

# 社会的ネットワークと主観的健康感<sup>†</sup>

——縦断分析による検証

馬場 康彦

(明星大学人文学部教授)

近藤 克則

(日本福祉大学社会福祉学部教授)

## 1. はじめに

健康は人々の関心を集める一大テーマといえる。テレビや新聞をみても、健康を取り上げたものはとても多い。

健康に対する社会的な関心の高さのみでなく、研究分野でも健康は注目されるテーマの1つとなっている(東京都老人総合研究所 2002; 山崎 2001)。健康をめぐる研究テーマにはさまざまなものがあるが、その1つに社会関係と健康の関係を問う研究群が存在する(Berkman and Syme 1979; House, Landis and Umberson 1988; 杉澤 1994)<sup>1)</sup>。これらの研究は、諸個人が持っている社会関係が本人の健康に対してどのようなインパクトを持っているかを中心的な問いにしている。先行研究によれば、広いネットワークの中で生活している人の方が健康で長生きする(Berkman and Syme 1979)、社会的に孤立している方が身体的にも精神的にも健康状態が悪化するといった知見が報告されている(House, Landis and Umberson 1988)。

しかし、こうした研究の多くは高齢者を対象としている。一方、高齢者よりも若い世代を対象に、社会関係と健康の関連を問う研究はいまのところ少ない<sup>2)</sup>。

高齢期に健康を維持することと同様に、若い時期においても健康の維持は重要といえる。例えば、若いうちに健康を崩すことは、その後の仕事や家族のキャリアにも大きな影響を与える

ことが考えられる。したがって、高齢期だけでなく、若い世代の健康の規定要因を明らかにすることも研究上重要であると考えられる。しかし、こうした研究は欧米では徐々に研究が進められているが、わが国ではほとんど検討が進んでいない(Hertzman, Power, Matthews, and Manor 2001)<sup>3)</sup>。

そこで本研究では、30歳代を中心としたケースを対象に社会関係と健康の関連を検証する。具体的には、(財)家計経済研究所が実施している「消費生活に関するパネル調査」のデータを用いて、社会的ネットワークが主観的健康感にどのような影響を及ぼすのかを、縦断分析によって明らかにすることが本研究の目的となる。

本研究の特色を2点挙げておこう。1点目は、社会関係の健康に対する影響をみる上で、個々の関係がどのくらい継続したものかという視点を取り込んだことである。これまでは、昔から付き合いのある関係も最近知り合った関係も同じように捉えることが多く、対人関係の継続性の概念を取り込む研究は少ない。本研究は、近年知り合った人々に加えて、幼なじみや学校時代に知り合った友人が本人の健康にどのような影響を与えるかを検証する。

もう一つは、国際比較を念頭に置いていることである。社会関係と健康の関連に関しては、個人主義が浸透し、個人が孤立しやすい西欧社会において社会関係は健康に影響を与えるが、社会の凝集性の高い東洋社会では社会関係の影

響はあまり出ないのではないかという仮説が提示されている (Berkman 1984)。本研究はこの仮説を念頭に置きながら、わが国において社会関係が健康に対して影響をもたらすのかどうかをも検証する。

## 2. 社会関係と健康に関する先行研究

社会関係と健康の関連に関しては、これまで多くの研究が蓄積されており、その全容を本稿で明らかにすることは難しい。以下では、いくつかのレビュー論文と実証研究を通して、これまでの研究の概要をみていく。

先行研究によれば、社会関係のネットワーク規模が小さい場合、あるいはソーシャルサポートが少ない場合に健康状態が悪化することが明らかにされている (House, Landis and Umberson 1988)。研究の初期段階では、横断的データによりこうした関連が指摘されたままで、因果関係に関する確証は得られていなかった。しかし、その後、縦断的調査や実験的な方法にもとづいた研究が行われ、社会関係の規模が小さい、あるいはソーシャルサポートの欠如が健康状態の悪化をもたらしていることが明らかにされてきた (House, Landis and Umberson 1988)。

先行研究における社会関係をみていくと、大きく社会関係の量と質にわけることができる。社会関係の量とは、主に対人関係の構造的な側面をみるものであり、具体的には本人の社会的ネットワークの規模や接触頻度を指している。一方、社会関係の質は個々の社会関係の機能的な側面をみるもので、具体的にはソーシャルサポートを指すことが多い。以下では、この2つの社会関係の要素が健康に与える影響をみていくことにする。

まず社会関係の量が健康にもつ影響に関する研究をみていく。代表的な研究としてBerkman and Syme (1979)がある。彼らはカリフォルニア州のアラメダという地域で30歳から69歳の4725人の男女を対象に9年間追跡調査を行っ

