

# 95歳以上の超高齢者のメンタルヘルス疫学研究

慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室

助教 新村 秀人

(共同研究者)

慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室	教授	三村 將
慶應義塾大学理工学部 外国語・総合教育教室	教授	高山 緑

(研究協力者)

慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室	研究員	江口 洋子
慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室	大学院博士課程	喜田 恒

## はじめに

超高齢社会にあるわが国において、今後人口減少が進む中でも、85歳以上の超高齢者層はむしろ増加すると予想される。85歳以上の高齢者は、全般的に心身の機能の大幅な低下により、医療・介護・福祉の必要性が高くなる。わが国の平均寿命は、2015年に男性80.79歳、女性87.05歳まで、健康寿命も男性71.19歳、女性74.21歳まで伸長しているが、健康寿命の基盤となる超高齢者のメンタルヘルスについては、まだ十分な検討がなされていない<sup>1)</sup>。そこで、本研究では、東京都荒川区をフィールドとして、95歳以上の超高齢者のメンタルヘルスについて調査し、自治体のもつ介護情報も活用することにより、心身の健康、生活・介護・医療状況について検討する。

## 方 法

対象者は、東京都荒川区に在住する2016年1月1日時点で95歳以上の全員で、同意を得られた者を調査参加者とする。第1次調査では、質問票を自宅に郵送し、調査参加者本人の生活・介護状況、身体的健康関連指標（運動機能、ADL、IADL、既往疾患）・精神的健康関連指標（精神的ウェルビーイング、向老意識）・社会的健康関連指標（仕事、家族、近所付き合い）、および、介護者の生活状況や介護状況につき調査を行なう。また、荒川区の協力を得て、介護保険に関する情報を得て、本調査データとの突合を行う。第2次調査では、専門職（医師・臨床心理士）が居宅（自宅・施設・病院）を訪問して対面聞き取り調査を行う。具体的には、メンタルヘルス・認知機能（認知症、軽度認知障害（MCI）、うつ病）、身体状態（視覚、血圧、握力、下肢筋力）の評価を行う。調査データをもとにして、95歳以上の超高齢者のメンタルヘルスについての人口ベースの疫学的状況を把握する。

## 結 果

### (1) 人口データおよび介護度情報

2016年1月1日に住民基本台帳から抽出した95歳以上の対象者は542人であったが、調査中間集計時の2016年10月1日までの時点で、98人が死亡し、生存者は442名であった。9か月間での生存率81.5%、死亡率18.5%であったことになる。介護度ごとの生存・死亡者を表1に、介護度ごとの対象者数と生存者率を図1に示す。95歳以上の住民で、542名のうち、要介護(1～5)は456人(84.1%)、要支援(1～2)は34人(6.3%)、介護度なしは52人(9.6%)であった。(表1) 抽出から9か月後の10月1日時点での生存率は、介護度が上がるにつれて低くなり、介護度なし、要支援では9か月生存率は94%以上だが、要介護5では63%まで低下していた。(表1、図1)

表1 介護度ごとの生存・死亡者

介護度	2016年1月1日抽出時の対象者		2016年10月1日時点での生存者 (介護度ごとの9か月生存率)	2016年10月1日時点での死亡者 (介護度ごとの9か月死亡率)
なし	52	52 (9.6%)	49 (94.2%)	3 (5.8%)
要支援1	20	34 (6.3%)	19 (95.0%)	1 (5.0%)
要支援2	14		14 (100%)	0 (0%)
要介護1	54	456 (84.1%)	49 (90.7%)	5 (9.3%)
要介護2	78		69 (88.5%)	8 (11.5%)
要介護3	85		68 (80.0%)	16 (20.0%)
要介護4	137		109 (79.6%)	28 (20.4%)
要介護5	102		65 (63.7%)	37 (36.3%)
計	542		442 (81.5%)	98 (18.5%)

