

資料

A市住民のこころの健康に関する実態 — 2016年調査より —

Current status of A-City Citizens' mental health
— From the Survey in 2016 —

山路真佐子, 千田みゆき, 菊池チトセ, 西岡ひとみ, 町田貴絵, 野田万里, 内田久子

Masako Yamaji, Miyuki Chida, Chitose Kikuchi, Hitomi Nishioka,
Takae Machida, Mari Noda, Hisako Uchida

キーワード：こころの健康, 住民, 実態調査

Key words : Mental health, Citizens, The Survey in 2016

要 旨

平成28年(2016年), A市の健康増進計画策定のために, こころの健康に関する項目も含めた生活習慣の調査を実施することになった。その結果, K6合計点は, 0~8点が1057人(90.6%), 9~12点が75人(6.4%), 13~23点が35人(3.0%)であった。9点以上でみると, 70歳代25人(22.7%), 40歳代19人(17.3%), 30歳代17人(15.5%)であった。13点以上は30歳代及び70歳代で9人(25.7%)であった。K6合計得点0~12点の群と13点以上の群に分けて比較すると, 最近1か月間でストレスを感じた人の割合は13点以上で有意に高く, 睡眠での休養及び身近に相談できる人や環境で有意に低かった。働き盛り・子育て世代の人々や高齢者のメンタルヘルスの支援が大切と思われる。住民へのこころの健康に関する支援の周知と, 個別支援へとつなげていくような体制が必要と思われる。今回の調査結果を考慮した健康増進計画の策定の必要が示唆された。

I. はじめに

平成14年(2002年)に制定された健康増進法によって, 市町村では健康増進計画の策定が義務付けられた。A市では平成15年(2003年)から健康増進計画を策定しており, 5年ごとに見直しを行っている。A市は都心から約40km圏内に位置し, 市の西部には標高200~300mの低山や丘陵がある地域である。人口は約56,000人, 高齢化率は約30%(平成30年1月現在)である。地域の実態に合わせた健康増進計画を策定する

ために, 著者らは平成24年度(2012年度)にA市より無作為抽出による健康習慣に関する調査を委託され, 最近1か月間のストレスや睡眠による休養等の項目も含めた調査(千田ら, 2014)を実施している。A市はこの調査を基に第3次健康増進計画を策定し, こころの健康に関しては「休養・こころの健康づくり」の項目の中で目標や具体的な取り組み等を定めた。平成28年(2016年), A市より, 第3次健康増進計画の評価と第4次健康増進計画を策定のために, 健康習慣に関する調査が著者らに委託されたため, 前回の調査同様, こころ

受付日: 2018年9月30日 受理日: 2019年2月7日

埼玉医科大学保健医療学部看護学科地域看護領域

の健康に関する項目も含めた調査を実施することになった。

こころの健康に関しては、健康日本21（第2次）において社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標としてこころの健康をあげており、目標項目として自殺者の減少（人口10万人当たり）や気分障害・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（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会他，2012）などを示している。

また、我が国の自殺者数は平成10年（1998年）に初めて3万人を超え、その後3万人前後を推移し、平成28年（2016年）でも2万人以上（厚生労働統計協会，2018）である。平成18年（2006年）に自殺対策基本法が、平成19年（2007年）には国が推進すべき自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱」が策定され、都道府県や市町村等で自殺対策を実施していくことが求められるようになった。さらに、平成28年（2016年）に自殺対策基本法が改正され、都道府県・市町村において自殺対策計画の策定が義務付けられた。

このようなことから、住民のこころの健康に関する状態を明らかにすることは、住民に対してより実態に即した、こころの健康に関する知識の普及啓発や健康教育等の保健活動の計画策定や支援に役立つと思われる。さらに、自殺対策計画を策定する際の参考となり得ると考える。

