—	24.9
あまり	7.2	5.7	6.2	16.2
全く聞いてくれない	3.4	—	—	8.7
聞いてもらおうとは思わない	30.6	41.6	25.7	—
無回答	3.8	2.2	1.2	5.2
合計	474	524	514	173

表3-4-10 落ち込んでいるとき慰めるか（友人・隣人）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
いつでも	27.4	38.2	46.5	17.3
かなり	9.7	—	—	17.3
時々	26.4	23.3	25.4	31.8
あまり	18.6	32.4	23.1	17.3
全くしない	13.7	—	—	12.1
そしらぬふり	0.6	3.2	2.9	—
無回答	3.6	2.9	2.1	4.1
合計	474	524	516	173

表3-4 4地域の高齢者のソーシャルサポートの度数分布

表3-4-11 病気の時頼りになるか（配偶者）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	36.5	47.1	69.0	52.0
かなり	13.9	11.6	14.9	6.4
いくらか	8.9	—	—	2.9
あまり	3.2	5.9	7.9	2.9
全くならない	2.5	—	—	1.2
頼りにしようとは思 わない	2.7	3.4	4.8	—
無回答	32.3	31.9	3.4	34.7
合計	474	524	355	173

表3-4-16 金銭的援助を期待できるか（子・孫）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	36.0	—	—	30.1
かなり	5.1	18.1	28.4	15.6
いくらか	11.4	17.0	17.7	19.7
あまり	12.0	15.3	12.7	9.2
全くならない	11.8	—	—	8.1
頼りにしようとは思 わない	51.9	39.7	37.9	—
無回答	4.2	9.9	3.2	17.4
合計	474	524	496	173

表3-4-12 病気の時頼りになるか（子・孫）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	41.8	58.0	58.1	45.7
かなり	22.4	19.3	20.0	27.2
いくらか	12.4	—	—	8.7
あまり	4.6	6.5	10.7	3.5
全くならない	1.5	—	—	1.2
頼りにしようとは思 わない	5.7	8.2	9.9	—
無回答	11.6	8.0	1.2	13.9
合計	474	524	494	173

表3-4-17 金銭的援助を期待できるか（親類）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	8.4	—	—	11.0
かなり	8.2	4.6	5.6	16.2
いくらか	15.0	10.3	10.2	28.9
あまり	11.2	16.0	16.8	16.8
全くならない	8.9	—	—	20.8
頼りにしようとは思 わない	35.2	65.3	65.3	—
無回答	13.0	3.8	2.1	6.4
合計	474	524	519	173

表3-4-13 病気の時頼りになるか（むこ・嫁）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	28.1	47.9	48.2	—
かなり	17.3	17.7	22.3	—
いくらか	12.7	—	—	—
あまり	4.9	7.6	12.6	—
全くならない	2.1	—	—	—
頼りにしようとは思 わない	8.2	9.9	15.0	—
無回答	26.8	16.8	2.0	—
合計	474	524	461	173

表3-4-18 金銭的援助を期待できるか（友人・隣人）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	1.5	—	—	3.5
かなり	1.9	1.5	1.4	2.9
いくらか	3.8	3.1	2.3	17.3
あまり	9.7	12.0	15.5	13.9
全くならない	12.7	—	—	52.0
頼りにしようとは思 わない	65.6	80.0	79.5	—
無回答	4.8	3.4	1.4	10.4
合計	474	524	517	173

表3-4-14 病気の時頼りになるか（親類）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	17.5	26.1	34.2	24.9
かなり	17.1	23.3	27.5	21.4
いくらか	17.1	—	—	26.6
あまり	10.3	11.5	11.9	12.1
全くならない	6.8	—	—	11.6
頼りにしようとは思 わない	27.8	37.2	25.8	—
無回答	3.3	1.9	0.6	3.5
合計	474	524	520	173

表3-4-19 仕事の手伝いをするか（家族・親戚）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
いつも	29.7	32.6	26.0	39.9
かなり	9.3	—	—	15.0
時々	18.4	19.3	29.4	15.6
あまり	14.3	38.2	37.2	16.8
しない	24.5	—	—	12.7
さしでがましい	1.9	7.8	6.2	—
無回答	1.9	2.1	1.1	—
合計	474	524	530	173

表3-4-15 病気の時頼りになるか（友人・隣人）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	15.0	16.2	26.0	11.0
かなり	11.0	18.5	21.8	16.8
いくらか	17.1	—	—	31.8
あまり	10.8	12.0	14.9	16.8
全くならない	6.5	—	—	19.1
頼りにしようとは思 わない	34.6	50.6	36.5	—
無回答	5.0	5.7	1.0	0.0
合計	474	524	524	173

表3-4-20 仕事の手伝いをするか（友人・隣人）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
いつも	3.2	5.7	9.8	—
かなり	3.0	—	—	—
時々	18.8	13.5	27.7	—
あまり	15.8	51.5	47.6	—
しない	49.4	—	—	—
さしでがましい	7.2	26.0	13.8	—
無回答	2.7	3.2	1.1	—
合計	474	524	523	173

表3-4 4地域の高齢者のソーシャルサポートの度数分布

表3-4-21 経済的援助（子・むこ・嫁・孫）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	4.6	—	—	11.0
かなり	0.6	7.3	5.2	15.6
いづらか	21.7	25.4	18.3	19.7
あまり	13.1	17.0	21.5	14.5
全くしない	23.6	—	—	25.4
援助関係なし	19.6	44.3	54.3	—
無回答	9.7	6.1	0.8	13.9
合計	474	524	503	173

表3-4-25 冷たくあしらわれていると感じることがあるか(子・孫)

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	1.7	—	—	1.7
かなり	0.4	1.0	1.8	5.2
いづらか	6.1	4.6	3.0	17.9
あまり	10.8	86.1	94.1	30.1
全く	70.9	—	—	32.4
無回答	10.2	8.4	1.0	12.7
合計	474	524	495	173

表3-4-22 経済的援助（親戚）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	0.4	—	—	0.6
かなり	2.1	0.6	1.0	1.7
いづらか	6.5	4.4	5.1	10.4
あまり	9.7	9.4	16.0	19.1
全くしない	35.2	—	—	63.0
援助関係なし	43.7	84.2	77.5	—
無回答	2.3	1.5	0.4	5.2
合計	474	524	525	173

表3-4-26 冷たくあしらわれていると感じることがあるか(むこ・嫁)

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	1.3	—	—	—
かなり	1.1	0.8	1.9	—
いづらか	3.8	3.6	2.8	—
あまり	9.3	78.8	93.0	—
全く	58.6	—	—	—
無回答	25.9	16.8	2.3	—
合計	474	524	470	173

表3-4-23 経済的援助（友人・隣人）

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	0.0	—	—	0.0
かなり	0.8	0.4	0.6	0.0
いづらか	3.0	2.1	3.3	6.4
あまり	6.5	5.3	9.2	11.6
全くしない	34.6	—	—	77.5
援助関係なし	52.1	90.3	86.8	—
無回答	2.9	1.9	0.2	4.6
合計	474	524	523	173

表3-4-27 冷たくあしらわれていると感じることがあるか(親類)

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	1.5	—	—	0.6
かなり	0.8	0.6	1.9	1.2
いづらか	3.0	4.0	2.8	12.1
あまり	17.7	92.0	93.0	30.1
全く	73.0	—	—	54.3
無回答	4.0	3.4	2.3	1.7
合計	474	524	470	173

表3-4-24 冷たくあしらわれていると感じることがあるか(配偶者)表3-4-28 冷たくあしらわれていると感じることがあるか(友人・隣人)

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	1.7	—	—	5.2
かなり	1.1	0.8	3.0	8.1
いづらか	8.0	5.9	6.8	17.9
あまり	7.6	61.1	84.7	18.5
全く	49.8	—	—	16.2
無回答	31.9	32.3	5.5	34.1
合計	474	524	365	173

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
非常に	0.6	—	—	0.0
かなり	0.2	0.2	2.7	1.2
いづらか	2.5	3.1	3.3	9.2
あまり	15.0	92.6	92.7	23.7
全く	75.9	—	—	64.2
無回答	5.7	4.2	1.3	1.7
合計	474	524	522	173

表3-5 ソーシャルサポートの項目別平均得点

	項目	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
情緒的サポート	1、大切なことを相談する（受領）	0.5	0.5	0.6	0.7
	2、心配事をきいてもらう（受領）	0.4	0.4	0.4	0.4
	3、大切なことを相談される（提供）	0.4	0.3	0.3	0.4
	4、落ち込んだ時に慰める（提供）	0.5	0.5	0.5	0.5
手段的サポート	5、病気時に頼りになる（受領）	0.5	0.4	0.4	0.5
	6、経済的な援助を受ける（受領）	0.2	0.2	0.2	0.4
	7、家事等の手伝いをする（提供）	0.4	0.3	0.3	0.4
	8、経済的な援助をする（提供）	0.1	0.1	0.1	0.3
	合計得点	3.0	2.7	2.8	3.6

表3-6 ソーシャルサポートの下位尺度別平均得点

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
ソーシャルサポート全体	3.0	2.7	2.8	3.6
情緒的サポート	1.8	1.7	1.8	2.0
手段的サポート	1.2	1.0	1.0	1.6
受領サポート	1.6	1.5	1.6	2.0
提供サポート	1.4	1.2	1.2	1.6
情緒的・受領	0.9	0.9	1.0	1.1
情緒的・提供	0.9	0.8	0.8	0.9
手段的・受領	0.7	0.6	0.6	0.9
手段的・提供	0.5	0.4	0.4	0.7

表3-7 4地域の高齢者のソーシャルネットワークの度数分布

表3-7-1 コンタクトのある両親数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	93.0	95.2	97.2	49.7
1人	6.3	3.1	2.6	15.0
2人	0.4	0.6	—	0.6
3人	0.2	—	—	—
無回答	—	1.1	0.2	34.7
計	474	524	530	173

表3-7-2 コンタクトのある兄弟数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	55.3	53.1	45.8	25.4
1人	15.8	16.6	16.4	23.7
2人	9.5	10.5	14.2	19.7
3人	8.2	9.2	9.8	14.5
4人	3.4	4.2	6.4	6.4
5人	3.8	2.9	3.2	0.6
6人	2.3	0.6	1.3	1.7
7人	0.8	0.4	1.3	0.6
8人	0.6	0.2	0.4	—
9人	0.2	0.2	—	—
10人以上	—	—	0.8	0.6
無回答	—	2.3	0.4	6.9
計	474	524	530	173

表3-7-3 コンタクトのある息子数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	66.2	59.7	43.6	19.1
1人	24.1	28.8	30.4	39.9
2人	7.6	7.8	16.6	19.7
3人	1.7	139.0	7.5	4.0
4人	0.4	0.6	1.3	1.7
5人	—	—	0.2	0.6
無回答	—	1.1	0.4	15.0
計	474	524	530	173

表3-7-4 コンタクトのある娘数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	55.3	52.3	41.4	25.4
1人	33.1	32.3	33.2	32.4
2人	9.9	9.4	16.4	22.0
3人	1.1	3.4	5.7	4.0
4人	0.4	0.2	1.9	2.3
5人	0.2	0.2	1.1	0.0
6人	—	—	0.2	0.0
10人以上	—	1.2	—	0.0
無回答	—	—	—	13.9
計	474	524	530	173

