

杉並区高齢者等実態調査結果データに基づく独居高齢者の分析レポート

令和 8 年 3 月

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
杉並区

このレポートは、杉並区が認知症介護研究・研修東京センターに標記の分析を委託し、
まとめたものです。著作権については、杉並区及び同センター双方に帰属します。

目次

1. はじめに	6
2. 分析対象者の選定方法と世帯類型別対象者数	7
2.1. 杉並区高齢者実態調査の分析対象者の選定方法と世帯類型別対象者数	
2.2. 杉並区在宅介護高齢者実態調査の分析対象者の選定方法と世帯類型別対象者数	
3. 分析対象者の基本属性	8
3.1. 高齢者実態調査の分析対象者の基本属性	
3.1.1. 分析対象者の基本属性	
3.1.2. 世帯類型別に見た基本属性の比較	
3.2. 在宅介護高齢者実態調査の分析対象者の基本属性	
3.2.1. 分析対象者の基本属性	
3.2.2. 世帯類型別に見た基本属性の比較	
3.3. 所見のまとめ	
4. 社会的孤立	15
4.1. はじめに	
4.2. 高齢者実態調査から見える社会的孤立	
4.2.1. 高齢者実態調査:社会的孤立の出現頻度	
4.2.2. 高齢者実態調査:社会的孤立の世帯類型別出現頻度	
4.2.3. 高齢者実態調査:独居高齢者の社会的ネットワーク	
4.2.4. 高齢者実態調査:高齢者の社会的孤立の関連要因(クロス集計)	
4.2.5. 高齢者実態調査:社会的孤立の関連要因に関するロジスティック回帰分析	
4.3. 在宅介護高齢者実態調査から見える社会的孤立	
4.3.1. 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の出現頻度	
4.3.2. 在宅介護高齢者実態調査:在宅介護高齢者の世帯類型別出現頻度	
4.3.3. 在宅介護高齢者実態調査:独居高齢者の社会的ネットワーク	
4.4. 所見のまとめ	
5. 身体的健康状態	26
5.1. はじめに	
5.2. 高齢者実態調査から見える身体的健康状態	
5.2.1. 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の出現頻度	
5.2.2. 高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の出現頻度	
5.2.3. 高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の出現頻度	
5.2.4. 高齢者実態調査:主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関係	
5.2.5. 高齢者実態調査:身体的健康状態と世帯類型との関係	
5.2.6. 高齢者実態調査:身体的健康状態と社会的孤立との関係	

5.2.7. 高齢者実態調査:独居高齢者の身体的健康状態と社会的孤立との関係	
5.2.8. 高齢者実態調査:独居高齢者の主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関係	
5.2.9. 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の出現頻度と経済状況、精神的健康状態、認知症疑いとの関係	
5.2.10. 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の関連要因に関するロジスティック回帰分析	
5.3. 在宅介護高齢者実態調査から見える身体的健康状態	
5.3.1. 在宅介護高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の出現頻度	
5.3.2. 在宅介護高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の出現頻度	
5.3.3. 在宅介護高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の出現頻度	
5.3.4. 在宅介護高齢者実態調査:身体的健康状態と世帯類型との関係	
5.3.5. 在宅介護高齢者実態調査:身体的健康状態と社会的孤立との関係	
5.3.6. 在宅介護高齢者実態調査:独居高齢者の身体的健康状態と社会的孤立との関係	
5.4. 所見のまとめ	
6. 精神的健康状態	39
6.1. はじめに	
6.2. 高齢者実態調査から見える精神的健康状態	
6.2.1. 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度	
6.2.2. 高齢者実態調査:精神的健康状態と社会的孤立との関係	
6.2.3. 高齢者実態調査:独居高齢者の精神的健康状態と社会的孤立との関係	
6.2.4. 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度と経済状況、身体的健康状態、認知機能との関係	
6.2.5. 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の関連要因に関するロジスティック回帰分析	
6.3. 他地域の調査結果との比較	
6.4. 所見のまとめ	
7. 認知症の疑い	46
7.1. はじめに	
7.2. 高齢者実態調査から見える認知症疑い	
7.2.1. 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度	
7.2.2. 高齢者実態調査:「認知症疑い」と社会的孤立との関係	
7.2.3. 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度と経済状況、身体的健康状態、精神的健康状態との関係	
7.2.4. 高齢者実態調査:「認知症疑い」の関連要因に関するロジスティック回帰分析	
7.3. 所見のまとめ	
8. 全体の所見のまとめ	52

8.1. 基本属性について	
8.2. 社会的孤立について	
8.3. 身体的健康状態について	
8.4. 精神的健康状態について	
8.5. 認知症疑いについて	
9. 考察	56
9.1. 本調査の分析結果から得られる要因間の関係モデルと政策的な示唆	
9.2. 「相談支援・個別支援」と「地域づくり」という考え方	
9.3. 相談支援・個別支援、地域づくり、政策デザイン	
9.4. 地域共生社会の実現に向けて	
9.5. 本調査の限界	
10. 結論	61

図表一覧

- 表 1 在宅介護高齢者の世帯類型の内訳
- 表 2 高齢者実態調査:分析対象者の基本属性
- 表 3 高齢者実態調査:分析対象者の世帯類型別の基本属性
- 表 4 高齢者実態調査:独居高齢者の性別・年齢階級別の分布
- 表 5 在宅介護高齢者実態調査:分析対象者の基本属性
- 表 6 在宅介護高齢者実態調査:分析対象者の世帯類型別の基本属性
- 表 7 在宅介護高齢者実態調査:独居高齢者の性別・年齢階級別の分布
- 表 8 高齢者実態調査:社会的孤立の性別出現頻度
- 表 9 高齢者実態調査:社会的孤立の年齢階級別出現頻度
- 表 10 高齢者実態調査:社会的孤立の世帯類型別出現頻度
- 表 11 高齢者実態調査:家族・親族による社会的ネットワークの世帯類型別比較
- 表 12 高齢者実態調査:友人・知人による社会的ネットワークの世帯類型別比較
- 表 13 高齢者実態調査:社会的孤立の関連要因(クロス集計)
- 表 14 高齢者実態調査:社会的孤立の関連要因(二項ロジスティック回帰分析)
- 表 15 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の性別の出現頻度
- 表 16 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の年齢階級別の出現頻度
- 表 17 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の要介護度別の出現頻度
- 表 18 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の世帯類型別の出現頻度
- 表 19 在宅介護高齢者実態調査:家族・親族による社会的ネットワークの世帯類型別比較
- 表 20 在宅介護高齢者実態調査:友人・知人による社会的ネットワークの世帯類型別比較
- 表 21 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の性別の出現頻度
- 表 22 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の年齢階級別の出現頻度
- 表 23 高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の性別の出現頻度
- 表 24 高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の年齢階級別の出現頻度
- 表 25 高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の性別の出現頻度
- 表 26 高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の年齢階級別の出現頻度
- 表 27 高齢者実態調査:主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関係
- 表 28 高齢者実態調査:身体的健康状態—世帯類型別比較
- 表 29 高齢者実態調査:身体的健康状態—社会的孤立の有無別の比較
- 表 30 高齢者実態調査:独居高齢者の身体的健康状態—社会的孤立の有無別比較
- 表 31 高齢者実態調査:独居高齢者の主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関連—社会的孤立の有無別の比較
- 表 32 高齢者実態調査:主観的健康状態と世帯年収との関係
- 表 33 高齢者実態調査:主観的健康状態と暮らしの状況との関係

- 表 34 高齢者実態調査:主観的健康状態と精神的健康状態との関係
- 表 35 高齢者実態調査:主観的健康状態と認知症疑いとの関係
- 表 36 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の関連要因(二項ロジスティック回帰分析)
- 表 37 在宅介護高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の性別の出現頻度
- 表 38 在宅介護高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の年齢階級別の出現頻度
- 表 39 在宅介護高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の性別の出現頻度
- 表 40 在宅介護高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の年齢階級別の出現頻度
- 表 41 在宅介護高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の性別の出現頻度
- 表 42 在宅介護高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の年齢階級別の分布
- 表 43 在宅介護高齢者実態調査:身体的健康状態—世帯類型別比較
- 表 44 在宅介護高齢者実態調査:身体的健康状態—社会的孤立の有無別比較
- 表 45 在宅介護高齢者実態調査:独居高齢者の身体的健康状態—社会的孤立の有無別比較
- 表 46 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—性別の比較
- 表 47 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—年齢階級別の比較
- 表 48 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—世帯類型別の比較
- 表 49 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—社会的孤立の有無別比較
- 表 50 高齢者実態調査:独居高齢者の「精神的健康状態不良」の出現頻度—社会的孤立の有無別比較
- 表 51 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—世帯年収との関係
- 表 52 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—暮らしの状況との関係
- 表 53 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—主観的健康状態との関係
- 表 54 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—難聴の傾向との関係
- 表 55 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—認知症疑いとの関係
- 表 56 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の関連要因(二項ロジスティック回帰分析)
- 表 57 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—性別の比較
- 表 58 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—年齢階級別の比較
- 表 59 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—世帯類型別の比較
- 表 60 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—社会的孤立の有無別比較
- 表 61 高齢者実態調査:独居高齢者における「認知症疑い」の出現頻度—社会的孤立の有無別比較
- 表 62 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—世帯年収との関係
- 表 63 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—暮らしの状況との関係
- 表 64 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—主観的健康状態との関係
- 表 65 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—かかりつけ医の有無との関係
- 表 66 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—難聴の傾向との関係
- 表 67 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—精神的健康状態との関係
- 表 68 高齢者実態調査:「認知症疑い」の関連要因(二項ロジスティック回帰分析)
- 図 1 ロジスティック回帰分析の結果から得られる要因間の関係モデル

1. はじめに

令和 7 年 12 月に公表された社会保障審議会介護保険部会報告書「介護保険制度の見直しに関する意見」には、2040 年に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上高齢者、特に認知症高齢者や独居高齢者の増加とともに、生産年齢人口の減少を見据え、「地域包括ケアシステムの深化」という文脈で、地域の実情に応じた持続可能なサービス提供体制を整備することが今後の課題であると指摘されています。また、高齢者人口が増加し続け、サービス需要が急増する大都市部においては、増加する介護ニーズに応える仕組みを検討する必要があり、民間事業者による創意工夫や、公と民の協働による多様なサービスの提供、ICT や AI 技術など民間活力も活用したサービス基盤の整備が重要であると記しています。

一方、令和 7 月 12 月 18 日に公表された社会保障審議会福祉部会報告書には、「地域共生社会の実現」に向けて、多様な生活課題の解決に向けた包括的な支援体制の整備とともに、特に「頼れる身寄りがない高齢者等」への対応に向けて、「日常生活支援」「円滑な入院等手続支援」「死後事務の支援」を行う事業を第二種社会福祉事業に位置づけるとともに、権利擁護支援のコーディネートや関係機関の連携強化等を行う中核機関の市町村への配置を努力義務化するなどの施策が示されています。

さらに、令和 6 年 12 月に内閣府より公表された認知症施策推進基本計画においては、増加し続ける認知症や軽度認知障害(MCI)の高齢者、特に独居の認知症高齢者の基本的人権を確保するという観点から、保健医療福祉サービスの整備とともに、認知症の人に関する国民の理解の増進、バリアフリー社会の推進、社会参加の機会の確保、意思決定支援、権利利益の保護、相談体制の整備、予防等を基軸とする地域づくりの取組が掲げられています。

こうした状況を踏まえ、当センターでは東京都杉並区から委託を受け、令和 7 年度に杉並区で実施された高齢者実態調査と在宅介護高齢者実態調査のデータを用いて、特に独居高齢者の生活実態に焦点をあてた分析を行うとともに、今後の政策の方向性について考察いたしました。このレポートはそれらをまとめたものです。

- 1) 厚生労働省:社会保障審議会介護保険部会意見. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_68030.html
- 2) 厚生労働省:社会保障審議会福祉部会報告書, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67483.html
- 3) 内閣府:認知症施策推進基本計画. <https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
センター長 粟田主一

2. 分析対象者の選定方法と世帯類型別対象者数

2.1. 杉並区高齢者実態調査の分析対象者の選定方法と世帯類型別対象者数

杉並区高齢者実態調査(以下「高齢者実態調査」では、要介護・要支援認定を受けていない65歳以上の区民から、日常生活圏域(7圏域)別に、①独居世帯高齢者 2,000名、②独居以外の高齢者のみ世帯高齢者(以下「高齢者のみ世帯高齢者」)2,000名、③その他世帯高齢者 1,500名、計 5,500名を無作為抽出して調査の対象としました。有効回答が得られた3,603名(回答率 65.5%)の世帯類型別内訳は、①独居世帯高齢者 915名、②高齢者のみ世帯高齢者 1,464名、③その他世帯高齢者 1,224名でした。

2.2. 杉並区在宅介護高齢者実態調査の分析対象者の選定方法と世帯類型別対象者数

在宅介護高齢者実態調査(以下「在宅介護高齢者実態調査」)では、要介護・要支援認定を受け、在宅で生活している65歳以上の区民から、日常生活圏域(7圏域)別に、①要支援1(700名)、②要支援2(300名)、③要介護1(900名)、④要介護2(400名)、⑤要介護3(400名)、⑥要介護4(500名)、⑦要介護5(300名)の計 3,500名を無作為抽出し、調査の対象としました。有効回答が得られた 2,156名(回答率 61.6%)の内訳は、①要支援 1(505名)、②要支援 2(221名)、③要介護 1(508名)、④要介護 2(233名)、⑤要介護 3(227名)、⑥要介護 4(298名)、⑦要介護 5(164名)でした。なお、2,156名のうち同居家族に関する設問の回答から世帯を類型化することができた高齢者は 1,777名で、その内訳は、①独居世帯高齢者 540名、②高齢者のみ世帯高齢者 627名、③その他世帯高齢者 610名でした(表1)。

表1 在宅介護高齢者の世帯類型の内訳

世帯5類型		世帯3類型	
独居世帯	540	独居世帯	540
夫婦のみ世帯(配偶者65歳以上)	468	高齢者のみ世帯	627
独居・夫婦のみ以外の高齢者のみ世帯	159		
夫婦のみ世帯(配偶者64歳以下)	12	その他世帯	610
その他世帯(上記以外の世帯)	598		
有効回答の計	1,777	有効回答の計	1,777
無回答	79	無回答	79
合計	1,856	合計	1,856

3. 分析対象者の基本属性

3.1. 高齢者実態調査の分析対象者の基本属性

3.1.1. 分析対象者の基本属性

分析対象者 3,603 名の基本属性は表2のとおりです。性別では男性 1,539 名(42.9%)、女性 2,043 名(57.0%)、その他 2 名(0.1%)と女性が多く、年齢階級別では 65~74 歳 1,714 名(47.7%)、75~84 歳 1,509 名(42.0%)、85 歳以上 374 名(10.4%)と 85 歳以上高齢者が占める割合は相対的に低くなっていました。圏域別では高井戸、阿佐谷、荻窪が多く、井草がやや少なくなっており、生活の場については持ち家が 80.8%、賃貸住宅が 17.7%で大部分が持ち家に居住されていました。世帯類型別では、独居世帯 915 名、高齢者のみ世帯 1,464 名、その他世帯 1,224 名で、独居世帯の割合がやや低くなっていました。なお、性別の「その他 2 名」については、その数が極めて小さいことから、以下の分析では除外しました。

3.1.2. 世帯類型別に見た基本属性の比較

分析対象者の基本属性を世帯類型別に比較すると(表3)、独居世帯では、女性の割合(68.3%)が他の世帯に比して有意に高くなっていました($P<0.001$)。年齢分布については、独居世帯の 65~74 歳、75~84 歳の割合は高齢者のみ世帯とほぼ同じですが、85 歳以上の割合(11.7%)は高齢者のみ世帯(8.4%)よりも高く、その他世帯(11.8%)とほぼ同じでした($P<0.001$)。独居世帯に限定して年齢分布を性別に見てみると、男性では 65~74 歳で独居世帯の割合が 60.3%と最も高くなり、女性では 75~84 歳が 47.2%とその割合が最も高くなっていました($P<0.001$)(表4)。独居高齢者の年齢分布には性差があり、男性では前期高齢者、女性では後期高齢者が多くなる傾向が認められました。

生活の場所については、いずれの世帯も「持ち家」である割合が最も高くなりますが、独居世帯では、「賃貸住宅」が 37.1%となり、他の世帯に比して「賃貸住宅」である割合が有意に高くなりました($P<0.001$)(表3)。また、経済面でも、「世帯年収 150 万円未満」の人が、独居世帯では 39.6%、高齢者のみ世帯で 10.2%、その他世帯で 8.8%($P<0.001$)と独居世帯でその割合が最も高く($P<0.001$)、暮らしの状況について「大変苦しい」「やや苦しい」と回答する人の割合が、独居世帯で 37.1%(13.8%+23.3%)、高齢者のみ世帯で 26.2%(6.8%+19.4%)、その他世帯で 28.6%(6.6%+22.0%)と、独居世帯が最も高くなっていました($P<0.001$)(表3)。

表2 高齢者実態調査:分析対象者の基本属性

	項目	度数	構成割合(%)
性別	男性	1,539	42.9
	女性	2,043	57.0
	その他	2	0.1
	合計	3,584	100.0
年齢階級	65～74歳	1,714	47.7
	75～84歳	1,509	42.0
	85歳以上	374	10.4
	合計	3,597	100.0
圏域	阿佐谷	616	17.1
	井草	293	8.1
	荻窪	611	17.0
	高井戸	637	17.7
	高円寺	488	13.5
	西荻	497	13.8
	方南・和泉	436	12.1
	不明	25	0.7
	合計	3,603	100.0
生活の場	持ち家	2,901	80.8
	賃貸住宅	636	17.7
	入院中	10	0.3
	その他	42	1.2
	合計	3,589	100.0
世帯類型	独居	915	25.4
	高齢者のみ	1,464	40.6
	その他	1,224	34.0
	合計	3,603	100.0

