

# 「こころの健康・休養」の進め方ーこころの健康・休養を支える地域を作るためにー

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 山之内芳雄

## 〈はじめに〉

こころの健康は、世界保健機関(WHO)の健康の定義にもあるように、人が生き生きと自分らしく生きるための重要な要件であり、生活の質に大きく影響します。例えば、うつ病をはじめとする「うつ」があると、喫煙率が高くなる<sup>1</sup>、肥満が増える<sup>2</sup>、生活習慣病の予後が悪くなる<sup>3,4</sup>などの報告があり、その関連は明らかなものになっている。また、こころの健康を保つため、十分な睡眠をとるなど休養を日常生活の中に適切に取り入れることは重要である。健康日本21(第二次)<sup>5</sup>においても、こころの健康は社会生活を営むための機能に関連して、休養は食生活や運動と並んで基本的な生活習慣の改善に関連した項目として、6つの大きな目標が定められている。これら目標を見ていくと、個人の努力や工夫によるものだけでなく、地域・社会に向けた取り組みが必要となるものもあると思われる。

ここでは、大きな目標からいかに具体的な事業に展開していくか、既存の幅広いデータをどのように活用するか、ハイリスク群を同定して集中的にアプローチをする考え方、労働・教育の部署との連携の必要性とその方法について考えていきたい。

## 〈こころの健康・休養における目標のデータを探す〉

まず、既にご存じのことであるが、健康日本21(第二次)で掲げられている休養・こころの健康に関する目標値について見てみる。また、休養では「睡眠による休養を十分取れていない者の減少」・「週労働時間60時間以上の雇用者の減少」であり、それを受けてこころの健康では、「自殺者の減少」・「心理的苦痛を感じている者の減少」・「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」・「子どもこころの問題への対応の向上」である。それぞれの指標に関するデータソース・現状値・目標値を、また地域づくりのための指標となる「地域のつながり」に関するものを表1に示した。

さて、ここで自らの地域におけるこれらの指標をどれくらい把握できるだろうか。指標に関して、順に見ていきたい。

表1 健康日本21(第二次)における休養・こころの健康関連の目標

### 休養

項目	策定時の現状	データソース	現状値 (H26年7月現在)	目標
① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4% (平成21年)	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 平成25年は「国民健康基礎調査」	15.6%(平成24年) 23.0%(平成25年)	15% (平成34年)
② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% (平成23年)	総務省「労働力調査」	8.8%(平成25年)	5.0% (平成32年)

こころの健康

項目	策定時の現状	データソース	現状値 (H26年7月現在)	目標
① 自殺者の減少 (人口10万人当たり)	23.4% (平成22年)	厚生労働省「人口動態調査」	21.0% (平成24年)	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定※
② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じているものの割合の減少	10.4% (平成22年)	厚生労働省「国民生活基礎調査」 ※20歳以上で、こころの状態に関する6項目の質問(K6)の合計点(0点~24点)における10点以上	10.5% (平成25年)	9.4% (平成34年度)
③ メンタルへするに関する措置を受けられる職場の割合の増加	33.6% (平成19年)	厚生労働省「労働者健康状況調査」等	47.2% (平成24年)	100% (平成32年)
④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加	小児科医 94.4% (平成22年) 児童精神科医 10.6% (平成21年)	小児科医：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」 児童精神科医：日本児童青年精神医学会調べ	小児科医 98.7% (平成24年) 児童精神科医 11.9% (平成25年)	増加傾向へ (平成26年)

※平成24年8月28日に閣議決定された「自殺総合対策大綱」において「平成28年度までに、自殺死亡率を17年と比べて20%以上減少させることを目標」とされた(平成28年の自殺死亡率19.4)

項目	策定時の現状	データソース	現状値 (H26年7月現在)	目標
① 地域のつながりの強化 (居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)			居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合 50.4%(平成23年) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」	65% (平成34年度)

表2 国民生活基礎調査でのK6日本語版による心理的苦痛に関する設問

過去1か月間のこころの状態について答える

	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	まったく ない
(ア) 神経過敏に感じましたか	1	2	3	4	5
(イ) 絶望的だと感じましたか	1	2	3	4	5
(ウ) そわそわ、落ち着かなく感じましたか	1	2	3	4	5
(エ) 気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか	1	2	3	4	5
(オ) 何をしても骨折れだと感じましたか	1	2	3	4	5
(カ) 自分は価値のない人間だと感じましたか	1	2	3	4	5

