

# 高齢者のうつに対する社会的サポートの課題

本田 侑紀

中村学園大学栄養科学部

(2010年4月1日受理)

## キーワード

高齢者、うつ、ソーシャル・サポート

## 要 約

近年、うつ病、躁うつ病、気分変調症等の気分障害を罹患する人数が急激に増加している。その中で高齢者の占める割合は40.5%に達しており、うつ病の対策は高齢社会において重要な問題である。本総説では、高齢者のうつ病の原因を探り、この課題に対処しているケーススタディを紹介し、その中から具体的な課題を抽出し、今後のうつ病の総合的な対策を提案する。

## 緒 論

近年、「うつ」という言葉を頻繁に耳にするようになった。「うつ」という言葉は気のふさぐことを示すが、ここでいう「うつ」は「鬱病」のことであり、広辞苑では気分障害の一型で、抑うつ気分・悲哀・絶望感・不安・焦燥・苦悶感などがあり、体調がすぐれず精神活動が抑制され、しばしば自殺企画・心気妄想を抱くなどの症状を呈する原因不明の精神の病気と定義されている<sup>1</sup>。厚生労働省における患者調査では、この「うつ」に罹患している人数の推移は以下の通りである(図1)<sup>2</sup>。

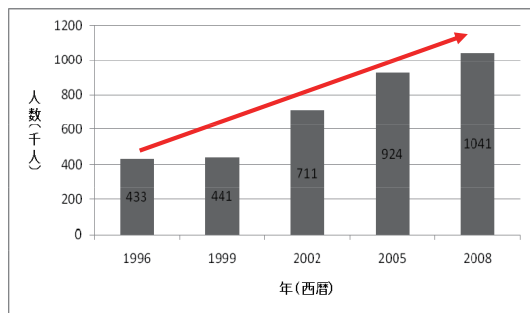


図1 気分[感情]障害(躁鬱病を含む)の総患者数の推移

厚生労働省において3年ごとの10月に全国の医療施設に対して行われている患者調査の結果において「気分障害」(うつ病、躁うつ病、気分変調症等)の総患者数は、1996年には43.3万人であった総患者(調査日には通院しなかったが前後に通院している者を含む)は1999年には44.1万人とほぼ横ばい。しかしその後、2002年に71.1万人、2005年には92.4万人、2008年には104.1万人と9年間で約2.4倍に増加している。また年齢別では、男性は40歳代が最も多く、30歳代がこれに続き、女性は60歳代、70歳代が最も多い<sup>2</sup>。しかし、この調査について、うつ病の有病率調査からいえば全国に数百万人のうつ病患者がいるはずだが、この患者調査によれば、受診しているうつ病患者はやっと90万人を超えたとしている。多くのうつ病患者が適切な治療を受けていないという事実は重要だとの指摘もある<sup>3</sup>。また、厚生労働省による2002年の「自殺防止対策有識者懇談会」の最終報告において、早急に取り組むべき実践的な自殺予防対策として、うつ対策の必要性を示している<sup>4</sup>。この背景として、自殺者の70%は精神疾患を有しており、そのうち最も多いのがうつ病であることが報告されている<sup>3</sup>。

また我が国は今や平均寿命79歳を超える長寿国であり<sup>5</sup>、総人口に占める65歳以上の割合は、2010年現在の総人口、約1億2700万人に対し20%以上である<sup>6</sup>。国立社会保障・人口問題研究所が2006年12月に推計した将来人口によると、今後総人口は長期にわたって減少し、45年後には1億人を割り8993万人になるものと推計されている。同時に、この時の総人口に占める高齢者の割合は40.5%に達すると予測されている(図2)<sup>7</sup>。このうち、現在のうつ病に対する高齢者の割合は他の年代に比べて大うつ病の発生頻度は多くなく1.8%程度であるが、基準を満たさない閾値下うつ病あるいは小うつ病とよばれるグループの発生頻度は高く10%に上るとの報告がある。65歳以上の認知症有病率が6~9%であることと比較し