各項目において無回答データは除外しているため、項目単位の合計値は異なっています。

表3 高齢者実態調査:分析対象者の世帯類型別の基本属性

		世帯類型						合計		カイ二乗 検定P値
		独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
性別	男性	288	31.7%	694	47.7%	557	45.7%	1,539	43.0%	<0.001
	女性	621	68.3%	761	52.3%	661	54.3%	2,043	57.0%	
合計		909	100.0%	1,455	100.0%	1,218	100.0%	3,582	100.0%	
年齢3階級	65～74歳	413	45.3%	677	46.3%	624	51.1%	1,714	47.7%	<0.001
	75～84歳	392	43.0%	663	45.3%	454	37.2%	1,509	42.0%	
	85歳以上	107	11.7%	123	8.4%	144	11.8%	374	10.4%	
合計		912	100.0%	1,463	100.0%	1,222	100.0%	3,597	100.0%	
圏域	阿佐谷	155	16.9%	248	16.9%	213	17.4%	616	17.1%	0.053
	井草	69	7.5%	117	8.0%	107	8.7%	293	8.1%	
	荻窪	145	15.8%	240	16.4%	226	18.5%	611	17.0%	
	高井戸	155	16.9%	175	12.0%	158	12.9%	488	13.5%	
	高円寺	124	13.6%	205	14.0%	168	13.7%	497	13.8%	
	西荻	8	0.9%	14	1.0%	3	0.2%	25	0.7%	
生活の場所	持ち家	565	62.0%	1,272	87.1%	1,064	87.4%	2,901	80.8%	<0.001
	賃貸住宅	338	37.1%	166	11.4%	132	10.8%	636	17.7%	
	入院中	2	0.2%	4	0.3%	4	0.3%	10	0.3%	
	その他	6	0.7%	18	1.2%	18	1.5%	42	1.2%	
世帯年収	150万以上	539	60.4%	1,280	89.8%	1,084	91.2%	2,903	82.8%	<0.001
	150万円未満	353	39.6%	145	10.2%	105	8.8%	603	17.2%	
合計		892	100.0%	1,425	100.0%	1,189	100.0%	3,506	100.0%	
暮らしの状況(経済状況)	大変苦しい	123	13.8%	98	6.8%	79	6.6%	300	8.5%	<0.001
	やや苦しい	208	23.3%	278	19.4%	263	22.0%	749	21.3%	
	ふつう	443	49.7%	762	53.1%	641	53.6%	1,846	52.4%	
	ややゆとりがある	92	10.3%	247	17.2%	173	14.5%	512	14.5%	
	大変苦しいゆとりがある	26	2.9%	50	3.5%	41	3.4%	117	3.3%	
合計		892	100.0%	1,435	100.0%	1,197	100.0%	3,524	100.0%	

各項目において無回答データは除外しているため、項目単位の合計値は異なっています。

表4 高齢者実態調査:独居高齢者の性別・年齢階級別の分布

独居高齢者に限定		性別				合計		カイ二乗 検定P値
		男性		女性				
		N	%	N	%	N	%	
年齢3階級	65～74歳	173	60.3%	240	38.6%	413	45.5%	<0.001
	75～84歳	96	33.4%	293	47.2%	389	42.8%	
	85歳以上	18	6.3%	88	14.2%	106	11.7%	
合計		287	100.0%	621	100.0%	908	100.0%	

3.2. 在宅介護高齢者実態調査の分析対象者の基本属性

3.2.1. 分析対象者の基本属性

分析対象者 2,156 名の基本属性は表5のとおりです。性別では男性 689 名(32.5%)、女性 1,433 名(67.5%)、その他 1 名(0.1%未満)と女性が多く、年齢階級別では 65～74 歳 157 名(7.3%)、75～84 歳 672 名(31.4%)、85 歳以上 1,314 名(61.3%)と、85 歳以上高齢者が半数以上を占めていました。要介護度別では要支援 1(23.4%)と要介護 1(23.6%)が約半数を占め、圏域別では菟瑠、阿佐谷、高井戸が多く、井草がやや少なくなっていました。生活の場所については持ち家が 65.9%、賃貸住宅が 11.4%となっており、持ち家率が高いのは高齢者実態調査の結果と同じですが、在宅介護高齢者では特別養護老人ホーム 7.1%、介護付き有料老人ホーム 6.8%、入院中 3.9%、認知症高齢者グループホーム 2.2%と自宅以外の場所が生活の場所になっている方も一定数含まれていました。世帯類型別では、独居世帯 540 名(30.4%)、高齢者のみ世帯 627 名(35.3%)、その他世帯 610 名(34.3%)でほぼ同じ割合になっていました。なお、性別の「その他 1 名」については、その数が極めて小さいことから、以下の分析では除外しました。また、在宅の要介護・要支援高齢者に対する実態調査であることから、生活の場所が特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、入院中の方も以下の分析から除外しました。

3.2.2. 世帯類型別に見た基本属性の比較

分析対象者の基本属性を世帯類型別に比較すると(表6)、独居世帯では、女性の割合(78.8%)が他の世帯に比して有意に高くなっていました($P < 0.001$)。年齢分布については、85 歳以上の割合が独居世帯では 64.0%、高齢者のみ世帯 53.4%、その他世帯 61.0%と独居世帯で高くなっていました($P < 0.001$)。独居高齢者に限定して年齢分布を性別に見てみると、85 歳以上の割合は男性では 56.6%、女性では 65.8%となっており、女性の独居の在宅介護高齢者の 7 割近くが 85 歳以上で占められていました(表7)。

要介護度の分布を見ると、独居の在宅介護高齢者では、他の世帯の高齢者に比して要支援 1～要介護 1 の割合が 7 割以上($33.5\% + 15.2\% + 24.6\% = 73.3\%$)と高く、要支援～要介護 1 までの軽度の段階にあることが独居生活の維持に関連していることが窺われました(表6)。しかし、独居の在宅介護高齢者の約 1 割が要介護 3～4、2%が要介護 5 であり、中重度の要介護状態であっても独居生活を継続されている方が一定数いることが確認されました。

生活の場については、いずれの世帯も「持ち家」である割合が最も高くなりますが、独居世帯では、「賃貸住宅」19.8%、「介護付き有料老人ホーム」11.7%と、他の世帯に比して「賃貸住宅」「介護付き有料老人ホーム」である割合が高くなっていました($P < 0.001$)(表6)。なお、在宅介護高齢者実態調査では経済面の調査は行われていないので、経済状況について高齢者実態調査の結果との比較はできませんでした。

表5 在宅介護高齢者実態調査:分析対象者の基本属性

	項目	度数	構成割合(%)
性別	男性	689	32.5
	女性	1,433	67.5
	その他	1	0.0
	合計	2,123	100.0
年齢階級	65～74歳	157	7.3
	75～84歳	672	31.4
	85歳以上	1,314	61.3
	合計	2,143	100.0
要介護度	要支援1	505	23.4
	要支援2	221	10.3
	要介護1	508	23.6
	要介護2	233	10.8
	要介護3	227	10.5
	要介護4	298	13.8
	要介護5	164	7.6
	合計	2,156	100.0
圏域	阿佐谷	373	17.3
	井草	165	7.7
	荻窪	378	17.5
	高井戸	360	16.7
	高円寺	291	13.5
	西荻	312	14.5
	方南・和泉	274	12.7
	不明	3	0.1
	合計	2,156	100.0
生活の場	持ち家	1,409	65.9
	賃貸住宅	244	11.4
	シルバーピア	5	0.2
	サービス付き高齢者住宅	11	0.5
	都市型軽費老人ホーム	6	0.3
	住宅型有料老人ホーム	9	0.4
	介護付き有料老人ホーム	146	6.8
	特別養護老人ホーム	151	7.1
	認知症高齢者グループホーム	48	2.2
	入院中	84	3.9
	その他	26	1.2
	合計	2,139	100.0
世帯類型	独居世帯	540	30.4
	高齢者のみ世帯	627	35.3
	その他世帯	610	34.3
	合計	1,777	100.0

各項目において無回答データは除外しているため、項目単位の合計値は異なっています。

表6 在宅介護高齢者実態調査:分析対象者の世帯類型別の基本属性

		世帯類型						合計		カイニ乗 検定P値
		独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
性別	男性	113	21.2%	300	48.2%	172	28.4%	585	33.2%	<0.001
	女性	419	78.8%	323	51.8%	433	71.6%	1,175	66.8%	
合計		532	100.0%	623	100.0%	605	100.0%	1,760	100.0%	
年齢階級	65～74歳	38	7.1%	60	9.6%	43	7.1%	141	8.0%	0.004
	75～84歳	156	28.9%	231	37.0%	194	31.9%	581	32.8%	
	85歳以上	345	64.0%	334	53.4%	371	61.0%	1,050	59.3%	
合計		539	100.0%	625	100.0%	608	100.0%	1,772	100.0%	
要介護度	要支援1	181	33.5%	156	24.9%	148	24.3%	485	27.3%	<0.001
	要支援2	82	15.2%	59	9.4%	72	11.8%	213	12.0%	
	要介護1	133	24.6%	164	26.2%	157	25.7%	454	25.5%	
	要介護2	45	8.3%	80	12.8%	80	13.1%	205	11.5%	
	要介護3	42	7.8%	72	11.5%	60	9.8%	174	9.8%	
	要介護4	46	8.5%	59	9.4%	69	11.3%	174	9.8%	
	要介護5	11	2.0%	37	5.9%	24	3.9%	72	4.1%	
合計		540	100.0%	627	100.0%	610	100.0%	1,777	100.0%	
圏域	阿佐谷	86	15.9%	97	15.5%	121	19.8%	304	17.1%	0.291
	井草	41	7.6%	41	6.5%	49	8.0%	131	7.4%	
	荻窪	85	15.7%	120	19.1%	110	18.0%	315	17.7%	
	高井戸	102	18.9%	113	18.0%	80	13.1%	295	16.6%	
	高円寺	83	15.4%	79	12.6%	81	13.3%	243	13.7%	
	西荻	75	13.9%	89	14.2%	90	14.8%	254	14.3%	
	不明	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	3	0.2%	
	方南・和泉	67	12.4%	87	13.9%	78	12.8%	232	13.1%	
合計		540	100.0%	627	100.0%	610	100.0%	1,777	100.0%	
生活の場	持ち家	351	65.0%	513	81.8%	513	84.1%	1,377	77.5%	<0.001
	賃貸住宅	107	19.8%	62	9.9%	68	11.1%	237	13.3%	
	シルバーピア	3	0.6%	1	0.2%	0	0.0%	4	0.2%	
	サービス付き高齢者住宅	5	0.9%	3	0.5%	0	0.0%	8	0.5%	
	都市型軽費老人ホーム	2	0.4%	2	0.3%	1	0.2%	5	0.3%	
	住宅型有料老人ホーム	5	0.9%	1	0.2%	2	0.3%	8	0.5%	
	介護付き有料老人ホーム	63	11.7%	36	5.7%	17	2.8%	116	6.5%	
	その他	4	0.7%	9	1.4%	9	1.5%	22	1.2%	
合計		540	100.0%	627	100.0%	610	100.0%	1,777	100.0%	

各項目において無回答データは除外しているため、項目単位の合計値は異なっています。

表7:在宅介護高齢者実態調査:独居高齢者の性別・年齢階級別の分布

独居高齢者に限定		性別				合計		カイニ乗 検定P値
		男性		女性				
		N	%	N	%	N	%	
年齢階級	65～74歳	18	15.9%	20	4.8%	38	7.2%	<0.001
	75～84歳	31	27.4%	123	29.4%	154	29.0%	
	85歳以上	64	56.6%	275	65.8%	339	63.8%	
合計		113	100.0%	418	100.0%	531	100.0%	

3.3. 所見のまとめ

- ① 独居高齢者に女性が多いことは、高齢者実態調査、在宅介護高齢者実態調査の共通の所見でした。
- ② しかし、独居高齢者の年齢分布を見ると、高齢者実態調査では 65～74 歳の前期高齢者が占める割合が高いのに対し、在宅介護高齢者実態調査では 85 歳以上高齢者が占める割合が高くなっていました。
- ③ 独居高齢者の年齢分布には性差が認められました。高齢者実態調査では、男性の独居高齢者においては前期高齢者の割合が高く、女性の独居高齢者においては後期高齢者の割合が高くなっていました。在宅介護高齢者実態調査では女性の独居高齢者において 85 歳以上高齢者の占める割合がさらに高くなっていました。
- ④ 生活の場については、高齢者実態調査、在宅介護高齢者実態調査のいずれの調査でも世帯類型に関わらず「持ち家」の割合が最も高くなっていました。しかし、独居高齢者については、いずれの調査でも「賃貸住宅」の割合が他の世帯に比して相対的に高くなっていました。また、在宅介護高齢者実態調査の対象となっている独居高齢者では「賃貸住宅」に加えて、「介護付き有料老人ホーム」を生活の場としている方が、他の世帯に比して相対的に高くなっていました。
- ⑤ 独居の在宅介護高齢者では、他の世帯の高齢者に比して要支援 1～要介護 1 の割合が 7 割以上と高く、要支援 1～要介護 1 までの軽度の段階にあることが独居生活の維持に関連していることが窺われました。しかし、中重度の要介護状態であっても独居生活を継続されている方が一定数いることも確認されました。
- ⑥ 経済状況については、高齢者実態調査のみの情報ですが、独居高齢者が経済的に厳しい状況におかれがちであるという現実が垣間見られました。

4. 社会的孤立

4.1. はじめに

「社会的孤立」とは、一般的には、家族・親族や友人・知人などとの接触が量的に不足していることを言いますが、その本質は、「社会的支援(Social Support)の利用を可能とする個人の社会的ネットワーク(Personal Social Network)が欠如していること」を意味しています¹⁾。Lubben Social Network Scale(LSNS)は、そのような意味をもった「社会ネットワーク」を測定するために作成された尺度です。その短縮版である日本語版LSNS-6は、6つの質問を用いて、家族・親族及び友人・知人のそれぞれについて、「少なくとも月に1回会ったり話をしたりする人の人数」、「個人的なことでも話すことができる人の人数」、「助けを求められる人の人数」を問うています²⁾。つまり、接触している家族・親族や友人・知人の人数という量的側面と、「会う・話す・個人的なことを相談する・助けを求める」という社会的支援の質的側面を同時に測定できるように設計されています。各設問の得点の合計点(30点満点)を用いて、合計点が12点未満のときに「社会的孤立あり」と判定します。すでに、これまでの数多くの研究から、高齢者の「社会的孤立」は身体的・精神的健康状態の悪化、経済的困窮、死亡などのリスク増大と関連することが明らかにされています^{1, 3)}。

1) 栗田圭一: 社会的孤立・孤独の概念と今日的課題. 老年精神医学雑誌 34(2):109-116, 2023.

2) 栗本鮎美、栗田圭一、大久保孝義、坪田恵[宇津木]、浅山敬、高橋香子、末永カツ子、佐藤洋、今井潤: 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, 2011.

3) 栗田圭一: 一人暮らし、認知症、社会的孤立. 老年精神医学雑誌 31(5):451-459, 2020.

