

後期高齢者層における自殺をめぐる状況

1 後期高齢者における自殺者数及び自殺死亡率について

(1) 自殺者数

平成21年以降の後期高齢者の自殺者数の推移をみると、25年の4,244人をピークに減少

傾向が続き、令和元年は3,485人となっている。ピーク時から759人（17.9%）の減少となった（第2-4-1表）。

第2-4-1表 後期高齢者の自殺者数の推移

（単位：人）

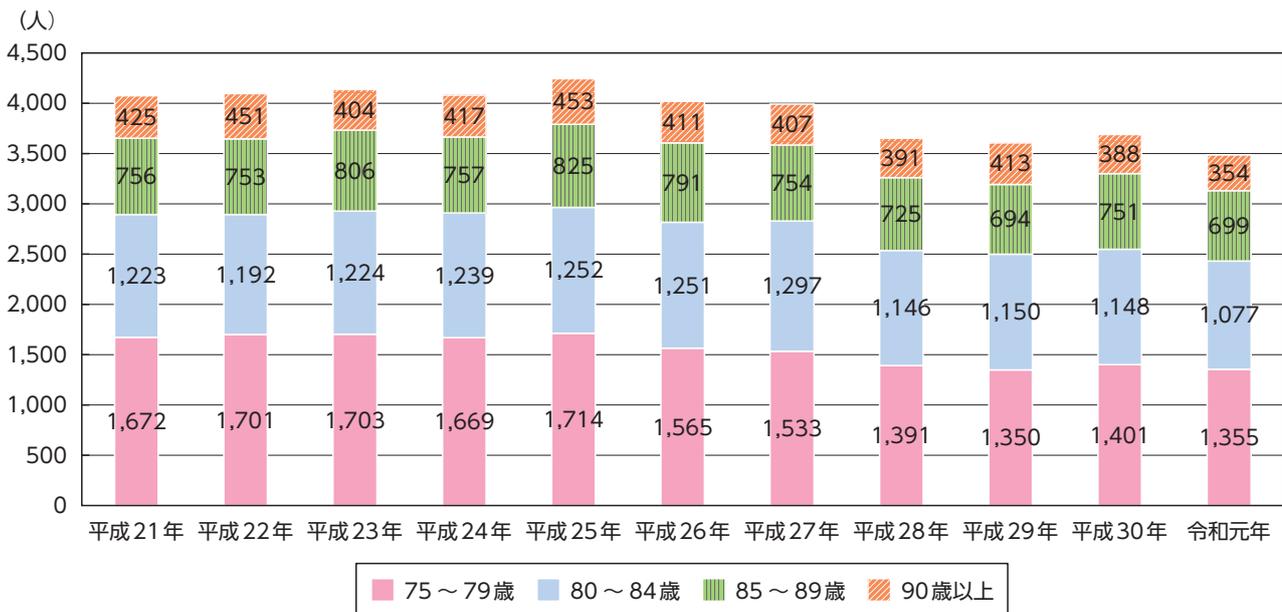
	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
全体	32,768	31,581	30,608	27,809	27,215	25,418	23,964	21,870	21,286	20,820	19,974
後期高齢者	4,076	4,097	4,137	4,082	4,244	4,018	3,991	3,653	3,607	3,688	3,485

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

同様に、後期高齢者の4階層でこの期間の推移をみると、80～84歳以外の階層では平成25年をピークに減少傾向が続いている。年齢

階層が上がるほどに自殺者数は減っている（第2-4-2図）。

第2-4-2図 後期高齢者の自殺者数の推移

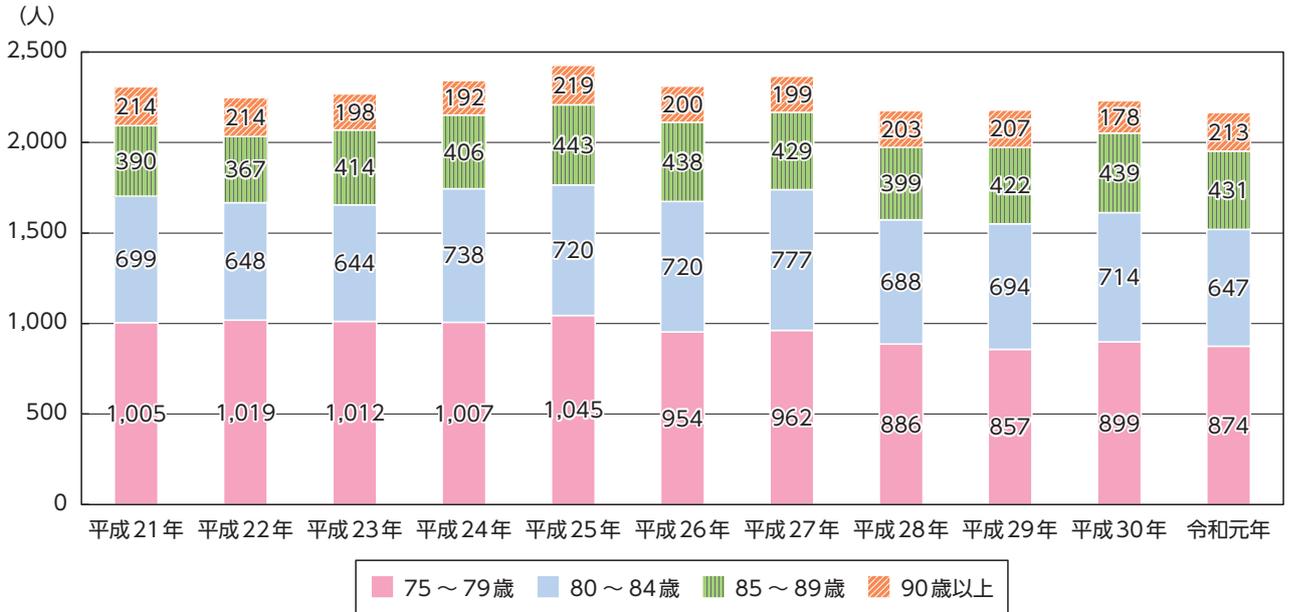


資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

男女別にみると、男性は、平成25年をピークに、28年以降概ね2,100人台後半で推移している。90歳以上は、この期間200人前後で推移している（第2-4-3図）。

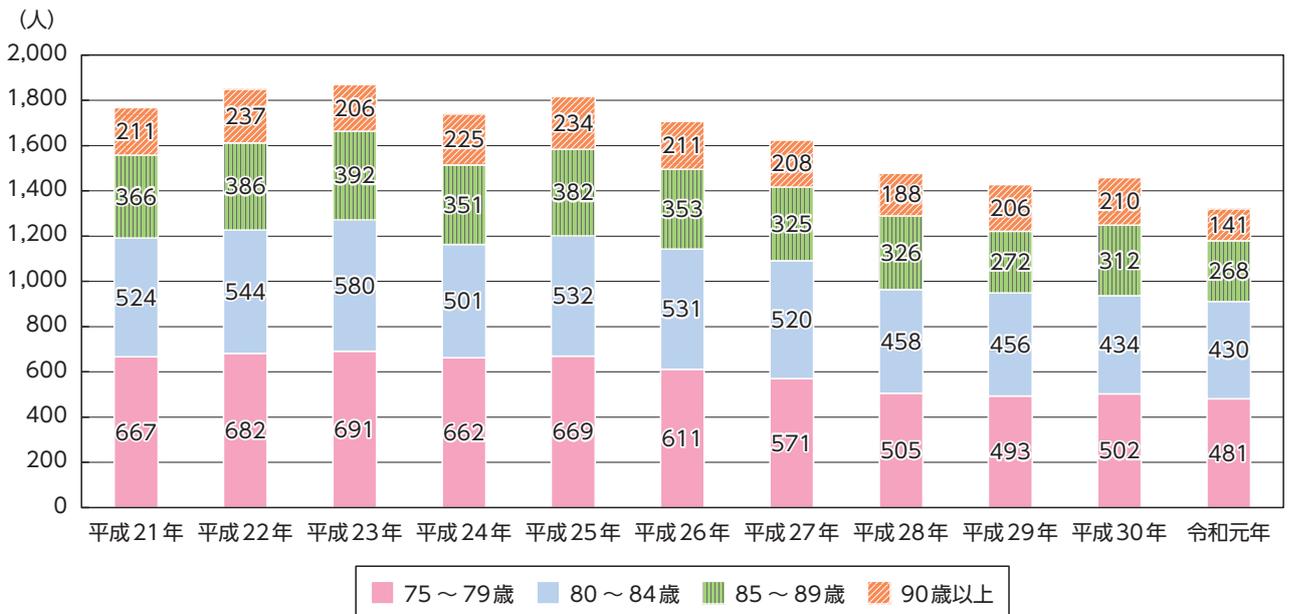
女性は、23年をピークに減少傾向で推移している。90歳以上では、30年まで200人前後で推移していたが、令和元年は141人となり、大きく減少している（第2-4-4図）。

第2-4-3図 後期高齢者（男）の自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-4-4図 後期高齢者（女）の自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

(2) 自殺死亡率

平成21年以降の後期高齢者の自殺死亡率の推移をみると、21年の29.7から令和元年は10.9ポイント低下の18.8となっている。平成21年の後期高齢者の自殺死亡率は全体の自殺

死亡率と比べ4.1ポイント高く、以後差は拡大し、25年に5.8ポイント高くなったのをピークに、令和元年ではその差は3.0ポイントまで小さくなっている（第2-4-5表）。

