

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
平成11年度総括研究報告書

後期高齢期における家族・経済・保健行動のダイナミックス

平成12年4月10日提出

主任研究者 秋山 弘子（東京大学文学部教授）

## 目 次

第1章 「後期高齢期における家族・経済・保健行動のダイナミクス」 プロジェクトの概要	1
第2章 前期高齢者との比較による後期高齢者の特徴 －身体的・心理的・社会的資源と精神健康との関連－	6
第3章 平成11年度全国高齢者調査（速報）	26
第4章 結論	36

研究発表

研究協力者

調査票

雑誌掲載論文

## 第1章

# 「後期高齢期における家族・経済・保健行動のダイナミクス」 プロジェクトの概要

### I 本研究の目的

本研究は、後期高齢者層における格差や多様性の実態とそれが引き起こされた要因を、経済的基盤、私的・公的な支援、健康・保健行動、プロダクティブな活動（社会貢献活動）のダイナミックな関係を視野に納めて解明することを目的としている。その特徴は、次の5点にある：

1. 後期高齢者を対象とする
2. 家族、経済、健康・保健行動のダイナミックな関係を明らかにする
3. 高齢者の経済的基盤を多角的に評価する
4. 高齢者のプロダクティブな活動の実態を明らかにする
5. 地域環境の影響を検討する

以下では、これら5つの特徴に基づき、本研究の必要性及び期待される成果について説明する。

#### 1. 後期高齢者

後期高齢者はその絶対数とともに高齢者に占める割合の面でも増加することが予想されている。今後の高齢者施策を展望していくには、この後期高齢者を対象にどのような保健福祉的、経済的問題が存在し、その発生要因は何かを明らかにしていくことが必要となる。一般的には後期高齢者は身体的自立度が低く、経済的にも家族から面倒をみてもらっているなど、社会に対して依存的な存在としてみなされている。しかし、現実には、身体的に自立している人も多く、また、年金制度の成熟や資産の保有などによって経済的に自立している人やボランティア活動に参加し、社会に貢献している人も少なくないなど、後期高齢者層の内部では身体面、経済面、生活行動面において多様性や格差が存在している。

現在のところ、このような後期高齢者層における多様性や格差の実態と、それが何によって起こっているのかを、社会学・社会福祉学的見地からとらえた研究はほとんどない。その理由としては、通常の高齢者調査では、60歳または65歳以上を標本抽出することが多いため、回答者に占める後期高齢者の数が少なくなり、後期高齢者のみを詳細

に分析することが難しいという限界があったことが挙げられる。本研究では、70歳以上のサンプルに対して調査を実施することにより、後期高齢者をより詳細に分析することが可能になる。

## 2. 家族、経済、健康・保健行動のダイナミックな関係

上記で指摘したような、身体的、経済的、生活行動面のそれぞれにおける多様性や格差は相互に関連しあっており、一つの側面における格差が他の側面における格差を生み出すなど、循環的な構造になっている可能性がある。例えば、これまでの研究では、経済状態の悪い人ほど健康状態が悪いことが指摘されているが、なぜそのような関連が生まれるのか、その媒介要因は明らかではない。家族、経済、健康の相互関係が問題となる別の例としては、健康状態の悪化した高齢者が、公的支援を含めて誰からの援助を期待し、実際に受けるかが、本人の経済状態によって異なるという場合がある。

本研究では、後期高齢者層における経済的基盤、私的・公的な支援、健康・保健行動のそれぞれの実態を明らかにするだけでなく、それらの間のダイナミックな関係を解明することを目指している。これによって、高齢者のニーズに応えるために、個人の経済や家族の条件に応じて、どのような形の公的な援助が必要となるかを検討することができる。

本研究は、1987年より米国の National Institute on Aging の財政的・技術的支援を受けて東京都老人総合研究所が実施し、また1995年度からの3年間は、長寿科学総合研究事業の一環として、東京大学医学部（現、東洋大学社会学部）の園田教授が主任研究者として継承してきた長期縦断研究のパネルを基盤とする。今回、1999年度に実施する5回目の全国調査によって、世界的にもまれな12年間の追跡研究が可能になる。一般に、一時点の横断的な調査では、変数間の因果関係を明らかにする上では限界があるが、本研究では長期縦断研究の利点を最大限に生かし、家族、経済、健康・保健行動のダイナミックな関係を明らかにしようとするものである。

## 3. 経済的基盤の多角的評価

2. で述べたように、高齢者の経済的基盤は1つの重要なキーワードであるが、職業からすでに引退した人を多く含む後期高齢者においては、収入の側面だけから経済状態を評価することが難しい。したがって、本研究では、高齢者の経済的基盤を、収入、支出、資産（不動産、貯蓄）の側面から多角的に評価することを試みた。収入については、夫婦での収入と世帯収入について尋ね、夫婦の収入については、夫婦全体での収入に加

