

- 呆の疫学調査—有病率と一年予後—。臨床精神医学 21: 1483-1490, 1992
7. 川上憲人, 井戸正代, 清水弘之: 高齢者における大うつ病エピソードの有病率および関連要因。日本公衛誌, 42: 792-798, 1995.
 8. Ihara K, Muraoka Y, Oiji A, Nadaoka T: Prevalence of mood disorders according to DSM-III-R criteria in the community elderly residents in Japan. Environmental Health & Preventive Medicine 3: 44-49, 1998.
 9. 清水弘之, 他: 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。Advances in Aging and Health Research 1997, (財)長寿科学振興財団, 東浦町, 99-108, 1998.
 10. World Health Organization: Composite International Diagnostic Interview Core version 1.1., World Health Organization, Geneva, 1993.
 11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51: 8-19 (1994)
 12. World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992.
 13. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed., revised. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.
 14. LS.Radloff: The CES-D scale. A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychol Measure, 1: 385-401, 1977.
 15. 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.
 16. MPLawton: The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision, J Gerontol, 30: 85-89, 1975.
 17. Cross-national collaborative group: The changing rate of major depression: cross-national comparisons. JAMA 268: 3098-3105, 1992.
- G. 研究発表**
1. 論文発表
 - ① Kawakami N, Takatsuka N, Shimizu H, Ishibashi H: Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. Diabetes Care 1999; 22: 1071-1076
 2. 学会発表
 - ① Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Kitamura T. Lifetime prevalence and demographic correlates of mental disorders in two community populations in Japan. World Psychiatric Association Section Symposium: From Epidemiology to Clinical Practice. Turku, 1999
 - ② 川上憲人, 清水弘之, 原谷隆史, 岩田 昇. 都市部および山間部における中高年者のうつ病の頻度。第58回日本公衆衛生学会総会(大分), 1999.

表5 岐阜県山間部 (T市) と都市部 (G市) の65歳以上高齢者における抑うつ得点 (CES-D)、うつ状態の頻度 (%)、幸福感 (PGC)、社会的支援の比較

性別・地域	人数	CES-D		CES-D	PGC		社会的支援	
		平均	SD	16+ (%)	平均	SD	平均	SD
男性								
山間部	53	11.3	5.8	17.5	12.0	3.2	3.3	0.4
都市部	101	13.3	7.5	28.3	10.3*	4.1	3.4	0.6
女性								
山間部	69	11.6	7.5	23.0	11.0	3.9	3.4	0.5
都市部	160	12.1	7.1	24.9	10.4	4.0	3.4	0.5
合計								
山間部	122	11.6	6.8	20.6	11.4	3.6	3.4	0.5
都市部	262	12.6	7.3	26.2	10.4*	4.0	3.4	0.5
地域差 (性別調整)		P=0.21		P=0.22	P=0.03		P=0.34	

* P<0.05.

表6 G県山間部T市と都市部G市の65歳以上高齢者におけるうつ状態 (CES-D16点以上) の関連要因: 多重ロジスティック回帰

	山間部(n=110)		都市部(N=251)	
	オッズ比	有意水準	オッズ比	有意水準
性別:				
男性	1.00		1.00	
女性	1.45	P=0.59	0.65	P=0.20
婚姻状態:				
配偶者あり	1.00		1.00	
死別・離婚	0.65	P=0.50	1.65	P=0.16
家族の同居 (配偶者以外):				
なし	1.00		1.00	
あり	1.89	P=0.25	0.78	P=0.43
年齢:				
65-74歳	1.00		1.00	
75歳以上	2.21	P=0.18	0.95	P=0.86
ライフイベント				
なし	1.00		1.00	
あり	0.87	P=0.88	0.86	P=0.90
ADL:				
問題なし	1.00		1.00	
問題あり	1.78	P=0.52	1.82	P=0.25
治療中の疾患:				
なし	1.00		1.00	
1つ以上	3.53	P=0.07	1.36	P=0.32
社会的支援:				
低	1.00		1.00	
中	0.40	P=0.25	0.41	P=0.07
高	0.23	P=0.09	0.34*	P=0.03

* P<0.05, ** P<0.01.

厚生省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

島根県の地域特性格別のうつ病と関連要因の検討

福澤陽一郎、石橋照子、吾郷ゆかり（島根県立看護短期大学）
有田茂夫（島根県立湖陵病院）

島根県のうつ病に関する疫学調査は、初年度は、島根県の自殺の疫学調査、2年目は、漁村部T村のうつ病とその関連要因の調査研究を実施した。3年目は、島根県内の中山間地のN町を調査対象地に加え、地元の町村及び保健所との連携のもとに、高齢化・過疎化の進んだ島根県でのうつの対策に活かせるような調査研究をすすめてきたので報告する。

キーワード：地域特性、高齢者、うつ病、社会的支援、予防

A. 研究目的

島根県は、全国1位の高齢化県であり、かつ自殺者は人口10万対26.9と全国で第2位の高率県である。高齢化ともなっており、精神保健活動の主要な課題として、痴呆、神経症、うつ病（うつ状態）と自殺問題などがあげられている。自殺行動とうつ病ときわめて密接な関係にあることがよく知られている。

高齢化社会を迎え、高齢者が「いきいきと人生を終える」ために、うつ病の予防対策は重要であるが、地域の中高年及び高齢者を対象に具体的課題を明らかにした調査は少ない。

本研究では、都市部と農村部のうつ病と関連要因の先行研究をもとに、離島漁村部及び中山間地のうつ病の実態調査により、うつ病の特徴を地域別、性別・年齢別に明らかにする。さらに、うつ病の関連調査から予防の課題の検討を行う。

B. 研究方法

先行研究の結果をもとに、うつ状態の判定は、Geriatric Depression Scale (GDS) 短縮版を採用し、関連要因は、うつ病のリスクファクターと考

えられている。健康状態、社会的支援、Philadelphia Geriatric Center (PGC) Moral Scaleの満足度などを主な調査内容として、自記式のアンケート調査を実施した。

