

農村住民における抑うつと一般健康状態および生活習慣

宮地 尚子* 東 あかね* 小笹晃太郎*
渡辺 能行* 青池 晟* 川井 啓市*

自記式抑うつ尺度 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) を用いた心の健康調査を、京都府の一農村の地域住民健康診断受診者を対象に実施し、1) 健診受診者における抑うつ状態の発現頻度、2) 抑うつ状態と全身的健康状態との関連、3) 抑うつ状態と生活習慣との関連について分析したところ、以下の結果が得られた。

1 抑うつ状態にある者が、男で13.2%、女で16.3%、中等度以上の抑うつに限っても男で4.5%、女で9.4%みられた。年齢別では、男では年齢が上昇するにつれ、発現頻度が減少する傾向がみられ、女では40歳代に高い傾向がみられたが、カイ2乗検定では、男女間、年齢階級間に有意差は認めなかった。

2 抑うつ状態にある者は、統計的に有意に主観的健康感が悪く、自覚症状の数も多かった。一方、医学的検査所見は、抑うつ状態とも主観的健康感とも明らかな関連が見られなかった。自覚症状の種類については主観的健康感に強く関連するものと抑うつ状態に強く関連するものとで微妙な違いが見られ、男女間でも差が見られた。

3 生活習慣については、睡眠時間と食生活の一部において、抑うつ状態や、主観的健康感との間に統計的に有意な関連が見られた。

以上、健康診断を受診した農村住民の抑うつ状態の発現頻度はかなり高く、抑うつ状態の有無は主観的健康感や自覚症状との関連が強くみられ、生活習慣とも少なからず関与していることから、地域保健活動において包括的に健康をとらえ、精神的側面にも考慮していくことの重要性が示された。

Key words: うつ、精神保健、主観的健康感、生活習慣、心身相関

I 緒 言

我が国には古くから「病は気から」という言葉があり、健康という概念が身体的側面だけでなく精神的社会的な要素を含むことは、広く受け入れられているが、これまでの地域保健活動では、精神的社会的側面よりも器質的な身体疾患の管理に注意が注がれることが多かった。特に地域健康診断においては、住民本人の気づかない器質的異常の早期発見と早期治療がその主な目的となっている。このことは、我が国の主要死因が癌、心臓病、脳血管障害などのいわゆる成人病であり、いずれも明らかな自覚症状を示す以前での生活習慣の変更や治療が、生命予後を大きく左右することから当然とも考えられる。しかし一方で、隠れた器質的疾患に注意が集中する余り、受診者の不健

康感や自覚症状、苦痛や精神的な苦悩などに関し
ては、器質的裏づけがない限り、軽視されてきた
傾向がある。

今後、生命の質(QOL)を重視した医療が求められるようになるにつれ、地域公衆衛生活動においても精神保健や、住民の主観的な健康意識、保健信念や行動にも注意を向けることが重要になるであろう¹⁾。

今回、我々は、地域保健活動における精神保健面への関与の必要性を探るため、農村地域住民の成人健康診査において、自記式抑うつ尺度を用いた「心の健康調査」を行った。我々は、精神保健の重要性を、1) 地域における精神的問題の大きさ、特に抑うつ状態の発現頻度、2) 抑うつ状態と全身的健康状態との関連、3) 抑うつ状態と生活習慣との関連に分けて想定し、分析を行った。

精神科疾患の中でも、うつ病及び抑うつ神経症は、個人や周囲に多大な精神的苦痛を与え、生活機能の低下や休職休学など、社会生活にも影響を

* 京都府立医科大学公衆衛生学教室
連絡先住所：〒589 大阪狭山市大野東377-2
近畿大学医学部衛生学教室 宮地尚子

及ぼす重要な疾患である²⁾。うつ病は、先進諸国における生涯有病率が男で10-18%、女で15-26%と高く³⁾、放置すれば自殺など重篤な結果を招きやすい一方、精神療法、薬物療法など効果的な治療法が存在し、多くの場合症状の軽快が可能であることなど²⁾、公衆衛生的な見地からみても重視すべき疾患であると考えられる。

