

首都圏在住の高齢者の抑うつ危険因子 —高次生活動作能力に着目して—

此 下 友 恵*

Risk factors of Depression for seniors in urban areas focus on Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

KONOSHITA Tomoe

Abstract

The elderly population is increasing in Japan, policies are required to maintain and improve the physical and mental health of the elderly. We therefore have to determine which risk factors are more essential in effectively reducing or possibly preventing depression in seniors. These risk factors include Instrumental Activities of Daily Living (IADL), the subjective sense of health, hobby, living alone, no counselor, bereavement, the subjective sense of economic conditions.

This study was aimed at determining the impact of these risk factors on depression of seniors in urban areas. A questionnaire survey was conducted with 250 men and women aged 60 and over living in an urban area, and data was analyzed for 193 valid responses. Lowering of IADL, living alone, a low subjective sense of health, and anxiety about economic conditions are the main causes of depression in seniors. Reduced IADL in particular increases the fear of death and diseases and makes seniors think them a burden to others. For this reason, reduced IADL is the strongest risk factor for depression in seniors.

In conclusion, investigating and determining ways of improving IADL in seniors is of utmost importance in preventing depression in seniors.

Keywords : the elderly, urban area, Instrumental Activities of Daily Living, depression, aging

1. はじめに

日本は、医療の充実を背景に、高齢化が進行しており（張・中原, 2012）、総務省統計局の2020年7月時点の人口推計によると、総人口に占める65歳以上の割合は28.7%である¹⁾。高齢化は今後も進行し続け、今世紀半ばには、その割合は40%に達すると予測されている（高橋・太田・叶堂, 2009）。高齢化が進行する中で、高齢者の心身の健康の維持、高い生活の質の保持、満足度の高い日常生活の維持、生きがいへの対策の早急な取り組みが、求められている（浅井・新開・井門, 2001；本田ら, 2005；佐藤・佐藤・山下, 2002）。

高齢期は、様々な問題を抱える時期である。身体面では、加齢に伴う身体の衰えや多くの疾病の罹患を経験する（本田ら, 2005；増地・岸, 2001）。精神面では、死や介護への不安や（和田, 2000）、近親者との死別、職場や家庭での役割や交流の減少などを経験する（本田ら, 2005）。社会的役割の減少は主観的経済不安の増強にも繋がる。これらの様々な問題が、高齢者の抑うつ危険性を高めることが指摘されている（Wada et al., 2004）。

高齢者の抑うつの危険因子として、「日常生活動作（Activities of Daily Living, 以下ADL）能力」が、多くの

キーワード：高齢者、首都圏、高次生活動作、抑うつ、加齢

*令和2年度生 人間発達科学専攻

研究で取り上げられてきた（木村・神崎, 2013; Wada et al., 2004）。高齢者の場合、軽微な疾患や転倒を機に、生体防御能や栄養状態の悪化、症候の慢性化・難治化に至りやすい（松井・藤原, 2016）。さらに心身の健康は、密接に関連しているため（和久井ら, 2007）、ADL能力の低下が精神機能の低下や寝たきりに繋がることもあり（浅井ら, 2001）、ADL能力が重要視されてきた。しかし、地域で自立して生活する高齢者の身体的健康度の測定は、ADL能力による評価では不十分であると指摘されている。それは、地域で自立した生活を送る場合、ADL能力よりも複雑な動作・判断・認知機能、高次の活動能力を要するからである（藤原ら, 2003; 村上ら, 2007）。そこで注目されているのが、「高次生活動作（Instrumental Activities of Daily Living, 以下IADL）能力」である。

IADL能力の低下は、自発的な活動の低下を導く一因であり（佐藤ら, 2002）、抑うつと有意な正の相関があることも確認されている（葛谷ら, 2006）。一方で、自発的な健康維持活動により、その低下を予防できる可能性があり（金・堀米, 2011）、70歳代であってもIADL能力は向上しうることも示されている（鈴木ら, 2009）。このことからIADL能力は、介入により向上する可能性があるため、抑うつ対策の一つとして有効に作用すると推測される。IADL能力は、運動習慣や健康的な食生活、趣味、対人交流、老への肯定的態度、心理的安定などと正の関連があることが示されているが（神宮ら, 2003）、IADL能力の具体的な項目と抑うつとの関連は明確に示されていない。そこで、抑うつ対策として、IADL能力のどの側面に介入することが効果的かを明らかにすることが重要である。

