

厚生省厚生科学研究費補助金

長寿科学総合研究

平成11年度総括・分担研究報告書

都市部および農村部の高齢者のうつ病に
関する研究

平成12年3月31日

主任研究者

清水弘之

岐阜大学医学部公衆衛生学教室

目 次

総括研究報告書

清水弘之：都市部および農村部の高齢者のうつ病に関する研究.....1

分担研究報告書

1. 清水弘之：都市部および山間部小都市に居住する高齢者のうつ病に関する研究.....12

2. 福澤陽一郎：島根県の地域特性別のうつ病と関連要因の検討.....21

3. 新野直明：都市部と農村部における在宅高齢者の抑うつ症状有症率
.....28

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

都市部および農村部の高齢者のうつ病に関する研究

主任研究者 清水弘之 岐阜大学医学部公衆衛生学教室教授

高齢者の抑うつ症状に関する岐阜県、島根県、東京都、静岡県および既存調査データ（東京都、秋田県）を含む10の地域での調査の比較から、男性高齢者の抑うつ症状の頻度は農村部では低く都市部で高いことが示された。岐阜県内の調査でも、都市部の65歳以上高齢者は山間部都市にくらべてうつ病を早期に経験しており、また有意ではないが調査時点から6ヶ月以内にうつ病を経験した者が多かった。一方山間部では都市部とくらべて75歳以上、同居者（配偶者以外）あり、治療中の疾患ありがより抑うつ症状と関連する傾向がみられた。社会的支援は都市部、山間部ともに抑うつ症状の低下と関係していた。都市化にともなう要因（独居の増加、環境の変化など）が都市部の高齢者のうつ病や抑うつ症状を増加させている可能性がある。一方山間部では後期高齢者、配偶者死亡後の家族同居、治療中の身体疾患があることが山間部の風土や文化的背景の下で抑うつ症状の背景要因となると考えられた。

〔研究組織〕

- 清水弘之（岐阜大学医学部教授）
- 福澤陽一郎（島根県立看護短期大学教授）
- 新野直明（国立長寿医療研究センター疫学部室長）

A. 研究目的

高齢者においてうつ病は、痴呆と並んで頻度の高い精神疾患である。またうつ病は、高齢者の社会生活や自殺などの問題行動にも大きな影響を持つことが知られている。近年、都市部ではひとり暮らし高齢者が増加しており、社会的支援の少ない孤独な生活が問題となっている。一方、農村部では家族との同居の割合が高いにもかかわらず、高齢者の自殺率が高いことが知られている。高齢者のうつ病においても、都市部と農村部ではその頻度や関連要因が異なることが示唆される。欧米では、都市化の程度が進むほど、高齢者の抑うつ症状が増加するという報告もみられる。生活環境や社会構造の異なる都市部と農山村における高齢者のうつ病の予防対策を考案するためには、都市部と農村部それぞれにおけるうつ病の特

徴を明らかにする必要がある。本研究では、都市部と農村部に居住する65歳以上高齢者のうつ病あるいは抑うつ症状の頻度および関連要因の特徴を明らかにすることを目的とする。平成11年度は、これまでの3年間の調査結果に基づいて、岐阜県、島根県、静岡県、東京都などわが国の10の地域を対象として都市部、山間部、農漁村部のうつ病、抑うつ症状および生活満足度、さらにこれらの関連要因を比較した。

抑うつに関する疫学調査では、自己評価式抑うつ尺度がよく利用される。しかし、調査によって利用される調査票が異なり、結果の比較が困難である場合が多い。当研究班においても、Geriatric Depression Scale (GDS)^{1,2)}とCenter for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D)^{3,4)}の2種類の尺度が使われている。それぞれの尺度による調査結果を比較するために、本研究班ではすでに昨年度にGDSとCES-Dの2つの尺度による判定の一致度を検討し、これらの尺度による抑うつ症状の判定が一致することを確認した。

B. 研究方法

1. 岐阜県調査

1) 都市部

岐阜県都市部G市（人口約40万人）の20歳以上全人口から選挙人名簿に基づいて2012名を無作為に抽出した。これらに対して2日間の訓練を受けた面接員（学生、看護婦、主婦）約30名が個別に調査を実施した。G市では1998年5月末までに合計1031名の面接を実施した。入院、死亡、転居者、住所なしを除いた対象者に対する回答率は57%であった。なお、回答率は若年者で低い傾向にあり、65歳以上高齢者に限定した場合回答率は70%であった。

2) 山間部

岐阜県山間部T市（人口約7万人）の35歳以上住民全員を対象として実施された質問表調査（回収率92%）の回答者から、50歳以上となる約2万名のうち、500名を無作為に抽出した。これらに対して2日間の訓練を受けた面接員（学生、看護婦、主婦）8名が個別に調査を実施した。T市では面接実施者は276名であった。遠隔地居住、入院、死亡、転居者、住所なしを除いた対象者に対する回答率は63%であった。

3) 調査項目

面接での調査項目は、(1) 性別、年齢、家族構成などの基本的属性、(2) うつ病の危険因子、(3) WHO統合国際診断面接(WHO-CIDI)⁵⁾のミシガン大学修正版(UM-CIDI)から、うつ病、躁病、発作型不安障害、全般性不安障害、アルコール・薬物依存症に関するICD-10⁶⁾およびDSM-III-R⁷⁾診断、(4) 身体的機能および身体疾患、日常生活動作(ADL)、主要身体疾患の既往歴、社会的支援などである。同時に実施した自己記入式調査票では、過去1年間の出来事、抑うつ症状(CES-D尺度)、生活満足度(PGCモラル尺度)⁸⁾、社会活動の程度を測定した。CES-Dは、米国国立精神衛生研究所により開発された疫学研究用のうつ病の自己評価尺度であり、高い信頼性、妥当性が報告されている。20問からなる尺度で、各問4段階の選択肢から1つの回答を選び得点をつけ、その合計(CES-D得点=抑うつ得点)から抑うつ症状を評価する。CES-D得点は最低が0点、最高が60点である。16点以上

の場合に抑うつ症状ありとした。

2. 島根県における調査

1) 島根県C村（漁村）

島根県隠岐島のある漁村（C村）の40歳以上住民を対象として、1998年8月に留め置き方による質問票調査を実施した。男性177名（うち65歳以上高齢者89名）、女性291名（同174名）から回答を得た。回収率は566人中468人であり、回収率は82.7%であった。うち、抑うつ症状の調査項目のGDS15の有効回答の417人の結果をまとめた。

また1999年6月～7月に抑うつ症状に関する同一内容の自記式のアンケートを、事前に配布し、基本健康診査の健診会場で回収した。全健康診断対象者482人のうち229人（47.5%）が受診し、調査票には男性60人、女性168人が回答した。ここではこのうち65歳以上の男性38人、女性102人を分析の対象とした。

2) 島根県N町（中山間部）

1999年6月～10月に島根県N町の5地区の基本健康診査は対象者数2,374人中1,217人が受診し、51.1%の受診率であった。各地区毎の受診率は45.3%から60.8%の範囲であった。抑うつ症状の記入が不完全であったり、性・年齢が不明のもの113人を除き1,104人を有効回答とした。ここでは65歳以上の男性233人、女性455人を分析の対象とした。

3) 調査項目

質問票では、性別、年齢、家族構成などの基本的属性、日常生活動作(ADL)、主要身体疾患の既往歴、社会的支援、過去1年間の出来事、抑うつ症状、幸福感(PGCモラル尺度)を測定した。抑うつ症状の評価には、高齢者向けに開発された抑うつ尺度であるGDS日本語版の短縮版(15問)⁹⁾を用いた。本研究では、うつ得点を算出するにあたって、3項目以内の無記入は、有効数に含めた。15問の合計点が6点以上の場合に抑うつ症状ありとした。GDSは、高齢者向けに開発された抑うつ尺度である。「はい」、「いいえ」の二者択一で回答する各問の得点（抑うつ的な場合は1点、抑

