

■ 原著論文 ■

地域在住高齢者における社会的サポートと
抑うつに関連

— AGES プロジェクト —

村田千代栄^{*1}, 斎藤嘉孝^{*2}, 近藤克則^{*3}, 平井 寛^{*4}

抄録 ●

社会的サポートは、日常的な手助け、悩みの相談など人間同士がやりとりする支援であり、これらのサポートの授受は、健康に良好な影響を与えることがわかっている。しかし、サポート授受の相手によりその影響が異なるか否かについては必ずしも明確ではない。本研究では、2003年に一般高齢者を対象に行ったAGESプロジェクトのデータ（ $n=32,891$ ）を用い、サポート授受の相手と抑うつの関連について検討を行った。サポート授受の相手として、同居家族、別居の子や親族、近隣・知人・友人の3種類を用いた。うつ（GDS15項目版で5点以上）の有無を目的変数、年齢、疾患の有無、配偶者の有無、独居の有無を共変量に、性別にロジスティック回帰分析を行ったところ、サポート授受の相手にかかわらず、相手がいる高齢者は抑うつが少なく、独居など同居家族からのサポートが得られない状況であっても、それ以外の人々とのサポートの授受が高齢者の抑うつを防ぐ可能性が示唆された。

Key words：サポート授受の相手、抑うつ、高齢者

老年社会科学, 33 (1):15-22, 2011

I. はじめに

社会的サポートは社会的支援とも訳され、日常的な手助け、悩みの相談など人間同士がやりとりする支援であり、これらの社会的サポートの授受は、高齢者の健康にも良好な影響を与えることが内外の先行研究により確認されている¹⁻³⁾。

社会的サポートは、機能面からみて、情緒的サポートと手段的サポートに大きく分けられる。情緒的サポートは「困った時に相談できる」「愛情を持って接してくれる」など感情面でのサポートであり、手段的サポートは「車に乗せてくれる」「お金を貸してくれる」など実務的なサポートであり、

道具的支援とよばれることもある。

社会的サポートと抑うつの関連については、増地らの内外の研究のレビュー⁴⁾によると、実際に受領した、あるいは期待できる情緒的サポートが少ないこと、期待できる手段的サポートが少ないことが、高齢者のその後の抑うつと関連していた。Koizumiら⁵⁾による都市在住高齢者1,178人を対象に、社会的支援の欠如とうつ状態（GDS高齢者抑うつ尺度による）との関連について検討した1年間の前向きコホート研究では、社会的サポートのうち、トラブル時に相談できる人がいない、病気のときに面倒をみてくれる人がいない、の2項目がうつ状態の増加と有意に関連しており、社会的サポートの欠如は、その後の抑うつのリスクを高めることを示している。

サポートを受ける相手によって、精神衛生に与える効果が異なることを指摘する研究もある。40歳以上80歳未満の一般住民30人を対象にした青森

受付日：2010. 3. 6／受理日：2011. 2. 20

^{*1} Chiyo Murata：浜松医科大学医学部^{*2} Yoshitaka Saito：法政大学キャリアデザイン学部^{*3} Katsunori Kondo：日本福祉大学健康社会研究センター^{*4} Hiroshi Hirai：岩手大学工学部^{*1} 〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山1-20-1

の研究⁶⁾では、うつ状態ともっとも強く関連していたのは家族や親戚からの道具的(手段的)支援であり、とくに家族や親戚から道具的(手段的)支援を提供されていても情緒的支援がない場合はうつ状態のリスクが高かった。家族からの支援が得られない場合、友人などそれ以外の相手との交流が増加することも確認されている⁷⁾が、健康に与える効果が、同居家族からのサポートと、同居家族以外からのサポートで異なるか否かについて、同時に検討した研究はほとんどなく、その相対的な関連は必ずしも明らかではない。