表3-7-5 コンタクトのあるむこ、嫁数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	71.5	62.6	64.0	31.2
1人	15.8	21.2	11.5	27.2
2人	9.3	9.9	13.4	19.1
3人	2.3	3.6	4.7	8.7
4人	0.8	1.3	3.6	0.6
5人	0.2	—	1.3	0.0
6人	—	—	0.4	0.0
7人	—	—	0.4	0.0
8人	—	—	0.2	0.0
9人	—	—	0.2	0.0
10人以上	—	—	—	0.6
無回答	—	—	0.4	12.7
計	474	524	530	173

表3-7-6 コンタクトのある孫数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	69.6	59.7	62.6	33.5
1人	5.1	5.9	2.8	14.5
2人	11.4	11.3	8.7	16.2
3人	6.3	9.4	7.7	6.9
4人	3.6	4.8	4.2	7.5
5人	1.1	2.3	3.8	5.2
6人	1.5	2.1	3.2	0.6
7人	0.6	1.7	1.9	0.0
8人	0.4	—	0.9	1.2
9人	0.2	—	41.9	0.0
10人以上	0.2	1.8	1.9	1.2
無回答	—	1.1	0.4	13.3
計	474	524	530	173

表3-7-7 コンタクトのある他の近い親戚数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	72.8	65.6	46.6	37.0
1人	10.1	9.7	9.6	15.0
2人	3.0	6.9	8.9	9.2
3人	3.2	3.6	11.1	6.4
4人	2.5	3.1	3.8	5.8
5人	2.5	3.2	3.6	3.5
6人	2.5	2.1	4.2	2.3
7人	0.4	1.7	0.8	0.0
8人	0.2	—	1.9	0.6
9人	—	0.4	0.2	0.6
10人以上	2.7	2.3	8.7	6.4
無回答	—	1.3	0.8	13.3
計	474	524	530	173

表3-7 4地域の高齢者のソーシャルネットワークの度数分布

表3-7-8 最も親しい人と会う頻度

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
月1回以下	13.7	11.1	9.1	5.2
月1回	14.1	14.9	10.2	5.8
月に2～3回	15.0	14.3	15.3	8.1
週1回	11.8	9.2	11.5	18.5
週2～3回	10.8	9.0	13.4	18.5
毎日	30.2	33.2	36.2	41.6
無回答	4.5	8.4	4.3	2.3
計	474	524	530	173

表3-7-9 気軽につきあう家族や親戚数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	2.7	3.2	4.2	1.2
1人	4.0	8.8	7.0	11.6
2人	12.0	12.4	13.8	13.3
3人	17.1	18.1	16.0	10.4
4人	12.0	8.8	12.8	17.9
5人	15.4	12.4	13.2	11.0
6人	7.4	9.4	6.8	11.6
7人	4.2	2.7	2.1	6.9
8人	3.2	2.3	2.3	2.3
9人	0.4	0.4	1.3	1.2
10人以上	21.1	20.7	20.2	12.7
無回答	0.4	1.0	0.4	—
計	474	524	530	173

表3-7-10 気軽に話せる友人・隣人数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	18.1	18.3	19.6	19.1
1人	7.2	10.9	9.6	11.6
2人	12.4	13.4	16.0	18.5
3人	17.7	17.7	13.6	12.7
4人	5.3	6.5	5.1	6.4
5人	11.2	7.3	9.6	8.1
6人	4.4	5.0	4.9	6.4
7人	1.3	1.1	1.9	2.3
8人	0.8	0.8	2.1	0.6
9人	—	—	—	0.6
10人以上	21.3	17.4	17.2	12.7
無回答	0.2	1.7	0.4	1.2
計	474	524	530	173

表3-7-11 会ったり消息を聞く友人・隣人数

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
0人	14.6	—	—	20.2
1人	6.3	—	—	12.7
2人	11.6	—	—	22.0
3人	17.5	—	—	10.4
4人	5.1	—	—	3.5
5人	11.0	—	—	8.1
6人	5.5	—	—	6.4
7人	1.5	—	—	1.7
8人	2.1	—	—	0.6
9人	—	—	—	0.6
10人以上	24.7	—	—	11.0
無回答	0.2	—	—	2.9
計	474	524	530	173

表3-7-12 最も親しい友人・隣人と連絡する頻度

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
月1回以下	22.8	14.3	9.4	12.7
月1回	16.9	11.8	3.4	8.7
月に2～3回	17.3	14.3	9.2	11.0
週1回	12.9	14.3	8.5	30.1
週2～3回	12.9	12.0	24.3	17.3
毎日	11.2	18.5	34.9	14.5
無回答	6.1	14.7	10.2	5.8
計	474	524	530	173

表3-8 ソーシャルネットワーク（LSNS）項目別平均得点

		三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
家族ネットワーク	1、コンタクトのある家族員数	2.7	3.0	3.6	4.9
	2、家族とのコンタクトの頻度	2.7	7.0	3.1	3.9
	3、親近感を覚える家族員数	3.4	3.3	3.3	3.2
友人ネットワーク	4、親近感を覚える友人数	2.8	2.5	2.6	2.5
	5、コンタクトのある友人数	(3.0)	—	—	(2.4)
	6、友人とのコンタクトの頻度	2.0	2.2	3.2	2.6
計		13.6	18.0	15.8	17.1

注) ()は、三鷹市とLAのコンタクトのある友人数の項目の平均得点を加えた得点

表3-9 ソーシャルネットワーク（LSNS）尺度得点

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
ソーシャルネットワーク 尺度得点	13.6(16.6)	13.7	15.8	17.1(19.6)
→家族ネットワーク	8.8	9.0	10.0	12.0
→友人ネットワーク	4.8(7.8)	4.7	5.8	5.1(7.5)

注) ()は、三鷹市とLAのコンタクトのある友人数の項目の平均得点を加えた得点

表3-10 性別ソーシャルサポート平均得点

性別

	三鷹市**	豊橋市*	東和町	LA日系
男性	2.7	2.5	2.8	3.5
女性	3.2	2.8	2.8	3.7

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-11 性別手段的サポート平均得点

	三鷹市*	豊橋市	東和町	LA日系
男性	1.1	1.0	0.9	1.5
女性	1.2	1.1	1.1	1.7

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-12 性別情緒的サポート平均得点

	三鷹市**	豊橋市	東和町	LA日系
男性	1.7	1.5	1.8	1.9
女性	2.0	1.7	1.8	2.0

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-13 年齢構成別ソーシャルサポート平均得点

	三鷹市	豊橋市	東和町***	LA日系
60歳以上64歳以下	3.0	2.8	3.0	3.7
65歳以上69歳以下	3.3	2.8	3.1	3.2
70歳以上74歳以下	2.9	2.8	2.6	4.0
75歳以上79歳以下	2.9	2.4	3.0	3.3
80歳以上	2.9	2.4	2.3	3.7

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-14 年齢構成別手段的サポート平均得点

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
60歳以上64歳以下	1.2	1.0	1.0	1.6
65歳以上69歳以下	1.2	1.0	1.0	1.5
70歳以上74歳以下	1.1	1.1	1.0	1.8
75歳以上79歳以下	1.2	0.9	1.2	1.5
80歳以上	1.1	1.0	0.9	1.3

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-15 年齢構成別情緒的サポート平均得点

	三鷹市	豊橋市	東和町***	LA日系
60歳以上64歳以下	1.9	1.8	2.0	2.1
65歳以上69歳以下	2.0	1.7	2.0	1.8
70歳以上74歳以下	1.7	1.7	1.7	2.2
75歳以上79歳以下	1.8	1.5	1.9	1.9
80歳以上	1.8	1.4	1.3	2.5

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-16 婚姻状態別ソーシャルサポート平均得点

	三鷹市***	豊橋市*	東和町***	LA日系**
既婚	3.2	2.8	3.0	3.8
死別	2.8	2.6	2.6	3.6
離婚／別居	2.6	2.4	1.9	3.2
未婚	1.8	1.1	1.7	2.0

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-17 婚姻状態別手段的サポート平均得点

	三鷹市**	豊橋市*	東和町*	LA日系
既婚	1.3	1.0	1.1	1.7
死別	1.0	1.1	1.0	1.5
離婚／別居	1.0	1.1	0.5	1.2
未婚	0.7	0.1	0.5	1.0

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-18 婚姻状態別情緒的サポート平均得点

	三鷹市**	豊橋市	東和町**	LA日系*
既婚	2.0	1.7	1.9	2.0
死別	1.7	1.5	1.6	2.1
離婚／別居	1.6	1.3	1.4	2.0
未婚	1.2	1.0	1.3	1.0

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-19 世帯類型別ソーシャルサポート平均得点

	三鷹市***	豊橋市	東和町**	LA日系
老人単独	2.1	2.5	2.4	3.1
老人夫婦のみ	3.2	2.7	3.1	3.6
老人+未婚子	3.2	2.8	2.7	4.0
老人+既婚子のみ	2.8	3.0	2.8	3.0
老人+既婚子+孫	3.3	2.6	3.0	3.8
その他	3.1	2.8	2.7	3.9

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-20 世帯類型別手段的サポート平均得点

	三鷹市***	豊橋市	東和町	LA日系
老人単独	0.8	0.8	0.9	1.3
老人夫婦のみ	1.2	1.0	1.1	1.6
老人+未婚子	1.2	1.2	1.1	2.0
老人+既婚子のみ	1.0	0.9	1.0	1.3
老人+既婚子+孫	1.4	1.1	1.1	1.6
その他	1.1	1.0	0.9	1.7

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-21 世帯類型別情緒的サポート平均得点

	三鷹市**	豊橋市	東和町**	LA日系
老人単独	1.3	1.7	1.5	1.8
老人夫婦のみ	1.9	1.7	2.0	2.0
老人+未婚子	2.0	1.6	1.6	2.0
老人+既婚子のみ	1.8	2.1	1.8	1.7
老人+既婚子+孫	2.0	1.5	1.9	2.2
その他	2.0	1.8	1.8	2.1

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-22 健康状態（主観的健康感）別ソーシャルサポート平均得点

	三鷹市*	豊橋市	東和町	LA日系
全く健康	3.3	2.9	2.9	3.6
かなり健康	3.0	2.7	2.8	—
あまり健康でない	3.0	2.6	2.8	3.6
全く健康でない	1.8	2.5	2.4	3.8

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-23 就労別ソーシャルサポート平均得点

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
仕事有り	2.9	2.7	2.9	3.6
仕事無し	3.1	2.6	2.7	3.6

