

年の全国の自殺率は人口10万対24.9であり、精神疾患（うつ病、統合失調症、依存症）を有する者の割合が高いこと（生活保護受給者15.0%、全国平均2.5%）が自殺率を高めている主たる要因と考察されている。

しかし、生活困窮者は、しばしば、精神疾患、認知症、要介護、貧困、単身、社会的孤立などの重層的生活課題を抱えており¹²⁾、そのような課題を抱える者ほど必要なサービスにつながりにくいという現実社会の矛盾がある^{5,6)}。重層的生活課題を抱える生活困窮者に効果的な自殺予防策を講じるには、自殺関連行動の出現頻度とともに、精神的・身体的・社会的要因の相互関連、現実求められる支援の可視化、サービス提供の方法論に関する実践的研究が不可欠であろう。

ホームレスを対象とする自殺関連行動の関連要因研究については諸外国からの報告がいくつかある。Schuttら¹¹⁾は、ボストンのシェルターを利用しているホームレス（sheltered homeless：N=218）において、最近1ヵ月間の自殺念慮が13%に認められ、心理的苦悩は自殺念慮の出現に直接効果をもたらし、「自覚的ソーシャルサポート」が心理的苦悩の直接効果を緩和することを示している。Eynanら³⁾はトロントのホームレス（N=330）において、自殺念慮の生涯有病率が64%、自殺企図の生涯有病率は34%であり、「精神医学的診断」は自殺念慮と自殺企図の両者に関連し、「精神医学的診断」とは独立に「小児期に少なくとも1週間以上の家族不在のホームレス経験があること」「ホームレス期間が6ヵ月以上であること」が自殺念慮に関連すると報告している。Desaiら²⁾は、米国のThe Access to Community Care and Effective Services and Supports program（ACCESSプログラム）に登録されている精神疾患をもつホームレス（N=7,224）を対象に面接調査を行い、2週間以上持続する自殺念慮の生涯有病率は66%、自殺企図の生涯有病率は51%、30日間有病率は8%と報告し、「若年であること」「ホームレス経験が初回であること」「教育歴が低いこと」「ソーシャルネットワークが小さいこと」「アル

コールまたは薬物の使用」「抑うつ症状」「精神病症状」「大うつ病」「最近の精神科治療（入院または外来）」「最近の内科・外科治療（入院）」が最近の自殺企図の関連要因であることを示している。

一方、本邦におけるホームレスの自殺関連行動に関する報告は少ない。森川ら⁹⁾は、「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所として日常生活を営んでいる者」という厚生労働省の全国調査で定義されるホームレス（street homeless：N=80）を対象に精神疾患の有病率調査を行っている。その中でMINIの自殺危険度の分類における「低危険度」以上が55.7%、過去の自殺未遂が31.6%と報告しているが、包括的な関連要因の分析は行われていない。

ホームレスの実態調査の結果を諸外国のデータと比較する場合、ホームレスの定義の違いに注意する必要がある。たとえば米国のホームレスの定義は広く、「定まった住居がない者、またはシェルター、施設など、住まいではない場所で一時的に夜間を過ごしている者」としている。本研究では、生活困窮者の自殺予防策に資するデータを得ることを目的に、都市公園、河川、道路、駅舎などで起居する者、簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を含む多様な居住状況にある生活困窮者を対象に、①自殺関連行動の出現頻度と関連要因、②精神的健康度低下の出現頻度と関連要因、③簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者に求められている実際の支援の内容を明らかにすることを目的に実態調査を行った。

I. 対象と方法

平成22年12月15日～平成23年2月28日に、特定非営利活動法人TENOHASIの支援を受けている東京都A地区の路上生活者、特定非営利活動法人ふるさと会の支援を受けている東京都B地区の簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を対象に、質問票を用いた面接聞き取り調査を行った。

質問票については、支援団体のスタッフと研究者で作業グループを結成し、①調査実施者にとっても、被験者にとっても抵抗なく、面接調査が実

表1 研究協力者

東京都健康長寿医療センター研究所：井藤佳恵，岡村 毅
国立精神保健研究所：竹島 正
特定非営利活動法人 TENOHASI：森川すいめい， 富岡伸一郎，森玲子，川添敏弘，池田亜衣，三宅弘志， 富岡 悠，宇賀神恵理，中村あずさ，菊池良恵
特定非営利活動法人ふるさとの会：的場由木， 古木大介，水田 恵，滝脇 憲，千葉みずき
市川市福祉部福祉事務所：奥田浩二
患者の生活・就労をつむぐ会：山本 創
ASUPPORT 川口：安原弘樹

施できること，②調査から支援への移行を促進できること，③人口統計学的指標，社会的指標，身体的健康関連指標，精神的健康関連指標，自殺関連行動指標を網羅することを条件とする「精神保健福祉ニーズ調査票」を作成した。また，簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者で実際に支援を行っているスタッフで作業グループを結成し，11 カテゴリー 44 項目からなる「日常生活支援ニーズ調査票」を作成した。いずれの地区においても調査実施者は各支援団体のスタッフとした。本調査の研究協力者の一覧を表 1 に示す。調査票の作成手順および調査項目の詳細については平成 22 年度厚生労働科学研究報告書を参照されたい¹⁾。

本調査を実施するにあたっては，東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得た（平成 22 年 11 月 26 日承認）。また，研究の目的，方法などについて書面と口頭で被験者本人に説明し，書面による同意を得た。

II. 結 果

対象の特徴を表 2 に示す。調査に協力が得られたのは 423 人（男 392 人，女 31 人），平均年齢±標準偏差は 60.6±11.9 歳であった。A 地区と B 地区を比較すると，A 地区の方が，年齢は若く，生活の場が「公園，河川，駅舎，道路等」（生活の場が路上）である者が多く，平均月収 5 万円未満の者が多く，「困った時に相談できる人」「体の具合が悪い時に相談できる人」「病気のときに身のまわりの世話をしてくれる人」「病気のときに病

院に連れて行ってくれる人」が少なく，精神的健康度が低く，最近 2 週間の自殺関連行動の出現頻度が高かった。

1. 自殺関連行動の出現頻度と関連要因

最近 2 週間の自殺関連行動の出現頻度について，「死にたいと繰り返し考える」が 51 人（12.2%），「自分を傷つけたいと繰り返し考える」が 20 人（4.8%），「自殺について繰り返し考える」が 29 人（6.9%），「自殺の計画をしたことがある」が 22 人（5.3%），「実際に自殺を試みたことがある」が 11 人（2.7%）に認められた。また，生涯の自殺関連行動については，「今までの人生で自殺を試みたことがある」が 74 人（17.7%）に認められた（表 2）。

「最近 2 週間，自殺について繰り返し考える」（最近 2 週間の反復する自殺念慮）を目的変数としてロジスティック回帰分析を実施したところ，単変量解析では，「非高齢者であること」「生活の場が路上であること」「平均月収が 5 万円未満であること」「会うとホッとできる人がいないこと」「困ったときに相談できる人がいないこと」「体の具合が悪い時に相談できる人がいないこと」「主観的健康感が不良であること」「視覚障害があること」「痛みがあること」「精神的健康度が低いこと」「不眠症の既往があること」「2 週間以上続く抑うつ気分があること」「2 週間以上続く興味・楽しみの喪失があること」「うつ病エピソードの疑いがあること」が有意に関連した（表 3）。

単変量解析で有意な関連を認めた変数から，多重共線性を考慮して，精神的健康関連指標からは「精神的健康度」，身体的健康関連指標からは「痛み」「視覚障害」「主観的健康感」のいずれか 1 つ，社会的指標からは「生活の場」「困った時に相談できる人」を選択して，3 つの回帰モデルを作成した。その結果，モデル 1 では「精神的健康度が低いこと」「痛みがあること」「生活の場が路上であること」「困った時に相談できる人がいないこと」，モデル 2 では「精神的健康度が低いこと」「視覚障害があること」「生活の場が路上であること」「困

