配偶者の死への適応とサクセスフルエイジング¹ ——16年にわたる縦断研究からの検討——

東京都老人総合研究所 河合千恵子²・ 國學院大學 佐々木正宏

Adjustment to spousal bereavement and successful aging: A 16-year longitudinal study

Chieko Kawaai (Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, Sakae-cho, Itabashi-ku, Tokyo 173-0015) and Masahiro Sasaki (Department of Literature, Kokugakuin University, Higashi, Shibuya-ku, Tokyo 150-0011)

The objective of this study was to prove the hypothesis that successful aging was predicted by the recovery processes during the first few years of bereavement. The subjects were 184 elderly persons, whose spouses died three to 14 months prior to the first survey. Interviews were held three times in 16 years. Results showed that the depression level at the first interview was a significant factor to predict the sickness and death at the second interview, but not at the third interview. When the level of loneliness increased by the second interview than at the first, it was revealed that there were risks in sickness and death for the third interview. If the level of loneliness increased or remained high after bereavement, mental health conditions during the third interview tended to be poor. On the other hand, as loneliness decreased, happiness during the third interview increased. We concluded that a change in loneliness after bereavement was the key factor in suggesting the process of successful aging.

Key words: spousal bereavement, successful aging, loneliness, depression, longitudinal study.

近年、高齢化が進む中で、老年期を豊かに幸福に生きることが求められるようになってきた。これと並行して老年学研究者の間でも理想的な老い、幸福な老いを意味するサクセスフルエイジングという概念が使われるようになり、かなりの数の研究が蓄積されてきた(Baltes & Baltes, 1990; Palmore, 1979)。サクセスフルエイジングは様々な定義されているが、Palmore (1979) は“生存(長寿)、健康(障害がないこと)、人生への満足(幸福)の3者の結合”と捉えた。単に長生きをしているだけでなく、心身の健康を維持し、さらに人生に満足感を覚えている場合に、サクセスフルエイジングが達成される。

サクセスフルエイジングには、喫煙等の生活習慣、社会的活動や社会経済的地位をはじめとする多くの要因が関係することが明らかにされてきた(Palmore, 1979)が、そのような要因の一つに配偶者との死別がある。配偶者との死別は、人が人生において体験する最も重大なライフイベントであると考えられており(Holmes & Rahe, 1967)、このライフイベントが起きやすいのは老年期である。Havighurst (1972) は、老

年期の発達課題の一つとして“配偶者の死に対する適応”をあげた。

配偶者との死別によって、一連の悲嘆の心理過程が生じる。その心理過程の中で、抑うつ感や孤独感をはじめとする情動反応、睡眠障害、社会的引きこもり、幻覚などの多岐にわたる悲嘆反応が生じる。

この過程で生じる反応のうち、最も重大で対処が困難なものは、情動反応である。悲哀の課題説を唱えた Worden (1991) は、死別を経験した人が取り組むべき四つの課題のうち最も重要な課題は、情動に焦点を合わせた課題、すなわち喪失の苦痛を乗り越えることであると考えた。

死別後の情動反応を代表するのは抑うつ感であり、これまで抑うつ感に関する数多くの死別研究が行われてきた。たとえば Parks (1971) は、配偶者との死別した女性が死別1年後でもしばしば抑うつ状態に陥ることを明らかにした。わが国では、岡林・杉澤・矢富・中谷・高梨・深谷・柴田 (1997) が配偶者との死別経験者の死別前後の精神的健康の変化を死別未経験者と比較し、死別後1年未満の期間はうつ状態が増加することを報告している。

抑うつ感とは異なる死別後の情動反応に孤独感がある。Lopata (1973) は、配偶者との死別を経験した中高年の女性たちの調査から、孤独感を重要な問題として取り上げている。またわが国では、河合 (1984)

¹ 本研究は文部省科学研究費補助金基盤研究(C)“配偶者の死への適応とサクセスフルエイジングに関する縦断研究”課題番号11610162(平成11-14年度)の助成を受けて実施された。

² 本調査に長期間にわたって協力してくださった調査対象者の方々に深く感謝申し上げます。

が、配偶者と死別した女性は有配偶の女性より孤独感が強いことを見いだした。さらに Kawaai (2001) は、配偶者との死別経験者について 17 年間隔でたコホートを比較し、最近のコホートのほうが孤独感得点が有意に高いことを明らかにした。死別後、残された人の孤独感は強まると考えられるが、同居の家族数が減少し、少子化が進んでいるわが国では、死別経験者の孤独感がますます重要な問題になってきている。

配偶者との死別後の心身の健康状態や、回復過程を明らかにすることを目的に多くの縦断研究が行われ、死亡率、死別から回復するまでに要する期間や回復に影響する要因などが検討されてきた (Manor & Eizenbach, 2003; Parks, Benjamin, & Fitzgerald, 1969; Thompson, Gallagher-Thompson, Futterman, Gilewski, & Peterson, 1991)。わが国では、岡林他 (1997) が縦断研究を行っており、死別後に周囲の人々から得られる社会的支援が配偶者と死別した高齢者の精神的健康を維持する上で重要であることを明らかにしている。子供との同居率低下や近隣関係の希薄化など、今後わが国でも社会的支援が得られにくい環境となり、配偶者と死別後の適応はより困難になると予想される。