えて、年金収入、財産収入、就労による収入など、収入源別の額についても尋ねている。

#### 4. プロダクティブな活動

後期高齢者は、援助される対象としてのみとらえられがちであるが、健康であるばかりでなく何らかの形で社会的な貢献を行っている高齢者も少なくない。

近年、「プロダクティブ・エイジング」という概念が提唱されるようになり、高齢者の社会に対する貢献が着目されるにつれて、今まで看過されてきた高齢者が担っている様々な社会的役割が、プロダクティブリティの評価の対象として重要視されるようになった。就労だけでなく、無償ではあっても家事や奉仕活動など社会的な貢献としてみなせる活動もまた、プロダクティブな役割として積極的に評価する必要がある。プロダクティブな活動の促進は、生きがいを持つという高齢者個人にとっての意義があるだけでなく、社会に負担をかける存在としてのみの後期高齢者への認識をあらため、高齢者の能力を有効に活用することができるという意味で、社会的な意義も大きい。

このような流れを受けて、米国では“Americans’ Changing Lives”、“MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging”、“Health and Retirement Study”といった大規模な調査をもとに、無償労働や奉仕活動といった就労以外の活動も含めて、高齢者におけるプロダクティブな役割を評価しようという動きがある。一方、日本においては、高齢者のプロダクティブな活動についての実証的な研究はまだほとんどない。本研究は全国の代表性あるサンプルを用いて、後期高齢者におけるプロダクティブな活動の実態を明らかにしようとするものである。その中で、高齢者のプロダクティブな活動が何によって促進あるいは抑制されるのか、また、プロダクティブな活動が高齢者の健康にどのような影響を与えるのかを検討することが可能である。

#### 5. 地域環境

本研究では、全国調査に加えて、特定の地域に限定した地域調査を実施する。本研究では、後期高齢者の健康や生活を支える条件として、個人の要因だけでなく、地域の環境的要因に着目しているからである。地域のどのような特性が、後期高齢者の健康・保健活動、プロダクティブな活動や、さらには幸福感に影響を与えるのかを明らかにすることによって、地域の基盤整備への政策的示唆を得ることができる。

対象となる地域は、社会階層、居住環境、死亡率などからみて特徴の異なる東京都内の3区市を予定している。その方法論の特徴は次の点にある。すなわち、地域環境を高齢者本人からのヒヤリングだけでなく、地域を対象とした調査のなかで説明することに

ある。具体的には、標本抽出地点ごとに、高齢者人口比率、保健福祉施設からの距離、地域組織の活動状況など、客観的な指標を調査し、高齢者への面接調査から得たデータと合わせるなかで、高齢者の生活や健康を規定する客観的な地域特性を解明する。

## II 研究方法

### 1. 実施経過

上記の課題を検討するため、本研究では、70歳以上の高齢者を対象とした全国調査と地域調査の2つを実施する。1999年度までの研究は以下のように進められた。地域調査は2000年度に実施予定であり、地域環境要因の検討は、2000年度の課題となる。

#### 1) 1998年度（平成10年度）

1998年度は、研究課題の明確化と指標の開発を目的とし、①関連文献の収集・検討、②専門家および高齢者からのヒヤリング、③既存データの分析、④プリテストの実施、を行なった。これらの作業の中で、本研究において特に重要な指標である、経済指標、精神的健康指標、プロダクティブな活動（社会貢献活動）の3つを重点的に検討した。

#### 2) 1999年度（平成11年度）

1999年度に実施した主な作業は以下の通りである。

##### (1) 既存データの分析

本研究が基盤とする縦断調査データを解析し、①縦断調査におけるデータの質の問題、②主観的幸福感の構造、③子どもとの同居の関連要因、④ソーシャル・サポートの授受が生活満足度に及ぼす影響、⑤保健福祉サービスの認知、⑥前期高齢者と比較した場合の後期高齢者の特徴、の各課題について、学会・誌上発表を行った。

①と④については、日本公衆衛生雑誌に掲載された論文を巻末に添付した。⑥については、本報告書の第2章において、文献研究およびデータ分析の結果を報告する。

##### (2) 全国調査の実施

既存のパネルの追跡対象者と、新しく抽出した70歳以上の高齢者2,000名について、1999年10月に訪問面接による調査を実施した。2000年3月時点では、追跡対象者について、これまでのパネルデータと照合し、データのミスチェックをする作業を続けている。全国調査の方法の詳細および、今回のデータのみ横断的に分析した結果は、第3章で報告している。

### 2. 倫理面への配慮

以下の配慮により、本研究によって生じ得る倫理的問題は回避できると考える。

- (1) 調査票作成上の配慮：プリテストで拒否的反応が多く見られた項目については削除ないしは代替的項目に変更する。
- (2) 調査実施上の配慮：地域調査に当たっては、事前に調査の主旨と協力依頼を記載した文書を対象者に郵送し、拒否がない人に対してのみ訪問面接調査を実施する。また、調査員が訪問した際に同意が得られない場合には、回答を強制せず、必ず対象者の同意を確認した上で、調査を行なう。調査員に対しては、インストラクションの際に、個人のプライバシーの保護と人権擁護に関する事柄について徹底させる。
- (3) 回収済調査票の管理上の配慮：調査票は、担当者の責任において厳重に保管・管理する。また、回収された個人データは、統計的に処理・分析し、個人の機密に配慮する。

