

3. 高齢者の自殺

張 賢徳 中原 理佳

要約 わが国は高齢化率 23% 超という高齢者社会であると同時に、高齢者の自殺率も高い。自殺には一般に精神疾患が関与することが知られているが、高齢者では特にうつ病・うつ状態が関与する割合が高い。また、身体疾患への罹患、死別や離職などの環境変化、心理的援助の不足なども自殺の危険を高めるが、これらも高齢者では経験されることが多い。自殺予防を考える時、うつ病・うつ状態の早期発見と適切な治療が最重要であるが、同時に住民の健康教育や相談機関の拡充など地域の支援活動も重要である。

Key words : 自殺, 高齢者, 自殺の危険因子, 希死念慮/自殺念慮, 自殺予防

(日老医誌 2012; 49: 547-554)

はじめに

日本は、医療の充実を背景に世界でも例をみない高齢化社会を迎えようとしている。高齢者白書¹⁾によると、平成 22 年 (2010 年) 10 月の日本の総人口は 12,806 万人 (前年 12,751 万人) であり、そのうち 65 歳以上の高齢者人口は過去最高の 2,958 万人 (前年 2,901 万人)、総人口に占める割合 (高齢化率) は 23.1% (前年 22.7%) である。そして、「団塊の世代」(昭和 22~24 年 (1947~1949 年) に生まれた人) が 65 歳となる平成 27 年 (2015 年) には、高齢者人口は 3,000 万人を超える。

この高齢化社会の中、高齢者の自殺は深刻な社会問題の一つとなっている。日本の自殺者数は、平成 10 年 (1998 年) 以降、毎年 3 万人を超えて推移しており、警察庁の統計²⁾によると、平成 23 年の自殺数は 30,651 人であり、性別では男性 20,955 人 (68.4%)、女性 9,696 人 (31.6%) と男性の割合が高い。年代別でみると、60 歳代が 5,547 人 (18.1%) と最も多く、次いで 50 歳代 5,375 人 (17.5%)、そして 40 歳代 5,053 人 (16.5%)、30 歳代 4,455 人 (14.5%) の順となっている (図 1)。そして、60 歳以上の自殺数は 11,661 人で全体の 38.0% を占め、高齢者の自殺者の割合が高く、今後さらに高齢化が進むことを考えると、高齢者の自殺対策は大きな課題となる。

本稿では、自殺統計を概観した後、高齢者の自殺の危

険因子を踏まえて、自殺予防対策について考える。

諸外国における自殺

世界保健機関 WHO³⁾による各国の自殺死亡率 (人口 10 万対) の比較では、男性ではリトアニア (61.3)、ロシア (53.9)、ベラルーシ (48.7) などの順で自殺率が高く、日本は 11 位 (36.2) であり、女性では韓国 (22.1)、スリランカ (16.8)、中国 (14.8) などの順で日本は 5 位 (13.2) である (図 2a, b)。日本の自殺死亡率が男女ともに、世界的にみても高いことがわかる。年齢別の自殺率に関しては、これまで諸外国においても高齢者の占める割合が高いとされてきたが、国によりその割合には差があり、自殺率の高い国では高齢者の自殺率が高く、自殺率の比較的低い国々ではより若年層の自殺率が高い傾向があるとされている。

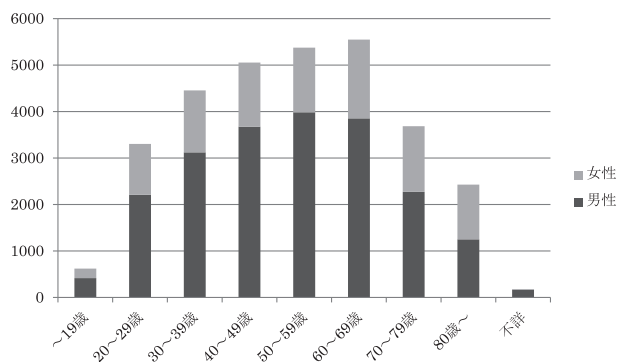


図 1 平成 23 年 年齢階級別自殺者数

Suicide in the elderly

Yoshinori Cho, Rika Nakahara : 帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科