漁村部は知夫村を対象として、平成10年8月に、事前にアンケートを配布し、調査員が家庭訪問をし回収した。アンケートの無記入などを可能な限り減らすと同時に、うつ病に関連した面接聞き取り調査を実施した。

調査員は、高齢者に関係した保健と福祉の専門職と看護学科の学生であり、調査前に調査員との話し合いをもち、調査の標準化を計った。

平成11年6月～7月に、中山間地の仁多町と同一内容のうつ病に関する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。

中山間地は、仁多町を対象として、GDS短縮版とPGC満足度調査を主な内容とする自記式のアンケートを事前に配布し、平成11年6月～10月までの基本健康診査の健診会場で回収した。

C. 研究対象地の概要

知夫村は隠岐諸島の中で、最南端に位置し、島根半島沖合北方約44Kmの1島1村の村である。人口770人、385世帯で高齢化率は41.0%、後期高齢者22.1%、高齢者独居率は32.9%である。産業別人口割合は、漁業が最も多く、26.1%、次いでサービス業21.4%、建設業が12.7%である。村営の診療所と歯科診療所がそれぞれ1カ所あり、役場に保健婦が2人いる。

仁多町は、島根県の東南端に位置し、周囲を中国山地から分岐する山々で囲まれ、総面積のうち、86%を林野が占める。人口8,954人、2,503世帯で、高齢化率は28.9%である。基幹産業は、仁多米、仁多牛を中心とする農林業である。98床の町立病院、46床の老人保健施設、50床の老人ホームと町立のリハビリテーションの専門学校がある。役場には4人の保健婦がいる。

D. 初年度の研究結果の概要

島根県の高齢者の変死体事例の解析から、自殺の占める割合が高いこと、その動機として病苦、厭世によるものが多いこと、孤独死の問題が報告されているが、自殺の詳細な検討は行われていない。今回は、島根県の各警察署単位の調査により、自殺の特徴を経年別、地域別、性別・年齢別に明らかにし、自殺の原因調査から予防の課題を検討したので報告する。

方法は、島根県警察本部から、1989年から1996年までの変死体（自・他殺、過失死、災害死、検視後に病死と判明したものなど）の取り扱い状況の既存資料から、自殺についての統計資料をまとめた。島根県は、離島、中山間地、平野、都市部など様々な地域特性をかかえているので、県下17の警察署単位の、自殺の資料収集と自殺の

原因などを検視官に聞き取り調査を実施した。年間の自殺者数が、最も少ない警察署では4人であったので、個人が特定できる可能性があり、プライバシー保護のために、島根県を大きく、東部に位置する出雲部、西部の石見部と離島の隠岐部において調査結果をまとめた。自殺の原因を、病気苦、厭世、借金苦、仕事苦、精神障害、家庭問題、異性問題などに分けて調査した。

結果の主な特徴は、島根県下の変死体数は1989年の500体から年々増加の傾向を示し、1995年には600体を越え、1996年は642体であった。変死体の死亡種類の中で多いものは何れの年次においても病死、自殺および自過失であり（この3種で全体の90%を越える）、特に自殺は、1989年は213体（42.6%）を占め、1993年と1994年を除く各年で200体を越えていた。調査期間の8年間で、人口10万対でみた自殺率は、1993年の22.5が最も低く、1992年は28.6、1996年は28.3と高率であった。

自殺数を性別でみると、調査の8年間のいずれも、男性は女性の2～3倍の割合で推移していた。人口10万対では、男性は1992年が41.9、1996年が41.0と高く、女性は最も高率な1991年でも20.2でいずれの年も男性より低率であった。1996年の自殺者の性別・年齢別の割合は、男性が40歳代が最も多く、27.9%、次いで60歳代が25.0%、50歳代が24.3%であった。女性は、60歳代、70歳代に最も多く、20.3%、次いで80歳以上18.8%、50歳代17.4%であった。島根県を管轄する各警察署別の自殺数を国勢調査が行われた1995年（平成7年）の人口10万対で比較してみると、石見部（大田、温泉津、川本、江津、浜田、益田、津和野の各警察署管轄）が最も高く38.0、次いで隠岐部（西郷、浦郷の各警察署）が26.8、出雲部（松江、安来、三成、木次、掛合、出雲、平田、大社の各警察署管轄）

21.3の順であった。

自殺の原因は、病氣苦がいずれの年も最も多く、次いで、厭世や仕事苦が多い理由であった。1991年は家庭問題が第3位、1996年は精神障害が第3位の自殺の原因となっている以外はいずれの年も病氣苦、厭世、仕事苦が上位3位を占めた。

性別にみた、自殺の原因は、男女とも病氣苦が多いが、いずれの年も女性が男性より高率であった。女性の病氣苦は、いずれの年も50%を越えていた。次いで多い厭世は、女性が男性より高率であった。それ以外に多い自殺の理由として、男性では、仕事苦と借金、女性では家庭問題があげられていた。

初年度の調査結果をまとめると島根県は、調査期間の8年間の自殺率は、人口10万対25前後と高率であり、いずれの年も男性が女性の2～3倍であった。性別・年齢別には、男性が40～60歳代、女性が60歳代以上に自殺が多く、自殺理由としては、病氣苦や厭世、仕事苦が男女とも多い主な理由であった。

高齢化・過疎化地形的な特徴、交通の便、医療機関、気質などで地域特性の違いがある島根県内の出雲部、石見部、隠岐部によって自殺率に差がみられた。

E. 2年目の研究結果の概要

平成10年度実施の知夫村でのアンケート調査の回収率は、566人中468人であり、回収率は82.7%であった。回答者は、男性177人中65歳以上が50.3%、そのうち独居が28.1%である。女性は、291人中それぞれが、59.8%、28.7%である。そのうち、うつ状態の調査項目のGDS短縮版の有効回答の417人の結果をまとめた。