このような縦断研究は、同一対象者の経時の変化を捉え、関連する要因の因果関係をより正確に推定することができる点で優れている。しかしいづれの縦断研究も追跡される期間が短く、10 年を越える研究は皆無に等しい。2 年半にわたって配偶者との死別後の適応を調べた Gallagher-Thompson, Futterman, Farberow, Thompson, & Peterson (1993) は、悲嘆が終結するのか、あるいはその後の人生に心理的、身体的効果が残留するのかという未だ結論の出ていない課題を探究するには 10 年から 20 年にわたる追跡研究をすべきであると提言している。

しかしながら、長期縦断研究では調査期間が長いが故に起こりうる問題もある。研究が長期にわたると、それだけ様々な要因が調査結果に影響を与える機会が多くなり、加えて近年家族構造や医療、福祉など人々を取りまく社会システムの変化が著しいが、そのような要因も調査結果に影響を及ぼす可能性がある。しかも高齢者では病気や死亡、また死別者では再婚や転居のためにサンプル数の減少は避けがたい。このように方法上の困難はあるが、配偶者と死別した人々の悲嘆の及ぼす影響は長期にわたる可能性もあり、老年期の適応との関連を探究するには長期縦断研究が不可欠である。慎重に配慮された研究デザインを用いれば、そこから得られた知見は悲嘆研究ばかりでなく、生涯発達の観点からも貴重である。

悲嘆の心理過程において苦痛な情動を体験し処理するといった課題が完了していないことが、慢性的悲嘆反応や誇張された悲嘆反応などの、病的悲嘆反応の発

生に影響するとする Worden (1991) の悲哀の課題説から、また配偶者と死別した人の多くは適応に至るのに対して、死別直後から強い悲嘆を示していた人々はずっと適応が困難であったとする Thompson et al. (1991) の研究結果から、われわれは悲嘆の心理過程のあり方の差が、その人のその後の人生における満足度ばかりでなく、健康状態や寿命にさえも影響を及ぼすと予想した。そして配偶者との死別後の悲嘆の心理過程を上手に克服した者は、その後の人生を豊かに生き、サクセスフルエイジングに到達することができる考えた。

本研究は、配偶者との死別後の最初の数年間での回復のあり方がその後の人生におけるサクセスフルエイジングの重要な指標となると考え、死別からの回復の指標として、主要な情動反応である、抑うつ感、孤独感を取り上げ、またサクセスフルエイジングの指標として、生存し重篤な障害のないこと、精神的健康、幸福感の三つを取り上げ、死別からの回復のあり方がサクセスフルエイジングを予測するかどうかを明らかにすることを目指した。

方 法

調査対象者と実施方法 調査対象者は、配偶者と死別した 184 名 (男性 75 名、女性 109 名) の中高年者で、面接調査は 15 年間に 3 回行われた。第 1 回面接調査は 1984 年に実施され、配偶者と死別後平均 8 カ月 (3—14 カ月) 経過していた。この対象者は東京都内の三つの区の住民票からランダムにサンプリングされたが、男性のほうが配偶者と死別する比率が少ないために、男性はオーバーサンプリングされた。初回調査時の対象者の平均年齢は男性 73.6 歳、女性 69.2 歳 (年齢幅 57—89 歳) であった。調査対象者の基本属性等の詳細は河合 (1987) に報告されている。第 2 回面接調査は 1985 年から 86 年に実施された。死別からは平均 25 カ月が経過していた。拒否、病気療養中 (10 名)、死亡 (8 名)、転居等を除く 136 名 (男性 56 名、女性 80 名) の回答を得た。

第 3 回調査は 1999 年 10 月から 12 月に初回面接調査の対象者を対象に実施された。第 3 回調査は初回調査から 15 年、第 2 回調査から 13 年半経過していたため、第 2 回調査時にすでに死亡していた者を除くすべての対象者について予め住民票で所在を確認したが、転居や死亡のために住民票から除票され、追跡できない者が多かった。初回調査時の対象者 184 名のうち第 3 回調査時に住民票から除票されていたのは 59 名、死亡が確認されたのは 49 名であった。調査を実施することができたのは病気療養中 (16 名)、長期不在 (2 名)、拒否 (7 名) を除く 51 名 (男性 11 名、女性 40 名) で、回収率は 67.1% であった。そのうちすべての調査が実施された者は 43 名であった。第 3 回調

査が実施された51名の対象者の平均年齢は男性81.5歳、女性81.6歳（年齢範囲は72歳から96歳）であった。すべての面接調査は、調査依頼状を送付し、調査に同意が得られた者のみ実施された。第3回調査については所属機関の倫理委員会の審査を経ている。

