

世代別の自殺の特徴とそれに対応した対策の概要（青少年）

特 徴	各委員からの御意見
調査研究は殆どされず（実数が少ない・調査協力が得にくい） ○ 子どもの自殺の「原因・動機」の約 3 割が「健康問題」、約 2 割が「学校問題」となっているが、詳細は不明 ○ 青年の自殺の「原因・動機」の約 3 割が「健康問題」、約 2 割が「経済・生活問題」となっているが、詳細は不明	・ 子どもの自殺について、第三者機関が入り、今までより細かい背景をつかむような実態の把握が必要 ・ 子どもの現状把握を含めた分析や検証が足りないのではないか ・ 子どもの自殺については、文部統計も正確なところはわからない。警察の統計も、総務庁の統計も、基データを何によっているのかわからず、全貌がなかなかわからない。学校の評価や教員の評価とは離れて、心理的な負荷を抱えた子どもへの適切な援助を考えるために、ということを強調した、正確なデータ把握が必要と思う【鵜養委員】 ・ 調査をする場合に、少数のケースでいいから、その子どもの生育歴を含め、死に至るまでの、ケース検討が必要である【鵜養委員】 ・ 調査協力を得にくいのは、遺族からではなく、学校や教育委員会から。遺族支援を行っている市民団体に対しては、遺族はむしろ協力的な場合が多い【清水委員】 ・ リストカットの実態に関する調査も必要【清水委員】

特 徴	各委員からの御意見
外部からの影響を受けやすい ○ 携帯電話の普及により、有害情報に接する機会が増加 ○ インターネット自殺は、20代、30代に多いが、その背景に青少年の「孤独化」が指摘されている ○ 報道の影響により、模倣や連鎖を起こしやすい 大人に比べ、自殺未遂者が多く、自殺予防の入り口として重要	・ 親にも自殺予防教育をして、何かあったらすぐに対応できることを示しておくことが必要 ・ 報道の仕方を工夫することによって、より自殺予防に役立つことも事実であるため自主的な判断をもとに自殺を報道することが必要 ・ マスコミ各社で検討してガイドライン的なものを作り、報道のときには自殺以外の代替手段を載せるなどの方向にもっていきたい ・ 未遂に終わったときの子どもへの対応は、非常に慎重にかかわる必要がある ・ 問題が起こっても、死ぬ以外の異なる見方、異なる解決方法があることを示していく教育が大事 ・ 子どもの心の健康は、一生にわたるメンタルヘルスの基礎であり、適切な対応が必要 ・ 理想的な自殺予防教育をすべて直ちにできないにしても、最低でもポストベンションを行うべき ・ 子どもの自殺予防教育は、それを通じて教師自身のメンタルヘルスを振り返る重要な機会であり、教師を対象とした教育も必要 ・ 日本自殺予防学会では自殺連鎖が起きたときに、過去数回マスコミその他関係機関に慎重な報道や対応をするよう声明文を発送してきた。今後は日常的にもこのような啓発をしてゆきたい【斎藤委員】 ・ 報道機関にも参加を呼びかけて、自殺報道ガイドラインを作成するための作業部会を作ってはどうか【清水委員】 ・ インターネットの「自殺掲示板」等に、メッセージの代わりに相談窓口の連絡先やホームページのURLを書き込んでおく。そうやって自殺を考えている人たちに、自殺以外の解決策があることを提示することが必要【清水委員】 ・ 小中学校・高校・大学ともに「学校保健」として取り組んできた内容（検診、保健室機能等）の機能の見直し充実が必要と思う（検診時の「問診」的な面接等）【高橋(信)委員】

特 徴	各委員からの御意見
子ども特有の要因 ○ 子どもは心理社会的な未熟さにより衝動的に行動 ○ 発達上の要因 ・ 発達途上であり、問題に対する解決能力が未熟 ・ 思春期の発達のアンバランス ○ 核家族化で高齢者とのふれあいが少ない【河野委員】 青年特有の要因 ○ 精神障害では統合失調症、妄想性障害、パーソナリティ障害や摂食障害等と関連性が高い	・ 「弱音を吐いてもいいんだよ」「話を聞くために待っている人がいる」というメッセージを子どもに伝えることが大事 ・ 子どもたちが学校の中で位置づけられるような教育形態を教師と一緒に模索していくこと、弱音を吐いてもいいという風土ができること、話を聞いてくれる人がいることを確認できることが大事 ・ 学校における自殺発生後の心理的ケアに対する危機管理マニュアルが必要 ・ 子どもの心の健康は、一生にわたるメンタルヘルスの基礎であり、適切な対応が必要 ・ 理想的な自殺予防教育をすべて直ちに実施できないにしても、最低でもポストベンションを行うべき ・ 子どもの自殺が起きた場合、教職員や近い子どもへのケアを行うため、専門家チームによる支援が必要 ・ 支援を受け、学校が正常に復した後、取り残されていくという形で様々な反応が出てくるので、それに対する注意が大事 ・ 子どもたちへ行われている、様々な心理教育をまとめ、自己主張(アサーション)、S S T、人間関係作り、自律訓練や同作法などの実践例から、その有効性を確認しつつ、こういうことを実施する中で、それに関わる教師が、自分自身も振り返りつつ、一人一人の子どもに関わるチャンスや手段、視点を持つことが大切【鶴養委員】 ・ 義務教育年齢を超えた、高校生や大学生は、地域からの援助も受けにくく、また、家族から離れる場合も多い。さらに、スクールカウンセリングや学生相談に触れるチャンスのない人も多い【鶴養委員】 ・ 元気な高齢者による子育て支援(子どもの預かり、子どもの送り迎え、児童館・学童保育での世話、伝統的な遊びの伝承など)の強化【河野委員】 ・ 人生経験豊かな高齢者とのふれあいを通じて、心身の成長発達や孤独にならないためのコミュニケーション能力の向上を図る【河野委員】