表2 対象の特徴

項目	区分	A 地区		B 地区		計	
		出現数/ 解析 対象者	頻度 (%)	出現数/ 解析 対象者	頻度 (%)	出現数/ 解析 対象者	頻度 (%)
N		84		339		423	
性別	男	81/84	96.4	331/339	91.7	392/423	92.7
年齢 (平均年齢±標準偏差)***		55.52±10.20		64.99±12.02		60.64±11.94	
最終学歴							
	小学校	1/82	1.2	23/336	6.8	24/418	5.7
	中学校	41/82	50.0	178/336	53	219/418	52.4
	高校	29/82	35.4	105/336	31.3	134/418	32.1
	短大・専門学校	2/82	2.4	8/336	2.4	10/418	2.4
	大学以上	7/82	8.5	17/336	5.1	24/418	5.7
	その他	2/82	2.4	5/336	1.5	7/418	1.7
配偶者							
	いる	3/81	3.7	15/333	4.5	18/414	4.3
	いない	54/81	66.7	232/333	69.7	286/414	69.1
	未婚	24/81	29.6	86/333	25.8	110/414	29.6
生活の場***							
	自宅 (持家, アパート, 貸家)	5/81	6.2	140/334	41.9	145/415	34.9
	公的施設 (厚生施設, 救護施設, 他)	9/81	11.1	12/334	3.6	21/415	5.1
	民間施設	5/81	6.2	145/334	43.4	150/415	36.1
	旅館	2/81	2.5	13/334	3.9	15/415	3.6
	公園, 河川, 駅舎, 道路, その他	60/81	74.1	24/334	7.2	84/415	20.2
平均月収 5万円未満***		65/78	83.3	100/279	35.8	165/357	46.2
ソーシャルサポートの欠如							
	会うとホッとできる人	39/83	47.0	154/338	45.6	193/421	45.8
	困った時に相談できる人**	49/83	59.0	130/338	38.5	179/421	42.5
	お金のことで相談できる人	62/83	74.7	245/338	72.5	307/421	72.9
	体の具合が悪い時に相談できる人***	46/83	55.4	110/338	32.5	156/421	37.1
	病気のとき身の回りの世話をしてくれる人***	73/84	86.9	211/333	63.4	284/417	68.1
	病気のとき病院に連れ行ってくれる人**	57/84	67.9	166/333	49.8	223/417	53.5
	保証人になってくれる人	72/84	85.7	259/331	78.2	331/415	79.8
精神的健康度							
	日本語版 WHO-5 (平均±標準偏差)***	9.85±6.24		12.32±4.97		11.81±5.35	
	精神的健康度不良 (13点未満)*	57/82	69.5	169/314	53.8	226/396	57.1
最近2週間の自殺関連行動							
	死にたい, と繰り返し考えた*	17/84	20.2	34/335	10.1	51/419	12.2
	自分を傷つけたい, と繰り返し考えた***	11/84	13.1	9/335	2.7	20/419	4.8
	自殺について, 繰り返し考えた**	13/84	15.5	16/335	4.8	29/419	6.9
	自殺の計画をしたことがある**	11/83	13.3	11/335	3.3	22/418	5.3
	実際に自殺を試みたことがある	5/83	6.0	6/328	1.8	11/411	2.7
生涯の自殺関連行動							
	今までの人生で, 自殺について考えたことがある	17/84	20.2	57/334	17.1	74/418	17.7

注) 項目によって欠損値の数が異なるため解析対象者の数値が異なる。***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05 (χ²検定またはt検定)

表3 最近2週間の反復する自殺念慮の関連要因(単変量解析)

変数	カテゴリー	自殺念慮出現数/ 解析対象者	出現率 (%)	OR	95%信頼区間	P
性別	男	27/388	7	1		
	女	2/31	6.5	0.92	0.21~4.07	1
年代	非高齢者	22/242	9.1	1		
	高齢者	5/156	3.2	0.33	0.12~0.89	0.029
教育歴	高卒以上	14/172	8.1	1		
	高卒未満	15/242	6.2	0.75	0.35~1.59	0.447
生活の場	自宅、公的施設、 民間施設、旅館	17/328	5.2	1		
	都市公園、河川、 駅舎、道路、他	11/84	13.1	3.01	1.38~6.58	0.006
平均月収	5万円以上	8/190	4.2	1		
	5万円未満	16/165	9.7	2.44	1.02~5.87	0.046
会うとほっとできる人	いる	10/226	4.4	1		
	いない	18/191	9.4	2.25	1.01~4.99	0.047
困ったときに相談できる人	いる	9/240	3.8	1		
	いない	19/177	10.7	3.09	1.36~7.00	0.007
お金のことで相談できる人	いる	5/112	4.5	1		
	いない	23/305	7.5	1.75	0.65~4.71	0.271
体の具合が悪い時に相談できる人	いる	12/262	4.6	1		
	いない	16/155	10.3	2.40	1.10~5.21	0.027
病気になったときの身のまわりの 世話をしてくれる人	いる	7/131	5.3	1		
	いない	22/282	7.8	1.50	0.62~3.60	0.366
病気になったときに病院に連れて 行ってくれる人	いる	13/191	6.8	1		
	いない	16/222	7.2	1.06	0.50~2.27	0.874
保証人になってくれる人	いる	6/84	7.1	1		
	いない	23/327	7.0	0.98	0.39~2.50	0.972
主観的健康感	良好	10/249	4	1		
	不良	19/160	11.9	3.22	1.46~7.12	0.004
視覚障害	なし	11/252	4.4	1		
	あり	18/164	11	2.70	1.24~5.88	0.012
聴覚障害	なし	25/330	7.6	1		
	あり	4/89	4.5	0.57	0.19~1.70	0.315
歩行障害	なし	13/256	5.1	1		
	あり	16/162	9.9	2.05	0.96~4.38	0.064
痛み	なし	13/292	4.5	1		
	あり	16/123	13	3.21	1.49~6.90	0.003
精神的健康度	良好	4/170	2.4	1		
	不良	24/223	10.8	5.01	1.70~14.71	0.003
不眠症の既往	ない	18/302	6	1		
	あり	7/42	16.7	3.16	1.23~8.09	0.017
① 2週間以上続く抑うつ気分	なし	9/318	2.8	1		
	あり	20/99	20.2	8.69	3.81~19.83	<0.001
② 2週間以上続く興味・楽しみの 喪失	なし	11/328	3.4	1		
	あり	17/84	20.2	7.31	3.28~16.32	<0.001
うつ病エピソード疑い(①または ②のいずれか)	なし	7/292	2.4	1		
	あり	21/118	17.8	8.81	3.64~21.38	<0.001

統計解析には2項ロジスティック回帰分析を用いた。

表4 過去2週間の反復する自殺念慮の関連要因 (多変量解析)

モデル1				
変数		OR	95%信頼区間	P
精神的健康度 (WHO-5)	良好	1		
	不良	3.05	1.00~9.30	0.050
痛み	なし	1		
	あり	2.80	1.21~6.48	0.016
生活の場	自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館	1		
	都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他	2.44	1.05~5.66	0.038
困ったときに相談できる人	いる	1		
	いない	2.75	1.16~6.54	0.022
モデル2				
変数		OR	95%信頼区間	P
精神的健康度 (WHO-5)	良好	1		
	不良	3.59	1.19~10.84	0.023
視覚障害	なし	1		
	あり	2.27	0.99~5.24	0.054
生活の場	自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館	1		
	都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他	2.52	1.09~5.81	0.031
困ったときに相談できる人	いる	1		
	いない	2.32	0.99~5.81	0.054
モデル3				
変数		OR	95%信頼区間	P
主観的健康感	良好	1		
	不良	3.14	1.34~7.30	0.008
生活の場	自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館	1		
	都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他	2.99	1.30~6.86	0.035
困ったときに相談できる人	いる	1		
	いない	2.49	1.07~5.84	0.010
モデル1: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=0.722, P=0.994, Cox-Snell R2=0.47, Percent correct classification: 93.3%				
モデル2: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=2.826, P=0.727, Cox-Snell R2=0.43, Percent correct classification: 93.3%				
モデル3: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=2.861, P=0.721, Cox-Snell R2=0.053, Percent correct classification: 93.0%				

