

地域における高齢者のうつ病及び自殺の早期発見・早期治療に関する研究

—地域住民はうつ病をどう認知し、だれに援助希求するのか—

坂本 真士 (大妻女子大学)、田中 江里子 (労働科学研究所, 日本学術振興会)

豊川 恵子 (青森県名川町役場保健福祉課)、大野 裕 (慶應義塾大学)

<要 旨>

我が国において自殺、特に高齢者の自殺は大きな社会的問題になっているが、自殺の早期介入や予防はほとんど行われていない。筆者らは青森県内A町の一地区にて、うつ病の早期発見とその転帰としての自殺の予防に取り組んできた。地域におけるうつ病の早期発見・早期治療を促進するために、もしうつ状態になったり自殺念慮を抱いたりしたときに、地域住民がどこに援助を求めるかを知っておく必要がある。そのため、本研究では、場面想定法を用いて住民の援助希求について調べた。A町の一地区に住む65歳以上の高齢者273名が自己記入式の質問紙に回答した。弱視などで自力での回答が困難な場合は、保健婦が各質問項目を読み上げ、口頭で回答を得て記入した。本研究では230名(男性82名、女性148名)がデータ分析の対象となった。援助希求行動と、人口統計学的変数、心理・社会的変数、回答時のうつ症状などとの関係が調べられた。その結果、援助希求行動と関連するいくつかの要因が同定された。中でも、町で行われている「こころの健康づくり教室」への参加が、専門家への相談を促進することが見いだされ、早期発見・早期治療への向けた心理教育の重要性が示唆された。

<キーワード>

早期発見・早期治療、自殺、うつ病、高齢者、援助希求行動

【はじめに】

精神疾患の予防についての動きが、日本でも始まってきている。たとえば自殺率の高い新潟県の一地域における自殺予防介入の成果が報告されている(高橋ら, 1998)。このような先進的な取り組みにも関わらず、我が国におけるうつ病を中心とする精神疾患の罹患率は高く、たとえば藤原(1995)は、甲府市一地域における疫学調査の結果、DSM-III-Rによる大うつ病の生涯有病率を15.0%と報告している。また、自殺者数は平成元年度には22,000人程度であったが、平成10年頃から急増し、平成12年には31,957人となってしまった(警察庁生活安全局地域課, 2001)。これは交通事故死者数の

約3倍にも上る。特に中高年の自殺が高まっており(平成12年中における60歳以上の自殺者は11,494人)、自殺者全体の約3分の1を占めた(警察庁生活安全局地域課, 2001)。自殺とうつ病の関係については、自殺者の9割以上が自殺の前に何らかの精神医学的障害に罹患していたこと、中でもうつ病はその最大の原因であり、特に高齢者においてはその傾向が高まること(Conwell, et al., 2000)を考えると、自殺を減らすためにはうつ病をまず予防することが実効可能な手段のひとつだと考えられる。

このような現状を見ると、精神疾患が発症してから対応するのでは遅く、高齢者を中心に地

域全体を対象にした予防的な施策の必要があることは明らかであろう。

精神疾患の予防においては、疾患の発生自体を予防する一次予防のみならず、疾患の早期発見・早期治療を目指す二次予防も重要である。うつ病の早期発見については、一般の人がうつ病の症状をどのように認知するかの問題が関係する。たとえばうつ病の症状を、単なる疲労や「気のせい」などと考えれば、他者への相談は望めず、うつ病の早期治療には結びつかない。変調を疑った場合には、そのことで援助を求めようかどうか、求める場合には誰に求めるのかも重要である。たとえ様子を変であると思っても、専門家・非専門家を問わず誰かに相談しなければ、早期発見に至らず結果として適切な治療を受けることが遅れてしまうだろう。したがって、地域でうつ病およびその転帰としての自殺の二次予防を考えるためには、介入対象となる地域住民が、うつ病の症状や自殺念慮状態に対して、どのような援助希求をするかについて知っておく必要がある。

そこで本研究では、調査対象となっている地区において、自分がうつ状態になったり自殺念慮を抱いたりしたときに、それらの状態をどのように認知しているか、そしてどのような援助希求をするか、またどのような要因が援助希求に関連するのかについて調べる。