4.2. 高齢者実態調査から見える社会的孤立

4.2.1. 高齢者実態調査: 社会的孤立の出現頻度

LSNS-6の合計点12点未満で判定される社会的孤立は、全体の34.6%、男性の41.8%、女性の29.1%に見られ、男性でその割合は有意に高くなっていました($P < 0.001$) (表8)。また、年齢階級別では、65~74歳で37.0%、75~84歳で32.2%、85歳以上で32.7%であり、65~74歳の前期高齢者で有意に高くなっていました($P = 0.019$)。しかし、この所見は男性において認められましたが($P = 0.031$)、女性においては認められませんでした($P = 0.378$) (表9)。

表8 高齢者実態調査:社会的孤立の性別出現頻度

		性別				合計		カイ二乗 検定P値
		男性		女性				
		N	%	N	%	N	%	
社会的孤立	なし	834	58.2%	1,328	70.9%	2,162	65.4%	P<0.001
	あり	600	41.8%	544	29.1%	1,144	34.6%	
合計		1,434	100.0%	1,872	100.0%	3,306	100.0%	

表9 高齢者実態調査:社会的孤立の年齢階級別出現頻度

			年齢3階級						合計		カイ二乗 検定P値
			65~74歳		75~84歳		85歳以上				
			N	%	N	%	N	%	N	%	
全体	社会的孤立	なし	1,030	63.0%	921	67.8%	218	67.3%	2,169	65.4%	P=0.019
		あり	604	37.0%	438	32.2%	106	32.7%	1,148	34.6%	
	合計	1,634	100.0%	1,359	100.0%	324	100.0%	3,317	100.0%		
男性	社会的孤立	なし	417	55.1%	333	61.0%	84	64.6%	834	58.2%	P=0.031
		あり	340	44.9%	213	39.0%	46	35.4%	599	41.8%	
	合計	757	100.0%	546	100.0%	130	100.0%	1,433	100.0%		
女性	社会的孤立	なし	608	69.8%	587	72.6%	133	69.3%	1,328	71.0%	P=0.378
		あり	263	30.2%	221	27.4%	59	30.7%	543	29.0%	
	合計	871	100.0%	808	100.0%	192	100.0%	1,871	100.0%		

4.2.2. 高齢者実態調査:社会的孤立の世帯類型別出現頻度

世帯類型別の比較では、社会的孤立は独居世帯の44.2%、高齢者のみ世帯の32.7%、その他世帯の29.9%に見られ、独居世帯においてその割合が有意に高くなっていました(P<0.001)(表10)。性別に見ても、男性では独居世帯の64.8%、女性では独居世帯の34.3%に認められ、いずれも独居世帯においてその割合が有意に高くなりました(表10)。以上より、独居であることは社会的孤立を高めることに深く関連しており、男性においてその傾向が特に顕著であることがわかりました。

表10 高齢者実態調査:社会的孤立の世帯類型別出現頻度

			世帯類型						合計		カイ二乗 検定P値
			独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯				
			N	%	N	%	N	%	N	%	
全体	社会的孤立	なし	463	55.8%	919	67.3%	790	70.1%	2,172	65.4%	P<0.001
		あり	367	44.2%	446	32.7%	337	29.9%	1,150	34.6%	
	合計	830	100.0%	1,365	100.0%	1,127	100.0%	3,322	100.0%		
男性	社会的孤立	なし	93	35.2%	395	60.7%	346	66.7%	834	58.2%	P<0.001
		あり	171	64.8%	256	39.3%	173	33.3%	600	41.8%	
	合計	264	100.0%	651	100.0%	519	100.0%	1,434	100.0%		
女性	社会的孤立	なし	369	65.7%	518	73.4%	441	73.0%	1,328	70.9%	P=0.004
		あり	193	34.3%	188	26.6%	163	27.0%	544	29.1%	
	合計	562	100.0%	706	100.0%	604	100.0%	1,872	100.0%		

4.2.3. 高齢者実態調査: 独居高齢者の社会的ネットワーク

ところで、LSNS-6 の各項目を世帯類型別に比較してみると、「1. 少なくとも月に 1 回会ったり話をしたりする家族・親族がない」と回答した方が独居世帯の 24.9%、「2. 個人的なことでも話すことができる家族・親族がない」と回答した方が独居世帯の 17.3%、「3. 助けを求められる家族・親族がない」と回答した方が独居世帯の 14.5%となっており、いずれも他の世帯に比してその割合が有意に高くなっていました(表11)。一方、「4. 少なくとも月に 1 回会ったり話をしたりする友人・知人がいない」と回答した方は独居世帯の 17.1%、「5. 個人的なことでも話すことができる知人・友人がない」と回答した方は独居世帯の 20.3%、「3. 助けを求められる友人・知人がいない」と回答した方が独居世帯の 25.2%であり、こちらの方はいずれもその割合が他の世帯より有意に低くなっていました(表12)。

このことは、独居高齢者では家族・親族の社会的ネットワークが相対的に小さいものの、友人・知人による社会的ネットワークがそれを補っていることを示唆しています。しかし、それでも、LSNS-6 の合計点で判定される「社会的孤立あり」の割合は独居高齢者では 44.2%と顕著に高いので(表 10)、独居であることが社会的孤立を促進する要因であることは確かかなようです。

表11 高齢者実態調査: 家族・親族による社会的ネットワークの世帯類型別比較

家族・親族による社会的ネットワーク		世帯類型						合計		カイニ乗検定P値
		独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
少なくとも月1回会ったり話をしたりする家族・親族	いない	218	24.9%	76	5.4%	45	3.8%	339	9.8%	<0.001
	1人	150	17.2%	240	17.0%	113	9.6%	503	14.5%	
	2人	198	22.7%	281	19.9%	265	22.4%	744	21.4%	
	3~4人	201	23.0%	477	33.7%	453	38.3%	1,131	32.6%	
	5~8人	67	7.7%	236	16.7%	221	18.7%	524	15.1%	
	9人以上	40	4.6%	104	7.4%	85	7.2%	229	6.6%	
合計		874	100.0%	1,414	100.0%	1,182	100.0%	3,470	100.0%	
少なくとも月1回個人的なことでも話すことができる家族・親族	いない	154	17.3%	66	4.6%	45	3.8%	265	7.5%	<0.001
	1人	166	18.6%	284	19.8%	155	13.0%	605	17.2%	
	2人	275	30.8%	352	24.6%	325	27.3%	952	27.1%	
	3~4人	237	26.6%	552	38.6%	471	39.5%	1,260	35.9%	
	5~8人	53	5.9%	143	10.0%	169	14.2%	365	10.4%	
	9人以上	7	0.8%	34	2.4%	26	2.2%	67	1.9%	
合計		892	100.0%	1,431	100.0%	1,191	100.0%	3,514	100.0%	
助けを求められる家族・親族	いない	129	14.5%	57	4.0%	34	2.8%	220	6.3%	<0.001
	1人	165	18.6%	220	15.4%	127	10.6%	512	14.6%	
	2人	321	36.1%	399	27.8%	337	28.2%	1,057	30.1%	
	3~4人	234	26.3%	586	40.9%	510	42.7%	1,330	37.8%	
	5~8人	33	3.7%	148	10.3%	161	13.5%	342	9.7%	
	9人以上	7	0.8%	23	1.6%	25	2.1%	55	1.6%	
合計		889	100.0%	1,433	100.0%	1,194	100.0%	3,516	100.0%	

表12 高齢者実態調査:友人・知人による社会的ネットワークの世帯類型別比較

友人・知人による社会的ネットワーク		世帯類型						合計		カイ二乗検定P値
		独居		高齢者のみ世帯		その他世帯				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
少なくとも月1回会ったり話しをしたりする友人・知人	いない	149	17.1%	242	17.2%	222	18.9%	613	17.7%	<0.001
	1人	98	11.3%	93	6.6%	68	5.8%	259	7.5%	
	2人	140	16.1%	211	15.0%	170	14.5%	521	15.1%	
	3~4人	269	31.0%	404	28.6%	369	31.4%	1,042	30.2%	
	5~8人	119	13.7%	244	17.3%	179	15.2%	542	15.7%	
	9人以上	94	10.8%	217	15.4%	167	14.2%	478	13.8%	
合計		869	100.0%	1,411	100.0%	1,175	100.0%	3,455	100.0%	
少なくとも月1回個人的なことで話することができる友人・知人	いない	180	20.3%	307	21.6%	249	21.0%	736	21.1%	0.017
	1人	109	12.3%	135	9.5%	105	8.9%	349	10.0%	
	2人	213	24.0%	305	21.4%	243	20.5%	761	21.8%	
	3~4人	277	31.3%	479	33.6%	391	33.0%	1,147	32.8%	
	5~8人	86	9.7%	141	9.9%	142	12.0%	369	10.6%	
	9人以上	21	2.4%	57	4.0%	55	4.6%	133	3.8%	
合計		886	100.0%	1,424	100.0%	1,185	100.0%	3,495	100.0%	
助けを求められる友人・知人	いない	223	25.2%	390	27.3%	346	29.2%	959	27.4%	<0.001
	1人	134	15.1%	157	11.0%	107	9.0%	398	11.4%	
	2人	230	26.0%	348	24.4%	274	23.1%	852	24.4%	
	3~4人	242	27.3%	418	29.3%	327	27.6%	987	28.2%	
	5~8人	46	5.2%	92	6.5%	93	7.8%	231	6.6%	
	9人以上	10	1.1%	21	1.5%	38	3.2%	69	2.0%	
合計		885	100.0%	1,426	100.0%	1,185	100.0%	3,496	100.0%	

4.2.4. 高齢者実態調査:高齢者の社会的孤立の関連要因(クロス集計)

社会的孤立の有無に関連する要因をクロス集計表を用いて整理すると、社会的孤立が「ある」人は、「ない」人よりも、男性が多く(P<0.001)、前期高齢者が多く(P=0.005)、独居世帯が多く(P<0.001)、世帯年収 150 万円未満の人が多く(P<0.001)、暮らしの状況が苦しい(「大変苦しい」または「苦しい」と感じている人が多く(P<0.001)、主観的健康状態が不良である人が多く(P<0.001)、かかりつけ医がない人が多く(P<0.001)、精神的健康状態が不良である人が多く(P<0.001)、認知症疑いがある人が多い(P<0.001)ことがわかりました(表 13)。

表13 高齢者実態調査:社会的孤立の関連要因(クロス集計)

		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり		N	%	
		N	%	N	%			
性別	女性	1,328	61.4%	544	47.6%	1,872	56.6%	<0.001
	男性	834	38.6%	600	52.4%	1,434	43.4%	
合計		2,162	100.0%	1,144	100.0%	3,306	100.0%	
年齢階級	前期高齢者	1,030	47.5%	604	52.6%	1,634	49.3%	0.005
	後期高齢者	1,139	52.5%	544	47.4%	1,683	50.7%	
合計		2,169	100.0%	1,148	100.0%	3,317	100.0%	
同居者の有無	同居者あり	1,709	78.7%	783	68.1%	2,492	75.0%	<0.001
	同居者なし(独居)	463	21.3%	367	31.9%	830	25.0%	
合計		2,172	100.0%	1,150	100.0%	3,322	100.0%	
世帯年収	150万円以上	1,825	86.2%	885	78.5%	2,710	83.5%	<0.001
	150万円未満	293	13.8%	242	21.5%	535	16.5%	
合計		2,118	100.0%	1,127	100.0%	3,245	100.0%	
暮らしの状況	苦しくない	1,636	77.1%	666	58.8%	2,302	70.7%	<0.001
	苦しい	487	22.9%	467	41.2%	954	29.3%	
合計		2,123	100.0%	1,133	100.0%	3,256	100.0%	
主観的健康状態	良好	1,894	88.9%	724	65.2%	2,618	80.8%	<0.001
	不良	237	11.1%	386	34.8%	623	19.2%	
合計		2,131	100.0%	1,110	100.0%	3,241	100.0%	
かかりつけ医の有無	いる	1,762	82.3%	852	74.9%	2,614	79.7%	<0.001
	いない	379	17.7%	286	25.1%	665	20.3%	
合計		2,141	100.0%	1,138	100.0%	3,279	100.0%	
精神的健康状態	良好	1,894	88.9%	724	65.2%	2,618	80.8%	<0.001
	不良	237	11.1%	386	34.8%	623	19.2%	
合計		2,131	100.0%	1,110	100.0%	3,241	100.0%	
認知症疑い①	なし	2,046	99.0%	1,015	94.0%	3,061	97.3%	<0.001
	あり	21	1.0%	65	6.0%	86	2.7%	
合計		2,067	100.0%	1,080	100.0%	3,147	100.0%	
認知症疑い②	なし	2,011	97.3%	978	90.6%	2,989	95.0%	<0.001
	あり	56	2.7%	102	9.4%	158	5.0%	
合計		2,067	100.0%	1,080	100.0%	3,147	100.0%	

各項目において無回答データは除外しているため、項目単位の合計値は異なっています。

「認知症疑い①」は自記式認知症チェックリスト20点以上を「認知症疑い」とした場合、「認知症疑い②」は自記式認知症チェックリスト18点以上を「認知症疑い」とした場合の分析結果です。

4.2.5. 高齢者実態調査:社会的孤立の関連要因に関するロジスティック回帰分析

4.2.4.の所見を踏まえて、「社会的孤立」に関連する要因をロジスティック回帰分析(※)を用いて検討してみたところ、最終的には、「男性であること」、「独居であること」、「暮らしの状況が苦しいこと」、「かかりつけ医がないこと」、「主観的健康状態が不良であること」、「精神的健康状態が不良であること」、「認知症疑いがあること」が、「社会的孤立」と独立に関連していることが明らかになりました(表14)。

※ロジスティック回帰分析:ある特定の事象の2つに分類される結果(例:社会的孤立なし、あり)に、どのような要因が関与しているかを数値的に評価する分析方法

表14 高齢者実態調査:社会的孤立の関連要因(二項ロジスティック回帰分析)

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	95% 信頼区間	
							下限	上限
性別:男性	0.7	0.1	72.5	1	<0.001	2.1	1.7	2.4
世帯類型:独居	0.6	0.1	35.0	1	<0.001	1.8	1.5	2.1
暮らしの状況:苦しい	0.5	0.1	35.3	1	<0.001	1.7	1.4	2.0
かかりつけ医:なし	0.5	0.1	25.3	1	<0.001	1.7	1.4	2.0
主観的健康状態:不良	0.5	0.1	19.5	1	<0.001	1.6	1.3	2.0
精神的健康状態:不良	1.1	0.1	112.4	1	<0.001	3.1	2.5	3.8
認知症疑い:あり	0.9	0.2	22.1	1	<0.001	2.5	1.7	3.7
定数	-2.3	0.1	243.0	1	<0.001	0.1		

投入された変数: 1=男、0=女[性別], 1=独居、0=それ以外[世帯類型], 1=苦しい、0=苦しくない[暮らしの状況], 1=なし、0=あり[かかりつけ医有無], 1=不良、0=良好[主観的健康状態], 1=不良、0=良好[精神的健康状態、S-WHO5-J8点未満が精神的健康状態不良], 1=認知症疑いあり、0=認知症疑いなし[自記式認知症気づきチェックリスト、18点以上が認知症疑い]

4.3. 在宅介護高齢者実態調査から見える社会的孤立

4.3.1. 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の出現頻度

LSNS-6 の合計点 12 点未満で判定される社会的孤立の割合は、全体の 52.7%、男性の 56.3%、女性の 51.0%で、男性で有意に高くなっていました(P=0.044)(表 15)。また、年齢階級別では、65~74 歳で 55.7%、75~84 歳で 49.3%、85 歳以上で 54.1%であり、年齢階級による有意差は認められませんでした(P=0.163)(表 16)。さらに、性別で見ると、男性・女性ともに年齢階級で有意差は認められませんでした(表 16)。

一方、要介護度別に見ると、要支援 1 で 37.5%、要支援 2 で 48.6%であるのに対し、要介護 4 で 62.1%、要介護 5 で 70.6%と要介護状態が重度化すると社会的孤立の割合が高くなる傾向が認められました(P<0.001)(表 17)。要介護状態に伴う日常生活動作能力(ADL)の低下や認知機能の低下が生活範囲や交流機会を縮小させ、社会的ネットワークを小さくすることに影響しているものと推察されます。

表15 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の性別の出現頻度

		性別				合計		カイ二乗 検定P値
		男性		女性				
		N	%	N	%	N	%	
社会的孤立	なし	232	43.7%	543	49.0%	775	47.3%	0.044
	あり	299	56.3%	565	51.0%	864	52.7%	
合計		531	100.0%	1,108	100.0%	1,639	100.0%	

表16 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の年齢階級別の出現頻度

			年齢階級						合計		カイ二乗 検定P値
			65~74歳		75~84歳		85歳以上				
			N	%	N	%	N	%	N	%	
全体	社会的孤立	なし	58	44.3%	271	50.7%	445	45.9%	774	47.3%	0.163
		あり	73	55.7%	264	49.3%	524	54.1%	861	52.7%	
	合計	131	100.0%	535	100.0%	969	100.0%	1,635	100.0%		
男性	社会的孤立	なし	25	39.1%	90	47.4%	116	42.3%	231	43.8%	0.406
		あり	39	60.9%	100	52.6%	158	57.7%	297	56.3%	
	合計	64	100.0%	190	100.0%	274	100.0%	528	100.0%		
女性	社会的孤立	なし	33	49.3%	181	52.5%	329	47.3%	543	49.1%	0.297
		あり	34	50.7%	164	47.5%	366	52.7%	564	50.9%	
	合計	67	100.0%	345	100.0%	695	100.0%	1,107	100.0%		

表17 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の要介護度別の出現頻度

		要介護度								カイ二乗 検定P値
		要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
社会的孤立	なし	282	62.5%	94	51.4%	177	42.4%	87	44.6%	<0.001
	あり	169	37.5%	89	48.6%	240	57.6%	108	55.4%	
合計		451	100.0%	183	100.0%	417	100.0%	195	100.0%	
		要介護3		要介護4		要介護5		合計		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
社会的孤立	なし	57	34.3%	66	37.9%	20	29.4%	783	47.3%	
	あり	109	65.7%	108	62.1%	48	70.6%	871	52.7%	
合計		166	100.0%	174	100.0%	68	100.0%	1,654	100.0%	

4.3.2. 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の世帯類型別出現頻度

世帯類型別の比較では、社会的孤立は独居世帯の 57.0%、高齢者のみ世帯の 52.2%、その他世帯の 49.1%に見られ、独居世帯においてその割合が有意に高くなっていました (P=0.041)(表18)。性別に見ると、その傾向は男性で顕著となり、社会的孤立の割合は独居高齢者の 68.3%と最も高くなりましたが(P=0.017)、女性ではその傾向は認められず、社会的孤立と世帯類型の間に有意な関係は認められませんでした(P=0.283)(表18)。以上より、在宅介護高齢者においては、男性において、独居であることが社会的孤立と深く関連する要因になっているものと推察されました。

表18 在宅介護高齢者実態調査:社会的孤立の世帯類型別の出現頻度

			世帯類型						合計		カイ二乗 検定P値
			独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯				
			N	%	N	%	N	%	N	%	
全体	社会的孤立	なし	207	43.0%	266	47.8%	277	50.9%	750	47.4%	0.041
		あり	274	57.0%	291	52.2%	267	49.1%	832	52.6%	
	合計	481	100.0%	557	100.0%	544	100.0%	1,582	100.0%		
男性	社会的孤立	なし	33	31.7%	117	44.2%	73	49.7%	223	43.2%	0.017
		あり	71	68.3%	148	55.8%	74	50.3%	293	56.8%	
	合計	104	100.0%	265	100.0%	147	100.0%	516	100.0%		
女性	社会的孤立	なし	174	46.2%	149	51.0%	204	51.4%	527	49.4%	0.283
		あり	203	53.8%	143	49.0%	193	48.6%	539	50.6%	
	合計	377	100.0%	292	100.0%	397	100.0%	1,066	100.0%		

