

表1. 健康指標

死亡

生存期間

疾病の合併症

治療の合併症

身体機能

心理社会機能

役割機能（例；職場復帰）

"Quality of Life"

治療費用

サービス利用（例；入院期間，通院）

患者の選択

lezzoni (1994) より改編

表2 ソーシャルサポートネットワークと死亡との関連について地域高齢者を対象としたコホート研究(1)

著者 地域 報告年	対象人数 調査開始年齢 追跡期間	検討されたソーシャルネットワーク	検討されたソーシャルサポート	多変量解析で死亡と有意に関連した ソーシャルサポートネットワーク指標
Blazer アメリカ 1982	331人 65歳以上 2.5年	<ネットワークの存在> 婚姻状況 生存子の数 生存兄弟の数 <接触頻度> 過去1週間の電話の回数 過去1週間に親戚や友人の訪問回数	<サポートの認識> 孤独感 誰も理解してくれない感じ 初対面の人と話すのが難しい 何か起こったときに助けてくれる人 相談相手に十分接触がある 病気のときに助けてくれる人	ネットワークの存在が少ないこと (RR=2.04) 接触頻度が少ないこと (RR=1.88) サポートの認識が低いこと (RR=3.4)
Hanson スウェーデン 1989	621人 68, 69歳 男性のみ 5年	(婚姻状況) 地域への愛着 近所の人、子、親戚、友人との接触頻度 社会参加 社会参加への満足度	物質的サポート、介護サポート、 情報サポート 情緒的サポート 情緒的サポートへの満足度	配偶者がいないこと (RR=2.0) 社会参加への満足度が少ないこと (RR=2.2) 情緒的サポートが少ないこと (RR=2.5)
Yasuda 日本 1989	1889人 65歳以上 5年	婚姻状況 同居家族 家庭や仕事の役割 外出の楽しみ 友人との接触頻度 老人会などのグループ活動	(一)	男性前期高齢者でグループ活動に消極的 (P<0.01) 女性後期で仕事や家庭の役割がない (p<0.001), グループ活動に消極的 (P<0.01), 友人との接触頻度が低い (P=0.02)
Ho 香港 1991	1054人 70歳以上 2年	(婚姻状況) 社会的接触 同居家族 地域社会への愛着 社会活動への参加	物質的、実地的サポート	配偶者がいないこと (RR=2.7)

RR ; 相対危険度, (一) ; 検討されなかった

表2 ソーシャルサポートネットワークと死亡の関連について地域高齢者を対象としたコホート研究(2)

著者 地域 報告年	対象人数		検討されたソーシャルネットワーク	検討されたソーシャルサポート	多変量解析で死亡と有意に関連した ソーシャルサポートネットワーク指標
	調査開始年齢	追跡期間			
Seemanら アメリカ 1997	2575人 65~102歳 9~11年	婚姻状況 親友や親戚の人数 教会への参加 グループ活動への参加	(一)		友人、親戚との接触が少ないこと (RR=1.5) グループ活動参加が少ないこと (RR=1.5) 持続してネットワークインデックスが低い群が 最も死亡のリスクが高く、高い状態から低下 したものが次に高いリスクだった
Avlundら デンマーク 1998	734人 70歳 11年	同居家族 生存子の有無 週に1回以上接触する人の数 社会活動	(一)	日常生活動作へのサポート その他のサポート (雇仕事、相談など) 他の人に大してサポートを提供	男性で、同居 (RR=2.11), サポート提供のないこと (RR=2.04) 女性で、その他のサポートのないこと (RR=1.76)
Liangら 台湾 1999	4049人 60歳以上 4年	婚姻状況 同居家族数 仕事の状況	(一)	特別の人からうける愛情の量 悩み事を相談できる度合い 病気のサポートが期待できる度合い 金銭的サポートが期待できる度合い	配偶者の死 (RR=1.425) 仕事を持っていることが死亡と負の関連 (RR=0.53)
自殺結果 (鷹栖町)	653人 69~80歳 6年	婚姻状況 同居家族 子、友人、親戚の接触 グループ活動への参加	(一)	悩み事を相談できる人 介護サポートを期待できる人	男性でグループ参加に消極的であること (RR=2.6) 男性で情緒的サポートが少ないこと (RR=1.7)

表2 ソーシャルサポートネットワークと死亡の関連について地域高齢者を対象としたコホート研究(3)

著者 地域 報告年	対象人数 調査開始年齢 追跡期間	検討されたソーシャルネットワーク	検討されたソーシャルサポート	多変量解析で死亡と有意に関連した ソーシャルサポートネットワーク指標
Steinbach アメリカ 1992	5151人 70歳以上 2年	友人, 親戚と電話または会った 社会活動 同居家族	(一)	接触頻度が高いことが死亡と負の関連 (RR=0.60) 社会参加活動が死亡と負の関連 (RR=0.59)
Seemanら アメリカ 1993	10294人 3地域 65歳以上 5年	配偶者の有無 親しい友人や親戚が2人以上いる 教会へ定期的に出席 グループ活動参加	(一)	ソーシャルネットワークのインデックスが ニューヘブンの男女 (RR = 2.4, 1.8) と アイオワの女性 (RR = 1.9) で有意に関連。 アイオワの男性と東ポストンの男女は有意差なし。
Sugisawaら 日本 1994	2200人 65歳以上 3年	婚姻状況 社会的接触 社会活動参加	孤独感 情緒的サポート 手段的サポートはモデルから除外	社会参加活動が少ないこと (p<0.05)
Shyeら アメリカ 1995	454人 65歳以上 15年	婚姻状況 ネットワークサイズ人数 社会的接触の頻度 (友人, 教会など)	(一)	男女で, ネットワークサイズが死亡に抑制効果あり 男性では, 女性に比べて少人数でも抑制効果が みられた
Yasudaら アメリカ 1997	806人 65歳以上 女性のみ 5年	同居家族 子, 友人, 親戚の人数 グループ活動の数 子, 友人, 親戚の接触頻度 グループ活動の参加	(一)	前期高齢者では, 独居が死亡と負の関連 (RR=0.4) 生存子が少ないことが死亡と負の関連 (RR=0.4) 後期高齢者では, 子, 友人との接触なし (RR=3.1, 2.2) 社会参加なし (RR=2.8)

