

地域在住の後期高齢者における睡眠状況と社会的孤立の関連

しまだきょうこ ゆ きん
島田今日子 兪 今

〈要 旨〉

目的：本研究は、地域在住の後期高齢者の社会的孤立の出現率を求め、睡眠状態別の社会的孤立の関連を明らかにすることである。方法：対象者は地域在住の後期高齢者75～94歳の928人で、社会的孤立はLubben Social Network Scale-6(LSNS-6)を用いて睡眠状況別に出現率を求めた。社会的孤立と各変数について2変量分析を行ない、関連の認められた変数を説明変数、社会的孤立の有無を目的変数、性別、年齢を調整変数として多重ロジスティック回帰分析を実施した。結果：社会的孤立の出現率は不眠症疑いの者34.2%、不眠症疑いのない者20.4%だった。社会的孤立に関連した要因は、不眠症疑いの者と不眠症疑いのない者のいずれにおいても知的能動性の低下だった。不眠症疑いのない者には、うつ傾向、他者の誘いに対して参加する気持ちのなさが関連した。考察：社会的孤立の予防には、睡眠状況を問わず知的能力の維持と活動の推奨、不眠症疑いのない者では精神健康の維持・増進、他者からの誘いを受けて参加することの重要性が示唆された。

〈キーワード〉

社会的孤立、睡眠状態、地域在住、後期高齢者

I. はじめに

わが国の2017年の平均寿命は厚生労働省の報告¹⁾によると女性87.26歳、男性81.09歳であり、女性は世界第2位、男性は第3位となり、長寿国となっている。国立社会保障・人口問題研究所によると高齢者人口自体の増加は2042年をピークと予想している²⁾。高齢者の区分としては65～74歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者とされており、健康保険では75歳以上に後期高齢者医療制度が適応されている。2015年は団塊世代(1947～1949年生まれ)が前期高齢者(65～74歳)に到達し、2025年には高齢者人口は約3,500万人に達すると推計され、これまでの高齢化の問題は、高齢化の進展の「速さ」の問題であったが、2015年以降は高齢化率

の「高さ」(=高齢者数の多さ)が問題であることという報告³⁾がある。団塊世代の約 800 万人が 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年以降は、国民の医療費や社会保障費、介護の需要がさらに増加すること、行政サービスや社会保障を維持することが困難と予測され⁴⁾、「2025 年問題」は重大な課題となっている。

一方、高齢期の睡眠には幾つかの特徴的な加齢変化があり、深い睡眠が減少し、朝まで持続して眠れず、原因として就寝環境が変化し、周囲の物音など些細な刺激があるだけでも覚醒、日中の活動性が乏しく、基礎代謝も低いために睡眠のニーズそのものが減少するのに加えて、核家族化や独居による孤立不安、退職や死別による心理社会的ストレス、睡眠を妨げる身体合併症(夜間頻尿、痛み、痒み、認知症やうつ病など)の頻度が増加するといった報告⁵⁾がある。このように睡眠が低質になる要因は極めて多様であり同時にいくつもの問題を抱えていることが多いと指摘されている⁵⁾。後期高齢者は前期高齢者よりも夜間の排尿回数、睡眠薬の使用が多く、睡眠状況について前期高齢者と後期高齢者を区別して検討することの合理性を指摘している研究結果もある⁶⁾。さらに高齢者の 9 割以上は在宅で生活しており⁷⁾、今後課題となる在宅で生活する後期高齢者に着目することは意義がある。

他方、高齢者世帯の増加や核家族化という家族形態の変化や地域交流の減少などから、孤独死(孤立死)など社会的孤立による問題が発生している。高齢者は健康の悪化や定年退職、子どもの自立、伴侶や友人の死別などを体験するため、社会的孤立に陥る可能性があり、その支援対策が求められている。これまでの研究から社会的孤立は、自殺⁸⁾やウェルビーイングの低下⁹⁾との関連、死亡率への影響^{10,11)}、要介護状態や認知症との関連¹¹⁾などが指摘されており、その予防をWHOも提唱している(WHO,2002)¹²⁾。

