

図1. 抑うつとその関連要因の関係（概念図）

表1 サポートネットワークと抑うつに関連(日本)

著者	対象	抑うつ	サポートとネットワーク	抑うつとの関連要因
村岡・他 <sup>24)</sup> 1998	山形県在住の 65歳以上の 高齢者 抑うつ群A: 38人 抑うつ群B: 144人 対照群: 107人	GDS うつ病 診断 (面接)	以下の有無 (⑤ ⑦) 1)困ったときの相談相手 2)体の具合が悪い時の相談相手 3)家事などの援助をしてくれる人 4)病院に連れて行ってってくれる人 5)寝込んだとき世話をしてくれる人	解析: 3群で各要因の比率を比較(単) 抑うつ群A(GDS>6、うつ病診断あり) ⑦サポート(病院、世話)がない、 自覚症状あり、高次活動能力低い、 ADL低い、地域活動への参加ない、 家庭内に問題があった 抑うつ群B(GDS>6、うつ病診断なし) ADL低い、地域活動への参加ない
青木 <sup>27)</sup> 1997	60歳以上の 高齢者903人	SDS	1)ポジティブ・サポート: 0-48 (⑤) 心配事や悩みを聞いてくれる、 病気のとき看護してくれる、 元気づけてくれる、など12項目 2)ネガティブ・サポート: 0-16 文句や小言を言う、 面倒をかける、など4項目	解析: 抑うつと各変数との重回帰分析 男性) ⑤ポジティブ or ネガティブ・ サポート、主観的健康度、ADL 諸活動参加 女性) ⑤ポジティブ・サポート、ストレス 主観的健康度、慢性疾患数、ADL 入院期間、受療頻度、諸活動参加
Hashimoto, et al. <sup>28)</sup> 1999	首都圏で在宅介護 を受ける60歳以上 の高齢者303人 (1ヶ月毎に8回 調査)	CES-D	Social Support Questionnaire 配偶者、同居家族、近隣、 社会福祉士からの情緒的 または手段的サポートの程度 得点範囲: 0-160 (⑤)	解析: 各要因別に平均値の比較(単変量) Stressorが生じた後、抑うつ得点は上昇 ⑤サポート低い群では、Stressorが生じる 以前の抑うつ高く(直接効果)、Stressor が生じた後の抑うつの上昇最大

※記号①～⑧は図1の①～⑧と対応

表2 抑うつに関連するその他の要因(日本)

著者	対象	抑うつ尺度	抑うつとの関連
佐藤・他 <sup>28)</sup> 1987	茨城県在住の 40歳以上の1374人	簡易式抑うつ 尺度 (オリジナル)	解析:年代別に抑うつを示す人の比率を比較(単変量) 60歳以上において関連のあった項目 男性:信仰、家族の悩み、経済的損失、法律関係、家族数変化 女性:家族仲の悪化、家族の悩み、仕事からの引退
山下・他 <sup>30)</sup> 1992	島根県在住の60歳以上の 健全な高齢者113人	SDS	解析:抑うつ(SDS>40)を示す人の比率を比較(単変量) 夫婦同居に比べ、独居老人で抑うつ割合が高い
井原 <sup>31)</sup> 1993	秋田の農村在住の 65歳以上の高齢者695人	CES-D	解析:抑うつ(CES-D>18)を示す人の比率を比較(単変量) 過去1年間に入院あり、脳卒中の治療あり、眼底検査異常あり 聴力・視力弱い、日常生活動作能力低い、総合的移動能力低い
長田・他 <sup>32)</sup> 1995	秋田の農村在住の 75歳以上の高齢者308人 (2年後に再調査)	GDS	解析1:抑うつ得点と各変数との重回帰分析(断面) 男性:握力が弱い、総合的移動能力が低い 女性:高次生活活動能力低い、転倒経験あり、咀嚼能力低い 解析2:2年後の変化と抑うつとの関連(単変量) 男女とも関連あり:高次生活活動能力の低下 男性:総合的移動能力低下、配偶者を失った、身体の悩み持続 女性:血圧の上昇、視力・聴力の低い状態の持続
上野・他 <sup>33)</sup> 1997	京都府在住の65歳以上 の高齢者 入院群:1503人 在宅群として 老人クラブ所属:2252人 老人センター会員:1595人	SDS	入院群で在宅群よりSDS得点が高い 解析:入院と在宅各群でSDSと関連する要因(単変量) 入院群:配偶者なし、趣味・職業なし、緊急の入院、 家族の世話を希望、入院環境への不満、ADL低い、 自分の病気が重いと認識、入院期間が長い 在宅群:服薬・受診あり、ADL低い、同居者なし(男のみ)
村岡・他 <sup>34)</sup> 1997	山形県在住の 65歳以上の高齢者 うつ群:38人 対照群:107人	GDS SCID(構造化 診断面接法)	解析:関連要因についてうつ群と対照群の比較(単変量) しびれや痛みあり、脳卒中で通院中 ADL不良、胃腸疾患、視力・聴力が低い

