

地域在住高齢者におけるアパシーとソーシャル・キャピタル、 閉じこもり、外出頻度との関連検討

高部 さやか, 渡井 いずみ
浜松医科大学

<要 旨>

【緒言】高齢者のアパシーは社会的つながりの希薄化、身体機能低下と関連し、社会的つながりは閉じこもりと関連することが報告されている。本研究では、中山間地域に在住する高齢者のアパシー、ソーシャル・キャピタル、閉じこもり・外出減少との関連性を検討した。【方法】65 歳以上の高齢者を対象に、自治体を通じて調査票を配布、郵送により回収をした。【結果】329 名を分析対象とした。対象者のうちアパシーあり 110 名 (33.4%)、閉じこもり群は 9 名 (2.7%)、外出減少群は 63 名 (19.1%)、社会的孤立ありは 68 名 (20.7%)、他者への信頼度平均 32.7 ± 10.6 点であった。二項ロジスティック解析の結果、社会的孤立あり、他者への信頼度、IADL がアパシーと有意な関連があった。また、年齢、夫婦のみ世帯、他者への信頼度、アパシーが外出減少と有意な関連があった。【考察】他者への信頼度が低い、アパシーを有する高齢者には、外出が減少している者が多いと考えられる。【結論】中山間地域において SC が弱い高齢者にはアパシーや抑うつが多く、アパシーや抑うつを有する高齢者は外出が減少している者が多いということが明らかとなった。今後、アパシーを有する高齢者の把握により、閉じこもりや外出減少の高齢者を早期発見する方法の検討が必要である。

<キーワード> 高齢者のアパシー、ソーシャル・キャピタル、閉じこもり、外出減少

【はじめに】

高齢化率は年々増加しており、健康寿命の延伸、要介護状態の予防のための健康課題として、高齢者のメンタルヘルスが挙げられる。世界的には 60 歳以上の 14% が精神障害を有しており (WHO, 2023)、前期高齢者の 15.6%~32.4% が「うつ」と報告されている (近藤, 2022)。高齢者の抑うつの要因として、社会的な役割の喪失、空の巣症候群、配偶者・近親者・親しい友人との死別、孤独、将来に対する不安、無気力等がある (新村, 2021)。無気力は、意欲障害「アパシー」という概念で説明され、気分障害のうつとは別の症状として重要視されている (Ayers et al, 2017)。徳

永ら (2020) によると、地域在住高齢者の 23.2% がアパシー、12.2% が抑うつ、15.2% がアパシーと抑うつを合併している。アパシーとなる要因にはソーシャル・フレイルがあり、さらにアパシーは身体機能低下や運動機能低下の要因となり得ることが報告されている (Henry et al, 2023 ; Ayers et al, 2017)。ソーシャル・フレイルは社会とのつながり、つまり、ソーシャル・キャピタル (以下、SC) が希薄になっていることを意味する。SC は「ソーシャル・ネットワーク」「信頼」「互酬性の規範」の 3 つの概念で構成され、社会的役割や家庭内役割の喪失により希薄化する可能性がある。また、SC は都市部よりも中山間地域

の方が強いという地域性があり（高部，2022）、SC の強さには個人要因と環境要因が関係している。一方で、地域在住高齢者のアパシーと SC の構成概念との関連について検討された報告は少ない。

また、Tsubokowa ら(2020)は、市民活動の参加が盛んな地域や社会的つながりが強い地域、すなわち SC が強い地域では閉じこもりが少ないと報告しており、桂ら（2018）は、SC の弱い閉じこもり高齢者ほど、精神的フレイルの出現率が高いことを報告している。しかし、閉じこもり、SC、高齢者のメンタルヘルスを同時に検討した知見は乏しい。高齢者のメンタルヘルスに関する研究の多くは「うつ」に着目しており、アパシーと閉じこもりに関する先行研究の多くは慢性疾患や認知症を有する高齢者を対象としており、自立度の高い地域在住高齢者の状況は不明である。

本研究の目的は、SC が高い中山間地域在住の高齢者を対象にアパシーと SC の構成概念との関連性、閉じこもり・外出減少とアパシーおよび SC との関連性の検討を行う。また、抑うつとの比較検討を行う。本研究の結果は、アパシーが閉じこもりや外出減少の早期発見につながる可能性を示し、閉じこもり予防、メンタルヘルス対策、SC 醸成の支援の方向性を示すことが期待できる。

【方法】

1. 研究デザイン

本研究は、調査票を用いた横断研究である。

2. 用語の定義

閉じこもり：安村らの定義にならい、週 1 回以上の外出をしない状態を「閉じこもり」とした。

外出減少：日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study：JAGES）にならい、昨年度と比べて外出の回数が、「とても減