た。分析の結果、家族や友人と接触頻度があるほど、教会への参加頻度が高いほど、公式あるいは非公式の集団に所属しているほど死亡率が低いことが明らかにされた。

近年の研究でも、社会関係の量が健康に与えることが確かめられている。Cohen et al. (2003)は、18歳から55歳の健康な人を対象に風邪に関わるウィルスを注入し、社会関係のありようによって、風邪の発症率に変化があるのかを検討した。調査の結果、幅広く社会関係 (例えば配偶者、親、友人、職場の知人など) を持っている者ほど、発症率が有意に低いというものだった。こうした結果は、対象者の体質や年齢、性別、学歴などを統制しても変化がなく、ネットワークの規模が大きいほど、同じウィルスを注入されても風邪をひきにくいということがわかった。

次に、社会関係の質が健康にもたらす影響を検討した研究をみていこう。Melchior et al. (2003)は、社会関係と主観的健康感の関連を検討した。データはフランスのGAZELというコーホートデータを用いており、縦断分析となっている。分析の結果、社会的ネットワークの規模は主観的健康感に影響を与えていなかったが、ソーシャルサポートの低下は主観的健康感の低下をもたらしていた。こうした結果から、著者らは、社会的ネットワークといった対人関係の構造的な側面より、社会関係の機能的な側面の方が健康に影響を与えるのではないかと考察している。

仮に社会関係の構造的な側面より機能的な側面の方が健康に与える影響が大きいとした場合、どのような機能的側面が特に健康に影響するのだろうか。Uchino, Cacioppo, and Kiecolt-Glaser (1996)は、ソーシャルサポートと健康の関係を検討した81の研究を概観し、ソーシャルサポートは心臓病や免疫などに対してポジティブな効果を持っていることや家族からのソーシャルサポートが重要であることに加えて、ソーシャルサポートの次元の中でも情緒的サポートが人々の健康にとって重要であるとの知見を述べている。

以上の議論を総合すると、社会的ネットワークの規模の大きさと同様に、あるいはそれ以上にソーシャルサポートといった機能的な側面が健康に影響すること、なかでも情緒的なサポートが人々の健康にポジティブな影響をもたらす、ということになる。

次に、国内の研究をみていこう。欧米ほどの研究の蓄積はないが、高齢者を対象とした関連研究がいくつか行われている。

藤田・簇野(1990)は、東京都品川区、静岡県静岡市(当時、清水市)、鳥取県中部地域に居住する60~89歳の高齢者を無作為に抽出して、1984年から1986年までの追跡調査を行った。ここでの社会的ネットワークとは、親しい人を訪ねる頻度、親しい人に来訪される頻度、近所の人と親しい関係にある、の3項目により測定された。分析の結果、女性において、近所の人に親しい人がいることと生命予後の間に有意な傾向(10%有意水準)がみられたのみで、両者の間に明確な関連はみられなかった。

杉澤(1994)は、全国の60歳以上の高齢者を対象に行った調査をもとに、社会的統合と生命予後との関係を検討した。ここでの社会的統合とは、人間関係の種類別に規模と接触頻度をたずねたものである。人間関係の種類は、配偶者、同居子、別居子、友人、近隣、地域集団である。分析の結果、男性は地域集団への参加の程度が3年後の生命予後に対して有意な効果をもっており、参加している地域集団が多いほど、あるいは地域集団への参加頻度が多いほど、生命予後が良好であった。

以上の研究をみる限り、欧米の研究ほど明確な関係はみられないが、方向としては、幅広い社会関係を持つほど、また支援的な社会関係が多いほど、本人の健康状態が向上することがわかる。

以下、本研究の仮説を述べよう。まず仮説1は、我が国の若い女性においても社会関係が増えるほど、本人の健康状態は高まるというものである。仮説2は、社会関係の中でも機能的な側面の方が人々の健康に影響を与えるというも

のである。特に情緒的サポートが人々の健康に影響を与えると予測する。

### 3. 先行研究の検討から導かれる課題

先行研究の課題は大きく2つが考えられる。1つは、社会関係の捉え方である。これまでの研究の多くは、社会的ネットワークの規模やソーシャルサポートを聞いてきたが、その個々の関係がどれだけ継続したものであるかについては、あまり関心が払われてこなかった(浦1998)。つまり、幼なじみや学校時代から関係が継続している友人からの情緒的サポートも、最近知り合った人からの情緒的サポートも同じものと捉えるのである。

