

# 大都市圏住民のメンタルヘルス、生活ストレスと自殺関連体験

—大阪市「市政モニター質問書」調査結果を中心に—

タカナシ カオル ヨシハラ チカ シミズ シンジ  
高梨 薫\*1 吉原 千賀\*2 清水 新二\*3

**目的** 自殺対策基本法成立によって自殺対策は総合的な対策、取り組みへ軸足を移しつつある。しかし自殺対策はその中核にこころの問題がとらえられており、うつ病の早期発見という具体的、対症療法的施策もこれまでどおり重要である。そこで自殺者実数が最も多い大阪市調査データを使用し、自殺関連体験とメンタルヘルス状況、およびメンタルヘルス関連要因を検討した。

**方法** 大阪市市政モニター600人を対象に平成20年9月、市政モニター調査を自記式郵送法で実施し、558の調査票を回収、回収割合は93.0%であった。自殺関連体験は過去1年間の自殺念慮および自殺企図を尋ね、メンタルヘルスはCES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression) スケールを使用した。メンタルヘルス関連要因としては暮らし向き、地域の人との交流とソーシャルサポートを尋ねた。その他、悩み・ストレスの相談について尋ねた。これらを集計検討したうえで、CES-Dを従属変数とした重回帰分析を欠損値のあるものを除いた432人(男子238人、女子194人)を対象に行った。

**結果** 過去1年間に自殺念慮をもった回答者は男子8.8%、女子12.8%、全体10.8%と、市民10人に1人が何らかの程度で自殺念慮を体験し、同様に過去1年間に実際に自殺を試みた体験を持つ者は男女とも1.8%、およそ市民50人に1人の割合であった。またCES-Dは平均13.9、標準偏差9.0で、男子13.5±9.4、女子14.4±8.5となっていた。年代別では20歳代が最も高かった(15.7±10.0)。CES-Dを従属変数とした重回帰分析では性別で関連要因が異なり、男子では暮らし向き、地域の人との交流、職場関係サポートが、女子では暮らし向き、地域の人との交流、家族サポートが有意となった。おのおの暮らし向き「ゆとりがある」、地域の人との交流「よくある」方、職場関係、家族サポートの多い方でCES-D点数は低くなっていた。

**結論** 自殺念慮、企図体験者の割合は厚生労働省調査と比較し著しく高かった。また市民のメンタルヘルスには暮らし向きが大きな影を落としているものの、地域の人との交流、家族(女子において)や職場(男子において)のサポート効果が示唆された。地域、職場のサポートや、悩み・ストレスの相談のしやすさなどについての改善工夫、これまでのうつ病対策とともに総合的なメンタルヘルス対策と生活支援の取り組みが望まれる。

**キーワード** 自殺対策基本法、自殺念慮、自殺企図、メンタルヘルス、社会関係資本

## I はじめに

平成10年(1998年)に自殺者3万人時代に突

入してから既に10年以上が経過した。この間、国や自治体それぞれのレベルで各種の対策が取られてきたが、年間3万人以上の自殺者を出す

\*1 神戸学院大学総合リハビリテーション学部准教授 \*2 高千穂大学人間科学部准教授

\*3 奈良女子大学生生活環境学部名誉教授

状況に大きな変化をみることはなかった。平成18年に成立した自殺対策基本法によって、自殺対策の枠組みは従来のうつ病対策中心のものから総合的な対策、取り組みへと軸足を大きく移した。いわばこころの問題から生活の問題へと対策視野が拡大されたといってもいい。とはいえ、自殺対策は多重債務や過労、就労支援、列車とホームの間に設ける安全ゲートの設置といった総合的施策の策定とともに、なおその中核にこころの問題がとらえられている。うつ病の早期発見といった従前からの具体的、対症療法的な施策はもっともとし、究極の自殺予防対策となる自殺に追い込まれずに済む社会づくり、本当の意味での社会的セーフティネットの構築にもつながるものが望まれる。

