

地域在住の中高年の心の健康と自殺対策

— 京都府亀岡市のセーフティプロモーション活動の一環として —

松 田 美 枝¹⁾・田 中 秀 門²⁾・姫 野 紀代子³⁾
金 子 和 夫⁴⁾・森 雅 彦⁵⁾

I. 問題と目的

1. 本研究の背景と目的

日本の自殺死亡者数は1998（平成10）年に3万人を超え、以後、高止まりの状態が続いている。特に1998年以後は45～64歳の男性中高年層に自殺の急増が認められ、男性においては自殺死亡率の2つの高い山が壮年期（55～59歳71.1；人口10万対）と老年期（90歳以上74.8；人口10万対）に形成されるようになった。また、女性高齢者の自殺死亡率は1990年台より低下してはいるものの、65歳以上の女性においては高く、特に85～89歳においては30.3（人口10万対）と一段と高い傾向にある（厚生労働省「自殺死亡統計の概況」、2004）。

その一方で、壮年期および老年期というライフステージについては、以下のことが指摘されている。壮年期は老年期よりもストレスの程度が高く自殺念慮も高いこと（瀧澤・田中・渡邊ほか、2005）、壮年期から老年期へと移行するにあたり、主観的健康感が低下することや日常生活能力が低下し老性自覚が進むことにより、抑うつ状態に陥りやすくなること（坪井・福川・新野ほか、2004）などである。

京都府においては、1998年以降、毎年550

～650人前後が自殺で死亡している（京都府保健福祉統計年報、1989～2004）。2007（平成19）年の警察庁統計では、京都府の自殺死亡者数は635人で、自殺死亡率は男女合わせて22.8（人口10万対）であり、都道府県別対前年度自殺者増加率において全国2位であった。このような現状を踏まえて、筆者が本調査実施当時に非常勤心理職として勤務していた京都府精神保健福祉総合センターでは、亀岡市のセーフコミュニティ推進協議会と連携し、中高年の自殺の背景となりうる要素に関する質問紙調査を行ない対策の一助とすることとした。

2. 先行研究と本研究の位置づけ

予防医学や保健学、公衆衛生学においては、伝統的に一次予防（健康増進・疾病予防）、二次予防（早期発見・治療）、三次予防（リハビリ・再発予防）という分類に基づき介入がなされてきた（岸ら、2003）。そして、日本を含め先進諸国においては、薬剤の普及や高度医療技術の進歩により二次予防・三次予防の目標が十分に達成され、長寿社会が実現された。さらに、1986年のWHOのオタワ憲章以降は、人々が自らの健康をコントロールし、保持・増進させるプロセスとしての「ヘルスプロモーション」

¹⁾ 京都文教大学臨床心理学科講師、元京都府精神保健福祉総合センター非常勤心理職

²⁾ 亀岡市夢ビジョン推進課課長 ³⁾ 京都府山城北保健所綴喜分室精神保健福祉相談員

⁴⁾ 京都府精神保健福祉総合センター相談指導課課長 ⁵⁾ 京都府精神保健福祉総合センター所長

が推奨されるようになった（増本、2000）。

自殺予防学においてもまた、一次予防（プリベンション・普及啓発）、二次予防（インターベンション・危機介入）、三次予防（ポストベンション・遺族と未遂者の支援）という三段階の介入方法がある（本橋、2007）。自殺既遂者の心理学的剖検（張、2006）や重症未遂者（自殺失敗者）に関する研究（飛鳥井、1994）などから、自殺者の9割以上が自殺企図時に何らかの精神疾患に該当すると診断できる状態に陥っていたと考えられ、自殺の問題は精神的健康の問題と強い関係があることが分かっている。そのため、自殺対策においても、二次予防・三次予防だけでなく、一次予防的観点も必要と考えられる。

また、地域で自殺対策を始めようとする際には、本橋・渡邊（2005）や本橋（2006）の指摘にもあるように、住民や行政職員等の“自殺のタブー視”や“取り組みの負担感”といった心的抵抗の壁に突き当たるのが通例である。「自殺」という言葉を用いた取り組みを提案するだけでも地域住民や行政職員の心的抵抗に遭い、調査はおろか協力関係の形成自体が頓挫しかねない。その点、「心の健康づくり」を目的とした一次予防から取り掛かることは、そのような心的抵抗の問題をクリアしやすく、かつ十分な効果が上がることが報告されている（本橋・渡邊、2005；本橋、2006）。また、調査の計画・実施に行政職員や保健師が関わることで、結果のフィードバックを通して住民が主体的に対策に参加することなどを通して、自殺対策のための地域作りが可能であることも指摘されている（渡邊・瀧澤・山下、2004；本橋、2006）。

地域の自殺対策研究としては、まず新潟県旧松之山町での新潟大学の研究が挙げられる（高橋、1998）。旧松之山町では調査や普及啓発活動などの一次予防だけでなく、スクリーニン