ネットワークの現状や交換されるソーシャルサポート自体に焦点を定めるこれまでの手法も1つのアプローチといえる。しかし、ライフコースや生涯発達心理学の視点を踏まえると、対人関係の継続性に着目する重要性が理解できる。

その代表的な考え方としてコンボイ理論がある(Kahn and Antonucci 1980)。ここでいうコンボイとは長期間連れ添う支援者のネットワークを意味している。カーンらによれば、継続して支援してもらえる他者が幅広く存在することが、本人の主観的幸福感に決定的な役割を果たすという(Kahn and Antonucci 1980)。

つまり、長期間支援を続けてくれる人々がどれくらいいるかが、本人の人生にとって重要だと述べているのである。彼らの議論は主観的幸福感を念頭に置いているが、主観的幸福感とは主観的健康感とも関連することが知られている(杉澤1993)。そこで、上記の議論を本人の健康に援用するならば、長期間支援を継続している人からの支援の多さが本人の健康にとって重要な意味をもつと考えることができる。

これまで個々の関係の継続性を踏まえた上で、社会関係と健康の関連を検討する先行研究はほとんどみられない。本研究では、若年女性において、近年出会った者からより、長期間継続している者からの支援の方が本人の健康に与える

という仮説をたて、これを検証する。

もう1つの課題は、社会関係と健康の関連をめぐり方法論的な問題である。社会関係と健康の関連を問題にする上で、避けて通れないのがその因果関係に関する問題である。一般的には「支援的な社会関係が人々の健康状態を向上させる」と考えられているが、横断的データを用いた場合、「健康だからこそ、さまざまな社会関係をとり結べる」という因果関係の可能性を否定しきれない。

先述の通り、欧米では、縦断的データを用いた社会関係と健康に関する研究が進んでいる(House, Landis and Umberson 1988)。しかし、わが国では縦断的データの整備の遅れなどから、こうした検討はまだ少ない。特に、成人期を対象に社会関係と健康の関連を、縦断的データを用いて検討する研究はほとんど行われていない。

そこで本研究では、(財)家計経済研究所が実施した縦断的データを用いて、この課題に取り組む。

## 4. 方法

### (1) データ

今回の分析に用いるデータは、(財)家計経済研究所が行った「消費生活に関するパネル調査」の第9年度と第10年度である。

本研究の目的の1つは、社会関係と健康の関連の因果関係を明らかにすることにある。そこで本研究では、第9年度の社会的ネットワークが第10年度の主観的健康感にどのような影響を与えるかを分析する。

以上のデザインにより、社会関係の方が健康状態より時間的に先行していることになる。しかし、このままでは、第9年度時点でそもそも健康状態が悪く、そのため社会的ネットワークが縮小しているケースを排除しきれない。

第9年度時点で主観的健康感が低いものをケースから外すという操作が望まれるが、第9年度時点では主観的健康感に関する質問項目がない。しかし、第9年度には本人の健康を把握する項

目がいくつかみられる。それは、「この1年間にあなた自身に次のようなことがありましたか」という問いの中に、「手術や長期の療養が必要な重い病気にかかった」、「うつ状態など精神的な問題があった」という項目である。この両項目のいずれかに対して、「はい」と回答した者は分析対象から除外することにした。つまり、第9年度時点で健康状態がかなり低いケースは除外したことになる。

こうした操作により、健康状態が社会関係に与える影響を完全に統制できるかについては慎重であるべきだが、ベースラインとなる第9年度の健康状態はある程度統制できたと思われる。

以上の操作を行った最終的な分析対象は満29～43歳の有配偶女性1032名である。

### (2) 測定尺度

従属変数には、主観的健康感を用いた。具体的には「ふだんのあなたの健康状態はどうですか」という問いに、とても健康／まあ健康／ふつう／あまり健康ではない／まったく健康でない、の5点リッカート尺度で回答してもらったものである。スコアが高いほど、自身の健康を良好と評価していることになる。

独立変数は、社会的ネットワークである。ここでの社会的ネットワークとは、友人関係の数(規模)である。具体的には、男女別と出会ったきっかけ別に人数を書くようにされている。ここでいう友人とは、1対1の関係で付き合いがある(会ったり、電話で話したり、文通したりする)と定義されている。出会ったきっかけとは、①幼なじみや学校時代にできた友人、②仕事を通して、③趣味やボランティアを通して、④友人を通して、⑤子どもを通して、⑥夫を通して、⑦近所に住んでいることがきっかけで、である。この付き合いのある友人を、以下では「友人のネットワーク」と記す。

