

閉じこもり傾向にある地域在住高齢者の抑うつ程度と QOL の関連性

奥田 淳 橋本颯子 上平悦子 鳥塚亜希 軸丸清子
 奈良県立医科大学医学部看護学科
 鈴木佑典
 奈良県立医科大学附属病院

Relationship between the degree of depression and quality of life among community-dwelling
 homebound elderly person

Jun Okuda Akiko Hasimoto Etuko Uehira Aki Torituka Kiyoko Jikumaru
 Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University
 Yuusuke Suzuki
 Nara Medical University Hospital

キーワード：閉じこもり 地域在住高齢者 抑うつ QOL

I. はじめに

内閣府によると平成 25 年 (2013 年) 10 月現在、総人口の 65 歳以上の人口が 25.1%を占め、平成 72 年 (2060 年) には 65 歳以上人口の割合 (高齢化率) が 39.9%に達すると発表されている (内閣府, 2013)。全国の 65 歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値 15%、認知症有病者数約 439 万人と推計されている (厚生労働省, 2010) ことから、高齢化率が高まることで、認知機能障害の高齢者が今後増加していくことが予測される。そして、認知機能の低下している高齢者は、QOL (quality of life) の有意な低下があったと報告 (小長谷ら, 2009) されている。

高齢者の中でも閉じこもり傾向にある者について、厚生労働省 (2012) は心身両面の活動力を失っていく結果、寝たきりに進行するとの考えを述べている。そして、閉じこもりは認知症発症のリスクを高める (厚生労働省, 2012) と言われており、閉じこもりは高齢者の QOL にも影響を及ぼすことが考えられる。そこで、わが国では高齢化率が高まることに伴い、介護予防が重要視されてきている。厚

生労働省により高齢者の介護予防の必要性やその考え方が示され、介護予防とは高齢者の生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質 (QOL) の向上を目指すものとされている (厚生労働省, 2014)。

高齢者の QOL に関連する要因を検討した研究では、性差・年齢 (早坂ら, 2005 ; 久保田ら, 2007) や、身体機能 (村田ら, 2009) による影響が報告されている。谷口ら (2013) によると、地域在住高齢者の QOL の低下要因として抑うつとの関連が示されている。一方、閉じこもりは生活体力の低下 (山崎ら, 2008) や ADL (activities of daily living) に対する自己効力感の低さ (藺牟田ら, 2002) と関連性があると述べられている。さらに、閉じこもりは抑うつとの関連性があることも報告 (新開ら, 2005 ; 渡辺ら, 2003) されていることから、閉じこもりは QOL に影響を及ぼすことが予測される。そこで、本研究では閉じこもり傾向にある地域在住の高齢者における抑うつ程度と QOL との関連について検証し、閉じこもり傾向にある高齢者の QOL について考察する。

II. 用語の定義

1. 閉じこもり傾向

本研究において研究対象者を選定する上で使用した生活機能評価（鈴木，2009）の基本チェックリストにある「閉じこもり」の項目、「週に1回以上外出していますか」と「昨年と比べて外出の回数が減っていますか」の2つの質問のうちどちらかに該当した場合とした。

2. QOL

主観的幸福感を測定する尺度（Philadelphia Geriatric Center Morale Scale:PGC）と主観的健康感尺度は、健康に関連したQOLのある一面に焦点をあてたものとされている（小澤ら，1999，pp51-58.）。本研究では、QOLをPGCと主観的健康感尺度を用いて評価した主観的幸福感と主観的健康感とすることとした。

III. 研究方法

1. 研究対象者

A村在住の高齢者に対して、A村の介護予防事業への対象者を選定するスクリーニングにおいて、生活機能評価（鈴木，2009）の基本チェックリスト（以下、基本チェックリストと略す）が毎年実施されている。基本チェックリストにおける「閉じこもり」の項目を2項目中1個以上チェックした高齢者を研究対象者の条件とした。研究対象者を選定するために、研究期間とした2012年3月と2013年3月に基本チェックリストによるスクリーニングを実施された高齢者のうち、本研究の対象者の条件に当てはまる高齢者に対して、研究の趣旨を説明し研究参加への同意が得られた者を研究対象者とした。2012年の対象者と2013年の対象者に重複はなかった。

