

社会階層・健康・加齢

—— その理論と実証 ——

中 田 知 生

目 次

- I. 問題の所在
- II. 社会階層と健康をめぐる問題
- III. 分析
- IV. 結論と今後の課題

I. 問題の所在

本論の目的は、社会階層が健康に対して与える影響について、その理論と分析を提示することにある。健康に関する社会学的研究は、近年、ミクロ社会学的な身体に関する社会学的な考察が、きわめて多く見受けられる。しかし、その一方、マクロ社会学的研究は、社会学のみならず、社会心理学、社会老年学、公衆衛生など広い領域の中で古くから多くの研究の蓄積がある。

本論においては、まず、社会的資源の配分という視点から不平等を扱う社会階層論という枠組みにおいて、理論構築を目指して、これまでの文献をレビューし、また今後の新しい研究の方向を考える。そして、それらの理論に基づき探索的な分析により、日本における高齢者の健康の社会階層との関連のメカニズムの検証を行う

II. 社会階層と健康をめぐる問題

(1) 社会階層とは何か

社会階層論は、社会における不平等を扱う領域である。たとえば、「社会階層」の定義としては、富永（1979, p.3）のそれがよく知られてい

る。富永は、「全体社会において社会的資源ならびにその獲得機械が、人々の間に不平等に分配されている社会構造状態を表示する、整序概念である。」とする。すなわち、社会階層とは、社会の中に生成される順序付けのことである。近代産業社会においては、すべての個人は公教育を受け、また多くが職業に就き、そこから日々の生活を送るための収入を労働力と引き替えに得ている。その中で、ある個人は職業の主観的・客観的評価、教育の年数、収入や資産の金額、持っている消費財、また人種・民族などの起源に差異がある。そのような物を社会的資源と呼ぶが、そのようなさまざまな社会的資源の不平等な配分がどのような要因により引き起こされるのかを研究するのが、社会階層論である。

近代社会は、自由、平等、民主主義などの旗印を掲げ、それを目標としてきた。しかし、不平等は常に存在している。たとえば、能力が等しいにもかかわらず、出自により教育や評価の高い職業に就く機会が平等でなかったり(機会の平等)、また、能力が等しいにも関わらず受け取る収入が異なったり(結果の平等)ということが起こっている。

日本においては、特に、「社会階層と社会移動に関する全国調査」が10年に1度行われており、日本社会の流動性の検証が行われている。しかし、欧米では、社会階層論、医療・健康社会学において盛んに行われている健康と社会階層の関連に関する研究は、日本の社会学的な研究においてはあまり扱われてこなかった。ここに、本研究を進める意義が存在する。

(2) 健康と社会階層研究の流れ

健康と社会階層の関連についてのこれまでの研究の流れを追い、この研究の困難さを述べる。近年における健康の研究には、マイクロ社会学的方法での研究や、また構造論的な研究が多く見受けられるが、本論においては、特に機能主義的な研究をレビューする。

初期における健康と社会階層との関連に関する研究において、もっとも特徴的であるのは、分析するデータが、アグリゲーションデータの分析から、社会調査から蒐集したデータへ移り変わってきたことである。Antonovsky (1967) は、初期の研究のレビューとして知られている。当該論文においては、数多くの同様の研究成果から、社会階層と健康の間

に非常に密接な関連があることを紹介した。

イギリスにおける健康の不平等に関する分析として良く知られている Black Report (Townsend = Davidson, 1982) もアグリゲーションデータを用いた分析をおこなっている。これらのデータは相対的に入手しやすいという利点があるからであろう。また、そのようなデータを用いた国際比較なども行われた。(Wilkinson, 1986)。アグリゲーションデータを用いた分析は、特に、職業カテゴリーや集団 1 人あたりの収入を独立変数とし、死亡率や罹患率を従属変数として用いた分析が非常に多い。

しかし、アグリゲーションデータの限界として、第 1 に、そのメカニズムの解明が、不十分であることが議論されてきた。たとえば、社会的地位が低いと健康が悪化するのか、それとも健康が悪化したから社会的地位が低下したのか、収入が高いから健康なのか、それとも健康だから収入が高いのかなどの因果性の問題が提示された。これらは、神経症患者の社会移動¹⁰をめぐり、社会的地位→健康という機能主義的な社会学理論と健康→社会的地位という社会的選択（社会的淘汰）理論の議論として現在まで続いている。

第 2 に、社会階層の指標の問題が存在した。一般に、政府などが出版するアグリゲーションデータにおける社会階層の指標として、専門職、管理職、肉体熟練職、肉体非熟練職などといった職業カテゴリー、収入などが用いられることが多かった。しかし、それらのカテゴリーの定義がしばしば変化したり、また、たとえば、転職をすると収入が低下することなどから、社会階層の指標もしばしば問題になった。たとえば、アグリゲーションデータを用いた研究と対照的な例として、アメリカにおける社会階層と健康の関連に関する先駆的な研究である Hollingshead = Redlick (1958) では、社会調査データを用いられたが、彼らは職業と教育という 2 つの概念からひとつの社会的地位指標を構築した。この指標は、その後の社会階層研究において、複数の概念からひとつの指標を構築する考え方を生み、後の研究に影響を与えた。

さまざまな問題が露呈してから、これらのメカニズムを解明するために、社会調査データを用いた分析が行われるようになった。特に、社会調査による詳細なデータ収集が可能である利点を活かし、社会階層と健康を結ぶ媒介変数として、健康的な行動とか、また、健康や身体に関する

る心理学的概念やメンタルヘルスの概念をモデルに含まれるようになった。これらの概念には、ストレス、ディストレス、自己効力 (self-efficacy)、自尊心 (self-esteem)、健康への心配、抑鬱感などが含まれる⁽²⁾。

また、心理学的概念だけではなく、ライフスタイル、住宅環境やリビングアレンジメント、ストレスへの対処、受療行動といった健康に関する行動やソーシャルサポートなどのパーソナルネットワークを媒介した社会階層と健康との関連の検証も行われた⁽³⁾。

社会調査データによる分析は、アグリゲーションデータでは詳細な測定が不可能であった社会階層に関しても、さまざまな指標を用いることが可能となった。たとえば、社会調査データによる工夫として、収入のフローの側面で社会階層を測定するよりも、金融資産などのストックの側面を利用するなどが挙げることができる。

また、後述するように、健康や社会階層の定義も時間とともに変化する。これは、さまざまな概念がある社会や時代に特有であるために起こることでもある。これらも、健康と社会階層の関連の推移を把握することを困難にしている要因のひとつである。

(3) 健康の「不平等」か？

健康と社会階層の問題に関して、困難であるのは、健康の悪化について社会問題という考え方が付いて回ることである。もちろん、局地的な疾病、特にそれが生活習慣やまた局地的な災害や事故などに起因していれば、それは社会問題となりうるであろう。また、たとえば、Malthus (1959) は、貧困がその生活上の衛生状況を悪化させ、それが健康に対して大きな影響を与えている様子を記述している。このように不健康な状態が、より構造的に起こっていれば、もちろんそれは社会問題となりうる。

しかし、もう一方、健康というものが選択可能であるという見方もできる。すなわち、出自の社会階層から、ライフスタイルという選好の過程を媒介し、現在の健康状態に至るという考え方も可能である⁽⁴⁾。

健康が「構造的に」規定されるのか、または「選好」によって決まるのか、そのどちらが正しいのかという議論は、基本的には研究者個人の

解釈の問題であり、ここでは深く論じない。しかし、一方で、健康の社会学的研究において、しばしば「不平等」という言葉が用いられる。「不平等」な状態であるということは、「構造的」に規定されていると解釈するかもしれない。この「不平等」という語がどのように使われるかを理解できれば、構造的な不健康な状態や、それを社会問題として捉える意味が理解できるかもしれない。

たとえば、イギリスにおける健康と社会階層の分析の代表的な Black Report には、その背景がのっており、以下の点が認められる。①イギリス政府自身が、イギリスにおける社会階級の存在を認めていること。②また、イギリス政府は、社会階級間で死亡率や健康に差異があると認知してきた。③一方、イギリス政府が、NHS (National Health Service) により、その社会階級間での健康の差異を縮小しようと努力してきたこと (p.11-36)。

「社会問題」としての健康は、確かに、構造的な側面を指摘する研究者もいるであろうが、このイギリスの研究のように、政策や国家のあり方という観点から、「不平等」という概念を通じて、社会問題として取り上げるという見方ができるであろう。

