

地域在住高齢者の閉じこもり傾向と関連する 抑うつ症状及び認知機能の検討

坂本晴美¹⁾, 高田 祐¹⁾, 巻 直樹²⁾, 久保田智洋¹⁾, 六倉悠貴¹⁾,
谷口圭佑¹⁾, 中村茂美¹⁾, 柳 久子³⁾

【目的】 地域在住高齢者の閉じこもり傾向と抑うつ症状及び認知機能との関連性を明らかにすること。

【方法】 対象者は65歳以上の地域在住高齢者で、構造化面接にて横断調査を実施した。対象者特性の調査に、基本属性の聴き取りを実施した。主要評価は、基本チェックリスト、高齢者用うつ尺度短縮版：Geriatric Depression Scale-Short Version（以下、GDS）を用いた。副次的評価に、Japanese version of Montreal Cognitive Assessment（以下、Moca-J）、Trail Making Test part A、B（以下、TMT-A、B）、前頭葉機能検査（以下、FAB）を用いた。

【結果】 今回、98名の対象者が参加し、「閉じこもり群（n=19）」において、「GDS」の下位項目にある「人や活動への興味の低下」「生活が空虚に感じる」「生活が退屈に感じる」割合が高く、有意な差が得られた。基本チェックリストの「うつ」の下位項目である「楽しんでやれていたことが楽しめない」「楽にできていたことが今はおっくう」で有意差が認められた。

【結論】 「閉じこもり傾向」にある者の抑うつ傾向を示す特性は、「閉じこもり」傾向を示す高齢者の早期発見、介入における指標となる可能性が考えられる。

キーワード：地域在住高齢者，閉じこもり傾向，抑うつ症状，認知機能

¹⁾ アール医療福祉専門学校

²⁾ 筑波大学医学医療系呼吸器外科学

³⁾ 筑波大学医学医療系福祉医療学分野

I. 緒言

超高齢社会を迎えた我が国では、65歳以上人口は3.558万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）も28.1%となった¹⁾。また、2060年には39.9%となる見通しが報告されている²⁾。その様な中で、高齢化に伴い介護を必要とする高齢者の増加が見込まれ、介護を必要とする主要原因として認知症が問題視され、早急な対応が望まれている³⁾。認知症の発症要因は様々報告されており、「閉じこもり」も一因であると言われている。地域高齢者においては、「閉じこもりがち」は決して少なくない生活像である⁴⁾。新開らは、2年間の前向き疫学研究から閉じこもりの予後を検討した。その報告では、閉じこもりは活動能力障害、基本的ADLや認知障害を起しやすく、また、死亡率が有意に高いとし、「閉じこもり状態」が活動能力低下の独立したリスク要因であることを報告した⁵⁾。また、別の報告では、「閉じこもり」に至る要因としては、抑うつがある高齢者は、抑うつがない高齢者に比べて、閉じこもりの発生が有意に高いことが報告されている⁶⁾。これらのことから、「閉じこもり」に関連するリスク要因は多岐に渡ることが理解できる。しかし、閉じこもり予防や改善を目的とした有効な介入を展開するためには、現在明らかとなっていない関連要因を解明することが求められ、より早期の段階で介入が可能な指標を検討することは重要だと考える。先に述べたように、「閉じこもり」には多くの要因が関連しているも、中でも「抑うつ」及び「認知機能低下」においては、認知症との関連も多く報告されている⁷⁻⁹⁾。そのことから、本研究においては、「閉じこもり」に至る前の「閉じこもり傾向」にある者の「抑うつ」及び「認知機能」に着目し、「閉じこもり傾向」にどの様な「抑うつ症状」や「認知機能」が関連するか検討したいと考え、本研究の目的は、地域在住高齢者の「閉じこもり傾向」と「抑うつ症状」及び「認知機能」の関連性を明らかにすることとした。

II. 研究方法

1. 対象者

対象者は、A県郊外B市に在住する65歳以上の地域在住高齢者とした。対象者の選出には、B市にある地域包括支援センターの協力を得て、地域在住の非介護認定者に調査協力を依頼した。参加者へは、調査研究概要の説明を口頭及び書面にて説明を行い、同意の得られた者を対象とした。その結果、研究協力の同意が得られた98名を調査対象とした。

