

中高年における抑うつ症状の出現と生活上のストレスとの関連 ——日本の一般人口を代表する大規模集団での横断研究——

梶 達彦^{1,2)}, 三島和夫¹⁾, 北村真吾¹⁾, 榎本みのり¹⁾, 長瀬幸弘³⁾,
李 嵐¹⁾, 兼板佳孝⁴⁾, 大井田隆⁴⁾, 西川 徹⁵⁾, 内山 真⁶⁾

Tatsuhiko Kaji, Kazuo Mishima, Shingo Kitamura, Minori Enomoto, Yukihiro Nagase,
Lan Li, Yoshitaka Kaneita, Takashi Ohida, Toru Nishikawa, Makoto Uchiyama

日本の一般人口を代表する大規模集団を対象として、中高年における抑うつ症状の出現と生活上のストレスとの関連について明らかにすることを試みた。2000年に実施された日常生活に関連した21項目の生活上のストレスとその強度、およびCES-D（抑うつ尺度）を含む自記式質問紙調査で得られた50歳以上の中高年10,969人のデータを解析に用いた。CES-Dが16～25点のD₁₆-抑うつ症状、26点以上のD₂₆-抑うつ症状の出現と生活上のストレスとの関連をロジスティック回帰分析にて検討した。中高年の約5人に1人がD₁₆-抑うつ症状を、約10人に1人がD₂₆-抑うつ症状を有していた。また、加齢と女性であることが抑うつ症状の強さと関連していた。ロジスティック回帰分析の結果、D₁₆およびD₂₆-抑うつ症状の両者の出現と最も強い関連が認められた生活上のストレスは「話し相手がない」であった。そのほか、「生きがいが無い」「別居・離婚」「することがない」「自分の健康・病気・介護」などで抑うつ症状の出現と関連が見られた。本研究により、日本の一般人口における中高年の抑うつ症状の出現には社会的な関係の減少、生活目標や人間関係についての喪失体験、健康問題が関連していることが明らかにされた。

＜索引用語：感情障害，疫学，日本，中高年，ストレス＞

1. はじめに

うつ病の有病率は非常に高く（12ヶ月有病率3～5%^{17,24)}、生涯有病率3～20%¹⁹⁾）、臨床的にも社会経済的にも甚大な影響をもたらす深刻な疾患である。WHOによるDisability-adjusted life-year (DALY) 指標では、2020年にはうつ病は虚血性心疾患に次いで生活者に健康面での多大な負担を強いる第2位の疾患になると推定されてい

る。うつ病患者の生活機能や福祉は著しく障害され、心肺疾患、関節炎、高血圧、糖尿病のような慢性的身体疾患を抱える患者と同等かそれ以上の社会機能の低下が認められるという^{34,35)}。

65歳超の一般人口のおおよそ10～15%が抑うつ状態にあり、1～3%が大うつ病に罹患しているとされる^{3,25)}。これら抑うつ状態にある高齢者の臨床転帰は不良である。抑うつ状態にあった高

著者所属：1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・精神生理研究部、2) 青梅市立総合病院精神科、3) たかつき第2クリニック、4) 日本大学医学部・社会医学系公衆衛生学分野、5) 東京医科歯科大学・精神行動医学分野、6) 日本大学医学部・精神医学系精神医学分野

本論文は、PCN誌に掲載された最新の研究論文¹⁵⁾を編集委員会の依頼により、著者の1人が日本語で書き改め、その意義と展望などにつき加筆したものである。

表1 サンプルの年齢構成の国勢調査との比較

| 年齢 | 本研究 | | | | 国勢調査(2000年) | | | | (千人) |
|-------|---------------|--------------|--------------|------|---------------|---------------|---------------|------|------|
| | 全体(%) | 女性(%) | 男性(%) | M/F | 全体(%) | 女性(%) | 男性(%) | M/F | |
| 50~59 | 5,036(45.9) | 2,583(44.3) | 2,453(47.7) | 0.95 | 19,176(39.2) | 9,676(36.6) | 9,500(42.3) | 0.98 | |
| 60~69 | 3,436(31.3) | 1,745(30.0) | 1,691(32.9) | 0.97 | 14,841(30.3) | 7,735(29.2) | 7,107(31.6) | 0.92 | |
| 70~79 | 1,802(16.4) | 1,003(17.2) | 799(15.5) | 0.80 | 10,051(20.5) | 5,755(21.8) | 4,296(19.1) | 0.75 | |
| 80~ | 695(6.3) | 495(8.5) | 200(3.9) | 0.40 | 4,848(9.9) | 3,279(12.4) | 1,569(7.0) | 0.48 | |
| 全体 | 10,969(100.0) | 5,826(100.0) | 5,143(100.0) | 0.88 | 48,917(100.0) | 26,445(100.0) | 22,472(100.0) | 0.85 | |

