

# 高齢者の抑うつ症状発症に影響する危険(リスク)要因

公益財団法人 ダイア高齢社会研究財団 主任研究員 兪 今

## はじめに

平均寿命が延び、長くなった老後をいかに心身ともに元気で幸せに過ごすかは関心の高い重要な課題である。高齢期は老化に伴い、心身機能が低下し身体的な機能のみならず、メンタルヘルスの問題も多くみられる。メンタルヘルスの問題は高齢期の生活の質に負の影響を与えるとともに、介護リスクを高め、医療費、介護費の増加をまねき、家族、社会への負の影響も大きい。メンタルヘルスの問題で注目されているのは、自殺率が高いことである。日本は先進国のなかで男女とも高齢期の自殺率が高い。その背景には、うつ病などの気分障害が多いことが考えられる。厚生労働省の患者調査からも気分障害は年々増加しており、特にうつ病の増加が著しい。しかしながら、うつ予防・支援対策は疾病の早期発見、早期治療といった健康づくりのなかにおいて比較的遅れている現状にある。その一因はエビデンスの蓄積が不十分であることが挙げられる。

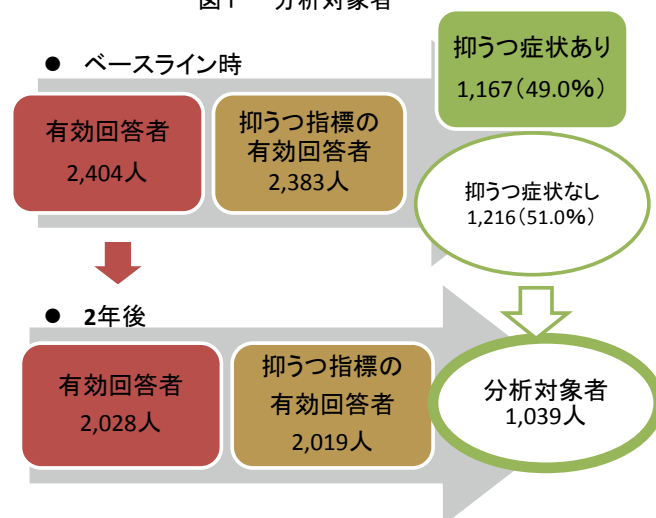
## 研究背景と目的

うつ症状の出現率はうつ病の有病率よりかなり高く、加齢に伴って増加すると報告されているが、実際には加齢そのものが原因ではなく、それに随伴する健康上の問題や身体的障害などが原因となっていると指摘されている。さらに Bruce ML<sup>1)</sup>らは抑うつ状態と身体的障害の両方は、互いに影響し合っていることを報告している。同じく、自殺の要因は抑うつと同様な要因が考えられており<sup>2)</sup>、うつ病は死亡率に潜在的に関連することが先行研究で明らかになっている。このように抑うつ状態は老後における生活の質に大きな影響を与える一方、社会や家族の負担も増加させている。地域高齢者における抑うつ発症の危険因子を明らかにすることは、高齢期の抑うつ予防や抑うつ状態にある高齢者の支援を考える際には非常に重要な意義がある。従来の研究においては抑うつについて横断的な研究が多く行われ、上記に挙げている要因についてほぼ一致した知見が得られている。しかし、縦断的研究では諸要因

の関与についてはまだ不明な点が多く、特に地域高齢者における抑うつ発症に関わる危険因子について十分な検討が行われていない。抑うつ発症の危険因子を明らかにすることは、うつ病の予防・支援対策を考える上で、重要な課題の一つである。本研究はうつ予防・支援対策に有益なエビデンスを得るために地域在宅高齢者を対象にした3年間の縦断的調査データを分析し、抑うつ症状の発症の危険因子を包括的に検討することを目的とする。

## 研究対象者と方法

図1 分析対象者



新潟県は高齢者及び中高年の自殺率が全国自殺率を大きく上回っている地域である。本研究の調査地域は新潟県B市とした。高齢者人口は約7万2千人、高齢化率は25.2% (2009年) である。2009年度に基本チェックリストで評価された65歳以上の高齢者19,326人のうち、うつ状態またはうつ傾向のおそれがあると判断されたうつリスク該当者は4,148人である(うつ項目の5項目中、2項目以上該当者、厚生労働省の介護予防マニュアルに準ずる)。そのうち2010年調査実施時点で、認知機能低下該当者、要介護認定者、転出、死亡、調査不能者を除いた2,916人をベースラインの調査対象者とした。ベースライン調査は2010年度に自記式調査票を用い、郵送法による調査を実施し2,404人から有効回答を得た。追跡調査は2,404人の内、調査拒否、死亡、転