サポート授受の相手には、大きく分けて、同居家族、別居家族・親族、友人・知人など私的なサポートと、社会福祉担当者やヘルパーなどによる公的なサポートがあるが、岸らの札幌市と夕張市の研究によると⁸⁾、高齢者の情緒的サポート(悩みごとを相談できる人)や介護サポート(介護をしてくれる人)の受領は、家族や友人などからの私的サポートが大部分を占めている(80~90%)。しかしひとり暮らしの高齢者に限ると、サポート提供源としての家族・近隣・友人のいずれも割合が低く、独居高齢者が孤立しやすい可能性があることを指摘している。

総務省統計局の調査によると、日本の65歳以上高齢者の割合は2007年には21.5%であり、そのうちの15.7%が独居であった⁹⁾。また子どものいない高齢者も増えており、高齢になっても家族からのサポートに頼れない高齢者が今後も増加する状況にある。したがって、同居家族とそれ以外の相手とのサポート授受によって、その効果が異なるか否かを明らかにすることは、今後の介護予防施策を検討するうえでも重要である。抑うつは要介護状態の発生とも強く関連しているからである¹⁰⁾。そこで、本研究では地域在住高齢者の社会的サポートの授受を行う相手の種類別(①同居家族、②別居の子・親族、③近隣・知人・友人)にみたサポート授受の割合を明らかにするとともに、それぞれのサポート授受の相手の有無と抑うつとの関連についての検討を行った。また、増加傾向にある

独居高齢者の現状を把握するために、全体だけでなく独居高齢者のみのサポート授受の割合も検討した。

Ⅱ. 研究の方法

1. データ

本研究には、AGESプロジェクトの一部である2003年郵送自記式質問紙調査による一般高齢者データ($n=32,891$, 回収率55.2%)を用いた。AGESとは、Aichi Gerontological Evaluation Study(愛知老年学的評価研究)の略称であり、高齢者ケア政策の基礎となる科学的知見を得るために厚生科学研究費補助金の助成を受けて1999年度に開始された¹¹⁾。本研究では、2003年に3県15自治体で65歳以上高齢者を対象に行われた郵送自記式質問紙調査($n=32,891$, 回収率55.2%)のデータの提供を受け、性・年齢がわかる者29,571人(男性13,522人、女性16,049人)を解析に用いた。比較的規模の小さい自治体では悉皆調査、それ以外では、住民基本台帳を用いた無作為抽出調査が行われ¹¹⁾、対象者の年齢幅は65~100歳、平均年齢は73.5歳(SD6.11)である。

2. 用いた変数

社会的サポートには「心配事や愚痴をきいてくれる(あげる)」「(情緒的サポート)」「病気で寝込んだときに看病や世話をしてくれる(あげる)」「(手段的サポート)の受領(提供)の有無を用いた。

それぞれのサポート授受の相手として、①同居家族、②別居の子どもや親族、③近隣の人や知人・友人について、上記サポートの有無をたずね、それぞれのサポートをもっていると回答した場合を「サポートあり」それ以外を「サポートなし」とした。また、GDS(高齢者抑うつ尺度)15項目版で5点以上を「うつ傾向・うつ状態(以下抑うつ)あり」とみなした¹¹⁾。GDSは、高齢者を対象にした抑うつ尺度として開発され、感度(異常者を陽性と判定する率)や特異度(正常者を陰性と判定する率)の検討も行われ¹²⁾、国内外で広く用いられている¹³⁾。

表1 調査対象者の基本属性

	平均値±SD または人 (%)				p 値
	男性 n = 13,522	女性 n = 16,049			
年齢	73.1	± 5.92	73.8	± 6.25	< 0.001
独居	618	(4.6)	2,531	(15.8)	< 0.001
配偶者あり	11,726	(88.5)	8,684	(55.8)	< 0.001
治療疾患あり	10,534	(82.2)	12,499	(84.4)	< 0.001
抑うつあり (GDS-15: 5点以上)	3,681	(32.1)	4,140	(33.4)	< 0.05
情緒的サポート受領あり	10,927	(85.9)	14,211	(93.8)	< 0.001
情緒的サポート提供あり	10,168	(80.7)	12,701	(86.0)	< 0.001
手段的サポート受領あり	12,386	(95.8)	14,031	(92.0)	< 0.001
手段的サポート提供あり	11,819	(92.7)	13,679	(92.0)	< 0.05

