

<資料>

自殺予防対策における特定健康診査未受診者への 訪問活動から見た現状

野里夕佳, 近藤真理子, 工藤希真恵, 阿部典子, 岩部さち, 津田幸奈
葛巻町役場 健康福祉課

要旨

本研究の目的は、特定健康診査未受診者への家庭訪問によりその実態を明らかにし、自殺予防対策への示唆を得ることである。平成24年度中の国保加入者のうち、40～64歳で特定健康診査未受診者で、その理由が不明で、施設入所等いずれの確認も取れない187名を対象に、保健師による家庭訪問を行った。その結果、対象者のうち要支援者となった者は男性に多く、その危険要因は、経済問題が最も多かった。また、要支援者1人につき、複数の危険要因をもつ者が多かった。このことから、特定健康診査未受診者は、一般的に言われる経済問題の悩みを抱えているなど自殺者の特徴と類似していた。早急に自殺を疑う者はいなかったが、未受診者の中には、複数の自殺の危険要因を併せ持っており、自殺につながるうつ状態に傾き易い状況にあるのではないかと思われた。よって、未受診者の実態把握のための訪問活動により、社会とのつながりを作り、専門職や地域とのコーディネーターになることで、解決の糸口を発見できるのではないかと考える。

キーワード：自殺予防対策、特定健康診査、未受診者、家庭訪問、中高年

はじめに

わが国の自殺死亡数は、平成10年以降14年連続して3万人を超えて推移していたが、平成22年以降減少し、平成24年以降は3万人を下回った¹⁾。岩手県の自殺死亡率は、人口10万対26.3（平成25年）で、近隣の秋田県、青森県と並んで過去20年にわたりワースト上位にある。

葛巻町は、緑豊かな山々に囲まれた山間地域で、主に酪農が盛んな町である。平成27年7月31日時点で、人口6,778人（男性3,290人、女性3,488人）、世帯数2,821世帯、1世帯あたり人数2.4人、高齢化率40.8%、合計特殊出生率2.14で、少子高齢化が課題の町でもある。

葛巻町は、平成21年7月より「葛巻町自殺予防総合対策」を策定し、自殺予防に重点を置き取り組んでいる。しかし、平成24年の自殺粗死亡率は128.7と県内ワースト1で、自殺率の高い状況であ

った。岩手県における自殺の現状²⁾によると、自殺者の原因・動機として、「健康問題」が最も多く、次いで「経済・生活問題」、「家庭問題」、「勤務問題」などが多くなっていた。また、各年齢階級の合計に占める自殺の原因・動機の割合でみると、60歳代以降において、「健康問題」が半数以上を占めていた。同様に、葛巻町における平成21年～25年の自殺者について原因・動機を調べてみると、悪性新生物や統合失調症などの健康問題や経済問題、自殺未遂歴ありの者が多いことが明らかとなった。そして、自殺者の交流関係をたどると、身近な相談者が無く、地域との関わりが希薄である者が多い傾向であった。さらに、自殺者の9割が国保加入者であり、自殺した年の特定健康診査は未受診であることがわかった。なお、葛巻町における平成25年度の国保加入率は36.8%である。

このことから、自殺予防対策として、特定健康診

査未受診者への家庭訪問を通し、その生活実態について把握したいと考えた。

研究目的

本研究の目的は、中高年の特定健康診査未受診者の生活実態を明らかにし、自殺予防対策への示唆を得ることである。

研究方法

1. 対象者

平成 24 年度中の国保加入者のうち、40～64 歳で特定健康診査未受診者で、未受診の理由が不明な者 325 名から、施設入所・転出・各種サービス利用等で町として確認が取れた者を除外した 187 名。

2. 調査方法

対象者の訪問は保健師 1 名が対応し、対象者本人に聞き取り調査を行った。その調査をもとに要支援者の判断は保健師 7 名で行った。聞き取り調査は、①属性（性別、年齢、就労状況）、②生活状況（既往歴・現病歴、日常生活、経済状況、困ったこと、社会参加等）の情報収集と③一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』（うつ対応マニュアル：厚生労働省地域におけるうつ対策検討会作成）を行った。但し、③については同意の得られた対象者のみ行った。また、対象者本人に会えない場合は、家族または保健委員、民生委員等から情報を得た。