大阪市では全国と同様に、平成10年（1998年）に前年の525人、自殺死亡率20.2から一気に876人、33.7と急増した。その後、徐々に減少傾向を示し平成17年（2005年）には696人と700人台を割ったが、平成18年以降には再度700人台に戻り、19年には774人と再び増加傾向を示している。さらに年代別にみると、平成10年以降、20歳から70歳代まで各年齢層に増加傾向がみられるなかで、40歳代、50歳代および60歳代は平成10年から12年に急激に増加し、その後ほぼ減少傾向を示している。一方、30歳代については平成14年以降も基本的に増加傾向を維持し危ぐされるところである。

平成19年の大阪市の自殺死亡率をみると29.3で全国平均の24.4より高く、全国の都道府県、政令指定都市の中では8番目に高く、特に全国政令指定都市の中では最も高い値である。

こうしてみると、大阪市の自殺状況は他の自治体に比しても問題の多い状況にあること、中高年に加えて30代の自殺者が増加しており、これまでの中高年者対策に加えて若年成人層対策にも注視する必要があることを示唆している。

自殺対策基本法を受けた自殺総合対策大綱では、平成28年までに基準値（平成17年自殺死亡率24.2、自殺者数30,553人）の20%減少、具体的には6,111人を減少させるとしている。本稿では、自殺者実数が最も多いゆえ自殺者を減少

させる上で今後最も自殺予防・防止成果が期待される大都市圏、大阪市の場合を取り上げ、上に述べたような大きな流れの中で、市民の日常的なメンタルヘルス・生活ストレスを改めて問い直すものである。以下ではわれわれが実施した大阪市における市民のメンタルヘルスと自殺に関連する要因の調査結果を報告し、そこから導くことができるいくつかの示唆を検討する。

さて、メンタルヘルスから自殺予防・防止を論じるために自殺とうつとの関連を検討した知見をみると、まず企業におけるメンタルヘルスケアに関するものがある。職業生活に関して約6割の人が強い不安、悩み、ストレスがあるとされ、ストレスの内容としては職場の人間関係の問題が最も多く<sup>1)</sup>、厚生労働省も心の健康対策の取り組みとしてカウンセリングの実施などの指針を示している<sup>2)</sup>。

また長田ら<sup>3)</sup>は高齢者の自殺においては抑うつ感がリスク要因のひとつであり、悩みを相談できるような相手がいない状況におかれると自殺の危険性が高いとし、高齢者の場合三世代同居の中の自殺が特徴的で家族と生活しながら気持ちを交流させることなく孤立している可能性を指摘している。うつによる自殺に孤独感が取り上げられることがあるが、宮崎<sup>4)</sup>は周囲に人が存在しても孤独感が解消するとは限らず、孤独感の裏返しは家族や友人など周囲からの支援の有無ともとれ、自殺を防ぐ対処資源としてのソーシャル・サポート、あるいはその自覚が考えられるとしている。

ところで、公衆衛生学の分野で、人々の健康に多くの影響を与えるものとして近年取り上げられるようになったsocial capitalという概念がある。social capitalと名づけられた他者との関わりから生じる力、人と社会との理想的な結びつきは、国民の健康、社会、公共政策を視野におく公衆衛生の考えと重なるところが多く、公衆衛生学分野に積極的に受け入れられていくと考えられている<sup>5)</sup>。そこで本研究ではsocial capitalを個人間のつながり、社会的ネットワーク、およびそこから生じる互酬性と信頼性の規範に基づいて人々に通常好ましいと考えられる

プラスの効果をもたらす社会関係、すなわち「社会関係資本」とし、メンタルヘルスに関連する要因に社会関係資本としてソーシャル・サポートを含め、地域のひととの交流を取り上げたい。またソーシャル・サポートについては特に、職場、家族、知人・友人からのサポートとの関連に着目して検討をしたい。

## Ⅱ 方 法

調査は大阪市において平成20年9月の「市政モニター調査」（以下、市民調査）および平成19年11月の「勤労者の生活ストレス調査」（以下、勤労者調査）の2つを実施した。前者は市政モニター600人を対象に大阪市を通じて、後者は大阪市内を中心とする29事業所勤務の勤労者を対象に（社）大阪労働基準連合会を通じて自記式アンケート形式で配布し、封書厳封後、再度市・連合会経由で回収した。その結果、回収割合は市民調査93.0%（男子281人+女子277人=558人/600人）、勤労者調査72.6%（男子636人+女子358人=994人/1370人）であった。