またこの友人のネットワークの中で、「悩みなど、心を打ち明けて話し合える友人」の数もたずねている。これは情緒的サポートを相互に交換したり、自己開示できたりする友人を指して

図表-1 各変数の度数分布

	29～31歳 (15.5%)	32～35歳 (28.0%)	36～39歳 (26.6%)	40～43歳 (29.9%)
妻の年齢	29～31歳 (15.5%)	32～35歳 (28.0%)	36～39歳 (26.6%)	40～43歳 (29.9%)
妻の学歴	中学卒 (5.9%)、高校卒 (44.3%)、専修・高専卒 (18.8%)、短大卒 (20.3%)、大学卒 (10.7%)			
妻の年収	収入なし (37.5%)、100万未満 (26.8%)、100～200万円未満 (15.3%)、 200～300万円未満 (8.4%)、300～400万円未満 (4.1%)、400万円以上 (7.9%)			
夫の学歴	中学卒 (11.0%)、高校卒 (42.0%)、専修・高専卒 (10.5%)、短大卒 (4.2%)、大学卒 (32.3%)			
夫の年収	300万円未満 (8.8%)、300～500万円未満 (36.9%)、500～700万円未満 (30.5%)、 700～900万円未満 (15.7%)、900～1100万円未満 (4.2%)、1100万円以上 (3.9%)			
同居人数	1人 (0.3%)	2人 (24.0%)	3人 (30.9%)	4人 (44.8%)
子どもの人数	0人 (10.6%)	1人 (19.6%)	2人 (45.9%)	3人 (23.9%)
友人のネットワーク (女性)				
幼なじみ・学校時代	0人 (9.3%)	1～2人 (23.3%)	3～4人 (25.6%)	5人以上 (41.8%)
仕事を通して	0人 (24.5%)	1～2人 (30.2%)	3～4人 (20.6%)	5人以上 (24.7%)
趣味・ボランティアを通して	0人 (77.7%)	1～2人 (9.5%)	3～4人 (3.9%)	5人以上 (8.9%)
友人を通して	0人 (81.9%)	1～2人 (11.8%)	3～4人 (2.9%)	5人以上 (3.4%)
子どもを通して	0人 (33.7%)	1～2人 (20.1%)	3～4人 (16.3%)	5人以上 (29.9%)
夫を通して	0人 (80.3%)	1～2人 (13.8%)	3～4人 (3.6%)	5人以上 (2.3%)
近所を通して	0人 (57.4%)	1～2人 (24.4%)	3～4人 (9.6%)	5人以上 (8.6%)
友人のネットワーク (男性)				
幼なじみ・学校時代	0人 (82.0%)	1～2人 (10.2%)	3～4人 (3.7%)	5人以上 (4.1%)
仕事を通して	0人 (82.1%)	1～2人 (11.1%)	3～4人 (3.8%)	5人以上 (3.0%)
趣味・ボランティアを通して	0人 (94.8%)	1～2人 (2.4%)	3～4人 (1.3%)	5人以上 (1.5%)
友人を通して	0人 (95.5%)	1～2人 (3.1%)	3～4人 (1.0%)	5人以上 (0.4%)
子どもを通して	0人 (95.4%)	1～2人 (1.5%)	3～4人 (1.8%)	5人以上 (1.3%)
夫を通して	0人 (86.1%)	1～2人 (7.0%)	3～4人 (3.7%)	5人以上 (3.2%)
近所を通して	0人 (96.4%)	1～2人 (1.6%)	3～4人 (1.0%)	5人以上 (1.0%)
情緒的サポートのネットワーク (女性)				
幼なじみ・学校時代	0人 (20.9%)	1～2人 (47.1%)	3～4人 (18.3%)	5人以上 (13.7%)
仕事を通して	0人 (49.3%)	1～2人 (37.1%)	3～4人 (8.6%)	5人以上 (5.0%)
趣味・ボランティアを通して	0人 (87.5%)	1～2人 (8.2%)	3～4人 (3.2%)	5人以上 (1.1%)
友人を通して	0人 (92.8%)	1～2人 (6.4%)	3～4人 (0.3%)	5人以上 (0.5%)
子どもを通して	0人 (54.8%)	1～2人 (30.0%)	3～4人 (9.5%)	5人以上 (5.7%)
夫を通して	0人 (91.5%)	1～2人 (7.6%)	3～4人 (0.8%)	5人以上 (0.1%)
近所を通して	0人 (79.3%)	1～2人 (18.0%)	3～4人 (1.7%)	5人以上 (1.0%)
情緒的サポートのネットワーク (男性)				
幼なじみ・学校時代	0人 (92.4%)	1～2人 (6.4%)	3～4人 (0.8%)	5人以上 (0.4%)
仕事を通して	0人 (92.7%)	1～2人 (6.6%)	3～4人 (0.7%)	5人以上 (0.0%)
趣味・ボランティアを通して	0人 (97.8%)	1～2人 (2.0%)	3～4人 (0.1%)	5人以上 (0.1%)
友人を通して	0人 (98.7%)	1～2人 (1.3%)	3～4人 (0.0%)	5人以上 (0.0%)
子どもを通して	0人 (99.0%)	1～2人 (0.8%)	3～4人 (0.1%)	5人以上 (0.1%)
夫を通して	0人 (97.9%)	1～2人 (2.0%)	3～4人 (0.1%)	5人以上 (0.0%)
近所を通して	0人 (99.4%)	1～2人 (0.6%)	3～4人 (0.0%)	5人以上 (0.0%)
主観的健康感	まったく健康でない (0.2%)、あまり健康ではない (5.4%)、ふつう (38.1%) まあ健康 (40.4%)、とても健康 (15.9%)			