表3 抑うつとサポートネットワーク—縦断研究

著者	対象	抑うつ	サポートとネットワークの指標	抑うつとの関連
Cutrona, et al. <sup>35)</sup> 1986	地域高齢者センターの80-88歳62人 (6ヶ月後に再調査)	SDS	Social Provision Scale (SPS) (⑤) 1)感情的に強く結ばれている人 2)一緒に社会的活動をする人 3)自分の能力を認めてくれる人 4)必要などき助けてくれる人 5)人生の重大な決断について話せる人	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ベースライン時の精神的健康悪い ⑤サポートの総得点SPSが低い ストレスフルライフイベント経験多い (サポートとストレスの交互作用有意)
Phifer <sup>36)</sup> & Murrell 1986	ケンタッキー在住の55歳以上1233人 (6ヶ月、12ヶ月後に再調査)	CES-D	Louisville Social Support Scale (⑤) 以下の項目を含む13項目 1)社会参加に関する4項目 2)危機に面したときに期待できるサポートの数に関する7項目	解析:6ヶ月後の抑うつとの関連要因 ⑤ソーシャルサポートの得点低い、 身体機能不良、喪失の経験、 (身体機能、喪失とソーシャルサポートの交互作用も有意)
Harlow, et al. <sup>37)</sup> 1991	メリーランド在住の65-75歳の女性 寡婦:136人 有配偶者:409人 (配偶者と死別1か月後と12か月後に再調査)	CES-D	ネットワークサイズの指標 (③) 1)友人の数 2)別居して6か月以内に接触のあった家族の数 3)1と2に同居家族の数を加えた数 ネットワークの質の指標 (④) 1)子どもとの親密度 2)親友の数 3)夫を信用してるかどうか	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ベースライン時のCES-D得点高い ③友人の数が少ない 健康状態良くない、活動性が低い 夫を信頼していない ③家族の人数少ない(1ヶ月後のみ) ④親友の数が少ない(12ヶ月後のみ)
Oxman, et al. <sup>38)</sup> 1992	ニューヘブレン在住の65歳以上の在宅高齢者1982人 (3年後に再調査)	CES-D	ネットワーク (③ ④) 1)子どもの数、接触頻度、電話回数 2)親戚の数、接触頻度、電話回数 3)親友の数、接触頻度、電話回数 4)婚姻状態 (②) 期待できるソーシャルサポート(⑥ ⑦) 1)感情的サポートの数と満足度 2)手段的サポートの数と満足度	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ベースライン時のCES-D得点高い ④子どもの訪問頻度とその変化 ⑥感情的サポート満足度とその変化 ⑦手段的サポート満足度とその変化 配偶者との死別、親友の喪失 低学歴である 身体機能障害とその変化
Wallace, et al. <sup>39)</sup> 1992	アイオワ在住の65歳以上2032人 (3年後、6年後に再調査)	CES-D	1)居住形態(一人暮らし、同居:①) 2)仲間がいるかどうか (③) 3)話し相手がいるかどうか (③)	解析:3年、6年後の抑うつ関連要因 ベースライン時のCES-D得点高い ①一人暮らし、高齢、教育年数長い 病気の数多い(6年)、ADL低い ③仲間がいない、記憶障害あり(6年)
Husaini, et al. <sup>40)</sup> 1997	テネシー在住のメジアン70歳の高齢者 黒人:600人 白人:600人 (12か月後、18か月後に再調査)	CES-D	1)ネットワークサイズ:親戚、友人、親友の数、頼み事できる人の数 友人、親戚の数を5年前と比較(③) 2)親戚、友人との接触頻度 (④) 3)受けた感情的・手段的援助(⑥ ⑦) 4)Social Provision Scale (SPS):⑤)	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ベースライン時のCES-D得点高い ③ネットワークが小さい ④親戚、友人との接触頻度少ない 慢性疾患の数が多し、poor ego ストレスフルライフイベント多い
Prince, et al. <sup>41)</sup> 1998	ゴスペルオーク在住の65歳以上655人 (1年後に再調査)	うつ病 診断	Social Support Deficits(SSDs)(⑤) 1)一人暮らし 2)親戚と週一回も会わない 3)近所のサポートなし 4)サポートしてくれる友人1人以下 5)子との関係悪い 6)友人からのサポートに不満	1年後の抑うつのonsetと関連(OR) ベースラインの抑うつ得点(1.6-2.5) ④友人との接触がない(1.3-5.7) 身体機能のdisability(1.0-12.3) 1年後の抑うつの持続と関連(OR) ⑤SSDs(0-8)が3点以上(1.8-28.0) クラブへの参加あり(0.1-0.6)

※記号①～⑧は図1の①～⑧と対応

表4-1 抑うつとサポートネットワーク—横断研究

著者	対象	抑うつ	サポートとネットワークの指標	抑うつとの関連
O'hara, et al. <sup>42)</sup> 1985	アイオワ州在住 の65-105歳 3159人	CES-D RDC (うつ病 診断 基準)	1)婚姻状態 (②) (配偶者あり、死別、離別、非婚) 2)居住形態 (①) (一人暮らし、同居者あり)	解析:抑うつを示す人の割合を各 要因別に比較し、カイ二乗検定 CES-D(CES-D>16)との関連項目 女性、一人暮らし、低収入 ②配偶者と死別/離別、低学歴 RDC(基準満たす)との関連項目 ①一人暮らし、低収入である
Dean, et al. <sup>43)</sup> 1990	ニューヨーク州 在住の50歳以上 997人	CES-D	配偶者、子ども、親戚、友人について 次の5項目の頻度(0-2)を評定 (⑤) 1)好意を示してくれた 2)元気がないととき心配してくれた 3)一緒に楽しい時を過ごした 4)悪いことが起きたとき助けてくれた 5)病気の時心配してくれた	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ⑤配偶者と友人からのサポート少 女性である、ADLが低い ストレスフルな出来事を経験多い 経済的に困難である
Blazer, et al. <sup>44)</sup> 1991	ピエドモント在住 の65歳以上 3998人	CES-D	ソーシャルサポートの指標 (② ③) 1)婚姻状態(結婚している、いない) 2)近くに住んでいる親戚の数	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ②結婚していない、慢性疾患あり ③親戚の数少ない、年齢が低い ADLが低い、低収入である
Husaini, et al. <sup>45)</sup> 1991	テネシー在住の 55~85歳の黒人 600人	CES-D	1)親戚、友人との接触頻度 (④) 2)過去5年間にける親友数の変化 3)主観的ソーシャルサポート (⑤) SPSの5項目に加え、 「幸せにする責任がある人」有無	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 男女とも:慢性疾患多い、poor ego 女性のみ: ④親戚や友人との接触少ない ⑤主観的サポートの得点低い
La Gory, <sup>46)</sup> & Fitzpatrick 1992	アラバマ在住の 55歳以上725人	CES-D	ソーシャルサポートの指標:4-32 (④) 1)友人や親戚を訪問する頻度 2)友人や親戚が訪問してくれる頻度 3)友人や親戚へ電話や手紙の頻度 4)友人や親戚に会う頻度	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 白人である、女性である 教育年数短い、ADL低い 近隣へのアクセスしにくい 居住環境への不満大きい 年齢が低い
Mitchell, et al. <sup>47)</sup> 1993	ニューキャロライ ナ在住の65歳以 上888人	GDS	ソーシャルサポートの指標 (⑦) 1)子供または孫から受けたサポート 2)それ以外から受けたサポート 社会的接触(友人、近隣、子、孫)(④) 1)接触頻度 2)電話の頻度	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ⑦ソーシャルサポート多い(逆方向) 教育年数短い、識字力低い、 IADLが低い、宗教的介入あり サポートとIADLの交互作用

※記号①~⑧は図1の①~⑧と対応

表4-2 抑うつとサポートネットワーク—横断研究(続き)

