

在宅高齢者の精神的健康の実態とそれに関連する要因

Mental Health of the Elderly Living at Home and Related Factors

青木邦男*・松本耕二**

Kunio Aoki and Koji Matsumoto

Abstract

This study examined mental health of elderly people living at home and related factors. The data was obtained through the questionnaire distributed to 3,838 (2,382 males, 1,456 females) elderly people living at home.

Main findings were as follows :

- 1) The means and standard deviations for PGC morale scale were $11.3 \pm 4.1 \sim 12.0 \pm 3.3$ points in the elderly males and $10.9 \pm 4.5 \sim 12.4 \pm 2.6$ points in the elderly females.

The means and standard deviations for THI・mental health were $84.1 \pm 15.2 \sim 85.7 \pm 13.2$ points in the elderly males and $87.2 \pm 14.4 \sim 87.7 \pm 13.7$ points in the elderly females.

The means and standard deviations for Self-Esteem were $14.7 \pm 3.1 \sim 15.1 \pm 2.6$ points in the elderly males and $14.5 \pm 3.2 \sim 15.1 \pm 2.6$ points in the elderly females.

The means and standard deviations for SDS (Self-rating Depression Scale) were $34.7 \pm 6.8 \sim 38.2 \pm 7.9$ points in the elderly males and $36.1 \pm 6.4 \sim 39.9 \pm 8.1$ points in the elderly females.

The means and standard deviations for GHQ (General Health Questionnaire) were 4.9 ± 5.3 points in the elderly males and 6.5 ± 5.5 points in the elderly females.

- 2) In the elderly males, the correlation coefficients between PGC morale scale and Self-Esteem were 0.328 ($p < 0.001$) ~ 0.507 ($p < 0.001$) and SDS showed the correlation coefficient of 0.619 ($p < 0.001$) with THI・mental health, 0.610 ($p < 0.001$) with GHQ.

In the elderly females, the correlation coefficients between PGC morale scale and Self-Esteem were 0.449 ($p < 0.001$) ~ 0.545 ($p < 0.001$) and SDS showed the correlation coefficient of 0.570 ($p < 0.001$) with THI・mental health, 0.676 ($p < 0.001$) with GHQ.

In both sexes, the correlation coefficients between PGC morale scale, Self-Esteem and THI・mental health, SDS, GHQ were -0.250 ($p < 0.05$) ~ -0.796 ($p < 0.001$).

- 3) As the results of multiple regression analysis to clarify the effects of 9 factors on mental health of the elderly males, 4 factors such as “an annual income”, “frequency of taking medical treatment”, “ADL”, “effects of stress” were selected at a 5 % significant level through the 5 analyses.

Judging from each standardized partial regression coefficient of factors, higher annual income, less frequency of taking medical treatment, higher functional ability of activity (ADL), less effects of stress respectively was proved to promote the male elderly people's mental health.

- 4) As the results of the same analysis performed with the elderly females, 5 factors such as “frequency of taking medical treatment”, “ADL”, “effects of stress”, “positive support by family・relative”, “positive support by friends” were selected at a 5 % significant level through the 5 analyses.

Judging from each standardized partial regression coefficient of factors, less frequency of taking medical treatment, higher functional ability of activity (ADL), less effects of stress, more positive support by family・relative, more positive support by friends, respectively was proved to promote the female elderly people's mental health.

* 山口県立大学大学院 健康福祉学研究科健康福祉学専攻

** 山口県立大学社会福祉学部

はじめに

老年期においては、身体機能の低下と不調、人との別離や仕事や役割を失うなどの喪失体験、人間関係の縮小や希薄化による孤独や孤立、死の現前化等によって、精神的健康が強く影響を受けると言われる。それはさまざまな心理的不適応を引き出し、高齢者のアイデンティティ危機やQOL低下をもたらすことになる。精神的不健康（不適応）の程度は様々であり、QOLに与える影響も一様ではないが、精神的不適応に陥っている高齢者は少なくないことに注目しなければならない。例えば、丸山²⁾による報告によれば、心理的不適応状態の割合は、疫学的アプローチから得られる一応の目安で18.0%～42.8%に上ると推定されている。

