

原著

うつ病のある高齢者のストレス・マネジメントの構造

Structure of stress management in the elderly with depression

阿達 瞳^{1) 2)} 森 千鶴³⁾
Hitomi Adachi Chizuru Mori

キーワード：うつ病のある高齢者、ストレス・マネジメント構造、再発予防

Key words : Elderly with Depression, Structure of Stress Management, Prevent Recurrence

要旨

うつ病のある高齢者が疾患や日常生活に対する不安を軽減し、再発を予防する手段の一つとして「ストレス・マネジメント」に着目し、その構造を明らかにする目的で本研究を行った。通院治療中のうつ病のある高齢者を対象に「ストレス・マネジメント」を構成する『ストレス』、『主観的評価』、『コーピング』について質問紙調査を行い、77名について共分散構造分析によるパス解析を含む分析を行った。その結果、抑うつ状態に伴う『主観的評価』の状態が『コーピング』の選択やその結果による評価の変化に影響を及ぼしている特徴が示された。またその構造は『ストレス』『主観的評価』『コーピング』が繋がり合い循環するという整った構造ではなく複雑であり、うつ病のある高齢者個々の各要素の状態およびこれまでの経験に基づくマネジメントの多様性が伺われた。再発予防に向けた今後の看護においては、うつ症状コントロール、本人のセルフケア能力を高めるとともに効果的なマネジメント方略を試行錯誤すること、対象のこれまでの人生と将来にも関心を寄せ幅広く理解を深めることが必要である。

I. 研究の背景と目的

平成28年度の自殺者数のうち、60歳以上は全体の約40%を占めており¹⁾、その要因として張ら²⁾はうつ病を挙げている。うつ病のある高齢者は、他の年代に比べて抑うつ気分が乏しく、不機嫌・焦燥、精神運動抑制あるいは多彩な心気症が目立ち、身体自己管理不足に陥りやすいことに加え、他者への非難、疑惑、猜疑心が生じやすい等の疾患特徴をもつ³⁾。また脳機能において、うつ病は物忘れと同様の前頭前野の血流低下が認められる⁴⁾ことから、認知症との判別が困難となり治療開始に影響が出ている可能性がある。さらに加齢に伴う脳機能の変化から思考や判断力が低下するこ

とも疾患の回復に影響する可能性が考えられた。この他にも高齢者は薬物が蓄積されやすくADLが低下しやすい⁵⁾等、多様な特徴を持っており、看護においても特徴を踏まえ回復・再発予防に向けた支援を行うことが求められている。

精神科医療では近年、当事者自身が疾患を抱えながらも充実した生活を送ることが重要であるという「リカバリー」が重視されている。看護においても「リカバリー」に向けた支援が必要とされており^{6),7)}、単に症状の改善を目指すだけでなく、当事者が自分らしく生きるためのセルフケア能力を支える視点が求められている。このことはうつ病のある高齢者においても同様であり、自殺企図

1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科 University of Tsukuba Graduate school of comprehensive human sciences

2) 東京医療保健大学 Tokyo Healthcare University

3) 筑波大学医学医療系 University of Tsukuba Faculty of Medicine

を予防するためだけの再発予防支援ではなく、前向きにその人らしいリカバリーを目指すためのセルフケア能力に対する働きかけが、結果として再発・自殺予防にも繋がっていくと考えた。

セルフケア能力について、中久喜⁸⁾は日常生活を整えることや、抑うつ状態に対応できるようにすることが重要であると述べている。また日常生活における心身の健康維持には、ストレスの受け止め方や、コーピング方法が重要であるという報告⁹⁾、高齢者は加齢に伴ってストレス対応力が低下するとの指摘¹⁰⁾から、うつ病のある高齢者のセルフケア能力には「ストレス」の関与が考えられ、そこに着目した支援の必要性が見出された。

ストレスについてはラザルス^{11,12,13)}の理論が広く知られている。ラザルスによると、ストレスは人が環境から受ける何らかの刺激（ストレス刺激またはストレッサー）と、それに対する評価が繰り返行われている関係性と表されている。評価は、「一次評価：自分にとって大切なものが、その刺激により危険にさらされているか」と「二次評価：それに対して自分は何が出来るか」という段階があり、個人の認知的・情動的側面が大きく反映される。そしてストレスに対し、常に変化しながら認知的・行動的な対処努力を図ることをコーピングとしている。また、コーピングの成果は「再評価」されること、このプロセスが「個人と環境との間にある関係性」と表現されている¹¹⁾ことから、ストレスに関わる関係性は一時的なものではなく、また一つのプロセスがフィードバックされる循環性を持つと考えた。

本研究ではこの理論から、うつ病のある高齢者が自身のストレスとどのように付き合っているのか、その特徴を看護師が把握し支援することで、セルフケア能力の向上と再発予防・リカバリーに働きかけることができると考えた。そこで本研究はストレスに関わるプロセスを「ストレス・マネジメント」とし、うつ病のある高齢者における構造の特徴を明らかにすることを目的とした。

II. 概念枠組み

うつ病のある高齢者のストレス・マネジメントについて概念図を図1に示す。

本研究ではラザルスの「ストレス-コーピング理論」を参考に、うつ病のある高齢者にとって特有のストレスとコーピングの構造を明らかにすることを目的とし、まず評価に注目した。うつ病のある高齢者のストレスに対する評価は疾患、加齢に伴う変化の影響を大きく受けており、その結果が疾患の発症・再発リスクに繋がっていると本研究では考えた。そのためこの要素を具体的に明らかにするためにストレス刺激と評価を区別することとした。また、ストレス刺激個々への評価ではなく、それらも含むうつ病のある高齢者の評価全般の基準について実態を明らかにすることで、マネジメントの構造をより明確に出来ると考えた。そこで、うつ病のある高齢者特有であり、かつ個別性を含むと考える、「老性自覚」、「自覚的健康感」、「うつ病の自己効力感」を具体的な要素に挙げ、『主観的評価』と操作的に定義した。

一方、評価と区別されたストレス刺激は『ストレス』と位置付け、うつ病のある高齢者に対処が必要だと評価されやすい刺激として、年齢・抑うつ状態などの「基本属性」、加齢変化に伴う「身体