2. データ収集方法

研究者と対象者が1対1となり、対面式のブースを設けて評価尺度を用いた聞き取り調査を行った。評価尺度は以下の尺度を用いた。

(1) Geriatric Depression Scale 簡易版 (GDS-15, 高齢者抑うつ尺度)

GDS-15は15項目からなるうつ評価スケールであり、項目毎に「はい」「いいえ」で回答し、1問1点で計算され、15点満点である。5～9点はうつ傾向、10点以上でうつ状態と評価される（小澤ら，1999，pp43-50.）。また、「うつ気分」「ポジティブ感情の低下」「エネルギー減退」の3因子から成り立つ（矢富，1994）。

(2) Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGC)

PGCは主観的幸福感を測定するスケールで、11項目からなり、項目毎に「はい」「いいえ」で回答し、1問1点で計算され、11点満点である。3点以下は低い、4～7点は平均、8点以上は主観的幸福感が高いと評価される（小澤ら，1999，pp51-58.）。また、「孤独感・不満足感」「老いについての態度」「心理的動揺」の3因子から成り立つ（古谷野ら，1989）。

(3) 主観的健康感尺度

主観的健康感尺度はQOLを測定するスケールEuroQol（日本語版EuroQol開発委員会，1998）の一部であり、7項目からなる。VAS（Visual Analog Scale）を用いた評価ツールで、100mmの線分の左端を最も悪い健康状態、右端を最も良い健康状態としている（小澤ら，1999，pp51-58.）。

4. 分析方法

閉じこもり傾向にある対象者の抑うつの程度とQOLの関連を分析するために、抑うつの程度の評価はGDS-15を用い、QOLの評価はPGCと主観的健康感尺度を用いた。PGCとGDS-15は名義尺度であり、各尺度の得点の付け方に準じてダミー変数化を行った。なお、統計処理は全ての分析において、SPSS22.0 Statistics Baseを使用した。

(1) GDS-15とPGCの関連

GDS-15とPGCとの相関関係を分析するために、Pearsonの積率相関係数を求めた。GDS-15は因子別の得点と合計得点を用い、PGCは因

子別の得点と合計得点を用いた。

(2) GDS-15 と主観的健康感尺度の関連

GDS-15 と主観的健康感尺度との相関関係を分析するために、Pearson の積率相関係数を求めた。GDS-15 は因子別の得点と合計得点を用い、主観的健康感尺度では下位項目別の得点と合計得点を用いた。

5. 倫理的配慮

基本チェックリストによるスクリーニングを実施し、研究対象者の条件を満たした者に研究の趣旨と内容、得られたデータは研究の目的以外には使用しないこと、個人情報保護に注意することについて説明し、理解を得た上で協力を求めた。また、研究への参加は自由意志であり、対象者にならなくても不利益にならないことを口答と書面で説明し、書面にて同意を得た。本研究は、奈良県立医科大学の医の倫理委員会の承認を得て実施した。

表1 対象者の属性と尺度の評価結果

		n	mean±SD
年齢	男	3	82.7±7.64
	女	15	80.8±5.62
	全体	18	81.1±5.78
GDS-15	4点以下	15	
	5～9点	3	
	10点以上	0	
	全体	18	2.78±1.80
PGC	全体	18	8.06±1.30
主観的健康感尺度	全体	18	550.39±86.41

[注]

GDS-15:4点以下でうつなし、5～9点でうつ傾向、10点以上でうつ状態と判定。

IV. 結果

1. 研究対象者の属性と各尺度の評価結果

閉じこもり傾向のある対象者は、男性3名、女性15名、平均年齢はで81.1歳 (SD : 5.78) であった (表1)。閉じこもり傾向にある対象者の各評価尺度の評価結果を表1に示した。対象者の特徴として、うつ傾向と判定される5点以上