1. うつ状態の割合

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。

GDSの15問中、6点以上をは、うつ状態として、年齢を3区分に高にし、性別に比較した（表1）。

男女いずれも、年齢が高くなるほど、うつ状態の割合が高率であった。男性に比べて、女性では、いずれの年代もうつの割合は、高率であり、特後期高齢者の75歳以上では、10%の差がみられた。

表1. 性別・年齢別うつ状態の割合
(上段：人、下段：%)

年齢	男性		女性	
	～5点	6点～	～5点	6点～
40～64	66	20	80	29
	76.7	23.4	74.4	26.6
65～74	36	11	48	17
	76.6	23.4	73.8	26.2
75以上	22	9	48	31
	71.0	29.0	60.8	39.2

2. うつ状態と満足度（PGC）得点

うつ状態と関連する背景の1つとして、PGC満足度得点の平均値を表2に示した。

表2. うつ状態別の満足度得点
(上段：平均値、下段：標準偏差)

年齢	男性		女性	
	～5点	6点～	～5点	6点～
40～64	12.1	8.2**	11.5	7.1**
	3.2	3.8	3.1	4.1
65～74	12.3	5.1**	11.2	6.5**
	3.2	3.2	2.7	2.9
75以上	11.1	7.7*	11.4	6.7*
	3.3	4.1	3.2	3.5

*P<0.05、**P<0.01

17項目中の平均値は、男女のいず

れの年齢階級も6点以上のうつ状態の人が、5点以下のうつ状態でない人の平均点より有意に低い傾向がみられた。

3. うつ状態と独居割合

家族構成がうつ状態に関連するかどうかを独居割合で検討した（表3）。男女ともうつ状態の人にいずれの年代も独居の割合が多い傾向があるが、有意な差ではなかった。うつ状態の有無にかかわらず、男性に比べて、女性に独居割合が3倍以上高率で75歳以上では、60%を越えていた。

表3. うつ状態別の独居世帯割合 (%)

年齢	男性		女性	
	～5点	6点～	～5点	6点～
40～64	3.1	0	11.3	20.7
65～74	8.3	9.1	31.3	35.3
75以上	18.2	22.2	64.6	67.7

4. うつ状態と健康状態

健康状態を、良好、ふつう、悪いの3段階にわけ、うつ状態との関連を検討した。表4には、良好という割合を示した。健康状態が良好という割合は、男女ともうつ状態の人が、いずれの年代も低い傾向にあるが有意な差ではなかった。

表4. うつ状態別の健康状態良好割合 (%)

年齢	男性		女性	
	～5点	6点～	～5点	6点～
40～64	33.8	9.1	23.5	10.3
65～74	30.6	11.1	14.6	5.6
75以上	18.2	12.5	29.8	12.9

5. うつ状態とライフイベント

1年間に起こった様々なうつ状態に関連すると思われる20の出来事についてうつ状態との関連を検討した。平均数が1以上を示すのは、40～64歳の男女のうつ状態の人が1.15と75歳以上の男女のうつ状態でない人が1.23であり、他はうつ状態の有無にかかわらずいずれの年代も1未満であり、男女いずれの年代も、うつ状態と20の出来事の平均数には有意な関連はみられなかった。

過去1年間のライフイベントの具体的内容をみると、男女とも、40～64歳では、収入が減った、家族との別居、家族の入院が多い。収入が減ったは、75歳以上の女性を除いて、多い内容にあげられていた。これ以外に男性では、65～74歳、75歳以上は、自分の入院と親しい友人の死亡が多かった。女性では、65～74歳、75歳以上は、家族や自分の入院がともに多い内容であるが、それ以外に65～74歳では、新築、改築が、75歳以上では、親しい友人の死亡が多かった。

6. うつ状態と社会的支援

うつ状態の人を支えてくれる周囲の人がどの位存在するかの10項目で、うつ状態との関連を検討した（表5）。

表5. うつ状態と社会的支援
（上段：平均値、下段：標準偏差）

年齢	男性		女性	
	～5点	6点～	～5点	6点～
40～64	8.6	6.5**	8.8	7.0**
	1.6	3.2	1.9	2.9
65～74	8.3	6.0	9.1	8.5
	2.2	2.8	1.8	2.3
75以上	8.1	7.6*	9.2	7.1**
	2.7	3.2	1.8	2.6

**P<0.01

男女いずれの年代も、うつ状態の人が、社会的支援として支えてくれる平均数が低く、40～64歳の男女、75歳以上の女性では、有意に低い傾向がみられた。

社会的支援の具体的内容は、「仕事を代わってくれる人の存在がない」という人が、男女いずれの年代にも多く、男性では5割前後、女性では3割弱である。その他、男性では、「助言や指導をしてくれる存在がない」人がいずれの年代にも多く、女性では、「家事を手伝ってくれる人がいない」割合がいずれの年代にも多かった。

7. 地域のふれあいと行事への参加

地域とのふれあいは、隣近所との交流は、約半数の人が、男女、年代を問わずあると答えていた。全くないという人は、男性では40～64歳、75歳以上が2割あるが、65～74歳では4.5%と少なかった。女性では、65～74歳、75歳以上が1割弱、40～64歳が0.9%といずれの年代も男性より低率であった。

地域の行事への参加は、よく参加が男性は、75歳以上の27%以外は、4割を越えていた。女性は、男性に比べて、いずれの年代も25%前後で低かった。ほとんど参加しないは、男女とも年代が高くなるほど、高率であった。

8. 2年目の調査結果のまとめ

村と保健所との合同の調査という体制、地元の保健と福祉のスタッフと看護学生のペアによる訪問調査という工夫により、82.7%の高率のアンケートの回収率になった。うつ病と関連要因についてのアンケート内容は、先行研究の結果を活用し、可能な限り漁村部のうつ病の実態とその背景要因が把握できるようにした。

GDS短縮版で、6点以上のうつ状態は、性別では男性より女性に、年齢

別では高齢になるほど高率な傾向がみられた。

うつ状態とその背景要因の検討から、男女のいずれの年齢階級も、うつ状態の人に、1) 独居の割合高く、2) 健康状態が良好という割合が低い、3) 満足度得点が低い、4) 社会的支援の数が少ない傾向がみられた。