また、孤立と孤独との違いについて、孤立は客観的状态であり、孤独は主観的状态とされている¹³⁾。孤立の定義としては、家族やコミュニティとほとんど接触がないという客観的な状態¹³⁾や、社会的孤立は客観的な状況と関連しており他者との関わりが欠如していること¹⁴⁾などがある。社会的孤立の測定時に用いられる操作的定義としては、「独居で、過去 1 週間に訪問者がいなく、前日に人との交流が全くなかった人」を孤立としたもの¹⁵⁾、「独居であること」「親しい友人や近隣との交流の有無」など、これらの要件を複合させて評価^{9,10,16)}する方法があり、研究者によってさまざまに一定の基準や条件がない。特に日本における社会的孤立の定義は、独居者でネットワークの低い者¹⁶⁾や他者との対面接触が乏しく、非対面での接触も少ない状態^{17,18,19)}とされている。

社会的孤立を把握することができる指標にLubben Social Network Scale-6(以下LSNS-6と略す)²⁰⁾がある。LSNS-6は、対象者の親しい関係におけるソーシャル・ネットワークに注目して開発されたものであり、本研究の社会的孤立はこの他者との交流が少ない傾向にある者を意味する。地域在住高齢者を対象にLSNS—6を用いて社会的孤立者を測定した出現率は、ドイツのハンブルク 20%、スイスのゾロトゥルン(Solothurn)11%、イギリスのロンドン 15%²⁰⁾、カナダのプリティッシュコロンビア 17%²¹⁾と報告されている。わが国でLSNS-6を用いた研究では 55 歳以上の者を対象

とした報告²²⁾があり、65歳以上の地域在住の高齢者を対象としたもの²³⁾、都市公営住宅の高齢者を対象として低栄養との関連を検証した報告²⁴⁾はあるが、今後課題となる後期高齢者を対象として社会的孤立の出現率と睡眠状況別の関連要因を検証したものは筆者の知る限り見当たらない。

このため、地域在住の後期高齢者に着目し、睡眠状態別に社会的孤立との関連を検討することは重要だと考える。本研究の目的は、地域在住の後期高齢者における睡眠状態別に社会的孤立の関連要因を明らかにすることである。

Ⅱ. 方 法

1. 調査対象者と手続き

本研究は、平成26年度K市が実施した65歳以上の奇数歳で要介護・要支援者を除いた高齢者への「暮らしの元気度チェック」(基本チェックリスト)調査に回答した人のうち、死亡、転出、住所地特例対象者を除外し、A区内で65歳以上の者が比較的多い地域が存在する11エリアからA区が抽出した。本研究では住所氏名ラベルの提供を受けた3417人の高齢者が調査対象となった。保健福祉センターによるデータファイルの作成は2015(平成27)年10月13日だった。調査期間は2015(平成27)年11月～12月とし、郵送留め置き法による自記式質問紙調査を実施した。回収後、調査票の回答状況のチェック作業を行い、データ入力を外部業者委託した。返送は1918人(回収率56.1%)から得られ、このうち研究では、自立した地域在住高齢者を対象とするため、要介護状態と自己申告した2人、入院中3人、入所中2人、死亡1人、白紙(合計11人)を分析から除外した1907人のうち、75～94歳の後期高齢者928人を分析対象とした。

2. 調査内容

社会的孤立の指標となるLSNS-6は全6項目で、下位尺度は「家族や親戚」と「友人」に関するもので各3項目、得点は0～30点の範囲である。家族や親戚についての質問は「1. 少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする家族や親戚は何人いますか?」、「あなたが、個人的なことでも話することができるくらい気楽に感じられる家族や親戚は何人いますか?」、「あなたが、助けを求めることができるくらい親しく感じられる家族や親戚は何人いますか?」で、友人についての質問は「1. 少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする友人は何人いますか?」、「あなたが、個人的なことでも話することができるくらい気楽に感じられる友人は何人いますか?」、「あなたが、助けを求めることができるくらい親しく感じられる友人は何人いますか?」である。この問いに対してそれぞれ「0=いない、1=1人、2=2人、3=3,4人、4=5～8人、5=9人以上」となっており、該当する番号に回答し、合計得点を求めるものである。合計得点で12点未満を社会的孤立と定義^{20,22)}されている。LSNS-6は質問が6項目であり、簡便に回答することができることから高齢者の負担が少ない尺度である。睡眠の状況を測定するアテネ不眠尺度(Athens Insomnia Scale:AIS)^{25,26,27,28)}は、ICD10