っている」「減っている」を外出減少あり、「あまり減っていない」「減っていない」を外出減少なしとした。

3. 調査対象者

東海地方において、高齢化率が 63.8%（令和 5 年 10 月時点）、高齢化・過疎化が進行する中山間地域に居住する高齢者 1,570 名を対象とした。施設入所者は対象から除外した。

4. データ収集方法

調査票は対象地域の自治会を通じて配布した。また、調査票の回収は、調査に同意する者は調査票の同意項目および調査項目に記入し、返信用封筒にて返送するように依頼した。調査期間は、令和 5 年 11 月～12 月の 2 か月間とした。

5. 調査項目

調査項目は、基本属性、既往歴、IADL、運動機能（基本チェックリスト No. 6～No. 10）、アパシー、抑うつ、SC、閉じこもりとした。

1) アパシー

Starkstein らによる Apathy Scale を岡田ら（1998）が日本語訳した「やる気スコア」を用いた。意欲や興味に関する 14 項目について、4 件法で回答し、総合点で評価する。得点が高いほど意欲低下が強い。本研究では、日本人のカットオフ値である 16 点以上をアパシーあり、16 点未満をアパシーなしとした。

2) うつ

高齢者の抑うつを評価する Geriatric Depression Scale 簡易版：GDS-15（松林ら，1994）を用いた。15 項目について、「はい」または「いいえ」で回数し、総合点で評価する。本研究では先行研究にならって 5 点以上を抑うつあり、4 点未満を抑うつなしとした。

3) SC

表1. 閉じこもりの有無別の対象者の基本属性 n=329

	閉じこもり		p値
	あり	なし	
性別			
男性	3 (33.3)	157 (49.1)	0.35 ^a
女性	6 (66.7)	163 (50.9)	
年齢	80.0(72.0-90.0)	76.0(70.0-82.0)	0.20 ^b
65～69歳	1 (11.1)	57 (17.8)	0.14 ^a
70～74歳	3 (33.3)	83 (25.9)	
75～79歳	0 (0.0)	70 (21.9)	
80～84歳	1 (11.0)	59 (18.4)	
85歳以上	4 (44.4)	51 (15.9)	
婚姻			
未婚	0 (0.0)	15 (4.7)	0.05 ^a
既婚	4 (44.4)	235 (73.7)	
離別・死別	5 (55.6)	69 (21.6)	
家族構成			
独居	3 (33.3)	76 (23.8)	0.86 ^a
夫婦のみ	4 (44.4)	168 (52.7)	
子どもと同居	2 (22.2)	51 (16.0)	
その他	0 (0.0)	23 (7.2)	
不明	0 (0.0)	1 (0.3)	
就労			
あり	3 (33.3)	116 (37.5)	0.8 ^a
なし	6 (66.7)	193 (62.5)	
就労日数/週			
0日	6 (66.7)	193 (60.3)	0.94 ^a
1日	0 (0.0)	9 (2.8)	
2～3日	1 (11.1)	40 (12.5)	
4～5日	2 (22.2)	51 (15.9)	
6～7日	0 (0.0)	15 (4.7)	
不明			
欠損	0 (0.0)	12 (100.0)	
教育歴			
中学校	4 (44.4)	92 (29.3)	0.06 ^a
高校	3 (33.3)	140 (44.6)	
専門学校・短大	1 (11.1)	48 (15.3)	
大学・大学院	0 (0.0)	31 (9.9)	
その他	1 (11.1)	3 (1.0)	
既往歴			
あり	8 (100.0)	276 (87.3)	0.28 ^a
なし	0 (0.0)	40 (12.7)	
IADL	9.0(6.5-12.9)	12.0(11.0-13.0)	0.03 ^b
運動機能低下			
あり	5 (55.6)	69 (27.9)	0.07 ^a
なし	4 (44.4)	178 (72.1)	
やる気スコア	11.0(8.8-17.7)	13.0(9.0-17.2)	0.92 ^b
アパシー			
あり	2 (22.2)	108 (33.8)	0.47 ^a
なし	7 (77.7)	212 (66.3)	
GDS-15	7.0(1.6-10.5)	3.1(1.5-6.0)	0.21 ^b
抑うつ			
あり	5 (55.6)	124 (38.8)	0.31 ^a
なし	4 (44.4)	196 (61.3)	
LSNS	12.0(10.5-18.0)	16.1(12.0-20.0)	0.16 ^b
社会的孤立			
あり	2 (22.2)	66 (20.5)	0.91 ^a
なし	7 (77.8)	254 (79.4)	
信頼度	28.0(11.5-36.0)	33.0(26.0-40.0)	0.14 ^b