うつ的でない場合は0点)の合計により、抑うつ症状を評価するものである。身体症状に関する質問のないこと、二者択一的方式で答えやすいことなどから、高齢者に適したうつ尺度であり、疫学調査などで広く使用されている。原版は30問であるが、本研究班では15問からなる短縮版を用いている。今回は、先行研究を参考に15問の合計点(GDS得点=抑うつ得点)が6点以上の場合に抑うつ症状ありとして判定した。

3. 静岡県における調査(都市部)

静岡県浜松市のM町(人口3249人、831世帯、老年人口割合21.7%)における調査データを解析した。対象者は、M町に在住の65歳以上の全員705名のうち、転倒・骨密度検診に参加した534名(男性219名、女性315名、平均年齢73.2±6.3歳)である。島根県調査と同じく、GDSで6点以上を「抑うつ症状あり」と区分した。

また静岡県浜松市の中心部近く位置するN町(全人口4379名)の65歳以上住民885名を対

象に、転倒・骨密度検診を行い、その参加者に、調査票に基づく面接聞き取り調査を実施した。65歳以上の回答者は男性156人、女性250人であった。

4. 東京都における調査(都市部)

東京都墨田区本所保健所管内(全人口102153名、男性51123名、女性51030名)に在住の60歳以上の人20976名(男性8884名、女性12092名)から無作為抽出した1000名(男性425名、女性575名)を対象に、郵送法による調査を実施した。調査内容は、性、年齢、世帯構成(同居者有り/無し)、活動範囲(1人で外出可/不可)、抑うつ症状の有無である。抑うつ症状は日本語版GDSの15項目版を用いて評価した。回答者は248名(男性109名、女性128名)であった。

表1 岐阜県都市部および山間部都市における精神障害の年齢層別生涯有病率* (%、括弧内は人数)

診断	20-49歳	50-64歳		65歳以上	
	都市部 (n=443)	都市部 (n=313)	山間部 (n=145)	都市部 (n=275)	山間部 (n=131)
DSM-III-R					
全般性不安障害	2.0 (9)	0.6 (2)	2.8 (4)	1.8 (5)	2.3 (3)
パニック障害	0.2 (1)	0.6 (2)	NA	1.1 (3)	NA
大うつ病	5.0 (22)	2.2 (7)	5.5 (8)	3.3 (9)	3.8 (5)
躁病エピソード	0.2 (1)	-	-	-	-
気分変調性障害	1.1 (5)	1.6 (5)	1.4 (2)	1.1 (3)	1.5 (2)
アルコール依存症	4.7 (21)	2.5 (8)	0.7 (1)	1.1 (3)	-
鎮静剤・睡眠薬依存症	0.5 (2)	0.3 (1)	-	2.5 (4)	-
ICD-10					
全般性不安障害	2.7 (12)	1.3 (4)	3.4 (5)	2.9 (8)	2.3 (3)
パニック障害	0.2 (1)	0.6 (2)	NA	0.7 (2)	NA
うつ病	8.4 (37)	3.8 (12)	5.5 (8)	3.6 (10)	3.8 (5)
躁病エピソード	1.1 (5)	-	-	-	-
気分変調性障害	0.9 (4)	1.3 (4)	-	0.4 (1)	-
アルコール依存症	2.9 (13)	1.9 (6)	0.7 (1)	0.7 (2)	-
鎮静剤・睡眠薬依存症	0.5 (2)	0.3 (1)	-	1.5 (4)	-

* 調査時点までの生涯に各精神障害を経験した者の割合。 -: 症例なし。NA: 調査せず。

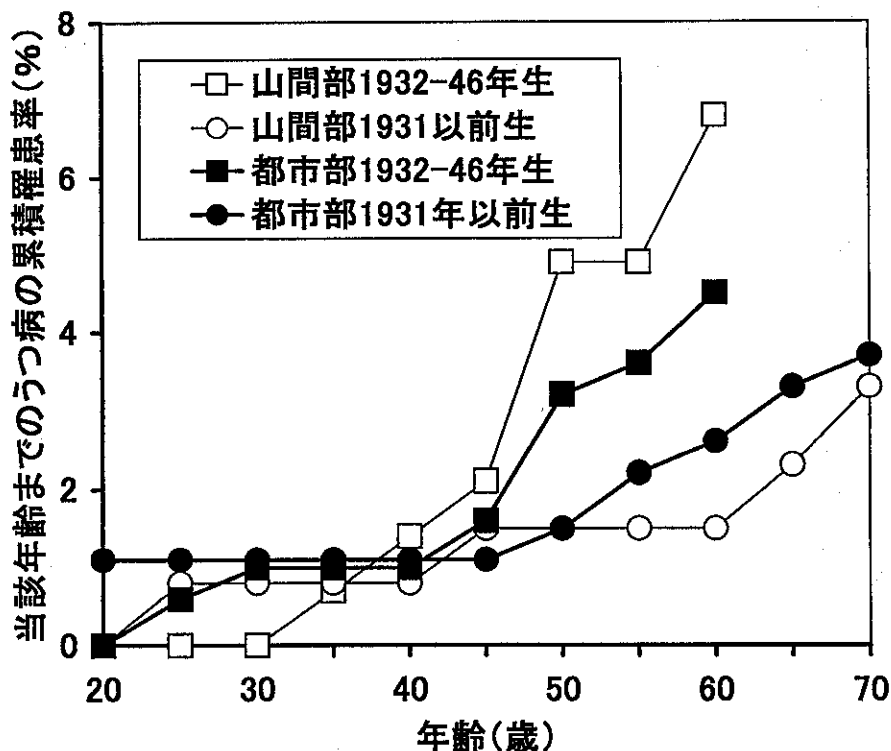


図1 岐阜県山間部（T市）および都市部（G市）における出生コホート別にみた各年齢までのICD-10 うつ病の累積経験者の割合：1931年以前出生（調査時点65歳以上）と1932-46年出生（調査時点50-64歳）の比較。

5. その他の地域のデータ

東京都老人総合研究所から公表されている資料にもとづき、「中年からの老化予防・総合的長期追跡研究」データから、東京都K市（都市部）（男性314名、女性349名、合計663）、秋田県N村（農村部）（男性283名、女性423名、合計706名）におけるGDS30項目版を用いた抑うつ症状の頻度を調べ、これと上記地域における抑うつ症状とを比較した。

C. 研究結果

1. 岐阜県都市部と山間部におけるうつ病の頻度の比較

65歳以上高齢者では、都市部（G市）と山間部（T市）の在住者の間でうつ病の経験者の割合（生涯有病率）に大きな差はなかった（表2）。過去6ヶ月間にうつ病およびその他の精神障害を経験した者の割合（6ヶ月有病率）を都市部と

山間部で比較した場合には、65歳以上高齢者では都市部でうつ病の6ヶ月有病率が高い傾向にあった。これらの差はケース数が少ないこともあり、いずれも統計学的には有意ではなかった（ $p>0.05$ ）。

対象者を出生年により1931年以前生まれ（調査時65歳以上）と1932-46年生まれ（調査時50-64歳）の2つのコホートに区分して、それぞれについて各年齢までのICD10うつ病の累積経験率を計算した。1931年以前生まれ（調査時65歳以上の高齢者）では、都市部在住の方が50歳代からうつ病をより早期に経験している者が多かった（図1）。一方、山間部では60歳以上になってはじめてうつ病の経験を持った者が多かった。一方、1932-46年生まれ（調査時50-64歳）の者では、山間部の方が都市部よりもややうつ病の累積確率が高かった。また1932-46年生まれの者の方が、1931年以前生まれよりもうつ病の累積確率が高かった。この結

果は、DSM-III-R診断についても同様であった。しかしこれらの差は有意ではなかった ($p>0.05$)。

2. 各地域における抑うつ症状の頻度の比較

本研究において実施した10の調査の対象地域および抑うつ症状の頻度及び平均得点を表2にまとめた。

1) 各調査結果の概要

(1) 岐阜県都市部および山間部

岐阜県G市(都市部)の65歳以上高齢者における抑うつ症状(CES-D16点以上)の割合は、男性でわずかに高かったが有意ではなかった。CES-D得点の平均値(標準偏差)にも有意な性差はなかった。岐阜県T市(山間部都市)の65歳以上高齢者における抑うつ症状(同上)は、女性で高かったが有意ではなかった。CES-D得点の平均値にも有意な性差はなかった。

