

日本の「高齢者の自殺」に関する概念分析と 社会的な支援体制の必要性

松田ひとみ

【要旨】

本稿では、日本の「高齢者の自殺」が、医療や社会学等の専門家による学際的な連携の必要なテーマとして捉え、この用語に対する共通の認識のために概念の特性と構造を明らかにすること、および社会的支援体制の必要性を明らかにすることを目的とした。

ロジャースの手法を用いた 34 文献の分析により、概念の特性と定義、先行要件、帰結と関連概念の検討を行った。

その結果、(1) 概念の特性から、「人生の最終ステージにおいて過去の生活実績では補完できない喪失と絶望を認識し、高齢者自身の決意によって結果的に死に至るが、社会的な支援体制と密接に関連し国民の道徳的な関心事として捉えるべき問題である」と定義した。(2) 先行要件は、『死への構え』、『病苦と心身症状』、『ケアリング関係・環境の脆弱性』、『経済に関連する問題』と『耐える限界を超える』であった。(3) 帰結は、『苦痛からの解放』、『愛他価値』と『社会支援システムを構築する必要性』等であり、関連概念として『喪失』を検討する意義が見出された。

キーワード

高齢者の自殺, 概念分析, 学際的な連携, 社会的支援体制, 喪失

I 緒言

日本では自殺率の高さが社会的な問題として注目されている。警察庁による自殺統計では80歳以上の高齢者が8565人に対して、その自殺者は2429人にもものぼっている（警察庁；自殺統計、2011）。平均寿命に達する高齢者が、なぜ、自らの身体を傷つけ生命活動を終結させるのか。また、日本の高齢者ほど、戦前から戦後にかけて価値の変転に適応してきた国民はないといわれるが、その前半の人生と晩年の自殺行為はどのように関連するのだろうか。このような難題にアプローチするには多領域の専門家による連携が必要であり、活動の前提となる「高齢者の自殺」概念の構築が求められる。しかし、現代日本を特徴づける現象の「高齢者の自殺」について、その背景の解明と防止対策が急がれているにもかかわらず、特定の用語に対する共通の認識が示されていない。

主要な辞典から自殺の定義をみると、「自らの生命を絶つこと」¹⁻⁵⁾という行為の結果のほかに、「死が自らの意思であること」²⁻⁴⁾を明記している。また、「当人がその結果を予知していたと判断されるとき」⁶⁾と「人間固有の行動」⁴⁾としている。法律学小辞典では、自殺が「犯罪の構成要件に該当しない」ことと、犯罪が成立する場合は「教唆」と「幫助」であることを示したが、ここで初めて他者の関与が出現した⁷⁾。これらは自殺行為を成立させる普遍的な要件であるが、個人的な道徳として自殺が描き出される傾向が強く、「高齢者の自殺」の総体を説明するには不十分である。

「高齢者の自殺」の理由に着目すると、その多くは病苦によるものと報告されている⁸⁾。地域別にみても健康上の理由が主な原因であり、その内容は循環器疾患や歩行障害が契機となり精神的なうつ症状から自殺に至る経緯で捉えられる⁹⁾。身体的な問題が高齢者を精神的に追い詰め自殺を選択することについて、これを個人的な事情として取扱うことが妥当とはいえない。すでに、19世紀の半ばにデュルケーム (E.Durkheim) は、自殺現象について「自殺者のとる行動は一見したとこ

ろ、かれの個人的気質しか表現していないようにみえるが、事実、それは、ある社会状態の帰結である」とした¹⁰⁾。日本の自殺実態解析プロジェクトチームにおいても、「自殺は個人的な問題。しかし、社会的な問題であり、社会構造的な問題でもある」という¹¹⁾。自殺の現象について、行為者の個人的な過程だけではなく、社会構造的な問題として捉えていく必要性が示されている。特に、長寿では世界一を誇る日本において、一方では天寿を全うすることができない高齢者が多数存在するのであれば、国民は幸福な社会を構築していないことになる。ポッジ (G.Poggi) は、自殺を社会の道徳的構成と関連させたが、福祉を実現しうる国民性が育まれているのかが問われている¹²⁾。幸いにも、医療・福祉の専門家などが関心を示し、支援の手をさしのべることにより自殺を防止したという報告がある。支援者の存在が高齢者の生きる力になるとしたら、反対に自殺を回避することができない要因として高齢者自身だけではなく他者の態度や関係性の分析は不可欠である。

他方、「高齢者の自殺」によって、どのような意味を見出すことができるのか。これを概念構成上の帰結の段階とすると、自殺により導かれる負債と成果についても言及する必要がある。すなわち、「高齢者の自殺」によって当事者は生命と有形・無形の財産を失うが、その代償として得るものは何か。また、近親者や地域社会が受ける得失は何か。現状では事案ごとの情報提供は少ないが、高齢者の体験してきたことと自殺を決意するまでの過程および帰結の内容を周辺の関連要因を含めて捉えなければならない。