第2-4-5表 後期高齢者の自殺死亡率の推移

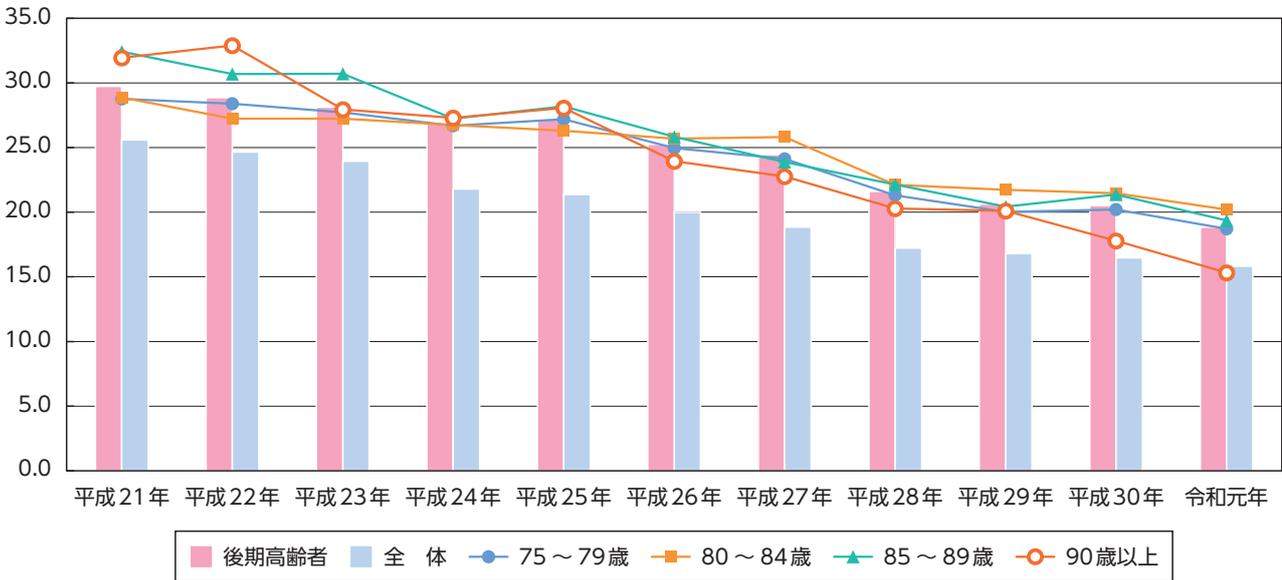
	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
全体	25.6	24.7	23.9	21.8	21.4	20.0	18.9	17.2	16.8	16.5	15.8
後期高齢者	29.7	28.9	28.1	26.9	27.2	25.2	24.5	21.6	20.6	20.5	18.8

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

4階層で見ると、平成21年はすべての階層で30前後であったが、令和元年では、80～84歳で20をわずかに上回ったものの、他の階層では20を下回っていた。なかでも、90歳以上

では平成21年に32.0であったものが、令和元年は15.3となり、大幅に低下している（第2-4-6図）。

第2-4-6図 後期高齢者の自殺死亡率の推移

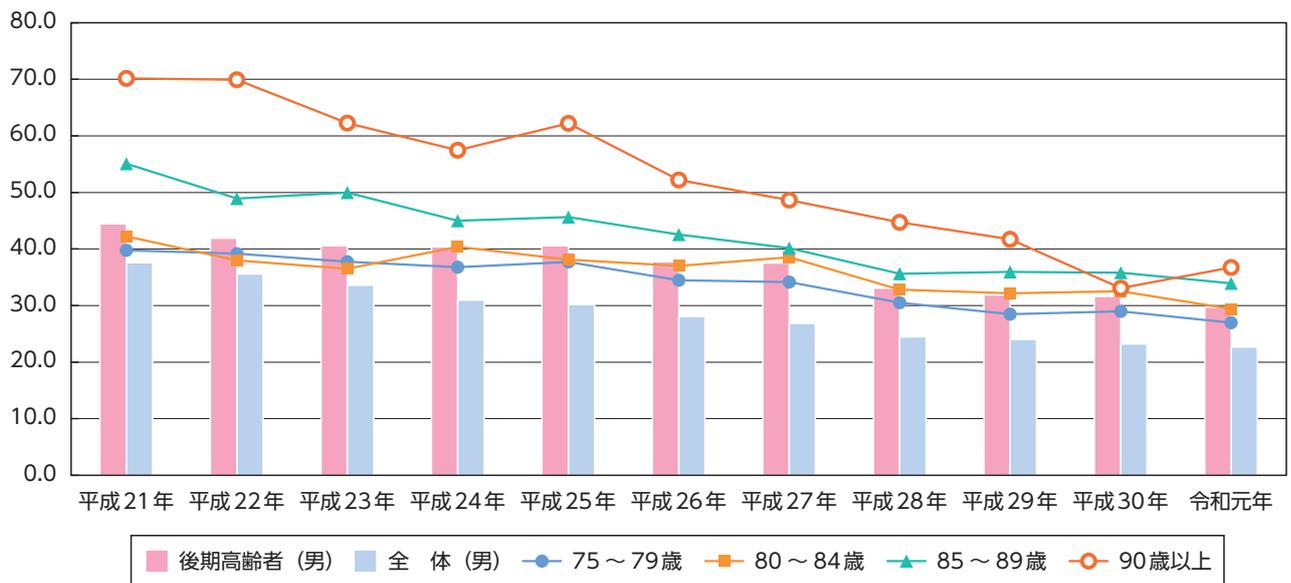


資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

男女別にみると、男性では、平成21年の44.4をピークに減少を続け、令和元年は29.7となっている。全体の死亡率と比較すると、平成24～27年では10ポイント前後上回っていたが、令和元年ではその差は7.0ポイントまで小さくなっている。4階層のうち、90歳以上では平成21年の70.2から令和元年は36.7へと大幅に改善している（第2-4-7図）。

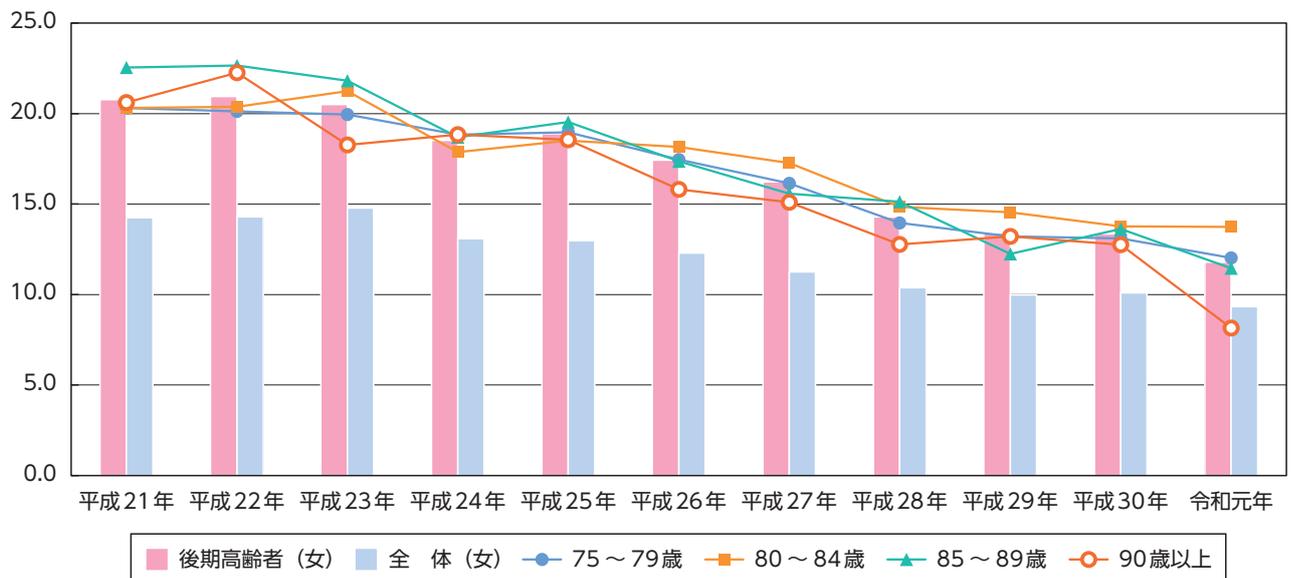
女性では、平成22年の20.9をピークに減少傾向にあり、令和元年は11.8となっている。平成22年の自殺死亡率は全体の自殺死亡率と比べ6.6ポイント高くなっていたが、令和元年ではその差は2.4ポイントまで小さくなり、女性の自殺死亡率の改善の大きいことがわかる（第2-4-8図）。

第2-4-7図 後期高齢者（男）の自殺死亡率の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-4-8図 後期高齢者（女）の自殺死亡率の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

