

長野県東御市における心の健康状態及び 自殺念慮の要因に関する実態調査

朴相俊¹⁾、岡田真平¹⁾

1) 公益財団法人身体教育医学研究所

Epidemiologic investigation of mental health and the factors associated with suicide in Nagano Prefecture Tomi city

Sangjun Park¹, Shinpei Okada¹

1) *Physical Education and Medicine Research Foundation*

目的：本研究では、東御市で実施された心の健康調査データを基に住民の心の健康状態と自殺関連要因を調べ、自殺対策を進める上での要点を示すことを目的とした。

方法：東御市から提供を受けた2015年の調査データ（無作為抽出法によって1,000人を選出し、526人（回収率52.6%）から回答）を集計解析した。

結果：男性の53.9%、女性の54.4%が「ストレス有」と答えた。また、ストレス要因を見ると、家庭問題（男性：33.5%、女性：39.7%）、健康問題（男性：24.4%、女性：30.8%）、勤務問題（男性：30.4%、女性：25.7%）の順であった。自殺念慮の経験有の人は、過去では64人、最近では16人であった。多重ロジスティック回帰分析の結果では、男女ともに過去の自殺念慮と有意な関係を示したのは、K6の9点以上 [男：OR=3.79、95% CI (1.01-18.39)/女：OR=3.25、95% CI (1.79-13.34)]、不眠の相談 [男：OR=3.67、95% CI (1.04-12.89)/女：OR=3.89、95% CI (1.27-11.91)]、自殺の相談 [男：OR=8.19、95% CI (1.82-36.83)/女：OR=31.44、95% CI (2.14-46.93)] であった。

考察：本研究では、心の健康調査データを用いて東御市の心の健康状態及び自殺関連要因を明らかにすることができた。

Key words：心の健康 (mental health)、自殺念慮 (suicide ideation)、東御市 (Tomi City)、疫学 (epidemiology)

1. 緒言

日本では、1998年以降2011年まで14年連続で自殺死亡者数が年間3万人を超えてきた。その後、2012年には15年ぶりに自殺死亡者数が3万人を下回り、

(2016年7月13日受付 2017年2月3日受理)

連絡先：〒389-0402 長野県東御市布下6-1
公益財団法人 身体教育医学研究所
朴相俊
E-mail：seagullpark@pedam.org

2015年に至るまでの4年間は、毎年2万5千人前後を維持している。しかし、日本の自殺率は国際的に比較すると依然として高く、このような深刻化した自殺問題の解決に向けて日本政府だけでなく、地方自治体や民間団体等においても自殺予防のための積極的な取り組みが行われている¹⁾。これまでの自殺対策の方向性は医療的モデルを基盤とした側面が強く、その中でもうつ病の早期発見を狙いとした「うつ病スクリーニング」は広く知られている対策である²⁾³⁾。勿論、医療モデルを基盤とした「うつ病スクリーニング」の有

用性は先行研究によって支持され、その効果も報告されているが⁴⁾、今は、このような医療モデルによるアプローチに対しての根本的な見直しが求められている⁵⁾。

地域における自殺対策にはうつ病などの自殺に関わる危険因子を把握する医療モデルによる対策に限定せず、住民が安心して生活できる要因を把握し、解決に向けての実践方法を考えるコミュニティモデルによる対策が必要である。そして、コミュニティモデルによる戦略的な自殺対策の実施には、各市町村が地域の实情に沿った細やかな実態把握及び地域の特性が反映できるエビデンスの確立が必要と考えられる。2012年に公表された「自殺総合対策大綱の見直し（改正）に向けての提言第二次案」の中では、「科学的根拠に基づく取り組みを重視」が提言されており⁵⁾、市町村で対策を立てる際に根拠として提示できるデータベース構築の必要性を言及している。さらに、2016年2月24日に参議院本会議で全会一致により可決された自殺対策基本法改正案（2016年4月1日から施行）の中でも、「（調査研究等の推進及び体制の整備）国及び地方公共団体は、自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するため、自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究及び検証並びにその成果の活用を推進するとともに、自殺対策について、先進的な取組に関する情報、その他の情報の収集、整理及び提供を行うものとする」ことが加わって提案されるなど、効果的な自殺対策に活用するための科学的根拠が示せるデータベース構築を検討課題として捉えている⁶⁾。

我々は2011年より、長野県東御市においてコミュニティモデルによる心の健康づくり支援（自殺対策を含む）を実施しており⁷⁾、その支援の一つとして、行政との連携に基づくデータベース構築に取り組んできた。東御市では、心の健康に関する実態調査（心の健康状態、自殺問題、ソーシャル・キャピタル、引きこもり等）データを毎年持続的に収集し、その結果を市の健康施策に関わる提言資料として活用している。

そこで本研究では、2015年に実施された心の健康調査データの集計・解析によって明らかになった地域住民の心の健康状態及び自殺関連要因を報告し、併せて東御市における自殺対策を含めた心の健康づくり事業を効果的に展開していく上で必要な視点について提示することを目的とした。

II. 研究方法

A. 研究対象者

長野県東御市健康福祉部の協力を得て、住民の心の健康（自殺関連要因を含む）に関する実態調査データの提供を受けた。調査は2015年1月16日～30日に行われ、東御市に在住する全住民の男女別かつ年齢階層別の各層から人口比率に基づき、名簿順に等間隔抽出法により合計1,000名を抽出した。郵送による自記式質問票調査を行い、回収率改善のために回収の最終日までに1回の督促状を発送した（1月23日発送）。

B. 調査項目

本調査における調査項目は、長野県が実施した「心の健康づくりに関する基礎調査」⁸⁾の項目（信州大学医学部で作成した調査票）と健康日本21⁹⁾で使われた調査項目を用いている。長野県で実施した調査項目に関しては、2008年に内閣府（自殺対策推進室）が実施した自殺対策に関する意識調査の項目¹⁰⁾と多く一致している。

1. 基本属性及び心の健康状態に関する調査項目

基本属性として、性、年齢、職業、配偶者同居有無、同居人数を、また心の健康状態に関する項目として、ストレスの有無（最近1か月間）、ストレス処理状況、睡眠での休養充足度、ストレス要因、飲酒習慣、精神的健康度、不眠相談の有無について調査した。健康日本21⁹⁾を参考に実施したストレスの有無（最近1か月間）、ストレス処理状況、睡眠での休養充足度の3つの指標についてはそれぞれ4件法を用い、ストレス緩和要因としての飲酒習慣（飲酒量）は、6件法を用いた。精神的健康度の測定指標としてはthe Kessler 6-item psychological distress scale（以下、K6）を用いて測定した¹¹⁾。K6は、米国のKesslerらによってうつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。過去30日の間に「神経過敏に感じたか」、「絶望的だと感じたか」、「そわそわ落ち着かなく感じたか」、「気分が沈み込んで気が晴れないと感じたか」、「何をしても骨折りだと感じたか」、「価値がない人間だと感じたか」の6つの質問に対する5件法（1：まったくない（0点）、2：少しだけ（1点）、3：ときどき（2点）、4：たいてい（3点）、5：いつも（4点））の回答から9点以上（24点満点中）を心の健康を崩している可能性が高い