(4) 健康の概念とその測定

健康の分析に関する問題点には、「健康」という概念をどのように定義し、測定するかという点をもちろん含んでいる。

健康の測定が困難であるという意味は、第1に、健康は、ある社会やある時代に特有な概念であることである。たとえば、肥満は、時間を遡れば、単なる個人の身体的特徴であったのであるが、近年においては、病気として見なされる。また、メンタルヘルスにおける多くのさまざまな病気も、ますます増加している。

また、第2に、健康の定義は、多義的な概念であり、一義的に定義することは不可能であることであろう。特に、この言葉は、個人を対象に使用されるだけでなく、集団の状態を示すためにも使用される。

まず、健康の定義としてもっとも有名であるのは、WHO(世界保健機構)の「身体的、心理的、社会的に完全に健全な状態」というものであるが、この概念を操作概念として転換させるのは非常に困難であろう。

もう少し具体的な健康の概念が必要である。たとえば、まず、個人を対象に測定する健康について、Blaxter (1990, p.42) は、健康の下位概念として、以下の項目を挙げている。① *unfitness* または *fitness*, ② *disease* または *impairment*, またはそれらの症状がないこと, ③ 経験された *illness*, またはそれらの症状がないこと, ④ *psychi-social malaise*, または *well-being*。これらについて、Blaxter は、操作化をおこない、調査に使用している。まず、*fitness* は、生理学的測定に準拠している。質問項目において、たとえば、肥満度指数(体重/身長²の二乗値)、血圧、呼吸機能などを測定している。*disease* は、日本など用いられているところの ADL (日常動作活動) である。この項目は、行動の制限などの質問項目が入っている。Kadushin (1963) は、この概念について「(身体) 機能の異常な構造」と定義している。*illness* は、この 1 ヶ月で経験した頭痛、枯葉熱、不眠、便秘、目の障害、などの 16 症状を尋ねている。また、また、*psycho-social malaise* については、いわゆるメンタルヘルスの項目で、すべての細かいことが気になる、などの 5 項目について答える質問になっている。

また、一方、集団を対象に測定する健康について、たとえば、Townsend = Davidson (1982) は、Black Report において死亡率、羅病率、病欠率、障害者率、抑鬱感、慢性または急性の疾病か、医療機関の利用、*disablement* (セルフケア、家事、職業、社会的活動の能力) などがある集団における健康の測定であると述べている。しかし、たとえば、死亡率に頼ることは慢性的疾病に対する注意を削ぐこととなる。罹患率は、病気の自己認知的な側面や他の活動能力などが測定不可能である、慢性的疾病か、急性的疾病かについては、それらははっきりと分けられない場合があるなど、ひとつの指標でそれを見分けることができないと述べている (p.45)。彼らは、結局、死亡率が歴史的によく使用されている指標であるとして、それを分析において採用している。

もちろん、死亡率もけっして良い指標ではあるとは言えない側面がある。たとえば、Townsend = Davidson (1982) や House et al. (1990) などは、年齢を重ねるほど社会階層間における死亡率の不平等は増加していく結論付けている。しかし、たとえば、沖縄は平均寿命が長いことが良く知られている。その反面、乳児死亡率も高い。そのような地域を

含めて、単純に死亡率で比較可能かどうかは、集団間の健康を評価する差異の大きな問題である。

また、本論の最終節に述べたように、健康を測定できればよいということではなく、論理的なさまざまな問題も露呈してくる可能性がある。もちろん、研究者の問題関心などかなり密接に結びつく問題であるが、今後もより多くの指標を試用し、他の指標と比較しながらその信頼性を確認していくプロセスが必要となろう。

(5) 社会階層と健康を結ぶメカニズム

これまでの研究において、社会階層と健康を結ぶメカニズムについて、さまざまな言及がなされてきた。

たとえば、Black Report の第 6 章には、階層間の死亡率の不平等が明らかになると、その解釈を以下のような 4 つの仮説として提示し、それらの検討を行っている。

1. 人工的説明 (artefact explanation)

健康と階級というのは、社会現象を測定しようと作り出された人為的な概念である。また、それらの間の関連も人為的な関連である。これらは、エスノメソドロジーをはじめとするマイクロ社会学研究者が、マクロ社会学に対する批判としてしばしば言及される。

2. 自然淘汰・社会的選択理論 (theories of natural or social selection)

これは、健康が社会階層に対して影響を与えるという考え方である。健康で身体が頑健なものは、労働生産性を増加させることができるので、上昇移動し、収入を上げることができる。しかし逆に、病気がちな人間は、下降移動する。もちろん、これはダーウィンの進化論から派生した社会進化論の説明である⁽⁶⁾。

3. 唯物論的、または構造的説明 (materialist/structural explanation)

このアプローチは、健康の社会構造の影響力を強調する考え方である。たとえば、社会階層が異なることは、収入、財産、貯蓄、住居などの差異を生む。このような唯物論的な環境が、異なる社会階層の人間は異なるリスクファクターに直面し、健康の差異が生まれ

る。

4. 文化的、または行動的説明(cultural/behavioural explanation)

この説明は、社会的選択理論とは逆に、社会階層が健康を創出すという考え方である。社会階層の差異は、異なる生活環境を産み出し、また人々に飲酒、喫煙のような不健康な行動を強いる。これが健康の差異を産み出すというものである。

しかし、これ以後の研究におけるメカニズムの大枠にはあまり変化がない。基本的には、これらをより詳細にしたものが多い。たとえば、Nettleton(1995)は、唯物論的説明について、ソーシャルサポートの概念と社会的統合の見地から構築した損失モデル(ライフイベントやストレス(配偶者、仕事、地位、友人の損失)と剝奪-支配モデル(公害、悪条件の労働状況・教育・住居、⁽⁷⁾②薬への興味、単なる身体の病でなく、社会的な罪状)に分割したり、また、Macintyre(1990)は、Black Reportにおける4つの説明について、hard versionとsoft versionに分類している。

前述のNettletonのように、唯物論的に説明しようとする研究者はそれ以降増加する。特に、人間の行動や心理的な概念で説明しようとする。Houseら(1994)は、①健康行動、②社会関係、サポートの不足、③慢性・急性ストレス、④自己管理、自己効力の不足などで社会階層と健康を説明しようとし、Houseら(1990)は、それらに加えて、受療行動の差異、すなわち、医療へのアクセスの差異に還元できると述べた。また、Ross = Wu(1994)は、健康の自己評価や抑鬱感と教育は高い相関があることを説明しているが、その相関について、①仕事・経済的状況：従業、収入・経済的つらさ、職業達成、②社会心理学的資源：自己管理意識、ソーシャルサポート、③健康的ライフスタイル：喫煙、エクササイズ、飲酒、健康診断などをその理由として挙げた。

現在のこの領域の研究において、社会階層の指標として用いられている職業、収入、教育、資産、ネットワークなどのどれが健康と関連があるのか、また、媒介変数として取り上げられている心理学的概念や健康を促進したり、または阻害するさまざまな人間の行動がどのくらい説明力があるかなど多くの問題があることは事実である。たとえば、健康に対して収入はひとつの大きな要因として説明することができる。しかし、

収入だけでは説明できないことも多くの研究者は示唆している⁽⁸⁾。また、資産を持っているか否か、つまり金持ちか、貧困者か、という差異だけではなくて、他にも「剝奪されたもの」とそれ以外など、社会のさまざまな分化された下位集団間で健康状態が異なることが検証されている⁽⁹⁾。また、Bartleyら(1998)らは、Wilkinson(1989)が行った国際比較研究において、各国の収入配分の不平等の程度ではなく、平均収入が平均寿命に影響を及ぼしている点に、なぜより高い生活水準が健康につながるかを考えるべきであることを喚起している。

このように、健康と社会階層の関連は存在しているといわれているが、メカニズムははっきりと特定化されているわけではなく、今後の研究においては、その関連がどのように成立しているかを解明することが重要である。

(6) 時間を通じた理論構築の可能性

近年においては、特にアメリカを中心に、大規模な調査データによる分析が行われている。また、大規模なデータを取るだけではなく、パネル調査を行い、対象者の健康状態を追跡するような研究が行われている。このような調査には、個人の人生の中での時間を通して、社会階層の効果がどのように健康に現れるか、を検証しようとする意味がある。