また、抑うつ状態にある人は身体症状を訴えることが多く、一般診療の受診者の中にうつ病者が多いこと³⁾、その多くは医師に見逃されていることが報告されている。このことは、うつ病者が適切な治療を受ける機会を失うだけでなく、医療資源の浪費、不要な検査や治療による身体への侵襲を被る可能性にもつながる。日本を含めアジアでは、精神的苦悩を身体的症状として認識したり表現したりする身体化 (Somatization) 傾向が特に強いと言われ³⁾、精神的側面と身体的側面の関連を探ることは有意義だと思われる。

これまで、客観的医学所見のほか、主観的健康感や自覚症状もあわせて、全身健康状態と抑うつ状態との関連を調査した報告は我々の知るかぎり本邦にはない。主観的健康感や自覚症状は、生活満足感や幸福感など生活の質 (QOL) 的側面に重要な影響を及ぼすほか、個人の生活習慣や保健医療行動を規定する要因でもある^{6,7)}。また、主観的健康感とは、生命予後と強く関連し、客観的な健康状態とも独立して死亡の予知因子になるなど、健康指標としての重要性が認識されている^{8,9)}。本調査は、今後心身の健康の関連を探るためにも有用な資料となるとと思われる。

II 対象と方法

1. 対象

京都府相楽郡 Wt 町において、1989年8月の老人保健法による成人健康診査の実施の際に、70歳未満の受診者男289人、女410人のうち回答の同意を得られた者を対象に、自記式の調査用紙を配付した。回収時に医師、保健婦、医学生が確認し、未回答項目についてはできる限り補完した。

2. 調査項目とその方法

A) 抑うつ状態の有無：米国国立精神衛生研究所 (NIMH) の疫学研究センターにより開発された CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression) Scale を用いた。CES-D は、抑うつ

感情・陽性感情・身体症状・対人関係に関する計20項目について、過去1週間に経験した頻度を4段階で回答するものである。回答は各項目0から3点に点数化され、合計点0-15点を抑うつなし、16-20点を軽度抑うつ、21-30点を中等度抑うつ、31-60点を重度抑うつと判定する¹⁰⁾。

この調査票は、一般住民のある一定時期における抑うつ状態の有無をみるもので、信頼性、妥当性共に高いことが示されている¹¹⁾。ただし、CES-D で抑うつ状態にあると判定されたものが、必ずしも臨床的にうつ病と診断されるわけではなく、診断基準としてよりも精神的不調のスクリーニングや疫学調査に望ましい質問票として米国で頻用されている¹²⁾。

日本では島らが邦訳を作成して、信頼性および妥当性の検討をすませており、抑うつ状態の有無を判定するカットオフポイントも、米国と同じ15/16が望ましいという結論を出している¹³⁾。また、岩田らは、項目間における内的相関性について良好な結果を得ている¹⁴⁾。

B) 客観的医学検査所見：健診項目の中から、血圧・肝機能・貧血・高脂血症・尿糖の5項目を選び、それぞれ健診時の分類にしたがって、正常範囲・要指導・要医療・治療中の4つに分けた。分析においては、正常範囲と要指導、および要医療と治療中をそれぞれ1つにまとめ、2分類した。以下に各項目の要医療の基準を示す。

血圧：次の1)、2) のいずれか。1) 収縮血圧 ≥ 180 、または拡張血圧 ≥ 100 、2) 収縮血圧 ≥ 160 または拡張血圧 ≥ 95 であって、心電図、眼底、尿タンパク、BUN、コレステロールで、合併症の疑いのあるもの。

肝機能：GOT > 60 、GPT > 60 、LDH > 400 、ALP > 160 、GTP > 80 、T-Bil > 1.5 、ChE < 0.5 のいずれか。

貧血：男では Hb < 12 または Ht < 36 、女では Hb < 11 または Ht < 33

高脂血症：次の1)、2) のいずれか。1) T-cho > 300 、2) T-cho > 230 かつ男 HDL ≤ 32 、女 HDL ≤ 36 。

糖代謝：受診者が空腹時の場合には尿糖 (+) 以上または血糖 140 mg/dl 以上、食後の場合には尿糖 (++) または血糖 170 mg/dl 以上。

C) 主観的健康感：「現在の健康状態はいか

がですか」という質問に「健康である」、「健康ではないが病気でもない」、「現在病気である」の3つから選択してもらい、順に、健康・半健康・病氣と表した。

D) 自覚症状：全身・循環器・呼吸器・消化器・脳神経・婦人科系の症状，計男33項目，女36項目について過去1年以内に経験したものに○をつけてもらった。

E) 生活習慣：ブレスローの7項目（飲酒・喫煙・睡眠・運動・肥満度・朝食・間食）のほか¹⁵⁾，食品の摂取頻度と食習慣として，糖分，塩分，コーヒー，炭酸飲料，米飯，野菜，乳製品の項目について調査した。肥満度は厚生省¹⁶⁾の標準体重に対する実測体重の比を％で表示した。すなわち標準体重の時に100％となる。

