

離島地域におけるうつ病高齢者の社会的背景

——外来診療録を使った後方視調査から——

The Social Background for Elderly Persons with Depression in the Remote Island

——Retrospective Study of Outpatient Medical Records——

瀬戸山 淳 猪狩 圭介 本山 貢
 Atsushi SETOYAMA Keisuke IKARI Mitsugi MOTOYAMA
 (ILPお茶の水医療福祉専門学校) (長崎県壱岐病院精神科) (和歌山大学教育学部)

今村 浩司 笠 修彰
 Koji IMAMURA Naoaki KASA
 (西南女学院大学保健福祉学部) (西南女学院大学短期大学部保育科)

宮崎 聡 西川 佳央里
 Satoshi MIYAZAKI Kaori NISHIKAWA
 (可也病院) (九州保健福祉大学通信教育部)

2016年10月3日受理

Abstract

Among the mental illnesses suffered by the elderly, the morbidity rate of depression is especially high. We conducted a retrospective study of outpatient medical records on the social background of elderly persons with depression who received regular medical treatment in the general hospital on a remote island. As a result, three types are classified by family structure which is the fundamental unit as social group and basis of community life on the island. We studied the basis of these personal relations and locality. Though the social background of elderly persons with depression differs based on the individual, it is confirmed that it contains the potential cause of “isolation” as a risk factor of depression. As in a remote island there is a problem of the younger generation’s moving out from the island, we found it is important to prevent “isolation” in the household or in the family as well as physical isolation to prevent depression among elderly persons.

Keyword : psychiatric social workers, psychiatry in a remote island, depression among elderly persons

I. はじめに

今日、わが国は「少子高齢化」という深刻な課題を抱え、各種の制度・政策が展開されている。こうした中で高齢者の精神疾患については、一般的に認知症が広く知られているところであるが、その一方でうつ病の有病率が高いことが指摘されている¹⁾。また、その誘発因子として近親者との死別、社会的役割や家庭内の役割の変容もしくは喪失など、老年期を迎えて訪れる特有の社会的要因によるところが大きいと指摘されている²⁾。またそれらは個々の状況や各々が生活を営む地域により異なる様相を呈すると考えられている。

長崎県において離島を所轄する長崎県壱岐保健所は、平成25年度の現状について、精神障害者保健福祉手帳

所持者215人(同年人口の0.75%)、自立支援医療(精神通院医療)受給者305人(同年人口の1.1%)と島内の精神障害の現状と精神保健福祉制度の利用状況を報告している³⁾。この数値は長崎県全体においてやや高値を示している。こうした背景のなかで離島における精神保健福祉対策についての具体的な対策案を検討する必要があると考える。

II. 目的

長崎県壱岐市は福岡市から北西に約80kmの玄界灘に位置する離島である。2015年1月の人口は28,433人・11,632世帯で、若年層の就学や就職による島外への転出などから年々減少傾向にあり、2015年の高齢化率は

35.2%と同年の全国平均26.8%を大きく上回っている(人口・高齢化率：彦岐市公表)。こうした高齢化を反映して、島内の就業者数の割合では医療・福祉が11.9%と増加傾向にあり、従来からの漁業は8.6%、農業は14.0%に止まっている(2010年国勢調査を基に彦岐市公表)。こうした状況の中で、長崎県彦岐病院は救急医療をはじめ、島内の中核的医療機関の役割を果たす総合病院として地域医療を担っている(精神科病床の運営については2011年7月より休床中)。

筆者らはうつ病の高齢者の地域生活に焦点をあてながら、島内の特徴的な地域性を踏まえて、高齢者のうつ病の誘発因子と考えられる個々の社会的背景に着目した。個々人の社会的背景を検討する場合、それらは多種多様と思われるが、目的に沿って幾つかの共通する因子を見出すことが重要となる。特にうつ病の高齢者の社会的背景を把握するうえで、家族など「基礎的な社会集団」⁴⁾について調査することが不可欠と考え、これらを踏まえて幾つかの調査項目から得られた結果をもとにして、精神保健福祉士の立場⁵⁾から、今後の精神保健福祉対策について検討することを目的とした。

