

2018年12月28日

研究課題

## 東京都都市部における地域在住 85 歳以上の超高齢者の

### メンタルヘルス疫学的調査

代表研究者 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室・専任講師 新村秀人  
共同研究者 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室・教授 三村 将  
慶應義塾大学理工学部外国語総合教育教室・教授 高山 緑

#### まとめ

東京都荒川区在住の2016年1月1日時点で85-87歳の2927名を住民基本台帳から抽出し、質問票郵送調査（生活状況、身体的・精神的・社会的健康関連指標）、検診・訪問調査（身体機能、血液検査、認知機能・うつ評価）および介護保険情報調査を行った。質問票返信は598名で、検診調査参加193名と訪問調査参加40名の計233名は、平均年齢88.0歳、介護保険は介護度なし76%、要支援16%、要介護7%で、メンタルヘルスについては軽度認知障害43%、認知症4%、うつ14-29%であった。

#### 1. 研究の目的

わが国では、高齢化が進む中、85歳以上の超高齢者も増えてきている。85歳以上の超高齢者は、65歳あるいは75歳以上の高齢者に比べ、心身機能の大幅な低下により、医療・介護・福祉の必要性が高くなるのであるが、そのメンタルヘルスについては、まだ十分な検討がなされていない。特に、人口の一極集中が進み、近い将来医療資源の絶対的・相対的な不足が予想される東京都都市部において、超高齢者のメンタルヘルスについて把握することには、大きな意義があると思われる。

本研究では、東京都荒川区の協力を得て、住民基本台帳から同区在住の85-87歳以上の全員（約2900名）を抽出し、質問票調査および検診調査を行い、メンタルヘルスについて疫学的に評価する。具体的には、うつ、認知症、軽度認知障害（MCI）、行動心理症状（BPSD）についての対面評価を行い、有病率を検討する。また、身体機能、生活状況を含めた検討も行うことで、健康長寿を達成するための生活環境と阻害要因発見への寄与が期待される。

本研究の社会的意義・独創性は、(1) 東京都都市部において自治体と共同で85歳以上の人口ベースの超高齢者について検討する。(2) 超高齢者の身体状況のみならず、メンタルヘルスについても評価する。(3) 向老意識、生きがい、知恵などのポジティブな心理学的特性を検討する。(4) 実地調査で得られた心身・生活状況と自治体のもつ介護保険情報とをリンクさせることで、両者の関連を検討する。(5) 荒川区は、荒川区民総幸福度（グロス・アラカワ・ハピネス：GAH）の検討を独自に行うなど、住民の主観的幸福度への関心が高いため、超高齢者のメンタルヘルスを考える上で好適なフィールドである。

学界では、高齢者研究が盛んであるが85歳

以上の超高齢者の調査は少なく、疫学調査は少なく、地方での調査はあるが都市部での調査は少なく、身体面についての調査はあるが、メンタルヘルスについての調査はほとんど行われていない。

## 2. 研究方法と経過

対象者は、東京都荒川区に在住する2016年1月1日時点で85-87歳の全員（約2900名）である。同意を得られた者を調査参加者とした。

第1次調査では、質問票を自宅に郵送し、調査参加者本人の生活状況、身体的健康関連指標（運動機能、日常生活動作（Activities of Daily Living : ADL）、手段的ADL（Instrumental Activities of Daily Living : IADL）、既往疾患）・精神的健康関連指標（精神的ウェルビーイング、向老意識）・社会的健康関連指標（家族、近所付き合い）につき調査を行なった。また、荒川区の協力を得て、介護保険に関する情報を得て、本調査データとの突合を行った。

第2次調査では、検診調査を行った。検診会場に来ることができない者および希望者については、自宅・入所施設への訪問調査を行った。具体的には、専門職（医師、臨床心理士）が、メンタルヘルス・認知機能（認知症、軽度認知障害（mild cognitive impairment: MCI）、うつ病、遂行機能）、身体状態（視覚、聴覚、血圧、握力、歩行速度）、受療状況（内服薬の確認）の評価を行った。

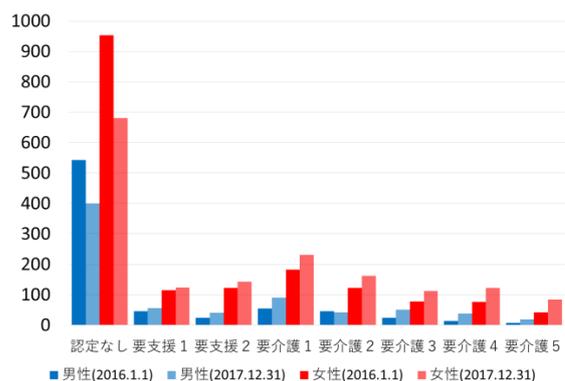
調査データをもとにして、85歳以上の超高齢者のメンタルヘルスについての人口ベースの疫学的状況を把握した。