4.3.3. 在宅介護高齢者実態調査:独居高齢者の社会的ネットワーク

ところで、高齢者実態調査の場合と同じように、LSNS-6 の各項目を世帯類型別に比較してみると、「1.少なくとも月に1回会ったり話をしたりする家族・親族がない」と回答した方が独居世帯の15.4%、「2.個人的なことでも話すことができる家族・親族がない」と回答した方が独居世帯の10.9%、「3.助けを求められる家族・親族がない」と回答した方が独居世帯の11.1%で、いずれも他の世帯に比して独居世帯の高齢者においてその割合が最も高くなっていました(表19)。一方、「4.少なくとも月に1回会ったり話をしたりする友人・知人がいない」と回答した方が独居世帯の25.3%、「5.個人的なことでも話すことができる知人・友人がない」と回答した方が独居世帯の36.8%、「3.助けを求められる友人・知人がいない」と回答した方が独居世帯の39.8%であり、いずれも他の世帯に比して独居世帯の高齢者でその割合が最も低くなっていました(表20)。

このことは、高齢者実態調査の結果と同じように、在宅介護高齢者実態調査においても、独居高齢者では家族・親族の社会的ネットワークが相対的に小さいものの、友人・知人による社会的ネットワークがそれを補っていることを示唆しています。しかし、それでも、LSNS-6 の合計点で判定される社会的孤立の出現頻度は独居世帯では57.0%と他の世帯の高齢者に比して高く(表18)、独居であることが、特に男性において、社会的孤立と深く関連していることは間違いないかと思われます。

表19 在宅介護高齢者実態調査:家族・親族による社会的ネットワークの世帯類型別比較

家族・親族による社会的ネットワーク		世帯類型						合計		カイニ乗検定P値
		独居		高齢者のみ世帯		その他世帯				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
少なくとも月1回会ったり話しをしたりする家族・親族	いない	80	15.4%	40	6.7%	32	5.5%	152	8.9%	<0.001
	1人	112	21.5%	110	18.3%	70	12.0%	292	17.1%	
	2人	123	23.6%	158	26.3%	147	25.3%	428	25.1%	
	3~4人	137	26.3%	203	33.8%	217	37.3%	557	32.7%	
	5~8人	48	9.2%	70	11.6%	87	14.9%	205	12.0%	
	9人以上	21	4.0%	20	3.3%	29	5.0%	70	4.1%	
	合計	521	100.0%	601	100.0%	582	100.0%	1,704	100.0%	
少なくとも月1回個人的なことも話せる家族・親族	いない	58	10.9%	18	2.9%	21	3.6%	97	5.6%	<0.001
	1人	113	21.3%	123	20.0%	103	17.5%	339	19.6%	
	2人	170	32.0%	194	31.6%	190	32.3%	554	31.9%	
	3~4人	148	27.9%	214	34.9%	202	34.3%	564	32.5%	
	5~8人	39	7.3%	56	9.1%	65	11.0%	160	9.2%	
	9人以上	3	0.6%	9	1.5%	8	1.4%	20	1.2%	
合計	531	100.0%	614	100.0%	589	100.0%	1,734	100.0%		
助けを求められる家族・親族	いない	59	11.1%	20	3.2%	13	2.2%	92	5.3%	<0.001
	1人	100	18.9%	99	16.1%	97	16.3%	296	17.0%	
	2人	198	37.4%	243	39.4%	204	34.3%	645	37.0%	
	3~4人	144	27.2%	200	32.5%	213	35.8%	557	32.0%	
	5~8人	26	4.9%	51	8.3%	63	10.6%	140	8.0%	
	9人以上	3	0.6%	3	0.5%	5	0.8%	11	0.6%	
合計	530	100.0%	616	100.0%	595	100.0%	1,741	100.0%		

各項目において無回答データは除外しているため、項目単位の合計値は異なっています。

表20 在宅介護高齢者実態調査:友人・知人による社会的ネットワークの世帯類型別比較

友人・知人による社会的ネットワーク		世帯類型						合計		カイニ乗 検定P値
		独居		高齢者のみ世帯		その他世帯				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
少なくとも月1回会ったり話しをしたりする友人・知人	いない	133	25.3%	192	32.3%	201	34.5%	526	30.9%	0.006
	1人	60	11.4%	58	9.8%	37	6.4%	155	9.1%	
	2人	88	16.7%	108	18.2%	89	15.3%	285	16.7%	
	3~4人	140	26.6%	132	22.2%	141	24.2%	413	24.3%	
	5~8人	78	14.8%	74	12.5%	72	12.4%	224	13.2%	
	9人以上	27	5.1%	30	5.1%	42	7.2%	99	5.8%	
	合計	526	100.0%	594	100.0%	582	100.0%	1,702	100.0%	
少なくとも月1回個人的なことも話せる友人・知人	いない	191	36.8%	232	38.3%	239	40.6%	662	38.6%	0.125
	1人	60	11.6%	72	11.9%	55	9.4%	187	10.9%	
	2人	130	25.0%	128	21.1%	113	19.2%	371	21.7%	
	3~4人	111	21.4%	138	22.8%	128	21.8%	377	22.0%	
	5~8人	21	4.0%	30	5.0%	41	7.0%	92	5.4%	
	9人以上	6	1.2%	6	1.0%	12	2.0%	24	1.4%	
合計	519	100.0%	606	100.0%	588	100.0%	1,713	100.0%		
助けを求められる友人・知人	いない	207	39.8%	254	41.9%	261	44.0%	722	42.0%	0.023
	1人	77	14.8%	90	14.9%	56	9.4%	223	13.0%	
	2人	127	24.4%	150	24.8%	133	22.4%	410	23.9%	
	3~4人	92	17.7%	93	15.3%	108	18.2%	293	17.0%	
	5~8人	13	2.5%	13	2.1%	29	4.9%	55	3.2%	
	9人以上	4	0.8%	6	1.0%	6	1.0%	16	0.9%	
合計	520	100.0%	606	100.0%	593	100.0%	1,719	100.0%		

各項目において無回答データは除外しているため、項目単位の合計値は異なっています。

4.4. 所見のまとめ

- ① 社会的孤立は、要介護要支援認定を受けていない高齢者の 34.6%(男性の 41.8%、女性の 29.1%)、要介護要支援認定を受けている在宅介護高齢者の 52.7%(男性 56.3%、女性 51.0%)に認められました。要介護支援認定を受けていない高齢者、在宅介護高齢者ともに社会的孤立の出現頻度が男性において有意に高くなりました。
- ② 要介護要支援認定を受けていない高齢者に比べて、要介護要支援認定を受けている在宅介護高齢者では社会的孤立の出現頻度が高い結果でした。要介護状態に伴う ADL の低下や認知機能の低下が生活範囲や交流機会を縮小させ、社会的ネットワークを小さくしているものと推察されます。
- ③ 世帯類型別の比較では、社会的孤立の出現頻度は、要介護要支援認定を受けていない独居高齢者の 44.2%、要介護・要支援認定を受けている独居高齢者の 57.0%に認められました。いずれも、社会的孤立の出現頻度は独居世帯で最も高くなっており、独居であることが高齢者の社会的孤立の主要な要因になっていることが推察されます。
- ④ しかし、独居であることは、確かに高齢者の社会的孤立の主要な要因になっているのですが、独居高齢者では家族・親族の社会的ネットワークが小さくても、友人・知人による社会的ネットワークがそれを補う傾向にあることが確認されました。このことは、独居高齢者の社会的孤立の緩和には、友人・知人・近隣関係の人と人とのつながりをつくる活動が重要であることを示唆しています。
- ⑤ ロジスティック回帰分析の結果、要介護要支援認定を受けていない高齢者では、「男性であること」、「独居であること」、「暮らしの状況が苦しいこと」、「かかりつけ医がないこと」、「主観的健康状態が不良であること」、「精神的健康状態が不良であること」、「認知症疑いがあること」が、社会的孤立に独立に関連していることが確認されました。
- ⑥ 要介護要支援認定を受けている在宅介護高齢者については、データが不足しているため⑤のようなロジスティック回帰分析を行うことができませんでしたが、⑤と類似した所見が得られる可能性があります。

5. 身体的健康状態

5.1. はじめに

高齢者の身体的健康状態が、高齢者の生活の質(QOL)を低下させる主要な要因であることは、これまでの数多くの疫学調査からも明らかにされています。しかし、何をもって高齢者の健康状態を測定するかについては定まった方法がなく、一般的には「主観的健康状態」が広く活用されています。このたびの調査では、「主観的健康状態」、「かかりつけ医の有無」、「難聴の傾向」を指標にして、高齢者の身体的健康状態不良の出現頻度や関連要因を分析しました。

5.2. 高齢者実態調査から見える身体的健康状態

5.2.1. 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の出現頻度

主観的健康状態については、「とてもよい」「まあよい」を「主観的健康状態良好」、「あまりよくない」「よくない」を「主観的健康状態不良」としました。そうすると、「主観的健康状態不良」の出現頻度は全体で 19.6%、性別では男性 20.7%、女性 18.7%で有意差は認められませんでした(P=0.144)(表21)。一方、年齢階級別では、65～74 歳 16.9%、75～84 歳 21.7%、85 歳以上 23.4%で、年齢階級が上がるとともに「主観的健康状態不良」の出現頻度が高まりました(P<0.001)(表22)。

表21 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の性別の出現頻度

		性別				合計		カイ二乗 検定P値
		男性		女性		N	%	
		N	%	N	%			
主観的健康 状態	良好	1,198	79.3%	1,639	81.3%	2,837	80.4%	0.144
	不良	313	20.7%	378	18.7%	691	19.6%	
合計		1,511	100.0%	2,017	100.0%	3,528	100.0%	

表22 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の年齢階級別の出現頻度

		年齢階級						合計		カイ二乗 検定P値
		65～74歳		75～84歳		85歳以上		N	%	
		N	%	N	%	N	%			
主観的健康 状態	良好	1,403	83.1%	1,168	78.3%	279	76.6%	2,850	80.4%	<0.001
	不良	285	16.9%	323	21.7%	85	23.4%	693	19.6%	
合計		1,688	100.0%	1,491	100.0%	364	100.0%	3,543	100.0%	

5.2.2. 高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の出現頻度

かかりつけ医の有無については、「かかりつけ医なし」の出現頻度が全体で 20.0%に認められ、性別では男性 21.0%、女性 19.2%で有意差は認められませんでした(P=0.199)(表23)。一方、年齢階級別では、65～74 歳 24.2%、75～84 歳 17.7%、85 歳以上 9.5%で、「かかりつけ医なし」の出現頻度は年齢階級が上がるとともに低下しました(P<0.001)(表24)。

表23 高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の性別の出現頻度

		性別				合計		カイニ乗 検定P値
		男性		女性				
		N	%	N	%	N	%	
かかりつけ 医有無	あり	1,196	79.0%	1,632	80.8%	2,828	80.0%	0.199
	なし	317	21.0%	388	19.2%	705	20.0%	
合計		1,513	100.0%	2,020	100.0%	3,533	100.0%	

表24 高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の年齢階級別の出現頻度

		年齢階級						合計		カイニ乗 検定P値
		65～74歳		75～84歳		85歳以上				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
かかりつけ 医有無	あり	1,281	75.8%	1,227	82.3%	332	90.5%	2,840	80.0%	<0.001
	なし	410	24.2%	263	17.7%	35	9.5%	708	20.0%	
合計		1,691	100.0%	1,490	100.0%	367	100.0%	3,548	100.0%	

5.2.3. 高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の出現頻度

耳の聞こえについて、「問題なし」を「難聴の傾向なし」、「小さな声や騒音下での会話が聞きづらい」「通常の大きさの声の会話が聞きづらい」「通常の大きさの声の会話が聞き取れない」「耳で話されても聞き取れない」を「難聴の傾向あり」としました。そうすると、「難聴の傾向あり」の出現頻度は全体で 41.3%、性別では男性 41.1%、女性 41.4%で有意差は認められませんでした(P=0.863)(表25)。一方、年齢階級別では、65～74 歳 34.1%、75～84 歳 45.6%、85 歳以上 56.9%で、年齢階級が上がるとともに「難聴の傾向あり」の出現頻度が高まりました(P<0.001)(表26)。

表25 高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の性別の出現頻度

		性別				合計		カイニ乗 検定P値
		男性		女性				
		N	%	N	%	N	%	
難聴の傾向	なし	890	58.9%	1,182	58.6%	2,072	58.7%	0.863
	あり	622	41.1%	836	41.4%	1,458	41.3%	
合計		1,512	100.0%	2,018	100.0%	3,530	100.0%	

表26 高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の年齢階級別の出現頻度

		年齢階級						合計		カイニ乗 検定P値
		65~74歳		75~84歳		85歳以上				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
難聴の傾向	なし	1,115	65.9%	808	54.4%	158	43.1%	2,081	58.7%	<0.001
	あり	577	34.1%	677	45.6%	209	56.9%	1,463	41.3%	
合計		1,692	100.0%	1,485	100.0%	367	100.0%	3,544	100.0%	

5.2.4. 高齢者実態調査:主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関係

主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関係を見ると、「主観的健康状態不良」の人の方が、「かかりつけ医あり」の人の割合が有意に高くなっていました($P<0.001$) (表27)。このことは、「体調が悪いのでかかりつけ医をもつ」という行動を意味しているのかもしれませんが。

表27 高齢者実態調査:主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関係

		主観的健康状態				合計		カイニ乗 検定P値
		良好		不良				
		N	%	N	%	N	%	
かかりつけ 医有無	あり	2,252	79.0%	586	84.4%	2,838	80.1%	<0.001
	なし	597	21.0%	108	15.6%	705	19.9%	
合計		2,849	100.0%	694	100.0%	3,543	100.0%	

5.2.5. 高齢者実態調査:身体的健康状態と世帯類型との関係

身体的健康状態不良に関連する指標(「主観的健康状態不良」、「かかりつけ医なし」、「難聴の傾向あり」)の出現頻度を世帯類型別に比較すると、「主観的健康状態不良」の出現頻度は独居世帯 21.4%、高齢者のみ世帯 19.0%、その他世帯 19.0%で有意差は認められませんでした($P=0.296$)。「かかりつけ医なし」の出現頻度については、独居世帯 22.4%、高齢者のみ世帯 19.6%、その他世帯 18.4%で、独居世帯で高まる傾向が認められました($P=0.067$)。「難聴の傾向あり」の出現頻度は独居世帯 38.9%、高齢者のみ世帯 39.4%、その他世帯 45.4%で、その他世帯で有意に高くなりました($P=0.002$) (表28)。

表28 高齢者実態調査:身体的健康状態—世帯類型別比較

		世帯類型						合計		カイ二乗 検定P値
		独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
主観的健康 状態	良好	706	78.6%	1,169	81.0%	977	81.0%	2,852	80.4%	0.296
	不良	192	21.4%	274	19.0%	229	19.0%	695	19.6%	
合計		898	100.0%	1,443	100.0%	1,206	100.0%	3,547	100.0%	
かかりつけ 医有無	あり	698	77.6%	1,162	80.4%	984	81.6%	2,844	80.1%	0.067
	なし	202	22.4%	284	19.6%	222	18.4%	708	19.9%	
合計		900	100.0%	1,446	100.0%	1,206	100.0%	3,552	100.0%	
難聴の傾向	なし	549	61.1%	875	60.6%	658	54.6%	2,082	58.7%	0.002
	あり	349	38.9%	569	39.4%	548	45.4%	1,466	41.3%	
合計		898	100.0%	1,444	100.0%	1,206	100.0%	3,548	100.0%	

5.2.6. 高齢者実態調査:身体的健康状態と社会的孤立との関係

身体的健康状態の指標を社会的孤立の有無別に比較すると、「主観的健康状態不良」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群 13.7%、社会的孤立「あり」群 29.6%($P<0.001$)、「かかりつけ医無し」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群 17.7%、社会的孤立「あり群」25.1%($P<0.001$)、「難聴の傾向あり」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群 38.9%($P<0.001$)、社会的孤立「あり群」45.7%となり、いずれも社会的孤立「あり」群で有意に高くなりました。

表29 高齢者実態調査:身体的健康状態—社会的孤立の有無別の比較

		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり				
		N	%	N	%	N	%	
主観的健康 状態	良好	1,845	86.3%	801	70.4%	2,646	80.8%	<0.001
	不良	292	13.7%	336	29.6%	628	19.2%	
合計		2,137	100.0%	1,137	100.0%	3,274	100.0%	
かかりつけ 医有無	あり	1,762	82.3%	852	74.9%	2,614	79.7%	<0.001
	なし	379	17.7%	286	25.1%	665	20.3%	
合計		2,141	100.0%	1,138	100.0%	3,279	100.0%	
難聴の傾向	なし	1,307	61.1%	618	54.3%	1,925	58.7%	<0.001
	あり	833	38.9%	521	45.7%	1,354	41.3%	
合計		2,140	100.0%	1,139	100.0%	3,279	100.0%	

5.2.7. 高齢者実態調査:独居高齢者の身体的健康状態と社会的孤立との関係

次に独居高齢者に限定して、社会的孤立の有無で比較すると(表 30)、「主観的健康状態不良」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群で 13.9%、社会的孤立「あり」群で 31.6% ($P<0.001$)、「かかりつけ医無し」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群で 19.4%、社会的孤

立「あり群」で 26.6%($P=0.014$)、「難聴の傾向あり」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群で 36.5%、社会的孤立「あり群」で 43.4%($P=0.045$)となり、いずれも社会的孤立「あり」群で有意に高くなりました。

