

# 地域在住一人暮らし高齢者の精神的健康を高める要因と 支援のあり方

上田 雪子\*

## Abstract

As a result of investigation, the following things became clear.

1. Four factors of the “quality of the sleep”, “satisfaction of the conversation with the friend”, “taste of the conversation” and “intake of the breakfast” were extracted. 2. Three improvement factors of the “quality of the sleep”, “satisfaction of the conversation with the friend” and “taste of the conversation” were extracted. 3. The “quality of the sleep”, “satisfaction of the conversation with the friend” and “preference of the conversation” are necessary to maintain mental health.

## I. はじめに

我が国では人口の高齢化と家族形態の変化によって、高齢者夫婦世帯の増加とともに単独世帯の高齢者が急速に増加している<sup>1)</sup>。今後も高齢単独世帯はさらに増加することが予想されている<sup>2)</sup>。鹿児島県の高齢化率は高く、平成29年における総人口は、1626千人、65歳以上人口は501千人と、高齢化率30.8%に達し<sup>1)</sup>、全国の高齢化率27.7%を大きく上回り、約3人に1人が高齢者という超高齢社会となっている。また、総人口に占める75歳以上の高齢者の割合は平成28年には13.3%となっており、今後も増加傾向が続き総人口に占める割合は一層大きなものになると見込まれている<sup>2)</sup>。市町村別高齢化率の状況を見ると、高齢化率が最も低いのは鹿児島圏域で、25.9%である。65歳以上世帯員のいる一般世帯は一般世帯の43.1%で、このうち65歳以上の単独世帯は一般世帯の15.3%、高齢夫婦世帯は一般世帯の14.0%となっている<sup>3)</sup>。

一人暮らし高齢者は、人との交流が希薄となり、約4割が孤独死を身近に感じている<sup>2)</sup>と報告されている。このように家族形態の変化や地域社会との関係の希薄化が進むなかで、孤立死やその背景にあるとされる社会的孤立状態にある人々への社会的関心が高まっている。

超高齢社会となった我が国では、高齢者の3人に1人が睡眠に対して何らかの問題を有しており、高齢者の睡眠は重大な社会問題として認識されている<sup>4)</sup>。睡眠障害は、抑うつや自殺との関連が指摘されている。高齢者の睡眠障害は、中途覚醒の増加、睡眠効率の低下等が特徴的であり、これは、サーカディアンリズムの振幅の減少や夜間メラトニンの分泌の減少など、加齢に伴う問題とされている。また睡眠と生活習慣、

---

キーワード：地域在住，一人暮らし高齢者，睡眠，会話交流，生活習慣，精神的健康

\* 本学福祉社会学部准教授

社会的交流と抑うつとの関連が指摘され、一人暮らしによる孤立・不安が高齢者の睡眠の質を低下させる要因の一つと考えられている。これまでも会話交流と睡眠との関連について検討され、その効果が報告されている<sup>6)</sup>。鹿児島市における調査においても、会話交流は睡眠と精神的健康に良い影響を与えることが報告されている<sup>7)</sup>。さらに高齢者における睡眠の質が虚弱と結びついていると考えられている。虚弱に関連する要因の一つには、日常的な身体活動の少なさや栄養摂取に関する問題などの身体的な要因があり、日常的な運動により虚弱が改善する。高齢者は一人暮らしの期間が長くなると外出する頻度が低くなり、閉じこもりがちになると考えられる。

一方、楽しいと感じる趣味活動がない人において、抑うつ傾向を示す頻度が高く、高齢者にとって、趣味やスポーツをするということが自己価値を与え、このことが情緒の安定、ひいてはQOLを高めると考えられる。活動能力の高い高齢者は、近隣や友人との接触が多く、その支持的ネットワークのメンバーが存在するだけで、抑うつ状態が弱まると考えられている。したがって、一人暮らし高齢者の精神的健康には、友人との接触やソーシャルサポートなどの要因が関連すると考えられる。

鹿児島市では、これまで高齢者の抑うつと睡眠、会話交流との関連については報告されている<sup>7)</sup>が、生活習慣を捉えたうえで、その要因を検討した報告はきわめて少ない。高齢者の会話による社会的交流が促進されるならば、睡眠や高齢者うつの予防が期待でき、高齢者のQOL向上に寄与すると考えられる。

介護が必要になっても人生の最後まで個人として尊重され、その人らしく暮らしていくことは誰もが望むことである。高齢者が一人暮らしであっても、できるだけ自立して住み慣れた地域で生活を継続していくためには、心身の機能低下を予防し、地域社会との積極的な関わりを持ちながら生活できるような支援が必要である。しかし、現在のところ一人暮らし高齢者の精神的健康を維持するための方策については十分に整備されているとは言えない。高齢者が地域で健やかに生き生きと過ごすためには、地域とのつながりを深めるような支援のあり方を検討する必要がある。

そこで本研究は、個人的要因である睡眠と会話交流および生活習慣に注目し、谷山地域在住一人暮らし高齢者（以下、一人暮らし高齢者）の精神的健康に関連する要因を明らかにし、精神的健康を高めるための支援のあり方を検討した。