これは以下のような意義がある。まず第1に、これまでのような横断的な調査から得られたデータでは、本当に現在の健康状態が社会階層の効果が表出したためにそうなったということを同定することができないからである。たとえば、ある集団のある任意の時間における罹患率を調べると、別の集団と比してその割合が低かった。しかし、だからといってその集団は健康であると言えない。というのは、その集団において、病気の人がすべて亡くなってしまったために、健康な人間だけが生き残ったかもしれない。この集団が他の集団よりも罹患率が低いことを証明するのは、その集団(と他の対象のための集団)の罹患のプロセスを把握しなければならない。

また、第2に、時間が経るに連れて健康が悪化することは、生物学的に考えると当然であるが、その社会階層の影響を厳密に検証するために、その時間の効果をはっきりさせる必要が出てきたことである。

その時間の効果のひとつは、コーホート効果である。コーホート効果とは、時代効果とも呼ばれるものであるが、その同じ時代を共有する人々が、その時代に起こったことから同時に影響される効果のことである。たとえば、Ryder (1965) は、特に、公教育、社会化、その時代特有の歴史的な出来事のために、コーホートの差異が生まれると述べている。

戦後の日本社会を鑑みると、戦後の物不足の時代から日本国民の所得は大幅に上昇し、その公衆衛生、並びにその他の環境は急激な変化を遂げた。上下水道が整備されたり、人々が摂取する栄養も不足することなどあまりなくなった。環境的な変化だけではなく、学校教育における衛生・保健教育ももちろん変化しているであろう。たとえば、うがいや手洗いを奨励したり。これらは前述の衛生環境が整備された結果でもあろうが、教育や躰のレベルからこれらの健康に対する意識を高揚させていることは、個人に対する後の人生においても、健康に関する意識がコーホートによって変化が生じていることは否めないであろう。また、戦争や恐慌などの社会的な事件により、特に健康が悪化することを余儀なくされたり、健康管理まで生活における余裕がなくなったりということももちろんあり得る。実際に、コーホートが進むに連れて、日本人の平均寿命が格段に延びていることも事実であるが、このような経済成長というその時代を共有する人々すべてが享受することができるものであり、これはコーホート効果と言えるであろう。

また、第2の時間の効果は、年齢効果といわれるものである。人間は生物学的にかならず年齢とともに衰えていく存在である。したがって、ある個人における時間の経過、すなわち加齢は健康に影響する。しかし、その加齢と健康の関係は、正確に特定されているわけではない。たとえば、図1は厚生省大臣官房統計情報部(1994)の年齢階層とその年齢階層における入院者数の割合の関係を示したグラフである。図1で示したように、年齢とともに肉体的な健康も変化していく。特に高齢期におけるこれらの健康における変化は、急激なものである。しかし、たとえば、Ross = Wu (1995) などをはじめとして、多くのこれまでの社会的分析においては、年齢を一次項でコントロールしている。このグラフを見ると、加齢が進むとともに急激に変化率を上げている。年齢と健康状態は単なる線型の関係ではなく、ここで見る限り、2次関数以上の次数の非線形

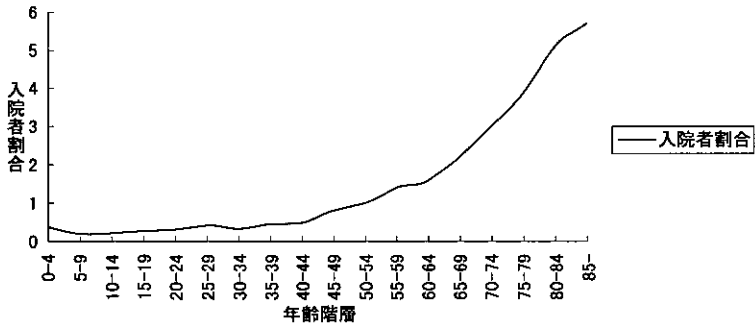


図1 年齢階層と入院者割合
(厚生省大臣官房統計情報部, 1994) より作成

関数に見える。ここでは示さないが実際に、1次関数を当てはめるよりも、2次関数を当てはめた方がフィットが良かった。ということは、1次の年齢の項でコントロールしても、その分析結果はその年齢の効果は過大評価されたままとなり、その他の要因を見失う可能性がある。

また、一方では、このような健康の損なわれ具合の進み方に社会階層の差異が存在するという理論もある (House et al., 1990; House et al., 1994)。すなわち、高い社会階層の人々は、健康が損なわれるのが比較的遅い年齢となる一方、相対的に低い社会階層の人は、健康が損なわれる年齢が低いというものである。これは、各国が経済成長し、人間が生活する環境が改善され、人間の寿命も健康も増進したという仮説がある一方、寿命が長くなったが、その代わりに罹患率や障害を増加させているという仮説が存在する。Houseらはこの「長生きだが健康悪化 (longer life but worsening health)」仮説を検証するため比較可能な集団として、社会階層という概念を分析に用いた。すなわち、社会階層間の平均寿命の差異を前提として、その健康悪化のプロセスを検証したのである。この分析に関しては、後に調査データで検証することにする。

そして、最後に年齢効果で解明すべき点は、個人の歴史がどのように当該個人に対して影響を与えてきたかという点である。その人生からの影響を彼らが過ごしてきた職業や、またはそれをより抽象化した社会階層というものの影響としてモデル化する。すなわち、高齢者が過ごして

きた人生を、彼らがある社会階層にさらされた程度としてその社会階層の効果として測定することができるであろう。言い換えれば、加齢とともに社会階層の効果は蓄積していくのか否か、もし蓄積していくとしたらどのように蓄積していくのか、という問題である。

たとえば、O'Rand (1996 a) は、健康に関する問題としてではないが、一般的な理論的問題として、社会階層の時間的な効果が階層の成員にどのような影響をもたらすかということに関して、どのようなモデルを構築することができるかという可能性を論じている。しかし、このような理論の検証は、特に計量的な研究について、分析方法の開発などの大きな問題を抱えている。

これらのコーホート効果と年齢効果の関係を Riley らの研究をもとにまとめると、図 2 のようになるであろう (Riley, 1971; Riley et al., 1972)。まず、A、B、C という 3 つの観測を行う。まず、A と C との縦断的差異は、同一のコーホートで測定された時間による差異であり、すなわち、年齢効果を示す。A と B の横断的差異は同一時間に測定された時間から起こる年齢効果である。そして、その 2 つの差異から明らかとなる B と C との差異は、年齢効果とコーホート効果の 2 つの効果によって産み出された差異である。Riley らは、これを時間差的差異と呼ぶ。すなわち、早いコーホートと相対的に遅いコーホートにおける、測定時間が早い測定と遅い測定の差異である。

健康の分析は、前述したように時間の問題が密接に結びついている。データからこれらのコーホート効果と年齢効果を社会階層の効果と独立に識別し、これらの差異を明らかにすることにより、初めてそのメカニズムが明らかになる。

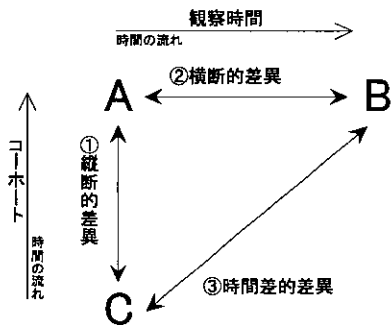


図 2 コーホートの差異と調査時間の差異

Ⅲ. 分 析

(1) 調査の概要と調査対象者の趨勢

まず、データを収集した方法について説明する。分析に用いたデータは、社会調査によって得られたものを用いた。その調査は、1996年8月～9月にかけて行われた。母集団としたのは、札幌市白石区、厚別区、豊平区（ただし、厚別区内のある地域は除く）に居住する60歳以上の男性である。確率比例抽出によって、各区の選挙管理委員会にある選挙人名簿の35の選挙区から700名を抽出した。調査方法は留置法で、有効回収票は、488票、有効回収率は、69.7パーセントであった。

本調査は、高齢者を対象としたものである。その理由はいくつか存在する。まず1点目は、前述したように、健康の与える健康への効果は、あまりはっきりしていない。したがって、分析上のテクニックでコントロールすることはもちろん可能であるが、それは、年齢の効果を過大評価する可能性がある。したがって、母集団をある年齢階層にして、年齢効果の過大評価を避ける意味がある。

もうひとつの理由は社会老年学的な知見に立った調査であることである。健康と社会階層の結果は、どこで現れるか、また、どこで測定すべきであろうか。前述したとおり Townsend = Davidson(1970), House et al. (1990) などでは、年齢を重ねるほど、社会階層の効果が広がると結論つけている。この結果は日本においては、多分検証されていないが、その結論を仮定し（また、その結論を再検証することも視野に入れつつ）、社会階層の蓄積された結果を検証することが、社会階層と健康の関連を検証する上で、高齢者を対象とした社会調査を行った理由である。