2. 用語の定義：「閉じこもり群」

本研究は、厚生労働省にて作成された「基本チェックリスト」を用いて「閉じこもり」を評価した。このリストは、二次予防事業対象者の基準としては、NO.16の質問に対し、「外出していない」と回答した者としている¹⁰⁾。しかし、本研究は、「閉じこもり傾向」に関連する要因を検討した為、下位項目にある「閉じこもり」に関する2つの質問項目NO.16又は、NO.17にある「昨年と比べて外出の回数が減っている」の何れかもしくは、両方に該当する者を「閉じこもり傾向」が認められる者として「閉じこもり群」とした。

3. 研究期間

平成30年10月～令和1年12月の期間に実施した。

4. 調査方法

本研究は、構造化面接にて横断調査を実施した。評価項目においては、竹内は、身体要因、心理的要因、環境的要因のどれか、あるいは複雑に要因が関連したことがきっかけとなって「閉じこもり状態」が生まれ、これが放置される廃用性メカニズムにより心身の機能低下が促進され、この状態を「閉じこもり症候群」と呼んだ。その結末として寝たきりが生まれるとの仮説を提唱してきたことから、本研究においても、それらの要因を参考に、基本属性、身体的特性、生活機能、認知機能、精神的特性などに関する質問項目を説明変数に設定した^{11,12)}。調査内容は、対象者の特性の調査として基本属性の聞き取り

を実施した。主要評価として基本チェックリスト¹³⁾、高齢者用うつ尺度短縮版：Geriatric Depression Scale-Short Version（以下、GDS）¹⁴⁾を用いた。その他、副次的評価に Japanese version of Montreal Cognitive Assessment（以下、Moca-J）¹⁵⁾、Trail Making Test part A、B（以下、TMT-A、B）¹⁶⁾、前頭葉機能検査：Frontal Assessment Battery（以下、FAB）¹⁷⁾を用いた。調査員は、調査に熟練した理学療法士、作業療法士、また、調査実施におけるトレーニングを受けた者とした。

1) 基本属性

年齢、性別、身長、体重を尋ねた。また、握力を計測した。

2) 基本チェックリスト¹³⁾

介護予防・日常生活支援総合事業で用いられる基本チェックリストは、高齢者の生活機能の把握及び要介護状態になるリスクの高い者を選定する目的で用いられている。質問項目は25項目から成り、回答は「はい」か「いいえ」の二件法で回答し、項目に該当すれば加点される内容となっている。NO.1から20のうち10項目以上該当すれば「虚弱」、NO.6から10のうち3項目以上該当があれば「運動機能低下」、NO.11から12の両方該当があれば「低栄養」、NO.13から15のうち2項目以上該当があれば「口腔機能低下」、「閉じこもり」においては、NO.16と17の何れかが該当すれば「閉じこもり傾向」と判定したが、本来は、「閉じこもり」の判定は、NO.16が該当した場合に疑われる。その他、NO.18から20のうち1項目以上該当があれば「認知機能低下」、NO.21から25のうち2項目以上該当すれば「うつ」と判定した。

3) 老年期うつ病評価尺度：GDS¹⁴⁾

GDSは、高齢者のうつ症状を測定する15項目から成り、各質問に対して「はい・いいえ」の2件法で回答する。結果の解釈は、質問項目に該当した場合は加点され、5点以上で「うつ傾向」、10点以上で「うつ状態」と判定した。

4) Japanese version of Montreal Cognitive Assessment : MoCA-J¹⁵⁾

MoCA-Jは、軽度認知機能低下のスクリーニングツールであり、多領域の認知機能（注意機能、集中力、実行機能、記憶、言語、視空間認知、概念的思考、計算、見当識）について、約10分という短い時間で評価することができる。合計で30点満点であり、日本語版では26点以上が健常範囲と考えられている。

5) Trail Making Test : TMT¹⁶⁾

TMTは、主に注意の選択機能を視覚的に評価する尺度として広く用いられ、注意機能の机上検査法としての信頼性と妥当性がすでに確認されている。また、注意障害が前頭葉損傷患者に特徴的に認められることから、TMTは前頭葉機能評価としても汎用されている⁹⁾。また、TMTは、part-AとBの2種類あり、part-AはA4用紙の紙面上にランダムに配置された1-25までの数字を小さい方から順に線で結び、25まで結んだ時点で終了となる。part-Bは、A4用紙の紙面上にランダムに配置された1-25までの数字とひらがなを交互に、数字は小さい順に、ひらがなは「あいうえお」順に結んでいき、それぞれ、作業の所要時間を測定していく¹⁸⁾。

