

3. 基本属性別のうつ傾向群の割合 (表3)

性別では、要支援者および要介護1者共に男女間とうつ傾向との関連に有意な差はみられなかった。年齢区分では、要介護1者については、前期高齢者の70.0%、後期高齢者の74.0%がうつ傾向群であり、後期高齢者のほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p=0.047$)。家族構成では、要介護1者については、うつ傾向群はひとり暮らし群が76.1%、ひとり暮らし以外群が71.9%であり、ひとり暮らし群のほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p=0.030$)。

基本属性のいずれもすべてのカテゴリーにおいて、要支援者に比べ要介護1者のほうがうつ傾向群の占める割合が多かった。

4. 身体的項目別のうつ傾向群の割合 (表4)

1) 治療中の疾患

心疾患では、要支援者についてのみ、心疾患ありのほうが有意にうつ傾向群が多かった ($p=0.004$)。脳血管疾患でも、要支援者についてのみ、脳血管疾患ありのほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p=0.032$)。

要支援者および要介護1者共に高血圧および関

節痛や神経痛の有無とうつ傾向との関連に有意な差はみられなかった。

2) ADL

歩行では、要支援者については、介助の73.0%、自立の58.1%、要介護1者については、介助の82.6%、自立の70.2%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共に介助のほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。排尿・排便の失敗では、要支援者については、失敗ありの72.2%、失敗なしの52.8%、要介護1者については、失敗ありの79.9%、失敗なしの66.8%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共に失敗ありのほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。

3) 咀嚼能力

要支援者については、なし群の72.1%、あり群の54.0%、要介護1者については、なし群の82.2%、あり群の67.5%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共になし群のほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。

4) 過去1年間の転倒経験

要支援者については、ありの64.6%、なしの54.9%、要介護1者については、ありの76.9%、なしの68.3%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共にありのほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。

身体的項目のいずれもすべてのカテゴリーにおい

表2 要介護度別のうつ傾向群の割合 $n=5,832$

項目	うつ傾向群	非うつ傾向群	p値
要支援	1,870 (59.6)	1,265 (40.4)	0.000
要介護1	1,971 (73.1)	726 (26.9)	

数字は人数、()内は%を表す

表3 基本属性別のうつ傾向群の割合

項目	要支援			要介護1			
	n(人)	うつ傾向群(%)	p値	n(人)	うつ傾向群(%)	p値	
性別	男性	866	58.9	n.s.	770	72.6	n.s.
	女性	2,269	59.9		1,927	73.3	
年齢区分	前期高齢者	808	59.0	n.s.	644	70.0	0.047
	後期高齢者	2,327	59.9		2,053	74.0	
家族構成	ひとり暮らし群	1,155	60.3	n.s.	756	76.1	0.030
	ひとり暮らし以外群	1,980	59.2		1,941	71.9	

n.s.: not significant

表 4 身体的項目別のうつ傾向群の割合

項目	要支援			要介護1			
	n(人)	うつ傾向群(%)	p値	n(人)	うつ傾向群(%)	p値	
治療中の疾患							
高血圧	あり	1,381	60.0	n.s.	1,140	74.3	n.s.
	なし	1,754	59.4		1,557	72.2	
心疾患	あり	754	64.2	0.004	691	74.5	n.s.
	なし	2,381	58.2		2,006	72.6	
脳血管疾患	あり	307	65.5	0.032	393	76.6	n.s.
	なし	2,828	59.0		2,304	72.5	
関節痛や神経痛	あり	1,497	60.3	n.s.	1,319	73.8	n.s.
	なし	1,638	59.1		1,378	72.4	
ADL							
歩行	介助	244	73.0	0.000	616	82.6	0.000
	自立	2,575	58.1		1,838	70.2	
排泄の失敗	あり	1,043	72.2	0.000	1,288	79.9	0.000
	なし	1,942	52.8		1,319	66.8	
咀嚼能力	なし群	953	72.1	0.000	1,018	82.2	0.000
	あり群	2,053	54.0		1,606	67.5	
過去1年間の転倒経験	あり	1,509	64.6	0.000	1,517	76.9	0.000
	なし	1,524	54.9		1,114	68.3	

n.s.: not significant

表 5 心理的項目別のうつ傾向群の割合

項目	要支援			要介護1			
	n(人)	うつ傾向群(%)	p値	n(人)	うつ傾向群(%)	p値	
主観的健康感	非健康群	2,014	67.8	0.000	1,854	79.0	0.000
	健康群	1,081	45.0		803	60.6	
生きがい	なし	1,315	81.9	0.000	1,412	87.7	0.000
	あり	1,408	39.6		961	53.7	

て、要支援者に比べ要介護1者のほうがうつ傾向群の占める割合が多かった。

5. 心理的項目別のうつ傾向群の割合 (表 5)

主観的健康感では、要支援者については、非健康群の67.8%、健康群の45.0%、要介護1者については、非健康群の79.0%、健康群の60.6%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共に非健康群のほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。生きがいでは、要支援者については、なしの81.9%、ありの39.6%、要介護1者

については、なしの87.7%、ありの53.7%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共になしのほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。

心理的項目のいずれもすべてのカテゴリーにおいて、要支援者に比べ要介護1者のほうがうつ傾向群の占める割合が多かった。

6. 社会的項目別のうつ傾向群の割合 (表 6)

1) 趣味

要支援者については、なしの75.2%、ありの

表6 社会的項目別のうつ傾向群の割合

項目	要支援			要介護1			
	n(人)	うつ傾向群(%)	p値	n(人)	うつ傾向群(%)	p値	
趣味	なし	1,252	75.2	0.000	1,447	83.3	0.000
	あり	1,729	49.2		1,098	60.4	
地域での活動への参加	なし	2,118	64.8	0.000	2,153	76.6	0.000
	あり	837	47.0		449	57.0	
外出頻度	1週間に1回未満群	437	76.9	0.000	744	86.4	0.000
	1週間に1回以上群	2,514	56.6		1,831	67.8	
外出範囲	敷地内群	557	76.8	0.000	905	83.5	0.000
	敷地外群	2,406	55.6		1,677	67.6	
介護保険サービス利用	なし	977	60.8	n.s.	449	70.2	n.s.
	あり	2,158	59.1		2,248	73.7	

n.s.: not significant

49.2%、要介護1者については、なしの83.3%、ありの60.4%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共になしのほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。

2) 地域での活動への参加

要支援者については、なしの64.8%、ありの47.0%、要介護1者については、なしの76.6%、ありの57.0%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共になしのほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。

3) 外出頻度

要支援者については、1週間に1回未満群の76.9%、1週間に1回以上群の56.6%、要介護1者については、1週間に1回未満群の86.4%、1週間に1回以上群の67.8%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共に1週間に1回未満群のほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。

4) 外出範囲

要支援者については、敷地内群の76.8%、敷地外群の55.6%、要介護1者については、敷地内群の83.5%、敷地外群の67.6%がうつ傾向群であり、要支援者および要介護1者共に敷地内群のほうが有意にうつ傾向群の占める割合が多かった ($p \leq 0.001$)。