## II. 研究目的

一人暮らし高齢者の睡眠、会話交流、生活習慣が精神的健康に及ぼす要因と支援のあり方を検討する。

## III. 研究方法

### 1. 対象者

対象者は、研究協力の得られた鹿児島市谷山地区（西谷山地区、谷山西部地区、谷山南部地区、和田地区）に居住する65歳以上の高齢者157名である。

### 2. 調査期間

平成30年8月から令和1年10月

### 3. 調査方法

#### 1) 質問紙調査

質問紙は、基本属性、睡眠、高齢者うつ、会話交流、生活習慣についての質問群で構成されている。

(1) 基本属性：性別，年齢，配偶者の有無，子どもの有無の4項目とした。

(2) 生活習慣：生活時間，活動（外出頻度），食事の状況（朝食・間食・ドリンク・飲酒），塩分摂取の状況，栄養バランス，喫煙の状況の6項目とした。

(3) 高齢者うつ：自記式質問票である Geriatric Depression Scale 簡易版（以下，GDS）<sup>8,9)</sup> を用いた。GDSは15個の項目からなるうつ評価スケールであり，「はい」「いいえ」で回答し，0点，1点が配点され15点満点となる。6点以下をうつ傾向なし，6点～10点をうつ傾向あり，11点以上でうつ状態と評価する。また，「うつ気分」「ポジティブ感情の低下」「エネルギー減退」の3因子から成り立つ，信頼・妥当性のある評価票である。

(4) 睡眠：個人の睡眠の質の評価に標準化された自記式質問票であるピッツバーグ睡眠質問票日本版（Japanese version of PSQI；以下，PSQI-J）<sup>10,11)</sup> を用いた。質問は過去1ヵ月における睡眠状態に関して尋ねるものであり，睡眠障害の評価として広く使用されている。PSQI-Jは，18項目から成る質問紙であり，「睡眠の質（睡眠の全体の評価）」，「睡眠時間（総睡眠時間の長さ）」，「入眠時間（寝つきの良さを評価）」，「睡眠効率（就寝時間に対する実睡眠時間の長さ）」，「睡眠困難（中途覚醒の頻度を評価）」，「眠剤使用（睡眠薬の使用頻度を評価）」，「日中の覚醒困難（睡眠問題による生活への支障）」の7つの下位尺度から構成される。信頼性・妥当性のある調査票であり，得点は，各下位尺度の得点（0～3点）を加算し，総合得点（0～21点）を算出する。PSQI-Jは，5点以下を睡眠障害なし，6点以上を睡眠障害ありとし，6～8点を軽度障害，9点以上を高度障害とする。本尺度では，得点が高いほど睡眠が害されていると判定される。PSQI-J以外の項目は総睡眠時間，睡眠潜時，睡眠効率の3項目とした。

(5) 会話交流：最近一ヵ月位を目安とした普段の平均的な会話交流の状態を把握するために調査項目は，会話の嗜好，一日の会話時間，一回の会話時間，一日の満足する会話回数，満足する会話相手の5項目<sup>6)</sup>とした。

## 2) 対象地区の概要

谷山地区は，永田川，和田川等の下流域沿岸の平坦地とそれらを囲む丘陵地，内陸の山間地，臨海部の埋立造成地および自然海岸で構成されている。交通結節点である JR 谷山駅の周辺においては，幹線道路の混雑や中心商店街の活力低下が見られる。臨海部においては，谷山港の港湾機能を生かし，飼料，機械，金属，食品，印刷等の製造業や卸商業団地が形成されている。平川地区では，野菜や果樹・畜産等の農業が行われている。谷山地区は権現ヶ尾から烏帽子岳にいたる広大な山林や平川の海岸など，豊かな自然環境に恵まれている。平川地区には，レクリエーション機能を有した平川動物公園，錦江湾公園，ヨットハーバー等の施設がある<sup>12)</sup>。平成28年の谷山地区の人口は160,336人であり，前年に比べ0.1%人口が増えており，谷山地区の人口は近年増加傾向にあり，また，世帯数は66,656世帯であり，前年に比べ1.0%増えている<sup>13)</sup>。

## 4. 分析方法

基本属性，生活習慣，高齢者うつ（うつ傾向あり，うつ傾向なし），睡眠，会話交流は平均値と比率を算出し t 検定および  $\chi^2$  検定または Fisher の直接確率法を用いた。高齢者うつと睡眠，会話交流，生活習慣閉じこもりとの関連は Spearman 順位相関係数を用いた。高齢者うつを従属変数とし，睡眠の質，入眠時間，睡眠障害，会話の嗜好，満足する会話回数，満足する会話相手－友人，楽しい話題－趣味，食事－朝食，性別を独立変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。高齢者うつを従属変数とし，睡眠の質，満足する会話相手－友人，会話の嗜好，食事－朝食を独立変数としてロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。なお，有意水準5%未満を有意差ありとし，統計処理は統計解析ソフト IBM SPSS Statistics Ver26.0を使用した。

## 5. 倫理的配慮

まず、鹿児島市民生委員児童委員協議会会長と各谷山地区民生委員児童委員協議会会長に対して本研究の主旨や方法、結果の処理、研究の参加に同意しなかった場合でも不利益を受けないこと等の説明を行った。その後、鹿児島市民生委員児童委員協議会会長と各谷山地区民生委員児童委員協議会会長より同意を得た。次に、谷山地区の研究協力者に対し、研究協力依頼書、自記式質問紙を配布した。研究協力依頼書には、本研究の主旨や方法、結果の処理、知り得た情報の匿名性を厳守するとともに研究の参加に同意しなかった場合でも不利益を受けないこと、家族等による代理人の回答も可能であること、本研究以外には使用しないことを明記し、個人での調査票回収に応じたことをもって研究に同意したとみなすことを記載した。