表3. ソーシャルサポートネットワークと身体機能の関連について地域高齢者と対象としたコホート研究

著者 地域 報告年	対象人数 調査開始時年齢 追跡期間	身体機能評価	検討されたソーシャルサポート およびネットワーク指標	多変量解析結果 身体機能に有意に関連した ソーシャルサポートネットワーク
Liu ら 日本 1995	2200人 60歳以上 3年	Katzの7項目 郵送法 変化なしとの比較	社会的接触 社会活動への参加 婚姻状況 情緒的サポート 手段的サポート	配偶者のないことが自立から要介助への変化に関連 (p<0.05) 社会参加が少ないことが自立者の死亡に関連 (p<0.01) 社会参加が多いことが要介助から自立への変化に関連 (p<0.01) サポートが多いことが要介助から自立への変化に関連 (p<0.01)
Seeman ら アメリカ 1996	1190人 70~79歳 2~2.75年	Katzの7項目 面接法 機能低下の要因	婚姻状況 子, 友人, 親戚の人数 子, 友人, 親戚と会う頻度 情緒的サポート 手段的サポート	男性で, 子供との接触多いことがADL低下に関連 (OR=1.24) 手段的サポートの多いことがADL低下に関連 (OR=4.72) 女性で, 子どもの接触多いことがADL低下を抑制(OR=0.76) 親戚との接触多いことがADL低下を抑制(OR=0.76)
Unger ら アメリカ 1997	男性 2860人 女性 4667人 70歳以上 6年	5項目 面接法 2年ごとの変化曲線の傾き	友人, 親戚と会ったまたは電話 教会へ行った 他の余暇活動へ行った	教会参加が機能低下の抑制に関連 (p<0.0005) 身体機能と社会関係は, それぞれ独立して 未亡人における身体機能の低下反応に対して 緩衝効果を持っている
Sarwari ら アメリカ 1998	619人 女性 65~99歳 2年	ADL 7項目 IADL 7項目 面接法 機能低下の要因	同居家族	自立老人では, 独居者はIADLの低下が少なく, 障害老人では独居者が大きくIADLが低下した.

研究報告（3）

高齢者の抑うつと関連するソーシャルサポートネットワーク
——文献的考察

主任研究者 岸 玲子

北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野

研究要旨

近年、欧米を中心に行われてきた調査研究の結果、ソーシャルサポートとネットワークが高齢者の抑うつを予防あるいは緩和する効果をもつことが示唆されている。わが国ではこの問題に関する研究が少なく、十分とはいえない状況である。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、抑うつの評価方法とソーシャルサポートとネットワークの概念および測定方法を整理したうえで、ソーシャルサポートを含めた諸要因と抑うつとの関連についての知見を概括した。その結果、高齢者の抑うつは、ネットワークのサイズが小さいこと、期待できる、あるいは受領した情緒的サポートが少ないこと、期待できる手段的サポートが少ないこと、他者へのサポート提供が少ないことと関連する傾向が示された。一方、手段的サポートを多く受領していることは高い抑うつと関連していた。また、ソーシャルサポートが精神的健康を高める直接効果とストレスによる悪影響を和らげる緩衝効果については、両者を支持する結果が示されている。これに加え、身体的健康、活動性（ADL: Activities of Daily Living, IADL: Instrumental Activities of Daily Living）、収入や婚姻状態も高齢者の抑うつと関連していた。今後の課題として、わが国において高齢者の心身の健康状態を総括的に把握できる調査を継続的に実施していくことが不可欠である。同時に、これらの調査結果をふまえた介入研究に取り組み、高齢者の精神的健康を改善・促進する方法を検討していくことが重要である。

研究協力者 増地 あゆみ
北海道大学大学院文学研究科
心理システム

A. 研究目的

現在、わが国では急速に高齢化が進んでいる。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 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、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ている¹⁾。平均寿命の伸びも著しく、平成 11 年には男性で 77.16 歳、女性で 84.01 歳を記録した²⁾。しかし、世界的にも最高水準の平均寿命に達する一方で、高齢になるほど多くの疾患を抱えたり、活動能力が低下したりする場合も多く、全ての高齢者が豊かな老後を過ごしているとは言えない。今後は、単なる延命ではなく、高齢者が心身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す、いわゆるサクセフル・エイジング³⁾を目指すことが医療および地域保健など関連領域の重要な課題となるであろう。とくに近年、高齢者の QOL (Quality of life)⁴⁾や主観的幸福感⁴⁾の向上に関心が高まっており、高齢者の身体面のみならず、精神面の保健にも目が向けられるようになってきている。