## 第2章

### 前期高齢者との比較による後期高齢者の特徴

—身体的・心理的・社会的資源と精神健康との関連—

#### I 本章の目的

人口の将来推計によれば、人口全体の高齢化に加えて高齢人口の高齢化が進展し、後期高齢者が絶対数においても全人口に占める割合においても増加することが予想されている<sup>1)</sup>。そのため、今後の高齢者の保健・福祉問題を予測し、有効な対応策を講じるには、今後増加するであろう後期高齢者がどのような特性をもった集団であるかを把握することが重要となる。近年、高齢者を対象とした調査が数多く行われているが、分析対象として後期高齢者を取り上げ、その特徴を分析した研究は少ない。そのため、後期高齢者が前期高齢者と同じ特質をもつ集団なのか、それとも異質な集団なのかは十分に把握されていない。

健康、家族構成、社会活動など個別の指標に着目した場合には、既存の官庁統計を利用して後期高齢者の特徴を調べることができる。たとえば、「国民生活基礎調査」「患者調査」「社会福祉施設等調査」「老人保健施設実態調査」などから、後期高齢者ではねたきりや痴呆症の出現割合が高く、医療・福祉ニーズが高いことがわかる<sup>2)</sup>。「国勢調査」を利用すれば、年齢が高くなるに伴い、高齢女性の有配偶率が低下し、子供との同居率が高くなることから<sup>3)</sup>、高齢女性の場合後期と前期とではネットワークに違いがあることが推察される。「社会生活基本調査」によって、70歳以上の人では65～69歳の人と比べて「生理的活動（食事、睡眠など）」や「在宅型の余暇活動（テレビ・ラジオの視聴、新聞・雑誌を読むなど）」の時間が長く、「積極的余暇」「交際・つきあい」の時間が少ないなど<sup>4)</sup>、後期と前期の高齢者の間では社会活動の面で異なっているがわかる。

複数の指標を利用して後期高齢者の特徴を検討した研究は、日本では岸らと古谷野の研究がある。岸ら<sup>5)</sup>は、前期と比べて後期の高齢者では身体的・精神的な健康が有意に低いこと、後期の高齢女性では情緒的あるいは介護サポートの数が有意に少ないことを明らかにしている。古谷野は<sup>6)</sup>、孤立感と生活満足度を説明する身体的・社会的要因が前期と後期の高齢者の間で異なるか否かを検討し、前期と後期ではこれらの関連要因に違いがみられることを示している。

米国においては、後期高齢者を対象とした研究が多く行われている。それらの研究を分析視点や枠組みから整理すると、①他の年齢と比較するなかで後期高齢者の特性やそ



の要因を解明する研究、②後期高齢者を対象に他の年齢で有効であったモデルや枠組みが有効かどうかを解明する研究、③後期高齢者のみを対象に、この年齢層の中で問題が集積している集団を特定しようという研究に区分される。

第1の研究には、Garfeinら<sup>7)</sup>、Martinら<sup>8)</sup>、Blazerら<sup>9)</sup>の研究が含まれる。Garfeinら<sup>7)</sup>は生産的活動、情緒、機能、認知などの各指標が、60～69歳、70～79歳、80歳以上の年齢階級間でどのように異なるかを検討している。Martinら<sup>8)</sup>は性格や生活出来事への対処行動を60歳台、80歳台、100歳台で比較し、これら3群で性格傾向と対処行動に違いがあることを明らかにしている。Blazerら<sup>9)</sup>は後期高齢者における精神健康の低下が加齢によるものか、それ以外の要因によって説明できるかを検討している。

他の年齢階級で有効であったモデルや枠組みを、後期高齢者に適用してみようという研究には、Parkerら<sup>10)</sup>、Gilford<sup>11)</sup>、Bowling<sup>12)</sup>、Robertsら<sup>13)</sup>、Lindenbergerらの<sup>14)</sup>研究が含まれる。Parkerら<sup>10)</sup>は、77歳～99歳を対象に他の年齢階級と同じように身体的機能の社会階層差があるか否かを検討している。Gilford<sup>11)</sup>、Bowling<sup>12)</sup>は、他の年齢階級で実証された結婚満足度や主観的幸福感の関連要因をとらえる分析枠組みが、85歳以上にも妥当であるか否かを検証している。Robertsら<sup>13)</sup>は、ストレスフルな生活出来事の影響が身体的・心理的・社会的資源によって緩衝されるというモデルが85歳以上にも妥当であるか否かを検討している。Lindenberger<sup>14)</sup>は知的機能の因子構造が70～84歳と85歳以上の人とで共通しているか否かを検討している。

第3の研究、すなわち後期高齢者の中でも特に問題のある集団を特定しようという研究には、複数の指標を用いて85歳以上の機能を評価したKrachらの研究<sup>15)</sup>、85歳以上の社会的支援を分析したJohnsonらの研究<sup>16)</sup>、後期高齢者で問題となっている認知障害の動態を追跡調査で解明したJohanssonらの研究<sup>17)</sup>、性差に注目し85歳以上の女性における問題状況に言及したBarerの研究<sup>18)</sup>、社会経済や健康指標の面から人種差を検討したJohnsonの研究<sup>19)</sup>が含まれる。

以上のように、米国では後期高齢者に焦点をあてた研究が多いが、方法論上問題が残されている。その問題とは、前期と後期の高齢者の間で分析モデルや枠組みの妥当性の比較を試みた研究はほとんどなく、直接比較を試みた研究でも上記の第1の研究にまとめられるような項目の単純比較にとどまっている研究が少なくないということである。