の診断基準に基づいて作成された。調査項目は8項目で、過去1カ月間に、少なくとも週3回以上経験したものを選択し、スコアは0～24点で、総得点が6点以上は不眠症の可能性が高いと評価される尺度である。性別、年齢、家族構成、老年期うつ病評価尺度(Geriatric Depression Scale15 :GDS15)^{29,30,31)}、健康度自己評価³²⁾、老研式活動能力指標(Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence: TMIG IC,手段的自立、知的能動性、社会的役割)³³⁾、老研式活動能力指標はLawtonの活動能力の体系に依拠しつつ、日本の地域在住高齢者の生活実態に即して生活機能の自立度を測定するために開発された尺度で、下位尺度はIADL5項目、知的能動性4項目、社会的役割4項目があり、スコアは0～13点で「はい、いいえ」で回答を求めた。健康度自己評価は「非常に健康だと思う/まあ健康だと思う/あまり健康ではない/健康ではない」の4件法で健康度を問い、前者2つを「健康」、後2つを「健康ではない」にカテゴリー化した。現在、介護や子育てに主にかかわっているかどうかを「はい、いいえ」で、知り合いから集会や趣味の会に誘われて参加する気持ちについて問い「とてもある/ややある/あまりない/ほとんどない」の前者2つを「ある」、後2つを「いいえ」にカテゴリー化した。暮らし向きは「苦しい/普通/ゆとりがある」の3件法で質問した。

認知機能は高齢者に対して簡便に「時間や場所を取り違えることがよくあるか」、「周りの人から物忘れについて言われるか」の2項目で問うものでスコアは0～2点で「はい、いいえ」で回答を求め、2点の者は分析から除外した。

3. 分析方法

変数の中で、他者との交流について問う項目の「老研式活動能力指標の社会的役割」は、LSNS-6の項目と類似するため、多重共線性を考慮し分析から除外した。また、性別と年齢については調整変数とすることとした。分析方法は、不眠症疑いと不眠症疑いのない者別に社会的孤立とその他の変数との2変量分析において χ^2 検定、t検定、マン・ホイットニーのU検定を実施した。多変量解析においても、不眠症疑いと不眠症疑いのない者別に性別と年齢を調整要因として、2変量解析で有意であった変数を説明変数とし、社会的孤立を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。全ての解析は、SPSS Statistics (Version.23.0)を用いて行なった。

4. 倫理的配慮

調査票の送付に際して、調査協力依頼文書に研究の趣旨、調査結果は研究目的以外には用いないこと、回答者の匿名性が保たれるように取り扱うこと、未回答の際の不利益が生じないこと等を記載し、調査票の返送をもって同意を得ることとした。本調査は、田園調布学園大学研究倫理委員会の承認を得た(承認番号 15-0011)。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特性

地域在住の後期高齢者における睡眠状況別の社会的孤立の分布を表1に示した。社会的孤立の割合は不眠症疑いのある者が34.2%、不眠症疑いのない者が20.4%で、有意に不眠症疑いのある者が多かった(表1)。不眠症疑いのある者は、男性54.5%、平均年齢80.4(±3.7)歳、不眠症疑いのない者は、男性51.3%、平均年齢79.9(±3.8)歳だった。うつ傾向の割合は不眠症疑いのある者が37.4%、不眠症疑いのない者が10.3%、健康度自己評価の健康ではないの割合は不眠症疑いのある者が28.9%、不眠症疑いのない者が10.5%で、有意に不眠症疑いのある者が多かった(表1)。不眠症疑いのある者と不眠症疑いのない者は共に手段的自立と知的能動性の中央値がそれぞれ5点、4点であり、有意に不眠症疑いある者の得点は低かった。世帯状況と暮らし向き、介護や子育てを主にしているか、他者の誘いに対する参加の気持ちの変数については、不眠症疑いのある者とない者において割合に違いはなかった(表1)。

表1. 後期高齢者における睡眠状態別の基本属性と特性

	不眠症疑いあり (n=187)		不眠症疑いなし群 (n=710)		p 値
	n	%	n	%	
性別 (男性)	102	(54.5)	364	(51.3)	.459
年齢 (75~) ^{a)}	80.4 ± 3.7		79.9 ± 3.8		.109
社会的孤立 (0-11)	64	(34.2)	145	(20.4)	< .000
老年期うつ病評価尺度(うつ傾向)	70	(37.4)	73	(10.3)	< .000
健康度自己評価 (健康ではない)	54	(28.9)	73	(10.5)	< .000
独居	35	(18.7)	121	(17.0)	.589
手段的自立: Instrumental Activities of Daily Living (0-5) ^{b)}	5	(0-5)	5	(0-5)	< .000
知的能動性: Intellectual activities (0-4) ^{b)}	4	(0-4)	4	(0-4)	< .027
暮らし向き (苦しい)	9	(4.8)	39	(5.5)	.730
介護や子育てを主にしているか (している)	22	(11.8)	81	(11.4)	.898
他者の誘いに対して (参加意欲なし)	66	(35.3)	256	(36.1)	.931