6) 前頭葉機能検査：Frontal Assessment Battery : FAB¹⁷⁾

FABの特徴は、前頭葉機能が強く関わるであろう複数のテストを組み合わせ、結果を総合的に解釈できる点である。実施が非常に簡便で、妥当性、信頼性も確認されている検査である。この検査は、「概念化」「流暢性」「行動プログラミング」「反応選択(葛藤)」「Go/No-Go」「環境依存性」という6つの下位項目が設定されている。この検査の最高得点は18点である。

5. 統計学的解析

数値は平均値±SDで表示し、(最小値—最大値)も示した。分析対象は、参加者98名とし、基本チェックリストの下位項目にある「閉じこもり」に関する項目の何れかに

該当する者を「閉じこもり傾向群 (n=19)」として扱い、非該当者を「非閉じこもり群 (n=79)」とした。また、2群比較には χ^2 検定及び、Mann-Whitney U 検定を用いた。統計解析ソフトは、SPSS Statistics ver.25.0 を使用し、いずれも有意水準は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

調査は、アール医療福祉専門学校の倫理委員会の承認を得て実施した (No.CC-007)。また、研究対象者には、書面を用いて実施内容を十分に説明した上で文書による参加の同意を得た。

III. 結果

1. 対象者の特性 (表 1) (表 2)

本研究の全対象者の平均年齢は、77.4 ± 7.1 歳 (65.0 - 92.0) で、「非閉じこもり群」は 76.6 ± 7.5 (65.0 - 90.0) 歳、「閉じこもり群」は 80.2 ± 6.2 (68.0 - 92.0) 歳で、「閉じこもり群」の年齢が有意に高かった ($p < 0.01$)。また、前期高齢者と後期高齢者の割合の検討

では、「非閉じこもり群」に比べて、「閉じこもり群」の後期高齢者の割合が有意に高かった ($p < 0.05$)。GDS の平均得点では、「非閉じこもり群」は 1.6 ± 2.1 (0.0 - 9.0) 点、「閉じこもり群」は 4.5 ± 3.6 (0.0 - 10.0) 点と「閉じこもり群」にて有意に高かった ($p < 0.01$)。さらに、基本チェックリストの結果は、「運動器機能」は「非閉じこもり群」1.0 ± 1.3 (0.0 - 5.0) 点で、「閉じこもり群」では 2.1 ± 1.2 (0.0 - 4.0) 点 ($p < 0.01$)、「認知機能」は「非閉じこもり群」で 0.4 ± 0.6 (0.0 - 2.0) 点、「閉じこもり群」で 0.8 ± 0.7 (0.0 - 2.0) 点 ($p < 0.01$)、「うつ」は「非閉じこもり群」では 0.6 ± 1.0 (0.0 - 4.0) 点、「閉じこもり群」では 1.9 ± 1.6 (0.0 - 5.0) 点 ($p < 0.01$) といずれも「閉じこもり群」において得点が高く、有意差が認められた。

2. 「閉じこもり傾向」に関連する認知機能の検討 (表 2)

認知機能項目においては、FAB が「非閉じこもり群」は 11.8 ± 5.4 (3.0 - 18.0) 点、「閉

表 1 対象者特性 (n = 98)

	全体	
年齢(歳)(n=92)	77.4 ± 7.1	(65.0 - 92.0)
性別：女性(%)	90	(90.0%)
握力(kg)	25.7 ± 6.5	(8.2 - 44.0)
GDS(点)	1.8 ± 2.5	(0.0 - 10.0)
FAB 合計(点)	11.5 ± 5.5	(3.0 - 18.0)
MoCA-J 合計(点)	22.9 ± 4.8	(5.0 - 32.0)
TMTA(秒)	84.9 ± 50.2	(27.3 - 378.0)
TMTB(秒)	121.3 ± 58.4	(0.0 - 300.0)
基本チェックリスト(点)		
日常生活関連動作	0.3 ± 0.6	(0.0 - 3.0)
運動器機能	1.1 ± 1.4	(0.0 - 5.0)
低栄養状態	0.2 ± 0.4	(0.0 - 1.0)
口腔機能	0.6 ± 0.9	(0.0 - 3.0)
閉じこもり	0.1 ± 0.4	(0.0 - 2.0)
認知機能	0.3 ± 0.6	(0.0 - 2.0)
うつ	0.5 ± 1.1	(0.0 - 5.0)