5) 介護保険サービスの利用

要支援者および要介護1者共に介護保険サービスの利用の有無とうつ傾向との関連に有意な差はみられなかった。

社会的項目のいずれもすべてのカテゴリーにおいて、要支援者に比べ要介護1者のほうがうつ傾向群の占める割合が多かった。

7. うつ傾向に関連する要因 (表7)

うつ傾向との関連をみるために、うつ傾向の有無を従属変数とし、検定で有意であったすべての項目および性別、年齢区分、家族構成を独立変数として投入し、ステップワイズの変数増減法にて多重ロジスティック回帰分析を行った。性別は要支援者および要介護1者共に χ^2 検定で有意ではなかったが、うつ生涯有病率においても性差があるため¹⁾、交絡因子としての調整を行うため独立変数として投入した。

うつ傾向に関連する因子として、要支援者および要介護1者共に、身体的項目では、排泄の失敗あり(要支援者オッズ比2.00, $p = 0.000$ 、要介護1者オッズ比1.40, $p = 0.005$)、咀嚼能力なし(要支援者オッズ比1.68, $p = 0.000$ 、要介護1者オッズ比1.51, $p = 0.001$)、心理的項目では、主観的健康感の非健康(要支援者オッズ比2.12, $p = 0.000$ 、要介護1者オッズ比1.73, $p = 0.000$)、生きがいなし(要支援者オッズ比5.25, $p = 0.000$ 、要介護1者オ

表7 うつ傾向の有無を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析結果

カテゴリー	要支援			要介護1			
	オッズ比	95%信頼区間	検定	オッズ比	95%信頼区間	検定	
基本属性							
性別	女性	1.34	1.08 ~ 1.68	0.009			
年齢区分	後期高齢者						
家族構成	ひとり暮らし群			1.77	1.35 ~ 2.31	0.000	
身体的項目							
心疾患	あり						
脳血管疾患	あり						
歩行	介助			1.37	1.01 ~ 1.85	0.040	
排泄の失敗	あり	2.00	1.61 ~ 2.49	0.000	1.40	1.11 ~ 1.78	0.005
咀嚼能力	なし群	1.68	1.34 ~ 2.10	0.000	1.51	1.17 ~ 1.94	0.001
過去1年間の転倒経験	あり						
心理的項目							
主観的健康感	非健康群	2.12	1.73 ~ 2.61	0.000	1.73	1.36 ~ 2.21	0.000
生きがい	なし	5.25	4.21 ~ 6.54	0.000	3.94	3.03 ~ 5.12	0.000
社会的項目							
趣味	なし	1.46	1.17 ~ 1.83	0.001	1.60	1.23 ~ 2.09	0.000
地域での活動への参加	なし	1.35	1.08 ~ 1.68	0.009	1.53	1.16 ~ 2.04	0.003
外出頻度	1週間に1回未満群				2.02	1.50 ~ 2.73	0.000
外出範囲	敷地内群	1.50	1.13 ~ 1.99	0.005			

オッズ比 3.94, $p = 0.000$)。社会的項目では、趣味なし (要支援者オッズ比 1.46, $p = 0.001$ 、要介護1者オッズ比 1.60, $p = 0.000$)、地域での活動への参加なし (要支援者オッズ比 1.35, $p = 0.009$ 、要介護1者オッズ比 1.53, $p = 0.003$) が抽出された。また、要支援者では、女性 (要支援者オッズ比 1.34, $p = 0.009$)、外出範囲の敷地内 (要支援者オッズ比 1.50, $p = 0.005$)、要介護1者では、家族構成のひとり暮らし (要介護1者オッズ比 1.77, $p = 0.000$)、歩行の介助 (要介護1者オッズ比 1.37, $p = 0.040$)、外出頻度の1週間に1回未満 (要介護1者オッズ比 2.02, $p = 0.000$) も正の因子として有意に関連していた。

IV. 考 察

うつ傾向群は、要支援者の 59.6%、要介護1者の 73.1% を占めていた。

GDS15 を用いた近藤ら¹⁶⁾の要介護認定を受けていない一般高齢者への調査では、うつ傾向とうつを合わせて 33.1% であり、黒田ら⁷⁾の地域在住高齢者

を対象とした調査においても、男性では 13.9%、女性では 17.0% と報告されている。今回の調査結果では、高齢者抑うつ尺度短縮版 (GDS5) を用いたため、GDS15 のようにうつ傾向とうつを判別することはできないが、一般高齢者に比べて軽度認定者はうつ傾向の割合が非常に高く、うつ予防・支援が必要な対象であることが示された。

要支援者と要介護1者に共通して抽出されたうつの関連因子は、身体的側面では排泄の失敗あり、咀嚼能力なし、心理的側面では主観的健康感の非健康、生きがいなし、社会的側面では趣味なし、地域での活動への参加なしであった。

排泄の失敗は自立心や生活意欲の低下のきっかけになり¹⁷⁾、うつ傾向に陥る場合もあると考えられる。また、尿失禁がある場合、うつ傾向になるとの報告¹⁸⁾があり、本研究において同様の結果が得られたことから、軽度認定者への尿失禁の予防がうつ予防につながると思われる。咀嚼能力については、高齢者の歯・口腔に関する先行研究において、歯・口腔の状態とうつが強く関連していると報告されている¹¹⁾。

軽度認定者についての先行研究は見当たらないが、軽度認定者に新予防給付で実施される口腔機能の向上事業がうつ予防にも有効であると期待される。

生きがいなしは、うつ傾向に対するオッズ比の値がもっとも大きかった。一方、地域在住高齢者の生きがいを規定する要因についての横断研究では、男女共に GDS 得点が低いほうが生きがいをもっており、本研究結果と一致している¹⁹⁾。生きがいの要因に関しては、社会参加、ソーシャルサポート、良好な健康状態などが挙げられ^{20, 21)}、うつの要因とも共通しており²²⁻²⁶⁾、軽度認定者に対しても生きがい支援を行うことがひいてはうつ予防につながると考えられる。主観的健康感も生きがいについて高いオッズ比を示したが、主観的健康感や健康度自己評価が低いことがうつと関連するという地域在住高齢者の先行研究^{7, 26-28)}は本研究と一致する。主観的健康感とうつなどの心理的・精神的指標としても妥当性が認められており、簡便な健康評価指標としての実用性が高いことが示唆されている¹²⁾。主観的健康感が非健康の場合はうつも念頭におき、うつのスクリーニングを実施するなどの対策を行うことが望ましいと考える。

地域での活動参加に関しては、他者との交流、社会参加といった視点でソーシャルサポートやボランティア参加との関係を見ると、都市在住の高齢者におけるソーシャルサポートとうつの関連性では、うつ予防にはソーシャルサポートの確保の重要性が示唆されており²⁹⁾、地方都市在住者への調査では、ボランティア参加状況、友人の数とうつとの関連が認められている³⁰⁾。これらからも軽度認定者に関しても、積極的な地域での活動への参加がうつ予防の一助になると考えられる。