○休養：睡眠の状態

睡眠の状態は、「国民生活基礎調査」で3年ごとに健康票で調査されており、その設問に「睡眠によって休養が充分に取れていますか」がある。本指標ではその設問に基づいた目標値が設定されているが、地域ごとでのデータは残念ながら公開されていない。別の設問で、「過去1か月の一日の睡眠時間」を問うものがあり、これは都道府県・指定都市ごとのデータが公開されている。

#### ○休養：就業時間

就業時間のデータは「労働力調査」がソースであるが、これも地域データはない。

#### ○こころ：自殺率

こころの方では、自殺率に関しては内閣府から毎年市町村ごとの自殺統計が公表されているため、容易にデータの把握はできる。ここで注意したいのは、健康日本のソースが厚生労働省の人口動態調査によるものであるが、自殺総合対策大綱や内閣府のデータは警察庁の自殺統計に基づいている。警察庁のものは、発見地ベースであり、外国人も含まれている。また、原因についても原票作成時に推定されるものである。また、年齢調整を行うことで他の地域との比較における交絡因子の影響を除外する、市町村単位になると毎年の変動が大きいいため5年間などまとまった期間の和を取る方が意味のあるデータを得られる。

#### ○こころ：心理的苦痛を持つ人

心理的苦痛に関する調査は、「国民生活基礎調査」で「K6」という質問紙を用いた設問があり、その評点段階データが都道府県・指定都市単位で公開されている。K6は2002年に米国のKesslerらが開発したもので、和訳されWHOの疫学調査でも用いられている。表2のように、6つの設問に関して頻度に応じて表とは逆向きに1-5の評点がつく。健康日本では10点以上のものの割合が目標値になっており、また15点以上だと50%の確率でうつ病性障害または不安障害と考えられると報告されている<sup>6</sup>。

#### ○こころ：メンタルヘルス対策事業所

5年ごとに行われる「労働者健康状況調査」でメンタルヘルス対策に取り組む事業所の割合、ならびに業種別・対策別の状況がわかる。しかし、これも地域ごとの集計はない。また、同調査では職場健診・がん対策などの取り組みの状況もわかり、メンタルヘルスではストレスを相談ができたか等の調査集計も全国レベルで公開されている。

#### ○こころ：小児科医・児童精神科医

この指標は、米国のHealthy people 2020におけるこころの健康指標の中で、青年期のうつ病の罹患率を下げるというものがあり、それに関連したものと考えられる。医療施設に従事する小児科医師数は、都道府県・指定都市・中核市ごとに3年ごとに行われる「医師・歯科医師・薬剤師調査」でデータが公開されている。また、同調査では精神科医も調べることができる。また医療施設ごとの詳細な常勤精神科医師数はすべての精神病床を持つ病院・精神科系の診療所に対して毎年行われる「精神保健福祉資料（通称630調査）」でも調べることができる。児童精神科医においては、明確な基準はないため「児童青年精神医学会」のホームページにおいて、認定医を検索することができる。そこには勤務する医療施設が掲載されている。

#### ○地域のつながり

最後に、地域のつながりについての調査は「平成23年の国民健康・栄養調査」に地域社会のつながりに関する設問があり、それに基づいた目標が現在検討されている。これも客体数が少ないために、都道府県ごとのデータは公開されていない。

これまでの指標に関連するデータソースに関して表3にまとめた。調査名ごとのHPがあり、その結果は政府統計の総合窓口(e-Stat)HPにリンクされている。表番号等欄の表に限らず様々な調査データが掲載されている。このように、目標値となるデータは多様・複雑なデータソースから参照せねばならず、また市町村レベルまでデータが公開されているのは自殺率のみである。都道府県単位で見ても、公開データですべてを把握することはできない。しかしながら、全国データから傾向を把握することは可能であり、また他の表やその組み合わせを行うことで、地域におけるこころの健康に関してさまざまな考察を行うことが求められる。