	・ 対策を考える際、「短期的にすべきこと」と「中長期的にすべきこと」とを分類し、その上で「実務的アプローチ」と「啓発的アプローチ」とに分けてみてはどうか【清水委員】 ・ 中長期的実務面では、学校のクラス制度の見直しが必要。せめて中学校からは、学年があがるごとに選択授業を増やしていき、学校で子どもたちが開かれた複数の人間関係を築けるようにしつつ、いじめ発生のリスクを下げるべき【清水委員】 ・ 中長期的啓発面では、「強いことはいいこと」という価値観に偏りすぎないように、人間（自ら）の弱さをも受け入れられるような価値観を伝えていくべき【清水委員】 ・ 短期的実務面では、子どもたちが自然と弱音を吐けるような機会・場を作ることが必要（「多角的自己表現法」などのツールを活用したらどうか）【清水委員】 ・ 子どもたちが問題に直面したとき、どう回避したらいいのかを具体的に教える機会・場を作ることが必要（「ライフスキル支援授業」などのツールを活用したらどうか）【清水委員】 ・ 自殺予防の観点からも、親を自殺で亡くした子どもたち（自死遺児）への支援が必要【清水委員】 ・ 短期的啓発面では、いじめにあっていて子どもが、どうすればその状況を回避できるのか。その「具体的なモデル」や「具体的な問題解決までのプロセス」をもっと提示することが必要【清水委員】
--	--

特 徴	各委員からの御意見
その他	・ 自殺についての知識、危険な徴候、対応、実際に自殺が起きたときの学校のすべきことなどについての指針を、管理職だけでなく、一般のクラス担任の手元に確実に置くような通知通達が必要。たとえば、Web上の情報を「確実にダウンロードしてプリントアウトし、各教員に配布すること」というような通知を文科省名で出すだけで、かなり違うと思う。全国の教員数だけの予算負担を、国の予算で行うことは大変だが、一つ一つの学校単位でやれば、そこでの事務経費でできるはずと思う【鵜養委員】

青少年の自殺の特徴

将来ある「いのち」が失われることは大きな問題

調査研究は殆どされず(実数が少ない・調査協力が得にくい)

大人に比べ、自殺未遂者が多く、自殺予防の入り口として重要

携帯電話の普及により、有害情報に接する機会が増加

携帯電話の保有率 小学生 24.1% 中学生 66.7% 高校生95.2%(NTTドコモモバイル社会研究所H17.3調査)