II. 研究目的

A市住民のこころの健康に関する実態を明らかにする。

III. 研究方法

1. データ収集方法

平成28年（2016年）8月31日現在で、日高市住民基本台帳に登録されている住民の中から、人口構成割合に沿って20歳代から10歳ごとの年齢階級別かつ性別に3000人を無作為に抽出した。抽出数は、郵送法の回収率は20～30%程度に留まることがある（大谷，2010）こと、前回調査の回収率が45.9%（千田ら，2014）であったこと、及びA市の郵送可能数等を鑑みて決定した。質問紙は平成28年（2016年）10月上旬にA市が発送し、返信は保健センターあてに郵送で10月末を期限に回収した。

2. 調査項目

調査項目は、性別、年齢、K6、身近に相談できる人や場所の有無、最近1か月間のストレス、睡眠による

休養、食生活や運動など健康について話題にすることがあるか・話題にする時は誰と話すか、近所の人と良く話をするか、とした。

K6はKesslerらによって開発された気分・不安障害のスクリーニング尺度（古川，2002；川上，2005）である。6項目の質問で構成され、「全くない」を0点、「少しだけ」を1点、「ときどき」を2点、「たいてい」を3点、「いつも」を4点の5件法で合計点を算出する（得点範囲0～24点）。高得点ほど気分障害・不安障害の可能性が高く、9点以上が中等度、13点以上が重度とされている。また、金子ら（2006）の地域におけるソーシャル・キャピタル測定5項目のうち、「あなたは、近所の人と良く話をしますか」の項目を用いた。

3. 分析方法

各項目の単純集計を行い、全体に対する比率を算出した。K6合計点については、1～8点、9～12点、13点以上、9点以上に分けて算出し、健康日本21（第2次）の目標と比較するために10点以上についても算出した。9点以上については、高齢者の状況を把握するために60歳以上についての算出も行った。K6合計点が12点以下の群と、13点以上の群に分け、身近に相談できる人や場所の有無、最近1か月間のストレス、睡眠による休養の項目について、また、近所の人と話をするかについては「よくする」「たまにする」をする群、「あまりしない」「しない」をしない群として、Fisherの正確確率検定（両側）を行った。

食生活や運動など健康について話題にすることがあるか・話題にする時は誰と話すかについては、単純集計を行った。また、K6合計点13点以上について、近所の人と話をするか、食生活や運動など健康について話題にすることがあるか・話題にする時は誰と話すかの項目の単純集計を行った。

4. 倫理的配慮およびA市との役割分担

倫理的配慮として、対象者に対して、研究目的等の研究の概要、調査への協力は自由意思によるもので拒否しても不利益はないこと、個人情報厳重に守られること等を明記した市長名の依頼文と無記名自記式質問紙を郵送で配布し、同封した返信用封筒を用いて郵送で回収した。返信先は保健センターとした。保健センターでは、個人の匿名性を保持するために、郵送されてきた封筒から質問紙を取り出し、番号を付した。データの入力と分析は著者らが行った。

調査を実施するにあたり、著者らはA市保健師と、質問紙の内容、体裁、調査協力の依頼文書の内容、対象者の無作為抽出の方法、依頼文と質問紙の配布・回収・分析の方法、役割分担について事前に十分に協議を行っ

た。

本調査はA市と個人情報取扱特記事項を含む業務委託契約を締結し、調査後の公表についても市の了解を得た。また、埼玉医科大学保健医療学部倫理委員会の倫理審査を受け承認された（承認番号149-3）。本調査における利益相反関係はない。

IV. 結果

3000件の内、回収されたのは1248件（回収率41.6%）であった。このうち、K6の合計得点が算出できたものは1167件（有効回答率93.5%）であった。

性別では、男性は541人（46.4%）、女性は622人（53.3%）であった。年齢階級では、20歳代62人（5.3%）、30歳代115人（9.9%）、40歳代179人（15.3%）、50歳代128人（11.0%）、60歳代315人（27.0%）、70歳代272人（23.3%）、80歳代以上91人（7.8%）であった。平均年齢は59.27歳（±16.5歳）であった。（表1）