表3 健康日本21（第二次）における休養・こころの健康関連目標値のデータソース

項目	調査名等	地域データ 注	表番号等	最新年度
睡眠と休養充足	国民生活基礎調査	国	健康2巻1章17表など	25年 3年ごと
睡眠時間	国民生活基礎調査	県・政	健康4巻閲覧4表	25年 3年ごと
就業時間	労働力調査	全国11地域	年次3巻4表	25年 毎年
自殺率	自殺統計	市	内閣府HP	月次・年次
K6評点	国民生活基礎調査	県・政	健康4巻閲覧5表	25年 3年ごと
メンタルヘルス対策事業所	労働者健康状況調査	国	事業所12表	24年 5年ごと
小児科医師数	医師・歯科医師・薬剤師調査	県・政・核	41表	24年 3年ごと
児童精神科医数	児童青年精神医学会HP	地方(勤務機関記載)	学会HP	26年4月 随時
精神科医師数	精神保健福祉資料	医療機関ごと	精神保健福祉資料HP	24年 毎年
地域のつながり	国民健康・栄養調査	国	88表	23年 当設問は不詳

注：国：全国、政：政令指定都市、核：中核市、市：市区町村

〈既存データから見えること、できること〉

ここでは、地域の健康づくりの一つである「こころの健康づくり」を考える際の、前章に示した等の既存データの少し“ふかぼり”した活用法についていくつかの例を示す。

#### ○ 睡眠時間と休息充足度

健康日本の目標値では、睡眠による休息充足度を向上させようとしている。しかし、国民生活基礎調査からはこのデータは全国集計値しかない。では、まず国民の休息充足度を知るとともに、どれくらいの睡眠時間で休息充足が得られるのかを見てみよう。

図1-1は、平成25年国民生活基礎調査による性・年齢(12歳以上、15歳から5歳ごと)での休息充足度を示している。男女ともに、壮年層の充足度が低いことがわかる。次に、図1-2には1週間の平均睡眠時間を示した。休息充足度と同じような分布をしており、ここから睡眠時間と休息充足度の関係がわかる。図1-3はその両者の関係である。5～6時間くらいのところで、睡眠充足度に変化があることがわかる。さて、今度は図1-4に示したように都道府県・指定都市での睡眠時間のデータを見ると、都市部で平均5時間未満の睡眠時間の短い人が多いことがわかる。このことから、都市部では、さらには男女ともに壮年層においては、こころの健康を支えるために、休息充足度を向上させるために、睡眠時間の増加を目標に置いた対策を考えてみるという考え方ができる。もっとも、各人での睡眠時間と休息充足度には個人差があり、また、睡眠だけで休息が図れるわけではないことは既知のことであり、配慮が必要である。また、地域の産業特性や性・年代に合わせた対策の検討なども行えるところである。壮年層は自殺の多い年代でもあり、例えば静岡県富士市では、平成16年から「お父さん、眠れてる?」と、壮年層の男性の睡眠を促すことで自殺防止対策を行い、内閣府の自殺対策キャンペーンに採用された実例がある<sup>7</sup>。