値はn(%)もしくは中央値(四分位範囲)

a: χ^2 検定

b: Mann-WhitneyのU検定

表2. 外出減少の有無別の対象者の基本属性 n=320

	外出減少		p値
	あり	なし	
性別			
男性	29 (18.5)	128 (81.5)	0.59 ^a
女性	34 (20.9)	129 (79.1)	
年齢	79.0(74.0-84.0)	75.0(70.0-81.0)	0.002 ^b
65～69歳	6 (10.5)	51 (89.5)	0.02 ^a
70～74歳	10 (12.0)	73 (88.0)	
75～79歳	16 (22.9)	54 (77.1)	
80～84歳	16 (27.1)	43 (72.9)	
85歳以上	15 (29.4)	36 (70.6)	
婚姻			
未婚	4 (26.7)	11 (73.3)	0.12 ^a
既婚	40 (17.0)	195 (83.0)	
離別・死別	19 (27.5)	50 (72.5)	
家族構成			
独居	26 (34.2)	50 (65.8)	0.007 ^a
夫婦のみ	24 (14.3)	144 (85.7)	
子どもと同居	10 (19.6)	41 (80.4)	
その他	3 (13.0)	20 (87.0)	
不明	0 (0.0)	1 (100.0)	
就労			
あり	12 (10.3)	104 (89.7)	0.002 ^a
なし	47 (24.4)	146 (75.6)	
就労日数/週			
0日	47 (24.4)	146 (75.6)	0.07 ^a
1日	1 (11.1)	8 (88.9)	
2～3日	4 (10.0)	36 (90.0)	
4～5日	5 (9.8)	46 (90.2)	
6～7日	2 (13.3)	13 (86.7)	
不明	4 (33.3)	8 (66.7)	
欠損			
教育歴			
中学校	27 (29.3)	65 (70.7)	0.04 ^a
高校	20 (14.3)	120 (85.7)	
専門学校・短大	7 (14.6)	41 (85.4)	
大学・大学院	7 (22.6)	24 (77.4)	
その他	0 (0.0)	3 (100.0)	
既往歴			
あり	53 (19.2)	223 (80.8)	0.62 ^a
なし	9 (22.5)	31 (77.5)	
IADL	11.0(10.0-13.0)	13.0(11.0-13.0)	<0.001 ^b
運動機能低下			
あり	27 (39.1)	42 (60.9)	<0.001 ^a
なし	27 (15.2)	151 (84.8)	
やる気スコア	18.0(13.0-21.0)	12.0(8.0-16.0)	<0.001 ^b
アパシー			
あり	37 (34.3)	71 (65.7)	<0.001 ^a
なし	26 (12.3)	186 (87.7)	
GDS-15	6.4(4.0-10.0)	3.0(1.0-5.1)	<0.001 ^b
抑うつ			
あり	45 (36.6)	79 (63.7)	<0.001 ^a
なし	18 (9.2)	178 (90.8)	
LSNS	14.0(9.0-17.0)	17.0(13.8-21.0)	<0.001 ^b
社会的孤立			
あり	20 (30.3)	46 (69.7)	0.02 ^a
なし	43 (16.9)	211 (83.1)	
信頼度	29.0(17.0-36.0)	34.2(29.0-42.0)	<0.001 ^b

値はn(%)もしくは中央値(四分位範囲)

a: χ^2 検定

b: Mann-WhitneyのU検定

SCの構成概念である「ソーシャル・ネットワーク」と「信頼」「互酬性の規範」に分けて評価した。「ソーシャル・ネットワーク」の測定は、日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版：LSNS-6（栗本ら，2011）を用いた。LSNS-6は6項目で構成され、0～5点の6件法で回答をする。総合点を計算し、点数が高いほど社会ネットワークが強い。カットオフ値は12点であり、先行研究にならい12点未満を社会的孤立あり、12点以上を社会的孤立なしとした。SCのうち、「信頼」「互酬性の規範」は他者への信頼を測定する尺度：他者への信頼度（本田ら，2010）を用いた。この尺度は6項目を1点～9点で回答し、その合計点数が高いほど信頼度は高い。

4) 閉じこもり

JGESが行った調査の質問項目のうち閉じこもりに関する評価項目を用いた（竹内ら，2023）。外出回数については「あなたが外出する頻度はどのくらいですか」の質問に対し、「週5回以上」「週4回」「週2～3回」「週1回」「月1～3回」「年に数回」「していない」の8択から1つを回答する。「週5回以上」～「週1回」は非閉じこもり群、「月1～3回」「年に数回」「していない」を閉じこもり群とした。また、外出回数の変化には、「昨年度と比べて外出の回数は減っていますか」に対し、「とても減っている」「減っている」「あまり減っていない」「減っていない」の4択から回答する。閉じこもり群を除いた対象者を、「とても減っている」「減っている」と回答した外出減少群と、「あまり減っていない」「減っていない」と回答した非外出減少群に分類した。

