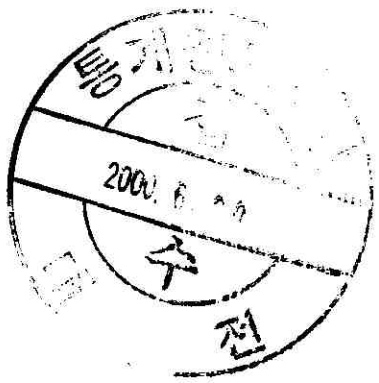
번 역 자 료

건강한 노후를 위한 사회적·심리적 조건

2000. 6

국 제 통 계 과



자 료 안 내

1. 본 책자는 일본의 통계정보연구개발센터에서 발간하는 「ESTRELA」에 1998년 11월부터 1999년 10월까지 매월 연재되었던 논문(12편)으로 노인문제 및 복지에 관한 통계작성 및 해설을 그 내용으로 하고 있음.

2. 본책자의 저자인 杉澤秀博 (Sugisawa Hidehiro)의 약력은
   - 동경도 노인종합연구소 보건사회학부문 연구원
   - 1987년 동경대학 대학원 의학연구과 보건학 전문과정단위 취득 및 보건학 박사 호칭 취득
   - 1987년 동경도 노인종합연구소에 연구원으로 들어가 현재에 이름.
   - '91부터 '92년까지 미시건 대학의 객원연구원 역임

3. 세계적으로 노인문제는 상당히 큰 문제로 떠오르고 있으나, 이를 명확하게 설명할 수 있는 노인통계에 관한 조사방법 및 해석에 관한 내용은 부실한 것도 사실임. 우리나라도 노인문제를 파악하기 위하여 2000년 인구주택총조사에 조사항목이 채택하는 등 노인문제에 관심이 많으나, 개괄적인 파악만 가능할 뿐 노인문제 해결을 위한 대안을 제시하고 있지 못하고 있는 시점에서 노인문제를 통계적으로 처리하여 명확하게 설명하였고 실제로 필요한 노인복지 서비스는 무엇인지 제시할 수 있어 통계청의 향후 노인통계개발에 꼭 필요한 기초자료로 활용될 수 있을 것임.

4. 끝으로 본 번역자료가 실무를 담당하는 분들과 많은 직원들에게 좋은 참고자료가 되길 기대합니다.

2000. 6

통계기획국 국제통계과

Ⅰ. 연재를 시작하면서

1. 연재를 시작하면서 ····· 3
2. 고령자의 건강이란 무엇인가? ····· 4
3. 해결해야할 연구 ····· 5
4. 사회적 · 심리적 조건과 건강과의 관련 ····· 6
5. 연재의 내용 ····· 7
6. 맺는말 ····· 8

Ⅰ. 연재를 시작하면서

1. 연재를 시작하면서

1·1. 기대되는 내용

구체적인 화제로 들어가지 전에 연재를 시작하면서 어떤 자세나 논리로 연재내용을 정하고 꾸며 갈 것인가를 언급하고서, 이 연재에서 다루는 화제의 개요를 소개하고자 한다.

본지의 편집자로부터 「고령자 문제」에 관한 연재를 의뢰 받고 고령자 문제는 매스컴 등에서 흔히 다루는 화제를 언뜻 들어보아도 연금, 고용, 의료비, 간호부담, 노인학대, 성년후견인, 말기 의료 등 같이 경제, 법률, 의료, 복지 등에 다양하게 걸쳐있다. 얼핏보기에 이들 문제는 개개 사건이 뿔뿔이 발생하고 존재하듯이 보이지만 그 바탕은 서로 유사하여 어떤 연계성을 지닌다고 할 것이다. 이 연재에 대해서 독자 여러분이 기대하고 있는 것은 개개의 문제를 나열하여 소개하는 것이 아니라 이들 문제가 어떤 식으로 서로 연관되어 있는가를 그 배경까지도 포함해서 파헤치고 정리하여 그 전체 상을 그려 갈 것이다. 개별 문제의 사례를 시작으로 고령자 문제의 구조, 형상도를 그려 나타냄이 이 문제의 이해를 깊게 하고 좀더 나은 고령화 사회를 전망하는 것으로 이어질 것이다.

1·2. 문제의 한정

그러나 형상도로 나타내는 작업의 중요성을 인정한다해도 거기에 곧장 돌입하기는 나날이 보내는 일 속에서 좁은 영역의 작은 과제를 쫓고 있는 나로서는 짐이 무겁다. 이 과제에 맞부딪친다면 자기의 언어로 말할 수가 없고 다른 사람의 주장이나 의견을 되풀이하는 것이 될 것이다. 다루는 테마의 의의, 문제관심이 아전인수격이어서 나 혼자 즐기고 자화자찬할 가능성도 부정할 수 없으나 자신이 현실에 부딪쳐 연구로 알게 된 것을 소개해서 자그마한 창구이긴 하지만 거기에서 관찰되는 고령자 문제의 현실은 이런 것이다 라거나, 이런 관찰, 견해도 있을 수 있는가 하는 관점을 독자 여러분에게 조금이라도 제공할 수 있다면 하고 생각하고 있다.

2. 고령자의 건강이란 무엇인가

2·1. 생활자립도의 중요성

타이틀 속에 「건강」이란 용어를 사용했지만 그것이 의미하는 바는 다양해서 사람에 따라 상상하는 내용은 달라질 것이다. 많은 사람들이 건강이라는 말을 병이나 증상이 없거나 오래 살 수 있다는 것으로 떠올리지는 않을까. 이 연재에서는 건강이 중요한 키워드로 되어있으니 건강, 특히 고령자의 건강을 어떻게 다루고 있는가를 나타내 두고자 한다.

후생성(보건복지부)의 통계에서는 「통원하고 있다」고하거나 「자각증상이 있다」고 하는 사람들이 65세 이상에서 70%를 점하는 것으로 나타나고 있다. 만약 병이나 증상이 없다고 하는 것을 가지고 건강하다고 한다면 많은 고령자는 건강치는 않다는 것이 된다. 그러나 여러분이 보고 접하는 많은 고령자는 병이나 증상을 지니고 있더라도 다른 이의 도움을 받지 않고 자신의 일은 자기가 할 수 있는, 자립된 생활을 보내고 있다. 이런 고령자를 병인이라거나 건강치 않다고 보는데 의문있는 사람이 많을 것으로 본다. 고령자의 경우, 달성해야 할 건강의 목표를 병을 예방하고 증상을 없애주는 것만으로는 그리 현실적이지 않다. 자신의 일은 자기가 할 수 있는, 생활의 자립도를 유지하는 것, 저하시키지 않음에 중점을 두는 것이 중요하지 않은가 한다.

2·2. 정신적·사회적 건강을 중시

생활의 자립도도 한편으로는 신체적 건강에 주안점을 둔 건강의 이해방법이다. 잘 알고 있으리라 생각하나 세계보건기구에서는 건강을 신체적으로만이 아니라 정신적·사회적으로도 양호한 상태라고 정의하고 있다. 이 정의의 적극적인 점은 건강을 신체적, 정신적, 사회적인 3가지 측면에서 파악하고자 한 것이다. 건강을 이처럼 넓게 본다면 장애자와 같이 병이나 증상 때문에 생활의 자립도가 불가역적(不可逆的)으로 손상되더라도 생의 보람을 지니고 벗이나 친지와 활발히 교류하는 등, 정신적 또는 사회적 건강을 유지할 수 있다면 이 사람들에게는 건강이 실현되어 있다고 보아도 되는 것이 아닌가. 이런 사람들의 경우에 건강의 목표로서 생활자립도를 개선하기보다는 정신적 혹은 사회적인 건강을 유지하고 제고시켜감이 중요한 과제로 잡을 수 있다. 이런 관점에서 보면 아무리 병이나 증상이 없다 던가 혹은 생활의 자립도가 유지되고 있다해도 생의 보람을 못 가지고 사회에서 고립되어 있는 사람일 경우에는 불건강한 상태에 있다고 보아 정신적 혹은 사회적 건강을 개선하는 것을 목표로 잡게 된다.

본 연재에서는 이상과 같이 고령자의 건강을 질병이나 증상이 없다고 하는 한정된 상태에서 포착하는 것이 아니라 생활의 자립도, 정신적 건강, 혹은 사회적 건강이라는 넓고도 또 다양한 각도에서 보고 있으며 그것의 유지·증진을 도모하기 위한 조건을 찾고자 하는 것이다.

3. 해결해야 할 연구

3·1. 제기된 사회적·심리적 조건

내가 몰두하고 있는 연구과제는 한마디로 고령자의 건강유지·증진과 관련한 사회적·심리적인 조건은 무엇인가를 밝히는 것이라 할 것이다. 지금까지의 연구에서 다룬 사회적 조건으로서는 고령자의 사회관계의 질이나 양, 직업, 학력 같은 사회계층, 도시와 농촌의 비교라는 지역환경, 미국이나 중국과 일본과의 비교라는 국제 비교 등이 있다. 사회관계, 사회계층, 혹은 지역에 따라 고령자의 건강에 어떠한 차이가 있는가, 그리고 그 원인은 무엇인가를 탐구해왔다. 심리적인 요인으로서 중시한 것은 보건에 관한 지식이나 태도 또는 가치관 등이다. 사회관계는 전술한 바와 같이 사회적 건강에 중요한 지표로서 잡고 있는데 신체적 또는 정신적인 건강과 관련한 사회적 조건을 보고자 할 때 사회적 조건의 중요한 항목으로서 다룰 수도 있다.

그밖에 직업에서의 은퇴, 배우자와의 사별 등 많은 고령자가 경험하는 생활(우발)사건이 건강에 어떠한 영향을 주는지, 또 운동, 식사, 끽연(흡연) 같은 생활습관이나 보건행동 등이 건강의 유지나 증진에 얼마만큼의 효과가 있는가에 관한 연구도 다루고 있다.

3·2. 사회조사 데이터의 활용

나의 연구 영역에서는 사회조사가 실증을 위하여 데이터를 수집하는 중요한 수단이므로 지역레벨, 전국레벨의 조사를 수차 경험하고 있다. 그 중에서 사회조사의 성공이나 실패를 거듭하며 특히 관심을 기울였던 것이 사회조사로 수집한 데이터를 왜곡됨 없이 현실을 정확히 반영하고 있는지의 여부였다. 일본에서 수집한 데이터를 분석하기 위한 통계적 기법에 대해서는 범용성 있는 통계 패키지의 보급으로 정밀해지고 있다. 그러나 분석의 대상으로 된 데이터가 과연 신뢰를 충족하는 지의 여부에 대해서는 무관심한 사람이 많고 데이터를 그대로 받아들이기만 하는 경우도 적지 않다. 독자 여러분 중에도 사회조사에 의해서 사람들의 생활이나 의식에 관한 데이터를 수집하거나 또 사회조사로 수집한 데이터를 해석하는 입장에 있는 이도 적지 않을 것이다. 이런 이들에게 분석 대상자의 대표성 문제, 회수불능자 문제에 대한 화제를 제공하고자 한다.

4. 사회적 · 심리적 조건과 건강과의 관련

4 · 1. 통계적 의미에서의 관련성

병의 원인이나 요인을 찾는 방법으로서 역학(疫學)이 있다. 역학은 실천적인 학문으로 질병이 다발하고 집적되는 집단을 정해서 질병의 발생과 관련한 요인을 특정화함으로써 질병의 예방대책을 도모하는 것이다. 통계적인 확률에 입각해서 어떤 특성을 지닌 집단에서 유의의한 질병의 집적이 인정되면 인과관계가 확정되어 있지 않더라도 질병의 예방을 위해 그에 기초하여 그 특성을 제거하는 대책을 세운다. 사회적 · 심리적 조건에 관한 연구에서도 역학의 공통된 실천적 정보를 제공한다. 건강 현상과 사회적 · 심리적 조건과의 사이에 통계적으로 보아 유의의한 관련이 발견된 경우에는 양자간의 인과관계가 명확치 않고 그 관련성에 대해 몇 가지 정도의 가설이 제시되는 단계라 해도 타당한 해석이 가능하다면 사회적 조건이나 심리적 조건에 개입하여 건강의 유지 · 증진을 도모해 가고자 하는 것이다.

4 · 2. 개입가능성

사회적 · 심리적 조건에 관한 연구는 또 건강유지나 증진을 위한 개입대책을 검토할 때 현실적인 정보도 제공한다. 병의 발생에 대해서 유전적인 요인의 관여가 큰 경우도 있으나 그렇다고 해서 그런 식견에 따라 유전적인 요인을 변화시킬 개입책을 세우기는 현재로서는 기술적으로 무척 곤란하다. 요인으로서의 비중은 작더라도 사회적 · 심리적인 조건은 가변적일 수가 있고 그것을 변용시키기 위한 심리 · 사회적인 개입의 이론도 개발되어 있으므로 현실적으로 실현 가능한 개입책을 쉽게 세울 수 있다는 메리트도 있다.

4 · 3. 기본적인 모델

그림1에 사회적 · 심리적 조건과 건강과의 관련을 나타내는 가장 간단한 모델을 제시했다. 그림의 우측에 건강을 나타내었는 바 건강상태의 유지나 증진에 영향을 주는 요인으로서 「사회적 요인(사회관계, 사회계층, 지역 등)」, 「심리적 요인(건강에 관한 지식이나 태도 등)」, 「생활습관 · 보건행동(식사, 운동 보건복지 서비스의 이용 등)」, 「생활우발사건(직업에서의 은퇴, 배우자와의 사별)」이 자리하고 있다.

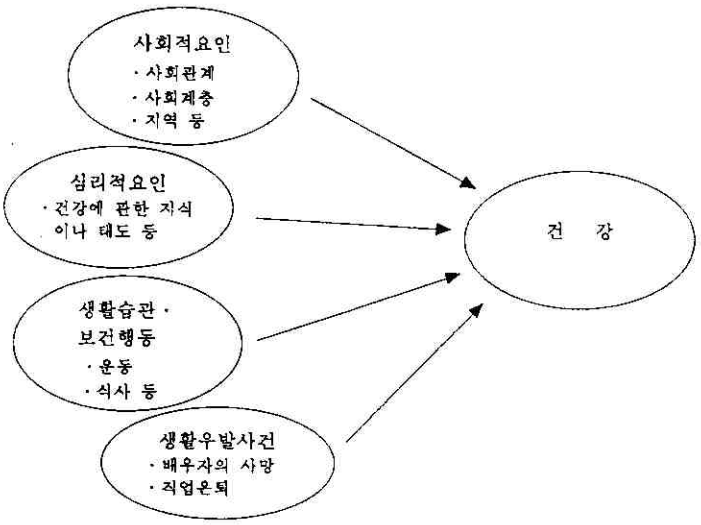


그림1. 기본적인 틀

복잡하기에 그림에는 나타내지 않았으나 「사회적 요인」이나 「심리적인 요인」은 또 생활습관을 형성하는 배경으로도 되기 때문에 「생활습관」을 가운데 두어 건강에 영향을 준다는 경로도 존재한다. 사회적 요인의 하나인 사회관계를 사례로 설명해 보자. 배우자와 사별한 사람은 건강상태가 별로 좋지 않으나 그것은 사회관계 속에서는 중요한 위치를 점하는 배우자가 없음이 정신적인 스트레스가 되어 건강상태를 악화시킬 뿐 아니라 고독을 해소하려고 과도한 음주를 하거나 식생활이 흐트러지는 등 불건강한 생활습관이 생기기 때문에 그를 계기로 건강상태가 나빠진다는 경로도 있다.

이 연재는 사회적 · 심리적 조건이 건강의 유지나 증진에 어떻게 영향을 주는지에 관한 경과를 중심으로 소개할 예정인데 모델은 이에 한정하지는 않는다. 현실의 문제를 그리려면 이 밖에도 여러 가지 모델을 상상할 수 있을 것이다. 가령, 뇌혈관 장애의 발증에 수반하는 생활자립도의 저하가 직업에서의 은퇴, 경제수준의 저하, 가족관계의 악화를 일으키는 등 위의 모델과는 반대로 건강에 따라 사회적 · 심리적 조건이 좌우되어 심각한 문제를 일으키는 일도 있으므로 이런 모델도 고령자 문제로 다룰 때에 중요한 관점을 제공한다.

5. 연재의 내용

이하에서 일년간 내가 다룰 화제를 제시하고자 한다. 일년간의 연재이므로 그 사이에 새로운 과제에 부딪쳐 가치있는 결과를 낼 가능성도 있다. 그 때는 가능한 최근의 즉시적인 문제를 소개하는 것이 낫다고 여기므로 아래 내용의 변경을 고려할 것이다.

가. 생활습관, 생활(우발)사건과 건강

(1) 생활습관과 건강

(2) 직업에서의 은퇴, 배우자와의 사별과 건강

나. 건강과 관련한 사회적 · 심리적 요인

(3) 사회관계와 건강

(4) 고령자 자살의 사회적 배경

(5) 건강도에 대한 자기평가의 중요성

(6) 별장지역에 사는 고령자 건강과 생활

다. 생활습관 · 보건행동과 관련한 사회적 · 심리적 요인

(7) 생활습관 · 보건행동의 계층화

(8) 보건복지 서비스의 효과 평가

라. 국제비교

(9) 중국과 미국의 비교에서 본 일본 고령자의 특징

마. 고령인구의 고령화

(10)증가하고 있는 후기 고령자는 전기 고령자와 어떻게 다른가

바. 고령자 조사의 과제

(11) 고령자 조사에서 회수불능자의 특징

6. 맺는 말

이미 기술한 바와 같이 건강을 좌우하는 사회적 혹은 심리적인 조건을 밝히고 사회조사 등을 활용해서 고령자의 생활이나 건강, 의식에 관한 정보를 수집하고 있다. 이러한 데이터를 해석해서 알게되는 것은 그 데이터가 우리들의 일상 생활에 관한 것이기에 때로는 세간의 상식과는 벗어난 획기적인 발전을 포함시킬 수도 있지만 대개의 경우는 상식적인 것이다. 이 연재에서는 어디까지나 구체적인 데이터에 의해 어떤 것이 알게된 지식으로서 도출되었는가를 소개하여 고령자의 건강유지나 증진에 있어 중요한 사회적 · 심리적 조건이 무엇인가에 대해서 어디까지 알게 되었는지 어떤 것이 불명한 것인가 하는 이해를 깊게 하는데 빌미가 되었으면 한다.

화제로서 소개하는 것은 대부분이 나 개인의 힘으로 연구하여 성과를 얻은 것이 아니다. 많은 연구자와의 공동적 성과이며, 또 많은 문헌을 참고하였으나 연재 본문 중에는 나타내지 않고 있다. 연재의 맨 끝에 참고문헌으로서 주요한 것을 소개토록 한다.

Ⅱ. 생활습관과 건강

1. 이번 회의 화제……11
2. 생활습관에 주목하는 의의……11
3. 생활습관이란 무엇인가 ……11
4. 생활습관에 관한 연구의 현실 ……12
5. 고령자를 대상으로 한 연구는 적다……12
6. 채택한 건강지표는 고령자에게는 맞지 않는다……13
7. 사용한 데이터베이스와 구체적인 분석절차 ……13
8. 데이터에 의한 제언……14
9. 결과를 의심하는 것……16

Ⅱ. 생활습관과 건강

1. 이번 회의 화제

이번 회의 화제는 내가 참가하고있는 연구 프로젝트의 데이터를 활용하여 다음 질문에 대한 회답을 제공하고자 하는 것이다. 「고령자의 건강에 유해한 생활습관은 무엇인가. 그것은 고령자의 건강에 어떠한 측면을 일으키는가」

2. 생활습관에 주목하는 의의

현재로는 염분을 많이 포함한 식사를 하는 것. 담배 피우기, 술을 많이 마시는 것 같은 생활습관이 건강에 유해하다는 것은 많은 사람들이 알고 있는 것으로 되어있다. 질병대책의 면에서도 후생성은 「생활습관병」이라는 어휘를 제안하고 생활습관에 착안한 질병예방책을 진행하고 있다. 이러한 어휘를 제창함으로써 질병의 조기 발견, 조기 치료를 겨냥한 2차 예방을 위주로 하는 성인병 예방대책에다 병이 발증하는 원인 그 자체를 제거해 가는, 즉 생활습관의 개선을 위한 1차 예방을 추진하고자 하고 있다.

「생활습관병」은 어떤 병이 생활습관병으로 분류할 수 있는가 하는 한정된 방법이 아니라 모든 질병에 적용할 수가 있다. 모든 질병의 원인으로서 생활습관이 크건 적건 관계되고 있다는 가설에 입각해서 연구를 진행하고 그 결과로서 질병을 발생시키는 생활습관의 관련도가 실증적으로 해명된다면 「생활습관병」이라는 생각은 성인병 대책뿐만 아니라 다른 질병에의 대책 방향성도 지시하게 된다.

그러나 생활습관에 초점을 맞추는 것은 건강에 유해한 생활습관을 가지고 있는 사람을 의지가 약한, 또는 안될 사람으로 보거나 그런 개선을 개인의 책임으로 하게 하려는 경향으로 이어지는 등 폐해도 동시에 있다. 이 연제 중에 나타낼 예정이지만 생활습관도 그 사람이 놓인 직장, 가정, 지역환경에 의해 영향을 받기 때문에 이를 환경 측면의 대책도 아울러 해야 한다.

3. 생활습관이란 무엇인가

생활습관이 무엇인가 간단히 언급해 두고자 한다. 생활습관은 라이프 스타일이란 표현도 하여 일상생활 속에서 제법 빈번히 쓰이고 있다. 한편 사회학 분야에서는 「라이프 스타일」에는 「생활재(生活財)에 대한 개인의 선호 패턴」이라는 좀 까다롭지만

확실한 정의가 있어 특유의 배경이나 의의를 가진 어휘이다. 그러나 여기서는 학문적으로 확실히 정의한 것과는 달리 우리들이 보통 사용할 때에 상정하리라는 내용, 즉 「생활의 방법, 행동」 정도의 의미로 생활습관을 사용한다.

4. 생활습관에 관한 연구의 현실

끽연(흡연), 음주, 체중관리, 염분이나 지방의 섭취에 대해서는 개별적으로 다루어 건강에 유해한지 여부를 연구해왔다. 대표적인 것이 끽연이어서 일본에서는 방대한 역학조사를 하여 끽연 개수, 끽연개시 연령, 끽연방법 등에 의해 생명경과(본문은 生命豫後)에 차이가 있다는 등의 결과가 보고되었다.

건강에 있어 유해한 습관은 개개가 따로따로 아니라 상호 관련지어서 존재한다. 그 때문에 건강에 유해한 생활습관을 모두 씻어내어 각각이 독자적 유해성을 지니고 있는지 여부를 검토함이 필요하게 된다. 미국에서는 브레슬로우 등이 지금까지의 연구를 훑어보아 건강에 유해한 것으로서 「과도한 음주」, 「끽연」, 「운동부족」, 「부족 또는 과다한 수면시간」, 「간식하기」, 「아침식사 결식」, 「체중관리가 안됨」과 같은 7가지 생활습관을 골라 그것들이 독자적으로 건강에 어떤 유해한 효과를 지니고 있는가를 검토했다. 또 유해하다고 하는 생활습관을 몇 개나 가지고 있는가, 그 수를 단순히 가산해서 그 점수가 높을수록 사망률이 높음을 밝히고 있다. 이 연구는 생활습관과 건강과의 관계를 조사한 연구로서 세계적으로도 주목받았다.

일본도 브레슬로우의 연구 이후에 비슷한 연구를 하여 생활습관을 다각적으로 다루어 그들이 개별적으로 또는 복합적으로 건강에 어떠한 영향을 미치는가에 관한 검토를 진행하고 있다.

5. 고령자를 대상으로 한 연구는 적다

이상의 소개 글에서 여러분 중에는 건강에 있어 유해한 생활습관을 탐구하는 연구는 제법 진척하고 있으며, 현재로서는 그 성과에 따라 유해한 생활습관을 개선하고 건강에 좋은 생활습관을 넓히기 위한 방법을 연구하는 단계라고 생각할는지도 모른다. 그러나 고령자를 대상으로 하는 나의 연구 영역에서 보면 아직도 연구해야 할 과제가 남아있다.

그 하나는 연구의 대상으로 해 온 것이 주로 중년층이고, 고령자를 대상으로 한 연구는 별로 없었다는 것이다. 그 때문에 고령자를 대상으로 한 건강유지 대책은 중년층을 대상으로 한 것과 공통적인 것으로 보아도 좋은지 여부의 검토가 충분치 못하다.

고령 나이까지 산다는 것은 건강에 좋은 생활습관을 실천해왔거나 아니면 실천하지 아니했다면 생물학적으로 보아 애당초 건장한 우등생이었을 가능성이 높아서 고령자를 대상으로 할 때에는 생활습관이 건강에 미치는 영향은 중년의 사람에 비해 맞지는 않을 것이 아닌가 하는 가설을 세울 수 있다. 그러나 다른 한편으로 고령자일수록 유해하다고 할 생활습관이 있으며, 건강에 영향을 주는 잠복기간이 긴 생활습관인 경우에는 고령층에 이르러 그 유해작용이 나타날 가능성도 있다. 어느 것이 옳은가 하는 판단은 현시점에서는 할 수 없기 때문에 건강유지나 증진을 위한 개선을 도모하지 않으면 안될 생활습관을 고령자와 중년층에서 공통되는 것인지, 달리해야만 하는지 잘 모른다.

6. 채택한 건장지표는 고령자에게는 맞지 않는다

두 번째는 생활습관이 건강에 미치는 영향을 조사할 때 채택하는 건강지표에 관한 문제이다. 종래에는 생활습관이 건강에 유해한 지 여부를 판단키 위해 쓰인 건강지표로서는 사는가 죽는가 하는 생명경과, 사망률, 질병의 발생, 임상적인 검사소견 따위였다. 이들 지표는 중년까지의 사람들에게는 중요할는지 모른다. 그러나 알려진 바대로 고령자의 거의가 질병을 지니고 있는 현실에서는 이러한 건강지표는 고령자의 건강목표 기준으로서 적합치 않다. 고령자에게는 일상생활동작 등에서 평가하는 신체적 자립이 중요한 건강지표인데, 일상생활동작의 유지에 대해서 생활습관의 영향을 관찰한 연구는 거의 하지 않고 있다. 또 치매 고령자 수의 증가가 문제가 되어 그것의 예방책 세우기가 긴급과제임에도 인지기능 유지에 대해 생활습관이 어떠한 영향을 가지는가는 모르고 있다. 나아가 생의 보람과 같은 정신건강도 고령자의 건강지표로서 중요함에도 이런 면에 대해 생활습관이 어떤 영향을 하는가를 조사한 연구가 적다. 고령자의 건강지표로서 중요한 신체자립도, 인지능력, 정신건강과의 관련에서 생활습관이 그런 효과를 지니고 있는지를 밝힌 연구가 적은 것이다.

7. 사용한 데이터베이스와 구체적인 분석절차

이번에 사용하는 데이터 개요를 소개코자 한다. 1987년에 전국에서 60세 이상 고령자3,288명을 층화·무작위로 추출하여 방문면접조사를 실시하였다. 그 결과 2,200명에게서 회답을 얻었다. 그 뒤 이 회답자에게서 1990년, 93년, 96년 같이 3년 간격으로 조사를 실시하였다. 앞으로의 연재에서도 이 데이터베이스를 사용할 것이므로 앞으로는 이 조사를 「전국고령자의 종단조사(縱斷調査)라 칭하기로 한다. 이 조사는 내가 소속한 동경도 노인종합연구소와 미국 미시건 대학의 공동연구로 한 것이다.

1987년에 한 첫 조사 시점에서 생활습관, 건강상태에 관한 정보를 수집하였다. 생활습관에 관한 항목으로서는 표1에 나타내듯이 수면시간, 음주, 끽연, 운동, 체중관리, 아침식사 섭취이다. 지금까지의 연구에서 각각의 생활습관에 대해서 건강에 유해하다고 하는 부적절한 상태를 상정하였다. 구체적으로는 수면시간을 「7시간 미만」과 「9시간 이상」을 부적절한 것으로 하였다. 부적절한 음주는 하루의 양을 1홉 이상으로 잡았다.

표1. 생활습관 항목

생활습관	건강에 유해하다고 한 생활습관 (부적절하다고 한 생활습관)
수면시간	7시간 미만, 9시간 이상
음 주	1일 1홉 이상
끽 연	흡연
운 동	체조나 운동의 횟수가 「잘하고 있다」고 한 것 이외의 것
체중관리	표준체중의 ±20% 이상
아침식사	결식할 때가 있다

끽연습관에서는 흡연하는 경우를 "부적절"로 하고 운동에서는 체조나 운동을 「잘하고 있다」고 한 그 밖의 사람을 "부적절"로 하였다. 체중관리는 브로커 지수 桂(카쓰라)변법의 표준체중에 따라 표준체중의 플러스·마이너스 20% 이상을 "부적절"로 하고, 아침식사는 회수를 불문하고 「결식한 바가 있다」는 경우를 "부적절"로 하였다.

건강지표에는 생명경과, 일상생활동작, 억울(억압·우울)상태, 인지능력을 썼다. 일상생활동작은 목욕, 보행의 자립 등으로 측정하고, 인지능력을 평가하는 항목은 자기의 생일, 부모의 이름, 총리대신의 이름 등을 정확히 맞추어 말할 수 있는가 하는, 집단 속에서 치매 의심이 가는 사람을 골라내는 스크리닝(Screening) 조사항목을 사용하였다. 분석 내용의 자세한 사항은 생략하지만 6년 후의 각 건강지표를 첫 조사에서 측정한 생활습관에서 어느 정도 예측할 수 있는지 여부를 검토하였다.

이 분석에서 알 수 있는 것을 소개해보자. 어디까지나 이 데이터에 한정한 것이며 일반적으로 적용해서 말할 수 있는지의 여부는 앞으로의 연구가 축적되는 바에 의한다.

8. 데이터에 의한 제언

(1) 고령자의 생명연장에는 금연이 중요

표2에 분석 결과를 나타낸 바, 끽연(흡연)이 생명경과를 유의의하게 단축시키는 습관임이 밝혀졌다. 유의의하다는 것은 통계적으로 의미가 있다는 것이다. 중년에서는 생명경과

(「生命豫後」)를 단축하는 생활습관으로서 끽연, 운동부족, 부적절한 체중관리, 과도한 음주, 부적절한 수면시간 등을 지적하나 이들 생활습관이 고령자의 생명경과와 꼭 관련 있는 것이 아니며, 고령자에게는 특히 금연이 수명을 연장하는데 중요한 생활습관인 것 같다.

표2. 생활습관과 건강과의 관계 (6년간의 추적조사에서)

생활습관	생명경과	일상생활 동작의 유지	억울증상의 경감	인지능력의 유지
부적절한 수면시간			↓	
과도한 음주				
끽연	↓			
운동부족			↓	
체중관리				
말랐다				
뚱뚱하다		↓		
간식한다				
아침식사 결식				

1) 화살표는 5%미만의 위험률에서 관련성이 보임을 나타내고 있다. ↑는 표두의 건강지표 향상, ↓는 표두의 건강지표 저하와 관련함을 의미한다.

2) 생명경과(生命豫後) 효과는 첫 조사에서 연령, 성, 만성질환의 유무, 일상생활동작의 장애 유무, 억울증상, 각 생활습관의 영향을 조정하여 분석하였다. 일상생활동작도 첫 조사시에 장애가 없는 자에 한정하여 첫 조사시의 연령, 성, 만성질환의 유무, 억울증상, 각 생활관습의 영향을 조정하여 분석. 억울증상은 첫 조사시의 연령, 성, 만성질환의 유무, 일상생활동작 장애의 유무, 억울증상, 각 생활습관의 영향을 조정하여 분석. 인지능력은 첫 조사시에 장애가 없는 자로 한정하여 첫 조사에서 연령, 성, 만성질환의 유무, 일상생활동작의 장애유무, 억울증상, 각 생활습관의 영향을 조정하여 분석.

(2) 자리눕기[1]방지에는 비만방지가 유효

고령자의 건강목표로서 신체자립도의 확보, 자리눕기(침와증)방지가 중요하다고 되어있다. 생활습관 중에는 체중관리가 안 된다는 것. 그 중에서도 비만방지가 안됨이 신체자립도의 저하와 관련되고 있음이 알려졌다. 지금까지도 자리눕기의 원인으로서 골절이 상위를 점하고 있음이 나타났으나 비만방지는 전도(轉倒 ; 넘어짐)에 의한 골절을 예방하거나 또 신체적 부하(負荷)를 저하시킴으로써 신체자립도의 유지에 기여할 가능성이 높다.

1) 자리눕기 : 뇌졸, 관절 골절 등으로 거동 불능하여 누워만 지내는 침와(寢臥)증.
본문에서는 「네(寢)타키리」

(3) 정신건강의 유지에는 운동과 수면시간이 중요

억울증상의 악화는 운동의 빈도가 적음과 수면시간이 너무 길거나 짧거나 한 부적절한 수면시간이 관련되고 있었다. 운동을 활발히 하는 것, 적당한 정도의 수면을 함이 스트레스의 해소를 촉진하고 정신건강을 유지함에 공헌할 수도 있다.

(4) 인지능력 유지의 방법

이번 데이터에서는 어느 생활습관도 인지능력 저하에 유의의한 영향이 없었다. 그러나 이 영역의 연구는 겨우 단서를 연데 불과하고 이 결과만으로는 생활습관이 인지능력에 영향이 없다고 결론지을 수는 없다.

(5) 생활습관은 만능이 아니다

생명경과, 일상생활동작, 인지능력, 억울증상 같은 모든 건강지표에 대해 유의한 영향력을 지닌 생활습관은 없었다. 건강상태의 모든 측면에 공헌하거나 유해한 영향력을 지닌 생활습관이 없다는데서 건강에 관한 모든 측면을 유지·증진시키기 위해서는 여러 가지 생활습관을 동시에 실시함이 필요하다고 할 수 있다.

9. 결과를 의심하는 것

여러분은 언뜻 이해가 안 된다고 할 지 모르나 어떤 한계를 가지고 연구를 하고 있는가를 마지막으로 언급하고자 한다.

첫째는 대개의 연구에서는 생활습관이 일정불변하다는 것을 전제로 하고 있다는 것이다. 끽연(흡연)에 대해서는 흡연 계속 기간이나 과거의 흡연 경험 유무와 관련시켜 건강에 미치는 영향을 평가하고 있는데, 많은 연구의 분석을 보면 조사시점에서의 생활습관이 그 후의 건강상태에 어떠한 영향을 미치는가를 평가하고 있다. 습관이란 데서 보면 별로 변화하지 않는 것을 다루고 있지만 만약 생활습관이 쉽게 변화하는 것이라면 단면적으로 파악한 생활습관이 건강에 미치는 영향은 과소하게 평가될 가능성이 있다.

두 번째는 생화습관이 어느 정도 시간이 지난 후에 건강에 영향을 지니는가가 연구 검토되지 않은 것이다. 생활습관이 건강에 미치는 영향은 하루나 이틀에 나타나는 것

이 아니다. 1년, 5년, 때로는 10년과 같이 장기간에 걸쳐 건강에 영향이 나타나다. 그러나 지금까지의 연구에서는 건강상태를 측정하는 시기를 달리하고 생활습관이 건강에 미치는 영향이 나타나는 시기의 차이를 탐구한 연구는 거의 없다. 생활습관이 건강에 미치는 영향이 어느 정도의 잠복기간을 가지고 영향이 나타나는지는 거의 알 수 없다. 너무 짧은 기간에 건강에 주는 영향을 평가할 경우에는 그 영향이 과소하게 평가될 지도 모른다.

여러분의 눈에 띄는 정보는 단순화된 것이 많은데, 이번의 데이터도 건강에 미치는 영향이 적다고 한 생활습관이 있더라도 그것을 가지고 결론을 내리려면 신중해야 한다.

Ⅲ. 배우자와의 사별, 직업에서의 은퇴와 건강

1. 이번 회의 화제 ····· 21
2. 어떤 영향을 생각할 수 있는가 ····· 21
3. 앞선 구미의 연구와 일본에서의 적용 ····· 22
4. 영향을 어떻게 평가하나 ····· 22
5. 배우자와의 사별은 건강에 어느정도 마이너스인가 ····· 23
6. 직업에서의 은퇴는 건강에 마이너스인가 플러스 인가····· 28
7. 맺는말 ····· 28

Ⅲ. 배우자와의 사별, 직업에서의 은퇴와 건강

1. 이번 회의 화제

나이가 들면서 사람들은 직업으로부터의 은퇴, 병걸리기, 배우자와의 사별 같은 생활상의 우발사건을 경험한다. 여기서는 생활우발사건이라 표현했으나, 라이프 이벤트(Life event)란 표현에 익숙한 사람도 있을 것이다. 생활우발사건의 원인은 직업은퇴처럼 제도적인 데에 그 원인을 찾을 수 있는 것, 배우자와의 사별이나 질병이환 같이 생물학적 노화와 강하게 관련되어 생기는 것이 있다. 배우자의 죽음이나 질병이환에는 사회적, 심리적 요인이 관여하는 경우도 있으므로 그 요인에 개입함으로써 배우자와의 사별시기나 질병의 이환시기를 늦출 수는 있다. 그러나 그런 경험의 시기는 어떻든 간에 생활우발사건의 발생은 고령기에 피해갈 수가 없는 것이다. 그 때문에 고령기에 생기는 생활우발사건이 어느 정도 스트레스를 줄 것인지, 또 그것에 대한 대처방법을 익혀 마음에 준비해 두는 것은 건강한 노후를 지향하는데 필요한 것이리라.

이번의 화제는 생활우발사건 중에서도 많은 사람이 경험하는 「배우자와의 사별 및 직업에서의 은퇴가 고령자의 건강에 있어 마이너스인가 플러스인가」하는 물음을 검토하고자 하는 것이다.

2. 어떤 영향을 생각할 수 있는가

배우자와의 사별이 건강에 플러스로 작용하리라 생각하는 사람은 없을 것이다. 여러분의 가까이 에서 배우자를 잃는 사람이 급속하게 늙어간다던가, 잃은 배우자의 뒤를 쫓듯이 사망하던가 하는 예가 있을 것이다. 그러나 직업에서의 은퇴가 건강에 끼치는 영향은 그리 단순하지는 않다. 일이 별로 즐겁지 않아 일찍 물러나 자기가 좋아하는 것을 자유롭게 하고자 생각하는 사람이라면 직업에서 은퇴하더라도 건강에 나쁜 영향은 별로 없다. 그러나 직업을 중심으로 생활에 싸이고 인간관계나 사회활동이 직업생활에 의존하고 있는 사람은 직업에서 물러난 후, 새로운 인간관계나 사회활동을 만드는데 실패하였을 때는 직업에서 물러난 이후는 인간관계가 좁아지고 일 이외에 생의 보람의 대상을 못 가지고 건강에 마이너스 영향이 나타날 수밖에 없다.

3. 앞선 구미의 연구와 일본에서의 적용

이상과 같이 그 영향을 여러 가지로 생각할 수 있으나 그것을 실제의 데이터로 뒷받침하는 사람은 일본에 많지 않다. 구미에서는 일본에 비해 이 분야의 연구는 앞서 있다. 그러나 미국에서의 연구성과를 그대로 일본에 맞추는데는 문제가 많다. 전회에서 본 생활습관과 관련되는 건강에의 위험요인은 끽연습관, 음주습관 등 예에서 보듯이 그것이 각기 건강에 직접 관련 있을만한 요인이기 때문에 그 영향이 구미와 일본 사이에 사회문화적으로 큰 차이가 있다고는 할 수 없다. 그러나 배우자와의 관계, 직업과의 관계는 사람들을 맺어주는 사회관계이므로 그 기능이나 질은 사회문화적 영향을 받는다. 따라서 사회관계의 상실이라 볼 수도 있는 직업으로부터의 은퇴나 배우자와의 사별은 그것이 주는 건강에의 영향은 구미와 일본간에 다를 가능성이 있다.

고령자와 배우자와의 관계가 일본에서는 「늙어서는 아들을 따르라」는 속담에서 보듯이 부부라는 횡적 연결보다는 부자관계라는 종적 연결이 강하다고 하기 때문에 구미와 비교해서 일본에서는 배우자가 사별한 경우라도 그 영향이 강하지 않다고 볼 수도 있다. 고령자가 취로의욕이 높고 직업에 보람이나 가치를 두는 사람이 많다고 보는 일본에서는 직업은퇴가 건강에 주는 영향이 구미와 비교해서 강하지 않을까 하는 가설을 세울 수 있다.

4. 영향을 어떻게 평가하나

실험동물과 달라서 인간사회를 연구대상으로 할 때, 실험실 같은 이상적인 실험환경을 만들 수는 없다. 그러므로 여러 가지 연구를 해가면서 그 영향을 과학적으로 평가하려는 시도를 해야 한다.

생활(우발)사건이 건강에 주는 영향을 평가하는 가장 단순한 방법은 어느 시점에서 생활사건을 경험한 사람과 이렇지 않은 사람을 비교하여 그 시점이나 그 뒤의 건강상태 변화에 어떠한 차이가 있는가를 보는 것이다. 그때는 생활사건을 경험한 사람과 그렇지 않은 사람간에 성이나, 연령, 사회계층 등이 건강에 주는 위험요인의 분포가 다를 가능성이 있으므로 이들 영향을 통계적인 기법을 활용하여 조정하고 나서 두 그룹을 비교한다.

그러나 이 분석방법에는 한계가 있다. 어느 시점에서 생활사건을 경험한 사람과 아니한 사람간에 건강에 주는 위험요인의 분포가 다르다고 해도 그 위험요인을 모두 조정하기에는 데이터상의 제약이나 위험요인 그 자체를 동일하게 규정 할 수 없다는 등의 이유로 곤란한 경우가 많다. 또 혹 위험요인을 모두 조정할 수 있어도 건강에의 위험요인 차이가 생활사건 때문에 생겼을 때에는 그것을 조정함으로써 생활사건의 영

향을 과소하게 평가하는 것이 된다. 배우자와 사별한 사람과 배우자가 있는 사람간에는 성이나 연령계급, 사회계층 같은 분포에 차이가 보여 그것들이 건강상태의 레벨차 원인으로 되었을 가능성이 있기 때문에 통계적으로 이들 분포의 차이를 조정하고서 사별 유무에 의한 건강상태를 비교한다. 그러나 만약 사회계층의 분포 차가 사별의 결과로 생긴 것이라면 그것을 조정함으로써 사회계층의 저하를 매개로 한 사별이 건강저하에 미치는 효과를 보는 것이 된다.

시기를 달리해서 반복 조사하는 종단조사에서는 이상과 같은 결점을 상당히 극복할 수가 있다. 어느 시점에서 생활사건을 경험하지 않은 사람들을 대상으로 그 뒤에 생활사건을 경험하기 전후에 따라 건강상태에 차이가 나오는지 여부를, 경험 않은 사람들과의 비교를 통해서 보는 식의 방법을 취한다. 같은 대상에서 생활사건 전후간의 비교가 되기 때문에 생활사건의 경험 이전을 대조군(對照群), 경험 이후를 실험군(實驗群)으로 본다면 건강에 주는 위험요인은 공통되고 있다고 보아도 좋다. 이 경우에도 생활사건 전후의 차이는 나이가 들어감에서 오는 차이의 가능성도 부정할 수 없다. 또한 경험 않은 사람을 대조군으로 설정하여 비교하면 이 경우에는 경험군과 미경험군에서는 그 위험요인의 분포에 차이가 보이므로 위의 방법과 같은 문제를 가지게 된다.

본 연구에서는 배우자와의 사별이나 직업에서의 은퇴, 영향을 단면적 또는 종단적인 방법을 써서 검토하고자 하다. 이번에도 전회에서 사용한 동경도 노인종합연구소가 미국 미시건 대학과 공동으로 한 조사 데이터 「전국 고령자의 종단조사」를 썼다.

5. 배우자와의 사별은 건강에 어느 정도 마이너스인가

(1) 정신건강에 마이너스 영향

3년간의 추적조사에 근거하여 첫 번째 조사시점에서는 배우자가 있는 사람을 대상으로 추적기간 중의 사별한 경험 유무에 의해서 억울 증상의 변화에 차이를 보이는가를 검토해 보았다. 분석에는 추적조사 1년 이내에 사별을 경험한 군과 1년 이상 경과한 군, 그리고 미경험군을 비교하여 이 세 그룹의 첫 회 조사시점에서의 성이나 연령, 학력, 이환 중인 만성질환수, 일상생활 동작의 장애 유무, 사회적 지원의 분포를 통계적으로 조정하였다. 분석결과는 그림1과 같이 배우자와의 사별경험에 의하여 억울 증상의 변화에 유의한 차이가 보였다. 사별을 경험하지 않은 그룹과 비교해서 추적조사 전 1년 이내에 사별을 경험한 군에서는 억울 증상의 득점이 증가하였다. 사별에서 1년 이상 경과한 사람과 사별을 경험하지 않은 군에서는 첫 회 조사와 추적조사간에 억울 증상의 득점에 차이가 거의 보이지 아니하였다.

미국에서는 사별 후의 적응과정이 다음과 같은 3단계로 나타나 있다. 제1단계에서는 사별 직후부터 몇 주간까지 지속하는 감정적인 동요의 시기, 제2단계에서는 몇 주간 후부터 약 1년 정도까지의 「회고와 저항」의 시기, 제3단계는 사별 1년 이후의 주체성의 재구성 시기로 하고 있다. 이상의 결과는 일본에서도 이런 지적이 적합함을 시사한다고 할 수 있는 것이다.

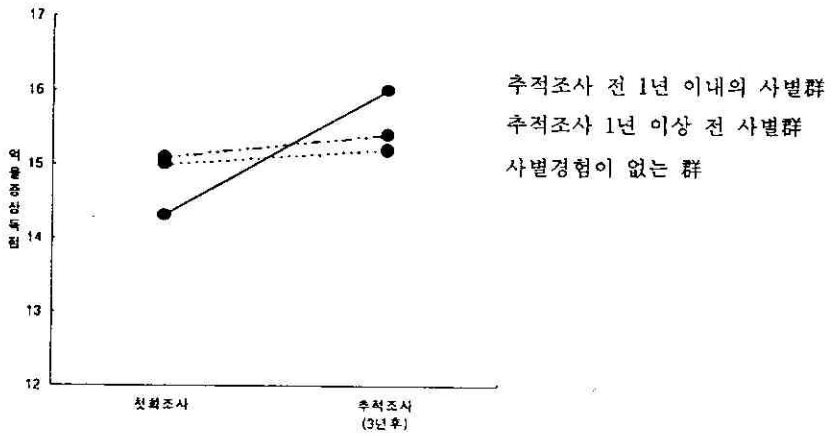


그림1. 사별경험의 유무에 의한 억울증상의 변화

주) 반복측정한 분산분석에 의한 추정. 첫회조사에서 성, 연령, 학력, 만성질환있는 질병 수, 일상생활동작 능력 장애의 유무를 조정

(2) 정신건강에 마이너스의 영향을 경감시키려면 사별 후의 지원이 중요

또 그 마이너스의 영향이 고령자의 사회적 지원에 의해 어느 정도 완화되는 지를 보았다. 사회적 지원은 배우자 이외의 사람에게서 받는 것으로 하고, 배우자와 사별하기 전과 후라는 두 시기의 상태를 다루었다. 그림2에서 나타낸 바와 같이 사별 1년 이내의 정신건강 저하는 사별 후 배우자 이외의 사람에게서 받은 사회적 지원이 많으면 상당히 완화됨을 알 수 있으나 사별 전의 사회적 지원은 사별 후의 정신건강 저하를 방지하는데는 별로 효과가 없었다. 배우자와의 사별 후에 주위의 사람과 어울리고 지원을 받는 것이 사별의 침체에서 조기에 회복하는 길인 것 같다. 이상의 (1), (2)의 사항은 필자도 공동연구자로 되어있는 오카바야시(岡林) 등의 연구골격을 참고하면서 분석방법을 달리하고 있으므로 이 보고의 결과는 필자가 직접 산출하였다.

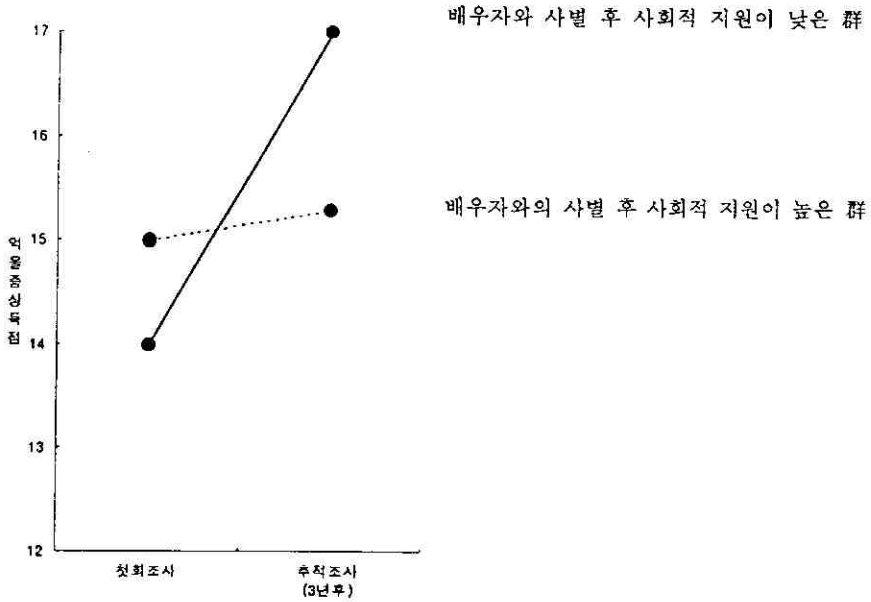


그림2. 사별후의 사회적 지원 다과에 의한 사별후 1년 미만군의 억울증상 차이

주) 반복측정한 분산분석에 의한 추정. 첫회조사에서 성, 연령, 학력, 만성질환있는 질병 수, 일상생활동작 능력 장애의 유무를 조정

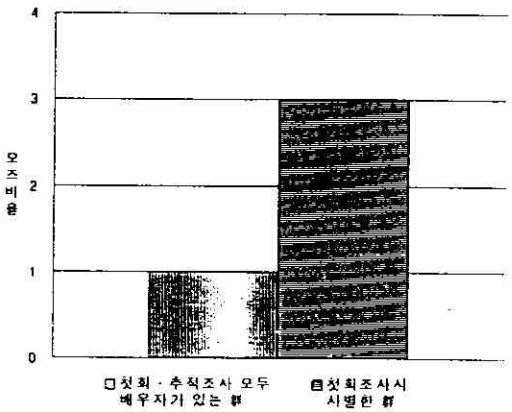


그림3. 배우자의 유무별로 본 6년 후의 사망률

주) 로지스틱 회귀분석. 첫회조사에서 성, 연령, 학력, 만성질환 있는 질병 수, 일상생활동작 능력 장애의 유무를 조정

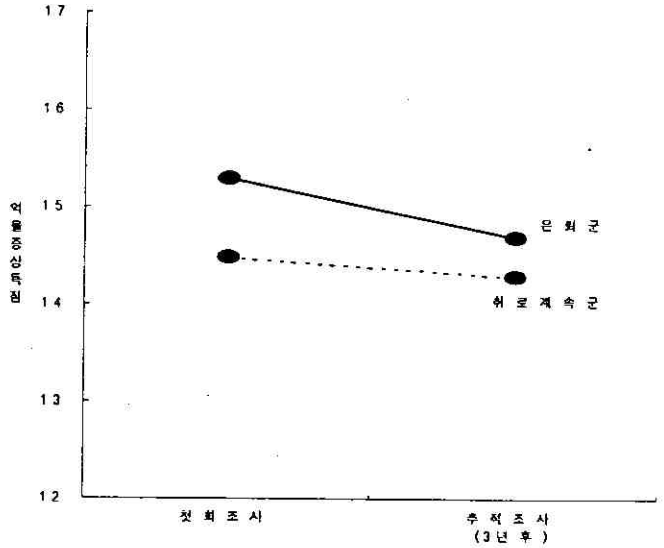


그림4. 직업에서의 은퇴 유무별로 본 억울증상의 변화

주) 반복측정의 분산분석에 의한 추정. 첫회조사에서 성, 연령, 학력, 만성질환있는 질병 수, 일상생활동작 능력 장애의 유무를 조정

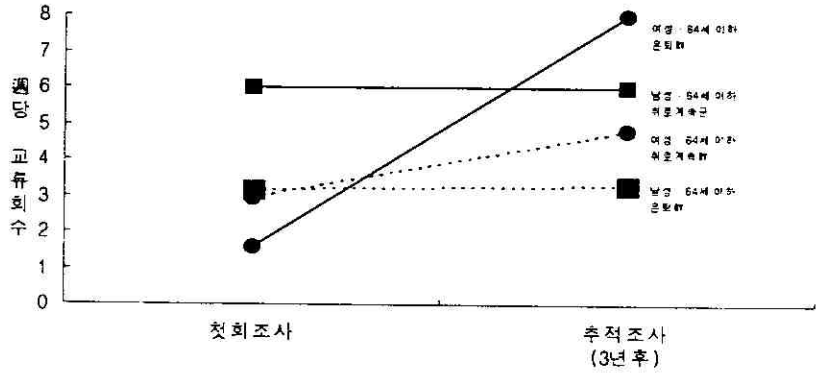


그림5. 직업에서의 은퇴유무·연령계급·성별로 본 가족이외의 사람과의 교류회수 변화

주) 반복측정의 분산분석에 의한 추정. 첫회조사에서 학력, 만성질환있는 질병 수, 일상생활동작 능력 장애의 유무를 조정

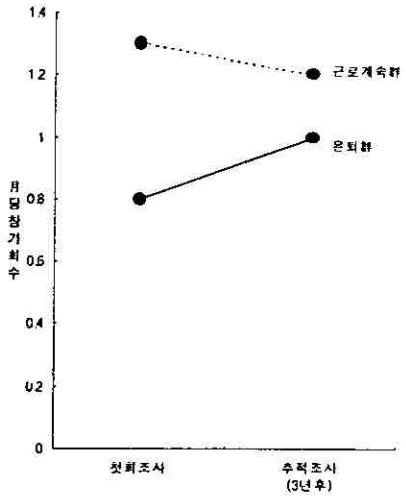


그림6. 직업에서 은퇴 유무별로 본 사회참가회수의 변화

주) 반복측정의 분산분석에 의한 추정. 첫회조사에서 성, 연령, 학력, 만성질환있는 질병 수, 일상생활동작 능력 장애의 유무를 조정

(3) 고령자는 배우자와의 사별이 사망률을 높인다

첫회 조사의 시점에서 배우자와 사별한 사람을 대상으로 추적기간인 6년간 내내 배우자가 있던 사람을 대조해서 6년 후의 사망률에 차이가 있는지 아닌지를 검토하였다. 그림3에 그 결과를 나타낸 바 첫회 조사의 시점에서 사별했던 사람은 6년간 내내 배우자가 있던 사람에 비해 사망률이 3.14배나 높고 배우자와의 사별이 사망률에 상당한 영향이 있음을 알 수 있다.