^{a)}平均 ± SD, ^{b)}中央値(最小-最大)

※ n数は欠損値により異なる

2. 睡眠状況と他の変数の関連

2変量解析で社会的孤立と有意な関連が認められた要因は、不眠症疑いのある者とない者ともに老年期うつ病評価尺度(p<.003)、健康度自己評価(p<.006)、知的能動性(p<.001)で、不眠症疑いのない者では、年齢(p<.028)、手段的自立(p<.001)、他者の誘いに対する参加の気持ち(p<.000)だった(表2)。

3. 睡眠状況別の社会的孤立と関連する要因

性別と年齢を調整した多変量解析において不眠症疑いのある者と不眠症疑いのない者共に、社会的孤立は非社会的孤立に対し、知的能動性の低さは不眠症疑いのある者0.78倍(95%CI

表2. 後期高齢者における睡眠状態別の社会的孤立の割合

	不眠症疑いあり			不眠症疑いなし		
	社会的孤立 (n=64)	非社会的孤立 (n=119)	p 値	社会的孤立 (n=145)	非社会的孤立 (n=558)	p 値
性別 (男性) ^{a)}	40 (62.5)	59 (49.6)	.120	80 (55.2)	280 (50.2)	.306
年齢 (75~) ^{b)}	80.4 ±3.7	80.3 ±3.8	.893	80.5 ±4.1	79.7 ±3.7	< .028
老年期うつ病評価尺度 (うつ傾向) ^{a)}	33 (53.2)	34 (29.6)	< .003	34 (24.8)	37 (6.9)	< .000
健康度自己評価 (健康ではない) ^{a)}	27 (42.9)	27 (22.7)	< .006	26 (18.2)	46 (8.3)	< .001
独居 ^{a)}	14 (21.9)	20 (16.8)	.429	27 (18.6)	94 (16.9)	.623
手段的自立: Instrumental Activities of Daily Living (0-5) ^{b)}	5 (2-5)	5 (2-5)	.766	5 (1-5)	5 (0-5)	< .001
知的能動性: Intellectual activities (0-4) ^{b)}	4 (1-4)	4 (2-4)	< .001	4 (0-4)	4 (1-4)	< .000
暮らし向き (苦しい) ^{a)}	3 (4.7)	6 (5.0)	.808	7 (4.9)	32 (5.7)	< .009
介護や子育てを主にしているか (している) ^{a)}	9 (14.1)	13 (11.0)	.635	17 (11.8)	64 (11.7)	1.00
他者の誘いに対して (参加意欲なし) ^{a)}	26 (40.6)	39 (32.8)	.332	78 (54.2)	178 (32.0)	< .000

a)χ²検定, b) t-検定, Mann-Whitney U検定, c) 平均値±SD, d) 中央値 (最小-最大)
 ※ n数は欠損値により異なる

0.28 – 0.78), 不眠症疑いのない者 0.61 倍 (95%CI 0.44 – 0.85)であった。さらに, 不眠症疑いなしの者では社会的孤立は非社会的孤立に対し, うつ傾向ありは 3.12 倍 (95%CI 1.78 – 5.47), 他者の誘いに対して参加意欲のなさは 2.11 倍 (1.41 – 3.17)であった (表 3)。

表 3. 後期高齢者における睡眠状況別の社会的孤立の関連要因

	不眠症疑いあり		不眠症疑いなし	
	OR	95% CI	OR	95% CI
老年期うつ病評価尺度 (1: うつ傾向あり, 0: うつ傾向なし)	1.99	0.93-4.25	3.12	1.78-5.47
健康度自己評価 (1: 健康ではない, 0: 健康である)	1.47	0.67-3.21	1.29	0.69-2.41
手段的自立: Instrumental Activities of Daily Living (1点ごとに)	-	-	0.98	0.65-1.48
知的能動性: Intellectual activities (1点ごとに)	0.47	0.28-0.78	0.61	0.44-0.85
暮らし向き (2: 苦しい, 1: 普通, 0: ゆとりあり)	-	-	0.75	0.53-1.09
他者の誘いに対して (1: 参加意欲なし, 0: 参加意欲あり)	-	-	2.11	1.41-3.17