表30 高齢者実態調査:独居高齢者の身体的健康状態—社会的孤立の有無別比較

独居高齢者に限定		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり		N	%	
		N	%	N	%			
主観的健康 状態	良好	389	86.1%	249	68.4%	638	78.2%	<0.001
	不良	63	13.9%	115	31.6%	178	21.8%	
合計		452	100.0%	364	100.0%	816	100.0%	
かかりつけ 医有無	あり	365	80.6%	267	73.4%	632	77.4%	0.014
	なし	88	19.4%	97	26.6%	185	22.6%	
合計		453	100.0%	364	100.0%	817	100.0%	
難聴の傾向	なし	287	63.5%	206	56.6%	493	60.4%	0.045
	あり	165	36.5%	158	43.4%	323	39.6%	
合計		452	100.0%	364	100.0%	816	100.0%	

5.2.8. 高齢者実態調査:独居高齢者の主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関係

独居高齢者に限定して、主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関連を分析すると、独居高齢者では「主観的健康状態不良」と「かかりつけ医あり」との間にあった有意な関係が認められなくなりました($P=0.136$) (表31)。また、社会的孤立の有無で層別化して検討すると、社会的孤立「なし」群では有意な関係が保たれている($P=0.032$)のに対し、社会的孤立「あり」群では有意な関係は認められませんでした($P=0.375$) (表31)。独居高齢者では、特に社会的孤立がある場合には、「体調が悪いのでかかりつけ医をもつ」という行動が現れにくいのかかもしれません。

表31 高齢者実態調査:独居高齢者の主観的健康状態とかかりつけ医の有無との関連—社会的孤立の有無別の比較

独居高齢者に限定、社会的孤立の有無による層別化			主観的健康状態				合計		カイ二乗検定P値
			良好		不良				
			N	%	N	%	N	%	
全体	かかりつけ医有無	あり	486	76.2%	145	81.5%	631	77.3%	0.136
		なし	152	23.8%	33	18.5%	185	22.7%	
	合計	638	100.0%	178	100.0%	816	100.0%		
社会的孤立なし	かかりつけ医有無	あり	307	78.9%	57	90.5%	364	80.5%	0.032
		なし	82	21.1%	6	9.5%	88	19.5%	
	合計	389	100.0%	63	100.0%	452	100.0%		
社会的孤立あり	かかりつけ医有無	あり	179	71.9%	88	76.5%	267	73.4%	0.375
		なし	70	28.1%	27	23.5%	97	26.6%	
	合計	249	100.0%	115	100.0%	364	100.0%		

5.2.9. 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の出現頻度と経済状況、精神的健康状態、認知症疑いとの関係

「主観的健康状態不良」の出現頻度と経済状況、精神的健康状態、認知症疑いとの関連を見ても、「主観的健康状態不良」の出現頻度は、年収 150 万円未満の人(P<0.001)(表32)、暮らしの状況が「苦しい」(「大変苦しい」または「やや苦しい」と回答する人(P<0.001)(表33)、精神的健康状態が不良な人(P<0,001)(表34)、「認知症疑いがある」人(P<0.001)(表35)において有意に高くなることが確認されました。

表32 高齢者実態調査:主観的健康状態と世帯年収との関係

		世帯年収				合計		カイ二乗検定P値
		150万円以上		150万円未満				
		N	%	N	%	N	%	
主観的健康状態	良好	2,368	82.7%	413	69.5%	2,781	80.5%	<0.001
	不良	494	17.3%	181	30.5%	675	19.5%	
合計		2,862	100.0%	594	100.0%	3,456	100.0%	

表33 高齢者実態調査:主観的健康状態と暮らしの状況との関係

		暮らしの状況				合計		カイ二乗検定P値
		苦しくない		苦しい				
		N	%	N	%	N	%	
主観的健康状態	良好	2,111	85.5%	719	68.8%	2,830	80.5%	<0.001
	不良	359	14.5%	326	31.2%	685	19.5%	
合計		2,470	100.0%	1045	100.0%	3,515	100.0%	

表34 高齢者実態調査:主観的健康状態と精神的健康状態との関係

		精神的健康状態				合計		カイ二乗 検定P値
		良好		不良				
		N	%	N	%	N	%	
主観的健康 状態	良好	2,399	86.8%	377	56.4%	2,776	80.8%	<0.001
	不良	366	13.2%	292	43.6%	658	19.2%	
合計		2,765	100.0%	669	100.0%	3,434	100.0%	

表35 高齢者実態調査:主観的健康状態と認知症疑いとの関係

		認知症疑い				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり				
		N	%	N	%	N	%	
主観的健康 状態	良好	2,660	82.1%	59	46.8%	2,719	80.8%	<0.001
	不良	579	17.9%	67	53.2%	646	19.2%	
合計		3,239	100.0%	126	100.0%	3,365	100.0%	

5.2.10. 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の関連要因に関するロジスティック回帰分析

5.3.9.の所見を勘案して、「主観的健康状態不良」に関連する要因をロジスティック回帰分析を用いて検討したところ、最終的には表36のような結果を得ることができました。このモデルは、①年齢が高いこと(年齢階級が1階級上がると「主観的健康状態不良」の出現頻度が1.2倍高くなる)、②世帯収入が150万円未満であること(「主観的健康状態不良」の出現頻度が1.7倍高くなる)、③精神的健康状態が不良であること(「主観的健康状態不良」の出現頻度が3.8倍高くなる)、④認知症疑いがあること(「主観的健康状態不良」の出現頻度が3.4倍高くなる)、⑤社会的に孤立していること(「主観的健康状態不良」の出現頻度が1.7倍高くなる)が「主観的健康状態不良」と独立に関係していることを示しています。但し、この調査はある時点の横断調査なので原因結果関係は判断できません。「年齢が高いほど身体的健康状態が不良となり、経済的困窮、精神的健康状態不良、認知機能低下、社会的孤立のいずれもが身体的健康状態不良と双方向性の関係をもっている」と解釈するのが妥当ではないかと思われます。

表36 高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の関連要因(二項ロジスティック回帰分析)

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	95%信頼区間	
							下限	上限
年齢階級	0.2	0.1	5.4	1	0.020	1.2	1.0	1.4
世帯年収	0.6	0.1	20.8	1	0.000	1.7	1.4	2.2
精神的健康状態	1.3	0.1	145.8	1	0.000	3.8	3.1	4.7
認知症疑い	1.2	0.2	29.4	1	0.000	3.4	2.2	5.3
社会的孤立	0.5	0.1	23.4	1	0.000	1.7	1.4	2.0
定数	-2.5	0.1	290.6	1	0.000	0.1		

年齢階級(0=65~74歳、1=75~84歳、2=85歳以上)、世帯年収(0=150万円以上、1=150万円未満)、精神的健康状態(0=良好、1=不良)、認知症疑い(0=なし、1=あり)、社会的孤立(0=なし、1=あり)を独立変数、主観的健康状態(0=良好、1=不良)を従属変数とした場合の二項ロジスティック回帰分析の結果

5.3. 在宅介護高齢者実態調査から見える身体的健康状態

5.3.1. 在宅介護高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の出現頻度

主観的健康状態については、「とてもよい」「まあよい」を「主観的健康状態良好」、「あまりよくない」「よくない」を「主観的健康状態不良」としました。そうすると、「主観的健康状態不良」の出現頻度は全体で43.5%、男性45.3%、女性42.7%で性別に有意差は認められませんでした(P=0.280)(表37)。

一方、年齢階級別では、65~74歳48.2%、75~84歳46.5%、85歳以上41.4%で、有意差は認められませんが、年齢階級が上がるとともに「主観的健康状態不良」の出現頻度が低下する傾向が認められました(P<0.072)(表38)。

表37 在宅介護高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の性別の出現頻度

		性別				合計		カイ二乗検定P値
		男性		女性		N	%	
		N	%	N	%			
主観的健康状態	良好	323	54.7%	687	57.3%	1,010	56.5%	0.280
	不良	268	45.3%	511	42.7%	779	43.5%	
合計		591	100.0%	1,198	100.0%	1,789	100.0%	

表38 在宅介護高齢者実態調査:「主観的健康状態不良」の年齢階級別の出現頻度

		年齢階級						合計		カイ二乗検定P値
		65~74歳		75~84歳		85歳以上		N	%	
		N	%	N	%	N	%			
主観的健康状態	良好	73	51.8%	312	53.5%	632	58.6%	1,017	56.4%	0.072
	不良	68	48.2%	271	46.5%	447	41.4%	786	43.6%	
合計		141	100.0%	583	100.0%	1,079	100.0%	1,803	100.0%	

5.3.2. 在宅介護高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の出現頻度

かかりつけ医の有無については、「かかりつけ医なし」の出現頻度が全体で 1.6%、男性 2.4%、女性 1.3%で、有意差は認められませんでした。一方、年齢階級別では、65～74 歳 4.3%、75～84 歳 1.9%、85 歳以上 1.3%で、「かかりつけ医なし」の出現頻度は年齢階級が上がるとともに有意に低下しました($P<0.036$) (表40)。なお、在宅介護高齢者では要介護要支援認定を受ける際に主治医意見書を記載してもらう必要がありますので、「かかりつけ医あり」の割合が 98%以上という高い数値になっているものと推察されます。

表39 在宅介護高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の性別の出現頻度

		性別				合計		カイ二乗 検定P値
		男性		女性		N	%	
		N	%	N	%			
かかりつけ 医の有無	あり	572	97.6%	1,159	98.7%	1,731	98.4%	0.084
	なし	14	2.4%	15	1.3%	29	1.6%	
合計		586	100.0%	1,174	100.0%	1,760	100.0%	

表40 在宅介護高齢者実態調査:「かかりつけ医なし」の年齢階級別の出現頻度

		年齢階級						合計		カイ二乗 検定P値
		65～74歳		75～84歳		85歳以上		N	%	
		N	%	N	%	N	%			
かかりつけ 医の有無	あり	132	95.7%	564	98.1%	1048.0	98.7%	1,744	98.3%	0.036
	なし	6	4.3%	11	1.9%	14.0	1.3%	31	1.7%	
合計		138	100.0%	575	100.0%	1062.0	100.0%	1,775	100.0%	

5.3.3. 在宅介護高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の出現頻度

耳の聞こえについて、「問題なし」を「難聴の傾向なし」とし、「小さな声や騒音下での会話が聞きづらい」「通常の大きさの声の会話が聞きづらい」「通常の大きさの声の会話が聞き取れない」「耳元で話されても聞き取れない」を「難聴の傾向あり」としました。そうすると、「難聴の傾向あり」の出現頻度は全体で 62.0%、男性 62.0%、女性 61.9%で性別に有意差は認められませんでした($P=0.969$) (表41)。一方、年齢階級別では、65～74 歳 46.4%、75～84 歳 50.0%、85 歳以上 70.6%で、年齢が上がるとともに「難聴の傾向あり」の出現頻度が有意に高まりました($P<0.001$) (表42)。

表41 在宅介護高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の性別の出現頻度

		性別				合計		カイ二乗 検定P値
		男性		女性				
		N	%	N	%	N	%	
難聴の傾向	なし	227	38.0%	454	38.1%	681	38.0%	0.969
	あり	371	62.0%	739	61.9%	1,110	62.0%	
合計		598	100.0%	1,193	100.0%	1,791	100.0%	

表42 在宅介護高齢者実態調査:「難聴の傾向あり」の年齢階級別の分布

		年齢階級						合計		カイ二乗 検定P値
		65~74歳		75~84歳		85歳以上				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
難聴の傾向	なし	75	53.6%	293	50.0%	317	29.4%	685	38.0%	<0.001
	あり	65	46.4%	293	50.0%	762	70.6%	1,120	62.0%	
合計		140	100.0%	586	100.0%	1,079	100.0%	1,805	100.0%	

5.3.4. 在宅介護高齢者実態調査:身体的健康状態と世帯類型との関係

世帯類型別の比較(表43)では、「主観的健康状態不良」の出現頻度が独居世帯 45.4%、高齢者のみ世帯 45.6%、その他世帯 40.3%で有意差は認められませんでした(P=0.106)。かかりつけ医の有無については、「かかりつけ医なし」の出現頻度が独居世帯 2.3%、高齢者のみ世帯 1.1%、その他世帯 1.7%で有意差は認められませんでした(P=0.331)。難聴の傾向については、「難聴の傾向あり」の出現頻度が独居世帯 60.6%、高齢者のみ世帯 60.8%、その他世帯 64.5%で有意差は認められませんでした(P=0.293)。

表43 在宅介護高齢者実態調査:身体的健康状態—世帯類型別比較

		世帯類型						合計		カイ二乗 検定P値
		独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
主観的健康 状態	良好	292	54.6%	336	54.4%	362	59.7%	990	56.3%	0.106
	不良	243	45.4%	282	45.6%	244	40.3%	769	43.7%	
合計		535	100.0%	618	100.0%	606	100.0%	1,759	100.0%	
かかりつけ 医の有無	あり	516	97.7%	606	98.9%	585	98.3%	1,707	98.3%	0.331
	なし	12	2.3%	7	1.1%	10	1.7%	29	1.7%	
合計		528	100.0%	613	100.0%	595	100.0%	1,736	100.0%	
難聴の傾向	なし	211	39.4%	242	39.2%	215	35.5%	668	38.0%	0.293
	あり	324	60.6%	376	60.8%	391	64.5%	1,091	62.0%	
合計		535	100.0%	618	100.0%	606	100.0%	1,759	100.0%	

5.3.5. 在宅介護高齢者実態調査:身体的健康状態と社会的孤立との関係

身体的健康状態の指標を社会的孤立の有無別に比較すると、「主観的健康状態不良」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群 37.6%、社会的孤立「あり」群 50.0%(P<0.001)、「かかりつ

け医無し」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群 1.3%、社会的孤立「あり群」1.8%($P=0.465$)、「難聴の傾向あり」の出現頻度は、社会的孤立「なし」群 57.8%、社会的孤立「あり群」65.0%($P=0.003$)でした。高齢者実態調査では身体的健康状態不良に係るすべての指標で社会的孤立「あり」群でその出現頻度が有意に高くなりましたが、在宅介護高齢者実態調査では「かかりつけ医なし」の出現頻度については有意差が認められませんでした。在宅介護高齢者ではほぼ 100%の方が「かかりつけ医」をもっているためであろうと思われる。

表 44 在宅介護高齢者実態調査:身体的健康状態—社会的孤立の有無別比較

		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり		N	%	
		N	%	N	%			
主観的健康 状態	良好	478	62.4%	427	50.0%	905	55.9%	<0.001
	不良	288	37.6%	427	50.0%	715	44.1%	
合計		766	100.0%	854	100.0%	1,620	100.0%	
かかりつけ 医の有無	あり	744	98.7%	827	98.2%	1,571	98.4%	0.465
	なし	10	1.3%	15	1.8%	25	1.6%	
合計		754	100.0%	842	100.0%	1,596	100.0%	
難聴の傾向	なし	323	42.2%	301	35.0%	624	38.4%	0.003
	あり	442	57.8%	559	65.0%	1,001	61.6%	
合計		765	100.0%	860	100.0%	1,625	100.0%	

5.3.6. 在宅介護高齢者実態調査:独居高齢者の身体的健康状態と社会的孤立との関係

次に独居高齢者に限定して、社会的孤立の有無で比較すると(表45)、社会的孤立が「ある」独居高齢者は、「ない」独居高齢者よりも、「主観的健康状態不良」の出現頻度が有意に高くなりました($P<0.001$)。一方、「かかりつけ医なし」や「難聴の傾向」の出現頻度には社会的孤立の有無の間で有意差は認められませんでした。高齢者実態調査では独居高齢者の社会的孤立と「かかりつけ医なし」の間に有意な関係が見られましたが、在宅介護高齢者実態調査では認められていません。在宅介護高齢者のほぼ 100%の方が「かかりつけ医」をもっているためであろうと思われる。

表45 在宅介護高齢者実態調査:独居高齢者の身体的健康状態—社会的孤立の有無別比較

独居高齢者に限定		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり		N	%	
		N	%	N	%			
主観的健康 状態	良好	131	62.4%	131	47.8%	262	54.1%	<0.001
	不良	79	37.6%	143	52.2%	222	45.9%	
合計		210	100.0%	274	100.0%	484	100.0%	
かかりつけ 医の有無	あり	204	99.0%	266	97.4%	470	98.1%	0.204
	なし	2	1.0%	7	2.6%	9	1.9%	
合計		206	100.0%	273	100.0%	479	100.0%	
難聴の傾向	なし	87	41.4%	101	36.6%	188	38.7%	0.278
	あり	123	58.6%	175	63.4%	298	61.3%	
合計		210	100.0%	276	100.0%	486	100.0%	

5.4. 所見のまとめ

- ① 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、性別と「主観的健康状態」「かかりつけ医の有無」「難聴の傾向」は関連しませんが、年齢階級があがるほど「主観的健康状態不良」の出現頻度が高くなり、「かかりつけ医なし」の出現頻度が低くなり、「難聴の傾向」の出現頻度が高くなりました。
- ② 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、「主観的健康状態が不良であること」と「かかりつけ医がいること」は有意に関連しており、「体調がよくないからかかりつけ医をもつ」という行動につながっていることが示唆されました。年齢が高くなるほど「かかりつけ医なし」の出現頻度が低下するのはこのためかもしれません。
- ③ 要介護要支援認定を受けていない独居高齢者では、「主観的健康状態不良」の出現頻度、「かかりつけ医なし」の出現頻度が他の世帯の高齢者よりも高くなり、社会的孤立がそれをさらに増幅させていることが確認されました。さらに、「主観的健康状態が不良であること」と「かかりつけ医がいること」との間にあった有意な関連性は認められなくなりました。独居であり、かつ社会的に孤立していると（つまり、支援してくれる人がいないと）、「体調がよくないからかかりつけ医をもつ」という行動が成立しにくくなっているのかもしれません。
- ④ 在宅介護高齢者では、「主観的健康状態不良」「難聴の傾向」の出現頻度が要介護要支援認定を受けていない高齢者よりも高くなりました。一方、ほとんどの人がかかりつけ医をもっており、「かかりつけ医なし」の出現頻度は極めて小さくなっていました。
- ⑤ 在宅介護高齢者では、性別と「主観的健康状態」「難聴の傾向」の間に関連性認められませんでした。男性では「かかりつけ医なし」の出現頻度がやや高くなる傾向がありました。
- ⑥ 在宅介護高齢者では、世帯類型と「主観的健康状態」「かかりつけ医の有無」「難聴の傾向」