일본에서는 고령자인 경우, 배우자의 유무에 의해서는 그 뒤의 사망률에 차가 없다는 보고도 몇 가지 보인다. 그러나 첫회 조사의 시점에서는 배우자가 있는 사람도 추적기간에 사별할 가능성도 있기 때문에 계속해서 배우자가 있는 사람을 대조군으로서 설정함이 필요하게 된다. 그러나 이런 방법을 취하는 연구는 없고 방법론적으로 보아 문제가 많다. 고령이 되면서 사별은 어느 정도 예상되고 또 주위에도 경험한 사람이 많아지므로 사별이라는 생활우발사건에 대한 심리적인 준비를 할 수 있어 그 영향이 낮게 나오는 것인지도 모른다는 견해도 있는데, 이 보고서에서는 일본에서도 사별은 정신건강 뿐 아니라 사망으로까지 이어지는 스트레스풀한 사건이라고 할 수 있을 것 같다.

6. 직업에서의 은퇴는 건강에 마이너스인가 플러스인가

첫회 조사에서 취로하고 있던 자를 대상으로 추적조사의 시점에 취로하고 있는지 아닌지를 가지고, 추적조사 시점의 억울증상이나 사회관계에 어떠한 차이가 보이는가를 검토하였다. 추적조사의 기간은 3년간이다. 먼저 억울증상에 주는 영향부터 보기로 하자. 그림4에 나타낸 것처럼 취로계속자와 직업에서의 은퇴자와의 사이에는 추적기간 중의 억울증상의 변화에 유의의한 차이가 보이지 아니했다. 이는 성, 연령계급별로 보아도 같은 결과였다. 그림5에는 성, 연령계급별로 가족 이외의 사람과의 교류회수가 직업에서의 은퇴 전후간에 어떻게 변화하는가를 본 것이다. 남성에서는 모든 연령계층에서 직업에서의 은퇴에 의한 교류회수에 유의의한 변화는 안 보였다. 여성에서는 64세 이하에서 직업에서의 은퇴 이전에 비해서 은퇴 후에는 가족이외의 사람과의 교류가 증가하고 있었다. 사회참가의 회수는 은퇴의 전후간에 유의의한 차이가 없고 이는 성, 연령계급별로 보아도 마찬가지였다.

일본의 경우 남성은 은퇴 후의 생활을 일러 「막 쓰레기 덩이」라 해서 사회관계가 좁아지고 아무 할 일 없이 나날을 보낸다는 스테레오 타입화한 지적을 한다. 그러나 이 보고서에 관한 한, 일본에서는 직업에서의 은퇴는 건강이나 사회관계에 곡 마이너스적 영향을 초래하는 것이 아니라 할 수 있다. 다만 노후의 건강은 경제 보장의 레벨에 의해 크게 좌우되므로 금후에 혹 연금 수령 액의 삭감 등에 따라 노후의 경제 보장 수준이 저하될 경우에는 직업에서의 은퇴가 건강이나 사회관계면에서 마이너스적 영향을 줄 가능성은 충분히 있다.

이상의 6가지 보고는 필자도 공동 연구한 「스기사와 아야코」 등의 연구 골격을 참고하면서 분석방법을 달리하였기 때문에 이 보고서의 결과는 필자가 직접 산출하였다.

7. 맺는 말

이번에 제시한 결과는 여러분이 예상하던 사별의 건강영향, 직업에서의 은퇴 영향과 어느 정도의 공통성이나 차이가 있는 것일까. 이 분야의 연구는 실험적인 연구조건을 설정하기가 어렵고 또 시대나 문화적인 영향을 받아 연구결과에도 차질이 생길 가능성이 높다. 그러나 반면 이 차이의 원인을 검토함으로써 생활(우발)사건의 영향을 완화하는 사회적 또는 심리적인 조건을 엿볼 수 있을 수도 있다. 이에 검토 자료가 된다면 다행이다.

Ⅳ. 사회관계와 건강

1. 연재를 시작하면서 ····· 31
2. 사회관계가 왜 건강에 영향을 주나····· 31
3. 사회관계를 어떠한 잣대로 재는가 ····· 32
4. 풍족한 사회관계는 사망률을 저하시키는가 ····· 32
5. 풍족한 사회관계는 자리눕기병을 방지할 가능성은 있는가 ····· 33
6. 주위에 도움을 주는 중요성 ····· 34
7. 지원이 많은 것이 좋다고 말 할 수는 없다 ····· 35
8. 심신의 건강을 유지·증진키 위한 사회관계····· 36

Ⅳ. 사회관계와 건강

1. 이번의 화제

우리는 가족을 비롯하여 가까이 있는 이, 직업과 관련 있는 사람, 또는 학생시대의 벗같이 다양한 사람들과 직접 혹은 전화로 말하거나 함께 행동하거나 한다. 외딴섬에서 홀로 사는 게 아닌 한 사회에서는 타인과 전혀 관계없이 생활할 수가 없다. 보통 생활 속에서는 별로 의식하지 못할지 모르나 우리들은 다른 사람과 어울리는 중에 마음의 안정을 얻거나 걱정거리 골치 아픈 일에 상담을 받기도 한다. 병에 걸렸을 때 위로나 도움을 받을 수 있는 등 여러 가지 도움을 받는다. 또 반대로 다른 사람의 상담에 응해주고 격려해주기도 하는 등 주위사람에게 도움을 주는 경우도 적지 않다. 사람들은 여러 면으로 서로 접촉하면서 의지하고 의지되는 관계라 할 것이다.

이처럼 사람과 사람과의 관계가 마음과 몸의 건강유지나 회복에 중요한 역할을 지니고 있음은 여러분도 체험적으로 느꼈을 것이다. 전호에서 소개한 「배우자의 죽음」이나「직업에서의 은퇴」 예에서 보듯이 고령기에 부딪히는 생활사건은 배우관계나 직업분야 사람들 같은 사회관계의 단절을 수반하는 경우가 많다. 배우자와의 사별이 사망률의 증가나 정신건강의 저하로 이어졌다는 것은 고령자의 사회관계 중에서도 배우자와의 관계가 심신의 건강유지에 얼마나 중요한가를 보여주는 것이라 하겠다. 그러나 풍족스러운 사회관계가 건강의 유지나 회복에 공헌한다는 것을 자료에 의해 구체적으로 뒷받침한 것은 별로 오래지 않다.

이번의 화제는「사람과 사람의 관계 즉, 사회관계가 고령자의 심신건강에 있어 어떠한 영향을 지니는가」를 검토하고자 하는 것이다.

2. 사회관계가 왜 건강에 영향 주나

사회관계가 왜 건강의 유지나 회복에 효과가 있는가? 그 메커니즘을 소개해 보자. 크게 나누어 두 개의 메커니즘이 있는데, 하나는 직접적인 효과라는 것이고 다른 하나는 완충효과라는 것이다.

직접적인 효과는 다시 두 종류로 나눈다. 하나는 고독이나 고립, 또는 주위로부터의 괴롭힘이라는 예에서 알 수 있듯이 사회관계 그 자체가 심신의 건강을 해치는 스트레스로 된다. 다른 하나는 건강에 해가 끼치는 것을 예방하게끔 사회관계가 작용하는 것이다. 사회관계가 풍족한 사람은 이 관계를 통해서 얻는 정보나 구체적인 도움에 의해 심신의 건강에 해가 될 만한 문제의 발생을 미연에 예방·회피하거나 때로는 질병발생을 예방하기 위한 예방적 보건행동을 하게 된다.

완충효과란 스트레스를 주는 생활우발사건이 생겼을 때 그것이 건강에 주는 악영향이 주위로부터 얻는 다양한 도움에 의해 완화된다는 것이다. 배우자와의 사별로 정신건강이 저하하나 배우자 이외의 주위 사람들로부터 받는 도움이 있을 때는 그것이 없는 사람과 비교하면 「사별」의 영향이 경감된다는 것을 전호에서 소개한 바 있다. 그것이 완충효과의 예라 할 수 있다.

3. 사회관계를 어떠한 잣대로 재는가

사회관계라 해도 이를 어떠한 잣대로 재는가 하는 것이 문제가 된다. 사회관계는 양적 또는 구조적인 측면과 기능적인 측면에서 포착할 수가 있다. 사회적 네트워크나 지원 같은 말을 들은 바 있는 사람도 적지 않다고 여기나 사회관계의 구조적·양적 측면을 사회적 네트워크, 기능적 측면을 사회적 지원이라 불러 구별한다. 양적 또는 구조적이란 것은 쉽게 말해서 친구와의 교류빈도라던가 친구 수 또는 접촉 있던 사람 중에 가족·친족의 비율이 어느 정도인가 등에 의해 측정한다. 기능적 면인 사회적 지원은 격려해 주는 사람이나 자기 기분을 이해해 주는 사람이 있는지 없는지 같은 정서적 지원과 병에 걸렸을 때 도와주는 사람, 필요할 때 금전적인 원조를 제공해 주는 사람이 있는지 없는지 하는 수단적 지원에 의해 주로 측정한다. 최근에 사회적 지원은 여러 가지 관점에서 검토하는 경향이다. 지원을 받는 것은 타인에 대한 의존적인 존재가 되어 자존심 감정이 손상될 수도 있기 때문에 심신건강에 마이너스로 작용할 가능성도 있다는 지적이 있다. 또 받기만 하지 않고 주위에 도움을 주는 중요성 혹은 받고 있는 지원과 제공하는 지원의 밸런스가 문제가 된다.

4. 풍족한 사회관계는 사망률을 저하시키는가.

미국에서는 30~69세의 주민을 대상으로 한 9년간의 추적조사에 입각해서 사회관계와 9년 후의 사망률과의 관계를 검토한 연구를 버크만(Berkman)과 사임(Syme)이 1979년에 발표하여 주목받았다. 사회관계는 배우자의 유무, 가족이나 친구와의 접촉빈도, 종교활동 참가, 기타의 집단에 소속하는 등 사회적 네트워크 면에서 측정한다. 분석결과를 보면 사회적 네트워크가 풍부한 사람은 사망률이 훨씬 낮음이 밝혀졌다. 그 후, 구미에서는 연구를 추적하고 거의 같은 결과를 얻었다.

그러면 구미와 마찬가지로 일본에서도 사회관계가 풍부한 사람은 사망률이 낮다고 할 수 있을까? 전국의 60세 이상 고령자에 대한 3년간의 추적조사(상세한 것은 연재 제1회를 참조)에 입각해서 첫회 조사의 사회관계와 3년 후의 사망률과의 관계를 보았

다. 사회관계는 사회적 네트워크 면에서 배우자 유무, 이웃이나 친구와의 교류빈도, 지역조직에의 참가빈도에 의해 측정하였다. 사회관계가 협소하다는 것은 건강상태가 나쁘던가 사회계층이 낮아 보건행동이 안 되는 등 사망률을 높일 요인과도 관계되고 있어 첫회 조사의 기본속성, 사회계층, 건강상태, 보건행동의 영향을 조정하여 사회관계와 3년 후 사망률과의 관련을 분석했다. 남녀 모두 배우자의 유무, 이웃이나 친구와의 교류빈도는 사망률과 유의한 관련은 없었으나 남성은 지역조직에의 참가빈도가 사망률과 유의하게 관련되고 있으며 참가빈도가 1개월에 1회 미만인 사람은 그 이상의 사람과 비교해 서 30년 후의 사망률이 1.8배였다.

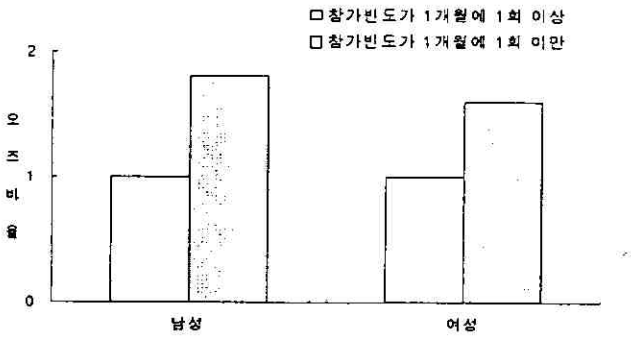


그림1. 지역사회에의 참가빈도와 3년 후의 사망률

주) 로지스틱 회귀분석. 첫회조사에서 연령, 학력, 만성질환있는 질병수, 일상생활동작 능력 및 보건행동의 영향을 조정

5. 풍족한 사회관계는 자리눕기병을 방지할 가능성은 있는가

그러면 사회관계는 뇌졸 방지에 효과가 있는 것일까. 사회관계와 사망률과의 관계를 분석한 데이터를 사용해서 첫회 조사로 일상생활동작 능력에 장애가 없는 고령자를 대상으로 사회관계와 3년 후의 일상생활동작 능력의 장애 발생과의 관련을 분석해 보았다. 사회관계의 잣대로서는 사망률과의 관계를 분석했을 때와 마찬가지로 사회적 네트워크의 측면에서 배우자의 유무, 이웃이나 친구와의 교제빈도, 지역조직에의 참가빈도로 측정했다. 사망률과 같이 일상생활동작의 장애발생은 남녀 모두 배우자의 유무, 이웃이나 친구와의 교류빈도에 유의한 관련은 없었으나 남성은 지역조직에의 참가빈도가 유의하게 관련하고 있어 참가빈도가 1개월에 1회 미만인 사람은 그 이상인 사람에 비해 3년 후에 장애가 발생할 비율이 1.9배였다.

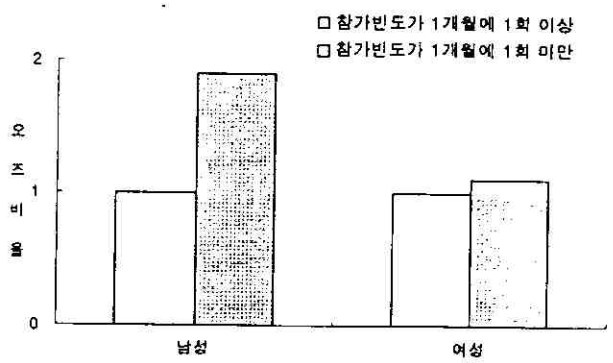


그림2. 지역사회에의 참가빈도와 3년 후의 일상생활동작능력의 장애발생률

주) 첫 회 조사에서 장애가 없는 고령자를 대상으로 로지스틱 회귀분석을 하였다.
첫 회 조사에서 연령, 학력, 만성질환있는 질병 수, 보건행동의 영향을 조정

병이나 장애를 가진 사람도 사회관계가 건강악화의 방지에 기여한다는 결과도 나타났다. 본고에서는 구체적인 결과를 나타내지 않으나 필자는 뇌혈관질환장애를 지닌 환자를 대상으로 실시한 3년 반의 추적조사에 입각해서 지역 조직에의 참가빈도가 높을수록 일상생활동작 능력의 저하가 적었음을 알 수 있었다. 본고에서의 결과 뿐 아니라 구미의 연구에서도 여성의 경우 사망률에 대한 사회관계의 효과는 낮다. 그 이유로서는 여성인 경우 사회관계의 그물망 틈새에 깊이 박혀있는 데다 일상생활의 일부로서 어떤 사람과 매일 접촉하고 있는지는 의식적으로 잡기가 힘들어 조사에서 정확히 포착하기 어렵다고 하는데 정확한 이유는 아직 잘 모른다.

6. 주위에 도움을 주는 중요성

고령자는 주위로부터 도움을 받는 존재, 사회에 부담을 주는 존재로 보이기 십상이다. 그러나 최근 도움을 받을 뿐 아니라 제공하는 것이 고령자의 심신 건강에 중요하다는 것이 알려졌다. 전국에서 60세 이상의 고령자 조사 대상자에게서 일상생활동작 능력에 장애 있는 사람 전체 125명과 성 그리고 연령을 매치시킨 장애 없는 125명을 추출하여 각 집단에서 생각하는 바 나 위로사항을 나타내게 할 수 있는가 하는 정서적 도움을 받는 것, 병에 걸렸을 때 보살핌을 기대할 수 있는가 하는 수단적 지원을 받는 것, 그리고 정서적 도움을 제공하는 것 등 3종류의 도움과 주관적 행복감과의 관련을 분석하였다. 그 결과 <표1>과 같이 나타났음. 장애 없는 고령자는 정서적 도움을 받는 것이 주관적 행복감을 높인다는 것과 관련이 있었다.

다른 한편 일상생활동작 능력에 장애가 있는 고령자는 정서적 도움에다 수단적 지원을 받는 것, 그리고 정서적인 도움을 제공함이 주관적 행복감을 높이는 것과 유의하게 관련이 있었다. 장애를 지닌 고령자는 주위에서 원조 받는 것이 정신건강을 높이는 것으로 연결되나 이처럼 주위에 의존하는 상태이기에 그럴수록 상담상대나 격려 등을 할 수 있는데서 주위에 공헌함이 정신건강에 있어 중요한 것으로 나타났다.

표1. 사회적 서포트와 주관적 행복감과의 관련

구 분	장애 있는 고령자	장애 없는 고령자
정서적 서포트를 받는다	↑	↑
수단적 서포트를 받는다	↑	
정서적 서포트를 제공한다	↑	

주1) ↑는 사회적 서포트가 주관적 행복감을 유의하게 높이는 방향으로 작용함을 의미.

주2) 종속변수를 주관적 행복감으로 하고, 독립변수로서 연령, 성, 학력, 건강도의 자기평가, 경제상태, 사회적 서포트의 변수를 투입하여 중회귀분석을 하였다. 분석에서는 사회적 서포트의 항목을 1항목마다 별도로 따로따로 투입했다..

7. 지원이 많은 것이 좋다고 말 할 수는 없다.

미국에서 한 연구로 필자의 연구에 의한 것은 아니나, 지원이 많으면 많을수록 좋다고만 할 수 없음을 나타낸 연구가 있기에 소개하고자 한다. 뇌혈관질환 환자를 대상으로 수단적 지원과 일상생활동작 능력과의 관계를, 첫회 발작에서부터 6개월간의 추적조사에 의해 검토한 것이다. 재미있는 것이 정서적, 정보적 또는 수단적 지원을 高(고위), 中(중위), 低(저위)의 3단계로 구분하여 각기 그 뒤에 일생생활동작 능력의 사후 경과가 어떠한 차이가 보이는지를 분석하고 있다. 분석결과에 의하면 수단적 도움은 중위의 도움을 받는 사람은 고위의 도움을 받는 사람에 비해 일상생활동작 능력의 사후경과가 약간 양호했고 저위의 도움을 받는 이는 중위의 사람보다 사후경과가 좋지 아니하였음이 밝혀졌다.

정서적 도움은 중위와 고위의 도움과 일상생활동작 능력의 사후경과 간에 거의 차이가 보이지 않았다. 수단적 지원의 경우에는 주위에서 도움을 지나치게 제공할 때는 일상생활동작 능력의 개선에 별로 유효치 않고, 자칫하면 고령자로 하여금 주위에 의존하는 자세를 심화시켜 자기의 일은 스스로 한다는 자립성을 저하시킨다는 폐해의 가능성도 있음을 이 데이터는 보여주는 것이 아닐까 한다.

8. 심신의 건강을 유지·증진키 위한 사회관계

이상의 사전지식을 가지고 어떠한 사회관계 모습이 심신건강의 유지·증진에 중요한가를 간단히 정리해 두고자 한다.

(1) 사회에서 고립되지 않음은 고령자의 마음과 몸의 건강유지나 증진에 중요하다. 그 중에도 지역조직이나 단체에 가입하여 활동하는 사회적 참가는 고령자의 자리눕기병 방지나 사망률 저하에 공헌할 가능성이 있다.

(2) 주위에서 지원을 받을 뿐만 아니라 할 수 있는 대로 도움을 주는 것이 고령자의 건강유지나 회복에 도움을 준다.

(3) 도움을 과도하게 받는 것은 주위에 의존하는 자세를 심화시켜 심신의 건강에 마이너스가 될 가능성도 있다. 고령자가 맺는 사회관계는 그 사람의 생활경력, 문화, 가치관, 성격특성 같은 갖가지 요인에 의해 영향받아 형성된다. 그 때문에 사회관계를 풍족하게 함이 강조되어 거기에 호응하여 사회관계를 풍족하게 하려고 무리하게 도전해 보아도 잘 될 수만은 없다. 무리하게 관계를 만들려다 보면 그것이 스트레스가 되고, 또 그것 때문에 역으로 사회관계를 무너지게 할 수도 있다. 일상생활 속에서 너무 강인하게 관계를 만들려 하지 말고 인간관계가 중요하다는 것, 자그마한 마음쓰임새로 혹시 무슨 일이 있을 때는 주위에 도움을 요청할 수 있게 따뜻한 인간관계를 지니는 것이 필요하지 않을까? 본고가 사회관계를 고찰하는 계기를 제공할 수 있으면 하는 것이 본래의 바램이다.

V. 고령자 자살의 사회적 배경

1. 이번 회의 화제 ····· 39
2. 자살과 관련한 요인을 분석하는 방법 ····· 39
3. 자살은 젊은이보다 고령자에 많다 ····· 40
4. 경기동향과 자살률은 관계가 있는가 ····· 40
5. 자살사망률은 도·도·부·현별로 무척다르다 ····· 41
6. 경제적 빈곤지역에서 중년남자의 자살비율이 높다 ····· 41
7. 고령자의 단독가구가 많은 지역에서 여성고령자의 사망률이 낮다 ··· 42
8. 자연환경이 어려운 곳에서 높은 고령자 자살 ····· 43
9. 맺는 말 ····· 43

V. 고령자 자살의 사회적 배경

1. 이번 회의 화제

최근에 괴롭힘(「이지메」)을 고민하던 젊은이의 자살을 매스컴에서 크게 다루어 사회문제화 하였다. 그러나 고령자의 자살에 대해서는 별로 보도하지 않는다. 고령자 자살의 현실을 모르는 사람도 많지가 않을까. 자살은 돌발적으로 생기는 것, 혹은 자살하는 사람을 정신적으로 약한 사람이고 사회적 배경 같은 것이 거의 없다고 여기는 이도 있는 것은 아닐까. 물론 자살의 원인을 사회적 요인에서만 찾을 수는 없다. 생물학적 심리적 요인이 복잡하게 얽혀서 일어난다. 본고에서는 「고령자 자살의 사회적 배경이란 무엇인가」하는 물음에 답해보고자 한다.

2. 자살과 관련한 요인을 분석하는 방법

자살과 관련한 요인을 개인의 특성과 관련해서 분석하려면 개개의 사례에 대해서 그 사람을 잘 알고있는 가족이나 친구에게서 자살이전의 상황을 들어보는 것을 통하여 그 요인을 찾는 케이스·스터디적인 방법과 어떤 집단을 대상으로 어떠한 특성이나 배경을 지닌 사항에 자살이 집적되기 쉬운가를 분석하는 역학적(疫學的)인 방법이 있다.

필자의 연구방법은 주로 케이스·스터디적인 방법이 아니라, 개인을 특성에 따라 분류하여 어떠한 특성을 지닌 개인에 건강상의 문제가 집적하고 있는가를 분석하는 방법이다. 자살은 그 출현빈도가 적기 때문에 역학적인 방법을 쓰려면 많은 사람들을 대상으로 조사해야 한다. 1996년의 통계로는 연간 22,138명이 자살로 사망하여 교통사고로 사망하는 사람(14,344명)보다도 많다. 그 수가 많음에 놀라는 사람도 있을 것이다. 그러나 10만 명당 사망률로 보면 17.8이다. 10만 명을 대상으로 추적조사를 실시해도 자살자 수가 약20명 정도로 통계적으로 분석할 수가 없다. 필자가 관계하고 있는 조사는 대상자수가 2,000~3,000명이어서 이것으로는 자살사례를 거의 포착할 수가 없다.

차선책으로서 본고에서는 분석단위를 개인에 두는 게 아니라 집단을 대상으로 하고, 그 집단의 특성과 건강지표와의 관련을 분석함으로써 자살의 배경을 잡는 방법을 채택한다. 구체적으로는 도도부현(都道府縣)을 단위로 도도부현의 사회경제지표와 도도부현의 자살사망률과의 관계를 분석함으로써 자살의 사회적 배경을 탐색코자하는 것이다. 그러나 자살율이 높은 집단의 특성이 그대로 자살한 개인의 특성인지 여부는 불분명하기 때문에 결과해석에는 신중함이 필요하다.

3. 자살은 젊은이보다도 고령자에 많다

먼저 자살에 관한 전국 통계부터 소개해 보자. 여러분 중에는 젊은이 쪽이 고령자에 비해 자살에 의한 사망률이 높으리라 여기는 사람도 있을 것이다. 그러나 실제로는 그 반대로 고령일수록 자살사망률이 높아지는 경향이다. 1996년의 통계에 의하면 15~19세에서는 자살사망률이 10만 명당 4.9, 20~24세에서는 11.5, 50~54세는 29.7, 65세 이상에서는 31.0이었다. 이런 일반 사람들의 인상과 현실과의 괴리는 왜 생기는 것일까.

우리는 매스컴을 통해서 간접적으로 사회에서 일어나는 여러 가지 사건을 알거나 이해하거나 한다. 자살건수와 신문 보도간의 관계를 분석한 연구에서는 실제의 자살수에 대한 신문보도상의 자살건수의 비율이 미성년층에서 21.8%, 청년층에서 15.6%, 중년층 11.3% 노년층에서는 4.3%로서 고령이 됨에 따라 자살이 발생해도 보도되는 비율이 적은데서 명백하다. 매스컴이 고령자보다도 젊은이를 중점적으로 다루는 보도에 의해 젊은이 쪽이 자살률이 높다는 인상을 심어준 것은 아닌가 여긴다.

4. 경기동향과 자살률은 관계가 있는가

불황이나 공황같은 경제적 위기가 사람들에게 생활고를 주고 자살의 수를 증가시킨다는 견해가 있다. 이는 개발도상국같이 경제적으로 가난한 나라에나 해당되는 것일까. 경제적으로 풍족하게 된 일본에도 해당되는 것일까. 50~54세의 중년기와 75~79세의 노년기로 구분하여 남녀별로 최근 20년간의 완전실업률과 자살률을 폴로트한 것이 그림1(중년기)과 그림2(노년기)이다. 중년기의 남성을 보면 자살률은 1985년경에 하나의 피크기가 있었고 1990년 전후를 밑점으로 최근에 다시 증가경향이다. 이 동향은 완전실업률의 동향과 지극히 근사하고 있다. 여성은 자살률이 연차적 동향과 거의 무관계였다. 노년기의 남녀는 중년의 여성과 같이 자살률은 완전실업률의 연차적 변화와 거의 관계가 없었다.

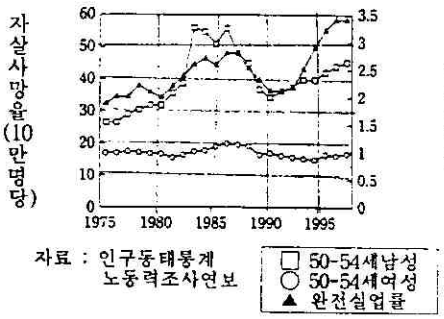


그림1. 중년기의 자살율과 완전실업율의 연도별추이

그림2. 노년기의 자살율과 완전실업율의 연도별추이

경제적으로 풍족해졌다고는 해도 중년기의 남성인 경우에는 현재의 심각한 불황이 실업, 빈곤이라는 스트레스를 주는 사건들이 많이 발생하여 그 결과로서 자살사망률을 끌어올린다고 보아도 될 것이다.

5. 자살사망률은 도·도·부·현별로 무척 다르다

만약 자살이 돌발적으로 생기는 것이라면 도도부현을 단위로 할 때 지역적인 차는 그리 현저하지는 않을 것이다. 표1에 보이듯이 중년기(40~59세)에서는 남성은 아주 낮은 지역 德島(「도쿠시마」: 인구10만 명당 25.0)과 높은 지역 島銀(「시마네 : 63.1)에서는 2배의 차이가 있다. 여성도 (낮은 지역 : 香川 :「카가와」7.3, 높은 지역 : 島銀「시마네」18.8) 남성과 거의 같은 2배의 격차가 있다. 노년기(65세 이상)는 아주 높은 지역과 아주 낮은 지역의 격차가 남성은 3배(香川「카가와」:25.7, 宮기「미야자키」:85.5), 여성은 10배였다 (沖繩「오키나와」:4.3, 新潟「니이카다」:52.5). 변동계수에서도 보듯이 노년기에는 중년기와 비교해서 특히 여성은 자살사망률의 도도부현별 격차가 현저하였다.

이러한 차이는 왜 생기는 것일까. 자살사망률과 도도부현의 사회경제 의식관련지표와의 관계를 분석함으로써 그 요인을 찾고자 한다.

표1. 중년기 및 노년기의 자살사망률(인구 10만명당)의 도도부현(都道府縣) 격차

연령층	중년기 (40~49세)				노년기 (65세 이상)			
성별	남성		여성		남성		여성	
상위 3지역	島根	63.1	島根	18.8	宮崎	85.5	新潟	52.5
	宮崎	61.5	和歌山	18.2	秋田	79.6	秋田	50.7
	岩手	59.1	新潟	17.5	青森	69.0	青森	43.0
하위 3지역	愛知	28.6	大分	10.0	愛媛	30.9	東京	17.2
	靜岡	26.7	山形	9.3	奈良	26.5	石川	16.3
	德島	25.0	香川	7.3	香川	25.7	沖繩	4.3
변동지수		22.9		18.7		27.1		33.5

주) 자살수는 1997년 인구동태통계, 인구는 1995년 총인구조사 수치를 사용.
연령층 내에서는 연령조정을 아니하였다.

6. 경제적 빈곤지역에서 중년남자의 자살비율이 높다.

현민(주민)의식조사의 데이터와 자살사망률과의 관계를 보자. 그림3에 향토「현지의 행사나 축제에 참가한다」는 회답비율과 자살사망률과의 관련을 플로트하였다. 두 지

교제가 많다」「문화시설 이용이 어렵다」「예부터의 관행을 존중」이라는 회답이 많은, 즉 농촌적인 특징을 지닌 지역에서 중년기 남성의 자살사망률이 높았다. 지연, 혈연이 강한 농촌적인 지역에서는 이러한 네트워크가 자살을 억제하는 것처럼 작용한다고 보이나 현실은 그 반대였다. 직업별 자살률 통계(1990년)에서는 농촌지역에 많이 분포해 있는 제1차 산업 취업자의 수정(修正)사망률이 인구 10만 명당 44.5로 도시에 많이 분포하는 제3차 산업 취업자 16.5의 3배이다. 자살의 리스크를 많이 안고있는 직업이 농촌적인 지역에 많이 분포하고 있음을 반영하여 농촌적 지역의 중년기 남성의 자살사망률이 높게 되었다는 해석이 가능할 것이다.

앞에서 중년기 남성은 경기동향과 자살사망률이 밀접하기 관련하고 있음을 보았으나 주민세의 납부액이 낮은 지역은 중년기 남성의 자살사망률이 높아 중년기 남성은 경제적 빈곤도 자살사망률을 끌어올리는 원인으로 되고 있음이 엿보인다.

7. 고령자의 단독가구가 많은 지역에서 여성고령자의 사망률이 낮다

그림4는 65세 이상의 고령자가 있는 가구에서 점하는 고령 단독가구의 비율과 노년기 여성의 자살사망률을 플로트한 것이다. 미혼이나 사별한 고령자는 유배우인 고령자에 비해 자살사망률이 높은 것을 명백히 하고 있으나 그렇다면 고령자 단독가구의 비율이 많은 지역에서는 고령자의 자살사망률이 높다는 결과를 예상한다. 그러나 그 예상에 반하여 고령자 단독가구가 많은 지역일수록 노년기 여성의 자살사망률이 낮았다. 이 결과의 해석은 어떻게 하면 좋을까. 동경도(시)의 자살사례를 바탕으로 아이들과 동거하는 고령자는 단신인 고령자보다도 자살사망률이 높음이 밝혀졌다. 노년기 여성만 자살사망률이 고령단독가구의 비율과 관계가 있다고 한다면 3세대가족, 특히 며느리와 고령자의 동거가 인간관계상의 트러블을 일으켜 노년기 여성의 고립화, 나아가서는 자살로의 동기도 된다고 볼 수는 없을까?

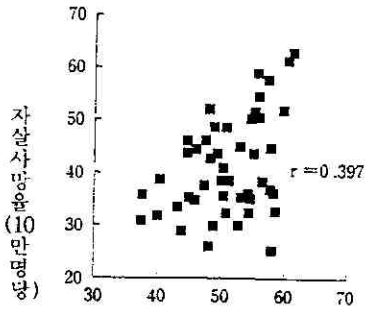


그림3. 도도부현별 현지행사와 축제 참가비율과 중년기 남성의 자살 사망율

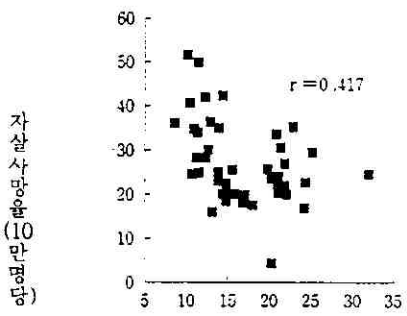


그림4. 도도부현별로본 고령자는 가구에서 점하는 고령 단독가구의 비율과 노년기 여성의 자살사망율

8. 자연환경이 어려운 곳에서 높은 고령자 자살

그림5에 도도부현별로 강설일수와 노년기 여성의 자살사망률과의 관계를 플로트하였다.

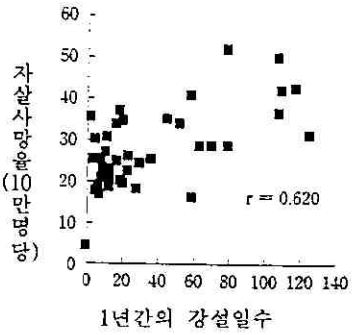


그림5 도도부현별로 본 년간 강설일수와 노년기 여성의 자살 사망율과의 관계

양자의 상관도는 0.620이고 강설일수가 많은 지역일수록 노년기 여성의 자연사망률이 높았다. 노년기 남성도 여성만큼 높지는 않으나 유의의한 관련이 보인다(r=0.298).「니이카타」(新潟)는 눈이 많은 곳으로 유명한데 「니이카타」고령자의 자살을 해석한 연구는 꼭 겨울철에 자살이 집중해서 발생하고 있지만은 않다. 눈이 깊이 오는 겨울철 환경이 고령자의 자살과 관계하고 있다고는 할 수 없는 것 같다. 필자는 이렇게 해석해도 좋을지를 검토중이다. 독자 여러분은 어떻게 생각할 것인가.

중년기 여성은 자살사망률이 도도부현의 사회경제 및 의식지표와 유의한 관련성이 거의 보이지 아니했다. 여성의 자살은 정서적, 발작적인 경향이 강하다는 지적도 있다. 또 경시청(경찰청)의 자살동기에 관한 조사(1996년)에 의하면 50~59세의 여성에서는 「병고」(46.8%)가 가장 많고 「알콜증이나 정신장애」(30%)가 뒤를 잇고 있다. 같은 연령의 남성에서는 「알콜증이나 정신장애」의 비율이 11.8%로 여성의 3분의1 비율이었다. 중년여성의 경우는 다른 성이나 연령계급의 사람과 비교해서 자살의 배경에서 점하는 신체적, 정신적 질환의 비중이 크다고 생각한다.

9. 맺는 말

매스컴에서 젊은이의 자살에 대해서 여러 가지로 다루고 있으나 중년 또는 노년의 자살은 별로 취급치 않는다. 이 보고서를 통해 중년층 노년층의 자살배경은 젊은이의 자살과는 상당한 차이가 있음이 이해되지 않았을까, 물론 개개의 사례를 다룬다면 거기에는 무척 복잡한 개인적인 사정이 관계하고 있는 경우도 적지 않을 것이다. 그러나 그것을 집단으로서 관찰함으로써 그 배경에 있는 공통적 요인이 그런대로 대략적이긴 하지만 보이게 된 것이 아닐까 한다.

Ⅵ. 주관적인 건강평가의 의의

1. 머리말 ····· 47
2. 주관적인 건강 측정방법 ····· 47
3. 집단의 건강상태 측정방법 ····· 48
4. 종합적인 건강을 측정하는 지표로서의 주관적인 건강평가 ····· 49
5. 건강에 대한 자기평가의 영향 ····· 49
6. 주관적 판단에 의한 사망 및 복지수요 등의 발생 예측 ····· 51
7. 주관적 판단에 기초한 건강만들기 ····· 51

Ⅵ. 주관적인 건강평가의 의의

1. 머리말

우리는 자기의 몸이면서도 병에 걸렸는지 또는 어떤 병을 가지고 있는지에 대해서는 정확히 평가, 판단할 수가 없다. 특히 만성적인 경과를 거치는 질환인 경우에는 웬만큼 상태가 나빠지지 않으면 증상으로 나타나지 않기 때문에 자기의 판단으로는 병이 아니라 여겨도 검진 등에 의한 의사의 진단으로 병이라고 판단되는 수가 있다. 의사에 의해 병이라고 판단된 경우에는 우리는 의사가 지시하는 치료방침에 따르도록 요구받는다. 이상과 같이 건강에 관해서는 의사의 판단 평가가 절대적인 것이어서 일반인들은 평가나 의견은 의사들한테 무시당하는 수가 적지 않다.

그러나 우리들은 평소에 오늘의 몸상태(컨디션)는 좋다거나 나쁘다거나 판단하고 다소 무리를 해서 피곤해진 정도, 휴양을 해야지 하듯이 자기의 건강을 평가하여 필요가 있으면 대처행위를 취한다. 이런 일반인의 감각, 주관은 의미가 없는 것일까.

이번 보고서에서는 「건강에 대한 일반인들의 주관적인 평가는 아무런 의미가 없는가」를 검토코자 한다.

2. 주관적인 건강 측정방법

억울증상 같은 건강을 재는 잣대는, 대개 건강이란 말을 쓰지 않고 구체적인 상태 혹은 증상을 나타내 그 빈도나 유무를 질문함으로써 평가하려는 것이 많다. 이런 잣대로 하면 사람에 따라 그 상태나 증상의 현재화가 달라질 수도 있어 이것들을 될 수 있는 한 빠트리지 않고 주어 모으려고 많은 질문항목을 준비하게 된다. 사람들이 자기의 건강을 어떻게 평가하는가를 재기위해 필자 등이 쓰고있는 질문지를 보면 「전반적으로 당신의 현재 건강상태는 어떻습니까」라는 1개 항목뿐이다.

「보통」, 「별로 건강치 않다」, 「아주 건강치 않다」의 5개 선택가지를 나타낸 회답을 받는다. 몇 가지 다른 질문방법도 있으나 이것과 유사하다. 사람에 따라 염두에 둔 건강에 대한 이미지는 다르겠지만 주관적인 건강을 측정하는 잣대로서는 직접적으로 바로 건강이라는 용어를 사용해서 질문 함으로써 사람들의 건강에 대한 평가를 알려는 것이다.

3. 집단의 건강상태 측정방법

어째서 주관적인 건강평가가 주목받게 되었을까. 역사적으로 보면 어떤 집단의 건강상태를 측정하는 잣대로서 의사의 평가 대신 이용하려는 의도로 쓰기 시작한 것이 아닐까 하고 생각한다. 의사가 하는 평가를 바탕으로 집단의 건강상태를 평가하려면 그 집단의 인구가 많으면 많은 의사를 동원해야만 하고 대단한 경제적 부담을 수반한다.

이런 비용부담이 큰 의사의 평가를 대신할 방법을 검토하는 중에 사회조사를 활용하여 간편하고도 값싸게 집단의 건강을 평가하는 방법의 하나로 건강에 대한 주관적인 평가가 빛을 받게 되었다고 할 수 있을 것이다.

구체적으로 검토한 내용은 일반인들의 주관적인 평가가 의사의 진단과 얼만큼 일치하는가 였다. 여러분도 체험적으로 그 효과를 예상할 수 있으리라 보나, 이 양자간에는 어느 정도의 관련이 보이지만 의사의 평가에 대체해서 사용하기는 그 정밀도(精度)가 낮다는 것이 연구를 계속해가면서 알게 되었다. 이 과제와 관련하여 필자 등도 60세 이상 고령자에 대한 전국조사를 바탕으로 자기신고로 포착한 병의 유무와 건강과의 관계를 보았다. 그림1에 나타냈듯이 병을 지니고 있는 사람이라도 자기가 건강하다고 평가하는 사람의 비율은 33.4%이었다. 역으로 병을 지니지 않은 사람에서도 26.4%가 자기에게 건강하다고 평가하지 않는다.

의사 진단 대신 일반인에 의한 주관적인 건강평가를 다루는 경우에는 어디까지나 의사의 진단이나 평가가 중심적인 위치를 차지하고 그것과 강한 관련이 보이는 한 주관적인 건강평가의 존재가치가 올라간다. 주관적인 건강의 중요성은 그 자체로서 독자적 역할이나 가치를 가지는 것이 아니다.

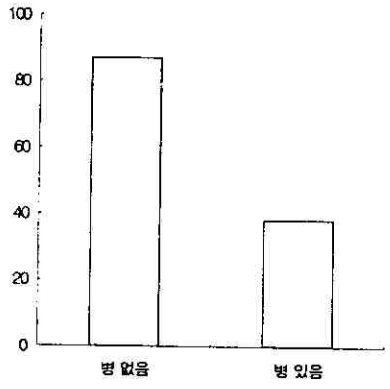


그림1. 병의 유무별로 본 주관적으로 「건강」이라고 한 사람의 비율
주) 병의 유무는 자기신고이다.

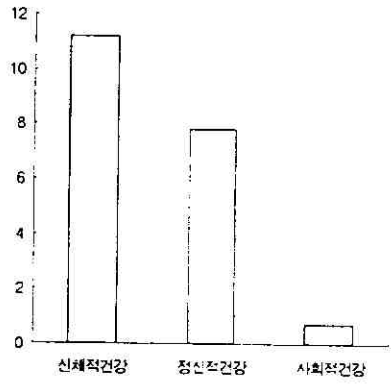


그림2. 주관적인 건강평가의 변동이 건강의 각 영역에 따라 독자적으로 설명되는 비율

4. 종합적인 건강을 측정하는 지표로서의 주관적인 건강평가

그러면 주관적인 건강평가란 무엇인가. 이러한 의문을 갖는 독자도 적지 않을 것이다. 주관적인 건강평가가 신체적인 건강, 정신적인 건강, 혹은 사회적인 건강과 어떻게 관련되는가를 검토한 연구가 행해지고 있다. 이러한 연구에 의해 주관적인 건강평가는 신체적인 건강만이 아니라 정신적 건강 혹은 사회적 건강에 의해서도 영향을 받고 있음이 나타나 있다.

필자 등의 연구를 소개해 보자.

앞서 나타낸 60세 이상 고령자에 대한 전국조사에 입각해서 주관적인 건강평가의 변동이 신체적인 건강(병의 유무, 일상생활동작 능력), 정신적 건강(주관적 행복감), 사회적인 건강(사회참가, 가족이외의 사람과의 교류)등 항목에 의해 어느 정도 설명가능한가를 분석해 보았다. 그 결과를 그림2에 나타냈는 바 신체적 건강에 의해 독자적으로 설명되는 비율이 11.2%, 정신적인 건강으로 설명되는 비율이 7.4%, 사회적 건강에 의해 설명되는 비율이 0.5%였다. 이상의 결과로 말할 수 있는 것은 건강에 대한 주관적인 평가는 신체적 건강뿐 아니라 생의 보람이 있다거나 즐겁게 생활하고 있는 등 정신적 건강, 사람들과 풍족한 관계를 쌓아갈 수가 있는 등 사회적 건강 같은 건강의 다양한 측면을 평가하는 종합적인 잣대라고 할 수가 있다. 즉 의사진단의 대체에 머물지 않고 의사가 무시하기 쉬운 정신적 혹은 사회적인 건강의 영역도 평가한다. 따라서 독자적 가치를 가진 잣대라 할 수 있다.

5. 건강에 대한 자기평가의 영향

이상에다 더하여 구미에서 1980년경에 크게 착안한 것이 건강의 주관적 평가가 높은가 낮은가에 의해 그 뒤의 사망률, 혹은 뇌졸의 발생률이 달라진다는 의견이 제출된 것이다. 일본에서도 필자를 포함해서 몇 사람의 연구자가 이를 뒷받침하는 결과를 나타내고 있다.

그림3에는 필자 등의 연구결과를 나타내었다. 3년간의 추적조사에 입각해서 고령자의 주관적인 건강평가의 고저로 그 뒤의 사망률이 어떻게 다른가를 나타낸 것이다. 분석할 때에는 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강, 보건행동, 기본속성 그리고 사회계층 등 주관적 건강을 매개로 하여 사망률에 영향을 줄 요인의 영향을 조정한다. 「아주 건강」이라고 회답한 사람의 사망률을 1로 한 경우, 「상당히 건강」이라고 답한 사람에서는 1.8배 「보통」이라 회답한 사람은 1.9배, 「별로 건강치 않다」혹은「전혀 건강치 않다」고 회답한 사람에서는 4.4배나 3년 후의 사망률이 높았다.

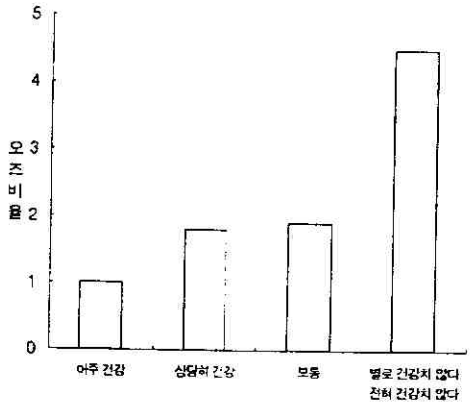


그림3. 주관적인 건강평가와 3년 후의 사망률
주) 오즈비율은 기본속성 (연령, 성), 학력, 신체건강(질환의 유무, 일상생활동작능력) 정신적 건강(억울증상), 사회적 건강 (사회참가, 대인접촉), 보건행동(끽연, 운동, 음주)의 영향을 조정한 후의 수치이다.

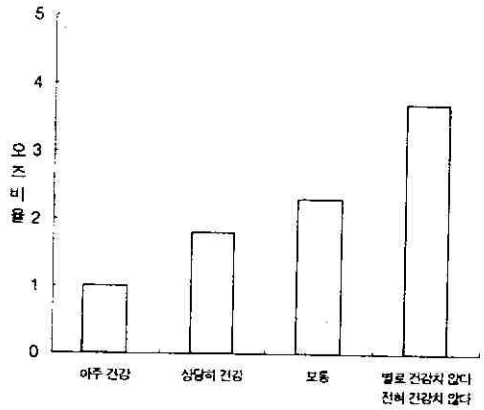


그림4. 주관적인 건강평가와 3년 후의 일상생활동작의 장애발생
주) 분석은 첫회조사에서 일상생활동작에 장애가 없는자로 한정
오즈비율은 기본속성(연령, 성), 학력 신체건강(질환의 유무, 일상생활동작능력), 정신적 건강(억울증상), 사회적 건강(사회참가, 대인접촉), 보건행동(끽연, 운동, 음주)의 영향을 조정한 후의 수치이다

그림4에는 3년간의 추적조사로 주관적인 건강평가에 의해서 일상생활동작에 장애를 가진 자의 출현에 차이가 보이는가를 분석한 결과를 나타냈다. 분석에는 첫회 조사시에 일상생활동작에 장애가 없는 사람에 한정하여 정신적 건강, 사회적 건강, 보건행동, 기본속성 그리고 사회계층 등 주관적인 건강평가가 매개해서 장애발생과 관계한다고 생각되는 요인의 영향을 조정하여 건강의 주관적 평가에 대한 독자적 영향을 보았다. 「아주건강」이라 회답한 장애의 발생률을 1로 한 경우 「상당히 건강」이라 답한 사람은 1.7배, 「보통」이라 회답한 사람에서는 2.2배, 「별로 건강치 않다」혹은 「전혀 건강치 않다」고 회답한 사람은 3.6배나 3년 후의 장애발생률이 높았다.

의료기관에서의 수진(진단받기)이나 낫싱 홈으로의 입소를 예측하는 효과도 건강의 객관적인 평가보다도 주관적인 평가 쪽이 높다는 것이 밝혀졌다.

이상과 같이 사람들의 주관적인 평가가 고령자의 사망, 자리눕기병 발생 시설에의 입소를 예측함이 명백해짐에 따라 주관적인 건강평가는 의사의 대체가 아니라 고령자의 건강이나 복지수요(needs)를 측정키 위한 독자적 잣대로서의 위치를 가진다고 함이 좋지 않을까 한다.

6. 주관적 판단에 의한 사망 및 복지수요 등의 발생 예측

이에 대한 이유는 아직 충분히 해명되고 있지는 않다. 지금까지 지적한 바를 요약하면 첫째, 건강이 나쁘다고 느낄때는 신경자극이 자극 받은 상태이고 그 결과로서 면역기능이 약화되거나 허약성 감염[1]에 감수성이 높아지는 등 정신신경의 면역학적인 가설로 설명되고 있다. 둘째는 아프기 전에 신체기능의 변화를 인간이 무의식중에 인지하는 수가 있다. 그 이유의 해명은 앞으로의 과제라 할 수 있을 것이다.

7. 주관적 판단에 기초한 건강만들기

주관적인 건강평가는 일반인의 평가라 해도 건강의 유지나 저하방지에 지극히 중요한 의미를 지니고 있다. 지금까지의 건강만들기에서 우리들은 건강상태를 의사가 평가하고 그 평가를 바탕으로 나온 지시에 따른다는 수동적 입장에 놓여있었다. 이 보고서에서 다룬 주관적인 건강평가의 잣대는 의사가 하는 평가의 중요성을 인정하면서 사람들의 실감, 주관을 중시할 것을 가르쳐주고 있다. 자각적으로 건강이 이상하다고 여기면 무리하지 말고, 휴양하고 때로는 그 원인을 생각해서 그 원인을 제거하는 등 자기의 주관을 중히 여겨 그것을 시발로 한 건강만들기의 중요성을 일러주고 있다.

---

1) 허약성 감염 : 작은 병균, 자극에도 쉽게 감염되는 허약체질 ; 본문에는 日和見(히요리미)感染

Ⅶ. 별장지역에 이주할 때의 빛과 그림자

1. 이번 회의 화제····· 55
2. 어떤 위험요인을 생각할 수 있나····· 55
3. 별장지역의 고령자 실태를 부상시키는 방법····· 56
4. 별장지역으로의 이주 이유와 만족도 ····· 56
5. 별장지역에 이주하는 고령자는 어떤 사람인가····· 57
6. 생활자립도가 저하한 경우의 대비는 충분한가····· 58
7. 복지정보로 부터의 소외····· 59
8. 맺는 말····· 60

Ⅶ. 별장지역에 이주할 때의 빛과 그림자

1. 이번 회의 화제

독자 중에는 젊을 때는 일하거나 놀 기회가 많고 자극적이고 편리한 도회지에 살고 싶으나 노후에는 자연환경이 풍부한 지역에서 인간관계에 번민하지 않고 조용히 지내고 싶다는 희망을 가진 사람이 적지 않을 것이다. 경제적으로는 풍족하고 효율일변도에서의 생활이 잘 나갈 때는 노후에는 생활이 윤택하고 쾌적한 자연환경이 풍부한 지역으로 이동해야겠다고 생각하고 또 실제로 이동하는 사람이 앞으로 증가하리라 생각한다.

부동산기업 등은 별장지역에 이주하는 것을 「생활의 윤택이나 쾌적성의 실현」이라 하듯이 표면상 호화스런 부분을 강조하여 선전할 것이다. 그러나 이동에 수반하여 문제점은 없을까. 별장지역을 포용하고 있는 지방자치단체는 고령자의 유입에 수반하는 문제에 어떻게 대응할 것인가를 두고 머리 쓰는 곳도 있지만 그것의 마이너스 부분에 대해서는 뚜렷하게 소개하고 있지 않다. 이번의 화제는 「별장지역에서 생활이 좋기만 한지, 별장지역에 이주하는데 수반하는 부(負)의 부분은 무엇인가」를 소개코자 한다.