市民調査では自殺関連体験、メンタルヘルス状況、暮らし向き、地域のひととの交流、ソーシャル・サポート、悩み・ストレスの相談を尋ねた。自殺関連体験は、親しい人の自殺体験として「これまであなたの人生の中で、家族、友人・知人などで親しい方が自殺をされた経験がありますか」に対し、「ある」「ない」「答えたくない」の3つの選択肢で尋ねた。また、自身の自殺念慮・自殺企図として「過去1年以内に、死にたいと思ったことはありますか」を、「頻繁に思った」「ときどき思った」「あまり思わなかった」「全く思わなかった」「答えたくない」の5つの選択肢で尋ね、同様に「過去1年以内に、実際に自殺しようとしたことがありますか」を「あった」「なかった」「答えたくない」の3つの選択肢を用意して尋ねた。

メンタルヘルス状況は各国で広く使用されているCES-Dスケールを使用した。CES-Dは20の質問項目からなり、「この1週間のあなたのからだやこころの状態についてお伺いします」

とした上で、各質問項目に対して「ほとんどなかった」「少しはあった」「時々あった」「たいていそうだった」の選択肢で尋ね、順に0点から3点まで与えた（なおポジティブ感情を表す項目は逆転項目として順に3点から0点を与えた）。そしてこれらを加算した点数（0～60点）を求めることで評価した。ところでメンタルヘルス状況については今回調査の結果を、平成19年の前述勤労者調査ならびに平成11年に日本家族社会学会が行った無作為抽出サンプルによる全国調査<sup>6)</sup>の結果と比較を行った。その際は3つの調査で使用されたCES-Dの共通11項目のみを利用した。

暮らし向きは「現在の暮らし向きについてどう感じていますか」に「ゆとりがある」「ややゆとりがある」「普通」「やや苦しい」「苦しい」の選択肢で、地域のひととの交流は「あなたは地域のひとと話をしたり、交流する機会がありますか」に対し、「よくある」「ときどきある」「あまりない」「まったくない」の選択肢で尋ねた。

ソーシャル・サポートは「何か困ったことがあって、自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれる」と思うかどうかを、「非常にそう思う」「まあそう思う」「あまりそうは思わない」「まったくそうは思わない」の4つの選択肢を用意して、家族、親戚、友人・知人、近所の人、職場関係の人、の5つそれぞれについて尋ねた。

悩み・ストレスの相談は、「日常生活での悩みやストレスはありますか」に対し、「ある」と答えた対象416人に「悩みやストレスを日ごろ誰かに相談していますか」を尋ね、「相談している」「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」「誰に相談したらいいかわかっているのだが、内容的に誰にも相談できないでいる」「相談する必要はないので誰にも相談していない」の選択肢を用意した。

以上の質問項目を集計し、その結果をみた上で、自殺念慮・自殺企図と、メンタルヘルス、暮らし向き、悩み・ストレスの相談の関連について検定を行った。

次にメンタルヘルスに影響を及ぼす要因を探るため、従属変数をCES-D点数とし、独立変数に「性別」「年代（「20歳以上30歳未満」～「50歳以上60歳未満」に「60歳以上」の選択肢を加えて5群）」「暮らし向き」「地域の人との交流」、そして「ソーシャル・サポート（家族、友人・知人、職場関係）」の7つを取り上げた重回帰分析を行った。ソーシャル・サポートは家族、親戚、友人・知人、近所の人、職場関係の5つがあるが、家族、友人・知人、職場関係の3つについてのみ取り上げた。また分析は男女別にも行った。

### Ⅲ 結 果

#### (1) 自殺関連体験 (図1)

親しい人の自殺体験として、「これまであなたの人生の中で、家族、友人・知人などで親しい方が自殺をされた経験がありますか」との問いに、回答者のほぼ4人に1人が「ある」（男子28.3%、女子25.2%）と答えていた。