同じ軽度認定者でも、要支援者と要介護1者では日常生活上の基本的活動の状態像が異なり³⁰⁾。また、要介護認定2年後の生存に関するオッズ比は、要支援者の1と比較すると要介護1者は0.57という報告³¹⁾もあるため、本研究では、要支援者と要介護1者をひとまとめにせずそれぞれで分析を行った。

その結果、要介護1者のほうが要支援者に比べ有意にうつ傾向群の占める割合が多いことが明らかになった。

また、うつの関連因子は要支援者では、女性、外出範囲の敷地内、要介護1者では、ひとり暮らし、歩行の介助、外出頻度の1週間に1回未満がそれぞれ抽出された。

女性は要支援者でのみうつの関連因子であった、日常生活に支障のない60歳以上の地域在住高齢者では、男性に比べて女性に抑うつ傾向を示す割合が多くみられたと報告されている³²⁾。要介護1者に比べ日常生活が自立している要支援者では地域在住高齢者と同様の結果が得られたと考えられる。一方、要介護1者では、性別よりも他の因子の影響が大きいため、性別の効果が認められなかったのではないかと考えられるが、歩行の介助は要介護1者でのみうつの関連因子であった、身体障害があることや健康状態がよくないことがうつの関連要因であるという先行研究²⁴⁻²⁷⁾もあり、歩行が自立しているか否かを考慮した支援が重要であると考えられる。また、ひとり暮らしも要介護1者でのみうつの関連因子であった。ひとり暮らし高齢者の要介護予備軍は、自立群と比較してうつ傾向にある者が有意に多い³³⁾という報告もあり、同じ軽度認定者でも要支援者よりも要介護1者といったより要介護度の重いひとり暮らし高齢者はうつに陥りやすいのではないかと考えられ、家族構成を踏まえた支援の必要性も示唆された。

外出に関しては、要支援者では外出範囲の敷地内、要介護1者では外出頻度の1週間に1回未満といった異なる因子が抽出された。外出頻度のみならず外出範囲も踏まえた前向き研究³⁴⁾では、外出頻度が2、3日に1回以上であった者のうち、移動能力は敷地外への外出が可能にもかかわらず、1週間に1回程度以下の外出頻度への移行の要因にうつ傾向ありが挙げられている。うつによる外出意欲の低下が外出頻度の減少に影響している結果であると考えられる。要支援者は移動能力においては敷地外への外出が可能であるにもかかわらず、敷地内の

みの行動範囲である理由のひとつにうつを疑い支援する必要があると考えられる。一方、地域在住高齢者の外出頻度にかかわる要因の調査³⁵⁾では、外出頻度が低い高齢者は抑うつ的であったと報告されており、要介護1者に関しては、歩行の介助など外出に向けての支援の必要性が示唆された。日常生活上の基本的活動の状態像³⁶⁾においても要支援者は歩行がほぼ自立であるのに対し、要介護1者は一部介助となっており、状態像が異なることが要支援者と要介護1者のうつの関連因子の違いとなって現れていると考えられる。要支援者では、女性や移動能力が自立しているにもかかわらず敷地内のみの行動範囲である者に対して、要介護1者では、ひとり暮らしや歩行の介助が必要な者、外出頻度の低い者に対して、身近な地域で参加できる趣味の教室などの地域での活動への参加を支援することにより他者との交流や生きがい生まれ、うつ予防につながると期待される。

うつ予防・支援事業は、主として幅広い集団に対してサービスを実施することが有効と考えられることから、当面、地域支援事業において実施することが適当である³⁶⁾とされ、軽度認定者は対象となっていない。しかしながら、本研究より、軽度認定者にうつ傾向の者が多いことが明らかになり、排泄の失敗、咀嚼能力、生きがい、閉じこもり等の各要因を踏まえたうつ予防・支援事業が必要であることが示された。また、支援するにあたっては、要支援者と要介護1者の違いを考慮した支援が望まれる。

明らかになったうつの要因をもつ者に対してはうつ予防のみならず、さまざまな機会をとらえてうつのスクリーニングを行い、早期発見・早期治療につながることも不可欠であると考えられる。

V. おわりに

在宅の軽度認定者のうつの実態およびうつに関連する要因を明らかにし、うつ予防の示唆を得ることを目的に横断研究を行った。「うつ傾向」を予防するためには、身体的・心理的・社会的側面のすべてを考慮したうつ予防・支援の必要性が示唆された。

全国に200万人余りいる軽度認定者が、生活の質の低下を予防し充実した生活を維持することができよううつ予防・支援に取り組むことは急務であると考えられる。

しかしながら、本研究の限界としては以下の点が挙げられる。第一に、今回の調査は横断研究であるため、うつ傾向とうつ傾向に関連する要因との関連性の因果関係が断定できない点である。第二に、軽度の要介護認定者のみが対象であり、本結果を同じく介護予防のターゲットである特定高齢者や要介護度2～5の要介護者にそのまま適用することができない点である。第三に、先行研究^{6) 8)}でうつの関連要因となっている不幸な出来事、睡眠障害、うつの既往、ソーシャルサポートなどを調査項目にいれておらず、関連要因を網羅した検討ができていない点。第四に、郵送による自記式調査のため欠損データの聞き取りによる把握ができず、多重ロジスティック回帰分析にあたり分析サンプルが減少した点である。今後は、これらの点を考慮したいっそう精度の高い研究を行う必要があると考えられる。

稿を終えるにあたり、調査にご協力いただいた「要支援」・「要介護1」認定者のみなさまおよび市町村関係者各位に深謝する。

なお、本研究の一部は平成16年度三菱財団社会福祉助成および厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）H17-長寿-24「要介護認定における要支援及び要介護1の要介護度の推移の状況とその要因からみた介護予防プログラムの開発に関する研究」（主任研究者：和泉京子）により行われた。

文 献

- 1) 遠藤英俊：うつの評価、(鳥羽研二編)高齢者総合的機能評価ガイドライン、107-114、厚生科学研究所、東京(2003)。
- 2) 栗田圭一：地域在住高齢者の自殺年慮に関する1年間の前向きコホート研究、東北医学雑誌、117(1)：94-96(2005)。
- 3) 近藤克典：抑うつ：社会と身体的健康をつなぐもの(1)、公衆衛生、68(5)：388-391(2004)。

