

原 著

特定高齢者候補者における運動機能と抑うつ気分の相関について
－東京都中野区における調査から－

Correlation between physical performance and depressive mood among
elderly people at high risk of needing long-term care in Nakano City

石濱照子¹、江戸聖人²、新井美奈子²
Teruko Ishihama¹, Kiyohito Edo², Minako Arai²

1 中野区中部保健福祉センター、東洋英和女学院大学大学院 人間科学研究科

2 中野区保健福祉部

¹ Chubu Public Health and Welfare Service Center of Nakano City
The Graduate School of Toyo Eiwa University Department of Human Sciences Master's
Program,

² Public Health and Welfare Division, Nakano City

うつ病は、高齢者の公衆衛生上の大きな問題であり、自殺の強力な危険因子である。高齢者の抑うつ傾向は単に加齢によるものとの推測があるが、最近の研究では慢性疾患のある人のうつ病有病率が高いことや、うつ病と健康レベル低下の相関が明らかにされている。本研究では、高齢者の抑うつ傾向と運動機能低下との相関について明らかにし、今後の高齢者健康づくり施策のありかたについて考察した。中野区の65歳以上で区民健診を受けた26,965人のうち特定高齢者把握事業（地域支援事業）に準じて実施した生活機能評価において、何らかの生活機能低下に該当した1,174人を分析したところ70%が抑うつ傾向に該当した。本研究ではそのうち調査項目に欠損のない1,035人を対象とし、平均年齢は78.2歳である。抑うつ傾向を示した69.7%のうち49.2%が中等度以上の抑うつ傾向を示し、45.7%が運動機能低下を示した。運動機能が低下するに従って、抑うつ気分が重度化するあるいは、抑うつ気分が重度化すると運動機能が低下することが明らかになった。今後の高齢者の健康づくり施策を考える際には、心理的支援を含めた運動機能向上プログラムの実施やうつ予防支援プログラムの開発が望まれる。

キーワード 高齢者 抑うつ気分 運動機能 ソーシャルサポート

Abstract

Depression in the aged is a major public health problem, and the risk of suicide is a serious concern among elderly people. Depression in the aged tends to be attributed to their socioeconomic condition or decreased cognitive performance, but recent studies have revealed that physical activities are also strongly related to human emotions. In this study, we investigated the relationship between mood status and physical performance among elderly people. A total of 26,965 residents in Nakano city, aged 65 and older, were enrolled. These residents, who were not receiving long-term care insurance services, were screened for physical and mental disabilities by physicians, and 1,174 of them were evaluated as being at high risk for long-term care. Of these high risk residents, 1,035 could be analyzed using questionnaire data from the screening. The prevalence of depressive mood was found to be 70.0%, with a greater risk in more aged populations, and 49.2% of the subjects had high scores suggesting severe depression. Decreased physical performance was seen in 45.7%. There was a significant

positive correlation between the scores of depressive symptoms and physical impairment. These data suggest a fairly close relationship between physical abilities and mood status in elderly people. Preventive care for both mental and physical disabilities may be mutually beneficial.

Keywords: Frail elderly, Depressive symptoms, Physical performance, Preventive care

1 緒言

1-1 研究の背景

国連は 20 世紀の末に世界人口の高齢化が進行してきていることから、1991 年第 46 回総会において「高齢者のための国連原則」を採択した。そのキーワードは、自立 independence、参加 participation、介護 care、自己実現 self-fulfillment、尊厳 dignity の 5 項目であった。その後 1992 年に決議され国際高齢者年 (International Year for Older Persons 1999 年) を設けることとなる。そして世界の動向は先進国における高齢化が深刻な状況の中で、「離脱理論 (dis-engagement theory)」から「活動理論 (activity theory)」へと転換がはかられた。さらに 2002 年には第 2 回国連高齢化世界会議が開催され、そのテーマは「高齢者を社会的資源として活用する」で Productive Aging が主題となった。¹⁾

日本においては、人口構造の急激な変化により少子高齢化となり、寿命の延長による老年期の延長をいかに過ごすべきかが大きな課題となっている。老親の扶養と介護の問題は現代ほど長期間には及ばなかったとはいえ、戦前には家業・家産の継承との対応でいわゆる「あとつぎ」に担保されていた。法律上も家督相続は、明治民法第 970 条では、直系の男子優先、嫡出子優先、年長者優先となっていた。その後 1948 年施行の現民法では、家制度の廃止により、家族の概念は「夫婦制家族」へと変化し、夫婦・親子間の民主化が強調されるようになった。1955 年以降の高度経済成長により、夫婦と未婚の子を中心とする核家族世帯が増加し、かつての直系家族制から欧米型の夫婦制家族へと変化し、単身高齢者や高齢者世帯の増加を招いた。そして家族の介護能力の低下や老親扶養に対する意識の変化をもたらした。²⁾