2. 어떤 위험요인을 생각할 수 있나

현재, 더 좋은 자연환경을 찾는 이동을 받아들이는 하나가 전국 각지의 별장이 집중해 있는 지역이다. 특히 온난한 지역에 세운 별장에는 영주하려고 유입해 오는 사람이 증가한다고 한다. 그러나 별장이 많은 지역은 사람들이 영주하는 것을 전제로 하고 있지 않아 자연환경이 풍부하더라도 복지나 의료시설 같은 사회적 자원의 정비는 뒤떨어져 있다. 고령이 됨에 따라 만성질환 발병률이 높고, 생활의 자립도가 저하하는 등 의료복지 수요(needs)가 높아지는데 별장지역에서는 이러한 소요를 충분히 대응할 수 있는 상황이 아님을 예상할 수 있다. 나아가 이동에 의해 가족, 친족과의 거리도 멀어지기 때문에 그 지역에 계속 거주하는 한, 이런 사적·개인적인 지원에 의존하기가 어렵다. 건강할 때는 별장지역에서 쾌적하게 지낼 수 있으나 병에 걸리고 생활의 자립도가 저하한 경우에 는 그 지역에 계속해서 살아가기가 어려움이 예상된다.

3. 별장지역의 고령자 실태를 부상시키는 방법

별장지역에 살고있는 고령자가 어떠한 문제를 안고 있는가 또는 발생할 가능성이 있는가에 대해서는 그것을 실증적으로 밝히려면 별장지역 이외의 지역에 거주하는 고령자와 비교하는 것이 하나의 수단이 된다. 이 보고에서는 별장지역에 근접해 있는 지역 및 별장지역에 이주자를 배출하고 있는 도시의 고령자라는 2개의 그룹과의 비교에 의해 별장지역에 사는 고령자의 문제점을 검토코자 시도했다.

별장지역으로서는 「시즈오카」(靜岡)현 「이토」(伊東)시를 대상으로 하였다. 「이토」시는 「이즈」(伊豆)고원이라 해서 전국적으로도 유명한 별장지역을 안고 있고, 최근 그 지역에 유입하는 고령자가 적지 않다. 이 시에는 8,200개의 별장(1990년)이 있고 「이토」시 전체로는 65세 이상의 고령자 약 15,000명 중 2,000명(1997년)이 별장지역에 살고 있다. 필자는 공동연구자인 사이토·오카바야시(齊藤·岡林)씨 등과 함께 1997년 여름에 별장분양용으로 개발한 지역에서 65세 이상의 고령자로부터 2단 추출법으로 추출한 400명을 대상으로 조사를 하였다. 이 보고에서는 조사의 회답자 222명에 관한 데이터를 소개한다.

별장지역에 근접한 지역으로서는 같은 「이토」시 안에서 별장지역 이외의 지역으로 하였다. 그 지역에서 65세 이상의 고령자 400명을 2단계 추출하여 조사대상으로 하였다. 조사회수는 267명이었다.

도시로서는 동경시 연마구(練馬區, 네리마구)를 대상으로 했다. 65세 이상의 고령자를 2단 추출에 의해 추출하여 조사대상으로 하고 조사회수는 290명이었다.

4. 별장지역으로의 이주 이유와 만족도

왜 고령자는 도회지에서 별장지역으로 이주하는 것일까. 별장지역에 거주하는 사람에게 지역을 떠난 이유를 질문하였던 바, 「자기나 배우자의 일에서부터의 은퇴」가 63.1%로 가장 많았다. 이어서 「자연환경이 좋지 않다」가 25.2%였다.(그림 1) 현재의 거주장소를 선택한 이유로서는 반수이상의 사람이 「자연환경이 좋을 것 같다」(80.6%) 「기후가 좋을 것 같다」(75.2%) 「온천이 나온다」(52.3%)라 회답하였다.(그림 2) 노후에 별장지역에 이주하는 것은 현재의 도회지 생활에 심각한 문제를 느끼고 그것에게서 도망치려는 도피적, 소극적인 선택이 아니라 별장지역의 자연환경에 매료되어 일 중심의 생활에서 윤택한 생활로의 전환을 지향한 소극적인 행동의 표출이라고 볼 수가 있다.

실제로 이주해 보고서 이주한 만족도는 「무척 만족」「그런데로 만족」이 합계 87.8%였다. 현재의 장소에 계속 살고 싶은지 여부를 질문하였더니 「아주 그렇게 생각한다」「그런데로 그렇게 생각한다」가 합쳐 84.2% 였다. 대다수의 사람은 별장지역의 자연환경에 만족하고 가능한 한 계속 살고 싶다고 생각하고 있다.

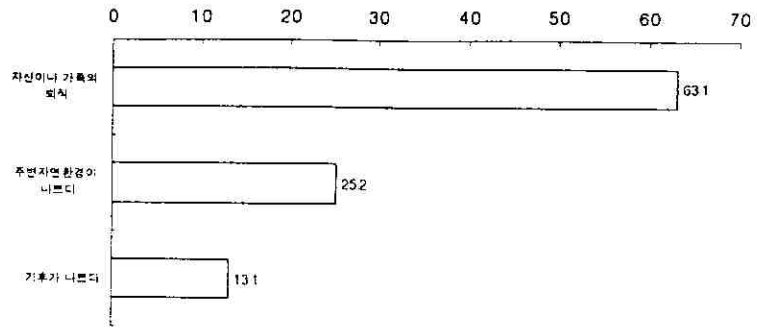


그림1. 이전에 살고 있던 곳을 떠난 이유 (상위 3위까지)

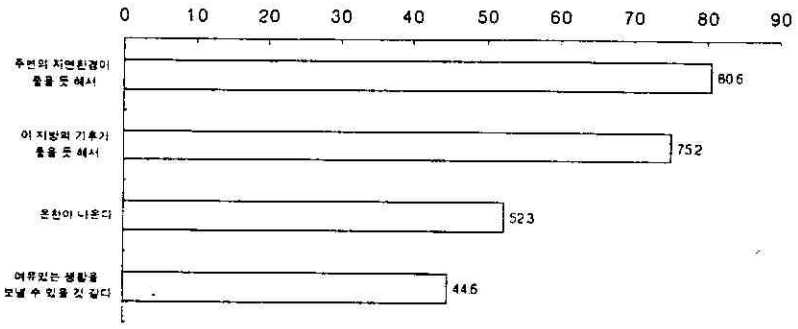


그림2. 현재의 장소를 선택한 이유 (상위 4위까지)

5. 별장지역에 이주하는 고령자는 어떤 사람인가

연마구의 고령자를 대도시의 고령자로 대표성 있는 표본으로 볼 수는 없으나 연마구의 고령자는 대도시 중에서 계층적으로는 높지도 않고 낮지도 않다. 중간정도의 고령자가 살고 있다고 여긴다. 별장지역의 고령자와 연마구의 고령자간의 학력, 직장 최장기직, 가족구성을 비교하니 학력 면에서는 고교졸업(구제중학 포함) 이상이 별장지역 85.8%, 연마구는 61.0%이고 직장 최장기직은 경영관리직에서 각기 16.9%와 6.9%였다. 조사시점의 가구구성은 별장지역의 고령자는 「홀로 살기」와 「부부만」이라 한 사람이 합계 79.7%이고 연마구의 42.6%에 비해 상당히 높은 수치를 보인다. 노후에는 아이들과 손자와 함께 생활하는데 행복감을 보이는 고령자가 많다고 해왔다. 그러나 비교적 계층이 높은 고령자는 이러한 양태를 좋아하지 않고 가족보다도 자연을 찾아 적극적으로 행동함이 엿보인다.

현시점에서의 건강상태를 복지수요와 관련해서 일상의 활동범위에서 질문하였더니 「자전거나 자동차 버스로 혼자서 외출한다」는 회답은 별장지역의 고령자가 79.6%, 「

이토」시의 별장지역 이외의 지역 고령자가 76.0%, 연마구에서는 81.4%로 거의 차이가 안 보인다. 실제상 보호·보살핌이 필요한 상태라 할 「부축」,「자리눕기(침와)」환자는 1%도 안 된다. 그러나 90%의 사람이 이주 후 20년 미만이고 앞으로 더 한층 고령화가 진행하리라 생각되어 별장지역에서의 복지수요 증대가 예상된다.

6. 생활자립도가 저하한 경우의 대비는 충분한가

그림 3에 보이듯이 별장지역에서는 자리눕기 상태가 되어 의뢰할 보호자는 「배우자」가 55.4%, 「배우자 이외의 동거가족」이 10.4%, 「별거친족」이 32.9%, 「없다」가 14.9%였다. 「이토」시의 별장지역 이외의 지역은 「배우자」가 48.7%, 「배우자 이외의 동거가족」이 35.2%, 「별거의 친족」이 41.6%, 「없다」가 10.9%였다. 연마구에서는 「배우자」가 49.7%, 「배우자 이외의 동거가족」이 37.2%, 「별거친족」이 30.0%, 「없다」가 7.6%다. 어느 지역에서건 배우자가 큰 비중을 차지하나 별장지역에 특징적인 것이 자식과의 동거가 적음을 반영하고 있는지 배우자 이외의 동거가족에 의한 보호를 기대할 수 없는 것이다. 별장지역에서는 부부만 생활하는 고령자가 많아 현시점에서는 배우자에게 보호를 기대할 수 있으나 배우자와 사별한 경우에는 현재의 장소에서 사적인 보호를 기대할 수 없다는 문제점이 부상한다. 자리눕기가 된 경우에 생각하는 요양 장소에 대해 질문하였더니 (그림4)에 보듯이 현재의 장소에서란 사람이 별장지역에서는 55.4%, 「이토」시의 별장지역 이외의 지역에서는 59.9%, 연마구에서는 47.9% 였다. 별장지역의 고령자는 사적인 지원이 약한 상태라도 현재의 장소에서 양생하고 싶다는 의식을 가진 사람 비율은 다른 지역과 거의 차이가 없다.

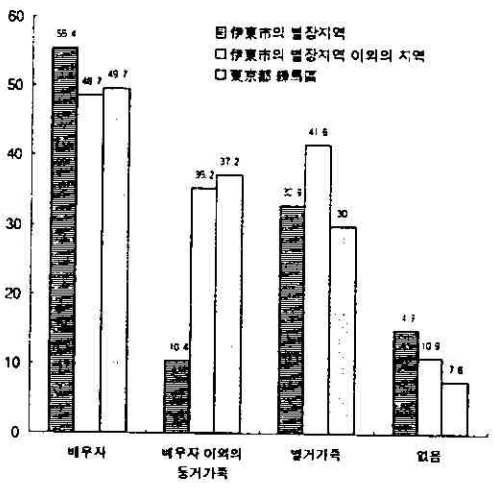


그림3. 자리눕기시에 보호를 기대할 수 있는 사람

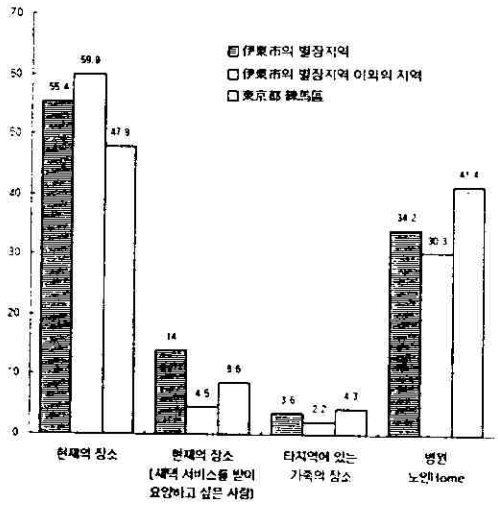


그림4. 고령자의 요양 희망 장소

그러나 자연히 그 대체로서 기대하는 것이 재택복지 서비스일 터인데 사적인 지원보다도 재택복지 서비스를 받아 현재의 장소에서 요양하고 싶은 사람이 별장지역에서는 14.0%, 「이토」(伊東)시의 별장지역 이외의 지역에서는 4.5%, 연마구(練馬區)에서는 8.6%로 별장지역에 사는 고령자의 재택복지 서비스에 대한 기대가 큰 것이다.

7. 복지정보로부터의 소외

그러나 지방자치단체가 제공하는 재택복지 서비스에 대하여 특히 자리눕기나 허약한 고령자 상대의 서비스를 한정하여 그 인지도를 조사한 결과 그림5에 나타낸 바같이 11가지 서비스 중 별장지역에서는 4.6개, 별장 이외의 지역에서는 5.5개처럼 유의하게 별장지역 고령자의 서비스 인지도가 낮았다. 일반적으로 학력이 낮을수록 서비스 인지도가 낮다고 하며, 별장지역 쪽이 유달리 학력이 높음을 고려하면 이 차이는 크다고 하여야 한다. 생활의 자립도가 저하되고 복지 서비스를 받고자 할 때 어떠한 서비스를 활용할 수 있는가를 알지 못하는 상태로는 복지 수요(needs) 발생에 대해 유효하고도 신속하게 대응할 수 없을 것이다.

이러한 상태가 왜 생겼을까. 지자체 등의 복지정보는 지역주민의 소문 같은 주민상호간의 어울림 속에서 보급되는 경우가 많다. 필자는 (그림 6) 같이 별장지역 이외의 지역에서는 지역조직과의 관계나 이웃, 친지와의 접촉이 인지도를 끌어올리게 작용하는데 대하여 별장지역에서는 이런 인간관계가 인지도의 향상에 공헌치 못함을 밝히고 있다. 별장지역에서는 지역의 인간관계가 번거로움을 기피하는 사람들이 많아서일까. 복지에 관한 정보가 주민끼리의 연결을 통해 퍼지는 방법이 잘 소통되지 않는다고 볼 수가 있다. 주민등록 이전시의 정보제공 등 별장지역의 고령자에 대한 복지정보 제공 루트의 개발, 확립이 필요하다고 할 것이다.

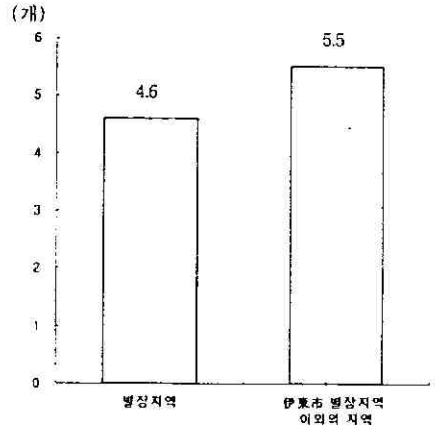


그림5. 인지하고 있는 복지 서비스

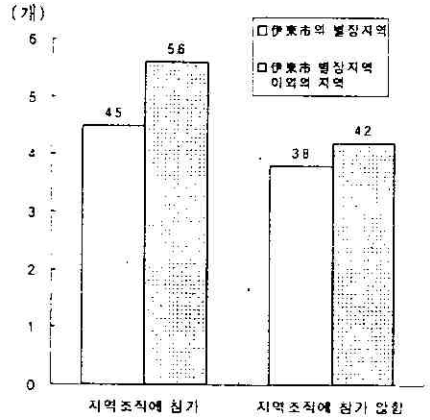


그림6. 지역조직 참가와 인지하고 있는 서비스 수

주) 연령, 성, 학력, 일상생활의 영향을 조정

8. 맺는 말

노후에 별장지역에 이주해 사는데 대해 자연과 친해지며 쾌적하게 생활을 보낸다는 좋은 면만을 강조하며 또한 실제로 지금 사는 사람도 자립도를 유지할 수 있는 사람이 많기 때문에 쾌적한 생활을 즐기고 있다. 그러나 나이가 더해가면서 언젠가는 생활자립도가 저하가 되게된다. 그때에는 별장지역은 사적인 보호를 별로 기대하지 못하므로 복지서비스를 적극적으로 활용해야 할 것이다. 이와 관련하여 다음과 같은점을 지적해 두고자 한다.

별장지역에 재택서비스를 제공하려면 거리상으로 멀리 떨어져있고, 또 지리적으로 기복도 심한 지형이기 때문에 코스트 면에서 높아진다. 「언제 어디서나 필요한 서비스」를 받을 수 있게 체제를 다듬는 것이 중요하지만 복지의 재원이 어려워지고 있는 현재, 별장지역 이외의 지역에 오래 살고있는 고령자에 대한 재택서비스 제공도 충분치 못한 현실로는 새로이 유입된 고령자에게 상당수준의 높은 서비스를 제공함으로써 예로부터 살던 고령자에 대한 서비스의 질을 더한층 저하시킬지도 모른다. 자립도가 낮아져도 사적 지원에 맡기지 않고 별장지역에 계속 사는 데는 이러한 문제를 안고 있는 것이다.

Ⅷ. 고령자의 건강·생활습관·보건행동의 계급차

1. 이번 회의 화제 ····· 63
2. 현역으로 활동하고 있는 사람의 건강상 계급차 ····· 63
3. 고령자에도 뚜렷한 계급차····· 65
4. 학력이 낮은 사람은 사망할 가능성이 높다 ····· 66
5. 수입이 내용 낮은 사람은 자립도가 저하하기 쉽다····· 67
6. 맺는 말 ····· 69

Ⅷ. 고령자의 건강·생활습관·보건행동의 계급 차

1. 이번 회의 화제

모든 사람은 수입, 재산, 학력, 직업 등에 의해 구분할 수 있는 사회적 지위나 계층에 속해 있다. 그래서 그 지위나 계층에 속하는 사람들을 집단으로 볼 때, 다른 지위나 계층의 사람들과는 다른, 또는 비슷한 의식이나 태도, 행동, 생활양식을 가지고 있다. 그런데 의식의 면에서는 자기의 생활정도를 「중간정도」라 보는 사람이 80% 이상이다. 이에서 일본인은 1억이 모두 중류(「일억총중류」)라는 말이 유행하던 것을 기억하는 독자도 있을 것이다. 또 1988년의 통계이지만 1인당 평균 연간소득의 상위 20%의 평균을 하위 20%의 평균과 비교하면 일본은 4.3배, 미국은 8.9배, 영국은 6.8배, 독일은 5.7배로 선진국 중에서도 수입의 레인지가 적다고 보고 있다.

이처럼 일본에서는 실태면 에서나 의식면에서 다른 선진국과 비교해서 계층간의 차이가 적다고 할 수 있을지도 모른다. 다른 한편 영국에서는 국민보건 서비스(NHS)의 도입으로 건강의 계급차가 없어진 것이 아닌가 하는 의견을 두고 NHS의 도입 후에도 건강의 계급차가 엄연히 존재하고 있음이 실증적으로 나타나 화제를 불렀다.

일본의 경우에는 사람들의 건강, 특히 고령자의 건강에 계급차가 있을까. 중년기에는 계급차가 존재하고 낮은 계층에서는 건강이나 보건행동, 생활관습에 문제를 많이 안고 있다고 해도 사망위험요인을 많이 안고있는 사람이 고령기까지 사망 등에 의해 도태되기 때문에 고령기에는 건강의 계층차가 별로 보이지 않을 가능성도 있다. 그러나 일본에서는 계층에 의한 건강상태, 생활습관, 보건행동의 격차를 충분히 검토한 연구가 없고, 특히 고령자에 관해서는 거의 없다. 이번의 화제는 「고령자의 건강, 보건행동이나 생활습관에 계층차가 있는가」하는 물음에 답하고자 하는 것이다.

2. 현역으로 활동하고 있는 사람의 건강상 계급차

고령자를 대상으로 한 검토에 들어가기 전에 현역으로 활동하고 있는 사람들의 건강상 계급차를 보자. 후생성(보건복지부)의 통계에서 1990년 15세 이상 남자취업자의 직업별 사망률(인구10만 명당)을 연령의 영향을 조정하여 보면 「운수, 통신종사자」가 1,603명으로 가장 높고, 다음에 서비스직 종사자가 1,017명, 「농림어업 작업자」가 731명이었다. 또 「사무작업자」는 533명, 「관리적 직업 종사자」는 513명이다. 사인별로 보면 사망률이 높은 직업계층에서는 「불의의 사고 및 유해 작용」 이외에 「심장질환」, 「뇌혈관질환」 등 이른바 생활습관병이라 할 질환으로 인한 사망도 높게 나타나 있었다.

사망 이외의 건강지표에 대해서는 대표성 있는 표본에 의해 계층별로 비교할 수 있는 데이터가 적다. 필자 등이 1988년 문경구(文京區)와 강동구(江東區)에 사는 35~64세의 남성을 대상으로 한 조사에서 학력, 직업, 혹은 수입에 의한 고통호소 수의 분포차를 보자. 모든 계층지표에서 고통호소 수와 유의한 관련도가 인정되어 높은 계층에 속하는 근로자는 고통호소 수가 낮고, 건강상태가 좋았다. 구체적으로는 학력별로 볼 경우에, 중학교 졸업 정도의 사람은 11.4개의 고통호소 수인데 비해 단기대졸 이상은 9.3개로 적었다.(그림1) 직종별로는 「생산·기능」직에서 10.5개, 「자영업」 10.4개로 높고 「관리, 사무」직에서는 각기 8.0개, 9.1개로 적었다.(그림2) 가구 수입별로 보면 연간 수입이 「200만엔」 미만인 사람은 16.3개로 극단적으로 높았고, 「500만엔」 이상은 10개 이하로 감소하였다.(그림3)

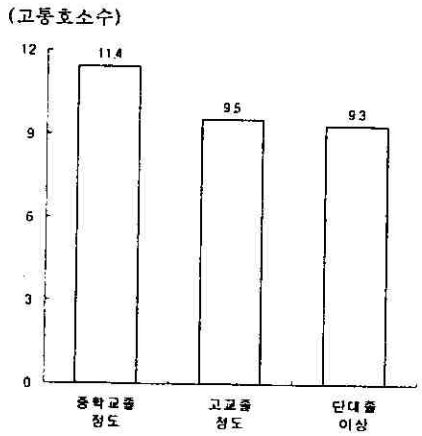


그림1. 35~64세 남성의 학력과 고통호소 수

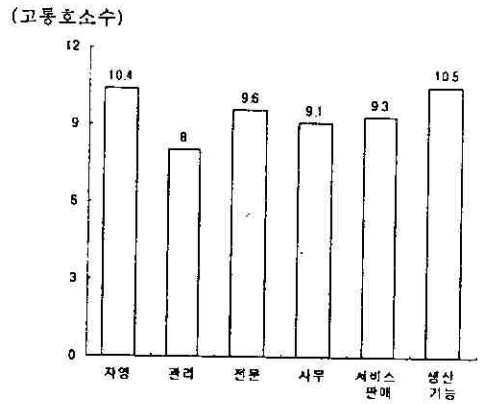


그림2. 35~64세 남성의 학력과 고통호소 수

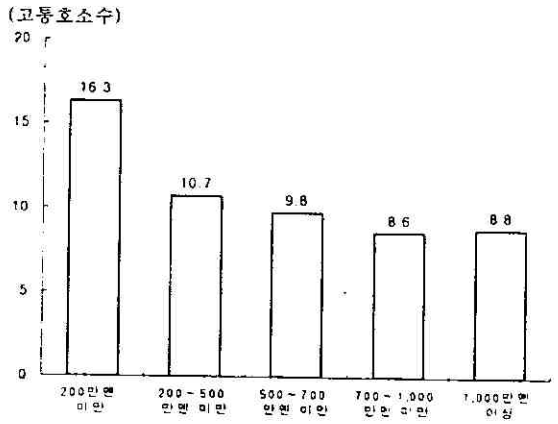


그림3. 35~64세 남성의 가구수입과 고통호소 수
주) 연령의 영향을 조정, 분석은 분산공분산 분석 이용

3. 고령자에도 뚜렷한 계급차

그러면 고령자인 경우에는 어떤가. 국가통계로는 고령자 건강의 계급차를 찾을 적당한 데이터가 거의 없다. 이 보고에서는 지금까지의 연재에 소개한 「전국 고령자의 종단조사」(제2회 연재 참조) 데이터를 써서 그 실태를 찾아본다.

계층을 측정하는 잣대로서는 학력, 직업, 수입(배우자도 포함) 등을 대표적인 것으로 다루어 각 잣대지표로 건강상태가 어떻게 다른가를 보고자 한다. 직업에서는 가장 오래근무한 직업(최장기직)으로 하고, 여성의 경우에는 배우자의 최장기직으로 하였다. 건강지표로서는 만성질환 보유, 일상생활동작의 장애이다.

결론을 먼저 말하면 계층에 따라 고령자의 건강상태에 큰 격차가 보여 높은 계층에 속하는 사람일수록 건강상태가 양호하다는 결과이고, 중년 뿐 아니라 고령자에게서도 건강상태의 계층격차가 존재함을 보였다. 구체적인 수치를 보면 연간수입(부부합계)에 의한 격차는 만성질환 발병과 일상생활동작의 자립도에 보이는데 만성질환 발병율이 「120만엔 미만」 사람에 비해 「300만엔 이상」인 사람은 0.63배이고 일상생활동작의 장애비율은 「120만에 미만」 사람에 비해 「300만엔 이상」사람은 0.28배였다.(그림4) 학력 및 직업(최장기직, 여성일 때에는 배우자)에 의한 격차는 일상생활동작의 장애비율에 보이는데 초등학교 졸업 정도인 사람에 비해 고교졸 이상인 사람은 0.62배(그림5), 「전문직」과 비교할 경우 「생산·기능」직, 「농림어업」직은 각기 5.63배, 6.03배였다.(그림6)

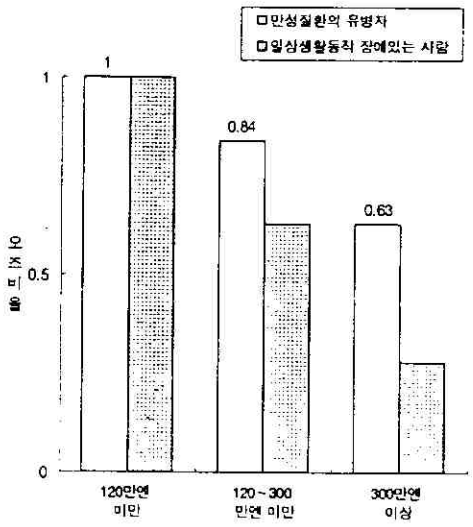


그림4. 연간수입(부부합계)과 건강상태

주) 연간수입이 「120만엔 미만」인 사람의 비율을 1로 할 때 「120~300만엔」, 「300만엔 이상」인 사람의 비율을 나타냈다. 분석에서는 성, 연령, 질환의 유무(일상생활 장애를 분석할 때)의 영향을 조정하였다. 분석방법은 로지스틱 회귀분석임

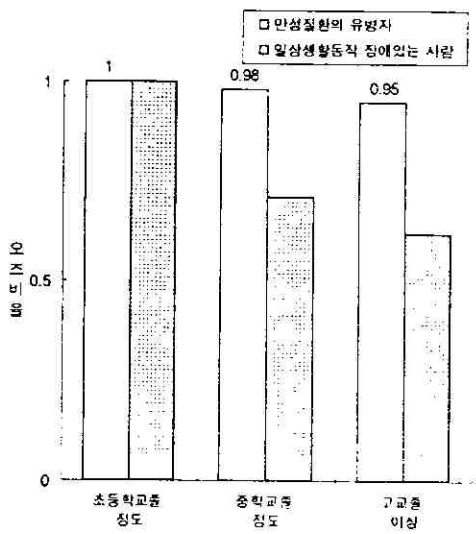


그림5. 학력에 의한 간강상태의 차

주) 「초등학교졸 정도」인 사람의 비율을 1로 하는 경우, 「중학교졸 정도」, 「고교졸 이상」인 사람의 비율을 나타냈다. 분석에서는 성, 연령, 질환유무(일상생활동작의 장애를 분석할 때)의 영향을 조정하였다. 분석방법은 로지스틱 회귀분석임

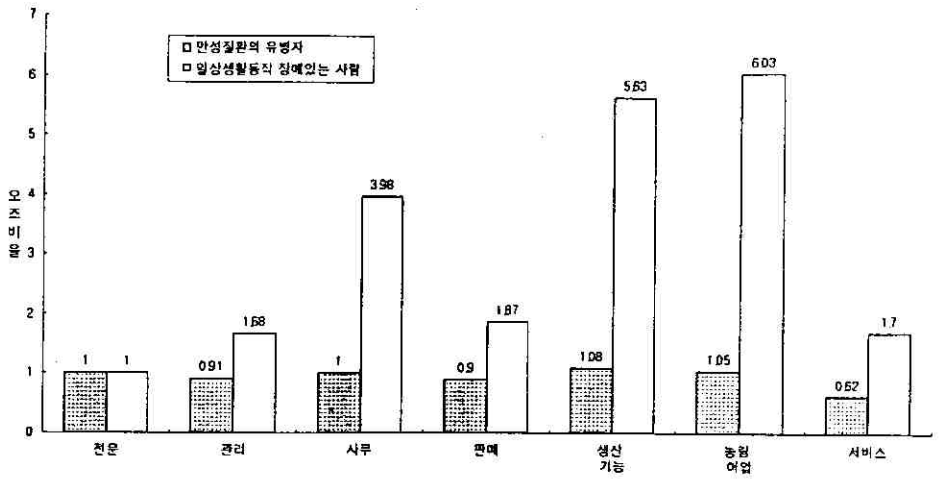


그림6. 직업(최장기직, 여성은 배우자)에 의한 건강상태의 차이

주) 「전문적 직업」인 사람을 1로 하였을 때, 각 직종별로 소속인의 비율을 나타내었다. 분석에서는 성, 연령, 질환의 유무(일상생활동작의 장애를 분석할 때)의 영향을 조정하였다. 분석방법은 로지스틱 회귀분석임

이들 결과는 단면조사에 기초한 비교이기 때문에 왜 낮은 계층에서는 건강상태가 나쁜 고령자가 집중해 있는지 모른다. 낮은 계층에 속하는 사람 중에는 건강에 대해 문제가 있는 건강의식이나 생활습관, 혹은 생활환경 등이 광범위하게 보임이 원인이 되어 건강의 저하가 생길 가능성도 있다. 또 젊을 때 건강상태가 나빴던 것이 원인이 되어 취학기회나 높은 수입을 올릴 직장에의 취직기회 혜택을 못 가져 결과적으로 소속하게 된 계층이 낮아지는 등 그 원인은 여러 가지로 생각할 수가 있다.

4. 학력이 낮은 사람은 사망할 가능성이 높다

이상과 같은 문제가 있기 때문에 종단조사에 의해 고령자가 속한 계층이 그 뒤에 나이들면서 어떻게 달라지는가 하는 양태를 보자. 먼저 나이들기 상태를 측정하는 방법 잣대로서 사망률을 다룬다.

첫회 조사시의 연령, 성, 질병이환, 일상생활 자립도의 영향을 조정하고 나서 학력, 수입, 직업(최장기직, 여성일 때는 배우자의 최장기직)에 의해 9년 후의 사망에 차이를 일으키는지 여부를 보았다. 사망의 비율은 초등학교 졸업 정도(취학연수 0~6년)인 학력인과 비교했을 때 중학교졸업 정도(취학연수 7~9년)에서는 0.73배, 고교졸업 이상(취학연수 10년 이상)의 학력인은 0.70배로 낮아졌다.(그림1) 명백히 학력이 낮은 사람은 높은 사람과 비해서 무엇인가의 이유로 노화가 빨리 진행하여 사망할 가능성이 높아진다고 할 수 있을 것 같다.

어째서 학력이 낮은 사람이 사망의 시기가 빨라지는 것일까.

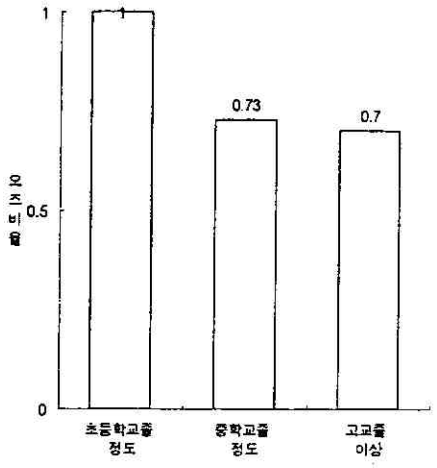


그림7. 학력과 9년 후 사망과의 관계

주) 「초등학교졸 정도」인 사람의 비율을 1로 하는 경우우

「중학교졸 정도」, 「고교졸 이상」인 사람의 비율을 나타냈다. 분석에서는 성, 연령, 질환유무(일상생활 동작의 장애를 분석할 때)의 영향을 조정하였다. 분석방법은 로지스틱 회귀분석임

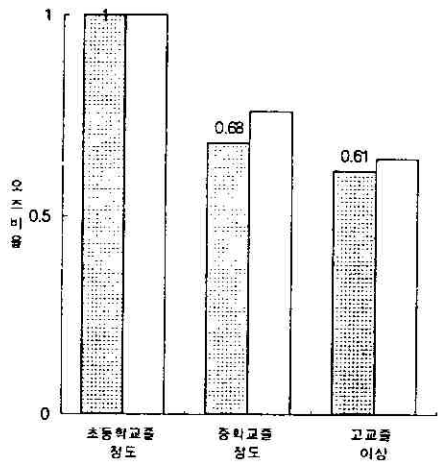


그림8. 학력과 건강 위험요인의 비율

주) 「초등학교졸 정도」인 사람의 비율을 1로 하는 경

「중학교졸 정도」, 「고교졸 이상」인 사람의 비율을 나타냈다. 분석에서는 성, 연령, 질환유무(일상생활 동작의 장애를 분석할 때)의 영향을 조정하였다. 분석방법은 로지스틱 회귀분석임

사망위험요인으로서는 근년에 생활습관이나 사회관계에 착안하고 있으며 앞서의 연재에서도 특히 끽연습관이나 사회참가 부족상태 등이 사망의 위험을 증가시키는 요인임을 나타냈다. 이 위험요인이 학력이 낮은 사람에게 광범위하게 분포해 있어 사망률이 높아진 것이 아닐까. 학력이 낮은 사람은 높은 사람과 비교할 때 확실히 흡연습관을 가진 사람이 많고 또 사회적 참가가 부족한 사람이 널리 분포해있다.(그림8) 본고에서는 그 상세를 나타내지 않았으나 학력에 의한 사망률 차가 끽연습관 유무 및 사회참가 유무에 의해 어느정도 설명이 가능한지 여부를 통계적 기법을 써서 검토한 결과 위의 설명이 올바름이 데이터로 뒷받침되었다. 즉 학력이 낮은 사람은 끽연, 사회적 고립 등 사망위험을 많이 안고 생활을 보내기 때문에 병에 걸리고 빨리 사망한다고 볼 수가 있다.

5. 수입이 낮은 사람은 생활의 자립도가 저하하기 쉽다

앞에서 단면조사를 기초로 수입이 낮은 고령자는 일상생활동작에 장애를 지닌 사람이 많다는 결과를 보였다. 왜 수입이 낮은 사람에 장애를 지닌 사람이 많을가. 수입이 낮다는 것이 무엇인가의 원인이 되어 일상생활동작의 저하 위험도를 증가시키는 것인가. 아니면 일상생활동작에 장애가 있기 때문에 취로 등을 못하여 수입이 적은 것일까.

9년간의 추적조사 데이터를 활용해서 첫회조사 때 일상생활동작에 장애가 없던 사람을 대상으로 그 뒤의 일상생활의 자립도 저하에 수입이 어떻한 영향을 끼치는가를 검토하였다. 9년간에 일상생활동작에 장애가 생긴 사람의 비율은 연간 수입 300만엔 이상인 사람이 120만엔 미만 사람에 비해 0.44배 낮아 수입계층에 의한 장애 발생 격차가 뚜렷했다.(그림9) 수입이 낮은 사람들 중 일상생활동작에 장애가 있는 사람이 집중하는 이유의 하나는 수입이 낮은 사람에 자립도가 저하할 무엇인가의 위험요인을 많이 안고 있기 때문이라고 볼 수가 있다.

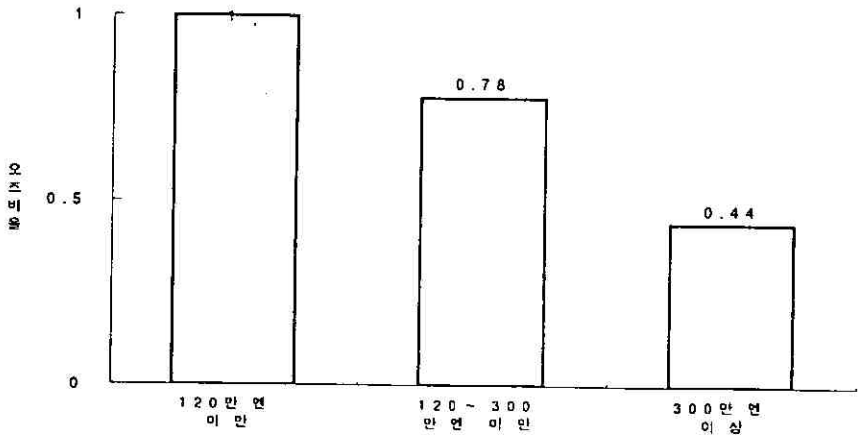


그림9. 연간수입(부부합계)과 9년 후의 일상생활동작의 장애 출현

주) 연간수입이 「120만엔 미만」인 사람의 비율을 1로 하였을 때, 「120~300만엔」, 「300이상」인 사람의 비율을 나타냈다. 분석대상은 첫회조사때 일상생활동작에 장애가 없던 사람에 한정하였다. 분석에서는 첫회조사시의 성, 연령의 영향을 조정하였다. 분석방법은 로지스틱 회귀분석임

그러면 어떠한 위험요인이 널리 분포하고 있는 것일까. 일상생활동작에 장애를 주는 위험요인으로서는 비만하다거나 운동습관이 없는 등의 생활습관상의 문제를 지적할 수 있다. 그리하여 이러한 위험요인은 수입이 낮은 사람에게서 많이 보인다. 즉 이러한 위험요인의 집적이 원인이 되어 일상생활동작의 장애 출현 비율이 낮은 수입 계층에서 높아졌을 가능성이 높다. 그러나 이 가설의 옳고 그름을 검토해보면 예상과 달리 수입이 일상생활동작의 장애 출현에 주는 효과는 운동습관이 없거나 때로는 비만증이 많다는 등 위험요인의 존재비율 차이로서 설명되지 아니하였다.

그 밖에도 일상생활동작의 장애발생 비율에 수입계층차를 일으키는 요인을 고려할 수 있을까. 의료접근(Access), 질병관리나 혹은 사회활동 같이 각양한 각도에서 요인을 검토함이 필요하겠지만 필자가 검토한 범위에서는 유감스럽게도 그 의문에 대한 회답을 발견할 수 없었다.

6. 맺는 말

「일억이 모두 중류」란지도 오래인데 고령자 중에는 학력이 높고 수입이 많은 등, 계층이 높은 사람은 양호한 건강을 누리고 있는데 낮은 사람은 그에 비해 문제가 많음을 보이고 건강면에서 불평등이 존재함을 나타낸다.

어째서 낮은 계층의 고령자에게서 건강상태가 나쁜가하는 것은 부분적으로는 흡연이나 사회적 고립같은 불건강한 생활상의 요인이 많이 존재하고 있음이 밝혀졌다. 그러나 이런 자기의 생활 속에 있는 불건강 요인을 해소치 못한다고 그 책임을 그 계층 사람에게 돌리는 것은 문제가 있을 것이다. 왜 해소치 못하는가, 거기에는 문화적 토양이나 사회적 제약이 작용할 가능성도 있다. 나아가 이러한 불건강 요인에 의해 계층의 격차를 설명할 수 있는 부분도 한정되어 있음을 고려하면 주거환경이나 생활환경의 열악함 등 문화·심리적인 면, 혹은 환경면에서 본 위험요인의 탐색같은 것이 필요하다고 할 것이다.

Ⅸ. 보건복지서비스는 기여하고 있는가?

1. 없어서는 안될 보건복지 서비스 ····· 73
2. 이번 회의 화제 ····· 73
3. 보건복지 서비스의 효과를 어떻게 평가하나 ····· 74
4. 효과를 측정하는 방법 ····· 74
5. 현행 재택 복지서비스는 가족의 간호부담은 경감시키는가 ····· 75
6. 어떤 특정인에 대해서는 재택 복지서비스가 효과가 있다 ····· 76
7. 재택 복지서비스는 재택 요양을 유지하는데 도움이 되는가 ····· 77
8. 맺는 말 ····· 78

Ⅸ. 보건복지 서비스는 기여하고 있나?

1. 없어서는 안될 보건복지 서비스

고령자의 건강이나 생활을 지탱하기 위해 여러 가지 보건복지 서비스를 도입·조정하고 있다. 서비스를 일부 소개하면 일반 고령자의 살림이나 여생을 확보토록 연금같은 소득보장이나 고령자 가구를 대상으로 주택을 공급하며, 건강유지 및 회복을 위해 건강진단이나 건강교육을 실시하고 있다. 또 일상생활을 꾸려나가는 데 지장이 있는 고령자는 가정을 방문하여 가사나 신변을 보살피는 홈헬프 서비스, 혹은 낮시간 보호시설에 버스 등으로 보내기, 식사나 기능훈련, 건강체크 등을 하는 디케어·디서비스 등이 있다. 혼자살기, 치매성 고령자의 상태에 따른 독자적 보건복지 서비스도 제공한다. 이전에는 복지 서비스라면 「생활보호」 등 구휼사책을 연상하고 필요하더라도 가능한 그런 신세를 지고싶지 않아 하던가 해서 이용을 주저하거나 복지 서비스를 받는 이에게 쓸모 없는 사람이라는 생각이 광범위하게 있었으나 현재는 크건 작건 보건복지 서비스를 이용치 않으면 노후생활을 쾌적하게 보낼 수 없는 사회가 되었다. 즉 여러 가지로 도입·정비되고 있는 보건복지 서비스를 잘 이용할 수 있는지 여부로 쾌적한 생활을 보낼 수 있을지가 정해진다고 해도 과언이 아니다.

2. 이번 회의 화제

그러나 보건복지 서비스를 자기의 생활이나 건강에 활용코자 할 때 넘어야 할 장애가 몇 가지 있다. 첫째로 애당초 서비스가 있는지도 모르거나 담당 창구에 이용을 신청해도 이용자격이 엄해서 이용할 수 없고 도 비용이 너무 든다는 등, 서비스 이용에 이르기까지 부딪히는 장애가 있다. 둘째로는 이용하게 된다고 해도 서비스 그 자체를 이용할 횟수가 적거나 내용이 불충분하거나 해서 고령자의 살림이나 건강에 거의 도움이 되지 않는 경우도 있다.

높은 경제성장의 전망이 없는 현재와 같은 사회에서는 한정된 자원을 여하히 유효하게 활용하는가가 중요한 연구과제로 되어있다. 이를 추진하려면 보건복지 서비스가 과연 고령자의 생활이나 건강에 참으로 도움이 되는지를 평가해서 충분한 기능을 못할 때에는 그의 개선을 도모할 필요가 있다고 할 것이다. 그런데 의료분야에서는 약제나 치료기술의 효과를 평가하여 과학적으로 효과가 확인된 것만을 선택적으로 사용하려는 경향이 있고 보건복지 서비스에 관해서는 그것의 도입·확대가 고령자나 가족의 요망으로 계획을 잡더라도 그것을 제대로 평가해서 문제점의 해결을 도모하려는 움직임이 적다.

이번 회의 화제는 「현재의 보건복지 서비스를 이용함으로써 고령자의 살림이나 건강을 개선 도모할 수 있는가」에 대해 특히 자리눕기병 고령자에 대한 재택복지 서비스를 중심으로 검토코자 한다.

3. 보건복지 서비스의 효과를 어떻게 평가하나

약간 전문적으로 말하면 평가의 틀은 서비스 제공 과정에 맞추어 투입, 실시과정 및 결과 평가의 세 가지가 있다. 이는 보건복지 서비스에만이 아니라 우리들이 하는 각종 행위나 활동을 평가할 때에도 충분히 응용이 가능하다. 좀 길어지겠지만 홈헬프 서비스를 예로 그 내용을 간단히 소개해 본다. 투입 평가를 한 서비스를 실시키 위해 투입한 도움이의 인원, 근무체제나 서비스 내용 등이 대상이고 이것들이 필요한 기준을 충족하고 있는지 여부가 사정기준이 된다. 실시과정 평가는 서비스를 어떠한 경과를 거쳐 제공하는가. 즉 이용의 자격을 결정할 때 고령자의 자립도나 가족 소요(Needs)를 정확히 파악하고 있는지, 또 간호, 가사 소용에다 도움이 파견 계획이 적절한가 등을 사정한다. 최후의 결과 평가는 도움이 파견 목표인 가족의 간호부담 경감을 실제 기도(企圖)하고 있는지를 평가하려는 것이다. 투입 평가나 실시과정 평가는 어디까지나 서비스가 효과적이기 위한 조건이며, 효과 평가는 최후의 결과를 평가하는 것이 된다. 아래에서는 필자가 수정한 데이터를 근거로 몇 가지 서비스를 예제로 다루어 그것의 결과 평가에 대한 구체적인 사례를 소개해 본다.

4. 효과를 측정하는 방법

개개의 사례는 서비스 이용으로 간호부담이 경감되었다거나 역으로 별로 효과가 없었다는 등 이용자에 따라 체험적, 경험적인 평가를 내리고 있다. 이러한 개별적 평가는 중요하더라도 각각의 사례를 그대로 전체로서 보았을 때 서비스의 이용이 간호부담 경감에 실제로 연결되는 지는 별도로 평가함이 필요하게 된다. 실험적 기법을 도입할 때 다음과 같은 디자인이 필요하게 된다. 고령자의 일상생활 동작이나 인지능력 같이 간호부담에 영향을 줄 특성이 같아지게 고령자를 무작위로 2개 군으로 갈라 한쪽 군의 간호자에게는 서비스를 제공하고 다른 군 간호자에게는 서비스를 제공치 않는 조건을 주어 일정기간을 추적하여 두 군의 간호부담 변화를 비교한다.

그러나 현실적으로는 윤리적 문제 등 때문에 이런 조건을 실험적으로 해내기가 어렵다. 그래서 차선책으로서 의사(疑似) 실험적인 방법을 채용하게 된다. 즉 지역조사 등으로 보건복지 서비스의 이용자와 비 이용자를 골라 각각에 대해 추적조사를 실시,

추적조사 시점에서 두 군 사이의 간호부담 정도를 비교하는 방법을 채택하게 된다. 그때 서비스 이용자는 비이용자와 비교해서 고령자의 일상생활 동작이나 인지능력 등 간호부담 상황이 다르다고 여기므로 이들 조건을 통계적으로 통제함이 필요하다. 이 보고도 의사 실험적인 방법을 답습한다.

분석에 쓰는 데이터는 필자가 소속한 동경도(시)종합연구소 보건사회학부문에서 동경도 三鷹市의 65세 이상 고령자 총 20,000명을 대상으로 실시한 1년간의 추적조사에 입각하고 있다. 데이터 수집의 과정을 보면 최초에 일상생활동작 능력과 인지정도에 의해 간호를 요하는 고령자를 추출하고 다음에 이 간호를 요하는 고령자의 주간호자를 대상으로 조사하였다. 그리고 1년 뒤에 추적조사를 실시해 간호를 요하는 고령자의 간호자 상태의 변화를 파악하였다.

5. 현행 재택복지 서비스는 가족의 간호부담을 경감시키는가

요간호 고령자 가족의 간호부담을 경감키 위한 보건복지 서비스에는 주된 것으로 홈헬프 서비스, 숏 스테이, 방문간호 서비스가 있다. 앞의 두 가지는 이미 그 내용을 소개하였으므로 뒤에 있는 방문간호 서비스만 간단한 내용을 소개해 둔다. 방문간호 서비스란 보건사나 간호사가 가정을 방문하여 질병의 요양이나 보살핌, 간호를 제공하는 서비스이다.

이상의 서비스가 간호부담의 경감과 상관되는 지를 위의 데이터에 의해 검토해 보자. 간호부담을 측정하는 잣대로서는 여러 가지가 있으나 이 보고서에서는 억울(억압, 우울)증상, 고통호소 수, 간호로 인한 생활제약 및 간호를 받는데 따르는 기진(지침) 등 4가지의 잣대로 간호부담 정도를 측정해 보았다.

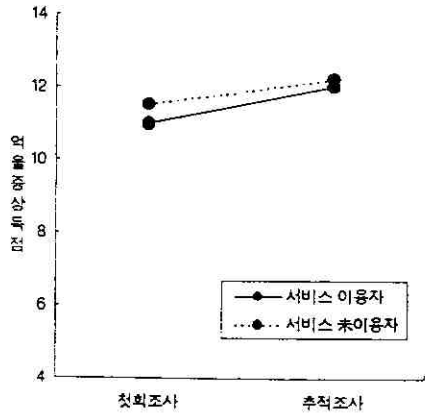


그림1. 홈헬프 서비스의 이용 유무와 억울증상의 변화
주) 첫회 조사시 고령자의 일상생활동작능력, 인지능력 간호자의 성과 연령의 영향을 조정, 반복측정의 분

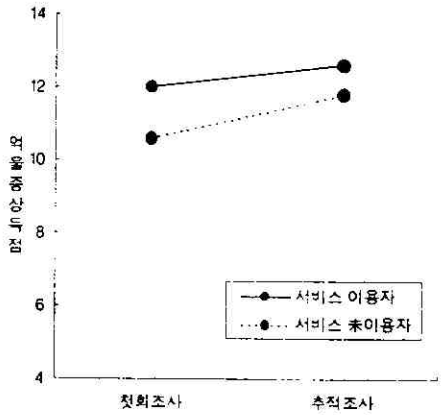


그림2. 숏 스테이 서비스의 이용 유무와 억울증상의 변화
주) 첫회 조사시 고령자의 일상생활동작능력, 인지능력 간호자의 성과 연령의 영향을 조정, 반복측정의 분

산분석에 의해서 분석

산분석에 의해서 분석

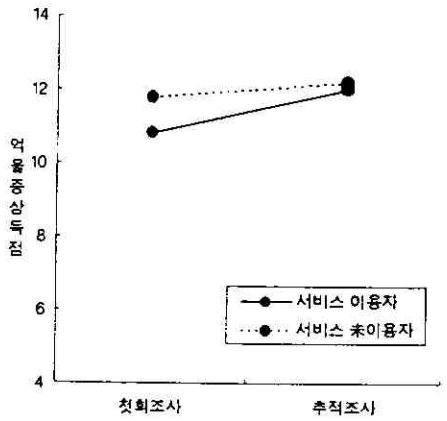


그림3. 방문간호 서비스의 이용 유무와 억울증상의 변화
주) 첫회 조사시 고령자의 일상생활동작능력, 인지능력, 간호자의 성과 연령의 영향을 조정, 반복측정의 분
산분석에 의해서 분석

그리하여 첫회 조사시에 홈헬프 서비스를 이용하던 사람은 이용하지 않던 사람에 비해 추적조사기간 동에 간호부담에 유의한 저하나 경감이 보이는 경우에는 재택 서비스 이용이 간호부담 경감에 효과가 있었다고 평가하게 된다.

그림1에는 간호부담의 잣대로서 억울증상을 썼을 때의 효과를 나타냈다. 억울증상뿐 아니라 어떤 간호부담을 측정하는 잣대를 쓴 경우에도 홈헬프 서비스의 이용 유무에 의해 추적기간 중의 간호부담 변화가 달라지지는 않았다. 단기 체류 및 방문 간호 서비스도 서비스 이용자와 비이용자 간에는 추적기간 중 간호자의 억울증상 변화에 유의한 차이는 안 보이고(그림2, 그림3), 이 결과는 간호부담을 측정하는 잣대를 바꾼 경우에도 같았다. 이상으로 이용자를 집단적으로 볼 때 현재의 재택 복지 서비스는 간호사의 간호부담 경감에 꼭 공헌한다고 할 수 없다.

6. 어떤 특정인에 대해서는 재택 복지 서비스가 효과가 있다

이상의 분석에서는 자리눕기병을 가진 고령자의 건강 레벨이나 간호자의 상황을 어디까지나 배경 요인으로 간주했었다. 그러나 어떤 특정한 간호자나 자리눕기병 고령자에 한정해 볼 때, 간호부담의 경감에 서비스가 기여할런지도 모른다. 가령, 자리눕기병 고령자의 건강 레벨이나 주간호자에 부간호자가 있는지 여부에 따라 서비스 효과에 차이가 보여 중증 장애를 가진 고령자를 간호하거나 때로는 부간호자가 없는 간호자에게는,간호부담이 특히 무거워 서비스의 이용으로 간호부담 경감이 기대될런지

도 모른다. 그림4에 보듯이 간호부담을 겨냥한 잣대로서 간호부담에 의한 생활제약을 쓸 때에 부간호자가 없는 사람은 헬퍼를 이용할 경우에만 간호에 의한 생활상의 제약이 경감한다는 결과를 나타냈다. 즉 현재의 홈헬프 서비스의 효과는 사적인 지원이 부족한 간호자에게만 그 사적인 지원의 대체로서 유효화다는 것을 나타냈다고 할 것이다.

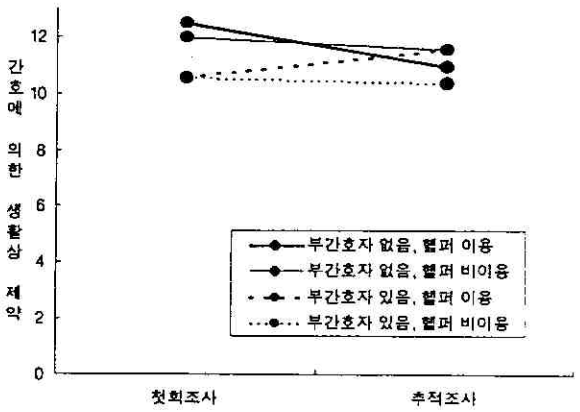


그림4. 홈헬프 서비스의 이용, 부간호자의 유무와 간호에 의한 생활상 제약의 변화
주) 첫회 조사시 고령자의 일상생활동작능력, 인지능력, 간호자의 성과 연령의 영향을 조정, 반복측정의 분산분석에 의해서 분석

7. 재택 복지 서비스는 재택 요양을 유지하는데 도움이 되는가

달리 다른 잣대를 써서 재택 복지 서비스의 효과를 보자. 재택 복지 서비스는 간호부담의 경감을 도모할 뿐 아니라 나이 든 이가 살면서 익힌 곳에서 될 수 있는 한 오래 생활할 수 있게 지원하는 효과도 기대한다.

