

## 研究報告

# コミュニティ・メンタルヘルスに関する試論

## 北海道における「限界集落」の維持・再生に関する実証的研究の結果を含めて

松浦智和\*

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科

### 要旨

コミュニティ・メンタルヘルスの目的は、精神障害の早期発見と早期対応、精神科医療との連携、入院より地域における医療の重視、精神障害の再発予防と再発時の対応、精神障害の予防、精神障害者の生活・職業・人間関係の調整・支援、地域中心の精神障害者サービスとサービスのシステムの充実、地域住民全体への精神保健活動などの多面に渡る活動を、地域を中心に様々な専門職が保健医療福祉の垣根を超えて多職種で実施していくことにある。本研究では、筆者が北海道北部地域3自治体3地域で実施した地域住民のメンタルヘルスに関する調査結果もあわせて報告するが、先行研究では、高齢者の抑うつ症状の有症率は、25～35%であることが示されているなか、本研究の対象者では、基幹産業を「農業」とする2地区では低い傾向に、「漁業」とする1地区では高い傾向であることが示唆された。

キーワード：コミュニティ・メンタルヘルス、コミュニティ、集落、道北地域

### 1. 緒言

本研究の目的と関心は、過疎化・人口減少が進む北海道北部地域(以下、道北地域)において、住民の現在の生活の持続可能性の確保に資するコミュニティ・メンタルヘルス施策のあり様を検討することにある。その検討においては、筆者が研究分担者として参加した「北海道における『限界集落』の維持・再生に関する実証的研究」(科学研究費補助金・学術研究助成基金助成金(基盤研究B、課題番号25285156、研究代表者・鎌田とし子・旭川大学保健福祉学部教授、2013～2015))の結果も取り上げていく。なお、同研究の他、本稿のタイトルにも「限界集落」の語を用いているが、本稿で取り上げる調査対象地域がただちに限界集落化しているもしくは限界集落になる可能性があることを指摘・評価しているものではないことを事前にお断りしておく。調査対象地域の選定事由等は次項以降で述べることとする。

さて、現代は四方でコミュニティ・メンタルヘルスの重要性が語られる時代となっている感がある。一般的には、コミュニティ・メンタルヘルスの目的は、精神障害の早期発見と早期対応、精神科医療との連携、入院より地域における医療の重視、精神障害の再発予防と再発時の対応、精神障害の予防、精神障害者の生活・職業・人間関係の調整・支援、地域中心の精神障害者サービスとサービスのシステムの充実、地域住民全体への精神保健活動などの多面に渡る活動を、地域を中心に精神保健福祉士、社会福祉士、医師、看護師、保健師、心理士、薬剤師、栄養士など、保健医療福祉の垣根を超えて多職種で実施していくことにある<sup>1)</sup>。

以上の視点は従前より議論されてきているが、これに加えて、道北地域では精神保健医療福祉の資源そのものをいかになくさずに維持していくかという、もっとも本質的で根本的な課題を抱えているとって過言ではない。筆者が所属する名寄市立大学がある名寄市もまた、かつて名寄市立病院精神科の閉鎖が検討され、病院関係者のみならず地域の関係者の甚大な努力によって今日まで維持されてきた<sup>2)</sup>。資源の充実以前に、数少ない資源の消滅防止が道北地域では喫緊の課題となっていることはいうまでもない。

\*責任著者 E-mail:matsuura@nayoro.ac.jp

精神疾患を有する人を支援する資源がなくなれば自ずとその人々はその地域に住み続けることはできなくなる。これまで、筆者は島嶼地域の高齢者のライフスタイルを調査する中で、住民から「病気になるれば本土に引っ越すしかない」という嘆きを聞いたこともあるが、島嶼地域のような特別な地域でなくとも、保健医療福祉の資源へのアクセスの問題は深刻なものがあることは容易に想像ができる<sup>3)</sup>。

翻って、このような問題について、道北地域の住民の生活に関する調査から検討したのですが、筆者が研究分担者として参加した「北海道における『限界集落』の維持・再生に関する実証的研究」(科学研究費補助金・学術研究助成基金助成金〈基盤研究B、課題番号25285156、研究代表者・鎌田とし子・旭川大学保健福祉学部教授、2013～2015) )であった。道北地域では、「限界集落」化の問題を看過できない状況にあるが<sup>4)</sup>。大野によれば、「限界集落」とは「65歳以上人口が50%を超える集落」のことであり、やがて消滅していく危険性を示した<sup>5)</sup>。これに並んで、55歳以上人口が50%を超える集落を「準限界集落」として、集落の持続可能性への警鐘を鳴らした。一方で、山下は、全国の過疎地域を調査し、ダム建設などにもなう移転などの例外を除けば、消滅した集落はひとつもないことを示している。ただし、世代間の継承が難しいことは明らかであることは共通の問題としている<sup>6)</sup>。とはいえ、同研究では、住民の現住地での生活の持続可能性では、コミュニティ・メンタルヘルスや保健医療福祉資源へのアクセスの問題も示唆された。以上の時局の趨勢や筆者の関心を中心に次項以降を進めていくこととする。