2 後期高齢者における自殺の原因・動機について

後期高齢者では、平成21年から令和元年において、原因・動機が特定できる者の割合は平均して74.3%となり、同程度の割合で推移している（第2-4-9表）。

第2-4-9表 原因・動機特定の有無について（後期高齢者）

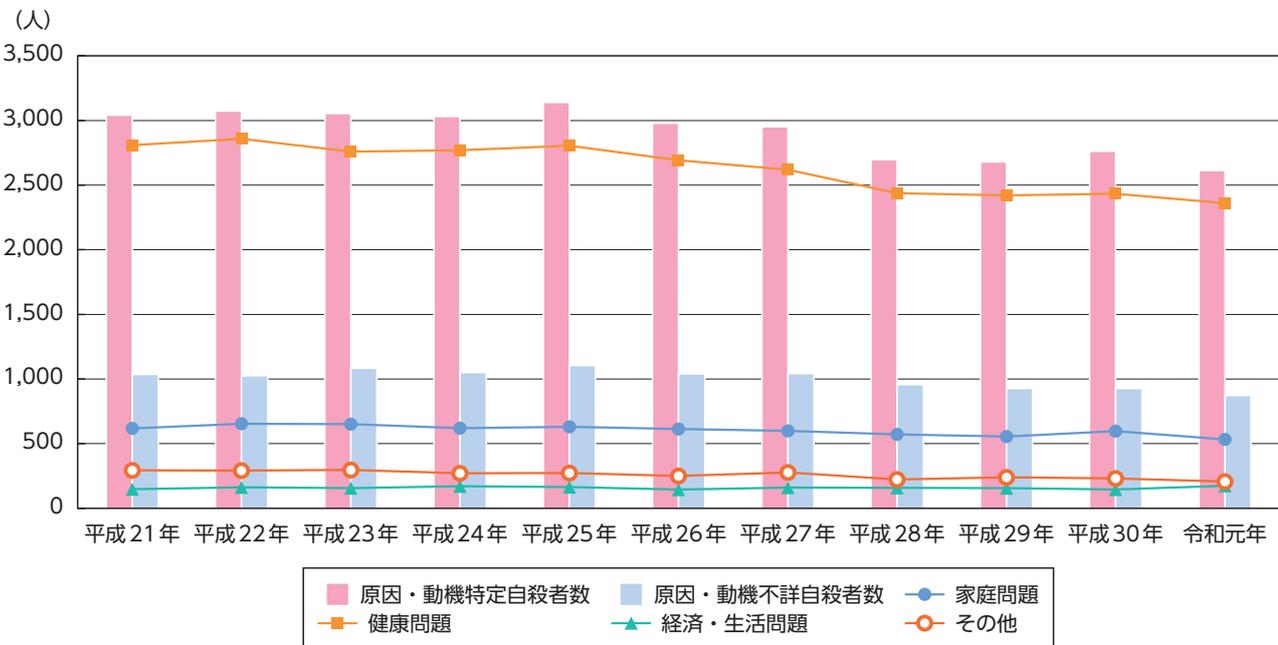
（単位：％）

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	平成21年～令和元年平均
原因・動機特定自殺者数	74.6	75.0	73.8	74.3	74.0	74.1	73.9	73.8	74.3	74.9	74.9	74.3
原因・動機不詳自殺者数	25.4	25.0	26.2	25.7	26.0	25.9	26.1	26.2	25.7	25.1	25.1	25.7

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

平成21年以降の後期高齢者の原因・動機の推移をみると、多くを健康問題が占めている。健康問題及び家庭問題は、平成22年をピークに減少傾向にあり、令和元年は平成22年から約2割弱の減少となっている。経済・生活問題は、140～170人台で推移している（第2-4-10図、第2-4-11表）。

第2-4-10図 後期高齢者における原因・動機等の推移



注) 勤務問題、男女問題及び学校問題は数が少ないので表示していない。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-4-11表 後期高齢者における原因・動機等の推移

(単位：人)

	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年	平成 26年	平成 27年	平成 28年	平成 29年	平成 30年	令和 元年
家庭問題	618	654	651	619	630	614	599	571	555	598	533
健康問題	2,808	2,858	2,758	2,769	2,804	2,693	2,619	2,437	2,421	2,434	2,360
経済・生活問題	147	163	156	171	164	145	160	159	156	146	174
勤務問題	6	6	15	19	13	10	18	9	16	14	16
男女問題	13	12	6	6	7	5	8	4	6	8	4
学校問題	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	295	293	297	271	274	251	278	223	239	232	207
原因・動機 特定自殺者数	3,040	3,072	3,053	3,031	3,140	2,979	2,950	2,697	2,679	2,761	2,612
原因・動機 不詳自殺者数	1,036	1,025	1,084	1,051	1,104	1,039	1,041	956	928	927	873

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

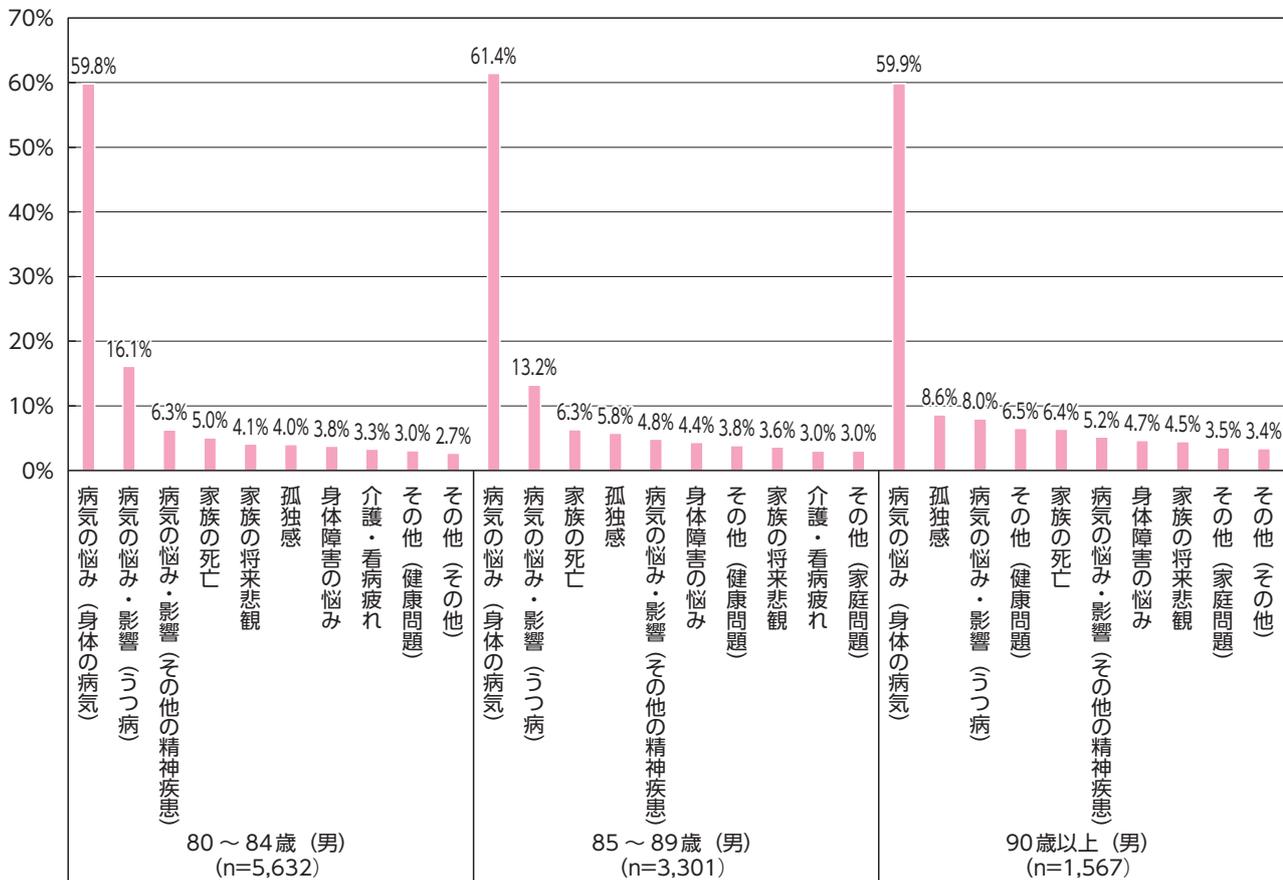
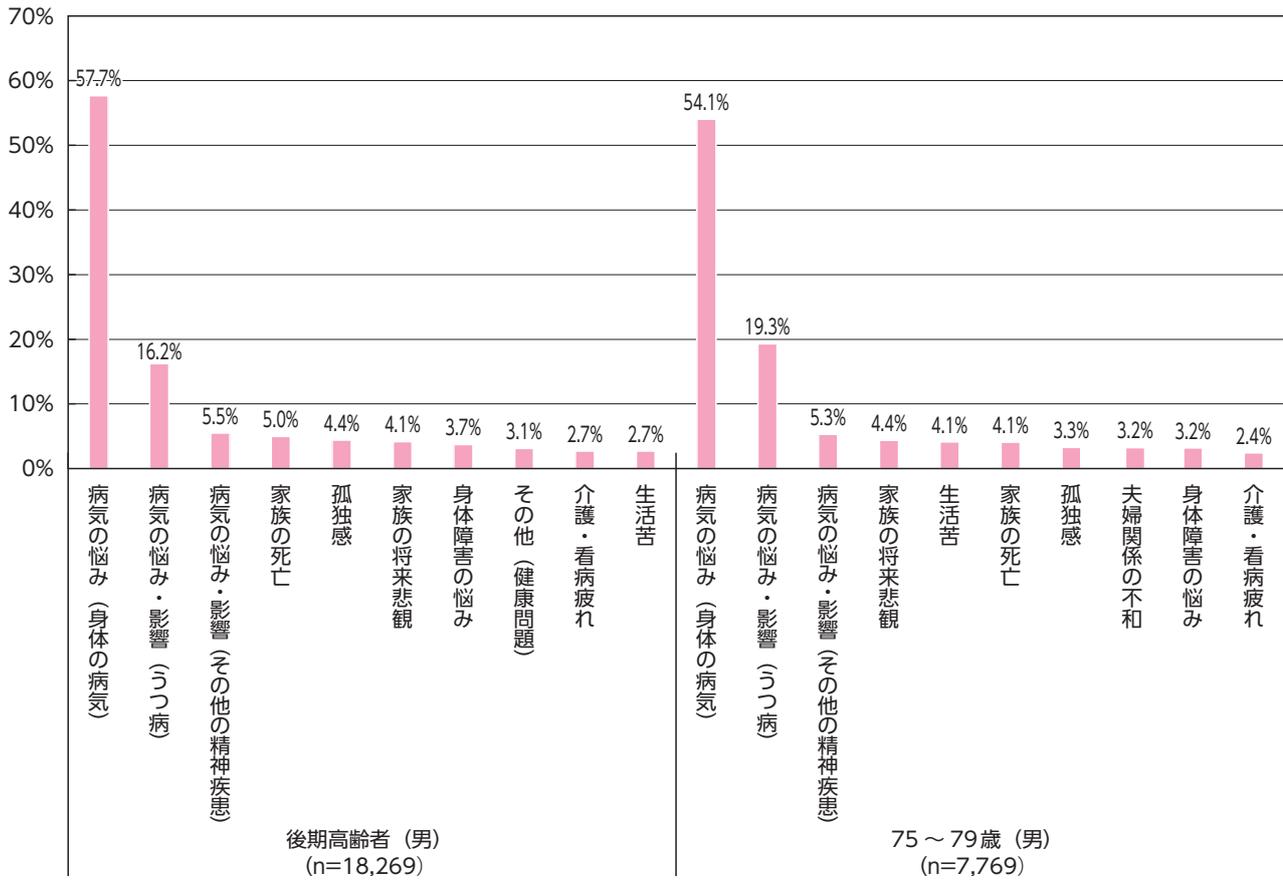
原因・動機の小分類について、平成21年から令和元年までの総和に対して、原因・動機特定自殺者数の総和で計上割合を算出し、上位10位までを男女別5区分で整理してみた。