数値は、Mean±SD(Minimum-Maxium)、N(%)

表2 「非閉じこもり群」と「閉じこもり傾向群の」比較検討

	非閉じこもり群(n=79)		閉じこもり群(n=19)		P 値
年齢(歳) ¹⁾ (n=92)	76.6 ± 7.5	(65.0 - 90.0)	80.2 ± 6.2	(68.0 - 92.0)	.047 **
前期高齢者(%) ²⁾	31	(43.1%)	3	(15.8%)	.029 *
後期高齢者(%) ²⁾	41	(56.9%)	16	(84.2%)	
性別：女性(%) ²⁾	72	(91.1%)	18	(94.7%)	.519
握力(kg) ¹⁾	26.3 ± 6.3	(15.4 - 42.4)	31.7 ± 21.7	(8.2 - 44.0)	.021 *
GDS(点) ¹⁾	1.6 ± 2.1	(0.0 - 9.0)	4.5 ± 3.6	(0.0 - 10.0)	.002 **
FAB 合計(点) ¹⁾	11.8 ± 5.4	(3.0 - 18.0)	11.7 ± 5.1	(7.0 - 18.0)	.685
MoCA-J 合計(点) ¹⁾	22.3 ± 4.6	(4.0 - 32.0)	19.0 ± 6.5	(5.9 - 29.0)	.944
TMTA(秒) ¹⁾	81.2 ± 52.0	(27.3 - 378.0)	86.2 ± 24.4	(55.0 - 139.0)	.096
TMTB(秒) ¹⁾	116.6 ± 58.2	(49.7 - 300.0)	138.8 ± 46.5	(82.5 - 222.0)	.047 *
基本チェックリスト(点) ¹⁾					
日常生活関連動作	0.3 ± 0.6	(0.0 - 3.0)	0.5 ± 0.8	(0.0 - 2.0)	.105
運動器機能	1.0 ± 1.3	(0.0 - 5.0)	2.1 ± 1.2	(0.0 - 4.0)	.002 **
低栄養状態	0.2 ± 0.4	(0.0 - 1.0)	0.3 ± 0.5	(0.0 - 1.0)	.521
口腔機能	0.6 ± 0.9	(0.0 - 3.0)	1.2 ± 1.1	(0.0 - 3.0)	.076
閉じこもり	0.0 ± 0.0	(0.0 - 0.0)	1.1 ± 0.2	(1.0 - 2.0)	.000 **
認知機能	0.4 ± 0.6	(0.0 - 2.0)	0.8 ± 0.7	(0.0 - 2.0)	.004 **
うつ	0.6 ± 1.0	(0.0 - 4.0)	1.9 ± 1.6	(0.0 - 5.0)	.000 **

数値は、Mean±SD(Minimum-Maxium)、N(%), 1)Mann-Whitney U 検定、2)χ²検定

*p<0.05、**p<0.01

じこもり群」が 11.7 ± 5.1 (7.0 - 18.0) 点で、有意差は得られなかった。また、MoCA-J においても、「非閉じこもり群」は 22.3 ± 4.6 (4.0 - 32.0) 点、「閉じこもり群」が 19.0 ± 6.5 (5.9 - 29.0) 点と「閉じこもり群」において低値を示すも、有意差は得られなかった。TMT-A は、「非閉じこもり群」が 81.2 ± 52.0 (27.3 - 378.0) 秒、「閉じこもり群」は 86.2 ± 24.4 (55.0 - 139.0) 秒で有意差は得られず、TMT-B は、「非閉じこもり群」は 116.6 ± 58.2 (49.7 - 300.0) 秒、「閉じこもり群」は 138.8 ± 46.5 (82.5 - 222.0) 秒と有意に「閉じこもり群」の成績が低かった (p < 0.05)。

3. 「閉じこもり傾向」に関連する抑うつ症状の検討 (表 3)

今回、「閉じこもり傾向」に関連する抑うつ症状の検討を行った結果、GDS の下位項目にある「人や活動への興味低下」(p < 0.01)、「生活が空虚に感じる」(p < 0.01)、「生活が退屈に感じる」(p < 0.01)、「将来に対する不安がある」(p < 0.05)、「無力に感じ

