
特集：小さな世帯の増加と社会保障

単身高齢者の精神的健康 ——ジェンダーの視点による検討——

末盛 慶*

抄 録

近年、世帯構造の中で単独世帯が増えている。高齢年代においても単独世帯が増えている。かつ、先行研究では単身高齢者の精神的健康上の課題が指摘されている。そこで本研究では、世帯人数と高齢者の精神的健康との関連、および単身高齢者の精神的健康の規定要因を明らかにすることを目的とする。用いるデータは日本版General Social Survey2012の60歳以上の男性886名、女性1043名である。分析の結果、①男性は配偶状態や家族関係の状況が精神的健康と関連を示すが、女性ではこうした関連が全く見られないこと、②男性の配偶状態と精神的健康の関連性の約半分は社会経済的地位の低さによることが示された。女性において、家族関連変数が精神的健康と関連を示さない理由として、日本の伝統的な性別役割分業の存在が指摘された。米国と日本を含めた東アジア諸国とでは結婚がもつ健康上の恩恵に差異がある可能性も指摘された。

キーワード：高齢者、単独世帯、配偶状態、ジェンダー、精神的健康

社会保障研究 2017, vol.2, no.1, pp.32-44.

I はじめに

本稿の目的は2つある。1つめは、世帯人数と高齢者の精神的健康との関連を明らかにすることである。2つめは、単身高齢者の精神的健康の規定要因を明らかにすることである。2つの目的を主にジェンダーの視点から検討する。以下、問題の背景を記す。

戦後の家族の変化の大きな特徴の1つは、世帯規模の縮小である（石原2008）。近年の世帯構造

の変化でいえば、単独世帯が増加している（山内2012）。特に単身の高齢者が増加しており、この流れは今後も続くと予測されている（国立社会保障・人口問題研究所2013）。

単身高齢者に関しては、社会保障、社会老年学、社会学、ジェンダーなどの幅広い分野で検討が進められている（藤森2010：齊藤2013：山田2016：上野2007）。本論文では、単身高齢者の精神的健康に着目する。その理由は大きく2点ある。

1点目は、近年のうつ病の問題への注目がある¹⁾。厚生労働省が示した医療計画では、がん、脳卒中、

*日本福祉大学社会福祉学部 准教授

¹⁾うつに関しては、国別で罹患割合は無視できない差が生じている。国による精神疾患の頻度の差は疫学研究最大の謎の1つと指摘されている（川上2012）。ちなみに日本は、世界的にみると精神疾患の発症率では低位グループに入っており、米国やフランスなど個人主義が強い国でうつ病の発症率が高くなっている（川上2012）。

急性心筋梗塞、糖尿病に続き、精神疾患が加わり、5大疾病の1つに精神的健康が取り上げられている。それだけ精神的健康が注目されているということである²⁾。

2つめは、単身高齢者の中でも男性のうつ問題が指摘されている点である。単身の高齢者男性において、うつ状態にある割合が特に高いことが報告されている(末盛2007a)。うつと自殺の関連が指摘され、自殺予防という観点からも高齢者の精神的健康は重要なテーマとなっている(木村2011)。以上の背景から、単身高齢者の精神的健康を明らかにする社会的な意義は小さくない。

高齢者の精神的健康に関しては、これまでも国内外で多くの研究が行われてきた。しかし介入可能性が低いことから、世帯の状況と精神的健康の関連を中心に検討するものは少なく、その関連をジェンダーの視点で計量的アプローチで読み解く研究はさらに少ない。日本の場合、他国に比べ伝統的な性別役割構造が強く維持されているため、高齢者の精神的健康のあり方がジェンダーによって影響されている可能性は否定できない。

そこで本研究では、ジェンダーの視点を軸としながら、世帯人数と高齢者の精神的健康の間でどのような関連がみられるのか、そして単身高齢者の精神的健康はどのような要因によって規定されているのかを全国代表サンプルのデータを用いて明らかにすることを目的とする。

II ジェンダーと健康

本論文では、単身高齢者の精神的健康に問題意識を置いている。これを検討する際にジェンダーの視点を重視している。本題に入る前に、ジェンダーと健康の関係について素描しておこう。

人々の健康を扱う研究分野は多岐に渡る。その1つに社会疫学という分野がある(近藤2013)。その分野の中でジェンダーと健康という研究群が存在している(本庄・神林2015)。

ジェンダーと健康の関連に関する研究では、

ジェンダーと健康は関連をもち、時に強い関連を示すと考える。ただ、ジェンダーと健康に関する研究動向を概観した本庄・神林(2015)によれば、社会疫学全体の中でジェンダーの視点で健康を読み解く研究は必ずしも多くないという。

本稿でジェンダーと健康に関する先行研究の全容を紹介する紙面上の余裕はない。そこでジェンダーと健康の関連を考える上で象徴的な3つのテーマを以下で扱う。具体的には、出生性比、自殺、平均寿命の3つである。

出生性比とは、子どもが生まれるときの性別による比のことである。男子の出生児数を女子の出生児数で割ることで算出される。一般的に男子の方が出生児数が多いため、出生性比は男子が女子を上回ることが多い。

生物学的に考えれば、国によって出生性比に大きな差が生じることは考えにくい。しかし、実際には国により出生性比が異なる(林2001)。具体的に言えば、アジア諸国において男子の出生比が高くなる傾向がある。佐野(2012)によれば東アジア地域における出生性比は「女性100に対して男性119」となっている。出生性比の世界の平均は「女性100に対して男性107」であり、東アジアでは男子の出生児の割合が高い。率直に言えば、東アジアでは男子に比べ女子が生まれにくいのである。この背景として東アジアにある男児優先の文化つまりジェンダーの存在一が考えられる。これは生まれる前の時点で、性による命の差異が生じていることを意味している。

