

20010211

厚生科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢期における活動的生活維持のためのサポートネットワークの役割に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

主任研究者

北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野 岸 玲子

分担研究者

北海道教育大学札幌校社会学研究室 笹谷 春美

北海道大学医学部総合診療部 前沢 政次

北海道大学大学院医学研究科神経内科学講座 森若 文雄

総合病院旭川厚生病院 杉村 巖

北海道大学大学院医学研究科予防医学講座 佐田 文宏

平成14(2002)年3月

## 目 次

### I 総括研究報告書

高齢期における活動的生活維持のためのサポートネットワークの役割に関する研究	1
---------------------------------------	---

### II 分担研究報告書

#### 研究報告 1

高齢者の抑うつに及ぼすストレスフルライフイベントの影響とソーシャルサポート・ネットワークの役割—都市における縦断研究（札幌市調査）	28
---	----

#### 研究報告 2

農村高齢者のソーシャルサポート・ネットワーク、健康と医療費の関連要因	45
------------------------------------	----

#### 研究報告 3

高齢者のソーシャルネットワークとサポートネットワーク研究—文献的考察	68
------------------------------------	----

#### 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縦断的研究—過疎地夕張の高齢男女の時系列調査（9年間）の分析—	86
--	----

#### 研究報告 5

スウェーデンにおける高齢者ケアシステムの変化とサポートネットワークに与える影響について	106
---	-----

#### 研究報告 6

高齢期における活動的生活維持のためのサポートネットワークの役割に関する研究 — 健康関連 QOL 質問表作成の試み —	118
---	-----

#### 研究報告 7

高齢者における活動的生活維持のためのサポート・ネットワークの役割に関する研究 — パーキンソン病患者集団をモデルとして —	132
---	-----

#### 研究報告 8

ソーシャルサポートシステム構築へのアプローチ方法に関する研究	136
--------------------------------	-----

（ 第 2 報 ）

（総括）研究報告

高齢者における活動的生活維持のための  
サポートネットワークの役割に関する研究

主任研究者 岸 玲子

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野）

研究要旨

本研究は、平成11年～13年にわたって実施され、今年が最終年度の報告となる。3年目にあたり現在までに行ってきた縦断研究の概要と本年実施された研究の要旨について報告する。本年は（1）高齢者の抑うつに及ぼすストレスフル・ライフイベントの影響とソーシャルサポートネットワークの役割・都市における縦断研究、（2）北海道の中都市近郊農村部における医療費に影響を与える要因に関する研究、（3）高齢者のソーシャルネットワークとサポートネットワーク研究・文献的考察、（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縦断研究—過疎地夕張の高齢男女の時系列調査（9年間）の分析、（5）スウェーデンの高齢者ケアシステムの変化とケアワーカーへの影響（文献レビュー）、（6）健康関連 QOL 質問表作成の試み、（7）高齢者における活動的生活維持のためのサポートネットワークの役割に関する研究—パーキンソン病患者を例として（8）ソーシャルサポートシステム構築へのアプローチ方法に関する研究（第2部）を実施した。

社会的サポートネットワークが高齢者の活動的社会生活の維持、痴呆や抑うつ予防に及ぼす影響について地域ベースでの解析をこれまで行ってきた。高齢者の抑うつ状態は、自殺や身体的健康の悪化と深く関連していると考えられており、高齢者の精神保健における重要な問題であるといえる。欧米ではソーシャルサポートネットワークが高齢者における抑うつ有症率を下げる効果をもつことが明らかになっているが、我が国ではこれに関する知見が少ない。本研究では平成11年度、12年度と抑うつに関する文献的考察、都市近郊農村地域で、高齢者を対象とした質問票による調査を実施した。Zungのうつスケール（SDS）の得点を従属変数として抑うつとの関連要因について解析をおこなった。ストレスフルライフイベントの経験によるストレスは男女とも抑うつリスク要因であること、ソーシャルサポートネットワークの希薄さは女性で抑うつリスクとなっていることが明らかになった。平成13年度は大都市札幌の高齢者を対象として、同じ質問票調査を行った。男性では病気の数、身体の痛み、IADLの低下が抑うつ傾向を高め、女性では身

体的健康状態に関する要因に加えて、仕事をしていないことが得点を高めていた。(研究報告(1))

高齢者の医療費について、平成11年度には医療費データであるレセプトと、健診カルテやアンケート調査票をリンケージして分析を行う上で克服すべき法的、制度的かつ倫理的な条件を、個人情報保護の見地から検討を行った。平成12年度には北海道の二次医療圏における医療費の地域差指数と諸要因を比較し、供給が需要を上回ると考えられる医療供給過密圏域と旧産炭地である圏域が特に高医療費を呈していることを明らかにした。また、旧産炭地が高医療費となっていることを一般住民がどのように受け止めているか、現在どのような支え合いをしているか、今後どのようなサポートシステムを希望するかを質的研究法をもちいて調査を行った。平成13年度は北海道の中でも低医療費である中都市近郊型農村で1998年の医療費の状況(入院、外来)に対しベースライン調査時点(1992)の主観的健康やソーシャルサポート、ネットワーク、ADL、IADLとの関係要因を調査した。(研究報告(2))

ソーシャルネットワークが高齢期における自立的な生活や健康、生きがいなどのような役割を果たすのか、そのような生活を支援するサポートネットワークはソーシャルネットワークといかなる関係にあるのか、という課題を明らかにするために、大都市札幌と過疎地夕張の対照的な2地域において、大正10・11年生まれの男女のネットワークを9年間(札幌は8年間)に渡り3回の調査によってフォローしてきた。このような同じコーホートの地域別・性別の縦断的研究は日本においてはこれまで殆ど見られない。