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-24 収入状態別ソーシャルサポート平均得点

	三鷹市*	豊橋市	東和町	LA日系
十分	3.1	2.8	2.9	3.6
十分でない	2.8	2.5	2.7	3.8

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-25 性別ソーシャルネットワークの平均得点

	三鷹市**	豊橋市*	東和町***	LA日系
男性	12.9	13.1	14.7	16.9
女性	14.1	14.2	16.4	17.4

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-26 性別家族ネットワーク平均得点

	三鷹市	豊橋市*	東和町	LA日系
男性	8.6	8.6	9.7	12.1
女性	9.0	9.3	10.1	11.9

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-27 性別友人ネットワーク平均得点

	三鷹市**	豊橋市	東和町***	LA日系
男性	4.3	4.5	4.9	4.8
女性	5.1	4.9	6.3	5.5

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-28 年齢構成別ソーシャルネットワークの平均得点

	三鷹市**	豊橋市	東和町**	LA日系
60歳以上64歳以下	13.3	14.6	16.3	16.7
65歳以上69歳以下	14.9	13.9	15.8	17.1
70歳以上74歳以下	13.3	13.2	15.8	17.2
75歳以上79歳以下	13.7	13.0	16.7	17.2
80歳以上	12.5	13.1	14.0	18.4

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-29 年齢構成別家族ネットワーク平均得点

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
60歳以上64歳以下	8.6	9.5	10.4	11.8
65歳以上69歳以下	9.5	9.0	10.0	12.7
70歳以上74歳以下	8.4	8.9	9.9	11.4
75歳以上79歳以下	9.1	8.2	10.4	11.8
80歳以上	8.5	8.9	9.2	12.5

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-30 年齢構成別友人ネットワーク平均得点

	三鷹市*	豊橋市	東和町*	LA日系
60歳以上64歳以下	4.7	5.2	5.9	4.9
65歳以上69歳以下	5.4	5.0	5.8	4.4
70歳以上74歳以下	4.8	4.3	5.9	5.8
75歳以上79歳以下	4.6	4.8	6.3	5.4
80歳以上	3.9	4.2	4.8	5.8

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-31 婚姻状態別ソーシャルネットワークの平均得点

	三鷹市***	豊橋市*	東和町	LA日系*
既婚	13.9	13.9	15.6	16.9
死別	14.0	13.7	16.2	18.5
離婚／別居	10.7	12.2	13.4	16.3
未婚	9.9	9.0	13.4	15.5

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-32 婚姻状態別家族ネットワーク平均得点

	三鷹市**	豊橋市*	東和町	LA日系
既婚	9.0	9.1	10.1	12.1
死別	9.1	8.9	10.0	12.3
離婚／別居	7.3	8.1	8.9	11.3
未婚	6.8	5.0	7.4	10.8

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-33 婚姻状態別友人ネットワーク平均得点

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系*
既婚	4.9	4.8	5.6	4.8
死別	5.0	4.8	6.2	6.3
離婚／別居	3.3	4.1	4.5	5.0
未婚	3.1	4.0	6.0	4.7

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-34 世帯類型別ソーシャルネットワークの平均得点

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
単独世帯	12.1	13.9	15.4	16.9
夫婦のみ世帯	13.9	13.2	15.6	16.6
未婚の子のみと同居	13.8	14.0	17.1	17.5
既婚の子のみと同居	14.2	13.8	16.4	18.7
三世代世帯	14.2	13.6	16.8	18.8
その他の世帯	13.3	15.9	15.5	17.7

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-35 世帯類型別家族ネットワーク平均得点

	三鷹市*	豊橋市	東和町*	LA日系***
老人単独	7.6	8.9	9.4	11.0
老人夫婦のみ	9.0	8.6	9.9	11.6
老人+未婚子	9.0	9.4	10.6	13.0
老人+既婚子のみ	9.3	9.4	11.3	13.7
老人+既婚子+孫	9.2	9.0	11.2	13.1
その他	9.5	9.7	10.1	13.2

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-36 世帯類型別友人ネットワーク平均得点

	三鷹市	豊橋市*	東和町	LA日系
老人単独	4.5	5.0	6.0	5.9
老人夫婦のみ	4.9	4.7	5.7	5.0
老人+未婚子	4.8	4.6	6.5	4.5
老人+既婚子のみ	4.9	4.4	5.1	5.0
老人+既婚子+孫	5.0	4.6	5.6	5.7
その他	3.9	6.2	5.4	4.5

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-37 主観的健康感別ソーシャルネットワークの平均得点

	三鷹市*	豊橋市*	東和町*	LA日系
全く健康	14.2	4.1	15.6	16.3
かなり健康	13.8	14.1	16.4	—
あまり健康でない	13.1	13.5	15.3	17.2
全く健康でない	10.8	10.4	12.6	17.6

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-38 主観的健康感別友人ネットワーク平均得点

	三鷹市**	豊橋市**	東和町*	LA日系
全く健康	5.4	5.0	5.7	4.2
かなり健康	4.7	5.1	6.2	—
あまり健康でない	4.4	4.5	5.5*	5.2
全く健康でない	3.3	2.7	4.0	5.7

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-39 就労状態別ソーシャルネットワーク平均得点

	三鷹市	豊橋市*	東和町*	LA日系
仕事有り	13.8	14.5	16.5	17.2
仕事無し	13.6	13.4	15.1	17.0

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表3-40 収入状態別ソーシャルネットワーク平均得点

	三鷹市**	豊橋市	東和町	LA日系
十分	14.1	14.1	16.0	17.1
十分でない	12.6	13.1	15.1	17.4

(***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05)

表4-1 コンタクトのある家族員数別サポート得点

	三鷹市*	豊橋市	東和町***	LA日系
なし	2.4	2.0	1.7	—
1人	2.5	2.7	2.4	—
2人	2.9	2.5	2.4	—
3～4人	3.4	2.8	2.7	3.0
5～8人	3.3	2.8	3.0	2.4
9人以上	3.5	2.9	3.1	3.6

(***) $P<0.001$ ** $P<0.01$ * $P<0.05$)

注) 一元配置の分散分析による平均の差の検定

表4-2 コンタクト頻度別サポート得点

	三鷹市*	豊橋市	東和町	LA日系
月1回未満	2.4	2.5	2.4	2.4
月1回	3.1	2.2	2.7	3.8
月に2～3回	2.8	2.8	2.9	2.8
週1回	3.1	2.8	2.7	3.4
週2～3回	3.5	2.9	2.9	3.3
毎日	3.3	2.9	3.0	3.9

(***) $P<0.001$ ** $P<0.01$ * $P<0.05$)

注) 一元配置の分散分析による平均の差の検定

表4-3 親近感のある家族員数別サポート得点

	三鷹市***	豊橋市***	東和町***	LA日系
なし	1.1	1.3	1.5	2.0
1人	2.8	2.3	2.2	2.9
2人	2.9	2.3	2.6	3.2
3～4人	3.0	2.6	2.5	3.7
5～8人	3.0	3.0	3.2	3.6
9人以上	3.5	3.1	3.4	4.3

(***) $P<0.001$ ** $P<0.01$ * $P<0.05$)

注) 一元配置の分散分析による平均の差の検定

表4-4 コンタクトのある友人・隣人数別サポート得点

	三鷹市***	豊橋市*	東和町*	LA日系
なし	2.6	2.1	2.4	3.0
1人	3.2	2.1	2.6	3.0
2人	3.0	2.8	2.8	3.3
3～4人	2.9	2.7	2.6	3.8
5～8人	3.0	3.0	3.1	3.8
9人以上	3.6	3.2	3.4	4.6

(***) $P<0.001$ ** $P<0.01$ * $P<0.05$)

注) 一元配置の分散分析による平均の差の検定

表4-5 コンタクト頻度別サポート得点

	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系**
月1回未満	2.7	2.2	2.3	3.1
月1回	3.0	2.8	2.6	4.4
月に2～3回	3.3	2.5	3.0	3.2
週1回	3.1	3.1	2.6	3.9
週2～3回	3.2	2.8	2.8	3.4
毎日	3.3	3.0	3.1	3.5

(***) $P<0.001$ ** $P<0.01$ * $P<0.05$)

注) 一元配置の分散分析による平均の差の検定

表4-6 ソーシャルサポートとソーシャルネットワークの相関関係

	ソーシャルネットワーク				家族ネットワーク				友人ネットワーク			
	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系	三鷹市	豊橋市	東和町	LA日系
ソーシャルサポート	0.312 **	0.312 **	0.315 **	0.324 **	0.326 **	0.243 **	0.288 **	0.265 **	0.190 **	0.241 **	0.225 **	0.216 **
情緒的サポート	0.302 **	0.321 **	0.312 **	0.282 **	0.304 **	0.200 **	0.267 **	0.201 **	0.193 **	0.284 **	0.242 **	0.214 **
手段的サポート	0.183 **	0.136 **	0.135 **	0.250 **	0.207 **	0.148 **	0.150 **	0.240 **	0.099 *	0.055	0.068	0.144 *
受領サポート	0.125 **	0.174 **	0.153 **	0.233 **	0.180 **	0.132 **	0.154 **	0.203 **	0.037 **	0.138 **	0.095 *	0.154 **
提供サポート	0.349 **	0.314 **	0.337 **	0.282 **	0.317 **	0.248 **	0.294 **	0.219 **	0.025 **	0.238 **	0.256 **	0.294 **

(*P<.05 **P<.01)

表4-7 社会関係の因子相関

	ネットワーク	家族ネットワーク	友人ネットワーク	サポート	情緒的サポート	手段的サポート
ネットワーク	——					
家族ネットワーク	1.155	——				
友人ネットワーク	0.567	0.655	——			
サポート	0.639	0.738	0.363	——		
情緒的サポート	0.566	0.653	0.321	0.885	——	
手段的サポート	0.350	0.404	0.198	0.547	0.484	——

表4-8 社会関係と主観的幸福感との関連

変数	相関係数 (r)	標準偏回帰 係数 (β)
ソーシャルサポート	.037	-.022
ソーシャルネットワーク	.196 **	.130 **
年齢	-.115 **	-.060
教育年数	-.109 **	-.021
性別	-.067	-.047
配偶者の有無	.118 *	-.019
就労状態	.064 **	-.036
収入状態	.239 **	.183 **
主観的健康感	.293 **	.116 *
身体的症状	-.438 **	-.338 **
疾病数	-.280 **	-.001
ADL-IADL	-.186 **	-.590
重相関係数 (R)		.506**

*P<.05 **P<.01

表4-9 社会関係下位変数と主観的幸福感との関連

変数	相関係数 (r)	標準偏回帰 係数 (β)
情緒的サポート	.051	.008
手段的サポート	.022	-.052
家族ネットワーク	.177 **	.119 **
友人ネットワーク	.142 **	.044
年齢	-.115 **	-.075
教育年数	-.109 **	-.020
性別	-.067	-.041
配偶者	.118 **	-.013
就労状態	.064 **	-.035
収入状態	.239 **	.149 **
主観的健康感	.293 **	.119 *
自覚症状	-.438 **	-.339 **
慢性疾患数	-.280 **	-.002
ADL-IADL	-.181 **	-.061
重相関係数 (R)		.510**

*P<.05 **P<.01

表4-10 男女別社会関係下位変数と主観的幸福感との関連

	男性		女性	
	相関係数 (r)	標準偏回帰 係数 (β)	相関係数 (r)	標準偏回帰 係数 (β)
情緒的サポート	.067	-.051	.084	.027
手段的サポート	-.012	-.590	.015	-.043
家族ネットワーク	.227 **	.192 **	.150 **	.079
友人ネットワーク	.186 **	.090	.126 *	.035
年齢	-.197 **	-.146	-.068	-.025
教育年数	.109 **	.420	.125 *	-.011
配偶者	.167 *	.024	.073	-.034
就労状態	.054	-.058	.047	.039
収入状態	.248 **	.185 **	.248 **	.132 *
主観的健康感	.330 **	.122	.265 **	.110
自覚症状	-.441 **	-.337 **	-.423 **	-.325 **
慢性疾患数	-.253 **	-.067	-.294 **	-.058
ADL-IADL	-.213 **	-.079	-.186 **	-.042
重相関係数 (R)		.563**		.492**

