

厚生科学研究費補助金（長寿化学総合研究事業）  
分担報告書

高齢者の抑うつとソーシャルサポートネットワークに関する文献的考察

主任研究者 岸 玲子 北海道大学医学部  
予防医学講座公衆衛生学分野 教授  
研究協力者 増地 あゆみ 北海道大学文学部心理システム

研究要旨

高齢者の抑うつ状態は、自殺や身体的健康の悪化と深く関連していると考えられており、高齢者の精神保健における重要な問題であるといえる。近年、欧米を中心にソーシャルサポートネットワークが高齢者における抑うつの有症率を下げる効果をもつことが明らかになっているが、わが国ではこれに関する知見が少なく、十分とは言えない状況である。今後、わが国の高齢者の精神的健康を維持し、促進していくためには、高齢者の精神的健康状態を適切に把握し、抑うつとの関連要因を明らかにする研究がもっと必要である。本論文では、高齢者の抑うつに関する国内外の文献を概観し、これまでに明らかにされた知見をまとめたうえで、今後の研究の方向性について考える。

A. 研究目的

現在、わが国では高齢化が急速に進んでいる。全人口に占める65歳以上の高齢者の割合は年々伸び続け、平成3年には12.5%、平成7年には14.8%、平成11年には16.7%に達した。今後、この数字はさらに伸び続け、平成37年には27.4%、平成52年には32.3%に達すると予想され、日本はかつてないほどの超高齢社会を迎えることになると考えられている<sup>1)</sup>。高齢化とともに平均寿命の伸びも著しく、平成11年に平均寿命は男性で77.16歳、女性で84.01歳を記録した<sup>2)</sup>。しかし、世界的にみても最高水準の平均寿命に達する一方で、寝たきりになる高齢者も多く、全ての高齢者が豊かで健康

な老後を過ごしているとは言えないのが現状である。今後は、単なる延命ではなく、高齢者が身体面と精神面での健康を維持しながら自立し、活動的で生産的な老後を過ごせること、いわゆるサクセフル・エイジング (successful aging) を目指していくことが医療やその関連領域の課題となるであろう。

高齢者の精神的健康において、もっとも重要な問題のひとつとされているのが抑うつ (depression) である。さまざまな原因により、高齢者層には抑うつ状態が出現しやすいことが知られている<sup>3)</sup>。

高齢者の抑うつ状態はさまざまな面で大きな問題を引き起こすと考えられる。わが国

における高齢者の自殺率は世界的にみても高いが、しばしばその前段階には抑うつ状態があるとされる<sup>9)</sup>。また、抑うつ状態が身体的健康と相互作用の関係にある可能性も指摘されており、抑うつによる健康状態悪化が高い死亡率につながる可能性もある<sup>10)</sup>。そして、抑うつ状態は生活満足感や幸福感の低下と深く関連しており、それ自体が高齢者のサクセスフル・エイジングの大きな妨げとなると考えられる。

しかし、わが国では現在のところ、高齢者の精神的健康状態について十分に把握できていない状況である。高齢者層の有症率はどの程度であるか、有症率は若年層に比べて高いかどうか、高齢者の抑うつのリスク要因は何であるかについて、まだ十分に検討されていない。今後、抑うつの予防に有効な対策を講じ、高齢者の心身の健康維持を促進していくには、高齢者の精神的健康状態とその関連要因について、十分に把握する必要がある。

これまで欧米を中心に行われてきた調査では、抑うつと関連する様々な要因が指摘されている。そのなかでも、十分なサポートネットワークは高齢者が抑うつ状態に陥る可能性を低くし、また、身体的健康の悪化を防ぐ効果をもつと考えられ、サポートネットワークの効果について多くの調査研究が行われてきた。他の関連要因としては、①年齢、性別、教育年数などの基本属性、②慢性疾患など身体的健康状態の悪化、身体機能の低下などの身体的要因、③退職や喪失の体験、社会的地位や役割の喪失などのライフイベント、経済状態などの環境的（社会的）要因、④もともとの抑うつ傾向、性格などの個人的要因の4つに分類できる。しかし、現在までのところ、高齢者の抑うつの関連が明確に特定されている要因は少なく、今後も適切な疫学的方法を用いて精密に検討していく必要がある。

## B. 研究方法

本稿では、高齢者の抑うつとソーシャル

サポートネットワークの関係について、これまでの国内外での研究成果を概観したうえで、今後の課題と研究の方向性について考える。はじめに、わが国で行われた高齢者の抑うつに関する調査結果を概観する。次いで、欧米で高齢者の抑うつ状態について調べた報告を概括し、これまでに明らかになっている知見を整理する。そして最後に、今後、わが国でどのような研究が必要であるか、どのような方向で研究を進めていくべきかについて考察する。

### （倫理面への配慮）

調査時に対象者に研究の意義を説明し、調査対象者のプライバシーに最大限の配慮をし、実施する。また、データの管理に厳重な配慮を行なう。

## C. 研究結果

### 1. わが国での研究動向

わが国では、高齢者の抑うつ状態についての調査はまだ数が少ないが、1990年以降、いくつかの報告がなされている。サポートネットワークと抑うつの関連を検討した報告を表1<sup>6)-8)</sup>に、その他の要因と抑うつとの関連を検討した報告を表2<sup>9)-11)</sup>にまとめた。

これまでの報告では、抑うつ状態の測定にさまざまな標準化された尺度が用いられている。代表的なものではCES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)、SDS (Self-rating Depression Scale)、GDS (Geriatric Depression Scale) などである。各尺度には抑うつ状態を示すカットオフポイントが設けられ、そのポイントを基準に抑うつかどうか判定される。あるいは、得点の高さが抑うつの程度を示すとみなし、その数値を抑うつ状態の指標とする場合も多い。

これまでのところ、抑うつ状態を示す割合は調査によって大きく異なっている。井原<sup>11)</sup>がCES-Dを用いて、秋田の農村で65歳以上の695人を対象として行った調査では、

CES-D のカットオフポイントである 16 点以上が全体の 5.3 %であった。長田ら<sup>12)</sup>は秋田の農村で 75 歳以上の 308 人に行った調査で、GDS 得点が 14 点を超える割合が男性で 8.9 %、女性で 10.3 %であったと報告している。また、青木<sup>7)</sup>が 60 歳以上の 903 人に行った調査では、SDS 得点が 48 点を超える割合が男性で 4.3 %、女性で 11.4 %であった。山下ら<sup>10)</sup>が島根県隠岐郡で行った調査では、SDS 得点が 48 点を超える割合が独居老人では 33 人中 6 人 (18.2 %)、同居老人では 80 人中 5 人 (6 %) であった。

抑うつ尺度を用いた場合、得点が高めであることが多く、うつ病の診断基準を用いた場合と必ずしも判定結果が一致しない。たとえば、村岡ら<sup>6)</sup>は GDS 得点が 6 点以上を示した 182 人のうち、面接による診断でも抑うつと診断されたのは 38 人であったと報告している。

以下では、サポートネットワークと抑うつとの関連を中心に、これまでのわが国で行われてきた調査の結果を概観する。

### 1-1. ソーシャルサポートと抑うつとの関連

わが国では、サポートネットワークと抑うつとの関連を調べた調査は数少ない。ここでは、最近行われた 3 つの調査を紹介する (表 1)。

村岡ら<sup>6)</sup>は、GDS と診断基準を用いて抑うつ状態を測定・診断し、GDS でも診断でも抑うつと判定された群 (抑うつ群 A) と、GDS では抑うつと判定されたが診断では抑うつではなかった群 (抑うつ群 B) とそれ以外の対照群の 3 群を比較した。その結果、抑うつ群 A では、対照群に比べ、ソーシャルサポートが不十分な者 (病院につれていくてくれる人がいない、寝込んだとき世話をしてくれる人がいない)、家庭内に問題があった者の割合が多かった。ただし、この調査ではソーシャルサポートの有無しか尋ねておらず、サポートが無いという回答は

ごくわずかであった。この他、抑うつ群では自覚症状があるもの、身体機能を示す ADL (Activities of Daily Living) 得点が低い者、地域活動へ参加していない者が有意に多かった。