出者を除いた2,358人をコホートとした。その後の追跡調査を年に1回同時期に実施した。毎年追跡調査時には死亡、転出者は除いた。ベースライン調査時にうつ症状がない1,216人から2年後に抑うつ指標の有効回答が得られた1,039人を抽出し本研究の分析対象者とした。詳細は図1に示す。その内訳は男性365人(35.3%)、女性668人(64.7%)、平均年齢は77.3(±5.7)歳であった。

評価指標は高齢者用の抑うつ尺度(GDS)を用いた。得点は0-15点であり、得点が高い程、抑うつ状態が高いことを意味する。また、カットオフポイント6点に基づき、6点以上は抑うつ症状あり、6点未満は抑うつ症状なしとした。その他の指標は、身体的健康面4指標、精神心理的健康面6指標、社会的健康面1指標と基本属性からなるものである(表1)。分析はベースライン時の指標が2年後の抑うつ症状の発症に与える影響および関連指標の変遷が抑うつ症状の発症に与える影響を中心に検討した。統計ソフトSPSSを用い、基本統計にはカイ二乗検定、t検定を行った。多変量分析には二変量の分散分析を用いた。有意水準は0.05以上とした。倫理的配慮として、本研究に関連して取り扱われる個人情報情報は、個人情報保護条例に沿った上で、あらかじめ文書により交付し、本人の同意を得た上で行った。なお、調査、データの解析、公表時に問題がないかについては公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団の倫理委員会の審査を受け、承認を得た。

## 主な結果の概要

### 1. 抑うつ症状の発症は2年間で4人に1人

ベースライン時に比べ、2年後の抑うつ発症率は26.4%であった(図2)。抑うつの平均得点は2年間で3.2(±1.5)点から4.2(±2.7)点まで上昇し、顕著な悪化がみられた( $p<0.001$ )(図3)。

### 2. ベースライン時の各指標と抑うつ症状発症の関連

#### 1) 年齢、教育歴、役割がリスク要因

個人的要因では、抑うつ症状発症群は発症なし群に比べ年齢が高く( $p<0.001$ )、教育歴が短い( $p<0.01$ )ことが認められた。同居家族数、居住年数には両群とも統計上の違いは見られなかった。また、家庭での役割なし群は抑うつ発症率が36.1%と高かった( $p<0.01$ )。暮らし向き(程度別、男女別と配偶者の有無別抑うつ発症率の違いは見られなかった。

図2 2年後うつ症状発症有無(%)

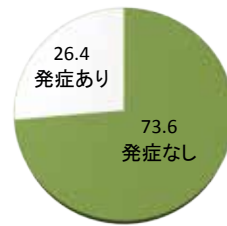


図3 抑うつ得点の変化

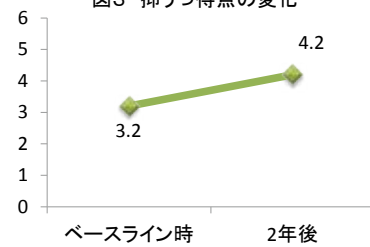


表1 主な評価指標

健康度	指標	
身体的健康面	病気の有無・入院歴の有無	2分変数(はい、いいえ)
	日常生活機能動作	5-15点、高い程、自立度が高い
	老研式活動能力	0-13点、高いほど、高次の生活能力が高い
精神・心理的健康面	抑うつ(GDS) 高齢者用抑うつ尺度	0-15点、高い程、抑うつ状態の疑いが高い 抑うつ症状あり:6点以上
	睡眠状態:(AIS) アテネ不眠尺度	0-24点、高い程、不眠症の疑いが高い
	不安 (STAI)	状態不安 20-80点、高い程、事態に対する不安過敏性が高い 特性不安 20-80点、高い程、性格特性としての不安傾向が高い
	心理的幸福感:(FEQ) フォードス・サイモーションナル・インソナル	0-10点、高い程、幸福感が高い
	疾病管理自己効力感	0-20点、高い程、慢性疾患に対する自己管理効力感が高い
	心理的ライフスタイル	4-12点、高い程心理的ライフスタイルが良好
社会的健康面	社会的ライフスタイル	4-12点、高い程心理社会活動参加が活発