*P<.05 **P<.01

表4-11 社会関係とうつ症状との関連

変数	相関係数 (r)	標準偏回帰係数 (β)
サポート	-.135 **	-.023
ネットワーク	-.191 **	-.120 **
年齢	.124 *	.120
教育年数	-.167 **	-.069
性別	.063	-.001
配偶者の有無	-.162 **	-.036
収入状態	-.117 **	.024
主観的健康感	-.291 **	-.097
自覚症状	.416 **	.321 **
慢性疾患数	.317 **	.068
ADL-IADL	.113 *	-.025
重相関係数 (R)		.481 **

*P<.05

**P<.01

表4-12 ソーシャルサポートと健康関連変数との関連

変数	偏回帰係数	標準偏回帰係数
サポート	-.147	-.061
年齢	.003	.005
教育	-.096	-.085
性別	-.246	-.030
収入	.138	.016
配偶者	-.408	-.048
健康感	-1.359	-.158
自覚症状	.359	.398 **
慢性疾患	.976	.033
ADL-IADL	.590	.080
サポート×自覚症状	-.021	-.075
サポート×慢性疾患	.032	.032
サポート×健康観	.146	.057
サポート×ADL-IADL	-.238	-.113
定数項	4.780	

R²

.225

*P<.05

**P<.01

表4-13 ソーシャルネットワークと健康関連変数との関連

変数	偏回帰係数	標準偏回帰係数
ネットワーク	-.086	-.125 **
年齢	.005	.010
教育	-.086	-.076
性別	-.108	-.013
収入	.282	.032
配偶者	-.278	-.032
健康観	-2.092	-.243
自覚症状	.443	.491 **
慢性疾患	.003	.001
ADL-IADL	-2.821	-.381 *
ネットワーク×自覚症状	-.009	-.172
ネットワーク×慢性疾患	.011	.065
ネットワーク×健康観	0.077	.155
ネットワーク×ADL-IADL	.169	.368 *
定数項	9.173	

R²

.246

*P<.05

**P<.01

表4-14 うつ症状を従属変数とした4つの回帰分析における身体健康関連変数の標準偏回帰係数の比較

	(モデル1) 健康関連 変数のみ	(モデル2) 健康関連変数 +サポート	(モデル3) 健康関連変数 +ネットワーク	(モデル4) 健康関連変数 +サポート+ネットワーク
主観的健康感	-.100	-.102	-.095	-.097
自覚症状	.322 **	.321 **	.321 **	.321 **
慢性疾患数	.079	.073	.070	.068
ADL-IADL	-.030	-.028	-.026	-.025
重相関係数 (R)	.465 **	.467 **	.480 **	.481 **
R	.216	.218	.231	.231

*P<.05 **P<.01
注) 4つの回帰式とも年齢、教育年数、性、配偶者の有無、収入状態によってコントロールした。

表5-1 在宅福祉サービスの認知度

単位：％

	知っている	知らない	合計
入浴サービス	86.3	13.7	100.0
食事サービス	86.3	13.7	100.0
デイサービス	60.8	39.2	100.0
ホームヘルプサービス	89.0	11.0	100.0
ショートステイサービス	58.9	41.1	100.0
訪問看護サービス	83.5	16.5	100.0
在宅介護支援センター	63.9	36.1	100.0

表5-2 在宅福祉サービスの利用度

単位：％

	利用している	利用していない	合計
入浴サービス	1.7	98.3	100.0
食事サービス	3.4	96.6	100.0
デイサービス	1.7	98.3	100.0
ホームヘルプサービス	2.3	97.7	100.0
ショートステイサービス	0.6	99.4	100.0
訪問看護サービス	0.6	99.4	100.0
在宅介護支援センター	1.1	98.9	100.0

表5-3 性別にみたサービス認知度

表5-3-1 入浴サービス*

単位：％

	知っている	知らない	計
男	82.4	17.6	40.7
女	89.0	11.0	59.3
計	86.3	13.7	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-3-4 ホームヘルプサービス**

単位：％

	知っている	知らない	計
男	84.5	15.5	40.7
女	92.2	7.8	59.3
計	89.0	11.0	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-3-2 食事サービス***

単位：％

	知っている	知らない	計
男	79.3	20.7	40.7
女	91.1	8.9	59.3
計	86.3	13.7	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-3-5 ショートステイサービス**

単位：％

	知っている	知らない	計
男	51.8	48.2	40.7
女	63.7	36.3	59.3
計	58.9	41.1	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-3-3 デイサービス**

単位：％

	知っている	知らない	計
男	52.3	47.7	40.7
女	66.5	33.5	59.3
計	60.8	39.2	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-3-6 訪問看護

単位：％

	知っている	知らない	計
男	80.8	19.2	40.7
女	85.4	14.6	59.3
計	83.5	16.5	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-3-7 在宅介護支援センター

単位：％

	知っている	知らない	計
男	63.2	36.8	40.7
女	64.4	35.6	59.3
計	63.9	36.1	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-4 年齢構成別にみたサービス認知度

表5-4-1 入浴サービス

単位：％

	知っている	知らない	計
60～64歳	84.4	15.6	31.0
65～69歳	89.8	10.2	24.9
70～74歳	90.2	9.8	17.3
75～79歳	87.3	12.7	13.3
80歳以上	78.1	21.9	13.5
計	86.3	13.7	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-4-4 ホームヘルプサービス*

単位：％

	知っている	知らない	計
60～64歳	91.2	8.8	31.0
65～69歳	93.2	6.8	24.9
70～74歳	90.2	9.8	17.3
75～79歳	85.7	14.3	13.3
80歳以上	78.1	21.9	13.5
計	89.0	11.0	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-4-2 食事サービス

単位：％

	知っている	知らない	計
60～64歳	89.1	10.9	31.0
65～69歳	84.7	15.3	24.9
70～74歳	86.6	13.4	17.3
75～79歳	90.5	9.5	13.3
80歳以上	78.1	21.9	13.5
計	86.3	13.7	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-4-5 ショートステイサービス**

単位：％

	知っている	知らない	計
60～64歳	61.9	38.1	31.0
65～69歳	60.2	39.8	24.9
70～74歳	63.4	36.6	17.3
75～79歳	55.6	44.4	13.3
80歳以上	46.9	53.1	13.5
計	58.9	41.1	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-4-3 デイサービス**

単位：％

	知っている	知らない	計
60～64歳	66.7	33.3	31.0
65～69歳	63.6	36.4	24.9
70～74歳	61.0	39.0	17.3
75～79歳	61.9	38.1	13.3
80歳以上	40.6	59.4	13.5
計	60.8	39.2	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-4-6 訪問看護

単位：％

	知っている	知らない	計
60～64歳	88.4	11.6	31.0
65～69歳	86.4	13.6	24.9
70～74歳	86.6	13.4	17.3
75～79歳	76.2	23.8	13.3
80歳以上	70.3	29.7	13.5
計	83.5	16.5	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-4-7 在宅介護支援センター

単位：％

	知っている	知らない	計
60～64歳	69.4	30.6	31.0
65～69歳	67.8	32.2	24.9
70～74歳	59.8	40.2	17.3
75～79歳	61.9	38.1	13.3
80歳以上	51.6	48.4	13.5
計	63.9	36.1	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-5 婚姻状態別にみたサービス認知度

表5-5-1 入浴サービス

単位：％

	知っている	知らない	計
既婚	87.4	12.6	68.6
死別	83.8	16.2	22.2
離婚・別居	88.5	11.5	5.5
未婚	77.8	22.2	3.8
計	86.3	13.7	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-5-4 ホームヘルプサービス*

単位：％

	知っている	知らない	計
既婚	90.5	9.5	68.6
死別	82.9	17.1	22.2
離婚・別居	96.2	3.8	5.5
未婚	88.9	11.1	3.8
計	89.0	11.0	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-5-2 食事サービス

単位：％

	知っている	知らない	計
既婚	87.4	12.6	68.6
死別	81.9	18.1	22.2
離婚・別居	92.3	7.7	5.5
未婚	83.3	16.7	3.8
計	86.3	13.7	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-5-5 ショートステイサービス

単位：％

	知っている	知らない	計
既婚	62.5	37.5	68.6
死別	49.5	50.5	22.2
離婚・別居	61.5	38.5	5.5
未婚	44.4	55.6	3.8
計	58.9	41.1	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-5-3 デイサービス**

単位：％

	知っている	知らない	計
既婚	62.2	37.8	68.6
死別	55.2	44.8	22.2
離婚・別居	73.1	26.9	5.5
未婚	50.0	50.0	3.8
計	60.8	39.2	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-5-6 訪問看護**

単位：％

	知っている	知らない	計
既婚	86.5	13.5	68.6
死別	72.4	27.6	22.2
離婚・別居	88.5	11.5	5.5
未婚	88.9	11.1	3.8
計	83.5	16.5	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-5-7 在宅介護支援センター

単位：％

	知っている	知らない	計
既婚	65.2	34.8	68.6
死別	58.1	41.9	22.2
離婚・別居	73.1	26.9	5.5
未婚	61.1	38.9	3.8
計	63.9	36.1	100.0

(検定は χ^2 検定による) ***P<0.001 **P<0.01 *P<0.05

表5-6 社会関係と在宅福祉サービスの認知度との相関

	ネットワーク	家族 ネットワーク	友人 ネットワーク	サポート	情緒的 サポート	手段的 サポート
入浴サービス	.089 *	.053	.087 *	.125 **	.094 *	.111 **
食事サービス	.079 *	.060	.066	.129 **	.125 **	.076 *
デイサービス	.175 **	.091 *	.179 **	.111 **	.125 **	.041
ホームヘルプサービス	.090 *	.047	.092 *	.088 *	.067	.074
ショートステイサービス	.157 **	.102 *	.144 **	.116 **	.112 **	.067
訪問看護サービス	.022	.019	.017	.087 *	.064	.078 *
在宅介護支援センター	.104 *	.084 *	.083 *	.085 *	.087 *	.044

*P<.05 **P<.01

表5-7 社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連（ロジスティック回帰分析の結果）

表5-7-1 入浴サービス

	ロジスティック回帰係数	優比
サポート	.094	1.183
ネットワーク	.025	1.020
年齢	.020	.980
教育年数	.043	1.052
性	.310	1.528
就労状態	.339	.823
主観的健康感	.358	1.491
自覚症状	.037	1.017
慢性疾患数	.135	1.212
ADL-IADL	.227	.682
定数項	1.587	
モデル χ^2 (df=10)		18.030

