研究報告

生活機能全般に低下のみられない高齢者の認知機能と抑うつとの関連について
－東京都中野区における一般高齢者の実態から－

Correlation between cognitive function and depressive mood among elderly people with fair ADL in Nakano Ward

石濱照子[1)]、鈴木あゆみ[2)]、新井美奈子[2)]

Teruko Ishihama[1)], Ayumi Suzuki[2)], Minako Arai[2)]

1）中野区健康福祉部　　2）中野区

1）Public Health and Welfare Division, Nakano City
2）Welfare Division, Nakano City

1．諸　言

1－1　研究の背景

1997 年に制定された介護保険法は、高齢化の進行による要介護者の増大や公費財源での限界などを鑑みて社会保険方式を導入し、2000 年から施行された。5 年ごとの改正、3 年ごとの介護報酬と介護認定の見直しを行うように規定されている介護保険制度は、制度の持続可能性の観点から、2005 年の一部改正により、新予防給付や地域支援事業が創設され、介護予防事業がその中心となった。

介護保険制度は、人口構造による第 1 号被保険者の増加と第 2 号被保険者の減少から、要介護認定者の増加と財源確保のバランスの不均衡による介護保険財政の拡大、また、要介護度が低い軽度者の大幅な増加と、軽度者に対する介護予防の改善効果が見られないなどの課題が明らかとなった。そこで、身体を使わないために身体能力が衰えるいわゆる「廃用性症候群」と思われる生活機能低下が軽度である対象者に、早期に重点的な施策を講じることで、重度化する以前の予防的効果を期待する予防重視型システムへの転換をはかったものである[1) 2) 3)]。

当区においても、2013 年現在で要支援 1、要支援 2、要介護 1 の要介護度の低い対象者の認定者数をみてみると、2008 年から 2012 年までで要介護認定者が 1,833 人増加し、そのうち 1,432 人の 78% が要介護度の低い対象者の増加となっている。一方、2012 年の介護保険サービスの利用率を見ると、要介護 2 から要介護 5 までの介護保険認定者の利用率は 82.8% であるが、要支援から要介護 1 までの利用率は 69% であった[4)]。その理由は介護保険制度の定着により、高齢者の間で要介護認定を受けることが一般化されてきたことや、要介護度の低い軽度者では、将来に対する不安感から認定を受けても実際にはサービスを利用していないことなどの影響も推測されることから、今後の認定に要する費用拡大も懸念されているのが実情である。

高齢者人口の急速な増加とともに、単身高齢者、日中独居高齢者、高齢者のみ世帯も増加し、将来への不安も増幅していると考えられる。2012 年の当区における 70 歳以上の単身者は 6,968 人で 70 歳以上人口のおおよそ 15% を占める。また、75 歳以上高齢者のみ世帯は 2,352 世帯で、今後もさらに増加することが予想されている[5)]。

ところで、2006 年に創設された特定高齢者把握事業をもとに、生活機能全般に低下のある二次予防事業対象者（当時の名称は特定高齢者で、65 歳以上で介護が必要となるおそれの高い高齢者のこと）について

当区における調査研究を実施した[6]。当時は、制度の仕組み上、区民健診を受診した 65 歳以上の要介護認定を受けていない者のうち、生活機能全般に低下のある 1,035 人を対象として実施したもので、区民健診受診率が 5 割を割り込んでいたことから、区に在住する虚弱高齢者全体の実態把握というところまでには至っていない。

その後毎年さまざまな地域支援事業実施要綱の制度改正を経て、2010 年から高齢者把握事業の対象者の拡大がはかられることとなった。すでに 2009 年度から全国 28 都道府県 35 市町村の参加による「高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業」[7] では、モデル事業として「基本チェックリスト」の全数配布・回収及びフォローアップ」が実施され、「基本チェックリスト」全数配布回収率は全国値 29.7%、モデル事業実施地域合計では 64.6% であった。この先行研究を参考に、当区も実施に向けた検討を行い、高齢者全体の実態を把握するため、2012 年度に区内 65 歳以上の要介護認定を受けていない全高齢者を対象に、悉皆調査による高齢者把握事業を実施した。そこで、2006 年の当区の調査結果を参考に、より幅広く区内の高齢者の実態を把握し、今後の高齢者の増加に伴う在宅療養高齢者や単身高齢者、高齢者のみ世帯の増加に対応する施策を講じていくための基礎資料とすることとした。