と評価される。健康日本 21 及び 2010 年に長野県で県内市町村を対象に実施した心の健康調査でも同様の尺度を用いて評価したことから、東御市の調査においても国、長野県調査結果との比較のために精神的健康状態の評価に K6 を採用した。不眠相談の有無については、よく眠れない日が 2 週間以上続いた状態を基準として「はい」、「いいえ」の二択で回答を行った。

2. 自殺関連要因に関する調査項目

調査項目として、自殺念慮、自殺相談有無、喪失体験について調査した。自殺念慮の評価については、「今までの人生で本気で死にたいと思った」ことを過去の自殺念慮（最近 1 年間を除く）として、「最近の 1 年間で本気で死にたいと思った」ことを最近の自殺念慮（最近 1 年間以内）として 2 区分し、各質問に対して「はい」、「いいえ」の二択で回答を求めた。その他、自殺相談の有無（する・しない）及び喪失体験の有無（いる・いない）についても二択で回答を求めた。

C. 統計解析

返送された回答の中で、性別、年齢について回答が得られなかった者を解析対象から除外し、年齢階級別（20-29 歳、30-39 歳、40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70 歳以上）及び男女別に各質問項目における参加者の回答状況について単純集計を行った。また、自殺念慮について過去の自殺念慮（最近 1 年間を除く）と最近の自殺念慮（最近 1 年間以内）に区分し、各質問項目との関係性について χ^2 検定を用いた独立性の検定を行った。次に、過去の自殺念慮の有無に関連のある要因を調べるために、男女計、男女別に過去の自殺念慮の有無を従属変数、単変量解析において男女計、男女両方又はどちらかで有意差のみられた変数を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析（変数増加法）を実施した。

関連を示す指標として、オッズ比とその 95% の信頼区間を用いた。解析には、IBM SPSS Statistics 22.0（日本アイ・ビー・エム株式会社）を用い、有意水準 5% とした。

D. 倫理的配慮

東御市健康福祉部から提供されたデータには回答者の住所や氏名などの個人を特定する情報は含まれていないため、本疫学研究は国の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（文部科学省、厚生労働省、2014 年 12 月 22 日制定）」の適用除外基準である「試料・情報のうち、既に連結不可能匿名化されている情報（倫理指針第 1 章第 3-1 適用される研究ウ②）」に

該当し、倫理審査委員会への審査申請を行わずに実施した。

Ⅲ. 研究結果

東御市から名簿順に等間隔抽出法によって無作為に選び出された 1,000 人の対象者の中から、526 人（回収率 52.6%）が回答した。回収された調査票のうち、性別、年齢について回答が得られなかった 4 人を解析対象から除外し、分析対象者を 522 人（有効回収率 52.2%）とした。

A. 分析対象者の特徴

1. 基本情報

回答者の性別、年齢階級別（20-29 歳、30-39 歳、40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70 歳以上）の割合をみると、男性ではそれぞれ 6.1%、8.7%、10.9%、14.8%、22.6%、37.0%、女性ではそれぞれ 4.5%、9.6%、12.0%、16.1%、25.7%、32.2% で年齢が上がるにつれ、回答率が上昇した。配偶者同居の割合は、男女とも 70 歳以上（男性 30.4%、女性 22.9%）で最も高値を示した（表 1）。

2. 心の健康状態

ストレスの有無（最近 1 か月間）、ストレス処理状況、睡眠での休養充足度について性別にみると、男性では、最近 1 か月間のストレスがある割合は 53.9%、ストレスが処理できていない割合は 13.0%、そして、睡眠での休養が取れていない割合は 17.9% であった。精神的健康度を表す指標において 9 点以上を示した割合は 8.7% であった。女性では、同指標でそれぞれ 54.4%、14.4%、15.7% で、睡眠での休養充足感を除いて男性より占める割合が高かった。精神的健康度では、9 点以上を示した割合は 10.6% で、約 10 人中 1 人が心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題を抱えていることがわかった。この結果についても男性より高い割合を示した（表 2）。

3. ストレスに関連のある要因

ストレスの原因の分布は表 3 に示すとおりである。まず、性別でみると、男性では家庭問題（33.5%）に次いで多いのは勤務問題（30.4%）で、女性では家庭問題（39.7%）に次いで健康問題（30.8%）が多かった（複数の選択が可能なので、百分率の合計は 100% を超える）。家庭問題の詳細を性別でみると、男性では、介護看護が 23 件（家庭問題全体の 10.0%）、子育てが 11 件（4.8%）、家庭不和が 7 件（3.0%）、その他の問題が 36 件（15.7%）であった。女性においては、