## 6. 用語の定義

- 1) 会話交流：高齢者が家族・親戚・友人等と言語的に会話をすることであり、電話やメールでの手段も含む<sup>6)</sup>。
- 2) 精神的健康：高齢者うつのない状態である。
- 3) 閉じこもり：1週間に1回以上の外出ありを「非閉じこもり」、外出が1週間に1回未満を「閉じこもり」とする。
- 4) 睡眠の質：主観的な睡眠の質の評価とする。
- 5) 入眠時間：主観的な睡眠潜時であり、寢床についてから眠るまでにかかった時間（分）とする。
- 6) 睡眠時間：夜間の総睡眠時間とする。
- 7) 睡眠効率：総睡眠時間 / 床内時間（就床時刻 - 起床時刻）×100で算出する。
- 8) 日中覚醒困難：日中の過眠と意欲の持続の程度の評価とする。

## IV. 結果

研究協力の得られた高齢者157人のうち一人暮らし高齢者103人を分析対象とした。有効回答率は66.0%であった。

### 1. 対象者の特性（表1）

総睡眠時間439.4分、睡眠潜時25.分、睡眠効率86.4%であった。高齢者うつ傾向あり22人（21.4%）、高齢者うつ傾向なし81人（78.6%）であった。他は表1に示すとおりである。

### 2. 高齢者うつと要因との関連（表2-1、表2-2、表2-3）

「うつ傾向あり」と「うつ傾向なし」との比較で関連を認めた項目は14項目であった。「うつ傾向あり」が優位に高かった6項目は、「性別」は男性（ $P=0.01$ ）、「GDS 得点」は $8.6 \pm 2.3$ （ $P=0.001$ ）、「GDS 得点区分」はうつ傾向とうつ状態を合わせて21.3%（ $P=0.001$ ）。「睡眠の質」は $1.6 \pm 0.7$ （ $P=0.001$ ）、「日中の覚醒困難」は $0.5 \pm 0.7$ （ $P=0.001$ ）、「PSQI-J 総合得点」は $6.5 \pm 3.7$ （ $P=0.05$ ）であった。一方、「うつ傾向あり」が優位に低かった8項目は、「配偶者の有無」は配偶者あり（ $P=0.01$ ）、「会話の嗜好」では、かなり好きと好きな方13.6%、かなり嫌いと嫌いな方7.8%と会話を好む人（ $P=0.001$ ）、「1日の満足する会話回数」は1回以上12.4%（ $P=0.01$ ）、「満足する会話相手」は友人6.8%（ $P=0.01$ ）、「楽しい会話」は趣味5.9%（ $P=0.05$ ）、「生活時間」は規則的18.4%（ $P=0.05$ ）、「食事－朝食」は食べる19.5%（ $P=0.001$ ）、「食事－偏食」はバランスが良い16.5%（ $P=0.001$ ）であった。

表1 対象者の特性

n = 103

項目		全体	項目		全体
<b>【対象者の概要】</b>			<b>【会話交流】</b>		
性別:人(%)	男性	46(44.7)	会話の嗜好:人(%)	かなり好き	18(17.5)
	女性	57(55.3)		好きな方	73(70.9)
年齢:歳 mean±SD		77.9±6.46		嫌いな方	11(10.7)
年齢区分:人(%)	65歳～74歳	30(29.1)		かなり嫌い	1( 0.9)
	75歳以上	73(70.9)	1日の会話時間:分 mean±SD		59.3±38.86
BMI:mean±SD		22.0±3.15	1回の会話時間:分 mean±SD		31.2±24.37
配偶者の有無:人(%)	あり	5( 5.0)	1日の満足する会話回数(%)	ほとんどない	15(14.6)
	なし	97(95.0)		1回	29(28.2)
子どもの有無:人(%)	あり	85(82.5)		2回	26(25.2)
	なし	18(17.5)		3回	13(12.6)
				4回	7( 6.8)
				5回以上	6( 5.8)
<b>【高齢者うつ】</b>			満足する会話相手:人(%)	配偶者	2(1.9)
GDS得点:mean±SD		3.3±3.26		友人	62(60.2)
GDS得点区分:人(%)	6点以下(うつ傾向なし)	81(78.6)		子ども	48(46.6)
	6点～10点(うつ傾向)	19(18.5)		兄弟・姉妹	21(20.4)
	11点以上(うつ状態)	3( 2.9)		親戚	10(9.7)
				孫・ひ孫	16(15.5)
<b>【睡眠】</b>			楽しい話題:人(%)	家族	12(11.8)
睡眠の質:mean±SD		1.04±0.56		テレビ・ラジオ	47(46.1)
入眠時間:mean±SD		1.00±0.91		新聞・雑誌	22(21.6)
睡眠時間:mean±SD		0.72±0.76		読書	3( 2.9)
睡眠効率:mean±SD		0.66±1.02		旅行	18(17.6)
睡眠困難:mean±SD		1.02±0.66		買い物	14(13.7)
眠剤の使用:mean±SD		0.63±1.02		食事	30(29.4)
日中の覚醒困難:mean±SD		0.21±0.48		趣味	35(34.3)
PSQI-J総合得点:mean±SD		5.11±3.10		健康	41(40.2)
				昔の思い出	26(25.5)
				世間話	51(50.0)
				友人	17(16.7)
<b>【活動】</b>			<b>【生活習慣】</b>		
外出頻度:人(%)	1週間に5回以上	40(39.2)	食事-塩分:人(%)	控えている	60(58.3)
	4回(1日おき)	22(21.6)		時々控えている	34(33.0)
	3回	21(20.6)		控えていない	9( 8.7)
	1回未満	11(10.8)	食事-ドリンク:人(%)	飲む	58(58.0)
	その他	8( 7.8)		飲まない	42(42.0)
			飲酒:人(%)	毎日飲む	16(16.7)
				1週間に4日以上飲む	4( 4.2)
				1週間に1～3日飲む	3( 3.1)
				たまに飲む	18(18.8)
				飲まない	55(57.3)
			喫煙:人(%)	吸っている	3( 2.9)
				吸わない	99(97.0)