次に、当該調査における調査対象者全体の基本的な項目の分布を概観する（表1-①～⑧）。まず、平均年齢（表1-①）は、68.3歳、標準偏差は6.3であった。論理的には、若い年齢階層の方が回収票は多いはずなのであるが、60歳から64歳までの最低年齢階層よりもその一つ上の年齢階層の方が回収票が多かった。これは、まだ働いている対象者が多いためにこのような分布になったことも考えられる。

次に従業上の地位は、表1-②である。ただし、日本に存在する多くの職業は60歳を過ぎて定年を迎えることが予想されるので、年齢と従業

表 1 対象者に関する単純集計表

①年齢			③婚姻上の地位			
60-64歳	142名	(31.8%)	未婚	9名	(2.0%)	
65-69歳	144名	(32.2%)	既婚	416名	(90.2%)	
70-74歳	77名	(17.2%)	離別	9名	(2.0%)	
75-79歳	48名	(10.7%)	死別	27名	(5.9%)	
80歳以上	36名	(8.1%)		461名		
447名						
平均 68.3 歳, 標準偏差 6.3						
②従業上の地位						
	年齢階層					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-	合計
有職	61 (54.9%)	29 (25.0%)	7 (9.7%)	3 (8.1%)	1 (3.2%)	101 (72.5%)
無職	50 (45.1%)	87 (75.0%)	65 (90.3%)	34 (91.9%)	30 (96.8%)	266 (27.5%)
合計	111 (30.2%)	116 (31.6%)	72 (19.6%)	37 (10.1%)	31 (8.5%)	367
④収入			⑤職業カテゴリー			
~260万円	98名	(26.5%)	専門	32名	(7.7%)	
260万~360万	112名	(30.3%)	管理	178名	(42.7%)	
360万~520万	72名	(19.5%)	事務	75名	(18.0%)	
520万~	88名	(23.8%)	販売	15名	(3.6%)	
	370名		熟練	43名	(10.3%)	
			半熟練・農業	40名	(9.6%)	
			非熟練	34名	(8.2%)	
				417名		
⑥職業威信スコア						
41.2未満	93名	(25.1%)				
41.2以上60未満	85名	(23.0%)				
60以上61未満	113名	(30.5%)				
61以上	79名	(21.4%)				
	370名					
平均 53.7 標準偏差 12.7						
⑦階層帰属意識			⑧教育			
上	2名	(0.6%)	6年	47名	(10.5%)	
中の上	78名	(23.1%)	9年	39名	(8.7%)	
中の下	154名	(45.7%)	12年	168名	(37.6%)	
下の上	82名	(24.3%)	16年	154名	(34.5%)	
下の下	21名	(6.2%)	18年	39名	(8.7%)	
	337名			447名		

上の地位は関連することは明らかである。したがって、年齢階層と従業上の地位の分割表を示すこととする。全体的に見れば、調査の対象となった高齢者の4分の1以上が有職者である。また、年齢階層が高くなるほど有職者の数は減少していることが見て取れる。この表には、自営業者や家族従業者も含まれているので、年齢階層が高くてもまだ有職である対象者は、自営業者であることが考えられる。

表1-③は、婚姻上の地位である。表から見て取れるように、対象者の9割は既婚者で、かつ配偶者を持っている。

表1-④は、対象者自身の年金などを含んだ現在の収入である。平均が431.4万円、標準偏差29万である。年収が520万円を超える対象者は、全体の3分の1にも満たないことがわかる。ただし、同居、配偶者の収入などを含んでいないために、生活の実態等ははっきりとは解釈することはできない。

表1-⑤、⑥は、調査対象者の主たる職業の職業カテゴリー、および主たる職業の職業威信スコアである。本調査では、対象者の職業を、初めて就いた職業、現在の職業、そして、対象者が申告する「主に従事した職業」を挙げてもらっている。この主たる職業を尋ねた意図は、対象者がもっともコミットしている職業経験を挙げてもらうことであり、そのような職業経験が、さまざまな考え方に対して、影響を及ぼすのではないかと考えた。

階層帰属意識は、自分がどの社会階層に所属するか、という主観的な判断を問う質問である。「かりに現在の日本の社会を、以下に書いてあるように5つの層に分けるとすれば、現在のあなたご自身はこのどれにはいると思いますか。」という質問に対して、「1.上、2.中の上、3.中の下、4.下の下、5.下の下」という選択肢によって答える。この表1-⑦の分布は、現在の日本の成人男性の分布とほぼ一致している。

(2) 従属変数と単純集計

先に述べたように、社会科学的研究において個人の「健康」を測定することは非常に困難なことである。それぞれの健康の指標についての信頼性がわからないことがその理由である。これらを克服するためには、より多くの研究においてこれらを検証することが重要である。本論にお

いては、これまでに個人の健康の指標として使われてきた5つの指標を用い、それらを比較して検討することとする。それらは以下の概念であり、またそれぞれにより指標化を行った。まず、経験的変数として、慢性疾病、ADL、医療機関の利用を、また、意識的変数として、抑鬱感および健康の自己評価を用いた。

①慢性疾病の程度：「1.関節炎/リウマチ、2.肺の障害、3.高血圧、4.糖尿病、5.失禁、6.心臓発作/心臓病、7.癌/悪性腫瘍、8.骨折や骨粗鬆症、9.腎臓病、10.呼吸器系の障害、11.肝臓の障害」の11の慢性疾病の中で、これまでに経験したものの総数で測定した。

②ADL(日常生活動作指標)：「1.ベッドに寝たきり、または椅子に座りっぱなし、2.数十メートル歩いたり、階段を上るのが困難、3.家の周りで重い仕事ができない、4.まったく問題ない」という選択肢を用いて測定した。しかし、分布の関係から「まったく問題はないか、または何か活動支障があるか」という2分的な変数を構築した。

③医療機関の利用：この1年で医者にかかった総日数

④抑鬱感：抑鬱感尺度からの得点 Pealin = Johnson(1977)の尺度を筆者が邦訳した尺度を用いた。「1.何に対しても熱中しなくなった、2.食欲がない、3.退屈で何に対しても興味がわからない、4.性的なものに興味なくなった、5.あまり眠れない、6.すぐ泣いたり、泣きたくなる、7.すぐに落ち込む、8.エネルギーが足りない感じがする、9.将来に希望がない、10.人生の終わりのような予感がする、11.孤独を感じる」という質問項目に対して、「1.よくある、2.しばしばある、3.ほとんどない、4.まったくない」という選択肢で選ばせ、その逆転項の得点を合計したスコアである。すなわち、抑鬱感が最高の場合44点、最低の場合11点になる。

⑤健康の自己評価「現在のあなたご自身の健康状態に関して、以下のどれにあたると思いますか。1.非常に良い、2.まあ良い、3.普通、4.あまり良くない、5.非常に良くない」なお、この従属変数の分布は、表2-①~⑤に示した。

それらの健康の指標を変動させる要因である独立変数として、また、それらの因果関係をコントロールする変数として以下の変数を投入した。まず、社会階層の指標として、

表2 健康の指標の単純集計表

①慢性疾病数			③医療機関の利用 (入院日数)		
0	105名	(24.1%)	0	92名	(20.5%)
1	172名	(39.5%)	1-4	91名	(20.3%)
2	98名	(22.5%)	5-9	37名	(8.3%)
3	41名	(9.4%)	10-19	101名	(22.3%)
4	10名	(2.3%)	20-29	66名	(14.7%)
5	8名	(1.8%)	30-39	20名	(4.4%)
8	1名	(0.2%)	40-49	9名	(2.0%)
	437名		50-99	15名	(3.3%)
平均	1.3	標準偏差 1.2	100-199	9名	(1.9%)
②ADL			200-299	2名	(0.4%)
寝たきり	4名	(0.9%)	300-364	5名	(1.1%)
歩行困難	35名	(8.2%)	365	1名	(0.2%)
重労働不可	106名	(24.8%)		448名	
問題なし	283名	(66.1%)	平均	18.70日	標準偏差 42.13
	428名				
④抑鬱感スコア			⑤健康の自己評価		
-19	8名	(1.8%)	非常によい	16名	(3.6%)
20-24	37名	(9.2%)	まあよい	83名	(18.7%)
25-29	73名	(18.2%)	普通	205名	(46.1%)
30-34	141名	(35.2%)	あまりよくない	120名	(27.0%)
35-39	96名	(23.9%)	非常によくない	21名	(4.7%)
40-44	47名	(11.6%)		445名	
	402名				
平均	32.25	標準偏差 6.04			

