

高齢者の自殺とその対策について

～いくつかの調査報告書等をとおして～

吉田 健治

(川畑 隆ゼミ)

本テーマを選択したのは2つの理由がある。1つは筆者自身が4月から高齢者福祉施設の介護職員として働くので、少しでも高齢者のことを知っておきたいということ、もう1つは筆者が小学生の時に身近な高齢者が「早く死にたい」とよく言っていたことを疑問に思っていたからである。小学生ながら、しんどさを押しつけて働く必要もなく、家族にも恵まれているその高齢者が早く死にたいと言うのはなぜなのか、不思議に思っていた。今回をその理由を考える機会にしたいと考えた。

日本は、2007年（平成19年）に高齢者の割合が21.5%という超高齢社会となったが、それと同時に高齢者の自殺問題がクローズアップされた。ここでは現在の日本における高齢者の自殺の現状に焦点を当て、いくつかの調査報告書等をみながらその改善の道を探ってみたい。

高齢者の自殺の状況

1. 現代日本の高齢者の自殺者数

図1は人口動態統計の年齢別の自殺者数の年次推移である（厚生労働省，2011）。

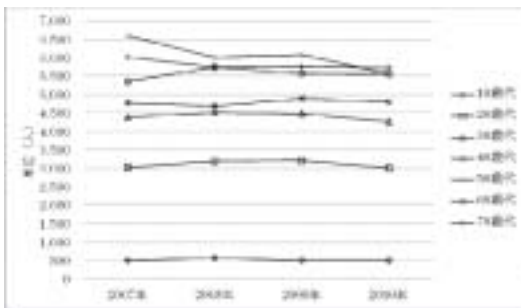


図1. 年齢別自殺者数の年次推移（人口動態統計）
(2011)

これを見ると、50代以上の自殺者数が上位を占めており、その割合は全体の4割以上である。

2. 自殺原因の調査

平成22年の1年間における自殺の概要（警察庁，2011）をみると、60代以上の高齢者の自殺の原因は、自殺総数12192人のうち、家庭問題1769人、健康問題7468人、経済、生活面での問題2028人、勤務問題228人、男女問題49人、その他（孤独感、犯罪発覚など）651人となっており、健康問題が約7割をしめている。また、国立精神・神経センター精神保健研究所（2006）によると、高齢者の自殺の「原因・動機」の1割は、配偶者、子、兄弟など近親者の病気や死（喪失体験）である。高齢になり行動・交流範囲が狭くなると近親者への依存度が増加するため、身近な人の死は強い喪失感を引き起こし、その結果、ひきこもりがちとなって孤立からうつに至るのだと考えられる。なお、これらの調査における「原因」は、自殺者の親類からの話や遺書などから推定したものであるため、正確さには欠ける。しかし、少なくとも自殺の原因の1つであったと考えて差し支えなからう。

（1）健康問題 統計上、最も原因として多かった健康問題について検討する。

表1. 自殺の原因となる健康問題の内訳
(警察庁の平成22年中における自殺の概要資料) (2011)

	60歳代	70歳代	80歳代以降	合計
体の病気	1380	1311	1091	3784
うつ病	1294	827	373	2504
統合失調症	149	60	10	228
アルコール依存症	85	28	6	112
薬物乱用	4	9	3	13
その他の精神疾患	182	134	134	444
身体障害の保身	89	84	72	249
その他	65	80	60	194