현실적으로 이러한 역할을 어느 정도 하고 있는가를 보자. 특별 양호(養護) 노인 홈은 요간호 고령자가 입소하는 시설로서 큰 비중을 점하고 있는데, 재택 복지 서비스의 이용으로 간호자가 이러한 시설에 고령자를 입소시키지 않고 고령자를 재택에서 간호하려는 의욕을 계속 지니게 자극 받는 지 여부를 보았다.

재택 복지 서비스로서 단기 체류, 홈헬프 서비스 및 방문 간호 서비스를 다루었다. 위의 데이터도 첫회 조사 부분을 활용하여 고령자의 주간호자가 특별 양호 노인 홈에 고령자를 입소시킬 의향을 어느 정도 가지고 있는가를 종속변수로, 위의 세 가지 서비스의 이용 유무, 고령자의 일상생활동작의 장애, 인지장애 및 부간호자의 유무를 요인으로써 투입하여 분석해 보았다. 분석은 각 서비스의 직접적인 효과 뿐 아니라 다른 요인과 얽힌 효과(상호작용)도 검토하였다. 다른 요인과 얽힌 효과란 가령 서비스의 효과는 고령자의 일상생활 동작이나 인지의 능력이 낮고, 또 간호자에 부간호자가

없는 등 특히 서비스의 이용 효과가 강하게 나타나, 시설이용 의향이 억제되는 등 몇 가지의 요인이 복합적으로 얽힌 효과이다.

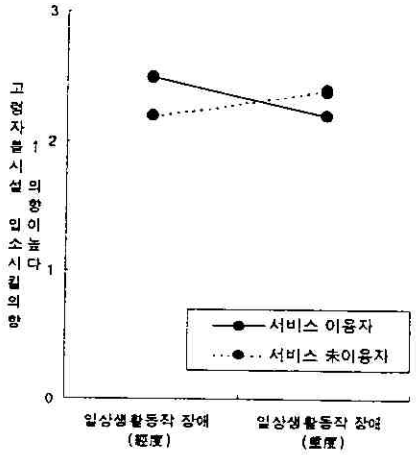


그림5. 홈헬프 서비스의 이용, 일상생활동작 장애와 고령자를 시설에 입소시킬 의향과의 관계
주) 간호자의 성, 연령의 영향을 조정, 분석은 다원 배치분산 공분산분석

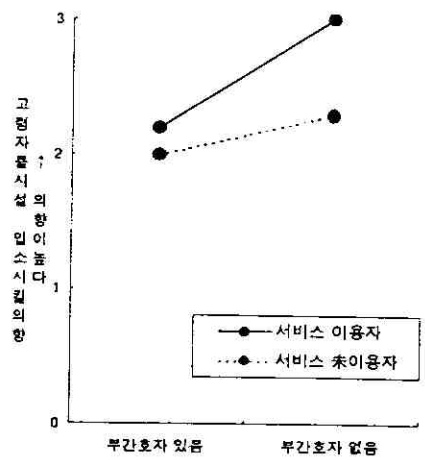


그림6. 숏 스테이 이용, 부간호자의 유무와 고령자를 시설에 입소시킬 의향과의 관계
주) 간호자의 성, 연령의 영향을 조정, 분석은 다원 배치분산 공분산분석

홈헬프 서비스는 일상생활의 장애 정도가 중증일 경우에는 그것을 이용함으로써 간호자가 시설에 고령자를 입소시킬 의향이 낮게 될 방향으로 작용하여(그림5), 이용하는 효과가 확인되었다. 그림6에는 숏 스테이의 이용 유무로 간호자가 시설에 고령자를 입소시키려는 의향이 어느 정도 다른 가를 나타내었다. 그 효과는 부간호자 유무에 따라 달라지고 부간호자가 없는 간호자가 숏 스테이를 쓸 때에는 시설에 고령자를 입소시키려는 의식이 강해진다는 결과였다. 가설에서는 부간호자가 없는 사람은 숏 스테이를 이용할 경우에 재택으로 하는 보살핌 의욕을 계속케 하는 방향으로 작용하는 것이 아닐가 하는 것이었으나 그 반대의 결과를 내었다. 즉, 숏 스테이 이용이 간호자의 재택 간호 의욕 계속에 공헌하는 것인지 역으로 저하시키는 쪽으로 작용하는가 하는 결과였다.

8. 맺는 말

이 보고서에서는 재택 복지 서비스의 효과에 의문을 던지는 듯한 결과도 나타냈다. 그러나 이것을 가지고 재택 복지 서비스가 간호자의 간호부담 경감에 별로 공헌치 못한다고 결론 짓는 것은 위험하다. 이번 회에서 보인 데이터에 입각한다면 홈헬프 서

비스의 이용자가 대상자 전체의 15%에 머물고, 이용하고 있다고 해도 그 횟수는 1주당 2일 이하라는 사람이 약 60%를 점하고 있다. 숏 스테이는 이용 경험자가 전체의 약 20%로 이용 경험자 중 1년에 2회 이하밖에 이용치 않는 사람이 약 60%였다. 방문간호 서비스는 이용자가 전체의 약 10% 정도로 이용하고 있어도 이용 횟수가 주당 1회 이하인 사람이 약 80%였다. 현재의 서비스 공급량으로는 간호자의 간호를 충분히 대체하기가 거의 불가능하기 때문에 간호부담 경감으로까지 이어질 수가 없는 서비스도 적지 않다고 보는 편이 타당할 것이다. 재택 보살핌 의욕을 지속시키는 효과도 서비스의 이용이 이 의욕을 저하시키는 쪽으로 작용한다는 결과도 다음과 같이 해석할 수가 있다. 일본에서는 간호에 수반되는 부담을 심각하게 여기지 않는다. 즉 간호 파탄이 안되게끔 예방적으로 서비스를 이용한다기보다도 상황이 상당히 악화되고나서 서비스를 이용하려는 경우가 많다고 여긴다. 즉 서비스를 이용하기에 이르렀을 때는 간호자가 재택 보살핌을 단념하고 고령자를 시설에 입소시키기로 결정한 사례도 적지 않다고 볼 수 있다. 서비스의 공급량 증가를 도모할 때, 혹은 간호에 수반하는 생활이나 건강 파탄에 이르기 전에 예방적으로 서비스를 이용할 수 있도록 제공자 측과 이용자 측의 체제가 가 확립된 경우에는 여기서 보고한 내용과 다른 결과를 얻을 지도 모른다.

앞으로 여러분 중에는 보건복지 서비스를 활용할 사람이 적지 않을 것이다. 복지 서비스는 이전처럼 일부 사람에게 일방적이고 또 시혜적으로 주어지는 것이 아니라 모든 사람이 생활의 쾌적성을 실현시키기 위한 필요에 응해서 적극적으로 활용할 수 있는 중요한 사회적 자원이다. 그 자원을 더욱 값지게 하려면 이용자의 체험이나 느낀 바 문제점을 온갖 루트를 통해 공급자에게 전하고 개선을 기도(企圖)함이 필요하다. 그러기 위한 자료가 된다면 다행이다.

X. 일본의 고령자와 외국 고령자의 차이

1. 이번 회의 화제 ····· 83
2. 자신을 좀 더 많이 알기 위하여 비교한다 ····· 83
3. 왜 비교의 상대가 미국과 중국인가 ····· 84
4. 데이터 수집 ····· 85
5. 미국보다 일본은 신체는 건강하나 사회와의 연결이 약하다 ····· 85
6. 일본의 고령자 쪽이 자녀의 지원이 부족하다 ····· 86
7. 친족으로부터의 지원후퇴를 못 따라가는 보건복지 서비스 ····· 87
8. 맺는 말 ····· 88

X. 일본의 고령자는 외국 고령자와 어떻게 다른가

1. 이번 회의 화제

근래, 복수의 나라에서 다수 사람을 대상으로 한 조사를 하여 그 데이터를 비교하는 국제비교를 많이들 한다. 이러한 국제비교 연구의 결과가 매스컴 등을 통해서 여러분의 눈에 띄는 수도 적지 않을 것이다. 이들 정보에 의해 일본인의 의식이나 행동, 생활에 어떠한 특징이 있는가에 이해를 깊이 하려는 사람도 있을 것이다.

국제비교 연구라 해도 그 목적이나 의도는 학문적인 문제 관심사에서부터 무척 실천적인 의의를 두는 것까지 각양한데다 또 방법상으로도 기존의 통계자료 분석, 인류학적 조사, 분석, 때로는 규격화한 조사표에 의한 대량관찰 등 다양하다. 필자의 연구 영역에서 몇 가지 예를 들면 구미의 보건, 의료, 복지제도, 정책을 하나의 모델로 잡아 일본의 과제나 문제점을 지적코자 하는 연구, 혹은 사망률이나 유병률(有病率)같은 통계를 활용하여 국별로 본 건강수준의 격차와 그 요인을 탐구하는 등 연구가 있다.

필자는 지금까지 미국이나 중국의 연구자와 공동으로 국제비교 연구를 하는 기회가 있었으나 그 방법은 각 나라에서 다수의 고령자를 대상으로 한 조사를 실시하고 그 결과를 비교하는 것이었다. 이 보고의 과제는 이들 경험을 회고하고 필자가 어떠한 목적이나 과제로 국제비교 연구를 해왔던가, 나아가 그 결과로서 얻은 「일본의 고령자 생활이나 의식의 특징은 무엇인가」를 소개하고자 한다.

2. 자신을 좀 더 많이 알기 위하여 비교한다.

늘상 자기 일에만 안중에 두고 지낸다면 자기의 장점이나 결점이 잘 안 보인다. 다른 이와 비교된다는 것이 기분 좋은 일이라고는 할 수 없으나 그 비교에 의해 자기의 장점이나 결점을 아는 수가 적지 않다. 필자의 연구 영역은 고령자의 건강이나 생활상의 문제를 발견하고 또 그 사회적 혹은 심리적인 요인이나 배경을 해명하는 것인데 국제비교연구에서도 기본적으로는 이것과 공통된 문제 관심에 입각해서 대처하고 있다. 일본국 내에만 관심 두고 고령자의 생활이나 건강을 보았을 때도 지연이나 계층과 같은 사회적 요인에 관심을 가지는 중에 건강이나 생활문제가 쌓인 집단이나 대상을 특정해서 문제가 집적한 요인을 해명할 수가 있다. 그러나 여기에 더하여 국제비교 하는 방식을 채택함으로써 건강의 사회, 심리적인 위험요인이 일본의 특징적인가, 아니면 타국과도 공통하고 있는가 나아가 상이점이 보이는 경우라면 그 제도적, 문화적인 배경은 무엇인가 하는 등 위험요인을 좀 더 다각적으로 검토할 수 있게 된다.

3. 왜 비교의 상대가 미국과 중국인가

보건의료 분야에서는 기존의 관청통계 등을 활용해서 건강이나 생활수준 상의 국제비교를 하는 것도 가능하다. 나라에 따라 의미가 다른 정보가 수집되어 있거나 애당초 데이터가 없는 등 데이터 상의 제약 때문에 이러한 방법으로 비교할 수 있는 지표는 한정된다. 나라별로 본 건강수준이나 생활수준의 차이, 그 배경, 공통점을 탐구하는데는 어느 정도 대규모의 조사를 기획하고 비교를 위한 자료를 수집하는 것이 중요한 방법이 된다.

국제비교연구를 하려면 먼저 연구의 목적이나 과제에 부응하여 비교를 위한 국가를 특정해야 한다. 그러나 현실은 그 출발점에서부터 커다란 곤란에 직면한다. 비교연구를 위해 정도 높은 데이터를 수집하는데 많은 사람을 조사하는 대량관찰 방법은 특히 나라별로 조사 실시의 체제가 다르기 때문에 예산상의 뒷받침은 물론 상대국의 연구자나 행정(기관)과 긴밀한 협력관계를 이루어야 한다. 일본의 연구자가 아무리 이상적인 비교, 대조할 나라를 설정하더라도 이러한 협력체제를 이루지 못하면 국제비교 연구를 실현할 수는 없다. 그 때문에 필자의 경우도 그렇지만 국제비교 연구를 상대국에서 제의해 옴을 계기로 국제비교 연구를 시작하는 경우도 적지 않다. 솔직히 말해서 최초에「○○과의 비교」에서 왜 그런 비교를 하는가는 뒤에서야 의의를 찾는 수가 적지 않다. 필자가 경험한 중국, 미국과의 비교연구가 그 예이다. 그렇긴 하지만 양국간의 비교는 여러 가지 의의를 포함하고 있다고 할 것이다.

미국을 비교의 대상으로 함은 다음과 같은 의의를 지닌다고 할 것이다. 일본은 선진국 중에서도 평균수명 길이에서 보듯이 신체적 건강을 볼 때는 양호한 상태라 할 수 있다. 그러나 신체적 건강은 하나의 잣대이고 좀 더 다각적으로 상태를 평가해 봄이 필요하다. 대인접촉이나 사회참가, 지원체제 등 사회관계의 측면에서 보았을 때는 어떨 것인가. 신체적 건강과 마찬가지로 일본의 고령자는 양호하다고 할 수 있을까. 검토할 수 있는 데이터가 충분치 못해 이런 물음에 충분히 대답해 줄 수가 없었다. 이에 필자는 선진국 중 하나로 미국을 다루어 그것과 비교하는 중에 이 과제에 접근하고자 했다.

중국과의 비교는 일본 쪽이 중국에 비해 경제개발이 진전해 있고 건강이나 생활수준도 높아서「왜 중국인가」하는 의문을 갖는 이도 있을 것이다. 그러나 필자는 중국과 비교하는 중에 일본의 도시화나 핵가족화의 진전과 사적(개인적) 부양의 후퇴문제에 대처할 수 있지 않은가 여겼다. 같은 문화권에 속하면서도 일본에서는 도시화가 진전하는 중에 자녀나 친족 같은 사적 부양에 기대할 수 없는 고령자가 증가한다고들 한다. 그것을 대처할 수 있게 공적 서비스의 정비, 확충을 하고 있으나, 이를 서비스로 사적인 부양의 대체가 충분히 취해지고 있다고 할 수 있을까. 같은 문화적 배경을 가지고도 일본에 비해 사적 부양을 유지하고 있다고 보는 중국과의 비교로 일본에서의 사적 부양 후퇴와 공적 서비스에 의한 대체문제를 검토할 수 있다고 생각하였다.

4. 데이터 수집

미국의 데이터 베이스는 미국 미시건대학이 수집한 데이터를 활용키로 하였다. 이 데이터는 미국에 거주하는 25세 이상의 주민에게서 층화무작위로 추출한 사람에 대한 조사이다. 분석 대상은 60세 이상만을 다루었다. 일본데이터는 이 연재에서 데이터베이스로 활용하는 「전국 고령자의 종단조사」이다. 이 조사는 상기 미국 데이터베이스와 비교 가능하게 함을 하나의 목적으로 해서 수집하였기에 그것을 활용하여 일본과 미국의 비교가 가능하다.

중국의 경우에는, 동경도 내의 구(區)지역에 살고 있는 60세 이상의 고령자를 대상으로 한 조사를 일본의 데이터베이스로 하고 그것과 비교 가능한 데이터베이스를 작성코자 북경시 중심부에 거주하는 60세 이상 고령자를 대상으로 조사를 실시하였다. 국제비교 연구를 함에는 언어나 문화의 차이를 극복하고 비교하는 나라간의 의미나 내용이 같은 조사표를 작성해야 한다. 중국과의 비교를 예로 그 방법을 나타내면 먼저 일본에서 사용한 질문표를 중국어로 번역하고 이를 중국에서 한 예비조사에 따라 수정한다. 다음에 이것을 일본어로 재번역해서 일본어판과 같은 지를 확인하는 절차를 밟아 중국어판을 완성시켰다.

이상, 서론이 길어졌지만 미국이나 중국의 고령자와 비교한 경우의 일본 고령자의 특징을 소개토록 한다.

5. 미국보다 일본은 신체는 건강하나 사회와의 연결이 약하다.

일본의 고령자는 미국에 비하면 사망률이 낮고 신체적 건강을 양호하다. 이번의 데이터를 비교해도 자기 신고이긴 하나 만성질환을 가지고 있는 사람의 비율은 일본 쪽이 적다. 구체적으로는 남자가 미국이 73.1%인데 일본은 39.9%, 여자는 미국 83.1%인데 일본은 47.6%이었다. 일상생활의 자립도 면에서도 장애가 있는 사람의 비율이 남,녀 각기 미국은 36.6%, 49.0%이고 일본에서는 9.0%, 11.1%로 미국 쪽이 2배 이상 높다. (그림1)

그런데 지역조직이나 단체에의 참가빈도를 보면 월 1회 이상 참가하는 사람은 일본이 남녀 각기 38.0%와 34.2%이고 미국의 48.3%와 52.0%에 비해 훨씬 낮다. 친구, 친지와의 면회빈도도 같은 경향을 보였다. (그림2) 흥미 있는 것은 사회참가의 빈도에서 일상생활의 자립도별로 보면 월1회 이상 빈도로 사회참가를 하는 사람의 비율이 미국은 장애가 있는 사람도 장애가 없는 사람과 거의 같은데 일본은 일상생활의 자립도가 낮으면 그 비율이 극단적으로 저하한다. (그림3)

일본의 고령자는 스스로가 의도한다면 사회와의 접촉을 유지할 만한 신체적 조건을 갖추고 있음에도 사회와의 연계를 지니지 않는, 그리하여 이 상태는 특히 신체적 장

애를 지닌 사람이 현저하다고 할 수 있을 것 같다. 신체적 핸디캡을 가진 사람은 세상살이 체면이나 도움 받기 등으로 주위사람에게 폐 끼치는 따위 의식이 작용하여 사회와의 연계성을 못 지니는 것일까.

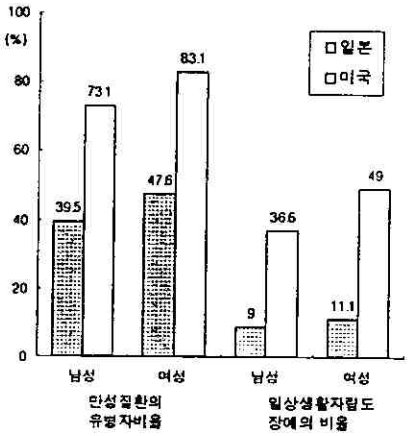


그림1. 신체건강의 미·일 비교

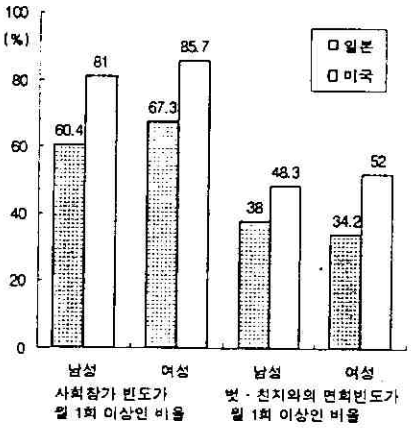


그림2. 사회와의 연계 미·일 비교

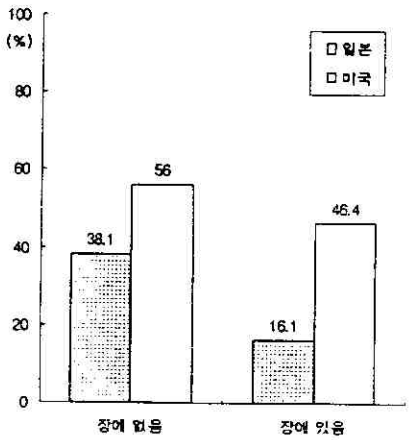


그림3. 생활자립도별로 본 사회 참가의 미·일 비교
(사회참가 빈도가 월 1회 이상인 비율)

6. 일본의 고령자 쪽이 자녀의 지원이 부족하다.

자녀는 부모를 공경하고 될 수 있는 한 보살핀다는 의식이나 가치관이 일본의 전통적인 가족규범이라고 해왔다. 과연 현실은 어떠한가. 자녀(손자를 포함해서)와의 관계는 「걱정꺼리를 들어주나(경청)」, 「걱정해 주나(위로)」 같은 긍정적인 것과 「불평이나 따지기를 하나(잔소리)」, 「부탁이 많은가(과잉요구)」 같은 부정적인 것을 구별해서 질문하였

다. 여기서는 고령자 부부가구를 다루어 일본, 미국에서 자녀와의 관계 차이를 보았다. 「경청」과 「위로」는 미국 쪽이 높고 「잔소리」, 「과잉요구」는 일본 쪽이 높은 결과였다. (그림4) 이러한 경향은 「독신」, 「2세대」, 「3세대」인 가구에서도 공통적으로 보인다.

이 데이터에 관한 한, 기대와는 반대로 일본보다도 미국 쪽이 전통적인 가족관이 침투해 있는 듯 보인다. 즉 일본의 경우는 미국과 비해서 고령자가 자녀로부터의 지원을 기대할 수 없다. 역으로 자녀가 부모에게 의존하고 또 간섭하는 경향이 강하다. 이것이 정확하다면 그 원인은 일방적으로 자녀 쪽에 있다고 하기보다는 부모도 자녀와의 관계를 유지하기 위해 이런 행동을 용인하고 있다는 측면도 부정할 수 없다. 미국에서는 자녀가 학업을 마친 뒤에는 부모로부터 자립해서 생활을 영위함을 기리는 사회라고들 한다. 그러나 이는 자녀가 부모를 무시한다는 것이 아니다. 자립해서 생활하더라도 자녀가 부모를 돕는다는 관계에 있는 것 같다.

7. 친족으로부터의 지원후퇴를 못 따라가는 보건복지 서비스

자리눕기병 상태일 때 어떠한 자원을 활용해서 대처코자 생각하는지를 일본 중국을 비교해 보았다. 친족에게서 지원을 기대할 수 있는 사람은 일본, 중국 모두 85%이상이었으나 중국 쪽이 일본에 비해 높았다. 한편, 보건복지 서비스를 이용해서 대처한다는 사람의 비율은 모두 5%정도로 거의 차가 없었다. 어느 데서도 지원을 받을 수가 없다는 비율은 중국은 거의 없는데 대해 일본은 10%정도였다. (그림5) 일본에서는 친족으로부터의 지원후퇴를 보건복지 서비스로 보충하지 못하고 어떤 자원으로부터도 지원 받을 수가 없다는 비율이 많다는 문제가 의심스러운 결과였다.

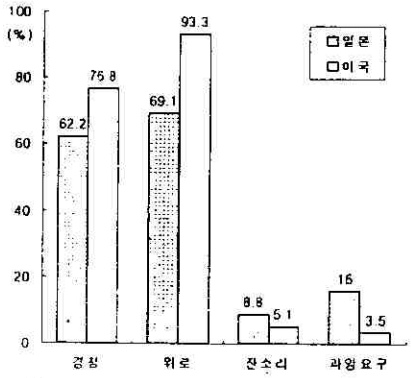


그림4. 고령자 부부만의 가구의 자녀와의 관계의 미·일 비교

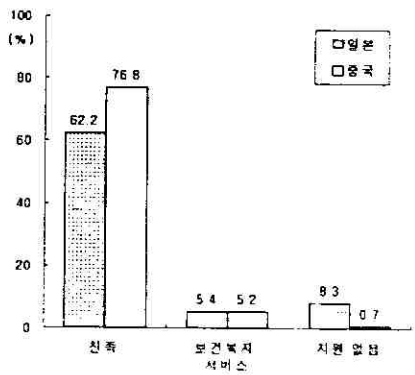


그림5. 지원 원천별로 본 간호지원을 기대할 수 있는 비율의 중·일 비교

이런 문제가 생기는 배경은 서비스를 별로 이용하고 싶지 않다. 친족에 기대하고 싶다는 고령자의 심리적 요인도 생각 할 수 있으나 그와 동시에 보건복지 서비스의 공급체제가 확충되어가고 있다고는 하나 그것이 충분치 못하고 의지할 존재로서 고령자에게 인지되어있지 않다는 공급자 측의 문제도 관계된다고 생각한다.

8. 맺는 말

이번 회는 타국과의 비교로 일본의 고령자 생활이나 건강 상의 문제가 어떻게 나타나는가를 몇 가지 조사를 더듬어 소개하였다. 그러나 일본의 문제를 지적하는 것만으로 국제비교를 하면 일본의 고령사회가 외국에 비해 비참하다는 것만을 강조하고 일본 사람들에게 꿈을 줄 수 없다. 문제점을 지적하더라도 동시에 일본 고령자가 지닌 좋은 면도 착안하여 문제를 극복하면서 좋은 점은 더 한층 신장시켜 가는 자세의 연구도 필요하다고 할 것이다.

여러분도 국제비교의 데이터에 접촉할 기회가 있으리라 여기나 이들을 활용하면서 일본 고령자의 실태를 제대로 파악하여 앞으로의 고령사회 진로를 생각해 봄이 어떨까 한다.

XI. 늘어가는 후기고령자의 특징

1. 이번 회의 화제 ····· 91
2. 분석데이터 ····· 91
3. 비교기준 ····· 92
4. 후기고령자는 생활의 자립도나 인지도의 저하가 현저하다 ····· 92
5. 고령자의 생활적응 및 사회와의 연계성 ····· 94
6. 후기고령자도 주변사람에게 공헌하고 있다 ····· 94
7. 후기고령자도 사회와의 관계가 필요하다 ····· 96
8. 맺는 말 ····· 96

XI. 늘어가는 후기 고령자의 특징

1. 이번 회의 화제

일본에서는 다른 선진국에 예를 볼 수 없을 정도의 스피드로 인구의 고령화가 진전하고 있다. 그 중에서도 75세 이상의 고령자(후기고령자)가 수적인 면에서나 전인구 중 점하는 비율 면에서나 증가하리라 예상한다. 고령화의 동향을 고찰하면 장차의 고령자 문제는 후기 고령자 문제라 해도 과언이 아니고 거기에 대응키 위한 충분한 대책을 세우는데는 후기 고령자의 건강이나 생활 면의 특징을 파악하는 것이 필요하다고 할 것이다. 근래, 후기 고령자 인구가 증가하고 있다고 해도 1995년에도 전기고령자(65~74세의 인구 11,091천명)에 대한 후기 고령자(75세 이상의 인구 7,170천명)의 비율은 0.65이다. 고령자를 대상으로 한 조사가 행정, 연구기관, 기업과 같은 각 층, 각 단계(레벨)에서 다양한 목적으로 실시되고 있는데 고령자를 일괄해서 분석하면 그 결과가 전기고령자의 특징을 짙게 반영하는 것이고 앞으로 증가하리라고 할 후기고령자의 특징을 제대로 파악한 것은 아니다.

지금까지 후기고령자의 문제가 주목받은 것은 복지수요(needs)의 추계와 관련해서였다. 「국민 생활기초 조사」, 「환자조사」, 「사회 복지시설 등 조사」, 「노인보건시설 실태조사」등 국가통계에서 후기고령자는 전기고령자에 비해 자리눕기나 치매증 출현 비율이 높기 때문에 그것의 출현 비율에 변화가 보이지 않는다고 해도 후기고령자수가 증가하면 거기에 수반하여 간호를 요하는 고령자가 늘어 복지수요가 확대되리라고 추측한다.

그러나 신체적 건강을 제외하고 정신적 혹은 사회적 건강이 어떤지 또 사회적 지원을 충분히 받고 있는가 등에 대해서는 후기 고령자와 전기 고령자간의 차이를 충분히 알고 있지 못하다. 여러분 중에는 건강한 고령자가 는다고 할 때 75세 이상 고령자라면 많은 이가 병이나 장애를 지니고 사람과의 접촉도 희박해서 생의 보람을 못 가지고 사회에 의존한 상태라고 상상하는 사람이 있을지 모른다. 과연 그 실태는 어떨까. 이번의 화제는 전기고령자와 비교하면서 후기 고령자들의 특징을 소개코자 한다.

2. 분석데이터

본고에서는 지금까지의 연제에 사용한 데이터베이스인 「전국고령자의 종단조사」중 최근 1996년의 데이터를 사용한다. 이 데이터베이스는 전국 60세 이상의 고령자를 대상으로 한 4회의 종단조사 (1987년, 90년, 93년, 96년)자료를 집적하고 있다. 대표성

있는 표본을 대상으로 한 것은 87년 조사이다. 이하에 두 가지 연구로서 추적조사 시점에서 60세 이상 대표성 있는 표본에 가까운 데이터를 얻을 수 있게 하였다. 이 때의 연구는

(1) 패널 탈락을 가능한 적게 모든 추적조사에서 제1회 조사시의 회답자 전원(사망자 제외)을 대상으로 조사할 것,

(2) 90년과 96년의 추적조사에서는 그 시점의 모집단과 대비한 패널추출 확률이 같게 되게 60~62세, 60~65세의 고령자를 각기 신규로 표본 추출하여 대상자에 포함시킴으로써 이상의 각 시점에서 60세 이상의 대표성 있는 전국표본을 얻도록 한 것이다.

3. 비교 기준

후기고령자의 특징을 보기 위하여 취급한 기준은

(1) 신체적 건강(만성질환 이환 및 일상생활 자립도)
(2) 정신적 건강(인지능력 정도 및 생활 만족도)
(3) 사회적 건강(가족 이외의 사람이나 지역 조직과의 접촉 빈도)
(4) 사회적 지원
등 4개 영역이다.

여기서는 이상의 기준이 후기고령자와 전기고령자간에 어떻게 다른가 하는 단순한 비교에다 후기고령자의 정신적인 건강을 지탱하는 조건이 전기고령자와 다른지 여부도 검토를 가할 것이다.

4. 후기고령자는 생활의 자립도나 인지도의 저하가 현저하다.

만성질환을 가지고 있는 사람은 전기고령자는 남녀 모두 70%대였으나 후기고령자는 80%를 넘고 있었다. (그림1)

일상생활이 자립되지 않는 사람의 비율을 보면 전기고령자와 비교해서 후기고령자는 남자가 약 3배(16.2%, 5.3%), 여자는 2배(20.1%, 9.0%)나 높은 수치를 보인다. (그림2)

정신적 건강의 잣대로 한 인지도는 생활 자립도와 같이 전기고령자에 비해 후기고령자는 인지장애 의심이 있는 사람의 비율이 유달리 높았다. 그 비율을 구체적으로 보면 전기고령자는 남자 7.0%, 여자 10.2%인데 비해 후기고령자는 그것이 각기

19.4%와 27.9%로서 그 출현비율이 2배 이상 높았다. (그림3)

일상생활의 자립도나 인지장애는 타인에게서 원조 받지 않고는 생활할 수 없는, 다시 말하면 복지수요(Needs)의 크기를 측정하는 중요한 잣대이다. 후기고령자는 전기고령자와 비교하면 생활자립도나 인지도에 장애가 있는 사람의 비율이 상당히 높기 때문에 복지수요를 많이 안고 있다는 특징을 가지고 있다고 할 것이다.

이상으로 생활자립도의 낮음, 혹은 인지장애의 많음이라는 후기고령자의 마이너스면을 강조하였는데, 그러나 이러한 생각은 전기고령자와 비교했을 때에 한하는 것이고 일면적이기도 하다. 장애를 가지고 있는 사람의 비율이 높다고 해도 그 비율은 30%를 넘지 않는다. 많은 후기고령자는 자립된 생활을 보내고 있음에 주목할 필요가 있다.

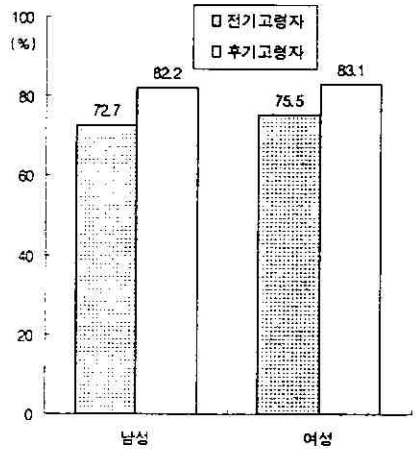


그림1. 만성질환 유병자의 비율

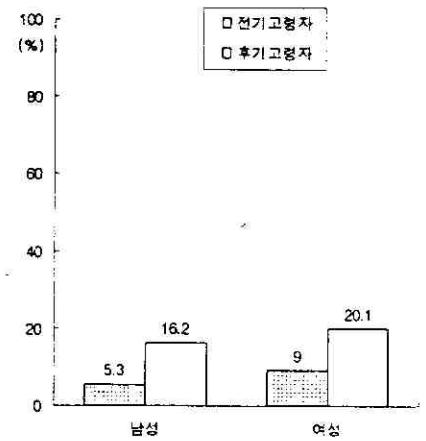


그림2. 일상생활동작의 장애가 있는 사람의 비율

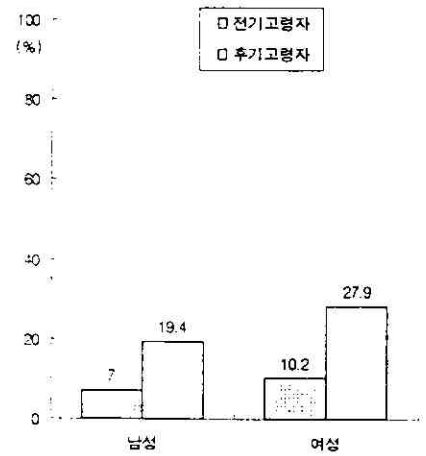


그림3. 인지에 문제있다고 의심되는 사람의 비율

5. 고령자의 생활적응 및 사회와의 연계성

생활 만족도라는 잣대를 써서 노후의 생활에 어느 정도 잘 적응하고 있는가를 보았다. 남자, 여자 모두 전기고령자와 후기고령자는 생활만족도의 득점에 큰 차이는 보이지 아니했다. (그림4)

사회와의 연계는 후기고령자가 전기고령자와 비교해서 낮은 수치를 나타내나, 그래도 반수 이상의 사람이 어떤 형태로건 사회와의 접촉을 유지하고 있었다. 가령, 친구나 친지와 만나는 빈도를 보면 월 1회 이상이라는 사람이 전기와 후기고령자 각기 남자는 65.3%와 59.2%, 여자의 경우 78.6%아 68.0%였다. (그림5) 지역 모임에의 참가도 월 1회 이상 빈도로 참가한다는 사람은 전기 및 후기 고령자가 각기 남자는 42.9%와 35.2%, 여자는 38.8%와 31.4% 이었다. (결과는 생략)

75세 이상이라는 연령이므로 후기고령자는 생활의 자립도가 저하하고 집안에 갇혀 지내기 마련이고 또 어두운 생활을 보내리라 상상하는 이가 적지 않을 것이다. 그러나 데이터로 보는 후기고령자의 평균적인 모습은 자립된 생활을 보내고 있고 또 사회적 연계도 지속하며 제법 만족한 생활을 보낸다 할 수 있을 것이다.

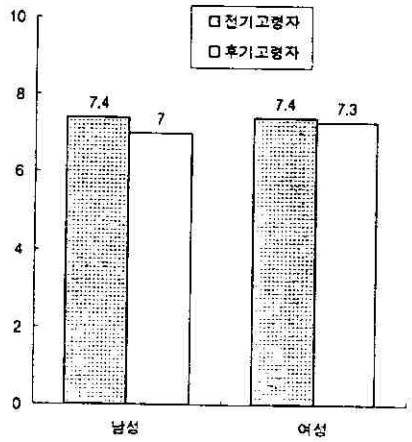


그림4. 생활만족도 득점율

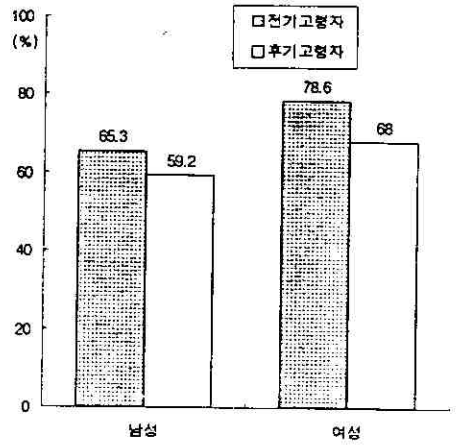


그림5. 친구·친지와의 면회빈도 (월1회 이상의 비율)

6. 후기고령자도 주변사람에게 공헌하고 있다

주변사람에게서 얼만큼이나 원조를 받고 있는가를 정신적인 면과 수단적인 면으로 파악해 보았다. 정신적 면의 원조는 걱정 꺼리나 어려운 일이 있을 때 들어주는 이가 있는 지로 보았더니 전기 및 후기 고령자 모두 70~80%정도의 사람이 「잘」들어준다고 대답하고 두 연령 층 간에는 유의한 차이가 없었다. 수단적 원조는 병들었을 때

보살펴 줄 사람이 있는지 여부를 보았는데 전기 및 후기 고령자 모두 90%정도의 사람이 「크게 받을 수 있는」, 「그런대로 받을 수 있는」 사람이 있다고 대답하고 정서면의 원조와 마찬가지로 전기 및 후기고령자에는 유의의한 차가 보이지 아니했다. (그림 6)

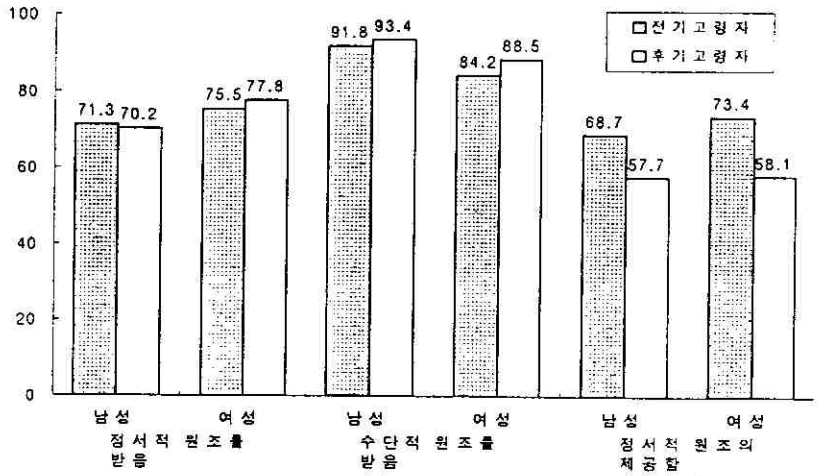


그림6. 사회적 지원

표1. 생활만족도 관련 요인

	전기고령자	후기고령자
성(性)		*
만성질환의 유루		*
일상생활동작의 장애	**	**
인지정도		*
친구 · 친지와의 접촉	**	**
사회참가	**	**

주) **p <.01, *p<.05
종소변수에 생활만족도, 독립변수에 성(性), 만성질환의 유무, 일상생활동작의 장애, 인지도, 친구 · 친지와의 접촉, 사회참가를 투입하여 중회귀분석을 실시

그러면 후기고령자는 주변인에게서 도움을 받고만 있는가, 주변인의 걱정 꺼리나 고민 꺼리에 상담 상대가 되고 있는지 여부를 보니 후기고령자는 전기고령자와 비교해서 유의하게 낮지만 「항상」혹은 「대체로」 들려주는 사람의 배율이 약 60%였다. (그림6) 후기고령자라도 적지 않은 사람이 일방적으로 주변사람의 보살핌을 받기만 할 뿐 아니라 할 수 있는 한 주변인에게 공헌한다고 할 수 있을 것이다.

7. 후기고령자도 사회와의 관계가 필요하다.

고령이 되었을 때 특히 75세 이상인 후기고령자는 사회와의 접촉을 피하고 조용히 살아감이 번거로운 인간관계에서도 해방되어 행복하지 않겠는가고 생각을 가진 사람이 있을 것이다.
이 데이터로 본다면 전기고령자 뿐 아니라 75세 이상의 후기고령자도 가족이외의 사람과 접촉하고 지역조직이나 단체에 참여하는 것이 생활만족도 향상으로 이어짐을 알 수 있다. 상당히 고령이 되어서도 할 일없이 은거치 않고 사회와의 연계를 유지함이 행복감을 유지하는데 있어 중요하다고 할 수 있을 것이다.

8. 맺는 말

75세 이상의 고령자는 신체적으로는 핸디캡을 다소 지니고 있지만 충분히 건강하게 사회관계도 유지하며 사회에 공헌하는 활동도 맡아 생활한다는 것, 그리하여 이러한 사회와의 접촉이 행복감 유지에 중요함을 알게 되었지 않을까 한다. 후기고령자를 사회에 부담되는 존재로서만 보지 말고 사회의 일원으로서 무엇인가 사회적 역할을 적극적으로 맡아서 하였으면 하는 것이 후기고령자는 물론 젊은 세대의 부담 경감을 위해서도 중요하다고 할 수 있을 것이 아닐까.

XII. 조사 데이터의 신뢰정도

1. 이번 회의 화제 ····· 99
2. 횡단적 조사와 종단적 조사 ····· 99
3. 데이터의 질을 조사하는 방법 ····· 100
4. 모든 대상자에게서 회답을 받기는 무리 ····· 100
5. 첫회조사의 회수 불능자는 랜덤하게 발생하지 않는다 ····· 101
6. 회수불능자는 건강위협요인의 분석결과에 영향이 거의 없음··· 102
7. 추적조사시의 탈락도 랜덤으로 발생하지만은 않는다 ····· 103
8. 특정 질문에 회답을 하지 않는 이는 어떤 사람인가 ·····104
9. 맺는 말 ·····106

XII. 조사 데이터의 신뢰정도

1. 이번 회의 화제

지금까지의 연재에서는 필자가 가지고 있는 데이터를 활용하여 사람들이 건강한 노후를 보내기 위한 사회적·심리적 조건이 무엇인가를 탐구해왔다. 여러분에게 보여준 결과가 옳은지 어떤지는 활용한 데이터가 신뢰할만한 지가 전제가 된다. 지금까지 밝혀지지 않던 건강에의 위험요인이 새로 발견되어도 그것이 질 낮은 데이터 분석에 의한 것이라면 그 결과는 우리에게 유해한 영향이나 줄까, 아무런 도움이 안 된다. 필자의 연구영역을 반성해보면 고도의 통계기법을 써서 해석하는데는 열심이나 애당초 해석 대상인 데이터를 어떻게 수집했는지, 대표성은 확보되어 있는가 등 데이터의 질에 관심을 가지고 주의를 기울인 연구자는 의외로 적다.

이번 회는 연재의 최종회이고 지금까지의 연재에서 가장 많이 활용한 데이터 베이스인 「전국 고령자의 종단조사」를 예로, 조사 데이터의 신뢰성이나 질을 어떻게 검토함이 좋은가를 소개하고 싶다. 또 최종회이므로 부록으로서 제1회에서 12회까지의 연재에 참고한 문헌을 말미에 게재한다.

2. 횡단조사와 종단적 조사

- 건강에 대한 위험요인을 명백히 하기 위한 조사방법 -

건강에 대한 위험요인을 해명키 위한 조사방법은 크게 분류해서 횡단적 조사와 종단적 조사가 있다. 횡단적 조사는 어느 한 시점을 한정하여 대상자를 상대로 조사를 실시한다. 이 방법은 같은 시점에서 측정한 건강상태와 사회적·심리적 요인의 관련을 분석하는 것이다. 그 때문에 양자간에 통계적으로 의미있는 관계가 보였다고 해도 그것은 사회적·심리적 요인이 원인으로 건강에 차이가 발생하였다는 해석말고도 건강파탄이 원인이 되어 사회적·심리적 요인에 변화가 생겼다는 해석도 성립한다. 예컨대 횡단적 조사로 운동습관이 없다거나 사람과의 접촉이 부족한 경우에 건강상태가 낮다는 결과를 얻었다고 해도 이 결과만으로는 운동습관이나 대인접촉 결핍이 원인이 되어 건강의 저하가 생긴다고 결론지을 수는 없다. 건강상태가 나쁘기 때문에 운동을 아니하거나 사람과의 교류가 부족해진다고 해석하는 것도 가능해진다.

종단적 조사는 이러한 횡단적 조사의 결점을 해소하는데 불가결한 방법이다. 건강파탄에 앞서 사회적·심리적 요인에 관한 정보를 시간적으로 선행하여 얻을 수 있기

때문에 분석방법상 건강파탄이 원인이 되어 사회적·심리적인 요인이 영향을 받을 가능성을 제외할 수 있다.

3. 데이터의 질을 조사하는 방법

횡단적 조사의 신뢰성을 검토하는데는 어떻게 대상자를 추출하였는가(표본추출방법), 얼마만큼의 사람이, 또 어떠한 사람이 회답하였는가(회답률과 무회답자의 특성), 사용한 조사항목으로 목적한 바를 제대로 조사할 수가 있었는가(질문 항목의 신뢰성과 타당성) 등을 논의해야만 한다. 그런데 종단적 조사는 이상과 같은 횡단적 조사의 질을 평가하기 위한 검토과제에서 얼마만큼의 사람이, 도 어떠한 사람이 추적조사 과정에서 회수 불가능하게 되있는가(추적률과 탈락자의 특성)를 검토함이 필요하게 된다.

본고에서는 지면관계로 종단적 조사인 「전국 고령자의 종단조사」 자료의 질이나 대표성 문제를 자세히 검토할 수가 없다. ① 첫회 조사의 무회답자 비율과 그 특성, ② 추적조사 과정에서 탈락한 사람의 비율과 그 특성, ③ 항목 조사 누락의 비율과 그 요인 등 3가지에 한정하여 데이터 베이스의 질을 음미코자 하는 것이다.

4. 모든 대상자에게서 회답을 받기는 무리

무회답에는 조사 거부나 부재 혹은 건강불량으로 조사에 협력을 받을 수 없는 경우(이하 회수불능이라 함)와 조사에 협력은 받을 수 있으나 어떤 특정 질문에서 무응답하여 항목 조사 누락이 있다. 어느 경우의 무회답이건 모두 제로(0)로 함이 바람직하다. 그러나 조사에 협력하는지 여부, 또 질문에 답할지의 여부는 어디까지나 조사대상으로 된 사람의 마음이지 강제가 아니므로 현실적으로는 대상자 전원에게서 회답을 얻을 수가 없다. 특히 최근에는 프라이버시 문제도 있어 무회답자의 비율을 줄이기가 용이치 않다.

「전국 고령자의 종단조사」에서 회수불능의 비율을 보면 첫회 조사(1987년 실시)에서는 66.9% (완료조사표 2,200 / 대상자 수 3,288명)이었다. 이 숫자는 고령자를 대상으로 한 조사에서는 평균적이라 할 수 있다. 회수불능 이유로서는 「거부」, 「부재」, 「건강상 이유」가 각기 30% 씩 점하였다. 만약 약 30%인 조사불능자가 어느 특성을 지닌 사람들에게 집중적으로 생긴 것이라면 분석대상자의 대표성이 손상되어 분석결과에 왜곡이 생길 가능성이 있다.

5. 첫회 조사의 회수불능자는 랜덤하게 발생하지 않는다

대상자 본인이 한번도 조사에 협력치 않아 첫회 조사의 회수불능자가 어떠한 사람인가는 그대로는 거의 손 쓸 수가 없다. 그 실마리를 찾을 간단한 정보원으로서는 정보내용에 제한이 있지만 표본추출시에 사용하는 주민(등록) 기본대장이 있다. 여기서 입수할 수 있는 성, 연령, 거주지역에 관한 정보에 따라 회수불능자에게 어떠한 편의가 보이는 가를 보았던 바, 회수불능자의 비율은 연령별로 U자형을 보여 60~69세와 80세 이상에서 높고 남자와 그리고 인구 규모가 큰 지역에서 높은 경향을 보였다.

주민(등록) 기본대장에서 얻는 정보는 한정적이다. 필자 등은 첫회조사로부터 6년 후에 회수불능자에게는 우편으로, 회답자에게는 방문면접방법으로 추적조사를 실시해서 더 많은 정보에 입각하여 첫회조사시 회수불능자의 특성을 검토하였다. 회답자의 비교는 회수불능자 전체와 함께 불능사유별로도 하였다. 「건강불량」에 의한 회수불능은 적더라도 상태면에서 건강상태가 나쁘다는 것을 알 수 있는데, 「조사거부」나 「부재」에 의한 회수불능은 그 모습을 전혀 알 수 없다.

표1에 나타내었듯이 회답자와 회수불능자의 특성에 상당한 차이가 있음을 알 수 있다.

표1. 첫회조사의 회수불능자와 회답자에 대한 추적조사의 특성 비교

특 성		회수불능이유			
		전체	거부	부재	건강불량
연령	(↑ 높다)	↓	↓	↓	↑
성	(→ 남자)	↑	↑	↑	
취학년수	(↑ 길다)	↑	↑	↑	↓
배우자	(→ 있다)	↑	↑		
취로	(→ 하고있다)	↑	↑	↑	↓
질병이환	(→ 있다)	↓			
일상생활동작의 장애	(→ 있다)			↓	↑
경제적 빈곤도	(↑ 높다)	↑	↑	↑	↑
생활만족도	(↑ 높다)	↑	↓	↓	↓
건강도 자기평가	(↑ 양호)	↓	↓	↓	↓

주) 결과에 나타난 화살표(↑,↓)는 회답자와 비교한 경우에 유의의한 차이가 보인 특성을 나타낸다. ↑는 유의성이 높은 것, ↓는 유의성이 낮은 것을 의미한다. 이산변량은 카이 스퀘어(χ^2) 검정으로, 연속변량은 t 테스트로 검정했다.

회수불능자 전체는 회답자와 비교해서 성이나 연령의 차이에다 취학년수가 길고, 생활만족도나 건강도의 자기평가가 낮다는 특징이 있다. 불능사유별로 보면 「조사거부」나 「부재」는 그 특성이 상당히 공통되고 있어 회답자와 비교해서 연령이 젊고 남자가 많으며 취학년수가 길고 취로(업)자가 많고 생활만족도가 낮다는 특성을 지니고 있었다.

6. 회수불능자는 건강위험요인의 분석결과에 영향이 거의 없음

이상과 같이 어느 특성을 지닌 사람들에게 집중해서 회수불능자가 보이는데 그로써 건강에의 위험요인분석 결과에 왜곡이 생길 가능성을 부정할 수 없다. 이러한 문제가 생겼는가 여부를 추측하는 빌미로서 건강과 관련한 사회적·심리적 요인이 회수불능자의 존재로 어느 정도 영향을 받는가를 보았다. 구체적으로는 앞에서 본 6년 후의 추적조사 데이터를 써서 첫회조사시의 회답자만을 분석한 경우와 거기에 회수불능자를 합친 경우 사이에 건강과 관련한 사회적·심리적 요인에 일관한 차이가 보이는지를 검토해 보았다.

무엇을 건강의 잣대로 하는가 또 무엇을 사회적·심리적 요인으로 할 것인가는 여러 가지로 생각할 수 있으나 여기서는 사람들이 자기의 건강을 어떻게 평가하고 있는가 하는 건강도의 자기평가를 종속변수로, 그것과 관련된 요인으로서 기본속성, 사회계층, 사회관련지표, 신체적 건강을 다루어 분석하였다. 중회귀분석을 한 결과, 회답자만을 분석대상으로 하였을 때나 회수불능자를 합쳐서 분석한 경우나 유의의한 효과를 지닌 변수에 차이는 없었다. (표2) 회수불능자가 어떤 비율을 점하더라도 그것이 그대로 건강에의 위험요인분석 결과에 영향을 준다고는 할 수 없다.

표2. 건강도 자기평가와 관련한 요인 (중회귀분석의 회귀계수)

변 수		첫회조사회답자	첫회조사회답자 + 첫회조사회수불능자	첫회조사회답자 + 첫회조사회수불능자에 추적률의 역수로 가중
		b	b	b
연령	(↑ 높다)	0.005	0.006	0.006
성	(→ 남자)	0.050	0.089	0.099
취학년수	(↑ 길다)	0.008	0.006	0.006
배우자	(→ 있다)	-0.054	-0.052	-0.052
취로	(→ 하고있다)	0.240**	0.243**	0.246**
경제적 빈곤도	(→ 높다)	-0.163**	-0.203**	-0.214**
질변이환	(→ 있다)	-0.655**	-0.660**	-0.664**
일상생활동작의 장애	(→ 있다)	-0.686**	0.634**	-0.612**
정수항		3.950**	3.818**	3.779**
R^2		229**	235**	239**
총 수		1406	1703	1703

주) ** ; p (probablility) < 0.01

7. 추적조사시의 탈락도 랜덤으로 발생하지만은 않는다

종단적 조사에서 그 대표성을 저하시키는 요인으로 주의해야 할 것은 추적조사시의 탈락자 존재이다. 탈락자라 해도 모두가 문제가 되는 것은 아니다. 사망이란 이유의 탈락은 모집단에서도 발생하므로 문제가 되는 것은 사망이외의 「조사거부」, 「부재」 따위의 이유로 인한 탈락이다.

표3에는 제1회에서 제3회 추적조사의 회수상황을 나타냈다. 사망을 합쳤을 때 어느 추적조사나 회수율은 80% 정도였다.

사망을 제외한 경우의 회수율은 제1회 추적조사에서 다소 낮지만 (82%), 제2회, 제3회 추적조사에서는 85%를 넘었다. 다른 조사들에 비해 무척 높은 추적률을 유지했다. 추적조사에서 회수불능 이유는 어느 추적조사에서나 「건강불량」이 가장 많고 「거부」, 「부재」가 뒤를 잇고 있다.