5) 分析方法

アパシーの有無、抑うつの有無の2群において社会的孤立の有無や他者への信頼度に差がある

かを検定した。次に、アパシーを従属変数、SCを独立変数、調整変数に基本属性、IADLを投入した二項ロジスティック回帰分析を行った。さらに、閉じこもりまたは外出減少を従属変数、アパシーを独立変数、調整変数にSC、基本属性、IADLを投入した二項ロジスティック回帰分析を行った。また、アパシーと抑うつを入れ替えて同様の分析を行った。

分析は、5%を有意水準とし、統計ソフト IBM SPSS Statistics 29.0 for Windowsを用いた。

6) 倫理的配慮

自治会の代表者に口頭で研究の趣旨、方法を説明し、協力の同意を得た。対象者には文書により研究の趣旨、方法を説明し、調査への協力は任意であることを明記した。本研究は浜松医科大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：23-176）。

【結果】

1) 対象者の基本属性

アンケートの返信は417通（返信率26.6%）、うち研究参加への同意ありは378名であった。また主要変数に10項目以上の無回答のある者を除き329名（有効回答率21.0%）を分析対象とした。回答者は男性160名（48.6%）、女性169名（51.4%）であった。平均年齢は 76.7 ± 7.5 歳、婚姻状況は既婚239名（72.6%）で最も多く、家族構成は夫婦のみ172名（52.3%）、次いで独居79名（24.0%）であった。対象者のうちアパシーあり110名（33.4%）、抑うつあり129名（39.2%）であった。また、SCは、LSNSの平均値 16.0 ± 5.8 点、LSNS12点以上の社会的孤立あり68名（20.7%）、他者への信頼度の平均値 32.7 ± 10.6 点であった。外出頻度が週1回未満の閉じこもり群9名（2.7%）、昨年度よりも外出の回数が減少してい

	アパシー		P値	抑うつ		P値
	あり	なし		あり	なし	
社会的孤立						
あり	43 (39.1)	25 (11.4)	<0.001 ^a	44 (34.1)	24 (12.0)	<0.001 ^a
なし	67 (60.9)	194 (88.6)		85 (65.9)	176 (88.0)	
信頼度	27.6±10.4	35.3±9.8	<0.001 ^b	28.34±10.8	35.6±9.5	<0.001 ^b

値はn(%)もしくはMean±SD a: χ^2 検定 b: Welchのt検定

	アパシー			抑うつ		
	OR	95%CI	P値	OR	95%CI	P値
性別						
男性	Ref.			Ref.		
女性	1.16	0.67 - 2.01	0.60	1.17	0.71 - 1.95	0.54
年齢	0.99	0.95 - 1.02	0.59	1.01	0.97 - 1.04	0.68
同居家族						
独居	Ref.			Ref.		
夫婦のみ	0.66	0.34 - 1.27	0.22	0.77	0.42 - 1.40	0.39
子どもと同居	0.96	0.43 - 2.18	0.93	0.45	0.20 - 1.01	0.05
その他(不明含む)	1.74	0.59 - 5.12	0.32	1.00	0.35 - 2.85	1.00
IADL	0.77	0.66 - 0.89	<0.001	0.91	0.80 - 1.03	0.15
社会的孤立						
なし	Ref.			Ref.		
あり	2.20	1.14 - 4.27	0.02	2.14	1.12 - 4.10	0.02
信頼度	0.95	0.92 - 0.98	<0.001	0.95	0.92 - 0.97	<0.001

二項ロジスティック回帰分析
調整変数: 性別、年齢、同居家族、IADL、信頼度

る外出減少群 63 名 (19.1%) であった。

閉じこもりの有無別対象者基本属性を表 1 に示す。閉じこもり群は非閉じこもり群に比べ有意に IADL 得点が低かった (P=0.03)。それ以外に、両群間で有意差のある項目はなかった。外出減少の有無別対象者の基本属性を表 2 に示す。外出減少群は非外出群に比べて年齢が高く、家族構成では独居の外出減少群の割合が高かった。身体機能は、外出減少群は非外出減少群に比べて IADL 得点が低かった。アパシーおよび抑うつは、外出減少群でアパシーあり、抑うつありの割合が非外出減少群に比べて有意に高かった。ソーシャル・キャピタルは、社会的孤立は外出減少群が非外出減少群に比べて有意に多く、他者への信頼度は外出減少

