

## 社会参加をしていない地域高齢者の特徴とその関連要因 ～地域高齢者の包括的自殺対策に向けて～

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター  
研究協力者 藤田 幸司 自殺総合対策推進センター  
研究協力者 松永 博子 自殺総合対策推進センター  
研究協力者 佐々木久長 秋田大学大学院医学系研究科 准教授

**研究要旨**：日本の高齢者の自殺率は低下してきているとはいえ、他の世代と比較すると依然として高い。地域における高齢者のメンタルヘルス及び自殺対策として、高齢者の孤立・孤独を防ぐための居場所づくり、社会参加の促進、ソーシャル・キャピタルの醸成を促進する施策が求められている。本研究では、社会参加をしていない高齢者の特徴とその要因を明らかにすることを目的とした。

**方法**：秋田県 A 市に居住する 20 歳以上 84 歳以下の 61,579 人のうち、層化無作為抽出による 6,000 人を対象に、2017 年 12 月に質問紙調査を実施し、3,400 人から回答を得た（回収率 56.7%）。本研究では、65 歳以上 85 歳未満の 1,447 人を分析対象とした。分析に用いた項目：基本的属性（性別・年齢・婚姻・同独居）、社会参加の有無、抑うつ（K6）、希死念慮、寂寥感、地域孤立感、自己効力感 1）、援助欲求 2）、援助抵抗感 3）、主観的健康感、認知症に対する不安、外出頻度、要介護、生活困窮相談窓口の認知などとした。社会参加の有無については、「社会参加をしておらず、家族以外と親密な対人関係がないことはありますか」の質問に「ある／ない」との回答を得た。分析方法：社会参加の有無と関連要因について、カイ二乗検定およびマン・ホイットニーの検定を行った。

**結果**：社会参加をしていないと回答したのは 280 人（19.4%）であった。カイ二乗検定の結果、社会参加なし群は社会参加あり群と比べて、年齢階級が高い（ $p<0.001$ ）、抑うつ傾向あり（ $p<0.01$ ）、主観的健康感が悪い（ $p=0.028$ ）、寂寥感あり（ $p=0.007$ ）、地域孤立感あり（ $p<0.001$ ）、希死念慮あり（ $p<0.001$ ）、閉じこもり（ $p=0.043$ ）、介護を受けている（ $p=0.019$ ）、認知症の不安あり（ $p=0.021$ ）、暮らし向きにゆとりがない（ $p=0.023$ ）、生活に困った時の相談先を知らない（ $p=0.017$ ）割合が高かった。

**まとめ**：社会参加をしていない地域高齢者は、地域自殺対策の重要なターゲットであると考えられる。よって、社会参加を促進する取り組みや居場所づくり等の地域づくり型の高齢者対策が必要である。加えて、高齢者のメンタルヘルスに対する知識の普及や啓発も重要である。社会参加をしていない地域高齢者をターゲットとした地域づくり型自殺対策として、地域包括ケアシステムや地域福祉力強化（我が事・丸ごと）などの施策と連動した事業の展開を図ることや、高齢者の孤立・孤独を防ぐための居場所づくり活動、社会参加の促進、ソーシャル・キャピタルの醸成を促進する施策が重要である。

### A. 研究目的

我が国の自殺死亡率は、自殺対策基本法と自殺総合対策大綱に基づく総合的な自殺対策の推

進により、大きく減少している。高齢者の自殺率についても低下してきているものの、他の世代と比較すると依然として高く、60 歳以上の自

殺者数の割合は 40%を上回っている<sup>1)</sup>。自殺総合対策大綱（2017）において示された、自殺死亡率を先進諸国の現在の水準まで低下させるという目標を達成するために、高齢者の自殺対策の強化が喫緊の課題である。

自殺の要因は複合的であり、多様な背景や価値観に対応した支援や対策が重要であるが、特に高齢者は加齢に伴う身体機能の低下や慢性疾患罹患などの身体的問題や、高齢期に生じる種々の環境変化、配偶者や近親者、友人・知人など身近な人の喪失、経済的な困窮に陥る、役割がなくなるなどのネガティブ・ライフイベントがきっかけとなり、抑うつや閉じこもりになりやすく、孤独や孤立に陥りやすくなることから、自殺の要因となっている。