青木<sup>7)</sup>は、60 歳以上の 903 人を対象に SDS を用いて抑うつの程度を測定し、SDS 得点と関連する要因を重回帰分析によって明らかにした。ソーシャルサポートについてはネガティブなものポジティブなものに分けて測定している。その結果、男性では主観的健康状態、ADL、諸活動参加、ポジティブなサポート (負)、ネガティブなサポート (正) がそれぞれ独立に SDS 得点と有意に関連していた。サポートとの関連については、ポジティブなサポートが多いほど、SDS 得点は低く、ネガティブなサポートが多いほど SDS 得点が高くなる傾向が示された。一方、女性では、主観的健康度、慢性疾患罹患数、入院期間、受医療頻度、ストレス影響度、ADL、諸活動参加、ポジティブなサポートがそれぞれ独立に関連していた。女性ではポジティブなサポートが高いほど抑うつ得点が低い傾向のみが有意であった。

Hashimoto, et al.<sup>8)</sup>では、首都圏で在宅介護を受けている 60 歳以上の高齢者 303 人を対象とした調査で、ストレスと抑うつとの関係、およびソーシャルサポートと抑うつとの関係を検討した。その結果、ストレスとなる出来事が生じた後では、それ以前より CES-D 得点が高くなることを示した。ソーシャルサポートとの関連については、ストレスとなる出来事が生じる以前の段階でもソーシャルサポートが低い群では CES-D 得点が高いこと (直接効果) と、ストレスの影響による抑うつ得点の上昇がソーシャルサポートの多寡 (少、中、多) によって異なり、サポートの低い群で CES-D 得点が他の群より大きく上昇したこと (緩衝効果) を報告している。

以上のように、まだ調査の数は少ないが、

高齢者にとって望ましいソーシャルサポートの十分さは高齢者の抑うつ状態と関連していることが窺える。

### 1-2. その他の要因と抑うつとの関連

その他、わが国で高齢者の抑うつ状態とその関連要因について検討した調査の概要を表2に示した。これらの調査で抑うつと関連が示されたのは、おもに次の5要因である。

- ①居住形態：一人暮らしでは配偶者や家族と同居より抑うつが高い<sup>10)</sup>。入院している者は、在宅高齢者に比べて抑うつが高い<sup>13)</sup>。
- ②身体的要因：主観的健康状態が良くない者<sup>7)</sup>、握力や咀嚼力が低い者<sup>12)</sup>、視力や聴力が低い者<sup>11)</sup>、ADLが低い<sup>6)7)13)14)</sup>・移動能力が低い<sup>11)</sup>など活動性が低い者などで抑うつの傾向が高い。また、何らかの疾患があると抑うつが高い傾向がある<sup>11)14)</sup>。
- ③ストレスフル・ライフイベントの経験：配偶者の死、友人や親戚の死、健康状態の悪化などの望ましくない出来事を経験した場合、抑うつが高まる傾向がある<sup>8)9)</sup>。
- ④年齢：年齢と抑うつの関連については、認められない場合が多い<sup>6)7)10)11)</sup>。
- ⑤性別：女性は男性に比べて抑うつが高い傾向が示される場合<sup>7)</sup>と、性別は抑うつと関連しない場合とがある<sup>6)11)14)</sup>。

現在までのところ、わが国で行われた調査は、ほとんどが横断的であったり、多変量解析を行っていなかったり、特定の関連要因のみを取りあげていたりするため、高齢者の抑うつと社会的・身体的要因との関連を総合的に把握することが難しい場合が多い。今後、縦断的に調査を実施すること、多変量解析など各要因の抑うつに対する効果をより正確に把握できる解析方法を用いることが望まれる。

## 2. 欧米での研究動向

高齢者の抑うつに関連する要因について、ソーシャルサポートネットワークを含め、

欧米では日本に比べて多くの調査が実施されている。欧米の調査でも、調査方法や測定項目などはさまざま、調査間の比較は難しい。ここでは、そのなかでも、高齢者の抑うつ状態について身体的、社会的側面から多面的、総合的に調査し、他の要因を考慮に入れたうえでサポートネットワークと抑うつとの関連を検討した研究を中心に概観する。このうち、縦断的に検討した調査の概要を表3<sup>15)-21)</sup>に、横断的に検討した調査の概要を表4<sup>22)-24)</sup>に示した。また、他の要因は調整せずにソーシャルサポートやストレスと抑うつとの関連を検討した調査を表5<sup>35)-39)</sup>に示した。

高齢者における抑うつの有症率については、欧米でも調査によって幅広い結果が示されている。尺度を用いた測定結果では、10%前後の場合がもっとも多く、5%程度<sup>20)</sup>から20%程度<sup>23)</sup>まで幅広い。臨床的診断とチェックリストを用いた測定では結果が大きく異なり、全体的には、抑うつ尺度の方が臨床的診断に比べ、抑うつと判定される人の割合が多い。たとえば、O'hara<sup>22)</sup>ではCES-D得点が16点以上の割合は9.0%であるのに対し、うつ病診断基準であるRDC (Research Diagnostic Criteria) を満たす割合は2.9%にとどまった。以下では、抑うつとサポートネットワークとの関連を中心に、これまで欧米で行われてきた調査の結果を概観する。

### 2-1. サポートネットワークと抑うつとの関連

本節では、はじめにサポートネットワークの指標について概説したうえで、それぞれの指標と抑うつとの関連について検討した結果を整理する。

サポートネットワークの指標：ソーシャルサポートやネットワークは、社会における人と人との結びつきや、その結びつきを通して得られる他者からの援助や有益な情報

を意味する。しかし現段階では、ソーシャルサポートとネットワークの明確な概念規定がなく、標準的な尺度や測定方法もまだ確立されていない状態である。ソーシャルサポートとネットワークは明確に区別されないことも多いが、両者を概念的に区別する場合には、ネットワークは他者とのつながりの構造的側面（知り合いや友人が何人いるか、など）を示し、サポートはその機能的側面（知り合いや友人が支援してくれるか、など）を示すと考えることができ、本稿でもこのように両者を区別にして用いる。

これまで、非常に多種多様な尺度がソーシャルサポートあるいはネットワークの指標として用いられてきた。あまり例は多くはないが、「居住形態」、「婚姻状態」がサポートの指標として用いられる場合もある。ソーシャルネットワークについては、他者とのつながりの広さを示す指標である友人、親戚、子どもや孫などの数を合計した「ネットワークサイズ」、そのつながりの深さを示す指標である各メンバーとの「接触頻度」の2つに分けられる。このとき、ネットワークの質的な面を考慮して、メンバーの種類（友人、親戚、子どもや孫など）を特定する場合もある。ソーシャルサポートについては、その援助の種類を問わず、様々な他者から得られるサポートの全体量を測定する場合と、種類を特定したうえで期待できるサポートの量を測定する場合とがある。前者では様々な相手から得られる「サポートの全体量」、後者では、様々な相手または特定の相手からの「情緒的サポート」の量、「手段的サポート」量が指標とされることが多い。このとき、サポートの指標にはサポートへの満足感が主観的評価として含まれる場合もある。また、他者から受けるサポートではなく、自分が他者へ提供するサポートがどの程度であるかも、心身の健康と関連があることが指摘されており、「サポートの提供」が指標とされる場合もある。

このように、ネットワークとサポートの指標は大きく8種類に分類できる。以下では、それぞれの指標と抑うつとの関連について、先行研究で示された結果を整理する。

**居住形態**：高齢者の居住形態と抑うつとの関連については、配偶者や家族と同居している場合に比べて、一人暮らしの場合により抑うつ状態にあることが多い。Wallace<sup>19)</sup>では、ベースライン調査時に一人暮らしであった群では同居者がいた群に比べ、3年後と6年後のCES-D得点が高く、この効果は重回帰分析で他の要因を調整しても有意であった。O'hara<sup>22)</sup>では、単集計の結果ではあるが、CES-D得点が16点以上の割合と、うつ病のRDCを満たす人の割合ともに一人暮らしで有意に高かった。一方、抑うつと診断される割合と居住形態に有意な関連がみられない調査もある<sup>30)</sup>。