Ⅲ. 対象と方法

本研究では、離島という地域環境にある長崎県彦岐病院精神科外来に通院するうつ病の高齢者の社会的背景について、外来診療録を使った後方視調査を行った。

1. 対象

精神科外来において、2014年1月から2015年1月までの通院者576人のうち、65歳以上の高齢者247人(全通院者の42.9%)を対象とした。男女別では男性80人、女性167人で、平均年齢(±標準偏差)は79.1歳(±8.26)であった(図. 1)。また、疾病構造では認知症が32.8%と最も多く、次いでうつ病が28.0%であった(図. 2)。

本稿における対象事例は、図. 2で示した主病名うつ病の69人とした。対象事例は男性22人、女性47人と女性が多数で、また平均年齢(±標準偏差)は76.9歳(±7.13)、年齢構成では80歳代の女性が多いという特徴を示した。男性の平均年齢(±標準偏差)は74.8歳(±7.28)、女性の平均年齢(±標準偏差)は77.9歳(±6.8)と女性が上回っていた(図. 3)。また、対象事例の86.9%が、高血圧や糖尿病などの身体合併症を有していた。

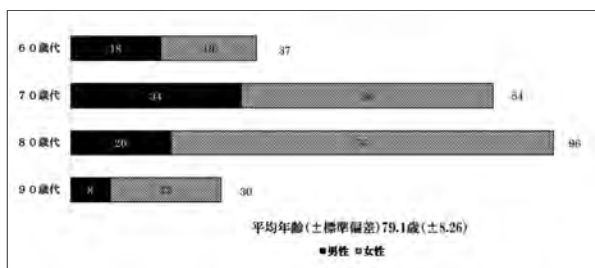


図. 1 精神科外来65歳以上の通院患者年齢構成 (2014年1月～2015年1月/n=247)

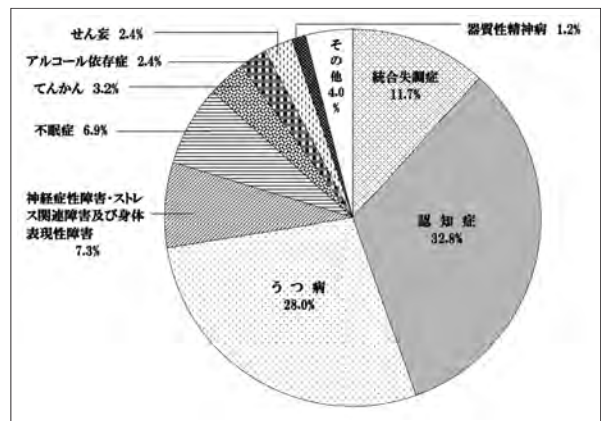


図. 2 精神科外来65歳以上の通院患者の疾病構造 (2014年1月～2015年1月/n=247)

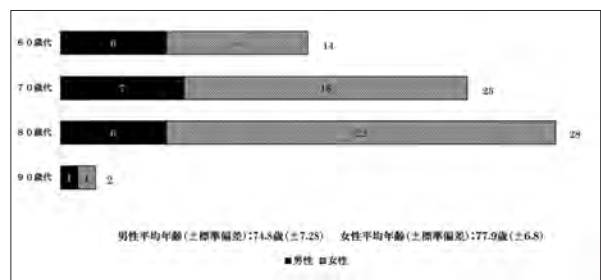


図. 3 うつ病高齢者の年齢構成 (n=69)

2. 方法

本稿における対象事例の97.0%が島内の出身者であることから、家族を構成する基礎的な単位であり生活を営む基盤となる「世帯構成の状況」、また社会的役割や家庭内の役割を検討する指標として「従事していた職業」、さらにうつ病が危険因子の1つと考えられている自殺問題について対象事例の「自殺未遂の既往」などを外来診療録から調査を行った。

Ⅳ. 結果

1. 「世帯構成の状況」

「世帯構成の状況」については、1)「配偶者と2人暮らし」世帯(44.9%)、2)「子供等と同居」世帯(33.3%)、3)「単身生活」世帯(21.8%)に分類することができた。(表. 1)。