前期高齢者より、後期高齢者になるとうつ状態になる割合が高くなっている背景として、健康状態、身体的状況が悪いこと、ライフイベントで、入院や親しい友人の死亡、地域のふれあいが希薄などの要因が調査結果からうかがえるが、訪問調査時の面接調査の内容も参考に、詳細な検討が必要である。

今回のまとめでは、うつ状態を判定するGDS短縮版の15項目の無記入があった場合の扱い、15項目それぞれの割合に特徴がないかなどの検討は十分されていない。

男性が「助言・指導をしてくれる人」を求めているの対し、女性が「家事を手伝ってくれる人」を求めているなど関心の違い、高齢化と同時に独居世帯が多く、夜になると将来のことも考え不安になったりすること、内科診察で不眠のため安定剤の服薬が多い、子供が高校に進学すると村外に出ていくために、早い段階で子育ての役割がなくなること、隣近所が家族同然のつきあいなどの村の生活がうつ状態とどう関連しているかの検討は、今後うつ病の予防対策を考えていく上で重要である。

F. 3年目の研究結果の概要

3年目は、2年目の調査結果の島根県内の検討で、1) 漁村部と中山間地では、高齢者のうつ病になる背景も異なっているのではないかと、2) 高齢化・過疎化の高齢者への影響も違ってい

る。3) 診療していてもうつ病の投薬の頻度が違う印象がある。以上の検討結果をもとに、中山間地の仁多町のうつの疫学調査を中心に実施した。

1. 仁多町のうつ状態の結果

仁多町の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。各地区毎では、45.3%から60.8%の受診率であった。うつ状態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。

性別・年齢別のうつ状態の割合を表6に示した。男女いずれも、65~74歳にうつ状態の割合が他の年齢に比し、最も高率で、30%を越えていた。次いで、男女いずれも40~64歳がうつの割合が高く、75歳以上が男女とも最も低かった。性別では、いずれの年代でも、女性にうつの状態の割合が高かった。

表6. 性別・年齢別うつ状態の割合
(上段：人、下段：%)

年齢	男性		女性	
	~5点	6点~	~5点	6点~
40~64	75	20	230	92
	78.9	21.1	71.4	28.6
65~74	103	50	229	127
	67.3	32.7	64.3	35.7
75以上	66	14	73	25
	82.5	17.5	74.5	25.5

うつ得点の平均値は、うつ状態の割合の傾向と同様に、男女とも65~74歳が最も大きく、男性4.41±2.74、女性は4.68±2.79で、次いで40~64歳、75歳以上の順であった。

いずれの年代でも、男性より、女性が入うつ得点の平均値が大きかった。

2. 家族構成とうつ状態

独居、高齢者世帯、若い世代との同居の家族構成とうつ状態の割合を表7に示した。

表7. 家族構成別うつ状態の割合
(上段：人、下段：%)

年齢	男性			女性		
	独居	高齢	同居	独居	高齢	同居
40~64	0	8	11	1	29	55
	0	21.1	21.2	20.0	25.9	32.0
65~74	0	11	32	12	42	63
	0	22.4	31.4	41.3	37.8	34.4
75以上	0	7	7	9	3	16
	0	26.9	15.2	44.4	16.7	26.2

男性の独居世帯が数世帯なので、比較検討の対象から省いた。

40~64歳は、男性では、世帯構成でうつ状態の割合に差がみられなかった。女性では、うつ状態の割合は、独居世帯が20.0%と最も低く、同居世帯が最も高く32.0%であった。

65~74歳の男性は、高齢者世帯より同居世帯が入うつ状態の割合が高いが、75歳以上では逆の結果であった。

女性では、65~74歳、75歳以上、いずれも独居世帯が約40%と最も高率であるが、65~74歳では、同居世帯が最も低く34.4%、75歳以上では、高齢者世帯が16.7%で最も低い割合であった。

3. 知夫村と仁多町のうつ状態の割合

基本健康診査受診者のうち、うつ状態の調査結果から除外したのは、知夫村では、40歳未満の1人、仁多町では、40歳未満34人、回答が不完全21人、性・年齢が不明25人、その他33人の計113人であった。

GDSの15問中、6点以上をうつ状態として、年齢を3区分して知夫村と

仁多町を比較したのが表8である。

表8. 地域別年齢別うつ状態の割合
(上段：人、下段：%)

年齢	男性		女性	
	知夫村	仁多町	知夫村	仁多町
40～64	6	20	14	92
	27.3	21.1	25.0	28.6
65～74	6	50	24	127
	28.6	32.7	40.0	35.7
75以上	3	14	17	25
	17.6	17.5	40.5	25.5

男性では、うつ状態の割合が知夫村と仁多町のいずれも、65～74歳が最も高率であり、次いで40～64歳、75歳以上が最も低く、いずれの年齢もうつ状態の割合に有意な差はみられなかった。

女性では、知夫村が年齢が高くなるに従いうつ状態の割合は高率になり、65歳以上は40%を越えていた。仁多町では、男性と同様の傾向で65～74歳が最も高率で、75歳以上が最も低率であった。

性別の両地区のうつ状態の割合は40～64歳を除き、知夫村、仁多町のいずれの年代も、女性が男性に比し、うつ状態の割合が高率であった。

両地区のうつ得点の平均値の比較を表9に示した。

表9. 地域別年齢別うつ状態の平均値
(上段：平均、下段：標準偏差)

年齢	男性		女性	
	知夫村	仁多町	知夫村	仁多町
40～64	4.27	3.49	3.89	4.31
	1.98	2.77	2.58	2.84
65～74	3.0	4.41*	4.6	4.68
	2.3	2.74	3.04	2.79
75以上	3.24	3.41	5.5*	4.18
	1.92	3.05	2.63	2.37

