

季刊 社会保障研究

Vol. 48

Winter 2012

No.3

研究の窓

- 国民が政府に期待する社会保障 岩井紀子 **250**

特集：社会的サポート・ネットワークと社会保障

- 健康の社会的決定要因としての社会関係：概念と研究の到達点の整理 杉澤秀博 **252**

- 社会的サポート・ネットワークの測定法とその課題 石田光規 **266**

- 育児期女性のサポート・ネットワークがwell-beingに与える影響：
NFRJ08の分析から 星敦士 **279**

- 高齢者の社会的サポート・ネットワークと社会保障政策への意識
—JGSS-2010に基づく分析— 宮戸邦章 **290**

- 社会的サポート・ネットワークと健康 星旦二, 桜井尚子 **304**

投稿（論文）

- 母子世帯の母親における正社員就業の条件 周燕飛 **319**

投稿（研究ノート）

- 保健行政における医療費削減効果 足立泰美, 赤井伸郎, 植松利夫 **334**

判例研究

- 社会保障法判例 新田秀樹 **349**

書評

- 島崎謙治著『日本の医療制度と政策』 石田道彦 **359**



国立社会保障・人口問題研究所

季刊
社会保障研究

Vol.48 Winter 2012 No.3

国立社会保障・人口問題研究所

研究の窓

国民が政府に期待する社会保障

21世紀もはや12年目が終わろうとしている。日本社会を見渡すと、経済的にも政治的にも厳しい局面が続いている。このような中で人々は、社会保障について政府にどのような期待を寄せているのだろうか。「日本版総合的社会調査（Japanese General Social Survey : JGSS）」のデータを基に、2000年から2012年までの人々の意識の変化を見てみよう。JGSSは、人々の意識や行動を把握する横断的社会調査を2年毎に実施し、データ公開を進めてきたプロジェクトである。対象者は、20～89歳の男女数千人であり、面接法と留置法を併用している（詳細は、<http://jgss.daishodai.ac.jp>）。

JGSSでは、さまざまな分野に亘って人々の意識を尋ねているが、この12年間に最も大きく変化したのが、社会保障に関する意識である。「高齢者の生活保障（生活費）」については、2000年には、「個人や家族の責任」と考える人が25%、「国や自治体の責任」とする人が34%であった。しかし、2002年には半数弱が「国や自治体の責任」と考えるようになり、2006年には6割を超えた。2012年時点では、56%が「国や自治体の責任」、16%が「個人や家族の責任」としている。一方、「高齢者の医療・介護」については、2000年時点で、すでに4割の人が「国や自治体の責任」としており、「個人や家族の責任」と考える人は2割を切っていた。「国や自治体の責任」とする人は、「生活保障」と同様に2002年に急増して6割弱に達し、2006年には7割を超えた。2012年には、「個人や家族の責任」であるとする人は1割に満たない。

「高齢者の医療・介護」について、どのような層で意識が変化したのかを2000年と2008年で比較すると〔宍戸（2009）・岩井（2011）〕、「国や自治体の責任」と考える人の増加は、性別にかかわりなく生じており、高校卒以上や有配偶者で意識の変化が大きく、とくに70歳以上で大きく変化した。また、子どもと同居している層や親と同居している層は、同居していない層よりも、意識の変化が大きかった。「介護保険法」は、1997年に自民党・社会党・さきがけの3党連立政権が成立させたものであるが、無党派層よりは、自民党や民主党などの支持政党をもつ層の方が意識の変化が大きい。このように従来、家族による介護を支持していた層においても、「介護の社会化」意識が、介護保険制度施行後に広く浸透したと言える。

「一般に、三世代同居は望ましい」とする人の割合は、この12年間を通して66%前後と変わらず、「年老いた親の世話」の責任は「子ども全員」にあると考えている人も、2006年に依然6割を占めている。人々は高齢者への責任を投げ出したわけではないが、現実問題として、高齢者自身もその家族も、生活費は国による年金制度で確保されるべきであり、医療と介護は、医療保険と介護保険によって支えられるべきであるという前提に立ちつつある。

一方、「子どもの教育」と「保育・育児」については、「高齢者」の場合ほど急激ではないが、最初に尋ねた2002年以降、「国や自治体の責任」であるという回答が増えている。2002年には、「保育・育児」は「個人や家族の責任」とする人が61%で、「国や自治体の責任」は12%に過ぎなかった。「教育」についても、その割合は、57%と14%であった。しかし、いずれについても、2005年には、「個人や家族の責任」が半数以下に後退し、4人に1人は「国や自治体の責任」と考えるようになった。この変化は、急速に進行する少子化に、社会全体が対応するべきだという観点から、国や自治体に加えて、企業も責務を負わねばならないと定めた「次世代育成支援対策推進法」が2003年7月に施行され、子育てについての社会的議論が高まったことと関連しているのであろう。「保育・育児・教育」が「国や自治体の責任」とする割合は、その後も漸増し、2012年時点では3割前後に達している。ただし、「高齢者」とは異なり、現時点ではまだ「個人や家族の責任」と考える人が4割弱を

占める。

「子どもの保育・育児」については、学歴、婚姻状態、子や親との同居の有無の要因とは関係なく、意識の変化が進行していた。ただし、女性よりは男性において、無党派層を含め自民党以外の支持者において、保育・育児の社会化意識が進行していた。これまで家族が担ってきた機能を、公的機関を中心とした社会で担ってほしい（担ってゆくしかない）という意識が国民の広い層に浸透している。

責任の所在についてこれらの意識の変化と連動するように、政府の支出に関する意見もこの間に変化している。2010年には、「社会保障・年金」への支出を増やすべきという意見は6割を超える、「教育」への支出の増加支持も4割を超えている。「高校授業の無償化」には55%が賛成していた。

国民は、社会保障に関して、国に要求しているばかりではない。社会における収入格差が広がらないために、税の負担が増えることも覚悟している人々が少なくない。「政府は、裕福な家庭と貧しい家庭の収入の差を縮めるために、対策をとるべきだ」という意見には、2000年時点でも過半数が賛成しており、反対は12%にすぎない。賛成の割合は、リーマンショック直後の2008年末に6割に上昇し、2012年時点でも過半数を超えていた。福祉と税負担のバランスについては、「増税をしてでも、福祉などの公共サービスを充実させるべき」という意見への支持は2003年に既に6割近くを占め、リーマンショック後7割に迫り、2010年時点でも同様である。所得税の負担感については、「自分に課せられている所得税は高い」と感じている人が、2000年から一貫して55%前後を占めているが、それでも、「消費税をどのくらいにすべきだと思うか」と尋ねられれば、2010年には34%の人が、2012年には39%の人が6%以上にすべきだと回答しており、5%よりも下げるべきだと考えている人は1割である。

国や自治体は、国民のこの覚悟と期待にどのように応えるのだろうか。

本刊の特集は、「社会的サポート・ネットワークと社会保障」である。この分野は、公衆衛生、疫学、心理学、社会学、経済学、老年学、地理学、都市工学などのさまざまな分野において、互いに影響しながら急速に研究が蓄積されつつある。収録論文を読ませていただき、手前みそながら、JGSSがデータ面でこの分野の研究に貢献していることを知ることになった。JGSS-2003では、池田謙一氏、中尾啓子氏、安野智子氏と共に、アメリカの1985年のGSSを参照しながら、「重要なことの相談相手」に加えて、「仕事のアドバイスをもらう人」と「政治の話をする人」のネットワークをとらえ、さらに3つのネットワークの相互関係をとらえることに挑戦し、ネームジェネレータに加えて、ポジションジェネレータも組み込んだ。

その後も、研究者の関心の高まりを反映するように、リソースジェネレータは、JGSS-2005以降のすべての調査に組み込んでいる。JGSSが、GSSタイプの調査を行っている韓国、中国、台湾のチームと共同で2006年から実施している、「東アジア社会調査 (East Asian Social Survey : EASS)」の2010年のテーマは健康状態と健康行動、2012年は社会的ネットワークと社会関係資本である。これらのデータが、「社会的サポート・ネットワーク」の研究に寄与することを大いに期待する。

宍戸邦章 (2009) 「介護の社会化に関する意識変化の研究」『第19回日本家族社会学会大会報告要旨』 pp.26-27.

岩井紀子 (2011) 「JGSS-2000～2010からみた家族の現状と変化」『家族社会学研究』23 (1), pp.30-42.

岩井 紀子

(いわい・のりこ 日本版総合的社会調査共同研究拠点・大阪商業大学JGSS研究センター長)

健康の社会的決定要因としての社会関係：概念と研究の到達点の整理

杉澤秀博

ならざるをえなかつた点をことわっておきたい。

I 本稿で論じる課題

公衆衛生分野では、社会関係は健康の社会的要因の一つとして着目されてきた。しかし、社会関係は、公衆衛生分野だけでなく社会学、政治学などの分野でも探究されてきており、それらの分野の社会関係に関する知見が公衆衛生分野の研究にも生かされている。社会関係は、社会的ネットワーク (social network), 社会的統合 (social integration), 社会的支援 (social support), 社会関係資本 (social capital) など似たような概念で様々に論じられており、ともするとそれらが同じような意味をもつものとして使用されることも少なくない [Berkman, et al (2000a), pp843-857]。健康の社会的決定要因に注目が集まり、社会関係がその主要な要因の一つとして研究蓄積が図られている現在、今後の研究の展開および政策立案・推進への貢献を考えた場合、健康の社会的決定要因として取り上げられてきた社会関係に関する概念を整理しておくことが重要である。

本稿では、健康の社会的決定要因としての社会関係の概念整理、研究の到達点、今後の検討すべき課題について言及する。社会関係は、分析焦点者個人の社会関係をみる場合と集団あるいは地域の社会関係をみる場合に区別できる。それぞれ独自の系譜があるため、本稿では、両者を別々に整理するとともに、同じ概念名が両者にまたがって使用され、混乱を招いている事態もあることから、両者の関係性についても整理する。ただし、文献レビューに際しては、紙幅の関係もあり、選択的に

II 個人特性としての社会関係を表す概念の整理

1 社会関係を捉える包括的な概念をめぐる混乱

まず個人の社会関係の概念を整理する際、まず最初に取り組むべき課題は、社会的統合 (social integration), 社会的ネットワーク (social network), 社会的支援 (social support) といった個別の概念を包括するような上位の概念名をどのようにつけるかである。社会関係に関する概念を整理する際、その構造的側面と機能的側面を区別するのが一般的である。問題は、構造的側面を表す概念として「社会的ネットワーク」を、機能的側面を表す概念として「社会的支援」を対応させる研究者が多いものの、これらを包括する上位の概念としても「社会的支援」を用いる研究者がいる点である。House, et al (1985, pp83-108) は、「社会的支援」が個別の社会関係（社会関係の有無や数など）、社会的ネットワーク（社会関係の構造的側面）、社会的支援（社会関係の機能的側面）という3つの概念で構成されるとしながら、これらを包括する概念としても「社会的支援」を用いている。George (1996, pp229-252) は、「社会的支援」を社会的ネットワークと社会的支援に分類し、前者については人々が組み込まれている関係の構造的特徴、後者についてはネットワークのメンバーからの物質的・非物質的な恩恵を受領することとしている。Krause (2001, pp272-294) は、Barrera (1986, pp413-445) を参考にしながら、インフォーマルな「社会的支援」を、社会的な埋め

込み (Social embeddedness) (他者との接触の頻度を評価する指標), 行動的な支援 (社会的ネットワークによって現実に提供された手段的支援の量), 認知的な支援 (支援の受授の主観的評価) の3種類に分類している。Uchino(2006,pp377-387)は、「社会的支援」には構造的側面と機能的側面があり, 構造には家族の有無やグループの会員か否か, 機能には情緒的支援などが含まれるとしている。その他, Wills,et al (2012,pp465-492) も包括的な概念として「社会的支援」を用いている。

他方, 数は少ないが, 包括的な概念として「社会的ネットワーク」を用いている研究者もいる [O'Reilly (1988) ,pp853-873]。この場合, 「社会的ネットワーク」は, 個人間や集団間の関係の構造とともに, 社会的支援の提供などさまざまな機能をもつ, すなわち構造と機能の2つの側面をもつものと定義されている。

Due,et al (1999,pp661-673) は, 以上のような概念的な混乱を指摘した上で, 混乱を解消するため, 包括的な概念として「社会関係 (social relationships)」という名称を使用している。Berkman, et al (2000a,pp843-857) も包括的な概念を明示しているわけではないが, 「社会関係 (social relationships)」という概念の説明に際しては, 社会関係の集合体 (ウェブ) を表現する社会的ネットワーク, そしてその機能には社会的支援が含まれると記述している。本稿では, Due,

et alの提案を踏まえ, 社会関係の構造的側面と機能的側面を包括する概念として「社会関係 (social relationships)」を用いることとする。英語名は「social relationships」と「social relations」があるが, 本稿では「social relationships」を用いることとする。なぜなら, 「social relations」は後述するように2者間の関係を示す概念として用いられることがあるからである。

図1には, 本稿における社会関係に関する概念構成を示した。

2 社会関係の構造的側面

Berkman,et al (2000b,pp137-173) は, 構造的側面を概念化した社会的ネットワークを「個人を取り囲む社会関係の集合体 (ウェブ) およびその個別の関係の特質」と定義している。この社会的ネットワークは, 分析焦点とする個人のネットワーク (パーソナルあるいはエゴセントリックネットワーク) と, 個人が属する集団全体のネットワーク (ソシオメトリックなネットワーク) に区分される。本稿では, 従来, 健康の社会的決定要因としてよく研究で取り上げられてきた個人のネットワークに限定して紹介する。なお, 社会関係の有無などについては構造的側面でないとして別に扱う研究者もいるが [House,et al (1985) ,pp83-108] [Antonucci (1990) ,pp205-226], 本稿では, 関係の有無なども含めた社会関係の構

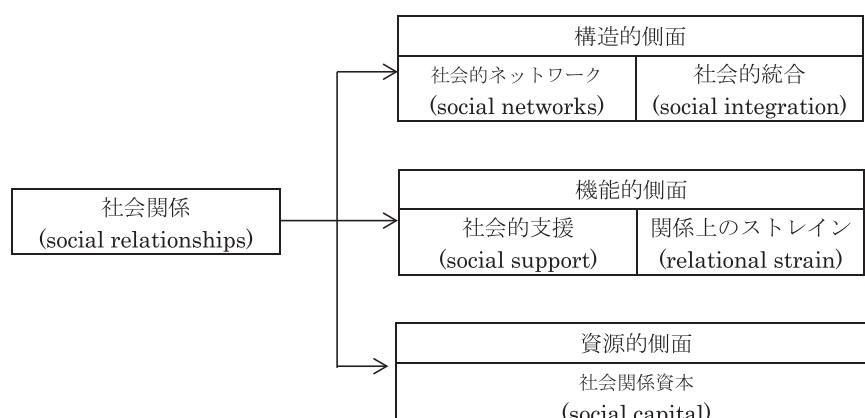


図1 個人の社会関係についての概念構成

造的側面を社会的ネットワークと定義しておきたい。

個人の社会的ネットワークの中で2者間の関係の特質は、接触頻度、多重性（2者間の相互関係の種類の数）、期間（知り合いになってからの期間）、互酬性（援助したり援助されたりという双方の関係のバランス）などで測定される。全体のネットワークの特質は、範囲あるいは大きさ（ネットワークに含まれる人々の数）、密度（メンバーがお互いに関係している程度）、同質性（ネットワークの中で類似している特性をもつ個人の割合）などで測定される [Berkman, et al (2000b), pp137-173]。

社会的ネットワークの健康影響の経路としては、主に直接効果のモデルが示されている。Cohen, et al (2000, pp3-25) は、①周囲の圧力などの社会的統制、あるいは保健サービスや健康情報が提供されることによって保健行動が促される、②社会的ネットワークに統合されていることで、将来の見通しや安定性などの感覚、目的意識や帰属意識、あるいは安心感などといった肯定的な感情が促される、③肯定的な感情が神経内分泌反応を抑制したり、免疫機能を高めたりして健康を促進させる、といった経路の可能性を示している。

社会的ネットワークと類似する概念として「社会的統合」がある。この概念については、社会的ネットワークの一部として位置づける研究者と、社会的ネットワークとは異なる独自の概念として位置づける研究者がいる。Berkman, et al (2000b, pp137-173) と Cohen (1988, pp269-297) は、前者の立場の研究者といえる。Berkman, et al は明確な概念規定をしていないが、社会的統合を分析焦点者である個人が埋め込まれている関係全体ではなく、分析焦点者とそれ以外の者との関係あるいは分析焦点者と組織やグループとの関係といった二者間に限定されるものとして捉えている。Cohenは、社会的統合を社会関係の構造的な側面とし、最も簡単な指標としては配偶者の有無、家族や親密な友人の存在、グループ活動への参加の有無、宗教団体への加入の有無などがあると記

述している。後者の立場の研究者には、Brissette, et al (2000, pp58-85) と George (1996, pp229-252) がいる。Brissette, et alは、社会的統合を「個人が様々な社会関係の種類に参加している程度」と定義したうえで、さらにこの概念は2次元で構成されるとしている。2次元とは、どのくらいの種類の活動や社会関係に実際に参加しているかという行動的な次元と、コミュニティの感覚や役割へのアイデンティティをどの程度もっているかという認知的な次元である。重要なことは、なぜこのような定義をするかという点にあり、これに関しては、役割理論すなわち役割葛藤と役割蓄積の面から理論的に社会的統合の健康影響が説明可能であるとしている。George (1996, pp229-252) も、役割理論に依拠していると明記しているわけではないが、社会的統合を「個人の社会構造に対する帰属の程度」と概念規定したうえで、操作的には「社会的役割や帰属組織の種類の数」と定義している。社会的統合の健康影響を考えた場合、Berkman, et al (2000b, pp137-173) らよりも Brissette, et al (2000, pp58-85) らの定義の方が理論的に明確である。

Due, et al (1999, pp661-673) は、別の角度から社会関係の構造的側面を分類している。それは、フォーマルな社会関係とインフォーマルな社会関係に区分するものである。Due, et al (1999, pp661-673)によれば、フォーマルな社会関係とは、分析焦点者の社会的地位や役割関係に伴って生じた関係であり、たとえば職場の同僚などが例となる。インフォーマルな社会関係とは、分析焦点者が社会的地位に関係なく組み込まれている関係であり、例としては家族や親しい友人との関係があげられる。このような区分をする理由として、Due, et alは、フォーマルとインフォーマルな社会関係についてはそれぞれ代替できない可能性があるため、別途に扱うことが必要であると指摘している。

3 社会関係の機能的側面

社会関係の機能的側面として最も多く研究が行なわれているのは「社会的支援」で、「社会関係

を通じて交換される支援」と定義されている〔Heaney, et al (2002) ,pp185-209〕。

社会的支援については、以下3つの視点から分類されることが多い。第1の視点は、機能面からの分類である。Wills,et al (2000,pp86-135) は、これまでの研究をふまえ、機能を5つに分類している。この5種類とは、①情緒的支援、②手段的支援、③情報的支援、④同伴行動的な支援 (companionship support)、⑤承認である。第2の視点は、認知的な支援か実際の支援か（行動的な支援ともいう）に区分するものである。認知的な支援はさらに利用可能性と利用満足度に区分される〔Barrera (1986) ,pp413-445〕。第3の視点は、支援の方向性に関するものであり、支援の受領と提供に分類される。

社会的支援の健康影響の経路として、ストレッサーを概念に加えたストレス緩衝モデルが考えられている〔Cohen (2004) ,pp676-684〕。これは、社会関係を通じてストレスに対処するために必要な心理的・物質的な資源が提供されることで健康影響が軽減されるというものである。さらに、ストレッサーが健康に与える効果の経路のどこに社会的支援が影響を及ぼし、その効果を軽減しているかについても、いくつか仮説が示されている。たとえば、Cohen, et al (2000,pp3-35) は、次のような仮説を示している。まず、ストレッサーが健康に与える効果の経路として、①ストレスフルな出来事の経験、②出来事の深刻さと適応能力の評価、③ストレス認知、④身体的・行動的な反応あるいは否定的認知・情動的な反応などの段階があることを示している。そのうえで、支援の利用可能性は、②の段階、すなわち出来事の深刻さの認知を低めるとともに適応能力の評価を高める、④の段階、すなわち身体的・行動的反応あるいは否定的認知・情動的な反応を軽減させることで健康影響を軽減する、支援の経験は、④の段階である身体的・行動的反応あるいは否定的認知・情動的な反応を軽減することで健康影響を軽減している。

ここで重要なのは、社会関係の機能的側面としては肯定的な関係だけでなく、否定的な関係も概

念化されなければならない点である〔Krause (2001) ,pp272-294〕。その内容は、批判、拒絶、競争、プライバシーの暴露、互酬性の欠如などで特徴づけられる他者との不快な接触、あるいは無効な支援、過度な支援などである。さらに、支援をうけることへの心理的負担も無視できない。一般的に、人は自立に価値を置いており、人に助けを求めるよりも自分で問題に対処することを選択する。そのため、他者から支援を受けることは、自尊心が傷つけられ、自分が弱い人間であるとの意識が強められることになりかねない。このような意識が精神健康にマイナスに作用する可能性があるものである (Krause (1997) ,pp387-422)。Due, et al (1999,pp661-673) は、社会関係の機能のこの側面を「関係上のストレイン (relational strain)」と名付けている。

社会関係の機能的側面に限定しても、以上のようにさまざまな分類軸が示されている。どのような分類軸を採用するかによって、健康への効果の機序が異なる可能性がある。したがって今後の研究に求められることは、効果の有無だけでなく、どのような経路を通して効果が生まれているのか、その機序を含めた仮説の構築である (Wills, et al (2000, pp86-135))。

4 社会関係の資源的な側面

今までのところ、社会関係の独自の側面として取り上げられることは少ないが、本稿では社会関係に組み込まれた資源的なものも独自の側面として位置づけたい。資源的な側面を提案している研究者にはLin (2001,pp3-278) がおり、それを表す概念を「社会関係資本 (social capital)」と名付けている。具体的には、「人々が何らかの行為を行なうためにアクセスし、活用する社会的ネットワークに組み込まれた資源」と定義している。本稿では、以上のように個人の社会関係の一側面として社会関係資本を位置づけているが、他方では、社会関係資本を地域特性として概念化し、健康影響を分析する研究の系譜もある。公衆衛生分野においては、この系譜に位置づけられる地域特性としての社会関係資本に着目した研究が圧倒的に多

い [Song,et al (2009a),pp184-210]。本稿では地域特性としての社会関係資本との違いを明確にするため、「個人の社会関係資本」という名称を用いることとする。

重要な点は、この概念が特に「社会的支援」と比べて何が異なっているかにある。個人の社会関係資本と社会的支援はいずれも社会的ネットワーク内の他者に着目しているが、個人の社会関係資本は他者の社会的地位を反映させた指標を用いる点で、社会的支援と異なっている。すなわち、個人の社会関係資本の測定法の一つとして地位想起法があるが、この測定法は他者の社会的地位を位置付けたスケール構成になっている。社会的支援はその機能として支援内容が強調されており、その支援の提供者がどのような社会的地位にあるかは問題にしていない[Song,et al(2009b),pp149-163]。このようにLinによって提起された個人の社会関係資本は、資源の保有者とその利用者の社会的地位を視野に納めることで、社会的支援にはない社会構造との関係性を明確にしている。そのことによって、社会的地位が個人の社会関係資本を通じて健康にどのような影響をもたらしているかという分析を試みているといえよう。

5 社会関係を表わす概念間の関係

社会関係の健康への影響を検討した研究の多くは、構造的側面と機能的側面をそれぞれ別々に取り上げている。すなわち、この両者の関係性を組み込んだ健康影響のモデル提示をした研究は少ない。Berkman, et al (2000,pp137-173) とSong (2009,pp1-146) はモデル化を試みた数少ない例

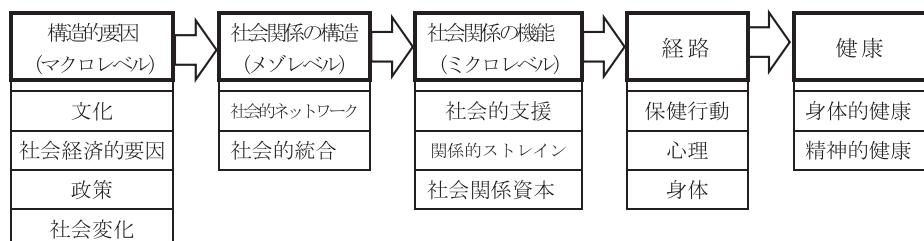
である。Berkman,et alは、社会的ネットワークという社会関係の構造的側面が心理社会的機能（社会的支援、社会的影響、人的接触など）の発現につながる、さらにこれらの機能が3つの経路（①保健行動的経路、②自己効力感・自尊感情などの心理的経路、③免疫システム機能などの身体的経路）を介して健康に影響するというモデルを示している。特徴的なのが、社会的ネットワークのさらに上流に社会的ネットワークに影響する社会構造的な状態（文化、社会経済的要因、政策、社会変化など）を位置づけ、これによって、健康に影響する要因のレベルを、マクロレベル（社会構造的状況）、メゾレベル（社会的ネットワーク）、ミクロレベル（心理社会的機能）の3段階に階層区分している点である。

本稿では、Berkmanのモデルを参考にしながら、個人の社会関係の概念を配置したモデルを示してみたい（図2）。まずは、マクロレベルに社会構造的な状況があり、それによってメゾレベルの社会関係の構造（社会的ネットワークと社会的統合）が影響を受ける。さらに、社会関係の構造によって影響されるミクロレベルの社会関係の機能が行動的・心理的・身体的経路を介して健康に影響するというモデルである。社会関係資本については、概念的には社会関係の機能的側面に近いことから、本研究では機能的側面に含めた。

III 個人の社会関係の健康影響に関する実証研究

1 社会関係の健康影響を示唆する研究

社会関係に着目した初期の実証研究としてよく



注) Berkman, et al (2000,pp137-173) のモデルを参考に、筆者が作成。

図2 個人の社会関係の健康影響のパスモデル

紹介されるのが、社会的に統合される傾向が低い人で自殺率が高いことを示唆したDurkheimの研究であり、この研究の成果は1900年以前に発表されている。さらに1960年以前にも、配偶者がいない人や社会的に孤立した人で結核や事故、分裂病などの割合が高いことを示した研究が発表されている〔House,et al (1988) ,pp540-545〕。しかし、これらの研究は、社会関係が重要であるという認識が一般的となった現在の目からみて社会関係に着目した研究として位置づけられているものの、社会関係を直接測定したものとはいえず、分析対象者も寡婦、軍人の妻、特別な職業集団に属するなど特殊な特性をもつ人たちであった〔Berkman,et al (1979) ,pp186-184〕。

2 構造的側面の健康影響に関する研究の蓄積

公衆衛生分野で社会関係の健康影響に言及した論文としてよく引用されるのが、Cassel (1976, pp107-123) と Cobb (1976, pp300-314) の論文である。この2論文は実証研究ではないが、Casselは社会的支援の直接効果を、Cobbは心理社会的ストレスが健康に与える害作用を社会的支援が緩和する役割があることを示している。この論文が発表された後、Berkman,et al (1979,pp186-184) がこの分野の研究に大きな影響を及ぼした社会的統合指標の死亡への効果を実証した研究を発表することになる。

Berkman,et al (1979,pp186-184) の論文の発表以降、アメリカ合衆国だけでなくヨーロッパやアジアの国々においても、社会的統合指標が死亡に影響するという報告が発表されるようになった〔Wills,et al (2012) ,pp465-492〕。併せて、精神健康に対しても良い影響をもたらすことが明らかにされるようになった〔Seeman (1996) ,pp442-451〕。病気の発生・増悪防止に対する効果については一致した知見が得られていないものの〔Seeman (1996) ,pp442-451〕、社会的統合指標が認知症の発症や認知能力の低下に対して良い影響があることも1990年後半以降明らかにされるようになった〔Kawachi,et al (2001) ,pp458-467〕。しかし、筆者がレビューした限りでは、異質性や

密度など社会的統合以外の指標を用いて測定した社会的ネットワークの健康影響については、Haines, et al (2008,pp164-175) などの研究に限られている。

3 機能的側面の健康影響に関する研究

社会関係の機能的側面をとらえた概念として社会的支援の位置づけが明確にされて以降、社会的支援の健康に与える効果については、その直接的な効果とともにストレス緩衝効果に関する研究の蓄積も図られるようになった。

直接的な効果については、Turner,et al (2010,pp200-212) は文献レビューに基づき、社会的支援の認知的側面である「利用可能性」が精神健康の低下防止、中でもうつ症状の予防に対して直接的な効果があるという点ではほとんどの研究で一致していると指摘している。さらに、Wethington, et al (1986,pp78-89) は、社会的支援の「利用可能性」の効果の大きさが社会的支援の実績と比較してかなり大きいと指摘している。「利用可能性」の死亡への直接的効果についても、数例研究が報告されている〔Liang et al (1999) ,pp983-995〕〔Berkman, et al (1992) ,pp.1003-1009〕〔Lyyra, et al (2006) ,ppS147-S152〕。

「ストレス緩衝効果」については、精神健康に對しては支援の「利用可能性」で支持される知見が得られているものの、支援の経験の場合にはこれを支持する知見はほとんどないと指摘されている〔Dunkel-Schetter,et al (1990) ,pp267-296〕〔Wethington, E. et al (1986) ,pp78-89〕。加えて、Liang et al (1999, pp983-995) は文献レビューの中で、死亡をアウトカム指標として社会的支援の「利用可能性」の緩衝効果を分析した研究が数例報告されていると記述している。

関係上のストレインの健康への効果については、Rook (1984,pp1097-1108) が1980年台半ばに指摘している。それ以後の研究について、Stafford et al (2011,pp887-911) は、関係上のストレインが精神健康に悪影響をもたらすとともに、その効果の大きさを肯定的な関係と比較した

場合、関係上のストレインの方が強い効果があることを明らかにした研究が多数存在していると指摘している。

4 資源的側面の健康影響

この分野の実証研究は緒についたばかりである。ネットワーク理論に依拠して個人の社会関係資本という概念を提唱したLinは、1980年中頃から地位想起法を利用して評価された関係的資源へのアクセスの違いが地位の達成に差を生じさせているか否かを検証してきた [Lin (2001), pp3-278]。しかし、資源的側面の健康影響については示唆するのみにとどまっていた。最近になってようやく、地位想起法を用いて測定された社会関係資本の指標が健康に効果があるか否かを分析した研究がSong, et al (2009b,pp149-163) によって報告された。

5 社会関係を構成する下位概念の関係をモデル化した研究

社会関係の健康影響に関する研究については、その構造的側面と機能的側面の独自効果をそれぞれ検証している研究がほとんどである。下位概念間の関係性をモデル化し、健康への効果を分析した報告は少ない。数少ない研究例には、Haines, et al (2008,pp164-175), Lakon, et al (2010,pp1218-1228), Stephens, et al (2011,pp887-911) があり、これらの研究ではすべて、社会的ネットワークが社会的支援を媒介要因として健康に効果があるというモデルを検証している。

6 実証研究における課題

第1に、個人の社会関係の健康影響については社会的統合やそれに類似する指標で社会関係を測定した研究が多く、個人のネットワーク全体を包括的に把握し、健康影響を分析した研究が少ないという問題がある。今後は、異質性や密度など個人の社会的ネットワーク全体の特性と健康影響との関連を検証する必要がある。

第2に、個人の社会関係の健康影響の経路解明が求められる。社会関係の直接・間接効果、ある

いはストレス緩衝効果の経路については、心理学や社会学の領域から理論モデルが提案されている [Lakey, et al (2000), 29-52]。しかし、このような理論モデルに基づき経路を解明した研究は少ない。

IV 地域特性としての社会関係資本の概念整理

1 概念構成

地域特性としての社会関係資本について、Kawachi et al (2008,pp1-28) は、信頼、規範、制裁の行使など特定の社会集団のメンバーが利用可能な資源と定義している。さらに、Kawachi et al は、この定義を社会関係資本の社会凝集性 (social cohesion) の視点からのものであるとしている。この定義の提唱者は、公衆衛生分野の人ではなく、政治学者のPutnumである [Campbell (2000), pp182-196]。

社会関係資本については、下位概念として橋渡し型と結合型という区分がある [Kawachi et al (2008), pp1-28]。結合型とは、社会的アイデンティティたとえば社会階級や人種などが似ている社会集団内に存在し、その集団に属する個人やグループによってアクセスできる資源のことを指し、橋渡し型とは、社会階級、人種などの社会的アイデンティティの境界を越えて個人やグループによってアクセス可能な資源を指すとされている。他の分類軸としては認知的なものと構造的なものに区分するという軸もある [Harpham (2008), pp51-62]。

下位の概念として明確に位置づけられるかは不明であるが、社会関係資本の機能に着目するならば、個人の社会関係と共に肯定的な側面だけでなく、否定的な側面を位置付ける必要がある。Portes (1998,pp1-24) は、以下の4点にわたって社会関係資本の否定的側面を指摘している。その4点とは、①よそ者の排除、②集団内のメンバーに対する過剰な要求、③個人の自由の制限、④よりよい地位を確保しようとすることに対してそれを抑圧し、横並びを維持しようとする規範 (downward leveling norm) である。実証研究で

裏付ける必要はあるが、強い結合型の社会関係資本は、否定的な側面を併せもつ可能性が強いと指摘されている [Kawachi et al (2008) , pp1-28]。

2 地域特性としての社会関係資本の概念を個人の特性に適用する問題

最近、地域特性としての社会関係資本の概念をそのまま個人特性に適用し、その健康影響を分析した研究が数多くみられるようになった。社会凝集的な視点から「個人の社会関係資本」を概念規定した場合、その下位の概念として、信頼、社会的ネットワーク、互酬性の規範（多くは社会的支援で測定）などが位置づけられる。既述のように、社会的ネットワークと社会的支援については、「個人の社会関係資本」に包括される概念ではなく、「個人の社会関係」に包括される概念として位置づけられており、その関係性も含めて検討されている。つまり、「個人の社会関係」に関する研究領域での議論を無視して、社会凝集的な視点から位置づけられた地域特性としての社会関係資本の概念を個人の社会関係の健康影響の分析枠組みに導入するのは、健康影響の経路を解明するために大きな支障となる。以上のような理由から、「個人の社会関係資本」については、「信頼」という概念が新しく付加されているものの、本稿では、概念的な混乱を助長する可能性があることから、社会的凝集性の視点の流れをくむ「個人の社会関係資本」については、「個人の社会関係」の項で触れなかった。

3 健康への影響の経路

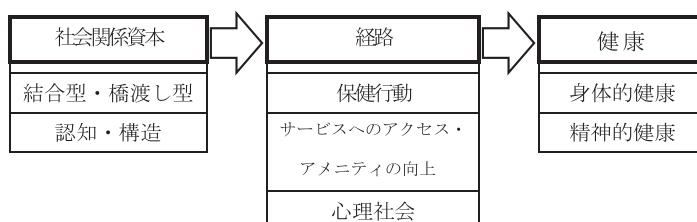
Kawachi, et al (2000,pp174-190) は大きく3つの

経路を示している（図3）。第1の経路が保健行動を媒介とする効果であり、健康情報の速やかな普及、保健行動に関する規範の徹底、逸脱的な行動の統制などを通して健康度の向上に貢献するという仮説である。第2の経路がサービスに対するアクセスとアメニティを向上させることを通じて健康度の向上に結びつくという仮説である。第3は心理社会的経路で、社会関係資本が情緒的支援や自尊感情、相互の尊敬の源泉として作用することによって健康度の向上に作用するという仮説である。他の研究者も同じような経路を提案している [Campbell (2000) ,pp182-196]。ただし、分析単位として設定する地域の大きさによって、どの経路に着目するかが異なる可能性がある。たとえば、分析単位が自治体内の地区ということであれば、住民の間の信頼や社会的ネットワークが、住民のより身近なところで直接的に保健行動を促したり、情緒的支援や自尊感情を促進するよう作用する可能性があることから、第1と第3の経路に着目して仮説や分析枠組みを考えることが必要となろう。

V 地域特性としての社会関係資本の健康影響に関する実証研究

1 地域の社会関係資本に着目した研究の開始

公衆衛生分野で社会関係資本という概念に光が当たられたのは、地域特性、中でも地域の社会経済格差と地域の健康指標と強い関連があることを示した生態学的な研究が端緒となっている。以前から、このような生態学的な研究は行なわれていたが、国勢調査などの人口学的データを用いた研



注) Kawachi, et al (2000,pp174-190) の記述を参考に、筆者が作成。

図3 地域特性としての社会関係資本の健康影響の経路

究が多く、検証できる地域特性に大きな制約があった。1990年以降において、地域特性の健康影響に関する研究に再度注目があてられるようになった背景には、地域住民の収入分布の死亡率への影響を検証した一連の研究があった〔Macintyre, et al (2000), pp332-348〕。具体的な研究としては、Wilkinson (1996, pp1-255), Kaplan, et al (1996, pp999-1003), Kennedy, et al (1996, pp1004-1007), Ben-Shlomo, et al (1996, pp1013-1014) などがある。収入分布が健康に与える影響の経路の一つが、社会的凝集性や社会関係資本が媒介しているというものであり、それを提起したのがWilkinson (1996, pp1-255) であった。すなわち、Wilkinsonは、Putnumが1993年に社会関係資本の面からみた地域特性が死亡率に影響することを示唆していることから、地域の社会関係資本が地域の収入分布と健康格差とをつなげる重要な媒介要因であると考えたわけである。その後、地域の収入格差が地域の社会関係資本を介して死亡率の差に結びついていることを裏づけた研究が、Kawachi, et al (1997, pp1491-1498) によって報告された。この研究論文において、Kawachi et alは社会関係資本の定義をPutnumに依拠して行っている。この定義は、操作的に明確であり、その後の疫学研究における社会関係資本の定義として多用されることになる。

2 生態学的な分析

Kim, et al (2008, pp139-190) は地域の社会関係資本と地域の身体的健康指標との関連を分析した研究のレビューを行っている。以下、それを要約して示すと次のようになる。国、州、それよりも小さな地区といったさまざまな地域レベルで測定された社会関係資本が当該地域の健康指標とどの程度の相関がみられるかを検証した研究は、世界各国の研究者によって行われている。地域の社会関係資本の測定指標としては、信頼、社会的統合、社会的支援などが用いられている。これらの指標の作成に当たっては、別途に収集された大規模な世論調査などを利用し、分析単位である地域ごとにそこに在住の個人の平均値を求め、その平均値

を地域の社会関係資本の指標として充当している研究が多い。多くの研究では地域の社会関係資本の指標と当該地域の死亡率や生命予後などと有意な高い相関がみられている。

3 個人の健康に与える影響の実証

以上のような生態学的な分析では、地域特性が地域の健康指標と高い相関を示していることが明らかにされたとしても、地域特性が個人の健康に効果があることを検証したことにはならない。地域特性の影響ではなく、当該特性を持った住民に健康問題が集中していた場合でも、このような特性をもった住民の分布の地域差によって地域特性と地域の健康指標との間に高い相関が生じる可能性がある。しかし、生態学的な分析ではこのいずれが正しいか結論を得ることができない。この問題を解決するための方法としてマルチレベル分析が導入され、ある特性をもった個人の地域による分布の違いの影響を調整した上でも地域特性が独自に個人の健康に影響しているか否かが検証できるようになった。Kim, et al (2008 pp139-190) による研究レビューでは、アウトカム指標として死亡を取り上げ、地域の社会関係資本の影響を検討した研究例は少ないものの、死亡に対する効果については肯定する研究と否定する研究の両方が報告されており、結論には至っていないと要約されている。さらに、地域特性としての社会関係資本の健康影響の大きさについても、次のような指摘をしている。比較的研究事例が多い健康度自己評価をアウトカム指標とした研究でみると、地域の社会関係資本の健康影響は、個人の社会関係資本（社会凝集的な指標）の影響を調整する前においては有意であるとする研究もいくつかみられるが、個人の社会関係資本の影響を調整した後では、地域の社会関係資本の健康度自己評価に与える効果は有意なままのものであっても、その大きさはかなり小さくなっている。

精神健康への影響については、健康度自己評価に比べて研究事例がかなり少ない。研究事例をみると、社会関係資本が充実した地域では精神健康が高いなどその効果を裏付ける研究がみられる一

方 [Hamano, et al (2010), e12314] [Han, et al (2012), Epub ahead of print], 効果がないという研究も報告されている [Stafford, et al (2008), pp394-405]。

日本においても、2010年を前後して、地域の社会関係資本の効果を検証した研究報告が行なわれるようにになった。ほとんどの報告では、地域の社会関係資本が個人の特性とは独立して、健康度自己評価や障害の発生、歯の状況などの身体健康指標に有意な効果があることが示されている [Aida, et al (2009), pp512-518] [Fujisawa, et al (2009), pp500-505] [Aida, et al (2011), pp239-249] [Aida, et al (2012), Epub ahead of print] [Murayama, et al (2012), Epub ahead of print] [Hibino, et al (2012), pp44-52]。

下位の概念として橋渡し型か結合型かが提案されているものの、両指標の健康影響の違いをマルチレベル分析で検討した研究は、Kim, et al (2006, pp116-122) など少数例である。Kim らの分析の結果では、特性として結合型が強い地域では健康度自己評価が有意に高いこと、しかし、橋渡し型については有意な効果がみられなかったことが明らかにされている。

4 住民の特性による地域の社会関係資本の健康影響の違いと否定的側面の検証

2005年以降において、地域の社会関係資本の健康影響が当該地域に居住するすべての住民に同じように作用するのか、それとも住民の特性によってその影響が異なるのかについて検証した報告が行なわれるようになった。取り上げられた住民特性としては、性、社会階層、個人レベルの社会関係資本（社会的凝集性の視点からのもの）などがある。性については、女性の方が男性よりも地域の社会関係資本の影響が強いとする報告が多い [Kavanagh, et al (2006), pp490-495] [Poortinga, et al (2007), 285] [Elgar, et al (2011), pp1044-1053] [Erikson, et al (2011), pp264-273]。個人の社会階層による健康影響の違いについては、社会階層による健康格差を地域の社会関係資本が軽減するという報告が多い [Scheffler, et al (2007),

pp842-854] [Stafford, et al (2008), pp394-405] [Elger, et al (2010), pp523-552] [De Clercq, et al (2012), pp202-210]。個人の社会関係資本によって地域の社会関係資本の健康影響が異なるか否かを検証した研究は、個人の社会関係資本による健康格差が地域の社会関係資本によって解消されるか否かといった問題関心から行なわれている。この課題についての研究事例は少ないが、地域の社会関係資本の格差は正効果を否定する知見、すなわち個人の社会関係資本を多く保有している人では保有しない人と比較して、地域の社会関係資本の健康増進効果をより多く享受しているという結果が得られている [Subramanian, et al (2002), ppS21-S34] [Poortinga (2006), pp292-302] [Elgar, et al (2011), pp1044-1053]。

地域の社会関係資本の否定的側面の実証研究は、筆者が調べた限りでは Kirkbride, et al (2008, pp1083-1094) など数が少ない。Kirkbride, et al は、地域を社会関係資本が多い地域、中程度の地域、少ない地域の3群に区分し、各区分における精神分裂病の発症率を比較している。分析した結果、社会関係資本の多い地域では中程度の地域と比較して、分裂病の発症率が高かったことを明らかにしている。すなわち、分裂病の発症予防については、地域の社会関係資本が多くすぎることが逆に悪影響を及ぼす可能性があることを示唆していた結果が得られている。

5 研究の課題

(1) 社会関係資本の下位概念とその関連性の明確化

現在汎用されている社会関係資本の概念は、信頼、社会的ネットワーク、互酬性の規範という異なる概念が包括されたものとなっている。このようなあいまいな概念規定に基づき、実証研究が行なわれている。加えて、社会関係資本の健康に与える経路を仮説として明確に示した研究もほとんどない。その理由の一つには、概念そのものの理論的な検討の遅れが関係していると思われる。Carpiano (2008, pp83-94) は、この課題に積極的に取り組んでいる研究者の一人であり、社会関係

資本を資源的なものに限定し使用することを提案している。すなわちCarpianoの提案するモデルでは、①社会的支援、②社会的リバレッジ¹⁾、③インフォーマルな社会統制、④近隣組織への参加、を社会的資本として位置づけている。さらにこのモデルでは、社会関係資本は、「社会凝集性」と社会経済的な状況によって規定されるとしており、この「社会凝集性」の下位の概念として連結(connectedness)と価値を位置づけている。地域の社会関係資本の中心的な概念である「信頼」は、このモデルでは社会凝集性の下位の概念である「価値」に含まれている。つまり、信頼を社会関係資本の概念ではなく、それを規定する要因の方に位置づけているのである。このモデルの妥当性については検証しなければならないが、Carpianoの研究にみられるように、健康影響の経路に関する明確なモデルや仮説の構築を意識的に行っていく必要がある。

(2) 社会関係資本の否定的な側面の検証

否定的な側面の存在は、すでに2000年以前に指摘されていた。しかし、実証研究の概要紹介のところで触れたように、個人の社会関係についてはかなりの研究蓄積があるものの、地域の社会関係資本の否定的な側面については、それを検証する研究が少ない。社会関係資本の有効性だけでなく、限界を知る上においても、否定的な側面の解明が急がれる。

VI 今後の研究の展開にむけて

稿を終えるにあたり、以上の概念整理と研究の到達点に基づき、今後の研究の方向性、課題について触れてみたい。

第1の課題は、社会関係の概念の共有化を図ることである。その理由は、現状では研究者によって同じ名称を用いながらも異なる意味で用いられている場合もあり、そのことが研究蓄積にとって大きな支障となりかねないからである。本稿では、この一端を担うため稚拙ながら概念整理を試みたが、到底十分とはいえない。関連概念も含め社会関係の概念整理を行いつつ、関連領域の研究者が

概念についての共通認識をもつ必要がある。

第2の課題は、健康影響への経路として明確に位置づけられる社会関係の概念と分析枠組みを構築することである。現在行なわれている社会関係の健康影響に関する研究においては、その多くが社会関係資本の例にみられるように、必ずしも健康影響を意識した理論的な仮説のもとで行われているわけではない。このような現状では、健康への経路を実証することはできない。そのためには、社会学や心理学の理論の導入が必要である。さらに、社会関係の測定方法についても、社会学分野におけるネットワークに関する研究蓄積を活用することも必要である。

第3の課題は、社会関係以外の社会的要因や社会的な文脈を分析枠組みに加えることである。社会関係の健康影響については、社会関係の直接的な効果のみの研究が圧倒的に多い〔Krause (2001), pp272-294〕。Lieberman (1986, pp461-465) は、社会的支援の研究が全体として「過度に心理学化している (overly psychologized)」と指摘している。地域特性に着目した社会関係資本の研究では、当初は地域の社会階層の分布を規定的な要因とみなし、その健康影響を媒介する要因として社会関係資本が位置づけられていたが、最近の研究ではこのように社会的文脈の中で社会関係を位置づけ、健康影響を検証する志向性が弱まっている。社会的文脈によって社会関係の健康影響がどのように異なるかを検証することは、社会関係に着目した施策の有効性だけでなく、限界を明らかにすることになる。加えて、社会関係そのものの分布が階層によって異なる可能性があることから、社会関係に介入する場合にはその背景要因を十分に考慮する必要があり、それがないならば有効な介入策とはいえない。

注

- 1) 社会的リバリッジとは、Carpiano (2008, pp83-94)によれば、次のように説明されている。就業や子育て支援などは健康に悪影響をもたらす社会経済的な困難に直面する可能性を減らしたり、避けたりために必要なことであるが、このような機会を得るために情報へのアクセスを助ける。

参考文献

- Aida, J., Hanibuchi, T. Nakade, M., Hirai, H., Osaka, K. and Kondo, K. (2009) "The Different Effects of Vertical Social Capital and Horizontal Social Capital on Dental Status: A Multilevel Analysis", *Social Science and Medicine*, Vol. 69.
- Aida, J., Kuriyama, S., Ohmori-Matsuda, K., Hazawa, A., Osaka, K. and Tsuji, I. (2011) "The Association between Neighborhood Social Capital and Self-Rated Dentate Status in Elderly Japanese-the Ohsaki Cohort 2006 Study", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Vol.39.
- Aida, J., Kondo, K., Kawachi, I., Subramanian, S.V., Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, N., Osaka, K., Sheiham, A., Tsakos, G. and Watt, R.G. (2012) "Does Social Capital Affect the Incidence of Functional Disability in Older Japanese? A Prospective Population-Based Cohort Study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, [Epub ahead of print]
- Antonucci, T.C. (1990) "Social Support and Social Relationships", in R.H. Binstock and L.K. George eds., *Handbook of Aging and the Social Sciences: Third Edition*, Academic Press.
- Barrera, M. (1986) "Distinctions between Social Support Concepts, Measures, and Models", *American Journal of Community Psychology*, Vol.14.
- Ben-Shlomo, Y., White, L.R. and Marmot, M. (1996) "Does the Variation in the Socioeconomic Characteristics of an Area Affect Mortality?", *British Medical Journal*, Vol.312..
- Berkman, L.F. and Syme, S.L. (1979) "Social Networks, Host Resistance and Mortality: a Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents", *American Journal of Epidemiology*, Vol.109.
- Berkman, L.F., Leo-Summers, L. and Horwitz, R. (1992) "Emotional Support and Survival after Myocardial Infarction", *Annals of Internal Medicine*, Vol.117.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. and Seeman, T.E. (2000a) "From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium", *Social Science and Medicine*, Vol.51.
- Berkman, L.F. and Glass, T. (2000b) "Social Integration, Social Network, Social Support, and Health", in L.F. Berkman and I. Kawachi eds., *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Brissette, I., Cohen, S. and Seeman, T.E. (2000) "Measuring Social Integration and Social Networks", in S. Cohen, L.G. Underwood, B.H. Gottlieb eds., *Social support measurement and intervention*, Oxford University Press.
- Campbell, C. (2000) "Social Capital and Health: Contextualizing Health Promotion within Local Community Networks", in S. Baron, J. Field, T. Schuller eds., *Social Capital: Critical Perspectives*, Oxford University Press.
- Carpiano R.M. (2008) "Actual or Potential Neighborhood Resources for Health: What Can Bourdieu Offer for Understanding Mechanisms Linking Social Capital to Health?" in I. Kawachi, S.V. Subramanian and Kim D eds., *Social capital and health*, Springer Science+Business Media, LLC.
- Cassel, J. (1976) "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance", *American Journal of Epidemiology*, Vol.104.
- Cobb, S. (1976) "Social Support as a Moderator of Life Stress", *Journal of Psychosomatic Medicine*, Vol.38.
- Cohen, S. (1988) "Psychosocial Models of the Role of Social Support in the Etiology of Physical Disease", *Health Psychology*, Vol.7.
- Cohen, S., Gottlieb, B.H. and Underwood, L.G. (2000) "Social Relationships and Health", in S. Cohen, L.G. Underwood and B.H. Gottlieb eds., *Social Support Measurement and Intervention*, Oxford University Press.
- Cohen, S. (2004) "Social Relationships and Health", *American Psychologist*, Vol.59.
- De Clercq, B., Vyncke, V., Hublet, A., Elgar, F.J., Ravens-Sieber, U., Currie, C., Hooghe, M., Leven, A. and Meas, L. (2012) "Social Capital and Social inequality in Adolescents' Health in 601 Flemish Communities: a Multilevel Analysis", *Social Science and Medicine*, Vol.74
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J. and Avlund, K. (1999) "Social Relations: Network, Support, and Relational Strain", *Social Science and Medicine*, Vol.48.
- Dunkel-Schetter, C. and Bennett, T.L. (1990) "Differentiating the Cognitive and Behavioral Aspects of Social Support", in I.G. Sarasan, B.R Sarasan and G.R. Pierce, eds., *Social Support: An Interactional View*, Wiley.
- Elgar, F.J., Trites, S.J. and Boyce, W. (2010) "Social Capital Reduces Socio-economic Differences in Child Health: Evidence from the Canadian Health Behavior in School-Aged Children Study", *Canadian J of Public Health*, Vol101 (suppl. 3) .
- Elgar, F.J., Davis, C.G., Wohl, M.J., Trites, S.J., Zelenski, J.M. and Martin, M.S. (2011) "Social Capital, Health and Life Satisfaction in 50 Counties", *Health & Place* Vol.17.