測定尺度 第1回調査時に基本的属性として、年齢、家族数、主観的健康感について回答を求めた。主観的健康感とは“非常に良い”から“非常に悪い”までの5件法で回答してもらい、順に1から5までの数字を与え、身体的健康を測定する指標とした。なお主観的健康感とは医師の健康評価と高い相関があることが確かめられ（LaRue, Bank, Jarvik, & Hetland, 1979）、医師の健康評価に代わるものとして多くの研究で用いられている。性別にはダミー変数を作成し、女性0、男性1の数字を与えた。第1回、第2回調査では抑うつ感尺度と孤独感尺度を実施した。国の内外の研究でよく用いられ、信頼性、妥当性ともに高いことが確認されていることから、抑うつ感尺度は、Zung（1965）によって開発された尺度を福田・小林（1973）が邦訳したものを、孤独感尺度はRussell, Peplau, & Cutrona（1980）によって開発された尺度を工藤・西川（1983）が邦訳したものを、抑うつ感尺度、孤独感尺度ともに20項目からなる。両尺度とも回答は4件法であるが、対象者が高齢であるために3件法で回答を求め、その合計得点を算出した。得点が高いほど抑うつ感も孤独感も強いことを示す。第1回及び第2回調査対象者から算出された抑うつ感尺度の α 係数はそれぞれ.772と.713であった。同様に孤独感尺度の α 係数はそれぞれ.873と.867であった³。

第3回調査では、精神的健康を測定するために、様々な国で使用され、十分な信頼性及び妥当性が認められている、Goldberg（1972）が開発したGHQ（The General Health Questionnaire）を実施した。本研究では、中川・大坊（1985）が日本語版として作成した28項目短縮版を用いた。この得点が高いほど、精神的健康が不調であることを示す。なお、第3回調査対象者について算出されたGHQの α 係数は.756であった。

またサクセスフルエイジングの指標として、幸福感の一面を測定する尺度、いきいき尺度を用いた。この尺度は山田・冷川・峰松（1994）が開発した、自己実現モデルに基づく“いきいき健康調査表”の中の積極性、気分の安定性、自己受容、生活の充実性の4カテゴリーから各々2,3項目ずつ、合計10項目を選択して作成された。“いきいき健康調査表”の信頼性につ

いては高いことが確認されている。妥当性については研究の蓄積がまだ十分ではないが、個人の元気で生き暮らしている状態を捉えることを目指す尺度であることを重視して使用した。各項目は、“とてもそう思う(4)”から“そう思わない(1)”までの4段階で回答させた。各項目の総合点をいきいき尺度得点とした。この得点が高いほど充実度が高いことを示す。本研究における第3回調査対象者について算出された α 係数は.804であった。

結 果

基本属性及び情動反応の平均値と相関係数

Table 1の上段左端に第1回調査参加者の、下段左端に第2回調査参加者の第1回調査時の基本属性及び情動反応（抑うつ感1、孤独感1）の平均値と標準偏差を示した。第2回調査参加者のみ第2回調査時の情動反応（抑うつ感2、孤独感2）の数値も示した。第2回調査参加者の抑うつ感2の得点は抑うつ感1より大幅な低下を示しており、反復測定分散分析を行ったところ調査時点の効果が有意であった（ $F(1, 134) = 19.66, p = .000$ ）。

Table 1上段中央部には、第1回調査参加者を第2回調査時の安否状況から健在群⁴、病気・死亡群⁵、その他群⁶の3群に分類し、各群ごとの人数、基本属性、情動反応の平均値及び標準偏差を示した。健在群136名、病気・死亡群18名、その他群は30名であった。性別は有意差が認められなかった。年齢については1元配置分散分析を行い、有意な群間の効果が認められた。多重比較（Tukey HSD）を行った結果、病気・死亡群と健在群、病気・死亡群とその他群の間でそれぞれ有意な効果が認められた（ $p = .001$ と $p = .000$ ）。病気・死亡群は平均年齢が77.83歳で、他の群より有意に高かった。家族数では群間に有意な効果は見られなかった。主観的健康感分散分析の結果、群間の効果が認められたので、多重比較（Tukey HSD）を行ったが、有意だったのは死亡・病気群とその他群の群間であった（ $p = .012$ ）。

情動反応では、抑うつ感1に有意な群間の効果が認められた。多重比較（Tukey HSD）の結果、いずれも病気・死亡群と健在群、病気・死亡群とその他群で群間の効果がそれぞれ有意であった（ $p = .023, p =$

⁴ 健在群は調査時に生存し、調査協力が得られた重篤な障害のない対象者。

⁵ 病気・死亡群は調査時までに死亡しているか、重篤な障害がある対象者を指す。ここで重篤な障害がある対象者とは具体的には、痴呆、寝たきり、疾病による入院及び自宅療養中の者をいう。

⁶ その他群は調査拒否、長期不在、転居や除票による不明者が含まれる。

³ 縦断研究では尺度に対する加齢の影響について考慮する必要がある。高齢者を対象に行われた先行研究では、抑うつ感尺度については年齢が高くなると得点が高くなること、孤独感尺度については、年齢は孤独感に影響していないことが明らかにされている。

