

# 高齢者の健康及び SES（社会経済的地位）と幸福感

## Health Status, Socio Economic Status (SES) and Happiness among Japanese Older Adults

今井 久  
IMAI, Hisashi

### 【概要】

本研究では、日本の高齢者に注目し、個人の健康を身体的健康と精神的健康とに分け、幸福感との関連を検証することを目的とした。さらには、年齢、経済性、婚姻状況等の SES（社会経済的地位）やソーシャルキャピタルについても、幸福感との関連を検証した。

その結果、幸福感は、身体的健康のみならず精神的健康に関連していた。また、その関連は、身体的健康より精神的健康のほうがはるかに大きかった。個人の健康以外にも、高齢者の幸福感にとって、経済的な余裕やソーシャルキャピタルは重要であった。

一方、高齢者の幸福感にとって、サポートバランスは女性にだけに有意であり、配偶者の有無は男性だけに有意であった。男性の場合、配偶者と一緒に暮らすことが高い幸福感に繋がっているのに対して、女性の場合、周りの人と関わっていることが高い幸福感に繋がっているのであろう。また、男性の場合、高齢になってくると幸福感が低下する傾向があるが、女性の場合年齢は幸福感に関連していなかった。

### 【キーワード】

幸福感、身体的健康、精神的健康、SES、高齢者

### はじめに

ここ数年、幸福への関心が高まってきている。2011年11月には、ブータン王国の国王夫妻が来日した。この来日を数々のメディアが取り上げたが、最も注目されたのはブータン王国が国是として取り入れている GNH（国民総幸福量）の考え方であった。

ブータン王国では、1972年、当時のジグミ・シンゲ・ワンチュク国王が「国民全体の幸福度」を示す尺度を提唱した。それが GNH である。16歳で即位した新国王は「GNP（国民総生産）より GNH が大切である」と国民に訴え

た。ブータン国民はこの考えに理解を示し、30年以上に亘る議論の末、2008年に制定された新憲法の第9条に GNH という言葉を盛り込んだ。そこには、GNH を保障するのは政府の責任だと明記されている。

一国の政策を考える際、幸福度の必要性は古くから指摘されてきた。アメリカでは、ロバート・ケネディが、1968年、大統領選に向けたキャンペーン・スピーチで以下のように語った。「GNP の中には、子どもたちの健康も、教育の質も、遊びの楽しさも含まれていない。

（中略）私たちの機知も勇気も、知識も、学びも…」要するに、国の豊かさを測るはずの GNP

からは、私たちの生きがいにあたるものが欠落しているというのだ。

また、フランスのサルコジ大統領は、「GDP（国内総生産）のような経済生産性に極度に偏った指標を使用するのではなく、もっと国民の幸福度が反映されるような統計制度を導入すべきなのではないか。」と発言した。

ブータンの GNH には 4 つの柱がある。(1) 自然環境の豊かさ、(2) 伝統文化の保全と促進、(3) 良い政治、(4) 公正な経済発展である。更には、それらが「心理的な幸福」「国民の健康」「教育」等、9 つの項目に分かれている。最終的には、72 の質問によって国民の満足度が確認され、GNH が向上すべく政策に反映されている。

現在日本では TPP（環太平洋戦略的経済連携協定）に関する議論が活発に行われている。国是に幸福度の向上があり、4 つの柱からなる GNH を重要視しているブータン。一方、経済発展を中心に議論が進み、結果、TPP の交渉のテーブルについた日本。経済発展は勿論重要ではあるが、日本のような先進国においては、経済の発展が幸福度の向上に必ずしも繋がらないと言った「幸福のパラドックス」と言う現象も指摘されている。

Diener and Seligman(2004)は幸福度に関する多数の文献について、6 分野に分けて包括的なレビューを行った。(1) 6 分野とは、(1) 社会状況、(2) 所得、(3) 仕事、(4) 身体的健康、(5) 精神的疾患、そして(6) 社会関係である。それらを基に、白石ら(2010)は、経済学の立場から 5 つの分野に整理し、幸福度との関係について考察を行った。(2) 5 つの分野とは、(1) 所得、所得格差、(2) 労働、(3) 性別、年齢、健康などの個人属性、(4) 婚姻状況などの社会的属性、そして(5) 政治経済体制、国民性である。

これまで、個人の健康が幸福度に影響することは十分理解されてきたが、健康状態が悪くな

った場合でも、人はその状況に適応しようとするため、病気自体と幸福度との相関はそれほど高くはないとの報告もある。(1) また、病気になると健康であった時点の幸福度の基準を低く設定することで病気になったことによる幸福度が調整されることも確認されている。(3)