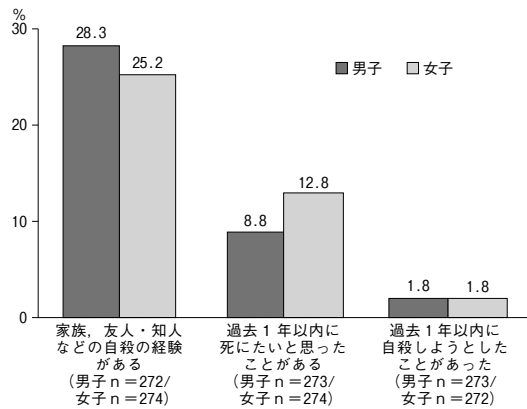
また、過去1年間に死にたいと「頻繁に思った」回答者は男子で2.2%、女子で2.9%であった。これに「ときどき思った」を加えると男子8.8%、女子12.8%、全体で10.8%となり、市民の10人に1人がこの1年間に何らかの程度で自殺念慮を体験していた。同様に過去1年間の間で実際に自殺を試みた体験を持つ回答者は、男女共に1.8%であった。

#### (2) メンタルヘルス状況

今回の調査対象全体のCES-Dは平均13.9、標準偏差9.0であった。男女別で男子で13.5±9.4、女子で14.4±8.5と、女子に点数が高くなっていたが、有意差は認められなかった。年代別では20歳代が平均15.7で最も高く、30歳代14.7、40歳代14.0、50歳代13.1、60歳代以上12.6と年代が上がるにつれ低くなっており、若年成人層ほどCES-Dの点数が有意に高くなっていた ( $p < 0.01$ )。

勤労者調査、全国調査とCES-D平均点を比較すると、勤労者調査4.6 (男子4.3、女子5.1)、

図1 自殺関連体験



全国調査4.5 (男子4.1、女子4.9)、市民調査6.2 (男子5.8、女子6.5) であった。

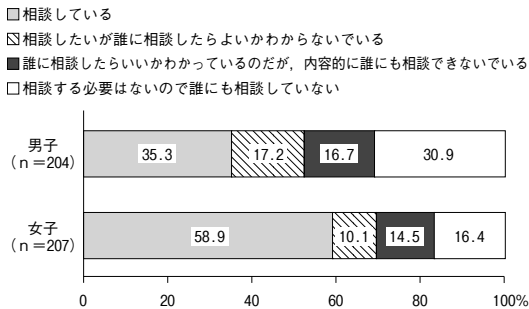
#### (3) 暮らし向き、地域の人との交流、ソーシャル・サポートと悩み・ストレスの相談 1) 暮らし向き

「普通」と回答した人が45.4%、それに「やや苦しい」「苦しい」を合わせた否定的回答割合が39.2%、「ややゆとりがある」「ゆとりがある」を合わせた肯定的回答が15.4%と続いていた。男女別では男子が女子に比べ「やや苦しい」「苦しい」を合わせた割合が若干高かった (男子：41.1%、女子37.4%)。

#### 2) 地域の人との交流

「よくある」「ときどきある」を合わせた割合が67.8%、「あまりない」「まったくない」を合わせた割合が32.2%であった。ただ男女別にみると、やや異なる結果がみられた。女子では75.5%以上の人々が「よくある」「ときどきある」と回答しているのに対し、男子では60.2%であった。また、地域での交流が「まったくない」と回答している人は女子では6.1%であるのに対して、男子では15.4%と女子に比べ著しく多かった。性別と年代 (20歳代～60歳代以上の5群) とのクロス集計からは、男子より女子が、そして年代が上がるほど地域の人との交流が多い回答となっていた (性別、年代  $p < 0.001$ )。

図2 悩み・ストレスの相談



3) ソーシャル・サポート

肯定的回答として「非常にそう思う」と「まあそう思う」を合わせたものが最も多かったのが家族の88.5% (男子88.1%, 女子89.1%)で、続いて友人・知人の63.5% (男子59.5%, 女子67.6%)であった。

