

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）  
分担研究報告書

都市部の独居認知症高齢者の生活と健康

研究分担者 稲垣 宏樹 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
研究協力者 津田 修治 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
研究分担者 岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所副部長  
研究代表者 栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所副所長

研究要旨

【目的】高齢社会の日本において独居認知症高齢者の数は増え続けている。彼らの生活実態を把握して有効な公衆衛生学的対策が必要となっている。本研究では、認知機能低下があり、都市部で一人暮らしをする高齢者の生活や健康状態の特徴を詳述した。

【方法】

2015年に東京都足立区で実施した要介護未認定の65歳以上高齢者の郵送悉皆調査のデータから、自記式認知機能チェックリストで認知機能低下ありと判断された4,625名分を記述的に分析した。分析は、性別で層化して、独居者と非独居者の基本属性や健康アウトカム、社会的健康の指標を比較した。健康アウトカム指標に基本チェックリストの各領域のスコアを用い、社会的健康指標にはソーシャルサポート、社会的交流、ソーシャルキャピタルを用いた。

【結果】

認知機能低下した4,625名のうち男性15.4%、女性25.3%が独居だった。年齢階級別の独居割合は、男性は65-69歳で最も高く、加齢とともに低下したのに対し、女性では加齢とともに増えて80-84歳にピークがあった。健康アウトカムの比較では男女とも独居の方が有意に生活機能は良好だった一方で、抑うつ該当数が多かった。社会的健康は全体として女性の方が好成績だった。同居者以外と週1回以上直接会う直接的交流は、女性では独居者67.7%、非独居者56.6%であり、独居で有意に多かった。男性ではこの傾向を認めなかった。

【考察】

日本の都市部における認知機能低下のある独居高齢者の生活や健康についての実態は男女別に異なる特徴を認めた。女性では、独居であることの代償的行動として社会的交流を増やしていたが、男性ではその傾向を認めなかった。独居認知症高齢者の社会参加を促し、健康維持を支援する公衆衛生学的対策は、男女別の特徴に留意して適切な方法を提案する必要がある。

## A. 研究目的

高齢社会の日本において、独居高齢者の数、独居認知症高齢者の数は増え続けている<sup>1</sup>。独居認知症高齢者は、低栄養<sup>2</sup>や活動性の低下<sup>3</sup>などの身体的健康、孤独<sup>4</sup>などの精神的健康のハイリスク状態にある。また、独居認知症高齢者の支援ニーズは適切に満たされていない<sup>5</sup>など、現代の地域社会で最も脆弱な立場にある集団の一つと言える。そのため、効果的な対策を検討して実行することは喫緊の課題である。しかし、我が国では独居認知症高齢者の生活実態や健康状態についての大規模な調査がほとんどないため、その実態がわかっていない。

本研究では、認知機能低下があり、都市部で一人暮らしをする高齢者の特徴や健康状態の特徴を分析して記述した。

## B. 研究方法

### 1) 研究デザイン

横断データを用いた記述的研究

### 2) 調査対象

2015年に東京都足立区在住で要介護認定を受けていない65歳以上高齢者に実施した郵送悉皆調査の有効回答(75,358名、回収率59.8%)から、同調査中の自記式認知機能チェックリスト18点以上で認知機能低下ありと判断された4,625名を対象とした。

### 3) 調査項目

基本属性：年齢、性別、配偶者の有無、かかりつけ医の有無、基礎疾患数、自記式認知機能スコア、教育年数、居住年数、主観的経済状況、就業の有無。

アウトカム項目：基本チェックリストの各下位尺度(生活機能、運動機能、栄養、口腔

機能、閉じこもり、抑うつ)、社会的健康に関する項目8項目(相談相手の有無、家事援助の有無、近所付き合いの有無、同居者以外との週1回以上の直接的交流の有無、同居者以外との週1回以上の間接的交流の有無、グループ活動への参加の有無、地域に密接な付き合いがあると思うか、近所に信頼感があると思うか)。