- Erikson, M., Ng, N., Weinshall, L. and Emmelin, M. (2011) "The Importance of Gender and Conceptualization for Understanding the Association between Collective Social Capital and Health: A Multilevel Analysis from Northern Sweden", *Social Science and Medicine*, Vol.73.
- Fujisawa, Y., Hamano, T. and Takegawa, S. (2009) "Social Capital and Perceived Health in Japan: An Ecological and Multilevel Analysis", *Social Science and Medicine*, Vol.69.
- George, L.K. (1996) "Social Factors and Illness" in R. Binstock and L.K. George eds., *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Academic Press.
- Haines, V.A., Beggs, J.J. and Hurlbert, J.S. (2008) "Conceptualizing Health Outcomes: Do Effects of Network Structure Differ for Women and Men?" *Sex Roles*, Vol.59.
- Hamano, T., Fujisawa, Y., Ishida, Y., Subramanian, S.V., Kawachi, I. and Shiwaku, K. (2010) "Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis", *PloS One* Vol.5.
- Han, S. and Lee, H.S. (2012) "Individual, Household and Administrative Area Levels of Social Capital and Their Association with Mental Health: A Multilevel Analysis of Cross-Sectional Evidence", *Internal Journal of Social Psychiatry*, Vol.58.
- Harpham, T. (2008) "The Measurement of Community Social Capital", in I. Kawachi, S.V. Subramanian and D. Kim eds., *Social Capital and Health*, Springer Science+Business Media, LLC.
- Heaney, C.A. and Israel, B.A. (2002) "Social Networks and Social Support", In K. Granz, B.K. Rimer, and F.M. Lewis eds., *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice: Third Edition*, Jossey-Bass.
- Hibino, Y., Takaki, J., Ogino, K., Kambayashi, Y., Hitomi, Y., Shibata, A. and Nakamura, H. (2012) "The Relationship between Social Capital and Self-rated Health in a Japanese Population: A Multilevel Analysis", *Environmental Health and Preventive Medicine*, Vol.17.
- House, J.S. (1981) *Work stress and social support*, Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- House, J.S. and Kahn, R.L. (1985) "Measures and Concepts of Social Support", in S. Cohen, S.L. Syme eds., *Social support and health*, Academic Press.
- House, J.S., Landis, K.R. and Umberson, D. (1988) "Social Relationships and Health", *Science*, Vol.241.
- Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Lynch, J.W., Cohen, R.D. and Balfour, J.L. (1996) "Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways", *British Medical Journal*, Vol.312.
- Kavanagh, A.M., Bentley, R., Turrell, G., Broom, D.H. and Subramanian, S.V. (2006) "Does Gender Modify Association Self Rated Health and the Social and Economic Characteristics of Local Environments?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.60.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K. and Prothrow-Stith, D. (1997) "Social Capital, Income Inequality, and Mortality", *American Journal of Public Health*, Vol.87.
- Kawachi, I. and Berkman, L.F. (2000) "Social Cohesion, Social Capital and Health", in L.F. Berkman and I. Kawachi eds., *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Kawachi, I. and Berkman, L.F. (2001) "Social Ties and Mental Health", *Journal of Urban Health*, Vol.78.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. and Kim, D. (2008) "Social Capital and Health: A Decade of Progress and Beyond", in I. Kawachi, S.V. Subramanian and D. Kim eds., *Social Capital and Health*, Springer Science+Business Media LLC.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D. (1996) "Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the United States", *British Medical Journal*, Vol.312.
- Kim, D., Subramanian, S.V. and Kawachi, I. (2006) "Bonding versus Bridging Social Capital and Their Associations with Self Rated Health: A Multilevel Analysis of 40 US Communities", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.60.
- Kim, D., Subramanian, S.V. and Kawachi, I. (2008) "Social Capital and Physical Health: A Systematic Review of the Literature", in I. Kawachi, S.V. Subramanian and D. Kim eds., *Social Capital and Health*, Springer.
- Kirkbride, J.B., Boydell, J., Ploubidis, G.B., Morgan, C., Dazzan, P., McKenzie, K., Murray, R.M. and Jones, P.B. (2008) "Testing the Association between the Incidence of Schizophrenia and Social Capital", *Psychological Medicine*, Vo.38.
- Krause, N. (1997) "Received Support, Anticipated Support and Mortality", *Research on Aging*, Vol.19.
- Krause, N. (2001) "Social support", in R.H. Binstock and L.K. George eds., *Handbook of aging and the social sciences*, Academic Press.
- Lakey, B. and Cohen, S. (2000) "Social Support Theory and Measurement" in S. Cohen, L.G. Underwood, B.H. Gottlieb eds., *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, Oxford University Press.
- Lakon, C.M., Hipp, J.R. and Timberlake, D.S. (2010)

- “The Social Context of Adolescent Smoking: A Systems Perspective”, *American Journal of Public Health*, Vol.100.
- Lieberman, M.A. (1986) “Social Support: The Consequences of Psychologizing: A Commentary”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.54.
- Liang, J., Bennett, J.M., Krause, N.M., Chang, M., Lin, S., Chung, Y.L. and Wo, S. (1999) “Stress, Social Relationships, and Old Age Mortality in Taiwan”, *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol.52.
- Lin, N. (2001) *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge University Press.
- Lyyra, T.M. and Heikkinen, R.L. (2006) “Perceived Social Support and Mortality in Older People”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Vol.61B.
- Macintyre, S. and Ellaway, A. (2000) “Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment”, in L.F. Berkman and I. Kawachi eds., *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Murayama, H., Wakui, T., Arami, R., Sugawara, I. and Yoshie, S. (2012) “Contextual Effect of Different Component of Social Capital on Health in a Suburban City of the Greater Tokyo Area: A Multilevel Analysis”, *Social Science and Medicine*.
- O'Reilly, P. (1988) “Methodological Issues in Social Support and Social Network Research”, *Social Science and Medicine*, Vol.28.
- Pease, N. and Smith, G.D. (2003) “Is Social Capital the Key to Inequalities in Health?”, *American Journal of Public Health*, Vol.93.
- Poortinga, W. (2006) “Social Capital: An Individual or Collective Resources for Health”, *Social Science and Medicine*, Vol.62.
- Poortinga, W. and Dunstan, F.D. and Fone, D.L. (2007) “Perceptions of the Neighborhood Environment and Self Rated Health: A Multilevel Analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study”, *BioMed Central Public Health*, Vol.9.
- Portes, A. (1998) “Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology”, *Annual Review of Sociology*, Vol.24.
- Rook, K.S. (1984) “The Negative Side of Social Interaction: Impact on Psychological Well-being”, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.46.
- Scheffler, R.M., Brown, T.T. and Rice, J.K. (2007) “The Role of Social Capital in Reducing Non-specific Psychological Distress: The Importance of Controlling for Omitted Variable Bias”, *Social Science and Medicine*, Vol.65.
- Seeman, T.E. (1996) “Social Ties and Health: The Benefits of Social Integration”, *Annals of Epidemiology*, Vol.6.
- Song, L., Son, J. and Lin, N. (2009a) “Social Capital and Health”, in W.C. Cockerham ed., *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Wiley.
- Song, L. and Lin, N. (2009b) “Social Capital and Health Inequality: Evidence from Taiwan”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.50.
- Song, L. (2009) *Your Body Know Who You Know: Social Capital and Health Inequality*, ProQuest LLC.
- Stafford, M., De Silva, M., Stansfeld, S. and Marmot, M. (2008) “Neighborhood Social Capital and Common Mental Disorder: Testing the Link in a General Population”, *Health & Place*, Vol.14.
- Stafford, M., McMunn, A., Zaninotto, P. and Nazroo, J. (2011) “Positive and Negative Exchanges in Social Relationships as Predictors of Depression: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging”, *Journal of Aging and Health*, Vol.23.
- Stephens, C., Alpass, F., Towes, A. and Stevenson, B. (2011) “The Effects of Types of Social Networks, Perceived Social Support, and Loneliness on the Health of Older People: Accounting for the Social Context”, *Journal of Aging and Health*, Vol.23.
- Subramanian, S.V., Kim, D.J. and Kawachi, I. (2002) “Social Trust and Self-rated Health in US Communities: A Multilevel Analysis”, *Journal of Urban Health*, Vol.79.
- Turner, R.J. and Brown, R.L. (2010) “Social Support and Mental Health”, in T.L. Scheid and T.N. Brown eds., *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Context, Theories, and Systems*, Second Edition, Cambridge University Press.
- Uchino, B.N. (2006) “Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Understanding Links to Disease Outcomes”, *Journal of behavioral Medicine*, Vol.29.
- Wethington, E. and Kessler, R.C. (1986) “Perceived Support, Received Support, and Adjustment to Stressful Life Events”, *Journal of Health and Social behavior*, Vol.27.
- Wilkinson, RG (1996) *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*, Routledge.
- Wills, T.A. and Shinar O. (2000) “Measuring Perceived and Received Support”, in S. Cohen, L.G. Underwood. B.H. Gottlieb eds., *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Sciences*, Oxford University Press.
- Wills, T.A. and Ainette, M.G. (2012) “Social Networks and Social Support”, in A. Baum, T.A. Revenson and J. Singer, eds., *Handbook of Health Psychology: Second Edition*, Taylor & Francis Group.

(すぎさわ・ひでひろ 桜美林大学大学院教授)

社会的サポート・ネットワークの測定法とその課題

石 田 光 規

I ネットワークとソーシャル・サポート

人々は誰かと関係を結び、そこから多くの恩恵を得ている。人々が何らかの関わりを持つ人間関係を特定し、その影響や関係の様相を分析・検討する研究領域がパーソナル・ネットワーク研究である¹⁾。これらの研究は、とりわけ、行為者とプラスの関わりを持つ人間関係に焦点をあてたアプローチが多い。本論では、諸個人とプラスの関わりを持つ人間関係に着目した研究を「社会的サポート・ネットワーク研究」とまとめよう。

さて、ひとくちに社会的サポート・ネットワーク研究といっても、その領域は非常に広く、測定方法もさまざまである。そこで本稿では、まず、社会的サポート・ネットワーク研究の歴史を振り返り、研究の射程を明らかにしよう。次いで、社会的サポート・ネットワークの測定方法についてまとめ、社会的サポート・ネットワーク研究の問題点、可能性について検討していく。

II 歴史的経緯

1 出発点²⁾

社会的サポート・ネットワーク研究は、行為者の人間関係を家族や地域、職場など特定の領域に限定してとらえるのではなく、境界を超えて拡がるネットワークとしてとらえる。そこに焦点があてられたきっかけは、人々の親密圏の変容にある。

近代社会の進展とともに、血縁、地縁といった第一次集団で完結していた人間関係は、空間を越

えて広がりを持ち始めた。それに付随して、家族や地域といった境界の外に広がりをもつ人間関係の様相とその影響を分析するアプローチの必要性が生まれた。

そこに最初に目を付けたのがイギリスの家族社会学者のE. Bottである〔Bott (1955=2006, 1957)〕。彼女は人々が取り結ぶ関係を「関係の連鎖によるネットワーク」ととらえ、人々の関係は「家族」といった小集団の中で完結するわけではなく、その外までも広がり、そうした人々は家族成員に多くの影響を与えていることを指摘した。彼女は世帯外まで拡がるネットワークが夫婦の家族役割に与える影響を検討するために、ネットワーク・アプローチを用いた。その後、家族社会学では、ボットの仮説を検証するべく、数多くの社会的サポート・ネットワーク調査が行われている³⁾。

家族社会学よりも少し後に社会的サポート・ネットワーク・アプローチを取り入れたのが都市社会学である⁴⁾。都市社会学では、人々が親密な関係を結ぶ領域が家族・地域を越えて拡散していく様相を把握するために、社会的サポート・ネットワーク調査を導入した。この手法は当初は、アフリカの都市社会の調査のために導入され、その後、北米における友人関係の拡散および変容を分析・検討するために用いられた⁵⁾。

2 研究の広がり

社会的サポート・ネットワーク研究はその後、幅広い領域で展開されるようになった。この一連の研究は、諸個人が取り結ぶサポート・ネットワークを独立変数ととらえるアプローチと従属変数と

とらえるアプローチに大別される。

前者の代表は、身の回りの人々が諸個人に与えるプラスの影響に着目したソーシャル・サポート研究である。このプラスの影響は、諸個人のストレスの軽減、高い地位の達成などさまざまである。また、プラスの効果以外にも、ネットワークが投票などの政治的態度に与える影響、外国人認知に与える影響を分析した研究もある⁶⁾。後者の研究の代表は、先に挙げた都市社会学的研究である。

また、近年、さまざまな分野で目にする社会関係資本（Social Capital）研究のなかでも、個人の保有する社会関係資本に焦点をあてた研究は、広義には社会的サポート・ネットワーク研究といって差し支えない。

このように、社会的サポート・ネットワーク研究の領域は非常に広範かつ多様である。そのため、研究を進めるに当たっては、目的に合致した方法を選択し、社会的サポート・ネットワークを測定する必要がある。そこで以下では、社会的サポート・ネットワークの測定法を概説し、その問題点および注意点を見ていこう。

III 測定の方法

社会的サポート・ネットワーク研究は、諸個人にとってプラスの影響をもたらす人間関係を把握するところから始まる。その方法としてあげられるのが、ネームジェネレータ（name generator）方式、ポジションジェネレータ（position generator）方式、リソースジェネレータ（resource generator）方式の3つである。まず、それについて概説しよう。

1 ネームジェネレータ方式

ネームジェネレータ方式は、ネームインターブリタ項目と対になって、行為者の社会的サポート・ネットワークを特定する。この方式は、まず、「あなたにとって重要なことを相談する人を思い浮かべてください」といった質問文を掲げて、回答者にサポートメンバーを想起してもらう。次に、当該のサポートを提供してくれる人のうち上位5

名などと人数を絞り、それぞれの人を具体的に思い浮かべてもらう。

そのさいの質問文は、「仕事の情報を交換する相手」や「一緒に余暇を過ごす相手」などさまざまである。また、具体的に思い浮かべてもらう人数についてもとくに決まりではなく、分析目的に応じて人数を設定する。ただし、あまり人数を多くしすぎると、回答者の負担が過大になるので、多くの調査では特定人数を5人程度にとどめている。以上のような手続きでサポートメンバーを想定する方法をネームジェネレータという。

その後、想起された数名の人々についての属性や回答者との間柄、挙げられたメンバー同士の関係、回答者との親密さ、知り合ってからの年月などを詳しく尋ねる。これがネームインターブリタ項目である。

この手法を用いた代表的調査としてあげられるのが、1985年にアメリカで実施されたGSS調査（General Social Survey）である。この調査データは、一般公開されているため、その後、さまざまな研究で使われ、また、調査技法について多くの議論を呼んだ⁷⁾。日本でもアメリカのGSS調査を模してネームジェネレータ方式の大規模な調査が行われている。それが2003年の日本版GSS調査（JGSS-2003）である。この調査では、GSS調査で特定された「重要なことを話したり、悩みを相談する人たち」だけでなく、「選挙・政治について話をする人たち」「仕事について相談したり、アドバイスをもらう人たち」も特定している（大阪商業大学比較地域研究所・東京大学社会科学研究所編 2005）。この調査データは東京大学社会科学研究所附属日本社会研究情報センター SSJデータアーカイブから公開されているため、研究目的であれば使用可能である。

ネームジェネレータ方式は、ネットワークの測定方法としては最も手間がかかる一方で、行為者のネットワークを非常に詳しく特定できる。そのため、さまざまなネットワーク指標を作成し、ネットワークの効果やネットワークの様相を詳細かつ厳密に検討することが可能である。しかしその一方で、ネットワークの特定範囲を親しい人の上位

○人といった形で区切るため、その範囲を外れるサポート関係を見落とすという欠点がある。

実際、ネットワークメンバーを何人に絞るかにより、その後の分析において算出されるネットワーク指標は異なる。たとえば、相談のネットワークを特定するにしても、上位3人までで区切る場合と6人までで区切る場合とで、ネットワーク情報は変化する可能性が高い。これらは、その後の分析にも深刻な影響を与えるので、調査票の作成に当たっては慎重に吟味する必要がある⁸⁾。

とはいっても、多少の留意点はあるものの、ネームジェネレータ方式は、社会的サポート・ネットワークを特定するにあたり、もっと多くの情報をもたらしてくれる。そのため、分析のしがいのある測定手法だと言えよう。

2 ポジションジェネレータ方式

ポジションジェネレータ方式は、N. Linが提唱したネットワークの測定方法である [Lin (2001a=2008, 2001 b) ; Lin et al. (2001)]。この方式では、まず、回答者に複数の職業的地位を提示する。次に、これらの地位に就いている人々と直接的あるいは間接的に関係があるか否か尋ねる。そのさい、関係の有無を男女別や間柄別に尋ねることもある。このようにして特定されるのがポジションジェネレータ方式による社会的サポート・ネットワークである。以下、簡単な質問文例をあげておこう。

問○ あなたには次のようなお知り合いがいますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 都道府県庁の部課長以上の役職者
- 2 役所・役場（市区町村）の部課長以上の役職者
- 3 同業組合や労働組合の役員
- 4 町内会・自治会の役員
- 5 ボランティア団体・市民運動団体の役員
- 6 国會議員
- 7 地方議会議員
- 8 市区町村の首長（市長、村長）

9 政治家の後援会の世話役

10 新聞・テレビ等のディレクター

この方式の第一の利点は、ネームジェネレータ方式よりも簡単なことである。また、ネームジェネレータ方式のように、サポートメンバーの上限人数を区切らないため幅広くサポートメンバーまたは交流の範囲を特定できる。しかしながら、回答者が享受しているサポートの内容が定かではないため、サポート・ネットワークとその効果の因果関係を説明する際に若干説明力が弱い。さらに、とりあげる職業項目にも恣意が入りやすい。実際に標準職業分類を参考にすれば、職業は数千存在する。したがって、その中から15個程度の職業を選択する方式は、かなり偏ったものだと言える。

JGSS-2003では、ネームジェネレータ方式に加え、ポジションジェネレータ方式でも社会的サポート・ネットワークを特定している。JGSS-2003以外の大規模調査では、1995年の社会移動と社会階層全国調査 (SSM1995)において、ポジションジェネレータ方式による質問がなされている（1995年SSM調査研究会 1996）。これらはいずれも公開されているので、データ入手して分析することも可能である。

3 リソースジェネレータ方式

リソースジェネレータ方式は、ネームジェネレータ方式とポジションジェネレータ方式の利点を包摂したと言われている [Kawachi et al. eds. (2008=2008)]。つまり、ネームジェネレータほど複雑ではないが（ポジションジェネレータのように簡便であり）、ポジションジェネレータのようにサポート項目が曖昧ではない（ネームジェネレータのようにサポート項目が明確な）測定方法である。具体的な方法は以下の通りである。

まず、リソースジェネレータ方式は、ネームジェネレータ方式のように、社会的サポート・ネットワークのメンバーが提供してくれるであろうサポート資源を定める。たとえば、「重要なことを相談する人」「一緒に気晴らしをする人」がそれにあたる。次に、当該のサポートを得られる人の

有無、あるいはその人数を尋ねる。そのさい、当該サポートを提供してくれる人を、回答者との間柄別に訪ねたり、回答者との空間的距離別に尋ねたりすることもある。たとえば以下の形式である。

問○ あなたが、つぎのようなおつきあいをする親族は何人くらいでしょうか。その方のお住まいまでふだん使っている交通手段でかかる時間別に、数字でお答えください。

(A) 病気のときの身のまわりの世話を頼む

同居・敷地内

人

30分未満

人

30分～1時間未満

人

1時間～2時間未満

人

2時間以上

人

(B) 買いものなど日常の用事を頼む

同居・敷地内

人

30分未満

人

30分～1時間未満

人

1時間～2時間未満

人

2時間以上

人

特定のサポート項目を提示し、回答者にその有

無を尋ねる方式は、使い勝手の良さも手伝い、ソーシャル・サポート研究において広く用いられている。また、回答者のサポート人数を、上述のように空間的距離別に特定する方法は都市社会学研究においてしばしば見られる。さらに、第2節で述べた地位達成におけるサポート・ネットワーク研究のうち、就職や転職手段に焦点を絞った研究も、リソースジェネレータ方式を用いることが多い。

リソースジェネレータ方式は、諸個人が形成するサポート・ネットワークの構造的把握という点では、ネームジェネレータ方式に劣る。しかし、人数を限定しないため、サポート・ネットワークメンバーをもれなく特定することができる。また、ネームジェネレータ方式ほど手間はかかるない。そのため、多くの調査で用いられている。

IV 測定のさいの注意点および諸問題

社会的サポート・ネットワークの測定のさいには、いくつかの注意点および問題点がある。これらは、質問項目の作成およびデータ分析にあたり重要である。以下では、ネットワークの測定方法の選択、測定するネットワークの内容、調査の複雑性、ネットワーク認知、マイナス関係の順に論じていこう。

1 ネットワークの測定方法の選択

社会的サポート・ネットワーク質問を作成するさいにまず注意したいのが、どの測定方法を用いてネットワークを特定するかである。前節にもあげたように、ネームジェネレータ方式、ポジションジェネレータ方式、リソースジェネレータ方式の3つには、それぞれ長所と短所がある。しがたって、分析の目的に沿う形でそれぞれの方法を選択しなければならない。具体的なポイントは以下の通りである。

ネームジェネレータ方式は、社会的サポート・ネットワークを特定する方法の中では最も手間がかかり複雑なものである。その代わりに、行為者のサポート・ネットワークについて最も詳細なデータを得ることができる。そのため、ネットワー

ク指標についても、サイズ、密度、多様性、媒介性などネットワーク分析の手法を用いたさまざまな変数を作成することができる。行為者のサポート関係を構造的に把握し、詳細な分析を行いたい場合には、ネームジェネレータ方式を用いるべきだろう。

ポジションジェネレータ方式とリソースジェネレータ方式は、ネームジェネレータ方式ほど手間がかからない。また、ネームジェネレータ方式のように特定しうるネットワークの人数を限定しないため、行為者のサポート関係を幅広くとらえることができる。行為者のサポート・ネットワークの構造的特性にはあまり拘らず、彼ら/彼女の人間関係を幅広くとらえたい場合には、ポジションジェネレータ方式またはリソースジェネレータ方式が有効である。

ただし、ポジションジェネレータ方式は、行為者が特定の地位についている人から、いかなるサポートを得ているのか判断し得ないケースも多い。第Ⅲ節第2項であげた例のように「知り合いか否か」尋ねただけでは、ネットワークメンバーからどのようなサポートを得ているのかわかららない。したがって、ストレス研究や就職研究などのように、サポートの帰結が明確な事項を従属変数としている研究ではあまり適切ではない⁹⁾。

リソースジェネレータ方式は手軽さを保つつ、サポート・ネットワークの種類も特定することができる。しかし、構造的な指標の作成という点ではネームジェネレータ方式よりも劣る。また、後述するように、リソースジェネレータ方式でも質問事項を増やせば、かなり複雑になることも否めない。

ネットワークの測定方法の選択は、質問項目作成の入口として極めて重要である。したがって、それぞれの特性を踏まえつつ、慎重に検討していくたい。

2 測定するネットワークの内容

社会的サポート・ネットワーク質問を作成するさいの第二の注意点は、測定すべきネットワークの内容である。これについては、大まかに、特定

するネットワークの種類と詳細な項目との二つに分かれる。

(1) 特定するネットワークの種類

ネットワーク質問はいずれの方法を用いても、「相談相手」「気晴らしの相手」「付き合いのある相手」のように「○○をしてくれる人(相手)」という形式で関係を結ぶ条件を提示して、当該ネットワークを特定していく。そこで重要なのが特定される社会的サポート・ネットワークの種類およびその妥当性である。

社会的サポート・ネットワークは、諸個人の心身の安寧のみならず、就職、昇進などさまざまな場面で効果を発揮し、それに付随して非常に多くの領域で研究がなされている。また、社会的サポート・ネットワーク研究は、単純にそのサポート効果を検討するだけでなく、投票行動などの態度決定に与える影響、親密圏の変容に射程をおいた研究など実にさまざまである。

そのさい重要なのが、分析目的に合致したネットワークを特定することだ。たとえば、就職の研究をするにあたり、親しい人を特定しただけでは、分析に不備が生じる。この場合には、就職情報の取得先も尋ねておかなければならない。

社会的サポート・ネットワーク質問は、前項であげたネットワークの測定方法だけでなく、特定されるサポート・ネットワークの種類によっても、抽出されるネットワークのメンバーが異なってくる。たとえば、重要なことを相談する相手と気晴らしをする相手では、人々は異なるサポートメンバーを想定する可能性が高い¹⁰⁾。また、「重要なことの相談相手」についても過去1年間に期間を限定するか、期間を限定しないかによってあがってくる人物は異なる。したがって、どのような質問文でネットワークを特定するかは、非常に重要なのである。

そのようなことを念頭に置き、これまでのさまざまな調査において、どのようにネットワークが特定されてきたのか、社会的サポート・ネットワークの測定方法とともに表1にまとめておこう。なお、この表は、国内の調査を中心にまとめている。

表1 ネットワーク調査のまとめ

調査	調査方式	道具的			情緒的	
		緊急(大)	日常(小)	助言・情報	相談・共感	付き合い
デトロイト調査、ハンガリー調査 (Litwak and Szelenyi 1969)	RG	腹の調子が悪く寝込んだ(1日) 虫垂炎(2週間) 骨折(3ヶ月) 1週間寝込んだときの子供の世話・家事・買物	1時間の子供の世話 何かちょっとしたものを借りる			
イーストヨーク調査 (Wellman 1979)	NG					家庭の成員以外で最も親しい人6人
北カリフォルニア (Fischer 1982)	NG	大金を貸してくれるか、借りることができそうな人	町の外に出かけるときに家の世話をしてくれる人 過去三ヶ月間に家事を手伝ってくれた人	重要な決定をするさいに役に立つ助言をしてくれた人	個人的な心配事について話し合った人 仕事上の決定について相談した人	最近、社交的活動でかかわりのあった人 余暇時間の共通の関心事について話し合った人 婚約者あるいはデータをするのに「最良の友人」
第二次イーストヨーク調査 (Wellman and Wortley 1990)	NG	大サービス(子供の世話、長期介護など) (large services) 資金援助 (financial aid)	小サービス(家庭用品援助など) (small services)		情緒的サポート (emotional aid)	社交(companionship)
GSS1985	NG				過去1年重要なことを相談した人5人	
天津調査 (Ruan 1998)	NG	病気の時に家事を手伝ってくれる人 お金を借りることが出来る人	家具移動やキッチン改修など家の周りのことを手伝ってくれる人 砂糖や塩などちょっとしたものを借りることができる人	入学、就職、転職などのさいにコネとなる人 転職、結婚など人生の重大な局面でアドバイスをもらえる人	半年の間に重要なことを相談した人 配偶者との問題について話すことができる人 落ち込んだときにその問題について話すことができる人	買い物、映画などの社交をともにする人 食事やゲームなどで月に一度はコンタクトをもつ人
1982年小田原市 (藤崎 1998)	NG, RG	経済的援助(問柄別) 病気の時の手助け(問柄別) 孫のおもり(問柄別)	贈り物(問柄別) 家事・家の修理(問柄別)		何でも打ち明けられる特定の人	
1987～89年松山・四国・中四国調査 (大谷 1995)	RG					最も親しい人(問柄別) おしゃべりをする人(問柄別) 一緒に遊びに行く人(問柄別) 家を訪問する人(問柄別) 日頃親しくする人1人(問柄、距離別)
1989年大阪府保育所 (関井ほか 1991)	RG	病気の子どもの世話(問柄別、頼る度合い)	まとまと買った買い物に出かける間の子どもの世話(問柄別、頼る度合い) 仕事で帰宅が遅くなるときの子どもの世話(問柄別、頼る度合い)	子育てのやり方について助言を与えてくれる(問柄別、頼る度合い)	子どもの体調が悪いとき相談に乗ってくれる(問柄別、頼る度合い) 子育てについての愚痴を聞いてくれる(問柄別、頼る度合い) 育児の大変さをわかってくれる(問柄別、頼る度合い)	
1990年名古屋2地点調査(松本編 1995)*	RG					会話(問柄、頻度別) 外出(問柄、頻度別)
1993年調布市 (野沢 2009)	RG	病気の時など家事や看病を頼める(問柄別)	人手がいるとき気軽に手伝いを頼める(問柄別) 気軽に子供の世話を頼める(問柄別)	助言やアドバイスをしてくれる(問柄別)	心配事悩み事を聞いてくれる(問柄別) 気持ちや考えを理解してくれる(問柄別) 能力や努力を評価してくれる(問柄別)	一緒にとても楽しく過ごせる(問柄別)
1993年朝霞市、山形市調査(野沢 2009)	RG	配偶者が1ヶ月入院したとき手伝い(問柄別)	一週間くらい家を空けるとき郵便物の受け取り(問柄別)	借金や資産の運用について相談(問柄別) 子どもの教育や老後の問題について相談(問柄別)	個人的な悩み事について相談(問柄別)	気軽におしゃべりしたり気晴らしをする(問柄別) 日頃頼りにし、親しくする人(問柄、距離別)
SSM1995	PG					知人の有無(20職種)

調査	調査方式	道具的			情緒的	
		緊急(大)	日常(小)	助言・情報	相談・共感	付き合い
1995年神戸市調査 (大和 2000)	RG	病気の時に身の回りの世話をしてくれる人(問柄別)			悩み、心配事の相談相手(問柄別)	
1995、97年岡山市調査 (野辺 1999)	NG	入院した場合の世話 2~3万の借金	留守の世話 些細なサービス	仕事上の相談	心配事の世話 失望時の慰め	交友
1996、97年八王子・町田調査 (末盛・石原 1999)	RG	病気で寝込んだときなどに看病や家事を頼める(問柄別)	引っ越ししなど、人出がいるときに気軽に手伝いを頼める(問柄別) 急な用事ができたときなどに気軽に子どもの世話を頼める(問柄別)	助言やアドバイスをしてくれる(問柄別)	心配事や悩み事を聞いてくれる(問柄別) 気持ちや考えを理解してくれる(問柄別)	一緒にいてとても楽しく時を過ごせる(問柄別)
1997、98年高梁市調査 (野辺 2006)	NG	岡山市調査 (野辺 1999)と同様				
1999年子育て調査 (松田 2001)	NG, RG		育児に関わっている人4人 父の育児参加(5項目)			
NFRJ1999	RG	経済的援助(問柄別) 借金の援助(問柄別) 家族の事故や病気の援助(問柄別) 本人寝たきり、介護の援助(問柄別)	経済以外の援助(相談も一括)		問題を抱えているときの相談(問柄別)	
1999年現代家族調査 (家計経済研究所)	NG, RG	病気で寝込んでいるときの援助(問柄別)	引っ越しの手伝い(問柄別)		心配事や悩み事を聞いてくれる(問柄別) 能力・努力を評価してくれる(問柄別) 日頃親しく頼りにする人(問柄別) 同居以外で最も親しくする人3人	
1999年吹田市調査 (菅野 2001)	PG, RG					年賀状のやりとり(問柄別、通数別) 付き合いのある人(9職種、問柄別)
1995年文京区、調布市、福岡市中央区、福岡市西区、新潟市、富士市、松江市調査 (森岡編 2000)	NG, RG					同居以外で最も親しい人1人 親しい友人(問柄、距離別)
2000年東京調査 (松本編 2004)	RG	家族が入院したとき手伝いを頼める(問柄別)	1週間家を空ける時の郵便物の受け取り(問柄別)	貯蓄等運用についての相談(問柄別) 法律問題の相談(問柄別)	個人的な悩み事の相談(問柄別)	日頃頼りにし、親しくする人(問柄、距離別) 気楽にお喋り(問柄別)
2000年名古屋圏調査 (松本 2004)	NG, RG	家族が入院したとき手伝いを頼める(問柄別)	1週間家を空ける時の郵便物の受け取り(問柄別)	貯蓄等運用についての相談(問柄別) 法律問題の相談(問柄別)	個人的な悩み事の相談(問柄別)	日頃頼りにし、親しくする人(問柄、距離別) 気楽にお喋り(問柄別) 最も親しい人2人
2000年東京都8地点調査 (森岡編 2002)	NG				色々なことを話し合 い意見を交換する人5人	
2001年墨田区調査 (原田ほか 2005)	RG					親しい親族・友人(距離別)
2003年福岡、徳島調査 (安河内編 2008)	NG, RG		日頃から助けを求める人5人			親しくしている人(問柄、距離別)
JGSS2003	NG, PG			仕事のアドバイスをもらう人4人	重要なことを相談する人4人	政治の話をする人4人 知人の有無(18職種PG)
2004年福岡、徳島、熊本調査 (森岡編 2006)	RG					日頃頼りにし、親しくする人(問柄、距離別)
SSM2005	RG				過去1年に相談した人(問柄別)	過去1年に招待した人(問柄別)
NFRJ2009	RG	借金の援助(問柄別) 家族の事故や病気の援助(問柄別) 本人寝たきり、介護の援助(問柄別)			問題を抱えているときの相談(問柄別)	

* : 名古屋調査は会話の内容、外出の内容を問柄によって変えている

海外で実施された調査の詳細については、Marsden (1990) を参照されたい。

表1にあるように、サポート項目の種類は、一般的に情緒的（表出的）サポートと道具的サポートに分けられる〔浦（1992）；Lin（2001a）〕。前者は、特定の問題解決または要望達成のための実践的なサポートであり、具体的に言うと、就職のための口利きや事業を興すさいの資金援助などがあげられる。後者は、行為者の情緒安定性の維持に寄与しうる心理面を中心としたサポートであり、愛情や愛着、気晴らしなどがあげられる。

道具的サポートはさらに、「深刻なもの（サポート労力の大きいもの）」と「日常のもの（サポート労力の少ないもの）」、「情報やアドバイス」に分けられる。情緒的なサポートも同様に、「相談および共感」と「交遊」に細分化できる。近年では、台風などの災害時におけるサポートのように、緊急性の高い事態に焦点をあてた分析も見られる〔Hurlbert et al. (2001)〕。

表1を見ると多くの調査がリソースジェネレータ方式を採用し、回答者との間柄別にサポート・ネットワークを特定していることがわかる。また、特定されるサポートの種類は、道具的なもの、情緒的なものとも多い。

いずれにしても重要なのは、これらの項目と研究および分析の目的との整合である。そのためには、文献研究、プリテストを慎重に行い、目的に適った項目および測定方法を選択していく必要がある。

（2）ネットワーク項目の詳細な検討

特定するネットワークの種類が決まれば、次は、そのネットワークについてどのようなことを尋ねるのか詳細に決める必要がある。ネームジェネレータ方式であれば、あげられた数名の人々の性別、年齢、回答者との間柄、知り合ってからの年月、親しさ、職業、学歴、メンバー同士の関係などさまざまな質問が考えられる。また、それぞれの質問についての選択肢も用意しなければならない。

ポジションジェネレータ方式であれば、どのよ

うな職業的地位または階層的地位を提示するのか、提示した地位にいる人々と「親しい人」を回答してもらうのか、「知り合いの人」を回答してもらうのかにより、特定されるネットワークは異なる。

リソースジェネレータ方式も同様に、「相談相手」や「親しい人」について、間柄別に尋ねるのか、回答者との空間的距離別に尋ねるのかといった決定が必要となる。これらは、分析と密接に関連する。だからといって不必要的なものまで聞いてしまうと質問が冗長になり、回答者に多大な負担を与える。したがって、研究目的に沿ったネットワークの種類およびその詳細の測定は、社会的サポート・ネットワーク調査において非常に重要なのである。

3 質問項目の複雑性

社会的サポート・ネットワーク調査の第三の問題は、その複雑性にある。とくに、ネットワークメンバーの属性や相互関係を特定するネームジェネレータ方式は、長大な質問になりやすく、時には調査票の5ページ以上を用いる。内容を簡略化したポジションジェネレータ方式、リソースジェネレータ方式も研究目的を深く追究しようとすればするほど質問が長く複雑になるというジレンマに陥る。

たとえば、表3の岡山市の調査をリソースジェネレータ方式に変更したとしよう。そのさい、各サポート項目について、親族、友人、近隣の人、職場の人ごとに、さらに、回答者との空間的距離別に尋ねるとすれば、質問量はかなり多くなる。ポジションジェネレータ方式についても、たとえば、50の職業について男女別、親しさ別に知人の有無を尋ねれば、その量は決して少なくない。前項でも触れたように、「とりあえずあったほうが良いから」という理由で、いたずらに多くの項目を盛り込んでしまうと、回答の手間と複雑性は極めて増大する。

この分量の多さと複雑性は、結果として、無回答および誤答を招きやすくなる〔星・石田（2002）〕。複雑で労力の多い質問は、いきおい回答ミスや回

答への忌避を生みやすい。また、調査そのものへの協力の姿勢も失わせてしまうかもしれない。このような問題を回避するためにも、調査票の吟味は慎重に行わなければならない。

4 ネットワーク認知の問題

第四、第五の問題はおもに分析に関連する。第四の問題はネットワーク認知である。行為者同士のネットワークの認知にズレが生じることは、Krackhardt (1987) や大西 (2003) が明らかにしている。行為者が「誰にも頼れない」と感じていても、サポートの相手はたくさんいたり、「頼れるはず」と感じていても、實際にはあてにならないという状況は珍しいことではない。回答者からの一方的な情報に依存する社会的サポート・ネットワーク調査は、必ずしも実態を反映したものではない可能性があることに留意すべきである。

ネットワーク認知の問題は、ネームジェネレータ方式において格段の注意が必要である。というのも、ネームジェネレータ方式は、回答者が提示する他者の情報に依拠するからだ。実際のところ、人々は自らの属性や経験ほど他人の情報を知らないことが多い。とくに、ネットワークメンバー同士が知り合いか否かということは、同じグループに属する人々をメンバーとしてあげたケース以外はそれほど正確ではないだろう。ネットワーク認知の問題は、行為者が自らのネットワークを特定する社会的サポート・ネットワーク調査の特性上避けられない問題である。

この問題を防ぐ根本的な手立ては、回答者とネットワークメンバーとのダブルチェック以外はない。しかしながら、そのように手間をかけられる調査はそれほど多くないし、仮に両者の回答に齟齬が見られたとしても、最終的にどちらが正しいか判断し得ないケースもある。たとえば、回答者とメンバーとの親しさの認知について両者の間に齟齬があったとしても、どちらが正しいかは判断し得ない。

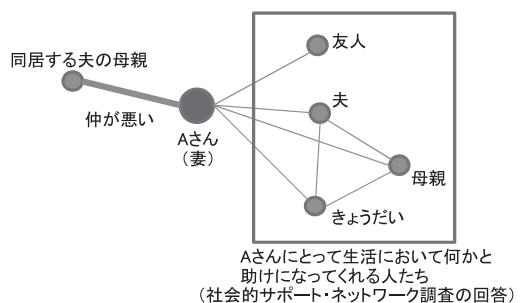
結局、ネットワーク認知の問題の予防法として考えられるのは、データクリーニングを慎重に行い、極力、怪しいデータを取り除くことである。

たとえば、「回答者の両親」としてあげた人物が回答者よりも年齢が低いといったケースはあまり信用すべきではない¹¹⁾。

5マイナスの関係の扱い

社会的サポート・ネットワーク調査の最後の問題は、マイナスの関係への視点の薄さである。社会的サポート・ネットワーク調査は、「重要なことを相談する人」「親しい人」といった形で、行為者にとってプラスの影響をもたらすネットワークを特定する。そのため、当然ながら、ネットワークの中にあがってくるのは、回答者が「サポート源」として認識した人のみとなる。社会的サポート・ネットワーク研究は、この手法を用いることで、固有の間柄や属性、物理的境界に限定されずに人びとの人間関係を特定し、構造的視点から把握された人間関係の影響を分析することを可能にした。

こうした研究方法は、既存の規範が揺らぎ、関係の選択性が高まった状況では、非常に有効である。というのも、制度や規範により定められた境界と関わりなく、多様な場に属する人びとの影響を考慮することができるからだ。しかしながら、制度や規範が根強く残っている場では、社会的サポート・ネットワーク調査だけでは不十分な場合も多い。というのも、制度・規範により関係形成の基盤が確保され、諸個人の意思に拘わらず関係が継続する人びとの影響を軽視してしまうかもしれないからだ。これについて、もう少し詳しく解説しよう。図1を見て欲しい。



Aさんにとって生活において何かと
助けになってくれる人たち
(社会的サポート・ネットワーク調査の回答)

図1 社会的サポート・ネットワーク調査で
特定されるネットワーク

図1の右側には、行為者A（女性）が「生活において何かと助けになってくれる人」として回答した社会的サポート・ネットワーク調査（ネームジェネレータ方式）の結果が示されている。社会的サポート・ネットワーク研究では、こうした関係はどのような人びとによって構成されているか、また、こうした関係は人びとの行為や意識にどのような影響を与えるか検討する。しかし、ここで注意したいのは、行為者Aの関係は社会的サポート・ネットワーク調査であがってきた人のみでは完結しない、ということだ。

たとえば、ある人との付き合いが制度や規範により半ば義務づけられているとすれば、その人との関係は、その善し悪しに拘わらず継続を強いられる。仮にその人との関係が悪い場合には、当然ながら、ポジティブなサポート関係の特定を目的とした社会的サポート・ネットワーク調査において、その人の存在は明らかにならない。しかしながら、関係が悪いけれども付き合っていかなければならぬ人びとは、社会的サポート・ネットワークのメンバー以上に行行為者に強い影響を与えていける可能性もある。図1の左側はそのような関係を表している。

親族規範が弱まつたとはいえ、夫の両親と同居していれば、その両親との付き合いを避けるのは難しい。図のように、関係が悪化しているにも拘わらず同居している夫の母親がいれば、その人は妻である女性（Aさん）の生活に多大な影響を及ぼすかもしれない。しかしながら、社会的サポート・ネットワーク調査では、こうした人びとの影響を捕捉しえない。そのように考えると、ある程度強固な制度や規範により、関係の継続を半ば義務づけられた人が存在する場合には、関係の内容を別途特定しておく必要があると言えよう。

V おわりに

ここまで社会的サポート・ネットワーク研究の歴史的経緯を振り返り、その測定方法および測定のさいの注意点・問題点を議論してきた。行為者の人間関係を把握するという試みの性質上、注意

点は多数あるものの、社会的サポート・ネットワーク調査は、その欠点を補って余りある魅力を備えている。

個人化が進む現在社会において、血縁、地縁、社縁といった中間集団は弱まりつつあり、自己選択的に取り結ばれる「純粋な関係」(pure relationship) の影響が強まっている [Giddens (1991=2005)]。社会的サポート・ネットワーク研究は、その変化にいち早く着目し、拡大しつつある人間関係の影響や様相を解明してきた。今後、個人化が進んでいけばその要請は一層強まるだろう。こうした要請に応えるべく実証研究を積み重ね、科学的研究として豊穣な成果を残してゆくことを望みたい。

注

- 1) かりに「ネットワーク研究」とした場合には、人間関係だけでなく、インターネットの諸サイト間の関係や人体の各器官の結びつきなどさまざまな領域が射程となる。パーソナル・ネットワーク研究は、その中でも人間関係に特化している。
- 2) 行為者個人の人間関係を把握するアプローチはエゴセントリック・ネットワーク・アプローチとも言える。その歴史的経緯については、Wellman (1993) を参照されたい。
- 3) たとえば、Wellman and Wellman (1992) や野沢 (2009) を参照されたい。
- 4) ただし、都市社会学ではパーソナル・ネットワーク研究と言われている。都市社会学が社会的サポート・ネットワーク・アプローチを取り入れた経緯の詳細については、森岡 (1979) を参照されたい。
- 5) アフリカの初期の代表的研究がMitchell eds. (1969=1983), 北米の初期の代表的研究がWellman (1979=2006), Fischer (1982=2002) である。
- 6) 諸個人のストレスの軽減や心理的安寧とネットワークとの関連に着目した研究のみを「ソーシャル・サポート研究」ということもある。諸個人のストレスの軽減や心理的安寧を射程とした研究の詳細は、House et al. (1988), 浦 (1992), 松井・浦編 (1998) を、地位達成に着目した研究はLin (1999), 石田・小林 (2011) を、政治的態度については飽戸編 (2000), 安野 (2006) を、外国人認知については伊藤 (2000), 田辺 (2002) を参照されたい。
- 7) 1985年のGSS調査の詳細は、Burt (1984) を参照されたい。

- 8) ネームジェネレータ方式における制約の問題については、Campbell and Lee (1991) を参照されたい。
- 9) ポジションジェネレータ方式のその他の問題として菅野は、「(1) 測定している職種の代表性、(2) 友人と親戚など関係の区別、(3) 交際相手の職業についての情報のみをとらえている点、(4) 無職女性や専業主婦の交際の描写という点」〔菅野 (2001), p. 54〕を挙げている。これらの欠点も踏まえて、測定方法を選択する必要がある。
- 10) Bernard et al. (1990) は、ネームジェネレータ方式によって特定した複数のネットワークの特性を比較した。その結果、社会的サポート・ネットワークを特定する質問文により、行為者のネットワークサイズおよびネットワークの構成が異なることを明らかにした。また、GSS調査のネットワーク項目の妥当性について調べたRuan (1998) は、「あなたにとって重要なことを相談する人」(discuss important matters to you) は借金や病気の世話などであげられるネットワークと異なることを指摘した。
- 11) ただし、義理の両親をあげた場合に、回答者よりも両親の年齢が低いといったケースも理論上は起こりうる。しかしながら、現在の日本社会においてそのようなケースは稀であろう。

文献

- 鮎戸弘編著 (2000) 『ソーシャル・ネットワークと投票行動』木鐸社。
- Bernard, H. Russell, Eugene C. Johnsen, Peter D. Killworth, Christopher Mccarty, Gene A. Shelley, and Scott Robinson, 1990, "Comparing Four Different Methods for Measuring Personal Social Networks" *Social Networks* Vol.12: 179-215.
- Bott, Elizabeth. (1955) "Urban Families: Conjugal Roles and Social Networks", *Human Relations* Vol.8: 345-384. (=2006,野沢慎司訳「ノルウェーの島内教区における階級と委員会」野沢慎司編・監訳,『リーディングネットワーク論——家族・コミュニティ・社会関係資本』勁草書房, 35-91。)
- Bott, Elizabeth. (1957) *Family and Social Network: Roles, Norms, and External Relationships in Ordinary Urban Families*, New York: Free Press.
- Burt, Ronald. (1984) "Network Items and the General Social Survey", *Social Networks* Vol.6 Part4: 293-339.
- Campbell, Karen E., and Barrett A. Lee. (1991) "Name generators in a Surveys of Personal Networks", *Social Networks* Vol.13 Part3: 203-221.
- Fischer, Claude S. (1982) *To Dwell among Friends: Personal Networks in Town and City*, Chicago: The University of Chicago Press. (=2002,松本康・前田尚子訳『友人のあいだで暮らす——北カリフォルニアのパーソナル・ネットワーク』未来社。)
- 藤崎宏子 (1998) 『高齢者・家族・社会的ネットワーク』培風館。
- Giddens, Anthony. (1991) *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Modern Age*, Cambridge: Polity Press. (=2005,秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳『モダニティと自己アイデンティティ——後期近代における自己と社会』ハーベスト社。)
- 原田謙・杉澤秀博・浅川達人・斎藤民 (2005) 「大都市における後期高齢者の社会的ネットワークと精神的健康」『社会学評論』Vol.55 No.4: 434-447。
- 星敦士・石田光規 (2002) 「ネットワーク質問項目に対する無回答とその要因」森岡清志『パーソナルネットワークの構造と変容』東京都立大学出版会, 225-244。
- House, J. S., D. Umberson, and K R. Landis. (1988) "Structures and Processes of Social Support" *Annual Review of Sociology* Vol.14: 293-318.
- Hurlbert, Janne S., John J. Beggs, and Valerie A. Haines. (2001) "Social Networks and Social Capital in Extreme Environments" in Lin, Nan, Karen Cook, and Ronald Burt eds., *Social Capital: Theory and Research*, New York: Aldine de Gruyter, 209-231.
- 石田光規・小林盾 (2011) 「就職におけるネットワークの役割——戦略的資源かサポート資源か」石田浩・近藤博之・中尾啓子『現代の階層社会2——階層と移動の構造』東京大学出版会, 239-252。
- 伊藤泰郎 (2000) 「社会意識とパーソナルネットワーク」森岡清志『都市社会のパーソナルネットワーク』東京大学出版会, 141-159。
- Kawachi, Ichiro, S. V. Subramanian, and Daniel Kim eds., (2008) *Social Capital and Health*: Springer Science + Business Media. (=2008,藤澤由和・高尾総司・濱野強監訳『ソーシャル・キャピタルと健康』日本評論社。)
- Krackhardt, David. (1987) "Cognitive Social Structures" *Social Networks* Vol.9 Part2: 109-134.
- Lin, Nan. (1999) "Social Networks and Status Attainment" *Annual Review of Sociology* Vol.25: 467-487.
- Lin, Nan. (2001a) *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge: Cambridge University Press. (=2008,筒井淳也・石田光規・桜井政成・三輪哲・土岐智賀子訳『ソーシャル・キャピタル——社会構造と行為の理論』ミネルヴァ書房。)
- Lin, Nan. (2001b) "Building a Network Theory of Social Capital" in Lin, Nan, Karen Cook, and Ronald Burt eds., *Social Capital: Theory and Research*, New York: Aldine de Gruyter, 3-29.
- Lin, Nan, Yang-chih Fu, and Ray-May Hsung. (2001) "The Position Generator: Measurement Techniques

- for Investigations Social Capital" in Lin, Nan, Karen Cook, and Ronald Burt eds., *Social Capital: Theory and Research*, New York: Aldine de Gruyter, 57-81.
- Litwak, Eugene, and Ivan Szelenyi, 1969, "Primary Group Structures and Their Functions: Kin, Neighbors, and Friends" *American Sociological Review* Vol.34 Part4: 465-481.
- Marsden, Peter V. (1990) "Network Data and Measurement" *Annual Review of Sociology* Vol. 16: 435-463.
- 松田茂樹 (2001) 「育児ネットワークの構造と母親のWell-Being」『社会学評論』Vol.52 No.1: 33-49。
- 松井豊・浦光博編 (1998) 『人を支える心の科学』誠信書房。
- 松本康編 (1995) 『増殖するネットワーク』勁草書房。
- 松本康編著 (2004) 『東京で暮らす——都市社会構造と社会意識』東京都立大学出版会。
- 松本康 (2004) 『大都市における社会-空間構造と社会的ネットワークに関する研究』平成12～15年度科学研究費補助金（基盤研究（B）（2））研究成果報告書。
- Mitchell, Clyde eds. (1969) *Social Networks in Urban Situations: Analysis of Personal Relationships in Central African Towns*, Manchester: Manchester University Press. (=1983,三雲正博・福島清紀・進本真文訳『社会的ネットワーク——アフリカにおける都市の人類学』国文社。)
- 森岡清志,1979,「社会的ネットワーク論——関係性の構造化と対自化」『社会学評論』30 (1) :19-35.
- 森岡清志編 (2000) 『都市社会のパーソナルネットワーク』東京大学出版会。
- (2002) 『パーソナルネットワークの構造と変容』東京都立大学出版会。
- (2006) 『既婚女性の就業とパーソナルネットワークに関する研究』平成15～17年度科学研究費補助金 基盤研究（B） 研究課題番号 15330102 研究成果報告書。
- 野沢慎司 (2009) 『ネットワーク論に何ができるか——「家族・コミュニティ問題」を解く』勁草書房。
- 野辺政雄 (1999) 「高齢者の社会的ネットワークとソーシャル・サポートの性別による違いについて」『社会学評論』Vol. 50 No.3: 375-392。
- 野辺政雄 (2006) 『高齢女性のパーソナル・ネットワーク』御茶ノ水書房。
- 大西康雄 (2003) 「ネットワーク認知の「正確さ」とは何か——政治家ネットワークにおけるCSとLASの分析的有効性の比較研究」『理論と方法』Vol.18 No.1: 53-70。
- 大阪商業大学比較地域研究所・東京大学社会科学研究所編 (2005) 『日本版General Social Surveys基礎集計表・コードブック JGSS-2003』大阪商業大学比較地域研究所。
- 大谷信介 (1995) 『現代都市住民のパーソナル・ネットワーク——北米都市理論の日本の解説』ミネルヴァ書房。
- Ruan, Danching. (1998) "The content of the General Social Survey discussion networks: an exploration of General Social Survey discussion name generator in a Chinese context" *Social Networks* Vol.20 Part3: 247-264.
- 関井友子・斧出節子・松田智子・山根真理 (1991) 「働く母親の性別役割分業観と育児援助ネットワーク」『家族社会学研究』Vol.3: 72-84。
- 末盛慶・石原邦雄 (1999) 「有配偶女性の家族関係とネットワーク——「思春期の子育てと家族生活に関する調査から」』『総合都市研究』Vol.70: 137-153。
- 菅野剛 (2001) 「交際の指標の妥当性について」川端亮・田中重人『吹田市民のコミュニティ・ネットワークに関する調査報告書』大阪大学大学院人間科学研究科社会環境学講座先進経験社会学研究分野, 52-67。
- 田辺俊介 (2002) 「外国人への排他性とパーソナルネットワーク」森岡清志『パーソナルネットワークの構造と変容』東京都立大学出版会,101-120。
- 浦光博 (1992) 『支えあう人と人——ソーシャル・サポートの社会心理学』サイエンス社。
- Wellman, Barry. (1979) "The Community Question: The Intimate Networks of East Yorkers" *American Journal of Sociology* Vol.84 Part5: 1201-1231. (=2006, 野沢慎司・立山徳子訳「コミュニティ問題——イーストヨーク住民の親密なネットワーク」野沢慎司編・監訳,『リーディングスネットワーク論——家族・コミュニティ・社会関係資本』勁草書房, 159-200。)
- Wellman, Barry. (1993) "An Egocentric Network Tale: Comment on Bien et al. (1991)" *Social Networks* Vol.15 Part4: 423-436.
- Wellman, Barry and Scot Wortley. (1990) "Different Strokes from Different Folks: Community Ties and Social Support" *American Journal of Sociology* Vol.96 Part3: 558-588.
- Wellman, Barry, and B. Wellman. (1992) "Domestic Affairs and Network Relations" *Journal of Social and Personal Relationship* Vol.9.
- 大和礼子 (2000) 「社会階層と社会的ネットワーク」再考——〈交際ネットワーク〉と〈ケアネットワーク〉の比較から』『社会学評論』Vol.51 No.2: 235-250。
- 安河内恵子編 (2008) 『既婚女性の就業とネットワーク』ミネルヴァ書房。
- 安野智子 (2006) 『重層的な世論形成過程——メディア・ネットワーク・公共性』東京大学出版会。
- 1995年SSM調査研究会 (1996) 『1995年SSM調査コ—

ド・ブック』1995年SSM調査研究会。

(いしだ・みつのり 大妻女子大学准教授)

育児期女性のサポート・ネットワークがwell-beingに与える影響 ：NFRJ08の分析から

星 敦 士

I はじめに

本稿の目的は、育児期女性のソーシャル・サポート・ネットワーク（以下、サポート・ネットワーク）の特徴を明らかにするとともに、ネットワークのあり方とwell-being（心理的安寧）の関連を検討することである。一般的にソーシャル・サポートとは、個人が取り結ぶ社会関係、すなわちパーソナル・ネットワークがもつ機能的側面に焦点をあてたものであり、そのような関係から得られる心理的・物質的な支援を指す〔稲葉（1992）；浦（1992）〕。よってサポート・ネットワークとは諸種の支援を提供する、あるいは期待できる人々ということになるが、「ネットワーク」という言葉を用いることで、支援の提供を特定の集団内における役割として期待されていた人々（たとえば、子どもにとっての親、妻にとっての夫など）も含めつつそれ以外の社会関係にも焦点をあて、また支援を提供してくれる人々との関係を自ら形成していくという選択的な側面も強調されるようになった。