*P<.05 **P<.01

表5-7-5 ショートステイサービス

	ロジスティック回帰係数	優比
サポート	.065	1.076
ネットワーク	.018 *	1.040
年齢	.015	.975
教育年数	.031 *	1.073
性	.224 *	1.650
就労状態	.238 *	.575
主観的健康感	.258	1.352
自覚症状	.026	.971
慢性疾患数	.096 *	1.222
ADL-IADL	.201	.909
定数項	1.220	
モデル χ^2 (df=10)		36.846**

*P<.05 **P<.01

表5-7-2 食事サービス

	ロジスティック回帰係数	優比
サポート	.094	1.150
ネットワーク	.025	1.010
年齢	.020	.965
教育年数	.043 *	1.092
性	.314 **	2.672
就労状態	.335	.707
主観的健康感	.363	.888
自覚症状	.036	.968
慢性疾患数	.129	1.075
ADL-IADL	.294	1.180
定数項	1.680	
モデル χ^2 (df=10)		25.141**

表5-7-6 訪問看護サービス

	ロジスティック回帰係数	優比
サポート	.085	1.108
ネットワーク	.024	.982
年齢	.018 *	.963
教育年数	.040	1.051
性	.290	1.573
就労状態	.332	1.242
主観的健康感	.321	1.060
自覚症状	.033	.998
慢性疾患数	.112	.941
ADL-IADL	.214	.848
定数項	1.529	
モデル χ^2 (df=10)		18.030

表5-7 社会関係と在宅福祉サービスの認知度との関連（ロジスティック回帰分析の結果）

表5-7-3 デイサービス

	ロジスティック回帰係数	優比
サポート	.066	1.040
ネットワーク	.018 *	1.047
年齢	.015 *	.964
教育年数	.031 *	1.069
性	.225 *	1.765
就労状態	.241	.643
主観的健康感	.258	1.327
自覚症状	.026	.990
慢性疾患数	.094	1.049
ADL-IADL	.204	1.191
定数項	1.219	
モデルX ² (df=10)		37.789**

*P<.05 **P<.01

表5-7-7 在宅介護支援センター

	ロジスティック回帰係数	優比
サポート	.065	1.073
ネットワーク	.018	1.026
年齢	.014 *	.971
教育年数	.031	.999
性	.225	1.057
就労状態	.242	1.089
主観的健康感	.255	1.152
自覚症状	.026	.972
慢性疾患数	.094	1.088
ADL-IADL	.205	1.150
定数項	1.214	
モデルX ² (df=10)		12.999

*P<.05 **P<.01

表5-7-4 ホームヘルプサービス

	ロジスティック回帰係数	優比
サポート	.103	1.081
ネットワーク	.028	1.023
年齢	.021 *	.953
教育年数	.047	1.055
性	.342 *	2.247
就労状態	.388	.941
主観的健康感	.383	1.023
自覚症状	.038	.968
慢性疾患数	.134	1.045
ADL-IADL	.236	.788
定数項	1.778	
モデルX ² (df=10)		22.444*

*P<.05 **P<.01

あとがき

本論を完成させるにあたっては、多くの方々のご指導・ご助言を頂いた。ここに記して心より感謝の意を表したい。

まず、指導教授として、幾度となく貴重な時間を割いてくださり、時にはデータ分析を手伝って下さり、叱咤激励して下さり、熱心に筆者をご指導して下さった日本社会事業大学大学院の前田大作教授に深く感謝を申し上げたい。

また、筆者の大学院での研究を影で支えてくださり、何よりも暖かく励まして下さった副専攻指導教授の高沢武司教授、また、大学院研究科長の大橋謙策教授には感謝の意を表したい。

さらに、筆者が日本社会事業大学院博士後期課程に入学することを快く認めて下さり、研究の環境を整えて下さった清重尚弘ルーテル学院大学学長をはじめ、ルーテル学院大学の上司・同僚の方々には心から感謝を申し上げたい。特に、筆者が所属する社会福祉学科の西原雄治郎学科長、市川一宏学科長代理、前田ケイ教授、大谷リツ子教授、福山和女助教授、加藤助教授、原島 博専任講師には心からお礼を申し上げたい。論文を仕上げるに際して、授業やその他の校務で多大な迷惑をおかけしたからである。これら同僚の先生方のご理解、ご協力、励ましによって筆者は支えられた。前田ケイ教授には、論文作成に際して、公私ともお世話になった。この場をお借りしてお礼を申し上げたい。

また、「高齢者の社会心理学的研究」プロジェクトの共同研究者であり、本論でデータを用いることを許可して下さった、小川全夫教授(山口大学)、富田輝司教授(日本福祉大学)、宮本益治助教授(東海学園女子短期大学)、和気康太助手(日本社会事業大学社会事業研究所)の方々には感謝を申し上げたい。これらの共同研究者の協力なくしてはデータを集めることができなかった。また、同じ共同研究者であるDr. James Lubben教授(カリフォルニア大学ロスアンゼルス校社会福祉大学院)にもこの場をお借りして感謝申し上げたい。さらに、三鷹市での調査の際には、筆者の調査協力者として手となり足となって協力下さった、渋谷田鶴子氏(UCLA社会福祉大学院)、西川ハンナ氏(日本社会事業大学大学院前期博士課程)、田部英子氏にも感謝したい。

最後に、筆者の関西学院大学大学院の先輩であり、日本社会事業大学大学院では同級生である中谷陽明氏は、筆者をつねに励まし、叱咤激励して下さり、また具体的にコンピュ

一タの使用方法などを指導して下さった。心から感謝したい。また、東京都老人総合研究
社会福祉室長であり、また同級生でもある中野いく子氏は、筆者を研究生として迎えて下
さり、自由に研究できる場を備えて下さった。その他、都老研保健社会学室の杉澤秀博氏
には特に感謝したい。筆者の研究に際して多くのご助言やご指導を頂いた。

本論は、筆者の社会福祉事業大学大学院後期博士過程での3年間の研究の集大成である。
本論は、高齢者の社会関係に関する基礎的な知見を深めることを目的として論述を進めて
きたが、これが社会福祉分野における社会関係研究の発展に貢献するものであることを、
心から願う。

なお、本研究は、財団法人 長寿科学振興財団の長寿科学総合研究事業、厚生科学研究費
補助金を受けた。

1996年11月

石川 久展

補遺

三鷹市調査表

はじめに

この調査は、三鷹市にお住まいの60歳以上の方々から、生活状態、健康状態などをおうかがいするための調査であり、日本ルーテル神学大学社会福祉学科と三鷹市との共催で行う調査です。従って、みなさまのお宅に日本ルーテル神学大学の学生が調査員として参りますが、どうかよろしく御協力ください。（この調査は個人の秘密を守り、上記の目的以外には使用致しませんので、正しくお答え下さい）

なお、この調査は、日本とアメリカの高齢者について比較研究する学術調査の一環であり、厚生省の長寿科学振興基金の助成を受けております。

調査主体

三鷹市健康福祉部
高齢化対策室
日本ルーテル神学大学
社会福祉学科

秘密厳守：

もし回答したくない質問があった場合は遠慮なくおっしゃって下さい。そうすれば、次の質問に進むようになります。

回答者番号

名 前

住 所

電話番号

面 接 日

面接開始時間 午前／午後

面接終了時間 午前／午後

面接所要時間 分

面 接 者

回答不能の理由： 1 転居 2 入院 3 入所 4 長期不在 5 痴呆
6 寝たきり 7 死去 8 拒否
9 その他（詳しく）

A 1 現在、何歳ですか？ 年齢 歳

[昭和10年10月1日以前の出生なら回答者として適格]

A 2 性別 [質問せずに記入]

男 1

女 2

A 3 現在、結婚していますか？

既婚 1 [再婚含む]

死別 2

離婚／別居 3

未婚 4

その他 (詳細に：) 5

A 4a 学校教育を受けましたか？

はい 1 [bへ]

いいえ 2

b 何年間、学校教育を受けましたか？

[学校教育を受けていない＝0、小学校＝1－6、高等小学校＝8

旧制中学校・高等女学校 (専門学校)＝9、

高等学校 (旧制高等専門学校含む)＝10－12、

大学あるいはそれ以上＝13－25]

合計年数： 年

A 5b あなたは三鷹市の生まれですか、それとも他所のご出身ですか？

生まれたときから 1

生まれたのはここだがよそに出ていた 2

よその生まれで、ここに来た 3

H 1 あなたは、今働いていますか？ [一つだけ選ぶこと]

はい (現役で働いている) 1 [H2aへ移る]

いいえ 2 [H3へ]

H 2a あなたは現在どのような仕事をしていますか？

農業・林業・漁業自営業 1 販売・サービス職 6

商工サービス自営業 2 運転・製造・組立・修理・建設職 7

雇用している経営者 3 公務員 8

専門・技術職 4 その他 9

一般事務職 5 (具体的に) 10

H 3 [H1でいいえと答えた方にうかがいます] あなたは今に挙げる状態のどれに当てはまりますか？

仕事からはすっかり引退した 1

一応引退したが少しは働いている 2

失業中である 3 [I 1へ]

主婦などのため収入のある仕事をしてない 4 [I 1へ]

3a1 あなたは引退前はどのような仕事をしていましたか？

- | | | | |
|-------------|---|-----------------|---|
| 農業・林業・漁業自営業 | 1 | 販売・サービス職 | 6 |
| 商工サービス自営業 | 2 | 運転・製造・組立・修理・建設職 | 7 |
| 雇用している経営者 | 3 | 公務員 | 8 |
| 専門・技術職 | 4 | その他 | 9 |
| 一般事務職 | 5 | (具体的に) |) |

3a2 あなたは仕事を何度変えられましたか？ 回

3a3 あなたが仕事をやめた主な理由は次のどれですか？

- | | |
|--------------------|---|
| 健康上の理由 | 1 |
| 定年 | 2 |
| もう働きたくなかったから | 3 |
| 子供達への援助の必要がなくなったから | 4 |
| その他(具体的に) | 5 |

3b あなたはどのくらい真剣に老後に備えられましたか？

- | | |
|---------------|---|
| 綿密に準備した | 1 |
| ある程度準備した | 2 |
| あまり／全然準備しなかった | 3 |

3c その時家族はどうでしたか？あなたといっしょに真剣に考えられましたか？

- | | |
|---------------|---|
| 綿密に準備した | 1 |
| ある程度準備した | 2 |
| あまり／全然準備しなかった | 3 |

3d あなたが仕事から引退してからどのくらいになりますか？

- | | |
|-------|---|
| 10年以上 | 1 |
| 5年以上 | 2 |
| 3年以上 | 3 |
| 2年以上 | 4 |
| 1年以上 | 5 |
| 1年未満 | 6 |

3e もし、あなたに適した仕事があったらもう一度働きたいと思いますか？

- | | |
|-----|---|
| はい | 1 |
| いいえ | 2 |

I 1 現在のあなた（ならびにあなたの配偶者）の収入源は何ですか？〔以下の項目を順次読み上げて、回答をたしかめること。複数回答可。〕

	あ る	な い
1) 仕事からの収入	1	2
2) 同居の息子あるいは息子夫婦からの援助	1	2
3) 別居している息子あるいは息子夫婦からの援助	1	2
4) 同居の娘あるいは娘夫婦からの援助	1	2
5) 別居している娘あるいは娘夫婦からの援助	1	2
6a) 公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金・恩給・障害者年金）	1	2
6b) 私的年金（企業年金）	1	2
7) 貸家、貯金、配当などの資産からの収入	1	2
8) 証券や不動産の売買からの収入	1	2
9) 他の親族からの援助や、その他の収入	1	2
10) 生活保護費	1	2
11) 農産物や水産物といった現物の収穫や分配	1	2