年齢者の24ヶ月後の臨床転帰に関する研究のメタ解析では、33%の高齢者のみ健康状態にあり、33%は抑うつ状態のままであり、21%は死亡していた¹¹⁾。うつ病は自殺と関連するもっとも重要な中高年の精神疾患である¹²⁾。心理学的剖検などの手法を用いて、自殺者が最後の行動に及ぶ前にどのような精神障害に該当したかについて調べたWHOの調査結果によれば、自殺者の約30%が気分障害に罹患していたとされる¹⁴⁾。自殺者が多いことで知られる日本において、2007年の自殺者総数は3万人を超えているが、50歳以上の中高年(同時期の人口の42%)での自殺者が全体の60%近く(60歳以上が全体の36.6%、50歳代が同21.3%)を占める状況であり、今後進行する高齢化社会の中で自殺者数を抑制していくためにも、中高年におけるメンタルヘルスの改善は医学上の急務であるといえる。

精神疾患の発症から治癒までの臨床経過の全ての過程に生物学的、心理社会的、環境的因子が複合的に関与する。精神病症状のように生物学的因子の影響が強いケースであっても、心理社会的ストレスが加わることでその臨床転帰は悪化する²²⁾。うつ病の罹患リスクを高める要因として、神経伝達物質異常、睡眠障害、性ホルモンのアンバランス、薬物の使用、病前性格などに加えて、ストレスの強い生活上の出来事が明らかにされている^{9,19,24)}。とりわけ中高年では、加齢に伴う心身機能の低下、身体疾患への高い罹患率、入院、退職や独居になるといった生活環境の変化などがあり、うつ病の誘因となるライフイベントに数多くさらされる。実際、中高年におけるうつ病の発症

および再発の危険因子として、身体疾患による障害や介護のための過労のほか、死別、社会的孤立などの心理社会的ストレスが挙げられている⁶⁾。これらの知見は、中高年におけるうつ病の発症において心理社会的ストレスの関わりが重要であることを示唆しているが、一般人口を代表する集団での大規模調査は行われていない。今回我々は、日本国内の300地域から抽出した一般住民1万人以上を対象とした調査により、中高年における抑うつ状態の出現と生活上のストレスとの関連について明らかにすることを試みた。

2. 研究の方法および結果

(1) 対象

本研究は、2000年6月に日本の厚生労働省によって実行された睡眠、気分、ストレス、およびそれらの対処行動に対する全国調査(保健福祉動向調査)の一環として行われた。保健福祉動向調査は、政府の健康・福祉政策を確立するための情報を提供するために、1996、1997、1999と2000年に行われた。調査対象が一般人口を確実に代表するように、調査の参加者は日本国内の300ヶ所の調査地域で12歳以上の居住者から選択された。これらの地域は、国勢調査(2000)の881,851の地域から、層別抽出法によって無作為に抽出された。各地域の保健所に雇われたパートタイムの調査員は、被験者に自己管理アンケートを届けて、数日後に記入されたアンケートを集めた。口頭でのインフォームドコンセントは、すべての被験者から得られた。

表1に、最終的に解析対象となった被験者の各

年代別の人数分布と男女比を、同年に採取された国勢調査から算出した対応データとともに示した。

(2) 方法

自記式アンケートにより (1) 年齢, 性別, (2) 一般の健康状態, (3) 身体的あるいは心理的訴え, (4) 精神的ストレスに関する情報, および (5) the Japanese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)^{28,31)} の質問項目について回答を得た。