〔子ども特有の要因〕

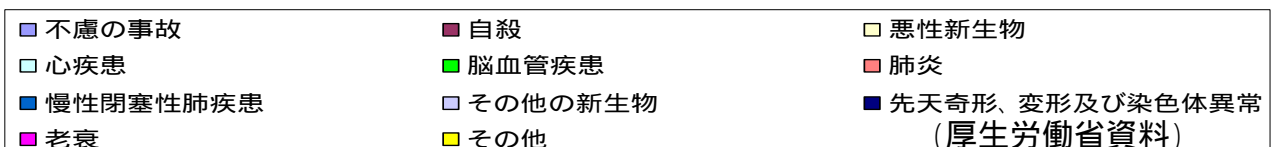
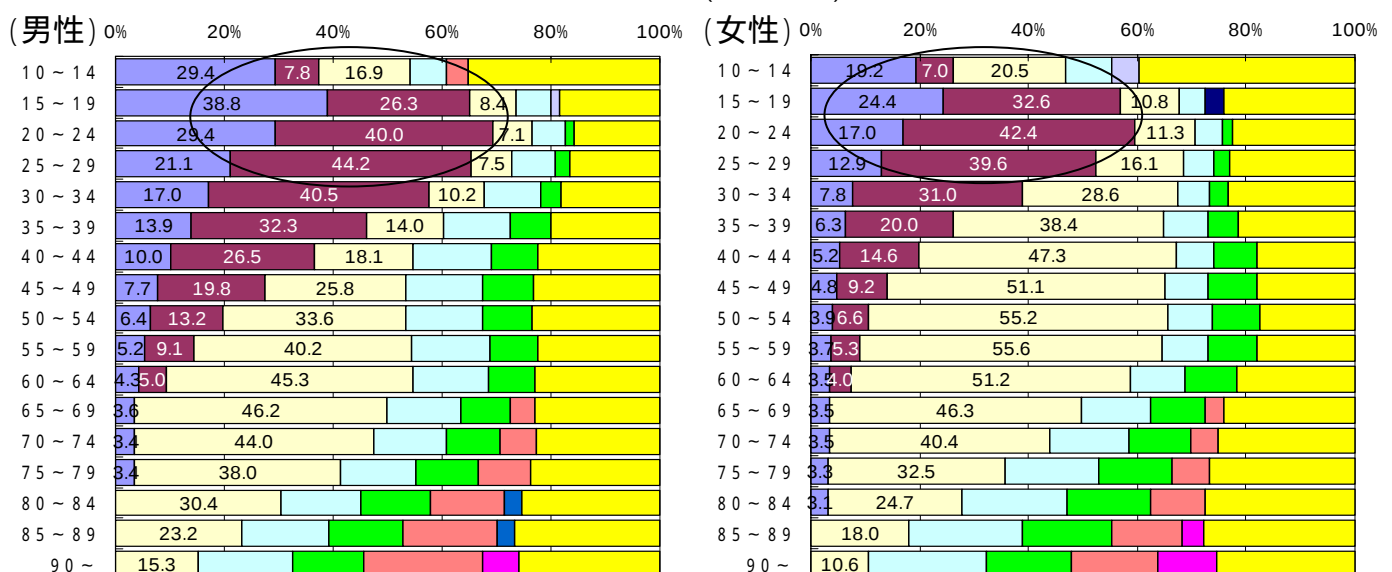
- 自殺者の割合は全体の約2%
- 死因順位は高い(10～14歳 第3位、15～19歳 第2位)
- 子どもの自殺の「原因・動機」の約3割が「健康問題」、約2割が「学校問題」となっているが、詳細は不明
- 子どもは心理社会的な未熟さにより衝動的に行動
- 大人と比べ、精神障害との関連性は低い
- 発達上の要因
 - ・ 発達途上であり、問題に対する解決能力が未熟
 - ・ 思春期の発達のアンバランス
- 外部からの影響
 - ・ 家庭内の問題や養育状況の影響を受けやすい(親の病気、離婚、別居、死別、虐待、DV等)
 - ・ 報道の影響により、模倣や連鎖を起こしやすい

〔青年特有の要因〕

- 自殺者の割合は全体の約1割
- 死因順位は男女ともに第1位(20～24歳 第1位、25～29歳 第1位)
- 青年の自殺の「原因・動機」の約3割が「健康問題」、約2割が「経済・生活問題」となっているが詳細は不明
- 精神障害では統合失調症、妄想性障害、パーソナリティ障害や摂食障害等と関連性が高い
- インターネット自殺は、20代、30代に多いが、その背景に青少年の「孤独化」が指摘されている

(国立精神・神経センター精神保健研究所提供資料)

平成17年中における年齢・階層別の死因(男女別)



世代別の自殺の特徴とそれに対応した対策の概要（中高年）

特 徴	各委員からの御意見
中高年の自殺者数は全体の約 6 割（我が国における自殺の特徴で、高齢者対策の入口） ○ 自殺の動機 ・ 男性では、約 4 割が「経済・生活問題」、約 2 割が「健康問題」となっているが、詳細は不明 ・ 女性では、約 6 割が「健康問題」、約 3 割が「家庭問題及び経済・生活問題」となっているが、詳細は不明	・ 自殺予防のための第 1 段階は実態を正確に把握すること ・ 警察庁の自殺統計について研究者による分析ができるようにすべき ・ 労災の資料など各省庁が個別に持っている資料について研究者が分析できるようにすべき ・ 自殺の背景にある社会的要因を浮き彫りにするための調査が必要 ・ 警察庁の自殺者統計の発表を、交通事故死者数の発表と同時期に行うべき（6 月では遅すぎる）【清水委員】 ・ 労災申請されてこない「過労自殺」の実情について解明することが必要【清水委員】 ・ 「体系的な検死制度」を確立させて、死から学ぶことのできる社会を実現させるために、カナダなどが採用しているコロナー（検視官）制度の導入を検討すべき【清水委員】 ・ 国は研究機関に委託し、海外における自殺予防対策の好事例を研究し日本版の作成に生かすことにする。同時に、2002 年 12 月の厚労省の「自殺予防に向けての提言」や「職場における自殺予防と対応」が発表から 5 年を経過して何が出来、何が出来てないのかを検証し、新しい計画に生かすこと【中桐委員】

