

慢性疾患罹患高齢者の神経症症状とそれに関連する要因

Neurotic State of Elderly People Suffering from Chronic Diseases and Related Factors

青木 邦男
Kunio AOKI

Neurotic state of elderly people suffering from chronic diseases and related factors

Abstract

This study examined neurotic state of elderly people suffering from chronic diseases and related factors. The data was obtained through the questionnaire distributed to 513 (252 males, 261 females) elderly people suffering from chronic diseases.

Main findings were as follows:

- 1) The means and standard deviations for GHQ (General Health Questionnaire) were 5.8 ± 5.8 points in the elderly males and 7.4 ± 5.4 points in the elderly females.
- 2) As the results of multiple regression analysis using the stepwise method to clarify the effects of 12 factors on neurotic state of the elderly males, 4 factors such as "an annual income", "frequency of taking medical treatment", "effect of getting chronic diseases", "ADL" were selected at a 5% significant level. The multiple correlation coefficient was $R=0.490$.

Judging from each standardized partial regression coefficient of factors, higher annual income, less frequency of taking medical treatment, less effect of getting

chronic diseases, and higher ADL respectively was proved to diminish the male elderly people's neurotic state.

- 3) As the results of the same analysis performed with the elderly females, 5 factors such as "frequency of taking medical treatment", "effect of getting chronic diseases", "ADL", "positive support by family", "negative support by family" were selected at a 5% significant level. The multiple correlation coefficient was $R=0.450$.

Judging from each standardized partial regression coefficient of factors, less frequency of taking medical treatment, less effect of getting chronic diseases, higher ADL, more positive support by family, and less negative support by family respectively was proved to diminish the female elderly people's neurotic state.

はじめに

平均寿命の伸長と少子化の進展の中にあつて、老年人口の比率が2025年には27.4%、2050年には32.3%に達すると予測されており¹⁾、高齢者の生き様が政治・経済・文化に大きな影響を及ぼす時代が到来することが予想される。また、そうした少子・高齢社会では、高齢者は第2の現役世代として経済・文化創造の担い手としての活躍が期待

される。また、こうした社会的要請は、高齢者個人から見れば有用な社会的役割と豊かな人間関係に支えられた社会内存在として、自らを再度社会に位置づけることになり、孤立した自己や閉じた人間関係を開かれたものとして、自己の存在認知とアイデンティの確保に決定的な重要性をもつことになる。

ところで、高齢者が第2の現役世代として、その社会的役割を遂行し、かつ自己実現及び生活満足度を高めていくためには良好な健康状態を保持することが重要となる。

しかし、65歳以上の高齢者の約61%が通院しており、慢性疾患の罹患率も高く、心身に障害を有する者も少なくない²⁾。また、身体活動等による運動療法を駆使しつつ、加齢による生理的変化(衰退)に抗して、高齢者の身体的健康や体力を維持・増進させることには必ずと限界がある。

したがって、高齢者にとっては、一病(障害)息災として病気や障害と折り合いをつけながら、身体的健康と体力を可能な限り維持しつつ、精神的健康を高めることが現実的に選択可能な対応であろう。

ところで、高齢者の精神的健康状態については、心の病理として多くの臨床事例と病態像が公表されており、高齢期は精神的不適応や精神障害の好発年齢であると指摘されている¹⁾。しかしながら、一般高齢者を母集団にして精神的健康実態を明らかにした報告は必ずしも多くなく、これまで比較的多くの研究報告がなされているのは、高齢者の抑うつ状態とそれに関連する要因を明らかにしたものである³⁻¹⁰⁾。したがって、今後、高齢者一般を対象にして神経症症状等の心の健康状態を調査することが必要である。さらに、65歳以上の高齢者の約61%が通院しており、慢性疾患の罹患率も高い現状を考えれば、慢性疾患罹患高齢者の心の健康状態とそれを規定する要因を明らかにすることが必要である。すなわち、一病(障害)息災を支える心の健康状態とその要因を明らかにすることが求められる。

そこで、本研究は慢性疾患罹患高齢者の精神的

健康の実態、特に神経症症状に着目し、その実態と関連する要因を明らかにすることを目的にした。この研究によって、一病(障害)息災を支える精神的健康の状態とそれを高めるための要因を明らかにする基礎データを得ることを目指すものである。