高齢者は老後に遭遇するストレスフルな生活出来事に対して、様々な資源を活用して精神健康の維持を図っている。その資源の精神健康に与える効果には、資源があることそのものが精神健康の促進につながっているという直接効果と、ストレスフルな出来事が精神健康に与える悪影響を資源が緩和するという、緩衝効果の2つが考えられている。

<sup>10)</sup>。そして、これまで精神健康に効果があると指摘されてきた資源には、健康状態などの身体的資源、コントロール感、自尊感情などで測定される心理的資源、社会的支援などの社会的資源などが含まれる<sup>13)14)</sup>。ここに示した自尊感情とは、自分に価値があるとみたり、自分が重要な存在であるという感覚をもっていることと定義されている<sup>14)</sup>。コントロール感とは、ある結果をもたらした原因が自分のコントロール下にあるか否かという認知的な傾向と定義されており、自らのコントロール下にあると判断する傾向が強いことを内的統制志向が高いと表現している<sup>13)</sup>。いずれの心理的な資源とも、ストレスフルな生活出来事に対する認知やそれを乗り切るための自信などを通して、その影響を緩和する作用があるといわれている<sup>13)</sup>。後期高齢者はこのような資源をどの程度保有しているのか、また、これらの資源は精神健康の保持に有効に機能しているのか。これまでの研究では、身体的資源が乏しいことが指摘されているのみであり、この問いに対する回答は準備されていない。

本研究の目的は、前期と後期の高齢者の間で、1) 身体的・心理的・社会的資源の保有状況、および2) これらの資源が精神健康に与える効果を比較すること、3) 前期と後期の高齢者の間で精神健康の程度に違いがみられた場合に、それが資源の保有状況の違いによって説明できるか否かを分析することにある。各資源の精神健康に対する効果を測定するには、資源を保有していることそのものが精神健康に効果をもたらすという直接効果と、身体的資源の低下が精神健康に与える悪影響を心理的・社会的資源が緩和する効果、すなわち緩衝効果の2つの側面から検討した。

各資源の保有状況については、次のような仮説を立てることができる。後期高齢者では配偶者や友人との死別を経験する人が多く、身近に利用できる人的資源が減る<sup>13)</sup>。また、リーダー的な立場からの引退によって、役割が不明確になる、あるいは尊敬の対象とならなくなるなど、コントロール感を低下させる要因が多い<sup>14)</sup>。したがって、前期と比べて後期の高齢者では身体的資源だけでなく、心理的・社会的資源についてもその保有量が低いことが推察される。

精神健康に対する心理的あるいは社会的資源の効果については、後期では前期の高齢者と比較して効果が低いという仮説と、その逆に効果が高いという2つの仮説が立てられる。前者については、後期高齢まで生存する人は生物学的に優秀であるため、健康を規定する要因としては社会的・心理的条件よりも生物学的な条件の方が優位に働いている<sup>12)</sup>、また、後期高齢者では心理的・社会的資源が少ないため、これらがストレスフルな生活出来事の健康に与える影響を緩衝する力が弱くなるという指摘<sup>13)</sup>などから導きだされる。後者については、加齢に伴って免疫や臓器機能の低下、あるいは危険要因の蓄

積が起こり、また、生物学的にみて脆弱となるため、後期高齢者では社会的・心理的な要因の影響がより深刻に現れるといった指摘<sup>16)</sup>が根拠となっている。

## II 方法

### 1. 前期・後期高齢者の分析対象者

本研究の分析対象は、60歳以上の高齢者に対する第1回全国調査から得た。この調査の標本抽出は層化二段抽出法で行なった。第1次の抽出単位は1985年の国勢調査の「調査標準地域」である。人口規模と地理的位置を考慮して全国の「調査標準地域」を55の層に分類し、それぞれの層から第1次抽出単位の「調査標準地域」を等間隔抽出法によって抽出した。各層からの「調査標準地域」の抽出数は、60歳以上の人口に比例するように決定し、計192の「調査標準地域」を抽出した。第2次の抽出単位は個人であり、「調査標準地域」ごとに平均15人、計2,700人(正規標本)を等間隔抽出法によって抽出した。個人の抽出には住民基本台帳を利用した。加えて、第1次の抽出単位である「調査標準地域」から1,522人を予備の調査標本として抽出した。調査は訪問面接法によって1987年11月に実施し、正規標本については2,700人全員に調査を試み、1,832人から回答を得た。予備の標本1,522人については588人に調査を試み、368人から回答を得た。正規と予備の標本を合計すると、3,288人に調査を試み、2,200人から回答を得ることができたことから、両方合わせると回収率は66.9%となる。調査不能理由は「不在」が329人、「本人あるいは家族が拒否」が309人、「入院中、病気、認知障害、聴覚障害など健康上の理由」が239人、「その他」が211人であった。本研究では、正規と予備標本からの回答者の変数の分布に大きな違いがみられないことから<sup>16)</sup>、正規と予備の標本を合わせて分析した。

調査回答者のうち、前期高齢者(65歳~74歳)全数(1,013人)、後期高齢者(75歳以上)全数(493人)を分析対象として選出した。

### 2. 測定

#### 1) 身体的資源

身体的資源は疾患の有無と日常生活動作で測定した。疾患の有無については、「高血圧症」「心臓病」「糖尿病」「関節炎・リウマチ」「骨折」「白内障や緑内障などの目の病気」「ぜんそくや慢性気管支炎などの呼吸器系の病気」「四肢の循環障害」「胃や腸の潰瘍」「肝臓病」「腎臓病」「前立腺の病気」「貧血」「脳卒中の後遺症」「パーキンソン病」「皮