a. 調査資料 表1は自殺の原因の1つとなっている健康問題の内訳（警察庁，2011）である。

これによると、身体の病気3734人、うつ病2504人、統合失調症228人、アルコール依存症112人、

薬物乱用11人、その他の精神疾患440人、身体障害の悩み245人、その他194人となっている。

b. 考察 身体の病気とうつ病が高齢者の自殺原因の大多数を占めていることがわかる。この調査結果から推測できることの1つは、高齢者の身体の病気とうつ病は関連性が強いのではないかということである。公益財団法人長寿科学振興財団(2010)は次のように説明している。「高齢者の自殺の動機としては健康問題が6割以上を占めており、経済・生活問題、家庭問題がそれに続きますが、その背景にはうつ病などの精神疾患が存在していることが多いことが知られています。加齢と共に疾患を有する頻度および同時に罹患している疾患数共に増加していきます。高血圧症、糖尿病、脳梗塞、後遺症、心臓病、関節痛などの慢性的疾患をかかえることが多くなりますが、こうした継続的な身体的苦痛がうつ病の引き金となりうる危険性を持っています」。また介護職歴15年有料老人ホーム勤務の男性(2011)は次のような体験を述べている。「自殺は、有料老人ホームに勤務する介護職が何度も直面しなければならない事件です。どんなに管理のすばらしい施設でも、必ず何年かに一度あるいはそれ以上の頻度で入居者の自殺を経験します。それは有料老人ホームが悪いのではなく、高齢者にうつ病が多いからなのです。そして、うつ病になるとその発見や治療が遅れたら自殺するケースがあります。あまり知られていないのは、心臓病の人にうつ病が合併しやすいということです。こんな事例があります。Tさんは72歳。それまで何でも身のまわりのことを自分でこなしており、見かけは健康でした。ただし心臓が悪く、高血圧や糖尿病の薬も飲んでいました。そのTさんが心筋梗塞に倒れました。幸い救急車で運ばれた病院で適切な治療を受け、一命は取りとめました。しかし心臓の機能が低下してしまい、日常生活がしんどいと感じるようになりました。その頃からうつ状態になり、主治医はうつ病と診断。しかしTさんはうつ病の薬の服薬を拒否していました。『うつ病なんかじゃない』というのが言い分でした。そのTさん、結局は自殺してしまいました。部屋で首をくくっていたのです。多くのスタッフは『なぜ、Tさんが』と口ぐちにいいました。これは実際の事例をもとに複数組み合わせ

せて書いていますが、このようなケースは多いです。メンタルに不安があったらすぐに医師の診察を受けて、必要があればきちんと服薬するべきです。介護スタッフの役目は、入居者にその傾向がみられたらすぐに受診をすすめることや、主治医に連絡をしておくことです。病気で体力が落ちたことがきっかけで心を病むケースは多いのです。身体の病気とうつ病とのどちらが先かは事例によって異なると思われるが、いずれにしろこの両者の関連性は強いといえる。

(2) **自殺時の家庭環境** 次に、高齢者の自殺時の家庭環境について調査資料をみることにする。

a. 調査資料 家庭環境が高齢者にどのような影響を及ぼしているのか、福島県精神保健福祉センター(2010)は次のように述べている。「自殺したお年寄りのほとんどが家族と同居していました。一人暮らしのお年寄りの自殺者は全体の5%以下に過ぎません。お年寄りの自殺者の多くが生前家族に『長く生きすぎた』『迷惑をかけたくない』ともらしていました。お年寄りには病気がちになったり、体力が低下したり、物忘れが多くなることで心身両面の衰えを自覚し、同居する家族に看護や介護の負担をかけることへの遠慮が生じると考えられます。周りの者は決してそんなことは考えていなくても、御本人は負担に感じてしまうのです。自殺した高齢者のほとんどは三世帯世帯であったということであるが、高齢者全体の世帯構成はどのようになっているのだろうか。図2は、平成13年度における65歳以上の者のいる世帯の状況調査結果である(厚生労働省, 2008)。

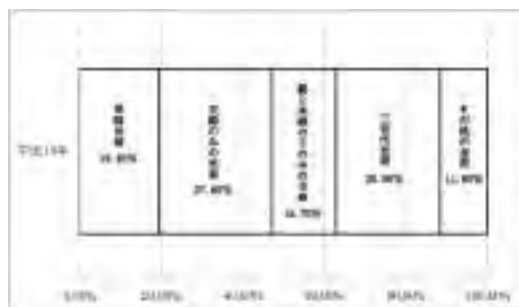


図2. 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯数の構成割合(厚生労働省国民生活基礎調査)(2008)