群で有意に低かった。性別、婚姻状況、既往歴では有意な差がみられなかった。

2) アパシーおよび抑うつと SC との関連

表 3 にアパシーおよび抑うつの有無別に SC(社会的孤立、他者への信頼度)の比較を示す。社会的孤立があるとアパシーや抑うつの出現頻度が高かった。また、アパシーと抑うつがある群の方が他者への信頼度は低かった。

表 4 にアパシーおよび抑うつと SC との多変量解析の結果を示す。アパシーを従属変数とした場合には、アパシーと有意な関連がみられたものは、社会的孤立あり (OR=2.20、p=0.02)、他者への信頼度 (OR=0.95、p<0.001)、IADL (OR=0.77、p<0.001)

表5. アパシーと抑うつ出現率における閉じこもり群と非閉じこもり群の比較

		n=329		
		閉じこもり群	非閉じこもり群	
		n (%)	n (%)	
アパシー	あり	2 (22.2)	108 (33.8)	0.47
	なし	7 (77.8)	212 (66.3)	
抑うつ	あり	5 (55.6)	124 (38.8)	0.31
	なし	4 (44.4)	196 (61.3)	

 χ^2 検定

表6. アパシーと抑うつ出現率における外出減少群と非外出減少群の比較

		n=320		
		外出減少群	非外出減少群	
		n (%)	n (%)	
アパシー	あり	37 (58.7)	71 (27.6)	<0.001
	なし	26 (41.3)	186 (72.4)	
抑うつ	あり	45 (71.4)	79 (30.7)	<0.001
	なし	18 (28.6)	178 (69.3)	

 χ^2 検定

表7. 閉じこもりおよび外出減少の関連要因

	閉じこもり(n=329)			外出減少(n=320)		
	OR	95%CI	P値	OR	95%CI	P値
性別						
男性	Ref.			Ref.		
女性	1.75	0.36 - 8.52	0.49	1.06	0.56 - 2.01	0.87
年齢	1.02	0.92 - 1.12	0.74	1.06	1.01 - 1.10	0.02
同居家族						
独居	Ref.			Ref.		
夫婦のみ	0.50	0.08 - 3.12	0.46	0.38	0.19 - 0.79	0.01
子どもと同居	0.82	0.11 - 6.03	0.85	0.51	0.20 - 1.27	0.15
その他(不明含む)	0.00	0.00 -	0.998	0.36	0.09 - 1.49	0.16
IADL	0.65	0.50 - 0.85	0.001	0.93	0.79 - 1.09	0.38
社会的孤立						
なし	Ref.			Ref.		
あり	0.69	0.12 - 4.13	0.69	0.71	0.32 - 1.60	0.41
信頼度	0.94	0.87 - 1.01	0.07	0.94	0.91 - 0.97	<0.001
アパシー						
なし	Ref.			Ref.		
あり	0.09	0.01 - 0.85	0.04	2.40	1.20 - 4.80	0.01
Cox-Snell R2乗			0.056			0.154
Nagelkerke R2乗			0.252			0.245

表8. 閉じこもりおよび外出減少の関連要因

	閉じこもり(n=329)			外出減少(n=320)		
	OR	95%CI	P値	OR	95%CI	P値
性別						
男性	Ref.			Ref.		
女性	2.00	0.43 - 9.24	0.38	1.02	0.53 - 1.98	0.95
年齢	1.03	0.93 - 1.14	0.62	1.06	1.01 - 1.11	0.01
同居家族						
独居	Ref.			Ref.		
夫婦のみ	0.70	0.12 - 4.05	0.69	0.38	0.18 - 0.81	0.01
子どもと同居	0.93	0.13 - 6.82	0.94	0.66	0.25 - 1.71	0.39
その他	0.00	0.00 -	0.998	0.43	0.10 - 1.83	0.26
IADL	0.75	0.59 - 0.96	0.02	0.90	0.79 - 1.04	0.16
社会的孤立						
なし	Ref.			Ref.		
あり	0.50	0.08 - 3.13	0.46	0.69	0.31 - 1.55	0.37
信頼度	0.96	0.89 - 1.03	0.24	0.94	0.91 - 0.98	0.001
抑うつ						
なし	Ref.			Ref.		
あり	1.03	0.22 - 4.90	0.97	4.40	2.24 - 8.66	<0.001
Cox-Snell R2乗			0.039			0.190
Nagelkerke R2乗			0.178			0.301

であった。抑うつを従属変数とした場合に有意な関連がみられたものは、アパシー同様に社会的孤立あり (OR=2.14、p=0.02)、他者への信頼度 (OR=0.95、p<0.001)、IADL (OR=0.77、p<0.001)