る」(p < 0.05)、「物忘れが気になる」(p < 0.05)、「人生に希望がないと感じる」(p < 0.05)、「自分より周りが幸せそうに見える」(p < 0.05) との問いの項目において有意差が得られた。また、基本チェックリストにおける「うつ」の下位項目では、「楽しんでやれていたことが楽しめない」(p < 0.01)、「楽にできていたことが今はおっくうに感じる」(p < 0.01)、「役に立つ人間だと思えない」(p < 0.01) との問いの項目において「非閉じこもり群」と比して、「閉じこもり群」において有意に高い結果が得られた。

IV. 考察

1. 対象者の特性について

今回の調査対象とした 98 名の地域在住高齢者の「閉じこもり群」の割合は、19.4%であった。我が国の 65 歳以上の高齢者の全体の「閉じこもり」の割合が、10 ~ 15%程度と報告していることから¹⁹⁾、全国と比して割合が高いことがわかり、支援の重要性が窺える。若山ら²⁰⁾は、地域高齢者における閉

表3 「閉じこもり傾向」に関連する「抑うつ症状」の検討¹⁾

		非閉じこもり群 (n=79)	閉じこもり群 (n=19)	p 値
GDS 下位項目				
毎日の生活に満足していますか	いいえ	10 (12.7%)	5 (26.3%)	.115
	はい	69 (87.3%)	14 (73.7%)	
毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	12 (15.2%)	13 (68.4%)	.000**
	いいえ	67 (84.8%)	6 (31.6%)	
生活が空虚だと思えますか	はい	4 (5.1%)	5 (26.3%)	.004**
	いいえ	75 (94.9%)	14 (73.7%)	
毎日が退屈だと思えることが多いですか	はい	4 (5.1%)	6 (31.6%)	.000**
	いいえ	75 (94.9%)	13 (68.4%)	
大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか	いいえ	1 (1.3%)	0 (0.0%)	.629
	はい	78 (98.7%)	19 (100%)	
将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	19 (24.1%)	9 (47.4%)	.034*
	いいえ	60 (75.9%)	10 (52.6%)	
多くの場合は自分が幸福だと思いますか	いいえ	1 (1.3%)	0 (0.0%)	.629
	はい	78 (98.7%)	19 (100%)	
自分が無力だなあと思うことが多いですか	はい	20 (25.3%)	9 (47.4%)	.016*
	いいえ	59 (74.7%)	10 (52.6%)	
外出したり何か新しいことをするより家にいたいと思えますか	はい	9 (11.4%)	4 (21.1%)	.078
	いいえ	70 (88.6%)	15 (78.9%)	
何よりもまず、もの忘れが気になりますか	はい	32 (40.5%)	12 (63.2%)	.049*
	いいえ	47 (59.5%)	7 (36.8%)	
いま生きていることが素晴らしいと思えますか	いいえ	1 (1.3%)	0 (0.0%)	.629
	はい	78 (98.7%)	19 (100%)	
生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	6 (7.6%)	3 (15.8%)	.239
	いいえ	73 (92.4%)	16 (84.2%)	
自分が活気にあふれていると思えますか	いいえ	9 (11.4%)	3 (15.8%)	.567
	はい	70 (88.6%)	16 (84.2%)	
希望がないと思うことがありますか	はい	15 (19.0%)	8 (42.1%)	.024*
	いいえ	64 (81.0%)	11 (57.9%)	
周りの人があなたより幸せそうに見えますか	はい	15 (19.0%)	8 (42.1%)	.024*
	いいえ	64 (81.0%)	11 (57.9%)	
基本チェックリスト (点)				
「うつ」 下位項目				
充実感がないと感じる	はい	8 (10.1%)	5 (26.3%)	.116
	いいえ	71 (89.9%)	14 (73.7%)	
楽しんでやれていたことが楽しめない	はい	3 (3.8%)	5 (26.3%)	.001**
	いいえ	76 (96.2%)	14 (73.7%)	
楽に出来ていたことが今は億劫	はい	19 (24.1%)	12 (63.2%)	.001**
	いいえ	60 (75.9%)	7 (36.8%)	
役に立つ人間だと思えない	はい	6 (7.6%)	5 (26.3%)	.019*
	いいえ	73 (92.4%)	14 (73.7%)	
疲労感を感じる	はい	21 (26.6%)	8 (42.1%)	.072
	いいえ	58 (73.4%)	11 (57.9%)	