著者	対象	抑うつ	サポートとネットワークの指標	抑うつとの関連
Bazargan, & Baugh <sup>48)</sup> 1995	ニューオーリンズ 在住の62-96歳の 黒人1022人	CES-D	ソーシャルサポートに関する13項目 1)子ども、孫、兄弟、友人の数、 接触頻度、関係への満足度 2)病気のとき期待できる手段的援助 3)信頼できる人有無 →5因子「子、友人、兄弟、信頼できる 人からのサポート⑤、手段サポート⑦」	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ⑤友人からのサポート少ない、 ⑦期待できる手段的サポート少 女性である、教育年数短い、 経済的困難、ライフイベント多い、 慢性疾患の数多い、自己評価低い
Okwumabua, et al. <sup>49)</sup> 1997	西テネシー在住 アフリカ系アメリ カ人 60歳以上 96人	CES-D	Lubben Social Network Scale (③) 1)家族関係 2)友人関係 3)相互援助関係 得点範囲:0-50	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ③ネットワーク得点低い 教育年数短い、慢性疾患多い
Prince, et al. <sup>50)</sup> 1997	ゴスペルオーク 在住の65歳以上 889人	うつ病 診断	1)サポートしてくれる友人の数 (⑤) 2)友人との接触頻度 (④)	解析:ロジスティック回帰分析(OR) ADL低い(1.4-6.5)、年齢(0.2-0.9) ライフイベント2個以上(2.1-9.0) ひどい痛み(1.2-4.0)
Roberts et al. <sup>51)</sup> 1997	アラメダ州在住 の50-97歳 2417人	うつ病 診断 基準 (DSM)	期待できるソーシャルサポート (⑦) 1)病院へ連れて行ってくれる 2)食事の準備をしてくれる 3)病気の時、世話をしてくれる 4)必要なとき、お金を貸してくれる 社会的孤立状態:以下の有無 (③) 1)信頼できる人 2)親しい親戚 3)月に一度会う友人 4)助けを求められる友人 5)個人的な相談ができる友人 6)アドバイスや情報をもらえる友人	解析:ロジスティック回帰分析(単OR) 女性である(1.5)、配偶者なし(1.7) 教育12年以下(1.8) 経済的問題あり(3.5) 慢性疾患多い(3.5) 身体的健康状態不良(7.5) 精神的健康状態不良(19.5) ライフイベント3個以上(1.9) 近隣との問題あり(2.8) ③社会的孤立(3.0)、ADL不良(6.3) ⑦期待できるサポート少ない(3.1)
Hays, et al. <sup>52)</sup> 1998	ピエドモント在住 の65歳以上 599人	CES-D (4因子 抽出)	1)信頼できる人からの情緒サポート(⑥) 2)友人、家族から受けた手段的サポ ート(⑦) 3)その提供 (⑧) 4)ネットワークサイズ(友人、親戚)(③) 5)友人や親戚と電話や面会の頻度(④)	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 4因子全てと関連のある項目 ⑥信頼できる人の情緒サポート少 ライフイベント多い、ADLが低い 3因子と関連ある項目:③ ④ ⑦ ⑧、 教育年数短い、低収入である
van Grootheest, et al. <sup>53)</sup> 1999	オランダ在住の 55-85歳2626人	CES-D	9種のメンバーから受けたサポート 1)情緒的サポート (⑥) 2)手段的サポート (⑦) ネットワークサイズ (③) ネットワークの7種のカテゴリーに ついて接触のある人の数	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 配偶者との死別(男で影響大) ③ネットワークサイズ小さい ⑥情緒的サポートが少ない(男) ⑦家事のサポート少(女)、ADL低い 慢性疾患多い、収入に不満
Wallsten, et al. <sup>54)</sup> 1999	ピエドモント 在住の65歳 以上4162人	CES-D	1)受けた手段的サポートの量と とその満足度 (⑦) 2)サポートの提供 (⑧)	解析:抑うつと各変数との重回帰分析 ⑦手段的サポートへの満足度低い ⑧サポートの提供少ない、女性、 低収入である、活動能力(IADL とADL)が低い:活動能力と手段 サポートの満足度の交互作用あり

※記号①～⑧は図1の①～⑧と対応

表5 抑うつとストレスおよびサポートネットワーク

著者	対象	抑うつ	ストレスの指標	サポートネットワーク	抑うつとの関連
Krause <sup>53)</sup> 1986	テキサス在住 の65歳以上の 在宅高齢者 315人	CES-D	期間:調査以前の1年間 配偶者との死別 犯罪や法的問題 ネットワーク危機 経済的ストレス など、77項目	Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) 1)情緒的サポート 2)手段的サポート 3)情報サポート 4)社会的交流 (③ or ④ ⑥ ⑦)	解析:抑うつとの重回帰分析 以下の組み合わせでストレス の悪影響をサポートが緩和 配偶者との死別 ←情報、⑥情緒、⑦手段 犯罪や法的問題←⑥情緒 ネットワーク危機 ←③ or ④社会的交流
Russell & Cutrona <sup>56)</sup> 1991	アイオワ在住 の85歳以上 301人(8ヶ月、 12ヶ月後に 再調査)	SDS	期間:調査の1年間 1) Geriatric Social Readjustment Rating Scale (GSRRS) 2) Daily Hassles Scale	Social Provision Scale (SPS) (⑤)	解析:抑うつとの重回帰分析 ⑤SPS得点が低い Daily Hassles の得点高い GSRRSの得点高い
Krause, et al. <sup>57)</sup> 1992	ニューヨーク 州在住の60歳 以上1551人	CES-D 「抑うつ」 と「身体 症状」の 各3項目	—	サポートの提供(⑧) 1)他者へのinformal support: 4項目 2)他者へのformal support: 4項目	解析:LISREL(共分散構造分析) ⑧サポートの提供のうち、他者 へのinformal support 提供は personal control を高め、 抑うつ気分を低くする。
Glass, et al. <sup>58)</sup> 1997	ニューヘブン 在住の65歳以 上1982人 (3年後、6年後 に再調査)	CES-D	期間:調査以前の2年間 友人の移転 配偶者との死別 趣味の喪失、など 12項目	—	解析:抑うつとの重回帰分析 ベースライン時の抑うつ高い 教育年数短い、ADL低い、 ライフイベント多い 個別のイベント8項目
Prince, et al. <sup>59)</sup> 1997	ゴスペルオー ク在住の65歳 以上654人	うつ病 診断	期間:調査以前の1年間 および2年間 The List of Threatening Event (LTE): 12項目 配偶者との死別 経済的危機、など	Social Support Deficits (SSDs) :0-8 (⑤)	解析:抑うつとの関連について ロジスティック回帰分析 ⑤SSDs得点高い(4.1-74.3) 女性である(1.1-2.7) 住居の変更あり(1.3-4.3) LTE2個以上あり(1.0-3.3)