被験者のストレスを明らかにするために以下の質問が設けられた。「この1ヶ月間にあった, 日常生活での不満, なやみ, 苦勞, ストレスなどの内容はどのようなものですか? あてはまるものを全て選んでください。」被験者には日常生活に関連したストレス要因として21の選択項目が質問紙中に示された。1) 1次支持グループに関する問題: 別居・離婚, 自分の健康・病気・介護, 身近な人の死, 家事の負担, 家族関係, 親戚づきあい, 家族の健康・病気・介護。2) 社会的環境に関連した問題: 話し相手がいない, 生きがいが無い, することがない, 退職。3) 職業上の問題: 通勤 (混雑・時間がかかるなど), 職場での人づきあい, 失業, 就職, 仕事上のストレス。4) 住居の問題: 近所づきあい, 生活環境 (公害・騒音など), 住まいに関する不満。5) 経済的問題: 借金, 収入・家計。

生活上のストレスの強さ (負担度) については, 以下の質問が質問紙に示された: 「不満, なやみ, 苦勞, ストレスなどのために社会生活や日常生活がうまくいかないということがありましたか?」。質問に対する答えは, 以下の4段階から選ばれた: 1 大いにある。2 多少ある。3 あまりない。4 まったくない。

CES-Dは, 各項目に得点があり (範囲: 0~3), そして, 20項目の得点が合計される (範囲: 0~60)。より高い得点は, 抑うつ症状がより重篤であることを示す。この尺度では, カットオフポイントである16点以上の得点を示した被験者ではうつ病への罹患が疑われる²⁸⁾。ただし, 日

本の成人のほぼ30%がCES-Dで16点以上を示すとの報告があり¹⁶⁾, 日本および西欧諸国でのうつ病の有病率と比較して過大評価の傾向が見られる。したがって我々はうつ病により近似した被験者を抽出するためにChoらの用いた基準に従い26点以上の得点を示す重度抑うつ群を定義した¹⁰⁾。その結果, 本研究では抑うつ度にしたがって, 1) CES-Dスコアが16点未満の非抑うつ群 (mean±SD=9.5±4.0), 2) 16~25点の軽度~中等度の抑うつ症状を示すD₁₆群 (mean±SD=19.8±2.8), 3) 26点以上の重度の抑うつ症状を示すD₂₆群 (mean±SD=32.8±6.5) の3群を設定した。

(3) 統計

国勢調査のデータと本研究のデータを比較し, 性, 年代別の対象人数の偏りを調整した。2つの性, 10歳階級の4つの年齢階層がこの研究では用いられた (表1)。この合計8つの下位群ごとに母比率に基づいて標本に対し重みづけを行い, その数値を基に以下の統計解析を行った (重みづけ (i) = 下位群 (i) における国勢調査人口の比率/下位群 (i) における標本の比率; i = 1, ..., 8.)¹⁷⁾。

年代別, 性別のCES-D得点の比較には, 2要因 (年齢階層×性) の分散分析 (Two way ANOVA) に引き続いてBonferroni's post-hoc分析を用いた。

非抑うつ群, D₁₆群およびD₂₆群の各群に属する対象者数および男女比の偏りの有意性は, χ^2 test を使用して分析した。

多変量ロジスティック回帰分析を用いて, D₁₆群およびD₂₆群に相当する抑うつ状態の存在と個々の生活上のストレスとの関連を調べた。オッズ比は, 95%の信頼区間で算出された。その際に, 以下のパラメータを共変量として使用した: 生活上のストレス, 性別, 年齢階層, 地域社会の大きさ (150,000人以上の人口をもつ大都市と, 150,000人未満の人口をもつ市町村), 地理的位置 (北/東/西/南), 生活上のストレスの強さ (負

担度)。

統計的有意水準は0.05とした。すべての分析は、Windows版SPSS 11.5を使用して行った。

(4) 結果

質問紙は、32,729人の対象者によって返信された。厚生労働省は対象地域で協力を依頼した居住者の数を発表しなかったため、今回の調査の回答率を算出することはできなかった。しかし本調査の3年前と4年前に行われた類似の調査の回答率はそれぞれ87.1%と89.6%であったため、今回の調査が類似の方法を使用して行われたことから、回答率は同程度であると推定された。分析の前に、白紙の回答を提出した707人の被験者は、本研究から除外された。性または年齢についての質問に回答しなかった被験者も、除外された

(n=208)。加えて、CES-Dアンケートについての5つ以上の返事を省略した被験者(n=7,471)は、分析から除外された。また、本研究は中高年を対象としたので、50歳(n=13,374)の被験者は除外した。最終的に、10,969人の中高年のデータが分析された。