こうした状況は「失われた女性たち(missing women)」と呼ばれている(佐野2012)。健康に関する現在の研究の主流は現在生きている人々を研究対象とすることが多い。しかし、そもそも生を受けることができない命が存在し、そのことにジェンダーが深く関わっていることはもっと注視されるべきである。

ひとの人生が始まるか否かという瞬間だけでなく、人生の過程においても、ジェンダーと健康の間に関係がみられる。ここでは、本稿のテーマと

²⁾精神疾患の1つにうつがある。うつが自殺のみならず、身体機能や認知機能の低下とも関連していることも精神疾患が注目される背景にある(西・藤瀬・池田2014)。

近い自殺をとりあげる。

自殺に関しては性差があることが知られている。自殺は男性が多い。平成27年の自殺者数は24,025人で、その69.4%は男性である（内閣府自殺対策推進室2016）。自殺は、重要な健康指標の1つと言えるが、その自殺にジェンダーが影響している。

人生の後半においても健康上の性差は生じる。日本は世界有数の長寿国であり、女性の方が平均寿命は長い。厚生労働省の2015年の簡易生命表によれば、日本の平均寿命は女性で87歳、男性で80.8歳となっている。健康寿命においても、女性の方が長い。女性は男性に比べ寿命という意味では優位な状況にある。他国においても、女性の方が男性より寿命が長い国が多い。

こうした知見を聞くと、女性の方が男性より長生きであることが普遍的な現象であるかのように思えてくる。しかし、事実はそうとも言えない。1990年代後半においてネパールやモルディブでは女性より男性の方が平均寿命が長かった（高濱2001）。歴史的な視点でみていくと、日本も必ずしも遠くない過去に女性より男性の方が平均寿命は長い時期が存在している³⁾。

以上を参照すると、人間の健康は生物学的に決定されているように見えるが、社会や時代の影響を受けていることが理解できる。私たちの健康が社会的に構成される部分の中で、ジェンダーが広く、かつ深く作用していることを理解しておきたい。

Ⅲ 高齢者の精神的健康に関する先行研究—世帯の状況と性差に注目して

上記で、ジェンダーと健康の関連について素描した。次は、より本稿の研究目的に近い高齢者の精神的健康に関する先行研究を概観する。ここでは、世帯の状況および配偶状態と精神的健康の関連を扱った研究を中心に検討する。まず海外の先行研究からみていこう。

同居人の有無と精神的健康の関連をみたものとして、Chou et al. (2006)の研究がある。著者らは、香港の人口センサスの60歳以上の2,003名のデータを分析対象にして、世帯の状況と抑うつとの関連をみた。社会経済的地位やソーシャルサポートの個々の変数を統制した場合は、独居の方が抑うつを多く抱えていたが、統制変数をすべて投入した時点で、独居か否かと抑うつとの関連の有意性は消失した。

配偶状態と精神的健康に関しては、米国の研究を中心に有配偶の方が精神的健康が良好である知見が多い（Simon 2002）。こうした中、Inaba et al. (2005)は、日米の全国規模の代表サンプル（日本6,985名、米国8,111名）を用いて配偶状態と抑うつとの関連をみた。分析の結果、日米両国ともに有配偶の方が抑うつが低いという結果を報告している。

韓国の研究では、違った結果も報告されている。韓国の大規模調査「加齢に関する縦断調査」の45～85歳の男性4,016名、女性5,003名のデータを用いて、配偶状態とうつ傾向の関連をみた（Janga et al. 2009）。分析の結果、男性においては有配偶の方が抑うつ傾向が低かったが、女性においては有配偶とそれ以外の群とでうつ傾向に有意差が生じていなかった。

次に、国内の研究状況を確認しよう。まず世帯の状況と精神的健康の関連についてみてみよう。日本でも独居において抑うつ傾向が高いことが先行研究において指摘されている（木村2011）。世帯の状況と精神的健康の関連を検討している研究としては、斉藤・藤原・小林他（2012）がある。この研究では、埼玉県和光市の住民基本台帳を用いて1人世帯および一般世帯を対象とした調査データの中で、2,644人を対象として分析を行った。実質独居と名目独居（台帳上は1人世帯になっているが実際には同居者がいる世帯）、一般同居の3つの群にわけ分析を実施した。分析の結果、実質独居および名目独居は実質同居に比べ、抑うつ傾向が高いことが示された。

³⁾1921～25年で女性より男性の方が平均寿命が長い県が山形、岐阜、福井、徳島、1歳時平均余命でみると、東京、神奈川、愛知、大阪などでもこうした現象が起きていた（高濱2001）。

上の研究は、世帯の状況と高齢者の精神的健康の関連を検討しているが、配偶状態を統制していない。同居人の有無および配偶状態が精神的健康にどのような関連をもっているのかを検討した研究としては、藤原・小林・深谷他（2012）がある。埼玉県和光市に住む1,435名を分析対象に、経済階層および暮らし向きと心理的健康指標との関連をみるものである。その分析の中で、世帯の状況と配偶状態を統制変数として投入している。分析の結果、独居の方が、かつ、無配偶の方が抑うつ傾向が高いことが示されている（藤原・小林・深谷他2012）。

藤原らの研究は、同居人の有無および配偶状態と高齢者の精神的健康の関連を検討しているが、その関連性の性差を検討していない。同居人の有無と高齢者の精神的健康の関連の性差を検討したものとしては、小林・藤原・深谷他（2011）がある。データは埼玉県和光市在住の独居者948人、同居者1,426人である。本研究の目的は、孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康の関連をみるものだが、分析の中で、独居や別居かによって抑うつに差が生まれるか、かつ両者の関連に性差がみられるかを確認している。分析の結果、同居に比べ独居の方が抑うつ傾向が有意に高かった。しかし、同居人の有無と性差の交互作用は抑うつに関して有意な影響を示していない。つまり、男性あるいは女性にとって独居が精神的健康に対して特別にネガティブな効果をもつという関連性は示されなかった。