※記号①～⑧は図1の①～⑧と対応

研究報告（4）

高齢者のネットワークモデルとソーシャルサポートに関する研究

— 大都市札幌高齢男女の時系列調査（8年間）の分析 —

分担研究者 笹谷春美 北海道教育大学札幌校 教授

研究要旨

高齢期におけるソーシャルネットワークの実態とそれが高齢者男女の高齢期のライフスタイルおよびサポートネットワークの構築といかに関わっているのかを、8年間、3時点にわたる追跡調査によって解明を試みた。調査は大都市札幌市と過疎地夕張市の2地点で行った。本報告はそのうち札幌市のデータの分析である。8年間の変化を追うことで様々な興味深い知見が得られた。

対象者は78歳の年齢でなお家族・親族・近隣・友人などの多様で重層的なネットワークを持つ人の割合がもっとも多く（B型）、孤独な高齢者はいない。とりわけ、この間、女性に一人暮らしが増加したが、この人々でB型ネットワークの増加傾向が見られた。豊かな日常的なネットワークが高齢期の一人暮らしを支える機能をはたしていることが確認された。一方で家族・とりわけ配偶者や子どもとの関係が密であるがその他の関係が疎であるA型ネットワークの割合も増加した。とりわけ5年前の前回調査から今回にかけて増加率が高いことから、加齢に伴うADLの低下あるいは介護不安が背景にあるものと思われる。ホームヘルパー等の公的介護資源の選択はどの類型も少なかった。特にB型は、今回でも、身体的世話においても友人や近隣を嫁よりも選択しているが、その意味では家族を超えたサポートネットワークを保有しているが、いずれもインフォーマルな資源でフォーマルな資源の活用の志向が少ない。このようなネットワーク類型の変化を通じて、高齢期のサポートネットワークは家族、少なくとも嫁依存から脱却しつつあるが、まだ近隣や友人等のインフォーマル資源への移行にとどまっており、フォーマルな資源をどのように組み込んでゆくのかを考え、実行する過渡的状況にあると捕らえることができた。このことから加齢がより進み今より健康状態が悪化する対象者が増えてきたときネットワーク類型の分布及びサポートネットワークのあり方がもう1段階転換を遂げることが予測される。



## A. 研究の目的

日本の高齢者はどのような社会関係（ソーシャル・ネットワーク）を土台として生活しているのでしょうか。また日常的に保有する社会関係は、悩みや困ったことの相談や疾病時の介護などのサポートとどのように関連するのであるのでしょうか。そしてこの社会関係とサポート関係は加齢とともにどのように変化するのでしょうか。本研究は、上記のテーマを北海道の大都市札幌市と過疎地夕張市の2つの地域の高齢男女の3回の縦断的調査によって明かにしようとするものである。そして高齢者が個人として主体的に保有するネットワークの実際とその時系列変化の分析を通して、従来社会学で議論されてきた高齢者と家族や地域社会の関わりあるいはそれが従来高齢者の扶養や介護あるいはウェルビーイングに果たしてきた役割の再検討を試みるものである。

そのために本研究では、高齢者の保有する社会関係の種類の析出を試みる。

なぜなら、ネットワークモデルを抽出することにより、地域やジェンダーの比較、そして時系列の変化を追うことを可能にするより良い手段であるからである。そして政策的には、各類型毎のサポートネットワークの保有状況を明かにすることにより各類型が必要とする公的サポートの種類や程度を発見することが可能になるのではないかと考える。逆に言えば、どのようなネットワークモデルの所有者が活動的な老後を過ごしているのかを探ることにより、高齢期におけるソーシャル・ネットワークが老後生活のQOLに果たす役割も明らかにされたいと考える。

## B. 研究方法

### （これまでの経過）

これまで両市の大正10・11年生まれの男女を対象とした3度にわたる継続調査を行ってきた。夕張市は1991年、94年、2000年、札幌市は92年、95年、2000年に調査を実施した。アンケートによる郵送調査を基本とし未回収にかんしては直接訪問して回収を行った。第1回目と第2回目調査の基本的データの比較分析および第1回目調査をもとにしたネットワーク種類の析出、第1回目と第2回目のネットワーク種類の比較分析はすでに報告を行った（岸 1997、笹谷 1997および2000年）。

### （今回の対象と方法）

第3回目の調査は札幌・夕張とも2000年10月に行い、札幌は住所不明、不能、拒否を除く全ての調査票を回収したが、夕張市の場合は回収にもう少し時間がかかると判断したため分析対象からはずした。従って、本報告では、札幌市の第3回目調査の回収データ（男声124人、女性179人、計303人）を、第1回目および第2回目と比較し、そのネットワーク種類の変化を捉えることとする。夕張市に関しては回収がすみ次第分析を行う予定である。

ネットワーク種類は以下の指標をクロスして析出した。(1)子どもとの交流頻度、(2)その他の親戚との付き合いの有無、(3)近隣付き合いの密度、(4)親しい友人の数、(5)社会集団への参加の有無と内容である。そうして5つの類型が抽出された。

A型：家族・親族中心型のネットワーク。  
近隣関係や友人関係はむしろ希薄である。

B型：家族・親族・近隣・友人・集団参加の全てに関与しネットワークの数と種類が最も多い。

C型：近隣中心型。子どもとの行き来が少なく自分の近くの近隣関係や友人関係中心。社会関係も町内会や老人クラブ等の地域的集団に参加。身近な地域を越えた関係は持たない。

D型：子どもや親族との交流や近隣関係等の血縁・地縁のネットワークよりもそれを越えた友人や趣味の活動等のネットワークを持つ。

E型：子ども、親族、近隣関係、友人、集団参加のあらゆる関係が少なく、ネットワークの数や種類が最も少ない。いわば孤立している状況。

(倫理面への配慮)

調査時に対象者に研究の意義を説明し、調査対象者のプライバシーに最大の配慮をし実施した。またデータの管理も厳重に行った。

## C. 研究結果

(全体データに見る3時点の変化)

家族構成の変化：この8年間で過半数を占めていた夫婦世帯が大幅に減少し、ひとり暮らしが増加するというドラスチックな変化が見られる。子どもとの同居割合は2回目増加をみたが今回は変化がなかった。その結果、「ひとり暮らし」が28.2%、「夫婦」が32.8%、「子と同居」が33.7%とほぼ3分割となった(図1)。

これを性別にみると大きな差が見られる(図1-1)。男性では「夫婦」が若干減少したものの過半数を占めており、その他の家族類型はそれほど変化がない。これに比べ女性の変化は激しい。「夫婦」は44%から18%に減少し、「ひとり暮らし」が24%から38%に増加した。また男性にくらべ既婚子(とくに息子の家族)との同居割合も高いがそれほど変化はない。つまり、女性は配偶者との離死別後すぐには子どもと同居せず「ひとり暮らし」に移行することがわかる。全体データのドラスチックな変化はこのように女性高齢者の家族構成あるいはライフスタイルの変化を反映したものであった。

