

「どちらともいえない」、また、女性では「設問10」「設問12・いつまでもこの町に住んでいたいですか」で「どちらともいえない」と答えた率がA町の同年代男女に比べ有意に高かった。さらに、50歳代男女で比較すると男性、女性とも有意に「設問8・趣味をもっていますか」「設問9・週に1～2回は友人に電話をかけますか」の設問でB町の方が(0)点評価者が多く、さらに男性で「設問9」で「どちらともいえない」との回答者も多かった。

3) 健康教育について：

今回の調査の目指すところは、個人と地域住民の全体的な評点の中から、保健関係者が地域で保健上必要とされる具体的な支援策に接近することである。A・B町とも、特に働き盛りの男性を対象とした食習慣・運動・喫煙・社交性について、きめ細かな健康教育が望まれる。なかでも運動習慣は、個人的レベルの指導となるので専門家を交えた体制で行われるのが望ましい。設問10、11については、農業の将来が見通せず、これが農村の大きなフラストレーションとなっている恐れもあり、将来に向けて心理面を支える人的支援も求められる。今回の調査においても、従来方式の健康教育のあり方に疑問が残るし、健診は広く普及してはいるが、事後管理が十分とはいえない場合も多く見られた。C町において、その年40～45歳であった女性について、肥満者、高コレステロール血症者、高血圧者の発現頻度を約10年間隔で見たものである。多くの健康教育的努力に

も関わらず、肥満者、高血圧者については3年とも変化は無く、さらに高コレステロール血症者は却って増えている。このあたりで健康教育、健診事後管理の方法についても再検討する必要がある。

事後管理には、健康手帳が中心となるが、最近のコンピュータの普及から考え、また、若い人たちにも健康問題に興味を抱かせるように、自らの健診データをグラフにしたり、何時でも健康教育情報を索引することで“遊び心”を起こさせるような事後管理システムも必要ではないかと、現在、T町において健康手帳的CDを試作したり、保健指導室にホームページを開いて、住民が何時でも保健情報にアプローチできる体制も構築している。

4) コミュニティ形成について：

高齢者を含め活動的生活を支えるコミュニティ形成のアプローチが必要である。「元気のある地域づくり」の方法としてエコミュージアム活動があると昨年の報告でも述べた。わが国のエコミュージアム活動について、第一は、地域の環境を保全し環境教育を推進する立場、第二に住民参加型の地域振興、第三として活力ある地域をつくるための教育的活動である。これらは互いに関連し合い切り離せないが、現在知見を検討している段階である。

5) 保健活動のアウトカムについて：

町全体として健康づくりへの投資とアウトカムの関係を把握することは重要である。一次予防のアウトカムを把握するには、まず、健康関連

QOL を評価する方法を策定する必要がある。今回試作した質問表を数年ごとに行い、その間の人的、物的資源と全体的な QOL 評点の推移を知ることで、一次予防のアウトカムが予測することができないかと考えている。

研究報告 (7) 齢者における活動的生活維持のためのサポート・ネットワークの役割に関する研究—パーキンソン病患者集団をモデルとして

岩見沢市の人口動態変化は 1990 年までは比較的人口の変化も少なく安定していた。1995 年以降は 1000 人/年の増加がみられ、特に高齢人口が急速に増加していた。2000 年の岩見沢市における総人口は 85,077 人、65 歳以上の老齢人口は 16,507 人、総人口に占める割合は 19.4% 男女比は 1 : 1.29 であった。PD 患者の平均年齢は、1994 年からの 2000 年の間で 69 歳から 72 歳へと高齢化しており、総人口に占める老年人口と同様な変化がみられた。粗有病率も 95.8 人から 104.6 人と上昇していた。男性は 94.19 人、女性 114.0 人と女性の方が高いことが示された。2000 年度における PD 調査で確定した 89 例（その中ですでに特定疾患を申請していたのが 59 例、面接で新たに確認されたもの 11 例、外来にて PD が確認されたもの 14 例、また新たに特定疾患申請例 5 例）が確定した。

PD 患者へのアンケート調査は男性 4 名、女性 9 名、計 13 名で行い、生活状況は持ち家 配偶者と二人暮らしが 7 名、持ち家で親と同居が 1 名、介護施設入所が 1

名、独居が 4 名であった。介護保険申請者が 7 名、非申請者が 6 名で、申請理由は①社会的サービスを利用するため、②より快適な療養生活のため、③病状の回復のため、④医師、看護婦に勧められたから、などであった。一方、非申請理由は、①介護を受ける本人が希望しないため、②介護者が申請を希望しないため、③家族で十分に介護できるため、があげられていた。申請者の「Yahr 重症度」は 2.8 度に対して、非申請者の「Yahr 重症度」は 3.1 とほぼ同一の障害度を有していた。(Yahr 重症度：病気の重症度を表す、Stage 1, 2, 3, 4, 5 の 5 段階に分類される。Stage 1、2 は身体の片側だけ症状あり、日常生活にほとんど介助を要さない。Stage 3, 4 は起立、歩行障害あり、日常生活に介助を要する。Stage 5 は車椅子、寝たきり、日常生活に全面介助を要する)

研究報告 (8) ソーシャルサポートシステム構築へのアプローチ方法に関する研究

- 1) 若年男性でのインタビュー結果：
自分、家族の健康には関心はない。若者からみる高齢者は元気でサポートについては話題にならない。町の問題点は若い人が少ない、娯楽がない、仲間意識はあるが、競争心が育たない、孤立するとつらいなど。
- 2) 若年女性でのインタビュー結果：
子供、夫の健康には気をつける。夫はアルコールの摂取量が多いなど問題があると感じている。育児については関心が強い。

- 3) 保健福祉課職員のインタビュー：各自が健康に関心を持ち熱心実践している。
- 町の健康づくりに関しては自主的予防、健康増進、生き甲斐などの場の提供、町民と行政で評価を行う。病院の役割についてなど活発な意見がでた。

◆D 考察◆

高齢者の抑うつと諸要因との関連を横断研究によって明らかにし、縦断研究では抑うつに及ぼす諸要因の影響を追求した。結果から、主観的健康状態や身体的諸症状と、抑うつとの関連や影響は強くみられたが、ソーシャルサポートおよびネットワークに関する諸要因が、抑うつ症状の緩衝作用になるということに関しては有意差が得られた項目は少なかった。再度、調査から得られた回答を整理し、調整と解析をおこなう必要がある。