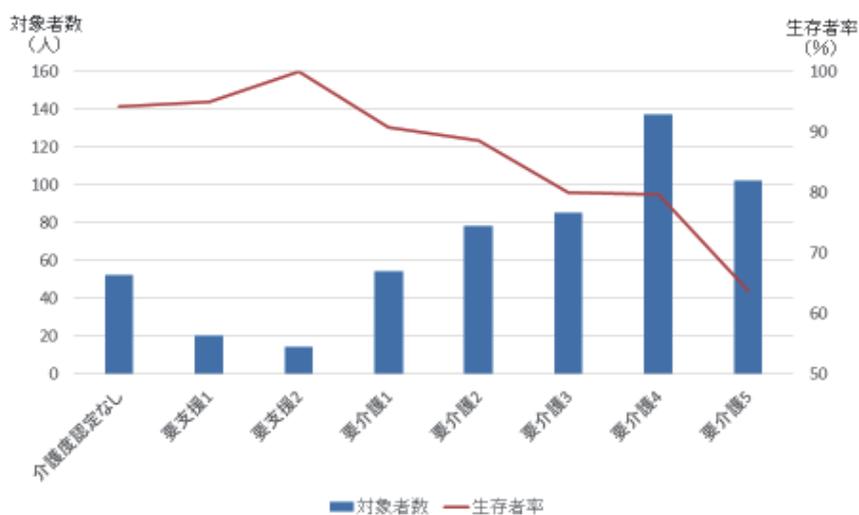


図1 介護度ごとの対象者数と生存者率

## (2) 質問票調査

全対象者542人のうち、2016年10月1日までに282人に対して質問票の郵送を行った。そのうち返信があったものが、23名であるので、返信率は8.2%である。返信者を介護度ごとにみると、返信率は、介護度なしで16.1%、要支援（1～2）で31.8%、要介護（1～5）で4.8%であった。介護度なしや要支援では16～42%の返信率であったが、要介護では9%以下で、特に要介護5では返信がなかった。（表2、図2）

表2 介護度ごとの返信者

介護度	2016年10月1日までに 郵送した地区の対象者		返信あり (介護度ごとの返信率)	
	なし	31	31	5 (16.1%)
要支援1	12	22	5 (41.7%)	7 (31.8%)
要支援2	10		2 (20.0%)	
要介護1	22	229	1 (4.5%)	11 (4.8%)
要介護2	44		2 (4.5%)	
要介護3	45		4 (8.9%)	
要介護4	67		4 (6.0%)	
要介護5	51		0 (0%)	
計	282		23 (8.2%)	

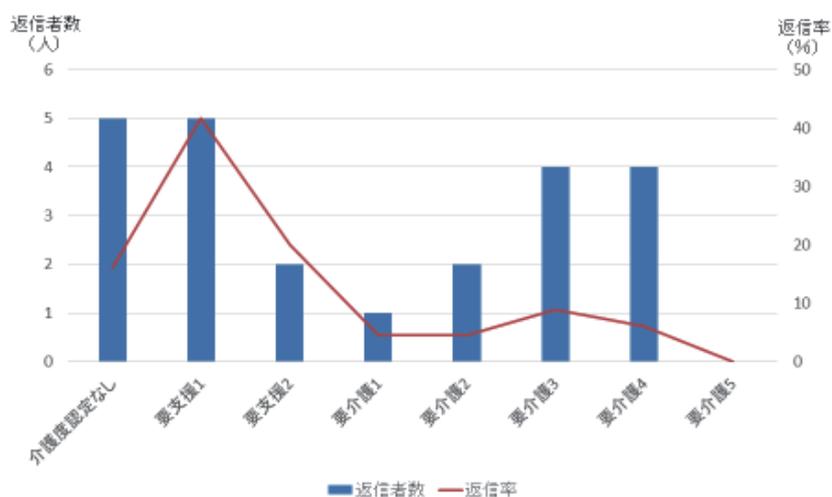


図2 介護度ごとの返信者数と返信率

返信者の質問票（n=24（男8名、女16名））の結果を示す。年齢は、平均97.7±標準偏差2.0歳（範囲95-102歳）、居宅は、自宅22人、施設1人、同居家族数は（本人を含め）2.3±

1.4人、ADL (Barthel index) は $69.29 \pm 36.0$ で介助量は少なかった (~ 20 : 全介助、21 ~ 40 : 介助量多、41 ~ 60 : 介助量中、60 ~ : 介助量少)、道具的ALD (IADL) は $2.86 \pm 2.0$ で保たれ (男性0 ~ 5、女性0 ~ 8 : IADL低)、精神的ウェルビーイングを示すWHO-5は、 $15.3 \pm 6.4$ で中等度であった (13未満 : 精神的健康度が低い)、ポジティブ感情 $13.5 \pm 3.15$ 、ネガティブ感情 $8.1 \pm 2.8$ 、人生満足度 (SWLS)  $22.4 \pm 5.3$ 、アパシー (ASE)  $44.63 \pm 11.80$ 、Zaritスコア $11.18 \pm 7.56$ であった。