〔I1でひとつ以上、「ある」の回答があった場合、I2へ そのほかはI3へ〕

I 2 あなたの世帯収入の中で最も大きな割合を占めるものは次のどれですか？

自分の仕事からの収入	1
同居している息子あるいは息子夫婦からの援助	2
別居している息子あるいは息子夫婦からの援助	3
同居している娘あるいは娘夫婦からの援助	4
別居している娘あるいは娘夫婦からの援助	5
公的年金	6
私的年金	7
貸家、貯金、配当などの資産からの収入	8
証券や不動産の売買からの収入	9
他の親族からの援助や、その他の収入	10
生活保護費	11
わからない	12

I 3 あなたは日々の生活を送るのに十分なお金を持っていると思いますか？

実際に必要とするよりかなり多く持っている	1
実際に必要とするよりやや多く持っている	2
ちょうど十分である	3
必要とするより少し足りない	4
必要とするよりかなり足りない	5
わからない	6

I 4 思いがけない出費のことを考えて、心配になることがありますか？

かなり心配がある	1
少し心配がある	2
あまり／まったく、心配はない	3

次に、あなたの健康についてお尋ねします。

C1 全般的にいて、あなたの現在の健康状態は、いかがですか。

- 全く健康 1
- かなり健康 2
- あまり健康でない 3
- 全く健康でない 4

C3a あなたは以下のような病気を持っていますか？

[下記の 1) から11) を、一項目づつ、括弧内の説明をつけながら読みあげること]

b [「はい」という答の場合には、次の質問をすること] あなたは医者からその病気にかかっていると言われたことがあるのですか？

	a かかっている？		b 医者にいわれた？	
	はい	いいえ	はい	いいえ
1) 高血圧	1	2	1	2
2) 心臓病	1	2	1	2
3) 脳卒中	1	2	1	2
4) 糖尿病	1	2	1	2
5) 慢性呼吸器疾患（気管支炎・肺気腫、肺結核を含む）	1	2	1	2
6) 慢性肝臓疾患	1	2	1	2
7) 慢性腎臓病	1	2	1	2
8) 泌尿器感染症（腎盂炎を含む）	1	2	1	2
9) 関節炎（リュウマチなど）	1	2	1	2
10) 骨粗鬆症（こつそしょうしょう、年をとって骨が弱くなる病気）	1	2	1	2
11) 胃腸関係の疾患	1	2	1	2
12) その他（具体的に)	1	2	1	2

C 4 過去1 年間に、以下のような症状がありましたか？その頻度でお答えください。

	よくある	季節・時期によつてある	たまにある	滅多にない	全くない
4) 息切れ	1	2	3	4	5
5) 胃の痛み	1	2	3	4	5
6) 頭痛	1	2	3	4	5
7) めまい／ふらつき	1	2	3	4	5
10) 睡眠障害（なかなか寝むれない、眠りが浅い、すぐ目が覚める	1	2	3	4	5
11) 関節の硬直／腫れ	1	2	3	4	5
13) 便秘	1	2	3	4	5
14) 腰痛、手足が痛い	1	2	3	4	5
15) もの忘れ	1	2	3	4	5
16) その他（具体的に)	1	2	3	4	5

C 6 過去一年間に、健康上の問題で、仕事や家事や家族旅行ができなかったなどの経験がありますか。

- 全然ない 1
- すこしあった 2
- かなりたくさんあった 3

C 9 過去 1 年間を振り返ってみると、通院はどの程度されましたか？

- 週に 4 回以上 1
- 週に 2 ～ 3 回 2
- 週に 1 回 3
- 月に 2 ～ 3 回 4
- 月に 1 回以下 5
- 通院していない 6

C11a あなたの現在の体重は？ [不明=999]

体重(kg):

b 身長は？ [不明=999]

身長(cm):

C12 視力（目）はどうですか（メガネ、コンタクトレンズを使用して）？

- 大変よく見える 1
- よく見える 2
- 日常生活に支障がない程度 3
- 細かい字などが読みにくい 4
- ほとんど／全く見えない 5

C13 聴力（耳）はどうですか（補聴器を使って）？

- 大変よく聞こえる 1
- よい聞こえる 2
- 日常生活に支障がない程度 3
- 高い音などが聞こえにくい 4
- ほとんど／全く聞こえない 5

C14 あなたの歯は固い肉やリンゴのような食物を十分に噛みくだけますか（入れ歯を使って）？

- 歯は弱っている 1
- 歯は丈夫である 2

C18a 過去一年間、医者に行くべきだと思ったのに行かなかったことがありますか？

- はい 1 [bの質問へ]
- いいえ 2 [C25に移る]

b 何故行かなかったのですか？

[答を読まないでください。答を聞いて以下より相応するものを選んでください。複数回答。]

	はい	いいえ
1) 健康保険や医療費支払上の問題で（経済問題）	1	2
2) 交通手段やそのための費用の問題で	1	2
3) 待ち時間が長すぎるので	1	2
4) 付き添いがいないので	1	2
5) 医者に行くことが嫌い	1	2
6) 親戚／友人が医者に行かないように言ったから	1	2
7) 行くのがおっくうだったから	1	2
8) 具合が悪すぎたから	1	2
9) 我慢した	1	2
10) 忙しすぎた	1	2
11) その他、具体的に：	1	2

C25 あなたは現在、薬（ビタミン・漢方を含む）を飲んでいますか？

はい	1	[a,b,cの質問へ]
いいえ	2	[C27へ移る]

a その薬は、病院や医者からもらったものですか？

はい	1
いいえ	2

b 病院や医者からもらった以外の薬を飲んでいますか（ビタミンを含む）？

はい	1
いいえ	2

c 病院や医者での治療以外に、針・灸・マッサージなどの民間療法をしていますか？

はい	1	[SQの質問へ]
いいえ	2	

SQ それは具体的にはどういうものですか
具体的に：

C27 あなたは、健康診断を受けたことがありますか？

はい	1	[a、b、cの質問へ]
いいえ	2	[C29へ移る]

a 健康診断を受けるようになってから何年くらいになりますか？

継続して受けるようになってから	年になる	1	[b、cともに質問]
途中で止めたこともあるが最近	年は受けている	2	[b、cともに質問]
年くらいは続けて受けたが最近	は受けていない	3	[bのみ質問]

b あなたが健康診断に行ったのは一番最近ではどれくらい前のことですか？

- 1 年以内 1
- 1 年以上 2 年以内 2
- 2 年以上前 3

c どのくらいの間隔で受けていますか？

- 6 ヶ月ごと 1
- 1 年に 1 度 2
- 1 年に 1 度より少ない 3
- 特に決めていない 4

C29 あなたは新聞や雑誌で健康に関する記事を読むことがどれくらいありますか？

- いつも読む 1
- 時どき読む 2
- あまり読まない 3

C30 あなたはテレビやラジオの健康に関する番組を見たり、聞いたりすることがどれくらいありますか？

- いつもみたり、聞いたりする 1
- 時どきみたり、聞いたりする 2
- あまりみない、聞かない 3

C31 あなたは健康を保つための方法について、友人と話し合うことがどれくらいありますか？

- いつも話し合っている 1
- 時どき話し合っている 2
- あまり話し合わない 3

C32 あなたはお酒類をどれくらい飲んでいますか？

- 毎日日本酒にして 3 合（ビール大瓶なら 3 本
ウイスキーダブルなら 3 杯）以上飲んでいる 1
- 晩酌程度で毎日飲んでいる 2
- 週に 2 日以上飲まない日がある 3
- 宴会などの時を除いて飲まない 4
- ほとんど／全く飲まない 5 [C38へ移る]

C34 あなたは、お酒をやめるべきだと考えたことがありますか？

- はい 1
- いいえ 2

C35 酒を飲むことについて、まわりからとやかく言われて不愉快な思いをしたことがありますか？

- はい 1
- いいえ 2

C36 あなたはお酒を飲むことが悪いとか、あるいはやましいと感じたことがありますか？

はい 1 いいえ 2

C37 迎え酒をしたり、朝から気分をやわらげるために酒を飲んだことがありますか？

はい 1 いいえ 2

C38 タバコを吸いますか、あるいは過去に吸っていましたか？

現在吸っている 1
以前吸っていたことがある 2
吸ったことがない 3 [C41へ移る]

C39 何年タバコを吸っています（吸っていました）か？

年数 年

C40 あなたは、現在平均一日に何本タバコを吸いますか、あるいは過去に平均一日何本タバコを吸いましたか？

(1箱=20本) 本数 本

C41 毎朝、朝食を食べますか？

あまり食べない 1
時々食べる 2
ほとんど毎日食べる 3
毎日食べる 4

C42 どのぐらい間食や夜食をされますか？

毎日 1
ほとんど毎日 2
時々 3
減多に 4

C43 昼寝、仮眠も含めて、毎日何時間くらい寝ていますか？

時間数： 時間

D 1 次に、日常生活についてお尋ねします。あなたご自身がなさっている活動についてお答えください。

a あなたは、「自分だけで・・・する」ことができますか？
[表側の項目をたずねてください。たとえば「自分だけで買い物をすることができますか？」というように聞いてください。]

全く自分で 自分だけだと 自分だけだと 自分だけでは やったこと
できる 少し困難 かなり困難 無理 がない

- 1) 買い物する 1-----2-----3-----4-----5
- 4) 体を洗う 1-----2-----3-----4-----5
- 6) 200～300メートルの距離を歩く 1-----2-----3-----4-----5
- 8) 一人でバスや電車を使って外出する 1-----2-----3-----4-----5
- 12) 室内を歩く 1-----2-----3-----4-----5
- 13) 皿洗いや掃除 布団をしく等の家事をする 1-----2-----3-----4-----5
- 14) 調理をする 1-----2-----3-----4-----5
- 15) 入浴する 1-----2-----3-----4-----5
- 20) トイレに行く 1-----2-----3-----4-----5
- 22) 椅子に座った姿勢から立ち上がる 1-----2-----3-----4-----5

b あなたは、いま伺ったような日常生活を、この 1 カ月の間に誰からか手伝ってもらったことがありますか？手伝ってくれた方を教えて下さい。[項目を読み上げて、いくつでも当てはまる番号に○をつけて下さい。]

- | | | | | | |
|-------|---|------|---|---------|--------|
| 配偶者 | 1 | 婿 | 5 | 友人・近所の人 | 9 |
| きょうだい | 2 | 嫁 | 6 | ヘルパー | 10 |
| 息子 | 3 | 孫 | 7 | ボランティア | 11 |
| 娘 | 4 | 他の親族 | 8 | その他 | 12 () |