表1 調査対象者の概要：男女・年齢階級別

		年 齢 (歳)										合計			
		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69				70 -	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%			人	%
男	有効回答数	14	6.1%	20	8.7%	25	10.9%	34	14.8%	52	22.6%	85	37.0%	230	100.0%
	職業														
	常勤	12	5.2%	14	6.1%	18	7.8%	23	10.0%	10	4.3%	3	1.3%	80	34.8%
	臨時	0	0.0%	0	0.0%	4	1.7%	3	1.3%	10	4.3%	6	2.6%	23	10.0%
	自営自由他	1	0.4%	5	2.2%	2	0.9%	7	3.0%	16	7.0%	32	13.9%	63	27.4%
	無職	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	11	4.8%	40	17.4%	52	22.6%
	無回答	1	0.4%	1	0.4%	0	0.0%	1	0.4%	5	2.2%	4	1.7%	12	5.2%
	配布者														
	同居	5	2.2%	13	5.7%	18	7.8%	30	13.0%	42	18.3%	70	30.4%	178	77.4%
	以外	8	3.5%	6	2.6%	7	3.0%	3	1.3%	5	2.2%	11	4.8%	40	17.4%
	無回答	1	0.4%	1	0.4%	0	0.0%	1	0.4%	5	2.2%	4	1.7%	12	5.2%
	同居人数														
	1人	1	0.4%	1	0.4%	1	0.4%	3	1.3%	5	2.2%	9	3.9%	20	8.7%
	2人	1	0.4%	4	1.7%	3	1.3%	10	4.3%	15	6.5%	36	15.7%	69	30.0%
	3人	7	3.0%	4	1.7%	8	3.5%	7	3.0%	15	6.5%	14	6.1%	55	23.9%
	4人	1	0.4%	5	2.2%	7	3.0%	8	3.5%	7	3.0%	5	2.2%	33	14.3%
	5人以上	2	0.9%	5	2.2%	6	2.6%	5	2.2%	5	2.2%	16	7.0%	39	17.0%
	無回答	2	0.9%	1	0.4%	0	0.0%	1	0.4%	5	2.2%	5	2.2%	14	6.1%
女	有効回答数	13	4.5%	28	9.6%	35	12.0%	47	16.1%	75	25.7%	94	32.2%	292	100.0%
	職業														
	常勤	6	2.1%	10	3.4%	12	4.1%	16	5.5%	8	2.7%	2	0.7%	54	18.5%
	臨時	2	0.7%	10	3.4%	14	4.8%	17	5.8%	15	5.1%	5	1.7%	63	21.6%
	自営自由他	5	1.7%	7	2.4%	7	2.4%	9	3.1%	40	13.7%	66	22.6%	134	45.9%
	無職	0	0.0%	1	0.3%	2	0.7%	1	0.3%	10	3.4%	16	5.5%	30	10.3%
	無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.4%	2	0.7%	5	1.7%	11	3.8%
	配布者														
	同居	5	1.7%	22	7.5%	29	9.9%	34	11.6%	60	20.5%	67	22.9%	217	74.3%
	以外	8	2.7%	6	2.1%	5	1.7%	9	3.1%	12	4.1%	23	7.9%	63	21.6%
	無回答	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	4	1.4%	3	1.0%	4	1.4%	12	4.1%
	同居人数														
	1人	4	1.4%	0	0.0%	1	0.3%	2	0.7%	7	2.4%	15	5.1%	29	9.9%
	2人	1	0.3%	4	1.4%	4	1.4%	14	4.8%	40	13.7%	38	13.0%	101	34.6%
	3人	3	1.0%	7	2.4%	8	2.7%	16	5.5%	16	5.5%	15	5.1%	65	22.3%
	4人	1	0.3%	9	3.1%	13	4.5%	5	1.7%	2	0.7%	7	2.4%	37	12.7%
	5人以上	4	1.4%	8	2.7%	9	3.1%	5	1.7%	7	2.4%	12	4.1%	45	15.4%
	無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.7%	3	1.0%	7	2.4%	15	5.1%

Note. 性、年齢不詳の4人を除外して集計した。

介護看護が28件(家庭問題全体の9.6%)、子育てが19件(6.5%)、家庭不和が18件(6.2%)、その他の問題が51件(17.5%)であった。年齢別にみると、家庭問題において男性は40-49歳の占める割合(5件:20.0%)が大きく、女性は50-59歳の占める割合(8件:17.0%)が大きくなっていった。その他のストレスの主要因を性別でみると、男性の勤務問題の詳細では職場関係が16件(勤務問題全体の7.0%)、仕事不振が14件(6.1%)、長時間労働が12件(5.2%)、転勤が2件(0.9%)、その他の問題が26件(11.3%)であった。女性の健康問題を詳細にみると、病気持ちみが36件(健康問題全体の12.3%)、身体悩みが27件(9.2%)、その他の問題が27件(9.2%)であった。

B. 自殺念慮経験者の特徴

1. 基本情報

過去及び最近の自殺念慮を経験したことがあると回答した人は、それぞれ64人(平均年齢52.6歳±14.9)、16人(平均年齢54.3歳±14.5)であった。年齢階級の割合では、30代と70代が占める割合が高かった(表4)。

2. 自殺念慮の有無に関連のある要因

自殺念慮の有無に関連のある要因の分布は表4に示す通りであった。まず、過去の自殺念慮における相談の有無をみると、眠れない時及び自殺を考えた時に自殺念慮のある人がない人に比べて相談しない割合が高かった(p<0.001)。喪失体験(周囲の人の自殺)についても自殺念慮のある人がない人に比べて喪失体験の割合が高く(p<0.05)、特に、精神的健康度について