①職業威信スコア

②収入

③社会的ネットワーク

を用いた。

また、社会階層と健康とを媒介するものとしてしばしば用いられている。

④ Health Locus of Control (HLC)：健康に関する自己統制の強化を測定する尺度として知られている。(Wallston et al., 1976) ここでは、堀毛 (1991) の5つの下位概念をそれぞれ1指標によって測定した。

「1.健康でいられるのは、神様のおかげである。2.病気が良くなるかどうかは、自分の努力しだいである。3.健康でいられるのは運がよいから

である。4.病気が良くなるかどうかは、家族の思いやりによる。5.健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである。」

⑤ライフスタイル（健康行動）：「1.スポーツや軽い運動をする。2.早寝・早起きなど規則正しい生活をする。3.1日3度の食事をきちんととる。4.睡眠をよくとる。5.身の回りを清潔にする。6.できるだけ歩くなど、身体をよく使う。7.偏食をしない。8.糖分・塩分を取りすぎない。9.健康食品や健康薬を用いる。10.帰宅後うがい・手洗いをする。11.酒・たばこ・コーヒーなどの嗜好品を避ける。12.ぬるめの風呂にはいるようにする。13.健康診断などには必ず行く。」そして、さまざまな条件をコントロールする変数として、⑥年齢、⑦主たる職業の従業上の地位：現在職に就いていれば1、無職であれば0のダミー変数、⑧婚姻上の地位：現在既婚であれば1、未婚、離別・死別であれば0を入れたダミー変数、を用いた。

(3) 社会階層と健康の因果分析

この節においては、従属変数（健康）に対して、独立変数（社会階層やその媒介する変数）がどのような効果を持っているかを重回帰分析によって明らかにする。

まず、表3は、各健康を示す従属変数間の相関係数行列である。これを見ると、経験的変数、および意識的変数間だけではなく、すべての各変数間の相関ともに有意水準0.01パーセントで有意であり、非常に相関が高いことがわかる。これにより、これらの従属変数の信頼性の一部を示すことができるであろう。

表4、表5、表6は、従属変数として選択した5つの指標に対する重回帰分析の結果である。

表3 健康の指標の相関係数行列

	ADL	慢性疾病	通院日数	抑鬱感	自己評価
ADL	1.000	.292**	.182**	-.325**	.510**
慢性疾病	.292**	1.000	.232**	-.154**	.400**
通院日数	.182**	.232**	1.000	-.048	.262**
抑鬱感	-.325**	-.154**	-.048	1.000	-.280**
自己評価	.510**	.400**	.262**	-.280**	1.000

(なお、表中の**は、有意水準.01で有意であることを示す。)

表4 健康の指標の重回帰分析① (n=330)

	慢性疾病	ADL	通院日数	抑鬱感	自己評価
従業上地位	-.151**	.128**	-.086	.054	-.077
主職威信	.013	.035	-.022	.100*	-.118**
年齢	-.082	-.086	.041	.012	-.071
婚姻上地位	-.084	.018	-.029	.004	-.016
自己管理	-.030	-.038	.008	.141**	.076
ライフスタイル	.107*	.081	.154*	.143**	-.011
ネットワーク	-.017	-.001	-.029	.037	-.093*
収入	-.017	.103*	-.056	.174**	-.125**
R2	.04	.07	.05	.10	.07
F値	1.67	3.09**	2.01**	4.34**	3.05**

(これらの数値は標準化偏回帰係数である。)

表中の**は有意水準.01, *は有意水準.05で有意であることを示す。)

表5 健康の指標の重回帰分析② (n=330)

	慢性疾病	ADL	通院日数	抑鬱感	自己評価
従業上地位	-.156**	.155**	-.101*	.100*	-.110*
主職威信	.009	.058	-.035	.140**	-.147**
年齢	-.078	-.106*	.052	-.021	-.048
婚姻上地位	-.086	.031	-.036	.025	-.031
自己管理	-.029	-.039	.008	.138**	.078
ライフスタイル	.105*	.092*	.149**	.160**	-.023
ネットワーク	-.018	.002	-.030	.042	-.097*
R2	.04	.06	.05	.07	.06
F値	1.90*	3.12**	2.29**	3.74**	2.88**

(これらの数値は標準化偏回帰係数である。)

表中の**は有意水準.01, *は有意水準.05で有意であることを示す。)

表6 健康の指標の重回帰分析③ (n=330)

	慢性疾病	ADL	通院日数	抑鬱感	自己評価
主職威信	.003	.044	-.028	.057*	-.123**
年齢	-.038	-.123**	.066	-.004	-.049
婚姻上地位	-.082	.017	-.029	.081	-.015
自己管理	-.022	-.044	.012	.280**	.080
ライフスタイル	.118**	.072	.160**	.310**	-.005
ネットワーク	-.025	.006	-.033	.285	-.097*
収入	-.059	.139**	-.080	.217**	-.146**
R2	.02	.06	.04	.10	.07
F値	1.04	2.87**	2.12**	4.85**	3.25**

(これらの数値は標準化偏回帰係数である。)

表中の**は有意水準.01, *は有意水準.05で有意であることを示す。)

しかし、決定係数や各独立変数の効果を概観すると、全体的にモデルのフィットがあまり良くないことが見てとれる。2種類の従属変数を比較すると、経験的変数と意識的変数では、後者の方がモデルのフィットが比較的良好のように思われる。また、その2つのグループでは、独立変数の効果のパターンもほぼ同様であることが特徴的である。

まず、従業上の地位の効果は、表4により、年齢をコントロールしても、経験的変数に効果を持つことがわかる。しかし、これだけでは、肉体的に元気なことなのか、それとも働いているために経済的な資源が多いため健康であるのかの区別がつかない。したがって、収入の効果を識別するために、従業上の地位という変数を除いたモデルを構築し、効果のパターン、特に収入の効果が変動するかどうを見てみた。しかし、表5、表6において、それぞれの変数の効果のパターンは変化しないことがわかる。したがって、従業上の地位の効果は、収入と独立の効果であることから経済的なものではなく、肉体的に働いているという効果のようなものであることが考えられる。もちろん、「従業上の地位が高ければ健康である」という変数の因果順序は、もしかすると逆かもしれない。すなわち、健康であるから働ける、というものであるかもしれない。しかし、本論においては、重回帰分析による単純な健康を従属変数とした因果モデルを構築しているために、その検証はできない。逆の因果順序や、またそれらの2つの変数の関係を示すモデルについては後に譲ることとする。

次に、主たる職業の職業威信スコアは、意識的変数に効果を持つことが示された。意識変数だけに効果を持ち、一方では経験的変数に効果を持たないことは、高い社会階層にいたることが自己への過大評価をもたらすことを表しているのではないだろうか。また、現在の収入も同様な意識的変数への効果をもたらしている。現在の収入と主職の職業威信スコアは、非常に高い相関を示すことから、上記と同様なものと解釈することができるであろう。

ライフスタイルとしての健康行動は、慢性的疾病数、抑鬱感スコア、通院日数で効果を持つことがわかる。しかし、慢性疾患、通院日数においては、予想した因果とは逆の関連を示している。すなわち、多くの健康の行動をするほど健康を害している。これは、具合が悪いので節制す

る、という効果を表していると考えるべきなのであろう。ただし、抑鬱感などでは予想通りの効果を示している。

最後に、ネットワークは健康の自己評価にのみ効果を持つ。これも仮説どおりの効果である。

(4) 加齢における健康に対する社会階層効果

では、年齢階層によって社会階層の効果がどのように健康に現れるかを見てみる。まず、社会階層、年齢階層ごとの健康度を図示する。

ここでは、社会階層として、主たる職業の職業カテゴリー（ホワイトカラー職か、ブルーカラー職か）、教育（12年以下か（中等教育相当まで）、13年以上か（高等教育相当以上））によって分けた。また、従属変数である健康については、抑鬱感、健康の自己評価、そして慢性的疾病数を用いた。