一方、近所と職場関係の2つについては、否定的回答、「あまりそうは思わない」と「まったくそうは思わない」を合わせたものが全体、男女別ともに肯定的回答「非常にそう思う」と「まあそう思う」を合わせたものを上回っていた。

4) 悩み・ストレスの相談 (図2)

ソーシャル・サポートは主観的な期待に基づくもので、質問項目は若干違うもの実際に活用しているサポートとして悩み・ストレスの相談に関してはどうか。「日常生活での悩みやストレスはありますか」に対し「はい」と答えた対象への「誰かに相談していますか」との問いに、年代では有意な差はみられなかった一方、女子で58.9%の人が「相談している」と回答しているのに対して、男子では35.3%とその割合が有意に低かった。加えて、「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」(男子17.2%, 女子10.1%), 「誰に相談したらいいかわかっているのだが、内容的に誰にも相談できないでいる」(男子16.7%, 女子14.5%), 「相談する必要はないので誰にも相談していない」(男子30.9%, 女子16.4%)と、回答している割合はいずれも女子に比べて男子が高かった。特に、「相談する必要はないので誰にも相談していない」と回答している男子が女子の2倍近

表1 関連要因分析対象の特性 (n=432)

|                         | 人数   | 割合 (%) |
|-------------------------|------|--------|
| 性別                      |      |        |
| 男                       | 238  | 55.1   |
| 女                       | 194  | 44.9   |
| 年齢                      |      |        |
| 20歳代                    | 84   | 19.4   |
| 30歳代                    | 103  | 23.8   |
| 40歳代                    | 77   | 17.8   |
| 50歳代                    | 75   | 17.4   |
| 60歳以上                   | 93   | 21.5   |
| 暮らし向き                   |      |        |
| ゆとりがある                  | 14   | 3.2    |
| ややゆとりがある                | 47   | 10.9   |
| 普通                      | 199  | 46.1   |
| やや苦しい                   | 130  | 30.1   |
| 苦しい                     | 42   | 9.7    |
| 地域の人との交流                |      |        |
| よくある                    | 114  | 26.4   |
| ときどきある                  | 164  | 38.0   |
| あまりない                   | 99   | 22.9   |
| まったくない                  | 55   | 12.7   |
| 自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれる |      |        |
| 家族サポート                  |      |        |
| 非常にそう思う                 | 226  | 52.3   |
| まあそう思う                  | 159  | 36.8   |
| あまりそうは思わない              | 35   | 8.1    |
| まったくそうは思わない             | 12   | 2.8    |
| 友人・知人サポート               |      |        |
| 非常にそう思う                 | 62   | 14.4   |
| まあそう思う                  | 215  | 49.8   |
| あまりそうは思わない              | 110  | 25.5   |
| まったくそうは思わない             | 45   | 10.4   |
| 職場関係サポート                |      |        |
| 非常にそう思う                 | 31   | 7.2    |
| まあそう思う                  | 120  | 27.8   |
| あまりそうは思わない              | 160  | 37.0   |
| まったくそうは思わない             | 121  | 28.0   |
| CES-D点数                 |      |        |
| 平均値                     | 14.2 |        |
| 標準偏差                    | 9.0  |        |

注 とりあげた変数すべてに欠損値にないものを分析対象とした。

くあった (p < 0.001)。

(4) 自殺念慮・自殺企図と、メンタルヘルス、暮らし向き、悩み・ストレスの相談の関連

1) メンタルヘルス

CES-Dを点数の高い群、中位の群、低い群に分けてクロス集計を行った結果、全体ではCES-Dの点数が高い群に、自殺念慮・自殺企図とも多くなっていた。自殺念慮は「頻繁に思った」「ときどき思った」合わせて24.9%、自殺企図は「あった」が4.7% (p < 0.001)。男女別にみても男女ともCES-Dの点数が高い群に自殺念慮が多くなっていた (p < 0.001)。しかし自殺企図については女子のみ有意で (p < 0.01)、男子においては傾向に変わりなかつ