ここまでは世帯構成と高齢者の精神的健康の関連に関する先行研究をみてきた。以下は、単身高齢者の精神的健康を直接扱った研究を検討する。

1人暮らしの高齢者の精神的健康の規定要因を検討したものとして、安藤・小池・高橋（2016）がある。この研究では、横浜市に居住する671名の1人暮らし高齢者のデータをもとに分析が行われた。従属変数は孤独感となっている。分析の結果、女性より男性の方が、低学歴の方が、近所づきあいがなしの者の方が、別居子および友人と会う頻度が少ないほど、孤独感が強いことが示された。男女で共通して孤独感と関連を示したのは友

人と会う頻度であったため、著者らは単身高齢者に関しては選択的で互惠的な友人関係が重要になるという見解を示している（安藤・小池・高橋2016）。

以上を総合すると、世帯状況と精神的健康の関連に関しては、独居であること、無配偶であることと精神的健康の低さは関連しているように思われる。しかし、国や性別によって結果に違いもみられ、明確な結論は下しにくい。

以上の研究結果を総合的に勘案し、以下のような仮説を設定する。仮説3に関しては、韓国の先行研究の結果やGove（1972）の見解も参考している。

仮説1：世帯人数が多い方が、高齢者の精神的健康が良好である

仮説2：無配偶より有配偶の方が、精神的健康が良好である

仮説3：世帯人数や有配偶の健康上の恩恵は男性では見られ、女性では見られない

IV 方法

1 データ

本論文では、日本版General Social Survey JGSS 2012のデータを用いる。調査対象の母集団は、満20～89歳の男女であり、層化2段抽出法により対象者を抽出している。抽出数は9,000人である。有効回答は4,667人であった。このうち、本分析で用いるのは性別の記入が確認された60歳以上の男性は886名、女性1,043名である。なお単身高齢者の分析対象者数は男性105名、女性180名である。

2 変数

従属変数は精神的健康である。精神的健康は、「おちついておだやかな気分でしたか」「活力（エネルギー）にあふれていましたか」「落ち込んでゆううつな気分でしたか」（逆転項目）の3つの質問項目の合計得点である。数値が高いほど、精神的な健康状態が良好であることを意味する。尺度の信頼性を示すアルファ係数は、0.643である。

主たる独立変数は、世帯人数、配偶状態である。世帯人数は、1人世帯、2人世帯、3人世帯、4人以上の世帯の4つのカテゴリーである。配偶状態は、有配偶、離婚、死別、未婚の4つのカテゴリーである。

統制変数は、性別、年齢、学歴、世帯年収、就業の有無、運動習慣、友人との会食、家族との夕食である。性別、年齢、就業の有無は基本的属性として、学歴と世帯年収は社会経済的地位を示す指標として、運動習慣は日常生活の状況を統制する意味合いで投入した。以下、統制変数の説明である。

性別は、男性、女性の2値である⁴⁾。年齢は実年齢である。学歴は、中学卒、高校卒、短大・高専卒、大学卒の4つのカテゴリーで構成した。世帯年収は4つのカテゴリーである。具体的には、70万円～250万円未満、250～450万円未満、450万円～750万円未満、750万円以上である。就業の有無は、就業している者（一時休業中を含む）とそうでない者の2値である。運動習慣は、「あなたは現在定期的に運動やスポーツを行っていますか」という質問を用いた。選択肢は、ほとんどしない、月に1回から年に数回程度、週に1回程度、週に数回以上である。数値が高いほど、運動習慣があることを意味する。

友人関係および家族関係の状況を測定する項目として、友人との会食の頻度と家族との夕食の頻度の変数を用いた。質問文は「あなたは以下のことをどのくらいの頻度で行っていますか」というものである。友人との会食の頻度は、年に1回程度からほとんどなし、月に1回程度、週に1回程度、ほとんどなしである。どちらの項目も数値が多いほど、頻度が多いことを意味する。家族との夕食の頻度の選択肢は、ほぼ毎日、週に1回から数回程度、月から年に数回程度、ほとんどなしである。

3 分析

分析は大きく2つにわけられる。1つめは世帯人数と高齢者の精神的健康の関連に関する分析である。2つめは、単身高齢者に分析対象を絞った分析である。具体的には、単身高齢者の精神的健康の規定要因に関する分析を行う。

1つめの分析に関しては、世帯人数、配偶状態、世帯年収など相互に関連が予想される変数を独立変数として用いているので、モデルを複数たてて分析を行う。統制変数の入れ方により世帯人数や配偶状態と精神的健康の関連性がどう変化するかを見ていくためである。用いる分析手法は一般線型モデルである。

V 分析

1 分析その1—世帯人数と精神的健康の関連について

世帯人数と精神的健康の関連を見る場合、世帯人数だけでなく、本人の配偶状態との関連も同時に見ていく必要がある。なぜなら、世帯人数の影響と考えたものが実は配偶状態によることや、その逆もありえるからである。例えば、単身世帯の場合、無配偶である可能性が高いことを考えれば、この点が理解できるだろう。本節では、まずこうした諸変数と精神的健康との関連に関する分析を行う。

まず世帯人数と精神的健康の関連を分析した。分析手法は一元配置分散分析である。男女込みの全体の分析では有意な関連は示されなかった ($F=1.424$ $df=3$ ns)。しかし性別で分けると、男性においては世帯人数と精神的健康の間に有意な関連がみられた ($F=2.945$ $df=3$ $p<.05$)。1人世帯の男性の精神的健康の数値がほかの世帯類型に比べ有意に低い結果が得られた⁵⁾。一方、女性では、両者の間に関連がみられなかった ($F=.578$ $df=3$ ns)。