方 法

1. 調査対象者と調査方法

調査対象者の選定は、在宅高齢者を代表するサンプルであることを考えて、Y県下高齢者・退職者連合メンバー600人(男女各300人)と、農漁村地区N市と商工業地区U市の在宅高齢者600人(男女各300人)を選び、質問紙調査を実施した。Y県下高齢者・退職者連合メンバーに加えて、N市とU市の在宅高齢者を調査対象者に選んだのは、高齢者・退職者連合メンバーはY県下の中・大企業の退職者で組織されており、調査対象の偏りを避けるために、農・商・漁業関係者及び専業主婦の調査対象を必要としたためである。

個々の調査対象者の選定については、高齢者・退職者連合メンバーには依頼組織を選定後、その組織にランダムに調査対象者を選定いただいた。N市の在宅高齢者については、保健婦に地区の高齢者の中から自己記入が可能な調査対象者をランダムに選定いただいた。U市の高齢者については、老人クラブ参加者の中からランダムに選定した。

高齢者・退職者連合メンバーには郵送法で、N市並びにU市の在宅高齢者には留置法により調査を実施した。調査の結果、899人(男性417人、女性482人)の有効回答を得た。この有効回答者のうち、慢性疾患罹患者でかつ加療中の高齢者を本研究での分析対象者とした。分析対象者数は513人(男性252人、女性261人)で、その基本的属性を表1に示す。

表1. 分析対象者の基本的属性

項目	カテゴリー	男性	女性
1. 性		252 (49.1)	261 (50.9)
2. 年齢	1)平均値±標準偏差	68.9±5.7	69.0±7.7
3. 配偶者の有無	1)健在	235 (93.3)	154 (59.0)
	2)離別	4 (1.6)	10 (3.8)
	3)死別	13 (5.2)	86 (33.0)
	4)未婚	0 (0.0)	11 (4.2)
4. 子どもの有無	1)無し	11 (4.4)	27 (10.3)
	2)1人	32 (12.7)	47 (18.0)
	3)2人	137 (54.4)	114 (43.7)
	4)3人	57 (22.6)	40 (15.3)
	5)4人以上	15 (6.0)	33 (12.7)
5. 家族形態	1)既婚の息子家族と同居	29 (11.5)	38 (14.6)
	2)既婚の娘家族と同居	8 (3.2)	12 (4.6)
	3)未婚の子と同居	25 (9.9)	34 (13.0)
	4)孫のみと同居	0 (0.0)	2 (0.8)
	5)老人夫婦のみ	173 (68.7)	98 (37.6)
	6)一人暮らし	6 (2.4)	50 (19.2)
	7)その他	11 (4.4)	27 (10.3)
6. 仕事の有無	1)定職をもっている	47 (18.7)	6 (2.3)
	2)ときどき仕事をしている	43 (17.1)	23 (8.8)
	3)していない	161 (64.2)	232 (88.9)

n (%)

性は%を横に、他の項目は%を縦にみる。

2. 調査期間

1995年8月から10月の3ヶ月間である。

3. 調査内容

質問紙の調査内容は基本的属性、精神的健康状態、精神的健康状態に関連する項目とした。その具体的な内容と点数化は以下のとおりである。

- 1) 基本的属性；年齢，性，配偶者の有無，子どもの有無と人数，家族形態，仕事の有無，慢性疾患罹患状態等を調べた。
- 2) 神経症症状；神経症の症状把握，評価及び発見にきわめて有効な Screening Test として，その信頼性と妥当性が高く評価されている GHQ (General Health Questionnaire) 日本版28項目版を使用して^{11, 12)}，神経症症状を測定した。28各問に対する4選択肢のいずれかに選択してもらい，GHQ採点法(4選択肢の左から0-0-1-1点)で採点・合計し，4要素スケール得点と総得点を算出した。したがって，4要素スケール(①身体的症状，②不安と不眠，③社会的活動障害，④

うつ状態)の得点範囲はそれぞれ0~7点で，GHQ総得点は0~28点の範囲である。

- 3) 神経症症状に関連する項目；年収，受療頻度，病気の影響度，日常生活動作能力，ソーシャル・サポート等を調べた。

年収は「1.200万未満」から「7.700万以上」の7カテゴリーに，受療頻度は「1.ほとんど毎日」から「5.3ヶ月に1回程度」の5カテゴリーに，病気の影響度は「1.日常生活のほとんどが制限される」から「5.全く日常生活が制限されない」の5カテゴリーに，それぞれ回答を求めた。