表2 変数間の相関 (n=432)

|           | 性別       | 年齢        | 暮らし向き     | 地域の人との交流  | 家族サポート    | 友人・知人サポート | 職場関係サポート  | CES-D |
|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| 性別        | 1.000    |           |           |           |           |           |           |       |
| 年齢        | 0.002    | 1.000     |           |           |           |           |           |       |
| 暮らし向き     | 0.059    | 0.119**   | 1.000     |           |           |           |           |       |
| 地域の人との交流  | 0.213*** | 0.268***  | 0.069     | 1.000     |           |           |           |       |
| 家族サポート    | 0.074    | -0.086*   | 0.209***  | 0.125**   | 1.000     |           |           |       |
| 友人・知人サポート | 0.060    | -0.247*** | 0.114**   | 0.089*    | 0.344***  | 1.000     |           |       |
| 職場関係サポート  | -0.089   | -0.191*** | 0.165***  | 0.009     | 0.262***  | 0.530***  | 1.000     |       |
| CES-D     | 0.063    | -0.127**  | -0.361*** | -0.205*** | -0.245*** | -0.182*** | -0.261*** | 1.000 |

注 1) \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001  
 2) とりあげた変数すべてに欠損値のないものを分析対象とした。

たが有意ではなかった。

2) 暮らし向き

暮らし向きとの関連をみると、全体では「苦しい」との回答者ほど自殺念慮・自殺企図が多くなっていた (p<0.001)。男女別では、男子はやはり「苦しい」との回答者に自殺念慮・自殺企図が多くなっていたのに対し (p<0.001)、女子は「苦しい」の回答者に自殺念慮のみが多くなっていた (p<0.05)。

3) 悩み・ストレスの相談

悩み・ストレスを誰かに相談しているか否かによって自殺関連体験が変わってくるものかをみた結果、全体では自殺念慮が有意となり、「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」に自殺念慮が多くなっていた (p<0.05)。男女別では、男子は「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」人の自殺念慮が20.0%と顕著となり (p<0.05)。反対に、女子では自殺念慮は有意でなく、自殺企図が「相談したいが相談できない」に多くなっていた (p<0.05)。

(5) メンタルヘルス関連要因 (表1, 表2, 表3)

メンタルヘルスに影響を及ぼす要因を探るため、従属変数をCES-Dとし、独立変数を「性別」「年代(5群)」「暮らし向き」「地域の人との交流」、そして「ソーシャル・サポート(家族, 友人・知人, 職場関係)」とした重回帰分析を行った。分析は男女別にも行った。その結果、「性別」「年代」「暮らし向き」と「地域の人との交流」「家族サポート」「職場関係サポー

表3 暮らし向き, 地域の人との交流およびまわりからのサポートとCES-Dの関連

| 独立変数                  | 従属変数 CES-D |           |           |
|-----------------------|------------|-----------|-----------|
|                       | 全体(n=432)  | 男子(n=238) | 女子(n=194) |
|                       | β          | β         | β         |
| 性別(男=1, 女=2)          | 0.114*     | -         | -         |
| 年齢(5段階)               | -0.102*    | -0.094    | -0.114    |
| 暮らし向き                 | -0.286***  | -0.321*** | -0.250**  |
| 地域の人との交流              | -0.162***  | -0.180**  | -0.148*   |
| 家族サポート                | -0.126**   | -0.055    | -0.223**  |
| 友人・知人サポート             | -0.032     | -0.022    | -0.094    |
| 職場関係サポート              | -0.174**   | -0.263*** | -0.064    |
| 決定係数(R <sup>2</sup> ) | 0.226***   | 0.245***  | 0.210***  |

注 1) 表2の1)と同じ。  
 2) 表2の2)と同じ。

ト」が有意になっていた。男子、年代は高い方、暮らし向き「ゆとりがある」、地域の人との交流は「よくある」方で、また家族サポート得点、職場関係サポート得点のそれぞれ高い方でCES-Dは低くなっていた (n=432)。R<sup>2</sup>は0.226であった。

男女別の分析結果をみると、男子では暮らし向き、地域の人との交流、職場関係サポートが有意で、暮らし向き「ゆとりがある」、地域の人との交流「よくある」、職場関係サポート得点の高い方でCES-Dは低くなっていた。次に女子では暮らし向き、地域の人との交流、そして家族サポート、が有意で、暮らし向き「ゆとりがある」、地域の人との交流「よくある」、家族サポート得点の高い方でCES-Dが低かった。男子では職場関係サポート、女子では家族サポートが、また地域の人との交流は男女ともにCES-D点数を抑えるという結果であった。