との間に関連は認められませんでした。しかし、独居高齢者において「社会的に孤立している人」は、「社会的に孤立していない人」に比べて、「主観的健康状態不良」の出現頻度が有意に高くなりました。

- ⑦ 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、独居であることが身体的健康状態の悪化と関連し、社会的孤立がそれを増幅している様子が窺えました。一方、在宅介護高齢者では、独居であることと身体的健康状態の間には関連が認められませんでした。社会的孤立が「主観的健康状態不良」や「難聴の傾向」に関連していることが示されました。さらに、独居高齢者では社会的孤立が「主観的健康状態不良」に関連していることが確認されました。要介護要支援認定の有無に関わらず、社会的孤立が高齢者及び独居高齢者の「主観的健康状態不良」と深く関連していることが推察されます。
- ⑧ 高齢者実態調査のデータを用いたロジスティック回帰分析の結果からは、「年齢が高いこと」、「世帯収入が 150 万円未満であること」、「精神的健康状態が不良であること」、「認知症疑いがあること」「社会的孤立があること」が身体的健康状態不良と独立に関連していることが示されました。

6. 精神的健康状態

6.1. はじめに

「WHO-5 精神健康状態表」(WHO-5 Mental Health Wellbeing Index)は精神的な健康状態(QOL やウエルビーイング)を簡便に評価するために作成された評価尺度です。日本語版 WHO-5(WHO-5-J)は 2002 年に作成され、精神的健康状態を 5 つの指標(最近 2 週間、どの程度)「明るく、楽しい気分で過ごしたか」「落ち着いた、リラックスした気分で過ごしたか」「意欲的で活動的に過ごしたか」「ぐっすり休め、気持ちよく目覚めたか」「日常生活の中に、興味のあることがたくさんあったか」について質問し、6 件法で回答するように設計されています。しかし、6 つの選択肢で回答するのは高齢者では負担になる場合がありますので、2013 年に 4 件法で簡便に回答できる「日本語版 WHO-5 精神健康状態表簡易版(S-WHO-5-J)」を作成しました。オリジナル版の WHO-5 では合計点 13 点未満、簡易版の WHO-5 では合計点 8 点未満を「精神的健康状態不良」と判定します。これまでの数多くの研究から、WHO-5 で測定される「精神的健康状態不良」は、社会的孤立、身体的健康状態、ADL 低下、うつ病などの精神疾患、自殺リスク、認知機能低下と深く関連していることが明らかにされています¹⁻³。

- 1) Awata S, Bech P, Koizumi Y, Seki T, Kuriyama S, Hozawa A, Ohmori K, Nakaya N, Matsuoka H, Tsuji I. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int Psychogeriatr.* 2007 Feb;19(1):77-88.
- 2) Awata S, Bech P, Yoshida S, Hirai M, Suzuki S, Yamashita M, Ohara A, Hinokio Y, Matsuoka H, Oka Y. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2007 Feb;61(1):112-9.
- 3) 稲垣宏樹, 井藤佳恵, 佐久間尚子, 杉山美香, 岡村毅, 粟田主一:WHO-5 精神健康状態表簡易版(S-WHO-5-J)の作成およびその信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌* 60(5):294-301, 2013.

6.2. 高齢者実態調査から見える精神的健康状態

6.2.1. 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度

S-WHO-5-Jの合計点8点未満で判定される「精神的健康状態不良」の出現頻度は、全体の19.4%、男性の19.7%、女性の19.2%に見られ、性別による有意差は認められませんでした($P=0.703$) (表46)。また、年齢階級別では、65~74歳18.8%、75~84歳19.9%、85歳以上21.1%で、有意差は認められませんでした($P=0.503$) (表47)。世帯類型別の比較では、「精神的健康状態不良」の出現頻度は、独居世帯24.8%、高齢者のみ世帯17.3%、その他世帯18.1%で、独居世帯で有意に高くなっていました($P<0.001$) (表48)。

表46 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—性別の比較

		性別				合計		カイニ乗 検定P値
		男性		女性		N	%	
		N	%	N	%			
精神的健康状態	良好	1,191	80.3%	1,602	80.8%	2,793	80.6%	0.703
	不良	292	19.7%	380	19.2%	672	19.4%	
合計		1,483	100.0%	1,982	100.0%	3,465	100.0%	

表47 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—年齢階級別の比較

		年齢階級						合計		カイニ乗 検定P値
		65~74歳		75~84歳		85歳以上		N	%	
		N	%	N	%	N	%			
精神的健康状態	良好	1,369	81.2%	1,148	80.1%	284	78.9%	2,801	80.5%	0.503
	不良	316	18.8%	286	19.9%	76	21.1%	678	19.5%	
合計		1,685	100.0%	1,434	100.0%	360	100.0%	3,479	100.0%	

表48 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—世帯類型別の比較

		世帯類型						合計		カイニ乗 検定P値
		独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯		N	%	
		N	%	N	%	N	%			
精神的健康状態	良好	666	75.2%	1167	82.7%	972	81.9%	2805	80.5%	<0.001
	不良	220	24.8%	244	17.3%	215	18.1%	679	19.5%	
合計		886	100.0%	1411	100.0%	1187	100.0%	3484	100.0%	

6.2.2. 高齢者実態調査:精神的健康状態と社会的孤立との関係

「精神的健康状態不良」の出現頻度を社会的孤立の有無で比較すると、「精神的健康状態不良」は、社会的孤立の「ない」高齢者の11.1%、「ある」高齢者の34.8%に認められ、社会的孤立が「精神的健康状態不良」に関連していることが示されました($P<0.001$) (表49)。

表49 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—社会的孤立の有無別比較

		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり		N	%	
		N	%	N	%			
精神的健康状態	良好	1,894	88.9%	724	65.2%	2,618	80.8%	<0.001
	不良	237	11.1%	386	34.8%	623	19.2%	
合計		2,131	100.0%	1,110	100.0%	3,241	100.0%	

6.2.3. 高齢者実態調査:独居高齢者の精神的健康状態と社会的孤立との関係

さらに、独居高齢者に限定して、社会的孤立の有無で比較すると、「精神的健康状態不良」の出現頻度は、社会的孤立の「ない」独居高齢者の13.3%、「ある」独居高齢者の40.8%に認められ、独居でありかつ社会的孤立状態にあると、「精神的健康状態不良」の出現頻度の割合が顕著に高くなることが確認されました(P<0.001)(表50)。

表50 高齢者実態調査:独居高齢者の「精神的健康状態不良」の出現頻度—社会的孤立の有無別比較

独居高齢者に限定		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり		N	%	
		N	%	N	%			
精神的健康状態	良好	397	86.7%	209	59.2%	606	74.7%	<0.001
	不良	61	13.3%	144	40.8%	205	25.3%	
合計		458	100.0%	353	100.0%	811	100.0%	

6.2.4. 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度と経済状況、身体的健康状態、認知機能との関係

さらに、経済状況との関連を見ても、年収150万円未満の人(P<0.001)(表51)、経済的に「苦しい」「大変苦しい」または「やや苦しい」と回答する人(P<0.001)(表52)、主観的健康状態が不良な人(P<0,001)(表53)、難聴の傾向がある人(P<0.001)(表54)、「認知症疑いがある」人(P<0.001)(表55)において「精神的健康状態不良」の出現頻度が有意に高くなることが確認されました。

表51 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—世帯年収との関係

		世帯年収				合計		カイ二乗 検定P値
		150万円以上		150万円未満				
		N	%	N	%	N	%	
精神的健康状態	良好	2,320	82.4%	411	70.9%	2,731	80.4%	<0.001
	不良	497	17.6%	169	29.1%	666	19.6%	
合計		2,817	100.0%	580	100.0%	3,397	100.0%	

表52 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—暮らしの状況との関係

		暮らしの状況				合計		カイ二乗 検定P値
		苦しくない		苦しい				
		N	%	N	%	N	%	
精神的健康状態	良好	2,057	85.7%	690	68.1%	2,747	80.5%	<0.001
	不良	344	14.3%	323	31.9%	667	19.5%	
合計		2,401	100.0%	1013	100.0%	3,414	100.0%	

表53 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—主観的健康状態との関係

		主観的健康状態				合計		カイ二乗 検定P値
		良好		不良				
		N	%	N	%	N	%	
精神的健康状態	良好	2,399	86.4%	366	55.6%	2,765	80.5%	<0.001
	不良	377	13.6%	292	44.4%	669	19.5%	
合計		2,776	100.0%	658	100.0%	3,434	100.0%	

表54 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—難聴の傾向との関係

		難聴の傾向				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり				
		N	%	N	%	N	%	
精神的健康状態	良好	1,684	83.7%	1,086	76.1%	2,770	80.5%	<0.001
	不良	329	16.3%	341	23.9%	670	19.5%	
合計		2,013	100.0%	1,427	100.0%	3,440	100.0%	

表55 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の出現頻度—認知症疑いとの関係

		認知症疑い				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり				
		N	%	N	%	N	%	
精神的健康状態	良好	2,647	81.8%	57	47.5%	2,704	80.6%	<0.001
	不良	587	18.2%	63	52.5%	650	19.4%	
合計		3,234	100.0%	120	100.0%	3,354	100.0%	

6.2.5. 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の関連要因に関するロジスティック回帰分析

6.2.4.の所見を勘案して、「精神的健康状態不良」に関連する要因をロジスティック回帰分析を用いて検討したところ、最終的には表56のような結果を得ました。このモデルは、①暮らしの状況が「苦しい」と感じていること(「精神的健康状態不良」の出現頻度が1.9倍高くなる)、②主観的健康状態が不良であること(「精神的健康状態不良」の出現頻度が2.9倍高くなる)、③難聴の傾向があること(「精神的健康状態不良」の出現頻度が1.2倍高くなる)、④認知症疑いがあること(「精神的健康状態不良」の出現頻度が1.9倍高くなる)、⑤社会的に孤立していること(「精神的健康状態不良」の出現頻度が3.0倍高くなる)が「精神的健康状態不良」と独立に関連していることを示しています。但し、この調査はある時点の横断調査なので原因結果関係は判断できません。「経済的困窮や難聴の傾向があると精神的健康状態は不良になりやすく、主観的健康状態不良・認知機能低下・社会的孤立と精神的健康状態不良の間には双方向性の関係がある」のではないかと推察されます。

表56 高齢者実態調査:「精神的健康状態不良」の関連要因(二項ロジスティック回帰分析)

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	オッズ比	95%信頼区間	
							下限	上限
暮らしの状況	0.6	0.1	37.7	1	0.000	1.9	1.5	2.3
主観的健康状態	1.1	0.1	137.2	1	0.000	2.9	2.4	3.5
難聴の傾向	0.2	0.1	4.5	1	0.034	1.2	1.0	1.5
認知症疑い	0.7	0.2	7.7	1	0.006	1.9	1.2	3.0
社会的孤立	1.1	0.1	113.0	1	0.000	3.0	2.4	3.7
定数	-4.7	0.2	465.3	1	0.000	0.0		

主観的健康状態(0=良好、1=不良)、難聴の傾向(0=なし、1=あり)、認知症疑い(0=なし、1=あり)、社会的孤立(0=「社会的孤立なし」、1=「社会的孤立あり」)を独立変数、精神的健康状態(0=良好、1=不良)を従属変数とした場合の二項ロジスティック回帰分析の結果

6.3. 他地域の調査結果との比較

2025年に東京都A区において要介護要支援認定を受けていない65歳以上高齢者1,686名を対象に実施した調査によれば、S-WHO-5-Jで測定される「精神的健康状態不良」の出現頻度は全体の20.6%、性別では男性22.5%、女性19.2%、年齢階級別では65～74歳19.1%、75～84歳20.4%、85歳以上28.2%($P=0.029$)、世帯類型別では独居世帯25.7%、夫婦のみ世帯16.0%、その他世帯22.3%($P<0.001$)でした。つまり、A区では、85歳以上高齢者と独居高齢者において「精神的健康状態不良」の出現頻度が有意に高くなることが示されました。

2021年に東京都B区において要介護要支援認定を受けていない67歳以上高齢者1,712名を対象に実施した調査によれば、WHO-5-Jで測定される「精神的健康状態不良」の出現頻度は全体の23.9%、性別では男性25.2%、女性22.8%($P=0.256$)、年齢階級別では67～74歳24.2%、75歳～84歳23.4%、85歳以上25.0%($P=0.867$)、世帯類型別では独居高齢者27.5%、夫婦のみ世帯22.6%、その他世帯19.7%($P=0.010$)でした。さらに独居高齢者に限定した分析では、社会的孤立「なし」の独居高齢者の14.6%、社会的孤立「あり」の独居高齢者40.6%($P<0.001$)に「精神的健康状態不良」が認められました。すなわち、B区では、独居であることが精神的健康状態不良と関連し、さらに社会的孤立であることがその関連をさらに強めるという結果でした。

以上の所見を総合すると、独居であることが「精神的健康状態不良」と関連していることは杉並区、A区、B区に共通する所見であり、社会的に孤立していることが独居高齢者の「精神的健康状態不良」と深く関連していることは、杉並区とB区に共通する所見であることが確認されます(2025年のA区の調査では社会的孤立が測定されていない)。

調査方法に違いがあるので単純に比較できませんが、75歳以上高齢者における「精神的健康状態不良」の出現頻度は、杉並区20.2%、A区21.8%、B区23.7%であり、要介護要支援認定を受けていない杉並区の高齢者の精神的健康状態は、他地域よりも相対的に良好な結果でした。

6.4. 所見のまとめ

- ① 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、性別や年齢と「精神的健康状態」との間に関連性は認められませんでした。しかし、独居であると「精神的健康状態不良」の出現頻度が有意に高くなりました。
- ② 社会的孤立は「精神的健康状態不良」と深く関連しており、独居でありかつ社会的に孤立していると「精神的健康状態不良」の出現頻度が顕著に高くなりました
- ③ その他にも、世帯年収が 150 万円未満であること、暮らしの状況が「苦しい」と感じていること、主観的健康状態が不良であること、難聴の傾向があること、認知症疑いがあることが、「精神的健康状態不良」と関連していました。
- ④ 以上の所見を勘案したロジスティック回帰分析では、「暮らしの状況が『苦しい』と感じていること」、「主観的健康状態が不良であること」、「難聴の傾向があること」、「認知症疑いがあること」、「社会的に孤立していること」が「精神的健康状態不良」と独立に関連していることが確認されました。
- ⑤ 在宅介護高齢者実態調査では精神的健康状態の調査が行われておりませんので、高齢者実態調査の結果と比較することはできません。しかし、在宅介護高齢者においても上記の④と類似した所見が認められる可能性があります。

7. 認知症の疑い

7.1. はじめに

「自記式認知症チェックリスト」(東京都では「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」の名称で活用されています)¹⁾は、認知症の疑いがある本人が自ら認知症の可能性に気づき、医療機関への早期の受診につながることをめざして作成されたものです^{2,3)}。このチェックリストでは、「認知症の初期に認められる自覚的認知機能低下」5項目、「認知症の初期に認められる自覚的生活機能低下(=IADLの低下)」5項目、計10項目を、それぞれ1~4点で自己採点し、合計点(40点満点)を算出して「認知症疑い」を判定できるように作成されています。東京都町田市に在住する65歳以上高齢者を対象とする調査では、カットオフ値を17/18点に設定すると感度72.0%、特異度69.2%で精神科医が実際に診断する認知症を弁別できることが確認されています。但し、この得点をカットオフにして用いると偽陽性の人(得点上は「認知症疑い」と判定されても、実際は認知症ではない人)が3割程度出てしまうことになるので、実際の事業では20点以上を「認知症疑い」とするように設定しています。

- 1) 東京都福祉局：認知症ナビ．自分でできる認知症気づきチェックリスト．
<https://www.ninchishounavi.metro.tokyo.lg.jp/kisochishiki/checklist/>
- 2) 宇良千秋, 宮前史子, 佐久間尚子, 新川祐利, 稲垣宏樹, 伊集院睦雄, 井藤佳恵, 岡村毅, 杉山美香, 粟田主一: 自記式認知症チェックリストの開発 尺度項目案の作成と因子的妥当性および内的信頼性の検討. 日本老年医学会雑誌 52(3):243-253, 2015.
- 3) 宮前史子, 宇良千秋, 佐久間尚子, 新川祐利, 稲垣宏樹, 伊集院睦雄, 岡村毅, 杉山美香, 粟田主一: 自記式認知症チェックリストの開発 併存的妥当性と弁別的妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌 53(4):354-362, 2016.