数値は、N(%), 1)χ²検定、*p<0.05、**p<0.01

じこもりと心理・社会環境的要因に関する研究を行った結果、「閉じこもり」と有意な関連が認められた項目として、高年齢、性別が男性、運動機能が低い、うつ傾向、SOC (sense of coherence) が低い、老研式活動能力指標が低いことを報告した。本研究においても、平均年齢は「閉じこもり群」において高い結果が得られ、また、後期高齢者割合が高かったことから、高年齢は閉じこもり傾向に関連していると考えられる。その他、基本チェックリストの下位項目にある「運動器機能」「認知機能」「うつ」の各総合得点において有意差が得られたことから、「運動器機能」及び「うつ」における報告においては、同様の結果が得られた。しかし、基本チェックリストの「認知機能」項目においては、「非閉じこもり群」との比較検討をしたものが見当たらないことから、新たな発見になった可能性が窺える。また、本研究では、認知機能の検査項目をいくつか設け、対象者へ実施した。その結果、「閉じこもり群」において、認知機能検査項目である TMT-B の課題遂行が「非閉じこもり群」に比して、有意に時間を要した。TMT は、欧米において注意機能や遂行機能の指標として研究されてきた。また、その他の指標として、認知的柔軟性なども測定できる^{18,21)}。そのことから、「閉じこもり群」の対象は、それら認知機能が低い可能性が窺える。さらに、注意機能低下においては、「うつ病」との関連性が報告されており²²⁾、本研究においても、「閉じこもり群」の GDS 得点や基本チェックリストの「うつ」得点が有意に高かったことから、「閉じこもり群」のうつ傾向と注意機能の関連性も疑われ、今後、検討を進める必要があると考える。

2. 「閉じこもり傾向」に関連する抑うつ症状及び認知機能の検討について

今回、「閉じこもり傾向」に関連する抑うつ症状の検討を行った結果、「閉じこもり群」において、「人や活動への興味の低下」や「将来不安」、「物忘れが気になる」、「今まで出来てきたことが億劫に感じる」などの項目が有意に認められた。このことから今後、「閉じ

こもり傾向」にある者を早期発見、介入する際の調査項目として、役に立つ可能性が考えられる。また、今回の対象者の 9 割が女性であった。平成 28 年社会生活基本調査結果²³⁾では、65 歳以上の高齢者の家事時間は、女性は男性より約 4.8 倍多いことが報告されており、女性は家事役割を担う者が多いことが分かる。この様な背景から、女性においては、外出頻度が少なくとも、それを「閉じこもり」と捉えてしまうことへの危険性も考えられる。そのことから、「閉じこもり」を評価するにあたっては、個人の生活スタイルについても配慮しなければならないと考える。河野ら²⁴⁾も、行動範囲が家に限られていても、生活行動の活動性が高い高齢者は、閉じこもり現象を呈していないと考えると報告している。これらのことから、外出頻度だけではなく、精神機能症状と合わせて検討することにより、より適切な評価及び支援へと繋がるのではないかと考える。また、日頃からの対人関係や独りを好み、行動範囲が狭くても活動的に過ごしている高齢者がいることも踏まえる必要があると考える。

特に、「興味の低下」については、抑うつとも関連が深い前頭前野の低下^{18,25)}も考えられ、前頭前野は注意機能も担っている部位であることから、認知機能の低下の影響も否めない¹⁸⁾。また、「物忘れが気になる」と感じる項目については、自覚的物忘れは、軽度認知障害（以下、MCI : Mild Cognitive Impairment）の前駆症状の一つとされており^{18,26,27)}、「閉じこもり群」の MoCA-J 総合平均得点を見ても、軽度～中等度認知障害の可能性も窺えることから、MCI を呈する者に対する支援時のアセスメントの際は、「閉じこもり傾向」への影響の可能性も疑う必要があると考える。Deguchi ら²⁸⁾は、社会から隔離された「引きこもり」の原因は、脳内の神経伝達が抑えられ、不安感が強まることを示し、社会から隔離されることで起こる不安行動に、脳内のメカニズムが影響していることを報告した。本研究においても、「閉じこもり傾向」に関連する抑うつ症状のひとつに、「不安」を示す項目が関連していた。そのこ