ても、高齢者においてうつ病は認知症と同等ないし、それ以上の重要性を有する疾患であるといえる<sup>8</sup>。

このような現状を踏まえ、以下では高齢社会におけるうつ病を取り上げ、その対策を検討する。

## 高齢社会におけるうつ病の現状

### (1) 「うつ病」の症状とメカニズム

一般的なうつの症状として、強い抑うつ気分、興味や喜びの喪失、食欲の障害、睡眠の障害、精神運動の障害(制止または焦燥)、疲れやすさ、気力の減退、強い罪責感、思考力や集中力の低下などが挙げられる<sup>9</sup>。その原因は未だ解明に至っておらず、国際的にも十分な意見の一致がみられていない<sup>10</sup>。よって、うつ病の治療に用いられている薬物から病態メカニズムを示す。

抗うつ薬の開発の歴史は、1950年代に結核の治療薬として開発された「iproniazid」と抗ヒスタミン剤として開発された「イミプラミン」に抗うつ作用があることが発見されたことが始まりとされている。その後、抗うつ薬の開発と併せて、その作用機序を通してうつ病の病態メカニズムを明らかにする研究が進められた。結果、イミプラミンをはじめとする三環系抗うつ薬は共通してモノアミントランスポーターを阻害し、シナプス間隙に放出されたモノアミンの前シナプスニューロンへの再取り込みを阻害することが明らかになった。一方 iproniazid は、主要なモノアミン分解酵素である MAO (monoamine oxidase) を阻害し、再取り込みされたモノアミンの分解を抑制することから、シナプス間隙におけるモノアミン濃度の上昇によって抗うつ作用が発揮されるという「モノアミン仮説」が1960年代に提唱されるようになった(図3)。現在でもこの「モノアミン仮説」が主流であり、モノアミンの中でも特に睡眠・食欲・感情などのコントロールに関係が深いセロトニン(5-HT)とノルアドレナリン(NA)の関与が指摘されている<sup>10,11</sup>。その内セロトニンは、脳血液関門をほとんど通過せず脳内におけるセロトニン合成は、体内で合成できない必須アミノ酸の一つであるトリプトファンが脳内に取り込まれ、L-5HTPを経て合成される。脳内セロトニン合成は、血漿中遊離型トリプトファン濃度とトリプトファンの脳への取り込み率により調節されていることから、血漿中遊離型トリプトファンの濃度の変動はうつの症状の依存的な生物学的指標となっている<sup>12</sup>。

### (2) うつ状態を誘発する要因

以前より「うつ病は几帳面でまじめな人が無理をして疲れるとおきる」という考えが広く行き渡っている<sup>10</sup>。厚生労働省のうつ対策推進方策マニュアルによれば、う

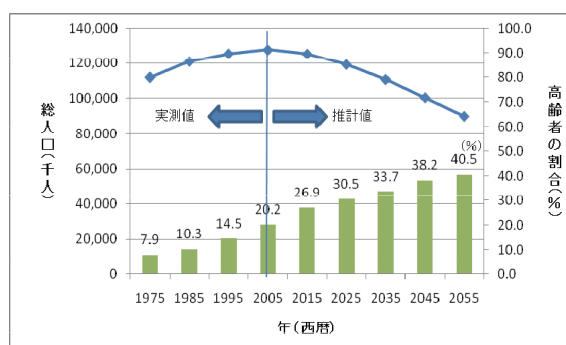


図2 高齢者(65歳以上)の割合の推移と将来推計

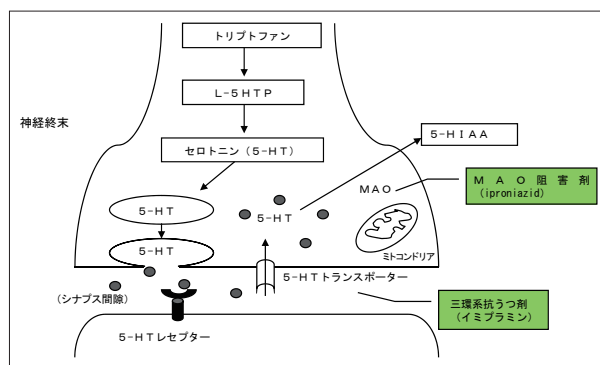


図3 モノアミン仮説(セロトニンシナプス)

