

報 告

## 「抑うつ傾向高齢者の生活感情と近親者喪失について

－東京都中野区における調査から－

### Daily emotions of elderly people suffering from depressive symptoms and bereavement: A questionnaire-based survey in Nakano City

石濱照子

Teruko ISHIHAMA

中野区中部保健福祉センター, 東洋英和女学院大学大学院 人間科学研究科  
Chubu Public Health and Welfare Service Center of Nakano City  
Graduate School of Human Sciences, Toyo Eiwa University, Ph.D Candidate

高齢者の自殺の背景には、慢性疾患による継続的な身体的苦痛や将来への不安とともに近親者の喪失体験が大きな引き金となることがすでに指摘されている。また最近の研究では喪失体験後にうつ病の発症につながることも示唆されている。本稿では、都市部に居住する抑うつ傾向高齢者の生活感情や近親者喪失に関する実態と共に関連要因について明らかにすることを目的として調査研究を実施し、自殺予防対策と絡み合わせた地域福祉施策のあり方について考察した。

研究対象者は中野区の 65 歳以上で区民健診を受けた 26,965 人のうち特定高齢者把握事業（地域支援事業）に準じて実施した生活機能評価において、抑うつ項目 3 点以上の高齢者 509 人とした。本研究ではそのうち 300 人を無作為に抽出し、死亡および転出を除いた 286 人を対象とし郵送による自己記述式質問紙法を実施した。

その結果、回答者の 8 割が近親者の喪失を体験しており、将来に希望が持てない人は、とりわけ対人交流についての期待が持ちにくいことが示唆された。また、抑うつ状態をきたす原因として種々の身体症状を挙げる回答が最多数を占めた。

今後は自殺予防対策と絡み合わせた地域福祉施策として、多様な社会的交流を政策的に確保する必要があり、身近な地域で高齢者対象のグリーフワークプログラムの開催や高齢者専門の傾聴ボランティア制度の仕組みづくりなどが急務である。

キーワード 抑うつ, 高齢者, 近親者喪失, ソーシャルサポート

Keywords: depressive symptoms, elderly people, bereavement, social support

#### 1 緒言

##### 1-1 研究の背景

幸福な老いを捉えるためのキーワードとなってきた Successful Aging の概念ではその関連要因を身体的健康、精神的健康、寿命、認知能力、社会的機能、生産性および主観的幸福感など多岐にわたり示している。

<sup>1)</sup> また Crowther は Successful Aging の要因として、物理的健康、財政的安定生産性・雇用、独立、楽観的展望、活動的・創造的表現あるいは精神性を挙げている。さらに生命満足のレベルは、家族および友人の健

康と社会経済的地位および関係と強く関連していると述べている<sup>2)</sup>。

日本において Successful Aging とは、老後の過程に「うまく successfully」適応することができ、幸福な老後を迎えることができる状況を指すものと理解されている。この状況に含まれる概念として、生存期間、身体的健康、認知能力、精神的健康、社会的機能、生産性、パーソナルコントロールの保持、主観的健康感が挙げられている。しかし successful Aging を具体的に操作化することや「幸福」であると判断する指標の設定や

標準尺度もまだ不十分である<sup>3)</sup>。

近親者喪失についての研究では、1969年、Paeksらは54歳以上で配偶者を失った夫また妻の配偶者の死去から6ヶ月以内の死亡率が同じ年代の対照群の人々に比べ40%も高く、その原因の4分の3は心臓病であり、対象喪失によるさまざまな感情の高まりが血圧や心臓の働きに影響を及ぼしていると報告している。さらに8人の開業医にかかりつけの44人の未亡人について夫の死亡に先立つ2年間と、死亡後の1年半の2つの期間における受診率を比較したところ、夫死亡後の受診率は夫死亡前の受診率に比較して63%も増加した。ほとんどの人々が様々な形で心身の異和・変調を感じ、失意、悲嘆、うつ、絶望の心理と表裏をなしていたと述べている<sup>4)</sup>。

また「高齢単身者の孤独の要因と対処資源」の神戸市高齢単身者を調査対象とした研究<sup>5)</sup>では、次のような報告がされている。家族・親族関係の充実や緊急通報などの在宅支援サービスが孤独の対処資源となっていて、家族・親族のサポートが弱い高齢単身者や緊急通報システムの非利用者では、孤独感を訴えた頻度が高かった。また子どもがいない、活動能力が低い人で孤独感が高くなっており、性別、年齢、住居や仕事の有無との関係はみられなかったことを指摘している。

さらに「寝たきりや虚弱を引き起こす生活要因に関する生活史的調査研究事業報告書」<sup>6)</sup>において東京都内の高齢者12名に対して行なった質的調査では、高齢者のいきいきとした生活には「居住環境」のようなハードな面の環境よりも「仲間との交流」や「役割」という対人的なソフトの面の環境が、より強く反映される。高齢者は自ら生き甲斐や人生満足度を最大限に高める意識を持って生活しており、その生き方の決定には、家族との関係が強い背景要因となる、とまとめられている。

Levin & Stokesは、個人内傾性が孤独感を引き起こすメカニズムについて、(1) 社会的ネットワーク媒介モデル (social network mediation model) と (2) 認知的バイアスモデル (cognitive bias model) という2つのモデルを提出しそれぞれの影響過程を検討している。<sup>7)</sup>  
<sup>8)</sup> 2つのモデルについて、社会的ネットワーク媒介モデルでは、何らかの個人内傾性が対人関係の形成や維持を困難にする結果、社会的ネットワークが希薄になり、孤独感が生じると仮定される。一方、認知的バイアスモデルでは、自己や他者に対するネガティブな感情傾向が現実の社会的ネットワークを過小評価するた