膚の病気」「腰痛」という 17 種類の疾患の中で、1 つでも罹患している人に 1 点、していない人に 0 点を配点した。日常生活動作については、Rosow ら<sup>27)</sup>によるものを参考に、「入浴する」「100~200 メートルの歩行」「階段を 2、3 段昇る」に支障があるか否かで測定した。1 項目でも支障のある人に対して「障害あり」として 1 点を、すべての項目に支障がない人は「障害なし」として 0 点を配点した。

## 2) 心理的資源

心理的資源は自尊感情とコントロール感で測定した。調査票の紙幅の制約から、2 つの尺度ともオリジナル尺度から項目数を減らした。自尊感情については、Rosenberg の尺度<sup>28)</sup> (10 項目)のうち、順項目 (5 項目) から 3 項目、逆転項目 (5 項目) から 2 項目、計 5 項目を選択した<sup>29)</sup>。具体的には、「自分には長所がたくさんあると思う」「他人にできる程度のことは自分にもできる」「自分には自慢できることがない」「全体的に言えば私は自分自身に満足している」「時々自分がでんでだめだと思う」の 5 項目である。「そう思う」から「そうは思わない」までの 4 段階の選択肢にそれぞれ 4 点から 1 点までを配点 (逆転項目は 1 点から 4 点) し、それらを単純加算することによって点数化を図った。 $\alpha$ 信頼性係数は .59 であった。主成分分析の結果、第 1 主成分によって全体の変動の 38.9% が説明され、また、第 1 主成分に対する各項目の負荷量がすべて .4 以上であり、信頼性はある程度確保されていると考えられた。この尺度の妥当性については、これまで、自尊感情が自己に対する評価が低いことを示す不安感やうつ の尺度と負の相関があるという仮説に基づき評価されている<sup>29)</sup>。本研究ではうつ的な精神状態を測定する尺度である CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression)<sup>30)</sup>との相関を分析した結果、-.33 であり、妥当性の面で大きな問題はないことが示された。

コントロール感については、Rotter<sup>31)</sup>の尺度 (23 項目) から、次のような方針で項目数を削減した。米国では教育に関する項目および政治に関する項目を削除し、個人に関連した項目のみを用いた 8 項目の短縮版が作成されている<sup>32)</sup>。本研究ではこの短縮版のうち、内的な統制指向を示す項目 (4 項目) から 1 項目と外的統制を示す項目 (4 項目) から 2 項目計 3 項目を選択した。その 3 項目とは「自分の身におこることについて、自分の力では何もできないと感じることがよくある」「いったんやろうと決めたらたいい何でもやりとうせる」「何でもなりゆきにまかせるのが一番だと思ふ」であり、「そう思う」「どちらともいえない」「そうは思わない」の選択肢を用いて回答をえた。コントロール感が高いほど点数が高くなるように選択肢に 1 点から 3 点までを配点し、それらを単純加算することによって点数化を行なった。 $\alpha$ 信頼性係数は .36 であり、項目数が少ないため低い値であった。しかし、主成分分析の結果、第 1 主成分で全体の変動の 43.8%

が説明され、第1主成分に対する各項目の負荷量もすべて.6を超えていたことから、信頼性の面では大きな問題はないと考えられた。妥当性については、学習性無気力モデルから、統制感を持たない人、逆にみれば外的統制感が高い人ほど抑うつ性が強いと考えられるという仮説に基づき検討が試みられている<sup>33)</sup>。本研究でも、このような視点からコントロール感とCES-Dとの相関を分析した結果、-.22の相関が得られた。他の研究では-.41~-0.28という相関が得られており<sup>33)</sup>、本研究の値はそれより低い。本研究の尺度は妥当性が低いため、結果の解釈は慎重である必要がある。

以上の2つの尺度とも欠測値が半数未満の人については、回答のあった項目の点数に欠測割合の逆数を掛け合わせるという方法で推計値を求めた<sup>34)</sup>。

### 3) 社会的資源

社会的資源は、問題に対処するために利用できる人的資源を高齢者がどの程度もっているかで測定した。人的資源の状況を測定するにあたっては、高齢者の社会関係に着目し、その機能的側面である社会的支援でとらえた。

測定方法は、「配偶者」「子供」「その他」という支援の提供源別に情緒的および手段的支援の受領可能性をそれぞれ1項目ずつで質問した。質問文は情緒的支援については「心配事や困り事があるとき、どのくらいあなたの言うことに耳を傾けてくれるか」、手段的支援については「病気のと看、あなたのまわりの親しい方たちからの世話をどの程度あてにできますか」であった。回答は5段階の選択肢を用い、支援の程度の高い方からそれぞれ5点から1点までを配点した。点数化にあたっては、情緒的あるいは手段的支援それぞれについて提供源別にみるのではなく、最も高い支援提供源の点数で代表させた<sup>35)</sup>。