後期高齢者男性全体では、第1位が身体の病気で57.7%、第2位がうつ病で16.2%、第3位がその他の精神疾患で5.5%と健康問題が上位を占めている。項目数では上位10位の

うち、健康問題が5項目、家庭問題が3項目、経済・生活問題が1項目、その他が1項目となった。

4階層で見ると、すべての階層で身体の病気が第1位となっている。年齢階層が上がるほどに孤独感及び家族の死亡の割合が増え、特に90歳以上では孤独感が第2位となっている（第2-4-12図）。

第2-4-12図 後期高齢者の原因・動機の計上割合（男）



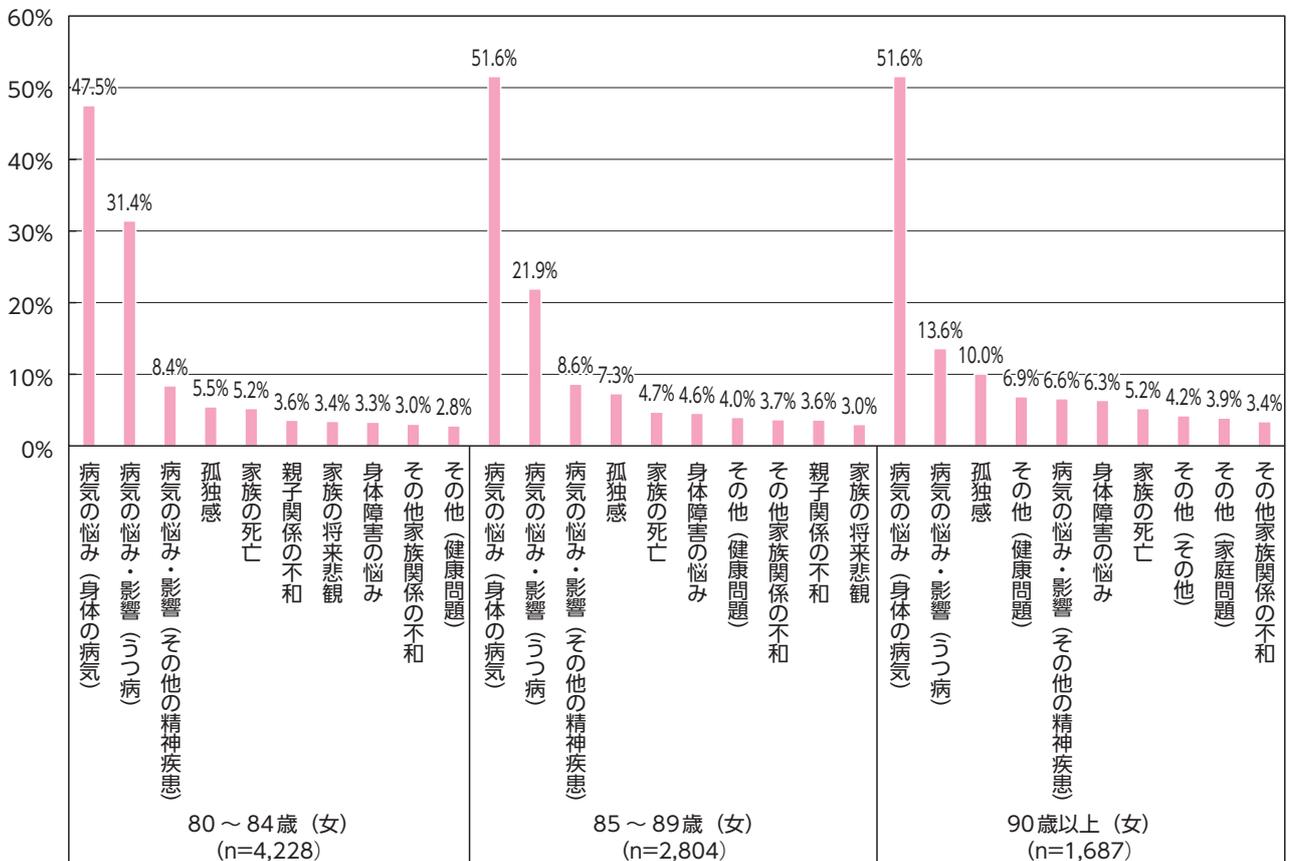
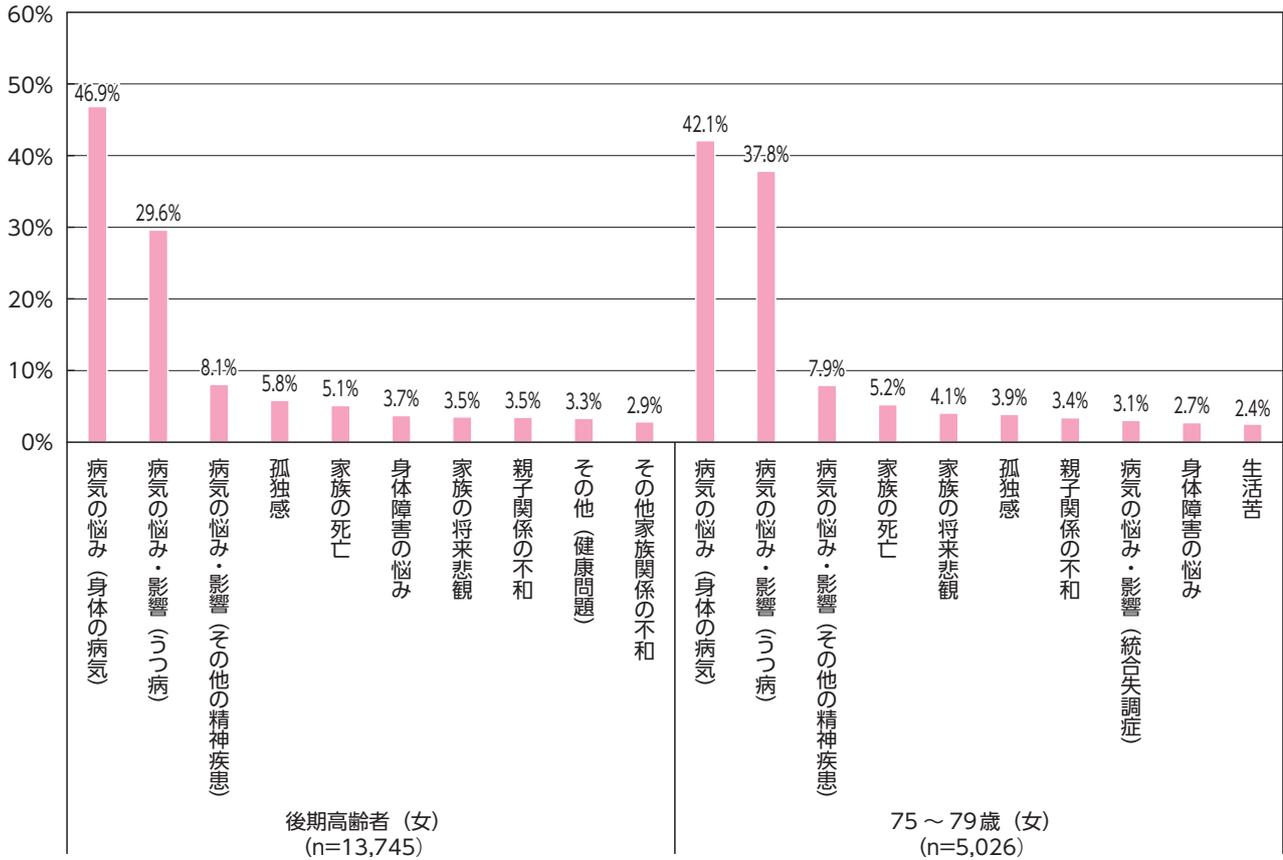
資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

後期高齢者女性全体では、第1位が身体の病気で46.9%、第2位がうつ病で29.6%、第3位がその他の精神疾患で8.1%と健康問題が上位を占めている。項目数では上位10位のうち、健康問題が5項目、家庭問題が4項