また身体的健康状態と抑うつとの関係については、男女ともにほぼ同様の傾向がみられたが、その他の属性においては、性差による相違がみられた。高齢期における精神的健康観の性差は、平均余命の差から生じるだけではなく、社会背景や文化が絡み合っていると推測されることから、こうした要因も十分に考慮しながら、言及する必要があると思われた。(研究報告(1))

高齢者の医療費とその関連要因についての解析結果から、総額医療費(外来、入院)に性差はなく、外来、入院費用別では、男性と比べて女性に外来医療費の高額医療費使用者が多い(62.9%)ことが特徴であった。

男女ともに入院者は少なく、年齢、教

育歴、家族類型、配偶者の状況、仕事の影響との関連性は見られなかった。健康指標である、喫煙、飲酒、臥床期間の関連性は少なく、主観的健康観でも医療費との関連はみられなかった。この1年間で入院した経験者と医療費の関連は男性に若干みられた。

医療費とソーシャルサポートの多寡との関係は関連性が少なく、ネットワークのカテゴリにおける社会活動では、団体に所属しているものでは低医療費群で多くみられた。男性において電話の交流が頻回にあるものの低医療費が多いことから、男性のメンタルヘルスケアの提供が、予防的対応策となることが考えられた。(研究報告(2))

ソーシャル・ネットワークとサポートについて、文献的考察をおこなったところ十分考慮しなければならないこととして、第一に、高齢者のソーシャル・ネットワークの多様さを充分考慮し、「インフォーマル2」という友人や近隣との関係をみるだけでなく、「フォーマル」という公的サポートや専門家との関係をみていく必要がある。第二に、高齢者の個々人の属性の多様さを前提として研究を進めていく必要がある。高齢者問題は女性問題であるといわれることから、ジェンダーという視点から捉えることが重要である。また、加齢という要因も、高齢者のソーシャル・ネットワークに迫るといふ課題を設定する限り、とりくむべき要因として設定できる。第三に、ソーシャル・ネットワークとサポート・ネットワークの織り成す複雑性・重層性に着目することである。そのためには、サポートの指標をどう設定するかが、今後、重要な

課題となるであろう。いかなるものを高齢者のサポートの指標として設定するかによって、サポート・ネットワークだけでなく、ソーシャル・ネットワークのとらえ方が変化する。情緒的なサポートという指標を設定した場合、それを担うものとしてソーシャル・ネットワークのうちから選びだされるのは、友人かもしれない。また、身体的ないし経済的なサポートという指標を設定した場合、それはまた別のソーシャル・ネットワーク内の関係がサポート・ネットワークとして選び出されることになるなどいくつかの課題が明らかとなった。(研究報告(3))

日本は今後20年間で世界一の高齢社会につき進んでゆくと言われている。このことは後期高齢者の介護問題が最重要課題となると思われる。従って、要介護予防、新しい介護システム等のアイデアが一層重要となる。ソーシャルネットワークは保健医学の領域でも健康や生きがい、更には介護予防につながる重要なポイントとして検討がされている。社会学の領域でも、このような全体社会の構造的変動を視野にいたれたソーシャル・ネットワークとサポート・ネットワーク研究の取り組みが必要とされているのではないか。これらの研究は個人ではなかなか困難である。より組織的な横断的かつ縦断的な研究、ネットワークを把握する方法論や技術の開発にむけての共同的研究がおこなれることが期待される。(研究報告(4))

福祉の先進国といわれるスウェーデンの現状と1990年代からの変化を高齢者ケアの公的セクターをめぐる研究の概要をみた。現状評価の厳しい研究ではこれまでの

変化を日々の介護生活にまでおりたってその変化と影響を見るというスタンスで行われている。ケアシステムの変化の影響はだれにでも同じく現れるのではなく階層やとりわけジェンダーによって異なるという視点が必要であるという認識をもつことである。今後スウェーデンの高齢者ケアはどのような方向へ行くのか、維持できるのか、より一層現状にフィットしたケアシステムは可能か。介護の受け手や提供者の現実の関係まで降り立った分析の中から解決方向が探られるのである。今後の研究に注目していくことで、日本の問題解決の参照とできるのではないかと思われる。(研究報告(5))

簡便で使いやすい健康関連 QOL 質問表を作成するにあたって、質問表は、当院が地域で行った多くの調査研究を参考にして項目を選択した。作成した質問項目の結果から考えられることがいくつか明らかになった。

血圧を月に一度程度チェックする習慣は、自己血圧計の普及や、地域の保健関連の会館・施設などには必ず自動血圧計を備えているので、僅かな努力によって身に付く大切な健康習慣である。運動については、その種類や程度の問題もあるが、基本的には運動をしようという意識が大切である。また、男性では若年者ほど食生活に関心は低いが、食生活は家族の中で互いに注意しあうことによって改善されるもので、家族の問題でもあり、重要なことと考えられた。余暇を楽しむことや、電話ということで括られている社交性が高齢期になっての QOL と大いに関係があるので、健康習慣として留意する必要がある。さらに、「去年と

同じように元気ですか」「今の生活に満足していますか」「いつまでもこの町に住んでいたいですか」という設問は心理面の影響も予想されるが、住民、行政が一体となって生活環境整備を図りながら「活力あるまちづくり」を目指すことによって、「いつまでもこの町に住んでいたい」という意識は高まるのだろうと思われる。

健康教育について

今回の調査の目指したところは、個人と地域住民の全体的な評点の中から、保健関係者が地域で保健上必要とされる具体的な支援策に接近することであった。A・B町との比較から、特に働き盛りの男性を対象とした食習慣・運動・喫煙・社交性について、きめ細かな健康教育が望まれる。若年齢層にとって、現状や農業の将来が見通せず、これが農村の大きなフラストレーションとなっている恐れもあり、将来に向けて心理面を支える人的支援も求められる。また、この度の調査においても、従来方式の健康教育のあり方に疑問が残った。健診は広く普及してはいるが、事後管理が十分とはいえない場合も多く見られる。多くの健康教育的努力にも関わらず、肥満者、高血圧者については変化は無く、さらに高コレステロール血症者はかえって増えている。健康教育、健診事後管理の方法についても再検討する必要がある。事後管理は、一般には健康手帳が中心となるが、最近のコンピュータの普及から考え、また、若い人たちにも健康問題に興味を抱かせるように、自らの健診データをグラフなどに加工したり、何時でも健康教育情報を索引することで“遊び心”を起こさせるような事後管理システムも必要ではないかと考え、現在、T