いるものと思われる。ここでは情緒的サポートの機能に着目し、以下では「情緒的サポートのネットワーク」と記す。数が多いほど、これらのネットワークの規模が大きいことを意味する。

上記の2変数をネットワークと定義したが、情緒的サポートのネットワークに関しては、情緒的サポートという機能を念頭に置いているという意味でソーシャルサポートの要素も入って

いる。この変数は、ネットワークとソーシャルサポートの両者の要素を含んでいるが、人数(規模)を答えさせているので、ここではネットワーク変数として位置づけることにした。

統制変数は、社会経済的地位に関わる諸変数である。具体的には、本人の年齢、学歴、年収、夫の学歴、年収である。これに加えて、同居人数と子どもの人数も投入した。

図表-2 主観的健康感を従属変数とした単回帰分析—統制変数

	$\beta$	t	p
妻の年齢	-.153	-4.972	**
妻の学歴	.099	3.180	**
夫の学歴	.083	2.666	**
同居人数	-.060	1.920	
子どもの人数	-.048	1.539	
妻の年収	-.014	-.419	
夫の年収	.017	.524	

\*p<.05 \*\*p<.01

(3) 分析手法

今回は独立変数、統制変数ともに概念的に近いものが少なくない。そこで、以下では全変数を同時に投入する分析は避け、多段階にわけて分析を行うこととした。

まず統制変数とネットワーク変数とにわけて、各々の中で、どの変数が主観的健康感に対して有意な影響を示すかを明らかにする。そこで有意が確認された変数同士で最終的な分析を行うこととした。分析手法は回帰分析を用いる。

5. 結果

各変数の度数分布は図表-1にある(図表-1)。まず、統制変数に関する分析から始める。分析の結果、統制変数の中で有意だったものは、本人の年齢、学歴、夫の学歴の3つだった(図表-2)。

ただし、夫婦の学歴は相互に関連があるため、これを同時に回帰分析に投入すると、分析が不安定になる可能性がある<sup>4)</sup>。そこで2変数のどちらが主観的健康感をより規定するのかを検証するため重回帰分析を行った。その結果、本人の学歴の方が有意な効果を示した(本人の学歴  $\beta = .075$   $t = 2.133$   $p < .05$ ; 夫の学歴  $\beta = .050$   $t = 1.427$  NS VIF = 1.289)。以上から、最終的な分析では、本人の年齢と学歴を統制変数として用いる。

次に社会的ネットワークに関する分析結果をみていこう。分析は、女性のネットワーク、男性のネットワークにわけて行った(図表-3)。

まず女性の友人のネットワークに関する結果

図表-3 主観的健康感を従属変数とした単回帰分析—ネットワーク変数

	$\beta$	t	p
友人のネットワーク(女性)			
幼なじみ・学校時代	.078	2.502	*
仕事を通して	.054	1.723	
趣味やボランティアを通して	.020	.628	
友人を通して	.010	.305	
子どもを通して	.015	.464	
夫を通して	-.029	-.932	
近所を通して	.009	.289	

情緒的サポートのネットワーク(女性)

幼なじみ・学校時代	.120	3.844	**
仕事を通して	.051	1.629	
趣味やボランティアを通して	.054	1.714	
友人を通して	-.014	-.431	
子どもを通して	.022	.687	
夫を通して	-.056	-1.782	
近所を通して	.016	.507	

友人のネットワーク(男性)