IADL能力の解釈には、調査を行なった環境の違いを考慮する必要がある（鈴木ら, 2007）。首都圏在住の高齢者は、施設数や交通利便性の豊さにより（斎藤ら, 2015）、活動範囲が広く（渡辺ら, 2004）、外出頻度も多く、趣味活動が盛んな傾向がある（斎藤ら, 2015）。このことから、施設や交通利便性の豊かさが、IADL能力に影響すると推測され、首都圏の高齢者のIADL能力の介入について検討する場合には、首都圏のみを対象に調査を行う必要がある。さらに、高齢者の心身の健康について検討するにあたり「高齢者向けクラブの参加者」を対象とする重要性が指摘されている。それは、高齢者の健康づくりを広めていく上で、高齢者向けクラブの活動は、行政にとって協働すべき魅力あるものであるにも関わらず、そのような参加者を対象とした調査が少ないためである（神宮ら, 2003）。そして、高齢者の抑うつとIADL能力の関連を明らかにするには、その他の抑うつ危険因子の影響を考慮する必要もある。高齢者の抑うつに関する先行研究のレビューの結果、主観的健康感、余暇活動、相談相手、独居、死別や主観的経済不安も、抑うつと関連していることが示されている（古川ら, 2004; 木村・神崎, 2013; 岸ら, 2005; 中村・山田, 2009; 高橋, 1994; 坪井ら, 2004; Wada et al., 2004）。これらの側面が抑うつに影響している程度と、これらを統制した場合のIADL能力の影響力の程度も明らかにする必要がある。

以上をふまえ、本研究では、首都圏在住で、高齢者向けクラブに参加している高齢者の抑うつ危険因子を明らかにすることを目的に、IADL能力・主観的健康感・余暇活動・相談相手・同居家族・死別体験・主観的経済不安の、抑うつへの影響力を検証する。また、IADL能力については項目別の検証も行い、抑うつを予防・軽減するために介入すべきIADL能力の項目の把握と、行うべき取り組みや支援のための示唆を得ることを目的とする。

豊かで活力のある高齢社会の実現には、健康な高齢者の健康維持や生きがい対策への取り組みが重要である（藤原ら, 2003; 佐藤ら, 2002）。その取り組みには、各地域の特性を踏まえた検討が必要であり（斎藤ら, 2003）、首都圏の高齢者を対象とした、本調査の知見は、首都圏在住の高齢者向けの施策への基礎的資料となると考えられる。

2. 方法

2.1 調査対象者と調査方法

首都圏の一般世帯で自立して生活しており、日常生活上で認知機能による問題がなく、質問紙に自己回答可能で、高齢者向けクラブに参加している60歳以上の男女250名を対象に、質問紙調査を実施した。調査協力は、首都圏の社会福祉協議会に登録されている、高齢者対象の地域交流サロンやクラブ等の責任者に依頼した。調査対象者には研究概要説明後、質問紙を渡し、郵送にて回収した。調査実施期間は、2017年9月から11月であった。

193名から回答を得た（回収率77.20%）。回答に不備のあった3名を除き、年齢範囲は60歳から93歳、平均年齢は72.17歳（SD=8.09歳）、男性が66名（34.20%）、女性が124名（64.25%）であった。調査対象者の年代別男女別の人数と各平均年齢を表1に示す。

表1 調査対象者の年代別の人数・性別・平均年齢の構成

年代	男性 (名)	女性 (名)	合計 (名) (平均年齢、SD)
60歳代	26 (39.39%)	48 (38.71%)	74 ($M=63.86$ 歳、 $SD=3.15$)
70歳代	29 (43.39%)	45 (36.29%)	74 ($M=74.23$ 歳、 $SD=2.95$)
80歳以降	11 (16.67%)	31 (25.00%)	42 ($M=83.17$ 歳、 $SD=3.53$)
合計	66 (100%)	124 (100%)	190 ($M=72.17$ 歳、 $SD=8.09$)

2.2 質問紙

2.2.1 抑うつ

抑うつの測定には、日本語版老人用うつスケール短縮版 (GDS-15) (矢富, 1994) を使用した。GDS-15は、Brink et al. (1982) の短縮版Geriatric Depression Scale (Sheikh & Yesavage, 1986) の日本語版であり、抑うつに対する、身体的症状の交絡についても考慮されている (高岡・木立, 2016)、高齢者用の抑うつ尺度である (杉下・朝田, 2009)。「生活に満足していますか」や「いま生きていることは素晴らしいと思いますか」などの15項目で構成されている。「はい」「いいえ」の2件法で、各1点、0点を付与し、15項目の合計得点を算出する。得点の高さは抑うつ傾向の高さを表している。