図2では、三世帯世帯が約41パーセント、夫婦のみの世帯が約28パーセント、単独世帯が約19パーセントとなっている。

b. 考察 高齢者全体の世帯状況調査は平成13年度の全国版、自殺した高齢者の世帯状況調査は平成14年度の福島県版である。この2つの調査結果を比較すると、年度差はともかく地域差が反映していることが考えられるが、それを考察するための資料収集にまでは手が届かなかった。したがって、地域差要因を考慮に入れなければという条件つきではあるが、三世帯世帯での高齢者の自殺者が多いのは単に高齢者全体に三世帯世帯が多いからと言うわけではない。つまり、三世帯世帯のほうが高齢者の自殺のリスクは高いことになる。高齢者の自殺と世帯状況の関係について元監察医の上野正彦（1999）は、「3年間の調査で私自身も意外だったのは、自殺に追い込まれた老人の家庭環境別の比較である。当時はこれを三世帯同居、夫婦2人暮らし、子どもと2人暮らし、1人暮らしなどの項目に分類し整理した。その中で最も多かったのは、意外や意外、三世帯同居の老人で、全体の60パーセント強を占めていた。以下、子どもと2人暮らし、夫婦2人暮らし、1人暮らしの順に続いた。当時は、先入観として家族と同居の老人こそが最も幸せと考えていたが、必ずしもそうではなかった。むしろ同居の中で信頼する身内から理解されず、冷たく疎外されているわびしさこそが老人にとって耐えられない孤独だった。これが一番の自殺動機になっていたことを見逃すことはできない。その逆に、1人暮らしだから孤独かというところでもない。1人暮らしの老人はそれはそれで自分の城を持ち、訪れる身内や近所の人たちと交際し、それなりに豊かさを持っている」と述べている。実際に家族と同居している高齢者がどのような心理的状况にあるのかを調べた調査報告書を見つけることはできなかったため、不明な点も多いが、上記の指摘は興味深い。また、福島県精神保健福祉センター（2010）で述べられているように、高齢者が病気がちになったり、体力が低下したり、物忘れが多くなることで心身両面の衰えを自覚し、同居する家族に看護や介護の負担をかけることへの遠慮が生じ、負担に感じてしまう場合も考えられる。さらに本橋豊（2006）は、「同居で家族と一緒にいると、たとえば『家事は私がやるからしなくていいよ』『農作業は僕たちがやるからいいよ』と言われ、『私の役割どこに

あるの?』と、とくに頑張っていた方に限って空虚感を持つということがあります。そしてもう1つ大きいのは、ご家族と一緒にいると、子ども世代、孫世代との価値観が違ってくるので、何となくコミュニケーションがうまくとれない、ギャップを感じてしまうということ。このようなことから、先ほどのアンケートにありましたが、『迷惑をかけて心苦しい』という気持ちになり、自分を責めていってしまうのです」と説明している。うつ病などの心の病気を誘発するリスクがここにも潜んでいるようだ。

高齢者の自殺への対策

1. 健康問題

福島県精神保健福祉センター（2010）は、「自殺の『原因・動機』の7割を『健康問題』が占めている事実が示すように、お年寄りの自殺者の90%以上が身体的異常を訴えており、約85%が入通院による治療を受けています。お年寄りの多くは自分の健康状態について悪い評価を下しがちで、病気を大きなストレスに感じ、『楽になりたい』『元の体にもどらないなら死んだほうがまだ』といった言動が目立っています。高齢になると、高血圧症、糖尿病、脳梗塞後遺症、心臓病、関節痛などの慢性的疾患をかかえることが多くなります。こうした継続的な身体的苦痛がうつ病の引き金となり自殺につながると考えられます」と述べている。慢性的疾患を完治させることは困難な場合が多く、治療を続けつつもその疾患とうまく付き合いながら、うつ病等の併発を予防、治療していくことが重要であると考えられる。