K6合計点は、0～8点が1057人（90.6%）、9～12点が75人（6.4%）、13～23点が35人（3.0%）であった。10点以上は86人（7.4%）であった。9点以上でみると、70歳代25人（22.7%）、40歳代19人（17.3%）、30歳代17人（15.5%）であった。また、性別・年代別では男性では30歳代が10人（22.2%）、女性は70歳代が15人（23.8%）と最も多かった（表2、表3、表4）。13点以上は30歳代及び70歳代で9人（25.7%）であった（表2、表3）。

全体では、最近1か月間でストレスを感じた人は667人（58.2%）であり、睡眠による休養がとれていると感じている人は778人（67.8%）、身近に相談できる人や環境がある人は848人（74.7%）であった。K6合計得点13点以上では、最近1か月間でストレスを感じた人は34人（97.1%）、睡眠による休養がとれていないと感じている人は23人（65.7%）、身近に相談できる人や環境がない人は20人（60.6%）であった（表5）。

K6合計得点0～12点の群と13点以上の群に分け

表1 対象者内訳

		n=1167						
		全体		性別				無回答 人
		人	%	男性		女性		
年齢階級別				人	%	人	%	
20歳代	62	5.3	27	5.0	35	5.6	0	0
30歳代	115	9.9	52	9.6	63	10.1	0	0
40歳代	179	15.3	73	13.5	106	17.0	0	0
50歳代	128	11.0	57	10.5	71	11.4	0	0
60歳代	315	27.0	137	25.3	177	28.5	1	1
70歳代	272	23.3	149	27.5	122	19.6	1	1
80歳代以上	91	7.8	45	8.3	46	7.4	0	0
無回答	5	0.4	1	0.2	2	0.3	2	2
総数	1167	100.0	541	100.0	622	100.0		4
平均年齢(n=1162人)	59.27歳(±16.5)							

表2 K6合計点

	n=1167	
	人	%
0-8点	1057	90.6
9-12点	75	6.4
13-23点	35	3.0

表3 K6合計点 9点以上及び13点以上の内訳

		9点以上 n=110		13点以上 n=35	
		人	%	人	%
性別					
	男	45	40.9	16	45.7
	女	63	57.3	18	51.4
	無回答	2	1.8	1	2.9
年齢階級別					
	20歳代	10	9.1	3	8.6
	30歳代	17	15.5	9	25.7
	40歳代	19	17.3	5	14.3
	50歳代	15	13.6	4	11.4
	60歳代	14	12.7	2	5.7
	70歳代	25	22.7	9	25.7
	80歳代	9	8.2	2	5.7
	無回答	1	0.9	1	2.9
平均年齢		55.43歳(±19.2)		52.91歳(±19.3)	
		n=109		n=34	

表4 K6合計点 9点以上の内訳

		全体		性別			
				男性		女性	
		人	%	人	%	人	%
年齢階級別	20歳代	10	9.1	3	6.7	7	11.1
	30歳代	17	15.5	10	22.2	7	11.1
	40歳代	19	17.3	8	17.8	11	17.5
	50歳代	15	13.6	7	15.6	8	12.7
	60歳代	14	12.7	5	11.1	9	14.3
	70歳代	25	22.7	9	20.0	15	23.8
	80歳代	9	8.2	3	6.7	6	9.5
	無回答	1	0.9	—	—	—	—

表5 K6合計点 0～12点及び13点以上の人の生活状況

		全体		0～12点		13点以上		P値
		人	%	人	%	人	%	
最近1ヶ月でストレスを感じたか	はい	667	58.2	633	57.0	34	97.1	0.000
	いいえ	479	41.8	478	43.0	1	2.9	
睡眠による休養は十分とれているか	はい	778	67.8	766	68.8	12	34.3	0.000
	いいえ	370	32.2	347	31.2	23	65.7	
身近に相談できる人や環境があるか	ある	848	74.7	835	75.8	13	39.4	0.000
	ない	287	25.3	267	24.2	20	60.6	