*p<0.05

男性では、知夫村が40～64歳で仁多町より平均値が高いが、他の年齢階級では、仁多町が高く、65～74歳で4.41と知夫村の3.0より有意に高値であった。

女性は、知夫村が75歳以上で5.5で、仁多町の4.18より有意に高値であるが、他の年齢階級では、仁多町が高い平均値を示すが有意な差ではなかった。

4. まとめ

3年目の調査で、漁村と中山間地のうつ状態の比較を実施した。うつ状態では、知夫村では、65歳以上女性に、仁多町では、65歳以上の男性にうつ状態の割合が高い傾向がみられたが、世帯構造、社会構造などの地域特性に基づくのか、基本健康診査受診者を調査対象としているための影響なのか今後検討が必要である。

その理由の1つとして、知夫村の2年目の地域住民を対象にしたうつ状態の割合では65～74歳の女性が26.2%であるのに対し、3年目は40.0と著しく高くなっている。

地元の町村での個別ケースの検討から、知夫村の女性の65歳以上のうつ状態には、独居の人が多いたか、仁多町のうつ状態の割合が高い地区の65～74歳の男女は、悪性新生物などの疾患の既往の人が多いたかという結果が指摘されている。

今後、高齢者のうつ状態に影響するとされている、家族構成、身体的状況、脳卒中や骨折などの既往歴、日常生活の満足度などとうつ状態との関連を漁村部、中山間地別に検討し、地域特性に即した高齢者のうつ病予防対策の具体化を明らかにする必要がある。

G. 学会発表

1) 福澤陽一郎：高齢県における地域特性別の抑うつ症状の比較. 第10回日本疫学学会学術総会(米子), 2000.

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

都市部と農村部における在宅高齢者の抑うつ症状有症率

分担研究者 新野 直明 国立長寿医療研究センター室長

研究要旨 大都市部、中都市部および農村部の在宅高齢者を対象に、抑うつ症状の有症率を測定し比較検討をおこなった。分析対象者は 69 歳以上の人で、大都市部は東京都墨田区の在宅高齢者 248 名、中都市部は静岡県浜松市の 309 名、農村部は秋田県南外村の 886 名であった。抑うつ症状有症率は、大都市部 30.2%、中都市部 27.5%、農村部 26.0% であり、都市部が高かったが、有意な差は認められなかった。性、年齢、活動範囲、同居者の有無を考慮しても同様の結果であった。

A. 研究目的

高齢者のうつは、出現率が高く、自殺とも密接に関係し、高齢者の精神障害の中でも重視すべきものの一つである。高齢期のうつ病やうつ状態は、種々の疾患や外傷あるいは日常生活動作 (ADL) などの身体的な要因の影響を受けるが、それ以外に様々な社会学的要因と関連することが知られている⁽¹⁾。欧米では、社会学的要因の一つとして、都市化の程度が高齢期のうつと関連するという報告が散見されるが⁽²⁻⁴⁾、我が国では、高齢者のうつと都市化の関係、都市部と郡部でうつがどのように異なるか、などを検討した研究は少ない。しかし、生活環境や社会構造の異なる都市と農山村におけるうつに効果的に対応するには、都市部、農村部それぞれにおけるうつの実態、特徴を把握する必要がある。

本研究では、日本の都市部と農村部

を含む 3 地域の在宅高齢者を対象に、抑うつ症状の有症率を調べ、比較検討をおこなった。

B. 研究方法

大都市部、中都市部および農村部の在宅高齢者の抑うつ症状を Geriatric Depression Scale (GDS) を用いて調査し、その有症率を比較検討した。

①対象

・大都市部：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。

・中都市部：静岡県浜松市の中心部近く位置する広沢町 (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。

・農村部：東京都老人総合研究所の特別プロジェクト「中年からの老化予防総合的長期追跡研究」⁽⁵⁾の一部として、秋田県南外村（全人口 5136 名、65 歳以上人口 1263 名）で実施されている中高年総合健康診査に参加した 69 歳以上の人を対象に、調査票に基づく面接聞き取り調査を実施した。

②調査内容

調査内容は、性、年齢、世帯構成（同居者有り vs 無し）、活動範囲（1 人で外出可 vs 不可）、抑うつ症状の有無である。抑うつ症状は、日本語版 Geriatric Depression Scale (GDS)⁽⁶⁾の短縮版（表 1）を用いて評価した。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がないこと、二者択一の方式で回答しやすいことなどから、高齢者に適した尺度であり、疫学調査などで広く使用されている⁽⁷⁾。短縮版は 15 問の設問からなり、合計点（GDS 得点＝抑うつ得点）が 6 点以上の場合、抑うつ症状有りとしてされている。

③分析

各地域の GDS 得点平均値を求め、2 地域間の差を検討した（Tukey 多重比較）。また、各地域の抑うつ症状有症率（GDS 得点が 6 点以上の人の割合）を求め 3 地域間の差を検討した（ χ^2 検定）。さらに、GDS の問 1～問 15 の各質問において、抑うつ的な方向の回答をした人の割合を調べた。

C. 研究結果

①分析対象者：農村部の回答者が 69 歳以上のため、各地域とも 69 歳以上の GDS 全問回答者について分析をおこなった。分析対象者は、大都市部 248 名（男性 109 名、女性 128 名、性不明 11 名、年齢範囲 69-98 歳）、中都市部 309 名（男性 125 名、女性 184 名、年齢範囲 69-98 歳）、農村部 886 名（男性 351 名、女性 535 名、年齢範囲 69-101 歳）であった。

②GDS 得点（抑うつ得点）の分布：GDS 得点の分布を図 1 に示した。さらに、各地域の GDS 得点の平均値を求め、2 地域間の比較をおこなった（表 2）。全員では、大都市部 4.1 点、中都市部 4.1 点、農村部 3.7 点で、都市部が高い数値を示したが有意な差はなかった。要因別にみたところ、有意差が認められたのは、女性の中都市部＞農村部、80 歳以上の大都市部＞農村部、1 人で外出不可の大都市部＞農村部であった（Tukey 多重比較）。