**婚姻状態**：婚姻状態、すなわち配偶者の有無と抑うつとの関連については、配偶者の状態により結果は異なっている。配偶者と死別している場合は、抑うつ状態にあることが多い。Oxman<sup>18)</sup>では、ベースライン調査の以前に配偶者と死別していた群では、それ以外の群より3年後のCES-D得点が高いこと、また、ベースライン調査の後に配偶者と死別した群でも3年後のCES-D得点が高いことを示した。O'hara<sup>22)</sup>では、単集計ではあるが、配偶者と死別・離別した群では配偶者のいる群に比べ、CES-D得点が16点以上の割合が有意に高かった。Roberts<sup>31)</sup>でも死別・離別などにより配偶者がいない群で、配偶者がいる群に比べて抑うつと診断される割合が高い傾向がみられた(OR: 1.74)。

一度も結婚していない場合の抑うつ状態については、調査によってさまざまである。Blazer<sup>24)</sup>では、一度も結婚していない群でそれ以外の群よりCES-D得点が高く、この効果は重回帰分析でも有意であった。一方、

Oxman<sup>18)</sup>では一度も結婚していないこと、配偶者と離別していることは抑うつと関連がなかった。また、Okwumabua<sup>29)</sup>では、単集計の段階では結婚していない群で CES-D 得点 16 点以上の割合が多かったが、多変量解析では、この差は有意ではなかった。

ネットワークサイズ：ネットワークサイズと抑うつとの関連については、多くの調査で、親戚、友人、子ども、孫、信頼できる人の総数などを指標とするネットワークサイズが大きいほど、抑うつが低くなる傾向がみられている。Husaini<sup>20)</sup>は、白人と黒人のサンプルどちらにおいても、親戚、友人、親友の数が多いほど CES-D 得点が低くなる傾向を示した。Harlow<sup>17)</sup>でも同様に、配偶者と死別する以前でも死別した後でも、友人の数が多いほど、CES-D 得点が低くなる傾向が有意であった。Okwumabua<sup>29)</sup>、van Grootheest<sup>33)</sup>ではネットワークサイズ(家族、友人、親戚などの数)が大きいほど CES-D 得点が低いことが重回帰分析で有意であった。Hays<sup>32)</sup>では、CES-D 得点から抽出された 4 因子のうち「抑うつ気分」因子の得点が、ネットワークサイズ(友人や親戚の数)が多いほど低かった。Blazer<sup>24)</sup>では、近くに住む親戚の数が多いほど CES-D 得点が有意に低かった。一方、Husaini<sup>25)</sup>では重回帰分析で親友(信頼できる人)の数の変化と抑うつとの関連について検討しているが、両者に有意な関連はなかった。

また、ソーシャルネットワークを全く持たない場合の抑うつ状態については、Wallace<sup>19)</sup>で、ベースライン調査時に話せる仲間がいないと答えた群では 3 年後、6 年後の CES-D 得点が有意に高くなったと報告している。Roberts<sup>31)</sup>では社会的孤立(信頼できる人がいない、親しい親戚や接触のある友人がいない状態)の度合いが高いと抑うつと診断される割合が高くなる傾向が示された(OR: 3.0)。

ネットワークメンバーとの接触頻度：メンバーとの接触頻度と抑うつとの関連については、結果はさまざまである。親戚や友人との接触頻度と抑うつとの関連については、Husaini<sup>20)</sup>は、白人でも黒人でも親戚、友人との接触頻度が多いほど CES-D 得点が低くなる傾向がみられた。Prince<sup>21)</sup>は、ベースラインの調査時に友人との接触がないと答えた群では 1 年後に抑うつを発症する可能性が高いことを示した(OR: 1.3-5.7)。断面的研究でも、Husaini<sup>25)</sup>では、黒人女性において親戚・友人との接触が多いほど CES-D 得点が低い傾向がみられた。一方、関連がない場合も多く、Oxman<sup>18)</sup>は、ベースライン調査時の親戚・友人との接触頻度と 3 年後の抑うつ得点には関連がないことを示している。La Gory<sup>26)</sup>でも友人・親戚との接触頻度を得点化したものと CES-D 得点との関連はみられなかった。Prince<sup>30)</sup>では友人との接触が多いと抑うつと診断される割合が低くなる傾向がみられたが、有意ではなかった。

子どもとの接触頻度と抑うつとの関連については、Oxman<sup>18)</sup>では、ベースライン調査時に子どもの訪問頻度が多いほど、3 年後の CES-D 得点は低いこと、3 年後の調査までの間に訪問頻度が減少した場合、CES-D 得点は有意に上がることを示した。

Mitchell<sup>27)</sup>では、友人、近隣、子ども、孫との接触頻度(社会的接触)と抑うつとの間に有意な関連はみられなかった。ただ社会的接触が多いほど生活満足度が高い傾向は重回帰分析で有意であった。

サポートの全体量：サポートの全体量と抑うつとの関連については、自分がソーシャルサポートをどの程度得られているか、どの程度期待できるかを主観的に評定したサポートの得点が高いほど、抑うつは低くなる傾向が示されている。Cutrona<sup>15)</sup>はベースライン調査時に SPS (5 項目)の総得点が高いほど、6 ヶ月後の再調査の時点で CES-D

得点が低くなることを示した。Phifer<sup>16)</sup>でも、ソーシャルサポート尺度の総得点が低いことは、6ヶ月後の抑うつ発症を予測する変数として有意であった。また、Prince<sup>21)</sup>ではサポートの不足を示す指標である SSDs の得点が3点以上であることは、1年後も抑うつが持続していることと有意に関連していた (OR: 1.8-28.0)。Husaini<sup>25)</sup>では黒人女性で SPS 総得点が高いほど CES-D 得点が低い傾向が有意であった。

特定の相手からのサポート量と抑うつとの関連についての結果はさまざまである。Dean<sup>23)</sup>では、配偶者や友人からのサポートは多いほど有意に CES-D 得点が低くなる傾向が見られるが、子どもや親戚からのサポートは CES-D 得点と関連なかった。Hays<sup>32)</sup>では、親友からのサポートが多いほど CES-D 得点が低いことが重回帰分析で有意であった。Bazargan<sup>28)</sup>では、サポートに関する項目から因子分析で得られた5因子のうち、「友人からのサポート」因子得点が低いほど CES-D 得点が高い傾向が有意であったが、「子ども」「兄弟」「信頼できる人」からのサポートはそれぞれ CES-D 得点と関連なかった。Prince<sup>30)</sup>では、友人からのサポートの数は抑うつの診断と関連していなかった。

情緒的サポート：情緒サポートと抑うつとの関連については、配偶者、子ども（孫）、親戚、友人からの情緒的サポートとそれに対する満足度は抑うつと関連する場合が多い。Oxman<sup>18)</sup>は、ベースライン調査時に情緒的サポートが十分だと感じ、またそれに対する満足度が高いほど、3年後の CES-D 得点が低いことを示した。van Grootheest<sup>33)</sup>では、情緒的サポートが多く、それに満足しているほど CES-D 得点は低くなる傾向が男性においてのみ有意であった。また、Husaini<sup>30)</sup>では、重回帰分析の結果、SPS のうち感情的サポートに関わる得点が高いほど、CES-D 得点が低かった。

手段的サポート：手段的サポートと抑うつとの関連については、多少複雑である。配偶者、子ども（孫）、親戚、友人からの手段的サポートが多く、それに満足しているほど抑うつは低くなる傾向がみられる場合と、逆に手段的サポートが多いほど抑うつが高まる傾向がみられる場合がある。前者については、Oxman<sup>18)</sup>は、ベースライン時に手段的サポートが十分だと感じ、それに満足しているほど、3年後の CES-D 得点が低いことを示した。Bazargan<sup>28)</sup>では、5因子のうちの「手段的サポート」因子の得点が高いほど、CES-D 得点が低い傾向が重回帰分析で有意であった。Roberts<sup>31)</sup>ではソーシャルサポートの指標となっているが、内容的には手段的サポートで、この得点が低い群では高い群に比べて 3.04 倍抑うつの割合が高い。