3. 調査時期

平成 25 年 7 月～平成 26 年 2 月。

4. 分析方法

②生活状況等の情報収集（既往歴・現病歴、日常生活、経済状況、困ったこと、社会参加等）と③一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』について単純集計を行った。その後、③の一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』陽性に該当した者と、保健師の面談によりなんらかの支援が必要と判断した者（以下、要支援者）で分類した。要支援者とは、一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』の記載を依頼した際に、手が震え記入が困難であった者、一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』の記載は拒むが、会話の中で、金銭トラブルや家族・親戚・近所等でトラブルを抱えていることを話す者、会話の内容にさしさわりはないが、表情が暗く

顔色が悪い者、身なりが整っていない者、無職でひきこもりの状況にある者、大病を抱えている者など、保健師が対象者本人に直接会うことで得られた客観的な情報から判断したものである。そして、要支援者について、自殺実態白書 2013³⁾ で提示されている自殺の危険要因（68 項目）を参考に作成した 7 つのカテゴリーに分類（重複含む）した。カテゴリーは以下のとおりである。

- ア) 経済問題（事業不振、倒産、失業、負債、経営の悩み、定年退職、生活保護受給者、無収入）
- イ) 健康問題（身体疾患、精神疾患（うつ、統合失調症等）、アルコール問題）
- ウ) 家庭問題（家族間の不和、離婚）
- エ) 介護問題（認知症者、介護・看病疲れ、介護・看病による介護者の拘束）
- オ) ひきこもり・地域交流希薄者（ひきこもり、近隣関係の不和、地域行事等へ不参加）
- カ) 自死遺族
- キ) その他（7 項目に分類難しい内容のもの）

5. 用語の定義

本研究で用いる「中高年」とは、40～64 歳にある者、とする。

6. 倫理的配慮

対象者本人または、家族、保健委員や民生委員等からの情報収集にあたり、対象者について得られた情報については統計的に処理することで個人が特定されないようにすること、だれがどのような事を話したか特定されないようにし口外は決してしないことを説明した。

情報の整理にあたっては保健師の専門的見解からのみ判断し、本研究以外での情報の使用はしないこと、情報管理の際はネットワーク接続のないパソコンで行い、データは USB メモリに保存し、鍵のかかる場所で保管することとした。

結果

1. 対象者の概要

対象者の 187 名のうち男性は 153 名（81.8%）、女性は 34 名（18.2%）であり、男性が多い結果となった。平均年齢は男性 54 歳±6.40、女性 52 歳±6.70 であった。年齢階級別の概要は表 1 の通りで、男性は 60～64 歳が最も多く、女性は 45～49 歳が最も多かった。

表 1. 対象者の概要 (n=187)

年 齢	男 性	女 性	計
40～44 歳	16(10.5%)	5(14.7%)	21(11.2%)
45～49 歳	31(20.3%)	10(29.4%)	41(21.9%)
50～54 歳	35(22.9%)	6(17.6%)	41(21.9%)
55～59 歳	32(20.9%)	7(20.6%)	39(20.9%)
60～64 歳	39(25.5%)	6(17.6%)	45(24.1%)
計	153(81.8%)	34(18.2%)	187(100%)

対象者の就労状況は図 1 のとおりで、多い順から、正規雇用の者が 32.6%，臨時雇用の者が 22.5%，無職（病気，ひきこもり，生保等）の者が 20.3%であった。