1-2　研究目的

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先行研究から、虚弱高齢者の抑うつ予防として「閉じこもり予防訪問事業」を開始した。事業開始時から 5 年が経過し、65 歳以上の高齢者の年間自殺者数は 16 人から 10 人に減少し、自殺者の占める高齢者の割合は 25% から 12% へ減少した。「閉じこもり予防訪問事業」を受けた対象者は、事業開始から 6 カ月から 1 年以上の経過を経て何らかのサービスに継続的につながっていることを考えると、高齢者で自殺のリスクが比較的高い閉じこもりがちな抑うつ傾向の高齢者への施策として、明らかな自殺予防の成果とは言えないが、効果があったとも考えられる。

一方、今回の調査は、平成 24 年 4 月現在で、当区における 65 歳以上で要介護認定のない 49,663 人を対象に高齢者の生活機能全般を把握する悉皆調査である。対象者は、当区に住民登録のある 65 歳以上人口 61,773 人（平成 24 年 4 月現在）のうち要介護認定を受けている 12,110 人（平成 24 年 4 月現在）を除いたものである。要介護認定者を調査対象から除いた理由は、生活機能全般の健康度について、すでに把握していることによる。回収率を上げるために、自己採点なしの提出や未回収者への勧奨などにより、送付対象者の 76% の回答を得た。その中で、生活機能全般に低下のない対象者の半数以上に軽度の物忘れや抑うつ気分が認められた。

そこで、本調査から当区における 65 歳以上の要介護認定のない一般高齢者の生活機能全般を明らかにすることを研究目的とする。また従来の「基本チェックリスト」において元気高齢者に分類され、今まで注目されてこなかった対象群の認知機能と抑うつ機能について着目し、その関連について考察する。

2. 研究方法

2-1　中野区の概況

中野区は、東京都区部の西部にあり 2012 年の推計では全国第 2 位の人口密度であり、1 人当たりの公園面積も 23 区中 22 位となっている。人口 311,220 人（2013 年 1 月 1 日現在）、1 世帯当たりの人員は 1.67 人で、高齢者人口（65 歳以上）は 63,053 人、高齢化率は 20.3% となっている。2013 年に大手企業や大学が参入し、20 代～ 30 代の若年層が増えてきているが、合計特殊出生率は 0.86% と低迷している。また、70 歳以上単身者は 6,968 人、75 歳以上高齢者のみ世帯は 2,352 世帯で、今後の高齢化に伴い更なる高齢単独世帯、高齢者世帯の増加が見込まれている[8]。

2-2　高齢者把握システムとデータ収集方法

2010 年 8 月の地域支援事業実施要綱改正[9] では、事業名称、対象者把握の仕組み、介護予防事業形態等多岐にわたる改正が行われた。その中で、特定高齢者の把握方法は、従来の国の定める「介護予防基本チェックリスト」と「生活機能評価」による対象者把握から「介護予防基本チェックリスト」（以下基本チェックリスト）のみによる把握に変更され、虚弱高齢者の名称も特定高齢者から二次予防事業対象者に変更された。また、特定高齢者のみを選出するための仕組みから、「基本チェックリスト」を全数回収し、未回収者把握の充実に努め、対象者全体の生活機能を知るように推奨された。

そこで 2012 年 4 月現在で、当区における 65 歳以上で要介護認定者を除いた全高齢者 49,663 人に対して「基本チェックリスト」を郵送し、実施後の返送を推奨した結果 64.3% の把握率を得た。その後、未回収者についての再勧奨を実施し、最終締め切りの 9 月まで

に 38,215 人の回答を得た。残りの 8,448 人のうち 122 人は転出等、その他は現段階では不明である。38,215 人有効把握率 76.9% をもって集計、分析を実施した。

「基本チェックリスト」は 25 項目からなり、各項目は「はい」「いいえ」からの択一で、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Ｑ 1 からＱ 20 までの 20 項目のうち、10 項目以上に該当する場合には生活機能全般の低下としている。また、Ｑ 6 からＱ 10 は運動機能で 3 項目以上に該当は筋力低下、Ｑ 11・Ｑ 12 は栄養状態で両項目該当は栄養不足、Ｑ 13 からＱ 15 は口腔機能で 2 項目以上に該当は口腔機能の低下である。次のＱ 16・Ｑ 17 は外出の状況で 1 項目以上に該当は閉じこもり傾向、Ｑ 18 からＱ 20 は物忘れで 1 項目以上に該当は物忘れ傾向、Ｑ 21 からＱ 25 はこころの状況で 2 項目以上は抑うつ傾向とし、Ｑ 16 からＱ 25 までは心理的機能関連の項目とも位置づけられる [10]。