첫회조사 시점에서 어떤 특성을 가진 사람이 그 이후의 추적조사에서 사망 이외의 이유로 탈락하기 쉬운가를 분석해 보았다. 표4에는 9년간의 추적조사 결과를 나타냈는데 연령이 높고 신체적 건강이 나쁘고, 사회적 참가빈도가 부족하거나 흡연하고 있는 사람이 9년간 추적기간 중에 탈락하기 쉬움을 알았다. 첫회조사 뿐 아니라 추적조사에서도 탈락자는 랜덤으로 생기는 것이 아니라 어떤 특성을 가진 사람에 집중해서 발생하고 있다.

표3. 패널에서의 탈락 이유

회수상황	제1회 추적	제2회 추적	제3추적
회수	1,671 (76.0)	1,369 (81.9)	1,068 (78.0)
사망	163 (7.4)	104 (6.2)	114 (8.3)
건강상의 이유	151 (6.9)	86 (5.1)	89 (6.5)
거부	140 (6.4)	52 (3.1)	54 (3.9)
부재	49 (2.2)	42 (2.5)	32 (2.3)
기타	26 (1.2)	18 (1.1)	12 (0.9)
n	2,200 (100.0)	1,671 (100.0)	1,369 (100.0)

주1) 추적조사과정에서 한차례 회수불능이더라도 그 뒤의 추적조사에서 대상으로 함으로써 탈락자를 감소시켰다.

주2) 표에는 한차례 불능이던 사람을 그 이후의 조사집계에는 포함하지 않았다.

주3) 대리 회답자는 회수불능에 포함하였다.

표4. 9년간 추적조사시 탈락자 (사망 제외)의 첫회조사시점 특성

첫회조사시의 특성		
[신체건강]		
만성질환수	(↑ 많다)	
일상생활동작	(↑ 높다)	↓
건강도 자기평가	(↑ 높다)	↓
[정신건강]		
인지장애	(↑ 심하다)	
억울증	(↑ 강하다)	
[생활습관]		
음주	(→ 적당)	
운동	(→ 한다)	↑
흡연	(→ 안한다)	↓
[사회관계]		
별거 · 자녀와의 접촉	(↑ 많다)	
친구 · 친지와의 접촉	(↑ 많다)	
지역조직 참가	(↑ 많다)	↓
배우자	(→ 있다)	
[속성 · 계층]		
연령	(↑ 높다)	↑
성	(→ 남자)	
취로	(→ 하고있다)	
취학년수	(↑ 길다)	

주) 결과에 표시한 ↑,↓는 해당특성이 사망 이외의 이유로 패널에서 탈락하는 비율을 유의하게 높임을 의미한다.
분석에서는 대리회답을 포함하지 않는다. 분석방법으로서는 로지스틱 회귀분석을 썼다.

8. 특정 질문에 회답을 하지 않는 이는 어떤 사람인가

분석대상자의 대표성을 손상시키는 또 하나의 원인인 항목조사 누락에 관한 화제로 옮겨보자. 항목조사 누락이란 조사에 응하고 있으나 어떤 특정 항목에 대해서는 응답치 않아 생기는 조사 결여이다.

「전국 고령자의 종단조사」 질문표에는 기본속성, 가족구성, 신체적 건강, 정신적 건강, 사회활동성, 생활습관, 사회적 네트워크, 수입 등 광범위한 질문 항목을 넣는다. 여기서는 스케일을 구성하거나 생활습관 등과 함께 분석하는 경우가 많은 항목을 개별적으로 보는 것이 아니라 관련 항목을 묶아 조사결여의 비율을 산출한다.

각 영역별로 조사항목 누락의 비율을 보자. 4회의 종단조사별로 조사 누락 비율을 보았던 바, 억울(스트레스)척도, 생의 보람(PGC 모럴)척도, 생활습관, 수입 등에서는 조사누락이 회답자의 5% 이상이고, 이런 경향은 어느 조사나 마찬가지였다. (표5) 「생의 보람」척도는 11개 항목으로 구성하였는데, 그중에서도 「자신의 인생이 나이가 들면서 더욱 나빠진다고 느낍니까」와 「젊은 대에 비해 지금이 행복하다고 생각합니까」의 두 가지 질문 항목에서 조사 누락이 10%를 넘고 그 이외에는 5% 이하였다. 생활

습관은 운동, 흡연, 신장이나 체중(비만도 산출에 사용)으로 구성했는데, 신장과 체중 조사 누락이 10%를 넘고 있으며, 그 이외에는 거의 조사누락이 없었다.

표5. 지표별로 본 항목조사 누락의 비율

영 역	지 표	항목수	스케일·항목별 조사 누락 비율			
			첫회	제1회 추적	제2회 추적	제3회 추적
건강지표	일상생활동작	3	0.7	1.2	0.8	0.7
	건강도 자기평가	1	0.0	1.1	0.1	0.0
	인지능력	9	1.6	2.6	0.4	0.2
	억울증상	9	6.1	7.1	5.9	7.2
	PGC 모럴	11	31.1	25.7	22.3	26.3
사회지표	취학년수	1	0.5	-	-	-
	혼인	1	0.0	0.0	0.3	0.0
	취로	1	0.0	0.0	0.1	0.0
	수입(배우자 포함)	1	16.4	13.9	11.2	18.6
	수입만족도	1	2.5	2.1	1.5	2.2
	사회적 네트워크	3	4.7	4.6	1.9	3.6
	생활습관	4	16.2	12.1	11.5	12.0
	n		2,200	1,671	1,369	1,068

어떤 사람이 조사누락 하는가를 수입을 예로 들어 분석해 보자. 여성, 인지장애가 있는 사람이 조사항목 누락 비율이 높고 항목누락이 어떤 특성을 지닌 사람에 집중해서 생기는 것을 알 수 있다. (표6) 흥미있는 것은 조사원의 평가인데, 대상자의 조사 협력도가 낮으면 항목조사 누락이 많다는 것이다. 이 결과는 거부적인 대상자를 설득해서 조사에 응하게 하더라도 그때에는 항목조사 누락이 많아질 가능성이 있어 분석 대상자의 대표성을 확보키 위해서는 회수율과 항목조사 누락률을 어떻게 결부시킬 것인가가 중요한지를 시사한다고 할 수 있을 것이다.

표6. 누락과 관련된 요인

변 수		첫회	제1회 추적	제2회 추적	제3회 추적
연령	(↑ 높다)	↑		↑	
성	(→ 남자)	↓	↓	↓	↓
취학년수	(↑ 길다)			↓	
배우자	(→ 있다)				
취로	(→ 하고있다)				
일상생활동작의 장애	(→ 있다)				↑
인지장애	(↑ 심하다)		↑		↑
조사의 협력도	(→ 약하다)	↑	↑		↑
전회 조사 누락	(→ 있다)	-	↑	↑	↑

주1) 화살표는 해당변수가 조사 누락 비율과 유의의하게 관련있음을 의미한다. ↑는 조사누락 증가로, ↓는 조사누락 감소와 관련한다.

주2) 각 조사시점별로 그 조사의 누락과 요인과의 관련을 분석

주3) 분석방법은 로지스틱 회귀분석

9. 맺는 말

첫회조사, 추적조사 어느 것이나 무회답자는 랜덤으로 생기는 것이 아니라 어떤 특성을 지닌 사람에 집중해서 발생하고 있음을 알았다. 이 연재에서는 이런 왜곡성 있는 데이터를 사용했기 때문에 구태여 말한다면 그 내용을 부정확한 부분을 포함하고 있을 가능성이 있다. 그러나 이 데이터 베이스는 그 질이 다른 데이터 베이스와 비교할 때 그리 낮은 것이 아니라 평균 이상의 질을 확보하고 있다고 할 수 있다. 다시 말하면 회수율이 100%, 조사 누락률이 0%라는 조사를 실시치 못하는 한 조사 데이터의 질이 완전할 수가 없으므로 현실적으로는 크건 적건 어느 연구성과도 부정확한 부분을 지닐 가능성이 있다. 이상으로 조사 데이터를 사용해서 건강에의 위험요인을 해명한 연구는 어느 경우이건 데이터의 특성에서 보아 전혀 오류를 포함하고 있지 않다는 보증이 없다. 이로써 보면 실증적인 식견이라도 그것을 쉽게 받아들이지만 말고 비판적으로 평가한다는 자세를 지님이 요긴하다 할 수 있다. 끝으로 참고문헌을 일문(日文)을 중심으로 게재해서 이 연재를 끝내기로 한다.

붓을 놓으면서 원고를 제출하는 시기가 늘 기한을 크게 넘겨 잡지 편집자분들에게 대단히 폐를 끼쳐드렸음을 사과드립니다. 나아가 이러한 연재의 기회를 제공해 주신 동경대학 농학부의 岸野洋久(「기시노 요큐」) 선생님께 감사드립니다.

참 고 문 헌

[1] Ⅱ. 생활습관과 건강

1) Bolloc N.B. Breslow L. (1972) : Relationship of phisical health status and health practices : preventive Medicine. 1 ; 409~421

2) Breslow L. Enstrom J.E. (1980), Persistence of health habits and their relationship to mortality : Preventive Medicine. 9 : 469~483

3) 芳賀博, 松기崎俊久, 簇野脩一 (1982) : 노인의 보건행동 : 사회노년학. 15 : 64~73

4) 橋本修二 外 (1986) : 지역 고령자의 생명경과에 영향을 주는 일상생활상의 제 인자에 관한 검토 : 일본공중위생잡지. 33 : 741~748

5) 森本兼曩 編 (1991) : 라이프 스타일과 건강 - 건강이론과 실증연구 - 동경 : 의학서원

6) 加藤育子, 富永祐民, 鈴木繼米 (1988) : 무기왕(無旣往)·무자각증자의 생활습관 특징 : 일본공중위생잡지. 35 : 556~561

7) 加藤育子, 富永祐民, 松岡이주미 (1989) : 생활습관과 주요성인병 관련의 추적조사 : 일본공중위생잡지. 36 : 662~668

8) Berkman L.F., Breslow L. : Health and Ways of living, The Alameda county study : New York Oxford University Press. 森本兼曩 감역 (1989) : 생활습관과 건강라이프 스타일의 과학, 동경, HBJ출판국

9) 大野良之, 柳川洋 編 (1999) : 생활습관병 예방 매뉴얼 : 동경, 남산당

10) 杉澤아추코, 杉澤秀博, 柴田博 (1997) : 지역고령자의 심신건강유지에 유효한 생활습관 : 일본공중위생잡지. 45 : 104~111

[2] Ⅲ. 배우자와의 사별, 직업에서의 은퇴와 건강

1) Gallagher D. (1986) : Therapeutic issue in the treatment of espousal bereavement reactions in the elderly. Maletta G.J., Pirazzolo F.J (Eds) : Assessment and treatment of the elderly neurophychiatric patient : New York Praeger : 215~240

2) 河合千惠子 (1987) : 노년기에 배우자와의 사별에 관한 연구 - 죽음의 충격과 사별 후의 심리적 반응 - : 가족심리학 연구. 1 : 1~16

3) ———— (1987) : 배우자와 사별한 노인의 생활적응 : 노년정신의학. 4 : 160~168

4) ———— (1988) : 노년기에 배우자와의 사별에 관한 연구. 2 - 사별 후의 적응과 거기에 영향주는 제요인의 효과, 가족심리학 연구. 2 : 119~129

5) 岡林秀樹 外 (1977) : 배우자와의 사별이 고령자 건강에 미치는 영향과 사회적 지원의 완충 효과 : 심리학연구. 68 : 147~154

6) 岡村清子 (1992) : 고령기에 배우자와의 사별과 고립감 - 사별 후 경과년수별로 본 관련 요인 - : 노년사회과학. 14 : 73~81

7) ———— (1994) : 배우자와의 사별에 관한 종단적 연구 - 사별 후의 고립감 변화 - : 노년사회과학. 15 : 157~165

8) 岡村清子, 河合千恵子 (1987) : 고령 여성의 배우자 상실 후 역할 이행(移行)과 적응 : 노년사회과학. 9 : 53~70

9) 杉澤아추코 外 (1996) : 노년기에 직업에서의 은퇴가 정신적 건강과 사회적 건강에 미치는 영향 : 일본공중위생잡지. 44 : 123~130

10) 高橋重郷 (1995) 배우관계별로 본 사망률 격차 : 후생의 지표. 42(1) : 8~14

11) 東京都老人總合研究所 사회부문편 (1993) : 현대 정년 모습 (15년간의 추적조사) : 동경, 월드플래닝

[3] Ⅳ. 사회관계와 건강

1) Berkman L.F. (1986) : Social networks, support and health : Taking the next step forward. American Journal of Epidemiology. 123 : 559~562

2) Berkman L.F., Syme L. (1979) : Social network, host resistance and mortality : Nine-year follow-up study of Alameda county residents : American Journal of Epidemiology. 109 : 186~204

3) House J.S., Landis K.R., Umberson D. (1988) : Social relationship and health. Science : 540~544

4) 野口裕二, 杉澤秀博 (1999) : 사회적 유대와 건강 : 折茂肇 편집대표, 신노년학 (제2판) : 동경, 동경대학출판회 : 1343~1348

5) 杉澤秀博 (1993) : 고령기에 사회적 통합과 생명경과와의 관계 : 일본공중위생잡지. 41 : 131~139

6) Sugisawa H., Liang J., Liu X. (1994) : Social network, social support and mortality among older people in Japan : Journal of Gerontology. 49 : s3~s13

7) 杉澤秀博 外 (1993) : 고령자의 사회적 통합과 일상생활동작 능력의 경과와의 관계 : 일본공중위생잡지. 41 : 975~986

8) 浦光博 (1992) : 의지하는 사람과 사람 : 동경, 사이언스사

[4] Ⅴ. 고령자 자살의 사회적 배경

1) 荒記俊一, 村田勝俊 (1984) : 고도경제 성장기(1960~1975, 일본)의 자살사망률 변동과 사회생활 인자의 영향 : 일본공중위생잡지. 31 : 651~657

2) 角南重夫 (1984) : 우리나라(일본) 자살사망률의 도도부현 격차에 관련하는 요인 : 일본공중위생잡지. 31 : 397~401

3) 笠原洋勇 (1985) : 장년기의 자살 : 임상정신의학. 14 : 1329~1336

4) 黑田研二 外 (1986) : 중년기 및 노년기 자살 사망률의 도도부현 격차와 관련하는 요인 : 노년사회학. 8 : 36~49

5) 松本壽昭 (1990) : 과소(過疎)지역의 노인 자살 실태 : 사회노년학. 31 : 22~34

6) 中久郎 : 노인의 자살, 高坂正顯, 臼井二尙 編 : 일본인의 자살 : 동경, 창문사. (1966) : 83~97

7) 杉澤秀博 (1989) : 동경도(시)의 중년기 및 노년기 자살 사망률 지역차 : 사회노년학. 30 : 37~46

8) 高橋祥友 (1997) : 자살의 심리학 : 동경. 강담사

9) 上野正彦 外 (1981) : 노인의 자살 : 일본대학 의학잡지. 40 : 1109~1119

10) 吉田浩二 外 (1987) : 북해도의 자살실태. 34 : 199~205

[5] Ⅵ. 주관적인 건강평가의 의의

1) 藤田利治, 旗野脩一 (1990) : 지역노인의 건강도 - 자기평가의 관련 요인과 그후 2년간의 사망 : 사회노년학. 31 : 43~51

2) 芳賀博 외 (1984) : 건강도의 자기평가와 사회 · 심리 · 신체적 요인 : 사회노년학. 20 : 15~23

3) ———, -, (1988) 건강도의 자기평가에 관한 추적적 연구, 노년사회학. 10 : 163~174

4) ———, -, (1991) 지역노인의 건강도 가기평가에서 본 생명경과 : 일본공중위생잡지. 38 : 783~789

5) 杉澤秀博 (1993) : 고령자의 건강도 자기평가에 관련하는 요인에 관한 연구 - 질적 · 통계적 해석에 입각해서 - : 사회노년학. 38 : 13~24

6) 杉澤秀博, Jersey Liang (1994) : 고령자의 건강도 자기평가와 일상생활동작 능력의 경과와의 관계 : 사회노년학. 39 : 3~10

7) ———, ——— (1994) 고령자의 건강도 자기평가 변화와 관련한 요인 : 노년사회과학. 16 : 37~45

8) 杉澤秀博, 杉澤아추코 (1994) : 건강도 자기평가에 관한 연구의 전개 - 미국에서의 연구를 중심으로 - : 일본공중위생잡지. 42 : 366~378

[6] Ⅶ. 별장지역에 이주하는 빛과 그림자

1) 安藤孝敏 (1994) : 지역 고령자의 이전거주 영향에 관한 연구 동향 - 이전 거주층의 건강과 심리사회적 적응을 중심으로 -, 노년사회학. 16 : 59~65

2) 대도시 고령자의 이동실태와 이유에 관한 연구위원회 編 (1994) : 대도시 고령자의 이동실태와 이유에 관한 연구 - 「센다이」시, 「키타큐우슈우」시, 「요코하마」시, 「나고야」시, 「후쿠오카」시의 비교 연구 분석

3) 加藤仁 (1994) : 사는 장소, 죽는 장소 : 동경, 문예춘추사

4) 국토청 계획 · 조정국 (1994) : 우리나라(일본)의 인구이동실태 : 동경, 대장성(재무부) 인쇄국

5) 齋藤民 外 : 별장지역에 전거(이전거주)한 고령자의 정신건강과 그 관련 요인에 관한 연구 : 일본공중위생잡지 (인쇄중)

6) 杉澤秀博 外 (1996) : 고령자의 노인보건사업 인지도와 관련한 사회적 요인에 관한 연구 : 일본공중위생잡지. 43 : 624~631

7) 田邊周藏, 黑柳昌子 (1986) : 별장지 정주 고령자의 실태와 그 문제점 : 노년사회과학. 8 : 187~198

8) 지역사회계획센터 (1988) : 농산어촌지역의 도시고령자 정주(定住) 등을 활용한 활성화에 관한 조사보고서 : 동경, 지역사회개발센터

9) 「동경도의 고령자 거주이동실태와 이동 이유에 관한 조사연구 - 「세다야」구, 「이다바시」구, 「에도가와」구, 「하치오오지」시, 「다마」시 -

10) 동경도 오인총합연구소 보건사회학부문 (1997) : 별장지구에 거주하는 고령자의 생활과 건강 - 「시주오카」현 「이토」시의 고령자 생활과 건강에 관한 조사에서 -

11) ———, ——— (1999) : 별장지구에 거주하는 고령자의 생활과 건강 - 제2보 「시주오카」현 修善寺町의 조사에서 -

[7] Ⅷ. 고령자의 건강 · 생활습관 · 보건행동의 계급차

1) 揚松龍治 外 (1990) : 산업별로 본 사망의 동향, 후생의 지표. 37(4) : 11~16

2) 朝倉木綿子 외 (1991) : 동경도(시)의 중년기 남자의 주관적 건강과 그 관련 요인에 관한 연구 - 저사망지역과 고사망기역의 비교에서 : 일본공중위생잡지. 38 : 333~343

3) 石川晃 (1990) : 생명표에 의한 사망격차의 분석 : 후생의 지표. 37(10) : 11~17

4) Marmot M.G., Kogevinas M., Elston M.A. (1987) : Socio/econmic Status and disease. Breslow L. at al. Annual review of public health : Palo Alto, CA Annual Review : 111~135

5) 杉澤秀博 외 (1990) : 동경도의 중년기 남자 보건행동의 지역비교 - 건강부조(不調)에 대한 대처 행동에 관하여 : 일본공중위생잡지. 37 : 9~20

6) ———, ——— (1994) : 동경도의 중년기 남자 보건행동의 지역비교 - 예방적 보건행동에 관하여 : 일본공중위생잡지. 41 : 1041~1049

7) 橘木俊詔 (1998) 일본의 경제격차 -소득과 자산에서 고찰한다 - 동경, 암파서점

8) Townsend P., Davidson N. (1988) : The Black Report. Townsend P., Davidson N., Whitehead M. eds : Inequities in health : London Penguin

[8] Ⅸ. 보건복지 서비스는 기여하고 있는가?

1) 長谷川萬希子, 杉田聰 : 환자의 만족도 연구와 금후의 실천적 응용, 園田恭一, 川田智惠子 : 건강관의 전환 -새로운 건강이론의 전개 - : 동경, 동경대학출판, 1994 : 85~104

2) 武藤孝司, 福渡靖 (1994) : 건강교육 · 헬스 프로모션의 평가 : 동경, 篠原出版

3) 武藤孝司 (1998) : 보건의료 프로그램의 경제적 평가법 - 비용효과분석, 비용효용분석, 비용편익분석 - : 동경, 조원(시노하라)출판

4) 中谷陽明 (1994) : 특별양호노인홈의 케어「계획」과「평가」: 보건의료사회학논집. 5 : 10~15

5) 東京都老人總合研究所 보건사회학부문 (1997) : 고령자 · 장애자의 보건복지시책에 관한 기초적 연구 - 삼응(三鷹)시 고령자 · 장애자의 보건 · 복지 니즈 조사 -

[9] X. 보건복지 서비스는 도움이 되고 있는가?

1) Kohn M.L. (1987) : Cross-national research as an analytic strategy : American Sociological Review. 52 : 713~731

2) 吉屋野正伍, 山手茂 編 (1995) : 국제비교사회학 : 동경, 학양서방

3) Palmore E. Maeda D. (1985) : The honorable elders revisited-A revised cross-cultureal analysis of aging in Japan : Durham Duke University Press

4) 杉澤秀博, 中谷陽明, 冷水豊 (1990) : 도시부의 재택 요간호 노인의 특성에 관한 중 · 일 비교 - 상해시와 동경시에서의 조사 결과를 기초로 - 일본공중위생잡지. 37 : 889~898

5) 杉澤秀博 외 (1991) : 중 · 고령자의 보건행동과 관련한 요인에 관한 연구 -「카나가와」현과 미국 오하이오주의 조사결과에서 - 일본공중위생잡지. 38 : 163~172

6) ———, — (1995) : 고령자의 건강과 생활의 미 · 일 비교 (그 1) - 건강과 보건행동의 비교 - : 후생의 지표. 42 : 37~43

7) ———, — (1998) : 고령자의 생활과 건강에 관한 미 · 일 비교 제2보, 사회관계에 착안해서 : 후생의 지표. 45 : 23~29

8) 총무청 장관 관방 고령사회대책실 (1997) : 고령자의 생활과 의식 - 제4회 국제비교조사 성과 보고서 : 중앙법규

9) 矢富直美 外 (1993) : CES-D에 관한 일본 노인의 우울증상 측정 - 그 인자 구조의 문화적 검토 - : 사회노년학. 37 : 37~47

[10] XI. 늘어가는 후기고령자의 특징

1) 府川哲夫 (1993) : 성·연령 계급별로 본 고령자의 생활실태 : 후생의 지표. 40(4) : 3~10
2) 岸玲子 外 (1996) : 전기고령자와 후기고령자의 건강상태와 소셜 서포트·네트워크 농촌 지역의 고령자 비교 연구 - : 일본공중위생잡지. 43 : 1009~1023

[11] XII. 조사데이터는 어느 정도 신뢰할 수 있는가

1) 安藤孝敏 外 (1994) : 중·고년 대상 방문 면접조사의 조사 누락률 : 노년사회과학. 15 : 175~180
2) Jay G.M. at al. (1993) : Patterns of nonresponse in a national survey of elderly Japanese : Journal of Gerontology. 48 : s143~s151
3) 吉谷野豆 外 (1993) : 도시부의 중·고년 대상 방문면접조사의 회수율 : 노년사회과학. 15 : 68~73
4) 柴田博 外 (1986) : 지역노인 건강조사의 참가자와 비참가자의 비교 : 노인사회과학. 8 : 177~186
5) 杉澤秀博 外 (1999) : 전국고령자의 (조사)회수불능자와 회답자의 특성 비교 - 6년 후의 추적조사에서 - : 일본공중위생잡지. 45 : 551~562
6) 杉澤秀博 外 (1999) : 전국고령자에 대한 종단조사의 항목조사 누락의 출현 - 첫회 조사와 추적조사와의 비교 - : 일본공중위생잡지 (투고중)
7) 東京都老人總合研究所 (1999) : 고령자의 생활건강에 관한 종단적·비교문화적 연구

<부록>

원문 : 連載を始めるにあたって

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第1回

連載を始めるにあたって

杉澤 秀博 | Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. 連載を始めるにあたって

1.1 期待されている内容

今回は具体的な話題に入るのではなく、連載を始めるにあたって私がどのような姿勢や考えに基づいて連載の内容を決め、組み立てていくかについて触れたうえで、この連載で取り上げる話題の概要を紹介することにしたい。

本誌の編集者から、「高齢者問題」についての連載を依頼されたが、高齢者問題はマスコミなどでよく取り上げられている話題をざっとあげてみただけでも、年金、雇用、医療費、介護負担、老人虐待、成年後見人、終末期医療というように経済、法律、医療、福祉など多岐にわたっている。これらの問題は一見個々バラバラに生じ、存在しているようにみえても、その根っこは共通しており、何らかのつながりをもっているであろう。本連載に対して読者の皆さんが期待されていることは、個々の問題を羅列的に紹介するのではなく、これらの問題がどのようにお互いに絡まりあっているかを、その背景までも含めて掘り下げ、整理し、その全体像を描き出すことではなかろうか。個別の問題事例を入り口に、高齢者問題の構造、見取図を描き示すことが、この問題の理解を深め、よりよい高齢社会を展望することにつながるであろう。

1.2 問題の限定

しかし、見取図をきし示す仕事の重要性を認めつつも、それに真正面から取り組むことは、日々の仕事の中で狭い領域の小さな課題を追っかけている私には荷が重い。この課題に取り組んだとしたら、自分の言葉で語ることができず、他人の主張や意見の受け売りになってしまうであろう。取り上げたテーマの意義、問題関心が我田引水で、私だけが面白いと思い、自我自賛している可能性も否定できないが、自分が現実に取り組んだ研究でわかったことを紹介し、小さな窓口からではあるが、そこから観察される高齢者の問題の現実はこうなんだ、このような見方、考え方も

できるのかといった視点を、少しでも読者の皆様に提供できればと考えている。

2. 高齢者の健康とは何か

2.1 生活の自立度の重要性

タイトルの中に「健康」という言葉を使用したが、その意味するところはさまざまで、人によって想像する内容は異なっているであろう。多くの人は健康という言葉で、病気や症状がないとか、長生きするということを思い浮かべるのではないだろうか。この連載では、健康が重要なキーワードとなっていることから、健康、特に高齢者の健康をどのようにとらえているかを示しておきたい。

厚生省の統計では、「通院している」あるいは「自覚症状がある」という人は65歳以上では70%を占めていることが示されている。もし、病気や症状がないということをもって健康であるとするならば、多くの高齢者は健康ではないということになる。しかし、皆さんが目にし、接する高齢者の多くは病気や症状をもっていても、他人の助けをかりず自分のことは自分で行うことができる、自立した生活を送っている。このような高齢者を病人である、健康でないとみることに疑問を感じる人も多いと思われる。高齢者の場合、達成すべき健康の目標を、病気を予防し、症状をなくすことにおくのはあまり現実的でない、自分のことは自分でできる、生活の自立度を保つこと、低下させないことに重点をおくことが重要となっているのではないかと思われる。

2.2 精神的・社会的健康に着目

生活の自立度もどちらかといえば身体面の健康に注目した健康のとらえかたである。ご存知の方も多いと思うが、世界保健機構では健康を、身体的のみならず、精神的、社会的にも良好な状態と定義している。この定義の積極的な点は、健康を身体的、精神的、社会的の3側面からとらえようとしたことである。健康をこのような広がりのあるものとしてみるならば、障害者のように病気や症状のため生活の自立度が不可逆的にそこなわれていても、生きがいがあり、友人や知人と活発に交流しているなど、精神的あるいは社会的健康が保たれている場合には、この人たちにとっての健康が実現できているとみてもよいのではないか。このような人の場合に健康の目標として、生活の自立度を改善することよりも、精神的あるいは社会的な健康を維持し、高めていくことが重要な課題として位置づけられる。このような視点にたてば、たとえ病気や症状がない、あるいは生活の自立度が保たれていても、生きがいがもてず、社会から孤立している人の場合には、不健康な状態にあるとして、精神的あるいは社会的健康を改善することが目標として位置づけられることになる。

本連載では以上のように、高齢者の健康を病気や症状がないという限定された状態でとらえるのではなく、生活の自立度、精神的健康、あるいは社会的健康という、広くかつさまざまな角度からみており、その保持、増進を図るための条件を探ろうというものである。

3. 取り組んでいる研究

3.1 取り上げた社会的・心理的条件

私が取り組んでいる研究課題は一言でいってしまえば、高齢者の健康の維持・増進に関わる社会的・心理的な条件は何かを明らかに

するということになろう。これまで研究で取り上げた社会的条件としては、高齢者の社会関係の質や量、職業、学歴などの社会階層、都市と農村の比較という地域環境、米国や中国と日本との比較という国際比較などがある。社会関係、社会階層あるいは地域によって高齢者の健康にどのような違いがあるか、またその原因は何かを探ってきた。心理的な要因として着目したのは、保健に関する知識や態度あるいは価値観などである。社会関係は前述のように、社会的健康の重要な指標として位置づけられるが、身体的あるいは精神的な健康に関連する社会的条件をみようとする場合、社会的条件の重要な項目としてとらえることもできる。

以上のほか、職業からの引退、配偶者との死別など多くの高齢者が経験する生活出来事が健康にどのような影響をもたらすのか、また運動、食事、喫煙などの生活習慣や保健行動などが健康の維持や増進にどのような効果をもっているかに関する研究も手がけてきている。

3.2 社会調査データの活用

私の研究領域では、社会調査は実証のためのデータを収集する主要な手段であるため、地域レベル、全国レベルの調査を何回も経験してきている。その中で、社会調査の成功や失敗を積み重ねてきているが、とくに関心を払ってきたのが、社会調査によって集められたデータが歪みなく現実を正確に反映しているか否かであった。我が国では集められたデータを分析するための統計的な手法については、汎用性のある統計パッケージの普及によって精緻になってきている。しかし、分析の対象としているデータがはたして信頼にたるものか否かについては無関心の人が多く、データをそのまま鵜呑みにしている場合も少なくない。読者の皆さんの中にも、社会調査によって人々の生活や意識に関するデータを収集したり、また社会調査によって収集されたデータを解析する立場にいる人も少なくないであろう。このような人に対して、分析対象者の代表性の問題、回収不能者の問題についての話題を提供したいと考えている。

4. 社会的・心理的条件と健康との関連

4.1 統計的な意味での関連性

病気の原因や要因を探る方法として疫学がある。疫学は実践的な学問であり、病気が多発し、集積している集団を同定し、病気の発生に関連する要因を特定することによって、病気の予防対策を図っていこうというものである。統計的な確率に基づき、ある特性をもった集団で有意な病気の集積が認められるならば、因果関係が確定していなくても、病気の予防のため、それに基づき、その特性を除去する対策を立てる。社会的・心理的条件に関する研究についても、疫学に共通して実践的な情報を提供する。健康現象と社会的・心理的条件との間に統計的にみて有意な関連がみられた場合には、両者の間の因果関係が明確になっていなく、その関連についていくつかの仮説が提示されている段階であっても、妥当な解釈が可能であれば、社会的条件や心理的条件に介入し、健康の維持・増進を図っていこうというものである。

4.2 介入可能性

社会的・心理的条件に関する研究はまた、

健康維持や増進の介入策を考える際に現実的な情報も提供する。病気の発生に対して遺伝的な要因の関与が大きい場合もあるが、しかしだからといってその知見に基づき遺伝的な要因を変化させる介入策を立てるには、現時点では技術的にかなり困難である。要因としての比重は小さくても、社会的・心理的な条件は可変可能であり、それを変容させるための心理・社会的な介入の理論も開発されているため、現実的で実現可能な介入策を立てやすいというメリットもある。

4.3 基本的なモデル

図1に、社会的・心理的条件と健康との関連を示すもっとも簡単なモデルを示した。図の右側に健康を示したが、健康状態の維持や増進に影響する要因として、「社会的要因（社会関係、社会階層、地域など）」「心理的要因（健康に関する知識や態度など）」「生活習慣・保健行動（食事、運動、保健福祉サービスの利用など）」「生活出来事（職業からの引退、配偶者との死別など）」が位置づけられる。

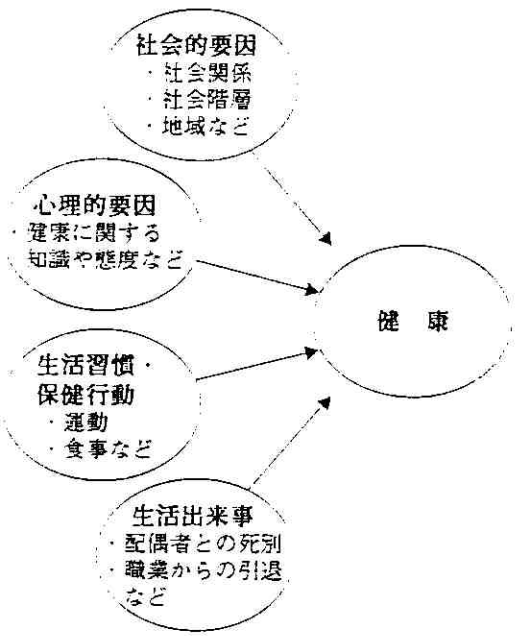


図1　基本的な枠組み

複雑になるため図には示していないが、「社会的要因」や「心理的要因」はまた、生活習慣を形成する背景ともなるため、「生活習慣」を仲立ちとして健康に影響しているという経路も存在している。社会的要因の1つである社会関係を事例として説明してみよう。配偶者と死別した人は健康状態があまりよくないが、それは社会関係の中でも重要な位置を占める配偶者がいないことが精神的なストレスとなり健康状態を悪化させるだけでなく、孤独を解消するために過度な飲酒をしたり、食生活がみだれたりという不健康な生活習慣が起こるために、それを介して健康状態が悪くなるという経路もある。

連載では、社会的・心理的条件が健康の維持や増進にどのような影響をもたらすかに関する結果を中心に紹介する予定であるが、モデルはこれに限定されない。現実の問題を描きだすためには、これ以外にもいろいろなモデルが構想できよう。たとえば、脳血管障害の発症に伴う生活の自立度の低下が、職業からの引退、経済水準の低下、家族関係の悪化を引き起こすなど、上記のモデルとは逆に健康によって社会的・心理的な条件が左右され、深刻な問題を引き起こすこともあるため、このようなモデルも高齢者問題をとらえる際に重要な見方を提供する。

5. 連載の内容

以下では1年間を通して私が取り上げる話題を示したい。1年間の連載であるため、その間に新たな課題に取り組み、価値のある結

果を見出す可能性もある。そのときにはできるだけ今日的な問題を紹介した方がよいと思うので、以下の内容の変更を考えたい。

1)生活習慣、生活出来事と健康
　1生活習慣と健康
　2職業からの引退、配偶者との死別と健康
2)健康に関連する社会的・心理的要因
　3社会関係と健康
　4高齢者の自殺の社会的背景
　5健康度自己評価の重要性
　6別荘地域に住む高齢者の健康と生活
3)生活習慣・保健行動に関連する社会的・心理的要因
　7生活習慣・保健行動の階層差
　8保健福祉サービスの効果評価
4)国際比較
　9中国と米国との比較からみた日本の高齢者の特徴
5)高齢人口の高齢化
　10増えつつある後期高齢者は前期高齢者とどこが異なるのか
6)高齢者調査の課題
　11高齢者調査における回収不能者の特徴

6．おわりに

すでに述べたように、健康を左右する社会的あるいは心理的な条件を明らかにするため、社会調査などを活用して、高齢者の生活や健康、意識に関する情報を収集している。このようなデータを解析してわかることは、そのデータが私たちの日常生活に関するものであるために、時には世間の常識とかけ離れた、画期的な発見を含むこともあるが、多くの場合常識的なことである。本連載では、あくまでも具体的なデータによって、どのようなことが知見として導き出されたかを紹介し、高齢者の健康の維持や増進にとって重要な社会的・心理的条件は何かについてどこまでわかったのか、どこが不明なのかについての理解を深めることへの手がかりとなればと考えている。

話題として紹介するものの多くは私一人の力で研究として結実させ、成果として得たものではない。多くの研究者との共同の成果である。さらに、多くの文献を参考にしているものの、連載の本文中には示していない。連載の最後に参考文献として、主要なものを紹介することにする。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第2回

生活習慣と健康

杉澤 秀博 Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. 今回の話題

今回の話題は私が加わっている研究プロジェクトのデータを活用し、次の質問に対する回答を提供しようというものである。

「高齢者の健康にとって有害な生活習慣は何か、それは高齢者の健康のどのような側面をおびやかすのか」。

2. 生活習慣に注目する意義

現在では、塩分を多く含んだ食事をとること、喫煙すること、酒を大量に飲むことなどの生活習慣が健康にとって有害であることは多くの人の知るところとなっている。疾病対策の面でも厚生省は「生活習慣病」という言葉を提案し、生活習慣に着目した疾病予防策をめざしている。このような言葉を提唱することによって、病気の早期発見・早期治療をめざした二次予防を中心とする成人病予防対策に加えて、病気が発症する原因そのものを取り除いていく、すなわち生活習慣の改善をめざす一次予防を推進しようとしている。

「生活習慣病」は、どのような病気が生活習慣病として分類できるかという限定したとらえ方ではなく、すべての病気にあてはめてみることができる。すべての病気の原因として生活習慣が大なり小なり関係しているという仮説に基づき研究が進められ、その結果として病気の発生への生活習慣のかかわりが実証的に解明されるならば、「生活習慣病」という考え方は成人病対策だけでなく、他の病気への対策の方向性をも指し示すことになる。

しかし、生活習慣に焦点をあてることは、健康にとって有害な生活習慣をもっている人を、意志の弱い人あるいはダメな人とみなしたり、また、その改善を個人の責任で行わせようという動きにつながるなど、弊害をも併せもつ。本連載中に示す予定であるが、生活習慣もその人のおかれた職場、家庭、地域環境によって影響をうけているため、これら環境側の対策も併せて行わなければならない。

3．生活習慣とは何か

生活習慣とは何かについて簡単に触れておきたい。生活習慣はライフスタイルというカタカナ語での表記も含め、日常会話の中でけっこう頻繁に使用されている。他方、社会学分野では、「ライフスタイル」には「生活財に対する個人の選好パターン」という、わかりにくいが、きちんとした定義がなされており、特有の背景や意義をもつ言葉となっている。しかしここでは、学問的にきちんと定義されたものとしてではなく、私たちがふだん使用する際に想定しているであろう内容、すなわち「生活のしかた・行動」ぐらいの意味で生活習慣を使用している。

4．生活習慣に関する研究の現状

喫煙、飲酒、体重管理、塩分や脂肪の摂取については、個別にとりあげられ、健康に有害であるか否かの検討がなされてきている。代表的なのが喫煙であり、我が国では大掛かりな疫学調査が行われ、喫煙本数、喫煙開始年齢、喫煙方法などによって生命予後に違いがみられるとの結果が報告されている。

健康にとって有害な生活習慣は個々バラバラでなく、相互に関連しあいながら存在している。そのため、健康に有害な生活習慣を全部洗い出し、それぞれが独自の有害性をもっているか否かを検討することが必要となる。米国においては、ブレスコーらが、これまでの研究を踏まえて健康に有害なものとして、「過度な飲酒」「喫煙」「運動不足」「少ないあるいは多すぎる睡眠時間」「間食をする」「朝食を食べない」「体重管理ができていない」という7つの生活習慣を選び出し、それらが独自に健康にどのような有害な効果をもっているかを検討している。さらに、有害であるとされる生活習慣をいくつもっているか、その数を単純に加算し、この点数が高いほど死亡率が高いことを明らかにしている。この研究は、生活習慣と健康との関係を調べた研究として世界的にも注目された。

我が国も、ブレスコーの研究以後において同様の研究が行われるようになり、生活習慣を多角的に取り上げ、それらが個別にあるいは複合的に健康にどのような影響を及ぼすかについての検討が進められている。

5．高齢者を対象とした研究は少ない

以上の紹介から、皆さんの中には、健康にとって有害な生活習慣を探していく研究はかなり進んでおり、現在ではその成果に基づき、有害な生活習慣を改善し、健康によい生活習慣を広めるための方法を考える段階にあると思うかもしれない。しかし、高齢者を対象とする私の研究領域からみると、まだまだ研究しなければならない課題が残されている。

その1つは研究の対象としてきたのが主に中年であり、高齢者を対象とした研究はあまりないということである。そのため、高齢者を対象とした健康維持のための対策は、中年を対象としたものと共通するものでいいのかどうかという検討は十分できていない。

高齢まで生きるということは、健康によい生活習慣を実践してきた、もしくは実践していないとすれば、生物学的にみてそもそも丈夫で優等生であった可能性が高いことから、高齢者を対象とした場合には生活習慣が健康に及ぼす影響は、中年の人と比べて低いのではないかという仮説をたてることができる。しかし、他方では高齢者においてこそ有害と

なる生活習慣があり、健康に影響する潜伏期間が長い生活習慣の場合には高齢になって、その有害作用があらわれてくる可能性もある。いずれが正しいかの判断は現時点ではできないため、健康維持や増進に向けて改善を図っていかなければならない生活習慣は、高齢者と中年とで共通するのか、異にしなければならないのかはよく分かっていない。

6. 取り上げられた健康指標は高齢者に合わない

2つ目には、生活習慣が健康に及ぼす影響を調べる際に取り上げられる健康指標に関する問題である。従来においては、生活習慣が健康に有害であるか否かを判断するために用いられてきた健康指標としては、生きるか死ぬかという生命予後・死亡率、病気の発生、臨床的な検査所見などであった。これらの指標は中年までの人たちには重要であろう。しかし、既報のように高齢者のほとんどが病気をもっている現状では、このような健康指標は高齢者の健康目標の基準としてはそぐわない。高齢者においては日常生活動作などで評価される身体的自立が重要な健康指標であるが、日常生活動作の維持に対して生活習慣の影響をみた研究はほとんど行われていない。また、痴呆高齢者数の増加が問題にされ、その予防策を立てることが緊急の課題であるにもかかわらず、認知機能の維持に対して生活習慣がどのような影響をもっているかについてはわかっていない。さらに、生きがいなどの精神健康も高齢者の健康指標として重要であるものの、このような側面に対して生活習慣がどのような影響をもっているかについて調べた研究は少ない。高齢者の健康目標として重要な身体自立度、認知能力、精神健康との関連で、生活習慣がそのような効果をもっているかを明らかにした研究は少ないのである。

7. 使用したデータベースと具体的な分析の手続き

今回使用するデータの概要を紹介したい。1987年に全国60歳以上の高齢者3,288人を層化無作為に抽出し、訪問面接調査を実施した。その結果2,200人から回答を得た。その後この回答者に対し、1990年、1993年、1996年と3年おきに、調査が実施された。以後の連載でもこのデータベースを活用するため、今後はこの調査を「全国高齢者の縦断調査」と称することにする。この調査は私が所属する東京都老人総合研究所と米国ミシガン大学の共同研究で行われているものである。

1987年に行われた初回調査の時点で生活習慣、健康状態に関する情報を収集した。生活習慣に関する項目としては、表1に示したように、睡眠時間、飲酒、喫煙、運動、体重管理、朝食の摂取である。これまでの研究から、それぞれの生活習慣について健康に有害であるとされる不適切な状態を想定した。具体的には、睡眠時間については、「7時間未満」と「9時間以上」を不適切とした。不適切な飲酒

表1　生活習慣の項目

生活習慣	健康に有害とした生活習慣 （不適切とした生活習慣）
睡眠時間	7時間未満、9時間以上
飲　酒	1日1合以上
喫　煙	喫煙
運　動	体操や運動の回数が「よく」している以外
体重管理	標準体重の±20%以上
朝　食	欠食がある

とは1日量が1合以上とした。喫煙習慣については、喫煙している場合を不適切とした。運動については、体操や運動を「よくしている」とする以外の人を不適切とした。体重管理については、ブローカー指数の桂変法の標準体重に基づき標準体重のプラスマイナス20%以上を不適切な状態とした。朝食については回数を問わず「欠食がある」場合を不適切とした。

表2　生活習慣と健康との関連（6年間の追跡調査から）

生活習慣	生命予後	日常生活動作の維持	抑うつ症状の軽減	認知能力の維持
不適切な睡眠時間			▪	
過度な飲酒				
喫煙	▪			
運動不足			▪	
体重管理				
やせている				
ふとっている		▪		
間食をする				
朝食をぬく				

1）矢印は5%未満の危険率で関連がみられたものを示している。↑は表頭の健康指標の向上に、↓は表頭の健康指標の低下と関連していることを意味している。
2）生命予後への効果については初回調査における年齢、性、慢性疾患の有無、日常生活動作の障害の有無、抑うつ症状、各生活習慣の影響を調整して分析。日常生活動作については初回調査時に障害のない者に限定し、初回調査における年齢、性、慢性疾患の有無、抑うつ症状、各生活習慣の影響を調整して分析。抑うつ症状については初回調査における年齢、性、慢性疾患の有無、日常生活動作の障害の有無、抑うつ症状、各生活習慣の影響を調整して分析。認知能力については初回調査時に障害のない者に限定し、初回調査における年齢、性、慢性疾患の有無、日常生活動作の障害の有無、抑うつ症状、各生活習慣の影響を調整して分析。

健康指標には生命予後、日常生活動作、抑うつ状態、認知能力を用いた。日常生活動作は入浴、歩行の自立などによって測られた。認知能力を評価するための項目としては、自分の誕生日、父母の名前、総理大臣の名前などを正確に言い当てることができるかという、集団の中から痴呆の疑いのある人を選び出すスクリーニングの調査項目を使用した。分析の詳細は省くが、6年後の各健康指標を、初回調査で測定された生活習慣でどの程度予測できるか否かを検討した。

この分析からわかることを紹介してみよう。しかし、あくまでもこのデータに限定してのことであり、一般的にいえるか否かは今後の研究の蓄積による。

8．データに基づく提言

1）高齢者の生命延長には禁煙が重要

表2に分析結果を示したが、喫煙が生命予後を有意に短くする習慣であることが明らかとなった。有意とは統計的に意味のあるということである。中年では生命予後を短縮する生活習慣として喫煙、運動不足、不適切な体重管理、過度な飲酒、不適切な睡眠時間などが指摘されているが、これらすべての生活習慣が高齢者の生命予後と関連しているわけでなく、高齢者においては特に禁煙が寿命を延長するうえで重要な生活習慣でありそうである。

2）ねたきり防止に対しては肥満防止が有効

高齢者の健康目標として身体自立度の確保、ねたきりの防止が重要となっている。生活習慣の中では体重管理ができていないこと、中でも肥満防止ができていないことが身体自立度の低下と関連していることがわかった。これまでにもねたきりの原因として骨折が上位をしめていることが示されているが、肥満の防止は転倒による骨折を

防いだり、また身体的負荷を低下させることによって、身体自立度の維持に寄与している可能性が高い。

(3)精神健康の維持には運動と睡眠時間が大切

抑うつ症状の悪化には、運動の頻度が少ないことと、睡眠時間が長すぎたり、短かったりという、不適切な睡眠時間が関連していた。運動を活発に行うこと、適度な睡眠時間をとることがストレスの解消を促し、精神健康を維持することに貢献しているのかもしれない。

(4)認知能力の維持の方法

今回のデータではいずれの生活習慣も認知能力の低下に対して有意な影響をもっていなかった。しかしこの領域の研究は緒についたばかりであり、この結果からだけでは、生活習慣は認知能力に影響がないと結論づけることはできない。

(5)生活習慣は万能ではない

生命予後、日常生活動作、認知能力、抑うつ症状というすべての健康指標に対して有意な影響をもつ生活習慣はなかった。健康のすべての側面に貢献するあるいは有害な影響をもつ生活習慣がないことから、健康のすべての側面を維持・増進させるためには、いろいろな生活習慣を同時に実施することが必要であるといえる。

9. 結果を疑うこと

皆さんにはピンとこないことかもしれないが、どのような限界をもって研究が行われているかを最後に触れておきたい。

その1つはほとんどの研究では生活習慣は一定不変であるということを前提にしている点である。喫煙に関しては喫煙継続期間や過去の喫煙経験の有無との関連で健康への影響を評価しているが、多くの研究ではどのような分析を行っているかというと、調査時点での生活習慣がその後の健康状態にどのような影響をもっているかを評価している。習慣というからにはあまり変化しないものを取り上げてはいるが、もし、生活習慣が変化しやすいものであれば、断面で把握された生活習慣の健康に及ぼす影響は過小に評価される可能性がある。

2つ目には生活習慣がどれくらい後になって健康に対して影響をもつかが検討されていないことである。生活習慣の健康に及ぼす影響は1日や2日でてくるものではない。1年、5年あるいは10年というように長い期間をかけて健康に影響があらわれてくる。しかし、これまでの研究では健康状態を測定する時期を異にし、生活習慣が健康に及ぼす影響があらわれる時期の違いを探った研究はほとんどない。生活習慣の健康への影響がどれくらいの潜伏期間をもって影響がでてくるのかはほとんどわからない。あまり短い期間で健康に対する影響を評価した場合には、その影響が過小に評価されかねない。

皆さんの目に触れる情報は単純化されたものが多いが、今回のデータで健康に及ぼす影響が少ないという生活習慣であっても、それを結論づけるには慎重でなければならない。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第3回

配偶者との死別、職業からの引退と健康

杉澤 秀博 Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1．今回の話題

加齢に伴って人々は職業からの引退、病気への罹患、配偶者との死別などの生活出来事を経験する。ここでは生活出来事と表現したが、ライフイベントという表現になじみがある人もいるかもしれない。生活出来事の原因は職業からの引退のように、制度的なものにその原因を求めることができるもの、配偶者との死別あるいは病気への罹患というように、生物学的老化と強くかかわって生ずるものとがある。配偶者の死や病気への罹患には社会的・心理的要因が関与している場合もあるため、その要因への介入によって配偶者との死別の時期や病気への罹患の時期を遅らせることは可能である。しかし、その経験の時期はともかくとして、生活出来事の発生は高齢期において避けておることができないものである。そのため、高齢期における生活出来事がどの程度ストレスフルなものであるか、またその対処法を身につけ心の準備をしておくことは、健康的な老後をめざすうえで必要なことであろう。

今回の話題は、生活出来事のなかでも多くの人が経験する、「配偶者との死別および職業からの引退が高齢者の健康にとってマイナスかプラスか」という問いを検討しようというものである。

2．どんな影響が考えられるか

配偶者との死別が健康にとってプラスに働くと考える人はいないであろう。皆さんの身近にも、配偶者を亡くした人が急に老けたとか、亡くなった配偶者の後を追うように亡くなったという例があるかもしれない。しかし、職業からの引退が健康にもたらす影響についてはそう単純ではないであろう。仕事があまり好きでなく、早く引退し、自分の好きなことを自由にしたいと考えている人であれば、職業から引退しても健康に悪い影響はあまりないと言えよう。他方、職業を中心に生活がまわっており、人間関係や社会活動が職業生活に依存している人では、職業から引退した

後に新しい人間関係や社会活動をつくることに失敗したときなどは、職業からの引退後は人間関係が狭まり、仕事以外に生きがいの対象をもてず、健康にマイナスの影響があらわれかねない。

3．進んでいる欧米の研究と日本への適用

以上のように、その影響をいろいろと考えることはできるが、それを実際のデータで裏付けた人は日本では多くない。欧米では日本と比べると、この分野の研究は進んでいる。しかし、米国での研究成果をそのまま日本にあてはめることについては問題が多い。前回報告した生活習慣にかかわる健康への危険要因については、喫煙習慣、飲酒習慣という例に見られるように、それぞれが健康に直接関連するであろう要因であるため、その影響が欧米と日本とで社会文化的に大きな違いがあるとは言えない。しかし、配偶者との関係、職業との関係は人々が取り結ぶ社会関係であるため、その機能や質は社会文化的な影響を受けている。従って、社会関係の喪失と見ることもできる職業からの引退あるいは配偶者との死別については、その健康への影響は欧米と日本で異なる可能性もある。

高齢者と配偶者との関係については、日本では「老いては子に従え」という諺に見られるように、夫婦という横のつながりよりも、親子という縦のつながりが強いと言われているため、欧米と比べて日本では配偶者が死別した場合でもその影響が強くないと見ることもできる。高齢者の就労意欲が高く、職業に生きがいや価値をみいだしている人が多いと思われる日本では、職業からの引退の健康に与える影響は、欧米と比べると強いのではないかという仮説を立てることができる。

4．影響をどのように評価するか

実験動物と異なり、人間社会を研究対象にする場合、実験室のような理想的な実験環境をつくることはできない。そのため、様々な工夫をしながら、その影響を科学的に評価しようと試みなければならない。

生活出来事の健康への影響を評価する最も単純な方法は、ある時点で生活出来事を経験した人とそうでない人を比較し、その時点かあるいはその後の健康状態の変化にどのような違いがあるかを見ることである。その際には、生活出来事を経験した人とそうでない人とで性や年齢、社会階層などの健康への危険要因の分布が異なっている可能性があるため、これらの影響を統計的な手法を活用して調整したうえで両群を比較する。

しかし、この分析方法には限界がある。ある時点で生活出来事を経験した人としない人とで健康への危険要因の分布が異なっていたとしても、そのリスク要因をすべて調整することはデータ上の制約あるいは危険要因そのものの同定ができないなどの理由で困難な場合が多い。また、もし危険要因をすべて調整できても、健康への危険要因の差が生活出来事によってもたらされた場合には、その調整によって生活出来事の影響を過小に評価することになる。配偶者との死別を例にとってみれば、配偶者と死別した人と配偶者のいる人では性や年齢階級、社会階層などの分布に違いが見られ、それらが健康状態のレベルの違いの原因となっている可能性があるため、統計的にこれらの分布の違いを調整してから、