さらに社会福祉基礎構造改革以降、人口構造や社会構造の変化に伴う情報化社会はニーズの多様化や個人主義をすすめる、生存権の保証から幸福追求権の保証へと国民の関心を発展させた。しかし現代は一方でいわゆるニートやインターネットカフェ難民をつくりだし、医療保険制度や年金制度を根底から揺るがしてい

る。そのため新たに創設された介護保険制度も定着しつつあるものの、現状に追いつかず医療制度や年金制度とともに次々に改正を迫られている状況である。現代社会は高齢者に対して身体的自立や経済的自立を容赦なく求めているとも言える。こうした格差社会が広がる中で「延長した老年期の過ごし方」はまさに国策としての対応となっている。多様化した個別的なニーズにどう対応していくのか、地域における自治をどのように強めていくのか、住民の福祉活動への参加促進による相互扶助の仕組みなど懸案事項は山積し、高齢者の尊厳を守って生活できる地域社会に必要な仕組みづくりが求められている。³⁾⁻⁵⁾

家庭や地域が崩壊し、社会不安が増し格差社会が拡がりつつある現代社会の中で、自殺はじわじわと日本社会を蝕んでいる。自殺対策基本法制定以降も 3 万人を割ることなく自殺者は減少していない。特に社会的弱者である高齢者においては、その絶対数が多いだけに、社会政策上の影響力も多大であり、また喪失体験の多いライフステージ⁶⁾⁻⁷⁾としての老年期からもその対策が急務である。現代において自殺大国となった日本では年々高齢者の自殺が増え大きな社会問題となっている。⁸⁾⁻⁹⁾ また、うつ病は高齢者の自殺の強力な危険因子であるとともに、全般的な死亡率の増大、運動機能の低下、医療費の増大、要介護状態への移行に深く関連していることが示唆されている。こうしたことから、うつ病の一次予防と二次予防をめざした地域支援対策は、高齢者の自殺予防とともに、高齢者の健康寿命の延長や QOL の向上に寄与すると考えられる。¹⁰⁾⁻¹²⁾

筆者らは、現在高齢者の健康づくりを推進する役割を行政部門で担っており、高齢者の健やかで、明るい第 3 ステージを全うするための施策を策定する立場にあるが、高齢者の自殺は筆者らの勤務する自治体でも増加傾向である。一方高齢者の実態を知るために、区民健診を受けた高齢者を対象に実施したチェックリストの分析を行なったところ、抑うつ傾向の高齢者が 3% を上回り、国のモデル事業での数値 1% 前後を大きく上回った。

いわゆる元気高齢者の活躍が話題になる一方、高齢者のうつ病や自殺が増加している近年日本の二極化した高齢者の状況のなかで、先行研究¹³⁻¹⁴⁾ですでに示唆されている抑うつ気分と運動機能低下の相関についての調査研究をすすめ、当自治体における抑うつ気分の高齢者に対する効果的施策を探る手がかりとしたい。さらに高齢者福祉に関する課題とも絡み合わせて考察し、今後の高齢者を中心とした自殺予防に向けての地域支援施策に役立てていきたいと思い、この研究をすすめることとした。

1-2 研究目的

うつ病は、高齢者の自殺の強力な危険因子であり、運動機能の低下や要介護状態への移行に深く関連していることが WHO 大規模調査においても示唆されている。当区における特定高齢者候補者の基本チェックリストの集計から、何らかの生活機能低下のある者のうち抑うつ気分にある 69.7%の区民について集積したデータから可能な範囲でその対象特性を明らかにするとともに、先行研究で示された抑うつ傾向者の運動機能との関連について検証し、今後の抑うつ予防プログラムのあり方について検討する。¹⁵⁾⁻¹⁶⁾

2 研究方法

2-1 中野区の概況

中野区は人口 298,229 人(外国人登録者 3%)で、65 歳以上人口は 57,309 人(2007 年 1 月 1 日現在)で高齢者人口の占める割合は 19.2%、そのうち後期高齢者(75 歳以上)は 8.9%、高齢者人口全体の 47.4%を占めている。全人口は年々減少を続け、この数年は横ばいで年齢構成割合は年々少子高齢化が進んでいる。世帯数は 178,783 世帯で、1 世帯当たり平均人員は 1.73 人となっている。高齢者単身世帯割合も年々増加をしていて 70 歳以上のうち一人暮らし高齢者は 6,706 人、単身世帯の 16.2%となっている。民生委員による 70 歳以上の一人暮らし訪問調査(中野区ひとり暮らし高齢者確認調査:2007)では、34%の人が健康状態について「不安である」「訪問を要する」という結果であった。