グによるハイリスク者の早期発見と保健・医療的介入という二次予防も組み合わせて実施された。一次予防のみを中心に据えた地域の自殺対策研究としては、秋田県のモデル地区を対象とした研究（本橋、2006）、青森県の市町村を対象とした研究（瀧澤・田中・渡邊ほか、2005）、岩手県久慈地区の6市町村を対象とした研究（大塚・酒井、2004）などがある。

本研究はこれらにならい、地域住民のメンタルヘルス状況およびメンタルヘルスに関する知識の現状を把握し、中高年の自殺の背景となり得る要素について分析するとともに、心の健康の保持・増進のためのセルフケア＝ヘルスプロモーションにつなげる基礎資料とすることを目的とした。具体的には、青森県「田子町心の健康に関する調査」報告書（2005）を元に、地域住民のストレスの高さ、抑うつレベルの高さ、自殺念慮の有無、ストレス対処法、医療機関の利用状況、うつ病の知識、相談先の有無などについての質問紙を作成し、40歳以上の全住民に調査することとした。調査用紙の作成にあたっては、元青森県精神保健福祉センター長の助言のもと、京都府精神保健福祉総合センター職員（精神保健福祉士、臨床心理士）、亀岡市担当課職員らで検討を重ねた。

3. 調査対象地域の特性

今回、調査を実施した亀岡市は、京都府の中部に位置し大阪府に隣接している人口9万5千人の市であり、京阪神のベッドタウンともいわれる。また、日本国内で唯一、WHOコミュニティセーフティプロモーション協働センター（以下、協働センター）から「セーフコミュニティ」として認証を受けている市町村でもある。セーフティプロモーションについては、協働センターの難解な定義を反町ら（2007）が、セーフコミュニティ認証指標を元に噛み砕いて解説

しており、「事故、暴力、自傷行為などによる外傷やそれに対する脅威を、住民参加を伴う部門や職種を超えた協働により予防する取り組みであり、科学的に有効な活動と評価しうるものをいう。広い意味での公衆衛生アプローチによる取り組み」と説明されている（反町・奈須下、2007）。亀岡市では、事故等による外傷や自殺の少ない安心・安全なまち作りを住民主体で行なえるよう取り組みを進めており、自殺対策はその一環である。亀岡市の自殺者数は、1年あたり19.4人（2003～2007年平均）であり、自殺死亡率は男性34.8（人口10万対）、女性12.9（人口10万対）とほぼ全国並みである。

また、亀岡市の中でも今回調査を行なった地域は、文化保存のための開発規制区域であるとともに、農業や畜産業を営む高齢世帯が多い地域である。セーフコミュニティ活動を開始するにあたり、市担当者より自治会ごとに説明会を行ない、地域住民のメンタルヘルス増進のため本調査を行なうことに住民の合意が得られたため、実施する運びとなった。そのため無作為抽出による標本調査とは異なり、当該地域に特徴的な要素が抽出された可能性があるが、先行研究と同様の結果が得られた要素については地域特性を超えた普遍性をもつ要素であるものと考えられる。

Ⅱ. 方法

1. 調査対象者と実施期間

対象者は調査対象地域在住の40歳以上の男女全員とした。調査方法は自記式の質問紙調査とし、調査票3枚と回収用小封筒1枚を大封筒に入れたセットを作り、町内会を通して原則として各世帯に1部ずつ配布・回収するという留置法を取った。実施期間は平成20年10月中旬から末日であり、1町のみ町内会の日程の都合

で10月下旬に配布し、11月10日に回収した。

2. 調査内容

調査内容は、青森県田子町の調査用紙を元に以下のように作成した。

＊基礎データ：年齢（記述式）、性別（男性、女性）、婚姻形態（4肢選択）、家族人数（記述式）、居住地域（町名を選択）、職業（あり：4肢選択、なし：4肢選択）

①家族形態（6件法）

②健康状態（4件法）

③生活習慣（食欲、睡眠、喫煙について3肢選択、飲酒については5肢選択）

④通院状況（4肢選択）、病気の種類（該当するものを複数選択）

⑤抑うつ尺度 CES-D

⑥ストレスの程度（4件法）、内容（該当するものを選択）、対処法（該当するものを複数選択）、相談相手・ソーシャルサポート（該当するものを複数選択）

⑦趣味や文化活動の有無、対人関係の悩みの程度（4件法）と内容（該当するものを選択）、経済問題の悩みの程度（4件法）と内容（該当するものを選択）

⑧地域での相談活動（4件法）、うつ病の知識（4件法）、死についての思考の有無、自殺についての思考の有無、自殺に対する意見（該当するものを選択）、前向きな思考の有無、生き甲斐（該当するものを選択）