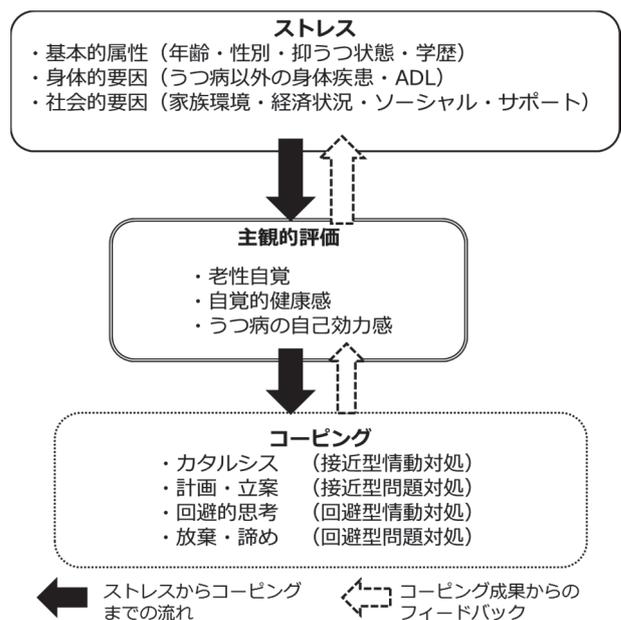


図1 概念枠組み

的要因」、「社会的要因」を意図的に選出した。そして、『ストレス』に対する『主観的評価』への対処努力を『コーピング』とした。

これらを踏まえ、うつ病のある高齢者のストレス・マネジメントを、「うつ病のある高齢者と環境との間に継続的に生じる特有の関係性であり、循環を通じて良好な関係性に向けたコントロールを図る一連の活動」とした。

Ⅲ. 用語の定義

1. **うつ病のある高齢者**：65歳以上でうつ病（ICD-10：F32、F33）の診断を受け、外来通院治療中の者。
2. **ストレス・マネジメント**：個人と環境との間に継続的に生じており、循環を通じてコントロールを図る一連の活動。構成要素は『ストレス』、『主観的評価』、『コーピング』と定義した。
3. **ストレス**：うつ病のある高齢者にとって評価対象となる刺激要素。基本属性、身体的要因、社会的要因からなる。
4. **主観的評価**：うつ病のある高齢者特有の様々な認知的・情動的要素を通して表される『ストレス』の主観的な受け止め方。『コーピング』の選択・実施成果の再評価にも関わる要素。
5. **コーピング**：『ストレス』と『主観的評価』に対する何らかの認知的・行動的努力。

Ⅳ. 研究方法

1. 調査対象者

一施設の精神神経科外来に通院治療中のうつ病のある高齢者で、精神神経科病棟への入院が確定していない者109名。

2. 調査内容（図1）

1) ストレス

文献¹⁴⁾、¹⁵⁾、¹⁶⁾を参考に、以下の要素を挙げた。

- (1) 基本属性（年齢、性別、学歴、抑うつ状態：ベックうつ病評価尺度日本語版（Beck Depression Inventory：以下BDI-II）、抗うつ薬の服薬量）、

(2) 身体的要因（身体疾患の有無、ADL介助の有無）

(3) 社会的要因（生活環境、経済状況、ソーシャル・サポート：高齢者用ソーシャル・サポート尺度¹⁷⁾）

高齢者用ソーシャル・サポート尺度は「情緒的」、「手段的」、「ネガティブ」なサポートを「同居家族」、「別居家族」、「友人・知人」から受けているかを主観的に評価でき、全36問（各下位尺度範囲0～4）から構成。得点が高いほどその下位尺度のサポートを得ていると評価する。

2) 主観的評価

(1) 老性自覚：老性自覚尺度¹⁸⁾

「加齢による変化を主観的にどの程度捉えているか」について測定でき、全18問（3件法；範囲18～54）から構成される。得点が高いほど老いを自覚していると評価する。

(2) 自覚的健康感：自身の健康状態を「1. 健康でない」、「2. あまり健康でない」、「3. まあまあ健康」、「4. 非常に健康」の4件法で回答を求め、評価することとした¹⁴⁾。

(3) うつ病の自己効力感：うつ病の自己効力感尺度（Depression Coping Self-Efficacy Scale：以下DCSES）¹⁹⁾ ²⁰⁾

うつ病に対して自身がどの程度対応できるかを各問0～100%で主観的に測定する。全24問から構成され、全問の平均得点（範囲0～100）が高いほど自己効力感が高いと評価する。

3) コーピング

高齢者用三次元モデルに基づく対処法略尺度（Tri-Axial Coping Scale 24-item revised for elderly：以下TAC-24E）²¹⁾。

過去1か月の中で感じたストレスに対し、「カタルシス（接近型情動対処：誰かに話を聞いてもらって冷静さを取り戻す、等）」「計画・立案（接近型問題対処）」「回避的思考（回避的情動対処：そのことについてあまり考えないようにする、等）」「放棄・諦め（回避型問題対処）」の4つのコーピングパターンについて、選択傾向の強さを

得点の高さから評価できる。全 12 問（5 件法；各下位尺度範囲 3～15）から構成。

3. 分析方法

SPSS および AMOS を用い、以下の分析を行った。

- 1) ストレス・マネジメント構成要素の特徴
 - (1) 記述統計（度数、平均値、標準偏差）
 - 2) 構成要素間の関連性
 - (1) 構成要素間の相違： χ^2 検定、独立した t 検定、Mann-Whitney U 検定、一元配置分散分析、Kruskal Wallis 検定
 - (2) 各尺度の下位尺度間の相違：Wilcoxon の符号順位検定
 - (3) 各要素間の相関関係：Pearson の相関係数、Spearman の相関係数
- 3) パスモデルの作成
 - (1) 共分散構造分析

V. 倫理的配慮

本研究は研究者所属施設、ならびに調査施設倫理委員会承認を得て実施した。対象者には、口頭と書面を用いて研究調査について説明し、同意を得た。また調査中は研究によって起こり得る個人の不利益が生じないよう配慮し、得られたデータは個人が特定されないよう、また漏洩しないよう情報保護を徹底した。その他、本研究で使用される尺度は作者から使用許可を得た上で使用した。

VI. 結果

調査対象者 109 名のうち、77 名から回答を得た（回収率 70.6%）。

1. 各尺度の信頼性（表 1）

調査で使用した尺度の信頼性を確認した結果、下位尺度の一部が低い値を示したが、作成者による信頼性と妥当性が明確にされている為、分析時の検定方法を考慮することで本研究での使用も可能と判断した。