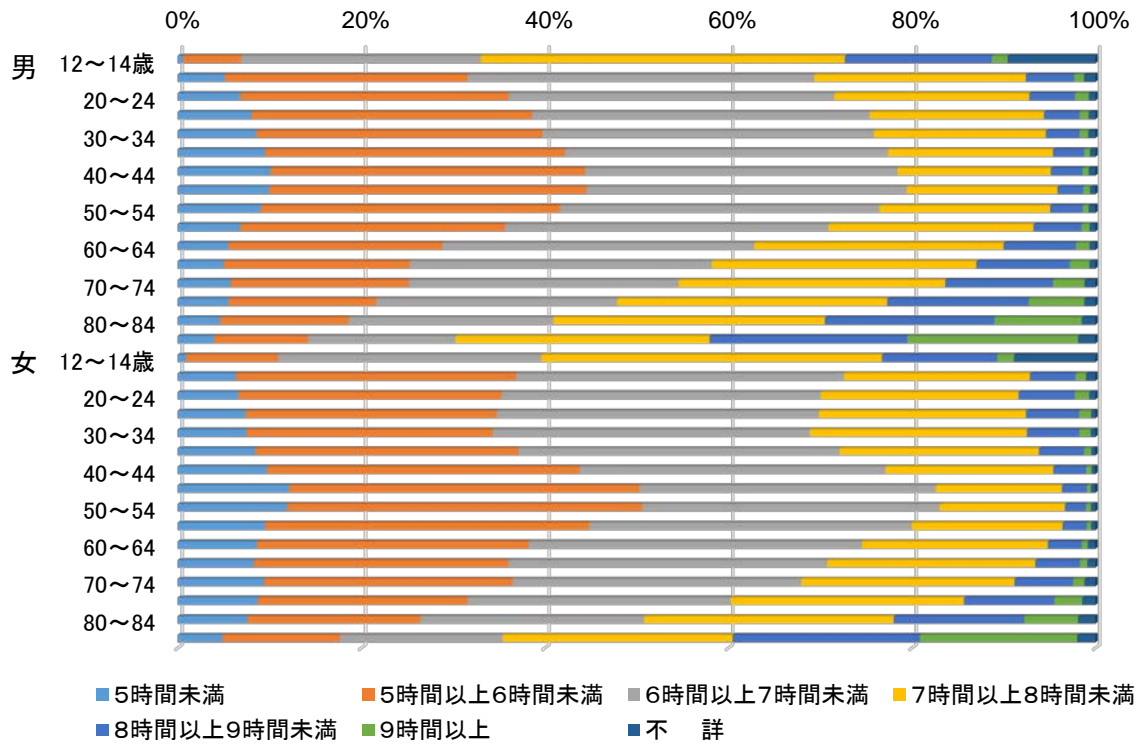


図 1-1 性・年齢ごとの平均睡眠時間

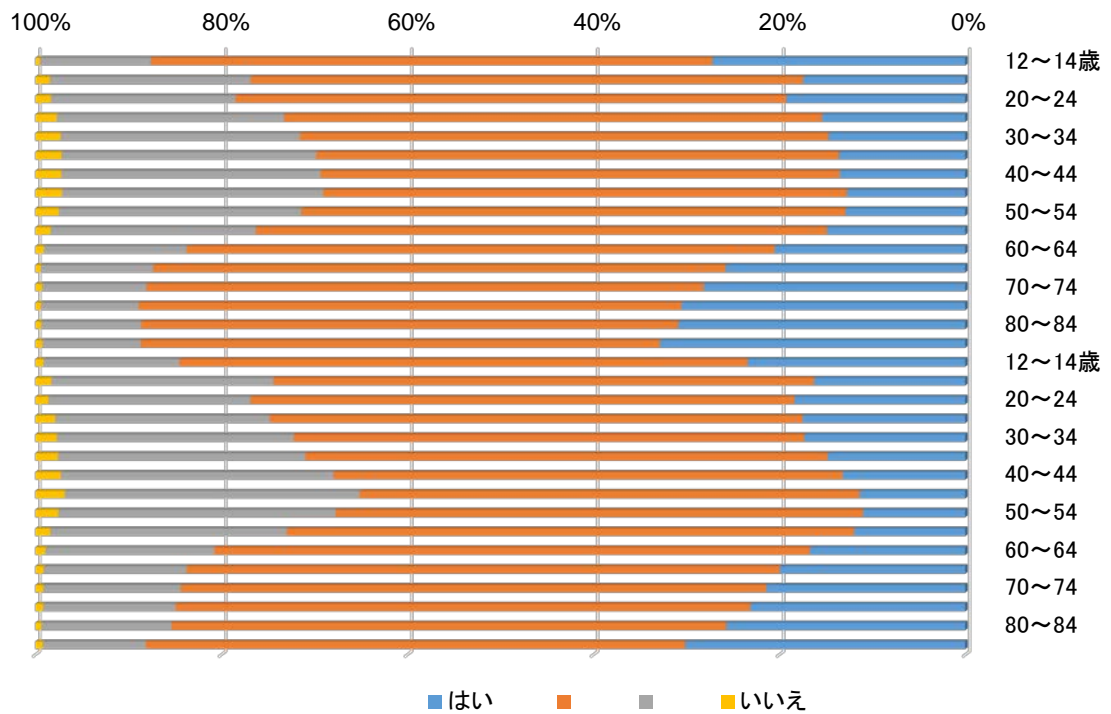


図 1-2 性・年齢ごとの休息充足度

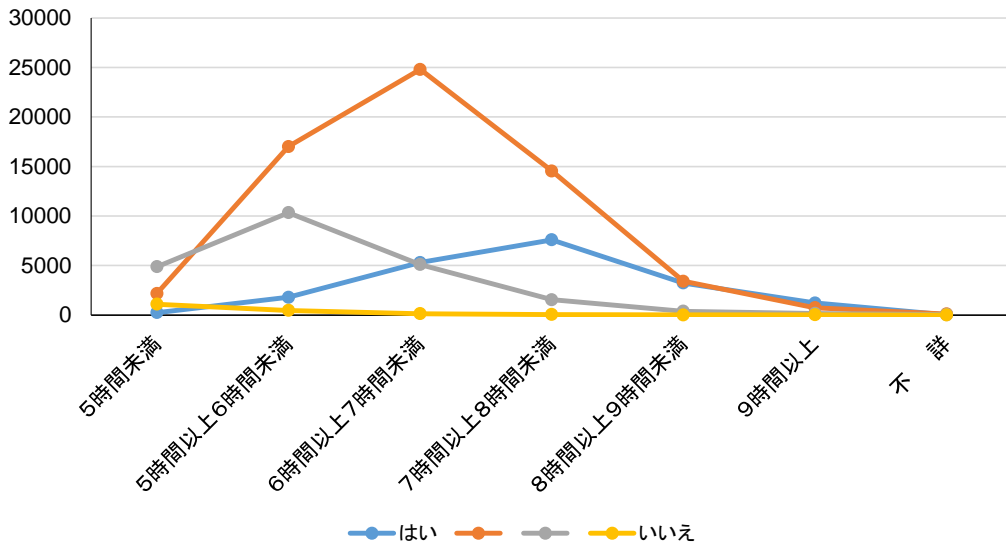


図 1-3 睡眠時間と休息充足度の関係

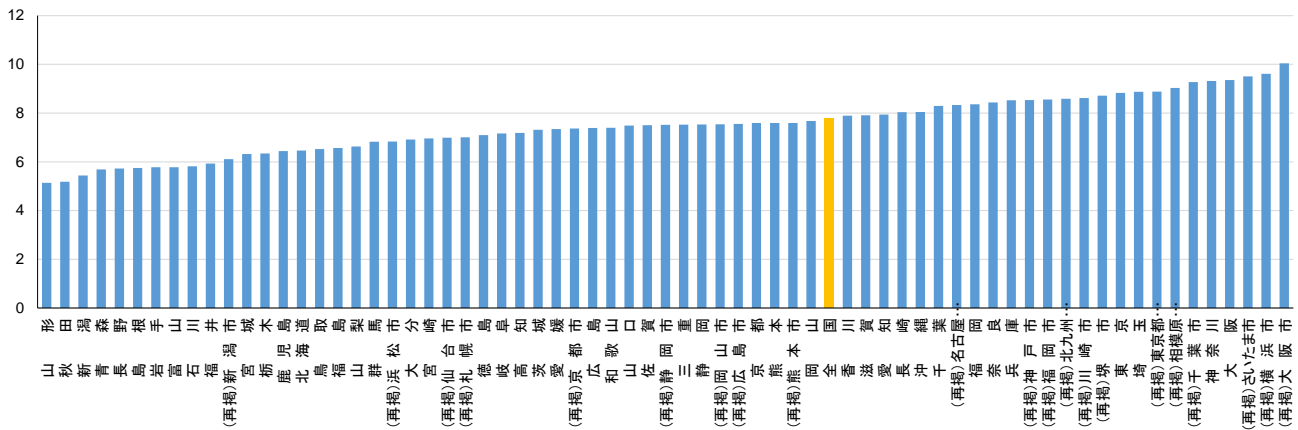


図 1-4 平均睡眠時間5時間未満者割合

○地域のつながりと自殺予防

地域のつながりに関して、内閣府がまとめた平成19年の国民生活白書<sup>8</sup>では、近所づきあいと自治会などの地域活動の参加の程度をまとめた報告をしている。図2-1に示したように、近所づきあい・地域活動ともに盛んな人が16%いるのに対し、どちらも希薄な「地域から孤立している人」が20%以上いるという結果が示されている。また、この孤立している人の特徴として、有業者・集合住宅居住・高学歴・工業地域などの傾向が見られ、逆に孤立しない人の特性として、既婚・子供あり・5年以上居住・高齢・農村地域などの傾向が見られると報告されています。