3. 倫理的配慮

調査の実施主体は亀岡市・亀岡市セーフコミュニティ推進協議会、京都府精神保健福祉総合センターであり、亀岡市および京都府の中高年の心の健康対策に利用されるものであることを調査用紙に明記し、無記名で行なった。また、調査結果は数量データと記述式回答を個人

を特定できない形でまとめ、地域ごとのワークショップで住民にフィードバックするとともに、今後の地域づくりに役立てられるように公表することとした。本論の内容は、すでに報告書により一般公開されているものである。ただし、報告書は部数の都合により一部にしか行きわたらないこともあり、地域のセーフティプロモーション活動や自殺対策に関して保健福祉活動を行なうための基礎資料として、改めて本論を公表することとした。

4. 分析方法

調査結果の分析には SPSS Statistics 17.0 を用いた。変数間の独立性の検定には χ^2 自乗検定を行ない、検定結果が有意なもののみ取り上げた。クロス集計中の各要素の有意性の検定には残差検定を行ない、調整済み残差値が 1.96 以上のものを 5% 水準で、2.58 以上のものを 1% 水準で有意であるとした。また、平均値の比較には t 検定を行なった。

本調査で使用している抑うつ尺度 CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression scale) は 20 項目からなり、16 点以上が抑うつ状態と判定される。CES-D は米国国立精神保健研究所により作成されたもので、日本語版については島 (1998) により再検査法と折半法により信頼性が検証されている。本調査では CES-D の得点を「抑うつ得点」と定義し、この回答項目数や回答方法が適切であったもののみを得点化し ($n=2403$)、項目別の平均点について分析した。

抑うつ得点は 16 点未満を「健康」、16 点～20 点を「抑うつ傾向」、21 点～30 点を「中度抑うつ状態」、31 点以上を「重度抑うつ状態」とカテゴリー化し分析を行なった。しかし、CES-D 得点から「うつ病」であるかどうかを“診断”できるものではない。

年齢は 10 歳階級別にカテゴリー化し「年代」として分析したが、必要に応じて、64 歳以下を「壮年期」、65 歳以上を「老年期」と定義し、ライフステージ別の分析も行なった。

「死について何度も考えることがありますか」との設問は、「死についての反復思考」と定義した。また、「気分が落ち込んで自殺について考えることがありますか」との設問は、便宜上「自殺念慮」と定義し、この設問に「はい」と回答した対象者を「自殺念慮者」と定義した。しかし、本来の意味での「自殺念慮」は、このような設問から確定できるものではないことも予め断っておきたい。

Ⅲ. 結果

1. 回収率と分析対象者数

世帯への配布数に対する回収率は 5 町全体で 75.1% であった。回収できた調査票は 3180 枚であったが、主たる独立変数を「性」「年齢」「居住地域」とし、この 3 点の記入漏れがある場合は無効としたところ、分析対象者数は 3067 名 (男性 1410 名、女性 1657 名) となった。40 歳以上の住民数に対する分析対象者数の割合は 65.9% であった。また分析対象者の年代は 60 代 (818 名、26.7%)、50 代 (802 名、26.1%) の順に多く、平均年齢は 62.9 歳で、最年少 40 歳、最年長 100 歳であった。

2. 調査結果

(1) 健康状態

①主観的健康感と抑うつ得点

「あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか」との設問に対して、「とても健康」から「まったく健康でない」まで 4 件法で回答してもらった。「とても健康」と「まあ健康」を合わせて「健康」と感じている人の割合は全体の 72.1%

表1 抑うつ得点平均値
(5歳階級別)

年齢	平均値 (SD)	度数
40～44歳	13.6 (9.6)	190
45～49歳	12.0 (7.3)	236
50～54歳	13.2 (7.7)	287
55～59歳	13.0 (7.9)	415
60～64歳	13.2 (7.8)	364
65～69歳	14.1 (7.4)	298
70～74歳	14.6 (7.8)	263
75～79歳	15.9 (8.5)	155
80～84歳	17.5 (8.2)	114
85歳以上	19.2 (9.7)	81

表2 年代と抑うつレベル

	健康			抑うつ傾向			中度抑うつ状態			重度抑うつ状態			合計	
	度数	年代の %	調整済 み残差	度数	年代の %	調整済 み残差	度数	年代の %	調整済 み残差	度数	年代の %	調整済 み残差	度数	年代の %
40代	301	70.7%	1.8	58	13.6%	-8	51	12.0%	-1.3	16	3.8%	-4	426	100.0%
50代	498**	70.9%	2.6	97	13.8%	-9	84	12.0%	-1.9	23	3.3%	-1.3	702	100.0%
60代	466*	70.4%	2.2	86	13.0%	-1.6	88	13.3%	-6	22	3.3%	-1.2	662	100.0%
70代	253**	60.5%	-3.1	78*	18.7%	2.4	71	17.0%	1.9	16	3.8%	-3	418	100.0%
80代以上	93**	47.7%	-6.0	37	19.0%	1.7	43**	22.1%	3.4	22**	11.3%	5.2	195	100.0%
合計	1611	67.0%		356	14.8%		337	14.0%		99	4.1%		2403	100.0%