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^{5,6)}。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⁷⁾。また、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指摘されている⁸⁾。そして、抑う

つ状態は主観的幸福感や生活満足感の低下と深く関連しており、高齢者の QOL 向上の大きな妨げとなる。

しかし、わが国では現在のところ、高齢者層の抑うつに関する研究の数が少なく、抑うつの有症率やその関連要因について十分に把握できていない状況である。一方、欧米では、抑うつと関連する様々な要因について多くの調査研究が行われてきた。とくに、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、身体的健康の悪化を防ぐ効果をもつと考えられ、数多くの系統的・継続的な調査が進められてきた⁹⁾。わが国でも、1990 年代以降、高齢者のソーシャルサポートに関する調査研究は徐々に増えている^{4,10,11)}が、系統的な研究はまだ少ない。ソーシャルサポートやネットワークが高齢者の心身へもたらす効果について、今後さらに疫学的調査を進めていくことが望まれる。

本論文では、抑うつの評価方法、抑うつの関連要因、サポートネットワークの概念と測定方法について整理したうえで、サポートネットワークと高齢者の抑うつとの関連を中心に、これまでの国内外の研究動向とその成果を概観し、今後の課題と研究の方向性について考えたい。

II. 抑うつ状態の評価と関連要因

1. 抑うつ状態の評価

抑うつ状態の評価方法には、DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders, Fourth Edition, 1994¹²⁾) などの基準にもとづく診断と、抑うつ尺度を用いた測定の違いがある。これまでの疫学調査の大部分では抑うつ尺度が用いられている。抑うつ尺度として代表的なのは CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale^{13,14)})、SDS (Self-rating Depression Scale^{15,16)})、GDS (Geriatric Depression Scale^{17,18)}) で、これらは日本語に翻訳され、その信頼性と妥当性が検討されている^{14,15,18)}。尺度得点の高さを抑うつ程度とみなす場合と、得点にカットオフポイントを設け、そのポイントを基準に抑うつかどうかを判定する場合がある。抑うつ尺度では平均値が高めになることが多く、抑うつ判定率は診断基準を用いた場合より高い傾向がある^{26,41)}。

抑うつ状態を示す割合は調査によって大きく異なる。欧米では 10 %前後の場合がもっとも多く、5 %程度⁴⁰⁾から 20 %程度⁴⁹⁾まで幅広い。わが国でも同様に、井原³¹⁾の報告で全体の 5.3 % (CES-D > 16)、長田³²⁾では男性 8.9 %、女性 10.3 % (GDS > 14)、青木²⁷⁾の報告では男性 4.3 %、女性 11.4 % (SDS > 48) と、幅がみられる。

2. 抑うつに関連要因とソーシャルサポートの測定

抑うつに関連要因として、これまでにサポートネットワークを含めた様々な要因が指摘されてきた¹⁹⁾。これらは、(1)年齢、性別、教育年数などの基本属性、(2)配偶者の喪失や退職などのスト

レス経験やソーシャルサポートなどの社会的・環境的要因、(3)身体的健康や活動性などの身体的要因、(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。図1に、抑うつと各要因との関係を包括した概念図を示す。合わせて、要因間の関連を検討する際に指標とされる変数を示した。

ソーシャルサポートとネットワークという用語は、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し、しばしば「社会的資源 (social resource)」や「社会関係 (social relationship)」とほぼ同義で用いられる。これまで、Alameda County Study²⁰⁾、Tecumseh Community Health Study²¹⁾などの大規模な前向き調査 (prospective study) により、これらの社会的資源が多い人では、少ない人に比べ、その後の死亡率が低くなることが明らかになっている。抑うつに対しても同様に、図1に示すような、サポートネットワークが抑うつを直接和らげる効果とストレスによる悪影響を緩和する効果が指摘されている。現段階では、ソーシャルサポートとネットワークの概念規定は研究者によって異なり、標準的な測定方法が確立されていない状態である^{22,23,24)}。House²⁵⁾が指摘するように、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、社会学的には、ネットワークは対人関係の構造的側面 (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 (友人は援助

してくれるかなど)を示すと定義される²²⁾。本稿でもこのような定義に従う。後掲の表に示すように、先行研究でソーシャルサポートとネットワークの指標として用いられてきた尺度は非常に多様であるが、本論文では以下の8種類に分類する。それぞれ図1の①～⑧と対応している。まず、基本的ネットワークの指標として、配偶者や同居家族の存在を示す①「居住形態」と②「婚姻状態」がある。そして社会的関係の広さを示す③「ネットワークサイズ(友人、親戚、子どもなどの総数)」、その深さを示す④「ネットワークメンバーとの接触頻度」が指標とされる。③と④については、メンバーの種類を区別する場合もある。サポートについては、その内容にかかわらず他者からの⑤「サポートの全体量」を測定する場合と、⑥「情緒的サポート(emotional support)」および⑦「手段的サポート(instrumental support)」の量を測定する場合がある。このとき、実際に受けたサポートの頻度やその満足度を測定する場合とサポートへの期待や入手可能性(availability)を測定する場合、良い影響をもたらすポジティブ・サポートと悪影響をもたらすネガティブ・サポートに区別する場合、誰からサポートを受けるか、すなわちサポートの主体を特定する場合がある。また、他者への⑧「サポートの提供」が指標とされる場合がある。この他、サポートの種類として「情報サポート(informational support)」、「評価サポ