今日展開されているサポート・ネットワーク研究は多岐にわたり、本稿でその概要をすべて網羅することはできないが、本特集の主旨である社会保障施策との関連という観点に着目すると、主要なトピックとして育児期の女性がもつサポート・ネットワークを取り上げることができる¹⁾。社会福祉分野ではかねてより地域コミュニティにおける住民間の相互支援関係の構築やサポート資源としての市民福祉活動が注目されてきた〔和田

（2002）；厚生労働省（2003）〕が、子育て支援においても、政府は地域における支援ネットワークの拡充を目的として様々な施策を行っている〔厚生労働省（2011）〕。そこで本稿では、現在の育児期女性を心理的・物質的に支えるネットワークの状況を把握し、ネットワークの構造的な特徴とwell-beingの関連を検討することを通じて、サポート・ネットワーク研究と社会保障施策の関連について考察する。

本稿の構成は以下のとおりである。まずⅡ節では育児期女性のサポート・ネットワークをめぐる諸研究について社会学分野を中心に整理する。次いでⅢ節では分析に用いる調査データとサポート・ネットワークの測定について紹介し、Ⅳ節でサポート・ネットワークの現状と育児期女性のwell-beingの関連を明らかにする。これらの結果を踏まえて、社会保障政策との関係を中心に今後の研究課題をV節で検討する。

II 育児期女性のサポート・ネットワーク

出産から育児のなかで女性が直面する様々な困難に対して、夫や親、友人・知人のほか、公的な専門機関を含めて周囲の人々がどのようなサポートを担っているのか、この問題提起に社会ネットワーク研究、特にパーソナル・ネットワーク研究からのアプローチが主流となってきた背景として、「家族の個人化」〔目黒（1987；1991）；篠崎（1991）など〕と呼ばれる家族形態の変化が挙げられる。これは、世帯人員数の減少、少子化、その帰結としての核家族世帯や単独世帯の増加という構造的

な側面以外に、社会集団として家族がもっていた拘束力の衰退、そしてそれがもたらす個人による選択の重要性の増大を示す概念である。特に後者のような家族のあり方に関する意識の変化は、家族・親族内の支援関係を集団内部における地位と役割からではなく、集団を形成しない、あるいは集団を超えて形成される社会関係(=ネットワーク)の有り様から説明しようと試みるアプローチが展開する大きな契機となった。たとえば、産業化と家族変動の関連から親族関係の変容を説明している立山(2012)は、新たな親族関係の特徴として、個々人がそれぞれに親族関係の認識・交流の範囲を選択し、個々の生活のなかで親族関係を形成する状態を挙げて、その変化を「親族関係から親族ネットワークへ」[立山(2012), p.50]と表現している²⁾。また、親族関係の形成・維持が空間的な制約を受けなくなったことと核家族化の進展が従来の子育て環境の変化をもたらし、育児の孤立化や母親に集中する育児負担の問題が注目されたことで、親族・非親族を含めた期待／勤員可能なサポートの担い手を把握して母親の負担や不安を軽減する試みが模索されたこともサポート・ネットワークへの注目を促したといえる。

今日までに展開されている育児期女性のサポート・ネットワークに関する研究は、その構造的特徴に焦点を当てたもの、ネットワークが母親のwell-being、すなわち精神的安寧や安らぎ、逆にいうと負担感や不安感、ストレスなどに与える影響に焦点を当てたもの、そしてネットワークの形成に影響を与える要因に焦点を当てたものに大別することができる。

まずサポート・ネットワークの構造的特徴を対象とした研究は、簡単に言い換えるならば「誰が育児期の母親をサポートしているのか」という問題と、その内部における親族ネットワークと非親族ネットワークの相補性、代替性に関する問題を扱ってきた。1980年代以降、育児期女性の育児不安や負担感に社会的な注目が集まると、育児支援ネットワークの担い手と支援内容に関する調査研究が広く行われるようになった。なかでも落合(1989)が兵庫県で行った育児援助ネットワーク

の地域間比較研究は現在でも多くのサポート・ネットワーク研究に参照され続けている。落合(1989)は子どもの世話といった直接的な、人手が必要な支援は妻方、夫方親族双方によって担われるが、情緒的な支援の担い手としては妻方親族が中心となること、郡部に比べて都市部では親族との居住距離が遠くなるため育児をめぐる近隣関係がさかんになるといった親族と非親族の代替性があることなど、その後の育児をめぐるサポート・ネットワーク研究に引き継がれていく多くの論点を提起した。たとえば、同様の関心のもと、育児支援ネットワークを構成する親族・友人が担う役割や支援の特徴を分析した久保(2001)は、母親が病気のときや手が放せない時の子どもの世話という手段的な援助については同居または近居の親族が頼りになっており、一方で相談や共感といった情緒的な援助については妻方親族と学校や保育園を通じて知り合った友人が頼りになっていることを明らかにしている。手段的援助、すなわち育児に関する具体的な手助けの場面における同居・近居親族の重要性については、野口・新川・多賀谷(2000)、垣内・櫻谷(2002)、目良ほか(2003)など情緒的サポートと道具的サポートの担い手を明らかにした研究においても確認されている。調査時期や方法、ネットワークの測定内容に違いはあるものの、相談や情報交換といった人手を必要としないサポートは親族以外にも期待できる一方、実際に手助けが必要なサポートについては親を中心とした妻方親族が担っているというネットワークの構造的な特徴に大きな変化は見られない。

サポート・ネットワークの構造的特徴が母親のwell-beingに与える影響に関する研究は、ネットワークの量や密度といった社会ネットワーク研究のなかで展開されてきた社会関係の計量的な測定手法を用いて、どのようなネットワークが母親のwell-beingを高めるのかを明らかにすることを目的してきた。たとえば、育児支援ネットワークの構造特性が母親のwell-beingに与える影響を分析した松田(2001)は、ネットワークの規模、ネットワークに含まれる親族と非親族のバランス、そ

して密度の効果を検証している。それによると、育児支援ネットワークの規模が大きいことは、母親のwell-beingを高め、また親族と非親族が適度に混合しているネットワークをもつ母親のwell-beingも高い。密度については、高すぎても低すぎてもwell-beingは低いというU字型の効果があることが示された〔松田（2001）〕。同様の調査を地方都市で行った前田（2004a）は、子どもを介して形成される選択性の低いネットワークは密度が高く母親のストレーンを高めること、U字型の効果はこれに低密度におけるサポートの利用可能性の低下がもたらす育児不安が合成されて現れている可能性を示唆している³⁾。前田は他にもサポート・ネットワークの構造がディストレスに与える影響の強さは育児負担の大きさという子どものリスク要因に依存していること〔前田（2004b）〕、ネットワークの形成過程と構造が家族規範意識に影響すること〔前田（2007）〕など、育児期の母親がもつ人間関係が与える多様な影響を明らかにしている。

最後にサポート・ネットワークの構造的特徴がどのような要因によって影響を受けるのかに関する研究は、関係の内容をサポートに限らないパーソナル・ネットワーク研究の知見を応用する形で、個人属性や社会環境要因の効果が検証されてきた⁴⁾。子どもの年齢、母親の就労、社会階層、そして属性や育児の場、居住地域の類似性が世帯外にある育児支援ネットワークの規模、密度、親族の割合に与える影響を分析した松田（2008）は、ネットワークが豊かな人の姿として、「幼児をもつ平均的な年齢の専業主婦で、経済的にはゆとりがあり、子どもが多い地域に自分が幼い頃から住みづけており、育児サークルや児童館に通う母親である」〔松田（2008）, p80〕と述べている。同様にサポート・ネットワークに対する社会経済的地位の影響を検証した星（2011）では、性別役割規範を媒介した階層的地位の間接的な効果が示されている⁵⁾。ただし、パーソナル・ネットワーク研究や社会階層研究において展開してきたネットワークの規定要因に関する諸研究に比べると、育児期女性のサポート・ネットワークを対象とした同種の

研究は少ない⁶⁾。

以上、育児期のサポート・ネットワークに関する諸研究を3つの視点からまとめたが、先行研究によって得られている政策的なインプリケーションについてもみておこう。出生率の低下傾向が長期化するなかで、1990年代に入ると育児支援が政策課題として提起されるようになった。1994年の「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」（エンゼルプラン）に始まり、1999年の「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画」（新エンゼルプラン）、2004年の「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画」（子ども・子育て応援プラン）、そして2011年の「子ども・子育てビジョン」と政府は継続的に育児支援サービスの拡充を展開してきた。重点的な施策は時期によって異なるが、従来の待機児童解消を目指した保育サービスの拡充や働く女性に向けた育児と仕事の両立支援から、地域における支援拠点を中心としたすべての子育て世帯に対する支援へと対象を広げ、近年では配偶者の働き方も含めたワーク・ライフ・バランスの推進も育児支援の一環として取り組まれている〔内閣府（2009）；厚生労働省（2011）〕。先に紹介した諸研究にも、これらの政策の推進を受けて育児期女性のサポート・ネットワークを把握し、政策的に対応すべき課題の提起を行っているものが多い。たとえば、親族ネットワークと非親族ネットワークの通時的な変化と相補性を検証した井上（2005）は両者の規模が相關していることから、多様なサポートを得る母親がいる一方で誰の手も借りられない母親が存在することを指摘し、地域の育児支援ネットワークを充実していく必要性を述べている。同様の提言は松田（2008; 2010）も述べており、母親間の「ネットワーク格差」を防ぎ、インフォーマル・ネットワークの形成機会を充実するために、そのきっかけや場となる児童館の拡充や育児サークルの活動支援を求めている。その他にも、母親の心理的なケアのために育児役割からの一時的な離脱を可能にするような保育サービスの提供〔前田（2004a）〕や、医師、保母など専門職によるサポートの提供〔荒木ほか（1999）〕、育児と就業の

両立支援策の対象外となりやすい専業主婦も含めた育児支援サービスの整備〔星（2011）〕など政策的な支援を通したサポート・ネットワークの充実による育児環境の改善を求める提言がなされており、内容は多岐にわたるが、基本的には政策の方向性と一致しているものが多い。ただし、上記のような政策展開とともに地域や近隣の人々、あるいは公的なサポート機関が育児支援ネットワークのなかでより大きな役割を担うようになってきているかというと、その点は明らかではない。国立社会保障・人口問題研究所が実施している「全国家庭動向調査」の結果より、出産、子育てをめぐる人的資源と社会的資源の時点間比較をみると、情緒的支援、手段的支援いずれにおいても非親族や公共の支援機関が頼りにされる割合は小さく、またほとんど変化していない〔国立社会保障・人口問題研究所（2011）〕。先に紹介した井上（2005）においても、育児支援における非親族ネットワークは親族ネットワークに比べて通時的に小さく、その拡大傾向はわずかであることが示されている。本稿では非親族、公共サービス機関によるサポートという観点も含めて、全国調査データから今日の育児期女性をめぐるサポート・ネットワークの特徴と役割を検討する。

III データと変数

1 データ

分析に用いるデータは「第3回家庭についての全国調査（以下、NFRJ08）」である。この調査は1998年より全国家族社会学会全国家族調査委員会が継続的に実施している全国調査の3回目にあたる。日本国内に居住する28～72歳の男女から層化2段無作為抽出法によって選ばれた9,400人を対象に訪問留置法で行われ、5,203人より回答を得た（回収率は55.4%）⁷⁾。本稿では育児期のサポート・ネットワークを概観する目的から、末子年齢が6歳以下の有配偶女性368人を分析対象とした。

2 サポート・ネットワーク

NFRJ08では回答者のサポート・ネットワーク

について、いくつかの状況や場面を提示して、どのような人や機関を頼りにするかという観点から測定している。具体的には、「問題を抱えて、落ち込んだり、混乱したとき」「急いでお金（30万円程度）を借りなければならないとき」「あなたや家族の誰かが病気や事故で、どうしても人手が必要なとき」という「相談」「経済支援」「手助け」に当たる3つの条件を提示して、それぞれについて頼ることができる人や機関をいくつでも選択可能とした回答形式で尋ねている。一般的にサポート・ネットワークを測定する質問項目は悩み事の相談や話し相手のような感情的、情緒的な支援と、具体的な手助けや問題解決に寄与する道具的、手段的な支援に分類されるが、NFRJ08で測定しているサポートは「相談」が前者に、「経済支援」と「手助け」が後者に対応している⁸⁾。「出産・育児に関する悩み事の相談」や「手が放せない時の子どもの世話」といった育児に特化したサポートではないが、育児期の女性を情緒的、そして手段的側面から支えているのがどのような人々かは把握することができるといえよう。なお「経済支援」と「手助け」はともに比較的緊急性の高い状況における手段的なサポートなので、本稿の分析ではより育児に関連すると思われる「手助け」を取り上げて、「相談」と「手助け」の2つの側面から育児期女性のサポート・ネットワークをみていく⁹⁾。

これらの条件提示に対して用意された選択肢は「①配偶者」「②自分の親」「③自分の兄弟姉妹」「④自分の子ども」「⑤配偶者の親」「⑥配偶者の兄弟姉妹」「⑦子どもの配偶者」「⑧その他の親族」「⑨友人や職場の同僚」「⑩近所（地域）の人」「⑪専門家やサービス機関（行政・金融機関・学校関係者・ヘルパーなど）」で、これらに該当しない場合の選択肢として「⑫誰もいない」がある。以上のような測定方法を採用しているため、本稿で扱うサポート・ネットワークは、ある期間のなかで実際に支援を受けた経験に基づくものではなく、いざというときに頼りにできるであろうという期待に基づいている。また、ネットワークの規模（人数）や密度といった量的側面からではなく、

個別の続柄の選択/非選択、続柄からみた期待できる人々の多様性、特定の続柄への偏りといった質的側面から分析可能なデータである。なお本稿では分析対象を末子年齢6歳以下の育児期にある女性としているので、以降で表すサポート・ネットワークの構成においては「④自分の子ども」「⑦子どもの配偶者」を除いて集計した。

IV 分析

1 育児期女性のサポート・ネットワーク

育児期女性のサポート・ネットワークの状況について、ここでは「相談」「手助け」という2種類それぞれにおける（1）サポートの担い手として

期待されている続柄、（2）サポートの担い手として期待できる続柄の数（ネットワークの多様性）に着目する。

まず（1）について、サポートの担い手としてそれぞれの続柄が選ばれた割合を示したものが図1である。この集計ではある続柄の人に対してサポートの担い手として期待しているか否かを、その対象者（続柄に該当する人）が1人以上いることを前提に集計する必要があるため、自分の親、自分の兄弟姉妹、配偶者の親、配偶者の兄弟姉妹については、いずれか1人以上が生存していることが他の質問項目から確認できる対象者に限定して集計を行った。

「相談」のサポート・ネットワークのなかで最

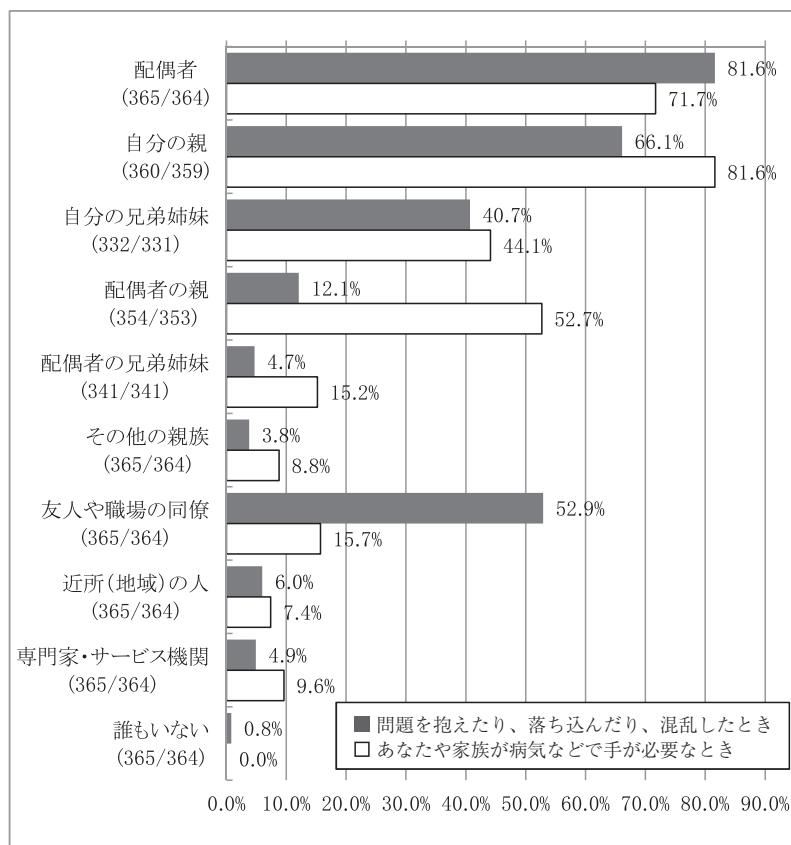


図1 条件別にみたサポート・ネットワークの選択

(各項目下部の数値は「相談」「手助け」それぞれの集計対象となったサンプル数)

も選ばれているのは配偶者で、8割を超える回答者が選択している。以下、自分の親（66.1%）、友人や職場の同僚（52.9%）が続き、自分の兄弟姉妹（40.7%）までが比較的多く期待されているサポートの担い手である。一方「手助け」のサポート・ネットワークのなかで最も多く選ばれているのは自分の親で81.6%，以下、配偶者（71.7%）、配偶者の親（52.7%）、自分の兄弟姉妹（44.1%）となっている。なお、「手助け」に関してはサポートの担い手が「誰もいない」とした回答者はいなかった。「相談」と「手助け」双方に共通する傾向として、育児期の女性のサポート・ネットワークは配偶者と自分の親を中心として、サポートの内容によっては自分の兄弟姉妹や配偶者の親から構成されており、「相談」においてのみ、これらの続柄の人々に加えて、友人や職場の同僚といった親族以外の人々が選ばれている。それ以外の続柄の人々は、ほとんどサポートの担い手とは考えられておらず、緊急性の高い道具的サポートにおいても、公的なサポート機関が含まれる「専門家・サービス機関」を選択した回答者は少なかった。

次に（2）について、「相談」「手助け」それぞれの条件下におけるサポート・ネットワークについて、いくつの続柄が選ばれているか、すなわちサポートの担い手について回答者との関係からみた多様性を示したものが図2である。

「相談」「手助け」とともに最頻値は3で、必ずしも多様なサポートの担い手が期待できるわけではない。図1では、近年注目されている社会的孤立に関する「誰もいない」という選択肢を選んだ割合は、いずれの条件下においても0～1%程度でNFRJ08においてサポート・ネットワークの不在、育児期の女性の社会的孤立は直接的には観察されなかったが、頼る人が配偶者しかいない、あるいは親しかいない、といった社会的孤立に近い状況の回答者がある程度存在していることが示された。

これらの結果から、育児期女性のサポート・ネットワークは、先行研究が明らかにしてきたように配偶者と親を中心とした親族によって形成されており、たとえ選択できる項目の数に制限がなくても、「相談」における友人や職場の同僚を除けば、近所の人や専門家・サービス機関はほとんど含まれていない。またサポートの担い手として期待できる続柄は3種類程度が多数で、多くの回答者にとっては配偶者と自分の親、加えて兄弟姉妹か友人かといった構成であることが推測される。これに関連してそれぞれのサポート・ネットワークにおける親族の構成比を求めたところ、「相談」では43.6%、「手助け」では74.7%の回答者において、そのサポート・ネットワークが親族のみで構成されている（親族の構成比が100%）ことが明らか

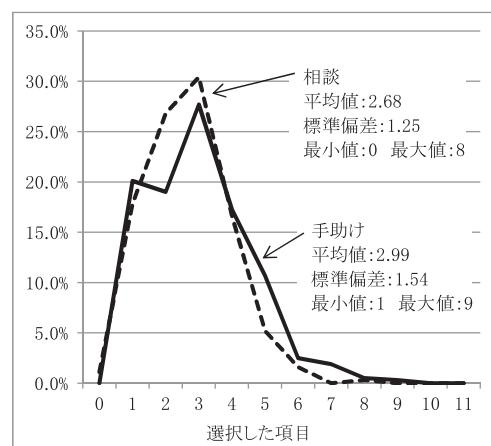


図2 サポート・ネットワークの多様性（項目の選択数）

になった。

ではサポート・ネットワークの担い手として、配偶者や自分の親、兄弟姉妹など個々の続柄の人々に頼ることができる/できないという状況は、回答者、すなわち育児期の女性の心理的状態とどのように関連しているのであろうか。以降ではサポート・ネットワークに個別の続柄の人が含まれているか否か、サポートを期待できる続柄の多様さ、そしてネットワークに含まれている親族の割合との関連を検討する。

2 育児期女性のサポート・ネットワークと well-beingの関連

NFRJ08では回答者の社会意識、生活意識についてさまざまな質問が含まれているが、ここでは特定の相手との関係に関する意識（たとえば、配偶者や両親との関係に対する満足度や認識、子供に対するしつけ態度など）以外から回答者のwell-beingに関連する質問を用いて、サポート・ネットワークとの関連を検証する。具体的には、「家族に理解されていないのではないか」と感じたことの頻度、家事・育児・介護などの負担が大きすぎると感じたことの頻度、生活全体に対する満足度、そしてストレスの4変数を用いる。分析に際しては家族による理解への不安感、家事などの負担感、ストレスの各変数は数値が大きくなるほどネガティブな状況を示すように、満足度は数値が大きくなるほど肯定的になるように処理した¹⁰⁾。

これらの変数とサポート・ネットワークの関連を、社会経済的な諸変数の影響を統制したうえで分析する。統制に用いた変数は、居住地（非DID=0/DID=1）、回答者の教育年数、仕事の有無（なし=0/あり=1）、配偶者の職種（ブルーカラー・農林漁業=0/ホワイトカラー=1）、等価世帯収入、子どもの数である¹¹⁾。

サポート・ネットワークの構成は、「相談」「手助け」とともにもの質問項目の選択肢を縮約して「配偶者」「自分の親・兄弟姉妹」「配偶者の親・兄弟姉妹」「友人や職場の同僚・近所（地域）の人」「専門家・サービス機関」の5つのカテゴリに再構成し、各カテゴリに含まれる続柄を選択した場

合を1、していない場合を0としたダミー変数として分析に用いた¹²⁾。また続柄からみた多様性は先に示したとおり、すべての選択肢から「自分の子ども」「子どもの配偶者」「誰もいない」を除く9項目のうちいくつを選択したか、親族の割合はその9つを上限として選択されたサポートの担い手に占める親族（配偶者、自分の親・兄弟姉妹、配偶者の親・兄弟姉妹、その他の親族）の割合を表している。表1は「相談」のサポート・ネットワークを用いて順序回帰分析と最小二乗法による重回帰分析を行った結果である¹³⁾。

これによると、「家族に理解されていないのではないか」と感じたことの頻度、家事・育児・介護などの負担が大きすぎると感じたことの頻度、生活全体に対する満足度、ストレスのすべての心理的状況に対して配偶者の存在が影響を与えている。相談のサポート・ネットワークに配偶者がいることは、個人や世帯の社会経済的状況を統制しても、不安や負担感、ストレスを抑制し、生活への満足感を高める。その他の続柄では、友人や職場の同僚、近所の人が相談のネットワークに含まれている場合、生活満足感が高い。なおネットワークの特徴に関しては、ネットワークに占める親族の割合が多い回答者ほど生活満足度が高い傾向が示された。このように相談のサポート・ネットワークでは生活満足度の高さと関連を示す変数が多くみられた。

次に手助けに関するサポート・ネットワークの関連（表2）では、サポートの担い手として配偶者が含まれていることの影響は相談のネットワークをみたときよりも小さく、代わってネットワークに占める親族の割合が多くのwell-beingに関する変数に有意な影響を与えている。たとえば、家族に理解されていないのではないかという不安については、手助けを期待できる相手に親族が多く含まれている回答者ほど低くなる傾向があるが、配偶者が含まれているかどうかは有意な影響を与えていない。サポート・ネットワークに配偶者が含まれていることが関連するのは、家事などの負担感、そしてストレスであった。また、生活満足度はサポートの担い手が多様な回答者ほど、親族

表1 well-beingに関する回帰分析（「相談」のサポート・ネットワーク）

	家族に理解されて いない不安	家事・育児などの 負担感	生活満足度	ストレス
【社会経済的地位】				
居住地（1=DID）	-0.277 +	-0.093	-0.049	-0.248
教育年数	0.010	-0.001	0.016	-0.193 *
仕事の有無（1=あり）	0.025	0.077	-0.360 **	0.464 *
配偶者の職種（1=ホワイトカラー）	0.108	0.370 *	0.089	0.415 +
等価世帯収入	-0.737 +	-0.602	1.036 **	-0.187
子どもの数	-0.054	0.067	-0.107	0.332 *
【サポート・ネットワークの構成】				
配偶者	-0.937 **	-0.803 **	0.597 **	-1.006 **
自分の親・兄弟姉妹	0.092	0.034	0.172	0.397
配偶者の親・兄弟姉妹	0.088	0.202	-0.046	0.428
友人や職場の同僚・近所（地域）の人	-0.504 +	0.196	0.839 **	0.418
専門家・サービス機関	-0.200	0.214	-0.057	0.274
【サポート・ネットワークの特徴】				
多様性	0.058	-0.059	-0.209 +	-0.290
親族の割合	-0.991 +	0.048	1.653 **	0.469
Cox & Snell	0.125	0.100	0.185	-
Nagelkerke	0.136	0.107	0.214	-
Adjusted R ²	-	-	-	0.104

注1) 表中の数値は非標準化回帰係数

注2) **:p<.01 *:p<.05 +:p<.10

表2 well-beingに関する回帰分析（「手助け」のサポート・ネットワーク）

	家族に理解されて いない不安	家事・育児などの 負担感	生活満足度	ストレス
【社会経済的地位】				
居住地（1=DID）	-0.337 *	-0.102	0.025	0.011
教育年数	0.014	-0.008	0.001	0.045
仕事の有無（1=あり）	0.022	0.062	-0.367 **	0.212 +
配偶者の職種（1=ホワイトカラー）	0.121	0.373 *	0.011	0.078
等価世帯収入	-0.866 *	-0.684 +	1.304 **	-0.596 *
子どもの数	-0.074	0.065	-0.091	-0.052
【サポート・ネットワークの構成】				
配偶者	-0.085	-0.434 *	-0.014	-0.363 *
自分の親・兄弟姉妹	-0.104	-0.152	-0.146	-0.470 *
配偶者の親・兄弟姉妹	0.230	0.238	-0.278	-0.121
友人や職場の同僚・近所（地域）の人	0.122	0.138	0.073	-0.390 +
専門家・サービス機関	0.061	0.324	0.433	-0.191
【サポート・ネットワークの特徴】				
多様性	-0.197 +	-0.053	0.194 *	0.000
親族の割合	-1.299 *	-0.365	2.177 **	-1.894 **
Cox & Snell	0.085	0.084	0.166	-
Nagelkerke	0.093	0.090	0.192	-
Adjusted R ²	-	-	-	0.130

注1) 表中の数値は非標準化回帰係数

注2) **:p<.01 *:p<.05 +:p<.10

が多く含まれている回答者ほど高いという傾向がみられたが、「相談」とは違って特定の続柄の人には手助けを期待できるかどうかはいずれも有意な影響を示していない。なお、相談に関するネットワークをみたときには有意な影響を与えていなかつた自分の親や兄弟姉妹は、手助けのネットワークに含まれている場合、配偶者や友人の存在とともにストレスを抑制することが明らかになった。

V 結語

本稿では、育児期女性をめぐる支援の担い手が「ネットワーク」としてとらえられるようになつた背景と、サポート・ネットワークに関する先行研究を整理したうえで、NFRJ08を用いてサポート・ネットワークの構成、およびwell-beingとの関連を明らかにした。分析結果を要約すると以下のとおりである。①相談、手助けという情緒的、手段的サポートのいずれにおいても、今日の育児期女性を支えている、あるいは育児期女性が支援を期待できるのは主として配偶者と自身の身内（親、兄弟姉妹）であった。②相談と手助けどちらのサポート・ネットワークも続柄としては2ないし3種類から構成されている回答者が大半で、頼る人がまったくないという状況は少ないものの、急な配偶者や親・兄弟姉妹の不在によって孤立してしまう可能性があることが示唆された。③多くのwell-beingに関する変数に影響を与えているのは配偶者の存在と親族の割合で、サポートの担い手として夫に期待できない場合、あるいは支援を期待できる人々に占める親族の割合が低い場合に不安感や負担感、ストレスが高い傾向がある。④サポートの担い手としての非親族の存在は相談相手として期待できる場合に生活全体への満足感を高める。ただし、生活満足度以外の変数には強い影響を与えておらず、ネガティヴな心理的状況を緩和するような効果は小さい。また、行政など専門家やサービス機関がサポート・ネットワークに含まれていることによる影響は「相談」と「手助け」どちらのサポート内容においても見られな

かった。

これらの結果に基づくならば、育児期女性をとくに情緒的側面から支えているのは配偶者であり、育児期の男性の働き方の見直しというワーク・ライフ・バランスを視野に入れた近年の育児支援施策の方向性は妥当なものといえる。一方で地域の育児サービス拠点の整備を中心とした支援策については、現時点ではNFRJのような全国調査において専門家・サービス機関といった選択肢がサポート・ネットワークの担い手として選択される割合は低く、その効果は明らかではない。公共的なサポート機関やそれを介して交流した母親同士、あるいは近隣の人々が、情緒的、手段的なサポートの担い手として期待されるようになるのか、施策の有効性と合わせて育児期女性を支えるサポート・ネットワークの質的な変化を継続的に検証していく必要がある。

最後に育児期女性のサポート・ネットワークをめぐる研究の課題について述べる。本稿で示したように、支援の担い手は（特に手助けに関しては）ほとんどが配偶者と親という近親によって構成されていた。先行研究も踏まえるとこの傾向は長期的にほぼ安定していると言つてよい。ネットワーク研究では、行為者の選択や能動的な関係形成に焦点を当ててきたが、このような通時的に安定した近親による支援の背景には、行為者が選択的に期待しているという側面とともに、従来の分析視角にあった集団内における役割関係の認識に基づく期待やその受容という側面も強くあると考えられる。誰が子育てを担うべきか、誰にどのようなサポートを期待するかという育児に関する規範意識や役割期待とサポート・ネットワーク形成の相互作用を明らかにすることが、有効かつ効率的な育児支援策の検討という観点からも期待される。

謝辞

本稿の分析にあたり、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJデータアーカイブから〔「家族についての全国調査（第3回全国家族調査,NFRJ08）,2009」（日本家族社会学会全国家族調査委員会）〕の個票デー

タの提供を受けました。

注

- 1) 社会学分野に限ってもサポート・ネットワーク研究、あるいはソーシャル・ネットワークが果たすサポート機能に着目した研究の対象は幅広い。本稿で取り上げる育児期女性以外にも、ニート・フリーター問題に関連して若者の就業とソーシャル・ネットワークが果たす役割に着目した堀（2004）、樋口（2006）などの研究がある。また石田（2009）、石田・小林（2011）は、就職・転職行動において親族ネットワークが果たすセーフティネットとしての役割を明らかにしている。
- 2) 森岡は高度成長期以前の日本社会では人間関係とは家族、地域集団、学校や職場といった集団・組織の中の人間関係を指しており、事実、人々の行動や意識はその集団内部における規範や地位・役割関係に強く規定されていたが、産業化・都市化の進展に伴う集団に対する帰属感の揺らぎとともに集団の拘束力も衰退したことから、集団内関係に限定せず社会関係を捉える新しい分析概念として「社会ネットワーク」という語が採用されたと指摘している〔森岡（2000）, p.22-28.〕。家族研究におけるネットワーク概念の導入と広がりもこの文脈で理解することができよう。
- 3) ある種の育児支援ネットワーク、すなわち選択性が低く密度が高い関係が心理的安寧ではなくストレーンを引き起こす方向にも影響することは前田（2008）においても示されている。
- 4) パーソナル・ネットワークの規定要因に関する近年の知見は原田（2012）に詳しい。
- 5) 社会経済的地位は統制していないが、関井ほか（1991）も性別役割規範がサポート・ネットワークの選択に与える影響を検証し、「性別役割規範の相対化がネットワークの重層性を促す」〔関井ほか（1991）, p.82〕ことを明らかにしている。
- 6) 近年はサポート・ネットワーク形成における通信メディアの役割を明らかにした天笠（2010）など新たな分析枠組みによる研究もみられる。
- 7) 調査設計と設問、サンプリングの詳細等については、日本家族社会学会全国家族調査委員会（2010）に詳しい。
- 8) 道具的サポートのなかでも緊急性の高さによって内容を分類することもできる。たとえば、日常的な生活における簡単な頼み事や物の貸し借りに比べると、ここで提示された「急にお金が必要なとき」「どうしても人手が必要なとき」という条件の提示は道具的サポートのなかでも緊急性が高い状況を想定しているといえる。
- 9) 育児期の女性に限らずNFRJ08におけるサポート・ネットワークの概要については井田（2011）を参照のこと。また菅野（2011）は各時点の

NFRJデータを用いたサポート・ネットワークの時点間比較を行っており、藤見・西野（2010）は、NFRJ03データを用いてサポート・ネットワークの階層差、親族と非親族の相補性、代替性を検討している。

- 10) ストレスについては主成分分析を行って指標を構成した。分析に用いた項目と各項目の重みは以下のとおりである（サは逆転項目）。「ア：ふだんは何でもないことをわざわざないと感じたこと（0.749）」「イ：家族や友達から励ましても気分が晴れないこと（0.727）」「ウ：憂うつだと感じたこと（0.808）」「エ：物事に集中できなかったこと（0.753）」「オ：食欲が落ちたこと（0.587）」「カ：何をするのも面倒と感じたこと（0.769）」「キ：何か恐ろしい気持がしたこと（0.723）」「ク：なかなか眠れなかったこと（0.555）」「ケ：ふだんより口数が少なかったこと（0.673）」「コ：一人ぼっちで寂しいと感じたこと（0.552）」「サ：「毎日が楽しい」と感じたこと（0.447）」「シ：悲しいと感じたこと（0.752）」なお、固有値の下限を1として抽出された主成分は1つで固有値は5.599、分散の説明割合は46.7%であった。
- 11) 回答者の仕事の有無については、調査の際に休職中だった場合も「仕事あり」としている。また、等価世帯収入は昨年の世帯収入に関する設問への回答として選ばれた選択肢の中央値をとって実額（単位:万円）に換算し、世帯人員数で除して算出した。なお分析に際しては10を底とした対数に変換した値を用いた。
- 12) 以降の分析では、「特定の続柄にある人がサポートの担い手として期待できること」の影響を検証するため、存在（生存）しているか否かに関係なく、選択されていない場合は0として操作化した。
- 13) 「相談」「手助け」どちらのサポート・ネットワークを用いた分析においても、従属変数が4段階または5段階の順序尺度である不安、負担感、生活満足度については順序回帰分析を、主成分得点であるストレスについては最小二乗法による重回帰分析を行った。なお順序回帰分析については、従属変数の分布形態に応じて、モデル式の左辺を家族の理解に対する不安度、家事・育児等の負担感は「負ログ・マイナス・ログ (-log (-log (rj)))」、生活満足度は「プロビット ($\Phi^{-1}(rj)$)」に設定した。

文献

- 天笠邦一（2010）「子育て期のサポート・ネットワーク形成における通信メディアの役割」『社会情報学研究』Vol.14 No.1。
 荒木美幸・大石和代・岩木宏子・渡辺鈴子・池田早苗・達田志津子・小川由美子（1999）「育児期にある母親に対するソーシャルサポートの実態-有職の

- 母親と無職の母親との比較』『長崎大学医療技術短期大学部紀要』Vol.13。
- 藤見純子・西野理子（2009）『現代日本人の家族-NFRJからみたその姿』有斐閣。
- 原田謙（2012）「社会階層とパーソナル・ネットワーク-学歴・職業・所得による格差と性差」『医療と社会』Vol.22 No.1。
- 樋口明彦（2006）「社会的ネットワークとフリーター・ニート-若者は社会的に排除されているのか」太郎丸博『フリーターとニートの社会学』世界思想社。
- 堀有喜衣（2004）「無業の若者のソーシャル・ネットワークの実態と支援の課題」『日本労働研究雑誌』Vol.553。
- 星敦士（2011）「育児期のサポートネットワークに対する階層的地位の影響」『人口問題研究』Vol.67 No.1。
- 井田瑞江（2011）「援助ネットワーク」日本家族社会学会全国家族調査委員会『第3回家族についての全国調査（NFRJ08）第一次報告書』日本家族社会学会全国家族調査委員会。
- 井上清美（2005）「母親は誰の手をかりてきたのか?-育児援助ネットワークの歴史的变化と影響要因」熊谷苑子・大久保孝治『コーホート比較による戦後日本の家族変動の研究』日本家族社会学会全国家族調査委員会。
- 石田光規（2009）「転職におけるネットワークの効果-地位達成とセーフティネット」『社会学評論』Vol.60 No.2。
- 石田光規・小林盾（2011）「就職におけるネットワークの役割-戦略的資源かサポート資源か」石田浩・近藤博之・中尾啓子『現代の階層社会[2]階層と移動の構造』東京大学出版会。
- 垣内国光・櫻谷真理子（2002）『子育て支援の現在-豊かな子育てコミュニティの形成をめざして』ミネルヴァ書房。
- 国立社会保障・人口問題研究所（2011）『現代日本の家族変動-第4回全国家庭動向調査』国立社会保障・人口問題研究所。
- 厚生労働省（2003）『平成15年版 厚生労働白書』ぎょうせい。
- 厚生労働省（2011）『平成22年版 厚生労働白書』日経印刷。
- 久保桂子（2001）「働く母親の個人ネットワークからの子育て支援」『日本家政学会誌』Vol.52 No.2。
- 前田尚子（2004a）「パーソナル・ネットワークの構造がサポートとストレーンに及ぼす効果-育児期女性の場合」『家族社会学研究』Vol.16 No.1。
- （2004b）「育児期女性におけるパーソナル・ネットワークの構造とディストレス-子どもの状態による差異」『家族研究年報』Vol.29。
- （2007）「育児期女性におけるパーソナル・ネットワークの構成と家族意識」『岐阜聖徳学園大学短期大学部紀要』Vol.39。
- （2008）「地方都市に住む育児期女性のパーソナル・ネットワーク」『家庭教育研究所紀要』Vol.30。
- 松田茂樹（2001）「育児ネットワークの構造と母親のWell-Being」『社会学評論』Vol.52 No.1。
- （2008）『何が育児を支えるのか-中庸なネットワークの強さ』勁草書房。
- （2010）「子育てを支える社会関係資本」松田茂樹・汐見和恵・品田友美・末盛慶『揺らぐ子育て基盤-少子化社会の現状と困難』勁草書房。
- 目黒依子（1987）『個人化する家族』勁草書房。
- （1991）「家族の個人化-家族変動のパラダイム探求」『家族社会学研究』Vol.3。
- 目良秋子・小坂千秋・平山順子・柏木恵子（2003）「育児期女性におけるソーシャルサポート」『白百合女子大学研究紀要』Vol.39。
- 森岡清志（2000）『都市社会の人間関係』放送大学教育振興会。
- 内閣府（2009）『平成21年版 少子化社会白書』佐伯印刷。
- 日本家族社会学会全国家族調査委員会（2010）『第3回家族についての全国調査（NFRJ08）第一次報告書』日本家族社会学会全国家族調査委員会。
- 野口眞弓・新川治子・多賀谷昭（2000）「育児をする母親のソーシャル・サポートネットワークの実態」『日本赤十字広島看護大学紀要』Vol.1。
- 落合恵美子（1989）「育児援助と育児ネットワーク」『家族研究』Vol.1。
- 篠崎正美（1991）「現代家族の変動をどうとらえるか」『家族社会学研究』Vol.3。
- 関井友子・斧出節子・松田智子・山根真理（1991）「働く母親の性別役割分業観と育児援助ネットワーク」『家族社会学研究』Vol.3。
- 菅野剛（2011）「サポート・ネットワークにおける身近な家族の重要性の変化-1998年-2008年の比較から」稻葉昭英・保田時男『第3回家族についての全国調査（NFRJ08）第2次報告書 第4巻-階層・ネットワーク』日本家族社会学会全国家族調査委員会。
- 立山徳子（2012）「産業化と家族変動」森岡清志『パーソナル・ネットワーク論』放送大学教育振興会。
- 浦光博（1992）『支え合う人と人-ソーシャル・サポートの社会心理学』サイエンス社。
- 豊田保（2005）『福祉コミュニティの形成と市民福祉活動』萌文社。
- （ほし・あつし 甲南大学准教授）

高齢者の社会的サポート・ネットワークと社会保障政策への意識 —JGSS-2010に基づく分析—

宍戸 邦章

I 高齢者のサポート・ネットワーク研究の背景

直系家族を伝統とする日本社会では、高齢者は家族という集団に内包され、扶養される存在として扱われてきた。しかし、戦後の日本に生じたさまざまな変化は高齢期の生活を一変させ、近年「家族の中の高齢者」から「個としての高齢者」としてとらえる視点〔安達（1999）〕が提起されている。集団や組織の一員としての個人の社会関係から、それに規制されない自立した個人が主体的に取り組んでいる人間関係とその機能に注目が集まるようになった〔笠谷（2003）；藤崎（1998）〕。

ネットワークという分析手法は、1950年代から欧米における文化人類学や社会学を中心に発達し、日本の高齢者の人間関係の分析に用いられるようになったのは1980年代からである。「ソーシャル・ネットワーク」は対人関係の構造的側面、「ソーシャル・サポート」はその機能的側面に着目したものである〔野口（1991）〕。「サポート・ネットワーク」は人々の日常的なソーシャル・ネットワークのなかで、何らかの援助が必要な時に選択され、または期待されるネットワークである。

藤崎（1998）は、サポート・ネットワーク研究の隆盛を一種の「流行」ととらえ、その背景として、個人の所属集団に対する自立性の強化と全体社会への依存度の強化、専門家の専門性の高まりと同時にみえてくる私的なネットワークの重要性への気づきなどを挙げている。笠谷（2003）はさらに、先進国を中心とした人口の高齢化と要介護者の大量出現などの理由を挙げている。

これらの背景に加えて、近年日本社会で生じているインフォーマルなサポート・ネットワークの衰退傾向が挙げられる。サポート・ネットワークで最も重視される世帯員の変化をみると、高齢者の単独世帯・夫婦のみ世帯の合計は、2004年以降過半数を超えた〔内閣府（2012）〕。高齢期の生活とかかわりの深い地域社会での近隣関係は、長期的に希薄化する傾向にある〔内閣府（2007）〕。和氣（2007）は日本全国の高齢者のソーシャル・サポートを、1991年と2005年で比較し、同居家族、別居子、きょうだい・親戚、近隣、近隣以外の友人といったすべてのソーシャル・サポートがこの15年間で低減していることを明らかにしている。

II 本稿の目的

本稿の目的は、これまでのサポート・ネットワーク研究であまり扱われていないインフォーマルなサポート・ネットワークとNon-primary groupとの関係、および社会保障制度への意識との関連について、日本全国の20～89歳男女個人を対象とするJGSS-2010データに基づいて考察することである。高齢者を取り巻くインフォーマルなサポート・ネットワークが高齢期家族の単独・夫婦世帯化の中で、衰退傾向にある。社会保障制度や社会会福祉サービスが発達しつつある現代日本においては、インフォーマル・ネットワークの外部にあるリソースについても分析視角を広げる必要がある。高齢者のサポート・ネットワーク研究では、社会的資源の源泉となる他者の間に代替の序列が存在し、優先順位の高い他者が十分な支援を提供

できないときに、優先順位の低い他者が支援を提供するという階層的補完モデル〔Cantor (1979) ; 古谷野 (1992) ; 浅川ほか (1999) ; 小林 (2005)〕や、サポートの内容により効果的に課題を遂行できる関係が異なるという課題特定モデル〔Litwak & Szelenyi (1969) ; 浅川ほか (1999)〕が指摘されている。階層的補完モデルにしたがえば、インフォーマルなサポート・ネットワークが乏しい場合にフォーマルな資源が選択され、社会保障制度をより強化すべきであるという意識が増大すると予想することができる。

以下に、高齢者のサポート・ネットワークに関する先行研究を概観し（Ⅲ）、本稿の分析枠組とデータを提示し（Ⅳ）、高齢者のサポート・ネットワークの特徴と社会保障政策意識との関連を分析して（V）、要約と考察を行う（VI）。

III 高齢者のサポート・ネットワークに関する先行研究

高齢者のサポート・ネットワークについては、社会老年学を中心に社会関係の特徴や、社会関係が主観的well-beingに及ぼす効果に関する分析が精力的に行われている。まず、高齢者のソーシャル・サポートの測定方法と、そのいくつかの課題からまとめる。

第一に、サポートの機能分類では、情緒的サポートと手段的サポートに区別することが、ある程度の共通了解となっている〔野口 (1991) ; 和気 (2007)〕。ただし、その具体的な調査項目は、研究者によって異なる。サポートの内容を尋ねる際には、ネームジェネレータ方式とリソースジェネレータ方式の双方がみられるが、ネームジェネレータ方式は質問数が多くなり回答者の負担が増す問題点が指摘されている〔浅川ほか (1999)〕。情緒的サポートは、家族・親族だけでなく近隣や友人にも期待される傾向にあり、手段的サポートは家族や親族に限定して期待される傾向にある〔野口 (1991) ; 平野 (1998) ; 野辺 (1999) ; 古谷野 (2009) ; 村田ほか (2011)〕。

第二に、サポートが認知的・主観的なものか、

行動的・客観的なものの区別がある。認知的・主観的なものは、「してくれそうかどうか」という予期や期待、可能性を尋ね、行動的・客観的なものは「実際にしてくれたかどうか」という実績や経験を尋ねる。先行研究ではサポートの内容の特殊性や分析上の問題から、認知的・主観的なものを扱う研究が多い。行動的・客観的なサポートの側面を把握しようとすると、サポートを必要とする生活上の問題自体が一定期間生じない場合に、サポート・ネットワークを把握できない問題がある。他方で、認知的・主観的サポートは、実際に問題が生じた時に回答者が本当に期待している他者にサポートを求め、その他者がサポートを提供するかどうかはわからず、高齢者の社会関係の様態を適切に反映しているのか定かではないとの指摘もある〔古谷野 (2004)〕。サポート・ネットワーク研究で見落とされがちなのは、サポートを必要とする出来事自体がどの程度生じているのか、ということである。高齢者は若年者や中年者と比較して、生活上の困難が日常的に起きている、という研究者側の前提が存在しているように思われる。

第三に、サポート提供者をどのように区分するかについては、Litwak & Szelenyi (1969) の第一次集団論やKahn & Antonucci (1980) のコンボイシステムの概念に依拠するものが多い。研究の初期では、日本の老親扶養が家族によって担われてきた背景から、同居家族や別居子との交流に限定する研究がみられたが、次第に近隣や友人・知人を含むインフォーマル・ネットワーク全体を分析視角に含める傾向が強まった。しかし、近年においても、インフォーマル・ネットワークの外部にあるNon-primary groupを分析に含めた研究は少ない〔笠谷 (2003)〕。ソーシャル・サポート研究は「日常的に付き合いのある関係」や「親しい関係」によって切り取られるソーシャル・ネットワーク研究から展開してきたために、医療・福祉分野の専門職の人々などが第一次集団の外部へと捨象されているのではないか。

次に、先行研究の知見を概観する。高齢期のサポート・ネットワーク研究では、性別、社会階層、

居住地域によってサポート・ネットワークの特徴がどのように異なるか、という観点から分析した論文が多い。

性差に着目した研究によると、男性は配偶者を中心とした狭いネットワークを、女性は子どもや近隣・友人を含む柔軟なネットワークを形成している〔玉野ほか（1989）；玉野（1990）；杉井ほか（1992）；野辺（1999）；大和（2000）〕。社会的に孤立しやすいのは高齢男性である〔石田（2007）；齊藤ほか（2010）〕。

社会階層に着目した研究では、学歴が高く経済的に豊かな高齢者ほど多様なサポート・ネットワークを構成している、という知見が多い〔たとえば、上野（1987）；大和（2000）；宍戸（2006）〕。なかでも「ケアのネットワーク」と「交際のネットワーク」について男女別に分析した大和（2000）の研究結果は注目される。大和は「交際のネットワーク」は男女とも社会階層が高いほうがネットワークの構成が多様になるが、「ケアのネットワーク」は男性では社会階層が高いほうが配偶者と子どもに限定されたネットワークになり、女性では社会階層が高いほうが家族に加えて専門機関をネットワークに含める人が多くなり構成が多様になると指摘している。

サポート・ネットワークの居住地域や都市度による違いに関しては、研究対象が特定の地域、特に都市部の高齢者に限定されていると指摘されている〔笠谷（2003）〕。都市社会学の分野では、高齢者に限定していないが、「コミュニティ問題」

〔Wellman（1979）〕や「下位文化理論」〔Fischer（1982）〕の検証が精力的に行われている。これらの研究では、都市部ほど非親族である友人の数または中距離に住む友人の数が多く、ネットワークに占める友人の割合が多い、ということが共通している〔Fischer（1982）；大谷（1995）；松本（2005）；赤枝（2011）〕。

高齢期の社会関係やソーシャル・サポートが、対象者の状態にどのような影響をあたえるのかに着目した研究については、圧倒的に主観的well-beingの状態（たとえば、モラール、主観的幸福感、精神的健康、ストレス、抑うつ傾向など）と社会

関係の関連を扱う研究が多い。これらの研究では、ソーシャル・ネットワークやソーシャル・サポートは、主観的well-beingにポジティブな影響を与える〔Larson（1978）〕、このポジティブな効果は性別や婚姻状態によって異なることが報告されている〔古谷野（1992）；原田（2005）；宍戸（2008）〕。

本稿で扱うサポート・ネットワークと社会保障政策への意識との関連については先行研究がほとんどない。社会的ネットワークと在宅ケアサービスや保健福祉サービスの利用に対する態度との関連を扱う研究はいくつかみられる。山田（1997）は、東京都の70歳代の在宅高齢者を対象に、社会的ネットワークと在宅ケアサービスの利用に対する態度との関連を検証している。配偶者や同居子がない場合にサービス利用に対する肯定的態度が高まり、性別、学歴、年収などの属性要因も肯定的態度に影響を与えている。また、小林（2000）は、日本全国の60歳以上を対象に、社会的ネットワークと保健福祉サービスへの関心や認知との関連を検討している。別居子は保健福祉サービスの認知を高める重要な情報源になっており、同居子は自らがサポートを提供することで公的サポートへの関心や認知を低めている。岩渕（2002）は、北海道の60～79歳を対象に福祉サービスへの関心と態度を分析している。男性の方が福祉サービスへの関心や肯定的態度が弱く、同居子がいると福祉サービスへの関心が低くなり、世帯収入が高いほど福祉サービスへの肯定的態度は弱まると指摘している。

IV 本稿の分析枠組とデータ

本稿では、高齢者のサポート・ネットワークのうち情緒的サポートと手段的サポートに注目し、若年層や中年層との比較からその特徴を明らかにする。高齢者のサポート・ネットワーク研究では、調査対象が高齢者に限定されているものが多く、若年層や中年層と比較して、どのように異なるのかということはあまり指摘されていない。情緒的情緒的サポートと手段的サポートは、行動的・客観的な視点から測定する。社会保障政策への意識との関

連を検討する上では、日常生活においてサポートを必要とする出来事がどの程度生じており、問題が生じた時に実際に誰からサポートを受けたのかという情報が大切だからである。過去1年間に情緒的サポート（心配事を聞いてほしい）や手段的サポート（経済的な面で助けてほしい、家事・育児・介護などその他の手助けをしてほしい）を必要とする出来事の有無を尋ね¹⁾、出来事があった場合に誰からサポートを受けたのかを尋ねる。サポートを必要とする出来事があった場合の提供者の続柄は、①同居家族、②その他の親族、③職場の人、④近所の人、⑤友人、⑥専門職の人の6区分とし²⁾、あてはまる提供者すべてに○をつけてもらうマルチアンサー形式で回答を得た。

分析では、第1にサポートを必要とする出来事の発生率を確認し、サポートを必要とする出来事があった人々のサポート・ネットワークの構造を検討する。第2に、65歳以上に限定して、サポート・ネットワークを規定する諸要因を検討する。基本属性として、性別、年齢、学歴、居住地の都市規模、健康状態、就労状態、世帯収入のレベル、ケアを必要とする家族の介護者であるかどうかに関する変数を投入する。社会的ネットワークに関する

要因としては、回答者のきょうだい数、配偶者の有無、子との同居類型、地域集団への参加、友人との接触頻度を投入する。第3に、サポート・ネットワークが社会保障政策への意識に及ぼす影響を検討する。社会保障政策への意識は、「高齢者の生活保障（生活費）」ならびに「高齢者の医療・介護」が「個人や家族の責任」か、それとも「国や自治体の責任」かを5段階で尋ねている³⁾。この2項目は2000年から毎年、または隔年に尋ねており、介護保険制度が導入された2000年以降、高齢者扶養は「国や自治体の責任」とする割合が著しく増加した（図1）。この意識の規定要因を、サポート・ネットワークの観点から明らかにすることは意義がある。本稿の分析に使用する変数の定義と記述統計量は、付表1に記載する⁴⁾。

使用するデータは、大阪商業大学JGSS研究センターが東京大学社会科学研究所の協力を得て2010年2～4月に実施したJGSS-2010のデータである。JGSS-2010は、日本全国の600地点から20～89歳の男女9,000人を無作為に抽出し（層化二段無作為抽出）、面接・留置併用法によってデータを収集している。面接調査票は対象者全員に、留置調査票はA票とB票の2種類があり、対象者をラ