2.2.2 IADL能力

IADL能力の測定には、老研式活動能力指標 (古谷野ら, 1987) を使用した。一般世帯で自立した生活を営む高齢者の活動能力の測定に適した尺度である (藤原ら, 2003; 古谷野・柴田, 1992; 鈴木ら, 2007)。手段的自立と知的能動性と社会的役割の3因子13項目で構成されている。質問項目は、手段的自立は「日用品の買い物ができる」、知的能動性は「本を読む」、社会的役割は「家族や友人の相談にのる」などである。「はい」「いいえ」の2件法で、各1点、0点を付与し、13項目の合計得点を算出する。得点の高さはIADL能力の高さを表している。なお、古谷野ら (1993) に即して、無回答が3項目以下の者は当該項目について「いいえ」を選択したもののみなし、4項目以上の者は分析から除外した。

2.2.3 基本属性

基本属性として、年齢は数字を記入してもらう方法で、性別は男性か女性の2択で回答を求めた。また首都圏在住の高齢者の抑うつの危険因子として、主観的健康感・余暇活動・相談相手・同居家族・死別体験・主観的経済不安についても尋ねた。回答は、本研究で用いた上記の尺度と同様に2件法とした。各項目に対する質問と選択肢は表2の通りである。

2.3 倫理的配慮

調査対象者に、本研究概要や倫理的配慮、任意参加について説明後、質問紙を配布した。質問紙と返送を自記入式かつ無記名として、個人の特長や情報漏洩に配慮した。質問紙の回答と返送をもって、インフォームド・コンセントが得られたと判断した。国立大学法人お茶の水女子大学人文社会科学研究所の倫理審査委員会の承認を得て実施した (2017-82)。

3. 結果

3.1 分析方法

本研究は、首都圏在住の高齢者の抑うつの危険因子を明らかにすることが目的であった。抑うつの危険因子として、IADL能力・主観的健康感・余暇活動・相談相手・同居家族・死別体験・主観的経済不安を取り上げ、抑うつに対する影響力の検証を行なった。

まず、抑うつやIADL能力、基本属性の記述統計量を算出した。次に、各変数と抑うつの相関をPearsonの相

関係数にて算出した。そして、従属変数に抑うつ、独立変数にIADL能力と基本属性を投入した重回帰分析を行った。最後に、IADL能力の各項目と抑うつとの関係性をPearsonの相関係数にて確認した。分析には、SPSS for Mac ver.24.0を使用した。

3.2 調査対象者の現状把握

3.2.1 抑うつ

GDS-15の得点範囲は3点から13点で、平均は3.57点 ($SD=3.44$) であった ($\alpha=.84$)。6点以上の者を「抑うつ臨床相当群」とみなした場合 (Fukunaga et al., 2012; Schreiner, Hayakawa, Morimoto, & Kakuma, 2003; 杉下・朝田, 2009; Wada et al., 2004; 和久井ら, 2007; 渡辺・今川, 2013)、抑うつ臨床相当群には53名 (27.46%) が該当した。

3.2.2 IADL能力

老研式活動能力指標の得点範囲は、3点から13点で、平均は11.76点 ($SD=1.92$)、103名 (53.37%) が満点 (13点) であった ($\alpha=.77$)。60歳代、70歳代、80歳以降についての年代比較を、一元配置分散分析 ($F(2,184)=3.13, p<.05$)、Tukeyの多重比較で行った結果、60歳代 ($M=12.00$ 点、 $SD=1.62$) と80歳以降 ($M=11.12$ 点、 $SD=2.58$) に有意差があり、80歳以降は60歳代より有意にIADL能力が低いことが確認された。

3.2.3 基本属性

基本属性に対する回答分布および抑うつとの相関を表2に示す。死別体験以外の5項目に抑うつと有意な相関が示され、余暇活動を除く4項目が1%水準で有意であった。

表2 基本属性の質問内容と回答の選択肢

項目	質問内容	選択肢	割合	抑うつ
1 主観的健康感	現在の健康状態をどのように感じていますか	1. 健康である	78.76%	-.44**
		2. 健康ではない	20.21%	
2 余暇活動	余暇活動はしていますか	1. している	73.58%	.33*
		2. していない	24.87%	
3 相談相手	悩み事などを相談できる相手はいますか	1. いる	90.16%	.28**
		2. いない	8.29%	
4 同居家族	現在、一人暮らしですか、家族等と同居していますか	1. 同居している	75.13%	.20**
		2. 一人暮らし	23.83%	
5 死別体験	これまでに死別を経験したことがありますか	1. いいえ	20.94%	.05
		2. はい	79.06%	
6 主観的経済不安	現在の経済状況に不安はありますか	1. 不安はない	66.84%	.37**
		2. 不安がある	31.60%	