Table 1
対象者の基本属性と情動反応の平均値（標準偏差）

変数	第1回調査	第2回調査時安否状況別			有意差検定
		健在	病気・死亡	その他	
人数	184	136	18	30	
性別（女性%）	59.2	58.8	38.9	73.3	ns
年齢	70.94 (7.919)	70.76 (7.637)	77.83 (7.958)	67.63 (6.795)	$F(2, 181) = 10.45, p = .000$
家族数	2.67 (1.806)	2.79 (1.834)	2.33 (1.715)	2.30 (1.705)	ns
主観的健康感	2.33 (1.122)	2.32 (1.133)	3.00 (1.237)	1.97 (0.809)	$F(2, 181) = 5.00, p = .008$
抑うつ感 1 ^{a)}	31.10 (6.109)	30.76 (5.677)	34.78 (7.908)	30.43 (6.263)	$F(2, 180) = 3.77, p = .025$
孤独感 1 ^{a)}	26.73 (6.314)	26.24 (5.803)	28.56 (6.546)	27.83 (8.065)	ns
変数	第2回調査	第3回調査時安否状況別			有意差検定
		健在	病気・死亡	その他	
人数	136	43	51	42	
性別（女性%）	58.8	79.1	45.1	54.8	$\chi^2 = 11.53, p = .003$
年齢	70.76 (7.637)	66.70 (6.468)	73.25 (7.008)	71.88 (7.933)	$F(2, 133) = 10.57, p = .000$
家族数	2.79 (1.834)	2.74 (1.747)	3.18 (1.905)	2.38 (1.780)	ns
主観的健康感	2.32 (1.133)	2.12 (1.199)	2.45 (1.045)	2.36 (1.165)	ns
抑うつ感 1	30.76 (5.677)	31.30 (6.178)	30.12 (5.229)	30.98 (5.729)	ns
抑うつ感 2	28.87 (5.018)	29.26 (5.265)	29.08 (4.753)	28.21 (5.130)	ns
孤独感 1 ^{b)}	26.24 (5.803)	25.14 (4.707)	26.27 (6.086)	27.00 (6.439)	ns
孤独感 2 ^{b)}	26.17 (6.387)	23.86 (3.592)	27.43 (6.780)	26.95 (7.503)	$F(2, 132) = 4.26, p = .016$

^{a)} 健在 $n = 135$, ^{b)} 健在 $n = 42$.

Table 2
基本属性及び情動反応の相関^{a)}

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. 性（女=0, 男=1）		.28**	.06	.24**	-.09	.15*	—
2. 年齢	.31**		.03	.10	-.06	.14	—
3. 家族数	.05	.04		-.07	-.10	-.15*	—
4. 主観的健康感	.19*	.07	-.12		.34**	.22**	—
5. 抑うつ感 1	-.09	-.17	-.13	.32**		.28**	—
6. 孤独感 1	.18*	.23**	-.11	.19*	.21*		—
7. 抑うつ感 2	.00	-.05	-.07	.27**	.57*	.14	—
8. 孤独感 2	.20*	.30**	-.23**	.20*	.22*	.63**	.36**

* $p < .05$, ** $p < .01$.

^{a)} 表の右上部は第1回調査対象者（ $n = 184$ ），表の左下部は第2回調査対象者（ $n = 136$ ）。

.043）。孤独感1には有意な群間の効果は見られなかった。

同様に、第2回調査の健在群を第3回調査時の安否状況から更に健在群、病気・死亡群、その他群の3群に分類し、各群ごとの人数、基本属性、第1回調査及び第2回調査時点における情動反応の平均値及び標準偏差をTable 1下段中央部に示した。健在群43名、

病気・死亡群51名、その他群が42名であった。性別では健在群の女性割合が79.1%と高く、 χ^2 検定の結果1%水準で有意であった。年齢については健在群が他の2群より低く、有意な群間差が認められた。多重比較（Tukey HSD）を行ったが、健在群と死亡・病気群、健在群とその他群の群間にそれぞれ有意な効果が認められた（ $p = .000$ と $p = .002$ ）。第1回調査時点

Table 3
第2回調査時の安否状況に対する第1回調査時の諸要因
のロジスティック回帰分析

第1回調査時変数	b	標準誤差	χ^2	Exp(b)
性別(女=0, 男=1)	0.033	0.643	0.003	1.033
年齢	0.139	0.045	9.702**	1.150
家族数	-0.184	0.171	1.152	0.832
主観的健康感	0.330	0.263	1.572	1.391
抑うつ感1	0.094	0.047	4.054*	1.099
孤独感1	-0.023	0.048	0.239	0.978
決定係数 (R^2)	0.280**			

* $p < .05$, ** $p < .01$.

の情動反応の尺度はどれも群間に有意な効果は示されなかった。第2回調査時点の情動反応の尺度では孤独感2のみに有意な群間の効果が認められた。多重比較(Tukey HSD)を行うと健在群と病気・死亡群の間に有意な効果が認められ($p = .019$)、病気・死亡群の孤独感得点は健在群より高かった。

Table 2の右上部は第1回調査参加者の、左下部は第2回調査参加者の基本属性及び情動反応の各変数間の単相関行列を示した。抑うつ感1及び2と基本属性との相関については主観的健康感のみ有意な正の相関が示され、主観的健康感が悪いほど第1回調査、第2回調査ともに抑うつ感が高い傾向が見られた。孤独感1と基本属性との相関は性、家族数、主観的健康感との間に有意な相関が示され、男性、小家族、悪い主観的健康感のほうが孤独感が高かった。孤独感2と基本属性との相関はすべて有意で、男性、高齢、小家族、悪い主観的健康感のほうが第2回目の孤独感が高かった。また抑うつ感、孤独感の2時点間の相関はそれぞれ $r = .57$ と $r = .63$ で、中程度の関連があることが示された。

