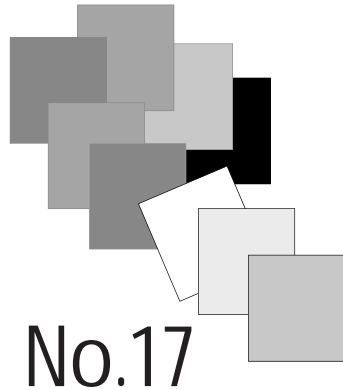


## ■企画連載■ 地域看護に活用できるインデックス



## 高齢者のうつ

伊藤 絵梨子, 田高 悦子  
横浜市立大学大学院医学研究科

日本地域看護学会誌, 21(2): 75-78, 2018

## I. はじめに

高齢期は加齢に伴う身体機能の変化, 退職や子どもの自立に伴う社会的役割の喪失, 配偶者や兄弟, 友人との死別など, これまでとは異なる衰退や喪失といったライフイベントが増え, うつになりやすい時期である。高齢者のうつは, 生活の質や身体機能の低下を招く要因のひとつとされ, 国内外の研究において, 抑うつが要支援・要介護認定のリスク要因となりうること<sup>1-3)</sup>が報告されている。一般高齢者におけるうつの有病率は, 2013年日本老年学的評価研究(JAGES)<sup>4)</sup>によると, 21.5~36.2%である。また地域特性や人口規模, 世帯類型などにより異なる可能性が示唆されている<sup>5)</sup>。平成26年の患者調査<sup>6)</sup>によると, 気分(感情)障害で受診した患者数は112万人に上り, うち65歳以上が約40万人であり, その割合は35%を占めている。超高齢化が進むわが国において, 高齢者ができる限り自立し, 心身共に豊かな生活を送ることができるよう, 高齢者に生じやすいうつを正しく把握し, 適切に対処していくことがますます重要である。本稿では, 高齢者のうつについて, 地域看護の実践や研究において有用と考える指標を紹介し, 今後の活用方法について述べる。

## II. 高齢期のうつの特徴

うつは, 国際的な診断基準, すなわち米国精神医学学会によるDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 精神疾患の診断・統計マニュアル)-5

における双極性障害および関連障害群と抑うつ障害群, もしくは世界保健機構によるICD (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem; 国際疾病分類)-10における気分(感情)障害と定義される病態・状態である。主要な症状は, 抑うつ気分, または興味・喜びの感情の喪失である。高齢期のうつにみられやすい症状としては, 頭痛, 肩こり, 食欲低下, めまいやしびれといった身体的不調を訴える。内科や整形外科をはじめとする身体科への受診を繰り返したり, 精神科を受診しても適切な診断に至るまでには時間がかかることもある。また不安や焦燥感を生じ, 落ち着かずに動き回ることや, イライラすることもあり, 一見うつにみえない場合がある。さらに表情や行動が以前と比べ不活発となったり, 通常ならば簡単にできることが困難になることや, 日常のささいな意思決定, たとえば入浴をするか, 食事をするかといったことの判断や決断が抑制されたりする<sup>7)</sup>。このように, 高齢期のうつには, 典型的なうつの症状に加え, 中枢神経系の加齢的变化, 合併している身体疾患, 高齢期特有の社会的・心理的問題なども加わり, その臨床像は多様である。

## III. 指標の紹介

## 1. Geriatric Depression Scale (GDS; 老年期うつ病評価尺度, 表1)

GDS<sup>8)</sup>は, 1982年にBrinkらにより開発された高齢者用うつ尺度である。高齢になると身体症状を併発する

表1 GDS15<sup>12)</sup>

1. 毎日の生活に満足していますか\*。
2. 毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いませんか。
3. 生活が空虚だと思いませんか。
4. 毎日が退屈だと思いませんか\*。
5. 大抵は機嫌良く過ごすことが多いですか。
6. 将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか。
7. 多くの場合は自分が幸福だと思いますか。
8. 自分が無力だと思いませんか\*。
9. 外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思いませんか\*。
10. なによりもまず、物忘れが気になりますか。
11. いま生きていることが素晴らしいと思いませんか。
12. 生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか\*。
13. 自分が活気にあふれていると思いませんか。
14. 希望がないと思うことがありますか。
15. 周りの人があなたより幸せそうに見えますか。