特 徴	各委員からの御意見
自殺者では、精神障害の中でも、うつ病の割合が多い ○ 家庭や職場でも重要な位置にあり、身体的、心理的、社会的な負担が大きい ○ 親との死別、退職等ダメージの大きい喪失体験に遭遇 ○ 身体疾患罹患の増加など、健康への不安が増加 ○ 自殺の既往疾患は、中高年ではうつ病の割合が高い ○ 中高年は「仕事によるストレス」に加えて、「仕事外のストレス（介護を要する親のケア、子どもの教育など）」も多く、過剰ストレスがかかる年代【河野委員】 自殺者の3 / 4 が1年以内にかかりつけ医を受診、精神保健サービス利用は1 / 3のみ ○ うつ患者の精神科受診は約2割、その他内科等の受診が約1割、全体でも3割程度 ○ 精神障害による休職後の職場復帰の転機として、1 / 3 が不適応な転機である	・ 職場における安全衛生委員会においてメンタルヘルス対策についての客観的評価とその対応を考えていくことが必要 ・ 看護職が共同で中小企業の方たちへのケアが行えるシステムが必要 ・ 産業医と心理士や保健師等のチームケアが重要 ・ 学校も職場としてメンタルヘルスの基盤づくりが必要 ・ うつ病に関する医療、治療は世界的に見ると遅れており、精神科医と心理士やケースワーカーが総合的に関わる体制など精神科医療の向上が必要 ・ 自殺未遂者について職場復帰へのサポートシステムが必要 ・ 救急医療の現場からの情報が職場にフィードバックされて、それが職場の中で生かされる連携体制が必要 ・ 事業主団体等の地域の団体を通じて必要な情報や教育の材料等を広く流すことにより、当該団体のリーダーシップによる対応が期待できる ・ 事業所が、従業員の健康診断に加えてメンタルヘルス対策を実施できるよう支援することが必要【五十里委員】 ・ 仕事によるストレスを減らすために、経営者、管理監督者に働きかけ、風通しのよい職場風土をつくり、上司 - 部下、同僚間のサポートを強化することが効果的【河野委員】 ・ 仕事外の要因については、社会資源を紹介し、共に解決にむけての努力をすることが必要【河野委員】 ・ これらのストレス対策は、産業保健チームで行うが、中でも労働者に最も身近で、生活への適応を支援する専門職である産業看護職の役割は大きい。この有用な人材を活用するために、産業看護職の活用を労働安全衛生法に位置づけることが必要（日本では歴史的経過もあり、現行法制に位置づけられていない）【河野委員】 ・ 安全と健康についてよい職場風土ができている職場では、気分が落ち込んだ時などには、社員が気軽に健康相談室に来室するし、また所属長も健康相談に行くことをすすめるので、早期の対応がとりやすい→必要な場合、医療機関に繋ぎやすい【河野委員】

- ・ 産業保健スタッフとの信頼関係ができていると自発的な相談が増えるので、必要に応じて医療機関に繋ぐことが可能【河野委員】
- ・ ハンガリーのように、自殺未遂者専門の精神科病院を作ってはどうか【清水委員】
- ・ 職場におけるメンタルヘルス問題は、この十年間でも最大の問題の一つ。労働者が抱える健康問題や家庭問題、地域社会や政治・経済・社会問題、それに加えて仕事上の問題がストレスとなってうつ病やアルコール依存症に繋がることは誰でも可能性がある問題。事業者にとっても健康な労働者と健康な職場を維持することがビジネスを継続、成功させる重要な要素であることは明白。さらに法的な事業者責任の一つでもあること【中桐委員】
- ・ 職域における自殺やうつ病予防対策があまり効果を上げていない理由に以下のような問題点があると思われる。厚労省のメンタルヘルス対策がうつ病が発症した後のセルフケアを強調してスタートしたため、その発症の原因を探り職場環境の改善対策が後手になったこと。国際競争力の確保に脅かされて先進国で一番長い労働時間の削減対策や、その原因でもあるリストラによる要員削減、成果主義の導入や過重なノルマ制度、単身赴任などによる同僚や家族からの孤立やストレスの対策が後手になり、ワークライフバランスを失った状態が続いていること。職場の産業医や看護師、保健師など産業保健スタッフはある程度、大手企業では整備されてきたが産業医の選任義務がない50人未満の中小事業場では殆ど機能していない。大方の労働者は自分の「かかりつけ医」に頼っており職場の改善や対策は放置されている。これらの問題の解決が自殺予防に繋がる【中桐委員】
- ・ 学校教職員の状況について、文科省調べでは94年から04年の10年間に精神疾患により休業した者が3倍増加していること、労働科学研究所の調査では健康状態に不調を訴える教職員が全職種平均の3倍いること、小中学校では教職員の2割が月80時間を越える超過勤務を行っていること、9割の教職員が「もっと子供たちと一緒に時間が欲しい」と答えていること、安全衛生委員会が職場に設置されていないと答えた教職員が約3割あり生徒も含めた安全衛生対策が放置されているなど問題が多い【中桐委員】
- ・ 医療機関に受診しやすい状況をつくることが重要【樋口委員】
- ・ かかりつけ医がうつ病を診断するためのツールを開発する【樋口委員】
- ・ 不眠症外来を一般科に開設することで対応する【樋口委員】
- ・ 一般科の医師の卒前、卒後、生涯教育にうつ病を重要項目として位置づける【樋口委員】
- ・ スクリーニングの方法（例えば2質問紙法）を一般科医師に浸透させる【樋口委員】