図1は年代別、性別のCES-D得点を示したものである。Two way ANOVAの結果、年代間において有意な主効果(main effect)がみられた($F(3,10961)=82.3, p<0.001$)。post-hoc解析の結果、50代および60代に比較して、70代($p<0.001$)、80代($p<0.001$)と加齢に伴ってCES-D得点が有意に増加していた。同様に、男女間で有意な主効果(main effect)が見られた($F(1,10961)=18.5, p<0.001$)。男性に比較して女性で有意にCES-D得点が高かった($p<0.001$)。年代、性別間の交互作用(interaction)は認められなかった($F(3,10961)=1.3, p=0.275$)。

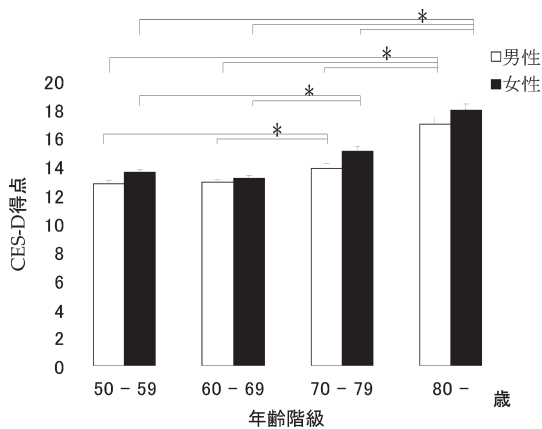


図1

表2に、各年代別の非抑うつ群、D₁₆群、D₂₆群に属する対象者数およびその男女比を示した。全解析対象者中、2,397人(21.9%)がD₁₆群に、1,019人(9.3%)がD₂₆群に該当した。3群における各年代別の対象者数分布には有意な偏りがみられた($\chi^2=316.9, df=6, p<0.001$)。D₁₆群は80歳以上で、D₂₆群は70歳代以降に急速に増加していた。3群における男女比も有意な偏りがみられた($\chi^2=40.9, df=2, p<0.001$)。M/Fは、非抑うつ群0.92に比較して、D₁₆群で0.71、D₂₆群は0.70と減少していた。

表2 年齢と抑うつの重症度の分布

| 年齢 | 比較群 (M/F) | D ₁₆ 群 (M/F) | D ₂₆ 群 (M/F) |
|-------|--------------|-------------------------|-------------------------|
| 50~59 | 71.5% (1.05) | 21.6% (0.85) | 6.9% (0.75) |
| 60~69 | 73.3% (0.97) | 20.2% (0.74) | 6.5% (1.02) |
| 70~79 | 65.5% (0.81) | 22.2% (0.63) | 12.3% (0.64) |
| 80~ | 51.7% (0.50) | 27.4% (0.44) | 20.9% (0.47) |
| Whole | 68.9% (0.92) | 21.9% (0.71) | 9.3% (0.70) |