### 4) 精神健康

CES-Dの短縮版11項目<sup>36)</sup>を用いた。「ほとんどなかった」「時々あった」「よくあった」の3件法で測定したが、それぞれに0点から2点までを配点(逆転項目は2点から0点)し、これらを単純加算するなかで点数化した。欠測値が半数未満の人については、回答のあった項目の点数に欠測割合の逆数をかけ合わせるという方法で推計値を求めた<sup>34)</sup>。

### 5) その他の変数

精神健康に対する各資源の効果を分析する際に、性、年齢、就学年数を調整変数として分析に加えた。

## 3. 分析方法

### 1) 各資源の保有状況の比較

各資源に関する変数の分布を前期と後期高齢者の間で比較した。検定方法は連続変量についてはt検定で、離散変量については $\chi^2$ 検定であった。

## 2) 身体的・心理的・社会的資源の精神健康に対する効果

前期と後期の高齢者それぞれを対象に重回帰分析を用いて、各資源の直接効果については、精神健康を従属変数に、独立変数に身体的・心理的・社会的資源および調整変数を投入し検討した(第1ステップ)。各資源の緩衝効果については、第1ステップに加えて身体的資源と社会的・心理的資源の交互作用項を投入し分析した。分析に際しては、交互作用項に関連した変数についてはすべて平均値をマイナスし、変数のセンタード化を図った<sup>34)</sup>。

## 3) 前期と後期の高齢者における精神健康の差異の要因

前期と後期の高齢者の間で精神健康に有意差がみられた場合、その要因を両年齢群における資源の保有量の差で説明できるか否かを検討した。分析の手続きは次の通りである。まず、候補となる資源の選定を、両年齢群で精神健康に有意な効果があり、かつ、保有量が異なるという基準で行なう。次に、重回帰分析を用い、独立変数に年齢(0=前期高齢者、1=後期高齢者)を投入し、さらに、選択された資源を投入することによって年齢の有意差が消失するか否かを分析した。以上の分析に際しては、調整変数として性と就学年数を投入した。

本研究では、有意水準を $p<.05$ とした。しかし、その水準を満たさなくても、 $p<.10$ の場合には、ある傾向がみられるということで結果および考察で言及した。分析対象は尺度を構成する変数を除き、すべての変数に欠測がない、前期高齢者では923人(回収者の91.1%)、後期高齢者では417(回収者の84.6%)であった。欠測の存在のために分析対象から除外された人の割合は前期よりも後期高齢者で高かった。

# III 結果

## 1. 前期と後期高齢者における資源の保有状況の比較(表1)

身体的資源については、前期に対する後期高齢者の割合でみると、疾患の罹患では1.06倍、日常生活動作の障害では2.52倍であった。有意差を検討すると、日常生活動作については有意差がみられたものの、疾患の罹患については有意差がみられなかった。心理的資源については、後期では前期高齢者と比べてコントロール感が有意に低かったものの、自尊感情については有意な差がみられなかった。社会的資源の指標とした社会的支援については情緒的および手段的のいずれも、前期と後期の高齢者の間で有意差はなか

った。精神健康の指標とした CES-D については、後期では前期高齢者と比較し有意に高かった。

## 2. 前期と後期高齢者における身体的・心理的・社会的資源の効果の比較

直接効果については、前期高齢者では疾患への罹患および日常生活動作の障害という身体的資源の少ないことが CES-D を有意に高めていた。心理的資源の指標とした自尊感情やコントロール感が高いこと、また、社会的資源である情緒的あるいは手段的支援が多いことが CES-D を有意に低下させていた(表2)。後期高齢者では、コントロール感が CES-D に有意な効果をもっていなかったが、それ以外の結果は前期高齢者と共通であった(表3)。

緩衝効果を検討した結果、前期高齢者では情緒的支援と疾患への罹患の交互作用項が有意であった。後期高齢者については、この交互作用項は CES-D と  $p < .10$  の有意水準で関連していた。また、前期高齢者では日常生活動作と自尊感情の交互作用項が、後期高齢者では日常生活動作の障害とコントロール感の交互作用項が  $p < .10$  の有意水準で関連していた(表2, 表3)。

情緒的支援と疾患への罹患の交互作用項の解釈を容易にするため、図に示してみた。前期と後期の高齢者のいずれも、情緒的支援が低い人では疾患への罹患によって CES-D が高くなるが、情緒的支援の高い人ではそのような効果がほとんどみられない、つまり、疾患への罹患の CES-D に与える効果を情緒的支援が緩衝していることがわかった(図1)。コントロール感や自尊感情についても同様に、日常生活動作の障害の CES-D に与える効果をこれらの心理的資源が緩衝する効果をもっていることがわかった(図2, 図3)。

## 3. 前期と後期高齢者の精神健康の差異の要因

前期と後期の高齢者における CES-D の有意差を解消する可能性のある資源、すなわち、両年齢群で共通して CES-D に有意な効果があり、さらに、保有量が異なる資源は、日常生活動作の障害の有無であった。CES-D を従属変数とし、性と就学年数および前期と後期に区分した年齢階級を独立変数として投入し分析した結果、年齢階級は CES-D に有意な効果をもっていた。この回帰式に独立変数として日常生活動作の障害の有無を加えた結果、CES-D に対する年齢階級の効果が有意でなくなった(表4)。すなわち、前期と後期の高齢者における CES-D の有意差は、日常生活動作の障害の割合の違いによって説明可能であることがわかった。