以上のように、日本の「高齢者の自殺」の概念は、少なくとも高齢者の個人的な側面と社会との関係の両面から論じられるべきである。さらに、道徳的な価値の形成を視野に入れるならば、医学、看護学、社会学等の各専門家が極めて人間的な関心をもち、学際的に連携してこそ解決できるテーマであると考えられた。

本研究では、自殺防止のためのケアリング研究活動に貢献することを意図し、ロジャー

ス(B.L.Rodgers)による概念分析を通して「高齢者の自殺」の特性と構造を明らかにすること¹³⁾、さらに社会的支援の必要性を明らかにすることを目的とした。

II 方法

現代日本の「高齢者の自殺」に焦点をあてた概念分析は、「概念は開発されるものであり、時間の経過の中で使われ、適用され、再評価され、洗練される」とするロジャース(B.L.Rodgers)の手法を用いて、以下の手順で分析を行った¹³⁾。

- ① 日本の「高齢者の自殺」について、一般的に現代で用いられている「自殺」と「高齢者」をキーワードとして、J-Dream II (1981-2010) と医学中央雑誌の和文献データベース (1983-2010) を対象として文献を収集した (表 1)。これらのデータベースから得られた文献のうち、重複したものを除き合計 415 件を収集した。さらに、高齢者の

自殺に関連する要素として、「独居」、「家族関係」、「うつ」、「虐待」、「予防」と「看護」の文献を探索した。また、和文献では筆者による学会報告のほかは、原著論文や総説では見出されなかった¹⁴⁾。「高齢者の自殺に関する概念分析」について、MEDLINE(1980-2010)とCINAHL(1984-2010)を探索したが皆無であることを確認した。

- ② 収集した文献 415 件について、概念の特徴と現時点での使用範囲や方法を明らかにした上で会議録と解説を除いたところ、分析のために有用な和文献は 34 件であった。
- ③ 和文献 34 件から「高齢者の自殺」の特徴と構成を明らかにするために、コーディングシートを作成し分析を行い、特性、定義、先行要件と帰結および関連する概念を抽出した。
- ④ 概念の典型的な例を提示し、上記のコーディングの適合性を検討した。

表 1 文献検索の結果

検索用語	J-Dream(JSTPatM) (1981 - 2010)	医中誌 (1983-2010)
高齢者、自殺 elderly , suicide	605	415
高齢者、自殺、概念分析 elderly , suicide, concept analysis	1	1
高齢者、自殺、独居 elderly , suicide, alone	14	12
高齢者、自殺、家族関係 elderly , suicide, family	22	7
高齢者、自殺、うつ elderly , suicide, depression	228	197
高齢者、自殺、虐待 elderly , suicide, abuse	14	5
高齢者、自殺、予防 elderly , suicide, prevention	233	168
高齢者、自殺、看護 elderly , suicide, nursing	92	49

表2 日本の「高齢者の自殺」に関する概念分析の結果

特性・定義	<特性> 1) 過去の生活実績では補完できない喪失と絶望があること 2) 高齢者自身の決意に基づくこと 3) 生命の終焉を確実に導く方法を選択すること（既遂率の高さ） 4) 国民の道德観や社会的支援体制と密接な関連があること 5) 病気、うつ状態、性差、配偶者の有無、家族関係と地域性などの影響要因が明瞭であること <定義> 現代日本の高齢者の自殺とは、「人生の最終ステージにおいて病苦等により過去の生活実績では補完できない喪失と絶望を認識し、高齢者自身の決意によって結果的に死に至るが、社会的な支援体制と密接に関連し国民の道徳的な関心事として捉えるべき問題である」。
先行要件	1) 死への構え 2) 病苦と心身症状 3) ケアリング関係・環境の脆弱性 4) 経済に関連する問題 5) 耐える限界を超える
帰結	1) 高齢者自身にもたらされる結果 ① 苦痛からの解放 ② 愛他的価値 2) 社会への影響 ① 社会支援システムを構築する必要性 ② 各領域の専門家による学際的連携の必要性
関連する概念	喪失

Ⅲ 概念分析の結果

1. 日本の「高齢者の自殺」の特性と定義(表2)と文献34件を対象としたコーディングにより、高齢者の自殺の特性が次の5つに集約された。

- ① 過去の生活実績では補完できない喪失と絶望があること
- ② 高齢者自身の決意に基づくこと
- ③ 生命の終焉を確実に導く方法を選択

すること（既遂率の高さ）

- ④ 国民の道德観や社会的支援体制と密接な関連があること
- ⑤ 自殺の背景として、病気、抑うつ状態、性差、アルコールなどの嗜好品、配偶者の有無、家族関係と地域性の諸要因が集積されていること