(2) 島根県漁村部および中山間部

島根県漁村部(C村)における1998年調査では、抑うつ症状(GDS得点6点以上)の頻度は女性でやや高かったが有意ではなかった。しかしGDS得点の平均値は女性で有意に高かった ($p<0.05$)。島根県漁村部(C村)における1999年調査では、抑うつ症状の頻度は女性で約40%と男性よりも高い傾向にあった ($p=0.106$)。

島根県中山間部(N町)では、性別・年齢別の抑うつ症状の頻度は女性に高い傾向にあった ($p=0.128$)。男女いずれも65~74歳に抑うつ症状の頻度が最も高率であった。

(3) 東京都S区(大都市部)

65歳以上高齢者における抑うつ症状(GDS得点6点以上)の頻度は女性でやや高かったが有意ではなかった。

表2 65歳高齢者の抑うつ症状の調査を実施した地域とその区分、男女別の抑うつ症状の頻度、平均得点および標準偏差

市町村名	区分	人数	男性			女性				
			抑うつ症状の頻度 (%)	抑うつ得点平均	抑うつ標準偏差	抑うつ症状の頻度 (%)	抑うつ得点平均	抑うつ標準偏差		
岐阜県*										
岐阜県T市	山間部	53	17.5	11.3	5.8	69	23.0	11.6	7.5	
岐阜県G市	都市部	101	28.3	13.3	7.5	160	24.9	12.1	7.1	
島根県**										
島根県C村98	漁村	78	25.6	3.5	3.0	144	33.3	4.1	3.0	
島根県C村99	漁村	38	23.7	3.1	2.1	102	40.2	5.0	2.8	
島根県N町	中山間部	233	27.5	4.4	2.7	454	33.5	4.6	2.8	
東京都S区**	都市部	150	28.0	3.9	3.4	175	33.7	4.4	3.7	
静岡県										
静岡県H町**	都市部	156	24.4	3.7	3.2	250	26.8	4.1	3.2	
静岡県M町	都市部	219	27.0	4.1	2.4	315	31.0	4.6	2.4	
東京都K市\$	都市部	314	30.6	NA	NA	349	38.6	NA	NA	
秋田県N村\$	農村	283	19.0	NA	NA	423	28.0	NA	NA	

* CES-Dを使用 (16点以上を抑うつ症状ありとした)。

** GDS15を使用 (6点以上を抑うつ症状ありとした)。対象を65歳以上高齢者としたため、対応する調査研究報告書と数値が異なる場合がある。

\$ 東京都K市、秋田県N村は東京都老人総合研究所「中年からの老化予防・総合的長期追跡研究」報告書に公表されたデータから (GDS30を使用)。NA:データなし。

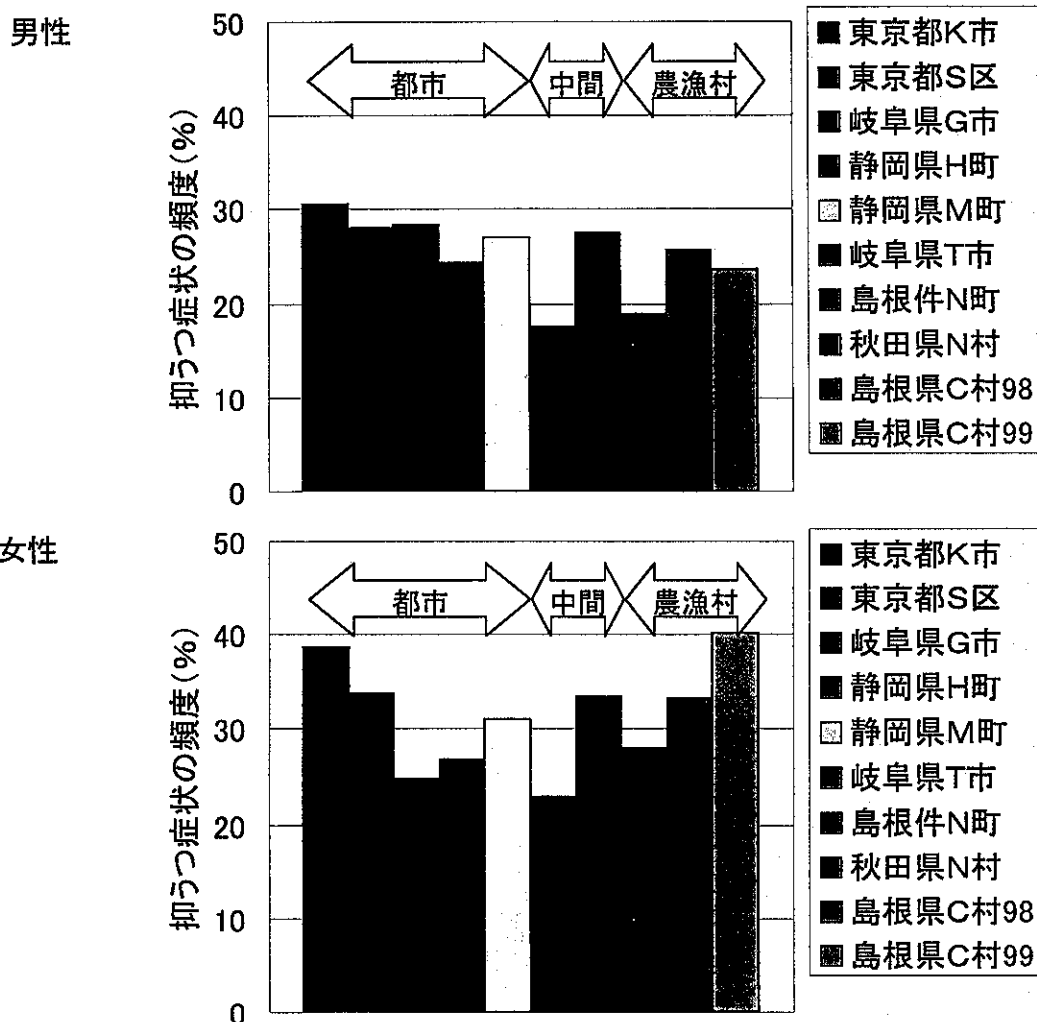


図2 都市部、中山間部および農漁村部における65歳以上地域高齢者の抑うつ症状の頻度(%)の比較(上図=男性、下図=女性)。東京都K市と秋田県N村における調査はGDS-30(13点以上)を、岐阜県G市とT市の調査はCES-D(16点以上)を、その他はGDS-15(6点以上)を用いた。抑うつ症状の頻度の地域差の検定:男性 $p=0.165$ 、女性 $p=0.005$ 。抑うつ症状の頻度と都市化の程度(都市、中山間、農漁村を順序量として扱った)との間のSpearman順位相関係数:男性 $r=0.651(p<0.05)$ 、女性 $r=0.138(p=0.704)$ 。

(4) 静岡県浜松市(都市部)

静岡県浜松市H町(都市部)の65歳以上高齢者における抑うつ症状(GDS得点6点以上の割合)は、男女差はほとんどなかった。同じく浜松市M町(都市部)で抑うつ症状の頻度は女性では男性より高かったが有意ではな

かった。抑うつ(GDS)得点の平均値は女性が有意に高かった($p<0.05$)。

(5) その他の地域(既存データから) 東京都K市(都市部)では女性で有意に抑うつ症状(GDS30項目版)の頻度が高かった($p=0.038$)。秋田県N村(農村部)における65

歳高齢者の抑うつ症状も女性で有意に高かった ($p=0.008$)。

2) 地域別の抑うつ症状の頻度の比較

以上の10の調査の抑うつ症状の頻度の比較では(図2)、男性では東京都K市(都市部)、墨田区(都市部)、岐阜県G市(都市部)で抑うつ症状の頻度が高く、岐阜県T市(山間部)、秋田県N村(農村部)が低い傾向にあった(10地域の間でのカイ2乗検定、 $df=9$, $p=0.123$)。都市部、中山間部および農村部の3区分でこの割合を比較した場合には有意ではなかった(分散分析、 $df=2$, $p=0.165$)。しかしこの3区分を都市化の程度として抑うつ症状の頻度とのSpearman順位相関係数を計算した場合には有意な相関が認められた($r=0.651$, $p=0.041$)。