東御市における心の健康状態及び自殺念慮の要因について

表2 ストレス有無、ストレス処理状況、睡眠満足度、精神的健康度における男女・年齢階級別の分布

		年 齢 (歳)										合 計			
		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 -		人	%
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		
男	有効回答数	14	6.1%	20	8.7%	25	10.9%	34	14.8%	52	22.6%	85	37.0%	230	100.0%
ストレスの有無 (最近1カ月間)	大いにある	2	0.9%	3	1.3%	1	0.4%	3	1.3%	4	1.7%	14	6.1%	27	11.7%
	多少ある	6	2.6%	8	3.5%	13	5.7%	16	7.0%	24	10.4%	30	13.0%	97	42.2%
	あまりない	4	1.7%	4	1.7%	6	2.6%	7	3.0%	17	7.4%	27	11.7%	65	28.3%
	全くない	1	0.4%	3	1.3%	2	0.9%	3	1.3%	2	0.9%	8	3.5%	19	8.3%
	無回答	1	0.4%	2	0.9%	3	1.3%	5	2.2%	5	2.2%	6	2.6%	22	9.6%
ストレス処理	十分できている	2	0.9%	3	1.3%	1	0.4%	4	1.7%	7	3.0%	7	3.0%	24	10.4%
	何とかできている	9	3.9%	11	4.8%	18	7.8%	19	8.3%	38	16.5%	53	23.0%	148	64.3%
	あまりできていない	1	0.4%	4	1.7%	1	0.4%	4	1.7%	0	0.0%	10	4.3%	20	8.7%
	全くできていない	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.9%	1	0.4%	6	2.6%	10	4.3%
	無回答	1	0.4%	2	0.9%	5	2.2%	5	2.2%	6	2.6%	9	3.9%	28	12.1%
睡眠での休養 充足度	十分取れている	4	1.7%	2	0.9%	6	2.6%	13	5.7%	10	4.3%	22	9.6%	57	24.8%
	まあ取れている	7	3.0%	11	4.8%	13	5.7%	11	4.8%	28	12.2%	39	17.0%	109	47.4%
	あまり取れていない	2	0.9%	4	1.7%	2	0.9%	4	1.7%	8	3.5%	16	7.0%	36	15.7%
	全く取れていない	0	0.0%	1	0.4%	1	0.4%	1	0.4%	0	0.0%	2	0.9%	5	2.2%
	無回答	1	0.4%	2	0.9%	3	1.3%	5	2.2%	6	2.6%	6	2.6%	23	10.0%
精神的健康度 (K6)	0点	3	1.3%	1	0.4%	6	2.6%	15	6.5%	15	6.5%	26	11.3%	66	28.7%
	1 - 4点	7	3.0%	5	2.2%	13	5.7%	11	4.8%	26	11.3%	33	14.3%	95	41.3%
	5 - 8点	1	0.4%	9	3.9%	4	1.7%	4	1.7%	5	2.2%	8	3.5%	31	13.5%
	9点以上	2	0.9%	3	1.3%	1	0.4%	2	0.9%	3	1.3%	9	3.9%	20	8.7%
	無回答	1	0.4%	2	0.9%	1	0.4%	2	0.9%	3	1.3%	9	3.9%	18	7.8%
女	有効回答数	13	4.5%	28	9.6%	35	12.0%	47	16.1%	75	25.7%	94	32.2%	292	100.0%
ストレス有無 (最近1カ月間)	大いにある	3	1.0%	5	1.7%	4	1.4%	6	2.1%	10	3.4%	10	3.4%	38	13.0%
	多少ある	4	1.4%	10	3.4%	14	4.8%	21	7.2%	37	12.7%	35	12.0%	121	41.4%
	あまりない	1	0.3%	6	2.1%	10	3.4%	15	5.1%	15	5.1%	28	9.6%	75	25.7%
	全くない	2	0.7%	5	1.7%	5	1.7%	1	0.3%	2	0.7%	8	2.7%	23	7.9%
	無回答	3	1.0%	2	0.7%	2	0.7%	4	1.4%	11	3.8%	13	4.5%	35	12.0%
ストレス処理	十分できている	0	0.0%	4	1.4%	4	1.4%	3	1.0%	5	1.7%	12	4.1%	28	9.6%
	何とかできている	6	2.1%	19	6.5%	25	8.6%	32	11.0%	43	14.7%	55	18.8%	180	61.6%
	あまりできていない	2	0.7%	1	0.3%	3	1.0%	5	1.7%	14	4.8%	10	3.4%	35	12.0%
	全くできていない	1	0.3%	1	0.3%	1	0.3%	2	0.7%	0	0.0%	2	0.7%	7	2.4%
	無回答	4	1.3%	3	1.0%	2	0.7%	5	1.7%	13	4.5%	15	5.2%	42	14.3%
睡眠での休養 充足度	十分取れている	1	0.3%	8	2.7%	11	3.8%	10	3.4%	14	4.8%	18	6.2%	62	21.2%
	まあ取れている	5	1.7%	15	5.1%	17	5.8%	24	8.2%	36	12.3%	47	16.1%	144	49.3%
	あまり取れていない	4	1.4%	3	1.0%	4	1.4%	8	2.7%	13	4.5%	11	3.8%	43	14.7%
	全く取れていない	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.7%	3	1.0%
	無回答	3	1.0%	2	0.7%	2	0.7%	5	1.7%	12	4.1%	16	5.5%	40	13.7%
精神的健康度 (K6)	0点	5	1.7%	7	2.4%	11	3.8%	11	3.8%	17	5.8%	18	6.2%	69	23.6%
	1 - 4点	3	1.0%	9	3.1%	12	4.1%	18	6.2%	33	11.3%	39	13.4%	114	39.0%
	5 - 8点	2	0.7%	6	2.1%	5	1.7%	11	3.8%	13	4.5%	15	5.1%	52	17.8%
	9点以上	1	0.3%	3	1.0%	4	1.4%	5	1.7%	11	3.8%	7	2.4%	31	10.6%
	無回答	2	0.7%	3	1.0%	3	1.0%	2	0.7%	1	0.3%	15	5.1%	26	8.9%

Note. 心の健康に関する3つの質問項目: 健康日本21の中の質問項目を参考にしたものである。
 精神的健康度: the Kessler 6-item psychological distress scale (K6)は、心理的苦痛の状況を測る指標として開発されたもので、6つの質問に対する回答から24点満点中9点以上を心の健康を崩している可能性が高いと評価される。