3. 解析方法

質問項目の選択肢毎，検査結果判定毎に CES-D スコアが16点以上の者の割合，オッズ比とその95％信頼区間¹⁷⁾および重み付きカッパ係数¹⁸⁾を男女別に算出した。年齢による影響を補正するために，10歳年齢階級別に層化してマンテル・ヘンセル法¹⁹⁾を用いて求めた。有意性の検定にはカイ2乗検定¹⁷⁾を用いた。

Ⅲ 結 果

抑うつ調査票の項目すべてに回答した有効回答者数は，男220人（検診受診者の76.1％），女319人（77.8％），計539人，有効回答率77.1％であった。

1. 抑うつ状態の出現率

性別年齢階級別および抑うつの重症度別の分布を表1に示す。全体として15.0％，男13.2％，女16.3％が抑うつ状態にあると判定され，男4.5％，女9.4％は中等度以上の抑うつ状態にあるという結果が出た。男女間の差は，中等度以上のうつの場合でもカイ2乗検定で $p < 0.1$ に留まり，統計的に有意であるとはいえない。年齢階級別では，男は年齢が上昇するにつれて抑うつ状態にある者が減少する傾向にあったが，女では40歳代に抑うつありのものが多く傾向が見られた。ただし，年齢による統計的な有意差はみられなかった。

2. 回答者の客観的医学検査所見と主観的健康感

回答者の現在治療中の疾患の有無と，成人病に

表1 性，年齢階級別の抑うつ度分布

性	年齢階級	N	%	抑うつ度レベル							
				抑うつなし		軽度		中等度		重度	
				n	%	n	%	n	%	n	%
男	30代	26	10.0	21	80.8	3	11.5	2	7.7	0	0.0
	40代	53	21.0	44	83.0	6	11.3	2	3.8	1	1.9
	50代	75	29.0	65	86.7	6	8.0	4	5.3	0	0.0
	60代	66	26.0	61	92.4	4	6.1	0	0.0	1	1.5
	合計	220	100.0	191	86.8	19	8.6	8	3.6	2	0.9
女	30代	35	10.0	30	86.0	3	9.0	1	3.0	1	3.0
	40代	83	23.0	66	80.0	5	6.0	9	11.0	3	3.0
	50代	107	29.0	91	85.0	8	8.0	8	8.0	0	0.0
	60代	94	26.0	80	85.0	6	6.0	7	7.0	1	1.0
	合計	319	100.0	267	83.7	22	6.9	25	7.8	5	1.6
全体		539		458	85.0	41	7.6	33	6.1	7	1.3

表2 治療中の疾患および医学検査所見の分布

項目	現在治療中	男		現在治療中	女	
		医学検査所見			医学検査所見	
		正常範囲	要医療		正常範囲	要医療
血圧	11	197	12	28	277	14
脂質	3	214	3	7	313	0
貧血	0	214	6	0	299	20
肝機能	0	197	23	0	298	21
糖尿	2	210	8	6	307	6
心臓病	4	—	—	5	—	—
白内障	1	—	—	11	—	—
その他の疾患	20	—	—	32	—	—

注) 心臓病，白内障，その他の疾患については，健診での医学的判定を行っていない。

関する検査所見5項目を表2に示す。高血圧治療中の者が1割前後見られるほか，男女とも肝機能，女では貧血で要医療の者が多い。

主観的健康感については表3に示すとおり，男女とも6割程度の者が，自分を「健康」と考えていた。治療中の疾患を持つ者の主観的健康感をみると，半数以上は自分を「健康」と考えていた。