## 2. 先行研究の動向

### 1) コミュニティ・メンタルヘルス、地域精神保健

コミュニティ・メンタルヘルスと地域精神保健の語はさして区別されず使われている感がある。本稿を進める上では特段に区別し定義づけを行う必要性は生じないことから、積極的な使い分けは行わず、引用する文献等の取り上げ方に準じていく。

松下はコミュニティ・メンタルヘルスについて概説するなかで、先に述べた目的のほか、活動の背景にある理念はスティグマの排除やリカバリーの実現であることを指摘している<sup>1)</sup>。すなわち、この2つの理念は表裏一体をなすもので、スティグマを生み出す背景には、精神障害は不治の病であるあるという見方があり、他方で、精神障害は治癒し社会的リカバリーは可能であるという見方から、スティグマは排除されるという構図を示している。あわせて、Friedmanらのコミュニティ・メンタルヘルスに知見を紹介するなかで、高齢者のコミュニティ・メンタルヘルスの視点を10点示している<sup>1)</sup>。

- (1) ケアの80%を占めるといわれている家族介護者の支援
- (2) 強力なサポートなしでは家庭に留まることができない人たちに、施設に替わるべき住居の提供
- (3) 地域に住むことができるが、身体的、あるいは心理的に家に閉じ込められている人たちへの家庭中心のサービス提供
- (4) 地域に存在するサービスへのアクセスの改善
- (5) 地域、あるいは施設におけるサービスの質の向上
- (6) 身体的、精神的ケアの統合性の増進
- (7) 高齢者サービスシステムとの共同の推進
- (8) アウトリーチの強化と地域におけるメンタルヘルスの教育
- (9) より大きくて、臨床的文化的にみて、より強力な労働力の必要性
- (10) 増額し、かつ再構成された資金調達

一方で、地域精神保健については、たとえば宇田は、「地域精神保健活動とは、地域住民がその生活基盤である地域の中で、自らの精神的健康の保持増進を図ることができるように、医療従事者や保健所・市町村などの行政職員だけではなく、ボランティア、各種推進員や地域住民、当事者や家族、メディア関係者などが

協働しながら組織的に、必要な知識や技術、価値観などを、地域社会に見合った形で地域住民や関係機関・団体へ提供し、健康生活を支援していく一連の活動過程である」としている<sup>7)</sup>。そして、地域精神保健はそれ自体が独立して存在しているのではなく、精神保健・医療・福祉、行政などの複数分野の重複的な活動や、当事者・家族・住民・専門職などの連携・協働に依拠するものであり、多角的な視点で捉えていく必要性を示していることは重要な指摘である<sup>7)</sup>。

これらの指摘については、近年では、自殺予防の視点のものもみられる。たとえば、本橋らは、「失業者、低所得者、生活困難者などは社会の様々な場面で社会的サービスが受けにくくなり社会的な役割を果たせない状況に追い込まれていく。このような状況を社会的排除という概念で捉えることができる。社会的排除とは、『生活が困窮し、住宅・教育・医療・福祉サービスが悪化し、家族や地域社会とのつながりも失せ、社会から排除されていく状況』のことである。社会的に排除されていくと、人間関係が希薄になり周囲の人々からの支援を受けにくい状況になるので精神的健康のレベルも低下していくと推測される」と指摘している。このようなプロセスを経て、社会的に排除されがちな人々は自殺のハイリスク集団になるという見方は、いかにコミュニティ・メンタルヘルスがより多くの住民に求められるものであり、その充実が喫緊の課題であることを示しているといつて過言ではない<sup>8)</sup>。

## 2) 北海道のコミュニティ・メンタルヘルス活動

北海道のコミュニティ・メンタルヘルス活動について、うつ病や統合失調症などの疾患をキーワードとして含むものはさほど多くはないが、地域住民を含めたネットワークを形成した取り組みを行っている事例としては、近年では認知症高齢者の見守りや生活支援に関する報告は多く確認できる。

たとえば、北海道では認知症の人と家族の会が基盤となるたんぼぼの会の働きかけにより誕生した「釧路地域 SOS ネットワーク」<sup>9)</sup>や「空知南部 SOS ネットワーク(おかえりネットワーク)」<sup>10)</sup>が奏功しているように思われる。鈴木によれば、北海道のネットワークの構成員については、地域の実情から違いがあるとしながら、保健所、警察署、消防署、市町村(地域包括支援センター含む)、福祉事務所、医療機関、介護保険施設・事業所、市町村社会福祉協議会、ハイヤー協会、バス会社、JR 駅、郵便局、家族の会、老人クラブ、民生児童委員協議会、町内会などからなっているとされる<sup>11)</sup>。