表 1 尺度の信頼性

N=77	
	Cronbach α
高齢者用ソーシャル・サポート尺度	0.87
同居家族の情緒的サポート	0.72
別居家族の情緒的サポート	0.89
友人・知人の情緒的サポート	0.87
同居家族の手段的サポート	0.91
別居家族の手段的サポート	0.84
友人・知人の手段的サポート	0.80
同居家族のネガティブサポート	0.71
別居家族のネガティブサポート	0.48
友人・知人のネガティブサポート	0.54
老性自覚尺度	0.72
うつ病の自己効力感尺度(DCSES)	0.90
高齢者用三次元モデルに基づく対処法略尺度(TAC-24E)	0.72
カタルシス	0.80
計画・立案	0.75
回避的思考	0.70
放棄・諦め	0.79

2. 各構成要素の特徴

1) ストレス

対象者の基本属性、身体的要因、社会的要因について、表 2、3 に示す。

(1) 基本属性

対象者の平均年齢は 74.16 (±5.82) 歳、男性 32 名 (41.6%)、女性 45 名 (58.4%)。抑うつ状態を評価する BDI-II は平均 6.17 (±5.93) 点、抗うつ薬の平均服薬量は Imipramine 換算で 101.31 (±71.10) mg であった。

(2) 身体的要因

ADL の介助が必要な者は全体の 5.2% であり、介助項目数は 0.09 (±0.40) であった。またうつ病以外の身体疾患数は平均 0.95 (±0.84) であった。

(3) 社会的要因

二世帯・三世帯で生活する者が約半数 (40 名) おり、独居者は全体の約 2 割であった。また経済状況について、各所得別の対象者数はそれぞれ約 20～30 名ずつであった。

高齢者用ソーシャル・サポート尺度からは、情緒的（悩みを聞いてもらえる、等）・手段的（看病や世話をしてくれる、等）なサポートだけでなく、ネガティブ（余計なお世話をする、等）なサポートも受けている結果が示された。

2) 主観的評価

老性自覚尺度の平均値は 36.74 (±5.53) であった。また自覚的健康感については、自身の健康状態を「非常に健康 (5名; 6.5%)」、「まあまあ健康 (37名; 48.0%)」と肯定的に評価した者が多いことが示されたが、「健康でない (12名; 15.6%)」、「あまり健康でない (23名; 29.9%)」と不健康の評価をした者も約半数近くいた。うつ病の自己効力感について、DCSES の平均値は 83.42 (±11.03) であった。

3) コーピング

コーピングの特徴について表4に示す。TAC-24E の各下位尺度の平均値は「カタルシス: 10.68 (±3.54)」「計画・立案: 10.15 (±3.86)」「回避的思考: 12.73 (±2.65)」「放棄・諦め: 9.69 (±3.40)」であった。下位尺度間の比較では「回避的思考」がその他のパターンよりも有意に選択する傾向にあることが示された。

表2 ストレス：基本属性 身体的・社会的要因

N=77			
基本属性		度数	%
性別	男性	32	41.6
	女性	45	58.4
	不明		
学歴	旧制中学校まで	21	27.3
	旧制中学校以上	56	72.7
Mean±SD			
平均年齢	全体	74.16±5.82	
抑うつ状態	BDI-II (0~63)	6.17±5.93	
	抗うつ薬の服薬量 (0~300mg)	101.31±71.10	
Mean±SD			
ADL介助が必要な者		4	5.2
Mean±SD			
うつ病以外の身体疾患数		0.95±0.84	
Mean±SD			
社会的要因		度数	%
家族環境	一人暮らし	14	18.2
	夫婦二人暮らし	23	29.9
	二世帯・三世帯	40	51.9
	不明		
経済状況(所得)	199万円以下	22	28.6
	200~399万円以下	22	28.6
	400万円以上	28	36.3
	不明	5	6.5

表3 ストレス：ソーシャル・サポート尺度

N=77	
Mean±SD	
情緒的サポート (0~4)	
同居家族	1.88±1.89
別居家族	3.38±1.20
友人・知人	2.96±1.58
手段的サポート (0~4)	
同居家族	1.66±1.67
別居家族	2.31±1.53
友人・知人	1.09±1.43
ネガティブサポート (0~4)	
同居家族	0.34±0.86
別居家族	0.26±0.66
友人・知人	0.20±0.60

表4 コーピング (TAC-24E) 下位尺度間の相違

N=77				
	Mean±SD	Z	p値	
カタルシス	10.68 3.54	-4.015	<0.001	
計画・立案	10.15 3.86			
回避的思考	12.73 2.65			
放棄・諦め	9.69 3.40			