平成11年度、12年度において札幌市の3回のフォローの結果を報告してきた。今回は文献的考察と3回にわたる縦断的研究の、夕張データを社会学的視点から分析した。対象者は79歳と80歳であるが、6割の高齢者が「健康」「普通」と答え、6割が夫婦世帯と一人暮らしの高齢者のみの世帯に暮らし、いわゆる後期高齢者でありながら精一杯自立的な生活を維持しようとしていた。ネットワーク類型では、家族・親族・近隣・友人などのインフォーマルな関係ばかりではなく地域社会で展開される諸活動への参加にも積極的で多様で重層的なネットワークを持つB型ネットワーク類型の人の割合がもっとも多く、孤独な高齢者は少なかった。日常的なネットワークの多彩さが高齢期の夫婦や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。これは札幌とも共通する変化であり、夕張では第1回目に比べその割合は4倍にも増加していた。家族には依存せず近所の人や友人とネットワークを持つC型やD型が一方で急速に減少した。この背景には加齢に伴うADLの低下あるいは介護不安があるものと思われた。一方、ホームヘルパー等のフォーマル資源の選択はどの類型も少なかった。介護保険の施行後に行われた今回の調査においても介護認定を受けている高齢者は16%に過ぎず、78%はまだ受けていない。従ってまだまだフォーマルな資源の活用が少なかった。

このようなネットワーク類型の変化を通じて、身体的能力の低下に対するサポートはま

だ家族中心で、配偶者を無くし、健康が優れなくなるとき、再び「子と同居」が選択される傾向があることが判明した。しかしそれは住居の移転も伴い、近隣や友人のネットワークを失う可能性も高い。A型の高齢者は地域への参加の割合も低い。日本の高齢者の加齢による家族中心のネットワークへの移行は、家族から安定した介護サポートが受けられる可能性が強い一方で、ネットワークの多様性の喪失を伴う場合、むしろ自立的生活が損なわれる可能性もあることもあきらかにされた。(研究報告(3)(4))

スウェーデンは質量ともに充実した公的保健医療・福祉サービスのシステム先進性については認められているところであるが、最近、後期高齢者の増加、財政緊縮やその他の要因がからみ、従来のシステムの変化が見られる。また、この変化によってケアワーカーへの影響もおおきくなっている。この一連の変化についてスウェーデン訪問、研究者へのインタビュー、文献などで明らかにした。(研究報告(5))

都市近郊型農村地域で、高齢者の QOL (Quality of life) を高めることを目標として、「健やかに老いる」をテーマとして町ぐるみで活動を展開してきた。高齢者が活動的生活を維持するには、二次予防的医学活動に積極的に参加すること、さらに、自己実現を求め健康をいっそう活力あるものにするためには、平成11年～12年のモラール調査から趣味などを介してモラールを高めることが示唆された。今年度は高齢者の活動的生活を維持する支援システムを構築するにあたり、まず、高齢者の生活状況を個人レベル、地域全体のレベルで把握することが重要と考えるが、すでにある方法では、ハンディキャップを持つ高齢者や患者を対象にした QOL 分析が一般的である。そこで、主観的健康観、健康習慣、自己実現的習慣、生活環境への満足感を含んだ設問によって構成される多次元的健康関連 QOL 質問表を試作し、旭川市に隣接する A・B 町で調査した。両町の比較の中から見えてくる問題点などを挙げ、それら問題に対応する健康教育のあり方、高齢者の生活を支える地域づくりなどについて調査を行った。(研究報告(6))

高齢者が自立して生きるために必要なサポートやネットワークを確立するため、高齢者に多い神経変性疾患であるパーキンソン病 (PD) 患者の集団をモデルとして QOL に関する研究・調査を進めてきた。初年度では北海道岩見沢市に居住する40才以上の住民を対象にアンケート調査をおこなった。28,329件郵送し、回収率 51.9%、有効回答率 49.1%であった。PD の診断が161例、重複例を除外すると152件であった。PD 粗有病率は増加傾向にあり、今後、高齢者社会でさらに増加し、障害を持った高齢者の QOL に関する調査対象のモデル集団になりうるということが明らかとなった。今年度は、PD 患者 (男: 4名、女: 9名) に対して、ほかの地域でおこなったのと同じ質問票を実施し、解析を行った。介護保険制度が実施されたが、介護保険申請したもの7名、非申請のもの6名であった。非申請の理由は本人が希望しない、介護者が希望しない、家族で十分であるなどであった。このように重症度が変わらなくても社会サービスを利用していない状況もみられた。高齢者の QOL を高めるため、介護保険制度の導入が今後の課題と思われた。(研究報告(7))

旧産炭地は他の地域に比べて高医療費であるが、これを地域の住民がどのように受けとめ、支え合っているか、今後、望むサポートシステムは何かを質的研究方法を用いて調査した。グループインタビューを若年男性、若年女性、保健福祉課職員のグループで行った。高齢者に対するサポートについてはまだ意識していないが、子供、夫の健康づくりには関心が高い。職員グループでは今後の地域保健計画にいかせるアイデアが多々寄せられた。過疎地ならではのサポートシステム構築に役立つと思われた。(研究報告(8))

分担研究者		
笹谷春美	北海道教育大学札幌校社会学研究室	教授
前沢政次	北海道大学医学部附属病院総合診療部	教授
杉村 巖	総合病院旭川厚生病院	名誉院長
森若文男	北海道大学大学院医学研究科神経内科学講座	助教授
佐田文宏	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野	講師
研究協力者		
増地あゆみ	北海道大学文学部心理システム	助手
築島恵理	札幌市清田区保健センター	
藤原恭子	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野	
坂倉恵美子	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野	
片倉洋子	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野	
石原恵子	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野	
今田絵理香	京都大学大学院人間・環境学研究科	
安田正巳	総合病院旭川厚生病院	
新野峰久	総合病院旭川厚生病院	