表3 ストレス要因についての男女・年齢階級別の分布

		年 齢 (歳)										合計			
		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69			70 -		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		人	%	
男	(n = 230)	14	6.1%	20	8.7%	25	10.9%	34	14.8%	52	22.6%	85	37.0%	230	100.0%
家庭問題	家庭不和	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%	0	0.0%	1	1.9%	5	5.9%	7	3.0%
	子育て	1	7.1%	0	0.0%	2	8.0%	0	0.0%	2	3.8%	6	7.1%	11	4.8%
	介護看病	2	14.3%	3	15.0%	5	20.0%	1	2.9%	4	7.7%	8	9.4%	23	10.0%
	他家庭	3	21.4%	2	10.0%	3	12.0%	8	23.5%	9	17.3%	11	12.9%	36	15.7%
	合計	6	42.9%	5	25.0%	11	44.0%	9	26.5%	16	30.8%	30	35.3%	77	33.5%
勤務問題	職場関係	0	0.0%	1	5.0%	4	16.0%	3	8.8%	3	5.8%	5	5.9%	16	7.0%
	仕事不振	0	0.0%	2	10.0%	2	8.0%	3	8.8%	2	3.8%	5	5.9%	14	6.1%
	長時間労働	0	0.0%	2	10.0%	3	12.0%	1	2.9%	2	3.8%	4	4.7%	12	5.2%
	転勤	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	2	0.9%
	他勤務	5	35.7%	2	10.0%	3	12.0%	6	17.6%	3	5.8%	7	8.2%	26	11.3%
	合計	5	35.7%	7	35.0%	13	52.0%	13	38.2%	11	21.2%	21	24.7%	70	30.4%
健康問題	身体悩み	5	35.7%	0	0.0%	1	4.0%	3	8.8%	4	7.7%	6	7.1%	19	8.3%
	病気悩み	2	14.3%	0	0.0%	2	8.0%	3	8.8%	3	5.8%	5	5.9%	15	6.5%
	他健康	1	7.1%	2	10.0%	5	20.0%	7	20.6%	0	0.0%	7	8.2%	22	9.6%
	合計	8	57.1%	2	10.0%	8	32.0%	13	38.2%	7	13.5%	18	21.2%	56	24.4%
経済・生活問題	倒産	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	失業	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	2	0.9%
	負債	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	0.4%
	事業不振	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	2	3.8%	1	1.2%	4	1.7%
	他経済	2	14.3%	4	20.0%	6	24.0%	2	5.9%	7	13.5%	16	18.8%	37	16.1%
	合計	3	21.4%	4	20.0%	6	24.0%	3	8.8%	11	21.2%	17	20.0%	44	19.1%
男女問題	失恋	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	結婚悩み	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.5%	4	1.7%
	他男女	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%
	合計	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.5%	5	2.2%
学校問題	学業不振	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	いじめ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	教師関係	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%
	他学校	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%	1	0.4%
	合計	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%	2	0.9%
女	(n = 292)	13	4.5%	28	9.6%	35	12.0%	47	16.1%	75	25.7%	94	32.2%	292	100.0%
家庭問題	家庭不和	0	0.0%	2	7.1%	3	8.6%	4	8.5%	5	6.7%	4	4.3%	18	6.2%
	子育て	0	0.0%	2	7.1%	4	11.4%	4	8.5%	4	5.3%	5	5.3%	19	6.5%
	介護看病	1	7.7%	2	7.1%	1	2.9%	8	17.0%	8	10.7%	8	8.5%	28	9.6%
	他家庭	3	23.1%	4	14.3%	7	20.0%	6	12.8%	19	25.3%	12	12.8%	51	17.5%
	合計	4	30.8%	10	35.7%	15	42.9%	22	46.8%	36	48.0%	29	30.9%	116	39.7%
勤務問題	職場関係	0	0.0%	2	7.1%	6	17.1%	2	4.3%	7	9.3%	6	6.4%	23	7.9%
	仕事不振	0	0.0%	3	10.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.7%	3	3.2%	8	2.7%
	長時間労働	1	7.7%	2	7.1%	0	0.0%	2	4.3%	1	1.3%	2	2.1%	8	2.7%
	転勤	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.7%	0	0.0%	2	0.7%
	他勤務	1	7.7%	2	7.1%	2	5.7%	8	17.0%	11	14.7%	10	10.6%	34	11.6%
	合計	2	15.4%	9	32.1%	8	22.9%	12	25.5%	23	30.7%	21	22.3%	75	25.7%
健康問題	身体悩み	1	7.7%	2	7.1%	5	14.3%	6	12.8%	9	12.0%	4	4.3%	27	9.2%
	病気悩み	2	15.4%	4	14.3%	5	14.3%	4	8.5%	8	10.7%	13	13.8%	36	12.3%
	他健康	0	0.0%	3	10.7%	4	11.4%	4	8.5%	10	13.3%	6	6.4%	27	9.2%
	合計	3	23.1%	9	32.1%	14	40.0%	14	29.8%	27	36.0%	23	24.5%	90	30.8%
経済・生活問題	倒産	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	失業	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	2	4.3%	0	0.0%	1	1.1%	4	1.4%
	負債	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	2	2.1%	3	1.0%
	事業不振	0	0.0%	0	0.0%	2	5.7%	1	2.1%	3	4.0%	2	2.1%	8	2.7%
	他経済	3	23.1%	7	25.0%	6	17.1%	12	25.5%	14	18.7%	11	11.7%	53	18.2%
	合計	4	30.8%	8	28.6%	8	22.9%	16	34.0%	17	22.7%	16	17.0%	69	23.6%
男女問題	失恋	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	結婚悩み	0	0.0%	1	3.6%	1	2.9%	2	4.3%	2	2.7%	4	4.3%	10	3.4%
	他男女	0	0.0%	1	3.6%	2	5.7%	2	4.3%	2	2.7%	1	1.1%	8	2.7%
	合計	0	0.0%	2	7.1%	3	8.6%	4	8.5%	4	5.3%	5	5.3%	18	6.2%
学校問題	学業不振	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	1	1.1%	2	0.7%
	いじめ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	教師関係	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	他学校	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	2	0.7%
	合計	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.7%	1	1.1%	4	1.4%

Note. パーセントについては、要因別に複数回答可としているので、合計は100.0%を超える。

東御市における心の健康状態及び自殺念慮の要因について

表4 過去及び最近1年以内の自殺念慮の有無に関連のある要因；対象者の基本属性、健康状態、ストレス要因、相談関連要因

		過去の自殺念慮(最近1年間を除く)				p値	最近の自殺念慮(最近1年以内)				p値	
		はい		いいえ			はい		いいえ			
		人	%	人	%		人	%	人	%		
性別	男	23	35.9%	194	46.5%	0.113	6	37.5%	57	39.3%	0.888	
	女	41	64.1%	223	53.5%		10	28.6%	88	60.7%		
年齢(歳)	平均年齢(±SD)	52.6(±14.9)		59.6(±12.9)		0.000	54.3(±14.5)		60.2(±12.9)		0.087	
	20-29	5	7.8%	21	5.0%	0.001	1	6.3%	5	3.4%	0.194	
30-39	15	23.4%	33	7.9%	4		25.0%	14	9.7%			
40-49	10	15.6%	47	11.2%	1		6.3%	15	10.3%			
50-59	9	14.1%	65	15.5%	4		25.0%	19	13.1%			
60-69	10	15.6%	110	26.3%	1		6.3%	36	24.8%			
70-	15	23.4%	143	34.1%	5		31.3%	56	38.6%			
ストレス有無(最近1カ月間)	大いにある	12	21.1%	49	13.2%	0.432	2	15.4%	26	19.8%	0.647	
	多少ある	24	42.1%	172	46.2%		6	46.2%	57	43.5%		
	あまりない	15	26.3%	115	30.9%		5	38.5%	37	28.2%		
	全くない	6	10.5%	36	9.7%		0	0.0%	11	8.4%		
ストレス処理	十分できている	4	7.8%	46	12.6%	0.634	2	18.2%	15	12.1%	0.725	
	何とかできている	37	72.5%	265	72.6%		8	72.7%	85	68.5%		
	あまりできていない	7	13.7%	41	11.2%		1	9.1%	19	15.3%		
	全くできていない	3	5.9%	13	3.6%		0	0.0%	5	4.0%		
睡眠での休養充足度	十分取れている	14	25.9%	95	25.7%	0.657	4	33.3%	29	22.5%	0.428	
	まあ取れている	29	53.7%	205	55.6%		7	58.3%	70	54.3%		
	あまり取れていない	11	20.4%	61	16.5%		1	8.3%	30	23.3%		
	全く取れていない	0	0.0%	8	2.2%		0	0.0%	0	0.0%		
ストレス(家庭問題)要因	家庭不和	1	1.6%	21	5.0%	0.218	0	0.0%	7	4.8%	1.000	
	子育て	3	4.7%	25	6.0%	0.683	0	0.0%	9	6.2%	0.601	
	介護看病	4	6.3%	45	10.7%	0.268	4	25.0%	9	6.2%	0.009	
	(勤務問題)	職場関係	5	7.8%	30	7.2%	0.797	0	0.0%	12	8.3%	0.611
		仕事不振	5	7.8%	16	3.8%	0.178	1	6.3%	8	5.5%	0.904
		長時間労働	2	3.1%	16	3.8%	0.785	2	12.5%	6	4.1%	0.182
	(健康問題)	転勤	0	0.0%	3	0.7%	1.000	0	0.0%	1	0.7%	1.000
		身体悩み	10	15.6%	40	9.5%	0.137	3	18.8%	12	8.3%	0.174
	(経済・生活問題)	病気悩み	5	7.8%	38	9.1%	0.742	3	18.8%	18	12.4%	0.442
		倒産	0	0.0%	0	0.0%	—	0	0.0%	0	0.0%	—
		失業	1	1.6%	4	1.0%	0.510	0	0.0%	2	1.4%	1.000
		負債	1	1.6%	1	0.2%	0.248	1	6.3%	1	0.7%	0.050
	(男女問題)	事業不振	2	3.1%	8	1.9%	0.629	0	0.0%	4	2.8%	1.000
		失恋	0	0.0%	0	0.0%	—	0	0.0%	0	0.0%	—
(学校問題)	結婚悩み	3	4.7%	10	2.4%	0.395	1	6.3%	8	5.5%	0.904	
	学業不振	0	0.0%	2	0.5%	1.000	0	0.0%	0	0.0%	—	
	いじめ	0	0.0%	0	0.0%	—	0	0.0%	0	0.0%	—	
飲酒量	教師関係	0	0.0%	1	0.2%	1.000	0	0.0%	0	0.0%	—	
	1合未満	33	50.0%	181	47.3%	0.000	8	80.0%	36	57.1%	0.364	
	1-3合	28	42.4%	172	44.9%		1	10.0%	23	36.5%		
	3-5合	0	0.0%	29	7.6%		0	0.0%	1	1.6%		
5合以上	5	7.6%	1	0.3%	1		10.0%	3	4.8%			
不眠の相談(2週間以上続く場合)	する	48	75.0%	389	92.8%	0.000	14	87.5%	124	85.5%	0.734	
	しない	16	25.0%	30	7.2%		2	12.5%	21	14.5%		
自殺の相談	する	55	85.9%	409	97.8%	0.000	13	81.2%	128	88.3%	0.049	
	しない	9	14.1%	9	2.2%		3	18.8%	17	11.7%		
相談しない理由	相談は恥だと思う	12	19.7%	46	11.8%	0.087	5	33.3%	16	12.2%	0.027	
	相談は恥だと思わない	49	80.3%	344	88.2%		10	66.7%	115	87.8%		
喪失体験(周囲の自殺)	いる	35	54.7%	170	40.6%	0.041	12	75.0%	59	40.7%	0.009	
	いない	29	45.3%	249	59.4%		4	25.0%	86	45.3%		
精神的健康度(K6)	0-8点	45	78.9%	348	90.6%	0.008	8	61.5%	115	87.8%	0.011	
	9点以上	12	21.1%	36	9.4%		5	38.5%	16	12.2%		
職業	常勤	21	34.4%	110	27.4%	0.728	3	21.4%	36	25.7%	0.845	
	臨時	9	14.8%	67	16.7%		3	21.4%	18	12.9%		
	自営自由他	22	36.1%	160	39.8%		6	42.9%	65	46.4%		
	無職	9	14.8%	65	16.2%		2	14.3%	21	15.0%		
配偶者同居	同居	39	63.9%	327	81.3%	0.002	7	50.0%	113	80.7%	0.007	
	以外	22	36.1%	75	18.7%		7	50.0%	26	18.6%		