町において健康手帳的 CD を試作したり、保健指導室にホームページを開いて、住民が何時でも保健情報にアプローチできる体制も構築している。

コミュニティ形成について

高齢者を含め活動的生活を支えるコミュニティ形成のアプローチである。

従来コミュニティは、主体的には町という行政割での場であったが、これからは、隣接する複数町村が、それぞれ独自文化を育てながら、情報を交換し合い共通する資源については積極的に相互で活用しながら共栄する姿が求められる。さらには、それぞれの町にある高齢者施設間で情報を共有し相互の交流をはかるならば、互いに刺激となって介護レベルも高まるし、介護バスなども共同運航すれば地域資源の有効活用にもなる。しかし、このような広域的提携を図る場合、欠かせないのは、町というバリアを開放して、相互の情報を交換し合うシステムの構築が前提であることはいうまでもない。

保健活動のアウトカムについては町全体として健康づくりへの投資とアウトカムの関係を把握することへの試みである。一次予防のアウトカムを把握するには、まず、健康関連 QOL を評価する方法を策定する必要があるが、現状、高齢者の健康に生活されている方々に対する評価方法は見当たらない。今回、この質問項目を試作したのは、一次予防を視野にいれたもので、このような調査を数年に一度行い、その間に投下された人的、物的資源と全体的な QOL 評点の推移を知ること、一次予防のアウトカムが予測することができないかと考えたのである。この度の質問表試作が、患者

立脚型アウトカム調査方法と連携し、今後、関係する多くの専門分野が一体となって研究する足がかりになれば幸いと考えている。(研究報告(6))

北海道・岩見沢市における1994年のPDの疫学調査を基礎にして再度調査を行い、日本におけるPDの有病率変化を検討した。65歳以上のいわゆる高齢人口は19.4%と前回の調査時12.6%から急速に高齢化が進行し、PDの平均年齢も69±8.6歳から72±10.2へと高齢化がみられた。男女比も前回1:1.2から今回1:1.34と同様な比率を推移していた。今回の調査で男性症例の平均年齢が女性より高いことがみられ、前回の調査と同様な結果となった。この原因については明確なものは見いだせないが、罹病期間が女性よりもやや長くなっていることがみられた。

また、介護保険制度が開始されてから、障害を有している高齢者の療養生活に変化がみられているが、本人または介護者が種々のサービスを希望しない、家族でも十分に介護できるという理由で社会サービスを利用していない状況もみられ、高齢者のQOLを高めるための課題の一つといえる。(研究報告(7))

研究方法の一つとして、フォーカスグループインタビューは対象者の態度を観察することができることや、量的調査方法では明らかにすることができない調査対象者の背景因子や心理的要因などの質的情報を捉えることができることから、保健福祉の研究領域でも利用されてきている。

1. グループの数は高齢者男女別の2グループで実施したことで男女間の内容が比較できた。若年男女別のグループで行えたこ

とはソーシャルサポートネットワークづくりのために役立つものと思われる。グループの参加人数は若年男女各5名ずつでほどよい話し合いがなされた。司会者は中立的存在であり、誘導的な言葉は極力避けたが、若年男性では話をつないでいくことに困難を感じた。観察者がいかに状況をよく知り、参加者を理解しているかによって成果が異なると思われた。質的研究のみでは研究者の主観によるところが大きく、またそれでよいのかもしれないと考える。

2. インタビューの内容について：高齢者のグループと比較して若年者のグループは、健康に関しても、また高齢者に対するソーシャルサポートに関しても淡白であると感じられた。若年男性が自らの健康に関心を持つことは何らかの動機づけがなければ難しいようである。健康のことなど考えないことが、子の時期には健康的なのかも知れない。しかし、社会的な健康を考えると青年会議所活動はしているものの、他の世代や他のグループとの交流や連携事業はほとんどなく、これは今後の課題であろう。

職員は日常業務として保健活動や介護保険に携わっており自分の考えを持っているように思われた。それを要約すると①自主的な住民参加型で、②ヘルスプロモーションを重視し、③生き方の道標を示すもので、④楽しく生きがいを感じながら、⑤相互評価できるものとなるのではないか。具体的には住民と共同で事業の企画をし、事業実施要綱の中で段階的に学習課題を設定し、評価可能な点数化を進めることであろう。

高齢者に対するサポートに関しては、前回調査した高齢者自身のアイデアが優れているのでこれを優先すべきであろう。繰り

返すと女性は共同浴場での付き合いなどを重視しながら、個人間あるいは家族間の気くばり事業を実施すること。男性は女性に比べると交流が少ないので、ひとり暮らし者の容態変化に対する対応、ボランティア活動の組織化などが課題である。

3. 今後の保健活動計画にどう反映させるか

この町では現在保健活動計画を作成中である。平成13年度より開始された第五次町づくり計画の基本計画の一部である「思いやりのある健康なまちをつくります」に合わせて14年度から実施するものである。

昨年度行ったフォーカスグループがきっかけにもなり、計画策定に当たり住民との意見交換が活発に行われた。それぞれ組織されたグループは、PTA 広報委員、中学校野球部・バトミントン部、青年会議所、英会話の会、木彫の会などである。こうしたグループでの話し合いを通して、母子保健では、子育て、特に親子を支える地域の連携が強調された計画になっている。青少年保健では喫煙問題が、成人保健では喫煙とストレス問題が、老人保健では介護予防、地域ケア体制構築、社会参加を軸にした元気高齢者づくりに重点がおかれている。

3. メンタルヘルスプロモーションの必要性

こうした町に対して、どのような取り組みが効果的かは難しい問題である。しかし、もう少し客観的なデータを示して、住民と共に考える機会をもつことが必要であろう。この町の「精神的健康度」が一番の問題であるが、一般的な話し合いではそれが話題二のぼることはない。したがって、研究調査者と住民とがある程度の信頼ができた時