### 4) 分析方法

男女別に独居と非独居による基本属性の差異とアウトカムの差異を比較した。基本属性の比較検定は、カテゴリ変数には $\chi^2$ 乗検定、連続変数には2標本t検定を用いた。アウトカムの比較検定は、カテゴリ変数にはロジスティック回帰分析、連続変数には重回帰分析を使った。単変量の分析を実施後、全ての基本属性項目を調整した多変量の分析を行った。統計学的有意水準は $p=0.05$ としたが、アウトカム数14個と同じ回数の検定を繰り返すため、Bonferroni補正を採用し、 $p<0.0036$ を有意差の判定基準とした。

### 5) 倫理面への配慮

本研究は地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

対象となった認知機能低下者4,625名のうち、男性15.4%、女性25.3%が一人暮らしだった。

### 1) 認知機能低下高齢者の独居割合(図1)

認知機能低下した男性では、65-69歳の年齢階級で独居割合28.5%と最も高く、加齢と

ともに独居割合は低下する傾向だった。一方、女性では独居割合は加齢とともに増え、80-84歳でピークの30.5%に達した。

#### 2) 認知機能低下高齢者の基本属性 (表1)

独居者と非独居者の比較で配偶者ありの割合は男性 10.1%対 91.8%, 女性 2.8%対 59.0%だった。男性ではかかりつけ医ありの独居者 88.5%で非独居者 94.4%よりも少なかった。独居と非独居の比較で、教育年数や基礎疾患数に差は見られなかった。居住年数や就業ありの割合は男女とも独居の方が少なかった。

#### 3) 健康アウトカムの比較 (表2)

基本チェックリストの該当項目数を比較した。男女とも独居の方が非独居よりも生活機能 (Independent Activity of Daily Living, IADL) は良好だった。詳しくは、独居男性の IADL 低下の該当項目数は 1.9 項目で、それに対して非独居男性では 2.4 項目であり、基本属性の変数を調整した p 値でも統計学的に有意であった。同様に、独居女性の IADL 低下該当項目数 2.0 項目に対して非独居女性 2.4 項目で有意差を認めた。

抑うつ該当項目数は男女ともに独居の方が有意に多く、独居者は男女ともに精神的健康が低かった。運動機能、栄養状態、口腔機能、閉じこもりについては、男女ともに独居・非独居の比較で有意差を認めなかった。

#### 4) 社会的健康の比較 (図2)

全体の傾向として女性の方が社会的健康の項目は好成績だった。家事援助ありの割合は、非独居者 (男性 80.2%, 女性 74.5%)

に比べて、独居者 (男性 20.7%, 女性 36.1%), は圧倒的に少なかった。同居者以外と週 1 回以上交流する割合を見ると、女性では独居者の方が非独居よりも高かった。これは、直接会って交流すること (女性独居 67.7%, 非独居 56.6%) にも、電話などでの間接的交流 (独居 60.5%, 非独居 42.2%) にも当てはまり、ともに統計学的有意差を認めた。しかし、男性ではこの傾向を認めなかった。

#### D. 考察

主要な結果：男性では年齢とともに独居の割合が減るが、女性では 80-84 歳で独居割合はピークとなった。独居と非独居の比較で、男性独居者の場合、かかりつけ医ありの割合が有意に低いが、女性独居者では非独居者と同等に高かった。認知機能低下しても独居の場合は IADL を維持していたが、精神的健康度は総じて低い。女性は独居の代償行動として友人との交流を増やして社会的健康を維持したが、男性はその傾向が見られない。

これらの結果は諸外国における独居認知症高齢者の傾向と多く一致した<sup>4,6</sup>。欧米のデータでは、認知症高齢者の独居割合は、データのサンプリング方法によってばらつきがあるものの 28-51%とされ、女性の独居割合が高く、高齢の傾向がある。独居者の方が IADL は高いが、精神的健康は総じて低く、同居者以外との交流が多いという結果の先行研究も認めた。日本の都市部で一人暮らしをする認知機能低下高齢者は、欧米の独居認知症者のデータと類似点が多いと言えるであろう。その上で、標本数の多い本研究では男女で層化した分析を実現した。独居者の属性の特徴や、特に社会的交流のパタ