第2回及び第3回調査時における病気・死亡のリスク要因

第2回調査時における病気や死亡のリスク要因(死別後、健在でいられるかどうかを予測するのに有効な要因)を調べるためにロジスティック回帰分析を行った。従属変数としては健在群を0、病気・死亡群を1とする安否状況に関するダミー変数を作成し、独立変数として性別、年齢、家族数、主観的健康感、抑うつ感1、孤独感1の諸変数を投入した。その結果の要約をTable 3に示した。

第1回調査から1年半後の第2回調査時の病気・死亡を予測するのに最も有効な変数は年齢で、高齢になるほど病気や死亡のリスクは高まることが示されてい

た(オッズ比:1.150)。情動反応の変数では、抑うつ感1が病気・死亡を予測する要因であることが認められ、抑うつ感が高いほど第2回調査時に病気や死亡のリスクが高まることが示されていた(オッズ比:1.099)。主観的健康感はロジスティック回帰分析の結果では第2回調査時における病気・死亡のリスク要因とは認められなかった。

続いて第2回調査時から13年半後の第3回調査時における病気や死亡のリスク要因を検討するために、再びロジスティック回帰分析を行った。ここでは、第1回と第2回調査時の情動反応の得点変化が第3回調査時の病気・死亡の予測に有効か否かに関心があるため、まず以下の手順で対象者を情動反応の得点の変化によって4群に分類した。抑うつ感の第1回及び第2回得点の中央値(第1回:30, 第2回:28)を基準にして高得点群(H)、低得点群(L)を選び、その組み合わせによりHH, HL, LH, LLの4群を抽出した⁷。また、孤独感についても2回の調査の得点の中央値(第1回:25, 第2回:24)で2群に区切り、同様にその組み合わせで孤独感パターンに関する4群を抽出した⁸。続いてこれらの変数を回帰式に投入するために、HL, LH, HHの三つのダミー変数をそれぞれ作成し、パターンHLではHLに1を、それ以外の2変数(LH, HH)に0を与えた。パターンLHとパターンHHにも同様の操作を行なった。ただし、パターンLLはすべての変数に0を与えた。

ロジスティック回帰分析の従属変数としては第3回調査時の健在群を0、病気・死亡群を1とする安否状況に関するダミー変数を、独立変数として性別、年齢、家族数、主観的健康感、抑うつ感パターン(HL, LH, HH)、孤独感パターン(HL, LH, HH)の諸変数を投入した。Table 4にロジスティック回帰分析の結果の要約を示した。第3回調査時の病気・死亡に対するリスク要因となっていたのは、年齢に加えて性別であった。第1回調査時に年齢が高いほうが15年後の調査において病気や死亡のリスクが高かった(オッズ比:1.158)。性別では病気や死亡のリスクが男性は女性の3倍高かった(オッズ比:3.305)。

抑うつ感パターンは病気や死亡のリスク要因とは認められなかったが、孤独感パターンはリスク要因であることが示された。孤独感パターンLHは孤独感パターンLLの13倍以上も病気や死亡のリスクが高かった(オッ

⁷ 抑うつ感パターンの得点範囲は、パターンHH(第1回:31-60, 第2回:29-60)、パターンHL(第1回:31-60, 第2回:20-28)、パターンLL(第1回:20-30, 第2回:20-28)、パターンLH(第1回:20-30, 第2回:29-60)である。

⁸ 孤独感パターンの得点範囲は、パターンHH(第1回:26-60, 第2回:25-60)、パターンHL(第1回:26-60, 第2回:20-24)、パターンLL(第1回:20-25, 第2回:20-24)、パターンLH(第1回:20-25, 第2回:25-60)である。

Table 4
第3回調査時の安否状況に対する基本属性と情動反応の
変化のロジスティック回帰分析

独立変数	b	標準誤差	χ^2	Exp(b)
性別 (女=0, 男=1)	1.196	0.576	4.304*	3.305
年齢	0.147	0.045	10.794**	1.158
家族数	0.201	0.160	1.587	1.223
主観的健康感	0.331	0.263	1.584	1.393
抑うつ感パターン			2.197	
HL	-1.168	0.822	2.020	0.311
LH	-0.188	0.898	0.044	0.829
HH	-0.610	0.736	0.687	0.543
孤独感パターン			8.648*	
HL	-0.199	0.740	0.072	0.820
LH	2.628	0.995	6.975**	13.844
HH	0.973	0.735	1.755	2.647
決定係数 (R^2)	0.477***			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

ズ比：13.844)。第1回調査から第2回調査の間の孤独感の上昇は高い確率で病気や死亡を予測することが示された。

以上の結果から情動反応の尺度が性別や年齢と並んで、配偶者との死別後の病気や死亡を予測することが判明した。

第3回調査時における精神的健康と幸福感を予測する要因

第3回調査時に健在群とされた者について、第1回及び第2回調査時に得た変数が第3回調査時のGHQといきいき尺度に影響を及ぼしているか否かを検討するために、GHQ及びいきいき尺度を従属変数とし、性別、年齢、家族数、主観的健康感、抑うつ感及び孤独感の変化に関する変数を独立変数とする重回帰分析を行った。ただし抑うつ感と孤独感のパターンに対応して各々四つのダミー変数を作成したが、LHは人数が少なかったためにHHとあわせ、結局LL, HL, HH・LHの3変数を投入した。また第3回調査ではサンプル数が少なくなったため、重回帰分析は最小の独立変数の組み合わせで回帰式を得ることができるステップワイズ法による。