では、こころの健康を支えるにあたり、地域のつながりは強く盛んであるべきだろうか。これについて興味深い研究の一つを示したい。日本の中で自殺の少ないある地域の特性を詳細に調査した報告<sup>9</sup>によると、図2-2のように、近所づきあいにおいては、立ち話や挨拶くらいの付き合いが多く、むしろお互い助け合うような深い関係は少ない特徴が見られる。しかし、他人への信用は高く、悩みなどを他人に助けを求める意識が強いとされている。つまり、ゆるやかにつながった関係性と、困ったときに対応できる地域づくりが、自殺率の減少に関係しているのではないかとされている。

この視点で図 2-1 を再び見てみると、挨拶以上または地域活動に年数回以上参加している人は合わせると 50%を超えている。このゾーンの割合を地域の中でいかに増やしていくかが課題となるかもしれない。気軽に挨拶ができるような地域づくり、多くの人々が年数回以上参加できるような自治会活動の推進などが考えられます。平成 22 年国民生活選好度調査では、自治会などの地域活動に対する国民のニーズや活発するための方法論に関する結果も出ており、それぞれの地域特性に見合った地域づくりの「程よい」活性化による、こころの健康の向上が望まれる。

地域活動 近所づきあい	月1日以上参加	年に数回参加	参加していない
助け合う人がいる	16.0	11.9	6.4
立ち話をする人以下	11.7	12.1	10.9
挨拶だけ以下	3.9	6.3	20.8

(備考)

1. 内閣府「国民生活選好度調査」(2007年)より特別集計
2. 地域活動への参加頻度は、「町内会・自治会」、「その他の地縁活動」、「スポーツ・趣味・娯楽活動」、「NPOなどのボランティア・市民活動」の四つのうち、いずれかの地域活動で最も高い参加頻度を示す。
3. 「助け合う人がいる」は、「あなたのご近所づきあいについてお聞きします。次に挙げる項目にあてはまるご近所の方の人数をお答えください。」という問いに対し、「互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど、生活面で協力し合っている人」が1人以上いる人。「立ち話をする人以下」は、同質問に対し「助け合う人」がおらず、「日常的に立ち話をする程度の付き合いの人」が1人以上いる人。「挨拶だけ以下」は、「助け合う人」と「立ち話をする程度の人」がおらず、「挨拶程度の最小限のつきあいの人」のみが1人以上いるまたは近所付き合いが全くない人である。
4. 回答者は、全国の15歳以上80歳未満の男女3,311人。

図 2-1 平成 19 年版 国民生活白書における地域活動頻度別の付き合いの程度

設問	地域	はい	いいえ
ほとんどの人は信用できる	自殺の少ないある町	35.1	31.1
	自殺多発のある町	18.9	49.8
悩みを抱えたとき誰かに相談したり助けを求める	自殺の少ないある町	62.8	17.0
	自殺多発のある町	47.3	25.7

設問	地域	日常的に生活面で協力	立ち話程度の付き合い	あいさつ程度の最小限の付き合い	付き合いは全くしていない
近所の人達とどのような付き合いをしていますか	自殺の少ないある町	16.5	49.9	31.3	2.4
	自殺多発のある町	44.0	37.4	15.9	2.6

図 2-2 自殺の少ない町と多い町での、地域のつながりに関する意識の比較 文献 9 より

### ○職域などにおけるメンタルヘルスの充実

地域の程よいつながりがこころの健康を支える可能性について述べてきたが、図 1 で地域から孤立している人の特性のひとつに有業者が挙げられていることから、職域における社会環境の整備は不可欠なものである。健康日本 2 1 (第二次) の目標でも、職域に関する指標として、「週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少」と「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」が掲げられている。