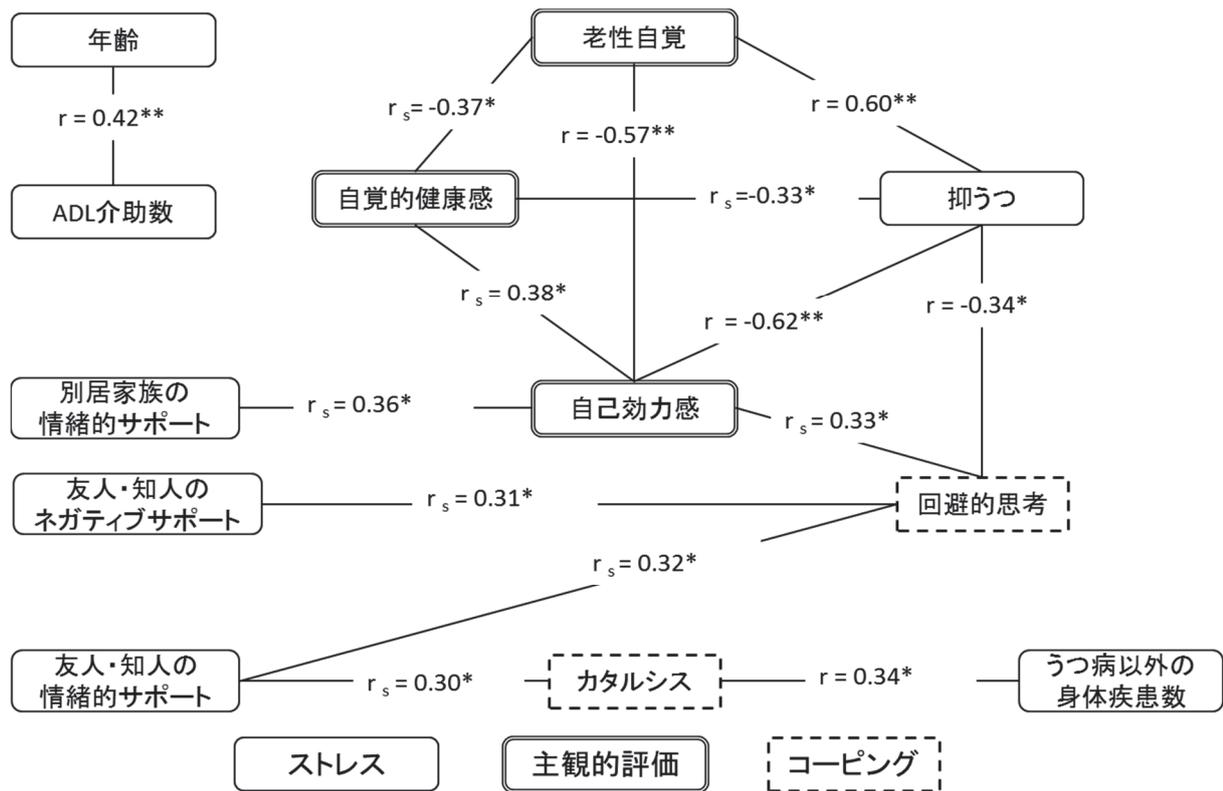
Z: Wilcoxon の符号順位検定

注: 中央値では差異が明確でないため、平均値を記載した。

3. ストレス・マネジメント構成要素間の関連性

ストレス・マネジメントを構成する全ての要素間で相違・関連があるか分析を行ったところ、ソーシャル・サポートに関して有意な相違が認められた。「別居家族の手段的サポート」は、一人暮らし (2.36±1.60) よりも二人暮らし (2.91±1.31) のうつ病のある高齢者がサポートを受けており、「友人・知人のネガティブサポート」は女性 (0.09±0.47) よりも男性 (0.37±0.72) のほうが受けていた。また『コーピング』では、「カタルシス」について女性 (11.41±3.55) が男性 (9.59±3.29) よりも選択傾向が高く、「計画・立案」は男性 (11.28±2.96) が女性 (9.40±4.23) よりも有意に選択する結果が示された。一方、『主観的評価』と『ストレス』の「基本属性」との間において、有意な差は認められなかった。

構成要素間での相関関係を分析した結果では、『コーピング』の「回避的思考」は、友人・知人からの「情緒的サポート (rs=0.32)」、「ネガティブサ



r: Pearsonの相関係数 , r_s : Spearmanの相関係数 (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$)

図2 ストレス・マネジメント構成要素間の相関

ポート ($r_s = 0.31$)」と直接相関関係を築く一方、「同居家族からのサポート」はどの要素とも関連しなかった。またBDI-IIによる「抑うつ」は「自己効力感 ($r = -0.62$)」と「自覚的健康感 ($r_s = -0.33$)」と負の関係を示したが、「老性自覚 ($r = 0.60$)」のみ正の相関関係であった。さらに「老性自覚」は「自己効力感 ($r = -0.57$)」、「自覚的健康感 ($r_s = -0.37$)」と負の相関を示しており、対象者の老いの自覚が高まるほど、健康感、自己効力感が低下する状況が示された (図2)。

4. ストレス・マネジメントのパスモデル

「ストレス・マネジメント」の構造をみるため、共分散構造分析を用いてパスモデルを作成し解析した結果、CMIN=109.34 ($p = 0.32$)、CFI=0.96、RMSEA=0.03 という適合度のモデルが示された (図3)。

1) パスモデルにおける構成要因の定義づけ
モデル上、「回避的思考 (推定値: -0.98)」、「放

棄・諦め (0.71)」から成る構成要因 (仮想概念) が形成された。この2要素は回避型のコーピングであり、「老性自覚 (1.07)」、「自己効力感 (-0.37)」の『主観的評価』に影響を与える要素として位置づけられていた。そこでこの要因を【回避型問題対処による成果】と定義づけた。

2) パスモデルの構造

モデルに反映された要素の因果関係を見ると、まず『ストレス』と『主観的評価』との関係性について「性別 (-0.03)」、「学歴 (-0.35)」、「ADL介助数 (0.31)」は「老性自覚」に、周囲からの「情緒的サポート (同居家族: -0.13, 別居家族: 0.25, 友人・知人: 0.30)」は「自己効力感」に、「年齢 (0.42)」は「自覚的健康感」の程度に影響を与える原因要素であった。

『主観的評価』と『コーピング』との関連性では「老性自覚」が『コーピング』の全ての要素と関係があり、「回避的思考 (0.53)」、「放棄・諦め (-0.36)」では原因、「カタルシス (0.16)」、「計画・立案 (0.20)」