- 4) 厚生労働省介護制度改革本部：介護保険制度の見直しについて。(2004)。
- 5) 藤原佳典, 天野秀紀, 熊谷 修ほか：在宅自立高齢者の介護保険認定に関連する身体・心理的要因3年4か月間の追跡研究から。日本公衆衛生雑誌, **53**(2)：77-91(2006)。
- 6) Cole MG, Dendukuri N : Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects : A Systematic Review and Meta - Analysis. *American Journal of Psychiatry*, **160**(6) : 1147- 1156(2003)。
- 7) 黒田研二, 隅田好美：高齢者における日常生活自立度低下の予防に関する研究(第2報)。厚生指標, **49**(8)：14-19(2002)。
- 8) 増地あゆみ：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**(6)：435-448(2001)。
- 9) 杉原陽子：地域における転倒・閉じこもりのリスク要因と介入研究。老年精神医学雑誌, **15**(1)：26-35(2004)。
- 10) 中田晴美：寝たきりの要因となる尿失禁：早期に継続的な予防対策を。GPNet, **51**(5)：43-47(2004)。
- 11) 中出美代, 平井 寛, 近藤克典ほか：高齢者の歯・口腔・栄養状態。公衆衛生, **69**(4)：313-317(2005)。
- 12) 艾 斌, 星 且三：高齢者における主観的健康感の有用性に関する研究。日本公衆衛生雑誌, **52**(10)：841-852(2005)。
- 13) 関 奈緒：歩行時間、睡眠時間、生きがいと高齢者の生命余後の関連に関するコホート研究。日本衛生学雑誌, **56**(2)：535-540(2001)。
- 14) 第4回介護予防サービス評価研究委員会：介護予防に関する各研究班における検討内容(2005)。
- 15) 平井 寛, 近藤克典, 市田行信ほか：高齢者の「閉じこもり」。公衆衛生, **69**(6)：485-489(2005)。
- 16) 近藤克典, 平井 寛, 吉井清子ほか：高齢者の心身健康の社会経済格差と地域格差の実態。公衆衛生, **69**(2)：145-148(2005)。
- 17) 巻田ふき, 鎌田ケイ子, 大淵律子ほか：高齢期尿失禁の背景的諸因子とケアに関する調査研究。老年社会科学, **13**(1)：191-206(1991)。
- 18) 鳥羽研二：高齢者の排尿障害を巡る問題。治療学, **39**(11)：45-49(2005)。
- 19) 藤本弘一郎, 岡田克俊, 泉 俊男ほか：地域在住高齢者の生きがいを規定する要因についての研究。厚生指標, **51**(4)：24-32(2004)。
- 20) 松田晋哉, 筒井由香, 高島洋子：地域高齢者のいきがい形成に関連する要因の重要度の分析。日本公衆衛生雑誌, **45**(8)：704-712(1998)。
- 21) 蘇 珍伊, 林 暁淵, 安 壽山ほか：大都市に居住している在宅高齢者のいきがい感に関連する要因。厚生指標, **51**(13)：1-6(2004)。
- 22) 小泉弥生, 粟田圭一, 関 徹ほか：都市在住の高齢者におけるソーシャル・サポートと抑うつ症状の関連性。日本老年医学会雑誌, **41**(4)：426-433(2004)。
- 23) Phifer JF, Murrell SA : Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, **95** : 282-291(1986)。
- 24) Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, et al. : Risk factors for depression in later life : Results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of affective disorders*, **59** : 127-137(2000)。
- 25) Prince MJ, Harwood RH, Thomas A, et al. : A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression : The Gospel Oak Project VII. *Psychological medicine*, **28** : 337-350(1998)。
- 26) Harlow SD, Goldberg EL, Comstock GW : A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *American journal of epidemiology*, **134** : 526-536(1991)。
- 27) Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C : The emergence of depressive symptoms in late life : The importance of declining health and increasing disability. *Journal of community health*, **15** : 93-104(1990)。
- 28) 佐藤秀紀, 中嶋和夫：地域高齢者の抑うつ状態を規定する要因。厚生指標, **44**(13)：10-16(1997)。
- 29) 出村慎一, 多田信彦, 松沢其三郎：地方都市在住在宅高齢者における抑うつと生活要因の関係年代及び性別比較。教育医学, **48**(4)：322-330(2003)。
- 30) 社会保障審議会介護給付費分科会介護予防ワーキングチーム：社会保障審議会介護給付費分科会介護予防

-
- ワーキングチーム中間報告(2005).
- 31) 武田俊平:介護保険における65歳以上要介護等認定者の2年後の生死と要介護度の変化,日本公衆衛生雑誌, 51(3):157-168(2004).
- 32) 出村慎一,松沢甚三郎,多田信彦ほか: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(2):45-49(2003).
- 33) 本田亜起子,齊藤恵美子,金川克子ほか: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(8):795-801(2002).
- 34) 新聞省二,藤田幸司,藤原佳典ほか: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(2005).
- 35) 藤田幸司,藤原佳典,熊谷修ほか:地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴,日本公衆衛生雑誌, 51(3):168-180(2004).
- 36) 中井孝之:厚生労働省ホットライン介護予防サービスの評価・開発・手法の検討について,地域ケアリング, 17(9):53-61(2005).

Factors related to depression in elderly people with lower care levels

Kyoko Izumi¹⁾, Yoko Aso²⁾, Miwa Yamamoto³⁾, Toshiya Hukushima⁴⁾

1) School of Nursing, Osaka Prefecture University

2) Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences

3) Meiji University of Oriental Medicine School of Nursing

4) Public Health and Welfare Office, Department of Public Health and Welfare, Osaka Prefectural Government

This research aims to clarify factors related to depression in community-living elderly people certified as needing lower care levels, and to discover preventive approaches to depression. The analysis covered 5,832 persons certified as requiring care in 2004 (Support required: 3,135; Care level 1: 2,697). Persons with depressive tendencies accounted for 59.6% of persons requiring support, and 73.1% of persons requiring care. Based on a univariate analysis of basic attributes and physical, psychological, and social items, we conducted a multiple logistic regression analysis of items having a significant correlation with "depressive tendencies." For both the group "Support required" and the group "Care level 1", the tendency toward depression was associated with toiletting accidents, no ability to chew, the group whose subjective evaluation of health was "unhealthy", and the group with no purpose in life, no hobbies, and no participation in community activities. For the group "Support required", being female and that excursions outside were limited to the facility grounds were additional factors associated with a tendency to depression. For the group "Care level 1", living alone, needing assistance to walk, and less than once weekly outdoor activity were additionally associated with a tendency to depression.

These results suggest that persons with "depressive tendencies" require support with consideration to physical, psychological, and social factors.

Key words : attractive quality and must-be quality, care facilities for the elderly, environment of facilities, staff's recognition, environmental improvement

2) 研究発表

(1) シンポジウム発表

i シンポジウム「文化的差異への鋭敏性をいかに育むか」,
和泉京子, 阿曾洋子: 日本における介護保険「軽度認定」高齢者のうつに関連する身体・
心理・社会的要因—12ヶ月の追跡研究から—, 大阪府立大学国際シンポジウム, 2006

Physical, Psychological and Social Factors Relating to Depression in Advanced Age Person with Lower Care Levels in Long-term Care (Nursing-care) Insurance in Japan: 12-month Follow-up Research

Kyoko Izumi (School of Nursing, Osaka Prefecture University)
Yoko Aso (Graduate School of Medicine, Osaka University)

Introduction: According to WHO, depression is expected to be the world's second most significant disease by 2020, and therefore, it represents a serious health problem. Furthermore, depression is a predictor of deteriorating daily living functions and/or suicidal tendency, which means that it is also a serious issue in respect of advanced age persons. In Japan, the proportion of advanced age persons in the population is 20%, while the average life expectancy is first and fourth in the world for women and men respectively. In this super-aging society, explaining the factors relating to depression in advanced age persons with lower care levels, who are the subject of preventive care, would make a useful contribution to the prevention of depression in Japan as well as in other aging societies.