Table 5には重回帰分析の結果の要約を示した。GHQに関しては、基本属性と抑うつ感はGHQを予測する有意な変数ではなく、回帰式から除かれた。有意な変数として回帰式に組み入れられたのは主観的健康感と孤独感パターンHH・LHであった。主観的健康感5%水準で有意な正の β (.364)が、孤独感パタ

ンHH・LHは5%水準で有意な正の β (.295)が示された。いきいき尺度については孤独感パターンHLのみが回帰式に残され、5%水準で有意な正の β (.371)がみられた。

孤独感がGHQといきいき尺度の予測に有意な変数であることが判明したが、更に孤独感の水準間の関連をみるためにGHQといきいき尺度に関して孤独感3群の多重比較 (Tukey HSD) を行った (Figure 1)。GHQに関してはLLとLH・HHの水準間に有意な効果があった ($p = .041$)。いきいき尺度についても同様に多重比較 (Tukey HSD) したところ、HLとLH・HHの水準間の効果が有意であった ($p = .017$)。

考 察

本研究は、配偶者と死別後の回復過程のあり方が将来のサクセスフルエイジングを予測するか否かをロジ

Figure 1. 孤独感変化とサクセスフルエイジングとの関連。

Table 5
配偶者と死別後の基本属性と情動反応の変化が
GHQ といきいき尺度に及ぼす影響

独立変数	GHQ		いきいき尺度	
	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β
性別 (女=0, 男=1)				
年齢				
家族数				
主観的健康感	1.159	.364*		
抑うつ感パターン				
LL	—	—	—	—
HL				
HH・LH				
孤独感パターン				
LL	—	—	—	—
HL			5.609	.371*
HH・LH	2.123	.295*		
決定係数 (R^2)		.227**		.116*

* $p < .05$, ** $p < .01$.

スティック回帰分析と重回帰分析を行うことによって検討した。

第2回調査時点（死別から25ヵ月後）において病気や死亡を予測する有意な要因であったのは、第1回調査時点（死別から8ヵ月後）の年齢と抑うつ感であった。加齢が病気や死亡のリスク要因となるのは当然の結果と思われるが、同時に年齢をコントロールしても抑うつ感が病気や死亡のリスク要因であったという結果も不自然には思われない。この時点（第1回調査時）では、多くの人はまだ悲嘆を克服していないためにある程度抑うつ感が高い傾向にあるが、本研究の結果は、抑うつ感という過度の精神的苦痛が比較的短期間のうちに病気や死を招く可能性があることを示した。更に健在群は抑うつ感の顕著な低下も示しており抑うつ感死別から短期間の適応を敏感に反映する重要な要因であるといえる。

従来から配偶者の死は心身の健康のリスクファクターであるといわれており、配偶者との死別を経験した人に死が生じる可能性があることが指摘されてきた。Parks et al. (1969) は、54歳以上で妻と死別した男性が死別後半年以内に死ぬ危険は、妻のいる男性に比べてかなり高いことを報告している。また、配偶者との死別後健康状態がすぐれないために医師のもとを訪れる者が対照群に比べて多いことも指摘されている。妻と死別した男性の死亡率の高さの規定因としては家族内での妻への依存度の高さや感情表現の抑制などが考えられるが、まだ実証されておらず、今後の研究課題

として注目される。妻と死別した男性の死亡率が高いとする研究がある一方で、両性とも死亡率が高いとする研究もある。Manor & Eizenbach (2003) は、男性も女性も死別後、とくに半年までの間の死亡率が高いことを明らかにした。わが国では、河野 (1992) が配偶関係別の平均余命の推移を分析し、男女ともに死別経験者のほうが有配偶者より平均余命が短いことを明らかにしている。このように配偶者との死別経験者の死亡率が高まるという結果は繰り返し報告されてきたが本研究はそこに抑うつ感が関与していることを示唆するものである。

第3回調査の時点（死別から約16年後）において、病気や死亡のリスク要因となっていたのは性別、年齢、孤独感であった。男性は平均余命が短く、また年齢については高齢になるほど死亡率が高まるので、性別、年齢について16年後に得たこの結果は当然だと思われる。孤独感については、第1回調査から第2回調査にかけて孤独感が強くなった人々（パターンLH）は、長期間経過後の時点までに病気になったり死亡してしまう可能性が高いことが判明した。

孤独感はまだ第3回調査時点の精神的健康や幸福感を予測する有意な要因でもあった。死別後に孤独感の上昇が見られたり（パターンLH）、孤独感が高い状態にある場合（パターンHH）には精神的健康状態が悪く、また死別後孤独感が低下した場合（パターンHL）には幸福感が高まることが判明した。