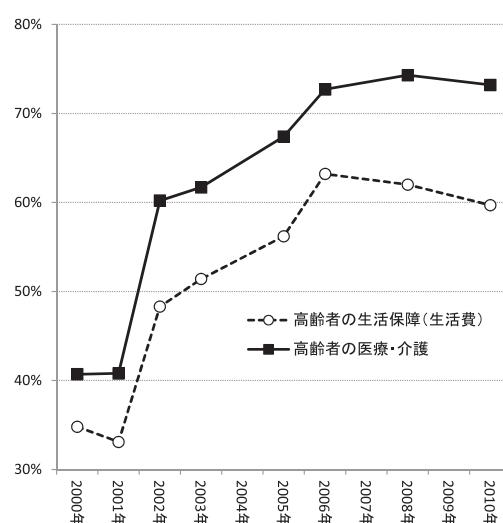


図1 高齢者に対する社会保障政策に関する意識の推移

「国や自治体の責任」(4+5) の回答割合 (20～89歳男女全体)

ンダムに2等分している。本稿の分析は留置B票該当データであり、有効回答数は2,496（有効回収率62.14%）、うち65歳以上は771（男性387、女性384）である。

V 分析

1 若年層・中年層と比較した高齢者のサポート・ネットワークの特徴

過去1年間の情緒的および手段的サポートを必要とした出来事の発生率が図2である。高齢者は

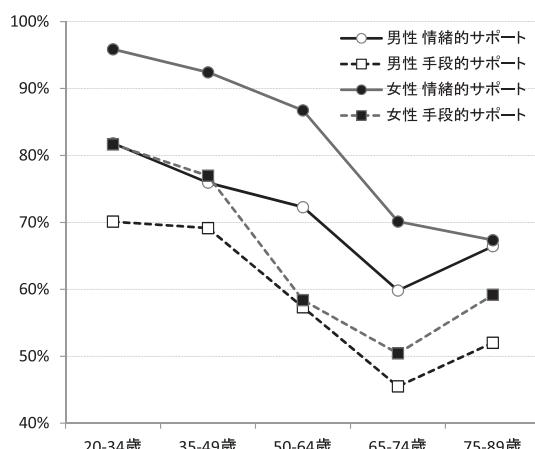


図2 過去1年間にサポートを必要とした出来事の発生率

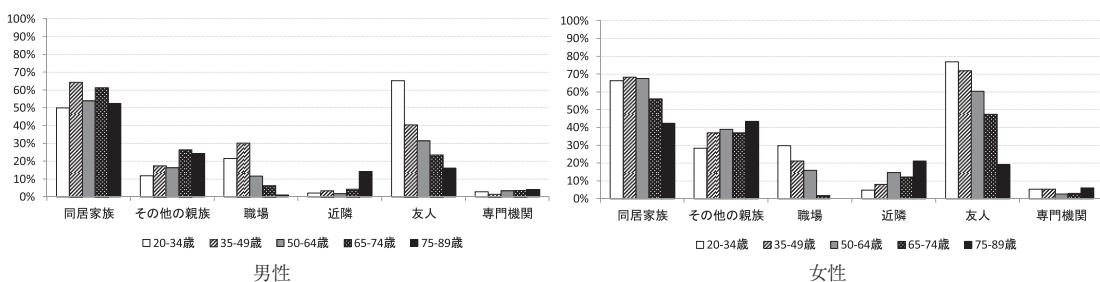


図3-1 情緒的サポートを必要とした回答者に対するサポート提供者

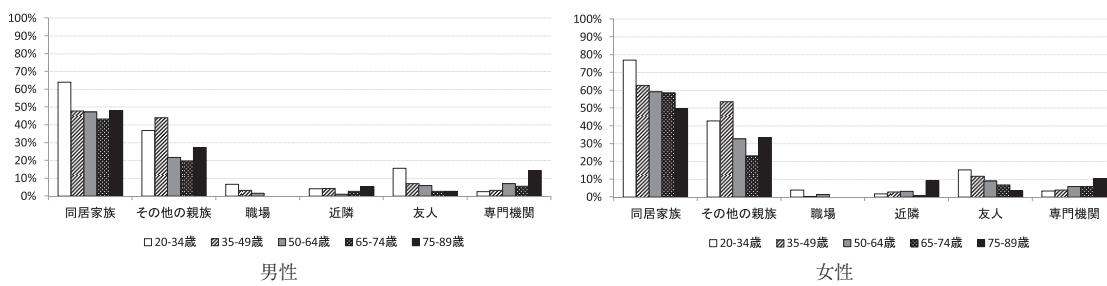


図3-2 手段的サポートを必要とした回答者に対するサポート提供者

表1 サポートを必要とした回答者に対するサポート提供者の組合せ

情緒的サポート・ネットワーク		男性					女性				
回答パターン組合せ	n	20-34歳	35-49歳	50-64歳	65-74歳	75-89歳	20-34歳	35-49歳	50-64歳	65-74歳	75-89歳
孤立型		16%	15%	25%	21%	23%	4%	4%	5%	11%	13%
専門機関のみ		1%	0%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	2%
非親族のみ		31%	18%	13%	6%	11%	18%	15%	16%	15%	13%
非親族+専門機関		0%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	0%	0%	0%
家族・親族のみ		12%	30%	36%	46%	49%	12%	17%	26%	36%	52%
家族・親族+専門機関		1%	0%	0%	1%	2%	1%	1%	0%	1%	0%
家族・親族+非親族		39%	36%	22%	23%	13%	61%	58%	50%	35%	16%
家族・親族+非親族+専門機関		1%	2%	1%	2%	1%	3%	4%	2%	1%	4%
n	144	205	232	140	99		208	329	333	162	99

手段的サポート・ネットワーク		男性					女性				
回答パターン組合せ	n	20-34歳	35-49歳	50-64歳	65-74歳	75-89歳	20-34歳	35-49歳	50-64歳	65-74歳	75-89歳
孤立型		7%	22%	35%	40%	33%	7%	10%	15%	26%	21%
専門機関のみ		0%	1%	2%	1%	7%	1%	1%	2%	3%	3%
非親族のみ		4%	3%	4%	3%	1%	2%	3%	5%	2%	2%
非親族+専門機関		0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
家族・親族のみ		71%	66%	50%	49%	48%	74%	74%	67%	60%	61%
家族・親族+専門機関		2%	1%	5%	5%	8%	2%	2%	3%	3%	5%
家族・親族+非親族		16%	7%	4%	3%	4%	15%	9%	7%	6%	6%
家族・親族+非親族+専門機関		1%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	1%
n	122	186	184	106	77		178	274	223	116	87

サポートを必要とすることが多いというイメージがあるが、データは逆の傾向を示している。サポートを必要とする出来事の発生率は若年層で高く、高齢層で低く、後期高齢層で若干高い。

サポートを必要とする出来事が生じた時に、実際に誰からサポートを受けたのかを示した結果が図3-1と図3-2である。情緒的サポートについては、親族以外にも非親族が重要なサポート源となるが、高齢になるにつれて職場や友人のサポート・ネットワークが縮小する。専門機関からのサポートは、男女とも3%前後と非常に少ない。手段的サポートについては、情緒的サポートと異なり、非親族が果たす役割が小さい。サポートの内容により効果的に課題を遂行できる関係が異なるという課題特定モデルに沿う結果である。専門機関からのサポートは年齢とともに微増し、高齢後期には10%を超える。両サポートとも女性の方が男性よりも得やすい傾向にある。

以上は、マルチアンサー形式の回答分布の結果であり、回答者によっては、実際にサポートを必要とする出来事が起こっても6つのサポート提供主体すべてに○がない場合や、複数のサポート主

体に○をつける場合など様々である。このような回答パターンを把握するには、回答の組み合わせによる分析が有効である。6つの提供主体の回答の組み合わせは64通りになり分析が煩雑になるので、ここでは同居家族とその他親族を「家族・親族」、職場・近隣・友人を「非親族」と括り、これに専門機関を加えて3つの提供主体の回答パターンの組み合わせ ($3^3=27$ 通り) を作成し、提示する(表1)。男女ともに高齢になるにつれて、非親族をサポート・ネットワークに包含するパターンが減少し、家族・親族限定型や孤立型が増加する。特に手段的サポートでは、高齢になるにつれて孤立型の増加が顕著であり、家族・親族からのサポートが得られない場合に、他のインフォーマルなサポートが補完しないまま孤立してしまう状況が読み取れる。

このサポート・ネットワークの構造は、高齢者の社会的な「孤立」の度合いを適切に反映しているだろうか。表2は65歳以上の孤独感を規定する要因である。表1の8つの回答パターンは、ケース数に注目して4つの類型に分類した⁵⁾。

表2に示すように、サポート・ネットワークの

表2 65歳以上のサポート・ネットワークと孤独感（重回帰分析）

		b	b	b
性別 (ref.男性)	女性	-0.07	-0.08	-0.08
年齢	65～89歳	0.01	0.00	0.00
健康状態	1：悪い～5：良い	-0.24 **	-0.20 **	-0.21 **
就労状態 (ref.=非就労)	就労	0.00	-0.01	0.01
世帯収入のレベル	1：低い～5：高い	-0.11 **	-0.10 **	-0.10 **
配偶者の有無 (ref.有配偶)	無配偶	0.72 **	0.69 **	0.72 **
性別と配偶者の有無の交互作用項	女性×無配偶	-0.39 **	-0.36 *	-0.38 **
子との同居 (ref.=子と非同居)	既婚子と同居	-0.15 +	-0.17 *	-0.16 +
	未婚子と同居	-0.12	-0.14 +	-0.13 +
	子どもなし	0.06	0.07	0.08
集団・組織参加 (ref.非参加)	参加	0.06	0.06	0.04
友人との会食頻度 (ref.年に数回以上)	週に1回以上	-0.09	-0.09	-0.09
	年に1回以下	0.03	0.01	0.02
情緒的サポート (ref.必要とする出来事なし)	孤立型	0.31 **		
	家族・親族限定型	0.26 **		
	非親族内包型	0.19 *		
	専門機関内包型	0.38 +		
手段的サポート (ref.必要とする出来事なし)	孤立型		0.25 **	
	家族・親族限定型		0.14 +	
	非親族内包型		-0.11	
	専門機関内包型		0.38 *	
切片		1.45	1.26	1.38
Adjusted R ²		0.14	0.16	0.16
n		714	714	714

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

効果は基本属性をコントロールしても有意である。サポートを必要とする出来事がないグループと比較して、サポートを必要とする出来事があったグループではおおむね孤独感が高く、特に孤立型と専門機関内包型の孤独感が高い。孤立型で孤独感が高いのは当然の結果であり、サポート・ネットワークの指標が孤立の程度をある程度とらえていると考えてよい。専門機関のサポートを受けた回答者に孤独感が高いのは、インフォーマルなサポート・ネットワークに頼れなかった、または、頼れたとしてもインフォーマルなサポート・ネットワークだけでは対処できないような困難に直面したためではないかと思われる。

2 高齢者のサポート・ネットワークの規定要因

ここからは、65歳以上において、サポートを必要とする出来事の発生率、および、サポートを必要とする出来事が生じた際のソーシャル・サポートの有無が、いかなる要因によって規定されるのかを探る。表3-1（情緒的サポート）と表3-2（手

段的サポート）に結果を示す。表中の数値はオッズ比である。

情緒的サポートは、女性、中学校卒、健康状態が悪い、世帯収入のレベルが低い、未婚子と同居、現在ケアを必要とする家族を介護している場合にサポートを必要とする出来事が生じやすい。手段的サポートは、町村部在住、健康状態が悪い、世帯収入が低い、既婚子と同居、友人との接觸頻度が高い、ケアを必要とする家族を介護している場合にサポートを必要とする出来事が生じやすい。既婚子と同居する高齢者に出来事が生じやすいのは、支援を必要とする状態にある高齢者が既婚子と同居しやすいという逆の因果が考えられるし、サポートを依頼しやすい関係が身近にいることで、サポートを必要とする出来事を認識しやすくなったという可能性も考えられる。2種類のサポートのいずれについても健康状態、経済状態、およびケアを必要とする家族の存在が有意であり、これらの状態が生活問題の発生率を左右している。

サポートを必要とする出来事があった高齢者に

表3-1 65歳以上の情緒的サポートを必要とする出来事の有無と各種サポートの有無の規定要因（2項ロジスティック回帰分析）

		支援を必要とする出来事あり exp(b)	支援を必要とする出来事があった回答者			
			家族・親族 サポート exp(b)		非親族 サポート exp(b)	専門機関 サポート exp(b)
						孤立型 exp(b)
性別 (ref.男性)	女性	1.38 +	1.45	2.16 **	0.89	0.47 **
年齢	65～89	1.00	0.97	0.96 *	1.09 +	1.02
学歴 (ref.高校卒)	中学校卒	1.53 *	1.08	0.64 +	2.02	1.14
	大学卒	1.23	0.89	0.96	0.94	1.37
都市規模 (ref.その他の市)	町村	0.80	1.37	0.64 +	0.96	0.93
	大都市	0.96	1.12	0.49 *	1.72	1.31
健康状態	1：悪い～5：良い	0.55 **	1.01	1.01	0.72	1.07
就労状態 (ref.非就労)	就労	1.04	0.70	0.80	0.96	1.46
世帯収入のレベル	1：低い～5：高い	0.78 *	1.04	1.08	1.76 +	0.87
きょうだい数	0人～6人以上	1.00	1.05	0.97	1.04	0.93
配偶者の有無 (ref.有配偶)	無配偶	1.29	0.61 +	1.54 +	0.73	0.92
子との同居 (ref.子と非同居)	既婚子と同居	1.30	2.52 **	0.60 +	0.36	0.39 *
	未婚子と同居	1.49 +	0.92	1.13	0.67	1.12
	子どもなし	0.74	0.40 *	1.09	0.91	1.64
集団・組織参加 (ref.非参加)	参加	1.24	1.14	1.58 +	0.62	0.65
友人との会食頻度 (ref.年に数回以上)	週に1回以上	1.18	0.53 *	2.01 *	1.19	1.19
	年に1回以下	1.25	1.07	0.38 **	1.11	1.51
ケアが必要な家族の介護者 (ref.いいえ)	はい	1.68 +	1.80	2.07 *	1.59	0.71
家族・親族サポート (ref.なし)	あり	—	—	0.84	0.44	—
非親族サポート (ref.なし)	あり	—	—	0.30 *	—	—
Cox & Snell		0.10	0.08	0.18	0.04	0.06
Nagelkerke		0.14	0.11	0.24	0.14	0.10
n		715	469	469	469	469

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

表3-2 65歳以上の手段的サポートを必要とする出来事の有無と各種サポートの有無の規定要因（2項ロジスティック回帰分析）

		支援を必要とする出来事あり exp(b)	支援を必要とする出来事があった回答者			
			家族・親族 サポート exp(b)		非親族 サポート exp(b)	専門機関 サポート exp(b)
						孤立型 exp(b)
性別 (ref.男性)	女性	1.33	1.71 *	1.29	1.13	0.56 *
年齢	65～89	1.02	1.01	1.01	1.05	0.99
学歴 (ref.高校卒)	中学校卒	1.30	1.12	1.49	0.71	0.93
	大学卒	0.79	0.81	0.31	1.00	1.34
都市規模 (ref.その他の市)	町村	1.42 +	0.97	1.16	0.64	1.08
	大都市	0.94	1.31	0.30	1.96	0.91
健康状態	1：悪い～5：良い	0.53 **	0.83	0.89	0.49 *	1.32 +
就労状態 (ref.非就労)	就労	0.92	1.05	2.85 *	0.40	1.07
世帯収入のレベル	1：低い～5：高い	0.62 **	1.04	1.45	1.52	0.80
きょうだい数	0人～6人以上	1.08	1.03	0.93	1.08	0.97
配偶者の有無 (ref.有配偶)	無配偶	1.02	0.98	2.40 +	1.26	0.65
子との同居 (ref.子と非同居)	既婚子と同居	1.81 *	2.17 *	0.82	0.20 *	0.59 +
	未婚子と同居	1.31	2.36 **	0.71	0.91	0.52 *
	子どもなし	0.42 *	0.74	0.74	1.58	1.62
集団・組織参加 (ref.非参加)	参加	1.02	0.82	0.93	1.77	1.11
友人との会食頻度 (ref.年に数回以上)	週に1回以上	1.60 *	0.78	2.34	0.50	1.32
	年に1回以下	1.13	0.63	1.78	0.95	1.30
ケアが必要な家族の介護者 (ref.いいえ)	はい	3.33 **	1.17	0.96	3.88 **	0.59
家族・親族サポート (ref.なし)	あり	—	—	0.72	1.22	—
非親族サポート (ref.なし)	あり	—	—	—	1.31	—
Cox & Snell		0.18	0.07	0.06	0.11	0.08
Nagelkerke		0.24	0.10	0.14	0.24	0.11
n		715	363	363	363	363

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

限定した、家族・親族からのサポートの有無の分析では、世帯構成の効果が明確である。既婚子と同居している場合に、家族・親族からの情緒的サポートが得やすく、未婚子を含む子どもと同居している場合に手段的サポートが得やすい。配偶者がいない場合は、家族・親族からの情緒的サポートが得にくい。家族・親族からの手段的サポートは、男性より女性で得やすい。

非親族からの情緒的サポートについては、複数の変数が有意な効果を示している。非親族サポートが得やすいのは男性よりも女性である。家族・親族サポートの有無は、非親族サポートに有意な効果を与えていないが、無配偶者で非親族サポートが高く、既婚子と同居している場合に非親族サポートが低い傾向にあるため、緩やかな階層的補完関係がみてとれる。非親族からの手段的サポートについては、有意な効果を示す変数が少ないが、無配偶であることが非親族からのサポートを得る要因になっていることは、情緒的サポートと共にしている。

専門機関からの情緒的サポートについては、世帯収入が高く、非親族サポートが得られない場合に、サポートを得やすい。専門機関からの手段的サポートについては、健康状態が悪く、既婚子と同居しておらず、家族を介護している場合にサポートが得やすい。専門機関からの手段的サポートの受領は、家族資源が乏しく、重度の手段的サポートを必要とする場合に生じやすいことが分かる。家族・親族サポートと非親族サポートの有無が、専門機関からの手段的サポートの受領と負の関連（インフォーマルなサポート・ネットワークからのサポートがあれば、専門機関サポートを受けない）を示していない点は、階層的補完モデルでは説明しにくい。規定要因の構造から、重度の手段的サポートを必要とする場合には、インフォーマルなサポート・ネットワークの状態にかかわらず、課題特定モデルによって専門機関からのサポートを受ける、ということが想定される。なお、世帯収入の効果については、性別との交互作用が認められ、女性で世帯収入が高いほど専門機関からのサポートを受けやすい。この結果は大

和（2000）の知見と一致する。

提供主体の回答パターンの組み合わせから析出される「孤立型」の規定要因については、やはり男性で孤立しやすいという結果が明確である。世帯構成の効果も確認でき、子と同居していない高齢男性に孤立リスクが高い。

3 サポート・ネットワークと高齢者に対する社会保障政策意識との関連

表4は、高齢者に対する社会保障政策において「国や自治体の責任」であるという意識を従属変数とし、サポート・ネットワークを規定する諸要因に加えて、サポート・ネットワーク類型を独立変数に投入した重回帰分析の結果である。従属変数が、手段的サポートにかかわる変数であるため、サポート・ネットワーク類型は手段的サポートに限定して投入している。高齢者に対する社会保障政策の意識は、国民的な争点であるため、20～89歳男女の結果と、65歳以上に限定した結果を示す。65歳以上については、男性と女性で規定要因に違いがあると予想できるため、男女別の結果も示す。

20～89歳男女の結果を概観すると、年齢二乗項がマイナスで有意であることから、年齢と「国や自治体の責任」意識は逆U字型を示している。すなわち中年層で高い。世帯収入が低く、有配偶者であり、既婚子と同居し、加齢に対する不安感が高い人が、「国や自治体の責任」を強調する傾向にある。これらの変数をコントロールしてもサポート・ネットワークの効果は有意である。サポートを必要としなかったグループに比べて、孤立型、家族・親族限定型、専門機関内包型の回答者に、「国や自治体の責任」を強調する傾向がある。

65歳以上の男女別の結果をみると、興味深い傾向が読み取れる。高齢男性の場合は、経済的資源やインフォーマルなサポート・ネットワーク資源が豊かな場合に、「国や自治体の責任」意識が低下し、「個人や家族の責任」意識が高まる。これは、階層的補完モデルに沿う結果である。「介護の社会化」という趨勢がありながらも、高齢男性は本音において、配偶者や子どもを中心とするイン

表4 高齢者に対する社会保障政策について「国や自治体の責任」意識を規定する要因（重回帰分析）

		20～89歳の回答者	65歳以上の回答者			
			男女		男性	女性
			b	b	b	b
性別 (ref.男性)	女性	0.01	-0.07	—	—	—
年齢		0.01	-0.17 *	0.08	-0.31 *	
年齢二乗項		-0.03 **	-0.04	-0.16	0.06	
学歴 (ref.=高校卒)	中学校卒	0.04	0.06	0.10	0.08	
	大学卒	0.04	0.06	0.10	0.11	
都市規模 (ref.=その他の市)	町村	-0.03	0.03	0.14	-0.09	
	大都市	-0.02	-0.12	-0.26 +	0.05	
健康状態	1：悪い～5：良い	0.01	-0.05	-0.15 *	0.02	
就労状態 (ref.=正規雇用)	非正規雇用	-0.05	-0.04	-0.10	0.13	
	自営・家族従業	-0.10	0.05	-0.12	0.26	
	無職	-0.05	0.19	-0.08	0.52	
	失業	0.02	0.18	-0.20	0.85	
世帯収入のレベル	1：低い～5：高い	-0.09 **	-0.12 *	-0.22 **	-0.06	
きょうだい数	0人～6人以上	-0.01	0.01	0.00	0.00	
親と同居 (ref.非同居)	同居	0.02	-0.51 +	-0.61 *	0.41	
配偶者の有無 (ref.有配偶)	無配偶	-0.11 +	-0.02	-0.03	-0.03	
子との同居 (ref.=子と非同居)	既婚子と同居	0.20 *	0.16	-0.18	0.31 *	
	未婚子と同居	0.04	0.15	0.26 +	0.05	
	子どもなし	0.05	-0.34 *	-0.09	-0.62 **	
集団・組織参加 (ref.非参加)	参加	-0.03	-0.10	-0.12	-0.05	
友人との会食頻度 (ref.年に数回以上)	週に1回以上	0.04	-0.01	-0.05	-0.03	
	年に1回以下	-0.07	-0.16 +	-0.06	-0.26 +	
ケアが必要な家族の介護者 (ref.いいえ)	はい	-0.03	0.06	-0.05	0.24	
加齢不安	1：低不安～5：高不安	0.16 **	0.20 **	0.28 **	0.14 *	
手段的サポート (ref.必要とする出来事なし)	孤立型	0.12 +	0.20 +	0.10	0.33 +	
	家族・親族限定型	0.12 *	-0.04	-0.34 *	0.16	
	非親族内包型	-0.02	-0.18	-0.76 *	0.16	
	専門機関内包型	0.20 +	0.39 +	0.24	0.52 +	
切片		3.53 **	3.38 **	4.00 **	2.76 **	
Adjusted R ²		0.04	0.06	0.11	0.07	
n		2,369	696	361	335	

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

フォーマルなサポート源に頼りたいと考えているようだ。高齢女性の場合は、高齢男性と異なる結果が浮かび上がる。子どもがいる場合、特に既婚子と同居している場合に「国や自治体の責任」意識が高まる。手段的サポート・ネットワークの効果では、孤立型や専門機関内包型といったインフォーマルなサポート資源が不足している場合に「国や自治体の責任」意識が高まるが、高齢男性と違ってインフォーマルなネットワークに頼れても「国や自治体の責任」意識が低下するわけではない。

VI 要約と考察

本稿では、高齢者をめぐるサポート・ネットワークが着目される背景、および先行研究におけるサポート・ネットワークの測定上の特徴や知見の整理を行い、①若年層や中年層と比較して高齢層のサポート・ネットワークがどのように異なるのか、②高齢層のサポート・ネットワークはどのような要因によって規定されるのか、③サポート・ネットワークは高齢者に対する社会保障政策意識にどのような関連をもつのか、を分析した。

分析結果を要約すると、以下の点にまとめられる。①サポートを必要とする出来事の発生率は若

年層・中年層と比較して高齢層で低い。発生率は健康状態や経済的要因に左右されやすい。②男女ともに高齢層では非親族をサポート・ネットワークに内包するパターンが減少し、家族・親族限定型や孤立型が増加する傾向にある。特に手段的サポートでは、孤立型の増加が高齢層で顕著になる。③高齢女性は高齢男性と比較して孤立型の割合が少なくサポート資源が多様である。子と同居していない高齢男性の孤立リスクが最も高い。④情緒的サポートでは、緩やかな階層的補完モデルが確認できるが、手段的サポートでは専門機関からのサポートにおいて、階層的補完モデルでは説明しにくい結果がみられた。専門機関からのサポートの専門性をインフォーマル・ネットワークでは補完しきれない側面があることを示唆している。⑤サポート・ネットワークの構造は、高齢者に対する社会保障政策意識に有意な効果を示しているが、その効果は男女によって異なる。高齢男性は経済資源やサポート・ネットワーク資源が豊かな場合に、「国や自治体の責任」、換言すれば「高齢者扶養の社会化」意識が低下するが、高齢女性ではそのような関連が弱く、むしろ、家族資源が豊かな場合に社会化意識が高まる傾向にある。

高齢男性がサポート・ネットワークから孤立しやすいというのは、石田（2007）がJGSS-2003の情緒的サポート・ネットワークの分析でも指摘している。「男は他人に弱みを見せたり、感情を表出してはならない」といった性別役割分業に基づく「男らしさ」の規範の存在が影響しているように思われる。サポート・ネットワークの測定では、サポートが必要な時に誰からもサポートが得られない場合、サポートを求めたのに得られなかったのか、それとも、サポートを求めなかつたのか、という微妙なニュアンスは区別できない。「男らしさ」の規範は、後者と関連する。高齢男性は困ったことがあれば、配偶者や子どもといった非常に身近な他者にだけサポートを求め、そのようなサポート源が不在の場合には、非親族資源に頼らずに孤立してしまうのではないだろうか。

世帯構成やサポート・ネットワークが、高齢者に対する社会保障政策意識に及ぼす効果の男女差

は大和（2000）の知見と整合的である。階層が高くサポート・ネットワーク資源が豊かな高齢男性ほど、「ケアは家内領域で」というイデオロギーが垣間見られる。今後、高齢期家族の単独・夫婦世帯化がさらに進行し、実際にケアを担う40～50歳代の中年層が高齢者扶養の社会化意識を強く抱いていることを勘案すると、このような高齢男性のイデオロギーは基盤を失うであろう。夫のケアを担う傾向が高い女性は、その負担を心得ているがゆえに、「子どもには迷惑をかけたくない」と感じているのであり、ケアの外部化を先取りしているように思われる。公的社会保障制度や社会福祉制度の推進も後押しして、そのような女性の意識は男性の意識を変えていくことが予想される。2000年以降、国民全体に劇的に浸透した高齢者扶養の社会化意識は、今後も高い割合で推移していくものと思われる。国民の要求に答えられるような、かつ、一定のレベルで世代間の負担の公平性を保ちうるような高齢者に対する社会保障制度の設計〔小塩（2005）〕が必要であり、さらに、高齢期の孤立リスク、特に孤独死にもつながりうる高齢男性の孤立リスクを低減しうる実践的かつ効果的な地域福祉の推進が求められている。

謝辞

日本版General Social Surveys (JGSS) は、大阪商業大学JGSS研究センター（文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点）が、東京大学社会科学研究所の協力を受けて実施している研究プロジェクトである。

注

- 1) 調査票では「経済面」と「その他の手助け（例えば、家事・育児・介護など）」に分けて手段的サポートを尋ねているが、本稿ではこの回答を統合して分析する。
- 2) この6区分以外に「その他」があるが、情緒サポートが3ケース、手段的サポートが1ケースしかなく、指標から外した。
- 3) この2項目の相関係数は20～89歳全体で.642、クロンバックの α は.778。この2項目は手段的サポートであるため、個別に分析せずに2項目の平均値を分析する。
- 4) 分析に使用した変数の定義と記述統計量は付表

付表1 変数の定義と記述統計量（65歳以上771ケース）

	変数の説明	Min.	Max.	Mean	S.D.
情緒的サポート					
支援を必要とする出来事あり	過去1年間、心配事を聞いてもらう出来事があった人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.66	0.48
家族・親族サポート	サポートを必要とする出来事があった人のうち、同居家族かその他親族のいずれかに○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.71	0.45
非親族サポート	サポートを必要とする出来事があった人のうち、職場の人、近所の人、友人のいずれかに○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.37	0.48
専門機関サポート	サポートを必要とする出来事があった人のうち、専門職の人に○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.04	0.20
手段的サポート					
支援を必要とする出来事あり	過去1年間、経済面での助けや、他の手助け（家事・育児・介護など）を必要とする出来事があった人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.51	0.50
家族・親族サポート	サポートを必要とする出来事があった人のうち、同居家族かその他親族のいずれかに○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.65	0.48
非親族サポート	サポートを必要とする出来事があった人のうち、職場の人、近所の人、友人のいずれかに○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.07	0.26
専門機関サポート	サポートを必要とする出来事があった人のうち、専門職の人に○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.09	0.28
情緒的サポート類型 (ref.出来事なし)					
孤立型	サポートを必要とする出来事があった人のうち、だれからもサポートを受けなかった人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.11	0.31
家族・親族限定型	同居家族かその他親族のいずれかにのみ○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.29	0.45
非親族内包型	職場の人、近所の人、友人のいずれかに○をつけ、専門職の人に○をつけていない人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.23	0.42
専門機関内包型	専門職の人に○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.03	0.16
手段的サポート類型 (ref.出来事なし)					
孤立型	サポートを必要とする出来事があった人のうち、だれからもサポートを受けなかった人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.15	0.36
家族・親族限定型	同居家族かその他親族のいずれかにのみ○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.28	0.45
非親族内包型	職場の人、近所の人、友人のいずれかに○をつけ、専門職の人に○をつけていない人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.03	0.18
専門機関内包型	専門職の人に○をつけた人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.04	0.20
社会保障政策意識	「高齢者の生活保障（生活費）」と「高齢者の医療・介護」の2項目 ($\alpha=.814$) の平均値 (1:個人や家族の責任～5:国や自治体の責任)	1.00	5.00	3.81	1.01
孤独感	0:まったく感じていない～3:とても感じている	0.00	3.00	0.94	0.85
女性	1:女性、0:男性	0.00	1.00	0.50	0.50
年齢	回答者の年齢（ただし、2乗項を同時投入する際は平均値でセントラリング）	65.00	89.00	73.22	6.00
学歴 (ref.高校卒)					
中学校卒	旧制高等小学卒以下または新制中学卒以下が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.38	0.49
大学卒	旧制高校以上または新制短大・高専以上が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.20	0.40
都市規模 (ref.その他の市)					
町村	2000年時点の国勢調査で郡部だった地域が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.28	0.45
大都市	2000年時点の国勢調査で政令指定都市だった地域が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.15	0.36
健康状態	1:良くない～5:最高に良い	1.00	5.00	2.67	0.83
就労状態 (ref.正規雇用)					
非正規雇用	パート、アルバイト、内職、派遣社員が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.09	0.29
自営・家族従業	自営業主・自由業者、家族従業者が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.11	0.31
無職	仕事をしておらず、現在仕事を探していない人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.73	0.44
失業	仕事をしておらず、現在仕事を探している人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.01	0.11
世帯収入のレベル	世間一般と比べた主観的な世帯収入（1:平均よりかなり少ない～5:平均よりかなり多い）	1.00	5.00	2.52	0.87
きょううだい数	回答者の本人のきょううだい数であり、6人以上は6とした	0.00	6.00	3.77	1.70
親と同居	同居世帯員に回答者の親が同居している人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.02	0.15
無配偶者	現在配偶者がいない人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.29	0.45
子との同居 (ref.子と非同居)					
既婚子と同居	同居世帯員に結婚している子どもが同居している人が1、それ以外が0。未婚子と既婚子の両方と同居している場合も含む	0.00	1.00	0.18	0.39
未婚子と同居	同居世帯員に未婚の子どもが同居している人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.23	0.42
子どもなし	子どもがいない人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.07	0.26
集団・組織参加	政治関係の団体、業界団体、ボランティアグループ、市民運動グループ、宗教の団体、スポーツのクラブ、趣味の会のいずれかに所属している人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.46	0.50
友人との会食頻度 (ref.年に数回以上)					
週に1回以上	友人との直接接触が週に1回以上の人人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.17	0.38
年に1回以下	友人との直接接触が年に1回以下の人人が1、それ以外が0	0.00	1.00	0.29	0.45
加齢不安	「年をとるにつれて、自分で自分のことができなくなるのが心配だ」、「年をとるにつれて、自分のことを他の人に決めてもらわなくてはならなくなるのが心配だ」、「年をとるにつれて、他の人に経済的に依存しなくてはならなくなることは、大きな不安だ」の3項目 ($\alpha=.820$) の平均値 (1:強く反対～5:強く賛成)	1.00	5.00	3.67	0.83

1である。分析の焦点となる65歳以上の対象者の数値を示す。

5) 4類型については、付表1のサポート類型を参照のこと。

参考文献

- 安達正嗣 (1999)『高齢期家族の社会学』世界思想社。
- 赤枝尚樹 (2011)「都市は人間関係をどのように変えるのか—コミュニティ喪失論・存続論・変容論の対比から—」『社会学評論』62(2) :pp.189-206。
- 浅川達人・古谷野亘・安藤孝敏・児玉好信 (1999)「高齢者の社会関係の構造と量」『老年社会科学』21(3) :pp.329-338。
- Cantor, M. (1979) "Neighbors and Friends: An Overlooked Resource in the Informal Support System." *Research on Aging*, 1:pp.434-463.
- Fischer, C. S. (1982) *To Dwell among Friends: Personal Networks in Town and City*, Chicago: The University of Chicago Press.
- 原田謙・杉澤秀博・浅川達人・斎藤民 (2005)「大都市部における後期高齢者の社会的ネットワークと精神的健康」『社会学評論』55(4) :pp.434-448。
- 平野順子 (1998)「都市居住高齢者のソーシャルサポート授受—家族類型別モラールへの影響—」『家族社会学研究』10(2) :pp.95-110。
- 藤崎宏子 (1998)『高齢者・家族・社会的ネットワーク』培風館。
- 茨木美子 (1992)「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」『慶應義塾大学社会学研究科紀要』34:pp.13-19。
- 石田光規 (2007)「誰にも頼れない人たち—JGSSから見る孤立者の背景」『家計経済研究』73:pp.71-79。
- 岩渕亜希子 (2002)「都市高齢者の福祉サービスにたいする意識の比較分析—社会的ネットワークの効果を中心にして」『年報人間科学』23:pp.157-174。
- Kahn, R. L., Antonucci, T. C. (1980) "Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support." In Baltes, P.B., Brim,O. (Eds.) *Life-span development and behavior* :pp.253-268, New York, Academic Press.
- 笠谷春美 (2003)「日本の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—文献的考察—」『北海道教育大学紀要』54(1) :pp.61-76。
- 小林江里香・杉澤秀博・深谷太郎・柴田博 (2000)「高齢者の保健福祉サービスの認知への社会的ネットワークの役割;手段的日常生活動作能力による差異の検討」『老年社会科学』22(3) :pp.357-366。
- 小林江里香・杉原陽子・深谷太郎・秋山弘子・Jersey Liang (2005)「配偶者の有無と子どもとの距離が高齢者の友人・近隣ネットワークの構造・機能に及ぼす効果」『老年社会科学』26(4) :pp.438-450。
- 古谷野亘 (1992)「団地老人におけるモラールと社会関係—性と配偶者有無の調整効果—」『社会老年学』35:pp.3-9。
- (2004)「社会老年学におけるQOL研究の現状と課題」『保健医療科学』53(3) :pp.204-208。
- (2009)「高齢期の社会関係—日本の高齢者についての最近の研究—」『聖学院大学論論叢』21(3) :pp.191-200。
- Larson, R., (1978) "Thirty Years of Research on the Subjective Well-being of Older Americans," *Journal of Gerontology* 33(1) :pp.109-25.
- Litwak, E., Szelenyi, I. (1969) "Primary group structures and their functions: Kin, neighbors and friends." *American Sociological Review*, 34:pp.465-472.
- 松本康 (2005)「都市度と友人関係」『社会学評論』56(1) :pp.147-164。
- 村田千代栄・斎藤嘉孝・近藤克則・平井寛 (2011)「地域在住高齢者における社会的サポートと抑うつの関連—AGESプロジェクト—」『老年社会科学』33(1) :pp.15-22。
- 内閣府 (2012)『高齢社会白書 平成24年版』印刷通販。
- 内閣府 (2007)『国民生活白書 平成19年版』時事画報社。
- 野辺政雄 (1999)「高齢者の社会的ネットワークとソーシャル・サポートの性別による違いについて」『社会学評論』50(3) :pp.375-391。
- 野口裕二 (1991)「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・親戚関係の生態類型別分析—」『老年社会科学』13:pp.89-105。
- 大谷信介 (1995)『現代都市住民のパーソナル・ネットワーク』ミネルヴァ書房。
- 小塙隆士 (2005)『人口減少時代の社会保障改革』日本経済新聞社。
- 斎藤雅茂・冷水豊・武居幸子・山口麻衣 (2010)「大都市高齢者の社会的孤立と一人暮らしに至る経緯との関連」『老年社会科学』31(4) :pp.470-480。
- 宍戸邦章 (2006)「高齢期における社会的ネットワークの「多様性」—JGSS-2003データを用いた「相談」ネットワークの分析—」『JGSS研究論文集』5:pp.117-132。
- (2008)「高齢者の社会的ネットワーク」谷岡一郎・仁田道夫・岩井紀子編『日本人の意識と行動—日本版総合的社会調査JGSSによる分析—』東京大学出版会:pp91-102。
- 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』30:pp.27-36。
- 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』32:pp.29-39。
- 上野加代子（1988）「中高年女性のソーシャル・ネットワーク—有配偶と無配偶の比較分析—」『家族研究年報』14:pp.73-86。
- 和気純子（2005）「高齢者をめぐるソーシャルサポートの動向と特性—全国調査（2005年）のデータ分析を通して」『人文学報 社会福祉学』23:pp.29-49。
- Wellman, B. (1979) "The Community Question: The Intimate Networks of East Yorkers." *American Journal of Sociology*, 84 (5) :pp.1201-1231.

- 山田ゆかり・石橋智昭・西村昌記・堀田陽一・若林健市・吉谷野亘（1997）「高齢者在宅ケアサービスの利用に対する態度に関する要因」『老年社会科学』19 (1) :pp.22-28。
- 大和礼子（2000）「社会階層と社会的ネットワーク再考—<交際のネットワーク>と<ケアのネットワーク>の比較から—」『社会学評論』51 (2) :pp.235-250。

(ししど・くにあき 大阪商業大学准教授)

社会的サポート・ネットワークと健康

星 旦二
桜井尚子

I 社会的サポート・ネットワークと健康

日々の生活を営む人間は、他者との存在と切り離しては、あらゆる行為も意味づけも成立し得ない「社会的存在 (social being)」である。人間の存在そして自己実現欲求を含む豊かな生活は、個人が有用と認知する社会的関係性の質的及び量的程度に大きく依存している。

先進国や都市部の社会情勢としては、少子高齢化、単身化、非婚化などが、発展途上国や農村地域に比較してより急速に進展している。このようない中で、どのようにして、「自助」を維持させ、家族や仲間そして地域社会での「互助」「共助」と「公助」を運動させることによって、豊かな生活を構築していくかが課題となっている。とくに阪神淡路大震災や東日本大震災以降は、社会的サポート・ネットワークを的確に表現する「絆」の重要性が再確認されている。

いずれの世代においても、身体的・精神的にみた健康度の向上がはかられていることは望ましいことである。しかしながら、単に身体と精神が良好なだけでは健康であるのに充分ではない。「健康とは、身体的、精神的そして社会的に全ての要素がそろったよりよい状態であり、単に疾病または虚弱の存在しないことではない」("Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.") というWHO憲章による健康の定義では、健康を目指すアプローチとして、身体、精神、そ

して社会的サポート・ネットワークを含む社会的健康である人間関係の充実を含む包括的バランスが不可欠であることを示している。

社会的サポート・ネットワークの健康に対する効果、すなわちその作用機序としては、情報を含むさまざまな援助の提供によって生活水準やライフスタイルが改善される直接的作用と、共感や肯定的評価の提供によってストレスが緩和あるいは補償される間接的作用が報告されている[Hanson (1994)]。前者が健康の増進に良い影響を与えることはもちろんであるが、後者も精神の充足への働きかけにより、最終的に副交感神経系の亢進などによるリラックス効果を得て、身体機能の改善や慢性的疾患の罹患を遅延・抑制させる可能性が指摘されている[Hanson (1994)]。

特に高齢者では、精神的な健康度の低下を起点として、その後の身体機能が低下しやすく、運動して外出頻度が低下することで、社会的な関係性が希薄となり、孤独感が慢性化しやすいことが示されている[星ら (2010); 星ら (2011)]。よって、高齢期の生活では、集団との社会的な関係性、時には相互依存なしに、生活することは困難であり、加齢に伴い社会的関係性の重要性がより増加することも確かである。

若者も子供達の健康づくりにおいても、特に家庭内での社会的なつながりが欠かせない。中山ら (2011) は、都市部の小・中学生、そして高校生も含めた子供達が、意義ある学校生活、家庭生活をおくることに対して、子供への親の認識が直接に規定するのではなく、親子の会話や、親子が運

動を共に楽しむなどの行動を経て、間接的に規定される可能性について、約1万人の子供と親の調査をリンクした因果構造を報告している。愛情に包まれた家族との社会的サポート・ネットワークが、子供達の好ましい生活習慣づくりや家族での豊かな成長にとって不可欠であることを示唆している。

このように、社会的サポート・ネットワークに関する先行研究を踏まえれば、社会的サポート・ネットワークの存在による健康の維持増進との関連は、普遍性の高い概念であるものと理解できよう。

以上の観点から、急激な高齢社会の到来が見込まれる我が国において、個々人が質の高い生活をおくるための社会的サポート・ネットワークの健康効用に関する先行研究を概括し、社会的サポート・ネットワークを重視した支援環境の整備を含む健康施策の必要性とその意義を明確にすることは重要と言えよう。

しかしながら、社会的サポート・ネットワークと生存との関連、健康三要素つまり身体的精神的そして社会的健康との因果構造やその背景となる支援環境の意義と役割について、都市と農村を区分して明確にした先行研究は報告されていないようである。

本論では、筆者らがこれまでに、都市郊外と全国16市町村の高齢者を対象として実施してきた追跡研究を基にして、社会的サポート・ネットワークと生存維持、要介護認定度との関係についてその因果構造を明らかにするとともに、地域における屋内外の社会的な支援環境と健康との関連を構造的に明らかにしたい。

以下では、まずII節において社会的サポート・ネットワークの概念を文献レビューする。次に、III節において、筆者らが実施してきた社会的サポート・ネットワークとその後の生存と要介護との関連を示すとともに、社会的健康の位置づけを身体的・精神的健康との因果構造として明確にする。さらに、IV節において地域コミュニティにおける屋内の健康環境および屋外の社会的なソフト面とハード面の健康を支援する環境と個々人の健

康との関連について、都市と地方都市を含めて検討したい。V節は本論のまとめである。

II 社会的サポート・ネットワークの概念とその意義

2-1. 社会的サポート・ネットワークの概念

本論で用いる社会的サポート・ネットワークとしては、Andrews et al. (1978) がまとめた「個人が持っている社会的関係性のなかで、支援的な性質を持つもの」という定義を用いたい。一般に支援的な性質を有した社会的関係性と解釈されている社会的サポート・ネットワークの概念には、1) ネットワークを構成する要素及びその強度などに焦点をあてた形態的様相と、2) ネットワークを通して供給される支援及びその満足度などの効果に焦点をあてた作用的様相が存在し、その内包する因果的連関性から、1) 個人の有するネットワークの形態的様相である構造的側面と、2) 個人を取りまく支援環境の作用的様相である機能的側面が考えられている[Andrews et al. (1978) ;小林(1997) ;Due et al. (1999)]。

構造的側面は社会的関係性の特徴を評価した概念であり、広義的解釈から社会的サポート・ネットワーク (social network) と称されることが多いが、より適切な表現として、社会的サポート・ネットワーク関係性特徴 (social network characteristics) [Stokes and Levin (1986) ;Seeman et al. (1996) ;Yasuda et al. (1997)]と記すべき概念と考えられる。これ以外の英語表記にはsocial network tiesが用いられている[Schoenbach et al. (1986) ;Seeman et al. (1987) ; Seeman and Berkman (1993)]。

一方、機能的側面では、供給される社会的な支援による直接的な健康の維持・増進機能、あるいはストレスの緩和や補償などによる間接的な健康の保護機能について、客観的ないし主観的に評価した高次の概念として、一般に社会的支援 (social support) と称されるが、構造的側面との相違を明確化する立場[Suter and Meyer (1997)]から、社会的サポート・ネットワーク 支援 (social support network) [Shye et al.

(1995)]と記すのが妥当と考えられる。

宗像(1987)は、社会的サポート・ネットワークの支援を二つに分けて紹介している。一つは、安心感、信頼感、親密感、自己価値観、希望などが得られる情緒的支援(emotional support)であり、他方は、手伝い、金銭、物品、情報などが得られる手段的支援(instrumental support)に分類することが可能であり、いずれもが、健康維持増進に影響を及ぼすことを報告している。

2-2.社会的サポート・ネットワークの概念構造

社会的サポート・ネットワークの構造的側面に焦点をあてるアプローチとしては、Mitchell(1969)やJackson and Harel(1983)によって報告されている規模、密度、利用範囲、配置、凝集性などの形態的様相が妥当な総括と考えられる。とりわけ老年学、医学、公衆衛生学、看護学の分野ではネットワークの構成要素が重視されており、個人が家庭の内外に形成する対人関係として1)近親者との居住状況と、2)非近親集団における社会的統合に大別することができる。

居住状況は家庭環境として個人が配偶者、子ども、兄弟姉妹、親類との間に受動的に有する一次的関係であり、その形成に対する裁量性が極めて低いことが特性である。一方、社会的統合は社会活動として個人が広範囲な友人、近隣、地域との間に能動的に形成する二次的関係であり、その裁量性が高いことが特性である。代表的な指標として前者ではネットワークを構成する要素の有無や人数などの強度が、後者では公式・非公式を含むあらゆる社会活動、すなわち地域・奉仕・余暇活動などの頻度や内容それに充実度があげられる。

一方、社会的サポート・ネットワークの機能的側面に関する、概念的、操作的、記述的といった支援の様相については、Dean et al.(1989)によって示されている。社会的サポート・ネットワークを健康指標に採用している研究分野では概念的様相が多くとりあげられ、欧米での先行研究論文においてはinstrumental, tangible, material, informational, emotional, expressive, affective, affirmative, appraisalのような多様な

英語表記も存在している。これらは内的妥当性的考慮から、1)日常的援助や情報を含む物品の提供により物理的充足が得られる手段的支援と、2)自己への肯定的評価や観点の共有により精神的安定が得られる情緒的支援に区分することが可能である[Mitchell(1969);Jackson and Harel(1983);Dean et al.(1989);Suurmeijer et al.(1995);Penninx et al.(1999);杉澤(1993)]。

社会的サポート・ネットワークの代表的指標は、支援源の有無や量などの強度で示されるものの、それらの援助を個人がどの程度肯定的に認知しているかといった有用性、適切性、満足度のような主観的評価を加味した尺度も用いられている[Petchers and Milligan(1987);Weinberger et al.(1987);Seeman and Berkman(1988);Weinberger et al.(1987)]。また、支援の方向性から見た視点も存在しており、受給的及び供給的といった対極的意味を有する軸も考えられている。そこでは高齢者のおかれている不可避的な限定状況を考慮して受給される支援が中心ではあるものの、集団への役割感や帰属感の維持・向上という観点からの研究も存在する[杉澤(1993);Seeman and Berkman(1988);金ら(1999)]。

III 社会的サポート・ネットワークによる健康長寿の維持と因果構造

本節では、社会的サポート・ネットワークと健康に関する先行研究をレビューすると共に、筆者らが実施してきた、全国16市町村における社会的サポート・ネットワークと生命予後にに関する研究結果を示したい[岡戸ら(2002)]。また、社会的サポート・ネットワークが弱いことを示している、社会的な孤立状況に注目し、その後の生存、要介護認定状況との関連を示す[星(2009)]。さらに、社会的健康と身体的、精神的健康との因果構造について明らかにしたい[星ら(2010);星ら(2011)]。

3-1. 社会的サポート・ネットワークと健康に関する先行研究

社会的サポート・ネットワークは1960年代後半

から生命予後との関連が検証されており、米国州政府による追跡調査を中心として多くの疫学研究がなされてきた。

先駆的研究としてはBreslow and Berkman (1983) の行ったアラメダ研究 (Alameda County Study) があり、30歳から69歳までの男女4,725人を対象に9年間にわたって婚姻状況、親しい友人や親族とのつき合い、宗教活動、その他の組織活動（労働・地域・政治・奉仕活動）と死亡率との関係が調査されている。アラメダ研究からは多くの論文が発表されている。Berkman et al. (1992) は、社会的に孤立している者は多くのネットワークを持つ者と比較して、年齢補正後の死亡率がさまざまな変数を調整しても男性で2.3倍、女性で2.8倍であることを報告している。これらの研究成果の体系化した「The way of living」は、筆者らにより、「生活習慣と健康」[森本・星 (1998)]として翻訳し、紹介している。

アラメダ研究と同様な研究としては、Blazer (1982) が65歳以上の男女331人を対象に30ヶ月間の死亡率を追跡調査したダッハム研究 (Durham County Study) があげられる。そこではさまざまな死亡規定要因による影響の調整後にも、役割と所属（婚姻状況、子どもの人数、兄弟姉妹の人数）、接觸頻度（電話、友人や親族の訪問）、社会的支援などが低いレベルの者は高い者と比較して、死亡率が上記順に2.04倍、3.40倍、1.88倍であることが報告されている。またHouse et al. (1982) は、テクセー研究 (Tecumseh Community Health Study) において、35歳から69歳までの男女2,754人を対象に9年から12年間の追跡調査を実施し、さまざまな死亡規定要因による影響の調整後にも、親密な関係（婚姻状況、親友・親族の訪問回数、行楽の外出）、公組織的な自発的活動（教会・奉仕活動）、社会的な余暇活動（映画・演劇・展示会・スポーツイベントへの参加）、個人的な受動的余暇活動（テレビ・ラジオ・読書時間）などが高いレベルの男性は死亡率が低く、女性にも同様の傾向が存在することを報告している。さらにSchoenbach et al. (1986) は、エバンス心疾患研究 (Evans County Cardiovascular Epidemiological

Study) において、40歳以上の男女2,059人を対象に9年から12年間の追跡調査を実施しており、年齢及び潜在的危険因子の調整後にも、婚姻状況、近隣に居住する親族の人数、親しい友人の人数、訪問する隣人の人数、接觸する親族の人数、教会活動の頻度、その消費時間などが少ない者は多い者と比較して死亡率が1.5倍であることを報告している。

これらの研究と同時に、対象の属性間差異や特定の集団に着目した調査分析も行われており、Seeman et al. (1987) は、アラメダ研究の継続として、38歳から94歳までの男女4,174人を対象とした17年間の追跡調査から、60歳未満の者には婚姻状況、60歳以上の者には親しい友人や親類との接觸回数が死亡率の予測要因として重要であることを見出している。さらにSeeman et al. (1993) は、65歳以上の男女を対象に5年間の追跡調査を複数地域で行い、年齢及び他の変数の調整後にも、社会的な結びつきのない者はすべての結びつきを持つ者と比較して死亡率が地域ごとに1.8倍から2.4倍であることを報告している。

また、Berkman et al. (1992) は、65歳以上の心筋梗塞入院患者の男女194人を対象に6ヶ月間の追跡調査を実施しており、喫煙や高血圧などの危険因子、社会経済的要因、心筋梗塞病状による影響の調整後にも、情緒的支援の欠如した者はそれらを有する者と比較して、死亡率が2.9倍となることを見出している。

これらの研究以外ではShye et al. (1995) が15年間の追跡調査から、男性ではネットワークサイズが健康状況を通じ直接的に死亡率に影響するが、女性にはそのような関係性が存在しないことを報告している。Welin et al. (1985) は、989人の中高年男性を対象に狭心症危険因子や健康段階による影響の調整後にも、世帯人数、家庭外活動、社会活動などの社会的サポート・ネットワーク変数が死亡率と有意に関係することを報告している。LaVeist et al. (1997) は55歳から96歳までの黒人女性を対象に5年間の追跡調査から、年齢、健康段階、収入による影響の調整後にも、社会的に孤立している者は孤立していない者と比較して

死亡率が3倍程度であることなどを見出している。このように、良好な社会的サポート・ネットワークを保ち、孤立を回避することは、その後の生命予後を改善するという結論が導き出されている。

3-2. 高齢者の社会的サポート・ネットワークと生存維持と要介護予防

国内における高齢者の社会的サポート・ネットワークと健康に関する研究事例として、筆者らが実施した二つの研究成果を紹介する。第1の研究は、全国16市町村で実施した、社会的サポート・ネットワークと生命予後に関する研究[岡戸・星(2002)]であり、第2の研究は、都市在宅高齢者を対象とした社会的孤立状況とその後の生存、要介護状況に関する研究[星(2009)]である。

第1の研究では、高齢者の社会的サポート・ネットワークの構成概念を構造的側面と機能的側面に分け、前者を家庭環境及び社会活動、後者を社会的支援からとらえることとし、それぞれ1)居住状況、2)社会的統合、3)社会的支援と命名した3指標により測定評価を行った。調査対象は本研究に対して協働調査の了解が得られた全国16市町村に居住する30,521人であり、1998年に基礎調査を、2000年に生存調査を、自治体ごとに郵送留置法によって行った。分析では、自記入あるいは代理記入により回答の得られた23,826人（回収率78.1%）から性別・年齢の記載不明及び60歳未満