Note. 無回答・無効回答を除く。数値は、平均年齢のみ平均値±標準偏差。それ以外は人数と割合。
群間の比較において、カイ二乗検定より算出。

では、自殺念慮のある人がない人に比べて心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題を抱えている割合が2倍以上の高値を示した ($p < 0.01$)。次に、最近の自殺念慮(最近1年間以内)における相談の有無をみると、自殺を考えた時に自殺念慮のある人がない人に比べて相談しない割合が高かった ($p < 0.05$)。相談に関する意識をみると、相談は恥だと思う割合が自殺念慮のある人に高く ($p < 0.05$)、また、喪失体験があると回答した割合は自殺念慮のない人の40.7%に比べ、ある人の割合が75.0%であった ($p < 0.01$)。精神的健康度については、自殺念慮のある人がない人に比べて9点以上の割合が高く ($p < 0.05$)、その割合の差は3倍以上であった。この数値は、過去の自殺念慮において自殺念慮のある人の9点以上の割合21.1%よりも1.5倍以上高く、自殺念慮が最近1年間以内になると心理的ストレスが増えることが確認できた。配偶者同居については、自殺念慮のある人がない人に比べ、同居の割合が低かった ($p < 0.01$)。

3. 過去の自殺念慮の有無に関連のある要因：男女別のオッズ比

表5に、男女計、男女別に過去自殺念慮の有無に関連のある要因を検討した多重ロジスティック回帰分析の結果を示す。

男女計では、年齢、精神的健康度、不眠の相談、自殺の相談、配偶者同居で過去自殺念慮の有無に有意な関連を認めた。年齢では「30-39歳」が「70歳以上」と比べ、過去自殺念慮の有無の調整オッズ比(95%信頼区間)が6.17(2.21-17.20)であった。精神的健康度では、スコア「0点」に比べ、「9点以上」の調整オッズ比が2.78(1.09-7.71)であり、「5-8点」においては、未調整時には過去自殺念慮の有無との間に有意な関連が認められたものの、単変量解析にて有意となった変数で調整した場合、その関連は有意ではなかった。不眠の相談において、「しない」と回答した人は、「する」と回答した人と比べて調整オッズ比が2.95(1.27-6.84)であり、自殺の相談では、「しない」と回答した人は、「する」と回答した人と比べ、調整オッズ比が14.51(4.38-48.20)であった。配偶者同居では、同居に「いいえ」と回答した人は、「はい」と回答した人と比べ、調整オッズ比が2.51(1.22-5.14)であった。

男性では、精神的健康度、不眠の相談、自殺の相談で過去自殺念慮の有無に有意な関連を認めた。精神的健康度では、スコア「0点」に比べ、「9点以上」の調

整オッズ比が3.79(1.01-18.39)であり、不眠の相談においては、「しない」と回答した人は、「する」と回答した人と比べて調整オッズ比が3.67(1.04-12.89)、自殺の相談では「しない」と回答した人は、「する」と回答した人と比べ、調整オッズ比が8.19(1.82-36.83)であった。

女性では年齢、精神的健康度、不眠の相談、自殺の相談、配偶者同居で過去自殺念慮の有無に有意な関連を認めた。年齢では「20-29歳」、「30-39歳」が「70歳以上」と比べ、過去自殺念慮の有無の調整オッズ比(95%信頼区間)がそれぞれ13.49(1.98-32.97)、12.78(3.01-54.27)であった。精神的健康度ではスコア「0点」に比べ、「9点以上」の調整オッズ比が3.25(1.79-13.34)であった。不眠の相談では「しない」と回答した人は、「する」と回答した人と比べて調整オッズ比が3.89(1.27-11.91)であり、自殺の相談では「しない」と回答した人は、「する」と回答した人と比べ、調整オッズ比が31.44(2.14-46.93)であった。配偶者同居では同居に「いいえ」と回答した人は、「はい」と回答した人と比べ、調整オッズ比が3.73(1.45-9.52)であった。