日常生活動作能力(以下，ADLと略す)は13項目よりなる「老研式活動能力指標」¹³⁾を用いて測定し，得点を算出した。得点の範囲は0~13点(ノーマル)である。

ソーシャル・サポートは先行研究の検討およびプリテストのクラスター分析の結果から，野口¹⁴⁾によるソーシャル・サポート測定項目を基本にして，ポジティブ・サポート12項目とネガティブ・サポート4項目の計16項目からなるソーシャル・サポート測定項目を作成した。家族，親戚，友人について，各項目に対して「いない(0点)」「いる(1点)」の2段階評定に回答を求め，ポジティブとネガティブの合計得点を各対象ごとに算出した。ポジティブ・サポートの得点範囲は0~12点で，ネガティブ・サポートの得点範囲は0~4点である。

4. 分析方法

神経症症状の性差等はt検定によって有意差を分析した。神経症症状に関連する要因については，重回帰分析の変数増減法を用いて要因の選択と関連の強さを分析した。重回帰分析に投入した説明変数(要因)は先行研究を検討して^{6-10, 15-19)}，年齢，配偶者の有無，年収，受医療頻度，病気の影響度，ADL，ポジティブ・サポート3要因(家族，親戚，友人)とネガティブ・サポート3要因(家族，親戚，友人)の12要因とした。なお，神

経症症状（GHQ総得点）に性差が見られたので、分析は男女別に実施した。

結果と考察

1. 慢性疾患罹患高齢者の神経症症状の実態

慢性疾患罹患高齢者の男女別のGHQ要素スケール別および総得点の平均得点と標準偏差を表2に示す。

2. GHQ総得点及び要素スケール別の平均得点と標準偏差

構成要素尺度	性別	分析対象者数	平均得点±標準偏差	t検定結果
1. 身体症状	男性	252	2.3±2.2	p<0.001
	女性	261	3.1±2.0	
2. 不安と不眠	男性	252	1.8±1.9	p<0.01
	女性	261	2.4±1.9	
3. 社会的活動障害	男性	252	1.2±1.6	n.s.
	女性	261	1.2±1.5	
4. うつ状態	男性	252	0.5±1.4	p<0.05
	女性	261	0.9±1.6	
5. GHQ(総得点)	男性	252	5.8±5.8	p<0.001
	女性	261	7.4±5.4	

男性の総得点の平均値と標準偏差は5.8±5.8点、女性は7.4±5.4点であった。身体的症状、不安と不眠、うつ状態の3要素スケール及びGHQ総得点で、女性の方が男性よりも有意に高得点であった。

ところで、GHQは神経症傾向にある要注意群をスクリーニングするために開発されたテストである。GHQ28項目短縮版によって神経症者と健常者を見分ける区分点（cut-off point）は6/7点間が最も誤認率が低く、信頼性に富むことが明らかにされている。また、要素スケールについては7項目のうち5項目以上に得点があれば、中等度以上の症状をもつと判断される^{12, 20)}。そこで、これらの基準をもって本分析対象者を判定してみた。その結果を表3に示す。

表3. GHQ要素スケール別の症状分布

構成要素尺度	性別	分析対象者数	中等度以上の症状 ^a	cut-off point ^b
1. 身体症状	男性	252	49 (19.4) ^c	
	女性	261	67 (25.7)	
2. 不安と不眠	男性	252	28 (11.1)	
	女性	261	43 (16.5)	
3. 社会的活動障害	男性	252	16 (6.3)	
	女性	261	13 (5.0)	
4. うつ状態	男性	252	11 (4.4)	
	女性	261	16 (6.3)	
5. GHQ(総得点)	男性	252		86 (34.1)
	女性	261		133 (51.0)

^a7質問項目のうち、5項目以上に得点

^bcut-off pointを6/7点間に設定した

^cn (%)

まず、総得点において、7点以上の神経症傾向にある要注意群の割合を算出してみると、男性では34.1%（86人）、女性では51.0%（133人）が神経症傾向にある要注意群と判定される。福西と細川²⁰⁾は、GHQにおいては一般健常人の20～35%の範囲内で神経症傾向が得られるのが妥当な線であると報告している。また、下仲ら²¹⁾の調査によれば、50～74歳の男女3097名の調査において、男性で25.8%、女性で31.9%の者が神経症的傾向のある要注意群であったと報告している。本調査の分析対象者では、神経症的傾向にある要注意群の割合はこれら先行研究の調査結果に比べて高い。慢性疾患罹患が神経症的傾向を強めていると考えられる。