これらの特性より、現代日本の高齢者の自

殺とは、「人生の最終ステージにおいて、病苦等の体験により過去の生活実績では補完できない喪失と絶望を認識し、高齢者自身の決意によって結果的に死に至るが、社会的な支援体制と密接に関連し国民の道徳的な関心事として捉えるべき問題である」と定義した。

ちなみに、最初に収集した和文献の415件(分析のために用いた34件を含む)をみても、これらの文献の中は「高齢者の自殺」の用語についての定義は皆無であった。

2. 先行要件(表3)

先行要件とは、「高齢者の自殺」に至る前に「どのようなことが起こっているのか」ということであり、原因、動機や理由が該当する。和文献34件のうち8件から先行要件が抽出された。以下に、コーディングにより命

名した語句は、『 』内に表した。

分析により、「高齢者の自殺」は、『死への構え』、『病苦と心身症状』、『ケアリング関係・環境の脆弱性』、『経済に関連する問題』と『耐える限界を超える』が要件を示す象徴的な語句として抽出された。

『死への構え』は、高齢であるからこそ加齢による心身機能の衰退と配偶者や友人の死に出会う体験が多くなり、死が現実味を帯び自らの死に対する身構えをもつようになる¹⁵⁻¹⁹⁾。つまり、高齢者は、否が応でも死と密接不離の環境下にあり、既に「死」への準備と覚悟があるために、自殺は常に至近距離にある。したがって、高齢者の自殺は未遂で終えることなく既遂率の高い結果として表れるのである¹⁵⁾。

表3 「高齢者の自殺」に関する先行要件(和文献)

基礎データ	コーディング	先行要件
1.特徴としては、加齢に伴う社会的背景が変わり、高齢者は苦しまず、周囲に迷惑をかけたくないと死に対しての構えが違い、心中という特殊な形態での自殺もある。高い既遂率、精神科受診へのスティグマの存在、うつ病や認知症などの精神障害や身体合併症との関連などがあげられる。 ¹⁵⁾	特徴、社会的背景の変化、死に対しての構え、苦しめない、周囲に迷惑をかけたくない、心中、高い既遂率、精神科受診へのスティグマ、うつ病や認知症	社会的環境の変化 →『ケアリング関係・環境の脆弱性』 『病苦と心身症状』 『死への構え』
2. 主要な2つの自殺要因は、「病苦」と「精神障害」であった。特に最も頻度の高い身体疾患の3つは、「心血管疾患」、「整形外科的障害」、「消化器疾患」であり、これらは精神的ストレスが大きく、精神疾患と同様に精神的要素を含む。 ⁹⁾	主要な自殺要因:「病苦」と「精神障害」 最も頻度の高い:心血管疾患、整形外科的障害、消化器疾患—精神的ストレス、	『病苦と心身症状』
3. 高い自殺率と同受診率の相関は、壮年期男女および青年期男性で負を示し、一方、高齢期の男性で無相関、同女性で正を示し、高齢者では専門医へのアクセス困難性の影響が大きいことが推察。本地域の自殺率とうつ病受診率の関連性には、年代および専門医へのアクセス状況が交絡。 ¹⁷⁾	四国地方自殺率とうつ病受診率の関連性—年代、専門医へのアクセスの困難性と関連。自殺と受診率との関係— 女性高齢者 に正の相関関係	『病苦と心身症状』 『ケアリング関係・環境の脆弱性』
4. 身体的・経済的虐待が原因で自殺したと判断された高齢者(80歳代前半女性)の剖検例を検討。刑事裁判が行われ、本屍は虐待ともいふべき日常的な暴行によって自殺したものと判断。被疑者はほとんど収入がなく、本屍に経済的に大きく依存しており、また飲酒習慣があるなど虐待加害者になりやすい要素を多くしていた。 ¹⁹⁾	高齢者虐待; 日常的な暴行、身体的・経済的虐待 世話人や高齢者の経済的状態が影響	『ケアリング関係の脆弱性』 (虐待-被害者体験) 『経済に関連する問題』