2-2 特定高齢者把握システムとデータ収集方法

2006 年度区民健診受診者(65 歳以上)は 26,965 人であった。区民健康診査は希望者が健康診査登録をするシステムであるが、対象者の 8 割が国民健康保険加入者でありその他社会保険扶養家族、生活保護受給者

である。

2006 年度介護保険法の改正で地域支援事業が創設され、地域支援事業実施要綱(厚生労働省)により種々の事業が実施された。本研究の骨子はそのうち特定高齢者候補者把握事業実施結果に基づいたものである。特定高齢者候補者把握事業は、介護保険非該当あるいは介護保険未申請者のうち介護保険認定に該当しような虚弱高齢者を抽出し、集中的に介護予防事業に参加させて、できるだけ要介護状態になる時期を遅らせるために創設された仕組みである。

65 歳以上の区民健康診査受診者のうち介護保険非該当あるいは未申請の対象者に対して、健康診査の結果と同時に本人が回答する基本チェックリストをもとに、かかりつけ医師が生活機能評価票に準じて生活機能評価を実施する。調査項目として生活機能評価票は、基本チェックリストと生活機能評価項目(問診や理学的検査、血液検査等の健診データを加味)から構成されている。

基本チェックリストは 25 項目からなる。各項目は「はい」「いいえ」の 2 者択一から成り立ち肯定的回答を 1 点、否定的回答を 0 点として、合計し尺度としている。そのうち Q6 から Q10 は運動機能項目、Q21 から Q25 は抑うつ項目である。その他 Q11・Q12 は栄養項目、Q13 から Q15 は口腔機能項目、Q16・Q17 は閉じこもり予防の項目、Q18 から Q20 は認知症に関する項目となっていて項目毎に生活機能低下の基準が決められている。

生活機能評価は、生活機能低下「なし」と「あり」に分けられる。「生活機能低下あり」と判定された対象者を特定高齢者候補者という。「生活機能低下あり」の生活機能評価票は区に返送され、それをもとに地域包括支援センターへ情報提供を行う。地域包括支援センターは該当者に特定高齢者プログラムを勧め、個々の介護予防支援プランを作成し要介護状態になることを防ぐための個別支援をする。特定高齢者プログラムに参加したものを特定高齢者といい、プログラム前後のアセスメントによる効果測定を必須としている。つまり特定高齢者候補者とは、介護保険法を根拠として平成 18 年度から実施している地域支援事業要綱の生活機能低下基準で規定された 65 歳以上であり、要介護・要支援に該当していない人のうち、基本チェックリスト 25 項目に回答し一定の基準に該当した虚弱高齢者をさしている。¹⁷⁾

2-3 対象者

2006 年度 65 歳以上で区民健診受診時に生活機能評価調査を実施した 26,965 人のうち、「生活機能低下あり」は 1,174 人 (4.3%)、「生活機能低下なし」は 23,989 人 (89%)、「情報提供拒否」は 1,802 人 (6.7%) であった。「生活機能低下あり」1,174 人のうち調査項目である抑うつ項目と運動機能項目の回答が不完全な 139 人を除き分析対象者は 1,035 人となった。回収期間は 2006 年 5 月から 12 月までであった。

2-4 倫理的配慮

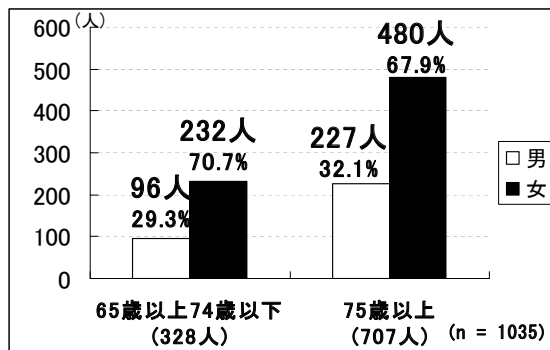
この調査は、根拠法令である介護保険法及び地域支援事業実施要綱を遵守したうえで、地域支援事業の実施に関する事項として当自治体の個人情報審議会で承認を得ている。さらに生活機能評価結果および基本チェックリストの結果についての個人情報収集および情報提供については、生活機能評価票に対象者のサインを求めたうえで実施している。(根拠 地域支援事業実施要綱老発第 0413001)

3 研究結果 ¹⁸⁾

3-1 対象者の性別・年齢群別 (図 1)

対象者 1,035 人 (男 328 人 女 707 人) の平均年齢は 78.2 歳であった。また前期高齢者 (65 歳以上 74 歳

図 1 対象者年齢別人数(男女内訳)



以下)は 31.7%、後期高齢者 (75 歳以上) は 68.3% で、男女比は前期高齢者も後期高齢者もほぼ同じで、男性が 3 割、女性は 7 割である。

3-2 抑うつ傾向について (図 2)