まず、図3～図5は職業カテゴリーで分けた健康の推移である。しかし、ホワイトカラー職とブルーカラー職で一貫した健康度の趨勢は、3つの健康の指標の図でともに見ることはできない。一方、図6～図8は、教育で分けた健康の推移である。社会階層として教育をとった場合、長い教育年数の集団は、慢性的疾病数は、やや年齢階層の半ばで逆転が起こっているが、ほぼ一貫して短い教育年数の集団に比べて、健康度が高いことを示している。

また、特徴的であるのは、図5および図8の慢性的疾病数は、年齢階層とともに、高い階層も低い階層も疾病数が多くなる方に収斂する傾向が見受けられるが、抑鬱感（図3、図6）、および主観的健康の評価（図4、図7）においては、年齢階層が進んでも、特に健康が悪化するような収斂傾向は見られない。

ここでは、主たる職業の際の年齢が特定できないために、はっきりとは職業カテゴリーと教育年数の差異がどこにあるのかを言及することはできない。しかし、ひとつの仮説として、蓄積していく社会階層よりも、個人の出自により健康が決定することも考えられる。

(5) 社会階層と、加齢、健康度の趨勢

次に、健康が悪化するプロセスが社会階層によって異なるかどうか、

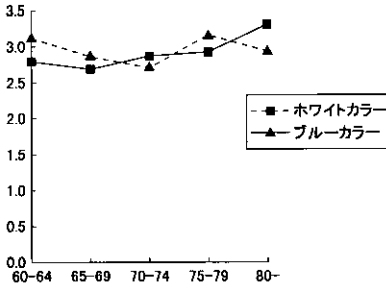


図 3 年齢階層ごとの職業と主観的健康観

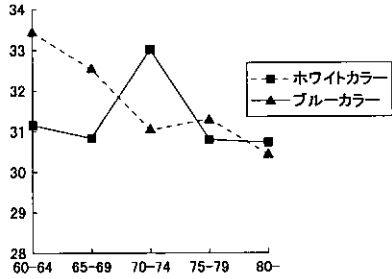


図 4 年齢階層ごとの職業と抑鬱感

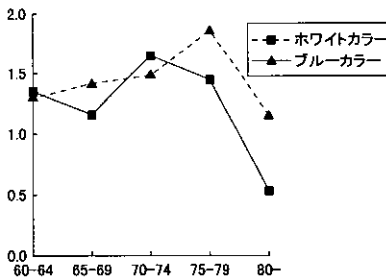


図 5 年齢階層ごとの職業と慢性疾患数

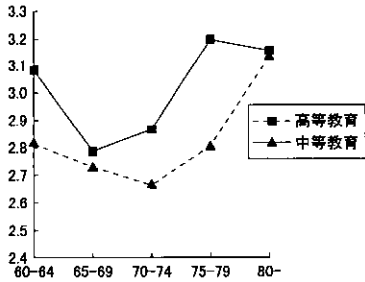


図 6 年齢階層ごとの教育と主観的健康観

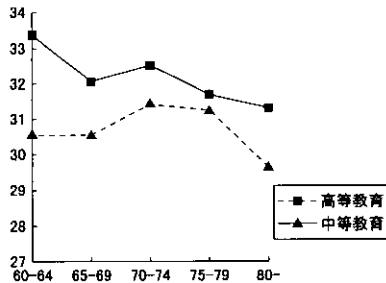


図 7 年齢階層ごとの教育と抑鬱感

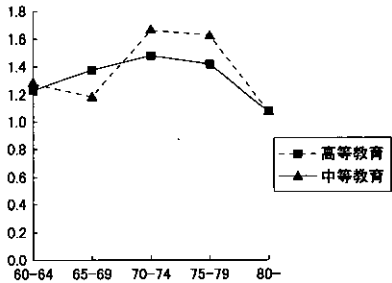


図 8 年齢階層ごとの教育と慢性疾患数

すなわち、前述したような社会階層が低いところに位置する人間は健康の悪化が人生の相対的に早い時期に起こり、逆に高い社会階層の人間は健康が悪化する年齢が遅いという仮説の検証を行ってみた。調査対象やその数に差異は存在するが、Houseら(1994)の追試として、日本とアメリカにおいて同様の結果が得られるかどうかという意味がある。この分析は、重回帰分析において社会階層と年齢階層の交互作用のダミー項を構築し、その効果を比較することにより、どのような社会階層において、どのような年齢のさいに疾病が見られるのかを検証するものである。Houseらは教育年数と収入の階層と年齢階層との交互作用について、25歳以上の成人男性において、10歳きざみの7つの年齢階層、収入が100,000ドル以上か否かの2つの階層、教育年数を11年以下、12年以上15年以下、16年以上という同じく3つの階層に分けることにより、その効果を検証した。その結果、調査対象者のADLで測定した身体機能上の地位において、教育年数が16年以上の階層は75歳以上で、11年以下の階層は45歳から54歳間での階層で悪化することが検証された。

本分析は、①教育、②威信に関するカテゴリーの効果と年齢階層との交互作用の効果を見た。ただし、Houseらのように独立変数である教育と年齢の交互作用と収入と年齢の交互作用の比較は行うことはできなかった。これは、分析がデータを収集するための調査の対象者数に依存するためである。すなわち、この分析は独立変数と従属変数のカテゴリーを作っていくのであるが、札幌における調査対象者はそれに耐え得る規模ではないためである。

この分析の重回帰モデルは、表7、表8に示した。すべてのモデルにおいて、従属変数は、前節と同様にADL、慢性疾患、通院日数、抑鬱感、自己評価5つの健康の指標を用いた。この分析の独立変数のカテゴリー分けとして、教育は9年以下、10年以上12年以下、13年以上の3つのカテゴリーに、また、職業威信スコアも41.2未満、41.2以上53.6未満、53.6以上61.0未満、61.0以上の4つに分けた。また、各重回帰モデルにおいて、ひとつの項をモデルから除外しているのは、一次独立でなければモデルが解けないためである。

表7は、教育年数と年齢階層の交互作用の健康に与える効果を検証した重回帰分析である。この表においては、独立変数が慢性疾患数のモデ

表 7 健康状態への教育と年齢階層の効果の回帰分析 (n=330)

教育 年数	年齢 階層	慢性疾病	ADL	通院日数	抑鬱感	自己評価
-9	60-64	.035	.074	.085	-.156*	.128
	65-69	.056	.048	.027	-.167*	.183**
	70-74	.192**	.146*	.153**	-.110	.181**
	75-79	.167**	.074	.139**	-.100	.084
	80-	.019	.017	.129*	-.115*	.019
10-12	60-64	.024	.088	.034	.002	.058
	65-69	.152**	.129	.119	-.152*	.213**
	70-74	.058	.023	.046	-.021	.058
	75-79	.090	.048	.007	-.078	-.027
	80-	.066	-.038	.005	-.043	-.025
13-	60-64	omitted	omitted	omitted	omitted	omitted
	65-69	.044	.063	.080	.037	.078
	70-74	.020	.095	.107*	.018	.089
	75-79	.022	.051	.210**	.022	.059
	80-	.166**	.076	.049	-.083	.059

(これらの数値は標準化偏回帰係数である。

表中の**は有意水準.01, *は有意水準.05 で有意であることを示す。)

ルにおいて、高い階層において疾病が、遅く現れる兆候が見られる。たとえば、教育年数が9年以下のカテゴリでは、70歳から74歳のカテゴリ、75歳から79歳のカテゴリで疾病数が統計学的に有意になっているが、一番教育年数の長いカテゴリでは、80歳以上のカテゴリにおいて有意になっている。また、表8は職業威信スコアと年齢階層の交互作用の健康への効果を検証したモデルである。この表からは慢性疾病、自己評価において、一部に同様な効果が見受けられることができる。

本分析においては、Houseらと同様な、高い社会階層は、健康の悪化を先延ばしすることができるという結果が一部において見いだすことができた。ただし、これらの分析は、カテゴリの分け方に大きく依存する。たとえば、表9は、表8で4つのカテゴリに分けた職業威信スコアを3つのカテゴリに分け再分析したものである。表8と同様に慢性疾病数と健康の自己評価においても同じような結果が現れている。しかし、通院日数などもこの表では同じ結果を見いだすことができる。したがって、これらの結果が頑健か否かは、他の調査データでの分析を含む更なる精緻な分析が必要であろう。

IV. 結論と今後の課題

本論においては、単純な重回帰分析による高齢者の健康に対するさまざまな要因の分析にとどめた。しかし、その中でも、新しい知見として、以下を得た。①高年者の健康を測定した場合、意識的変数と経験的変数で効果に差異が見られたこと。ここから、(特に、自己評価など)意識的変数に関して高い階層の人間は過大評価しているのではないだろうか？(下層が病気を感じやすい)これはもしかすると、階層の蓄積効果である可能性がある。