⁴⁾性別は2値であるため、セクシュアルマイノリティに関する分析は行えない。近年の質問紙調査の性別を聞くところでは、男性、女性、答えたくないといった聞き方もなされている（愛知県2016）。

⁵⁾1人世帯の平均値10.06であり、95%信頼区間は9.57-10.54。2人世帯の平均値10.74であり、95%信頼区間10.53-10.96。3人世帯の平均値は10.80信頼区間は10.47-11.13、4人以上の世帯の平均値は10.58、95%信頼区間は10.27-10.89であった。

表1 精神的健康を従属変数とした一元配置分散分析

	df	F値		
		全体	男性	女性
性別	1	1.078	—	—
世帯人数	3	1.424	2.945*	.578
配偶状態	3	2.409	5.433**	.777

**p<.01 *p<.05.

出所：著者作成。

次に配偶状態と精神的健康との関連を分析する。分析の結果、配偶状態と高齢者の精神的健康の間に男女込みの全体では有意な関連はみられなかつた (F=2.409 df=3 ns)。しかし、性別で分けると、異なつた結果が得られた。分析結果、男性において配偶状態と精神的健康の間に有意な関連がみられた (F=5.433 df=3 p<.01)。結果をみると、未婚男性の精神的健康が最も低く (以下カッコ内は平均値9.32)、有配偶男性の精神的健康 (10.75) が高い傾向がみられた。離別 (10.19) と死別 (10.18) の男性は両者の中間に位置している⁶⁾。

一方、女性においては、配偶状態と精神的健康との間に有意な関連がみられなかつた (F=.777 ns)。女性の場合、有配偶女性 (10.55) より未婚女性の精神的健康 (10.97) の方が精神的健康の数値が高い傾向さえみられた。

最後に、性別と精神的健康の関連をみてみよう。分析結果、性別による有意差はみられなかつた (F=1.078 df=1 ns)。男性の方が数値上若干高めではあつたが、誤差の範囲を超える差ではなかつた。先行研究では、男性より女性の方が精神的健康が低い傾向があるが、今回の分析では明確な性差はみられなかつた。

以上の分析結果を3点にまとめられる。①単身世帯の男性の精神的健康が低い、②未婚男性の精神的健康が低い、③女性は世帯人数とも配偶状態ともに精神的健康と有意な関連を見せない、である。

ここでいくつかの問いが浮上してくる。1つめの問いは、単身世帯の精神的健康の低さは、世帯人数によるものなのか、配偶状態によるものなのかである。

かである。例えば、単身であることより、無配偶であることが男性の精神的健康を低める可能性を考へることができる。

2つめの問いは、世帯人数にせよ配偶状態にせよ、精神的健康とみられる関連は真と言へるのかということである。ここまでの分析では、世帯人数や配偶状態と精神的健康とが男性において有意な関連を持っている。しかし、その関連の背景には第3の要因が存在する可能性がある。世帯人数や配偶状態と精神的健康との間に見える関係は疑似的なものかもしれない。

背景要因の1つとして考へられるのは、本人の社会経済的地位である。つまり、単身男性の高齢者の精神的健康が低く見えるのは、単身であるということより、社会経済的地位の低さが背景にある可能性がある。単身男性はほかの世帯に比べ、経済状況が厳しいことが考へられ、そのために精神的健康が低下することも考へられる。

3つめの問いは、家族外の社会関係が高齢者の精神的健康に与える影響をどう考へるかという論点である。ここまで世帯人数や配偶状態と精神的健康の関連をみてきた。しかし、高齢者は家族だけと社会的な関係を取り持つわけではない。先行研究でも、高齢者の精神的健康に関しては、友人などの家族外の社会関係が重要な影響を与えることが報告されている (安藤・小池・高橋2016)。そこで、友人など家族外の社会関係と家族に関わる要因のどちらが高齢者の精神的健康を支えていくのかという問いも重要になる。

以上に示した問いを踏まえて、以下分析を進める。

2 分析その2—単身高齢者の精神的健康がなぜ低いのか？

まず1つめの問いから分析を始める。男性の精神的健康に影響を与えるのは、世帯人数か配偶状態かを明らかにする。

モデル1では、独立変数として世帯人数、配偶状態を入れ、精神的健康の関連を分析した。統制変

⁶⁾ 以下が各カテゴリーの平均値の95%の信頼区間である。有配偶10.59-10.90, 離別9.18-11.20, 死別9.61-10.75, 未婚8.23-10.41。

表2 精神的健康を従属変数とした一般線型モデル (男性)

	df	モデル					
		1	2	3	4	5	6
		F値					
年齢	1	.165	.178	.031	.004	.049	.031
世帯人数	3	.327					
配偶状態	3	2.678*	5.398**	2.565+	2.484+	2.388+	2.039
学歴	3			4.604**	3.480*	2.759*	2.846*
世帯年収	3			3.234*	2.659*	2.136+	2.249+
就業の有無	1				.711	.337	.717
運動習慣	3				5.497**	3.805*	4.144**
友人との会食	3					6.881**	6.264**
家族との夕食	3						3.105*
R ²		.020	.019	.065	.086	.113	.127
調整済R ²		.012	.014	.051	.067	.091	.101

**p<.01 *p<.05 +p<.10.

出所：著者作成。

数は年齢のみである。

分析の結果、世帯人数の影響は消失し、配偶状態の有意性が確認された⁷⁾。つまり、単身であることより、無配偶-特に未婚であること-が男性高齢者の精神的健康を下げていると考えられる。世帯人数と配偶状態は関連性が高いため、以降の分析モデルでは、世帯人数をはずし、配偶状態を独立変数とする。

モデル2では、配偶状態と精神的健康の関連を確認した。統制変数は年齢のみである。結果は、配偶状態と精神的健康の間に有意な関連が示された (F=5.398 df=3 p<.01)。