た時に相談できる人がいないこと」, モデル3では「主観的健康感が不良であること」「生活の場が路上であること」「困った時に相談できる人がいないこと」が最近2週間の反復する自殺念慮に有意に関連することが示された (表4)。

2. 精神的健康度低下の出現頻度と関連要因

日本語版 WHO-5 に欠損値のない396人を解析対象とした。日本語版 WHO-5 の平均±標準偏差は11.81±5.34, 13点未満を基準とする精神的健康度低下は226人 (57.1%) に認められた。精神的健康に関連する項目を除く各質問項目の回答を

表5 説明変数の因子分析の結果

項目	因子			
	第1因子 住まいと収入	第2因子 情緒的ソーシャル サポート	第3因子 手段的ソーシャル サポート	第4因子 身体的健康状態
生活の場（路上）	.782	.072	.032	-.018
居住地域（I地区）	.752	.134	-.008	-.006
公的な経済支援（年金、生活保護）を受けていない	.745	-.005	.163	-.098
月平均収入（5万円未満）	.442	-.020	.273	-.064
非高齢者（65歳未満）	.350	-.054	.306	.011
困った時に相談できる人（いない）	.123	.806	.037	.004
体の具合が悪い時に相談できる人（いない）	.094	.615	.224	.038
会おうとホッとできる人（いない）	-.078	.518	.076	.004
お金のことで相談できる人（いない）	.014	.515	.023	-.030
病気になったときに身のまわりの世話をしてくれる人（いない）	.170	.233	.621	-.054
病気になったときに病院に連れて行ってくれる人（いない）	.063	.253	.605	-.051
主観的健康感（不良）	.025	.080	.055	.557
中くらい以上の痛み（あり）	.129	-.076	.014	.554
歩行機能（障害あり）	-.170	.146	-.286	.502
就労（現在、仕事をしていない）	-.196	.106	-.249	.352
性別（女性）	-.044	-.057	-.007	.174

因子抽出法：最尤法（バリマックス回転）。全分散の38.4%を説明。因子負荷量0.4以上の項目を参照して因子名を命名した。

表6 精神的健康度低下の関連要因

	β	t	P	95% CI
路上生活と少ない収入	0.72	2.48	0.014	0.15 ~ 1.30
情緒的ソーシャルサポートの欠如	1.34	4.40	<0.001	0.74 ~ 1.95
手段的ソーシャルサポートの欠如	0.47	1.38	0.168	-0.20 ~ 1.15
不良な身体的健康状態	2.24	6.50	<0.001	1.56 ~ 2.93

4因子の因子スコアを説明変数に強制投入した重回帰分析。

因子分析（最尤法，バリマックス回転）した結果4因子が抽出された（表5）。因子負荷量の高い質問項目の内容から、各因子は、第1因子「住まいと収入」、第2因子は「情緒的ソーシャルサポート」、第3因子は「手段的ソーシャルサポート」、第4因子は「身体的健康」と命名された。4因子を説明変数に投入した重回帰分析では、「住まいと収入の欠如」「情緒的ソーシャルサポートの欠如」「身体的健康状態の不良」が、精神的健康度低下と有意に関連した（表6）。

3. 生活支援ニーズの出現頻度

11カテゴリーを、支援を必要とする人の出現頻度が高い順に並べると、①社会サービスの利用・調整、②健康の保持、③安心生活、④食事、⑤社会生活の保持、⑥居住環境の保持、⑦安全の確保、⑧清潔保持、⑨移動、⑩排泄、⑪就寝・起床であった（表7）。各カテゴリーに含まれる支援項目を頻度の高い順に並べると、①生活保護・介護保険・住民票・障害者手帳などの手続きをしてもらう（51.1%）、②体調が悪い時に相談にのってもら

表7 簡易宿泊所・自立支援ホーム等を利用している生活困窮者に求められる日常生活支援の категорияと出現頻度

順位	日常生活支援の category	出現頻度 (%)	category番号
1	社会サービスの利用・調整	53	10
2	健康の保持	46	6
3	安心生活	43	9
4	食事	44	1
5	社会生活の保持	40	11
6	居住環境の保持	39	8
7	安全の確保	35	7
8	清潔保持	32	4
9	移動	20	5
10	排泄	17	3
11	就寝・起床	12	2

い、対応してもらおう (43.1%), ③食事の準備を
してもらおう (40.0%), ④部屋の掃除, かたづけ, ゴ
ミ出し, 室温調整, 換気をしてもらおう (38.8%),
⑤診療所や看護師さんなど関係機関と連絡調整し
てもらおう (36.1%), ⑥出入金の記録, 通帳管理な
ど日常的な金銭管理をしてもらおう (32.0%), ⑦毎
日きちんと服薬できるように管理してもらおう
(30.1%), ⑧寂しい時や困った時に相談にのって
もらおう (30.0%) であった (表8)。

Ⅲ. 考 察

本調査の結果, 生活困窮者の自殺関連行動に
は, 精神的健康度低下とともに, 住まいの欠如や
ソーシャルサポートの欠如が深く関連しており,
精神的健康度低下の背景には, 身体的健康問題,
住まいの欠如, 収入の不足, ソーシャルサポート
の欠如が深く関連していることが明らかにされた。

すでに Gelberg ら⁴⁾は, ホームレスにおいては
精神的, 身体的, 社会的健康問題が相互に密接に
関連しており, 心理的苦悩の緩和には, サービス
利用を可能とする環境を整備した上で, 就労支援
とともに, 広範な保健サービスパッケージを提供
することが重要であると指摘している。住まいの
欠如, 収入の不足, ソーシャルサポートの欠如(す
なわち社会的孤立)は, ホームレスに代表される
生活困窮者が普遍的に抱えている課題であるが,
これらは, 身体的健康や精神的健康を悪化させ,

自殺リスクを高める要因であると同時に, 保健
サービスの利用を困難にさせる要因ともなり得
る。したがって, 生活困窮者の効果的な自殺予防
対策には, サービス利用を可能とする環境を整備
した上で, 住まい, 経済, ソーシャルサポート,
保健・医療・介護を含む包括的なサービスを一体
的に提供していくシステムの構築が不可欠となる。

特定非営利活動法人ふるさとのは, 簡易宿泊
所・自立支援ホームなどによる「住宅支援」とと
もに, 「困ったときや病気のときに相談にのる」
「制度利用の手続きを手伝う」「食事・家事・金銭
管理・服薬管理・通院などを手伝う」などの情緒
的・手段的・情動的ソーシャルサポートを継続
的・包括的に提供している団体であり, このよう
な支援を同団体は「日常生活支援」と呼んでいる。
これらの支援は, 現在の介護保険制度や医療保険
制度の枠組みの中では提供されにくいものであ
り, 通常は家族によって提供されているイン
フォーマル・サービスである (そのような意味で
「家族的支援」とも呼び得る)。このようなイン
フォーマル・サービスによって, 社会的孤立状況
にあった生活困窮者が, はじめて, 医療サービス,
介護サービス, 生活保護・障害年金などの経済支
援を含むフォーマル・サービスにつながることで
できる。「日常生活支援」は, 社会的に孤立した生
活困窮者をサービス利用につなげ, 重層的生活課
題の解決の端緒を切り開く新たな対人支援の方法