一方で、各ネットワークでは課題も報告されており、岩淵は「釧路地域 SOS ネットワーク」について、「ネットワーク発足にあたって警察、行政が非協力的であったこと」「個人情報保護法が情報共有の壁となることがあったこと」「参加・協力機関を拡大し、スムーズな情報伝達を図ること」「市町村による対応の違い(差)があること」などをあげている<sup>9)</sup>。足羽は「空知南部 SOS ネットワーク(おかえりネットワーク)」について、「地域住民がネットワークを知ること、困りごとを抱える住民がスムーズにネットワークにつながる機能を住民の力で確立していくこと」「安心して暮らせるまちづくりのコーディネーターとして行政が地域の課題を整理していくこと」などがあげられている<sup>10)</sup>。これらについては、永田があげる認知症の人の見守り・SOS ネットワークを活きたものにするためのポイント 10 点が大いに参考になろう<sup>12)</sup>。すなわち、①推進・持続力のあるメンバーを要にする、②地元の本人・家族の声を聴く、当事者の目になって考える、③目的や当事者を大切にしたいネーミング・用語を用いる、④地域の多様な資源に会いに行き、顔の見える関係を1つひとつ増やす、⑤シンプルに動き出し、対話を重ねながら仕組みを育てるプロセスを大切に、⑥可能な小地域から着実に、⑦本人の自己資源を活かす、⑧統計を丁寧にとり、活かす、⑨他地域の取り組み事例を参考に、地域の人々に広く紹介する、⑩ネットワークを試して実際に動かしてみようということであり、これらは認知症高齢者を想定したネットワークに限らず参考になる視座である<sup>12)</sup>。

また、北海道上川郡下川町では、高齢者が安心してその人らしい生活を送り、かつ関係者も組織化されたネットワークのなかで安心して高齢者の見守りや支援を行うことを目的とする「安心支えあいネットワーク」の構築が地域包括支援センターを中心に行われている<sup>13)</sup>。その事業内容は、「見守り」「消費者被害防止」「認

知症予防」「認知症への理解促進」「介護予防活動」などを柱に、ネットワークの構築やマンパワー養成、研修会開催等の広報活動から総合的に構成されている。この事業は、たとえば、社会福祉協議会が行ってきた既存の小地域福祉活動などと比較して、地域包括支援センターが中心となっていることを事由に、「公衆衛生」「介護予防」「ヘルスプロモーション」「メンタルヘルス」などの健康づくりの視座が多分に含まれていることが特徴であると考えられる<sup>13)</sup>。

同ネットワークは、高齢者の孤立や孤立死、貧困問題、消費者被害などに、「明日はわが身」という地域住民が抱く恐怖感と問題意識から始動している。すなわち、今日的な社会病理現象に対し、これまでの地縁や血縁、社縁をベースにした互助、助けあい、支えあいが有効ではないのであれば、新たなものを構築するより他にないと考える住民と行政の強い意志にこの事業は支えられている<sup>13)</sup>。

下川町では、このネットワークを構築した後に、消費者被害や孤立死などの社会病理現象の発生が減じたことも示唆されており、これらの現象に対して安心支えあいネットワークが寄与する可能性はきわめて高いと考えられる。この取り組みは、多面的な取り組みを通じて、孤立しがちな人々の存在をより多くの人々で認識・共有し、支えあう仕組みを専門職や行政関係者だけでなく、より多くの住民を巻き込んで構築しようとしている。そして、文化や環境づくりの視点を大いに含んだ上で、安心支えあいネットワーク会議などを通じて、人々が互いの状況に関心を持ち、対話し、人々の参加を通じてコミュニティのなかで支えあう関係を築こうとしていることがこのネットワークの優れている点といえる<sup>13)</sup>。

### 3) 「限界集落」をめぐる

先にも述べたように、大野によれば、「限界集落」とは「65歳以上人口が50%を超える集落」のことであり、やがて消滅していく危険性を示した<sup>5)</sup>。これに並んで、55歳以上人口が50%を超える集落を「準限界集落」として、集落の持続可能性への警鐘を鳴らした。一方で、山下は、全国の過疎地域を調査し、ダム建設などにもなう移転などの例外を除けば、消滅した集落はひとつもないことを示している。ただし、世代間の継承が難しいことは明らかであることは共通の問題としている<sup>6)</sup>。

限界集落(化)に関する議論はいくつの論点を整理する必要があるだろう。まず第1に、「過疎」という語との関連であるが、「過疎」は1960年代から使われ始めた行政用語である。1970年に「過疎地域対策緊急措置法」が制定されて以来、1980年「過疎地域振興特別措置法」、1990年「過疎地域活性化特別措置法」、2000年「過疎地域自立促進特別措置法」と10年おきに過疎対策法が施行されてきた。このうち、1960～70年代の過疎問題は、若者の都会への人口流失などによる社会的要因での人口減少(社会減)によって引き起こされたものであった。都市部の「過密」状態に対し、農村部の「過疎」状態が対比され問題とされた。ところが、1990年代に入ると、社会減による過疎に加えて、「自然減」、つまり出生数よりも死亡数が上回ることによる人口の自然減少が始まる。この現象は「新過疎」と呼ばれ、いわゆる第2次過疎問題の出現といえる。この自然減による過疎は、若者が出ていった後、残された人口が高齢化し、他方で新しい人口が生み出されなくなったことによって生じたものであった。しかし、この新過疎は、バブル経済とその崩壊の時期とも重なり、さほど注目されないまま終わった。そして、21世紀に入り、行政改革や市町村合併、自治体の財政難などが顕在化するなかで、過疎問題が再燃し、同時に「限界集落」問題もメディアが取り上げるようになった経緯がある<sup>6)</sup>。