点で、腹を割って本音ではなす場面が必要である。これを今後、「メンタルヘルスプロモーション」として取り組むべきであると考ええる。

◆E 結論◆

(1) 前年度に引き続き、高齢者の抑うつについて都市部での状態について解析を行ったが、今後の課題として、SDS 得点のカットオフポイントを設定し、1992年時の要因による抑うつ傾向の高いグループと低いグループに分け、それぞれが1995年時にはどのように変化をしたのかという点について、多変量解析を用いて調べることで、その変化と傾向をよりあきらかにすることができる。地域研究では、こうした長期縦断研究とともに今後は、積極的に高齢者の「ひきこもり」や「抑うつ」を防ぐための介入研究が必須である。長期的な研究で得られた研究結果は介入研究にて、展開し、さらに継続した研究を行うことが望まれる。

(2) 文献的考察の結果、課題としてつぎのような点があげられる。第一に、高齢者のソーシャル・ネットワークの多様さを充分考慮することが必要であり、友人や近隣との関係のみをみただけでなく、「フォーマル」な公的サポートや専門家との関係をみていく必要がある。

第二に、高齢者の個々人の属性の多様さを前提として研究を進めていく必要がある。日本の高齢者問題が女性問題であるといわれることから、ジェンダーという視点を除外することは不可能である。加齢という要因も、高齢者のソーシャル・ネットワーク

に迫るといふ課題を設定する限り、とりくむべき要因として考えなければならない。第三に、ソーシャル・ネットワークとサポート・ネットワークの織り成す複雑性・重層性に着目することである。サポートの指標をどのように設定するかが、今後、重要な課題となるであろう。

(3) 日本は今後20年間で世界一の高齢社会につき進んでゆくと予測されている。介護予防、新しい介護システム等のアイデアがより一層重要なる。ソーシャルネットワークは保健医学の領域でも健康や生きがい、更には介護予防につながる重要なポイントとして検討がされている。社会学の領域でも、このような全体社会の構造的変動を視野にいれたソーシャル・ネットワークとサポート・ネットワーク研究の取り組みが必要とされているのではないか。これらの研究は個人ではなかなか困難である。したがって制約された範囲における事例的研究か数量的研究に留まっている。より組織的な横断的かつ縦断的な研究、ネットワークを把握する方法論や技術の開発にむけての共同的研究がおこなれることが期待される。ソーシャルネットワーク類型の変化とサポートネットワークの変化についての知見は、単年度の調査研究では明らかにできない事実を明らかにするものであった。そうして、高齢者の自立的生活を維持する条件は従来個々に語られてきた、子どもとの関係、経済条件、意識意識など家族関係、階級・階層的要因、主体性の問題のみではなく、それらに加えて、ソーシャルネットワークの保有状況も関連要因の一つであることが明らかになった。

夕張の例では、そこの共同体的サポート

ネットワークは炭鉱時代の遺制であり、行政が積極的に再組織したものではなく、高齢者自身はその共同体的関係を加齢により担うことができなくなれば自然消滅に向かう。古い炭住を取壊し、新たな市営住宅に移転させようとする市の施策により、伝統的共同体関係の消滅に拍車がかかる。夕張の高齢者の住宅はマイホームが少なく公営住宅が多い。つまり1回目に強く主張された「夕張が好き、友人も沢山いるから」という強いインテンシブが薄れたことが、高齢者自身の流出をもたらしていると思われる。今後は介護保険制度の利用や公的なケアシステムを充実させ、とくに脆弱なネットワークしか有しないグループを支えてゆくことが求められている。夕張のような過疎高齢地域においては、ケアを中心に据えたセイフティネットワークの構築が地域社会の再建につながることを、本研究は示している。

なお、本研究の問題点、課題は、個々の高齢者一人一人のソーシャルネットワーク類型の変化を事例的に丹念に追うことによって、変化の要因解明をより深めること、総合的なネットワークをより正確に把握するための技術的方法の問題がまだ残されていることである。

(4) 年間1人当たりの医療費が高い地域で住民がどのような意識で生活しているのかを知るために、フォーカスグループインタビューの手法を用いたが、ソーシャルサポート

システムを構築するために、準備段階として有効な方法と思われるが、今後ワークショップ

手法などと組み合わせながら取り組む

必要があると考える。

◆F 研究発表◆

- ① 石原恵子、増地あゆみ、笹谷春美、江口照子、岸玲子 高齢者の抑うつに及ぼすストレスフル・ライフイベントの影響とソーシャルサポートネットワークの役割—都市における縦断研究：日本疫学会誌 vol 12, 176、2002
- ② 坂倉恵美子、岸玲子、石原恵子、片倉洋子、村松幸 高齢者医療費と社会支援および健康状態の関連：日本公衆衛生雑誌、vol 48 no. 10, p235 2001
- ③ 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、48：435-448、2001
- ④ 笹谷春美 「「伝統的女性職」の新編成—ホームヘルプ労働の専門性」木本喜美子他
編著『女性労働とジェンダー』ミネルバ書房 2000年11月、175-215頁
- ⑤ 笹谷春美：ケアワークのジェンダーパースペクティブ—：女性労働問題研究会『女性労働問題研究』No. 39、1、p59-67 2001
- ⑥ 笹谷春美、王海燕：家族介護と施設介護の連携をめぐる研究 北海道高齢者問題研究会『高齢者問題研究』No. 17、2001年6月
- ⑦ 笹谷春美「階級・ジェンダー・エスニシティ再考」笹谷春美他編著『階級・ジェンダー・エスニシティ—21世紀の社会学の視角—』中央法規出版、2001年11月、32-58頁
- ⑧ 森若文雄、田代邦雄：神経変性疾患薬物療法の試み、Clin. Neurosci. 19:188-189, 2001
- ⑨ 森若文雄、田代邦雄：運動ニューロン疾患の治療の進歩、神経治療学、18(4)：353-355, 2001
- ⑩ 瀬島克之、杉澤廉晴、大滝純司、前沢政次：質的研究の背景と課題—研究手法としての妥当性をめぐって—
日本公衛誌 48：339-343, 2001
- ⑪ 瀬島克之、杉澤廉晴、マイク D フェターズ：フォーカスグループの実際的方法論の一例. 日本プライマリ・ケア学会誌 24：126-132, 2001
- ⑫ 瀬島克之、杉澤廉晴、マイク D フェターズ：質的研究における方法論の妥当性に関する検討. 日本プライマリ・ケア学会誌 24：277-284, 2001
- ⑬ 前沢政次：プライマリケアの機能評価
日本プライマリ・ケア学会誌 25：46-54, 2002

研究報告(1)