7.2. 高齢者実態調査から見える認知症疑い

7.2.1. 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度

認知症の診断の有無に関する質問に回答した高齢者3,547名のうち、「認知症の診断を受けている」と回答した人は15名(0.4%)、「MCIの診断を受けていると回答した人」は18名(0.5%)でした。「自記式認知症チェックリスト」の回答が得られた高齢者3,382名のうち、チェックリストの合計点が20点以上の人は95名(2.8%)でした。ここでは以上の15名と18名と95名を足し合わせた計128名を「認知症疑い」と呼ぶことにして、以下の分析を行いました。

まず、「認知症疑い」の出現頻度は全体で3.7%、性別では男性4.9%、女性2.8%($P=0.002$)(表57)、年齢階級別では65~74歳1.9%、75~84歳4.2%、85歳以上高齢者11.0%($P<0.001$)(表58)、世帯類型別では独居世帯2.3%、高齢者のみ世帯

4.3%、その他世帯4.1%($P=0.039$)(表59)でした。つまり、「認知症疑い」の出現頻度は男性で高く、年齢階級が上がるほど高く、高齢者のみ世帯またはその他世帯で高くなるという結果でした。

表57 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—性別の比較

		性別				合計		カイニ乗 検定P値
		男性		女性		N	%	
		N	%	N	%			
認知症疑い	なし	1,388	95.1%	1,882	97.2%	3,270	96.3%	0.002
	あり	71	4.9%	55	2.8%	126	3.7%	
合計		1,459	100.0%	1,937	100.0%	3,396	100.0%	

表58 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—年齢階級別の比較

		年齢階級						合計		カイニ乗 検定P値
		65~74歳		75~84歳		85歳以上		N	%	
		N	%	N	%	N	%			
認知症疑い	なし	1,624	98.1%	1,351	95.8%	307	89.0%	3,282	96.2%	<0.001
	あり	31	1.9%	59	4.2%	38	11.0%	128	3.8%	
合計		1,655	100.0%	1,410	100.0%	345	100.0%	3,410	100.0%	

表59 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—世帯類型別の比較

		世帯類型						合計		カイニ乗 検定P値
		独居世帯		高齢者のみ世帯		その他世帯		N	%	
		N	%	N	%	N	%			
認知症疑い	なし	840	97.7%	1,333	95.7%	1,114	95.9%	3,287	96.3%	0.039
	あり	20	2.3%	60	4.3%	48	4.1%	128	3.7%	
合計		860	100.0%	1,393	100.0%	1,162	100.0%	3,415	100.0%	

7.2.2. 高齢者実態調査:「認知症疑い」と社会的孤立との関係

社会的孤立の有無別で見ると、社会的孤立「なし」群の1.6%、社会的孤立「あり」群の7.3%($P<0.01$)に「認知症疑い」が認められ(表60)、独居高齢者に限定した分析でも同様の傾向が認められました($P=0.003$)(表61)。つまり、「認知症疑い」の出現頻度は、社会的孤立が「ある」ほど高くなっており、この所見は独居高齢者の場合にも同じように認められました。社会的孤立が認知機能低下を促進している可能性もありますし、認知機能低下が社会的ネットワークを小さくする方向に作用している可能性もあります。

表 60 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—社会的孤立の有無別比較

		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり				
		N	%	N	%	N	%	
認知症疑い	なし	2,046	98.4%	1,015	92.7%	3,061	96.4%	<0.001
	あり	33	1.6%	80	7.3%	113	3.6%	
合計		2,079	100.0%	1,095	100.0%	3,174	100.0%	

表61 高齢者実態調査:独居高齢者における「認知症疑い」の出現頻度—社会的孤立の有無別比較

独居高齢者に限定		社会的孤立				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり				
		N	%	N	%	N	%	
認知症疑い	なし	441	99.1%	329	95.9%	770	97.7%	0.003
	あり	4	0.9%	14	4.1%	18	2.3%	
合計		445	100.0%	343	100.0%	788	100.0%	

7.2.3. 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度と経済状況、身体的健康状態、精神的健康状態との関係

さらに、経済状況との関連を見ても、年収150万円未満の人($P < 0.001$) (表62)、経済的に「苦しい」「大変苦しい」または「やや苦しい」と回答する人($P < 0.001$) (表63)、主観的健康状態が不良な人($P < 0.001$) (表64)、難聴の傾向がある人($P < 0.001$) (表65)、精神的健康状態が不良な人($P < 0.001$) (表66)において「認知症疑い」の出現頻度が相対的に高くなることが確認されました。なお、かかりつけ医のある人の方が「認知症疑い」の出現頻度がやや高くなる傾向が認められましたが($P = 0.056$) (表67)、「認知症疑い」高齢者の中には認知症や MCI がすでに診断されている人も含まれていますので、そのことが「かかりつけ医なし」の出現頻度を低下させる要因になっているのかもしれません。

表62 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—世帯年収との関係

		世帯年収				合計		カイ二乗 検定P値
		150万円以上		150万円未満				
		N	%	N	%	N	%	
認知症疑い	なし	2,684	96.9%	525	93.9%	3,209	96.4%	<0.001
	あり	86	3.1%	34	6.1%	120	3.6%	
合計		2,770	100.0%	559	100.0%	3,329	100.0%	

表63 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—暮らしの状況との関係

		暮らしの状況				合計		カイ二乗 検定P値
		苦しくない		苦しい				
		N	%	N	%	N	%	
認知症疑い	なし	2,278	97.1%	942	94.2%	3,220	96.3%	<0.001
	あり	67	2.9%	58	5.8%	125	3.7%	
合計		2,345	100.0%	1,000	100.0%	3,345	100.0%	

表64 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—主観的健康状態との関係

		主観的健康状態				合計		カイ二乗 検定P値
		良好		不良				
		N	%	N	%	N	%	
認知症疑い	なし	2,660	97.8%	579	89.6%	3,239	96.3%	<0.001
	あり	59	2.2%	67	10.4%	126	3.7%	
合計		2,719	100.0%	646	100.0%	3,365	100.0%	

表65 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—かかりつけ医の有無との関係

		かかりつけ医有無				合計		カイ二乗 検定P値
		あり		なし				
		N	%	N	%	N	%	
認知症疑い	なし	2,603	96.0%	644	97.6%	3,247	96.3%	0.056
	あり	108	4.0%	16	2.4%	124	3.7%	
合計		2,711	100.0%	660	100.0%	3,371	100.0%	

表66 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—難聴の傾向との関係

		難聴の傾向				合計		カイ二乗 検定P値
		なし		あり				
		N	%	N	%	N	%	
認知症疑い	なし	1,925	97.5%	1,321	94.7%	3,246	96.3%	<0.001
	あり	49	2.5%	74	5.3%	123	3.7%	
合計		1,974	100.0%	1,395	100.0%	3,369	100.0%	

表67 高齢者実態調査:「認知症疑い」の出現頻度—精神的健康状態との関係

		精神的健康状態				合計		カイ二乗 検定P値
		良好		不良		N	%	
		N	%	N	%			
認知症疑い	なし	2,647	97.9%	587	90.3%	3,234	96.4%	<0.001
	あり	57	2.1%	63	9.7%	120	3.6%	
合計		2,704	100.0%	650	100.0%	3,354	100.0%	

7.2.4. 高齢者実態調査:「認知症疑い」の関連要因に関するロジスティック回帰分析

7.2.3.の所見を勘案して、「認知症疑い」に関連する要因のモデルを検討するためにロジスティック回帰分析を行ったところ、最終的には表 68 のような結果を得ました。このモデルは、①年齢階級が高いこと(年齢が1階級あがると「認知症疑い」の出現頻度が2.5倍高くなる)、②主観的健康状態が不良であること(「認知症疑い」の出現頻度が3.4倍高くなる)、③精神的健康状態が不良であること(「認知症疑い」の出現頻度が2.2倍高くなる)、④社会的に孤立していること(「認知症疑い」の出現頻度が3.4倍高くなる)が「認知症疑いがあること」と独立に関連し、⑤独居であること(「認知症疑い」の出現頻度が0.4倍低くなる)が「認知症疑いがないこと」に独立に関連していることを示しています。但し、この調査はある時点の横断調査なので、どちらが原因でどちらが結果か、その関係は判断できません。「年齢が高くなることによって認知機能が低下する人が増え、認知機能低下があることによって、身体的健康状態や精神的健康状態が不良になりやすく、対人関係も失われがちになり(社会的孤立)、独居生活の継続も困難になる傾向がある」ということではないかと推察されます。

表68 高齢者実態調査:「認知症疑い」の関連要因(二項ロジスティック回帰分析)

独立変数	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	オッズ比	95% 信頼区間	
							下限	上限
年齢階級	0.9	0.1	38.7	1	<0.001	2.5	1.9	3.3
世帯類型	-0.8	0.3	9.2	1	0.002	0.4	0.2	0.7
主観的健康状態	1.2	0.2	30.2	1	<0.001	3.4	2.2	5.3
精神的健康状態	0.8	0.2	12.0	1	0.001	2.2	1.4	3.5
社会的孤立	1.2	0.2	27.1	1	<0.001	3.4	2.2	5.5
定数	-6.1	0.4	294.9	1	<0.001	0.0		

年齢階級: 0=65~74歳、1=75~84歳、2=85歳以上; 世帯類型: 0=同居者あり、1=同居者なし(独居); 主観的健康状態: 0=良好、1=不良; 精神的健康状態: 0=不良、1=良好; 社会的孤立: 0=「社会的孤立なし」、1=「社会的孤立あり」を独立変数、「認知症疑い」に従属変数とした場合の二項ロジスティック回帰分析の結果

7.3. 所見のまとめ

- ① 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、男性であるほど、年齢階級が高くなるほど「認知症疑い」の出現頻度は高くなりましたが、独居である場合には出現頻度は低くなりました。認知症になって独居生活の継続が困難になる人が増えるためかもしれません。
- ② 一方、社会的孤立があることは、「認知症疑い」の出現頻度が高くなることと関係しており、この関係は独居高齢者に限定した場合でも同じでした。
- ③ 世帯年収が低いこと、暮らしの状況が「苦しい」と感じていること、主観的健康状態が不良であること、難聴の傾向があること、精神的健康状態が不良であることも、「認知症疑い」の出現頻度が高くなることと関連していました。
- ④ 以上の所見を勘案したロジスティック回帰分析では、「年齢階級が高いこと」、「主観的健康状態が不良であること」、「精神的健康状態が不良であること」、「社会的に孤立していること」が「認知症疑いがあること」と独立に関連し、「独居であること」が「認知症疑いではないこと」と関連していることが確認されました。
- ⑤ なお、在宅介護高齢者については、「認知症疑い」について調査が行われておりませんので、高齢者実態調査の結果と比較することはできませんでしたが、在宅介護高齢者においても、上記④と類似した所見が得られる可能性があります。

8. 全体の所見のまとめ

8.1. 基本属性について

- ① 独居高齢者に女性が多いことは、高齢者実態調査、在宅介護高齢者実態調査の共通の所見でした。
- ② しかし、独居高齢者の年齢分布を見ると、高齢者実態調査では 65～74 歳の前期高齢者が占める割合が高いのに対し、在宅介護高齢者実態調査では 85 歳以上高齢者が占める割合が高くなっていました。
- ③ 独居高齢者の年齢分布には性差が認められました。高齢者実態調査では、男性の独居高齢者においては前期高齢者の割合が高く、女性の独居高齢者においては後期高齢者の割合が高くなっていました。在宅介護高齢者実態調査では女性の独居高齢者において 85 歳以上高齢者の占める割合がさらに高くなっていました。
- ④ 生活の場については、高齢者実態調査、在宅介護高齢者実態調査のいずれの調査でも世帯類型に関わらず「持ち家」の割合が最も高くなっていました。しかし、独居高齢者については、いずれの調査でも「賃貸住宅」の割合が他の世帯に比して相対的に高くなっていました。また、在宅介護高齢者実態調査の対象となっている独居高齢者では「賃貸住宅」に加えて、「介護付き有料老人ホーム」を生活の場としている方が、他の世帯に比して相対的に高くなっていました。
- ⑤ 独居の在宅介護高齢者では、他の世帯の高齢者に比して要支援 1～要介護 1 の割合が 7 割以上と高く、要支援 1～要介護 1 までの軽度の段階にあることが独居生活の維持に関連していることが窺われました。しかし、中重度の要介護状態であっても独居生活を継続されている方が一定数いることも確認されました。
- ⑥ 経済状況については、高齢者実態調査のみの情報ですが、独居高齢者が経済的に厳しい状況におかれがちであるという現実が垣間見られました。

8.2. 社会的孤立について

- ① 社会的孤立は、要介護要支援認定を受けていない高齢者の 34.6%(男性の 41.8%、女性の 29.1%)、要介護要支援認定を受けている在宅介護高齢者の 52.7%(男性 56.3%、女性 51.0%)に認められました。要介護支援認定を受けていない高齢者、在宅介護高齢者ともに社会的孤立の出現頻度が男性において有意に高くなりました。
- ② 要介護要支援認定を受けていない高齢者に比べて、要介護要支援認定を受けている在宅介護高齢者では社会的孤立の出現頻度が高い結果でした。要介護状態に伴う ADL の低下や認知機能の低下が生活範囲や交流機会を縮小させ、社会的ネットワークを小さくしているものと推察されます。

- ③ 世帯類型別の比較では、社会的孤立の出現頻度は、要介護要支援認定を受けていない独居高齢者の44.2%、要介護・要支援認定を受けている独居高齢者の57.0%に認められました。いずれも、社会的孤立の出現頻度は独居世帯で最も高くなっており、独居であることが高齢者の社会的孤立の主要な要因になっていることが推察されます。
- ④ しかし、独居であることは、確かに高齢者の社会的孤立の主要な要因になっているのですが、独居高齢者では家族・親族の社会的ネットワークが小さくても、友人・知人による社会的ネットワークがそれを補う傾向にあることが確認されました。このことは、独居高齢者の社会的孤立の緩和には、友人・知人・近隣関係の人と人とのつながりをつくる活動が重要であることを示唆しています。
- ⑤ ロジスティック回帰分析の結果、要介護要支援認定を受けていない高齢者では、「男性であること」、「独居であること」、「暮らしの状況が苦しいこと」、「かかりつけ医がないこと」、「主観的健康状態が不良であること」、「精神的健康状態が不良であること」、「認知症疑いがあること」が、社会的孤立に独立に関連していることが確認されました。
- ⑥ 要介護要支援認定を受けている在宅介護高齢者については、データが不足しているため⑤のようなロジスティック回帰分析を行うことができませんでしたが、⑤と類似した所見が得られる可能性があります。

8.3. 身体的健康状態について

- ① 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、性別と「主観的健康状態」「かかりつけ医の有無」「難聴の傾向」は関連しませんが、年齢階級が上がるほど「主観的健康状態不良」の出現頻度が高くなり、「かかりつけ医なし」の出現頻度が低くなり、「難聴の傾向」の出現頻度が高くなりました。
- ② 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、「主観的健康状態が不良であること」と「かかりつけ医がいること」は有意に関連しており、「体調がよくないからかかりつけ医をもつ」という行動につながっていることが示唆されました。年齢が高くなるほど「かかりつけ医なし」の出現頻度が低下するのはこのためかもしれません。
- ③ 要介護要支援認定を受けていない独居高齢者では、「主観的健康状態不良」の出現頻度、「かかりつけ医なし」の出現頻度が他の世帯の高齢者よりも高くなり、社会的孤立がそれをさらに増幅させていることが確認されました。さらに、「主観的健康状態が不良であること」と「かかりつけ医がいること」との間にあった有意な関連性は認められなくなりました。独居であり、かつ社会的に孤立していると（つまり、支援してくれる人がいないと）、「体調がよくないからかかりつけ医をもつ」という行動が成立しにくくなっているのかもしれません。
- ④ 在宅介護高齢者では、「主観的健康状態不良」「難聴の傾向」の出現頻度が要介護要支援認定を受けていない高齢者よりも高くなりました。一方、ほとんどの人がかかりつけ医を

もっており、「かかりつけ医なし」の出現頻度は極めて小さくなっていました。

- ⑤ 在宅介護高齢者では、性別と「主観的健康状態」「難聴の傾向」の間に関連性は認められませんでした。男性では「かかりつけ医なし」の出現頻度がやや高くなる傾向がありました。
- ⑥ 在宅介護高齢者では、世帯類型と「主観的健康状態」「かかりつけ医の有無」「難聴の傾向」との間に関連は認められませんでした。しかし、独居高齢者において「社会的に孤立している人」は、「社会的に孤立していない人」に比べて、「主観的健康状態不良」の出現頻度が有意に高くなりました。
- ⑦ 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、独居であることが身体的健康状態の悪化と関連し、社会的孤立がそれを増幅している様子が窺えました。一方、在宅介護高齢者では、独居であることと身体的健康状態の間には関連が認められませんでした。社会的孤立が「主観的健康状態不良」や「難聴の傾向」に関連していることが示されました。さらに、独居高齢者では社会的孤立が「主観的健康状態不良」に関連していることが確認されました。要介護要支援認定の有無に関わらず、社会的孤立が高齢者及び独居高齢者の「主観的健康状態不良」と深く関連していることが推察されます。
- ⑧ 高齢者実態調査のデータを用いたロジスティック回帰分析の結果からは、「年齢が高いこと」、「世帯収入が 150 万円未満であること」、「精神的健康状態が不良であること」、「認知症疑いがあること」、「社会的孤立があること」が身体的健康状態不良と独立に関連していることが示されました。