表8 簡易宿泊所・自立支援ホーム等を利用している生活困窮者に求められる日常生活支援とその出現頻度

順位	求められる日常生活支援の内容	出現頻度 (%)	カテゴリー番号
1	制度（生活保護・介護保険・住民票・障害者手帳など）を利用するための相談や手続きをしてもらう	51	10
2	体調が悪い時に相談にのってもらい、対応してもらう（応急手当や医療機関への連絡・救急搬送など）	43	6
3	毎日の食事（朝食、昼食、夕食）の準備や見守り、介助をもらう	40	1
4	診療所や看護師さんなど関係機関と連絡調整をもらう	39	10
5	居室環境を整えてもらう（掃除、片づけ、ゴミ出し、室温調整、換気）	36	8
6	日常的な金銭管理をもらう（出入金の記録、レシートの管理、通帳管理など）	32	11
7	寂しい時や困った時に相談にのってもらう	31	9
8	毎日きちんと服薬できるように管理してもらう	30	6
9	衣服やシーツが汚れてしまった際に洗濯をうながしてもらったり、介助してもらう	29	4
10	安否確認をもらう	29	7
11	体が汚れてしまった際に入浴を促してもらったり、見守りや介助をもらう	27	4
12	大切な書類の保管・管理をもらう	27	11
13	火の元の管理をもらう	27	7
14	体調が悪いかどうかみてもらう（顔色・体温・血圧など）	26	6
15	往診や訪問看護・認定調査の際に立ち会ってもらう（日頃の様子を伝えてもらう）	25	10
16	病院の説明などを一緒に聞いてもらう	25	9
17	安定して住むことができる住居を確保・維持（長期入院など）	25	8
18	ガス・水道・電気が止まらないようにしてもらう	22	8
19	衣服が汚れてしまった際に、着替えを促してもらったり、介助してもらう	21	4
20	カンファランス（ミーティング・支援方針会議）を開いてもらう	21	10
21	入院した時などに面会に来てもらう	20	9
22	外出したいときに付き添ってもらう	18	5
23	自分の味方になって対応してもらう	16	9
24	通信（電話・ファックス・手紙のやりとり）の手伝いをもらう	15	11
25	スケジュールの確認・管理をもらう	15	11
26	体調に応じて、おかゆやおにぎりにしてもらう	14	1
27	便秘になったり、下痢をしたときに水分を庁背手してもらう	13	3
28	食事が十分とれないときに栄養剤を準備してもらったり、食べ過ぎないように声をかけてもらう	12	1
29	トイレをきれいにしてもらう	9	3
30	買ってきた食べ物が傷まないように管理してもらう（冷蔵庫に入れてもらったり、賞味期限を確認してもらう）	9	1
31	同居人・近隣・大家さんなどとのトラブルを解決してもらう	8	8
32	毎日の医療的サポート（在宅酸素、インスリン注射/血糖測定、栄養剤）	8	6
33	夜間何か困った時に相談にのってもらう	8	2
34	朝、起こしてもらう	7	2
35	オムツなどを取り換えてもらう	6	3
36	時間がわからなくなってしまったときに教えてもらう	6	2
37	暴力をふるわれないように守ってもらう	6	7
38	起きられない時に一緒にいてもらう	6	2
39	危険なものを預かってもらう（管理してもらう）	5	7
40	場所がわからなくなった際に教えてもらう	4	5
41	家の中での移動の手伝いをもらう	3	5
42	トイレに行きたいときに手伝ってもらう	3	3
43	歯磨きや入れ歯の洗浄をもらう	2	4
44	起き上がったり、立ち上がったり、体の向きを変えてもらったりする	2	5

注) カテゴリー番号とカテゴリー名の照合は表7を参照。

と位置づけることができるかもしれない。

特定非営利活動法人ふるさとの会は、生活困窮者を対象に、「住宅支援」と「日常生活支援」を結合させたサービスを提供している組織である。このような組織の活動が、実際に、生活困窮者の精神的・身体的・社会的健康の改善と自殺予防に寄与することができるのか、縦断的な追跡調査が必要であろう。

まとめ

- ①「精神的健康度低下」「住まいの欠如」「ソーシャルサポートの欠如」は、生活困窮者の自殺関連行動の重大な関連要因である。
- ②「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如」「収入の不足」「ソーシャルサポートの欠如」は、生活困窮者の精神的健康度低下の重大な関連要因である。
- ③生活困窮者を対象に「住宅支援」と「日常生活支援」を統合的に提供している特定非営利活動法人があるが、このような組織の活動が、生活困窮者の精神的・身体的・社会的健康の改善と自殺予防に寄与する可能性がある。

謝 辞

本研究の実施にあたって、調査にご協力いただいた特定非営利活動法人 TENOHASI および特定非営利活動法人ふるさとの会の関係者およびアンケート調査にご回答いただいた方々に深謝いたします。なお、本研究は、平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」(研究代表者加我牧子)において実施した。

文 献

1) 粟田圭一, 森川すいめい, 的場由木ほか: 困窮者の自殺の実態と自殺予防に関する研究. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研

究」(研究代表者加我牧子) 総括・分担研究報告書, p.91-102, 2011.

2) Desai, R. A., Liu-Mares, W., Dausey, D. J., et al.: Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 191 ; 365-371, 2003

3) Eynan, R., Lanley, J., Tolomiczenko, G., et al.: The association between homelessness and suicidal ideation and behaviors: results of a cross-sectional survey. *Suicide Life Threat Behav*, 32 ; 418-427, 2002

4) Gelberg, L., Linn, L. S.: Psychological distress among homeless adults. *J Nerv Ment Dis*, 177 ; 291-295, 1989

5) Hart, J. T.: The inverse care law. *Lancet*, 1 ; 405-412, 1971

6) 本田 徹: 認知症医療における一般病院の役割と今後の方向性. *老年精神医学雑誌*, 11 ; 1213-1218, 2010

7) Inoue, K., Tani, H., Fukunaga, T., et al.: A correlation between increases in suicide rates and increases in male unemployment rates in Mie prefecture, Japan. *Ind Health*, 45 ; 177-180, 2007

8) 厚生労働省社会・援護局保護課: 生活保護受給者の自殺者数について. 第4回社会保障審議会生活保護基準部会参考資料. 平成23年7月12日

9) 森川すいめい, 上原里程, 奥田浩二ほか: 東京都の1地区におけるホームレスの精神疾患有病率. *日本公衛誌*, 58 ; 331-339, 2011

10) 澤田康幸, 崔允禎, 菅野早紀: 不況・自殺と自殺の関係についての一考察. *日本労働研究雑誌*, 598 ; 58-598, 2010

11) Schutt, R. K., Meschede, T., Rierdan, J.: Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *J Health Soc Behav*, 35 ; 134-142, 1994

12) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会: 重層的な生活課題(「四十苦」)を抱える人の地域生活を支える<居場所>と<互助>機能の研究. 平成23年度厚生労働省セーフティネット支援対策等事業費補助金報告書. 平成24年3月

Suicide Prevention among the Homeless

Shuichi AWATA¹⁾, Kae ITO¹⁾, Tsuyoshi OKAMURA¹⁾, Suimei MORIKAWA²⁾,
Yuki MATOBA³⁾, Tadashi TAKESHIMA⁴⁾