の者を除外した21,432人（男性9,310人、女性12,122人）を対象としている。質問紙調査項目及び回答のカテゴリーは表1に示した。

二年後の生命予後と独立変数間との関連を分析した結果、男女とも居住状況と社会的統合の低群における死亡人数の偏りが有意に多く、生命予後との関連性が見出された。しかしながら、社会的支援の高低別では有意差が見られなかった（表2）。また、カプランマイヤー法を用いた累積生存率により、社会的統合の高低2群を比較した累積危険率の同等性を分析したところ、調査期間を通して低群の者の累積危険率は高群の者よりも増加する傾向が認められた。

社会的サポート・ネットワークに関する3指標のうち、社会的統合はすべての分析において男女ともに生命予後に対する有意な予測要因となっていたが、手段的・情緒的支援の有無を評価した社会的支援では、健康の悪化が支援の誘因となっている可能性が考えられる。具体的な支援行動を量的に捉えた社会的支援よりも、支援行動がなされているという推論の元に概念化されている社会的統合の方が高齢者の生命予後の説明要因として高い予測妥当性を有することは、今後の高齢者を対象としたあらゆる調査研究にとって重要な示唆が与えられたと考えられる。

第2の研究では、社会的サポート・ネットワークと対局に位置づけられる社会的にみた孤立状況を

表1 指標名、質問項目（変数名）、質問文（回答のカテゴリー）

指標	質問項目（変数名）	質問文（回答のカテゴリー）
居住状況	1. 独居状況	現在誰と一緒に暮らしていますか：一人暮らし（非独居/独居）
	2. 配偶者同居	現在誰と一緒に暮らしていますか：配偶者（同居/非同居）
社会的統合	1. 友人や近隣とのおつき合いの頻度	友人や近所の人とおつきあいをしていますか（週3回以上/週2回以下）
	2. 外出頻度	外出することがどのくらいありますか（週3回以上/週2回以下）
	3. 余暇活動の頻度	旅行や行楽を楽しんでいますか（よくする/たまにする）
	4. 地域・奉仕活動の頻度	地域活動やボランティア活動をしていますか（よくする/たまにする）
社会的支援	1. 手段的支援者の有無	身の回りにちょっとした用事やお使いをしてくれる人がいますか（いる/いない）
	2. 情緒的支援者の有無	身の回りに一緒にいてほっとする人がいますか（いる/いない）
	1. 年齢段階	（75歳未満/75歳以上）
	2. 治療中の疾病	現在治療を受けている疾病がありますか（無/有）
	3. 世帯年収額	去年1年間のあなた方（ご夫妻の合計）の収入はどのくらいでしたか（200万円以上/200万円未満）

表2 生命予後と独立変数との間の分布

カテゴリー	男性			女性		
	非死亡人数	死亡人数	有意確率	非死亡人数	死亡人数	有意確率
居住状況低群	1643 (95.9)	71 (4.1)	p<.001	5126 (98.0)	103 (2.0)	p<.001
高群	6539 (97.9)	143 (2.1)		5741 (99.2)	49 (0.8)	
社会的統合低群	3208 (97.0)	100 (3.0)	p<.001	4468 (98.5)	66 (1.5)	p<.01
高群	4137 (98.9)	47 (1.1)		4677 (99.1)	41 (0.9)	
社会的支援低群	2949 (97.2)	84 (2.8)	n.s.	3356 (98.2)	62 (1.8)	n.s.
高群	4446 (97.7)	105 (2.3)		6047 (98.5)	89 (1.5)	

注) n.s. not-significant

出所) 岡戸ら (2002) 表2より。

明確にすると共に、その6年後の生存と3年後の要介護認定度との関連について検討を行っている[星 (2009)]。社会的孤立状況は、近隣外出、趣味活動、および地域活動の3つの設問をもとに評価している。3つの設問は、1)「一人で隣近所に外出ができますか」(選択肢「1一人でできる」「2介助があればできる」「3できない」)、2)「地域活動を積極的にされていますか」(選択肢「1よくしている」「2たまにする」「3していない」)、および3)「趣味活動を積極的にされていますか」(選択肢「1活発にしている」「2活発ではない」)となっている。各質問の選択肢番号を合計し、3点から8点まで得点化し、「社会的孤立得点」と操作的に定義した。3点は、いずれもが優れていて、社会的に孤立せずに活発に活動している群を示し、8点は、社会的サポート・ネットワークがなく、最も孤立している群を示している。

調査対象は、都市部A市の全ての在宅高齢者16,462人であり、2001年9月に郵送自記式アンケート調査を実施した。回答が得られた13,195人(回収率80.2%)に対して、3年後(2004年9月)に同様の調査を実施し、IDが不確定な129人を分析から除外した。さらに13,066人の中から、2007年8月1日までの約6年間で転居した919人を除く、12,147人の生存を追跡した。

都市在宅高齢者の社会的孤立状況をみると、男女ともに加齢と共にその割合が統計学的に有意に増加することが明らかになった。特に85歳以上からは、社会的孤立得点が7点以上である、社会的に見て孤立状況にある割合は、急速に増加してい

た。

6年間で、男性1,065人、女性834人の合計1,899人が死亡し、男女共に、年齢階級が高いほど死亡する傾向が示された。社会的得点別に6年間の累積生存率をカプランマイヤー法により分析した結果、男女ともに、2001年時点での社会的孤立得点が高いことが、その後の累積生存率を規定する可能性が示唆された。また、社会的孤立得点が最も高い7点と8点群での6年後の生存率は、男性で約3割程度にまで低下し、女性でも約5割程度にまでに低下していた(図1)。最後に生存を規定する要因を総合的に解析するためにCox比例ハザードモデルによって分析した結果、6年後の生存維持のためには、男女ともに「社会的孤立得点」を7点以上とせずに、主観的健康感を維持し、肝臓病がないことであった。男性では、外出頻度を維持すること、女性では歯科の主治医がいるほど生存が維持されることが、統計学上有意な関連を示した。制御できないものの、男女ともに加齢が最大の生存規定要因であった。

要介護状況についても同様の傾向がみられる。2001年時点での社会的孤立得点とその後の要介護状況との因果関係を明確にするために、2001年時点での要介護1-5群を分析対象から除き、2004年に調査が出来た7,968人を対象に分析を行った結果、「社会的孤立得点」が7点以上、すなわち社会的に孤立しているほど、3年前には、要介護状況にないにもかかわらず、3年後には男女ともに約4割が要介護者になっていたことが明確にされた(図2)。

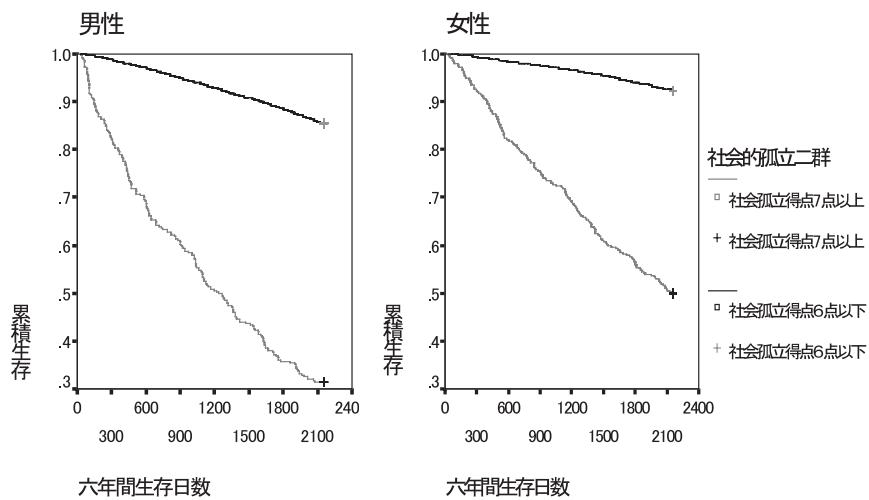


図1 性別社会的孤立別累積生存率

出所) 星 (2009) 図1より

性別=男性

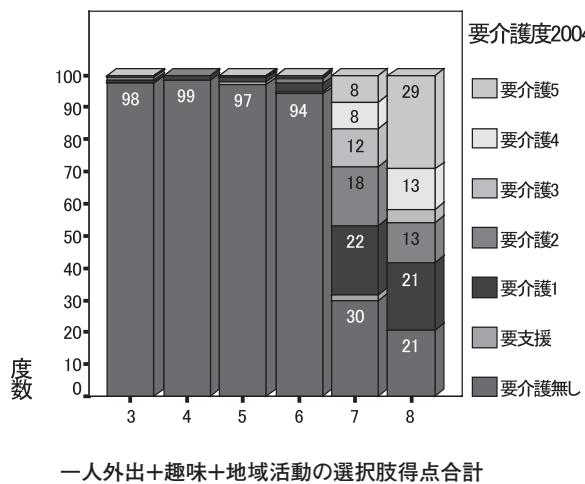


図2 社会的孤立得点別にみた三年後の要介護状況（男性）

出所) 星 (2009) 図2より

3-3. 地域コミュニティ別にみた社会的健康と

身体的、精神的健康との因果構造

世界保健機関（WHO）による健康概念は、身体的要因と精神的要因に加え、社会関係要因が提示されたことで注目され、これらの健康三要因は、健康の下位概念を示す指標として幅広い分野で活用されてきた。筆者ら[星ら (2010);劉ら (2008a);

劉ら (2008b)]は、高齢者の追跡研究を踏まえて、社会的健康度が身体的健康度を規定する可能性を交差遅れ効果モデルと同時効果モデルを併用して明示すると共に、身体的健康は精神的健康によって規定される可能性を報告している。また、藤原ら (2005) は健康度自己評価が高いことはIADLの回復を予測するものの、歩行能力が高くても回復は予測されないことと共に、4年間の追跡研究

の前半2年で知的能動性が改善・維持すると、認知機能を調整しても後半2年でIADLは維持し改善することを報告[Fujiwara et al (2008) ; Fujiwara et al. (2009)]している。しかしながら、健康三要因の因果関係については、星ら (2010) の先行研究以外は国内外共に報告はされていないようである。以下では、都市在住高齢者を対象に追跡調査を行うことで、健康三要因の測定年次の時間的先行性を確保し、因果構造の解明を試みた筆者らの研究[星ら (2011) ; 高嶋ら (2012)]を紹介する。

調査対象は、先に社会的孤立を検討する際に用いた東京都郊外A市に居住する全在宅高齢者16,462人である。初回調査（2001年9月）で回答が得られた13,066人に対して、3年後（2004年9月）と6年後（2007年9月）に同様の調査内容を含む質問紙調査による追跡を行った。初回調査回答者のうち、6年間に市外に転居した919人、死亡した1,899人、二回目と三回目の調査のいずれかに回答しなかった7,080人、および2001年時点で85歳以上の922人を除いた2,375人を分析対象とした。

本調査では、精神的、身体的それに社会的要因として以下の設問を設定した。精神的要因は、1)「自分で健康だと思いますか」（主観的健康感）、2)「自分の生活に満足していますか」（生活満足感）、および、3)「昨年と比べて元気ですか」（昨年比較元気度）の3項目とした。身体的要因は、基本的日常生活動作能力（Basic Activities of Daily Living, BADL）と手段的日常生活動作能力（Instrumental Activities of Daily Living, IADL）の両指標とともに、治療中の疾病数を用いた。BADLの設問は、Katz et al. (1963) が開発した指標を参考に、トイレに行ける、お風呂に入れる、外出時に歩行できるとした。それぞれの設問に対して、「できる」を1、「できない」を0としてスコア化し、BADL合計得点を算出した（最大3点、最小0点）。IADLの設問は、Koyano et al. (1991) が開発した老研式生活活動指標を参考に、日用品の買物、食事の用意、預貯金の出し入れ、年金や保険の書類を作成、それに新聞や書物を読めるとした。それぞれの項目はBADLの項目と同様にスコア化し、IADL合計得点を算出した（最大5点、

最小0点）。治療中の疾病に関する設問は、「現在治療中の疾病を選んでください」と複数疾病名から選択する方式とし、三年後の生存と統計学的に有意であった肝臓病、糖尿病、心臓病それに脳血管障害を選択した場合に、その疾病数を治療疾病数とした。最後に、社会的要因の設問は、「外出することがどのくらいありますか」（外出頻度）、「友人や近所の方とお付き合いをしていますか」（近所付合）、「趣味活動をしていますか」（趣味活動）の3項目とした。

身体的要因と精神的要因それに社会的要因の各潜在変数が、いずれも原因ないし結果となり、双方向に影響を及ぼしあう可能性があることから、宮川（1997, 2004）が示した因果関係分析方法とFinkel (1995) が提示した交差遅れ効果モデルを応用し、先行研究[豊田（1992,2003）;山本・小野寺（1999）]を踏まえ、健康三要因の因果モデルを考案した。内生潜在変数、つまり矢印を受けるだけの最終的な変数の決定係数が男女ともに最も高いモデルは、2001年の精神的要因を基盤とし、2004年の身体的要因を経て2007年の社会的要因を内生潜在変数とするモデルであった（図3）。男性における決定係数は25%、女性では23%であり、他のモデルに比べ相対的には大きな決定係数を示し、NFI=0.935、IFI=0.952、RMSEA=0.019と、高い適合度が得られた。

2007年の社会的要因は、2001年精神的要因からの標準化推定値が、男性0.124、女性0.143と小さいものの、2001年の精神的要因から2004年身体的要因への標準化推定値は、男性0.416、女性0.473であった。2001年の精神的要因から2004年の身体的要因を経由する2007年の社会的要因への標準化間接効果は男性0.183 ($=0.416 \times 0.440$)、女性0.186 ($=0.473 \times 0.393$) と全てのモデルの中で相対的にみて最も大きな間接効果を示した。このように、2007年の社会的要因は、2001年の精神的要因から直接に規定されるよりは、2004年の身体的要因の維持を経由する間接効果が男女ともに大きいことが示された。

このように、高齢者は、精神的な健康度の一つである主観的健康感や生活満足度を維持すること

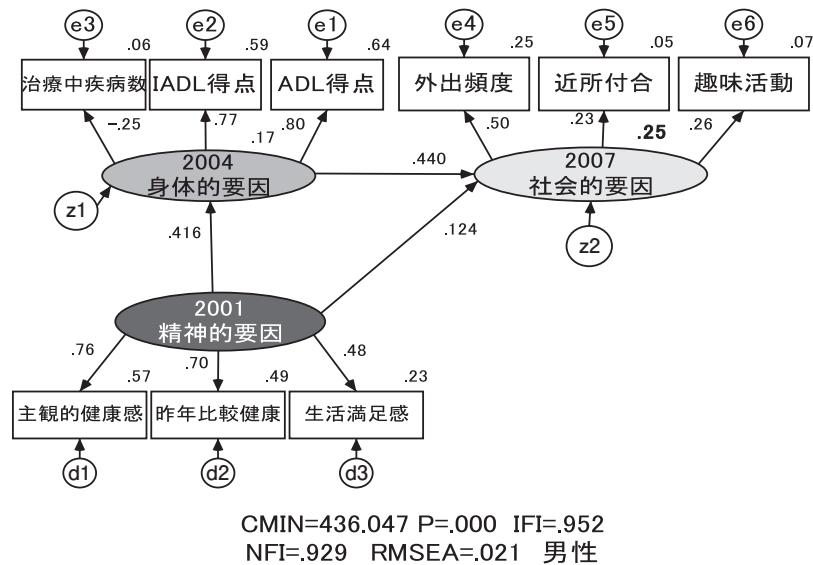


図3 健康三要素の因果構造・都市郊外高齢者・六年間追跡研究

出所) 星ら (2011) 図1より

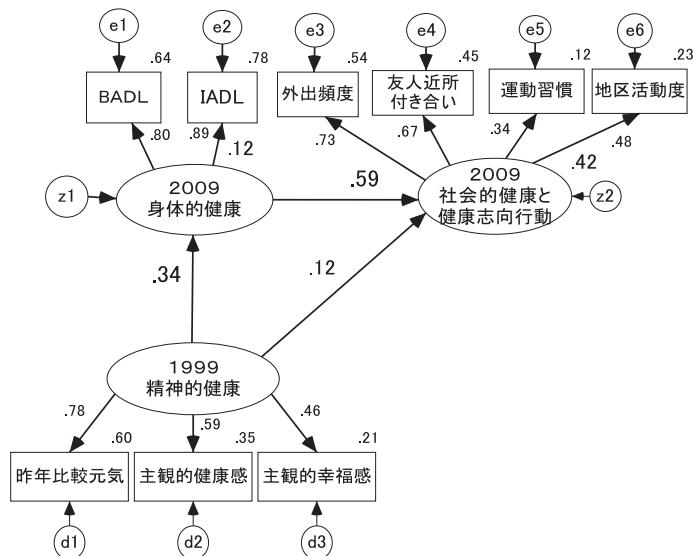


図4 健康三要素の因果構造・地方都市郊外高齢者・10年間追跡研究

出所) 高嶋ら (2012) 図1より

によって、3年後の身体的な健康維持に寄与し、更に6年後の社会的な活動を維持することに対しても、直接ではなくむしろ間接的に寄与する可能性が示唆された。

また、地方都市在住高齢者1,081人を10年間追跡した研究[高嶋ら(2012)]でも、ほぼ同様な結果が得られており、健康三要素の基盤は、精神的健康であり、社会的健康は最終的な結果要因である可能性が、都市郊外、地方都市郊外高齢者では普遍性を持つ可能性が示唆された(図4)。

Rowe and Kahn(1997)は、老年学の視点からみた高齢者の望ましい老いの姿として、サクセスフルエイジングを提倡し、その条件として(1)病気や障害をできるだけ軽減する、(2)身体・認知機能を高く維持する、(3)人生への積極的関与を提示していた。本研究結果と合わせて考察すると、人生に対して積極的に関与している高齢者は、病気の軽減化と身体機能の維持につながり、その後の社会的健康度の維持向上へと繋がる因果が存在する可能性が示唆されたと言える。

IV 地域コミュニティの社会関係性を含む屋内外の環境と健康との関連

4-1. 屋内の健康環境と屋外の社会関係性を含む支援環境の意義

健康を規定するのは、個々人の生活習慣だけではない。また、好ましい健康習慣が生存を規定すると言うよりも、生存を維持しやすい人の生活習慣が好ましい背景として、学歴や所得が優れることを基盤として前向きに生きることができる要因が交絡要因となっている可能性がある。筆者ら[Hoshi et al (2007)]は、望ましい生活習慣は、社会経済的要因を基盤とし、その後の望ましい健康三要素から規定される可能性を報告している。

一方、日々の生活の大部分を過ごす健康的な家屋とともに、その地域の社会的関係を含む支援環境が優れていることが期待されている。このように健康を維持させていくためには、生活習慣を整える一次予防、早期発見の二次予防、リハビリテーションによる三次予防活動だけではなく、ゼロ

次予防[星(1989)]つまり、運動ができやすい体育館の開放、たばこ自動販売機の撤去、それに、買い物に行きやすいミニバスの設置とユニバーサルプラン、また住まいを含む地域の社会的な支援環境をどのように構築していくのかが問われているのである。WHOは、健康のための支援環境の整備(supportive environment for health)の意義を1991年にヘルスプロモーションとして提示している。ゼロ次予防と同類概念である。

このような状況の中で、建築環境総合性能評価システム(Comprehensive Assessment System for Built Environmental Efficiency, CASBEE)は、住宅や事務所建築などの環境性能評価ツールである、建築環境総合性能評価システム(Comprehensive Assessment System for Built Environmental Efficiency, CASBEE)のファミリーとして、高柳や伊香賀、そして村上ら(2011)により、住宅の健康障害に着目したCASBEE健康チェックリストが開発されている。

CASBEE健康チェックリストの主要な目的は、居住者に自らの生活環境における健康障害の問題について気付いてもらい、その後の改善に繋いでいくことをめざしている。また屋外の社会的な関係を含むコミュニティ支援環境チェックリストも出口ら(2012)によって開発されつつある。

本節では、屋内そして屋外の社会関係性を含む支援環境が健康度とどのように関連するのかについて、地域コミュニティを都市部と地方都市に分け、その差異について検討した。ここで用いる地域コミュニティとは、自治体レベルの地域社会をさす。

4-2. 地区別にみた屋内外の支援環境チェックリストと健康との関連

室内環境は、川久保ら(2011)によって開発された6つの調査項目を活用し、屋外の社会関係を含む支援環境は、先行研究[安藤ら(2012)]を応用し12の調査項目を用いた(表3)。都市郊外5,700住宅に個別配布し質問紙郵送回収調査を実施し、回収された1,354人(回収率23.7%)のなかで、有効な回答が得られた1,335人(有効回答率23.4%)

表3 屋内外の健康支援環境調査項目

屋内環境に関する項目 「よくある」「たまにある」「めったにない」「ない」の4つから選択	
夏寝室熱環境	夏、寝室を締め切って、エアコンや扇風機をつけずに寝ることはありますか
居間騒音音環境	居間・リビングにおいて、窓・ドアを閉めても、屋内や外の音・振動が気になることはありますか
夜居間照明	夜の居間・リビングにおいて、照明が足りずに暗いと感じることはありますか
浴室カビ有無	浴室でカビが発生していますか
台所無理姿勢	キッチンで狭さや高さなどのため、無理な姿勢を取ることはありますか
外部視線有無	家の中で、外からの視線が気になることはありますか
屋外環境に関する項目 「とても感じる」「少し感じる」「あまり感じない」「感じない」の4つから選択	
水域汚染	水域（池、川、側溝など）が汚いと感じますか
ゴミ収集場	ゴミ集積所が汚いと感じますか
公園等整備	自然や緑や公園が整備されていると感じますか
地域治安不安	地域の治安に不安を感じますか
転倒不安	自宅以外（道路、公共施設など）で転びそう、またはつまずきそうになる場所はありますか ※「よくある」「たまにある」「めったにない」「ない」の4つから選択
地域景観環境	建物を入れた地域の景観が美しいと感じますか
移動環境	高齢者や車椅子でも、移動しやすい環境であると感じますか
日常買物利便性	日常の買い物をするに不便を感じますか
運動施設利便性	運動する施設は利用しやすいと感じますか
趣味・文化施設	趣味や文化活動をする施設は利用しやすいと感じますか
他者の信頼度	あなたは一般的に地域の人々を信頼できると感じますか
居住継続希望	これからも住み続けたいと感じますか

を分析対象とした。

屋内の健康環境と、屋外の社会関係性を含む支援環境は、精神的そして社会的な健康度と統計学的に有意に関連する因果構造が示された（図5）。

地域のコミュニティにおける屋内と屋外の健康に対する支援環境に関する因果構造を解明するため、全国の都市と農村での比較研究結果が、安藤ら（2012）によって報告されている。共分散構造分析に基づく地域別の健康形成要因モデル分析によれば、より農村的な町では、身体的精神的そして社会的健康を含む総合的な健康の35%が、屋内外の支援環境評価尺度によって説明できることが報告されている。より都市部の方が農村的な地域に比べて、地域コミュニティに関する支援環境が総合的な健康に対する規定力が大きい可能性も示されている[安藤ら（2012）]。

屋内外の支援健康チェックリストの得点と健康な人の割合や有病割合の全国的に見た関係は、出

口ら（2012）によって報告されている。チェックリストの得点が上昇すると、疾病がない健康な人の割合や、風邪・関節系の痛み・転倒のない人の割合が顕著に上昇し、同様に、脳血管疾患の有病割合も減少している。

CASBEE健康チェックリスト合計スコア、地域健康コミュニティ支援環境チェックリスト合計スコアでみると、住宅の健康診断チェックリストで上位の得点を示し、かつコミュニティ支援環境チェックリストで上位の得点を示すグループの場合、34.2%の人が「症状なし」と回答している。逆に、両者で下位の得点のグループの場合、「症状なし」と回答した人の割合は6.9%と大幅に低くなることが出口ら（2012）によって報告されている。

先行研究[川久保ら（2011）;安藤ら（2012）;出口ら（2012）]で示された、社会関係性を含む屋内外の地域における支援環境が人々の健康を規定

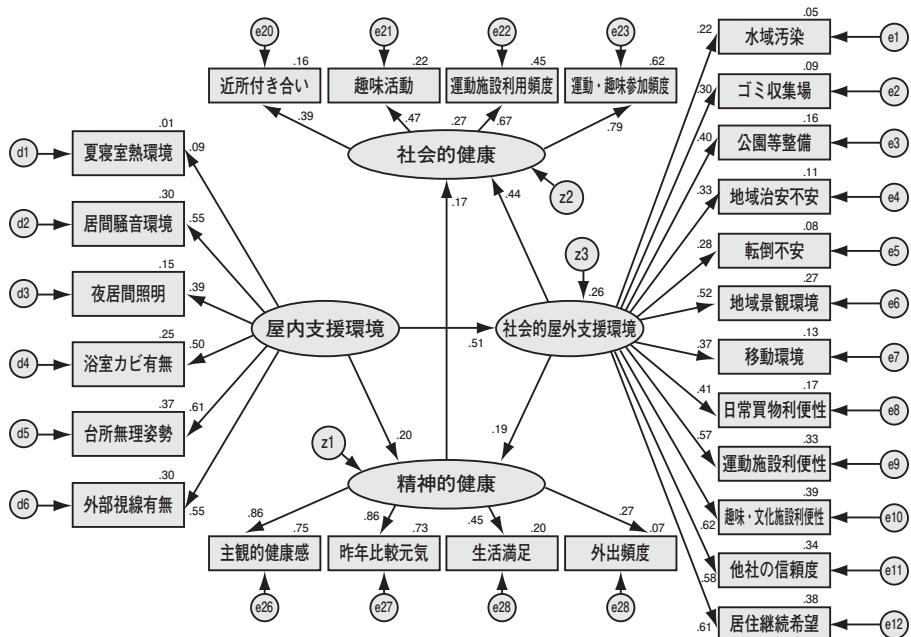


図5 屋内の支援環境と屋外の社会関係性を含む支援環境と健康との因果構造（筆者作成）

する可能性を示す成果が得られた。これらの状況は、都市部、山間部、地方都市などの地方自治体つまり、地域コミュニティを問わずに、普遍性を持つ可能性が示唆された。地域における屋外の社会的なネットワークを含む支援環境を測定する際には、屋内住宅の健康診断チェックリストを併用すると、その地域における社会的な関係性を含む屋外の健康状況環境をより総合的に把握できる可能性が高い。その結果を地域住民と関係機関や行政とが共有し、協働した取り組みにより、優れた地域へと改善させていくツールとして活用されることを期待している。

V 結論

本論では、社会的サポート・ネットワークと健康との関係について先行研究をレビューすると共に、これまでに実施してきた追跡研究によりその因果構造を明らかにしてきた。

第1に、高齢者の社会的健康は、数年前の精神的健康に支えられ、その後の身体的健康を維持す

ることを経由し、媒介変数を経て維持されることが、普遍性を持つ可能性を示してきた。また、社会的サポート・ネットワークがその後の生存を維持させる可能性も示した。さらに、都市高齢者が、趣味活動や地域活動をし、近隣との付き合いを続け、社会的に孤立せずに生活することが、結果的には、3年後の要介護認定割合を予防させる可能性を示した。

第2に、子供達や若者の健康づくりにおいても、特に家庭内での社会的なつながりが欠かせない。都市部の小・中学生、そして高校生も含めた子供達が、意義ある学校生活、家庭生活をおくることに対して、子供への親の認識が直接に規定するのではなく、親子で会話したり、親子が運動を共に楽しむなどの行動を経て、間接的に規定される可能性について、約1万人の子供と親の調査をリンクした解析によって明らかにしてきた。愛情に包まれた家族との社会的サポート・ネットワークが、子供達の好ましい生活習慣づくりや家族の豊かな成長にとって不可欠であることを示唆している。

第3に、健康の維持は、個々人の生活スタイル

だけで決定されるわけではなく、地域における屋内外の社会的関係性を含む支援環境によっても規定される可能性も明らかにした。具体的には、地域コミュニティにおける屋内の健康環境および屋外の社会的なソフト面とハード面の健康を支援する環境が個々人の健康と関連する可能性を、都市と地方都市を含めて明確にした。

生存や要介護予防と関連する社会的サポート・ネットワークを健政策的に考察する場合は、望ましい社会的サポート・ネットワークが構築できるための支援環境として、家族や学校や職場、そして地域の支援環境についても視野に置くべきことが示唆される。健康支援環境の整備、つまりゼロ次予防という概念[星(1989)]を重視した新しい健康づくりを模索しなければならない。社会的サポート・ネットワークを欠くことで、結果的に、疾病に罹患したり、早世せざるを得なかった本人だけの責任を責め立てる短絡的なVictim blamingは、避けなければならないのである。よって、社会的サポート・ネットワークの構築には、ゼロ次予防の視点に立った、公的責任が不可欠である。

今後の研究課題としては、社会関係資本や健康資源の開発、そしてエンパワーメントの視点を含め、世代別に見た社会的サポート・ネットワークを構築していくために、支援環境の整備をめざした政策や関係機関が協働した介入が、その後の健康維持、環境整備状況の改善などに繋がる活動成果を、実施していない対照地域と比較して明確にしていく実証追跡研究を推進することが望まれる。特にわが国では、10年間以上も毎年の自死数が約3万人を超えており、自死を予防する最も有効な基本は、社会サポート・ネットワークの1つである「てあて」のはずである。専門的な精神科医療だけに依存しない、家族や友人それに地域社会が支える支援環境における「てあて」の意義を実証することが最大の研究課題であろう。

参考文献

- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. et al. (1978) "Life Event Stress, Social Support, Coping Style, and Risk of Psychological Impairment", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166 (5), pp.307-316.
- Berkman, L.F., Leo-Summers, L. and Horwitz, R. I. (1992) "Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly", *Ann Intern Med*, 117 (12), pp.1003-1009.
- Blazer, D.G. (1982) "Social support and mortality in an elderly community population", *Am J Epidemiol*, 115 (5), pp.684-694.
- Breslow, L. and Berkman, L.F. (1983) *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*, Oxford University Press, New York.
- Dean, A., Kolody, B., Wood, et al. (1989) "Measuring the Communication of social support from adult children", *J Gerontology*, 44 (2), pp.S71-79.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R. et al. (1999) "Social relations: network, support and relational strain", *Soc Sci Med*, 48 (5), pp.661-673.
- Finkel, S.E. (1995) *Causal Analysis with Panel Data*, Sage Publications.
- Fujiwara Y, Yoshida H, Amano H, et al. (2008) "Predictors of improvement or decline in instrumental activities of daily living among community-dwelling older Japanese", *Gerontology*, 54, pp.373-80.
- Fujiwara, Y., Chaves, P., Yoshida, H., et al. (2009) "Intellectual activity and likelihood of subsequently improving or maintaining instrumental activities of daily living functioning in community-dwelling older Japanese: A longitudinal study", *Int. J. Geriatr Psychol*, 24, pp.547-555.
- Hanson, B.S. (1994) "Social network, social support and heavy drinking in elderly men - a population study of men born in 1914, Malmo, Sweden", *Addiction*, 89 (6), pp.725-732.
- Hoshi, T., Ryu, S. and Fujiwara, Y. (2007) "Urban health and determinant factors for longer life for the elderly urban dwellers in Tokyo" *Proceedings of the International Symposium on Sustainable Urban Environment*, pp.61-66.
- House, J.S., Robbins, C. and Metzner, H.L. (1982) "The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study", *Am J Epidemiol*, 116 (1), pp.123-140.
- Jackson, M. and Harel, Z. (1983) "Social support ties of the elderly: racial differences and health care implications", *Urban Health*, 12 (9), pp.35-38.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. et al. (1963) "A standardized measure of biological and psychosocial function", *Journal of the American*

- Medical Association, 185, pp.914-919.
- Koyano W, Shibata H, Nakazato K, et al. (1991) "Measurement of competence: Reliability and validity of the TMIG Index of Competence", *Arch Gerontol Geriatr*, 13, pp.103-116.
- LaVeist, T.A., Sellers, R.M., Brown, K.A. et al. (1997) "Extreme social isolation, use of community-based senior support services, and mortality among African American elderly women", *Am J Community Psychol*, 25 (5), pp.721-732.
- Mitchell, J.C. (1969) "The concept and use of social networks", in J.C. Mitchell (Ed.), *Social Networks in Urban Situations*, Manchester University Press, London.
- Rowe, J.W. and Kahn, R.L. (1997) "Successful aging", *Gerontologist*, 37 (4), pp.433-440.
- Penninx, B.W., van Tilburg, T., Kriegsman, D.M. et al. (1999) "Social network, social support and loneliness in older person with different chronic diseases", *J Aging Health*, 11 (2), pp.151-168.
- Petchers, M.K. and Milligan, S.E. (1987) "Social networks and social support among black urban elderly: a health care resource", *Soc Work Health Care*, 12 (4), pp.103-117.
- Schoenbach, V.J., Kaplan, B.H., Fredman, L. et al. (1986) "Social ties and mortality in Evans County, Georgia", *Am J Epidemiol*, 123 (4), pp.577-591.
- Seeman, T.E. and Berkman, L.F. (1988) "Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support", *Soc Sci Med*, 26 (7), pp.737-749.
- Seeman, T.E. and Berkman, L.F. (1993) "Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly. A comparative analysis of three communities", *Am J Epidemiol*, 3 (4), pp.325-335.
- Seeman, T.E., Berkman, L.F., Kohout, F. et al. (1993) "Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly: A comparative analysis of three communities", *Am J Epidemiol*, 3 (4), pp.325-335.
- Seeman, T.E., Bruce, M.L. and McAvay, G.J. (1996) "Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging", *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 51 (4), pp.191-200.
- Seeman, T.E., Kaplan, G.A., Knudsen, et al. (1987) "Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study", *Am J Epidemiol*, 126 (4), pp.714-723.
- Shye D., Mullooly, J.P., Freeborn, et al. (1995) "Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort", *Soc Sci Med*, 41 (7), pp.935-947.
- Stokes, J. and Levin, I. (1986) "Gender differences in predicting loneliness from social network characteristics", *J Pers Soc Psychol*, 51 (5), pp.1069-1074.
- Suter, C. and Meyer, P.C. (1997) "Social support, social stress and health of slightly disabled elderly persons", *Soz Praventiv med*, 42 (4), pp.204-215.
- Suurmeijer TP., Doeglas, D.M., Briançon, et al. (1995) "The measurement of social support in the 'European Research on Incapacitating Diseases and Social Support: the development of the Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT)"', *Soc Sci Med*, 40 (9), pp.1221-1229.
- Weinberger M., Hiner, S.L. and Tierney, W.M. (1987) "Assessing social support in elderly adults", *Soc Sci Med*, 25 (9), pp.1049-1055.
- Welin, L., Tibblin, G., Svärdsudd, K. et al. (1985) "Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923", *Lancet*, 20 (1), 8434, pp.915-918.
- Yasuda, N., Zimmerman, S.I., Hawkes, W., et al. (1997) "Relation of social network characteristics to 5 year mortality among young-old versus old-old white women in an urban community", *Am J Epidemiol*, 15:145 (6), pp.516-523.
- 安藤真太朗・伊香賀俊治・白石靖幸・他 (2012) 「多重指標モデルの構築に基づく青壮年期・高齢期住民の健康に関する階層構造分析-住宅と地域環境における健康形成構造の地域間比較-」,『日本建築学会環境系論文集』,77 (675), pp.389-397.
- 岡戸順一・星 旦二 (2002) 「社会ネットワークが高齢者の生命予後に及ぼす影響」,『厚生の指標』, 49 (10), pp.19-23.
- 川久保俊・伊香賀俊治・村上周三・他 (2012) 「戸建住宅の環境性能が居住者の健康状態に与える影響」,『空気調和・衛生工学会大会学術講演梗概集』, pp.441-444.
- 金 恵京・杉澤秀博・岡林秀樹・他 (1999) 「高齢者のソーシャル・サポートと生活満足度に関する縦断研究」,『日本公衆衛生雑誌』, No.46 (7), pp.532-541.
- 小林章雄 (1997) 「ソーシャル・サポート研究における今日の諸問題」,『行動医学研究』, No.4, pp.1-8.
- 杉澤秀博 (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—日常生活活動能力の相違による比較—」,『日本公衆衛生雑誌』, No.40 (3), pp.171-180.
- 高嶋伸子・高城智佳・星旦二 (2012) 「地方都市の在

- 宅高齢者における健康三要因の経年変化とその因果構造」,『日本健康教育学会誌』,20 (1) ,pp.19-29.
- 出口満・伊香賀俊治・村上周三・他 (2012) 「健康維持増進に向けた地域環境評価ツールの開発と有効性の検証」『日本建築学会環境系論文集』,77 (681) ,pp.837-846.
- 豊田秀樹 (1992) 『SASによる共分散構造分析(第3刷)』,東京大学出版会, pp.100-104.
- 豊田秀樹 (2003) 『共分散構造分析[疑問編]』,朝倉書店, pp.122-125.
- 中山直子・田村道子・高橋俊彦・星旦二 (2011) 「首都圏における児童生徒のWell-Beingと保護者の認識との関連と構造」,『日本公衆衛生雑誌』,58 (8) , pp.595-605.
- 藤原佳典・杉原陽子・新開省二 (2005) 「ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響-地域保健福祉における高齢者ボランティアの意義-」,『日本公衆衛生雑誌』,52, pp.293-307.
- 星 旦二 (1989) 「ゼロ次予防に関する試論」,『地域保健』,20 (6) , pp.48-51.
- 星 旦二 (2009) 「行政と住民ネットワークの連携による孤立予防戦略の検証」,『厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業・平成21年度報告書』.
- 星旦二・高城智圭・坊迫吉倫・他 (2011) 「都市郊外在宅高齢者の身体的、精神的、社会的健康の6年間経年変化とその因果関係」,『日本公衆衛生雑誌』,58 (7) ,pp.491-500.
- 星 旦二・中山直子・井上直子・他 (2010) 「都市郊外在住高齢者の身体的、精神的、社会的健康の経年変化とその因果関係」,『日本健康教育学会誌』,18 (2) ,pp.103-114.
- 宮川雅巳 (1997) 『因果分析への応用 グラフィカルモデリング』,朝倉書店,pp.121-143.
- 宮川雅巳 (2004) 『統計的因果推論-回帰分析の新しい枠組み-』,朝倉書店.
- 宗像亘次 (1987) 『行動科学からみた健康と病気-現代日本人のこころとからだ』,メジカルフレンド社.
- 森本兼義・星 旦二 (1988) 『生活習慣と健康』,HBJ 出版.
- 山本嘉一郎・小野寺孝義 (1999) 『Amosによる共分散構造分析と解析事例』,ナカニシヤ出版, pp.17-18.
- 劉 新宇・中山直子・高 燕・他 (2008a) 「都市在宅高齢者における身体的健康と社会的健康との経年変化とその因果関係」,『日本健康教育学会誌』,16, pp.176-185.
- 劉 新宇・星 旦二・高橋俊彦 (2008b) 「都市在宅高齢者における精神的健康と身体的健康の経年変化とその因果関係」,『社会医学研究』,25, pp.51-59.

(ほし・たんじ 首都大学東京教授)
(さくらい・なおこ 東京慈恵会医科大学教授)

投稿（論文）

母子世帯の母親における正社員就業の条件

周 燕 飛

要約

本研究は、日本における母子世帯の母親の8割弱は将来正社員になりたいと考えながらも、半数以上が当面の間、正社員就業を希望していないという一見して矛盾した事実に注目し、その原因を分析した。当面の間に正社員就業を希望しない理由として、「年齢・学歴制約仮説」、「育児制約仮説」および「非勤労収入仮説」の3つの仮説を想定して分析した結果、そのいずれもの仮説が、一定の説明力を持っていることが分かった。また、正社員就業の希望を実現させるためには、母親と末子の年齢、初職の正社員経験および看護師、准看護師、調理師、介護福祉士、簿記といった専門資格の保有が重要であることが、分析の結果から明らかになった。

1 はじめに

増え続ける母子世帯数を背景に、近年、生活保護の母子加算復活や母子世帯の貧困率の高さなど、「母子世帯の貧困問題」に対する注目度が、急速に高まりつつある。母子世帯が貧困に陥る要因として、母親¹⁾の正社員比率の低さがしばしば挙げられる。2006年現在、就業している母子世帯の母親のうち、正社員の割合は、全体の42.5%に過ぎない（厚生労働省2006「全国母子世帯等調査」）。大半の母親はパートやアルバイト等の非正社員として働いているため、平均稼働所得は171万円と、自立ラインとされる年収300万円に遙かに及ばないのが現状である。

それでは、母子世帯の母親を正社員に就かせれば、母子世帯の貧困問題は解決するのであろうか。事は、そう単純ではない。そもそも正社員就業を望まない母子世帯の母親も相当数に上るからである。専業主婦の妻を持つ男性をモデルとする日本の正社員制度は、子育て中の女性にとって、決して適した制度ではない。雇用保障、企業内福利厚生、安定した収入等のメリットを享受する正社員は、その見返りに慢性的な長時間労働、頻繁な配置転換、転勤などのデメリットが伴う（八代2009）。

実際、（独）労働政策研究・研修機構（JILPT）の調査によると、現在正社員以外の働き方をしている母親のうち、8割弱の者は将来正社員になりたいと考えながらも、半数以上の者が当面の間、正社員就業を望んでいない。具体的には、母子世帯の母親で、今後3～5年の間に正社員就業を希望している者は、無職者で22.2%、パート・アルバイトで30.3%、派遣・契約等では33.3%に過ぎない。正社員として既に働いている者を加えたとしても、今後3～5年の間に正社員になりたい者の割合は、全体の半数にも満たないのが現状である。当面の間、正社員就業を望んでいない人に、いくら正社員就業の支援政策を打ち出しても、結果は空振りに終わってしまう可能性が高い。

したがって、母子世帯の母親への就業支援策は2つに分けて行なうことが現実的である。第1の支援策はもちろん、正社員を希望しても正社員になれない母親に対して行う就業支援である。第2の支援策は、母子世帯の母親がなぜ正社員就業を希望しないのかを究明し、その阻害要因を取り除く

対策を立案することである。これまで、どちらかといえば第1の観点からの支援策が多く、第2の観点がほとんど欠如していたことを考えると、より研究の重要度が高いのは第2の観点であると思われる。

本研究は、こうした問題意識に基づき、まず、これまで皆無に等しかった「母親の正社員希望」についての実証分析を試みた。具体的には、最新のアンケート調査の個票データを元に、母子世帯の母親の正社員希望の状況、正社員就業を希望しない母親の特徴を明らかにし、母親の正社員就業のニーズを阻む要因を実証的に探った。

2 研究の背景と文献サーベイ

阿部（2008）は、日本の母子世帯は他の先進諸国に比べると、「就業率が非常に高いにもかかわらず、経済状況が厳しく、政府や子供の父親から援助も少ない」ことを指摘している。実際、OECD加盟30カ国の比較では、2007年現在、日本のひとり親世帯における相対貧困率は54.3%に達しており、30カ国中の順位は何と最下位である²⁾。

このような母子世帯の貧困問題に対して、どのような対策的対応が考えられるのであろうか。大まかにいって、①公的な所得支援の拡大、②養育費の徴収強化、③母親の稼働能力の促進という3種類の施策が考えられる。しかしながら、どの施策についても、それぞれ困難さがある。

まず、生活保護の適用などの公的な所得支援は、政府及び自治体の財政状況の厳しさから考えて、そう簡単に拡大が許されるものではない。また、養育費の徴収強化は、米国のように政府による全面的関与が無い限り、実行性に乏しく、日本では母子世帯の貧困改善にほとんど役立っていないことが知られている（下夷2008）。それでは、母親の稼働能力の促進という方策は、どうであろうか。実は、日本の母子世帯の母親の労働参加率は、既にOECD中最高の84.5%に達しており、また週平均労働時間もフルタイムに近い39時間に達したことから、その稼働率の上昇余地は小さいと考えられる（周2008）。

こうした中、おそらく唯一、実効性のあると考えられる

えられる対策が、母親の平均賃金を引上げるための諸方策である。2006年現在、母子世帯の母親の平均勤労年収は171万円で、同時期の女性全体の勤労年収の約半分である。この主な原因は、比較的高い収入が見込める正社員の仕事に就く母親が少ないとある。厚生労働省「全国母子世帯等調査」及びJILPTの「母子世帯の母への就業支援に関する調査」によると、正社員の母親の平均勤労年収を100%とすると、非正社員の母親の平均勤労年収は44.0%～57.4%程度に過ぎない。労働時間を調整した後の時間あたり賃金額で比較しても、非正社員は正社員の57.3%～70.5%程度にとどまっている。

こうしたことから、これまでの母子世帯への就労支援策においては、母親の正社員就業率を引き上げることこそが、母子世帯の貧困解消に有効であると考えられてきたのである。しかしながら、実際のところ、母親の正社員比率は1993年の53.2%から2003年の39.2%へとむしろ下がってきてている。その後、求人件数の回復に伴い、比率は2006年に一旦42.5%へと持ち直したもの、近年また下がる傾向にある（周2010）。

したがって、母子世帯の母親がなぜ正社員になれないのか、それを阻む要因とは何なのかを突き止める調査・研究は非常に重要である。しかしながら、この問題に挑んだ研究は非常に少ない。限られた先行研究の中、永瀬（2003）は「就業構造基本統計調査1997」の個票を用いた分析により、母子世帯の母親の正社員確率が未婚女性に比べて低いものの、同じ幼い子供を持つ有配偶女性よりは高いことを明らかにしている。また、高田（2010）は、母子世帯の母親のみを推定対象とした分析を行い、母子世帯になる直前に無業の母親について、ホームヘルパーの資格は正社員確率を高めているという結果を得ている。もっとも、正社員就業の希望を持つ者と持たない者とは正社員になる確率がそもそも異なるはずであるが、永瀬（2003）、高田（2010）のいずれの研究においても、正社員就業の希望の有無は考慮されていない。

そこで、本研究は、下記のようなステップを踏んで、母子世帯の母親の低い正社員就業率の謎を

解き明かすこととする。第一に、母親の正社員就業の希望率の低さに注目して、母親に正社員就業をあきらめさせている諸要因を分析する。第二に、先行研究同様、多項Logitモデル分析を用いて、正社員就業希望者における正社員就業の決定要因を探る。最後に、従来の研究では取り入れられていなかった、母子世帯の母親と有配偶女性、独身女性との比較分析も行った。これにより、母子世帯の母親とその他の女性が抱える正社員就業問題の差異が浮き彫りとなる。

3 データと実証方法

3.1 データ

本研究で用いるデータは、JILPTが2005年、2006年、2007年と3カ年にわたりて実施した3つのアンケート調査の個票データである。まず、2005年の「日本人の働き方調査」(以下、JILPT2005年調査)と2006年の「就業・社会参加に関する調査」(以下、JILPT2006年調査)は、特に母子世帯に特化したデータではない。ともに20歳から65歳までの男女を対象に、住民基本台帳より層化二段抽出法で標本を抽出した汎用的な労働調査である(表1)。両調査の有効回収率は、いずれも6割前後に達しており、母子世帯の母親のほか、単身女性や有配偶女性についてもランダムに調査しているので、異なるグループ間の比較が可能である。ただ、ネックとなるのは、母子世帯のサンプルサイズが小さいことである。

そこで、母子世帯の属性をより細かく分析する必要のある場合には、2007年に行なった「母子家庭の母への就業支援に関する調査」

庭の母への就業支援に関する調査」(以下、JILPT2007年調査)を併用して分析することにした。JILPT2007年調査のサンプルは、厳格なランダム抽出によるものではないため、サンプルの代表性に若干懸念が残る。母の年齢、末子の年齢、世帯人員数、養育費の受給比率、年収等の属性平均は、厚生労働省「全国母子世帯等調査」(2006)と、おおむね似通っているものの、離別母子世帯の割合がやや高めで、母子世帯になってからの期間が厚生労働省調査より2年ほど短いという特性に留意する必要がある。JILPT2007年調査によると、離別母子世帯の正社員希望率(86.1%)は死別母子世帯より9ポイントほど高く³⁾、また母子世帯の経過年数も正社員希望率との間に弱い負の相関関係($R=-0.0318$)がある。そのため、JILPT2007年調査のサンプルは、正社員希望率の高いグループにやや偏っている可能性がある。

各調査の概要については、表1を参照されたい。

3.2 母子世帯の母親が正社員就業を希望しない原因仮説

仮説を立てて検証する前に、まず、アンケート調査における母親の自由記述から、彼女らが正社員就業に希望を持たない理由について大雑把に把握してみよう。JILPT2007年調査を用いて、「将来」正社員として働くつもりのない母親の自由記述をまとめてみると、その理由は、以下の数種類に大別される。

(1) 本人の健康状態。本人の健康状態が悪く、

表1 本研究が用いる調査データ一覧

	調査名	調査対象	標本抽出法&調査方法	調査時期	サンプルサイズ	回収率 (%)	母子世帯数
2005年	「日本人の働き方調査」	全国の満20歳以上65歳以下の男女8,000人	住民基本台帳より層化2段抽出法 訪問留置法	8月～9月	4,939	61.7	61
2006年	「就業・社会参加に関する調査」	同4,000人	同上	12月～翌1月	2,274	56.9	36
2007年	「母子家庭の母への就業支援に関する調査」	20の自治体に住む母子世帯の母6226人	各地の母子家庭等就業・自立支援センター等が保有している名簿登録者全員 郵送調査	12月～翌1月	1,311	21.1	1,311

- 正社員就業が難しいと判断したケース。
- (2) 本人の年齢と学歴。企業の正社員の求人に年齢や学歴の制限が多く、一定の年齢以上で、中学校卒または高校中退等の場合、正社員としての就職が難しいと判断したケース。
 - (3) 子どもの年齢と健康状態。子どもの年齢が低かったり、持病や障害を抱えていたりしているため、正社員としての就業が無理と認識したケース。
 - (4) 保育園、学校との折り合い。残業や急な休みをとれないことで、保育園や学校との折り合いが付きにくいと判断して、正社員就業をあきらめたケース。
 - (5) 子どもと過ごす時間の重要性。子供との時間を大切にしたいと、正社員就業を希望しないケース。

以上の自由記述により、母子世帯の母親が正社員就業を希望しない理由として、大きく「年齢・学歴制約仮説」(理由(1), (2)) と「育児制約仮説」(理由(3)～理由(5)) という二つの仮説を設定することができる。また、経済学的な理論から設定できる仮説も加えて、以下の3つの仮説を提示することにする。

仮説1：年齢・学歴制約仮説。

日本企業の正社員採用は、年齢、学歴と職歴経験を重視する傾向があるため、一定年齢を超えている人、低学歴の人、正社員として働いた経験のない人にとって、正社員就業のハードルは高いことが容易に想像できる。また、仮に年齢、学歴と職歴経験の要件をクリアしたとしても、本人の健康状態が悪ければ、正社員として働くことは、物理的に困難である。とくに母子世帯の母親の中には、元夫からDVを受けて精神疾患を患ったり、行動障害を抱えたりしていて、健康状態が悪くなっている者が一般女性よりも多いことが報告されている（道中2009）。

仮説2：育児制約仮説。

子供の年齢段階によって、育児制約の中身と程

度が多少異なるが、総じて子供の年齢が低ければ低いほど制約が大きいと思われる。未就学児童の場合には、平日・昼間の保育が一般的であり、母親は夜間・休日勤務に応じにくく。また、小さい子は病気にかかりやすく、母親は仕事を突然休まなければならないことが多い。一方、小学生の場合には、平日での学校行事が多く、また学童保育や学校の終了時間が早いという新たな制約がある。

祖父母等による育児支援がこれらの育児制約を緩和できる。また、居住している自治体の子育て支援制度が充実していたりすると、育児制約が小さくなる可能性がある。逆に、子供が持病を抱えていたり、障害を持っていたりすると、育児制約がより一層大きくなり、母親は正社員就業の希望を持ちにくくなる。

仮説3：非勤労収入仮説。

標準的な就業選択のモデルによると、資産や非勤労所得は、就業希望者の留保賃金を引き上げ、労働供給を抑制する効果がある。母子世帯の場合には、元夫からの養育費や遺族年金、児童扶養手当、家賃や利子収入等の非勤労収入を得られるケースがある。そういった非勤労収入が多ければ多いほど、母親は正社員就業を希望しない可能性が高くなると予想される。

3.3 仮説の検証方法

上記3つの仮説が成立するかどうかは、それぞれの仮説を代理する属性を変数とし、代理変数の値が異なる個人の間で、正社員就業希望確率が有意に異なるかどうかを検証して判断する。たとえば、母親の学歴が低いほど、正社員就業を希望する確率が低くなれば、「年齢・学歴制約仮説」が支持されると判断する。具体的には、正社員就業の希望する確率を推定するにあたって、以下のLogitモデルを用いることとする。

$$\Pr(Kibo = 1 | X) = \frac{1}{1 + e^{-X\beta}} \quad (1)$$

With $X\beta = \beta_0 + \beta_1 Age + \beta_2 EDU + \beta_3 H + \beta_4 Age^K + \beta_5 H^K + \beta_6 D + \beta_7 T + \beta_8 OI$

正社員就業の希望有無 (Kibo) に影響する一連の説明要因 (X) は、母親の年齢 (Age), 学歴 (EDU), 健康状態 (H), 「子育て制約の大きさ」を表す末子の年齢 (Age^K), 難病・重病の子どもの有無 (H^K), 親との同居の有無 (D), 居住地域の保育所待機率 (T)⁴⁾, および「非勤労所得」の多寡を表す変数 (OI) が含まれている。

4 基礎事実の確認

4.1 正社員と非正社員におけるウェルビーイングの比較

第(1)式を推定する前に、アンケート調査から仮説を傍証する材料を、いくつか見てゆくことにしよう。例えば、正社員に関して、収入が高いにもかかわらず、生活全般のゆとり感が必ずしも

高くないという可能性はあるのだろうか。表2は、「正社員」「フルタイム(FT)非正社員」とび「パートタイム(PT)非正社員」における幸福の度合い、いわゆるウェルビーイング (Well-being) の指標を比較したものである。母子世帯の母親の中での比較(左半分)および有配偶女性の中での比較(右半分)が行なわれている。