#### ◆ A 研究目的 ◆

1991年から、北海道の特徴ある3地域、大都市(S市)、旧産炭過疎地(Y市)、中都市近郊農村地域(T町)で高齢者が自立して高いQOLを保ち、人生の最後まで住み慣れた土地で生き続けるために必要な社会的サポート・ネットワークのあり方につい

て地域ベースの長期的疫学研究を比較継続している。

日本での高齢化は急速に進み、年齢構成のうち高齢者のしめる割合は平成12年で17.5%に達した。今後もこの人口構成に対する割合は増加を続けると考えられ、2025年には65歳以上人口は全人口の

26%に達し、高齢者人口の中でも75歳以上の後期高齢者は56%を占めると予想される。すでに、平均寿命も世界最高水準になっているが、それと同時に高齢になるほど、多くの疾患を抱え、身体的活動能力が低下するので、QOLや主観的幸福感の向上に目を向ける必要性が高まり、高齢者の身体的面のみならず、精神面の保健が重要である。本研究では平成11年度に農村地域における高齢者の抑うつ状態にストレスフルライフイベント（配偶者や友人の死、失業など）の及ぼす影響について報告したが、引き続き、ソーシャルサポートネットワークの役割について調べることを目的として、札幌（北海道第一の大都市）にすむ高齢者の抑うつの状況や抑うつに影響をあたえる要因について解析を行った。（研究報告（1））。

北海道は年間一人あたりの医療費が日本一高く、老人医療費も突出している。一人あたりの医療費が高い原因は老人の入院患者が多く、入院日数が長いことによるとの分析結果が1990年にでている。要因としては地域が広い、人口密度の低さ、積雪や寒冷などの自然的要因、介護力低下と希薄な人間関係などに代表される社会的要因、医療供給体制などがあげられている。北海道のなかでも都市近郊農村T町は高齢者一人当たり医療費が全道平均より低い。入院費用、外来費用を高額医療費群と低額医療費群に分け、男女による差、疾患による医療費の違いを明らかにし、サポートやネットワーク、個人の収入、健康状態、活動性の多寡などその要因について解析を行い、これからますます増加すると考えられる医療費について考察を行う。医療そのものの

改革による医療費の適正化と共に健康レベルの向上と疾病の予防によっても低くすることができると考え、医療費と健康指標、ソーシャルサポートやサポートネットワークとの関連性について、調査を行った。（研究報告（2））

近年、高齢者の家族構成が急速に変化している。日本において伝統的であった「子供との同居」の割合が減少し、「夫婦のみ」「一人暮らし」の割合が増加して久しい。今後もこの傾向は続くであろうと予測されている。「長男と同居・嫁介護」という伝統的介護モデルも揺らぎ、日本の高齢者の自立性も高めていかなければならない。「家族のなかの一員」として社会関係を結ぶことから「個人」として社会関係を築いてゆく方向に変わりつつある。日本において高齢者の人間関係を「ネットワーク」という概念で把握するようになってまだ日は浅い。従来の社会学では組織間や人間関係は「社会関係」という概念で捉えられてきたが、「ネットワーク」と「社会関係」は概念そのものが異なる。日本において、基本的に「個人」を中心に考え、そこから紡ぎ出される網の目のような人間関係をあらわす「ネットワーク」について先行研究を文献的に調査整理し、残されている研究上の問題点について明らかにしたい。（研究報告（3））

今日の高齢者が主体的に取り結んでいるソーシャル・ネットワークの構造と何か援助が必要なときに機能するサポートネットワークの構造を明らかにし、このようなネットワークが高齢者の自立的な生活と心身の健康に果たす役割を明らかにすることが目的である。更に、それを時間的経過の中で

の変化を追うための手段としてネットワーク類型の析出を試み、これら類型の変化として加齢に伴う個人のネットワークの変容と問題点を明らかにしようとするものである。具体的には第一に、同じコーホートの男女を縦断的に追跡し、加齢に伴うネットワークの変化を明らかにする。第二に、同年齢層でありながら大都市と過疎地でのような差があるのか、地域比較を包含し、同年齢の男女を比較するジェンダー視点を入れていることである。ソーシャルネットワークの構造は一枚岩ではなく様々な要因によって規定されると考えているからである。第三に、ソーシャルネットワークを織りなす内容を構造化しネットワーク類型を析出することである。家族・親族内の関係、近隣や友人という、いわゆるインフォーマルな関係に加えて、様々な社会活動への参加や公的専門家（特に介護や医療分野）も含めることが高齢者の生活の実態に適合するのではないかと考え、より総合的な類型化を試みた。第四に、このような類型の加齢に伴う変化を把握することは、高齢者自身が加齢とともに主体的ネットワークを築くことができなくなったり、それを喪失した場合に家族や地域の保健福祉介護を提供する専門家のサポートネットワークの再アレンジの土台になると考え調査を行った。（研究報告（4））

スウェーデンのケアシステムの変化のプロセスをみると、ホームヘルプサービスはより高齢の要介護度の高い高齢者へシフトし、サービス内容も身体介護へと変わってきている。公的サービスの変化はサービスを受給できない高齢者を生み出している。スウェーデンの福祉国家の基本理念がくず

れつつあると言える。このような変化はケアサービスの分配が複雑であり、インフォーマルな家族介護とりわけ女性介護に依存している日本のケア構造のこれからのあり方を考える上で意義のあることであり、参照することを目的とした。（研究報告（5））