χ^2 自乗値 67.850 自由度 12 両側漸近有意確率 $p < .001$ 調整済み残差 * $p < .05$ ** $p < .01$

であったが、70代、80代以上においては「あまり健康でない」「健康でない」と回答した人の割合が有意に高かった。また、75歳以上の抑うつ得点平均値は四捨五入すると16点以上とカットオフポイントを超える(表1)。抑うつ状態のレベルにおいては70代で「抑うつ傾向」、80代で「中度抑うつ状態」および「重度抑うつ状態」を示す人の割合が有意に高い(表2)。これらより加齢に伴い心身の健康状態や能力が低下することで抑うつ状態に陥りやすくなると考えられ、特に75歳以上のいわゆる後期

高齢者においては顕著であるといえるだろう。

②通院率と生活習慣

医療機関への通院について尋ねたところ、「通院中」の割合は加齢に伴い高くなっており、40代と50代では有意に低く、60代、70代・80代以上では有意に高かった。

食欲について「いつもおいしい」と回答した人の割合は、60代が最も高く74.9%であり、80代以上が最も低く56.9%であった。また、女性の半数以上が睡眠の不調を感じており、

「時々眠れない」「いつも眠れない」を合わせると 55.2% を占めた（男性は 44.0%）。男女ともに加齢に伴い不眠の傾向は顕著になり、70 代と 80 代以上で「時々眠れない」と回答した人の割合は有意に高かった。

(2) ストレス

① ストレスの程度

「あなたはこの 1 ヶ月間に日常生活で不満、悩み、苦勞、ストレスなどがありましたか」との設問に対して、4 件法で回答してもらったところ、「大いにある」「多少ある」と回答した人の割合は 40 代、50 代の若い年代で有意に高く、加齢に伴い低くなる傾向が見られた（表 3）。

また、ストレスが「大いにある」人で中度および重度の抑うつ状態に置かれている人の割合は有意に高かった。壮年期と老年期のストレス程度と抑うつ得点の分布は表 4 の通りである。「壮年期」では、ストレス程度において「大いにある」「多少ある」と回答している人の割合が高く、「老年期」では抑うつレベルにおいて「健康」である人の割合が少ない。ただし、ストレス程度において「大いにある」と回答している人が、抑うつレベルにおいて中度および重度の抑うつ状態を示していることは、「壮年期」の方が顕著ではあるものの、「老年期」においても有意であった。

家族形態別では、「三世代」同居の 40 代でス

トレスが「大いにある」「多少ある」、50 代で「多少ある」「二世代」同居の 40 代で「大いにある」「多少ある」、50 代で「多少ある」と回答している人の割合は他に比べて有意に高かった。

職業別では、職業「あり」群が職業「なし」群と比べて、「大いにある」「多少ある」と回答した人の割合が有意に高かったが、抑うつ得点平均値は「あり」群 12.7 点、「なし」群 15.8 点と、後者の方が有意に高かった（ t 値 -8.7、自由度 1619.6、 $p<.001$ ）。「あり」群は「なし」群より平均年齢が 10.2 歳若いことも影響しているかもしれない。

また、「対人関係で悩むことはありますか」との設問に対して 4 件法で回答してもらったところ、「大いにある」「多少ある」と回答した人の割合は男女ともに 40 代が最も高く、加齢に伴い低くなる傾向が見られた。さらに、「経済的に問題はありますか」との設問に対して 4 件法で回答してもらったところ、「大いにある」「多少ある」と回答した人の割合は 40 代～60 代にかけて高く、こちらも加齢に伴い低くなる傾向が見られた。婚姻形態別には「離別」の「大いにある」「既婚」の「多少ある」の割合がそれぞれ有意に高かった。

② ストレス内容

年代別のストレス内容については、40 代、50 代において、男性は「仕事・職場」が最も

表 3 年代とストレス

	大いにある			多少ある			あまりない			まったくない			不明			合計	
	度数	年代の %	調整済み残差	度数	年代の %	調整済み残差	度数	年代の %	調整済み残差	度数	年代の %	調整済み残差	度数	年代の %	調整済み残差	度数	年代の %
40 代	102**	21.3%	5.4	270**	56.3%	4.8	76**	15.8%	-5.1	20**	4.2%	-3.9	12**	2.5%	-3.7	480	100.0%
50 代	135**	16.8%	3.2	430**	53.6%	4.9	175*	21.8%	-2.5	37**	4.6%	-4.9	25**	3.1%	-4.3	802	100.0%
60 代	93*	11.4%	-2.1	384	46.9%	.5	232*	28.4%	2.5	77	9.4%	.7	32**	3.9%	-3.3	818	100.0%
70 代	65**	9.9%	-3.1	236**	36.0%	-5.9	193**	29.4%	2.8	89**	13.6%	4.8	73**	11.1%	5.7	656	100.0%
80 代以上	20**	6.4%	-3.9	95**	30.5%	-5.8	96*	30.9%	2.4	48**	15.4%	4.3	52**	16.7%	7.9	311	100.0%
合計	415	13.5%		1415	46.1%		772	25.2%		271	8.8%		194	6.3%		3067	100.0%