一方、幸福度から健康への因果関係も報告されている。幸福度の高い国では健康状態もよく、(4) 所得等の経済的な因子で調整した場合でも、幸福度の高い国のほうが平均寿命は高い。(5)

本研究では、日本の高齢者に注目し、個人の健康を身体的健康と精神的健康とに分け、幸福感との関連を検証することを目的とした。さらには、年齢、経済性、婚姻状況等の SES（社会経済的地位）やソーシャルキャピタルについても、幸福感との関連を検証した。幸福度ではなく幸福感としたのは、本研究では、幸福の測定に、主観的幸福感の尺度である PGC モラル・スケールを用いたためである。

## 方法

### 1. データ

愛知老年学的評価研究(AGES)プロジェクトのデータを用いた。認知症がなく要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者を対象とした。具体的には、2003 年 10 月に行った郵送による自記式質問紙調査のうち、愛知県 13 自治体と高知県 2 自治体の調査回答者 29,546 名である。内女性は 16,052 名(54.3%)、男性は 13,524 名(45.7%)であった。

### 2. 分析方法

#### (1) 身体的健康

幸福感に影響を与えると考えられる SES（社会経済的地位）は、個人の健康にも影響を与えていると考えられているため、個人の健康を幸福感に影響を与える一因子として分析すると、他の因子との間に多重共線性の問題が生じてしまう。

よって、本研究では、個人の健康（特に身体的健康）を推計し、その推計値を幸福感と関連する一因子として用いた。

身体的健康の推計は、男女別に、順序プロビットモデルで行った。主観的健康感を目的変数として、推計に用いた因子は、身体的健康に関するものを調査票の中から選択した。具体的には、「疾病・治療の有無」「処方薬数」「飲酒」「喫煙」「一日の歩行時間」「ここ一年間に大きな病気にかかった」及び、「重篤な疾患の有無」である。重篤な疾患としては、ガン、心臓病、脳卒中、高血圧、糖尿病、高脂血症、骨粗鬆症、関節病、外傷・骨折、呼吸器疾患、胃腸病、肝臓病、排泄障害を用いた。

## (2)幸福感

幸福感の分析は、PGC モラール・スケールを目的変数とし、男女別に、重回帰分析を行った。幸福な老いの測定に関する研究は、1940年代から今日に至るまで続けられており、生活満足度尺度やモラール・スケールなどの尺度が開発されてきた。<sup>(6)</sup>代表的なものとして、Lawton(1975)の主観的幸福感を測定するPGCモラール・スケール(Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)がある。<sup>(7)</sup>17項目からなるこの尺度は高齢者を対象とし、心理的安定、孤独感、老いに対する態度の3因子構造となっている。モラールが高いということは、主観的幸福感が高いということであり、モラールが低いと、主観的幸福感が低いということになる。<sup>(8)</sup>日本においても、モラール・スケールの適用可能性が認められ、老年学研究では頻繁に使用されている。

説明変数は、推計した身体的健康と精神的健康に加えて、年齢、経済的な余裕、婚姻状況、サポートバランス、ソーシャルキャピタルを用いた。

精神的健康は、老年期うつ病評価尺度(GDS)

で測定した。本研究では、簡易版(15の質問項目)を用いた。年齢は、多重共線性を回避するため、中心化して変数とした。また、年齢と幸福観との関係が非線形であると想定されるため、年齢を2乗化したものも変数として用いた。経済的な余裕は、質問項目の「趣味やさやかな贅沢を楽しむための経済的な余裕はありますか」を、また、サポートバランスは、質問項目の「あなたが周りの人(家族も含む)から助けられている量と、あなたがまわりの人を助けている量のバランスは、どれが一番近いですか」を用いた。経済的な余裕は、(1)十分にある、(2)多少ならある、(3)あまりない、(4)まったくない、の4段階尺度で測定し、サポートバランスは、(1)助けられている方がずっと多い、(2)助けられている方がやや多い、(3)ほぼ半々、(4)助けている方がやや多い、(5)助けている方がずっと多い、の5段階尺度で測定した。