ところで、精神的不適応とは精神障害や軽度の精神老化である。高齢期にみられる精神障害や軽度の精神老化は大別して、器質性精神障害（主として痴呆性疾患）と機能的な精神障害（気分障害（躁うつ病）、神経症、精神分裂病など）に分けられる。多くの臨床調査から、器質性精神障害（主として痴呆性疾患）は老化・加齢に伴って増加するが、機能的な精神障害は加齢とさほど関係しないという指摘もある²⁾。

しかし、疾病としての精神障害や軽度の精神老化の有病率は明らかにされているが、日常生活を大過なく過ごしている在宅高齢者について一過性や軽度の機能的な精神障害（抑うつ状態、神経症症状等）の実態報告³⁻⁶⁾は多くない。しかも、抑うつの実態、神経症症状の実態等の単一の精神不適応状態の報告であり、それら精神状態が相互にどのように関連しているかについては臨床的な報告以外ほとんどない。高齢者個人は総体

として精神生活を送っているものであり、総合的な精神的健康状態を理解する必要がある。

したがって、高齢者の精神的健康の維持・向上や心理的不適応の予防を考えると、いわゆる一般在宅高齢者の機能的な精神障害の実態を含めた精神的健康の実態及び精神的健康指標の相互関連性、並びにそれらに影響（関連）する要因を明らかにすることが重要である。

本研究では在宅高齢者の抑うつ状態、神経症症状、THI・精神的健康、主観的幸福感、自尊感情の実態とそれらの相互関連性及び関連する要因について明らかにしたので報告する。

方法

1. 分析対象者

山口県下あるいは山口市、宇部市、長門市を調査対象地区に選定し、可能な限り無作為抽出、あるいは層別サンプリングに近似するよう各調査①～⑤の調査対象者を選定した。調査は主に質問紙による郵送法を用い、調査対象者及び調査環境によっては集合法あるいは面接・聞き取り法により実施した。

各調査で回収できた有効回答者のうち、精神的健康に関わる測定項目に欠損値のない回答者を本研究の分析対象者とした。その結果、調査①～調査⑤までの3,838名（男性2,382名、女性1,456名）を本研究の分析対象者とした。各調査での分析対象者、調査方法、調査時期、調査項目等の内訳を表1に示す。

表1. 分析対象者、調査方法、調査時期、調査項目等の内訳

調査	分析対象者数 (平均年齢±標準偏差)	調査地域	調査方法	調査期間	調査項目	
					心の健康に関する項目	共通項目
調査①	男性：188(72.2±5.7) 女性：259(70.1±6.1)	山口市 宇部市	郵送法	1991年9～10月	THI・精神的健康 主観的幸福感	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的属性 性別 年齢 配偶者の有無 子どもの有無 家族形態 就業の有無等 ・経済状態(年収) ・主観的健康度 ・受医療の有無・頻度・期間 ・社会的活動参加状況 ・日常生活動作能力 ・ソーシャル・サポート ・慢性疾患罹患数 ・ストレス影響度
調査②	男性：108(76.0±8.2) 女性：235(77.1±7.1)	山口市	面接法	1992年9～11月	SDS 自尊感情 主観的幸福感	
調査③	男性：1472(66.8±5.6) 女性：247(65.5±5.6)	山口県下	郵送法	1994年8～9月	SDS 自尊感情 主観的幸福感	
調査④	男性：404(68.1±5.4) 女性：459(67.8±6.9)	山口市 宇部市 長門市	郵送法 集合法	1995年10～11月	GHQ SDS 主観的幸福感	
調査⑤	男性：210(68.5±5.3) 女性：256(66.6±5.4)	山口市 宇部市	郵送法	1998年3～4月	THI・精神的健康 SDS 自尊感情 主観的幸福感	

2. 調査内容

調査内容は各調査の目的に応じて異なるが、基本的属性、精神的健康を測定する項目（尺度）および精神的健康に関連する項目は全調査に含まれる。本研究の分析に用いた基本的属性、精神的健康の測定尺度およびその関連項目について、具体的な内容と点数化を以下に示す。