高齢者の抑うつに及ぼすストレスフルライフイベントの影響と、ソーシャルサポート・ネットワークの役割 —都市における縦断研究

主任研究者 岸 玲子 (北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野)
研究協力者 石原恵子 (北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野)
増地あゆみ (北海道大学大学院文学研究科心理システム)

研究要旨

高齢者ケアでは、身体ケア同様、高齢者が加齢とともに経験するさまざまな変化による精神的不安定が表出することがある。なかでも抑うつ傾向は、高齢期の自殺の前駆症状として現れることがあり、近年、高齢者の自殺が増加するなかで、特に注意が必要である。欧米での調査から、ソーシャルサポートやネットワークが、抑うつ傾向にある高齢者への緩衝作用となることが明らかになっているが、わが国においては、それらの系統的な疫学研究の報告はまだ少ない。また介護保険の開始にともない、地域の中で在宅ケアを受ける高齢者が増えてきており、地域で生活する高齢者にとって、周囲からのサポートやネットワークは生活をする上でも、大変重要な役割となる。さらに地域研究では、得られた結果を地域に還元し、より効果的なケアに結び付けていくことが望まれる。

A. 研究目的

高齢者の健康問題は、身体機能の低下とともに、精神面での不安定さ、特に高齢期の抑うつ状態に対する注意が必要である。欧米の調査から、高齢者が経験するさまざまなストレスフルライフイベント(配偶者や友人の死、経済状態の悪化など)により、抑うつ症状が出現することが明らかになっている^{1), 2), 3), 4), 5)}。

高齢者の抑うつ状態は、QOL (Quality of life) の妨げになるだけでなく、自殺の前段階においても、しばしば同様の症状がみられる^{6), 7)}ことや、抑うつによる健康状態の悪化から、死亡につながるという報告もあり⁸⁾、豊かな老後を送るためにも、高齢

者へのケアでは、身体ケアとともに、精神的健康を維持・増進するための取り組みが重要である。

欧米における調査研究では、社会的支援(ソーシャルサポート)や、社会との交流(ネットワーク)が、高齢者の抑うつを緩和するという報告が多くみられている⁹⁾が、わが国における、系統的疫学研究の報告例はまだ少数である¹⁰⁾ことから、今回、札幌地区において、都市における高齢者の抑うつに及ぼす、ストレスフル・ライフイベントの影響と、ソーシャルサポート・ネットワークの役割について検討した。

ソーシャルサポートが、心身の健康に与

える機序として、2点が考えられる。すなわち、1、ソーシャルサポートにより、孤立を防ぐ直接的効果と2、ストレスの緩和作用。

本研究は、高齢者のソーシャルサポートやネットワークの多寡が、高齢者経験するさまざまなストレスフルライフイベントと相まって、どのように抑うつに影響を与えるのかを検討した。

B. 研究方法

1991年より継続しておこなわれている、北海道の3地域での調査研究の一環として、札幌に住む高齢者の生活環境と健康問題に着目した。初回調査(1992年)及び、第2回調査(1995年)にデータを用い、都市における高齢者が抱える精神的健康問題・抑うつに及ぼすソーシャルサポートや、ネットワークを含む諸要因の影響について縦断研究をおこなうとともに、抑うつと諸要因との関連性を横断研究にて明らかにした。

【調査対象】

札幌市(北区・中央区)在住の大正10年・11年生まれの高齢者573名

【抽出方法】

札幌市の住民台帳より、初回調査時点(1992年)において、70歳の男性(241名)と、女性(232名)を、無作為にて抽出した。

【調査の概要】

1992年(第1回調査)および、1995年(第2回調査)に、質問表による調査を、郵送・留置・回収のより実施した。

【回収率】

1992年(第1回調査):450名(回収

78.5%)、(拒否12.6%、入院1.7%、長期療養中0.3%、転居0.9%、住所不明0.8%、死亡0.7%)。

1995年(第2回調査):440名(回収率72.7%)、(拒否13.6%、入院1.6%、長期療養中・長期不在3.5%、転居0.7%、死亡3.8%)。

【解析対象】

第1回調査、第2回調査ともに完全な回答の得られた385名(男性166名、女性219名)

【質問票の構成】

基本属性

性別、年齢、居住形態(家族構成)、住まい(持ち家)、婚姻状態、職業、収入をたづねた。居住形態は一人暮らし、夫婦のみ、未婚のこもとの同居、子供の家族と同居、その他に分類した。婚姻状態(配偶者)は同居しており元気である、同居しており病気がちである、同居しており寝たきりである、施設や病院にいる、離婚した、死別した、一度も結婚していない、不明であるに分類した。収入については月収が0~5万円未満、5~12万円未満、12~30万円未満、30万円以上の4分類とした。

ネットワーク

別居子・親戚・友人・近隣との交流、社会活動への参加などを尋ねた。別居子との交流頻度は週に一度以上、週に一度未満、殆ど会わないなど。近隣との交流では相談・世話しあう、みやげのやりとり、世間話程度、挨拶を交わす程度の4段階。親しい友人と親戚がいるかどうか、その数。

ソーシャルサポート

介護サポートの有無、情緒的サポートの有無、サポートの提供などを指標とした。介護サポートの数とその満足度、情緒的サポートの数とその満足度、サポートの提供に

ついて尋ねた。サポートの提供では食事、家事の手伝い、孫の世話、病人の看護、悩みの相談、子や孫にお金、ものを与えた、地域のボランティア活動をしている。

身体的健康状態

主観的健康観（非常に健康、普通、弱い、病気の4段階）、病気の数（現在かかっている病気）、入院経験の有無（過去一年間の入院と日数）、身体の痛み、視力、聴力、失禁経験の有無、歯の具合、精神的健康状態*などを尋ねた。

活動 (ADL / IADL)

活動性の指標として、ADL(歩く、寝起き、着替え、風呂にはいる、髪をとかしたり歯磨きをする、食べるの日常動作6項目)。IADLは食事の用意、買い物、掃除、お金の管理、遠出等が自分一人で行えるかどうか。ストレスフルライフイベントの経験 (16項目)

のぞまない住居の変化、本人の健康状態の悪化、配偶者・家族の病気、配偶者の死別、配偶者との別れ、家族との死別、親しい友人との死別、経済状態の悪化、失業、社会的役割の喪失などについて尋ねた。

*: 精神的健康状態:

Zungのうつスケールを用いて、抑うつ得点の評価をおこなった (SDS Score-20点~80点: 数値が高いほど、抑うつ程度が強いことを示す)。

【解析方法】

1. 1995年のSDS得点と、1992年の諸変数の関係を、単変量にて解析をおこなった。(Table 1~10参照)
2. 1995年のSDS得点と、1995年の諸変数の関係を、単変量にて解析をおこなった。(Table 1~10参照)
3. 1995年のSDS得点に及ぼす影響について、ストレスフルライフイベントと、1992年のSDS得点をモデル内

で調整する形で、多変量解析をおこなった。(Table 11、12参照)

C. 研究結果

1. 単変量解析の結果より

(1) 1995年の抑うつに及ぼす

1992年時の諸要因 (男性)

持ち家でない、収入が少ない、町内会への参加がない、近所の人に援助を依頼している、健康に不安を持っている、失禁がある、病気の数が多い、歯の健康にもんぢあがある、痴呆症状がある、遠出が1人ではできない、ストレスフルライフイベントを3個以上経験しているなどの要因により、有意に抑うつ得点が高かった。

(2) 1995年の抑うつに及ぼす

1992年時の諸要因 (女性)

夫婦のみ世帯である、若者との交流がない、家事の手伝いをしない、健康に不安を持っている、病気の数が多い、歯の健康に問題がある、痴呆症状がある、友人らと外食をしない、遠出が1人ではできない、ストレスフルライフイベントを3個以上経験している場合において、有意に抑うつ得点が高かった。

(3) 1995年の抑うつと関連がある

1995年時の諸要因 (男性)

1995年調査時点において、収入が低い、市内に親戚がいない、町内会への参加がない、サポートサービスが満足に受けられない、健康に不安を持っている、過去1年間に入院経験がある、失禁がある、痴呆症状がある、病気の数が多い、歯の健康に問題がある、趣味がない、食事の準備が自分ではできない、遠出が1人ではできない場合において、抑うつ得点有意に高かった。

(4) 1995年の抑うつと関連がある

1995年時の諸要因 (女性)

1995年調査時点において、仕事をしていない、近所付き合いが希薄、サポートサ

ービスが満足に受けられない、健康に不安を持っている、1週間以上の臥床がある、失禁がある、歯の健康に問題がある、痴呆症状がある、病気の数が多い趣味がない、買い物人を人に依頼している、遠出が1人ではできない場合において、有意に抑うつ得点が高かった。

2. 多重回帰分析の結果より

(1) 1995年時の抑うつ得点を、1992年時のSDSの得点と、1995年時のライフイベントの数で調整し、1992年時の諸要因でモデルを作った。

男性においては、体の痛みがある、病気の数などの身体症状や、1人では遠出ができないなどのIADLの低下が、抑うつ傾向を高めていることがわかった。ソーシャル・ネットワークにおいては、町内会への参加者の方が、非参加者よりも抑うつ傾向が低いことがわかった、しかし、同様の近所との付き合いにおいても、近所の人からの援助を受けている人は、抑うつ得点を高めていることがわかった。

男性においては、他人からの援助を拒む傾向がみられ、精神的紐帯(ネットワーク)をとまわらない生活援助での抑うつに注意する必要があると思われる。

また女性では、抑うつ傾向に対する全体的な説明は、このモデルから可能であるが、主要因の特定はできなかった。単独では有意に説明が可能な要因であっても、それぞれを組み合わせた場合、重複してしまうものがあると思われる。

(2) 1995年時の抑うつ得点を、1992年時のSDSの得点と、1995年時のライフイベントの数で調整し、1995年時の諸要因でモデルを作った。

男性においては、体の痛みの有無、歯の健康など身体的健康状態が、抑うつ傾向に

関与していることがわかった。

また女性では、主観的な健康状態などの身体的健康に関する要因に加えて、仕事をしていないことが、抑うつ得点を高めていることがわかった。

ソーシャルサポートや、ネットワークに関する要因では、男女ともに主要因の特定はできなかった。

D. 考察

横断研究によって諸要因と抑うつとの関連要因を明らかにし、また縦断研究では抑うつに及ぼす諸要因の影響を追求した。

結果から、身体健康状態や諸症状と、抑うつとの関連や影響は強くみられたが、本研究の目的であるソーシャルサポートおよびネットワークに関する諸要因が、抑うつ症状の緩衝作用になっているということに関して有意の関連が得られた項目は少なかった。再度、調査から得られた回答を整理し、調整と解析をおこなう必要がある。

また身体的健康状態と抑うつとの関係については、男女ともにほぼ同様の傾向がみられたが、その他の属性においては、性差による相違がみられた。高齢期における精神的健康観の性差は、平均余命の差から生じるだけではなく、社会背景や文化が絡み合っていると推測されることから、こうした要因も十分に考慮しながら、言及する必要がある。

E. 結論

今後の課題として、SDS得点のカットオフポイントを設定し、1992年時の要因による抑うつ傾向の高いグループと低いグループに分け、それぞれが1995年時にはどのように変化をしたのかという点について、ロジスティック回帰分析を用いて調べることで、その変化と傾向をより明らかになる。なお地域研究においては、今後は

介入研究が必須であると示唆されることから、得られた研究結果は介入研究にて展開し、継続した研究をおこなうことが望まれる¹¹⁾。この研究で得られた結果を介入研究という形で地域に還元することで、研究と地域ケアを結びつけかけとなることを期待する。

文献

- 1) Cutrona C, Rose J. Social support and adaptation to stress by the elderly. *J Psychol Aging* 1986; 1: p47-54.
- 2) Dean A, Kolody B, Wood P. Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *J Health Soc Behav* 1990; 31: p148-161.
- 3) Husaini BA. Predictions of depression among the elderly: racial differences over time. *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67: p48-58.
- 4) Hays JC, Landerman LR, George LK et al. Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *J Gerontol: Psychol Sci* 1998; 53b: p31-39.
- 5) Glass TA, Kasl SV, Berkman LF. Stressful life events and depressive symptoms among the elderly. *J Aging Health* 1997; 9: p70-89.
- 6) 高橋祥友. 高齢者の自殺. *Geriatric Med* 1999; 37: p991-994
- 7) 高橋祥友. 社会構造の変化と高齢者の自殺. *精神医学* 2001; 43(6): p607-612.
- 8) Irvine J, Basinski A, Barker B, et al. Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. *Psychosom Med* 1999; 61: p729-737.
- 9) Broling A. Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *Inten Rev Psychiatry* 1994; 6: p41-58
- 10) 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. *日本公衆衛生雑誌* 2001; 48: p435-448.
- 11) Mann A. Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas* 2001; 38: p53-59.