Fisherの正確確率検定(両側)

表6 近所の人との話

		よくする		たまにする		あまりしない		しない		無回答	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
全体	(n=1167)	255	21.9	549	47.0	254	21.8	101	8.7	8	0.7
性別	男性 (n=541)	103	19.0	253	46.8	133	24.6	48	8.9	4	0.7
	女性 (n=622)	152	24.4	293	47.1	120	19.3	53	8.5	4	0.6
年代別	20歳代 (n=62)	7	11.3	17	27.4	22	35.5	14	22.6	2	3.2
	30歳代 (n=115)	10	8.7	52	45.2	34	29.6	19	16.5	0	0.0
	40歳代 (n=179)	29	16.2	88	49.2	44	24.6	17	9.5	1	0.6
	50歳代 (n=128)	14	10.9	64	50.0	36	28.1	12	9.4	2	1.6
	60歳代 (n=315)	76	24.1	158	50.2	56	17.8	24	7.6	1	0.3
	70歳代 (n=272)	85	31.3	136	50.0	42	15.4	8	2.9	1	0.4
80歳代以上 (n=91)	34	37.4	32	35.2	18	19.8	7	7.7	0	0.0	

*%は各項目のnに対してのものである。

表7 K6合計点 0～12点及び13点以上と近所の人と話しをする群及びしない群

	合計	0～12点	13点以上	P値
	人(%)	人(%)	人(%)	
近所の人と話しをする群	804(100)	788(98.0)	16(2.0)	0.004
近所の人と話をしない群	355(100)	336(94.6)	19(5.4)	

Fisherの正確確率検定(両側)

表8 健康についての話題(複数回答)

		家族		友人		職場の人		近所の人		サークル仲間		話題にすることはない	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
全体	(n=1167)	724	62.0	463	39.7	256	21.9	175	15.0	154	13.2	129	11.1
性別	男性 (n=541)	328	60.6	154	28.5	118	21.8	43	7.9	53	9.8	88	16.3
	女性 (n=622)	393	63.2	307	49.4	138	22.2	130	20.9	99	15.9	41	6.6
年代別	20歳代 (n=62)	39	62.9	23	37.1	19	30.6	0	0.0	2	3.2	11	17.7
	30歳代 (n=115)	77	67.0	39	33.9	34	29.6	5	4.3	1	0.9	20	17.4
	40歳代 (n=179)	113	63.1	70	39.1	84	46.9	4	2.2	9	5.0	21	11.7
	50歳代 (n=128)	72	56.3	51	39.8	55	43.0	9	7.0	10	7.8	18	14.1
	60歳代 (n=315)	204	64.8	139	44.1	51	16.2	64	20.3	57	18.1	24	7.6
	70歳代 (n=272)	166	61.0	114	41.9	11	4.0	68	25.0	65	23.9	24	8.8
	80歳代以上(n=91)	49	53.8	26	28.6	2	2.2	23	25.3	10	11.0	10	11.0

・性別、年代別は記載のあるものの集計とした。

・%は各項目のnに対してのものである。

表9 K6合計点13点以上の人の近所の人との話 (n=35)

	人	%
よくする	3	8.6
たまにする	13	37.1
あまりしない	9	25.7
しない	10	28.6

表10 K6合計点13点以上の人の健康についての話題(複数回答)

	n=35	
	人	%
家族	16	45.7
友人	11	31.4
職場の人	7	20.0
近所の人	5	14.3
サークル仲間	0	0.0
話題にすることはない	5	14.3

・%はnに対するものである。

て行った Fisher の正確確率検定(両側)では、最近1か月間でストレスを感じた人は13点以上で有意に高く($p=0.000$)、睡眠での休養はとれておらず身近に相談できる人や環境がなかった($p=0.000$) (表5)。