表2 基本属性と抑うつ発症有無の関連

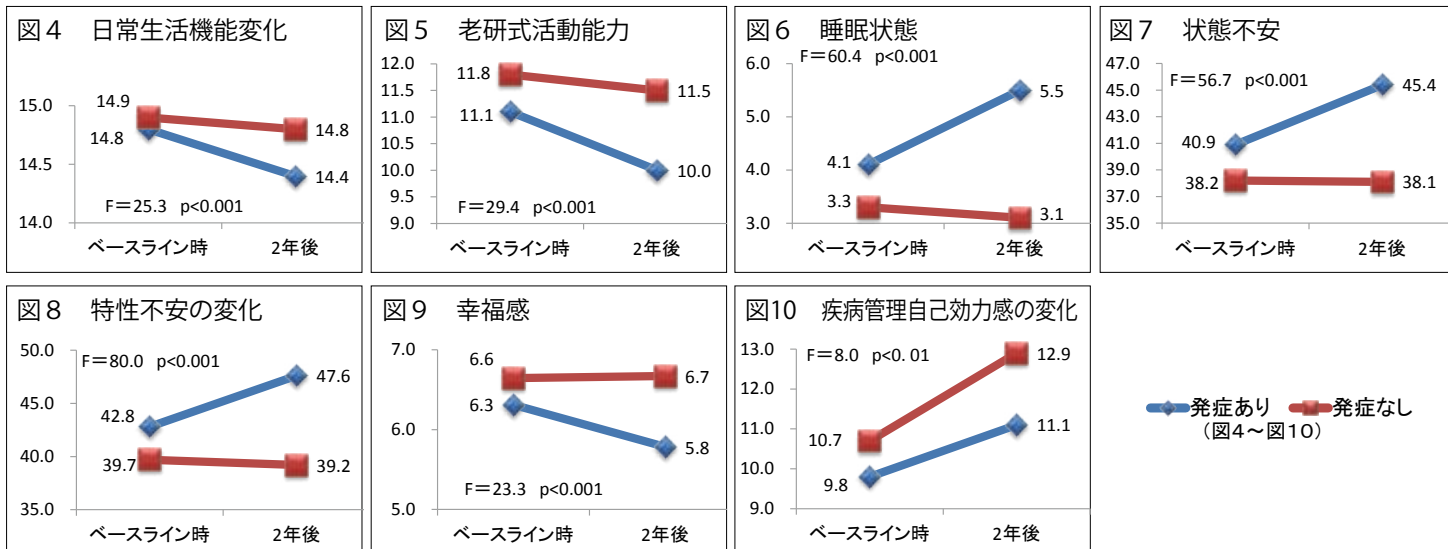
	発症あり	発症なし
年齢(歳):平均(標準偏差)	78.4(5.9)	76.9(5.5)***
教育歴(年)	9.0(2.6)	9.6(2.4)**
同居家族(人)	3.2(1.8)	3.5(1.9)
居住年数(年)	49.6(21.2)	49.1(20.9)
性別(%)	男性	25.8
	女性	26.8
配偶者(%)	有	24.7
	無	29.3
暮らし向き(%)	とてもきびしい	37.5
	少しきびしい	27.3
	まあゆたか	24.4
	ゆたか	26.4
家庭での役割(%)	有	24.3
	無	36.1

(\*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ )

表3 抑うつ発症有無とベースライン時の健康度の関連

健康度	指標	発症あり	発症なし	
身体的健康度 平均(標準偏差)	病気(%)	有	26.9	
		無	23.4	
	入院歴(%)	有	22.2	
		無	27.1	
精神・心理的健康度 平均(標準偏差)	日常生活機能動作	14.8(0.5)	14.9(0.4)**	
	老研式活動能力	11.2(1.9)	11.7(1.6)***	
	睡眠状態	4.0(2.8)	3.3(2.7)***	
	不安	状態不安	40.9(8.4)	38.2(7.6)***
		特性不安	42.9(8.5)	39.9(7.5)***
	心理的幸福感	6.3(1.4)	6.7(1.5)**	
社会的健康面 平均(標準偏差)	疾病管理自己効力感	9.3(3.2)	10.7(2.9)***	
	心理的ライフスタイル	9.3(2.3)	9.7(2.1)*	
社会的健康面 平均(標準偏差)	社会的ライフスタイル	7.6(2.1)	8.1(2.2)**	