## Ⅳ 考 察

今回の市民調査ではこの1年間での自殺念慮ならびに自殺企図の体験者はそれぞれに男子で8.8%と1.8%、女子では12.8%と1.8%であった。これを川上ら厚生労働省調査<sup>7)</sup>と比較すると、それぞれ男子で1.7%と0.3%、女子で1.4%と0.4%となっており、今回調査回答者にみる体験率が著しく高いことがわかる。

自殺総合対策大綱の掲げる対策目標に対して実数で最も多い自殺者を出している東京、大阪といった大都市での自殺減少が強く期待されている反面、その大阪市での市民のメンタルヘルス状況に懸念が向けられる。大阪市民のメンタルヘルスの状況と自殺関連体験は大阪市固有の特異なものなのか、それともわが国全体を覆う経済的環境の悪化も反映しての傾向であるのか。

平成19年の勤労者調査ならびに平成11年に日本家族社会学会が行った全国調査<sup>8)</sup>との比較では、勤労者調査では全国調査より若干高い程度であるが、今回調査のCES-D平均点は両者と比べ著しく高くなっていた。ほぼ同じ時期の大阪市の調査でありながら勤労者調査より市民調査のCES-D平均点が著しく高い理由としては、勤労者調査サンプルの場合、職場で平常勤務ができる程度の健康水準にあるのに対し、市民調査ではそうした健康水準は担保されていないことが考えられる。

ところで、今回調査と同じ20項目での調査が障害高齢者の介護者を対象に平成8年に三鷹市で行われている<sup>8)</sup>。三鷹市の調査は在宅の障害高齢者の介護者を対象としており介護負担からうつ病的傾向性が高いことが考えられ、町田<sup>9)</sup>は在宅介護者の4人に1人は軽度のうつ状態にあると報告している。しかし、今回の結果はこの三鷹市調査の結果よりもCES-Dの平均点で2点以上高く（三鷹市11.7、市民調査13.9）、ストレス状況が高いと考えられる高得点群（16点以上）も三鷹市（26.4%）より著しく多かった（市民調査34.1%）。こうしてみると先行調査との類似点も見いだせる一方、やはり大阪市民

のメンタルヘルスの悪さおよび自殺関連体験の多さは顕著だと考えられる。

こうした大阪市の状況に関連して今回の調査結果から、市民のメンタルヘルスに関して明瞭であったのは現在の暮らし向きが大きな影を落としていることで、長引く不況の影響は否定されるべくもなく、その上不安定で流動的雇用情勢、年金をはじめとする社会保障システムの信頼性低下など、自殺対策としては手に余る難題が山積しており、これらの問題に対応して自殺対策として可能なものは市民のメンタルヘルス対策、とりわけうつ病の早期発見と介入という従前からのアプローチであろう、市民のメンタルヘルス状況が落ち込み自殺関連体験も多い大阪市の場合、むしろうつ病対策は今後とも自殺対策の中核に位置づけられるべきものである。ただこのようにうつ病対策は間違いなく必要なアプローチであるものの、それはこれまでも取り組んできた施策であるにもかかわらず、平成10年以降自殺は急増しその後「自殺者3万人時代」が続いてしまった事実を想起すべきで、市民のメンタルヘルスを改善し自殺念慮や企図に苦しむ市民を少なくするためには、底辺でのうつ病対策だけでなく中流以上へ総合的な取り組みが、具体的に展開される必要がある。