3. 抑うつ状態と主観的健康感の関連

抑うつ状態の有無と主観的健康感との関係を表4に示す。主観的健康感への回答がなかった者は

表3 主観的健康感の分布, および治療中の疾患との関連

主観的健康感	男				女			
	健康	半健康	病気	合計	健康	半健康	病気	合計
全 体	136	73	10	219	182	115	19	316
治療中の疾患ありの者								
高血圧	6	4	1	11	7	14	6	28
高脂血症	1	1	1	3	1	3	3	7
糖尿病	1	1	0	2	0	4	2	6
心臓病	2	1	1	4	0	2	3	5
白内障	1	0	0	1	1	8	2	11
その他の疾患	8	7	5	20	9	15	8	32

表4 抑うつと主観的健康感との関連

主観的健康感	男				女			
	健康	半健康	病気	Kw	健康	半健康	病気	Kw
回答者数	136	73	10		182	115	19	
抑うつあり 人数	8	17	4	0.28**	18	25	9	0.24**
%	5.8	23.3	40.0		9.7	21.7	47.4	

重み付きカッパ係数 (Kw) の重みは, 健康とうつなし, 病気とうつありのセルを0, 半健康とうつありおよびなしのセルを1, 健康とうつあり, 病気とうつなしのセルを2とした。

** $p < 0.01$

集計から除外した。男女とも主観的健康感のよい者には, 抑うつ状態が少ない傾向が見られ, 重み付きカッパ係数で統計的に有意であることが示された。

4. 抑うつ状態および主観的健康感と医学検査所見との関連 (表5)

抑うつ状態と医学検査所見5項目の関連をオッズ比で示したところ, 女の高脂血症において抑うつ状態と統計的に有意な関連が見られた。その他の異常では, 男女とも糖代謝異常のある者に抑うつ状態の頻度が高い傾向があったが, 統計的有意差はなかった。

一方, 主観的健康感と医学検査所見との関連を, 半健康と病気を1つにまとめて健康に対するオッズ比で示したところ, 統計的に有意な関連が見られたのは女の血圧および5項目の総合だけであり, 男においてはどの項目も関連が見られなかった。

5. 抑うつ状態および主観的健康感と自覚症状との関連

自覚症状の数を抑うつ状態と主観的健康感との

関連で比較した。表6のとおり, 抑うつ状態および主観的健康感の両方が自覚症状の数と統計的に有意に関連している。

表7には, オッズ比による分析をもとに, 自覚症状の種類を, 抑うつ状態との関連の強さと, 主観的健康感との関連の強さの程度によって分類した。抑うつ状態に関するものとしては, いろいろ, 怒りっぽい, 不眠, 倦怠感, 頭痛や頭重感などうつ病に典型的な症状のほか, 手足のしびれ, 脱力感, 歩行時に足が痛む, よろけるなど筋肉神経系の症状が男女とも多い。顔のむくみ, 血痰も男女とも多い。食欲低下はうつ病に多い症状といわれるが, 男女とも統計的に有意な関連を示すに至らなかった。関節痛, 咳, 涙もろい, 物忘れ, 下痢便秘を繰り返す, 上腹部痛, 夜間頻尿は女にのみ, 排尿困難, 痔, 脂っこい食事が苦手, 目のかすみ, 首や肩の凝りは男にのみ抑うつ状態と関連があるなど, 性差もみられた。

主観的健康感に関与する自覚症状は, 抑うつ状態に関与する自覚症状とは項目が異なる傾向が見られ, 腹部膨満感など消化器系の症状が増えてい

表5 抑うつおよび主観的健康感と医学検査所見との関連

項目	抑 う つ				主観的健康感 ^{#3)}			
	男性		女性		男性		女性	
	オッズ比 ^{#1)}	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間
血 圧	1.18	(0.62-2.24)	0.36	(0.21-0.62)	1.52	(1.08-2.14)	2.18	(1.21-4.66)*
脂 質	—	(—, —)	6.07	(2.10-17.53)*	1.70	(0.62-4.65)	6.24	(2.23-17.49)
貧 血	1.96	(0.63-6.14)	0.23	(0.10-0.52)	1.66	(0.72-3.81)	0.91	(0.62-1.33)
肝機能	1.00	(0.55-1.82)	1.24	(0.76-2.02)	1.05	(0.73-1.51)	1.50	(1.04-2.16)
糖 尿	1.87	(0.82-4.27)	3.11	(1.72-5.63)	0.63	(0.28-1.40)	1.80	(1.05-3.10)
5項目計 ^{#2)}	0.72	(0.48-1.09)	0.92	(0.74-1.14)	1.14	(0.94-1.38)	2.29	(2.02-2.60)**