二次予防事業対象者の抽出の仕組みは、従来通り地域支援事業実施要綱に基づいて、Ｑ 1 からＱ 20 までのうち 10 項目以上の該当を生活機能全般の低下とし選出するとともに、運動機能、栄養状態、口腔機能、外出の状況、ものわすれ、こころの状況の各項目の該当も同時に判定する。「基本チェックリスト」によって選出された対象者は、地域包括支援センターで個々のプログラムに沿った介護予防支援の提案を受けて、要介護状態にならないための手立てに着手する。一方、生活機能全般に低下がないと判定された方は、自助努力で体力アッププログラムなどの一般高齢者施策や、各種生きがいづくり活動などへの参加となる見込みである。国の基準による抑うつ傾向高齢者の抽出は、生活機能全般に低下があることが大前提となっている。

しかし、現代の閉塞的な地域社会の状況などを考慮すれば、高齢者の健康度の実情を把握するためには、国の基準による抽出だけでは実態が見えてこないのではないかと考えた。先行研究 [11] [12] から高齢者の自殺予防には、抑うつ傾向に着目する必要があることから、国の基準における基本条件である生活機能全般の低下にかかわらず、当区独自の基準として心理的機能関連の項目と考えられる外出状況、認識機能、こころの状況に着目し、該当者を抽出することとした。

2-3　対象者

2012 年度、区内 65 歳以上の高齢者 61,773 人のうち、要介護認定者を除いた 49,663 人に「基本チェックリスト」による生活機能評価を実施し、38,215 人の回答を得た。そのうち、転出、回答不完全等 202 人を除いた 38,013 人が有効回答者であった。38,013 人の内訳は、国の基準に基づいた生活機能全般、並びにＱ 16 からＱ 25 までの心理的機能関連の項目にも当てはまらない「生活機能全般低下なし、心理的機能関連項目該当なし」は 20,475 人（53.8%）で健康群に分類される。国の基準〈以下Ａ〉による「生活機能全般の低下あり」は 9,111 人（24%）、国の基準には当てはまらないが区の基準〈以下Ｂ〉による「生活機能全般の低下なし、心理的機能関連項目該当あり」は 8,427 人（22.2%）だった。この 8,427 人は、国の基準では健康群に分類される。そこで、今回の分析対象者は、国や区の基準に該当しない生活機能全般、心的的側面機能にも低下の見られない健康群 20,475 人を除いた 17,538 人とした。なお「介護予防基本チェックリスト」の回収期間は 2012 年 4 月から 9 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、地域支援事業実施要綱に関する事項として当区の個人情報審議会で承認を得ている。また、「基本チェックリスト」の結果についての個人情報収集及び情報提供については、対象者のサインを求めたうえで実施している。なお、今回の研究では個人情報の利用はない。（根拠　地域支援事業実施要綱老発 0806 第 1 号）

3. 研究結果

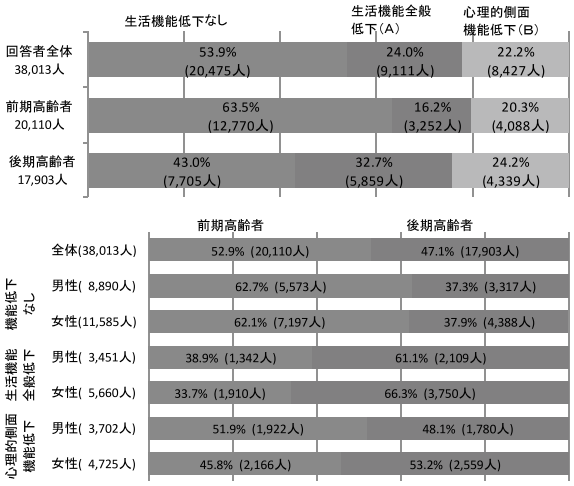
3-1　対象者の性別・年齢群別（図 1）

有効回答数 38,013（男 16,043 女 21,970）では、前期高齢者 52.9%、後期高齢者 47.1% であった。「基本チェックリスト」のどの項目にも当てはまらない機能低下なしの健康群 20,475 人は、回答者群全体の 53.9% で、前期高齢者群では 63.5%、後期高齢者群では 43.0% であり、より若い世代に健康状態が良好である高齢者が多い。

また、生活機能別に高齢者割合を男女別にみると、Ａの「生活機能全般の低下あり」9,111（男 3,451 女 5,660）では、後期高齢者が男性の 61.1%、女性の 66.3% で、ともに健康群「機能低下なし」の後期高齢者割合（男性の 37.3%、女性の 37.9%）を大きく上回っていることから、高齢化とともに生活全般の機能低下が起こりやすい可能性が高まると言えよう [13]。