つ病の発症の危険因子として、様々なストレス、例えばつらい被養育体験・最近のライフイベント(離婚、死別、その他の喪失体験)・心の傷(トラウマ)になるような出来事(虐待、暴力など)がうつになる要因として示されている<sup>13</sup>。また、ソーシャル・サポートの不足が死亡リスクの増大、身体的健康状態の悪化、高齢者の抑うつ症状のリスク増大と関連するとの報告もある<sup>14</sup>。他にも、うつ病は身体疾患患者に合併して起こることがすでに分かっており、主な身体疾患に見られるうつ病の有病率は次の通りである(表1)<sup>15</sup>。このように、身体患者においても高いうつ病合併率が示されている。厚生労働省の患者調査でもわかるように、高齢者は受療率が高く何らかの病気に罹患しており、入院の患者においては約半数を70歳以上が占めている<sup>16</sup>。さらに、本田ら<sup>17</sup>における身体機能と抑うつの関連性を調査したものは、抑うつ症状と歩行機能が関連していることが明らかとなり、生活機能の低い群は高い群に比べうつ傾向が高いことが示されている。

### (3) 高齢者の生活状況

内閣府による高齢者生活調査では、高齢化の急速な進展や高齢単身世帯の増加の背景に、高齢者の社会的孤立が懸念されるとある<sup>18</sup>。現段階で「社会的孤立」を調査

するには、具体的に把握する際の指標や対象年齢も多様であるため孤立状態の結果は研究において様々である<sup>19</sup>。内閣府による調査では「会話の頻度」「困ったときに頼れる人の有無」「社会活動への参加や交流などの状況」の3項目の調査結果により高齢者の社会的孤立が示されている。「会話の頻度」の中から、一人暮らし世帯の人は会話が少ない人が多く、会話が2～3日に1回以下と回答した男性は41.2%、女性は32.4%であった。また、「困ったときに頼れる人の有無」においても同様に、一人暮らし世帯では頼れる人がいない人の割合が高く、男性で24.4%、女性で9.3%。「社会活動への参加や交流などの状況」においても高齢になるほど(特に80歳以上)社会活動への参加や交流が低調で、男女とも一人暮らし世帯は低調であった<sup>18</sup>。また、河合<sup>20</sup>が東京都で行った調査(65歳以上一人暮らし高齢者を対象)では、「友人・知人の有無」「近所付き合いの有無」「社会活動の有無」の3項目を指標として2項目に該当した場合を孤立とみなした結果、一人暮らし高齢者の中でのその発現率は27.0%であったと報告されている。

このような高齢者の抑うつ症状の出現には役割意識や

表1 身体疾患に見られるうつ病の有病率(%)

身体疾患	有病率(%)	身体疾患	有病率(%)
がん	20～38	血液透析	6.5
慢性疲労症候群	17～46	HIV感染	30
慢性腰痛	21～32	ハンチントン舞踏病	41
冠動脈疾患	16～19	甲状腺機能亢進症	31
クッシング症候群	67	多発性硬化症	6～57
認知症	11～40	パーキンソン病	28～51
糖尿病	24	脳卒中	27
てんかん	55		