抑うつ気分は、うつ項目 (Q21 ~ Q25) の合計点 2 点以上が抑うつ傾向と決められている。「はい」は 1 点、「いいえ」は 0 点で次の 5 問の合計点にてチェックをする。

Q21 (ここ 2 週間) 毎日の生活の充実感がない。

Q22 (ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。

Q23 (ここ 2 週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる。

Q24 (ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。

Q25 (ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする。

抑うつ気分傾向なし (0 点、1 点)、中等度 (2 点、3 点)、重度 (4 点、5 点) とした。

30.2% の人が抑うつ気分傾向はなく (2 点未満)、69.8% が抑うつ気分あり (2 点以上) だった。抑うつ気分傾向が中等度では女性が多く、重度では男性が多い傾向を示した。うつ病予備群に近い 3 点以上でみると後期高齢者は男 54.1%、女 50.8%、前期高齢者より後期高齢者のほうが、抑うつ傾向を示すとともに重度化を示している。(図 2)

うつ項目は、ここ 2 週間の気分傾向ということでの設問である。虚弱高齢者に該当する高齢者であるため、一般のいわゆる元気高齢者に比較して抑うつ傾向を示している可能性もあるが、障がいや要介護状態にはない高齢者の気分傾向ということを考えて、抑うつ状態の高齢者が潜在的にかなりいる可能性が窺えるのではないかと。各設問についてみると、Q22「これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった」Q23「以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる」などは現状満足度や意欲についての設問で、ちょっとしたきっかけにより「はい」にチェックできる設問であるともいえる。これらの設問をチェックすると 2 点となり、抑うつ気分傾向中等度のグループとなる。

一方基本チェックリストの Q25「わけもなく疲れたような感じがする」は「はい」にチェックするには微妙な設問である。意欲の低下を根幹とした抑うつ状態をあらわしている。一方、慢性疾患を合わせ持つ可能性の高い高齢者の特性を考えると、疾病症状の影響で「はい」をチェックすることもある。

また残りの Q21「毎日の生活に充実感がない」

Q24「自分が役に立つ人間だとは思えない」は、主観的幸福感や存在価値についての設問である。これらのことを加味すると抑うつ気分重度のグループは、Q22、Q23 で「はい」をチェックし、さらに微妙な位置にある Q25 で「はい」となっても 3 点であり、それに加えて Q21 や Q24 の抑うつ状態をあらわす項目にチェックしなければ 4 点以上にはなり得ない。したがって抑うつ気分傾向重度のグループは明らかにうつ病予備群

あるいはうつ病の範疇に入ると考えられる。

3-3 運動機能低下に関する項目について(図3)

運動機能低下は、運動機能項目(Q6~Q10)で3点以上が運動機能低下と決められている。「はい」「いいえ」の得点でQ6、Q7、Q8は逆転項目のため「はい」が0点「いいえ」が1点、Q9、Q10では「はい」が1点「いいえ」が0点の合計点で計算する。

Q6 階段のすりや壁をつたわずに昇っていますか。

Q7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上

がっていますか。

Q8 15分位続けて歩いていますか。

Q9 この1年間に転んだことがありますか。

Q10 転倒に対する不安は大きいですか。

全体では運動機能の衰えない人(3点未満)は54.3%で、衰えのある人は45.7%であった。運動機能の低下のない人は女性に比較して男性に多い。(図3)

年齢別にみると、前期高齢者で運動機能の衰えない人は58.2%で後期高齢者では48.1%である。また重度化については、前期高齢者も後期高齢者も共に

図2 抑うつ項目 得点分布(性別・年齢)

