

静岡県における自殺死亡の地域格差および社会生活指標との関連

クボタ アキオ 久保田 晃生*1*5 ナガタ ジュンコ 永田 順子*2 スギヤマ マスミ 杉山 眞澄*3 フジタ マコト 藤田 信*4

目的 本研究の目的は、自殺死亡の低率県である静岡県内の自殺死亡の地域格差について確認するとともに、自殺死亡に関連する社会生活指標を検討し、今後の静岡県における自殺予防施策の基礎資料を得ることとした。

方法 静岡県内における男女別の自殺死亡標準化死亡比（SMR）（1999～2003年）をマップ化して、地域格差を確認した。また、地域の社会生活指標を収集し、自殺死亡 SMR との関連について、主成分分析および重回帰分析を行い検討した。

結果 静岡県内の自殺死亡 SMR は、男女とも同様の分布を示し、市よりも町の方が高い値を示した。また、女性では自殺死亡 SMR が200を超える地域が3町あり、男性より地域間の格差が認められた。本研究の社会生活指標を主成分分析した結果、第1主成分は都市化の程度を分ける指標、第2主成分はサービス産業と生活の豊かさを分ける指標として解釈された。さらに、自殺死亡 SMR を加えた分析においても、因子構造は同様であった。自殺死亡 SMR を目的変数に、社会生活指標を説明変数に用いた重回帰分析を行った結果、男性では「小売店数（人口千対）」、女性では「離婚率（人口千対）」「第二次産業就業者比率（％）」「健康相談延べ人数（人口千対）」が選択された。このうち、自殺死亡 SMR との単相関では、男性の「小売店数（人口千対）」のみ、有意な正の相関を認めた。

結論 静岡県の自殺死亡 SMR は、男女とも都市化の程度が影響することが示唆された。この状況は、秋田県、岐阜県との報告と同様であり、自殺予防には過疎地域への働きかけが重要であると考えられた。

キーワード 自殺、標準化死亡比、社会生活指標、地域格差

I はじめに

日本における自殺死亡数は、1990年代途中までは毎年2万人前後であったが、1998年に急増し3万人を超えた¹⁾²⁾。静岡県においても同じ傾向にあり、1990年には627人だった自殺死亡数が、2003年には786人へと25%増加した。また、2003年の静岡県の自殺死亡数は、交通事故死亡数(376人)の2倍以上であった³⁾。これらの

ことから、自殺死亡者を減少させることにつながるための調査研究の実施は極めて意義があると考えられた。

その一方で、静岡県は、野原ら⁴⁾が計算した1981年から2000年の男女別都道府県別の自殺死亡標準化死亡比（Standard mortality rate：以下、SMR）では（全国を基準＝1）、下位3県（静岡県の男性＝0.87、女性＝0.82、神奈川県男性＝0.83、女性＝0.88、奈良県の男性＝

*1 静岡県総合健康センター健康科学課研究副主任 *2 同研究主査 *3 同研究主幹 *4 同健康科学課長

*5 九州保健福祉大学大学院（通信制）社会福祉学研究科博士課程

0.82, 女性=0.92)に含まれていた。また、2000年の自殺死亡の年齢調整死亡率に関しても、26.1人(人口10万対)と全都道府県の中で下から6番目であり⁵⁾、自殺死亡率の比較的低い地域であるといえる。そのためかも知れないが、

静岡県では、自殺死亡に関連する調査研究は、ほとんど認められていない。

他県では、秋田県⁶⁾と岐阜県⁷⁾(以下、秋田県、岐阜県の表記には文献の肩番号は省略する)において、市町村単位の自殺死亡SMRを

計算し、社会生活指標との関連について検討した報告がある。この両県の報告の共通点として、自殺死亡には都市化が影響を及ぼしている、すなわち、都市部の方が自殺死亡SMRは低い状況にあった。一方で、自殺死亡SMRに関連する社会生活指標は、必ずしも両県で同一の指標が説明されていなかった。具体的な例として、秋田県では男性の自殺死亡SMRに医師数が有意な負の相関($r = -0.25$, $p < 0.05$)を示したが、岐阜県では男性の自殺死亡SMRと医師数に関連が認められず($r = -0.129$, $p > 0.05$)、地域間で異なる結果を示した。このように、自殺死亡と関連を示す社会生活指標は、地域で異なる可能性が考えられた。そのため、調査研究の結果を、地域の効果的な施策につなげる基礎資料とするためには、その地域での分析が必要ではないかと考えられた。