表. 1 男女別にみたうつ病高齢者の世帯構成の類型

世帯構成の類型	全体 (n=69)	男性 (n=22)	女性 (n=47)
配偶者と2人暮らし	31人 (44.9%)	9人 (41.0%)	22人 (46.8%)
子供等と同居	23人 (33.3%)	7人 (31.8%)	16人 (34.0%)
単身	15人 (21.8%)	6人 (27.2%)	9人 (19.2%)

1) 「配偶者と2人暮らし」世帯

配偶者と2人暮らしとなった経過については、元来子供がいない事例は5人(16.1%)、島外に子供が居住している事例は8人(25.8%)、島内に子供が居住しているが同居していない事例は18人(58.1%)であった。

2) 「子供と同居」世帯

子供と同居については、実子の息子と同居している事例が多数であった。同居の形は老夫婦と次世代家族(若夫婦と孫)となるが、最多同居者数は8人、最少は親子2人(高齢の親と中年の子供)の2人であった。平均同居者数は4.17人(±1.76)で、壱岐市の平均世帯構成員数の2.4人(壱岐市公表)を上回っていた。

3) 「単身生活」世帯

単身生活となった経過については、15人中14人(93.3%)が配偶者との死別もしくは離別、1人は配偶者が高齢者福祉施設に入所中であった。また、元来子供がいない事例が5人(33.3%)、子供が島外に居住している事例が7人(46.6%)、子供が島内に居住している事例が3人(20%)であった。全ての事例で、子供の就学・就職などにより島内外で別居し、配偶者との2人暮らしとなり、その後に配偶者の死別・離別により単身となったという共通点を有していた。

2. 「従事していた職業」

「従事していた職業」については、男性は会社員、公務員、団体職員が40.8%に達し、社会的な定年制度が導入されている業種の割合が高かった。一方、女性については専業主婦が36.2%と最も多く、次いで農業21.2%、自営業12.8%の順であった(表. 2)。特に専業主婦と農業を合わせると57.4%を占め、社会的な定年制度が設けられていない業種の割合が高く、男女の異なる傾向が顕著に表れた結果となった。

表. 2 うつ病高齢者が従事していた職業

職業	男性(人数=22)	女性(人数=47)
会社員	22.7%(5人)	4.3%(2人)
公務員	13.6%(3人)	6.4%(3人)
団体職員	4.5%(1人)	2.1%(1人)
農業	27.6%(6人)	21.2%(10人)
漁業	4.5%(1人)	8.5%(4人)
自営業	18.1%(4人)	12.8%(6人)
専業主婦	—	36.2%(17人)
その他	—	6.4%(3人)
不明	9.0%(2人)	2.1%(1人)

3. 「自殺未遂の既往」について

当科受診前あるいは受診後において、男性5人(男性の22.7%)、女性5人(女性の10.6%)に自殺未遂の既往が認められた。

V. 考察

家族社会学の視点からの家族ライフサイクルでは、家族としての出発段階について、核家族として子供のいない新婚夫婦2人から成る「夫婦中心家族」、親世代と子供のいない新婚夫婦2人(後継子の結婚)から成る「直系制家族」(2世代、3世代家族)に大きく分類され、その発達過程は家族の成長として考えられている⁹⁾。一方、老年期は家族ライフサイクルからみると最終段階であり、その特徴について「自身やパートナー

の老化に直面し、さまざまな喪失に対処していかなければならない段階である」⁷⁾と示されている。

本研究では「配偶者と同居」世帯、「子供と同居」世帯、「単身生活」世帯の3種類の世帯について、各々の出発段階から、子供の成長や親との死別などの家族内の出来事(life event)を体験して最終段階の老年期の調査である。こうした家族の発達過程について、この間の家族状況を明確に調査することが困難であったが、対象事例と子供世代との関係など家族関係を把握した。その結果、「配偶者と2人暮らし」世帯では、個々の状況によって配偶者と2人暮らしとなった経過、うつ病発症の要因や契機については異なるものの、子供が島内に居住しているが同居していない事例(58.1%)と、子供が島外に居住している事例(25.8%)と合わせて83.9%となり、近隣に子供がいない状況であること、また外来診療録から、身近に相談できる近親者の不在など、近い将来或いは現在の地域生活に不安を抱えているという点で共通していた。