次に4要素スケールについては、中程度以上の症状を示す割合は男性では身体症状が最も多く、次に不安と不眠、社会的活動障害、うつ状態の順であった。女性では身体症状、不安と不眠、うつ状態、社会的活動障害の順で多かった。男女共に身体症状に中等度以上の症状を示す者が比較的が多いのは、加齢に伴う身体機能・体力の衰退や障害あるいは老いへの自覚やそれに伴う悲観等から身体的不調を訴える（心気症）ことが多くなることを反映していると思われる。一方でうつ状態や神経症などの様々な精神異常状態の身体化による

身体症状を反映していることも考えられる。また、身体的不調（身体症状）は不安、不眠や苦悩を引き起こす。このように、身体症状は原因と結果の両極の様相を呈するために、症状を示す者が多くなるのであろう。

2. 慢性疾患罹患高齢者の神経症症状に関連する要因

慢性疾患罹患高齢者の神経症症状に関連する要因をその関連の強さや相対的な関連性を考慮して

明らかにするために、重回帰分析を用いて分析した。なお、分析に当たっては、要因が神経症症状（従属変数）にどのような関連を及ぼしているかを Best-fit Model を探る形で明らかにすることを意図して、5%有意水準を目処にした変数増減法を用いた。また、男女のGHQ総得点に有意差がみられたので、重回帰分析は男女別に実施した。5%有意水準を指標にした変数増減法による重回帰分析の結果を表4、5に示す。

表4. 男性高齢者のGHQに関連する要因

要 因	カ テ ゴ リ ー	例数/ 平均得点±標準偏差	GHQとの相関係数	変数増減法後の 標準偏回帰係数 (β)
1. 年齢		68.9±5.7	0.114	
2. 配偶者の有無	1. あり	235	-0.074	
	2. なし	17		
3. 年収	1. 200万未満	26	-0.197**	-0.205***
	2. 200～300万未満	78		
	3. 300～400万未満	86		
	4. 400～500万未満	34		
	5. 500～600万未満	11		
	6. 600～700万未満	8		
	7. 700万以上	9		
4. 受医療頻度	1. ほとんど毎日	8	-0.232***	-0.179**
	2. 週に1～2回程度	24		
	3. 2週に1回程度	127		
	4. 1ヶ月に1回程度	81		
	5. 3ヶ月に1回程度	12		
5. 病気の影響度	1. 日常生活のほとんどが制限	13	-0.275***	-0.198***
	2. かなり日常生活が制限	14		
	3. すこし日常生活が制限	68		
	4. ほとんど日常生活が制限されない	110		
	5. 全く日常生活が制限されない	47		
6. ADL	0～13 (ノーマル)	12.1±1.6	-0.336***	-0.309***
7. ポジティブ・サポート ・家族	0 (なし)～12 (強いサポート)	10.2±2.6	-0.005	
8. ポジティブ・サポート ・親戚	0 (なし)～12 (強いサポート)	5.6±4.4	-0.084	
9. ポジティブ・サポート ・友人	0 (なし)～12 (強いサポート)	3.4±3.6	-0.112	
10. ネガティブ・サポート ・家族	0 (なし)～4 (強いネガティブ・サポート)	1.6±1.3	0.008	
11. ネガティブ・サポート ・親戚	0 (なし)～4 (強いネガティブ・サポート)	0.6±1.0	0.009	
12. ネガティブサポート ・友人	0 (なし)～4 (強いネガティブ・サポート)	0.2±0.5	0.066	
重相関係数				R=0.490*** (R ² =0.240)

*** p<0.01 *** p<0.001

慢性疾患罹患高齢者の神経症症状とそれに関連する要因

男性においては、変数増減法によって、年収、受療頻度、病気の影響度、ADLの4要因が選択された。その重相関係数は $R=0.490$ ($R^2=0.240$)であった。

選択された要因について、標準偏回帰係数からその規定力の方向をみてみると、年収では年収が多いほど、受療頻度では少ないほど、病気の影響度では日常生活が制限されないほどそしてADL