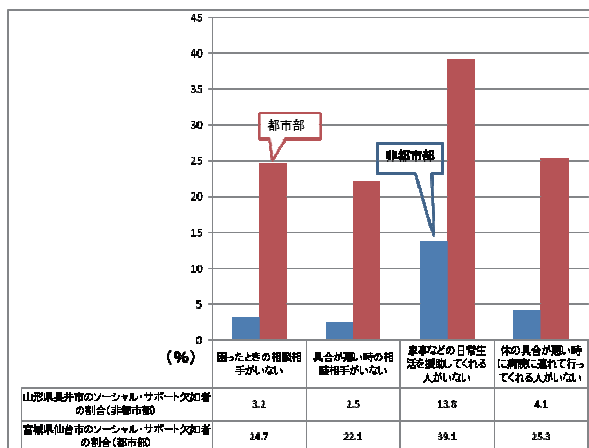


図4 非都市部と都市部のソーシャル・サポート欠如者の割合の比較

人間関係の喪失などの心理社会的背景が関連しており、心理社会的背景に影響を及ぼすものの一つに、地域社会の中での孤立や人間関係の希薄化によるソーシャル・サポート不足が挙げられている。小泉ら<sup>14</sup>による都市部でのソーシャル・サポートと抑うつ症状の関連性を調査したもので、男女ともソーシャル・サポートの欠如と抑うつ症状との間に関連が認められ、男性では関連するソーシャル・サポートの「種類」と関連の「強さ」の両面において影響がみられた。特に、退職後の高齢男性において地域社会での人間関係の希薄化、孤立がソーシャル・サポート欠如の要因となり、抑うつ症状の出現に強く影響することが示唆されている<sup>13</sup>。また、小泉らと同一の評価尺度を用いた村岡ら<sup>21</sup>の報告から山形県長井市での調査対象者におけるソーシャル・サポート欠如者の割合を換算したもので、困ったときの相談相手がない」と回答した者の割合は、村岡らの非都市部(山形県長井市)で3.2%、小泉らの都市部(宮城県仙台市)で24.7%と約8倍の格差。「具合が悪い時の相談相手がない」と回答した者の割合は、村岡らで2.5%、小林らで22.1%と約9倍の格差。「家事などの日常生活を援助してくれる人がいない」と回答した者の割合は、村岡らで13.8%、小林らで39.1%と約3倍の格差。「体の具合が悪いときに病院に連れて行ってくれる人がいない」と回答した者の割合は村岡らで4.1%、小林らで25.3%と約6倍の格差。これらの項目において全て都市部の数値が高かったと報告されている(図4)<sup>14</sup>。これらは、隣人関係の希薄化、核家族化、独居者の増加などの非都市部と異なる都市部特有の環境要因がソーシャル・サポートの欠如に反映されたためと考えられている。都市部において、こうしたサポートを高齢者に行っていくためには、訪問指導やケースマネジメントなどの技能をもつ保健福祉専門職の養成などの必要性が指摘されている<sup>14</sup>。

## 高齢者のケアの現状

健康増進対策の一つとして平成12年度(2000年)から開始された「健康日本21」(厚生労働省)では、大きな課題となっている生活習慣や生活習慣病を9つの分野で選定し、それぞれの取り込みの方向性と具体的な目標を示している。その一つに「休養・こころの健康づくり」があり、「最近1カ月間にストレスを感じた人の割合の減少」「睡眠によって休養が十分に取れていない人の割合の減少」「自殺者の減少」などの目標を掲げている<sup>22</sup>。ここでは、この目標を達成するにあたり行われている、うつ予防・支援マニュアル(厚生労働省)の先進的取り組み事例を挙げる<sup>23</sup>。

1) 100万人都市で展開する総合的な高齢者うつ対策事業 (宮城県仙台市)

宮城県仙台市は県内の他市町村に比べると高齢化率は低い、高度成長期に造成された大規模住宅地では高齢化が急速に進んでおり、ソーシャル・サポートの不足など高齢者の孤立の問題も深刻な地域である。ここでは普及啓発、アセスメント、相談、訪問、ケースマネジメントにわたる総合的なプログラムが実施されており、人口規模の大きな都市でも実施可能なように事業全体が高度に組織化されている(表2)<sup>23</sup>。

2) レクリエーションボランティアが企画・運営するお楽しみ同好会 (鹿児島県肝付町)

この事例は、閉じこもり予防と自殺予防を目的に実施されてきた機能訓練事業とボランティア育成事業から出発し、今では企画・運営すべてを住民ボランティアが実施するようになったもので、レクリエーション活動を中心とする地域支援活動が行われている。この事業の背景には、旧内之浦町において高齢者の閉じこもりからの後追い自殺が相次いだことがあり、その対策として始まったものである。内容はレクリエーションで交流し、お弁当を食べて帰るといったものであるが、行政スタッフだけでは到底実施できないということもあり、高齢者同士での助け合いを目的に高齢者レクリエーションボランティアの育成が平行して進められ、ボランティアがスタッフとして事業に参画するようになっていく<sup>23</sup>。