ーンに男女間の差異を詳述したことは特筆すべきであろう。

#### E. 結論

日本の都市部に住む認知機能低下のある独居高齢者の生活や健康の実態は、男女別に異なる特徴があった。独居者の年齢やかかりつけ医の有無のような生活実態が男女で異なることや、一人暮らしの代償的な行動と考えられる社会的交流が男女で異なるパターンを示したことは、具体的な公衆衛生学的対策を考える上で示唆的である。社会で増え続けている独居認知症高齢者が社会的孤立に陥ることを未然に防ぎ、健康維持を支援する公衆衛生学的対策は、男女別の独居者の生活や健康の実態に留意して最適な方法を考えて提案していく必要があるだろう。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
該当なし
2. 実用新案登録  
該当なし
3. その他  
該当なし

#### (引用文献)

1. 栗田主一. 一人暮らし, 認知症, 社会的孤立. 老年精神医学雑誌. 2020;31:451-9.
2. Nourhashemi F, Amouyal-Barkate K, Gillette-Guyonnet S, et al. Living alone with Alzheimer's Disease: cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL.FR study. *J Nutr Health Aging*. 2005;9:117-20.
3. Svansson R, Sundler AJ. Gradually losing one's foothold: a fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia (London)*. 2015;14:145-63.
4. Clare L, Martyr A, Henderson C, et al. Living alone with mild-to-moderate dementia: findings from the IDEAL Cohort. *J Alzheimers Disease*. 2020;78:1207-16.
5. Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *Int Psychogeriatr*. 2010;22:607-17.
6. Edwards R, Brenowitz WD, Portacolone E, et al. Difficulty and help with activities of daily living among older adults living alone with cognitive impairment. *Alzheimers Dement*. 2020; 16:1125-33.

図表一覧

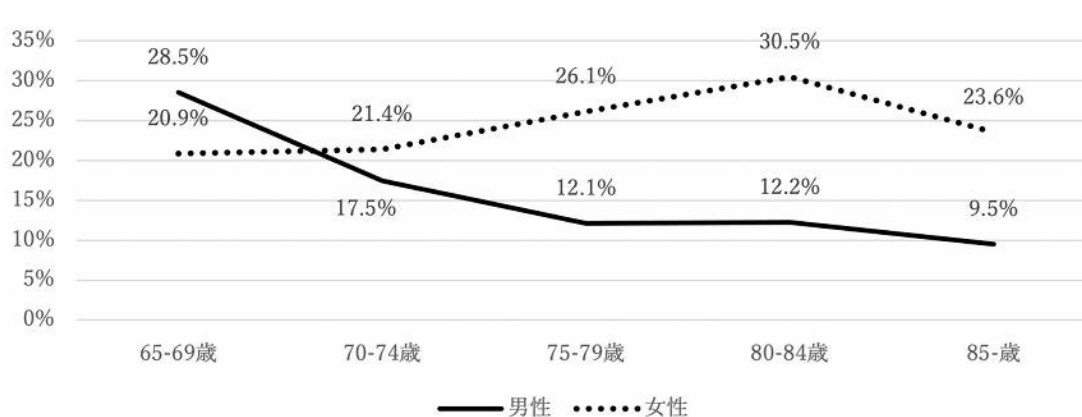


図1. 認知機能低下高齢者の独居割合 (男女別, 年齢階級別)

表1. 独居の有無による基本属性 (男女別)