Objectives: Explaining physical, psychological and social factors relating to depression in advanced age persons with lower care levels, and identifying the implications for prevention of depression.

Research Methods

Subjects: Out of 10,864 persons classified as either "Support Required" level or Care Level 1 during the period from August 2004 to December 2004, living in 22 cities and towns in Osaka Prefecture, 4,188 persons responded to the first survey in 2004 and the second survey in 2005, just one year later.

Methods: Postal survey

Survey items: Basic attributes, physical/psychological/social items

Analysis: χ^2 ・t test, multinomial logistic regression analysis, concerning tendency toward depression in the second survey, after one year, for those who did not have a tendency toward depression in the first survey

Ethical consideration: Approved by the Ethical Review Board of Osaka University

Results: The numbers of people who had a tendency toward depression were 2,704 (64.6%) in the first survey and 2,778 (66.3%) in the second survey. Among those who did not exhibit this tendency in the first survey (1,484 persons), the number of people who showed a tendency in the second survey was 489 (33.0%).

Factors governing the transition from no tendency toward depression to such a tendency in the second year included: physical pointers such as requiring walking assistance and exhibiting increasing degrees of dementia; psychological signals such as lack of interest in life; and social factors such as having problems leaving one's own property, not participating in local activities, and experiencing difficulty in moving around due to steps in one's own home.

Out of those who exhibited no tendency toward depression in the second survey (995), 115 people (11.6%) required an increase in care levels over the space of one year, while among those who did show a tendency toward depression in the second survey (489), 88 people (18.0%) required increased levels of care over the same period. This indicates, quite significantly, that those who show a tendency toward depression are more likely to require increased levels of care.

Discussion: Among those who did not exhibit a tendency toward depression in the first survey, 33% subsequently developed this tendency, and physical, psychological and social factors were extracted from the survey. Also, those who required a greater level of care after one year were significantly among those who underwent the transition from no tendency toward depression to a positive tendency, which suggests that preventive care of advanced age persons should incorporate some preventive measures against depression. Effective measures against depression include support for giving a meaning to life, providing out-of-home excursion opportunities, and participating in local activities. Above all, participating in local activities encourages getting out and about and helps give meaning to life. Thus, there is a need to promote and implement local activities that are designed to make participation easy for advanced age persons. In addition, those who need mobility assistance and/or dementia support (including those who currently exhibit few or minor symptoms) run a higher risk of depression, and therefore need intensive support.

This research was carried out with support from a Ministry of Health, Labour, and Welfare Research Grant for FY 2005-6 (Lead Researcher: Kyoko Izumi).

日本における介護保険「軽度認定」高齢者のうつに関連する身体・心理・社会的要因 —12ヶ月後の追跡研究から—

和泉京子（大阪府立大学看護学部）

阿曾洋子（大阪大学大学院医学系研究科）

はじめに:WHOによると、うつは2020年に世界の主要疾患の2位になると予測されており、重要な健康問題である。また、うつは高齢者の生活機能低下や自殺念慮の予知因子であることから、高齢者にとっても深刻である。日本は、高齢化率20%であり、平均寿命は、世界で女性は1位、男性は4位である。超高齢化社会である日本において介護予防のターゲットである軽度認定高齢者のうつに関連する要因を明らかにすることは、日本のみならず高齢化が進む国々のうつ予防にも寄与すると考える。

目的:日本における軽度認定高齢者のうつに関連する身体・心理・社会的要因を明らかにし、うつ予防検討の示唆を得ること。

研究方法

対象:大阪府下22市町村の2004年8～12月の要支援と要介護1の軽度認定高齢者10,864人中、2004年初回調査及び2005年1年後調査ともに調査票を回収できた4,188人。

方法:郵送調査

調査内容:基本属性、身体・心理・社会的項目

分析:初回調査時（以下初回）にうつ傾向なしであった者に関して1年後調査時（以下1年後）のうつ傾向の有無に関する χ^2 ・t検定、多重ロジスティック回帰分析。

倫理的配慮:大阪大学倫理審査委員会で承認を得た。

結果:うつ傾向ありは、初回は2,704人(64.6%)、1年後は2,778人(66.3%)であった。初回にうつ傾向なしの者1,484人のうち、489人(33.0%)が1年後にうつ傾向ありになっていた。

初回にうつ傾向なしの者の1年後のうつ傾向と関連する因子として、身体的項目では歩行の介助群、認知症得点が1点あがるごと、心理的項目では生きがいなし、社会的項目では外出範囲の敷地内群、地域活動参加なし、家の中の段差による行動制限ありが抽出された。

1年後もうつ傾向なしの者995人のうち、1年後の要介護度悪化群は115人(11.6%)であり、うつ傾向ありの者489人では88人(18.0%)が1年後の要介護度悪化群となっており、うつ傾向なしの者に比べうつ傾向ありの者の方が、有意に1年後の要介護度の悪化群は多かった。

考察:初回にうつ傾向なしだった者のうち、33.0%が1年後にうつ傾向ありになっており、身体・心理・社会的項目からそれぞれ予知因子が抽出された。また、1年後にうつ傾向ありになった者は有意に1年後の要介護度悪化群が多かったことから、介護予防にもうつ予防の必要性が示唆された。うつ予防には、生きがい・外出・地域活動参加への支援が望まれるが、地域活動参加が外出につながり、地域での交流が生きがいにつながることもあることから、身近な地域で参加できる活動の活性化が期待される。さらに、歩行に介助の必要な者、認知症（疑い含む）についてはうつ傾向のハイリスクとして重点的に支援する必要性があると考えられる。

本研究は、平成17、18年度厚生労働科学研究費補助金（主任研究者 和泉京子）の助成を受け実施した。

ii シンポジウム「セルフネグレクトを予防するには」,
和泉京子：大阪府下の要支援・要介護 1 高齢者 7,600 件の実態調査からみえてきたもの,
第 3 回高齢者虐待防止学会大阪大会抄録集, 60-63 頁, 2006

大阪府下の要支援・要介護 1 高齢者 7,600 件の実態調査からみえてきたもの

和泉京子 (大阪府立大学看護学部)

I はじめに

介護保険制度の改正に伴い、従来の要介護認定の軽度認定者である要支援を要支援 1、要介護 1 を要支援 2 と要介護 1 とし、要支援 1、要支援 2 に対しての新予防給付が開始された。その背景には、軽度認定者の増加および悪化率が高かったことなどがあげられている。

そこで、介護予防という視点から、在宅高齢者における要介護認定における要支援及び要介護 1 の要介護度の推移の状況とその要因を明らかにし、その要因を基に介護予防プログラムを開発することを目的に調査を行った。

従って、本調査はセルフネグレクトを意識して行われた調査ではないが、軽度認定者のセルフネグレクト兆候の実態を明らかにすることは、セルフネグレクト予防の示唆を得るのみならず、セルフネグレクト兆候の早期把握が介護予防にもつながると考えられる。ここでは、要支援及び要介護 1 と認定された高齢者の実態調査からセルフネグレクト兆候に関する項目について考察したので報告する。