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

3.3 抑うつ危険因子

IADL能力は、抑うつ臨床相当群 ($M=10.30$ 点、 $SD=2.51$) と非相当群 ($M=12.33$ 点、 $SD=1.25$) で、有意な差があり ($\chi^2=5.63, df=1, p<.01$)、抑うつと有意な中程度の負の相関があった ($r=-.47, p<.01$)。次に、抑うつに与える影響力を検証するため、抑うつを従属変数とした重回帰分析を実施した。独立変数には、IADL能力・主観的健康感・余暇活動・相談相手・同居家族・死別体験・主観的経済不安・年齢・性別を投入した。その結果、IADL能力 ($\beta=-.34, p<.01$)、主観的健康感 ($\beta=.27, p<.01$)、同居家族 ($\beta=.16, p<.01$)、主観的経済不安 ($\beta=.23, p<.01$)、によって高齢者の抑うつの45%が説明されることが明らかになった。また、Nathans, Oswald, & Nimon (2012) によると、重回帰分析における部分相関係数の2乗値によって、各独立変数が従属変数に与える影響力を確認することができるかとされている。この方法においても、高齢者の抑うつには、IADL能力が最も強

く影響していることが確認された(表3)。つまり抑うつ予防や軽減には、IADL能力の向上のための介入を行うことが、最も効果的であることが示された。

表3 抑うつに対する重回帰分析

変数	B	SE B	β	t	p	部分相関係数	部分相関係数 ² 乗値
IADL能力	-.60	.11	-.34	-5.36	.00	-.30	0.0900
主観的健康感	2.28	.54	.27	4.25	.00	.24	0.0576
余暇活動	.40	.50	.05	0.79	.43	.05	0.0025
相談相手	.82	.76	.07	1.09	.28	.06	0.0036
同居家族	1.25	.47	.16	2.64	.01	.15	0.0225
死別体験	.26	.48	.03	0.54	.59	.03	0.0009
主観的経済不安	1.68	.45	.23	3.76	.00	.21	0.0441
年齢	-.03	.03	-.06	-1.01	.31	-.06	0.0036
性別	-.47	.42	-.07	-1.11	.27	-.06	0.0036
ΔR^2	.45	**					
調整済み R^2	.42	**					

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

抑うつ対策として、IADL能力への介入の重要性が示された一方で、IADL能力には様々な項目があることから、特に介入すべきIADL能力を明確にするべきである。そこで、IADL能力の各項目と抑うつの関係性をPearsonの相関係数で検証した。表4に示す11項目に抑うつと有意な相関が示されたため、これらに関連する支援が特に重要であると考えられる。

さらに、IADL能力得点は、60歳代と80歳以降で有意な差があることも示されたことから、加齢による影響を受けやすい項目を明らかにするために、各質問項目に関する、60歳代と80歳以降の得点比較を χ^2 検定にて実施した。その結果「バスや電車を使って、一人で外出ができます」($\chi^2=5.88$, $df=1$, $p < .05$)、「自分で食事の用意ができる」($\chi^2=7.66$, $df=1$, $p < .01$)、「家族や友達の相談にのることがある」($\chi^2=9.78$, $df=1$, $p < .01$)という3項目に関連する能力ほど、加齢に伴い低下しやすい可能性が示唆された。

表4 老研式活動能力指標(古谷野ら, 1987)の各項目と抑うつの相関

質問項目	質問内容	抑うつ
項目1	バスや電車を使って一人で外出ができますか	-.20**
項目2	日用品の買い物ができますか	-.20**
項目3	自分で食事の用意ができますか	-.27**
項目4	請求書の支払ができますか	-.19**
項目5	銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか	-.32**
項目6	年金などの書類が書けますか	-.10
項目7	新聞などを読んでいますか	-.16*
項目8	本や雑誌を読んでいますか	-.23**
項目9	健康についての記事や番組に関心がありますか	-.10
項目10	友達の家を訪ねることがありますか	-.41**
項目11	家族や友達の相談にのることがありますか	-.34**
項目12	病人を見舞うことができますか	-.32**
項目13	若い人に自分から話しかけることがありますか	-.26**

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

注：太字の質問項目は、60歳代と80歳以降で有意差が示された項目である。

4. 考察

本研究は、首都圏在住の高齢者の抑うつに対するIADL能力・主観的健康感・余暇活動・相談相手・同居家族・死別体験・主観的経済不安の影響力を明らかにすることであった。