援助希求のパターンを調べる際に、我々は図1のようなモデルを立てた。このフローチャートには、抑うつを発症した後の援助希求には最低3つの分岐点があることが示されている。フィルター1（症状の認知）：人々が正しくうつ病の症状を認知したかどうか。たとえば、うつ病の症状を気のせいだと思っていれば、「変じ

やない」という判断がなされ、援助を求めないだろう（「レベル1：変じゃない」）。フィルター2（援助希求）：もしうつ病の症状を変だと思っても、何らかの理由で（たとえば、「変かもしれないが放っておいても大丈夫だろう」と考える）、援助を求めないかもしれない（「レベル2：必要ない」）。フィルター3（専門家受診）：誰かに相談しようとするとき、医者や看護婦・保健婦などの専門家（「レベル4：医師・保健婦」）か、家族や友人などの非専門家（「レベル3：家族・友人」）のどちらかに相談するであろう。たとえ家族や友人に相談しても、これらの人たちがうつ病について正しい知識をもっていないと、誤った対処をするかもしれない。

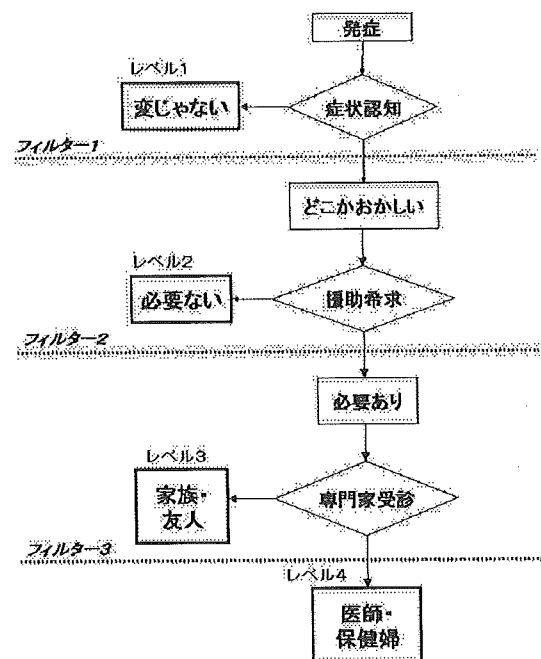


図1 発症から受診までの流れ

本研究ではこのモデルに則って、地域住民がうつ状態を経験したり、自殺念慮を抱いたりしたときに、どのような援助希求行動をするかを、場面想定法を用いた質問紙調査によって調べ

ることとする。

本研究の対象となったのは、青森県のA町である。A町は、人口約1万人、農業を主な産業とする町で、人口の約26%が65歳以上の高齢者で占められている。ちなみに、平成12年度において65歳以上の高齢者が全人口に占める割合の全国平均は17.2%であった。A町の自殺率は、自殺率が平成12年に全国6位（厚生労働省，2001）と高い青森県の中でも高い方で、高齢者を中心とした自殺予防が急務となっている。そこで、A町と共同して、うつ病及び自殺の予防的取り組みを行うことになった。

【方法】

調査協力者 青森県A町の一地域に居住する65歳以上273名（男性114名、女性159名）に質問紙を配布した。質問は自己記入の質問紙形式で行ったが、視力等に問題があり独力で記入できない者については、調査員が質問を読み上げ、口頭にて回答を得、質問紙に記入した。このうち、分析する変数に関して欠損値のない230名（男性82名、女性148名）（平均年齢：73.50歳、標準偏差：6.37歳）が分析の対象となった。職業については、169名が有職、25名が無職、36名は不明もしくは無回答であった。家族構成については、15名が独居、48名が配偶者のみの世帯、54名が子どもも含めた2世代同居、87名が孫も含めた3世代同居、そして26名がその他の回答であった。

調査項目 調査したのは、架空場面における援助希求の方法、年齢・性別・職業（項目A）、親戚との交流（項目B）、身近な友人との交流（項目C）、普段の外出先（項目D）、調査時点でのうつ状態の程度（項目E）、およびころ