D₁₆群とD₂₆群の両方で性別、年齢において有意差を認めた(χ^2 test, $p<0.001$)。

表3 症状の出現とストレスとの相対危険度

| 生活上のストレス | 回答率(%) | D ₁₆ 抑うつ症状 | | | D ₂₆ 抑うつ症状 | | |
|--------------------|--------|-----------------------|----------|--------|-----------------------|---------|--------|
| | | 調整オッズ比 | 95%信頼区間 | p値 | 調整オッズ比 | 95%信頼区間 | p値 |
| 1次支持グループに関する問題 | | | | | | | |
| 別居・離婚 | 0.7 | 2.8 | 1.4-5.3 | 0.002 | 2.2 | 0.9-5.6 | n.s. |
| 自分の健康・病気・介護 | 34.2 | 1.7 | 1.5-1.9 | <0.001 | 2.2 | 1.9-2.7 | <0.001 |
| 身近な人の死 | 5.6 | 1.6 | 1.3-2.0 | <0.001 | 1.5 | 1.1-2.0 | 0.006 |
| 家事 | 3.8 | 1.4 | 1.1-1.8 | 0.006 | 1.7 | 1.2-2.4 | 0.004 |
| 家族関係 | 12.5 | 1.5 | 1.3-1.8 | <0.001 | 1.8 | 1.5-2.3 | <0.001 |
| 親戚づきあい | 8.2 | 1.5 | 1.3-1.8 | <0.001 | 1.4 | 1.1-1.9 | 0.009 |
| 家族の健康・病気・介護 | 21.5 | 0.9 | 0.8-1.05 | n.s. | 0.8 | 0.6-0.9 | 0.005 |
| 社会的環境に関連した問題 | | | | | | | |
| 話し相手がいない | 4.5 | 3.3 | 2.5-4.4 | <0.001 | 5.0 | 3.6-6.9 | <0.001 |
| 生きがい | 6.4 | 1.8 | 1.5-2.2 | <0.001 | 2.8 | 2.2-3.7 | <0.001 |
| することがない | 3.1 | 1.5 | 1.1-2.0 | 0.016 | 2.4 | 1.7-3.4 | <0.001 |
| 退職・老後 | 12.1 | 1.1 | 0.95-1.3 | n.s. | 0.8 | 0.6-1.1 | n.s. |
| 職業上の問題 | | | | | | | |
| 通勤・通学(混雑・時間がかかるなど) | 0.9 | 1.5 | 0.9-2.3 | n.s. | 1.3 | 0.6-2.8 | n.s. |
| 職場や学校での人づきあい | 8.5 | 1.4 | 1.2-1.7 | <0.001 | 1.5 | 1.1-2.0 | 0.014 |
| 転職・失業・倒産 | 1.9 | 1.3 | 0.9-1.8 | n.s. | 1.2 | 0.7-1.9 | n.s. |
| 就職 | 1.0 | 0.9 | 0.6-1.5 | n.s. | 1.1 | 0.6-2.1 | n.s. |
| 仕事上のこと | 15.9 | 1.1 | 0.9-1.2 | n.s. | 0.8 | 0.6-0.9 | 0.030 |
| 住居の問題 | | | | | | | |
| 近所づきあい | 7.6 | 1.4 | 1.1-1.7 | <0.001 | 1.6 | 1.2-2.0 | <0.001 |
| 生活環境(公害・騒音など) | 4.1 | 1.0 | 0.8-1.3 | n.s. | 1.0 | 0.7-1.5 | n.s. |
| 住まい | 6.1 | 0.9 | 0.7-1.1 | n.s. | 0.9 | 0.7-1.2 | n.s. |
| 経済的問題 | | | | | | | |
| 借金 | 4.9 | 1.3 | 1.1-1.7 | 0.014 | 2.1 | 1.5-2.9 | <0.001 |
| 収入・家計 | 15.7 | 1.0 | 0.8-1.1 | n.s. | 1.0 | 0.8-1.2 | n.s. |

共変量：生活上のストレス，性別，年齢群，コミュニティの大きさ，地理的位置，生活上のストレスの強さ

表3にはDSM-IV-TR¹⁾のAxis IVの分類に従って群分けされた各生活上のストレスについて、解析対象者によって選択された割合、D₁₆ および D₂₆-抑うつ症状を発現する相対危険度を示した。選択された比率が高かった生活上のストレスは「自分の健康・病気・介護」の34.2%、「家族の健康・病気・介護」の21.5%、「仕事上のストレス」15.9%、「収入・家計」15.7%の順であった。

1次支持グループに関する問題の中では、「別居・離婚」と「家族の健康・病気・介護」以外のすべての項目でD₁₆ およびD₂₆-抑うつ症状の出現と有意な正の関連が認められた。特に強い関連を示したのは「自分の健康・病気・介護 (OR=1.7, 2.2,それぞれD₁₆ およびD₂₆-抑うつ症状に

対して)」であった。「別居・離婚」はD₁₆-抑うつ症状の出現と強い正の関連を示したが (OR=2.8), D₂₆-抑うつ症状の出現との関連は統計的に有意に至らなかった。一方、「家族の健康・病気・介護」はD₂₆-抑うつ症状の出現と有意な負の関連を示した (OR=0.8)。社会的環境に関連した問題の中では、「話し相手がいない (OR=3.3, 5.0)」、「生きがいがない (OR=1.8, 2.8)」および「することがない (OR=1.5, 2.4)」がD₁₆ およびD₂₆-抑うつ症状の出現と有意な強い正の関連を示した。職業上の問題の中では、「職場での人づきあい」のみD₁₆ およびD₂₆-抑うつ症状の出現と有意な正の関連を示した (OR=1.4, 1.5)。「仕事上のストレス」はD₂₆-抑うつ症状の

出現にのみ有意な負の関連を示した (OR=0.8). 住居の問題の中では、「近所づきあい」のみ D_{16} および D_{26} -抑うつ症状の出現と有意な正の関連を示した (OR=1.4, 1.6). 経済的問題の中では、「借金」が D_{16} および D_{26} -抑うつ症状の出現と有意な正の関連を示した (OR=1.3, 2.1).