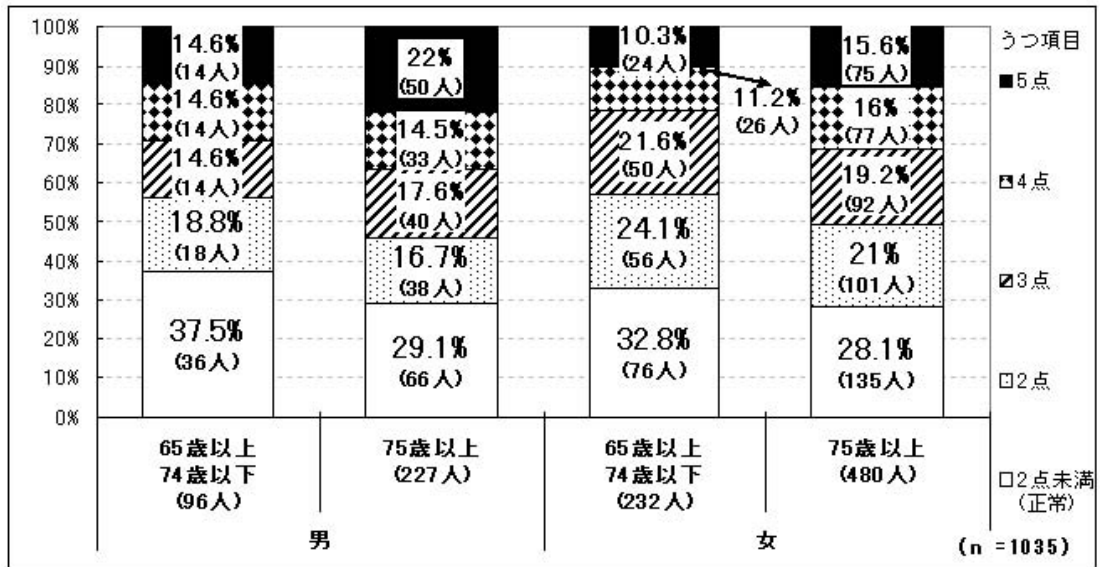
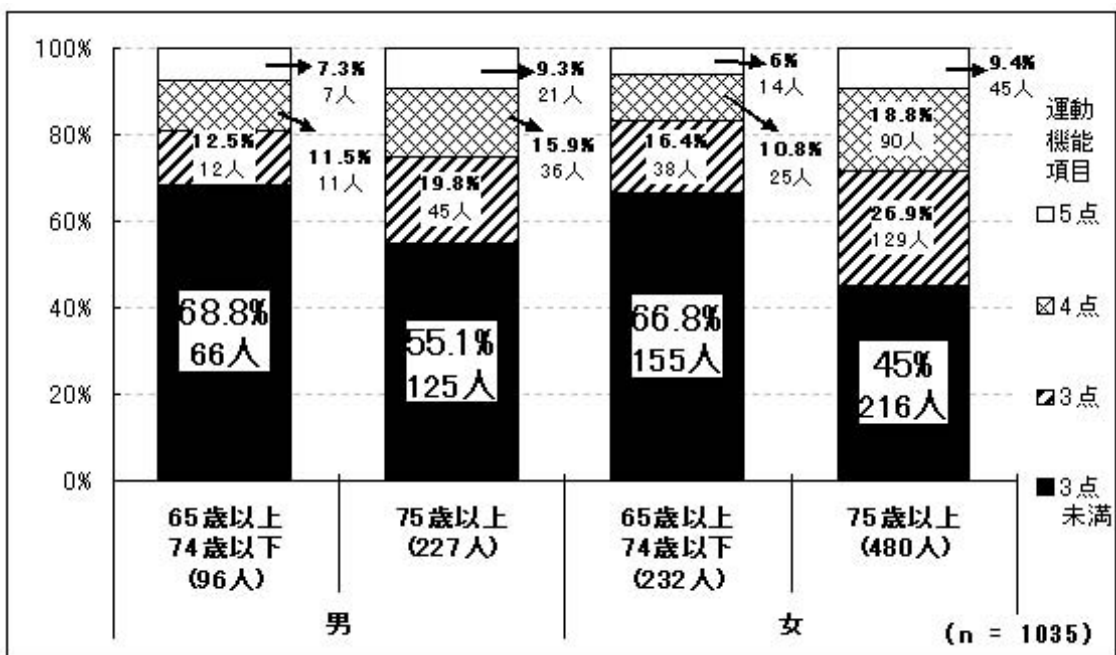


図3 運動機能項目得点分布(性・年齢)



重度化の高いほど人数が少ない。(図3)この基本チェックリストが介護保険非該当者対象で、さらに虚弱(特定)高齢者の候補者であることから当然であると考えられる。

3-4 うつ項目と運動機能項目の関係(図4、図5)

全体では抑うつ傾向を示した69.7%のうち49.2%が中等度以上の抑うつ傾向を示し、運動機能低下は45.7%が示した。

高齢者の生活上の運動機能と抑うつ気分についての関連について、運動機能が低下するに従って、抑うつ気分が重度化することは、図5から明らかである。ピ

アソンの積率相関係数(product moment correlation coefficient)では抑うつ気分と運動機能との間の相関は($r = 0.25$)である。

うつ項目点数が高く抑うつ気分が重度化すると、運動機能低下がみられない人たちが減少しているのがうかがえた。また抑うつ気分のないグループは、運動機能項目が運動機能低下ありの3点以上が明らかに少なく、抑うつ気分のない人は、運動機能低下がみられにくいことが示唆された。