の健康づくり教室への参加・不参加（項目F）などである。項目B～Dの選択肢は表3に示した。項目Eのうつ状態の程度については、Zung Self-rating Depression Scale（SDS）を参考に作成した5項目（Tanaka et al., 2001）で測定した（表1）。オリジナルのSDSとは異なり、高齢者が回答しやすいように、「はい、いいえ」のどちらかを選択してもらった。得点化に際しては、症状なしには0点、症状ありには1点を与えた。項目Fでは「こころの健康づくり教室」への参加について尋ねている。この「こころの健康づくり教室」とは、調査対象地区の65歳以上の人を対象に平成12年より年2回実施している集会である。この集会では、保健婦や医師がこころの健康（おもにうつ病）についての講話をし、住民とこころの健康について話し合う場となっている。

表1 本研究で使用した抑うつ尺度

項目
1 毎日の生活が充実していますか
2 これまで楽しんでやれていたことが、いまも楽しんでできていますか
3 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられますか
4 自分は役に立つ人間だと考えることができますか
5 わけもなく疲れたような感じがしますか

援助希求の方法については、うつ状態および自殺念慮の状態を示し（後述）、自分がそのような状態になったときにどのように行動するかを問うた。回答は表2に示した選択肢の中から複数選択してもらった。「家族や友人、知人に相談する」もしくは「保健婦・医者などの専門家に相談する」と回答した場合は、具体的にどのような人かを問うた。回答者に提示したうつ状態および自殺念慮の状態は以下の通りである。

うつ状態：「もし、あなたが、悲しくなったり

落ち込んだり、いつも楽しんでいることも楽しめなくなったりして、非常につらく感じたり、いつも通りの生活に支障が出たりするような状態になったとしたら、あなたはどのようなか。」

自殺念慮：「もし、あなたが、死ぬことについて考えたり、あるいは自殺を考えたりして、非常につらく感じたり、苦しい状態になったとしたら、あなたはどのようなか。」

【結果】

全体の傾向

表2に、うつ状態もしくは自殺念慮を抱いたときに、どのような援助希求行動をとるかの回答結果を示した。専門家に相談すると回答した人はうつ状態では34名(14.8%)、自殺念慮では31名(13.5%)であった。これらの人の多くが、保健婦やかかりつけの医師に相談すると回答しており、精神科医に相談すると回答した人は1名しかいなかった。また、相談相手として非専門家を挙げた人はうつ状態では137名(69.6%)、自殺念慮では128名(66.1%)であった。一方、変だと思いが何もしないと回答した人は、うつ状態では20名(8.7%)、自殺念慮では31名(13.9%)であった。

表2 援助希求の仕方(人数)

援助希求の方法	うつ状態	自殺念慮
普通のことなので何もしない	26	13
普通ではないと思うが特に何もしない	20	31
家族や友人、知人に相談する	137	128
保健婦・医者などの専門家に相談する	34	31
その他	31	26

注：重複回答を許した、N=230

項目B～Fへの回答

項目B～Fへの回答状況を表3に示した。親戚や友人との交流はほとんどの回答者がもっているが、約5%の回答者が親戚と、約15%の人が身近な友人と、ほとんどつきあいをもっていないことがわかった。

表3 項目BからFに対する回答状況

項目と質問内容	正反応数
項目B：親戚との交流	
1 よく会う	184 (80.0)
2 盆・正月のみ	25 (10.9)
3 電話で話す程度	10 (4.3)
4 ほとんどつきあいはない	11 (4.8)
項目C：身近な友人との交流	
1 お茶を飲みおしゃべり	139 (60.4)
2 共通の趣味	44 (19.1)
3 電話で話す	53 (23.0)
4 その他の交流	22 (9.6)
5 ほとんどつきあいはない	36 (15.7)
項目D：普段の外出先	
1 仕事	136 (59.1)
2 通院	163 (70.9)
3 買い物	113 (49.1)
4 趣味	43 (18.7)
5 運動	16 (7.0)
6 デイサービス	24 (10.4)
7 町内会や老人クラブ	51 (22.2)
8 友人宅や知人宅のところ	92 (40.0)
9 子どもや親戚のところ	79 (34.3)
10 散歩	47 (20.4)
11 外出はほとんどない	9 (3.9)
項目E：抑うつ症状の数	
0	95 (41.3)
1	54 (23.5)
2	47 (20.4)
3	20 (8.7)
4	8 (3.5)
5	6 (2.6)
項目F：健康教室への参加	
参加	134 (58.3)
不参加	96 (41.7)