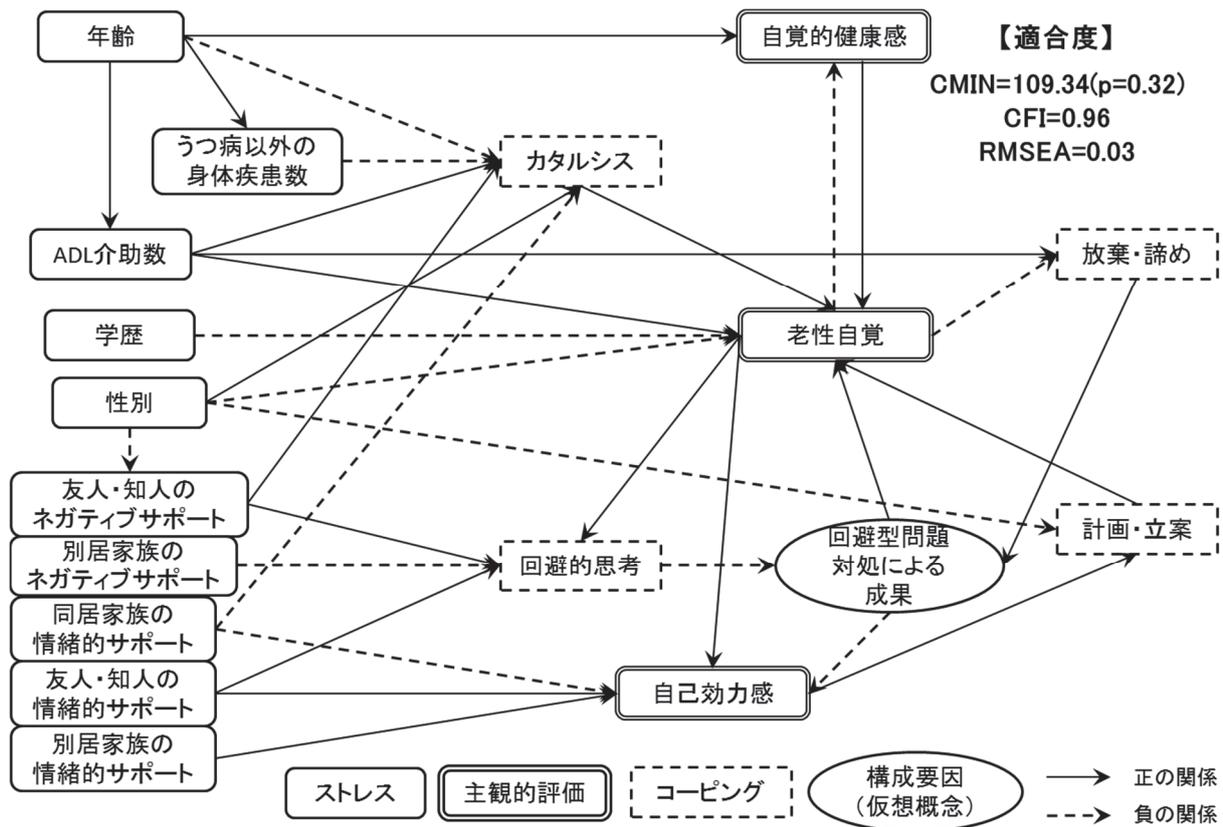


図3 ストレス・マネジメントパスモデル

では結果として位置づけられていた。また「カタルシス」は『主観的評価』からの影響は受けておらず、他のコーピング要素との相違が認められた。

『ストレス』と『コーピング』では「性別」が「カタルシス (0.35)」「計画・立案 (-0.22)」に関与していた。

その他、「手段的なソーシャル・サポート」は関連が示されず、相関分析と同様であった他、「老性自覚」と「自覚的健康感」は相互に正 (0.40)・負 (-0.56) 両方の因果関係を結んでいた。またモデル全体の構造では、図2とは異なり、全ての『コーピング』要素がモデルに反映されていた。

Ⅶ. 考察

1. ストレス

1) 対象者の特徴

対象者の基本属性、身体的要因の特徴から、今回の対象者は70代で後期高齢者も含まれているが、多様な環境の中ADLが自立した生活を送ることができている者が多い状況が伺われた。しかし

内閣府は、75歳以上になると介護保険制度における要介護の認定を受ける人の割合が高くなると報告しており²¹⁾、今後加齢に伴う身体面の変化がうつ病のある高齢者の『ストレス』割合を高める可能性も示唆された。また抑うつ状態は軽度で、抗うつ薬の服薬量も標準的と評価できるが、対象者が通院治療中の者であったことが影響していると考えられた。

2) ストレス・マネジメントへの関連

図2.3の結果から、『ストレス』はその種類や程度により、異なる『主観的評価』、『コーピング』に影響することが伺われた。中でも「ソーシャル・サポート」について、同居家族以外からの「情緒的なソーシャル・サポート」はストレス・マネジメントへの関与が大きいと推察された。増地ら²²⁾は、ネットワークサイズ(友人、親戚、子供などの総数)の大きさだけでなく、情緒的サポートにおいて期待か実際にある場合のいずれも高齢者の抑うつを下げると述べており、本研究においても概ね同様の結果が示されたと考える。その一方、

図3では「同居家族からの情緒的サポート」が「自己効力感」を下げるという結果が示された。これらから同居しているからと言って、ストレス・マネジメントに有効に働くサポートを受けられているとの評価には繋がらないことが推察された。これは同居に伴う家族間の距離の近さが時に非効果的に働いていることの表れと考えられた。

また、今回「手段的なソーシャル・サポート」がストレス・マネジメントに関与しなかった結果について、増地ら²³⁾は、手段的サポートは入手の期待が大きいほど抑うつは低く、実際を受領が多いと逆に抑うつが高まると述べている。つまり、看病や世話を直に受けるといったサポートを“受けられる環境にいる”という実感がストレス・マネジメントには重要であり、実際の介入が多いと逆に周囲に依存的になり、うつ病のある高齢者本人が自分でストレスに対応しようとする力を削いでしまうと推察された。

2. 主観的評価

1) 対象者の特徴

DCSESの平均値から、今回の調査対象者はうつ病に対する対処行動をとる自己効力感が、比較的高い状況であることが伺われた。その反面、図2の結果から「老性自覚」は「抑うつ」の影響を受け、「自己効力感」、「自覚的健康感」を左右する要素であることも示された。水上ら^{24) 25)}は高齢者の精神的健康度には、主観的な老性自覚における個人差が影響しており、健康感には老いに関する自己認知、すなわち老性自覚が関係していると述べている。また老いを肯定的にとらえている人ほど元気で自己の有用感を意識し、主観的に健康だと評価する傾向が高いと述べている。本研究で示された「老性自覚」も水上らの研究と同様の性質をもつ一方、消極的な側面が強いと考えられ、うつ病を患う対象者ならではの特徴が示されたと考えられた。

また、『ストレス』の「基本属性」との間に相違が示されなかったことから、対象者の『主観的評価』の状態は、性別や生活環境に影響を受けな

い、うつ病のある高齢者全般の特徴と思われた。

2) ストレス・マネジメントへの関連

パスモデルにおける「老性自覚」と他の要素との因果関係から、「老性自覚」は『コーピング』を選択する際の検討因子として存在するだけでなく、コーピングの成果により自覚の状態が変動する因子としても存在し、ストレス・マネジメントの構築に関与する主要な要素であることが示唆された。しかし本研究での「老性自覚」は、どの程度老いを自覚しているかという評価にとどまり、身体的、精神的、社会的のどの部分に老いを感じているかについて確認することはできていない。うつ病のある高齢者特有の「老性自覚」そしてストレス・マネジメントへのより具体的な関与を明らかにするためには、「老性自覚」が高まる要因を知ること、そしてそれをどの程度・どのように受け止めているのかまで評価する必要がある。

さらに、「老性自覚」と「自覚的健康感」との間に相互に示された因果関係について、マネジメントプロセスのどの時点が表されたかを明らかにすることは困難と考えられるが、『主観的評価』の要素間にも関係性が生じていること、「自覚的健康感」よりも「老性自覚」の方がその後の『コーピング』への影響力は大きいと推察された。