5. 厚生省人口動態統計ならびに警察庁の自殺統計に基づき我が国の自殺統計について多角的に検討した。高齢者においては、病苦及び家庭問題による自殺者の数が最近僅かながら増加する傾向。20)	病苦、家庭問題	『病苦と心身症状』 『ケアリング関係・環境の脆弱性』
6. 高齢者の自殺動機では病苦が 65.6%と突出。疾患それ自体が重篤である場合は少なく、病苦はある種の精神疾患ないしは心理的な葛藤が身体症状に集約された。高齢者の自殺例の少なくとも 60%以上は自殺前にうつ病・うつ状態であったという多くの報告があり、高齢者の自殺はうつ病・うつ状態と関連が深い 18)	自殺動機では病苦が 65.6% 疾患それ自体が重篤である場合は少ない、 病苦によるうつ状態、うつ病 自殺前にうつ病・うつ状態	『病苦と心身症状』
7. 福島県の 65 歳以上の高齢自殺者 83 名について、75%に食欲不振・体重減少・睡眠障害の身体症状、76%に孤独・孤立、84%に自信喪失・自責感・罪悪感、89%に心理的・身体的ストレス、20%に自殺企図の反復が観察された。女性自殺者の 76%で既に配偶者を欠いていたが、独居の高齢自殺率は低い。 16)	食欲不振・体重減少・睡眠障害の身体症状、孤独・孤立、喪失・自責感・罪悪感、 心理的・身体的ストレス、 自殺企図の反復が観察 独居の高齢自殺率は低い	『病苦と心身症状』 『ケアリング関係・環境の脆弱性』
8. 高齢男性が喪失と悲嘆の過程において、自殺に至る基本的な原因の多くを、耐えられないと感じる状況を終わらせようとする願望であるとし、高齢者に見られる自殺原因の二番目に配偶者の死を挙げる。 21)	男性高齢者；配偶者の喪失に伴う自殺の危険因子 原因：①耐えられないと感じる状況を終わらせようとする願望②配偶者の死	『死への構え』 『耐える限界を超える』

『病苦と心身症状』は、身体的には、循環器疾患、整形外科的障害と消化器疾患などが最も頻度の高い疾患であり、これにより精神的なストレスを招来させ、自信喪失、自責感、罪悪感や孤独感などの精神症状が出現する¹⁶⁾。特に、自殺動機の 65.6%が病苦によるものとされるほか、うつ状態とうつ病は自殺前にみられ、最も関連する精神的な状態である¹⁶⁻¹⁸⁾。また、身体症状として、食欲不振、体重減少、睡眠障害が存在していた。

『ケアリング関係・環境の脆弱性』は、高齢者の病苦や心身反応に対して、これらを癒す環境や家族、知人や専門家等による支援が希薄な状態であり孤独や孤立の問題が指摘される⁷⁻²¹⁾。ケアリング環境としては、専門医へのアクセス困難性が自殺と関連するという報告があり、具体的には地域の医療従事者と福祉関係者の数や受診のための交通手段・通院に要する時間があげられる。

『耐える限界を超える』は、井出らが「自殺に至る基本的な原因の多くを、耐えられな

いと感じる状況を終わらせようとする願望である」として、精神的な極限状態から死が導かれることを説明している²¹⁾。

『経済に関連する問題』から見出されたのは、高齢者自身の貧困による自殺ではなく、家族からの虐待の原因として経済が関与していた事例であった¹⁹⁾。これは、高齢者が家族等の身近な人々から虐待を受ける被害者になり、共同生活の密着した空間と状態から逃れるための方法として自殺が選択されたという経緯である。ひとり暮らしではなく、家族と同居の高齢者に自殺が多いといわれるが、家族との間の深刻な『経済に関連する問題』により高齢者を自殺に追いやる可能性がある。

3. 帰結

帰結とは、「高齢者の自殺」によって「どのようなことが生じるのか」ということである。和文献 34 件のうち 11 件から帰結の要素が抽出された。この帰結は、高齢者自身と社会への影響の 2 つに分かれた。高齢者自身に

もたらされる結果は、『苦痛からの解放』と『愛他価値』であった。社会への影響の側面からは、『社会支援システムを構築する必要性』と『各領域の専門家による学際的連携の必要性』が導き出された。

高齢者自身の帰結である『苦痛からの解放』は、先行要件（原因）である『病苦と心身症状』等から逃れることである。また、『愛他価値』は、先行要件の『死への構え』に関連するが、自らが生き続けていくことが周囲に迷惑になるという捉え方であり、他者の利益を脅かす存在として自らを位置付け、これを避けるために自殺が選択されていく¹⁴⁾。

社会への影響という側面からの『社会支援システムを構築する必要性』では、自殺予防対策として医療スタッフ等に専門的なスクリーニングや判断が求められると同時に、地域内でのコミュニケーション交流の効果や高齢者の財産を保護する強固な仕組みを構築する必要性が見出されている^{9, 17, 22-41)}。また、『各領域の専門家による学際的連携の必要性』では、医療職だけではなく、社会学の分野から社会環境や家庭に焦点を当てる意味が指摘され、多面的な視野で高齢者の自殺対策を講じる必要性が示されている⁴¹⁾。