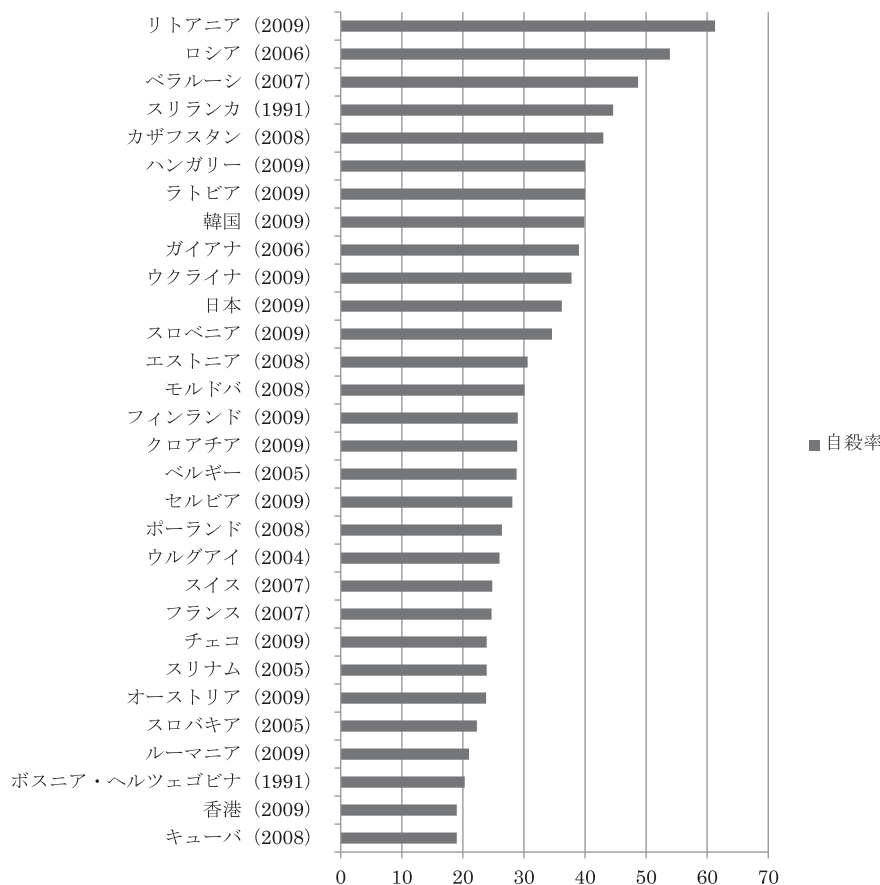


図2a 各国の男性自殺率 (上位30カ国のみ抜粋)

日本における自殺

(1) 自殺者数の推移

日本の自殺者数は、昭和30年前後、昭和60年前後に2つの山を形成した後、平成10年に急増し、その後13年連続して3万人を超えている(図3)²⁴⁾。

年齢階級別の自殺をみると、男性については、昭和30年前後に15~34歳が、昭和60年前後には35~54歳がそれぞれピークを示している。平成10年の自殺者急増の原因は、45~64歳の中高年を中心とした男性の自殺者の増加によるものと考えられるが、男性においては高齢者を含むすべての年代において自殺者数が増加している。女性については、昭和30年前後に15~34歳のピークが形成された後は、男性のような大きな変動はみられない(図4)²⁴⁾。平成23年における年齢階級別自殺者数では、60歳以上の自殺数は11,661人で全体の38.0%を占めているが、長期的にみても、昭和60年前後から高齢者の自殺数は30~37%と高い割合で推移している。

(2) 自殺の原因・動機

警察庁の統計²⁾では、平成19年から遺書等の自殺を裏

付ける資料により推定できる自殺の原因・動機を最大3つまで計上するようになった。平成23年において原因・動機が特定された者は22,581人(73.7%)、不特定者は8,070(26.3%)であり、原因・動機の特定が可能であった者では、「健康問題」が14,621人(64.7%)と最も多く、次いで「経済・生活問題」が6,406人(28.4%)、「家庭問題」が4,547人(20.1%)、「勤務問題」が2,689人(11.9%)の順となっている。年齢別にみても、ほとんどの年齢において「健康問題」が最も多い原因となっている。60歳以上の自殺でも、原因の60.8%が「健康問題」であり、これには「病気」、「身体障害苦」、「老衰苦」、「身体劣等感」、「その他の病苦」、「アルコール依存症などの精神障害」などが含まれる。