めに、社会的ネットワークの様態にかかわらず孤独感が生起すると仮定される。さらに外向性、抑うつ、他者受容と孤独感との関連が検討され、いずれの個人内傾性も孤独感に対して影響過程をもつことが明らかにされている。また孤独感を高める要因のひとつとして、円滑な対人関係を築くための言語的、非言語的な能力である社会的スキルの不足が報告されている。社会的スキルの不足は、対人関係の形成や維持を妨げるだけでなく、対人不安などのネガティブな感情傾向を高めてしまう。したがって、個人内傾性のひとつとして社会的スキルを取り上げると、社会的スキルと孤独感との間にも、社会的ネットワーク媒介モデルと認知的バイアスモデルという、2つの影響過程が存在すると考えられる。よって主観的に健やかな明るい人生を送るには、家族のサポートや在宅支援サービスや「仲間との交流」、「役割」をもたらしようなサポートシステムが有効であるが、家族のサポート強化に期待できない現代において、在宅支援サービスがより有益であるための条件や、対人交流や役割を高めるようなサービスの在り方についての研究はまだ途上である。

また近親者との死別体験は、罪責感や心残りなどから抑うつ傾向になりやすいことが明らかにされていて、近親者喪失を体験する機会の多い高齢期への対策も不十分である。柳田邦男は、現代医療や生命倫理の問題を考察する場合の視点として「二人称の死」という言葉を提唱している<sup>9)</sup>。柳田によれば、二人称の死（人生を共有してきた愛する者の死）、それは一人称の死（自分の死）や三人称の死（他人の死、医療現場における患者の死をも含む）とは明らかに異なり、残された者に大きな「喪失感」と「悲嘆」が伴う。それゆえ、二人称の死においては、死に遭遇した者の喪失感と悲嘆に対する「癒し」が課題となる。喪失体験の多い高齢期では、ストレスの高い二人称の死に遭遇した後でうつ病を発症することがすでに問題視されている。高齢者の自殺の背景には、慢性疾患による継続的な身体的苦痛や将来への不安とともに、近親者の喪失体験が大きな引き金になることは、十分考えられる<sup>10)</sup>。また高橋は、うつ状態にあることが死亡や身体機能低下、認知機能低下を予測することを明らかにしている<sup>11)</sup>。国民衛生の動向2003<sup>12)</sup>によれば、全国の自殺率は25.5（人口10万対）で、東京都は22.2である。全国の死因で「自殺」は第6位、東京都では第5位である。2003年中野区における統計では、当区の自殺率は24.0である。この2003年の自殺者総数56人のうち65

歳以上の自殺者は 6 人、2004 年では同様に 57 人の中で 4 人で、いずれも 1 割前後であった。2005 年には自殺者総数が 71 人となりそのうち 65 歳以上は 14 人、2006 年は自殺者総数 62 人のうち 65 歳以上が 12 人でいずれも 2 割前後となり、2007 年は自殺者総数 63 人中 65 歳以上が 16 人で 25% となった。このように当区における 65 歳以上の自殺者実数が年々増加している。しかし現段階で当区における自殺予防やうつ病予防などに対する施策は、年 1 回の中高年対象のうつ病予防講演会や精神科医によるうつ病特設相談があるのみで対象を高齢者に絞った施策はない。そこで高齢者を対象とする自殺予防に向けての地域支援施策を構築するために、抑うつ傾向である高齢者の生活感情の実態と関連要因を把握し、効果的施策を探る基礎資料を得ることとした。

## 1-2 研究目的

筆者の勤務する中野区において高齢者の自殺は増加傾向であるが、今後の自殺予防の施策を考えると、その実数の多い高齢者にもっと注目すべきであり、大都市における有効なソーシャルサービスの開発が必要である。また近親者との死別体験は喪失感に拍車をかけ、高齢者の抑うつ状態を悪化させ、自殺につながりやすいことが明らかにされており<sup>410)</sup>、抑うつ傾向高齢者には、近親者喪失の影響があることが予測される。

本稿の研究目的は、都市部に居住する抑うつ傾向高齢者を対象とした質問紙調査によって、生活感情や身近な人の死による喪失感に関する実態と共に関連要因を明確にすることである。

## 2 研究方法

### 2-1 調査方法

① 対象者 2006 年度 65 歳以上で区民健診受診時に生活機能評価調査を実施した 26,965 人

のうち、抑うつ項目 3 点以上を抑うつ傾向の顕著な高齢者として抽出すると 509 人が該当した。そのうち 300 人を無作為に抽出し、死亡および転出を除いた 286 人を対象とした。

② 方法 郵送による自己記述式質問紙法 (郵送配布 - 郵送回収)

③ 調査期間 2007 年 6 月 ~ 8 月

④ 調査質問内容 成人一般に適用可能な尺度として採用される生きがい感スケール (近藤・鎌田 1998 年) の 4 因子「現状満足感」「人生享楽」「存在価値」「意

欲」と抑うつ理論をもとに作成された絶望感尺度 BHS(Beck Hopelessness Scale) から選択し、現在の日常生活をどのような気持ちで過ごしているか、将来に対しての希望や、対人交流について問うこととした。また身近な人を亡くした経験の有無や、抑うつ気分傾向の誘発要因については、地域でのサポート体制や施策化を意識して著者が作成し、「うつ予防・支援に関する」アンケートとした。生きがい感については設問 1 ~ 設問 5、ホープレスネス (hopelessness) については設問 6、設問 7 で、設問 6 以外は「はい」「どちらでもない」「いいえ」の 3 択、設問 6 は「はい」「いいえ」の 2 択とした。設問 8 から設問 10 までは身近な人を亡くした経験の有無と喪失感、抑うつ気分、困りごとについて問うている。設問 8 は「はい」「いいえ」の 2 択である。「はい」に回答した人には、設問 8A、8B、8C で亡くした後の気持ちや対応を尋ねた。設問 9、設問 10 については回答選択肢のうち該当するものをいくつでもチェックしてもらうように作成している。具体的な設問内容は以下のとおりである。

