

論 文

高齢者の抑うつ症状と健康状態および自動思考の関連

日 下 菜穂子

現代社会学部・現代こども学科

問 題

日本の自殺率は人口10万人に約24人の割合で、欧米先進国と比較して最も高い値であるが（WHO, 2004）、そのうちの30%以上は60歳以上の高齢者の自殺が占めている（人口動態統計, 2003）。この高い自殺率の背景として見逃すことができないのは、高齢期のうつ病の存在である（大原, 1985）。高齢期の抑うつ症状の背景要因としては年齢、教育歴、健康状態、日常生活上の動作能力など（Eaton, 1981, Murrel, 1983, Reskin, 1985, Turner, 1989, 長田, 1995, 佐藤, 1997）の影響が確認されている。それ以外にも脳の機能的変化、薬剤による器質的气分変化、生活上おこる変化への不適応（滝沢, 1988）などの要因も関連している。高齢期は、生活状況の変化、退職や子の独立による役割喪失、近親者との死別などのストレスフルなライフイベントの多い時期である。これらのライフイベントが高齢期のうつ病の発症の誘引となることも多く、高齢者を取り巻く心理社会的状況とうつ病との関係が密接である。同時に、身体的側面の変化も高齢者の気分に影響を与えやすい。風邪や骨折などで長期に寝込むうちに抑うつ気分が強くなるというように、身体疾患がうつ病の発症の要因となるだけでなく、うつ病による意欲の低下や食欲不振によって全身衰弱となるなど、心身の相関が強く現れやすい。また、高齢期には身体疾患の罹患率が高まり、慢性化しやすい時期でもある。しかもこの傾向は加齢とともに強くなるため、後期高齢期には身体疾患に関連するうつ病が増加すると考えられる（Petronell, 2007）。そのため、高齢者人口の増加にともない、うつ病の罹患率は増加することが予測されている。

こうした状況に対し、2000年より導入された介護保険法の改正では、介護予防に重点が置かれ、その中に高齢者の

「うつ予防・支援」が含まれている。そのため、地域に暮らす一般の高齢者を対象とする予防的介入に目が向けられるようになった。うつ病予防の介入を大別すると、すべての人を対象としてうつ病の発症を予防する第一段階、問題の兆候を示している人やうつ病のリスクの高い人を対象として将来の発症率を減少させる第二段階、すでにうつ症状が認められる人を対象に症状を軽減させる第三段階に分類できる（Caplan, 1964）。近年のわが国ではその第一、第二段階の取り組みが多く行われ、高齢者を対象としたうつ病予防の取り組みは、おもに啓発と心理教育を中心として行われている（高橋, 1998, 大野, 2001, 高橋, 2006）。そして、第三段階にある高齢者への取り組み（Gallagher, 1983, Knight, 1999, Robinson, 1999, Thompson, 2001）では、薬物療法と心理療法の効果が確認されており、その中でも特に認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy: CBT）は、他の心理療法に比べ高齢者のうつ症状の回復に向けての高い有効性が示されている。従来、学習能力の低下などを理由に高齢者は心理療法に反応しにくいといった考えの存在や、高齢者への心理的な支援を提供する専門職の不足などもあって、これまでは高齢者のうつ病への対応が身体的治療を中心に行われることが多かった。しかし近年では、高齢者への心理療法の適用において若い世代と同様の効果を示す報告が多くなされ（Walker, 2001）、高齢期の加齢変化が心理療法を困難にするという認識が修正されつつある。認知行動療法は行動科学の理論に基づいて発展した治療体系で、行動変容のためのさまざまな技法を用いて、適切な行動の形成や不適応行動の軽減により機能的な自立生活をめざす心理療法である。認知行動療法では、クライアントの抱える問題を環境への不適応行動として捉え、その問題行動そのものを治療の対象とする。この問題行動には単に観察可能な客観的な行動そのものと情緒とが含まれ、その不適応行動は個人の予測や判断、信念や価値観といった考え方の問題が背景の要因となっている。こうした個人の行動に影響を及ぼす予測や判断、信念が、どのように影響を及ぼしているかという認知の機能的側面を重

視しながら、行動の変容と共に認知の変容を目的として問題解決をはかっていく手法である。元来抑うつ症状の短期心理療法として開発された心理療法であるが、現在では適応の範囲が拡大し、不安障害やアルコール・薬物依存などさまざまな精神障害の治療に活用されている。

高齢期にみられる抑うつ症状に心理社会的要因が影響することは先述のとおりであるが、抑うつ症状のような単一の反応に限定した場合、ストレスフルなイベントと抑うつ症状の間には個人の認知が要因として介在すると考えられる。認知行動療法においては抑うつ症状に関連した認知として、スキーマや自動思考が取り上げられ治療の対象とされる。特に自動思考は、個人のおかれた環境によって変化しやすく、臨床的介入の影響もあらわれやすい変数でもある。そこで、本研究では高齢者の生活と密接に関連すると考えられる健康状態（QOL）と自動思考および抑うつ症状との関連について検証し、高齢期の抑うつ症状の理解と効果的な介入方法の検討に役立てたい。

方法

①対象者

大阪府に在住し、シルバー人材センターに登録している60歳から78歳までの男女250人に調査用紙を配布した。有効回収数は173人であり、全体の69.2%であった。対象者の属性は表1に示すとおりである。男性128人(72.8%)、女性47人(27.2%)、対象者の平均年齢は67.1歳(SD=3.6)、男性の平均年齢が67.14歳(SD=3.65)、女性は66.50歳(SD=3.50)で性別の年齢における有意差はなかった。調査用紙は各地域の担当者を通じて手渡しで配布し、自記式での回答を求め、郵送により回収を行った。調査期間は2006年2月から3月である。

表1 対象者の属性

		男	女	計
60-69歳	N	87	34	121
	%	71.9	28.1	100.0
70-78歳	N	39	13	52
	%	75.0	25.0	100.0
計	N	126	47	173
	%	72.8	27.2	100.0

②調査内容

抑うつ気分：抑うつ気分の指標として日本版BDI-II (Beck Depression Inventory-second Edition；小嶋、

古川、2003)を用いた。BDI-IIは、認知行動療法理論提唱したBeck(1964)によって考案されたもので、抑うつ程度を測る自己評価表である。症状や気分の傾向を数値として測定し、うつ病への認知行動療法の効果を評価する研究などで多く用いられる検査のひとつである。自動思考：抑うつ症状に関連する自動思考を評価するために自動思考尺度(ATQ-R: Automatic Thoughts Questionnaire-Revised、児玉ら1994)を用いた。自動思考尺度は38項目からなる尺度で、「将来への悲観」「自己に対する非難」「肯定的思考」(分析には「否定的思考」として逆転)の3因子からなっている。Automatic Thoughts Questionnaire-Revised(Kendall, 1989)を邦訳し4件法で回答を求めた結果を分析し作成されたものである。

健康状態：健康状態の評価には、健康関連QOL尺度(SF-36v2：福原、鈴鴨、2004)を用いた。「身体機能」「日常役割機能(身体)」「身体の痛み」「全体的健康感」「活力」「社会生活機能」「日常役割機能(精神)」「心の健康」「健康推移」の8つの下位尺度から構成されている。これら以外にも健康全般についての1年間の変化を問う項目が含まれており、その項目を単独で活用することができる。

③分析

高齢期には他の世代以上に健康状態や対人交流などを含む行動面と思考、気分とが相互に関連しており、高齢者の抑うつ症状の改善を目標とする場合には、それらを包括的に評価するモデルが必要だと考えられる。そこで、上記の尺度によって得られた変数を分析するにあたり、図1に示す現在の健康状態、日常的な役割遂行および自動思考が抑うつや心の健康によって示される日常生活の抑うつ気分を中心とする感情を規定するという仮説モデルを設定した。

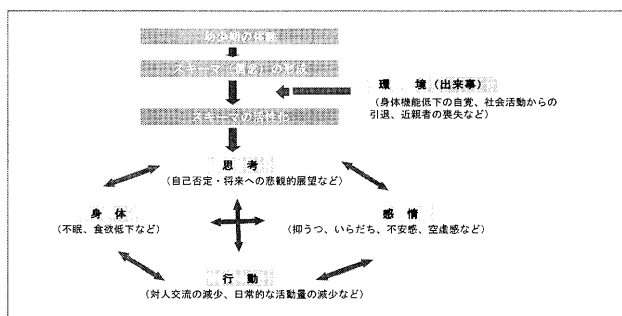


図1 高齢期の抑うつ気分の認知・行動モデル

結果

①抑うつ感情

対象者のBDI-IIの平均得点は12.9点 (SD=10.9)であった。抑うつ状態の重症度をBDI-II得点によって正常、軽度、境界、中等度、重度の5段階に分類したところ、表2に示すように、半数以上の対象者が正常範囲にあることがわかった。一方対象者の27.2%が医療機関などの受診を勧めた方がよいとされる境界以上であり、2週間以上続く抑うつ気分を体験している対象者は44.0%と半数近くを占めることがわかった。BDI-IIの得点について性別、年代別のt検定を行ったところ有意な差はみられなかった。

表2. 男女別抑うつ状態重症度 (BDI-II得点) 人数分布

	合計		男		女	
	N	%	N	%	N	%
正常	97	56.1	71	56.3	26	55.3
軽度	29	16.8	18	14.3	11	23.4
境界	11	6.4	8	6.3	3	6.4
中等度	19	11.0	16	12.7	3	6.4
重度	17	9.8	13	10.3	4	8.5
計	173	100.0	126	100.0	47	100.0

正常：0-10点、軽度：11-16点、境界：17-20点、中等度：21-30点、重度31点以上

②健康状態

健康状態の8つの下位尺度の得点と性、年代との関連をt検定を用いて検証したところ、表3に示す結果が得られた。「身体機能」(t=4.388, p<.001)、「日常役割(身体)」(t=2.134, p<.05)、「身体の痛み」(t=1.570, p<.001)、「社会生活機能」(t=2.573, p<.05)、「日常役割(精神)」(t=.288, p<.05)で性との関連が認められ、「身体機能」、「日常役割(身体)」、「社会生活機能」、「日常役割(精神)」において男性の方が女性より点数が有意に高かった。反対に「身体の痛み」は男性より女性の方が有意に高く、男性の方が女性に比べて健康状態が良好であることがわかる。また、年代別では「日常役割(身体)」に有意差が認められ(t=2.906, p<.01)、60歳代の方が70歳代に比べて有意に点数が高かった。

③自動思考

自動思考の3つの下位尺度の得点と性、年代との関連をt検定を用いて検証した。その結果は表3に示すとおりである。「将来への悲観」(t=4.665, p<.01)、「自己に対する非難」(t=3.410, p<.01)において性別の有意差が認められた。いずれも男性の方が女性に比べて点数が高かった。年代別では有意な差は認められなかった。

表3. 性別健康状態と自動思考の平均値およびt検定結果

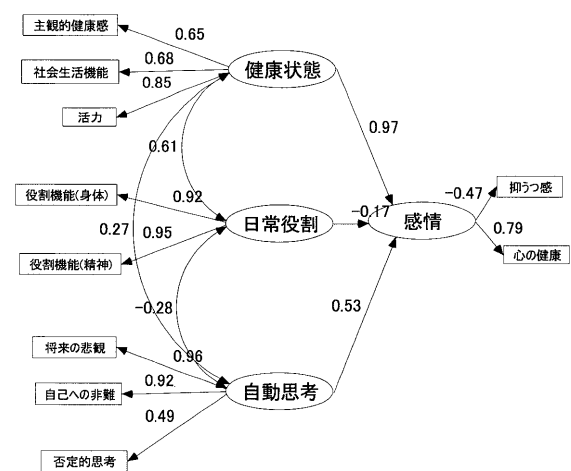
	gender	M	SD	t値	自由度	p
身体機能	男	85.4	12.7	3.432	57.056	**
	女	73.4	22.7			
日常役割(身体)	男	74.5	24.2	2.218	89.121	*
	女	65.8	22.2			
身体の痛み	男	69.1	25.0	-3.747	83.934	***
	女	84.9	24.5			
健康状態	男	63.5	17.2	1.517	77.377	n.s.
	女	58.8	18.5			
活力	男	73.8	18.9	1.948	83.853	n.s.
	女	67.6	18.6			
社会生活機能	男	87.4	16.6	2.228	64.910	*
	女	79.3	22.9			
日常役割(精神)	男	77.0	23.6	2.353	87.245	*
	女	67.9	22.2			
心の健康	男	78.7	15.7	1.239	85.397	n.s.
	女	75.4	15.1			
将来悲観	男	41.5	12.8	4.861	89.644	***
	女	31.6	11.7			
自動思考	男	34.8	8.9	3.413	82.646	**
	女	29.7	8.8			
肯定的思考	男	24.3	5.7	-1.228	78.938	n.s.
	女	25.6	6.0			

*** p<.001 **p<.01 *p<.05

④モデルの検証

仮説モデルを検証するために共分散構造分析を用いてモデルの適合度を検証した。「感情」を説明する変数を「抑うつ感」(BDI-II)、「心の健康」(SF-36v2)とし、「健康状態」はSF-36v2の身体的健康因子の下位項目である「主観的健康感」「社会生活機能」「活力」を、「日常役割の遂行」にはSF-36v2の「役割機能(身体)」、「役割機能(精神)」、「自動思考尺度」(ATQ-R)は「将来に対する否定的評価」、「自己に対する非難」、「肯定的思考」を変数として用いた。

モデルの適合度の検証の結果(図2)、適合度指標はGFI=.95、AGFI=.90、RMSEA=.066であり、この結果より本研究の対象者の高齢者の感情は観測変数として用いた2項目によって測定され、健康状態、日常役割機能、自動思考によって構成される図1に示すモデルに適合していることが確認された。分析にはAmos5.0を使用した。



$\chi^2=52.61, df=30$ n.s.

GFI=.945, AGFI=.900, RMSEA=.066

Fig.2 「感情」、「健康状態」、「自動思考」のモデルの分析結果

図2 「抑うつ気分」、「健康状態」、「自動思考」のモデルの分析結果

考 察

以上の結果から、シルバー人材センターに登録し、就労によって社会参加を果たす健康な高齢者と考えられている対象者においても、40%以上が2週間以上続く気分の落ち込みを体験しており、30%近くが何らかの介入が必要なレベルであることが明らかとなった。対象者の年齢には男女差はなかったが、健康状態では男性の方が優れており、自動思考では「将来への悲観」と「自己に対する非難」は男性の方が高かった。

またモデルの検証から、高齢者の抑うつ感情には、自動思考だけでなく現在の健康状態が強く影響することがわかった。健康状態と日常役割遂行には関連が認められるが、日常役割遂行は直接的に自動思考や感情と関連しないことも明らかとなった。

高齢期のうつ病への対応は、基本的には他の世代と同様であるとされるが、本結果が示すように発症や病態には身体的な要因、特に日常生活を送る上での機能の障害が関連していることから、うつ病への対応に高齢期の特徴をふまえた対応が求められるといえる。そのため、高齢者のうつ病に対する適切な支援のあり方として、心理的側面や身体的側面を個別に焦点をあてるのではなく高齢者を取り巻く生活全般への総合的視点に立った支援が必要だろう。このことはうつ病の高齢者に対しては、薬物療法を中心とする身体的側面の治療と同時に、心理療法や生活環境の調整のような心理社会的側面への対処が重要であることを支持するが、そのためにも多くの専門分野の協働による支援の提供が望ましいと考えられる。具体的には、今後の高齢者への心理的介入のために、日常の社会活動が継続できる健康維持を中心とする支援、身体機能の低下にともなう自動思考への影響を最小限に抑えるための予防にむけての心理教育、抑うつ感の増悪など感情の変化をもたらす自動思考の形成に健康状態が関連することに配慮した思考の修正プログラムの提供が効果的な方法としてあげられる。身体機能の低下によって自立を喪失した生活状況にある高齢者や重い身体疾患を持つ高齢者へのうつ病を視野に入れた支援が、高齢期のうつ病の予防や早期発見のために不可欠であるといえるだろう。

高齢期のうつ病は一般には、定型的な症状が現れにくく本人だけでなく周囲の人々にも一般的な気分の変調として見落とされてしまいがちである。そのため、うつ病への適切な対処がなされないまま経過し、自殺に至る例も少なくないのが現状である。今後高齢者人口が増加するにしたがっ

て、抑うつ状態やうつ病の高齢者は増加することが予測されており、高齢者のうつ病への正しい理解に基づいた予防と対応をめざしたい。

(本研究は平成17～18年度科学研究費補助金〔若手研究助成(B)〕を受けて実施した研究の一部である。)

【参考文献】

- Beck, A. T. 1964 Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10 561-571.
- Caplan, G. 1964 *Principal of preventive psychiatry*. New York : Basic Books.
- Eaton, W. W., Kessler, L. G. 1981 Rates of symptoms of depression in a national sample. *American Journal of Epidemiology*, 114; 528-538.
- 福原俊一、鈴嶋よしみ 2004 SR-36v2 日本語版. NPO 健康医療評価研究機構.
- Gallagher, D., Thompson, L. W. 1983 effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, .38, 707-712.
- 長田久雄、柴田博、芳賀博ほか 1995 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. *日本公衆衛生雑誌*, 42(10), 897-909.
- Kendall, P. C., Howard, B. L., Hays, R. C. 1989 Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 538-598.
- Knight, B. J., Satre, D. D. 1999 Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 16, 188-203.
- 児玉昌久、片柳弘司、嶋田洋徳ほか 1994 大学生におけるストレスコーピングと自動思考、状態不安、および抑うつ症状との関連. *ヒューマンサイエンス*, 7(1), 14-26.
- 小嶋雅代、古川嘉亮 訳著 2003 日本版BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition (Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K.) 日本科学社
- Kusaka, N., Tokutu, S. 2006 A study of depression in the elderly, considering the relationship among the factors of family resilience, health conditions and social roles. The 15th IFTA World Congress Iceland.

- 日下菜穂子 2006 高齢者の自動思考と健康状態および抑うつ症状との関連. 老年社会科学, 28(2), 269.
- 日下菜穂子 2006 高齢者のうつに対する認知行動療法の取り組み. 日本心理臨床学会第25回大会.
- Murrel, S. A., Himmelfarb, S., Wright, K. 1983 Prevalence of depression and its correlates in older adults. *American Journal of Epidemiology*, 117, 173-185.
- 大原健士郎, 山口宏一 1985 老人の自殺と予防. 老年精神医学, 2, 60-67.
- 大野裕 2001 うつ状態のスクリーニングとその転機としての自殺の予防システム構築に関する研究. 平成11年～平成12年度厚生科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 総合研究報告書.
- Petronell, J. (Nelleke) van't Veer-Tazelaar, Harm W. J. van Marwijk, et al., 2007 Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of Affective Disorders*, in press.
- Reskin, B. F., Coverman, S. 1985 Sex and race in the determinants of psychophysical distress: a reappraisal of sex-role hypothesis. *Social Forces*, 1985, 63, 1038-59.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., Neimeyer, R. A., 1999 Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- 佐藤秀紀, 中嶋和夫 1997 地域高齢者の抑うつ状態を規定する要因. 厚生指標, 44(13), 10-16.
- 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌弘ほか 1998 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動 老年期のうつ病を中心に. *精神神経学雑誌*, 100(7), 469-485.
- 高橋邦明 2006 高齢者の自殺予防. *精神療法*, 32(5), 577-585.
- 滝沢健二、須賀良一、森田昌宏ほか 1988 老年期うつ病と身体障害の相関；山間過疎地における老年期うつ病の疫学調査より. *心身医学*, 28, 427-431.
- Thompson, L. W., Coon, D. W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B. R., et al., 2001 Comparison of desipramine and cognitive / behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 225-240.
- Turner, R. J., Mclean, P. D. 1989 Physical disability and psychological distress. *Rehabilitation Psychology*, 34, 225-242.
- Walker, D. A., Clarke, M. 2001 Cognitive behavioural psychotherapy: A comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging & Mental Health*, 5, 197-199.