死別の有無による健康状態の比較を行う。しかし、もし社会階層の分布の違いが死別の結果生じたものであれば、それを調整することによって社会階層の低下を媒介にした死別の健康低下への効果を見損なうことになる。

時期を異にして繰り返し調査する縦断調査では、以上のような欠点をかなり克服することができる。ある時点で生活出来事を経験していない人たちを対象に、その後生活出来事を経験する前後によって、健康状態に違いが出てくるか否かを、経験しない人たちとの比較を通して見るという方法を取る。同じ対象で生活出来事の前後での比較になるため、生活出来事の経験前を対照群、経験した後を実験群とみなせば健康への危険要因は共通していると見てよい。この場合にも、生活出来事の前後の違いが加齢による違いの可能性も否定できない。経験しない人を対照群として設定し比較することになる。しかし、この場合には経験群と未経験群ではその危険要因の分布に差が見られるため、上記の方法と同じ問題をもつことになる。

本研究では配偶者との死別や職業からの引退や影響を、断面あるいは縦断的な方法を用いて検討しようというものである。本報告でも前報告で使用した東京都老人総合研究所が米国ミシガン大学と共同で行っている調査データ「全国高齢者の縦断調査」を用いている。

5．配偶者との死別は健康にどの程度マイナスか

1）精神健康にマイナスの影響

3年間の追跡調査に基づき、初回調査の時点では配偶者がいる人を対象に、追跡期間の死別経験の有無によって、抑うつ症状の変化に違いが見られるかを検討してみた。分析にあたっては追跡調査1年以内に死別を経験した群と1年以上経過している群、さらに未経験群を比較し、この3群の初回調査時点での性や年齢、学歴、罹患している慢性疾患数、日常生活動作の障害の有無、社会的支援の分布を統計的に調整した。分析の結果は図1に示したように、配偶者との死別経験によって抑うつ症状の変化に有意な違いが見られた。死別を経験していない群と比較して、追跡調査前1年以内に死別を経験した群では抑うつ症状の得点が増加していた。死別から1年以上経過している人および死別を経験していない群では初回調査と追跡調査で抑うつ症状の得点にほとんど差が見られなかった。

米国においては死別後の適応過程が次の3段階で示されている。第1段階では死別直後より数週間まで続く感情的な動揺の時期、第

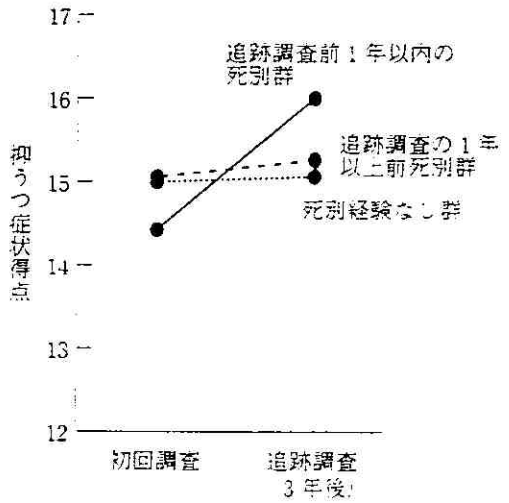


図1　死別経験の有無による抑うつ症状の変化

注）繰り返し測度の分散分析による推定。初回調査における性、年齢、学歴、慢性疾患の有病数、日常生活動作能力の障害の有無を調整。

2段階では数週間後から約1年くらいまでの「回顧と抵抗」の時期、第3段階は死別1年以降のアイデンティティの再構成の時期とされている。以上の結果は、日本でもこの指摘があてはまることを示唆していると言えよう。

(2)精神健康にマイナスの影響を軽減するには死別後の支援が重要

さらに、そのマイナスの影響が高齢者の社会的支援によってどの程度緩和されるかを見てみた。社会的支援は配偶者以外の人からのものとし、配偶者と死別する前と後の2つの時期の状態を取り上げた。図2に示したように、死別1年以内の精神健康の落ち込みは、死別後配偶者以外の人からの社会的支援が多ければかなり緩和されることが示された。しかし、死別前の社会的支援は死別後の精神健康の落ち込みの防止にはあまり効果がなかった。配偶者との死別後に周囲の人と交わり、支援を受けることが死別の落ち込みから早く回復する道のようである。

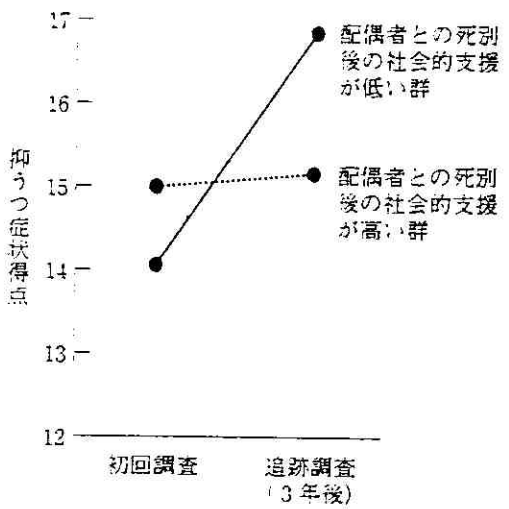


図2　死別後の社会的支援の多寡による死別後1年未満群の抑うつ症状の違い

注）繰り返し測度の分散分析による推定。初回調査における性、年齢、学歴、慢性疾患の有病数、日常生活動作能力の障害の有無を調整。

以上の(1)、2の報告は筆者も共同研究者になっている岡林らの研究枠組みを参考にしているものの、分析方法を異にしているため、本報告の結果は筆者が直接算出している。

(3)高齢者では配偶者との死別は死亡率を高める

初回調査の時点で配偶者と死別している人を対象に、追跡期間の6年間にずっと配偶者がいた人を対照として、6年後の死亡率に違いがあるか否かを検討した。図3にその結果を示したが、初回調査の時点で死別していた人では6年間ずっと配偶者がいた人と比べて死亡率が3.14倍高く、配偶者との死別が死亡率にかなりの影響があることがわかる。

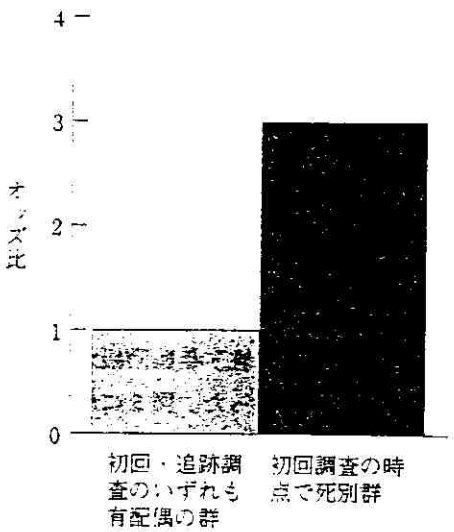


図3　配偶者の有無別に見た6年後の死亡率

注）ロジスティック回帰分析。初回調査における性、年齢、学歴、慢性疾患数、日常生活動作の障害の有無を調整。

日本では高齢者の場合、配偶者の有無によっては、その後の死亡率に差がないという報告もいくつか見られる。しかし、初回調査の時点では配偶者がいる人でも追跡期間に死別する可能性もあるため、継続して配偶者がいる人を対照群として設定することが必要となる。しかしこのような方法を取っている研究はなく、方法論的に見て問題が多い。高齢になるに従って死別はある程度予想され、また周囲にも経験した人が多くなるため、死別という生活出来事に対する心理的な準備ができるので、その影響が低く出るのかもしれないという見方もあるが、本報告では日本においても死別は精神健康だけでなく、死亡にまで結びつくストレスフルな出来事であると言えそうである。

6. データが語る職業からの引退は健康にマイナスかプラスか

初回調査で就労していた者を対象に、追跡調査の時点で就労しているか否かで、追跡調査の時点の抑うつ症状や社会関係にどのような違いが見られるかを検討した。追跡調査の期間は3年間である。まず、抑うつ症状への影響から見てみよう。図4に示したように、就労継続者と職業からの引退者とでは追跡期間中の抑うつ症状の変化に有意な違いは見られなかった。これは性・年齢階級別に見ても同じような結果であった。図5には、性・年齢階級別に家族以外の人との交流回数が職業からの引退の前後でどのように変化するかを見たものである。男性ではいずれの年齢でも職業からの引退による交流回数の有意な変化は見られなかった。女性では64歳以下では職業からの引退前と比べて引退後では家族以外

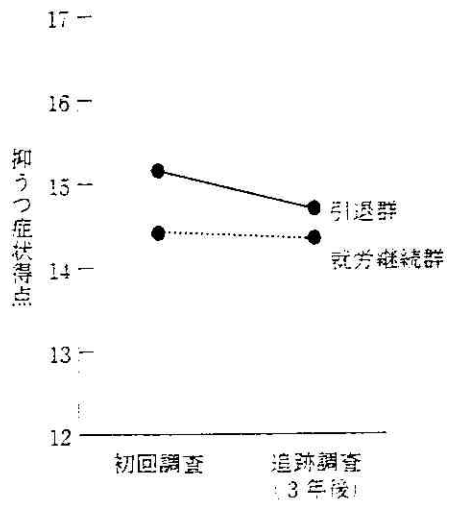


図4　職業からの引退の有無別に見た抑うつ症状の変化

注）繰り返し測度の分散分析による推定。初回調査における性、年齢、学歴、慢性疾患の有病数、日常生活動作能力の障害の有無を調整。

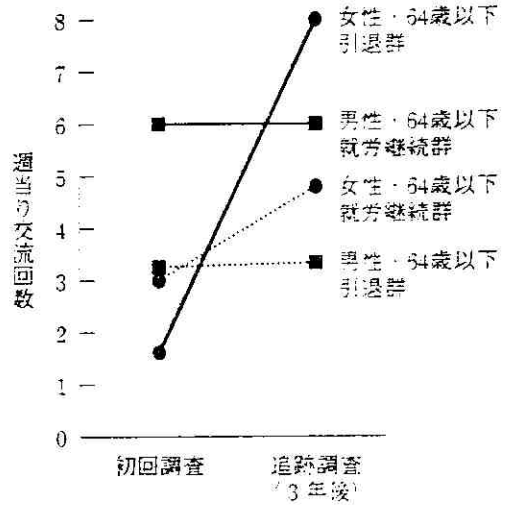


図5　職業からの引退の有無・年齢階級・性別に見た家族以外の人との交流回数の変化

注）繰り返し測度の分散分析による推定，初回調査における学歴、慢性疾患の有病数、日常生活動作能力の障害の有無を調整。

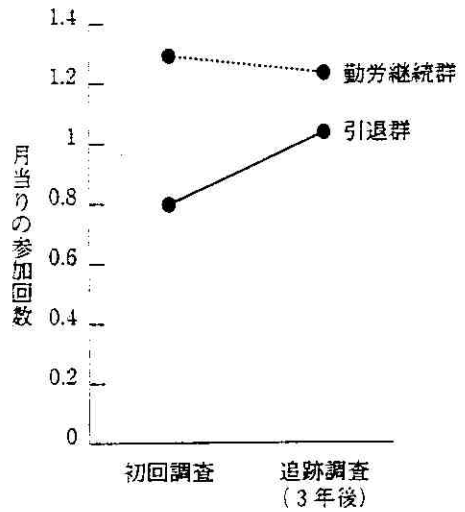


図6　職業からの引退の有無別に見た社会参加回数の変化

注）　繰り返し測度の分散分析による推定。初回調査における性、年齢、学歴、慢性疾患の有病数、日常生活動作能力の障害の有無を調整。

の人との交流回数が増加していた。社会参加の回数については、引退の前後では有意な違いはなく、これは性・年齢階級別に見ても同様であった。

日本の男性の場合、職業からの引退後の生活を称して「粗大ごみ」と言われ、社会関係が狭まり、何もせず毎日過ごしているというステレオタイプ化された指摘がなされている。しかし、本報告に関する限りでは日本では、職業からの引退は健康や社会関係に必ずしもマイナスの影響をもたらさないのかもしれないと言えそうである。ただ、老後の健康はその経済保障のレベルによって大きく左右されることから、今後もし年金の受領額の切り下げなどによって老後の経済保障のレベルが引き下げられた場合には、職業からの引退が健康や社会関係面でマイナスの影響を与える可能性は十分にある。

以上の6の報告は筆者も共同研究になっている杉澤あや子らの研究枠組みを参考にしているものの、分析方法を異にしているため、本報告の結果は筆者が直接算出している。

7．おわりに

今回示した結果は、皆さんが予想していた死別の健康影響、職業からの引退の健康影響とどの程度の共通性や違いがあったであろうか。この領域の研究は実験的な研究の条件を設定することがむずかしく、また、時代や文化的な影響を受け、研究の結果にも食い違いが生ずる可能性が高い。しかし反面、この違いの原因を検討することで、生活出来事の影響を緩和する社会的あるいは心理的な条件が見えてくるかもしれない。そのための検討材料になれば幸いである。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第4回

社会関係と健康

杉澤 秀博 | Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. 今回の話題

私たちは、家族をはじめとして近所の人、職業に関連する人、あるいは学生時代の友人など様々な人たちと直接あるいは電話で話したり、一緒に行動したりしている。孤島に一人で住んでいるのでない限り、現在の社会では、他の人たちとまったく関わりをもたずに生活することはできない。普段の生活の中ではあまり意識していないかもしれないが、私たちは他の人と交わる中で、心の安定を得たり、心配事や悩み事があった場合に相談に応じてもらう、病気のときなど励ましや介助を得ることができるなど、様々なサポートを受けている。また、逆に人の相談にのってあげたり、励ましたりというように、周りの人にサポートを提供している場合も少なくない。人々は様々に接触をもつ中で、支えられ、支えている関係にあると言えよう。

このような人と人との関わりが心やからだの健康の維持や回復に重要な役割をもっていることは、皆さんも体験的に理解できることであろう。前号で紹介した「配偶者の死」や「職業からの引退」の例に見られるように、高齢期において出会う生活出来事は、配偶関係や職域の人たちなど社会関係の消失を伴う場合が多い。配偶者との死別が死亡率の増加や精神健康の低下につながったというのは、高齢者の社会関係の中でも配偶者との関係が、心やからだの健康の維持にとっていかに重要であるかを示すものと言えよう。しかし、豊かな社会関係が健康の維持や回復に貢献しているということが、データによって具体的に裏づけられたのは、それほど古いことではない。

今回の話題は、「人と人との関わり、すなわち社会関係が高齢者の心やからだの健康にとってどのような影響をもっているか」を検討しようというものである。

2. 社会関係がなぜ健康に影響するか

社会関係がなぜ健康の維持や回復に効果があるか、そのメカニズムを紹介してみよう

大きく分けて2つのメカニズムが示されており、1つは直接的な効果と言われるものであり、他の1つは緩衝効果と言われるものである。

直接的な効果はさらに2つの種類に分けられている。1つは孤独や孤立、あるいは周囲からのいじめという例からも分かるように、社会関係そのものが心とからだの健康を害するストレッサーとなる。他の1つは健康に害をもたらすことを予防するように社会関係が作用するというものである。社会関係が豊かである人は、この関係を通して得られる情報や具体的なサポートによって、心身の健康に害をもたらすような問題の発生を未然に予防、回避したり、あるいは病気の発症を予防するために予防的な保健行動を実施することになる。

緩衝効果というのは、ストレスフルな生活出来事が生じたときに、その健康への悪影響が、周囲から得られる様々なサポートによって緩和されるということである。配偶者との死別によって精神健康が低下するが、配偶者以外の周囲の人たちからのサポートがある場合には、ない人と比べると、その死別の影響が軽減されるということを前号で紹介したが、これが緩衝効果の例と言える。

3. 社会関係をどのような物差しで測るのか

社会関係といっても、これをどのような物差しで測るかが問題となる。社会関係は量的あるいは構造的な側面と、機能的な側面からとらえることができる。社会的ネットワークや社会的サポートという言葉を聞いたことがある人も少なくないと思われるが、社会関係の構造的・量的な側面を社会的ネットワーク、機能的側面を社会的サポートと呼んで区別している。量的あるいは構造的というのは分かりやすく言えば、友人との交流頻度とか、友人数、あるいは接触のある人の中での家族・親族の割合がどのくらいであるかなどによって測られる。機能的側面である社会的サポートは、励ましてくれる人あるいは気持ちを理解してくれる人がいるかいないかなどの情緒的サポートと、病気のときに介助してくれる人、必要なときに金銭的な援助を提供してくれる人がいるかいないかなどの手段的サポートなどによって主に測られる。

最近、社会的サポートについては、様々な視点から検討されるようになっている。サポートを受けることは他者への依存的な存在となり、自尊感情が損なわれかねないため、心身の健康にマイナスに作用する可能性もあるという指摘がなされている。さらに、受けるだけでなく、周囲にサポートを提供することの重要性、あるいは受けているサポートと提供しているサポートのバランスが問題にされている。

4. 豊かな社会関係は死亡率を低下させるか

米国では、30～69歳の住民を対象とした9年間の追跡調査に基づいて、社会関係と9年後の死亡率との関係を検討した研究が、バークマンとサイムによって1979年に発表され注目された。社会関係は配偶者の有無、家族や友人との接触頻度、教会活動への参加、その他の集団への所属といった社会的ネットワークの面から測られている。分析の結果を見ると、社会的ネットワークが豊かな人では死亡

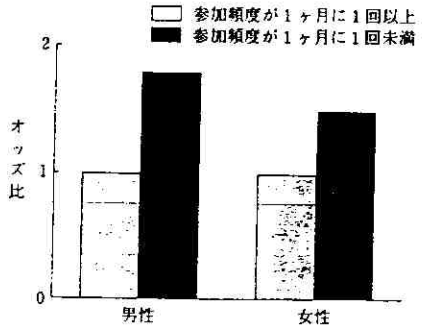


図1　地域組織への参加頻度と3年後の死亡率

注）　ロジスティック回帰分析を行った。初回調査における年齢、学歴、慢性疾患数、日常生活動作能力及び保健行動の影響を調整した。

率がかなり低いことが明らかにされている。その後、欧米では研究の追試が行われ、ほぼ同じ結果が得られている。

では、欧米と同じように日本でも、社会関係が豊かな人では死亡率が低いと言えるのであろうか。全国60歳以上の高齢者に対する3年間の追跡調査（詳細は連載第1回を参照）に基づいて、初回調査の社会関係と3年後の死亡率との関連を見てみた。社会関係は社会的ネットワークの面から、配偶者の有無、近隣や友人との交流頻度、地域組織への参加頻度によって測られた。社会関係が狭いというのは、健康状態が悪いとか、社会階層が低い、保健行動がとれないなど死亡率を高める要因とも関係しているため、初回調査の基本属性、社会階層、健康状態、保健行動の影響を調整して、社会関係と3年後の死亡率との関連を分析してみた。男女とも配偶者の有無、近隣や友人との交流頻度は死亡率と有意な関連はなかったが、男性では地域組織への参加頻度が死亡率と有意に関連しており、参加頻度が1ヶ月に1回未満の人ではそれ以上の人と比べて3年後の死亡率が1.8倍であった（図1）。

5．豊かな社会関係は寝たきりを防止する可能性はあるか

では、社会関係は寝たきりの防止に対しても効果があるのであろうか。社会関係と死亡率との関係を分析したデータを使用し、初回調査で日常生活動作能力に障害がない高齢者を対象に、社会関係と3年後の日常生活動作能力の障害発生との関連を分析してみた。社会関係の物差しとしては、死亡率との関係を分析したときと同様に、社会的ネットワークの側面から配偶者の有無、近隣や友人との交流頻度、地域組織への参加頻度で測った。死亡率と同じように、日常生活動作の障害の発生に対しては、男女とも配偶者の有無、近隣や友人との交流頻度は有意な関連はなかったが、男性では地域組織への参加頻度が有意に関連し、参加頻度が1ヶ月に1回未満の人ではそれ以上の人と比べて3年後に障害の発生

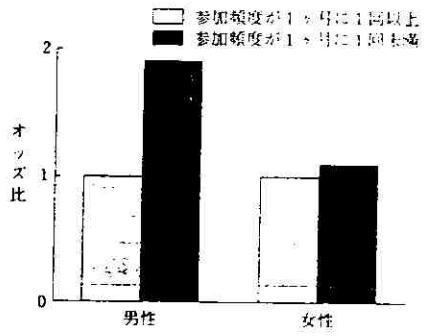


図2　地域組織への参加頻度と3年後の日常生活動作能力の障害発生率

注）　初回調査で障害のない高齢者を対象にロジスティック回帰分析を行った。初回調査における年齢、学歴、慢性疾患数、保健行動の影響を調整した。

率が1.9倍となった（前ページ図２）。

病気や障害をもった人に対しても社会関係が健康の悪化の防止に寄与しているという結果も示されている。本稿では具体的な結果を示さないが、筆者らは脳血管疾患障害をもった患者を対象に実施した３年半の追跡調査に基づいて、地域組織への参加頻度が高い人ほど、日常生活動作能力の低下が少なかったことを明らかにしている。

本稿で示した結果だけでなく、欧米の研究においても女性の場合、死亡率に対する社会関係の効果は低い。その理由としては、女性の場合社会関係の網の目に深く組み込まれているものの、日常生活の一部であるため、どのような人達と毎日接触しているかは意識にのぼりにくく、調査などでは正確にとらえにくいことなどが指摘されているが、よく分かっていない。

6．周囲にサポートを与えることの重要性

高齢者は周囲からサポートを受ける存在、社会にとって負担をかける存在としてみなされがちである。しかし、最近、サポートを受けるだけでなく提供することが、高齢者の心やからだの健康にとって重要であることが分かってきた。

全国60歳以上の高齢者調査の対象者から、日常生活動作能力に障害のある人全数125人、それと性および年齢をマッチさせた障害のない人125人を抽出し、それぞれの集団で、思いやりやいたわりを示してもらえるかという情緒的サポートを受けること、病気のときにお世話を期待できるかという手段的サポートを受けること、および情緒的サポートを提供することの３種類のサポートと主観的幸福感との関連を分析した。その結果を表１に示したが、障害のない高齢者では情緒的サポートを受けることが主観的幸福感を高めることと関連していた。他方、日常生活動作能力に障害のある高齢者では、情緒的サポートに加えて、手段的なサポートを受けること、および情緒的なサポートを提供することが主観的幸福感を高めることと有意に関連していた。障害をもった高齢者では、周囲から援助を得ることが精神健康を高めることにつながるが、このように周囲に依存する状態であるからこそ、相談相手や励ますなど、できるところで周囲に貢献することが精神健康にとって重要であることを示していると言えよう。

表１　社会的サポートと主観的幸福感との関連

	障害のある高齢者	障害のない高齢者
情緒的サポートを受ける	↑	↑
手段的サポートを受ける	↑	
情緒的サポートを提供する	↑	

注１）↑は社会的サポートが主観的幸福感を有意に高める方向で作用することを意味している。

注２）従属変数を主観的幸福感とし、独立変数として、年齢、性、学歴、健康度自己評価、経済状態、社会的サポートの変数を投入し、重回帰分析を行った。分析にあたっては、社会的サポートの項目は１項目ずつ別々に投入した。

7．サポートも高ければいいとは限らない

米国で行われた研究であり、筆者の研究によるものではないが、サポートが多ければ多

いほどいいとは限らないことを示した研究があるので紹介したい。脳血管疾患患者を対象に、手段的サポートと日常生活動作能力との関係を、初回発作から6ヶ月の追跡調査に基づいて検討したものである。面白いのが、情緒的、情報的あるいは手段的サポートを高、中、低の3段階に区分し、それぞれでその後の日常生活動作能力の予後にどのような違いが見られるかを分析している。分析の結果によると、手段的サポートについては中位のサポートを受けている人では高位のサポートを受けている人と比べて、やや日常生活動作能力の予後が良好であったこと、低位のサポートを受けているものでは中位のサポートを受けている人と比べて予後は良好でなかったことが明らかにされている。情緒的サポートでは中位と高位のサポートと日常生活動作能力の予後との間にほとんど違いが見られなかった。手段的サポートの場合には周囲からサポートを提供しすぎることは、日常生活動作能力の改善にそれほど有効でなく、ともすれば高齢者の周囲に依存する姿勢を強め、自分のことは自らするという自立性を低めるという、弊害の可能性もあることを、このデータは示しているのではないだろうか。

8. 心身の健康を保持・増進するための社会関係

以上の知見をふまえて、どのような社会関係のあり方が心やからだの健康の維持・増進に重要であるかを簡単に取りまとめてみたい。

(1)社会から孤立しないことは、高齢者の心とからだの健康の維持や増進にとって重要である。中でも、地域組織や団体に加入し、活動するという社会参加は高齢者の寝たきり防止や死亡率の低下に貢献する可能性がある。

(2)周囲からサポートを受けるだけでなく、できるところでサポートを提供することが、高齢者の健康の維持や回復に役立つ。

(3)過度にサポートを受けることは、周囲に依存する姿勢を強め、心やからだの健康にとってマイナスとなる可能性もある。

高齢者が取り結ぶ社会関係はその人の生活歴、文化、価値観、性格特性など様々な要因によって影響を受け、かたちづくられている。そのため、社会関係を豊かにすることが強調され、それに呼応して社会関係を豊かにしようと無理に挑戦してみても、うまくいくとは限らない。無理に関係をつくろうとすれば、それがストレッサーとなり、またそのことによって逆に社会関係を崩すことになりかねない。日常生活の中で、あまり強引に関係をつくろうとせずに、人間関係が大切であるという、少しの心がけをもち、もし何かあった場合には、周囲にサポートを求めることができるような、緩やかな人間関係を保つことが必要ではなかろうか。本稿が社会関係を考えるきっかけを提供できれば本望である。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第5回

高齢者の自殺の社会的背景

杉澤 秀博 | Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. 今回の話題

最近、いじめを苦にした若年者の自殺がマスコミで大きく取り上げられ、また社会問題化している。しかし、高齢者の自殺についてはあまり報道されない。高齢者の自殺の現状を知らない人も多いのではないだろうか。自殺は突発的に起こるもの、あるいは自殺する人は精神的に弱い人であり、社会的な背景などほとんどないと思っている方もいるのではないだろうか。もちろん、自殺の原因を社会的要因のみに求めることはできない。生物学的、心理的な要因が複雑に絡まりあって起こっている。本稿では、「高齢者の自殺の社会的背景とは何か」という問いに答えてみたい。

2. 自殺に関連する要因を分析する方法

自殺に関連する要因を個人の特性との関連で分析するには、個々の事例についてその人をよく知っている家族あるいは友人から、自殺以前の状況を聞き取ることを通じて、その要因を探っていくというケーススタディ的な方法と、ある集団を対象にどのような特性や背景をもっている人に自殺が集積しやすいかを分析する疫学的な方法がある。

筆者の研究方法は主としてケーススタディ的な方法ではなく、個人を特性に基づき分類し、どのような特性をもつ個人に健康上の問題が集積しているかを分析する方法である。自殺はその出現頻度が少ないため、疫学的な方法を用いるには多くの人たちを対象に調査しなければならない。1996年の統計では年間22,138人が自殺で死亡しており、交通事故で死亡する人（14,343人）よりも多い。その数の多さに驚く人もいるであろう。しかし、10万人当りの死亡率で見ると17.8である。10万人を対象に追跡調査を実施しても自殺者数が約20人程度で、統計的に分析することはできない。筆者が関係している調査は対象者数が2,000～3,000人であり、これではほとんど自殺事例をとらえることはできない。

次善の策として、本稿では分析単位を個人におくのではなく、集団を対象とし、その集

団の特性と健康指標との関連を分析することによって、自殺の背景をとらえるという方法を採用する。具体的には、都道府県を単位に、都道府県の社会経済指標と都道府県の自殺死亡率との関係を分析することによって、自殺の社会的背景を探ろうというものである。しかし、自殺率が高い集団の特性がそのまま自殺した個人の特性であるか否かは不明であるため、結果の解釈には慎重であることが必要である。

3. 自殺は若年者よりも高齢者で多い

まず、自殺に関する全国統計から紹介してみよう。皆さんの中には、若年者の方が高齢者と比べた場合に自殺による死亡率が高いと思われている人もいるであろう。しかし、実際にはその逆で、高齢になるほど自殺死亡率が高くなる傾向にある。1996年の統計によると、15～19歳では自殺死亡率は10万人当り4.9、20～24歳では11.5、50～54歳では29.7、65歳以上では31.0であった。一般の人の印象と現実とのズレはなぜ起こっているのだろうか。

私たちはマスコミを通して間接的に、社会で起こっている様々な出来事を知ったり、理解したりしている。自殺件数と新聞報道との関係を分析した研究では、実際の自殺数に対する新聞報道された自殺の件数の割合が未成年では21.8%、青年では15.6%、中年では11.3%、老年では4.3%で、高齢になるに従って自殺が発生しても報道される割合が少ないことが明らかにされている。マスコミが高齢者よりも若年者を重点的に取り上げ報道することによって、若年者の方が自殺率が高いという印象が植え付けられているのではないかと思われる。

4. 景気動向と自殺率は関係があるか

不況や恐慌などの経済的危機が生活苦を人々にもたらし、自殺の数を増加させるという見方がある。これは開発途上国のような経済的に貧しい国だけにあてはまるのであろうか。経済的に豊かになった我が国でもあてはまるのであろうか。50～54歳という中年期と75～79歳という老年期に区分し、男女別に、この20年間の完全失業率と自殺率とをプロットしたのが図1（中年期）と図2（老年期）である。中年期の男性を見ると、自殺率は

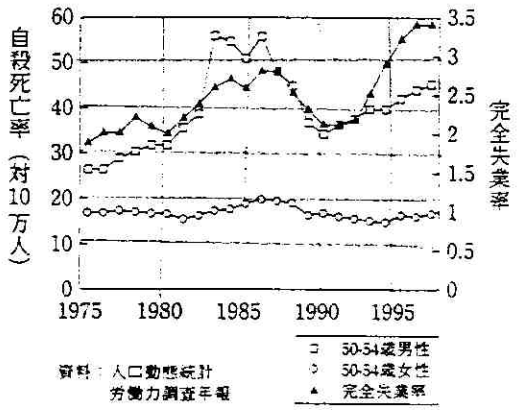


図1　中年期の自殺死亡率と完全失業率の年次推移

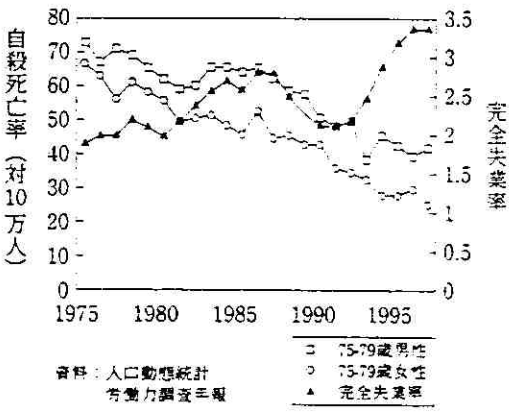


図2　老年期の自殺死亡率と完全失業率の年次推移

1985年頃に一つのピークがあり、1990年前後を底に最近また増加傾向にある。その動向は、完全失業率の動向と極めて近似している。女性では、自殺率は失業率の年次動向とほとんど無関係であった。老年期の男女では、中年の女性と同様に、自殺率は完全失業率の年次変化とほとんど関係がなかった。経済的に豊かになったとはいえ中年期の男性の場合には、現在の深刻な不況が失業、貧困というストレスフルな出来事を多発させ、その結果として自殺死亡率が押し上げられていると見てよいであろう。

5. 自殺死亡率は都道府県によってかなり異なる

もし自殺が突発的に生じるものであるならば、都道府県を単位にした場合に、地域的な差はそれほど顕著ではないであろう。表1に示したように、中年期（40～59歳）については、男性ではもっとも低い地域（徳島：人口10万人当り25.0）と高い地域（島根：63.1）では、2倍の違いがある。女性でも（低い地域：香川7.3、高い地域：島根18.8）男性とほぼ同じく2倍の格差がある。老年期（65歳以上）については、もっとも高い地域ともっとも低い地域の格差が男性では3倍（香川：25.7、宮崎：85.5）、女性では10倍であった（沖縄：4.3、新潟：52.5）。変動係数にも見られるように、老年期では中年期と比較して特に女性では、自殺死亡率の都道府県格差が著しかった。

このような違いはなぜ生じているのであろうか。自殺死亡率と都道府県の社会経済・意識関連の指標との関連を分析することによって、その要因を探ってみたい。

6. 中年期男性では農村的な地域や経済的に貧しい地域で自殺が多い

県民意識調査のデータと自殺死亡率との関連を見てみよう。次ページ図3に「地元の行事や祭りに参加している」との回答割合と自殺死亡率との関連をプロットした。両指標には強い相関が見られる。「地元の行事や祭りに参加している」だけでなく、「近所づきあいが多い」「文化施設が利用しにくい」「昔からのしきたりを尊重」という回答が多い、すなわち農村的な特徴をもつ地域で、中年期男性の自殺死亡率が高かった。地縁、血縁が強い農村的な地域では、このようなネットワークが自殺を抑止するように作用していると思われたが、現実はその逆であった。職業別の自殺率の統計（1990年）では、農村地域に多く分布している第一次産業就業者の訂正自殺死亡率が人口10万人当り44.5で、都市に多く分布している第三次産業就業者の16.5の3倍となって

表1　中年期および老年期の自殺死亡率（対人口10万人）の都道府県格差

年齢層	中年期（40～59歳）				老年期（65歳以上）			
性別	男性		女性		男性		女性	
上位3地域	島根	63.1	島根	18.8	宮崎	85.5	新潟	52.5
	宮崎	61.5	和歌山	18.2	秋田	79.6	秋田	50.7
	岩手	59.1	新潟	17.5	青森	69.0	青森	43.0
下位3地域	愛知	28.6	大分	10.0	愛媛	30.9	東京	17.2
	静岡	26.7	山形	9.3	奈良	26.5	石川	16.3
	徳島	25.0	香川	7.3	香川	25.7	沖縄	4.3
変動係数		22.9		18.7		27.1		33.5

注）自殺数は1997年の人口動態統計、人口は1995年の国勢調査の数値を使用している。年齢層内では年齢調整はしていない。

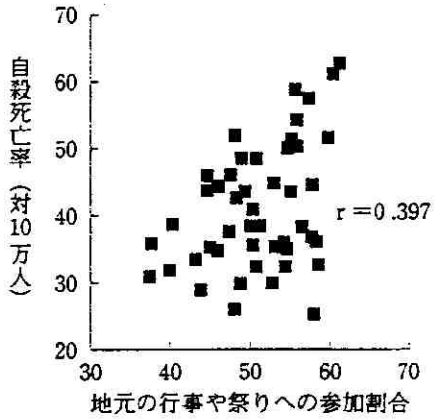


図3　都道府県別に見た地元の行事や祭りへの参加割合と中年期男性の自殺死亡率

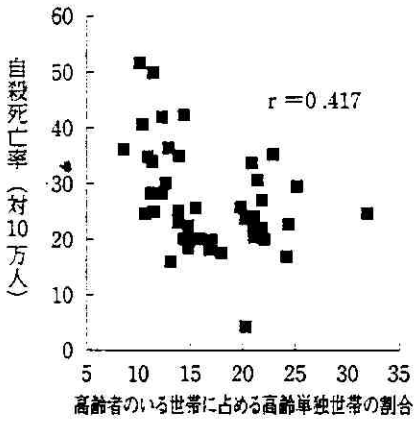


図4　都道府県別に見た高齢者のいる世帯に占める高齢単独世帯の割合と老年期女性の自殺死亡率

いる。自殺のリスクを多く抱えた職業が農村的な地域に多く分布していることが反映して、農村的地域の中年期男性の自殺死亡率が高くなっているといった解釈は可能であろう。

先に、中年期男性では景気動向と自殺死亡率が密接に関連していることを示したが、住民税の納付額が低い地域では中年期男性の自殺死亡率が高く、中年期男性では、経済的貧困も自殺死亡率を押し上げる原因となっていることが伺える。

7．高齢者の単独世帯が多い地域で女性高齢者の自殺死亡率が低い

図4には65歳以上の高齢者のいる世帯に占める高齢単独世帯の割合と老年期女性の自殺死亡率をプロットしたものである。未婚や死別した高齢者では有配偶の高齢者と比べて自殺死亡率が高いことが明らかになっているが、このことからすれば、高齢単独世帯の割合が多い地域では高齢者の自殺死亡率が高いという結果が予想される。しかし、その予想に反し、高齢単独世帯が多い地域ほど老年期女性の自殺死亡率が低かった。この結果の解釈はどのように行ったらよいのであろうか。東京都における自殺事例をもとに、子供と同居している高齢者は単身の高齢者よりも自殺死亡率が高いことが明らかにされている。老年期女性でのみ自殺死亡率が高齢単独世帯の割合と関連していたことからすれば、3世代家族、特に嫁と高齢者との同居が、人間関係上のトラブルを引き起こし、老年期女性の孤立化、さらには自殺への動機づけとなっていると見ることはできないだろうか。

8．自然環境が厳しいところで高い高齢者の自殺

次ページ図5には都道府県別に降雪日数と老年期女性の自殺死亡率との関係をプロットした。

両者の相関は0.620であり、降雪日数が多い地域ほど老年期女性の自殺死亡率が高かった。老年期の男性においても、女性ほど相関は高くはないが、有意に関連が見られていた（$r=0.298$）。新潟は雪の多いところで有名である

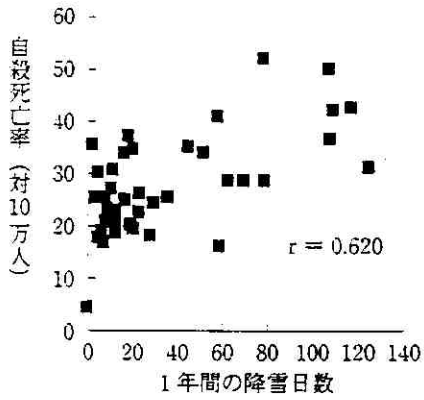


図5　都道府県別に見た年間降雪日数と老年期女性の自殺死亡率との関係

が、新潟の高齢者の自殺を解析した研究では、必ずしも冬季に自殺が集中して発生しているわけではない。雪が深い冬季の環境が高齢者の自殺に関係しているとは言えないようである。筆者はこの関係をどのように解釈したらよいか検討中である。読者の皆さんはどう解釈するだろうか。

中年期の女性では、自殺死亡率は都道府県の社会経済および意識指標とほとんど有意な関連は見られなかった。女性の自殺は、情緒的発作的な傾向が強いという指摘も見られる。また、警視庁の自殺の動機に関する調査（1996年）によれば、50～59歳の女性では「病苦」（46.8%）がもっとも多く、「アルコール症や精神障害」（30.0%）が次いでいる。同年齢の男性では「アルコール症や精神障害」の割合は11.8%で、女性の3分の1の比率であった。中年の女性の場合には他の性や年齢階級の人と比較して、自殺の背景に占める身体や精神疾患の比重が大きいものと思われる。

9. おわりに

マスコミで若年者の自殺については様々に取り上げられているが、中年あるいは老年の自殺はあまり取り上げられていない。本報告を通して中年あるいは老年の自殺の背景は、若年者の自殺とはずいぶん異なっていることが理解できたのではないだろうか。もちろん、個々の事例を取り上げるならば、そこは大変複雑な個人的な事情が関係している場合も少なくないであろう。しかし、それを集団として観察することによって、その背景にある共通する要因がおぼろげながらではあるが、見えてきたのではないだろうか。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第6回

主観的な健康評価の意義

杉澤 秀博 | Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. はじめに

私たちは自分の体でありながら、病気にかかっているか、またどのような病気をもっているかについては正確に評価、判断することはできない。特に慢性的な経過をたどる疾患の場合には、かなり状態が悪くならないと症状に現れてこないために、自分の判断では病気ではないと思っても、検診などによる医師の診断によって病気だと判明することもある。医師によって病気と診断された場合には、私たちは医師によって指示された治療方針に従うことが求められる。以上のように、健康に関しては、医師の判断・評価が絶対的なものであり、一般の人々は「素人」であるということで、その評価や意見は医師から無視されることも少なくない。

しかし、私たちは日頃から、今日の体調はいいとか、悪いとか判断したり、少し無理をしたから疲れ気味だ、休養をとろう、というように、自分の健康を評価し、必要があれば対処行動をとっている。このような「素人」の感覚、主観は意味のないものであろうか。

今回の報告では、「健康についての一般の人々の主観的な評価は、「素人」の浅はかな見方のために、何も意味がないのか」どうかを検討しようというものである。

2. どのような物差しで一般の人々の主観的な健康を測るのか

抑うつ症状など健康を測る物差しの多くは、健康という言葉を使わずに、具体的な状態あるいは症状を示し、その頻度や有無を質問することによって評価しようとするものが多い。このような物差しの場合には、人によってその状態や症状の現れ方が異なる場合もあるため、これらをできるだけ漏らさず拾おうと、多くの質問項目を用意することになる。人々が自分の健康をどのように評価しているかを測る物差しの場合には、筆者らが使用している質問文を示すと、「全般的に言って、あなたの現在の健康状態はいかがですか」という1項目だけである。この質問に対して、「まった

く健康」「かなり健康」「ふつう」「あまり健康でない」「まったく健康でない」の５つの選択肢を示して回答を得ている。いくつか他の質問方法もあるが、これと類似している。人によって念頭においている健康に対するイメージは異なるであろうが、主観的な健康を測る物差しでは、直截に健康という言葉を使用し、質問することによって人々の健康に対する評価をとらえようというものである。

3. 医者の評価の代替としての活用

何故、主観的な健康評価が注目されるようになってきたのであろうか。歴史をたどると、ある集団の健康状態を測る物差しとして、医者の評価の代わりに利用できないかということを意図して、使用され始められたのではないか、と思われる。医者による評価に基づいて集団の健康状態を評価するには、その集団の人口が多ければ、多くの医者を動員しなければならず、大変な経済的負担を伴う。このようなコストがかさむ医者の評価の代わりとなる方法を検討する中で、社会調査を活用して簡便にかつ安価に集団の健康を評価する方法の一つとして、健康に対する主観的な評価に光が当てられてきたと言えよう。

具体的に検討された内容は、一般の人々の主観的な評価が医者の診断とどの程度一致しているかということであった。皆さんも体験的にその結果を予想できると思われるが、この両者にはある程度の関連は見られるものの、医者の評価の代替として使用するには、その精度は低いということが、研究を積み重ねる中でわかってきた。この課題に関連して、筆者らも、60歳以上の高齢者に対する全国調査に基づき、自己申告でとらえられた病気の有

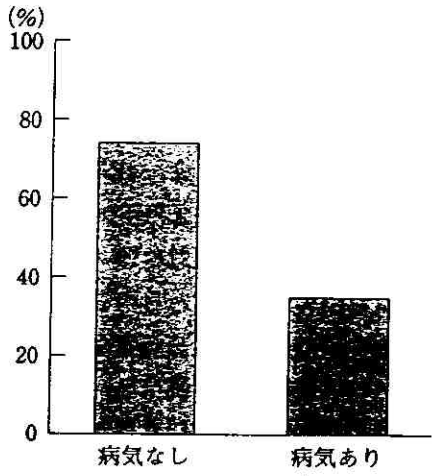


図１　病気の有無別に見た主観的には「健康」という人の割合
注）　病気の有無は自己申告である。

無と主観的な健康との関係を見てみた。図１に示したように、病気をもっている人であっても自分が健康であると評価している人の割合は33.4％であった。逆に病気をもっていない人でも26.2％が自分のことを健康であるとは評価していない。

医師の診断の代替として「素人」による主観的な健康評価を取り上げる場合には、あくまでも医師の診断や評価が中心的な位置を占めており、それと強い関連が見られる限りにおいて主観的な健康評価の存在価値が高まる。主観的な健康の位置づけとしては、それ自体として独自の役割や価値をもつものでない。

4. 総合的な健康を測る指標としての主観的な健康評価

では、主観的な健康評価とは何なのか。このような疑問をもつ読者も少なくないであろう。主観的な健康評価が、身体的な健康、精神的な健康、あるいは社会的な健康とどのよ

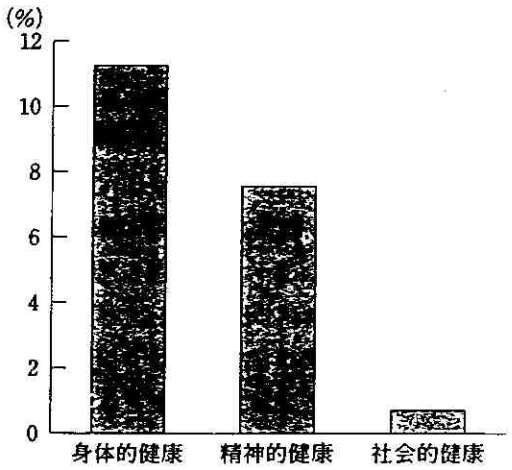


図2　主観的な健康評価の変動が健康の各領域によって独自に説明される割合

うに関連しているかを検討した研究が行われている。このような研究によって、主観的な健康評価は身体的な健康だけでなく、精神的健康あるいは社会的健康によっても影響を受けていることが示されている。

筆者らの研究を紹介してみよう。先に示した60歳以上の高齢者に対する全国調査に基づき、主観的な健康評価の変動が、身体的な健康（病気の有無、日常生活動作能力）、精神的な健康（主観的幸福感）、社会的な健康（社会参加、家族以外の人との交流）などの項目によってどの程度説明可能かを分析してみた。その結果を図2に示したが、身体的健康によって独自に説明される割合が11.2%、精神的な健康によって説明される割合が7.4%、社会的健康によって説明される割合が0.5%であった。以上の結果から言えることは、健康に対する主観的な評価は、身体的健康だけでなく、生きがいがあるとか、楽しく生活しているなどの精神的健康、人と豊かな関係を築くことができているなどの社会的健康といった、健康の多様の側面を評価している総合的な物差しであると言うことができる。つまり、医者の診断の代替に留まるのではなく、医師が無視しがちな精神的あるいは社会的な健康の領域をも評価している、独自の価値をもった物差しであると言うことができる。

5．健康の自己評価はその後の死亡や寝たきりの出現を予測する

以上に加えて、欧米で1980年頃、大きく着目されたのが、健康の主観的評価が高いか低いかによって、その後の死亡率、あるいは寝たきりの発生率が異なるという知見が提出されたことである。我が国においても筆者を含めて何人かの研究者が、これを裏づける結果を示している。

図3には、筆者らの研究結果を示した。3

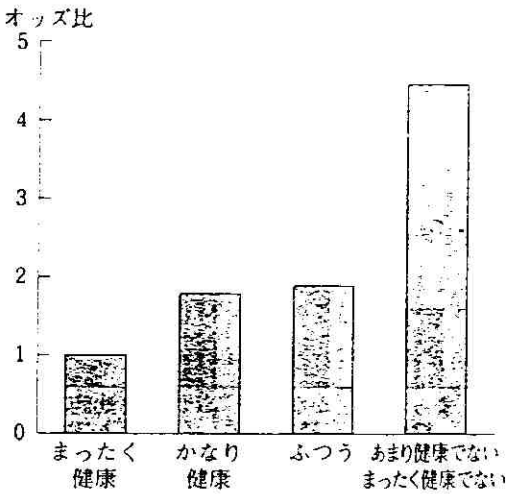


図3　主観的な健康評価と3年後の死亡率

注）オッズ比は基本属性（年齢、性）、学歴、身体的健康（疾患の有無、日常生活動作能力）、精神的健康（抑うつ症状）、社会的健康（社会参加、対人接触）、保健行動（喫煙、運動、飲酒）の影響を調整した後の値である。

年間の追跡調査に基づいて、高齢者の主観的な健康評価の高低によって、その後の死亡率がどのように異なるかを示したものである。分析の際には、身体的健康、精神的健康、社会的健康、保健行動、基本属性そして社会階層など、主観的健康を媒介にして死亡率に影響するような要因の影響を調整している。「まったく健康」と回答した人の死亡率を１とした場合、「かなり健康」と答えた人では1.8倍、「ふつう」と回答した人では1.9倍、「あまり健康でない」あるいは「まったく健康でない」と回答した人では4.4倍も３年後の死亡率が高かった。

図４には、３年間の追跡調査に基づいて、主観的な健康評価によって、日常生活動作に障害をもつ者の出現に違いが見られるかを分析した結果を示した。分析は、初回調査時に日常生活動作に障害のない人に限定し、精神的健康、社会的健康、保健行動、基本属性そして社会階層など、主観的な健康評価が媒介して障害の発生と関係すると思われる要因の影響を調整して、健康の主観的評価の独自の影響を見てみた。「まったく健康」と回答した人の障害の発生率を１とした場合、「かなり健康」と答えた人では1.7倍、「ふつう」と回答した人では2.2倍、「あまり健康でない」あるいは「まったく健康でない」と回答した人では3.6倍も３年後の障害の発生率が高かった。

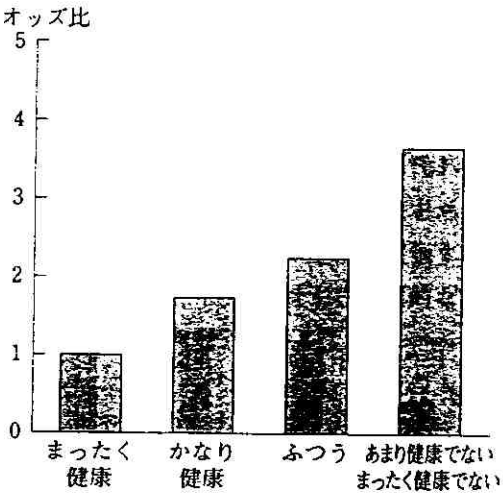


図４　主観的な健康評価と３年後の日常生活動作の障害の発生

注）　分析は初回調査で日常生活動作に障害のない者に限定。オッズ比は基本属性（年齢、性）、学歴、身体的健康（疾患の有無、日常生活動作能力）、精神的健康（抑うつ症状）、社会的健康（社会参加、対人接触）、保健行動（喫煙、運動、飲酒）の影響を調整した後の値である。

医療機関への受診やナーシングホームへの入所を予測する効果も、健康の客観的な評価よりも、主観的な評価の方で高いということが明らかにされている。

以上のように、人々の主観的な健康評価が、高齢者の死亡、寝たきりの発生、施設への入所を予測することが明らかになったことによって、主観的な健康評価は、医師の代替というのではなく、高齢者の健康や福祉ニーズを測るための独自の物差しとしての位置をもったと言ってよいのではないだろうか。

６．なぜ死亡や寝たきり、福祉ニーズの発生を予想することができるのか

このことの理由はいまだ十分に解明されているわけではない。これまでの指摘を要約するならば、第１に、健康が自覚的に低いということは、神経刺激が刺激された状態にあり、その結果として免疫機能が弱められたり、日和見感染への感受性が高められたりするという、精神神経の免疫学的な仮説が示されている。第２には、身体機能の前臨床的な変化を人間が無意識のうちに認知しているというこ

とがある。その理由の解明は今後の課題であると言えよう。

7. 主観を入り口に健康づくりに主体的に取り組む

主観的な健康評価は、「素人」の評価であっても、健康の維持や低下防止に極めて重要な意味をもっていることがおわかりいただけたのではないだろうか。これまでの健康づくりでは、私たちは、健康状態を医者によって評価され、その評価に基づいて出された指示に従う、という、受け身の立場におかれていた。本報告で取り上げた主観的な健康評価の物差しは医者の評価の重要性を認めつつも、人々の実感、主観を大切にすることを教えている。自覚的に健康がおかしいと思ったら、無理をせず、休養する、あるいはその原因を考え、その原因を取り除くというように、自分の主観を大切にし、それを入口にした健康づくりの大切さを物語っている。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第7回

別荘地域に移り住むことの光と影

杉澤 秀博 | Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1．今回の話題

読者のなかには、若いうちは、仕事や遊びの機会が多く、刺激的で利便性が高い都会に住みたいが、老後は自然環境が豊かな地域で、人間関係に煩わされることなく、静かに暮らしたいという希望をもっている人も少なくないであろう。経済的には一応の豊かさを享受し、効率一辺倒からの生活が見直されているなかにあっては、老後においては生活の潤いや快適性を求めて自然環境が豊かな地域に移動しようと考え、また実際に移動する人は、今後増加するものと思われる。

不動産企業などは、別荘地域に移り住むことを、「生活の潤いや快適性の実現」というように、表の華やかな部分を強調し宣伝するであろう。しかし、移動に伴う問題点はないのであろうか。別荘地域を抱えた自治体では、高齢者の流入に伴う問題にいかに対応するかで頭を悩ませているところもあるが、その負の部分については、きちんと紹介されていない。今回の話題は、「別荘地域に暮らすことがよいことづくめか、別荘地域に移り住むことに伴う負の部分は何か」を紹介したい。

2．どんな危険要因が考えられるか

現在、よりよい自然環境を求めての移動の受け皿の1つが、全国各地の別荘が集中している地域である。特に、温暖な地域に立てられた別荘には、永住するため流入してくる人が増加していると言われている。しかし、別荘の多い地域は、人々が永住することを前提としていないため、自然環境が豊かであっても、福祉や医療施設などの社会的資源の整備は立ち遅れている。高齢になるに従って、慢性疾患への罹患率が高く、生活の自立度が低下するなど医療福祉ニーズが高まるが、別荘地域では、このようなニーズに十分に対応できる状況ではないことが予想される。さらに、移動によって家族、親族との距離も遠くなるため、その地域に居住し続ける限り、このような私的な支援に依存することは難しい。元気なうちは別荘地域で快適に暮らすことがで