(\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ )



## 2) 抑うつ症状の発症は健康度が低いことと関係

ベースライン時の日常生活機能、老研式活動能力得点の身体的健康度をはじめ、精神心理的健康度の睡眠状態、状態不安、疾病管理自己効力感、幸福感、心理的ライフスタイル、そして社会的なライフスタイルすべての指標において、抑うつ症状の発症群は発症なし群に比べ低いことが示された ( $p<0.05 \sim p<0.001$ ) が、ベースライン時の入院の有無、疾患の有無は抑うつ症状の発症とは統計上有意な関連性が認められなかった (表3)。

## 3. 抑うつ症状発症と健康指標の2年間の変化の関係性

### 1) 抑うつ症状発症は健康度の悪化が主な危険要因

抑うつ症状発症の有無と健康指標の2年間の変化をみると、日常生活機能、老研式活動能力得点をはじめ、精神心理的健康度の睡眠状態、不安状態、疾病管理自己効力感、幸福感 ( $p<0.001$ ) そして、社会的なライフスタイル ( $p<0.05$ ) において抑うつ症状発症群と抑うつ症状発症なし群の両群間交互作用が見られ、抑うつ症状発症群においての健康度の悪化が有意であることが認められた。疾病管理自己効力感においては抑うつ症状発症なし群で有意な改善がみられた。心理的ライフスタイルにおいては両群間交互作用が見られなかった。

### 2) 抑うつ症状発症は心身の機能悪化が重要な危険要因 (関連要因を制御)

年齢、教育歴、役割の有無 (ベースライン時) の影響を取り除くと、抑うつ症状発症群と抑うつ症状発症なし群の両群間で交互作用が見られたのは、F 値が高い順から特性不安、睡眠状態、状態不安、老研式活動能力、日常生活機能、幸福感、疾病管理自己効力感であった (F 値:  $8.0 \sim 80.0$ ,  $p<0.01 \sim p<0.001$ )。特性不安、睡眠状態、状態不安、老研式活動能力、日常生活機能、幸福感は抑

うつ症状発症あり群で悪化が認められ、疾病管理自己効力感抑うつ発症なし群で改善が見られた。社会的ライフスタイルについては両群間交互作用が認められなかった ( $p<0.05$ ) (図4-10)。

## 考察

本文では高齢者の個人の社会経済的要因と健康度、または健康度の変化がどのように抑うつ症状の発症に影響を与えるかについて検討した。その結果、2年の間に4人に1人が抑うつ症状を発症していることがわかった。本研究対象者は全国的に自殺率が高い地域に在住、また、基本健康診査参加者でかつ基本チェックリストにおいてうつ症状の疑いがあると確認できた人である。加えて、平均年齢が77歳以上と比較的年齢層が高いゆえ、発症率が高いと考えられる。抑うつ症状の発症は年齢が高い人で多くみられることは本研究の結果からも明らかになり、従来の研究結果<sup>3)</sup>を支持するものであった。また、教育歴が短い、家庭での役割を持たないことも抑うつ発症のリスク要因であった。学歴が抑うつと関連することは先行研究結果と同様な知見だが、本研究では家庭で何らかの役割を持っているか否かが抑うつ症状の発症に影響する新たな知見が得られた。また、暮らし向きは2年後の抑うつ症状の発症と関連性が見られなかったが、従来の研究で経済状況が抑うつと関連するという知見と異なる。

従来の多くの研究より健康度と抑うつとの関連性は横断的に解明されている。本研究においても先行研究を支持する結果が得られたが、身体的健康度では疾病の有無、入院の有無が直接2年後の抑うつ症状の発症に影響するのではなく、高次的機能の低さや機能悪化、そして日常生活機能の自立性の低さ、または機能の悪化が直接抑うつ症状発