健康状態：対象者は2時点目(73歳)までは健康に恵まれた人が多かった。しかし今回(78歳)では「普通」の割合が大きく減じ「あまり健康でない」が増加した。

「全く健康でない」はもともと割合は少ないが約1%から5%に増加している(図2)。男性は「健康」の割合が女性に比べ高く、逆に「あまり健康でない」「全く健康でない」の割合は女性が男性に比べ高いことから元気の良い男性が多いことがわかる。しかし共通しているのは2時点目から今回にかけて「普通」の割合が減少しその分が「あまり健康でない」に移行したのが明確である(図2-1)。

ネットワーク：「近隣との関係」「親しい友人の有無」「行き来のある親族の有無」「地域集団やその他の集団への参加状況」の3時点の変化を見る(図3)。

(1) 「近隣関係」は、その付き合いの程度が大きく変化している。つまり「困ったときに相談したり世話を頼める」は3時点目で44%、24%、18%と大きく後退した。「みやげのやりとりやちょっとした頼みごとができる」も34%、25%、25%と後退している。逆に「(立ち話で)世間話しをする程度」は10%、21%、23%と増加し「ほとんど付き合いはない」も6%から27%、30%に大きく増加した。密から疎への移行が明かである。とくに1時点目から2時点目にかけての変化が大きいのが特徴である。

男女別にみると、もともと男性は女性にくらべ親密度が若干低い。密から疎への移行は同様な傾向である。ただし女性に比べ男性の2時点目における変化がドラスティックである(図3-1)。

(2) 「友人の有無」については、今も7割以上の方が親しい茶のみ友達がいると答えている(図4)。女性の方が男性に比べ10ポイントほど保有率が高い。そして「いない」もじょじょに増加しているが女性にくらべ男性の変化がやはり2時点目大きく増加している(図4-1)。

(3) 行き来している子ども以外の親族は8割が「いる」と答え、2割が「いない」と答えており、この割合はここ5年間変化してない(但し、初回は市内に限定したため、限定をしなかった2時点目、3時点目と異なる)(図5)。親族との付き合いでは友人付き合いと反対に男性の方が付き合いを保有する割合が高く、逆に女性の方が「いない」の割合が若干高い(図5-1)。

(4) 地域の団体やサークルへの加入状況

も変化が見られる(図6)。明かに加入率は減少し、加入と非加入の割合は逆転し非加入が多くなった。これは男女とも全く同じ傾向を示す(図6-1)。しかし、参加団体の変化を見ると、伝統的な地域集団である町内会と老人クラブへの参加率が大きく減少し、逆に趣味の会や勉強の会、ボランティアグループへの参加率が男女ともに高まっているのが明かとなった(図6-2)。つまり、全体的には社会参加のメルクマールとなるこれらの集団参加は減少しているものの、参加している高齢者の参加集団は地縁に根ざした伝統的な集団への参加から、より個人の趣味や知的要求を目指すものを志向し、さらにはボランティア活動などここ数年活発となってきたサポート活動に参加する、というように従来の高齢者に対するいわば地縁や行政のお仕着せの社会参加とは異なる活動スタイルが見られる。とくに男性に比べ女性にこれらの集団への加入率が高い。

#### サポートネットワーク：

「困ったときや悩みを相談する相手」にかんしては9割以上が「いる」と答え3時点で殆ど変化はなかった(図7)。しかし誰が相談相手なのかについては若干の変化が見られる(図7-1)。初回では1位が子どもで9割を占め、2位は配偶者で7割以上であった。3時点目の今もこの2つのネットワークが最も高いがその割合はじょじょに減じている。これらと逆比例的に割合が増えているのは友人である。この相談相手には男女差がある(図7-3)。男性は典型的に配偶者・子ども集中であり他のネ

ネットワークの選択はすくない。女性は配偶者との離死別が多く一人暮らしが多いため配偶者の選択は減少し、なおかつ子どもも前回から急激に減少している。友人が対照的に増加している。先の全体動向は女性の変化を反映している。また女性は嫁や姉妹、近所についても男性に比べ割合が高く多様で重層的なネットワークを有している。

次に「動けなくなった時に助けを頼む人」の有無については、これもまた9割以上が「いる」と答え、3時点変わらない(図8)。その相手は1位が子ども、次が配偶者であるが、これらを選択する割合は確実に減少し、代わりに増加しているのが「嫁」である(図8-2)。これを男女別に見るとやはり男性は配偶者・子ども中心であるが、女性はより多様なネットワークを持っている。しかしいずれにしてもインフォーマルなネットワークでホームヘルパーのような「公的介護サービスは極めて少なく、かつ微増であった。

公的介護保険の施行後の初めての調査であり、より公的サービスの受給が増加しているのではと考えたが、介護認定を受けた人は326名中38名(11.7%)に留まった。38名の介護認定は図表9の通りである。6割が要介護1以下である。ホームヘルプサービス、入浴サービス、デイケア、ショートステイ等のメニューの使用率も低かった。しかし今後介護保険制度の衆知度の高まりと加齢に伴い利用度も高まると思われる。

#### (ネットワーク類型の変化)

以上、全体のデータを性別を中心に3時

点の変化を見てきたが、ネットワーク類型の変化はどうであろうか。図表10が3時点の各類型の変化を示すものである。

A型は26.7%、31.3%、43.9%と確実に増加している。とりわけ今回の増加率が高い。

B型は53.4%、47.4%、46.5%と3時点ずつねに最も多い類型であった。78歳の彼らは今も血縁、地縁のネットワークを持ち、さらに友人との語らいや町内会、老人クラブ、その他の集団活動にも参加しバランスの良いネットワークを保有しているが、割合としては減少傾向にあることが明かとなった。

C,D,E型は減少している。先のB型も若干減少している。加齢とともに家族・親族中心のネットワークに移行する傾向が見られる。

男女別でみると、この傾向は異なる(図表10-1)。A型の増加傾向は共通するが、B型は男性は減少、女性は増加という正反対の動向が特徴的である。先にみたように、女性は加齢とともに配偶者を失い、一人暮らしが多くなっているが、ネットワークの種類多様性は失わず、むしろ増加することが見てとれる。それに対し男性は加齢とともに家族以外の関係が希薄となり家族(配偶者と子ども)に依拠する傾向になりがちである。

(ネットワーク類型とサポートネットワーク)