きるが、病気になり、生活の自立度が低下した場合には、その地域に住み続けることが大変になることが予想される。

3. 別荘地域の高齢者の実態を浮かび上がらせる方法

別荘地域に住んでいる高齢者がどのような問題を抱えているのか、また抱える可能性があるかについては、それを実証的に明らかにするには別荘地域以外の地域に居住する高齢者と比較することが一つの手段となる。本報告では、別荘地域に近接している地域及び別荘地域に移住者を排出している都市部の高齢者という2つのグループとの比較によって、別荘地域に住む高齢者の問題点を検討しようと試みた。

別荘地域としては静岡県伊東市を対象とした。伊東市は伊豆高原という全国的にも有名な別荘地域を抱えており、近年、その地域に流入する高齢者が少なくない。市には8,200の別荘（平成2年）があり、伊東市全体では65歳以上の高齢者約15,000人中2,000人（平成9年）が別荘地域に住んでいる。筆者は共同研究者である斉藤、岡林氏らとともに、1997年夏に、別荘分譲のために開発された地域において、65歳以上の高齢者から2段抽出法により抽出された400人を対象に調査を行った。本報告では、この調査の回答者222人についてのデータを紹介する。

別荘地域に近接する地域としては、同じ伊東市の中で別荘地域以外の地域とした。その地域から65歳以上の高齢者400人を2段階抽出し調査対象とした。調査回収者は267人であった。

都市としては東京都練馬区を対象とした。65歳以上の高齢者を2段抽出により抽出し、調査対象とした。調査回収数は290人であった。

4. 都会生活からの逃避？、自然の豊かさを求めての積極的な行動？

なぜ、高齢者は都会から別荘地域に移り住むのであろうか。別荘地域に居住している人について、地域を離れた理由を質問したところ、「自分や配偶者の仕事からの引退」が63.1%と最も多かった。次いで「自然環境が良くない」が25.2%であった（図1）。現在の住所を選んだ理由としては、半数以上の人が「自然環境がよさそう」(80.6%)、「気候がよさそう」(75.2%)、「温泉がでている」(52.3%)と回答していた（次ページ図2）。老後に別荘地域へ移り住むのは、現在の都会生活に深刻的な問題を感じ、それから逃れるという逃避的・消極的な選択ではなく、別荘地域の自然環境に魅了され、仕事中心の生活から潤いのある生活への転換を目指した、積極的な行動の現れであるとみることができる。

実際居住してみての移住への満足度は、「非常に満足」「まあ満足」が合計で87.8%であった。現在の場所にずっと住んでいたいか否かを質問したところ、「非常にそう思う」「まあそう思う」が合わせて84.2%あった。大多数

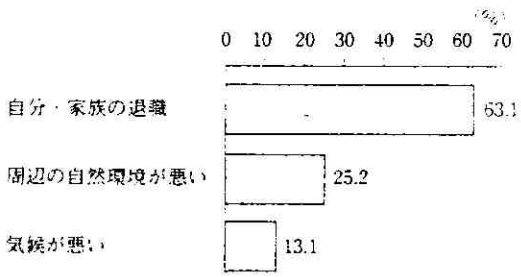


図1　以前住んでいたところを離れた理由（上位3位まで）

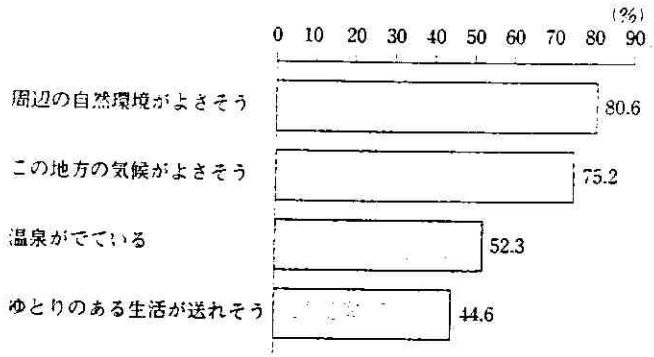


図2　現在の場所を選んだ理由（上位4位まで）

の人は、別荘地域の自然環境に満足し、可能な限り住み続けたいと考えている。

5. 別荘地域に移り住む高齢者はどんな人か

練馬区の高齢者を大都市の高齢者の代表性ある標本と見なすことはできないが、練馬区の高齢者は大都市の中では階層的には高くもなく、低くもない、中くらいの高齢者が住んでいると思われる。別荘地域の高齢者と練馬区の高齢者で、学歴、最長職、家族構成を比べてみたところ、学歴の面では高校卒業（旧制中学も含む）以上が別荘地域で85.8%、練馬区で61.0%、最長職では経営管理職がそれぞれ16.7%と6.9%であった。調査時点での世帯構成は別荘地域の高齢者では「一人暮らし」と「夫婦のみ」という人が合計で79.7%であり、練馬区の42.6%と比べてかなり高い値を示している。

老後は子供や孫に囲まれて生活することに幸せを見い出す高齢者が多いと言われてきた。しかし、比較的階層が高い高齢者では、このようなあり方を好まず、家族よりも自然を求め、積極的な行動にでていることがうかがえる。

現時点での健康状態を福祉ニーズとの関連から、日常の活動範囲で質問したところ、「自転車や車、バスを使って一人で外出する」という回答は、別荘地域の高齢者では79.6%、伊東市の別荘地域以外の地域の高齢者では76.0%、練馬区では81.4%であり、ほとんど差がみられない。実際の介助が必要な状態であろう「寝たり起きたり」「寝たきり」の人は1%もいない。しかし90%の人が転居後20年未満であり、今後より一層の高齢化が進むと考えられるため、別荘地域における福祉ニーズの増大が予想される。

6. 生活の自立度が低下した場合の備えは十分か

図3に示したように、別荘地域では寝たきりの状態になったとき頼める介助者は、「配偶者」が55.4%、「配偶者以外の同居家族」が

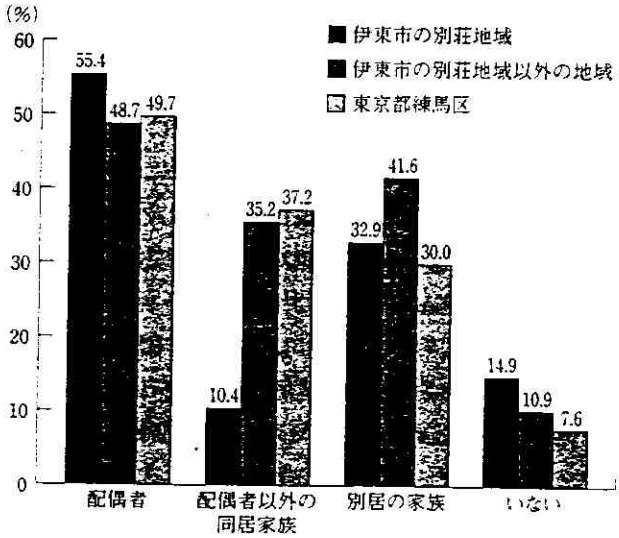


図3　寝たきりの時に介護を期待できる人

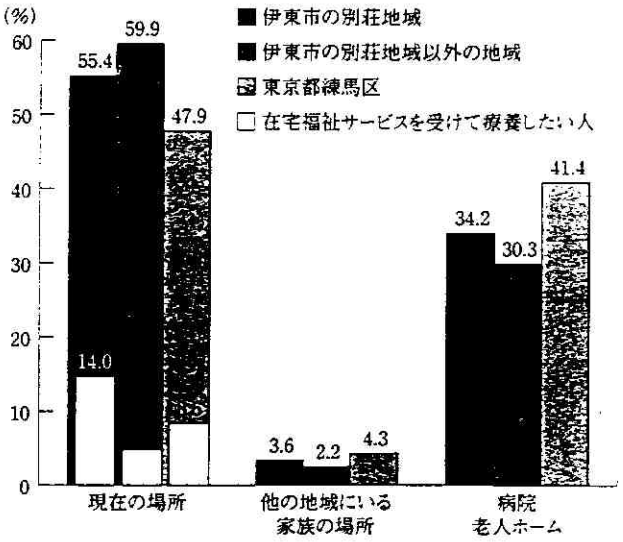


図4　高齢者の療養希望場所

東市の別荘地域以外の地域では59.9%、練馬区では47.9%であった。別荘地域の高齢者は私的な支援が弱い状態でも、現在の住所で養生したいという意識をもつ人の割合は他の地域とほとんど違いがない。いきおいその代替として期待するのが、在宅福祉サービスとなろうが、私的な支援よりも在宅福祉サービスを受けて現在の場所で療養したい人が、別荘地域では14.0%、伊東市の別荘地域以外の地域では4.5%、練馬区では8.6%であり、別荘地域に住んでいる高齢者の在宅福祉サービスに対する期待に大きいものがある。

10.4%、「別居の親族」が32.9%、「いない」が14.9%であった。伊東市の別荘地域以外の地域では「配偶者」が48.7%、「配偶者以外の同居家族」が35.2%、「別居の親族」が41.6%、「いない」が10.9%であった。練馬区では「配偶者」が49.7%、「配偶者以外の同居家族」が37.2%、「別居の親族」が30.0%、「いない」が7.6%であった。いずれの地域でも配偶者が大きな比重を占めているが、別荘地域に特徴的なのが、子供との同居が少ないことを反映してであろうか、配偶者以外の同居家族による介護を期待できないことである。別荘地域では夫婦のみで生活している高齢者が多いため、現時点では配偶者に介護を期待できるが、配偶者と死別した場合には、現在の場所で私的な介護を期待できないという問題点が浮かび上がってくる。

寝たきりになった場合に考えている療養場所について質問した。図4に示したように、現在の住所でという人が別荘地域では55.4%、伊

7. 福祉情報からの疎外

しかし、自治体が提供している在宅福祉サービスについて、特に寝たきりや虚弱な高齢者に対するサービスに限定してその認知度を調査した結果、図5に示したように、11のサービスのうち別荘地域では4.6個、別荘以外の

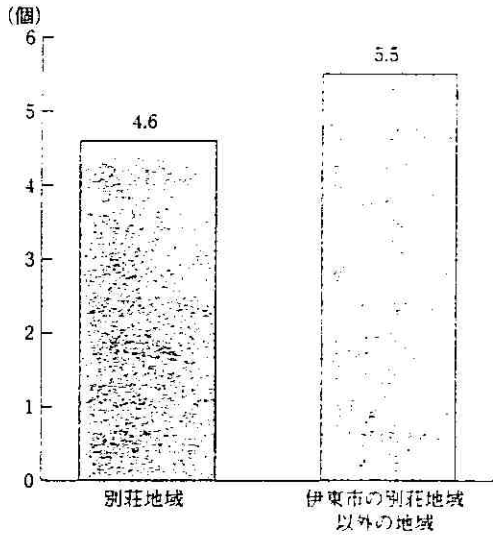


図5　認知している福祉サービス数

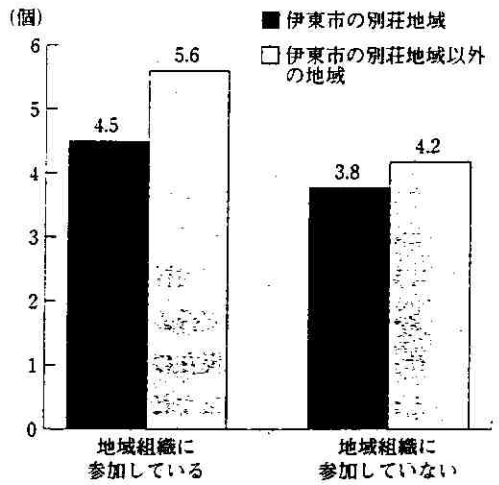


図6　地域組織への参加と認知しているサービス数
注）年齢、性、学歴、日常生活の影響を調整

地域では5.5個と、有意に別荘地域の高齢者のサービス認知度が低かった。一般的に学歴が低いほどサービス認知が低いと言われており、別荘地域の方が格段に学歴が高いことを考慮するならば、この差は大きいと言わなければならない。生活の自立度が低下し、福祉サービスを受けようとするとき、どのようなサービスが活用できるか知らない状況では、福祉ニーズの発生に対して有効かつ迅速に対応できないであろう。

このような事態がなぜ生じたのであろうか。自治体などの福祉情報は、地域住民の口コミなど住民相互の関わりの中で普及していく場合も多い。筆者は、図6に示したように、別荘地域以外の地域では地域組織との関係や近隣・友人との接触が認知度を押し上げるように働いているのに対し、別荘地域ではこのような人間関係が認知の向上に貢献していないことを明らかにした。別荘地域では地域の人間関係の煩わしさを嫌う人たちが多いからであろうか、福祉に関する情報が住民同士のつながりを通して広がるというルートが、有効に機能していないとみることができる。住民票移転時の情報提供など、別荘地域の高齢者に対する福祉情報の提供ルートの開発、確立が必要と言えよう。

8. おわりに

老後に別荘地域に移り住むということに対して自然と親しみながら、快適に生活を送っているという良い面だけが強調されている。また、現に住んでいる人も自立度が維持できている人が多いため、快適な生活を楽しんでいる。しかし、加齢に伴って、いつかは生活の自立度の低下が起こる。その時には、別荘地域では私的な介護があまり期待できないために、福祉サービスを積極的に活用しなければならないであろう。このことに関連して次の点を指摘しておきたい。

別荘地域に在宅サービスを提供するには、地理的に離れ、また起伏もとんだ地形であるため、コスト面で割高となる。「いつでもどこでも必要なサービス」を受けることができるように体制を整えることは重要であるが、福祉の財源が厳しくなっている現在、別荘地域以外の地域で長年住んでいる高齢者に対する在宅サービスの提供も十分でない現状では、新しく流入した高齢者に割高なサービスを提供することによって、古くから住んでいる高齢者に対するサービスの質がより一層低下しかねない。自立度が低下してもなお、私的支援に頼らず別荘地域に住みつづけることは、このような問題を孕んでいるのである。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第8回

高齢者の健康・生活習慣・保健行動の階層差

杉澤 秀博 Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. 今回の話題

すべての人々は収入、財産、学歴、職業などによって区分できるような社会的地位や階層に属している。そして、意識するとしないとに関わらず、その地位や階層に属する人々は集団として見た場合、他の地位や階層の人達と異なる、似通った意識や態度、行動、生活様式をもっている。ところで、意識の面からすると自分の生活程度を「中くらい」ととらえている人が80%以上いる。このことから日本人は"一億総中流"という言葉が流行したことを覚えている読者もいるであろう。また、1988年の統計であるが、一人当たり平均年間所得の上位20%の平均を下位20%の平均と比較すると、日本では4.3倍、米国では8.9倍、英国では6.8倍、独国では5.7倍であり、先進国の中でも収入のバラツキは少ないと見られている。

このように日本では、実態の面でもまた意識の面でも、他の先進国と比べて階層間の違いは少ないと言えるかもしれない。他方、英国においては、国民保健サービス（NHS）の導入によって、健康の階層差がなくなったのではないかという意見に対して、NHSの導入後においても健康の階層格差が厳然と存在していることが実証的に示され、話題をよんだ。

日本の場合には、人々の健康、特に高齢者の健康に階層差はあるのだろうか　中年期において階層差が存在し、低い階層では健康や保健行動、生活習慣に問題を多く抱えていたとしても、死亡への危険要因を多く抱えている人が高齢期までに死亡などによって淘汰されるため、高齢期においては健康の階層差はあまり見られない可能性もある

しかし、日本では階層による健康状態、生活習慣、保健行動の格差を十分に検討した研究は少なく、特に高齢者に関してはほとんどない。今回の話題は、「高齢者の健康、保健行動や生活習慣に階層差があるのか」という問いに答えようというものである。

2．現役で働いている人の健康の階層差

高齢者を対象とした検討に入る前に、現役で働いている人たちの健康の階層差を見てみよう　厚生省の統計に基づき、1990年の15歳以上の男子就業者について職業別死亡率（対人口10万人）を年齢の影響を調整したあとのもので見ると、「運輸、通信従事者」が1,603人ともっとも高く、次いで「サービス職業従事者」が1,017人、「農林漁業作業者」が731人であった　ちなみに、「事務作業者」は533人、「管理的職業従事者」は513人であった　死因別にみると、死亡率が高い職業階層では、「不慮の事故および有害作用」だけでなく、「心疾患」「脳血管疾患」など、いわゆる生活習慣病といわれる疾患による死亡も高くなっていた

死亡以外の健康指標については、代表性ある標本に基づいて階層別の比較ができるデータは少ない　筆者らが1988年文京区と江東区に在住の35－64歳の男性を対象として行った調査に基づき、学歴、職業あるいは収入による愁訴数の分布の違いを見てみよう　いずれの階層指標に関しても、愁訴数と有意な関連が認められ、高い階層に所属する勤労者では愁訴数が低く、健康状態がよかった　具体的には、学歴別にみた場合には中学校卒程度の人では11.4個の愁訴に対して、短大卒以上では9.3個と少なかった（図1）　職種別では「生産・技能」が10.5個、「自営」が10.4個と高く、「管理」「事務」ではそれぞれ8.0個と9.1個と少なかった（図2）　世帯収入別にみると、年収が「200万円未満」の人では16.3個と極端に高く、「500万円」以上では10個以下に減少した（図3）

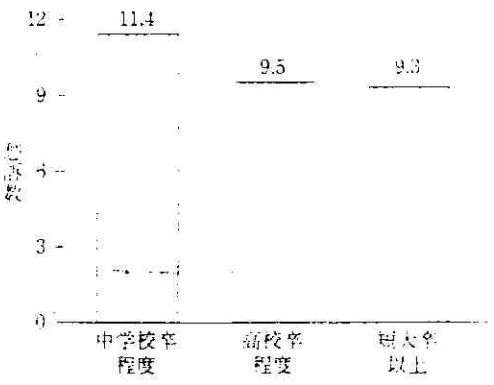


図1　35～64歳男性の学歴と愁訴数
注）年齢の影響を調整　分析は分散共分散分析

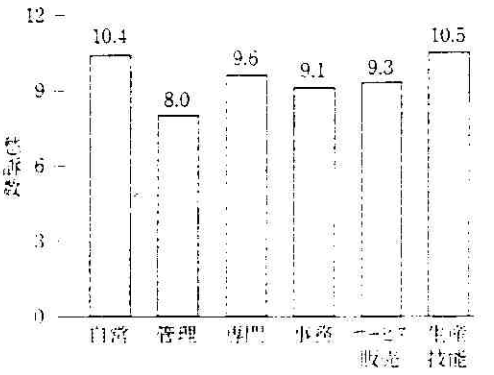


図2　35～64歳男性の職業と愁訴数
注）年齢の影響を調整　分析は分散共分散分析

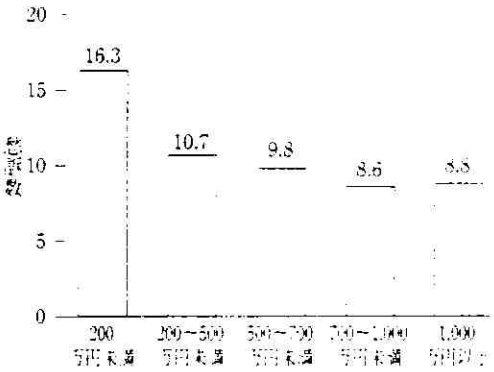


図3　35～64歳男性の世帯収入と愁訴数
注）年齢の影響を調整　分析は分散共分散分析

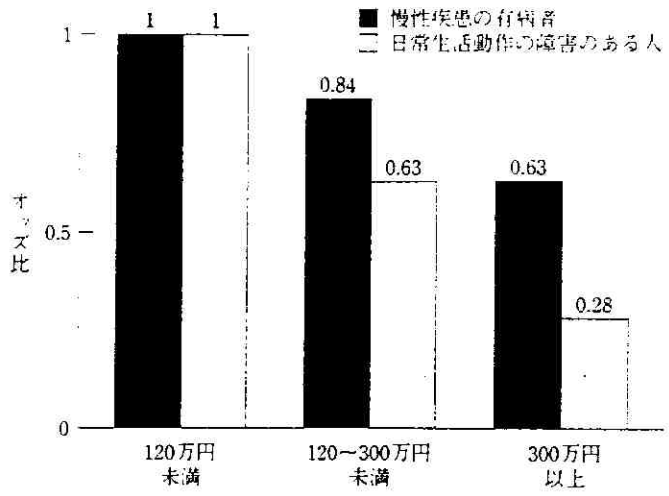


図4　年収（夫婦合計）と健康状態

注）年収が「120万円未満」の人の割合を1とした場合の、「120～300万円」、「300万円以上」の人の割合を示した。分析にあたっては性、年齢、疾患の有無（日常生活動作の障害を分析するとき）の影響を調整した。分析方法はロジスティック回帰分析。

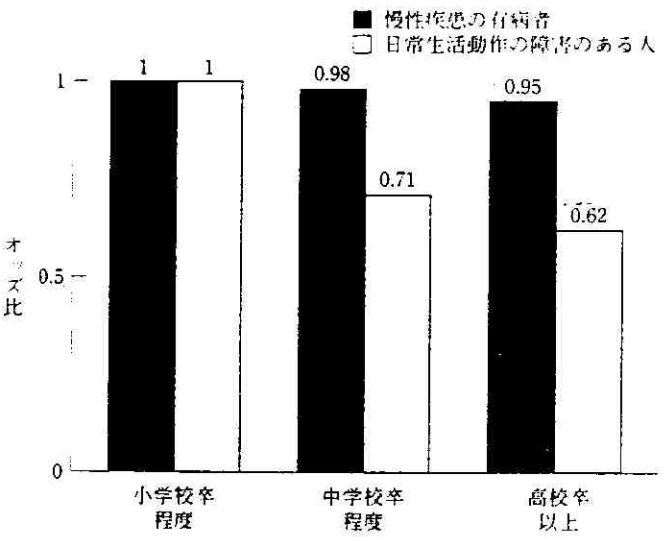


図5　学歴による健康状態の違い

注）「小学校卒程度」の人の割合を1とした場合の、「中学校卒程度」「高校卒以上」の人の割合を示した。分析にあたっては性、年齢、疾患の有無（日常生活動作の障害を分析するとき）の影響を調整した。分析方法はロジスティック回帰分析

3．高齢者でも歴然と存在する階層差

では、高齢者の場合には、どのようになっているのだろうか。高齢者の場合には、国の統計では健康の階層差を探る適当なデータがほとんどない。本報告では、これまでの連載で紹介した「全国高齢者の縦断調査」（第2回参照）のデータを使用し、その実態を探ってみたい。

階層を測る物差しとしては、学歴、職業、収入（配偶者も含む）などを代表的なものとして取り上げ、それぞれの物差しによって、健康状態がどのように異なるかを見てみよう。職業については、最長職とし、女性の場合には配偶者の最長職とした。健康指標としては、慢性疾患への有病、日常生活動作の障害である。

結論を先に言えば、階層によって高齢者の健康状態に大きな格差がみられ、高い階層に属する人ほど健康状態が良好であるという結果であり、中年だけでなく高齢者においても健康状態の階層間格差が存在していることが示された。具体的な数値を示すと、年収（夫婦合計）による格差は慢性疾患への罹患と日常生活動作の自立度でみられ、慢性疾患罹患の割合が「120万円未満」の人と比べて「300万円以上」の人では0.63倍、日常生活動作の障害の割合が「120万円未満」の人と比べて「300万円以上」の人では0.28倍であった（図4）。学歴及び職業（最長

職、女性の場合には配偶者）による格差は日常生活動作の障害の割合にみられ、小学校卒程度の人と比べて高校卒以上の人では0.62倍（図５）、「専門職」と比べた場合「生産・技能」「農林漁業」ではそれぞれ5.63倍、6.03倍であった（図６）。

これらの結果は断面調査に基づく比較であるため、なぜ、低い階層では健康状態の悪い高齢者が集積したのかはわからない。低い階層に属する人の間では、健康にとって問題のある健康意識や生活習慣あるいは生活環境などが広範囲に見られることが原因となって、健康の低下が生じている可能性もある。また、若い時に健康状態が悪かったことが原因となって、就学の機会や高い収入が得られる職場への就職の機会に恵まれず、結果として所属する階層が低くなったなど、その原因はさまざまに考えられる。

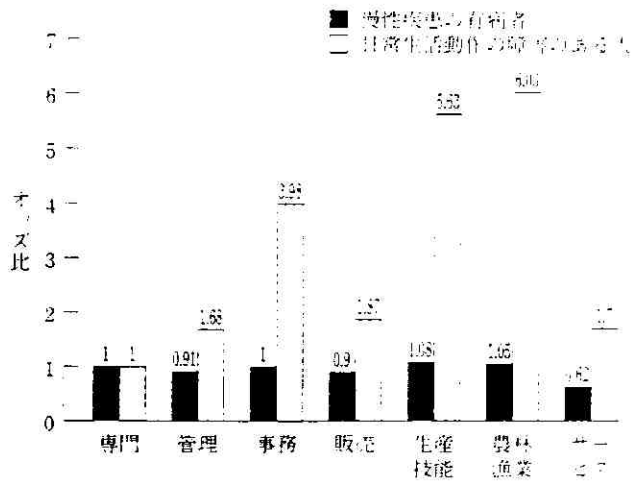


図６　職業（最長職、女性は配偶者）による健康状態の違い
注）「専門的職業」の人の割合を１とした場合の、各職種に属する人の割合を示した。分析にあたっては性、年齢、疾患の有無（日常生活動作の障害を分析するときはその影響を調整した。分析方法はロジスティック回帰分析

4．学歴が低い人は死亡する可能性が高い

以上のような問題があるため、縦断調査に基づいて、高齢者の属している階層によってその後の加齢のあり方がどのように異なるのかを見てみよう。まず、加齢のあり方を測る物差しとして死亡を取り上げてみる。

初回調査の年齢、性、病気への罹患、日常生活の自立度の影響を調整したうえで、学歴、収入、職業（最長職、女性の場合には配偶者の最長職）によって、９年後の死亡に差がもたらされるのか否かを見てみた。死亡の割合は小学校卒程度（就学年数０～６年）の学歴の人と比べた場合、中学校卒程度（就学年数７～９年）では0.73倍、高校卒以上（就学年

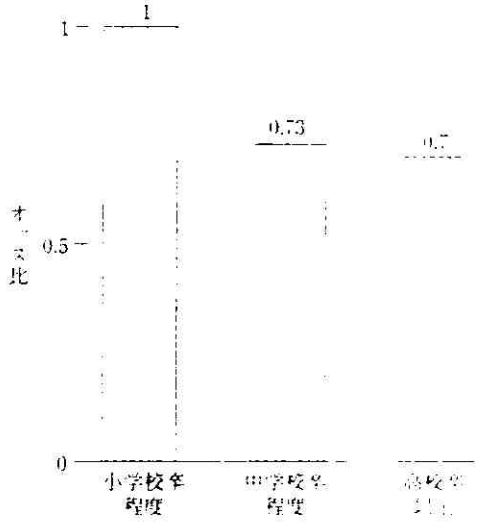


図７　学歴と９年後の死亡との関係
注）「小学校卒程度」の人の死亡率を１とした場合の、「中学校卒程度」「高校卒以上」の人の割合を示した。分析にあたっては性、年齢、疾患の有無、日常生活動作の自立度の影響を調整した。分析方法はロジスティック回帰分析

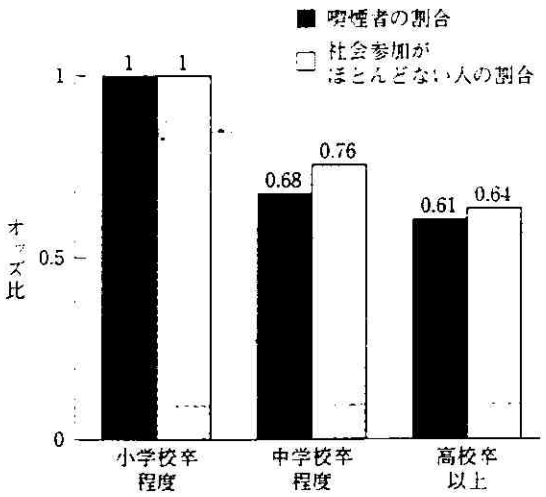


図8　学歴と健康への危険要因の割合

注）「小学校卒程度」の人の割合を1とした場合の、「中学校卒程度」「高校卒以上」の人の割合を示した。分析にあたっては性、年齢、疾患の有無、日常生活動作の自立度の影響を調整した。分析方法はロジスティック回帰分析。

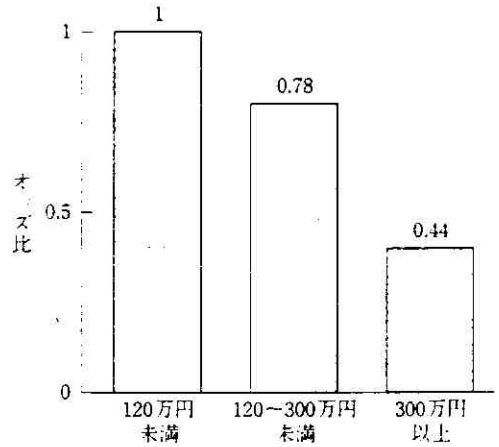


図9　年収（夫婦合計）と9年後の日常生活動作の障害の出現

注）年収が「120万円未満」の人の割合を1とした場合の、「120～300万円」、「300万円以上」の人の割合を示した。分析対象は初回調査時に日常生活動作に障害のない人に限定。分析にあたっては初回調査の性、年齢の影響を調整した。分析方法はロジスティック回帰分析。

数10年以上）の学歴の人では0.70倍低かった（図7）。明らかに、学歴が低い人では高い人と比べると、何らかの理由で老化が早く進み、死亡する可能性が高くなると言えそうである。

なぜ、学歴が低い人では死亡の時期が早まるのであろうか。

死亡の危険要因としては近年、生活習慣や社会関係が着目されてきており、以前の連載でも特に、喫煙習慣や社会参加の乏しい状態などが死亡の危険を増加させる要因であることを示した。この危険要因が、学歴の低い人で広範囲に分布していることによって、死亡率が高くなっているということはないのだろうか。学歴の低い人では学歴が高い人と比較して、たしかに喫煙習慣をもつ人が多く、また社会参加に乏しい人が広く分布している（図8）。本稿ではその詳細は示さないが、学歴による死亡率の差が、喫煙習慣の有無及び社会参加の有無によってどの程度説明可能か否かを統計的な手法を用いて検討した結果、上記の説明が正しいことがデータで裏づけられている。すなわち、学歴の低い人では、喫煙、社会からの孤立など死亡への危険を多く抱えた生活を送っているために、病気になり、早く死亡していると見ることができる。

5．収入が低い人では、生活の自立度が低下しやすい

先に、断面調査に基づいて、収入が低い高齢者では日常生活動作に障害をもつ人が多いという結果を示した。なぜ、収入の低い人に障害をもつ人が多いのだろうか。収入が低いことが何らかの原因となって日常生活動作の低下の危険度を増すのか、それとも日常生活動作に障害があるために就労などができず収

入が少ないのであろうか。

9年間の追跡調査のデータを活用し、初回調査で日常生活動作に障害がない人を対象に、その後の日常生活の自立度の低下に、収入がどのような影響をもっているかを検討した。9年間の間に日常生活動作に障害が生じた人の割合は、年収が300万円以上の人では120万円未満の人と比べて0.44倍低く、収入階層による障害発生の格差は歴然としていた(前ページ図9)。収入が低い人の間で日常生活動作に障害のある人が集積していた理由の一つとしては、収入が低い人で自立度が低下するような何らかの危険要因を多く抱えているからであると見ることができる。

では、どのような危険要因が広く分布しているのであろうか。日常生活動作に障害をもたらす危険要因としては、肥満であることや運動習慣がないなどの生活習慣上の問題が指摘できる。そして、このような危険要因は収入の低い人で多く見られている。すなわち、このような危険要因の集積が原因となって、日常生活動作の障害の出現割合が低い収入階層で高くなった可能性が高い。しかし、この仮説が正しいか否かを検討したところ、予想に反し、収入が日常生活動作の障害の出現に与える効果は、運動習慣がないあるいは肥満が多いなどといった危険要因の存在割合の違いによって説明されなかった。

他に、日常生活動作の障害の発生割合に収入階層差を生じさせる要因は考えられるのだろうか。医療へのアクセス、疾病管理あるいは社会活動性など、さまざまな角度から要因を検討することが必要であるが、筆者の検討した範囲では、残念ながら、その疑問への回答を見い出すことができなかった。

6. おわりに

一億総中流と言われて久しいが、高齢者の間では、学歴が高い、収入が多いなど階層の高い人では、良好な健康を享受しているものの、低い人ではそれと比較して問題が多いことが示され、健康の面で不平等が存在していることが示された。

なぜ、低い階層の高齢者で健康状態が悪いかについては、部分的には喫煙や社会的孤立など不健康な生活上の要因が多く存在していることが明らかとなった。しかし、このような自分の生活の中にある不健康要因を解消できないからといって、この責任をその階層の人にもとめることには問題があるのであろう。なぜ解消できないか、そこには、文化的な土壌あるいは社会的な制約が働いている可能性もある。さらに、このような不健康要因によって階層の格差が説明できる部分も限定されていることを考え合わせるならば、住環境や生活環境の乏しさなど、文化・心理面あるいは環境面から見た危険要因の探索などが必要と言えよう。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第9回

保健福祉サービスは役に立っているか？

杉澤 秀博 Sugisawa Hideniro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得。東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. なくてはならない保健福祉サービス

高齢者の健康やくらしを支えるために、さまざまな保健福祉サービスの導入・整備が図られている。サービスを一部紹介すると、一般の高齢者のくらしとすまいを確保するために、年金などの所得保障や高齢者世帯向けの住宅の供給が行われており、健康の保持・回復のために健康診査や健康教育が実施されている。さらに、日常生活を営むのに支障がある高齢者に対しては、家庭を訪問し、家事や身の回りの世話をするホームヘルプサービス、あるいは、日中施設にバスなどで送迎し、食事や機能訓練、健康チェックなどを行うデイケア・デイサービスなどがある。ひとり暮らし、痴呆性高齢者などに対する特別な施策もあり、高齢者の状態に応じた独自の保健福祉サービスも提供されている。以前には福祉サービスというと「生活保護」など救貧施策を連想し、必要であってもできるだけその厄介になりたくない、ということで利用を控えたり、また福祉サービスを受けている人に対しては「ダメ」な人であるという考え方が広範に見られたが、現在では、大なり小なり保健福祉サービスを利用しなければ、老後の生活を快適に送ることができない社会となっている。つまり、様々に導入・整備されている保健福祉サービスをうまく利用できるか否かによって、快適な生活を送ることができるか否かが決まってくるといっても言い過ぎではない。

2. 今回の話題

しかし、保健福祉サービスを自らのくらしや健康に生かしていこうという場合、乗りこえなければならない障害がいくつかある。第1に、そもそもサービスがあることを知らない、あるいは担当窓口に利用を申し込んでも利用資格が厳しく利用できない、また、費用がかかりすぎるなど、サービスの利用に至るまでに出会う障害がある。第2には、利用に至ったとしても、サービスそのものの利用できる回数が少なかったり、内容が不十分だっ

たりして、高齢者のくらしや健康にほとんど役に立たない場合もある。

高い経済成長が望めない現在のような社会にあっては、限られた資源をいかに有効に活用していくかが重要な検討課題となっている。これを推進していくには、保健福祉サービスが果たして高齢者のくらしや健康にほんとうに役に立っているか否かを評価し、十分な機能を果たしていない場合には、その改善を図ることが必要と言えよう。しかし、医療の領域では、薬剤や治療技術の効果を評価し、科学的に効果が確認されたものだけを選択的に使用していこうという動きがあるが、保健福祉サービスに関しては、その導入・拡大が高齢者や家族の要望で図られたとしても、それをきちんと評価し、問題点の解決を図っていこうという動きが少ない。

今回の話題は、「現在の保健福祉サービスを利用することによって、高齢者のくらしや健康の改善が図られているか」について、特にねたきり高齢者に対する在宅福祉サービスを中心に検討をしてみたい。

3. 保健福祉サービスの効果をどのように評価するのか

少し専門的に言えば、評価の枠組としては、サービスの提供過程に即してインプット、プロセスおよび結果評価の三つがある。これは保健福祉サービスに限らず、私たちの行うさまざまな行為や活動を評価する際にも十分に応用可能である。少し長くなるがホームヘルプサービスを例にその内容を簡単に紹介してみよう。インプット評価とは、サービスを実施するために投入されたヘルパーの人員、勤務体制やサービス内容などが対象であり、これらが必要な基準を満たしているか否かが査定の基準となる。プロセス評価ではサービスがどのような経過を経て提供されているか、すなわち、利用の資格を決定する際に高齢者の自立度や家族ニーズが的確にとらえられているか、その介護・家事ニーズに合わせてヘルパーの派遣計画が適切にたてられているかなどが査定される。最後の結果評価は、ヘルパーの派遣目標である家族の介護負担の軽減がほんとうに図られているかを査定しようというものである。インプット評価そしてプロセス評価はあくまでもサービスが効果的であるための条件であり、効果評価という場合には、最後の結果評価ということになる。以下では、筆者が収集したデータに基づき、いくつかのサービスを例題に取り上げ、その結果評価の具体例を紹介してみよう。

4. 効果を測定する方法

個々の事例ではサービスの利用によって介護負担が軽減されたとか、逆にあまり効果がなかったなど、利用者によって体験的・経験的な評価がなされている。このような個別の評価は重要であるけれども、その個々の事例をそのまま全体にあてはめることはできない。利用者全体として見た場合、サービスの利用が介護負担の軽減にほんとうにつながっているか否かについては、別途評価することが必要となる。実験的手法を導入した場合、次のようなデザインが必要となる。高齢者の日常生活動作や認知能力など介護負担に影響するであろう特性が同じになるように、高齢者を無作為に2群に割り振り、一方の群の介護者にはサービスを提供し、他方の群の介護者にはサービスを提供しないという条件を加えた

そこで一定期間追跡し、2群の介護負担の変化を比較するということになる。

しかしながら、現実には倫理的な問題などでこのような条件を実験的に作り出すことが困難である。そのため、次善の策として疑似実験的な方法を採用することとなる。すなわち老人調査などから保健福祉サービスの利用者と非利用者を選び出し、それぞれに対して追跡調査を実施し、追跡調査時点での両群の介護負担の程度を比較するという方法を採用するようになる。その際、サービス利用者では非利用者と比較して高齢者の日常生活動作や認知能力など介護負担の状況が異なると考えられるため、これらの条件を統計的に統制することが必要となる。本報告でも疑似実験的な方法を踏襲する。

分析に用いるデータは、筆者の所属する東京都老人総合研究所の保健社会学部門において、東京都三鷹市の65歳以上の高齢者全数約20,000人を対象に実施した1年間の追跡調査に基づいている。データ収集の過程を示すと、最初に日常生活動作能力と認知程度に基づいて要介護高齢者を選び出し、次いでこの要介護高齢者の主介護者を対象に調査を行った。さらに、1年後に追跡調査を実施し、要介護高齢者の介護者の状態の変化を把握した。

5. 現行の在宅福祉サービスは家族の介護負担を軽減するか？

要介護高齢者の家族の介護負担を軽減するための保健福祉サービスには、主なものとしてホームヘルプサービス、ショートステイ、訪問看護サービスがある。最初の二つについてはすでにその内容を紹介しているので、最後の訪問看護サービスについてのみその内容を簡単に紹介しておこう。訪問看護サービスとは保健婦や看護婦が家庭を訪問して、病気の療養や世話、看護を提供するサービスである。

以上のサービスが介護負担の軽減につながっているかを上記のデータに基づき検討してみよう。介護負担を測定する物差しにはさまざまなものがあるが、本報告では抑うつ症状、愁訴数、介護による生活の制約および介護による燃え尽きの4種類の物差しを用いて、介護負担の程度を測ってみた。そして、初回調査の時点でホームヘルプサービスを利用していた人では利用していない人と比べて、追跡期間中に介護負担に有意な低下や軽減が見られる場合には在宅福祉サービスの利用が介護負担の軽減に効果があったと評価することになる。

図1には介護負担の物差しとして抑うつ症状を用いた場合の結果を示した。抑うつ症状だけでなく、いずれの介護負担を測る物差しを用いた場合でも、ホームヘルプサービスの利用の有無によって追跡期間中の介護負担の変化が異なることはなかった。ショートステ

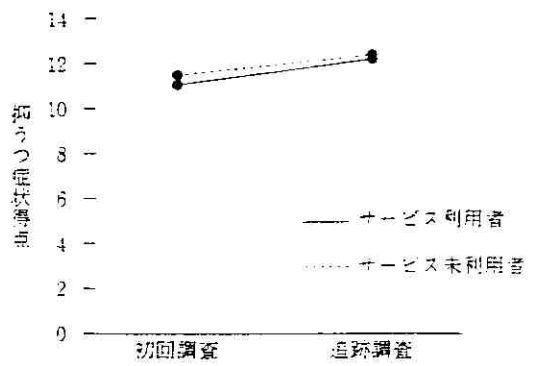


図1　ホームヘルプサービスの利用の有無と抑うつ症状の変化

(注) 初回調査における高齢者の日常生活動作能力、認知能力、介護者の性と年齢の影響を調整。繰り返し測度の分散分析による分析。

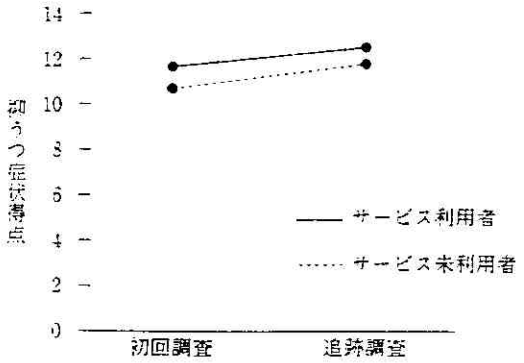


図2　ショートステイサービスの利用の有無と抑うつ症状の変化
注）初回調査における高齢者の日常生活動作能力、認知能力、介護者の性と年齢の影響を調整。繰り返し測度の分散分析により分析。

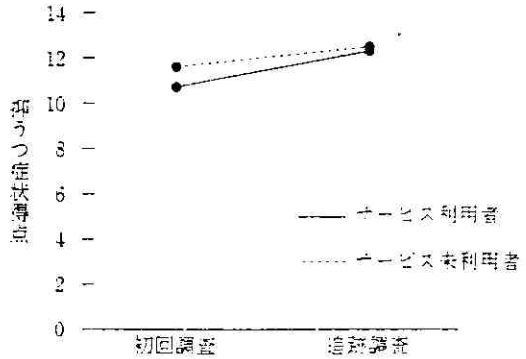


図3　訪問看護サービスの利用の有無と抑うつ症状の変化
注）初回調査における高齢者の日常生活動作能力、認知能力、介護者の性と年齢の影響を調整。繰り返し測度の分散分析により分析。

イおよび訪問看護サービスについても、サービスの利用者と非利用者とでは追跡期間中の介護者の抑うつ症状の変化に有意な違いは見られず（図2、図3）、この結果は介護負担を測定する物差しを変えた場合でも同じであった。以上のことから、利用者を集団として見た場合、現在の在宅福祉サービスは介護者の介護負担の軽減にかならずしも貢献しているとは言えない。

6．ある特定の人に対して在宅福祉サービスは効果がある

以上の分析では、ねたきり高齢者の健康レベルや介護者の状況はあくまでも背景要因として見なしていた。しかし、ある特定の介護者やねたきり高齢者に限定して見た場合、介護負担の軽減にサービスが役立つこともあるかもしれない。たとえば、ねたきり高齢者の健康レベルや主介護者に副介護者がいるか否かによってサービスの効果に違いが見られ、重度の障害をもつ高齢者の介護をしていたり、あるいは副介護者がいない介護者においては、介護負担が特に重いため、サービスの利用によって介護負担の軽減が図られるかもしれない。図4に示したように、介護負担を図る物差しとして介護負担による生活の制約を用いた時に、副介護者がいない人では、ヘルパーを利用している場合においてのみ介護による生活上の制約が軽減するという結果が見られた。すなわち、現

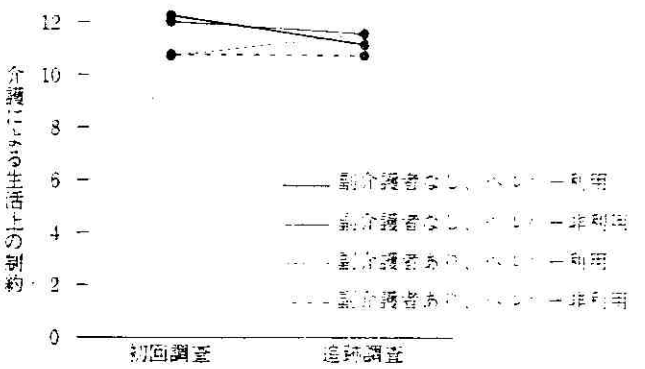


図4　ホームヘルプサービスの利用、副介護者の有無と介護による生活上の制約の変化
注）初回調査における高齢者の日常生活動作能力、認知能力、介護者の性と年齢の影響を調整。繰り返し測度の分散分析により分析。

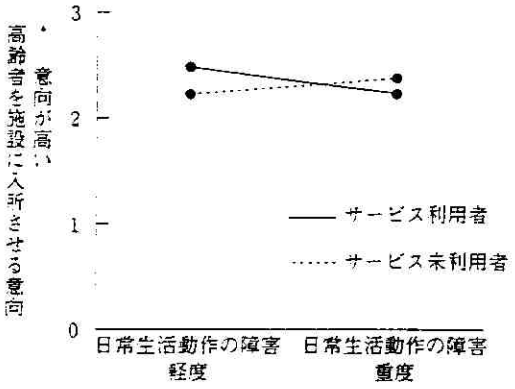


図5　ホームヘルプサービスの利用、日常生活動作の障害と高齢者を施設に入所させる意欲との関係
注）介護者の性、年齢の影響は調整。分析は多元配置分散共分散分析。

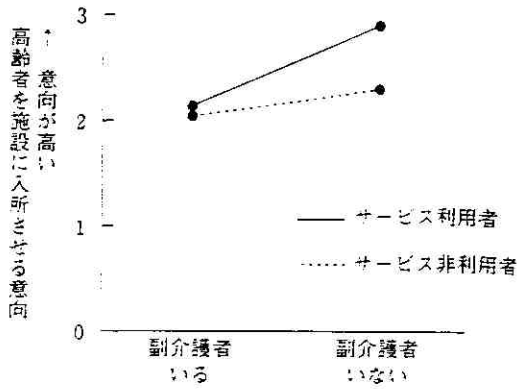


図6　ショートステイの利用、副介護者の有無と高齢者を施設に入所させる意欲との関係
注）介護者の性、年齢の影響は調整。分析は多元配置分散共分散分析。

在におけるホームヘルプサービスの効果は、私的な支援が乏しい介護者にのみ、その私的な支援の代替として有効であるということが示されたと言えよう。

7. 在宅福祉サービスは在宅での療養を維持することに役立っているか

他の違う物差しを用いて、在宅福祉サービスの効果を見てみよう。在宅福祉サービスは介護負担の軽減をはかるだけでなく、お年寄りが住み慣れたところでできるだけ長く生活することができるように支援する効果も期待されている。現実に、このような役割をどの程度果たしているかを見てみよう。

特別養護老人ホームは要介護高齢者が入所する施設として大きな比重を占めているが、在宅福祉サービスの利用によって、介護者がこのような施設に高齢者を入所させず、高齢者を在宅でみるという意欲を持ち続けることが促されるか否かを見てみた。

在宅福祉サービスとして、ショートステイ、ホームヘルプサービスおよび訪問看護サービスを取り上げた。上記のデータの初回調査の部分を用いて、高齢者の主介護者が特別養護老人ホームに高齢者を入所させる意向をどの程度もっているかを従属変数に、上記の3種類のサービスの利用の有無、高齢者の日常生活動作の障害、認知障害および副介護者の有無を要因として投入し、分析してみた。分析は、各サービスの直接的な効果だけでなく、他の要因と絡み合った効果（交互作用）も検討した。他の要因と絡み合った効果とは、たとえば、サービスの効果は高齢者の日常生活動作や認知の能力が低い、あるいは介護者に副介護者がいないなど特に介護負担が高いことが予想される人たちでは、サービスの利用効果が強くあらわれ、施設の利用意向が抑えられるなど、いくつかの要因が複合的に絡み合った効果のことである。

ホームヘルプサービスについては、日常生活の障害の程度が重い場合にはその利用によって、介護者が施設に高齢者を入所させると

いう意向が低くなる方向で働いており（前ページ図5）、利用の効果が確認された。前ページ図6にはショートステイの利用の有無によって、介護者が施設に高齢者を入所させるという意向がどの程度異なるかを示した。その効果は副介護者の有無によって異なり、副介護者がいない介護者がショートステイを使用した場合には、施設に高齢者を入所させるという意識が強まるという結果であった。仮説では、副介護者がいない人ではショートステイを利用した場合には、在宅での世話の意欲を継続させる方向で働くのではないかということであったが、その逆の結果がえられている。つまり、ショートステイの利用が介護者の在宅での介護意欲の継続に貢献するどころか、逆に低下させるように働いているという結果であった。

8. おわりに

本報告では、在宅福祉サービスの効果に疑問を投げかけるような結果も示した。しかし、これらから在宅福祉サービスは介護者の介護負担の軽減にそれほど貢献しないものであると結論づけるのは危険である。今回示したデータに基づくならば、ホームヘルプサービスの利用者が対象者全体の15%にとどまっており、利用していたとしてもその回数は週に2日以下という人が約60%を占めている。ショートステイについては利用経験者が全体の約20%で、利用経験者のうち年に2回以下しか利用していない人が約60%であった。訪問看護サービスについては利用者は全体の約10%程度で、利用していても利用回数が週1回以下の人が約80%であった。現在のサービスの供給量では介護者の介護を十分に代替することがほとんどできないために、介護負担の軽減にまで結びつくことができないサービスも少なくないと見ることの方が適当であろう。在宅での世話の意欲を継続させることへの効果に関しても、サービスの利用がこの意欲を低下させる方向で働いたという結果も次のように解釈することができる。日本では介護に伴う負担を深刻化させない、つまり介護破綻をきたさないように予防的にサービスを利用するというよりも、かなり状況が悪くなってからサービスを利用しだす場合が多いと思われる。すなわちサービスの利用にいたった時には介護者が在宅での世話を断念し、高齢者を施設に入所させることを決めていた事例も少なくないと見ることができる。サービスの供給量の増加が図られた場合、あるいは介護に伴う生活や健康破綻を起こす前に予防的にサービスが利用できるような、提供者側と利用者側の体制が確立された場合には、ここで報告したものとは異なった結果が得られるかもしれない。

今後、皆さんのなかには保健福祉サービスを活用する人も少なくないであろう。福祉サービスは以前のように一部の人に一方的に、かつ、恩恵的に与えられるものではなく、すべての人が生活の快適性を実現するために必要に応じて積極的に活用できる重要な社会的資源である。その資源をよりよいものにしていくには、利用者の体験や感じた問題点をあらゆるルートを通して供給者に伝え、改善を図ることが必要である。そのための資料になれば幸いである。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第10回

日本の高齢者は外国の高齢者とどこが違うか

杉澤 秀博 Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. 今回の話題

近年、複数の国で多数の人々を対象とした調査を行い、そのデータを比較する国際比較が数多く実施されるようになった。このような国際比較研究の結果がマスコミなどを通して皆さんの目に触れることも少なくないであろう。それらの情報によって、日本人の意識や行動、生活にどのような特徴があるかについて理解を深めたという人もいるであろう。

国際比較研究と一口に言っても、その目的や意図は学問的な問題関心から、かなり実践的な意義をもたせたものまで様々であり、またその方法についても既存の統計資料の分析、人類学的な調査・分析あるいは規格化された調査票に基く大量観察など多様なものが含まれている。筆者の研究領域に関して、いくつか例をあげれば、欧米の保健・医療・福祉の制度・政策を一つのモデルにし、日本の課題や問題点を指摘しようとする研究、あるいは死亡率や有病率などの統計を活用して、国別に見た健康水準の格差とその要因を探っていこうという研究などがある。

筆者はこれまで、米国や中国の研究者と共同して国際比較研究をする機会に恵まれたが、その方法はそれぞれの国で多数の高齢者を対象とした調査を実施し、その結果を比較するというものであった。本報告の課題は、これらの経験を振り返り、筆者がどのような目的や課題で国際比較研究を行ってきたのか、さらに、その結果としてえられた「日本の高齢者の生活や意識の特徴は何か」について紹介したい。

2. 自らをもっと多く知るために比較する

いつも自分のことだけしか眼中にないと、自分の長所や欠点が見えづらい。他人と比較されることはいい気分とは言えないが、その比較によって、自分の長所や欠点が見えてくることが少なくない。筆者の研究領域は高齢者の健康や生活上の問題を発見し、またその社会的あるいは心理的な要因や背景を解明することにあるが、国際比較研究においても基

本的にはこれと共通する問題関心に基づき取り組んでいる。日本国内だけに目を向け高齢者の生活や健康を見た場合でも、地域や階層などの社会的要因に目を向けるなかで、健康や生活問題が集積している集団や対象を特定し、その集積の要因を解明することができる。しかし、これらに加えて国際比較という見方を取り入れることによって、健康の社会・心理的な危険要因が日本に特徴的なものか、それとも他の国とも共通しているのか、さらに違いが見られた場合には、その制度的・文化的な背景は何かなど、危険要因をより多角的に検討することが可能となる。