首都圏在住の高齢者について、約3割に抑うつ症状が認められた。この結果は、北海道・滋賀県・京都府・三重県在住の約6000名を対象としたWada et al. (2004)と同様であった。本研究ではサロンやクラブに参加している高齢者を対象としたが、それでも約3割に抑うつ症状が認められたため、クラブ等非参加者を含めた首都圏の一般世帯で生活する高齢者は、さらに高い抑うつ割合を示す可能性が考えられ、抑うつ対策の重要性が確認された。

4.1 高齢者の抑うつの要因について

分析の結果、IADL能力の低さ・主観的健康感の低さ・独居であること・主観的経済不安を抱えていることが、抑うつの増強に有意に作用していることが示された。特に、IADL能力が抑うつに最も強く影響しており、IADL能力に対する介入が、抑うつの予防や軽減のために、最重要である可能性を示した。

IADL能力が抑うつと密接に関連している背景として3点推測される。1点目は、IADL能力の低下に伴う不安の増大である。この不安には、死や病気、自身の要介護状態、認知症など老い全般に対する不安が含まれている(田中・長谷川, 2012; 和田, 2000)。2点目は、IADL能力の低下により、周囲に迷惑をかけることへの懸念を抱くことである。うつ病の高齢者は、老いや病気により、身近な人や社会の人々に対して、無力感や負い目を感じていることが示されている(田中・長谷川, 2012; 宇佐美ら, 2015)。3点目は、IADL能力の低下の持続的な実感である。IADL能力の低下は、日常生活において物理的、直接的に多大なる負担をもたらすと同時に、その負担を生涯にわたり背負っていかねばならない(池内・藤原, 2009)。強いストレスも、時の経過により緩和する場合には、抑うつ症状の増加は見られにくい(Chan et al., 2012)、IADL能力は、加齢も影響し、日々悪化していく可能性の方が高い。以上より、IADL能力の低下は、日常生活の遂行を困難にさせると同時に、強い精神的負荷をもたらすために、抑うつに影響していると考えられる。そのため、高齢者の心身の健康度の向上に、IADL能力への介入は不可欠で、IADL能力の低下の予防が、高齢者の自立的な日常生活の継続と抑うつの予防や軽減に繋がると考えられる。

4.2 加齢に関連するIADL能力低下への対策

IADL能力のうち、抑うつと有意な関連があり、60歳代と80歳以降の間に有意な差が見られた項目は「バスや電車を使い、一人で外出ができる」「家族や友達の相談にのることがある」「自分で食事の用意ができる」の3項目であった。

第1項目の外出について、首都圏在住の高齢者は、交通手段が盛んであるために外出頻度が高く、その結果、健康関連QOLやADLが保たれていると指摘されている(渡辺ら, 2004; 柳原ら, 2017)。そのため、交通手段がある状況においても、加齢に伴い外出が困難になることは、能動的な社会活動の低下をもたらす(渡辺ら, 2004)。さらに外出することは、身体的活動量の増加、精神的健康度の向上や活動意欲の向上にも寄与する(浅井ら, 2001; 青木, 2008; 本田ら, 2005)。高齢者にとって外出頻度の維持は重要で、そのためにも社会や他者との交流の機会の確保が必要である(中村・山田, 2009)。この点は、社会的孤立の予防および他者交流の増加に繋がることから、以下第2項目の相談相手にも関連する。

松本・東候(2001)は、一番近いところに同居者がいることは、身体面のこともすぐ相談に乗ってもらえて、心配事や悩みも聞いてもらえるため、精神的に安心できるとともに、自分の健康への自信や精神的健康感の高さにも関連すると述べており、石ら(2013)は、独居高齢者が身体面や生活面に何らかの不便がある場合に、近くに住んでいる友人や近隣からの支えが家族の役割を果たし、心身とも負担が軽減されると考えている。社会的孤立は抑うつや主観的健康観の高さとも有意な関連があることから(齋藤・川南, 2017)、相談相手の存在は高齢者の心身の健康に深く関与していると言える。この点は、本分析により有意な抑うつの危険因子であると示され

た、独居であることや主観的健康感の低さと抑うつとの関連を、相談相手の存在が緩和する可能性もあると考えられる。加齢に伴う配偶者との死別も含め、首都圏は高齢者の独居率の増加も顕著で、孤独感や不安感を持ちやすい環境にあり（和久井ら, 2007）、友人知人との交流や、町内会自治体への参加割合が低いことが指摘されている（斎藤ら, 2015）。本研究では、サロンやクラブの参加者を対象に調査を行なったが、それでもなお同居者や相談相手の存在が抑うつに強く関連していた。したがってクラブ等非参加者の場合には、この傾向はさらに顕著に示されると推測される。