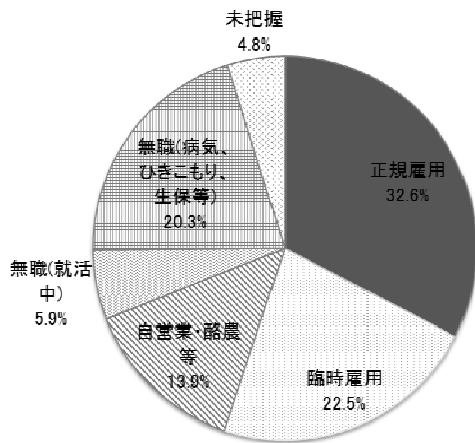


図 1. 対象者の就労状況について (n=187)

2. 要支援者の概要

対象者 187 名を訪問した結果，うつスクリーニングを実施した 53 名 (28.3%) のうち陽性者となった者は 25 名 (47.2%)，また一次うつスクリーニングを実施し陰性であった者のうち保健師判断で要支援とした者が 8 名であり，一次うつスクリーニングを実施した者のうちの要支援者は全部で 33 名 (62.3%) であった。

一次うつスクリーニング未実施者 134 名のうち，保健師間で行ったケース検討の判断により要支援者とした者は 44 名であり，全部で 77 名 (41.2%) となった。

要支援者の性別は男性 61 名 (79.2%)，女性 16 名 (20.8%) であり，その平均年齢は男性 53.0 歳 ±6.31，女性 49.5 歳 ±6.09，全体平均は 52.3

歳 ±6.39 であった。年齢階級別の内訳は表 2 のとおり，男性では 50～54 歳が最も多く，女性では 45～49 歳が多かった。

表 2. 要支援者の内訳 (n=77)

年 齢	男 性	女 性	計
40～44 歳	6(7.8%)	4(5.2%)	10(13.0%)
45～49 歳	14(18.2%)	5(6.5%)	19(24.7%)
50～54 歳	16(20.8%)	4(5.2%)	20(26.0%)
55～59 歳	11(14.3%)	1(1.3%)	12(15.6%)
60～64 歳	14(18.2%)	2(2.6%)	16(20.8%)
計	61(79.2%)	16(20.8%)	77(100%)

要支援者の就労状況は，図 2 のとおり，無職の者が 45.5%と最も多かった。

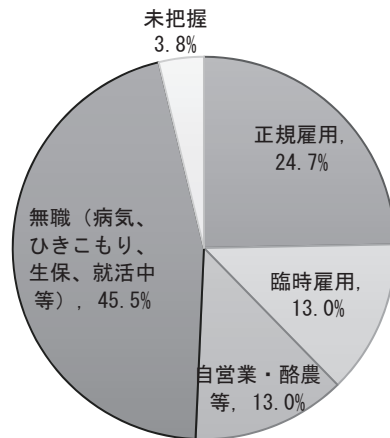


図 2. 要支援者の就労状況 (n=77)

3. 要支援者の抱える自殺の危険要因

要支援者について，自殺実態白書 2013 で提示されている「自殺の危険要因」⁴⁾を参考に作成した 7 つのカテゴリーに分類すると，図 3 のとおり，経済問題が 47 件と最も多く，次いで家庭問題 27 件，介

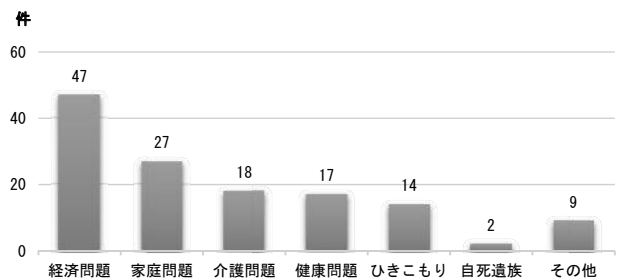


図 3. 要支援者の抱える自殺の危険要因

表 3. 要支援者の年齢階級別・性別による危険要因

	40～44歳		45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		計(横)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
経済問題	3	1	10	2	11	1	7	1	10	1	47
介護問題	2	2	2	0	2	2	4	0	4	0	18
家族問題	3	1	9	2	4	1	3	0	3	1	27
ひきこもり等	3	1	2	0	4	2	2	0	0	0	14
健康問題	0	1	1	3	4	1	3	0	3	1	17
自死遺族	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
その他	0	0	2	1	2	0	1	0	3	0	9
計(縦)	11	6	26	8	27	7	21	1	24	3	134