II 実態調査の概要

目的：軽度認定者の世帯構成別のセルフネグレクト兆候の実態を明らかにし、セルフネグレクトの早期把握と予防の示唆を得ることである。

対象：平成 16 年 11 月に大阪府下 44 市町村へ調査依頼をし、承諾を得た 22 市町村の要介護認定において平成 16 年 8 月～12 月に要支援と認定された 5,130 人、要介護 1 と認定された 5,734 人の合計 10,864 人である。

方法：平成 16 年 12 月～平成 17 年 3 月に 22 市町村より郵送にて調査票を送付し、郵送にて回収した。

調査項目：基本属性（性、年齢、家族構成）、認知症早期発見スクリーニング指標¹⁾、高齢者抑うつ尺度短縮版²⁾（Geriatric Depression Scale 短縮版：以下 GDS5）、主観的健康感、近所付き合い、同居の家族との付き合い、別居の身内との付き合い、外出頻度、行動範囲、家の中の段差等による行動の制限の有無、家から出るときの段差等による行動の制限の有無、咀嚼状況、生活の規則正しさ、健診受診状況、介護保険サービス利用の有無など。

III 調査結果

調査票の回収数は、要支援者が 3,878 人（回収率 75.6%）、要介護者が 3,724 人（回収率 65.0%）で、合計 7,602 人（回収率 70.0%）であった。これらの回収数のうち、基本属性の未記入者、調査時に 65 歳未満の者および年齢の未回答者、施設等へ入所している者および、在宅か入所かが不明な者を除外し、要支援者では 3,621（93.4%）人、要介護者では 3,311（88.9%）人の合計 6,932 人（91.2%）について分析を行った。

1 軽度認定者の基本属性

性別は、男性が 27.6%、女性が 72.4%であった。平均年齢は、79.6±6.8 歳であり、前期高齢者が 24.4%、後期高齢者が 75.6%であった。家族構成は、独居が 33.5%、夫婦二

人暮らしが 29.2%、家族等と同居が 37.4%であった。

2 家族構成別にみた基本属性とセルフネグレクト兆候に関する項目の状況

表 1 参照

IV 実態調査からみえてきたもの

セルフネグレクトの発生因子³⁾の一つにあげられる認知症では、認知症早期発見スクリーニング指標得点に家族構成別ではほとんど違いはなかった。うつについても、家族構成別に大きな違いは見られなかったが、いずれもうつ傾向の者が 6 割を超えており、軽度認定者にはうつ傾向の者が多く、セルフネグレクト発生のハイリスク者であると考えられる。

また、孤立という視点から近所付き合い、同居の家族・別居の身内との付き合いを見ると、独居よりも夫婦二人暮らしに近所付き合い、別居の身内との付き合いともにほとんどなしが多く、独居、夫婦二人暮らしに比べて、家族等と同居では、それ以上になしが多かった。外出頻度、行動範囲から閉じこもりの状況を見ると、独居よりも夫婦二人暮らしの方が閉じこもりの状況が多く、独居、夫婦二人暮らしに比べて、家族等と同居では、さらに閉じこもりの状況が多かった。閉じこもりに影響すると思われる家から出るときの段差等の行動制限でも、家族等と同居が最も多くありと回答していたが、いずれも 3 割以上の者が行動制限を感じていた。

咀嚼状況については、家族構成別ではあまり差は見られなかったが、いずれも 3 割以上の者が咀嚼に不具合を感じながら生活をしている実態が明らかになった。生活の規則正しさでは、独居が最も不規則であり、次いで夫婦二人暮らしとなっていた。

健診受診状況では、独居、夫婦二人暮らしは同様であったが、家族等と同居では 3 割余りが毎年受診せずと回答しており最も多かった。介護保険サービス利用は、夫婦二人暮らしでは最もなしが多く、次いで、家族等と同居、独居であった。

以上の結果より、軽度認定者はセルフネグレクト発生のハイリスク群に属していると考えられ、世帯構成別では、独居よりも夫婦二人暮らし、さらに、家族等と同居においてセルフネグレクト兆候の割合が多くみられた。独居や夫婦二人暮らしの高齢者がハイリスク者として考えられがちであるが、本調査では、家族等と同居の高齢者への支援についての重要性が示唆された。

セルフネグレクトの予防には、軽度認定者に対してもセルフネグレクトという視点を持ち、あらゆる機会を利用して家族構成や心身の状況を把握し、必要な情報提供を行い、適切な行動がとれるように支援することが必要であると考えられる。

本研究の一部は平成 16 年度三菱財団社会福祉助成および厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）H17—長寿—24「要介護認定における要支援及び要介護 1 の要介護度の推移の状況とその要因からみた介護予防プログラムの開発に関する研究」（主任研究者和泉京子）により行われた。

文献

- 1) 鳥羽研二. 認知機能の評価. 鳥羽研二. 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 東京: 厚生科学研究所, 2003; 72-86.
- 2) 遠藤英俊. うつの評価. 鳥羽研二. 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 東京: 厚生科学研究所, 2003; 107-114.
- 3) 津村智恵子他. 高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題. 大阪市立大学看護学雑誌, 第 2 刊, 2006; 1-10.

表1 家族構成別にみた基本属性とセルフネグレクト兆候に関する項目の状況(%)

	独居	夫婦二人暮らし	家族等と同居
性	83.8	52.2	78.0
年齢	79.4	77.7	81.2
認知症早期発見スクリーニング指標得点	2.9	3.0	3.1
高齢者抑うつ尺度短縮版(GDS5)	66.6	64.1	66.6
主観的健康感	67.7	73.6	62.1
近所付き合い	11.7	11.4	16.1
同居の家族との付き合い	—	8.0	6.1
別居の身内との付き合い	17.7	20.5	25.4
外出頻度	16.6	21.2	26.8
行動範囲	21.6	26.0	33.8
家の中の段差等による行動の制限	31.4	35.9	35.8
家から出るときの段差等による行動の制限	32.1	33.0	36.7
咀嚼状況	34.7	34.4	36.4
生活の規則正しさ	23.5	21.1	18.5
健診受診状況	25.3	24.7	31.3
介護保険サービス利用	22.6	27.5	25.4

(2) 学会発表

i 和泉京子、山本美輪、阿曾洋子：在宅高齢者における要介護認定「軽度認定者」の転倒に関連する要因，第26回日本看護科学学会学術集会講演集，182頁，2006

在宅高齢者における要介護認定「軽度認定者」の転倒に関連する要因

○和泉京子（大阪府立大学看護学部）

山本美輪（明治鍼灸大学看護学部）

阿曾洋子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）

【はじめに】転倒は要介護状態に陥る主要因の一つである。また、介護保険制度の改正に伴い平成18年度より軽度認定者への予防給付として行われる運動器の機能向上事業に際し転倒経験がアセスメントの項目にあがっており介護予防に重要な項目である。