有配偶母親に限ってみれば、確かに予想通り、正社員が非正社員に比べ、本人の平均収入が高い一方で、生活全般のゆとり感が低いことが分かる。非正社員の母親は、時間面で比較的余裕を持っていることが高いゆとり感につながっているものと考えられる。また、母親の就業形態にかかわらず、有配偶母親は母子世帯の母親より、生活のゆとり感が全般的に高いことが分かる。

一方、母子世帯の母親の間での比較をみると、正社員の母親は、仕事への満足感についても生活全般のゆとり感についても、非正社員の母親よりも高くなっていることが分かる。また、収入、余暇時間、セキュリティといった具体的な項目で比較した場合には、正社員となった母親は、総じて有利な立場にいることが分かる。たとえば、世帯

表2 母の就業形態別にみる母のWell-being

		母子世帯の母親 (2007)			有配偶母親 (2005・2006年)		
		正社員	FT非正社員	PT非正社員	正社員	FT非正社員	PT非正社員
総合	今の仕事への満足感 (2007年4段階、2005年5段階)	2.7	2.5	2.5	3.2	3.1	3.5
	生活全般のゆとり感 (5段階)	2.1	1.9	1.7	3.1	3.6	3.4
収入	昨年の平均稼働収入 (万円)	261.1	174.4	106.4	385.7	167.6	100.0
	時間当たりの平均賃金 (円)	1437.9	889.2	1210.5	2005.0	818.0	1061.1
	世帯年収300万円未満比率	53.1%	83.0%	88.0%	3.0%	6.1%	4.8%
余暇時間	総労働時間数/週	43.4	42.2	22.0	43.2	44.2	21.3
	休日勤務あり				12.1%	15.3%	8.3%
	早朝・夜間・深夜勤務あり	99.1%	98.0%	96.3%	25.0%	9.3%	1.0%
セキュリティ	失職の可能性が低い				84.7%	33.1%	39.8%
	雇用保険の加入	94.6%	78.9%	43.3%	74.2%	52.6%	31.1%
	厚生・共済年金の加入	94.9%	71.1%	25.4%	89.6%	60.0%	53.6%
標本数 (最大)		352	454	268	292	267	527
標本構成比		32.8%	42.3%	25.0%	26.9%	24.6%	48.5%

注: (1) 母子世帯の母親についての集計値はJILPT2007年調査を用いたものである。(2) 有配偶母親についての集計値は、JILPT2005年、2006年調査を用いたものである。そのうち、今の仕事への満足感、雇用保険の加入、厚生・共済年金の加入については、JILPT2005年調査のみに基づく集計値である。(3) FT非正社員とは、週あたり35時間以上働く非正社員のことを探している。

年収が300万円未満の比率は、正社員は53.1%であるのに対して、非正社員は8割を超えている。また、正社員における雇用保険、厚生・共済年金の加入率（95%前後）も非正社員よりはるかに高い。

4.2 正社員就業における母親の希望

このように母子世帯の間で比較してみると、正社員は非正社員よりもウェルビーイングが総じて高い。それを反映した形で、将来、いずれ正社員になりたいと考えている母親は大半を占めている。JILPT2007年調査によると、現在正社員以外の働き方をしている母親のうち、77.4%の者は将来正社員になることを望んでいる。無職の場合でも、母親の43.0%は希望する就業形態として「正社員」を挙げている。

しかしながら、「今後3年もしくは5年くらいの間に」という現実味のある条件を設けて設問すると、正社員就業を望まないと答える者が大多数を占めているのもまた事実である。JILPT2005年調査、2006年調査について、現在正社員ではない者を対象に集計したところ、今後3年もしくは5年くらいの間に正社員就業を希望している母子世帯の母親の割合は、派遣・契約社員等が30.0%（10人中3人）、パート・アルバイトが30.3%（33人中10人）、全体では25.4%に過ぎない⁵⁾。つまり、正社員就業を希望しない母親は全体の4分の3（67人中50人）も占めているということである（表3）。すでに正

社員として働いている者が全員就業希望を有する者として再集計したとしても、半分強（53.6%）の母親は当面の間、正社員就業を希望していないこととなる。

このように正社員希望率について、期間限定の設問とそうでない設問との間に大きなギャップが存在している⁶⁾。これは、「将来いざれは正社員になりたいにもかかわらず、当面の間、正社員になる希望を捨てざるを得ない」という母親が大勢いることを示唆したものである。正社員を希望しながらも元夫のDVが原因で肉体的にも精神的にもすぐに正社員としての就業が難しい者や、母子世帯になったばかりで正社員就業の準備はできない者等、当面の間正社員就業をあきらめざるを得ない事情はさまざまのようである。

また、正社員希望率の数値は、不本意ながら非正社員または無職状態にいる者の割合としても解釈できる。正社員希望率は、正社員以外の全体では、母子世帯の母親は25.4%、独身女性は23.4%、男性が14.4%、有配偶母親は8.1%である（表3）。母子世帯の母親と独身女性は、望まないので非正社員になっている割合は高いことが示されている。

5 推定結果

5.1 「将来」正社員になりたいかどうかの決定要因—母子世帯調査の結果

表3 今後3年もしくは5年くらいの間、正社員就業を希望する者の割合

	母子世帯の母 (N=67)	有配偶女性		独身女性 (N=548)	男性 (N=1,517)
		未成年子あり (N=967)	未成年子なし (N=1,484)		
正社員以外の全体	25.4% (17/67)	8.1%	3.1%	23.4%	14.4%
現在の就業状況別	パート・アルバイト	30.3% (10/33)	9.4%	4.2%	30.1%
	契約・派遣社員等	30.0% (3/10)	21.8%	9.8%	30.1%
	自営業・家族従業員	0% (0/6)	1.9%	0.8%	1.5%
	無職	22.2% (4/18)	6.1%	2.4%	24.7%
	週労働時間35時間以上（除く正社員）	20.8% (5/24)	8.3%	3.1%	20.9%
	週労働時間35時間未満（除く無職者）	29.6% (8/27)	13.0%	5.0%	24.0%
正社員を含む全体	46.4%	21.9%	15.2%	51.5%	61.8%

注：(1) JILPT (2005)「日本人の働き方調査」、JILPT (2006)「就業・社会参加に関する調査」に基づき筆者が再集計したものである。

母子世帯を対象としたJILPT2007年調査では、就業希望について、「今後3～5年の間」ではなく、「将来」について尋ねている。本節では、分析対象を母子世帯に限定しながらも、時期を限定せずに「将来」いずれ正社員になりたいかどうか、の決定要因について分析する。説明変数の中には、学校卒業後に就いた初職は正社員かどうか、ホームヘルパー等の専門資格を保有しているかどうか、親から世話的援助または経済的援助を受けているかどうかなど、正社員就業希望に影響を与える可能性のある一連の変数も含まれている。

推定結果（表4CaseA）をまとめると、母子世帯の母親が正社員を希望しない理由として、本研究が提起した三つの原因仮説のいずれもがおおむね支持されていると言える。

まず、母親の年齢、健康状態、特定の専門資格（ホームヘルパー等）の有無は、将来における正社員希望の有無に有意な影響を与えている。つまり、母親の年齢が1歳増えるごとに、正社員就業を希望する確率は0.8ポイント低下する。健康状態の良くない者は、健康状態の良い者より、正社員就業を希望する確率が9.7ポイント低い。また、ホームヘルパーの資格をもっている者は、持っていない者よりも正社員就業を希望する確率が6.2ポイント高い。

次に、子育て制約の代理変数である親との同居ダミーも、正社員就業希望に有意な影響を与えている。具体的には、親と同居している者は、同居していない者よりも、正社員就業を希望する確率が7.5ポイント高い。

表4 母子世帯の母における正社員就業希望の決定要因（Logitモデル）

	CaseA (全母子世帯)					CaseB (独立母子世帯のみ)			
	係数	S.E.		限界効果	Xの平均値	係数	S.E.		限界効果
学校教育年数	0.044	0.044		0.010	12.9	0.064	0.054		0.014
年齢	-0.038	0.012	***	-0.008	39.3	-0.020	0.015		-0.004
健康状態（1=良くない）	-0.415	0.122	***	-0.097	30.4%	-0.542	0.157	**	-0.129
初職正社員	-0.090	0.146		-0.019	77.1%	-0.252	0.190		-0.053
資格3：保育士	-0.326	0.366		-0.080	4.8%	-1.343	0.479	**	-0.397
資格6：調理師	-0.042	0.249		-0.009	6.1%	-0.513	0.295	*	0.141
資格10：ホームヘルパー	0.308	0.157	**	0.062	22.0%	0.707	0.229	**	0.130
子-3～5歳	-0.028	0.334		-0.006	17.7%	-0.885	0.598		-0.233
子-6～14歳	0.081	0.320		0.018	59.0%	-0.682	0.586		-0.141
子-15歳以上	0.185	0.361		0.038	18.3%	-0.591	0.622		-0.150
子供が重病・難病	0.107	0.283		0.022	4.7%	0.323	0.417		0.064
親との同居ダミー	0.381	0.170	**	0.075	22.6%				
親等の援助：世話的援助のみ	0.029	0.154		0.006	32.5%	-0.149	0.188		-0.034
経済的援助のみ	-0.092	0.199		-0.021	11.4%	-0.723	0.261	**	-0.194
世話的&経済的援助	-0.089	0.180		-0.020	28.8%	-0.351	0.248		-0.085
log（非勤労収入）	-0.076	0.036	**	-0.017	96.4万円 (実値)	-0.085	0.066		-0.019
生活保護受給（推測値）						-0.554	0.205	**	-0.140
定数項	2.544	0.735	***			3.182	1.047		
対数尤度				-320.4					-201.7
N				815					502

注：(1) JILPT2007年データを用いた推計結果である。(2) 統計的に有意ではない資格ダミー（ほか10種類）および地域ダミーの係数推計値が省略されている。(3) 限界効果は、標本ごとに計算され、その平均トリートメント効果（Average treatment effect）が報告されている。() *、**, ***はそれぞれ10%、5%、1%信頼水準で差が有意であることを示す。

最後に、「非勤労収入」仮説の代理変数である非勤労収入額は、期待通りの符号となっている。つまり、非勤労収入が1万円増えるごとに、正社員就業を希望する確率が1.7ポイント低下する。

ただし、キー変数のうち、学校教育年数と末子の年齢ダミーは、統計的に有意ではない。つまり、仮説の予想に反して、母親の学歴と末子の年齢は、正社員就業希望にそれほどの影響を与えていないようである。

5.2 生活保護を受けている母親は正社員希望率が低い

そのほか、生活保護の利用の有無も、母子世帯の母親の正社員希望率に一定の影響を与える可能性がある。2008年度現在、母子世帯の13.3%が生活保護を受給しており、これは一般世帯（除く高齢者世帯と母子世帯）における受給率の約10倍にあたる⁷⁾。こうした家庭の中には、正社員就業によって生活保護の受給がうち切られることを恐れて、正社員就業を希望しない母親がいるかもしれない。しかし残念ながら、本研究が用いた三つのデータセットは全て、生活保護の受給有無について尋ねておらず、この生活保護による正社員希望の減退効果を直接に検証することは不可能である。

そこで、次善の策として、JILPT2007年調査から得られる収入等の情報に基づき、生活保護の受給の有無を推測し、その推測値を用いて母子世帯の母親の正社員就業希望を推定することにした。具体的には、親族と同居していない独立母子世帯のうち、以下の条件を満たす人々を生活保護受給者と推測する。(1) 親族から経済的援助を受けていない、(2) 死別母子世帯⁸⁾ではない、(3) 本人の稼働収入、児童扶養手当、養育費以外の不明収入を持っている、(4) その不明収入ならびに世帯の総所得は生活保護の生活扶助基準範囲内である。生活扶助基準額は、制度にしたがって、母親の年齢、子供の年齢、子供数および級別に算出を行った。その結果、11.7%の独立母子世帯が生活保護を受給していると推測される。これは、同時期の公的統計による母子世帯の生活保護受給率

(13.0%) とかなり近い数値であると言えよう。

生活保護の受給有無（推測値）の影響を入れて再推定した結果（表4CaseB）、生活保護を受給している母親は、非受給者より正社員希望の確率が14.0ポイント低くなっている。受給者と非受給者との差が1%水準で有意であることが分かった。生活保護が正社員就業意欲を減退させているという懸念は、この分析結果からさらに強まることとなる。

ただし、上記の推定結果は、生活保護と正社員就業希望との間に強い相関関係があることを示したもの、両者の因果関係を証明したものではないことを留意されたい。もともと正社員として働く特殊な事情がある者が、生活保護を受けているという逆の因果の可能性もあるからである。このような同時性の問題が生じている場合、本来ならば操作変数またはパネルデータを用いて厳密に検証する必要があるものの、データ上の制約により、課題として残されている。

5.3 母子世帯の母親は他の女性よりも正社員希望が高い

母子世帯の母親をその他の女性と比較した場合、その正社員希望はどれほど高いものなのだろうか。表5は、第(1)式のLogitモデルを用いて、それぞれ「女性全体」(Case1)と「子どものいる女性」(Case2)を対象に、「今後3年もしくは5年くらいの間に」正社員就業を希望しているかどうかを推定した結果である。

いずれのケースの推定結果においても、母子世帯の母親は、その他の女性よりも正社員就業を希望する確率が高いことが分かる。具体的には、年齢、学歴等の属性を一定とした場合に、母子世帯の母親が正社員就業を希望する確率は、他の女性より13.4ポイント(Case1)、有配偶の母親より22.7ポイント(Case2)も高いことがわかる。

ここでも、正社員就業を希望しない理由として、本研究が提起した三つの原因仮説がおおむね支持されていると言えよう。ただし、表5と表4の推定結果をより詳しく比較してみると、以下2点の差異がみられた。

まず、表4では学歴と正社員希望の関係を確認できなかったものの、表5では学歴が正社員の就業希望を高める要因となっている。つまり、女性全般を推定対象とした場合、仮説の予測通り、学校教育年数が1年増えるごとに、正社員就業を希望する確率は2.8ポイント (Case2) ~ 3.5ポイント (Case1) 上昇することになる。

次に、表4では、末子の年齢は有意な説明変数ではなかったが、表5では末子の年齢は正社員希望に何らかの影響を与えていていると言える。例えば、子どものいる女性を対象とするCase (2) の推定結果⁹⁾ をみると、末子の年齢が3歳未満のグループに比べて、6~14歳の子を抱える者の正社員就業を希望する確率は、9.3ポイント低い¹⁰⁾。

それでは、このような結果の違いは何によってもたらされているのであろうか。

一つの可能性は、サンプルサイズの違いである。

一般的に、サンプルが多いほど、標準誤差は小さくなり、係数推計値は統計的に有意と判定されやすい傾向がある。しかし、表4が用いた母子世帯のサンプルは815人で、女性全体（表5Case1）のサンプルサイズ（2,059人）よりは小さいものの、子どものいる女性（表5Case2）のサンプルサイズ（779人）とほぼ同程度のものである。サンプルサイズの違いが原因になっている可能性はそれほど高くないと考えられる。

もう一つの可能性は、正社員希望の定義の違いである。「将来」の正社員希望（表4）よりも、「今後3年もしくは5年くらいの間」の正社員希望（表5）という定義の方が、はるかに現実性があり、限定的である。それに対して、当面は正社員就業を希望しないものの、将来はいずれ正社員になりたいと考える母親はより多く、いろいろな属性の人々が含まれることになる。このため、「将来」

表5 正社員就業希望の決定要因 (Logitモデル)

説明変数	(1) 女性全体				(2) 子どものいる女性			
	係数	S.E.		限界効果	係数	S.E.		限界効果
学校教育年数	0.214	0.033	***	0.035	0.168	0.055	***	0.028
年齢	-0.052	0.006	***	-0.008	-0.017	0.020		-0.003
健康状態 (1=良くない)	0.407	0.145	***	0.070	0.424	0.237	*	0.076
末子-3~5歳	-0.138	0.297		-0.022	-0.258	0.310		-0.042
6~14歳	-0.120	0.254		-0.019	-0.562	0.313	*	-0.093
15歳以上	0.497	0.263	*	0.083	-0.338	0.419		-0.055
子供無・年齢不詳	0.622	0.234	***	0.106				
親との同居ダミー	0.279	0.127	**	0.047	0.285	0.208		0.050
保育所待機率 (%)	0.017	0.099		0.003	0.190	0.185		0.032
log (非勤労収入)	-0.082	0.012	***	-0.014	-0.080	0.027	***	-0.013
log (金融資産額)	0.094	0.045	**	0.015	0.236	0.078	***	0.040
log (負債額)	0.032	0.009	***	0.005	0.055	0.014	***	0.009
母子世帯ダミー	0.763	0.311	***	0.139	1.143	0.400	***	0.227
2005年ダミー	-0.483	0.125	***	-0.083	-0.489	0.207	**	-0.087
地域ダミー、人口規模ダミー	—			—				
定数項	-1.762	0.622	***		-3.287	1.084	***	
対数尤度	-1030.7				-399.5			
擬似決定係数	0.156				0.114			
標本サイズ	2,059				779			

注：(1) 被説明変数は、正社員就業希望の有無 (1=現在正社員または正社員就業の希望を持っている, 0=その他) である。(2) 地域ダミーおよび人口規模ダミーの係数推計値が省略されている。(3) 限界効果は、標本ごとに計算され、その平均トリートメント効果 (Average treatment effect) が報告されている。(4) **, ***, ***はそれぞれ10%, 5%, 1%信頼水準で差が有意であることを示す。

の正社員希望の方が、統計的に諸属性について有意な差が出にくくなっていると考えられる。

今後は、正社員希望の定義を統一した上、母子世帯に限定した推定結果と女性全般の推定結果との比較をすることが望ましい。表4と表5の推定結果から、ひとまず、「母子世帯の母親は、本人の学歴や子どもの年齢にかかわらず、将来の正社員希望は高い」と結論づけることが妥当であろう。

5.4 母子世帯の母親はなぜ正社員希望が高いのか

次に、母子世帯の母親は、なぜその他の女性よりも正社員希望が多いのかという点を考えてみよう。これは、属性(年齢、学歴、非勤労所得など)平均の違いによるものなのか、それとも、それぞれの属性の説明力が母子世帯とその他の女性の間で異なるからなのであろうか。

そこでまず、正社員希望に影響を与える諸要因が、母子世帯とその他の女性の間で、その強弱に違いがあるかどうかをみてみたい。例えば、一般女性も母子世帯の母親も加齢とともに正社員希望は総じて低下していくが、母子世帯の母親の方が何らかの理由で低下幅が比較的緩やかであること

が考えられる。その場合、年齢変数の限界効果は二つのグループの間に差が生じ、母子世帯の年齢変数の限界効果が比較的小さいはずである。このことを統計的に確認する手法として交差項を用いる方法がある。具体的には、表5で用いた主要な説明変数を用いて、母子世帯ダミーとの交差項を作り、それを説明変数に加えた推定を行なう。交差項の係数が有意であれば、該当変数の限界効果が母子世帯とその他の女性との間で差があることになる。

交差項モデルの推定結果は表6の通りである。主要な説明変数のうち、唯一、二つのグループ間の限界効果に有意な差が認められたものは「末子の年齢」(Case2)である。末子が3歳以上であることは、母子世帯のグループにとって、正社員希望を押し上げる効果がより大きいことが分かる。しかし、それ以外の主な説明変数の係数推定値について、母子世帯の母親と一般女性との間に有意な差は認められなかった。つまり、本人の学校教育年数、年齢、親との同居の有無、非勤労収入の多寡は、いずれのグループにおいても、正社員就業の希望確率にはほぼ同じ程度の影響力を持っている。

表6 母子世帯の母と一般女性にとっての各キー変数の効果の違い（線形確率モデル）

説明変数の交差項		(1) 女性全体		(2) 子どものいる女性		
		係数	S.E.	係数	S.E.	
学校教育年数	×母子ダミー	-0.050	0.048	-0.047	0.049	
年齢	×母子ダミー	-0.010	0.012	-0.019	0.012	
末子-3歳未満	×母子ダミー					
3～5歳	×母子ダミー	0.218	0.255	1.591	0.581	***
6～14歳	×母子ダミー	-0.127	0.151	1.304	0.629	**
15歳以上	×母子ダミー		(dropped)	1.560	0.704	**
親との同居ダミー	×母子ダミー	0.079	0.143	0.112	0.149	
保育所待機率	×母子ダミー	0.023	0.063	0.037	0.065	
log(非勤労収入)	×母子ダミー	0.001	0.010	0.002	0.012	
log(金融資産額)	×母子ダミー	0.053	0.045	0.024	0.049	
log(負債額)	×母子ダミー	0.011	0.009	0.007	0.010	

注：(1) JILPT2005、2006年データを用いた推定結果である。被説明変数、その他の説明変数およびサンプルサイズは、それぞれ同表5。

(2) 表6は、前述のLogitモデルではなく、線形確率モデルを用いて推定している。Logitモデルの場合には、交差項の係数を線形モデルのようにDIDパラメーターとして直接、その符号やt値の大きさから解釈することはできない(Liuほか2004)。そのため、Liuほか(2004)に倣って、交差項の限界効果の解釈が容易な線形確率モデルを用いることにした。(3) *、**、***はそれぞれ10%、5%、1%水準で差が有意であることを示す。

したがって、正社員を希望する者の割合について、母子世帯の母親の方が有配偶女性より高い理由は、主にこうした平均的な属性の違いにあると考えられる。とくに非勤労収入について、母子世帯は有配偶女性世帯の1/7から1/5程度に過ぎず、両者の間に大きな格差が存在している¹¹⁾(付表)。非勤労収入が非常に少ないことが、母子世帯の母親の正社員希望率を引き上げていると言えよう。

5.5 正社員就業の希望を果たすための条件とは
それでは、正社員就業の希望を抱きながらも、その希望を果たせなかった人と果たせた人の違いはどこにあるのであろうか。

表7は、母子世帯の母親について、正社員就業の希望者のみを対象として、彼女らの正社員就業の確率を推定した結果である。つまり、5種類の就業状態(1=正社員、2=パート・アルバイト、3=

契約・派遣社員等非正社員、4=自営業、5=無職)の中で、最も一般的な働き方である「パート・アルバイト」をベンチマーク¹²⁾とし、正社員就業確率の高低をみている。

一方、表8は正社員就業を希望する女性全体についての推定結果である。説明変数の中には、育児と就業の両立に欠かせない保育環境を示す指標(居住地の保育所待機率)が新たに加えられている。

表7と表8は、いずれも多項Logitモデルを用いた推定結果である。各選択肢が独立であるというIIA仮説が満たされたのであれば、正社員就業の確率を多項Logitモデルで推定することが正当化される。そこで、このIIA仮説の有効性を確かめるために、「4=自営業」、「5=無職」という2つの選択肢を落としたモデルとすべての選択肢を含んだモデルを推定し、二つのモデルの係数推定値が統

表7 母子世帯の母における正社員就業希望の実現要因（多項logit model）

基準組=パート・ アルバイト	正社員			契約社員			自営業			無職		
	係数	S.E.	限界効果	係数	S.E.		係数	S.E.		係数	S.E.	
学校教育年数	0.045	0.062		0.000	0.143	0.070	* *	0.038	0.151		-0.037	0.099
年齢	-0.046	0.017	* * *	-0.008	-0.022	0.019		-0.031	0.041		0.016	0.027
健康状態(1=良くない)	-0.237	0.194		-0.076	0.192	0.208		-0.211	0.464		0.960	0.287
初職正社員	0.395	0.216	*	0.066	-0.003	0.236		0.474	0.520		0.202	0.324
自己啓発ダミー	-0.180	0.236		-0.056	-0.034	0.271		-1.135	0.775		1.195	0.298
資格1：看護師	1.218	0.692	*	0.186	0.078	0.966		-33.998	.		1.713	1.033
資格2：准看護師	1.553	0.641	* *	0.418	-34.672	.		-33.995	.		-0.130	1.226
資格6：調理師	0.809	0.387	* *	0.118	-0.236	0.505		1.361	0.678			
資格9：介護福祉士	1.416	0.547	* * *	0.314	0.124	0.763		0.511	1.179		-34.301	.
資格10：ホームヘルパー	-0.405	0.209	* *	-0.043	-0.515	0.238	* *	-0.151	0.471		-0.163	0.320
資格12：簿記	0.454	0.203	* *	0.086	0.289	0.224		-0.571	0.523		-0.547	0.343
末子-3～5歳	-0.339	0.390		-0.111	0.766	0.550		0.862	1.154		-0.665	0.513
6～14歳	0.694	0.372	*	0.054	1.361	0.544	* * *	1.082	1.132		-0.508	0.502
15歳以上	1.038	0.460	* *	0.044	1.660	0.622	* * *	1.640	1.293		-0.065	0.647
子どもが重病・持病を持つ	0.142	0.428		0.010	0.187	0.468		0.962	0.882		-0.541	0.651
親との同居ダミー	0.103	0.203		0.000	0.087	0.228		0.164	0.449		0.586	0.300
定数項	-0.124	0.988			-2.438	1.151	* *	-4.026	2.469	*	-3.017	1.528
対数尤度 = -1186.1	(標本サイズ=980)											

注 (1) JILPT2007年調査データを用いた推定結果である。正社員就業希望の定義(1=「将来」正社員として働きたい、0=その他)は、他の2カ年と異なることに留意していただきたい。推定対象者は、現在正社員または正社員就業希望を持つ者である。(2) 地域ダミーおよび統計的に有意ではない資格ダミーの係数推定値が省略されている。(3) *; **; ***はそれぞれ10%, 5%, 1%水準で差が有意であることを示す。

計的に異なるかどうかのハウスマン検定を行った結果、IIA仮説の成立は否定できなかった¹³⁾。したがって、ここでは多項Logitモデルを用いることが妥当だと判断できる。

まず、母子世帯の母親に対象を限定した表7の推定結果をみると、年齢の比較的若い人、学校卒業後の初職が正社員の人、末子の年齢が6歳以上の人には、そうでない人よりも正社員就業の希望を実現しやすい。また、看護師、准看護師、調理師、介護福祉士、簿記といった専門資格の保有も正社員就業希望の実現に有効であることがわかる。実際、筆者等が2007年に各地の母子家庭等就業・自立支援センターで行ったヒアリング調査（JILPT 2008）においても、看護師や准看護師、介護福祉士等の資格取得は、母子世帯の母親の間で人気が高く、正社員就業につながりやすいと考えられている。一方、簿記資格は実務経験が重要であり、経理部門での実務経験を持たない者は簿記資格を取得したとしても、なかなかスムーズに正社員就業に繋がることは難しいようである。

一方、表8の結果をみると、正社員就業希望を

持つ者同士で、母子世帯の母親が一般女性よりも正社員になりやすいとは確認できなかった。また、親との同居、保育所待機率が有意ではないことを考えると、子育て制約の緩和によって、正社員就業が直ちに増えるとも言えない。これは、因果関係が複雑であり、子育て制約をある程度クリアした人のみが正社員就業を希望しているということに理由があると考えられる。

6 結びにかえて—これから求められる母子世帯の母親への就業支援

本研究は、8割弱の母子世帯の母親は将来正社員になりたいと考えながらも、半数以上の母子世帯の母親が、今後3～5年の間に正社員就業を希望しないという一見矛盾した事実に注目している。これは、「正社員就業の希望を抱きながらも、当面の間、正社員になる希望を捨てざるを得ない」母親が大勢いる現状を示している。こうして不本意ながらも非正社員や無職状態にいる母子世帯の母親の割合は全体の4分の1を占めており、有配偶母親に比べると格段に高いことも、調査データか

表8 女性全体における正社員就業希望の実現要因（多項logitモデル）

基準組＝パート・ アルバイト	正社員			契約・派遣社員等			自営業			無職		
	係数	S.E.	限界効果	係数	S.E.		係数	S.E.		係数	S.E.	
学校教育年数	0.188	0.072	***	0.020	0.243	0.101	**	0.228	0.441		-0.139	0.115
年齢	0.072	0.016	***	0.008	0.038	0.021	*	0.115	0.070	*	0.021	0.023
健康状態不良	-0.791	0.707		0.000	0.031	0.975		-38.912	.		1.536	1.104
自己啓発の有無	0.029	0.234		-0.008	0.115	0.335		0.782	1.133		0.111	0.372
末子-3～5歳	-1.924	0.708	***	-0.718	15.984	2.189	***	18.938	9925.546		-3.141	1.096 ***
6～14歳	-0.956	0.717		-0.652	17.867	2.133	***	16.607	9925.546		-2.142	0.971 **
15歳以上	-1.482	0.739	**	-0.605	16.693	2.214	***	14.892	9925.546		-2.655	1.029 ***
子供無・年齢不詳	-0.044	0.648		-0.218	18.018	2.059	***	17.976	9925.546		-1.691	0.816 **
親との同居ダミー	-0.144	0.269		-0.026	0.067	0.382		-45.577	.		0.185	0.432
保育所待機率	0.047	0.209		-0.003	-0.108	0.368		3.304	2.023	*	-0.492	0.386
母子世帯ダミー	-0.252	0.468		0.008	-0.399	0.771		-42.312	.		-0.763	0.945
2005年調査ダミー	-0.093	0.265		-0.048	0.008	0.381		-4.570	2.122	**	20.625	2.269 ***
定数項	-3.073	1.461			-23.659	.		-58.859	.		-17.717	.
対数尤度 = -657.1	(標本サイズ = 934人)											

注：(1) 推計対象者は、現在正社員または正社員就業希望を持つ子どものいる女性である。比較グループはパート・アルバイトである。
(2) 地域ダミーおよび人口規模ダミーの係数推計値が省略されている。(3) *、**、***はそれぞれ10%、5%、1%信頼水準で差が有意であることを示す。

ら読み取れる。

母子世帯の母親が、正社員就業を諦めざるを得ない理由として、「年齢・学歴制約仮説」、「育児制約仮説」および「非勤労収入仮説」が考えられる。実証分析の結果、そのいずれもの仮説も、一定程度の説明力を持つことが分かった。具体的には、「年齢・学歴制約仮説」の代理変数である母親の年齢、健康状態、特定の専門資格（ホームヘルパー）の有無、「子育て制約」の代理変数である親との同居ダミー、「非勤労収入」仮説の代理変数である非勤労収入額は、それぞれ仮説の予測通り、将来の正社員希望の有無に有意な影響を与えている。

また、年齢、学歴等の属性を一定とした場合に、母子世帯の母親が今後3～5年の間に正社員就業を希望する確率は、他の女性より13.4ポイント（Case1）、有配偶の母親より22.7ポイント（Case2）も多い。主要な属性変数（年齢、学歴、非勤労所得など）の限界効果は、母子世帯の母親とその他の女性グループの間で有意な差が認められなかつた。つまり、母子世帯が高い正社員希望率を持つ理由は、主に平均属性（年齢、学歴、非勤労所得など）の違いによるものと考えられる。とくに非勤労収入について、母子世帯は有配偶女性世帯の1/7から1/5程度に過ぎず、非勤労収入が非常に少ないことが、母子世帯の母親の正社員希望率を引き上げていると言えよう。

さらに、正社員就業希望を持つ者だけを対象に、正社員になっている人となっていない人との違いも分析した。その結果は、初職の正社員経験を持つ人や、末子の年齢が6歳以上の人、看護師、准看護師、調理師、介護福祉士、簿記といった専門資格の保有者等は、正社員就業の希望を実現できる確率が高いことがわかった。ただし、同じく正社員就業希望を持つ者同士で、母子世帯の母親が一般女性よりも正社員になりやすいということは確認できなかった。

したがって、これから期待される母子世帯の母親への就業支援は、おおむね以下の三つが考えられる。

第一に、母子世帯の母親における「育児による

制約」を緩和するための支援策が必要である。親と同居しても公的支援を受けられるようにすることや、子育て中の女性の受け皿となるファミリーフレンドリーな企業を増やすこと、家事・育児支援の拡大などが考えられる。

第二に、高年齢の母親は、正社員就業の希望を持ちにくく、また希望を持っていてもその実現は難しいことから、高年齢の母親に対する特別な就業支援が必要だと考えられる。年齢差別の解消を期待しつつも、同時に年齢のハンディをカバーするための工夫（経験・折衝能力重視の求人紹介や雇用奨励金等）が今後必要になってくると思われる。

第三に、（准）看護師や介護福祉士等の正社員就業に有利に働く専門資格に絞って、その取得を奨励・支援すべきといえる。2003年度に創設された母子世帯の母親の向けの「自立支援教育訓練給付金」と「高等技能訓練促進費」制度は、こうしたニーズに応えようとしたものである。特に、後者の「高等技能訓練促進費」制度を利用した専門資格の取得サポート事業は、利用者の正社員就業率が8割を超えるなど、実績を上げている。ただ、こうした制度の認知度はまだ低く、利用者も少ないとことから、今後はこれらの制度利用を促進するために、広報・普及活動を行うべきと考えられる。

母子世帯の母親における職業能力開発は、「働きながら」、そして「子育てしながら」行なえるように制度設計する必要がある。つまり、母子世帯の母親には、訓練費用だけではなく、訓練を受けている間の生活費や子供の保育問題もセットで解決するような政策を計画すべきである。この二つの「ながら」問題を解決しない限り、せっかく設けられた支援メニューであっても、大多数の母子世帯の母親にとって「絵に描いた餅」に過ぎないことになる。

もっとも、母子世帯にとって、直ちに「正社員就業実現=脱貧困」という構図にはなっていないことにも注意が必要である。仮に世帯年収300万円を脱貧困の一つの指標とすれば、正社員の母子世帯ですら約半数は、その条件を満たしていない。

「正社員就業」は、母子世帯にとって脱貧困に向けての良いスタート条件となろうが、それだけでは十分ではなく、専門職に就くことや、キャリアを中断させないためのサポートも必要不可欠である。

さらに、正社員就業を促進するための上記の政策提言は、全ての母親の生活実態に合っているわけではないことが言うまでもない。例えば、祖父母との同居が母親本人の心理的なストレスとなる場合や、祖父母の生活課題を担わねばならない事態を招く場合も少なくない。看護師や介護福祉士等専門資格を要する職場では、夜間就労や不規則勤務などが多く、幼い子どもを持つ母親は働きづらい傾向がある。こうした母親に対して、無理に正社員就業を押し進むべきではなく、むしろワーク・ライフ・バランスの角度から必要な支援を行うよう心掛けるべきである。そのためには、離別父親にきっちり養育費を支払ってもらい、国が社会保障や税金での所得移転を通じて母子世帯に引き続き経済支援を行うことが重要である。

最後に、暫定的な結果ではあるが、生活保護の受給が母親の正社員意欲を抑制している可能性があることも注目に値するポイントの一つである。今後母親の正社員意欲を損なわないような制度設計を新たに考える必要性があろうかと思う。具体策として、正社員就業の奨励金を設けることや、正社員就業後も仕事が安定するまでの一定期間の生活保護継続受給を認めること等が考えられる。

(平成22年12月投稿受理)

(平成24年6月採用決定)

(備考) 本論文は周(2010)を大幅に加筆・修正したものである。二人のレビュー(太田聰一氏、浜田浩児氏)、稲上毅氏、コリン・マッケンジー氏、大石亜希子氏、阿部彩氏、藤井宏一氏、草野隆彦氏、浅尾裕氏、吉田研一氏、馬欣欣氏、高田しのぶ氏および本誌3名のレフェリーの方より大変有益なコメントをいただいた。記して感謝を申し上げたい。本論文は、執筆者個人の責任で発表するものであり、所属機関としての見解を示すものではない。

注

- 1) 以下、特に言及しない限り、「母親」は母子世帯の母親のことを指している。

- 2) 出所:厚生労働省「子どもがいる現役世帯の世帯員の相対的貧困率の公表について」(2009年11月13日)。
- 3) 恐らくほとんどの死別母子世帯は、遺族年金をもらえるため、離別母子世帯に比べて経済的な理由で正社員就業を希望する確率が低下するからだと思われる。
- 4) ここでは居住地域が、10個の行政ブロックおよび3通りの都市規模(指定都市、中核市、一般市)により30の地区に分けられ、それぞれの地区における調査年の保育所待機率の平均値(保育所待機児童数/保育所入所児童数)を説明変数としている。保育所待機率は、厚生労働省「保育所の状況」(各年)の中の都道府県・指定都市・中核市別の待機・入所児童数に基づき、筆者が集計したものである。
- 5) 自営業の場合、正社員就業を望まないのが一般的である。自営業の6人を除いた場合の正社員希望率(27.9%)は、25.4%より高くなるものの、低い水準のままである。
- 6) 残念ながら、「当面の間」および「将来」の両方について、正社員就業希望の有無について尋ねているアンケート調査はない。
- 7) データ出所:国立社会保障・人口問題研究所「生活保護に関する公的統計データ一覧」2010年9月
- 8) 死別母子世帯は、遺族年金を受けている可能性が高い。不明収入の中に遺族年金も含まれている可能性があるため、これらの死別母子世帯を分析対象外とした。JILPT2007年調査の場合には、生活保護受給の有無について推測可能な標本のうち、5.5%が死別母子世帯である。
- 9) 育児制約の影響をよりストレートにみるために、配偶者のいない女性に限定した推定も行った。その結果、育児制約を受けている母子世帯の母親の正社員希望確率は独身女性より低いものの、その差は統計的に有意ではないことがわかった。
- 10) これは、育児制約の大きさは子どもの年齢との間に単純な線形的相関関係ではなく、子供の年齢が上昇した小中学校の段階では育児制約が逆に大きくなっている可能性を示唆したものである。つまり、小中学校は学校の終了時間が早い上、PTA、授業参観、保護者会等平日昼間の父母行事が多く、働く親を念頭に運営されている保育園に比べると、利用者にとって、正社員就業と育児との両立が一層難しいものであるからである。
- 11) 平均教育年数や末子の平均年齢についても、二つのグループ間に若干の違いがみられるものの、非勤労収入ほど顕著ではない。
- 12) 永瀬(2003)、高田(2010)は、「無職者」を比較グループとしている。どのグループを比較対象にしても、結論は変わらないが、本稿は、直感的に分かりやすくするために、パート・アルバイト

付表 正社員就業の希望者と非希望者の属性比較

	母子世帯の母親			有配偶母親		
	現在正社員	希望する	希望しない	現在正社員	希望する	希望しない
学歴-中学校	7.4%	11.8%	13.5%	0.6%	0.0%	3.3%
学歴-高校	40.7%	52.9%	55.8%	39.1%	50.0%	46.8%
学歴-短大・高専	48.1%	35.3%	26.9%	37.9%	35.0%	38.2%
学歴-大学（院）	3.7%	0.0%	3.8%	22.4%	15.0%	11.7%
学校教育年数	12.9	12.4	12.3	13.7	13.3	13.1
年齢	39.1	39.4	39.8	40.2	37.8	40.2
健康状態不良	25.9%	47.1%	30.8%	11.5%	23.8%	14.5%
末子3歳未満	3.6%	0.0%	7.7%	20.5%	26.3%	20.5%
3～5歳	7.1%	23.5%	7.7%	13.6%	20.0%	16.5%
6～14歳	53.6%	41.2%	55.8%	41.5%	36.3%	41.4%
15歳以上	35.7%	35.3%	28.8%	24.4%	17.5%	21.6%
親と同居	35.7%	20.0%	23.9%	33.0%	35.4%	24.8%
本人年収	327.5	104.7	123.6	384.5	108.2	66.8
非勤労収入（年額）	101.3	70.6	115.4	507.4	489.1	580.4
金融資産額	567.4	155.9	264.3	595.7	523.2	504.1
住宅ローン等負債額	324.9	626.5	136.3	1062.9	1204.1	986.7
標本サイズ（最大）	27	17	49	172	78	889

注：(1) JILPT2005年、2006年データを用いた集計値である。金額ベースの集計値は、すべて「万円」単位である。(2) 母子世帯の母の集計対象が少ないため、パーセンテージの引用に留意が必要である。

を比較グループとした。

- 13) 例えば、女性全体の標本を用いたIIA仮説に対するハウスマンテストの結果は、 $\chi^2(25) = 10.04$ (P値=0.9979) となっており、上記のIIA仮説の成立は否定されなかった。

参考文献

- 阿部彩 (2008)『子どもの貧困』岩波新書
 下夷美幸 (2008)『養育費制度にみる国家と家族』勁草書房
 周燕飛 (2008)「母子世帯のいま-増加要因・就業率・収入等」JILPT労働政策研究報告書No.101、第1章第2節
 周燕飛 (2010)「母子世帯の母親はなぜ正社員就業を希望しないのか」JILPT Discussion Paper Series 10-07

高田しのぶ (2010)「母子家庭の母の就業を決める要因」『日本経済研究』No.63、100-112

永瀬伸子 (2003)「母子世帯の母のキャリア形成、その可能性」日本労働研究機構調査研究報告書No.156『母子世帯の母への就業支援に関する研究』第3部第3章

道中隆 (2009)『生活保護と日本型ワーキングプア』ミネルヴァ書房

八代尚宏 (2009)『労働市場改革の経済学』東洋経済新報社

Liu, Z., Dow, W.H. and E. C. Norton (2004) "Effect of Drive-through Delivery Laws on Postpartum Length of Stay and Hospital Charges", *Journal of Health Economics* 23 (1), 129-155

(Yanfei Zhou (独) 労働政策研究・研修機構
副主任研究員)

保健行政における医療費削減効果

足立泰美
赤井伸郎
植松利夫

I はじめに

わが国は巨額の財政赤字を抱えながら、少子高齢化の急激な進展に備えなければならない。人口減少経済においては、高い経済成長の実現は難しく、少子高齢化に対応するための制度改革は不可避だが、低成長下の制度改革は利害対立を生む。社会保障制度においても同様だ。

国立社会保障・人口問題研究所（2011）『平成21年度 社会保障給付費』によれば、社会保障給付費は、2009年度には99.8兆円¹⁾であったのが、厚生労働省『平成24年度版厚生労働白書』の推計では、2025年度には148.9兆円に達する。なかでも、3割以上を占める「医療」は、2009年度には30.8兆円であったのが、医療技術の進歩によって平均寿命が伸びている。この医療費の大半を65歳以上の高齢者が消費している実態がある。

急増する社会保障給付費は、保険料と公費で支えられている。少子高齢化の進行とともに、社会保障給付費を担う現役世代の減少によって、保険料割合が減少し公費負担が増えている²⁾。公費負担の増加は、現役世代が受けている受益を将来世代が負担することを意味する。受益と負担の両者から見て、増加する社会保障給付費は世代間に利害対立を生み、これら対立は今後も拡大し、深刻化を呈することが予想される。

したがって、社会保障給付費の抑制をはかることは重要な課題である。本稿では、社会保障給付

費の抑制として、3割以上を占める「医療」に着目する。「医療」の内訳は、一般診療医療費主傷病別で悪性新生物を上回って、生活習慣病関連疾患（5兆2,980億円）が1/5以上を占める。これは、医療技術の進歩による平均寿命の伸長に相俟つて、ライフスタイルの変化による生活習慣病が増加し、壮年期の死亡や障害が増え、医療費が上昇していることが要因とされる。

特に糖尿病医療費（1兆1,893億円）は、「医療」の2割以上と高い割合を占める。厚生労働省（2007）『国民健康・栄養調査結果の概要』によれば、糖尿病が強く疑われる人は約890万人、糖尿病の可能性を否定できない人も加えると約2,210万人に達し、今後も増加すると報告されている³⁾。しかも糖尿病は、食生活や運動習慣によって発症し、加齢とともに疾患の重症化と合併症⁴⁾を招き、症状の憎悪とともに医療費が上昇するという特徴をもつ⁵⁾。医療費を要素分解すると、受給者数と1人あたり医療費に分けられる。したがって、糖尿病医療費の増加には、受給者数と1人あたり医療費が誘引となっていることが推測される。

保健行政は、予防という視点から医療費の抑制を図っている⁶⁾。2006年度の「医療制度改革（第5次医療法改正）」では⁷⁾、生活習慣病に特化した適正化対策を実施した。その内容は、2015年度までに糖尿病有病者と予備軍の25.0%の減少を目指し、予防政策の徹底を図ることで、生活習慣病医療費を2015年には1.6兆円にまで抑えると試算している。2007年には、「新健康フロンティア戦略」

を打ち出し、個人の特徴に応じた予防・治療の研究開発及び普及を実施し、2011年には医療機関体制と糖尿病発症予防のために、「糖尿病疾病管理強化対策事業」と「糖尿病予防戦略事業」を掲げ、予防強化をはかっている。具体的には、リスク因子をもつ特定の対象者に注目したハイリスク・アプローチと、全国民を対象としたポピュレーション・アプローチの2つの視点から、発症予防と重症化予防を行っている（図1参照）。

上記の社会背景を踏まえ、本稿では、急増する社会保障給付費の要因として医療費、とくに糖尿病医療費に着目し、保健行政が行う発症予防の早期発見と重篤症状の早期治療などの予防活動が医療費抑制に影響があるかを検証する。

本稿の構成は以下の通りである。第2節では先行研究について説明する。第3節では本稿の分析

に用いるデータの概要、分析方法そして基本的な計量モデルを提示する。第4節には結果を示し、第5節ではその結果から導出される考察を記述し、本稿の結論をまとめる。

II 先行研究

予防に関する先行研究は多岐にわたる。澤野・大竹（2004）は、予防行動について公衆衛生学と経済学の2つのアプローチに着目している。公衆衛生学では予防を医療サービスの代替とし、経済学では予防と医療サービスを個人の選択変数として捉え、その両者には乖離があるとしている。

公衆衛生分野では、予防と生活習慣との関係、予防と医療費との関係、また予防政策の評価などから論じている。

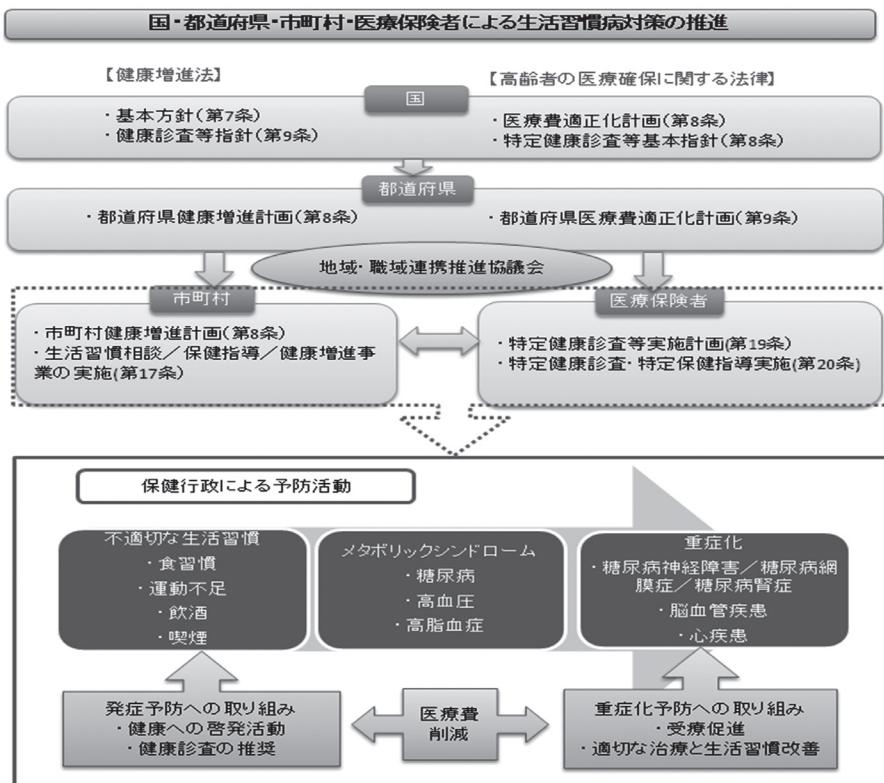


図1 保健行政

出所) 厚生労働省平成20年度地域・職域連携推進事業関係者会議資料「健康増進計画・健康増進事業について」より筆者作成

竹森（1996）、武田（1998）、高橋（2008）は食習慣、喫煙行動、運動習慣などの生活習慣に地域差があることを示し、日常の健康度と生活習慣が相関関係にあることを明らかにした。

Takao et al. (2003), Fukuda et al. (2005a, 2005b), Anzai et al. (2005), Kuriyama et al. (2006), 北澤・坂巻 (2007), 栗山 (2008) は、喫煙、肥満そして運動習慣などの生活習慣をはじめ所得、居住地域、健診受診率そして医療機関の受診行動などが医療費と相関しているとし、予防と医療サービスは代替の関係にあるとしている。

さらに実施した予防政策の効果を検証した研究には介入研究がある。David et al. (2010) は、ライフスタイルの変化による予防活動が医療費の削減に寄与することを明らかにしている。また Steven (2011) は、予防的医薬品の介入が医療費の削減を促していると指摘している。

以上の先行研究から、食習慣や喫煙行動などの生活習慣には地域性が影響し、これら生活習慣によって発症する疾患は、健康状態や生活状況への質の低下だけでなく、医療費の上昇も招いているとされている。一方、予防は一定のコストがかかるが医療費削減効果もあると提言されており、医療費と予防政策は相関関係にあることを明らかにしている。

経済的なアプローチにおいても、予防との関係で生活習慣を取り上げた研究は多く、また、就業や所得またライフイベントにも注目している。

Kenkel (2000) は、家族歴、教育、医療保険加入などの個人属性が予防の決定要因であるとしている。山田・山田 (2002)、井伊・大日 (2002) は、医療保険の加入状況や健康診断の受診行動など個人の予防行動と生活習慣に着目しており、岩本 (2000)、大石 (2000)、野口 (2008)、濱秋・野口 (2010) は、生活習慣とともに就業や所得また結婚などのライフイベントを取り上げている。

また生活習慣病と医療費⁸⁾との関係を分析した論文として、小椋・鈴木 (1998) と鈴木 (2007) がある。これらは、医療費の大半を高齢者が占めており、しかも死亡直前の医療費について、虚血性心疾患、高血圧性疾患そして糖尿病などの生活

習慣病による費用が大きいことを示している。そして医療費削減には、生活習慣病予防が有効な政策であると指摘している。

医療費の価格弾力性を取り上げた研究も多数ある。Manning et al. (1986) は、Rand Health Insurance Experimentの大規模な医療実験を行い、価格の弾力性を分析している。国内でも、泉田 (2004)、鈴木 (2004)、吉田・川村 (2004)、熊谷・泉田 (2007) が、1997年の診療報酬改定による価格変化を取り上げ、これら改定が被保険者に負担を移転するコスト・シフティング効果と受診抑制効果を招き、医療費の抑制をもたらすとしている。一方で、受診抑制の効果は疾病の重篤化を招くという指摘もある（日吉 (2001)、馬場園 (2005)⁹⁾）

したがって、生活習慣病は医療費に対し大きな割合を占めており、これら費用に対し価格変化による受診抑制は医療費削減に効果はあるものの、疾病の重篤化という問題も招いている。そのためコストの面に加え、医療の質にも着目することは重要であり、疾病への予防は、両者の視点から有効な手段であると考えられる。

予防を取り上げた研究には、河野 (2005)、澤野 (2005) がある。これら研究では、職場の健康診査などの保健事業は、健康保険組合の経常収支赤字額や医療給付費に削減効果があるとしている。河野・斎藤 (2010) は、保健事業が傷病手当金受給率や死亡率に影響を与えていていることを示し、伊藤・川渕 (2010) は特定健診・特定保健指導の未受診者への受診勧奨が、医療費を増大させるとしている。つまり、企業の健康組合が行っている保健事業には、医療費を削減する効果と患者の掘り起こしによる医療費増大の相反する作用を持っていることが示唆されている。

また、澤野 (2009) では、1984年の診療報酬改定以降の政策的な引き上げは、健保組合に赤字をもたらしていることを明らかにしている。しかし、その赤字に対し、保健事業費や附加給付など予防活動の縮小は行われず、保険料引き上げの増収策で対処している実態を指摘している。このことから、予防事業には一定の効果が認められ、診療報

酬改定によって健保組合の経営状況が悪化したとしても、必ずしも予防事業費の縮小につながるわけではないことが示唆されている。

しかしながら、健康保険組合レセプトデータなどの職域保険データは、特定の被保険者を取り上げており、医療費の大半を占める高齢者医療の実態や地域の医療資源などは勘案されていない。しかも医療は、地域格差が大きいことが知られており、地域性を考慮した分析が不可欠である。したがって、保健事業と医療費との関係を明らかにするのに、医療費の大半を占める高齢者医療の実態にも着目し、居住する地域の医療資源や地域性なども考慮した保健事業の効果を分析することが重要であると考える。

そこで本稿では、生活習慣病の発症から悪化に関与する壮年期・高齢期までを対象とし、医療資源や地域性をコントロールしたうえで、地域の健康増進を目指す保健行政政策が医療費削減に寄与するかを明らかにする。

III データと分析方法

1 モデル

本稿ではパネル分析と三段階最小二乗法(three-stage least squares,3SLS)を用いる。これは疾患によって受診率が外生的に内生的に働く可能性があると考えられるため、2つの手法を用いる¹⁰⁾。

〈パネル分析〉

社会的に財政負担となる医療費の抑制を考える上で、医療費が、医療要因、保健要因そして地域要因によって、どのように決定されるかをパネル分析で検証する。ここで本稿は、被保険者あたりの診療報酬を決定する式として、推定モデル(1)式を仮定する。

$$y_{it} = a_0 + a_1 \ln(Z_{it}) + a_2 \ln(H_{it}) + a_3 \ln(P_{it}) + a_4 \ln(M_{it}) + \mu_{it} \quad (1)$$

y は被保険者あたり診療報酬をさし、 Z は受診率を示している。 H は保健要因を表し、被保険者

あたり保健師数、被保険者あたり保健事業費、被保険者あたり保健補導員数の3変数を用いる。 P は医療要因を表し、被保険者あたり診療所数、被保険者あたり病床数、被保険者あたり医師数の3変数を使用する。 M は地域要因を表し、被保険者あたり健康診断受診延人数と被保険者あたり健康教室参加者などの健康意識に関する2変数と、75歳以上高齢者割合や1人あたり課税所得などの人口構成や所得に関連する2変数を採用する。