## 3. 研究の結果

2016年1月1日時点で東京都荒川区に住民票登録されている85-87歳の住民は、2927名であった。

質問票を送付した2443名（抽出した2927名から質問票送付時まで死亡および転居した者を除いた者）の介護保険の介護度は、介護度なし1495名（61.2%）、要支援1 160名（6.5%）、要支援2 146名（6.0%）、要介護1 236名（9.7%）、要介護2 168名（6.9%）、要介護3 101名（4.1%）、要介護4 89名（3.6%）、要介護5 48名（2.0%）であった。また、同全住民の2年後（2017年12月31日時点）の介護保険の介護度は、死亡した者を除いて、介護度なし1080名（45.2%）、要支援1 179名（7.5%）、要支援2 183名（7.7%）、要介護1 321名（13.4%）、要介護2 204名（8.5%）、要介護3 162名（6.8%）、要介護4 160名（6.7%）、要介護5 102名（4.3%）であった。2016年1月1日時点の介護度分布と2017年12月31日時点の介護度分布を重ねて、男女別に示すと、図1のようになった。2年間で介護度なしが減り、要支援・要介護が増えていることから、全体的に2年間で介護度が上がったことが分かる。また、全数が減じているのは死亡のためである。

図1 介護度 / 2016.1.1→2017.12.31



85-87歳の全住民のうち、質問票郵送時まで死亡や転出が確認された者484名を除き、2443名に質問票を郵送した。そのうち、質問票の返信があった者は598名（24.5%）、返信

がなかった者は 1845 名 (75.5%) であった。質問票を返信した者のうち、質問票のみの回答が 201 名、検診調査や訪問調査を辞退した者 137 名、予約はしたが当日キャンセルした者 16 名、その後の返信なし 6 名、その他 5 名であり、検診調査を受けた者は 193 名、訪問調査を受けた者は 40 名であった。

したがって、質問票に回答し、検診調査あるいは訪問調査に参加した者は 233 名 (質問票送付者の 9.5%) で、平均年齢 87.98 歳 (標準偏差 0.94、範囲 86-90 歳)、そのうち男性は 108 名 (46.4%)、女性は 125 名 (53.7%) であった。教育歴は、10.5 年 (標準偏差 2.6、範囲 6-18 年)、生活形態は、単身生活 74 名 (31.8%)、同居人あり 156 名 (67.0%)、施設入所 3 名 (1.3%) であった。介護保険の介護度は、介護度なし 177 名 (76.0%)、要支援 1 24 名 (10.3%)、要支援 2 13 名 (5.6%)、要介護 1 9 名 (3.9%)、要介護 2 2 名 (0.9%)、要介護 3 4 名 (1.7%)、要介護 4 2 名 (0.9%)、要介護 5 0 名 (0%)、不明 2 名 (0.9%) であった。

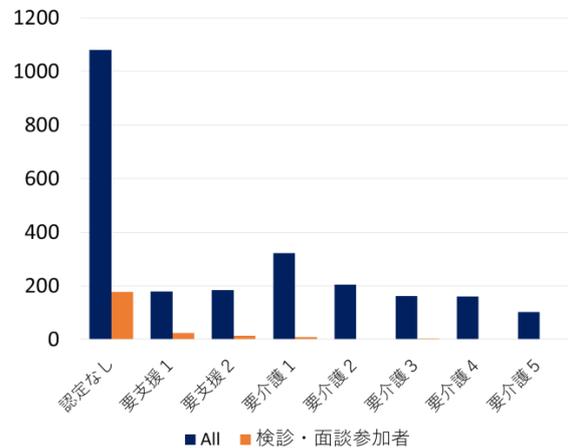
85-87 歳の全住民 (2017 年 12 月 31 日時点) と検診調査・訪問調査参加者との介護度を併記し比較してみると、図 2 のようになり、検診調査・訪問調査参加者は全住民に比べて、介護度なしの比率が高く、要介護の比率は低く、介護度の低い者の割合が高いことが分かる。

ADL の指標である Barthel Index のスコアは、平均 96.5 (標準偏差 9.7、範囲 30-100、男性 98.3、女性 95.0)、IADL のスコアは、平均 4.57 (標準偏差 0.88、範囲 1-5、男性 4.65、女性 4.50) であった。

