

---

# 自殺問題の社会化

## ～そのプロセスと世界的意義～

清水 康之

NPO 法人 自殺対策支援センター ライフリンク 代表

---

### 【「個人の問題」とされてきた自殺】

「自殺は個人の問題か、それとも社会の問題か」。

日本では、そうした「論争」に決着をつけることができず、自殺対策は長いこと足踏みを続けてきた。1998年に自殺者数が前年比で35%も増え、その後も年間3万人を超え続けていたにもかかわらず、社会的な対策は遅々として進まなかった。

自殺問題が社会化され、ようやく全国的に対策が進められるようになったのは、2006年に自殺対策基本法が成立してからである。しかし基本法は、「自殺は個人の問題か、社会の問題か」との論争に決着がついた結果としてできたわけではない。むしろ、その逆である。自殺対策基本法ができたことによって、「自殺は個人の問題であるだけでなく、社会の問題でもある」とされ、つまり自殺問題が社会化されて、自殺対策が社会的な課題として広く認識・推進されるようになったのである。

### 【自殺が「個人の問題」とされてきた背景】

自殺問題の社会化を長く阻んできたのは、「自殺について語れない」状況である。そもそも、当事者が語れない。自殺で亡くなった人はすでにこの世にはいないので語れないし、遺された家族も自殺に対する社会の誤解や偏見に怯えるあまり口をつむがざるを得なかった。

支援者である精神科医や弁護士の多くも、自殺のリスクを抱えた患者やクライアントとの体験が衝撃的なあまり、自殺を「目の前の個々人の問題」として捉えがちだった。ほとんどのメディアも、自殺を「個人の生き方の問題」だとして、社会的な文脈で俯瞰して捉えることがなかった。

政治の世界においても「自殺は個人の問題」という認識が根強くあり、「プライバシーの問題」があるからと対策に消極的であった。結果、自殺問題を社会化させるための突破口を誰も見いだせずにいた。

### 【自殺問題が社会化されたプロセス】

そうした状況の中、2006年に超党派の議員立法として自殺対策基本法が成立し、自殺問題の社会化が果たされた。その経緯については、WHOが昨年初めて刊行した『世界自殺レポート』の中でも紹介され、世界の自殺対策関係者から注目されている。

自殺対策基本法の成立過程は、「子どもの貧困対策の推進に関する法律」や「過労死等防止対策推進法」が、昨年やはり超党派の議員立法として成立した際の参考事例にもなった。

本報告においては、自殺問題がどのようにして社会化されたのか。そのプロセスと世界的な意義について論じたい。

## 事例：日本国—社会経済的变化に直面した中での自殺予防

### 背景

1998年に、日本国の自殺死亡数は前年の24,391人から32,863人へと急増した。1978年から1997年にかけては、自殺死亡数は毎年概ね25,000人前後で推移していた。多くの人は、この急増は国全体の社会経済的な問題によるものと考えた。自殺死亡率はすべての年齢階級で増加していた

が、特に中年男性において顕著であった。危険因子についての共通認識はあったにもかかわらず、日本国において、自殺は依然として社会的タブーであった。自殺は個人的な問題と考えられ、広く公に議論されることはなかった。

### 変革のための推進力

2000年に、親を自殺で亡くした子供たちが自身の体験についてメディアを通じて語りかけることでタブーを打破しようとした始めた時、状況が変わり始めた。2002年に、厚生労働省は「自殺防止対策有識者懇談会」を開催した。その後の報告書には、自殺予防政策はメンタルヘルスの問題に正しく取り組むだけでなく、心理的、社会的、文化的ならびに経済的因子に対する多面的な取り組みを含めなければならないことが概説された。しかしながら、この報告書は単なる専門家からの提言として扱われ、実際の政策には十分反映されなかった。

自殺は2005～2006年頃には日本国における「社会的な問題」として認識され始め、これが具体的な行動を引き起こした。2005年5月、NGOのライフリンク(LIFELINK)は国会議員と協働し、自殺に関する最初のフォーラムを開催した。このフォーラムにおいて、ライフリンクならびに他のNGOは包括的な自殺予防に関する緊急提言を提示した。このフォーラムに参加していた厚生労働大臣は、政府を代表して、自殺の問題に取り組むことを明言した。この公約はメディアで広く報道された。

### 立法

その後、自殺予防政策の策定に向け、2006年には超党派の国会議員団が結成された。自殺予防に関する法律の制定を求める10万人以上の署名とともに提出された要望書の後押しを受け、2006年6月、日本国における自殺対策基本法が成立した。これに引き続き、自殺予防の中心的役割は厚生労働省から内閣府へと移行し、自殺予防は単独の省だけに限らない政府全体の政策となっていく。2007年、自殺の予防ならびに自死遺族への支援の提供を目的とした「自殺総合対策大綱」が制定された。大綱では、国民が生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与するという自殺予防政策の理念を基礎としつつ、国に対する様々な責務が明確化された。自殺対策基本法の原則は、自殺予防活動は自殺に関連する因子の複雑さを考慮すべきであり、精神障害のみに焦点を当てるべきではない、という考えを反映したものである。

したがって、自殺予防活動は、利害関係者間の緊密な協力のもと、事前予防、自殺発生の危機対応、および事後対応を含むべきとしている。

2008年の世界的な経済危機の後、日本国政府は2009年に「地域自殺対策緊急強化基金」による財源を確保した。この基金は主として、3月という重要な月(自殺死亡率の上昇がみられてきた月)に実施される集中的な一般市民への意識向上キャンペーンを含めて、主に地域の自殺予防活動を強化することに充てられた。2010年、日本国政府は3月を国の自殺対策強化月間とした。また、政府は、自殺関連のデータ収集に関する改革を導入し、警察庁に市町村別の詳細な自殺統計を毎月公表するよう要求した。これにより、地方のニーズに応じた自殺予防対策の展開が促進された。

### 結果

2009年以降、自殺死亡数は徐々に減少し、2012年、日本国の自殺死亡数は1998年以降で初めて3万人を下回った。この減少の大半は都市部で起きていた。若年者の自殺死亡率は上昇し続けており、新たにターゲットを絞った介入の必要

性を示している。しかしながら、中高年と高齢者の自殺死亡率は低下しており、結果として全体の自殺死亡率も低下している。警察庁のデータもまた、経済・生活問題に関連した自殺が顕著に減少していることが明らかにされている。

出典：日本国の自殺予防総合対策センターとのコミュニケーションによる

---

<総合討議の議論を深めるために>

## 自殺対策のこれから：

ハーバード大学公衆衛生大学院のライシュ教授とのインタビューを受けての考察

本橋 豊

京都府立医科大学特任教授

---

2014年12月、研究プロジェクトの一環として、私ども（本橋豊、清水康之氏、藤田幸司氏）は米国ボストン市のハーバード大学公衆衛生大学院のライシュ教授の研究室を訪問する機会を得ました。ライシュ教授はグローバルヘルスがご専門で自殺対策の専門家ではありませんが、グローバルヘルス分野の政策研究の理論研究で大きな成果を挙げられており、自殺対策の新たな政策展開を進めるための政策科学の視点をご教示いただきました。インタビューの中でライシュ教授は「自殺対策は人間の安全保障です」という言葉を述べられましたが、この言葉に自殺対策の理念をあらためて確認することができました。

自殺対策の基本理念は人間の安全保障の理念と重なっています。人間の安全保障とは、「人間一人ひとりに着目し、生存・生活・尊厳に対する広範かつ深刻な脅威から人々を守り、それぞれの持つ豊かな可能性を実現するために、保護と能力強化を通じて持続可能な個人の自立と社会づくりを促す考え方」です。（外務省のホームページより）

自殺の多くは追い込まれた末の死であり、だからこそ社会が取り組むべき大きな課題として法律が作られ、対策が講じられるようになったのです。

2014年8月に起きた理研の笹井良樹センター長の自殺は「追い込まれた末の自殺」という言葉を思い起こさせました。笹井氏はSTAP細胞の捏造疑惑の渦中、論文のデータの信憑性が問われ論文の責任著者としての社会的責任をマスコミに追求される立場にありました。笹井氏が精神的に追い込まれていったことは当時の状況から容易に想像されます。逃げ場のない状況に追い込まれ、社会的責任の重さが命と引き換えであるような社会であってはなりません。平和な日本という社会にあっても、個々の置かれた状況は個人を追い詰めていくことがあります。社会状況が人間の生存を脅かすという人間の安全保障が機能しない結果として、多くの自殺が起きるという構図を私たちは忘れてはならないのです。