③抑うつ症状の有症率：3 地域の抑うつ症状有症率（GDS 得点が 6 点以上の人の割合）を表 3 に示した。全員では、大都市部 30.2%、中都市部 27.5%、農村部 26.0%で、やはり都市部が高い数値を示したが有意差はなかった。要因別にみた場合も、3 地域間で有意な差は認められなかった（ χ^2 検定）。

④GDS 各質問項目における回答の傾向：GDS の問 1～問 15 の各質問において、抑うつ的な方向の回答をした人の割合を調べた（図 2）。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的な方向を示す質問（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的な方向の回答をする傾向がみられた。

D. 考察

今回の調査における抑うつ症状有症率は、大都市部 30.2%、中都市部 27.5%、農村部 26.0%であった。これまでに報告された地域在宅高齢者の抑うつ症状有症率は、9~44%と幅広く分布している^(2-4, 8-13)。抑うつ症状の評価法が異なるため単純な比較はできないが、今回の結果が過去の結果と大きくかけ離れるということとはなかった。また、高齢者のうつは、一般に女性に多い、高齢になるほど多いと言われている⁽⁹⁻¹³⁾。しかし、今回の結果では、性、年齢については、一定の傾向はみられなかった。

本研究では、高齢者における抑うつ症状の地域差、特に都市部と農村部の差について検討した。その結果、回答者全員でも、また、年齢、性、活動範囲、同居者の有無の要因別にみても、抑うつ得点、抑うつ症状の有無について、明確な地域差は認められない傾向であった。ただし、1人で遠出ができない人において大都市部の抑うつ得点が高く、外出の自立が都市部と農村部で異なる意味合いを有するのかもしれない。また、GDS 各質問項目における回答の傾向をみたところ、「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。この問題については、より詳しい検討を実施しなければ結論はできないが、都市部と農村部においてうつ構造が異なる可能性はあるものと考えられた。

これまでの研究では、都会に住む人

の方が、郡部に住む人よりうつが多いことが報告されている^(2, 14-16)。ミュラーは、田舎に暮らすことが精神的健康の保持につながる可能性を示唆している⁽¹⁵⁾。筆者が以前に我が国で実施した研究でも同様の傾向が認められた⁽¹⁷⁾。しかし、都市部と郡部という地域差は、青年や壮年では大きな影響力を持つが、高齢者ではその影響が小さいという研究もある⁽¹⁸⁾。また、交通手段、通信手段が発達し、都市部と農村部の生活環境が近似する傾向がある昨今では、うつに関する地域差も小さくなる可能性は否定できない。今回の研究は、結果的に明確な地域差を指摘できなかったが、地域の選定にあたり都市部と農村部の定義が明確ではない点、また、地域により調査方法が異なる点で若干の問題を有している。今後、高齢者の抑うつ症状の地域差については、これらの点も配慮したさらに厳密な研究を進めていく必要があるだろう。

E. 結論

大都市部、中都市部および農村部の在宅高齢者を対象に、抑うつ症状の有症率を測定し比較検討をおこなった。その結果、抑うつ得点、抑うつ症状有症率において、明確な地域差が認められなかった。性、年齢、活動範囲、同居者の有無を考慮しても同様の傾向であった。

参考文献

1. Koenig HG, Blazer DG: Mood disorders and suicide. In: Birren JE ed. Handbook of Mental Health and

- Aging. San Diego: Academic Press Inc., 379-407, 1992.
2. Comstock GW, Helsing KS: Symptoms of depression in two communities. *Psychol Med*, 6 : 551-563, 1976.
 3. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K: Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol*, 117 : 173-185, 1983.
 4. O'Hara MW, Kohout FJ, Wallace RB: Depression among the rural elderly. A study of prevalence and correlates. *J Nerv Ment Dis*, 173 : 582-595, 1985.
 5. Shibata H, et al Launch of a new longitudinal interdisciplinary study on aging by Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (TMIG-LISA). *Fact and Research in Gerontology*, 7 : 277-284, 1993.
 6. Niino N, Imaizumi T, Kawakami N: A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clin Geron*, 10 : 85-87, 1991.
 7. Yesavage JA, et al: The development and validation of a Geriatric Depression Scale. *J Psychiatr Res*, 17 : 31-49, 1983.
 8. Zung WWK: Depression in the normal aged. *Psychosomatics*, 8 : 287-292, 1967.
 9. Blazer D, Williams CD: The epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry*, 137 : 439-444, 1980.
 10. Frerichs RR, Aneshensel CS, Clark VA: Prevalence of depression in Los Angeles County. *Am J Epidemiol*, 113 : 691-699, 1981.
 11. Blazer D, Hughes DC, George LK: The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist*, 27 : 281-287, 1987.
 12. Kivela SL, Pakkala K, Laippala P: Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Acta Psychiatr Scand*, 78 : 401-413, 1988.
 13. Bekaroglu M, et al: Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, 84 : 174-178, 1991.
 14. Brown GW, Prudo R: Psychiatric disorder in a rural and an urban population, I : aetiology of depression. *Psychol Med*, 11 : 581-599, 1981.
 15. Mueller D: The current status of urban-rural differences in psychiatric disorder: An emerging trend for depression. *J Nerv Ment Dis*, 169 : 18-27, 1981.
 16. Blazer D, George LK, Landerman R: Psychiatric disorders: a rural/urban comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 42 : 651-656, 1985.
 17. Niino N, et al: Prevalence of depressive symptoms among the elderly living in an urban and rural community in Japan. *Facts, Research and Intervention in Geriatrics*, 71-76, 1997.
 18. George LK: Social factors and depression in late life. In: Schneider LS ed. *Diagnosis and treatment of depression in late life*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc., 131-153, 1994.
- 研究協力者
坪井さとみ、福川康之 (国立長寿医療研究センター、疫学研究部)