「子供と同居」世帯では、壱岐市の平均世帯構成員数を上回っていた。外来診療録からうつ病発症の契機となった出来事は、退職などによる社会的役割の変容や喪失、また世代交代による家庭内の役割の変容や喪失などが関連したと考えられた。

「単身生活」世帯では、配偶者と2人暮らしから配偶者との死別もしくは離別により単身生活となっていた。この離別体験が、うつ病発症に関連していたと考えられる。「単身生活」世帯には、子供世代の島外への転出率(46.6%)が高く、孤立化する地域性が背景にあると考えられた。

老年期は「喪失の段階」とも言われ、その課題解決策の1つは「喪失への適応」である。それらは身体的・精神的健康の喪失、近親者との死別などの喪失、社会的な役割の喪失などから「孤立」に陥ると言われ、うつ病発症の危険因子の1つとして考えられている⁸⁾。本稿で述べた3種類の「世帯構成」においては、生活を営む地域内の孤立、家族内の孤立、家庭内の孤立という要因を共通して秘めていたように思われた。

壱岐市には従来から「隠居制」という家族制度が存在している。西日本地域の農漁村には「隠居制」という家族制度が継承され、長崎県壱岐市においても「隠居制」が継承され存在していることが報告されている⁹⁾。隠居制家族について、上野¹⁰⁾は「地域社会に規制された家族内部において、居住分離を基本とするある程度独立した複数の生活単位を形成する家族制度である」と定義している。壱岐市では家族が同敷地に「隠居」と称した建物に引退した老夫婦が住まい、夫婦のどちらかが死去しても再構成されず継続して「隠居」に単身で住まう事例が多くある。その生活様式は家計や食事を別にするのも少なくないと報告され¹¹⁾、同敷地内に同居の形ではあるが老夫婦が孤立する可能性

も考えられる。また、「隠居制」という形をとらずとも、老夫婦と次世代家族が分離した生活様式は、離島である壱岐地域の家族文化として根強く存在しているように思われた。

本研究では女性のうつ病高齢者が男性に比べて68.1%と高率であった。以前従事していた職業については、女性では専業主婦、農業が半数に達し、男性と比較して対人交流の範囲が狭く、孤立しやすかったという要因も関与していると考えられる。さらに若年層(子供世代)の島外への転出の増加という地域性は、高齢者が孤立に陥り易い状況を作り出している最も重要な課題ではないかと考えられる。

わが国の自殺問題を考えるうえで、うつ病は極めて順位の高い危険因子の1つと考えられている¹²⁾。その特徴の1つとして高齢の既遂者の割合が高く、自殺の原因については「健康問題」の占める割合が高いと報告されている¹³⁾。また、自殺問題では男性の既遂者の占める割合が高く、うつ病の既往が多いことが示唆されている¹⁴⁾。本稿の対象事例では男性5人(男性の22.7%)、女性5人(女性の10.6%)で自殺未遂の既往が男性で高率であった。長崎県壱岐保健所は島内の自殺問題の特徴について、壱岐市の男性では長崎県及び全国より高く、女性では全国より低いが長崎県より高い。また、年齢別では男性が45歳から54歳の自殺既遂者が最も多く、次いで55歳から64歳の年齢層となっている。一方、女性では75歳以上の自殺既遂者が多いという特徴を報告している⁹⁾(表.3)。いずれにしても近年の地域における保健医療領域の課題として、高齢者の自殺問題が挙げられていることから離島に住む高齢者の自殺予防が重要な対策となる。