介護問題 18 件であった。(複数回答 134 件)

また、要支援者について、年齢階級別・性別で自殺の危険要因をみると、表 3 のとおり、男性の 50～54 歳の経済問題が最も多く、次いで男性の 45～49 歳と 60～64 歳の経済問題が多かった。女性ではいずれの年齢・要因においてもばらつきがみられた。

表 4. 要支援者 1 人あたりが抱える自殺危険要因

要因数	男性	女性	計
1	18(23.3%)	9(11.7%)	27(35.0%)
2	38(49.3%)	5(6.5%)	43(55.8%)
3	5(6.5%)	2(9.2%)	7(9.2%)
計	61	16	77

その他と回答した中では、相談したいことはないと話ながらも、痩せていて体調面が気になるような者や、特定健康診査を受けることへの強い拒否感があり気になる者などが含まれている。

そして、要支援者 1 人が抱える自殺の危険要因数を表 4 に示した。要支援者 1 人あたり 2 要因を抱えている者が 43 名 (55.8%) と最も多く、次いで 1 要因 27 名 (35.0%) であった。性別では、女性は 1 要因を抱えている者が多いが、男性は 2 要因を抱えている者が多かった。

さらに、要支援者の抱える自殺の危険要因について、2 以上である者の内訳を表 5 に示した。経済問題と家庭問題が 14 名と最も多く、次いで、経済問題と介護問題で 8 名であった。また、自殺の危険要因が 3 であった者は 7 名で、経済問題と介護問題を柱とし、健康問題等を抱えていた。

表 5. 要支援者の抱える自殺危険要因の内訳

要因数	要因内容	人数
2	経済問題	+ 家庭問題 14
		+ 介護問題 8
		+ ひきこもり・地域交流希薄 4
		+ 健康問題 3
		+ 自死遺族 1
		+ その他 1
	介護問題	+ ひきこもり・地域交流希薄 1
		+ 健康問題 1
	家庭問題	+ 健康問題 3
		+ ひきこもり・地域交流希薄 2
	+ 自死遺族 1	
	健康問題 + その他 3	
	ひきこもり・地域交流希薄 + 健康問題 1	
3	経済問題	+ 介護問題 + ひきこもり・地域交流希薄 2
		+ 健康問題 2
		+ 家族問題 + ひきこもり・地域交流希薄 1
		+ 健康問題 + その他 1
	家族問題	+ ひきこもり・地域交流希薄 + その他 1

考察

1. 特定健康診査未受診者の実態について

特定健康診査未受診者や要支援者の特徴から、特定健康診査未受診者の実態について考察する。

今回の訪問対象者である特定健康診査未受診者は女性より男性が多く、年齢階級別では60～64歳が最も多かった。市町村国保の被保険者数の年齢構成を見ると40～59歳の各年齢層より60～64歳が多いこと⁵⁾から、男性の60～64歳の対象者数が多くなったと思われる。一方で、葛巻町の要支援者を見てみると、45～54歳であり、女性よりも男性が多い状況となった。高橋⁶⁾は「40～50歳代の自殺者が全体の約4割を占めている。また、男性の自殺率は女性の2.5倍となっている」と自殺者の特徴が中高年であり、特に男性で割合が高いことを述べており、高橋⁶⁾のいう自殺者の特徴と、当町の要支援者の特徴が類似していると思えた。このことから、特定健康診査未受診者と自殺者の特徴とでは、年代が若干異なるが特定健康診査未受診者の中には、自殺予防対策の対象者となり得る人がいることが推測されたため、特定健康診査未受診者に対して訪問活動を行うことは自殺予防対策に有効であると考えられた。

また、要支援者が抱える危険要因をみると、経済問題が最も高い結果となっており、性別でみても男女とも経済問題が一番に挙げられていた。市町村国保の世帯主は無職が平成25年度43.9%となっており⁷⁾、経済的に不安定なものが多い。今回の研究において就労状況からみても、無職と非正規雇用を合わせると約5割を超しており、要支援者の経済問題の多さの背景には、自営業、非正規雇用など雇用形態が関連すると考えられた。このことから、要支援者のみならず、特定健康診査未受診者においても、経済問題を抱えている者が多く含まれていることが推測された。なお、要支援者が抱える問題の内容に男女差はなかったが、これは対象者数で男性8割、女性2割の差があり、女性の要支援者が各年代とも少なかったことから、実際の比較は難しいと思われる。

さらに、危険要因数を分析すると、要支援者の多くは、1つの要因だけでなく2つ以上の要因を併せ持ちながら悩んでいた。危険要因とうつ病、さらに自殺へのつながりについて、自殺実態白書2008⁸⁾によると、うつ病は自殺の一手手前の要因であると

同時に、他の様々な要因によって引き起こされた「結果」でもあると述べている。また、自殺時に抱えていた自殺の危険要因数は平均して4つであったとも述べており、危険要因の重なりによる自殺リスクの高まりがあると言える。今回、特定健康診査未受診者のうち、一次うつスクリーニング等で要支援者が約4割あったことから、特定健康診査未受診者の中には、危険要因を複数持ち合わせ、うつ病から自殺へとつながる可能性を持つものが相当数含まれていると考えられる。

以上のことから、特定健康診査未受診者は、性別や経済背景など、自殺者の特徴と重なり合う部分が多く、特定健康診査未受診者対策（未受診者への訪問活動）が自殺予防対策にもつながると考える。

2. 自殺予防対策への示唆

特定健康診査未受診者は自殺者との特徴の重なりが多く、リスクの内容や要支援者のリスクの重複度合いからみると、生活実態は自殺につながるうつ状態に傾き易い状況にあるのではないかと思われた。そこで、危機連鎖を絶ち、うつ状態を回避することが、自殺予防の改善につながると思われる。

しかし、特定健康診査未受診者や要支援者は男性が多く、過去の当町の自殺者の特徴でも地域とのつながりが希薄だった。リサ・バークマン⁹⁾は、「社会的孤立、サポートの欠如、社会への関与がないことが慢性的なストレスフルな社会的体験となり、不健康な結果と結びついている。」と述べており、このことから、健康であるためには社会的つながりを多く持つことが自殺予防対策には必要なことだと言える。そこで、第三者の立場でありながらも、対象者と同じ目線、気持ちを共有できるように関わることができる保健師は、話しやすい存在となり得ることができ、今回の対象者のようにつながりを見いだせない者にとっては「保健師に相談できること」が一つのつながりとなると考える。

また、今回の研究では対象者が抱えているリスクが、単に経済問題だけでなく介護問題や家族間またひきこもりや病気など重複する形で悩みを抱えていた。ライフリンク通信¹⁰⁾によると、うつ病対策と同時にその手前で連鎖を断ち切ることで、それには関連する要因の数の相談機関が連携・連動させることが自殺予防対策として重要であるとしている。そのためには、専門職種（介護支援専門員や社会福祉士等）との相談連携、民生委員や保健委員、地域の人

たちからの見守りなどのソーシャル・サポートの構築など、対象者を支える環境を調整していくことが必要であると思われる。その中で、保健師は家庭訪問（＝対象である住民の生活実態に迫るという最も重要な要素を含む援助技術）により、個人の抱える悩みを詳細に聞き生活実態を把握した上で、必要な支援と結びつける，“コーディネーター（橋渡し役）”になることで、問題解決の糸口を発見できるのではないかと考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究において、支援不要者が抱えている危険要因の分析は行っていないが、支援不要者であっても危険要因を抱えている可能性はあると思われる。今後、支援不要者についても分析を行うことで、さらなる自殺予防対策への示唆が得られると考える。