1) *Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology*

2) *Yowa Hospital*

3) *Non-profit Organization, Hurusato-no-kai*

4) *National Institute of Mental Health*

This paper presents the findings of a community-based cross-sectional study that investigated the frequencies of and factors associated with suicide-related behaviors and poor mental well-being among the homeless in Tokyo. In addition, this study examined the actual support homeless people require in daily life. Data from in-person interviews of 423 homeless people living in Tokyo were analyzed. The overall sample included 392 (92.7%) males and 31 (7.3%) females with a mean age of 60.6 years ($SD=11.9$). Responses to questions about suicide-related behaviors in the past 2 weeks revealed that 29 (6.9% of valid respondents) people had repetitive thoughts of suicide, 22 (5.3%) had made plans to commit suicide, and 11 (2.7%) had attempted suicide. Multivariate logistic regression modeling revealed that a poor mental well-being, pain, visual impairment, poor subjective health perception, lack of a house, and lack of perceived social support were significantly associated with repetitive thoughts of suicide in the past 2 weeks. The frequency of a poor mental well-being (defined as a score <13 on the Japanese version of the WHO-five Well-being Index) was 57.1%. In multiple linear regression analyses, the lack of a house and a low economic status, lack of perceived social support, and poor physical health status were significantly associated with a poor mental well-being. The 339 participants receiving support from a non-profit organization reported frequently requiring the following support with daily life: 1) support with procedures for receiving formal social services (ex., public income assistance, long-term care, certificate of residence, or certificate of mental and/or physical disability), 2) support with health care (ex., consultation when feeling ill, consulting with a clinic or nurse, or managing medication), and 3) support with emotional relief (ex., consultation when feeling lonely or in trouble). These findings indicate that comprehensive interventions that focus on housing and social support as well as mental and physical health services should be incorporated into effective strategies for the prevention of suicide among the homeless. Non-profit organizations providing both “support with housing” and “support with daily life” might contribute to improvement in the mental, physical and social health of the homeless and, consequently, prevent suicides.

<Authors' abstract>

<Key words : homeless, suicide prevention, mental well-being, support with housing, support with daily life>

地域在住高齢者の精神的健康度と認知機能低下との関連

Effect of Cognitive Decline on Mental Well-being: A Community-based Cross Sectional Study

井藤佳恵^{1),2)}, 佐久間尚子¹⁾, 伊集院睦雄¹⁾, 稲垣宏樹¹⁾, 宇良千秋¹⁾,
K. Ito; N. Sakuma; M. Ijuin; H. Inagaki; C. Ura;
宮前史子¹⁾, 杉山美香¹⁾, 岡村毅^{1),3)}, 新川祐利^{1),3)}, 栗田主一¹⁾, 松下正明⁴⁾
F. Miyamae; M. Sugiyama; T. Okamura; H. Niikawa; S. Awata; M. Matsushita

ABSTRACT

AIM: To assess the effect of cognitive decline on mental well-being in community-dwelling elderly.

DESIGN: Cross-sectional

PARTICIPANTS: 2786 community-dwelling elderly

MEASUREMENTS: Mental well-being: the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5-J). Cognitive function: the Japanese version of the Mini-Mental State Examination (MMSE-J).

RESULTS: In multivariate logistic regression analyses, cognitive decline independently associated with low mental well-being (odds ratio=1.22; 95% confidence interval=1.00-1.50) after controlling for potential confounding factors (age, gender, education, marital status, living alone or not, income level, perceived health, number of illnesses, central nervous system disorders, pain, instrumental activity of daily living, perceived forgetfulness, and perceived social support). After adjustment for deficit of judgment/problem solving, this association no longer met study criteria for statistical significance.

キーワード

地域在住高齢者

認知機能低下

精神的健康度

Key words

community-dwelling elderly

cognitive decline

mental well-being

- 1) 東京都健康長寿医療センター研究所 (Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, Tokyo, Japan)
- 2) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科血流制御内科 (Department of Vascular Medicine, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan)
- 3) 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻臨床精神医学 (Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan)
- 4) 東京都健康長寿医療センター (Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and Institute of Gerontology)

日本語版 WHO-5 World Health Organization-Five Well-Being Index
 (WHO-5-J)
 横断的研究 cross sectional

背景と目的

Quality of Life (QOL) を維持・改善することが老年医学分野の重要な焦点になってきたと Lapid らは指摘する²⁶。高齢者の QOL に影響を与える要因を考えると、精神疾患という側面だけをとっていても問題は複雑である。国内外の疫学調査によれば、高齢者の 1.8% に大うつ病、9.8% に小うつ病、13.5% に臨床的に明らかな抑うつ症状⁹が認められ、7% に不安障害¹⁸、6% に睡眠障害³⁸、0.2% に統合失調症または妄想性障害¹³が認められると報告されている。認知症については、現在の有病率は 65 歳以上高齢者の 15% 程度²⁵と推計されている。さらに、高齢者ではこれらの個々の精神障害がしばしば併存し^{14, 11, 27}、また、診断基準を満たさない閾値下の精神症状も QOL に影響することが指摘されている²¹。しかしながら老年期の精神的健康あるいは老年期そのものが精神的健康に与える影響を考えると、精神疾患あるいは精神症状の有無を評価するだけでは十分ではない。心身の機能の衰えや、社会、その最小単位としての家族の中における役割の変化など、高齢者の体験の complexity——複雑性——を統合し得る概念的枠組みが必要であり、精神的健康度という指標が有用となる。精神的健康度は精神的健康（メンタルヘルス）の主たる指標であり、QOL の中心的な要素であると Lawton は指摘している。

客観的な認知機能の低下と精神的健康度との関連については未だ見解の一致をみないが、地域在住高齢者の精神的健康度が自覚的なもの忘れと関連することが報告されており^{7, 10}、Mol ら³⁰ はかかりつけ医受診者から抽出された高齢者を対象とした 9 年間の前向きコホート研究を行い、自覚的なもの忘れと QOL の低下は関連し、かつ、その関連は持続することを報告している。我々の研究によっても「もの忘れが増えたと感じる事」が精神的健康度の不良と強く関連することが明らかになった¹⁹。

認知症の人の QOL、精神的健康度に関する研究は 1980 年代以降に行われてきた。近年の研究では、軽度認知障害^{6, 31}も QOL と関連することが報告されている。明らかな認知症の発症に先立って認知機能障害が生じており、これが QOL に影響していることが考えられる。しかしながら地域在住高齢者の認知機能低下と精神的健康度との関連を検討した研究は少ない。Lapid ら²⁶ の地域在住の超高齢者 144 人を対象とした研究、Missotten ら^{28, 29} の地域でケアを受けている認知症高齢者および施設入所中の認知症高齢者を対象とした研究のいずれにおいても、認知機能低下は QOL に関連しないことが報告されている。本邦において地域在住高齢者の認知機能低下と精神的健康度との関連を検討した研究は筆者が知る限りまだない。本研究では地域在住高齢者を対象とした横断研究を行い、認知機能低下と精神的健康度との関連を検討した。

方法

1. 対象

対象は2013年3月31日現在、東京都A市に在住する65歳以上全高齢者7682人（男性3543人、女性4139人）から無作為に抽出された3000人から、死亡43人、転居56人、調査協力拒否112人、その他3人の214人を除外した2786人（男性1283人、女性1503人）である。

本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。郵送調査に関しては本研究の目的、利用、参加の自由について文書で説明し、署名と調査票の返送をもって同意とした。訪問調査に関しては本研究の目的、利用、参加の自由について文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。

2. 調査方法

一次調査として郵送によるアンケート調査を実施した。アンケートの調査項目には社会人口統計学的要因と健康関連要因に関するものを含めた。二次調査として、訓練を受けた看護師による訪問調査を実施し、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート^{43,44} 21項目版（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System-21; DASC-21）および認知機能検査を施行した。

精神的健康度は日本語版 World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5-J)^{8,4,5}を用い、13点未満を精神的健康度不良と定義した。WHO-5は国際的に広く用いられている精神的健康度の総合評価尺度で、日本語版WHO-5はAwataらにより信頼性、妥当性が確認されている^{4,5}。質問は、「1. 明るく、楽しい気分で過ごした」、「2. 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした」、「3. 意欲的で、活動的に過ごした」、「4. ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた」、「5. 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった」の5項目から成り、それぞれについて最近2週間の状態を「いつも」から「まったくない」の6件法で評価する。ポジティブクエスチョンのみで構成される簡便な測度であり、一般住民を対象として施行する際にも抵抗が少ない⁸ことが日本語版WHO-5の特徴である。