IV. 考察

本研究では、2015年の調査結果から最近の地域住民の心の健康状態及び自殺関連要因を明らかにし、今後の東御市における心の健康づくり事業を効果的に展開していく上で必要な視点を提示する目的で、東御市から提供された心の健康に関する実態調査データを解析した。

A. 心の健康状態

市民の心の健康状態をみると、ストレスがあると回答した人の割合が男性では53.9%、女性では54.4%であった。この割合は2012年全国20歳以上の人を対象に内閣府で実施した自殺対策に関する意識調査の結果よりも低い数値である¹²⁾。内閣府の調査では、同様の質問項目に対して男性65.7%、女性65.3%を示しており、今回の調査結果と比較することで東御市の状況がわかる。また、2011年に長野県が実施した心の健康づくりに関する基礎調査結果(男性56.5%、女性65.7%)と比較しても低い数値であることがわかる⁸⁾。また、睡眠での休養充足度においては2014年国民健康・栄養調査結果(男性19.6%、女性20.3%)に比べ、男性17.9%、女性15.7%で低い数値を示している¹³⁾。しかし、男女計でみると、睡眠で休養が十分にとれて

表5 過去の自殺念慮の有無に関連のある要因；男女別のオッズ比

	男性 (n=217)		女性 (n=264)		男女計 (n=481)	
	crude OR	adjusted OR	crude OR	adjusted OR	crude OR	adjusted OR
	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)
年齢 (ref: 70-)						
20 - 29	1.04 (0.76 - 4.31)	—	6.52 (1.67 - 25.39)	13.49 (1.98 - 32.97)	2.27 (0.74 - 6.89)	2.35 (0.59 - 9.28)
30 - 39	3.33 (0.93 - 11.94)	—	5.07 (1.75 - 14.67)	12.78 (3.01 - 54.27)	4.33 (1.93 - 9.74)	6.17 (2.21 - 17.20)
40 - 49	2.78 (0.78 - 9.78)	—	1.63 (0.49 - 5.40)	2.69 (0.53 - 13.48)	2.03 (0.85 - 4.82)	1.90 (0.69 - 5.73)
50 - 59	0.65 (0.12 - 3.28)	—	1.88 (0.63 - 5.60)	3.43 (0.80 - 14.59)	1.32 (0.55 - 3.17)	2.02 (0.69 - 5.84)
60 - 69	0.87 (0.24 - 3.13)	—	0.87 (0.62 - 3.18)	1.51 (0.34 - 6.57)	0.87 (0.38 - 2.00)	1.34 (0.47 - 3.73)
精神的健康度						
K6 (ref: 0点)						
1 - 4点	1.10 (0.29 - 4.07)	1.12 (0.29 - 4.28)	1.35 (0.51 - 3.54)	1.14 (0.35 - 3.71)	1.28 (0.59 - 2.77)	1.00 (0.42 - 2.33)
5 - 8点	3.98 (1.02 - 15.39)	3.88 (0.92 - 16.24)	1.79 (0.59 - 5.35)	1.24 (0.33 - 4.60)	2.52 (1.08 - 5.89)	1.58 (0.60 - 4.12)
9点以上	4.36 (1.07 - 19.05)	3.79 (1.01 - 18.39)	3.16 (1.01 - 9.77)	3.25 (1.79 - 13.34)	3.61 (1.46 - 8.86)	2.78 (1.09 - 7.71)
その他						
不眠の相談 (ref: する) しない	3.31 (1.07 - 10.18)	3.67 (1.04 - 12.89)	5.08 (2.13 - 12.10)	3.89 (1.27 - 11.91)	4.32 (2.19 - 8.50)	2.95 (1.27 - 6.84)
自殺の相談 (ref: する) しない	7.38 (2.12 - 25.64)	8.19 (1.82 - 36.83)	11.95 (2.11 - 67.56)	31.44 (2.14 - 46.93)	7.44 (2.83 - 19.53)	14.51 (4.36 - 48.20)
喪失体験(周囲の自殺) (ref: いない) いる	2.22 (0.91 - 5.37)	—	1.58 (0.81 - 3.08)	—	1.77 (1.04 - 3.00)	1.30 (0.66 - 2.54)
配偶者同居 (ref: はい) いいえ	1.61 (0.59 - 4.40)	—	3.01 (1.45 - 6.23)	3.73 (1.45 - 9.52)	2.46 (1.37 - 4.39)	2.51 (1.22 - 5.14)

Note. OR, odds ratio; CI, confidence

自殺念慮有無に対する回答がなかった41人を除外した481人(全回答者の92.1%)を分析の対象とした。

いない人の割合は20.6%で、健康日本21(第2次)の目標数値(平成34年度)である15%よりは高く¹⁴⁾、今後の改善が必要と考えられる。睡眠不足による問題として疲労感の増大や精神的不安感の誘発¹⁵⁾、また、生活の質の低下などが報告されている¹⁶⁾ため、睡眠での休養充足感を改善・維持するための積極的な施策は重要と考えられる。

K6指標による精神的健康度の状況を見ると、6項目の合計得点が9点以上で心の健康を崩していると考えられる市民の割合が男性8.7%、女性10.6%であり、この結果は2008年の内閣府調査(男性10.7%、女性12.0%)や長野県調査結果(男性11.2%、女性11.3%)と比べて低くなっている。健康日本21(2次)では、国民の心の健康対策の一つの考え方として「気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少」を取り上げ、K6指標合計得点10点以上(心の健康を崩している可能性のカットオフ値)の者が10.4%(平成22年度)から9.4%(平成34年度)までの減少を目標値として設定している¹⁴⁾。K6指標のカットオフ値について、健康日本21(2次)では10点以上を心の健康を崩しているとして設定しているが、2008年の内閣府調査¹⁰⁾及び長野県調査⁸⁾では、9点以上として設定しているため、本研究では東御市の状況を内閣府、長野県との比較するために必要なカット

オフ値(9点以上)を採用している。

ストレス原因としての家庭問題「男性1位(33.5%)、女性1位(39.7%)」については、男女別でも介護看護(男性40-49歳:20.0%、女性50-59歳:17.0%)が大きなストレス要因であることが判明した。また、勤務問題(男性2位:30.4%)においては職場関係(男性40-49歳:16.0%)が、健康問題(女性2位「30.8%」)では病気の悩み(女性50-69歳除く全年齢で13.5%以上)が大きなストレス要因であることがわかった。女性のストレス要因に関しては、2012年の内閣府の調査結果と同様で家庭問題(53.5%)が第1位になっている¹²⁾。