また、今回の研究から対象者が抱える悩みが直接に、特定健康診査未受診につながっている検証には至らなかった。特定健康診査未受診者の傾向として、服部ら¹¹⁾の、未受診者が男性、多忙である、経済的な問題を抱えている、健康に関心が低いという特徴をあげた報告もあり、健康への関心より仕事、介護などの自分が置かれている環境を中心に考えるために、受診行動に至っていない、または至れない状況があると推測されるため、このことについてはさらに検証をしていく必要があると思われる。

結論

対象者 187 名の内 153 名 (81.8%) は男性であり、要支援者は 77 名 (41.2%) であった。要支援者の就労状況は無職が 45.5% であり、自殺の危険要因は経済問題が 47 件と最も多かった。このことから、一般的に自殺の高リスクと言われる経済問題の悩みを抱えながら生活をしているなど自殺者の特徴と類似点があった。

訪問した中で、すぐにでも自殺を疑うような者はいなかったが、少なくとも特定健康診査未受診者の中には、1つの問題だけでなく、いくつかの要因を併せ持っており、自殺につながるうつ状態に傾き易い状況にある者がいるのではないかと考えられた。これらのことから、特定健康診査未受診者の把握に努め、家庭訪問などから介入することは自殺予防対策として有効であると思われる。

おわりに

今回の研究では、未受診者の分析による訪問活動から対象者本人の、家庭、仕事、地域とのつながりなど、個人の生活の場を知る機会になった。また、活動中は保健委員や民生委員等の情報から、本来の対象のみならず新たな要支援者の発見につながったケースもある。保健師の行う訪問活動が地域で悩む方の救いとなることを再認識した。

また今回、要支援者の分析を中心とした結果であり、研究では取り上げなかった支援不要者についても、今後分析し要支援者との比較をすることで、さらなる自殺予防対策へとつなげていく必要があると思う。

今回の活動から、保健師本来の活動を再認識するとともに、今後のより良い保健活動につなげていきたいと思う。

最後に、本研究を進めるにあたりご指導ご助言いただきました岩手県立大学蘇武様、及び岩手県国民健康保険団体連合会鳥居様に心より感謝いたします。

引用文献

- 1) 内閣府. 平成 26 年度版自殺実態白書：自殺対策白書. 内閣府；平成 26 年 6 月.
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/index-w.html>.
- 2) 前掲書 1)
- 3) NPO 法人ライフリンク. 自殺実態白書 2013. 第一版：第 1 章.自殺の危機経路. 特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク；2013 年 2 月 28 日.
<http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html>.
- 4) 前掲書 3)
- 5) 厚生労働省保険局. 平成 25 年度国民健康保険実態調査報告：国民健康保険全体の状況. 厚生労働省；2015 年 2 月 6 日.
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_to=GL08020103_&listID=000001129348&requestSender=search.
- 6) 高橋祥友. わが国の自殺の現状と課題. 学術の動向 2008；13 (3)：8-14.
- 7) 前掲書 5)
- 8) 自殺実態解析プロジェクトチーム. 自殺実態白書 2008. 第 2 版. 2008 年.

- 9) L F Berkman. ソーシャルネットワークと社会的孤立. 小林章雄. Elsevier Inc : 2007. 1823.
- 10) NPO 法人ライフリンク. 自殺の「危機経路」の解明. ライフリンク通信. 2009年6月25日; 2面:5段.
- 11) 服部真理子, 柳修平, 伊藤景一, 中田晴美, 犬飼かおり, 他. 掛川市国民健康保険加入者の特定健康診査未受診者の実態と未受診要因の検討ー40歳代未受診者の特徴ー. 掛川市健康調査報告書, 2012; 11-19.
- (2016年6月7日受付, 2016年8月30日受理)

<Material>

Use of Home Visit Activities Involving Suicide Prevention Measures
as a Means of Evaluating Persons Who have not Undergone
a Specific Health Checkup

Yuka Nozato, Mariko Kondo, Kimae Kudo, Noriko Abe, Sachi Iwabe, Yukina Tsuda

Keywords: suicide prevention measure, specific health checkup, not examinee, home visit, late middle age