

平成20年度
大分県自殺実態調査 報告書

平成21年3月

大分県自殺・うつ対策推進事業

目 次

はじめに	2
要旨	3
大分県「こころの健康についての基礎調査」	4
1. 目的	4
2. 調査の対象と方法	5
2-1. 対象	5
2-2. 調査手続き	5
2-3. 調査内容	5
2-4. 解析	6
3. 結果	7
3-1. 回答者の属性	7
3-2. 健康について	9
3-3. 睡眠について	12
3-4. 飲酒について	14
3-5. 社会生活について	15
3-6. ストレスについて	20
3-7. 自殺に関する知識・態度	26
4. 考察	36
調査に使用した質問紙	38
統計用語の解説	45

平成20年度 大分県自殺実態調査 報告書

はじめに

平成10年に全国で自殺者が急増して以来、十年以上にわたりその水準が続いている。大分県でも人口動態統計では年間約300人が自殺しており、警察統計に従えば1日に約1人が自ら命を絶っていることになる。このため、平成18年に施行された自殺対策基本法では自殺対策を国・地方公共団体や国民の責務と定め、また平成19年に策定された自殺対策総合大綱でも国民ひとりひとりが自殺対策に取り組むことを求めている。

自殺対策は多様な角度から行われるべきものであって、決して単一の対策で奏功するものではないことは、自殺減少に成功したフィンランド等の例を見ても明らかである。その対策は、市民全体に対するコミュニティアプローチと、自殺リスクが高いとされる人々に対するハイリスクアプローチに大別される。しかし、必要な対策について一定の知見が確立しているわけではなく、地域毎に具体策を検討する必要がある。自殺対策総合大綱で「自殺や自殺未遂者・遺族等の実態を明らかにすること」を当面の重点施策の一つに挙げているゆえんでもある。

そこで大分県では昨年度、県内の自殺の実態を解明するために、1) 県内事業所におけるメンタルヘルス活動の実態と健康管理担当者の自殺に対する態度等に関する調査、2) 地区保健師の自殺事例に関する経験や自殺予防および遺族支援に対する意識についての調査、3) 救急車で搬送された自殺未遂例の背景に関する調査、の三つの調査研究を行った。その結果、自殺容認傾向や自殺についての誤解・偏見が職場関係者に根強いこと、地区保健師は

自殺問題に関わるに際して不安を感じているが自殺についての研修には効果が認められること、救急車搬送される自殺未遂者には若い女性が多く「自殺未遂者に介入して再企図を防ぐ」試みが奏功しても中高年男性の自殺予防には効果が小さいであろうこと、などが明らかになった。

さらに今年度は、ハイリスクアプローチに比べ未だ漠たる感があるコミュニティアプローチの参考とする目的で、一般住民を対象として「心の健康についての基礎調査」を実施し、県内でも比較的自殺率の高い地区と低い地区を比較する地域診断を試みた。同様の調査はすでに東北各県でも行われており、自殺率が特に高い地区には「人々の心が健全であることを阻む障壁」としての「こころのバリア」に一定の特徴が見られた、と報告されている。同様の状況が大分県でも存するのかどうかを大規模な調査により検証し、大分県における自殺対策として何が重要であるかを検討することが、本調査の目的である。そのために一定年齢の住民全員を対象として、健康状態やストレス、睡眠と休養、飲酒行動、社会的サポート、自殺に対する態度など、「こころのバリア」となって地域の自殺率を高める可能性がある要因について、回答者の属性や地区による差を分析した。以下はその結果の報告である。

なお本調査は、県から大分県立看護科学大学への委託事業として実施された。

調査・解析担当

影山 隆之（大分県立看護科学大学 精神看護学研究室）

要旨

平成 20 年度の大分県自殺実態基礎調査として、県内で自殺率が低い地域から 2 地区、高い地域から 2 地区、計 4 地区を選び、そこに居住する 40～74 歳の住民すべてを対象として「こころの健康についての基礎調査」を行った。その目的は「人々の心が健全であることを阻む障壁」つまり自殺率を高める可能性がある「こころのバリア」が、社会のどこにどれだけ存在するかを確かめ、「こころのバリアフリー」を推進するような自殺対策を大分県で行うための、資料を得ることである。内閣府等による全国調査や東北地方での同様の調査を参考に、1) 回答者の属性、2) 健康、3) 睡眠、4) 飲酒、5) 社会生活、6) ストレス、7) 自殺に関する知識・態度、に関する無記名自記式質問紙を作成した。各地域の自治会長または民生児童委員を調査員とし、各世帯を訪問して質問紙を配布回収した。計 5,608 人に配布した結果、4,487 人(80.0%)から有効回答を得た。

4 地区全体の結果をみると、沖縄や青森県の先行調査に比べ社会的サポートが少なく「互いに助け合ったり精神的に支え合ったりすることが少ない」と、全国調査に比べ「身近な人から死にたいと言われたとき」に不適切な対応や無効な対応を選ぶ人が多い点、特徴であった。これが全県的な傾向だとは結論づけられないが、困難を抱えている人、希死念慮を有する人、希死念慮を打ち明けられた人などを支えるために“社会全体にネットワークを作る”ことは重要だと考えられる。

男女比較からは、睡眠で休養をとれていない、習慣的飲酒、ストレス対処としての飲酒、「日ごろよく話す人」「こころ安らぐ人」がいない、社会的サポートが少ない、自殺容認傾向、自殺を本人の責任に帰する傾向、希死念慮者を叱責する傾向、など多くの「心のバリア」が、女性より男性に多くみられることが明らかになった。

年齢別にみると、健診を受けたことがない、習慣的飲酒、ストレスが大いにある、「日ごろよく話す人」「こころ安らぐ人」がいない、社会的サポートが少ない、相談できずに孤立している傾向、ストレスへの回避的な対処、希死念慮は変えられないというあきらめ、など多くの「こころのバリア」は、年齢が低いほど多くみられた。ただし、睡眠で休養をとれていない、「死にたいと言われたら話題を変える」、「自殺者に同情しない態度」などは 50 歳代前後で多くみられ、健康状態がよくない、自殺企図の前兆について知らない、自殺容認の態度、「身近な人から死にたいと言われたら叱る・励ます」、という「こころのバリア」は高齢ほど多くみられた。

婚姻状況と「こころのバリア」との関係を見ると、既婚群で「こころのバリア」がもっとも少なかった。

以上の傾向は、女性より男性の自殺が数倍多いこと、高齢者および中年男性で自殺率が高いこと、有配偶者より無配偶者のほうが自殺率が高いこと、といった統計的事実とかなりよく符合するようにみえた。

さらに、性・年齢・婚姻状況の影響を考慮に入れてもなお、「こころのバリア」には地区差があり(ただし性・年齢・婚姻状況による差よりは小さかった)、相対的に自殺率が高い地区では、不適切な飲酒行動、ストレス要因に直面しても助けを求められない傾向(恥の意識)、希死念慮や自殺企図者の思いに関する誤解(知識不足)、自殺容認の態度、などの「こころのバリア」が多くみられた。つまり、これらの要因が自殺を促進する方向に作用している可能性が疑われた。

これらの結果より、コミュニティにおける自殺対策として、適正飲酒に関する教育、困難なときに助けを求めることは恥ではないというキャンペーン、追い込まれた心理状態の人に対する傾聴と援助のネットワークづくりの方法の啓発、自殺をめぐる心理に関する正しい知識の啓発、自殺に関する容認・あきらめ・「自殺を本人の責任に帰する」などの態度が「責任を回避したいわれわれの防衛機制に由来する」と気づくための啓発、などが有効ではないかと推測される。これらのアクションは、男性、高齢者あるいは中年世代、無配偶者、自殺率が高い地域、といった対象者の特性別に実施されることが望ましい。そのためには行政やコミュニティでリーダーシップを有する人が自殺対策重視の方針を表明すること、従来からの施策や活動(健康教育、高齢者等の生きがいづくり、地域づくり、福祉ネットワークづくり、など)の中に、自殺対策の視点を取り込むことが現実的であろう。行政担当者や地域・職場・学校などのキーパーソンが自殺と自殺対策について正しい理解をもち各自の立場で何ができるか考えることや、社会に自殺対策の観点を浸透させるためにマスコミが十分な役割を果たすことも重要である。

大分県における「心の健康についての基礎調査」

1. 目的

自殺予防のためにはいろいろな方策が考えられる。その一つの考え方が、うつ病などに焦点を当てた疾病対策モデルに基づき、自殺リスクが高い人に焦点を当てるハイリスクアプローチである。もう一つの考え方が、社会福祉領域での生活支援を中心とする生活モデルに基づき、コミュニティの構成員すべてを対象とするコミュニティアプローチである。どちらか一方だけでは不十分であり、両方を包括するヘルスプロモーションモデルが必要だと考えられている(本橋・渡邊)。

しかし、ハイリスクアプローチの方法に比べコミュニティアプローチについては、さまざまな方法の提案があるもののいまだ一定の方法が確立しているとは言えない。概念的には、セーフティプロモーションとしての「こころのバリアフリー」が重要であり、自殺者やそれを取り巻く人々の間に存在する「自殺や精神障がいに対する見方やつき合い方」など「人々の心が健全であることを阻むような障壁」を取り除くことが重要だと考えられる。たとえば、身体の健康を自己管理できること、経済的な安定、睡眠と休養が確保できること、周りの人々から十分なサポートを受けられること、柔軟で外向的な考え方や行動をもつこと、趣味や生きがいを多く持つこと、などがこころのバリアフリーに資する条件として指摘されている(図1)。

このような意味での「こころのバリアフリー」を進めるためには、「人々の心が健全で

あること」を阻む障壁、言い換えれば地域の自殺率を高める可能性がある危険因子が、コミュニティにどれだけ存在するのかを具体的に検証する必要がある。そのために秋田・青森・岩手県などでは、住民の心の健康づくりのための基礎調査を実施し、地区診断に基づく行政施策の検討・健康教育・地区ネットワークづくりなどの根拠資料としている。

一方、大分県を見ると、県全体としての自殺率は全国平均とほぼ同じだが、市町村別の自殺標準化死亡比(SMR)には開きがあり、全国レベルの1.6倍に達する地区から全国レベルの8割程度の地区まで存在する。そこで今年度はSMRが低い地区と高い地区における、住民の健康状態、ストレスと対処、社会的サポート、自殺についての知識・態度などの特徴を抽出し、今後の大分県における自殺対策の参考とするために、東北諸県における調査を参考として「心の健康についての基礎調査」を実施した。ただし、少数住民の標本調査では十分な知見が得られない可能性があることや、自殺者が中高年(特に男性)に多いことを考慮し、該当地区の40~74歳住民すべてを対象とすることとした。調査内容は国や青森県の調査を参考にし、できるだけ比較可能な形で設問を構成した。

文献：

本橋豊、渡邊直樹(編)：自殺は予防できる ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動. すぴか書房、和光市、2005.

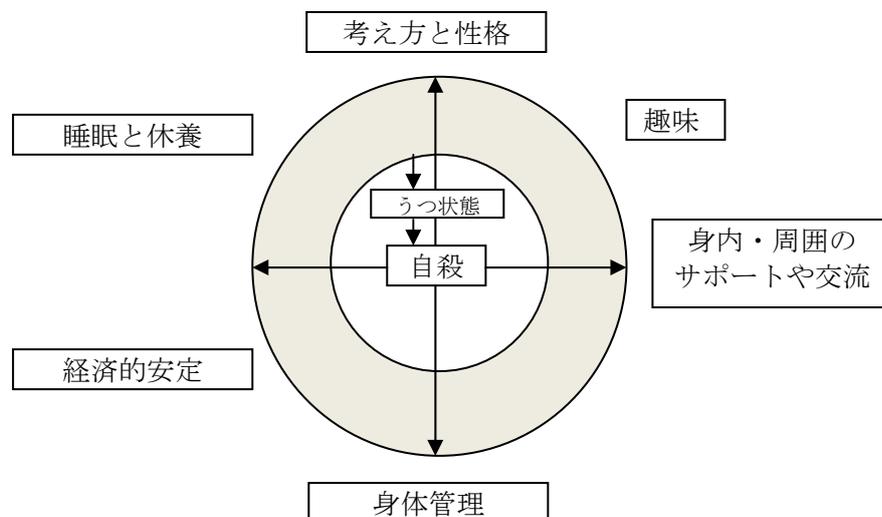


図1 こころの健康づくりの輪(本橋・渡邊の図を改変)

2. 調査の対象と方法

2-1. 対象

大分県内で自殺 SMR が相対的に低い地区として豊後高田市真玉地区と臼杵市江無田地区、SMR が高い地区として九重町野上地区と豊後大野市朝地地区を選び、調査対象地区とした（以下 A～D 地区と呼ぶ）。これらの地区に居住する 40～74 歳の住民すべてを調査対象とした。

2-2. 調査手続き

平成 20 年 11 月から 12 月にかけて、A 地区と C 地区では自治委員会（まちづくり協議会）メンバー、B 地区と D 地区では民生委員（民生児童委員）が調査員として地区内の各世帯

を訪問し、上記対象者すべてに無記名自記式質問紙を配布した。ただし、調査の趣旨と、回答は強制でなく、回答の有無によって不利益を生じることはないこと（たとえば白紙で提出してもよいこと）を、口頭と文書で説明した。約 1 週間後に回答済みの質問紙を封筒に密封した状態で回収した。

各地区の平成 20 年 11 月 1 日現在の対象者人口（住民基本台帳による）と実際の配布数・有効回答数を、表 1 と図 2 に示す。4487 人から回答があり、配布数に対する回答率は 72～89%と、この種の調査としては非常に高いものであった。調査員の尽力の賜物である。人口対回答率で見ても 65%以上の住民から回答が得られたことになり、地区診断のためにきわめて貴重な資料が得られたと言える。

表 1 対象者数と回答率

地区	対象者数(a)	配布数(b)	回収数(c)	有効回答率(c/b)	人口対回答率(c/a)	自殺 SMR
A	1,753	1,746	1,272	72.9%	72.6%	81.3
B	1,296	1,219	1,017	83.4%	78.5%	76.8
C	1,289	1,138	850	74.7%	65.9%	162.3
D	1,574	1,505	1,348	89.6%	85.6%	109.5
計	5,912	5,608	4,487	80.0%	75.9%	

a は平成 20 年 11 月 1 日現在の住民基本台帳人口、SMR は 2001-2005 年の自殺の標準化死亡比。

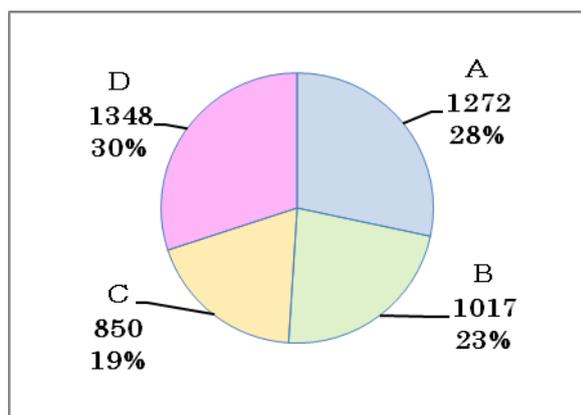


図 2 4 地区の回答者の割合

2-3. 調査内容

使用した質問紙は A 4 版 7 ページからなる。主な質問内容は次の通りで、厚労省の保健福祉動向調査、内閣府の自殺に関する意識調査、青森県三戸町の心の健康に関する調査、および崎原らによる沖縄県での調査を参考

にした（文献参照）。

- 1) 回答者の属性（性、年齢 5 歳階級、婚姻、家族構成）
- 2) 健康（自覚的健康状態、通院、健診など）
- 3) 睡眠と休養
- 4) 飲酒行動

- 5) 社会生活（趣味・文化活動、子・近隣との交流、社会的サポートなど）
- 6) ストレス（ストレッサー、対処方法）
- 7) 自殺について（知識、態度、「死にたい」と打ち明けられた時の対応）

文献：

厚生労働省大臣官房統計情報部（編）：平成 12 年保健福祉動向調査（心身の健康）。2001.