サポートネットワークとの関連を述べる前に各類型の高齢者の健康状態や活動性の特色を押さえておきたい。今回の札幌市の

対象者は全体としては78歳のいまでもまだ健康であり、ADLも高い。しかし類型でみれば、家族・親族関係中心のA型にADLの低い割合が高い（図表11）。介護認定を受けた人は全体としては少なかったが、その中ではA型に受けている人の割合は高く、かつ介護認定度も高い。家族構成は夫婦2人暮らしの割合が他類型に比べもっとも高く5割弱、子どもとの同居が3割強で、逆に一人暮らしの割合はもっとも低い（図表12）。従って、この1年の活動も「孫の守りや世話」は他の類型に比べ多いが、地域社会のボランティア活動や趣味をもって何かをするということも少ない（図表13、14）。もっとも人数が多いB型は、ADLも極めて高く、日常活動も「孫の世話や守り」よりもボランティア活動、血縁を超えた関係の活動を7割が行っている。趣味や楽しみも男女とも8割以上が持っている。家族構成は一人暮らしの割合が他の類型に比べもっとも多い。先にこの型は男性より女性に多く、また一人暮らしは圧倒的に女性に多かったことから、子どもとの関係に囚われない活動はこのような一人暮らしの女性の動向を反映しているかも知れない。C型は、夫婦2人暮らしの割合が他類型にくらべ多いのが特徴である。今回のデータでは子どもとの同居者はゼロであった。人数は10名と多くはないが、ADLや社会的活動、趣味や楽しみの保有もB型とほぼ似ている。今回D型とE型はそれぞれ1名と2名のみだったので分析からはずすこととする。

さて、各類型のサポートネットワークの関連であるが、「相談相手」と「動けなく

なったときの世話」の2つの側面について見てみる。

「相談相手」も「動けなくなったときの世話を頼める人」もほぼ全員が「いる」と答えているが若干A型に「いない」と答えた人がいる。

問題はしたがってどのような関係の人であり、それが日常のネットワークのタイプとどのように関係しているかである。図表15、16で見ると、A型は「相談相手」も「世話を頼む人」も配偶者と子どもに集中している。とくに男性は配偶者をあげ、女性は子どもを挙げているが。そして「世話」になると「嫁」にサポートネットワークは拡大する。これに対しB型は「相談相手」は配偶者、子ども、嫁、親戚、近所の人、友人、町内の役員や民生委員などの町内の世話役等多様なサポート資源を挙げている。そして特徴的なのは「世話」においてもこの分布はほとんど変わらないこと。とりわけA型のように「嫁」への依頼が高まる傾向は見られない。むしろ女性においては近所の人や友達が嫁よりも多く選択されている。B型は一人暮らしの女性の割合が高かった。多分彼女たちの子どもや嫁に世話を頼むより近くの他人との信頼関係に依拠する志向が現れているのかもしれない。それとは対照的に「世話」においても訪問看護やヘルパーなどの公的サービスの使用はまだまだ一般化していない。

#### D. 考 察

3時点ごとの8年間にわたる同一対象者の追跡から、いくつかの興味深い特色を得ることができた。今回は大都市札幌の対象者

に限定されたが、そもそも初回時点から北海道的特色を有していた。それは、子どもとの同居による3世代家族の割合が少なく、夫婦家族あるいはひとり暮らしが多いという点であった。この意味では人口動態的に見れば北海道は全国の高齢者の家族状況の先行形態を示しているといえる。8年後の変化をみるとやはり、配偶者の死亡の増加があったものの3世代同居の割合はそれほど増加はしておらず、むしろ一人暮らしがますます増大している。しかしここには男女差があり、男性はまだ配偶者とともに暮らしているのが圧倒的に多いが、女性で一人暮らしの増加が見られ、たとえ配偶者を失ってもすぐに子どもとの同居を選択せず、自立した生活を持続する傾向が一般的になっていることを示している。今回のデータに限っていえばそれは女性に強く見られる、というジェンダーとしての特色である。

ところで、我が国の高齢者も年金制度が整い、まだ自立的に生活を営むことができれば、できるだけ子どもに依存しない夫婦家族のライフスタイルを志向しつつあることが特に都市部の高齢者、とりわけ女性高齢者の選択肢として高まっていることがいわれて久しい。今回のデータはまさにそれが実証されたものといえるが、このような選択肢を選ぶにはそのための条件が必要である。従来、それは子どもとの関係、経済条件、意識意識など家族関係、階級・階層的要因、主体性の問題としてかたられることが多かった。本研究の知見は、それらに加えて、ソーシャルネットワークの保有状況の意義を明らかにすることとなった。夫

婦2人のみや一人暮らしを続ける人々は、子どもがいないあるいは子どもとの関係が疎遠であるという強制されたケースもあるが、より主体的選択としてこれらの家族形態を維持している対象者にはB型やC型のネットワーク類型が多かった。これらのネットワークを持つ人は、いわゆる「家」的なあるいはより「近代的」な家族の持つ閉鎖性とは異なる、地域社会や友人等の親密な関係を持ちながら日常生活を営んでいる。とくに典型的なのは、この8年間で、ひとり暮らしが多くなった女性にこのB型ネットワークの保有者の割合が増加したことである。つまり言いかえれば、このような多様で重層的なネットワークを持っているからこそ、高齢期の一人暮らしを選択できるということではなからうか。そして、今回の調査では、これらのソーシャルネットワークはサポートネットワークと関連することも前回調査に続き明らかとなった。このようなサポートネットワークの存在の安心感が一人暮らしや夫婦家族を支えることにもなる。

といっても、加齢に伴う身体能力の衰えやADLの低下、端的なのが寝たきりや痴呆になった場合、いくらこれらのサポートネットワークが存在したとしても、ひとりや夫婦の力では乗り切れない事態がより増してゆくであろう。幸いなことに対象者は78歳にしてはまだ健康

を保ち体力を維持している人が多い。そこで今後心配されるのは、介護保険施行後にも関わらず、公的なサービスを「相談相手」や「世話を頼む人」としてあげる人がきわめて少ないことである。たしかに現在

は介護認定を行っている人も少なく、サービスの需給も少ないのは健康であるためであろう。しかし設問は「もしも」というように将来の仮定として聞いているにも関わらず、公的サービスの選択が出て来ないのは、その理由について一考にあたいする。つまり、サービスメニューを知らないなどの制度上の問題なのか、あるいは公的サービス、言葉を変えればフォーマルケアに対する不信、逆に言えばインフォーマル介護がベストであるという考えのためか、という高齢者のケア規範に関わる問題なのか、等々である。この時系列調査から推測できることの1つは、対象者には何がなんでも家族介護でなければだめだ、という規範はすでにないということである。しかし見てきたようにこの8年間に於いてA型類型が増加傾向にあるという事実は否定できない。そこには、加齢に伴い家族外のネットワークが少なくなり家族関係に収斂して行くということもあるが、介護不安に伴う家族への依存が強まるということも否定できない。このことから考えて、3時点の継続調査から高齢者のみの暮らし方、とりわけ一人暮らしも増加する背景には家族とりわけ子どもとの関係を超えた家族外のネットワークに支えられていることが判明し、いわゆる都市的な「近代家族」の閉鎖性を乗り越えてたライフ