設問 1 私は今の生活に満足感があります。

設問 2 私は他人から信頼されて頼りにされています。

設問 3 自分が必要とされ存在価値を感じるがあります。

設問 4 自分の趣味や好きなことに会えることがよくあります。

設問 5 私は好きなものを飲んだり食べたりする機会をよく持っています。

設問 6 他の人と有意義なつき合いをするという点で、私の将来は暗いと思う。

設問 7 将来が私にとって良くなる見込みはあまりないと思う。

設問 8 あなたは、身近な人を亡くされた経験がありますか。

「はい」の方に

設問 8A 亡くされた以降、気分の落ち込みが続いている。

設問 8B 親身になって話を聴いてくれる人はいますか。

設問 8C 身近な人を亡くされた方のグループ活動があれば参加しますか。

設問 9 あなたが憂鬱な気分になるのは、どんなときですか。

① 身近な人を亡くした喪失感

② 自分の役割がない (社会 地域 家庭)

- ③収入に不安がある
- ④心の通う友達がいないから
- ⑤以前は楽しかったことに何の興味も湧かない
- ⑥体調がすぐれない
- ⑦その他

設問10 現在困っていることについて

- ①経済的問題
- ②遺産相続等問題
- ③家事全般
- ④孤独感、寂しさ
- ⑤集中力の低下
- ⑥睡眠障害(寝つきが悪い 熟睡感がない 朝早く目覚める)
- ⑦身体的問題(口渇 腹が張る 胃弱 動悸 頭痛 非常に疲れやすい)
- ⑧死に対する恐怖
- ⑨終末期の不安

また対象者が抑うつ傾向を示す区民で高齢者であることを考慮し、全体の容量がA4サイズ両面に収まること、読みやすくするために字の大きさや行間に配慮すること、理解しやすい内容であることなどを考慮したうえで従来の当区におけるアンケートの文

言を参考に回答しやすくすることに留意して作成した。

### 2-2 倫理的配慮

この調査は、根拠法令である介護保険法及び地域支援事業実施要綱を遵守したうえで、地域支援事業の実施に関する事項として当自治体の個人情報審議会にて承認を得ている。さらに生活機能評価結果および基本チェックリストの結果についての個人情報収集および情報提供については、生活機能評価票に対象者のサインを求めたうえで実施している。(根拠 地域支援事業実施要綱老発第0413001) また自己記述式質問紙は無記名とするとともにリーフレットによるうつ病予防の啓発と相談機関一覧を同封した<sup>13)</sup>。

### 3 調査結果

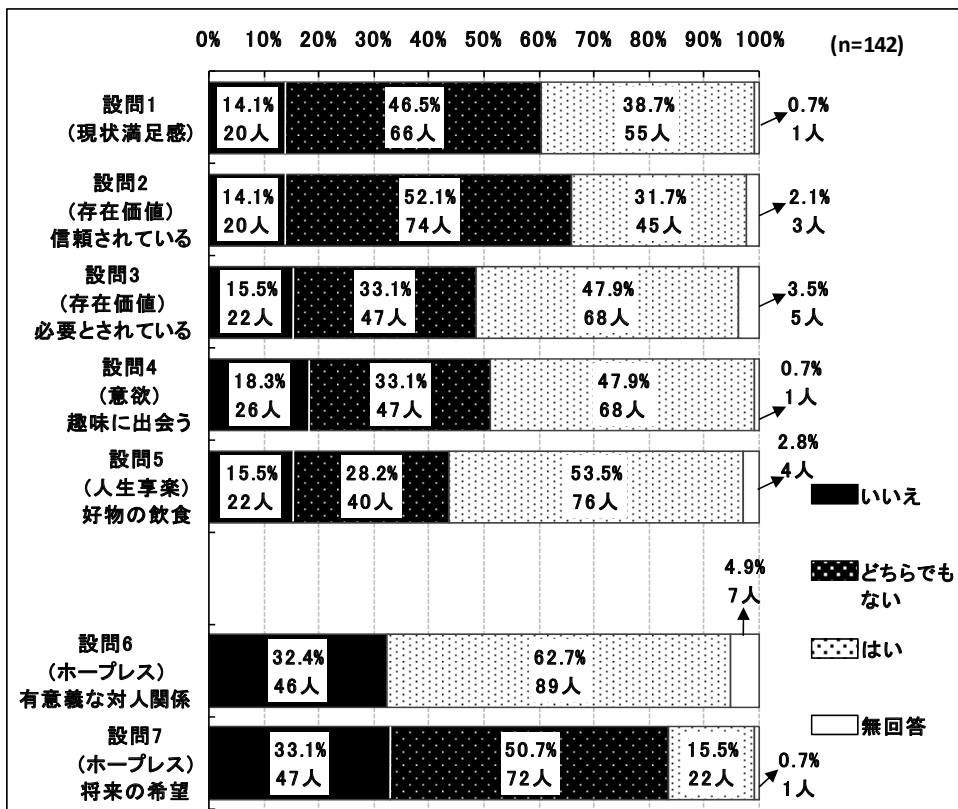
調査票を郵送した286通のうち有効回収数は142人(49.7%)である。以下その回答結果について述べる。