とから、Deguchi らの報告は「引きこもり」に関する報告であるが、高齢者の「閉じこもり」においても、不安症状の影響も考えられる。そのことから、「閉じこもり」の早期発見においては、「閉じこもり傾向」にある時期の不安症状の有無も確認する必要があると考える。

本研究の限界

本研究の限界としては、調査対象が、A 県内の一部地域における調査であったことが挙げられる。また、今回、認知機能検査も評価指標に含めたが、横断的調査であり、今回の結果のみで認知機能に問題がある可能性を論じるには、十分な配慮が必要であり、今後、さらなる調査を行う必要があると考える。さらに、今回の調査ではアパシーに関する項目を含めていなかった。興味や意欲の障害によるアパシーは、うつ病と概念的にも臨床的にも混同されることが多い²⁹⁾ ことから、今後はアパシーの評価も含める必要があると考える。その他、データ収集期間が長期間であったことから、季節・天候による外出頻度の違いの影響も考慮する必要があると考える。

V. 結論

今回、「閉じこもり傾向」に関連する抑うつ症状の検討を行った結果、閉じこもり傾向にある者は、「人や活動への興味の低下」や「将来不安」、「物忘れが気になる」、「今まで出来てきたことが億劫に感じる」などの項目で関連があることが明らかとなった。このことから、今後、「閉じこもり傾向」にある者を早期発見、介入する際の評価項目として役に立つ可能性が考えられる。

謝辞

本研究を実施するにあたり、筑波大学大学院福祉医療学の皆様に深く感謝申し上げます。

VI. 参考文献

1) 内閣府：令和元年度版高齢者社会白書。第1章高齢化の状況(第1節1)。
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/>

w-016/html/zenbun/s1_1_1.html (閲覧日 2020 年 1 月 12 日)

2) 厚生労働省：平成 28 年度版厚生労働白書。
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/> (閲覧日 2019 年 1 月 10 日)

3) 厚生労働省：2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支える ケアの確立に向けて～高齢者介護の課題。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html> (閲覧日 2019 年 12 月 15 日)

4) 新開省二, 藤田 幸司, 藤原佳典, 熊谷 修, 天野 秀紀, 吉田裕人地, 旺 寶貴：域在住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。日本公衆衛生誌, 52 (10), 874-885, 2005.

5) 新開省二, 藤田 幸司, 藤原佳典, 熊谷 修, 天野 秀紀, 吉田裕人地, 旺 寶貴：地域在住高齢者におけるタイプ別閉じこもりの予後－2 年間の追跡研究－。日本公衆衛生雑誌. 52, 627-638, 2005.

6) 椛勇三郎, 川口淳, 酒井太一：高齢者の閉じこもりに関連する要因の分析。久留米医学会雑誌, 74 (6-7), 163-171, 2011.

7) 馬場元：老年期うつ病は認知症の危険因子か？。精神神経学雑誌. 111, 31-36, 2009.

8) 馬場元：うつ病から認知症への移行に関わる機序の一考察。精神神経学雑誌 .112, 1003-1008, 2010.

9) Sweet RA, Hamilton RL, Butters MA, Mulsant BH, Pollock BG, Lewis DA, Lopez OL, DeKosky ST, Reynolds CF3rd：Neuropathologic correlates of late-onset major depression. Neuropsychopharmacology 29 (12) :2242-50, 2004.

10) 佐竹昭介：基本チェックリストとフレイル。日本老年医学会雑誌 55 (3), 319-328, 2018.

11) 松崎俊久, 柴田博：老人保健の基本と展開。東京。医学書院. 139-159, 1984.

12) 竹内孝仁：閉じこもり, 閉じこもり症候群, 介護予防研修テキスト, 介護予防に関するテキストなど調査研究委員会編：厚生労働省老健局計画課監修 社会保険研究所. 128-140, 2001.