また、秋田県は全都

表1 本研究および先行研究で取り上げた社会生活指標

分類	指標	単位	秋田県	岐阜県	岩手県 ²⁾	静岡	
							資料年
住環境	人口密度	人/km ²	○	○	○	○	2005年 ^{*1}
	離婚率	人口千対	○	○		○ ^{††}	2004年 ^{*1}
	水道普及率	%	○				
	市町村道路舗装率	%	○			○	2005年 ^{*1}
	乗用車保有台率	百世帯当たり	○ ^{††}	(人口1万対)		○	2005年 ^{*2}
	転入率	%	○				
	転出率	%	○				
	世帯部屋数	1世帯当たり		○			
	電力消費量	人口千対		○			
	世帯人員	1世帯当たり		○			
経済産業	人口	人			○		
	人口増加率	%			○		
	完全失業率	%	○	○ ^{†††}	○ ⁺	○	2000年 ^{*2}
	市町村民所得	人口1人当たり	○	○	○	○	2003年 ^{*2}
	第一次産業就業者比率	%	○		○	○	2000年 ^{*1}
	第二次産業就業者比率	%	○		○	○ ^{††}	2000年 ^{*1}
	第三次産業就業者比率	%	○		○ ^{††}	○	2000年 ^{*1}
	公債費比率	%	○				
	地方債現在高倍率	—	○				
	地方債現在残高	人口1人当たり				○	2004年 ^{*1}
	地方財政歳出額	人口1人当たり	○			○	2004年 ^{*1}
	市町村税収入額	人口1人当たり	○				
	小売店数	人口千対	○			○ ⁺	2002年 ^{*1}
	製造品出荷額	人口千対		○			
	商品販売額	人口百対		○			
	農業粗生産額	人口千対		○			
	農家総数	人口千対		○			
	農家所得	農家1戸当たり		○			
	内職者率	人口千対		○			
保健福祉	医師数	人口10万対	○ ⁺	○	○ ^{††}	○	2003年 ^{*2}
	保健師数	人口千対				○	2005年 ^{*1}
	医療施設数(病院・一般診療所)	人口10万対	○ (実数)	○ ^{†††}	○	○	2004年 ^{*1}
	老年人口比率	%	○		○		
	高齢者のいる世帯割合	%	○ ^{††}	○		○	2000年 ^{*1}
	高齢者単身世帯割合	%	○			○	2005年 ^{*1}
	国民健康保険診療費	被保険者1人当たり	○				
	生活保護法による保護率	人口千人当たり	○	○		○	2002年 ^{*2}
	ホームヘルパー数	65歳以上人口千人当たり	○			○	2003年 ^{*2}
	老人クラブ加入率	%/60歳以上人口		○		○	2003年 ^{*2}
	要介護認定率	%				○	2004年 ^{*1}
	健康相談延べ人数	人口千対		○ ⁺		○ ^{††}	2003年 ^{*3}
	基本健康診査受診率	%		○ ⁺		○	2003年 ^{*3}
	民生委員数	人口10万対		○			
	総病床数	人口10万対			○ ^{††}		
	酒量	年間1人当たり(L)			○		
分析市町村数等 関連因子の選択手法			69市町村 重回帰分析	99市町村 重回帰分析	13の二次医療圏 相関	43市町 重回帰分析	

注 1) †は、自殺死亡SMRとの関連が認められた指標(†…男性のみ関連, ††…女性のみ関連, †††…男女で関連)

2) 二次医療圏および隣接する県の二次医療圏による分析である。

資料 ※1…静岡県総務部市町村総室ほか、市町村の指標—平成17年度—, 2006。

※2…静岡県統計センターしずおか資料 (<http://toukei.pref.shizuoka.jp/tokei/index.asp>)

※3…厚生労働省統計表データベース (<http://www.dhtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>)