であった。

3) 閉じこもり・外出減少とアパシーとの関連

表5にアパシーと抑うつ出現率における閉じこもり群と非閉じこもり群の比較、表6にアパシー

と抑うつ出現率における外出減少群と非外出減少群の比較の結果を示す。閉じこもりはアパシー、抑うつ共に有意な関連はなかったが、外出減少群はアパシーあり ($p<0.001$)、抑うつあり ($p<0.001$) が有意に多かった。

表 7 に閉じこもり・外出減少とアパシーの多変量解析の結果を示す。閉じこもりを従属変数とした場合は、IADL ($OR=0.65$, $p=0.004$)、アパシー ($OR=0.09$, $p=0.04$) に有意な関連があった。また、外出減少を従属変数とした場合には、年齢 ($OR=1.05$, $p=0.04$)、同居家族の独居世帯に対して夫婦のみ世帯 ($OR=0.37$, $p=0.006$)、他者への信頼度 ($OR=0.94$, $p<0.001$)、アパシー ($OR=2.19$, $p=0.02$) と有意な関連がみられたが、社会的孤立とは関連がなかった。また、Cox-Snell R^2 乗は、閉じこもり 0.056、外出減少 0.154、Nagelkerke R^2 乗は閉じこもり 0.252、外出減少 0.245 だった。

表 8 に閉じこもり・外出減少と抑うつとの多変量解析の結果を示す。閉じこもりを従属変数とした場合には、IADL ($OR=0.75$, $p=0.02$) のみ有意な関連がみられ、抑うつ、社会的孤立、他者への信頼度との間に関連はなかった。また、外出減少を従属変数とした場合は、年齢 ($OR=1.05$, $p=0.03$)、同居家族の独居世帯に対して夫婦のみ世帯 ($OR=0.36$, $p=0.007$)、IADL ($OR=0.86$, $p=0.04$)、他者への信頼度 ($OR=0.95$, $p=0.001$)、抑うつ ($OR=4.21$, $p<0.001$) と有意な関連がみられた。また、Cox-Snell R^2 乗は、閉じこもり 0.039、外出減少 0.190、Nagelkerke R^2 乗は閉じこもり 0.178、外出減少 0.301 だった。

【考察】

本研究では、地域在住高齢者のアパシーが SC と関連するか、また、アパシーが閉じこもりと関連するか検討をした。

1) 対象者の特徴

本研究は中山間地域において、在宅で生活をする高齢者を対象とした。全国の 65 歳以上の世帯構造である独居世帯 28.8%、夫婦のみ 32.0% (内閣府、2023) と比較して、本研究の対象者は、夫婦のみの世帯の割合が高かった。閉じこもりは 2.7% であった。先行研究における閉じこもり頻度は 4.2 - 23.9% と幅が広いが、中山地域を対象とした知見では 6.9%-9.6% (Tsubokawa, 2022 ; 松田, 2019) と報告されており、それと比較すると、本研究の対象地域では閉じこもりの高齢者は少なかった。また、先行研究では、外出が減少している高齢者は 20.5%、「閉じこもり予備群」「準閉じこもり」は 19.8%-30.3% と報告されている。本研究では外出減少群 19.1% であり、先行研究類似する結果となった。本研究の対象地域は生活に必要な週 1 回以上の外出は維持しており、閉じこもりには該当しないが、社会参加のための外出は減少している状況と推察される。

2) アパシーおよび抑うつの関連要因

本研究では、SC を社会的孤立と他者への信頼度で調査した。その結果、抑うつありの者は社会的孤立が多く、他者への信頼度が低かった。抑うつと SC に関しては、矢嶋ら (2018) が構造的 SC や認知的 SC がうつ傾向と関連することを報告している。本研究の結果は矢嶋らの結果を支持するものであり、他者との信頼関係が構築されていない者や社会とのつながりの少ない者には抑うつが多いと推察される。

アパシーにおいては、慢性疾患や認知症患者についての報告が多くみられ、血液透析患者におけるアパシーと ADL 低下との関連 (Matsunaga, 2022)、アパシーと認知機能低下との関連 (山口, 2005) の報告から、アパシーの身体面への影響や支援に

についてはすでに明らかであるが、社会面との関連性についてはほとんど検討されていない。本研究では、アパシーと社会面との関連性を検討し、アパシーと社会的孤立および他者への信頼度との間に関連が認められた。このことから、地域在住高齢者で社会的孤立状態にある者や他者への信頼度が低い者、つまり SC が希薄している者には、アパシーである者が多いと考えられる。また、アパシーは IADL とも有意な差がみられ、身体機能が低下している者はアパシーである者が多いと考えられる。しかし、徳永ら（2020）は身体活動量の低下にアパシーが影響すると述べている。これらのことから、生理的老化の進行による身体機能の低下が大きい者は、身体機能を維持している者に比べアパシーの発症が多く、アパシーを有する者には身体活動量が低下している者が多いというように、アパシーと身体機能低下が相互的に関わっていると推察される。