表1 前期と後期の高齢者の特性比較

特性		前期高齢者	後期高齢者	有意差 <sup>1)</sup>
【属性】				
性別	男性	42.5	49.4	<i>p</i> < .05
	女性	57.5	50.6	
就学年数	平均値	8.54	8.18	<i>p</i> < .05
	標準偏差	2.75	3.01	
【精神健康】				
CES-D得点	平均値	4.14	4.46	<i>p</i> < .05
	標準偏差	2.43	2.44	
【身体的資源】				
疾患罹患	あり	68.4	72.2	<i>n.s.</i>
	なし	31.6	27.8	
日常生活動作の障害	あり	7.5	18.9	<i>p</i> < .01
	なし	92.5	81.1	
【心理的資源】				
コントロール感	平均値	5.93	5.70	<i>p</i> < .05
	標準偏差	1.70	1.81	
自尊感情	平均値	15.0	14.7	<i>n.s.</i>
	標準偏差	2.97	2.95	
【社会的資源】				
情緒的支援	平均値	4.15	4.07	<i>n.s.</i>
	標準偏差	1.06	1.17	
手段的支援	平均値	4.45	4.40	<i>n.s.</i>
	標準偏差	0.89	0.95	
n		923	417	

1) 有意差の検定にあたっては、離散変量については $\chi^2$ 検定で、連続変量については*t*検定で行なった。



表2 前期高齢者におけるCES-Dに対する身体的・心理的・社会的資源の効果

要因	直接効果		緩衝効果	
	B	$\beta$	B	$\beta$
年齢	-.002	-.002	-.002	-.002
性別	-.006	-.001	-.062	-.013
就学年数	.014	.016	.012	.014
疾患罹患	.389	.074*	.402	.077*
日常生活動作の障害	.866	.094**	.622	.067*
コントロール感	-.107	-.075*	-.111	-.077*
自尊感情	-.206	-.251**	-.200	-.244**
情緒的支援	-.269	-.117**	-.284	-.124**
手段的支援	-.479	-.175**	-.448	-.164**
疾患罹患×コントロール感	-	-	-.054	-.018
疾患罹患×自尊感情	-	-	-.008	-.004
疾患罹患×情緒的支援	-	-	-.525	-.110**
疾患罹患×手段的支援	-	-	-.227	-.037
日常生活動作の障害×コントロール感	-	-	-.028	-.005
日常生活動作の障害×自尊感情	-	-	-.142	-.055+
日常生活動作の障害×情緒的支援	-	-	.119	.016
日常生活動作の障害×手段的支援	-	-	-.337	-.045
切片	4.155		4.147	
$R^2$	.203		.226	

注1) 交互作用項を投入する前後で標準偏回帰係数に大きな変化をもたらさないように、交互作用項に関連する変数に関しては、実測値から平均値をマイナスするというセンター化を行なった。

注2) \*\*:  $p < .01$ , \*:  $p < .05$ , +:  $p < .10$

表3 後期高齢者におけるCES-Dに対する身体的・心理的・社会的資源の効果

要因	直接効果		緩衝効果	
	B	$\beta$	B	$\beta$
年齢	-.029	-.041	-.029	-.040
性別	.319	.065	.320	.066
就学年数	-.063	-.078+	-.072	-.089+
疾患罹患	.541	.099*	.465	.085+
日常生活動作の障害	.738	.118*	.524	.084+
コントロール感	-.083	-.062	-.080	-.059
自尊感情	-.199	-.241**	-.207	-.250**
情緒的支援	-.284	-.136**	-.277	-.132**
手段的支援	-.451	-.175**	-.430	-.167**
疾患罹患×コントロール感	-	-	-.053	-.017
疾患罹患×自尊感情	-	-	.038	.019
疾患罹患×情緒的支援	-	-	-.393	-.085+
疾患罹患×手段的支援	-	-	-.008	-.002
日常生活動作の障害×コントロール感	-	-	-.279	-.086+
日常生活動作の障害×自尊感情	-	-	-.117	-.058
日常生活動作の障害×情緒的支援	-	-	.294	.061
日常生活動作の障害×手段的支援	-	-	-.011	-.002
切片	7.092		7.111	
R <sup>2</sup>	.210		.228	

注1) 交互作用項を投入する前後で標準偏回帰係数に大きな変化をもたらさないように、交互作用項に関連する変数に関しては、実測値から平均値をマイナスするというセンター化を行なった。