1) 基本的属性：年齢，性別，配偶者の有無等。
2) 精神的健康の測定項目：高齢者の精神的健康を総合的かつ特徴的な精神不適應症状から把握するために、主観的幸福感，自尊感情，THI・精神的健康，抑うつ状態，神経症症状の各項目。

(1) 主観的幸福感：総合的な精神的健康の良好度の指標として、PGCモラールスケール17項目⁷⁾を使用した。得点範囲は0～17点（非常に幸福感が高く精神的健康が良好）である。

(2) 自尊感情：ローゼンバーグの自尊感情尺度5項目⁸⁾を用いた。各質問項目に対して、「1. そう思わない（1点）」から「4. そう思う（4点）」の4段階選択肢に回答を求め、合計点（逆転項目は点数を逆転）を自尊感情の得点とした。得点の範囲は5～20点（自尊感情が非常に高い）である。

(3) THI・精神的健康は多くの先行研究によってその有効性，妥当性および信頼性が確かめられているTHI（東大式自記健康調査：Todai Health Index；以下，THIと略す）⁹⁾を用いて心のプロフィールを構成する下位尺度の「直情径行性」，「情緒不安定」，「抑うつ性」，「攻撃性」，「神経質」の5尺度の合計点を「THI・精神的健康」とした。5尺度得点の算出は，THIハンドブックに従って行った。ただし，「攻撃性」尺度は，得点が高いほど心理的外向・積極性・攻撃性を高めるので点数を逆転し，THI・精神的健康の合計得点を算出した。得点の範囲は48～144点（精神的健康は非常に悪い）である。

(4) 抑うつ状態：Zung, W. W. K.によって作成された抑うつ評定法で，その信頼性と妥当性が高いSDS（Self-rating Depression Scale；以下，SDSと略す）20項目¹⁰⁾を使用して測定した。各質問項目に対して，「1. めったにない（1点）」から「4. いつも（4点）」の4段階評定で回答させ合計点を算出した（逆転項目は点数が逆）。得点の範囲は20～80点（強い抑うつ状態）である。

(5) 神経症症状：神経症の症状把握，評価及び発見に

きわめて有効なスクリーニングテストとして，その信頼性と妥当性が高く評価されているGHQ（General Health Questionnaire；以下，GHQと略す）日本語版28項目¹¹⁾を使用して測定した。各質問項目に対して4段階評定で回答させ，GHQ採点法（4段階評価の左から0-0-1-1点）で採点し合計点を算出した。得点の範囲は0～28点（強い神経症症状）である。

3) 精神的健康に関連すると考えられる項目：先行研究の結果を検討して，年収，受医療頻度，諸活動参加，日常生活動作能力，ストレス影響度，ソーシャル・サポートを関連要因の候補として取り上げ，調べた。

(1) 年収：経済状態を代表する指標として取り上げ，「1. ～100万円未満（1点）」から「6. 500万以上（6点）」の6カテゴリーに回答を求めた。

(2) 受医療頻度：身体的健康・機能を代表する指標として取り上げ，「1. ほとんど毎日（1点）」から「6. なし（6点）」の6カテゴリーに回答を求めた。

(3) 諸活動参加：社会的活動の指標として取り上げた。政治活動，学習活動（教養講座など），社交的なつどい（茶話会，ダンスパーティなど），趣味のつどい（手芸，工芸，芸能など），ボランティア活動，老人クラブの6活動について，「1. まったく参加していない（0点）」から「4. いつも参加（3点）」の4段階評定で回答を求め，合計点を算出した。得点の範囲は，0（なし）～18点（非常に活動的）である。

(4) 日常生活動作能力（Activity of Daily living；以下，ADLと略す）：13項目よりなる「老研式活動能力指標」¹²⁾を用いて測定した。得点の範囲は0（ノーマル）から13点である。

(5) ストレス影響度：“この6ヶ月以内に，心を悩ますような大きなストレスがありましたか”の質問に対し，あったと回答した場合，“そのストレスはあなたの心にどの程度の影響を与えましたか”に回答を求め，この2つの回答から，「1. 非常に影響した（1点）」から「5. ストレス経験なし（5点）」の5カテゴリーに分類し，点数化した。