χ 自乗値 301.157 自由度 12 両側漸近有意確率 $p<.001$ 調整済み残差 * $p<.05$ ** $p<.01$

高く（40代 40.6%、50代 42.2%）、女性は「仕事・職場」（40代 20.7%、50代 11.4%）に加えて、「経済問題」（40代 16.3%、50代 20.5%）や「対人関係」（40代 20.3%、50代 14.2%）など多岐にわたっていた。

家族形態別ストレス内容は、「二世代」の「経済的なこと」「仕事・職場」、「三世代」の「対人関係」「仕事・職場」「子育て」の割合が有意に高かった。

対人関係ストレスについて「大いにある」「多少ある」と答えた人に、内容について尋ねたところ、男性の40代、50代においては「仕事・職場」が最も割合が高く、女性の40代、50代においては「同居家族」「仕事・職場」が高かった。高齢になるにしたがって、「近所」「別居家族・親族」の割合が増加する傾向にあった。家族形態別では「二世代」「三世代」で対人関係ストレスの割合が高く、内容は「二世代」で「職場」、「三世代」で「同居家族」と「職場」の割合が有意に高かった。

経済問題ストレスについて「大いにある」「多

少ある」と回答した人に、内容について尋ねたところ、「出費がかさむ」「低収入」の割合が高かった。出費内容は回答者数が少ないが、「医療費」や「教育費」が負担となっていた。また、家族形態別の経済問題ストレスは「二世代」の「大いにある」の割合が有意に高かったものの、ストレス内容については、「三世代」の「出費」に対するストレスのみが有意に高かった。

③ストレス対処法と相談先(ソーシャルサポート)

ストレス対処法について複数回答で選択してもらったところ、男性は「趣味・スポーツを楽しむ」（28.9%）、「テレビ・ラジオを楽しむ」（26.4%）、「休暇を取る・のんびりする」（25.2%）、「飲酒・喫煙」（21.7%）、「寝る」（21.1%）の順に多かった。女性は「散歩・外出・買い物」（32.7%）、「テレビ・ラジオを楽しむ」（30.7%）、「愚痴を言って発散する」（28.6%）、「前向きに考える」（25.2%）、「趣味・スポーツを楽しむ」（20.0%）の順に割合が高かった。男性は1人でストレスに対処し、女性は他人と話したり、外出したりする傾向が見られた。選択した対処

表4 ライフステージ別のストレスと抑うつレベル

		健康			抑うつ傾向			中度抑うつ状態			重度抑うつ状態			抑うつレベルの%	
		度数	抑うつレベルの%	調整済み残差	度数	抑うつレベルの%	調整済み残差	度数	抑うつレベルの%	調整済み残差	度数	抑うつレベルの%	調整済み残差		
壮年期	大いにある	99**	9.3%	-13.7	46*	23.1%	2.0	82**	45.8%	10.3	42**	79.2%	11.8	269	18.0%
	多少ある	628*	59.2%	2.4	129*	64.8%	2.3	87*	48.6%	-2.5	10**	18.9%	-5.7	854	57.2%
	あまりない	277**	26.1%	8.6	21**	10.6%	-3.7	6**	3.4%	-6.0	0**	.0%	-3.7	304	20.4%
	まったくない	52**	4.9%	3.7	3	1.5%	-1.8	0**	.0%	-2.8	1	1.9%	-.7	56	3.8%
	不明	5	.5%	-1.0	0	.0%	-1.2	4**	2.2%	3.0	0	.0%	-.6	9	.6%
	合計	1061	100.0%		199	100.0%		179	100.0%		53	100.0%		1492	100.0%
老年期	大いにある	27**	4.9%	-6.4	11	7.0%	-1.4	28**	17.7%	3.5	26**	56.5%	10.7	92	10.1%
	多少ある	205**	37.3%	-4.3	82**	52.2%	2.6	92**	58.2%	4.2	13*	28.3%	-2.1	392	43.0%
	あまりない	222**	40.4%	5.4	50	31.8%	-.5	27**	17.1%	-4.8	6**	13.0%	-3.0	305	33.5%
	まったくない	88**	16.0%	5.5	10*	6.4%	-2.1	4**	2.5%	-3.8	1*	2.2%	-2.0	103	11.3%
	不明	8	1.5%	-1.6	4	2.5%	.4	7*	4.4%	2.3	0	.0%	-1.0	19	2.1%
	合計	550	100.0%		157	100.0%		158	100.0%		46	100.0%		911	100.0%