### (3) 訪問調査

2016年10月1日時点において、質問票を返信した23名のうち、訪問調査を行ったのは14名である。年齢は、 $97.62 \text{歳} \pm 1.56$  (96-101歳)、男5、女8名である。(なお、訪問調査を行っていない9名の内訳は、訪問予定2名、連絡中1名、訪問不同意5名、連絡先不明1名である)

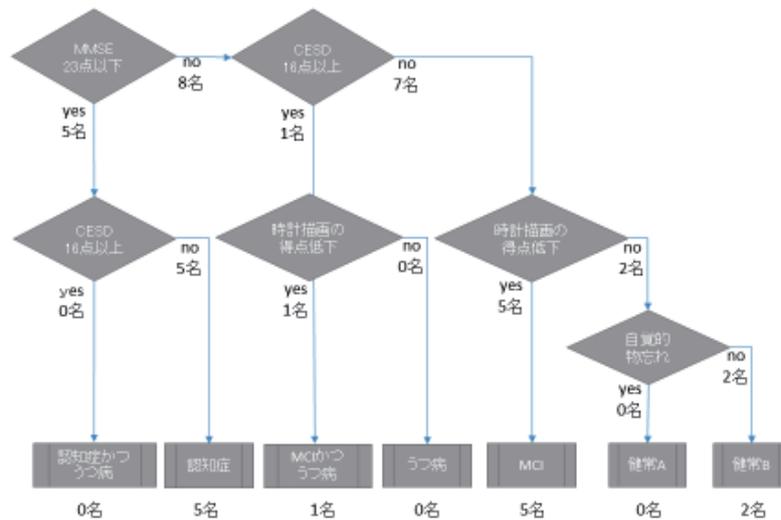


図3 認知症とうつ病の評価

精神状態や認知機能についての評価の結果を示す。うつの評価尺度Geriatric Depression Scale (GDS) は、 $3.15 \pm 2.73$  (0-9)、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) は、 $8.23 \pm 4.19$  (4-17)、認知症の評価尺度Clinical Dementia Rating (CDR) は、 $0.69 \pm 1.05$  (0-3)、認知機能の評価尺度Mini-Mental State Examination (MMSE) は、 $22.85 \pm 4.86$  (12-30)、流暢性検査は語頭音で、 $13.31 \pm 8.39$  (0-33)、カテゴリーで、 $22.00 \pm 9.13$  (9-39)、時計描画検査Clock Drawing Test (CDT) は、自発で $3.00 \pm 1.83$  (0-5)、模写で $4.08 \pm 1.71$  (0-5)であった。認知症とうつの評価を総合すると、図3に示すように、認知症5名、MCI5名、MCIかつうつ1名、健常A (認知機能低下および自覚的物忘れがない) 2名であった。また、CDRを用いた判定では、認知症2名、MCI3名 (うち1名はうつを合併)、健常8名であった。

認知症における行動・心理症状Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) を評価するNeuropsychiatric Inventory (NPI) は、得点 $2.23 \pm 3.70$ 、負担度得点 $0.68 \pm 1.70$ であった。

PCGモラールスケール $13.42 \pm 1.51$ 、NEOでは、Neuroticism (神経症傾向) $19.00 \pm 8.68$ 、Extraversion (外向性) $26.64 \pm 6.20$ 、Openness (経験への開放性) $27.33 \pm 4.74$ 、Agreeableness (協調性) $33.00 \pm 7.32$ 、Conscientiousness (誠実性) $30.32 \pm 6.15$ であった。

身体計測、身体機能については、Body Mass Index (BMI) $19.84 \pm 2.64$ と標準体重よりも低く、視力は $0.25 \pm 0.12$ 、血圧は収縮期 $138.62 \pm 22.39$ 、拡張期 $82.92 \pm 13.94$ で、おおむね基準値内上限、酸素飽和度SpO<sub>2</sub>  $96.92 \pm 1.32$ で呼吸状態は良好、握力は右 $13.59 \pm 6.95$ 、左 $13.84 \pm 6.35$ で、左右差は目立たなかった。血液検査の結果は、総蛋白 $7.17 \pm 0.50$ 、総コレステロール $198.77 \pm 40.62$ 、HbA<sub>1c</sub>  $5.7 \pm 0.31$  (6.4以上で糖尿病の診断基準を満たす者はいない)、CRP  $0.18 \pm 0.18$ で炎症反応は低く、Hb  $11.49 \pm 1.21$ で貧血傾向であった。