(注) カテゴリー変数の検定はt検定、 $\chi^2$ 検定またはFisherの直接確率法を用いた。  
 年齢、BMI (Body Math Index)、GDS得点、睡眠、1日の会話時間、1回の会話時間の検定はt検定を用いた。  
 満足する会話相手、楽しい話題は複数回答である。  
 睡眠の質、入眠時間は点数が高いほど状態が悪いことを表す。  
 入眠時間：睡眠潜時を表す。

表2-1 高齢者うつと要因との関連

n=103

項目	うつ傾向あり n=22	うつ傾向なし n=81	p 値
<b>【対象者の概要】</b>			
性別：人 (%)			
男性	16 (15.5)	30 (29.1)	0.004 **
女性	6 ( 5.8)	51 (49.5)	
年齢：歳 mean ± SD	77.9±6.7	77.9±6.4	0.985 <sup>ns</sup>
年齢区分：人 (%)			
65歳～74歳	6 ( 5.8)	24 (23.3)	1.000 <sup>ns</sup>
75歳以上	16 (15.5)	57 (55.3)	
BMI：mean ± SD	22.6±6.0	22.9±3.2	0.732 <sup>ns</sup>
配偶者の有無：人 (%)			
あり	4 ( 3.9)	1 ( 1.0)	0.007 **
なし	18 (17.6)	79 (77.5)	
子どもの有無：人 (%)			
あり	18 (17.5)	67 (65.0)	1.000 <sup>ns</sup>
なし	4 ( 3.9)	14 (13.6)	
<b>【高齢者うつ】</b>			
GDS 得点：mean ± SD	8.6±2.3	1.9±1.6	0.000 ***
GDS 得点区分：人 (%)			
6点以下 (うつ傾向なし)	0 ( 0.0)	81 (78.6)	0.000 ***
6点～10点 (うつ傾向)	19 (18.4)	0 ( 0.0)	
11点以上 (うつ状態)	3 ( 2.9)	0 ( 0.0)	
<b>【睡眠】</b>			
睡眠の質：mean ± SD	1.6±0.7	0.9±0.4	0.000 ***
入眠時間：mean ± SD	1.3±1.1	0.9±0.8	0.063 <sup>ns</sup>
睡眠時間：mean ± SD	0.6±0.8	0.8±0.8	0.389 <sup>ns</sup>
睡眠効率：mean ± SD	0.9±1.2	0.6±1.0	0.332 <sup>ns</sup>
睡眠困難：mean ± SD	1.2±0.7	1.0±0.7	0.192 <sup>ns</sup>
眠剤の使用：mean ± SD	0.6±1.1	0.6±1.0	0.990 <sup>ns</sup>
日中の覚醒困難：mean ± SD	0.5±0.7	0.1±0.4	0.001 **
PSQI-J 総合得点：mean ± SD	6.5±3.7	4.7±2.8	0.017 *
<b>【活動】</b>			
外出頻度：人 (%)			
1週間に5回以上	5 ( 4.9)	35 (34.3)	0.240 <sup>ns</sup>
4回 (1日おき)	5 ( 4.9)	17 (16.7)	
3回	7 ( 6.9)	14 (13.7)	
1回未満	4 ( 3.9)	7 ( 6.9)	
その他	1 ( 1.0)	7 ( 6.9)	

(注) カテゴリー変数の検定はt検定、 $\chi^2$ 検定またはFisherの直接確率法を用いた。

年齢、BMI (Body Mass Index)、GDS得点、睡眠の検定はt検定を用いた。

\*\*\*P<0.001 \*\*P<0.01 \*P<0.05 ns: non significant

睡眠の質、入眠時間は点数が高いほど状態が悪いことを表す。

入眠時間：睡眠潜時を表す。

表2-2 高齢者うつと要因との関連

n=103

項目		うつ傾向あり n=22	うつ傾向なし n=81	p 値
<b>【会話交流】</b>				
会話の嗜好：人（％）	かなり好き	1 ( 1.0)	17 (16.5)	0.000 ***
	好きな方	13 (12.6)	60 (58.3)	
	嫌いな方	7 ( 6.8)	4 ( 3.9)	
	かなり嫌い	1 ( 1.0)	0 ( 0.0)	
1日の会話時間：分 mean ± SD		51.1±44.0	61.7±37.3	0.284 <sup>n.s</sup>
1回の会話時間：分 mean ± SD		24.3±17.2	32.9±25.6	0.179 <sup>n.s</sup>
1日の満足する会話回数（％）	ほとんどない	9 ( 9.4)	6 ( 6.3)	0.003 **
	1回	7 ( 7.3)	22 (22.9)	
	2回	2 ( 2.1)	24 (25.0)	
	3回	1 ( 1.0)	12 (12.5)	
	4回	1 ( 1.0)	6 ( 6.3)	
	5回以上	1 ( 1.0)	5 ( 5.2)	
満足する会話相手：人（％）	配偶者	0 ( 0.0)	2 ( 1.9)	1.000 <sup>n.s</sup>
	友人	7 ( 6.8)	55 (53.4)	0.002 **
	子ども	13 (12.6)	35 (34.0)	0.185 <sup>n.s</sup>
	兄弟・姉妹	4 ( 3.9)	17 (16.5)	1.000 <sup>n.s</sup>
	親戚	1 ( 1.0)	9 ( 8.7)	0.685 <sup>n.s</sup>
	孫・ひ孫	3 ( 2.9)	13 (12.6)	1.000 <sup>n.s</sup>
楽しい話題：人（％）	家族	3 ( 2.9)	9 ( 8.8)	0.708 <sup>n.s</sup>
	テレビ・ラジオ	11 (10.8)	36 (35.3)	0.516 <sup>n.s</sup>
	新聞・雑誌	2 ( 2.0)	20 (19.6)	0.232 <sup>n.s</sup>
	読書	1 ( 1.0)	2 ( 2.0)	0.503 <sup>n.s</sup>
	旅行	1 ( 1.0)	17 (16.7)	0.111 <sup>n.s</sup>
	買い物	3 ( 2.9)	11 (10.8)	1.000 <sup>n.s</sup>
	食事	7 ( 6.9)	23 (22.5)	0.658 <sup>n.s</sup>
	趣味	3 ( 5.9)	32 (31.4)	0.039 *
	健康	6 ( 5.9)	35 (34.3)	0.318 <sup>n.s</sup>
	昔の思い出	4 ( 3.9)	22 (21.6)	0.579 <sup>n.s</sup>
	世間話	9 ( 8.8)	42 (41.2)	0.463 <sup>n.s</sup>
	友人	4 ( 3.9)	13 (12.7)	0.747 <sup>n.s</sup>