（1）**高齢者のうつ病の問題点** うつ病は、適切な治療をしないまま放置しておくことで重症化して非常に治りにくくなる。また、うつ病状態であるだけで自殺のリスクは高い。本橋（2006）は、「高齢者のうつ病は身体症状が中心で精神症状が表に出ないケースも多い。そのため、うつ病の早期治療につながりにくく、自殺につながる可能性がある」と述べ、また、「高齢者のうつ病の診断はむずかしいのである。まず、高齢者のうつ病は目立ちにくい。たとえば、うつ病の主要症状である自発性の低下があっても、年齢のためと思ってうつ病の症状とは気づかぬことが多い。また、高齢者

のうつ病の症状としては、いわゆる不定愁訴、心気症、不眠、疲れやすい、頭痛、肩こり、食思不振、便秘、下痢、腹痛、胸痛など、日常的にありふれた症状を訴えることが多い。このような症状だけでうつ病と気づくのは困難である。また認知症との区別もむずかしい。うつ病と認知機能低下が合併することの多いからである。高齢者うつ病では、悪化、遷延化しやすく、ADL (Activities of Daily Living 日常生活動作、すなわち食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴など生活を営む上で不可欠な基本行動をさす)の低下、栄養状態の低下や全身状態の悪化を招くことが多いことである。このADLの低下は認知症でもみられることであり、その区別には慎重でなければならない。もちろん高齢者は活動の低下が認められることは当然であり、これをすべてうつ病と考えるわけにはいかない。ガンなどの身体的病気が内在していることもあり、夏であれば熱中症や脱水も考えなければならない。また高齢者は多くの薬を服用していることが多く、薬の副作用ということも考慮しなければならない。だから短兵急にうつ病と決めつけずに、身体的検査を慎重に行って、さらに認知症の有無までも考慮しなければならない。たとえば甲状腺機能低下症があれば、認知症やうつ病と紛らわしい症状を示すこともある。このように高齢者のうつ病には紛らわしい要素が多分にあり、短絡的にうつ病と決めつけずに慎重に扱う必要があり、疑わしい場合はそれぞれの専門医に紹介しなければならない。また一見うつ病のごとく見えても、男性では実はLOH症候群の場合がある。LOH症候群とは、Late Onset Hypogonadism in malesのことで、以前から男性更年期障害と言われていたことがある。これは高齢男性の性腺機能低下とそれに伴う種々の症状のことである。男性更年期障害については別に項目を設けて解説しているが、精神的要素が強く、多くはうつ病と診断され抗うつ薬による治療を受けているが改善しない。しかし、これも性腺機能低下ですべて説明できるものではないようである。そこでうつ病とLOH症候群の間に男性更年期障害が定義されている。うつ病とLOH症候群では治療法が異なるのでその鑑別が必要であるが、症状が似ているのでなかなかむずかしい。しかし、LOH症候群は

男性ホルモンが減少するために起きることがわかっているが、男性更年期障害でもやはり男性ホルモンは減少している。つまり男性更年期障害、LOH症候群、うつ病はお互いにオーバーラップしており、「悪循環を繰り返しているものと思われる」と指摘されている(愛成クリニック, 2011)。うつ病の早期発見が自殺を防ぐ重要な点であるといえる。また、高齢の自殺既遂者において自殺前1年以内に精神科を受診していた者が少なかったことがわかった(自殺予防総合対策センター, 2009)。高齢者の場合、精神科受診に対して心理的抵抗感が強いのではなかろうか。高齢者のうつ病は早期発見がむずかしく、また高齢者自身や家族がうつ病を疑っていても受診に至らない場合のあることが、問題点として指摘される。