ソーシャルキャピタルに関しては、一般的なものと地域的なものの2つを用いた。一般的なものとしては、質問項目の「一般的に、人は信用できると思いますか」を、また、地域のものとしては、質問項目の「私たちの地域の人たちは、大地震後に生じるさまざまな困難を乗り越えられますか」を用いた。一般的なソーシャルキャピタルは、(1)はい、(2)いいえ、の2段階尺度で測定し、地域のソーシャルキャピタルは、(1)うまく乗り越えられるだろう、から(5)乗り越えるのに時間がかかるだろう、の5段階尺度で測定した。婚姻状況に関しては、配偶者の有無とした。

調整変数としては、「ここ一年間に家族の介護を始めた」と「ここ一年間に親しい親類・家族や友人が亡くなった」の2つのライフイベントを用いた。それぞれ、(1)はい、(2)いいえ、の2段階尺度で測定した。

結果

図1に年齢の分布を示した。女性の平均は73.76歳で、男性の平均は73.07歳であった。平均の差はそれほどなかったが、女性のほうがやや右にシフトしている分布となっている。図

2にはPGC モラール・スケールで測定した幸福感の分布を示した。数字の大きいほうが高い幸福感を示しており、男性のほうがやや幸福感が高い傾向が見られた。図3には老年期うつ病評価尺度(GDS)で測定した精神的健康の分布を示した。数字の大きいほうがうつ病の傾向が強

図1：年齢の分布

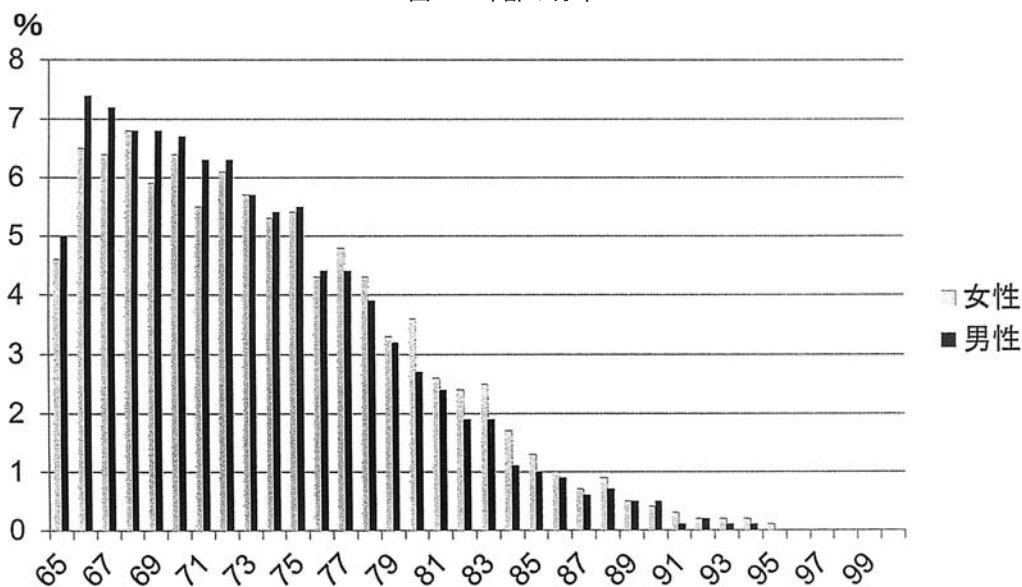
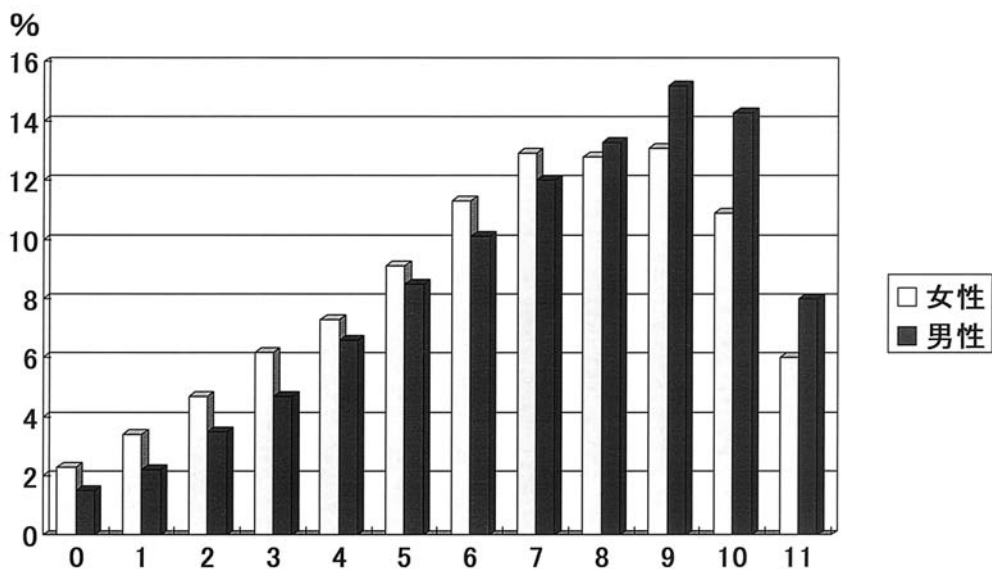