は3人であり、うつ状態と判定される10点以上は0人であった。

2. 閉じこもり傾向にある対象者における抑うつ程度とQOLの関連

1) GDS-15 と PGC の関連

GDS-15 の合計得点と PGC の合計得点と因子別における第2因子「老いについての態度」において、有意な負の相関が認められた。また、GDS-15 の因子別における第3因子「エネルギーの減退」と PGC の合計得点と因子別における第2因子「老いについての態度」においても、有意な負の相関が認められた (表2)。

2) GDS-15 と主観的健康感尺度の関連

GDS-15 の合計得点と主観的健康感尺度の下位項目「毎日の気分はいかがですか」の間に、有意な負の相関が認められた。また、GDS-15 の第3因子「エネルギーの減退」と主観的健康感尺度の下位項目「毎日の気分はいかがですか」との間にも、有意な負の相関が認められた (表3)。

V. 考察

地域在住高齢者の QOL の低下要因として抑うつとの関連が報告 (谷口ら, 2013) されている。本研究では、閉じこもり傾向にある高齢者の抑うつ程度と QOL の関連を分析し、抑うつ程度を測定する GDS-15 と QOL を測定する PGC や主観的健康感尺度において、有意な相関が認められたことから、谷口ら (2013) の研究と同様の結果が得られた。また、本研究では、GDS-15、PGC、主観的健康感尺度の合計得点や一部の因子、一部の下位項目とも、有意な相関が認められたため、関連性があった尺度や尺度の因子、尺度の下位項目の詳細について述べていく。

GDS-15の合計得点とPGCの合計得点において、有意な負の相関が認めら、抑うつ程度が改善することで、主観的幸福感が高まることが示唆された。主観的幸福感を測定するPGCは、「満足感を持っている」「安定した居場所がある」「老いていく自分を受容している」という側面を

表2 GDS-15とPGCの相関関係

	GDS-15			
	うつ気分	ポジティブ感情の低下	エネルギー減退	合計得点
PGC				
孤独感・不満足感	.012	.101	-.413	-.232
老いについての態度	-.237	-.055	-.737**	-.590**
心理的動揺	.022	.068	-.304	-.164
合計得点	-.234	-.011	-.553*	-.470*

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

表3 GDS-15と主観的健康感尺度との相関

	GDS-15			
	うつ気分	ポジティブ感情の低下	エネルギー減退	合計得点
主観的健康感尺度				
自分の健康状態をどのへんだと思いますか	.109	.282	-.344	-.111
毎日の気分はいかがですか	-.156	-.022	-.629**	-.474*
夫婦や家族、子供、孫との仲はうまくいっていますか	-.158	.154	-.345	-.279
友人や親戚との人間関係には満足されていますか	-.380	-.060	-.177	-.315
ご自分の経済状態は、今の収入で充分ですか	.039	-.018	.111	.092
現在の生活に満足されていますか	-.206	-.014	-.057	-.080
すべてを総合して、今自分がどのくらい幸福だと思いますか	.102	-.017	-.061	.097
合計得点	-.099	.109	-.209	-.169

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

る尺度（小澤ら，1999，pp51-58.）とされている。すなわち、抑うつが改善するに伴い、閉じこもり傾向にある高齢者は満足感が高められ、安全感を持つことができ、老いを受容していくことができると考えられる。抑うつは高齢者の精神的健康を強く規定する心的状態で、感情、意欲、思考、行動に強く影響を及ぼす（小川ら，2005）とされており、意欲や行動力の低下は閉じこもりを助長させ、QOLを低下させることにもなりかねない。高齢者は喪失体験や身体機能の変化から、うつに陥りやすい状態にあることから、閉じこもり傾向にある高齢者のQOLを低下させないためには、抑うつに目を向けることも必要となり、高齢者がうつ傾向・うつ状態にあれば、それを改善する介入が必要となるであろう。