注：項目CとDについては重複回答を許した
N=230、()は%

普段の外出先については、多くの回答者が生活上必要なための外出(すなわち仕事、通院、

買い物) はしているものの、趣味やリクリエーションのための外出をする人の割合はそれより少なくなった。抑うつ症状については40%の人が症状なしであった。症状の数の平均は1.17、標準偏差は1.29であった。こころの健康づくり教室へは134名(58.3%)の人が参加していた。

援助希求と説明変数との関連

図1のような援助希求のレベルを仮定したので、低いレベルと高いレベルの援助希求を重複して回答している場合は、より高いレベルに回答しているものと見なし、回答を整理した。その結果、受診行動は表4のようになった。うつ状態の場合、フィルター1を通過した人は、180名(78.3%)、フィルター2を通過した人は160名(69.6%)、フィルター3を通過した人は34名(14.8%)であった。自殺念慮では順に、183名(79.6%)、152名(66.1%)、31名(13.5%)であった。

表4 援助希求のレベルと人数

援助希求のレベル	うつ状態	自殺念慮
レベル1: 変ではない/何もしない	23	13
レベル2: 変だと思うが相談しない	20	31
レベル3: 非専門家に相談する	126	121
レベル4: 専門家に相談する	34	31
その他	27	29

変数の整理

表4にある援助希求のレベルと項目A~Fの説明変数との関係を調べるために、ロジスティック回帰分析を行った。この分析では、質的変数および量的変数を説明変数として投入することができる。そのために、以下のように変数をまとめた。

量的変数:年齢と抑うつ得点(項目E)の他に、項目CとDを量的変数にまとめた。すなわち、項目Cでは、交流が何種類あるかをカウントし、「友人との交流の種類」という変数(0~4点)にまとめた。項目Dでは、外出先が何種類であるかをカウントし、「外出先の種類」という変数(0~10点)にまとめた。

質的変数:性別、職業(有職か否か)、健康づくり教室への出席(項目F)の他に、項目Bも回答を2分し質的変数とした。すなわち、「よく会う」かそれ以外の回答かで分け、「親戚との頻繁な交流」という変数にした。この理由は、「盆・正月のみ」と「電話で話す程度」という回答の数が少なかったこと、この2つのつきあい方では、道具的なサポートが得られにくい点で「よく会う」と質的に異なること、の2点である。

ロジスティック回帰分析

援助希求と説明変数との関係を検討するために、一連のロジスティック回帰分析を行った。結果を表5と表6に示した。

うつ状態では(表5)、フィルター1と関係のある変数はなかった。フィルター2では、親戚との頻繁な交流が、誰かへの相談を促す傾向があることがわかった($OR=2.274, p<.07$)。フィルター3については抑うつ得点の高さと健康づくり教室への参加が、専門家への相談を促すことが見いだされた(それぞれ、 $OR=1.360, p<.06$ $OR=2.301, p<.05$)。

自殺念慮でも(表6)、フィルター1と関係のある変数はなかった。フィルター2では、抑うつ得点の高さは誰かへの相談を阻害し、日常の外出先の種類が多いことが相談を促すこと

がわかった (それぞれ $OR = 0.728, p < .05$ $OR = 1.303, p < .05$)。フィルター3については、年齢の若さと健康づくり教室への参加が、専門家への相談を促し ($OR = 0.897, p < .05$; $OR = 3.329, p < .001$)、男性は女性よりも専門家への相談しにくくなる傾向があることが見いだされた ($OR = 0.407, p < .06$)。

表5 人口統計学的変数 (性別、年齢、職業)、抑うつ得点、外出先の種類、友人との交流の種類、親戚との頻繁な交流、健康づくり教室への参加とうつ状態における受診行動との関係を調べたロジスティック回帰分析の結果