特 徴	各委員からの御意見
不眠等のサインに家族や会社が気づいていることが多い ○ 自殺者の精神症状のサインに気づいたケースが約 8 割 事前に周囲に相談せず、うつ病で医師へ相談しようと思う者は約 2 割 ○ 気分が落ち込んだ時、かかりつけ医や精神科医に相談、受診してみようと思っている者は約 2 割 ○ 周囲に相談していない者が約 6 割	・ 職場等において自殺が発生した直後に心のケアをするのは不可欠。それと併せて自殺予防についての普及啓発を行うとよく理解してもらえる ・ 困ったときに助けを求めることは恥ずかしいことではなく、どこに相談すればよいかという情報も伝える ・ 様々な社会的な問題についての相談機関のマップを示すべき ・ 心の病に対する偏見を取り除くことが重要 ・ 健康教育や正しい知識の普及が大事 ・ 産業医の充実と共に、職場や他の人に知られずに、相談や受診ができる制度を確立することも必要。(例えば、あるメーカーでは、その社員並びに家族に対して、電話相談ができる場を、医療機関とそれに関わる臨床心理士を含めて提供している。また、いくつかの会社は、社外の開業の心理臨床オフィスと提携し、10回までは会社もちの形で心理療法を受けることを可能にしている。さらに、ある化粧品会社は、会社内に相談室を作り、派遣の形で産業カウンセラーを置いているが、その相談室がどこにあるかは、社員には知られておらず、相談したい人が、メールを送ってはじめてその場所がわかる形になっている。こうした秘密裏のあり方が必ずしもいい訳ではないが、一方で、心理的な不調とそれに対する治療への偏見を無くしていく psycho-education も必要であるが、どうしても人に知られたくない人のためには、こうした措置も必要かもしれない)【鷓鴣委員】 ・ 弱音を吐くことが苦手な中高年男性でも助けを求めることができるようにするため、相談窓口のハードルを下げるための工夫が必要。例えば、倒産を経験したことのある元経営者(秋田)や多重債務に陥ったことのある自殺未遂者(東京)が開いている相談機関のように【清水委員】

特 徴	各委員からの御意見
その他	・ 50代から60代にかけての自殺死亡率が最も高いが、退職後の生きがいとの関わりもあると考えられるため、在職中から仕事以外の生きがいづくりへの支援を行うことが必要 ・ 命の大切さ等の教育面の取組も必要 ・ 「連帯保証人制度」のあり方について、それに関わる自殺の実態を解明しながら、あらためて検証することが必要【清水委員】 ・ 「生命保険特約」のあり方について、それに関わる自殺の実態を解明しながら、あらためて検証することが必要【清水委員】 ・ 遺された遺族への支援が重要【清水委員】 ・ 政府は自殺防止に向けて中央省庁と地方自治体、民間団体、国民参加のナショナルプロジェクトとして5カ年または10カ年計画を作成することを表明することが重要。総理大臣が自殺防止に向けた具体的な目標と方法を国民に表明し、（例えば50パーセント削減など）そのために必要な資源（人・物・予算）と統括する機関（委員会方式も可）を明らかにし、全国民と関係機関（関係省庁・地方自治体・医療・社会 福祉関係団体・報道機関・労使商工団体＜特に中小事業者＞・教育・研究機関・NPO・ボランティア団体等）に参加と行動を呼びかける。その実施に必要な新法や関係法令の改正を行い、毎年、PDCAサイクルを回し、計画の改善を図ることとする【中桐委員】 ・ ナショナルプロジェクトをスタートさせる際は、「9月1日防災の日」や春・秋の「全国交通安全運動」などにならない毎年、国民参加の啓発キャンペーンを設定すること【中桐委員】