図2：PGC モラール・スケール（幸福感）



いことを示している。精神的健康に関しては、男女の差はそれほど見られなかった。図4は、主観的健康観(SRH)とその推計値を示した。推計値では、男女とも、「よくない」「あまりよくない」の割合が減少し、「とてもよい」がなくなっている。一方、「まあよい」の割合が増加

している。

幸福感の分析結果は、女性を表1に、男性を表2に示した。女性の場合、 $R^2$ は0.554、調整済み $R^2$ は0.553、男性では、 $R^2$ は0.566、調整済み $R^2$ は0.565であった。

女性の場合、表1に示したように、幸福感

図3：老年期うつ病評価尺度(GDS)

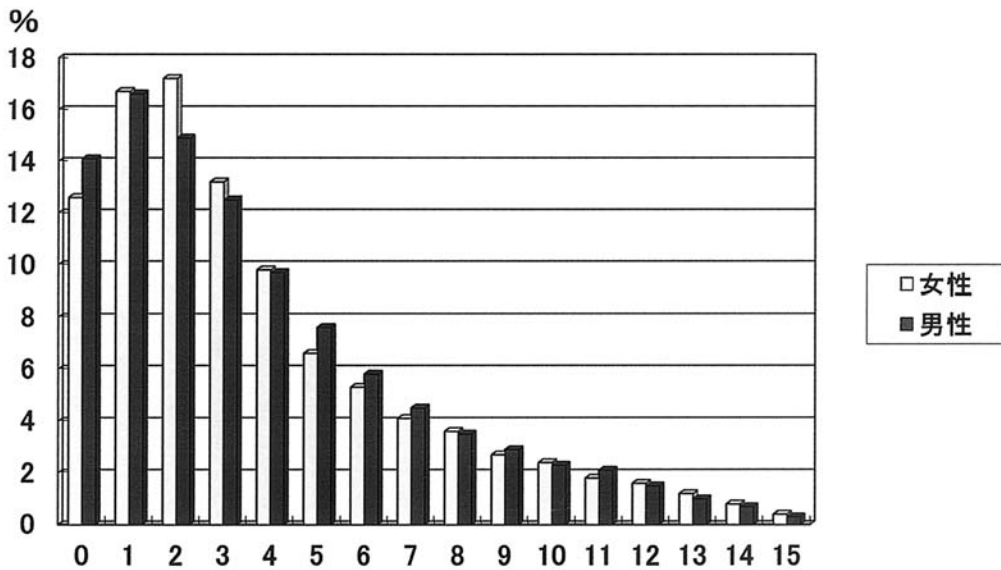


図4：主観的健康感(SRH)と推計値

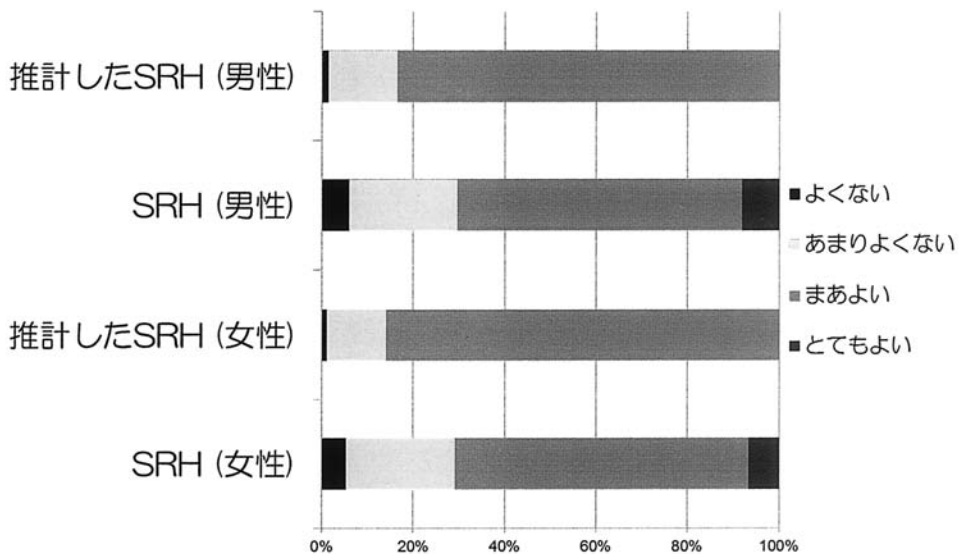


表1: 幸福感の分析結果(女性)