第3項目の食事について、身体的虚弱の要因には低栄養状態が関連しており（渡辺ら, 2004）、自宅で暮らす要支援高齢者の場合、食事メニューの単一化や、食欲の低下、買い物の制限などの問題が生じていることが指摘されている（田辺・井上, 2014）。高齢者の栄養状態の改善策として、高齢者向けの料理教室および、食事を誰かと一緒に摂る共食の機会を提供することが有効であると考えられる。共食の機会は、食物の適切な摂取とともに、QOLの向上に期待ができる（津村ら, 2004）。木村・神崎（2013）も、食欲や食べる楽しさと精神的健康度の高さを示しており、本策は有効であると考えられる。

首都圏在住の高齢者への介入としては、就労の機会の提供も挙げられる（出村ら, 2003）。経済的に余裕がないことは、疾病の診断や治療などを十分に受けられず、健康に支障が生じる恐れがあり、その不安が、主観的健康感を低下させる（石ら, 2013）。本研究において、主観的経済的不安や主観的健康感も有意な抑うつ危険因子であると指摘されていたことから、就労の機会の提供は、これらの不安およびそれに伴う抑うつ予防・軽減にも寄与すると考えられる。しかし、高齢者の就労割合は地方よりも首都圏の方が低いとの報告があり（斎藤ら, 2015）、高齢者の社会参加活動についてニーズと実際とのミスマッチが指摘されている（藤原, 2017）。社会の少子化に伴って予想される労働力不足時代に対応するためにも、高齢者の活力を生かすことが必要であり、高齢になっても働ける場の環境整備が求められる（佐藤ら, 2002）。首都圏は、施設の充実や、交通の利便性の高さから（斎藤ら, 2015）、社会参加も多様な選択肢がある。そのような首都圏の利点を活かし、様々な社会参加の機会を設けることで、心身の健康度の向上が期待される。

5. 限界点と今後の研究への示唆

本研究には、今後の研究で配慮すべき、4点の限界点がある。1点目は、抑うつとIADL能力の関係性についてである。本研究では、抑うつとIADL能力の因果関係の検証を横断的調査によって実施した。そのため結果の解釈には限界があり、今後は縦断的調査を行い、IADL能力と抑うつとの因果関係を明確にすることが求められる。2点目は、高齢者の年齢についてである。本研究は、内閣府の調査を参考に、調査対象者を60歳以上とした。一方、65歳以上を高齢者とみなす研究も多く、5歳の差が研究結果に影響している可能性は否めない。また加齢変化についても、60歳代と80歳代で3項目に有意差があることが確認されたが、その背景は明確にできていない。この傾向が首都圏のみに該当するのかも確認されていない。今後は高齢者の年齢区分および加齢変化について詳細な検討が求められる。3点目は、分析についてである。本調査では、調査対象者が高齢者であることに配慮し、全項目を2件法に統一した。2件法で得た回答を連続変数とみなして分析を行ったため、結果の解釈はその点に留意する必要がある。次の調査では、回答選択肢の増加と、より詳細な分析を行うことが課題である。4点目は、調査対象者の認知機能についてである。本研究では調査対象者を、生活上で認知機能の問題がない者としたが、その判断は明確な基準によるものではない。また、認知機能障害を有している場合は、コミュニケーションや、ソーシャル・サポートの満足な授受を困難にするため、孤独感や抑うつを増強させる可能性があり（古川ら, 2004）、認知機能の高低で、抑うつに影響している要因が異なると考えられる。今後は、明確な認知機能の測定と、認知機能別での更なる検証が必要である。

【註】

1. 総務省統計局 人口推計 令和2年7月報 <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202007.pdf> (2020年8月8日検索)