道府県の中で自殺死亡率の高い地域であり、岐阜県は全国平均の水準にある地域と、それぞれの報告で述べられていた。静岡県は、前述の通り、自殺死亡率の低い地域である。そのため、自殺死亡率の低い地域、中程度の地域、高い地域ととらえて、関連する社会生活指標等を比較することは、意味があるのではないかと考えられた。

以上より、本研究の目的は、自殺死亡の低率県である静岡県内の自殺死亡の地域格差について確認するとともに、自殺死亡に関連する社会生活指標を検討し、今後の静岡県における自殺予防施策の基礎資料を得ることとした。

Ⅱ 資料と方法

静岡県の自殺死亡の年次推移について概観するため、静岡縣市町別健康指標Ⅹ³⁾より、1965年から2000年までの5年おきの年齢調整死亡率を引用した。同様に、静岡県の男女別市町別の自殺死亡SMRを引用した。この指標では、1999年から2003年の5年間に於ける静岡県内の自殺死亡者の状況がまとめられているとともに、男女別市町別の自殺死亡SMR（静岡県を基準＝100）の値が計算されている。この男女別自殺死亡SMRから、静岡県マップを作成し、自殺死亡SMRの地域格差を明らかにした。

次に、官庁統計資料より、静岡県の市町別に把握することが可能な23項目の社会生活指標を準備し、自殺死亡SMRとの関連を検討した。社会生活指標の内訳は、表1のとおりで、大きく住環境関連（4項目）、経済産業関連（8項目）、保健福祉関連（11項目）の合計23項目とした。なお、静岡県内では、市町の合併が進め

られているため、本研究で分析した静岡県内の市町は、2006年4月1日現在の43市町とした。静岡縣市町別健康指標Ⅹで把握している自殺死亡SMRは既に43市町のものであるため、そのまま利用した。社会生活指標に関しては、一部のデータが43市町ではなかったため、43市町となるように合併市町村間で再計算し利用した。

社会生活指標と自殺死亡SMRとの関連について、主成分分析および重回帰分析を行い検討した。主成分分析は、まず、社会生活指標の相互の因子構造を確認するため、社会生活指標のみで行った。その際、固有値1.5以上の因子を抽出し、主成分分析の結果は、バリマックス回転後の因子付加量とした。さらに、自殺死亡SMRがいかなる因子構造と関連しているかを確認するため、社会生活指標に自殺死亡SMRを加えた24項目の主成分分析を男女別に行った。その際、分析の条件は同様とした。一方、重回帰分析は、ステップワイズ法を用い、男女の自殺死亡SMRを目的変数に、社会生活指標を説明変数として行った。なお、主成分分析、重回帰分析ともに、静岡県の43市町では、その数の少なさから厳密な検討が困難であると考えられたが、今回は秋田県、岐阜県の報告との比較も行うため同様の手法を用いた。これらの統計処理はSPSS for Windows ver.10.0を使用した。

Ⅲ 結 果

図1には、静岡県の自殺死亡における年齢調整死亡率の年次推移を示した。静岡県の年齢調整死亡率は、全国と同様の変化を示している。また、男性の1975年を除くすべての年において、静岡県は全国値を下回っていた。男女別にみると、男性では、1995年から2000年の間に、全国では21.3人（人口10万対、以下同様）から30.7人、静岡県では18.4人から26.1人へと、他の年に比べて大きく増加していた。女性では緩やかな減少傾向にあったが、1995年から2000年で増加していた（全国が9.3人から10.7人、静岡県では6.6人から7.7人）。しかし、男性に比べると、その増加率は低かった。

図1 自殺死亡の男女別年齢調整死亡率の年次推移

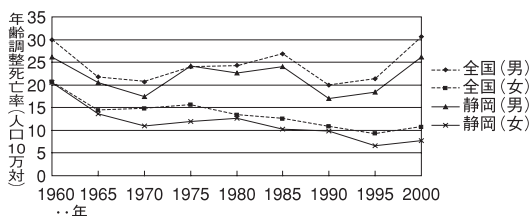


図2 静岡県男女別自殺死亡SMR (1999~2003年)