スタイルが選考されているのが証明されたが、一方でそれは身体介護に伴う老後不安に関わるサポートネットワークにおいても完全には公的サポートへの依存・利用という意識まで展開するには至っておらず、そのことがA型の増加、家族や嫁への期待

転換という事実として現れていると考察できる。したがってこの時系列的研究においては、高齢者のライフスタイルと介護不安・介護規範・介護システムをめぐる過渡的な動向を捉えることができた、と言えよう。

## E. 結論

先に述べたように3時点の時系列調査によって8年間の対象者の追跡から興味深い知見が得られた。それは単年度の調査研究では明らかにできない貴重な知見である。その意味で本研究は日本においてはほとんどなされていない先行研究として意義あるものであることが確認された。

来年度に向けての課題として残されたことを述べる。

1. 夕張市のデータの分析も行い地域的比較を試みること。
2. 今回の分析でも男女差が3時点の追跡でより鮮明になった点もあり、ジェンダー視点からの分析を行うこと。
3. また今回はできなかったが、階級・階層視点の分析も補足すること。
4. ネットワーク類型とのクロス分析により社会的な 이슈の知見はえられたが、この類型を医学・公衆衛生的領域にも用い、高齢者のトータルなライフスタイルの変化を明らかにすること。

以上をとおして、高齢者の活動的な生活を可能にする諸条件を解明することとする。

## F. 学会発表、論文

- ・ 笹谷春美「「伝統的女性職」の親編成—ホームヘルプ労働の専門性」木本喜

美子他編著「女性労働とジェンダー」ミネ  
ルバ書房 2000年11月、175-215  
頁

・ 笹谷春美「ケアワークのジェンダ  
ーパースペクティブ」女性労働問題研究  
会「女性労働問題研究」No. 39、2001年1  
月、59-67頁

・ 笹谷春美、王海燕「家族介護と施  
設介護の連携をめぐる研究」北海道高齢者  
問題研究会「高齢者問題研究」No. 17、2  
001年5月刊行予定

・ 笹谷春美「高齢者のソーシャルネ  
ットワークの変化とサポートネットワー  
ク」平成13年度日本社会学会報告予定、一  
橋大学、2001年11月



現在の生活状況

(前々回のみ未婚の子供と同居として合体)

図 1

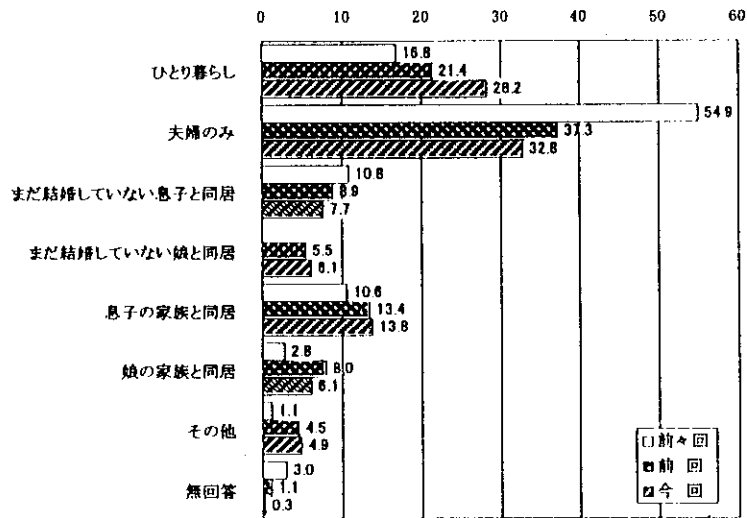
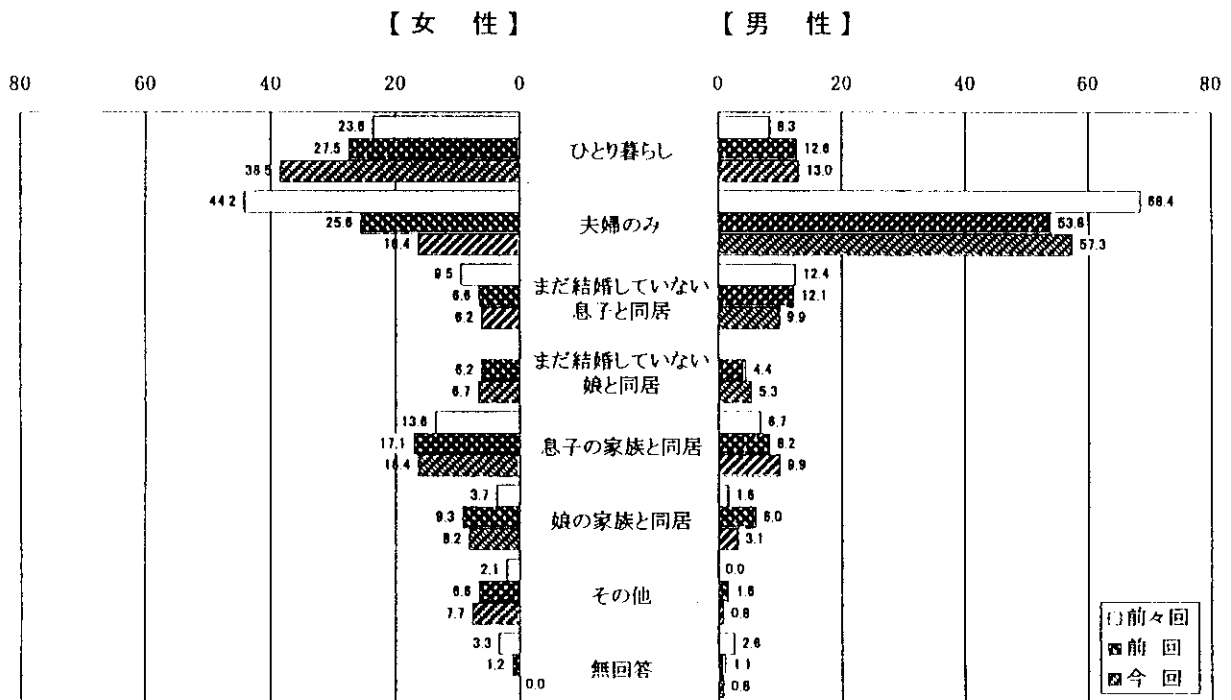