運動項目得点とうつ項目得点の平均点を示したものは図4のとおりである。

図4 運動項目得点とうつ項目得点平均点

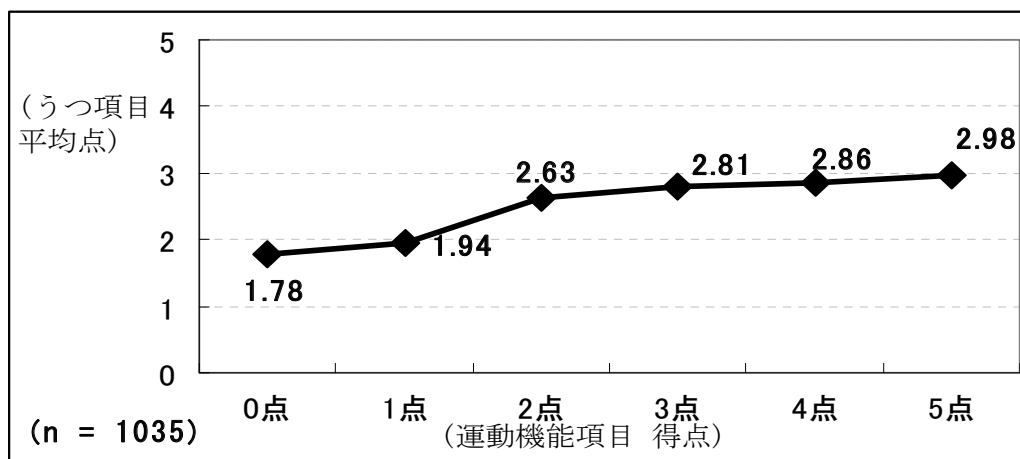
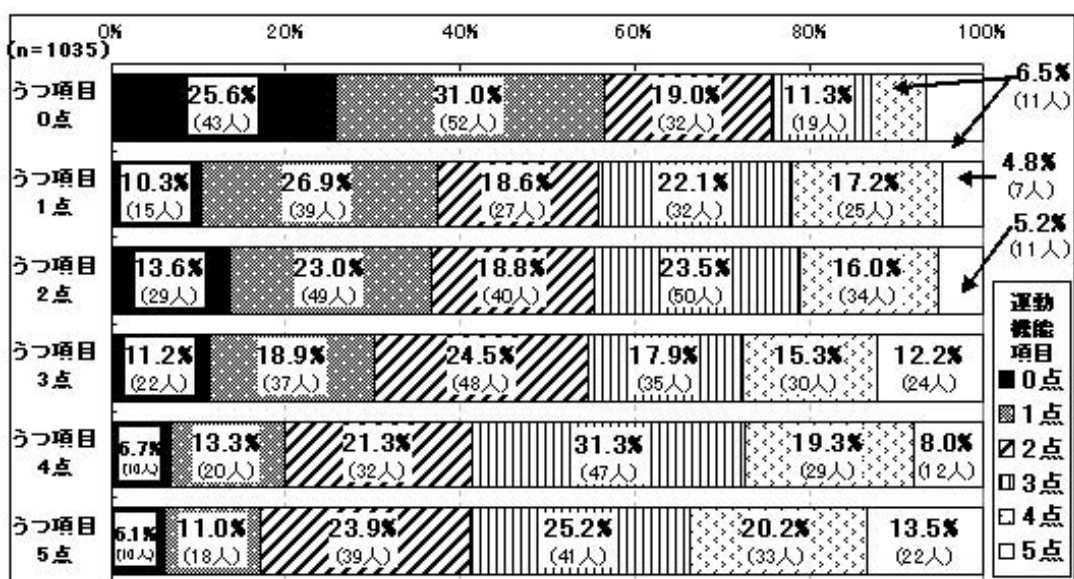


図5 うつ項目得点別 運動機能項目得点分布



4 考察

本研究では 65 歳以上の区民健診受診者のうち、なんらかの生活機能低下のある人について分析したが、そもそも区民健診受診者とはどのような集団であったのかを振り返る。

登録制で実施している当区の区民健診では、1 回登録しても 2 年間未受診の場合は自動的に登録が抹消される仕組みになっているため、受診者は少なくとも自分の健康に対して関心があり、かつ自発的に健診を受診している集団であるといえる。受診者は、当区の 65 歳以上人口の 48%にあたるが、その他の区民 52%のうち要介護認定を受けて受療中者が 19%である。残りの 33%には人間ドッグなど別の健診を受けている者、生活保護受給者が含まれているが、健診など全く受けていない者も当然含まれる。健診を受けずにいる区民の中には、抑うつや閉じこもり傾向でさまざまな問題を抱えた人がいると思われ、こうした範囲への実態調査こそが本来自治体の役割であるが、本研究では取り組むことができなかった。