筆者らは本研究の調査から、うつ病の高齢者の社会的背景は個々の状況によって異なるが、それらの中にうつ病を誘発する危険因子としての「孤立化、孤独化」を招く要因をはらんでいることが考えられる。近年続いている子供世代の島外への転出という課題、また従来から継承されてきた「隠居制」にみられる親子分離の家族文化など都市圏とは異なる独自の地域性が形づけられ、高齢者のうつ病の予防については、地域内、家族内或いは家庭内の「孤立化、孤独化」を防ぐことが重要であるという知見を得た。その対策を行うこと

で、高齢者の自殺予防にもつながる可能性が考えられた。

Ⅶ. おわりに

高齢者のメンタルヘルス、また、うつ病の予防を考えた場合、「孤立化、孤独化」を防ぐ生活の支援が重要である。島内の高齢者に関する社会資源は、高齢者入所施設、高齢者通所施設、訪問サービスなど年々整備されている。しかし、これら社会資源の活用については、高齢者が生活上の不安などを相談できる「場」と「人」の配置が不可欠である。離島という地域特性から精神科医療機関の精神保健福祉士などの相談援助職の確保が難しい現状のなかで、マンパワーの確保と配置を強化することが、島内の精神保健福祉の発展に貢献していくのではないかと考える。

最後に本稿の調査については、筆者が長崎県壱岐病院に平成26年度出向勤務、平成27年度非常勤勤務していた時期に実施したものであり、また本稿については同病院承認済あることを付記しておく。

文 献

- 1) 井藤佳恵 栗田主一：高齢者の気分障害、日本老年医学会雑誌、49巻 5号、pp534-540、2012.
- 2) 大野裕 編 高齢者のうつ病：藤澤大介：「第2章高齢者のうつ病の診断 第5節 老年期うつ病の誘因と危険因子」、pp28-33、金子書房、東京、2006.
- 3) 長崎県壱岐保健所：平成25年度事業概要 業務計画、p32、長崎県壱岐保健所作成公表、2013.
- 4) 山川哲也：臨床医療ソーシャルワーク、pp43-44、誠信書房、東京、2000.
- 5) 瀬戸山淳：「生活支援」という用語・活動の再考～精神保健福祉士の立場からの考察～、平成19年度福岡県精神保健福祉士協会年報、pp121-126、2007.
- 6) 森岡清美 望月嵩：新しい家族社会学 pp64-76、培風館東京、1990.
- 7) 野末武義：家族ライフサイクルを活かす～臨床的問題を家族システムの発達課題と危機から捉え直す～、精神療法、35巻 1号、pp26-33、金剛出版、2009.
- 8) 高橋祥友：老年期のうつ病、pp215-231、日本評論社、東京、2009.
- 9) 船越正啓 上和田茂 青木正夫：西日本地域の農漁村における隠居慣行の様相～隠居慣行の継承と変容に関する研究～、日本建築学会計画系論文集、第614号、pp1-8、2007.

表.3 壱岐市の自殺既遂者及び自殺率の推移

		2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
全 国	自殺既遂者(人)	32,845	31,690	30,651	27,858	27,283
	自殺率(人/10万人)	25.8	24.9	24.0	21.8	21.4
長崎県	自殺既遂者(人)	329	368	320	248	280
	自殺率(人/10万人)	23.1	25.9	22.7	17.7	20.1
壱岐市	自殺既遂者(人)	7	7	11	8	9
	自殺率(人/10万人)	23.7	23.8	38.1	28.2	32.2

※壱岐市の推移については長崎県壱岐市保健所公表

- 10) 上野和男：日本の隠居制家族の構造とその地域的変遷、国立歴史民俗博物館研究報告、第52集、pp97-159、1993.
- 11) 上和田茂 船越正啓：長崎県壱岐島における隠居慣行の様相～隠居慣行の継承と変容に関する研究 その2～、日本建築学会計画系論文集、第76巻 第669号、pp2041-2048、2011.
- 12) トーマス・E・エリス コリー・F・ニューマン 著 高橋 祥友 訳：自殺予防の認知療法、pp33-57、日本評論社、東京、2005.
- 13) 内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全課資料 2015.
- 14) 赤塚大樹 編：精神保健の見方・考え方、pp123-133、培風館、東京 2005.