D 3 どのくらい運動（体操、ゲートボール、散歩、ジョギングなど）をしていますか？

運動はしていない	1	[J 6へ]
月に1回程度	2	[J 6へ]
月に2～3回	3	[J 6へ]
1週間に1回	4	[J 6へ]
1週間に2～3回	5	
1週間に4回かそれ以上	6	

a 運動する場合の時間は、20分以上ですか？

はい [bへ]	1
いいえ	2

b 定期的に運動するようになってどれくらいになりますか？

年数 年

J 6 あなたは次のような活動に参加したことがありますか？

	は	い	いいえ		は	い	いいえ
a ダンス、おどりなど	1	---	2	i ボランティア活動への参加	1	---	2
b 碁、将棋、マージャン トランプなど	1	---	2	j 宗教活動	1	---	2
c 競馬、競輪など のギャンブル	1	---	2	k ゴルフ	1	---	2
c2 パチンコ	1	---	2	l テニス	1	---	2
d 釣り	1	---	2	12 ゲートボール	1	---	2
e 園芸	1	---	2	m 友人や親族を訪問する	1	---	2
f 生け花	1	---	2	n 陶芸や木彫、裁縫など 物を造る	1	---	2
g 旅行	1	---	2	o 老人大学、老人クラブ など	1	---	2
h 楽器の演奏や歌を歌う (カラオケを含む)	1	---	2	P その他 (具体的に)	1	---	2

次に、あなたのご家族や親族の方々についてお伺いします。

B1a 一緒に住んでいる方の続柄とその人数をお教え下さいますか？

1) 両親	人
2) きょうだい	人
3) 息子	人
4) 娘	人
5) むこ、嫁	人
6) 孫	人
7) 他の近い親戚	人
8) 配偶者	人

[上の質問への答をもとに、この世帯の世帯員数、生計中心者、世帯類型を下記に記入してください。わからない場合は、後の追加質問して記入してください。]

d 同居している世帯員はみんなで何人ですか？

人

e 主な家計収入を得ている人はどなたですか？（回答者本人からみた続柄）

f 世帯員の年齢と結婚されているかどうかをお聞かせください。（世帯類型を下記の項目から選んで一つに○をつける）

- | | |
|----------------------------------|---|
| 老人単独世帯（65歳以上） | 1 |
| 老人夫婦のみの世帯（夫が65歳以上で、妻が60歳以上） | 2 |
| 老人と未婚の子のみの世帯（2世代世帯） | 3 |
| （未婚の子は複数いてもよい） | |
| 老人と既婚の子のみの世帯（孫のいない2世代世帯） | 4 |
| （ほかに未婚の子が同居していてもよい） | |
| 老人と既婚の子と孫（3世代世帯） | 5 |
| （ほかに未婚の子が同居していてもよい） | |
| その他（この場合は、本人を含め同居している人たちの属性 | 6 |
| を下に列記してください。） | |
| （例：本人、本人の妻、男の子、男の子の妻、孫3人、未婚の娘、姪） | |
-

b お宅から片道1時間以内のところに住んでいる家族や親戚がおられますか？

- | | |
|-----------|---|
| 1) 両親 | 人 |
| 2) きょうだい | 人 |
| 3) 息子 | 人 |
| 4) 娘 | 人 |
| 5) むこ、嫁 | 人 |
| 6) 孫 | 人 |
| 7) 他の近い親戚 | 人 |
| 8) 配偶者 | 人 |

c 月に少なくとも一度話したり、手紙を書いたりする家族や親戚がおられますか？

- | | |
|-----------|---|
| 1) 両親 | 人 |
| 2) きょうだい | 人 |
| 3) 息子 | 人 |
| 4) 娘 | 人 |
| 5) むこ、嫁 | 人 |
| 6) 孫 | 人 |
| 7) 他の近い親戚 | 人 |
| 8) 配偶者 | 人 |

B 2 配偶者以外で、あなたの最も親しい家族や親戚を一人あげてください。（続柄 ）

S Q その方についてお伺いします。あなたはどのぐらいの割合でその人と会ったり連絡をしていますか？

- 月 1 回より少ない 1
- 月 1 回 2
- 月に 2－3 回 3
- 週 1 回 4
- 週 2－3 回 5
- 毎日 6

B 3 配偶者も含めて、お互い気軽に個人的なことを話したり、助け合ったりできている家族や親戚は、何人くらいおられますか？ [世帯数ではなく個人の数で聞いてください。10人かそれ以上の時は、10と記入]

人数： 人

B 4 お互い気軽に個人的なことを話せると感じている友人や隣人が何人くらいおられますか？
[10人かそれ以上のときは、10 と記入]

人数： 人

B 5 あなたは 1 ヶ月の間に少なくとも会ったり、消息を聞いたりする友人や隣人は何人くらいおられますか？
[10人かそれ以上のときは、10 と記入]

人数： 人

B 6 あなたの最も親しい友人または隣人を一人思い浮かべてください。その方について答えて下さい。あなたはその人とどのぐらいの割合で会ったり、連絡を取ったりしますか？

- 月 1 回より少ない 1
- 月 1 回 2
- 月に 2－3 回 3
- 週 1 回 4
- 週 2－3 回 5
- 毎日 6

次に、ご家族、親戚、友人や隣人と間のお互いの世話や援助についてお伺いします。

B 7 あなたは大切なことを決める時に、ほかの人によく相談していますか？

いつでも相談 している	かなり相談 している	時どきは相 談している	あまり相談 できない	相談しない	相談したく ない	無回答
1	2	3	4	5	6	7

B 8 ほかの人が、大切なことを決める時に、あなたに相談することがよくありますか？

いつでも相談 を受ける	かなり相談 を受ける	時どきは相 談を受ける	あまり相談 を受けない	相談を受け ない	相談を受け たくない	無回答
1	2	3	4	5	6	9

B 9a あなたは家族・親戚のために、買い物、料理、家の修理、掃除、子供の世話、代筆などの仕事をどのくらい手伝っていますか？

いつも 手伝っている	かなり手伝 っている	時々手伝 っている	あまり 手伝わない	手伝わ ない	さしでがましい ことはしない	無回答
1	2	3	4	5	6	9

b あなたは友人や隣人のために、買い物、料理、家の修理、掃除、子供の世話、代筆などの仕事をどのくらい手伝っていますか？

いつも 手伝っている	かなり手伝 っている	時々手伝 っている	あまり 手伝わない	手伝わ ない	さしでがましい ことはしない	無回答
1	2	3	4	5	6	9

B 10a あなたはあなたの家族（配偶者、子供、むこ・嫁、孫）が落ち込んでいる時、慰めたり、元気づけたりしますか？

いつでも する	かなり する	時どきは する	あまり しない	全く しない	そしらぬふり をする	無回答
1	2	3	4	5	6	9

b 親せき（直接の家族以外）についてはどうですか？

いつでも する	かなり する	時どきは する	あまり しない	全く しない	そしらぬふり をする	無回答
1	2	3	4	5	6	9

c 友人または隣人についてはどうですか？

いつでも する	かなり する	時どきは する	あまり しない	全く しない	そしらぬふり をする	無回答
1	2	3	4	5	6	9

B 11a あなたや、あなたの配偶者は子供、むこ・嫁、孫にどのくらい経済的援助をしていますか？

非常に援助 している	かなり援助 している	幾らか援助 している	あまり援助 していない	全く援助 しない	援助関係 はない	無回答
1	2	3	4	5	6	9

b あなたの親せき（配偶者、子供、むこ・嫁、孫を除く）に対してはどうか？

非常に援助 している	かなり援助 している	幾らか援助 している	あまり援助 していない	全く援助 しない	援助関係 はない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

c あなたの友人あるいは隣人に対してはどうか？

非常に援助 している	かなり援助 している	幾らか援助 している	あまり援助 していない	全く援助 しない	援助関係 はない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

次に、あなたが家族、親戚、友人、隣人などから受けているいろいろな援助についてお伺いします。

B12a 配偶者は、あなたの心配事や問題について、よく話を聞いてくれますか？

非常によく 聞いてくれる	かなり聞い てくれる	幾らか聞い てくれる	あまり聞い てくれない	全く聞い てくれない	聞いてもら うとは思わ ない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

b1 子供・孫は、どうですか？

非常によく 聞いてくれる	かなり聞い てくれる	幾らか聞い てくれる	あまり聞い てくれない	全く聞い てくれない	聞いてもら うとは思わ ない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

b2 むこ・嫁は、どうですか？

非常によく 聞いてくれる	かなり聞い てくれる	幾らか聞い てくれる	あまり聞い てくれない	全く聞い てくれない	聞いてもら うとは思わ ない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

c 親類は、どうですか？

非常によく 聞いてくれる	かなり聞い てくれる	幾らか聞い てくれる	あまり聞い てくれない	全く聞い てくれない	聞いてもら うとは思わ ない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

d 友人・隣人は、どうですか？

非常によく 聞いてくれる	かなり聞い てくれる	幾らか聞い てくれる	あまり聞い てくれない	全く聞い てくれない	聞いてもら うとは思わ ない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

B14a あなたが病気になった時、配偶者はどのくらい頼りにできますか？

非常に頼 りになる	かなり頼 りになる	幾らか頼 りになる	あまり頼りに ならない	全く頼りに ならない	頼りにしよう とは思わない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

b1 子供・孫は、どうですか？

非常に頼 りになる	かなり頼 りになる	幾らか頼 りになる	あまり頼りに ならない	全く頼りに ならない	頼りにしよう とは思わない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

b2 むこや嫁は、どうですか？

非常に頼 りになる	かなり頼 りになる	幾らか頼 りになる	あまり頼りに ならない	全く頼りに ならない	頼りにしよう とは思わない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

c 親類は、どうですか？

非常に頼 りになる	かなり頼 りになる	幾らか頼 りになる	あまり頼りに ならない	全く頼りに ならない	頼りにしよう とは思わない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

d 友人・隣人は、どうですか？

非常に頼 りになる	かなり頼 りになる	幾らか頼 りになる	あまり頼りに ならない	全く頼りに ならない	頼りにしよう とは思わない	無回答
1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	9

[上のa,b,c,dの質問に1または2に該当する回答をした人には、B15の質問をすること。
それ以外の回答の人には、B16の質問に移ること]

B15 (病気の時、頼りにできる人がいる場合) その中で一番頼りにできるのは誰ですか？ 二番目に頼りにできるのは誰ですか？ [続柄のみを下記の続柄コードから選んで記入のこと。]

- a 一番頼りにできる人：
- b 二番目に頼りにできる人：

続柄コード

誰もいない	1	娘	5	他の親類	9
配偶者	2	むこ	6	友人・隣人	10
きょうだい	3	嫁	7	その他	11
息子	4	孫	8	(具体的に：)

B16a あなたが経済的に困った時、子供や孫からどのくらい金銭的援助を期待できますか？

非常に期待 できる	かなり期待 できる	幾らか期待 できる	あまり期待 できない	全く期待 できない	頼りにしよう と思わない	無回答
1	2	3	4	5	6	9

b 親類は、どうですか？

非常に期待 できる	かなり期待 できる	幾らか期待 できる	あまり期待 できない	全く期待 できない	頼りにしよう と思わない	無回答
1	2	3	4	5	6	9

c 友人・隣人は、どうですか？

非常に期待 できる	かなり期待 できる	幾らか期待 できる	あまり期待 できない	全く期待 できない	頼りにしよう と思わない	無回答
1	2	3	4	5	6	9

