

20020852

厚生労働科学研究費補助金
こころの健康科学研究事業

自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした
地域と医療機関の連携による大規模介入研究

平成 14 年度 総括研究報告書

主任研究者 酒井 明夫

平成 15 (2003) 年 4 月

目 次

I. 総括研究報告書

自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と
医療機関の連携による大規模介入研究

酒井 明夫 1

II. 分担研究報告書

1. 自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究
～基礎調査アンケート結果報告～
酒井 明夫 7
2. 地域住民対象に行った自己記入式抑うつ尺度（SDS）の解析結果
鈴木 一幸 10
3. 地域における自殺予防活動のあり方に関する研究
大野 裕 13
4. 自殺の地域集積とその要因に関する研究
岡山 明 17
5. 高度救急救命センターにおける大量服薬患者の症候論的検討
遠藤 重厚 21
6. 人口動態統計と警察庁統計における自殺死亡者数の差に関する研究
青木 康博 24
7. 住民を対象としたところの健康に関する意識調査結果の地域比較
野原 勝 28

III. 資料

1. 住民対象の意識調査「健康づくり基礎調査票」
2. 医療従事者対象の意識調査「喫煙と心の健康に関する意識調査票」
3. 自殺予防パンフレット「見つめよういのちとところ」

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
総括研究報告書

自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした
地域と医療機関の連携による大規模介入研究

主任研究者 酒井 明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授

研究要旨

本研究班では、自殺多発地域における大規模介入研究を開始するにあたり地域の実態を把握する計画研究と、個別分野での基礎的研究である個別研究を並行して実施した。

1. 計画研究

自殺多発地域である岩手県と一部青森県の保健医療圏の社会生活指標と自殺標準化死亡比（SMR）との関連をみると、男で完全失業率と有意な正の相関を、女で総病床数、医師数、第3次産業就業者比率と有意な負の関連を認めた。

地域介入研究の基礎調査として実施した意識調査結果について、介入地域（久慈）と対照地域（宮古）の比較を行った。久慈地域では地域の活動に参加している男性の割合が宮古地域に比べて低く、精神病院の場所を知っている者の割合も低かった。

久慈地域内の住民、看護師、医師間で意識調査結果を比較したところ、うつ状態が薬で治療できると回答した者の割合は、住民で21.2%、看護師で29.3%、医師で50.8%であり、住民のみならず医療従事者に対しても、うつ病や自殺に関する啓発活動が必要であると考えられた。

さらに自己記入式抑うつ尺度（SDS）のスコアを性年齢階級別に分析し、女性が男性より有意に高く、年齢階級別では60歳代で最もスコアが低いことを明らかにした。

2. 個別研究

人口動態統計と警察庁統計の自殺数の比較により、人口動態統計で自殺を不慮の外因死に分類し、自殺数を低くしている可能性が示された。

高度救命救急センターに収容された自殺企図者52名のうちの大量服薬者24名について検討した結果、大量服薬者は比較的若年齢で受診日に死亡の転帰をとった者はなく、症候論的には心氣的傾向が重要な因子であることが明らかとなった。

地域における自殺予防活動のあり方について研究した結果、うつ病などの精神疾患の発症を予防する環境の整備、地域住民の気づきの促進、簡便な抑うつスクリーニング質問紙を利用した多面的なスクリーニングの実施などが有用であることが明らかとなった。

主任研究者

酒井明夫・岩手医科大学医学部神経精神
科学講座教授

分担研究者

鈴木一幸・岩手医科大学医学部内科学第
一講座教授

大野 裕・慶応義塾大学保健管理センタ
ー教授

岡山 明・岩手医科大学医学部衛生学公
衆衛生学講座教授

遠藤重厚・岩手医科大学医学部救急医学
講座教授

青木康博・岩手医科大学医学部法医学講
座教授

野原 勝・岩手医科大学医学部衛生学公
衆衛生学講座助手

研究協力者

佐藤敏信・岩手県保健福祉部次長
北畠顕浩・岩手県精神保健福祉センター
所長

橋本 功・岩手県久慈保健所所長
吉田郁彦・岩手県立久慈病院院長
大間々真一・岩手県久慈病院脳神経外科
鳥谷宗正・久慈医師会理事
深瀬享三・久慈享和病院院長
長岡重之・久慈享和病院副院長
漆久保 潔・国保種市病院院長
中村晴彦・大野村国民健康保険診療所
所長

小澤正人・岩手県立一戸病院院長
小井田潤一・岩手県立一戸病院副院長
久保木 高・社)盛岡いのちの電話理事長
青木慎一郎・岩手県立大学社会福祉学部
助教授
千葉俊美・岩手医科大学医学部内科学
第一講座助手
鈴木 順・岩手医科大学医学部内科学
第三講座助手

事務局

西 信雄・岩手医科大学医学部衛生学
公衆衛生学講座助教授
黒澤美枝・岩手医科大学医学部衛生学
公衆衛生学講座助手
大塚耕太郎・岩手医科大学医学部
神経精神科学講座助手
佐藤セイ子・岩手医科大学医学部衛生学
公衆衛生学講座研究補手
荒木三奈・岩手医科大学医学部衛生学
公衆衛生学講座研究補手

A. 研究目的

我が国の自殺者数は1990年代より毎年2万人前後で推移していたが、1998年以降急増し、

3万人を超えている。これは警察統計による交通事故死者数の3倍以上に相当し、死因順位の6位を占めている。さらに近年の特徴として、高齢者のみならず中年層での自殺率の高さが指摘されており、中高年者を対象とした有効な自殺予防対策の構築が急務となっている。

岩手県は秋田県、新潟県などと並び、自殺の高率県の一つであるが、保健医療圏ごとにみた県内の自殺率の地域格差が大きい。特に北部の久慈地域、二戸地域の自殺死亡率は過去20年間を通じて著しく高く、全国を基準とした標準化死亡比(SMR)は、久慈地域の男性が2.24、女性が2.14、二戸地域の男性が1.98、女性が2.28となっている。

本研究では、自殺多発地域である久慈地域を介入地域、久慈地域に隣接し比較的自殺死亡率が低率な宮古地域(SMR:男1.60、女1.23)を対照地域として地域介入研究を行うこととした。初年度である平成14年度は、基礎調査として久慈地域の地域住民、医療従事者を対象に意識調査を行うとともに、既存の資料をもとに自殺の地域集積とその要因に関する研究、人口動態統計と警察庁統計の自殺死亡数の差に関する研究、高度救急救命センターにおける自殺企図者に関する検討などを実施した。

B. 研究方法

1. 計画研究

1) 自殺の地域集積とその要因に関する研究

1981年から2000年までの性・年齢階級別の自殺者数を、岩手県内9保健医療圏については岩手県保健福祉年報より求めた。岩手県北部地区に隣接した青森県八戸地区の1997年時点の4保健医療圏については青森県保健統計年報より求めた。性・年齢階級別の人口は、1980-2000年の国勢調査より求めた。

これらをもとに、全国の男女の1981年から2000年の年齢階級(5歳)別自殺死亡率を基準として、標準化死亡比(SMR)を算出した。

社会生活指標としての人口増減率、完全失業率、老年人口割合、第1次産業就業者率、第2次産業就業者率、第3次産業就業者率は1990年国勢調査によった。人口10万人あたり病床数、医師数は厚生省平成2年医療施設調査病院報告、医師・歯科医師・薬剤師調査によった。

2) 地域住民を対象とした意識調査

岩手県の久慈地域6市町村(人口71,000人)の住民のうち20歳以上の者を無作為に抽出し、3738人を対象に、記名式による喫煙および心の健康に関する意識調査ならびに自己記入式抑うつ尺度(SDS)検査を行った。調査は平成14年4月から6月に実施した。