3) 閉じこもりおよび外出減少の関連性

閉じこもりの要因としては、年齢、身体機能の低下、社会参加の減少、抑うつなどが挙げられているが、本研究では社会的要因として社会的孤立、他者への信頼度、精神的要因としてアパシー、抑うつについて検討をした。

本調査では閉じこもり群は対象者の 2.7% と少なく、閉じこもりとアパシー、抑うつとの単変量解析ではいずれも有意差はみられなかった。しかし、多変量解析の結果では IADL およびアパシーとの間に有意な関連が認められた。IADL 得点が低く、身体機能の低下が閉じこもりと関連すると考えられる。新開ら（2005）は、身体機能低下や歩行障害が閉じこもりの要因になると報告しており、本研究においても同様の結果であった。一方で、アパシーにも有意な関連はみられたが、アパ

シーありはアパシーなしに比べて、閉じこもりであるオッズ比が 0.09 倍であった。また、従属変数のアパシーを抑うつに変えて行った解析結果では抑うつとの関連はみられず、IADL 低下のみ関連がみとめられた。これらの結果は新開ら（2005）や Yamazaki ら（2021）による閉じこもりには抑うつが関連するという報告とは異なっていた。その理由として、本研究における閉じこもり群は 9 名と少なかったことが考えられ、結果の解釈には留意する必要がある。

外出減少においては、アパシーを有することが外出減少に有意に関連していた。また、高齢、同居家族が夫婦のみ、他者への信頼度が低いこともアパシーと有意な関連がみられたが、これらの項目に比べアパシーのオッズ比は高く、アパシーが外出減少に強く関連することを示唆している。抑うつにおいても、年齢、同居家族、他者への信頼度に比べてオッズ比が高かった。また、外出減少についてアパシーと抑うつで外出減少を比較すると、Cox-Snell R² 乗および Nagelkerke R² 乗の値はいずれも抑うつの方が大きく、アパシーよりも抑うつの方がモデルの適合度がよかった。抑うつについては、準閉じこもりや外出減少の要因となることが報告されており（Yamazaki, 2021; 小池, 2021）、本研究の結果から、アパシーも外出減少の要因と考えられるものの、抑うつの方が外出減少の関連の強さが示唆された。

また、多変量解析では外出減少と他者への信頼度においては有意な関連が認められた。このことから、外出減少に関連する SC の構成概念としては、「信頼関係」や「互酬性の規範」が重要であると推察される。

【本研究の限界と今後の課題】

本研究の限界は、有効回答率が 21.0% と低かつ

たことである。本研究では閉じこもりの出現頻度が低いという結果が得られたが、そもそも調査票回収方法に郵送を用いたことにより、閉じこもりの高齢者、特に単身者においては回答した調査票を返送できなかった可能性がある。

また、本調査は1自治体における中山間地域の在住高齢者を対象としており、他自治体の中山間地域においても同様の結果が得られるかは定かではない。これらを確認するためには、全国における複数の中山間地域を対象とした大規模調査によって、アパシーと閉じこもりや外出減少との関連を検討する必要がある。

【結論】

SCが強い中山間地域において、社会的に孤立し、他者への信頼度が低い、つまりSCが弱い高齢者にはアパシーや抑うつが多く、アパシーや抑うつを有する高齢者には外出が減少している者が多いということが明らかとなった。このことから、高齢者のアパシーの予防には、SCの維持・向上が、外出減少の防止にはアパシーの予防が重要であることが示唆される。そのため、高齢者に関わる保健・医療等の従事者は、SC醸成の支援とアパシー予防の支援の両方を行うことが重要となる。また、現在は外出が行えている高齢者であっても、その頻度が減少することで閉じこもりとなる可能性があり、閉じこもり状態となった高齢者の把握は困難である。本研究の結果から、アパシーと外出減少の関連が明らかとなったことで、今後、アパシーの把握を通じて外出減少や閉じこもりである可能性が高い高齢者を早期発見できる方法の検討も必要になると考えられる。

本研究の調査にご協力いただきました自治会の皆様、住民の皆様には、心より感謝申し上げます。

【参考文献】

近藤克則 (2022) 健康格差社会 何が心と健康をむしばむのか. 医学書院:4-6.

新村 秀. (2021): 【高齢期「うつ」の難治性をめぐって;その背景と対応】Psychologicalな観点から 高齢期「うつ」に関連する心理的要因喪失、孤独、不安、無気力, 老年精神医学雑誌, 32(12), 1273-1279.