8.4. 精神的健康状態について

- ① 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、性別や年齢と「精神的健康状態」との間に関連性は認められませんでした。しかし、独居であると「精神的健康状態不良」の出現頻度が有意に高くなりました。
- ② 社会的孤立は「精神的健康状態不良」と深く関連しており、独居でありかつ社会的に孤立していると「精神的健康状態不良」の出現頻度が顕著に高くなりました。
- ③ その他にも、世帯年収が 150 万円未満であること、暮らしの状況が「苦しい」と感じていること、主観的健康状態が不良であること、難聴の傾向があること、認知症疑いがあることが、「精神的健康状態不良」と関連していました。
- ④ 以上の所見を勘案したロジスティック回帰分析では、「暮らしの状況が『苦しい』と感じていること」、「主観的健康状態が不良であること」、「難聴の傾向があること」、「認知症疑いがあること」、「社会的に孤立していること」が「精神的健康状態不良」と独立に関連していることが確認されました。
- ⑤ 在宅介護高齢者実態調査では精神的健康状態の調査が行われておりませんので、高齢者実態調査の結果と比較することはできません。しかし、在宅介護高齢者においても上記の④と類似した所見が認められる可能性があります。

8.5. 認知症疑いについて

- ① 要介護要支援認定を受けていない高齢者では、男性であるほど、年齢階級が高くなるほど「認知症疑い」の出現頻度は高くなりましたが、独居である場合には出現頻度は低くなりました。認知症になって独居生活の継続が困難になる人が増えるためかもしれません。
- ② 一方、社会的孤立があることは、「認知症疑い」の出現頻度が高くなることと関係しており、この関係は独居高齢者に限定した場合でも同じでした。
- ③ 世帯年収が低いこと、暮らしの状況が「苦しい」と感じていること、主観的健康状態が不良であること、難聴の傾向があること、精神的健康状態が不良であることも、「認知症疑い」の出現頻度が高くなることと関連していました。
- ④ 以上の所見を勘案したロジスティック回帰分析では、「年齢階級が高いこと」、「主観的健康状態が不良であること」、「精神的健康状態が不良であること」、「社会的に孤立していること」が「認知症疑いがあること」と独立に関連し、「独居であること」が「認知症疑いではないこと」と関連していることが確認されました。
- ⑤ なお、在宅介護高齢者については、「認知症疑い」について調査が行われておりませんので、高齢者実態調査の結果と比較することはできませんでした。しかし、在宅介護高齢者においても、上記④と類似した所見が得られる可能性があります。

9. 考察

9.1. 本調査の分析結果から得られる要因間の関係モデルと政策的な示唆

本調査の分析によって得られた最も重要な所見は、要介護要支援認定を受けていない「独居高齢者の身体的健康状態や精神的健康状態が、他の世帯類型の高齢者よりも不良である」ということが示されている点です。しかし、身体的・精神的健康状態を悪化させる主要な要因は、独居であるということよりも、社会的に孤立しているということの方が重要であるということが、分析の結果から明らかにされています。

一方、ロジスティック回帰分析の結果からは、①社会的孤立は、男性、独居、経済的困窮、身体的健康状態不良、精神的健康状態不良、認知機能低下と独立に関連していること、②身体的健康状態不良は、年齢が高いこと、経済的困窮、精神的健康状態不良、認知機能低下、社会的孤立と独立に関連していること、③精神的健康状態不良は、経済的困窮、身体的健康状態不良、社会的孤立と独立に関連していること、④認知機能低下は、年齢が高いこと、身体的健康状態不良、精神的健康状態不良、社会的孤立と独立に関連していることが明らかにされています。

この関係を図で表してみると図1のようになります。図の青い円は人口動態学的要因、橙色の楕円は健康関連要因、緑色の楕円は社会的要因に分類されるものであることを示しています。また、黒い線と青い線は促進する方向に作用し、茶色い破線は抑制する方向に作用することを示しています。このたびの調査は横断的調査なので、調査結果から各要因の原因結果関係を定めることはできないのですが、人口動態学的要因は図の右向きの矢印の方向に作用するのが普通なので、黒い右向き矢印の線で他の要因とつなぎました。但し、認知機能低下と独居は左向きの茶色い破線矢印でつないでいます。これは認知機能低下が独居生活の継続を阻む方向で作用することを示しています。一方、健康関連要因と社会的要因は双方向性に作用すると考えるのが自然かと思われ、青い両側矢印の線でつなぎました。

この図の中で特に注目していただきたいのが、社会的要因の一つである社会的孤立が中央に配置され、「年齢が高いこと」以外のすべての要因とつながっているという点です。このことを言葉で説明しますと、①「男性であること」「独居であること」が社会的孤立のリスクを高め、「社会的孤立」が「経済的困窮」「身体的健康状態不良」「精神的健康状態不良」「認知機能低下」のリスクを高め、②「経済的困窮」「身体的健康状態不良」「精神的健康状態不良」「認知機能低下」が「社会的孤立」のリスクを高め、③「年齢が高いこと」は、「身体的健康状態不良」「認知機能低下」のリスクを高めますが、「社会的孤立」「経済的困窮」「精神的健康問題」には直接関連しないようだということです。

したがって、本調査の分析結果から得られる政策的な示唆(political implication)は、第一に、社会的孤立のリスク低減に着目した施策が、高齢者の経済的困窮、身体的健康問題、精神的健康問題、認知機能低下のリスク低減につながるであろうということ、特に男性の独居高

高齢者においては、それが非常に重要であるということ、第二に、経済的困窮、身体的健康問題、精神的健康問題、認知機能低下へのアプローチが、それぞれの問題に対する対応を通して、高齢者の社会的孤立の軽減にも寄与するであろうということです。

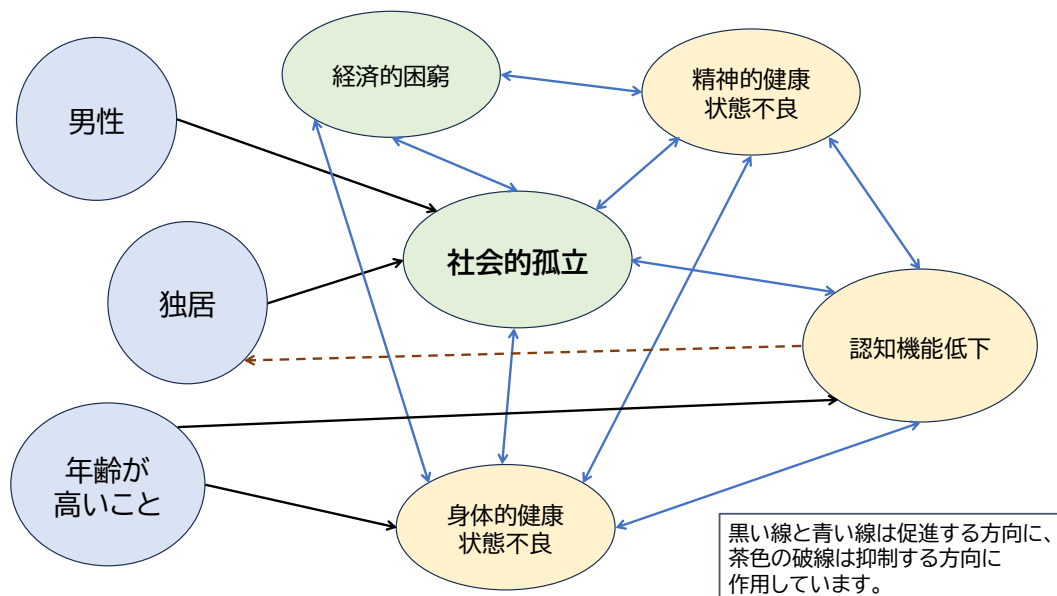


図1 ロジスティック回帰分析の結果から得られる要因間の関係モデル

9.2. 「相談支援・個別支援」と「地域づくり」という考え方

4.1.で説明しましたように、「社会的孤立」とは、一般的には、家族・親族や友人・知人などとの接触が量的に不足していることを言いますが、その本質は、「社会的支援(Social Support)の利用を可能とする個人の社会的ネットワーク(Personal Social Network)が欠如していること」を意味しています。つまり、社会的孤立状況にある人は、「助けを必要としているときに、助けてくれるような人が身の回りにいない」ということです。

例えば、経済的に困窮すれば福祉事務所に相談に行くことができますし、身体的な健康問題があったり、精神的な健康問題があったり、認知症かもしれないという心配があれば、医療機関や地域包括支援センターなどの相談機関を利用することができます。また、認知症があって、諸般の事情から医療機関や地域包括支援センターに相談に行くことができなかったとしても、認知症初期集中支援チームが自宅を訪問して必要な社会的支援につなげてくれるサービスもあります。このような一連のサービスは、「相談支援・個別支援」と呼ばれる公的事業であり、「複合的なサービスを統合的に調整して利用できるようにする」ということからコーディネーションとも呼ばれています。

しかし、社会的孤立状態にある人は、困った時に相談にのってくれる人がいなかったり(情緒

的サポートの欠如)、そのようなサービスがあるという情報を教えてくれる人がいなかったり(情動的サポートの欠如)、必要なサービスを利用できるように助けてくれる人がいなかったり(手段的サポートの欠如)するために、そのような公的サービスがあったとしても、そこにつながることはできません。特に、同居家族がいない独居高齢者は、そのような状況におかれやすいということになります。

このような社会的孤立のリスクを低減していくためには、平時から信頼できる人と人とのつながりをつくり、それを維持できるようにする取り組みが必要です。つまり、一人暮らしで頼れる家族や親族がいない方が、仮に経済的に困窮したとしても、健康状態が悪化したとしても、認知症が心配になったとしても、必要な社会的支援につながるようにするための環境づくりが必要です。そのような取り組みを「地域づくり」と呼んでいます。そのような「地域づくり」は、一人一人の社会的ネットワークを平時より地域レベルで作りだしていくという意味で、ネットワークングと呼ばれることもあります。

つまり、「相談支援・個別支援」(コーディネーション)と「地域づくり」(ネットワークング)を車の両輪として稼働させていくことができるような政策が必要だということになります¹⁾。

- 1) 栗田圭一:認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター コーディネーションとネットワークングという観点から. 日本老年医学会雑誌 57(1):22-27, 2020.

9.3. 相談支援・個別支援、地域づくり、政策デザイン

そのためには、まずは、「相談支援・個別支援」(コーディネーション)と「地域づくり」(ネットワークング)という観点から既存の事業を整理しておく必要があります。

例えば、介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす高齢者の一人ひとりが自立した日常生活を送れるよう、個人の選択で効果的かつ効率的な社会的支援(介護予防や日常生活支援)を利用できるようにする「相談支援・個別支援」に相当します。一方、生活支援体制整備事業は、多様な主体が連携してネットワークをつくり、全ての高齢者が必要な時に必要な社会的支援(介護予防や日常生活支援)につながるような環境を整備する「地域づくり」に相当します。

また、認知症総合支援事業の認知症初期集中支援推進事業は、地域に暮らす認知症の本人及び家族が必要な社会的支援(医療や介護など)を統合的に利用できるようにするために認知症初期集中支援チームという専門職チームが行う「相談支援・個別支援」に相当するものであり、認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業は、地域の中にチームオレンジを配置することなどによって、認知症の本人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう認知症の本人や住民が主体となって「地域づくり」を推進するものです。さらに、認知症地域支援・ケア向上事業は、実施要綱¹⁾には、認知症地域支援推進員を配置することによって、「必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形

成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取り組みを行う」と記されておりますが(実際には区市町村によって果たしている役割はさまざまですが)、本来、認知症地域支援推進員に期待されている役割は「相談支援・個別支援」と「地域づくり」をつなぎ、それを「政策デザイン」に反映させていくことかと思われま²⁾。

地域包括支援センターに求められている役割も、高齢者が直面しているあらゆる生活課題に対して「相談支援・個別支援」を行うとともに、地域に暮らすすべての高齢者が必要なときに必要な社会的支援につながり、相互に支え合って暮らせるような「地域づくり」を、地域住民や多様な関係者とともに進めることにあります。そして、このような現場の実践的活動の中で経験された地域の課題を区市町村の「政策デザイン」に反映することができるよう、地域包括支援センターと行政との間の密接な連絡体制の確保が求められています。

- 1) 厚生労働省:地域支援事業実施要綱. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001285186.pdf>
- 2) 株式会社日本総研:都道府県・市町村向け. 認知症施策推進計画策定の手引き.別添資料.各市町村での認知症地域支援推進員の位置づけ・役割の検討にあたって.
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/2504_mhlwkrouken_report_88_3.pdf

9.4. 地域共生社会の実現に向けて

超少子高齢化によって、「地域・家庭・職場などの生活の場での支え合いの基盤が弱まり」、「社会経済の担い手の減少によって地域社会の存続の危機が高まり」、「一人ひとりの福祉ニーズが多様化・複雑化している」ことから、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく「地域共生社会」を実現することの重要性が指摘されています。その具体的な取り組みとして、包括的支援体制の整備が区市町村の努力義務とされ(社会福祉第106条の3)、そのための具体的な事業(サブシステム)として重層的支援体制整備事業(社会福祉法第106条の4)が提案されています。

重層的支援体制整備事業では、介護、障害、子ども、生活困窮に係る既存事業を「相談支援」「参加支援」「地域づくり」「アウトリーチ等を通じた継続的支援」「多機関協働」「支援プランの作成」という6つの軸を基本にした分野横断的な体制整備を進めることが想定されていますが(社会福祉法第106条の4第2項)、既存事業はもともと異なる制度の中で稼働しているものなのでそれに横串をさすのは容易ではありません。しかし、社会的に孤立している独居高齢者(いわゆる身寄りのない高齢者)は、生活困窮、健康問題、認知症などの複合的課題に直面するリスクが高く、特に MCI や認知症などの認知機能低下が併存している場合には(このたびの

調査では把握できていませんが)、経済的被害、消費者被害、行方不明、災害時やパンデミック下での孤立の増幅(取り残されること)など、人権や生命に関わる重大な問題に直面するリスクも高くなります。分野を超えた重層的な支援の調整を可能にする「相談支援・個別支援」(コーディネート)と、そのような重層的な支援につながるができる「地域づくり」(ネットワーク)が、これからの「政策デザイン」の重要なテーマになるものと思われます。

9.5. 本調査の限界

本調査にはいくつかの限界があります。

第一に、回答率の問題があります。独居高齢者の回答率が相対的に低くなるのは、他地域においても共通に認められる傾向です。その理由としては、例えば前期高齢者の場合には仕事などで多忙なためにアンケート調査に対応できないということもありますが、後期高齢者、特に85歳以上の独居高齢者では、健康問題や認知機能低下がある人が増えるとともに、アンケート調査への回答を支援してくれる家族・親族等がないためである可能性があります。つまり、この調査の結果から可視化された独居高齢者の社会的孤立、経済問題、健康問題のリスクの大きさは過少評価である可能性が高いということです(深刻な社会的孤立状況に置かれている人はアンケートに回答できない、ということ)。

第二に、上記の理由から、このたびの高齢者実態調査では、要介護要支援認定を受けていない認知症高齢者が十分に補足されていないことが推測されます。特に、要介護要支援認定を受けていない独居の認知症高齢者は、より大きな社会的孤立、経済問題、健康問題のリスクに直面するとともに、経済被害、消費者被害などの権利侵害に関わる問題にも直面しやすい状況に置かれている可能性があります。高齢者実態調査に回答していない、独居の認知症高齢者の生活実態の把握が今後の課題として残されています(これに対しては、未回答の独居高齢者を対象に訪問調査を行うという方法があります)。

第三に、在宅介護高齢者のかなりの人が MCI または認知症の状態にあるものと推測されますが、このたびの調査データには認知症に関する項目(例えば認知症高齢者の日常生活自立度)が含まれていなかったため、要介護要支援を受けている認知症高齢者の実態を把握することができませんでした。このたびの調査では、要介護要支援認定を受けていない高齢者よりも、要介護要支援認定を受けている在宅介護高齢者において社会的孤立の出現頻度が高いことが示されました。要介護要支援を受けている高齢者は介護保険サービスを利用している方が多いかと思われますが、こうしたサービスの利用が必ずしも社会的孤立の緩和に寄与していないのかもしれませんが、その実態を明らかにするためには在宅介護高齢者(特に MCI や認知症のある認知機能低下高齢者)の生活状況を把握するための訪問による深掘り調査が必要かと思われます。

10. 結論

令和 7 年度に実施された杉並区高齢者等実態調査結果のデータに基づく独居高齢者の分析から、①「男性であること」「独居であること」が社会的孤立のリスクを高め、「社会的孤立」が「経済的困窮」「身体的健康状態不良」「精神的健康状態不良」「認知機能低下」のリスクを高めること、②「経済的困窮」「身体的健康状態不良」「精神的健康状態不良」「認知機能低下」が「社会的孤立」のリスクを高めること、③「年齢が高いこと」は「身体的健康状態不良」「認知機能低下」のリスクを高めるが、「社会的孤立」「経済的困窮」「精神的健康問題」には直接関連しないことを示唆する所見が得られました。

今後の杉並区の高齢者施策においては、社会的孤立のリスク低減を中心に据えつつ、経済問題、精神的健康問題、身体的健康問題、認知機能低下(認知症や MCI)に焦点をあてた総合的な施策が必要です。すべての事業が最終的には社会的孤立のリスク低減につながるよう、既存の事業を「相談支援・個別支援」及び「地域づくり」として整理し直し、それらを組み合わせた分野横断的・統合的な「政策デザイン」を官民連携で考案していくことが、“誰も取り残されることのない”地域共生社会の実現を推進する鍵になるものと考えます。

杉並区高齢者等実態調査結果データに基づく独居高齢者の分析レポート
令和8年3月発行

発行 杉並区保健福祉部高齢者施策課
杉並区阿佐谷南一丁目15番1号
TEL (03) 3312-2111 (代)

登録印刷物番号

07-0113

杉並区のホームページでご覧になれます。 <https://www.city.suginami.tokyo.jp>