| 説明変数                   |             | 標準化係数<br>( $\beta$ ) | t 値     | 有意確率  |
|------------------------|-------------|----------------------|---------|-------|
| 老年期うつ病評価尺度 (GDS)       | 精神的健康       | -0.668               | -52.815 | 0.000 |
| 地域における信頼               | ソーシャル・キャピタル | -0.078               | -6.819  | 0.000 |
| 一般的な信頼                 | ソーシャル・キャピタル | 0.056                | 4.932   | 0.000 |
| 経済的な余裕                 | 経済性         | -0.056               | -4.619  | 0.000 |
| 推計した主観的健康観 (SRH)       | 身体的健康       | -0.044               | -3.786  | 0.000 |
| サポートバランス               | 社会関係        | 0.038                | 3.086   | 0.002 |
| 中心化した年齢                | 年齢          | -0.020               | -1.446  | 0.148 |
| (中心化した年齢) <sup>2</sup> |             | 0.066                | 5.208   | 0.000 |
| 配偶者の有無                 | 社会関係        | -0.008               | -0.691  | 0.490 |
| 調整変数                   |             |                      |         |       |
| 家族の介護を始めた              | ライフイベント     | -0.056               | -4.938  | 0.000 |
| 親しい親類・家族や友人が亡くなった      | ライフイベント     | -0.049               | -4.354  | 0.000 |

に影響を与えている因子は、標準化係数( $\beta$ )の大きい順位、すなわち影響の大きい順に、「精神的健康」( $\beta = -0.668$ )、「地域のソーシャルキャピタル」( $\beta = -0.078$ )、「一般的なソーシャルキャピタル」( $\beta = -0.056$ )、「経済的な余裕」( $\beta = -0.056$ )、「身体的健康」( $\beta = -0.044$ )、「サポートバランス」( $\beta = 0.038$ )であった。しかし、「年齢」及び「配偶者の有無」と幸福感との有意な関連は確認されなかった。

具体的には、精神的に健康であること、ソーシャルキャピタルが豊かな地域に住んでいること、一般的なソーシャルキャピタルが豊かであること、経済的な余裕があること、身体的に健康であること、そして、サポートバランスに関

しては、周りの人（家族も含む）から助けられているより、助けている量が多いことが、女性の場合、高い幸福感と関連していた。

調整変数に関しては、「ここ一年間に家族の介護を始めたこと」( $\beta = -0.056$ )と、「ここ一年間に親しい親類・家族や友人が亡くなったこと」( $\beta = -0.049$ )の両方とも幸福感と関連していた。

具体的には、ここ一年間に家族の介護を始めた女性と、ここ一年間に親しい親類・家族や友人が亡くなった女性の幸福感が有意に低かった。

一方、男性の場合、表2に示したように、幸福感に影響を与えている因子は、標準化係数

表2: 幸福感の分析結果(男性)

| 説明変数                   |             | 標準化係数<br>( $\beta$ ) | t 値     | 有意確率  |
|------------------------|-------------|----------------------|---------|-------|
| 老年期うつ病評価尺度 (GDS)       | 精神的健康       | -0.674               | -57.460 | 0.000 |
| 推計した主観的健康観 (SRH)       | 身体的健康       | -0.077               | -7.354  | 0.000 |
| 経済的な余裕                 | 経済性         | -0.069               | -6.287  | 0.000 |
| 地域における信頼               | ソーシャル・キャピタル | -0.046               | -4.430  | 0.000 |
| 配偶者の有無                 | 社会関係        | 0.045                | 4.354   | 0.000 |
| 中心化した年齢                | 年齢          | -0.036               | -3.077  | 0.002 |
| (中心化した年齢) <sup>2</sup> |             | 0.036                | 3.121   | 0.002 |
| 一般的な信頼                 | ソーシャル・キャピタル | 0.029                | 2.839   | 0.005 |
| サポートバランス               | 社会関係        | -0.013               | -1.240  | 0.215 |
| 調整変数                   |             |                      |         |       |
| 家族の介護を始めた              | ライフイベント     | -0.039               | -3.896  | 0.000 |
| 親しい親類・家族や友人が亡くなった      | ライフイベント     | -0.025               | -2.513  | 0.012 |