女性では、島根県知夫村1999年調査(農村部)、東京都K市(都市部)で抑うつ症状の頻度が高く、岐阜県T市(山間部)およびG市(都市部)で低かった(10地域の間でのカイ2乗検定、 $df=9$, $p=0.005$)。しかし、都市部、中山間部および農村部の3区分の間で有意な差はなく($p=0.605$)、また都市化の程度との相関係数も有意ではなかった($r=-0.138$, $p=0.704$)。女性ではむしろ大都市部と漁村部で抑うつ症状の頻度が高い傾向にあった。

3) 地域別の抑うつ得点の比較

GDS15項目版を使用した6調査についてGDS得点の平均値を比較した。男性では島根県N町(中山間部)および静岡県H町(都市部)で平均点が高い傾向にあった。男性では都市化の程度別の3区分の間でわずかに差がみられた($p=0.055$)。女性では都市化の程度別に差はなかった($p=0.970$)。と平均値のSpearman順位相関係数は有意ではなかった(男性 $r=0.555$, $p=0.252$; 女性 $r=-0.062$, $p=0.908$)。

一方、CES-Dを使用した岐阜県都市部では山間部に比べて男性の抑うつ症状(CES-D)得

点平均値が高い傾向にあった($p=0.06$)。

4) 地域別の幸福感(PGC)の比較

幸福感(PGC)を調査したのは、岐阜県G市、T市および島根県C村 1998年調査の3調査であった。岐阜県T市のPGC得点平均(標準偏差)は、男性で12.0(3.2)、女性11.0(3.9)であった。岐阜県G市PGC得点平均(標準偏差)は、男性で10.3(4.1)、女性で10.4(4.0)であった。島根県漁村部C村におけるPGC得点平均値は、男性11.1(3.7)、女性10.0(3.8)であった。岐阜県都市部G市では山間部T市に比べて都市部で幸福感得点が有意に低かった(男性および性別調整後、 $p<0.05$)。また島根県C村では男性で満足度が有意に高かった($p<0.05$)。

3. 抑うつ症状の関連要因の地域比較

岐阜県都市部G市と山間部市での調査データに基づく抑うつ症状(CES-D16点以上)の関連要因の解析からは、山間部では治療中の疾患のある場合に抑うつ症状が多い傾向にあった。また社会的支援が高い場合に抑うつ症状が少ない傾向にあった。都市部では、社会的支援が高い場合に低い場合と比べて抑うつ症状が有意に少なかった。有意な差ではないが、山間部では都市部に比べて家族(配偶者)の同居がある場合、75歳以上である場合、治療中の疾患がある場合に抑うつ症状が増加しやすかった。都市部ではこれらの要因は抑うつ症状の増加にはほとんど寄与していなかった。この傾向は幸福感得点に対するこれらの要因による共分散分析でも確認された。また幸福感得点の都市部と山間部の地域差は、これらの要因を調整してもなお有意であった($p<0.05$)。

島根県漁村部C村における1998年の調査データの解析からは、抑うつ症状(GDS15で6点以上)とは、75歳以上であること、健康状態が不良、生活満足度得点が高い、社会的

支援の数が少ない傾向がみられた。

島根県中山間部N町における調査データの解析からは、65～74歳の男性では、高齢者世帯より同居世帯が抑うつ症状の頻度が高いが、75歳以上では高齢者世帯の方が同居世帯より高かった。女性では、65～74歳、75歳以上のいずれも独居世帯の抑うつ症状の頻度が高率で、65～74歳では同居世帯が、75歳以上では、高齢者世帯が最も低かった。

4. GDS 各項目に対する回答の地域差

東京都S区(都市部)、静岡県H町(都市部)、秋田県N村(農村部)の3調査のデータで、GDSの問1～問15の各質問において、抑うつの方向の回答をした人の割合を調べた。3群の中では、農村部でその割合が最低の質問項目が多かった。また、「はい」という回答が非抑うつの方向を示す質問(問1、問5、問7、問11、問13)において、都市部の高齢者が抑うつの方向の回答をする傾向がみられた。

D. 考察

岐阜県内での調査ではあるが、うつ病の経験者は都市部と山間部とも3～4%であり、ほとんど同一であった。都市部の高齢者の方がうつ病の6ヶ月有病率は高い傾向にあった。特に男性で都市部と山間部の差が大きかった。このことは、地域別の抑うつ症状の比較において、都市部で抑うつ症状が高かったことと一致する結果である。

抑うつ症状(CES-D)および幸福感(PGC)得点に関する解析では、都市部で山間部に比べて幸福感が低いことが明らかとなった。この傾向は男性で顕著であった。またわずかに有意とはならないものの、男性では都市部の高齢者の方が山間部の高齢者よりも抑うつ得点の平均値が高かった。これらの結果は、うつ病の6ヶ月有病率が都市部の、特に男性で高い傾向にあったことと一致している。この

結果は、都市部と山間部の差が特に男性に強い影響を与えており、都市部での生活が男性高齢者の抑うつ症状の増加、幸福感を低下に關係している可能性を示している。

うつ病の生涯有病率には大きな差はみられなかったが、うつ病の発症年齢のパターンの解析からは、都市部の高齢者は山間部の高齢者に比べてより早い年齢でうつ病の初発を経験する傾向がみられた。特に都市部の高齢者では50歳台からうつ病を経験する者が多かった。一方、山間部の都市では、むしろ60歳台になってからうつ病の初発を経験する者が多かった。この傾向は有意ではなかったために、今後より大規模な調査によって確認される必要がある。都市部の高齢者がうつ病の初発を経験した時期は、調査時点から15-25年前(1970-80年代)の時期である。この時期わが国は高度経済成長期にあり、都市部では急速な都市化が進み、社会的・経済的変動が激しかった時期にあたる。より急速な都市化を経験した都市部でまず中高年から高齢期のうつ病のリスクが増加した可能性がある。一方、調査時点で中高年者であった出生コホートでは、都市部と山間部でほとんどうつ病の年齢別累積罹患率に差がなかった。最終的に都市部でも山間部でも社会変化が進んだ結果、現在の中高年者では都市部と山間部でのうつ病の発症危険度がほぼ等しくなった可能性がある。うつ病は再発の多い精神障害であり、またうつ病の罹患後も長期にわたり社会的機能の低下や自覚症状が持続することが知られている¹⁾。現在高齢期に達している都市部在住者では、中高年期にうつ病を経験した者が多いために、現時点でも抑うつ症状が高い、あるいはうつ病を再発する危険度が高くなっている可能性がある。都市部の高齢者に対しては、うつ病の再発を含めた心理的な問題に対してより注意が払われる必要があると考える。

一方、都市部でも山間部でも、65歳以上高齢者にくらべて現在50-64歳の中高年者が(つ

まりより若い出生コホートに属する方が)、より早い時期に、より高頻度にうつ病を経験していることが示された。これは、これまでの国内外の研究と一致するところである(9, 17)。今後、こうした中高年者が高齢期を迎えるにあたって、うつ病の既往のある高齢者の頻度が大きく増加することが予想される。将来は、都市部でも山間部でも、高齢者のうつ病および関連する心理的問題について何らかのケアの体制が構築される必要があると思われる。特に、うつ病は高齢者で身体的な機能低下、社会的ひきこもり、知的機能の低下に関連することが知られている¹⁾。高齢者の機能回復訓練事業、生きがいづくりなど高齢者の社会活動の推進、痴呆予防事業などにおいても、うつ病の評価とこれへの対応が求められるようになっていくと思われる。

うつ病は再発の多い疾患である。過去6ヶ月間にうつ病を経験した者の頻度が都市部でやや高かったことについては、過去により早期にうつ病を経験した都市部の現在高齢者がうつ病の再発や遷延化を経験したためである可能性がある。