#### 3-1 生きがい感・絶望感について

設問1から設問7の生きがい感・絶望感についての回答を図1に示した。

設問1から設問5までの生きがい感では、「いいえ」を選択したものはいずれも2割程度であった。しか

図1 生きがい感・絶望感



注 設問6、設問7は逆転項目で「はい」「いいえ」を左右にし、図表化している

し「どちらでもない」を消極的否定と捉えて「いいえ」に加えると、設問 1 と設問 2 とともに「いいえ」が 6 割を超える。

設問 1 と設問 2 の回答を比較すると「今の生活に満足感がある」と回答した 55 人のうち 28 人が「他人から信頼され頼りにされている」と回答し「他人から信頼され頼りにされていない」と回答したのは 1 人だった。「今の生活に満足感がない」と回答した 20 人では、「他人から信頼され頼りにされている」と回答したのは 2 人であった。また設問 1 と設問 3 では「今の生活に満足感がある」55 人のうち 36 人が「自分が必要とされ存在価値を感じることもある」と回答し、「他人から信頼され頼りにされていない」と回答したのは 2 人だった。

設問 4 の「自分の趣味や好きなことに出会えることがよくある」では「はい」と回答した人が 47.9%であった。設問 5 の「好きなものを飲んだり食べたりする機会をよくもっている」で「はい」と回答した人は 53.5%であっ

た。

設問 6 と設問 7 はどちらも「はい」が 3 割であった。設問 7 では「わからない」が 50.7%となっており、「わからない」を消極的否定と捉えると 84.4%の人が将来の希望について見込みなしと回答していることになる。設問 6 は「はい」「いいえ」の 2 択のためか、無回答が 4.9%と一番多くなっていた。一方、将来に希望がもてると回答した人はわずか 15.5%であった。

### 3-2 将来における有意義なつき合いの予想（明暗予想）と生きがい感について

設問 6 は人との有意義なつき合いについて問うものであり、「暗いと思う」（32.4%）とそうではない回答を比較して、生きがい感に含まれる現状満足感や存在価値などについて、どのような状況であったのかを図 2（図 2-1～図 2-6）に示した。

人との有意義なつき合いで「将来が暗いと思う人」と「将来が暗いと思わない人」とでは、いずれの設問

図 2-1 明暗予想と現状満足感

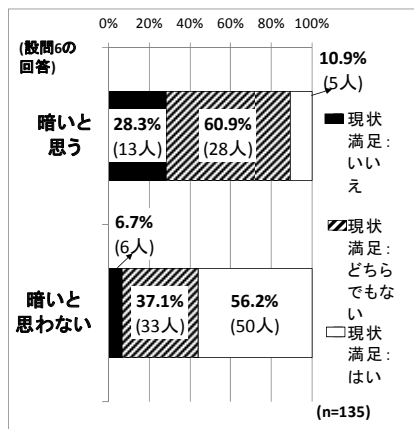


図 2-2 明暗予想と被信頼感

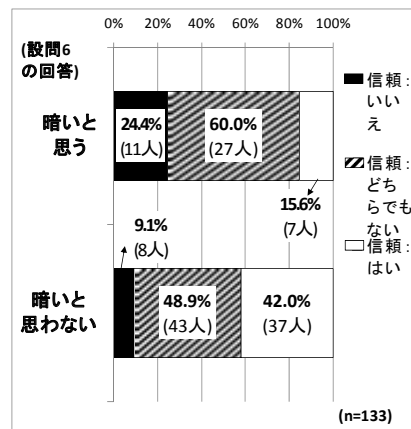


図 2-3 明暗予想と存在価値

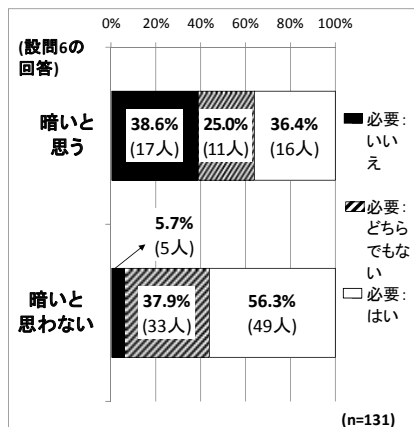


図 2-4 明暗予想と快感意欲

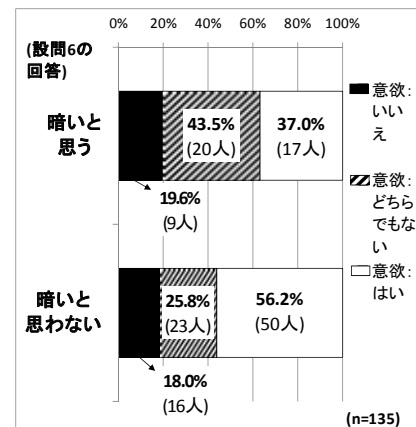


図 2-5 明暗予想と好物飲食

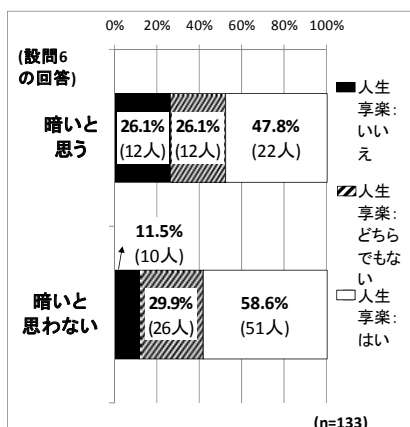
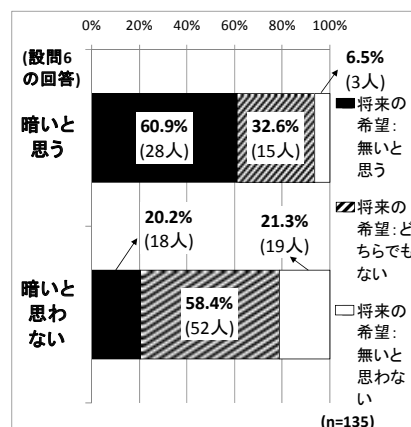