従って、地域における高齢者のメンタルヘルス及び自殺対策として、高齢者の孤立・孤独を防ぐための居場所づくり、社会参加の促進、ソーシャル・キャピタルの醸成を促進する施策が求められている。なかでも、高齢者の社会参加の有無が高齢者の心理社会的側面にどのような影響を及ぼしているか、その実態を明らかにすることは、地域高齢者の自殺対策を推進する上で重要な課題であると思われる。

本研究はこのような背景を踏まえて、地域住民を対象とした疫学研究により、社会参加をしていない高齢者の特徴とその要因を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

対象：秋田県 A 市に居住する 20 歳以上 84 歳以下の 61,579 人のうち、層化無作為抽出による 6,000 人を対象に、2017 年 12 月に質問紙調査

を実施し、3,400 人から回答を得た（回収率 56.7%）。本研究では、65 歳以上 85 歳未満の 1,442 人（性別不明 5 人を除く）を分析対象とした。

分析項目：基本的属性（性別・年齢・婚姻・同独居）、社会参加の有無、精神的苦痛（K6）、希死念慮、寂寥感、地域孤立感、自己効力感、援助欲求、援助抵抗感、主観的健康感、認知症に対する不安、外出頻度、要介護、生活困窮相談窓口の認知などとした。

社会参加の有無については、「社会参加をしておらず、家族以外と親密な対人関係がない状態が長く続いていることはありますか」の質問に「ある／ない」で回答を得た。希死念慮については、「あなたは過去 1 年間に死にたいと考えたことがありましたか」との質問に「なかった／あった」で回答を得た。精神的苦痛は K6 質問票（日本語版）<sup>2),3)</sup>により測定評価し、9 点以上を「抑うつ傾向」とした。自己効力感は一般性自己効力感尺度（The General Self-Efficacy Scale, GSES）の短縮版である GSE-6 を用いて測定した<sup>4),6)</sup>。

援助欲求、援助抵抗感の測定には短縮版被援助志向性尺度<sup>7)</sup>の下位尺度である援助欲求（3 項目）と援助抵抗感（3 項目）を用いて算出した。得点が高いほど欲求・抵抗感が強いことを示す。

### 援助に対する欲求（3 項目）

- 1 困っていることを解決するために、自分と一緒に対処してくれる人が欲しい
- 2 困っていることを解決するために、他者からの助言や援助が欲しい
- 3 自分が困っているときには、話を聞いてくれる人が欲しい

### 援助に対する抵抗感（3 項目）

- 1 他人からの助言や援助を受けることに、抵抗があ

- る
- 2 自分は、人に相談したり援助を求めるとき、いつも心苦しさを感ずる
  - 3 人は誰でも、相談や援助を求められたら、わずらわしく感じると思う

分析方法：社会参加の有無と関連要因について、カイ二乗検定およびマン・ホイットニーの検定を行った。

(倫理面への配慮)

本研究で用いた質問紙は無記名式であり、個人を特定する情報は含まれない。調査対象者には、調査の目的や調査に伴う不利益についての説明を質問紙と一緒に配布し、調査に参加するかどうかは対象者の意志で選択でき、不同意の場合には調査票は提出しなくてもよいことを周知させた。本研究に用いた調査票はデータ入力終了後、研究担当者が厳重に保管した。

なお、本研究の計画書は秋田大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を受けた。

### C. 研究結果

分析対象者 1,442 人(男性 48.3%, 女性 51.7%)の年齢は男性 73.4±5.6 歳、女性 73.0±5.5 歳、うち、介護を受けている者は 76 人 (5.3%) であった。

社会参加をしていないと回答したのは 280 人 (19.4%) であった。社会参加をしていない期間は「1 年未満」が 33.7%、「1 年以上 3 年未満」6.7%、「3 年以上 5 年未満」5.9%、「5 年以上 10 年未満」10.0%、「10 年以上」31.9% (無回答 10 人を除く) であった。