さて、ここまで挙げた事例は、地域において行われている事例である。次に挙げるのは、うつ病の高齢者を対象とした医療・看護・介護において総合的なケアである。

高齢化率が上昇し続けている近年、高齢者の受け皿としての病院・病床が増大したことに対する見直しから、介護保険制度が2000年にスタートし、医療制度においては「在宅医療」が注目されるようになった。在宅医療においては、チーム医療を認識したうえで、多職種協同により地域の医療・看護・介護各々の力を引き出していく不断の努力が必要であるとされている<sup>24</sup>。多職種協同というのは、患者と患者家族を中心に訪問リハビリテーション・訪問マッサージ・訪問調剤薬局・訪問介護・デイサービス・ショートステイ・訪問入浴・訪問歯科診療と在宅療養支援診療所が連携をとり、病院と相互に情報交換また治療を行っていくものである<sup>24</sup>。

稲谷ら<sup>25</sup>による高齢者デイケアにおける老年期うつ病の不眠や不安、抑うつ感情を主訴とする高齢女性に対する心理面接の事例では、うつ状態に陥ったAさんが、それまで抱えてきた葛藤や心理的重荷を表出できる時間と場所を老人痴呆デイケアで定期的に提供することを試み、その結果クライアントの認知機能および情動機能の安定

とうつ状態の改善が見られたと報告されている。また、高齢者だけでなくうつ病患者全体において先に述べたように「希死年慮」を有している者もあり、一般には10%程度が死にたい気持ちをもっているとされる<sup>3</sup>。そのため、自殺予防のためにうつ病についての普及啓発が必要であり、厚生労働省では2010年に月別自殺者数の最も多い3月を「自殺対策強化月間」と定め、地方公共団体、関係団体等とも連携して、重点的に広報啓発活動を展開するとともに、関係施策を強力に推進することを広く呼び掛けている<sup>26</sup>。また、うつにおいても「睡眠」の問題を切り口として、「うつのサイン」に気づき、早めの専門機関への受診を促すことを目的としキャンペーンを行っている。

次に、高齢者のうつ病を治療する方法として具体的に示したものでは、服部<sup>3</sup>における「高齢者うつ病の治療戦略モデル」がある(図5)。これは、高齢者に特有の廃用症候群の予防を組み込んだもので、急性期と慢性期を分けて考えている。一般的なうつ病の治療は精神的安定と抗うつ剤服用が基本であり、これは高齢者においても変わらず、その後治療により抑うつ気分が軽快したのちに意識が戻ってこない時期がしばらく続く。若年層

表2 100万人都市で展開する総合的な高齢者うつ対策事業 (宮城県仙台市)

<b>A. 普及啓発プログラム</b>	うつ病の理解を深める。
<b>B. アセスメントプログラム</b>	うつ病を発見して治療とケアに結び付ける。
<b>C. 相談プログラム</b>	さまざまな悩み事に応じ、うつ病やその他の精神疾患を診断したり、必要な情報を提供したり、医療機関と連携したりする。
<b>D. 訪問プログラム</b>	うつ病に対する心理社会的ケアを継続的に提供する。
<b>E. チームによるケースマネジメント</b>	複雑で多様な問題を解決していくために、対策を練ったり、計画を立てたり、役割分担をしてチームで関わっていく。

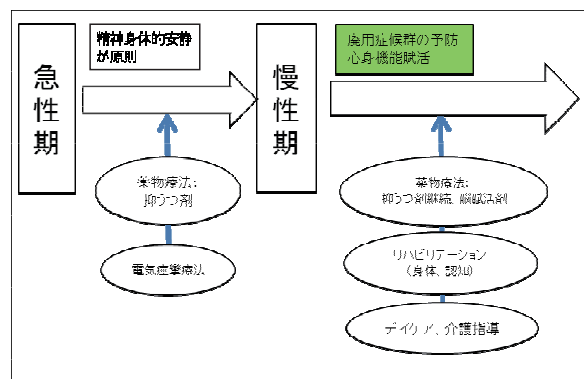


図5 高齢者うつ病の治療戦略モデル



では薬物投与と生活指導程度で回復を待つことができるが、高齢者では急性期の安静から引き続いて起こってくる運動機能の低下、日常生活動作能力の低下といった廃用症候群の予防が極めて重要になると指摘している。すなわち、急性期における安静中心の治療から賦活を主とする治療へ変換し、精神・運動機能維持のための認知、身体リハビリテーションを行い、生活面でデイケアなどの介護サービスを積極的に活用することが望ましいとしている<sup>8</sup>。