第2に、限界集落「論」をめぐる諸家の指摘である。大野は、著書のなかで、山村集落を「存続集落」「準限界集落」「限界集落」「消滅集落」の4つに区分している<sup>5)</sup>。ところが、この区分や大野の限界集落論に対して諸家が疑問を呈しており、たとえば、山下は、大野の議論に対して「疑問点①高齢化率をなぜ重視するのか」「疑問点②集落とは何か」「疑問点③社会解体予言の取り扱い方」の3つの疑問を示している<sup>6)</sup>。疑問点①については筆者も、これらの議論の論点が高齢化ばかりに集中しており、少子化の議論もすべきであることや、量的あるいは指標的に把握することで実態を捉えられているのかという単純な疑問を抱く。疑問点②

については、詳細な議論は地域社会学に譲ることが賢明であるが、少なくとも、精神保健福祉学や地域保健領域の関心が強い筆者にとっては、北海道は他地域と同様の議論が展開できるのかという根本の疑問が拭えない。疑問点③については、山下が指摘するように、高齢化→集落の限界→消滅が進行した事例はないことから、それまでの「限界」と指摘され、消滅するかのように評された集落がどのように今日まで残り続けているのかという実証的な検討が必要な感がある。

何度も強調するが、筆者は、本稿で取り上げる自治体あるいは自治体のなかのとある地域を「限界集落」として指摘・評価することを目的としていない。筆者の関心はあくまで、過疎化は進行した地域において、コミュニティ・メンタルヘルス、地域精神保健の実現をめざすなかで、住民はどのように生活し、どのような未来を思い、自助・共助などをどのように捉えているかを把握することは欠くことはできない過程であると考えている。近年では「集住化」などの動きもあり、「住み慣れた地域での住民の生活の維持」「生活の持続可能性」「地域包括ケア」などいくつもの鍵概念が示されつつ、その方向性は誰も結論を出せずにいるのが現状であると考えている。それらを検討していく際には、仮に論点が多数あり、いくつもの疑問が呈されるものであったとしても、限界集落論の考え方はやはり勘案されて然りであろう。

### 3. 「北海道における『限界集落』の維持・再生に関する実証的研究」の概要・要点

#### 1) 研究の目的・関心

筆者が研究分担者として参加した「北海道における『限界集落』の維持・再生に関する実証的研究」(科学研究費補助金・学術研究助成基金助成金〈基盤研究B、課題番号25285156、研究代表者・鎌田とし子・旭川大学保健福祉学部教授、2013～2015)は、矮小化するわが国のなかで、道北地域(上川総合振興局、宗谷総合振興局、留萌総合振興局の3振興局管内)ではほとんどの地域・集落で人口の減少が進んでいる状況を踏まえ、これらの地域から「限界集落」「準限界集落」「維持・再生集落」に近いと思われる3自治体3地域を選び出し、悉皆調査を試みたものである。内容は、職業、所得、家族・親族等、社会関係、健康状態(メンタルヘルスを含む)、QOLなど多岐に及んだ。

同研究の目的・関心については、研究代表者である鎌田が以下のように述べている。「経済のグローバル化が進展する過程で、巨大な資本の集積・集中が進み一方に巨大都市が出現すると同時に、他方に衰退を余儀なくされる地方都市を生みだし、その最末端には消滅する集落が出現する。日本においても全国的な規模で『限界集落』の増加が問題視されて久しいが、未だに解決の有効な手立ては明らかにされていない。その最大の理由は、過疎化の根本的な原因である産業、とりわけ第1次産業の衰退に歯止めがかからないからである。すなわちこの問題の本質が、日本経済が現在置かれている『グローバル社会における競争の一層の激化』という怒涛の渦中にあるからであり、とくに第1次産品の供給基地である北海道においてそれは深刻である。それでも生活者としては、『限界集落』化が及ぼす問題に手を拱いているわけにはいかない。いかにしてこれ以上の過疎化を食い止め現状を持ちこたえることができるかできることなら強風を跳ね返し、逗しく活性化の方向に向かっていけな いか、これがこの問題に取り組む研究者の共通したスタンスであるといえよう」<sup>4)</sup>。

さらに、以下の3つの選択肢を「抵抗の方法」として示している<sup>4)</sup>。

「第1の選択肢は、『既存の産業の活性化』、ないしは新規参入者の流入による『新たな産業の育成』であり、成功例も散見されるので試みる価値はある。しかし、この路線は日本経済の高度成長期に盛んに用いられたが、デフレと人口減少が進む今日ではかなり難しくなっている」第2の選択肢は古くからあった地域の社会関係を利用して「人間の共同する能力を今一度強化し、崩れつつある生活組織を補強する抵抗路線である。最近盛んに報道される『限界集落』再生のシナリオにはこの路線が多いが、最も根底にある『生活の物質的基盤』自体をどう再生するかという提案に欠けることが気になる。『共同』は必要条件ではある絶対条件

とは言えない」「この2つが不可能な場合がある。実際に集落に入ってみると、かつてはあった古き良き村落共同体がすでに修復不可能なまでに破壊されてしまっている場合、あるいは第三者から見ると耐えられないほどの危機的状態にあったとしても、生活者本人はその状態に安穏と幸福感を抱いていて(主観的 QOL)、現状を肯定している場合である。これらは3つ目として、生命の維持が可能な最小限の手立てを施しつつ消滅していくのを見守るしかない。つまりこの例は、行政機関としては現状維持(上下水道整備、除雪と道路管理)に多大の予算がかかるので支援の限界が来るまでの話であって、ここまで来れば住民を市街地ないし都市へ強制的に移住させることになるだろう(集落の消滅へ)。これは住民の主体性の欠如というよりも、事を起こす物質的・精神的な手立てを既に失っている場合が多い。いわゆる『限界集落』は、現在ここに挙げた3つの選択肢の前に立たされているといえよう」。

鎌田はこの問題意識・関心から、住民の生活状況について、世帯人員の構成や社会関係、就労者の状況、所得、雇用、家事・育児労働、健康状態、メンタルヘルス、保健医療福祉サービスへのアプローチ、教育・食生活などに加え、生活意識や主観的 QOL などまで多岐に渡るインテンシブな調査を企画・実施するに至ったことを示している<sup>4)</sup>。

## 2) 研究の概要

### (1) 調査対象地域

本研究の調査対象地域は以下の3自治体3地域である。なお、個人情報保護の観点から入手できなかった資料も多く、以下に示す数字については、筆者らが各種資料から確認したり、直接戸数を数えたりするなどして得られた数字であることは事前にお断りしておく。また、本研究では、母集団の設定については、疫学的知見を配慮しきれなかったため、解析に際しても統計学的検定等の作業は行わなかった。

#### ①A村B地区

本地域は、基幹産業を「農業」とする60世帯の集落である。北海道では最も人口の少ない自治体(調査時点の2014年統計で857人)に属している。本地域の世帯主60名への調査を実施し、44名からの回答を得た。人口は統計を概観する限り、常に減少を続けてきたことは推測される。

#### ②C町D地区

本地域は、基幹産業とする「漁業」とする85世帯の集落である。本地域は、沿岸漁業と水産加工業を基幹産業とする一方で、農業や果樹園なども一定数存在している人口4500人ほどの町に属している。本地域の世帯主85名への調査を実施し、44名からの回答を得た。人口は、一時大きな減少を示した時期もあったが、現在は緩やかな減少もしくは維持に転じている。

#### ③E町F地区

本地域は、基幹産業を「農業(稲作)」とするが都市住民の流入もみられる約200世帯の集落である。本地域は、旭川市に隣接し、温泉地などの観光資源も擁する北海道内では希少な人口増加が確認される人口8000人ほどの町に属している。本地域では、世帯主66名の回答を得た。

### (2) 調査内容

本研究において、筆者は住民のメンタルヘルスの概況を担当した。それらを検討すべく、新野の研究に準拠し、3自治体3地域の住民を対象に質問紙を用いた面接調査を実施した<sup>3)</sup>。殊に、抑うつ症状は、日本語版 Geriatric Depression Scale(GDS)の短縮版を用いて評価し、抑うつ得点、抑うつ症状有症率の分布を調べた。GDSは、高齢者向けに開発された抑うつ尺度である。「はい」「いいえ」に二者択一で回答する各問の得点(抑うつの場合は1点、抑うつでない場合は0点)に合計により、抑うつ症状を評価するものである。身体症状に関する質問がないこと、二者択一の方式で回答しやすいことなどから、高齢者に適した尺度であり、疫学などで広く使用されている。短縮版は15の設問からなり、合計点(GDS得点=抑うつ得点)が6点以上の場合、抑うつ症状が疑わしいとされている。短縮版GDSを以下表1に示す。

表1 日本語版 GDS (Geriatric Depression Scale) 短縮版

最近のあなたの状態についておたずねします。次の質問を読んで、「はい」「いいえ」のうち当てはまるほうに○印をつけてください。  
 (「はい」「いいえ」の選択肢は省略)