一方、Ｂの「生活機能全般の低下なし」で「外出の状況」「ものわすれ」「こころの状況」など心理的

側面に機能低下のあるもの 8,427 人（男 3,702 人　女 4,725 人）は、前期高齢者が男性では 51.9%、女性では 45.8% であり、生活機能全般の低下と比べ、より若い世代に心理的側面において機能低下があることが読み取れた。



注）性別の差についてカイ２乗検定では、回答者全体でのみ有意差なし、その他は全て有意差あり（p〈0.005）

図１　回答者の生活機能別高齢者割合

3-2　ＡとＢの比較「外出の状況」について

外出の状況は、Q 16・Q 17 のうち 1 項目以上が該当（1 点以上）すれば、閉じこもり傾向と決められていて「はい」は 1 点、「いいえ」は 0 点で、設問は下記のとおりである。

Q 16　週に 1 回以上は外出していますか。

Q 17　昨年と比べて外出の回数が減っていますか。

「外出の状況」の 0 点は A 52.3%、B 53% でＡとＢの差は見られず、いずれも半数強が閉じこもり傾向に低下がないという結果であった。また、閉じこもりがちの可能性の高い 2 点では A 10.8%、B 4.0% で、地域高齢者の閉じこもり出現率 5 ～ 10%[14] からは妥当な割合だった。また、生活機能全般の低下のあるＡが上回り、生活機能全般に低下があると外出しにくくなるなど、生活機能低下と外出項目との関連が示唆された。次に 1 点を見ると、Ａの 1 点該当者の 29.7% が前期高齢者、70.3% が後期高齢者であったが、Ｂの 1 点該当者では、前期高齢者 42%、後期高齢者 58% で、Ｂの前期高齢者の男性がＡとの比較で有意であった。生活機能全般に低下のないＢの、より若い世代に軽度の閉じこもりがち傾向の割合が多かった理由については、今後更なる検討が必要と思われる。

3-3　ＡとＢの比較「ものわすれ」について（図２-1、図２-2）

ものわすれは、Q 18 からQ 20 のうち 1 項目以上が該当（1 点以上）すれば、認知機能低下傾向と決められていて「はい」は 1 点、「いいえ」は 0 点で、設問は下記のとおりである。

Q 18　周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか。

Q 19　自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。

Q 20　今日が何月何日かわからない時がありますか。

「ものわすれ」の 0 点は A 54%、B 45.5% で、生活機能全般に低下のあるＡがＢより割合としては物忘れに関する健康度は高いという結果は意外であったが、いずれもおおよそ半数近くに認知機能低下はみられなかった。しかし、認知機能低下と決められた 1 点については、A 27.9%、B 44.7% で生活機能全般に低下のないＢがＡを上回り、またＡでは前期高齢者 35.7%、後期高齢者 64.3% だが、Ｂでは前期高齢者 53.5% 後期高齢者 46.5% だった。生活機能低下のないＢの前期高齢者の割合がＡとの比較で上回り、さらに男性の方が女性より顕著である。2 点以上の点数については、いずれもＡがＢを、また後期高齢者の割合が前期高齢者を上回り、Ｂは 2 点、3 点併せて 1 割に満たなかった。生活機能全般に低下のない人には、物忘れについて重度化している人は少ないが、軽度の物忘れは生活機能全般に低下のない、より若い世代の男性の割合が上回っていた。高齢者のうつ病の痴呆への移行があることや仮性痴呆はうつ病の治療によって改善されることなどを考慮すれば、認知機能と抑うつとの関連には着目する必要があると考えられる[15) 16)]。