4. 関連する概念

「高齢者の自殺」について収集した文献の分析により、関連する概念として喪失が導きだされた。

老年期は、喪失と深い関わりがあり、高齢者の喪失とは、身体・精神機能、家族と社会との関係（役割、地位、尊敬）、友人と経済力、そして生きる目的が徐々に失われていく状態である、という^{43,44)}。つまり、高齢者には喪失が不可避の事態であり、獲得したものや関係を失う体験に対し、次第に生きることが困難になるということである。それは、喪失の文脈から、自殺という最悪の結果につながる可能性を意味している。また、もう一方の喪失にも注目する必要がある、高齢者の死によって家族や地域社会も喪失を体験することになる。このように、喪失から、ひとりの自殺が与える影響の大きさを捉えることができる。

以上のような喪失の定義と内容をみると、喪失の延長線上に自殺があり、自殺に至る過程において必須の要因であるといえる。しかし、当然のことながら、喪失と自殺は同義ではなく、喪失によって、必ず自殺という結果を生じさせるわけではない。むしろ、個々人が体験している喪失の内容や意味を注視することによって、適切なケアを提供し自殺を回避することができる。したがって、喪失は、自殺に関わる特徴を示す重要な語句であり、その防止のための着眼点であるといえる。

5. 概念の典型的な例

日本の高齢者の自殺として導き出した特徴、定義、先行要件と帰結について、概念の適合性を説明するための典型的な事例である。

「80歳の女性高齢者Aは、高血圧症と半年前の脳出血により右半身不随となった。リハビリには熱心に参加し、室内の歩行が可能になったために自宅療養をすることにした。無職の長男（48歳）と同居しているが、洗濯や食事の世話などが滞るようになった。近隣にAの相談相手がいなかった。年金や預貯金を無心してくる長男に抵抗していたが、次第に暴言と暴力を振るわれるようになった。栄養状態も悪化し、歩行することもできなくなってきた。Aは、終日、臥床して過ごしていたが、耐えきれないと思う気持ちを越えて、早く楽になることを願って死を決意した。確実に死を遂げられるように準備をした後に、実行した。この間、通院しないAを心配して病院から電話があったが、長男が応対していたためにAの様子を正確に知る人は誰もいなかった。」

Aの遺体を診た医師が不審に思い警察に届けたことにより、息子による虐待が自殺の原因であると判断された。事件として報道されることにより、近隣の人々や一般市民はAの自殺を知ったが、虐待を発見できなかったことを悔やむ人や社会的な問題として論ずる人など様々な反応があった。」

以上は、要介護の女性高齢者Aが、家庭内で家族から虐待を受け自殺に至った事例である。病、介護放棄、経済的問題に加えて、近

隣に相談する相手もない過酷さを耐えられないとする過程は、自殺の前に起きている状況としてすべての先行要件を包含している。また、自殺の結果、当事者のAは辛い境遇から解放されるが、ここでストーリーは終結しない。次の展開がある。すなわち、周囲は衝撃を受けAの苦悩の日々に同情し、人間としての心情的な歩み寄りがあり、社会的に解決すべき問題と捉えて支援体制を整備する動きが出現することになる。このように、本事例はひとりの女性高齢者の死が、人々の人間らしい受けとめ方を経ることにより社会的な問題解決の路線を築くことを示している。

IV 考察

本研究では、日本の高齢者の自殺の概念分析により、特徴と定義、先行要件と帰結を導き出した。さらに、以下の検討により、自殺までの過程と社会的な支援の重要性が捉えられ、概念の有用性が示唆された。

1. 自殺までの過程

日本の高齢者の自殺に至る過程の解明は、防止対策を具体的に推進していくための重要な取り組みである。

本研究における先行要件は、高齢者の特徴を踏まえた自殺の要因と経路として、その過程を説明するために活用可能性があると考えられた。先行要件では、コーディングにより5つの要素が抽出され、これらは帰結で区分したのと同様に、高齢者個人の要因（以下に、個人的要因）と社会的側面からの要因（以下に、社会的要因）の二つに大別することができる。『死への構え』と『病苦と心身症状』とは高齢者が個人として体験している様相であり、『ケアリング関係・環境の脆弱性』、『経済に関連する問題』と『耐える限界を超える』では、自殺が個人的な理由で決意されたのではなく、むしろ周囲の人間関係や地域社会にある福祉的な環境要因などから導き出されたものである。これらの社会的要因は、高齢者の自殺を強く動機づけることが示唆された。すなわち、自殺行為とは、かなり近い位置に存在している要件であるといえる。このような自殺までの道程やこれに関連し順序