「自己効力感」については、図3において同居家族以外からの「情緒的サポート」にポジティブな影響を受けていた。悩みを聞いてくれたり思いやってくれるサポートがうつ病コントロールへの自信に繋がるだけでなく、身近な家族以外の他者と良好な関係を作ることがストレス・マネジメントにおいて重要であることが伺われた。その他、「自己効力感」の平均値の高さについては、対象者のADL自立状況が高かったことに加え、通院治療中の者を対象としたため、抑うつ度が軽度で服薬自己管理も自立している者が多く含まれていた可能性も影響したと考えられた。

しかしながら「老性自覚」の特徴や「自覚的健康感」の傾向も踏まえ、うつ病のある高齢者の『主観的評価』はバランスを崩しやすい特徴を持つと考えられた。林ら²⁶⁾は、対処行動の背後には認知

が作用しており、ある出来事への認知的評価は精神病的になると、環境への非適応な情動が生じて対処行動が変化する可能性を述べている。また中村ら²⁷⁾の報告からも、ストレス・マネジメントにおいて、『ストレス』に対する高齢者の「自身に向かう影響の評価」、「自身に向かう脅威の評価」という『主観的評価』が『コーピング』に有意に影響していることが示唆された。よって、ストレス・マネジメントの状態を左右する要素が『主観的評価』であると共に、うつ病のある高齢者にとっては疾患の特性からその要素が不安定になりやすくなると考えられた。本研究においても『主観的評価』は「抑うつ」の程度に影響を受けやすい結果を示しており、疾患の再燃・悪化に伴いうつ病のある高齢者の『主観的評価』が悪化する可能性は十分に予測される。さらに今回の対象者は「老性自覚」が消極的である反面、「自己効力感」は高いというアンバランスな特徴を示している。このことから、うつ病のある高齢者が自己評価の伴わないまま気持ちだけで行動しようとする状況が推察される上、周囲が「自己効力感」のみに着目したアプローチを行った場合、本人が非効果的な『コーピング』を選択するリスクも高まると思われた。そしてその結果がうまくいかないことで、さらに抑うつが高まるという悪循環が生じる可能性も考えられた。そのため、一要素の状態だけに着目するのではなく、対象を多角的に捉えてストレス・マネジメントを把握し、個々に合わせた支援を慎重に検討する重要性が示唆された。

3. コーピング

1) 対象者の特徴

TAC-24Eにおける4つのコーピングパターンの比較から、うつ病のある高齢者は「回避的思考」を選択する傾向が高い状況が伺われた。うつ病者は健常者より情緒中心の対処をとる傾向が高く、これが特徴であるとの報告があり^{28) 29)}、本研究の結果もこの報告の知見を支持していると言える。

その一方で対象者は、「回避的思考」以外の対処も選択しており、パスモデルにも4つの『コーピ

ング』要素が反映されていた。これは『ストレス』の種類や個々の状況に合わせて、うつ病のある高齢者が多様なストレス・マネジメントを実施している実態の表れと推察された。

2) ストレス・マネジメントへの関連

高齢者のコーピングは上手にストレスから回避する「肯定的解釈」と「気そらし」が有効であると報告されている^{9), 30)}。本研究では図2.3双方において、誰かに話を聞いてもらい冷静さを取り戻す等の「カタルシス」と、あまり考えないようにするといった「回避的思考」がストレス・マネジメントに関与していると示された。これらのパターンは、先行研究で有効とされている『コーピング』に該当すると考えられ、構造への関連状況だけでなく、うつ病のある高齢者が効果的なマネジメントを実践している状況も示されたと考える。

また「カタルシス」、「計画・立案」において性差が示されたことから、女性は感情的に問題に接し、男性は理論的に対処しようとする等の各性別の特性が影響していると思われ、高齢であることに関わらない特徴と考えられた。

4. ストレス・マネジメント構造の全体像

今回適合が認められたパスモデルは、うつ病のある高齢者がどのようなストレス・マネジメントの構造をもつか、一端について示唆を得ることが出来たと考える。

構造の全体像について、特徴の一つに『ストレス』、『主観的評価』、『コーピング』の具体的な要素間で多様な因果関係が生じたことが挙げられる。特に『ストレス』と『コーピング』との間に介在していると考えられた『主観的評価』が一部示されなかったことから、本研究での調査項目以外に重要な『主観的評価』が存在する可能性が考えられた。これは『ストレス』、『コーピング』においても同様であり、構造を網羅するにはさらに関連要素を探索する必要性が見出された。また、うつ病のある高齢者が、普段からどのような『ストレス』に対しても反射的に同じ『コーピング』を選択する特徴をもつ可能性も考えられた。

しかしながら、想定とは異なる複雑なモデルが示されたことは、各要素の多様性だけでなく、ストレス・マネジメントの一時点を横断的に調査したこと、またうつ病のある高齢者のこれまでの経験に基づくマネジメントの多様性が反映されたことが大きいと思われた。

一方、モデル内に構成概念【回避型問題対処による成果】が形成され「老性自覚」、「自己効力感」に影響していた構造については、一部分ではあるが『主観的評価』が『ストレス』に対する評価だけでなく、『コーピング』の成果に対するフィードバックが行われたという循環の様子が示されたと考える。しかし「老性自覚」の特徴と「自己効力感」との負の因果関係を考慮すると、「回避型」の対処は“老いていく自己”、“ストレスに向き合っただけで対処できなかった”という評価を高めている可能性も推察された。そのため高齢者にとって有効だとされる『コーピング』があったとしても、その行動をどう本人が自己にフィードバックするかにより、その後のストレス・マネジメントが消極的に変化する可能性が示唆された。

5. 再発予防に向けた看護の示唆

1) うつ病のある高齢者のセルフケア能力を高める支援

(1) 病状のコントロール

うつ状態の高齢者に対する看護については、訪問看護のスキルアップの必要性³¹⁾や、ナラティブアプローチによる抑うつの緩和³²⁾といった報告があり、疾患の再発・悪化予防に対する関心が高まっていることが伺える。図2の結果からも、ストレス・マネジメントには「抑うつ状態」の程度が『主観的評価』、『コーピング』に影響すると思われ、安定している方がより効果的なマネジメントを遂行できると考えられた。しかし本研究では抑うつ状態の評価については、BDI-IIの他は抗うつ薬の服薬量のみデータ収集であった。そのため抗不安薬や睡眠薬など抗うつ薬以外の処方薬による影響も考慮して評価する必要性が示唆された。