モデル3では、本人の社会経済的地位に関する変数を投入した。具体的には、本人の学歴と世帯年収である。配偶状態と精神的健康の関連が本人の社会経済的地位によってどれほど説明されるのかを検証する。分析の結果、配偶状態の検定統計量 (F値) が約半分に減少している。つまり、配偶状態と精神的健康の間にみられた関係性の約半分は本人の社会経済的地位によって説明されるということである。一方、配偶状態と精神的健康の関連性は10%の有意水準で残っている。

モデル4では、統制変数の追加を行う。就業の有無と運動習慣である。分析の結果、就業の有無

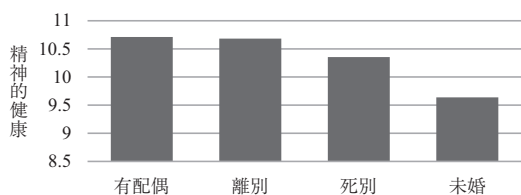
は有意な関連は見られなかったが、運動習慣と精神的健康の間には有意な関連がみられた。具体的には、運動習慣の高まりと精神的健康の高まりが正に有意な関連を示した。一方、配偶状態と精神的健康の関連性を示すF値にはほとんど変化せず、有意な傾向を保っている。

モデル5では、配偶状態の重要性は、家族外の友人と比較してどの程度重要と言えるのかを検証する。具体的には、友人との会食の頻度を投入した。

分析の結果、友人との会食は有意な関連性を精神的健康と示した (F=6.881 df=3 p<.01)。友人との会食の頻度の高まりと精神的健康の高まりが正に有意に関連していた。この一方、配偶状態は10%水準で有意な関連を保持している。友人との会食を投入したことにより、配偶状態の影響力がやや減少したが、その関連性の度合いに大きな変化はない。この結果からすると、男性の場合に配偶状態と精神的健康との間にみられる関係は、友人関係によって代替されうるものではないと言える。

以上の統制変数を入れた結果得られた配偶状態と精神的健康の関連に関するグラフを図1に示した。この結果をみると、死別、未婚で精神的健康

⁷⁾世帯人数の変数を2群にして、独居かそれ以外のダミー変数にして投入することも試みた。しかし、このダミー変数も精神的健康と全く関連を示さなかった (F=.094 df=1 ns)。



出所：著者作成。

図1 配偶状態と精神的健康の関連 (男性)

が低い傾向がある。有配偶と離別は比較的精神的健康が高い。

最後のモデル6では、家族との夕食の頻度を投入した。この変数の投入は、配偶状態と高齢者の精神的健康の関連に関する解釈をより精緻にするために投入した。分析の結果は家族との夕食が有意な関連を示し、配偶状態が精神的健康との間にもっていたF値も減少し、関連性の有意性も消失した。この結果により、配偶状態が男性高齢者にもっていた関連性は家族との夕食を含めた家族との日常的なコミュニケーションの存在であることが推測できる。

以上の結果をまとめると、①男性の配偶状態と精神的健康の関連性の約半分は社会経済的地位によって説明でき、配偶状態と精神的健康の関連性そのものはそれほど強いものではない、②配偶状

表3 精神的健康を従属変数とした一般線型モデル (女性)

	df	モデル		
		1	2	3
		F値		
年齢	1	1.008	1.481	3.001+
世帯人数	3	.751		
配偶状態	3	.597		
学歴	3		.609	.332
世帯年収	4		2.696*	1.293
就業の有無	1		7.069**	6.871**
運動習慣			10.043**	8.179**
友人との会食	4			5.089**
家族との夕食	4			.748
R ²		.020	.067	.093
調整済R ²		.012	.052	.070

**p<.01 *p<.05 +p<.10.

出所：著者作成。

態と精神的健康の関連性は友人関係によって代替されうるものではない、③配偶状態と精神的健康の関連の内実は家族とのコミュニケーションであることが示唆された。

次に、女性の分析を行う。男性の結果と比較することにより、高齢者の精神的健康をジェンダーの視点から理解することが目的になる。男性の場合と同じ変数を用いた分析を女性に対して行った。女性の場合、ここまでの分析で配偶状態および世帯人数が精神的健康と関連を示していないので、モデルの構成はよりシンプルなものとした。

モデル1では、年齢、世帯人数および配偶状態を同時に投入したが、どの変数も精神的健康と有意な関連はみられなかった。一元配置分散分析でも、世帯人数と配偶状態を同時に投入しても、精神的健康との関連がみられないため、以降のモデルでは両変数を投入しないことにする。

モデル2では、年齢、学歴、世帯年収、就業の有無、運動習慣を投入した。この中で、精神的健康と有意な関連を示したのは世帯年収 (F=2.696 df=3 p<.05)、就業の有無 (F=7.069 df=1 p<.01)、運動習慣 (F=10.043 df=3 p<.01) である。世帯年収の高まり、就業していること、運動習慣があることと精神的健康の高まりの間に正の関連がみられた。

モデル3では、友人との会食、家族との夕食を投入した。分析の結果、友人との会食は精神的健康と有意な関連を示した (F=5.089 df=3 p<.01)。友人との会食の頻度の高まりと精神的健康の高まりが有意な関連を示した。一方、家族との夕食は精神的健康と有意な関連を示さなかった (F=.748 df=3 ns)。

以上、男性と女性の結果が示された。両者の結果の差異としては3点ある。

1点目は、男性では配偶状態や家族との夕食が精神的健康と関連性を示した一方、女性においては、こうした関連は見られなかったことである。女性においては、有配偶か無配偶であるか、家族との夕食の頻度によって精神的健康に差異は生じていなかった。