1. 自分の生活に満足していますか。
2. これまでやっていたことや興味があつたことの多くを最近やめてしまいましたか。
3. 自分の人生は空しいものと感じますか。
4. 退屈と感ることがよくありますか。
5. 普段は気分が良いほうですか。
6. 自分になにか悪いことが起こるかもしれないという不安がありますか。
7. あなたはいつも幸せと感じていますか。
8. 自分が無力と感ることがありますか。
9. 外に出て新しい物事をするより家の中にいるほうが好きですか。
10. 他の人に比べ記憶力が落ちたと感じますか。
11. いま生きていることは素晴らしいことと思えますか。
12. 自分の現在の状態はまったく価値のないものと感じますか。
13. 自分は活力が満ちあふれていると感じますか。
14. いまの自分の状況は希望のないものと感じますか。
15. 他の人はあなたより恵まれた生活をしていると思えますか。

注)1、5、7、11、13は「いいえ」を1点、「はい」を0点、その他は、「はい」を1点、「いいえ」を0点とする。

(3) 倫理的配慮

本研究では、調査対象者に対し、研究の概要やプライバシー保護について書面で説明を行い理解を得た。また、参加の自発性について口頭にて確認した。さらに、本研究の結果について、報告書の作成や研究代表者や研究分担者が学術研究に利用することの許諾を得た。

3) 結果

(1) A村B地区(表2、表3)

有効回答者は44名であったが、筆者が担当する箇所について有効なもの42名であった。平均年齢は71.62歳±10.76(男性70.52歳±11.28、女性75.67歳±7.26)であった。GDSの平均値は全体で4.38±1.56であり、抑うつ症状の有症率は21.4%(男性21.2%、女性22.2%)であり、性差はみられなかった。

表2 A村B地区・回答者の性年齢構成(N=42)

	男性		女性		総数	
	N	%	N	%	N	%
65歳未満	12	36.4%	1	11.1%	13	31.0%
65～74歳	7	21.2%	3	33.3%	10	23.8%
75～79歳	7	21.2%	1	11.1%	8	19.0%
80歳～	7	21.2%	4	44.4%	11	26.2%
総数	33	100.0%	9	100.0%	42	100.0%

表3 A村B地区・性年齢別抑うつ症状有症者数

	男性		女性		総数	
	N	%	N	%	N	%
65歳未満	2	28.6%	0	0.0%	2	22.2%
65～74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
75～79歳	2	28.6%	1	50.0%	3	33.3%
80歳～	3	42.9%	1	50.0%	4	44.4%
総数	7	100.0%	2	100.0%	9	100.0%

(2) C町D地区(表4、表5)

本研究の有効回答者は44名であったが、筆者が担当する箇所について有効なものは31名であった。平均年齢は70.39歳±12.85(男性68.25歳±11.45、女性78.17歳±11.47)であった。GDSの平均値は全体で4.84±2.14であり、抑うつ症状の有症率は38.7%(男性44.0%、女性16.7%)であり、女性は男性よりも有症率が低いことが示唆された。

表4 C町D地区・回答者の性年齢構成(N=31)

	男性		女性		総数	
	N	%	N	%	N	%
65歳未満	10	40.0%	1	16.7%	11	35.5%
65～74歳	6	24.0%	0	0.0%	6	19.4%
75～79歳	5	20.0%	1	16.7%	6	19.4%
80歳～	4	16.0%	4	66.7%	8	25.8%
総数	25	100.0%	6	100.0%	31	100.0%

表5 C町D地区・性年齢別抑うつ症状有症者数

	男性		女性		総数	
	N	%	N	%	N	%
65歳未満	4	36.4%	0	0.0%	4	33.3%
65～74歳	2	18.2%	0	0.0%	2	16.7%
75～79歳	3	27.3%	0	0.0%	3	25.0%
80歳～	2	18.2%	1	100.0%	3	25.0%
総数	11	100.0%	1	100.0%	12	100.0%

(3) E町F地区(表6、表7)

本研究の有効回答者は66名であったが、筆者が担当する箇所について有効なものは54名であった。平均年齢は63.31歳±13.95(男性65.82歳±11.46、女性59.05歳±16.53)であった(表2)。GDSの平均値は全体で3.72±2.44であり、図1の通りの分布となった。抑うつ症状の有症率は16.7%(男性14.7%、女性20.0%)であり、女性が男性よりも有症率が高いことが示唆された。

表6 E町F地区・回答者の性年齢構成(N=54)

	男性		女性		総数	
	N	%	N	%	N	%
65歳未満	13	38.2%	11	55.0%	24	44.4%
65～74歳	12	35.3%	6	30.0%	18	33.3%
75～79歳	6	17.6%	2	10.0%	8	14.8%
80歳～	3	8.8%	1	5.0%	4	7.4%
総数	34	100.0%	20	100.0%	54	100.0%

表7 E町F地区・性年齢別抑うつ症状有症者数

	男性		女性		総数	
	N	%	N	%	N	%
65歳未満	1	16.7%	2	50.0%	3	33.3%
65～74歳	3	50.0%	2	50.0%	5	55.6%
75～79歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
80歳～	1	16.7%	0	0.0%	1	11.1%
総数	6	100.0%	4	100.0%	9	100.0%