では活動能力がノーマルであるほど、神経症症状が少ないという結果であった。

女性においては、変数増減法によって、受療頻度、病気の影響度、ADL、家族のポジティブ・サポート、家族のネガティブ・サポートの5要因が選択された。その重相関係数は $R=0.450$ ($R^2=0.203$)であった。

表5. 女性高齢者のGHQに関連する要因

要 因	カ テ ゴ リ ー	例数/ 平均得点±標準偏差	GHQとの相関係数	変数増減法後の 標準偏回帰係数 (β)
1. 年齢		69.0±7.7	0.097	
2. 配偶者の有無	1. あり	154	-0.142*	
	2. なし	107		
3. 年収	1. 200万未満	101	-0.006	
	2. 200~300万未満	75		
	3. 300~400万未満	37		
	4. 400~500万未満	27		
	5. 500~600万未満	11		
	6. 600~700万未満	3		
	7. 700万以上	7		
4. 受医療頻度	1. ほとんど毎日	13	-0.182**	-0.164**
	2. 週に1~2回程度	31		
	3. 2週に1回程度	117		
	4. 1ヶ月に1回程度	82		
	5. 3ヶ月に1回程度	17		
5. 病気の影響度	1. 日常生活のほとんどが制限	6	-0.275***	-0.167**
	2. かなり日常生活が制限	23		
	3. すこし日常生活が制限	66		
	4. ほとんど日常生活が制限されない	116		
	5. 全く日常生活が制限されない	49		
6. ADL	0~13 (ノーマル)	12.2±1.8	-0.298***	-0.237***
7. ポジティブ・サポート ・家族	0 (なし)~12 (強いサポート)	9.5±3.5	-0.238***	-0.191**
8. ポジティブ・サポート ・親戚	0 (なし)~12 (強いサポート)	7.2±4.4	-0.156**	
9. ポジティブ・サポート ・友人	0 (なし)~12 (強いサポート)	5.2±3.8	-0.196**	
10. ネガティブ・サポート ・家族	0 (なし)~4 (強いネガティブ・サポート)	1.6±1.3	0.086	0.118*
11. ネガティブ・サポート ・親戚	0 (なし)~4 (強いネガティブ・サポート)	0.7±1.0	-0.045	
12. ネガティブサポート ・友人	0 (なし)~4 (強いネガティブ・サポート)	0.4±0.7	-0.015	
重相関係数				$R=0.450***$ ($R^2=0.203$)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

選択された要因について、標準偏回帰係数からその規定力の方向をみてみると、受療頻度では少ないほど、病気の影響度では日常生活が制限されないほど、ADLでは活動能力がノーマルであるほど、家族のポジティブ・サポートではサポートが多いほど、そして家族のネガティブ・サポートでは少ないほど、神経症症状が少ないという結果であった。

次に選択された要因について、考察を加えることにする。

神経症症状に関連する要因として、男女に共通して選択された項目は受療頻度、病気の影響度、ADLの3要因であった。慢性疾患罹患が直接的あるいは間接的に影響した結果として、通院加療が必要となり、日常生活が制限され、ADLが落ちると考えられる。こうした受療頻度の多さや病気の影響度の強さは活動範囲や自立生活を制限させ、楽しみや生きがいの追求を縮小・喪失させ、また自信喪失や自閉的な生活を余儀なくさせ、やがて自尊心やアイデンティティの低下や危機、孤立・孤独の進行等をもたらす。その結果、不安、抑うつ、心気症などの神経症症状を引き起こすことになる。

また、ADLは「手段的自立」「知的能動性」「社会的役割」の3下位尺度より構成されており¹³⁾、現代の日本の高齢者が地域で独立した生活を営む上で必要とされる能力を測定する尺度である。したがって、ADLで点数が下がるほど地域で独立して生活する能力が低下することを意味する。高齢者にとって、自立・独立生活を制限されることは何よりも精神的に大きな痛手となり、神経症症状を惹起することは容易に推察できる。

次に、男性では年収が神経症症状に有意に関連したが、女性では有意な関連は見出せなかった。これに関して、日本の高齢者では経済状態が主観的幸福感のような精神的充実感に及ぼしている影響に性差があり、男性においてのみ有意な影響が認められている^{22, 23)}。一般的に考えれば、経済的に豊かな方が日常生活に潤いをもたせ、緊急時の対応や将来の生活での安心感をもたせるなど、精