10の地域／調査間での65歳以上高齢者の抑うつ症状の頻度の比較では、男性で都市部の高齢者がより多く抑うつ症状を有していた。これは前述の岐阜県調査において、過去6ヶ月間に都市部の高齢者がより多くうつ病を経験する傾向にあったことと一致している。この理由として、現在の都市部高齢者では、中高年期にうつ病を経験した者が多いために、この再発や遷延化などが現時点に影響し、抑うつ症状が高くなっている可能性がある。あるいは、都市化にともなうこの他の要因(独居の増加、環境の変化など)が都市部の高齢者の抑うつ症状を増加させている可能性がある。一方、女性高齢者では調査地域の間で抑うつ症状の頻度に有意な差がみられたが、都市一農村の差からこれを説明することは困難と思われた。女性高齢者では大都市でも漁村

部でも抑うつ症状が高率であった。都市化の影響は男性高齢者に顕著なのかもしれない。あるいは女性では農漁村部で抑うつ症状が多かったことに加えて、男性でみられた都市部での抑うつ症状の増加が加わったためにこうしたパターンを示したとも考えられる。

以上の抑うつ症状の頻度の比較に加えて、抑うつ尺度(GDSまたはCES-D)得点、幸福感(PGC)尺度の平均得点の地域差もほぼ同様に男性で都市部と農村部の差が確認された。この比較は一部の調査のみで実施されたものの、上記の抑うつ症状の頻度に関する結果とよく一致しており、男性高齢者で抑うつ症状または幸福感に地域差がある(都市部で抑うつ症状が多く、幸福感が低い)ことを支持する結果である。

以上の結果は、都市部高齢者がよりうつ病や抑うつ症状を経験していることを示しており、都市部の高齢者に対するうつ病や抑うつ症状の予防や発見、対処が重要になると思われる。またより若い出生コホートほどある年齢までのうつ病の累積経験者率は高く、より若い世代ほどうつ病を早くに経験していることが示唆される。現在中高年の世代が今度高齢世代になるに従って、うつ病を経験した高齢者が増加することになると予想される。しかしこの時点では、都市部と農村部の高齢者におけるうつ病の経験パターンはほぼ同一になっていると推測され、将来は地域に関係なく高齢者に対する心理的ケアの重要性が増加すると思われる。

一方、山間部では都市部とくらべて後期高齢者(75歳以上)、同居者(配偶者以外)あり、治療中の疾患ありが抑うつ症状と関連する傾向がみられた。山間部では高齢になるにしたがって高齢者が自分の役割を失って引きこもりがちになる可能性がある。山間部では配偶者が死亡後に家族と同居している場合に、高齢者自身は家族の負担に対する罪悪感を持ちやすくなるのかもしれない。山間部では治療

中の疾患があることがこうした罪悪感を増強したり、あるいは実際に通院や治療が困難なために高齢者自身の負担になっている可能性もある。山間部では後期高齢者、配偶者死亡後の家族同居、治療中の身体疾患があることが山間部の風土や文化的背景の下で抑うつ症状の背景要因となると考えられた。

本研究の平成9年度研究では過疎地である島根県で高齢者の自殺率が高いことが明らかとなっている⁹⁾。この傾向は農漁村部・山間部の男性高齢者で抑うつ症状が低い傾向とは一致しなかったが、女性については都市部と農漁村部の双方で抑うつ症状が高くなっており、女性に関しては抑うつ症状と自殺率が一致する傾向がみられた。島根県では同居女性の自殺理由の大半を病気苦と厭世が占め、「人に迷惑をかけたくない」「人の世話にはなりたくない」という意識があることが示唆されている。上述した山間部での同居家族がある場合や治療中の疾患がある場合に抑うつ症状が高い傾向はこれと一致する結果である。本研究からは、高齢者の生活・健康状況が農村部・山間部の特性を背景として抑うつ症状の増加につながり、これが高齢者の高自殺率に影響している可能性を支持していると考ええる。

わが国は欧米社会と比較して、集団主義、タテ社会などの文化的特徴を有していることが指摘されている。日本文化を「相互依存的自我」と定義したMarkus & Kitayama¹⁰⁾によれば、こうした日本文化の特性は日本人の動機、感情、行動のパターンに影響を与える。この結果、日本人は米国人にくらべて陽性感情(幸せ、満足など)の表出を抑制する傾向(回答のバイアス)があることを報告している¹¹⁾。特にこの傾向は高齢者に顕著で若年者ではより米国に近い反応パターンがみられる。都市部と山間部では同じ高齢者でも抑うつ尺度の項目に対する反応が異なる可能性もある。GDS各項目における回答パターンの地域比較で、ポジティブな質問(「はい」という回答が

非抑うつ的な方向を示す質問)において、都市部の高齢者が抑うつ的な方向の回答をする傾向があったことは、都市部と農村部で感情表出の文化に差があり、都市部の高齢者の方が陽性の感情を抑圧する傾向がある可能性を示唆しており興味深い。しかし一般的には農村部の方が旧来からの日本型文化を強く維持していると推測されるため、この結果はIwataら¹¹⁾の研究結果とは逆の方向になっている。今後、都市部と山間部の高齢者の感情表出の差に関する研究が進むことにより、地域差を考慮した高齢者の心理的ケアを提供する技術が開発できる可能性がある。

本研究3年間の結果から、都市部の高齢者に対する保健指導、機能回復訓練、生きがいづくりにおいてはより精神的なケアや社会的支援を提供できる環境づくりが重要と考える。また、高齢者のうつ病・抑うつ症状に対する保健・医療サービスの方法に関する検討が今後必要である。今後は高齢者の抑うつ症状やうつ病に対する具体的な地域ケアのプログラムを開発し、その効果を科学的に検証することが求められる。

E. 結論

高齢者の抑うつ症状に関する岐阜県、島根県、東京都、静岡県および既存調査データ(東京都、秋田県)を含む10の地域での調査の比較から、男性高齢者の抑うつ症状の頻度は農村部では低く都市部で高いことが示された。岐阜県内の調査でも、都市部の65歳以上高齢者は山間部都市にくらべてうつ病を早期に経験しており、また有意ではないが調査時点から6ヶ月以内にうつ病を経験した者が多かった。一方山間部では都市部とくらべて75歳以上、同居者(配偶者以外)あり、治療中の疾患ありがより抑うつ症状と関連する傾向がみられた。社会的支援は都市部、山間部ともに抑うつ症状の低下と関係していた。都市化にもなう要因(独居の増加、環境の変化など)

が都市部の高齢者のうつ病や抑うつ症状を増加させている可能性がある。一方山間部では後期高齢者、配偶者死亡後の家族同居、治療中の身体疾患があることが山間部の風土や文化的背景の下で抑うつ症状の背景要因となると考えられた。

F. 文献

- 1) Yesavage JA, et al: The development and validation of a Geriatric Depression Scale. *J Psychiatr Res*, 17: 31-49, 1983.
- 2) Burke WJ et al : Shortform of the Geriatric Depression Scale: A comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 4:173-178,1991.
- 3) Radloff LS : The CES-D Scale. A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1: 385-401, 1977.
- 4) 島悟、他 : 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学*, 27 : 717-723, 1985.
- 5) World Health Organization: Composite International Diagnostic Interview Core version 1.1., World Health Organization, Geneva,1993.
- 6) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva,1992.
- 7) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed., revised. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.
- 8) Lawton MP: The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision, *J Gerontol* 30: 85-89,1975.
- 9) 福沢陽一郎 : 島根県の自殺の特徴と関連要因の検討. 厚生省厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究平成9年度報告書 pp.168-171, 1998.
- 10) Markus, H.R., Kitayama, S.: Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev* 98: 234-253, 1991.
- 11) Iwata N, Roberts RE. Age differences among Japanese on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: an ethnocultural perspective on somatization. *Soc Sci Med* 43: 967-74, 1996.