( $\beta$ )の大きい順位、すなわち影響の大きい順に、「精神的健康」( $\beta=-0.668$ )「身体的健康」( $\beta=-0.077$ )「経済的な余裕」( $\beta=-0.069$ )「地域のソーシャルキャピタル」( $\beta=-0.046$ )「配偶者の有無」( $\beta=0.045$ )「年齢」( $\beta=-0.036$ )「一般的なソーシャルキャピタル」( $\beta=0.029$ )であった。配偶者の有無に関しては、配偶者のいることが高い幸福感と関連していた。しかし、「サポートバランス」と幸福感との有意な関連は確認されなかった。

具体的には、精神的に健康であること、身体的に健康であること、経済的な余裕があること、ソーシャルキャピタルが豊かな地域に住んでいること、配偶者が存在すること、年齢が低いこと、そして、一般的なソーシャルキャピタルが豊かであることが、男性の場合、高い幸福感と関連していた。

調整変数に関しては、「ここ一年間に家族の介護を始めたこと」( $\beta=-0.039$ )と、「ここ一年間に親しい親類・家族や友人が亡くなったこと」( $\beta=-0.025$ )の両方とも幸福感と関連していた。

具体的には、女性同様、ここ一年間に家族の介護を始めた男性と、ここ一年間に親しい親類・家族や友人が亡くなった男性の幸福感が有意に低かった。

## 考察

幸福感は、身体的健康のみならず精神的健康に関連していた。また、その関連は、身体的健康より精神的健康のほうがはるかに大きかった。

個人の健康以外にも、高齢者の幸福感にとって、経済的な余裕やソーシャルキャピタルは重要であった。ソーシャルキャピタルが豊かな地域に住んでいることが、そこに住む住民の高い幸福感に関連しているのみならず、信頼と言った一般的なソーシャルキャピタルが豊かである

ことも高い幸福感に関連していた。

一方、高齢者の幸福感にとって、サポートバランスは女性にだけに有意であり、配偶者の有無は男性だけに有意であった。男性の場合、配偶者と一緒に暮らすことが高い幸福感に繋がっているのに対して、女性の場合、周りの人と関わっていることが高い幸福感に繋がっているであろう。更には、何かしてもらうのではなく、何かをしてあげるといった行動が重要であった。また、男性の場合、高齢になってくると幸福感が低下する傾向があるが、女性の場合年齢は幸福感に関連していなかった。

本研究では、上記した関連性を検証することを目的としたが、特に男女で違いのあった「サポートバランス」、「配偶者の有無」、「年齢」に関しては、現象のメカニズムの解明が今後の課題である。

## 文献

- (1) Diener, E. and M. E. P. Seligman(2004)"Beyond Money: Toward and Economy of Well Being," *Psychological Science in the Public Interest* Vol.5 No.1 pp.1-31.
- (2) 白石賢・白石小百合(2010)「幸福の経済学の現状と課題」大竹文雄・白石小百合・筒井義郎編『日本の幸福度』日本評論社、第1章.
- (3) Groot, W.(2000)"Adaptation and Scale of Reference Bias in Self Assessments of Quality of Life," *Journal of Health Economics* 19, pp.403-420.
- (4) Hilleras, P. K., A. F. Jorm, A. Herlitz and B. Winblad(1998)"Negative and Positive Affect among the Very Old: A Survey on a Sample Age 90 Years or Older," *Research on Aging*, 20, pp.593-610.

- (5) Vazquez, C., L. Hernangomez and G. Hervas (2004)"Longevidad y emociones positivas [Longevity and Positive Emotions]," in L. Salvador, A. Cano and J. R. Cabo (eds.), Longevidad: Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida, pp.752-761, Panamericana: Madrid, Spain.
- (6) 古谷野亘「QOL等を測定するための測度(2)」『老年精神医学雑誌』, 7(4),431-441,1996.
- (7) Lawton, M.P. The Philadelphia Geriatric Center Moral Scales: A Revision. Journal of Gerontology, 30, 85-89, 1975.
- (8) 森岡清志『都市社会の人間関係』放送大学教育振興会, 2000.