自殺に至るまでには、さまざまな心理社会的要因が複雑に関わっていることが多い。このため、自殺の原因・動機の解明には、しばしば心理学的剖検 psychological autopsy という手法が用いられる。心理学的剖検とは、後方視的研究の1つであり、自殺者の家族や友人、関係者などへの構造化された面接を中心に、検死記録や医療機関における生前の診察記録から得られた情報を総合的

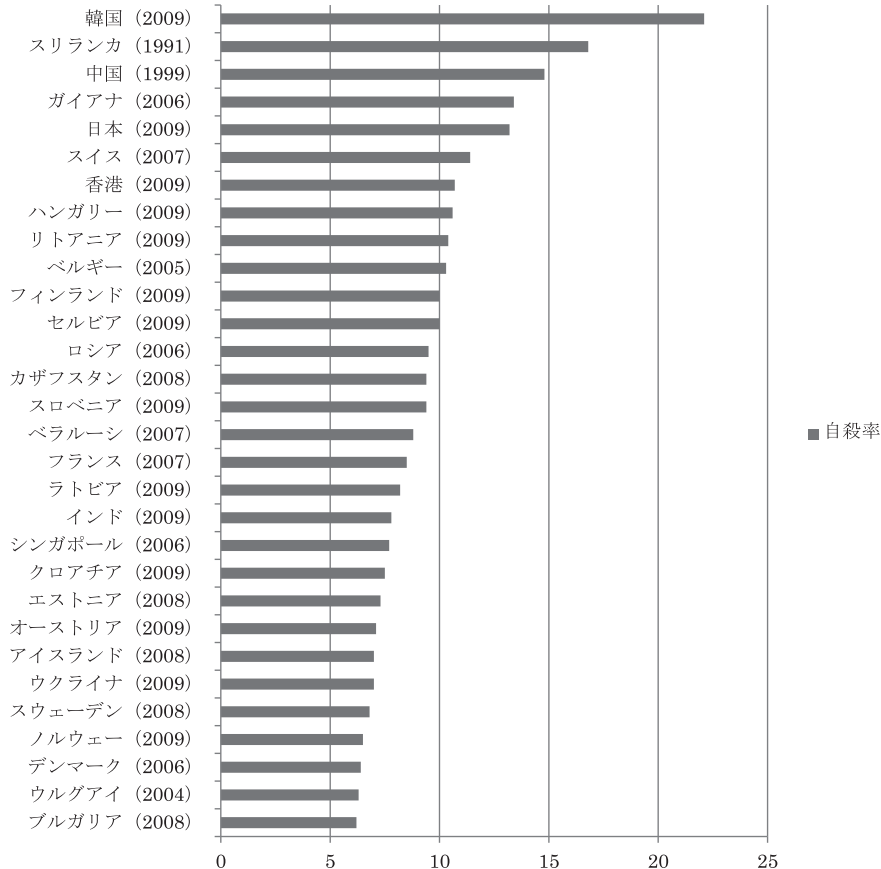
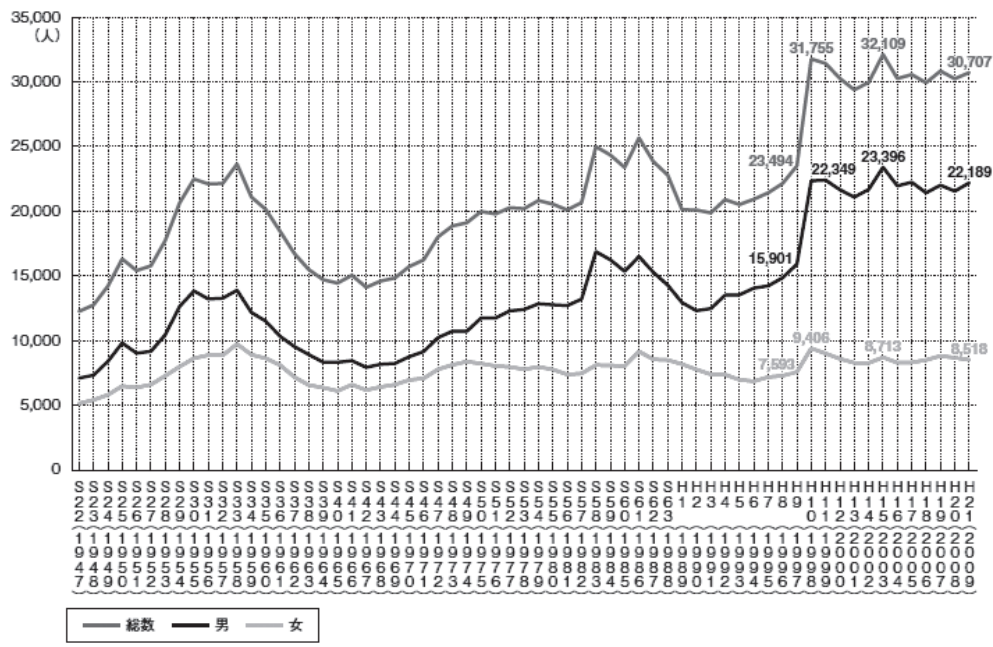
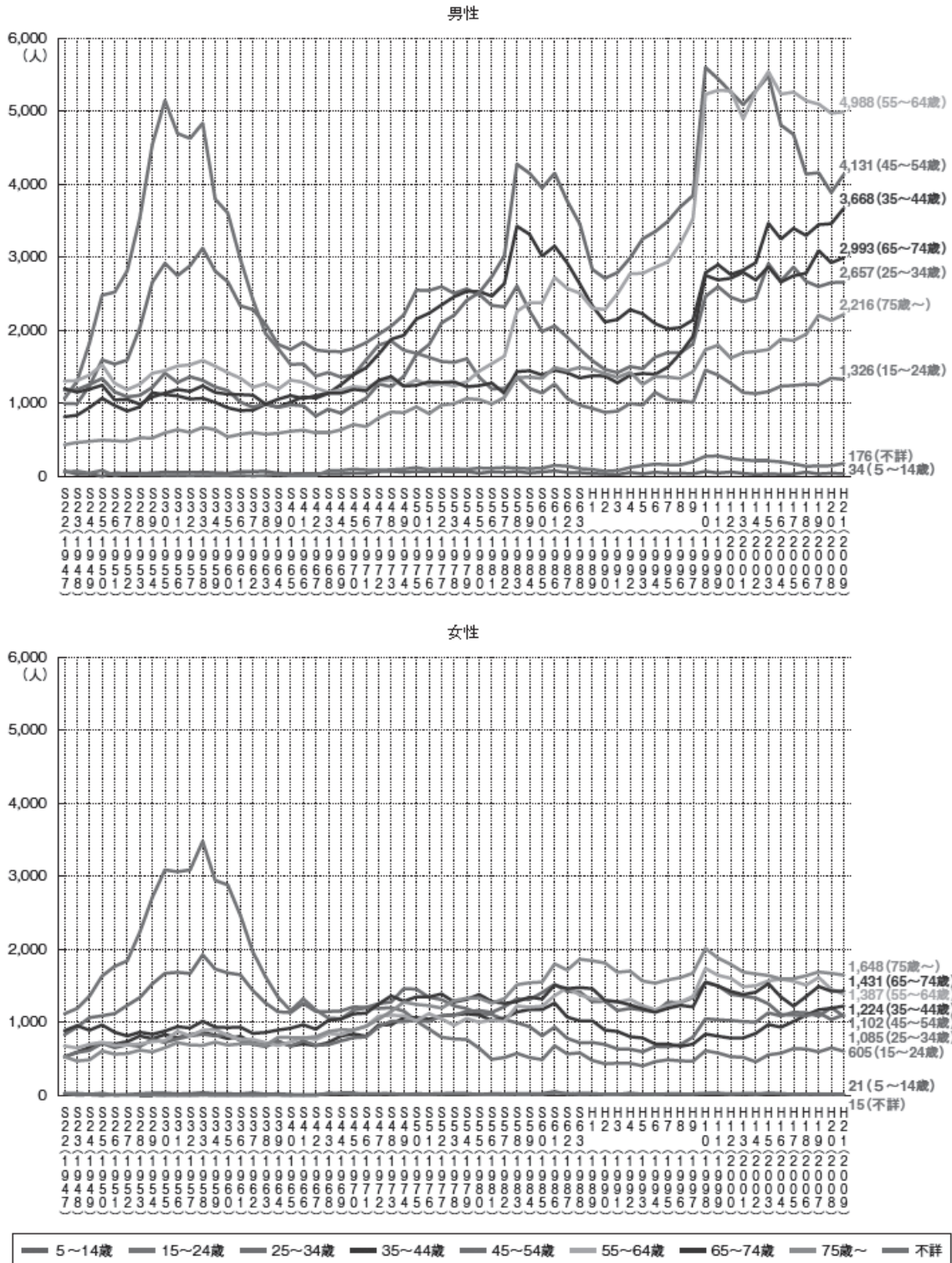