近所の人と良く話をするかでは、全体で「よくする」255人(21.9%)、「たまにする」549人(47.0%)、「あまりしない」254人(21.8%)、「しない」101人(8.7%)だった。年代別では、60歳代、70歳代で「よくする」「たまにする」が多かった(表6)。近所の人と話を「よくする」「たまにする」を「する群」、「あまりしない」「しない」を「しない群」として、K6合計点が12点以下の群と13点以上の群で、Fisherの正確確率検定(両側)を行った結果、有意差がみとめられた($p=0.004$) (表7)。食生活や運動など健康について話題にすることがあるか・話題にする時は誰と話すかについて(複数回答)は、「家族」724人、「友人」463人、「職場の人」256人、「近所の人」175人、「サークル仲間」154人、「話題にすることはない」129人だった。年代別にみると40歳代、50歳代では「職場の人」が40%以上であった。60歳代以上になると「近所の人」が20%を超え、60歳代、70歳代では「サークル仲間」も多かった(表8)。また、K6合計点13点以上の人は近所の人と話を「あ

まりしない」「しない」をあわせると半数以上で、13点以上の人の45%は家族とは健康について話題にしていた(表9、表10)。

V. 考察

K6合計点は9~12点が6.4%、13~23点が3.0%、9点以上が9.4%、10点以上は7.4%であった。また、既存の文献では、対象者の年齢等が研究目的に応じてさまざまであるが、例えば、北日本の地域で行った調査で60歳以上の対象者の9点以上の割合は8~17%(本橋ら、2009)と述べられている。今回の調査の60歳以上の9点以上は7.1%であり、本橋ら(2009)の調査と比べるとやや低い。しかし、A市の自殺死亡率(人口10万対)の推移を見てみると全国平均をやや上回る年もあったために、留意する必要があると思われる。同時に、10歳毎の年代別の9点以上の割合及び13点以上で70歳代が多かった。高齢者のこころの健康の悪さに関連する要因として家族や周囲からの支援の少なさやストレス対処行動の悪さなど(本橋ら、2009)が言われており、高齢者の自殺対策が必須である(藤田ら、2018)ことから、高齢者のこころの健康状態に留意

していく必要性や高齢者のこころの健康の保持増進のための活動の必要性が示唆されると思われる。9点以上は、40歳代、30歳代も多かったこと、13点以上でも30歳代が多かったことから、働き盛り・子育て世代の人々へのメンタルヘルスの支援も大切と思われる。今回の結果では数が少ない為、性別での違いを明らかにすることはできなかったが、30歳代、40歳代は子育ての時期であることから、子育て支援と連動していく必要性が考えられる。また、各年代の生活特徴にあった支援方法を企画し実施していく必要があると思われる。13点以上は重度の抑うつ傾向の可能性があり、3%の人がこの状態であった。生活習慣の特徴として、睡眠による休養が十分に取れていない人が多く、身近に相談できる人や環境がない人が多かった。これらのことから、住民へのこころの健康に関する支援があることの周知と、個別支援へとつなげていくような体制が必要と思われる。厚生労働省（2018）では、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る）を図ることの出来る人を「ゲートキーパー」としている。自殺の危険を示すサインのみならず、こころの健康の不調を抱えている人や悩んでいる人に気づき、必要な支援につなげるといった立場を取れる人材の育成も必要と思われる。また、抑うつ状態にならないようにするためにも、健康教室等において日常生活の中でストレスをためないような工夫や知識の普及が必要と思われる。さらに、誰でもこころの健康の不調になり得ることや不調になった場合の対処について等も周知していくことが必要と思われる。うつ傾向等のリスクのある住民への対策（ハイリスクアプローチ）と一般住民に対してこころの健康を維持増進していくための対策（ポピュレーションアプローチ）の両方が必要であると考えられる。