図 2-6 明暗予想と将来の見込み



においても「暗いと思わない人」のほうが生きがい感について肯定的な統計上有意な関連が得られた。また人との有意義なつき合いに将来が暗いと思う人で設問1「今の生活に満足感がある」と回答した人は約1割(図2-1)、設問7「自分の将来に見込みがないとは思わない」と回答した人も約1割であった(図2-6)。

### 3-3 身近な人の喪失に関する気持ち

身近な人を亡くした体験と、体験がある場合に亡くしてから気持ちなどについての回答を表1に示した。対象者の8割、119人が身近な人を亡くし、そのうち51人が、亡くした経験をして以降も気分の落ち込みが続いている。その51人のうち33人は、親身になって話を聴いてくれる人がいると回答している。一方身近な人を亡くした以降気分の落ち込みが続き、親身になって話を聴いてくれる人がいないという人は16人であった。身近な人を亡くした119人のうち81人は、親身になって話を聴いてくれる人がいるが、一方35人は、親身になって話を聴いてくれる人がいないと回答している。3人は無回答であった。さらに身近な人を亡くした人のグループ活動があれば参加したいと

いう人は24人いた。この24人についてみると、「親身になって話を聴いてくれる人がいる」が14人、「聴いてくれる人がいない」が10人という結果であった。セルフヘルプグループに参加してみたいということと話を聴いてくれる人がいるかどうかでは違いがみられなかった。設問7において、「将来が良くなる見込みがあまりない」と答えた人47人中42人が設問8において身近な人を亡くした経験がある回答している。残りの5人のうち3人は別記に「緑内障で視力低下」「夫との気持ちの交流がない」「うつ病で治療中」とあった。将来が良くなる見込みがあまりなく、身近な人を亡くしたと回答した42人中6割27人が「亡くした以降気分の落ち込みが続いている」と回答している。この27人のうち16人が親身になって話を聴いてくれる人がいて、11人が親身になって話を聴いてくれる人がいないという結果であった。今回の調査では、親身に話を聴いてくれる人がいるかどうかは、気分の落ち込みや将来への期待とはあまり関係がないという結果であった。

設問9は、憂鬱な気分になるのはどんなときかでは、

表 1 身近な人の喪失と喪失後の気持ち

	はい	いいえ	わからない	無回答	計
設問8(喪失経験)	119 (84%)	16 (11%)	-	7 (5%)	142
設問8A(喪失後の気分の落ち込み:憂鬱)	51	67	-	1	119
設問8B(喪失後親身の話し相手:親密)	81	35	-	3	119
設問8C(喪失者SHGへの参加意思:交流)	24	46	49	0	119

注 設問8 A、設問8 B、設問8 C はいずれも設問8に「はい」と回答した人を対象

7つの選択肢から複数回答を求めている。どの項目にもチェックしなかった人は19名であった。但し設問8から設問10まで白紙の人が3名いたが、意識的に記入を避けたものというより、裏面で気づかなかった可能性が大きいと思われる。無回答の19名を除き1人当たり2.2項目をチェックしている。回答結果を図3に示す。最も多かったのが、「体調がすぐれないから」で84人だった。次に多かったのが「身近な人を亡くした喪失感」で48人であった。そのあとは「収入に不安がある」が41人、「心の通う友達がいない」と「自分の役割がない」は29人、「以前は楽しかったことに何の興味も湧かないから」は23人という結果であった。また「その他」は19人で内訳を見てみると、身体的問題あるいは身体的問題に起因するものとして、高齢で病弱、緑内障、大腸疾患、体調が崩れたときなど6件、近所や家族との交流についてなど孤独感について4件、抑うつや不安など5件、その他認知に関するもの2件であった。

設問10「現在困っていることについて」は13の選択肢から複数回答を求めた。どの項目にもチェックしなかった人は12名であった。無回答の12名を除き1人当たり3.6項目をチェックしている。図4に結果を示す。

最も多かったのが、「身体的問題」で90人であった。設問9の「体調がすぐれないから」の84人との整合性がとれている結果である。身体的問題の例として挙げた「口渴、腹が張る、胃弱、動悸、頭痛、非常に疲れやすい」の中では、半数強の49人が「非常に疲れやすい」にチェックをしている。その他胃弱、動悸、頭痛等については、いずれも11人から19人までであった。次に多いのは、「集中力の低下」で61人、「睡眠

障害」で57人だった。睡眠障害の内容については「寝つきが悪い」は12人、「熟睡感がない」は16人、「早朝覚醒」は17人がチェックをしている。続いて「経済的問題」38人は、設問9の「収入に不安がある」の41人と同様にあがっている。「孤独感・寂しさ」は28人、「相談相手がない」は23人、「仲間がいない」は22人、「人間関係」23人は設問9の「心の通う友達がいない」29人に共通するもので、いずれも対人交流についてのものであった。高齢期になると、死に対する恐怖は減少するといわれているが、今回の調査結果でも「死に対する恐怖」は15人であった。一方「終末期に対する不安」にチェックした人は37人いた。現在困っていることの「その他」の内訳を見てみると、身体的問題あるいは身体的問題に起因するもの、対人交流に関するもの、将来や死についての不安、在宅サポート体制に関するもの、社会的な基盤整備に関するものなど多岐にわたった。その中でも住宅、保証人や後継者がいないなどの問題は社会生活をおくる上で基本的な問題である。設問9の回答にあった「収入に不安があるから」の41人、設問10の「経済的問題」の38人は住宅問題や保証人や後継者問題に関するものであった。