現在の日本の高齢社会においては高齢者のQOLの課題が多い。「寝かせきり」や「社会的入院」も多く、高齢者が住み慣れた地域で社会的に自立していきるために必要なサポートやネットワークのあり方を探る研究は必須である。高齢者の活動的生活を維持する支援システムを構築するにあたり、まず、高齢者の生活状況を個人レベル、地域全体レベルで把握することが重要であるが、いままでの方法ではハンディキャップをもつ高齢者や患者を対象にしたQOL分析が一般的であり、疾病を有する者を対象に医療行為の介入の効果を評価する患者立脚型アウトカムを測定するものが大部分であった。町全体で健康維持・増進を目指した活動に取り組んでいる場合には応用しづらい。T町において行ってきた調査研究を参考として、主観的健康観、健康習慣、自己実現的習慣、生活環境への満足感という要素を含む健康関連QOL測定を行う質問表を作成し、健康に生活している高齢者を把握する方法の検討を行う。（研究報告（6））

高齢社会を迎えるに当たり、高齢者の生活の質を考え、住み慣れた地域で社会的に自立して生きるためのネットワークのあり方を高齢者に多いパーキンソン病（PD）患者集団をモデルとして検討を行った。地域社会における障害を有する高齢者の実態を明らかにして、高齢者のQOLを高める課題



を解決することを目的としている。(研究報告(7))

昨年度は高医療費地域である旧産炭地において、この要因を一般住民がどのように受けとめ、現在どのような支え合いをしているか、今後どのようなサポートシステムが望ましいかを、質的研究方法を用いて調査した。今回はグループインタビューの活用を広げ、高齢者を見守る側の青年や子育てのグループ、さらに行政の保健福祉課職員に対してインタビューして、町の保健計画に具体的に役立つ方策を明らかにする。また、フォーカスグループインタビューの分析法についても方法の妥当性について検討する。(研究報告(8))

## ◆B 研究方法◆

研究報告 (1) 高齢者の抑うつに及ぼすストレスフルライフイベントの影響とソーシャルサポート・ネットワークの役割—都市における縦断研究(S市)

### 1) 調査の対象と時期：

対象は、北海道札幌市北区、中央区に住む大正10年、11年生まれの高齢者(男性：241名、女性：322名)に1992年に住民台帳により無作為抽出を行った。初回のベースライン調査は1992年に、2回目の調査は1995年にそれぞれ同じ内容の質問票をもちいて実施した。回収率は1992年78.5%、1995年72.7%であった。解析の対象としたのはこれら2回の調査で回答の得られた385名(男

性：166名、女性：219名)である。

### 2) 質問表の構成

i) 基本的属性：性別、年齢、居住形態(一人暮らし、夫婦のみ、未婚の子供と同居、子供の家族と同居、その他)、婚姻状態(配偶者と同居、元氣、病気がち、同居して寝たきり、施設、病院、離婚、死別、未婚)、仕事(現在仕事をしている、していない)、収入(月収・0~5万円、5~12万円、12~30万円、30万円以上)

ii) ソーシャルネットワーク：別居子との交流、友人・親戚との交流、近隣との交流、社会活動への参加。

iii) ソーシャルサポート：介護サポートの数とその満足度(病気のとときの介護者として頼める人をすべて挙げてもらい、その数の合計)、情緒的サポートの数とその満足度(困ったときの相談相手として期待できる人を全て挙げてもらい、その数の合計)、サポートの提供(食事、家事の手伝い、孫の世話、病人の看護、悩みの相談にのった、子や孫に物やお金を与えた、地域のボランティア活動への参加)。

活動性：ADL(身体的活動性)；日常動作6項目(歩く、寝る、起きる、服を着替える、風呂にはいる、歯磨き、食べる)、IADL(手段的活動性)；食事の用意、買い物、掃除、お金の管理、遠出の有無が自分一人のできるか。

身体的健康状態：主観的健康状態、

病気の数、入院経験の有無、身体の痛み、  
視力、聴力、失禁経験の有無、歯の状態。

iv) ストレスフルライフイベントの経験： 様々なストレスフルライフイベント

(16項目)について、過去1年間に経験したかどうかを聞いた。

・望まない住居の変化      ・本人の健康状態の悪化      ・配偶者・家族の病気

・配偶者との死別      ・配偶者との離別      ・家族との死別

・親しい友人との死別      ・経済状態の悪化      ・失業

・社会的役割の喪失      ・家族とのトラブル増加      ・近隣とのトラブル増加

・職場での負担増加      ・裁判      ・借金の増加

・その他

v) 抑うつ状態： Zung のうつスケール (SDS: Self-rating Depression Scale) 20項目について4段階のカテゴリーで聞いた。得点範囲は20点から80点で数値が高いほど、抑うつの程度が強いことを表す。

i)、ii)、iii)、iv) の調査項目について Zung のうつスケールとの関連性を解析した。

研究報告 (2) 農村高齢者のソーシャル

サポート・ネットワーク、  
健康と医療費の関連要因

調査対象と地域：

対象は北海道第2の中規模都市A市 (人口38万人) に隣接する近郊型稲作地帯

にすむ前期高齢者、後期高齢者 (69歳～81歳：1992年時) の高齢者全数769名 (男性：344名、女性：425名) である。1992年に初回ベースライン調査を実施し、1995年に2回目調査を行い、それぞれ同じ内容の質問表 (研究報告1に同じ) を用いた。初回調査時回収率84.8%、2回目回収率73.1%であった。追加調査として1998年に健康状態の調査を行った。その後1998年 (1月～12月) 一年間の医療費について、レセプトより調べ、入院費用、外来費用、この年にかかった主な疾患名について調査を行った。解析は1992年当時の質問表が完全であって、1998年時医療費用がわかった人462名 (男性：193名、女性：269名) で行った。医療費を高めている要因について1992年時の健康状態、活動性、社会的ネットワークやサポートなどとの関連について解析を行った。