3. なぜ、比較の相手が米国と中国か

保健医療の分野では、すでにある官庁統計などを活用して健康や生活水準の国際比較を行うことも可能である。国により意味の異なった情報が収集されていたり、そもそもデータが収集されていないなどデータ上の制約のため、このような方法で比較できる指標は限られる。国による健康水準や生活水準の違いやその背景・共通点を探るには、ある程度大規模な調査を企画し、比較のためのデータ収集をすることが重要な方法となる。

国際比較研究を行うには、まず、研究の目的や課題に即して比較のための国を特定しなければならない。しかし、現実はその出発点から大きな困難に直面する。比較研究のために精度の高いデータを収集するには、多くの人に調査する大量観察という方法では特に、国により調査の実施体制も異なるため、予算面での裏付けはもちろんのこと、相手国の研究者や行政と緊密な協力関係が作られなければならない。日本の研究者がいくら理想的な比較対照の国を設定したとしても、このような協力体制が作り上げられなければ国際比較研究を実現することはできない。そのため、筆者の場合もそうであるが、国際比較研究を相手からもちかけられることをきっかけに、国際比較研究を始める場合も少なくない。率直に言えば、最初に「○○との比較ありき」で、なぜ、その比較を行うのかは後で意義づけされることも少なくない。筆者が経験した中国、米国との比較研究はその例である。とはいうものの、両国との比較はいろいろな意義を含んでいると言えよう。

米国を比較の対象とすることは次のような意義をもつと言えよう。日本は先進国のなかでも、平均寿命の長さに見られるように、身体的な健康から見た場合には良好な状態にあると言える。しかし、身体的な健康は一つの物差しであり、もっと多角的に状態を評価してみることが必要である。対人接触や社会参加、支援体制など社会関係の側面から見た場合はどうなのであろうか。身体的健康と同様に、日本の高齢者は良好であると言えるのであろうか。検討できるデータが十分ではなかったため、このような問いに対して十分な回答を与えることができなかった。そこで、筆者は先進国の一つとして米国を取り上げ、それと比較するなかで、この課題に接近しようと考えた。

中国との比較については、日本の方が中国と比べて経済開発が進み、健康や生活水準も高いことから、「なぜ中国なのか」と疑問に思う人もいるかもしれない。しかし、筆者は中国との比較のなかで日本における都市化や核家族化の進展と私的扶養の後退の問題に取り組むことができるのではないかと考えた。同

に文化圏に属しているものの、日本では都市化が進展するなかで、子供や親族などの私的扶養に期待できない高齢者が増加していると言われている。それを代替するように公的なサービスの整備・拡充が行われているが、これらのサービスによって私的な扶養の代替が十分に図られていると言えるのであろうか。同じ文化的な背景をもつものの、日本と比べて私的な扶養が維持されていると思われる中国との比較によって、日本における私的扶養の後退と公的サービスによる代替の問題について検討できると考えた。

4. データの収集

米国のデータベースは、米国のミシガン大学が収集したデータを活用することにした。このデータは米国に居住する25歳以上の住民から層化無作為に選ばれた人に対する調査に基づいている。分析の際には60歳以上のみを取り上げた。日本のデータは、本連載でデータベースとして活用している「全国高齢者の継断調査」である。この調査は、上記の米国のデータベースと比較可能なものとすることを一つの目的として収集されたため、それを活用することで日米の比較が可能となる。

中国に関しては、東京都内の区に在住の60歳以上の高齢者を対象とした調査を日本のデータベースとし、それと比較可能なデータベースを作成するために、北京市の中心部に居住する60歳以上の高齢者を対象とした調査を実施した。

国際比較研究を行うには、言葉や文化の違いを克服し、比較を行う国間で意味や内容の等しい調査票を作成しなければならない。中国との比較を例にその方法を示すと、まず、日本で使用された質問票を中国語に翻訳し、これを中国での予備調査に基づき修正する。次に、それを日本語に再翻訳し、日本語版と等しいことを確認するという手続きを踏んで中国語版を完成させた。

以上、前置きが長くなったが、米国や中国の高齢者と比べた場合の、日本の高齢者の特徴を紹介することにしよう。

5. 米国よりも日本は身体は健康だが、社会とのつながりが薄い

日本の高齢者は米国と比べると死亡率が低く、身体的健康は良好である。今回のデータの比較でも、自己申告ではあるが慢性疾患をもっている人の割合は日本の方が少ない。具体的には、男性では米国の73.1%に対し、日本では39.5%、女性では米国の83.1%に対し、日本では47.6%であった。日常生活の自立度の面でも、障害のある人の割合が男女それぞ

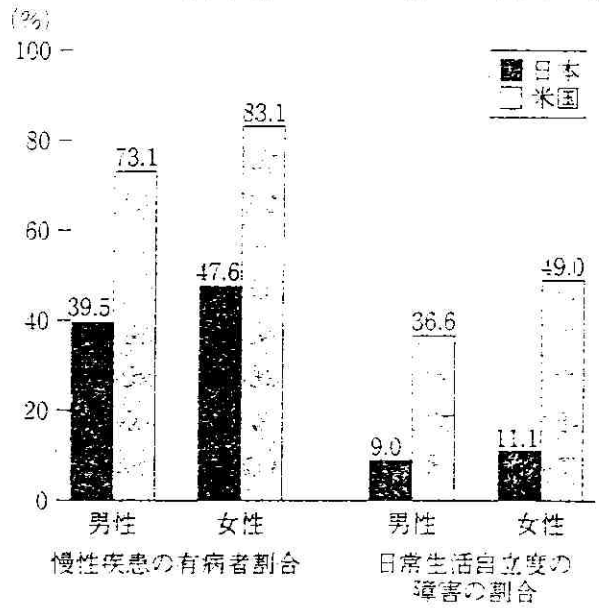


図1　身体健康の日米比較

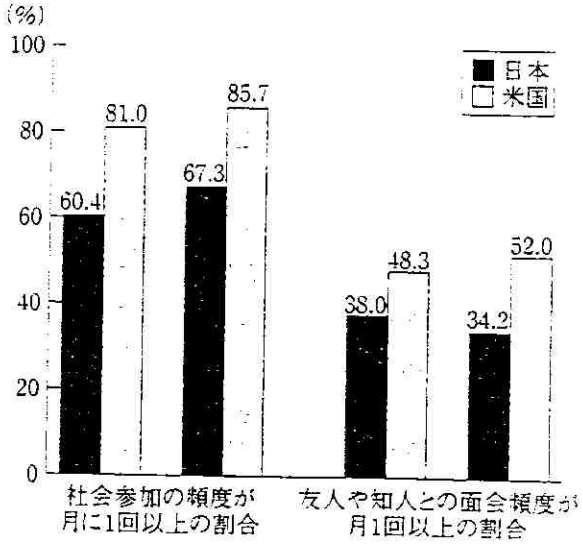


図2　社会とのつながりの日米比較

れ米国では36.6%、49.0%、日本では9.0%、11.1%と米国の方が2倍以上高い（前ページ図1）。

ところが、地域の組織や団体への参加頻度を見ると、月1回以上の頻度で参加している人は日本では男女それぞれ38.0%と34.2%であり、米国の48.3%と52.0%と比べてかなり低い。友人・知人との面会頻度も同じ傾向を示していた（図2）。興味深いのは、社会参加の頻度について日常生活の自立度別に見てみると、月1回以上の頻度で社会参加している人の割合は米国では障害のある人でも障害のない人とほぼ同じであるが、日本では日常生活の自立度が低いと、その割合が極端に低下する（図3）。

日本の高齢者は、自ら意図すれば社会と接触を保つことができるような身体的条件が整っているのに、社会とのつながりをもっていない、そしてこの状態は特に身体的な障害をもった人では著しいと言えそうである。身体的なハンデをもった人では、世間体や介助などで周囲の人に迷惑をかけるなどの意識が働いて、社会とのつながりがもてていないのであろうか。

6．日本の高齢者の方が子供からの支援に乏しい

子供は親を敬い、できるかぎり面倒をみるという意識や価値観が、日本の伝統的な家族規範であると言われてきた。はたして、現実はどうであろうか。

子供（孫も含む）との関係については、「心配事を聞いてくれるか（傾聴）」「いたわりを示してくれるか（いたわり）」という肯定的なものと、「小言や文句をつけるか（小言）」「頼まれごとが多いか（過剰要求）」という否定的なものとに区別して質問してみた。ここでは、高齢者夫婦世帯を取り上げ、日米で子供との関係の違いを見てみた。「傾聴」と「いたわり」については米国の方が高く、

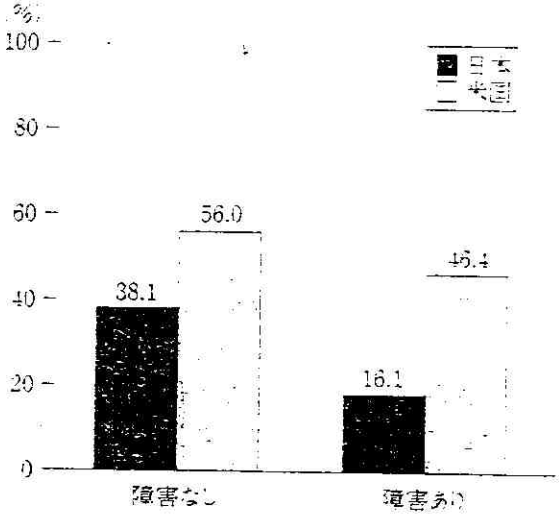


図3　生活の自立度別に見た社会参加の日米比較―社会参加頻度が月1回以上の割合―

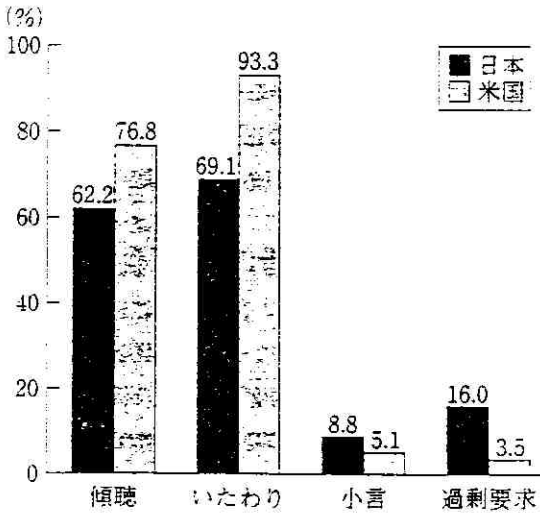


図4　高齢者夫婦のみ世帯における子供との関係の日米比較

「小言」「過剰要求」については日本の方が高いという結果であった（図4）。こうした傾向は「単身」「二世代」「三世代」の世帯でも共通して見られている。

本データに関する限り、期待とは裏腹に、日本よりも米国の方が伝統的な家族観が浸透しているように見える。すなわち、日本の場合には米国と比べると、高齢者が子供からの支援を期待できない、逆に子供が親に依存し、また干渉するという傾向が強い。これが正しいとすれば、その原因は一方的に子供側にあるというよりも、親も子供との関係を保つためにこうした行動を容認しているという側面も否定できない。米国では子供は学業が終了したのちには親から自立して生活を営むことを尊ぶ社会であると言われている。しかしこれは子供が親を無視するということではない、自立して生活していても子供が親を助けるという関係にあるようである。

7．親族からの支援の後退に追いつかない保健福祉サービス

ねたきりになったときに、どのような資源を活用して対処しようと考えているかを、日中で比較してみた。親族からの支援を期待できる人は日本、中国のいずれも85%以上であったが、中国の方が日本と比べて高かった。他方、保健福祉サービスを利用して対処するという人の割合は日中のいずれも5%程度でほとんど差がなかった。いずれからも支援をうけることができないという人の割合は中国ではほとんどいないのに対し、日本では10%程度であった（図5）。日本では親族からの支援の後退を、保健福祉サービスで補うことができず、いずれの資源からも支援を受けることができないという人の割合が多くなっているという問題が疑われる結果であった。このような問題が起こる背景については、サ

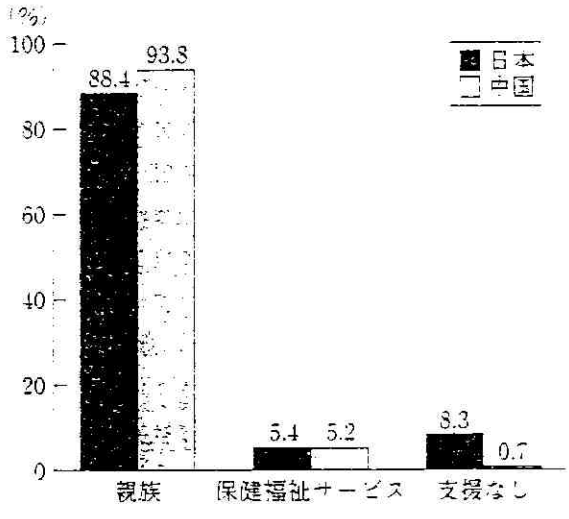


図5　支援源別にみた介護支援が期待できる割合の日中比較

ービスをあまり利用したくない、親族から見てもらいたいという、高齢者の心理的な要因も考えられるが、それと同時に保健福祉サービスの供給体制が拡充されつつあるとはいえ、それが十分でなく、頼れる存在として高齢者に認知されていないという、供給者側の問題も関わっていると思われる。

8. おわりに

今回は他の国との比較によって、日本の高齢者の生活や健康上の問題がどのように見えてくるかをいくつかの調査をふまえて紹介した。しかし、日本の問題を指摘することのみで国際比較を行うと、日本の高齢社会が外国と比較して悲惨なものであるということのみが強調され、日本の人々に夢を与えることにならない。問題点を指摘しつつも、同時に日本の高齢者がもつよい面にも着目し、問題を克服しつつよい点はより一層のばしていく姿勢に立った研究も必要と言えよう。

皆さんも国際比較のデータに接触する機会があると思われるが、これらを活用しながら日本の高齢者の実態をきちんと把握し、今後の高齢社会のあり方を考えてみたらいかがであろうか。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第11回

増えつつある後期高齢者の特徴

杉澤 秀博 Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門 研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. 今回の話題

日本では他の先進国に例を見ないほどのスピードで人口の高齢化がすすんでいる。なかでも、75歳以上の高齢者（後期高齢者）がその数においても、また全人口に占める割合においても増加すると予想されている。高齢化の動向を考えれば、将来の高齢者問題は後期高齢者の問題であると言っても言い過ぎでなく、それに対応するための十分な対策を立てていくには後期高齢者の健康や生活面の特徴を把握することが必要と言えよう。

近年、後期高齢者の人口が増加してきているとは言え、1995年においても前期高齢者（65～74歳の人口：11,091千人）に対する後期高齢者（75歳以上の人口：7,170千人）の割合は0.65である。高齢者を対象とした調査が、行政、研究機関、企業など各層各レベルで様々な目的で行われているが、高齢者を一括して分析したのでは、その結果は前期高齢者の特徴を色濃く反映したものとなり、今後増加するであろう後期高齢者の特徴をきちんと把握したものとはならない。

これまで、後期高齢者の問題が注目されてきたのは、福祉ニーズの推計にかかわってであった。「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」など国の統計から、後期高齢者では前期高齢者と比べてねたきりや痴呆症の出現割合が高いため、その出現割合に変化が見られないとしても後期高齢者数が増加すればそれに伴なって要介護高齢者が増え、福祉ニーズが拡大すると推測されている。

しかし、身体的な健康を除いて、精神的あるいは社会的健康がどのようになっているのか、また、社会的支援が十分に得られているかなどについては、後期高齢者と前期高齢者の違いは十分にわかっていない。皆さんの中には、元気な高齢者が増えたとは言え、75歳以上の高齢者というと、多くの人が病気や障害をもち、人との接触も希薄で、生きがいをもてていない、社会に依存した状態にあると想像する人もいるかもしれない。はたして、

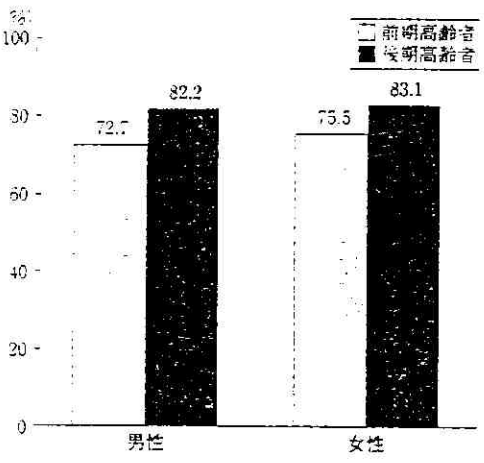


図1　慢性疾患の有病者の割合

実態はどうなのであろうか。今回の話題は、前期高齢者と比較しながら、後期高齢者の人たちの特徴を紹介してみようというものである。

2. 分析のデータ

本稿では、これまでの連載で使用したデータベースである「全国高齢者の縦断調査」のうち、最新の1996年のデータを使用する。このデータベースは、全国60歳以上の高齢者を対象とした4回の縦断調査（1987年、90年、93年、96年）のデータを集積している。代表性ある標本を対象としたのは87年の調査である。しかし、以下の二つの工夫によって、追跡調査時点でも60歳以上の代表性のある標本に近いデータが得られるようにした。その工夫とは、1パネルからの脱落をできるだけ少なくするために、すべての追跡調査において第1回調査の回答者全員（死亡を除く）を対象に調査すること、2 90年と96年の追跡調査においては、その時点での母集団対比のパネルの抽出確率に等しくなるように60～62歳、63～65歳の高齢者をそれぞれ新規に標本抽出し対象者に加えることによって、以上の各時点で60歳以上の代表性ある全国標本が得られるようにしたことである。

3. 比較する物差し

後期高齢者の特徴を見るため、取り上げた物差しは、1 身体的健康（慢性疾患への罹患および日常生活の自立度）、2 精神的健康（認知程度および生活満足度）、3 社会的健康（家族以外の人や地域の組織との接触頻度）、4 社会的支援、の四つの領域である。

ここでは、以上の物差しが後期高齢者と前期高齢者とでどのように異なるかといった単純な比較に加えて、後期高齢者の精神的な健康を支えるための条件が、前期高齢者と異なるのか否かについても検討を加えた。

4. 後期高齢者では生活の自立度や認知度の低下が目立つ

慢性疾患をもっている人は前期高齢者では男女とも70%台であるが、後期高齢者では80%を超えていた（図1）。日常生活が自立し

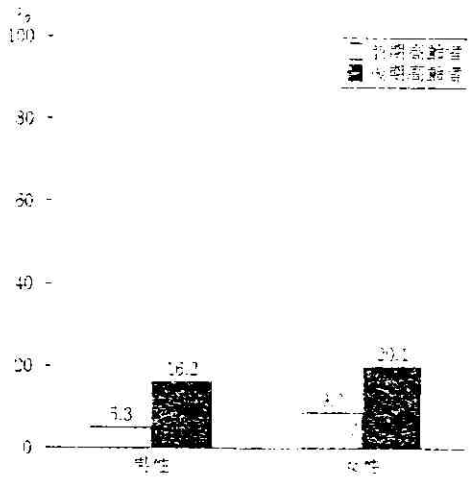


図2　日常生活動作に障害のある人の割合

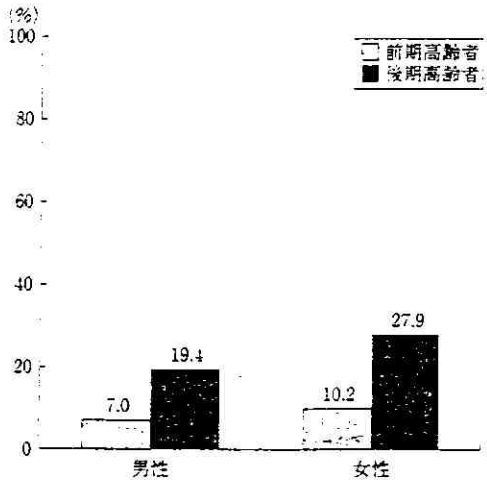


図3　認知に問題の疑われる人の割合

ていない人の割合を見ると、前期高齢者と比較して後期高齢者では、男性では約3倍（16.2%／5.3%）、女性では2倍（20.1%／9.0%）高い値を示している（前ページ図2）。

精神的健康の物差しとした認知度については、生活の自立度と同様、前期高齢者と比較して後期高齢者では、認知に障害の疑われる人の割合が格段に高かった。その割合を具体的に示すと、前期高齢者では男性7.0%、女性10.2%であるのに対し、後期高齢者ではそれぞれ19.4%と27.9%で、その出現割合が2倍以上高かった（図3）。

日常生活の自立度や認知障害は、他の人から援助をうけなければ生活ができない、すなわち、福祉ニーズの大きさを測る重要な物差しである。後期高齢者では前期高齢者と比較すると、生活自立度や認知に障害のある人の割合がかなり高いため、福祉ニーズを多く抱えているという特徴をもっていると言えよう。

以上、生活自立度の低さ、あるいは認知障害の多さという、後期高齢者のマイナス面を強調したが、しかし、こうした見方は前期高齢者と比較しての話であり、一面的である。障害をもっている人の割合が高いと言っても、その割合は30%を超えない、多くの後期高齢者は自立した生活を送っていることに注目する必要がある。

5. 後期高齢者は満足感が高く、社会とのつながりも維持している

生活満足度という物差しを使って、老後の生活にどの程度うまく適応しているかを見てみた。男性、女性とも前期高齢者と後期高齢者では、生活満足度の得点に大きな違いは見るられなかった（図4）。

社会とのつながりについては、後期高齢者では前期高齢者と比較して低い値を示していたが、それでも、半数以上の人が何らかのかたちで社会との接触を保っていた。たとえば、友人や知人と会う頻度を見てみると、月に1回以上という人が前期および後期の高齢者でそれぞれ、男性の場合65.3%と59.2%、女性の場合78.6%と68.0%であった（次ページ図5）。地域の集まりへの参加状況についても、月に

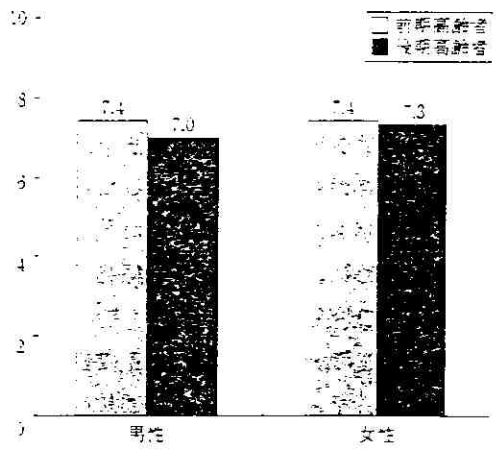


図4　生活満足度得点

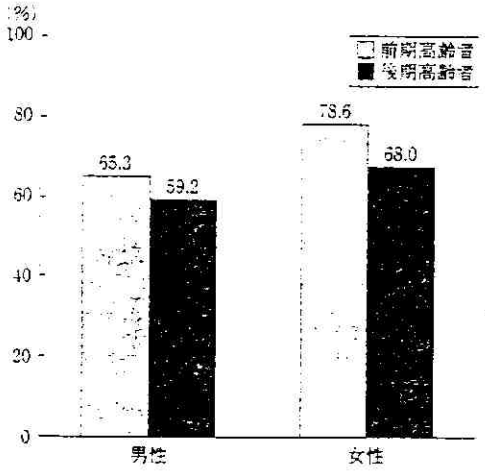


図5　友人・知人との面会頻度
（月1回以上の割合）

1回以上の頻度で参加しているという人は前期および後期の高齢者でそれぞれ、男性については42.9%と35.2%、女性については38.8%と31.4%であった（結果は省略）。

75歳以上という年齢から、後期高齢者は生活の自立度が低下し、家に閉じこもりがちであり、また、暗い生活を送っていると想像する人も少なくないであろう。しかし、データから見えてくる後期高齢者の平均的な姿としては、自立した生活を送っており、また、社会とのつながりも保ち、けっこう満足した生活を送っていると言うことができよう。

6. 後期高齢者はまわりの人から手助けをえているだけでなく、まわりの人に貢献している

まわりの人からどのくらい援助を受けているかについては、精神面と手段面でとらえてみた。精神面での援助については、心配事や困りごとがあったとき、耳を傾けてくれる人がいるか否かで見てみたが、前期および後期高齢者のいずれも70～80%程度の人が「よく」耳を傾けてくれる人がいると回答しており、両者では有意な差がなかった。手段的な援助については、病気のとき、お世話をあてにできる人がいるか否かで見てみたが、前期および後期の高齢者のいずれも90%程度の人が「おおいにあてにできる」「まあまああてにできる」人がいると回答しており、情緒面での援助と同様に、前期と後期の高齢者では有意差は見られなかった（図6）。

では、後期高齢者はまわりの人から手助けを得ているだけなのであろうか。まわりの人の心配事や悩み事の相談相手になっているか否かを見てみたところ、後期高齢者では前期高齢者と比較して有意に低いものの、「いつも」あるいは「たいてい」聞いてあげている人の割合は約60%であった（図6）。後期高齢者であっても、少なくない人が一方的にまわりの人の世話になるばかりでなく、できるところ

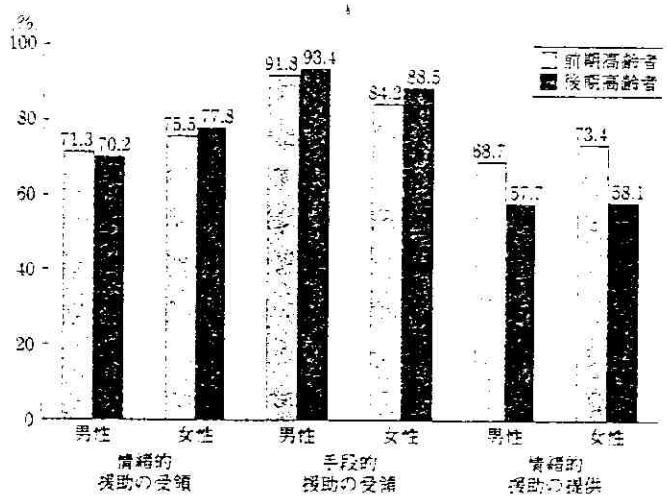


図6　社会的支援

表1　生活満足度に関連する要因

	前期高齢者	後期高齢者
性		＊
慢性疾患の有無		＊
日常生活動作の障害	＊＊	＊＊
認知程度		＊
友人・知人との接触	＊＊	＊＊
社会参加	＊＊	＊＊

注）＊＊p<.01, ＊p<.05
従属変数に生活満足度、独立変数に性、慢性疾患の有無、日常生活動作の障害、認知度、友人・知人との接触、社会参加を投入し、重回帰分析を実施。

まわりの人に貢献していると言えそうである。

7. 後期高齢者も社会と何らかのかかわりをもつことが幸福感の向上につながる

高齢になった場合、特に、75歳以上という後期高齢期においては、社会との接触をさけ、ひっそりと暮らすことが、わずらわしい人間関係からも開放され、幸福なのではないかという考えをもつ人もいるであろう。

このデータから見ると、前期高齢者だけでなく、75歳以上の後期高齢者においても、家族以外の人との触れ合い、地域の組織や団体への参加が、生活満足度の向上につながっていることがわかる（表1）。かなりの高齢になっても、へたに隠居せずに、社会とのつながりを保つことが、幸福感を維持することにとって大切なことと言えよう。

8. おわりに

75歳以上の高齢者は、身体的にはハンデを多少背負っているものの、ぴんこう元気に、社会ともつながりも保ち、社会に貢献する活動も担いながら生活していること、そして、このような社会との触れ合いが、幸福感の維持にとって重要であることがおわかりいただけたのではないだろうか。社会にとって負担の存在としてのみ後期高齢者を見るのではなく、社会の一員として、何らかの社会的役割を積極的に担ってもらえるように働きかけることが、後期高齢者はもとより、若い世代の負担の軽減のためにも重要と言えるのではないだろうか。

連載「健康的な老後を送るための社会的・心理的条件」第12回

調査データはどの程度信頼できるか

杉澤 秀博 Sugisawa Hidehiro

東京都老人総合研究所保健社会学部門
研究員

■1987年東京大学大学院医学研究科保健学専門課程単位取得済退学。同年保健学博士号取得、東京都老人総合研究所に研究員として入り、現在に至る。91～92年までミシガン大学の客員研究員。

1. 今回のテーマ

これまでの連載では、筆者の手元にあるデータを活用して、人々が健康的な老後を送るための社会的・心理的条件とは何かを探ってきた。皆さんに示した結果が正しいかどうかは、活用したデータが信頼にたるものであることが前提となる。これまで明らかにされてきていない健康への危険要因が新しく発見されても、それが質の低いデータの分析に基づいているとすれば、その結果は私たちに有害な影響をもたらしこそすれ、何ら役に立つものにはならない。筆者の研究領域を省みると、高度な統計手法を用いてデータを解析することには熱心であるが、そもそも解析対象としているデータがどのように収集されたのか、代表性は確保されているのかなどデータの質に関心をもち、注意を払っている研究者は意外と少ない。

今回は、連載の最終回にあたり、これまでの連載で最も活用したデータベースである「全国高齢者の縦断調査」を例として、調査データの信頼性や質をどのように検討したらよいのかについて紹介したい。さらに、最終回であるため、付録として第1回～第12回までの連載で参考にした文献を巻末に掲載したい。

2. 横断的調査と縦断的調査—健康への危険要因を明らかにするための調査方法—

健康への危険要因を解明するための調査方法には大きく分類すると、横断的調査と縦断的調査がある。横断的調査では、ある一時点に限って対象者に対して調査を実施する。この方法では、同じ時点で測定された健康状態と社会的・心理的要因の関連を分析することになる。そのため、両者に統計的に意味のある関係が見られたとしても、それは社会的・心理的要因が原因となって健康に差異が発生したという解釈の他に、健康状態が原因となって社会的・心理的要因に変化が生じたという解釈も成り立つ。たとえば、横断的調査で運動習慣がない、あるいは人との接触が乏しい場合に健康状態が低いという結果が得られ

たとしても、この結果からだけでは運動習慣や対人接触が乏しいことが原因となって健康の低下が起こっていると結論づけることはできない。健康状態が悪いため運動をひかえたり、人との交流が乏しくなっていると解釈することも可能となる。

縦断的調査は、このような横断的調査の欠点を解消するために欠かせない方法である。健康破綻に時間的に先行して社会的・心理的要因に関する情報を得ることができるため、分析方法上、健康破綻が原因となって社会的・心理的な要因が影響を受けるという可能性を除外することが可能となる。

3. データの質を調べる方法

横断的調査の信頼性を検討するには、どのように対象者が抽出されたのか（標本抽出の方法）、どのくらいの人が、またどのような人が回答したのか（回答率と無回答者の特性）、使用された調査項目でねらいとしたものをきちんと測ることができたのか（質問項目の信頼性と妥当性）などが議論されなければならない。縦断的調査では、以上のような横断的調査の質を評価するための検討課題に加えて、どのくらいの人が、またどのような人が、追跡調査の過程で回収不能になったのか（追跡率と脱落者の特性）を検討することが必要となる。

本稿では紙幅の関係で、縦断的調査である「全国高齢者の縦断調査」のデータの質や代表性の問題を詳細に検討することができない。1初回調査における無回答者の割合とその特性、2追跡調査の過程で脱落した人の割合とその特性、3項目欠測の割合とその要因、の3点に限定し、データベースの質を吟味しようというものである。

4. すべての対象者から回答を得ることは無理

無回答には調査拒否や不在あるいは健康不良によって調査への協力が得られない場合（以下、回収不能）と、調査への協力は得られているがある特定の質問には回答してもらうことができなかった項目欠測とがある。いずれの無回答についてもゼロにすることが望ましい。しかし、調査に協力するか否か、また質問に答えるか否かは、あくまでも調査対象となった人の意向であり、強制ではないため、現実には対象者全員から回答を得ることはできない。特に最近はプライバシーの問題もあり、無回答者の割合を減らすのは容易ではない。

「全国高齢者の縦断調査」において、回収不能の割合を見ると初回調査（1987年実施）では66.9%（完了調査票2,200、対象者数3,288人）であった。この数値は高齢者を対象とした調査では平均的と言える。回収不能理由としては「拒否」「不在」「健康上の理由」がそれぞれ30%ずつを占めていた。もし、約30%を占める回収不能者がある特性をもった人に集中して生じているとすれば、分析対象者の代表性がそこなわれ、分析結果に歪みがもたらされている可能性がある。

5. 初回調査の回収不能者はランダムに発生していない

対象者本人が一度も調査に協力していないため、初回調査の回収不能者がどのような人であるかについてはそのままではほとんど手がかりがない。手がかりを得るための簡便な情報源としては、情報内容に制限があるもの

表1　初回調査の回収不能者と回答者の追跡調査における特性比較

特性		回収不能理由			
		全体	拒否	不在	健康不良
年齢	(↑ 高い)	↓	↓	↓	↑
性	(→ 男性)	↑	↑	↑	
就学年数	(↑ 長い)	↑	↑	↑	↓
配偶者	(→ いる)	↑	↑		
就労	(→ している)	↑	↑	↑	↓
疾患への罹患	(→ ある)	↓			
日常生活動作の障害	(→ ある)			↓	↑
経済的困難度	(↑ 高い)	↑	↑	↑	↑
生活満足度	(↑ 高い)	↑	↓	↓	↓
健康度自己評価	(↑ 良好)	↓	↓	↓	↓

注）結果に示されている矢印（↑、↓）は回答者と比較した場合に有意な違いが見られた特性を示している。↑は有意に高いこと、↓は有意に低いことを意味している。離散変量については$\chi 2$検定で、連続変量についてはt検定で検定。

の標本抽出のときに使用する住民基本台帳がある。住民基本台帳から入手できる性、年齢、居住地域に関する情報に基づいて回収不能者にどのような偏りが見られるかを見てみたところ、回収不能者の割合は年齢に沿ってU字型を示し、60～69歳および80歳以上で高く、男性そして人口規模の大きい地域で高い傾向が見られた。

住民基本台帳から得られる情報は限定されている。筆者らは初回調査から6年後に、回収不能者に対しては郵送法で、回答者に対しては訪問面接法で追跡調査を実施し、より多くの情報に基づいて初回調査の回収不能者の特性を検討した。回答者との比較は回収不能者全体とともに不能理由別にも行った。「健康不良」による回収不能の場合には、少なくても状態像として健康状態が悪いということがわかるが、「調査拒否」や「不在」による回収不能ではその様子がまったくわからない。

表1に示したように、回答者と回収不能者の特性にかなりの違いがあることがわかる。回収不能者全体では回答者と比較し、性や年齢の違いに加えて、就学年数が長い、生活満足度や健康度自己評価が低いという特徴があった。不能理由別に見ると、「調査拒否」や「不在」ではその特性がかなり共通しており、回答者と比較して年齢が若い、男性が多い、就学年数が長い、就労者が多い、生活満足度が低いという特性を有していた。

6．回収不能者の存在は健康の危険要因の分析結果にあまり影響しない

以上のように、ある特性をもった人に集中して回収不能者が見られたことから、それによって健康への危険要因の分析結果に歪みが生じている可能性が否定できない。このような問題が生じているか否かを推測する手がかりとして、健康に関連する社会的・心理的要因が、回収不能者の存在によってどの程度影響を受けるかを見てみた。具体的には、先に示した6年後の追跡調査のデータを用いて、初回調査の回答者のみを分析した場合とそれに回収不能者を加えた場合とで、健康に関連する社会的・心理的要因にどの程度の違いが見られるかを検討してみた。

何を健康の物差しとするか、また何を社会的・心理的要因とするかについては様々に考えられるが、ここでは人々が自分の健康をどのように評価しているかという健康度自己評価を従属変数に、それに関連する要因として、基本属性、社会階層、社会関連指標、身体的健康を取り上げ分析した。重回帰分析を行った結果、回答者のみを分析対象とした場合で

表2　健康度自己評価に関連する要因（重回帰分析の回帰係数）

変数		初回調査回答者	初回調査回答者＋初回調査回収不能者	初回調査回答者＋初回調査回収不能者に対して追跡率の逆数で重みづけ
		b	b	b
年齢	(↑　高い)	0.005	0.006	0.006
性	(→　男性)	0.050	0.089	0.099
就学年数	(↑　長い)	0.008	0.006	0.006
配偶者	(→　いる)	-0.054	-0.052	-0.052
就労	(→　している)	0.240**	0.243**	0.246**
経済的困難度	(↑　高い)	-0.163**	-0.203**	-0.214**
疾患への罹患	(→　ある)	-0.655**	-0.660**	-0.664**
日常生活動作の障害	(→　ある)	-0.686**	-0.634**	-0.612**
定数項		3.950**	3.818**	3.779**
R^2		226**	235**	239**
総数		1406	1703	1703

注）**：p (probability)< 0.01

も、回収不能者を加えて分析した場合でも、有意な効果をもつ変数に違いはなかった（表2）。回収不能者がある割合を占めていたとしても、それがそのまま健康への危険要因の分析結果に影響を与えているとは言えない。

7. 追跡調査からの脱落もランダムに発生しているわけではない

縦断的調査において、その代表性を低下させる要因として注意しなければならないのは、追跡調査における脱落者の存在である。脱落と言ってもすべてが問題になるわけではない。死亡という理由での脱落は母集団においても発生しているため、問題となるのは死亡以外の「調査拒否」「不在」などの理由による脱落である。

表3には、第1回から第3回の追跡調査の回収状況を示した。死亡を加えた場合いずれの追跡調査でも回収率は80%程度であった。死亡を除いた場合の回収率は第1回追跡調査では多少低いものの（82%）、第2回、第3回追跡調査では85%を超えていた。他の調査と比較してかなり高い追跡率を維持できている。

追跡調査における回収不能理由はいずれの追跡調査でも「健康不良」が最も多く、「拒否」「不在」が続いていた。

初回調査時点でどのような特性をもつ人が、それ以後の追跡調査で死亡以外の理由で脱落しやすいかを分析してみた。次ページ表4には、9年間の追跡調査の結果を示したが、年齢が高い、身体的健康が悪い、社会参加頻度が乏しい、あるいは喫煙している人で、9年間の追跡期間で脱落しやすいことがわかった。初回調査だけでなく、追跡調査においても脱落者はランダムに生じているのではなく、あ

表3　パネルからの脱落理由

回収状況	第1回追跡	第2回追跡	第3回追跡
回収	1,671(76.0)	1,369(81.9)	1,068(78.0)
死亡	163(7.4)	104(6.2)	114(8.3)
健康上の理由	151(6.9)	86(5.1)	89(6.5)
拒否	140(6.4)	52(3.1)	54(3.9)
不在	49(2.2)	42(2.5)	32(2.3)
その他	26(1.2)	18(1.1)	12(0.9)
n	2,200(100.0)	1,671(100.0)	1,369(100.0)

注1）追跡調査の過程で一度回収不能になっても、その後の追跡調査では対象とすることによって、脱落者を減少させている
注2）表では一度不能になった人はそれ以降の調査の集計には含めていない。
注3）代理回答者については回収不能に含めている。

表4　9年間の追跡調査における脱落者（死亡を除く）の初回調査時点の特性

初回調査における特性			
〔身体健康〕			
慢性疾患数	↑	多い	
日常生活動作	↓	高い	↓
健康度自己評価	↓	高い	↓
〔精神健康〕			
認知障害	↑	重い	
抑うつ	↑	強い	
〔生活習慣〕			
飲酒	→	適度	
運動	→	している	↑
喫煙	→	していない	↓
〔社会関係〕			
別居子との接触	↑	多い	
友人・知人との接触	↑	多い	
地域組織への参加	↑	多い	↓
配偶者	→	いる	
〔属性・背景〕			
年齢	↑	高い	↑
性	→	男性	
就労	→	している	
就学年数	↓	長い	

注　結果に示されている↑，↓は当該の特性が死亡以外の理由でパネルから脱落する割合を有意に高くすることを意味している。分析は代理回答を含めていない。分析方法としてはロジスティック回帰分析を用いた。

る特性をもった人に集中して生じている。

8．ある特定の質問に回答しない人はどんな人か

分析対象者の代表性をそこなうもう一つの原因である項目欠測に関する話題に移ろう。項目欠測とは、調査には応じているものの、ある特定の項目に対しては回答しないために生じる欠測である。

「全国高齢者の縦断調査」の質問票には、基本属性、家族構成、身体的健康、精神的健康、社会活動性、生活習慣、社会的ネットワーク、収入など広範囲な質問項目が盛り込まれている。ここでは、スケールを構成したり、生活習慣などまとまって分析する場合が多い項目については、個別に見るのではなく、関連項目をまとめて欠測の割合を算出している。

各領域別に項目欠測の割合を見てみよう。4回の縦断調査ごとに欠測率を見てみたが、抑うつ尺度、生きがい（「PGCモラール」）尺度、生活習慣、収入では欠測が回答者の5％以上あり、こうした傾向はいずれの調査においても同様であった（表5）。生きがいの尺度は11項目で構成されているが、中でも「自分の人生は幾をとるにしたがってだんだん悪くなっ

表5　指標別に見た項目欠測の割合

領域	指標	項目数	スケール・項目群別欠測の割合			
			初回	第1回追跡	第2回追跡	第3回追跡
健康指標	日常生活動作	3	0.7	1.2	0.8	0.7
	健康度自己評価	1	0.0	1.1	0.1	0.0
	認知能力	9	1.6	2.6	0.4	0.2
	抑うつ症状	9	6.1	7.1	5.9	7.2
	PGCモラール	11	31.1	25.7	22.3	26.3
社会指標	就学年数	1	0.5	-	-	-
	婚姻	1	0.0	0.0	0.3	0.0
	就労	1	0.0	0.0	0.1	0.0
	収入（配偶者を含む）	1	16.4	13.9	11.2	18.5
	収入満足度	1	2.5	2.1	1.5	2.2
	社会的ネットワーク	3	4.7	4.6	1.9	3.6
	生活習慣	4	16.2	12.1	11.5	12.0
	n		2,200	1,671	1,369	1,068

表6　収入の欠測に関連する要因

要因		初回	第1回追跡	第2回追跡	第3回追跡
年齢	(↑ 高い)	↑		↑	
性	(→ 男性)	↓	↓	↓	↓
就学年数	(↑ 長い)			↓	
配偶者	(→ いる)				
就労	(→ している)				
日常生活動作の障害	(→ ある)				↑
認知障害	(↑ 重い)		↑		↑
調査への協力度	(↑ 弱い)	↑	↑		↑
前回の調査の欠測	(→ ある)	—	↑	↑	↑

注1：矢印は当該変数が欠測の割合と有意に関連していたことを意味している　↑は欠測の増加に、↓は欠測の減少に関連している。
注2：各調査時点ごとに、その調査の欠測と要因との関連を分析。
注3：分析方法はロジスティック回帰分析。

ていくと感じるか」と「若いときと比べて今の方が幸せだと思いますか」の二つの質問項目の欠測が10%をこえており、それ以外は5%以下であった。生活習慣は運動、喫煙、身長や体重（肥満度の算出に用いる）で構成されているが、身長と体重の欠測が10%をこえており、それ以外はほとんど欠測はなかった。

どのような人が欠測をもちやすいかを、収入を例に取り上げ分析してみよう。女性、認知障害のある人で収入の欠測割合が高く、項目欠測がある特性をもった人に集中して生じていることがわかる（表6）。興味深いのは、調査員の評価であるが対象者の調査への協力度が低いと項目欠測が多くなるということである。この結果は、拒否的な対象者を説得して調査に応じてもらったとしても、その場合には項目欠測が多くなる可能性があるため、分析対象者の代表性を確保するには、回収率と項目欠測率の折り合いをいかにつけるかが重要であることを示唆していると言えよう。

9. おわりに

初回調査、追跡調査のいずれに関しても、無回答者はランダムに生じているのではなく、ある特性をもった人に集中して発生していることがわかった。本連載では、このような歪みのあるデータを使用しているため、誤解を恐れずに言えば、その内容は不正確な部分を含んでいる可能性がある。しかし、本データベースの質は他のデータベースと比較した場合、それほど低いものではなく、平均以上の質を確保していると言える。つまり、回収率が100%、欠測率が0%という調査が実現しないかぎり、調査データの質が完全であることにはならないため、現実には大なり小なり、いずれの研究成果も不正確な部分をもっている可能性がある。以上、調査データを使用して健康への危険要因を解明した研究ではいずれの場合も、データの特性から見て、まったく誤りを含んでいないという保証はない。以上のことからすれば、実証的な知見であってもそれを鵜呑みにするのではなく、批判的に評価するという姿勢をもつことが肝要と言える。

最後に、参考文献を和文を中心に掲載し、連載を終了することとする。擱筆するにあたり、原稿を提出する時期がいつも期限を大幅

に過ぎていたため、雑誌の編集者の方には大変ご迷惑をおかけいたしましたことをお詫びいたします。さらに、このような連載の機会を提供していただきました東京大学農学部の岸野洋久先生に感謝いたします。

＊参考文献

[1]第2回　生活習慣と健康

1)Boiloc NB,Breslow L (1972) : Relationship of physical health status and health practices : Preventive Medicine,1 : 409-421.

2)Breslow L, Enstrom JE (1980) Persistence of health habits and their relationship to mortality : Preventive Medicine,9 : 469-483.

3)芳賀博,松崎俊久,藤野脩一 (1982) : 老人の保健行動：社会老年学,15 : 64-73.

4)橋本修二,他 (1986) : 地域高齢者の生命予後に影響する日常生活上の諸因子についての検討：日本公衆衛生雑誌,33 : 741-748.

5)森本兼曩編 (1991) : ライフスタイルと健康－健康理論と実証研究－：東京　医学書院.

6)加藤育子,富永祐民,鈴木継美 (1988) : 無既往・無自覚症者の生活習慣の特徴：日本公衆衛生雑誌,35 : 556-561.

7)加藤育子,富永祐民,松岡いづみ (1989) : 生活習慣と主要成人病の関連の追跡調査：日本公衆衛生雑誌,36 : 662-668.

8)Berkman LF, Breslow L : Health and ways of living The Alameda County Study : New York Oxford University Press.森本兼曩監訳 (1989) : 生活習慣と健康 ライフスタイルの科学：東京　HBJ出版局.

9)大野良之,柳川洋編 (1999) : 生活習慣病予防マニュアル：東京　南山堂.

10)杉澤あつ子,杉澤秀博,柴田博 (1997) : 地域高齢者の心身の健康維持に有効な生活習慣：日本公衆衛生雑誌,45 : 104-111.

[2]第3回 配偶者との死別,職業からの引退と健康

1)Gallagher D (1986) : Therapeutic issues in the treatment of spousal bereavement reactions in the elderly. Maletta GJ, Pirozzolo FJ (Eds): Assessment and treatment of the elderly neuropsychiatric patient: NewYork Praeger : 215-240.

2)河合千恵子 (1987) : 老年期における配偶者との死別に関する研究－死の衝撃と死別後の心理的反応－：家族心理学研究,1 : 1-16.

3)河合千恵子(1987) : 配偶者と死別した老人の生活適応：老年精神医学,4 : 160-168.

4)河合千恵子(1988):老年期における配偶者との死別に関する研究　その2－死別後の適応とそれに影響する諸要因の効果　家族心理学研究,2 : 119-129.

5)岡林秀樹,他 (1977) : 配偶者との死別が高齢者の健康に及ぼす影響と社会的支援の緩衝効果心理学研究,68 : 147-154.

6)岡村清子 (1992) : 高齢期における配偶者との死別と孤立感－死別後経過年数別にみた関連要因－：老年社会科学,14 : 73-81.

7)岡村清子 (1994) : 配偶者との死別に関する縦断的研究－死別後の孤独感の変化－：老年社会科学,15 : 157-165.

8)岡村清子,河合千恵子 (1987) : 高齢女性における配偶者喪失後の役割移行と適応：老年社会科学,9 : 53-70.

9)杉澤あつ子,他 (1996) : 老年期における職業からの引退が精神的健康と社会的健康におよぼす影響：日本公衆衛生雑誌,44 : 123-130.

10)高橋重郷 (1995) : 配偶関係別にみた死亡率格差：厚生の指標,42(1) : 8-14.

11)東京都老人総合研究所社会学部門編 (1993) : 現代定年高齢者 (15年間の追跡調査) : 東京　ワールドプランニング.

[3]第4回　社会関係と健康

1)Berkman LF (1986) Social networks, support and health: Taking the next step forword. American Journal of Epidemiology,123 : 559-562.

2)Berkman LF Syme L (1979) : Social networks, host resistence, and mortality: Nine-year follow-up study of Alameda County residents: American Journal of Epidemiology,109 : 186-204.

3)House JS,Landis KR,Umberson D (1988) : Social relationships and health. Science : 540-544.

4)野口裕二,杉澤秀博 (1999) : 社会的紐帯と健康：折茂肇編集代表.新老年学 [第2版] : 東京　東京大学出版会 : 1343-1348.

5)杉澤秀博 (1993) : 高齢者における社会的統合と生命予後との関係：日本公衆衛生雑誌,41 : 131-139.

6)Sugisawa H, Liang J, Liu X (1994) : Social networks, social support, and mortality among older people in Japan: Jounral of Gerontology,49: S3-S13.

7)杉澤秀博,他 (1993) : 高齢者における社会的統合と日常生活動作能力の予後との関係：日本公

衆衛生雑誌,41：975-986.
8)浦光博（1992）：支えあう人と人：東京　サイエンス社.

[4]第5回　高齢者の自殺の社会的背景
1)荒記俊一,村田勝俊（1984）：高度経済成長期（1960-1975年，日本）の自殺死亡率の変動と社会生活因子の影響：日本公衆衛生雑誌,31：651-657.
2)角南重夫（1984）：我が国の自殺死亡率の都道府県格差に関連する要因：日本公衆衛生雑誌,31：397-401.
3)笠原洋勇（1985）：壮年期の自殺：臨床精神医学,14：1329-1336.
4)黒田研二,他（1986）：中年期および老年期自殺死亡率の都道府県格差と関連する要因：老年社会科学,8：36-49.
5)松本寿昭（1990）：過疎地域における老人自殺の実態：社会老年学,31：22-34.
6)甲久郎：老人の自殺，高坂正顕,臼井二尚編：日本人の自殺：東京　創文社　1966：83-97.
7)杉澤秀博（1989）：東京都における中年期および老年期の自殺死亡率の地域差：社会老年学,30：37-46.
8)高橋祥友（1997）：自殺の心理学：東京都　講談社.
9)上野正彦,他（1981）：老人の自殺：日本大学医学雑誌,40：1109-1119.
10)吉田浩二,他（1987）：北海道における自殺の実態,34：199-205.

[5]第6回　主観的な健康評価の意義
1)藤田利治,藁野陽一（1990）：地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後2年間の死亡：社会老年学,31：43-51.
2)芳賀博,他（1984）：健康度自己評価と社会・心理・身体的要因：社会老年学,20：15-23.
3)芳賀博,他（1988）：健康度自己評価に関する追跡的研究：老年社会科学,10：163-174.
4)芳賀博，他（1991）：地域老人における健康度自己評価からみた生命予後：日本公衆衛生雑誌,38：783-789.
5)杉澤秀博（1993）：高齢者における健康度自己評価に関連する要因に関する研究ー質的・統計的解析に基づいてー：社会老年学,38：13-24.
6)杉澤秀博,Jersey Liang（1994）：高齢者における健康度自己評価と日常生活動作能力の予後との関係：社会老年学,39：3-10.
7)杉澤秀博,Jersey Liang（1994）：高齢者の健康度自己評価の変化に関連する要因：老年社会科学,16：37-45.
8)杉澤秀博,杉澤あつ子（1994）：健康度自己評価に関する研究の展開ー米国での研究を中心にー：日本公衆衛生雑誌,42：366-378.

[6]第7回　別荘地域に移り住むことの光と影
1)安藤孝敏　1994　：地域高齢者における転居の影響に関する研究動向ー転居後の健康と心理社会的適応を中心にー，老年社会科学,16：59-65.
2)大都市高齢者の移動実態と理由に関する研究委員会編（1994）：大都市高齢者の移動実態と理由に関する研究ー仙台市・北九州市・横浜市・名古屋市・福岡市の比較研究ー,所.
3)加藤仁（1994）：生き場所死に場所：東京　文芸春秋社.
4)国土庁計画・調整局（1994）：我が国の人口移動の実態：東京　大蔵省印刷局.
5)斎藤民,他：別荘地域に転居した高齢者の精神健康とその関連要因に関する研究：日本公衆衛生雑誌　印刷中.
6)杉澤秀博,他（1996）：高齢者における老人保健事業の認知度に関連する社会的要因に関する研究：日本公衆衛生雑誌,43巻：624-631.
7)辻辺雨哉,黒柳昌子（1986）：別荘地定住高齢者の実態とその問題点：老年社会科学,8：187-198.
8)地域社会計画センター（1988）：農山漁村地域における都市高齢者定住等を活用した活性化に関する調査報告書：東京　地域社会開発センター.
9)「東京都における高齢者の居住移動実態と移動理由に関する調査」委員会編（1995）：東京都における高齢者の住居移動実態と移動理由に関する調査研究ー世田谷区・板橋区・江戸川区・八三子市・多摩市ー.
10)東京都老人総合研究所保健社会学部門（1997）：別荘地区に居住する高齢者の生活と健康ー静岡県伊東市における高齢者の生活と健康に関する調査からー.
11)東京都老人総合研究所保健社会学部門（1999）：別荘地区に居住する高齢者の生活と健康ー第2報　静岡県修善寺町における調査からー.

[7]第8回　高齢者の健康・生活習慣・保健行動の階層差
1)湯浅龍治,他（1990）：産業別にみた死亡の動向，厚生の指標,37(4)：11-16.
2)朝倉木綿子,他　1991　：東京都における中年期男子の主観的健康とその関連要因に関する研究ー低死亡地域と高死亡地域の比較からー：日本