(2) 対策

a. 効果が実証されたもの 自殺者数を減少させる効果があった取り組みとして、平成19年後半に秋田県が自殺予防市町村トップセミナー終了後に行った、新聞、テレビ、シンポジウム開催などをつうじた大規模な自殺予防キャンペーンにより、平成19年の秋田県の自殺者数が減少傾向を示した事例が挙げられる(本橋, 2006)。

キャンペーンの中心となった主張は、「うつ病は脳の機能失調という病気であって、決して心の弱さではない。また、自殺もまた人格未熟の結果ではない」というものであったが、そう繰り返し説いて、同時にアンケートをつうじて潜在的に自殺のリスクが高そうな人を発見し、集中的に個別の相談などでケアを行った。こうした啓発活動は自殺問題に対する住民の関心を高めるとともに、自殺のリスクの高い人への周囲の見守り機能を高める可能性がある。また、患者自身も自分の病気に気づききっかけにもなろう。こうした啓発活動が精神科の敷居を低くし、うつ病に対して正しい治療を行っていくことに繋がるように思う。

b. これからの対策 引き続き啓発活動を続けることが重要であろうが、精神科への敷居は依然として高いのではなかろうか。そこで、地域住民のかかりつけ医と精神科との連携が有効であると考えられる。具体的には、かかりつけ医と精神科医がタッグを組み、かかりつけ医がうつ病、あるいはうつ傾向があると判断した高齢者について、精

神科医がその自宅を訪問し対応できるような体制を作るのである。うつ状態にある人は自分から行動を起こすことが困難である場合も多いので、医師の方から定期的に往診する体制が作られれば、うつ病対策にかなりの効果があるのではないかとと思われる。うつの有病率が高く高齢者の自殺が多かった新潟県松之山町では、医師や保健師らが地域に出向き、うつ病の高齢者を早期に発見する取り組みが行われた結果、自殺者が大幅に減少している（国立精神・神経センター精神保健研究所、2008）。

2. 家族との関係

（1）家族に対する精神的負担や心理的孤立 高齢者が家族に対して精神的負担や心理的孤立を感じる要因として、家族に迷惑を掛けたくないという意識がある。ある民生委員は毎日新聞地方版（2010年10月08日）で、「世間や家族に迷惑をかけるはいけないという意識が強い。年齢とともに以前できたことができなくなり、自分は厄介者なんだと考え込んでしまう場合もあるのでは」「家族だからといっても、話せないことはある」と指摘している。また、英エコノミスト誌（2008）は日本の自殺率の高さについて論評している。「日本社会は失敗や破産の恥をさらすことから立ち直ることをめったに許容しない。自殺は運命に直面して逃げない行為として承認されることさえある。サムライは自殺を気高いものと見なす（たとえ、それが捕虜となつてとんでもない扱いを受けないための利己心からだとはいえ）。仏教や神道といった日本の中心宗教は明確に自殺を禁じていたアブラハム系信仰と異なつて、自殺に対して中立的である。日本政府は『9年間に自殺率20%減』を目標に、カウンセリングなどの自殺対策に昨年乗り出したが、重要なのは社会の態度である」と。日本の「いのちの電話」の相談件数は、全国で年間約72万6千件（2008年）余に達している。これは高齢者に限らず、身近な人に相談できない現状を端的に表しているのではないかと考えられる。高齢者の場合、家族とうまくやっていきにくかったり、虐待を受けている場合もあるかもしれない。あらためて、家族の中での心理的孤立は自殺の大きな要因である。