研究報告 (3) 高齢者のソーシャルネットワークとサポートネットワーク研究—文献的考察

文献総括： 高齢者のソーシャル・ネットワーク研究およびサポート・ネットワーク研究の近年の成果をまとめる目的で、ソーシャル・ネットワークがいかなるもの

か、それがもたらすものはなにかについて文献的に内容を具体的に明らかにした。ソーシャル・ネットワーク、サポート・ネットワークの重層性について解明を試みた。

**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縦断的**

**研究一過疎地夕張の高齢男女の時系列調査(9年間)の分析一**

1) 対象と地域: 札幌市、夕張市の両市の大正10・11年生まれ(札幌は大正10年生まれのみ)の男女を対象とし、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関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類型の析出、第1回目と第2回目のネットワーク類型の比較分析、札幌市の3回の推移の分析はすでに報告を行った。今回は、夕張市の第3回目調査の回収データ(男性127人、女性177人、計304人)を対象とした。

2) 方法: 第1回目および第2回目調査と比較し、そのネットワーク類型の変化を捉える。

・ソーシャルネットワークについては以下の指標によって分類し類型化を行った。(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。上記の5つの要因をネッ

トワークの範囲、付き合いの深さや密度を一定の線で分けし総合的に捉え、以下に記述した5つの類型を抽出した後考察した。

- 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数、種類が最多。
- C型: 近隣中心型。子どもとの行き来が少なく、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。身近な地域を越えるような関係は持たない。
- 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らを超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。

**研究報告 (5) スウェーデンの高齢者ケアシステムの変化とケアワーカーへの影響**  
(文献レビュー)

2000年、2001年のスウェーデン訪問での研究者へのインタビュー、および資料、文献で分析をおこなった。

**研究報告 (6) 高齢期における活動的生活維持のためのサポートネットワークの役割に関する研究一健康関連**

## QOL 質問表作成の試み

- 1) 対象と地域：2001年10月、2002年1月に旭川市に隣接するA町、B町において調査を行った。A・B町における総合健診に合わせて、健診受診者全員全員を対象とした。そのうちA町は1067名対象のうち完全回答数788名、回収率：73.9%であった。
- 2) 方法：主観的健康観、健康習慣、自己実現的習慣、生活環境への満足感という要素を含む健康関連QOLを測定する質問表を試作した。質問項目は、12項目、評点尺度は0、0.5、1に配分し、その評点をトータルして「健康関連QOL」とした。健診時に配布し、自記方式で記入してもらい、集計には完全回答の質問表を採用した。設問は12項目であったが、予備的に回収してみると完全回答率が低く、設問項目が多くなれば、完全回答率が低下する恐れもあった。郵送し回収する方法では、例えば対象者が夫婦の場合には回答がどちらかに偏る危険性もある。従って、健診と結びつけるのであれば、質問項目数もこの程度が限度ではないかと考え、実施した。

研究報告 (7) 高齢者における活動的生活維持のためのサポート・ネットワークの役割に関する研究—パーキンソン病患者集団をモデルとして

1) 対象と地域：北海道岩見沢市（札幌市から北へ40Kmに位置する農村地区、札幌のベットタウン、65歳以上の高齢人口が18.06%）1998-1999年の1次調査と、それに基づく2次調査を行った。1次調査はアンケート調査により岩見沢市に在住する40歳以上の全個人に調査表を送付して回収した件数14,696件/郵送総数28,329件（回収率51.8%）であり、その中でパーキンソン病を示唆された、またはパーキンソン病と確定診断されている例数は152例で、平均年齢69.0歳±4.7歳であった（男性52例、女性100例）。2次調査は面接（戸別調査、外来での診察）を中心にPDの調査を行い、2000年1月より10月までの10か月間で2000年10月31日までを集計の期限とした。平成12年度から開始された介護保険による種々の介護サービスについて、慢性疾患患者にとっての利用状況を検討するために、上記で登録されたPD患者を対象に①患者さん自身の病状に関する項目、②介護されている介護者に関する項目、③介護状況および種々の社会的サービスの利用状況に関する項目のアンケート調査を行った。

## 研究報告 (8) ソーシャルサポートシステム構築へのアプローチ方法に関する研究 (第2報)

- 1) 参加者の募集：「町での健康問題とこれからの保健活動」をテーマとする。若年男性：青年会議所グループ、若年女性：子育てグループ、行政：保健福祉課職員（男女）を対象とした。
- 2) 1セッションは1時間とした。
- 3) グループインタビューの内容：自

己紹介、自分が健康のために実践していること、町の健康面での問題点、これからの健康づくりのあり方。

- 4) テープ録音、ビデオ録画し、3名で内容を記録した。キーワードを出し、ランク付けを行い、討論した。

#### 倫理面への配慮

倫理的配慮に関して、疫学調査については北海道大学医学研究科医の倫理委員会に研究倫理審査申請書を提出し、行った。研究への参加は自由意志とし、参加を中止したい時にはいつでもできる。対象者へのプライバシーには十分配慮を行った。また、町の固有名詞を出さない、個人情報はとりあげない、個人情報は他の人に伝えないこと等を記した同意書を取り交わした。

### ◆C 研究結果◆

#### 研究報告 (1) 高齢者の抑うつに及ぼすストレスフルライフイベントの影響とソーシャルサポート・ネットワークの役割—都市における縦断研究

##### 1) SDS 得点の平均と男女差

1995年時のSDS得点の平均は34.81であった。女性の平均35.25は、男性の34.36よりも、有意に高く性差がみられた。1992年時では平均34.70、女性が36.05であり、男性は33.35であった。SDS得点の平均には差はみられなかった。

- 2) 基本属性：SDS得点と有意な関連を示したのは、男性で居住形態、収入であった。男性では1995年に

は仕事の有無で働いていること、配偶者が健康であることが得点を低めていた。女性では仕事の有無が兩年ともに有意であり、1992年には一人暮らしがSDS得点を高めていた。

- 3) ライフイベント：経験されたストレスフルライフイベント数は全く経験のない人が大半であったが、SDS得点との関連はライフイベントの経験数が増えるほど、得点は高い傾向にあり、男女ともにその傾向がみられた。

- 4) ネットワークとサポート：男性では町内会への加入が1992年、1995年ともにSDS得点が低く、1995年でのみ、親戚あり、友人がいる、加入団体数でSDS得点を低めていた。女性では若い人との交流がない、夫婦のみ世帯である、友人らと外出をしないなどがSDS得点を高めていて有意であった。1995年では近隣との交流が希薄、趣味がないなどで差があり、SDS得点が高かった。サポートについては男性ではサポートを提供している人がしていない人の群よりSDS得点が低い傾向にあった。

- 5) 身体的健康と活動性：男女ともに主体的健康状態ではほとんどの項目でSDS得点と有意に関連を認められていた。

- 6) 多重回帰分析の結果：比較的高い相関が得られた要因について、1992年のSDS得点を調整して、それぞれがどの程度SDS得点と独立に

関連しているかを検討するために、男女別に1995年のSDS得点に及ぼす影響について多変量解析を行った。その結果、1992年時のSDS得点は1995年のスコアの最も高い説明変数であった。男女ともにライフイベントの数、歯の病気が説明率が高かった。男性では遠出ができること、女性では相談者の数、などで得点の有意差がみられた。1995年時点での調査では男性でライフイベントの数、遠出ができる、歯の健康、病気の数で有意差があり、女性ではライフイベントの数、仕事がある、歯の病気で差がみられた。

## 研究報告 (2) 農村高齢者のソーシャルサポート・ネットワーク、健康と医療費の関連要因

- 1) 性別医療費分布：1998年一年間の医療費について入院費、外来費を合計した総医療費でみると、一年間全く医療費のかからなかった人は男性で21人(男性全体の10.9%)、女性で29人(10.8%)男女併せて50人(10.8%)であった。入院をしなかった人は全体で341人(73.8%、男性：137人71.0%、女性：204人75.8%)であった。入院をしていた人の入院費用は中央値が93万円で100万円台が最も多かった。これは男女ほぼ同じ傾向であった。入院費用の最高額は1,700万円であった。入院費用は男女ともに15%程度のひとが高額費用群に入り、少数の

人たちが全体の入院費用を高くしている傾向にあった。外来費用は30万円以内に60%がはいり、高額者は少なかった。入院費用を高額者と低額者に分けて、検討を行った。

- 2) 疾病と医療費の関係：入院で多い疾患は腰痛・リュウマチ、胃腸病、高血圧、呼吸器疾患であった。腰痛・リュウマチが高額医療費群の中でとくに多かった。外来では腰痛・リュウマチ、高血圧、胃腸病、心臓病、白内障が疾患の中でも多かった。高額医療費群の中で多く挙げられていたのは白内障であった。
- 3) 医療費を高めている要因：1998年の医療費が高くなっている群の1992年の健康、生活状況との関連性をみた。基本的属性ではあまり差はみられず、女性の仕事をしているが医療費の低い群と有意であった。入院で女性の喫煙、飲酒習慣ありと高額医療費の関連がみられた。健康状態では既往歴で高血圧、心疾患が医療費を高めていた。ソーシャルサポートネットワークでは「殆ど外出しないと答えたひとは男女ともに医療費が高額であった。近親者とのソーシャルネットワークでは男性の入院費で「電話のやり取り」と答えた人が低医療費になる結果が得られた。

## 研究報告 (3) 高齢者のソーシャルネット

## トワークとサポートネットワーク研究—文献的考察

先行研究は、高齢者をとりまく社会的関係であるソーシャル・ネットワークが、その高齢者自身になんらかの影響を与えているものと仮定し、そのソーシャル・ネットワークがいかなるものか、そしてそれがもたらすものはいかなるものかについて、多くの実証データから具体的にあきらかにしてきた。しかし、そこで抽出された高齢者のソーシャル・ネットワークに、これまで、あきらかな偏りがあったことは否定できない。

### 1) ソーシャル・ネットワークの種類

日本では伝統的に高齢者のケアの担い手は家族、特に子どもやその配偶者であるとみなされてきた。高齢者の幸福感や生きがいに強く影響をもたらすネットワークを考えると、家族関係に重点を置くことになる。いままでの研究において、高齢者のソーシャル・ネットワークの種類および類型を、家族や親族（インフォーマル1）に限定しがちであった。1990年以降、友人や近隣を含む「インフォーマル2」をその分析の視点に加えるようになったが、最近でも、公的サポートや専門家を含む「フォーマル・ネットワーク」はまだ分析の視点にほとんど登場していない。しかし、近年このようにソーシャル・ネットワークを多様なものとしてとらえることで、高齢者が家族や親族だけでなく、近隣や友人と多様なソーシャル・ネットワークをつくっていることが明らかになってきている。

### 2) 属性による違い

属性に着目する研究は当初から精力的になされ、高齢者の居住地域や階層、学歴によって、それぞれ異なるソーシャル・ネットワークをもつことが示唆された。特に、ジェンダーは高齢者のソーシャル・ネットワークに大きな差異をあらわしていることがあきらかになってきた。男性は配偶者を中心とした狭いネットワークを形成しがちであり、一方、女性は近隣や友人を中心とする柔軟なネットワークを形成するということがあきらかになってきた。