表1 Geriatric Depression Scale（短縮版）

最近のあなたの状態についておたずねします。次の質問を読んで、「はい」「いいえ」のうちあてはまる方に○印を付けてください。

1. 自分の生活に満足していますか？	1.はい 2.いいえ
2. これまでやってきた事や、興味があることの多くを、最近やめてしまいましたか？	1.はい 2.いいえ
3. 自分の人生はむなしなものと感じますか？	1.はい 2.いいえ
4. 退屈と覚えることが、よくありますか？	1.はい 2.いいえ
5. 普段は、気分のよいほうですか？	1.はい 2.いいえ
6. 自分になにか悪いことがおこるかもしれないという不安がありますか？	1.はい 2.いいえ
7. あなたはいつも幸せと感じていますか？	1.はい 2.いいえ
8. 自分が無力だと覚えることがありますか？	1.はい 2.いいえ
9. 外に出て新しい物事をするより、家の中にいる方が好きですか？	1.はい 2.いいえ
10. ほかの人に比べ、記憶力が落ちたと感じますか？	1.はい 2.いいえ
11. いま生きることは、素晴らしいことと思えますか？	1.はい 2.いいえ
12. 自分の現在の状態は、まったく価値のないものと感じますか？	1.はい 2.いいえ
13. 自分は、活力が満ちあふれていると感じますか？	1.はい 2.いいえ
14. いまの自分の状況は、希望のないものと感じますか？	1.はい 2.いいえ
15. ほかの人はあなたより、恵まれた生活をしていると思えますか？	1.はい 2.いいえ

図1 GDS 得点の分布

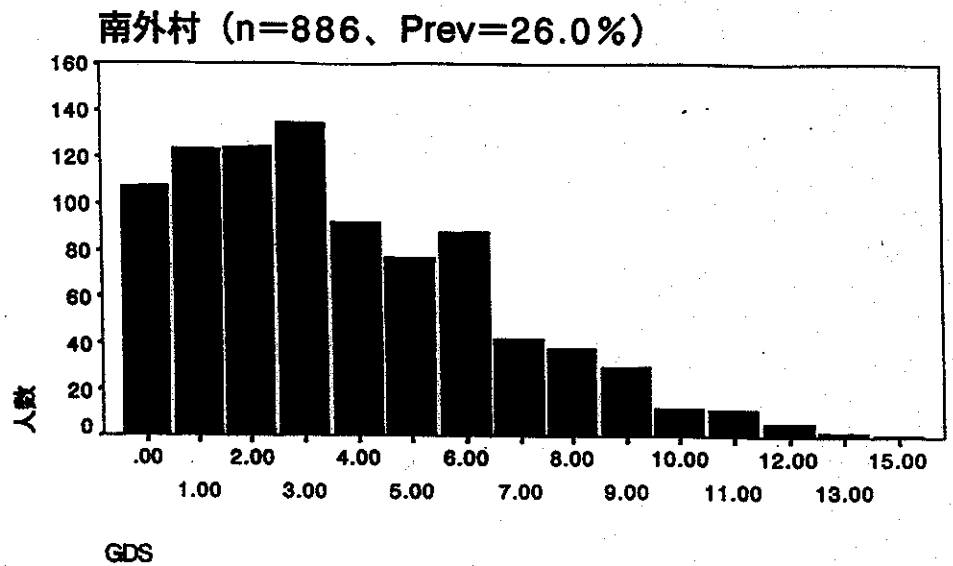
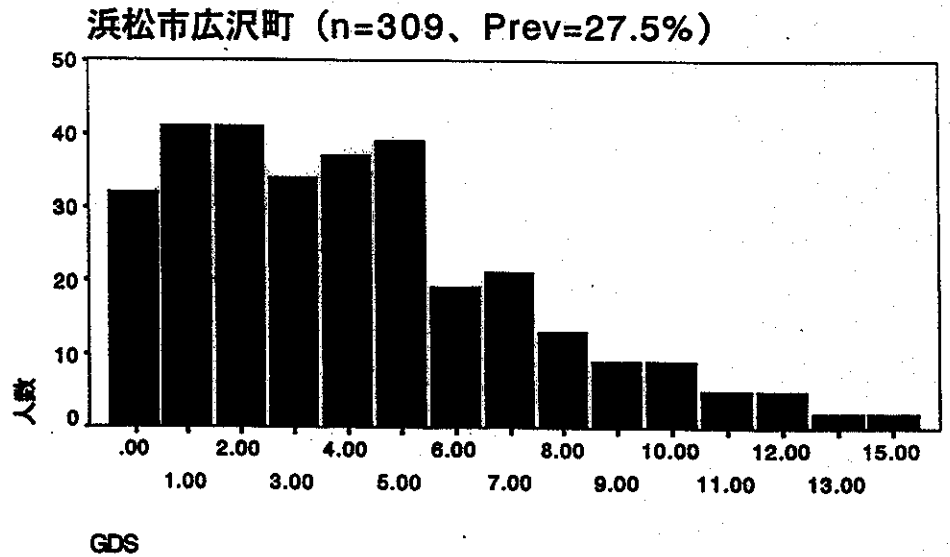
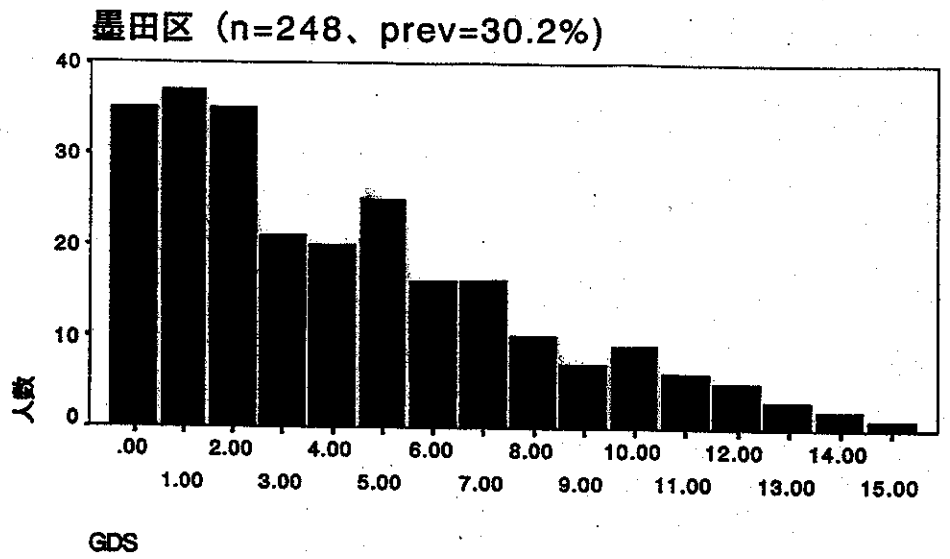