F 研究発表

- ① 石原恵子, 増地あゆみ, 笹谷春美, 江口照子, 岸玲子. 高齢者の抑うつに及ぼすストレスフル・ライフイベントの影響とソーシャルサポートネットワークの役割—都市における縦断研究: 日本疫学会誌 vol 12, 176 2002

Table 1. 基本属性

	92年(初回調査)				95年(第2回調査)								
	Male		Female		Male		Female						
	N	SDS	F値	多重比較	N	SDS	F値	多重比較					
住まい	133	33.60	7.68**	154	35.11	n.s.	138	33.80	4.65#	152	35.46	n.s.	
居住形態	32	37.83		64	35.37		23	37.59		46	35.69		
居住形態	(賃貸・公営・子供の家)												
	一人暮らし	16	37.04	n.s.	58	35.33	3.62*	21	37.01	2.45#	59	35.53	n.s.
	夫婦のみ	102	34.47		77	37.09		88	34.92		59	36.62	
	誰かと同居	46	33.10		73	33.63		52	32.09		80	34.06	
仕事	その他	2	35.94		11	32.62		3	35.83		17	34.98	
	働いている	92	35.26	n.s.	148	35.75	2.34#	53	32.20	5.99#	63	32.64	2.57***
	働いていない	61	33.14		48	35.10		113	35.38		156	36.30	
配偶者の健康	同居で元氣	10	32.92		23	32.34		110	32.94	4.39***	74	35.48	1.02
	同居で病氣が							30	37.79		23	34.72	
	同居で寝たきり										1	49.00	
	病氣で施設・病院							4	47.00		4	37.50	
	離婚							6	32.99		10	37.40	
収入	死亡							10	35.51		89	34.90	
	未婚							1	32.88		16	33.83	
	10万円以下	8	41.51		38	36.08	n.s.	25	31.43	3.56**	34	34.66	1.10#
	10万円～20万円	31	36.31		66	34.86		25	36.56		55	37.03	
	20万円～30万円	53	32.79		64	36.06		18	38.91		45	35.17	
30万円～50万円	47	35.06		36	34.88		78	33.19		67	34.58		
50万円以上	23	31.64		14	32.40		16	34.45		8	34.00		

***p<.001, **p<.01, *p<.05, #p<.10

Table 2. ネットワーク

	92年(初回調査)				95年(第2回調査)			
	Male		Female		Male		Female	
	N	SDS	F値	多重比較	N	SDS	F値	多重比較
子供・近隣・親戚との交流								
子供の数(娘)	0	62	34.67	2.55** 2<1	80	35.68	2.55* 2<1	
	1	69	35.82		75	34.67		
	2	28	30.32		43	35.85		
	3	6	33.70		11	36.46		
	4	1			9	35.17		
					1	27.94		
それ以上								
月1行き来の有無なし								
続柄								
娘					110	34.48	3.10*	娘<両方
息子					18	29.75		
両方					28	35.53		
					10	38.10		
近隣との付き合い					31	34.85	n.s.	
困ったとき相談できる					41	35.94	n.s.	
みやげのやりとり					54	34.44		
世間話程度					32	33.56		
挨拶程度					38	33.46		
					131	34.16	n.s.	
友人有無					34	35.45		
いる					197	35.05	n.s.	
いない					21	37.21		
親戚有無					130	34.19	n.s.	
いる					36	35.00		
いない					112	34.20	n.s.	
若い人との交流					53	38.27		
ある					165	34.33	13.08**	
ない					27	38.49		
加入団体の有無								
加入団体あり					101	33.51	3.06#	
					65	35.70		
町内会					150	34.84	n.s.	
					60	32.58	4.88*	
趣味					106	35.37		
					133	34.71	n.s.	
学習					33	32.96		
					4	31.00	n.s.	
加入団体数					162	34.44		
0					198	35.17		
1					66	35.72	0.43**	2<1
2					46	36.56		3<1
3					33	31.26		
4					19	30.41		
5					1	27.00		
6					1	29.00		
					134	35.14	n.s.	
					83	35.53		
					155	35.13	n.s.	
					64	35.54		
					159	35.11	n.s.	
					60	35.61		
					198	35.61	5.81*	
					21	31.73		
					84	35.42	n.s.	
					62	34.79		
					34	36.68		
					30	34.06		
					2	35.00		
					2	35.50		
					1	37.00		

***p<.001, **p<.01, *p<.05, #p<.10

Table 3. ソーシャル・サポート - (1)

	92年(初回調査)						95年(第2回調査)					
	Male			Female			Male			Female		
	N	SDS	F値	N	SDS	F値	N	SDS	F値	N	SDS	F値
自分からサポートを提供	136	34.28	n.s.	148	35.87	3.57#	78	35.86	5.37*	63	36.54	2.96#
家事手伝い	30	34.76		71	33.95		88	33.04		155	34.72	
悩みの相談にのる	148	34.75	3.23#	182	35.12	n.s.						
した	18	31.22		37	35.86							
病人の世話(息子)							164	34.13	12.64***	215	35.32	1.14
はい							2	53.50		4	31.50	
病氣や怪我のときに助けを頼む相手												
いる	160	34.11	n.s.	209	35.20	n.s.						
頼む相手の有無	5	41.59		10	36.20							
いない												
既婚の息子							111	33.84	n.s.	149	35.91	4.16**
はい							55	35.43		70	33.83	
いいえ							126	33.71	3.62#	150	35.89	4.03**
はい							40	36.43		69	33.83	
いいえ							156	34.00	5.61*	202	35.34	0.45
はい							10	40.04		17	34.13	
近所	157	33.94	8.72**	201	35.24	n.s.	162	34.18	3.62#	203	35.28	0.05
はい	9	41.78		18	35.27		4	41.75		16	34.88	
悩みを相談する相手												
相談相手の有無	160	34.24	n.s.	207	35.06	n.s.						
いる	6	37.67		10	39.81							
いない												
既婚の息子	80	33.58	n.s.				100	33.26	5.03*	134	35.87	2.66
はい	86	35.09					66	36.04		85	34.27	
いいえ	138	34.34	n.s.	166	35.85	5.07#	143	34.08	1.36	170	35.82	5.15*
はい	28	34.51		53	33.86		23	36.15		49	33.24	
保健婦や訪問看護婦							164	34.23	4.05*	215	35.26	0.05
はい							2	45.47		4	34.45	
市のホームヘルパー							164	34.23	4.05*	216	35.25	0.00
はい							2	45.47		3	35.33	
援助の満足度							13	36.51	3.72*	15	41.48	9.60***
もつと受けたかった							7	41.29		24	39.42	
もう少し受けたかった							65	35.43		67	35.12	
十分							76	32.68		110	33.57	
必要なし												
相談の満足度							13	38.46	3.24*	13	42.93	10.65***
もつと受けたかった							14	38.36		28	38.93	
もう少し受けたかった							40	34.98		51	35.04	
十分							94	33.13		123	33.71	
必要なし												