#### 4 考察

##### 4-1 生きがい感・絶望感について

3-1 生きがい感(図1)では、抑うつ気分や快感消失があると今の生活に満足するなどの主観的幸福感が得られにくく、自分に価値がないと思いがちであることを示している。設問2「他人から信頼されている」、設問3「必要とされ存在価値を感じることもある」はいずれも存在価値に関する項目である。設問3の必要とされ存在価値を感じることもある人は47.9%

図3 憂鬱な気分になるとき

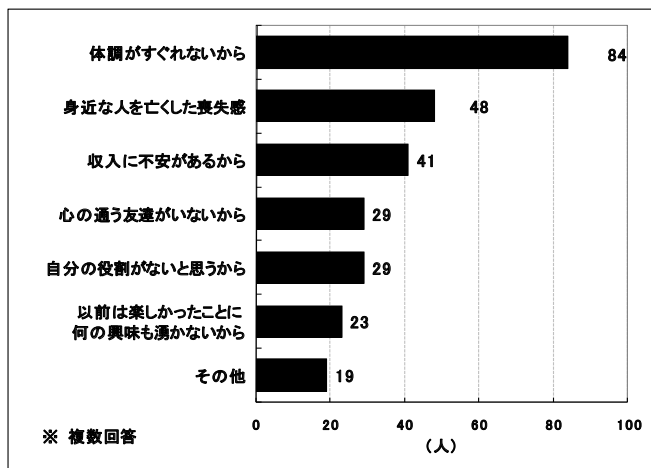
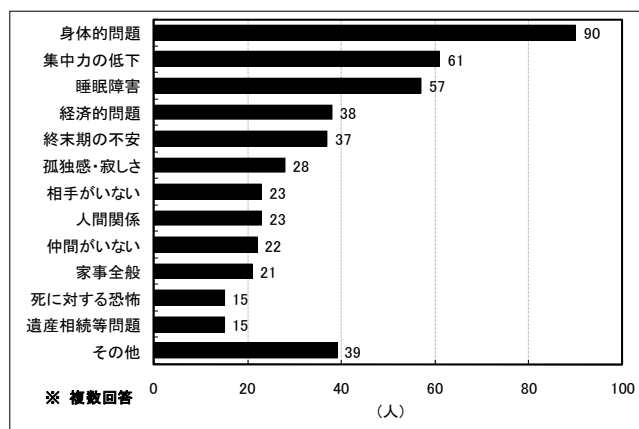


図4 現在困っていること



で、役割意識の持てる対人交流のあることが示唆された。この項目は具体的場面を想定して肯定しやすかったのではないか。しかし他人から信頼されて頼りにされていると思う人は 31.7%で、場面的には存在価値は感じられても総合的に信頼され頼りにされているとまでは疑問だという人が「どちらでもない」(52.1%)に回答したとも考えられる。設問 4 は意欲を問う項目である。もともと趣味をもっている人でも、経済的理由や身体的理由さらに親しい人の喪失などで継続することが難しい場合もある。また個別の環境や社会的条件に影響を受けやすく、高齢者にとっては自ら開拓して新たな趣味に出会うことは難しいため、高齢者向けの社会的仕掛けが必要である。

設問 5 は、人生享樂についての項目であり、人との交流等に関係なくさらに家族の状況や経済状況など社会的条件にも左右されにくいいため比較的肯定しやすく、また生存欲求に属するもので満足が得やすいものであるため 53.5%の肯定的回答が得られたと考えられる。回答しやすかったためか「どちらでもない」(28.2%)が最も少なかったのもこの設問であった<sup>14,15)</sup>。

設問 6 は他の人との有意義なつき合いに限って問うている。高齢期において対人関係のあり方が、主観的幸福感や生き方に大きく影響を与えているといわれている。有意義なつき合いをするという点で将来は暗くないと回答した人が 62.7%という結果であり、人との交流においては 6 割の人は希望がもてていることを示している。設問 3 で約半数の人が役割意識の持てる対人交流のあることが示唆されていることから了解できる。いずれのライフステージにも人との交流が嫌いという人が存在するが、対人関係に期待ができないと回答した 32.4%の人は、このアンケートを投函していることから全くつき合いを拒否している生活とは考えにくい。そうした中でも期待できないという結果は孤立化した高齢者を反映した結果であると考えられる。設問 6 に「わからない」の項目を加えたことを想定すると、人とのつき合いに希望が持てると回答した人が、設問 7 のように「わからない」に半数がシフトとしたかもしれない。人との交流において暗いと思う人が主観的幸福感及び将来に対する希望が持ちにくいのは、自己期待が持てず、無力感に陥りやすいためであろうか。将来に希望が持てない人は、対人交流に関しての期待がもちにくいことが示唆された。

#### 4-2 身近な人の喪失に関する気持ち

3-3 身近な人の喪失と喪失感(表 1)の設問 8 では、

「2 人称の死」を意識して「身近な人」としているが、高齢者は複数の身近な人を亡くしている可能性が高く、回答や分析が複雑化する恐れがあると判断し、今回の調査では亡くした人との続柄や亡くした原因、亡くしてから期間については問うていない。続柄がどうあろうが身近な人、言い換えれば「自分にとって大切な人」であることには変わりはない。しかし誰を亡くしたか、亡くした原因やその際の関与などについて明らかにすることは今後の研究課題である。従って身近な人を亡くした以降、「憂うつな気分が続いている」51 人の気分の落ち込みが当然の時期なのか、あるいは慢性悲嘆としてとらえていいものなのかは判断ができない。ただ身近な人を亡くした人の半数弱が現在も気分の落ち込みがあるということは、サポートのあり方や自殺予防の点からも重要視すべきことである。身近な人を亡くした人のグループ活動があれば参加したいと回答した 24 人は、無記名のアンケートに対して全員が住所、電話番号、記名があり、誘いがあればいつでも参加したいというはっきりとした意思を示していたことは特徴的である。日本においては身近な人を亡くした人に対するソーシャルサポートは未だ充実しているところか、かろうじて善意によるグループ活動がいくつかあるだけで、公的には犯罪被害者に対する支援の一部としてのセルフヘルプグループ、あるいは自殺対策基本法の流れによる自治体の試みが始まったばかりである。こうした状況の中では、アンケートの対象者もセルフヘルプグループの役割や期待するものなどについて、よくわからないままに回答した可能性が高い。それにもかかわらず「身近な人を亡くした人のグループ活動があれば参加したい」という 24 人全員が連絡先を記載した返信は、重く受け止める必要があろう。