3. 考 察

本研究で対象となった中高年の約5人に1人 (21.9%) が CES-D 16~25 点の軽度~中等度の抑うつ状態 (D_{16} -抑うつ症状) を, 約10人に1人 (9.3%) が CES-D 26 点以上の重度の抑うつ状態 (D_{26} -抑うつ症状) を有していた. また, より高齢かつ女性で, その抑うつ度 (CES-D 得点) が強いことが明らかになった.

今回の研究では, 中高年における D_{16} および D_{26} -抑うつ症状の両者の出現と最も強い関連が認められた項目は「話し相手がいない」であった. 加えて, 「近所づきあい」, 「職場や学校での人づきあい」, 「親戚づきあい」などの社会的な人間関係の項目すべてにおいて抑うつ状態の存在と有意な関連が認められた. 過去の研究においても, 中高年において, 社会的関わりの減少がうつ病の発症と関連することが明らかにされている^{7,27}. 高齢化社会の進行に伴い日本でも独居高齢者が顕著に増加しており, そのことは今回の調査で中高年に高頻度に認められた抑うつ状態の存在と無関係ではないだろう. 中高年における社会的関わりの減少の中には, 人間関係の希薄化の他に, 不十分な社会的サポートが含まれる. 実際, 過去の研究によれば, 適切な社会的サポートの存在は心理的健康を直接高めるほか, うつ病のリスクとなる社会的ストレスを緩衝するように働く可能性が示唆されている³². したがって, 日本で実施されている高齢者向けの介護保険サービスの充実や特に在宅高齢者における利用促進は中高年におけるうつ病の抑止にも役立つかもしれない.

「話し相手がいない」について中高年における抑うつ状態の出現と強い関連が認められたのは「生きがいが無い」, 「別居・離婚」, 「身近な人の

死」および「することがない」などの喪失体験にかかわる項目であった. 欧米における多くの研究で, 配偶者または愛する人の死は, その後に生じるうつ病と強く関連することが一貫して示されている^{8,26,30,33}. 大事な人との別離や死別, 人生の目標の喪失, 社会的役割の喪失など, その人にとって破壊的で, 長期間にわたり耐えなければならぬような強い喪失感を伴うライフイベントが中高年におけるうつ病の危険因子となることが指摘されている^{5,6}. 本研究の結果は, 日本人においても喪失体験が中高年におけるうつ病の発症リスクを増大させる危険性があることを改めて支持している. うつ病の危険因子を調べた過去の研究では別居と離婚は有意な危険因子として特定されなかった^{4,18}. これは頻度の少ない出来事なのでその影響を検出する統計的な力が不十分であったことに大きな原因があったのかもしれない. 本研究でも「別居・離婚」を選んだ回答者の比率は0.7%と最低であったが, 標本数が大きかったので「別居・離婚」と D_{16} -抑うつ症状の出現との間に関連が見出された. 一方, 「別居・離婚」は D_{26} -抑うつ症状の出現とは有意な関連がなかった. この結果は中高年での「別居・離婚」が軽い抑うつ症状とは関連していることを示唆したが, この項目が中等度から重度の臨床的うつ病の危険因子になり得るかを調査することを今後の研究の課題として残している.

ついで中高年における抑うつ状態の出現と強い関連が認められたのは「自分の健康・病気・介護」であった. 本項目は調査対象者全体, D_{16} 群, D_{26} 群のそれぞれで, 34.2%, 49.2%, および 66.4% もの人が選択したもっとも一般的な生活上のストレスであった. 高齢者を対象にした調査では, 身体疾患への罹患や身体障害がうつ病の発症リスクを高めることが繰り返し報告されてきた^{21,23,27,30}. 特に脳血管障害の存在は中高年におけるうつ病の発症に関して一貫して観察される危険因子である²³. うつ病の発症における身体疾患の関与は神経内分泌や脳血流の変化, 慢性疼痛などによる身体的ストレスなど主として生物学的寄