後者の関係としては、Mitchell<sup>27)</sup>では主に手段的サポートが多いほど抑うつ得点が高い傾向が、Hays<sup>32)</sup>では手段的サポートが多く受けているほど、CES-D のうち「身体症状」因子の得点が高く、「抑うつ気分」因子の得点も高い傾向が示された。van Grootheest<sup>33)</sup>でも男性において手段的サポートを多く受けているほど CES-D 得点が高かった。さらに、ADL との交互作用も指摘されている。Mitchell<sup>27)</sup>では ADL と手段的サポートの交互作用が有意で、ADL がもっとも低い群では、手段的サポートが多いほど CES-D 得点が高い傾向が有意であった。Wallsten<sup>34)</sup>でも ADL が低下している場合、手段的サポートが多いほど CES-D 得点は高まる傾向がみられた。

このように、手段的サポートが多いほど抑うつが高まる傾向は、とくに身体機能が低下している場合に強く示されている。手段的サポートを受けなければならないという状況が自尊心や自己認識の低下などを引き起こし、このことが抑うつ状態につながっている可能性がある。ただし、このような場合でもサポートへの満足感が高いと

CES-D 得点は低い傾向はみられている<sup>34)</sup>ことから、手段的サポートの提供方法やその内容、また、受け手の心理状態を十分に考慮することで、サポートの有効性を高めることはできると考えられる。

サポートの提供：他者からサポートをどの程度受けられるかではなく、自分が他者への程度サポートを提供しているかが抑うつと関連することも示されている。Wallsten<sup>34)</sup>ではサポートの提供が多いほど抑うつが低い傾向が5%水準で有意であった。Krause<sup>37)</sup>でも、他者へ informal なサポートを多く提供しているほど、結果的に抑うつ症状が少ない傾向が有意であった。

## 2-2. その他の要因と抑うつとの関連

本節では、ベースライン調査時の抑うつ状態、ストレス、身体的健康状態、活動性、性別、年齢、居住地域、教育年数、収入、社会階層それぞれと抑うつとの関連について、これまでの調査結果を整理する。

ベースライン調査時の抑うつ状態：表3<sup>15)</sup>~<sup>21)</sup>に示した7つの縦断的研究全てにおいて、ベースライン調査時の抑うつ状態は一定期間後(1ヶ月~6年)の抑うつ状態と関連しており、他の要因に比べて説明率が非常に高い。この結果は、抑うつ状態はある程度持続することを示しており、他の要因による影響を精確に検討する際に、もともとの抑うつ程度を考慮する必要性が高いことを示唆している。

ストレス：配偶者や友人の死、失業、経済状況の悪化など、高齢者が経験するさまざまなストレスフル・ライフイベントと抑うつとの関連が多く示されている。これまでの調査では、6ヶ月から2年以内に経験したイベント数が多いほど、抑うつが高まること

が明らかになっている。

Cutrona<sup>15)</sup>では、調査以前の6ヶ月間にス

トレスフル・ライフイベントを多く経験しているほど、SDS 得点が高い傾向が重回帰分析で有意であった。Husaini<sup>20)</sup>でも調査の6~12ヶ月の間に経験したストレスフル・ライフイベントの数が多いほど、CES-D 得点が高い傾向が重回帰分析で有意であった。Dean<sup>23)</sup>でも、調査以前の6ヶ月間に経験したライフイベントの数が多いほど、CES-D 得点が高い傾向が重回帰分析で有意であった。Bazargan<sup>28)</sup>では、健康状態と経済状態に関する項目を除いたライフイベント尺度を用いているが、その経験数とCES-D 得点には正の相関がみられ、重回帰分析でも有意であった。Prince<sup>30)</sup>でもライフイベントを2個以上経験した群では抑うつを示す割合が2.4倍(1.3-4.5)であった。Roberts<sup>31)</sup>では、調査の実施年またはそれ以前に経験したライフイベントが3個以上で抑うつを示す割合が1.87倍であった。Hays<sup>32)</sup>では、調査前の1年間に経験したライフイベントの数が多いほど、CES-D 得点が高い傾向が重回帰分析で有意であった。Glass<sup>38)</sup>では、重回帰分析の結果、調査以前の2年間に経験したライフイベントの数が多いほどCES-D 得点が高かった。Prince<sup>39)</sup>でもライフイベント2個以上で抑うつを示す割合が1.9倍(1.0-3.3)であった。

個別のイベントの経験有無と抑うつとの関連についても検討されている。Harlow<sup>17)</sup>は、配偶者と死別後、1ヶ月後と12ヶ月後の調査において、有配偶者に比べてCES-D 得点が高くなることを示した。Oxman<sup>18)</sup>でも、ベースライン調査から3年の間に配偶者との死別、親友の喪失を経験したことが有意にCES-D 得点を高める結果が示されている。Glass<sup>38)</sup>では、12項目のイベントのうち8項目(配偶者との死別、友人の移転、趣味の喪失など)については、経験のある場合、CES-D 得点が高い傾向が個別にみられた。

サポートネットワークのストレス緩衝効果：サポートネットワークの効果としては、

サポートネットワークそのものが抑うつをおさえる直接効果と、ストレス経験による悪影響がサポートネットワークによって緩和される緩和効果とが考えられている。直接効果については先に述べたとおりであるが、緩和効果についての調査結果はさまざまである。緩和効果がみられた報告としては、Cutrona<sup>15)</sup>では、ライフイベントとサポートの交互作用の項が重回帰分析で有意であった。この交互作用について詳細に検討した結果、ライフイベントが多い群で、サポートが多いほど CES-D 得点が低く、ライフイベントが少ない群ではサポートの多寡による効果はみられなかった。つまり、イベント経験によるストレスが大きい場合に限り、サポートの十分さが効果を発揮したといえる。Phifer<sup>16)</sup>では、判別分析で喪失の経験とサポートの交互作用が有意であった。これは、サポートの少ない群では、喪失の経験による抑うつ発症の可能性がより高まるという傾向で、サポートが豊かであることが喪失の経験による抑うつの発症を押さえる効果をもつことを示している。Krause<sup>37)</sup>でも、個別のイベントとサポートの交互作用が有意であった。配偶者との死別には情緒的、情報、手段的サポートが、犯罪・法的なストレスには情緒的サポートが、ネットワークの危機には社会的交流が効果を示し、それぞれのサポートが多いほどイベントの影響が少なかった。

一方、緩和効果が見られない場合も多い。Dean<sup>23)</sup>では、重回帰分析において、さまざまな相手からのサポートとライフイベントの経験との交互作用の項で有意なものはない。Russell<sup>26)</sup>ではパス解析の結果、ライフイベントとサポートの交互作用はみられず、サポートの多寡にかかわらず、ライフイベントが多いほど SDS 得点が高くなる傾向がみられた。Prince<sup>30)</sup>では、ライフイベントの経験数とサポートの不足を示す SSDs 得点はそれぞれ独立に抑うつの割合と関連していたが、両者の交互作用は有意ではな

かった。

身体的健康状態：慢性疾患の数、主観的健康状態などの身体的健康状態を示す指標は抑うつと大きく関連している。Harlow<sup>17)</sup>では、ベースライン調査時に主観的健康状態が良くないと、1ヵ月後、12ヵ月後の CES-D 得点が有意に高かった。Wallace<sup>18)</sup>ではベースライン調査時に罹患していた病気の数が多いほど、6ヵ月後の CES-D 得点が高くなる傾向が有意であった。縦断的研究でこのような結果が示されていることから、身体的健康状態の悪化が原因となって抑うつが高まる可能性があるといえる。ただし、両者の因果関係については、身体の不健康が抑うつを引き起こす場合と抑うつが身体の不健康を引き起こす場合の 2通りの可能性が考えられる。これまでの調査では、前者を前提とすることが多かった。