## まとめ

高齢者人口は年々増加し、将来像として45年後には約半数を高齢者が占める世の中になるのは免れない。また、うつ病が蔓延する現代では国による対策の一つとして「うつ対策」「自殺対策」が重要な課題となっている。高齢者の生活を見ても、一人暮らしをする者の割合は、後に生まれた世代ほど上昇しており、年齢別に見ると婚姻などにより30代後半までは下がり、その後、年齢が上昇するにつれて配偶者との離別や死別などによりその割合は高くなるが、今や世代間の差は年齢が上昇しても維持されている<sup>27</sup>。よって今後、高齢者の一人暮らしは加速的に増加すると予測されており、地域社会での人間関係の希薄化、孤立した状態の人数が増えることが懸念される。高齢者のうつにおいて、現在、重要視されているものはソーシャル・サポートであり、地域支援を通じて高齢者のケアにあたっている。内容としては人間関係に重きを置いたもので、孤立を防ぐことを重要課題としている。一方、平均年齢58.9±16.5歳のうつ病患者における食生活の実態をしたものでは、うつ病患者は健常対象に比べて、食欲がなく欠食が多い。食事の量は適量でなく、食事内容においても多様な食品をとっておらず、調理済み食品やインスタント食品をよく利用すると報告されており、食事に対する意識については栄養や食事について考えることが少なく、自分の食事について問題があると感じている。その中で食事の改善に必要なこととして多く挙げられたものは、家族の協力、栄養士などの専門家のアドバイス、栄養情報サービスの整備、市販食品や外食の栄養価の表示、飲食店でのバランスのとれたメニューの提供であり、専門家の援助の期待が大きいことが分かる<sup>28</sup>。このような状況を踏まえ、2006年に厚生労働省より「新予防給付」が創設され、当該給付において「運動器の機能向上」、「栄養改善」及び「口腔機能の向上」といったサービスが組み込まれている<sup>29</sup>。また、高齢者のうつ病において危険を伴う疾病の一つとして低栄養（PEM）があり、必要な量のたんぱく質の摂取不足、エネルギー不足により他の疾患にも罹患しやすくなる<sup>30</sup>。た

んぱく質の摂取不足によりセロトニンの前駆体であるトリプトファンの摂取も併せて不足することにより、うつ状態の悪化につながることも予測される。

以上のことから、今後の高齢者のうつ病に対する社会的サポートのあり方として、地域密着型の高齢者支援、ソーシャル・サポート（人間関係の希薄化、孤立を防ぐための支援）の普及・充実を図るほか、栄養状態の把握を実施していくことも重要と考える。先で紹介した総合ケアである「チーム医療」を予防においても普及させ、医師、看護師、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、言語聴覚士、薬剤師、歯科医師、管理栄養士、ソーシャルワーカーなどの多職種協同によってうつ状態、低栄養状態の早期発見・早期対応を行うことが望まれる。