人口統計学的要因は、年齢、性別、教育年数、婚姻状況、同居家族の有無、所得を評価した。年齢は65歳以上75歳未満、75歳以上84歳未満、85歳以上の3階級に分類した。教育年数について、対象者には旧教育制度で教育を受けた者が含まれるが、今回は現行の教育制度を基準として～9年（中学校卒に相当）、10年～12年（高等学校卒に相当）、13年～（高等学校以降の教育歴ありに相当）の3階級に分類した。婚姻状況は「1. 現在、配偶者がいる」「2. 死別または離婚して、現在独身である」「3. 未婚である」「4. その他」の4件法で回答を求め、1を「現在配偶者あり」、2, 3, 4を「現在配偶者なし」に分類した。所得は300万円未満、300万円以上500万円未満、500万円以上の3階級に分類した（平成24年度高齢社会白書によれ

ば高齢世帯平均年収は 307.9 万円，全世帯平均所得は 549.6 万円であった。

健康関連要因については，主観的健康感，身体疾患既往歴の数，中枢神経系既往歴の有無，疼痛，手段的日常生活動作能力（Instrumental Activities of Daily Living; IADL）を評価した。主観的健康感は現在の健康状態について「1. よい」「2. まあよい」「3. ふつう」「4. あまりよくない」「5. よくない」の 5 件法で回答を求め，4，5 を「主観的健康感不良」に分類した。身体疾患既往歴の数は，高血圧，心臓病，糖尿病，高脂血症，呼吸器の病気（肺炎や気管支炎など），胃腸・肝臓・胆のうの病気，腎臓・前立腺の病気，筋骨格系の病気（骨粗しょう症，関節症など），外傷（転倒・骨折など），がん（悪性新生物），血液・免疫の病気，目の病気，耳の病気，その他，の 14 項目から「これまでに治療したことがある病気」を選択する複数回答を求めた。中枢神経系既往歴の有無については，脳卒中（脳出血・脳梗塞など），うつ病，認知症（アルツハイマー病など），パーキンソン病のいずれかの既往がある場合を「中枢神経系疾患の既往あり」とした。疼痛については過去 1 か月の身体の痛みについて，最も痛みの強かった箇所の痛みの程度を「1. 全然なかった」「2. かすかな痛み」「3. 軽い痛み」「4. 中くらいの痛み」「5. 強い痛み」「6. 非常に激しい痛み」の 6 件法で回答を求め，3，4，5，6 を「疼痛あり」とした。IADL は，DASC-21 に含まれる家庭外の IADL に関する 3 項目「一人で買い物はできますか」「バスや電車，自家用車などを使って一人で外出できますか」「貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払いは一人でできますか」と，家庭内の IADL に関する 3 項目「電話をかけることができますか」「自分で食事の準備はできますか」「自分で，薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか」を用い，それぞれ項目について，「1. 問題なくできる」「2. だいたいできる」「3. あまりできない」「4. まったくできない」の 4 件法で回答を求め，家庭外の IADL と家庭内の IADL に分けて合計点を算出した。

社会的要因はソーシャルサポートを評価した。ソーシャルサポートは村岡ら³²の調査票により「困ったときに相談できる人はいますか」「体の具合が悪いときの相談相手はいますか」「日常生活を手助けしてくれる人がいますか（例）買い物，洗濯，掃除，食事の準備など」「具合が悪い時に病院に連れて行ってくれる人がいますか。」「寝込んだときに身のまわりの世話をしてくれる人はいますか。」の 5 項目で質問し，それぞれについて「はい」「いいえ」の 2 件法で回答を求めた。この 5 項目によって評価されるソーシャルサポートと高齢者の抑うつ症状との関連が明らかにされている^{32, 23, 22}。

自覚的もの忘れは，DASC-21 の導入質問「1 年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか」を用いて「1. 感じない」「2. 少し感じる」「3. 感じる」「4. とても感じる」の 4 件法で回答を求めた。この質問項目は，自覚的もの忘れと精神的健康度が関連することを明らかにした先行研究¹⁹で用いたものである。「問題解決・判断力の障害」については，DASC-21 の問題解決・判断力に関する 3 項目「電気やガスが止まってしまったときに，自分で適切に対処できますか」「一日の計画を自分で立てることができますか」「季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか」のそれぞれについて「1. 問題なくできる」「2. だいたいできる」「3. あまりできな

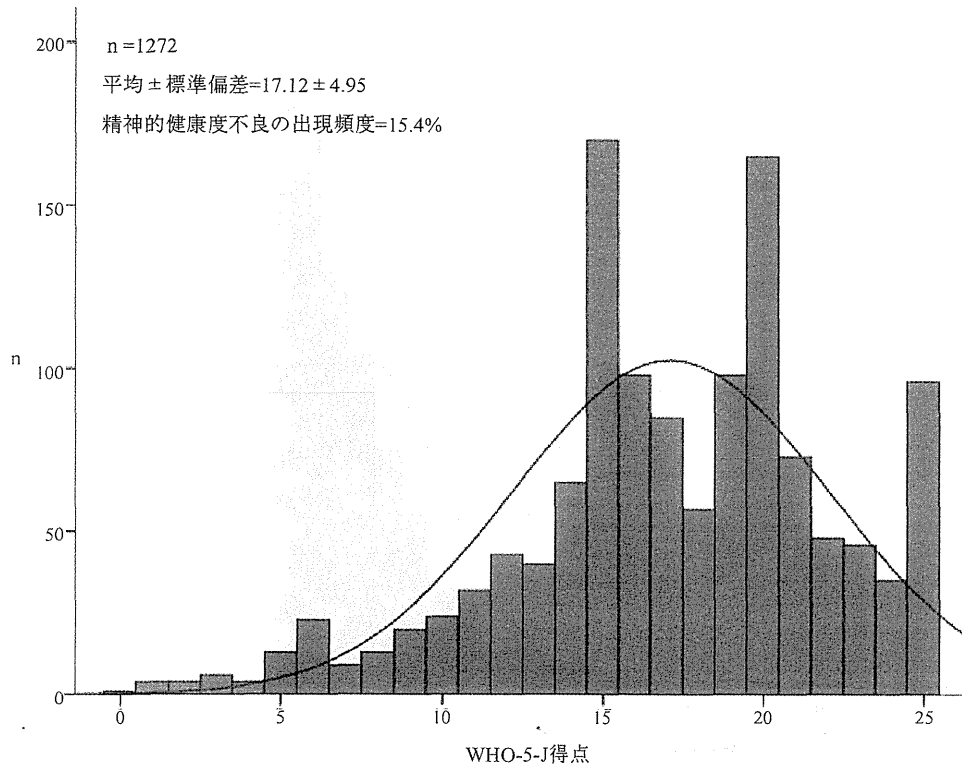


図1 精神的健康度の分布

い]「4.まったくできない」の4件法で回答を求め、合計点を算出した。

認知機能の評価には、日本語版 Mini-Mental State Examination¹⁶ (MMSE-J) を用いた。MMSE のカットオフ値は研究によって異なり、Folstein によるオリジナルは 20/21¹⁶、その後の検討で妥当と言われているのは 23/24 点である²。しかしながら MMSE が教育歴の影響を受けることが知られており、教育歴 13 年以上で 29/30 と高いカットオフを定めた研究もある³⁶。本研究では 4 分位値を用いた。

3. 分析方法

PASW Statistics version 20 for Windows (SPSS inc. Chicago IL) を用いて、t 検定、 χ^2 検定、ロジスティック回帰分析を行った。p<0.05 をもって有意水準とした。