性をもつ要因について、自殺実態白書(2008)では、自殺の10大危機要因による「自殺の危機経路」の形成として示している¹¹⁾。ちなみに、10大危機要因とは、うつ病、家族の不和、負債、身体疾患、生活苦、職場の人間関係、職場環境の変化、失業、事業不振と過労とされているが、これらは就労中の成年層の特徴をもち、高齢者の自殺の要因とするには適切とはいえない。また、同白書では、自殺の危機経路とは、事態がそのまま進行していくと自殺に至る可能性の高い経路であるとした¹¹⁾。本研究においては、先行要件を2つに分類し、これを用いて危険度の高い順序を想定した。まず、自殺の契機には病苦等の個人的要因があり、次いで、自殺の決意と実行の近くに存在するのが社会的要因となる。つまり、自殺までの過程について、本研究における先行要件を用いると、次のようなストーリーとして例示することができる。

「高齢者は、老年期になり、さまざまな喪失を体験し、既に『死への構え』がある。その状態に、『病苦と心身症状』が加わり、苦悩が増大する。このような事態に『経済に関連する問題』が起きるが、実際に親身に相談できる相手がいないう状態であり、『ケアリング関係・環境の脆弱性』を認識し、遂に精神的にはうつ症状やうつ病になるなど『耐える限界を超える』ことになり自殺という結果が導かれる」。

以上のように、高齢者の自殺までの経路をみると、個人的な要因がきっかけになるが、それよりも社会的な支援の不充分さが自殺を決定づけていくといえる。

2. 社会的支援体制の重要性

自殺による帰結では、高齢者自身に対して『苦痛からの解放』と『愛他価値』があり、社会への影響として、『社会支援システムを構築する必要性』と『各領域の専門家による学際的連携の必要性』が導き出された。高齢者にとっては、死によって諸々の苦悩を終結させることができる。一方、高齢者に自殺をされた家族や近隣の人々は、悲嘆の感情をもち、救済できなかったことへの道義的な責任と社会的な負債を抱えることになるはずであ

る。ところが、文献の分析では、高齢者の死を悼む家族の苦悩などが集積されていなかった。むしろ、感傷の段階は存在せず、対策を講じる取組みにまで転化されていた。自殺した遺族会などの報告をみると、対象が高齢者ではなく、専ら働き盛りの父親や子育て中の母親、あるいは未成年のこどもであり、彼らに対しては、その死を悼み語るのである^{11, 45)}。

なぜ、高齢者の自殺が、これほどまでに家族や身近な人々の人間的な感情から遠く離れているかのように捉えられるのであろうか。高齢者と家族との関係を見ると、現代では老親扶養意識が変化し高齢者世帯が増加していることや、独居よりも家族と同居している高齢者に自殺が多いことから、家族とは物理的・心情的にも距離を置く孤独な高齢者像が鮮明にみえてくる³⁵⁾。佐藤は、高齢者の家族内での孤独が、同居家族への期待と失望や介護負担への罪悪感などから生じるという⁴⁶⁾。このように、家族内で居場所や親密な交流を失い、喪失を倍加させていく高齢者が存在する可能性がある。孤独の中で不安をもった高齢者は、精神機能を低下させ、自殺の最大危機要因であるうつ病に移行しやすい。自殺とうつ病との因果関係を知りながら、これを放置したとすれば、ポッジ (G.Poggi) が指摘したように道徳心を育む社会を否定することになりかねない¹²⁾。

以上より、家族や周囲との人間的な交流の乏しい高齢者は、生きる意味を喪失しやすい環境下にあり、自殺とは非常に近い距離にあるといえる。そのため、高齢者自身の努力やその家族に多大な期待を寄せるのではなく、地域社会が擁護者としての役割を担う体制を整備する必要がある。また、高齢者の孤独や喪失感、ストレスが加齢による精神機能の低下に拍車をかける危険性があり、うつ病や認知症の発生に関連していくと考えられる。これらの連鎖的な事態は、社会的に重大な損失であり、支援体制を整備するなどの実効性の高い防止対策を講じることは急務である。しかし、遺族会の語りにみるように、他の年代に比べて高齢者の自殺に対しては、一般市民による注目の度合いが必ずしも高くは

ない。したがって、有識者である各学問領域の専門家が高齢者の自殺を多面的に論じ、連携を強化することにより、高齢者の自殺の背景にある道徳的・社会的問題や具体性のある自殺防止対策を示していく必要がある。

本研究で高齢者の自殺の帰結として導き出した『社会支援システムを構築する必要性』と『各領域の専門家による学際的連携の必要性』は、これまでの検討を通して、自殺が当事者や家族内で終息する問題ではなく、日本の社会が担うべき役割と課題であることを明示するために有用であると考えられた。