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
 分担研究報告書

都市部および山間部小都市に居住する高齢者のうつ病に関する研究

主任研究者 清水弘之 岐阜大学医学部公衆衛生学教室教授

岐阜県山間部T市（人口約7万人）の50歳以上住民および岐阜県都市部G市（人口約40万人）の20歳以上全住民から無作為に抽出された対象者を対象として、2日間の訓練を受けた面接員（学生、看護婦、主婦）約30名が訪問面接調査を実施した。1999年5月までに都市部（G市）および山間部小都市（T市）での調査が完了し、面接実施者はG市で1031名（回答率57%）、T市で276名（回答率は63%）であった。調査時点で65歳以上の高齢者（G市275名、T市131名）におけるうつ病の経験者の割合は、都市部と山間部で差はなかったが、都市部の方が山間部よりも早い年齢でうつ病を経験した者が多かった。都市部では山間部に比べて幸福感（PGC尺度得点）が有意に低く、この傾向は男性に顕著であった。山間部では家族との同居、高齢、治療中の疾患のあることが都市部よりも抑うつ症状と強く関連していた。以上から、都市部の高齢者に対して保健医療福祉サービスにおいて精神的なケアを提供する必要があること、また山間部では家族同居、高齢、治療中の疾患の者が抑うつ的になりやすいことが明らかとなった。

A. 研究目的

地域の高齢者において、うつ病は痴呆性疾患について頻度の高い精神障害である¹⁾。米国 Epidemiologic Catchment Area(ECA)調査からは、65歳以上の地域高齢者中のDSM-III診断によるうつ病の6カ月有病率は男性0.5%、女性1.6%と報告されている²⁾。わが国では、65歳以上高齢者におけるうつ病時点有病率は1%、6ヶ月あるいは1年間有病率は2～3%³⁻⁹⁾と報告されている。

平成6～8年度に実施された厚生省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業による「地域における高齢者の社会年齢とうつ病の発生に関する疫学的研究」班（主任研究者、清水弘之）では、山間部の小都市に在住する高齢者を対象とした訪問面接調査を実施し、わが国の地域の高齢者に

におけるうつ病の頻度（生涯有病率）が約5%と高いこと、また脳血管疾患や子供との死別がうつ病の危険因子となることを明らかにした⁹⁾。

高齢者のうつ病あるいはうつ状態は、都市部と農村部ではその頻度が異なる可能性がある。またうつ病やうつ状態は高齢者の健康状態、家族構成や生活出来事によって影響を受けることが考えられるが、その影響は都市部と農村部では異なる可能性がある。本研究は、3年計画で岐阜県の都市部と山間部の地域を対象として訪問面接調査を実施し、都市部と農村部における高齢者のうつ病やうつ状態の頻度および危険因子の差を明らかにすることを目的とした。最終年度である本年度は、岐阜県山間部の小都市の中高齢者および高齢者の面接調査および都市部での面接調査が完

了した。この最終データにもとづき、岐阜県都市部と山間部における高齢者のうつ病および抑うつ症状の頻度および関連要因を比較した結果を報告する。

表1 岐阜県山間部T市および都市部G市の住民調査の回答率と無回答理由*

	山間部（T市）			都市部（G市）		
	人数	全抽出対象者に対する回答率(%)	調査時在住者に対する回答率(%)	人数	全抽出対象者に対する回答率(%)	調査時在住者に対する回答率(%)
抽出対象者	486	100%	-	2,012	100%	-
面接実施	276	56.8%	62.9%	1,030	51.2%	57.0%
面接非実施者合計	210	43.2%	37.1%	982	48.8%	-
拒否	131	27.0%	29.8%	596	29.6%	33.0%
連絡つかず	19	3.0%	4.1%	148	7.4%	8.2%
視力・会話能力に問題	13	2.7%	3.0%	33	1.6%	1.8%
死亡	24	4.9%	-	12	0.6%	-
入院・入所	8	1.6%	-	17	0.8%	-
転居	15	3.1%	-	176	8.7%	-
遠方居住のため除外	14			-		
合計対象者数	500			2,012		

* T市では50歳以上住民、G市では20歳以上住民からの無作為抽出サンプルをを調査の対象とした。

B. 研究方法

1. 対象

岐阜県都市部G市（人口約40万人）の20歳以上全人口から選挙人名簿に基づいて2012名を無作為に集出した。また岐阜県山間部T市（人口約7万人）の35歳以上住民全員を対象として実施された質問表調査（回収率92%）の回答者から、50歳以上となる約2万名のうち、500名を無作為に抽出した。これらに対して2日間の訓練を受けた面接員（学生、看護婦、主婦）約30名が個別に調査を実施した。

G市では1998年5月末までに合計1031名の面接を実施した。入院、死亡、転居者、住所なしを除いた対象者に対する回答率は57%であった。なお、回答率は若年者で低い傾向にあり、65歳以上高齢者に限定した場合回答率は70%であった。T市では面接実施者は276名であった。遠隔地居住、入院、死亡、転居者、住所なしを除いた対象者に対する回答率は63%であった（表1）。

2. 方法

訓練を受けた面接員は、電話あるいは直接訪問によって対象者に接触し、調査への参加を依頼した。調査への参加に同意した対象者の自宅を訪問し、1人あたり平均1時間の面接を実施した。調査にあたっては、調査の目的や守秘について十分に説明した上で、インフォームドコンセントにサインをもらった。本調査については1998年6月に岐阜大学医学部研究倫理審査委員会で審査を受け、承認されている。

面接における調査項目は、(1) 性別、年齢、家族構成などの基本的属性、(2) うつ病の危険因子、(3) WHO統合国際診断面接(WHO-CIDI)¹⁰⁾のミシガン大学修正版(UM-CIDI)¹¹⁾から、うつ病、躁病、パニック（恐慌性）障害、全般性不安障害、アルコール・薬物依存症に関するICD-10¹²⁾およびDSM-III-R診断¹³⁾、(4) 身体的機能および身体疾患、日常生活動作、主要身体疾患の既往歴、社会的支援などである。ただし、T市では準備の都合上、パニック障害の調査は実施しなかった。

表2 岐阜県都市部および山間部都市における精神障害の年齢層別生涯有病率*（%、括弧内は人数）

診断	20-49歳	50-64歳		65歳以上	
	都市部 (n=443)	都市部 (n=313)	山間部 (n=145)	都市部 (n=275)	山間部 (n=131)
DSM-III-R					
全般性不安障害	2.0 (9)	0.6 (2)	2.8 (4)	1.8 (5)	2.3 (3)
パニック障害	0.2 (1)	0.6 (2)	NA	1.1 (3)	NA
大うつ病	5.0 (22)	2.2 (7)	5.5 (8)	3.3 (9)	3.8 (5)
躁病エピソード	0.2 (1)	-	-	-	-
気分変調性障害	1.1 (5)	1.6 (5)	1.4 (2)	1.1 (3)	1.5 (2)
アルコール依存症	4.7 (21)	2.5 (8)	0.7 (1)	1.1 (3)	-
鎮静剤・睡眠薬依存症	0.5 (2)	0.3 (1)	-	2.5 (4)	-
ICD-10					
全般性不安障害	2.7 (12)	1.3 (4)	3.4 (5)	2.9 (8)	2.3 (3)
パニック障害	0.2 (1)	0.6 (2)	NA	0.7 (2)	NA
うつ病	8.4 (37)	3.8 (12)	5.5 (8)	3.6 (10)	3.8 (5)
躁病エピソード	1.1 (5)	-	-	-	-
気分変調性障害	0.9 (4)	1.3 (4)	-	0.4 (1)	-
アルコール依存症	2.9 (13)	1.9 (6)	0.7 (1)	0.7 (2)	-
鎮静剤・睡眠薬依存症	0.5 (2)	0.3 (1)	-	1.5 (4)	-

* 調査時点までの生涯に各精神障害を経験した者の割合。 -: 症例なし。NA: 調査せず。

同時に実施した自己記入式調査票では、過去1年間の出来事、抑うつ症状（CES-D尺度）^{14,15)}、生活満足度（PGCモラル尺度）¹⁶⁾、社会活動の程度を測定した。