^{#1)} オッズ比は、「要医療または治療中」の「異常なしまたは要指導」に対するマンテル・ヘンセル法によるオッズ比を示した。

^{#2)} 5項目計とは、上述の1項目以上が要医療または治療中であることを示す。

^{#3)} 主観的健康感については、半健康と病気を一つにまとめて要因とし、健康を対照としてオッズ比を算出した。

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

る。抑うつ状態に関連せず、主観的健康感に関連するものは、男では咳、女では、痰、脂っこい食事が苦手、がある。抑うつ状態、主観的健康感の両方と関連が見られるのは、男女とも倦怠感、歩行時の足の痛み、いらいら、不眠、女では夜間頻尿、男では手足のしびれ、痔、排尿困難であった。

6. 抑うつ状態および主観的健康感と生活習慣との関連

オッズ比による分析をもとに、生活習慣を、抑うつ状態や主観的健康感との関連の強さの程度によって分類した結果を表8に示す。治療中の疾患を持つ者は、その過程で生活習慣を変更している可能性があるのでここでは分析から除外した。男女とも睡眠時間が6時間未満の者、コーヒー、炭酸飲料を常飲する者、女で間食をとる、塩分摂取に気を付けない、緑黄色野菜を毎日とらない者に抑うつ状態が多い傾向が見られた。一方、主観的健康感と生活習慣との関係では、男で米飯を毎食食べない、塩分摂取に気を付けない者の主観的健康感が悪く、女の喫煙者、睡眠時間が6時間未満の者にもその傾向が見られた。抑うつ状態、主観的健康感の双方に関連している生活習慣はなく、また飲酒、運動、肥満、朝食摂取などの項目は抑うつ状態とも主観的健康感とも明らかな関連が見られなかった。

表6 抑うつと主観的健康感別の自覚症状の平均数

	男			女		
	うつ 無	うつ 有	(有意性 a)	うつ 無	うつ 有	(有意性 a)
健康	2.4	3.6	†	2.2	3.7	*
半健康	4.2	6.2		4.0	6.6	**
病気	4.5	8.5		4.2	8.6	
(有意性 b)	**			**	*	

うつの有無に関する有意性 a は、ウイルクソン順位相関検定により、主観的健康感に関する有意性 b は、クラスカル・ワリス順位検定による。

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, † $p < 0.1$

Ⅳ 考 察

農村の地域健康診断受診者における抑うつ状態の出現頻度と、全身健康状態や生活習慣との関連について見てきた。

まず、抑うつ状態にあると考えられる者の割合が対象者の15.0%、中等度以上の抑うつに限っても、男4.5%、女9.4%と高く、地域における精神的問題の大きさが示唆された。この15.0%という数字は、本調査と同じ尺度 CES-D を用いた米国の疫学調査結果での13-23%という抑うつ状態の発現頻度と類似している²⁰⁾。我が国の農村住民を対象とした調査では、佐藤らが異なる抑うつ尺度を用いて、40歳代から70歳代まで、男で4.0%、12.0%、13.4%、19.0%、女で6.9%、11.5%、14.2%、20.0%と、年齢と共に抑うつ率が増えるという報

表 7 自覚症状と、抑うつおよび主観的健康感との関連

	男 性			女 性		
	抑うつとの関連			抑うつとの関連		
	関連なし	関連弱い	関連強い	関連なし	関連弱い	関連強い
主 観 的 健 康 感 と の 関 連	関連なし	関節痛 よく痰が出る 夜間頻尿 歩くと息が切れる 物忘れが多い 涙もろい	夜、胸苦しい 足がむくむ 血痰 脂っこい食が苦手	物がかすみ見にくい 血痰 脂っこい食が苦手	胸部絞扼感 排尿困難 物がかすみ見にくい 乳房異常 不正出血 生理過多 痔 便が細い	よく咳が出る 涙もろい 血痰 手足がしびれる 歩行時よろける 関節痛
	関連弱い	下痢便秘を繰り返す	血便 便が細い 下痢がち	顔がむくむ 頭が重く痛い 歩行時よろける 手の力が抜ける	血便 下痢がち	足がむくむ 食欲低下 物忘れが多い 怒りっぽい 下痢便秘を繰り返す 夜、胸苦しい
	関連強い	よく咳が出る 上腹部痛	胸部絞扼感 食欲低下 腹部が張り重苦しい	手足がしびれる 倦怠感 歩行時足が痛む 痔 いらいらが多い 首や肩がこる 怒りっぽい 眠れない 排尿困難	首や肩がこる よく痰が出る 脂っこい食が苦手 腹部が張り重苦しい	歩くと息が切れる 夜間頻尿 倦怠感 歩行時足が痛む 顔がむくむ 上腹部痛 いらいらが多い 眠れない 頭が重く痛い 手の力が抜ける