χ^2 自乗値 338.958 自由度 12 両側漸近有意確率 $p < .001$ 調整済み残差 * $p < .05$ ** $p < .01$

法の平均数は、男性 2.6 個、女性 2.9 個と女性の方がやや多かった。

ストレス相談相手（ソーシャルサポート）は、「家族」54.0%、「友人・知人」32.7%の順に多く、この両方で圧倒多数を占めた。「公的機関」は全体の 1.4%にすぎなかったが、他の回答状況から見て、「家族」や「友人・知人」だけでは解決できない問題を抱えた人が「公的機関」の相談窓口を利用しているようであった。また、「相談をためらっている」「相談したいが相手がいない」と回答した人の抑うつ得点平均値はそれぞれ 21.0 点、21.4 点と高かった。「相談したくない・必要がない」と回答した人は男性 18.4%、女性 6.5%で、男性の方が多かったが、抑うつ得点平均値（13.9）は高くなかった。

(3) うつ病・死・自殺

①うつ病の知識

「うつ病についての知識はありますか」との設問に 4 件法で回答してもらったところ、「よく知っている」「まあ知っている」を合わせて、男性 48.6%、女性 54.2%が一定の知識を持っていると認識していた。残りの半数は知識を持っていないと答えており、特に 70 代、80 代以上

の高齢者において「まったく知らない」と回答した人の割合は有意に高かった。

②死についての反復思考

「死について何度も考えることがありますか」との設問に対して「はい」と回答した人は、80 代以上の割合が有意に高かった。また、「はい」と回答した人の抑うつ得点平均値は 18.9 点とカットオフポイントを上回った。

③自殺念慮

「気分が落ち込んで自殺について考えることがありますか」との設問に対して、男性の 40 代・50 代、女性の 40 代において「はい」と回答した人の割合が有意に高かった。また、自殺念慮者の抑うつ得点平均値は 22.7 点と高かった。

婚姻形態別では「未婚」男性の割合が有意に高く、職業別では「あり」群で「自営業」、「なし」群で「失業中」がそれぞれ有意に高かった。

ストレス程度・抑うつレベル・ライフステージ別の自殺念慮者の分布は表 5 の通りである。（パーセンテージは各セルの全体に対する自殺念慮者の割合を示す。）

「重度抑うつ状態」かつストレスが「大いにある」人で自殺念慮者は「壮年期」に多く、全

表 5 ストレス×抑うつレベル×自殺念慮×ライフステージ

		健康			抑うつ傾向			中度抑うつ状態			重度抑うつ状態			合計		
		全体	自殺 念慮	%	全体	自殺 念慮	%	全体	自殺 念慮	%	全体	自殺 念慮	%	全体	自殺 念慮	%
壮年期	大いにある	99	5	5.1%	46	7	15.2%	82	19	23.2%	42	17	40.5%	269	48	17.8%
	多少ある	628	25	4.0%	129	9	7.0%	87	16	18.4%	10	2	20.0%	854	52	6.1%
	あまりない	277	3	1.1%	21	1	4.8%	6	0	0.0%	0	0		304	4	1.3%
	まったくない	52	1	1.9%	3	0	0.0%	0	0		1	0	0.0%	56	1	1.8%
	不明	5	0	0.0%	0	0		4	1	25.0%	0	0		9	1	11.1%
	合計	1061	34	3.2%	199	17	8.5%	179	36	20.1%	53	19	35.8%	1492	106	7.1%
老年期	大いにある	27	0	0.0%	11	4	36.4%	28	6	21.4%	26	8	30.8%	92	18	19.6%
	多少ある	205	6	2.9%	82	1	1.2%	92	4	4.3%	13	3	23.1%	392	14	3.6%
	あまりない	222	3	1.4%	50	0	0.0%	27	1	3.7%	6	1	16.7%	305	5	1.6%
	まったくない	88	1	1.1%	10	0	0.0%	4	0	0.0%	1	0	0.0%	103	1	1.0%
	不明	8		0.0%	4		0.0%	7		0.0%	0			19		0.0%
	合計	550	10	1.8%	157	5	3.2%	158	11	7.0%	46	12	26.1%	911	38	4.2%

体では分析対象者の 0.8%であった。

④自殺に対する意見

「自殺について様々な意見があります。あなたの考えに最も近いものに○をつけてください」との設問に 10 個の選択肢から回答してもらったところ、「絶対いけない」と回答した人が全体の 40% 以上を占めていた。自殺念慮者の 40 代、50 代は、「自殺に対する意見」の設問で「場合によっては仕方がない」と回答している割合が高かった。