GDS-15の合計得点は、PGCの第2因子「老いについての態度」とも負の相関関係にあった。「老いについての態度」は下位項目「年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか」「若いときに比べて、今のほうが幸せだと思いますか」などから成り立っている。これらの下位項目の得点が高くなることは、老いを肯定的に受け入れることができていることを意味すると考えられ、自分を大切に思うことができると言えるであろう。老年期の発達課題において、統合性があげられている（服部，2014）。統合性とは、自我の統合を図ることであり、自分の生き方や価値観を大切に守り、自分を受容することができること（服部，2014）である。従って、GDS-15とPGCの因子「老いについての態度」に関連性が認められたことは、抑うつが悪化することで、閉じこもり傾向にある高齢者の発達課題の達成を阻害することにもつながると考えられる。老年期の発達課題である自我の統合を達成させるには、うつ状態に陥らせないことが必要である。すなわち、閉じこもり傾向にある高齢者のQOLは、発達課題の観点からも、抑うつを悪化させないことが必要と言えるであろう。

GDS-15の合計得点と主観的健康感尺度の下位項目「毎日の気分はいかがですか」の間にお

いても、有意な負の相関が認められた。すなわち、抑うつが改善されることで、「毎日の気分」を改善する可能性があることが示唆された。抑うつとは気分が落ち込んだ状態であることから、抑うつと「毎日の気分」に関連があったことは、当然の結果と言えよう。

GDS-15の第3因子「エネルギーの減退」は、PGCの第2因子「老いについての態度」と主観的健康感尺度の下位項目「毎日の気分はいかがですか」との間に、有意な負の相関が認められた。「エネルギーの減退」は、下位項目の「外に出かけるよりも家にいるほうが好きですか」「自分が活力に満ちていると感じますか」などを含んでいる。すなわち、「エネルギー減退」は意欲が低下していることと考えられ、意欲の低下に伴って、老いを肯定的に受け入れることが困難になったり、「毎日の気分」が良く思えなくなったりすることが示唆された。GDS-15の因子「エネルギーの減退」は下位項目「外に出かけるよりも家にいるほうが好きですか」を含んでおり、閉じこもりの意味合いもあると考えられる。閉じこもりの程度が悪化することで、抑うつ状態に陥る一因になることも推論される。従って、閉じこもりを助長させない介入が、老いを肯定的に受け入れることや、「毎日の気分」を良くする一助にもなり得るかもしれない。

本研究では、閉じこもり傾向にある地域在住高齢者の抑うつとQOLの関係性を検証したが、研究対象者の特徴として、GDS-15におけるうつ傾向と判定される者が3人、うつ状態と判定される者が0人であった。そのため、GDS-15で正常判定される者が15人と多く、対象者に偏りがあったことが考えられる。今後は、うつ傾向やうつ状態の対象者を増やし検証することが必要である。また、本研究では先行研究における閉じこもりと抑うつとの関連性（新開ら，2005；渡辺ら，2003）をもとに、閉じこもり傾向にある高齢者のQOLについて考察した。従って、本研究の対象者において、抑うつと閉じこもりとの関連性を検証していないため、閉じこもりを測定する尺度を用いて評価し、閉じこもりと抑うつとの関連性を検証する

ことが必要になるであろう。

VI. 結論

閉じこもり傾向にある地域在住高齢者の抑うつ程度とQOLの関連性について検証した結果、GDS-15とPGCにおいて、負の相関が認められた。この結果から抑うつ程度が改善することで、主観的幸福感が高まることが示唆された。また、GDS-15は、PGCの因子「老いに対する態度」や主観的健康感尺度の下位項目「毎日の気分はいかがですか」の間にも、負の相関関係にあった。さらに、GDS-15の第3因子「エネルギーの減退」は、PGCの第2因子「老いについての態度」と主観的健康感尺度の下位項目「毎日の気分はいかがですか」と負の相関が認められた。