ート(appraisal support)」などがあり^{23,24)}、これらを含めてサポートの全体量としている指標もある⁵⁵⁾。

III. 国内外の研究動向と得られた知見

現在までのところ、わが国で高齢者の抑うつとソーシャルサポートとの関連を検討した報告は3件である(表1²⁵~²⁸⁾)。抑うつとその他の要因との関連を検討した報告は比較的多く、このうち比較的最近の6件を表2²⁹~³⁴⁾に示した。これらの多くは横断的調査であったり、特定の要因のみを取りあげていたり、多変量解析を行っていなかったりするため、抑うつと諸要因との関連が厳密に把握されていない場合が多い。一方、欧米では縦断的研究も多く、ほとんどの研究で多変量解析を行っている。また、高齢者の抑うつ状態を身体的、社会的側面から総合的に調査し、他の要因を調整し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ものも多い。しかし、調査方法や測定項目などが多様であるため調査間の比較は難しいという問題は残る。表3³⁵~⁴¹⁾に欧米で行われた縦断的調査を、表4⁴²~⁵⁴⁾に横断的調査を示した。また、他の要因は測定せずにソーシャルサポートのストレス緩衝効果を検討した調査を表5⁵⁵~⁵⁹⁾に示した。以下では、これらの調査で得られた知見を概括する。

1. ソーシャルサポートとネットワークの直接効果

多くの先行研究において、ソーシャルサポートとネットワークが精神的健

康へポジティブな効果をもたらすことが示唆されている。わが国での報告は数少ない断面的研究に限られるが、ソーシャルサポートと抑うつとの関連が示されている^{26~28)}。青木²⁷⁾は、サポートをポジティブなものとネガティブなものに区別し、男性でポジティブ・サポートが多いほど抑うつ得点は低く、ネガティブ・サポートが多いほど抑うつ得点が高いこと、女性ではポジティブ・サポートが多いほど抑うつ得点が低いことを報告している。以下では、ソーシャルサポートとネットワークの指標別に、抑うつとの関連を検討した欧米での調査結果を概括する。

1) 居住形態と婚姻状態

配偶者や家族と同居している高齢者に比べ、一人暮らしの高齢者ではより抑うつ傾向^{30,39,42)}が高い。この傾向は一定期間後の追跡調査³⁹⁾においてもみられる。両者に関連がみられない場合もある⁵⁰⁾。

婚姻状態との関連については、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^{38,42,51)}。一度も結婚していない場合は、抑うつ得点が有意に高い⁴⁴⁾とする報告と関連がない^{38,49)}とする報告に分かれている。また、配偶者と離別したことと抑うつには関連がみられなかった³⁸⁾。

2) ネットワークサイズと接触頻度

家族、友人、親戚などのネットワークサイズが大きいほど抑うつ得点は低い傾向がみられる^{49,51,53)}。同様に、ネットワークが全くない場合、一定期間後

に抑うつ傾向が高まることが示されている^{39,51)}。メンバーの種類については、親戚^{40,44)}、友人^{37,40)}、親友（信頼できる人）⁴⁰⁾の数が多いほど抑うつ得点が低い傾向がある⁴⁵⁾。

接触頻度との関連については、縦断的研究で、親戚、友人との接触頻度が高いほど、一定期間後の抑うつ傾向が低くなることが示されている^{40,41)}。横断的研究でも両者には同様の関連がみられる⁴⁵⁾が、両者には関連がないとされる場合も多い^{38,46,50)}。子どもとの接触頻度については、子どもの訪問頻度が高いほど3年後の抑うつ得点が低いことが報告されている³⁶⁾。さらに、3年の間に子どもの訪問頻度が減少した場合、抑うつ得点が有意に上昇することも明らかにされている³⁸⁾。また、もともと抑うつ状態にあると、一定期間後のネットワークサイズが小さくなる^{35,56)}逆方向の関連も示されている。

3) ソーシャルサポートの全体量

ソーシャルサポートの全体量に分類される評価尺度では、ネットワークの構造とそのサポート機能を総合的に評価している。これらの尺度得点は抑うつと関連することが報告されている^{35,36,41,45)}。Cutrona³⁵⁾はソーシャルサポート尺度 (SPS: Social Provision Scale) の総得点が高いほど、6ヵ月後の再調査の時点で抑うつ得点が低くなることを示した。横断的研究でもSPSと抑うつに有意な関連がみられている⁴⁵⁾。またソーシャルサポート尺度 (LSSS: Louisville Social Support Scale) の総得

点が低いことと 6 ヶ月後の抑うつ発症³⁶⁾、ソーシャルサポートの不足を示す SSDs の得点が 3 点以上であることと、1 年後の抑うつ持続⁴¹⁾に有意な関連がみられた。サポートの主体による相違もみられ、配偶者や友人からのサポート^{43,48)}は多いほど抑うつ得点が低くなるが、子どもや親戚からのサポート^{43,48)}は抑うつと関連がなかった。