OR: オッズ比 CI: 95% 信頼区間.
 性別, 年齢を調整

IV. 考 察

1. 社会的孤立の出現率

本研究は, 今後課題となる後期高齢者の睡眠状況と社会的要因の一つである社会的孤立が睡眠状態別に関連する要因を検証することである。地域在住の後期高齢者の社会的孤立の出現率は不眠症疑いありの者で 34.2%, 不眠症疑いなしの者で 20.4%であり, 結果には示していないが全体で 23.4%であった。睡眠状況別ではないがLSNSを用いた報告として, 日本の東北の一地域での 55 歳以上を対象では, 社会的孤立者は全体の 19.4%²²⁾, 都市部の地域で 65 ~ 84 歳を調査対象とした報告 25.7%²³⁾, 都市公営住宅の 65 ~ 98 歳を調査対象とした報告²⁴⁾で 44.1%である。また, 海外の出現率はドイツのハンブルク 20%, スイスのゾロトゥルン (Solothurn) 11%, イギリスのロンドン 15%²⁰⁾であり, 他国と比較すると我が国の割合は高く, 国内の調査結果からは, 対象者の年齢や調査地域によって多少のばらつきが認められた。これらと比較して本研究では後期高齢者を対象としていることから不眠症疑いありの者の社会的孤立の出現率は 34.2%

と高く、不眠症疑いのない者 20.4%の出現率は低いことが明らかとなった。世界の 34 か国が加盟するOECD (Organisation for Economic Co-operation and Development: 経済協力開発機構) の調査報告³⁴⁾では、20 か国中で日本は「友人・同僚・その他宗教・スポーツ・文化グループの人と全く付き合わない」と答えた割合が 15.3%で、最下位となっている。回答者の世代が高齢者に限定されていないが、日本人の人的交流の少なさが伺える。さらに、日本の高齢者は、親しい関係が配偶者や子供に集中するのに対して、アメリカではそれ以外の範囲の親族にまで及ぶものが多い³⁵⁾といった指摘がある。これらから、日本の高齢者は家族との同居率が高いため、日常生活において同居家族との交流で満足が得られている可能性があり、そのため他者との交流が減少し、ソーシャル・ネットワークの範囲が海外の高齢者よりも狭くなると考えられる。また、ADLが低い者や障害のある高齢者であれば、家族や友人以外からの助けを必要とする場合もあり、それによってソーシャル・ネットワークが広がる可能性もあるが、本研究の対象者は老研式活動能力指標や健康度自己評価から、後期高齢者ではあるものの比較的健康度が高く自立しているため、そのような機会がないことも一因と思われる。

2. 睡眠状況と社会的孤立の関連

不眠症疑いの者と不眠症疑いのない者において社会的孤立は非社会的孤立に対し、知的能動性で得点が1点下がるごとに社会的孤立のリスクは、それぞれ不眠症疑いの者 1.85 倍(逆数)、不眠症疑いのない者 1.60 倍(逆数)であった。さらに不眠症疑いのない者において社会的孤立は社会的非孤立に対し、うつ傾向、他者の誘いに対する参加意欲の低さで、これらが低いことで社会的孤立のリスクは 3.12, 2.11 倍であった。社会的孤立に関連する要因には不眠症疑いの者と不眠症疑いのない者に共通するものとして知的能動性があり、これらは睡眠状況を問わず、地域在住の後期高齢者の社会的孤立予防の取り組みとして重要だという知見が得られた。知的能動性は日本の高齢者の生活実態に即して開発された、高次の活動能力を評価する尺度(TMIG IC)の下位尺度であり、年金などの書類が書けること、新聞や本、雑誌を読むこと、健康についての記事や雑誌に興味がある、という4項目で構成されている。睡眠状況別の知的能動性の低さと社会的孤立との関連を明らかにした報告はなく、新たな知見が得られた。先行研究ではLSNS-6を用いて独居と同居別に社会的孤立との関連を検証した結果として、同居家族のいる者に社会的孤立と知的能動性の低さが関連した²³⁾と述べている。本研究は世帯別の検討ではなかったが、先行研究と一部類似し、不眠症疑いのある者とない者の全ての対象者において社会的孤立と知的能動性の関連が明らかとなった。知的能動性の高い者は肉類、牛乳などの動物性食品と油脂類などの摂取傾向が強いこと³⁶⁾、性格特性の中でも既存の価値観に縛られず、知的好奇心が高いとされる開放性が高いこと³⁷⁾との関連が指摘されている。これらから、健康の基礎となる食事に対する関心や物事に対する姿勢が消極的で、話題が乏しい傾向であることが社会的孤立につながると推察される。