V 本研究の限界と今後の課題

日本人の自殺は、先進諸国の中で際立って高率であることから、その文化的な背景が注目されてきた。特に、武士道精神などにより、自殺を容認する精神風土として捉えられていたが、信念や信条と自殺を関連させる文献を収集することはできなかった。また、本研究においては、和文献から日本の高齢者の特徴を見出したが、今後は、諸外国と比較することにより、家族関係、経済的、社会的な背景による影響と相違を明らかにすることを課題とした。

本研究は、科学研究補助金 (基盤研究 (A): 課題番号 19209067) による平成 19-22 年度研究助成を受けて行った。また、本研究の一部は、日本老年社会学会第 51 回大会 (2009 年度) において報告した。

文献

- 1) 新村出編. 広辞苑第六版, 岩波書店, 2008
- 2) 内菌耕二監修. 看護学大辞典 第 5 版, メジカルフレンド社, 2002
- 3) 宮原伸二編. 福祉医療用語辞典, 創元社, 2006
- 4) 濱嶋朗, 竹内郁郎, 石川晃弘編. 社会学小辞典, 有斐閣, 2005
- 5) As horn. Oxford Advanced Learner's Dictionary 7th edition, 2008
- 6) 森岡清美, 塩原勉, 本間康平. 新社会学

- 辞典, 有斐閣, 1993
- 7) 藤木英雄, 金子宏, 新堂幸司. 法律学小辞典 第4版補訂版, 有斐閣, 2008
 - 8) 警察庁; 自殺統計, 2004-2006
 - 9) Inoue Ken, Tanii Hisashi, Abe Shuntaro. Suicidal tendencies among the elderly in Mie Prefecture, Japan, between 1996 and 2002. *Legal Medicine*, 9(3), 2007, 134 – 138
 - 10) E.Durkheim. *Le suicide: etude de sociologie*, nouvelle ed. 2ed, 336, 1897 (宮島喬訳. 自殺論. 中央公論社, 375, 1985)
 - 11) 自殺実態解析プロジェクトチーム. 自殺実態白書 2008【第2版】, 4-32, 2008
 - 12) G.Poggi, 1972. *Images of Society; Essays on the Sociological Theories of Tocqueville, Marx, and Durkheim*. Stanford UP, 1972
 - 13) B.L.Rodgers. *Concept Development in Nursing Chapter 6. Concept Analysis: An Evolutionary View*, 2000,
 - 14) 松田ひとみ. 日本の「高齢者の自殺」についての概念分析. *老年社会科学*, 31(2), 230, 2009
 - 15) 忽滑谷和孝. 高齢者の自殺. *老年精神医学雑誌*, 19(5), 549 – 555, 2008
 - 16) 阿部すみ子, 加藤清司, 國井敏, 平岩幸一. 福島県における高齢自殺者の実態と福祉サービス. *福島医学雑誌*, 48(4), 223-228, 1998
 - 17) 坂下智恵. 自殺率とうつ病受診率の関連性に影響を与える要因 四国地方郡部における国保レセプトデータを用いた予備的研究, *最新精神医学*, 12(4), 369-376, 2007
 - 18) 高橋邦明, 佐藤新. 老年期の自殺の疫学. *老年精神医学雑誌*, 10(8), 932-939, 1999
 - 19) 小片守, 吾郷一利, 吾郷美保子, 中島弘志, 池松和哉, 近藤稔和, 北敏郎他. 高齢者虐待 身体的・経済的虐待が原因で自殺したと判断された一剖検例, *犯罪学雑誌*, 73(6), 208-213, 2007
 - 20) 高島豊. ストレスと自殺 自殺率の推移と現代社会状況. *ストレス科学*, 14(4), 239-249, 2000
 - 21) 井出訓, 千丈雅徳. 配偶者を亡くした高齢男性の自殺. *北海道医療大学看護福祉学部紀要*, 8号, 35-42, 2001
 - 22) H.Oyama, Y.Ono, N.Watanabe. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 110-114, 2006
 - 23) H.Oyama, N.Watanabe, Y.Ono. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(3), 337-344, 2005
 - 24) S.Awata, T.Seki, Y.Koizumi. Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: A community-based, cross-sectional study, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(3), 327-336, 2005
 - 25) 長谷屋誠. 高齢者の希死念慮に影響を及ぼす要因の検討 秋田県と愛知県の在宅高齢者を比較して. 自殺予防と危機介入, 25(1), 40-48, 2004
 - 26) 瀧澤透, 名嘉幸一, 和氣則江, 渡辺直樹, 田口学, 熊谷けい子. 秋田県由利町における高齢者のストレスに関する一考察. *秋田県農村医学会雑誌*, 48(1), 4-8, 2002
 - 27) 大山博史, 小井田潤一, 工藤啓子. 岩手県浄法寺町における高齢者自殺に対する予防的介入 うつ状態スクリーニングと住民啓発によるアプローチ. *精神医学*, 45(1), 37-47, 2003
 - 28) M.Fushimi, J.Sugawara, S.Saito. Comparison of completed and attempted suicide in Akita, Japan, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3), 289-295, 2006
 - 29) 清水裕美, 天野直二. 老年期女性の自殺について 長野県の調査と全国調査の比較検討から. *老年精神医学雑誌*, 17(7), 765-777, 2006
 - 30) 栗田主一. 地域在住高齢者の自殺念慮に関する1年間の前向きコホート研究. *東北医学雑誌*, 117(1), 94-96, 2005