「自殺に対する意見」において項目ごとの抑うつ得点平均値を出したところ、「羨ましい」22.6 点、「恥ずかしいことだ」17.0 点、「立派だ」16.5 点、「場合によっては仕方がない」15.7 点の順に高かったが、「羨ましい」「立派だ」は回答者数が少数であり、グループの大きさが極端に異なるため単純な比較はできない。「恥ずかしいことだ」と回答した人の平均年齢は 69.2 歳で、年齢層の高さが価値感と抑うつ得点の高さに影響しているとも考えられる。また、「場合によっては仕方がない」と回答した人の平均年齢は 60.5 歳であった。

以上について、ライフステージとの関係を表 6 にまとめた。

IV. 考察

(1) ライフステージの移行に伴う生活上の困難の変化と自殺

本調査では 40 代以上の男女を対象とし、40

歳から 100 歳までの分析対象者を得た。そして回答内容は、64 歳以下の壮年期群と、65 歳以上の老年期群で傾向が異なっていた。

まず壮年期群においては、ストレスの程度が高く、ストレスが「大いにある」「多少ある」と回答した人の割合が有意に高かった。ストレス内容は、男性では「仕事・職場」が最も高く、女性では「仕事・職場」「経済問題」「対人関係」とストレスの種類が多岐にわたっていた。これらから、壮年期においては外的要因によるストレスの割合が高いものと考えられた。特に家族形態が「二世帯」「三世帯」という多世代同居中の 40 代、50 代においては、子育てや親の介護などをこなしながら、経済的にも家族を支えていると思われ、対人関係ストレス内容に「同居家族」を、経済問題内容に「出費（教育費・医療費）」を挙げる割合が高かった。また、自殺念慮者の割合も 40 代、50 代において高かった。これらの結果は、瀧澤ら（2005）の研究成果とほぼ一致するものである。そのため、壮年期は、様々なストレス要因に圧倒される形で抑うつ状態に陥り、自殺を考えるという経路に陥りやすい時期であるといえる。

その一方で、老年期群においては主観的健康感が低下し、睡眠の不調が増し、通院率が高まっていた。特に 75 歳以上では抑うつ得点が高く、中度・重度抑うつ状態の割合が高くなっていた。これらもまた、先行研究の結果と一致するものであった。しかし、抑うつ得点の高さに反して、70 代以上の高齢者のうつ病に関する知識は乏

表 6 ライフステージとの関係

壮年期に重く、老年期に軽くなるもの	壮年期に軽く、老年期に重くなるもの	壮年期と老年期で内容が変化するもの
全般的ストレス程度 対人関係ストレス程度 経済問題ストレス程度 自殺念慮	主観的健康感 抑うつ得点 通院率 睡眠の不調 死についての反復思考	ストレス内容（外的⇒内的）

しいものと思われた。また、ストレス内容は「健康・病気」「古い・老後」など、内的要因に関するものの割合が高く、死についての反復思考も80代以上において有意に高かった。老年期に死についての反復思考が高まり、自殺念慮が低下することは、外的ストレスの低下および老性自覚の進行と関係があるものと推測できる。つまり、身体的・精神的健康状態の低下から、必然的に訪れる死を予測しているため、あえて自殺を選ぶという思考には結びつきにくいものと想像できる。しかしながら、老年期の自殺死亡率の高さから考えて、老年期には死についての反復思考が日常的となり抑うつ状態に陥りやすいため、そこにストレス状況が重なると、比較的容易に自殺行動へと結びつきやすいのではないかと考えられる。壮年期に外的ストレスが抑うつをもたらし、老年期は心身の機能低下が抑うつをもたらし、そこにさらなるストレス状況が重なった場合に、自殺のリスクが急激に高まるものと考えられる。

(2) ヘルスプロモーションとセーフティプロモーション

今回の調査では、調査票の配布回収を町内会で行ない、セーフコミュニティ活動のワークショップにおいて、調査結果の中間報告を市担当者から行なっている。また、筆者からは自治会役員を集めた「セーフコミュニティセミナー」で調査結果の概略報告を行ない、市広報に取り上げられた。今回、調査用紙を町内会長中心に配布回収を行なったことは、回収率を高め、期日に忠実に調査を実施することにつながっただけでなく、今後の地域活動への反映の期待も高まっているものと考えられる。ただし、調査後に各機関の担当者がそれぞれ異動になっており、関係者のネットワークの機能を新たに作り直し、強化せねばならない状況にも至っている。町内会の特性をよく知る市職員の力を借りなが