K6 の得点分布は男性 2.7±3.5 点、女性 3.0±3.7 点となっており、「正常 (0~4 点)」68.6%、「軽度 (5~8 点)」18.4%、「中等度 (9~12 点)」

11.4%、「重度 (13~24 点)」1.7%、抑うつ傾向あり (9 点以上) は全体の 8.2% であった。

カイ二乗検定の結果、社会参加なし群は社会参加あり群と比べて、年齢階級が高い ( $p<0.001$ )、抑うつ傾向あり ( $p<0.01$ )、主観的健康感が悪い ( $p=0.028$ )、寂寥感あり ( $p=0.007$ )、地域孤立感あり ( $p<0.001$ )、希死念慮あり ( $p<0.001$ )、閉じこもり ( $p=0.043$ )、介護を受けている ( $p=0.019$ )、認知症の不安あり ( $p=0.021$ )、暮らし向きにゆとりがない ( $p=0.023$ )、生活に困った時の相談先を知らない ( $p=0.017$ ) 割合が高かった。

一般性自己効力感尺度短縮版 (GSE-6, 得点範囲 6~24 点) は、回答の不備などの理由により 233 人 (16. 2%) が算出不可であった。算出可能であった 1,209 人の平均値±標準偏差は 14.0±4.1 (男性 14.5±3.9、女性 13.6±4.1) であった。援助欲求と援助抵抗感の得点分布 (得点範囲 3~15 点) は、援助要求では 9.8±3.0 (男性 9.6±3.0、女性 10.1±3.1)、援助抵抗感では 8.5±2.7 (男性 8.5±2.6、女性 8.4±2.7) であった。

さらにマン・ホイットニーの検定の結果、社会参加なし群は社会参加あり群と比べて、年齢が高く ( $p<0.001$ )、K6 スコアが高く精神的苦痛が大きい傾向がみとめられた ( $p<0.001$ )。自己効力感尺度得点には、統計学的に有意な差はみとめられなかった。また、社会参加なし群は社会参加あり群と比べて、援助欲求が強く ( $p<0.01$ )、援助抵抗感が強い傾向が認められた ( $p<0.01$ )。

表 1. 社会参加の有無と関連要因とのカイ二乗検定の結果

		社会参加あり	社会参加なし	P値
性別	男性	524 (49.3)	130 (46.4)	0.42
	女性	538 (50.7)	150 (53.6)	
年齢階級	65-69歳	388 (36.5)	78 (27.9)	<0.001
	70-74歳	286 (26.9)	61 (21.8)	
	75-79歳	240 (22.6)	64 (22.9)	
	80-84歳	148 (13.9)	77 (27.5)	
婚姻状況	既婚	957 (93.3)	237 (89.8)	0.065
	未婚・離婚	69 (6.7)	27 (10.2)	
同独居	同居	938 (89.1)	246 (88.8)	0.914
	独居	115 (10.9)	31 (11.2)	
精神的苦痛 (K6)	抑うつ傾向なし (K6<9)	914 (93.6)	201 (87.0)	<0.01
	抑うつ傾向あり (K6≥9)	63 (6.4)	30 (13.0)	
主観的健康感	健康	746 (71.0)	177 (63.9)	0.028
	健康ではない	305 (29.0)	100 (36.1)	
寂寥感	なし	705 (67.4)	163 (58.6)	0.007
	あり	341 (32.6)	115 (41.4)	
地域孤立感	なし	930 (88.7)	212 (77.1)	<0.001
	あり	118 (11.3)	63 (22.9)	
希死念慮	過去1年間になし	1006 (95.9)	244 (89.7)	<0.001
	過去1年間にあり	43 (4.1)	28 (10.3)	
閉じこもり	非閉じこもり	977 (95.4)	243 (92.0)	0.043
	閉じこもり	47 (4.6)	21 (8.0)	
介護	受けていない	964 (95.5)	240 (91.6)	0.019
	受けている	45 (4.5)	22 (8.4)	
認知症の不安	あり	511 (50.0)	108 (41.9)	0.021
	なし	511 (50.0)	150 (58.1)	
暮らし向き	ゆとりあり	476 (45.6)	102 (37.8)	0.023
	ゆとりなし	569 (54.4)	168 (62.2)	
生活に困った時の相談先	知っている	567 (54.1)	125 (45.8)	0.017
	知らない	481 (45.9)	148 (54.2)	