<三段階最小二乗法（3SLS）>

仮説において想定されたように、受診率が内生的に決定されるという効果を的確にとらえ、その効果を排除した分析が必要となる¹¹⁾。この方法を用いて、保健活動が受診率にも影響を与えることを考慮し、受診率を内生変数として同時推定する。このことによって、保健活動が、受診率を経由する形だけでなく、受診率を経由しない形で、各診療行為における医療費(1件あたり医療費)への効果をも適正に把握することができる¹²⁾。具体的には、説明変数に対数値を取った以下の定式化での推計を行う。

$$y_{it} = a_0 + a_1 \ln(Z_{it}) + a_2 \ln(H_{it}) + a_3 \ln(P_{it}) + a_4 \ln(M_{it}) + \mu_{it} \quad (2)$$

$$\ln(Z_{it}) = \beta_0 + \beta_1 \ln(H_{it}) + \beta_2 \ln(P_{it}) + \beta_3 \ln(M_{it}) + \mu_{it} \quad (3)$$

ここで添え字の数値は、 i は市町村で t は各年度を示している。本稿の目的は、保健行政による医療費削減の効果を計測するため、被保険者あたり診療費に、保健行政活動を表す保健師数、保健事業費そして保健補導員が影響をあたえるかに着目する。

本稿では、変数の取り扱いについて、先行研究に則って、次の2点に配慮している。

1つに、因果の特定を明らかにすることである。医療費への削減には保健要因以外の要因も考えられる。具体的には、医療供給の実態や人口構成、収入、そして健康意識などにも影響をうけるとみなし、これら変数をコントロールしたうえで、保

健要因の影響を明らかにする。

2つめに、保健要因と医療費との間で逆因果が生じる可能性がある。つまり保健要因は、医療費の削減をもたらすだけでなく、医療費抑制への予防の期待があがり、逆に医療費を上昇させる効果も考えられる。この点については、推計結果の符号を見ることで検証する。

2 データ

本稿で用いる主なデータは、長野県国民健康保険連合より提供された『国民健康保険のレセプトデータ』に記載された諸率データと個票データを用いる。これは、病院側が国民健康保険組合に対し、医療費請求のために発行する診療報酬明細書で、5月時点の医用費の要約情報が納められた病類統計データである。分析期間は2006年度から2009年度のデータを使用する。

『国民健康保険のレセプトデータ』の諸率データから市町村別「被保険者数」を抽出し、個票データから各受診者の第一病名（主病名）が、全疾患と糖尿病疾患に該当する場合の「診療報酬」と「疾患件数」を抽出し、市町村毎¹³⁾に集計する。

データには、ID、医療機関名、診療年月、生年、年齢、性別、保険種別（一般国保、老人保健、退職国保）、市町村コード、診療区分（入院、外来、歯科、調剤別）、初診料有区分、処方箋有区分¹⁴⁾、日数、点数、食事基準額、病類コードがある。

また、対象疾患には全疾患と糖尿病疾患の2つを取り上げる。糖尿病疾患¹⁵⁾については、日本糖尿病学会の合併症基準を参考に、診断名にⅡ型糖尿病と糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害などの糖尿病合併症を対象とした。したがって、以下の「疾病コード・分類名」に「040201 糖尿病」、「040202 糖尿病性腎症」、「040203 糖尿病性神経障害」、「040204 糖尿病性網膜症」の一つでも該当している場合、それら個票データを抽出し、市町村毎に下記の変数を作成した。なお、【】は作成した変数を示している。

【被保険者あたり全疾患診療報酬】 =
「全疾患診療報酬総数」 / 「被保険者数」

【被保険者あたり糖尿病診療報酬】 =
「糖尿病診療報酬総数」 / 「被保険者数」
【全疾患受診率】 =
「全疾患件数」 / 「被保険者数」
【糖尿病受診率】 =
「糖尿病件数」 / 「被保険者数」

保健行政関連要因には、長野県国民健康保険連合『保健事業実施状況』から保健師数と保健補導員数を、厚生労働省『国民健康保険事業年報』から保健事業費¹⁶⁾を用いて、市町村毎に下記の変数を作成する。

【被保険者あたり保健師数】 =
「保健師数」 / 「被保険者数」
【被保険者あたり保健事業費】 =
「保健事業費」 / 「被保険者数」
【被保険者あたり保健補導員数】 =
「保健補導員数」 / 「被保険者数」

また、医療費の削減効果には保健要因以外の要素も含む可能性があるとされ、因果の特定を考慮し、医療資源や地域性からの影響も考えていく必要がある。そこで、河野（2005）を参考に、本稿でも、医療費は、医療供給や人口構成などの地域性、収入や健康意識などの個人属性からも影響を受けるとし、コントロール変数として用いる。

具体的には、医療供給として、厚生労働省『医療施設調査』の診療所数、病床数そして医師数の変数を採用する。個人属性と地域性については、各地域の健康志向、人口構成そして収入に注目し、厚生労働省『地域保健・健康増進事業報告』、と総務省『国勢調査』データから、下記の変数を作成する。

【被保険者あたり診療所数】 =
「診療所数」 / 「被保険者数」
【被保険者あたり病床数】 =
「病床数」 / 「被保険者数」
【被保険者あたり医師数】 =
「医師数」 / 「被保険者数」

- 【被保険者あたり健康診断受診延人数】 =
「健康診断受診延人員数」 / 「被保険者数」
- 【被保険者あたり健康教室参加者数】 =
「健康教室開催数」 / 「被保険者数」
- 【75歳以上後期高齢者率】 =
「75歳以上人口」 / 「人口」
- 【人口1人あたり課税所得】 =
「課税所得」 / 「人口」

上述のデータについては、市町村合併の進展により、各年度の市町村の総数は異なる。そこで、分析対象の最終年度である2009年度の市町村の総数に合うように、現実の市町村合併を反映した形で、2006年度、2007年度、2008年度の市町村数を調整し、19市25町37村の81市町村の4年間のバランスド・パネルデータを作成した。これらデータの出所と基本統計量は、表1にまとめている。

なお、本稿末尾の補論において、データとして取り上げた長野県の医療・保健行政の説明を加えている。

3 仮説

前述の社会背景を踏まえ、全疾患と糖尿病に着目し、予防活動を主とする保健業務が医療費削減に寄与し、財政問題への解決策となると想定し、保健要因の効果を検討した。本稿では、「保健行政による予防活動が医療費を削減させる」という仮説をあげ、予防が次の3つの段階で効果を及ぼすと考える。(図2参照)。

第一は、受診前に及ぼす効果である。健康教室の実施等、受診前の予防活動は、疾患の発症予防を通じて受診率を抑制し、結果として、医療費が削減すると考えられる。

第二は、受診時に及ぼす効果である。健康診断は、受診率を引き上げる効果を持つが、受診による疾患の早期発見は、結果として、短期的に医療費を拡大するかもしれないものの、長期的には削減に寄与するものと思われる。

第三に、受診後に及ぼす効果である。疾患が見つかった場合においても、保健指導など重症化予防を実施することで医療費は削減できると考えられる。

したがって、これらより、

表1 記述統計

項目名	定義	記号	Mean	Std.Dev.	Min	Max	データ出典
被保険者あたり全疾患診療報酬	全疾患診療報酬 / 被保険者数	y	41870.2700	62308.1500	2081.6650	520307.2000	[1]
被保険者あたり糖尿病診療報酬	糖尿病診療報酬 / 被保険者数	y	8303.3030	12995.3900	320.9436	124097.8000	[1]
全疾患受診率	全疾患件数 / 被保険者数	Z	1.4887	2.1885	0.0631	18.3222	[1]
糖尿病受診率	糖尿病件数 / 被保険者数	Z	0.1963	0.2835	0.0076	2.4061	[1]
被保険者あたり保健師数	保健師数 / 被保険者数	H	0.0011	0.0009	0.0001	0.0096	[1][2]
被保険者あたり保健事業費	保健事業費 / 被保険者数	H	2085.1150	1386.5360	45.7101	9479.5580	[1][6]
被保険者あたり保健補導員数	保健補導員数 / 被保険者数	H	0.0200	0.0129	0.0024	0.1384	[1][2]
被保険者あたり診療所数	診療所数 / 被保険者数	P	0.0015	0.0008	0.0004	0.0079	[1][4]
被保険者あたり病床数	病床数 / 被保険者数	P	0.0167	0.0224	0	0.1370	[1][4]
被保険者あたり医師数	医師数 / 被保険者数	P	0.0027	0.0024	0	0.0131	[1][5]
被保険者あたり健康診断受診延人数 (生活習慣病関連)	健康診断受診延人員数 / 被保険者数	M	0.2412	0.3238	0	1.7865	[1][3]
被保険者あたり健康教室参加者 数(生活習慣病関連)	健康教室開催数 / 被保険者数	M	0.1082	0.1637	0	1.2942	[1][3]
75歳以上後期高齢者率	75歳以上人口 / 人口	M	0.3431	0.0905	0.1394	0.8173	[1][7]
人口1人あたり課税所得	課税所得 / 人口	M	2778.2580	232.7776	2204.4720	3594.5880	[1][7]

注：各変数の出典は以下の通りです。

- [1] 長野県国民健康保険団体連合会「国民健康保険レセプトデータ」2006年度、2007年度、2008年度、2009年度
- [2] 長野県国民健康保険団体連合会「保健事業実施状況」2006年度、2007年度、2008年度、2009年度
- [3] 厚生労働省大臣官房統計情報部「地域保健・健康増進事業報告」2006年度度、2007年度度、2008年度度、2009年度
- [4] 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」2006年度度、2007年度度、2008年度度、2009年度
- [5] 厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」2004年度、2006年度、2008年度
- [6] 厚生労働省保険局調査課「国民健康保険事業年報」2006年度、2007年度、2008年度、2009年度
- [7] 総務省統計局「都道府県・市町村のすぐた」

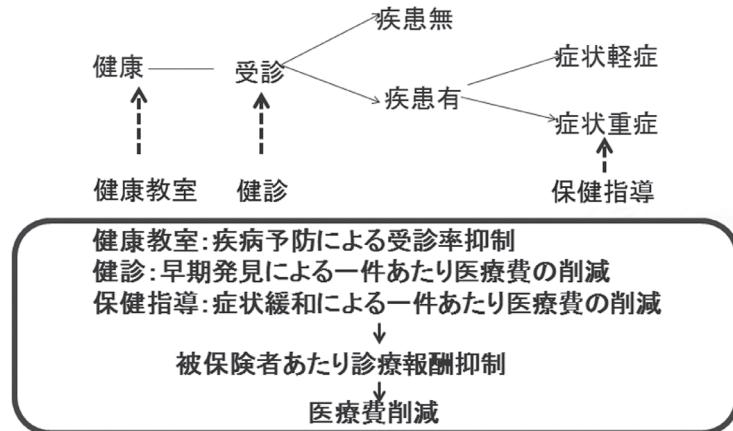


図2 予防活動の効果

出所) 筆者作成

「受診率の拡大による効果を取り除く限り、保健行政による予防活動は、医療費に対して負の効果を及ぼす」

という仮説を立てることができる。

この仮説を検証するために、予防活動の変数として、保健師、保健事業費そして保健補導員の3変数を用いる。長野県国民健康保険連合（2009）『保健事業実施状況』によると、保健師は健康診査・健康教育、訪問保健活動、地区管理・業務管理を行っており、近年は特定健康指導・特定保健指導などの健康診断などを実施している。したがって、行政による人的効果として用いる。保健事業費は、健康診査、健康増進事業や健康相談関係などの保健活動に投じられる費用を示している。そこでコスト面からの効果を検証する。保健補導員については、成人活動への取り組み、母子保健活動、禁煙運動、健康づくり大会など地域の健康活動を行っている。そこで地域根ざした人の投入という視点から評価する。

前述の仮説をもとに、以下では、分析対象として、まず、全疾患を取り上げる。加えて、予防活動が効果的とされている生活習慣に注目し、本稿では生活習慣病の一つである糖尿病を取り上げ、分析を行う。

IV 推計結果

結果については、表2および表3に整理されている。本稿では、まず、総合的な視点から、全疾患を対象に保健活動の予防効果を推計した後、より保健活動の影響を与えると思われる糖尿病における予防の効果を推計した。このとき、受診率を外生的にとらえた場合と内生的¹⁷⁾にとらえた場合の2つの視点から分析を行った。

つまり受診率を外生的にとらえているパネル分析については、受診への必要度は高く、本人の意思や周囲の環境に関係なく、受診が所与として与えられるだろう。なお、パネル分析のモデル選択については、【Hauman検定¹⁸⁾】を実施し、固定効果推定法もしくは変量効果推定法を採用している。検定結果は推計結果の【Hauman検定1】に示している。

三段階最小二乗法は受診率を内生的にとらえている。これは、医療機関への受診には個人の健康志向、施設の立地、所得や職業などの説明変数ではとらえきれない要因の影響を受け、受診率は内生的説明変数となる。

最後に、パネル分析と三段階最小二乗法で分析を行った後、【Hausman検定】を実施し、分析手法を選択している。検定結果は検定結果の

【Hausman検定2】に示している。

1 全疾患対象

パネル分析と三段階最小二乗法とで【Hausman検定】を行った結果、パネル分析の固定効果推定法が採用された。これは、保健要因や医療要因などさまざまな要因が受診率を介して診療報酬に与えるといった内生ではなく、受診率が外生として効いていることを示している。

パネル分析における結果は、表2の【Model1】から【Model3】に示されている。受診率を外生とする本推計において、【被保険者あたり保健事業費】は負に有意に働いている。¹⁹⁾ 推計結果から、

【被保険者あたり保健事業費】が1%増加したときの【被保険者あたり全疾患診療報酬】の効果は

3,510.347円の減少となる。また、【被保険者あたり保健事業費】の平均値で評価した場合、【被保険者あたり保健事業費】が1円上昇した場合、1,683円下がり、社会的な財政負担が減少するという結果となった。しかしながら【被保険者あたり保健師数】と【被保険者あたり保健補導員数】は有意に働かない結果となった。

このことから、全疾患における予防の効果は、【被保険者あたり保健師数】や【被保険者あたり保健補導員数】などの人的資源投入よりも【被保険者あたり保健事業費】のような費用による財源投入のほうが医療費削減の効果があることが検証された。

したがって、受診率は外生に効いており、これら受診率の拡大による効果を取り除く限り、保健

表2 全疾患

Panel	被保険者あたり 全疾患診療報酬	Model1		Model2		Model3		Model4		Model5		Model6		
		Fixed-Effect		Fixed-Effect		3SLS		被保険者あたり 全疾患診療報酬		受診率		被保険者あたり 全疾患診療報酬		
		coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	
	全疾患受診率	10156.400 *** (6.60)	9466.040 *** (10.00)	9380.5400 *** (9.08)	23093.200 (1.48)					14720.110 ** (1.81)		13964.380 * (1.70)		
保健 要 因	被保険者あたり保健師数	-751.299 (-0.69)				-7523.830 ** (-0.92)		0.526 *** (11.85)						
	被保険者あたり保健事業費		-3510.347 *** (-3.67)							-3702.252 *** (-4.11)	0.0301369 (0.32)			
	被保険者あたり保健補導員数			425.9974 0.25								786.629 (0.52)	-0.0573 (-0.38)	
医 療 要 因	被保険者あたり診療所数	-2674.941 (-0.82)	-5139.817 * (-1.72)	425.9974 (0.25)	2968.970 (0.42)	-0.417 ** (-2.17)	-4489.038 * (-1.65)	-0.1291407 (-0.44)	-2470.605 (-0.89)	-0.1479 (-0.51)				
	被保険者あたり病床数	-22929.790 *** (-5.33)	-23833.780 *** (-6.38)	-23916.8700 *** (-5.86)	-12147.200 (-0.87)	-0.827 *** (-3.31)	-22181.170 *** (-5.29)	-0.3245357 (-0.88)	-22834.390 *** (-5.33)	-0.3055 (-0.83)				
	被保険者あたり医師数	-828.527 (-0.41)	-1854.677 (-0.99)	-1023.1040 (-0.50)	927.461 (0.27)	-0.143 (-1.18)	-1056.514 (-0.45)	-0.158741 (-0.86)	-546.327 (-0.23)	-0.1465 (-0.79)				
環 境 要 因	被保険者あたり健康診断受診延人数 (生活習慣病関連)	-390.115 (-0.78)	-49.718 (-0.11)	-440.8985 (-0.90)		-0.032 (-1.09)		0.003335 (0.09)			-0.0120 (-0.30)			
	被保険者あたり健康教室参加人数 (生活習慣病関連)	184.589 (0.67)	153.450 (0.61)	159.6386 (0.58)		0.007 (0.64)		0.0289204 (1.17)			0.0307 (1.24)			
	75歳以上高齢者割合	-3171.827 (-0.23)	-11559.630 (-0.92)	-4350.0560 (-0.32)	580.524 (0.04)	-0.256 (-0.31)	21431.170 (-1.07)	1.84862 (1.51)	-12939.230 (-0.65)	1.7754 (1.46)				
	人口1人あたり課税所得	1553.735 (0.10)	10287.860 (0.68)	-324.6092 (-0.02)	5572.871 (0.29)	-0.296 (-0.30)	881.273 (0.04)	1.755957 (1.19)	-11080.980 (-0.52)	1.9648 (1.35)				
2006年度ダミー	-670.049 (-0.31)	-3096.335 (-1.47)	-604.0927 (-0.28)	-1162.716 (-0.46)	0.043 (0.33)	-3748.840 * (-1.85)	0.1186331 (0.57)	-1037.462 (-0.48)	0.0910 (0.46)					
2007年度ダミー	-105.007 (-0.04)	-3025.701 (-1.22)	-97.9456 (-0.04)	-1148.922 (-0.37)	0.043 (0.33)	-4589.922 (-1.34)	0.2897531 (1.19)	-1370.896 (-0.42)	0.2625 (1.13)					
2008年度ダミー		324.236 (0.53)	-247.263 (-0.43)	389.2185 (0.64)	-509.537 (-0.40)	0.065 * (-1.77)	-613.894 (-0.77)	0.0703458 ** (1.23)	169.795 (0.22)	0.0605 (1.10)				
cons	212811.000 *	183913.700	23102.900 *	90021.580	9.888	238190.3 *	-7.816148	300001.000	-9.100					
R-square (within)	0.7453	0.7849	0.7438	0.9137	0.9246	0.9479	0.832	0.9442	0.8316					
Ftest	F (31,70) *** =4.960	F (31,70) *** =7.630	F (31,70) *** =6.130	1228.790 ***	chi2=	chi2=	chi2=	chi2=	chi2=					
Breusch and Pagan test	chi2 (1) *** =16.900	chi2 (1) *** =20.680	chi2 (1) *** =16.350											
HausmanTest1	chi2 (10) ** =28.200	chi2 (10) ** =42.530	chi2 (11) *** =35.640											
HausmanTest2	chi2 (11) ** =28.200	chi2 (11) *** =42.530	chi2 (11) *** =60.610											
obs	299	299	299	299				299					299	

1) *, **, ***は、それぞれ有意水準1%, 5%, 10%で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。

2) coefficientの()の数値は、t値を示している。

3) HausmanTest1では、パネル分析のモデルの検定を実施し、固定効果モデルもしくは変量効果モデルを採用している。HaumanTest2では、分析方法の検定を行い、パネル分析もしくは三段階最小二乗法を採用している。

4) 市町村毎にDummyを作成し、異質性をとらえている。尚、紙面の都合上割愛している。

行政による予防活動は保健事業費などの財源投入が医療費削減に効果があることが明らかとなつた。

ただし、この結果から、保健師や保健補導員による予防効果はないと考えるのには問題がある。上記でも述べたように、保健活動が与える予防効果は、疾患別で異なると考えられるからである。以下では、その視点から、糖尿病に特化した分析を行う。

2 糖尿病対象

糖尿病でも同様に、パネル分析と三段階最小二乗法の両方で分析を行い、【Hausman検定】でモデルの検証を行った。その結果、パネル分析の固定効果推定法が採用され、糖尿病においても受診率は外生に効いた。推計結果は、表3の【Model1】

から【Model6】に示されている。

分析結果から、【被保険者あたり保健師数】と【被保険者あたり保健事業費】が負に有意であるとの結果を得たが、【被保険者あたり保健補導員数】では有意な結果が得られなかつた。このことから、【被保険者あたり保健師数】と【被保険者あたり保健事業費】は、予防活動を通じて、医療費の抑制に寄与していることが検証された。

表3の【モデル1】の結果から、【被保険者あたり保健事業費】が1%増加したときの【被保険者あたり糖尿病診療報酬】の効果は928.826円の減少となる。また、【被保険者あたり保健事業費】の平均値で評価した場合、【被保険者あたり保健事業費】が1円上昇したとき、【被保険者あたり糖尿病診療報酬】が0.445円削減する結果となった。

このことから、糖尿病疾患では受診率は外生に

表3 糖尿病

被保険者あたり糖尿病診療報酬	Model1		Model2		Model3		Model4		Model5		Model6	
	Random-Effect	Fixed-Effect	Fixed-Effect	3SLS	被保険者あたり 診療報酬	糖尿病受診率	被保険者あたり 診療報酬	糖尿病受診率	被保険者あたり 診療報酬	糖尿病受診率	被保険者あたり 診療報酬	糖尿病受診率
	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient	coefficient
糖尿病受診率	3246.244 *** (5.81)	2591.207 *** (6.62)	2566.769 *** (6.34)	4068.679 (0.90)	-154.697 (-0.50)	0.520 *** (10.59)	-957.162 ** (-2.20)	0.0458 (0.47)	-262.5742 *** (0.04)	265.0933 (0.31)	-0.090 (-0.57)	
被保険者あたり保健師数	-728.804 *** (-1.77)											
被保険者あたり保健事業費		-928.826 ** (-2.26)										
被保険者あたり保健補導員数			430.633 (0.63)							2538.935 (0.21)	1.589 (1.26)	
被保険者あたり診療所数	-1601.132 (-1.20)	-2740.477 ** (-2.13)	-2201.240 * (-1.68)	-904.882 (-0.28)	-0.654 *** (-3.04)	-2815.583 (-1.30)	-0.374 (-1.22)	-3024.758 (-1.19)	-0.391 (-1.30)			
被保険者あたり病床数	-3798.877 ** (-2.22)	-4701.858 *** (-2.93)	-4749.932 *** (-2.87)	-3140.993 (-0.76)	-0.836 *** (-3.03)	-4832.263 ** (-2.11)	-0.354 (-0.93)	-5616.628 (-2.23)	-0.355 (-0.93)			
被保険者あたり医師数	238.814 (0.30)	-100.498 (-0.13)	52.256 (0.06)	249.6402 (0.27)	-0.156 (-1.16)	-207.034 (-0.17)	-0.168 (-0.88)	-434.6103 (-0.33)	-0.175 (-0.91)			
被保険者あたり健康診断受診人数 (生活習慣病関連)	-132.537 (-0.67)	-78.808 (-0.40)	-177.464 (-0.89)		-0.031 (-0.93)		0.016 (0.33)		0.036 (0.88)			
被保険者あたり健康教室参加人数 (生活習慣病関連)	49.431 (0.45)	16.304 (0.15)	12.095 (0.11)		-0.012 (-0.68)		0.013 (0.49)		0.008 (0.34)			
75歳以上高齢者割合	165.398 (0.03)	3312.244 (-0.62)	-1192.053 (-0.22)	630.7738 (0.13)	-0.337 (-0.37)	-2933.809 (-0.25)	1.730 (-0.25)	2538.935 (-0.21)	1.589 (1.26)			
人口1人あたり課税所得	-3584.223 (-0.55)	-1639.944 (-0.25)	-4638.944 (-0.70)	-4839.138 (-0.71)	1.109 (-0.27)	-1002.099 (-0.05)	3.023 ** (-0.05)	2279.439 (-0.10)	3.163 ** (0.10)			
2006年度ダミー	771.767 (0.87)	-107.757 (-0.12)	587.976 (0.66)	1060.298 (0.66)	-0.310 ** (-2.13)	-187.722 (-0.13)	-0.229 (-0.06)	-16.28069 (-0.01)	-0.271 (-1.31)			
2007年度ダミー	710.139 (0.69)	-193.360 (-0.18)	613.774 (0.59)	762.3352 (0.91)	-0.033 (-0.19)	-180.960 (-0.13)	0.175 (0.69)	918.7166 (0.69)	0.129 (0.53)			
2008年度ダミー	213.504 (0.89)	61.144 (0.25)	239.537 (0.97)	220.82 (1.05)	0.016 (0.40)	72.338 (0.29)	0.026 (0.44)	297.1639 (0.44)	0.018 (1.20)			
cons	80235.060 (1.60)	-2196.947 (1.59)	90825.940 * (1.79)	86930.880 ** (2.18)	-2.070 (-0.24)	78851.830 (0.65)	-18.619 (-1.58)	53998.260 (0.39)	-18.696 (-1.60)			
R-square (within)	0.574	0.585	0.558	0.881	0.922	0.888	0.845	0.825	0.845			
GaussianWald ∕ Ftest	chi2(12) ** =2451.720	F(31,70) *** =2.670	F(31,70) *** =2.310 ***	chi2= 794.170***	chi2= 1342.620***	chi2= 831.310***	chi2= 621.580***	chi2= 529.170***	chi2= 623.010***			
Breusch and Pagan test	chi2(1) * =1.940	chi2(1) ** =3.520	chi2(1) * =2.120									
HausmanTest1	chi2(12) =16.560	chi2(12) ** =24.810	chi2(12) ** =23.840									
HausmanTest2	chi2(11) *** =41.800	chi2(10) ** =24.910	chi2(11) ** =18.970									
obs	299	299	299	299	299	299	299	299	299			

1) *, **, ***は、それぞれ有意水準1%, 5%, 10%で帰無仮説を棄却し、統計的に有意であることを示す。

2) coefficientの()の数値は、t値を示している。

3) HausmanTest1では、パネル分析のモデルの検定を実施し、固定効果モデルもしくは変量効果モデルを採用している。HaumanTest2では、分析方法の検定を行い、パネル分析もしくは三段階最小二乗法を採用している。

4) 市町村毎にDummyを作成し、異質性をとらえている。尚、紙面の都合上割愛している。

効いており、これら受診率の拡大による効果を取り除く限り、保健行政による予防活動は保健師数と保健事業費の2つの要因によって医療費削減に効果があることが検証された。

のことから、【被保険者あたり保健師数】や【被保険者あたり保健事業費】が医療費の抑制に直接つながっている結果となり、これら要因が増えることによって、【被保険者あたり糖尿病診療報酬】が下がり、社会的な財政負担を減少することが示された。

したがって、加齢とともに症状が進行したり、合併症なども罹患したりする糖尿病の特徴を踏まえると、介入が遅れるほど社会的な財政負担が増加するため、保健師数の導入や保健事業費の投入は、将来的には財政負担を通減もしくは増加をくいとめている可能性もある。

V 考察・結語

本稿では、全疾患と糖尿病の2種類を取り上げ、保健師数、保健事業費そして保健補導員数の3変数から、保健活動が医療費削減に与える影響について分析を行った。

このとき推計には、因果の特定を明らかにするため、保健要因以外に医療供給の実態や人口構成、収入、そして健康意識などにも医療費は影響をうけるとし、これら変数をコントロールしたうえで、保健活動の影響を実証した。

推計結果から、保健活動による医療費削減の効果は、全疾患では費用的な財源投入のみ、その効果が認められたが、糖尿病については、人的資源投入においても費用的財源投入においても費用削減の効果が示された。

また、健康保険組合データを用いた河野(2005)と同様に、推計結果から導出される財源投入による費用削減効果は、相対的に小さくなっている。しかしながら、加齢や症状憎悪によって医療費が上昇する疾患の場合、介入が遅れるほど社会的な財政負担が増加するため、将来的には財政負担を通減もしくは増加をくいとめている可能性がある。この点を踏まえると、保健事業費の投入や保

健師の導入によって、一時的にその影響は小さいとしても、将来的には医療費を削減させる可能性があることが推測される。

一方、保健補導員については有意な結果が認められなかった。これは、保健補導員自体が住民の自主的組織で構成されており、保健師のサポートとして、生活習慣病予防の普及、健康教育活動への協力そして健康診断の広報といった役割を果たしている。そのため、住民レベルからの健康活動であるため、医療費削減に直接的な影響を与えていないことが原因と考えられる。

以上、本稿の結果から、保健要因には一定の医療費抑制効果があることが明らかとなり、保健師、保健事業費そして保健補導員などの保健要因によって医療費に与える影響の方法や程度が異なることが明らかとなった。

しかしながら、本研究にはいくつかの課題が残されている。

1つに、市町村単位の問題である。本稿では、保健行政の政策評価を行うため、長野県国保データを市町村単位で集計し、医療費に与える要因について、統計学的な解析を行っている。しかしながら、市町村単位での医療費は、変動が大きいという課題も残されている。その理由としては、人口の小さい市町村で高額な医療費のかかる傷病罹患者が発生している可能性があげられよう。今後、データの精査が必要であろう。

2つめに、保健要因についてである。データの制約から、本稿で用いる保健師業務、保健事業費、保健補導員業務は生活習慣病を含めた全職員数と全事業費であり、生活習慣病の指導に特化したデータになっていない。より精密なデータの作成が必要であろう。

3つめには、糖尿病データの抽出方法である。本稿では、日本糖尿病学会の合併症基準を参考に、診断名にⅡ型糖尿病と糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害などの糖尿病合併症を対象とした。しかしながら、先行研究では健康診断データを用いて糖尿病患者のデータを抽出しているのに比べ、本稿では病名にのみ依存している。また合併症についても先行研究では3大合併症以外も含

めて、より広義などらえ方を行っているものもある。したがって糖尿病データの抽出においてより精密にかつ広義などらえ方をすることで予防の効果を正確に検証していくことも必要であろう。

補論：長野県の医療・保健行政

本稿では、医療過疎地も多く存在する地理的条件のなか、地域に密着した保健活動に積極的に取り組んできた長野県を、本稿の目的に沿った最適なデータとして取り上げた。以下では、データとして用いた長野県の医療・保健行政について概観する。なお、長野県の保健行政圏については図3

で示す。

1 医療行政

医療資源について、厚生労働省「医療施設調査（2009年）」によると、病院数、病床数そして医師数ともに全国平均を下回っている。人口10万あたり病院数は全国平均6.9施設に対し6.2施設、病床数については人口10万あたり全国平均1,256.0床に対し1,143.2床である。医師数については人口10万あたり205.0人と、全国平均の224.5人と比べ少ない値を示している。またその稼働状況は、病床利用率そして平均在院日数ともに全国平均より低い。のことから、長野県の医療行政の特徴とし

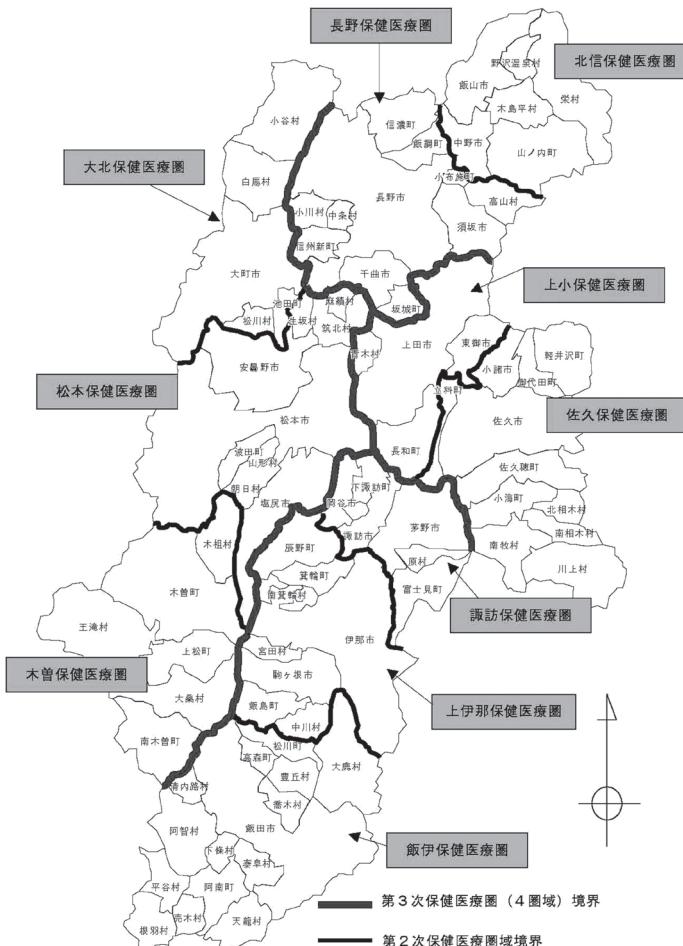


図1 長野県

出所) 長野県「第5次長野県保健医療計画」より抜粋

て医療資源そして稼働状況ともに全国平均よりも低いことがわかる。

一方、コストの面についても、老人医療費の1日あたり診療費は、全国平均を上回って高いが、1件あたり日数と受診率が低いことから、1人あたり医療費が抑えられている。この値は、経年的にみても、1996年以降2006年度まで全国的に最も低く推移している。したがって、医療資源、利用状況そしてコストの面から併せてみたとき、長野県は全国的に医療費が抑えられていることが推測される。

2 保健行政

厚生労働省「衛生行政報告（2006年度）」と「地域保健・健康増進事業報告（2009年）」によると、長野県の保健師数は多く、また地域住民の健診受診率も全国平均よりも高い²⁰⁾ことが示されている。

保健師の事業内容については、「平成22年度保健事業実施状況（長野県国民健康保険団体連合会）」によると、特定健診・特定保健指導そして受診勧奨などの健診業務、健康教室や生活習慣病改善教室などの啓発活動業務そして訪問指導・相談業務がある。特に、保健師は、生活習慣病とくに糖尿病予防を目的とした特定健診・特定保健指導業務²¹⁾などの健診業務を主に実施している。

また保健事業費の用途については、「平成22年度 保健事業実施状況（長野県国民健康保険団体連合会）」で整理されている。保健事業費の事業区分には健康増進事業、データの収集管理、広報事業そしてその他の4種類があり、とくに健康増進事業に重きがおかれている。健康増進事業の詳細は健康づくり教室や予防教室などの健康教育関係、訪問指導などの健康相談関係、特定健診・特定保健指導や人間ドックなどの健康診査関係、そして健康祭りといったその他に区分されている。

さらに長野県の保健資源の特徴の一つに、住民の自主的組織である保健補導員がある。昭和20年に高甫村（現須坂市）で一般家庭の主婦が保健師の手助けをしたのが始まりで、その後長野県国保地域医療推進協議会を中心に展開され、昭和60年

には長野県保健補導員等連絡協議会が設置され、現在は全市町村に配置されている。全県的に保健補導員制度が組織されているのは長野県だけであり、長野県の保健活動の象徴となっている。保健補導員の人数は約14,000人で、30代から70代の主婦を中心に、1～2年の任期で交代制がとられている。活動内容は、①生活習慣病予防の普及、②健康教育・相談活動への協力、③健康診断の広報と健診結果報告会への協力等がある。

注

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所（2011）『平成21年度 社会保障給付費』によれば2009年度の社会保障給付費の「医療」、「年齢」、「福祉その他」は、30兆8,447億円（30.9%）、51兆7,247億円（51.8%）、17兆2,814億円（17.3%）である。社会保障給付費は機能別に、「高齢」、「遺族」、「障害」、「労働災害」、「保健医療」、「家族」、「失業」、「住宅」、「生活保護その他」に分類されている。その内訳は、「高齢」が49兆7,852億円（59.9%）と最も大きく、次いで「保健医療」が30兆2,257億円（30.3%）を占め、「高齢」及び「保健医療」で90.2%を占めている。
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所（2011）『平成21年度 社会保障給付費』によれば、財源別内訳で、「社会保険料」が55兆4,126億円（45.5%）、「公費負担」が39兆1,739億円（32.2%）である。対前年度伸び率でみると、「社会保険料」は3.5%に減少しているが、「公費負担」は19.8%と急増している。
- 3) 糖尿病罹患者数の増加は、国内にとどまらず、世界的にも問題となっている。IDF（International Diabetes Federation）によれば、糖尿病罹患者は2007年には2億4,600万人であったのが、2025年には3億8,000万人に増えると推計されている。この推計を踏まえ、国連総会議では「糖尿病の全世界的脅威を認知する決議」を加盟192か国が全会一致で可決した。
- 4) 『糖尿病ネットワーク』によれば、糖尿病治療費は概算で、投薬（1種類）のみでは32万円/年間、インシュリン注射と投薬併用では44万円/年間である。糖尿病の進行が進み腎症を伴うと、透析治療が必要となり、インシュリン注射、投薬そして人工透析の併用では500万円/年間を要する。
- 5) 糖尿病医療費の過半数が65歳以上の高齢者医療費（18兆9,999億円）で、うち半分以上が75歳以上の後期高齢者医療費（11兆6,560億円）であることから、糖尿病医療費のうち高齢者医療費が大きい割合を占めていることが明らかとなっている。
- 6) 保健行政の執行業務には、都道府県保健業務と市区町村保健業務の2種類がある。前者は地域保

- 健の広域的、専門的、技術的拠点の機能強化を担い、後者は地域住民の健康保持・増進を目的に健康問題を取り組んでいる。
- 7) 「第5次医療法改正」では、1) 医療費適正化の総合的な推進、2) 新たな高齢者医療制度の創設、そして3) 都道府県単位を軸とした保険者の再編と統合の3本柱を軸に、効率的な医療サービスの提供を打ち出している。
- 8) 井伊・別所(2006)は、予防行動をはじめマイクロデータを用いた医療制度の実証分析について、詳細なサーベイを行っている。
- 9) 泉田(2004)は、1997年の診療報酬改定では医療の質への影響は明らかとなっていないと述べている。
- 10) 急性期疾患や突然の不慮の事故を想定した場合、受診への必要度が高く、本人の意思や周囲の環境に関係なく、受診が所与として考えられる。一方、病態が安定している場合、医療機関への受診には個人の健康志向や施設の立地などの影響を受ける可能性が高くなる。したがって、疾患や重篤度に応じて、受診率を外生的にも内生的にも働くと想定し、本稿では2つの手法を用いる。
- 11) 澤野・大竹(2004)、澤野(2005)によれば、予防活動や医療における従来の先行研究では、第一段階目に受診するか否かを推定し、第二段階目にサービス量に着目するTwo Part Modelが用いた研究が多くある。
- 12) 内生性を考慮した、あるいは患者の受診行動を通して間接的に影響を与える効果を単純回帰分析で推定するならば、観察可能もしくは観察不可能な要因が、受診率と誤差項に相関を招き、推定量は一致性を持たなくなる。つまり保健活動を表す変数と患者が受診しているかどうかは対応していないかもしれないため、保健行政の対象外患者が対象として含まれ、保健活動の効果が過剰推計となつて観測誤差を生じさせることがある。この問題に対処するため、同時方程式モデルを用いる。同時方程式モデルでよく用いられる推定方法に二段階最小二乗法(two-stage least squares, 2SLS)があるが、これは、連立方程式を1本ごとにとくため、方程式間の誤差項の相関や方程式ごとの組み合せが検討されていない。方程式間の誤差項を考慮したものに、Zellerの見かけ上無相関な方程式の推計(seemingly unrelated regressions, SUR)があるが、これは説明変数と誤差項は相関していないという仮定を置いている。一方で、本稿で用いる3SLSは方程式間の誤差項の相関も説明変数と誤差項との相関も考慮しているため、より適切な推計ができる。本稿では内生性を考慮した操作変数法(操作変数には第一次産業者割合と人口一人あたり課税所得を用いる)による推計も行い、結果の頑健性を確認している。
- 13) 厚生労働省(2009)「医療費の動向(年度版)」によれば、1人あたり医療費の伸び率は、全国平均で、2006年度には-0.40%、2007年度には3.20%、2008年度には2.60%、2009年度には3.00%である。本稿の扱う長野県国民健康保険連合団体(2009)「グラフで見る長野県の国保」は、80%以上の市町村が1人あたり医療費の伸び率が10%前後で推移しているものの、市町村単位での医療費は、変動が大きいという課題は残されている。
- 14) 処方箋有区分は1) 処方箋有、2) 在宅自己注射のみ実施、3) 在宅自己注射かつ腹膜灌流実施、4) 在宅自己注射かつ人工透析実施、5) 在宅自己注射かつ腹膜灌流かつ人工透析実施、6) 腹膜灌流かつ人工透析実施、7) 腹膜灌流のみ実施、8) 人工透析のみ実施がある。
- 15) 糖尿病データの抽出方法は多様である。古川・西村(2007)、日高他(2005)、稻田他(2005)は健康診査データのFPGと血糖値のデータから糖尿病患者を抽出している。北澤・坂巻(2007)、伊藤・川渕(2010)、鈴木(2011)はレセプトデータの病名を用いている。これら先行研究の多くは、糖尿病合併症も含め糖尿病疾患としている。本稿では、データの制約上、レセプトデータの診断名をもとに、日本糖尿病学会の合併症基準を参考に、Ⅱ型糖尿病と糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害などの糖尿病合併症を糖尿病とする。
- 16) データの制約から、本稿で用いる保健師業務、保健事業費、保健補導員業務は生活習慣病を含めた全職員数と全事業費であり、生活習慣病に特化したデータにはなっていない。
- 17) 内生性とは説明変数と誤差項が独立せず相関し、共分散となる場合をいう。説明変数が内生的である場合、推計結果に漸近的なバイアスが生じる。
- 18) Hauman検定は個別主体要因が説明変数と無相関であるとの帰無仮説を立て、カイ二乗検定をする。
- 19) 医療費が上昇することにより予防への期待があがり保健要因が上がるという逆の因果関係が生じている可能性があるが、本稿の推計結果は負の効果を示しており、逆因果の可能性は低いと判断できる。
- 20) 長野県の特徴として保健師数と健診受診率ともに高く保健活動が活発であるといわれている。保健師数については、人口10万あたり保健師数は58.5人と全国平均34人を上回って多く、健診受診率についても長野県では9.3人と全国平均6.2人に對し高い。
- 21) 2008年4月より施行。40歳から74歳までの公的医療保険加入者全員を対象としている。腹囲の測定及びBMI算出し基準値以上には血糖、脂質、血圧、喫煙習慣の有無からレベルを分類し、レベルごとに保健指導を実施する。受診率や保健指導実

施率の目標到達度に応じて後期高齢者医療制度への財政負担が最大10%増減される。

参考文献

- Anzai Y, Kuriyama S, Nishino Y, Takahashi K, Ohkubo T, Ohmori K, et al (2005) "Impact of alcohol consumption upon medical care utilization and costs in men: 4-year observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan." *Addiction*, 100, 19-27.
- Kuriyama S, Shimazu T, Ohmori K, Kikuchi N, Nakaya N, Nishino Y, et al (2006) "Green tea consumption and mortality due to cardiovascular disease, cancer, and all causes in Japan: the Ohsaki study" *JAMA*, 296, 1255-1265.
- Kenkel, D. S (2000) "Prevention, in A.J. Culyer and J.P. Newhouse end.", *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, 1, 3, 1675-1720.
- David R. Rappange, Werner B.F. Brouwer, Frans F.H. Rutten, Pieter H.M. van Baal (2010) "Lifestyle intervention: from cost savings to value for money", *Journal of Public Health*, 32, 3, 440-447.
- Steven Simoens (2011) "Public health and prevention in Europe: is it cost-effective?", *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 2, 3, 151-155.
- World Health Organization, Geneva (2008) "Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health".
- Fukuda Y, Nakamura K, Takano T (2005a) "Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan.", *BMC Public Health*, 5, 1, 53.
- Fukuda Y, Nakamura K, Takano T (2005b) "Socioeconomic pattern of smoking in Japan: income inequality and gender and age differences" *Anniversary Epidemiology*, 15, 5, 365-372.
- Takao S, Kawakami N, Ohtsu T (2003) "Occupational class and physical activity among Japanese employees" *Social Science & Medicine*, 57, 12, 2281-2289.
- Manning, Willard G., Duan, Naihua and Rogers, William H., (1986) "Monte Carlo Evidence on the Choice between Sample selection and Two-Part Models, Santa monica; Rand Corporation, forthcoming".
- 井伊雅子・大日康史 (2002) 「第9章 予防行動の分析.医療サービス需要の経済分析」日本経済新聞社 173-194.
- 井伊雅子・別所俊一郎 (2006) 「医療の基礎的実証分析と政策:サーベイ」『フィナンシャル・レビュー』 117-156.
- 泉田信行 (2004) 「患者の受診パターンの変化に関する分析」『医療と社会』 14,3,1-20.
- 伊藤由紀子・川渕孝一 (2010) 「生活習慣病予防事業に医療費に及ぼす効果—トヨタ自動車健康保険組合データを用いた検証」『東京学芸大学紀要』 61,155-171.
- 稻田扇・西村周三・清野裕・津田謹輔「2型糖尿病における外来医療費の研究: 医療改革が糖尿病科に与える影響」『糖尿病』 48,9, 677-684.
- 岩本康志 (2000) 「健康と所得」国立社会保障・人口問題研究所編『家族・世帯の変容と生活保障機能』 第6章, 東京大学出版会, 95-117.
- 大石亜希子 (2000) 「高齢者の就業決定における健康要因の影響」『日本労働研究雑誌』 481, 51-62.
- 小椋正立・鈴木玲子 (1998) 「日本の老人医療費の分配上の諸問題について」『日本経済研究』 36,154-183.
- 河野敏鑑 (2005) 「保健事業と医療支出の関係に関する分析」『医療経済研究』 16,37-46.
- 河野敏鑑・齊藤有希子 (2010) 「健康保険組合データからみる職場・職域における環境要因と健康状態」『研究レポート』 富士通総研経済研究所 361,1,1-11.
- 北澤健文・坂巻弘之 (2007) 「政府管掌健康保険データを用いた生活習慣病リスクの曝露と10年後の医療費発生状況との関係に関する研究」『医療と社会』 17,2,181-193.
- 熊谷成将・泉田信行 (2007) 「患者の自己負担率引き上げの時系列的評価」『医療と社会』 17,1,125-140.
- 栗山進一 (2008) 「大崎国保コホート—高齢者と医療費」『日本老年医学会雑誌』 45,2,172-174.
- 澤野孝一朗・大竹文雄 (2004) 「医療サービスと予防行動に関する研究サーベイ—予防政策評価のための一試論—」『医療経済研究』 15,37-49.
- 澤野孝一朗 (2005) 「医療サービスと予防行動の実証分析—外来受診・健康診断・労働安全衛生法—」『オイコノミカ』 42,1,15-31.
- 澤野孝一朗 (2009) 「組合健保と医療保険制度改革について」『オイコノミカ』 46,2,1-17.
- 鈴木亘 (2004) 「レセプトデータを用いたわが国の医療需要の分析と医療制度改革の効果に関する再評価」日本総研ワーキングペーパー No.97, 日医総研.
- (2007) 「老人医療費における集中と持続性及び終末期医療—現状の把握と削減可能性に関する基礎的知見」2007年医療経済学発表論文.
- (2011) 「慢性疾患と自己負担率引上げ—糖尿病・高血圧性疾患レセプトによる自己負担率引

- 上げの動態的効果の検証」『学習院大學 経済論集』48、169-191.
- 竹森幸一（1996）「家計調査成績に見られるわが国の食物選択とくに塩味食品選択の年次牛いと地域的特徴」『厚生の指標』43,4,32-37.
- 武田俊平（1998）「基本健康診査受診者における生活習慣」『公衆衛生雑誌』45,5,457-462.
- 高橋和子（2008）「生活習慣病予防における健康行動とソーシャルサポートの関連」『公衆衛生雑誌』55,8,491-502.
- 野口晴子（2008）「世帯の経済資源が出産・育児期における女性の心理的健康に与える影響について：「消費生活に関するパネル調査」を用いた実証分析」『経済研究』59,3,209-227.
- 馬場園明（2005）「受診保障の医療経済学-患者自己負担をめぐって-」『科学』75,5,592-597.
- 濱秋純哉・野口晴子（2010）「中高齢者の健康状態と労働参加」『日本労働研究雑誌』601,5-24.
- 日高秀樹・辻中克昌・山二義光（2005）「糖尿病一次予防の対象者と医療費軽減の可能性—経年的成績と医療費からの推計—」『糖尿病』48,12,677-684.『糖尿病』48,12,841-847.
- 日台英雄（2001）「第8章 報告：患者自己負担増をどう考えるか」瀬岡吉彦・宮本守編著『医療サービス市場化の論点』東洋経済新報社,133-150.
- 古川雅一・西村周三「肥満に伴う糖尿病や高血圧性疾患の医療費に関する研究」Kyoto University Working PaperJ-57,1-13.
- 山田直志・山田哲司（2000）「Differentials in the Demand for Health Check-up」『季刊社会保障研究』36,3,391-422.
- 吉田あつし・川村顯（2004）「1997年自己改定と歯科サービスの需要及び供給の変化」『医療と社会』13,4,95-113.
(あだち・よしみ 大阪大学大学院医学系研究科
博士課程)
(あかい・のぶお 大阪大学大学院教授)
(うえまつ・としお 大阪大学大学院招聘教授)

判例研究

社会保障法判例

新田秀樹

生活扶助の老齢加算の段階的な減額と廃止を内容とする「生活保護法による保護の基準」の改定が、生活保護法3条又は8条2項、さらに憲法25条の規定に違反しないとされた事例

最高裁判所平成24年2月28日第三小法廷判決（平成22年（行ツ）第392号生活保護変更決定取消請求事件）民集66巻3号1240頁、判時2145号3頁

I 事実の概要

1 Xら（原告、控訴人、上告人）は東京都内で生活保護法（以下「法」という。）の生活扶助の支給を受けていたが、同法の委任に基づき厚生労働大臣が定める「生活保護法による保護の基準」（昭和38年厚生省告示第158号。以下「保護基準」という。）の数次の改定により、原則として70歳以上の者を対象とする生活扶助の加算（以下「老齢加算」という。）が段階的に減額されて廃止されたことに基づいて所轄の福祉事務所長からそれぞれ生活扶助の支給額を減額する旨の保護変更決定を受けたため、保護基準の上記改定は憲法25条1項、法3条、8条、9条、56条等に反する違憲、違法なものであるとして、当該福祉事務所の設置区・市たるYら（被告、被控訴人、被上告人）を相手に、上記各保護変更決定の取消しを求めて提訴した。

2 保護基準改定に先立ち、厚生労働省の社会

保障審議会は、2003年7月「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」（以下「専門委員会」という。）を設置している。専門委員会では、①無職単身世帯の生活扶助相当消費支出額の所得階層別及び年齢階層別の比較、②70歳以上の単身無職者の生活扶助相当消費支出額と老齢加算を除いた生活扶助額の比較、③生活扶助基準額の改定率、消費者物価指数、賃金等の推移の比較、④老齢加算の有無による被保護世帯の貯蓄純増や繰越金の比較といった検討が行われ、同委員会は2003年12月16日に、ア. 70歳以上の高齢者について現行の老齢加算に相当するだけの特別な需要があるとは認められないため、老齢加算そのものについては廃止の方向で見直すべきであること、イ. ただし、高齢者世帯の社会生活に必要な費用に配慮して、保護基準の体系の中で高齢者世帯の最低生活水準が維持されるよう引き続き検討する必要があること、ウ. 被保護者世帯の生活水準が急に低下することのないよう、激変緩和の措置を講ずべきであること等を内容とする「生活保護制度の在り方に

ついての中間とりまとめ」(以下「中間とりまとめ」という。)を公表した。

3 この中間取りまとめを受けて、厚生労働大臣は、70歳以上の高齢者には老齢加算に見合う特別な需要があるとは認められないと判断して老齢加算を廃止することとし、激変緩和措置として3年間かけて段階的に減額と廃止を行うこととして、2004年度以降、保護基準につき、平成16年厚生労働省告示第130号及び平成17年厚生労働省告示第193号によって老齢加算をそれぞれ減額し、平成18年厚生労働省告示第315号によって老齢加算を廃止する旨の改定(以下「本件改定」と総称する。)をした。そして、本件改定に基づき、所轄の福祉事務所長らは、Xらに対し、それぞれ老齢加算の減額又は廃止に伴う生活扶助の支給額の減額を内容とする保護変更決定(以下「本件各決定」と総称する。)を行った。

4 第一审では、①保護決定の不利益変更について「正当な理由」を要求する法56条の規定が、保護基準の改定にも適用されるか否か、②適用があるとして、本件改定につき「正当な理由」が認められるか否か、③本件改定とそれに基づく本件各決定は、法3条や法8条、ひいては憲法25条が保障する「健康で文化的な最低限度の生活」を侵害するか否か、といった点が争われた。第一審判決(東京地判平20・6・26判時2014号48頁)は、①については、「法56条の規定は、保護基準の変更についても適用がある」としたものの、②については、本件改定が「『正当な理由』を欠き、厚生労働大臣がその裁量権の範囲を逸脱し、又は濫用したことの基礎付けるまでの事情は認め難い」とし、また、③についても、「老齢加算の減額・廃止を行ったとしても、……憲法及び生活保護法の趣旨・目的に反するとまではいえず、厚生労働大臣において、その裁量権の範囲の逸脱又は濫用になるということはできない」と述べて、Xらの請求を棄却した。

5 Xらが控訴した原審でも、①本件改定及びこれに基づく本件各決定が、法56条に違反するか否か、②本件各決定が、Xらの「健康で文化的な最低限度の生活水準」の水準を切り下げ、これを

下回る生活を強いるもので、憲法25条、法1条、3条等に違反するものであるか否かが争われた。原審判決(東京高判平22・5・27判時2085号43頁)は、①については、「保護基準の改定について……既に保護の決定を受けた個々の被保護者の権利を擁護する趣旨で設けられた法56条の適用はないと解するのが相当である」として適用を否定した上で、「厚生労働大臣が保護基準を改定し、老齢加算を廃止するについては、相応の合理的な理由があることを要すると解するのが相当である」と述べ、本件改定には「相応の合理的な理由」があるので「憲法25条の趣旨に反し、法3条、8条に違反するなどということは到底できない」と結論付けた。また、②については、老齢加算の廃止後のXらの「日常生活は、我が国における低所得者層の生活として社会的には認できる範囲内にないとまでいうことはできず、『健康で文化的な最低限度の生活』を下回ると直ちに断定することはできない」と述べて、Xらの請求を棄却した(うち1名については死亡により訴訟終了)。Xらが上告。

II 判旨

Xらの上告を棄却。

1 法56条は、「既に保護の決定を受けた個々の被保護者の権利及び義務について定めた規定であって、保護の実施機関が被保護者に対する保護を一旦決定した場合には、当該被保護者について、同法の定める変更の事由が生じ、保護の実施機関が同法の定める変更の手続を正規に執るまでは、その決定された内容の保護の実施を受ける法的地位を保障する趣旨のものであると解される。このような同条の規定の趣旨に照らすと、同条にいう正当な理由がある場合とは、既に決定された保護の内容に係る不利益な変更が、同法及びこれに基づく保護基準の定める変更、停止又は廃止の要件に適合する場合を指すものと解するのが相当である。したがって、保護基準自体が減額改定されることに基づいて保護の内容が減額決定される本件のような場合については、同条が規律するところではないというべきである」。

2 (1) 法3条、8条2項の「規定にいう最低限度の生活は、抽象的かつ相対的な概念であって、その具体的な内容は、その時々における経済的・社会的条件、一般的な国民生活の状況等との相関関係において判断決定されるべきものであり、これを保護基準において具体化するに当たっては、高度の専門技術的な考察とそれに基づいた政策的判断を必要とするものである（最高裁昭和……57年7月7日大法廷判決・民集36巻7号1235頁参照）。したがって、保護基準中の老齢加算に係る部分を改定するに際し、最低限度の生活を維持する上で老齢であること起因する特別な需要が存在するといえるか否か及び高齢者に係る改定後の生活扶助基準の内容が健康で文化的な生活水準を維持することができるものであるか否かを判断するに当たっては、厚生労働大臣に上記のような専門技術的かつ政策的な見地からの裁量権が認められるものというべきである」。

(2) 「また、老齢加算の全部についてその支給の根拠となる上記の特別な需要が認められない場合であっても、老齢加算の廃止は、これが支給されることを前提として現に生活設計を立てていた被保護者に関しては、保護基準によって具体化されていたその期待的利益の喪失を來す側面があることも否定し得ないところである。そうすると、上記のような場合においても、厚生労働大臣は、老齢加算の支給を受けていない者との公平や国の財政事情といった見地に基づく加算の廃止の必要性を踏まえつつ、被保護者のこのような期待的利益についても可及的に配慮するため、その廃止的具体的な方法等について、激変緩和措置の要否などを含め、上記のような専門技術的かつ政策的な見地からの裁量権を有しているものというべきである」。

(3) 「老齢加算の減額又は廃止の要否の前提となる最低限度の生活の需要に係る評価や被保護者の期待的利益についての可及的な配慮は、前記……のような専門技術的な考察に基づいた政策的判断であって、老齢加算の支給根拠及びその額等については、それまでも各種の統計や専門家の作成した資料等に基づいて高齢者の特別な需要に係る推

計や加算対象世帯と一般世帯との消費構造の比較検討がされてきたところである」。

(4) 「これらの経緯等に鑑みると、老齢加算の廃止を内容とする保護基準の改定は、〈1〉当該改定の時点において70歳以上の高齢者には老齢加算に見合う特別な需要が認められず、高齢者に係る当該改定後の生活扶助基準の内容が高齢者の健康で文化的な生活水準を維持するに足りるものとしたとした厚生労働大臣の判断に、最低限度の生活の具体化に係る判断の過程及び手続における過誤、欠落の有無等の観点からみて裁量権の範囲の逸脱又はその濫用があると認められる場合、あるいは、

〈2〉老齢加算の廃止に際し激変緩和等の措置を採るか否かについての方針及びこれを採る場合において現に選択した措置が相当であるとした同大臣の判断に、被保護者の期待的利益や生活への影響等の観点からみて裁量権の範囲の逸脱又はその濫用があると認められる場合に、生活保護法3条、8条2項の規定に違反し、違法となるものというべきである」。

3 (1) 原審が適法に確定した「事実関係等によれば、専門委員会が中間取りまとめにおいて示した意見は、……統計等の客観的な数値等との合理的関連性や専門的知見との整合性に欠けるところはない。そして、70歳以上の高齢者に老齢加算に見合う特別な需要が認められず、高齢者に係る本件改定後の生活扶助基準の内容が健康で文化的な生活水準を維持するに足りない程度にまで低下するものではないとした厚生労働大臣の判断は、専門委員会のこのような検討等を経た……意見に沿って行われたものであり、その判断の過程及び手続に過誤、欠落があると解すべき事情はうかがわれない」。

(2) 「また、前記事実関係等によれば、本件改定が老齢加算を3年間かけて段階的に減額して廃止したこと、専門委員会の……意見に沿ったものであるところ、……3年間かけて段階的に老齢加算を減額して廃止することによって被保護者世帯に対する影響は相当程度緩和されたものと評価することができる上、厚生労働省による生活扶助基準の水準の定期的な検証も……〔専門委員会〕の

意見を踏まえて生活水準の急激な低下を防止すべく配慮したものということができ、その他本件に現れた一切の事情を勘案しても、本件改定に基づく生活扶助額の減額が被保護者世帯の期待的利益の喪失を通じてその生活に看過し難い影響を及ぼしたものとまで評価することはできない」。

4 「以上によれば、本件改定については、前記……〈1〉及び〈2〉のいずれの観点からも裁量権の範囲の逸脱又はその濫用があるということはできない。したがって、本件改定は、生活保護法3条又は8条2項の規定に違反するものではないと解するのが相当である。……本件改定は、このように憲法25条の趣旨を具体化した生活保護法3条又は8条2項の規定に違反するものではない以上、これと同様に憲法25条に違反するものでもないと解するのが相当であり、このことは、前記大法廷判決の趣旨に徴して明らかというべきである。」

III 解説

(三権分立を踏まえた裁量統制の在り方や現在の裁判所の審理体制・能力等を考慮するとやむを得ない判断であるという意味で) 判旨に賛成。ただし、判旨がいわゆる制度後退禁止原則の妥当を全く認めない趣旨であるとするならば、その点については疑問が残る。

1 はじめに一本判決の意義等

本判決は、保護基準の改定による老齢加算の減額・廃止を内容とする保護変更決定の取消を求めて各地で提起された訴訟（以下「本件関連訴訟」という。）のうち、東京で争われたものに係る最高裁判決（上告審判決）である¹⁾。

本判決は、その傍論ではなく本論において、いわゆる堀木訴訟の上告審判決（最大判昭57・7・7民集36巻7号1235頁）の判旨に基本的に依拠しつつ、保護基準の設定・改定に係る厚生労働大臣の幅広い裁量を認めた初の最高裁判決と言える。さらに、①下級審で判断が分かれていた保護基準の減額改定への法56条の適用を否定した点、②高度の専門技術的考察・政策的判断を必要とする行政

裁量の統制手法として、考慮事項に着目した判断過程審査という手続面の審査による裁量統制に重点を置くことを明確にし、保護基準の設定・改定に係る裁量統制につきその精緻化を図ろうとした点、③老齢加算の廃止の仕方（減額改定の実施プロセス・手続）に係る裁量における考慮事項として「期待的利益（への可及的配慮）」という要素を示した点、④保護基準引下げへの制度後退禁止原則の適用に消極的な姿勢を示した点等が注目される。以下順次検討する。

2 保護基準の減額改定への法56条の適用の有無

本件関連訴訟においては、保護基準の減額改定への法56条の適用の有無が争点の一つとなっていた。本判決以前の下級審の判決は、適用を認めるものと認めないものに分かれていたが²⁾、本判決は、判旨1のように述べて、保護基準自体の減額改定及びそれに基づく保護の減額決定への法56条の適用を否定した。

その論拠は、原審判決やそれが依拠したと思われる行政解釈〔小山（1951）624頁〕と基本的に同旨であるが、それは、詰まるところ、法56条は保護実施機関により既に決定された個別の保護处分の不利益変更に関しその適用が問題になる規定であって、一般的規範の定立たる保護基準の改定自体への適用を想定したものではないということになろう。これは、「既に決定された保護を、不利益に変更されることはない」という法56条の文言からすると最も素直でオーソドックスな解釈と思われる。

もっとも、①既に保護を受給している被保護者との関連では、保護基準の改定に起因するものであっても、個別具体的な保護変更決定を通じて不利益変更がなされることに変わりはなく、したがって、法56条の文言解釈としても、当然に適用が排除されるとまでは言えないこと、②本件第一審判決も指摘するように、保護基準の不利益変更（による保護の不利益変更決定）により憲法25条や生活保護法の各規定の趣旨・目的に反する危険性を回避するための担保手段として、現に規定が存する法56条の適用を認めることは、「被保護者

の権利及び義務」と題する被保護者を主体とする面から眺めた独立した1章を設けた法の趣旨に適合すると考えられること等を理由として〔菊池（2011）150-151頁〕、保護基準の改定に法56条の適用があるとする解釈も成り立たないわけではないと考えられる。

しかし、「生活保護は……理論上はあくまでも非継続的な給付であるから、従来の制度の存続への信頼を被保護者に対し既得のものとして基礎づけることはない。したがって、生活保護基準改定との関係で法56条の適用があるとする解釈をとっても、同条のいう『正当な理由』は独自の違法判断基準を提供せず、保護基準改定の裁量逸脱・濫用の存否に問題は先送りされねばならないし、法56条の適用がないとする解釈をとっても、保護基準改定の裁量逸脱・濫用があれば保護変更処分は違法となる」との太田匡彦の整理〔太田（2011）54-55頁〕に従えば、法56条が保護基準の減額改定に適用されるか否かについては両論が成り立ちはじめるが、仮に適用を認めたとしても意味はない³⁾と解するのが、素直な理解ということになろう。

言い換えれば、法56条の適用を認める場合には、目的論的解釈に立って〔新井（2008）6頁〕「正当な理由」に固有の意味を付与し、法3条や8条2項とは異なる裁量統制の基準、それも裁量を縮減する方向での基準を具体的に示すことができるということでなければ、適用の意義は実質的には乏しいわけであるが、それは、非継続的な給付であるという生活保護法の給付の性格をかなり強引に変えることになりかねない、ということである。本判決は、最高裁が、保護基準の改定に関しては、そうした大胆な転換を行うつもりは現在のところないとの意思を明確にしたものと、評することもできる。

3 保護基準の改定に係る厚生労働大臣の裁量の合憲性

法8条1項に基づき厚生労働大臣が定める保護基準の内容・水準は、「健康で文化的な最低限度の生活の保障」という憲法25条の趣旨を具体化した法3条及び8条2項により「(健康で文化的な) 最低

限度の生活」を過不足なく満たすものでなければならないとされているが、周知のとおり、朝日訴訟の最高裁判決（最大判昭42・5・24民集21巻5号1043頁）は、「健康で文化的な最低限度の生活なるものは、抽象的な相対的概念であり、その具体的な内容は……多数の不確定的要素を総合考量してはじめて決定できるものである」から、「何が健康で文化的な最低限度の生活であるかの認定判断は、いちおう、厚生大臣の合目的的な裁量に委されており、その判断は……直ちに違法の問題を生ずることはないと述べて、健康で文化的な最低限度の生活の具体化、すなわち保護基準の設定・改定に係る厚生大臣（当時）の広汎な裁量を認めた。しかし、これは判決の傍論であり「法律的に意味を有し得ない」⁴⁾とされる。

これに対し、本判決は、本論において初めて保護基準の設定・改定に係る厚生労働大臣の広汎な裁量が合法・合憲であることを認めた最高裁判決であるという意義を有する。ただし、裁量を認める論旨は、朝日訴訟最高裁判決の論旨ではなく、直接的には児童扶養手当法の併給禁止規定に係る立法府の裁量を認めた判決である堀木訴訟最高裁判決の論旨を基本的に踏襲した点に注意する必要がある。その点は、判旨2（1）において堀木訴訟最高裁判決の文言をほぼ忠実に引用した上で「したがって、……厚生労働大臣に上記のような専門技術的かつ政策的な見地からの裁量権が認められるものというべき」と述べている点や、判旨4において「本件改定は……憲法25条に違反するものでもないと解するのが相当であり、このことは、前記大法廷判決〔堀木訴訟最高裁判決〕の趣旨に徴して明らかというべき」と述べている点からも明らかであろう。

この厚生労働大臣の裁量をどのような論理でどこまで統制するかに係る本判決の判旨については、次節で改めて検討したい。

4 保護基準の減額改定に係る厚生労働大臣の裁量を統制する法理

本件関連訴訟においては、前述の法56条の適用も含め厚生労働大臣による保護基準の減額改定決

定に係る裁量統制法理（統制の手法や裁量権の逸脱・濫用の具体的判断基準）は如何なるものか、それは保護基準の新規設定や増額改定の場合の裁量統制法理とは異なるのかが主たる争点となった⁵⁾。下級審の判断は区々に分かれていたが、比較的多くの判決⁶⁾が判断過程に着目した裁量統制の枠組みを示していた⁷⁾。

そうした中で、本判決は、前述のとおり、保護基準の減額改定への法56条の適用を否定し、減額改定の場合であっても、保護基準の内容・水準は（これまでと同様）法3条、8条2項により規律されることを明確にした上で、堀木訴訟判決の文言を用いつつ、これらの規定における「最低限度の生活」を保護基準において具体化するに当たっての厚生労働大臣の高度の専門技術的かつ政策的見地からの裁量権を認め、続いて、判旨2(4)のとおり、この減額改定（具体的には老齢加算の廃止を内容とする保護基準改定）は、①70歳以上の高齢者に特別な需要があるか無いか、及び改定後の生活扶助基準額が最低生活水準を満たすか否かについての厚生労働大臣の判断過程・手続における過誤・欠落の有無等の観点から見て、裁量権の範囲逸脱・濫用があると認められる場合（以下「裁量統制基準〈1〉」という。）、または②老齢加算廃止に際し激変緩和措置を探るか否か、及び採る場合に選択した措置が相当か否かについての同大臣の判断に、被保護者の期待的利益や生活への影響等の観点から見て、裁量権の範囲逸脱・濫用があると認められる場合（以下「裁量統制基準〈2〉」という。）に、法3条、8条2項に反し違法になると判示したのである。こうした判旨からは次のことが導けよう。

(1) 立法裁量の統制基準の行政裁量への適用

本判決は、堀木訴訟最高裁判決で示された立法府の立法裁量についての裁量統制基準が、厚生労働大臣による保護基準の改定という行政府の行政裁量の裁量統制にも基本的に適用されることを明らかにしたという意義を有する。もっとも、保護基準の設定・改定は個別の行政処分ではなく行政立法の一つであるから⁸⁾、立法府の立法裁量につ

いての裁量統制基準を当て嵌めやすかったということは言えよう。

(2) 判断過程・手続に着目した裁量統制の重視

裁量統制基準〈1〉は、保護基準の減額改定という高度に専門技術的かつ政策的な判断を要する行政行為の裁量統制手法として、専ら（と言ってよいほど）判断過程・手続に着目した裁量統制を行うとの姿勢を示したものと言える。下級審判決においても判断過程に着目した裁量統制の枠組みを示したものが多かったが、本判決はそうした「考慮事項に焦点を当てた判断過程⁹⁾審査」重視という近年の傾向を一層推し進めることになる。そして、この裁量統制基準〈1〉は、直接的には減額改定に係る厚生労働大臣の裁量を統制する基準であるが、それが「最低限度の生活の具体化」に係る判断過程・手続における過誤・欠落の有無等の観点からの統制である以上、保護基準の新設や増額改定における裁量統制基準としても同様に機能することになるものと考えられる。

このように、司法審査の重点を判断過程・手続に着目した裁量統制に置くことについては、（保護基準の引下げの場合は特に）引下げ後の保護基準が「健康で文化的な最低限度の生活」という法の要求する水準を満たしているか否かという観点からの実態的な検証・判断を裁判所が行うべきではないかといった批判もあり得ようが、他方で、①「現実の生活条件を無視した著しく低い保護基準であるかどうか」といった裁量統制基準が、現実にはほとんど機能し得ない目盛りの粗い基準であることを考えると、判断過程・手続に着目した裁量統制基準は、裁判所の審査密度を向上させることで有用であること、②実態に立ち入った審理・判断を行うには現在の裁判所の体制・能力は必ずしも十分とは言えないこと、③健康で文化的な最低限度の生活を営む権利の実体的内容形成は、第一次的には政治・行政部門に託されているので、それらとの協働・相関を意識した司法審査のアプローチが重要と考えられることといった点を考慮すると¹⁰⁾、やはりやむを得ないこととして是認すべきなのであろう。

(3) 「健康で文化的な最低限度の生活」の具体化に当たっての裁量統制の精緻化への努力

本判決は、裁量統制基準〈1〉あるいは〈2〉を導くに当たって、堀木訴訟最高裁判決の文言に依拠しつつも、「健康で文化的な最低限度の生活」を具体化するに当たってのより具体的な考慮要素ないしプロセスを示すことで具体化に係る裁量統制をより精緻なものにしようと試みているように思われる点にも注意する必要があろう。

すなわち、本判決は、判旨2(1)において「[健康で文化的な最低限度の生活]の具体的な内容は、その時々における経済的・社会的条件、一般的な国民生活の状況等との相関関係において判断決定されるべきものであり、これを保護基準において具体化するに当たっては、高度の専門技術的な考察とそれに基づいた政策的判断を必要とする」と述べることで、「高度の専門技術的な考察」とは「その時々における経済的・社会的条件、一般的な国民生活の状況等」(以下「A」という。)についての考察のことであり、「それに基づいた政策的判断」とは「Aとの相関関係において〔最低限度の生活水準を〕判断決定すること」であることを示唆しようとしたのではないか。そして、判旨2(3)及び3(1)において、そうした「専門技術的な考察に基づいた政策的判断」は、具体的には「統計等の客観的な数値等との合理的関連性や専門的知見との整合性に欠けることがない」かどうかという観点から行われなければならないと述べたのではないか。

やや深読みかもしれないが、こうした理解が正しいとすれば、「統計等の客観的な数値等との合理的関連性や専門的知見との整合性」についての検討を行うことなく最低限度の生活水準を判断・決定することは許されないことになり、その限りで裁量統制基準の精緻化が図られたと言えよう。ただ、いまさら述べても「ごまめの歯ぎしり」の感があるが、「健康で文化的な最低限度の生活」の具体化、すなわち保護基準の設定・改定に当たってまず優先的に考慮・考察すべきは、「その時々における経済的・社会的条件、一般的な国民生活

の状況等」ではなく、「要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情」(法8条2項) という要保護者に係る要素・状況であるべきではないかと思われる。

(4) 「被保護者の期待的利益についての可及的配慮」の趣旨

裁量統制基準〈1〉が保護基準の設定・改定自体についての厚生労働大臣の裁量を統制しようとするものであるのに対し、裁量統制基準〈2〉は別途決定された当該保護基準(老齢加算の廃止)に至るまでの経過措置(プロセス)における厚生労働大臣の裁量を統制する基準と言える。同基準は、(減額)改定の実施過程・手続の部分に係る裁量権の範囲逸脱・濫用の判定は「被保護者の期待的利益や生活への影響等の観点」から行うとしているが、これは、保護基準の減額改定を行う場合の激変緩和措置の不採用が、或いは採ったとしてもその措置の内容が、被保護者の期待的利益を著しく侵害したり、その生活に著しい悪影響を及ぼしたりする場合には、裁量権の範囲逸脱・濫用があり、減額改定自体が違法となり得るとの考え方を示したものであろう。

最高裁が、(減額)改定の実施過程・手続の部分にのみ着目して独自の裁量統制基準を示したことは注目に値するが、「期待的利益(への可及的配慮)」という用語自体にはやや違和感を覚える。通常は、「期待的利益」という言葉は、「現在はまだ発生・存在していないが、将来一定の事実が発生すれば受けることが期待できる一定の(法律上の)利益」といった意味合いで用いられるように思われる。判旨2(2)には「保護基準によって具體化されていたその期待的利益」という表現もあるが、具體化されていないからこそ「期待的」利益なのであり、判旨2(2)の表現は概念矛盾ではないか。また、既得権はもとより期待権よりも権利性が弱いと考えられる「期待的利益」にそれほど配慮する必要があるのかという疑問も湧く。本判決が保護しようとしている被保護者の利益の中身は、「制度が(不利益に)変更されない限り将来とも受け続けることが期待できる、現に存在し

ている一定の（法律上の）利益」であると思われ、そうであるならば、それは通常は「既得権」と言われるものではないのか^{11) 12)}。

しかし、「生活保護は……理論上はあくまでも非継続的な給付であるから、従来の制度の存続への信頼を被保護者に対し既得のものとして基礎づけることはない」という太田の指摘〔太田（2011）54-55頁〕を再度踏まえると、理論的には、激変緩和措置を一切行わずに直ちに老齢加算を廃止したとしても、廃止後の保護水準も「健康で文化的な最低限度の生活」を満たすということであれば、「期待的利益」或いは「既得権」の侵害というだけでは、（不当はともかく）違法にまではならないように思われる。しかし、本判決は、そのように解しているように見えない。そうだとすると、それが違法になり得る根拠は、「信義誠実の原則」（民法1条2項）の観点¹³⁾から実態を踏まえた政策的判断をなすべきところ、その判断に係る裁量権の範囲逸脱・濫用があったか否かに、実質的には求めざるを得ないのではないか。こうした理解が正しいとすると、「期待的利益（への可及的配慮）」も、結局「専門技術的な考察に基づいた政策的判断」の一要素として位置付けられることになろう。

（5）保護基準の引下げと制度後退禁止原則

これまで述べてきた、①裁量統制基準〈1〉は、保護基準の新設、増額改定、減額改定を問わず、等しく基準として機能すると解されること、②減額改定実施のプロセス・手続の部分のみに限定して、「被保護者の期待的利益への配慮がなされているか否か」を考慮した裁量統制基準〈2〉による裁量統制が加えられることを逆に考えると、これは、（少なくとも）保護基準の減額改定本体に関しては、いわゆる制度後退禁止原則¹⁴⁾による（基準の新規設定や増額改定の場合よりも）厳格な裁量統制を行うことが否定されたことを意味するのではないか。

すなわち、最高裁がわざわざ前記②を示したということは、それ以外の大部分の場合は前記①が該当することを意味し、そして、前記①は、生存

権（そしてそれを具体化した保護基準）は既得権の保障を目指したものではなく、「健康で文化的な最低限度の生活」の確保を目指したものであり、現状の変更それ自体は、前進であれ後退であれ、生存権の禁ずるところではなく、裁量が許容される幅に違いは生じないと考え方¹⁵⁾に立つものであることを示しているのではないかということである。また、②も、前述のとおり、制度後退禁止原則というよりは、（理論的に成り立つかどうかは別として）既得権保護ないし信頼保護という考え方を表したものと考えられる。

しかし、私見では、保護基準の減額改定への制度後退禁止原則の妥当が否定されたとしても、保護基準が法8条2項に基づく基準である以上、保護基準による現行の保護の水準が最低限度の生活水準であることの推定が働くので、その引下げには、より慎重な検討（厳格な審査）が求められる¹⁶⁾、或いは、水準を引き下げるに当たってはその必要についての引下げ側（国側）の立証が求められる¹⁷⁾と言い得る余地は、なお残るように思われる。

5 おわりに—本判決の射程—

「健康で文化的な最低限度の生活」の具体化に当たっての「専門技術的な考察に基づいた政策的判断」に係る4（3）で掲げた裁量統制基準は、保護基準改定に止まらず、給付行政部門における行政立法全般についての裁量統制基準にまで射程を拡張できる可能性があろう。

また、現在の裁量統制の方向性の確認に止まるが、裁量統制手法として、考慮事項に着目した判断過程審査という手続的側面からの審査による裁量統制に重点を置くとの本判決の姿勢は、保護基準改定のみならず、高度の専門技術的な考察とそれに基づいた政策的判断を必要とする行政府の裁量行為全般に及ぶものと考えられる。

さらに、不利益変更行為自体に制度後退禁止原則が妥当しないとの考え方は、保護基準の減額改定以外のもので「健康で文化的な最低限度の生活」水準を下回るかどうかが争われるような行政行為がもしあれば、それに及ぶものと考えられる。

注

- 1) 本件関連訴訟の判決として、本件の第一審・控訴審・上告審の各判決の他、広島地判平20・12・25賃社1485号49頁・1486号52頁（分載）、福岡地判平21・6・3賃社1529・1530号56頁、京都地判平21・12・14裁web、福岡高判平22・6・14判時2085号76頁、最二小判平24・4・2民集66卷6号2367頁がある。
- 2) 適用を肯定したものとして、前掲注1) の本件第一審判決、福岡地判、京都地判、福岡高判があり、否定したものとして、広島地判、本件控訴審判決がある。
- 3) ただし、法56条の適用を認める場合には、「正当な理由」の存在についての立証責任をまずは不利益変更側（保護実施機関側）に負わせることはできるであろう〔菊池（2011）152頁を参照〕。
- 4) 朝日訴訟の最高裁判決における3人の裁判官（松田二郎・岩田誠・草鹿浅之介）の反対意見。
- 5) 裁量権の逸脱・濫用の統制手法の教科書的説明として、取り敢えず塙野（2012）133-136頁及び原田（2012）151-155頁を参照。
- 6) 前掲注1) の広島地判、福岡地判、京都地判、福岡高判など。
- 7) もとより、各裁判所は、具体的な審理に当たっては、判断過程のみに着目している訳では必ずしもない。この点に関し、太田（2011）55頁、菊池（2011）151-152頁を参照。
- 8) ただし、原田尚彦のように、保護基準の設定・改定行為を一般的な法規範の定立よりは行政处分性が強い「準立法」としてとらえる見解もある〔原田（2012）113-114頁〕。
- 9) ここで言う「判断過程」は、実際に行われた議論や作業の具体的経過というよりは、行政側の提示した理由や資料から合理的に再構成される論証過程〔太田（2011）55頁〕を指すものと解される。
- 10) 本文①～③に関し、亘理（2004）118-119頁、塙野（2012）135-136頁、原田（2012）153-155頁、河野（2008）5頁、尾形（2011）145-146頁及び158頁等を参照。
- 11) 最高裁が「既得権」ではなく「期待的利益」という言葉を用いたのは、既得権という言葉を用いることで、保護基準の減額改定にも法56条の適用があり得るのではないかとの疑念が生じることを避けようとしたためかもしれない。解説の2で、最高裁が法56条の適用を否定した論拠は、原審判決やそれが依拠したと思われる行政解釈〔小山（1951）624頁〕と基本的に同旨であると述べたが、法56条の説明において後二者で用いられている「既得権」という用語の使用は、本判決では避けられている。
- 12) ちなみに、福岡で争われた関連訴訟の上告審判決（最二小判平24・4・2判時2151号3頁）の少数

意見（意見）において、須藤正彦裁判官は、激変緩和措置等を探るべき根拠につき、期待的利益への可及的配慮ではなく信頼保護の原則による説明を試みているが、こちらの方がまだ説得力があるようと思われる。

- 13) 前注12) で述べた須藤裁判官の補足意見も参照。
- 14) 制度後退禁止原則の内容は論者によって違いがありわかりにくいところがあるが、ここでは一応「立法・行政の現行の保護基準は（いわば下剋上の）憲法25条1項の『健康で文化的な最低限度の生活』の内容を現時点で特定するものであるので、保護基準を正当な理由なく切り下げる措置は、生存権の侵害として違憲・違法となり得る。したがって、『切り下げ』の裁量は厳格な司法審査を受けて然るべきである。」との考え方〔棟居（2008）372頁及び376-378頁〕というように理解しておきたい。なお、本件関連訴訟の判決と制度後退禁止原則との関連を検討した論稿として葛西（2010）114-115頁を参照。
- 15) この点については、小山・駒村（2005）236頁（松本和彦稿）、LS憲法研究会（2007）365頁（小山剛稿）を参照。
- 16) もっとも、法8条2項は、保護基準が最低限度の生活を保障する下限でなければならない旨を述べるとともに、その最低限度の生活水準を超えないものでなければならない旨も述べている。そうだとすると、保護基準による現行の保護の水準は、それを超えてはならない上限であるとの推定も働き、したがって、その引上げについても、引下げの場合と同程度の慎重な検討が求められることになるとも考えられよう。しかし、これについては、上限を上回って保護基準を引き上げても、それは法8条2項違反という違法の問題に止まるが、下限を下回って保護基準を引き下げた場合には、それは法8条2項違反という違法の問題に止まらず、憲法25条違反という違憲の問題となり得るので、引下げの場合はより慎重な検討が必要であるという反論が可能ではないか。
- 17) 保護基準の引下げ側（国側）が立証責任を負うべきとする点については、棟居（2008）386頁、遠藤（2006）339頁を参照。

参考文献

- 新井章（2008）「先に『削減ありき』の政治的本質を見抜けなかった判決—老齢加算廃止訴訟東京地裁判決の解説と批判」『賃金と社会保障』1475号。
- 遠藤美奈（2006）「憲法に25条がおかれたことの意味—生存権に関する今日的考察—」『季刊社会保障研究』41巻4号。
- 太田匡彦（2011）「生活保護基準改定（老齢加算の廃止）の裁量性と不利益変更の可否」『ジャリスト』1420号。

尾形健 (2011)『福祉国家と憲法構造』有斐閣。
葛西まゆこ (2010)「司法による生存権保障と憲法訴訟」『ジュリスト』1400号。
河野正輝(2008)「生存権と生活保護基準—朝日訴訟」『別冊ジュリスト191号 社会保障判例百選〔第4版〕』。
菊池馨実 (2011)「最新判例批評—生活保護老齢計算廃止訴訟（東京・福岡）控訴審判決」『判例時報』2111号。
小山剛・駒村圭吾編 (2005)『論点探究憲法』弘文堂。
小山進次郎 (1951)『改訂増補生活保護法の解釈と運用』中央社会福祉協議会。

塩野宏 (2012)『行政法 I [第五版（補訂）] 行政法総論』有斐閣。
原田尚彦(2012)『行政法要論(全訂第七版補訂二版)』学陽書房。
棟居快行 (2008)「生存権と『制度後退禁止原則』をめぐって」初宿正典他編『国民主権と法の支配 佐藤幸治先生古希記念論文集〔下巻〕』成文堂。
LS憲法研究会編 (2007)『プロセス演習憲法(第3版)』信山社。
亘理格 (2004)「行政裁量の法的統制」『ジュリスト 増刊 行政法の争点〔第3版〕』。
(にった・ひでき 大正大学教授)

書評

島崎謙治著

『日本の医療 制度と政策』

(東京大学出版会, 2011年)

石田道彦

I

本書は437頁の大著であり、歴史分析と国際比較を通じてわが国の医療制度の特質と政策的課題が分析されている。本書は、日本の医療制度の沿革を検討した第Ⅰ部、医療制度の国際比較を行う第Ⅱ部、医療制度の改革の方向性を検討する第Ⅲ部から構成されている。本書の論点は多岐にわたるため、以下では評者が関心をもった箇所を中心に本書の概要を記させていただく。

序章において、医療制度が抱える問題の複雑さと著者の分析視角が示された後、第Ⅰ部では、わが国医療制度の沿革が「基盤形成期」(第1章)、「確立・拡張期」(第2章)、「改革期」(第3章)に分けて検討されている。第1章では、明治時代初期にまでさかのほり、医療制度の経緯が分析される。医制の下で自由開業医制と民間中心の医療供給体制の基盤が形成されるとともに、健康保険法と(旧)国民健康保険法の制定により二本建ての医療保険体系が形成されたことが示される。

第2章では、第二次世界大戦後の医療制度の展開が分析されている。占領期の改革案や社会保障制度審議会勧告などの構想の中には、専門医制度の確立など今日とは異なる医療制度を生み出す可能性が含まれていたが、これらは実現することがなかった。また国民皆保険体制が確立された1960年代には、制度間の不均衡を是正する財政調整などの構想がすでに登場しており注目される。医療供給体制については、1950年頃まで公的病院を中心とした構想に基づいて整備が図られてきたが、この時期に民間中心主義への転換が行われたことが示される。

第3章では、1973年頃から今日にいたる医療制度改革の経緯が検討される。その上で、第Ⅰ部のまとめと

して、日本の医療制度は、被用者保険と地域保険の二本建ての構成、自由開業医制の下での「私」中心の医療供給、患者のフリーアクセスの尊重といった構造的特徴を有していることが示され、これに関連して、医療供給に対する直接的な規制が抑制されたために統合性・総合性を欠いていることや、保険診療の守備範囲をいかに設定するかといった課題が生じていることが指摘されている。

第Ⅱ部である第4章から第6章までは、医療制度の国際比較である。第4章では、国際比較における日本の高い評価について留意すべき点や先進諸国における医療制度改革の潮流が述べられた後、1990年代以降のドイツの医療制度改革が検討されている。保険者選択制とリスク構造調整に代表される近年の改革については、社会連帯の基盤を損なうものであるとして著者の評価は否定的である。第5章では、オバマの医療制度改革に至るまでのアメリカの経験をもとにわが国の皆保険体制の意義が確認されている。第6章で取り上げられるスウェーデンでは、公的な医療財政と供給体制がとられてきたが、1990年代に購入者と供給者を分離するなど競争的な改革が導入された。スウェーデンの分析からは、公的部門の効率化は困難な課題であるとして、民間による医療供給を中心に展開されたわが国の利点が示されている。

第Ⅰ部と第Ⅱ部の分析をもとに、第Ⅲ部では医療保険制度(第7章、第8章)と医療供給体制(第9章、第10章)について今後の改革の方向性と課題が検討されている。第7章では、社会保険方式の意義、被用者保険と地域保険、財源としての社会保険料、混合診療といった基本的問題が検討されている。社会保険方式の検討では、強制加入の正当性に関わる最高裁判決の含意を分析した上で国民皆保険について低リスク・高所得者の内発的支持を獲得する視点が不可欠であるとし

ている。次に、被用者保険と地域保険による二本建ての体系については、「カイシャ」と「ムラ」という共同体に適合した保険集団を設定したことが制度の成功につながったが、こうした基盤が今日では失われていることが示される。ただし、著者は地域保険への一元化には否定的であり、二本建ての体系を維持しながら被用者保険の適用範囲の拡大などで対応すべきと述べる。また、国民健康保険料に関する最高裁判決（平成18年3月1日）の検討を踏まえて、医療費の財源としての社会保険料の意義を評価できるとしているが、現状の制度には財政の民主的統制の契機が欠如しているという問題点があると述べる。最後に、下級審判決を踏まえた上で、政策論として混合診療解禁論の問題点が指摘されている（ただし、今後も先進医療の拡大によって慎重な検討が求められる可能性が示唆されている）。

第8章では、各医療保険制度の課題が検討されている。被用者保険制度における事業主負担の問題については、経済学を中心に最終的な費用負担（保険料負担の転嫁・帰着）の問題として議論が進められる傾向が強い。これに対し、本書では、健康保険事業のガバナンス（事業主の保険運営への関与）という視点から検討する必要性が示されており、きわめて重要な指摘であるように思われる。また国民健康保険の運営については、保険者の規模や世帯主の職業、世帯所得などにおいて均質性を欠くという構造的な問題を解消するため、都道府県単位に広域化させることが望ましいとしている。そこで、保険事務のもつ重層性を考慮するとともに、制度運営における専門性と自律性を確保し、運営責任を明確化させる観点から、都道府県ごとに法人を設立する案を含めた検討が必要であると述べる。高齢者医療制度の改革については、医療保険の適用範囲、保険料の賦課、徴収などの観点から年齢リスク構造調整方式が望ましいとする。

第9章では、医療従事者の確保を含めた医療供給体制の課題が論じられる。今後の医師と患者の関係を展望し、医療機関の連携体制の構築という課題も踏まえた上で、著者は家庭医制度の導入を提案している。また、公立病院のガバナンスを論じた節においては、医療供給体制の観点から病院の管理運営体制のあり方が検討されており興味深い記述となっている。著者は、医療供給体制の特徴として「私」中心主義・「公」補完主義をあげており、今後もこの方向性を維持する必要があると述べる。このため、公立病院はへき地医療

などに診療分野を特化するとともに、医療法人の非営利性を徹底させるため、既存の医療法人を基金拠出型法人などに移行させる積極的な誘導措置が必要であるとしている。「私」中心の供給体制が志向されているが、医師の倫理規範と経営上の各種の要請が対立する構造となるため、株式会社の医業経営参入には否定的である。

第10章では、医療供給の改革手法が検討される。供給制度の改革には患者や医療従事者の意識の変容を伴う必要があり、改革の実現までに長い時間を要するなど特有の困難がある。著者は、競争的手法と規制的手法、医療保険のファイナンスとの結合の強弱といった分析軸を提示し、診療報酬をはじめとする各種の改革手法について検討している。国民皆保険体制の下で、診療報酬は競争喚起も規制的効果も期待できる手段であり、供給体制の整備において重要な役割を果たしてきた。しかしながら、診療報酬による誘導は、政策意図に反した医療機関の行動を誘発する場合があり、医療機関の統合・集約化といった課題への対応において限界のあることが示される。このため、今後は診療報酬以外の改革手法を重視する必要性が指摘されている。また、診療報酬の改定手続のあり方として、改定を3年ごとにしてデータの収集や審議に時間をかけるとともに、報酬額の決定においては当事者自治を尊重した仕組みに戻すべきであるとしている。その他の改革手法として、著者は、医療計画における病床規制を見直すとともに、医療機関の統合、整備を図る実効的な手段として「医療・介護・住宅整備ファンド」の創設を提案している。また、保険者による供給体制整備への関与には肯定的であるが、保険者が医療機関との個別契約などの手法を用いることに対しては否定的であり、保険者が共同で医療費等の分析や医療計画の策定、診療報酬の交渉に積極的に関与すべきとしている。

終章では、本書の内容について論点別に的確な要約がなされ、分権的ガバナンスを基調に今後の制度改革の展望が示されている。

II

「日本の医療」のタイトルにふさわしく本書では、わが国の医療保険制度と医療供給制度について歴史分析と国際比較を含めた精緻な検討が行われている。大変な力量を要する作業であり、単独の著者によって本

書のような著作が刊行されることは、しばらくの間ないのではないかと思われる（本書の書評として、堤修三・社会保険旬報2462号30頁、原田啓一郎・社会保障法27号197頁がある）。本書の特色として次のような点を指摘することができる。

第1に、医療保険と医療供給体制の両者を検討対象としていることである。国民皆保険体制の下では、診療報酬制度や保険医療機関の指定が医療供給体制に強い影響を与えており、同時に民間医療機関中心の供給体制も医療保険のあり方を規定している。このようなわが国特有の相互関係を踏まえた上で、本書では、保険制度の体系や保険者の役割、診療報酬制度のあり方、医療供給体制の改革などについての各論点が検討されている。

第2に、本書では、法律学をベースにしながら（第7章における基本的論点の検討にあたって裁判例を参照した考察がなされていることが特徴的である）、多面的な観点から医療に関わる制度・政策論が展開されている。例えば、国民健康保険の構造変化、事業主負担の性格、医療従事者の確保などの論点については、統計資料や経済学、会計学の知見を参照しながら周到な検討がなされている。各論点についての本書の結論が穏当なものと感じられるのは、このような分析手法によるところが大きいと考える。

第3に、本書では、第I部を中心に制度の沿革を踏まえた検討が行われているが、この点においても特徴がある。著者は、制度を「一定のまとまりをもったルールの集合体」と定義しており、このため重要な法改正だけでなく行政通知や実際の運営状況などを参考しながら制度の変遷が検討されている。また、制度の変遷やその要点とともに、制度改正の実質や複雑な利害関係との関連が示されている（本書46頁、86頁など）。このような記述を通じて、読者は制度の実像を立体的に把握することが可能となる。

最後に、医療制度や医療政策を学ぶ者に対する配慮がなされていることも本書の特色の一つとして指摘しておきたい。本書では、医療制度・政策に関連した研究を開始する上で必要な情報について有益な説明がBox欄や注においてなされている（本書106頁における審議会の性格と変遷についての説明など）。このため、医療制度・医療政策についての高度なテキストとして利用することが可能である。

III

以上のような特徴を備えた本書は、日本の医療制度・政策について精度の高い鳥瞰図を提供するものであり、医療制度・政策にかかる研究者は、本書を通じて自らの作業がどのような位置にあるのかを知ることができるであろう。本書の詳細な分析により、社会保障法学を含め、医療政策にかかる諸分野の研究が進展することが期待される。最後に、今後の著者への期待とともに、本書の記述や問題提起を通じて、評者なりに医療制度の研究に対する課題として受け止めた点を述べさせていただきたい。

第1は、すでに指摘されている点ではあるが、医療保険制度における財政調整の根拠は何かという問題である（堤・前掲書評）。高齢者医療制度の改革において、著者は、保険者間での高齢者の偏在に着目した年齢リスク構造調整が望ましいとしている。ただし、ドイツなどにおける（全年齢の加入者を対象とし、所得等の要因を考慮した）完全リスク構造調整は、保険者選択制を前提とした仕組みであり、わが国でこのような仕組みを採用する必要性はないとしている。保険者選択制をとらないわが国において財政調整を行う根拠を明らかにするとともに、その範囲を画定することは重要な検討課題であろう。

第2に、本書で指摘される単一的な医療モデルからの転換は、医療保険や医療供給体制にどのような対応を要請しているかという課題である。超高齢社会においては、複数の疾病を抱え、介護ニーズを有した高齢者が増加することになる。このため、著者は（治療を目的とした）単一的な医療モデルを見直し、他職種と連携し日常的な「生活を支える」ことを医療の定義に加える必要性を指摘している（本書356頁）。本書の刊行後には、在宅医療の大幅な拡充が図られるようになっており、このような指摘は説得力に富むものとなっている。これまでのところ、在宅療養支援診療所など診療報酬上の対応が中心となってきたが、今後はさらに制度的な対応が必要となるであろう。複眼的な医療モデルへの転換は、医療保険における療養給付のあり方や診療報酬、療養担当規則などにどのような変化を要請しているのか、また、介護も含めた供給体制についての検討も不可欠であろう。

第3に、医療連携体制構築の手法の豊富化である。

医療機関の機能分化と連携の構築は、今後、医療の質の向上や患者の適切な処遇を図る上で必要とされる。しかし、医療機関による連携においては、異なる組織間でのインターフェース・ロスの発生を考慮しなければならないことが指摘されている（本書では、家庭医制度の導入によってこれを解消することが提案されている）。これまでのところ、診療報酬による経済的誘導を通じて連携体制の構築が図られているが、医療機関の中には、同一法人や系列化した事業体の統合により、上記の問題を回避し、「切れ目のない」連携による医療が実現される場合があるとしている（本書317頁）。現状では、このような形での連携体制の構築は、民間医療機関の経営判断に委ねられている。このような医療機関の統合について医療計画との整合性を確保し、医療供給の改革手法として位置づけることは可能

であろうか。

第4に、本書で示された日本の医療制度の利点はどのように統一的に特徴づけられるのかという問題関心である。民間非営利の医療機関を中心に構成される医療供給体制や、事業主が関与する医療保険運営など著者が今後も堅持すべきとされる日本型の医療モデルは、どのような統一的概念で説明することが可能であろうか。著者はかつて医療保険の成立基盤を「カイシャ」と「ムラ」に求めた分析により、国民健康保険が直面する危機を明確に示した。安易なモデル化や概念化に依拠することに対して慎重でなければならないことは本書の教えるところであるが、今後の医療制度について国民の間で広く議論を重ねるためにはこうした作業もまた必要ではないかと考える。

（いしだ・みちひこ 金沢大学教授）

『季刊社会保障研究』執筆要項

1. 原稿の分量

- 原稿の分量は原則としてそれぞれ下記を上限とします。図表については各1つにつき200字に換算するものとします。
- | | |
|-------------------|------------------|
| (1) 論文：16,000字 | (4) 判例研究：12,000字 |
| (2) 研究ノート：16,000字 | (5) 書評：6,000字 |
| (3) 動向：12,000字 | |

2. 原稿の構成

(1) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、「I II III」… → 1 2 3 … → (1) (2) (3) … → (1)(2)(3)…の順に区分し、見出しを付けてください。

(2) 注釈

注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入し、注釈文などは本文末尾に一括して記載してください。
注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

(3) 参考文献

- ・論文の末尾に参考文献を列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

天川 晃（1986）「変革の構想—道州制の文脈」大森 獄・佐藤誠三郎『日本の地方政府』東京大学出版会。
 毛利健三（1990）『イギリス福祉国家の研究』東京大学出版会。
 本澤巳代子（1991）「ドイツの家族機能と家族政策」『季刊社会保障研究』Vol.27 No.2.
 Ashford, Douglas E. (1986) *The Emergence of the Welfare State*, Basil Blackwell.
 Heidenheimer, A. (1981) "Education and Social Entitlements in Europe and America", in P.Flora and H.Heidenheimer eds, *The Development of Welfare State*, Transaction Books.
 Majone, G. (1991) "Cross-National Sources of Regulatory Policy Making in Europe and the United States", *Journal of Public Policy*, Vol.11 Part 1.
- ・インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。
 (例) United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010,
<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (2010年10月5日最終確認)

3. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| (例) … [西尾 (1990), p.45] | … [Derthick (1991), p.91] |
| … [平岡 (1990), pp.57-59] | … [McCurdy (1991), pp.310-311] |

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

- (例) 1) 西尾 (1990), p.45

また、注釈などで、参考文献として挙げない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

- (例) 1) 西尾勝 (1990)『行政学の基礎概念』東京大学出版会, p.45。

4. 表記

(1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

(2) 敬称

敬称は略してください。

- (例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

5. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。

- (例) <表1>受給者数の変化 <図1>社会保障支出の変化

6. 原稿の提出方法など

(1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることができますので、その際にはご協力ください。

原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

(2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

(3) 投稿論文の提出方法

投稿論文については、『季刊社会保障研究投稿規程』に従い、紙媒体に印字したものを郵送により提出してください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

季刊社会保障研究

第49巻 第4号 (2013年3月刊行)

特集：少子高齢化の進展と社会保障財政 — モデル分析の応用 —

バックナンバー

第48巻 第3号 (2012年12月刊行)	特集：社会的サポート・ネットワークと社会保障
第48巻 第2号 (2012年9月刊行)	特集：ケアの質評価の動向と課題
第48巻 第1号 (2012年6月刊行)	特集：日英における貧困・社会的包摶政策：成功、失敗と希望
第47巻 第4号 (2012年3月刊行)	特集：地域包括ケア提供体制の現状と諸課題
第47巻 第3号 (2011年12月刊行)	特集：社会保障の50年—皆保険・皆年金の意義と課題—
第47巻 第2号 (2011年9月刊行)	特集：雇用と産業を生み出す社会保障
第47巻 第1号 (2011年6月刊行)	特集：第15回厚生政策セミナー 暮らしを支える社会保障の構築—様々な格差に対応した新しい社会政策の方向—
第46巻 第4号 (2011年3月刊行)	特集：人々の暮らしと共助・自助・公助の実態 —「社会保障実態調査」を使った分析—
第46巻 第3号 (2010年12月刊行)	特集：医療・介護政策に関する実証的検証
第46巻 第2号 (2010年9月刊行)	特集：最低生活保障のあり方：データから見えてくるもの
第46巻 第1号 (2010年6月刊行)	特集：年金制度の経済分析 —不確実性やリスクを考慮した分析の展開—
第45巻 第4号 (2010年3月刊行)	特集：児童虐待の背景と新たな取り組み
第45巻 第3号 (2009年12月刊行)	特集：看護・介護サービスとケア従事者の確保
第45巻 第2号 (2009年9月刊行)	特集：ホームレスの実態と政策課題
第45巻 第1号 (2009年6月刊行)	特集：社会保障と契約
第44巻 第4号 (2009年3月刊行)	特集：第13回厚生政策セミナー 新しい社会保障の考え方を求めて—医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証—

季刊社会保障研究 投稿規程

1. 本誌は社会保障に関する基礎的かつ総合的な研究成果の発表を目的とします。
2. 本誌は定期刊行物であり、1年に4回(3月、6月、9月、12月)発行します。
3. 原稿の形式は社会保障に関する論文、研究ノート、判例研究・評釈、書評などとし、投稿者の学問分野は問いません。なお、ここで論文は「独創的かつ科学的な研究論文」とし、それを満たさないものは研究ノートといたします。投稿はどなたでもできます。ただし、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
4. 投稿者は、審査用原稿1部とコピー1部、要旨2部、計4部を送付して下さい。
5. 採否については、編集委員会のレフェリー制により、指名されたレフェリーの意見に基づいて決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 原稿執筆の様式は所定の執筆要領に従って下さい。
7. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
8. 原稿の送り先、連絡先——〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

研究所機関誌のホームページ掲載について

1999年9月より、機関誌3誌（人口問題研究、季刊社会保障研究、海外社会保障研究）の創刊号から直近にいたるバックナンバーのホームページ公開をはじめ、現在では多くのみなさんに利用されています。

近年、デジタルデータの著作権法の適用について、整備がすすみ、本研究所でも評議員会の助言を受けて、機関誌バックナンバーのホームページ掲載について、執筆者に御了解を得る手続きを2012年2月に郵送等で開始いたしました。

過去に御執筆いただいた方で研究所からホームページ掲載についてお問い合わせの文書が現在もお手元に届いていない場合は、その執筆者の連絡先が不明となっていることが想定されます。

お問い合わせの文書が届いていない場合でも、掲載された著作物について、引き続き研究所ホームページに公開することを御了解いただきたく、お問い合わせます。

もし、公開を不承諾の場合は、担当まで御連絡いただければ、ホームページから削除させていただきます。不承諾の御意向をいただく期限は原則2013年3月末までの期間とさせていただきます。期間内に不承諾の御連絡を頂けなかった場合は、御承諾いただいたものと考え、引き続きホームページで公開させていただきます。

御執筆いただいた研究成果を、一人でも多くの人々に紹介し、社会に還元するよう努めております。何卒、事情を御賢察の上、御協力いただきますようお問い合わせ申しあげます。

国立社会保障・人口問題研究所

お問い合わせ&不承諾連絡先
情報調査分析部 坂東里江子

メール bando@ipss.go.jp

電話 03-3595-2988

FAX 03-3591-4818

著作権確認実施範囲：

人口問題研究 創刊号～67巻第4号（2011年12月刊）

季刊社会保障研究 創刊号～第44巻第1号（2008年6月刊）

海外社会保障研究 創刊号（海外社会保障情報）～第163号（2008年6月刊）

編集後記

東日本大震災を一つの契機として、人ととの絆に改めて注目が集まっています。家族や近隣の人々との助け合いのあり方によって、社会保障制度に対する人々のニーズが変わってくるだけでなく、人との繋がり自体が健康に影響を与えるとの指摘もなされており、今後の社会保障制度のあり方を考えるうえで、ソーシャル・ネットワークやソーシャル・サポートの視点は欠かせません。

本特集が本研究分野の更なる発展の一助となれば幸いです。

(J.K)

編集委員長

西村 周三（国立社会保障・人口問題研究所長）

編集委員

岩井 紀子（大阪商業大学教授）

岩田 正美（日本女子大学教授）

大石亜希子（千葉大学教授）

小塙 隆士（一橋大学経済研究所教授）

菊池 韶実（早稲田大学教授）

田辺 国昭（東京大学教授）

橋本 英樹（東京大学教授）

金子 隆一（国立社会保障・人口問題研究所・副所長）

伊藤 善典（同研究所・政策研究調整官）

藤原 朋子（同研究所・企画部長）

勝又 幸子（同研究所・情報調査分析部長）

金子 能宏（同研究所・社会保障基礎理論研究部長）

阿部 彩（同研究所・社会保障応用分析研究部長）

編集幹事

川越 雅弘（同研究所・企画部第1室長）

西村 幸満（同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長）

菊池 潤（同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長）

佐藤 格（同研究所・社会保障基礎理論研究部第1室長）

山本 克也（同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長）

黒田有志弥（同研究所・社会保障応用分析研究部研究員）

藤井 麻由（同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員）

季刊

社会保障研究 Vol. 48, No. 3, Winter 2012 (通巻198号)

平成 24 年 12 月 25 日 発 行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 (03) 3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

印 刷

株式会社 弘文社

千葉県市川市市川南2丁目7番2号

電話 (047) 324-5977

<http://www.kobunsya.com>

THE QUARTERLY OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (KIKAN SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol. 48

Winter 2012

No. 3

Foreword

Public Expectations Toward the Japanese Government on Social Security

..... NORIKO IWAI **250**

Special Issue: Social Support Networks and Social Security Policy

Social Relationships as Social Determinants of Health: A Review of Related Concepts and Major Findings Regarding Social Relationships	HIDEHIRO SUGISAWA	252
Social Support Network Evaluation and Related Problems	MITSUNORI ISHIDA	266
Effects of Support Networks on the Well-being of Child-rearing Women: Analysis of NERJ08	ATSUSHI HOSHI	279
Social Support Networks Among the Elderly and Attitudes Toward Social Security Policies: Analysis Based on JGSS-2010	KUNIAKI SHISHIDO	290
Social Support Networks and Health	TANJI HOSHI and NAOKO SAKURAI	304

Article

Conditions Necessary for Single Mothers to Obtain Regular

Employment in Japan

YANFEI ZHOU **319**

Research Note

The Effects of Public Health and Prevention on Medical Care Costs in Japan

..... YOSHIMI ADACHI, NOBUO AKAI and TOSHIO UEMATSU **334**

Report and Statistics

Social Security Law Case

HIDEKI NITTA **349**

Book Review

Kenji Shimazaki,

Health Care in Japan: Institutions and Policies

MICHIHIKO ISHIDA **359**

Edited by

National Institute of Population and Social Security Research

(KOKURITSU SHAKAI HOSHO • JINKO MONDAI KENKYUSHO)