(6) ソーシャル・サポート：野口¹³⁾によるソーシャル・サポート測定項目を基本にして，先行研究^{14,15)}を検討し12項目よりなるソーシャル・サポート測定尺度を作成し使用した。ソーシャル・サポートの行為者は家族，親戚，近隣の人，友人などであるが，本研究では「家族・親戚」と「友人」のソーシャル・サポートに焦点を絞って調べた。各質

表2. 精神的健康状態に関する測定項目別の平均値と標準偏差

測定項目	男性高齢者	女性高齢者
主観的幸福感 ^{†1}	11.3±4.1~12.0±3.3	10.9±4.5~12.4±2.6
THI・精神的健康 ^{†2}	84.1±15.2~85.7±13.2	87.2±14.4~87.7±13.7
自尊感情 ^{†3}	14.7±3.1~15.1±2.6	14.5±3.2~15.1±2.6
抑うつ状態 ^{†4}	34.7±6.8~38.2±7.9	36.1±6.4~39.9±8.1
神経症症状 ^{†5}	4.9±5.3	6.5±5.5

^{†1}PGCモラルスケール

^{†2}THI・5下位尺度(精神的健康)

^{†3}ローゼンバーグ自尊感情尺度

^{†4}SDS

^{†5}GHQ

問項目に対して「1.いる(1点)」「2.いない(0点)」の2段階評定に回答させ、合計得点を算出した。従って、得点範囲は家族・親戚と友人のそれぞれにつき0(なし)~12点(非常に強いサポートあり)である。

4. 分析方法

精神的健康の各測定項目間の関連についてはピアソンの相関係数を算出し、有意差を分析した。精神的健康に対する要因(項目)の関連性については重回帰分析を用いて、要因の関連性の強さと有意差を分析した。重回帰分析の説明変数として一括投入した要因は、「年齢」、「配偶者の有無」、「年収」、「受医療頻度」、「諸活動参加」、「ADL」、「ストレス影響度」、「家族・親戚ソーシャル・サポート」と「友人ソーシャル・サポート」の9要因である。

なお、配偶者の有無は「なし(0点)」、「あり(1点)」のダミー変数として分析に使用した。また抑うつ状態や神経症症状あるいは精神的健康に関連する要因に性差があることが報告されているので、本研究においても性別に分析を行った。

結果と考察

1. 精神的健康の実態

精神的健康を多側面から分析するために、主観的幸福感(PGCモラル得点)、THI・精神的健康、自尊感情、抑うつ状態、神経症症状を測定して、実態と相互関連を分析した。

1) 主観的幸福感について

本研究で調査したPGCモラル得点の平均値と標準偏差は、男性で11.3±4.1~12.0±3.3点、女性で10.

9±4.5~12.4±2.6点の範囲であった。いくつかの先行研究¹⁶⁻¹⁸⁾によれば、在宅高齢者のPGCモラル得点の平均値と標準偏差は男性で11.6±3.8~12.9±2.6点、女性で11.2±4.0~12.4±2.7点の範囲であった。本研究のPGCモラル得点もほぼ同様の値であり、山口県の在宅高齢者も先行研究にみられる他地域の高齢者と同じ程度の幸福感や充実感を抱いているといえる。

2) THI・精神的健康について

THI・精神的健康の得点の平均値と標準偏差は、男性で84.1±15.2~85.7±13.2点、女性で87.2±14.4~87.7±13.7点の範囲であった。先行研究⁹⁾によるほぼ同年齢のTHI・精神的健康の平均値は男性で85.4点、女性で87.2点であり、本研究の在宅高齢者も特異性はなく、他地域の在宅高齢者とはほぼ同様の平均的な精神的健康を持つといえよう。THI・精神的健康は「直情径行性」、「情緒不安定」、「抑うつ性」、「攻撃性」、「神経質」の5下位尺度から構成されている。それらの下位尺度相互の相関係数は $r=0.397$ ($p<0.001$)~ 0.701 ($p<0.001$)であることから、精神的健康度が低い者(得点の高い者)は短気・直情的で、抑うつ、神経質傾向が強くと判断されよう。