表 2. 社会参加の有無と関連要因とのマン・ホイットニーの検定の結果

	年齢	K6	援助要求	援助抵抗	自己効力感
社会参加あり	72.6±5.4	2.5±3.3	9.7±3.0	8.3±2.6	14.1±4.0
社会参加なし	74.4±5.8	3.8±4.3	10.3±3.1	9.0±2.8	14.0±4.1
Mann-Whitney U test	P<0.001	P<0.001	P<0.01	P<0.01	n.s.

#### D. 考察

本研究の結果、約2割の地域高齢者が社会参加をしておらず、家族以外と親密な対人関係がないことが明らかとなった。社会参加をしていない地域高齢者の身体・心理社会的要因からみた特徴として、年齢階級が高い、抑うつ傾向あり、主観的健康感が悪い、寂寥感・地域孤立感あり、希死念慮あり、閉じこもり、介護を受けている、暮らし向きに余裕がない、生活に困った時の相談先を知らないといった特徴が明らかとなった。

また、社会参加している地域高齢者と比べて、援助欲求が強く、援助抵抗感が強い傾向が認められたことから、社会参加をしていない地域高齢者は、従来から指摘されている心身の課題に加えて、援助要求の強さ、援助抵抗感が強いことが明らかとなった。何らかの援助が必要であるにも関わらず、援助を受けることに抵抗のある高齢者は、地域で孤立状態にあり、相談などを受けにくく、必要な支援につながらない可能性がある。

これらの結果から、社会参加をしていない地域高齢者は、地域自殺対策の重要なターゲットであると考えられる。よって、社会参加を促進する取り組みや居場所づくり等の地域づくり型の高齢者対策が必要である。加えて、高齢者のメンタルヘルスに対する知識の普及や啓発も重要である。

また、社会参加をしていない地域高齢者は、暮らし向きにゆとりがない、生活に困った時の相談先を知らないと回答した割合が、社会参加をしている地域高齢者と比べて高かったことから、生活に困った時の相談先や生活困窮者自立

支援制度などの啓発・周知を推進していくことが重要である。生活に困窮している人は、多様な問題を複合的に抱えていることも多く、経済的困窮だけではなく、人的なネットワークなどの関係性も少ないことも多いことから、社会的に孤立することを防ぎ、地域住民の協力も得て、適切な支援につなぐことが重要といえる。総合的な相談支援、寄り添い型支援、ゲートキーパーなどの人材育成の推進等が求められる。

社会参加をしていない地域高齢者をターゲットとした地域づくり型自殺対策として、地域包括ケアシステムや地域福祉力強化（我が事・丸ごと）などの施策と連動した事業の展開を図ることや、高齢者の孤立・孤独を防ぐための居場所づくり活動、社会参加の促進、ソーシャル・キャピタルの醸成を促進する施策が重要である。

また、地域住民の生活実態に基づく自殺対策の包括的支援モデルとして、高齢者特有の課題を踏まえつつ、多様な背景や価値観に対応した支援や働きかけを行うことや、行政サービス、民間事業者のサービス、民間団体の支援等を適切に活用し、生きることの包括的支援としての施策の推進が重要である。

#### 【文献】

- 1) 厚生労働省『自殺対策白書』令和元年度版,  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/19/index.html> (2020年3月30日アクセス)
- 2) Furukawa, T.A., Kessler, R.C., Slade, T., Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian

- National Survey of Mental Health and Well-Being Psychological Medicine. 33:357-362.
- 3) Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J. et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. Psychological Medicine. 32(6), 959-976.
  - 4) Matthias Jerusalem & Ralf Schwarzer, The General Self-Efficacy Scale (GSE), [http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/gse\\_info.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/gse_info.htm) (2020年3月30日アクセス)
  - 5) Keiko Ito, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, Japanese Adaptation of the General Self Efficacy Scale, 2005, <http://userpage.fu-berlin.de/~health/japan.htm> (2020年3月30日アクセス)
  - 6) Romppel M, Herrmann-Lingen C, Wachter R, et al. A short form of the General Self-Efficacy Scale (GSE-6): Development, psychometric properties and validity in an intercultural non-clinical sample and a sample of patients at risk for heart failure. Psychosoc Med. 2013; 10: Doc01. doi: 10.3205/psm000091. Epub 2013 Feb 20.
  - 7) 高橋知也, 小池高史, 安藤孝敏. 福祉の現場から 高齢者の被援助志向性 援助を求め ること・受けることに対する認知的枠組みを把握する尺度の作成. 技術マネジメント研究 2015,(14),23-31.
- F. 健康危険情報なし
- G. 研究発表
1. 論文発表
    - 1) 本橋豊, 藤田幸司, 金子善博, 木津喜雅, 【高齢者の自殺・自死とその辺縁問題】総論的報告 超高齢社会における自殺リスク. 老年精神医学雑誌 30(5):484-491, 2019.
    - 2) 金子善博, 藤田幸司, 木津喜雅, 本橋豊. 自殺総合対策と心理社会的支援. 精神保健研究 32 : 5-10,2019.
  2. 学会発表
    - 1) 藤田幸司, 朴恵善, 金子善博, 本橋豊. 自死遺族支援の情報提供体制整備・地域格差解消. 第78回日本公衆衛生学会総会、高知市 2019.10.23-10.25.
    - 2) 朴恵善, 藤田幸司, 本橋豊. 韓国における自死遺族支援の現状と課題. 第78回日本公衆衛生学会総会、高知市 2019.10.23-10.25.
    - 3) 金子善博, 本橋豊, 木津喜雅, 藤田幸司. 海外の国家自殺対策戦略と推進体制に関する研究 フランス全国自殺観察機構について. 第78回日本公衆衛生学会総会、高知市 2019.10.23-10.25.
    - 4) 松永博子, 藤田幸司, 佐々木久長, 播摩優子, 本橋豊. 地域における勤労世代の希死念慮とその関連要因の分析. 第78回日本公衆衛生学会総会、高知市 2019.10.23-10.25.
    - 5) 田中元基, 金子善博, 藤田幸司, 木津喜雅, 本橋豊. 児童生徒のSOSの出し方に関する教育における授業実践についての検討. 第78回日本公衆衛生学会総会、高知市 2019.10.23-10.25.

- 6) 小川将, 鈴木宏幸, 高橋知也, 横道淳子, 福嶋史江, 石堂純子, 小澤彩, 松永博子, 藤田幸司, 本橋豊, 藤原佳典. 高齢者ボランティアとの協働による「SOS の出し方に関する教育」の実践(その2). 第78回日本公衆衛生学会総会、高知市 2019.10.23-10.25.
- 7) 福嶋史江, 横道淳子, 石堂純子, 小澤彩, 本橋豊, 藤田幸司, 松永博子, 鈴木宏幸, 小川将, 高橋知也, 藤原佳典. 高齢者ボランティアとの協働による「SOS の出し方に関する教育」の実践(その1). 第78回日本公衆衛生学会総会、高知市 2019.10.23-10.25.
- 8) 松永博子, 藤田幸司, 佐々木久長, 本橋豊. 青壮年者の望む老後像と社会経済的格差との関連に関する研究. 第13回日本応用老年学会大会、京都市 2019.10.19-10.20.
- 9) Fujita K, Sasaki H, Matsunaga H, Harima Y, Kaneko Y, Motohashi Y. An Analysis of Suicidal Ideation and Related Factors in Working Age Population of Rural Areas The 30th World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP) , Derry-Londonderry, Northern Ireland, 2019.17-21.
- 10) 藤田幸司, 山崎幸子, 藺牟田洋美. 高齢期におけるネガティブ・ライフイベントのメンタルヘルス及び外出頻度との関連. 日本老年社会科学会第61回大会, 仙台市 2019.6.7-8.
- 11) 松永博子, 藤田幸司, 佐々木久長, 本橋豊. 地域高齢者の孤食・同居者の有無と心の健康の関連について. 日本老年社会科学会第61回大会, 仙台市 2019.6.7-8..

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし