

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—

上野 範子* 藤田 峯子* 中村 弥生*
当日 雅代* 浅野 弘明*

入院高齢者の精神的健康状態を解明する目的で、入院高齢者と在宅高齢者（2群）を対象に、Zungの自己評価式抑うつ尺度（SDS）を用いたアンケート調査を実施した。3群を解析した結果、入院高齢者が在宅高齢者に比べ、抑うつ度が有意に高いこと、また、健常者においても、健康障害やADLが低下した場合、抑うつ度が高いこと、また、入院高齢者においては、入院が長期に及ぶと抑うつ度が高い、入院環境に不満があったり自分の病気を重いと認識しているほど抑うつ度が高い傾向にあることが判明した。

Key words : 高齢者, 抑うつ尺度, SDS, 入院, 在宅, 健康調査

I はじめに

我が国では急速に人口の高齢化が進み、昭和59年（1984年）には9.9%であった老年人口の割合が、10年後の平成7年には14.8%にまで増加し、近い将来、国民の4人に1人が高齢者になることが確実視されている¹⁾。

高齢者においては、加齢に伴い心身の機能が低下し、退職などに伴う職業・人間関係・経済的基盤の喪失や、子供の独立・配偶者との離別など家族機能の急激な変化に適応できずに危機的状況に陥ったり、自己の価値が低下したような惨めさを感じ不安に追い込まれることも少なくない^{2,3)}。また、身近に起こった変化がたとえ緩やかなものであっても、適応能力が低下してくるため、順応し難く、無理に適応しようとする、好ましくない生体反応や心理反応を引き起こしやすい。このような老化に伴う身体・心理・社会的ストレス⁴⁾が抑うつ誘因となりうることが指摘されている⁵⁾。また、中高年はこうしたストレスを引き起こす出来事が最も起こりやすい時期でもある^{6,7)}。

このようなストレス要因に加えて、本人が疾患

を有していれば、心身の機能低下は著しいものとなる。特に、入院は、生活習慣の変化・行動範囲の制限・人間関係の変化をもたらし、これに、家族からの別離に伴う孤独・不安、疾病による苦痛・喪失感、治療に伴う不安や緊張が加わると、入院期間が長期化するにつれ、抑うつ状態などを含めたさまざまな心理的症状を引き起こすと言われている²⁾。平成4年度の厚生省社会保障総合調査報告⁸⁾によると、在宅高齢者の7割は、日常生活が不自由になった場合でも「在宅で生活したい」と望んでいる。すなわち、高齢者の多くは、家族や地域の人達と生活を共にし、家族に見守られて静かに生涯を閉じることを望んでいる。しかし、疾病によっては入院は避けることはできない。このような意味において、入院高齢者にどのような看護的支援が必要かは、今後ますます重要な検討課題になると思われる。

これまで、高齢者に対する精神的健康調査は、在宅老人を対象として^{9~19)}、あるいは老人ホームを対象として^{20,21)}、さらに、外来患者^{22~26)}や入院患者^{27,28)}を対象に、いくつかの研究がなされている。しかし、入院患者を対象とした調査では、特定の疾患や治療と精神的健康状態の関連に主眼をおいた研究が主で、疫学的調査に関しては、ほとんど報告されていない。これは、Haroldら²⁹⁾が報告しているように、海外においてもほぼ同様

* 京都府立医科大学医療技術短期大学部
連絡先：〒602 京都市上京区清和院口寺町東入る
中御霊町410
京都府立医科大学医療技術短期大学部 上野範子

のようである。そこで、入院高齢者の精神的健康状態とその関連要因を、在宅高齢者との比較を通じて明らかにする目的で、抑うつ状態の指標として広く用いられ、高齢者に対しても使用されている^{16,30,31)} Zung の自己評価式抑うつ尺度を用いてアンケート調査を実施した。調査結果を解析し若干の知見を得たので報告する。

II 研究・解析方法

1. 調査方法・対象

1) 入院高齢者（「入院」）

1991年12月～92年1月、京都府内の34カ所の医療施設で協力の得られた入院中の65歳以上の高齢者（精神科入院を除く入院患者）を対象にアンケート調査を実施した。各施設の看護部長宛にまとめて送付し、各部署で配布してもらい、自記式・無記名で記入後、各自から返送してもらった。2,920枚配布し、2,316枚回収した。このうち、65歳以上で SDS 得点（解析方法で説明）が計算できた1,503人（64.9%）を解析対象とした。入院期間、趣味、職業、同居者、病室（総室・個室）、病状認識、活動状態、入院状況、家族の世話、看護に対する満足度も同時に調査した。以下、この集団を「入院」と表す。

2) 在宅高齢者群 1：京都府下老人クラブ（「クラブ」）

1992年11月～12月、京都府高齢者福祉部福祉課を通して、京都市以外の京都府下では、京都府老人クラブ連合会から各市町村老人クラブ連合会（府下43ブロック）へ、京都市では、京都市老人クラブ連合会を通してクラブ長に調査の趣旨を説明し、同意の得られた対象に質問紙を配布してもらった。自記式・無記名で記入後、各自から返送してもらった。回答を得た2,837人のうち、65歳以上で SDS 得点が計算できた2,252人（79.4%）を解析対象とした。なお、対象者はすべて在宅高齢者であり、入院者は含まれていない。趣味、職業、同居者、家庭での役割、受療状況、現在の健康状態、主観的幸福感を同時に調査した。

クラブ長を通じて依頼した結果、クラブ長自身やクラブ長の友人・知人が回答者に含まれているケースが多く、このため、対象者の約76%が男性で、かつ、社会的活動に積極的に参加している者の比率がかなり高くなっていた。以下、この集団

を「クラブ」と表す。

3) 在宅高齢者群 2：S センター会員（「S センター」）

1993年2月～3月、S センターに属する会員3,442人を対象に、S センター経由で郵送し、アンケート調査を実施した。自記式・無記名で記入後、各自から返送してもらった。回答を得た2,418人のうち、65歳以上で SDS 得点を計算できた1,595人（66.0%）を解析対象とした。「クラブ」と同様に、すべて在宅高齢者であり、入院者は含まれていない。趣味、同居者、受療状況、自覚症状、疾病の有無、服薬状況、尿失禁の有無、さらに主観的幸福感を同時に調査した。

なお、S センターは国の明るい長寿社会づくりのための政策に従って設立された組織で、生涯学習の機会の提供、高齢者福祉に関する情報の提供・相談、地域の保健・福祉事業の振興、無料職業紹介等を主な事業としている。45歳以上であれば、一定の会費を支払うことにより会員とすることができる。以下、この集団を「S センター」と表す。

2. 解析方法

精神的健康状態の評価には、Zung の自己評価式抑うつ尺度（Self-Rating Depression Scale、以下、SDS）を用いた。SDS は1965年 Zung により開発された³²⁾ 20項目の質問からなる自記式の心理テストであり、福田ら^{33～35)} も含め、多くの研究により信頼性および妥当性が検証されている。とくに、高齢者に対しては、新野³⁵⁾ の研究によりその信頼性および妥当性が確認されている。各質問の4つの回答（「いつも」、「しばしば」、「ときどき」、「ない」）に1～4点の得点を与え、合計点を SDS 得点としている。多くの場合、その得点より、「39点以下：正常」「40～47点：軽度抑うつ」「48～55点：中等度抑うつ」「56点以上：重度抑うつ」と判定している^{9～14,20,30,35,36)}。

日常生活行動（以下 ADL）については、「外出」、「食事」、「排泄」、「入浴」、「着替え」の5項目を、「入院」と「クラブ」において調査した。「入院」においては、「1. できる（自立）、2. できない（非自立）」で回答を得たが、「クラブ」においては、「1. 介助が必要、2. 自分でできるが時間がかかる、3. 問題なく自分でできる」により回答を得た。しかし、「クラブ」においては、ADL 自

立度がかなり高く、「1. 介助が必要」の回答が男女合わせても最も多い項目において10人程度であり、90％以上の対象者が「3. 問題なく自分で行ける」と回答していた。このため、「3」を自立、「1」「2」を非自立として集計を行った。

服薬の状況について「S センター」でのみ調査を行った。調査した薬剤は、睡眠剤、血圧降下剤、利尿剤、心臓薬、精神安定剤の 5 種類で、「1. 飲んでいる」、「2. ときどき」、「3. 飲んでいない」により回答を得た。

統計的な検定は、比率の差はカイ二乗検定、平均値の差は t 検定あるいは分散分析を用いた。また、順位相関係数により傾向性の検定を行った。

Ⅲ 結 果

1. 年齢、性別構成

年齢および性別構成を表 1 に示す。「入院」では全体としては女性が55％と過半数を超えていたが、75歳未満は男性が多かった。在宅高齢者「S センター」と「クラブ」では全体では男性の方が多かった。75歳以上では「入院」は女性が多く、在宅高齢者は男性が多く、全体としても、それぞれ約62％、約77％と半数を上回っていた。また、在宅高齢者「S センター」は比較的若い年齢層が多く、70歳未満が40～50％を占め、特に85歳以上の高齢者は2～3％であった。それぞれの平均年齢は、「入院」男性73.9±6.2歳、女性75.2±6.5歳、「S センター」男性71.8±5.6歳、女性71.0±4.9歳、「クラブ」男性74.5±5.2歳、女性72.8±5.1歳であった。

2. 対象群別 SDS 得点

対象群ごとの SDS 平均得点は、「入院」男性 39.3、女性41.4、「S センター」男性33.9、女性 35.6、「クラブ」男性31.3、女性31.8(表 2) であった。在宅群では男女とも平均得点が正常の範囲に入っていたが、「入院」では、男性が正常域の境界に近く、女性では軽度うつ範囲に入っていた。男女ともに「クラブ」<「S センター」<「入院」の順に平均得点が高くなっており、その差は統計的にも有意 (p<0.01) であった。

3. 年齢階級別 SDS 得点分布

表 2 に年齢階級別 SDS 平均得点を示す。「入院」においては、女性の全年齢階級と男性の75歳以上において軽度うつの範囲に入っていたが、在宅高齢者はすべて正常範囲であった。年齢とうつ傾向の関連については、男性では「クラブ」、女性では「入院」と「S センター」において統計的有意差 (p<0.05) を認めた。

4. 入院高齢者における結果

1) 入院期間

表 3 に年齢階級別入院期間の中央値と四分位範囲 (25、75パーセンタイル値) を示す。85歳未満においては、男性の中央値は24.5～27.5日、女性では31.0～33.0日であり、男女ともに入院期間の年齢差はほとんど認められなかった。なお、85歳以上においては、中央値が男性21.2日、女性45.0日と男性は短く、逆に女性は長期になっていた。

2) 入院期間とうつ傾向の関連

入院期間別 SDS 平均得点を表 4 に示す。SDS 平均得点は、男性は181～365日で急激に高くなり、それまで正常範囲に入っていた値が、軽度う

表 1 年齢構成

年齢階級	入 院		S センター		老 人 ク ラ ブ	
	男 性	女 性	男 性	女 性	男 性	女 性
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
65～69	209(30.7)	193(23.5)	432(43.8)	288(47.3)	346(20.0)	147(27.0)
70～74	184(27.1)	205(24.8)	270(27.4)	195(32.0)	543(31.5)	205(39.0)
75～79	137(20.1)	197(24.0)	162(16.4)	81(13.3)	531(30.8)	123(23.4)
80～84	116(17.1)	157(19.1)	99(10.0)	35(5.7)	256(14.8)	45(8.6)
85以上	34(5.0)	71(8.6)	23(2.4)	10(1.7)	50(2.9)	11(2.1)
合 計	680(100)	823(100)	986(100)	609(100)	1,726(100)	526(100)
男女の割合	(45.2)	(54.8)	(61.8)	(38.2)	(76.6)	(23.4)

表 2 対象群・年齢階級別 SDS 平均得点

	65～69	70～74	75～79	80～84	85以上	計	p
入院	38.2±10.5	38.3±11.4	40.3±10.9	41.3±10.8	40.7±11.8	39.3±11.0	**
男 S センター	33.2± 9.8	34.2±10.4	33.8±10.3	36.9±10.5	38.9±11.4	33.9±10.2	
老人クラブ	30.8± 5.8	30.7± 6.4	31.4± 6.5	32.3± 6.6	32.5± 8.1	31.3± 6.4	
入院	40.4±10.6	40.3±10.6	41.5±11.0	42.5± 9.4	44.5± 9.8	41.4±10.5	**
女 S センター	35.9± 9.7	34.8±10.2	35.7± 8.6	38.3±11.9	28.0± 3.1	35.6± 9.9	
老人クラブ	31.1± 6.3	31.7± 6.0	31.5± 6.3	33.8± 7.4	34.1± 9.6	31.8± 6.4	

* p<0.05 ** p<0.01

表 3 年齢階級別入院期間

年齢階級	全 体			男 性			女 性		
	n	中央値	四分位範囲	n (%)	中央値	四分位範囲	n (%)	中央値	四分位範囲
65～69	402	28.7	9.2～64.0	209 (52.0)	25.7	9.2～58.2	193 (48.0)	32.0	9.2～ 67.5
70～74	389	28.5	8.8～66.0	184 (47.3)	27.5	9.4～55.8	205 (52.7)	31.0	7.3～ 81.5
75～79	334	30.2	9.3～90.0	137 (41.0)	24.5	6.7～81.5	197 (59.0)	33.0	10.8～ 93.5
80～84	273	28.5	8.7～77.5	116 (42.5)	24.7	6.7～61.7	157 (57.5)	33.0	9.5～ 82.0
85以上	105	35.3	13.3～76.3	34 (32.4)	21.2	9.2～41.3	71 (67.6)	45.0	18.5～133.2
全体	1503	29.6	9.3～71.9	680 (45.2)	25.6	8.7～58.4	823 (54.8)	33.1	9.9～ 83.5

四分位範囲：25および75パーセンタイル値

つの範囲にまで上昇していた。女性では、男性ほどの急激な変化は認められず、入院期間の長期化とともに徐々に高くなっていた。分散分析の結果男女とも、入院期間別の平均値に統計的有意差 (p<0.01) を認めた。また、入院期間と SDS 得点との順位相関係数は、男性0.188、女性0.132で統計的に有意 (p<0.01) であった。

3) 個人的要因・入院状況とうつ傾向の関連

次に個人的要因・入院状況別に SDS 平均得点の比較を試みた。その結果を表 5 に示す。表にあげたすべての項目で有意差 (p<0.05) が認められた。なかでも、「看護が行き届いているか」、「家族の世話を希望しているか」、「入院環境に満足しているか」、「自分の病気を重いものとして認識しているか」において、抑うつ状態と強い関連を認め (p<0.01)、とくに、看護が行き届いていないと思っている場合、SDS 平均得点が男女とも中等度うつの範囲に入っていた。また、女性では、家族の世話を望む場合や、自分の病気を非常に重いと認識している場合にも、平均得点が中等度うつの範囲に入っていた。また、趣味や職業の

表 4 入院期間別 SDS 得点分布

入院期間(日)	n	男 性	p	n	女 性	p
0～ 7	126	37.3±10.4	**	145	40.0±11.0	**
8～ 30	195	38.2±11.0		195	41.8±10.6	
31～ 90	171	39.5±11.0		212	40.5± 9.5	
91～180	61	40.8±10.0		88	43.0±10.9	
181～365	28	48.8±10.0		51	44.5±10.4	
366以上	9	46.9±11.9		29	46.3±10.6	
合 計	590	39.3±11.0		720	41.4±10.5	

* p<0.05 ** p<0.01

有無を比較すると、それぞれ「無」の人に軽度うつ傾向が認められた (p<0.01)。さらに、「病気の認識」において傾向性を検討するために、「わからない」を除いて、SDS 得点との順位相関係数を求めた。その結果、男性0.346、女性0.315と統計的に有意 (p<0.01) な値を得た。

4) ADL とうつ傾向の関連

表 6 に ADL 項目別の SDS 平均得点を示す。ADL 自立群では、男性36.4～38.6、女性39.0～

表 5 個人的要因・入院状況別 SDS 得点分布

項	目	男			女		
		n	平均±S.D.	p	n	平均±S.D.	p
配偶者	有	522	38.8±11.1	}	271	39.4±10.5	}
	無	158	41.1±10.5		551	40.4±10.3	
趣 味	有	471	37.6±10.5	}	479	39.2± 9.7	}
	無	198	43.6±11.0		323	44.8±10.6	
職 業	有	271	36.5±10.4	}	103	38.0±10.7	}
	無	402	41.2±11.0		709	41.9±10.4	
入院の経験	有	443	40.8±11.1	}	524	42.5±10.6	}
	無	225	36.4±10.2		286	39.3±10.1	
入院の形態	緊 急	267	40.9±11.7	}	405	42.3±10.7	}
	予 定	394	38.1±10.4		403	40.5±10.2	
家族の世話を希望	は い	73	45.8±12.9	}	115	48.3±10.4	}
	いいえ	586	38.4±10.4		681	40.1± 9.8	
看護が行き届いている	は い	658	39.1±10.9	}	774	40.9±10.3	}
	いいえ	15	50.1±10.5		40	48.3±10.1	
入院環境に満足	有	620	38.8±10.9	}	727	40.8±10.4	}
	無	50	44.0±11.6		66	45.9±10.4	
自分の病気の認識	軽 い	146	33.6± 9.0	}	169	36.3± 8.7	}
	やや重い	200	38.9±10.3		256	41.1± 9.6	
	かなり重い	143	42.7±10.9		144	43.3±10.9	
	非常に重い	48	45.7±12.5		56	48.6±10.7	
	分からない	135	40.0±10.7		173	43.1±10.7	

* p<0.05 ** p<0.01

41.1, 非自立群では男性45.1~47.0, 女性44.1~46.6で, 男女ともに非自立群が有意に高くなっていた (p<0.05)。

5. 在宅高齢者での結果

1) ADL とうつ傾向の関連

「クラブ」における ADL 項目別の SDS 平均得点を表 6 に示す。自立群では SDS 平均得点が, 男女とも32未満であるのに対して, 非自立群の場合は, 38.7~43.4で軽度うつの範囲に入るか, あるいはそれに近い値になっていた。

さらに, 対象者を, すべての ADL が自立している人 (完全自立, すべて「3」の回答) と, いずれか一つでも自立していない人 (非完全自立, いずれかに「1」あるいは「2」の回答) に分けて集計を行ってみた。非完全自立群は男性95人 (5.6%), 女性35人 (6.7%) で, 平均得点はそれぞれ, 37.9±8.0, 39.5±7.7であり, 完全自立群の30.9±6.1, 31.2±5.9と比較して有意に (p<0.01) 高くなっていた。

2) 服薬の有無とうつ傾向の関連

「S センター」のみでの調査であるが, 服薬状況とうつ傾向の関連について以下のような結果を得た。

男女とも血圧降下剤 (男25.0%, 女26.4%), 心臓薬 (男17.4%, 女13.1%) など循環器系疾患の薬を常用 (1 の回答) が多かった。他の薬は, 常用者はほぼ 5% 未満であった。「ときどき」を含めた場合の服用率は, 女性の利尿剤が最低で 6.0%, 女性の血圧降下剤が最大で31%であり, 他の多くは, 10~20%程度であった。

服薬の有無別にうつ傾向を比較した結果, SDS 平均得点では, 男性においては, 睡眠剤服用 (有40.6±13.5, 無33.0±9.7), 血圧降下剤服用 (有35.7±10.7, 無33.2±10.0), 利尿剤服用 (有38.3±11.0, 無33.2±10.0), 心臓薬服用 (有36.3±10.8, 無33.1±10.0), 精神安定剤服用 (有37.3±10.8, 無33.2±10.0) であり, 女性においては, 睡眠剤服用 (有44.6±11.1, 無34.7±9.3),

表 6 ADL 項目別 SDS 得点分布

ADL 項目		入 院		老 人 ク ラ ブ	
		男 性	女 性	男 性	女 性
		平均±S.D. p	平均±S.D. p	平均±S.D. p	平均±S.D. p
歩 行	自 立	37.2±10.0	40.0±10.1	31.0±6.2	31.3± 6.0
	非自立	46.7±11.2	45.7±10.5	38.7±9.3	39.6± 7.9
食 事	自 立	38.6±10.6	41.1±10.3	31.1±6.3	31.6± 6.2
	非自立	46.7±12.1	44.1±11.7	38.7±9.1	41.0± 9.2
排 泄	自 立	38.0±10.5	40.4±10.2	31.0±6.2	31.6± 6.2
	非自立	46.8±11.1	46.6±10.5	39.1±8.4	40.1±10.3
入 浴	自 立	36.4± 9.6	39.0± 9.8	31.1±6.2	31.6± 6.2
	非自立	45.1±11.3	44.5±10.5	41.9±8.8	43.4± 9.8
更 衣	自 立	37.3±10.1	40.1±10.1	31.0±6.2	31.5± 6.1
	非自立	47.0±10.8	46.0±10.5	41.1±8.6	42.6± 7.8

* p<0.05 ** p<0.01

血圧降下剤服用（有35.6±10.0，無35.6±9.8），利尿剤服用（有29.4±6.1，無35.5±9.7），心臓薬服用（有37.3±12.0，無35.3±9.6），精神安定剤服用（有41.9±10.5，無34.8±9.4）であった。男性の全薬剤，女性の睡眠剤，利尿剤，精神安定剤において有意差（p<0.05）を認めた。その得点差は，睡眠剤が最も大きく男性で7程度，女性で10程度あった。また，有意差の認められた他の項目での差は，3～7程度であった。

3) 受診の有無とうつ傾向の関連

医療機関に対する受診状況とうつ傾向の関連については以下のような結果を得た。

「クラブ」と「Sセンター」での受診率には大差はなく，男女とも約70％であった。受診の有無別に SDS 平均得点を比較した場合，「クラブ」男性（無28.2±5.2，有30.2±6.7），女性（無28.6±5.7，有30.3±6.5），「Sセンター」男性（無32.4±9.8，有34.7±10.3），女性（無35.7±9.3，有35.6±10.2）で，「Sセンター」の女性以外では統計的有意差（p<0.05）を認めた。

6. 家族形態とうつ傾向との関連

同居率（同居者有り）は男性では90～95％，女性70～80％で，いずれも男性が高くなっていた。

同居の有無による SDS 平均得点は「入院」男性（有38.9±10.9，無42.8±11.1），女性（有41.0±10.6，無42.6±10.1），「クラブ」男性（有29.4±6.3，無31.8±6.1），女性（有29.8±6.2，無30.0±6.8），「Sセンター」男性（有33.9±10.2，

無33.6±8.9），女性（有35.3±9.9，無36.1±9.9）で，「入院・男性」と「クラブ・男性」で有意差（p<0.05）を認めた。

Ⅳ 考 察

1. 対象群の特徴

はじめに，対象群の特徴について少し触れておきたい。「入院」は京都府内で協力の得られた大学附属，公立，日赤，民間等の病院34施設での結果であり，施設の規模は1,000床から50床程度までさまざまである。病院の看護部に配布を依頼し，自分で回答できる患者を対象としたため，重症者やターミナルにある患者などは除外されている。

「クラブ」はクラブ長を通して依頼したこともあり，対象者の大半はクラブ長自身やその家族や知人であった。このため，社会的に活動している人が多く，健康状態もかなり良好であった。また，クラブ長の大半が男性であるため，対象者における男性の比率が約76％にまで達していた。

「Sセンター」は，国の明るい長寿社会づくりのための政策に従って平成2年6月に設立され，生涯学習や高齢者福祉に関する情報の提供など定期的に事業を行っている。そのため，老人大学などの一般教養を主とした事業が多く，こうした事業に参加できる人は身体的にも健康で，かつ，社会的にも経済的にも安定している人が多く，「クラブ」に比べて比較的若い集団であった。なお，

各集団での有職率(%)は「入院」(男性40.3, 女性12.7), 「クラブ」(41.2, 20.0), 「Sセンター」(34.8, 16.3)であった。

2. 入院高齢者と在宅高齢者のSDS平均得点の比較

今回の対象者におけるSDS平均得点を, 山下²⁰⁾(在宅健常老人では 28.2 ± 5.4 , 老人ホーム在住健常老人では 35.6 ± 9.8)や, 駒橋ら³⁷⁾(地域在住高齢者 30.1 ± 7.9)の調査における結果と比較すると, 在宅健常老人(28.2) < 地域在住高齢者(30.1) < 「クラブ」(31.5) < 「Sセンター」(34.5) < 老人ホーム在住健常老人(35.6) < 「入院」(40.5)の順となった。在宅健常者が最も低い得点で, 地域在住高齢者と「クラブ」は類似しており, 「入院」の高齢者が最も得点が高かった。在宅健常老人と比較した場合, 在宅高齢者「Sセンター」, 「クラブ」での得点がやや高くなっていたが, 今回の調査は, 健常者だけが対象でなかったことも影響していると思われる。また, いずれの群においても, 女性の方がSDS得点が高くなる傾向にあったが, これは他の研究^{12,14,22,23,37)}でも同様である。

3. ADLとの関連

ADLレベルと精神的健康状態との関連については, ADLの低いことがうつ傾向を高めるとの報告^{15,19,38,39)}がある。今回の調査においても同様であり, 「入院」においても, 「クラブ」においても, ADLの低い群のSDS得点が高くなる傾向が認められた。特に, 「クラブ」においてはADLが低い場合, SDS平均得点が「入院」に近い値まで上昇していた。今回, 「クラブ」においては, ADL自立者が大半であったため「出来るが時間がかかる」も非自立としてデータ処理していることを考慮するとき, ADLの阻害がうつ傾向へ大きな影響を及ぼしていることは確実のように思われる。

4. 服薬や受診との関連

服薬に関しては, 薬剤の種類により影響が異なっており, 服薬自体の影響以上に, 服薬の原因となった疾患の影響の方が大きいと思われる。男性では睡眠剤の服用に, 女性では睡眠剤と精神安定剤の服用に軽度うつ傾向がみられ, 女性の利尿剤服用以外は薬剤を服用している人のSDS平均得点は高くなっており, 服薬状況とSDS平均得点

との関連が認められた。

受診の有無についても, 受診状況とうつ傾向との間に関連が認められた。疾患別にその影響を検討するためには, Haroldら²⁹⁾が行っているように, 受診科も含め疾患内容の詳細な調査が必要になるが, 今回はそこまでは調査できなかった。しかし, 単に受診の有無別で検討した場合でも, 強くはないが関連が認められており, 疾患とうつ傾向の関連をより詳細に調査すれば, 新たな検討資料が得られるものと思われる。

5. 入院との関連

在宅高齢者「Sセンター」, 「クラブ」での結果より, 健常者においても, ADLが阻害されたり, 服薬あるいは受診せざるを得ない状況になると, うつ傾向が強まることが示唆された。すでに述べたが, 「入院」でのADL低下群のSDS得点は, 「クラブ」でのADL低下群や「Sセンター」での服薬群(睡眠剤服用を除く)あるいは受診群よりも高い値となっていた。井原¹⁵⁾も入院を経験した者に抑うつ状態を示す者が多いと報告している。入院者はADL低下に加え, 治療や検査に伴う生活上の制限を多く受けている。このような規制された状況に伴うストレス⁴⁰⁾の影響も, 無視することはできない。これ以外にも, 病状, 入院期間, 患者特性, 入院環境, 家族環境等も考慮する必要がある。今回の調査結果より, その関連の一部を検討することができた。とくに, 入院期間, ADL, 入院環境に対する満足度, 自分の病気の認識状態, 趣味の有無などとの間に認められた関連は, 看護の場に還元することのできる情報である。今回調査できなかった要因や, 上記の規制に伴う影響なども含め, 今後これらの問題をさらに検討していきたいと考えている。

V ま と め

在宅高齢者と比較することにより, 入院高齢者の精神的健康状態は病状, 入院期間, ADLの低下等との関連が明らかとなった。入院高齢者がより望ましい状態で入院生活を乗り切るためにも, 看護援助として可能な限りADLの低下を防止し, 寝たきりにさせないよう, 今後の患者ケアに活かしていきたいと考えている。

本研究を実施するに当たり, 御協力頂いた皆様に厚

くお礼申し上げます。なお、本研究の一部は第51回(東京), 第52回(北九州), 第53回(鳥取)日本公衆衛生学会総会で報告した。

(受付 '96. 7. 8)
(採用 '97. 9.18)

文 献

- 1) 財団法人厚生統計協会. 国民衛生の動向. 厚生 の指標 臨時増刊 1996; 43(9): 37.
- 2) 筒井末春他. 老年期の患者理解 筒井末春, 編. 心身医学的ケアとその実践. 東京: 南山堂, 1989; 155-156.
- 3) 穂永 豊. 老化に伴う社会的諸問題—老化と生活 環境—看護 MOOK. No 8. 島蘭安雄, 保崎秀夫編, 東京: 金原出版, 1984, 36-41.
- 4) 前掲書 2)94-99.
- 5) 伊藤克人. 老年期うつ病. 看護技術, 1990; 36(10): 60-63.
- 6) 安井義之. 中高年齢者のストレスと心の健康, 臨床精神医学, 1987; 16(18): 1107-1111.
- 7) 桂 敏樹, 他. 更年期女性のストレス管理に関する研究—精神的健康を阻害する生活出来事—, 日本看護研究学会雑誌, 1994; 17(3): 23-29.
- 8) 厚生省編. 平成7年度厚生白書(平成6年度厚生行政年次報告). 1995; 196.
- 9) 広島県地域保健対策協議会精神衛生専門委員会, 他. 一般住民の抑うつ症状に関する調査—Zung 自己評価式抑うつ尺度を通じて—第一報広島県南部島しょ産業地区住民の抑うつ症状の実態について. 広島医学 1978; 31: 1320-1330.
- 10) 広島県地域保健対策協議会精神衛生専門委員会, 他. 一般住民の抑うつ症状に関する調査—Zung 自己評価式抑うつ尺度を通じて—第二報広島県山間部住民の抑うつ症状の実態について. 広島医学 1979; 32: 1355-1362.
- 11) 広島県地域保健対策協議会精神衛生専門委員会, 他. 一般住民の抑うつ症状に関する調査—Zung 自己評価式抑うつ尺度を通じて—第三報広島県都市部住民の抑うつ症状の実態について. 広島医学 1980; 33: 1517-1527.
- 12) 広島県地域保健対策協議会精神衛生専門委員会, 他. 在宅老人の精神的健康調査(その1)都市部における調査. 広島医学 1981; 34: 1302-1312.
- 13) 広島県地域保健対策協議会精神衛生専門委員会, 他. 在宅老人の精神的健康調査(その2)山間部における調査. 広島医学 1982; 35: 1615-1627.
- 14) 広島県地域保健対策協議会精神衛生専門委員会, 他. 在宅老人の精神的健康調査(その3)島しょ部における調査. 広島医学 1983; 36: 1578-1592.
- 15) 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(2): 85-94.
- 16) 新野直明. 老人における抑うつ症状の有症率. 日老医誌 1988; 25: 403-407.
- 17) 小西崇子, 他. 在宅高齢障害者の抑鬱性. 理学療法学 1993; 20: 256-260.
- 18) 佐藤親次, 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.
- 19) 村岡義明, 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(4): 397-407.
- 20) 山下一也, 他. 社会的活動性の異なる健康老人の主観的幸福感と抑うつ症状. 日老医誌 1993; 30: 693-697.
- 21) 田村修二, 他. 特別養護老人ホームにおける SDS 結果について(第1報). 作業療法 1991; 10: 305.
- 22) 吉原幸治郎, 他. 外来患者のうつ状態に関する有病率調査. 臨床と研究 1995; 72: 109-113.
- 23) 下山和宏, 他. 高齢歯科患者の主訴と抑うつ傾向との関係. 老年歯学 1993; 7: 132-139.
- 24) 武内晴明, 友田邦彦, 服部英世. 高齢 RA 患者の精神的側面—SDS による検討—. 九州リウマチ 1993; 13: 16-19.
- 25) 西野 聡, 他. 在宅酸素療法患者に対する心身医学的アプローチ. 高山赤十字病院紀要 1993; 17: 3-7.
- 26) 河瀬比佐子, 他. 高齢 HOT 患者の不安, 抑うつに影響する要因についての検討. 日本看護協会 第23回老人看護 1992; 102-104.
- 27) 山本香苗, 他. 内科入院患者における不安及び抑うつ状態の経時的変化—STAI・SDS による評価と関連因子の分析. 日本看護協会 第22回成人看護Ⅱ 1991; 176-179.
- 28) 赤堀容子, 他. インターフェロン治療における抑うつ状況の推移—慢性活動性肝炎患者に SDS テストを実施して—. 日本看護協会 第24回成人看護Ⅱ 1993; 161-163.
- 29) Harold G. Koenig et al. Depression in Elderly Hospitalized Patients With Medical Illness. Arch Intern Med., 1988, 148, 1929-1936.
- 30) 更井啓介. 疫学. 島蘭安雄, 保崎秀夫, 更井啓介編. 躁うつ病の治療と予後 精神科 Mook No 13. 東京: 金原出版, 1986; 13-28.
- 31) 錦織 壮. SDS についての二, 三の知見と考察. 心身医 1977; 17: 219-227.
- 32) Zung WWK. A self-rating depression scale, Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.
- 33) 福田一彦, 小林重雄. 自己評価式抑うつ尺度の研究

- 究. 精神経誌 1973; 75: 673-679.
- 34) 福田一彦. 一般臨床医に役立つ心理テスト, SDS—抑うつ性の測定—. 山形県病院誌 1967; 1: 36-42.
- 35) 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.
- 36) 更井啓介. うつ状態の疫学調査. 精神経誌 1979; 81: 777-784.
- 37) 駒橋 徹, 他. 地域在住高齢者における自己うつ病評価尺度 (SDS) の得点分布について. 日本社会精神医学会雑誌, 1994; 2(2): 173.
- 38) 宗像恒次, 他. 高齢社会のメンタルヘルス, 東京: 金剛出版, 1994; 73-87.
- 39) 岡堂哲雄, 他. 入院患者の心理と看護, 東京: 中央法規出版, 1995; 101-108.
- 40) 川口孝泰, 他. 入院患者のストレス要因に関する検討. 日本看護研究学会雑誌, 1994; 17(2): 21-29.
- 41) WWK Zung 原著, 福田一彦, 小林重雄. 日本版 SDS (自己評価式うつ性尺度) 使用手引き. 三京房 1983.
- 42) 当日雅代, 他. 長寿社会推進機構に属する高齢者に対する精神健康状態調査結果. 京府医大医短紀要 1994; 4(1): 43-51.
- 43) 中村弥生, 他. 長寿社会推進機構に属する高齢者の主観的幸福感に関連する要因. 京府医大医短紀要 1995; 4(2): 27-34.
-