神的健康に良い影響を与えられ、それは、男女共に同様の心理的效果をもつと考える方が順当であろう。ではなぜ、男性にのみ年収が神経症症状に有意に影響するのであろうか。可能な説明の一つとして、男性においては年収（主に年金）の多寡は在職中の社会経済的地位を反映しており、退職により社会経済的地位・役割を取り除かれた男性高齢者にとって、自尊心とアイデンティティの保持に結びついていると考えられる。また、年収（財力）は在職時からの社会的・文化的な活動や人間関係の維持・継続や新たな社会的・文化的活動の開始・維持に強く影響する。社会的・文化的な活動および自尊心の保持は精神的健康を維持し、神経症症状に陥ることを防ぐと考えてよい。一方、女性では配偶者の退職あるいは当人の退職による人間関係のネットワークの縮小は少なく、地域・家庭内の役割からの明らかな撤退も少ないために、相応の経済生活が維持される限り、年収の多寡は精神的な健康に顕著な影響を与えないのであろう。

一般的に、こうした関連要因の性差については、男性が仕事を通して、女性が家庭内の役割を通してそれぞれ社会的地位と自己同一性を得てきたことの反映であると解釈されており²²⁻²⁴⁾、現高齢世代の男女の固定的な役割分担が精神的健康に特異的に影響を与えていることを推察させる。したがって、女性では地域・家庭生活において、精神状態に影響する事項によって精神的健康（神経症症状）が強く影響を受けることが予想される。事実、本分析においても、女性では男女共通に選択された要因以外に、家族のポジティブ・サポートとネガティブ・サポートが有意に関連する要因としてあがっている。このことは、家族という日常生活での親密度の高い人間関係（援助と支援関係）が女性の精神的健康に強い影響を与える証左と考えられる。

さて、ソーシャル・サポートはある個人がその個人をとりまく人間関係のネットワークの中からさしのべられる援助と考えられており、ポジティブなサポートはストレスや不安をうまく処理し適

応させる力となり、人の心身の健康に好ましい影響を及ぼす²⁾。他方、ネガティブなサポートはそれ自体がストレスや悩みとなって、心身の健康にマイナスの影響を及ぼすと考えられる。本分析においても、女性の神経症症状に家族のポジティブ・サポートの多さが症状を軽減し、家族のネガティブ・サポートの多さが症状を増悪させている。

ところで、笠原ら²⁰⁾は老人神経症の成因は多因子で多面的であるが、代表的なものとして貧困、悲嘆、孤立、ステータスの低下、病的な性癖、身体疾患等をあげている。本研究結果も笠原らの指摘を具体的に裏付ける結果であった。ただ、本分析結果で神経症症状に関連する要因には性差がみられたことに注目すべきであろう。このことは社会・文化的に規定されてきた男女間の役割分担や行動に関わる心的特性やストレスが精神的不適応に相応の影響を及ぼしていることを物語っている。

結 論

慢性疾患罹患高齢者513人（男性252人、女性261人）を対象に、神経症症状とそれに関連する要因を質問紙調査によって調べた。その結果、以下のことが明らかになった。

- 1) GHQ総得点の平均値と標準偏差は男性で 5.8 ± 5.8 点、女性で 7.4 ± 5.4 点であった。身体的症状、不安と不眠、うつ状態の3要素スケール及びGHQ総得点で、女性の方が男性よりも有意に高得点であった。
- 2) カットオフポイントを6/7点間に置き、7点以上の神経症傾向にある要注意群の割合を算出してみると、男性では34.1%（86人）、女性では51.0%（133人）が神経症傾向にある要注意群と判定された。
- 3) 高齢者の神経症症状に関連する要因をその関連の強さや相対的な関連性を考慮して明らかにするために、5%有意水準を指標にした変数増減法による重回帰分析を用いて分析した。その結果、男性においては年収、受療頻度、病気の影響度、ADLの4要因が選択された。その重相関係数は $R = 0.490$ ($R^2 =$

0.240)であった。

選択された要因について、標準偏回帰係数からその規定力の方向をみみると、年収が多いほど、受療頻度が少ないほど、病気の影響度が少ないほど、そしてADLが高いほど、神経症症状が少なかった。

- 4) 女性においては、変数増減法によって、受療頻度、病気の影響度、ADL、家族のポジティブ・サポート、そして家族のネガティブ・サポートの5要因が選択された。その重相関係数は $R = 0.450$ ($R^2 = 0.203$)であった。