配布数3738、回収数2888、回収率77.3%であった。男女比は、男性46.8%、女性53.2%であった。平均年齢は52.3±15.9歳であった。

3) 医療従事者を対象とした意識調査

医師会を通じて久慈地域の基幹病院と一般開業医院、病院の医療従事者(医師・看護師)516名に、意識調査を行った。調査は平成14年4月から6月にかけて行った。

配布数516、回収数474、回収率91.9%であった。医療従事者の内訳は、看護師86.1%、医師13.9%であった。平均年齢は38.1±11.2歳であった。精神医療従事者、それ以外(身体科)の従事者の内訳は、前者は12.4%、後者は87.6%であった。

表2 地域別にみた対象者数、回収数、回収率

| 対象 | 地域 | 対象者数 | 回収数 | 回収率 |
|-------|----|------|------|-------|
| 住民 | 久慈 | 3738 | 2888 | 77.3% |
| | 宮古 | 3555 | 2955 | 83.1% |
| | 総数 | 7293 | 5843 | 80.1% |
| 医療従事者 | 久慈 | 516 | 474 | 91.9% |
| | 宮古 | 473 | 425 | 89.9% |
| | 総数 | 989 | 899 | 90.9% |

2. 個別研究

1) 人口動態統計と警察庁統計における自殺死

亡者数の差に関する研究

盛岡医療圏および久慈医療圏における自殺死亡について、両保健所に保管されている人口動態調査死亡票の写しおよび岩手県警察本部生活安全部生活安全企画課より提供を受けた自殺統計資料を比較照合した。調査対象年は盛岡医療圏が1997~1999の3年間、久慈医療圏は1996~1999年の4年間とした。

2) 高度救命救急センターにおける大量服薬患者の症候論的検討

本調査の対象は平成14年4月1日から7月31日まで4ヶ月間に岩手県高度救命救急センターに収容された1201件(内精神科関連115件)のうち、自殺企図者52名とその中で大量服薬を主訴として精神科対応となった患者24名を対象とした。

3) 地域における自殺予防活動のあり方に関する研究

岩手県久慈市、青森県名川町、鹿児島県伊集院保健所管内における自殺予防活動担当者との検討会を通して効果的な自殺予防活動のあり方を検討した。

(倫理面への配慮)

保健医療圏別に自殺SMRと社会生活指標との関連をみた研究は、公表されている統計データに基づくものであり、個人情報扱わない。

意識調査においては、個人への不利益および危険性は発生しないことを調査依頼文に記した。また記入漏れの確認のため記名式としたが、回答内容は研究目的以外には使用しないこと、集計結果のみを公表し個人を特定あるいは推定できるものは開示しないことを調査票に明示した。さらに調査票および入力後のデータは岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座内のデータ管理室で保管し、情報が漏洩しないよう最善の注意を払った。これらデータ管理状況の適格性については、岩手医科大学倫理委員会において承認を受けている。

C. 研究結果

1) 自殺の地域集積とその要因に関する研究 (岡山)

自殺の地域集積性を都道府県間、保健医療圏間で明らかにすること、また保健医療圏別に自殺率と社会生活要因との関連を検討することを目的として研究を実施した。1981年から2000年の47都道府県および岩手県の9保健医療圏と青森県4保健医療圏について性別自殺死亡率と、観察期間における全国の男女の自殺率を基準とした標準化死亡比(SMR)を算出した。都道府県別にみた自殺SMRの上位3県は秋田県、新潟県、岩手県であり、男女とも他県と比較して有意に高かった。保健医療圏別では、岩手県北部(久慈・二戸保健医療圏)に地理的な自殺の集積性を認め、青森県の4保健医療圏では岩手県と隣接した三戸保健医療圏で自殺率が高かった。保健医療圏の社会生活指標と自殺SMRとの関連をみると、男で完全失業率と有意な正の相関を、女で総病床数、医師数、第3次産業就業者比率と有意な負の関連を認めた。

2) 住民を対象としたこころの健康に関する意識調査結果の地域比較(野原)

自殺多発地域である岩手県久慈地域と、比較的自殺死亡率が低率で隣接する宮古地域の住民を対象に実施した喫煙とこころの健康に関する意識調査について、それぞれ2,888人(77.3%)、2,955人(83.1%)の回答(回答率)をもとに分析を行った。気分が落ち込んだときの相談相手の有無については、久慈地域、宮古地域とも85%以上の者が「いる」と回答した。地域の活動への参加については、「よく参加している」と回答した者の割合が久慈地域の男(15.6%)は宮古地域の男(22.7%)に比し低かった。また、かかりつけ医に心の問題を相談できる、精神病院がどこにあるか知っていると回答した者は、いずれも男女とも久慈地域で宮古地

域よりその割合が低かった。以上より、久慈地域では宮古地域より地域のサポート、精神科医療機関に対する知識が不足していることがうかがわれた。

3) 自殺多発地区における住民と医療従事者の意識調査結果の比較(酒井)

久慈地域における住民と医療従事者の意識調査の結果を比較して以下の知見を得た。

久慈地域が他の地域と比較して自殺が多いことを知っていた者の割合は、住民で15.4%、看護師で29.4%、医師で72.3%であった。また地域の取り組みで予防できる疾患として自殺と回答した者の割合は、住民は36.2%、看護師は42.7%、医師が72.3%であった。

さらに精神医療従事者を除いた分析で、薬で治すことができる疾患として「うつ状態」を選んだ者の割合は、住民は21.2%、看護師は29.3%、医師が50.8%であった。

4) 地域住民対象に行った自己記入式抑うつ尺度(SDS)の解析結果(鈴木)

自殺多発県の岩手県において、自殺率の異なる久慈・宮古の2つの地域住民5709名(男性2,675名、女性3,034名)を対象に行った自己記入式抑うつ尺度(SDSスコア)の結果を比較した。全ての年齢層において女性の方が男性に比べてスコアが有意に高かった。また、男女とも60代までは年齢が上昇するに従い、スコアが低下していた。逆に60代以降ではスコアが上昇していた。SDSスコアの重症度別分類についても同様の傾向を認めた。また、生活習慣の一つである喫煙状況については、非喫煙者に比べ、喫煙者および過去に喫煙したことがある群で、SDSスコアが高い傾向を認めた。

2. 個別研究

1) 人口動態統計と警察庁統計における自殺死亡者数の差に関する研究(青木)

わが国の人口動態統計と警察統計において自殺者数に差が生じている原因を検討するた

め、岩手県盛岡医療圏および久慈医療圏の自殺者について人口動態調査死亡票および岩手県警察本部資料を対比・照合した。人口動態統計の数値は自殺者数を過小に評価していると推定され、それは死亡診断書で「不慮の外因死」を選択している場合が半数近くを占めるためと考えられた。今後この2つの統計の数値を評価する際には、それぞれの統計の特質・限界等について理解しておく必要がある。

2) 高度救命救急センターにおける大量服薬患者の症候論的検討 (遠藤)

高度救命救急センターに収容された自殺企図者 52 名について、大量服薬者 24 名とそれ以外の 28 名に分けて検討した。大量服薬者は比較的若年齢で女性が多く、死亡の転帰をとった者はなかった。大量服薬者の病像は神経症圏内で、心氣的傾向が重要因子であること、企図手段に致死性が乏しいこと、ストレス関連性障害との親和性あることが明らかとなった。以上より「大量服薬」という行為には、死に対する恐怖と現実からの逃避という2つの意味性が混在していることが示唆された。

3) 地域における自殺予防活動のあり方に関する研究 (大野)

地域での自殺予防活動のあり方について研究した結果、以下のようなことが有用であることが明らかになった。(1) うつ病などの精神疾患の発症を予防する環境の整備(レクリエーションのすすめ、冬でも集まって楽しめる機会の創造、高齢者の地域活動への参加の勧め)(2) 地域住民の気づきの促進(講演会、パンフレットの作成・配布)(3) 簡便な抑うつスクリーニング質問紙を利用した多面的なスクリーニングの実施(例:①町の集団検診、②病院での配布、③民生委員や保健推進委員による活用、④啓発目的のパンフレットの家庭への配布)(4) 適切な相談場所の設置と危険群への保健師の介入(5) 地域における協力体制の確立(一般臨床医、保健師、精神科医、地方自治

体、地域住民—民政委員、保健協力員、医療関係者—の協力体制)(6) 保健師の技能向上プログラムを企画し実施(見立てと介入技法の獲得)(7) 倫理的な配慮(情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護等)(8) 近親者の自殺に直面した家族に対する精神的ケアの対策

D. 考察

本年度は、地域介入研究を行う久慈地域(介入地域)と宮古地域(対照地域)において住民・医療従事者を対象に実施した意識調査の結果を検討した。本調査は、地域住民からは無作為抽出で対象者を選択しており、地域住民・医療従事者の両調査とも回答率が高く、その結果は十分な妥当性を有すると考えられる。

宮古地域との比較では、地域のサポートや精神科医療機関の認知などで差があることが明らかとなり、住民を対象とした啓発活動が必要であることが示された。

久慈地域の住民、看護師、医師間の比較では、自殺多発地域であることの認識やうつ状態が薬で治療可能であることの知識などが、看護師より住民、また医師より看護師で低いことが明らかとなり、住民ばかりではなく医療従事者を対象とした啓発活動も必要であることが示された。

さらに地域住民のSDSスコアの検討、保健医療圏別の社会生活指標と自殺SMRの関連の検討、人口動態統計と警察庁統計の自殺数の比較、高度救命救急センターにおける大量服薬者の症候論的検討など、今年度は自殺多発地域における実態について多方面から研究を行い、一定の成果を上げることができた。これらの成果をもとに次年度以降の介入研究を構築する。

久慈地域は精神科のみならず全般的に医療資源が不足しており、貴重な医療資源を有効に活用できるよう、医療機関・行政機関・地域住民が一体となったネットワークづくりが必要である。

今後は、大野が他地域で実践しているハイリスク者のスクリーニングをもとにした介入方法の適用可能性についても検討する。

E. 結論

地域介入研究の基礎調査として実施した意識調査結果について、久慈地域と宮古地域の比較、また久慈地域内の住民、看護師、医師間での比較により、うつ病や自殺と関連する要因において差がみられることが明らかとなった。

また保健医療圏別に自殺SMRと医療資源に関する指標との間で関連がみられ、医療機関・行政機関・地域住民が一体となったネットワークづくりが必要であることが示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

野原勝、小野田敏行、岡山明。自殺の地域集積とその要因に関する研究。厚生省の指標(印刷中)

2. 学会発表

1) 野原勝、岡山明。岩手県における自殺死亡の地域差に関する研究。第12回日本疫学会学術総会講演集 2002; 12: 178.

2) 黒澤美枝、他。自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究:基礎調査アンケート結果報告。岩手公衛誌 2003; 14(2): 18-19

3) 智田文徳、他。自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究:地域住民対象に行った自己記入式抑うつ尺度(SDS)の解析結果。岩手公衛誌 2003; 14(2): 20-21

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究
～基礎調査アンケート結果報告～

分担研究者 酒井明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授

研究要旨

自殺多発地区における地域住民 2888 人と医療従事者 474 人を対象とした意識調査の結果をもとに、自殺やこころの問題に関する意識と知識について分析を行った。他の地域と比較して自殺が多いことを知っていた者の割合や、薬で治すことができる疾患として「うつ状態」を選んだ者の割合が、住民は看護師より、また看護師は医師よりも低く、自殺やうつ状態に関する意識や知識が住民あるいは看護師で低い傾向にあることが明らかとなった。今後、地域住民だけでなく医療従事者を対象とした自殺やうつ状態に関する啓発活動が必要である。

A. 研究目的

日本における自殺者数は 1998 年以降急増し、3 万人を超えており、その予防対策の構築は急務とされている。本研究は対照地区を設定した地域介入研究であり、自殺多発地域における自殺の背景・要因を明らかにし、有効な予防対策の構築を目的としている。

本報告では、基礎調査として実施された住民・医療従事者の自殺や心の問題に関する意識調査の、介入地区である久慈地域のデータ解析結果と今後の予防対策の働きかけのポイントを報告する。

B. 研究方法

1. 対象

対象は、岩手県久慈地域 6 市町村（久慈市、種市町、山形村、大野村、普代村、野田村）の住民（人口 71,000 人）であり、20 歳以上の住民から各市町村で、100 名から 1000 名まで（約 4000 名）を無作為抽出した。同時に医師会を通じてそれぞれの地域の基幹病院と一般開業医院、病院の医療従

事者（医師・看護師）516 名に、意識調査を行った。

2. 調査方法

調査は 2002 年 4 月～6 月に実施した。住民調査票は、「回答者の属性」「喫煙に関して」「精神障害や精神医療に関する意識や知識」「自殺に関する意識や知識」「自記式のうつスケール (SDS)」合計 62 設問で構成した。医療従事者調査票は、「回答者の属性」、「喫煙に関して」「自殺に関する意識や知識」「精神障害や精神医療に関する意識や知識」「精神医学的対応」合計 29 設問で構成した。データ解析には DR SPSSII を用いた。

3. 倫理面への配慮

研究対象のデータは岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座内のデータ管理室で解析を行い情報が漏洩しないよう体制を整備した。研究結果は集計データを公表し、個人を特定できるような形式でデータを公表することはなかった。データ管理状況の適格性については岩手医科大学倫理委員会において承認済みである。

C. 研究結果

本報告では、全質問項目の中から、住民と医療従事者に共通の設問6項目と、住民の医療機関での心の問題の相談しやすさを見る1項目、身体科医師の患者の精神科への紹介や抗うつ薬の処方状況を見る2項目の結果を呈示した。

1. 回答者属性

住民は、配布数3738、回収数2888、回収率77.3%であった。男女比は、男性46.8%、女性53.2%であった。平均年齢は52.3±15.9歳であった。医療従事者は、配布数516、回収数474、回収率91.9%であった。医療従事者の内訳は、看護師86.1%、医師13.9%であった。平均年齢は38.1±11.2歳であった。精神医療従事者、それ以外(身体科)の従事者の内訳は、前者は12.4%後者は87.6%であった。

2. 住民・医療従事者の自殺や心の問題に関する意識や知識

(1) 自殺に関する意識や知識

住民・医療従事者の自殺に関する意識や知識に該当する項目の結果は以下のとおりである。「あなたの住んでいる地方が、他の地方より死亡が多いと思うものをすべて選んでください」の問いに対して「自殺は多い」と回答した者の割合は、住民で15.4%、看護師で29.4%、医師で72.3%であった(図1)。「自殺をどのように考えますか」という問いに対してそのような手段をとるべきではないと回答したものの割合は、住民で61.7%、看護師で49.1%、医師で43.9%であった(図2)。「地域の取り組みで予防できる疾患」として、「自殺」と回答した者の割合は、住民は36.2%、看護師は42.7%、医師が72.3%であった。

図1 「あなたの住んでいる地方が、他の地方より死亡が多いと思うものをすべて選んでください」

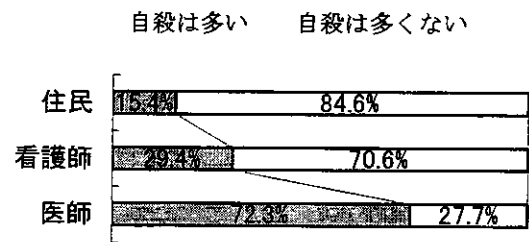
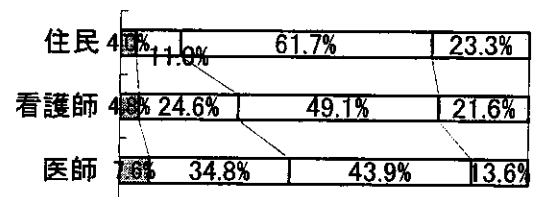


図2. 「自殺をどのように考えますか」

仕方が 時には そのような手段は わからない
ない 仕方ない とるべきでない



(2) 精神障害・精神医療に関する意識や知識

住民・身体科医療従事者の精神医療・精神障害に関する意識・知識に該当する項目の結果は以下のとおりであった。薬物療法で治癒可能な疾患については、「うつ状態は薬で治すことができる」と回答した者の割合は、住民は21.2%、看護師は29.3%、医師が50.8%であった。精神病院の場所の理解については、住んでいる地域で精神病院がどこにあるのか「知っている」と回答した者の割合は、住民は78.0%、看護師は94.3%、医師が87.3%であった。気分に関連した精神科受診の考慮については、「気分が落ち込んだら精神科を受診してみようと思わない」と回答した者の割合は、住民は53.7%、看護師は65.5%、医師が74.6%であった。「患者さんを精神科に紹介することはよくありますか」の問いに対して「よくある」と回答したものの割合は19.0%、「たまにある」と回答したものの割合は65.1%、「あまりない」と回答したものの割合は14.3%、「まったくない」と回答したものの割合は1.6%であった。

「抗うつ薬を処方することはありますか」の問いに対して「よくある」と回答したものの割合は6.3%、「たまにある」と回答したものの割合は55.6%、「あまりない」と回答したものの割合は25.4%、「まったくない」と回答したものの割合は12.7%、「したいが病院・医院にない」と回答したものはいなかった。

3. 住民の医療機関での心の問題の相談しやすさ

「かかりつけ医師への心の問題の相談しやすさ」に関して、相談「できる」と回答したものの割合は、男性20.6%、女性22.3%、「できない」と回答したものの割合は、男性16.6%女性22.7%、「わからない」と回答したものの割合は、男性は25.8%女性23.0%、「かかりつけの医師がいない」と回答したものの割合は、男性37.0%女性32.0%であった。

D. 考察

1. 住民・看護師・医師の間で、自殺やこころの問題に関する意識と知識の程度に差が見られた。
2. ほとんどの回答項目で、住民は看護師より、看護師は医師よりも、自殺やこころの問題に関する意識と知識の程度が低い傾向を示した。
3. 住民・医療従事者ともに自殺とこころの問題に関する啓発が必要であり、それぞれ異なった啓発プログラムの作成が望ましいと考えられた。

E. 結論

1. 住民へは、以下の対策が考えられた。
 - 1) 知識普及のため、地域の小集団に対して働きかけを繰り返し行う。
 - 2) ポスター等を利用し、心の問題を相談しやすい環境作りを行う。
 - 3) 自殺予防を地域の課題として認識出来るように啓発する。

2. 医療従事者へは、以下の対策が考えられた。

- 1) 看護師には、自殺予防における看護師の役割の重要性を確認し、知識や意識をより高めるプログラムに基づいて啓発する。
- 2) 医師には、抗うつ薬の使用法とうつ病に関する知識を向上させるプログラムに基づいて啓発する。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表

第14回岩手公衆衛生学会、2003年2月15日盛岡 「自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究～基礎調査アンケート結果報告～」
黒澤美枝、智田文徳、小栗重統、西信雄、岡山明（岩手医科大学・医・衛生公衆衛生）、大塚耕太郎、酒井明夫（岩手医科大学・医・神経精神科）、野原勝（厚生労働省健康局結核感染症課）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

地域住民対象に行った自己記入式抑うつ尺度(SDS)の解析結果

分担研究者 鈴木 一幸 岩手医科大学医学部内科学第一講座教授

研究要旨

自殺多発県の岩手県において、自殺率の異なる久慈・宮古の2つの地域住民 5709 名（男性 2,675 名，女性 3,034 名）を対象に行った自己記入式抑うつ尺度（SDSスコア）の結果を比較した。全ての年齢層において女性の方が男性に比べてスコアが有意に高かった。また，男女とも 60 代までは年齢が上昇するに従い，スコアが低下していた。逆に 60 代以降ではスコアが上昇していた。SDSスコアの重症度別分類についても同様の傾向を認めた。また，生活習慣の一つである喫煙状況については，非喫煙者に比べ，喫煙者および過去に喫煙したことがある群で，SDSスコアが高い傾向を認めた。

A. 研究目的

過去の研究により，自殺とうつ病との関係はすでに示されている。しかし，地域住民におけるうつ病に代表される自殺のハイリスク者を簡便にスクリーニングする方法は未だ確立されていない。

本研究は地域住民の代表例を対象に，簡便なうつ病尺度である自己記入式抑うつ尺度（SDSスコア）を実施し，性・年齢やその他の社会的要因と SDSスコアとの関連について基礎的な検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

自己記入式抑うつ尺度（Self-rating depression scale：SDS）は，1965 年 Zung により開発された 20 項目の質問からなる抑うつ状態に関する自記式の心理テストである。各質問の 4 つの回答（「いつも」、「しばしば」、「ときどき」、「ない」）にそれぞれ 1～4 点の得点を与え，合計点を SDS 得点としている。多くの場合，その得点より「39 点以下：正常」「40～47 点：軽度抑うつ」「48～55 点：中等度抑うつ」「56 点以上：重度抑うつ」と判定している。

SDSスコアを，久慈地域 6 市町村（人口 71,000 人）の住民のうち 20 歳以上の者を無作為に抽出して実施した。この結果を，宮古地域 3 町村（人口 24,000 人）において同様に行った調査結果と比較した。

（倫理面への配慮）

対象者は調査協力を同意したもののみが署名し

た上で調査票を送付することから，個人の了解を得る点について十分な倫理性が確保されると考えられる。また，意識調査において個人への不利益および危険性は発生しない。個人情報保護のため，協力町村とはすべて守秘に関する契約や覚書を交わした。データ管理は，岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座内のデータ管理室で解析を行うなど，情報が漏洩しないよう体制を整備している。また，研究結果は集計したデータを公表し，個人を特定できるような形式でデータを公表することはない。これらデータ管理状況の的確性については岩手医科大学倫理委員会において了承済みである。

C. 研究結果

1) 回答者数・平均年齢

調査対象者数は，久慈・宮古地域に在住の住民 7,293 名であった。回答者 5,843 名（男性 2,739 人，女性 3,104 人）のうち，SDS 20 項目中 18 項目以上回答した者 5,709 名（有効回答率 97.7%）を対象とした。欠損項目には，性・年齢階級毎のその項目の平均値を充当した。

2) SDSスコア

有効回答者の平均年齢と，SDSスコアの平均値を表 1 に示す。平均年齢を比較すると，女性の方が男性より 0.7 歳とわずかに高かった。SDSスコアの平均値を比較すると，女性の方が男性より有意に高かった（ $P=0.00$ ）。

表1 性別にみた平均年齢と SDS スコア平均値

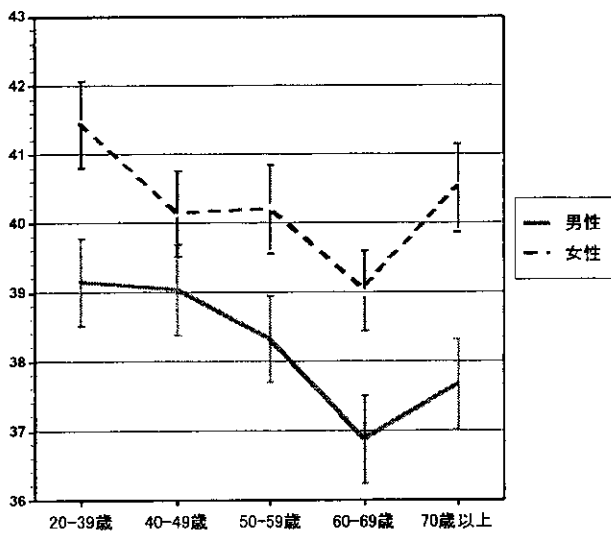
| | 平均年齢±SD | SDS スコア平均値±SD |
|----|-----------|---------------|
| 男性 | 53.5±15.7 | 38.2±7.6 |
| 女性 | 54.2±16.3 | 40.3±7.9 |

2) 年齢階級別 SDS スコア

対象者を 20～39 歳 (男性 545 名, 女性 655 名 ; 以下同じ), 40～49 歳 (522 名, 518 名), 50～59 歳 (565 名, 558 名), 60～69 歳 (493 名, 648 名), 70 歳以上 (550 名, 655 名) の 5 つの年齢階級に分けた. 各年齢階級毎の SDS スコアの平均値 (エラーバーは平均値の 95%信頼区間) を図 1 に示した.

どの年齢階級においても女性のほうが男性に比較して有意にスコアが高かった (5%水準). また, 男女とも 60 代までは年齢の上昇に伴い, スコアの平均値が低下し, 60 代以上では逆にスコアが上昇していた.

図1 性年齢階級別 SDS スコア平均値



3) SDS スコア重症度分類

年齢階級毎に, SDS スコアの重症度分類 (「39 点以下: 正常」「40～47 点: 軽度抑うつ」「48～55 点: 中等度抑うつ」「56 点以上: 重度抑うつ」) に準じ, 「正常・軽症」「中等症」「重症」の 3 つに分類したものを図 2, 3 に示す.

男女とも SDS スコアの平均値と同様に, 重症・中等症者の割合は, 60 代が一番低く (男性; 重症 1.2%, 中等症 5.3%, 女性; 重症 2.3%, 中等症 8.3%), またどの年齢層においても女性の方が男性に比べて重症・中等症者の占める割合が高かった.

図2 年齢階級別 SDS スコア重症度分類 (男性)

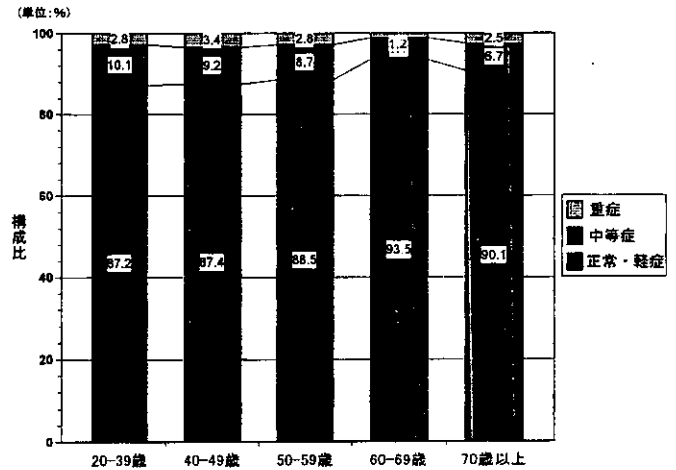
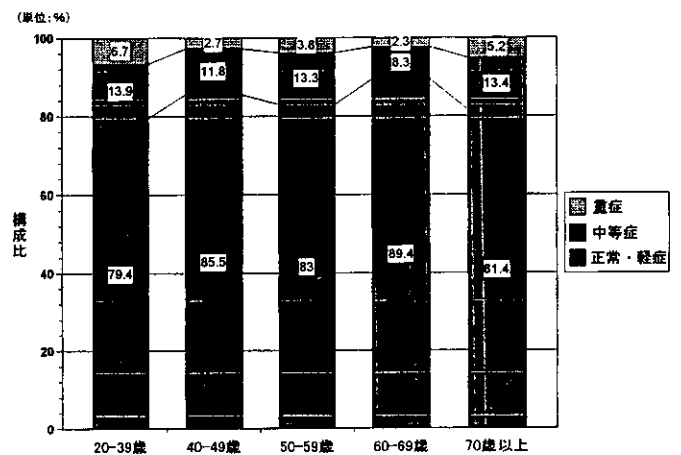


図3 年齢階級別 SDS スコア重症度分類 (女性)



4) 婚姻状況と SDS スコア

回答者全員に婚姻状態を質問した. なお, 独身とは, 離婚・死別など調査時点で婚姻状態にはないもの全てを含むとした.

婚姻状況と SDS スコア平均値との関連を表 2 に示す. 性・年齢階級により独身者の割合は異なったが, 男性においては 70 歳以上の年齢階級を除く全ての年齢層において, 独身者の SDS スコアが既婚者に比べ有意に高かった (1%水準). 一方, 女性では婚姻状況による影響はほとんど認めなかった.

表2 性別の独身者割合と SDS スコア平均値

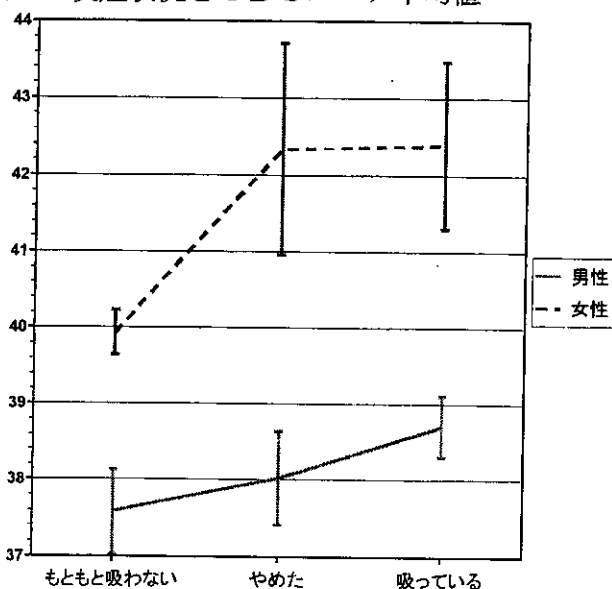
| | 男性 | | 女性 | |
|---------|--------|--------|--------|--------|
| | 独身 (%) | SDSスコア | 独身 (%) | SDSスコア |
| 20-39 歳 | 55.0 | 40.3 | 37.7 | 46.0 |
| 40-49 歳 | 31.0 | 41.6 | 37.9 | 41.2 |
| 50-59 歳 | 15.0 | 40.8 | 13.0 | 41.7 |
| 60-69 歳 | 12.0 | 39.9 | 36.4 | 39.2 |
| 70 歳- | 16.0 | 38.5 | 37.2 | 44.0 |

5) 生活習慣とSDSスコア

回答者全員に、喫煙に関する質問(喫煙の有無、禁煙の有無、喫煙の害に関する意識や知識、喫煙本数など)、飲酒状況、運動習慣などの生活習慣に関する質問をした。その中で喫煙状況とSDSスコアとの関連を示す。

喫煙状況は、「もともと吸わない」「やめた」「吸っている」の3者択一質問にて行った。男性では、「もともと吸わない」29.3%、「やめた」21.9%、「吸っている」48.8%だった。女性ではそれぞれ86.6%、4.6%、8.7%だった。喫煙状況とSDSスコア平均値との関連を図3に示す。男女とも「もともと吸わない」群のSDSスコアが最も低く、次に「やめた」「吸っている」の順にスコアが高くなった。

図3 喫煙状況とSDSスコア平均値



D. 考察

本研究の対象は、無作為抽出による地域住民であり、また高い回収率を示したことから研究結果は相当な妥当性を有すると考えられる。

本研究により、SDSスコアと性・年齢との関係が明らかになった。今後、地域住民対象にSDSスコアを実施する際には、調査対象によってスコアの解釈を慎重にする必要があると考える。今後は、因子分析などの解析により、SDSスコアと性・年齢との関連を考察していく必要があると考えた。

婚姻状況や喫煙状況などの社会・生活要因とSDSスコアとの間には密接な関連があることが示唆された。

E. 結論

1. すべての年齢階級において、女性のSDSスコアは男性よりも有意に高かった。
2. 男女とも60代までは年齢とともにSDSスコア

が減少した。逆に、60代以降でSDSスコアが増加した。

3. 男女とも未婚の方が既婚者に比べてSDSスコアが高かった。
4. 喫煙習慣とSDSスコアとの間には関連があることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第14回岩手公衆衛生学会、2003年2月15日盛岡 「自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究～地域住民対象に行った自己記入式抑うつ尺度(SDS)の解析結果～」

智田文徳、黒澤美枝、小栗重統、西 信雄、岡山 明(岩手医大衛生公衆衛生)、野原勝(厚生労働省健康局結核感染症課)、大塚耕太郎、酒井明夫(岩手医大神経精神科)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

地域における自殺予防活動のあり方に関する研究

分担研究者 大野裕 慶應義塾大学保健管理センター教授

研究要旨

本研究は、地域での自殺予防活動のあり方について研究したものであり、以下のよう
なことが有用であることが明らかになった。

- (1) うつ病などの精神疾患の発症を予防する環境の整備（レクリエーションのすすめ、
冬でも集まって楽しめる機会の創造、高齢者の地域活動への参加の勧め）
- (2) 地域住民の気づきの促進（講演会、パンフレットの作成・配布）
- (3) 簡便な抑うつスクリーニング質問紙を利用した多面的なスクリーニングの実施
（例：①町の集団検診、② 病院での配布、③民生委員や保健推進委員による活用、④啓
発目的のパンフレットの家庭への配布）
- (4) 適切な相談場所の設置と危険群への保健師の介入
- (5) 地域における協力体制の確立（一般臨床医、保健師、精神科医、地方自治体、地
域住民—民政委員、保健協力員、医療関係者—の協力体制）
- (6) 保健師の技能向上プログラムを企画し実施（見立てと介入技法の獲得）
- (7) 倫理的な配慮（情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護、等）
- (8) 近親者の自殺に直面した家族に対する精神的ケアの対策

A. 研究目的

わが国では年間3万人台の自殺者が続いている。これはとくに、50歳代の男性の自殺が急増したためであるが、高齢者の自殺率も高いままに推移している。従来から、わが国では高齢者の自殺率が高いことが指摘されてきており、加齢とともに上昇して75歳以上で高率となることが知られている。

こうした自殺を予防するためには医療場面におけるうつ病への早期介入とストレスを軽減するような地域全体での取り組みが重要である。すでにわが国では、新潟県松之山町や岩手県J町などで、地域介入によって高齢者の自殺率が低下したことが報告されているが、そうした自殺予防活動が成果を挙げるためには第2次予防活動と福祉増進的方向性を持つ予防活動が強く影響することが指摘されている。

そこで本研究は、地域における自殺予防活動のあり方を検討するために行われたものである。

B. 研究方法

先行研究の検討を行うとともに、岩手県久慈市、青森県名川町、鹿児島県伊集院保健所管内における自殺予防活動担当者との検討会を通して効果的な自殺予防活動のあり方を検討した。

また、青森県名川町では地域住民の援助希求行動に関する意識調査を行った。これは、一地域に居住する65歳以上の230名（男性82名、女性148名）（平均年齢：73.50歳、標準偏差：6.37歳）の協力を得て行われた事故記入式の質問紙による調査である。

我々は、分析に当たって以下のような援助希求の階層を考えた。

「発症」→《Filter1 症状認知》→【Lebel1 変ではない】or【どこかがおかしいと判断→】→《Filter2 援助希求の必要性》→【Lebel2 必要なし】or【必要あり→】

→《Filter3 誰に援助希求》→【Lebel3 非専門家に】or【Lebel4 専門家に】。

このモデルにしたがって、調査対象となっている地区において、自分がうつ状態になったり自殺念慮を抱いたりしたときに、どのような援助希求をするか、また援助希求と関連する要因について調べた。

調査したのは、予測変数である援助希求の他に、説明変数として(1)年齢、(2)性別、(3)職業、(4)親戚との交流の程度、(5)身近な友人との交流の種類、(6)普段の外出先、(7)調査時点でのうつ状態の程度、(8)町が行っている「こころの健康づくり教室」への参加の有無などである。援助希求の方法については、うつ状態または自殺念慮をもつ状態を示し、自分がそのような状態になったときにどのように行動するかを選択肢の中から複数選択してもらった。

(倫理面への配慮)

調査は説明の上同意を得て行い、地域の活動の検討も個人が特定できない形で行った。

C. 研究結果

まず、地域の意識調査から、自分がうつ状態または自殺念慮をもつ状態になったときの援助希求行動として、2割の人が「何もしない」、7割近くの人が「誰かに相談する」と答えた。この結果は、地域住民にうつ病に関する正しい知識を普及させれば、保健師や医者などの専門家へ連絡する態勢をとることができる可能性を示唆するものである。

さらに我々は、調査した諸変数との関連を調べるために、ロジスティック回帰分析を行った。この分析では、質的変数および量的変数を説明変数として投入することができるため、以下のように変数をまとめた。量的変数としたのは、(1)年齢、(5)友人との交流の種類(交流の

種類をカウントした)、(6)普段の外出先の種類(外出先の種類をカウントした)、(7)調査時点でのうつ状態の程度。質的変数としたもの：(2)性別、(3)職業の有無、(4)親戚との頻繁な交流の有無、(8)「こころの健康づくり教室」への出欠、である。ロジスティック回帰分析の結果、専門家への援助希求に、こころの健康づくり教室への参加が効果的であることが示された。

こうした調査結果と地域活動の実態から、地域の自殺予防対策として以下の課題が重要であることが明らかになった。

(1)うつ病などの精神疾患の発症を予防する環境の整備(レクリエーションのすすめ、冬でも集まって楽しめる機会の創造、高齢者の地域活動への参加の勧め)

(2)地域住民の気づきの促進(講演会、パンフレットの作成・配布)

(3)簡便な抑うつスクリーニング質問紙(質問紙内容：① 毎日の生活が充実していますか？② これまで楽しんでやれていたことが、今も楽しんでできていますか？③ 以前は楽しんでできていたことが、今ではおっくうに感じられますか？④ 自分は役に立つ人間だと考えることができますか？⑤ わけもなく疲れたように感じますか？)を利用した多面的なスクリーニングの実施(例：①町の集団検診、②病院での配布、③民生委員や保健推進委員による活用、④啓発目的のパンフレットの家庭への配布)

(4)適切な相談場所の設置と危険群への保健師の介入

(5)地域における協力体制の確立(一般臨床医、保健師、精神科医、地方自治体、地域住民—民政委員、保健協力員、医療関係者—の協力体制)

(6)保健師の技能向上プログラムを企画し実施(見立てと介入技法の獲得)

(7)倫理的な配慮(情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護、等)

(8)近親者の自殺に直面した家族に対する精神的ケアの対策

D. 考察

(1) うつ病などの精神疾患の発症を予防する環境の整備（レクリエーションのすすめ、冬でも集まって楽しめる機会の創造、高齢者の地域活動への参加の勧め）

自殺が多いある地域では、住民が「働けなくなったら死んだほうがましだ」という『非生産者は不要』という考えを表出したり、次世代との価値観の違いを嘆いたりすることが目立って認められた。その地域は農業が中心の生活で、若い頃から農作業に従事し、朝から晩まで働くことが生きがいった人たちが大半である。それが加齢や疾病によってADLが低下し、長年携わった農作業や家事を行えなくなると、家庭に居場所を失ったと感じるものが比較的多いことが明らかになった。また、三世家族であっても家族との交流が乏しい高齢者では次世代の者との価値観の違いを嘆くものが比較的多い傾向があることもわかった。そこで、高齢になって働けなくなっても生きがいをつくれる方法として地域拠点生きがいサロン「よりあっこ」を開設し、当町社会福祉協議会、町内会、民生児童委員、保健推進員と協同で交流事業を行うことにした。これは身近な地区集会所等を開放し、高齢者の閉じこもり予防・寝たきり予防も含め趣味活動や生きがいづくりを目的とした活動で、いわば遊びごころを持ちながら、地域住民との交流を深めると同時に心の健康を図ることを目的としたものである。そこで対象者はおおむね60歳以上の高齢者として特に制限は設けず、開放的な空間とした。頻度としては、地区毎におおむね月1回程度開催し、活動内容についても行政主導ではなく参加者主導型を原則とし、高齢者の主体的を尊重する。ちなみに、「よりあっこ」という名称もその地域での参加者の発案である。ここではレクリエーションとして籐細工や押し花を作成したり、世間話をしたり、昔懐かしい映画を鑑賞したり、小学生との交流会を実施したりするなど、5感に働きかける活動を行う。

(2) 地域住民の気づきの促進（講演会、パンフレットの作成・配布）

地域住民、関係機関・団体に正しい知識の普及啓発を行い、ストレスとうつ病に対して理解するとともに、うつ傾向の強い人達の病院受診が円滑に行われる地域の雰囲気づくりをすすめることを目指す。そのため、各種連絡会議・研修会・講演会等、機会あるごとに「うつ病」「自殺防止」等の言葉に対する違和感、抵抗感を少なくしていくことを心がける。

また、高齢者サービスを主に行っている社会福祉協議会職員や保健福祉に関して町民と行政のパイプ役となる民生児童委員・保健推進員に「高齢者とうつ病」に関しての講演会を実施する。また、地区の健康教室や老人クラブの定例会等でもうつ病に関する教室を開催し、町の広報には1年間をとおしてうつ病のコラムをのせるなど、様々な機会を通して啓発普及を心がける。

(3) 簡便な抑うつスクリーニング質問紙を利用した多面的なスクリーニングの実施（例：①町の集団検診、②病院での配布、③民生委員や保健推進委員による活用、④啓発目的のパンフレットの家庭への配布）

スクリーニング質問紙の項目としては、以下のようなものが考えられる。

1. 毎日どのような事をして生活していますか
2. 毎日の生活が充実していますか
3. これまで楽しんでやれていたことが、いまも楽しんでできていますか
4. 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられますか
5. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか
6. わけもなく疲れたような感じがしますか
7. 死について何度も考えることがありますか
8. 気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか
9. 生きていてもつまらないと感じることがありますか

10. 自殺を考えたり自殺の素振りをしたりしましたか

11. 最近ひどく困ったことや、つらいと思っただけことがありますか

スクリーニング実施後、陽性者に対し精神科医の面接を実施する。引き続いて、専門医を交えたケースカンファレンスをおこない、訪問したケースごとに1) 専門医要受診2) 保健師・看護師による訪問継続3) 異常なしの対応方針を検討する。この結果を本人・家族に伝え合意を得たうえで、対応処遇を実施する。

(4) 適切な相談場所の設置と危険群への保健師の介入

住民が相談しやすい場所を設置するようにする。その際に、精神保健の問題はもちろん、経済的な問題や法律的な問題まで相談できるような場所を併せて、もしくは独立して設置することが望ましい。

(5) 地域における協力体制の確立

一般臨床医、保健師、精神科医、地方自治体、地域住民—民政委員、保健協力員、医療関係者—、さらには消防や警察まで含めた協力体制を確立することが重要である。

(6) 保健師の技能向上プログラムを企画し実施（見立てと介入技法の獲得）

保健師の活動の基準となるマニュアル作りと、事例検討会を通じた実践的な技能訓練が有用である。

(7) 倫理的な配慮

情報の取り扱いやプライバシーの保護には十分に配慮する必要がある。

(8) 近親者の自殺に直面した家族および関係者に対する精神的ケアの対策

自殺の事後対応として、幸いにも未遂に終わった場合と、不幸にも命を落としてしまった場合（既遂）がある。そのそれぞれについて対応を検討する必要がある。

E. 結論

地域の意識調査と地域活動の実態から、地域

の自殺予防対策として以下の課題が重要であることが明らかになった。

(1) うつ病などの精神疾患の発症を予防する環境の整備（レクリエーションのすすめ、冬でも集まって楽しめる機会の創造、高齢者の地域活動への参加の勧め）

(2) 地域住民の気づきの促進（講演会、パンフレットの作成・配布）

(3) 簡便な抑うつスクリーニング質問紙（質問紙内容：① 毎日の生活が充実していますか？② これまで楽しんでやれていたことが、今も楽しんでできていますか？③ 以前は楽しんでできていたことが、今ではおっくうに感じられますか？④ 自分は役に立つ人間だと考えることができますか？⑤ わけもなく疲れたように感じますか？）を利用した多面的なスクリーニングの実施（例：①町の集団検診、② 病院での配布、③民生委員や保健推進委員による活用、④啓発目的のパンフレットの家庭への配布）

(4) 適切な相談場所の設置と危険群への保健師の介入

(5) 地域における協力体制の確立（一般臨床医、保健師、精神科医、地方自治体、地域住民—民政委員、保健協力員、医療関係者—の協力体制）

(6) 保健師の技能向上プログラムを企画し実施（見立てと介入技法の獲得）

(7) 倫理的な配慮（情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護、等）

(8) 近親者の自殺に直面した家族に対する精神的ケアの対策

F. 健康危険情報

特記すべきことはない。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

自殺の地域集積とその要因に関する研究

分担研究者 岡山 明 岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座教授

研究要旨

自殺の地域集積性を都道府県間、保健医療圏間で明らかにすること、また保健医療圏別に自殺率と社会生活要因との関連を検討することを目的として研究を実施した。1981年から2000年の47都道府県および岩手県の9保健医療圏と青森県4保健医療圏について性別自殺死亡率と、観察期間における全国の男女の自殺率を基準とした標準化死亡比(SMR)を算出した。都道府県別にみた自殺SMRの上位3県は秋田県、新潟県、岩手県であり、男女とも他県と比較して有意に高かった。保健医療圏別では、岩手県北部（久慈・二戸保健医療圏）に地理的な自殺の集積性を認め、青森県の4保健医療圏では岩手県と隣接した三戸保健医療圏で自殺率が高かった。保健医療圏の社会生活指標と自殺SMRとの関連をみると、男で完全失業率と有意な正の相関を、女で総病床数、医師数、第3次産業就業者比率と有意な負の関連を認めた。

A. 研究目的

我が国の自殺率は現在米国の約2倍の水準であり、西側先進諸国の間でも北欧のフィンランドや旧共産圏の国であるハンガリーやリトアニアとともに高率な国の一つである。

我が国の自殺者数は1990年代より毎年2万人前後で推移していたが、1998年に急増し3万人となった。これは警察統計による交通事故死者数の3倍以上に相当し、その後も減少しておらず、死因順位の6位を占めている。

我が国における自殺の地域比較と要因に関する報告によれば、自殺には都市居住因子が抑制的に働き、地方居住因子が促進的な影響を与えたとされる。秋田県における市町村単位での分析では、自殺率は農村部で高く、医師数が少なく高齢者世帯割合が多いほど高いことが報告されている。しかし共通の経済・文化的な背景を有する保健医療圏単位での検討はほとん

どなかった。

本研究では自殺の地域差について都道府県単位の解析を行なうと共に、自殺高率県である岩手県と周辺の一部保健医療圏で自殺率を比較検討し、社会生活要因との関連を検討した。

B. 研究方法

1) 自殺の地域集積の検討

1981年から2000年の全国の性年齢階級別自殺数、47都道府県の性別自殺数は厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態統計より求めた。岩手県内9保健医療圏については岩手県保健福祉年報より求めた。岩手県北部地区に隣接した青森県八戸地区の1997年時点の4保健医療圏については青森県保健統計年報より求めた。

都道府県・保健医療圏の性・年齢階級別人口は1980年・2000年の国勢調査を用いた。当該年度の人口は2つの調査年の加重平均により

推定した。

粗死亡率（人口10万対）は人口、自殺数より求めた。標準化死亡比（SMR）の算出には全国の男女の1981年から2000年の年齢階級（5歳）別自殺死亡率を基準として用いた。保健医療圏間での検討では1981-1990年と1991-2000年の2期に区分して求めた。

2) 岩手県の9保健医療圏における社会生活要因との関連

人口密度は1990年国勢調査と国土交通省国土地理院全国都道府県市区町村別面積調査、平成13年度版全国市町村要覧より算出した。人口増減率、完全失業率、老年人口割合、第1次産業就業者率、第2次産業就業者率、第3次産業就業者率は1990年国勢調査によった。1人あたり所得は市町村税務研究会'92年版個人所得指標によった。人口10万人あたり病床数、医師数は厚生省平成2年医療施設調査病院報告、医師・歯科医師・薬剤師調査によった。年間酒類消費量は仙台国税局平成11年度「統計年報」を用い、日本酒の量に換算して、成人1人あたりの消費量を算出した。

SMRの95%信頼区間（CI）は、

$$SMR \pm (SMR / \text{期待値})^{1/2}$$

から求めた。SMRと社会保健指標の関連はSpearmanの順位相関係数を用いた。解析にはSPSS for Windows (Ver.9.0J)を用いた。

（倫理面への配慮）

本研究は公表されている統計データに基づくものであり、個人情報扱は扱わない。倫理面の問題は生じないと考えられる。

C. 研究結果

1) 自殺の都道府県別状況

秋田県（男性1.53、女性1.53）、新潟県（男性1.31、女性1.51）、岩手県（男性1.45、女性1.39）の上位3県では男女とも他県と比較して有意に高いSMRを示した。これらと沖縄県を除く地域ではほぼ均一に分布しており、下位3県は静岡県（男性0.87、女性0.82）、神奈

川県（男性0.83、女性0.88）、奈良県（男性0.82、女性0.92）であった。

上位3県はすべて高緯度に位置しており、秋田県と岩手県は隣接している。しかし東北地方に位置する宮城県（男性0.96、女性0.98）、福島県（男性1.02、女性1.05）はほぼ全国平均であり、青森県（男性1.37、女性1.13）、山形県（男性1.11、女性1.16）は全国よりやや高いが上位3県よりは有意に低い。奈良県（男性0.82、女性0.92）と和歌山県（男性1.19、女性1.14）、神奈川県（男性0.83、女性0.88）・静岡県（男性0.87、女性0.82）と山梨県（男性1.05、女性0.99）でも、隣接地域間にSMRの差がみられた。

多くの都道府県では男女のSMRに大きな差はないが、沖縄県（男性1.35、女性0.78）は男性が高いのに対して、女性では低かった。男性が高く女性が低い県は、他に福岡県、長崎県、熊本県であった。女性が高く男性が低い県は群馬県、栃木県、岐阜県であった。

2) 岩手県と青森県八戸地区の保健医療圏間での自殺率の比較

保健医療圏別、性別の自殺の死亡数、粗死亡率、SMRを表1に示した。男性のSMRが高

表1 岩手県と青森県一部地域での男女の保健医療圏別自殺数、粗死亡率、標準化死亡比(SMR,1981-2000年)

| | 対象地区 | 総死亡数 | 粗死亡率* | SMR | (95%信頼区間) |
|---|------|------|-------|------|-------------------|
| 男 | 岩手県 | 盛岡 | 1492 | 33.2 | 1.34 (1.27- 1.40) |
| | | 岩手中部 | 809 | 41.9 | 1.60 (1.49- 1.71) |
| | | 胆江 | 504 | 35.4 | 1.31 (1.19- 1.42) |
| | | 両磐 | 482 | 32.3 | 1.19 (1.08- 1.30) |
| | | 気仙 | 263 | 33.2 | 1.23 (1.08- 1.38) |
| | | 釜石 | 392 | 38.0 | 1.38 (1.24- 1.52) |
| | | 宮古 | 473 | 42.6 | 1.60 (1.45- 1.74) |
| | | 久慈 | 389 | 55.2 | 2.24 (2.02- 2.46) |
| | | 二戸 | 382 | 53.2 | 1.98 (1.78- 2.18) |
| | 青森県 | 八戸 | 898 | 31.5 | 1.29 (1.21- 1.37) |
| | | 三戸 | 209 | 55.9 | 2.07 (1.79- 2.36) |
| | | 十和田 | 322 | 43.0 | 1.75 (1.56- 1.94) |
| | | 三沢 | 208 | 33.3 | 1.35 (1.17- 1.54) |
| | | 三沢 | 101 | 15.6 | 1.28 (1.03- 1.53) |
| 女 | 岩手県 | 盛岡 | 668 | 13.9 | 1.13 (1.05- 1.22) |
| | | 岩手中部 | 459 | 22.2 | 1.56 (1.42- 1.71) |
| | | 胆江 | 257 | 16.7 | 1.19 (1.04- 1.33) |
| | | 両磐 | 311 | 19.6 | 1.36 (1.21- 1.52) |
| | | 気仙 | 173 | 20.0 | 1.40 (1.19- 1.61) |
| | | 釜石 | 201 | 17.8 | 1.25 (1.08- 1.43) |
| | | 宮古 | 204 | 16.8 | 1.23 (1.06- 1.40) |
| | | 久慈 | 214 | 27.7 | 2.14 (1.86- 2.43) |
| | | 二戸 | 250 | 32.2 | 2.28 (2.00- 2.56) |
| | 青森県 | 八戸 | 431 | 14.3 | 1.18 (1.07- 1.30) |
| | | 三戸 | 121 | 29.3 | 2.07 (1.70- 2.44) |
| | | 十和田 | 143 | 18.0 | 1.47 (1.23- 1.71) |
| | | 三沢 | 101 | 15.6 | 1.28 (1.03- 1.53) |
| | | 三沢 | 101 | 15.6 | 1.28 (1.03- 1.53) |

*: 人口10万対
SMRは全国の1981年から2000年を基準とした。