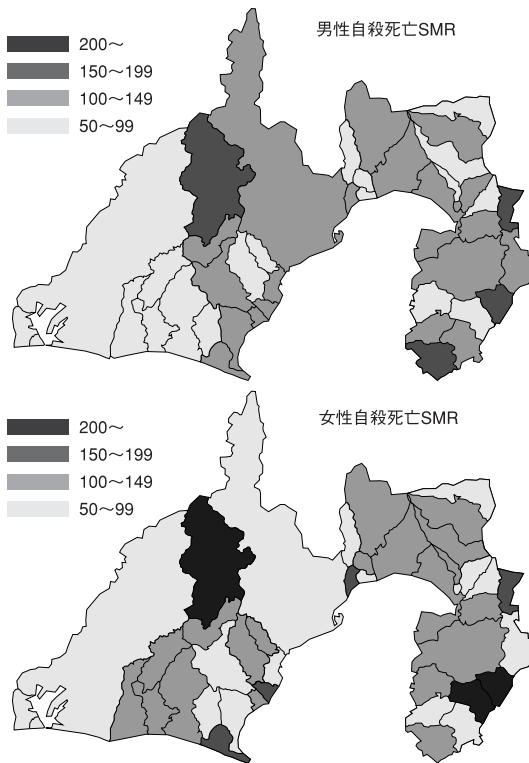


図2には、静岡縣市町別の自殺死亡SMRの分布を男女別にマップ化して示した。男女とも自殺死亡SMRの高い地域が同傾向にあった。さらに、男性では、女性よりも東高西低傾向が顕著であった。また、女性では、SMRの値が200を超えた町が3カ所あり、男性より県内格差が認められた。さらに、県内格差という点に関して、静岡県の全市と全町における男女別の自殺死亡SMRを表2に示した。男女とも自殺死亡SMRは、全市の方（男性99.7、女性97.3）が、全町（男性103.2、女性125.4）に比べて低い値であった。

表3には、23項目の社会生活関連指標の主成分分析による因子負荷量を示した。本研究における社会生活指標の23項目のもつ情報の58.2%は、第2主成分までで説明することができた。そして、第1主成分をX軸、第2主成分をY軸とした各指標の因子負荷量の関連を図3に示す。第1主成分の正の指標には、「高齢者のいる世

表2 全市および全町の男女別自殺死亡SMR

	観察死亡数	期待死亡数	SMR
全市（23市）			
男性	2 585	2 593.6	99.7
女性	872	902.3	97.3
全町（20町）			
男性	280	271.4	103.2
女性	120	95.7	125.4

表3 主成分分析結果

変数	第1主成分	第2主成分
人口密度	-0.744	0.122
離婚率	-0.644	0.346
市町村道路舗装率	-0.240	-0.307
乗用車保有台率	0.409	-0.632
完全失業率	-0.619	0.656
市町村民所得	-0.201	-0.605
第一次産業就業者比率	0.795	-0.168
第二次産業就業者比率	-0.132	-0.920
第三次産業就業者比率	-0.200	0.922
地方財政歳出額	0.843	0.121
小売店数	0.641	0.629
地方債現在残高	0.714	0.347
医師数	-0.468	0.384
保健師数	0.851	0.044
医療施設数	-0.174	0.719
高齢者のいる世帯割合	0.905	0.117
高齢者単身世帯割合	-0.071	0.927
生活保護法による保護率	-0.206	0.848
ホームヘルパー数	-0.328	0.561
老人クラブ加入率	0.696	-0.240
要介護認定率	0.016	0.106
健康相談延べ人数	0.714	-0.100
基本健康診査受診率	0.427	-0.038
固有値	7.1	6.3
寄与率（%）	30.7	27.5
累積寄与率（%）	30.7	58.2