本研究の対象者は、当区の 65 歳以上の区民のうち健康に関心のある集団であり、さらに生活機能低下のない者がそのうちの 95.7%を占めていたことから、いわゆる元気高齢者集団のうち何らかの生活機能低下をきたしている集団であると推測される。この何らかの生活機能低下をきたしている対象者を見てみると、低栄養の可能性のあるものや運動機能の低下を示す者はそのうち 7%であった。一方 2005 年の当区における保健福祉サービス意向調査のうち、高齢者調査の部では、65 歳以上の区民を無作為抽出した 2,150 人を対象とした設問で、この 1 ヶ月間の憂うつな気持ちや物事に興味がわかなかつたり、心から楽しめなかつたかについて問うた回答では、いずれも 30%が「抑うつ気分があった」と回答している。この調査では、経年的にも抑うつ気分の高齢者が 30%という結果が得られている。これに比較して、何らかの生活機能低下のある高齢者の 69.7%が抑うつ傾向であったことは注目すべきことである。人間の一生は、ある意味で獲得と喪失のプロセスであるが、老年期には特に生きるための精神的エネルギーの低下をもたらす大きな喪失が表面化し抑うつ傾向を招きやすく、さらに新しい創造にも多大なエネルギーを要することから抑うつ傾向が長引きやすい時期でもある。そのため高齢者の気分傾向に関する調査は今後も継続していく必要がある。^{5) 6) 8) 9) 19)}

次に研究対象者の時代背景を振り返ると「家」の変

化がある。かつて「老人の世話をするのは子の務め」と言われたのは儒教の倫理観だけではなく、農業や家業から継承される生活共同体に付随したものであった。しかし戦後の高度経済成長による激しい社会変動の中で、「家」という生活基盤は、一代限りの家である核家族を普遍化した。若くして生活苦と戦い、敗戦によって価値観の転換を強いられ、成人後は戦後の混乱の中でマイホームを体現し、経済成長を担ってきた世代である。こうした時代を生きてきた高齢者の老後や死後に対するキーワードは、まさに「迷惑をかけたくない」である。なぜなら彼らもまた郷里を離れて、親の介護や祭祀を行うことができなかった。今後の高齢者対策を考える際に、地縁の回復や異世代同居を説いたところで、高齢者自身の意思や考え方も変化しているため、どのような共同性のあり方が良いのかは、未経験の新たな課題として捉える必要がある。^{2) 4) 5) 19)}

今後の高齢者の健康づくり施策を考える際には、うつ予防支援プログラムの開発、仲間づくりや心理的支援に重点をおいたプログラムの展開を考慮し、さらに運動機能向上プログラムに、参加者交流を意識した内容を考慮する必要がある。また特定高齢者把握事業を展開するにあたっては、運動機能低下や抑うつ気分傾向をおこしがちな後期高齢者に着目すべきである。その年齢特性から介護予防プログラムを展開するに当たり、安全管理を重視するとともに個別性に配慮することが特に大切である。また予備能力が不足し体調を崩しやすいことから、短期プログラムを繰り返し実施するなどの工夫が必要である。さらに閉じこもりがちな対象者に対しては、閉じこもり予防訪問などを通じての対人交流や、地域に誘い出す試みも必要となろう。

本研究では後期高齢者が前期高齢者に比べて抑うつ傾向の重度化を示していたことで加齢によるものとの推測もあるが、同時に運動機能の衰えも後期高齢者が重度化していることから考察すると、加齢がうつ病の発症リスクを上昇させるのではなく健康の衰えや身体的障害が原因であることを示唆している。

Robert E.Roberts 教授らは「加齢が影響しているように見えても、実際には、加齢とともに起こってくる他の問題、特に健康上の問題や身体的障害、社会的孤立あるいは経済的困難、日常生活活動に伴う困難、親しい人との死別などが高齢者のうつ病のリスクファクターとしてあげられる。また高齢者の健康に関する現行のプログラムは、身体的健康に関する問題のみをターゲットにしているが、精神衛生の改善も目指すべ

きだ」¹⁶⁾と述べている。さらに Saba Moussavi らの報告¹⁴⁾では、WHOの大規模調査から慢性疾患のある人のうつ病有病率が高いことや、うつ病と健康レベルの低下を示唆したデータが掲載されている。

国は2008年度から医療制度改革に着手した。それにより健診のシステムは大きく変わる方向であり、65歳以上74歳までの高齢者にとっては希望せずとも健康診査を受ける機会が与えられ喜ばしいことではあるが、保険者責任における特定検診・特定保健指導の枠の中では、重要視された扱いにはなっていないのが実情である。また後期高齢者については健診実施の義務規定はなく、地方自治体のさじ加減に委ねられているため地域による格差が広がると思われる。さらに国の方針では、生活改善をねらいとする積極的保健指導について高齢者は対象外としている。しかし今回の生活機能低下のある対象者の平均年齢は78.2歳であることを考えると、年齢とともに残存機能が低下し運動機能低下や抑うつ傾向を招きやすい、あるいは喪失体験が抑うつ傾向を引き起こし閉じこもりがちとなり運動機能が低下しやすい後期高齢者への支援サービスは、健診受診者に限らず広く対象として展開すべきである。特に高齢者に対しては支持的な対人交流が重要であり、その人にとって意味のある対人交流をどの程度持っているかということが自殺予防にも大きく関係する。高齢者自身が自分自身のありようを認め、尊厳をもてるように支援するためには、社会的孤立をさせないための社会システムが求められる。²¹⁾