- 31) 吉岡英治, 中野育子, 松倉真弓, 藤井明人, 高丸勇司, 安田素次. 高齢者の自殺企図についての一考察. 市立札幌病院医誌, 61(1), 43-47, 2001
- 32) Y.Ono, E.Tanaka, H.Oyama. Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(6), 605-610, 2001
- 33) 清水恵子, 塩野寛, 上園崇. 高齢者の孤独死の死因分析と予防対策 内外因死, 自殺, 事故死の分析. 大和証券ヘルス財団研究業績集 25 号, 16-22, 2002
- 34) T.Hayase, K.Yamamoto, Y.Yamamoto, Autopsy Cases of Aged Persons Who Suffered from Psychiatric Symptoms. 犯罪学雑誌 67 巻 4 号 Page177-182(2001.08)
- 35) 島村忠義, 越永重四郎. 東京都における自殺者の動機とその要因に関する一考察 1984 年～1990 年の 7 年間の自殺者を中心に. 日本赤十字看護大学紀要, 15 号, 70-78, 2001
- 36) 阿部俊太郎, 種子島章男, 山本秀孝, 福永瀧繁. 三重県下における自殺の年次推移 1989 年～1995 年. 三重医学, 44(1), 1-7, 2000
- 37) 岡本博之, 後藤洋平, 酒井俊郎, 西基, 三宅浩次. 北海道における自殺の疫学 (1979 年～1994 年). 北海道公衆衛生学雑誌, 13(2), 179-183, 2000
- 38) 本橋豊, 劉揚, 佐々木久長. 秋田県の自殺死亡の地域較差と社会生活要因に関する研究. 厚生の指標, 46(15), 10-15, 1999
- 39) 後藤京子, 杉本侃. 自殺に用いられる薬毒物と出版物による影響に関する研究. 民族衛生, 62(2), 53-64, 1996
- 40) 今木雅英, 大栗美保, 老田義人. 社会環境因子よりみた老年者の自殺. 生活衛生, 39(1), 19-22, 1995
- 41) 吉田京介, 川俣泰男, 大友晋. 農薬中毒の臨床的検討. 日本臨床内科医会会誌, 9(4), 157-159, 1994
- 42) 松本寿昭. 自殺予防 - 自殺の危険因子 社会学の分野からみた自殺の危険因子. 自殺予防と危機介入, 26(1), 13-18, 2005
- 43) 長谷川和夫, 賀集竹子編. 老人心理のアプローチ. 医学書院, 10 - 44, 1992
- 44) 三山吉夫. 老年期の不安. 臨床精神医学, 21(4), 567-568, 1992
- 45) 内閣府. 自殺対策白書. 125-134, 2008.
- 46) 佐藤眞一. 老親を介護するところ. 発達. 73, 44-52, 1998

Concept Analysis of “Elderly Suicide” in Japan and the Need for a Social Support System

Faculty of Medicine, University of Tsukuba

Hitomi Matsuda

Abstract

‘Elderly Suicide’ in Japan is considered to be a necessary theme for interdisciplinary cooperation between medical and social specialists. In this report, we have tried to clarify the characteristics and structure of the concept to create a common understanding of the terminology involved. Using the Rogers method, we analyzed 34 literatures, examining the characteristics and definition of the concept, the reasons, the results and related concepts. As a result: (1) The characteristics of the concept were defined as “people at the end of life feel a sense of loss and despair that cannot be compensated for by their past accomplishments, with the result that the elderly take their own lives. This is a problem that should be addressed as a moral matter of national concern that is closely related to social support systems.” (2) The reasons are “attitude toward death,” “pain and the physical and mental condition,” “the fragility of caring relationships and circumstances,” “financial situation” and “crossing the line of tolerance.” (3) The results are “release from pain,” “altruistic values,” “the need to construct a social support system” and others, as well as examining the meaning of the related concept of “loss.”

Key words: suicide in elderly , concept analysis
interdisciplinary cooperation
the social support system, loss