4) 情緒的サポートと手段的サポート

配偶者、子ども（孫）、親戚、友人に期待できる情緒的サポートの主観的評価は抑うつと関連している^{38,52)}。Oxman³⁸⁾は、他者に期待できる情緒的サポートが多く、それが十分だと感じている人では、3 年後の抑うつ得点が低いことを示した。また、実際に受けた情緒サポートの数やその満足度も同様に抑うつと関連している^{40,53)}。実際に受けたか、将来的に期待できるかにより、抑うつとの関連に違いはなく、どちらの情緒サポートも多いほど抑うつが低くなる傾向が示されている。

一方、手段的サポートについては、将来的に期待できるものか、実際に受けたものかによって、抑うつとの関連は大きく異なる。配偶者、子ども（孫）、親戚、友人に期待できる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い傾向を示す^{38,48,51)}。3 年後の抑うつ得点が低いこととも関連している³⁸⁾。一方、実際に受けた手段的サポートについては、多いほど抑うつは高いことが示されている^{47,52)}。これらは ADL や IADL を調整しても独立の効果

を示した。さらに、ADL と手段的サポートの交互作用が指摘され⁴⁷⁾、ADL が低い群に限り、手段的サポートが多いほど抑うつ得点が高い傾向がみられている。これらの相違については、将来的に多くの手段的サポートを期待できることは精神的にプラスになるが、実際に手段的サポートを多く受けていることは自尊心や自己認識の低下などを引き起こし、抑うつ状態につながる可能性があると考えられる。ただし、この場合でも手段的サポートへの満足感が高いと、ADL 低下による精神的影響をサポートが緩和する傾向がある⁵⁴⁾。

5) サポートの提供と社会活動への参加

他者へサポートを多く提供しているほど、抑うつ傾向が低いことが報告されている^{54,57)}。ただし、逆に精神的に健康であるために他者へ提供できるサポートが多い可能性も残る。また、老人クラブへの参加が一年後の抑うつ持続率の低さと関連することも報告されている⁴¹⁾。わが国でも地域活動への参加^{26,27)}が抑うつの低さと関連していることが示された。

2. ストレスとサポートネットワークの緩衝効果

配偶者や友人との死別、経済状況の悪化など、高齢者が経験する様々なストレスフル・ライフイベントと抑うつとの関連が示されている。欧米の調査では、調査以前の 6 ヶ月^{35,43)}、6 ～ 12 ヶ月⁴⁰⁾、1 年⁵²⁾、2 年⁵⁸⁾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、抑うつ得点が高まることが明

らかになっている。また、調査以前の一定期間にライフイベントを 2 個⁵⁰⁾または 3 個以上⁵¹⁾経験した群では、抑うつの有症率が有意に高まっている。個別のイベント経験と抑うつとの関連も指摘されており、配偶者と死別^{37,38,58)}、親友の喪失³⁸⁾、友人の移転⁵⁸⁾、趣味の喪失⁵⁸⁾の経験がある場合、抑うつが高まる傾向がみられている。現在、ライフイベントの測定方法に標準的なものはなく、測定内容や評定法に関する議論が続いている。この点について **Bazargan**⁴⁸⁾は、他の康と経済に関する項目と重複するイベント項目を除いた尺度を用いたが、その経験数と抑うつ得点の間には正の相関がみられている。

ソーシャルサポートの効果としては、先に述べたように、直接効果に加え、ストレス経験による悪影響を緩和する効果が考えられている。緩衝効果がみられた報告としては、**Cutrona**³⁵⁾で、ストレスの経験が多い群ではサポートが多いほど抑うつ得点が低く、ストレスが少ない群ではサポートの多寡による効果はなかった。ストレスが生じたときに限ってサポートが効果を示したといえる。**Phifer**³⁶⁾は、サポートの多い群では、喪失の経験が抑うつを引き起こす可能性がより低くなることを示した。つまり、イベント経験によるストレスが生じて、サポートが十分であると抑うつに陥る可能性が低くなる。経験されたイベントとの組み合わせによりサポートの緩衝効果がみられる場合もある。**Krause**⁵⁷⁾では、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効果を示し、それぞれのサポートが多いほどイベントの悪影響が少なかった。一方、緩衝効果が見られない場合も多く^{43,46,59)}、この場合、ストレスとサポートの項目がそれぞれ独立に抑うつと関連している。わが国の調査研究では、**Hashimoto**²⁸⁾がソーシャルサポートの直接効果に加え、ストレスによる影響がサポートの高い群でより小さかったこと、すなわち緩衝効果を報告している。

3. その他の要因と抑うつの関連

以下では、もともとの抑うつ傾向、身体的要因、および基本属性と抑うつとの関連について、国内外で得られた知見を概観する。

1) ベースライン調査時の抑うつ状態

表 3 に示した 7 つの縦断的研究において、ベースライン調査時の抑うつ状態は一定期間後の抑うつ状態と関連しており、他の要因に比べて高い説明率を示している。この結果は、抑うつ状態はある程度持続すること、関連要因の影響を検討する際に、もともとの抑うつの程度を考慮する必要があることを示唆している。とくに、もともとの抑うつ傾向がネットワーク減少をもたらし、さらに抑うつを高める悪循環^{35,56)}の存在を明確にすることが重要であろう。

2) 身体的健康状態と活動性(身体機能)

多くの報告で、身体的健康状態と抑うつとの間に強い関連が示されており、

慢性疾患の数が多いこと^{31,34,40,44,45,48,49,51,53}、あるいはひどい痛み⁵⁰、主観的健康状態の不良^{27,51}が抑うつ傾向を高めることが明らかにされている。縦断的にも両者の関連は大きく、主観的健康状態が良くないことは1ヵ月後と12ヵ月後³⁷の抑うつ得点を高める傾向、罹患疾病数が多いほど6年後³⁹の抑うつ得点が高い傾向がみられる。身体的健康状態の悪化は抑うつの原因の1つと考えることができるが、逆に、抑うつが身体の不健康を引き起こす可能性も考えられる⁹。

ADL、IADL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、身体機能（ADL）が低いことが6ヵ月～12ヶ月後^{36,39}、3年または6年後⁵⁸に抑うつを高めることが報告されている。また、3年の間に身体機能が低下した場合に抑うつ得点が高まることも示されている³⁸。横断的にも、ADLが低い^{26,27,33,34,43,44,46,50 - 54}、IADLが低い^{47,54}、握力や咀嚼力が低い³²、視力と聴力や日常生活能力、移動能力が低い³¹ことは抑うつと大きく関連している。両者の因果関係として、身体機能や活動性の悪化が抑うつの原因である可能性が考えられるが、逆に、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⁶⁰もある。後者の可能性についてOman⁶¹は、ベースライン調査時の抑うつ得点が高いほど4年後の身体機能障害発生率が高く、回復率も低いことを示した。

3) 基本属性

抑うつ状態に性差がみられる場合は、女性の抑うつ得点^{27,38,42,43,46,48,54}または抑うつ発症率⁶¹が男性に比べて高いことが多い。しかし多くの調査では性差がみられず^{26,31,34,36,41}、あるいは性差があっても統計学的に有意ではなかった^{44,47,49,50}。

一般に、加齢とともに抑うつ傾向が高まると考えられることが多いが、実際には、高齢なほど抑うつが高まる傾向はみられても、他の要因を調整すると有意ではない場合^{27,37}や統計学的には有意ではない場合^{26,31,34, 42,43,47 - 49,51,53,54}

が多い。縦断的にも、年齢と一定期間後の抑うつ発症とは無関連である^{36,41}。一方で、高齢であるほど抑うつ傾向が低くなったり^{44,46,50}、逆に高齢なほど抑うつ得点が高かったり³⁹する場合もあり、加齢と抑うつとの関連については一貫した結果が得られていない。少なくとも、加齢が抑うつ of 直接的原因であるとは考えにくい。

学歴との関連については、最終学歴が高いほど抑うつ傾向は低い^{38,42}。また、教育年数が多いほど抑うつ傾向は低い^{39,46 48,51,52,58}が、無関連とする報告もある³⁶。経済状態との関連については、収入が低いなど経済的に困難であると抑うつが高まる場合^{42 - 44, 52,54}が多いが、両者は無関連な場合⁴⁷もある。

IV. おわりに：今後の課題と方向性

本論文において、高齢者の抑うつとソーシャルサポート、ネットワークとの関連について以下の点が明らかにな

った。①一人暮らしでは抑うつは高い傾向がある。②配偶者と死別している場合、抑うつは高い傾向がある。③ネットワークサイズは大きいほど抑うつは低い傾向がある。④メンバーとの接触頻度と抑うつとの関連性は一貫していない。⑤ネットワークサイズとそのサポート機能が大きいほど、抑うつは低い傾向がある。⑥情緒的サポートは、実際に受領したか、入手への期待かに拘らず、多いほど抑うつは低い。⑦手段的サポートは、入手の期待できる数が多いほど抑うつは低いが、実際に受けたサポートは多いほど抑うつは高い。⑧サポートの提供や社会活動への参加は抑うつが低いことと関連している。概ねサポートネットワークは精神的にポジティブな影響をもたらすが、サポートの種類やその評価方法によって、抑うつとの関連の仕方が異なる部分もあることが明らかになった。とくに、手段的サポートについては、入手への期待と実際の受領とでは抑うつとの関連が大きく異なっており、手段的サポートを受けることの精神的影響は複雑であることが示唆される。また、ソーシャルサポートの直接効果とストレス緩衝効果については、現時点では両者を支持する結果が示されている。

さらに、図1に示すように、高齢者の抑うつはソーシャルサポートのほか、健康状態、ADLなどの身体的要因、ストレス、経済状態などの様々な要因と複雑に関連していることも明らかになった。要因間には交互作用も存在する。

この結果は、高齢者の健康における社会的側面、身体的側面、心理的側面の相互関連性の高さを実証しており、今後、わが国での調査研究においては、高齢者の状態をこれらの側面から総合的に把握する必要性を示している。その際に、欧米と日本の社会的・文化的背景の相違を考慮しつつ、多様な地域で広く横断的に研究を実施することが欠かせないであろう。均一性の高い集団では社会的要因の違いによる影響が把握しにくいからである²⁵⁾。同時に前向きな調査研究を継続的に実施し、社会的、身体的、心理的要因の経時的変化を把握し、これらの要因がどのように相互に影響しているか、そのメカニズムを解明することも重要である。さらに今後、サポートネットワークの充実を図るには、その規定要因（性別や居住地域など）を明らかにする必要もあろう²⁵⁾。

抑うつとその関連要因の測定方法にも多くの問題が残る。抑うつ尺度については、精神的健康の指標としての妥当性・信頼性はさることながら、高齢期の抑うつの特徴や他疾患との併存（comorbidity）への感度を高めていくことも重要である。QOL向上の観点では、抑うつ尺度だけでなく、主観的幸福感、生活満足度、自尊感情⁶²⁾（self-esteem）などの心理的指標の併用、あるいはBreslow⁶³⁾が「活力（Capacity for living）」と呼ぶ、より積極的な健康の概念に基づく指標を用いることも有効であろう。また、ソーシ

シャルサポートが心身の健康へ影響するメカニズムを探る上では、Antonovsky⁶⁴⁾の提唱する「結束感 (sense of coherence)」をサポートの心理的効果を示す介入要因とすることも検討に値する。

一方、現段階でのソーシャルサポートとネットワークの概念的混乱を整理し、標準的な測定方法を開発することも不可欠である。社会関係の構造と機能を明確にしたうえで、サポートの種類、その入手可能性と受領頻度、サポートへの満足度など認知的側面までも適切に把握できる評価方法が望ましい。

最終的には、これらの調査研究から得られた知見をふまえ、高齢者における抑うつ予防や QOL 向上の適切な対策を講じていくことが望まれる。今後、抑うつ予防の観点から、わが国でさらに発展が望まれる研究の方向性として、以下の点があげられる。

1) フォーマルなソーシャルサポートの効果

本論文ではインフォーマル（私的）なソーシャルサポートを中心的にとりあげたが、ヘルパーや看護婦などによるフォーマル（公的）なサポートの有効性についての検討も、今後の保健福祉政策のあり方を探るうえで重要である。このとき、手段的サポートの受領が精神面にネガティブな影響をもたらす可能性も十分に考慮する必要がある。また、他者へのサポート提供や社会活動への参加など高齢者の社会や対人関係における能動性が精神的健康を

促進する可能性も示唆されている。高齢者が社会的に活躍できる場を何らかの形で提供することも含め、これらの点について、さらなる調査研究が望まれる。

2) 抑うつと身体的健康との関連

身体的健康や活動性は抑うつ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でないが、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ある。両者が互いに作用しているならば、抑うつ状態の予防を進めることは身体的健康を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ようになる。因果関係の把握にエネルギーを費やすよりも、両者に対する効果的な予防策を検討する方が有益であろう。

3) 介入研究の必要性

抑うつの関連要因が明らかにされるにともない、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てきつつある。Harris⁶⁵⁾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、各患者に境遇の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するなど、友達のように振舞う）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-Jones⁶⁶⁾では、65歳以上の高齢者 169人を介入群と統制群

に分け、介入群に対し、本人へのカウンセリング、活動プログラムの実施、その家庭医 (General Practitioner)、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。こうした介入研究は欧米でも初期の段階にある。今後、先に述べた高齢者の能動的な社会参加やフォーマル・サポートによる効果、心身の相関関係もふまえながら、わが国の高齢者に適した介入方法を検討していくことが望まれる。

文献

- 1) 総務庁編. 高齢社会白書. 平成 12 年度版, 2000.
- 2) 下仲順子. 高齢者の主観的幸福感と社会参加. 下仲順子, 編. 老年心理学. 東京: 培風館, 1997; 140-150.
- 3) 濱島ちさと. 高齢者のクオリティオブライフ. 日衛誌 1994; 49: 533-542.
- 4) 杉澤秀博. 高齢者における主観的幸福感および受療に対する社会的支援の効果—日常生活動作能力の相違による比較—. 日本公衛誌 1993; 40: 171-179.
- 5) 大森健一. 高齢者のうつ状態: 発生要因. 老年精神医学 1984; 1: 467-473.
- 6) 柄澤昭秀. 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 1984; 1: 458-465.
- 7) 高橋祥友. 高齢者の自殺. Geriatric Med, 1999; 37: 991-994.
- 8) Irvine J, Basinski A, Baker B, et al. Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. Psychosom Med 1999; 61: 729-737.
- 9) Bowling A. Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. Intern Rev Psychiatry. 1994; 6: 41-58.
- 10) 岸玲子, 江口照子, 笹谷春美, 他. 高齢者のソーシャル・サポートおよびネットワークの現状と健康状態—旧産炭地・夕張と大都市・札幌の実態—. 日本公衛誌 1994; 41: 474-488.
- 11) 岸玲子, 江口照子, 前田信雄, 他. 前期高齢者と後期高齢者の健康状態とソーシャルサポート・ネットワーク—農村地域における高齢者 (69 ~ 80 歳) の比較研究—. 日本公衛誌 1996; 43: 1009-1023.
- 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, D. C.: APA, 1994.
- 13) Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measurement 1977; 1: 385-401.
- 14) 島悟, 他. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 1985; 27: 717-723.
- 15) Zung WWK. A Self-rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.
- 16) 新野直明. 老人を対象とした場合の自己評価式抑うつ尺度の信頼性と妥当

性. 日本公衛誌 1988; 35: 201-203.

17) Yesavage JA, Blink TL. Geriatric Depression Screening Scale; A preliminary report. J Psychiatry Res 1983; 17: 37-49.

18) Niino N, Imaizumi T, Kawakami N. A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. Clin Gerontol 1991; 10: 85-87.

19) Jorm AF. The epidemiology of depressive states in the elderly: implications for recognition, intervention and prevention. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30: 53-59.

20) Berkman LF, Syme SL. Social network, host resistance, and mortality: A 9-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol 1979; 109: 186-204.

21) House JS, Robbins C, Metzner HM. The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. Am J Epidemiol 1982; 116: 123-140.

22) 野口祐二. 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定. 社会老年学 1991; 34: 37-48.

23) Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull 1985; 98: 310-357.

24) Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med 1991; 32: 705-714.

25) House JS, Umberson D, Landis KR.

Structures and processes of social support. Ann Rev Sociol 1988; 14: 293-318.

26) 村岡義明, 生地新, 井原一成, 他. 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 1996; 7: 397-407.

27) 青木邦男. 高齢者の抑うつ状態と関連要因. 老年精神医学雑誌 1997; 8: 401-410.

28) Hashimoto K, Kurita H, Haratani T, et al. Direct and buffering effects of social support on depressive symptoms of the elderly with home help. Psychiatry Clin Neurosci 1999; 53: 95-100.

29) 佐藤親次, 小田晋, 庄司正実, 他. 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 1987; 10: 68-77.

30) 山下一也, 小林祥泰, 恒松徳五郎, 他. 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 1992; 29: 179-184.

31) 井原一成. 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. 日本公衛誌 1993; 40: 85-93.

32) 長田久雄, 柴田博, 芳賀博, 他. 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. 日本公衛誌 1995; 42: 897-909.

33) 上野範子, 藤田峯子, 中村弥生, 他. 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

公衛誌 1997; 44: 865-873.

34) 村岡義明, 井原一成, 生地新, 他. 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 1997; 39: 285-290.

35) Cutrona C, Rose J. Social support and adaptation to stress by the elderly. *J Psychol Aging* 1986; 1: 47-54.

36) Phifer JF, Murrell SA. Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *J Abnorm Psychology* 1986; 95: 282-291.

37) Harlow SD, Goldberg EL, Comstock GW. A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 526-538.

38) Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 356-368.

39) Wallace J, O'hara MW. Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: results from a cross-sectional and longitudinal study. *J Abnorm Psychology* 1992; 101: 398-404.

40) Husaini BA. Predictors of depression among the elderly: racial differences over time. *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67: 48-58.

41) Prince M, Harwood RH, Thomas A, et al. 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. *Psychol Med* 1998; 28: 337-350.

42) O'hara, MW, Kohout FJ, Wallace RB. Depression among the rural elderly: a study of prevalence and correlates. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173: 582-589.

43) Dean A, Kolody B, Wood P. Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *J Health Soc behav* 1990; 31: 148-161.

44) Blazer D, Burchett B, Service C, et al. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol: Med Sci* 1991; 46: M210-M215.

45) Husaini BA, Moore ST, Castor RS, et al. Social density, stressors, and depression: Gender differences among the black elderly. *J Gerontol: Psychol Sci* 1991; 46: P236-242.

46) La Gory M, Fitzpatrick K. The effects of environmental context on elderly depression. *J Aging Health* 1992; 4: 459-479.

47) Mitchell J, Mathews HF, Yesavage JA. A multidimensional examination of depression among the elderly. *Res Aging* 1993; 15: 198-219.

48) Bazargan M, Hamm-Baugh VP. The relationship between chronic illness and depression in a community of urban black elderly persons. *J Gerontol: Soc Sci* 1995; 50B: S119-127.

49) Okwumabua JO, Baker FM, Wong SP, et al. Characteristics of depressive

- symptoms in elderly urban and rural African Americans. *J Gerontol: Med Sci* 1997; 52A: M241-M246.
- 50) Prince MJ, Harwood RH, Blizard RH, et al. Impairment, disability, and handicap as risk factors for depression in old age: The Gospel Oak Project V. *Psychol Med* 1997; 27: 311-321.
- 51) Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, et al. Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda county study. *J Gerontol: Soc Sci*, 1997; 52B: S252-S258.
- 52) Hays JC, Landerman LR, George LK, et al. Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *J Gerontol: Psychol Sci* 1998; 53B: P31-P39.
- 53) van Grootheest DS, Beekman ATF, van Groenou MIB. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* 1999; 34: 391-398.
- 54) Wallsten SM, Tweed DL, Blazer DG, et al. Disability and depressive symptoms in the elderly: the effects of instrumental support and its subjective appraisal. *International J Aging Human Develop* 1999; 48: 145-159.
- 55) Krause N. Social support, stress, and well-being among older adults. *J Gerontol* 1986; 41: 512-519.
- 56) Russell DW, Cutrona CE. Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychol Aging* 1991; 6: 190-201.
- 57) Krause N, Herzog AR, Baker E. Providing support to others and well-being in later life. *J Gerontol: Psychol Sci* 1992; 47: P300-P311.
- 58) Glass TA, Kasl SV, Berkman LF. Stressful life events and depressive symptoms among the elderly. *J Aging Health* 1997; 9: 70-89.
- 59) Prince MJ, Harwood RH, Blizard RH, et al. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med* 1997; 27: 323-332.
- 60) Ormel J, Kempen GIJM, Deeg DJH, et al. Functioning, well-being, and health perceptions in late middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 39-48.
- 61) Oman D, Reed D, Ferrara A. Do elderly women have more physical disability than men do? *Am J Epidemiol* 1999; 150: 834-842.
- 62) Rosenberg M. *Conceiving the self*. New York: Basic Books 1979.
- 63) Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA* 1999; 281: 1030-1033.
- 64) Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass. 1979.

65) Harris T, Brown GW, Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city 1: randomised controlled trial. Br J psychiatry 1999; 174: 219-224.

66) Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, et al. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. BMJ 1999; 319: 676-682.