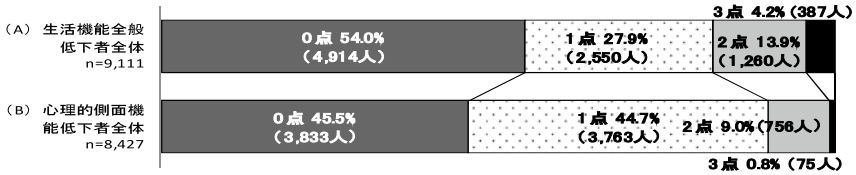
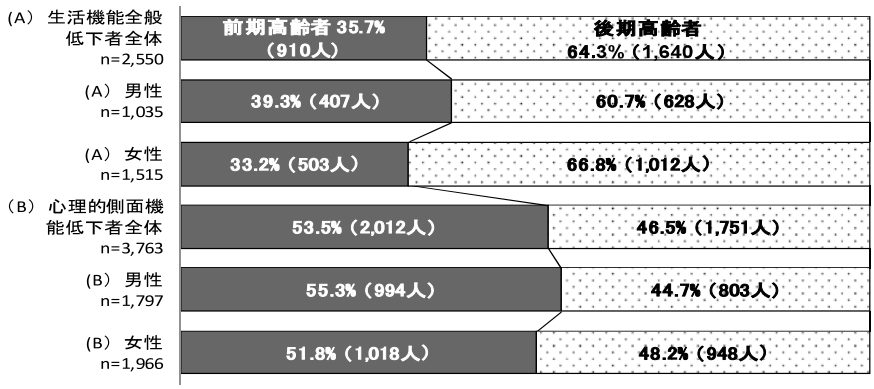


図２-1 「ものわすれ」における生活・心理的側面機能低下者の得点分布



注）性別の高齢者割合の比較についてのカイ２乗検定では、A は有意水準 0.01、B は有意水準 0.05 で有意差あり

図２-２ 「ものわすれ」１点における生活機能低下者の得点分布比較（A，B）

３-４ ＡとＢの比較「こころの状況」について（図３）

こころの状況は、Q 21 からQ 25 のうち２項目以上が該当（2 点以上）すれば、抑うつ傾向と決められていて「はい」は１点、「いいえ」は０点で、設問は下記のとおりである。

Q 21 （ここ２週間）毎日の生活に充実感がない。

Q 22 （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。

Q 23 （ここ２週間）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。

Q 24 （ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない。

Q 25 （ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする。

心の状態は、抑うつ気分に該当しない０点は、A が 32.3%、B が 42.2% でより生活機能全般に低下のないBがAを上回った。また、4 点～５点の重度化した抑うつ傾向では、A 19.6%、B 7.2% で、生活機能全般に低下のみられるAがBを上回った。このことは当区における調査研究（2009）で、抑うつ気分と運動機能との間に緩やかな相関がみられたことからも推測可能である。今回の結果でも、生活機能全般に低下のみられる人とみられない人との比較では、生活機能全般に低下のみられる人により多くの抑うつ傾向がみられた。

しかし、重度化した抑うつ傾向の人をみてみると、A、Bともに前期高齢者の男性が各グループ全体の割合を上回っていた。生活機能全般では、前期高齢者と比較して後期高齢者のほうに低下が見られがちである。今回のこころの状況では、後期高齢者より前期高齢者の割合に抑うつ傾向が多くみられたのは特記すべきことであると考えられる。また、2 点から３点ではA 28.4%、B 30.3%、1 点から３点ではA 48.1%、B 50.6% で、重度化する以前の抑うつ傾向ではAよりBのほうが上回っていた。

さらに、生活機能全般に低下のあるAについては、前回の調査研究[6)]では69.7%(「こころの状況」2 点以上）に抑うつ傾向がみられたが、今回の調査では 48% で、また、抑うつ傾向とは決められていない「こころの状況」1 点以上では 67.7% であった。前回の調査から５年以上が経過し、生活機能全般に低下のある人の抑うつ傾向の重度化は改善傾向にあると言えよう。前回の調査以降、抑うつ傾向のより重度化した対象者に対しての「閉じこもり予防訪問」等の個別支援プログラムの効果があったとも推測できる。一方、今回調査対象とした生活機能全般に低下の見られないBのうち、37.5% に抑うつ傾向（「こころの状況」2 点以上）が見られたことは注目すべきことである。