4) 考察

先行研究では、高齢者の抑うつ症状の有症率は、25～35%であることが示されており<sup>14)</sup>、本研究の対象者では、基幹産業を「農業」とする2地区では低い傾向に、「漁業」とする1地区では高い傾向であることが示唆された。なお、本研究の対象者には、65歳に満たない者も含まれていることを考慮せねばならないが、それでも、殊にE町F地区の低さが際立つ結果となった。性別にみると、B地区では性差はみられず、D地区では男性が高く、F地区では女性が高い傾向をみせるという地区ごとに違う結果となった。一般に、高齢者のうつ状態について、有症率は女性に多いことが知られており、この点はB地区とD地区では他地域と異なる



傾向を示していた。

なお、本研究では有効回答数が少ないため、抑うつ症状の関連要因について検討するには至らなかった。各地域の有症率の関連因子には、住民のライフスタイルや社会関係も大いに関連していることが想定され、継続的に調査をしていく必要がある。先行研究では、婚姻状態、世帯携帯、ソーシャルサポートなどはうつの重要な関連因子と指摘されており、これらの項目がうつの強力な予測因子となり得るかを検討していくことが求められる。

また、本研究では、調査に理解と協力を得た「世帯主」が回答していることから、この結果を一般化することはできないであろうが、筆者は、各地域での調査を行って以下の点を考えるようになった。

まず第1に、スティグマの問題である。現代においてもなお、精神疾患を有していることは地域社会の排除の対象となりやすいことは諸家が指摘しているが、実際に本人が精神的不調を抱えていたり、家族に精神的不調がある者がいる場合であっても、その実情を語ることはほぼなく、メンタルヘルスに関わる調査項目に拒否的な態度を取る住民も少なくなかった。いうまでもなく、本人に限らず家族も含めて何らかの精神疾患が疑わしい状況をオープンにしづらい環境で生活していることを大いに配慮することが求められる。また、自治体や医療・福祉専門職との連携の下に調査を実施し、スムーズなサービス利用につなげるルートを確保していく必要がある。

第2に、抑うつ症状を呈している住民はこのような調査に参加しないことが考えられることである。そもそも、大学関係者が自宅に来て行う調査であるため、参加には相当の負担がかかる。その上、非常に多岐に渡る内容の質問を行うことから、意図的に調査への参加を避けた住民も少なくないであろう。今後は、事前の入念な調査準備と関係形成をしていくことに重きを置く必要がある。

#### 4. 終わりに

これまで拙著<sup>15)</sup>でも検討してきたことであるが、コミュニティ・メンタルヘルスのあり様を模索する上では、あらためてソーシャル・キャピタルの重要性を考えていく必要がある。

ソーシャル・キャピタルは社会学や政治学にその源流があるとされる<sup>16)</sup>。社会関係資本の定義は諸家が述べているが、たとえば、世界銀行は「ソーシャル・キャピタルとは、社会的なつながりの量・質を決定する制度・関係・規範である。同時に、社会的なつながりは「経済の繁栄や経済発展の持続に不可能である」としている<sup>16)</sup>。また、近藤は、Putnumが「社会関係資本は、調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、(互酬性の)規範、ネットワークといった社会組織の特徴」という形で「社会レベル」の特徴として定義していることに触れ、ソーシャル・キャピタルの定義の一例を示している<sup>30, 31)</sup>。さらには、「困ったときに助け合い、知恵・物・資金や労力を持ち寄り、問題を共に乗り越える結束力のことであり、さらにはそのような経験が、高次の社会関係資本を生み、協力を強化する」と説明している<sup>16, 17)</sup>。近藤の知見を中心に、諸家の知見を勘案すれば、ソーシャル・キャピタルは類似する概念も多く、「共通利益のために協力する社会的能力」「組織文化や組織の底力」「ご近所の底力」「共同体の効力感」「コミュニティ・ソリューション」「社会統合・結合」などがあげられる<sup>30)</sup>。それらはコミュニティのレベルをあらゆるものから、その統合力、問題解決力に関するものまで総合的に検討されていると考えられる<sup>16)</sup>。

さらに、2010年に日本公衆衛生学会は自殺予防に関する提言を公表しており、殊に包摂的社会政策の重要性を以下のように示している。すなわち、「多様な人々が生きやすい社会の形成：さまざまな困難を抱えた多様な人々が受け入れられる社会を形成する社会的包摂の実現が、長期的には自殺対策と一致した活動であり、このための施策を推進する。とくに、社会経済的に不利な条件にある人々の住宅の確保、これらの人々が社会的役割を果たす機会の増加とこれを認める社会の意識づくり、信頼や連帯などソーシャル・キャピタルを高める地域づくりを推進する」というものである。