【引用文献一覧】

- 青木邦男 (2008). 在宅高齢者のQOL, ADL, 運動実施状況および健康度の関連性. *社会福祉学*, 49, 71-83.
- 浅井英典・新開省二・井門恵理子 (2001). 虚弱高齢者のQOLに対する短期間の定期的な運動指導の有効性. *体育学研究*, 46, 269-279.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- Chan, D., Kwok, A., Leung, J., Yuen, K., Choy, D., & Leung, P. C. (2012). Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. *Journal of Affective Disorders*, 136, 963-970.
- 張賢徳・中原理佳 (2012). 高齢者の自殺 (特集 老年内科医に必要な精神神経疾患の知識). *日本老年医学会雑誌*, 49, 547-554.
- 出村慎一・松沢甚三郎・多田信彦・石川幸生・野田政弘・村瀬智彦 (2003). 地方都市在住の在宅高齢者における抑うつと生活要因との関係. *日本生理人類学会誌*, 8, 1-5.
- 出村慎一・佐藤進 (2004). 日常生活動作 (ADL) を用いた高齢者の機能評価. *体育学研究*, 49, 519-533.
- Fukunaga, R., Abe, Y., Nakagawa, Y., Koyama, A., Fujise, N., & Ikeda, M. (2012). Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*, 12, 179-185.
- 藤原佳典 (2017). 地域高齢者における社会的フレイルの概念と特徴: 社会的側面から見たフレイル. *日本転倒予防学会誌*, 3, 11-16.
- 藤原佳典・新開省二・天野秀紀・渡辺修一郎・熊谷修・高林幸司・吉田裕人・星旦二・田中政春・森田昌宏・芳賀博 (2003). 自立高齢者における老研式活動能力指標得点の変動: 生活機能の個別評価に向けた検討. *日本公衆衛生雑誌*, 50, 360-367.
- 古川秀敏・国武和子 (2007). 地域在住高齢者の抑うつに関連要因: N県N町の老人クラブの調査結果. *日本看護研究学会雑誌*, 30, 61-66.
- 古川秀敏・国武和子・野口房子 (2004). 高齢者の抑うつ・孤独感の緩和と地域社会との交流: ハワイ在住日系高齢者の調査結果. *老年社会科学*, 26, 85-91.
- 神宮純江・江上裕子・絹川直子・佐野忍・武井寛子 (2003). 在宅高齢者における生活機能に関連する要因. *日本公衆衛生雑誌*, 50, 92-105.
- 本田亜起子・斉藤恵美子・金川克子・村嶋幸代 (2002). 一人暮らし高齢者の自立度とそれに関連する要因の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 49, 795-801.
- 本田彦彦・仙道美佳子・高橋絵理・平田あき・植木章三 (2005). 地域在宅高齢者における身体機能と抑うつ傾向の関連性. *保健福祉学研究*, 3, 51-61.
- 石岩・谷村厚子・品川俊一郎・繁田雅弘 (2013). 在宅高齢者の主観的健康感に関連する要因の文献的研究. *日本保健科学学会*, 16, 82-89.
- 池内裕美・藤原武弘 (2009). 喪失からの心理的回復過程. *社会心理学研究*, 24, 169-178.
- 葛谷雅文・益田雄一郎・平川仁尚・岩田充永・榎裕美・長谷川潤・井川昭久 (2006). 在宅要介護高齢者の「うつ」発症頻度ならびにその関連因子. *日本老年医学会雑誌*, 43, 512-517.
- 岸玲子・浦田泰成・西條泰明・堀川尚子・佐藤徹郎・吉岡英治 (2005). 高齢者の抑うつにおよぼすストレスフルイベントの影響と社会的サポートネットワークの予防的役割: 北海道における縦断研究. *精神神経学雑誌*, 107, 369-377.
- 木村裕美・神崎匠世 (2013). 在宅後期高齢者のうつ傾向に関連する研究. *日本農村医学会雑誌*, 61, 915-924.
- 金美辰・堀米史一 (2011). 介護予防への意識と日常生活機能に関する調査研究. *社会医学研究*, 29, 73-78.
- 古谷野亘・橋本廸生・府川哲夫・柴田博・郡司篤晃 (1993). 地域老人の生活機能: 老研式活動能力指標による測定値の分布. *日本公衆衛生誌*, 40, 468-474.
- 古谷野亘・柴田博 (1992). 老研式活動能力指標の交差妥当性: 因子構造の不変性と予測的妥当性. *老年社会科学*, 14, 34-42.
- 古谷野亘・柴田博・中里克治・芳賀博・須山靖男 (1987). 地域老人における活動能力の測定: 老研式活動能力指標の開発. *日本公衆衛生雑誌*, 34, 109-114.
- 増地あゆみ・岸玲子 (2001). 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察: ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に. *日本公衆衛生雑誌*, 48, 435-448.
- 松井一章・藤原孝之 (2016). 地域高齢者の日常生活活動に影響を及ぼす身体機能の検討: 宮城県大崎地区における介護予防事業 (二次予防事業) からのデータより. *理学療法法の歩み*, 27, 36-41.
- 村上雅也・荒川美穂・川上康子・久保田章仁・森山英樹 (2007). 高齢者の意欲と生活動作能力の関連. *理学療法・臨床・研究・教育*, 14, 58-62.
- 村上智広・望月吉勝 (2016). 要支援高齢者の抑うつ状態に関連する要因. *日本保健福祉学会誌*, 22, 9-17.
- 中村恵子・山田紀代美 (2009). 虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因. *日本看護研究学会雑誌*, 32, 29-38.
- Nathans, L. L., Oswald, F. L., & Nimon, K. 2012. Interpreting multiple linear regression: A guidebook of variable importance. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17, 1-19.
- 斎藤民・近藤克則・村田千代栄・鄭丞媛・鈴木佳代・近藤尚己・JAGES グループ (2015). 高齢者の外出行動と社会的・余暇的活動における性差と地域差 JAGES プロジェクトから. *日本公衆衛生雑誌*, 62, 596-608.