## 考 察

### (1) 人口データおよび介護度情報

介護度なしから、要支援、要介護へと介護度が高くなるほど、生存率、質問票返信率とも低下する傾向があった。これは、介護度が高いほど、身体機能が低く、認知症も多いため、死亡率が高くなり、質問票に答えることが困難になるためと考えられた。ただし、要支援の方が介護度なしよりも、生存率、返信率とも高かった。これは、介護認定なしの中には、疾病などのため入院中で介護申請をしていない、あるいは、介護申請のできない身体機能・認知機能低下者が含まれているためと考えられる。

### (2) 質問票調査

ADL、道具的ADLとも保たれ、精神的ウェルビーイングも高かった。

### (3) 訪問調査

訪問調査を行った者は、介護度なしから要介護4まで幅広かったが、生活機能を妨げる大きな疾病がなく、身体機能が良好に保たれた者が大多数であった。

認知症およびMCIの判定は、認知機能検査MMSEにおいて65歳以上の高齢者を判定するカットオフを95歳以上の超高齢者に用いたため、該当者が多くなったものと思われる。一方、生活状況を加味して判定するCDRでは、認知症とされた者は少なかった。95歳以上となると、認知機能の低下は避けがたいが、それを認知症と判定するには考慮を要すると思われる。なお、95-106歳を対象に行ったSydney Centenarian Study<sup>2</sup>では、認知症の有病率は54%であった。本研究では、高機能の対象者が訪問調査に応じたという選択バイアスが働き、認知症の有病率が低くなったと思われる。また、うつの基準を満たす者は少数であった。

NPIによるBPSDの判定では、BPSDを有する割合は低く、また、BPSDが見られた場合でも、家族の介護負担度は低かった。訪問調査を行った対象者の介護には家族の支援が得られているケースが多いためと考えられる。

## 要 約

2016年1月1日時点で、東京都荒川区の住民基本台帳に登録されている95歳以上の住民全員542人を抽出し、人口ベースの疫学調査を行った。調査が進行中の2016年10月1日現在において、95歳以上の全対象者のうち、9か月生存していたのは442名(81.5%)で、質問票を郵送した地区の対象者は282名、そのうち質問票を返信した者は23名(返信率8.2%)、そのうちさらに訪問調査を行った者は13名(訪問率56.5%)であった。(図4)介護度ごとにみると、介護度が高くなるほど、生存率、質問票返信率とも低下する傾向があった。介護度が高いほど、身体機能が低く、認知症も多いため、死亡率が高くなり、質問票に答えることが困難になるためと考えられた。

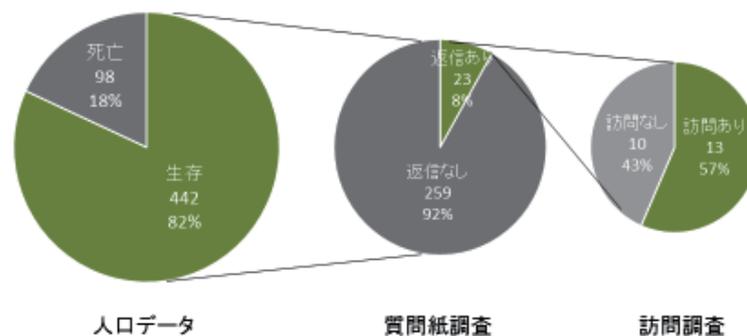


図4 各調査の人数内訳

質問票調査と訪問調査の協力者は、心身機能とも良く保たれていたが、認知症の判定は、認知機能検査だけでは不十分で、生活状況を加味した判定が必要と思われた。

## 文 献

1. Perminder S. Sachdev, Charlene Levitan, John Crawford, et al. The Sydney Centenarian Study: methodology and profile of centenarians and near-centenarians. *International Psychogeriatrics* 25(6) : 993-1005, 2013
2. Zixuan Yang, Melissa J. Slavin, Perminder S. Sachdev. Dementia in the oldest old. *Nature Reviews Neurology* 9: 382-393, 2013