横断的研究で両者の関連を検討すると、ほとんどの場合に強い関連が示されている。重回帰分析を用いた解析では<sup>20) 21) 25) 28) 29) 33)</sup>、慢性疾患の数が多いほど CES-D 得点が高い傾向が有意であった。Hays<sup>32)</sup>では、慢性疾患の数多いほど「抑うつ気分」因子得点が高い傾向が有意であった。また、Prince<sup>30)</sup>ではひどい痛みがある場合に抑うつの発症が 1.2-4.0 倍となった。Roberts<sup>31)</sup>では、単集計であるが、抑うつの可能性が慢性疾患の数が 2 個以上で 3.5 倍、主観的健康状態が良くない場合に 7.47 倍になった。

活動性 (身体機能、ADL)：ADL (Activities of Daily Living)、IADL (Instrumental Activities of Daily Living) などの活動性や身体機能を示す指標も抑うつと大きく関連している。これまでの報告では、Phifer<sup>16)</sup>では、ADL を中心とした身体的健康状態に関する回答で、ADL が低いことが 6ヵ月後の抑うつ発症を有意に判別することを示した。Harlow<sup>17)</sup>では、ベースライン調査時に普段あまり活動的ではない、あるいは寝たきり

と回答した群ではそうでない群に比べて CES-D 得点が有意に高かった。Oxman<sup>18)</sup>では、ベースライン調査時の FDI (身体機能障害) 得点が高いほど3年後の CES-D 得点が高いこと、3年間で機能がさらに低下した場合に CES-D 得点が高くなる傾向が有意であった。Wallace<sup>19)</sup>では、ベースライン調査時に ADL が低いと、6ヵ月後、12ヵ月後に CES-D 得点が低くなる傾向が有意であった。Prince<sup>21)</sup>では、ハンディキャップの数が多い群で、1年後に抑うつ発症の可能性が高くなることを示した (OR: 10.-12.3)。縦断的研究でのこのような結果から、身体機能や活動性の悪化が原因となって抑うつが高まる可能性があるといえる。

断面的にみても、身体機能と抑うつとの関連は強い場合が多く、Dean<sup>23)</sup>、Hays<sup>32)</sup>、van Grootheest<sup>33)</sup>では ADL が低いほど CES-D 得点が高い傾向が重回帰分析で有意であった。Wallsten<sup>34)</sup>では IADL と ADL が低いほど、Mitchell<sup>27)</sup>では IADL が低いほど CES-D 得点が高い傾向が重回帰分析で有意であった。Blazer<sup>24)</sup>、La Gory<sup>26)</sup>でも身体機能障害が大きいほど抑うつ得点が高かった。Prince<sup>30)</sup>では ADL がもっとも低い群で抑うつを示す割合が 1.4-6.5 倍であった。単変量ではあるが、Roberts<sup>31)</sup>では ADL に問題ある群で抑うつを示す割合が 6.3 倍であった。ただし、Okwumabua<sup>29)</sup>では ADL の項目のうち入浴のみを調べているが、これは CES-D 得点と関連していなかった。

ただし、逆の因果関係、すなわち、抑うつが身体機能の不良や活動性低下を引き起こす可能性もあり、この点を検討した調査が報告されている。Ormel<sup>10)</sup>では、抑うつ状態が身体機能低下のリスク要因として関連しているとした。ただし、横断的研究であるため、因果関係までは断定されていない。Oman<sup>41)</sup>は 55 才以上の 2025 人を 4 年間追跡した調査の結果として、4 年後の身体機能障害 (physical disability: PD) の発症と PD からの回復にベースライン調査時の抑うつ

得点に関連しており、得点が高いほど PD の発症する率が有意に高く (OR: 1.01-1.08)、また回復する率が有意に低い (OR: 0.90-0.99) ことを示した。

**性別:** 性別と抑うつとの関連については、一致した結果が得られていない。性差がある場合は、女性の抑うつ発症率または抑うつ尺度の平均得点が男性より高いことが多い。Oxman<sup>18)</sup>では女性の CES-D 得点が男性より有意に高いことが示されており、また Dean<sup>23)</sup>、La Gory<sup>26)</sup>、Bazargan<sup>28)</sup>、Wallsten<sup>34)</sup>では CES-D 得点に対する重回帰分析の結果、女性ほど得点が高い傾向が有意であった。うつ病診断基準が用いられた Roberts<sup>31)</sup>でも女性の抑うつ有症率は男性の 1.5 倍であった。

しかし、調査によっては性差がみられなかったり、多変量解析では有意ではなかったりする場合も多い。Phifer<sup>16)</sup>では、6ヵ月後の抑うつ発症に性別は関連がないことを示した。Prince<sup>21)</sup>では性別と1年後の抑うつ発症または抑うつ状態の持続とは無関係であるとしている。Blazer<sup>24)</sup>、Okwumabua<sup>29)</sup>では、単変量解析の段階では CES-D 得点 16 点以上の割合が女性で男性より高かったが、多変量解析では他の要因を調整すると性別の効果は有意ではなかった。Mitchell<sup>27)</sup>、Prince<sup>30)</sup>でも多変量解析の結果、抑うつと性別には関連がみられなかった。また、同じ調査でも抑うつ状態の測定方法によって結果が異なる場合もあり、O'hara<sup>22)</sup>では CES-D 得点 16 点以上の割合が女性で有意に高かったが、RDC を満たす割合に性差はみられなかった。

**年齢:** 高齢者における年齢と抑うつとの関連については、高齢になるほど抑うつを示す人の割合が増えると考えられることが多い。しかし、これまでの調査では、加齢が抑うつ直接的な原因であるとは考えられない結果が示されてきた。多くの調査で、

身体的健康状態や ADL などを調整した結果、加齢の効果はみられなくなったり、逆に高齢になるほど抑うつ<sup>27)</sup>の程度が低くなったりしている。Harlow<sup>17)</sup>では、配偶者と死別後 12 ヶ月の時点で、高齢なほど CES-D 得点が高い傾向がみられたが、重回帰分析で他の要因を調整した結果、年齢と CES-D 得点との関連は有意ではなかった。Phifer<sup>16)</sup>では、ベースライン調査の時点で CES-D 得点と年齢との有意な関連はみられず、6 ヶ月後の抑うつ発症にも年齢は関連していなかった。Prince<sup>21)</sup>でも年齢と 1 年後の抑うつ発症または抑うつ状態の持続とは関連していなかった。Dean<sup>23)</sup>、Bazargan<sup>28)</sup>、Okwumabua<sup>29)</sup>、van Grootheest<sup>33)</sup>、Wallsten<sup>34)</sup>では、CES-D 得点に対する重回帰分析で、年齢は有意ではなかった。Mitchell<sup>27)</sup>でも GDS 得点に対する重回帰分析で年齢は有意ではなかった。O'hara<sup>22)</sup>、Roberts<sup>31)</sup>では高齢になるほど抑うつを示す割合が高かったが、有意ではなかった。

一方、Wallace<sup>19)</sup>では、他の要因を含めた重回帰分析の結果、高齢なほど CES-D 得点が高い傾向がみられた。また Hays<sup>32)</sup>では、CES-D から抽出した 4 因子のうち「身体症状」因子は年齢と関連があり、高齢になるほど身体症状多い傾向が重回帰分析で有意であった。

また、年齢と抑うつとの関連が逆方向に有意となることもあり、Blazer<sup>24)</sup>、La Gory<sup>26)</sup>では、重回帰分析の結果、年齢が高いほど CES-D 得点が低くなる傾向が有意であった。Prince<sup>30)</sup>では高齢であるほど抑うつを示す割合が低くなり、オッズ比が 70 歳以上では 0.2-0.8、74-81 歳で 0.2-0.7、82 歳以上で 0.2-0.9 となっている。

居住地：居住地と抑うつは、あまり関連がないようである。O'hara<sup>22)</sup>では居住地（大都市、小都市、農村）によって抑うつを示す割合に有意な差はなかった。Blazer<sup>24)</sup>、Okwumabua<sup>29)</sup>でも都市と農村で

CES-D 得点が 16 点以上の割合に有意な差はなかった。居住している都市の規模による CES-D 得点の差もみられなかった<sup>27)</sup>。La Gory<sup>26)</sup>では、居住地の高齢者率などの特色と CES-D 得点の関係を検討したが、有意な関連はなかった。