目、その他が1項目となっている。

4階層で見ると、すべての階層で身体の病気、うつ病が上位2位となっている。年齢階層が上がるほどに孤独感の割合が増えている(第2-4-13図)。

第2-4-13図 後期高齢者の原因・動機の計上割合（女）



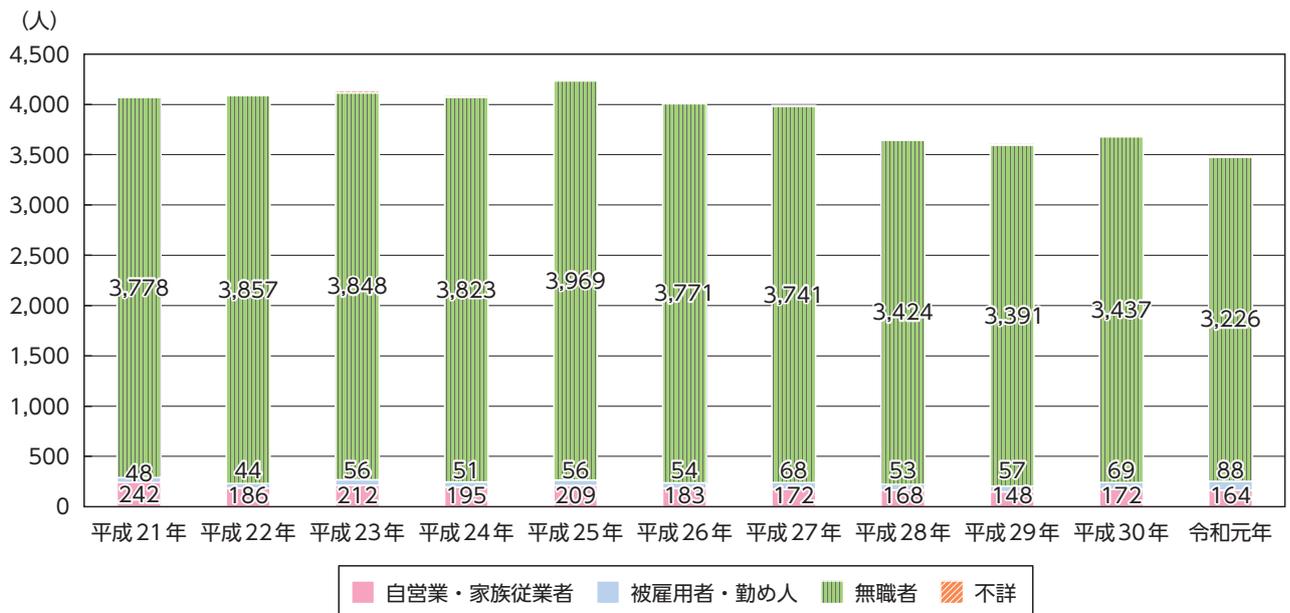
資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

3 後期高齢者における自殺者の職業別について

平成21年以降の後期高齢者における職業別（大分類）の自殺者数の推移をみると、無職者は25年をピークに減少傾向にあるものの、

3,000人台で推移している。被雇用者・勤め人は40～60人台で推移していたが、令和元年は88人に増えている（第2-4-14図）。

第2-4-14図 後期高齢者の職業別（大分類）自殺者数の推移



(1) 自営業・家族従業者

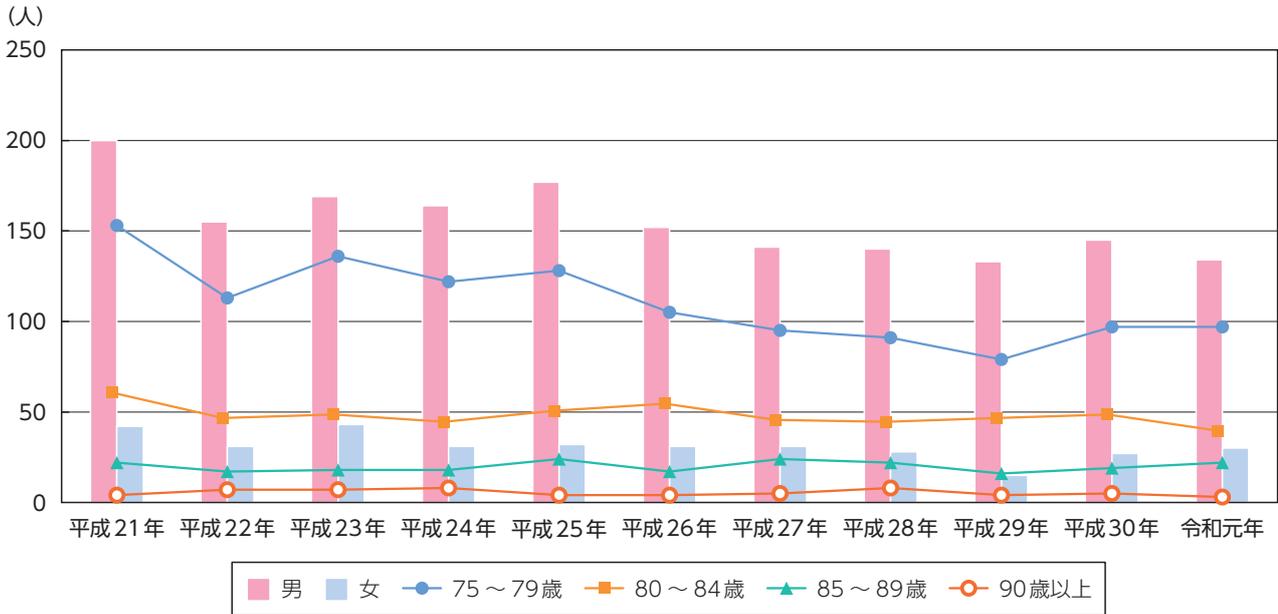
平成21年以降の自営業・家族従業者の自殺者数の推移をみると、21年の242人をピークに、150人弱から210人超で推移している。

4階層でみると、90歳以上では10人未満で推移し、85～89歳では10～20人台で推移し、80～84歳では21年63人をピークに40～50人台

で推移している。75～79歳では29年の79人を除き、27年以降は90人台で推移している。

男女比は8～9割を男性が占め、男性は、27年以降は130～140人台で推移し、女性は、29年の15人を除き、20人台後半～40人台前半で推移している（第2-4-15図、第2-4-16表）。

第2-4-15図 自営業・家族従業者（後期高齢者）における自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-4-16表 自営業・家族従業者（後期高齢者）における自殺者数の推移

(単位：人)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
75～79歳	153	113	136	122	128	105	95	91	79	97	97
80～84歳	63	49	51	47	53	57	48	47	49	51	42
85～89歳	22	17	18	18	24	17	24	22	16	19	22
90歳以上	4	7	7	8	4	4	5	8	4	5	3
男	200	155	169	164	177	152	141	140	133	145	134
女	42	31	43	31	32	31	31	28	15	27	30
後期高齢者	242	186	212	195	209	183	172	168	148	172	164

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

自営業・家族従業者（総数）において、平成21年における原因・動機上位5位の推移をみると、第1位が身体の病気、第2位がうつ病となり、項目数では健康問題3、家庭問題2、経済・生活問題1となっている。

第1位の身体の病気は、25年までは60～70人台で推移していたが、26年以降は30～50人台と減少して推移している。第2位のうつ病は、23年以降は10～20人台と横ばいで推移している（第2-4-17表）。

第2-4-17表 自営業・家族従業者（後期高齢者（総数））における原因・動機（上位5位）の推移

(単位：人)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
病気の悩み (身体の病気)	78	67	70	70	78	55	56	46	35	45	46
病気の悩み・ 影響(うつ病)	40	35	26	18	25	25	15	18	23	17	22
事業不振	14	18	16	19	16	9	14	13	5	7	16
家族の死亡	7	7	6	0	4	9	7	3	6	5	2
その他の 精神疾患	6	8	7	5	4	8	2	3	7	11	6
夫婦関係の 不和	6	2	3	2	5	6	3	6	2	3	5
(参考) 生活苦	4	9	6	2	2	3	3	2	4	1	8

注(参考)は、平成21年には上位5位に入っていないが、令和元年では上位5位に入っている原因・動機。

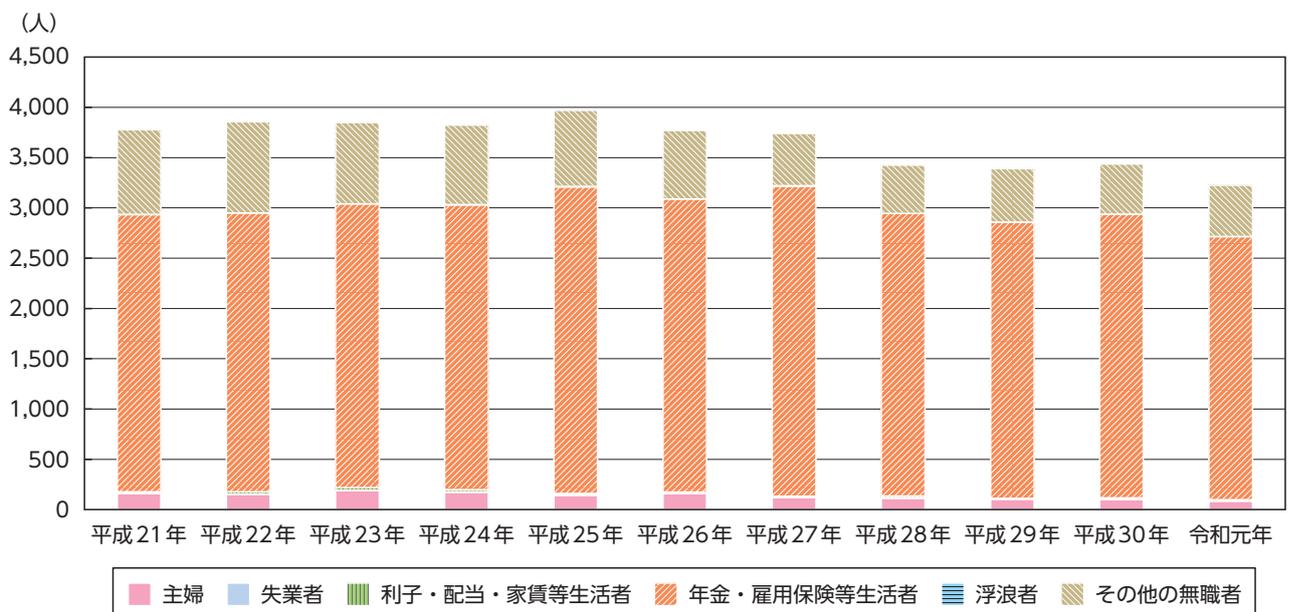
資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

(2) 無職者

平成21年以降の無職者の自殺者数の推移をみると、25年の3,969人をピークに減少傾向

にあり、令和元年は3,226人となり、3,000人台で推移している（第2-4-18図、第2-2-19表）。

第2-4-18図 無職者（後期高齢者）における自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-4-19表 無職者（後期高齢者）における自殺者数の推移

(単位：人)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
主婦	160	153	190	172	143	160	119	114	104	101	85
失業者	4	1	4	5	3	5	4	2	1	2	7
利子・ 配当・ 家賃等 生活者	13	22	25	20	14	10	10	19	7	14	7
年金・ 雇用保険 等生活者	2,757	2,774	2,822	2,834	3,050	2,914	3,084	2,809	2,747	2,820	2,616
浮浪者	1	0	0	2	4	0	3	1	1	0	1
その他の 無職者	843	907	807	790	755	682	521	479	531	500	510
計（後期 高齢者）	3,778	3,857	3,848	3,823	3,969	3,771	3,741	3,424	3,391	3,437	3,226

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

以下では、無職者のうち、主婦、年金・雇用保険等生活者及びその他無職者についてみている。

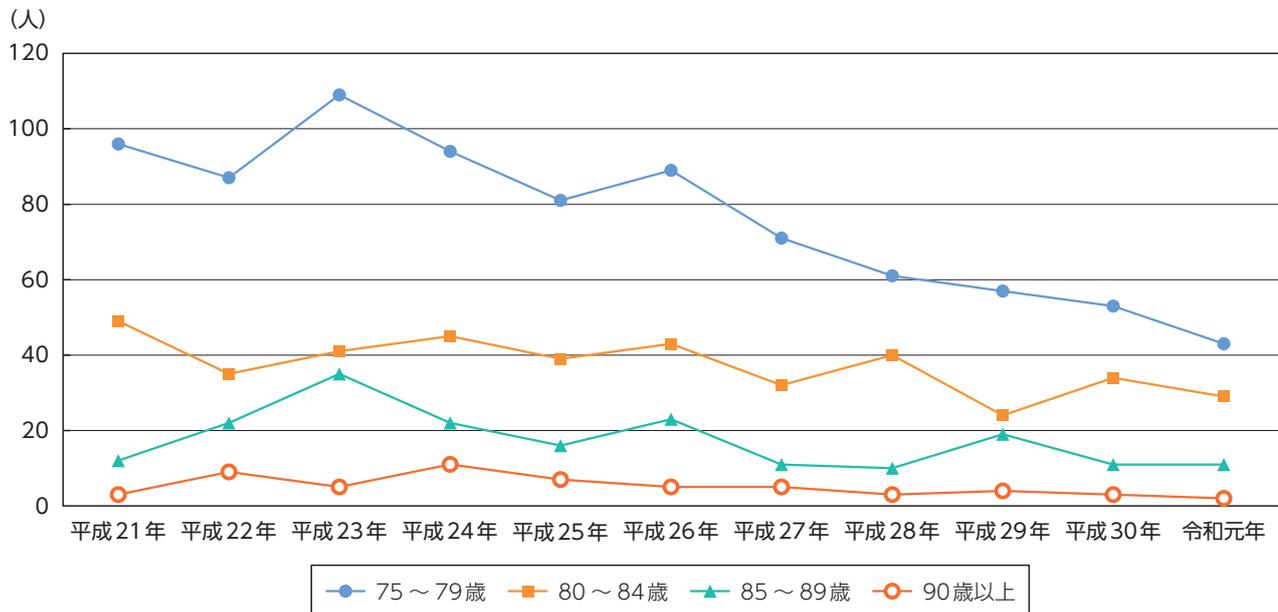
ア 主婦

平成21年以降の主婦の自殺者数の推移をみると、23年の190人をピークに減少傾向にあり、令和元年は85人となり、半数以下となっ

ている。

4階層でみると、75～79歳では、平成23年の109人をピークに減少傾向にあり、令和元年は43人と約6割減となっている。80～84歳では20～40人台で、85～89歳では平成23年を除けば10～20人台で、90歳以上では24年を除けば10人未満で推移している（第2-4-20図、第2-4-21表）。

第2-4-20図 主婦（後期高齢者：2階層）における自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-4-21表 主婦（後期高齢者）における自殺者数の推移

(単位：人)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
75～79歳	96	87	109	94	81	89	71	61	57	53	43
80～84歳	49	35	41	45	39	43	32	40	24	34	29
85～89歳	12	22	35	22	16	23	11	10	19	11	11
90歳以上	3	9	5	11	7	5	5	3	4	3	2
後期高齢者	160	153	190	172	143	160	119	114	104	101	85

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

主婦において、平成21年における原因・動機上位5位の推移をみると、第1位の身体の病気と第2位のうつ病で多くを占めており、以下家族の将来悲観、その他の精神疾患、家族の死亡及び孤独感となっている。身体の病

気は、24年の67人をピークに減少傾向にあり、令和元年は22人となっている。うつ病は、27年以降は20～30人台で推移している(第2-4-22表)。

第2-4-22表 主婦（後期高齢者）における原因・動機（上位5位）の推移

(単位：人)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
病気の悩み (身体の病気)	58	45	53	67	46	59	50	34	34	31	22
病気の悩み・ 影響(うつ病)	46	44	64	53	39	42	37	27	25	26	31
家族の将来 悲観	10	4	7	4	4	7	4	4	6	4	4
病気の悩み・ 影響(その他 の精神疾患)	7	0	8	10	8	2	4	9	4	9	4
家族の死亡	6	5	6	6	5	7	6	5	2	3	5
孤独感	6	2	3	5	3	1	2	3	3	0	1
(参考) 夫婦 関係の不和	1	5	4	2	4	4	4	2	3	0	5

注(参考)は、平成21年には上位5位に入っていないが、令和元年では上位5位に入っている原因・動機。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

イ 年金・雇用保険等生活者

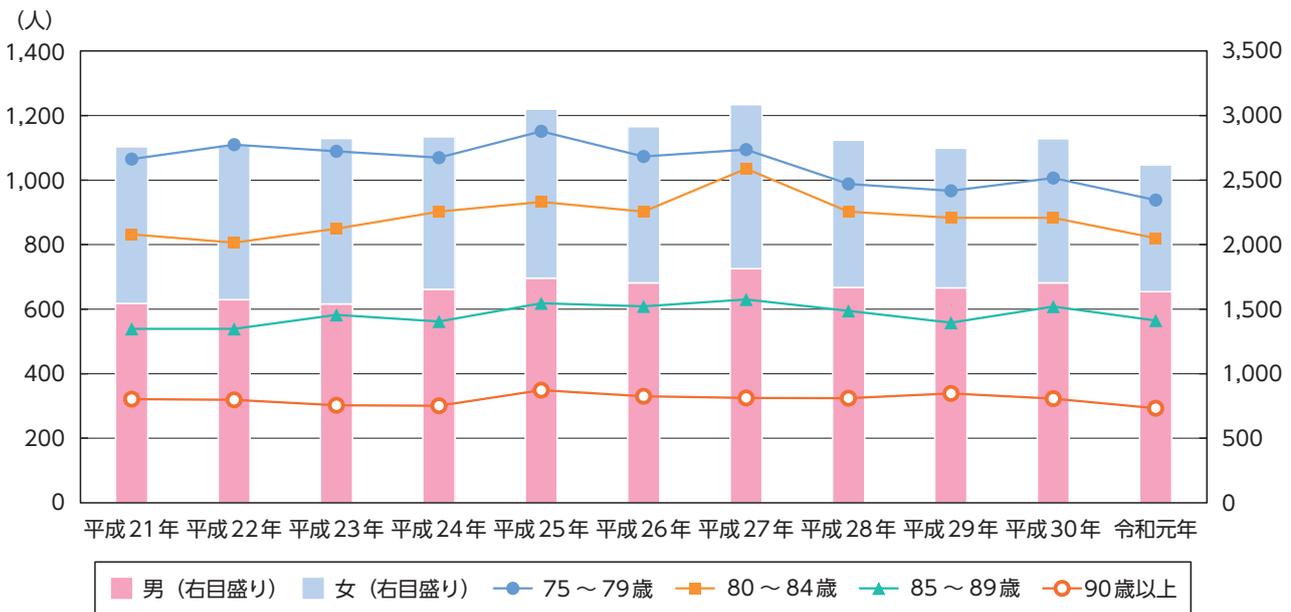
平成21年以降の年金・雇用保険等生活者の自殺者数の推移をみると、総じて2,000人台後半で推移している。

4階層で見ると、75～79歳が最も多く、21～27年までは1,000～1,100人台で推移していたが、28年以降は減少傾向にあり、30年を除き900人台で推移している。それ以外の3階

層では、自殺者数は横ばいとなっている。

男女では、男性は、21～23年まで1,500人台半ばで推移していたが、24年以降は27年を除き、1,600人台半ばから1,700人台半ばで推移している。女性は、おおよそ1,100～1,200人台で推移していたが、令和元年は980人となり、1,000人を切っている（第2-4-23図、第2-4-24表）。

第2-4-23図 年金・雇用保険等生活者（後期高齢者）における自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-4-24表 年金・雇用保険等生活者（後期高齢者）における自殺者数の推移

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
75～79歳	1,065	1,110	1,089	1,069	1,151	1,073	1,094	988	967	1,006	938
80～84歳	832	806	849	902	932	902	1,035	902	883	883	820
85～89歳	539	539	582	562	618	609	630	595	558	608	565
90歳以上	321	319	302	301	349	330	325	324	339	323	293
男	1,544	1,573	1,541	1,653	1,740	1,703	1,813	1,669	1,664	1,703	1,636
女	1,213	1,201	1,281	1,181	1,310	1,211	1,271	1,140	1,083	1,117	980
後期高齢者	2,757	2,774	2,822	2,834	3,050	2,914	3,084	2,809	2,747	2,820	2,616

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

年金・雇用保険等生活者において、平成21年における原因・動機上位5位の推移を男女別にみると、男女ともに第1位から第3位までが身体の病気、うつ病及び孤独感となっている。その後、孤独感の減少とその他の精神疾患の増加により、25年から男女ともにその他の精神疾患が第3位となっている。

男性では、この期間、身体の病気は700人

台で推移し、うつ病は200人前後で推移している。

女性では、身体の病気は21～27年まで400人台で推移していたが、28年以降は300人台後半で推移している。同様にうつ病は、25年を除き、21～29年までは240～280人台で推移していたが、30年からは200人台前半となっている（第2-4-25表）。

第2-4-25表 年金・雇用保険等生活者(後期高齢者：男女)における原因・動機(上位5位)の推移

(単位：人)

男	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年	平成 26年	平成 27年	平成 28年	平成 29年	平成 30年	令和 元年
病気の悩み (身体の病気)	715	723	714	726	765	764	762	711	714	763	721
病気の悩み・影響 (うつ病)	193	237	183	210	215	192	221	200	186	193	193
孤独感	62	53	51	58	60	50	65	46	62	77	44
家族の死亡	56	58	59	79	63	67	74	58	53	66	66
家族の将来悲観	56	60	51	41	55	41	53	59	57	65	43
(参考) 病気の悩み・影響(その他の精神疾患)	53	49	58	54	68	79	87	90	84	83	78
(参考) その他(健康問題)	36	35	22	29	37	34	30	42	49	41	58

女	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年	平成 26年	平成 27年	平成 28年	平成 29年	平成 30年	令和 元年
病気の悩み (身体の病気)	495	469	499	447	497	416	467	397	398	383	352
病気の悩み・影響 (うつ病)	276	268	281	279	315	267	278	246	248	213	224
孤独感	75	60	66	49	44	60	66	50	56	47	46
病気の悩み・影響 (その他の精神疾患)	67	85	57	66	73	77	89	83	74	91	77
家族の死亡	42	43	48	41	58	45	45	45	50	52	52

注(参考)は、平成21年には上位5位に入っていないが、令和元年では上位5位に入っている原因・動機。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

ウ その他の無職者

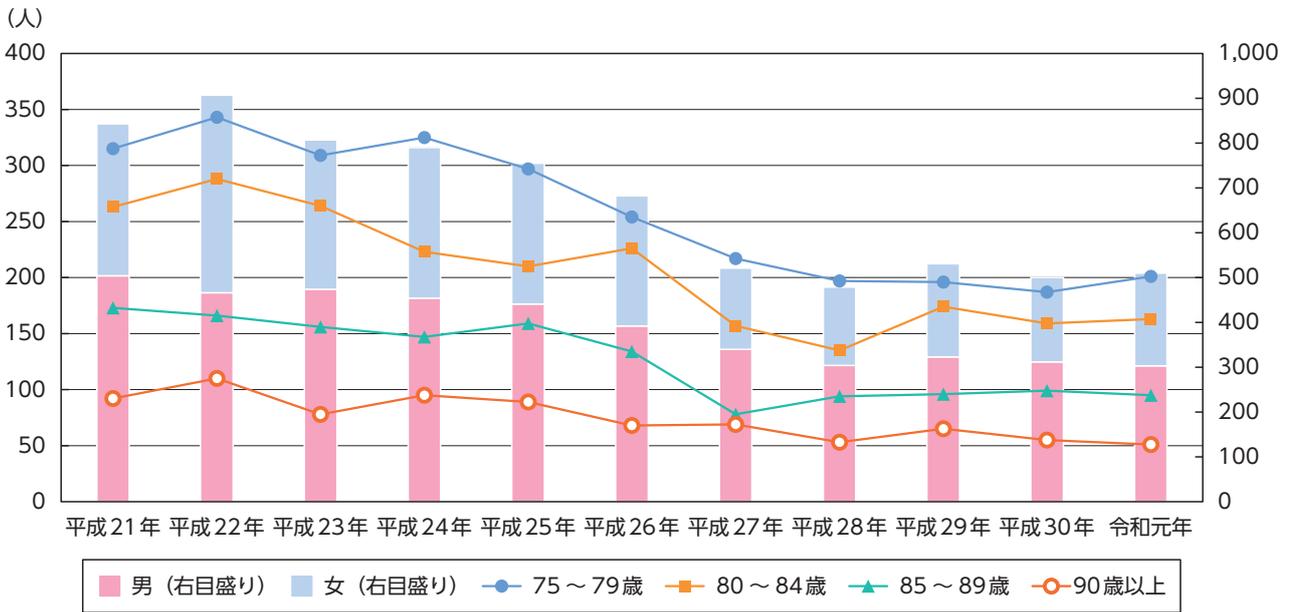
平成21年以降のその他の無職者の自殺者数の推移をみると、22年の907人をピークに減少傾向にあり、27年以降は470～530人台で推移している。

4階層でみると、すべての階層でピーク時より減少傾向にあり、27年以降、75～79歳では180～210人台で、80～84歳では130～170人台で、85～89歳では70～90人台で推移してい

る。90歳以上では、26年以降は50～60人台で推移している。

男女比では、約6割を男性が占め、男性は、21年の504人をピークに減少傾向にあり、27年以降は300～340人台で推移している。女性は、22年の441人をピークに減少傾向にあり、27年以降は170～200人台で推移している（第2-4-26図、第2-4-27表）。

第2-4-26図 その他の無職者（後期高齢者）における自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-4-27表 その他の無職者（後期高齢者）における自殺者数の推移

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
75～79歳	315	343	309	325	297	254	217	197	196	187	201
80～84歳	263	288	264	223	210	226	157	135	174	159	163
85～89歳	173	166	156	147	159	134	78	94	96	99	95
90歳以上	92	110	78	95	89	68	69	53	65	55	51
男	504	466	474	454	441	392	340	304	323	312	303
女	339	441	333	336	314	290	181	175	208	188	207
後期高齢者	843	907	807	790	755	682	521	479	531	500	510

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

その他の無職者において、平成21年における原因・動機上位5位の推移をみると、第1位に身体の病気、第2位にうつ病及びその他の精神疾患と健康問題が3項目入っている。他では、家族の死亡と孤独感となっている。これらは総じて減少傾向にあるが、その他の精神疾患と生活苦が横ばいで推移しており、

上位に入っている。

身体の病気では、21年の337人をピークに減少傾向にあり、27年以降は150～190人台で推移している。同様にうつ病では、22年の142人をピークに減少傾向にあり、27年以降は60～70人台で推移している（第2-4-28表）。

第2-4-28表 その他の無職者（後期高齢者）における原因・動機（上位5位）の推移

(単位：人)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
病気の悩み (身体の病気)	337	333	292	298	258	221	192	170	187	151	183
病気の悩み・ 影響（うつ病）	132	142	124	126	117	116	73	74	70	66	65
家族の死亡	38	26	27	31	21	28	12	11	22	22	11
病気の悩み・ 影響（その他 の精神疾患）	30	40	34	31	20	39	19	24	30	30	30
孤独感	27	36	37	22	20	25	26	18	26	14	16
(参考)生活苦	8	25	19	14	23	13	11	13	12	11	17

注(参考)は、平成21年には上位5位に入っていないが、令和元年では上位5位に入っている原因・動機。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

おわりに

(分析のまとめ)

本章では、中高年及び高齢者の自殺の状況について、原因・動機、就業状況との関係を観察してきた。

我が国の自殺者数は平成10年に急激に増加し、その後3万人台で推移していたが、平成22年以降は10年連続で減少し、令和元年の自殺者数は警察庁が自殺統計を開始した昭和53年以降で最小となった。10代を除く全ての年齢階級で減少する状況にあるが、20代及び30代については自殺者が急増した平成10年より前の水準に戻った状況であるのに対し、40代以上の年齢階級については急増した平成10年より前の水準を下回る水準まで減少しており、近年の自殺者の大幅な減少に寄与している。

中高年の原因・動機別の自殺は、健康問題を除けば経済・生活問題による自殺が大きく減少している一方で、家庭問題や勤務問題による自殺は横ばいの状況にある。男性については、健康問題を除けば生活苦、負債、事業不振等の経済・生活問題や、仕事疲れや職場の人間関係等の勤務問題による自殺が多く、女性については、健康問題を除けば子育ての悩みや夫婦関係の不和などの家庭問題も多い。なお、男女ともに健康問題については、身体の病気よりもうつ病等の精神疾患による自殺が多く、経済・生活問題、家庭問題等の様々な要因を背景とするものであると考えられる。

さらに中高年の自殺について職業別に見ると、いずれも大きく減少しているが、中でも無職者の自殺が大きく減少しており、その他の無職者を除けば失業者及び主婦の自殺の減少が大きい。失業者の自殺は失業や生活苦、年金・雇用保険等生活者は生活苦等の経済・生活問題が多く、主婦の自殺は健康問題の外、夫婦関係の不和や子育ての悩みなどの家庭問題が多い。自営業者・家族従業者の原因・動機別の自殺については、事業不振、多重債務、負債等の経済・生活問題による自殺が多く、特に事業不振による自殺が大きい

が、この10年間で大きく減少している。被雇用者・勤め人の原因・動機別の自殺については、うつ病を除けば負債が多かったが、この10年間で大きく減っている。他方、仕事疲れは減少幅が小さい。

前期高齢者の自殺についても大きく減少しており、とりわけ65～69歳の減少が大きく、令和元年には70～74歳を下回った。前期高齢者の原因・動機別の自殺は中高年と異なり健康問題が3分の2を占めており、それを除けば生活・経済問題及び家庭問題が多い。いずれも大きく減少しているが、経済・生活問題及び家庭問題の減少幅が大きい。また、中高年以下と異なり、健康問題の中で身体の病気が多く、特に男性では1位となっている。また、家庭問題の中で孤独感、家族の死亡が上位を占めている点が異なる。

前期高齢者の職業別の自殺は、無職者が8割近くを占め、次いで自営業・家族従事者、被雇用者・勤め人の順となっている。無職者はその他の無職者を除けば年金・雇用保険等生活者が大多数を占め、次いで主婦となっており、いずれも大幅に減少している。自営業者・家族従事者の自殺は大きく減少しているが、被雇用者・勤め人の自殺は横ばいの状況にあり、特に70～74歳はこの10年で増加傾向にある。

自営業者・家族従事者の自殺は事業不振によるものが最も多いが、この10年で大幅に減少している。また、65～69歳については身体の病気による自殺も大幅に減少している。勤務者は、身体の病気が最も多く、次いで、うつ病、生活苦、負債、事業不振であるが、この10年間で経済・生活問題によるものは減少している。無職者の自殺も健康問題によるものが多いが、男性は身体の病気が多いのに対し、女性は精神疾患系の病気によるものが多い。

後期高齢者の自殺についても大幅に減少している。中高年や前期高齢者と比較すると減少幅は大きくないが、自殺死亡率は大幅に低

下している。

後期高齢者の原因・動機別自殺は、健康問題が大多数を占めており、男女を問わず身体の病気によるものが最も多い。また、男女を問わず家族の死亡、孤独感、家族の将来悲観、介護・看護疲れ等の家族問題によるものが多く、年齢が上がるほどに孤独感による自殺が増えることも後期高齢者の自殺の特徴である。職業別の自殺は無職者が大多数であり、また、いずれの職業においても、身体の病気が最も多く、また、孤独感や家族の死亡などの家族問題が多い点も共通している。

(今後の取組)

以上の分析を踏まえて、今後の取組についてまとめる。なお、今回の特集では、主に自殺した人に関わる情報から分析を行っており、また得られる情報に限りがあることから、その解釈には注意する必要がある。

中高年については、経済・生活問題による自殺が多いことから、経営者に対する経営相談、融資、雇用維持のための助成、失業者に対する就職支援、多重債務の相談やセーフティネット融資、生活困窮者に対する支援、法的問題のための相談等の各種支援策を引き続き充実させていくとともに、支援を必要としている人にこうした支援策の情報が届くよう情報発信をしていくことが必要である。特に、令和2年に入り、新型コロナウイルス感染症の拡大により、学校の休校、緊急事態宣言による活動自粛要請が行われ、収入の減少、事業不振、雇用不安等の影響があったところであり、政府においては、数次にわたる緊急対応策や補正予算により、事業者に対する融資、雇用維持の支援、緊急小口融資等の支援策を講じてきた。また、支援を必要とする人にこれらの支援策の情報が届くよう、「支援情報ナビ」等により情報発信を行ってきた。新型コロナウイルス感染症拡大の第2派、第3派とそれによる経済への影響の可能性があるが、こうした取組を着実に進めていくことが必要である。

また、中高年については勤務問題を原因・動機とするものも多いことから、長時間労働の是正、職場のメンタルヘルス対策、ハラスメント対策を一層推進していくことが重要である。前期高齢者についても継続雇用制度の整備等により被雇用者・勤め人が増えており、同様の対策が重要である。

中高年の女性については子育ての悩みや介護・看護疲れによる自殺も多いが、家事や育児の負担が女性に偏っている状況が影響していることが考えられる。育児や家族介護に対する支援策を一層推進していくとともに、男性の育児・家事参加を進めていくことが重要である。

また、後期高齢者については、身体の病気による自殺とともに、孤独感、家族の死亡、介護・看護疲れ等によるものが多い。介護に対する支援、高齢者の介護予防や社会参加の推進、地域における見守り活動の推進、地域住民と公的な関係機関の共働による包括的な支援体制づくりを進めていくことが重要である。

加えて、全年齢を通じて精神疾患による自殺も多いことから、精神疾患を抱える者を地域の関係機関が連携して支援することも重要である。

以上述べた点に留意しながら、自殺総合対策大綱に基づき、「生きることの包括的な支援」に、国、地方公共団体、民間団体等が連携しながら取り組んでいくことが求められる。折しも第201通常国会において地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律が成立し、今後、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築が進められることとなったところであり、地域における自殺対策も地域共生社会の取組と一体的に行われることが重要である。自殺は様々な要因により引き起こされるものであり、ここに掲げた課題等が全てを網羅しているものではない。そのため、引き続き自殺の状況を把握するとともに、対策の効果検証を行い、見直しを行っていくことが必要である。

参考：原因・動機細分類一覧

家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他
親子関係の不和	身体の病気	倒産	仕事の失敗	結婚をめぐる悩み	入試に関する悩み	犯罪発覚等
夫婦関係の不和	うつ病	事業不振	職場の人間関係	失恋	その他進路に関する悩み	犯罪被害
その他 家族関係の不和	統合失調症	失業	職場環境の変化	不倫の悩み	学業不振	後追い
家族の死亡	アルコール依存症	就職失敗	仕事疲れ	その他交際をめぐる悩み	教師との人間関係	孤独感
家族の将来悲観	薬物中毒	生活苦	その他	その他	いじめ	近隣関係
家族からのしつけ・叱責	その他の精神疾患	負債 (多重債務)			その他 学友との不和	その他
子育ての悩み	身体障害の悩み	負債 (連帯保証人債務)			その他	
被虐待	その他	負債(その他)				
介護・看病疲れ		借金の取り立て苦				
その他		自殺による保険金支給				
		その他				

COLUMN 2

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

平成16年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の中で「入院医療中心から地域生活中心」という基本的な施策が示され、地域において精神障害者の地域移行をより推進するため、「これからの精神保健福祉のあり方に関する検討会」（平成29年2月）において「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という新たな政策理念が明記された。

当該ケアシステムの構築に向け、平成29年度より①精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業（障害福祉圏域ごとに協議の場を設置して地域包括ケアシステムの構築に資する取組を行う自治体に補助）②精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業（アドバイザーの派遣等による自治体支援）の2つの予算事業を実施している。また、令和2年3月から有識者や関係団体等を構成員とした「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」を開催し、連携支援体制に関する事項などについて議論しているところであり、令和3年3月を目途に意見の取りまとめを予定している。

【精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは】

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保されたシステムのことを指す。

当該ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要とされている。

【精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素】

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構成する要素には、大きく、「地域の助け合い・教育（普及啓発）」、「住まい」、「社会参加（就労）」、「保健・予防」、「医療」、「障害福祉・介護」がある。

「保健・予防」においてはメンタルヘルス問題の早期発見と介入の取り組みとして、

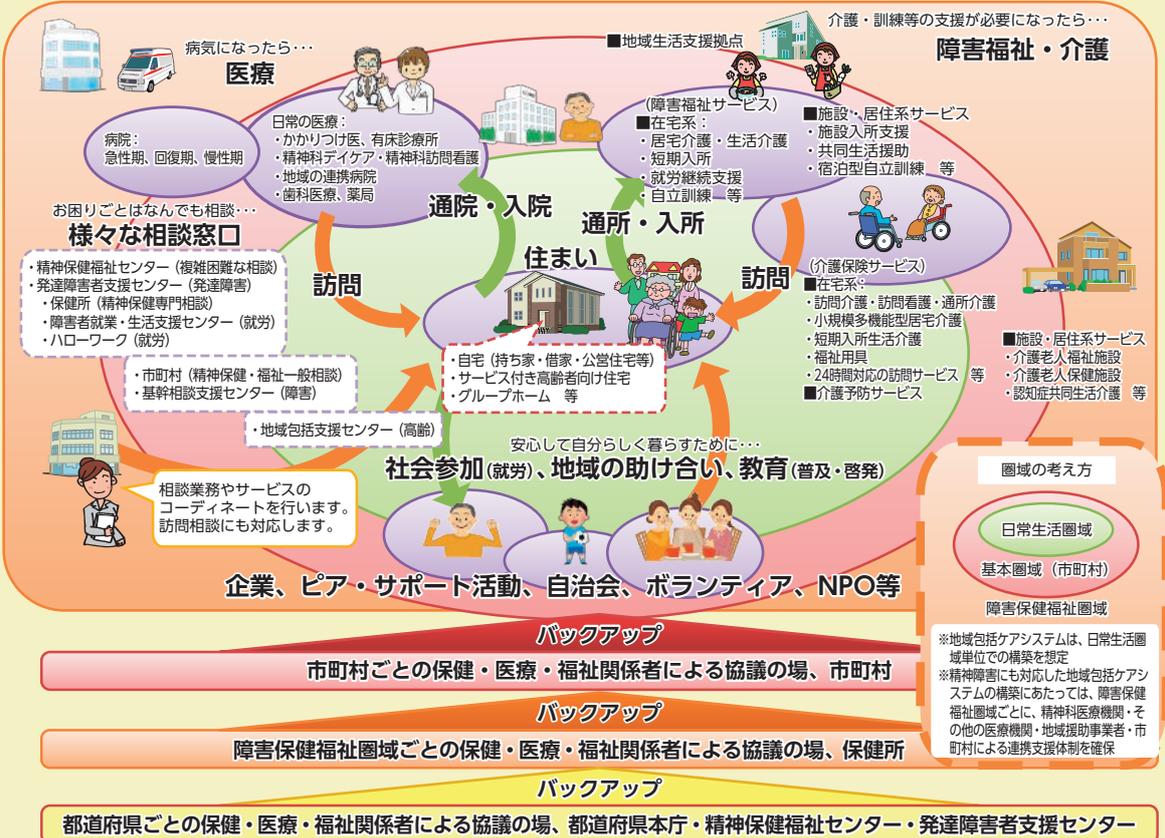
- ・精神的不調に対するセルフチェック、援助希求行動促進のための啓発
- ・精神保健相談業務の充実、窓口の周知、相談ルートの整備
- ・家族支援の充実
- ・ひきこもり支援、自殺予防施策等との連携

等がある。

これらの取組を地域の中で充実させていくことにより、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が促進される。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一人として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



(参考：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き)