Ayers, E., hapiro, M., Holtzer, R., Barzilai, N. Milman, S., Verghese, J. (2017). Symptoms of Apathy Independently Predict Incident Frailty and Disability in Community-Dwelling Older Adults. J Clin Psychiatry, 78(5), e529-e536.

徳永智史, 堀田和司, 藤井啓介, 岩井浩一, 松田智行, 藤田好彦, 若山修一, 大藏倫博(2020). アパシーが地域在住高齢者の身体活動量に及ぼす影響. ヘルスプロモーション理学療法研究 10(2), 73-79.

Henry, J. D., Coundouris, S. P., Mead, J., Thompson, B., Hubbard, R. E., Grainger, S. A. (2023). Social Frailty in Late Adulthood: Social Cognitive and Psychological Well-Being Correlates, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 78(1), 87-96.

高部 さやか, 渡井 いずみ. (2022). 健康習慣とソーシャル・キャピタルとの関連検討, 日本公衆衛生学会総会抄録集 81回, 224.

Tsubokawa T., Shobugawa Y., Iguchi S., et al. (2022). Do Community Social Capital and Built Environment Associate With Homebound in Older Adults? The JAGES Niigata Study. J Epidemiol, 32(6), 254-269.

桂敏樹, 古俣理子, 小倉真衣, 石川信仁, 星野明子, 志澤美保, 臼井香苗. (2018). 地域閉じこもり

高齢者におけるソーシャルキャピタルとフレイル

との関連. 日本農村医学会雑誌, 67(4), 457-468.

岡田和悟, 小林祥泰, 青木耕, 須山信夫, 山口修平. (1998). やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価, 脳卒中, 20(3), 318-323.

松林公蔵, 小澤利男. (1994). 総合的日常生活機能評価法-I 評価の方法 d. 老年者の情緒に関する評価. Geriatric medicine, 32(5), 541-546.

栗本鮎美, 栗田圭一, 大久保孝義, 坪田恵, 浅山敬, 高橋香子, 末永カツ子, 佐藤洋, 今井潤. (2011). 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, 48(2), 149-157.

本田光, 宇座美代子. (2010). コミュニティーにおける人々の他者への信頼を測定するための尺度開発と倫理的検証. 日本地域看護学会誌, 13(1), 37-43.

竹内寛貴, 井手一茂, 林尊弘, 阿部紀之, 中込敦士, 近藤克則. (2023). 高齢者の社会参加とフレイルとの関連 JAGES2016-2019 縦断研究. 日本公衆衛生雑誌, 70(9), 529-543.

内閣府. (2023). 令和 5 年版高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s_03.pdf. (最終アクセス:2024.6.6)

松田めぐみ, 永田美和子, 新城慈. (2019). 沖縄県過疎地域に暮らす高齢者の「閉じこもり予備群」の状況とその関連する要因. 名桜大学紀要, 24, 13-21.

矢嶋裕樹, 矢庭さゆり. (2018). 中山間地域高齢者のソーシャル・キャピタルと精神的健康の関連. 新見公立大学紀要, 39, 23-29.

Matsunaga Yusuke, Takahashi Hiroki, Suzuki

Yuta, Yamamoto

Shohei, Imamura

Keigo, Yoshikoshi Shun, Uchida Juri, Nakajima

Takuya, Fukuzaki Narumi, Harada

Manae, Matsuzawa Ryota, Yoshida

Atsushi, Ichikura Kanako, Fukase Yuko, Murayama

Norio, Murase Hanako, Tagaya

Hirokuni, Matsunaga Atsuhiko. (2022).

Relationship between psychiatric symptoms and activities of daily living in patients undergoing hemodialysis. Renal Replacement Therapy, 8, 1-8.

山口修平, 坂根理絵子, 小黒浩明, 高橋一夫, 飯島 献一, 長井篤, ト蔵浩和, 小林祥泰. (2005). 前頭葉実行機能に対する情動障害(うつ, アパシー)の影響 Frontal Assessment Battery を用いた検討. 認知神経科学, 7(3), 256-260.

新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 天野秀紀, 吉田裕人, 寶貴旺. (2005). 地域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(10), 874-885.

Yamazaki Sachiko, Imuta Hiromi, Fujita Koji. (2021). Prevalence of and factors related to homebound and semi-homebound older adults in a rural area in Japan. Geriatrics & Gerontology International, 21(11), 1033-1039.

小池祐士, 大橋幸子, 高橋啓吾, 澄川幸志. (2021). 地域在樹高齢者の外出頻度の減少に及ぼす因子の検討. 理学療法科学, 36(5), 725-731.