p 値は、t 検定または、 χ^2 検定による性差を表す。

欠損値がある者は除外しているため、各変数の対象者数は同じでない場合がある。

3. 分析方法

各サポート授受の相手とのサポートのやりとりの有無を説明変数として、抑うつの有無を目的変数としたロジスティック回帰分析を性別に行った。性別に解析したのは、社会的サポートと健康の関連には性差があることが先行研究により報告されているためである^{2, 5)}。解析にあたり、年齢、治療疾患、同居者・配偶者の有無は、社会的サポートと抑うつの双方と関連しているため、これら要因を共変量として調整を行った。

解析に先立ち、性別に基本属性をまとめた(表1)。平均年齢は男性で73.1歳、女性で73.8歳と、女性のほうがやや高齢であった。治療を要する疾患や障害をもつ割合は、男性で82.2%、女性で84.4%と、女性のほうが多く、抑うつの割合も、女性でやや高かった。また、男女共何らかのサポート授受を行っている割合は80.7%から95.8%であった。また独居高齢者の割合は女性で15.8%、男性で4.6%であった。

サポート授受の相手により社会的サポートが与える効果が異なるか否かを検討するために、サポート授受の相手の有無は、同時にモデルに投入した。これにより、同居家族、別居子・親族、近隣・知人・友人とのサポート授受の有無を調整したうえで、それぞれのサポート授受の相手をもつことと抑うつとの関連を検討できる。

なお、特定のサポート授受相手がいる高齢者は他の相手ともサポートのやりとりをしている可能性が高いため、サポートの授受相手間の相関が高く、多重共線性(multicollinearity)の問題が生じる可能性がある¹⁴⁾。したがって、解析に先立ち、各サポート授受の相手同士の相関も検討した。それぞれの相関は、男性で-0.042~0.282、女性で-0.192~0.247と、それほど高くはなかった。また、負の相関もみられたことからサポートが代替的に働いている(たとえば、同居家族からのサポートが得られない場合、別居家族や、近隣・友人・知人とのサポートのやりとりが増えるなど)ことが示唆された。

4. 倫理的配慮

個人情報保護のため、住所、氏名を削除し、個人識別に用いた被保険者番号は各保険者が暗号化し、研究者には個人特定できない形でデータ提供を受けた。また各保険者と総合研究協定を結び、定められた個人情報取り扱い特記事項を順守した。なお、本研究の遂行にあたり、日本福祉大学の倫理審査委員会による承認を得ている。

Ⅲ. 結 果

表2は、サポートの種類とサポート授受の相手について性別に検討したものである。同居家族から

表2 サポート授受の相手別の社会的サポート所有状況 (%)

	同居家族	別居の子・親族	近隣・知人・友人	すべてあり	まったくなし
男性 (n = 13,522)					
情緒的サポート受領	67.2	26.5	19.2	8.7	21.3
情緒的サポート提供	53.8	28.1	27.5	9.6	26.3
手段的サポート受領	84.1	24.2	3.1	1.9	10.9
手段的サポート提供	79.4	27.2	6.0	3.9	15.1
女性 (n = 16,049)					
情緒的サポート受領	53.3	44.0	34.2	11.6	14.1
情緒的サポート提供	34.4	36.9	44.9	10.4	23.1
手段的サポート受領	66.9	36.8	5.9	2.6	15.6
手段的サポート提供	65.1	40.0	12.7	6.4	18.6

表3 独居高齢者におけるサポート授受の相手別の社会的サポート所有状況 (%)