結果

1. 解析対象者の特徴

対象者のうち、1341 人 (男性 659 人、女性 682 人) から同意を得て調査を実施した (調査

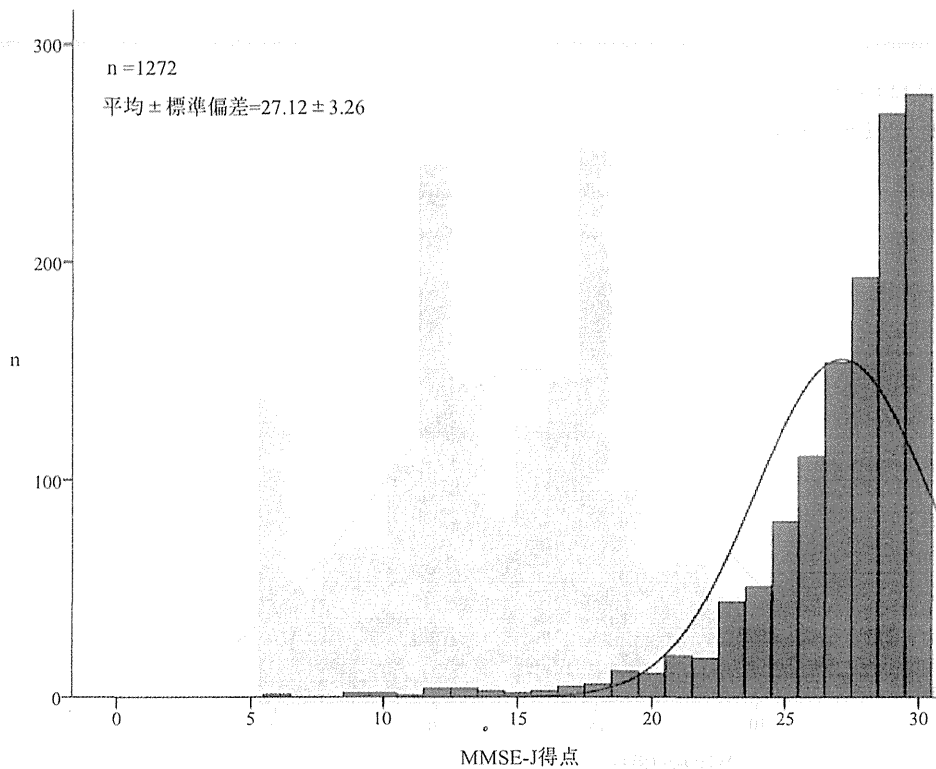


図2 認知機能の分布

実施率 46.9%)。このうち WHO-5-J と MMSE-J のいずれにも欠損値のない 1272 人を解析対象とした。解析対象者と解析非対象者を比較すると男女比に有意差はなく ($\chi^2 = 1.48$, $p=0.27$)、年齢にも有意差はなかった ($t = -1.84$, $p=0.07$)。

2. 精神的健康度の分布

精神的健康度の分布について、WHO-5-J のヒストグラムを (図 1) に示す。WHO-5-J 得点の平均±標準偏差は 17.12 ± 4.95 (歪度 = -0.60, 尖度 = 0.34) で、精神的健康度不良の出現頻度は 15.4% だった。性別に見た WHO-5-J 得点の平均±標準偏差は、男性で 17.32 ± 5.11 、女性で 16.92 ± 4.79 で有意差を認めず ($t = 1.46$, $p = 0.15$)。精神的健康度不良の出現頻度についても男性で 15.7%、女性で 15.1% で、有意差を認めなかった ($\chi^2 = 0.09$, $p = 0.82$)。

3. 認知機能の分布

認知機能の分布について、MMSE-J のヒストグラムを (図 2) に示す。MMSE-J の平均±標準偏差は 27.12 ± 3.26 (歪度 = -2.25, 尖度 = 7.16) であった。性別にみた MMSE-J 得点の平均±標準偏差は、男性で 27.20 ± 3.07 、女性で 27.05 ± 3.44 で有意差を認めなかった ($t = 0.77$,

p=0.44)。

4. 認知機能低下と精神的健康度の関連

精神的健康度と認知機能について、WHO-5-Jの得点とMMSE-Jの得点のSpearman相関係数は0.093であった(p=0.001)。

精神的健康度の関連要因を検討したロジスティック回帰分析の結果を表1、2に示す。単変量解析(表1)では、MMSEの得点が低いこと、年齢が高いこと、教育年数が低いこと、現在独身であること、所得が低いこと、主観的健康感が不良であること、身体疾患の既往歴が多い

表1 精神的健康度の関連要因 単変量解析

		n	精神的健康度不良 (WHO-5-J < 13)	p	OR	95%CI
MMSE-J 合計得点	26点未満	269	67	<0.001	1.36	1.06-1.15
	26点以上 28点未満	265	43			
	28点以上 29点未満	193	23			
	29点以上	545	63			
性別	男	630	99	0.765	1.05	0.77-1.42
	女	642	97			
年齢	85歳以上	91	25	0.001	1.47	1.16-1.85
	75歳以上 85歳未満	491	80			
	65歳以上 75歳未満	690	91			
教育年数	~9年 (中学校卒業までに相当)	255	57	<0.001	1.48	1.21-1.82
	10~12年 (高等学校卒業までに相当)	486	75			
	13年~ (高等学校以降の教育歴ありに相当)	512	59			
婚姻状況	現在独身	392	74	0.020	1.46	1.06-2.00
	現在配偶者あり	878	121			
同居家族の有無	同居家族なし	227	43	0.106	1.36	0.94-1.98
	同居家族あり	1037	152			
所得	300万円未満	500	98	0.010	1.46	1.09-1.94
	300万円以上 500万円未満	236	32			
	500万円以上	100	11			
主観的健康感	不良	187	77	<0.001	6.08	4.16-8.90
	良好	688	71			
身体疾患既往歴の数		1265	196	<0.001	1.20	1.10-1.31
中枢神経系既往歴の有無	あり	134	39	<0.001	2.57	1.70-3.86
	なし	1138	157			
疼痛	あり	520	112	<0.001	2.32	1.55-3.47
	なし	340	36			
家庭外の IADL		1270	196	<0.001	1.23	1.13-1.34
家庭内の IADL		1271	196	<0.001	1.16	1.09-1.24
ソーシャルサポート		1249	195	<0.001	1.35	1.23-1.49
自覚的物忘れ	あり	128	34	<0.001	2.19	1.43-3.36
	なし	1114	162			
問題解決・判断力の障害		1269	196	<0.001	1.3	1.19-1.44

OR : odds ratio, CI : confidential interval, MMSE : Mini Mental State Examination, IADL : Instrumental Activities of Daily Living

表2 精神的健康度の関連要因 多変量解析 (変数増加法)

	モデル1			モデル2					
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI			
MMS E-J 得点	<0.001	1.36	1.20-1.54	0.005	1.28	1.08-1.51			
	モデル3			モデル4			モデル5		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
MMS E-J 得点	0.030	1.24	1.02-1.50	0.048	1.22	1.00-1.49	0.088	1.19	0.98-1.45

単変量解析で検討したすべての要因を共変量に投入し、変数増加法をもちいた多変量ロジスティック回帰分析。

モデル2で共変量として人口統計学的要因（性別、年齢、教育年数、婚姻状況、同居家族の有無、所得）を投入した。

モデル3で共変量としてさらに健康関連要因（主観的健康感、疼痛、身体疾患既往歴の数、中枢神経系疾患既往歴の有無、自覚的もの忘れ、家庭外の IADL、家庭内の IADL）を投入した。

モデル4で共変量としてさらに社会的要因（ソーシャルサポート）を投入した。

モデル5で共変量としてさらに「問題解決・判断力の障害」を投入した。

こと、中枢神経系疾患の既往歴があること、疼痛があること、家庭外の IADL が障害されていること、家庭内の IADL が障害されていること、ソーシャルサポートが不足していること、自覚的なもの忘れがあること、問題解決・判断力が障害されていることが、精神的健康度不良と有意に関連した。