不眠症疑いなしの者について、社会的孤立は非社会的孤立に対しうつ傾向があること、他者

の誘いに対して参加意欲の低さで、これらが低いことで社会的孤立のリスクがあることが判明した。先行研究において社会的孤立とうつ傾向との関連³⁸⁾が報告されているため、本研究でも同様の結果が得られていた。未亡人や既婚女性を対象とした縦断調査では、多くの友人を持つことが、低レベルのうつ症状と関連すること³⁹⁾、さらにうつ症状を予測する要因の1つとして社会的孤立がある⁴⁰⁾という報告もあり、社会的孤立とうつ傾向の関連の強さが指摘されている。うつ傾向であることによって、家族や友人との良好な関係が保てずに互いの交流が減少する可能性もあり、因果を述べることはできないが、どちらの状況もありうると考えられる。睡眠状況に問題がない状態でうつ傾向に陥らずに精神健康を保つこと、他者からの集会や趣味の会などに誘いには参加をすることが、社会的孤立予防には重要であると考えられる。また、不眠症疑いのない者における社会的孤立と他者の誘いに対して参加意欲のなさについては、意欲が低いことで社会的孤立につながるということが明らかとなり、他者からの交流の申し出を受け入れることが望ましいことが考えられる。

睡眠状況別の検討において社会的孤立に関連する要因にいくつか違いがあったことについては、不眠症疑いの者と不眠症疑いのない者では背景が異なると思われる。不眠症疑いの者は、睡眠薬使用の可能性や夜間の不眠が日中の活動性に悪影響を与えていることが推察でき、それが不眠症疑いのない者との関連要因の違いにつながったとも考えられる。

また、先行研究で社会的孤立と関連を示したうつ傾向と健康度自己評価³²⁾は、不眠症疑いの者において、社会的孤立と2変量分析では関連があったが、多変量解析では関連がなかった。先行研究と結果が異なった要因として、健康度自己評価では不眠症疑いの者はうつ傾向があることで健康ではないと回答し、多変量解析時に多重共線性が生じたことで関連が示されなかったと推察する。

また、社会的孤立と暮らし向きが苦しいことの関連⁴¹⁾が指摘されているが、本研究では結果が認められなかったのは、睡眠状況に関わらず暮らし向きが苦しいと回答したのは約5%前後であり、対象者数が少なかったこと、約70%の者はゆとりがあると回答していたため、結果が異なったのではないかと考えられる。

今後、睡眠の良否に関わらず地域在住の後期高齢者の社会的孤立予防に向けて支援する際には、新たな友人づくりの機会となるような文化活動などの支援の重要性が示唆された。不眠症疑いのない者の場合には、知的能力の維持と活動の推奨、精神健康の維持・増進、健康に関する情報提供、さらに家族を含めて後期高齢者の周囲の人々が積極的に交流や外出に誘うといった支援が必要と考える。

3. 研究の限界

本研究の限界としては、調査対象はK県K市のA区の限られたものであること、協力者が調査時点で要介護認定を受けていた者の存在、認知障害の問いが2問と少なかったため、認知障害のある者の存在の可能性もある。また、未回答者の情報は得られていないことなどがある。調査結果は横断研究から得られたものであるため、社会的孤立と関連する要因についての因果につ

いても論じることは難しく、結果の一般化には注意を要する。さらに、社会的孤立者はソーシャル・ネットワークが狭い状態であり、後期高齢者が限られた家族や友人との交流に満足しているか否かは測定していないため、今後の課題である。

4. 研究の意義と展望

本研究は、LSNS-6を用いて地域在住の後期高齢者に着目し、睡眠状況を不眠症疑いと不眠症疑い別の視点から分析を行い、社会的孤立との関連する要因について横断的に検討した報告である。その結果、不眠症の疑いか否かの両者においても知的能動性(新聞や本を読むこと、健康に関する記事や雑誌への興味)の低さが社会的孤立と関連することが明らかとなった。不眠症疑いのない者においては、うつ傾向、他者の誘いを受けた際に出掛ける気持ちの低さが社会的孤立と関連していた。質問紙調査研究において、平均年齢が約80歳前後というデータは非常に貴重なものであり、得られた成果は意味のあるものである。本結果は、社会的孤立予防に向けた支援への一助となるものと考えられる。今後、より大規模なデータによる社会的孤立の詳細や、因果関係を検討するための縦断的検討が求められる。

IV. 結 語

地域在住の後期高齢者における社会的孤立の出現率は不眠症疑いの者34.2%、不眠症疑いのない者20.4%で、海外の結果よりも高かった。睡眠状態別の社会的孤立の関連は、不眠症疑いの者と不眠症疑いのない者のいずれにおいても知的能動性低下で、不眠症疑いのない者へのみうつ傾向、他者の誘いに対して参加する気持ちのなさが関連した。社会的孤立の予防には、睡眠の良否を問わず知的能力の維持と活動の推奨が示唆された。

謝 辞

調査にご協力下さった区民の皆様、川崎市麻生区役所、麻生区保健福祉センターの皆様にご感謝申し上げます。

付 記

本研究は、2015～2017年度科学研究費補助金基盤研究(C)の助成を受け、神奈川県川崎市麻生区役所の協力にて実施したものである。本研究に関し、利益相反に相当する事項はない。

〈引用文献〉

- 1) 厚生労働省：平成 29 年簡易生命表の概況 1 主な年齢の平均余命
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/dl/life17-02.pdf> 2018/10/13
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成 29 年推計)
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf 2018/10/27
- 3) 厚生労働省：今後の高齢化の進展～ 2025 年の超高齢社会像～
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf> 2018/10/27
- 4) 厚生労働省：福祉・介護 地域包括ケアシステム
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
2018/10/27
- 5) 三島和夫：高齢者の睡眠と睡眠障害, 保健医療科学, Vol.64No.1, pp.27-32, 2015
- 6) 水島 豊, 吉田 聡, 入江祥史, 浦田幸朋：現代高齢者の睡眠状況－前期高齢者と後期高齢者との比較－,
ジェロントロジーニューホライズン, 14(4), pp402-406, 2002
- 7) 厚生労働省：都市部の高齢化対策の現状
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032exf-att/2r98520000032f26.pdf#search=%27%E5%9C%A8%E5%AE%85%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85%E5%89%B2%E5%90%88%27> 2018/11/3
- 8) Cornwell EY, Waite LJ: Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 64 Suppl 1, pp38-46, 2009
- 9) Chappell NL, Badger M: Social isolation and well-being, J Gerontology, 44(5), pp169-176, 1989
- 10) LaVeist TA, Sellers RM, Brown KA, Nickerson KJ: Extreme social isolation, use of community-based senior support services, and mortality among African American elderly women, Am J Community Psychol, Oct;25(5), pp721-732, 1997
- 11) 斉藤雅茂, 近藤克則, 尾島俊之, 平井 寛: JAGES グループ: 健康指標との関連からみた高齢者の社会的孤立基準の検討 10 年間のAGESコホートより, 日本公衆衛生雑誌, 62 巻 3 号, pp95-105, 2015
- 12) World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO Ageing and the Life Course Section. (2002)
http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/ 2018/11/13
- 13) Townsend P: Isolation, loneliness, and the hold on life. Townsend P. ed. The Family life of old people: An inquiry in East London, Penguin Books, pp188-205, 1963
- 14) De Jong Gierveld J, Van Tilburg T, P. A.Dykstra: Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds), Cambridge Handbook of Personal Relationships, Cambridge: Cambridge University Press, pp485-499, 2006
- 15) Townsend P: Isolation, desolation, and loneliness. Shanas E. Townsend P. & Wedderburn D. et al. eds. Old People in Three Industrial Societies, Routledge & KeganPaul, pp258-287, 1968
- 16) 河合克義:「大都市における高齢者の社会的孤立と社会保障・社会福祉の課題－東京都港区のひとり暮らし高齢者の生活実態を中心に－」, 社会政策学雑誌, 7, pp118-131, 2002
- 17) 斎藤 雅茂, 藤原 佳典, 小林 江里香, 深谷 太郎, 西 真理子, 新開 省二: 首都圏ベッドタウンにおける世帯構成別にみた孤立高齢者の発現率と特徴, 日本公衆衛生雑誌, 57 巻 9 号, pp785-795, 2010
- 18) 斉藤 雅茂, 冷水 豊, 武居 幸子: 大都市高齢者の社会的孤立と一人暮らしに至る経緯との関連, 老年社会科学, 31(4), pp470-480, 2010
- 19) 小林江里香, 藤原佳典, 深谷太郎, 西真理子, 斉藤雅茂, 新開省二: 孤立高齢者におけるソーシャルサポー

- トの利用可能性と心理的健康同居者の有無と性別による差異,日本公衆衛生雑誌, 58 巻 6 号, pp446-456, 2011
- 20) Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, Stuck AE: Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations, *Gerontologist*, 46(4), pp503-513, 2006
- 21) Kobayashi KM, Cloutier-Fisher D, Roth M: Making meaningful connections: a profile of social isolation and health among older adults in small town and small city, British Columbia, *J Aging Health*, 21(2), pp374-397, 2009
- 22) 栗本鮎美, 粟田主一, 大久保孝義, 坪田(宇津木) 恵, 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*, 4(2), pp149-157, 2011
- 23) Kyoko Shimada, Sachiko Yamazaki, Kyoko Nakano, Alain Mayindu Ngoma, Ryutaro Takahashi, Seiji Yasumura: Prevalence of Social Isolation in Community-Dwelling Elderly by Differences in Household Composition and Related Factors: From a Social Network Perspective in Urban Japan, *Journal of Aging and Health*, vol.26 no.5 pp.807-823, 2014
- 24) 新井清美, 榊原久孝: 都市公営住宅における高齢者の低栄養と社会的孤立状態との関連, *日本公衆衛生雑誌*, 62(8), pp379-389, 2015
- 25) Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ: Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria, *Journal Psychosomatic Research*, 48, pp 555-560, 2000
- 26) Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ: The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale, *Journal Psychosomatic Research*, 55, pp263-267, 2003
- 27) Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y: Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale, *Psychiatry Clinical Neurosis*, 67, pp420-425, 2013
- 28) Okajima, S, Nakajima, M, Kobayashi and Y. Inoue: アテネ不眠尺度日本語版の信頼性と妥当性の検討, *精神神経誌*, 116 巻 3 号 p257, 2014
- 29) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, *J Psychiatr Res*, 17(1), 37-49, 1982-1983
- 30) Nino N: A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale, *Clinical Gerontologist*, 10, pp85-87, 1991
- 31) 新野直明: 高齢者の精神的健康度をどうみるか GDS 指標の使い方を中心に, *生活教育*, 44(8) pp22-26, 2000
- 32) 芳賀 博: 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因, *老年社会学*, 20, pp15-23, 1984
- 33) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治: 域老人における活動能力の測定 老研式活動能力指標の開発, *日本公衆衛生雑誌*, 34(3), pp109-114, 1987.
- 34) OECD, 2005: Society at Glance SOCIAL ISOLATION
https://books.google.co.jp/books?id=uH_VAgAAQBAJ&pg=PA79&lpq=PA79&dq=OECD2005%E3%80%80society+at+Glance&source=bl&ots=OH2YeRcBzw&sig=YS4Vv-x7SDeE0YIF9tstCHL-QsQ&hl=ja&sa=X&ved=2ahUKEwjGuaD87NreAhUHwLwKHTRXBzIQ6AEwCXoECAGQAQ#v=onepage&q=OECD2005%E3%80%80society%20at%20Glance&f=false 2018/11/17
- 35) 藤崎宏子: 高齢者・家族・社会的ネットワーク, 培風館, (現代家族問題シリーズ: 4), 1998, pp22-35.
- 36) 熊谷 修, 柴田 博, 渡辺修一郎, 天野秀紀, 鈴木隆雄, 永井晴美, 芳賀 博, 安村誠司: 地域高齢者の食品摂取パタンの生活機能「知的能動性」の変化に及ぼす影響, *老年社会科学* 3, pp146-155, 1995

島田今日子 兪 今

- 37) 岩佐一, 増井幸恵, 権藤恭之, 河合千恵子, 稲垣宏樹: 地域高齢者における性格特性と高次生活機能低下の関連. 老年社会科学, 31(4), pp449-457, 2010
- 38) Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE: Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. Br J Gen Pract, 57(537), pp277-282, 2007
- 39) Harlow SD, Goldberg EL, Comstock GW. A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. Am J Epidemiol. 134(5), pp526-538, 1991
- 40) Roberts Robert E, Kaplan George A, Shema Sarah J, Strawbridge William J: .Does growing old increase the risk for depression? The American Journal of Psychiatry, 154(10), pp1384-1390, 1997
- 41) 岡本秀明: 都市部在住高齢者の社会活動に関連する要因の検討: 地域におけるつながりづくりと社会的孤立の予防に向けて, 社会福祉学, 53(3), pp3-17, 2012