(注) カテゴリー変数の検定は t 検定,  $\chi^2$ 検定または Fisher の直接確率法を用いた。

1日の会話時間, 1回の会話時間の検定は t 検定を用いた。

満足する会話相手, 楽しい話題は複数回答である。

\*\*\*P<0.001 \*\*P<0.01 \* P<0.05 n.s : non significant

表2-3 高齢者うつと要因との関連

n = 103

項目		うつ傾向あり n = 22	うつ傾向なし n = 81	p 値
<b>【生活習慣】</b>				
生活時間：人 (%)	非常に規則的	2 ( 1.9)	13 (12.6)	0.024 *
	大体において規則的	17 (16.5)	67 (65.0)	
食事－朝食：人 (%)	不規則	3 ( 2.9)	1 ( 1.0)	0.000 ***
	ほぼ毎日食べる	15 (14.6)	81 (78.6)	
食事－偏食：人 (%)	時々食べる	5 ( 4.9)	0 ( 0.0)	0.000 ***
	食べない	2 ( 1.9)	0 ( 0.0)	
	バランスが良い	6 ( 5.8)	34 (33.0)	
食事－間食：人 (%)	少しバランスが良い	11 (10.7)	47 (45.6)	0.566 <sup>n.s</sup>
	偏食	5 ( 4.9)	0 ( 0.0)	
	ほとんど食べない	7 ( 6.9)	19 (18.8)	
食事－塩分：人 (%)	時々食べる	10 (9.9)	46 (45.5)	0.921 <sup>n.s</sup>
	ほぼ毎日食べる	5 ( 5.0)	14 (13.9)	
	控えている	12 (11.7)	48 (46.6)	
食事－ドリンク：人 (%)	時々控えている	8 ( 7.8)	26 (25.2)	0.929 <sup>n.s</sup>
	控えていない	2 ( 1.9)	7 ( 6.8)	
	飲む	12 (12.0)	46 (46.0)	
飲酒：人 (%)	飲まない	9 ( 9.0)	33 (33.0)	0.100 <sup>n.s</sup>
	毎日飲む	2 ( 2.1)	14 (14.6)	
	1週間に4日以上飲む	3 ( 3.1)	1 ( 1.0)	
	1週間に1～3日飲む	1 ( 1.0)	2 ( 2.1)	
	たまに飲む	4 ( 4.2)	14 (14.6)	
喫煙：人 (%)	飲まない	11 (11.5)	44 (45.8)	0.107 <sup>n.s</sup>
	吸っている	0 ( 0.0)	3 ( 2.9)	
	吸わない	22 (21.6)	77 (75.5)	

(注) カテゴリー変数の検定は  $\chi^2$  検定または Fisher の直接確率法を用いた。

\*\*\*P<0.001 \*\*P<0.01 \* P<0.05 n.s : non significant



### 3. 高齢者うつと睡眠・会話交流・生活習慣・閉じこもりとの相関

GDSと睡眠との関連は、睡眠障害 ( $r_s=0.214$ ,  $P<0.05$ ) との正の相関を認めた。一方、睡眠の質 ( $r_s=-0.559$ ,  $P<0.01$ )、睡眠潜時 ( $r_s=-0.242$ ,  $P<0.05$ ) との負の相関を認めた。睡眠と会話交流との関連は、睡眠の質と会話の嗜好 ( $r_s=0.344$ ,  $P<0.01$ )、一日の満足する会話回数 ( $r_s=-0.202$ ,  $P<0.05$ )、睡眠潜時と一日の満足する会話回数 ( $r_s=-0.264$ ,  $P<0.01$ ) との正の相関を認めた。一方、睡眠障害と会話の嗜好 ( $r_s=-0.242$ ,  $P<0.05$ ) との負の相関を認めた。睡眠では、睡眠の質と睡眠潜時 ( $r_s=0.365$ ,  $P<0.01$ ) との正の相関を認めた。睡眠障害 ( $r_s=-0.425$ ,  $P<0.01$ )、睡眠潜時と睡眠障害 ( $r_s=-0.418$ ,  $P<0.01$ ) との負の相関を認めた。