高齢期の抑うつ状態は、身体症状の訴えが中核症状であることは周知であるが、今回調査の設問 9 の憂うつな気分になるときはどんなときかについて、「体調がすぐれない」が最も多く、それを裏付ける結果である。アンケート対象者は区の「かかりつけ医」で健康診断をしているため、体調がすぐれないということがかかりつけ医に相談している可能性が高い。近年認知症に関しては、東京都の認知症アドバイザー医認定制度などにより、区の開業医の認知症に対する機運が高まり、高齢者の診察の際に認知症状の視点ももちうようになっている。しかしうつ病や抑うつ傾向の高齢者に対しては、まだその域には達していないと思わ



れる。また区民の「かかりつけ医」のほとんどは精神科ではないため、今後地域の開業医に対して高齢者のうつ病に関する知識の普及や、専門医へつなぐ仕組みづくりが必要である。精神科への紹介が保険点数化されたのもその第一歩である。こうした仕組みづくりにより高齢者のうつ病の早期発見や適正医療が進展し、ひいては高齢者の自殺予防につながっていくと考えられる。また同じく設問 9 の回答で「体調がすぐれない」の次に多いのが「身近な人を亡くした喪失感」であった。身近な人を亡くすということは、ライフステージの中で高齢期に限らず起こることである。しかし高齢期は喪失が多くさらに将来に対する希望が持ちにくいことなどから、喪失感が長引いて病的悲嘆の経過をとりうつ病に罹患したり、あるいは身体症状が強く出現し、病態を複雑にして発見が遅れたりすることもある。また正常悲嘆であっても、そのライフステージの特徴から抑うつ状態に陥りやすく、二次的な問題を引き起こす確率が高い。誰にでも起こる身近な人を亡くした喪失感に苛まれている人に対しての何らかのサポートがあれば、またライフステージの早い時期からの予期悲嘆に対する準備教育が整っていれば、身近な人を亡くした高齢者の心の状況はもっとよくなるのではないか<sup>16)</sup>。

設問 10 の現在の困りごとでは、身体的問題のうち非常に疲れやすいに半数以上の人チェックをつけていた。うつ病の診断において「非常に疲れやすい」は典型的症状であるが、内科など精神科以外の科においては胃弱、頭痛や動悸とは異なり不定愁訴と受け取られがちであるため、うつ病の診断にはつながりにくいのではないかと。さらに次に多かった集中力の低下や睡眠障害についてもうつ病の症状としては一般的症状であるが、高齢者のように複数の合併症を抱えている場合には、他の疾病症状に隠れて見逃されてしまう可能性もある。設問 9、設問 10 に一定数を占めている経済的不安については、平均寿命の延長と定年後の第 3 ステージといわれる 20 年近くの生計を、もはや年金だけでは確保しきれないという不安、さらに高齢者の働く場や住宅問題などの整備がまだ不十分な状況であり、こうした状況を反映した結果とも考えられる。また孤独感・寂しさや相談相手がいない、仲間がいないなど対人交流について考えてみると、高齢期は親しい人を失う頻度が高く、それでいて新たな人間関係の構築がしづらい。まして調査対象者が抑うつ状態の高齢者であることを考えれば、自己期待や意欲も持ちにく

いたためなおさらである。

## 5 結論と今後の課題

本稿では、「かかりつけ医」はあるものの抑うつ傾向の顕著な対象者に対して調査をおこなったため調査内容がどのような反響をもたらすかなど計りかねない点も多くあったが、行政に何らかの期待を持っている対象と考えられる。というのも無記名の郵送回収でありながら記名があるものや電話・直接来所が有効回答者の 4 割を占めたからである。一方返信のなかった対象者について考えてみると、まさに抑うつ傾向、閉じこもり傾向、認知症傾向の高齢者が多く含まれていることが予測される。今回の調査では、返信のなかった対象者に対しての追跡調査などの課題が残った。

本調査対象者の訴えとして体調がすぐれない、身近な人を亡くした喪失感、億劫、だるいなどの陰性症状と思われる訴えが多かったが、専門医で治療している人は 2 人のみであった。深刻なうつ病エピソードへの早期介入のためには、かかりつけ医がうつ病のリスクと利用可能な治療選択肢を自覚していれば、かなりの確率で重症化を予防できるのではないだろうか。その点からも地域のかかりつけ医に対しての啓発が望まれる。

一方今回のアンケートにおいて、身近な人を亡くした人のグループ活動があれば参加したいという 24 人全員が氏名と連絡先を記載していることに、筆者は行政に対する対象者からの期待あるいは癒されたいという希望を実感した。久保田はその著書の中で真の心のあり様と言語レベルの表記には差があることを指摘した上で、しかし一方で、自分が過去を解釈し理解し主体的に意味づけながら言葉にしていく作業を通じて、過去の体験が加工・統合され、新たな認識や洞察が創発することによって、逆に新たな内的 Working モデル（一瞬のうちに判断する心の領域）が再構成される可能性を指摘している。<sup>17)</sup>つまり高齢期に多い身近な人を亡くしたという共通の喪失体験を語り合うことにより、それらの周辺にある自身の足跡をも含め自己認識が再構築される可能性という点で、抑うつ予防、症状悪化防止のみならず、支えあいの仕組みとしてこうした試みは重要である。すでにグループ活動を実施している自治体もあるが、NPO の活動も含め参加対象者が高齢者であることから、場所や時間帯を配慮した、グリーフワークのためのグループ活動の開催も検討する必要がある。また QOL を維持し、何らかの役割を