表 2 3 地域の抑うつ得点

要因		大都市部	中都市部	農村部
		(N) mean±SD	(N) mean±SD	(N) mean±SD
全員		(248) 4.1±3.6	(309) 4.1±3.2	(886) 3.7±2.8
年齢	69-79 歳	(183) 3.9±3.5	(236) 4.0±3.2	(638) 3.7±2.8
	80 ^a	(65) 4.8±3.6	(73) 4.7±3.0	(248) 3.7±3.0
性	男性	(109) 3.7±3.2	(125) 3.8±3.1	(351) 3.7±2.9
	女性 ^b	(128) 4.4±3.7	(184) 4.3±3.2	(535) 3.7±2.8
活動範囲	外出可	(186) 3.3±3.1	(244) 3.7±3.0	(782) 3.5±2.7
	外出不可 ^a	(40) 7.1±4.0	(65) 5.7±3.5	(103) 5.1±3.4
同居者	有	(193) 3.9±3.3	(247) 3.9±3.1	(830) 3.6±2.8
	無	(42) 5.1±4.4	(53) 5.2±3.3	(50) 5.0±3.1

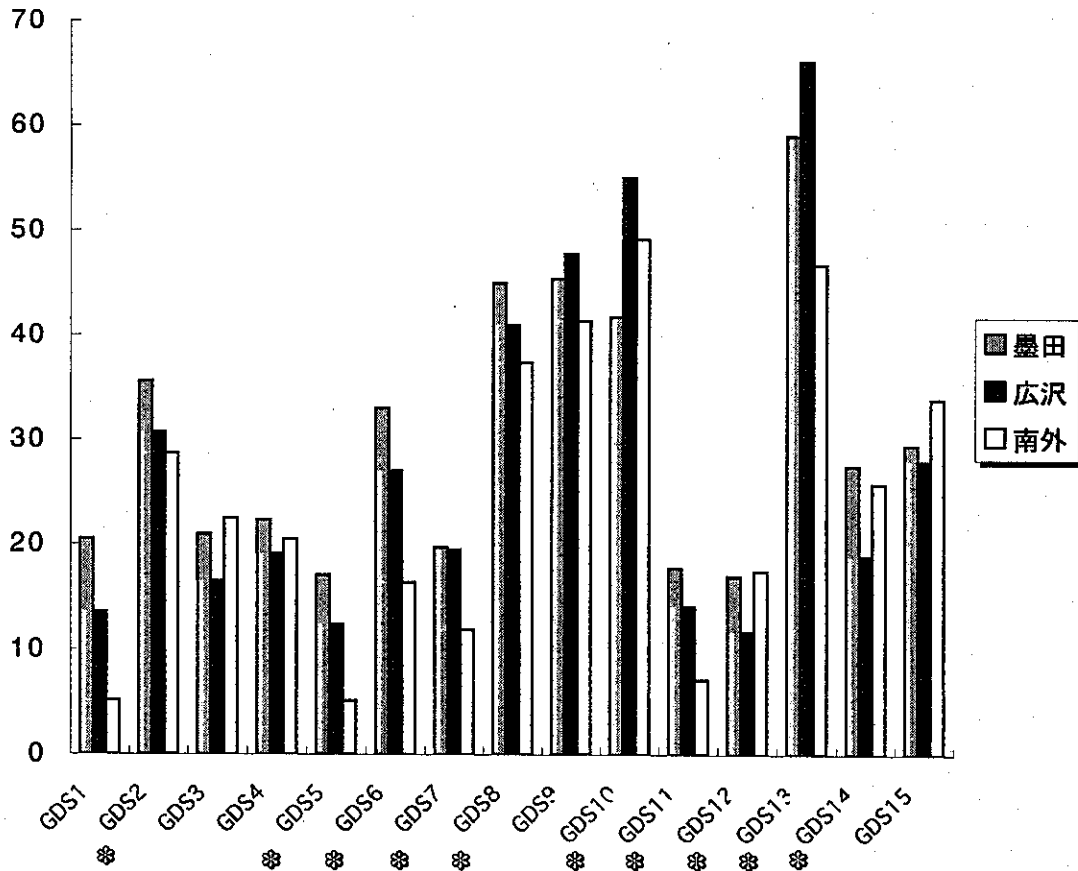
a : 大都市部>農村部

b : 中都市部>農村部

表 3 3 地域の抑うつ症状有症率

要因	大都市部		中都市部		農村部	
	(N)	有症率(%)	(N)	有症率(%)	(N)	有症率(%)
全員	(248)	30.2	(309)	27.5	(886)	26.0
年齢	69-79 歳	(183) 30.6	(236)	24.2	(638)	25.7
	80-	(65) 29.2	(73)	38.4	(248)	26.6
性	男性	(109) 27.5	(125)	25.6	(351)	26.8
	女性	(128) 31.3	(184)	28.8	(535)	25.4
活動範囲	外出可	(186) 23.1	(244)	22.5	(782)	23.5
	外出不可	(40) 55.0	(65)	46.2	(103)	44.7
同居者	有	(193) 28.0	(247)	26.3	(830)	25.3
	無	(42) 40.5	(53)	34.0	(50)	40.0

図2 各質問項目における回答の傾向



* : 3地域間で有意差あり (χ²検定)