今後は単に症状の改善だけでなく、ストレス・マネジメントを効果的に実践するための基盤作りという視点からも、病状コントロールに働きかけることが必要と考える。看護師が入院中行える具体的な実践としては、うつ病患者に対する基本的な「休息を確保できる環境整備」「服薬管理と効果・副作用の観察」「低下したセルフケアに対する支援」「自殺企図の予防」、「疾患に伴う認知の歪みに対する心理的アプローチ³³⁾」に加え、高齢者という特徴を考慮し、加齢に伴い生じると予測される身体面、認知面の変化を見据え、本人・家族と準備を整える事が長期的なコントロールにも役立つと考える。

一方中村ら³⁴⁾は、高齢者は抑うつ症状が高い時にストレス・マネジメントに関心を持つ可能性があることに加え、対応を考え始めた者の抑うつ症状は高まると述べている。本研究では通院治療者を対象に横断的に調査を実施したため、中村らの知見を検討するに至らなかったが、病状が不安定な入院患者にストレス・マネジメントに関して介入する際は、症状が変化するリスクにも留意する必要があると言える。

(2) マネジメント方略を共に考える

ストレス・マネジメントに直接関わる支援については、健常高齢者を対象とする教育介入が有効であったとの報告³⁵⁾から、うつ病のある高齢者を対象とする実践も有意義ではないかと推察された。具体的な支援のヒントとして、植木³⁶⁾は、慢性うつ病の回復には、うつ病罹患以前の身体・精神機能面での高い自己像の希求に対し、高すぎも低すぎもしない適切な自己評価に基づく自己像を再編することが関与すると述べている。本研究の結果からも、『主観的評価』はストレス・マネジメントにおける中心的存在であることが認められている。しかし「自己効力感」は高いものの「老性自覚」は消極的な評価である状況が伺われ、うつ病が安定している外来患者においても、アンバランスな側面を抱えていることが示された。そのため当

事者が自己や物事をできるだけ適切に肯定的に捉える事ができるような働きかけを入院中から行うことは有効と考えられる。

また、うつ病のある高齢者が他者との相互作用の中で、「生きる力を再生」できるような働きかけが重要であること³⁷⁾、うつ病のある高齢者にも心理的抵抗力や回復力であるレジリエンスがあり、看護師は当事者に裏打ちされた力に着目する必要があるとの報告³⁸⁾から、「うつ病のある高齢者が既に獲得しているセルフケア能力」を見出し支えることも重要と考える。またその際留意すべきことは、うつ病のある高齢者のこれまでのストレス・マネジメントは本人なりに様々な経験と価値観によって構築されてきたものであるという認識を持つことである。表4にも示されたように、うつ病のある高齢者は「回避的思考」を基盤としながらも、多様な『コーピング』選択を身に付けている。また性別により選択傾向に相違が生じる可能性からも、安易に一般的に良いとされている方法をただ指導し再編を促すような介入は、うつ病のある高齢者のこれまでのマネジメントを否定することにもなり、逆効果となり得る。この可能性を踏まえ、個別的な支援を本人・周囲の支援者と共に考え試行錯誤していくことが、安定したストレス・マネジメントの獲得と構築、そして継続・維持に繋がると考える。

2) 対象に関心を持ち理解を深める

今後もうつ病と付き合いながら加齢に伴う心身の変化等、様々な『ストレス』と直面するうつ高齢者にとって、ストレス・マネジメントに対する看護介入は重要であるが、本研究の結果から、うつ病のある高齢者のストレス・マネジメント構造は多様かつ複雑であり、全体的な傾向を掴みながらも、個々における各要素の特徴と関連性を細かく把握しなければならないことが見出された。そのため、治療経過も含めた「対象理解」を深めることが重要だと考える。看護師はうつ病のある高齢者の入院中の様子のみに着目するのではなく、これまでの人生、取り巻く環境、将来の希望や目

標等、対象の人生に関心を寄せながら、ストレス・マネジメントの状態を評価し、支援方法を検討することが望ましいと思われた。またこの看護における基本姿勢こそが、ストレス・マネジメント支援の基盤にもなると考える。

6. 本研究の限界と今後の課題

茶園³⁹⁾は、看護が関わるには、対象個々人のストレス・マネジメントの『過程』をアセスメントする必要があると述べている。本研究では要素間の関係性と構造全体を捉えることについては一部明らかにすることができたが、過程を明確にするまでには至らず、今後の課題である。

VIII. 結論

本研究はうつ病のある高齢者の「ストレス・マネジメント」の構造を明らかにすることを目的とし、通院治療中のうつ病のある高齢者77名を対象に質問紙調査を実施した。分析の結果、以下の3点が明らかになった。

1. 『主観的評価』は消極的な「老性自覚」がある反面、うつ病に対する「自己効力感」は高く、アンバランスな状況である。
2. 『コーピング』は「回避的思考」を選択する傾向がある一方、性差による相違がある。
3. ストレス・マネジメント構造において、『ストレス』では「ソーシャル・サポート」の関与が大きく、「老性自覚」を中心とする『主観的評価』が他の構成要素に影響を与えている。

文献

- 1) 平成28年中における自殺の状況, 警察庁 Web サイト, https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H28/H28_jisatunojoukyou_01.pdf (2018/1/16)
- 2) 張賢徳, 中原理佳: 高齢者の自殺, 日本老年医学会雑誌, 49(5), 547-554, 2012
- 3) 大山博史, 坂下知恵: 高齢者のうつ病と自殺-予防と地域介入の観点から-, ストレス科学, 19(1), 61-69, 2004