- 齋藤泰子・川南公代 (2017). 高齢者の社会的孤立と健康に関する文献研究. 武蔵野大学看護学研究所紀要, 11, 21-29.
- 佐藤 秀紀・佐藤 秀一・山下 弘二 (2002). 地域在宅高齢者における活動能力と社会活動の関連性. 日本保健福祉学会誌, 8, 3-15.
- Schreiner, A. S., Hayakawa, H., Morimoto, T. & Kakuma, T. (2003). Screening for late life depression: cut-off scores for the Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for depression in dementia among Japanese subjects. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 498-505.
- Sheikh, J.I. and Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 56, 509-513.
- 杉下守弘・朝田隆 (2009). 高齢者用うつ尺度短縮版：日本語版 (Geriatric Depression Scale-Short Version-Japanese, GDS-S-J) の作成について. 認知神経科学, 11, 87-91.
- 鈴木直子・後藤あや・横川博英・安村誠司 (2009). 地域在住高齢者のIADLの「実行状況」と「能力」の1年後の変化. 日本老年医学会雑誌, 46, 47-54.
- 鈴木直子・牧上久仁子・後藤あや・横川博英・安村誠司 (2007). 地域在住高齢者のIADLの「実行状況」と「能力」による評価の検討：基本チェックリストと老研式活動能力指標から. 日本老年医学会雑誌, 44, 619-626.
- 高橋泉・太田将勝・叶堂隆三 (2009). 高齢者の死生観に関する研究. 人間の発達, 5, 71-73.
- 高橋祥友 (1994). 老年期の自殺 (老年期の心身医学をめぐって). 心身医学, 34, 49-54.
- 高岡哲子・木立るり子 (2016). わが国の看護学領域における高齢者のうつに関する研究の動向と課題：2003-2012年の検索結果を中心に. 老年看護学, 20, 68-75.
- 田辺生子・井上智代 (2014). 要支援高齢者の食行動の現状と影響を及ぼす内容についての質的分析. 日本保健福祉学会誌, 21, 45-56.
- 田中浩二・長谷川雅美 (2012). うつ病を抱えながら老いを生きる高齢者の体験. 日本看護科学会誌, 32, 53-62.
- 坪井さとみ・福川康之・新野直明・安藤富士子・下方浩史 (2004). 地域在住の中高齢者の抑うつに関連する要因：その年齢差と性差. 心理学研究, 75, 101-108.
- 津村有紀・荻布智恵・広田直子・曾根良昭 (2004). 食品摂取状況からみた高齢者の食生活. 生活科学研究誌, 3, 47-54.
- 宇佐美しおり・相澤和美・川田陽子・小山達也・佐藤寧子・河野佐代子・山岡由実・長谷川雅美・永井優子・石飛マリコ (2015). 老年期のうつ病患者・家族への対応 (老年期うつ病ケアガイドライン). 日本精神保健看護学会誌, 24, 105-124.
- 和田秀樹 (2000). 高齢者の身体疾患におけるこころの問題と対策. 日本老年医学会雑誌, 37, 885-888.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., Murakami, S., Otsuka, K., Yone, S., Kita, T. & Matsubayashi, K. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 15-23.
- 和久井君江・田高悦子・真田弘美・金川克子 (2007). 大都市部独居高齢者の抑うつとその関連要因. 日本地域看護学会誌, 9, 32-36.
- 渡辺舞・今川民雄 (2013). GDS (老人用うつ尺度) 短縮版の因子構造に関する研究：信頼性と妥当性の検討およびカットオフポイントの検討. パーソナリティ研究, 22, 193-197.
- 渡辺美鈴・渡辺丈眞・河村圭子・樋口由美・河野公一 (2004). ひとりで遠出できないとする高齢者の背景要因：大都市近郊に独居する自立前期高齢者における調査. 日本公衆衛生雑誌, 51, 854-861.
- 渡辺美鈴・渡辺丈眞・松浦尊磨・樋口由美・渋谷孝裕・白田寛・河野公一 (2007). 生活機能の自立した高齢者における閉じこもりの発生の予測因子. 日本老年医学会雑誌, 44, 238-246.
- 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, 29-36.