ら、今まで以上の連携と、住民との関係作りを心がける必要があるだろう。

本研究は亀岡市のセーフコミュニティ推進協議会と連携しながら進めた。現在では亀岡市役所内の自殺対策の取り組みは進み、セーフコミュニティ担当課のみならず、保健福祉に携わる諸課や他機関との連携の中で、特に「多重債務」と「精神保健」に焦点を当てた自殺対策システム作りが進んでいる。また、実務担当者や有識者を集めた連絡協議会も発足し、筆者も委員として属している。そのため、今後は実際の取り組みの中に本調査結果をどのように活かしていくかが鍵になってくるものと思われる。たとえば、北東北3県をモデルとして、すでに全国各地で実施され始めている取り組みには次のようなものがある(松田、2008)。まず壮年期の自殺対策としては、ヘルスプロモーションの観点から職場内でのストレスマネジメント講座や家族の話を聴くための傾聴講座、自分や家族の異変に気づくためのうつ啓発教室、職場環境や経済問題についての相談窓口の広報などが地域で実施可能な対策として挙げられる。壮年期においては外的なストレス要因が多く、それ自体は変えられない場合も多いであろうが、まずは自分自身の心身の不調に気づき、相談に赴いたり自分に合ったストレス対処法を見つけ出して実施したりする必要がある、セルフケアや家庭でのケア、職場内外のケアなどを重層的に組み合わせるのが効果的であると考えられる。

また、老年期の地域自殺対策としては、老年性うつ病など病理性の高い抑うつ状態にある高齢者を早期発見・介入するため、住民健診時にスクリーニングを実施しハイリスクアプローチを行なう二次予防的活動を欠かすことはできない。それと並行して、うつ病や睡眠障害などについて楽しみながら知識を得ることのできる劇や紙芝居を行なったり、趣味や地域活動、団ら

んのための居場所づくりなどの一次予防活動が有効となるであろう。さらに、引きこもりがちな高齢者にはボランティアによる訪問活動や、外出・移動等の支援、食事の配送など、地域住民同士の相互扶助を促進することも重要であると考えられる。

本論では取り上げなかったが、国のデータとの比較や調査対照地域内の比較、青森県田子町との比較も行っており、これらのデータを活用しながら住民を含めたディスカッションの中で背景要因と対策を共に考えていく必要があるだろう。行政サイドからの一方的な調査ではなく、地域を良く知る住民こそが主役であって、データを資料にしながら共に考え話し合いつつ、住民自身が住み心地の良い町作りへと主体的に動き出すダイナミズムを支えられるかどうかポイントになるものと思われる。

引用文献

- 青森県田子町健康福祉課 2005 「心の健康に関する調査」報告書
- 飛鳥井望 1994 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討、精神神経学雑誌第96巻第6号: 415-443.
- 張賢徳 2006 人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見てくるもの、勉学出版.
- 大塚耕太郎・酒井明夫 2004 うつ対策と自殺予防、ストレス科学 19 (1) ; 70-77.
- 岸玲子・古野純典・大前和幸・小泉昭夫 2003 NEW 予防医学・公衆衛生学、南江堂.
- 厚生労働省自殺死亡統計の概況 人口動態統計特殊報 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/>
- 京都府保健福祉統計年報 京都府保健福祉部 1990 ~ 2004 (1989 年度は京都府保健環境部、衛生統計年報)
- 増本妙子 2000 「健康」概念に関する一考察、立命館産業社会論集第 36 巻 1 号.
- 松田美枝 2008 わが国の自殺の現状と対策—京都府における自殺対策の可能性を探りつつ—、奈良女子大学大学院人間文化研究科年報第 23 号 ; 219-230.
- NIMH 米国国立精神保健研究所 CES-D Scale (島悟 訳 1998 CES-D Scale、千葉テストセンター.)
- 本橋豊 2003 公衆衛生と自殺、公衆衛生 Vol.67, No.9 ; 659-663.
- 本橋豊 2006 自殺が減ったまち 秋田県の挑戦、岩波書店.
- 本橋豊編著 2006 STOP! 自殺—世界と日本の取り組み—、海鳴社.
- 本橋豊編著 2007 自殺対策ハンドブック Q & A、ぎょうせい.
- 本橋豊・渡邊直樹編著 2005 自殺は予防できる ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動、すびか書房.
- 反町吉秀・奈須下淳 2007 日本における Safety promotion/Safe community 活動の展開、小児内科第 39 巻第 7 号 ; 1024-1030.
- 高橋邦明・内藤明彦・森田昌弘・須賀良一・小熊隆夫・小泉毅 1998 新潟県東頸郡松之山町における老人自殺予防活動—老年期うつ病を中心に—、精神神経誌 100 ; 469-485.
- 高橋邦明 2006 高齢者の自殺予防、精神療法第 32 巻第 5 号 ; 577-585.
- 瀧澤透・田中尚恵・渡邊直樹・三戸波子・大山博史・山中朋子・山下志穂・菅原育子 2005 青森県三戸町における中年期の抑うつ感と関連要因—自殺一次予防としての心の健康に関する調査—、民族衛生第 71 巻第 6 号 ; 244-254.
- 坪井さとみ・福川康之・新野直明・安藤富士子・下方浩史 2004 地域在住の中高年の抑うつに関連する要因、心理学研究第 75 巻第 2 号 ; 101-108.
- 渡邊直樹・瀧澤透・山下志穂 2004 自殺の地域差、こころの科学 118 ; 34-39.