労働者健康調査では、メンタルヘルスケアに事業所等が取り組んでいるかについて調べています。図3は平成24年の調査結果だが、様々な内容での取り組みが挙げられている。しかし、ここからは分からないが、たとえば管理部門のみで計画策定だけしている、提携する医療機関を選定だけしている等、労働者がメンタルヘルスに不調を来たした際に何らかの直接的な関わりが持てているかどうかはわからない。また、この取り組みは例えば5,000人以上の大規模事業所では99%以上と充実しているのに比べて、29人以下では4割に満たないなど事業所間の格差も大きい。取り組みの普及を図るとともに、身近な地域における事業所がどのような取り組みを行い、労働者が直接相談などを受けられる体制を作れるよう働きかけていくことが大切です。同調査では、相談を受けられたか等のさまざまな項目が公開されており、全国レベルでの取り組みを見ることは可能である。地域の事業所等での取り組みのモニタリングに活用できるかもしれない。

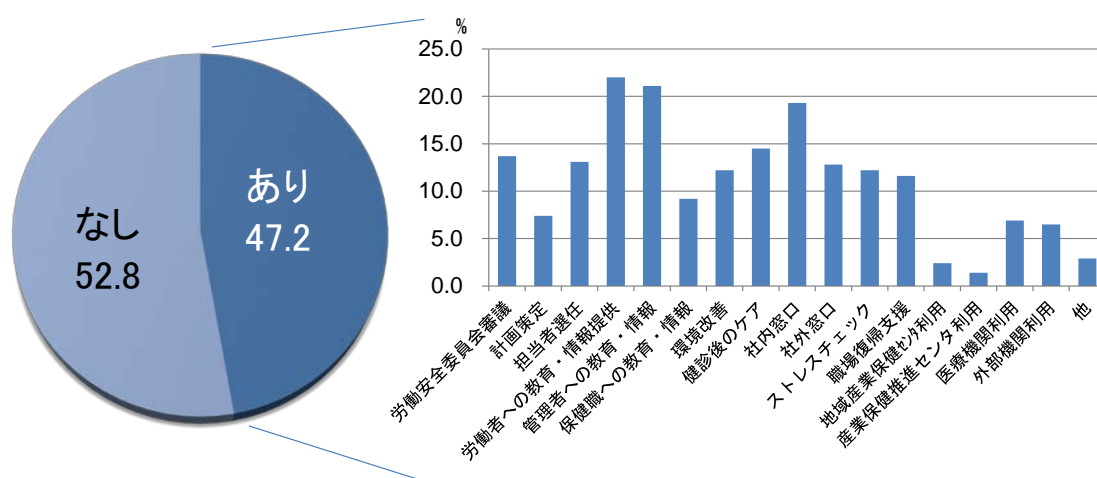


図3 職場におけるメンタルヘルス対応の有無とその内容 平成24年 労働者健康状況調査より

### ○相談が受けられる地域づくり

職場に関係ない住民や、職場でそのような支援が受けられない人たちのために、地域での公的な相談体制の充実を図る必要がある。国民生活基礎調査では、悩みやストレスの有無に加え、どこに相談しているかについても調査されている。家族・友人・同僚・教師などに対しての身近な相談、医療機関に対しての身体的・医療的な相談と並んで、公的機関への相談をした人の比率もわかる。また、相談するほどでもないからしない人や、相談したくてもできない人の比率もわかり、都道府県・指定都市におけるデータが公表されている。

平成25年調査によると、何らかの悩みやストレスのある人は全国で5千万人を超えています。相談したくてもできない人はその中の7.6%いると示されました。こういった人を減らすような対策、たとえば公的相談の広報や相談しやすくする体制作りなどを行うことが、地域全体のこころの健康を支える一つの方法になると考えられます。公的相談機関に相談した人は全国で3.3%いますが図4に示したように都道府県ごとに1.92倍の格差があります。相談したくてもできない人の比率も都道府県ごとに1.59倍の格差があります。全体的に東日本より西日本の方が相談できない人は少なく、公的機関での相談に関しては各都道府県の特性や取り組みが反映されていると思われます。相談できない人を減らし、



公的機関の相談を増やすような仕組みを考えることで、これら格差の是正、ひいてはこころの健康の指標である「心理的苦痛を感じている者の減少」につながることを期待できる。また、相談後必要に応じて医療機関につなぐ等の地域全体のネットワークの仕組みが必要になると考えられる。市町村単位でのメンタルヘルス相談数は、「衛生行政報告例」「地域保健・健康増進事業報告」等で見ることができる。