選択された要因について、標準偏回帰係数からその規定力の方向をみみると、受療頻度が少ないほど、病気の影響度が少ないほど、ADLが高いほど、家族のポジティブ・サポートが強いほど、そして家族のネガティブ・サポートが少ないほど、神経症症状が少ないという結果であった。

注1)「老年精神医学雑誌」等の精神医学に関する雑誌に多くの臨床事例や解説が詳しく掲載されている。

引用文献

- 1) 厚生省編：平成9年版厚生白書。ぎょうせい、pp.100, 1998。
- 2) 厚生統計協会：国民衛生の動向。第44巻第9号、pp.88-89, 1997。
- 3) 更井啓介：うつ状態の疫学調査。精神神経学雑誌、81(12):777-784, 1979。
- 4) 更井啓介：老年期デプレッションの疫学。老年精神医学雑誌、1(9):1066-1073, 1990。
- 5) 新野直明：老人における抑うつ症状の有病率。日本老年医学会雑誌、25(4):403-407, 1988。
- 6) 大森健一：高齢者のうつ病・うつ状態と生活環境要因。老年精神医学雑誌、1(9):1074-1081, 1990。
- 7) 山下一也、小林祥泰、山口修平、小出博己、今岡かおる、ト蔵浩和、須山信夫：社会的活動性の異なる健常老人の主観的幸福感と抑

- つ症状. 日本老年医学会雑誌, 30(8):693-697, 1993.
- 8) 井原一成: 地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究. 日本公衆衛生雑誌, 40(2):85-94, 1993.
- 9) 佐藤秀紀, 中嶋和夫: 地域在宅高齢者の抑うつ状態とその関連要因. 社会福祉学, 38-2: 20-35, 1997.
- 10) 青木邦男: 高齢者の抑うつ状態と関連要因. 老年精神医学雑誌, 8(4):401-410, 1997.
- 11) 中川泰彬, 大坊郁夫: 日本版GHQ精神健康調査票手引き. 日本文化科学社, 1985.
- 12) 福西勇夫: 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の Cut-off point. 心理臨床, 3(3):228-234, 1990.
- 13) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 芳賀博, 須山靖男: 地域老人における活動能力の測生-老研式活動能力指標の開発-. 日本公衆衛生雑誌, 34(3):109-114, 1987.
- 14) 野口裕二: 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定. 社会老年学, 34:37-48, 1991.
- 15) 杉澤秀博: 老年期の社会適応に影響を及ぼす身体的要因. 老年精神医学雑誌, 9(4):357-363, 1998.
- 16) 下仲順子編: 老年心理学. 培風館, pp.95-99, 1997.
- 17) 江口法子: 老年期のこころの問題. 大塚義孝編集, 心の病理学. SIBUNDO, pp.241-250, 1998.
- 18) 竹中星郎: 老年精神科の臨床. 岩崎学術出版社, pp.70-123, 1996.
- 19) 伊藤隆二, 橋口英俊, 春日喬編: 老年期の臨床心理学. 駿河台出版社, pp.41-80, 1994.
- 20) 福西勇夫, 細川清: 大学生の心身の諸問題について - General Health Questionnaire (GHQ) と Cornell Medical Inventory (CMI) を用いて -. 社会精神医学, 10(3):241-247, 1987.
- 21) 下仲順子, 中里克治, 河合千恵子, 佐藤眞一, 石原治, 権藤恭之: 中高年期に体験するストレスフル・イベントと精神的健康. 老年精神医学雑誌, 7(11):1221-1230, 1996.
- 22) 下仲順子編: 老年心理学. 培風館, pp.140-146, 1997.
- 23) 柴田博, 芳賀博, 長田久雄, 古谷野亘編著: 老年学入門. 川島書店, pp.211-217, 1993.
- 24) 谷口和江, 前田大作, 浅野仁, 西下彰俊: 高齢者のモラルにみられる性差とその関連要因. 社会老年学, 20:46-58, 1984.
- 25) 浦光博: 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, pp.46-95, 1992.
- 26) 笠原洋勇, 小林充, 井上栄吉, 藤本英生, 須江洋成, 野中和俊: 老年期神経症の疫学と発症要因. 老年精神医学雑誌, 2(2):153-162, 1991.