図2b 各国の女性自殺率（上位30カ国のみ抜粋）



資料：厚生労働省「人口動態統計」

図3 自殺者数の長期的推移



資料：厚生労働省「人口動態統計」

図4 年齢階層別自殺数の推移

に分析して、自殺に至るまでの心理的過程を明らかにするものである。上述の警察庁の情報よりも広く深い情報が得られる。これまでの心理学的剖検では、自殺者の

90%以上になんらかの精神障害が存在し、なかでもうつ病を始めとする気分障害、物質（アルコール・薬物）関連障害、統合失調症などが多いことが知られてい

る^{5)~7)}。高齢者の自殺においても精神障害が介在することが多く、中でもうつ病を含む気分障害との関連が非常に高いと報告されている⁸⁾。

自殺の危険因子

自殺を予防するためには、自殺のリスクが高い人をしてできるだけ早期に発見し、介入する必要がある。WHO作成の「自殺予防：プライマリケア医のための手引書」⁹⁾では、主な危険因子として、①精神疾患、②身体疾患、③自殺企図歴、④自殺および精神疾患の家族歴、⑤離婚者、配偶者との死別者、独身者、⑥社会的孤立、⑦失業または退職者、⑧子ども時代の死別体験をあげている。ここでは高齢者を念頭に置いて、解説を加える。

(1) 精神疾患

高齢者の自殺に最も関係する精神疾患はうつ病である。高齢自殺者の約65%がうつ病であり¹⁰⁾¹¹⁾、うつ病よりも軽いうつ状態まで含めると約75%にうつ病性障害の診断がつく¹²⁾¹³⁾。また、65歳以上の15,000人の10年間の前向き調査では、うつ病症状が自殺の最も強い危険因子であることが見出されている¹⁴⁾。プライマリケアでまず重要なことは、うつ病の専門的な診断をつけることよりも、うつ病・うつ状態を広く発見することである¹⁵⁾。

認知症と自殺の関係については一定の評価が得られていない。筆者(張)は、うつ病として治療していた高齢患者で、うつ病寛解後に認知症症状を呈し、そのことを非常に悲観してうつ状態になり自殺に至ったという事例を経験しているので、認知症患者の自殺は多いのではないかという印象を持っているが、全体的にみると、認知症は自殺の危険因子として挙がってこない¹⁶⁾。うつ状態が前景に出て、認知症症状が目立たないケースでは、もし自殺が起こった場合、うつ病としてカウントされるのかもしれない。筆者のこの推測を支持するデータがいくつかある。1つは、高齢自殺者の死後脳研究で、アルツハイマー病変の発現率が高いことが見出されている¹⁷⁾。もう1つは自殺未遂研究だが、高齢者のうつ病患者の自殺未遂群では、認知機能障害の発現率が高かった¹⁸⁾。これらより、認知症の初期で、特にうつ状態を伴う場合には、自殺に留意することが臨床的には重要といえよう。同時に、高齢者うつ病の治療では、認知症の合併や移行に注意を払い、自殺の危険性を念頭に置く診療姿勢が望まれる。