全体で住民の6割以上の方が近所の人と話すことと回答していたことから、6割以上の方は自分の近所の人と対人的なかわりをもっていると思われる。60歳以上で近所の人との話が増えることは職業生活が終了し地域での生活が主になることが影響していると思われる。地域での繋がりを保ちつつ生活をしていけるような支援が必要となるであろうと思われる。抑うつ傾向が強い可能性がある人は近所の人との対人的なかわりが少ないことが考えられる。このような住民が孤立しないような対策を行っていくことが必要と思われた。また、地域の中で食生活や運動等の健康に関することを話題にできるような環境を構築していくことが期待されていると思われる。健康日本21（第2次）におけるこころの健康に関しての対策として、ストレスに対する個人の対処能力を高めることや個人を取り巻く周囲のサポートを充実させることや、こころの健康を高め孤立を防ぐ地域づく

りなど（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会他、2012）があげられている。こころの健康を保つためには支援を得られるような地域のつながり等が大切であり、地域のつながりを構築できるような活動や対策も視野に入れていく必要があると考える。

健康日本21（第2次）では、平成34年までに、20歳以上でK6合計点における10点以上を9.4%という目標（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会他、2012）としている。今回のA市の結果はK6合計点10点以上が7.4%であり、調査段階では健康日本21（第2次）の目標値を達成できていると考えるが、K6合計点9点以上が9.4%であったことからA市住民のこころの健康を維持できるような活動やこころの健康を悪化させないような活動を視野に入れた、今回の調査結果を考慮した健康増進計画の策定の必要が示唆されたと思われる。また、こころの健康に関しての活動は自殺対策にもつながる。平成28年（2016）の自殺対策基本法の改正により、すべての市町村に自殺対策計画の策定が義務付けられた。自殺総合対策推進センターでは、地域の自殺対策計画策定の支援を目的とした、地域の自殺の実態を分析した「地域自殺実態プロフィール」（藤田ら、2018）を各地域に提供している。今回の調査は無作為での調査であり、住民のこころの健康の実態を明らかにしたことは貴重な資料であり、自殺対策計画策定の際にも参考になり得ると考える。

今後の課題として、今回はK6合計点とストレスを感じたかや睡眠での休養がとれているか等の項目を分析したが、今回分析しなかったソーシャル・キャピタル等の項目についても分析を行っていく必要があると考える。

謝 辞

本報告は、平成28年（2016年）にA市から委託された調査の一部をまとめたものである。調査にご協力いただいたA市住民の皆様、A市保健センターの皆様へ感謝申し上げます。なお、第21回日本地域看護学会で発表したものを加筆・修正したものである。

文 献

- 千田みゆき、山路真佐子、菊池チトセ、他1名（2014）：A市住民の生活習慣と主観的健康感の実態、埼玉医科大学看護学科紀要、11（1）、1-7。
 藤田幸司、松永博子、金子善博、他1名（2018）：地域自殺対策政策パッケージにおける高齢者の自殺対策、老年社会科学、40（2）、200。
 古川壽亮、大野裕、宇田英典、他1名：一般人口中の精神疾

患の簡便なスクリーニングに関する研究, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 研究協力報告書.

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200200097A>, 2018.9.28.

一般財団法人厚生労働統計協会編(2018):国民衛生の動向・厚生指標, **65**(9), 135, 401.

金子善博, 本橋豊, 山路真佐子(2006):地域のソーシャル・キャピタルは住民の抑うつ度と関連する, 第65回日本公衆衛生学会総会抄録集, **53**(10 特別付録), 857.

川上憲人(2005):成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究, 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書.

https://jssc.ncnp.go.jp/archive/old_csp/report/ueda16/ueda16-8.pdf, 2018.9.16.

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会(2012):健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料.

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf, 2018.9.28.

厚生労働省:「ゲートキーパー」とは?. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128768.html>, 2018.9.28.

本橋豊, 金子善博, 藤田幸司(2009):高齢者のこころの健康と地域づくり, 老年精神医学雑誌, **20**(5), 509-514.

大谷信介(2010):調査票調査の種類とプロセス, 大谷信介・木下栄二・後藤範章他2名編著, 社会調査へのアプローチ(第2版), ミネルヴァ書房, 京都, 169-170.