

博士学位論文

日本と韓国における高齢者の
自殺予防福祉モデル構築に関する基礎的研究

同志社大学大学院

社会学研究科社会福祉学専攻

孟 浚鎬

【論文要約】

近年、日本と韓国においては高齢者の急増に伴い、高齢者問題が複雑化、多様化し、それと共に深刻な社会問題の一つとして高齢者の自殺問題が注目されている。高齢者の自殺問題は、日本と韓国に限られる社会問題ではなく、多くの国々が抱えている共通の社会問題として位置づけられるが、他の国々に比して両国の高齢者自殺問題は深刻であり、早急に解決すべき課題である。高齢者の自殺予防のためには、自殺リスク並びに自殺要因を正確に把握する必要がある。そこで、本研究では、日本と韓国の高齢者における自殺予防への指針を得ることをねらいとして、高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにすることを目的とした。

序論では、本研究の意義を明確にするために、社会的背景、研究的背景を検討し、本研究の目的と課題を設定した。

社会的背景においては、日本と韓国において、過去から現在までの全自殺者と自殺死亡率の変動とともに自殺高齢者と自殺高齢者の死亡率がどのように変動してきたかを検討し、高齢者自殺の深刻性と対応の必要性を指摘した。研究的背景については、高齢者自殺に関する先行研究を中心に高齢者自殺に影響を与える要因、自殺の予測因子として用いられている因子、適切な研究方法についてレビューした。その結果、①高齢者の自殺リスクになる多様な要因との関連性を検討する必要があること、その要因は、高齢者の日常生活において、高齢者のストレスになる出来事や変化(ストレッサー)を中心に検討する必要があること、②高齢者の自殺リスクをより正確に測定するためには、自殺念慮を自殺の予測因子として取り入れて測定する必要があること、③量的研究の手法を用いて実証する必要があることを指摘した。

以上のことを背景に、本研究においては、「日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにする」ことを目的とし、具体的には、その解決のために以下3つの研究課題を設定した。

研究課題1：高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度の開発

研究課題2：日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性の検討

研究課題3：韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性の検討

本論では、序論で設定した研究目的と研究課題に沿って、自殺の関連する理論を整理し、仮説モデルの設定、ならびにその検証を行った。

まず、研究課題 1 では、従来の研究においては高齢者を対象とした適切な自殺念慮測定尺度が開発されていないことを考慮し、自殺の予測因子として位置づけられる自殺念慮測定尺度の開発を試みた。尺度開発に際しては、自殺念慮の定義に沿って 1 因子で構成される自殺念慮測定尺度の開発を試みた。このとき日本の A 市内の 3 団体(高齢者大学、デイケアセンター、教会)に所属する 65 歳以上の在宅高齢者 208 名のデータと韓国の B 市内の総合社会福祉館と老人福祉館を利用している 65 歳以上の在宅高齢者 316 名のデータを用いた。尺度の因子構造モデルの側面からみた構成概念妥当性は、構造方程式モデリングによる確認的因子分析より検討した。また尺度の内的整合性の側面からみた信頼性は、 ω 信頼性係数で検討した。その結果、6 項目で構成される 1 因子モデルはデータに適合した(日本データでは CFI=0.995, RMSEA=0.057, 韓国データでは CFI=0.992, RMSEA=0.067)。なお、自殺念慮測定尺度を構成する 6 項目の ω 信頼性係数の値は、日本データでは 0.845, 韓国データでは 0.840 となっており、それらは統計学的な許容範囲にあると判断できた。以上のことは、日本と韓国において利用できる高齢者の自殺念慮測定尺度が開発されたことを意味する。

研究課題 2 においては、「日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性」を、Lazarus ら(1984)のストレス認知理論を援用し、「日本高齢者の日常生活ストレス認知」を独立変数、「日本高齢者の自殺念慮」を従属変数とした因果関係モデルの適合性を検討した。調査対象は、研究課題 1 の日本高齢者と同様である。上記の因果関係モデルのデータに対する適合性を、構造方程式モデリングを用いて検討したところ、そのモデルは日本データに適合した(CFI が 0.968, RMSEA が 0.048)。

研究課題 3 においては、上記の因果関係モデルのデータへの適合性を韓国データにおいて、構造方程式モデリングによって検討したところ(調査対象は、研究課題 1 の韓国高齢者と同様)、そのモデルは韓国データに適合した(CFI が 0.963, RMSEA が 0.053)。

以上の研究課題 2 と研究課題 3 の研究結果は、日本と韓国という異なる環境下においても、高齢者に共通して高齢者の日常生活ストレスの認知と自殺念慮の関係が統計学的に支持されたことを意味している。別言するなら、それらの結果は単に理論が実証できたということにとどまらず、両国の高齢者に対する政策的ならびに臨床的な介入においてストレ