	別居の子・親族	近隣・知人・友人	すべてあり	まったくなし
男性 (n = 620)				
情緒的サポート受領	39.6	33.0	12.9	36.1
情緒的サポート提供	32.2	36.1	13.1	41.1
手段的サポート受領	48.1	11.2	7.1	41.3
手段的サポート提供	40.0	15.9	7.9	45.8
女性 (n = 2,550)				
情緒的サポート受領	58.8	48.0	26.4	17.3
情緒的サポート提供	40.4	55.5	22.0	24.0
手段的サポート受領	61.9	13.2	10.5	28.9
手段的サポート提供	57.4	23.4	16.2	30.7

の手段的サポートの受領・提供を除き、女性のほうがより多くの相手とサポートの授受を行っていた。同居家族、別居家族・親族、近隣・友人・知人のすべてとサポート授受を行っていると回答した割合も女性のほうが高く、男性より広範なサポートネットワークをもっている傾向が確認された。サポート授受の相手に関しては、男性のほうが同居家族とのサポート授受が女性より多かった。女性は男性に比べ、別居の子・親族や近隣・友人・知人との情緒的サポートの授受が多く、どのサポート授受の相手に対しても、男性よりも多くの手段的サポートを提供していた。

表3は、独居高齢者に限って、サポートの種類とサポート授受の相手について同様に検討したものである。全体の結果と同様の傾向を示したが、サポートの授受をまったく行っていないと回答する割合は、家族と同居する高齢者より高かった。

同居・独居にかかわらず、情緒的サポートに関

しては、別居の子どもや親族とも、近隣・友人・知人とも同程度のサポート授受を行っていたが、手段的サポートに関しては、近隣・友人・知人に比べ、別居の子どもや親族とのサポート授受が多かった。

表4では、サポート授受の相手によって抑うつ(GDS15項目版で5点以上)の割合が異なるか否かをみたものである。高齢になるほど抑うつの割合が高くなるため、年齢による影響を排除するために、一般線形モデル (general linear model) を用いて年齢調整を行った¹⁵⁾。その結果、男女共社会的サポートの授受あり群で抑うつありの割合が低かった。

表5は、年齢、治療疾患の有無、同居家族の有無、配偶者の有無を調整したロジスティック回帰分析の結果である。男性では、別居の子・親族による情緒的サポートの受領、近隣の人・知人・友人による手段的サポートの受領で、抑うつとの関

連が弱い傾向がみられたものの、男女共、サポート授受の相手にかかわらず、サポートのない高齢者に比べ、抑うつオッズ比が有意に1より小さく、サポートを有する高齢者は、抑うつのリスクが低いことが確認された。

IV. 結果の考察および今後の課題

1. サポート授受の相手と抑うつ

本研究では、サポート授受の相手にかかわらず、何らかのサポートを有していることは抑うつの低さと関連していた。

表4 社会的サポートの有無と年齢調整後の抑うつ割合(%)

	男性 (n = 13,522)		女性 (n = 16,049)	
	あり	なし	あり	なし
情緒的サポート受領	29.6	43.6	31.6	46.0
情緒的サポート提供	29.4	41.3	31.4	40.7
手段的サポート受領	30.4	51.0	30.4	52.5
手段的サポート提供	30.0	47.7	30.7	47.3

注：表中の値は、一般線形モデルによる年齢調整%である。

Bowlingによる先行研究のレビューで、実際にサポートを受けているかにかかわらず、サポートの授受を期待できる場合に、健康に良好な影響を与えることが示されている。また、サポート授受の相手が同居家族か否かにかかわらず、信頼できる人 (confidante) の存在は、高齢者の生活満足感 (life satisfaction) と強く関連し、信頼できる人がいると抑うつのリスクが低いことも紹介されている²⁾。本研究でも、相手にかかわらずサポート授受が期待できる高齢者は、実際のサポートの授受にかかわらず、年齢、疾患、家族との同居や配偶者の有無を調整しても、抑うつの割合が低いという結果であった。