中高年の自殺の特徴

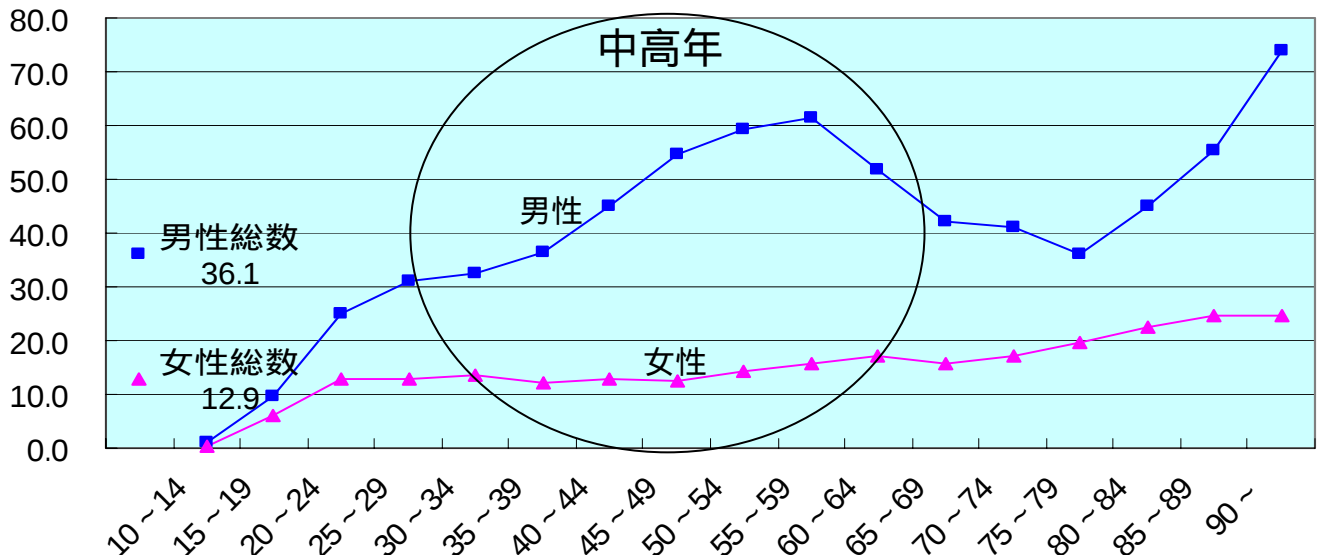
自殺者数は全体の約6割(我が国における特徴で、高齢者対策の入口)
 自殺の動機は中高年の生活様式を反映し経済・生活問題、健康問題(精神障害含む)が多い
 自殺者では精神障害の中でも、うつ病の割合が多い
 不眠等のサインに家族や会社が気づいていることが多い
 事前に周囲に相談せず、うつ病で医師へ相談しようと思う者は2割のみ
 自殺者の3/4が1年以内にかかりつけ医を受診、精神保健サービス利用は1/3のみ

(中高年特有の要因)

- 平成10年に50歳代の自殺者数が大きく増加
- 家庭や職場でも重要な位置にあり、身体的、心理的、社会的な負担が大きい
- 親との死別、退職等ダメージの大きい喪失体験に遭遇
- 身体疾患罹患の増加など、健康への不安が増加
- 自殺の動機 - 中高年の生活様式を反映
 - ・ 男性では、約4割が「経済・生活問題」、約2割が「健康問題」となっているが詳細は不明
 - ・ 女性では、約6割が「健康問題」、約3割が「家庭問題及び経済・生活問題」となっているが詳細は不明
- WHO調査で自殺者の95%以上が精神障害の診断あり、日本の調査では自殺未遂者の約75%が精神障害の診断あり
 - ・ 精神障害ではうつ病、統合失調症、妄想性障害、アルコール依存症等と関連性が高い
 - ・ 自殺の既往疾患は、中高年ではうつ病の割合が高い(若年の統合失調症と比較して)
- 自殺者の精神症状のサインに気づいたケースが約8割
 - ・ 気づくのは、家族が約6割、会社が約1割
- 自殺前の相談
 - ・ 家族へ相談が約2割、友人へ相談が約1割、周囲に相談していない者が約6割
- 医療機関の受診
 - ・ 自殺者の3/4が一年以内にかかりつけ医を受診、しかし精神保健サービスの利用は1/3のみ
 - ・ 気分が落ち込んだ時、かかりつけ医や精神科医に相談、受診してみようと思っている者は約2割
 - ・ うつ病患者の精神科受診は約2割、その他内科等の受診が約1割、全体でも3割程度
- 精神障害による休職後の職場復帰の転機として、1/3が不適応な転機である

(国立精神・神経センター精神保健研究所提供資料)

平成17年の年齢別・男女別の自殺死亡率



総数には「5～9歳」及び年齢不詳を含む。

(厚生労働省資料)