帯割合」「保健師数」「地方財政歳出額」「第一次産業就業者比率」「健康相談延べ人数」等が分布した。静岡県において、これらの指標は、市より町の方が高い数値を示す指標であったことから、田舎化、過疎化と関連していると考えられ「都市化の程度を分ける因子」と解釈した。一方、第2主成分の正の指標には、「高齢者単身世帯割合」「第三次産業就業者比率」「生活保護法による保護率」「医療施設数」「完全失業率」等が分布したことから、「サービス産業と生活の豊かさを分ける因子」と解釈した。なお、社会生活関連指標に男性あるいは女性の自殺死亡SMRを加えた24項目での分析も、前述した因子構造を示した。そして、男女とも自殺死亡SMRは第1主成分に含まれていた。

表4に重回帰分析の結果を示した。男性の自

自殺死亡SMRでは、「小売店数」が、女性の自殺死亡SMRでは、「離婚率」「第二次産業就業者比率」「健康相談延べ人数」が有意に関連する指標として選択された。この指標と自殺死亡SMRの関連性を図4に散布図で示した。男性の自殺死亡SMRと「小売店数」の間には、有意な正の相関（Spearmanの順位相関係数、 $r = 0.50$, $P < 0.01$ ）が認められた。女性の自殺死亡SMRと「離婚率」「第二次産業就業者比率」「健康相談延べ人数」のSpearmanの順位相関係数は、それぞれ、0.24, -0.26, 0.19を示したが有意な相関ではなかった（なお、

図3 社会生活指標の因子負荷量

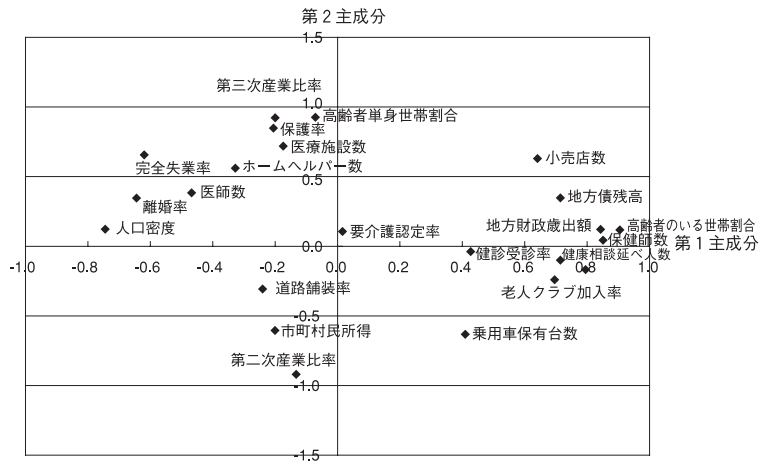
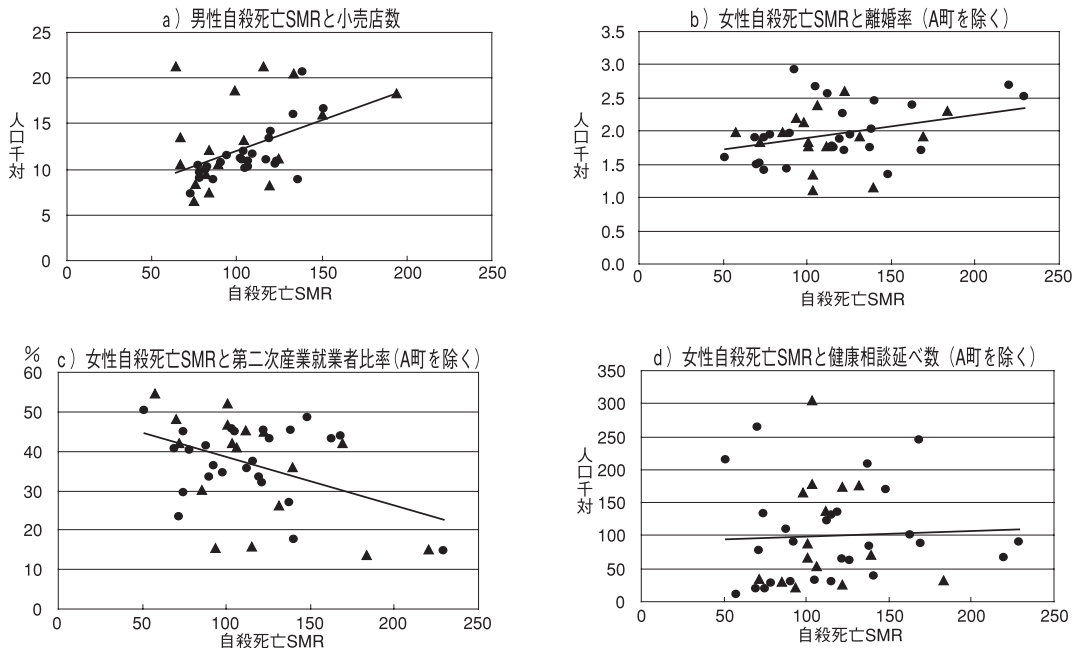