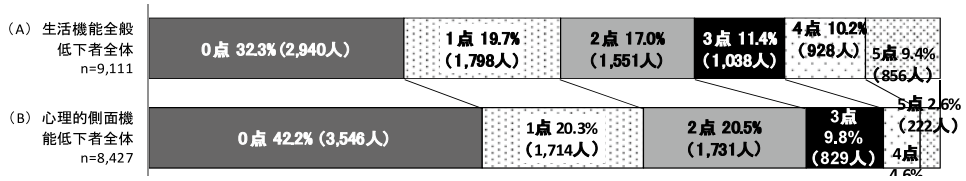


図３ 「こころの状況」における生活機能低下者の得点分布比較（A，B）

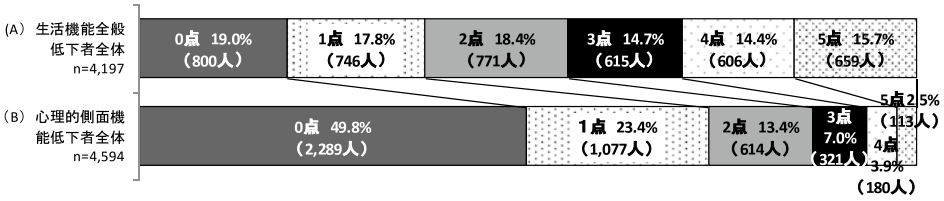


図４ 「ものわすれ」１点以上の「こころの状況」生活機能低下者の得点分布比較（Ａ，Ｂ）

3-5 ＡとＢの比較「ものわすれ」と「こころの状況」の関係（図４）

「ものわすれ」１点について、生活機能全般に低下のないＢがＡを上回ったことから「こころの状況」との関連について検討する。

生活機能全般に低下のあるＡのうち、「ものわすれ」１点以上で抑うつ傾向（「こころの状況」２点以上）は 63.2%、生活機能全般に低下のないＢの 26.8% に見受けられた。また、「ものわすれ」１点以上で重度化した抑うつ傾向（「こころの状況」４点～５点）はＡで 30.1%、Ｂで 6.4% であった。

生活機能全般に低下のある人の６割、生活機能低下のない人の３割に認知機能低下と抑うつ傾向の重複があることについては、更なる分析が必要であると考えられる。

4. 考　察

当区における 2009 年度調査[6] は、「基本チェックリスト」から生活機能全般に低下のある区民の「こころの状況」２点以上で抑うつ傾向を示す人が 69.7% を占めていたことから、運動機能との関連について調査分析したものである。この調査から運動機能と抑うつ傾向の関連が示唆されたことを受け、通所プログラムに参加できない、あるいは参加を希望しない要介護認定非該当の閉じこもりがちな二次予防事業対象者（当時は特定高齢者）を対象に、閉じこもり予防訪問事業やうつ予防プログラムなどを実施してきた。その効果は、個別的には評価できるものの、年々の高齢者人口の増加にこうした施策も費用対効果を問われる現況の施策評価の仕組みでは、今後、充足しかねる状況も推測される。

1990 年代後半からの急激な日本社会の人口構造の変化、それに伴う地域共同体の弱体化、家族の変容などの社会構造の変化は、消費社会、個人主義、価値観の多様化などを引き起こす要因となったとも考えられ、1998 年以降の自殺者急増にも影響を与えていると思われる。このような現代社会は、家族や地域社会、会社等に依拠したセーフティネットの機能を縮小化させ、人々の「関係性」に変容をもたらし、帰属意識の薄れとアイデンティティにまつわる不安を引き起こしたと思われる。その影響は、「関係性」の障害とも捉えることの可能な児童・高齢者虐待や不登校、引きこもりを誘発し、セーフティネット機能の縮小化の要因とも考えられるうつ病や自殺、ホームレスの増加に及んだとも考えられる。こうした現代の社会病理現象が顕在化し、社会問題となったとも言えよう[17]。

また、科学・医療技術の発展は、優生思想や自己決定などの概念とも複雑に絡み合い、生殖技術、再生医療、臓器移植などの生命倫理に関する新たな課題に直面したとも考えられる。さらに、生と死の自在的コントロールが可能であるかのごとく「生」中心の社会構造へと重心が傾き、生と死の価値観に揺らぎをもたらしたとも推測される[18]。そのため、現代のような格差社会では、生と死に直結する事柄についても格差が生じ、健康格差とも呼ばれている事態を招いているとも思われる。それは、健康を「肉体的、精神的、社会的に満たされた状態にある」（日本ＷＨＯ協会訳）、あるいは「現在における安全と未来における保証（assurance）」と考えれば、尚更その状況を満たせない層が高齢者、障がい者、低所得者などの社会的弱者に多く存在すると推測される。

介護保険制度においては、要介護認定を受けている対象者への個別的なサービスによる適正給付から、地域支援事業創設以降、要介護認定を受けていない二次予防事業対象者へのピンポイントでの重症化予防や、いわゆる元気高齢者を対象とした生きがい活動支援なども制度運営の中で実施された[2]。

地域支援事業実施要綱による「基本チェックリスト」による選定では、生活全般の機能低下のある対象者（本稿では対象者Ａ）を二次予防事業対象者候補者の前提としているため、本稿の調査対象者Ｂのように生活全般の機能低下のない対象者は、「外出の状況」「ものわすれ」「こころの状況」の心理的側面に何らかの