	Filter 1		Filter 2		Filter 3	
	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>
性別	0.970	0.335—2.636	1.033	0.469—2.234	0.809	0.351—1.897
年齢	0.955	0.888—1.030	0.976	0.921—1.036	0.943	0.870—1.013
職業	1.814	0.431—12.598	1.815	0.560—7.326	1.903	0.522—6.270
抑うつ得点	1.036	0.722—1.542	0.885	0.668—1.179	1.360	0.992—1.860
外出先の種類	0.890	0.685—1.162	0.932	0.751—1.161	0.972	0.770—1.217
友人との交流の種類	1.081	0.569—2.078	1.489	0.879—2.572	1.115	0.644—1.933
親戚との頻繁な交流	1.752	0.540—5.200	2.274	0.560—7.326	2.834	0.838—13.31
こころの健康づくり教室への参加	0.874	0.334—2.320	1.892	0.853—4.397	2.301	1.019—5.338

注: + $p < .10$, * $p < .05$

表6 人口統計学的変数 (性別、年齢、職業)、抑うつ得点、外出先の種類、友人との交流の種類、親戚との頻繁な交流、健康づくり教室への参加とうつ状態における受診行動との関係を調べたロジスティック回帰分析の結果

	Filter 1		Filter 2		Filter 3	
	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>
性別	1.188	0.318—4.165	1.198	0.535—2.654	0.407	0.157—1.016
年齢	0.962	0.886—1.050	0.993	0.939—1.052	0.897*	0.818—0.972
職業	0.428	0.098—2.312	1.021	0.326—3.633	1.566	0.305—6.402
抑うつ得点	1.116	0.679—1.908	0.728*	0.529—0.996	0.910	0.593—1.355
外出先の種類	1.332	0.911—2.055	1.303*	1.025—1.687	0.973	0.760—1.233
友人との交流の種類	1.257	0.511—3.317	1.518	0.859—2.774	1.427	0.803—2.563
親戚との頻繁な交流	0.813	0.129—3.933	1.409	0.518—3.682	1.056	0.305—4.393
こころの健康づくり教室への参加	0.847	0.236—3.218	1.041	0.464—2.362	3.329*	1.368—8.617

注: + $p < .10$, * $p < .05$, $p < .01$

【考察】

本研究では、A町一地区の住民65歳以上を対象に、仮に自分がうつ状態や自殺念慮を経験したときに、どのような援助希求をするかについて場面想定法を用いて調べ (表2、表4)、

同時に測定した人口統計学的変数、心理・社会的な変数及び抑うつ症状との関係をロジスティック回帰分析を用いて検討し、援助希求に関連する要因を見いだした (表5、表6)。

筆者らは援助希求のレベルを仮定した(図1)。フィルター2に関しては、自殺念慮を抱いたとき、抑うつ症状は他者への相談に阻害的に働いた。うつ状態になると高齢者は、自身の自殺念慮を人に知らせない可能性があると言われていた(Cattel & Jolley, 1995)。したがって、高齢者における自殺を予防するためには、家族や友人など高齢者の周囲の人たちが高齢者の自殺念慮に気づくようにする必要がある。自殺の直前にうつ病に罹患している可能性が高いことを考えると(Conwell et al., 2000)、うつ病の症状についての知識を住民に広めることで、高齢者の周囲の人が高齢者のうつ病を早期に発見し、専門家への連絡及び専門家による早期治療によって自殺の予防が可能になるかもしれない。

フィルター3については、約14%の回答者がうつ状態になったり自殺念慮を抱いたりしたときに、専門家に相談すると回答した(表4)。本研究では場面想定法により仮定の援助希求行動を調査したが、この数値(14%)は地域住民における専門家への受診率と近似している(藤原, 1995; Goldberg & Huxley, 1992)。たとえば日本の一地方都市における疫学研究において、藤原(1995)は国際疾病分類10版(World Health Organization, 1989)のうつ病挿話の診断基準を満たした人の約10%が精神科医を受診したと報告している。効果的な早期発見・早期治療のためには、専門家を受診する人の割合を高める必要がある。