(2) 自殺企図歴

一般に、単独の危険因子としては、自殺企図歴が最も強力な自殺の危険因子である⁷⁾。自殺企図は年齢とともに減少する(つまり、高齢者は完遂率が高い)といわれ

ているが、高齢者でも自殺企図歴が自殺の危険因子である¹⁹⁾。自殺未遂で入院した高齢者の1年間追跡調査では、13%が自殺に終わっている²⁰⁾。自殺未遂者対策が非常に重要である。自殺未遂者の多くが精神疾患を有していることから、それに対する精神医学的治療が実施される体制が望まれる。同時に、心理社会的問題への援助体制も必要である。

(3) 自殺の家族歴

自殺の家族歴は、精神疾患の家族歴とは独立した危険因子であることが明らかになっている²¹⁾。この情報を臨床的にどう活かすかだが、その家族歴を有する人には注意を払うことが1つ、もう1つは、自殺の家族歴を問診しながら、自殺予防の心理教育を行うという活用法がある。例えば、遺された人の心痛や苦悩を取り上げながら、「絶対に自殺しないように」という結び方に持っていく。

(4) 身体疾患

一般に、身体疾患が自殺の危険因子の1つであることはよく知られている。高齢者に関しては、身体疾患の中でも特に、疼痛、息切れ、運動機能障害をもたらす疾患が自殺に関係しやすいことが見出されている²²⁾²³⁾。また、複数の身体疾患が重なること²⁴⁾²⁵⁾や、うつ状態が合併すること²⁶⁾が自殺の危険を高めることも知られている。身体疾患で治療中の患者のうつ状態には注意を払う必要がある。

(5) 心理社会的要因

大塚ら²⁷⁾は、高齢者の自殺の心理社会的特徴として、①衰えによる身体的不調や身体疾患への罹患、②死別や離職などのさまざまな喪失体験、③個人的な悩み、④家族と同居していながら相談できない、⑤サポートが少ない、⑥孤独な状況などを報告している。

また、高齢者は環境変化に適応する能力が低下しているとも考えられ、その結果、不慣れな環境では孤立感を強めることとなり、自閉的な生活は生きがいを喪失させてしまう可能性もある。加えて、うつ病・うつ状態を合併するようになれば、自殺の危険はさらに高くなる。

高齢者が相談先としてあげる場所の半数以上は家族である。にもかかわらず、高齢の自殺企図者では、家族と同居していても、半数以上が自殺企図前に心理的問題を相談していなかったという報告がある²⁸⁾。この結果は、高齢者が家族の中で心理的に孤立していること、心理的援助が希薄であることを示唆している。今後は、家族や医療のみならず、各機関が連携をとり、地域全体で高齢者支援をおこなう体制を確立・強化する必要がある。

表1 自殺の危険度と対応

自殺の危険度	兆候	評価・対応	行動
0	悲嘆がない		
1	情緒不安定	希死念慮を尋ねる	共感をもって聴く
2	死に関する漠然とした思考	希死念慮を尋ねる	共感をもって聴く
3	漠然とした希死念慮	自殺の意志(計画・手段)の評価	代替方法などの可能性を考える、支援体制の同定
4	希死念慮があるが精神疾患はない	自殺の意志(計画・手段)の評価	代替方法などの可能性を考える、支援体制の同定
5	希死念慮があり、精神疾患か強い生活上のストレスがある	自殺の意志(計画・手段)の評価、自殺しない約束	精神科医に紹介
6	希死念慮があり、精神疾患か強い生活上のストレスか焦燥感があり、そして過去に自殺企図歴がある	患者に付き添う(自殺手段への接近を防ぐため)	入院

自殺予防対策

(1) うつ病・うつ状態の早期発見・適切な治療ならびに自殺未遂者へのケア

直接的な自殺予防対策は危険群(at-risk者)へのアプローチである。高齢者では、うつ病、そして自殺未遂者がまずその対象となる。うつ病について一言でいえば、「早期発見と積極的な治療」に尽きるが、治療の際には前項の自殺危険因子を念頭に置き、折に触れて希死念慮を確認する。そして、自殺の危険が看取されれば精神科に紹介するのが無難である。精神科への紹介時期の目安として、WHOによる「自殺予防における段階」⁹⁾を表1に示しておく。なお、自殺未遂者については全例、精神科医による診断面接を受けることが望ましい。

(2) 希死念慮・自殺念慮の聴取について

自殺の危険を把握するためには、希死念慮・自殺念慮を確認する必要がある。希死・自殺念慮を問う行為自体が自殺行動を誘発するというエビデンスはない。しかし、それらの念慮が確認された後の対応は重要である。「死にたい」と言われれば、誰でも驚き、戸惑うものであるが、援助者側が適切な対応をせず消極的になれば、患者に失望感を与えてしまう可能性がある。可能な範囲で時間をかけ、希死・自殺念慮の心理社会的背景を聴取し、共感を示しながら、問題解決に向けて一緒に考えていく保証をするのがよい。このような対応は医師だけに許されるものではない。コメディカルスタッフを始め、家族を含めあらゆる援助者が行えることである。

高齢者、特に男性では、希死・自殺念慮を尋ねても否定したり、無言のまま、自殺の危険を把握するのが難しい場合がある。その場合には、「あなたのように気分が塞ぎ込んで辛いときに、死にたい気持ちが起こってくることはよくあることですが、あなたはどうか?」(症

状の標準化)と問いかけることで、話しやすい雰囲気を作り出せる。また、「どんな方法で自殺しようと考えているのですか?」などと自殺念慮があることを前提にした質問をすることもある。この質問では、そこまでの思いがなければ通常否定されるが、希死・自殺念慮がある場合には、真情の吐露につながることもある¹⁵⁾。

(3) 支援体制の構築

高齢者の自殺対策には、医療に加え、地域全体のサポート体制の構築、住民の健康教育・啓発活動なども必要である。いくつかの地域では長期的な取り組みがなされ効果をあげている^{29)~34)}。現状では地域の包括支援センターが中心的な役割を担うことになると思われるが、「そこに任せただけからお仕舞い」というやり方ではよい連携にならない。補完し協働する支援体制の構築が望まれる。

文 献

- 1) 高齢者白書. <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>
- 2) 警察庁生活安全局生活安全企画課統計. <http://npa.go.jp/safetylife/seianki/>
- 3) 世界保健機構 WHO. http://who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/
- 4) 自殺対策白書. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/wHITEpaper/index-w.html>
- 5) Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395-405.
- 6) Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K: Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene: Suicidal risk factor and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med* 2008; 13: 243-256.
- 7) 張 賢徳: 精神疾患における自殺とその予防. *臨床薬理* 2006; 9: 1525-1533.
- 8) Conwell Y, Thompson C: Suicide behavior in elders. *Psychiatr Crin North Am* 2008; 31: 333-356.
- 9) World Health Organization: Preventing suicide: a re-

- source for primary health care workers, WHO, 2000 (河西千秋, 平安良雄監訳. 自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き. 横浜市立大学医学部精神医学教室, 2007).
- 10) Conwell Y, Olsen K, Caine ED, Flannery C: Suicide in later life: psychological autopsy findings. *Int Psychogeriatr* 1991; 3: 59-66.
 - 11) Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R: Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 155-165.
 - 12) Preville M, Hebert R, Boyer R, Bravo G, Seguin M: Physical health and mental disorder in elderly suicide: a case-control study. *Aging Ment Health* 2005; 9: 576-584.
 - 13) Chiu HF, Yip PS, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, et al.: Elderly suicide in Hong Kong: a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 299-305.
 - 14) Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, et al.: Risk factors for late-life suicide: a prospective community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 398-406.
 - 15) 張 賢徳: 自殺予防—WHO 自殺予防の手引きを読み解く. *治療学* 2008; 42: 183-186.
 - 16) Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED: Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 193-204.
 - 17) Rubio A, Vestner AL, Stewart JM, Forbes NT, Conwell Y, Cox C: Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 137-145.
 - 18) Szanto K, Dombrowski AY, Sahakian BJ, Mulsant BH, Houck PR, Reynolds CF 3rd, et al.: Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20: 257-265.
 - 19) Hawton K, Harriss L: Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 572-581.
 - 20) De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, et al.: Repetition of suicidal behavior in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord* 2002; 72: 291-295.
 - 21) Brent DA, Mann JJ: Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005; 133: 13-24.
 - 22) Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R: Suicide in older people without psychiatric disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 363-367.
 - 23) Harwood D, Hawton K, Hope T, Harriss L, Jacoby R: Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychol Med* 2006; 36: 1265-1274.
 - 24) Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA: Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1179-1184.
 - 25) Erlangsen A, Vach W, Jeune B: The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: a population-based register study. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 771-776.
 - 26) Snowdon J, Baume P: A study of suicides of older people in Sydney. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 261-269.
 - 27) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 中山秀紀, 間藤光一: 高齢者の孤独と自殺. *Depression frontier* 2006; 4: 28-33.
 - 28) Draper B: Attempted suicide in old age. Editorial review. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 577-587.
 - 29) 本橋 豊: 秋田県における高齢者の自殺予防対策. *J Natl Inst Public Health* 2003; 52: 317-321.
 - 30) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 須賀良一, 小熊隆夫, 小泉 毅: 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動; 老年期うつ病を中心に. *精神神経誌* 2002; 100: 469-485.
 - 31) 酒井明夫: 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関係の連携による大規模介入研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「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 H14~H16 年度総合研究報告書, 2005, p1-15.
 - 32) Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K: Community-based prevention through depression screening and follow-up. *Community Ment Health J* 2004; 40: 249-263.
 - 33) Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al.: Community-based suicide prevention through group activity for elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 337-344.
 - 34) Oyama H, Ono Y, Watanabe N, Tanaka E, Kudoh S, Sakashita T, et al.: Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 110-114.

理解を深める問題

- 問題 1. わが国の自殺者数の傾向について、誤っているものを1つ選べ。
- a 日本の自殺死亡率は、男女ともに世界的にも高い。
 - b 平成10年(1998年)に年間3万人を超えた。
 - c 自殺者数は男性が多い。
 - d 年齢別自殺者数では、中高年および高齢者の自殺が増加している。
 - e 自殺の原因として最も多いのは「経済・生活問題」である。

問題2. 自殺の危険因子について誤っているものを1つ選べ.

- a 精神疾患とともに、身体疾患も自殺の危険因子となりうる.
- b 自殺企図歴は強力な自殺危険因子であり、自殺未遂者の多くが精神疾患を有している.
- c 自殺の家族歴をもつ者は自殺の危険が高い.
- d 希死念慮・自殺念慮の有無を問うことは重要であるが、自殺のリスクを高める可能性があるため、プライマリケアでは避けるべきである.
- e 死別や離職などのさまざまな生活上のストレスも、自殺の危険因子として注意が必要である.

問題3. 高齢自殺者にみられる精神疾患のうち、最も関連が強いものを1つ選べ.

- a うつ病
- b 認知症
- c アルコール・薬物乱用/依存
- d 統合失調症
- e 不安障害

問題4. 高齢者の自殺について正しいものを2つ選べ.

- a 高齢のうつ病患者の自殺既遂率は若年者に比べ低い.
- b 軽いうつ状態であっても自殺の危険因子となりうる.
- c 複数の身体疾患が重なることは自殺のリスクを高める.
- d 認知症は自殺の強力な危険因子である.
- e 家族と同居している高齢者では自殺の危険は少ない.

問題5. 自殺予防について適切でないものを1つ選べ.

- a 自殺予防のためには、プライマリケアにおける正確な精神科診断が必要である.
- b 自殺の危険を早期に発見するためには、希死念慮・自殺念慮を確認することが重要である.
- c 高齢者、特に男性では、希死念慮・自殺念慮を否定することもあり、確認が難しいことがある.
- d 自殺未遂者については全例、精神科医による診断面接を受けることが望ましい.
- e 高齢者の孤立やサポート不足を緩和するための地域のネットワークの構築や住民の啓発活動などの取り組みも、自殺予防のためには重要である.