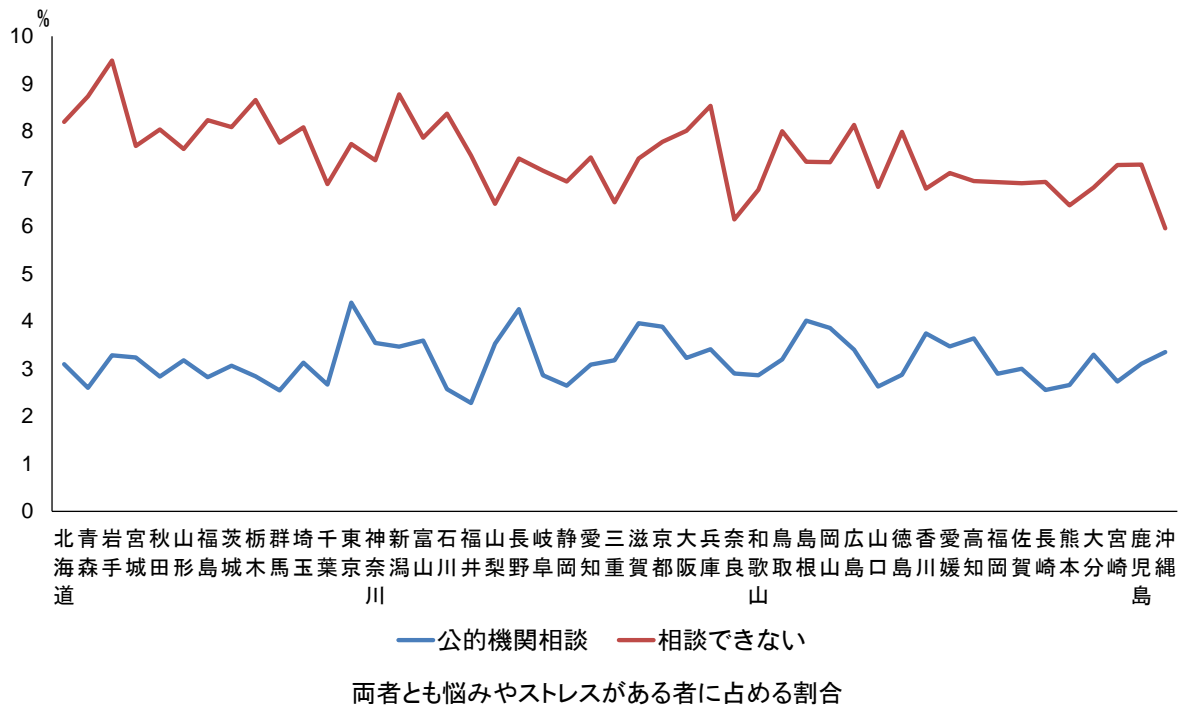


図4 悩みを公的機関に相談した人と相談できない人(12歳以上)の都道府県ごとの比率  
平成25年国民生活基礎調査より

〈社会環境整備のためにまず見てみること〉

このように休養・こころの健康に関する社会環境整備の必要性について、いくつか紹介しました。様々な調査が政府統計の総合窓口(e-Stat)で、インターネットで公表されている。これらも参照しつつ地域の現状について知ること、それがどのように動いているかを現場のヒアリングなどで少し掘り下げて見てみることで、地域における課題と対応、そして展望が見えてくるかもしれない。

文献

1. Chaiton MO, Cohen JE, O' Loughlin J, et.al. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. BMC Public Health 9: 356. 2009
2. Luppino FS, deWit LM, Bouvy PF, et.al. Overweight obesity and depression: a systematic and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry 67:220-229, 2010
3. Meijer A, Conradi HJ, BOS EH, et.al., Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events. Gen Hosp Psychiatry 33:203-216, 2011
4. Pan A, Sun Q, Okerete OI, et.al. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. JAMA 306:1241-1249, 2011

5. 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: 健康日本 21 (第2次) の推進に関する参考資料, 2012
6. 古川壽亮: 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 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, 2002
7. 内閣府自殺対策睡眠キャンペーン <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/suimin/index.html>
8. 内閣府: 平成 19 年版国民生活白書 つながりが築く豊かな国民生活, 2007
9. 岡檀: 生き心地の良い町 この自殺率の低さには理由(わけ)がある, 講談社, 2013