世代別の自殺の特徴とそれに対応した対策の概要（高齢者）

特 徴	各委員からの御意見
「死にたい」と考えたことがある高齢の介護者は3人に1人	・ 介護疲れによる自殺については、調査でハイリスク者を明らかにし、それに対して支援していくことが必要 ・ 介護、福祉の現場で、そういう人たちが危機に対処できるようなスキルを身につけることは重要 ・ 介護予防事業関係者に対する研修の実施などにより、自殺予防へつなげるところを一層強化することも必要 ・ 介護予防事業は、今後、一層力を入れることが必要 ・ 高齢者の対策にソーシャルワーカーやケースワーカーの協力と研修の実施を加えてはどうか【中桐委員】

特 徴	各委員からの御意見
自殺の前兆によって内科医等は受診するが、精神科医は未受診 ○ 高齢者の自殺の「原因・動機」の7割は「健康問題」となっているが、他の複合する要因の詳細は不明 ○ 高血圧症、糖尿病などの慢性的疾患をかかえることが多く、自殺者の90%以上がなんらかの身体的不調を訴え、約85%が入通院による治療を受けていた ○ 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る 高齢者の自殺未遂や自殺は「うつ病」が大きな原因	・ うつに対する理解の増加と、地域の自殺に対する偏見の除去や信頼感の醸成という2つのアプローチをした結果、自殺者数が減った ・ うつ病のハイリスク者へ保健師などが訪問指導をきちんと行うことは重要 ・ 自殺を恥と考えるような偏見を変えるための啓発をしていくことは重要 ・ 様々な場面でうつのスクリーニングを行い、早めの発見につなげることが重要 ・ かかりつけ医の機能を強化することは重要 ・ 内科医は、患者の体の訴えを正確にとらえて、身体症状から始まるうつの治療につなげていくことが大事 ・ 精神科や精神疾患などに対する偏見は、長い時間をかけて変えていかなければならないので、そこに至るまでのかかりつけ医の果たす役割は大きい ・ 簡便でスクリーニングに役立つ仕組みをかかりつけ医に提供する工夫が必要 ・ 民生委員や地域の自治会の委員等、地域住民と接しながら活動する方々に、高齢者への訪問・見守り、うつ病の発見等、自殺予防の担い手になっていただくことが重要であり、自殺予防の担い手として自殺予防の研修の実施が必要【五十里委員】 ・ 「かかりつけ医」のいない高齢者に対する援助を検討する必要（諸手続きができなくて、健康保険に入れていない人、保険料が払えなくて、健康保険の資格を失効して以来、医療にかかっていない人など）【鵜養委員】 ・ 高齢者を抱えた家族に対して、うつになりやすい状況や、初期症状について、パンフレットなどの配布や、近隣の精神科医療機関のリストなどを配布することも必要【鵜養委員】

特 徴	各委員からの御意見
自殺者の多くが家族と同居、単身生活は全体の５％以下 ○ 高齢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」ともらしており、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 ○ 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といった喪失体験であり、強い喪失感から閉じこもりがちとなり、孤独・孤立状態からうつに至ると考えられる ○ 役割や生きがいの喪失感をもつ高齢者が多い【河野委員】 ○ 家族と同居していても若者との話が合わず、いわゆる“家族の中での孤独”を訴える人が多い（単身ならあきらめもつくが家族がいるのに孤独なのはもっとつらいとの訴えあり）【河野委員】	・ 住民参加、専門家の積極的な関与は重要。ハイリスク者への個別指導、キャンペーンの実施、メディアとの連携による積極的な啓発は効果がある ・ 家族関係の改善への支援、世代間交流を含めて地域の交流の活動を強化、高齢者の生きがい対策をすることが重要 ・ 都市部では、生涯学習や趣味のサークルなどが、高齢者の生きがい対策につながる ・ 遺された親族へのケアは重要 ・ 単身の高齢者が増えてきた場合には、地域全体、都市全体の中でのサポートを強化していくことが対策になる ・ 秋田県の例でもわかるように、「こういうプロジェクトを実施しています。」という広報が大切。自分たちが注目されているプロジェクトに関わっていると自覚すること自体が、自我関与を強くし、効果があがることは、社会心理学では良く知られている【鵜養委員】 ・ 新たな役割や生きがいを持ってもらうことへの支援が必要【河野委員】 ・ 社会福祉協議会をはじめとした社会福祉法人、財団法人、社団法人、NPOなど、多くの団体が様々な生きがい支援を行っているが、その活動には地域差がある。活発な地域の紹介など、もっと積極的なPRが必要【河野委員】 ・ また、高齢者にそれらの活動情報がいきわたるシステムを構築することも必要【河野委員】 ・ 楽しさを通じた高齢者の生きがいモデル（日本レクリエーション協会）のようなモデルに基づいた活動も实际的。そのコーディネータとして、住民の生活に密着した活動を行っている市町村の保健師等健康支援スタッフの活用が望ましい【河野委員】 ・ 地域で高齢者のたまり場をつくることが必要【河野委員】 ・ 役割喪失感に苛まれている高齢者には「地域での役割」を与えることが重要（「寺子屋回想法」のような取組が有効なのでは）【清水委員】