低下があっても、現在の仕組みでは「基本チェックリスト」による「生活機能低下なし」に含まれ、その実態は顕在化しない。今回の調査を、地域支援事業実施要綱上の本来の基準[9]に合わせると、二次予防事業対象者候補者は 9,111 人（23.9%）で同じであるが、いわゆる元気高齢者は、「基本チェックリスト」で「生活機能全般低下なし、心理的機能関連項目該当なし」の 20,475 人（53.8%）と今回の対象（B）8,427 人の合算の 28,902 人（76%）となる。二次予防事業対象者候補者割合については、近隣自治体でも 23％から 25% を推移し、当区の結果 23.9% も妥当な割合として、二次予防事業勧奨へのステップに組み込まれていく仕組みである[3]。

しかし、本調査のように地域支援事業実施要綱では抽出対象とならない対象者（B）に閉じこもり傾向、物忘れや抑うつ傾向が、対象者（A）と同様に見られたことは特記すべきことであり、閉塞した現代社会の縮図として社会的弱者である高齢者に表出していると考えることも可能である。高齢者の認知機能と抑うつ状態との関連においては、先行研究[19)20)21)22)23)24)]から、抑うつが認知症の初期症状の場合や、認知機能の低下のほうが目立つ高齢者のうつ病、また、抑うつが認知症の初期症状、前駆症状であるという症例、さらには気分障害のエピソードを繰り返すことは認知症のリスクを高める可能性が考えられる[25]。

本調査結果は、今後、当区の要援護者支援システムに反映し、他の個別情報とも併せ支援の仕組みを構築していく必要がある。その中で、未回収者の実態把握や回収者の状況に合わせたアプローチについての検討が望まれる。

今後、超高齢社会に即応した社会保障制度を確立するには、人口構造、社会構造の急激な変化に伴う高齢者単独世帯、高齢者のみ世帯、日中独居高齢者や認知症高齢者の増加に対応可能な政策展開が必要と考えられる。また、地域特性を生かした環境整備や活動支援、在宅支援システムの強化や医療と介護の連携などを通じて、高齢者が生き生きと活動できるような地域づくりが重要であると思われる。

5. 結論と課題

東京都区西部に位置する自治体の住民調査において、2006 年調査との比較では、生活機能全般に低下のある高齢者の抑うつ傾向は、2006 年は 7 割に認められたが、2012 年は 5 割であった。一方、生活機能全般に低下はないが、なんらかの心理的側面に低下のある人の 4 割に抑うつ傾向が認められた。また、生活機能全般に低下のある人の 6 割、生活機能低下のない人の 3 割に認知機能低下と抑うつ傾向の重複があった。

本研究の研究目的のうち、今回「基本チェックリスト」における元気高齢者の認知機能と抑うつ機能の関連について検討したが、高齢者の生活機能全般を明らかにするまでには至っていない。本研究で明らかになった点を踏まえて支援策を実施するとともに、高齢者支援策の基礎資料となるべく、今後も本調査の分析を進めていくことが課題である。

6. 今後の展望

高度経済成長以降、生活のさまざまな局面で、商品の購入と同じように労働もサービス化された。食事の営みをはじめ洗濯や掃除、保育など、家族によって担われていた家事一般、また冠婚葬祭なども社会サービスとして購入可能となった。こうした消費システムと相まって、家族や親族で分担していた家事労働、あるいは地域共同体も含めた冠婚葬祭の取り扱いを協働しておこなう機会が減少し、結果的に家族機能や地域コミュニティの縮小化に拍車をかけたとも考えられる。また、雇用環境の変容により、労働の不安定は収入の不安定を、変則的な労働時間は家族や身近な人との時間的共有を奪ったとも推測できる。

その結果、家族や近隣、会社などへの帰属意識は薄れ、家族、地域社会や会社に依拠してきた日本の社会構造上のセーフティネットとして果たしてきた役割を縮小化させ、人々の「関係性」の変化は「現代の社会病理現象」[17]を引き起こしたとも考えられる。一方、行政機関に任された日常生活上のさまざまな課題は、産業構造の変化、科学・医療技術の進展、消費社会や格差社会の到来、個人主義によるニーズの多様性、自己決定の尊重、個人情報保護などにより複雑化、多様化し、もはや行政機関では担いきれなくなり、その対応が迫られている。