- 4) 永原廉士：物忘れを訴えるうつ病患者における SPECT を用いた脳血流検査の有用性について，新薬と臨牀，J. New Rem. & Clin.，60(12)，145-149，2011
- 5) 中村祐：老年期うつ病治療の問題点と課題，Geriatric Medicine，43(10)，1597-1603，2005
- 6) 森千鶴：うつ病患者の看護-セルフケアを高める援助-，こころの看護学，4(1)，15-19，2003
- 7) 久保八重子：老年期うつ病患者の再発予防に向けてのアプローチ-退院後の生活指導と認知的介入の視点から-，第28回老人看護学会集録，139-141，1997
- 8) 中久喜雅文：再発を繰り返すうつ病の予防と治療-症例を中心に-，精神科治療学，15(2)，165-169，2000
- 9) 下山育子，金光義弘：高齢者のストレスの分類とコーピングに関する研究-真鍋島での面接調査に基づいて-，川崎医療福祉学会誌，14(2)，267-275，2005
- 10) 笠原洋勇，篠崎徹，他：老人とストレス-精神医学的観点から-，老年精神医学雑誌，5(11)，1333-1340，1994
- 11) ラザルス.S.リチャード(本明寛 監訳)：ストレスと情動の心理学-ナラティブ研究の視点から，東京，実務教育出版，2004
- 12) ラザルス.S.リチャード，フォルクマン.スーザン(本明寛，春木豊，織田正美監訳)：ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究-，東京，実務教育出版，2010
- 13) 林峻一郎：ストレスとコーピング-ラザルス理論への招待-，東京，星和書店，2010
- 14) 佐藤秀紀，中嶋和夫：地域高齢者の抑うつ状態を規定する要因，厚生学の指標，44(3)，10-16，1997
- 15) 村岡義明，生地新，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，7(4)，397-407，1996
- 16) 杉澤あつ子，杉澤秀博，他：地域高齢者における身体疾患と抑うつ症状，厚生学の指標，44(1)，44-48，1997
- 17) 野口祐二，高齢者用ソーシャル・サポート尺度，心理尺度測定集Ⅲ(第5版)，堀洋道監修，松井豊編，57-62，東京都，サイエンス社，1991
- 18) 詫摩武俊，小川捷之，他：老性自覚の発達的变化，昭和57年度総合科学研究費補助金研究報告書，63-84，1983
- 19) Perrand, Suzanne.: Development of Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES), Arch. Psychn. Nur., 15(2), 276-284, 2000
- 20) Tucker, S., Brust, S. et. al.: Validity of the Depression Coping Self-Efficacy Scale, Archives of Psychiatric Nursing, 16(3), 125-133, 2002
- 21) 平成29年度高齢者白書，内閣府 web サイト，http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html (2018/5/5)
- 22) 中村奈々子，上里一郎：中高年者の日常いらいら事に対するコーピングのパターンとストレス反応との関係，健康心理学研究，17，2004
- 23) 増地あゆみ，岸玲子：高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察-ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に-，日本公衆衛生雑誌，48(6)，435-447，2001
- 24) 水上喜美子，森本寛訓，他：心理的健康状態と諸個人差変数に関する研究(4)-高齢者の主観年齢および老性自覚が精神的健康に及ぼす影響-，日本心理学会大会発表論文集，第67回，31，2003
- 25) 水上喜美子：高齢者の主観的健康感と老いの自覚との関連性に関する検討，老年社会科学，27(1)，5-16，2005
- 26) 林峻一郎，佐藤浩信，他：日常生活ストレスと心理的対処行動の対応する2種のパターン-心身症・神経症・うつ病と健常条件-，社会精神医学，15(1)，65-75，1992
- 27) 中村奈々子，児玉昌久：地域高齢者の認知的評価と対処行動・ストレス反応との関係-高齢者大学受講者を対象として-，ヒューマン・

- サイエンス, 15(2), 56-63, 2003
- 28) 石附知実, 稲田俊也, 他: うつ病における coping 研究, 精神科治療学, 9(8), 947-956, 1994
- 29) 上原徹, 佐藤哲哉, 他: うつ病者のストレス対処行動の特性—不安障害および健常者との比較検討—, 臨床精神医学, 26(1), 107-114, 1997
- 30) 神村栄一, 海老原由香, 他: 対処法略の三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成, 教育相談研究, 33, 41-47, 1995
- 31) 吾郷ゆかり, 中谷久恵: うつ状態の高齢者への訪問看護の実態と看護行為, 日本在宅ケア学会誌, 12(2), 22-29, 2009
- 32) 田中浩二, 長谷川雅美, 他: ナラティブアプローチを基盤とした看護実践によるうつ病のある高齢者の語りの変化に関する研究, 金沢大学つるま保健学会誌, 36(2), 35-47, 2012
- 33) 小山達也, うつ病の理解と看護, [改訂版] これからの精神看護学-病態生理を踏まえた看護実践のための関連図-, 森千鶴, 田中留伊, 206, 東京, PILAR PRESS, 2016
- 34) 中村菜々子, 岡浩一朗, 他: 高齢者におけるストレス・マネジメント行動の変容段階と抑うつ症状との関連, ストレス科学, 17(3), 185-193, 2002
- 35) 中村菜々子, 松尾直子, 他: 高齢者大学でのストレス・マネジメント教育の短期的効果, 日本健康教育学会誌, 11(1), 13-22, 2003
- 36) 植木啓文: 慢性うつ病の自己治癒について—回復期の状況分析的研究—, 精神科治療学 9(8), 973-980, 1994
- 37) 田中浩二, 長谷川雅美: うつ病を抱えながら老いを生きる高齢者の体験, 日本看護科学会誌, 32(3), 53-62, 2012
- 38) 田中浩二, 長谷川雅美: 老年期うつ病者のレジリエンス—老いと回復のストーリーから—, 日本看護科学会誌, 36, 93-102, 2016
- 39) 茶園美香: 看護における「ニード論」「ストレス—コーピング理論」, 日集中医誌, 13, 431-435, 2006

Abstract

This study aimed to clarify the structure of “stress management” in the elderly with depression. Stress management is one of the strategies to minimize anxiety related to their illnesses and daily living and to prevent its recurrence. Seventy-seven elderly patients with depression, who were receiving treatment as outpatients, participated in a questionnaire survey on “stress management,” which comprised “stress,” “subjective evaluation,” and “coping.” The statistical analysis was carried out, which included path analysis by covariance structure analysis. Results revealed characteristics that “subjective evaluation” accompanying the depressive state influenced the selection of “coping” and changes in their evaluation of outcomes. In addition, stress management was not an organized structure, in which each stage of stress management—“stress,” “subjective evaluation,” and “coping”—was interconnected and circulated, but rather complex. That is, their management structures were diverse and differed based on their individual state at each stage and past experiences. This study provided three important indications for nursing of prevent recurrence: to control depression as a basis for implementing effective stress management, to develop an effective management plan with the elderly by trial and error to improve their own self-care abilities, and to show interest in their past and future and gain deep understanding of different aspects of their lives.