B. 自殺念慮の要因

過去の自殺念慮及び最近の自殺念慮の両項目において、統計的に有意な関連を示す自殺念慮の要因をみると、自殺の相談、喪失体験、精神的健康度、配偶者同居であった。まず、自殺を考えた時の相談の有無が自殺念慮の要因として考えられ、また、喪失体験についても自殺念慮の関連要因として統計的に有意な関係を示した。自殺の相談有無と自殺念慮の関連性については、自殺の相談をしないことが自殺念慮の直接的な原因という解釈よりも、相談しない背後に死にたいと思う人はその悩みを誰かに打ち明けることに消極的で、また社会的サポートの乏しさに起因した相談相手不在の可

能性があると考えられる。喪失体験が自殺念慮の関連要因であることは WHO による自殺予防の手引き（プライマリケア従事者向け）で明記されており、1 人の自殺者の影響力（平均的に 6 人に影響を与える）が自死遺族の自殺可能性と関連していることが理解できる¹⁷⁾。多重ロジスティック回帰分析結果では男女計において喪失体験は調整後の過去の自殺念慮の有無との関連は有意ではなかったものの、単変量解析にて有意であったことから、喪失体験をした人への支援（例えば、現在東御市では実施していない自死家族への支援など）について今後の考慮すべき課題として視野に入れることも必要と考えられる。精神的健康度についても過去及び最近の自殺念慮の両項目において統計的に有意な自殺念慮要因として示され、過去の自殺念慮と K6 指標の関係をみると、男性で合計得点「9 点以上」の調整オッズ比が 3.79 (1.01-18.39)、女性で合計得点「9 点以上」の調整オッズ比が 3.25 (1.79-13.34)、男女計で合計得点「9 点以上」の調整オッズ比が 2.78 (1.09-7.71) であったことがわかる。K6 指標は、うつ病や不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的に開発された調査手法ではあるが¹¹⁾、本研究の結果で示された自殺念慮を含む心理的ストレス状態を把握する上で有効な点を考慮すると、本指標の限界（心理的苦痛の評価指標であり、診断の指標ではない）を理解した上で、地域住民の心の健康状態をモニタリングする持続的な測定として役立つと考えられる。

以上のような長野県東御市の心の健康状態及び自殺に関する実態に鑑み、東御市の自殺対策を含めた心の健康づくり事業を推進する上で、次のような視点が重要と考えられた。

1. 相談窓口（とくに不眠の相談）の充実と住民への周知
2. 自殺のリスクがある人への気づき・声がけ・つなぐ支援ができる人材育成支援（ゲートキーパー

教育の充実)

3. 自死遺族に対する心のケアの充実（自死遺族のための家族会、相談支援）
4. 相談への偏見をなくす（相談することを恥だと思わない）ための啓発教育

なお、精神的健康度については男女とも 60 歳代～70 歳代で K6 指標の 9 点以上の人が多いため、心の健康を崩している可能性が高い高齢者への支援として地域での孤立予防、人と人とのつながりを深めることを目的とした介護予防教室の運営及び精神的不健康に対する要因の検討が必要と考えられる。

最後に、本研究の主要な研究限界は標本サイズと回収率（有効回答率 52.2%）である。本調査では性・年齢階級別に分類して調査を実施したために回収率が低く、解析を行うための標本サイズが少なくなったことで結果に影響を与えた可能性がある。本研究結果によって得られた知見を一般化するためには今後標本サイズを大きくした観察が求められる。

V. 結語

本研究では、東御市で 2015 年に実施した心の健康（自殺関連要因を含む）に関する実態調査データを統計解析し、地域住民の心の健康状態及び自殺関連要因を明らかにした。市民の心理的ストレス状態及び睡眠での休養充足度については、国や長野県と比較しても良好であった。睡眠で休養が十分にとれていない人の割合は健康日本 21（第 2 次）の目標数値よりは高くなっており、今後の改善が求められる。自殺に関する実態では、自殺の相談、喪失体験、精神的健康度、配偶者同居が自殺念慮の有無に有意な関連を認めた要因であり、今後東御市における自殺対策を含めた心の健康づくり事業を推進していく上で、これらの要因を視野に入れた施策が必要と考えられる。

引用文献

- 1) 大野裕：自殺対策のための戦略研究，地域における自殺対策プログラム，厚生労働科学研究費こころの健康科学研究事業，2010.
- 2) 大山博史，小井田潤一，工藤啓子：岩手県浄法寺町における高齢者自殺に対する予防的介入：うつ状態スクリーニングと住民啓発によるアプローチ．精神医学 45 (1)：37-47, 2003.
- 3) 大野裕：うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺予防システム構築に関する研究（平成 11-12 年度厚生科学研究補助金障害保健福祉総合研究事業），2001.
- 4) Rutz W, Wälinder J, Eberhard G, et al.: An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland; Background and evaluation. Acta Psychiatrica Scandinavica 79: 19-26, 1989.

- 5) 保健衛生ニュース：地域精神保健で保健師の増員を提言, pp: 30, 東京, 2012.
 - 6) 参議院厚生労働委員会：自殺対策基本法の一部を改正する法律案. <http://www.sangiin.go.jp/japanese/johol/kousei/gian/190/pdf/t071900011900.pdf> (2016年4月14日閲覧), 2016.
 - 7) 朴相俊, 岡田真平, 永島美典, 他：ヘルスコミュニケーション方法論を活用した地域における心の健康づくり事業～1年間の取り組みから見えてきたもの～自殺予防と危機介入 33 (1) : 34-45, 2012.
 - 8) 長野県健康福祉部：こころの健康づくりに関する基礎調査. <http://www.pref.nagano.lg.jp/hokenshippei/kenko/kenko/seishin/chosa.html> (2016年3月31日閲覧), 2010.
 - 9) 財団法人健康・体力づくり事業財団：健康日本21－健康づくりに関する意識調査－. <http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/database/index.html> (2016年3月31日閲覧), 1996.
 - 10) 内閣府自殺対策推進室：自殺対策に関する意識調査. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/survey/report/index.html> (2016年5月17日閲覧), 2008.
 - 11) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al.: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17: 152-158, 2008.
 - 12) 内閣府自殺対策推進室：自殺対策に関する意識調査. http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/survey/report_h23/index_pdf.html (2016年5月17日閲覧), 2012.
 - 13) 厚生労働省：国民健康・栄養調査報告. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h26-houkoku.html> (2016年3月31日閲覧), 2014.
 - 14) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料. 112, 2012.
 - 15) Vandekerckhove M, Cluydts R: The emotional brain and sleep: an intimate relationship. *Sleep Medicine Reviews* 14: 219-226, 2010.
 - 16) Banks S, Dinges DF: Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 3: 519-28, 2007.
 - 17) World Health Organization: Preventing Suicide: a resource for primary health care workers, 2000.
-