3) 自尊感情について

自尊感情の得点の平均値と標準偏差は男性で14.7±3.1~15.1±2.6点、女性で14.5±3.2~15.1±2.6点の範囲であった。測定尺度自体の平均得点が12.5点であることを考えれば、やや肯定的な自尊感情を持っていると判断される。自尊感情は自分自身を基本的に価値あるものとする感覚であり、自尊感情を高くもつことで意欲的で積極的な生活を送りかつ心理的な充実感を持つことができると考えられている。したがって、本研究の在宅高齢者は、平均値的には少し意欲的かつ充実感をもった在宅高齢者であると推察される。

4) 抑うつ状態について

抑うつ状態 (SDS) の得点の平均値と標準偏差は、男性で $34.7 \pm 6.8 \sim 38.2 \pm 7.9$ 点、女性で $36.1 \pm 6.4 \sim 39.9 \pm 8.1$ 点の範囲であった。いくつかの先行研究^{3,4,10)}によれば、在宅高齢者のSDS得点の平均値は男性で36.1~44.6点、女性で38.8~44.9点の範囲である。本研究のSDS得点はこうした先行研究の結果に比べて、やや低いと判断される。更井^{3,10)}はSDS得点の差について、高齢者が生活している地域共同体の経済的・文化的状況の影響によるであろうと推察している。山口県下は比較的生活しやすい、ストレスの少ない地域であるのかもしれない。

5) 神経症症状について

神経症症状 (GHQ) の得点の平均値と標準偏差は、男性で 4.9 ± 5.3 点、女性で 6.5 ± 5.5 点であった。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、GHQ28項目版では神経症者と健常者を見分ける区分点 (cut-off point) は6/7点間である^{19,20)}。そこで、この基準でもって本分析対象者を判別してみると、男性で28.1%、女性で41.3%が神経症傾向にある要注意群と判定された。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。本分析の対象の在宅高齢者は神経症傾向の者がやや多いといえよう。

この結果は、抑うつ状態の低さと矛盾すると考えられる。この矛盾に対する妥当性の高い説明を見出すには、高齢者を代表する集団での調査を繰り返す必要があるだろう。今後の課題としたい。

2. 精神的健康の各測定項目間の相互関連

主観的幸福感、自尊感情、THI・精神的健康、抑うつ状態と神経症症状の5測定項目の相互関連を図1, 2に示す^{註1)}。

男女共に主観的幸福感と自尊感情の間に正の相関 (0.328~0.545, $p < 0.001$) があり、抑うつ状態とTHI・精神的健康、神経症症状との間に正の相関 (0.570~0.676, $p < 0.001$) がみられた。また、「主観的幸福感、自尊感情」と「THI・精神的健康、神経症症状、抑うつ状態」との間には負の相関 (-0.250~-0.796, $p < 0.05$) がみられた。主観的幸福感は精神的健康の指標として考えた場合、幸福感、充実感、生きがい、意欲等を総合した精神的状態を表している。よって、自分自身を基本的に価値あるものとする感覚で意欲的で積極的な生活意識を生み出す自尊感情と強い相関関連を持つのは当然であろう。

一方、抑うつ状態がTHI・精神的健康や神経症症状と相互に有意な強い関連をもつことは、抑うつ状態に陥ることが同時に神経症症状や直情径行性や情緒不安定等を引き起こしている可能性を推定させる。さらに、「主観的幸福感、自尊感情」と「THI・精神的健康、神経症症状、抑うつ状態」の負の相関を併せ考えると、これら精神的健康に通底する心理 (精神的) 特性があり、心理特性の好・不調によって、トータルな精神的健康が影響を受ける可能性も考えられる。すなわち、網の目の一角を引っ張るように、通底する心理特性の状況 (好・不調) によって、連関する精神的健康の側面が引っ張 (好・不調) られるのではないだろうか。

いずれにしろ本分析対象者においては主観的幸福感と自尊感情を改善することが、THI・精神的健康や神経症症状や抑うつ状態を低下させる。あるいは、THI・精神的健康や神経症症状や抑うつ状態を改善させることが、主観的幸福感や自尊感情を高めるといえよう。