症の危険因子であることが示された。また、身体的な機能低下のみならず、睡眠状態の悪さあるいは悪化、不安の高さあるいは増加も抑うつ症状の発症の危険要因であることが明らかになった。この結果は従来の抑うつは不眠や不安と関連している横断的な研究報告を支持する結果であったが、同時に睡眠状態の悪化、不安状態の悪化が新たに抑うつ症状発症の規定要因であることを示す結果が得られた。さらに幸福感の低さあるいは幸福感の低下が抑うつ症状の発症に影響することが明らかになった。すなわち、幸福感の構築が抑うつ症状の予防に有益であることが示された。また本研究で新たに行った疾病管理自己効力感慢性疾患に対する自己管理に大きく影響するものとみられており、慢性疾患に対する適切な受療行動につながり、早期に適切な治療につながるものとして用いられているものである。疾病管理自己効力感が高く、あるいはその向上が抑うつ症状を発症しにくくすることに働くことは、疾病管理自己効力感抑うつに対しても適切な受療行動、治療につながることを意味するものと考えられる。従来は精神疾患への偏見や抑うつ症状による受診の判断が難しいことが挙げられていたが、本研究の結果は疾病管理自己効力感を高めることは受療行動につながりやすいポジティブな因子でもある新たな知見が得られたことになった。

対象者年齢、教育歴、役割の有無の影響を取り除くと、抑うつ症状の発症の有無にもっとも影響が強い3要因は精神心理面の特性不安、睡眠状態、状態不安であることが明らかになった。いわば、個人の性格特性として現れやすい不安状態の悪化と睡眠状態の悪化、何らかのイベントが起きた場合、それに対する不安過敏性が高くなる状態不安の悪化が抑うつ症状の発症のもっとも重要な危険因子であることが明らかになった。その次に影響が強かったのは身体的健康度であり、高次的生活機能の低下と日常生活機能の低下が抑うつ症状の発症に寄与していることが明らかになった。また、幸福感と疾病管理自己効力感も抑うつ症状の発症の危険要因である。上記の知見から、うつ予防、支援対策は精神心理面の健康の改善を中心とし、また生活機能障害、幸福感の構築、疾病管理などの広い視点から、包括的、かつ効果的に推進することが望ましいと考える。

## まとめ

本研究より得られた有益なエビデンスから示唆された、高齢期のうつ予防・支援施策への提言をまとめると以下の

通りである。

- 1.エビデンスに基づく高齢期うつに関する普及啓発を包括的、持続的に行う必要性がある。
- 2.抑うつ予防、支援対象者を把握し、優先的にサービスを提供する必要性がある。

すでにうつ症状の疑いがある人は医療につなげるなど従来のサービスを提供するとともに、うつ症状の発症リスクのある高齢者には（後期高齢者、学歴、経済状況などを考慮）優先的に早期にうつ予防、支援サービスを提供することが望ましい。

- 3.定期的に健康度を包括的に検討し、心身の健康づくり、健康の維持増進を図る。

身体的疾患、障害の早期発見・早期治療、リハビリなどを通し、機能低下を防ぐことが重要であり、同時に社会参加などを促進し、身体、精神、社会的健康度の維持増進を図ることが望ましい。

- 4.精神的・心理的健康度の維持、改善を図るための支援策を考えていく必要性がある。

抑うつ症状の発症には特に不眠、特性不安、幸福感など精神・心理的健康度の低下が寄与することから、幸福感の構築、不眠、不安の改善に効果的なサービスを提供することが早期に求められる課題である。

- 5.疾病管理について

身体的疾患のみならず、精神的疾患への自己管理能力を高め、早期発見、早期治療による、心身機能の障害を防ぐことの重要性も示唆された。

## <参考文献>

- 1) 1. Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS, Blazer DG. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. Am J Public Health. 1994; 84 (11) : 1796-9.
- 2) ip PS, Chi I, Chiu H, Chi Wai K, Conwell Y, Caine E. A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. Int J Geriatr Psychiatry. 2003; 18 (11) : 1056-62.
- 3) 3. Garrard J, Rolnick SJ, Nitz NM, Luepke L, Jackson J, Fischer LR, Leibson C, Bland PC, Heinrich R, Waller LA. Clinical detection of depression among community-based elderly people with self-reported symptoms of depression. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1998; 53 (2) : M92-101.



◇ PROFILE 俞 今 (ユキコ)

中国延辺医学院 医学部卒、琉球大学大学院 医学研究科修士、医学博士。  
桜美林大学 加齢・発達研究所研究員、東京都老人総合研究所研究員を経て、2009年より現職。高齢者の「うつ予防プログラム」の開発と応用研究に関する研究などを行う。  
主な共著に「男性百歳の研究」「精神障害の予防をめぐる最近の進歩」等がある。