最後になるが、調査研究で各地を歩き、多くの地域住民と出会うと、当然に「コミュニティ」を感じ、ここでの生活や周囲の人々との関係がより長く続くようにという話を聞くことになる。この点は、コミュニティや住民の現生活の持続可能性を考えていく上での最も本質的なニーズである。しかしながら、筆者は、住民それぞれが自分の生命の有限性を感じ、実は自分の周囲の人々との「有限の時間の共有」こそがコミュニティを規定する強力な因子のひとつになるのではないかと考えるようになった。すなわち、有限であることからできる人々のつながりがあるのではないかという視点である。自分と自分の周囲の人々が共有する限られた時間が人々をつなげ、人々の暮らしを豊かにするのであれば、やはりそこにはひとりひとりが自分の生活を主体的につくっていく文化を要する。このことを考えるようになったことが筆者にとってこの研究に参加した最大の収穫であったといえる。

## 附記・謝辞

本研究は、「北海道における『限界集落』の維持・再生に関する実証的研究」(科学研究費補助金・学術研究助成基金助成金〈基盤研究B、課題番号25285156、研究代表者・鎌田とし子・旭川大学保健福祉学部教授、2013～2015)の結果に加筆・修正を行ったものである。執筆に際しては、鎌田とし子先生、鎌田哲弘先生にデータ使用の許諾をいただくとともに、示唆に富んだご助言を多数頂戴した。お二人の先生方の緻密な地域分析がなければ本稿は執筆できなかつたものと思われ、ご厚情に衷心より感謝申し上げる次第である。また、本調査では、当時の旭川大学保健福祉学部コミュニティ福祉学科の学生諸子の尽力にも感謝せねばならない。住民の元へ足しげく通い、信頼関係を構築しながら調査を実施した彼らの熱意には頭が下がる。ひとりひとりの名前を記すことはできないが、諸機関・臨床でのソーシャルワーカーとしての活躍を確信しつつ、改めて謝意を表す次第である。

## 文献

- 1) 松下正明：ソーシャル・キャピタル，認知症の人のコミュニティ・メンタル・ヘルス，老年精神医学雑誌，25：239-247，2014.
- 2) 佐古和廣：名寄市立病院75年の歴史と未来，名寄市立病院医誌，23：65-73，2015.
- 3) 松浦智和、西基、三宅浩次：島嶼地域高齢者の主観的健康感とその関連要因，ソーシャル・サポート・ネットワークと社会関連性を中心に，北海道医療大学看護福祉学部学会誌，2(1)：45-53，2006.
- 4) 鎌田とし子，鎌田哲弘，大野剛志，栗田克実，羽原美奈子，高波澄子，佐々木悟，嶋崎東子，信木晴雄，松浦智和，豊島琴恵，松岡昌則，北島滋，石川紀子，菅原千鶴子：科学研究費補助金・学術研究助成基金助成金(基盤研究B)、北海道における「限界集落」の維持・再生に関する実証的研究報告書，2016.
- 5) 大野晃：山村環境社会学序説，現代山村の限界集落化と流域共同管理，農文協，2005.
- 6) 山下祐介：限界集落の真実，ちくま新書，2012.
- 7) 宇田英典：地域精神保健のありかた，精神科臨床サービス，12：160-165，2012.
- 8) 本橋豊，金子善博，藤田幸司：高齢者の社会的孤立と自殺，自殺予防対策，老年精神医学雑誌，22：672-677，2011.
- 9) 岩瀬雅子：釧路地域SOSネットワークの取り組み，永田久美子，桑野康一，諏訪免典子編：認知症の人の見守り・SOSネットワーク事例集，安心・安全に暮らせるまちをめざして，中央法規出版，2011.
- 10) 足羽希世子：空知南部SOSネットワーク(おかえりネットワーク)と栗山町の模擬訓練，永田久美子，桑野康一，諏訪免典子編：認知症の人の見守り・SOSネットワーク事例集，安心・安全に暮らせるまちをめざして，中央法規出版，2011.
- 11) 鈴木正昭：北海道庁の役割と取り組み，永田久美子，桑野康一，諏訪免典子編：認知症の人の見守り・SOSネットワーク事例集，安心・安全に暮らせるまちをめざして，中央法規出版，2011.
- 12) 永田久美子：活きた見守り・SOSネットワークになるためのポイント，永田久美子，桑野康一，諏訪免典子編：認知症の人の見守り・SOSネットワーク事例集，安心・安全に暮らせるまちをめざして，中央法規出版，2011.
- 13) 松浦智和：高齢者を取り巻く社会病理現象，下川町安心支えあいネットワークの可能性と課題，旭川大学保健福祉学部研究紀要，4：1-11，2012.
- 14) 新野直明：沖縄の高齢者の精神的健康度，崎原盛造，芳賀博編著：健康長寿の条件，ワールドプランニング，2002.
- 15) 松浦智和：高齢期のメンタルヘルスとソーシャルワーク，北海道上川郡A村における調査結果も含めて，旭川大学保健福祉学部研究紀要，7：17-23，2015.
- 16) 近藤克則：社会関係と健康，川上憲人，小林廉毅，橋本英樹編：社会格差と健康，社会学からのアプローチ，東京大学出版会，2006.
- 17) Putnum RD：Making democracy work，Civic traditions in modern Italy，Princeton University Press，1993.