家族が一番身近な社会関係であり、日々の生活の一部として、あらゆる社会関係のなかでも、家族関係が個人のQOLに与える影響は大きい¹⁶⁾。しかし、家族からのサポートが常に得られるとは限らず、家族と同居していても、高齢者が家族内で心理的に孤立している場合、自殺のリスクが高まることが日本でも報告されている^{17, 18)}。近年増加して

表5 社会的サポート授受の相手による抑うつオッズ比

説明変数	男性 (n = 13,522)		女性 (n = 16,049)	
	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間
情緒的サポート受領				
同居家族	0.56***	0.51-0.62	0.53***	0.48-0.58
別居の子・親族	0.91 [†]	0.83-1.01	0.78***	0.72-0.84
近隣・知人・友人	0.62***	0.55-0.70	0.82***	0.75-0.89
情緒的サポート提供				
同居家族	0.72***	0.66-0.79	0.73***	0.67-0.80
別居の子・親族	0.84**	0.76-0.92	0.82***	0.75-0.89
近隣・知人・友人	0.52***	0.47-0.57	0.66***	0.61-0.72
手段的サポート受領				
同居家族	0.50***	0.44-0.57	0.47***	0.42-0.52
別居の子・親族	0.65***	0.58-0.72	0.61***	0.56-0.67
近隣・知人・友人	0.79 [†]	0.61-1.02	0.59***	0.49-0.71
手段的サポート提供				
同居家族	0.59***	0.52-0.66	0.55***	0.49-0.61
別居の子・親族	0.69***	0.63-0.77	0.69***	0.64-0.76
近隣・知人・友人	0.72**	0.60-0.88	0.73***	0.64-0.83

[†] $p < 0.10$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表中の値はロジスティック回帰モデルにより、年齢、疾患の有無、配偶者の有無、独居の有無を調整した、各サポートなしに対し、ありの抑うつに対するオッズ比。それぞれのサポートの種類においてサポート授受の相手は同時にモデルに投入した。

いる独居高齢者に限っては、同居家族とのサポートの授受自体が不可能である。RogersやBowlingによるレビューでも、家族からのサポートは、必ずしも健康に良い影響を与えないことが指摘されている^{2, 19)}。家族内でのサポートのやりとりは、友人や同僚とのサポートとは異なり、役割に応じた期待や義務感から提供されることも多く、ときに精神面で好ましい影響を与えないことがあるからである^{16, 19)}。したがって、同居家族とそれ以外とのサポート授受の効果が異なるか否かを明らかにすることは重要である。

サポートに関しては性差もみられ、女性は、男性に比べて同居家族以外とも広いサポートネットワークをもつ傾向がみられたが、先行研究でも同様の報告がなされ、女性は男性より多くの親友をもち、さまざまな心配事について相談する傾向があることが報告されている²⁾。男性は配偶者を信頼できる相談相手とみなす一方、女性は配偶者以外を選ぶ傾向がある²⁾が、岸らによる内外の研究のレビューでも、男性は社会的ネットワークが配偶者に偏りがちである一方、女性は子ども、親族、友人など多岐にわたっていることが指摘されている³⁾。

一般に女性は情緒的・手段的サポートの提供者になりがちであるとされている^{2, 15)}が、本研究では、女性のほうがサポート授受を多く行っていたものの、必ずしも受領にくらべて提供サポートが多いという傾向はみられなかった(表2, 3)。これは、本研究の対象者の平均年齢が73.5歳と比較的高齢であるため、サポートの提供だけでなく受領する機会が多いためである可能性がある。

女性より男性のほうが、同居家族とのサポートの授受を多く行っていたが、本研究対象の女性では、独居が多く(男性の4.6%に対し15.8%)、同居家族とのサポートの授受ができない可能性がある。本研究では、独居高齢者に限った検討も行った(表3)が、サポート授受をする別居の子・親族や近隣・友人・知人がいると回答した高齢者の割合は、同居家族がいる高齢者より高く、同居家族が