13) 厚生労働省：基本チェックリストの考え方に

- ついて. 東京: 厚生労働省: Available from: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-11.pdf> (閲覧日 2020 年 1 月 28 日)
- 14) 新野直明, 瀬古知永子, 川上憲人, 今泉寿明: 日本語版 Geriatric Depression Scale (GDS) の信頼性と妥当性. 日本公衆衛生学会総会抄録集, 55, 445, 1996.
- 15) 鈴木宏幸, 藤原佳典: Montreal Cognitive Assessment (MoCA) の日本語版作成とその有効性について. 老年精神医学雑誌, 21, 198-202, 2010.
- 16) 鹿島晴雄: 注意と前頭葉損傷. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 32, 294-297, 1995.
- 17) 川島隆太: 高次脳機能のブレインイメージング, 47-125, 医学書院, 2002
- 18) 本田哲三: 注意障害と記憶障害の評価法, 高次脳機能障害とリハビリテーション. 臨床リハ別冊, 129-134, 1995.
- 19) 安村誠司: 新しい介護保険制度における閉じこもり予防・支援. 老年社会科, 27 (4), 453-459, 2006.
- 20) 若山修一, 高田祐, 久保田智洋, 中村茂美, 卷直樹, 柳 久子: 地域高齢者における閉じこもりと心理・社会環境的要因に関する研究. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 39 (2), 98-105, 2016.
- 21) Kortte KB, Horner MD, Windham WK, : The trail making test, part-B: cognitive flexibility or ability to maintain set?. Appl Neuropsychol, 9 (2), 106-9, 2002.
- 22) Lee RS, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. : A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. J Affect Disord, 140 (2), 113-124, 2012.
- 23) 総務省統計局: 平成 28 年社会生活基本調査結果, <http://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/pdf/gaiyou2.pdf> (閲覧日 2020 年 6 月 15 日)
- 24) 河野あゆみ, 金川 克子: 在宅障害老人における閉じこもり現象の構造に関する質的研究. 日本看護科学学会誌, 19, 23-30, 1999.
- 25) 岡本泰昌, 岡田剛, 吉村晋平, 国里愛彦, 西山佳子, 土岐茂: うつ病の認知に関わる神経生理学的基盤. 認知神経科学, 12 (3-4), 140-148, 2010.
- 26) Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos J, Cummings S, DeKosky Te: Practice parameter : Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review), Neurology, 56, 1133-1142, 2001.
- 27) 朝田隆: 軽度認知障害 (MCI). 認知神経科学, 11 (3-4), 252-257, 2009.
- 28) Deguchi Y, Harada M, Shinohara R, Watanabe D, Furuyashiki T, Narumiyam S: mDia and ROCK Mediate Actin-Dependent Presynaptic Remodeling Regulating Synaptic Efficacy and Anxiety. Cell reports, 17 (9), 2405-2417, 2016.
- 29) 山下英尚, 濱 聖司, 村上太郎, 町野彰彦, 志々田一宏, 小早川誠, 淵上 学, 土岐 茂, 吉野敦雄, 岡本泰昌, 山脇成人: 血管障害とうつ病・アパシー. 老年精神医学雑誌, 26 (1), 19-25, 2015.

連絡先: 坂本晴美
〒 300-0032 茨城県土浦市湖北 2-10-35
アール医療福祉専門学校
TEL : 029-824-7611
Mail : rino_mio05231011@yahoo.co.jp

令和 2 年 3 月 10 日 受付
令和 2 年 7 月 9 日 採用決定

Association between tendency of homebound, depression and cognitive function among community-dwelling older people

Harumi SAKAMOTO¹⁾, Yu TAKATA¹⁾, Naoki MAKI²⁾, Tomohiro KUBOTA¹⁾,
Yuuki MUTSUKURA¹⁾, Keisuke TANIGUCHI¹⁾, Shigemi NAKAMURA¹⁾,
Hisako YANAGI³⁾

¹⁾ AHR Medical and Welfare College School

²⁾ Department of Thoracic Surgery, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

³⁾ Department of Medical Science and Welfare, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

Abstract

Objective: The purpose of the study is to examine the association between tendency of homebound and depression, cognitive function in community-dwelling older people.

Methods: The cross-sectional study included community-dwelling older people aged ≥ 65 years in Japan. The study was conducted by semi-structured interviews related to characteristic and the basic attributes. The basic checklist for older people and GDS were evaluated as main assessment. Moca-J, TMT-A・B, FAB were evaluated as secondary assessment.

Results: “Decreased interest in people and activities” , “Life feels empty” , “Life feels boring” of GDS in the homebound group was significantly higher than in the non- homebound group. Depression categories of the basic checklist for older people in the homebound group was significantly higher than in the non- homebound group.

Conclusion: Our survey suggests that depression who are tendency of homebound might be considered in the intervention and early detection for community-dwelling older people with tenden.

Key words: community-dwelling older people, depression, tendency of homebound