GDSと会話交流との関連は、会話の嗜好 ( $r_s=-0.401$ ,  $P<0.01$ )、一日の満足する会話回数 ( $r_s=-0.322$ ,  $P<0.01$ )、満足する会話相手-友人 ( $r_s=-0.302$ ,  $P<0.01$ )、楽しい話題-趣味 ( $r_s=-0.215$ ,  $P<0.05$ ) との負の相関を認めた。

会話交流と性別との関連は、会話の嗜好 ( $r_s=-0.343$ ,  $P<0.01$ )、一日の満足する会話回数 ( $r_s=-0.203$ ,  $P<0.05$ ) との負の相関を認めた。会話交流と年齢との関連は、会話の嗜好 ( $r_s=0.300$ ,  $P<0.01$ ) との正の相関を認めた。一方、満足する会話相手-友人 ( $r_s=-0.259$ ,  $P<0.01$ )、楽しい話題-趣味 ( $r_s=-0.304$ ,  $P<0.01$ ) との負の相関を認めた。生活習慣と年齢との関連は、食事-朝食 ( $r_s=0.220$ ,  $P<0.05$ ) との正の相関を認めた。会話交流では、一日の満足する会話回数と満足する会話相手-友人 ( $r_s=0.303$ ,  $P<0.01$ )、満足する会話相手-友人と楽しい話題-趣味 ( $r_s=0.298$ ,  $P<0.01$ ) との正の相関を認めた。

会話交流と生活習慣との関連は、楽しい話題-趣味と食事-朝食 ( $r_s=-0.196$ ,  $P<0.05$ ) との負の相関を認めた。

GDSと性別との関連は ( $r_s=0.294$ ,  $P<0.01$ ) との正の相関を認めた。GDSと生活習慣との関連は、食事-朝食 ( $r_s=-0.270$ ,  $P<0.01$ ) との負の相関を認めた。閉じこもりと生活習慣との関連は、食事-朝食 ( $r_s=-0.296$ ,  $P<0.01$ ) との負の相関を認めた。閉じこもりと性別 ( $r_s=0.224$ ,  $P<0.05$ ) との正の相関を認めた。なお、結果は表に示していない。

### 4. 高齢者うつを従属変数とする重回帰分析 (表3)

従属変数を高齢者うつとして重回帰分析を行った結果、高齢者うつと正の相関があった要因は、睡眠の質 ( $\beta=0.445$ ,  $p=0.000$ , variance inflation factor : VIF=1.153)、満足する会話相手-友人 ( $\beta=0.248$ ,  $p=0.002$ , VIF=1.020)、会話の嗜好 ( $\beta=0.212$ ,  $p=0.011$ , VIF=1.148)、食事-朝食 ( $\beta=0.176$ ,  $p=0.026$ , VIF=1.035) であった。

### 5. 高齢者うつを従属変数とするロジスティック回帰分析 (表4)

従属変数を高齢者うつとしてロジスティック回帰分析を行った結果、高齢者うつの改善因子となったのは、睡眠の質 (odds ratio, OR=17.842)、会話の嗜好 (OR=7.084)、満足する会話相手-友人 (OR=5.616) であった。一方、食事-朝食は優位差を認めなかった。

## V. 考察

### 1. 一人暮らし高齢者のうつに関連する要因の検討

総睡眠時間は加齢に伴い減少し、70歳代では、睡眠時間は平均6時間まで短縮することや睡眠潜時が延長する<sup>14)</sup>。また、睡眠効率は80%以下になりやすい<sup>15)</sup>ことが報告されている。本研究では、一人暮らし高齢者の総睡眠時間439.4分、睡眠潜時25.1分、睡眠効率86.4%、PSQI-J総合得点 $5.1 \pm 3.1$ 点であることより、

表3 高齢者うつを従属変数とする重回帰分析(ステップワイズ法)

	$\beta$	p 値	VIF
睡眠の質	0.445	0.000	1.153
満足する会話相手-友人	0.248	0.002	1.020
会話の嗜好	0.212	0.011	1.148
食事-朝食	0.176	0.026	1.035
R	0.687 ***		
R <sup>2</sup>	0.472 ***		
調整済み R	0.448 ***		

$\beta$  : 標準偏回帰係数 VIF : variance inflation factor \*\*\*P<0.001

(注) ダミー変数

独立変数: 睡眠の質: 良い (1) 悪い (0)  
 満足する会話相手-友人: いる (1) いない (0)  
 会話の嗜好: はい (1) いいえ (0)  
 食事-朝食: 食べる (1) 食べない (0)

表4 高齢者うつを従属変数とするロジスティック回帰分析(強制投入法)

	OR	95% CI	p 値
睡眠の質	17.842	4.037-78.861	0.000
会話の嗜好	7.084	1.351-37.155	0.084
満足する会話相手-友人	5.616	1.509-20.901	0.010

モデル  $\chi^2$  検定: P<0.001 Hosmer Lemeshow の検定: P=0.483

判別率: 87.4%

OR : odds ratio

95% CI : 95% confidence interval

(注) ダミー変数

従属変数: 高齢者うつ: うつ傾向なし (1) うつ傾向あり (0)  
 独立変数: 睡眠の質: 良い (1) 悪い (0)  
 満足する会話相手-友人: いる (1) いない (0)  
 会話の嗜好: はい (1) いいえ (0)

先行研究に比べ睡眠の状態は概ね良好と言える。

睡眠と高齢者うつ傾向との関連については抑うつ度と睡眠は高い関連性があると報告されている<sup>16)</sup>。本研究では、高齢者うつ傾向のある人は、睡眠潜時も低い傾向であり、日中の覚醒困難や睡眠障害が高く、睡眠の質も低く、不良な睡眠状態である。したがって、睡眠と精神的健康との関連においては、特に睡眠の質の低い人に高齢者うつ傾向の人が多くことより、睡眠は高齢者うつに影響を及ぼすと考える。