B18a あなたは、配偶者から冷たくあしらわれていると感じることがありますか？

非常に感じる ことがある	かなり感じる ことがある	幾らか感じる ことがある	あまり感じる ことがない	全く感じる ことがない	無回答
1	2	3	4	5	9

b1 子供・孫からはどうですか？

非常に感じる ことがある	かなり感じる ことがある	幾らか感じる ことがある	あまり感じる ことがない	全く感じる ことがない	無回答
1	2	3	4	5	9

b2むこ・嫁からはどうですか？

非常に感じる ことがある	かなり感じる ことがある	幾らか感じる ことがある	あまり感じる ことがない	全く感じる ことがない	無回答
1	2	3	4	5	9

c 親類からはどうですか？

非常に感じる ことがある	かなり感じる ことがある	幾らか感じる ことがある	あまり感じる ことがない	全く感じる ことがない	無回答
1	2	3	4	5	9

d 友人・隣人からはどうですか？

非常に感じる ことがある	かなり感じる ことがある	幾らか感じる ことがある	あまり感じる ことがない	全く感じる ことがない	無回答
1	2	3	4	5	9

依存しない

B19 あなたは家族に~~面倒をかける~~よう気をつかうことがありますか。

非常に かなり気を 幾らか気を あまり気を 全く気を 一人暮らしで 無回答
 気をつかう つかう つかう つかわない つかわない 家族はいない
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----9

E7 あなたはこれまでに息子の嫁との間（いわゆる嫁姑の関係）がこじれた経験がありますか？

は い 1 [b、cへ移る]
 いいえ 2 [cへ移る]
 息子の嫁はいない 9 [cへ移る]

b そのこじれは何が主な原因ですか？ ひとつだけ選んでください。

生活習慣の不一致 1
 性格の不一致 2
 価値観の違い 3
 役割の侵害 4
 プライバシーの侵害 5
 その他（具体的に） 6

c うまく関係を保つためにどのように工夫されていますか？

1) 自分が我慢をしている はい 1 いいえ 2
 2) 相手が我慢をしている はい 1 いいえ 2
 3) 自分が無関心を装っている はい 1 いいえ 2
 4) 相手が無関心を装っている はい 1 いいえ 2
 5) 自分が気配りしている はい 1 いいえ 2
 6) 相手が気配りしている はい 1 いいえ 2
 7) 自分が率直に振る舞うよう
 にしている はい 1 いいえ 2
 8) 相手が率直に振る舞うよう
 にしている はい 1 いいえ 2

S1 あなたは、次の福祉サービスについて知っていますか。

は い いいえ
 1) 入浴サービス 1-----2
 2) 配食・食事サービス 1-----2
 3) デイサービス、デイケアサービス 1-----2
 4) ホームヘルパーの派遣 1-----2
 5) ショートステイサービス（短期入所） 1-----2
 6) 訪問看護 1-----2
 7) 在宅介護支援センター 1-----2

S 2 あなたは、次の福祉サービスを利用されていますか。もし、利用されているのなら、いつ頃から利用をはじめましたか。

	は	い	いいえ	開始時期
1) 入浴サービス	1	-----	2	昭和・平成 年 月
2) 配食・食事サービス	1	-----	2	昭和・平成 年 月
3) デイサービス、デイケアサービス	1	-----	2	昭和・平成 年 月
4) ホームヘルパーの派遣	1	-----	2	昭和・平成 年 月
5) 訪問看護	1	-----	2	昭和・平成 年 月
6) ショートステイサービス（短期入所）	1	最近3ヶ月以内に利用したことがある （現在利用中を含めて）		
	2	（3ヶ月以上前で）6ヶ月以内に利用したことがある		
	3	（6ヶ月以上前で）1年以内に利用したことがある		
	4	1年以上前に利用したことがある		
	9	利用したことはない		
7) 在宅介護支援センター	1	最近3ヶ月以内に利用したことがある （現在利用中を含めて）		
	2	（3ヶ月以上前で）6ヶ月以内に利用したことがある		
	3	（6ヶ月以上前で）1年以内に利用したことがある		
	4	1年以上前に利用したことがある		
	9	利用したことはない		

S3a S 2 のサービスを受けている方をご存じですか。

- 1) はい
2) いいえ 【S4へ】

S3b S 2 のサービスを受けておられる方はどなたですか。

	は	い	いいえ
1) 配偶者	1	-----	2
2) 親戚	1	-----	2
3) 友人	1	-----	2
4) 隣人	1	-----	2

S3c その方の受けているサービスは何ですか。

	は	い	いいえ
1) 入浴サービス	1	-----	2
2) 配食・食事サービス	1	-----	2
3) デイ、デイケアサービス	1	-----	2
4) ホームヘルパーの派遣	1	-----	2
5) ショートステイサービス（短期入所）	1	-----	2
6) 訪問看護	1	-----	2
7) 在宅介護支援センター	1	-----	2

S 4 ホームヘルパーの派遣についてどのように考えておられますか。

- 1) 現在利用している
- 2) すぐにでも利用したい
- 3) 今後必要になったら利用したい
- 4) 利用したいと思わない
- 5) その他（具体的に）_____

F1 あなたは、この1週間に、次にあげるような気持ちになったことが、どの程度ありましたか。これは日米比較のためにどなたにもおたずねしている質問です。

	そういうことは ほとんどなかった (1週間に1回)	時々あった (1週間に3,4回)	よくあった ずーとあった (1週間に5,6回)	わからない
1) 普段は気にかからないことが 気になった	1-----	2-----	3-----	4
2) 食欲がなかった	1-----	2-----	3-----	4
3) 家族や友人が励ましてくれて も憂うつな気分を振り払えな かった	1-----	2-----	3-----	4
4) 自分のしていることに神経を 集中できなかった	1-----	2-----	3-----	4
5) 憂うつだった	1-----	2-----	3-----	4
6) 普段なら何でもないことをす るのがおっくうだった	1-----	2-----	3-----	4
7) 自分のこれまでの人生は失敗 だと思った	1-----	2-----	3-----	4
8) こわいと感じることがあった	1-----	2-----	3-----	4
9) よく眠れなかった	1-----	2-----	3-----	4
10) うれしいと感じた	1-----	2-----	3-----	4
11) いつもよりも口数が 少なかった	1-----	2-----	3-----	4
12) さびしい気がした	1-----	2-----	3-----	4
13) まわりの人が自分によそよ しいと感じた	1-----	2-----	3-----	4
14) 楽しかった	1-----	2-----	3-----	4
15) 悲しいと感じた	1-----	2-----	3-----	4
16) まわりの人が自分を嫌ってい るように感じた	1-----	2-----	3-----	4
17) 何をするにも、なかなかやる 気がおこらなかった	1-----	2-----	3-----	4

次に一般的な考え方についてお聞かせください。

G 8 いま仮に、結婚した息子と娘はいるけれども、別居して老夫婦 2 人だけで生活しているお年寄りがいたとします。このお年寄りが年をとって、心身が弱ってきた場合、どのようにすべきだと思いますか？

- 息子と同居すべきだ 1
- 息子か娘と同居すべきだ 2
- 娘と同居すべきだ 3
- 自分達夫婦だけで住み続けるべきだ 4
- 老人ホームに入るべきだ 5
- わからない 6
- 他の方法をとるべきだ 7

G9a 結婚した娘しかいない場合には、どうすべきだと思いますか？

- 娘と同居すべきだ 1
- 自分達夫婦だけで住み続けるべきだ 2
- 老人ホームに入るべきだ 3
- わからない 4
- 何かほかの方法をとるべきだ 5

b 子供はいるが、一人暮らしをしているお年寄りの場合には、どうすべきだと思いますか？

- 息子と同居すべきだ 1
- 息子や娘と同居すべきだ 2
- 一人暮らしの生活进行続けるべきだ 3
- 老人ホームに入るべきだ 4
- わからない 5
- 何かほかの方法をとるべきだ 6

G10 お年寄りの男性が妻を失った場合、再婚することを考えてもよいと思いますか？

- いいえ 1
- はい 2
- 状況による 3
- その他 4

G11 お年寄りの女性が夫を失った場合、再婚することを考えてもよいと思いますか？

- いいえ 1
- はい 2
- 状況による 3
- その他 4

高齢者の社会における役割について、あなたのご意見を伺います。

J 4 現在の若者は高齢者に対して、あなたが若かった頃と比べて、尊敬するようになったと思いますか、それとも尊敬しなくなったと思いますか？

- より尊敬するようになった 3
- ほとんど同じ 2
- 尊敬しなくなった 1

J 5 次に高齢者についてのいくつかの意見があげてあります。あなたはこれらの意見についてどう思いますか？

全く どちらかと どちらでも どちらかと 全く
賛成 いえば賛成 ない いえば反対 反対

- e. 高齢者が、年をとっても活動的であることは立派なことだ

1-----2-----3-----4-----5
- g. 高齢者は子供たちから経済的援助を受けることを期待するべきだ

1-----2-----3-----4-----5
- h. 年をとると考え方が当然変わってくる

1-----2-----3-----4-----5
- i. 高齢者にとって、これまでやってきたことを続けることは大切である

1-----2-----3-----4-----5
- k. 高齢者は他人に依存しなくなればならなかったときに恥ずかしいと思う

1-----2-----3-----4-----5
- l. 高齢者は自分の子供が面倒を見てくれないことを恥ずかしいと思う

1-----2-----3-----4-----5
- p. たとえどんな状況であっても、年をとった親の世話をすることは家族の責任である

1-----2-----3-----4-----5
- s. 援助の必要な高齢者の世話は政府がすべきである

1-----2-----3-----4-----5
- t. 地域の相互扶助で高齢者の世話をすべきである

1-----2-----3-----4-----5

M 現在のあなたの現在のお気持ちについておうかがいします。答えにくい質問があるかもしれませんが、「はい」、「いいえ」のどちらかでお答えください。[「わからない」と答えた場合は強いていえばどちらに近いですかと聞いて下さい。]

- | | は | い | いいえ |
|---|---|-------|-----|
| 1) あなたは自分の人生は年をとるにしたがってだんだん悪くなっていくと感じますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 2) あなたは現在、去年と同じくらい元気があると思っていますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 3) さびしいと感じることがありますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 4) ここ1年くらい、小さなことを気にするようになったと思いますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 5) 家族や親戚や友人との行き来に満足していますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 6) 年をとって、前よりも役に立たなくなったと思いますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 7) 心配だったり、気になったりして眠れないことがありますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 8) 年をとるということは若いときに考えていたより、よいと思いますか。悪いとも思いますか。それとも同じだと思いますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 9) 生きていても仕方がないと思うことがありますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 10) 若い時と比べて今の方が幸せだと思えますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 11) 悲しいことがたくさんあると感じますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 12) 不安に思うことがたくさんありますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 13) 前よりも腹を立てる回数が多くなったと思いますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 14) 生きることは大変きびしいと思えますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 15) 今の生活に満足していますか。 | 1 | ----- | 2 |
| 16) 物事をいつも深刻にうけとめる方ですか。 | 1 | ----- | 2 |
| 17) 心配事があるとすぐおろおろする方ですか。 | 1 | ----- | 2 |

質問はこれで終わりです。長時間ご協力下さいましてまことにありがとうございました。