【目的】在宅高齢者における軽度認定者の転倒に関連する要因を明らかにし、介護予防事業検討の示唆を得ることである。

【方法】対象：大阪府下22市町村の平成16年8～12月に認定された要支援者5,130人と要介護1者5,734人の計10,864人、方法：郵送調査、調査内容：性、年齢、家族構成、治療中の疾患、過去1年間の転倒経験（以下転倒経験とする）及び入院経験の有無、歩行、排泄の失敗の有無、主観的健康感、高齢者抑うつ尺度簡易版、外出頻度、外出範囲、家の中の段差の有無、分析：転倒経験と各項目との χ^2 検定、転倒経験を独立変数とし転倒経験と有意差のあった項目を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析

【倫理的配慮】大阪大学倫理審査委員会で承認を得た。書面に、研究の主旨、匿名性、人権擁護、結果の公表、回答の有無による不利益がない旨を明記し、回答をもって同意とした。

【結果】回収数（回収率）は要支援者が3,871人（75.6%）、要介護1が3,724人（65.0%）の計7,602人（70.0%）で、性、年齢、転倒経験に回答のあった6,675人（要支援：3,473人、要介護1：3,202人）を分析対象者とした。転倒経験があったのは、要支援者の50.1%、要介護1者の58.1%であり要支援者と要介護1者の間に有意差が認められた。転倒経験と有意差のあった項目について、多重ロジスティック回帰分析を行ったところ、要支援者、要介護1者ともに、関節痛や神経痛の治療中、骨折あり、過去1年間の入院経験あり、排泄の失敗あり、うつ傾向あり、家の中の段差ありが関連要因として抽出された。また前記以外に、要支援者では歩行の要介助群、主観的健康感の非健康群、要介護1者では後期高齢者が関連要因として抽出された。

【考察】軽度認定者の半数以上が転倒経験を有しており、段差の解消等の転倒予防及び骨折や入院後の早期離床等の転倒後の支援、うつ予防の支援等の必要性が示唆された。現在、縦断調査の結果を分析中である。本研究は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金「要介護認定における要支援及び要介護1の要介護度の推移の状況とその要因からみた介護予防プログラムの開発に関する研究」（主任研究者 和泉京子）の助成を受け実施した研究の一部である。

ii Kyoko IZUMI, Yoko ASO : Factors Related to Depression among Infirm Elderly Women in Japan, International Council on Women's Health Issues, p72-73, 2006

Factors Related to Depression among Infirm Elderly Women in Japan

Kyoko I¹, Yoko A²

-Background:

In WHO Reports, depression is a very serious problem in the world. In the elderly people, depression is abounding for the woman. Depression becomes one of the causes of suicide.

The aging rate of the Japanese population in 2006 was 20.0%, the highest in the world.

-Purpose:

To clarify the factors related to depression among infirm elderly women, and to derive hints for studies on preventive depression.

-Methods:

Method: Survey by postal mail

Subjects: 4,196 infirm elderly women living in Osaka Prefecture

Survey details: age, family configuration, physical, psychological, and social items

Analysis: chi-square test, multiple logistic regression analysis

-Result:

The average age was 79.5±6.7yrs.

Persons with "depressive tendency" accounted for 66.1%.

Based on a univariate analysis of basic attributes and physical, psychological, and social items, we conducted a multiple logistic regression analysis of items having a significant correlation with "depressive tendency".

Factors identified as being related to "depressive tendency" were: (1) assistance is necessary for a walk (odds ratio:1.47, p=0.008)、(2) toileting accidents (odds ratio:1.83, p=0.000)、(3) fall experience of the past one year (odds ratio:1.22, p=0.032)、(4) no ability to chew (odds ratio:1.54, p=0.000)、(5) subjective evaluation of health was unhealthy (odds ratio:1.81, p=0.000)、(6) no purpose in life (odds ratio:4.45, p=0.000) (7) no hobbies (odds ratio:1.37, p=0.002)、(8) went outside less than once a week (odds ratio:1.35, p=0.046)、(9) no participation in community activities (odds ratio:1.48, p=0.000)、(10) no neighborhood acquaintance (odds ratio:1.41, p=0.036)

-Conclusion:

The number of elderly women with a "depressive tendency" was 66.1%. These results suggest that persons with "depressive tendency" require support with consideration to physical, psychological, and social factors.

iii 和泉京子、山本美輪、阿曾洋子、福島俊也：在宅高齢者における要介護認定「軽度認定者」の外出頻度に関連する要因，第 65 回日本公衆衛生学会総会抄録集，770 頁，2006

在宅高齢者における要介護認定「軽度認定者」の外出頻度に関連する要因

○和泉京子（大阪府立大学看護学部）

山本美輪（明治鍼灸大学看護学部）

阿曾洋子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）

福島俊也（大阪府健康福祉部地域保健福祉室）

【はじめに】外出頻度の低い閉じこもりは要介護状態に陥る要因の一つであり、介護保険制度改正に伴い平成 18 年度より地域支援事業として閉じこもり予防・支援が行われる。軽度認定者への新予防給付においては閉じこもり予防・支援は行われませんが、軽度認定者の外出頻度についての先行研究はなくその実態は明らかになっていない。

【目的】在宅高齢者における軽度認定者の外出頻度に関連する要因を明らかにし、介護予防事業検討の示唆を得ること。

【方法】

対象：大阪府下 22 市町村の平成 16 年 8～12 月に認定された要支援認定者（以下要支援者）5,130 人と要介護 1 認定者（以下要介護 1 者）5,734 人の計 10,864 人

方法：郵送調査

調査内容：性、年齢、家族構成、外出頻度（「ほとんど外出しない」を稀外出群とし、「毎日 1 回以上」、「2～3 日に 1 日程度」、「1 週間に 1 回程度」を頻外出群とした）、治療中の疾患、過去 1 年間の転倒経験及び入院経験の有無、歩行、排泄の失敗の有無、主観的健康感、高齢者抑うつ尺度簡易版、外出範囲、家の外に出るときの段差の有無

分析：外出頻度と各項目との χ^2 検定、外出頻度を独立変数とし外出頻度と有意差のあった項目を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

倫理的配慮：大阪大学倫理審査委員会承認を得た。書面に研究の主旨、匿名性、人権擁護、結果の公表、回答の有無による不利益がない旨を明記し、回答をもって同意とした。

【結果】回収数（回収率）は要支援者が 3,871 人（75.6%）、要介護 1 者が 3,724 人（65.0%）の計 7,602 人（70.0%）で、性、年齢、外出頻度に回答のあった 6,470 人（要支援：3,363 人、要介護 1：3,107 人）を分析対象者とした。外出頻度の稀外出群は、要支援者の 14.9%、要介護 1 者の 29.3% であり要支援者と要介護 1 者の間に有意差が認められた。外出頻度と有意差のあった項目について、多重ロジスティック回帰分析を行ったところ、要支援者、要介護 1 者ともに、外出頻度と関連する因子として、①後期高齢者、②過去 1 年間の入院経験あり、③うつ傾向あり、④外出範囲の敷地内群が抽出された。また前記以外に、要支援者では歩行の要介助群、要介護 1 者では治療中の疾患の脳血管疾患あり、主観的健康感の非健康群、家の外に出るときの段差ありが抽出された。