会話交流では、一日の満足する会話回数1回から5回以上の方は78.6%と多いが、ほとんど会話しない人も14.6%いる。一人暮らし高齢者の88.4%の方は会話を好むが、一方では12.0%の方は会話を好まない傾向がある。また、会話を好む人ほど満足する会話回数が多い。一人暮らし高齢者は、友人との会話に満足している人が多く、楽しい話題は趣味に関するものが多いと言える。一人暮らし高齢者においては、仲間との会話の頻度が多いほど楽しみが多いことが報告されている<sup>17)</sup>。楽しい会話は、短時間であっても自律神経系の働きを活性化し、終了後に心の充実感やリラックス効果が増加することが報告されている<sup>5)</sup>。一人暮らし高齢者にとっては、これまで築きあげてきた親しい友人との会話交流は、価値観を共有できる同年代との交流を可能にし、信頼関係を深める。その結果、心身の安寧を維持することになり、良好な睡眠や精神的健康の維持に繋がると考える。

睡眠と会話交流との関連では、一人暮らし高齢者は会話を好む人や満足する会話回数の多い人は睡眠の質が高い。会話交流と高齢者うつ傾向との関連については抑うつ度と会話交流は関連性があると報告され

ている<sup>6)</sup>。本研究では、高齢者うつ傾向のある人は、会話を好まず満足する会話回数が少ない、友人との会話が少なく趣味の話題が少ない。先行研究では、一人暮らしの男性は、孤立しやすい者が多く、友人や知人をはじめとする他者との社会的交流が少ないことが報告されている<sup>6)</sup>。本研究では、高齢者うつ傾向のある男性は会話を好まず満足する会話回数も少ない。また、年齢が高い人は会話を好み、友人との会話に満足し趣味の話題を楽しんでいる。したがって、会話交流と高齢者うつとの関連においては、特に会話を好まない人や友人との会話に満足していない人に高齢者うつ傾向の人が多くことより、会話交流は高齢者うつに影響を及ぼすと考える。

生活習慣と高齢者うつ傾向との関連については、虚弱に関連する要因の一つには、日常的な身体活動の少なさや栄養摂取に関する問題などの身体的な要因があると考えられている。本研究では、偏食と高齢者うつ傾向のある人との関連は示されなかった。一方、高齢者うつ傾向のある人は朝食の摂取が低い。したがって、特に朝食の摂取の少ない人に高齢者うつ傾向の人が多くことより、生活習慣は高齢者うつに影響を及ぼすと考える。

生活習慣と閉じこもりとの関連では、一人暮らし高齢者は朝食を摂取しない人に閉じこもりが多い。高齢者は一人暮らしの期間が長くなると外出する頻度が低くなり、また栄養不足により身体活動が少なくなり閉じこもりになりやすいと考えられる。閉じこもりと高齢者うつ傾向との関連については、外出の頻度が低い人は不眠や抑うつになりやすいと報告されている<sup>6)</sup>。本研究では、一人暮らしの男性は閉じこもりが多いが、閉じこもりと高齢者うつ傾向のある人との関連は示されなかった。これまでの研究では外出により友人関係を築き、このことが孤立を緩和させ、安心感や親密感の獲得やストレス緩和に繋がり、高齢者うつ傾向を低くすると考えられている。

以上のことより、社会的交流の一つである会話交流と睡眠および生活習慣とは関連が認められ、高齢者うつに関連する要因は睡眠「睡眠の質」、会話交流「会話の嗜好」、会話交流「満足する会話相手-友人」、生活習慣「食事-朝食」であることが明らかになった。

## 2. 一人暮らし高齢者の精神的健康を高めるための支援のあり方

本研究において、一人暮らし高齢者うつの改善のためには、個人因子である「睡眠の質」「会話の嗜好」「満足する会話相手-友人」が関連することが明らかになった。その一方で趣味の話題は高齢者うつの改善因子ではなかった。

一人暮らし高齢者の精神的健康には、友人との接触やソーシャルサポートなどの要因が関連することが報告されている<sup>17)</sup>。先行研究では、楽しいと感じる趣味活動がない人において、抑うつ傾向を示す頻度が高く、高齢者にとって、趣味やスポーツをするということが自己価値を与え、このことが情緒の安定、ひいてはQOLを高めると報告されている<sup>18)</sup>。このことから、個々の興味・関心のある地域での活動の機会を提供することが、共通の話題を持つ友人づくりに繋がる可能性が高く、友人との会話交流を増やすことになると考える。しかしながら高齢者の友人が死亡した場合は、ストレス要因となり高齢者うつになりやすいため、日頃から友人との関係を把握しておくことが必要と考える。

高齢者は一人暮らしの期間が長くなると外出する頻度が低くなり、閉じこもりがちになるため、社会的交流の途切れている一人暮らし高齢者を把握し、足を運びやすい身近な行事に誘うなど、地域で見守りながら支援していくことが必要と考える。

会話交流は、日常的に取り入れやすい活動であり、睡眠の質を高める支援の一助となり得る。睡眠障害には、睡眠衛生教育や快眠のための認知行動療法などの非薬物療法の効果が数多く認められていることから、睡眠薬に依らないこれらの安全な支援方法で、高齢者の睡眠の改善を図ることが可能であろう。高齢者うつは要介護状態の発生とも強く関連しているため、睡眠の改善によって、高齢者うつ傾向が改善され