関連なし：カイ二乗検定にて $p \geq 0.05$ ，マンテル・ヘンセル法によるオッズ比の点推定値が 2.0 未満

関連弱い：カイ二乗検定にて $p \geq 0.05$ ，マンテル・ヘンセル法によるオッズ比の点推定値が 2.0 以上

関連強い：カイ二乗検定にて $p < 0.05$

主観的健康感については、半健康と病気を一つにまとめて要因とし、健康を対照としてオッズ比を算出した。

告をしている²¹⁾。一方、CES-D を用い、東北の農村の 65 歳以上の高齢者を対象に面接によって調査を行った井原は、5.3% という低い抑うつ率を報告している²²⁾。本邦では精神的問題に関する疫学調査が乏しく³⁾、既存の研究も調査対象や方法、抑うつ状態の有無の評価基準などが一様でないため、調査間の比較が難しい。抑うつ率の差が、調査地域や対象者集団の精神的健康の差を示すものなのかどうかを見るには、今後これらを統一した研究が必要と思われる。

抑うつ状態は男より女の発現頻度が高いと言われている³⁾が、本調査でもその傾向が見られた。年齢別では、佐藤らの報告²¹⁾とは異なり、男では年齢が低いほど、女では 40 歳代に、抑うつ率が高い傾向が見られた。今回の対象地域である農村

は、京都府下の市町村の中でも 3 世代家族が多い²³⁾、町内に入院施設や老人ホームがないため老人や病人を在宅で介護することが多い、といった地域特性があり、このことが中年女性の抑うつ率の高さと関与している可能性も考えられる。

次に、抑うつ状態と全身健康状態との関連についてであるが、抑うつ状態は主観的健康感と強い関連があること、治療中の疾患の有無や医学検査所見は一部の項目を除いて主観的健康感とも抑うつ状態とも関連がみられないことから、客観的には身体的疾患をもっている者でも、必ずしも自己を「病気」とは認識しておらず、主観的な健康の評価にはむしろ精神的な側面が大きく影響していることが示唆された。ただし、医学検査所見が抑うつ状態や主観的健康感と関連が乏しかったのに

表8 生活習慣と、抑うつおよび主観的健康感との関連

	男 性			女 性		
	抑うつとの関連			抑うつとの関連		
	関連なし	関連弱い	関連強い	関連なし	関連弱い	関連強い
主 観 的 健 康 感 と の 関 連	関連なし	喫煙 飲酒毎日 運動週1回 未満 肥満度110 以上 朝食週6回 以下 間食毎日 野菜週6回 以下 緑黄色野菜 週6回以下 乳製品週6回 以下	糖分摂取気 をつけない 炭酸飲料毎日 1本以上 食生活習慣 をつけない 睡眠6時間未満 コーヒー毎日 1杯以上	飲酒毎日 運動週1回 未満 肥満度110 以上 朝食週6回 以下 食生活習慣 をつけない 糖分摂取気 にしない 米飯毎日2食 以下 野菜週6回 以下 乳製品週6回 以下	炭酸飲料毎日 1本以上	塩分摂取 気をつけない コーヒー毎日2杯 以上 間食毎日 緑黄色野菜週6回 以下
	関連弱い			喫煙	睡眠6時間未満	
	関連強い	米飯毎日2食 以下 塩分摂取気 にしない				