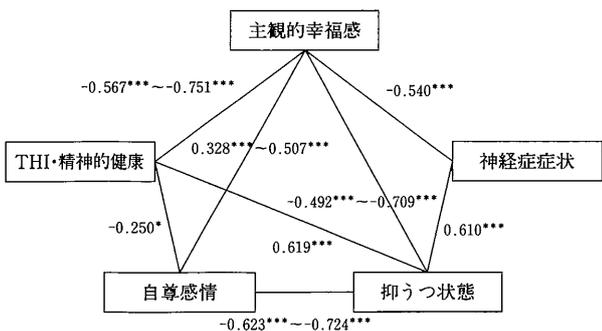


図1. 主観的幸福感、THI・精神的健康、自尊感情、抑うつ状態、神経症症状の相互関連—男性高齢者—

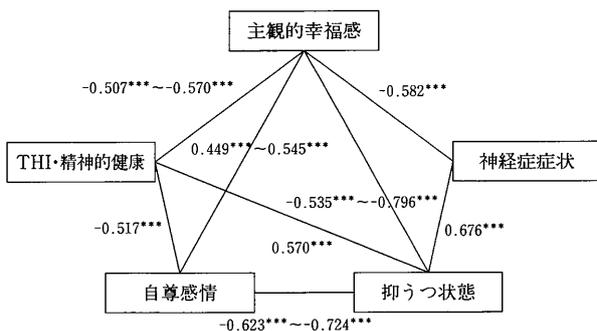


図2. 主観的幸福感、THI・精神的健康、自尊感情、抑うつ状態、神経症症状の相互関連—女性高齢者—

表3. 精神的健康状態に関わる測定項目に関連する要因—男性高齢者—

項目	主観的幸福感					自尊感情			抑うつ状態				THI・精神的健康		神経症症状	
	調査①	調査②	調査③	調査④	調査⑤	調査②	調査③	調査⑤	調査②	調査③	調査④	調査⑤	調査①	調査⑤	調査④	
年齢	-0.203	-0.149		-0.117						0.072						
配偶者の有無	0.213		0.046		0.267								-0.276			
年収			0.118	0.212					-0.100	-0.088	-0.134			-0.254	-0.169	
受医療頻度			0.048	0.109	0.250				-0.207	-0.105	-0.138	-0.308			-0.240	
諸活動参加	0.143	0.216					0.125			-0.116						
ADL		-0.177	-0.047		-0.370		-0.227		0.129	0.212	0.247	0.420			0.244	
ストレス影響度	0.370	0.226	0.413	...	0.165		...	-0.302	-0.141	-0.454	...	-0.547	-0.310	
家族・親戚ソーシャル・サポート			0.165				0.128		-0.195	-0.150						
友人ソーシャル・サポート							0.536						-0.195	-0.286		
重相関係数(R)	0.402	0.416	0.479	0.339	0.589	0.407	0.561	0.449	0.540	0.411	0.646	0.456	0.646	0.513		

注) 5%有意水準以下で有意差のみられた項目の標準偏回帰係数を示した。
 ...; ストレス影響度の調査項目なし。よって重回帰分析の説明変数に入っていない。

表4. 精神的健康状態に関わる測定項目に関連する要因—女性高齢者—

項目	主観的幸福感					自尊感情			抑うつ状態				THI・精神的健康		神経症症状
	調査①	調査②	調査③	調査④	調査⑤	調査②	調査③	調査⑤	調査②	調査③	調査④	調査⑤	調査①	調査⑤	調査④
年齢	-0.182													0.282	
配偶者の有無				0.132										-0.262	-0.211
年収	0.207													-0.192	-0.208
受医療頻度		0.210		0.164	0.241				-0.093	-0.178	-0.142	-0.164			
諸活動参加					0.291		0.148	0.280							
ADL		-0.290	-0.175			-0.326	-0.125		0.159	0.250	0.214			0.227	0.171
ストレス影響度	0.377	0.221	0.452	...	0.169	0.235	...	-0.256	-0.207	-0.363	...	-0.291	-0.419
家族・親戚ソーシャル・サポート			0.230	0.110	0.288		0.133			-0.201	-0.188			-0.214	
友人ソーシャル・サポート				0.107	0.316					-0.142	-0.124		-0.187		-0.125
重相関係数(R)	0.384	0.338	0.595	0.399	0.551	0.325	0.409	0.425	0.309	0.614	0.538	0.512	0.327	0.431	0.572