さて、ハーバード大学では、日本の保健医療制度にも詳しいライシュ教授と自殺対策の新たな政策の方向性について議論しました。ライシュ教授の医療政策評価の枠組みは自殺対策の方向性の議論にも大いに役立つものです。今後の日本の自殺対策の方向性を考える上で、ライシュ教授の著書で示された枠組みに基づき3つの視点を示したいと思います。

第一に、自殺対策の質の保証です。自殺対策の政策評価は内閣府において地域自殺対策緊急強化基金の検証・評価という形で行われていますが、収集できるデータの精度の問題などもあり、自殺対策の政策評価の質的な保証は今後の課題となっています。この課題の解決のためには、全国的なハイレベルな政策研究を中心にした自殺対策の研究・評価組織の必要です。米国の国立衛生研究所(NIH)や疾病予防管理センター(CDC)のような中立的かつ科学的な政策科学を志向した研究組織がモデルとなるように思われます。

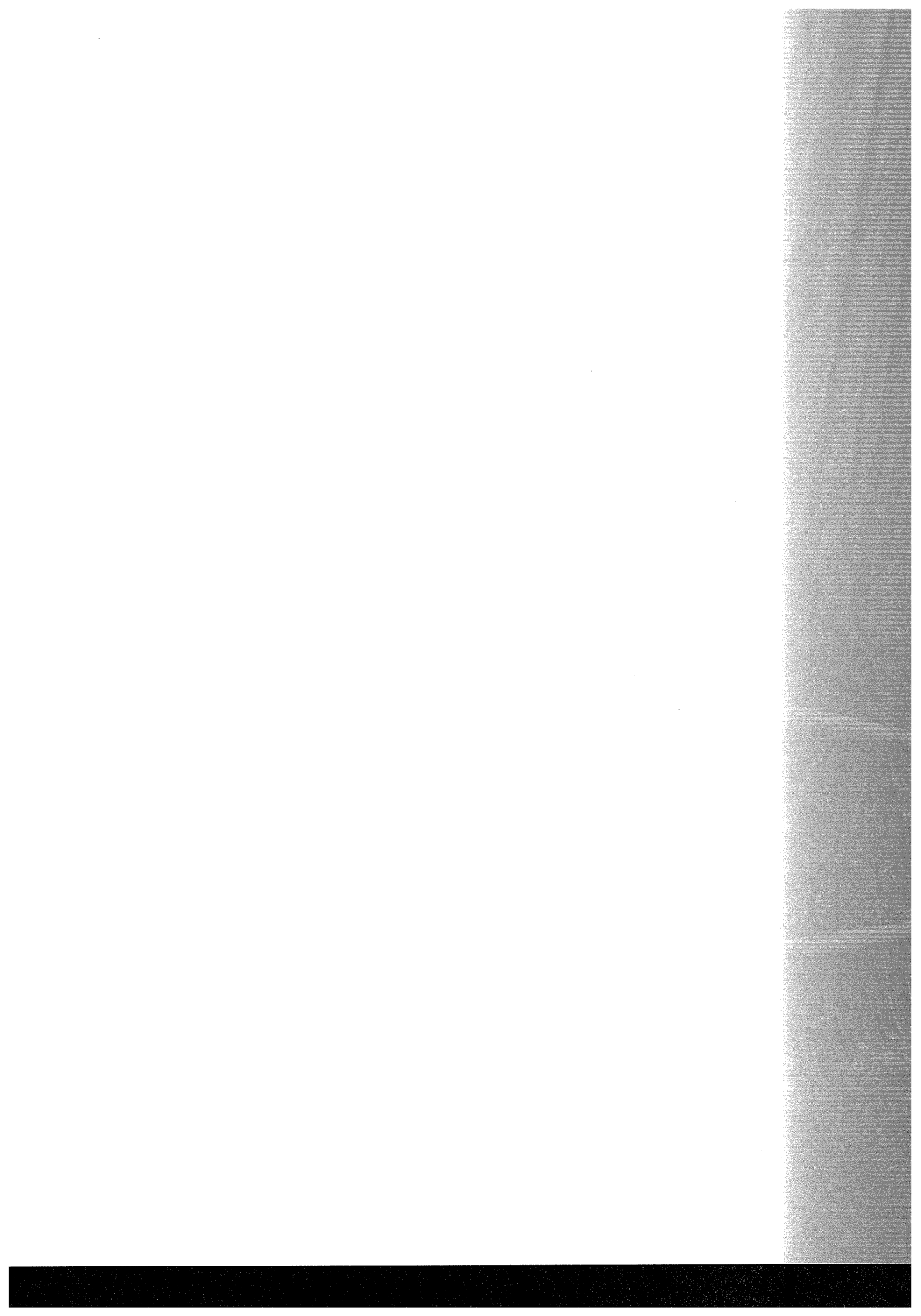
第二に、自殺対策の財政的な持続可能性です。2014年に地域自殺対策緊急強化基金が終了したあとに、自

自殺対策を後退させない財政的な基盤を確立することが必要です。平成 27 年 1 月 9 日に閣議決定された平成 26 年度補正予算に、自殺対策に関する予算（25 億円）が盛り込まれました。今後、国レベルで恒常的な予算の確保が必要ですが、そのためには政府と自治体の役割分担の明確化、縦割り行政の克服と国民本位の施策の推進、対策の効果の科学的検証などが求められます

第三に、政治的ガバナンスの確保です。自殺対策基本法が議員立法で成立したにはよく知られていますが、自殺対策の黎明期に自殺対策に後ろ向きだった行政組織を変えたのは政治家の指導力です。行政のボトムアップ型の政策立案とは異なる政治主導による政策形成が、国のレベルにおいても地方自治のレベルにおいても自殺対策の推進に大きな役割を果たしました。自殺対策の必要性和意義を政治や行政のトップに理解してもらい、継続的な自殺対策の推進に一定の役割を担ってもらうことは重要です。

自殺対策の今後の方向性を決める上で大切な基本理念と視点を確認した上で、現場の実践知を行動に統合していく努力（具体的な政策形成や施策の実現）が必要です。





厚生労働科学研究事業・班会議  
平成27年1月31日(土)  
キャンパスプラザ京都

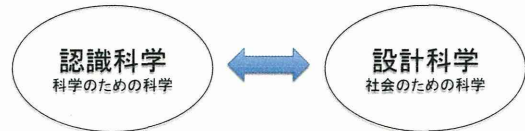
## 知と行動の統合による自殺対策 の新たな政策展開

本橋 豊  
京都府立医科大学特任教授

## 知と行動の統合とは

研究のための研究ではなく……

現場の実践から抽出された知が政策に結びつく研究へ



両者を統合することは可能か？

## 近代科学の哲学的基礎 カントの批判哲学

真

善

**純粹理性**  
Pure reason  
知の範囲と限界を示す  
認識の基礎づけ  
真理とは何か

**実践理性**  
Practical reason  
人間の倫理(人倫)の範囲と限界  
倫理・道徳の基礎づけ  
善とは何か、行動の指導原理

知 と 行動

## Pragmatism プラグマティズム

- 知識は人生のための道具であり、実用上の有用性をもつことで存在する。
- 意味や真理はその具体的な帰結により検証されるべき、という考え方
- 知識は人間の生活上の実践に結びつかなければならない、という考え方。

## 自殺対策の新たな政策展開に必要な 知と行動の統合

- 大綱に示された「地域の実践的な自殺対策への転換」を具現化するために何が必要か？

- 1) 自殺対策の現場の実践(行動の現場)
- 2) 自殺対策の実態を見据えた研究(知の現場)
- 3) 総合対策を展開する現場に根ざした政策(知と行動の統合)