\* : GDS5の項目を示す。

各項目について、「はい=1点」「いいえ=0点」の2件法で回答する(項目1, 5, 7, 11, 13は逆転項目)。

表2 K6/K10<sup>19)</sup>

1. 理由もなく疲れ切ったように感じましたか。
2. 神経過敏に感じましたか\*。
3. どうしても落ち着けないうらいに、神経過敏に感じましたか。
4. 絶望的だと感じましたか\*。
5. そわそわ、落ち着かなく感じましたか\*。
6. じっと座ってられないほど、落ち着かなく感じましたか。
7. ゆううつに感じましたか。
8. 気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか\*。
9. 何をしても骨折れだと感じましたか\*。
10. 自分は価値のない人間だと感じましたか\*。

\* : K6の項目を示す。

各項目について、「全くない=0点」「少しだけ=1点」「ときどき=2点」「たいてい=3点」「いつも=4点」の5件法で回答する。

可能性が高く、気分の変調をきたすことも稀ではないが、本尺度には身体症状に関する項目を含んでおらず、純粋なうつ気分を正確に測定できること、また回答の選択肢には「はい」「いいえ」を用いていることから、高齢者にとっては答えやすく、時間もかからないことが優れた特徴として挙げられる<sup>9)</sup>。原版は30項目から構成されているが、1986年にSheikhらによって15項目の短縮版(以下、GDS15)<sup>10)</sup>が開発され、高齢者のうつの評価指標として推奨され、国際的にも広く用いられている。さらに1999年にはHoylらによって5項目版(以下、GDS5)<sup>11)</sup>が開発された。

日本においてはGDS5<sup>12)</sup>、GDS15<sup>12,13)</sup>共に開発されており、その信頼性、妥当性が検証されている。GDS5においては、65歳以上高齢者における要介護認定、死亡、健康寿命喪失のリスクを評価するための予測的妥当性が報告されている<sup>14)</sup>。評価は、それぞれ2件法(はい、

いいえ)で、取りうる得点範囲は、GDS5では0~5点、GDS15では0~15点であり、得点が高いほどうつ状態であることを示す。カットオフポイントは、GDS5が2点、GDS15は5点とされる。

地域における活用例としては、GDS15については大都市部独居高齢者における抑うつとその関連要因の検討<sup>9)</sup>、地域在住の65歳以上高齢者における身体機能と抑うつの障害発症リスクを検討した前向き調査<sup>15)</sup>、GDS5については訪問看護を利用する在宅高齢者のQOL(Quality of Life;生活の質)に影響を及ぼす要因の検討<sup>16)</sup>がある。

## 2. K6/K10 (Kessler6/Kessler10, 表2)

K6/K10<sup>17)</sup>は、2002年にKesslerらにより開発された気分・不安障害のスクリーニングを目的とした尺度である。アメリカやカナダ、オーストラリアにおいて全国調査の中核的な尺度として採用されている。6項目および10項目という項目の簡潔さから所用時間は2~3分とされ、これまで使用されてきた尺度を上回る利点をもち、その信頼性ならびに妥当性は国際的に繰り返し評価されている<sup>18)</sup>。

K6は6項目、K10はK6の項目を含む計10項目で構成され、過去30日間の気分の落ち込みや不安な状態に関する質問について、5段階(全くない、少しだけ、ときどき、たいてい、いつも)の頻度で回答する。取りうる得点範囲はK6では0~24点、K10では0~40点であり、得点が高いほど気分・不安障害の可能性が高いことを示す。

日本においては2003年に古川らにより翻訳され、その信頼性・妥当性が検証されている<sup>19)</sup>。カットオフポイントは、K6については5点、K10については10点が妥当であることが検証されている<sup>18)</sup>。

地域における活用例としては、65歳以上の地域住民における介護予防事業の参加者と非参加者のアウトカムとしての検討<sup>20)</sup>、介護予防基本チェックリストにおける検討<sup>21)</sup>、大都市自立高齢者における主観的健康感の関連要因としての検討<sup>22)</sup>、地域在住の前期高齢者における精神状態とその関連要因の検討<sup>23)</sup>等がある。