図 1 - 1



健康状態

図 2

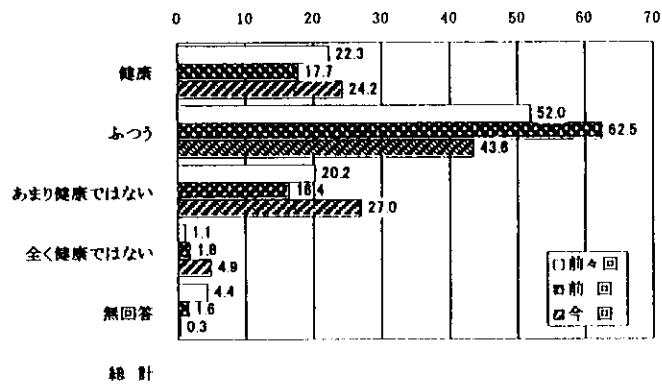
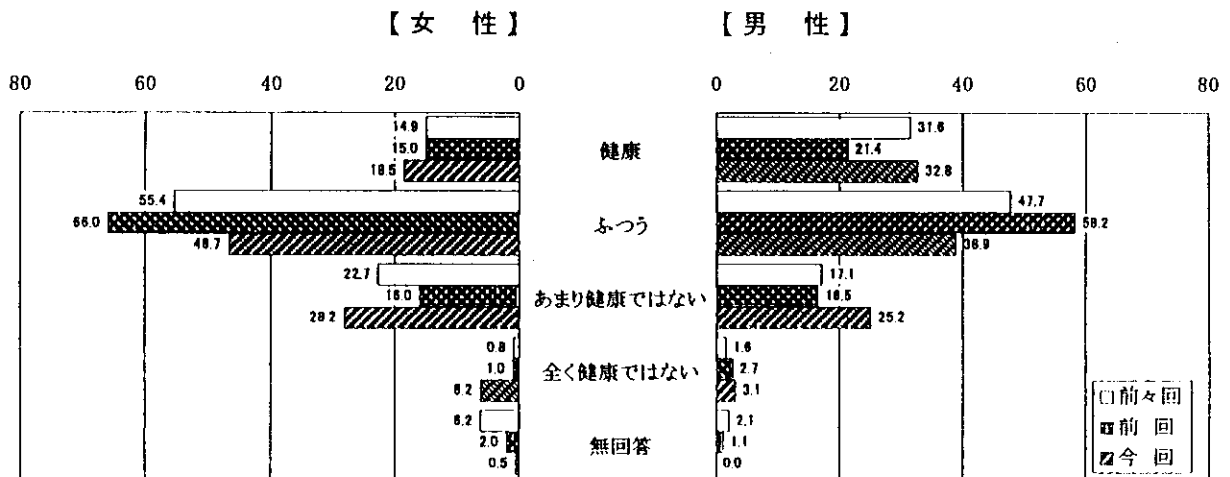


図 2-1



近所とのつきあい

図 3

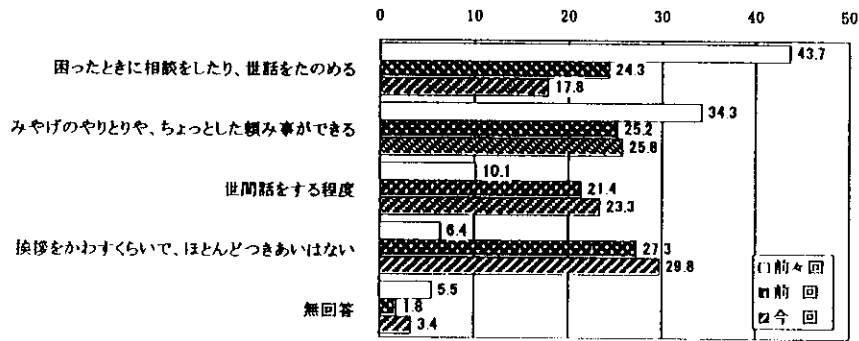
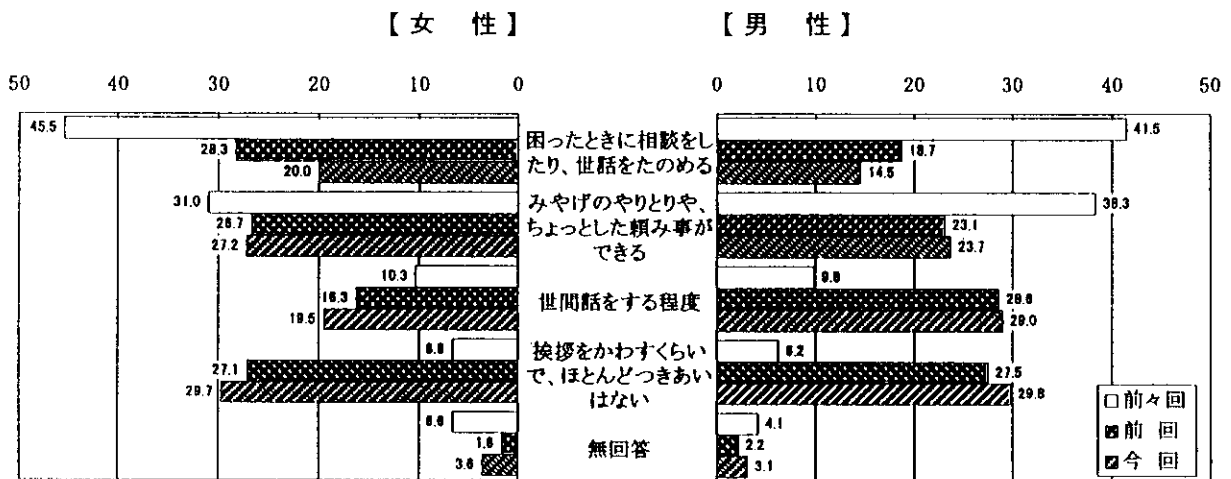


図 3-1



茶飲み友達の有無

図 4

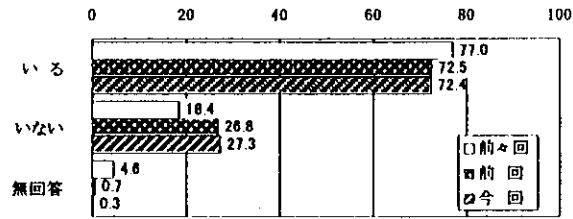


図 4-1