幼なじみ・学校時代	.053	1.701	
仕事を通して	.004	.127	
趣味やボランティアを通して	.024	.764	
友人を通して	.018	.584	
子どもを通して	.003	.090	
夫を通して	.027	.876	
近所を通して	-.029	-.935	

情緒的サポートのネットワーク(男性)

幼なじみ・学校時代	.033	1.056	
仕事を通して	-.013	-.404	
趣味やボランティアを通して	.030	.960	
友人を通して	-.015	-.464	
子どもを通して	-.011	-.339	
夫を通して	.008	.255	
近所を通して	-.021	-.683	

\*p<.05 \*\*p<.01

からみていく。分析の結果、幼なじみ・学校時代にできた友人数が有意な効果を示した。

次に情緒的サポートのネットワークに関する結果をみていこう。女性の情緒的サポートのネットワークに関しては、先と同様、幼なじみ・学校時代にできた友人数が有意な効果を示した。

一方、男性のネットワークに関しては、有意な効果を示すものは1つもみられなかった。

情緒的サポートのネットワークは、友人のネットワークの内訳であるので、相互に強く相関している<sup>5)</sup>。これを同時に回帰分析に投入すると分析結果が不安定になる可能性がある。そこ

図表-4 主観的健康感を従属変数とした階層的重回帰分析

	第1ステップ			第2ステップ		
	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p
(定数)		20.35			19.010	
年齢	-.161	-5.201	**	-.144	-4.548	**
本人の学歴	.102	3.290	**	.088	2.805	**
情緒的サポートのネットワーク (女性/幼なじみ・学校時代)				.070	2.179	*
R		.189			.200	
R <sup>2</sup>		.036			.040	
調整済R <sup>2</sup>		.034			.037	
F変化量		18.665	**		4.747	*

\*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01

で、幼なじみ・学校時代にできた友人に関して、有意になった変数同士で分析を行った。

その結果、幼なじみ・学校時代からの友人に関しては、情緒的サポートのネットワークの方が有意な効果を示した（友人のネットワーク  $\beta = .010$   $t = 2.270$  NS；情緒的サポートのネットワーク  $\beta = .114$   $t = 2.920$   $p < .01$ ）。

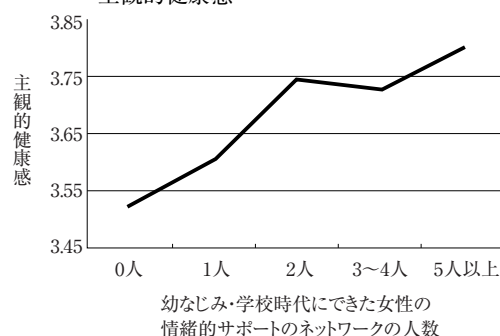
以上の分析結果から、本人の年齢と学歴、そして幼なじみ・学校時代にできた友人の情緒的サポートのネットワークの3つが最終的に残った。以上の3変数を説明変数として、階層的重回帰分析を行った（図表-4）。

まず第1ステップでは、統制変数として、本人の年齢と学歴を投入した。その結果、本人の年齢、学歴ともに有意な効果が示された。年齢が低いほど、また学歴が高いほど、主観的健康感が有意に高まることが示された。

第2ステップで、情緒的サポートのネットワークを投入した。分析の結果、幼なじみ・学校時代からの友人からの情緒的サポートのネットワークに有意な効果が示された。幼なじみや学校時代からの付き合いで、かつ情緒的なサポートを交換できるような友人が多いほど、主観的健康感が有意に高まることが示された。

ネットワークの規模のカテゴリーごとの平均値を図示したものが図表-5である。これを見ると、長期的に付き合いが続き、かつ情緒的なサポートを交換できるような友人が多いほど、主観的健康感が高まっていることがみてとれる。

図表-5 女性の情緒的サポートのネットワークと主観的健康感



以上の結果から、社会的ネットワークのあり方が本人の主観的健康感に影響を与えていること、特に、情緒的サポートの交換が可能な、長期的に継続された友人を多く持てば持つほど、自らを健康であると評価していることが明らかになった。

## 6. 考察

本研究は、30歳代を中心とした有配偶女性を対象に、社会関係と健康の関係を縦断的データにもとづいて検証することが主な目的だった。加えて、社会関係の中に対人関係の継続性の視点を盛り込んだことも本研究の特色であった。以下では、これまでの分析結果をまとめ、考察を行う。終わりに、今後の課題を述べる。