与が大きな注目を浴びてきた。一方、心理社会的な危険因子としての身体疾患の役割には、加齢や死に直面することによる心理的な反応と、入院、入所、社会的活動の減少などの社会的な要因がある⁶⁾。他のライフイベントと同様に、重篤で致命的な疾患の発症または悪化は罹患高齢者に強い心理的負担を生じさせ、生活様式にも相当な混乱をしばしば発生させる可能性がある。一部の高齢者では、例えば脳血管障害、癌、心筋梗塞、糖尿病などの重篤もしくは慢性的な身体疾患の診断や告知によって、自らの老いや余命、死という深刻で避けがたい問題に直面する。そのことにより、入院、生活機能レベルの障害、ひいては社会的接触の減少を引き起こしうる。

高齢者におけるうつ状態の存在と有意な関連が見られたその他の項目は「借金」である。一般的に、経済状態は健康と精神衛生に影響することはよく知られている。したがって、本研究においても、中高年における抑うつ状態の発現に「借金」が関連を示したことは驚くにあたらない。収入が少ないと医療や精神保健サービスへのアクセスも乏しくなり、結果的にうつ病の早期診断と治療開始に悪影響を及ぼす。たとえ比較的早期にうつ病が同定されても、経済的困窮があると、重症のうつエピソードを予防したり現在あるうつエピソードへの適切な治療を期待できる精神保健資源にアクセスすることが難しい²⁾。ただし、「収入・家計」は抑うつ状態の発現に有意な関連を示さなかった。これは日本の医療制度が国民皆保険であり、低所得者でも医療へのアクセスが比較的容易であることと関係あるのかもしれない。したがって、「借金」の存在する高齢者での抑うつ状態の発現には、彼らがさらされている生活状況の質的低下や返済に伴う心理的苦痛がより大きく寄与しているのかもしれない。

「家族の健康・病気・介護」および「仕事上のストレス」の2項目はCES-D 26点以上の重度抑うつ症状の出現と有意な負の関連を示しており、これら2つの項目は臨床的なうつ病の危険因子としては特定されなかった。しかしこれら2つの項

目はいずれも全体として高率に選択された項目であり、非抑うつ群でも多く選択されたことも影響している可能性がある。したがって、「家族の健康・病気・介護」および「仕事上のストレス」と抑うつ症状の出現の増加と関連しないことは、本項目が中高年におけるうつ病の発症に無関係であることを保証するものではない。

本研究では、日本人の中高年での抑うつ状態の出現に関連する日常生活における社会心理的ストレスを明らかにした。調査対象となった50歳以上の中高年の対象者は全国から無作為に抽出された。全国300ヶ所の異なる地域に住む1万人以上を対象としたので、日本の一般人口を反映するデータを引き出すことができた。一般人口を代表する集団であること、サンプルサイズが大きいことで疫学的な価値を有していることに本論文の意義がある。ただしその年齢構成は同時期に実施された国勢調査の年齢構成と近似していたものの、高齢者が少なく若年者が多い偏りが認められたため、対象人数の偏りを重み付けすることで調整した。これは既存の研究¹⁷⁾に倣ったものではあるが、本論文が説得力を持つための重要な統計処理と考える。

4. 展 望

この研究は横断調査であり、抑うつ症状と生活上のストレスの出現した時期や持続期間、相互の間隔などのデータは得られず、両者の間に因果関係を保証することはできない。そのような因果関係の究明は今後の課題である。また本研究は自己記入式の質問紙による調査であり、構造化面接による確定診断を行っていない。しかしながら本研究で対象とした大規模サンプルに対して面接法による調査を行うことは技術的にも経済的にも容易ではない。したがって、本研究で定義される抑うつ症状をもつ個体の一部では不安障害のような他の精神障害が併存している可能性を想定すべきである。さらに、CES-Dは一般人口を対象としたうつ病のスクリーニングバッテリーであるため²⁸⁾、カットオフポイントである16点を超えた対象者

であっても、DSM-IV-TRなどの診断基準を満たすうつ病患者であるか断定することはできない。CES-Dの一般人口を対象とした疫学的研究での信頼性、妥当性は広く認識されており、CES-D得点によって定義された抑うつ群と生活上のストレスとの関係はうつ病の発症リスクを抑止するためのメンタルヘルスのあり方について検討するのに有用であったと考えているが、今後うつ病に限局したエビデンスを見つけていくことも課題である。