表 8 健康状態への職業威信と年齢階層の効果の回帰分析① (n=330)

威信カテ	年齢階層	慢性疾病	ADL	通院日数	抑鬱感	自己評価
1	60-64	.026	.023	.102	-.105	.139**
	65-69	.125*	-.034	.018	-.168**	.163**
	70-74	.183**	.135*	.149**	-.102	.176**
	75-79	.115*	-.020	.007	-.081	.046
	80-	.077	-.039	.169**	-.108*	.099*
2	60-64	.078	.007	.025	-.057	.094
	65-69	.062	.067	.046	-.033	.162**
	70-74	.095	.016	.172**	-.029	.112*
	75-79	.175**	.077	.009	-.100	-.018
	80-	.137**	-.010	.045	-.082	.072
3	60-64	.091	.070	.018	-.001	.060
	65-69	.188**	.108	.095	-.116	.218**
	70-74	.152**	.070	.032	-.005	.096
	75-79	.095	.033	.018	-.049	.112*
	80-	.030	.016	.025	-.078	-.026
4	60-64	omitted	omitted	omitted	omitted	omitted
	65-69	.053	.028	.088	-.031	.080
	70-74	-.015	-.022	.009	.010	.032
	75-79	.046	.055	.322**	.028	.029
	80-	.017	.009	.032	.001	-.089

(これらの数値は標準化偏回帰係数である。)

表中の**は有意水準.01, *は有意水準.05 で有意であることを示す。)

ただし、カテゴリ-1: 41.2 未満

カテゴリ-2: 41.2 以上 53.6 未満

カテゴリ-3: 53.6 以上 61 未満

カテゴリ-4: 61 以上、である。

表 9 健康状態への職業威信と年齢階層の効果の回帰分析② (n=330)

威信 カテ	年齢 階層	慢性疾病	ADL	通院日数	抑鬱感	自己評価
1	60-64	.008	.004	.087	-.103	.118
	65-69	.147*	-.039	.023	-.157**	.193**
	70-74	.203**	.136*	.221**	-.104	.198**
	75-79	.148**	-.022	.005	-.082	.013
	80-	.086	-.016	.136**	-.126**	.119**
2	60-64	.130	.070	.031	-.031	.109
	65-69	.160*	.136	.100	-.104	.241**
	70-74	.154**	.063	.038	-.013	.113
	75-79	.166**	.088	.021	-.104	.092
	80-	.118*	-.005	.050	-.095	.020
3	60-64	omitted	omitted	omitted	omitted	omitted
	65-69	.053	.028	.088	-.031	.080
	70-74	-.015	-.022	.009	.010	.032
	75-79	.046	.055	.322**	.028	.029
	80-	.017	.009	.032	.001	-.089

(これらの数値は標準化偏回帰係数である。)

表中の**は有意水準.01, *は有意水準.05で有意であることを示す。)

ただし、カテゴリー1: 49 未満

カテゴリー2: 49 以上 61 未満

カテゴリー3: 61 以上、である。

また、②一部、House らの知見（高い階層の人間は健康の悪化を遅滞させることができる）を指示する結果が見られたが、健康悪化のプロセスは、ある年齢階層（集団）に限られたことではなく、より大きなダイナミックスの中で起こることであり、高齢者のみのデータはこのような分析に向かないのかもしれない。

データの収集や分析において、まだ多くの過大が存在する。たとえば、データ収集にあたり、高齢者のデータのみ集めたのは、前述したとおり年齢階層でコントロールするという意義があった。しかし実際には、もしも、ある階層において健康が悪化したり、また死亡率が高いのであれば、それらの階層からすでに調査不能となった対象者が潜在的に存在している。そして、調査対象者からそれらの人が落ちているので、分析における健康度は過小評価された物となっている可能性もある。したがって、実は、罹患率と死亡率は別の社会における健康を表す指標なので

はなく、両方の値を勘案して、社会における健康を評価する必要もあるかもしれないのである。

また、本論では重回帰分析により、さまざまな要因の効果を検証したが、それらのひとつひとつの要因と健康、そして他の媒介変数、特に心理的な変数を加えたメカニズムをより明確に明らかにした分析も必要であろう。また、先に述べたように、健康は、その社会階層にいることの帰結としてだけ捉えられるものではなくて、健康状態が良いことは上昇移動への資源ともなり得る。したがって、社会階層から健康状態への効果のみならず、その逆の健康から社会階層への効果という要因を考慮した構造方程式モデルなどを構築し、それらの相互作用効果を検証することも必要であろうと思われる。また、健康／不健康の要因はさまざまであるが、近年のひとつの解釈として、個人レベル要因、家族レベル要因、コミュニティレベル要因のように要因のレベルを区別する考え方がある。このような多水準分析モデルにも、健康と社会階層をめぐる問題の解明のひとつの鍵が存在するであろう。これらの理論化と分析は、今後の課題とする。

【註】

- (1)たとえば、Kohn, 1972; Turner, 1967; Turner = Wagenfeld, 1967などを参照のこと。
- (2) ストレスについては Turner = Noh, 1983; House = Robbins, 1983などを、自尊心については Rosenberg = Pearlin, 1978などを、健康への心配については Levine, 1962などを、メンタルヘルスについては Kessler = Cleary, 1980などを、HLCについては Wallston et al., 1976などを参照のこと。
- (3) ライフスタイルについては Blaxter, 1990などを、パーソナルネットワークについては Cohen = Syme, 1985; Kadushin, 1963などを、受療行動については Ross, 1962などを、リビングアレンジメントについては Eaton, 1962などを、また、その他の環境の影響については、Taylor et al., 1997を参照のこと。
- (4) ここで用いているライフスタイルの意味について、たとえば、Giddens はライフスタイルを、これまでの人生が具現化され、さまざまな選択に対して影響を与える考え方と述べている。これについては、Gid-

- dens, 1991; Beck et al., 1994; 中田, 1998 aなどを参照のこと。
- (5) ここでは, Townsend = Davidson (1982) にあわせて「社会階級 (social class)」という語を用いている。確かに彼らの研究の一部には, 「the poor」などと唯物的な資源を強調する部分もある。しかし, 彼らの社会階級の定義, 「広く同様なタイプ, または量の資源を共有している人口の部分」(p.47) を鑑みても, それが本論で言及している社会階層の定義 (たとえば, 前述の富永の定義を参照のこと) と, 同義とみなすこともできるであろう。
- (6) 社会進化論については八杉, 1994などを参照のこと。社会選択理論については, Blane et al., 1993; Eaton, 1980; Fox, 1990; Fox et al., 1985; Illsley, 1955; 1986などを参照のこと。
- (7) この損出モデルの源泉は, 社会孤立理論である。この社会孤立理論は Durkeim の社会的統合という概念から, 社会的に孤立したために神経症になるという仮説の検証である。Kohn = Clausen, 1955; Jaco, 1954などを参照のこと。
- (8) たとえば, Wilkinson, 1989などを参照のこと。
- (9) Bartley et al, 1998を参照のこと。
- (10) この仮説の検証については Manton et al., 1993を参照のこと。
- (11) この議論に関しては, その他に, O'Rand, 1996b; Crystal = Shea, 1990などを参照のこと。
- (12) 職業威信スコアについては, 直井, 1979を参照のこと。
- (13) ただし, この HLC 概念は, 高齢者について信頼性が低いことが知られている。これについては, Shewchuk et al., 1990; 中田, 1998 bを参照のこと。
- (14) ここでのライフスタイルという言葉の意味については, 註(5)を参照のこと。
- (15) たとえば, Robert, 1998を参照のこと。

[参考文献]

- Antonovsky, A., 1967, "Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol.45, p.31-73.
- Bartley, M., D. Blane and G. Davey Smith, 1998, "Introduction: Beyond the Black Report", *Journal of Health and Illness*, Vol.20, No.5, p. 563-577.
- Blane, D., G. Davey Smith, and M. Bartley, 1993, "Social Selection:

- What Does It Contribute to Social Class Differences in Health”, *Sociology of Health and Illness*, Vol.15, Vol.1, p.1-15.
- Blaxter, M., 1990, *Health and Lifestyle*, London: Routledge.
- Cohen, S., and S. L. Syme (eds.), 1985, *Social Support and Health*, Orlando: Academic Press.
- Crystal, S., and D. Shea, 1990, “Cumulative Advantage, Cumulative Disadvantage, and Inequality among Elderly People”, *The Gerontologist*, Vol.30, No.4, p.437-443.
- Eaton, W. W., 1962, “Residence, Social Class, and Schizophrenia”, *American Journal of Health and Social Behavior*, Vol.15, p.289-299.
- Eaton, W. W., 1980, “A Formal Theory of Selection for Schizophrenia”, *American Journal of Sociology*, Vol.86, p.149-158.
- Fox, J. W., 1990, “Social Class, Mental Illness, and Social Mobility: The Social Selection-Drift Hypothesis for Serious Mental Illness”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.31, No.3, p.344-353.
- Fox, A. J., P. O. Goldblatt, and D. R. Jones, 1985, “Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances?”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.39, p.1-8.
- Giddens, A., 1991, *Modernity and Self-Identity*, Cambridge: Polity Press.
- Hollingshead, A. B., and F. C. Redlich, 1958, *Social Class and Mental Illness: A Community Study*, New York: Free Press.
- 堀毛裕子, 1991, 「日本語版 Health Locus of Control 尺度の作成」, 『健康心理学研究』, Vol.4, No.1, p.1-7.
- House, J. S., R. C. Kessler, R. Herzog, R. P. Mero, A. M. Kinney, and M. J. Breslow, 1990, “Age, Socioeconomic Status, and Health”, *The Milbank Quarterly*, Vol.68, No.3, p.383-411.
- House, J. S., J. M. Lepkowski, A. M. Kinney, R. P. Mero, R. C. Kessler and A. R. Herzog, 1994, “The Social Stratification of Aging and Health”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.35, p.213-234.
- Hoseu, J. S., and C. Robbins, 1983, “Age, Psychosocial Stress, and Health”, M. W. Riley, B. B. Hess, and K. Bond (eds.), *Aging in Society: Selected Reviews of Recent Research*, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, p.175-198.
- Illsley, R., 1955, “Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant Deaths”, *British Medical Journal*, Vol.

- 2, p.1520-1524.
- Illsley, R., 1986, "Occupational Class, Selection and the Production of Inequalities", *Quarterly Journal of Social Affairs*, Vol.2, p.151-161.
- Jaco, E. G., 1954, "Social Isolation Hypothesis and Schizophrenia", *American Sociological Review*, Vol.19, p.567-577.
- Kadushin, C., 1963, "Social Class and the Experience of Ill Health", *Sociological Inquiry*, Vol.34, p.67-80, reprint in R. Bendix and S. M. Lipset (eds.), 1966, *Class, Status, and Power: Social Stratification in Comparative Perspective*, Second Edition, London: Routledge.
- Kadushin, C., 1982, "Social Density and Mental Illness", P. Marsden and N. Lin (eds.), *Social Structure and Network Analysis*, Beverly Hills: Sage, p.147-159.
- Kessler, R. C., and P. D. Cleary., 1980, "Social class and Psychological Distress" *American Sociological Review*, Vol.45, p.463-478.
- Kohn, M. L., and J. A. Clausen, 1955, "Social Isolation and Schizophrenia", *American Sociological Review*, Vol.20, p.265-273.
- Kohn, M. L., 1972, "Class, Family, and Schizophrenia: A Reformulation", *Social Forces*, Vol.50, p.295-304.
- 厚生省大臣官房統計情報部, 1994, 『国民生活基礎調査』, 第4巻, 都道府県編, 健康.
- Levine, G. N., 1962, "Anxiety about Illness: Psychological and Social Bases", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.3, p.30-34.
- Macintyre, S., 1997, "The Black Report and beyond What are the Issues?", *Social Science and Medicine*, Vol.44, No.6, p.723-745.
- Malthus, T. R., 1959, *Population: The First Essay*, Ann Arbor: University of Michigan Press. (永井義雄訳, 1973, 『人口論』, 中公文庫.)
- Manton, M. G., L. S. Corder, and E. Stallard, 1993, "Estimates of Change in Chronic Disability and Institutional incidence and Pervallence Rates in the U. S. Elderly Population from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Survey", *Journal of Gerontology: Social Science*, Vol.48, p.S 153-S166.
- 中田知生, 1998 a, 『ライフスタイルとしての転職と上昇移動』, 白倉幸男編, 『ライフスタイルと社会階層』, 1995年SSM全国調査委員会, p. 101-266.
- 中田知生, 1998 b, 『高齢者の健康管理意識と社会的パーソナリティ』, 『第

- 24 回日本保健医療社会学会大会抄録集, p.38.
- 直井 優, 1979, 「職業的地位尺度の構成」, 富永健一編, 『日本の階層構造』, 東京大学出版会, p.434-472.
- Nettleton, S., 1995, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Policy Press.
- O'Rand, A. M., 1996a, "The Cumulative Stratification of Life Course", R. H. Binstock and L. K. George (eds.), *Handbook of Aging and the Social Science*, San Diego: Academic Press.
- O'Rand, A. M., 1996b, "The Precocious and the Precocious: Understanding Cumulative Disadvantage and Cumulative Advantage over the Life Course", *The Gerontologist*, Vol.36, No.2, p.230-238.
- Pealin, L. I., and J. S. Johnson, 1977, "Marital Status, Life-Strain, and Depression", *American Journal of Sociology*, Vol.42, p.704-715.
- Ryder, N. B., 1965, "The Cohort as a Concept in the Study of Social Change", *American Sociological Review*, Vol.30, p.843-861.
- Riley, M. W., 1971, "Social Gerontology and the Age Stratification of Society", *The Gerontologist*, Vol.11, No.1, p.79-87. reprint in J. S. Quadagno (ed.), 1980, *Aging, the Individual and Society*, New York: St. Martin's Press, p.87-102.
- Riley, M. W., M. Johnson, and A. Foner, 1972, *Aging and Society, Volume Three: A Sociology as Age Stratification*, New York: Russel Sage.
- Robert, S. A., 1998, "Community Level Socioeconomic Status Effect on Adult Health", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.39, No. 1, p.18-37.
- Rosenberg, M., and Pearlin, L. I., 1978, "Social Class and Self-Esteem among Children and Adults", *American Journal of Sociology*, Vol. 84, No.1, p.53-77.
- Ross, A. J., 1962, "Social Class and Medical Care", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.3, p.35-40.
- Ross, C. E., and C. Wu, 1995, "The Link between Education and Health", *American Sociological Review*, Vol.60, No.5, p.719-745.
- Shewchuk, R. M., G. A. Foelker, Jr., and G. Niederhe, 1990, "Measuring Locus of Control in Elder Persons", *International Journal of Aging and Human Development*, Vol.30, No.3, p.213-224.

- Taylor, S. E., and R. L. Repetti, and T. Seeman, 1997, "Health Psychology: What is an Unhealthy Environment and How Dose it Get Under the Skin?", *Annual Review of Psychology*, Vol.48, p.411-447.
- 富永健一, 1979, 「社会階層と社会移動へのアプローチ」, 富永健一編, 『日本の階層構造』, 東京大学出版会, p.3-29.
- Townsend, P. and N. Davidson (eds.), 1982, *Inequalities in Health: The Black Report*, London: Pelican Books.
- Turner, R. J., 1967, "Social Mobility and Schizophrenia", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.9, p.194-203.
- Turner, R. J., and S. Noh, 1983, "Class and Psychological Vulnerability Among Women: The Significance of Social Support and Personal Control.", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.24, p.2-15.
- Turner, R. J., and M. O. Wagenfeld, 1967, "Occupational Mobility and Schizophrenia: An Assessment of the Social Causation and Social Selection Hypotheses", *American Sociological Review*, Vol.32, p. 104-113.
- Wallston, B. S., K. A. Wallston, G. D. Kaplan, and S. A. Maides, 1976, "Development and Validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 44, No.4, p.580-585.
- Wilkinson, R. G., 1986, "Income and Mortality", in R. G. Wilkinson (ed.), *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, London: Tavistock.
- Wilkinson, R. G., 1989, "Class Mortality Differentials, Income-Distribution and Trends in Poverty 1921-1981", *Journal of Social Policy*, Vol.18, p.307-335.
- Wilkinson, R. G., 1996, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London: Routledge.
- 八杉龍一編訳, 1994, 『ダーウィニズム論集』, 岩波書店.

本論は、平成8年度文部省科学研究費補助金(奨励研究(A))による研究成果の一部である。