## <自殺対策発展のための学際的・国際的研究>

研究目的	平成26年度 進捗と成果	平成27年度	平成28年度
自殺が多様な複合的な原因及び背景を有することに鑑み、保健医療のみならず他部門との連携の在り方を含めた学術的基盤を、学際的・国際的観点から強化し、WHOを中心とした自殺対策の国際的動向を注視しつつ、我が国の自殺総合対策・メンタルヘルス対策のさらなる推進に資することである	多分野連携のための研究フォーラムの始動 高齢者認知機能と自殺対策 死因究明と法制度 職場の自殺対策と法制度 精神医療政策と自殺対策	8つの研究フォーラムを基盤として多分野連携を推進し、現場の実践から具体的な政策へと結びつける 総合論(3回)の討議により 総合的自殺対策の新たな提案を行う予定	新たな連携モデルに基づく自殺総合対策推進の提言 自殺総合対策の新たな政策提言に関する公開シンポジウム開催
自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究(清水、本橋)	知と行動の統合シンポジウム(京都、2015年1月) 多分野連携の自殺対策研究始動	認知と自殺 経済学と自殺対策 最新の費用効果分析 政策提言の基礎的知見を提示	学術成果の自殺対策の現場への還元方を提示 知と行動の統合の成果を示す
学際的・国際的研究の推進に関する研究(権、澤田)	自殺対策改革ラウンドテーブルの開催(東京、2015年3月) 改革実現のための組織的基盤の共有	実務家や政策立案者も加えたラウンドテーブルの開催 政策提言の基礎的知見を提示	自殺総合対策に必要な多様な制度改革の在り方を学際的観点から提言
国際的動向を踏まえた政策研究(伊藤、本橋)	WHO訪問調査 ハーバード大学グループとの連携 点での政策動向が把握できた 日本の自殺対策の先進性と独自性が明らかになった	海外訪問調査の検証にまつくわが国の自殺対策の在り方を班会議で討議し成果をまと	シンポジウムの成果物公表 国際的情報発信を行う 国際的視点から見た自殺総合対策及び精神保健医療政策の在り方に関する提言を行う

厚生労働科学研究事業・班会議  
平成27年1月31日(土)  
キャンパスプラザ京都

## 総合的な自殺対策の 実現に向けて 一知と行動の統合

橋 広計  
情報・システム研究機構 統計数理研究所 副所長  
データ科学研究系、リスク解析戦略研究センター 教授  
総合研究大学院大学複合科学研究科統計科学専攻 教授

## 自殺対策にとって価値のある仮説(問題発見)の 提供支援に資する人間・社会学研究領域の対象

- ・ 支援対象への認識
  - ・ 「人間個体」が生息する場としての「社会」と「共同体」と「経営体」という2つの異なる規範に支配される集合体が共存する場と認識
  - ・ 下記3支援領域に存する場を創生するシステムとその相互作用の同定と設計に関する研究支援
    - ・ 3支援領域が社会・空間のValue Creationに寄与する構造
      - ・ Tangible Valueを創生する下層構造
      - ・ Intangible Valueを創生する上層構造
      - ・ 両層面には相互作用がもたらされる
- ・ 支援領域(認識人間・社会学ではなく設計人間・社会学の必要性)
  - ・ 個体(Individual)研究
    - ・ 下層構造: 肉体的健康科学: 量的研究がある程度可能: システム接近が有効
    - ・ 上層構造: 精神・感情的健康科学: High Context: 先ず質的研究を整理、現場の人の役割
  - ・ 共同体(Community, Gemeinschaft)研究
    - ・ 上層構造: 価値観: High Context
    - ・ 下層構造: 文化(ダイナミクスは一応存在)
  - ・ 経営体(Organization, Gesellschaft)研究
    - ・ 上層構造: マネジメント: High Context: システム接近がある程度有効だが、属人的部分も無視できない
    - ・ 下層構造: 経営: システム接近が有効
- ・ これら3支援領域と相互作用を持つ環境科学についても可能な限り支援
  - ・ 自然環境科学・社会環境科学・経済環境科学

### 自殺対策学の総合性

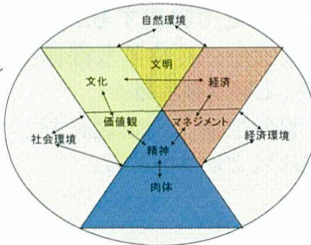
人間・社会学研究領域に対する  
システムの認識と多様な相互作用研究に基づく  
社会システム設計

文理融合ではなく、  
文医文融合が必要

仮説生成・価値の測定モデル  
経済学・経営学  
社会学・哲学・倫理学  
医学・心理学

現象と行動の認識科学的  
モデリング  
システム科学  
数理科学  
質的情報学・統計学

実装: 行動の設計科学  
医学・法学・システム工学  
行動・経営



統計家としての悩みと挑戦  
現象の不確かさ  
現象のリスク学

自殺学に必要なモデリング  
行動の不確かさ・不合理さ  
行動のリスク学  
(ソフトウェア・エンジニアリング)  
とても同じとは思えない

### 統計学の本来の方法: Karl Pearson(1892)「科学の文法」

現場の質的研究(ミクロ研究)が第一に企図されるべきこと!

夏目漱石(1903)「文学評論」、岩波文庫(東大文学部講義)の引用

「その理の人 (=Karl Pearson)」は科学をこう解釈する。

- ・ 科学はいかにしてということすなわちHowということを研究するもので、なにゆえにということすなわちWhyということの質問には応じかねるというのである
- ・ No objection can be raised to the words explain and explanation if they be used in the sense of the descriptive how, and not the determinative why. (Pearson, 1892. "The Grammar of Science")

さてこのいかにしてすなわちHowということを知ることが、  
俗にいう原因結果という答えが出てくる。

- ・ 太郎が火を打ったとする
  - Why? 「何故打ったのか」→動機の問題(「原因」をやるから)
  - How? 「どうして打ったのか」→打つての事件の経過(プロセス)の問題
    - 「科学には両方を問う場合がある」:
    - ・ 寺田寅彦(1946)「物理学再探」: 岩波書店の晩年部分の書き換え
      - ・ 自殺はなぜ起こったのか?
      - ・ 自殺はどのようにして起こったのか?

### プロセスの解明と分類の必要性(1)

因果モデル記述: 「分解(分析: Analysis)」の時代性

- ・ しかしまよに述べたようなわけだからこの原因結果とはある現象の前には必ずある現象があり、またある現象の前には必ずある現象が従うという意味で、甲が乙をしかならしめるなどという意味ではないのは無論である。
- ・ それでこの原因結果を探るには分解をする。
- ・ 一つの現象をとって『いかにして』ということを知るには、それが**複雑な現象であればあるほど『いかにして』ということを知りにくい。**
- ・ 知ったと思うでも分解を経た上でないとなりに聞かず。  
だから**人間はその場合とその時代に応じてでき得るかぎりの分解を企てる。**
- ・ 筆者注
  - ・ 現場で起きつつある一つ一つの現象とその順序(プロセス)を丹念に追う
    - ・ 決して統計のバイオニア(Pearson)が目指したものは単純なデータアプローチではない
  - ・ 自殺の事業ではなく、プロセスを丹念に追うことができる現場での質的研究が最重要
    - ・ そのプロセスをたえずにデータ解析をするのは「顕微鏡法」になりかねない

### プロセスの解明と分類の必要性(2)

統計的方法や信頼性工学的方法の有用性

- ・ 分解をしてある現象について『いかにして』ということが分かる(ミクロな質的分析)と、
- そこで総合ということが始まる: マクロ的集約、統計的方法
  - ・ 総合とは同じような事象をいくつも集めて『いかにして』という点において、みな一致していることを見ることである。
  - ・ それで総合できれば、これから一つの法則ができるわけである。
- それから総合をしてみても『いかにして』という点においていろいろな場合が一致しなければ**分類**ということができる。
- ・ リスク(故障)モードの分類: 鈴木和幸日本信頼性学会長の提言
  - ・ 人と人の情報の経路が「読まらる」
  - ・ 人と人の情報の経路が「読まれ」、他の人に情報が流出する
  - ・ 人と人の情報の経路に混入すべきでない情報が混入する
  - ・ 人と人の情報の経路が「読まらる」
    - ・ リスクモードの結果として生じることが「トップ事象モード」としての自殺
- **まずどこをどうで科学はできる。**



知と行動の統合による自殺対策の新たな政策展開  
2015年1月31日(土)  
キャンパスプラザ京都

## 経済問題からみた自殺対策 ～社会科学の視点から～

澤田康幸  
東京大学

### 三つの柱

- 1. 自殺の実態解明**
  - ・「97-98急増」
  - ・「98年以降の恒常化」
  - ・「若年化」
  - ・「減少」
- 2. なぜ自殺対策が必要か**
  - ・ 外部性(遺族数推計・ウェルテル効果)
  - ・ 歪んだ市場取引(生命保険)
- 3. エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証**
  - ・ (経済・福祉)政策全般・政治イデオロギー
  - ・ 自殺対策基金
  - ・ こころの絆創膏・鉄道自殺対策

### 1. 自殺の実態解明 「97-98急増」「98年以降の恒常化」「若年化」



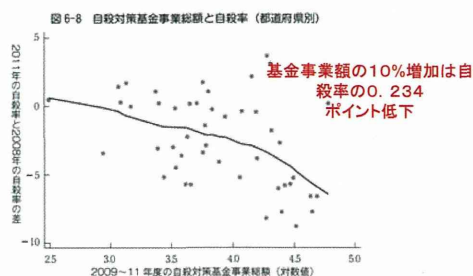
### 2. なぜ自殺対策が必要か 遺族数推計 (1993-2006年人口動態統計)

- 一人の自殺で4.78人の遺族
- 86,230人の遺児
- 292-346万人の遺族
- 日本人37-44人当たりで一人の遺族

Chen, Joe, Yun Jeong Choi, Kohta Mori, Yasuyuki Sawada, and Saki Sugano, "Those Who Are Left Behind: An Estimate of the Number of Family Members of Suicide Victims in Japan," *Social Indicators Research* 94(3), 535-544, 2009.