表4 重回帰分析結果

目的変数	選択された説明変数	標準偏回帰係数	t 値	有意水準
男性自殺死亡 SMR	小売店数	0.55	4.22	0.00
女性自殺死亡 SMR	離婚率	0.33	2.22	0.03
	第二次産業就業者比率	-0.36	-3.01	0.00
	健康相談延べ人数	0.73	5.10	0.00

図4 自殺SMR指標と重回帰分析で選択された指標の市町分布



注 ●=市, ▲=町

自殺死亡 SMR が、他市町よりも著しく高かった A 町を除いて計算した)。

Ⅳ 考 察

(1) 静岡県の自殺死亡状況

静岡県の自殺死亡状況について、年齢調整死亡率の年次推移で確認した。その結果、静岡県は、男女とも全国値よりもおおむね低い値で推移していた。自殺死亡率が高い地域である秋田県、自殺死亡率が中程度の岐阜県においても、年齢調整死亡率の年次推移は、全国の中での順位が同程度で推移している。自殺死亡の地域格差には、都市化の進展⁸⁾、貧しさ・ゆとり・田舎の因子の影響⁹⁾、産業構造の変化¹⁰⁾、家族関係の変化¹¹⁾といった社会生活要因が関連すると指摘されているが、静岡県、秋田県、岐阜県のような都道府県レベルで、本研究が検討した数十年の間に、それらの社会生活要因の状況が一変することは考えにくい。そのため、社会生活要因と関連するとされる自殺死亡にも変化が認められず、静岡県、秋田県、岐阜県の自殺死亡率の全国順位が、同程度に推移しているのではないかと考えられる。

次に、静岡県内の地域格差であるが、自殺死亡 SMR をマップ化した結果、男女とも自殺死亡 SMR の高い地域が同傾向にあった。この自殺死亡 SMR が高い地域は、市よりも町に多い傾向があったため、改めて市町別に自殺死亡 SMR を計算した。その結果、男性の自殺死亡 SMR、女性の自殺死亡 SMR とともに、町の方が市に比較して高い値であった。秋田県、岐阜県の報告においても、村町の方が市に比較して自殺死亡 SMR が高い傾向にあった。また、岩田¹²⁾は、大都市から離れたところに、自殺死亡の集積性が認められることを報告している。これらのことから、自殺死亡率の低い地域である静岡県においても、自殺死亡には都市化の影響が認められ、都市化の程度が低い方が、自殺死亡が多くなると考えられた。

(2) 社会生活指標

本研究で採択した社会生活指標は、秋田県、岐阜県、岩手県(岩手県のみ、2次保健医療圏域)を参考とした。特に本研究では、自殺死亡率の高い地域である秋田県の研究で採択された社会生活指標と、先行研究で自殺死亡 SMR との関連が認められた指標を可能な限り取り入れて分析した。また、先行研究で自殺死亡 SMR との関連の認められた指標が、保健福祉関連で多く認められたこと、自殺の動機に関する報告²⁾で「病苦」が最も多いことから、保健福祉関連で市町別に把握できる指標を増やして分析に用いた。これらの社会生活指標は、いずれも巨視的なものであると考えられるが、他の研究でも採択されている指標である。そのため、県内の市町の現況について、包括的に把握する上では、有効な指標ではないかと考えられた。