文 献

- 1) American Psychiatric Association. : DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000
- 2) Areean, P.A., Reynolds, C.F., III. : The impact of psychosocial factors on late-life depression. *Biol Psychiatry*, 58 ; 277-282, 2005
- 3) Blazer, D. : Depression in the elderly. *N Engl J Med*, 320 ; 164-166, 1989
- 4) Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., et al. : The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151 ; 979-986, 1994
- 5) Brilman, E.I., Ormel, J. : Life events, difficulties and onset of depressive episodes in later life. *Psychol Med*, 31 ; 859-869, 2001
- 6) Bruce, M.L. : Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biol Psychiatry*, 52 ; 175-184, 2002
- 7) Bruce, M.L., Hoff, R.A. : Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 29 ; 165-171, 1994
- 8) Bruce, M.L., Kim, K., Leaf, P.J., et al. : Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *Am J Psychiatry*, 147 ; 608-611, 1990
- 9) Chen, L.S., Eaton, W.W., Gallo, J.J., et al. : Empirical examination of current depression categories in a population-based study: symptoms, course, and risk factors. *Am J Psychiatry*, 157 ; 573-580, 2000
- 10) Cho, M.J., Nam, J.J., Suh, G.H. : Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Res*, 81 ; 341-352, 1998
- 11) Cole, M.G., Bellavance, F., Mansour, A. : Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 156 ; 1182-1189, 1999
- 12) Conwell, Y., Duberstein, P.R., Caine, E.D. : Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry*, 52 ; 193-204, 2002
- 13) Ebmeier, K.P., Donaghey, C., Steele, J.D. : Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 367 ; 153-167, 2006
- 14) Forster, P., Wu, L. : Assessment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting. *Emergency Psychiatry* (ed. by Allen, M.H.). American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., p. 75-113, 2002
- 15) Kaji, T., Mishima, K., Uchiyama, M. : Relationship between late-life depression and life stressors: Large-scale cross-sectional study of a representative sample of the Japanese general population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64 ; 426-434, 2010
- 16) Kaneita, Y., Ohida, T., Uchiyama, M., et al. : The relationship between depression and sleep disturbances: a Japanese nationwide general population survey. *J Clin Psychiatry*, 67 ; 196-203, 2006
- 17) Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., et al. : Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 ; 441-452, 2005
- 18) Kendler, K.S., Karkowski, L.M., Prescott, C.A. : Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*, 156 ; 837-841, 1999
- 19) Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., et al. : Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6 ; 168-176, 2007
- 20) Krishnan, K.R. : Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatry*, 52 ; 185-192, 2002

- 21) Mazure, C.M., Maciejewski, P.K., Jacobs, S.C., et al.: Stressful life events interacting with cognitive/personality styles to predict late-onset major depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10; 297-304, 2002
- 22) Morrison, A.P., Nothard, S., Bowe, S.E., et al.: Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behav Res Ther*, 42; 1315-1323, 2004
- 23) Murphy, E.: Social origins of depression in old age. *Br J Psychiatry*, 141; 135-142, 1982
- 24) Narrow, W.E., Rae, D.S., Robins, L.N., et al.: Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*, 59; 115-123, 2002
- 25) NIH consensus conference: Diagnosis and treatment of depression in late life. *Jama*, 268; 1018-1024, 1992
- 26) Oxman, T.E., Berkman, L.F., Kasl, S., et al.: Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol*, 135; 356-368, 1992
- 27) Prince, M.J., Harwood, R.H., 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*, 28; 337-350, 1998
- 28) Radloff, L.S.: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1; 385-401, 1977
- 29) Sadock, B.J., Sadock, V.A.: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005
- 30) Schoevers, R.A., Beekman, A.T., Deeg, D.J., et al.: Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord*, 59; 127-137, 2000
- 31) Shima, S., Shikano, T., Kitamura, T.A.: New self-rating scale for depression [Japanese]. *Clinical Psychiatry*, 27; 717-723, 1985
- 32) Turner, R.J., Turner, J.B.: Social integration and support. *Handbook of Sociology of Mental Health* (ed by Aneshensel, C.S., Phelan, J.C.). Kluwer Academic, New York, p. 301-319, 1999
- 33) Turvey, C.L., Carney, C., Arndt, S., et al.: Conjugal loss and syndromal depression in a sample of elders aged 70 years or older. *Am J Psychiatry*, 156; 1596-1601, 1999
- 34) Von Korff, M., Ormel, J., Katon, W., et al.: Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 49; 91-100, 1992
- 35) Wells, K.B., Burnam, M.A.: Caring for depression in America: lessons learned from early findings of the medical outcomes study. *Psychiatr Med*, 9; 503-519, 1991
-