## 3. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D;うつ病自己評価尺度, 表3)

CES-D<sup>24)</sup>は、1977年に米国国立精神衛生研究所

表3 CES-D<sup>26)</sup>

1. 普段は何でもないことが煩わしい。
2. 食べたくない、食欲が落ちた。
3. 家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない。
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。
5. 物事に集中できない。
6. 憂うつだ。
7. 何をしても面倒だ。
8. これから先のことについて積極的に考えることができる。
9. 過去のことについてよくよ考える。
10. 何か恐ろしい気持がする。
11. なかなか眠れない。
12. 生活について不満なくすごせる。
13. 普段より口数が少ない、口が重い。
14. 一人ぼっちで寂しい。
15. 皆がよそよそしいと思う。
16. 毎日が楽しい。
17. 急に泣き出すことがある。
18. 悲しいと感じる。
19. 皆が自分を嫌っていると感じる。
20. 仕事が手につかない。

各項目について、「一週間で全くないかあったとしても1日も続かない=0点」「週のうち1~2日=1点」「週のうち3~4日=2点」「週のうち5日以上=3点」の4件法で回答する(項目4, 8, 12, 16は逆転項目)。

(NIMH)の疫学研究センターにより開発された、一般住民におけるうつ病の疫学研究用の自己評価尺度である。多様な年齢層、社会経済状態、人種等を含むさまざまな地域住民に用いられ、その信頼性ならびに妥当性は支持されている。また、臨床集団におけるうつ特定のためのスクリーニングツールとして、感度と特異度を満たしている<sup>25)</sup>。

本尺度は、心身の状態に関する20項目の問いからなり、その1週間の頻度について4件法(全くないかあったとしても1日も続かない、週のうち1~2日、週のうち3~4日、週のうち5日以上)にて回答する。取りうる得点範囲は、0~60点であり、点数が高いほどうつ状態が重いことを示す。

日本においては1985年に島らにより、日本語版尺度の信頼性ならびに妥当性が検証されている<sup>26)</sup>。カットオフポイントは原版に基づき、16点が妥当であることが検証されている。

地域における活用例としては、地域在住高齢者を対象に、多面的な健康状態の評価指標の一環として検討したもの<sup>27)</sup>や、抑うつとフレイルの関連の検討<sup>28)</sup>、抑うつと心疾患のリスクとの関連の検討<sup>29)</sup>、また介護保険サービスを利用している在宅高齢者の家族介護者における抑うつとその関連要因の検討<sup>30)</sup>等がある。

#### IV. 活用できる地域看護実践例

高齢者のうつ指標について、地域看護の実践や研究における活用方法について予防の観点から述べたい。

まず、一次予防においては、うつに関する正しい知識を理解し、自身で予防行動をとることが重要である。リーフレット等による普及啓発、介護予防事業や各地区で行われている健康教室、講座、サロン等の場において、高齢者自身で定期的に指標を用いて自身の状態を評価することで、うつ予防に向けた健康管理のためのツールとして使用できる。

続いて、二次予防においては、うつを早期に発見し、早期治療につなげることが重要である。早期発見は訪問などの個別支援の場や、健診や介護予防事業といった集団支援の場において、指標を用いたアセスメントを行うことができる。また、うつのハイリスク者を対象としたうつ予防プログラムの開発や、すでにうつである高齢者に対するうつ軽減プログラムを開発し、それらプログラムの評価指標として活用していくことができる。なお、高齢者のうつの有病率は地域特性や人口規模、世帯類型などにより異なる可能性が示唆されていることから、それぞれの特性に応じた実態の把握や、それを踏まえた効果的な介入とその評価に関する実践ならびに研究がますます発展していくことが望まれるであろう。

#### 【文献】

- 1) 大森(松田)芳・寶澤 篤・曾根稔雅他：うつ状態と介護保険支援・要介護認定リスクとの関連鶴ヶ谷プロジェクト。日本公衆衛生雑誌, 57(7)：538-549, 2010.
- 2) 平井 寛・近藤克則・尾島俊之他：地域在住高齢者の要介護認定のリスク要因の検討；AGESプロジェクト3年間の追跡研究。日本公衆衛生雑誌, 56(8)：501-502, 2009.
- 3) 竹田徳則・近藤克則・平井 寛：地域在住高齢者における認知症を伴う要介護認定の心理社会的危険因子；AGESプロジェクト3年間のコホート研究。日本公衆衛生雑誌, 57(12)：1054-1065, 2010.
- 4) 佐々木由里・宮國康弘・谷友香子他：高齢者うつの地域診断指標としての社会的サポートの可能性；2013年日本老年学的評価研究(JAGES)より。老年精神医学雑誌, 26(9)：1019-1027, 2015.
- 5) 和久井君江・田高悦子・真田弘美他：大都市部独居高齢者の抑うつとその関連要因。日本地域看護学会誌, 9(2)：32-36, 2007.
- 6) 厚生労働省：平成26年(2014)患者調査の概況。http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/toukei.pdf (2017年9月12日)。