C. 研究結果

1. うつ病の頻度の比較

65歳以上高齢者では、都市部（G市）と山間部（T市）の在住者間でうつ病の経験者の割合（生涯有病率）に大きな差はなかった（表2）。全般性不安障害についても生涯有病率に大きな差はなかった。一方、アルコール依存症、鎮静剤・睡眠薬依存症は都市部の高齢者に多い傾向にあった。これらの差はケース数が少ないこともあり、いずれも統計学的には有意ではなかった（ $p>0.05$ ）。G市の対象者では、若年者（20-49歳）の方がいずれの精神障害の経験率も高い傾向に

あった。

過去6ヶ月間にうつ病およびその他の精神障害を経験した者の割合（6ヶ月有病率）を都市部と山間部で比較した場合には、65歳以上高齢者では都市部でうつ病の6ヶ月有病率が高い傾向にあった（表3）。全般性不安障害、アルコール依存症、鎮静剤・睡眠薬依存症も都市部の高齢者に多い傾向にあった。しかしこれらの差も統計学的には有意ではなかった（ $p>0.05$ ）。

65歳以上高齢者において、都市部と山間部の精神障害の生涯有病率を男女別に比較した（表4）。山間部ではうつ病の男女比はほぼ1であったが、都市部では男性の方が女性よりもうつ病の生涯有病率が高い傾向にあった。アルコール依存症、鎮静剤・睡眠薬依存症は男性に多い傾向にあった（都市部のみ）。

表3 岐阜県都市部および山間部都市における中高年者の精神障害の6ヶ月有病率*
(%、括弧内は人数)

診断	50-64 歳		65 歳以上	
	都市部 (n=313)	山間部 (n=145)	都市部 (n=275)	山間部 (n=131)
DSM-III-R				
全般性不安障害	-	0.7 (1)	0.8 (2)	-
パニック障害	0.3 (1)	NA	0.4 (1)	NA
大うつ病	1.0 (3)	-	1.6 (4)	0.8 (1)
躁病エピソード	-	-	-	-
気分変調性障害	1.3 (4)	-	0.4 (1)	-
アルコール依存症	0.3 (1)	0.7 (1)	0.8 (2)	-
鎮静剤・睡眠薬依存症	0.3 (1)	-	1.6 (4)	-
ICD-10				
全般性不安障害	-	0.7 (1)	1.6 (4)	-
パニック障害	0.3 (1)	NA	0.8 (2)	NA
うつ病	1.0 (3)	-	1.1 (3)	0.8 (1)
躁病エピソード	-	-	-	-
気分変調性障害	1.0 (3)	-	-	-
アルコール依存症	0.3 (1)	0.7 (1)	0.8 (2)	-
鎮静剤・睡眠薬依存症	0.3 (1)	-	1.6 (4)	-

* 調査時点までの生涯に各精神障害を経験した者の割合。 -: 症例なし。NA: 調査せず。

時65歳以上)と1932-46年生まれ(調査時50-64歳)の2つのコホートに区分して、それぞれについて各年齢までのICD10うつ病の累積経験率を計算した。1931年以前生まれ(調査時65歳以上の高齢者)では、都市部在住の方が50歳代からうつ病をより早期に経験している者が多かった(図1)。一方、山間部では60歳以上になってはじめてうつ病の経験を持った者が多かった。一方、1932-46年生まれ(調査時50-64歳)の者では、山間部の方が都市部よりもややうつ病の累積確率が高かった。また1932-46年生まれの者の方が、1931年以前生まれよりもうつ病の累積確率が高かった。この結果は、DSM-III-R診断についても同様であった。しかしこれらの差は有意ではなかった($p>0.05$)。

2. 抑うつ症状の頻度と関連要因の比較

都市部では山間部に比べて男性の幸福感(PGC)得点が有意に低かった(表5)。また性別を調整

した後も都市部で幸福感得点が有意に低かった。都市部では山間部に比べて男性の抑うつ症状(CES-D)得点平均値が高い傾向にあった($p=0.06$)。また抑うつ症状あり(CES-D得点16点以上)の者の割合も高い傾向にあったが有意ではなかった。

山間部では治療中の疾患のある場合に抑うつ症状が多い傾向にあった(表6)。また社会的支援が高い場合に抑うつ症状が少ない傾向にあった。都市部では、社会的支援が高い場合に低い場合と比べて抑うつ症状が有意に少なかった。有意な差ではないが、山間部では都市部に比べて家族(配偶者)の同居がある場合、75歳以上である場合、治療中の疾患がある場合に抑うつ症状が増加しやすかった。都市部ではこれらの要因は抑うつ症状の増加にはほとんど寄与していなかった。この傾向は幸福感得点に対するこれらの要因による共分散分析でも確認された。また幸福感得点の都市部と山間部の地域差は、これらの要因を調整してもなお有意であった($p<0.05$)。

表4 岐阜県都市部および山間部都市における65歳以上高齢者の男女別精神障害の生涯有病率* (%、括弧内は人数)

診断	都市部		山間部	
	男性 (n=106)	女性 (n=149)	男性 (n=57)	女性 (n=74)
DSM-III-R				
全般性不安障害	0.9 (1)	2.4 (4)	1.8 (1)	2.7 (2)
パニック障害	1.9 (2)	0.6 (1)	NA	NA
大うつ病	5.7 (6)	1.8 (3)	3.5 (2)	4.1 (3)
躁病エピソード	-	-	-	-
気分変調性障害	1.9 (2)	0.6 (1)	-	2.7 (2)
アルコール依存症	1.9 (2)	0.6 (1)	-	-
鎮静剤・睡眠薬依存症	0.9 (1)	0.6 (1)	-	-
ICD-10				
全般性不安障害	2.8 (3)	3.0 (5)	1.8 (1)	2.7 (2)
パニック障害	1.9 (2)	-	NA	NA
うつ病	4.7 (5)	3.0 (5)	3.5 (2)	4.1 (3)
躁病エピソード	-	-	-	-
気分変調性障害	-	0.6 (1)	-	-
アルコール依存症	1.9 (2)	-	-	-
鎮静剤・睡眠薬依存症	2.8 (3)	0.6 (1)	-	-

* 調査時点までの生涯に各精神障害を経験した者の割合。 -: 症例なし。NA: 調査せず。

D. 考察

岐阜県内のみの調査ではあるが、うつ病の経験者は都市部と山間部とでほとんど同一であった。都市部の高齢者の方がうつ病の6ヶ月有病率は高い傾向にあった。特に男性で都市部と山間部の差が大きかった。このことは、本研究班の昨年度の地域別の抑うつ症状の比較において、都市部で抑うつ症状が高かったことと一致する結果である。

抑うつ症状 (CES-D) および幸福感 (PGC) 得点に関する解析では、都市部で山間部に比べて幸福感が低いことが明らかとなった。この傾向は男性で顕著であった。またわずかに有意とはならないものの、男性では都市部の高齢者の方が山間部の高齢者よりも抑うつ得点の平均値が高かった。これらの結果は、うつ病の6ヶ月有病率が都市部の、特に男性で高い傾向にあったことと一致している。この結果は、都市部と山間部の差が特に男性に強い影響を与えており、都市部での生活が男性高齢者の抑うつ症状の増加、幸福感を低下に関係している可能性を示している。

うつ病の生涯有病率には大きな差はみられなかったが、うつ病の発症年齢のパターンの解析からは、都市部の高齢者は山間部の高齢者に比べてより早い年齢でうつ病の初発を経験する傾向がみられた。特に都市部の高齢者では50歳台からうつ病を経験する者が多かった。一方、山間部の都市部では、むしろ60歳台になってからうつ病の初発を経験する者が多かった。この傾向は有意ではなかったために、今後より大規模な調査によって確認される必要がある。都市部の高齢者がうつ病の初発を経験した時期は、調査時点から15-25年前 (1970-80年代) の時期である。この時期わが国は高度経済成長期にあり、都市部では急速な都市化が進み、社会的・経済的変動が激しかった時期にあたる。より急速な都市化を経験した都市部でまず中年から高齢期のうつ病のリスクが増加した可能性がある。一方、調査時点で中年者であった出生コホートでは、都市部と山間部でほとんどうつ病の年齢別累積罹患率に差がなかった。最終的に都市部でも山間部でも社会変化が進んだ結果、現在の中老年者では都市部と山間部での