注) 5%有意水準以下で有意差のみられた項目の標準偏回帰係数を示した。
 ...; ストレス影響度の調査項目なし。よって重回帰分析の説明変数に入っていない。

3. 精神的健康に関連する要因

精神的健康の各測定項目に対する9要因(年齢, 配偶者の有無, 年収, 受医療頻度, 諸活動参加, ADL, ストレス影響度, 家族・親戚ソーシャル・サポートと友人ソーシャル・サポート)の重回帰分析の男女別分析結果を表3, 4に示す。

男性高齢者においては, 調査によって精神的健康の各測定項目に有意に関連する要因(標準偏回帰係数)は異なるが, 総括して「年収」, 「受医療頻度」, 「ADL」, 「ストレス影響度」の4要因がいずれの尺度(測定項目)にも有意に関連していると判断される。これら関連する要因について, 標準偏回帰係数からその規程力の方向をみると, 年収では年収が多いほど, 受医療頻度では少ないほど, ADLでは活動能力がノーマルであるほど, そしてストレス影響度ではなしか影響が少ないほど精神的健康が高いといえる。

一方, 女性高齢者では男性高齢者と同様に調査によって精神的健康の各測定項目に有意に関連する要因は異なるが, 総括して「受医療頻度」, 「ADL」, 「ストレス影響度」, 「家族・親戚のソーシャル・サポート」と「友人のソーシャル・サポート」の5要因がいずれの尺度にも有意に関連していると判断される。

関連する要因について, 標準偏回帰係数からその規程力の方向をみると, 受医療頻度では少ないほど, ADLでは活動能力がノーマルであるほど, ストレス影響度ではなしか影響が少ないほど, そして家族・親戚及び友人のソーシャル・サポートではサポートが多いほど精神的健康が高いといえる。

男女に共通して有意な関連を示した項目は「受医療頻度」, 「ADL」, 「ストレス影響度」の3要因であった。受医療頻度は慢性疾患罹患による病状や体調不調, 不定愁訴あるいは機能不全や身体障害等を含む指標と考えられる。こうした身体疾患や機能・体調不良は不安, 抑うつ, 神経症などを引き起こし, 精神的健康を低下させることとなる。また, 身体機能の低下や制限は生活や行動の幅を縮小させ, 生きがいや幸福感あるいは自尊感情を低下させることになろう。

ADLは「手段的自立」, 「知的能動性」, 「社会的役割」¹²⁾の3下位尺度より構成されており, 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である。したがって, ADLの点数が上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精神的に大きな痛手となり, 精神的健康の低下をもたらすことは当然の帰結といえよう。

また、ストレスが心身の健康に強く影響を及ぼすことは多くの研究によって明らかにされており、高齢者においてもストレスは精神的健康に強く影響する要因であるといえよう。

次に、男性では年収が精神的健康に有意に関連していたが、女性では有意な関連は検出されなかった。一般的に考えれば、経済的に豊かな方が日常生活の衣食住を充足させ、緊急時の対応や将来の生活への安定感をもたせるなど、精神的健康に良い影響を与えるはずである。それは、男女共に同様の心理的効果を持つと考えるのが順当であろう。ではなぜ、男性のみに年収が精神的健康に有意に関連するのであろうか。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と役割を失った男性高齢者にとって、自尊心や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）は在職時からの人間関係や社会・文化的活動の維持・継続や新たな社会・文化的活動の開始・維持に強く影響する。こうしたことが男性高齢者にとって、年収が精神的健康に有意に関連する要因となっているのであろう。一方、女性高齢者では配偶者の退職による社会経済的地位・役割や関連する人間関係のネットワークの縮小は少なく、地域・家庭を中心とした生活圈や人間関係のネットワークも保持されているために、相応の経済生活が維持されている限り、年収の多寡は精神的健康に大きな影響を与えないのであろう。しかし、一方で、女性高齢者が家族や地域を中核とした生活・行動・人間関係のネットワークの中に位置するために、家族・親戚及び友人のソーシャル・サポートが精神的健康に有意に影響を及ぼすことになると考えられる。

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アイデンティティを獲得してきたことの反映であると解釈されており²¹⁻²³⁾、現在の高齢世代の男女の固定的な役割分担が精神的健康に関連する要因の相違を生起させていると推察される。