### 3. エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証 自殺対策基金

- 30,000 < 27,766(2012年) < 27,276(2013年)
- 自殺対策基金(09年~11年、100億円)



### おわりに

- 自殺の社会的経済的背景・実態の実証的解明  
不況・失業・金融危機
- なぜ自殺対策が必要か？  
負の外部性・歪んだ制度＝「市場の失敗」
- エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証・設計  
個別事例の蓄積・「費用対効果」の厳密な推定  
政策への働きかけ

知と行動の統合による自殺対策の新たな政策展開

## 国際機関の精神保健政策 ～グローバルな自殺対策の動向～

2015年1月31日  
キャンパスプラザ京都  
伊藤 弘人

## 本報告について

- 背景
  - ・自殺対策に関する国際的動向は急速に変化
- 目的
  - ・わが国の精神保健政策・自殺対策の政策形成に資するために、国際機関における精神保健政策の国際動向を明らかにすること
- 調査対象組織
  - ・世界保健機関 (World Health Organization: WHO)
  - ・経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD)

WHO

## 自殺予防に関するKey messages (WHO)

- 自殺は多大な犠牲を強いる
  - ・自殺者は年間80万人以上(15歳から29歳の死因の第2位)
  - ・成人1人の自殺による死亡には、20人以上の自殺企図があると指摘
  - ・自殺:本人に加え、家族、友人、地域、そして国々と広範囲に影響
- 予防可能(国の包括的な多部門による自殺予防戦略)
  - ・政府や民間レベルでの保健医療・保健医療以外の部門の連携
  - ・地域の関与・メディアによる責任ある自殺報道の促進
- 自殺手段へのアクセス制限は効果的(農薬、銃、特定医薬品)
  - ・地域介入を伴う効果的な政策(手段への制限)は自殺の減少に寄与
- ヘルスケアサービスに自殺予防を組み込む
  - ・ケアの質向上:早期介入に効果的→自殺減少の鍵
  - ・メンタルヘルス政策(精神障害やアルコール使用障害など)
    - ・ヘルスケアサービス全体への統合を促進・資金支援
- 地域は自殺予防において重要な役割を果たす
  - ・地域:脆弱性の高い個人へ
    - ・社会的支援を提供・フォローアップケアに取り組み・スティグマとの闘い・自殺で遭った人々を支援
  - ・地域での効果的な社会的支援や個人のレジリエンス
    - ・社会的つながりや困難への対処スキルを構築・改善
    - ・脆弱性の高い人々を自殺から守る
      - ・特に危機的状況における支援・自殺企図者との定期的連絡・自殺で遭った人々の支援



[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/5/9789241564779\\_jpn.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/5/9789241564779_jpn.pdf)

## WHOが示す目標(アクションプラン 2013-2020)

1. 効果的なリーダーシップ・ガバナンスの強化
  - ・ターゲット 1.1: 2020年までに加盟国の80%が人権擁護の則した精神保健政策・計画を策定・改定
  - ・ターゲット 1.2: 2020年までに加盟国の50%が人権擁護の則した精神保健福祉法を制定・改正
2. 包括的で統合された地域精神保健福祉サービスの提供
  - ・ターゲット 2: 2020年までに重度精神障害者へのサービスのカバー率を20%増加
3. **精神保健の増進と予防の実施**
  - ・ターゲット 3.1: 2020年までに加盟国の80%が最低2つの全国レベルで複数領域の関わる精神保健増進・予防プログラムを実施
  - ・**ターゲット 3.2: 2020年までに自殺率を10%減少**
4. 精神保健に関する情報システム、エビデンスや研究の強化
  - ・ターゲット 4: 2020年までに加盟国の80%が、全国情報システムを用いて精神保健関連指標の収集と報告を各年で実施

## 非感染性疾患と生活習慣との関連\*

	禁煙	健康な食事	身体活動の増加	リスクを高める飲酒の減少
がん	○	○	○	○
循環器疾患	○	○	○	○
糖尿病	○	○	○	○
COPD (慢性閉塞性肺疾患)	○			

※非感染性疾患の多くは予防可能

\*出典: 健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkouinippon21\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkouinippon21_02.pdf)

## OECD

## 指標と測定可能性\*



(国数)

指標	可能	不能
精神障害者の再入院	13	5
薬物関連障害患者の治療期間	12	6
重度精神障害者の死亡率	12	6
高齢者への抗コリン薬・抗うつ薬使用	9	9
精神障害と薬物関連障害の重複疾患患者の退院後の継続受診	6	12
メンタルヘルス関連問題での入院後の継続受診	6	12
身体疾患での入院後の適時の外来フォローアップ	5	13
重度精神障害者のケースマネジメント	5	13
急性期での抗うつ薬の継続治療	4	14
維持期での抗うつ薬の継続治療	4	14
うつ病の急性期治療での受診	3	15
メンタルヘルスに関するフォローアップ率における民族差	3	15

\*OECD 2014.

## Key policy recommendations

1. 医療の質の管理と(質の高い医療の)提供を強化
2. より**強力なプライマリケア**の開発
3. 病院医療の質改善と効率化を促進
4. 安全で**高質な精神保健医療福祉**への努力

## 職場のメンタルヘルス・障害と雇用に関するOECD諸国の政策展開

メンタルヘルスと仕事: 誤解と真実 (2010~2013)

- ・2011年: 第1次調査報告書
- ・OECD加盟国9か国が国際比較研究に参加
- ・各国版を随時出版: Belgium (2013), Denmark (2013), Norway (2013), Sweden (2013), Switzerland (2014), United Kingdom (2014), Netherlands (2014), Australia (2015), Austria (2015)

メンタルヘルスと仕事 (2006~2009)

- ・OECD加盟国13か国の調査研究
- ・2010年: 総合報告書公表

世界の障害者政策 (2000~2002)

- ・障害をもつ人々への給付と雇用政策の調査研究
- ・結論: システム改革の必要性

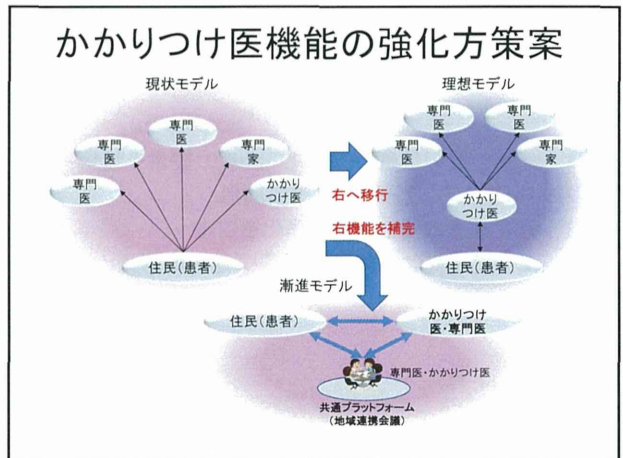
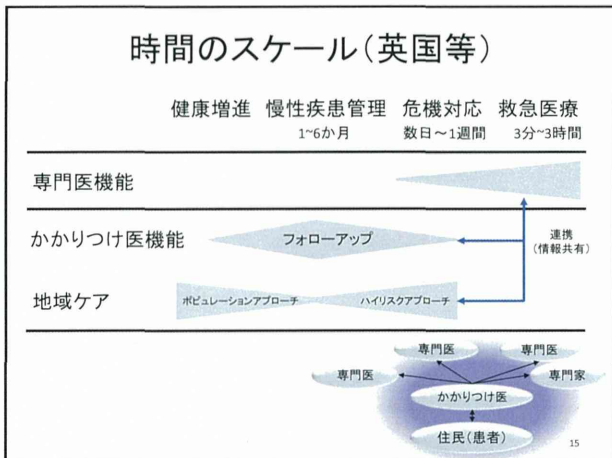
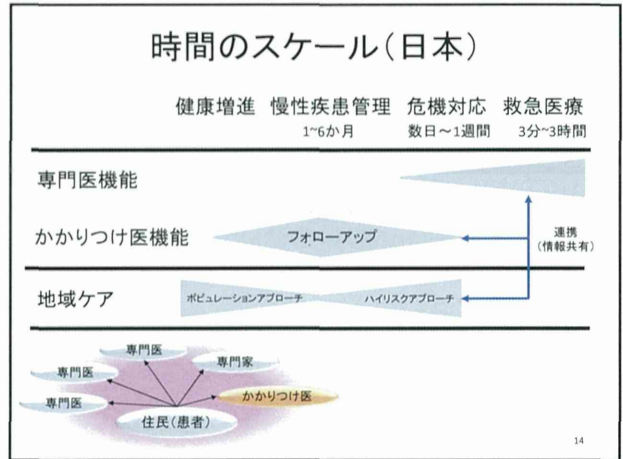
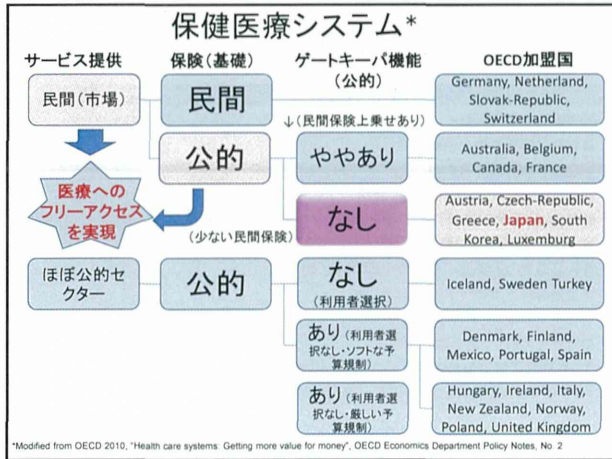
Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 1)  
Norway, Poland and Switzerland (2006)

<http://www.oecd.org/employment/emp/theoecdmentalhealthandworkproject.htm>

## 考察

## 共通メッセージ(私見)

1. 医療におけるゲートキーパー機能の強化  
⇨ かかりつけ医機能
2. 退院後等のフォローアップ
3. 身体疾患患者へのメンタルヘルスケア



- ### 自殺対策戦略研究から
1. 定期的なコンタクト
  2. 治療状況と治療アドヒアランスに悪影響を及ぼす社会的問題の確認
  3. 精神科の治療継続の勧奨
  4. 精神科医とかかりつけ医への受診調整
  5. 精神科中断者への再受診勧奨
  6. 本人の個別ニーズに対応する社会サービスへの紹介
  7. インターネットによる必要な情報や社会資源の提供
- \*Kawanishi C, et al. Lancet Psychiatry 1: 193-201, 2014

### 自殺対策戦略研究(地域介入)\*

主要介入方法	対象
リーダーの関与	地方自治体
教育・啓発プログラム	住民
ゲートキーパー訓練	ゲートキーパー
ハイリスク者支援	ハイリスク者

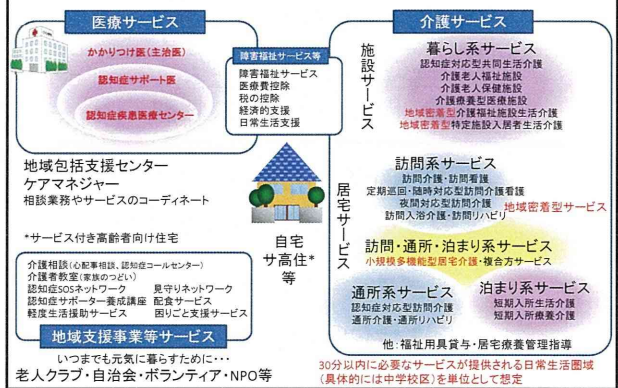
介入群の男性で自殺率が低下 (RR = 0.77, 95% CI 0.59-0.998, p = 0.0485)  
 介入群の男性で自殺企図率が低下 (RR = 0.39, 95% CI 0.22-0.68, p = 0.001)  
 介入群の高齢者で自殺企図率が低下 (RR = 0.35, 95% CI 0.17-0.71, p = 0.004).

\*Ono Y, et al. Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. PLoS One 8: e74902, 2013.

平成26年度診療報酬改定  
「地域包括診療科」「地域包括診療加算」(再診)

- 対象: 高血圧症・糖尿病・脂質異常症、**認知症**の2疾患以上(2医療機関)
  - 担当医(指定研修修了者)
  - 服薬管理
    - ①計画的医学管理下での指導・診療(本人同意)、②**受療全医療機関・全処方医薬品を管理**(カルテ記載)、③院内処方・検査・院内掲示(次を除く)・24時間対応**薬局等**・医療機関リスト共有・お薬手帳持参カルテ添付)、④7割減算規定除外
  - 健康管理
    - ①健康診断・検診受診動向・結果記録共有、②健康相談院内掲示、③敷地内禁煙
  - 介護保険相談(院内掲示)・主治医意見書作成
    - 次の1つ該当: ①居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等、②地域ケア会議等1回以上出席、③ケアマネジャー常勤配置(居宅介護支援事業所指定)、④生活期リハ介護保険提供、⑤同一敷地内に介護サービス事業所併設、⑥介護認定審査会参加経験、⑦所定の研修受講、⑧医師がケアマネジャー視察取調、⑨総合評価加算または金支連携推進指導料算定(病院)
  - 在宅医療提供・24時間対応(院内掲示・本人同意): 次をすべて満たす
    - 診療所: 時間外対応加算1または2、常勤医師3人以上在籍
- 【「地域包括診療科」追加要件】
- 診療所および病院(200床未満)の外來再診包括
    - 次は除外: 時間外・休日・深夜・小児特別加算、地域連携小児夜間・休日診療科・診療情報提供料(1)、在宅医療点検(訪問診療科を除く)、薬剤料(処方料・処方せん料を除く)、急性増悪時の検査・画像診断・処置(50歳以上に限る)
  - 在宅医療提供・24時間対応(院内掲示・本人同意): 次をすべて満たす
    - 診療所: 時間外対応加算1、常勤医師3人以上在籍、在宅療養支援診療所
    - 病院: 2次救急指定病院又は救急告示病院、地域包括ケア病棟入院料または地域包括ケア入院医療管理料算定、在宅療養支援病院

地域包括ケア



海部町コミュニティにおける  
5つの「自殺予防因子」

1. 排他的意識が希薄である
2. 他者への評価は「人物本位」である
3. 有能感をもって事に対処する
4. 援助希求への心理的抵抗が小さい
5. コミュニティは、ゆるやかに繋がっている

\*資料提供: 岡植先生(和歌山県立医科大学)

まとめ

- 目的
  - － わが国の精神保健政策・自殺対策の政策形成に資するため、国際機関における精神保健政策の国際動向を明らかにすること
- 調査対象組織
  - － 世界保健機関(WHO)
  - － 経済協力開発機構(OECD)
- 共通メッセージ
  - － 医療におけるゲートキーパー機能の強化
  - － 退院後等のフォローアップ
  - － 身体疾患患者へのメンタルヘルスケア

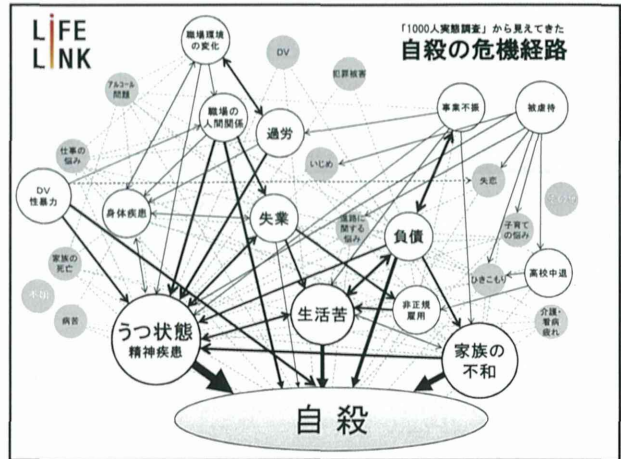
厚生労働科学研究事業・班会議

知と行動の統合による  
自殺対策の新たな政策展開

自殺問題の社会化  
～そのプロセスと世界的意義～

平成27年1月31日(土)

NPO法人ライフリンク代表 清水 康之



日本自殺総合対策学会がめざすもの

日本の自殺対策の総力を結集して、政策作りの新たな枠組みをつくる

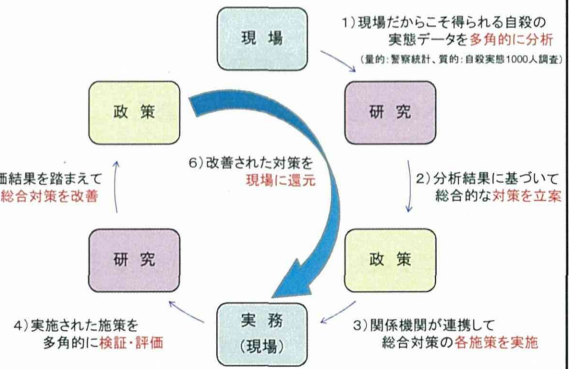
これまでの日本の自殺対策は、開いたバケツの穴をふさぐような緊急避難的なものになりがちだった(そうならざるを得なかった)。これからは中長期的な視点に立ち、戦略的かつ安定的に、社会全体で自殺対策を推進すること。自殺対策を社会的な自律軌道に乗せることが重要となる。

そのために日本自殺総合対策学会は、自殺対策の「現場(実践)」と「研究」と「政策」の運動性を高めて日本の自殺対策の総力を結集し、政策作りの新たな枠組みをつくることをめざす(それぞれにおけるプレーヤーは揃ってきているので、あとはそれらの運動性を高めること)。

つまり、現場の実践的な取組を踏まえて、自殺問題や対策のあり方を様々な学問的視点から検証し、それらを政策立案に活用するための枠組みをつくること。社会全体で自殺対策を総合的に推進するためのPDCAサイクル「Plan(計画)-Do(実行)-Check(検証・評価)-Act(改善)」のサイクルを確立することが、日本自殺総合対策学会設立の目的である。

自殺総合対策におけるPDCAサイクル

Plan(計画)-Do(実行)-Check(検証・評価)-Act(改善)のサイクル



日本自殺総合対策学会の活動①

実務と研究と政策の人をつなぐ

実務	自殺対策全国民間ネットワーク	全国自殺遺族総合支援センター代表	自殺遺族支援弁護士事務所長
	自殺の危機介入を行う電話ネットワーク	精神科医	経営者の自殺防止を行うNPO代表
研究	自殺のハイリスク地で活動するNPO代表	日本のいのちの電話運営理事	各地で自殺遺族支援を行う民間団体代表
	生活総合カウンセリングセンター事務局長	宣教師(病院のカウンセラー)	いわて生活者サポートセンター事務局長
政策	山本孝生のいのちのバトン代表		
	九州大学大学院 法学研究科教授 政治学	京都大学大学院 医学研究科教授 健康情報学	
	京都府立医科大学特任教授 公衆衛生学	国際基督教大学 教養学部教授 行政学	
	国立社会保障・人口問題研究所 政策研究連携担当 経済学	千葉大学大学院 医学研究科法医学教室教授 法医学	
	千葉大学大学院 予防医学センター環境健康学研究部門教授 健康格差対策	筑波大学システム情報系准教授 幸福学	
	中央大学全学連携教育機構 総合政策学部准教授 国際地域保健	東京大学大学院 経済学研究科教授 経済学	
	東京工業大学リベラルアーツセンター教授 文化人類学	死生学/宗教学	
	東京大学大学院 人文社会学系研究科死生学・応用倫理センター准教授	死生学/宗教学	
	東京福祉大学大学院 心理学部教授 死生学/産婦学	統計数理研究所副所長・データ科学研究系教授 統計学	
	ハーバード大学 公衆衛生大学院教授 国際医療政策学	一橋大学大学院 社会学研究科教授 社会政策学	
	香港大学 自殺調査・予防研究センター長、国際自殺予防学会 元副議長 自殺予防学		
	長野県知事	自殺のない社会づくり市区町村会 代表世話人、京都・京丹後市長、世話人、東京・日野市長	
	自殺対策を推進する議員の会長、副会長、事務局長、若者自殺対策WTF 産長、事務局長(総会派議員)		
	東京・足立区長	沖縄県立総合精神保健福祉センター 所長	元上十三峰町所長
	長野・佐久市長	東京・荒川区長、特別区長	秋田・八峰町長
	福井・大野市議員(自殺対策地方議員の会 準備会幹事)		

日本自殺総合対策学会の活動②

- 1) フォーラム機能**  
様々な関係者が互いの立場や組織、専門分野の壁を超えて、自殺問題や自殺対策(支援方法や政策)について協議する「フォーラム=場」としての機能。例えば、「向精神薬の副作用」の問題や「自死・自殺」という表現の問題、「自殺未遂者支援における個人情報取扱の問題」など、あらゆる問題をタブー視せずに関係者が議論する「場」となることをめざす。
- 2) アクター機能**  
国内外に向けて、研究発表や政策提言を行う「アクター=主体」としての機能。例えば、「自殺報道のガイドライン」を守るよう報道機関に働きかけたり、学校における「自殺予防教育」のメトリック・デメリットの検証を行ったり、「主体」となって日本の自殺対策の推進することをめざす。
- 3) データベース機能**  
「地域の先進的な実践例」や「現場の失敗談等の経験」、「自殺対策に関する研究成果」や「啓発ツール」等の情報を蓄積し、広く社会に還元するための「データベース」としての機能。全国各地の自殺対策協議会等の関係者が、互いに情報を共有するための仕組みづくりも行う。
- 4) マッチング機能**  
様々な分野の研究者と研究対象となり得る活動等の当事者とを引き合わせたり(無論、当事者等の理解と了承を得た上で)、政策立案者と研究者とを引き合わせるための「マッチング=仲介」機能。
- 5) ウォッチドッグ機能**  
自殺対策の進捗状況を様々な角度から監視する「ウォッチドッグ=番犬」としての機能。例えば、政府や自治体の自殺対策の取組状況を検証する「自殺対策政策評価」の実施や、報道機関による自殺報道の検証・評価など。

## 地域における自殺対策—その検証と評価

本 橋 豊  
京都府立医科大学

### (1) はじめに

自殺対策基本法の成立（平成18年）と自殺総合対策大綱の策定（平成19年）により我が国の自殺対策は大きく進展した。当初はキャンペーンなどの啓発が対策の中心だったが、平成21年度の地域自殺対策緊急強化基金の造成により都道府県と市町村に安定した自殺対策の財源が確保されたことから、地域における多様な自殺対策活動が活発化した。一方で、地域における自殺予防の大規模な前向き介入研究が行われ（平成17年～21年）、地域における自殺対策の効果に関する科学的根拠が示されたことも大きな成果であった。本報告では、自殺予防の地域介入研究の成果と地域自殺対策緊急強化基金の政策評価の概要について報告し、地域における自殺対策の検証と評価の課題について概説する。

### (2) リーマンショック後の自殺率の推移に関する考察

平成21年9月に起きた「リーマンショック」は日本経済にも大きな影響を及ぼし、自殺率への悪影響が懸念された。しかし、国全体の自殺率は増加傾向を示すことなく、むしろ減少傾向を示した。その理由として、貸金業規制法の改正によるグレーゾーン金利の禁止、金融庁による多重債務プログラムの開始などの制度変革の影響が考えられる。平成21年から25年の多重債務相談件数の減少と自殺率の減少は強い相関を示し（相関係数 0.94,  $p < 0.008$ ）、両者の関連性を示唆している。また、平成21年に策定された「いのちを守る自殺対策緊急プラン」により、総合的相談窓口の重要性が強調され、相談体制の強化が行われたことも自殺率の

減少に関連している可能性がある。平成10年の金融危機後の経済不況に伴う自殺の急増現象と同じような現象が、平成21年のリーマンショック後の経済不況下では起きなかったことは特筆すべきであり、その背景にはさまざまな社会的取組が効を奏したものと推測される。自殺対策基本法の施行（平成18年）及び自殺総合対策大綱の策定（平成19年）、貸金業規制法の改正（平成18年）、多重債務問題解決プログラムの導入（平成19年）、内閣府自殺対策緊急戦略チームによる「自殺対策100日プラン」（平成21年）、自殺総合対策会議の「いのちを守る自殺対策緊急プラン」（平成22年）、平成21年度補正予算による地域自殺対策緊急強化基金の造成などの矢継ぎ早に打ち出された一連の社会的取組がリーマンショック後の自殺者数の増加に抑制的に働いた可能性は否定できない。

### (3) わが国の地域における自殺対策介入研究の効果評価

世界的に見てわが国の地域における総合的な自殺対策介入研究は高い水準にあり、確かなエビデンスを提供している。代表的な3つの研究として、青森県浄法寺町の介入研究<sup>1)</sup>、秋田県6町の介入研究<sup>2)</sup>、戦略研究(NOCOMIT-J)<sup>3)</sup>が挙げられる。この3つの研究はいずれも準実験研究のデザインで、介入群と対照群を設定し前向き研究として実施された。いずれの研究でも介入群で自殺率の低下が認められ、岩手県の研究（10年の観察）では約25%の減少、秋田県の研究（3年の観察）では47%の減少、戦略研究（3.5年の観察）では農村部男性で23%の減少が報告された。この3つの研究から言え

ることは、農村部では総合的な地域介入による自殺予防効果が認められ、都市部での効果の検証は困難であるということである。

NOCOMIT-J は大規模研究であり、そのインパクトが大きいことから、さらに詳述する。この研究は平成17年から平成21年にかけて実施された「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究」である。は全国7カ所14地域を対象に、地域の自殺率の減少をアウトカムに行われた包括的な自殺対策プログラムの効果検証研究である。NOCOMIT-J の結果は、農村部の男性と高齢者で有意な自殺率の減少が認められたが、都市部ではいずれの性・年代でも介入の効果は認められなかった。都市部で効果が認められなかった結果についてはさらなる検証が求められる。

#### (4) 地域自殺対策緊急強化基金の効果評価

平成24年より内閣府に自殺対策検証評価会議が設けられ、基金の効果の検証が行われている。地域自殺対策緊急強化基金は造成当初は3年間で100億円の予算であったが、その後「住民生活に光りをそそぐ交付金」などの積み増しが行われ、2014年度末まで基金の期限は延長された。平成25年度計画では、約40億8,100万円であった。基金の事業メニューは対面型相談支援事業、電話相談支援事業、人材養成事業、普及啓発事業、強化モデル事業の5つに分類され、地域の実情を踏まえて各都道府県が選択して事業を実施している。評価結果については、都道府県及び市町村への基金配分額と基金投入前後の自殺率の減少を調べた結果、基金による緊急強化事業の実施による自殺率の減少効果は人口5万人以下の市町村で顕著であり、人口規模が小さい自治体で事業実施の効果が認められた<sup>4)</sup>。また、緊急強化事業の実施が健康原因の自殺死亡率の低下に一定の効果があることが示唆された。

以上の結果は、マクロな社会生態学的分析によるデータ解析結果であるという限界を考慮

しても、基金の投入が自殺率の減少に一定の効果をもたせたことを示唆する結果であり、基金の有効性を支持する結果と言える。評価結果に基づき平成27年度以降においても地域に配分される自殺対策の予算計上が引き続き継続されることが期待される。

#### (5) おわりに

地域における総合的な自殺対策は人口規模の小さい市町村で効果があるとのエビデンスがわが国の地域介入研究の成果により蓄積しつつある。地域自殺対策緊急強化基金の造成は地域レベルの総合的な自殺対策の推進に貢献したものと考えられ、ひきつづき地域での地道な自殺対策の賦活化が求められる。都市部における効果的な自殺対策の方策の検証を行い、政策化していくことが今後の課題である。

#### (参考文献)

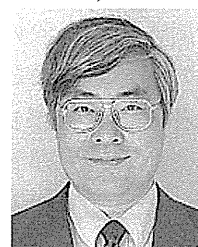
1. Oyama H et al. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal*. 2004; 40:249-263.
2. Motohashi Y et al. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the public health promotion approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007; 37:593-599.
3. Ono Y et al. Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. *PLoS One*. 2013; Oct 9;8(10):e74902.
4. 自殺対策検証評価会議. 平成25年度検証・評価報告書～地域自殺対策緊急強化基金・緊急強化事業～、平成25年10月



---

# 高齢者の孤独と自殺

京都府立医科大学 特任教授  
本橋 豊



---

## (1)はじめに —統計からみた高齢者の自殺

高齢期は「生老病死」のすべての心の悩みに現実として直面する人生の時期であり、成熟や円熟といった肯定的なイメージだけでなく、さまざまな悩みを抱える時期であると理解した上で高齢者に接していくことが大切である。世界一の平均寿命を享受する日本国民に対して、長い人生を豊かに過ごしていくための多様な社会的支援を充実させることが望まれている。

平成26年度版の自殺対策白書で報告されている自殺統計をもとに、年齢階級別の自殺者数の長期的推移を見てみると、1998年の自殺の急増以降、65歳～74歳階級の自殺者数は横ばい状態であり、75歳以上の階級は一貫してなだらかな増加傾向を示している<sup>1)</sup>(図1)。

これに対して、45～54歳階級の自殺者数は2003年以降大きな減少傾向を示し、2003年以降のわが国の自殺者数の減少には45～54歳階級の減少の寄与が大きいことがわかる。

次に、平成25年における原因・動機別の自殺者数を見ると、60歳代と70歳代では「健康問題」がもっとも多く、次いで「経済・生活問題」である。40歳代・50歳代でも「健康問題」、「経済・生活問題」の順であるが、40歳代・50歳代では「経済・生活問題」の比率が相対的に高く、中年層では経済・生活問題への取組がより一層重要であると考えられる。

高齢者の孤独と自殺の関係を考察する上では、同居人の有無による年代別の自殺の状況と配偶関係別の自殺の状況が参考になる。同居人の有無により自殺の状況を見ると、男性の場合には、70歳代以上では60歳代以下と比べて、同居人ありの自殺者数の構成割合が高

---

プロフィール

Yutaka Motohashi

最終学歴 1984年 東京医科歯科大学大学院医学研究科修了(社会医学系衛生学専攻) 主な職歴 1984年 東京医科歯科大学医学部助手 1990年 東京医科歯科大学医学部助教授 1996年 秋田大学医学部教授(公衆衛生学講座) 2007年 秋田大学医学部長 2012年 秋田大学理事・副学長 2014年 京都府立医科大学特任教授 現在に至る 専門分野 公衆衛生学(特に地域の自殺対策研究)、保健医療政策学

---

くなっていることが特徴である。女性の場合にはそのような傾向は認められず、男性の高齢者において、同居人があることが自殺を高めるリスクの一要因となっている可能性が示唆される。男性高齢者が同居者ありの場合にどのようなストレス要因があるのかを解明する必要があると考えられる。

配偶関係別の自殺死亡率の状況を見ると、すべての年齢層について、男性では死別、離別した者は有配偶者と比べて自殺死亡率が高い傾向にあることがわかる。ただし、60歳以上では、30～50歳代と比べて自殺死亡率が低い。男性において配偶者との死別・離別は30～50歳代において特に自殺のリスクを高める要因となることが推測される。これに対して、女性においては、有配偶者と比べて死別・離

別は自殺死亡率が高いものの、男性と比較して、その影響は小さいように思われる。また、死別・離別の自殺死亡率の影響は20歳～30歳代において大きいですが、50歳代以降はその影響は相対的に小さくなる。

以上の統計データからわかることは、離別・死別の自殺死亡率への影響には性差が認められ、男性の方が女性よりもその影響は大きいことである。また、65歳以上の高齢者では死別・離別の自殺死亡率への影響は20歳～50歳代と比較して小さいということである。

ホームズの社会的再適応評価尺度では、配偶者の死は100点で離婚は73点である。上述の自殺死亡率の状況を見ると、30歳代までは死別の方が離別より自殺死亡率への影響は大きいですが、40歳代以降は死別より離別の方が自殺

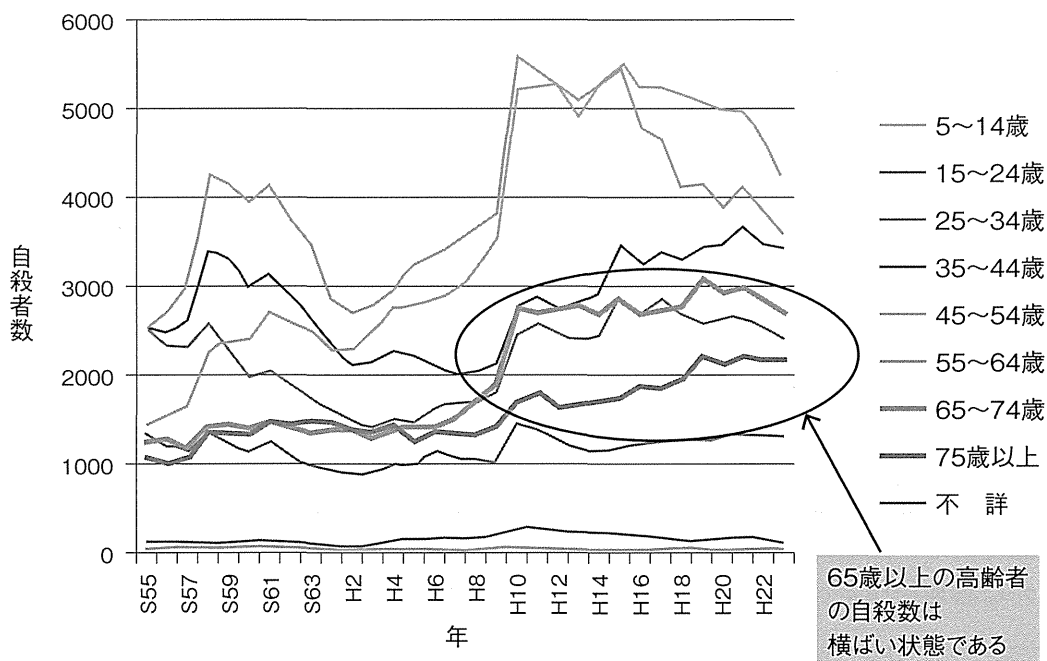


図1 年齢階級別の自殺者数の推移（昭和55年～平成23年）

平成10年の自殺者数の急増以降、65歳以上の高齢者の自殺者数はほぼ横ばい状態である。平成15年以降、45～64歳の年齢階級の自殺者の減少が顕著である。（平成26年度自殺対策白書のデータに基づき著作作成）

死亡率への影響が大きい。40歳代以降の離別  
は男女とも自殺のリスクを高める要因として  
重要であると推測される。

## (2) 高齢者の社会的孤立と その対応方策

高齢社会の進展は本来、平均寿命や健康寿  
命の延伸という積極的側面で評価されるべき  
ものである。一方で、高齢化に伴う単身者世  
帯の増加や社会的孤立の問題の表面化、さら  
には孤立死といった深刻な問題もクローズア  
ップされてきた。内閣府は平成22年度の高齢  
社会白書で高齢者の社会的孤立とその対応方  
策について取り上げている<sup>2)</sup>。白書では、高  
齢者の社会的孤立がもたらす問題として、以  
下の四点を例示している。すなわち、「生きが  
いの低下」、「高齢者の消費者被害」、「犯罪を  
繰り返す高齢者の孤立」、「孤立死」である。

「生きがいの低下」は、誰とも会話をしない、  
近所づきあいをしない、困ったときに頼る人  
がいないといった、社会から孤立した状況と  
関連しており、生活不安につながるものが指  
摘されている。意識調査の結果を見ると、全  
体では「生きがいを感じていない」人の割合  
は12.9%であるが、一人暮らしの男性で34.9%  
と高くなっている。また、近所づきあいがほ  
とんどない人、困ったときに頼れる人がいな  
い人では、「生きがいを感じていない」と回答  
する率がそうでない人と比較して高くなっ  
ている。以上の結果は、高齢者では地域の社  
会的ネットワークが弱い人ほど生きがいを感じ  
ない傾向が強いと要約できる。

高齢者の消費者被害については、高齢者に  
悪意を持って近づいてくる悪質業者が健康や  
孤独の不安をあおるような形で騙すことや、  
不安や悩みを相談できる人間関係があること

で消費者被害を食い止める可能性がありう  
ると指摘されている。

犯罪を繰り返す高齢者に孤立化傾向につ  
いては、前科・前歴や受刑歴などがある人ほど、  
初犯者に比べ、単身者が占める割合が高いこ  
とから、孤立化を防ぐことが重要であると指  
摘されている。

孤立死とは「誰にも看取られることなく息  
を引き取り、その後、相当期間放置されるよ  
うな死」と平成22年 高齢社会白書では記載さ  
れている。孤立死の定義に定まったものがない  
ため、孤立死の実態を明らかにすることは  
難しいが、例えば、ニッセイ基礎研究所の推  
計によると、65歳以上で「自宅で死亡し、発  
見まで2日以上経過」と定義した場合、年間  
26,821人が孤独死しているとされる<sup>3)</sup>。(平成  
22年度老人健康増進等事業による調査研究、  
ニッセイ基礎研究所) ちなみに、東京都監察  
医務院の公表データによると、東京23区内に  
おける一人暮らしで65歳以上の人の自宅での  
死亡者数は、2012年には2,729人であった。孤  
立死は、自宅における看取りを誰が行うのか  
という社会的広がりを持った問題であること  
ともに、人間としての尊厳をいかに守るかとい  
う倫理の問題としても社会的な対応が求めら  
れる課題である。

公衆衛生学の立場からは、社会的に孤立し  
た高齢者にどのような社会的支援が求められ  
かということが、高齢者に対する社会サービ  
スの提供という観点から重要になってくる。  
岡本らは「孤立高齢者におけるソーシャルサ  
ポートの利用可能性と心理的健康」について  
在宅高齢者を対象とした調査研究により明ら  
かにしている<sup>4)</sup>。この研究では、65歳以上の  
在宅高齢者を対象とし、独居群948人、同居群  
1,426人のデータを分析した。社会的孤立状況

は、別居親族または友人・近所の人との接触が週1回以上あるかで、「対面接触あり」、「非対面接触のみ」、「接触なし（孤立）」に分けて分析した。結果としては、独居男性の42%が孤立に該当し、独居女性（17%）と差が認められた。私的サポート入手不能、サービス相談先なし、地域包括支援センターの非認知、抑うつ傾向あり、将来への不安の高さのいずれについても、「対面接触あり」に対する孤立者のオッズ比は有意に高かった。以上より、孤立高齢者は、同居者の有無にかかわらず、私的・公的なサポートを得にくく、抑うつ傾向や将来への不安も高いなどの課題を抱えていることが明らかになった、と結論している。

岡本らの研究から言えることは、社会的に孤立した高齢者は公的であれ私的であれ社会的支援が受けにくく、その充実方策が求められるとともに、抑うつ傾向などのメンタルヘルス面での配慮が必要であるということである。高齢者の抑うつ傾向は自殺のリスク要因であることから、自殺対策の観点からも社会的孤立に対する施策の充実が求められる。

### （3）地域高齢者の閉じこもりとメンタルヘルス

高齢になると家に閉じこもりがちになることは知られている。新開らは、閉じこもりを「外出頻度が週1回以下」と定義して、地域高齢者の閉じこもりの実態を調査した<sup>5)</sup>。新潟県与板市の調査結果を見ると、65歳以上の在宅高齢者の約1割が閉じこもりに該当することを明らかにした。また、80歳以上では閉じこもりの比率は約3割にまで達することも明らかにした。閉じこもりには、身体に障害があって外出したいのに外出できない「タイプ1」と外出を妨げる障害はないにもかかわらず

外出しない「タイプ2」に分けられる。タイプ2の高齢者を追跡調査すると、認知機能障害や歩行障害の出現頻度が非閉じこもり者と比較して高くなることが明らかにされている。

高齢者が家に閉じこもりがちになることで、社会参加の機会が失われがちになり、他者との交流やコミュニケーションが不足しがちになることで、心理的な孤立からメンタルヘルスのレベルを悪化させる可能性があるのではないかと推測される。この問題について、藤田は地域高齢者の閉じこもりがメンタルヘルスにどのような影響するかについて、秋田県の住民を対象にコホート研究（2年間追跡）で調べた<sup>6)</sup>。秋田県某町における65歳以上の高齢者1,808人に対して自記式質問紙調査を実施した。閉じこもりに関する質問とK6による精神的苦痛（psychological distress）に関する質問項目を用意して、両者の関連性を調べた。すべての項目に回答のあった1,259人のうち、K6により精神的を対象に外出低頻度群と高頻度群に分けて追跡を行った。その結果、外出頻度低頻度群では、高頻度群と比較して、追跡2年後にK6得点で見た精神的苦痛が有意に高くオッズ比は2.36（95%CI: 1.36-4.11）であった。以上の結果より、地域高齢者の閉じこもりは将来の精神的苦痛と関連するリスク要因であり、閉じこもり予防の対策を強化することは、地域高齢者のメンタルヘルス状態の悪化を防ぐことにつながるものと考えられる。

### （4）ソーシャル・キャピタルと高齢者のメンタルヘルス

ソーシャル・キャピタルとメンタルヘルスの関連については、近年精力的に研究が行わ