この点で今回の調査結果が示す限り、地域の人との交流、家族（特に女子において）や職場（特に男子）でのサポート、悩み・ストレスの相談のしやすさなどについて一層の改善工夫が要望される。しかし一層の改善工夫とはいうものの実際にはそう単純なことではなく、比較的具体的、直接的に取り組める事柄と、むしろ根気よく長期的にアプローチする必要のある事柄もある。地域の人との交流や家族、職場でのサポートは社会関係資本の質と関係があると考えられるが、Putnam<sup>10)</sup>はこの社会関係資本がさらに人々の精神保健に影響を及ぼすことを大規模かつ詳細に明らかにしている。グローバリゼーションの流れの中で現在の日本が経済システムの再構築を迫られているのと同じくらい社会関係資本の蓄積は根底的、長期的で地道な課題である。他方、いまま少し具体的な施策もある。そ

れは「相談したいが誰に相談してよいかわからないでいる」人に自殺念慮が多くみられ、自殺企図も同様であるという結果に加え、男子で女子の倍近くあった「相談する必要はないので誰にも相談していない」の回答を自己対処とみるか、自己抑制（がまん）とみるか、いのちの電話による自殺相談は、「自殺者3万人」時代の最近になってようやく2005年あたりから女子を上回って男子にも増えてきている<sup>11)</sup>。各種専門機関との連携のスムーズさを担保した相談体制の整備（ケアマネージャー的人材の開発と配置）と単に制度や窓口を整備するだけでなく広報をはじめ相談する側から見た相談のしやすさ（相談内容の秘匿性確保、駆け込みの応急相談対応、ワンストップサービスや必要に応じた同行支援、当事者関与の工夫）にも十分な配慮が加えられるべきである。いずれにせよ、2006年成立の自殺対策基本法の趣旨と精神は「総合的取り組み」にある。いうはやすくの例えとせず総額100億円を超える緊急強化基金（内閣府）も各自治体にまで降りてきている現在、財政的に対応できないとの繰り返いに終わらない取り組みが要請されている。

さらに今回調査では、CES-D点数は女子と若年成人層に高いことも明らかになった。この知見はこれまで各国でも確認されてきており広範な先行研究レビューをしたMirowskyら<sup>12)</sup>は「女子は男子よりもディストレスが高い」「中高年は最もうつ傾向が少なく、高齢者に最も不安感は少ない」と指摘している。中高年男子が対象とされがちであったわが国の対策にあっても、これら女性や30代40代の若年成人層にも目配りを加えて進められるべきであろう。

## 文 献

- 1) 坂田由美, 田中克俊. 職場における自殺関連うつ病対策の現状と課題. 精神保健研究. 精神保健研究所, 2006; (19): 17-23.
- 2) 労働者の心の健康の保持増進のための指針. 厚生労働省. 2006.
- 3) 長田賢一, 中野美穂, 御園生篤志, 他. 高齢者のうつ病と予防対策. 精神保健研究. 精神保健研究所, 2006; (19): 49-58.
- 4) 宮崎隆穂. 自殺における社会的関係. 精神保健研究. 精神保健研究所, 2003; (16): 41-60.
- 5) 木村美也子. ソーシャルキャピタル—公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より—. 保健医療科学. 国立保健医療科学院, 2008; 57: 252-65.
- 6) 全国家族調査委員会NFRJ. 第1回全国家族調査(NFR98). 東京: 日本家族社会学会, 1998.
- 7) 川上憲人, 大野裕, 宇田英典, 他. 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究: 3地区の総合解析結果. 平成14年度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. 2003.
- 8) 東京都老人総合研究所 保健社会学部門. 高齢者・障害者の保健・福祉施策に関する研究(三鷹市高齢者・障害者の生活と福祉ニーズ調査). 東京. 1997.
- 9) 町田いづみ. 高齢化社会の中での在宅介護の現状. 厚生労働科学研究費補助事業こころの健康科学研究 自殺企図の実態と予防介入に関する研究. 2006; 112-42.
- 10) Putnam, R. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, Simon & Schuster, New York, 2000. 柴田康文訳. 孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生—. 柏書房. 2003.
- 11) 社会福祉法人いのちの電話. 自殺予防いのちの電話フリーダイヤル実施報告書. 東京. 2009.
- 12) Mirowsky, J. and Ross, C. E. Social Causes of Psychological Distress, Aldine Gruyter, New York, 2003.

1) 坂田由美, 田中克俊. 職場における自殺関連うつ病対策の現状と課題. 精神保健研究. 精神保健研