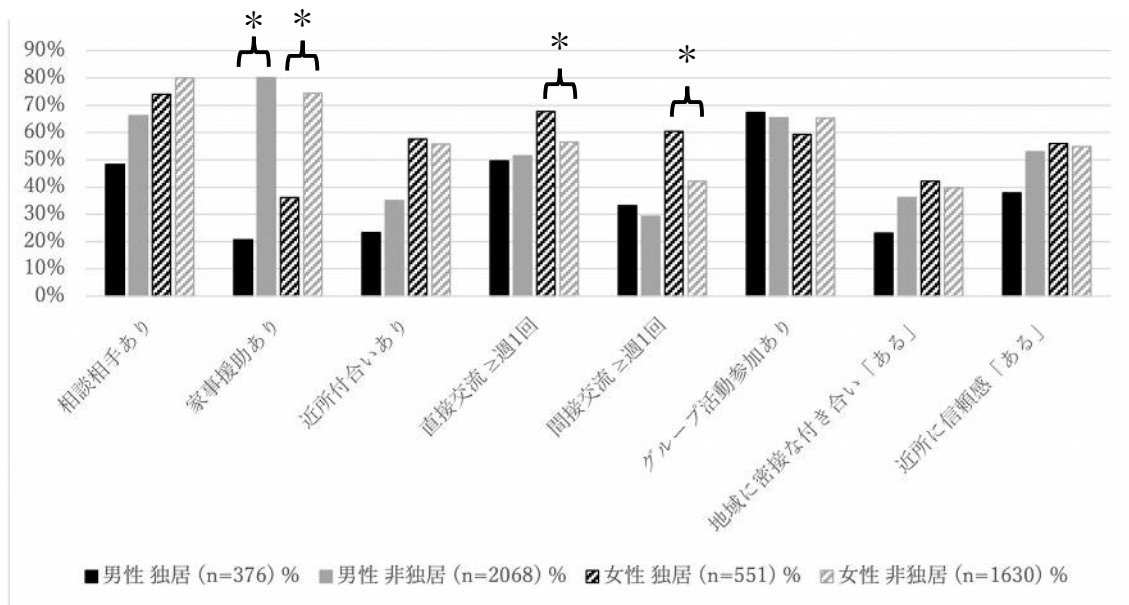
	男性			女性		
	独居(n=376)	非独居(2068)	P*	独居(n=551)	非独居(1630)	P*
	mean±SD/n(%)	mean±SD/n(%)		mean±SD/n(%)	mean±SD/n(%)	
年齢	74.7±6.7	77.3±6.5	<0.001	79.0±6.5	78.5±7.1	0.12
配偶者あり	35 (10.1%)	1825 (91.8%)	<0.001	14 (2.8%)	917 (59.0%)	<0.001
かかりつけ医あり	317 (88.5%)	1891 (94.4%)	<0.001	504 (96.2%)	1497 (94.8%)	0.24
基礎疾患数	1.8±1.3	1.8±1.3	0.52	1.9±1.3	1.9±1.3	0.76
認知機能(10-40)	19.9±2.8	20.9±3.7	<0.001	20.2±3.2	21.0±4.0	<0.001
教育年数	10.8±3.4	10.7±3.0	0.59	9.7±2.5	9.9±2.6	0.21
居住年数	25.7±21.1	36.9±19.9	<0.001	33.2±19.7	35.7±19.8	0.01
経済状況よい	331 (96.2%)	1816 (92.7%)	0.02	482 (95.4%)	1390 (91.0%)	0.001
就業あり	60 (17.1%)	508 (25.6%)	<0.001	58 (11.4%)	288 (18.5%)	<0.001

\*連続変数に対しては2標本t検定, カテゴリ変数に対してはカイ2乗検定を用いてp値を算出した.

表2. 独居の有無による基本チェックリスト該当項目数の差 (男女別)

	男性			女性		
	独居	非独居	OLS	独居	非独居	OLS
	mean±SD	mean±SD	調整 p*	mean±SD	mean±SD	調整 p*
生活機能低下 (0-5)	1.9±1.1	2.4±1.4	<0.001	2.0±1.3	2.4±1.6	<0.001
運動機能低下 (0-5)	2.3±1.4	2.1±1.5	0.64	2.6±1.4	2.5±1.5	0.84
栄養低下 (0-2)	0.6±0.7	0.4±0.6	0.56	0.5±0.7	0.5±0.7	0.95
口腔機能低下 (0-3)	1.8±1.0	1.5±1.1	0.25	1.6±1.1	1.5±1.0	0.72
閉じこもり (0-3)	1.1±0.7	1.0±0.7	0.55	1.0±0.7	1.1±0.7	0.43
抑うつ (0-5)	3.9±1.5	3.0±1.8	<0.001	3.6±1.6	3.1±1.7	<0.001

\*調整した p 値は、重回帰分析を用いて表 1 中の項目を全て調整して算出した。また、統計学的有意差は、p=0.05 をアウトカム数で割った Bonferroni 補正により、p<0.0036 を基準とした。



\*調整した p 値は、ロジスティック回帰分析を用いて表 1 中の項目を全て調整して算出した。また、統計学的有意差は、p=0.05 をアウトカム数で割った Bonferroni 補正により、p<0.0036 を基準とした。

図2. 独居の有無による社会的健康の比較 (男女別)