岡村 (1994) は死別経験者の孤独感の平均値の推移

に注目し、死別後の数年間、孤独感が高いまま推移すると結論づけた。しかし、個々人に注目すると時間経過とともに孤独感が増したり逆に減じたりする変化が認められる。本研究では、単なる孤独感の強さではなく、孤独感が時間経過とともにどう推移しているか、すなわち悲嘆の心理過程における孤独感の変化に注目し、後年のサクセスフルエイジングに影響することを見いだした。

Young (1982) は個人が経験する孤独の時間的長さに着目し、慢性的孤独と状況的孤独を区別した。慢性的孤独は人が2年以上にわたって満足した関係を結んでこなかったときに、状況的孤独は離別や死別などの人生の移行の後に起こるとし、最初は状況的孤独であっても、2年以内にその変化に適応しなかったら慢性的孤独と見なした。本研究において死別後数年にわたって孤独感が高い状態にある人々（パタン HH）は慢性的孤独に陥っており、孤独感が低下した人々（パタン HL）は状況的孤独を克服したと解釈できる。孤独感の低下は、死別を経験した人が社会的支援を求める行動をとり、友人や家族などからの支援が得られた場合に起きると考えられる。また、孤独感、配偶者のいない人間としての新たな同一性を獲得したり、新たな人生観をもつなどの認知の変容とともに減ることもあると考えられる。すなわち孤独感の低下は、そのための対処に成功した場合であると見ることができ、このような対処ができない場合、孤独感が強いまま持続し、慢性的孤独に陥り、後年サクセスフルエイジングに到達できにくいと考えられる⁹。

孤独感が経験されやすいのは、故人を探求していたり、その死を十分受け入れていない死別後まもなくというより、十分故人の死を自覚したときであろうが、本研究の結果から、死別後しばらくして孤独感が高まる人々（パタン LH）はサクセスフルエイジングに到達できないことが示唆された。パタン LH のように死別後しばらくして孤独感が高まった場合、孤独感の低下に寄与する社会的支援が少なくなる時期に孤独感が深まることになり、孤独感の低下が困難になりやすいと考えられる。また死別後の適応がはかばかしくない

⁹ 慢性的孤独（パタン HH）の人々が状況的孤独（パタン HL）の人々よりサクセスフルエイジングに到達しにくいかどうかを以下に検討した。パタン HH と HL の GHQ 得点（標準偏差）は 7.43 (2.51) と 4.75 (4.48) でパタン HH のほうが高かったが、その差は有意ではなかった。しかし精神的健康評価で要注意群（GHQ 7 点以上）と判定された者の比率を算出したところ、57.1% と 16.7% で、その差は 10% 水準で有意な傾向が示された ($\chi^2(1)=3.35$)。次にパタン HH と HL のいきいき尺度得点（標準偏差）は、28.29 (6.97) と 34.83 (4.41) で、パタン HH のほうが得点が低く、平均値の差の検定では 5% 水準で有意であった ($F(1, 17)=6.38$)。これより慢性的孤独の人々のほうが状況的孤独の人々よりサクセスフルエイジングに到達できる可能性は低いといえる。

場合には、改めて孤独感が強く意識されるようになることもありうる。

配偶者との死別の研究は圧倒的に抑うつ感に関して検討されており、抑うつ感と同じように精神的苦痛を伴う情動である孤独感に関して検討した研究はわずかである。本研究において、配偶者と死別後の人々の孤独感の回復のあり方がその後の人生に重大な影響を及ぼしていることが判明したことから、改めて孤独感に焦点をあてた研究の必要性がクローズアップされる。

本研究の更なる分析では、配偶者の死後、孤独感が増加、あるいは高い水準を維持した人々は孤独感が減少した人々、あるいは低い水準の人々と比較して様々な面で異なっていた。孤独感の関連要因についての知見は病的悲嘆の予防や悲嘆緩和の臨床面からも興味深く、この点については改めて報告したい。

本研究は長期追跡研究ゆえにバイアスが混入する可能性があることにも留意すべきである。初回調査時にはランダムサンプリングを行ったが、住民記録台帳の徐票から5年経過後は追跡できないため、本研究の2回目と3回目の間に除票・転居による脱落者が約3割存在した（59名）。この脱落者は第3回調査時に健在であった者（51名）と比べて初回年齢が有意に高かったことから（健在 66.57 歳、脱落 72.05 歳： $F(1, 108)=17.04, p=.000$ ）、その多くは死亡していると推測される。したがって、第3回調査は優秀なサバイバーが残され、分析では本来あるはずの有意な効果も見逃されたかもしれない。

本研究では抑うつ感や孤独感が高かった人のほうがより多く脱落しており、セルをまとめて分析せざるを得なかった。今後は初回調査からサンプル数を多くし、このようなバイアスに耐えうる研究デザインが必要であろう。

配偶者と死別後の回復のあり方が十数年後の心や体の健康に影響を及ぼしていることを示した本研究の結果は、予防的観点から臨床的介入の可能性を開くものであると思われる。年齢や性別と異なり、抑うつ感や孤独感、配偶者の死は介入可能な要因であるため、死別後の人々の心のケアを行うことの重要性が示唆される。河合 (1997) は、配偶者と死別した中高年者を対象にウィドウミーティングなどを実施し、これらの活動への参加が抑うつ感や精神的健康の回復に効果的であることを見出したが、サクセスフルエイジングとの関連では孤独感の克服が重要であり、加えて自助グループの活用など、孤独感に対する対処法が求められる。