本分析で示された知見は大きくいって3つある。1つめは、社会関係が多い方が、健康状態が良好であるということである。より具体的に言えば、社会的ネットワークの規模が大きくなるほど、主観的健康感が有意に高まるのである。前回調査（第9年度）時点の健康状態による統制がやや弱いため、因果関係に関する解釈は慎重であるべきだが、今回の検証は、縦断的データに基づいており、横断的データを用いたこれまでの研究以上に、社会関係が健康を規定することを証明できたものと思われる。以上から仮説1は基本的に支持されたと思われる。今後さらなる検証が必要なことは言うまでもないが、



欧米においてだけでなく、わが国でも社会関係が健康に影響することが一定程度示されたといえる。

2つめの知見は、社会関係の中でも、長期的に継続している友人の規模が大きいほど、主観的健康感が高まるということである。この結果は、コンボイ理論から導出した本研究の仮説2を支持するものといえる。これまでの研究は、社会関係を家族、職場、近隣といった社会集団の概念によって区分することが多かった。今後はこうした区分に加えて、対人関係に時間軸も導入していくことで、これまで見えてこなかった対人関係の効果を析出することができるものと思われる。

この点に関して興味がわくのは、今回の結果が高齢者を対象とした場合にもみられるのか、という点である。高齢者になるとネットワークの規模そのものも縮小することが考えられ、昔から付き合いのある友人からのサポートは成人期よりも貴重なものと感じられるのではないだろうか。今後、この点を検討する研究を期待したい。

3つめの知見は、社会関係のみならず、本人の階層も健康に影響を与えていることである。社会関係と健康の関係を考えるとき、多くは両者の関連に焦点が集中してしまい、本人が位置する階層にはあまり関心が向けられないことが多い。しかし、本分析でも示された通り、本人の学歴は主観的健康感を有意に規定しており、学歴が高い者ほど主観的健康感も高いという結果が出ている。単純に係数をみた場合、主観的健康感に対する学歴のもつ規定力は社会関係のそれを上回っている。

社会関係がもたらすインパクトを検討することは重要な課題であるが、今後は社会関係と健康が置かれた階層という文脈にも目を配っておく必要があるだろう。

以下では、本研究の課題を述べる。課題は大きく3つある。

1つは、本研究の調査対象は有配偶女性のみであり、無配偶の女性や男性について、今回と

同様な結果が得られるかはわからない。例えば、今回の結果では、男性のネットワークには女性の健康を促進する働きは全くみられず、むしろ女性（同性）のネットワークが健康に影響しているという結果だった。果たしてこうした結果は男性についてもみられるのだろうか。先行研究でも、社会関係と健康の関係に関しては性差がみられることが明らかにされており（杉澤1994）、今後、性差に関する検討が望まれる。

2つめは、主観的健康感がどの程度実際の健康を反映できているかという点である。高齢者対象の研究では、主観的健康感が生命予後に対して影響することが国内外の研究により証明されている。しかし、成人期における主観的健康感がどのくらい本人の健康を反映しているかに関しては、国内では研究の蓄積がほとんどみられない。

欧米ではこの点も検討されており、成人期においても主観的健康感本人の健康状態を反映することが示されており、主観的健康感がどの年代に対しても使用できる指標であることが明らかにされている（Manor, Matthews and Power 2001）。わが国でも、これと同様な研究が求められるだろう。

3つめは、今回の検討では、家族外の社会的ネットワークを取り上げたが、家族関係の効果が取り上げられていない。社会関係が健康に与える影響を包括的に把握するためには、家族内外双方の関係が本人の健康をどのように規定しているのかを検討しなければならない。

最後になるが、社会関係と健康の関連に関しては、これまでも多くの研究者の関心を集めてきた。この理由としては、1つに人々の健康を取り上げているという実践的な意味合いが考えられる。もう1つには、その学際性や研究上の広がりも考えられる。例えば、パークマンは、社会関係と健康の関連に関して背景にある文化による違いまで取り上げている（Berkman 1984）。パークマンは欧米のような個人主義の国こそ社会関係は健康に影響するが、東洋社会のような社会的に凝集性の高い共同体では健康に



それほど大きな影響をもたらさないのでは、と述べている (Berkman 1984)。

現在、本データのような全国規模の調査が各国で二次利用されつつある。各国のデータにもとづいて、上記のような研究課題を扱った国際比較研究が出てくることを期待して、本論文の締めとしたい。