***p<.001, **p<.01, *p<.05, #p<.10

Table 4. ソーシャル・サポート - (2)

	92年(初回調査)						95年(第2回調査)					
	Male			Female			Male			Female		
	N	SDS	F値	多重比較	N	SDS	F値	多重比較	N	SDS	F値	多重比較
1年間に受けたサービス訪問看護												
ホームヘルパー												
民生委員の相談												
行政相談												
講演会・集会												
特養の機能訓練												
訪問ケアサービス												
デイケア・ショートステイ												
サービスを受領												
受けない理由												
今後の福祉サービスの利用について												
すべて												
サービスが不明												
出かけることが面倒												
自分でやりたい												
世話になりたくない												
行儀に望むこと												
年金額												
施設の充実												
デイケアサービス												
その他												
何も無い												

***p<.001, **p<.01, *p<.05, #p<.10

Table 5. 健康状態 - (1)

	92年(初回調査)				95年(第2回調査)			
	Male		Female		Male		Female	
	N	SDS	F値	多重比較	N	SDS	F値	多重比較
主観的健康状態								
非常に健康	47	32.13	10.72***	健康<病氣	46	30.84	36.37***	すべて有意
普通	94	33.65		健康<病氣	127	34.52		普通<病氣
弱い	20	40.45		普通<病氣	45	41.55		健康<病氣
病氣	4	47.59		普通<病氣	-	-		健康<病氣
入院の有無								
ない	136	33.78	3.46#		177	34.87	3.06#	
ある	28	36.81			41	37.01		
外来受診								
ない								
ある								
入院・外来ともにならない								
ある								
1週間以上の臥床								
一度もない								
ある								
臥床回数								
0	151	34.01	3.42#		151	34.01	n.s.	
1	8	37.65			8	37.65		
2	3	35.67			3	35.67		
3	1	38.00			1	38.00		
10								
健康診断受診の有無								
一般検査								
受けていない	48	32.92			48	32.92	n.s.	
受けた	118	34.95			118	34.95		
結核検査								
受けていない	116	34.52			116	34.52	n.s.	
受けた	50	34.00			50	34.00		
その他の検査								
受けていない	149	34.24			149	34.24	n.s.	
受けた	17	35.41			17	35.41		
体のいたむところ・動かないところ								
痛みの有無								
なし	107	31.66	45.86***		107	31.66	45.86***	
ある	58	39.43			58	39.43		
腰								
ない	150	34.10			150	34.10	n.s.	
ある	16	36.84			16	36.84		
膝								
ない	153	34.24			153	34.24	n.s.	
ある	13	35.80			13	35.80		
肘								
ない	162	34.26			162	34.26	n.s.	
ある	4	38.50			4	38.50		
手								
ない	157	34.09	3.61#		157	34.09	3.61#	
ある	9	39.20			9	39.20		
足								
ない	150	33.70	11.72***		150	33.70	11.72***	
ある	16	40.61			16	40.61		
関節								
ない	159	34.19			159	34.19	n.s.	
ある	7	38.29			7	38.29		
頭								
ない	161	34.23			161	34.23	n.s.	
ある	5	38.57			5	38.57		
その他								
ない	141	32.89	40.03***		141	32.89	40.03***	
ある	25	42.67			25	42.67		

***p<.001, **p<.01, *p<.05, #p<.10

Table 6. 健康状態 - (2)

92年(初回調査)

	Male			Female		
	N	SDS	F値	N	SDS	F値
聴力	143	33.91	2.97*	192	35.31	n.s.
普通に聞こえる	18	37.57		23	34.49	
大きな声なら	1	52.00		2	44.55	
ほとんど聞こえない	3	32.86		-	-	
補聴器						
普通に見える						
人の顔程度	3	40.00	6.95**	3	39.21	n.s.
よくある	11	43.66		15	36.98	
ときどき	39	34.59		76	36.37	
ほとんどない	112	33.25		125	34.26	
まったくない	19	31.65	3.14*	18	33.70	3.65*
自分の歯だけで大丈夫	23	36.27		25	37.80	
入れ歯なし	114	34.05		155	34.57	
入れ歯で大丈夫	8	40.88		20	38.83	
入れ歯の具合が悪い						
歯						
自分の歯がよくない						
入れ歯						
入れ歯の具合が悪い						
痴呆症状の有無	162	34.19	3.36#	211	35.07	3.74#
なし	4	41.49		8	39.98	
ある						

***p<.001, **p<.01, *p<.05, #p<.10

95年(第2回調査)

	Male			Female		
	N	SDS	F値	N	SDS	F値
聴力	131	33.70	2.92*	187	34.70	5.24**
普通に聞こえる	29	36.75		27	39.27	
大きな声なら	1	51.94				
ほとんど聞こえない	5	34.38				
補聴器						
普通に見える	156	34.00	5.65*	207	34.93	8.97**
人の顔程度	10	40.06		10	41.71	
よくある	3	46.00	7.61***	3	39.65	4.94**
ときどき	14	39.02		28	37.20	
ほとんどない	53	35.80		73	37.01	
まったくない	92	32.16		111	33.54	
自分の歯だけで大丈夫	15	31.00	6.10***	19	33.09	5.43**
入れ歯なし	27	36.62		232	39.49	
入れ歯で大丈夫	111	33.44		157	34.51	
入れ歯の具合が悪い	13	41.44		18	38.50	
歯						
自分の歯がよくない						
入れ歯						
入れ歯の具合が悪い						
痴呆症状の有無	13	40.97	10.36**	16	40.56	10.11**
なし	153	33.80		203	34.83	
ある						

***p<.001, **p<.01, *p<.05, #p<.10