引用文献

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. 1990 Psychological perspective on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes

- & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspective from the behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. Pp. 1-34.
- 福田一彦・小林重雄 1973 自己評価式抑うつ性尺度の研究 精神神経学雑誌, **75**, 673-679.
(Fukuda, K., & Kobayashi, S. 1973 A study on a self-rating depression scale. *Psychiatria et Neurologia Japonica*, **75**, 673-679.)
- Gallagher-Thompson, D., Futterman, A., Farberow, N., Thompson, L. W., & Peterson, J. 1993 The impact of spousal bereavement on older widows and widowers. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press. Pp. 227-239.
- Goldberg, D. P. 1972 The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monographs*, No. 21. London: Oxford University Press.
- Havighurst, R. J. 1972 *Developmental tasks and education*. 3rd ed. New York: David McKay Company.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. 1967 The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, **11**, 213-218.
- 河合千恵子 1984 配偶者との死別後における老年期女性の人生——そのストレスと適応—— 社会老年学, **20**, 35-45.
(Kawaai, C. 1984 Stress and adjustment of elderly widows in Japan. *Social Gerontology*, **20**, 35-45.)
- 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.
(Kawaai, C. 1987 The impact of widowhood among the elderly. *Japanese Journal of Family Psychology*, **1**, 1-16.)
- 河合千恵子 1997 配偶者と死別した中高年者の悲嘆緩和のためのミーティングの実施とその効果の検討 老年社会科学, **19**, 48-57.
(Kawaai, C. 1997 The effects of group counseling for middle-aged and elderly mourning a spouse. *Japanese Journal of Gerontology*, **19**, 48-57.)
- Kawaai, C. 2001 Cohort effect of the impact of loss of spouse in Japan. *Gerontology*, **47**, 26. (Abstract)
- 河野綱果 1992 配偶関係別の死亡率と結婚の生命表について 家族心理学年報, **10**, 87-96.
(Kono, S.)
- 工藤 力・西川正之 1983 孤独感に関する研究(1)——孤独感尺度の信頼性・妥当性の検討—— 実験社会心理学研究, **22**, 99-108.
(Kudoh, T., & Nishikawa, M. 1983 A study of the feeling of loneliness (1): The reliability and validity of the revised UCLA loneliness scale. *Japanese Journal of Experimental Social Psychology*, **22**, 99-108.)
- LaRue, A., Bank, L., Jarvik, L., & Hetland, M. 1979 Health in old age: How do physicians' ratings and self-ratings compare? *Journal of Gerontology*, **34**, 687-691.
- Lopata, H. Z. 1973 *Widowhood in an American city*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Manor, O., & Eizenbach, Z. 2003 Mortality after spousal loss: are there socio-demographic difference? *Social Science & Medicine*, **56**, 405-413.
- 中川泰彬・大坊郁夫 1985 日本版 GHQ 精神健康調査票手引き 日本文化科学社
(Nakagawa, Y., & Daibo, I. 1985 *Manual for the Japanese version of general health questionnaire*. Tokyo: Nihon-Bunkakagakusha.)
- 岡林秀樹・杉澤秀博・矢富直美・中谷陽明・高梨薫・深谷太郎・柴田 博 1997 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.
(Okabayashi, H., Sugisawa, H., Yatomi, N., Nakatani, Y., Takanashi, K., Fukaya, T., & Shibata, H. 1997 The impact of conjugal bereavement and the buffering effect of social support on the health of elderly people. *Japanese Journal of Psychology*, **68**, 147-154.)
- 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.
(Okamura, K. 1994 Longitudinal changes in loneliness by time since the death of a spouse. *Japanese Journal of Gerontology*, **15**, 157-165.)
- Palmore, E. B. 1979 Predictors of successful aging. *Gerontologist*, **19**, 427-431.
- Parks, C. M. 1971 The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widow to the death of their husbands. *Psychiatry*, **33**, 444-467.
- Parks, C. M., Benjamin, B., & Fitzgerald, R. G. 1969 Broken heart: A statistical study of increased mortality among widowers. *British Medical Journal*, **1**, 740-743.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. 1980 The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, **39**, 472-480.
- Thompson, L. W., Gallagher-Thompson, D., Futterman, A., Gilewski, M. J., & Peterson, J. 1991 The effects of late-life spousal bereavement over a 30-month interval. *Psychology and Aging*, **6**, 434-441.
- Worden, J. W. 1991 *Grief counseling and grief therapy*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company.
- 山田裕章・冷川昭子・峰松 修 1994 “いきいき健康調査票”の試み——精神的健康度指標の開発—— 衛生化学, **16**, 91-98.
(Yamada, H., Hiyakawa, A., & Minematsu, O. 1994 A preliminary study of psychological lively

- scale. *Journal of Health Science*, **16**, 91-98.)
- Young, J. E. 1982 Loneliness, depression and cognitive therapy and application. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons. Pp. 379-405.
- Zung, W. W. K. 1965 A self-rating depression scale. *Archives General Psychiatry*, **12**, 63-70.
- 2002. 12. 18 受稿, 2003. 11. 8 受理——