## 注

- 1) 本研究では、さまざまな対人関係を総称する概念として社会関係という言葉を用いる。この使用法はHouse, Landis and Umberson (1982) に基づいている。社会関係の中には、主に対人関係の構造的な側面をみる社会的ネットワークと、機能的な側面をみるソーシャルサポートの両者を含むものとする。
- 2) 成人期を対象としたソーシャルサポートに関する研究は国内でも研究が蓄積されている (稲葉・高橋・小林他 1986; 小牧・田中 1996)。ただし、厳密に言えば、国内のソーシャルサポートに関する研究は心理学的なものであり、本人の健康状態を広く捉えようとするものではないといえる。
- 3) 国内の研究としては、馬場・近藤 (2003) や馬場・近藤・末盛 (2003) がある。
- 4) 本人の学歴と夫の学歴の相関係数は、.47 ( $p<.01$ ) であった。
- 5) 幼なじみの友人ネットワークと情緒的サポートのネットワークの相関係数は.597、仕事を通しての友人のネットワークと情緒的サポートのネットワークの相関係数は.531だった (双方とも $p<.01$ )。

## 文献

- 稲葉昭英・高橋潔・小林和久・浦光博・高根定信・南隆男, 1986, 「家族ストレス論による単身赴任家族研究の試み」『哲学』83: 251-286。
- 浦光博, 1998, 「ソーシャルサポートと対人関係」松井豊・浦光博編『人を支える心の科学』誠信書房, 177-206。
- 小牧一裕・田中國夫, 1996, 「若年労働者に対するソーシャルサポートの効果」『社会心理学研究』11(3): 195-205。
- 杉澤秀博, 1993, 「高齢者における健康度自己評価の関連要因に関する研究——質的、統計的解析に基づいて」『社会老年学』38: 13-24。
- , 1994, 「高齢者における社会的統合と生命予後との関係」『日本公衆衛生雑誌』41(2): 131-139。
- 東京都老人総合研究所, 2002, 『後期高齢者における健康・家族・経済のダイナミクス』。
- 馬場康彦・近藤克則, 2003, 「社会経済的地位と主観的健康感」(財) 家計経済研究所編『家計・仕事・く

- らしと女性の現在——消費生活に関するパネル調査 (第10年度)』国立印刷局, 71-83。
- 馬場康彦・近藤克則・末盛慶, 2003, 「結婚と心理的健康——背景としての社会経済的地位」『季刊家計経済研究』58: 77-85。
- 藤田利治・簇野脩一, 1990, 「地域老人の生命予後関連要因についての3地域追跡研究」『日本公衆衛生雑誌』37(1): 1-8。
- 山崎喜比古編, 2001, 『健康と医療の社会学』東京大学出版会。
- Berkman, L. F. and L. Syme, 1979, "Social Networks, Host Resistance, and Mortality," *American Journal of Epidemiology*, 109(2): 186-204。
- Berkman, L. F., 1984, "Assessing the Physical Health Effects of Social Networks and Social Support," *Annual Review of Public Health*, 5: 413-32。
- Cohen, S., W. J. Doyle, R. Turner, C. M. Alper and D. P. Skoner, 2003, "Sociability and Susceptibility to the Common Cold," *Psychological Science*, 14(5): 389-95。
- Hertzman, C., C. Power, S. Matthews and O. Manor, 2001 "Using an Interactive Framework of Society and Lifecourse to Explain Self-Rated Health in Early Adulthood," *Social Science and Medicine*, 53(12): 1575-85。
- House, J. S., K. R. Landis and D. Umberson, 1988, "Social Relationships and Health," *Science*, 241(4865): 540-544。
- Kahn, R. L. and T. C. Antonucci, 1980, "Convoys over the Life-Course," P. B. Baltes and O. G. Brim, Jr. (eds), *Life-Span Development and Behavior*, Vol. 3, New York: Academic Press, 253-286。
- Manor, O., S. Matthews and C. Power, 2001, "Self-Rated Health and Limiting Longstanding Illness," *International Journal of Epidemiology*, 30: 600-607。
- Melchior, M., L. F. Berkman, I. Niedhammer, M. Chea and M. Goldberg, 2003, "Social Relations and Self-Reported Health," *Social Science and Medicine*, 56(8): 1817-30。
- Uchino, B. N., J. T. Cacioppo and J. K. Kiecolt-Glaser, 1996, "The Relationship between Social Support and Physiological Processes," *Psychological Bulletin*, 119(3): 488-531。

ばば・やすひこ 明星大学人文学部教授。主な著書に『現代生活経済論』(ミネルヴァ書房, 1997)。生活経済論、高齢者福祉専攻。

こんどう・かつのり 日本福祉大学社会福祉学部教授。主な論文に「要介護高齢者は低所得者層になぜ多いか」(『社会保険旬報』2073, 2000)。社会疫学、医療サービス研究専攻。(kkondo@n-fukushi.ac.jp)