関連なし：カイ二乗検定にて $p \geq 0.05$ ，マンテル・ヘンセル法によるオッズ比の点推定値が2.0未満

関連弱い：カイ二乗検定にて $p \geq 0.05$ ，マンテル・ヘンセル法によるオッズ比の点推定値が2.0以上

関連強い：カイ二乗検定にて $p < 0.05$

肥満度は標準体重に対する実測体重の比を%で示す。

主観的健康感については、半健康と病気を一つにまとめて要因とし、健康を対照としてオッズ比を算出した。

は、本調査の対象が健診受診者に限られ、健診会場まで自力で歩いてこられる比較的健康な人が多かったことが影響していると思われる。ADLの低下や重篤な疾患の存在は、生活満足感や幸福感に大きく影響し、しばしば精神的不調をきたす原因にもなる^{22,24)}。したがって、寝たきり老人や重症疾患で臥床中の人が調査対象に含まれていれば、もっと客観的な身体状況と精神的不調との関連が強く見られたのではないかと予測される。

自覚症状に関しては、これまでの報告同様³⁾、抑うつ状態にある者は訴える症状数が多く、緒言で示した「身体化」⁵⁾の傾向がみられることがわかった。症状の種類としてはうつ病に典型的なもののほか、ADLに影響を与える全身的な症状が多く、また、男の排尿困難、女の関節痛など、当然の性差もあらわれている。関節痛、歩行時の足の痛み等、生命予後には直接関係しないと思われ

る症状は健康診断において軽視されがちであるが、本人にとっては苦痛であり、主観的健康感や精神的健康に悪い影響を与えていることがわかる。今後、医療が生命の長さから質へ目標をシフトさせていくにつれて、このような自覚症状の軽減にも眼が向けられるべきであろう。

主観的健康感と抑うつの両方に関連が強い倦怠感、歩行時の足の痛み、いらいら、不眠などの症状は、主観的健康感が住民の受診行動に影響をおよぼすと考えられることから⁷⁾、一般内科診療において訴えられやすく、かつ、抑うつ状態の存在を疑うべき症状として注意が必要と思われる。一方、抑うつ状態あるいは主観的健康感の片方とのみ関連する症状については、精神的不調と主観的健康感の質的な関係を探る糸口になると思われるが、血痰が主観的健康感より抑うつ状態と関連が強いなど、本調査では予想外の結果も多く、性差

も大きいため、その解釈は難しい。今後他の集団での傾向を探ると共に、自覚症状が本人にとってどのような象徴的な意味をもつのか²⁴⁾といった、より主観に重点をおいたアプローチも、主観的健康感と抑うつ状態、自覚症状の相互関係の解明に重要と思われる。

生活習慣に関しては、嗜好性飲料など一部の食生活習慣において抑うつ状態や主観的健康感と関連が見られただけで、抑うつ状態と主観的健康感の双方に関連する生活習慣は見られなかった。抑うつ状態と関連がみられる睡眠時間の不足は、生活習慣というより、むしろ抑うつ状態の結果生じる症状と解釈すべきであろう。抑うつ状態が喫煙や飲酒など悪い生活習慣と関連¹⁾、主観的健康感も喫煙、肥満、運動習慣と⁶⁾関連するといったこれまでの報告から、精神的不調が生活習慣を悪化させ、悪い生活習慣が身体的健康や主観的健康感に影響を及ぼすといったつながりを予測したが、本調査では明らかでなかった。健診受診者を調査対象としたため、生活習慣にもバイアスがかかった可能性があるため、今後調査対象を健診受診者以外にも広げ、年齢や疾患の有無に注意して観察していきたい。

以上、農村地域における抑うつ状態の発現頻度と、主観的健康感、医学検査所見、自覚症状や、生活習慣との関連を見てきた。抑うつ状態に関しては、特にその発現頻度が高く、身体症状、主観的健康感などとも関連が強いことから、地域保健活動において、心身相関の認識の上にたち、保健行動や生活の質等も考慮した、包括的な取り組みの重要性が示唆された。

稿を終えるにあたり、調査に全面的なご協力をいただいた町役場の皆様および関係者の方々、住民の方々に深謝致します。なお本研究の一部は、1992年10月の第51回日本公衆衛生学会総会において報告した。

(受稿 1993.10.12)

文 献

- 1) 森本兼襄. ライフスタイルと健康: 健康理論と実証研究. 東京: 医学書院 1991.
- 2) American Psychiatric Association. Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults. Am J Psychiatry 1993; 150 (4) Supplement 1-26.
- 3) 高橋 良, 中根允文. うつ病と社会・文化. 大熊輝雄編, 躁鬱病と臨床と理論. 東京: 医学書院,

1990; 355-375.