【考察】要支援者の 14.9%、要介護 1 者の 29.3% が外出頻度の稀外出群であり、入院後の支援、うつ予防の支援、外出支援、段差の解消等環境面の支援の必要性が示唆された。現在、縦断調査結果を分析中である。本研究は、平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（主任研究者 和泉京子）の助成を受け実施した研究の一部である。

iv 和泉京子、山本美輪、阿曾洋子：介護保険における「要支援」・「要介護1」認定者の排泄の失敗に関する研究，日本地域看護学会第9回学術集会，123頁，2007

介護保険の軽度認定者の排尿・排便の失敗の実態を明らかにし、介護予防対策を検討する基礎資料を得ることを目的に調査を行った。その結果、排尿・排便の失敗のある者には、身体・心理・社会的側面のすべてを考慮した支援の必要性が示唆された。支援に向けて基本健康診査時にスクリーニングを実施する等の検討が必要となると考えられる。

【はじめに】平成18年度からの介護保険制度改革では、要支援や要介護1の軽度認定者へ予防給付が創設された。従来の要支援を要支援1とし、要介護1を要支援2、要介護1と区分して要支援1、2認定者に介護予防対策が実施される。要支援や要介護1の軽度認定者の身体・心理・社会的側面の実態を明らかにするために調査を行ったが、その中で排尿・排便の失敗があるとの回答が多く見られた。排泄の失敗は、身体・心理・社会的側面に様々な影響を及ぼし、閉じこもりや寝たきりにつながるとの報告もある。

【目的】軽度認定者の排尿・排便の失敗の実態を明らかにし、介護予防対策を検討する基礎資料を得ることを目的とした。

【方法】対象：大阪府下44市町村（平成16年11月現在）へ調査依頼をし、承諾を得た22市町村の要介護認定において認定された平成16年8月～12月の要支援者5,130人、要介護1者5,734人の合計10,864人である。

方法：平成16年12月～平成17年3月の期間中に22市町村より郵送にて調査票を送付し郵送にて回収した。

調査内容：性、年齢、家族構成、排尿・排便の失敗の有無、トイレに行く動作（トイレへの移動、排泄、後始末、衣類をただす）、高齢者抑うつ尺度簡易版（GDS5：5点満点中2点以上の場合うつ傾向を疑う）、生きがいの有無、主観的健康感、外出頻度、外出範囲、老研式活動能力指標、分析：検定 χ^2 、T検定

倫理的配慮：大阪大学倫理審査委員会承認を得た。研究の主旨、結果は本研究以外に用いず回答有無の不利益がない旨書面で明記し回答にて同意を得た。

【結果】回収数（回収率）は要支援が3,871人（75.6%）、要介護1が3,724人（65.0%）の計7,602人（70.0%）であった。基本属性および排尿・排便の失敗の有無の未記入者、調査時に65歳未満の者および年齢の未回答者、施設等へ入所している者および、在宅か入所かが不明な者を除外した6,563人について分析を行った。性別は、要支援は男性936人（27.5%）、女性2,466人（72.5%）、要介護1は男性879人（27.8%）、女性2,282人（72.2%）であった。平均年齢は、要支援は79.1歳（SD±6.5）、要介護1は80.1歳（SD±7.0）であった。

家族構成は、独居が要支援は1,271人（37.3%）であり、要介護1は908人（28.7%）であった。

「排尿・排便の失敗あり」と回答した者は、要支援は1,194人（35.1%）であり、要介護1は1,559人（49.3%）であった。

「排尿・排便の失敗あり」は、要支援及び要介護1ともに女性に比べ男性に多く（ $p < 0.001$ ）、前期高齢者に比べ後期高齢者に多くかった（ $p < 0.01$ ）。身体的側面では、トイレに行く動作が自立群に比べ介助群に多くかった（ $p < 0.001$ ）。また、心理的側面では、うつ傾向なし群に比べうつ傾向あり群に多く（ $p < 0.001$ ）、生きがいありに比べ生きがいなしに多く（ $p < 0.001$ ）、主観的健康感が健康群に比べ非健康群に多くかった（ $p < 0.001$ ）。社会的側面では、外出頻度が1週間に1回以上に比べ1週間に1回未満に多く（ $p < 0.001$ ）、外出範囲が徒歩か乗り物で行ける範囲に比べ家の中と敷地内に多く（ $p < 0.001$ ）、老研式

活動能力指標得点は、要支援及び要介護1ともに排尿・排便の失敗なしに比べ排尿・排便の失敗ありは低かった ($p < 0.001$)。

【考察】排尿・排便の失敗ありと回答した者は、身体的側面は、トイレに行く動作に介助を要しており、心理的側面は、うつ傾向が強く、生きがいが少なく、主観的健康感が低かった。社会的側面は、外出頻度が少なく、外出範囲も狭かった。また、老研式活動能力指標得点も低かった。これより、排尿・排便の失敗に対しては、身体・心理・社会的側面のすべてを考慮した支援の必要性が示唆された。支援を行うにあたり基本健康診査時等にスクリーニングを実施する等の検討が必要となると考えられる。明らかになった実態について縦断調査にて分析予定である。

本研究は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「要介護認定における要支援及び要介護1の要介護度の推移の状況とその要因からみた介護予防プログラムの開発に関する研究」（主任研究者 和泉京子）により行われた研究の一部である。

3. 知的知的財産権の出願・登録状況 なし

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

1. 原著論文

和泉京子、阿曾洋子、山本美輪、福島俊也：「軽度要介護認定」高齢者のうつに関連する要因，老年社会科学，28 卷 4 号，476 頁～486 頁，2007

2. 報告書

- 1) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—平成17年度1年後調査の概要—，121 頁，2006
- 2) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—池田市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 3) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—泉佐野市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 4) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—茨木市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 5) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—大阪狭山市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 6) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—貝塚市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 7) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—門真市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 8) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—河南町における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 9) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—河内長野市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 0) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—岸和田市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 1) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—摂津市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 2) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—泉南市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 3) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—太子町における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 4) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—高石市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 5) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—田尻町における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 6) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—千早赤阪村における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 7) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—豊中市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 8) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—豊能町における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006
- 1 9) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書—寝屋川市における平成17年度1年後調査の概要—，91 頁，2006

- 2 0) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書―羽曳野市における平成17年度1年後調査の概要―，91頁，2006
- 2 1) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書―阪南市における平成17年度1年後調査の概要―，91頁，2006
- 2 2) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書―岬町における平成17年度1年後調査の概要―，91頁，2006
- 2 3) 和泉京子、阿曾洋子、福島俊也：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書―箕面市における平成17年度1年後調査の概要―，91頁，2006

- 2 4) 和泉京子、阿曾洋子：要介護認定「要支援」・「要介護1」認定者への調査報告書：要介護度の推移の状況とその要因からみた介護予防対策に関する研究―1年後の要介護認定結果から―，86頁，2007