- 7) 田高悦子：うつ。真田弘美・正木治恵(編)，老年看護学技術改訂第2版，257-266，南江堂，東京，2016。
- 8) Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al.: Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1 : 37-44, 1982.
- 9) 杉下守弘・朝田 隆：高齢者用うつ尺度短縮版-日本版(Geriatric Depression Scale-Short Version- Japanese, GDS-S-J)の作成について。認知神経科学, 11 (1) : 87-90, 2009.
- 10) Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS) recent evidence and development of shorter version. Brink TL, *Clinical gerontology*, 165-173, Haworth Press, New York, 1986.
- 11) Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, et al.: Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatric Society*, 47 : 873-878, 1999.
- 12) 鳥羽研二(監)：高齢者総合的機能評価ガイドライン。厚生科学研究所，東京，2003。
- 13) 矢富直美：日本老人における老人用うつスケール(GDS)短縮版の因子構造と項目特性の検討。老年社会科学, 16 (1) : 29-36, 1994.
- 14) 和田有理・村田千代栄・平井 寛：AGESプロジェクトのデータを用いたGDS5の予測的妥当性に関する検討；要介護認定，死亡，健康寿命の喪失のリスク評価を通して。厚生指標, 61 (11) : 7-12, 2014.
- 15) Tsutsumimoto K, Doi T, Shimada H, et al.: Combined effect of slow gait speed and depressive symptoms on incident disability in older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 : 123-127, 2016.
- 16) 田中正子・河野保子：訪問看護を利用している在宅高齢者のQOLに影響を及ぼす要因の検討。日本在宅ケア学会誌, 20 (1) : 47-54, 2016.
- 17) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al.: Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32 : 959-976, 2002.
- 18) Sakurai K, Nishi A, Kondo K, et al.: Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65 : 434-441, 2011.
- 19) 古川壽亮・大野 裕・宇田英典他：一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究；心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究。平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)分担研究報告書, 2002.
- 20) 今堀まゆみ・泉田信行・白瀬由美香：介護予防事業の身体的・精神的健康に対する効果に関する実証分析；網走市における高齢者サロンを事例として。日本公衆衛生雑誌, 63 (11) : 675-681, 2014.
- 21) 南部泰士・石井範子・柳屋道子：介護予防基本チェックリストにおけるうつ項目の検討。厚生指標, 61 (5) : 23-30, 2014.
- 22) 鹿瀬島岳彦・田高悦子・田口理恵他：健康長寿に向けた大都市在住自立高齢者における主観的健康感と関連要因の検討。日本地域看護学会誌, 17 (3) : 23-29, 2015.
- 23) Kikuchi H, Takamiya T, Odagiri Y, et al.: Mental illness and a high-risk, elderly Japanese population; Characteristic differences related to gender and residential location. *Psychogeriatrics*, 13 (4) : 229-236, 2013.
- 24) Radloff LS: The CES-D Scale; A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3) : 385-401, 1977.
- 25) Callahan CM, Wolinsky FD: The effect of gender and race on the measurement properties of the CES-D in older adults. *Medical Care*, 32 (4) : 341-356, 1994.
- 26) 島 悟・鹿野達男・北村俊則他：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.
- 27) Miner B, Tinetti ME, Van Ness PH, et al.: Dyspnea in community-dwelling older persons; A multifactorial geriatric health condition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64 (10) : 2042-2050, 2016.
- 28) St John PD, Tyas SL, Montgomery PR: Depressive symptoms and frailty. *International journal of geriatric psychiatry*, 28 (6) : 607-614, 2013.
- 29) Gallagher D, O'Regan C, Savva GM, et al.: Depression, anxiety and cardiovascular disease; which symptoms are associated with increased risk in community dwelling older adults? *Journal of affective disorders*, 142 : 132-138, 2012.
- 30) Arai Y, Kumamoto K, Mizuno Y, et al.: Depression among family caregivers of community-dwelling older people who used services under the long term care insurance program; A large-scale population-based study in Japan. *Aging & Mental Health*, 18 (1) : 81-91, 2014.