次に、単変量解析で検討したすべての要因を共変量に投入し、変数増加法をもちいた多変量ロジスティック回帰分析を行った。結果を（表2）に示す。Step 2で人口統計学的要因（性別、年齢、教育年数、婚姻状況、同居家族の有無、所得）、Step 3ではこれに加えて健康関連要因（主観的健康感、疼痛、身体疾患既往歴の数、中枢神経系疾患既往歴の有無、自覚的もの忘れ、家庭外の IADL、家庭内の IADL）、Step 4ではこれに加えて社会的要因（ソーシャルサポート）を投入したが、いずれの段階でも認知機能低下は精神的健康度不良と有意に関連した（OR=1.22, 95% 信頼区間=1.00-1.49）。次に、Step 5でさらにこれに加えて「問題解決・判断力の障害」を投入したところ、認知機能低下と精神的健康度不良との関連は認められなくなった。

考察

精神的健康度を指標とし地域在住高齢者を対象とした本邦の研究において、主観的健康感¹⁷、身体的健康²⁴、もの忘れの不安¹⁹、ソーシャルサポート²⁰と精神的健康度との強い関連が指摘されている。本研究では、これらの要因とは独立に認知機能低下が精神的健康度と関連し、この関連は「問題解決・判断力の障害」を投入することによって有意でなくなることが明らかになった。変数増加法を用いた多変量解析において、人口統計学的要因を投入すると、MMSEの得点（OR=1.28, 95% CI=1.08-1.51）、年齢（OR=1.39, 95% CI=1.04-1.87）と精神的健康度との間に有意な関連が認められた。次に健康関連要因を投入すると、MMSEの得点（OR=1.24,

95% CI=1.02-1.50), 主観的健康感 (OR=3.78, 95% CI=2.38-5.99) に加え, 疼痛 (OR=1.76, 95% CI=1.10-2.84) が精神的健康度と有意に関連し, 一方, 精神的健康度と年齢との関連は有意でなくなった。このことから, 年齢は精神的健康度に関連するが, 疼痛を抱えることや主観的健康感が不良になることを介した関連である可能性が示唆される。次いで社会的要因を投入すると, MMSE の得点 (OR=1.22, 95% CI=1.00-1.48), 主観的健康感 (OR=3.85, 95% CI=2.40-6.17), 疼痛 (OR=1.70, 95% CI=1.05-2.75) に加えてソーシャルサポート (OR=1.36, 95% CI=1.18-1.58) が精神的健康度と有意に関連した。ソーシャルサポートが精神的健康度と強く関連することは我々が本邦他地区で行った研究²⁰の結果と矛盾しないものであった。ソーシャルサポートと精神的健康度との関連は, 婚姻状況や同居家族の有無, 所得, あるいは主観的健康感や疼痛とは独立して認められ, ソーシャルサポートは人口統計学的要因や身体的健康関連要因とは異なる独特の性質をもつ要因であると考えられる。次いで「問題解決・判断力の障害」を投入すると精神的健康度と MMSE との関連は有意ではなくなった (OR=1.19, 95% CI=0.98-1.45)。主観的健康感 (OR=4.01, 95% CI=2.48-6.46), 疼痛 (OR=1.65, 95% CI=1.02-2.68), ソーシャルサポート (OR=1.37, 95% CI=1.18-1.59), 問題解決・判断力 (OR=1.42, 95% CI=1.09-1.86) と精神的健康度との間に有意な関連が認められた。

本調査の結果は, 認知機能低下が高齢者の精神的健康度の低下と強く関連することを示すものである。認知症とは, 「認知症疾患が原因となって認知機能障害が起こり, 認知機能障害が原因となって生活機能障害が起こって日々の生活に支障をきたすようになった状態」と定義される。軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) の概念は提唱者によって異なるが, 今日もっとも一般的に用いられている Winblad の定義⁴⁵によれば, 生活機能障害が複雑な日常生活機能 (complex instrumental function) の軽度の障害に限定される点で認知症と区別される。MCI の認知機能障害と生活機能障害との関連を検討した研究は多くはないが, 記憶と実行機能・処理速度あるいは実行機能の要素としての推論・判断を要する手段の日常生活動作能力 (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) が MCI でも障害されること^{34, 41, 42}, さらに, IADL の障害がある MCI は IADL の障害がない MCI に比べて認知機能障害が進行する速度が速く³⁵, 認知症への進展率も高い^{33, 35}ことが複数の研究で報告されている。認知症の生活機能障害について, 軽度から中等度の認知症と診断された人が自身の能力低下を十分には自覚していないと報告した研究が散見されるが, MCI についても, 正常群と MCI との比較¹, AD に進展しない MCI と AD に進展する MCI との比較⁴⁰のいずれにおいても, 後者で IADL の低下に対する自覚が乏しいことが報告されている。このように観察される事態について, 自覚することの難しさの背景として「何ができないのか明確に言語化することの難しさ」を考える必要があるのではないだろうか。周囲の者がそれと気づく程度の, あるいは, 簡易な認知機能検査に反映される程度の認知機能障害の出現に先立って, 「何かがおかしい」「理由はわからないけど, なんだかいろいろなことが上手にできなくなっている」といった確実な自覚が本人にはあると齋藤は指摘している³⁹。

ごく軽度の認知機能低下によって、具体的にたとえば「電車を使った外出ができない」「服薬管理ができない」といったような明確な焦点化はできないが、「何だかうまくいかない」という感覚が生じていることは、臨床の場面で確かに、正常老化の範囲内と診断される患者から聴取される。MCIでは抑うつ、アパシー、不安焦燥などの神経心理学的症状の有症率が高く³、これらの症状と認知機能および生活機能低下との関連^{12, 15, 37}が報告されており、MCIの診断基準を満たさない程度の認知機能低下でも、「何だかうまくいかない」たとえば「今日も何もせずに終わってしまった」、つまり客観的な事象あるいは症状としてとらえれば「一日の計画が立てられない」といった問題解決・判断力の障害は、全体的な認知機能低下よりも一層直接的に精神的健康度に強い影響を与える可能性が示唆される。

本研究は特定の都市部自治体に在住する高齢者を対象とした調査であり、結果の一般化には注意を要する。また、基本的日常生活動作能力（Basic Activities of Daily Living: BADL）の障害が高齢者の精神的健康度に与える影響については、BADLが障害されている対象者が極めて少なく検討することができなかった。

正常老化の範囲内にとらえられる認知機能低下から軽度認知障害、認知症へと進展は精神的健康度に影響を与える。しかし老年期は認知機能低下のほかにも精神的健康度に影響を与え得るさまざまな要因を抱えるリスクを負っている。社会的役割の喪失や身体的健康の喪失といった体験は認知症に先立つ段階から起こり得るものであり、精神的健康度に影響を与えるだろう。さらに言えば、たとえ認知機能低下を直接に体験しないとしても、家族介護者、とくに配偶者介護者はこのような被介護者の老年期の体験を共有する。従って本調査の結果は、精神的健康度と認知機能が直接的に関連するというよりは、老年期におこる様々な変化の複合体の影響として考えるべきであろう。長く疾病の治療と生命の延長を目標として発展してきた医療のなかで、人が回避することができない老い、老いの体験としての認知機能低下と精神的健康度との関連を研究することによって、そもそも人間にとって精神的健康度とは何かということを知るために、老年期におこる様々な変化が精神的健康度に与える影響について今後のさらなる研究が望まれる。

結論

地域在住高齢者では、認知機能低下は精神的健康度不良に強く関連する。認知機能が低下した高齢者の精神的健康度の関連要因を明らかにし、老年期の精神的健康度の向上につながり得る介入を開発することが望まれる。

本研究は東京都の調査研究事業と連携し、生存科学研究所の研究助成を受けて行われた。