### 3) 縦断的研究の必要性

今まで、見落とされてきた視点、加齢について、ライフステージごとに、個人が選択するソーシャル・ネットワークの資源が変化していくさまを追うことは、今や必須の作業である。それには、縦断研究がもっとも有効である。しかし、年齢別の比較研究は少なく、縦断研究もわずかにしかなされていない。高齢者自身がネットワークを選択的に維持していけなくなった場合も含めて、その生を最後まで支えるネットワークのあり方を他者による再構築という視野もいれる考察が今後より必要となろう。高齢者のソーシャル・ネットワークの種類や類型が先行研究によってあきらかにされつつあるが、近年、それがいかなる機能をもつかについて、詳しい分析を行う段階へと研究は進んできつつある。

### 3) サポート・ネットワーク概念の導入

サポート・ネットワークという概念を導入することによって、ソーシャル・

ネットワークとサポート・ネットワークの間には関連性は必ずあるものの、それは直接的なものではない、ということがこれまであきらかになってきた。サポートの種類によって、ソーシャル・ネットワークのうちのどれが選び出され、どれかが選び出されないということが生じる。高齢者の必要とする複雑で多種多様なサポートにあわせて、ソーシャル・ネットワークは機能分化していることがあきらかになった。高齢者の加齢が、ソーシャル・ネットワークそのものだけでなく、サポートの種類、サポート・ネットワークの種類に変容をもたらしていることがあきらかにされつつある。このようなソーシャル・ネットワークとサポート・ネットワークの複雑性を考慮することによって、高齢者のソーシャル・ネットワークの重層性に迫ることができ、それを解明することができる。近年、その2つをとり入れた研究が増えつつある。

#### 5) これからの研究課題

第一に、高齢者のソーシャル・ネットワークの多様さを充分考慮することである。われわれが示した友人や近隣との関係「インフォーマル2」をみるだけでなく、公的サポートや専門家との関係「フォーマル」をみていく必要がある。

第二に、高齢者を個々人の属性の多様さを前提として研究を進めていくということ。すなわち、これまで不十分であったジェンダーや加齢要因にも取り組まなければならない。

第三に、ソーシャル・ネットワークとサポート・ネットワークの織り成す複

雑性・重層性に注目することである。

### 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縦断的研究

#### 1) 家族構成の変化

前回まで過半数を占めていた夫婦世帯が減少し、ひとり暮らしと子どもとの同居の割合がともに増加した。「ひとり暮らし」が23.0%、「夫婦」が40.5%、「子と同居」(息子家族および娘家族との同居)が20.7%となった。

これを性別にみると大きな差が見られる。男性では「夫婦」が57%を占めておりひとり暮らしは1割弱であり、この傾向は9年間変わらない。これに比べ女性の変化は大きい。「夫婦」は41%から29%に減少し、「ひとり暮らし」が28%から31%に増加した。今回夫婦と一人暮らしの割合が逆転し後者が増加した。また男女とも既婚子(とくに息子の家族)との同居割合が若干高まったが女性の方の割合が高い。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」を続けるか子ども家族と同居するかの2通りの移行をしている。夕張の女性は札幌の女性ほどドラスチックな変化はないが、男性に比べこの9年間の変化が大きい。

#### 2) 健康状態

男女とも2回目調査(73歳)から今回(79、80歳)では「普通」の割合が大きく減じ「あまり健康でない」が33.2%と大きく増加したのが特徴的であった。「まったく健康でない」はもともと割合は少ないが約1.3%から3.9%に増加し



ている。男性は7割近くが「健康」「普通」で「あまり健康でない」「まったく健康でない」が約3割であった。女性は、「健康」「普通」が約5割、「あまり健康でない」「まったく健康でない」は4割であった。夕張では札幌同様男性の方が元気である。女性においては前回からの健康の悪化が著しい。

### 3) 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調査時点の変化を見た。

①「近隣関係」は、「困ったときに相談したり世話を頼める」は今回は前回に比べ大きく減少し39.6%から27.3%となった。逆に「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%から37%に若干増加した。「(立ち話で)世間話しをする程度」「ほとんど付き合いはない」も若干増加している。札幌に比べ夕張はかつての炭住暮らしの影響が近隣関係が密である。それでも札幌ほど激しくはないが傾向としては密から疎への移行がみられる。男女別にみると、女性の方が今回は「困ったときに相談したり世話を頼める」が4割から3割弱に大きく減少し、「ほとんど付き合いはない」が12%から17%増加し、密から疎への傾向があらわれていた。

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が、今回は前2回に比べ明らかに「いる」が減少し「いない」が増加している。

③行き来している子ども以外の親族は6割が「いる」と答え、3割強が「いない」と答えており、1回目に比べ2回目から「いる」は減少に転化した。(但し、初回は市内に限定したため、限定をしなかった第2回調査時点、第3回調査時点と異なる)。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。

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)。今回は「参加していない」が大幅に増え、「参加している」の割合と逆転した。参加が46%に対し不参加は54%となった。札幌と同様な傾向である。男女とも同じ傾向を示すが女性は「参加」より「不参加」の割合がおおくなった。

### 4) 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。しかし誰が相談相手なのかについては、初回では1位が子どもで9割を占め、2位は配偶者で6割であった。3調査時点の今回もこの2つのネットワークが最も高いがその割合は減じている。相談相手には男女差があり、男性は典型的に配偶者・子どもに集中し、他の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回を追うごとに減少し、1回目の44%から今回は27%に落ちていた。子どもも前回から急激に減少しているがそれでも7割は子どもを選択している。女性の第3位は友達25%、嫁22%、近所の人20%であり、嫁が若干減少し友人や近

所の人の選択が増えていた。

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時点変わらない傾向である。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「近所の人」と「友人」であった。これまでの知見では、他のサポートネットワークは近隣・友人が選択されても、身体介護となると家族・親族が選択されてきた。今回の対象者でも子どもが第1位であるが、相対的に近隣・友人が増加したということは夕張という地域特性と関連している可能性がある。