全身の筋力を反映するとされる握力は、(左右) 平均 19.5kg (標準偏差 6.6)、10m 歩行速度 (通常歩行) は平均 5.2 秒 (標準偏差 1.4)、10m 歩行速度 (早歩き) は平均 3.8 秒 (標準

偏差 0.7)、下肢筋力屈曲 (左右) 平均 7.7kg (標準偏差 3.7)、下肢筋力伸展 (左右) 平均 14.1kg

図2 介護度 / 2017.12.31



(標準偏差 7.1) であった。

血液検査では、総蛋白平均 7.3g/dl (標準偏差 0.5)、アルブミン平均 4.2g/dl (標準偏差 0.3)、AST 平均 24.1IU/l (標準偏差 7.2)、ALT 平均 15.9IU/l (標準偏差 5.8)、総コレステロール平均 196.3mg/dl (標準偏差 37.9)、HDL コレステロール平均 61.6mg/dl (標準偏差 21.1)、LDL コレステロール平均 108.4mg/dl (標準偏差 30.7)、中性脂肪平均 133.1mg/dl (標準偏差 70.9)、尿素窒素平均 20.3mg/dl (標準偏差 7.1)、クレアチニン平均 0.96mg/dl (標準偏差 0.79)、尿酸平均 5.53mg/dl (標準偏差 1.38)、ヘモグロビン A1c 平均 5.99% (標準偏差 0.63)、カルシウム平均 9.04mg/dl (標準偏差 0.38)、リン平均 3.33mg/dl (標準偏差 0.52)、CRP 平均 0.19mg/l (標準偏差 0.34)、白血球数平均 6120/ $\mu$ l (標準偏差 1520)、赤血球数平均 415.3 万 (標準偏差 51.5 万)、ヘモグロビン (血色素量) 平均 15.2g/dl (標準偏差 34.4)、血小板数 22.2 万/ $\mu$ l (標準偏差 7.1 万) であった。

うつ病の評価である老年期うつの検査

(Geriatric Depression Scale : GDS) スコアは、平均 3.98 (標準偏差 3.04、範囲 0-13) で、健常とされる 5 点以下は 165 名 (71.4%)、うつの疑いがある 6 点以上は 66 名 (28.6%) であった。うつ病自己評価尺度 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D) スコアは、平均 8.66 (標準偏差 7.12、範囲 0-35) で、健常とされる 15 点以下は 196 名 (85.6%)、うつの疑いがある 16 点以上は 33 名 (14.4%) であった。認知機能の簡易検査である Mini-Mental State Examination (MMSE) のスコアは、平均 25.33 (標準偏差 3.59、範囲 10-30) で、健常とされる 24 点以上は 173 名 (74.6%)、認知症が疑われる 23 点以下は 59 名 (25.4%) であった。

認知症、軽度認知障害の診断は、臨床的認知症尺度 (Clinical dementia rating : CDR) によると、健常 (CDR0) 160 名 (68.4%)、軽度認知障害 (MCI) (CDR0.5) 68 名 (42.5%)、軽度認知症 (CDR1) 3 名 (1.9%)、中等度認知症 (CDR2) 1 名 (0.6%)、重度認知症 (CDR3) 2 名 (1.3%) であった。

今回の結果は、介護保険の介護度が、介護度なしが 76%、要支援 1-2 が 16%、要介護 1-5 はわずかに 7%であり、介護度の低い者が多かった。介護保険の介護度は、身体機能障害と認知機能障害を総合して判定するため、検診調査・訪問調査の参加者は、身体機能や認知機能

が比較的保たれた元気な超高齢者であったと言える。その理由は、認知症を既に発症している人は、詳細な質問票調査に答えたり、検診調査の会場まで足を運ぶことが難しかったため、検診会場で認知機能検査を受けることができなかったりしたためと思われる。そのため、85 歳以上という超高齢者であるにもかかわらず、認知症の割合はかなり低かったと考えられる。

#### 4. 今後の課題

今後の課題は以下の通りである。

介護保険の介護度と心身機能との関連を検討する。

頭部 MRI 画像も行い、脳の形態学的指標と心身機能の関連を検討する。

継続的な追跡調査を行い、3 年後に再度認知機能、心身機能の検査を行い、経時的なデータについて検討していく。

#### 5. 研究成果の公表方法

本研究の成果については、2019 年 2 月 28 日-3 月 1 日に東京において開催される第 38 回日本社会精神医学会において学会発表する。また、2019 年 10 月 25-28 日ルーマニアにおいて開催される 23th World Congress of Social Psychiatry においても学会発表の予定である。その後、論文化して発表する予定である。