このような状況に対応すべく、「住民参加」や「協働」という考え方は、「公助」、「自助」、「共助」の視点で健康増進法（2002）に反映され、また、「Socialcapital」は有効概念として地域保健法改正（2012）に取り入れられた。地方自治体は、地域住民一人ひとりが、個々の存在から地域社会への関わりに向けてどのようにしたらその一歩を踏み出しうるか、また各自が果たしうる役割は何かなどについて考えられるような地域社会

の仕組みづくりについて検討し、実践する責務があると言っても過言ではない。地域行政に携わる立場から、現代社会の新たな緩やかなネットワーク、それは一つの価値体系に集約的に一元化するのではなく、人々の多層的、複相的なアソシエーション構造を備え、また一人の人間も幾つかのアソシエーションに帰属するようなネットワーク構築[26]を目指し、今後も検討を重ねていきたい。

7. 謝　辞

本研究の検定については、統計数理研究所の林文客員教授のご助言をいただきました。ここに感謝の意を申し上げます。

引用文献／参考文献

1）厚生労働省、厚生労働白書平成 17 年版、東京：株式会社ぎょうせい、2005；251-256
2）厚生労働省、厚生労働白書平成 20 年版、東京：株式会社ぎょうせい、2008；238
3）厚生労働省、介護予防に係る総合的な調査事業報告書、日本公衆衛生協会、2010；1-38
4）中野区、中野区介護保険の運営状況（平成 23 年度）、中野区区民サービス管理部介護保険担当、2012；1-15
5）中野区、地域支えあい推進室事業概要平成 23（2011）年度版、中野区地域支えあい推進室地域活動推進分野、2011；14-17
6）石濱照子、江戸聖人、新井美奈子、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、社会医学研究、第 26 巻 1 号、2008；15-23
7）増田雅暢、平成 22 年度版介護白書、全国老人保健施設協会編、2010；46-66
8）中野区、なるほど中野区の保健福祉 2012 版、中野区健康福祉部福祉推進担当、2012；3-7
9）厚生労働省、地域支援事業実施要綱、株式会社ぎょうせい、2010
10）青木慎一郎、高齢者自殺の社会学的側面、心理社会的介入はなぜ有効なのか、老年精神医学雑誌 19（2）、2008；169-175
11）衣笠　隆、江崎和希、杉浦美穂他、低体力高齢者の体力、生活機能、健康度に及ぼす運動介入の影響（無作為化比較試験による場合）、日本運動生理学雑誌 12（2）、2005；63-73
12）髙橋祥友、高齢者の自殺の精神医学的側面、老年精神医学雑誌 19（2）、2008；162-168
13）村田　伸、大山美知江、大田尾浩他、在宅高齢者の運動習慣と身体・認知・心理機能との関連、行動医学研究 15（1）、2009；1-9
14）平田直美、平佐田和代、下吹越貴子他、介護保険の利用がない在宅高齢者における閉じこもりの特長、鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要（1）10、2006；13-25
15）井関栄三、物忘れの症状と病態、順天堂医学 51、2005；392-396
16）前田　潔、長谷川典子、山根有美子他、気分障害と認知症、精神経誌 113（6）、2011；556-560
17）林　伴子、日下部英記、荒井亮二他、安心・安全な社会を目指して－現代社会病理の背景に関する有識者ヒアリングのまとめ、内閣府経済社会総合研究所、2004；8-21
18）上杉正幸、健康不安の社会学－健康社会のパラドックス、東京：世界思想社、2000；p. 7
19）水上勝義、認知症の臨床的診断、薬物投与の前に鑑別を要する病態　老年期うつ病、認知症の最新医療 1（3）、2011；106-111
20）田中稔久、武田雅俊、認知症学（上）その解明と治療の再新知見－臨床編　うつ病　せん妄と認知症、日本臨床 69（8）、2011；384-389
21）中村　祐、うつ病の理解と患者支援　高齢者のうつ病と認知症、調剤と情報 16（3）、2010；262-266
22）楯林義孝、認知症診療マニュアルその他の認知症うつ病と認知症、神経内科 72（6）、2010；440-446
23）池田　学、老年期うつ病と認知症の関連について、分子精神医学 9（4）、2009；374-378
24）野崎昭子、吉村公雄、三村　将、抑うつと認知症 The Border-Land of Dementia、東京：BRAIN and NERVE 64（12）、2012；1387-1397
25）Kessing, L.V., Andersen, P.K., Does the risk of developing dementia increase with the number of epi-sodes in patients with depressive disorder and in pa-tients with bipolar disorder? J Neurol Neurosurg Psy-chiatry75、2004；1662-1666
26）村上陽一郎、文明の死／文化の再生、東京：岩波書店、2006