教育年数：教育年数と抑うつとの関連については、教育年数が多いほど、また高学歴であるほど抑うつは低くなる傾向を示す報告が多い。Oxman<sup>18)</sup>では、最終学歴が高いほど、ベースライン調査時とそれから 3 年後の CES-D 得点が低いことを示している。Wallace<sup>19)</sup>でも、最終学歴が高いほど、3 年後、6 年後の調査での CES-D 得点が低い傾向がみられた。横断的調査のでも、重回帰分析で教育年数多いほど CES-D 得点が低い傾向が有意となっている<sup>26) 28) 32) 34)</sup>。Mitchell<sup>27)</sup>、Okwumabua<sup>29)</sup>では重回帰分析で高学歴ほど抑うつ得点が低い傾向が有意であった。また、単集計ではあるが、O'hara<sup>22)</sup>では、CES-D 得点 16 点以上の割合は学歴が低い群で高く、Roberts<sup>31)</sup>では教育年数 12 年以下で抑うつを示す割合が 1.8 倍であった。教育年数と抑うつに関連がみられない調査もあり、Phifer<sup>16)</sup>では教育年数と 6 ヶ月後の抑うつ発症に有意な関連はなかった。

収入：収入と抑うつとの関連については、結果は分かれている。Blazer<sup>24)</sup>、Hays<sup>32)</sup>では、重回帰分析において収入が多いほど CES-D 得点が低い傾向が有意であった。van Grootheest<sup>33)</sup>では収入の額と CES-D 得点には関連がなかったが、収入に対する満足度が高いほど CES-D 得点が低い傾向が重回帰分析で有意であった。Prince<sup>21)</sup>では収入と 1 年後の抑うつ発症および持続との間に有意な関連はなかった。

社会階層：社会階層と抑うつはあまり関連がないようである。Prince<sup>21)</sup>では 1 年後の抑うつ発症および持続と社会階層は関連がな

く、Prince<sup>30)</sup>でも抑うつ割合と社会階層は無関連であった。

#### D. 考察：今後の研究の方向性

これまでに国内外で行われてきた高齢者の抑うつ状態に関する調査では、評価尺度や調査の実施方法が様々で、調査結果の直接比較は難しい。また、高齢者の抑うつ状態には多様な要因が関連しているが、その関係について、現時点では明確で一貫した結果の示されていないものも多い。しかし、前節まで整理してきたように、先行する調査結果をいくつかの知見にまとめることができる。以下では、これまでの知見をまとめ、これをふまえて今後の課題について考察する。

一つに、ソーシャルサポートとの関連である。用いる指標によって結果は多少異なるが、十分なソーシャルサポートネットワークが高齢者の抑うつ状態を防ぐという関係に関しては、おおむねポジティブな結果が示されている。この関係は、断面的な調査だけでなく、縦断的な調査においても示されていることから、十分なサポートネットワークが抑うつを防ぐという因果関係が存在する可能性は高いと考えられる。しかし一方で、抑うつ状態にあるために、結果として社会的接触が少なくなるという因果関係も十分に存在する。今後、このような因果関係の双方向性も考慮に入れ、両者の相互作用的な関係についても検討する必要があるだろう。また、現時点では混乱気味であるサポートネットワークの概念を整理し、標準的な尺度を作成することも、今後の調査研究の発展のためには必要不可欠である。

二つに、身体的健康や活動性は精神的健康と強く関連することがほぼ一貫して示された。現段階では、両者の因果関係は明確にされていないが、これまでの結果をみると、どちらか一方の因果関係が存在すると考えるよりも、両者の相互作用が存在すると

考える方が妥当ではないだろうか。両者が互いに作用しているのであれば、抑うつ状態の予防を進めることは身体的健康の維持することになり、逆に、疾病や身体機能低下の予防を進めることは、同時に精神的健康の維持につながることになる。因果関係の特定にエネルギーを費やすよりも、両者の予防策を検討する研究を進める方が有益であろう。

最後に、調査研究の知見をふまえた介入研究の必要性についてである。徐々に抑うつに関連する要因が明らかになるにともない、最近では欧米を中心に、抑うつ状態からの回復や予防を目的とした介入の試みが増えつつある。Harris<sup>42)</sup>では、25-40歳の抑うつ状態にある女性患者をランダムに介入群と統制群に分け、各患者に境遇が似ている年齢の近い女性を割り当て、befriending（週に一度会って話をしたり、一緒に外出したり、友達のようにふるまう）を行った。その結果、1年後の抑うつからの回復率は介入群でより高かった。Llewellyn-Jones, et al.<sup>43)</sup>では、65歳以上の高齢者169人をランダムに介入群と統制群に割り付け、介入群に対して、本人へのカウンセリング、活動プログラムの実施、その総合医、介護者への教育を含めた介入を行った。その結果、9.5ヶ月後のGDS得点は介入群でより大きく下がっている。今後さらに、このような介入にはどのような方法が妥当であるか、その効果はどの程度であるか、効果はどのくらい持続するかなどについて、詳細な検討が必要である。

#### E. 結論

内外の関連論文40数論を整理し、高齢者の抑うつとソーシャルサポートネットワークに関する文献的考察を行った。これまでの研究の動向にあわせて、今後の研究についてもまとめた。本文献調査から本邦で高齢者のQOLの向上と高齢者の社会的医学的自立のためにはサポートやネットワー

クの構築の重要性、そのための研究の方向性を明らかにし得た。

#### 参考文献

- 1) 総務庁高齢社会対策室ホームページ  
<http://www.somucho.go.jp/roujin/frhome.htm>
- 2) 大森健一 1984 高齢者のうつ状態：発生要因 老年精神医学, 1, 467-473.
- 3) 柄澤昭秀 1984 高齢者のうつ状態：疫学—うつ病とうつ状態の発病率を中心に— 老年精神医学, 1, 458-465.
- 4) 高橋祥友 1999 高齢者の自殺 Geriatric Medicine, 37, 991-994.
- 5) Irvine, J., et al. 1999 Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. Psychosomatic Medicine, 61, 729-737.
- 6) 村岡義明・他 1996 地域在宅高齢者のうつ状態の身体・心理・社会的背景要因について 老年精神医学雑誌, 7, 397-407.
- 7) 青木邦男 1997 高齢者の抑うつ状態と関連要因 老年精神医学雑誌, 8, 401-410.
- 8) Hashimoto, K., Kurita, H., Haratani, T., Fujii, K., & Ishibashi, T. 1999 Direct and buffering effects of social support on depressive symptoms of the elderly with home help. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 53, 95-100.
- 9) 佐藤親次・他 1987 農村における中高年層の抑うつと life events, 生き甲斐, 心臓疾患の関係 社会精神医学, 10, 68-77.
- 10) 山下一也・他 1992 老年期独居生活の抑うつ症状と主観的幸福感について—一島根県隠岐島の調査から— 日本老年医学会雑誌, 29, 179-184.
- 11) 井原一成 1993 地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究 日本公衆衛生学雑誌, 40, 85-93.
- 12) 長田久雄・他 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 日本公衆衛生学雑誌, 42, 897-909.
- 13) 上野範子・他 1997 自己評価式抑うつ尺度 (SDS) を用いた高齢者の精神的健康状態の調査—入院高齢者と在宅高齢者の比較— 日本公衆衛生学雑誌, 44, 865-873.
- 14) 村岡義明・他 1997 うつ状態を呈する地域在宅高齢者の身体状況について 精神医学, 39, 285-290.
- 15) Cutrona, C., & Rose, J. 1986 Social support and adaptation to stress by the elderly. Journal of Psychology and Aging, 1 (1), 47-54.
- 16) Phifer, J. F. & Murrell, S. A. 1986 Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. Journal of Abnormal Psychology, 95, 282-291.
- 17) Harlow, S. D., Goldberg, E. L., & Comstock, G. W. 1991 A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. American Journal of Epidemiology, 134, 526-538.