うつ病の発症危険度がほぼ等しくなった可能性がある。うつ病は再発の多い精神障害であり、またうつ病の罹患後も長期にわたり社会的機能の低下や自覚症状が持続することが知られている¹⁾。現在高齢期に達している都市部在住者では、中高年期にうつ病を経験した者が多いために、現時点でも抑うつ症状が高い、あるいはうつ病に再発する危険度が高くなっている可能性がある。都市部の高齢者に対しては、うつ病の再発を含めた心理的な問題に対してより注意が払われる必要があると考える。

一方、都市部でも山間部でも、65歳以上高齢者にくらべて現在50-64歳の中高年者が（つまりより若い出生コホートに属する方が）、より早い時期に、より高頻度でうつ病を経験していることが示された。これは、これまでの国内外の研究と一致するところである^{9,17)}。今後、こうした中高年者が高齢期を迎えるにあたって、うつ病の既往のある高齢者の頻度が大きく増加することが予想される。将来は、都市部でも山間部でも、高齢者の

うつ病および関連する心理的問題について何らかのケアの体制が構築される必要があると思われる。特に、うつ病は高齢者で身体的な機能低下、社会的ひきこもり、知的機能の低下に関連することが知られている¹⁾。高齢者の機能回復訓練事業、生きがづくりなど高齢者の社会活動の推進、痴呆予防事業などにおいても、うつ病の評価とこれへの対応が求められるようになると思われる。

都市部と山間部の高齢者における抑うつ症状の関連要因の解析では、配偶者以外の家族との同居、高齢、治療中の疾患のあることが都市部よりも山間部で抑うつ症状とより強く関連していた。山間部では配偶者以外の家族との同居が抑うつ症状を増加させる可能性がある。本調査からだけでは明らかでないが、「人に迷惑をかけたくない」「人の世話にはなりたくない」という山間部特有の高齢者の意識の元で、介護する家族への負担感が高齢者自身を抑うつ的にしている可能性がある。75歳以上の後期高齢者で抑うつ症状が

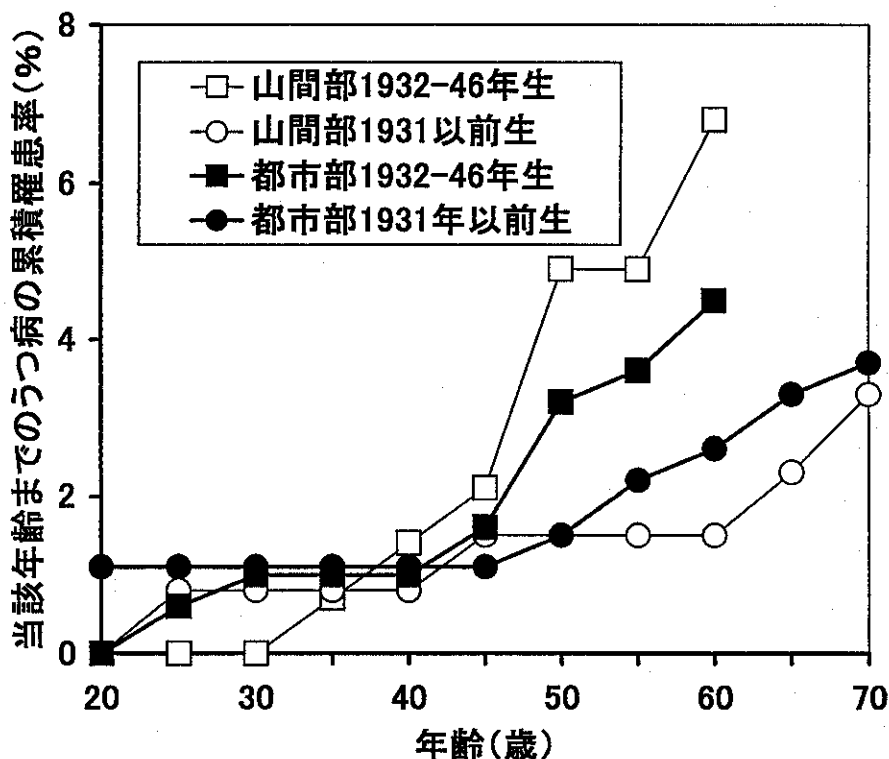


図1 岐阜県都市部および山間部都市における出生コホート別にみたある年齢までの大うつ病 (DSM-III-R 診断) の累積罹患率

高かったことも、このことと一致する傾向と考えられる。治療中の疾患がある場合に抑うつ症状が増加することも、疾患による活動の制限や苦痛よりもこうした介護する家族への負担を罪悪感としてとらえやすい山間部の風土を反映している可能性がある。もちろん、山間部では医療機関までのアクセスが困難なために疾病を持つ高齢者が抑うつ的になりやすい可能性もあるが、今回調査したT市は比較的医療機関が整備されているため、この可能性はあまり高くないものと推測される。都市部ではこれらの要因は抑うつ症状とほとんど関係がない。これは加齢や疾病への罹患が単純に抑うつ症状に関係するのではなく、都市部と山間部での高齢者の態度や価値観がこうした要因の抑うつ症状への影響を修飾していることを支持していると思われる。一方、社会的支援は都市部、山間部に関わらず抑うつ症状の低下と強い関係を示した。社会的支援の増加は、地域に関わらず高齢者の抑うつ症状の改善に効果的である可能性がある。

高齢者の自殺率は一般に農山村地域で高く⁴⁾、本研究でみられた都市部でうつ病の頻度が高いという傾向は、これとは矛盾する結果となっている。うつ病によって自殺の危険度が増加することは間違いがないと思われるが、高齢者の自殺には他の要因が大きく寄与している可能性もある。たとえば、すでに述べたように「人に迷惑をかけたくない」「人の世話にはなりたくない」という意識があり、介護者の労苦など疾病がもたらす家族への負担を恐れて自殺する者が多くなる可能性がある。また、うつ病でも必ずしも自殺念慮や自殺企図がないケースもあり、今後さらにうつ病の症状パターンにまで立ち入って高齢者のうつ病の地域差を解析する必要があると思われる。

E. 結論

岐阜県山間部T市（人口約7万人）の50歳以上住民および岐阜県都市部G市（人口約40万人）の20歳以上全住民から無作為に抽出された対象者を対象として、2日間の訓練を受けた面接員（学

生、看護婦、主婦）約30名が訪問面接調査を実施した。1999年5月までに都市部（G市）および山間部小都市（T市）での調査が完了し、面接実施者はG市で1031名（回答率57%）、T市で276名（回答率は63%）であった。調査時点で65歳以上の高齢者（G市275名、T市131名）におけるうつ病の経験者の割合は、都市部と山間部で差はなかったが、都市部の方が山間部よりも早い年齢でうつ病を経験した者が多かった。都市部では山間部に比べて幸福感（PGC尺度得点）が有意に低く、この傾向は男性に顕著であった。山間部では家族との同居、高齢、治療中の疾患のあることが都市部よりも抑うつ症状と強く関連していた。以上から、都市部の高齢者に対して保健医療福祉サービスにおいて精神的なケアを提供する必要があること、また山間部では家族同居、高齢、治療中の疾患の者が抑うつ的になりやすいことが明らかとなった。

F. 引用文献

1. LK.George: Social factors and depression in late life. In: Schneider LS, et al(eds.) Diagnosis and treatment of depression in late life. American Psychiatric Press, Washington, DC, 131-153, 1991.
2. Robins LN, Regier DA (eds): Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. Free Press: New York, (1991)
3. Hasegawa K: The epidemiological study of depression in late life. J Affect Dis (suppl. 1): S3-S6, 1985.
4. 森田昌宏, 須賀良一, 内藤明彦, 他: 老人自殺多発地域における老年期うつ病の疫学調査. 社会精神医学 10: 132-137, 1987.
5. 須賀良一, 他: 新潟県東頸城郡松之山町における老人のうつ病の疫学調査—有病率、罹患率について. 社会精神医学 10: 359-364, 1987.
6. 熊谷敬一, 須賀良一, 小熊隆夫, 他: 新発田市川東地区における在宅老人のうつ病と痴