いない分、他の相手とのサポート授受が活発になる傾向がうかがわれた。これは、同居世帯より独居世帯で友人や近隣との交流頻度が多いこと^{2, 19)}や、家族関係が乏しい場合、友人などとの交流が増加する傾向がある⁷⁾とする斉藤による6年間のパネルデータを用いた研究結果と同様である。

しかし、その一方で、サポートをまったく受領していない独居高齢者の割合は、男女共同居家族のいる高齢者よりも高く、独居高齢者では、社会的に孤立する危険が高いこともうかがわれる。斉藤らによる東京都におけるひとり暮らし高齢者を対象にした研究では、社会的に孤立した高齢者の特徴として、男性、未婚、子どもがいない、収入の少なさを挙げているが、これら孤立状態の高齢者の8～9割は、日常的な手段的サポートを得られない状態であることを報告している²⁰⁾。

2. まとめと今後の課題

男性では有意な関連がみられない項目があったものの、男女共家族か否かにかかわらずサポート授受の相手がいることは、抑うつに対して保護的な関連を示していた。独居など同居家族からのサポートが得られない状況であっても、同居家族以外の人々とのサポートの授受が高齢者の抑うつを防ぐ可能性が示唆された。高齢期になると、社会的ネットワークが失われがちである⁷⁾が、地域のボランティア活動に参加した高齢者と一般高齢者の1年後を比較した研究では、ボランティア活動参加者で、友人や近隣との交流頻度や高次の生活機能の低下が少なかったことを報告している²¹⁾。地域での活動機会を提供することが社会的サポート授受の機会の増加につながり、高齢者の健康に良好な影響を与えるか否かは、今後の検討課題である。

最後に、本研究の限界について述べる必要がある。実際に手段的サポートを受けていると、その後の抑うつリスクが高いなど、サポートを実際に受けているか否かによって結果が異なることも報告されている⁴⁾が、本研究では、社会的サポートを実際に受けているか否かは明確にできないため、実

際にサポートを受けていることが健康と関連するのか、サポートの授受可能性が心理的によい影響を与えるのかについても検討が必要である。

また、横断分析では因果関係は明らかにできないとの指摘もある。肉体的・精神的に良好な状態にあるため、周囲とのサポートのやりとりができる可能性もあるからである。そのような健康状態の影響を排除するために、要介護状態にない高齢者を対象にし、しかも疾患の有無を調整した検討を行ったが、因果の逆転の可能性は否定できない。社会的サポートが健康に与える影響については、縦断的な検討により因果関係が示唆されている^{2, 5)}ものの、サポート授受の相手によって抑うつや要介護状態の発生割合が異なるか否かなどについても、今後の検討が必要である。