高齢者の自殺の特徴

自殺者の約4割は高齢者

「死にたい」と考えたことがある高齢の介護者は3人に1人

高齢者の自殺未遂や自殺は「うつ病」が大きな原因

自殺の前兆によって内科医等は受診するが、精神科医は未受診

自殺者の多くが家族と同居、単身生活は全体の5%以下

（ 高齢者特有の要因 ）

○ 身体的負担

- ・ 高齢者の自殺の「原因・動機」の7割は「健康問題」（全年齢では4割）
- ・ 高齢自殺者の90%以上がなんらかの身体的不調を訴え、約85%が入通院による治療を受けていた
- ・ 高齢者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」、「元の体に戻らないなら死んだ方がましだ」といった言動が目立つ
- ・ 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い
- ・ 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る

○ 家族への精神的負担

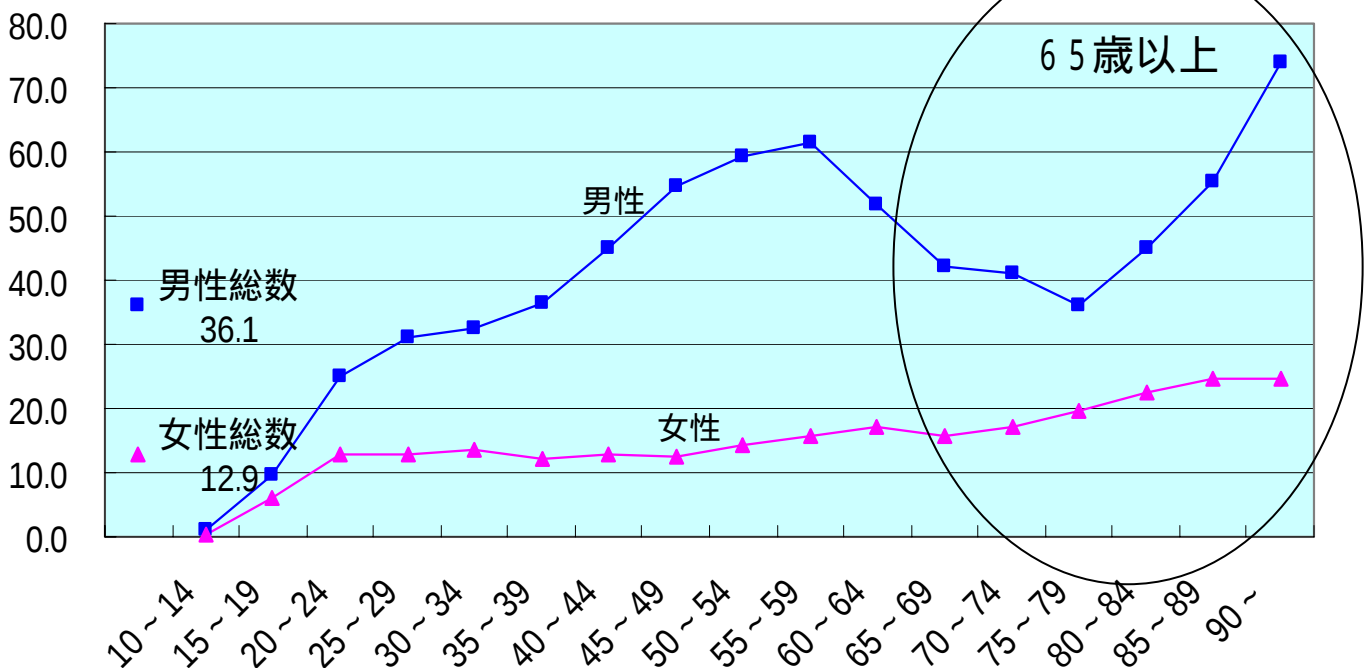
- ・ 高齢自殺者の多くが生前家族に「長く生きすぎた」、「迷惑をかけたくない」ともらしていた
- ・ 心身両面の衰えを自覚し、同居する家族に看護や介護の負担をかけることへの遠慮が生じる

○ 喪失感と孤立

- ・ 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）
- ・ 強い喪失感から閉じこもりがちとなり、孤独・孤立状態からうつに至ると考えられる

（国立精神・神経センター精神保健研究所提供資料）

平成17年の年齢別・男女別の自殺死亡率



総数には「5～9歳」及び年齢不詳を含む。

（厚生労働省資料）