- 18) Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman, D. H., & Barrett, J. 1992 Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135, 356-368.
- 19) Wallace, J. & O'hara, M. W. 1992 Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: results from a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 398-404.
- 20) Husaini, B. A. 1997 Predictors of depression among the elderly: racial differences over time. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (1), 48-58.
- 21) Prince, M., Harwood, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. 1998 A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression: The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine*, 28, 337-350.
- 22) O'hara, M. W., Kohout, F. J., & Wallace, R. B. 1985 Depression among the rural elderly: a study of prevalence and correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 582-589.
- 23) Dean, A., Kolody, B., & Wood, P. 1990 Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *Journal of Health and Social behavior*, 31, 148-161.
- 24) Blazer, D., Burchett, B., Service, C., & George, L. K. 1991 The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 46 (6), M210-M215.
- 25) Husaini, B. A., Moore, S. T., Castor, R. S., Naser, W., Whitten-Stovall, R., Linn, J. G., & Griffin, D. 1991 Social density, stressors, and depression: Gender differences among the black elderly. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P236-242.
- 26) La Gory, M., & Fitzpatrick, K. 1992 The effects of environmental context on elderly depression. *Journal of Aging and Health*, 4 (4), 459-479.
- 27) Mitchell, J., Mathews, H. F., & Yesavage, J. A. 1993 A multidimensional examination of depression among the elderly. *Research on Aging*, 15 (2), 198-219.
- 28) Bazargan, M. & Hamm-Baugh, V. P. 1995 The relationship between chronic illness and depression in a community of urban black elderly persons. *Journal of Gerontology: Social sciences*, 50B, S119-127.
- 29) Okwumabua, J. O., Baker, F. M., Wong, S. P., & Pilgram, B. O. 1997 Characteristics of depressive symptoms in elderly urban and rural African Americans. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52A, M241-M246.
- 30) Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. 1997 Impairment, disability, and handicap as risk factors for depression in old age: The Gospel Oak Project V. *Psychological*

Medicine, 27, 311-321.

31) Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. 1997

Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda county study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, S252-S258.

32) Hays, J. C., Landerman, L. R., George, L. K., Flint, E. P., Koenig, H. G., Land, K. C., & Blazer, D. G. 1998 Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, P31-P39.

33) van Grootheest, D. S., Beekman, A. T. F., & van Groenou, M. I. B. 1999 Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 391-398.

34) Wallsten, S. M., Tweed, D. L., Blazer, D. G., & George, L. K. 1999 Disability and depressive symptoms in the elderly: the effects of instrumental support and its subjective appraisal. *International Journal of Aging and Human Development*, 48 (2), 145-159.

35) Krause, N. 1986 Social support, stress, and well-being among older adults. *Journal of Gerontology*, 41, 512-519.

36) Russell, D. W. & Cutrona, C. E. 1991 Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychology and Aging*, 6 (2), 190-201.

37) Krause, N., Herzog, A. R., & Baker, E. 1992 Providing support to others and

well-being in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47, P300-P311.

38) Glass, T. A., Kasl, S. V., & Berkman, L. F. 1997 Stressful life events and depressive symptoms among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 9, 70-89.

39) Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. 1997 Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.

40) Ormel, J., Kempen, G. I. J. M., Deeg, D. J. H., Brilman, E. I., van Sonderen, & E., Relyveld, J. 1998 Functioning, well-being, and health perceptions in late middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *Journal of American Geriatric Society*, 46, 39-48.

41) Oman, D., Reed, D., & Ferrara, A. 1999 Do elderly women have more physical disability than men do? *American Journal of Epidemiology*, 150 (8), 834-842.

42) Harris, T., Brown, G. W., & Robinson, R. 1999 Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city 1: randomised controlled trial. *British Journal of psychiatry*, 174, 219-224.

43) Llewellyn-Jones, R. H., Baikie, K. A., Smithers, H., Cohen, J., Snowdon, J., & Tennant, C. C. 1999 Multifaceted shared care intervention for late life

depression in residential care: randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 319, 676-682.

表1 サポートネットワークと抑うつとの関連(日本)

著者	対象	抑うつ尺度	サポートとネットワークの指標	抑うつとの関連
村岡・他 <sup>6)</sup> 1996	山形県在住の 65歳以上の高齢者 抑うつ群A: 38人 抑うつ群B: 144人 対照群: 107人	GDS 面接による うつ病診断	1) 困ったときの相談相手の有無 2) 体の具合が悪い時の相談相手の有無 3) 家事などの援助をしてくれる人の有無 4) 病院に連れて行ってしてくれる人の有無 5) 寝込んだとき世話をしてくれる人の有無	解析: 各要因について3群で比率を比較(単変量) 抑うつ群A(GDS>6で、うつ病と診断) 自覚症状あり、高次活動能力低い、 ADLが低い、地域活動への参加ない、 サポート(病院、世話)がない、 家庭内に問題があった 抑うつ群B(GDS>6で、うつ病と診断されない) ADLが低い、地域活動への参加ない 関連のない項目 年齢、性別、視力・聴力、一年以内の入院、 友人や配偶者の死、退職、収入の減少など
青木 <sup>7)</sup> 1997	60歳以上の高齢者 903人	SDS	1) ポジティブ・サポート: 12項目(得点: 0-48) 心配事や悩みを聞いてくれる、 病気のとき看護や世話をしてくれる、 思いやってくれる、元気づけてくれる、 お金を貸してくれる、 くつろいだ気分にしてくれる、 仕事を頼める、秘密を打ち明けられる、 困ったときに何とかしてくれる、 不満のはけ口になってくれる、 助言してくれる 2) ネガティブ・サポート: 4項目(得点: 0-16) 文句や小言を言う、イライラさせる、 余計なお世話をする、面倒をかける	女性で男性よりSDS得点高い 解析: 抑うつ得点と各変数との重回帰分析(断面的) 男性において 関連のあった項目: ポジティブ・サポート、ネガティブ・サポート、 主観的健康度、ADL、諸活動参加の有無 関連のない項目: 年齢、配偶者の有無、収入 慢性疾患数、入院期間、受療頻度、ストレス 女性において 関連のあった項目: ポジティブ・サポート、ストレス、 主観的健康度、慢性疾患数、入院期間、 受療頻度、ADL、諸活動参加の有無 関連のない項目: 年齢、配偶者の有無、収入
Hashimoto, et al. <sup>8)</sup> 1999	首都圏で在宅介護 を受ける60歳以上 の高齢者303人 (1ヶ月毎に6回 調査)	CES-D	Social Support Questionnaire (SSQ) 配偶者、同居家族、近隣、社会福祉士 からの情緒的サポートと手段的 サポートの程度 得点範囲: 0-160	解析: 各要因別に平均値の比較(単変量) Stressorが生じた後、抑うつ得点は上昇した Stressorが生じる以前: サポート得点低い群ではCES-Dが高い Stressorが生じた後: サポート得点低い群でCES-D得点が高い 大きく上昇(ストレスとサポートの交互作用) ※年齢、性別、ADLによる調整なし

表2 抑うつに関連するその他の要因(日本)