本研究は科学研究費補助金（課題番号18390200；21530585）および私立大学戦略的研究基盤作成支援事業（文部科学省）による助成を受けた。

文 献

- 1) Kawachi I, Berkman LF : Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, **78** (3) : 458-467 (2001).
- 2) Bowling A : Social support and social networks ; Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, **8** (1) : 68-83 (1991).
- 3) 岸 玲子, 堀川尚子 : 高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割 ; 内外の研究動向と今後の課題. 日本公衆衛生雑誌, **51** (2) : 79-93 (2004).
- 4) 増地あゆみ, 岸 玲子 : 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察 ; ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に. 日本公衆衛生雑誌, **48** (6) : 435-448 (2001).
- 5) Koizumi Y, Awata S, Kuriyama S, et al. : Association between social support and depression status in the elderly ; Results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **59** (5) : 563-569 (2005).
- 6) 亀山晶子, 坂本真士, 田中江里子ほか : 地域住民におけるうつ状態とソーシャル・サポートの関連 ; 青森県A町における中高年を対象とした住民意識調査から. ストレス科学, **22** (3) : 191-199 (2007).
- 7) 斉藤雅茂 : 高齢者の社会的ネットワークの経年的変化 ; 6年間のパネルデータを用いた潜在成長曲線モデルより. 老年社会科学, **29** (4) : 516-525 (2008).
- 8) 岸 玲子, 江口照子, 笹谷春美ほか : 高齢者のソーシャル・サポートおよびネットワークの現状と健康状態 ; 旧産炭地・夕張と大都市・札幌の実態. 日本公衆衛生雑誌, **41** (5) : 474-488 (1994).
- 9) 総務省統計研修所編 : 第2章 人口・世帯 ; 日本の統計2009年版. 8-20, 総務省統計局, 東京(2009).
- 10) 平井 寛, 近藤克則, 尾島俊之ほか : 地域在住高齢者の要介護認定のリスク要因の検討 ; AGESプロジェクト3年間の追跡研究. 日本公衆衛生雑誌, **56** (8) : 501-512 (2009).
- 11) 近藤克則 : 第1章 調査目的と調査対象者・地域の特徴 ; 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. (近藤克則編) 1-7, 医学書院, 東京(2007).
- 12) Schreiner AS, Hayakawa H, Morimoto T, et al. : Screening for late life depression ; Cut-off scores for the Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia among Japanese subjects. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **18** : 498-505 (2003).
- 13) 吉井清子 : GDS (Geriatric Depression Scale) ; 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. (近藤克則編) 11, 医学書院, 東京(2007).
- 14) Abramson JH, Abramson ZH : Making sense of data ; A self-Instruction manual on the interpretation of Epidemiological data. Third ed., 217-218, Oxford University Press, London (2001).
- 15) 村田千代栄 : 一般線形モデルとは？ 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. (近藤克則編) 12, 医学書院, 東京(2007).
- 16) Hughes ME, Waite LJ : Health in household context ; Living arrangements and health in late middle age. *Journal of Health and Social Behavior*, **43** (1) : 1-21 (2002).

-
-
- 17) Watanabe N, Hasegawa K, Yoshinaga Y : Suicide in later life in Japan ; Urban and rural differences. *International Psychogeriatrics*, **7** (2) : 253–261 (1995).
- 18) Aihara H, Iki M : Effects of socioeconomic factors on suicide from 1980 through 1999 in Osaka Prefecture, Japan. *Journal of Epidemiology*, **12** (6) : 439 – 449 (2002).
- 19) Rogers RG : The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, **37** (4) : 326–338 (1996).
- 20) 齊藤雅茂, 冷水 豊, 山口麻衣ほか: 大都市高齢者の社会的孤立の発現率と基本的特徴. *社会福祉学*, **50** (1): 110–122 (2009).
- 21) 島貫秀樹, 本田春彦, 伊藤常久ほか: 地域在宅高齢者の介護予防推進ボランティア活動と社会・身体的健康およびQOLとの関係. *日本公衆衛生雑誌*, **54** (1) : 749–759 (2007).

Social support and depression among community living older people

AGES Project

Chiyoë Murata¹⁾, Yoshitaka Saito²⁾, Katsunori Kondo³⁾, Hiroshi Hirai⁴⁾

1) *Department of Community Health and Preventive Medicine, Hamamatsu University School of Medicine*

2) *Faculty of Lifelong Learning and Career Studies, Hosei University*

3) *Center for Well-being and Society, Nihon Fukushi University*

4) *Faculty of Engineering, Iwate University*

Receiving and providing social support has positive effects on health. However, whether or not such effects differ by social support network is less clear. To investigate the associations among different social support network members and depression (scored 5 + by 15 item Geriatric Depression Scale), we used 2003 survey data ($n=32,891$) from the AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study) project and conducted a series of logistic regression analyses adjusted for age, presence of illnesses, marital status, and living arrangement stratified by gender. We found that social support was associated with lower rate of depression both among men and women irrespective of type of support network members. Such results imply that even in the absence of family members which provide support, support from others can prevent depression among older people.

Key words : social support exchange partner, depression, older people