5 結論

筆者らが勤務する自治体における住民調査において高齢者の抑うつ傾向と運動機能低下との相関が明らかになった。抑うつ傾向が重度化すると運動機能も低下している、あるいは運動機能が低下すると抑うつ傾向の重度化がみられた。さらに抑うつ気分のない人は、運動機能の低下がみられにくいことが示唆された。年齢では、前期高齢者より後期高齢者のほうが抑うつ傾向を示し、運動機能について重度化を示した。

6 今後の展望

今後の日本の都市型あるいは過疎型など、地域に根ざした社会的援助システムを考える際には、社会的支援の授受つまり提供と受領のバランスを考慮することが重要である。他人から必要とされることこそ、生きていくための強力な推進力であるため、授受バラン

スについては、支援交換を頻回に行っている場合にはQOLが高くなるという報告もある。対人関係において不均衡な関係であることを認知することは苦痛で、その苦痛を取り除くように個人は動機づけられているものであり、この点からも高齢者に対しては個々の尊厳を活かした上での支援交換的なサポートシステムが望ましいと思われる。生きる空間が狭まる老年期においては、人により癒されることの多くは他の方法では代用されないため、本人には選択や拒否ができる自由を保障した上での社会的援助システムが希求される。¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾

謝辞

今回調査の実施と論文作成におきまして多くの方にご指導とご協力をいただきました。この場をお借りしてお礼申し上げます。東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科の白土 辰子教授、林 文教授、山田 和夫教授に改めまして深く感謝申し上げます。

最後に、今回の研究にご協力いただいた筆者らの勤務する職場の方々、そして何よりもご自身の情報と時間を提供くださった対象者の皆様に心より感謝いたします。

引用文献

- 1) 三浦 文夫編. 図説高齢者白書2005年度版. 東京: 全国社会福祉協議会、2006:104-115
- 2) 坂口 良一著. 生と死の社会史. 神奈川: 春風社、2000:212-222
- 3) 厚生労働省編. 平成18年度版厚生労働白書. [online] 厚生労働省. [平成20年10月30日検索結果]、インターネット <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/06/index.html>
- 4) 藤田 綾子著. 高齢者と適応. 京都: ナカニシヤ出版、1992:172-205
- 5) 和田 修一、高橋 勇悦編. ゴードン マシューズ他著. 生きがいの社会学. 東京: 弘文堂、2001:242-285
- 6) E.H エリクソン、J.M エリクソン著. 朝長 正徳、梨枝子訳. 老年期. 東京: みすず書房、1997:356-363
- 7) Schulz,R. The psychology of Death Dying and Bereavement, addison-wesleymassachusetts : 1978:19-20
- 8) 厚生労働省自殺予防対策有識者懇談会報告. 自

- 殺予防に向けての提言. [online]平成14年12月. 厚生労働省. [平成20年10月30日検索結果]. インターネット <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3.html>>
- 9) 道場 信孝著. 日野原 重明監修. 臨床老年医学入門. 東京: 医学書院、2005;45-78
 - 10) 青木 邦男. 高齢者の抑うつ状態と関連要因. 老年精神医学雑誌. 8.1997;401-410
 - 11) Williams.DR.Takeuchi.DT.et.al.Marital status and psychiatric disorders among blacks and whites. J.Health.Soc.Behav.33.1992;140-158
 - 12) 長田久雄、柴田博、芳賀博、安村誠司著. 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. 日本公衆衛生雑誌 1995;10;897-909
 - 13) Roberts R E, Kaplan G A, Shema S J, Strawbridge W J. Does growing old increase the risk for depression. American Journal of Psychiatry. 154(10), 1997; 1384-90
 - 14) Saba.Moussavi. .How much does depression decrease a healthy level. .The Lancet Vol.37issue.9590.8September2007;851-858
 - 15) Rabheruk.special issues in the management of depression in the old patient. .Can. J. Psychiatry.49.2004;41s-50s
 - 16) Takeuchi K, Roberts RE, Suzuki S. Depressive symptoms among Japanese and American adolescents. Psychiatry Research 1994;53:259-274
 - 17) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向. 東京: 厚生統計協会、2006; 第53巻第9号. 203-2301
 - 18) 林 文、山岡 和枝著. 調査の実際. 東京: 朝倉書店、2002;83-139
 - 19) 小此木 啓吾著. 対象喪失. 東京: 中央公論社、2006;6-15
 - 20) Luoma JB et al.Contact with mental health and primary care providers before suicide. A review of the evidence.Am J Psychiatry . 2002;159:909-916
 - 21) 多田 葉子著. 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル. 東京: 国際長寿センター、5; 12-17