（2）対策 「人に迷惑をかけてはいけない」という意識を変えていくことが対策の1つとしてあるように思う。「人に頼るのはみっともない」という風潮があるとすれば、それを少しずつでも変化させていくための啓発活動は一定の効果があると考えられる。また、虐待などで高齢者が孤立しているとき、その高齢者の家族も孤立している場合が多いのではないだろうか。虐待はその性質上、虐待者、被虐待者ともに虐待が行われていることを隠そうとするので発見がむずかしいが、早期発見が重要である。ここでも地域住民のかかりつけ医と精神科との連携が効果的な手段になると考えられる。国あるいは自治体でそのような体制を作ることができれば、様々な対応が可能になっていくのではないだろうか。

3. 身近な人の喪失

（1）高齢者の喪失体験 人は高齢期になると、さまざまな喪失感を体験する機会が多くなる。竹中（2005）は、「サラリーマンは定年を迎え、長年慣れ親しんだ仕事を喪失する。これは、就業していることを一人前とみなす傾向が強い現代社会において、自信やプライド、目標の喪失につながりやすい。身体機能の喪失については運動能力の低下の多くは20代後半から実感し、徐々にあきらめを形成することができるが、急激な視力の低下、聴力の低下、記憶力の低下などは突然の喪失感として戸惑いをもたらすことがある。また、配偶者や子供などの、家族を喪失することもある。高齢者は若年層と比べ、その受容、克服がむずかしく、深い絶望感によるうつ状態や認知症状の出現の引き金になることがある」と述べている。

（2）対応 カウンセラーの津田（2005）は、高齢者の喪失体験に対する対応として、「『年寄りってこういうもの』といった偏見をもたず、しっかり向き合つて、相手の気持ちや意思、できることとできないことを理解することが大切であり、話をよく聞く、年だからというレッテル貼りをしない、体調に気を使うという3つの点が大事である」と述べ、「私たちは忙しく生活し、つい高齢者のペースに合わせることを忘れがちです。もし同居しているならば、毎日たった5分でも10分でもいいのです。しっかり向き合つて高齢者の言葉に耳

を傾けてみましょう。昔のことばかり何度も同じ話をすることもできません。けれども、その人生の歴史に関心を寄せて話を聴くことは、本人が生きてきた『意味』『価値』を再発見する手助けとなります。『年だから』といて仕事をとりあげていませんか？疲れすぎないように配慮しながら、もう少し頼りにしてみてもはどうでしょう。『助かる』『一緒にいてくれて嬉しい』ということを伝え、本人の意思を尊重し、尊敬の念をもって接することが大切です。高齢になれば体力は確実に衰えていきます。とくに聴力や視力の低下でコミュニケーションに支障をきたしている方も多くいるかと思えます。すぐに『ボケ』を疑う前に、機能の低下を理解し、本人の立場になって対応しましょう」と続けている。家族との間に生じる心理的な孤立には、役割の喪失も影響しているようだ。上記の指摘に「少し頼りにしてみてもはどうでしょう」とあったが、これは役割の喪失を防ぐと同時に心理的な孤立の防止にも繋がるのではないだろうか。高齢者に何らかの役割（家事など）をお願いすることで高齢者に生きがいが生じることについては見逃しがちであり、心したい。

4. 高齢者の生きがい

自殺の理由は多様で複雑である。他者はおろか、本人にもはっきりとした理由が意識されずに行われる場合もある。また、家族が身内の自殺をいつも予感しながら生活することは通常はなく、それ故に自殺を防ぐことは簡単ではない。しかし、啓発活動で自殺率が減った秋田県の事例（本橋，2006）のように、何らかの啓発活動によって自殺を防止すること、自殺率を減少させることは可能であると考えられる。

最後に、高齢者の「生きがい」について取り上げたい。

大友（1992）は自らも実施に参加した、(財)シニアプラン開発機構「生きがい研究会」による厚生年金受給対象の勤労者3050人に行ったアンケート（人によって表現の仕方が異なる「生きがい」を表す語句を提示し、自分の捉え方に最も近いものを2つ選んでもらうもの）の結果について、次のように述べている。「64歳までは『生きる喜びや満足感』『生活の活力やはりあい』が1，2位