## 参考文献

1. うつ【鬱】" うつびょう【鬱病】". 広辞苑, 第六版, 岩波書店, 2008
2. 厚生労働省: 患者調査" (指定統計66号), 統計表データベース, 1996~2008年, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>
3. 保坂隆: うつ病と自殺, うつ病診療最前線 プライマリ・ケアにおけるゲートキーパーとしての役割とは? , 治療, 91 (No.8), p.2095~2098, 2009年
4. 厚生労働省: 自殺防止対策有識者懇談会, 自殺予防に向けての提言, 2002年
5. 厚生統計協会編集: 国民衛生の動向, 厚生統計協会, p.69~70, 2008年
6. 総務省: 国勢調査", 統計局・政策統括官(統計基準担当)・統計研修所, 統計データベース, 1975~2005年, <http://www.stat.go.jp/DATA/kokusei/2005/index.htm>
7. 国立社会保障・人口問題研究所: 日本の将来推計人口 2006 (平成18) 年12月推計 , 2006年
8. 服部英幸: 高齢者うつ病の臨床, 第48回日本老年医学会学術集会記録, 日本老年医学会雑誌, 43巻5号, p.566~568, 2006年
9. 権藤恭之編: 高齢者心理学 うつ病・自殺 , 第3版, 朝倉書店, p.179~185, 2009
10. 山下格: 精神医学ハンドブック, 医学・保健・福祉の基礎知識, 第五版, 日本評論社, p.75~89, 2004年
11. 神庭重信, 橋岡禎征, 門司晃: 抗うつ薬の薬理作用機序 最近の知見, 第129回日本医学会シンポジウム うつ病[ ] 基礎・病態 , p.24~30, 2005年
12. 河野友信, 筒井末春編: うつ病の科学と健康 一般医のための, 朝倉書店, 1987年
13. 厚生労働省: 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会, うつ対策推進方策マニュアル 都道府県・市町村職員のために , 2004年
14. 小泉弥生ほか: 都市在住の高齢者におけるソーシャル・サポートと抑うつ症状の関連性, 日本老年医学会雑誌, 41巻4号, p.426~432, 2004年

15. 大内清：定型および非定型うつ病患者への対応，うつ病診療最前線 プライマリ・ケアにおけるゲートキーパーとしての役割とは？ ，治療，Vol.91 (No.8)，p.2029～2031，2009年
16. 大塚真理子：医療と福祉の連携・協働そして統合へ，高齢者の健康問題から高齢者ケアを再考する，社会福祉研究，第106号，p.60～69，2009年
17. 本田春彦ほか：地域在宅高齢者における身体機能と抑うつの関連性，東北文化学園大学 保健福祉学研究，第3巻，p.51～61，2005年
18. 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）：高齢者の生活実態における調査の結果 2009(平成21)年12月発表 ，p.1～38，2009年
19. 冷水豊：高齢者の社会的孤立と社会福祉の役割を問う，高齢者の健康問題から高齢者ケアを再考する，社会福祉研究，第106号，p.51～59，2009年
20. 河合克義：大都市における高齢者の社会的孤立と社会保障・社会福祉の課題 東京都港区のひとり暮らし高齢者の生活実態を中心に ，社会政策学会誌，第7号，p.118～131，2002年
21. 村岡義明，生地新，井原一成：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，第7巻，p.397～407，1996年
22. 厚生統計協会編集：国民衛生の動向，厚生統計協会，p.84～94，2008年
23. 「うつ予防・支援マニュアル」分担研究班 慶応義塾大学保健管理センター班長 大野裕：うつ予防・支援マニュアル（改訂版），p.25～46，2009年
24. 高瀬義昌，五十嵐中，小林慶鑑：在宅医療の立場から，うつ病診療最前線 プライマリ・ケアにおけるゲートキーパーとしての役割とは？ ，治療，Vol.91 (No.8)，p.2056～2061，2009年，
25. 稲谷ふみ枝，津田彰：高齢者デイケアにおける包括的心理的援助，老年期うつ病（回復期）の利用者に対する心理面接の事例，久留米大学心理研究所，第5号，p.81～90，2006
26. 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）：自殺対策強化月間・睡眠キャンペーン，2010年
27. 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）：高齢社会白書 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 ，2008年
28. 松尾令子，浅沼奈美，大沢亜貴子，大滝純一：うつ病患者の食生活の実態 国民栄養調査を用いて ，杏林医学会雑誌，p.102～103，2005年
29. 厚生統計協会編集：国民衛生の動向，厚生統計協会，p.229～239，2008年
30. 蓮村幸兌，佐藤悦子，塚田邦夫編：在宅チーム医療栄養管理研究会，スリーステップ栄養アセスメントを用いた在宅高齢者食事ガイド 脱水，PEM，摂食・嚥下障害，褥創への対応 ，p.115～121，2006年