内閣府自殺対策推進室：自殺に関する意識調査。2008.

山中朋子：平成 16 年厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）「三戸町心の健康に関する調査」報告書。2004.

崎原盛造、原田さおり：高齢者用ソーシャルサポート測定尺度(MOSS-E)の改訂とその予測妥当性. 崎原盛造(編)：平成 11 年厚生労働科学研究費補助金成果報告書 沖縄における社会環境と長寿に関する縦断的研究。2000.

2-4. 解析

各項目の単純集計のほか、自殺を促進する可能性がある個人要因や、地区の自殺を増加させる可能性がある要因については、性・年齢・婚姻状況との関連を差し引いて地区差を調べるために、多重ロジスティック解析または分散分析を行った。

3. 結果

集計と解析の結果を以下に示す。集計によっては無回答者を除いてあるために、全回答者が4487人に満たないことがある。

くと、2034人(45.5%)が男、2437人(54.5%)が女で、男女比に地区による差はなかった。

回答者の年齢構成を性・地区別に図4に示す。女ではD地区の年齢が有意に高かったが(p=0.003)、男では年齢の地区差は有意でなかった。

3-1. 回答者の属性

回答者の性別を図3に示す。無回答者を除



図3 回答者の性別

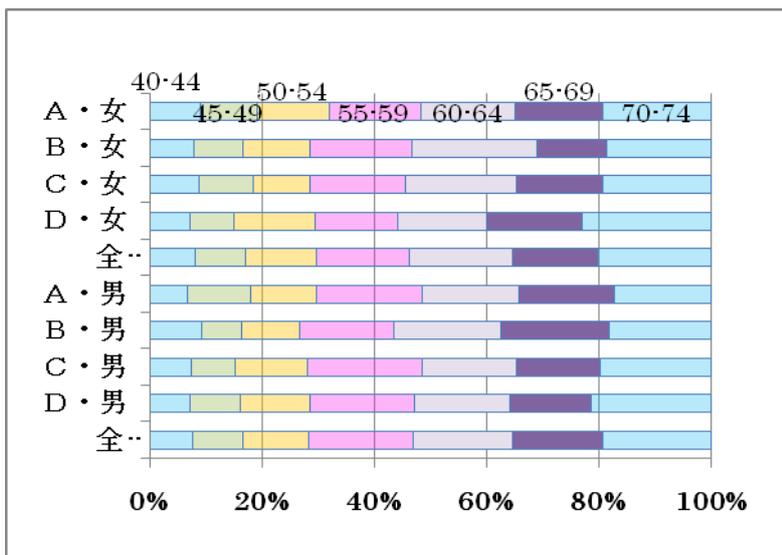


図4 回答者の年齢構成

全体では79%が婚姻しており（図5）、この割合は女性に低かった（図6）。夫婦のうち男性の方が早く死亡することが多いためと考えられる。男性では、婚姻している人がB地区でやや多かった。

同居者人数（自分もふくむ）を見ると、7%が独居であった（図7）。図8で独居者%が異なるのは、図8で「自分を含めない同居者数」を回答した人がいたためだと思われる。

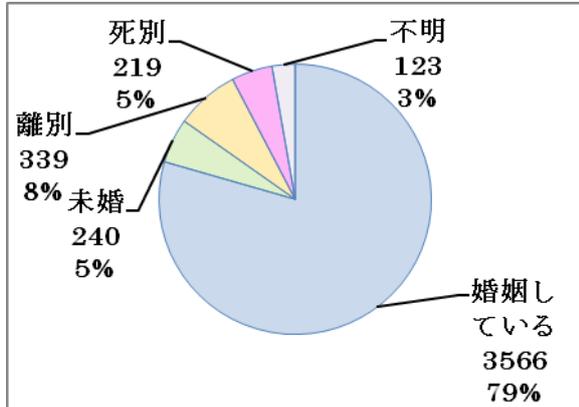


図5 婚姻状況

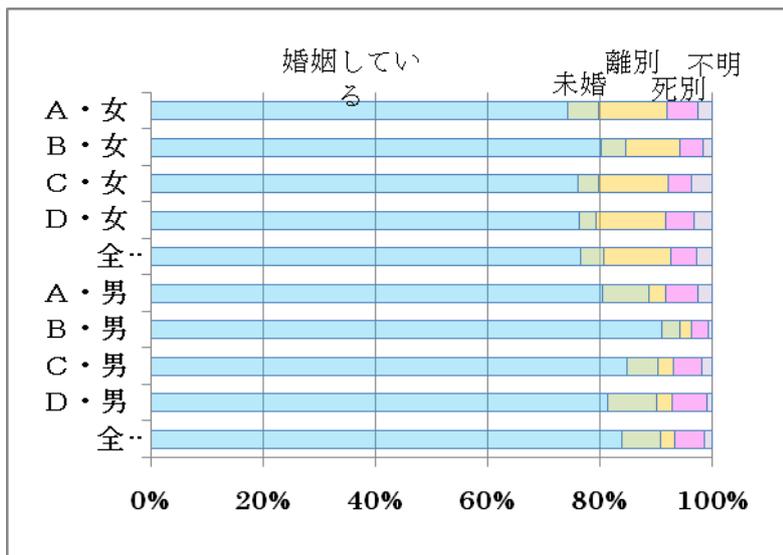


図6 男女・地区別の婚姻状況

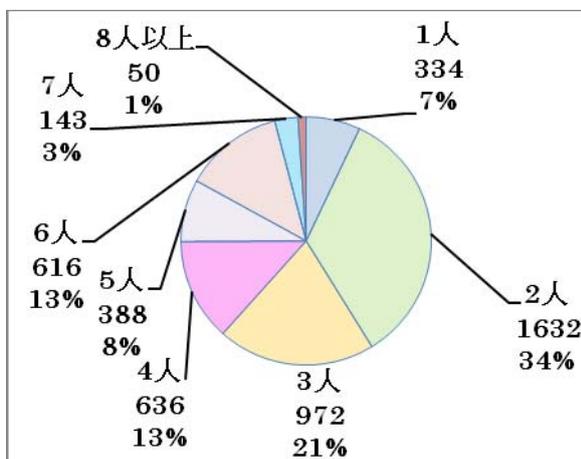


図7 自分を含めた同居者数

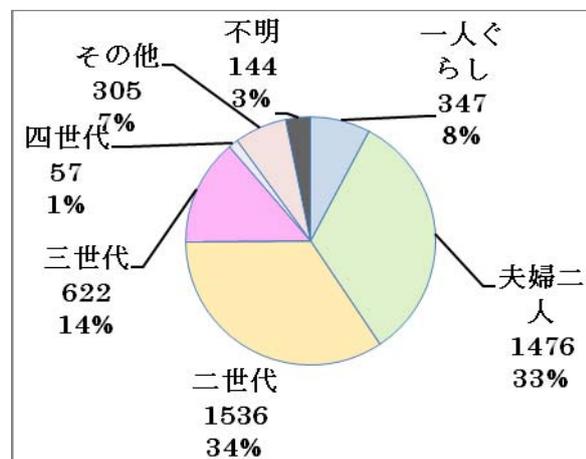


図8 家族の世代構成

3-2. 健康について

健康状態が「よくない」人は2%で(図9)、年齢が高くなるほど、および離別群では、この割合が高くなっていった(表2)。

ここで、性別・年齢・婚姻状況がこの割合に及ぼす影響を差し引いて4地区での差の有無を検討するために、多重ロジスティック解析という統計学的解析手法を用いて調整オッズ比を求めた(注)。たとえば表2において、A地区の調整オッズ比が1.05とあるのは、健康状態が「よくない」人の割合がもっとも低いB地区を基準とした場合に「A地区における割合が約1.05倍である」という意味である。結果的には地区によるオッズ比の違いはわずかであって、健康状態が「よくない」という人の割合に地区差があるとは言えなかった。一方、年齢が高くなるほどオッズ比が高い(つまり健康状態が「よくない」人が多い)ことは、予想された結果である。

い」という人の割合に地区差があるとは言えなかった。一方、年齢が高くなるほどオッズ比が高い(つまり健康状態が「よくない」人が多い)ことは、予想された結果である。

(注)調整オッズ比の95%信頼区間の下限が1より大きければ調整オッズ比は1より有意に大きい、つまり、健康状態が「よくない」人の割合が、基準としたB地区群より多いという意味になる。たとえば60歳以上の3つの年齢群はいずれも、40-44歳群を基準としたオッズ比が1より有意に大きいので、健康状態が「よくない」人が有意に多いという結論になる。同様に、調整オッズ比の95%信頼区間の上限が1より小さければ調整オッズ比は有意に1より小さい、つまり、健康状態が「よくない」人の割合が基準群より少ないという意味になる。ただし本調査では、性別については常に男を基準群とし、婚姻状況については常に既婚群を基準とした。

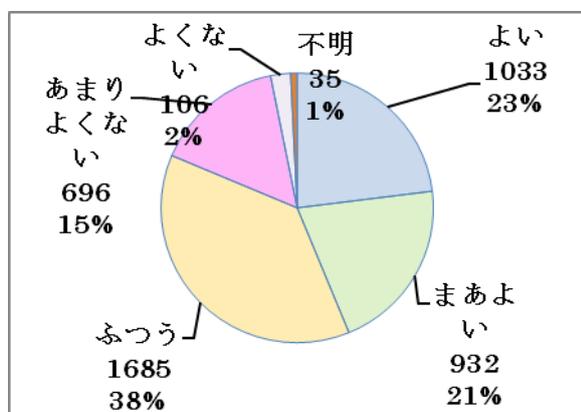


図9 自覚的な健康状態

表2 健康状態「よくない」人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	2.8	$\chi^2=2.98$	1.00	
	女	2.0	NS	0.72	(0.49 - 1.07)
年齢	40-44	0.6	$\chi^2_{MH}=24.80$	1.00	
	45-49	0.8	$p<0.001$	1.46	(0.24 - 8.82)
	50-54	1.5		2.78	(0.59 - 13.20)
	55-59	2.0		3.84	(0.87 - 17.00)
	60-64	2.8		5.58	(1.30 - 23.98)
	65-69	2.5		5.10	(1.16 - 22.40)
	70-74	4.5		9.73	(2.31 - 41.01)
婚姻	既婚	2.0	$\chi^2=11.56$	1.00	
	未婚	1.3	$p=0.009$	0.88	(0.27 - 2.87)
	死別	2.7		0.96	(0.47 - 1.99)
	離別	5.5		3.19	(1.68 - 6.03)
地区	A	2.2	$\chi^2=1.17$	1.05	(0.59 - 1.87)
	B	2.1	NS	1.00	
	C	2.5		1.15	(0.62 - 2.13)
	D	2.7		1.22	(0.70 - 2.11)

%は無回答者を除いて計算した割合

何らかの疾患で通院中の人は 42%いて（図 10）、その理由としては高血圧や足・膝痛などが多くあげられた（図 11）。青森県三戸町の結果と比較すると、高血圧や骨粗鬆症はやや多く見える。なお、通院していない人で図 11 に無回答だった人がいるため、図 11 で治療中の病気が「ない」と答えた人は図 10 で「通院していない」という人よりも少

なく見える。

かかりつけの医者があるという回答は 72% あった（図 12）。

他方、いつも健康診断を受けている人は 68%で、受けたことがないという回答も 7%あった（図 13）。受けたことがない人は、男性、年齢が低い人、未婚群や離別群、AおよびB地区で多かった（表 3）。

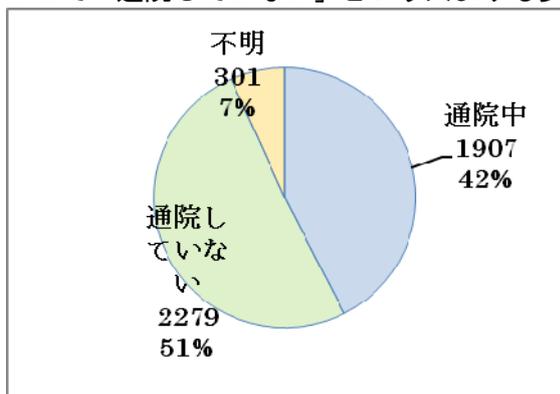


図 10 病気による通院

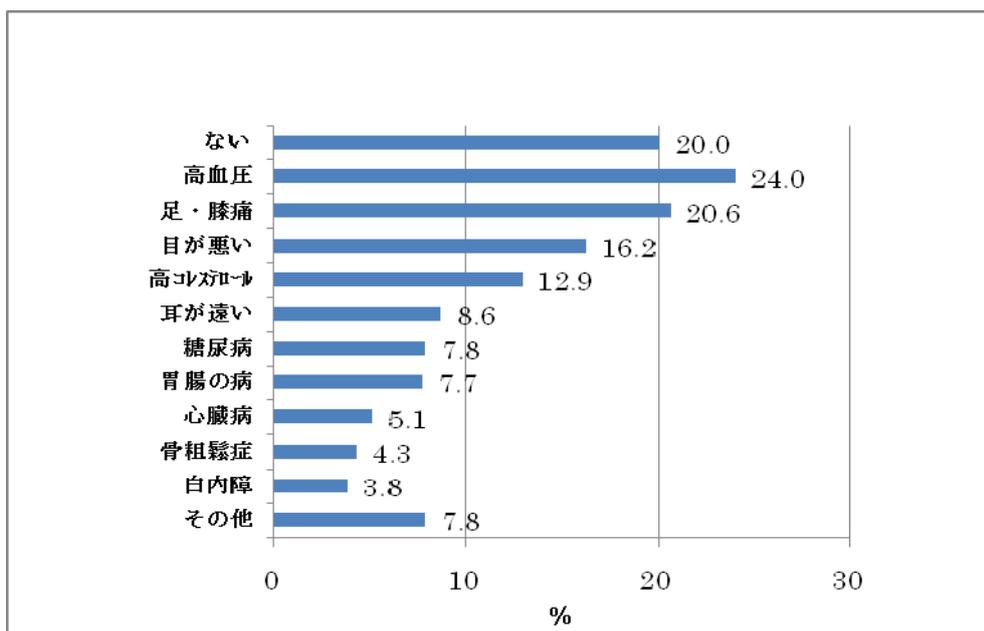


図 11 治療中の病気

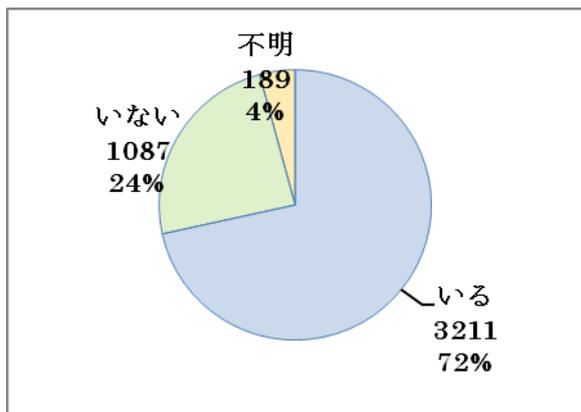


図12 かかりつけ医の有無

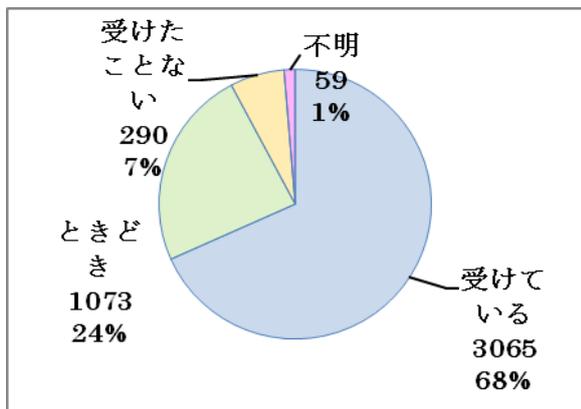


図13 健康診断の受診

表3 健康診断「受けたことがない」人の割合
健診受けたことない

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	7.9	$\chi^2=11.32$ p=0.0010	1.00	
	女	5.4		0.66 (0.52 - 0.85)	
年齢	40-44	12.5	$\chi^2_{MH}=32.56$ p<0.0001	3.18	(1.95 - 5.19)
	45-49	8.6		2.10	(1.26 - 3.48)
	50-54	7.7		1.94	(1.20 - 3.14)
	55-59	6.3		1.59	(1.00 - 2.52)
	60-64	6.3		1.62	(1.03 - 2.56)
	65-69	5.6		1.46	(0.91 - 2.34)
	70-74	3.6		1.00	
婚姻	既婚	5.8	$\chi^2=40.30$ p<0.0001	1.00	
	未婚	12.5		1.72	(1.12 - 2.65)
	死別	4.8		1.18	(0.69 - 2.04)
	離別	14.4		2.44	(1.61 - 3.68)
地区	A	8.9	$\chi^2=19.18$ p<0.0001	1.91	(1.31 - 2.78)
	B	6.9		1.52	(1.02 - 2.29)
	C	4.8		1.00	
	D	5.3		1.11	(0.74 - 1.65)

%は無回答者を除いて計算した割合

3-3. 睡眠について

睡眠がよくとれない状態はいろいろな理由から生じるが、場合によってはそれが抑うつ状態の兆候かもしれない、また自殺企図直前に多いとも言われる。睡眠による休養がまったくとれていない人は約1%で（図14）、保

健福祉動向調査の結果と大差なかった。年齢・地区による差はみられなかったが、男性および死別群ではオッズ比が大きく、睡眠による休養がとれていない人が多いことが示された（表4）。

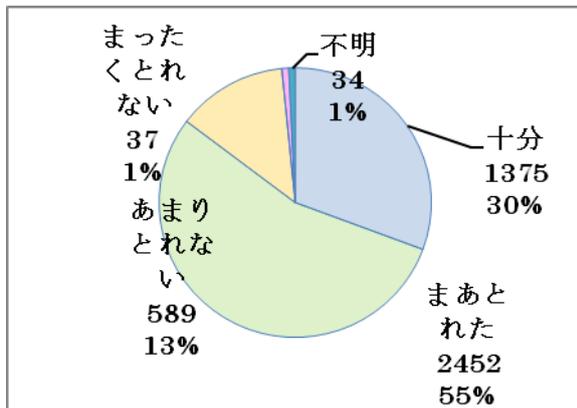


図14 睡眠による休養

表4 睡眠による休養「まったくとれない」人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	1.2	$\chi^2=5.63$ p=0.018	1.00	
	女	0.5		0.34	(0.17 - 0.70)
年齢	40-44	1.2	$\chi^2_{MH}=1.78$ NS	2.95	(0.72 - 12.14)
	45-49	1.5		3.66	(1.01 - 13.21)
	50-54	1.1		2.58	(0.72 - 9.26)
	55-59	0.4		1.00	
	60-64	0.5		1.05	(0.26 - 4.22)
	65-69	1.2		2.22	(0.66 - 7.48)
	70-74	0.6		0.91	(0.24 - 3.48)
婚姻	既婚	0.7	$\chi^2=8.27$ p=0.041	1.00	
	未婚	0.9		0.83	(0.19 - 3.65)
	死別	2.1		5.90	(2.29 - 15.19)
	離別	1.4		1.78	(0.53 - 6.60)
地区	A	0.7	$\chi^2=1.78$ NS	1.10	(0.39 - 3.12)
	B	0.6		1.00	
	C	1.1		1.74	(0.61 - 4.93)
	D	1.0		1.55	(0.58 - 4.11)

%は無回答者を除いて計算した割合

睡眠の所要量には個人差が大きいので、睡眠時間の長さそのものは必ずしも睡眠の充足度を表さない。それでも一般的に言えば、毎日の睡眠時間が5時間未満だと過労死などのリスクが高くなることから、過重労働者へのケアを考える際の一つの目安になる睡眠時間だと言える。睡眠時間が5時間未満と回答した人は6%で、保健福祉動向調査の結果よりもやや多かった(図15)。性・年齢・婚姻状況・地区による割合の差はみられなかった。

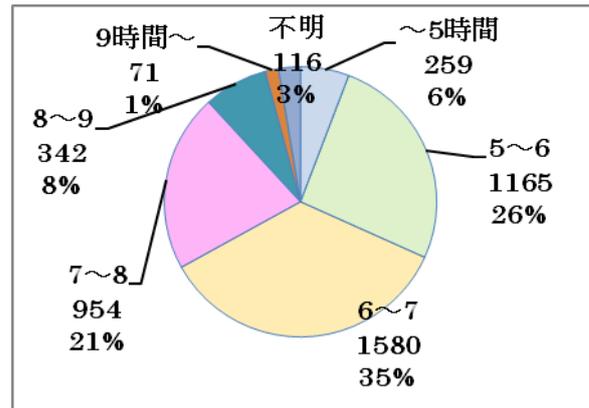


図15 睡眠時間

かりに「よく眠れない日が2週間以上続いたとしたら」、これはうつ病などの兆候かも知れない。そのような場合に医療機関を受診するかどうかを質問したところ、受診しないという回答と、かかりつけ医を受診するという回答が各37%あった(図16)。精神科など専門医を受診するという回答は12%で、内閣府による全国調査よりも少なかった。ただし、調査地区の中には精神科医がいないところもあったので、この割合が低いことは仕方ないとも言える。これがうつ病の兆候であれ、他の疾患と関係する症状であれ、少なくともかかりつけ医を訪ねて健康状態をチェックすることは大切と思われる。しかし実際には、不眠程度であれば自然に治ると考えて受診しない人も多いことが示された(図17)。

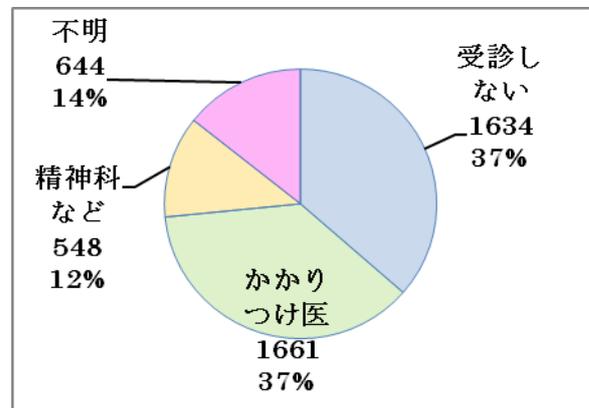


図16 不眠が2週間以上続いたら

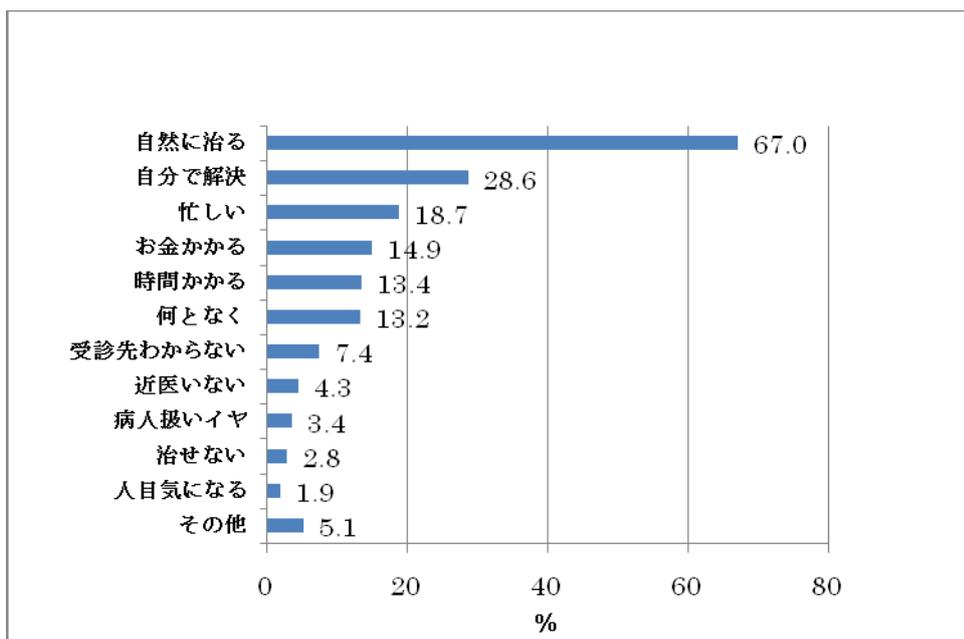


図17 不眠が続いても受診しない理由

3-4. 飲酒について

飲酒習慣が定着している人は多く、毎晩飲む人が25%にのぼった(図18)。これは三戸

町の調査とほぼ同じ結果である。毎晩飲酒する人は男性に多いだけでなく、年齢が低い群、そしてD地区で有意に多かった(表5)。

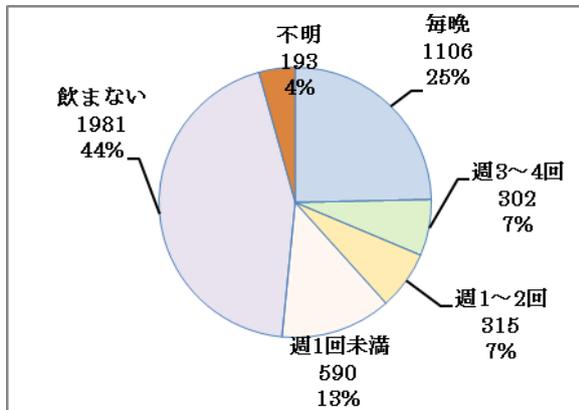


図18 飲酒頻度

表5 毎晩飲酒する人の割合

毎晩飲酒		検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	46.7	$\chi^2=838.60$ $p<0.0001$	1.00
	女	7.9		0.09 (0.08 - 0.11)
年齢	40-44	25.7	$\chi^2_{MH}=6.15$ $p=0.014$	1.64 (1.17 - 2.30)
	45-49	23.1		1.23 (0.89 - 1.70)
	50-54	31.0		2.10 (1.58 - 2.79)
	55-59	29.7		1.64 (1.27 - 2.13)
	60-64	25.8		1.41 (1.09 - 1.83)
	65-69	24.7		1.21 (0.92 - 1.57)
	70-74	21.3		1.00
婚姻	既婚	27.7	$\chi^2=48.33$ $p<0.001$	1.00
	未婚	20.4		0.44 (0.30 - 0.63)
	死別	10.5		0.75 (0.50 - 1.12)
	離別	26.4		0.85 (0.60 - 1.22)
地区	A	25.0	$\chi^2=15.16$ $p=0.002$	1.15 (0.92 - 1.44)
	B	22.5		1.00
	C	25.0		1.08 (0.84 - 1.37)
	D	29.4		1.51 (1.22 - 1.88)

%は無回答者を除いて計算した割合

3-5. 社会生活について

趣味がある人は全体の66%で(図19)、三戸町の調査結果よりは少なかった。趣味がない人は女性に多く、年齢・婚姻状況との関連は特に見られなかった。B地区では趣味があるという人が多く、趣味がない人は他の3地区で有意に多かった(表6)。

文化活動をしている人は21%で(図20)三戸町とほぼ同じ水準であり、やはりB地区

に多かった。

B地区は対象地区の中で唯一、平成の大合併前からの市部であり、古くからの城下町であるといったことが、趣味や文化活動をしている人の多さの背景にあると思われる。自由記述によればB地区では、市民文化教室などでスポーツ、舞踊、手芸、文芸など多彩な趣味を楽しんでいる人が多かった。

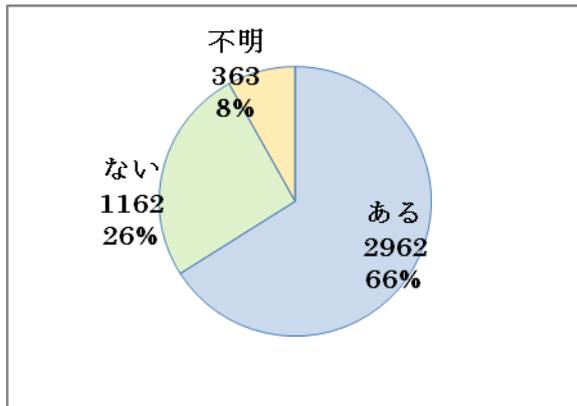


図19 趣味の有無

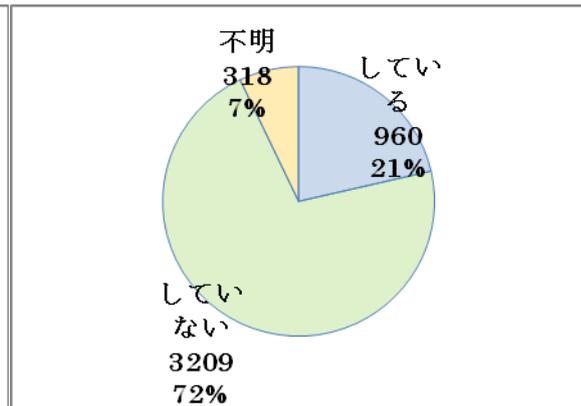


図20 文化活動の有無

表6 趣味がない人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	25.3	$\chi^2=13.75$ p=0.001	1.00	
	女	30.6		1.32 (1.15 - 1.52)	
年齢	40-44	27.9	$\chi^2_{MH}=0.39$ NS	1.06 (0.79 - 1.42)	
	45-49	29.6		1.14 (0.86 - 1.49)	
	50-54	30.7		1.18 (0.92 - 1.51)	
	55-59	28.2		1.08 (0.86 - 1.36)	
	60-64	25.6		1.00	
	65-69	25.2		0.92 (0.72 - 1.18)	
	70-74	30.0		1.18 (0.94 - 1.48)	
婚姻	既婚	27.5	$\chi^2=2.79$ NS	1.00	
	未婚	26.2		0.88 (0.64 - 1.21)	
	死別	28.5		0.91 (0.69 - 1.20)	
	離別	32.5		1.19 (0.88 - 1.62)	
地区	A	30.6	$\chi^2=39.86$ p<0.001	1.76 (1.44 - 2.15)	
	B	20.2		1.00	
	C	31.3		1.82 (1.46 - 2.27)	
	D	30.2		1.71 (1.40 - 2.09)	

%は無回答者を除いて計算した割合

別居の子がいる人は 61% だった (図 2 1)。もっとも交流が多い子の居住地を質問したが、複数回答が多かったため、複数回答のまま集計した (表 7)。同じ地区内に別居の子

がいる人は全回答者の 6.2% であった。別居の子と会う頻度は月 1 回以上 (つまり週 1 回未満) がもっとも多く、ほとんど会わない人も 33% いた (図 2 2)。

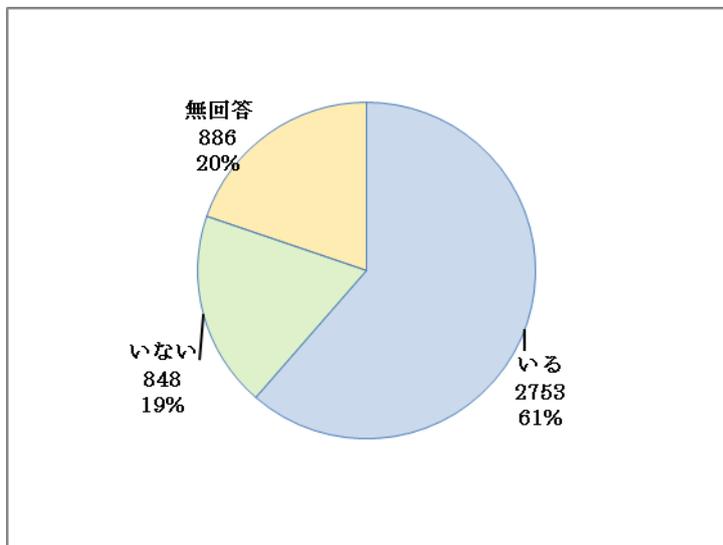


図 2 1
別居の子の有無

表 7 別居の子の居住地

同じ地区	276 (10%)
同じ市町村内	470 (17%)
県内	1367 (50%)
県外	1152 (42%)

%は別居の子がいる人 2753 人に対する割合

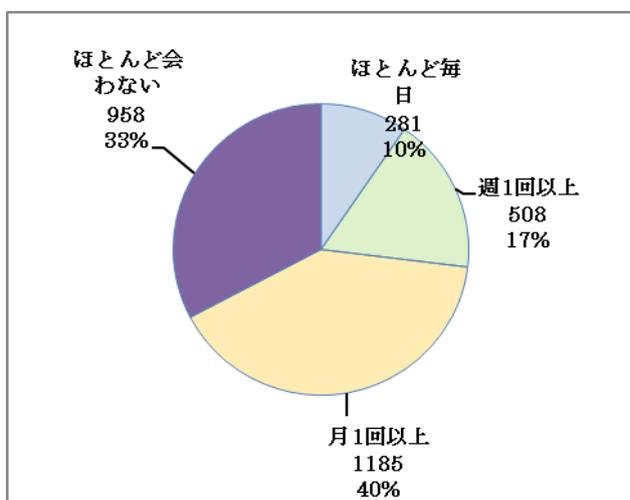


図 2 2 別居の子と会う頻度

友だちと話す頻度（電話もふくむ）を見ると、あまり話をしない人が18%いた（図23）。隣近所とあまり話をしない人も23%いた（図24）。

日ごろよく話す人がいる人は73%で（図25）三戸町とほぼ同じであった。よく話す人がいないという回答は男、年齢が低い人、未婚群、およびA地区で多かった（表8）。

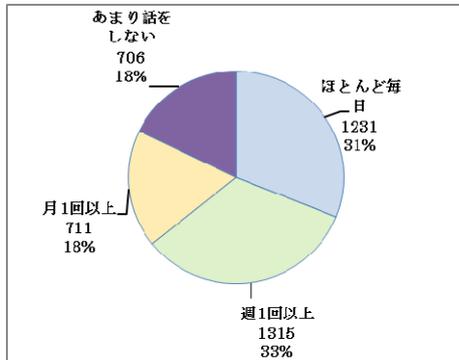


図23 友だちと話す頻度（電話もふくむ）

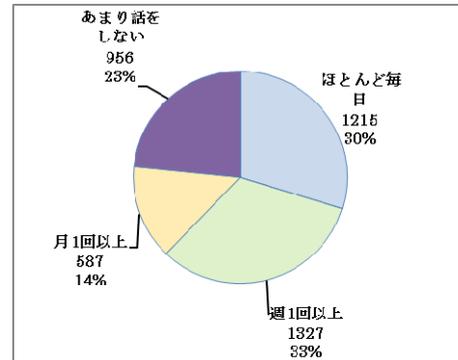


図24 隣近所と話す頻度

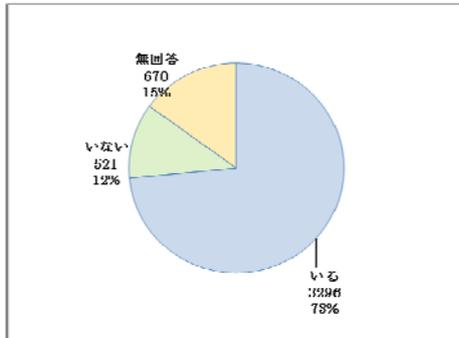


図25 日ごろよく話す人

表8 日ごろよく話す人がいないという人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	18.3	$\chi^2=54.12$ $p<0.001$	1.00	
	女	10.0		0.48	(0.40 - 0.59)
年齢	40-44	19.5	$\chi^2_{MH}=45.00$ $p<0.001$	2.89	(1.91 - 4.36)
	45-49	17.5		2.51	(1.69 - 3.73)
	50-54	16.9		2.49	(1.71 - 3.61)
	55-59	17.5		2.52	(1.78 - 3.55)
	60-64	11.6		1.59	(1.11 - 2.29)
	65-69	11.0		1.44	(0.98 - 2.10)
	70-74	7.9		1.00	
婚姻	既婚	13.5	$\chi^2=15.00$ $p=0.002$	1.00	
	未婚	22.5		1.47	(1.02 - 2.13)
	死別	10.5		1.32	(0.87 - 2.00)
	離別	14.2		0.97	(0.63 - 1.48)
地区	A	16.4	$\chi^2=9.61$ $p=0.0020$	1.39	(1.09 - 1.78)
	B	12.8		1.10	(0.84 - 1.44)
	C	12.8		1.10	(0.79 - 1.40)
	D	12.2		1.00	

%は無回答者を除いて計算した割合

こころ安らぐ人がいるという回答は 59%で (図 2 6)、三戸町よりやや少なかった。い

ない人は男、年齢が低い人、未婚群、および A 地区で多かった (表 9)。

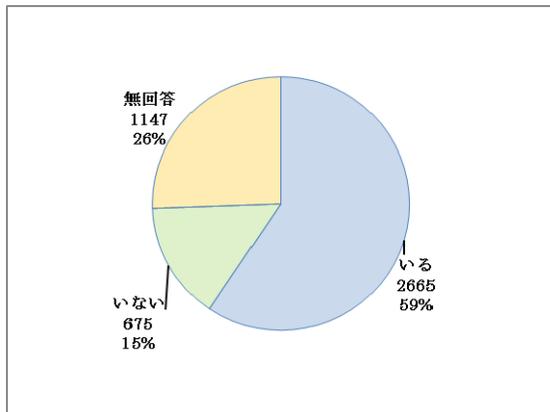


図 2 6 こころ安らぐ人

表 9 こころ安らぐ人がいないという人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	27.1	$\chi^2=75.63$ $p<0.001$	1.00	
	女	14.8		0.46 (0.39 - 0.55)	
年齢	40-44	27.8	$\chi^2_{MH}=19.33$ $p<0.001$	1.96	(1.36 - 2.82)
	45-49	20.7		1.31	(0.91 - 1.87)
	50-54	22.8		1.56	(1.12 - 2.16)
	55-59	23.5		1.61	(1.19 - 2.17)
	60-64	17.4		1.15	(0.84 - 1.57)
	65-69	17.8		1.12	(0.81 - 1.56)
	70-74	16.1		1.00	
婚姻	既婚	19.3	$\chi^2=27.26$ $p<0.0001$	1.00	
	未婚	35.3		1.49	(1.03 - 2.16)
	死別	17.0		1.25	(0.83 - 1.88)
	離別	24.9		0.98	(0.64 - 1.50)
地区	A	23.3	$\chi^2=1.17$ NS	1.42	(1.11 - 1.80)
	B	17.7		1.00	
	C	19.8		1.14	(0.87 - 1.50)
	D	20.0		1.16	(0.91 - 1.49)

%は無回答者を除いて計算した割合

回答者を取り巻く社会的サポートの多少を評価する尺度として、これを三つの観点から評価する尺度 MOSS-E を使った（崎原他, 2000）。すなわち、同居の子を除き、友だちや近所の人、別居している息子・娘や親戚で、手段的サポート、情緒的サポート、あるいは提供サポートになるような人が「いる」かどうかを、質問した（表 10）。また、三種類のサポート別に「いる」場合を 1 点、「いない」場合を 0 点として合計点を求めた（表 11）。このうち手段的サポート得点と情緒

的サポート得点は、三戸町・沖縄県の農村・秋田県の農村などの報告より低かった。つまり、これらの社会的サポートの量には、地域差があることが示唆された。今回の調査地区では、三つのサポート得点はいずれも男性より女性で高く、上記の先行報告と一致した。年齢による差はなく、未婚者では得点が低かった。性・年齢・婚姻状況の影響を統計的に調整した分散分析によれば、今回調査した 4 地区の間での有意差はなかった。

表 10 社会的サポートの項目別集計

項目	「はい」の人数(%)
<u>手段的サポート</u>	
1) 食事や日用品の買い物を頼める人がいますか	2569(57)
2) 草木の手入れや部屋の掃除、炊事、洗濯などを手伝ってくれる人がいますか	2140(50)
3) その他の用事を日ごろ、気軽に頼める人がいますか	2590(58)
<u>情緒的サポート</u>	
4) 心配事や困難な状況にあるとき、そばにいてくれる人はいますか	2783(62)
5) 心配事やなやみを聴いてくれる人がいますか	3086(69)
6) 気持ちが沈んだときに、元気づけてくれる人がいますか	2991(67)
7) あなたに気を配ったり思いやりたりしてくれる人がいますか	3046(68)
<u>提供サポート</u>	
8) あなたが家事をやってあげたり手伝ってあげる人がいますか	2267(51)
9) あなたが買い物をやってあげるとか手伝ってあげる人がいますか	2335(52)
10) 友人や隣の方などが数日寝込んだときに、あなたは看病や世話をしあげられますか	1619(36)

表 11 社会的サポートの男女差

	手段的サポート得点	情緒的サポート得点	提供サポート得点
男	1.48(1.34)	2.39(1.78)	1.24(1.23)
女	1.75(1.29)	2.89(1.60)	1.51(1.26)
検定	p<0.001	p<0.001	p<0.001

平均点（標準偏差）、男女差は t 検定による。

3-6. ストレスについて

この1カ月間の日常生活での不満・悩み・苦勞・ストレスの有無を質問した結果、大いにあるという回答は11%だった(図27)。保健福祉動向調査や内閣府調査による全国の結果と大きな差はなかった。

ストレスの原因としては、健康問題と家庭問題がもっとも多く(図28)、内閣府調査よりも高率となっていた。ストレスが大いにあるという回答は女に多く、年齢が低い群に多く、離別群に多かったが、地区による差は見られなかった(表12)。

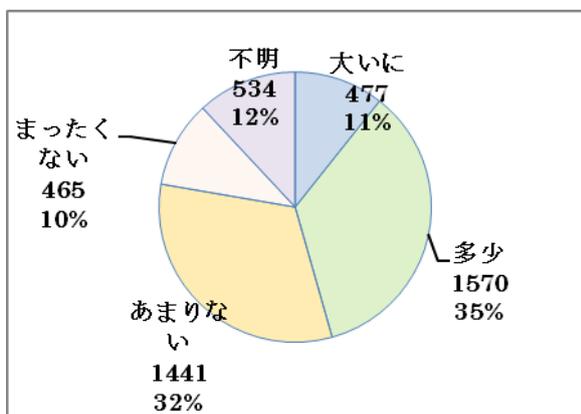


図27 ストレスの有無

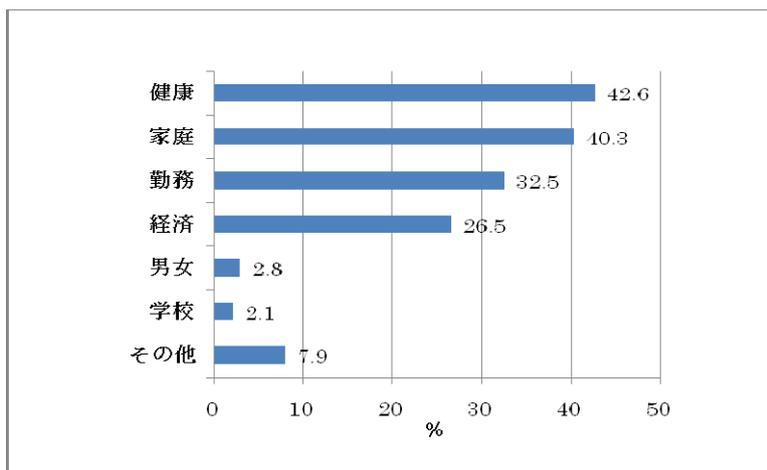


図28 ストレスの原因

表 1 2 ストレスが大いにある人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	10.2	$\chi^2=11.04$ p=0.001	1.00	
	女	13.7		1.38 (1.13 - 1.69)	
年齢	40-44	16.2	$\chi^2_{MH}=55.20$ p<0.001	2.61 (1.71 - 3.99)	
	45-49	18.8		3.14 (2.12 - 4.65)	
	50-54	16.3		2.59 (1.78 - 3.78)	
	55-59	13.9		2.20 (1.53 - 3.16)	
	60-64	10.5		1.57 (1.08 - 2.29)	
	65-69	8.2		1.22 (0.81 - 1.83)	
	70-74	6.9		1.00	
婚姻	既婚	11.9	$\chi^2=8.02$ p=0.46	1.00	
	未婚	12.4		0.89 (0.58 - 1.37)	
	死別	10.4		1.10 (0.72 - 1.67)	
	離別	18.4		1.47 (1.00 - 2.17)	
地区	A	11.6	$\chi^2=1.31$ NS	1.00	
	B	11.7		1.03 (0.78 - 1.36)	
	C	13.2		1.18 (0.89 - 1.57)	
	D	12.2		1.10 (0.85 - 1.42)	

%は無回答者を除いて計算した割合

ストレスなどがある時の対処方法（複数回答）としては、考え方を切り替える、人と話をする、趣味や運動に打ち込む、まわりの人やくわしい人に相談する、などが多かった（図 2 9）。ただし男性では、「人と話す」という回答は、内閣府調査や三戸町の調査よりも少ないようだった（これらの調査では男女とも 40～60 歳代で 33～40%）。他方、「お酒を飲む」（14.4%）、「じっと耐える」（8.5%）といった、適切とは言えない対処方法を答えた人もいた。これらの値は保健福祉動向調査と大差なかったが、内閣府調査や三戸町の調査よりはやや少なかった。

「考え方を切り替える」「人に話す」「人に相談する」「買い物」「食べる」といった回答は、女性に多かった。

「お酒を飲む」という対処は圧倒的に男性に多く、また年齢が低いほど多かったほか、

性別や年齢を調整してもなお、D 地区で有意に多かった（表 1 3）。

「じっと耐える」という回答の割合に性差や地区差はなかったが、年齢が低い人ほどこの対処を取りやすいことが示された（表 1 4）。

ストレスを経験した時の相談相手（複数回答）としては、家族や友人知人が圧倒的に多かったが、中には「相談したいがためらっている」（つまり現に相談したいことが実はある）3.1%、「相談したいが相談先がわからない・相手がいない」2.7%などという、心配な状況にある回答者もいた（図 3 0）。両者を合わせ「相談したいが相談できずにいる」人として見ると、年齢が低い人や離別群で多いほか、C 地区でも多いことが明らかになった（表 1 5）。

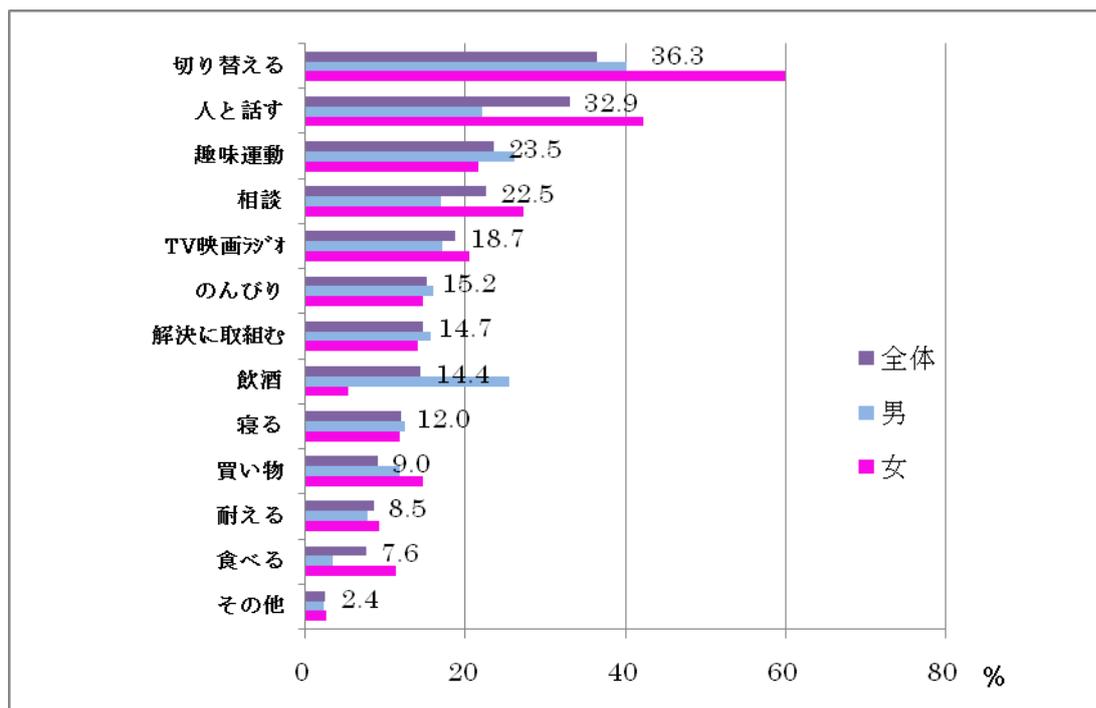


図29 ストレスへの対処方法

数字は男女全体の%

表13 ストレスがあるときお酒を飲む人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	25.4	$\chi^2=363.24$ p<0.001	1.00	
	女	5.3		0.15	(0.12 - 0.19)
年齢	40-44	20.8	$\chi^2_{MH}=108.75$ p<0.001	4.56	(3.09 - 6.73)
	45-49	20.6		4.18	(2.88 - 6.06)
	50-54	19.1		3.75	(2.64 - 5.32)
	55-59	20.2		3.62	(2.62 - 5.00)
	60-64	12.9		2.14	(1.53 - 3.00)
	65-69	9.1		1.31	(0.90 - 1.90)
	70-74	7.2		1.00	
婚姻	既婚	15.2	$\chi^2=17.83$ p=0.001	1.00	
	未婚	13.3		0.49	(0.33 - 0.74)
	死別	7.4		1.34	(0.85 - 2.12)
	離別	18.3		1.06	(0.72 - 1.55)
地区	A	13.0	$\chi^2=8.09$ p=0.044	1.00	
	B	13.2		1.08	(0.83 - 1.40)
	C	14.7		1.15	(0.88 - 1.50)
	D	16.5		1.41	(1.12 - 1.78)

%は無回答者を除いて計算した割合

表14 ストレスがあるときじっと耐える人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	7.8	$\chi^2=2.23$ NS	1.00	
	女	9.1		1.15 (0.92 - 1.42)	
年齢	40-44	13.3	$\chi^2_{MH}=56.8$ p<0.001	4.85	(2.98 - 7.91)
	45-49	12.3		4.39	(2.71 - 7.08)
	50-54	11.4		3.97	(2.51 - 6.26)
	55-59	10.4		3.55	(2.29 - 5.49)
	60-64	8.3		2.71	(1.74 - 4.23)
	65-69	6.6		2.12	(1.33 - 3.39)
	70-74	3.3		1.00	
婚姻	既婚	8.6	$\chi^2=1.53$ NS	1.00	
	未婚	7.9		0.73 (0.45 - 1.20)	
	死別	7.7		1.34 (0.86 - 1.08)	
	離別	10.5		1.08 (0.69 - 1.70)	
地区	A	8.2	$\chi^2=1.91$ NS	1.00	
	B	8.7		1.07 (0.79 - 1.44)	
	C	9.5		1.20 (0.88 - 1.63)	
	D	7.9		1.01 (0.76 - 1.34)	

%は無回答者を除いて計算した割合

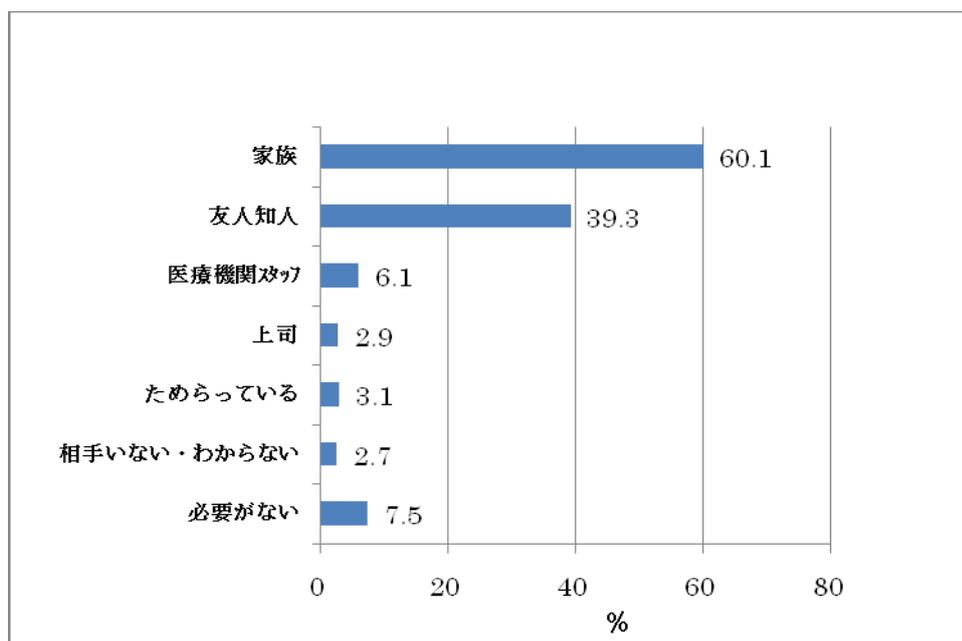


図30 ストレスの相談相手

表15 相談したいが「ためらっている・相談先がわからない・相手がいない」人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	5.5	$\chi^2=0.02$ NS	1.00	
	女	5.4		0.98 (0.75 - 1.28)	
年齢	40-44	6.9	$\chi^2_{MH}=13.2$ $p=0.001$	2.16	(1.22 - 3.84)
	45-49	6.3		1.97	(1.23 - 3.44)
	50-54	7.5		2.43	(1.48 - 4.00)
	55-59	5.6		1.78	(1.09 - 2.89)
	60-64	6.5		2.10	(1.32 - 3.36)
	65-69	4.2		1.32	(0.78 - 2.24)
	70-74	3.2		1.00	
婚姻	既婚	5.1	$\chi^2=8.56$ $p=0.036$	1.00	
	未婚	7.5		1.31	(0.78 - 2.19)
	死別	5.3		1.25	(0.75 - 2.20)
	離別	9.1		1.67	(1.03 - 2.72)
地区	A	5.5	$\chi^2=11.03$ $p=0.012$	1.32	(0.89 - 1.86)
	B	4.1		1.00	
	C	7.5		1.88	(1.26 - 2.82)
	D	5.0		1.23	(0.83 - 1.83)

%は無回答者を除いて計算した割合

悩みやストレスを相談するのは恥ずかしいことか、という質問に対して「そう思う」「どちらかといえばそう思う」という肯定的な回答は18%見られた(図3-1)。「そう思う」という回答は内閣府調査よりやや多かった

(年齢別に見ても同じ)。このような回答は、自殺率が高いC・D地区で有意に多かったが、性・年齢、婚姻状況といった個人属性との関連はみられなかった(表1-6)。

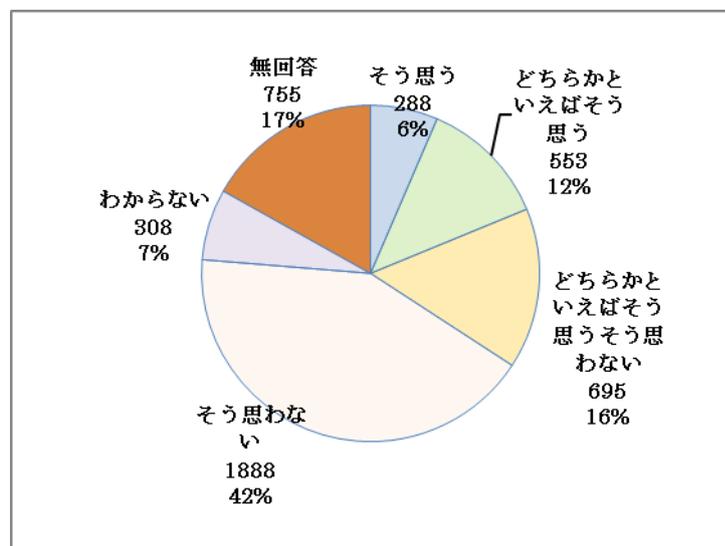


図3-1 悩みやストレスを人に相談するのは恥ずかしいことか

表1-6 悩みやストレスを人に相談するのは恥ずかしいという人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	26.8	$\chi^2=31.80$ $p<0.001$	1.00	
	女	19.0		0.64	(0.55 - 1.75)
年齢	40-44	20.2	$\chi^2_{MH}=1.55$ NS	1.00	
	45-49	22.4		1.09	(0.76 - 1.57)
	50-54	22.0		1.07	(0.76 - 1.51)
	55-59	21.7		1.03	(0.74 - 1.42)
	60-64	23.4		1.17	(0.85 - 1.61)
	65-69	23.0		1.11	(0.79 - 1.54)
	70-74	23.7		1.15	(0.83 - 1.59)
婚姻	既婚	22.4	$\chi^2=0.22$ NS	1.00	
	未婚	21.5		0.91	(0.63 - 1.30)
	死別	21.7		1.05	(0.77 - 1.43)
	離別	21.5		0.93	(0.64 - 1.33)
地区	A	22.0	$\chi^2=10.76$ $p=0.013$	1.21	(0.97 - 1.51)
	B	19.2		1.00	
	C	25.4		1.43	(1.13 - 1.82)
	D	23.9		1.32	(1.06 - 1.64)

%は無回答者を除いて計算した割合

3-7. 自殺に対する知識・態度

自殺に直接関連した質問については、「答えるのを負担に感じる方はお答えいただかなくてもかまいません」と但し書きを付けた。

自殺についての知識としては、4項目を質問した。「すでに知っていた」人の割合がもっとも高かったのは「死にたい気持ちは適切な支援によって変えられる」で、低かったのは「未遂者の多くは助かってよかったと答える」であった(図32)。前年度実施した大分県内事業所に対する調査で職場の衛生管理者・管理者等に質問した結果と比較すると、

これらの知識を有する人の割合は全体的に低く、特に自殺の前兆に関しては差が大きかった。これは一般住民よりも職場の管理者等のほうが、従業員の自殺の前兆に対して敏感になっているためかもしれない。

自殺企図の前兆の存在、希死念慮の両価性、未遂者の思いなどについては、高齢になるほど知られていないことや、知っている人がB地区やA地区に多いことが明らかになった(表17~19)。適切な支援により希死念慮は変えられるということも、高齢者ではよく知られていない一方、B・C地区ではよく知られていることが明らかになった(表20)。

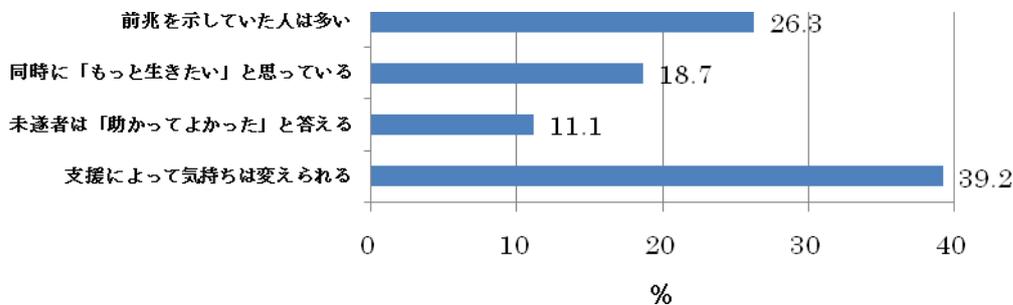


図32 自殺について知識を有する人の割合

表17 自殺者は前兆を示すことが多いと知っていた人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	25.6	$\chi^2=1.11$ NS	1.00	
	女	27.0		1.06	(0.93 - 1.22)
年齢	40-44	41.3	$\chi^2_{MH}=191.52$ $p<0.001$	4.81	(3.58 - 6.47)
	45-49	39.6		4.47	(3.37 - 5.94)
	50-54	35.2		3.62	(2.78 - 4.72)
	55-59	30.5		2.90	(2.26 - 3.72)
	60-64	23.9		2.05	(1.59 - 2.64)
	65-69	19.8		1.61	(1.24 - 2.11)
	70-74	13.8		1.00	
婚姻	既婚	27.2	$\chi^2=10.75$ $p=0.014$	1.00	
	未婚	27.9		0.76	(0.56 - 1.03)
	死別	19.2		0.99	(0.74 - 1.34)
	離別	28.3		0.90	(0.66 - 1.23)
地区	A	24.4	$\chi^2=10.57$ $p=0.015$	1.00	
	B	30.0		1.37	(1.13 - 1.65)
	C	24.8		1.04	(0.84 - 1.27)
	D	26.1		1.15	(0.96 - 1.38)

%は無回答者を除いて計算した割合

表18 自殺者は「できればもっと生きたい」と両価的な思いをもつことを知っていた人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	17.6	$\chi^2=3.35$ NS	1.00	
	女	19.7		1.15 (0.98 - 1.34)	
年齢	40-44	23.7	$\chi^2_{MH}=64.22$ p<0.001	2.36	(1.70 - 3.27)
	45-49	26.3		2.70	(1.98 - 3.67)
	50-54	23.4		2.29	(1.71 - 3.05)
	55-59	22.1		2.11	(1.61 - 2.76)
	60-64	17.0		1.51	(1.14 - 1.98)
	65-69	15.7		1.39	(1.04 - 1.85)
	70-74	12.2		1.00	
婚姻	既婚	19.1	$\chi^2=4.99$ NS	1.00	
	未婚	17.2		0.77 (0.54 - 1.09)	
	死別	15.0		0.97 (0.70 - 1.34)	
	離別	21.9		1.08 (0.77 - 1.51)	
地区	A	29.8	$\chi^2=8.51$ p=0.0362	1.20	(0.98 - 1.46)
	B	20.9		1.32 (1.07 - 1.63)	
	C	17.9		1.08 (0.86 - 1.35)	
	D	16.5		1.00	

%は無回答者を除いて計算した割合

表19 自殺未遂者の多くが「助かってよかった」と言うことを知っていた人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	12.2	$\chi^2=4.01$ p=0.046	1.00	
	女	10.3		0.83 (0.69 - 1.01)	
年齢	40-44	11.6	$\chi^2_{MH}=5.17$ NS	1.25	(0.83 - 1.89)
	45-49	12.8		1.40	(0.96 - 2.04)
	50-54	13.1		1.44	(1.02 - 2.03)
	55-59	12.3		1.33	(0.97 - 1.83)
	60-64	10.1		1.06	(0.77 - 1.47)
	65-69	11.1		1.20	(0.87 - 1.67)
	70-74	9.2		1.00	
婚姻	既婚	11.3	$\chi^2=5.33$ NS	1.00	
	未婚	10.4		0.86 (0.56 - 1.33)	
	死別	8.9		0.91 (0.60 - 1.34)	
	離別	15.1		1.37 (0.93 - 2.02)	
地区	A	12.3	$\chi^2=7.88$ p=0.049	1.34	(1.05 - 1.72)
	B	12.4		1.37 (1.05 - 1.78)	
	C	10.5		1.12 (0.84 - 1.49)	
	D	9.4		1.00	

%は無回答者を除いて計算した割合

表20 希死念慮は適切な支援で変えられると知っていた人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	38.6	$\chi^2=0.93$ NS	1.00	
	女	40.0		1.07 (0.95 - 1.21)	
年齢	40-44	43.9	$\chi^2_{MH}=45.42$ $p<0.001$	1.85	(1.42 - 2.41)
	45-49	49.1		2.30	(1.80 - 2.95)
	50-54	41.2		1.63	(1.30 - 2.05)
	55-59	42.5		1.72	(1.40 - 2.11)
	60-64	42.1		1.68	(1.37 - 2.06)
	65-69	36.4		1.34	(1.09 - 1.66)
	70-74	29.9		1.00	
婚姻	既婚	40.8	$\chi^2=11.3$ $p=0.010$	1.00	
	未婚	37.9		0.83	(0.62 - 1.07)
	死別	31.9		0.84	(0.66 - 1.08)
	離別	42.5		1.04	(0.79 - 1.38)
地区	A	35.7	$\chi^2=17.28$ $p=0.001$	1.00	
	B	43.1		1.37	(1.15 - 1.62)
	C	42.2		1.33	(1.11 - 1.59)
	D	37.8		1.13	(0.96 - 1.32)

%は無回答者を除いて計算した割合

自殺を容認する態度、自殺は仕方ないとするあきらめの態度、および自殺者本人の責任を問う態度について質問した結果を、図33にまとめた。各問とも無回答が3割前後で、7問すべてに無回答の人が1058人(23.6%)いた。無回答者の割合は内閣府調査よりはるかに高く、このこと自体が自殺問題に対する回答者のとまどいを示していると言えるかもしれない。

これらの結果を内閣府調査と比べると、「生死は本人の判断に任せるべき」とする回答はやや少なかったが、「責任を取って自殺することがあるのは仕方ない」「自殺は繰り返されるので周囲の人が止めることはできない」とする回答はやや多かった。今回の調査地区では自殺容認傾向がやや強いと言えるかもしれない。

こうした態度と性・年齢・婚姻状況・地区との関連を詳しく見ると(表21~27)、次のことが明らかになった。

1)「生きていればよいことがある」と思わない悲観的な態度や「自殺する人にはよほどつ

らいことがあったのだろう」と思わない“自殺者に同情しない態度”は、55~64歳でもっとも多かった。他方、「生死は本人の判断に任せるべき」「責任を取って自殺することがあるのは仕方ない」「自殺は繰り返されるので周囲の人が止めることはできない」「事情によっては自殺も許される」といった自殺容認や自殺者本人の責任を問う態度は、高齢の人ほど多く見られた。

2)自殺を容認する態度、自殺は仕方ないとするあきらめの態度、自殺者本人の責任を問う態度についてはいずれも、女性より男性が肯定的だった。

3)B地区に比べC・D地区(項目によってはA地区も)はこれらの態度に肯定的だった。

以上からわかるのは、男女別・年齢別・地区別に見て自殺率の高い集団と、自殺容認の態度、自殺は仕方ないとするあきらめの態度、自殺者本人の責任を問う態度が強い集団とは、かなりよく一致しているということである。

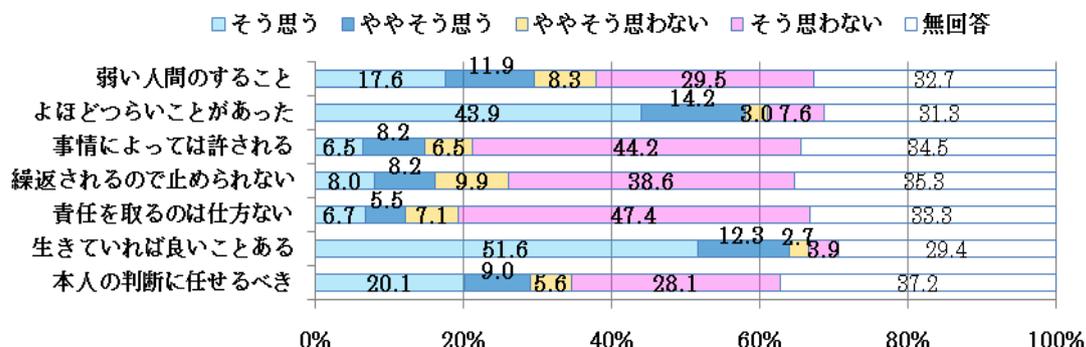


図33 自殺についての態度

表2-1 「生死は最終的には本人の判断に任せるべき」に「そう思う」「ややそう思う」と答えた人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	37.8	$\chi^2=38.70$ p<0.001	1.00	
	女	26.8		0.60 (0.51 - 0.71)	
年齢	40-44	26.8	$\chi^2_{MH}=10.76$ NS	1.00	
	45-49	30.9		1.09 (0.77 - 1.55)	
	50-54	28.9		0.98 (0.70 - 1.37)	
	55-59	34.1		1.26 (0.92 - 1.72)	
	60-64	33.3		1.22 (0.89 - 1.68)	
	65-69	30.3		1.02 (0.73 - 1.44)	
	70-74	36.5		1.37 (0.98 - 1.94)	
婚姻	既婚	31.5	$\chi^2=3.27$ NS	1.00	
	未婚	36.6		1.21 (0.85 - 1.84)	
	死別	32.5		1.21 (0.85 - 1.72)	
	離別	36.6		1.30 (0.92 - 1.84)	
地区	A	29.9	$\chi^2=8.73$ p=0.033	1.03 (0.82 - 1.30)	
	B	29.2		1.00	
	C	35.3		1.32 (1.03 - 1.68)	
	D	34.3		1.24 (0.99 - 1.55)	

%は無回答者を除いて計算した割合

表2-2 「生きていけばよいことがある」に「そう思わない」「ややそう思わない」と答えた人の割合

属性	カテゴリー	%	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	6.8	$\chi^2=7.65$ p=0.006	1.00	
	女	4.5		0.64 (0.47 - 0.88)	
年齢	40-44	4.7	$\chi^2_{MH}=1.10$ NS	1.36 (0.63 - 2.94)	
	45-49	3.7		1.00	
	50-54	5.4		1.61 (0.81 - 3.21)	
	55-59	6.1		1.84 (0.96 - 3.52)	
	60-64	6.9		2.10 (1.10 - 4.01)	
	65-69	6.4		1.85 (0.94 - 3.65)	
	70-74	4.7		1.30 (0.63 - 2.69)	
婚姻	既婚	5.3	$\chi^2=4.75$ NS	1.00	
	未婚	8.4		1.66 (0.92 - 2.99)	
	死別	7.1		1.56 (0.86 - 2.82)	
	離別	3.7		0.69 (0.30 - 1.59)	
地区	A	6.4	$\chi^2=2.10$ NS	1.34 (0.87 - 2.06)	
	B	4.8		1.00	
	C	5.4		1.12 (0.69 - 1.83)	
	D	5.7		1.19 (0.77 - 1.84)	

%は無回答者を除いて計算した割合

表23 「責任をとって自殺することは仕方ない」に「そう思う」「ややそう思う」と答えた人の割合

属性	カテゴリー	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	12.2 $\chi^2=12.97$	1.00	
	女	8.2 $p<0.001$	0.67	(0.53 - 0.86)
年齢	40-44	8.2 $\chi^2_{MH}=10.21$	1.11	(0.64 - 1.90)
	45-49	7.6 $p=0.002$	0.98	(0.58 - 1.66)
	50-54	7.3	1.00	
	55-59	10.4	1.40	(0.91 - 2.17)
	60-64	11.8	1.67	(1.08 - 2.57)
	65-69	10.4	1.38	(0.86 - 2.22)
	70-74	13.4	1.90	(1.20 - 3.00)
婚姻	既婚	10.3 $\chi^2=1.99$	1.00	
	未婚	9.9 NS	1.01	(0.59 - 1.74)
	死別	8.1	0.76	(0.42 - 1.33)
	離別	7.5	0.73	(0.40 - 1.35)
地区	A	11.1 $\chi^2=9.12$	1.68	(1.17 - 2.41)
	B	7.1 $p=0.028$	1.00	
	C	11.1	1.66	(1.13 - 2.44)
	D	10.9	1.61	(1.13 - 2.30)

%は無回答者を除いて計算した割合

表24 「自殺は繰り返されるので止めることはできない」に「そう思う」「ややそう思う」と答えた人の割合

属性	カテゴリー	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	14.7 $\chi^2=13.13$	1.00	
	女	10.3 $p=0.001$	0.67	(0.54 - 0.85)
年齢	40-44	5.3 $\chi^2_{MH}=53.16$	1.00	
	45-49	7.1 $p<0.001$	1.07	(0.58 - 1.98)
	50-54	9.1	1.40	(0.80 - 2.45)
	55-59	13.1	2.09	(1.24 - 3.52)
	60-64	13.2	2.14	(1.27 - 3.62)
	65-69	14.1	2.21	(1.28 - 3.81)
	70-74	22.4	3.88	(2.29 - 6.58)
婚姻	既婚	12.1 $\chi^2=4.35$	1.00	
	未婚	10.5 NS	1.05	(0.61 - 1.80)
	死別	17.1	1.32	(0.84 - 2.06)
	離別	10.9	0.97	(0.58 - 1.65)
地区	A	12.3 $\chi^2=5.84$	1.28	(0.92 - 1.78)
	B	10.1 NS	1.00	
	C	14.4	1.55	(1.10 - 2.19)
	D	13.0	1.33	(0.97 - 1.84)

%は無回答者を除いて計算した割合

表25 「事情によっては自殺も許される」に「そう思う」「ややそう思う」と答えた人の割合

属性	カテゴリー	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	11.9 $\chi^2=11.81$	1.00	
	女	8.1 $p=0.001$	0.67	(0.52 - 0.86)
年齢	40-44	6.6 $\chi^2_{MH}=23.81$	1.00	
	45-49	6.7 $p=0.001$	0.97	(0.53 - 1.80)
	50-54	8.0	1.17	(0.66 - 2.04)
	55-59	11.1	1.67	(0.99 - 2.81)
	60-64	11.4	1.78	(1.05 - 3.00)
	65-69	8.7	1.26	(0.71 - 2.24)
	70-74	15.4	2.46	(1.43 - 4.23)
婚姻	既婚	9.8 $\chi^2=0.02$	1.00	
	未婚	10.1 NS	1.13	(0.66 - 1.96)
	死別	9.8	0.97	(0.56 - 1.66)
	離別	9.6	1.00	(0.57 - 1.74)
地区	A	10.1 $\chi^2=5.00$	1.35	(0.95 - 1.95)
	B	7.9 NS	1.00	
	C	10.2	1.36	(0.93 - 2.02)
	D	11.2	1.49	(1.05 - 2.12)

%は無回答者を除いて計算した割合

表26 「自殺する人にはよほどつらいことがあったのだと思う」に「そう思う」「ややそう思う」と答えた人の割合

属性	カテゴリー	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	12.2 $\chi^2=3.71$	1.00	
	女	10.1 NS	0.77	(0.61 - 0.97)
年齢	40-44	8.6 $\chi^2_{MH}=0.01$	1.26	(0.73 - 2.18)
	45-49	10.2 NS	1.47	(0.89 - 2.43)
	50-54	11.5	1.64	(1.04 - 2.60)
	55-59	14.1	2.06	(1.35 - 3.15)
	60-64	11.8	1.68	(1.08 - 2.60)
	65-69	7.3	1.00	
	70-74	11.4	1.54	(0.97 - 2.45)
婚姻	既婚	11.0 $\chi^2=5.32$	1.00	
	未婚	6.9 NS	0.60	(0.32 - 1.13)
	死別	12.8	1.42	(0.89 - 2.26)
	離別	14.5	1.34	(0.85 - 2.13)
地区	A	11.5 $\chi^2=0.96$	1.15	(0.84 - 1.59)
	B	10.2 NS	1.00	
	C	11.5	1.13	(0.80 - 1.61)
	D	11.2	1.12	(0.81 - 1.53)

%は無回答者を除いて計算した割合

表27 「自殺は弱い人間のすること」に「そう思う」「ややそう思う」と答えた人の割合

属性	カテゴリー	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	29.3	$\chi^2=13.20$ $p<0.001$	1.00
	女	23.5		0.76 (0.64 - 0.91)
年齢	40-44	12.5	$\chi^2_{MH}=184.3$ $p<0.001$	1.00
	45-49	16.0		1.08 (0.70 - 1.67)
	50-54	14.3		0.95 (0.63 - 1.43)
	55-59	24.0		1.82 (1.25 - 2.64)
	60-64	26.8		2.14 (1.47 - 3.10)
	65-69	36.8		3.31 (2.26 - 4.85)
	70-74	48.4		5.15 (3.66 - 7.82)
婚姻	既婚	25.8	$\chi^2=9.01$ $p=0.029$	1.00
	未婚	22.0		1.18 (0.73 - 1.62)
	死別	35.0		1.12 (0.80 - 1.58)
	離別	25.0		1.17 (0.80 - 1.72)
地区	A	28.7	$\chi^2=7.5$ NS	1.43 (1.12 - 1.81)
	B	22.8		1.00
	C	25.5		1.21 (0.93 - 1.57)
	D	27.0		1.26 (0.99 - 1.60)

%は無回答者を除いて計算した割合

最後に、身近なひとから「死にたい」と打ち明けられたときの、とりあえずの対応について質問した。選択肢から一つ選ぶ形式の設問であったが、複数回答した人が多かったため、これを認める方式で集計した(図34)。理由を尋ねるという回答が最も多かったが(33.4%)、説得する(有効とは限らない)、叱る・励ます(うつ状態の人をかえって追い詰める危険あり)といった適切とは言えない回答も少なくなかった。話題を変えるというような回避的な回答も一部に見られた。叱る、励ます。話題を変えるという回答は、いずれも内閣府調査よりも多く見られた。

詳しく見ると、叱るという回答は男性に多く、高齢になるほど多かった(表28)。励ますという回答も高齢になるほど多かった

(表29)。話題を変えるという回答は、配偶者に死別された人に多かったほか、A・D地区にも多かった(表30)。

叱るという回答は、自殺は弱い人間のすること(表27)という回答にも通じるものがあるだろう。男性や高齢者に焦点を当てて、精神的に追い詰められた人の話を傾聴する方法についての啓発活動を検討することも、重要と思われる。ただし、配偶者というきわめて近い人の死を経験した死別群には、その辛い経験を思い出させる「死」という話題を回避したい傾向があることも推測される。このことは、自殺対策に関する広報啓発活動や教育活動において、同様の痛みを感じる人々への配慮が重要であることを示している。

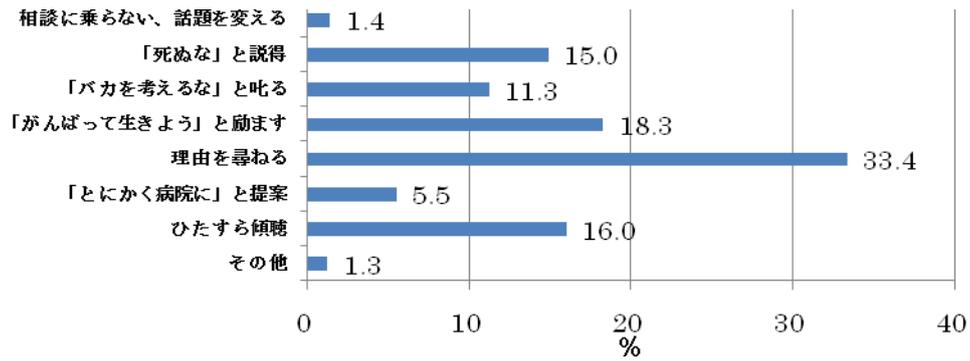


図3 4 身近なひとから「死にたい」と打ち明けられたときの対応

表2 8 「死にたい」と言われたら叱る人の割合

属性	カテゴリー	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	13.7 $\chi^2=21.40$	1.00	
	女	9.3 $p<0.001$	0.65	(0.54 - 0.79)
年齢	40-44	6.9 $\chi^2_{MH}=9.71$	1.00	
	45-49	8.8 $p=0.002$	1.29	(0.76 - 2.18)
	50-54	10.3	1.56	(0.96 - 2.52)
	55-59	13.0	1.98	(1.26 - 3.09)
	60-64	12.2	1.88	(1.20 - 2.95)
	65-69	10.4	1.56	(0.98 - 2.48)
	70-74	13.5	2.14	(1.37 - 3.34)
婚姻	既婚	11.4 $\chi^2=0.64$	1.00	
	未婚	10.0 NS	0.97	(0.62 - 1.51)
	死別	10.6	0.99	(0.68 - 1.44)
	離別	11.9	1.10	(0.72 - 1.68)
地区	A	11.3 $\chi^2=3.89$	1.11	(0.85 - 1.45)
	B	10.3 NS	1.00	
	C	13.1	1.28	(0.96 - 1.70)
	D	10.8	1.04	(0.79 - 1.35)

%は無回答者を除いて計算した割合

表29 「死にたい」と言われたら励ます人の割合

属性	カテゴリー	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	17.7 $\chi^2=1.34$	1.00	
	女	19.0 NS	1.07	(0.92 - 1.26)
年齢	40-44	15.0 $\chi^2_{MH}=29.39$	1.07	(0.72 - 1.59)
	45-49	13.5 $p<0.001$	1.00	
	50-54	14.0	0.96	(0.67 - 1.37)
	55-59	15.6	1.09	(0.78 - 1.51)
	60-64	20.7	1.53	(1.11 - 2.10)
	65-69	21.9	1.63	(1.18 - 2.25)
	70-74	21.9	1.61	(1.18 - 2.20)
婚姻	既婚	18.3 $\chi^2=8.49$	1.00	
	未婚	13.3 $p=0.037$	0.79	(0.53 - 1.16)
	死別	22.7	1.13	(0.86 - 1.43)
	離別	17.4	1.02	(0.70 - 1.45)
地区	A	17.1 $\chi^2=3.19$	1.00	
	B	18.8 NS	1.11	(0.89 - 1.37)
	C	17.7	1.03	(0.82 - 1.29)
	D	19.6	1.17	(0.96 - 1.43)

%は無回答者を除いて計算した割合

表30 「死にたい」と言われたら話題を変える人の割合

属性	カテゴリー	検定	調整オッズ比	95%信頼区間
性別	男	1.5 $\chi^2=0.02$	1.00	
	女	1.5 NS	0.89	(0.53 - 1.49)
年齢	40-44	0.3 $\chi^2_{MH}=1.83$	1.00	
	45-49	1.8 NS	6.95	(0.85 - 56.89)
	50-54	2.0	8.47	(1.08 - 66.11)
	55-59	1.0	4.40	(0.54 - 35.52)
	60-64	1.1	4.73	(0.59 - 37.73)
	65-69	1.7	6.69	(0.86 - 52.16)
	70-74	1.9	7.10	(0.93 - 54.41)
婚姻	既婚	1.3 $\chi^2=8.63$	1.00	
	未婚	2.1 $p=0.035$	1.58	(0.61 - 4.13)
	死別	3.0	2.13	(1.01 - 4.47)
	離別	0.5	0.32	(0.04 - 2.36)
地区	A	2.4 $\chi^2=16.53$	4.01	(1.55 - 10.41)
	B	0.7 $p=0.001$	1.20	(0.38 - 3.80)
	C	0.6	1.00	
	D	1.7	2.86	(1.08 - 7.58)

%は無回答者を除いて計算した割合

4. 考察

まず全体的な結果を見ると、今回の対象者における「人々の心が健全であることを阻むようなこころのバリア」の状況を全国調査や他地域における先行調査と比較した場合、社会的サポート得点が低いことが注目される。社会的サポート得点が低いということは、互いに助け合ったり精神的に支え合ったりすることが少ないということである。このことは、ストレスなどを経験したときに「人と話す」という男性が少なかったことにも、関係しているかもしれない。人々が大きなストレス要因に直面していない時には、社会的サポートの少なさがただちに心の健康問題を生じるわけではない。しかし、重大なストレス要因に直面している人では、社会的サポートを多くもっていることで「うつ状態」に至らずに済む、といった「緩衝効果」があることが知られている。ただし今回は限られた4地区での調査しかしていないことや、比較できる先行報告も沖縄や東北地方の限定された地域での資料であることから、社会的サポートの少なさが大分県全体の県民性を表していると性急に解釈すべきでなく、慎重に評価する必要がある。

また、身近な人から「死にたい」と言われたときに不適切な対応や無効な対応を選ぶ人も、全国と比べると多いように見える。これは、当面の自殺対策にも直結する重要な点だと思われる。すでにうつ状態にある人を励ましたり叱責したりすると、結果的に追い詰めてしまうという危険性は、近年しだいに一般の人々にも知られつつあるが、まだまだ啓発を図る必要があると言える。また、希死念慮を打ち明けられることは、聴く側にとっても一種の危機状況なので、話題をそらすという回避行動を選ぶ人がいることは理解できる。ここで、希死念慮の強さ・内容・背景などをもっと詳しく聴くことはもちろん重要なのだが、それ以上に啓発すべき点は、聴く側がこれを一人で受けとめる必要はないこと、希死念慮者の身近な人や専門家などの応援を求めて“みんなでその人を支えるネットワークを作る”必要があることであろう。こうしたことを多くの人々に効果的に伝えるには、マスコミの役割も重要である。

次に、調査結果を男女別にみると、多くの「こころのバリア」は女性より男性に多いことが明らかである。男性は女性に比べ、健診を受けている人こそ多いものの（職業を有す

る人が多いためだろう）、睡眠で休養をまったくとれていない人が多く、習慣的飲酒者が多く、特にストレス対処として飲酒する人が多く（これは一種の回避的対処であって、現実には大きな問題がある場合には問題の改善にまったくつながらない）、「日ごろよく話す人」「こころ安らぐ人」や社会的サポートが少なかった（これは従来も知られていたこと）。「ストレスなどが大いにある」という人は女性のほうが多いが（ただし、男性が「弱音を吐いてはいけない」などの思い込みからストレスを自覚できていないために、女性のほうが多く見えている可能性も否定はできない）、男性には女性に比べ自殺容認傾向が強く、自殺を本人の責任に帰する傾向が強く、希死念慮者に対して叱るという傾向も強かった（このような人は自分が死にたいと感じた時に「自分はダメな人間だ」と自罰的になる傾向もあるだろう）。これらの結果は、年齢を問わず男性の自殺が女性の3～4倍も多いという事実と、よく符合するようにみえる。

一方、年齢と「こころのバリア」の関係をみると、項目によってパターンが異なることに気づく。今回対象とした年齢範囲（40～74歳）では、多くの「こころのバリア」は年齢が低いほど高頻度でみられた。つまり、健診を受けたことがない、習慣的飲酒、ストレスが大いにある、「日ごろよく話す人」「こころ安らぐ人」や社会的サポートが少ない、「相談したいことがあるがためらっている」「相談相手がいない」などの孤立傾向、ストレスなどを経験した時「じっと耐える」「飲酒する」など回避的対処を選ぶ、「死にたい気持ちは適切な支援により変えられる」と思わない、などである。また、45～54歳付近の中年期に多い「こころのバリア」は、睡眠で休養をとれていない、「死にたいと言われたら話題を変える」の二つであり、55～64歳では生きることへの悲観的な態度や、“自殺者に同情しない態度”が多くみられた。高齢になるほど多くみられた「こころのバリア」は、健康状態がよくない、自殺企図には前兆があることを知らない、自殺容認の態度、自殺者本人の責任を問う態度、「身近な人から死にたいと言われたら叱る・励ます」、といったことであつた。日本では男女とも高齢の自殺率が高く、かつ男性では50歳代でも自殺率が高い、という年齢パターンと、上記の要因の年代差とは、何らかの関係があるのではない

かと思われる。

また、婚姻状況と「こころのバリア」との関係を見ると、総じて「こころのバリア」が少ないのが既婚群であった。未婚群では、健診を受けていない人や習慣的飲酒者が多く、「日ごろよく話す人」「こころ安らぐ人」が少なかった。ただし、ストレスなどを経験した時「飲酒する」人は少なかった。死別群では、睡眠で休養をとれていない人や、「死にたいと言われたら話題を変える」人が多く、身近な人の死という悲嘆体験の影響が推察された。離別群では、健康状態がよくない人、健診を受けていない人、ストレスが大いにある人が多く、「相談したいことがあるがためらっている」「相談相手がいない」などの孤立傾向も多くみられた。これらの結果は、人口動態特殊統計において「無配偶者は有配偶者よりも自殺率が高い」と報告されていることと一致する。

さらに、以上のような性・年齢・婚姻状況の影響を考慮に入れてもなお、「こころのバリア」には地区差が認められた。ただしその差は、性・年齢・婚姻状況による差に比べ小さかったことに、留意が必要である。自殺率が高いC・D地区で多くみられた「こころのバリア」は、趣味なし、習慣的飲酒、ストレスなどを経験した時「飲酒する」という回避的対処、「相談したいことがあるがためらっている」「相談相手がいない」などの孤立傾向、悩みやストレスがあるとき人に助けを求めたり相談したりするのは恥ずかしいという態度、希死念慮の両価性（ほんとうは生きていたい）や自殺企図者の思い（助かってよかった）に関する知識を欠く、自殺容認ないし「あきらめ」の態度（仕方ない、止められない、場合によっては許される）、および「身近な人から死にたいと言われたら話題を変える」という態度であった。反対に「こころのバリア」がもっとも少なかったのがB地区で、B地区に比べればA地区でさえも、趣味なし、「日ごろよく話す人」「こころ安らぐ人」がいない、希死念慮に関する知識を欠く（企図前に前兆がある／希死念慮は支援により変えられる、と知らない）、自殺容認の態度、「死にたいと言われたら話題を変える」という態度、といった「こころのバリア」は相対的に多くなっていた。C・D地区の特徴を見ると、自殺率が相対的に高い地域では、

不適切な飲酒行動、ストレス要因に直面しても助けを求められない傾向（恥の意識）、希死念慮や自殺企図者の思いに関する誤解（知識不足）、自殺容認の態度、などの「こころのバリア」が、自殺を促進する要因として作用している可能性が疑われる。

以上から総合的に考察すれば、コミュニティにおける自殺対策として、適正飲酒に関する教育、困難なときに助けを求めることは恥ではないというキャンペーン、追い込まれた心理状態の人に対する傾聴と援助のネットワークづくりの方法の啓発、自殺をめぐる心理に関する正しい知識の啓発、そして自殺容・「自殺は仕方ない」とするあきらめ・「自殺を本人の責任に帰する」態度などが「責任を回避したいわれわれの防衛機制に由来する」と気づくためのキャンペーン、などが有効なのではないかと推測される。言い換えれば、さまざまなストレスの原因をすべて取り除くことはできないが、それよりも、ストレスはあるけれど「それでも何とか生きていける」ようなセーフティネットづくりの視点が重要なのではないかと、ということである。そうした対策の進展により「自殺を本人や家族の責任に帰する態度」が弱くなるのであれば、それは遺族支援という観点からも有意義である。これらのアクションは、男性、高齢者あるいは中年世代、無配偶者、自殺率が高い地域、といった対象者の特性別に実施されることが望ましい。

こうしたコミュニティアプローチによる自殺対策を推進するためには、行政やコミュニティでリーダーシップを有する人が、自殺対策重視の方針を表明することが重要である。ただし、このための新しい事業や活動を始めるというよりも、従来から行われてきた施策や活動（健康教育、高齢者等の生きがいづくり、地域づくり、福祉ネットワークづくり、など）の中に、上記の視点を取り込むことが現実的であろう。そのためには、行政担当者や地域・職場・学校などのキーパーソンが自殺と自殺対策について正しい理解をもち、「こういうことならば自分たちにもできる」という手応えをつかむことが必要である。さらに、地域全体に自殺対策という観点を浸透させるために、マスコミが果たし得る役割も重要である。

謝辞

本調査の実施にあたっては、各地域の自治会長、民生児童委員、まちづくり協議会の方々、および保健所・市町村の関係職員のご協力をいただきました。また、調査の企画に関しては大分県精神保健福祉センターのスタッフから、貴重なご助言をいただきました。ここに記して謝意を表します。

6. 自殺についての次の説明で、すでに知っていたものすべてに○をつけてください。

- ア) 自殺後に振り返ってみると、自殺の前兆(サイン)を示していた人は多い
- イ) 自殺をする人の多くは、同時に「できればもっと生きたい」と思っている
- ウ) 自殺未遂した人の多くは「助かってよかった」と答える
- エ) 自殺を考えている人の「死にたい気持ち」は、適切な支援によって変えられる

7. もしも身近な人から「死にたい」と打ち明けられたとき、まずはどのように対応しますか。
以下の中で、あなたのお考えに近いもの一つだけに○をつけてください。

- ア) 相談に乗らない、もしくは、話題を変える
- イ) 「死んではいけない」と説得する
- ウ) 「バカなことを考えるな」と叱る
- エ) 「がんばって生きよう」と励ます
- オ) 「なぜそのように考えるのか」と理由を尋ねる
- カ) 「とにかく病院に行ったほうがいい」と提案する
- キ) ひたすら耳を傾けて聞く
- ク) その他()

以上でおしまいです。ご協力ありがとうございました。

この調査の集計結果については、いずれ各地域に報告させていただきます。もしもこの調査についてご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせください。

大分県立看護科学大学・精神看護学研究室 (担当者) 影山隆之
〒870-1201大分県大分市廻栖野2944-9
Tel. 097-586-4416 (直) Fax. 097-586-4383 (直)
E-mail: kageyama@oita-nhs.ac.jp

統計用語の解説

有意、検定

統計学では、ある集計結果が偶然生じる確率を計算し、確率が一定水準（たとえば5%）より小さい場合に「それは偶然生じた結果ではなく、わけがあって生じたのだろう」と推論する。たとえば、男女で「ストレスが大いにある」という訴え率に差があり、これが偶然生じた差ではないと推論されたとき、これを「有意差」と言う。このような推論作業を統計検定と言い、検討したい事象によりさまざまな方法を用いる。事象が偶然生じる確率は p という記号で表記される ($p=0.050$ とは偶然生じた確率が5%ということ)。

カイ 2 乗 (χ^2) 検定

1つの条件(たとえば婚姻状況)で分けた複数の群の間で、ある事象(たとえば「ストレスが大いにある」)の発生率に有意差があるかどうかを検討するための、統計検定。

マンテルーヘンゼルの カイ 2 乗 (χ^2_{MH}) 検定

上の例で、複数の群に序列がある場合(たとえば年齢群)、年齢が高くなるほど発生率が上昇(低下)するというような一定傾向があるかどうかを検討するための、統計検定。

分散分析、t 検定

複数の群の間で、ある指標の平均値に有意差があるかどうかを検討するための、統計検定。群分けの条件は2つ以上あってもよい(たとえば男女別×地区別)。2群間の比較では簡略化したt検定という方法も使われる。

多重ロジスティック解析

複数の条件で(たとえば男女、年齢群、および婚姻状況別に)ある事象の発生率に有意差があるかどうかを同時に検討するための統計検定の方法の一つ。たとえば年齢・婚姻状況の影響を差し引いて、男女差のみの検定ができる。

オッズ比

上の方法では、ある群(たとえば男)を基準とした時に、別の群(たとえば女)における発生率が1倍よりも大きいかどうかに関心がある(1倍とは発生率に差がないということ)。この「発生率の比」の表し方の一つが、オッズ比(訳せば見込み比)。

95%信頼区間

「収集したデータは一種のサンプル(標本)である」と考えれば、得られた平均値やオッズ比は「真の値」から少しだけずれているかもしれない。ここで、得られた値と「真の値」とのずれの大きさについては、統計学的に見積もり可能であり、「真の値」がこの範囲に存在する確率は95%である、といった推論ができる。この範囲のことを95%信頼区間と言う。

標準化死亡比 (SMR)

全国の性・年齢別死亡率(通常は人口10万人あたりの年間死亡数で表す)を、ある地域の性・年齢別人口に当てはめると、その地域での年間死亡数を予測できる。実際の死亡数が上の予測値(期待値)の何%であるか、を標準化死亡比と言う。これが100より大きい場合には、予測値を上回る死亡数が観察されたのだから、死亡率が全国水準より高かったということになる。

平成20年度 大分県自殺実態基礎調査 報告書

平成21年3月

大分県福祉保健部障害福祉課 精神保健福祉班

Tel. 097-506-2733 Fax. 097-506-1740

実施・集計担当 大分県立看護科学大学

(精神看護学研究室 影山隆之)

Tel. 097-586-4416 Fax. 097-586-4383

メールアドレス kageyama@oita-nhs.ac.jp