ところで、効果的な早期発見・早期治療のためには、一般住民への心理教育が必要であろう。本研究では、回答者の半数以上が、専門家ではなく非専門家に助けを求めると報告した。この

ことは、もし一般住民が適した心理教育を受けることができれば、早期発見・早期治療が可能であることを示唆する。たとえば、もし相談を受けた非専門家が抑うつ症状についての正しい知識をもっておりそれらの存在を認識すれば、彼らは状態によって専門家への受診を勧めるであろう。逆にもし抑うつ症状についての知識がなければ、うつ状態の人に誤った対応をしてしまうだろう。たとえば、抑うつ症状を本人の疲労ややる気のなさと誤認すれば、うつ状態の人を叱咤激励したり非難したりしてしまい、これらの行動がうつ状態の悪化を招くかもしれない。うつ病の早期発見・早期治療のためには、住民の心理教育がひとつの手段として考えられよう。

たとえば、A町で開かれている「こころの健康づくり教室」は、うつ病に関する住民の心理教育の試みとして有効であろう。このことは、こころの健康づくり教室への参加が、うつ状態を経験したときや自殺念慮を抱いたときに専門家への相談を思い浮かせることに効果的であった(表5、表6)から示唆される。こころの健康づくり教室では、保健婦や医師がうつ病などの精神疾患について話し、啓発活動を行っている。講話の後には、保健婦や医師と自由に語り合う場を設けている。この他にも、保健婦が個別訪問をした際や地域の寄り合いがあった際に、うつ病や自殺について高齢者住民と話し合いをしている。これにはうつ病の正しい知識を住民に広めるという意味があるが、それとともに、精神的な問題をオープンに話してよいのだという意識を住民にもってもらい、実際に自身や周りの人がうつ状態になったときに、保健婦や医師に相談すればよいのだという安心

感をもってもらう、などの効果も期待している。

最近その程度が薄らいできたものと思われるが、それでも精神疾患に対する偏見には根強いものがある。精神的な問題を他人に話さず、自身や家族内で閉じこめておくというような風潮もあろう。うつ病だけでなく精神疾患の早期発見・早期治療を推進するためには、疾患に対する正しい知識をもってもらうことだけではなく、このような風潮を打破することも同時に考えていかななくてはならないだろう。

本研究のもつ限界について述べておく。まず、本研究は高齢化の進む農村の一地域における研究である。したがって、本研究の他の地域への一般化には限度がある。第二に、本研究は場面想定法を用いており、現実場面での援助希求行動とは異なる可能性も認めざるを得ない。第三に、受診行動に影響する他の変数(たとえば、精神疾患に対する偏見)についても考慮する必要がある。このような限界はあるが、本研究はうつ病や自殺の早期発見・早期治療のために、一般住民に対する心理教育を行うことが一定の成果を上げる可能性を示唆していると考えられる。

引用文献

Cattel, H., & Jolley, D. J. (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. *British Journal of Psychiatry*, 166, 451-457.

Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., Caine, E. D. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 23-29.

藤原茂樹 (1995). 一般人口中におけるうつ病の頻度および発症要因に関する疫学的研究. *慶應医学*, 72, 511-528.

Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. Routledge: London.

警察庁生活安全局地域課 (2001). 平成12年中における自殺の概要資料

厚生労働省 (2001). 平成12年人口動態統計(確定数)の概況

坂本真士・杉浦朋子・蓮井千恵子・北村總子・友田貴子・田中江里子・木島伸彦・丹野義彦・北村俊則 (1998). 精神疾患への偏見の形成に与る要因—社会心理学的手法によるアプローチ. *精神保健研究*, 44, 5-13.

高橋邦明・内藤明彦・森田昌宏・須賀良一・小熊隆夫・小泉毅 (1998). 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動: 老年期うつ病を中心に. *精神神経学雑誌*, 100, 469-485.

Tanaka, E., Sakamoto, S., Toyokawa, K., Oyama, H., Kominato, H., Yoshimura, K., Nakamura, K., & Ono, Y. (2001). Reliability and validity of screening test for depression and suicidal ideation among old Japanese. Unpublished manuscript.

World Health Organization. (1989). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.

Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.