を占めるが、65歳以上の男性高齢者になると『他人や社会の役に立つ』が第2位に、女性では『心の安らぎや気晴らし』が第1位となり、他の年齢層とは異なる結果が出ている。高齢になり、退職を迎えるなどして、生きがい観が変化していることが考えられる」と。

表2，表3は、地域での助け合い活動に関して、高齢者を対象に行ったアンケートの結果である（愛媛県松山市，2008）。

表2. 地域の高齢者同士が助けあう活動があれば参加するか（愛媛県松山市が行ったアンケート）（2008）

質問内容	割合
「地域の高齢者同士が助けあう活動があれば参加するか」	90.0%
「地域の高齢者同士が助けあう活動があれば参加するか（男性）」	88.0%
「地域の高齢者同士が助けあう活動があれば参加するか（女性）」	92.0%
「地域の高齢者同士が助けあう活動があれば参加するか（65歳以上）」	89.0%
「地域の高齢者同士が助けあう活動があれば参加するか（65歳未満）」	91.0%
「地域の高齢者同士が助けあう活動があれば参加するか（単身）」	87.0%
「地域の高齢者同士が助けあう活動があれば参加するか（家族）」	93.0%

表3. 問：参加できる助け合い活動があるとすればどんな内容か（愛媛県松山市が行ったアンケート）（2008）

活動内容	割合
「相談・話し相手」	36.8%
「草取り、庭の手入れ」	35.0%
「ゴミ出し」	20.2%
「散歩や道路の整備」	15.0%
「健康づくりのための運動ができる場所や機会」	12.0%
「気軽に集まれる場所」	10.0%
「高齢者の働く場の情報提供」	8.0%
「学習講座などの情報提供」	7.0%
「その他」	5.0%
「不参加」	3.0%
「回答者数」	287名

これを見ると、「地域の高齢者同士が助け合う活動があれば参加するか」については、参加したいと回答した人が90%以上おり、高齢者自身の豊富な知識や経験を生かしたボランティア活動への参加の意欲の高さが伺える。また、「参加できる活動内容」については、「相談・話し相手」が36.8%で最も多く、次いで「草取り、庭の手入れ」が35.0%、「ゴミ出し」が20.2%となっている。「生きがいを持って暮らすために松山市へ要望すること」については、安心して外出できるよう「歩道や道路の整備」「健康づくりのための運動ができる場所や機会」を望む声が約6割以上を占め、次いでふれあい・いきいきサロンなどの「気軽に集まれる場所」や「高齢者の働く場の情報提供」「学習講座などの情報提供」を望む声が多く寄せられている。これらから、多くの高齢者が高齢者同士で支え合う活動をしたいと考えていることがわかる。松山市にふれあい・いきいきサロンなど

の「気軽に集まれる場所」や「高齢者の働く場の情報提供」「学習講座などの情報提供」を望む声が多く寄せられたのは、高齢者に交流や職務、学習に生きがいを求める人が多いことが考えられる。また、参加できない人（今はできないが条件がよくなったら参加したい、体調などで参加できない）が半数近くいたことに関しては、各人の状況に合うような支援のできることが望まれる。これらの要望に行政が応えることで、間接的にしろ高齢者の自殺の減少に寄与できるのではないだろうか。いずれにしろ、高齢者にとって「必要とされること」の重要さがみてとれる。

おわりに

自殺は、その当事者にとって、生きる価値が死ぬ価値を下回った時に行われると考えられる。ここまで種々の調査報告書等をもとに高齢者の自殺について検討してきたが、その自殺の背景として、病気や身体の不自由などの健康上の問題、退職や死別等によって起こる喪失感、家族の迷惑になっているのではないかという負い目、それらが原因になる場合もあるうつ病や心理的課題など、さらには生きがいの喪失などが想定された。そういった中で、高齢者の自殺を減少させるために創り出していくべきものとしては、「生きる価値」が重要ではないかと思われる。社会と行政にいま求められているものは、この生きる価値を高齢者が見出すことのできる機会ではないだろうか。

本論の最初に、筆者の身近にいた高齢者が「早く死にたい」と言っていたことを述べた。そして本論を執筆しながら、身体が弱っていたその人はそのことが辛かったのか、抱えていたトラブルから生じた近隣との疎遠さが響いたのか、いろいろと考えてみたがよくわからなかった。しかし、もっと周りが何かしてあげることができたのではないか。自殺を考えなければならぬほどの辛さを理解し、少しでも「生きる意味」が高まるような関わりをしてあげることができたように思う。

高齢者の周りにいる人たちによって自殺をなくすことは不可能かもしれないが、減らすことは可能である。そしてその努力は、高齢者の自殺防止に役立つだけでなく社会全体の援助機能を高めていくように思う。

引用・参考文献

- 総務省 人口推計（平成21年10月1日）年齢別人口表5. 年齢3区分別人口の推移（昭和25年—平成21年） <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2009np/pdf/gaiyou.pdf#page=4>
- 警察庁生活安全局生活安全企画課（2011）平成22年中における自殺の概要 <http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H22jisatsunogaiyou.pdf>
- 国立精神・神経センター精神保健研究所（精神保健研究第19号）（2006） <http://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/kenkyu52.pdf>
- 国立精神・神経センター精神保健研究所 年報第23号（2008） <http://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/h21.pdf>
- 公益財団法人長寿科学振興財団（2010）健康長寿ネット 自殺 高齢者の自殺の特徴 <http://www.tyojyu.or.jp/hp/page000000600/hpg000000565.htm>
- 介護職歴15年有料老人ホーム勤務の男性（2011）有料老人ホームで自殺する人に多い事例 <http://naibubakuro.blog.shinobi.jp/Category/23/>
- 福島県精神保健福祉センター（2010）高齢者の自殺の実態 http://www.pref.fukushima.jp/seisinsenta/specify/depression/kourei_jittai.html
- 上野正彦（1999）自殺死体の叫び ぶんか社
- 厚生労働省（2008）65歳以上の者のいる世帯の状況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa09/1-2.html>
- NHK（2006）福祉ネットワーク 心の相談室 放送記録 <http://www.nhk.or.jp/heart-net/fnet/arch/tue/30909.html>
- 本橋 豊（2006）自殺が減ったまち—秋田県の挑戦 岩波書店
- 愛成クリニック（2011）高齢者のうつ病とLOH症候群 <http://aisei-c.jp/health/index.php/view/140>
- 自殺予防総合対策センター（2009）自殺予防と遺族支援のための基礎調査 http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2009/html/honpen/tokushu/toku3_06.html
- 毎日新聞 地方版（〔2010年10月08日（金）〕）家族と同居の高齢者自殺 迷惑をかけたくない

<http://mainichi.jp/area/akita/news/20101008ddl05040061000c.html>

福島県精神保健福祉センター（2010）高齢者の自殺を予防する取り組み http://www.pref.fukushima.jp/seisinsenta/specify/depression/jisatu_torikumi.html

英エコノミスト誌（2008.5.3） <http://eis-world.com/index.php?top=20080503>

一般社団法人日本のちの電話連盟ホームページ http://www.find-j.jp/about_history.html

竹中星郎（2005）高齢者の喪失体験と再生 青灯社

津田るみ（2005）peace mind https://www.peacemind.com/pm_home_column.php?id=3&dat=697

大友博子（1992）（財）シニアプラン開発機構「生きがい」研究会 高齢者の生きがい http://www.net-ric.com/advocacy/datums/92_4ootom.html

松山市（2008）高齢者意識調査アンケート <http://www.city.matsuyama.ehime.jp/ICSFiles/afieldfi/2009/04/14/11.pdf>