2点目は、女性の場合、家族関係よりも、友人関

表4 単身高齢者の精神的健康を従属変数とした一般線型モデル

	df	F値	
		男性	女性
年齢	1	2.363	3.356+
学歴	2	.687	.160
世帯年収	1	1.694	.176
就業の有無	1	.082	9.923**
運動習慣	2	1.251	7.904**
友人との会食	2	3.596*	.284
家族との夕食	2	.271	.953
R ²		.169	.127
調整済R ²		.074	.066

**p<.01 *p<.05 +p<.10.

出所：著者作成。

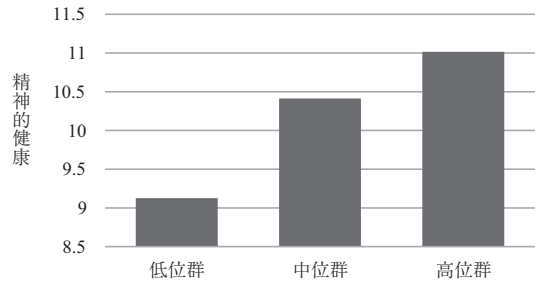
係、就業の有無、運動習慣の状況が精神的健康と関連していたことである。女性の場合、家族の状況より、家族外の生活をいかに活発に取り組んでいるかということが精神的健康と関連していた。

3点目は、社会経済的地位と精神的健康の関連性である。男性においては、学歴が低いほど、世帯年収が低いほど、精神的健康が低くなる傾向がみられた。しかし、女性の場合、本人の学歴と精神的健康の関連はみられず、世帯年収と精神的健康の関連性も男性より弱いものだった。

3 分析3—単身高齢者の精神的健康の規定要因に関する分析

ここまで単身高齢者とそれ以外の世帯構成の者も含めて分析を行ってきた。以下では、単身高齢者に絞って分析を進める。具体的には、単身高齢者の精神的健康を男女別に分析を行う。投入する変数は、これまで用いてきたものと同様である。

まず男性の結果からみていこう。単身男性の精神的健康を従属変数とした一般線型モデルによる分析を行った。結果をみると、全体に有意な関連を示す変数が少ない。こうした中、友人との会食の頻度のみが精神的健康と有意な関連を示した(F=3.596 df=3 p<.05)。友人との会食の頻度が高まるほど、単身高齢者男性の精神的健康は高まっていた(図2)。世帯年収、学歴、運動習慣、家族



出所：著者作成。

図2 友人との会食の頻度と精神的健康の関連 (単身男性)

との夕食の頻度に有意な関連性はみられなかった。

女性に関しては、就業の有無と運動習慣が精神的健康と有意な関連を示した。就業していること、運動習慣があることと精神的健康の高まりが正に関連した。一方、学歴、世帯年収、友人との会食、家族との夕食に有意な関連はみられなかった。あと年齢も10%水準だが、有意な傾向を示した⁸⁾。

以上の結果をまとめると、単身世帯においては、男性は友人との会食が、女性に関しては就業の有無と運動習慣が精神的健康と有意な関連を示した。

VI 考察とまとめ

本稿には大きく2つの目的があった。1つめの目的は、世帯人数と高齢者の精神的健康との関連を明らかにすることである。2つめは、単身高齢者の精神的健康の規定要因を明らかにすることである。以上の結果を整理し、考察を深めたい。

まず世帯人数と高齢者の精神的健康との関連性に関する結果を整理する。男性に関しては、以下の3つの知見が得られた。1つめは、世帯人数および配偶状態と精神的健康の関連に関する知見である。一元配置分散分析の時点では、世帯人数と高

⁸⁾ 関連性の方向は、年齢が上がるほど精神的健康が上昇するというものだった。結果の解釈としては精神的に健康な女性が生存、かつ本調査に回答していると考えられる。

齢者の精神的健康の間に有意な関連がみられた。しかし、配偶状態も投入した分析では世帯人数の有意性は失われた。つまり、この結果から言えることは、世帯人数が精神的健康ともっていた関連性は配偶状態によるものということである。つまり、単身世帯ほど、精神的健康が低く見えるのは、配偶状態—特に未婚であること—によって生じていたということである。以上の結果から、仮説1は支持されず、世帯の人数のみで高齢者男性の精神的健康を推し量るのは困難であることが示された。

2つめは、配偶状態と精神的健康の関連についてである。分析の結果、未婚者の精神的健康が低いことが示された。しかし、この配偶状態と精神的健康との関連は男性のみに限られ、かつその関連もそれほど強いものではなかった。学歴や世帯年収を統制変数として投入すると、配偶状態と精神的健康との関連の強さはほぼ半減し、有意水準も低下した。つまり、配偶状態と精神的健康の間にみられた関係性の約半分は本人の社会経済的地位の低さによってもたらされたものだった。以上から、仮説2に関しては部分的な支持にとどまった。

加えて、両者の関連は家族との夕食を投入することにより有意性が消失した。この結果から、配偶状態と精神的健康の関連の実質は家族内での日常的なコミュニケーションであることが示唆された。家族関係の状況が高齢者の精神的健康に影響するという指摘は先行研究で示されており、本結果はこうした先行研究の知見と整合的と言える(島田・山崎・中野他2012)。逆に言えば、有配偶であることは、男性高齢者の精神的健康を支える家族内コミュニケーションの機会を供給しうる構造となっている可能性が示唆された。

知見の3つめは、高齢者男性の精神的健康と友人との会食の重要性である。今回、投入した変数の中で最も強い関連を見せたのは友人との会食であった。高齢男性において、友人とのふれあいが本人の精神的健康を支える可能性が示唆された。高齢者の友人関係と精神的健康のつながりを指摘する研究は多く、この結果も先行研究の知見に

沿ったものと言える(小林・藤原・深谷他2011)。

次に、単身高齢者の精神的健康の結果を整理する。大きく2つの知見があった。

1つめは、男性において精神的健康と関連したのは友人との会食のみだったことである。この結果も国内の先行研究の結果を引き継ぐものである(安藤・小池・高橋2016)。ほかの変数とは有意な関連がみられなかった。探索的にソーシャルキャピタルも投入してみたが、有意な関連はみられなかった。有意な変数があり見い出せなかったことから、単身高齢男性の精神的健康の向上に向けての具体的な示唆は多くは示せない。言えることは、本人の意向を重視しながら、外部の世界とのつながりを持たせることである。

2つめは、女性に関する結果である。女性においては、就業の有無、運動習慣が有意な関連を示し、就業しているほど、運動習慣があるほど、精神的健康が高いという関連性がみられた。一方、社会経済的地位は有意な関連を示さず、家族や友人との関係性も有意な関連を示すことはなかった。この結果からすれば、単身の高齢者女性の精神的健康の下支えには、家族外での就業と適度な運動が良いということになった。

最後に、ジェンダーの視点をもとにした仮説3に関する考察を行う。分析結果は仮説3を支持するものだった。なぜ男性では配偶状態などの家族関係に関する指標と精神的健康が有意な関連を示す傾向があるのに対して、女性においてはこうした関連は全く見られなかったのかという点を以下で考えていきたい。

解釈としてありうるのは、日本に残る伝統的な性別役割構造である。現在60歳以上の方たちは、男性は仕事、女性は家庭といった性別役割分業の中で生きてきた方たちが多い。女性たちは育児、家事、介護を担うことが多く、こうした役割は精神的健康にとって負担になる可能性もある。特に、高齢期の介護役割は高齢者のメンタルヘルスを低下させている(小塩2014)。有配偶女性の場合、介護などのケア役割に従事することが多いため、有配偶であることのベネフィットが女性で生じにくい可能性がある⁹⁾。女性が結婚しているこ

とによって健康上の恩恵を得るためには、現行の性別役割構造を根本的に変えていく必要があるだろう。

こうした考察は国際的な視点をもつことで、より大きな仮説を立てることもできる。先述した通り、韓国の女性でも有配偶とそれ以外で精神的健康に差異が生じていない (Janga et al 2009)。日本の全国代表サンプルのデータを用いて分析した Inaba et al (2005) の研究でも、男性に比べ、女性の有配偶であることの肯定的な効果は小さいものだった。

米国では、どの年齢段階においても結婚することでの精神的なベネフィットがあるという報告があることを踏まえると、米国と日本や韓国など伝統的な性別役割分業が残る東アジアでは結婚していることでの健康上の恩恵のあり方に差異がある可能性もある。結婚がもつ健康上の恩恵の文化差を明らかにすることは、家族をどう位置付けるかという各国の社会保障の基本的なあり方にも影響を与えうる。今後さらなる研究に期待したい。

最後に本研究の限界を3点ふれておこう。1点目は、今回は横断的な分析であり、因果関係を明らかにできない。精神的に健康なものが、友人関係を活性化させたり、運動の習慣を持つことができることも考えられる。高齢者の精神的健康を解き明かすためには縦断的分析や質的な研究が必要となる。

2点目は、地域差に関する分析を行っていない点である。高齢者の精神的健康には地域差もあることが考えられる。実際、先行研究では、都市度が高まるほど、うつ傾向の高齢者が高まるといった指摘もなされている (和久井・田高・真田 2007)。今後は、マルチレベル分析をとりいれ、地域差も考慮した分析を行っていく必要がある。

3点目は、理論的な問題である。本研究も含め、単身高齢者の精神的健康を計量的なアプローチで検討すると、各変数の関連構造は把握できるが、

やや平面的な検討になる。

相互作用論や家族戦略などの概念と多様な調査方法を駆使しながら、単身の方を含め、高齢者を行為主体として位置づけ、各高齢者がどのような工夫をしながら自分の生活を成り立たせているかを明らかにするよりダイナミックな研究が今後は求められる (安達1999: 田淵1999)。

謝辞

日本版General Social Survey 2012は大阪商業大学JGSS研究センター(文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点)が実施した研究プロジェクトである。データを使用させていただいたことに、御礼申し上げます。

引用文献

- 安達正嗣 (1999) 『高齢期家族の社会学』, 世界思想社。
 愛知県 (2016) 『愛知県子ども調査(子ども票)』 http://www.pref.aichi.jp/uploaded/life/148431_193226_misc.pdf (2017年3月21日最終確認)。
 安藤孝敏・小池高史・高橋知也 (2016) 「都市部のひとり暮らし高齢者における孤独感の関連要因」『横浜国立大学教育人間科学部紀要III, 社会科学』, 18, pp.1-9。
 Chou KL, Ho AH, Chi I. (2006) “Living alone and depression in Chinese older adults”, *Aging and Mental Health*, 10(6), pp.583-91。
 土井由利子 (2006) 「ジェンダーと健康」川上憲人・小林康毅・橋本英樹編『社会格差と健康』, 東京大学出版会, pp127-146。
 藤森克彦 (2010) 『単身急増社会の衝撃』, 日本経済新聞出版社。
 藤原佳典・小林江里香・深谷太郎・西真理子・斉藤雅茂・野中久美子・稲葉陽二・福島富士子・星旦二・新開省二 (2012) 「地域高齢者における年収および暮らし向きと心理的健康指標との関連」『老年精神医学雑誌』, 23 (2), pp.211-220。
 Gove WALTER R. (1972) “The Relationship Between Sex Roles, Marital Status, and Mental Illness”, *Social Forces*, 51, pp.34-45。
 林謙治 (2001) 「ジェンダー問題としての出生性比—アジア諸国からの考察」阿藤誠・早瀬保子『ジェンダーと人口問題』, 大明堂, pp.21-42。

