

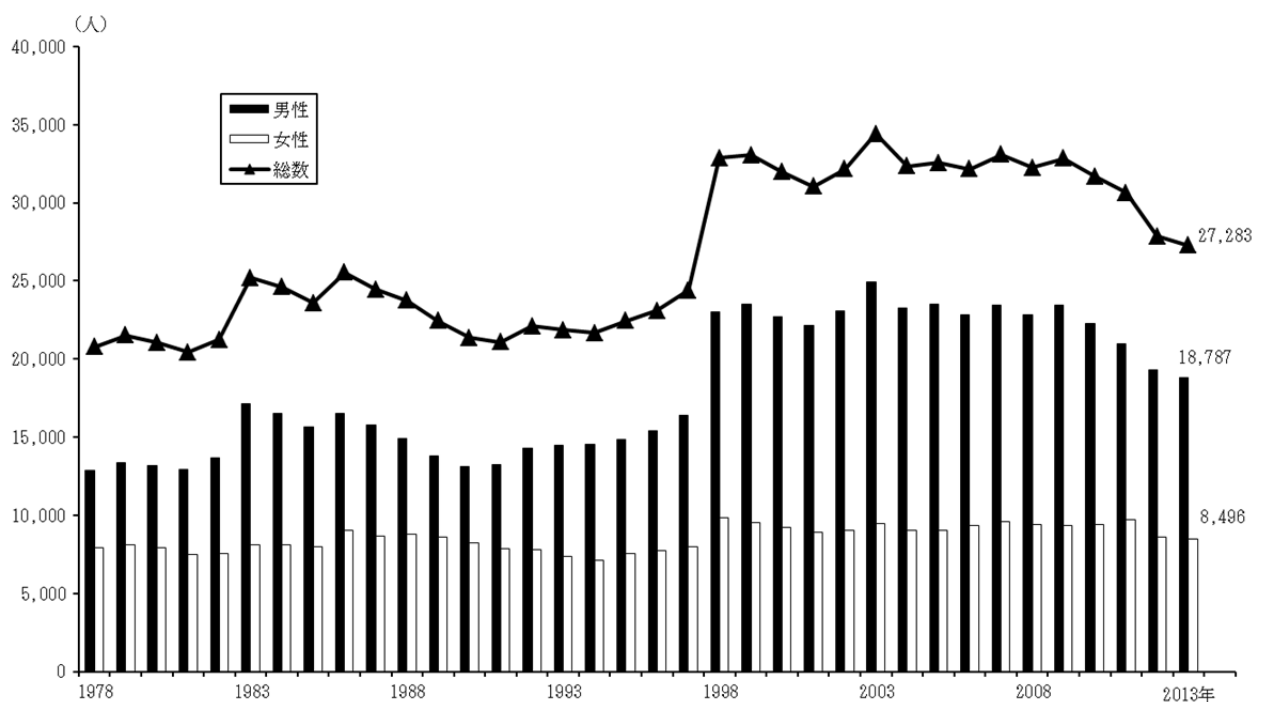
## 減らない高齢者の自殺

主席研究員 小谷 みどり

### <高齢者の自殺>

内閣府『平成25年中の自殺の状況』によれば、2013年の自殺者数は27,283人となった（図表1）。1998年に自殺者が急増し、3万人を超えて以来、高い水準で推移していたが、2012年からは男女ともに減少のきざしがみえている。

図表1 年次別自殺者数の推移

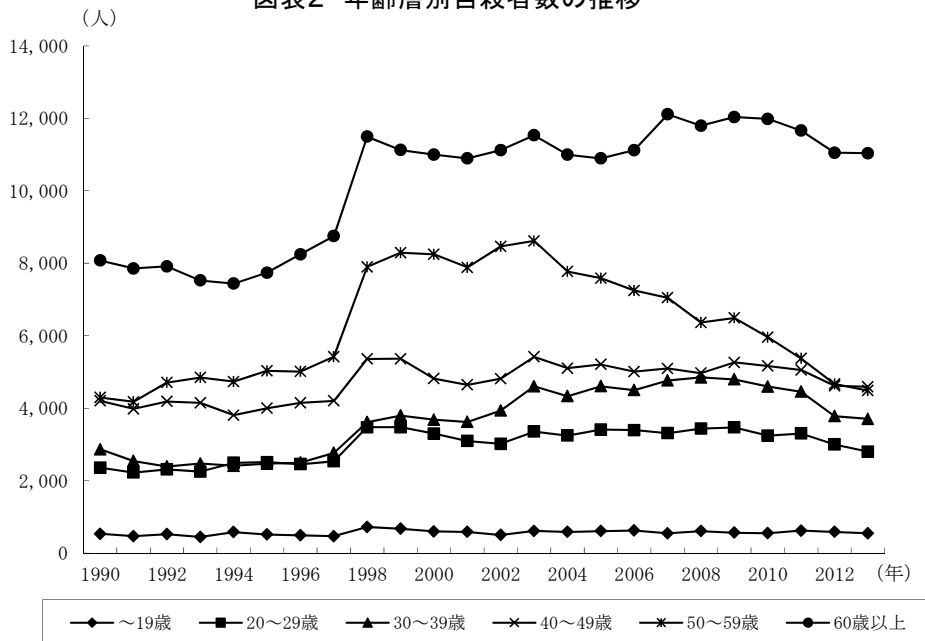


資料：内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課『平成25年中の自殺の状況』2014年

ところが年齢層別にみると、この10年間で「50～59歳」の自殺者はほぼ半減している（8,614人→4,484人）のに対し、最も数が多い「60歳以上」の自殺者（11,529人→11,034人）はほとんど減少していない（図表2）。そのため、60歳以上自殺者の自殺者総数に占める割合は上昇しており、2013年には自殺者総数の40.4%と、4割を超えた。

なかでも、60歳以上のうち、「70～79歳」と「80歳以上」の自殺者はここ数年、微増している。

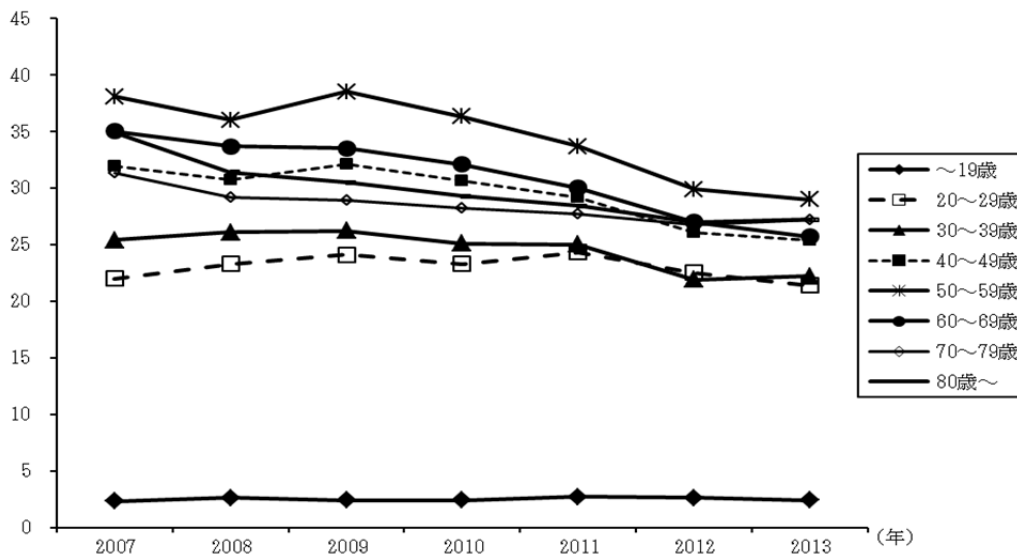
図表2 年齢層別自殺者数の推移



資料：図表1と同じ

人口10万人あたりの自殺死亡率を比較すると、2013年では、最も高いのは「50~59歳」の29.0であるが、次に「70~79歳」「80歳~」がそれぞれ27.2となっているうえ、各年齢層のなかで、前年より自殺死亡率があがっているのは「70~79歳」「80歳~」のみであった（図表3）。

図表3 年齢層別自殺死亡率(人口10万人あたり)の推移



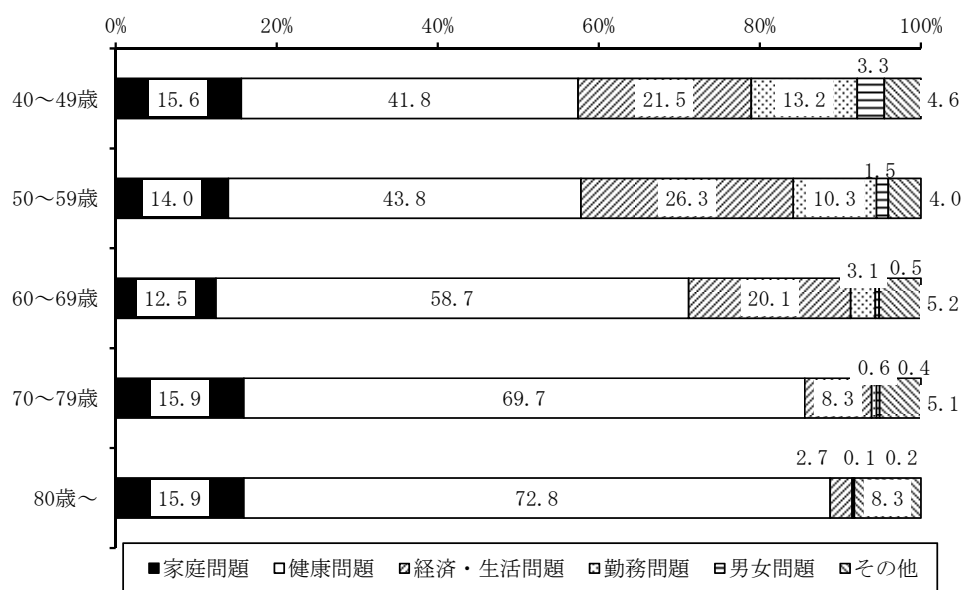
注：本統計では、2007年以降、「60歳以上」が「60~69歳」「70~79歳」「80歳以上」と細分化されるようになった。  
資料：図表1と同じ

### ＜なぜ高齢者の自殺が減らないのか＞

2013年の高齢者の自殺の原因や動機をみると、「70～79歳」、「80歳以上」では「健康問題」が占める割合が7割前後と特に大きい（図表4）。自殺死亡率が高い「50～59歳」でも、「健康問題」は43.8%と最も多いものの、「経済・生活問題」が26.3%と、他の年齢層に比べると多く、1998年以降に自殺者数が急増したのは、景気低迷の長期化が背景にあることは容易に想像できる。種々の世論調査では、安倍政権の経済政策で景気回復を実感していないと回答する人が多いものの、景気が回復基調に乗っていけば、生活苦を動機とする自殺は減少していくだろう。

しかし問題は、「健康問題」を動機とする高齢者の自殺をどう防止するか、である。「健康問題」の内容をみると、「70～79歳」、「80歳以上」では、「病気の悩み（身体の病気）」が突出して多いのに対して、その他の年齢層では「病気の悩み・影響（うつ病）」が多くなっている（図表省略）。

図表4 年齢層別自殺の原因・動機



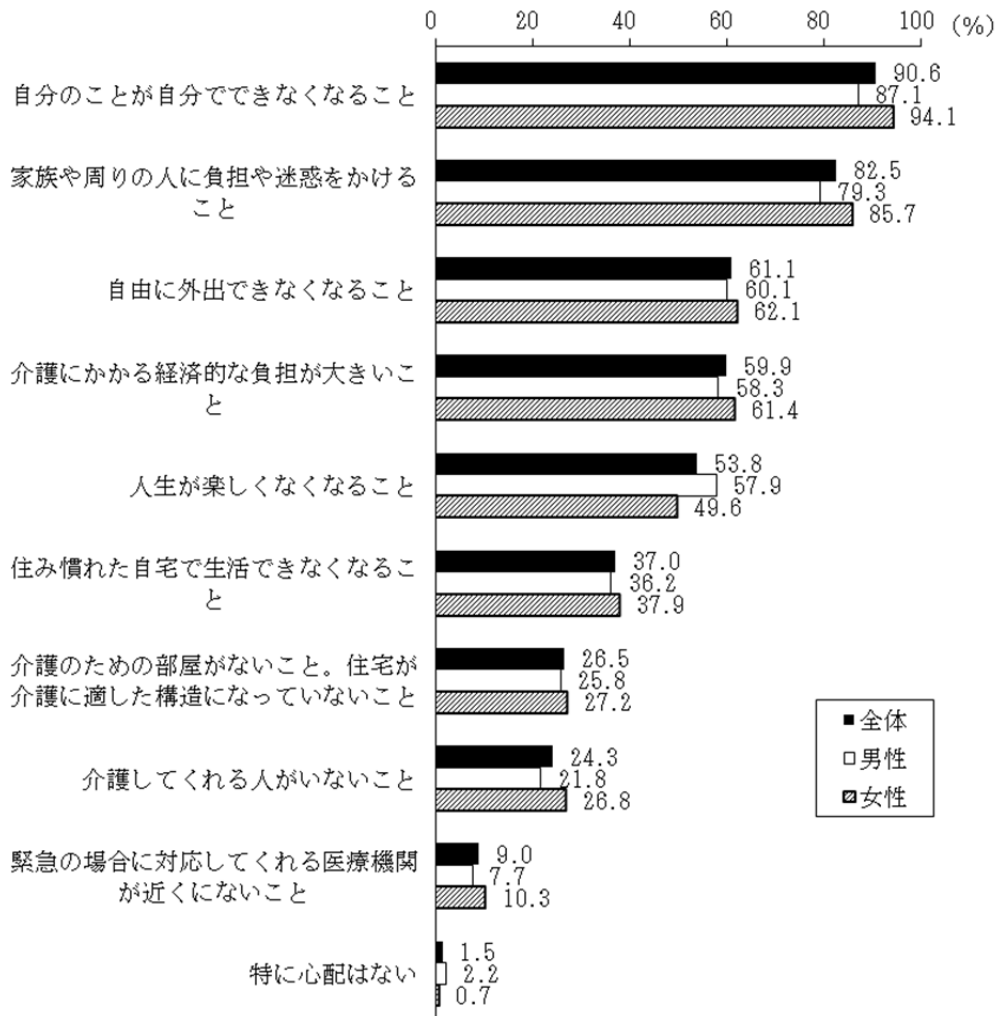
注：原因・動機は、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定したもの。作表にあたっては、筆者が実数値を%に計算した。

資料：図表1と同じ

ところで、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を健康寿命と呼ぶが、厚生労働省『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』によれば、2010年には男性が70.42歳、女性が73.62歳であった。2010年の厚生労働省『簡易生命表』では、70歳の平均余命は男性が15.08歳、女性が19.53歳だったので、健康寿命との差を単純に計算すると、男女ともに15年近くは、日常に不都合が起きる生活を強いられることになる。

老化や病気の進行などで、自分ひとりでは自由に行動できなくなるのは仕方がないとはいえ、第一生命経済研究所が50歳以上の男女に調査した結果によれば、寝たきりや体の自由がきかなくなったらどんなことが心配かという質問に対し、「自分のことが自分でできなくなること」「家族や周りの人に負担や迷惑をかけること」を挙げる人が大多数であった（図表5）。また「自由に外出できなくなること」（61.1%）に加え、「介護にかかる経済的な負担が大きいこと」（59.9%）も多く、健康上の問題だけではなく、医療費や介護費の増加、家族への負担を心配する声も大きいことが分かる。しかも前述のように、人生の最後に15年近くも介助を必要とする生活を送ることになるかもしれないとなれば、身体的苦痛からだけでなく、耐え難い精神的苦しみや不安から自殺を選んでしまう高齢者が少なからずいるのは理解できよう。

図表5 寝たきりや体の自由がきかなくなったら、何が心配か(全体、性別)



注：調査は50歳から79歳の男女600名を対象に、2013年8月に第一生命経済研究所が実施した。

### <欧米事情>

欧米では、尊厳ある生のために本人の意思が優先される。たとえば死期が迫っていて、耐え難い苦痛があるとき、人工的に死期を早める安楽死を認める国や州（オランダ、ベルギー、アメリカのオレゴン州・ワシントン州など）もある。

スイスでは、苦痛を抱える終末期の患者が自殺したい場合、それを幫助する行為が合法的に認められている。末期がん、ALS（筋萎縮性側索硬化症）、認知症（判断能力がある場合のみ）など、患者の疾病はさまざまだが、家族や本人と話し合いを重ね、本人の意思が固い場合は、医師が致死量の処方箋を出す。

スイスには、こうした人たちが命を絶つ幫助をするNPOがいくつかある。筆者は今年4月、そのうちの一つのNPOを訪問した。会員は7万人にもものぼるが、去年は約800人が幫助を依頼したという。こうした死は、耐え難い痛みを緩和するケアの延長上であると捉えられている。自殺という最後の選択肢があることは、闘病中の患者の安らぎになっているため、実際には、自ら死を選ぶ患者はとても少ない。

また医療者や介護施設は、どのような介護や看護を受けたいかという利用者の意思を尊重しなければならないことを法的に義務付けている国も多い。患者や施設入居者の多くは、延命措置をするか、どこで亡くなりたいかなど、死の迎え方についての指示書を事前を書いており、医療者はその意思に従ってケアをおこなう。高齢者の自尊心をうながし、残っている能力を喪失させないように、過度な介護やケアをしないので、日本に比べると寝たきりの人が少ないという指摘もなされている。

一方、患者をサポートする体制も整備されている。たとえばイギリスの医療制度では、在宅医療や訪問看護は無償で運営されており、一人暮らしや重篤になれば、24時間介護も無料で受けることが可能である。また病院の敷地内には、チャリティーで運営される患者の支援施設が設置されていることが多く、常駐する看護師や心理療法士が、医療相談やカウンセリングに無料で応じている。患者や家族に診断や治療についての正しい情報を分かりやすく伝えるだけでなく、不安や悲しみを軽減するサポートをおこなっている。

高齢多死社会を迎えているわが国でも、治癒の見込みのない病を抱える患者に対して、身体的な苦痛の緩和だけでなく、さまざまな不安や恐れをサポートする体制を整備していかなければ、「健康問題」を動機とする自殺者は減少しないだろう。

（研究開発室 ことばに みどり）