抑うつ状態は気分が憂うつで落ち込み、意欲が低下し、悲観的な思考や思考停止などに苦しむ状態で、高齢者の心身の健康状態に強い影響を及ぼし、高齢者が日常生活を円滑に営むことを困難にする心的状態である。その心的状態の程度により、閉じこもり傾向にある高齢者のQOLにも影響が及ぶことが明らかになった。そして、閉じこもりと抑うつとの関係性が報告されていることから、閉じこもり傾向にある高齢者のQOLを低下させない、あるいは、維持・向上させるために、抑うつ程度に着目していくことが必要と考えられた。

文献

服部祥子 (2014) . 10 成人後期 65歳～：生涯人間発達論 人間への深い理解と愛情を育むために 第2版, 177-193, 東京：医学書院.

早坂信哉, 後藤康彰, 中村好一 (2005) . 日常生活の関心の志向性と主観的生活の質が高齢者の主観的健康感に及ぼす影響—地域、性、年齢別の検討—. 厚生指標, 52 (7) , 32—38.

蘭牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之, 深尾彰 (2002) . 自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明 身体・心理・

社会的要因から. 日本公衆衛生雑誌, 49 (6) , 483—496.

厚生労働省. 介護予防マニュアル改訂版 (平成24年3月). http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_1.pdf (参照2015年1月8日検索)

厚生労働省. 認知症高齢者の現状 (平成22年). http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf (参照2014年11月28日)

古谷野亘, 柴田博, 芳賀博, 須山靖男 (1989) . PGC モラール・スケールの構造—最近の改訂作業がもたらしたもの—. 社会老年学, 29, 64-74.

久保田晃生, 永田順子, 杉山眞澄, 藤田信, 高田和子, 太田壽城 (2007) . 高齢者における Quality of Life の縦断的变化に関する研究—静岡県高齢者保健福祉圏別の検討を中心として—. 厚生指標, 54 (7) , 32—40.

村田伸, 大田尾浩, 村田潤 (2009) . 地域在住高齢者の転倒と身体・認知・心理機能に関する前向き研究. 理学療法科学, 24 (6) , 807—812.

内閣府. 平成26年版高齢者白書概要. <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/gaiyou/pdf/1s1s.pdf> (参照2014年11月28日)

小川耕平, 佐藤親次 (2005) . 老年期の不安と抑うつ. 老年精神医学雑誌, 16 (4) , 489—796.

小長谷陽子, 渡邊智之, 太田壽城, 高田和子 (2009) . 地域在住高齢者の Quality of Life (QOL) と認知機能の関連性. 日本老年医学会雑誌, 46, 160-167.

新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 天野秀紀, 吉田裕人, 寶貴旺 (2005) . 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもり発生の予測因子 2年間の追跡研究から. 日本公衆衛生雑誌, 52 (10) , 874—885.

鈴木隆雄 (2009) . 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル (改訂版). 東京都老人総合研究所.

- 小澤利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎 (編). 高齢者の生活機能評価ガイド, 東京: 医歯薬出版.
- 谷口奈穂, 桂敏樹, 星野明子, 臼井香苗 (2013). 地域在住の前期高齢者と後期高齢者におけるQOL関連要因の比較. 日本農村医学会雑誌, 62(2), 91-105.
- 渡辺美鈴, 渡辺丈眞, 松浦尊麿, 樋口 由美, 河村 圭子, 河野 公一 (2003). 基本的日常生活動作の自立している地域高齢者の閉じこもり状態像とその関連要因. 大阪医科大学医学会雑誌, 62, 144-152.
- 山崎幸子, 橋本美芽, 藺牟田洋美, 繁田 雅弘, 芳賀 博, 安村 誠司 (2008). 都市部在住高齢者における閉じこもりの出現率および住環境を主とした関連要因. 老年社会科学, 30(1), 58-68.
- 矢富直美 (1994). 日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目特性の検討. 老年社会科学, 16(1), 29-36.