これを男女別に見るとやはり男性の7割は配偶者と答え7割が子どもに期待している。それに対し女性は配偶者をあげるのは3割じ弱に過ぎず、子ども中心である。しかしそれも相対的に減少し近所の人と友人を選択する割合が増加していた。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、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304名中49名(16.1%)に留まった。49名の介護認定は、要介護1が15名30.6%で最も多く、自立、要支援、要介護2が各7名(各14.3%)、要介護3、要介護4、要介護5がそれぞれ4名、3名、2名、4名であった。6割近くが要介護1以下であり、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周知度の高まりと加齢に伴い利用度も高まると思われる。また、今回の対象者はすでに病院入院中や他地域の特別老人ホーム等に入所している人々は把握し切れなかった。

#### 5) ネットワーク類型の変化

夕張では3回の調査を通して類型をフォローできたのが139ケース(男性78、女性61)であった。A型は7.7%、19.1%、30.2%と確実に増加している。増加率が高い。B型は40.6%、66.0%、56.1%と3時点ずつねに最も多い類型であった。C、D、E型は少なく、とくにC型は2回目以降急減している。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らかとなった。

B型が最も多いのではあるが、相対的比率は減少傾向にあり、A型がこの4-5年の間、かなりの速度で増加した。そして夕張の特徴であったC型—子どもたちの流出によるサポート機能を補っていた近隣との絆が喪失していることを物語っていた。男女別でこの傾向には差がなかった。

#### 6) ネットワーク類型とサポートネットワーク

各類型の高齢者の健康状態や活動性の特色(D、Eは4名、5名のため除外)

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):

家族・親族関係中心のA型にADLの低

い割合が高い。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。家族構成は子どもとの同居が 3 割強で、他の類型に比べ割合が多く、逆に夫婦世帯の割合はもっとも低い。女性の 6 割強が配偶者をすでに亡くしている。また前回から住居が変わった率も最も多く、従って、この類型は「夫が死亡し、ひとり暮らしになったが健康がすぐれないためこの間、息子や娘の家族と同居を始めた女性」に代表される。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こととも少ない。趣味が無いというのが最も多かった。

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数、種類が最多) : 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や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 割以上が持ち、家族構成は夫婦世帯の割合が多い。この型は札幌では男性より女性に多くあらわれたが、夕張では反対に男性の方が若干上回っていた。配偶者も元気であった。

C 型 (近隣中心型。子どもとの行き来が少なく、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。身近な地域を越えるような関係は持たない) : 夫婦 2 人暮らしの割合が他類型にくらべ多いのが特徴。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 型とほぼ似ていた。

各類型のサポートネットワークとの関連では、「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。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。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。「世話」になる人に「嫁」をあげ、サポートネットワークは拡大していた。B 型では「相談相手」に配偶者、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た。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かった。

研究報告 (5) スウェーデンの高齢者ケアシステムの変化とケアワーカーへの影響 (文献レビュー)

スウェーデンは1950年代から福祉国家への道を行ってきたが、1990年代から福祉の後退といえる変化が見えてきている。高齢者人口、とりわけ80歳以上の後期高齢者の人口増加にもかかわらず、これらの人口グループに対する公的サービスの供給が減少している。公的サービスに対して優先順位をつけるようになった、そのため、ニーズはあるのにサービスを受給できない高齢者グループを生み出している。市場化と私事化が進んだ結果問題も多く、公的ケアシステムの点からは「ケアを必要とする高齢者」、「彼らの家族＝アンペイド・ワーカー」、「ペイドケアワーカー」の3つのグループに影響を及ぼしていると考えられる。

ケアワーカーへの影響として、スウェーデンの高齢者ケア制度の発展は大量の女性の賃金労働者を創出した。しかし、今、身体介護が増加することで資格をもつ人の格差を生みだしている。市場化によってケアワーカーの健康上のリスクも高くなる傾向にある。

## 研究報告(6) 健康関連 QOL 質問表作成の試み

- 1) 性別年齢別評点：男性の40歳代と50歳代では有意差は無いが、その他の年齢階層では男女とも年代とともに有意に評点は増える。男性の40歳代と70歳代で有意に評価点が高くなる項目を各年代別みると、男性では6項目、女性では3項目あった。性別で見ると、女性が男性よりも有意に評点は高いが、各年代で女性のほうが有意に評価得点が高い項目は、40歳代で「設

問4・食生活に注意していますか」、「設問5・運動するように心がけていますか」、「設問6・タバコは吸いますか」、「設問8・趣味をもっていますか」、「設問9・週に1～2回は友人に電話をかけますか」、50歳代では設問(4、5、6、9)、「設問11・今の生活に満足していますか」、60歳代では設問(4、6、9)、70歳代では設問(6、9)であった。今回の結果から、加齢とともに健康関連QOL評点は高まり、男女とも70歳代で最高となる。年代別に評点を減点させる設問として、男性では「設問2・月に一度は血圧を測っていますか」、設問(4、5、6)、「設問7・余暇を楽しんでいますか」、設問9で、女性では設問(2、5、6)と、やはり女性の方が項目数は少ない。

血圧を月に一度程度チェックする習慣は、僅かな努力によって身に付く大切な健康習慣である。運動については、その種類や程度の問題もあるが、基本的には運動をしようという意識が大切である。また、男性では若年者ほど食生活に関心は低いですが、食生活は家族の中で互いに注意しあうことによって改善されるもので、家族の問題でもあると思われる。

### 2) A・B町間の評点比較：

A、B両町とも旭川市近郊の農村地帯である。両町間では、性別、年齢別評価得点平均値には有意差は見られない。しかし、回答内容を60歳代男女で比較検討すると、男性では「設問9・去年と同じように元気ですか」「設問10・今の生活に満足していますか」で