著者	対象	抑うつ尺度	抑うつとの関連
佐藤・他 <sup>9)</sup> 1987	茨城県在住の 40歳以上の1374人	簡易式抑うつ尺度 (オリジナル)	解析: 年代別に抑うつを示す人の比率を比較(単変量) 60歳以上において関連のあった項目 男性: 信仰、家族の悩み、経済的損失、 法律関係、家族数変化 女性: 家族仲の悪化、家族の悩み、仕事からの引退 60歳以上において関連のない項目 男女とも: 友人の死、家族の病気、心臓疾患
山下・他 <sup>10)</sup> 1992	島根県在住の60歳以上の 健全な高齢者113人	SDS	解析: 抑うつ(SDS>48)を示す人の比率を比較(単変量) 夫婦同居に比べ、独居老人で抑うつの割合が高い
井原 <sup>11)</sup> 1993	秋田の農村在住の 65歳以上の高齢者695人	CES-D	解析: 抑うつ(CES-D>16)を示す人の比率を比較(単変量) 関連のある項目 過去1年間に入院経験あり、脳卒中の治療あり 聴力または視力が弱い、眼底検査異常あり 日常生活動作能力が低い 総合的移動能力が低い 関連のない項目 年齢、性別、血圧、心電図所見、血液検査、X線所見、 既往歴(高血圧、心疾患など)、外来受診の有無
長田・他 <sup>12)</sup> 1995	秋田の農村在住の 75歳以上の高齢者308人 (2年後に再調査)	GDS	解析1: 抑うつ得点と各変数との重回帰分析(断面) 男性: 握力が弱い、総合的移動能力が低い 女性: 高次生活活動能力が低い、転倒経験あり、 咀嚼能力が低い 男女とも関連のない項目: 学歴、血圧、心電図所見、 血液検査、既往歴、入院・通院状況、喫煙・飲酒 解析2: 2年後の変化と抑うつとの関連(単変量) 男女とも関連あり: 高次生活活動能力の低下 男性: 総合的移動能力の低下、配偶者を失った、 身体の悩みの持続 女性: 血圧の上昇、視力・聴力の低い状態の持続
上野・他 <sup>13)</sup> 1997	京都府在住の65歳以上 の高齢者 入院群: 1503人 在宅群として 老人クラブ所属: 2252人 老人センター会員: 1595人	SDS	入院群で在宅群よりSDS得点が高い 解析: 入院と在宅各群でSDSと関連する要因(単変量) 入院群: 配偶者なし、趣味・職業なし、緊急の入院、 家族の世話を希望、入院環境への不満、ADL低い、 自分の病気が重いと認識、入院期間が長い 在宅群: 服薬・受診あり、ADL低い、同居者なし(男のみ)
村岡・他 <sup>14)</sup> 1997	山形県在住の 65歳以上の高齢者 うつ群: 38人 対照群: 107人	GDS SCID(構造化 診断面接法)	解析: 関連要因についてうつ群と対照群の比較(単変量) 関連のあった項目: しびれや痛みがある 脳卒中で通院中である ADL不良 胃腸疾患、視力・聴力が低い 関連のない項目: 性別、年齢、高血圧・糖尿病などの通院、めまい・肩こり などの身体症状、会話の障害

表3-1 抑うつとサポートネットワーク—縦断研究

著者	対象	抑うつ尺度	サポートとネットワークの指標	抑うつとの関連
Cutrona, et al. <sup>15)</sup> 1986	地域高齢者センターの 60-88歳の高齢者62人 (6ヶ月後に再調査)	SDS	Social Provision Scale (SPS): 1)感情的に強く結ばれている人 2)一緒に社会的活動をする人 3)自分の能力を認めてくれる人 4)必要なとき助けてくれる人 5)人生の重大な決断について話せる人	解析: 抑うつ得点と各変数との重回帰分析 ベースライン時の精神的健康状態悪い サポートの総得点SPSが低い ストレスフルイベントの経験多い (サポートとストレスの交互作用も有意)
Phifer <sup>16)</sup> & Murrell 1986	ケンタッキー在住の 55歳以上の1233人 (6ヶ月、12ヶ月後に再調査)	CES-D	Louisville Social Support Scale: 以下の項目を含む13項目 1)社会参加に関する4項目 2)危機に面したときに期待できるサポートの数に関する7項目	解析: 6ヶ月後の抑うつ発症に関連する要因について判別分析 関連のある項目 ソーシャルサポートの得点低い、 身体的健康不良、喪失の経験、 (健康、喪失とソーシャルサポートの交互作用も有意) 関連のない項目 年齢、教育年数、性別、婚姻状態
Harlow, et al. <sup>17)</sup> 1991	メリーランド在住の 65-75歳の女性高齢者 寡婦: 136人 有配偶者: 409人 (配偶者と死別1ヵ月後と12ヵ月後に再調査)	CES-D	ネットワークサイズの指標 1)友人の数 2)別居して6か月以内に接触のあった家族の数 3)1と2に同居家族の数を加えた数 ネットワークの質の指標 1)子どもとの親密度 2)親友の数 3)夫を信用してるかどうか	解析: 抑うつ得点と各変数との重回帰分析 関連のある項目 ベースライン時のCES-D得点高い 友人の数が少ない 健康状態良くない 活動性が低い 夫を信頼していない 家族の人数少ない(1ヶ月後のみ) 親友の数が少ない(12ヶ月後のみ)
Oxman, et al. <sup>18)</sup> 1992	ニューヘブレン在住の 65歳以上の在宅 高齢者1962人 (3年後に再調査)	CES-D	ネットワークの指標 1)子どもの数、接触頻度、電話回数 2)親戚の数、接触頻度、電話回数 3)親友の数、接触頻度、電話回数 4)婚姻状態  ソーシャルサポートの指標 1)感情的サポートの数と満足度 2)手段的サポートの数と満足度	解析: 抑うつ得点と各変数との重回帰分析 関連のある項目 ベースライン時のCES-D得点高い 低学歴である 身体機能障害とその変化 配偶者との死別、親友の喪失 感情的サポート満足度とその変化 手段的サポート満足度とその変化 子どもの訪問頻度とその変化 関連のない項目: 階層、親戚・友人との接触・電話の頻度とその変化、非婚

表3-2 抑うつとサポートネットワーク—縦断研究(続き)

著者	対象	抑うつ尺度	サポートとネットワークの指標	抑うつとの関連
Cutrona, et al. <sup>15)</sup> 1986	地域高齢者センターの 60-88歳の高齢者62人 (6ヶ月後に再調査)	SDS	Social Provision Scale (SPS): 1)感情的に強く結ばれている人 2)一緒に社会的活動をする人 3)自分の能力を認めてくれる人 4)必要なとき助けてくれる人 5)人生の重大な決断について 話せる人	解析:抑うつ得点と各変数との重回帰分析 ベースライン時の精神的健康状態悪い サポートの総得点SPSが低い ストレスフルイベントの経験多い (サポートとストレスの交互作用も有意)
Phifer <sup>16)</sup> & Murrell 1986	ケンタッキー在住の 55歳以上の1233人 (6ヶ月、12ヶ月後に 再調査)	CES-D	Louisville Social Support Scale: 以下の項目を含む13項目 1)社会参加に関する4項目 2)危機に面したときに期待できる サポートの数に関する7項目	解析:6ヶ月後の抑うつ発症に関連する 要因について判別分析 関連のある項目 ソーシャルサポートの得点低い、 身体的健康不良、喪失の経験、 (健康、喪失とソーシャルサポートの 交互作用も有意) 関連のない項目 年齢、教育年数、性別、婚姻状態
Harlow, et al. <sup>17)</sup> 1991	メリーランド在住の 65-75歳の女性高齢者 寡婦:136人 有配偶者:409人 (配偶者と死別1ヵ月後 と12ヵ月後に再調査)	CES-D	ネットワークサイズの指標 1)友人の数 2)別居して6か月以内に接触の あった家族の数 3)1と2に同居家族の数を加えた数 ネットワークの質の指標 1)子どもとの親密度 2)親友の数 3)夫を信用してるかどうか	解析:抑うつ得点と各変数との重回帰分析 関連のある項目 ベースライン時のCES-D得点高い 友人の数が少ない 健康状態良くない 活動性が低い 夫を信頼していない 家族の人数少ない(1ヶ月後のみ) 親友の数が少ない(12ヶ月後のみ)
Oxman, et al. <sup>18)</sup> 1992	ニューヘブン在住の 65歳以上の在宅 高齢者1962人 (3年後に再調査)	CES-D	ネットワークの指標 1)子どもの数、接触頻度、電話回数 2)親戚の数、接触頻度、電話回数 3)親友の数、接触頻度、電話回数 4)婚姻状態  ソーシャルサポートの指標 1)感情的サポートの数と満足度 2)手段的サポートの数と満足度	解析:抑うつ得点と各変数との重回帰分析 関連のある項目 ベースライン時のCES-D得点高い 低学歴である 身体機能障害とその変化 配偶者との死別、親友の喪失 感情的サポート満足度とその変化 手段的サポート満足度とその変化 子どもの訪問頻度とその変化 関連のない項目:階層、親戚・友人との 接触・電話の頻度とその変化、非婚