要約

山口県内在住の高齢者を対象に精神的健康の実態とそれに関連する要因を質問紙調査によって調べた結果、以下のことが明らかになった。

1) 本分析対象者の精神的健康の平均的な様態は平均的な主観的幸福感とTHI・精神的健康を持ち、少し肯定

的な自尊感情とやや低い抑うつ状態にあるが、神経症症状は少し強い傾向があった。

2) 主観的幸福感、自尊感情、THI・精神的健康、抑うつ状態と神経症症状の5測定項目は男女共に有意な相互関連を示した。主観的幸福感と自尊感情の間及び抑うつ状態とTHI・精神的健康、神経症症状との間にそれぞれ正の相関がみられた。主観的幸福感、自尊感情とTHI・精神的健康、神経症症状、抑うつ状態の間には負の相関がみられた。

3) 精神的健康の各測定項目に対する9要因の重回帰分析の結果を総括すると、男性高齢者においては「年収」、「受医療頻度」、「ADL」、「ストレス影響度」の4要因がいずれの測定項目にも有意に関連していた。関連する要因について、標準偏回帰係数からその規程力の方向をみると、年収では年収が多いほど、受医療頻度では少ないほど、ADLでは活動能力がノーマルであるほど、そしてストレス影響度ではなしか影響が少ないほど精神的健康が高いといえる。

一方、女性高齢者では「受医療頻度」、「ADL」、「ストレス影響度」、「家族・親戚のソーシャル・サポート」と「友人のソーシャル・サポート」の5要因がいずれの測定項目にも有意に関連していた。関連する要因について、標準偏回帰係数からその規程力の方向をみると、受医療頻度では少ないほど、ADLでは活動能力がノーマルであるほど、ストレス影響度ではなしか影響が少ないほど、そして家族・親戚及び友人のソーシャル・サポートではサポートが多いほど精神的健康が高いといえる。

注1)

精神的健康の5項目は同一人物について測定してはいるが、各調査集団が山口県内の在宅高齢者を代表する集団とみなして相互関連を算出した。

文献

- 1) 丸山晋：老年期の社会適応と精神障害。老年精神医学雑誌，9(4)：383-388,1998.
- 2) 柄澤昭秀編著：老年精神医学入門。医学書院，pp. 87-111,1999.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 青木邦男：在宅高齢者の神経症症状とそれに関連

- する要因. 社会福祉学, 39(2): 83-99, 1999.
- 6) 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(1): 1221-1230, 1996.
 - 7) 前田大作, 野口祐二, 玉野和志, 中谷陽明, 坂田周一, Jersey Liang: 高齢者の主観的幸福感の構造と要因. 社会老年学, 30: 3-16, 1989.
 - 8) 末永俊郎: 社会心理学研究入門. 東京大学出版会, pp. 212-214, 1988.
 - 9) 鈴木庄亮, 青木繁伸, 柳井晴夫編著: THIハンドブック. 篠原出版, 1989.
 - 10) 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.
 - 11) 中川 泰, 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) 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定—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.
 - 13) 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.
 - 14) 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.
 - 15) 玉野和志, 前田大作, 野口祐二, 中谷陽明, 坂田周一, Jersey Liang: 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: 17-26, 1989.
 - 16) 前田大作: 高齢者の“生活の質”—社会・行動科学的側面についての縦断的研究—. 社会老年学, 28: 3-18, 1988.
 - 17) 古谷野亘: 団地老人におけるモラルと社会関係—性と配偶者の有無の調節効果—. 社会老年学, 35: 3-9, 1992.
 - 18) 石原治, 下仲順子, 中里克治, 河合千恵子, 権藤恭之: 5年間における改訂PGCモラルスケール得点の安定性. 老年社会科学, 21(3): 339-345, 1999.
 - 19) 福西勇夫: 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) のCut-off point. 心理臨床, 3(3): 228-234, 1990.
 - 20) 福西勇夫, 細川清: 大学生の心身的諸問題について—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) 下仲順子編: 老年心理学. 培風館, pp. 140-146, 1997.
 - 22) 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.
 - 23) 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.