この社会生活指標の因子構造を解釈するため、主成分分析を行った。その結果、本研究で用いた社会生活指標は、「都市化の程度を分ける因子」と「サービス産業と生活の豊かさを分ける因子」の2因子構造にあると考えられた。また、2つの因子に含まれる指標の市町の数値を概観すると、「都市化の程度を分ける因子」の指標の数値は、町の方が市と比較して高い傾向にあり、「サービス産業と生活の豊かさを分ける因子」の指標の数値は、市の方が町と比較して高い傾向を示した。そのため、この2因子は、広い意味で市と町の違いを分ける、都市化の程度を示す因子と解釈することができるものと考えられた。秋田県、岐阜県における社会生活指標の解釈も、都市化に関連する因子からなるとしているが、本研究で採択した社会生活指標は、先行研究を参考としているため、同様な因子構造が認められたのではないかと考えられた。

(3) 自殺死亡 SMR と社会生活指標との関連

自殺死亡 SMR と社会生活指標との関連について、重回帰分析を行った結果、男性の自殺死亡 SMR では、「小売店数」が選択されるとともに、自殺死亡 SMR とは中程度の有意な相関が認められた。「小売店数」と自殺死亡が結び

つくのは奇異であると考えられるが、「小売店数」の値は、どのような規模の小売店であっても一店に数えられることから、それぞれの人口の大きさが影響を及ぼし、静岡県では、市の方が低く、町の方が高い傾向となっていた。したがって、「小売店数」に関しては、都市化の程度が間接的に現されたと考えられる。本研究と同様の社会生活指標を用い、同様の分析方法を行った秋田県の男性では「医師数」が、岐阜県の男性では「完全失業率」「医療施設数」「健康相談延べ人数」が、自殺死亡 SMR に関連する指標として選択された。秋田県、岐阜県では、静岡県と異なる指標が選択されたものの、その解釈は、都市化の程度を示す指標が選択されたとし、本研究と同様であったと考えられる。なお、選択された社会生活指標が異なった点に関しては、本研究の範囲内で言及することは困難であるが、用いた社会生活指標の項目数の違いや、3県の社会生活指標の数値に特徴や偏りがあった可能性などが考えられる。

一方、女性の自殺死亡 SMR は、重回帰分析の結果、「離婚率」「第二次産業就業者比率」「健康相談延べ人数」が選択されたが、有意な相関は得られなかった。秋田県の女性の自殺死亡 SMR の分析では、「高齢者のいる世帯割合」「乗用車保有台率」が選択され、有意な相関を得た。岐阜県の女性の自殺死亡 SMR の分析では、「医療施設数」「完全失業率」が選択された（相関については不明）。このように、秋田県、岐阜県で説明された社会生活指標は異なっていた。しかし、選択された指標は、市と町村で一定の傾向があり、総じて都市化の程度を示す指標として解釈されていた。一方、静岡県の場合、有意な相関は得られていないことから、選択された社会生活指標の影響は少ないといえる。また、散布図から判断しても、静岡県で選択された社会生活指標は、市と町が混在し、明確な都市化が現されているとはいいがたい。

以上、自殺死亡 SMR と社会生活指標との関連について、分析された結果および先行研究の結果から述べた。静岡県の女性自殺死亡 SMR の分析で選択された社会生活指標を除く、多く

の社会生活指標の背景には、都市化が垣間見られ、都市化の程度を表す指標が選択されたとも考えられた。

（４）静岡県の自殺予防活動への提言

本研究で行った分析の結果、自殺死亡の多寡には、都市化の程度が影響を及ぼし、市よりも町の方が、自殺死亡 SMR が高い値を示した。そのため、静岡県においても秋田県や岐阜県での提案と同様に、都市化の程度が低い、過疎地域や農山部で自殺予防の活動を行う必要があろう。また、予防という視点ならば、ヘルスプロモーション的なアプローチ、すなわち行政、地域、個人、事業所などに、それぞれ役割を持たせて、自殺予防の取り組みを図ることが重要ではないかと考えられた。しかしながら、本研究で導き出された過疎地域への自殺予防活動の展開については、追加して述べておきたい点がある。本研究の結果は、現在の静岡県の市町保健センター等での自殺予防の基礎資料の1つとして活用されることを想定したため、2006年4月1日現在の市町区分による分析を行った。ここ数年間は、静岡県内の市町村間での合併が急速に進んだ（2000年の74市町村が2006年には43市町となった）ため、従来、村や町であった地域が合併し、市となる地域もあった。そのため、本研究で示された分析の枠組みでは、市の中の過疎地域の状況が埋もれてしまい、自殺死亡を市の課題として考える必要性が低いと判断される可能性も考えられた。実際、静岡県総合健康センター¹³⁾が1998年に発行した1986年から1995年までの市町村別の自殺死亡 SMR をまとめた資料では、合併前の B 村が最も高い値を示した。B 村は、2005年に他市町と合併して C 市となっているため、今回の分析では、C 市の中に含まれていた。そのため、B 村地域の特徴が、数字上では、消えたとも考えられる。このようなケースは、静岡県内のいくつかの地域で認められていた。したがって、自殺死亡のように都市化の程度と関連を示すような課題については、市や町に混在する過疎地域にも当てはまる可能性があることを認識する必要がある。一方で、

そのような地域を把握するためにも、本研究で
使用した自殺死亡 SMR のデータや、社会生活
指標のデータなどに関して、詳細な区分による
分析が可能となるような情報の蓄積が望まれる。

次に、静岡県では、秋田県や岐阜県のように、
具体的な対策の立案につながるような社会生活
指標が男女ともに説明されなかった。このこと
は、都市化というキーワードは存在するものの、
静岡県でより効果的な自殺予防を展開していく
ためには、さらに詳細な自殺死亡に関する調査
研究を進めていく必要があるものと考えられた。
具体的には、静岡県内の自殺死亡の動機につい
て調査研究を実施すること、本研究で用いた社
会生活指標以外の指標を用いて分析を深めるこ
と、石川ら¹⁴⁾が行った自殺死亡の前向き研究の
ような手法を用い静岡県民を対象とした研究を
実施することなどが考えられた。そして、これ
らの研究蓄積によって、静岡県の自殺死亡の要
因を詳細に探究し、より効果的な自殺予防施策
の立案に結びつけていくことが、極めて重要で
あると考えられた。

文 献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部. 自殺統計—人口動態
特殊報告. 東京：厚生統計協会, 1984, 1990,
1999.
- 2) 警察庁生活安全局地域課. 平成16年中における自
殺の概要資料. 2005.
- 3) 静岡県総合健康センター. 静岡縣市町別健康指標
Ⅳ. 2005.
- 4) 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. 厚生指標 2003 ; 50(6)
: 17-23.
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成12年 都道府
県別年齢調整死亡率—人口動態特殊報告. 2000.
- 6) 本橋豊, 劉揚, 佐々木久長. 秋田県の自殺死亡の
地域格差と社会生活要因に関する研究. 厚生指
標 1999 ; 46(15) : 10-5.
- 7) 田中耕, 森洋隆, 重村克巳, 他. 岐阜県における
自殺死亡の特徴. 厚生指標 2002 ; 49(13) : 14-
20.
- 8) 荒記俊一, 村田勝敏. 高度経済成長期 (1960-1975,
日本) の自殺死亡の変動と社会生活因子の影響.
日本公衆衛生雑誌 1984 ; 31(12) : 651-7.
- 9) 角南重夫. 我が国の自殺死亡率の都道府県較差に
関する要因. 日本公衆衛生雑誌 1984 ; 31 : 397-
401.
- 10) Motohashi Y. Effects of socioeconomic factors
on secular trend in suicide in Japan, 1953-86.
Journal of Biosocial Science 1991 ; 221-7.
- 11) Stack S. Divorce and suicide : a time series ana-
lysis, 1933-1970. Journal of familial Issues 1981
; 2, 77-90.
- 12) 岩田弘敏編著. 徳川旧藩に組替えてみた地域死亡
特性. 岐阜大学医学部衛生学教室, 1995 ; 17, 107.
- 13) 静岡県総合健康センター. 静岡縣市町村別健康指
標Ⅴ. 1998.
- 14) 石川鎮清, 中村好一, 萱場一則, 他. 自殺者の疫
学—一般住民を対象としたコホート研究のデータ
より—. 厚生指標 2002 ; 49(15) : 16-21.