る可能性を探ることは、介護予防のためにも有益であると考えられる。

一人暮らし高齢者においては、家族、近隣、友人のいずれもサポート提供の割合が低く、一人暮らし高齢者が孤立しやすい<sup>19)</sup>。女性は近隣ネットワークへの帰属意識が男性に比べて高い<sup>19)</sup>。一方、ネットワークにおいて女性は友人関係形成の機会が重要であり、男性は婚姻関係の有無が重要であることが指摘されている<sup>19)</sup>。つまり高齢者二人暮らしのうち、男性が一人残された場合には、ネットワークが途切れ、会話交流の不足や閉じこもりなどから社会的支援が途切れる可能性が高まると考えられる。

以上のことより、一人暮らし高齢者の精神的健康を高めるためには、睡眠の改善、友人づくりや性別を考慮したうえで、友人との会話の満足が持てるようサポートを調整する必要がある。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、一地域に限られた横断研究であるため、一般化には限界がある。今後は、調査地域を拡大することや縦断研究により、地域在住の一人暮らし高齢者の精神的健康に関連する要因を明らかにし、適切な具体策を検討することが課題である。

## VII. 結論

地域在住一人暮らし高齢者の精神的健康に関連する要因と支援のあり方を検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 精神的健康に関連する要因は、「睡眠の質」「満足する会話相手－友人」「会話の嗜好」「朝食の摂取」の4つであった。
2. 精神的健康の改善因子は、「睡眠の質」「満足する会話相手－友人」「会話の嗜好」の3つであった。
3. 精神的健康を高めるためには、睡眠の質の改善、友人づくりや性別を考慮したうえで友人との会話の満足が持てるようサポートを調整する必要性が示唆された。

## 謝辞

本研究にあたり、鹿児島県民生委員児童委員協議会会長及び谷山地区民生委員児童委員協議会会長、民生委員の皆様をはじめ研究に快くご協力くださいました谷山地区の皆様にご心より感謝申し上げます。

なお、本研究は平成30・令和元年度鹿児島国際大学附置地域総合研究所共同研究プロジェクトの研究助成を受けて実施したものである。

## 引用文献

1. 厚生労働統計協会編 (2018)『国民衛生の動向, 厚生指針』, 厚生労働統計協会.
2. 内閣府編 (2018)『高齢社会白書』, 内閣府, 2018.
3. 鹿児島県: 鹿児島県高齢者保健福祉計画平成30年度～32年度  
[https://www.pref.kagoshima.jp/ab13/kenko-fukushi/koreisya/keikaku/documents/65249\\_20180412143128-1.pdf](https://www.pref.kagoshima.jp/ab13/kenko-fukushi/koreisya/keikaku/documents/65249_20180412143128-1.pdf) (2020.1.31)
4. 厚生労働省: 健康日本21 (第二次)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html) (2020.1.31)
5. 高田大輔・松田ひとみ (2013)「高齢者の自律神経系の反応からみた「楽しい会話」によるケアの可能性—「音読」と比較して—」, 『日本プライマリー・ケア連合学会誌』, 36 (1), p5-10.

6. 永田美和子・松田ひとみ・岡本紀子 (2016) 「沖縄県在住ひとり暮らし高齢者の生活習慣および会話交流と睡眠との関連」, 『高齢者ケアリング学研究会誌』, 6 (2), p1-9.
7. 上田雪子 (2019) 「地域在住高齢者の睡眠と精神的健康および会話交流に関する研究—ひとり暮らし世帯と夫婦世帯との比較—」, 『地域総合研究』, 46 (2), p1-17.
8. 高橋龍太郎 (1999) 「精神機能評価法, うつ病のスクリーニング, 高齢者の生活機能評価ガイド」, 『医歯薬出版』, p43-50.
9. 矢富直美 (1994) 「日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目特性の検討」, 『老年社会科学』, 16 (1), p29-36.
10. Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, Okawa M, Kim K, Shibui K, Kamei Y (2000). Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. *Psychiatry Res*; 97 (2-3): 165-172.
11. 土井由利子・箕輪眞澄・大川匡子・内山真 (1998) 「ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成」, 『精神科治療学』, 13 (6), p755-769.
12. 鹿児島市：第五次総合計画, 基本計画編, 地区別計画  
<http://www.city.kagoshima.lg.jp/kikakuzaisei/kikaku/seisaku-k/shise/shisaku/sogo/h24-h33.html> (2020.1.31)
13. 鹿児島市：各地区の人口と世帯数,  
<https://www.city.kagoshima.lg.jp/san-shien/sangyo/shokogyo/kekaku/shotengai/documents/10>. (2020.1.31)
14. 田中秀樹 (2013) 「高齢者への睡眠マネジメント」, 『日本機械学会誌』, 116 (1140), p 778-782.
15. 三島和夫 (2015) 「高齢者の睡眠と睡眠障害」, 『保健医療科学』, 64 (1), p27-32.
16. 内田直 (2015) 「老年期の不眠症とうつ」, 『老年医学』, 53 (10), p 1073-1077.
17. 岡戸順一 (2002) 「高齢者の社会的ネットワークと主観的幸福感との関連」, 『東洋大学発達臨床研究紀要』, 2, p75-86.
18. 黒田研二・隅田好美 (2002) 「高齢者における日常生活自立度低下の予防に関する研究 (第2報) —抑うつに関連する要因—」, 『厚生指標』, 49 (8), p14-19.
19. 村田千代栄・斎藤嘉孝・近藤克則, 他 (2011) 「地域在住高齢者における社会的サポートと抑うつとの関連—AGES プロジェクト—」, 『老年社会科学』, 33 (1).