⁹⁾女性において有配偶の方がネガティブな影響が出ているという分析もある (末盛2007b)。そこでは配偶状態と主観的健康感の関連をみたが、分析の結果、男性の場合は有配偶の方が主観的健康感が高かったが、女性の場合、無配偶の方が主観的健康感が高かった。つまり、夫がいない女性の方が主観的健康感が有意に高かったのである。今回の分析でも有意差はないものの、未婚女性の方が有配偶女性より精神的健康が高い傾向にあった。

- 本庄かおり・神林博史 (2015) 「ジェンダーと健康」川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編『社会と健康—健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ』, 東京大学出版会, pp.95-113。
- Inaba A, Thoits PA, Ueno K, Gove WR, Evenson RJ, Sloan M (2005) Depression in the United States and Japan: gender, marital status, and SES patterns. *Social Science & Medicine*, 61(11), pp.2280-92.
- 石原邦雄 (2008) 『家族のストレスとサポート (改訂版)』, 放送大学教育振興会。
- Janga, Soong-Nang, Kawachia, Ichiro, Chang, Jiyeun, Boob, Kachung, Hyun-Gu Shin, Hyejung Leeb, Sung-il Choc (2009) “Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA)” *Social Science & Medicine*, Vol69, 11, pp1608-1615.
- 川上憲人 (2012) 「世界及び日本の精神疾患の疫学 WHO世界精神保健調査から」『心の社会』, 43 (1), pp.58-65。
- 川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編 (2015) 『社会と健康：健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ』東京大学出版会。
- 木村真人 (2011) 「高齢者のうつ状態—多元的アプローチ」, 『老年精神医学雑誌』, 22 (8), pp.920-927。
- 小林江里香・藤原佳典・深谷太郎・西真理子・斉藤雅茂・新開省二 (2011) 「孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康：同居者の有無と性別による差異」『日本公衆衛生雑誌』, 58 (6), pp.446-456。
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 『日本の世帯数の将来推計 (全国推計)』。
- 近藤克則 (2013) 『健康の社会的決定要因：疾患・状態別「健康格差」レビュー』, 日本公衆衛生協会。
- 内閣府自殺対策推進室 (2016) 『平成27年中の自殺の状況』。
- 西良知・藤瀬昇・池田学 (2014) 「高齢者のうつ病」『臨牀と研究』, 91 (5), pp.639-642。
- 小塩隆士 (2004) 「中高年のメンタルヘルス：「中高年者縦断調査」によるパネル分析」『経済研究』, 65 (4), 332-344。
- 斉藤雅茂 (2013) 「高齢期の社会的孤立に関連する諸問題と今後の課題」『老年社会科学』, 35 (1), pp.60-66。
- 斉藤雅茂・藤原佳典・小林江里香・深谷太郎・西真理子・新開省二 (2012) 「同居者のいる住民基本台帳上の一人世帯高齢者の特性」『老年社会科学』, 33 (4), pp.527-537。
- 坂上祐樹・土屋政雄・堀口逸子・岩田昇・竹島正・川上憲人 (2013) 「日本の大都市圏におけるこころの健康に関する疫学調査研究：WHO「世界精神保健プロジェクト」」『順天堂医事雑誌』, 59 (4), pp.347-352。
- 佐野麻由子 (2012) 「開発・発展におけるジェンダーと公正」宮島喬・杉原名穂子・本田量久編『公正な社会とは—教育・ジェンダー・エスニシティの視点』, 人文書院, pp.240-258。
- 島田今日子・山崎幸子・中野匡子・斉藤恵美子・渡辺幸子・安村誠司 (2012) 「同居家族からのソーシャルサポートが高齢者のうつ傾向発生に与える影響：5年後の追跡調査」『老年社会科学』, 34 (3), pp.350-359。
- Simon RW (2002) “Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health” *American Journal of Sociology*, 107(4): pp.1065-1096.
- 末盛慶 (2007a) 「家族生活」近藤克則編『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』, 医学書院, pp.75-81。
- (2007b) 「配偶者の有無と高齢者の主観的健康感：移行効果の検証」, 『現代と文化』日本福祉大学研究紀要, 116, pp.25-35。
- 田淵六郎 (1999) 「「家族戦略」研究の可能性：概念上の問題を中心に」『人文学報。社会福祉学』, 15, pp.87-117。
- 高濱美保子 (2001) 「途上国における死亡の男女格差」阿藤誠・早瀬保子『ジェンダーと人口問題』, 大命堂, pp.43-66。
- 上野千鶴子 (2007) 『おひとりさまの老後』, 法研。
- 和久井君江・田高悦子・真田弘美・金川克子 (2007) 「大都市部独居高齢者の抑うつとその関連要因」『日本地域看護学会誌』, 9 (2), pp.32-36。
- 山田昌弘 (2016) 『家族難民 中流と下流——二極化する日本人の老後』, 朝日新聞出版。
- 山内昌和 (2012) 「単独世帯の動向と今後の見通し」『家計経済研究』, (94), pp.18-30。

(すえもり・けい)

Mental Health of Elderly Adults in Japan: Marital Status, Gender, Household Conditions

Kei SUEMORI*

Abstract

One of the most prominent changes in the type of family structure in Japan is the increase in one-person households. Previous studies indicated elderly people who live alone have low mental health than other groups. This article examines the relationship between household conditions, marital status and mental illness. We used General Social Survey in Japan 2012 (JGSS2012). Bivariate and multivariate analyses suggested that mental health are higher in married persons, more contacts with friends, more contacts with family members for men, but there is no association between family variables and mental health for women. In the analysis for men who living alone, the contact with friends only associated their mental health. We argue that traditional gender role structure in Japan might make women psychologically stressed more than men. It is possible that the relation between marital status and mental health is different among US society and East Asia society including Korea and Japan.

Keywords : Elderly Adults, Living Alone, Marital Status, Gender, Mental Health

* Associate professor, Nihon Fukushi University Faculty of Social Welfare