- 4) Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders: A Bio-Social Model. London: Tavistock/Routledge 1992
- 5) Kirmeyer L. Culture, Affect and Somatization. Part 1 and 2. Transcultural Psychiatry Research Review 1984; 21: 159-188, 237-262.
- 6) 木原裕美, 他. 身体的状況, 生活習慣と主観的健康感の関連. 日本公衛誌 1992; 39: 284-289.
- 7) 杉沢秀博, 他. 中高年齢層における外来医療の利用に関連する要因. 日本公衛誌 1993; 40: 500-506.
- 8) Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? J of Gerontology 1991; 46: S55-65.
- 9) 芳賀 博, 他. 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後. 日本公衛誌 1991; 38: 783-789.
- 10) Radloff LS. The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977; 1: 385-401.
- 11) Weissman MM, et al. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. Am J of Epidemiology 1977; 106: 203-214.
- 12) Roberts RE, Vernon SW. The center for epidemiologic studies depression scale: its use in a communities sample. Am J of Psychiatry 1983; 140: 41-46.
- 13) 島 悟, 他. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 1985; 27: 717-723.
- 14) Iwata N, Saito K. Psychometric properties of the center for epidemiologic studies depression scale of Japanese workers. Jpn J Ind Health 1989; 31: 20-21.
- 15) Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medicine 1972; 1: 409-421.
- 16) 厚生省保健医療局健康増進栄養課編: 肥満とやせの判定表図. 東京: 第一出版. 1986
- 17) Rothman KJ. Modern Epidemiology. Boston: Little Brown and Company 1986. 139-140, 174-175.
- 18) Cohen J. Weighted Kappa: Nominal Scale Agreement with Provision for Scaled Disagreement or partial credit. Psychological Bulletin 1968; 70: 213-220.
- 19) 柳川 洋. 疫学マニュアル. 東京: 南山堂 1985, 47.
- 20) Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology. In Paykel ES (ed) Handbook of Affective Disorders. Edinburgh: Churchill Livingstone 1982: 109-125.
- 21) 佐藤親次, 他. 農村における中高年齢の抑うつと life events, 生きがい, 心臓疾患の関係. 社会精神医学 1987; 10: 68-77.
- 22) 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: 85-93.

23) エイジング総合研究センター. 高齢化社会基礎資料
年鑑1994年版. 東京: 中央法規出版 1993, 558.

24) Kleinman A. The Illness Narratives. New York:
Basic Books 1988.

DEPRESSION, HEALTH STATUS AND LIFESTYLES OF RESIDENTS OF A RURAL COMMUNITY

Naoko T. MIYAJI, Akane HIGASHI, Kotaro OZASA, Yoshiyuki WATANABE, Akira AOIKE, Keiichi KAWAI
(*Department of Preventive Medicine, Kyoto Prefectural University of Medicine*)

Key words: Depression, Mental health, Self-rated health status, Lifestyle, Psychosomatic medicine, Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale

A survey was conducted to examine the prevalence of depressive symptomatology among residents of a rural community using the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale. Subjects were 220 men and 319 women aged between 30 and 69 who participated in annual community health examinations. The relation of depressive symptomatology to the results of physical examination, self-rated health status, subjective symptoms and lifestyles were also examined.

The results are as follows.

1) Of the subjects, 13.2% of the men and 16.3% of the women had depressive symptomatology (CES-D score ≥ 16), with 4.5% of the men and 9.4% of the women having moderate or severe depressive symptomatology (CES-D score ≥ 20). Prevalence was higher for younger men and for women in their forties, but these differences were not statistically significant.

2) There was a weak correlation between depressive symptomatology and the results of physical examination. Self-rated health status was more significantly correlated with depressive symptomatology. Self-rated health status and depressive symptomatology each correlated independently with the number of symptoms experienced by the subjects over the past year. The subjective symptoms that were correlated with depressive symptomatology were different from those correlated to self-rated health status. Men and women also had differences in links between depressive symptomatology, self-rated health status and symptoms experienced.

3) Lifestyles of those who had depressive symptomatology were worse than those who did not. But only duration of sleep and food intake had statistically significant relation to depressive symptomatology. Only weak correlations between lifestyles and self-rated health status were observed.

The high prevalence of depressive symptomatology and its relationship to subjective health status and subjective symptoms show the necessity of conceptualizing health in a broader way and incorporating mental health care in community health activity.