注2) \*\*:  $p < .01$ , \*:  $p < .05$ , +:  $p < .10$

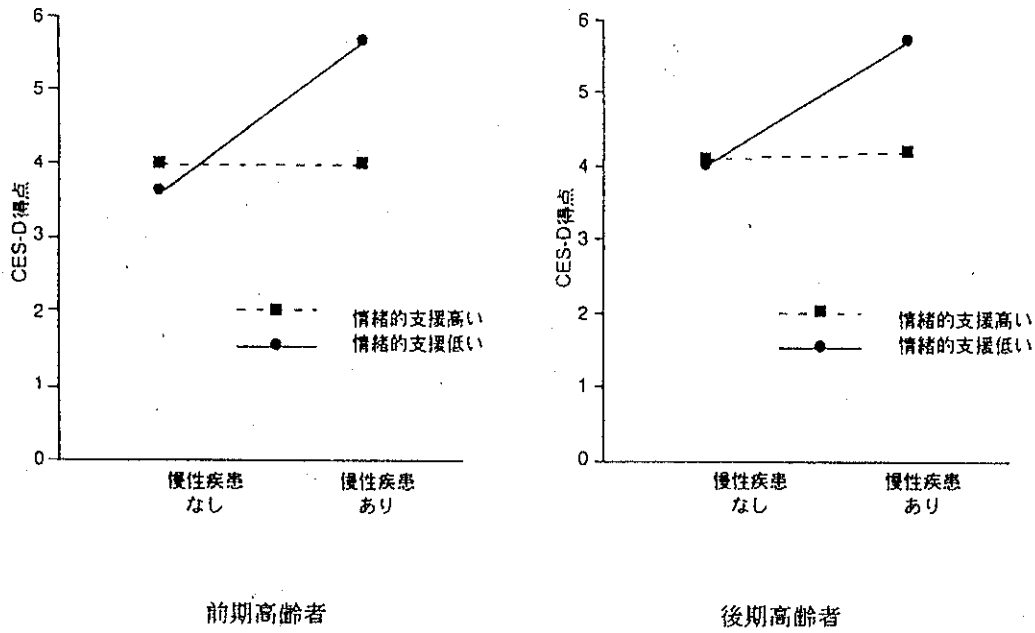


図1 CES-Dに対する慢性疾患の有無と情緒的支援の交互作用

注1) 図を作成するにあたっては、慢性疾患の有無と情緒的支援を除くすべての変数に平均値を代入した。慢性疾患については「あり」に1、「なし」に0、情緒的支援の場合は高い人として最高点の5点を、低い人としては1点を与えて、数値の計算をした。

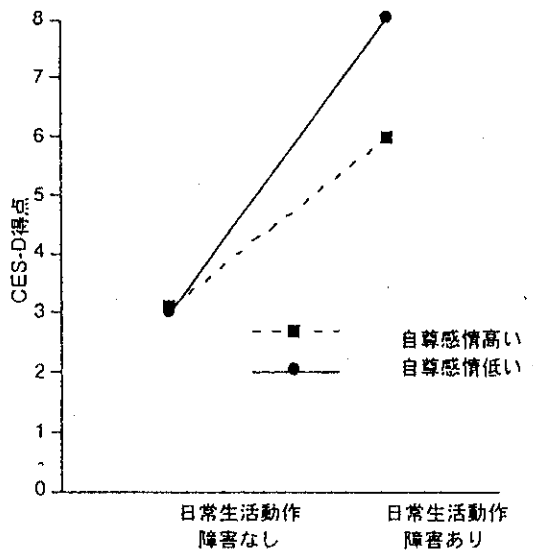


図2 前期高齢者におけるCES-Dに対する日常生活動作と自尊心の交互作用

注1) 図を作成するにあたっては、日常生活動作の障害の有無と自尊心を除くすべての変数に平均値を代入した。日常生活動作の障害については「あり」に1、「なし」に0、自尊心の場合は高い人として最高点の20点を、低い人としては最低点の5点を与えて、数値の計算をした。

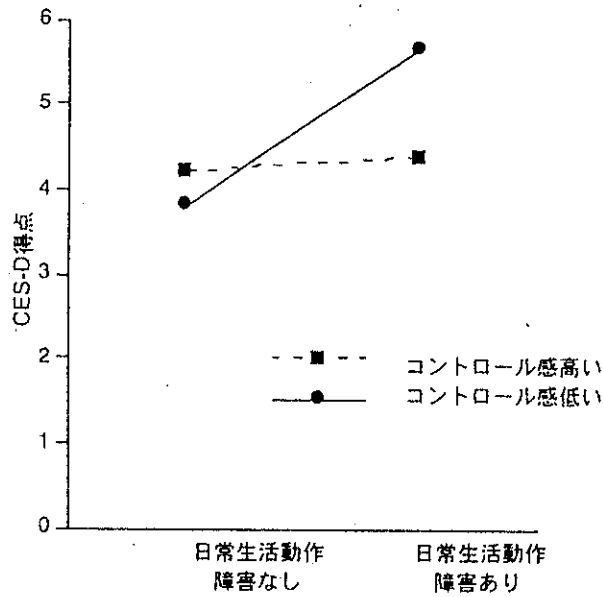


図3 後期高齢者におけるCES-Dに対する  
日常生活動作とコントロール感の交互作用

注1) 図を作成するにあたっては、日常生活動作の障害の有無とコントロール感を除くすべての変数に平均値を代入した。日常生活動作の障害については「あり」に1, 「なし」に0, コントロール感の場合は高い人として最高点の9点を、低い人としては最低点の3点を与えて、数値の計算をした。

表4 前期と後期の高齢者における精神健康の差の要因

要因	日常生活動作 投入前		日常生活動作 投入後	
	B	$\beta$	B	$\beta$
年齢 (0=前期高齢者、1=後期高齢者)	.331	.063*	.190	.036
就学年数	-.051	-.059*	-.039	-.046+
性別	-.355	-.072**	-.331	-.067*
日常生活動作の障害	-	-	1.255	0.161**
切片	4.391		4.333	
$R^2$	.012		.037	

注1) \*\*:  $p < .01$ , \*:  $p < .05$ , +:  $p < .10$