持つためには「仲間との交流」が重要である。今後は自主グループ活動の支援として重要な活動の場の提供を含め、「集まりの場」としての機能を重視した行政施策の展開を検討していく必要がある。本調査対象者では、身近な人を亡くした気分の落ち込みが続いている人は、親身になって話を聴いてくれている人がいてもいなくても気分の落ち込みに有意差はなかった。実際には話を聴いてもらうことで癒される人もいることから、傾聴ボランティアを身近な地域での制度として確立すべきである。さらに客観的に感情のプロセスの理解を欲する人にはデスエデュケーションが有効ではなかろうか。高齢者に対するデスエデュケーションは未だ模索期あるいは発展期である。今後はさらに研究をすすめるとともに、地域での学習会等を企画していくことで啓発、普及期に向けていく必要がある。

さらに今後のソーシャルサポートを考える上で派遣者側あるいは民生委員等協力機関を含め、高齢者にかかわる人に対する「高齢者の抑うつ」に関しての研修制度を設ける必要があるのではないか。たとえば家事援助は手段的支援であると同時に情緒的支援であるという点で、担当者は抑うつ傾向の高齢者を発見する機会や「傾聴する」機会を常に持つため、「高齢者の抑うつ」についての視点や対応方法についての知識があるかないかが極めて重要であると考えられる。

対人交流の疎遠がちな個人差の大きい高齢期に対して、何らかの社会的交流を政策的に確保する必要があり、支援内容は多様化すべきである。高い就労意欲を有する高齢者には長年培ってきた知識と経験を生かし、年齢にかかわらず働き続けることができる社会環境の整備が求められる。さらに就労を欲しないあるいはできない高齢者には趣味や社会奉仕等を通じて社会参加できる場の提供や推進が急務である。そして高齢者やその下の世代からのQOL維持や健康増進のためには、老後の楽しい生活像を明らかにできるような長期的な構想に基づいた「支えあいのまちづくり」が望まれる<sup>18)</sup>。

筆者が勤務する東京都中野区における住民調査において、高齢者の抑うつ傾向は今の生活に満足するなどの主観的幸福感を抑制し、自分に価値がないと思いがちであることが示された。また将来に希望が持てない人は、とりわけ対人交流に関しての期待が持ちにくいことが示唆された。回答者の8割が近親者喪失を体験し、その半数に気分の落ち込みが持続していた。また身体症状の訴えは多岐にわたり、高齢者の抑うつ状態

を示す中核症状は身体症状であることが裏付けられた。

## 謝 辞

今回調査の実施と論文作成におきまして多くの方にご指導とご協力をいただきました。この場をお借りしてお礼申し上げます。東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科の白土 辰子教授、林 文教授、大林 雅之教授、山田 和夫教授に改めまして深く感謝申し上げます。最後に、今回の研究にご協力いただいた佐々亜裕美氏や筆者の勤務する職場の方々、そして最後になりましたが、何よりもご自身の情報と時間を提供くださった対象者の皆様に心より感謝いたします。

## 引用文献

- 1) Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA: An exploration of the activity theory of aging. *Journal of Gerontology* 1972;27:511-523
- 2) Crowther MR, Perker MW, Achenbaum WA, et al: Rowe and Kahn's model of successful aging revisited; Positive spirituality - The forgotten factor. *The Gerontologist*.2002;42: 613-620
- 3) 藤田綾子著. 高齢者と適応. 京都: ナカニシヤ出版、2000;199-200
- 4) Paeks CM: Bereavement: abnormal grief. *Oxford textbook Palliative medicine* 2nd ed.1969.
- 5) 下開千春著. 高齢単身者の孤独の要因と対処資源: 第一生命経済研究所ライフデザインレポート、2005.[online] [平成21年5月20日検索]、インターネット<URL <http://www.group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/report/mr0509.pdf>>
- 6) 健康・体力づくり事業財団研究会企画委員会著. 寝たきりや虚弱を引き起こす生活要因に関する生活史的調査研究事業報告書: 健康・体力づくり事業財団、2006.
- 7) Levin & Stokes. The effect of social skills on loneliness through mediation of CMC social networks. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149(4):579-580
- 8) Rowe JW, Kahn RL: Human aging; Usual and successful. *Science*. 1987;237:143-149
- 9) 浅見洋著. 二人称の死. 神奈川: 春風社、2003;3-35
- 10) Schulz R. The psychology of Death Dying and

Bereavement, addison-wesley massachusetts:  
1978;19-20

- 11) 小澤利男、江藤文夫、高橋龍太郎 編著. 高齢者の生活機能評価ガイド. 東京: 医歯薬出版、1999: 11-118
- 12) 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 東京: 厚生統計協会、2003
- 13) 林 文、山岡和枝著. 調査の実際. 東京: 朝倉書店、2002;36-93
- 14) 金 恵京、杉澤秀博、柴田 博、高齢者のソーシャル・サポートと生活満足度に関する縦断的研究. 日本公衆衛生雑誌 .1998;46;532-541.
- 15) Kahn RN: Productive behavior; Assessment, determinations and effects. Journal of American Geriatric Society. 1983;31:750-757
- 16) 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
- 17) 久保田まり著. アタッチメントの研究. 東京: 川島書店、1995:79-130
- 18) 三浦文夫編. 図説高齢者白書 2005年度版. 東京: 全国社会福祉協議会、2006:104-115