スマネジメント，すなわち高齢者が日常生活で直面するストレスを適切に管理する予防システムの開発が必要なことを示唆するものであった。

結論では，本研究のまとめ，日本と韓国における高齢者の自殺予防福祉モデル構築への示唆，研究の限界と今後の課題について述べた。

具体的には，序論で述べた本研究の意義と課題，本論で述べた本研究の目的及び目的達成のために設定した3つの研究課題，また，因果関係モデルの検討から明らかになった結果について再確認し，加えて，研究課題1から研究課題3を通して得られた知見かを基礎に，高齢者の自殺予防福祉モデル構築に資する支援への提言を政策的・実践的に行った。

なお政策的には，①高齢者の自殺予防介入対策と自殺予防介入の担当機関の明確化，②低所得高齢者への支援強化，③メンタルヘルスチェック制度の創設について提起した。また，実践的には，①ストレスマネジメントプログラム並びに情緒的サポートの提供，②精神健康に関する地域の相談システムの強化，③高齢者自殺に関する潜在的な原因把握の必要性を提起した。

最後に，本研究の限界と今後の課題として，①調査対象の範囲を拡大する必要性，②縦断的研究による高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を検討する必要性，③自殺のリスク要因としての諸要因の更なる検討が必要であること，④高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の間に存在する抑制因子に関する検討が必要であることをとりあげた。

論文題目

日本と韓国における高齢者の自殺予防福祉モデル構築に
関する基礎的研究

目次

I 序論

第1章 社会的背景	2
第1節 人口の高齢化と高齢者の自殺問題	2
1-1. 日本と韓国における人口の高齢化	2
1-2. 日本と韓国における高齢者の自殺問題	4
第2節 高齢者自殺の現状	7
2-1. 日本における高齢者自殺の現状	7
2-2. 韓国における高齢者自殺の現状	10
第2章 研究的背景	16
第1節 日本における高齢者自殺に関する文献研究	16
1-1. 高齢者自殺の発生要因	17
1-2. 自殺の予測要因	25
1-3. 高齢者自殺の研究方法	27
第2節 韓国における高齢者自殺に関する文献研究	29
2-1. 高齢者自殺の発生要因	29
2-2. 自殺の予測要因	42
2-3. 高齢者自殺の研究方法	43
第3節 高齢者の自殺念慮測定尺度に関する文献研究	45
3-1. 従来の研究の検討	45
3-2. 自殺念慮に関する測定尺度の概要	48
3-3. 自殺念慮に関する測定尺度の妥当性の検討	49
3-4. 自殺念慮測定尺度の検討	50
第4節 本研究の目的と課題	51

第 3 章 研究の構成と用語の定義	54
第 1 節 本研究の構成	54
第 2 節 用語の概念と定義	58
2-1. 日常生活ストレス	58
2-2. 自殺と自殺念慮	59
 II 本論	
第 4 章 調査の理論的枠組み	63
第 1 節 自殺発生に関する理論	63
1-1. 社会学的視点	63
1-2. 精神分析的視点	66
1-3. 生態学的視点	68
第 2 節 Lazarus らのストレス認知理論	69
第 3 節 Lazarus らのストレス認知理論に基づいた仮説モデル	73
 第 5 章 調査目的と解析方法	75
第 1 節 調査目的	75
第 2 節 仮説モデル	76
第 3 節 解析方法	77
3-1. 仮説モデルの解析方法	77
3-2. 仮説モデルの適合度の判断	79
 第 6 章 高齢者の自殺念慮測定尺度の開発	82
第 1 節 調査対象と調査方法	82
1-1. 調査対象	82
1-2. 調査内容	83
1-3. 解析方法	84
1-4. 倫理的配慮	84
第 2 節 結果	85
2-1. 対象者の個人属性分布	85
2-2. 自殺念慮に関する回答分布	86

2-3. 測定尺度の構成概念妥当性と信頼性の検討	88
第3節 考察	90
第7章 高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連	92
第1節 日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連	92
1-1. 調査対象と調査方法	92
1-2. 結果	95
第2節 韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連	100
2-1. 調査対象と調査方法	100
2-2. 結果	101
第3節 考察	106
Ⅲ 結論	
第8章 結論	111
第1節 本研究のまとめ	111
第2節 日本と韓国における高齢者の自殺予防福祉モデル構築への提言	115
2-1. 政策的提言	116
2-2. 実践的提言	124
第3節 本研究の限界と今後の課題	127
参考文献	132

I 序論

序論では、本研究の意義を明確にするために、社会的背景、研究的背景を検討し、研究目的と研究課題を設定する。まず、社会的背景では、日本と韓国における社会の高齢化とともに増加している高齢者自殺という問題とそれに対して自殺予防基本法にもとづき講じられている対策の問題点を指摘する。また、研究的背景では、社会的背景を受けて、日本と韓国において高齢者自殺に関する従来の研究を検討する。まず、日本における高齢者自殺の発生要因の分析や高齢者の自殺リスクを測定するために用いられてきた予測要因の特定、高齢者自殺の研究方法について検討する。また、韓国の従来の研究についても同様の検討を行うものとする。それは、高齢者自殺を促進するリスク要因としてのストレスや、自殺の予測要因としての自殺念慮が検討されることを意味する。次いで、高齢者自殺予防において、高齢者自殺を促進する様々なストレスと自殺の予測要因としての自殺念慮のメカニズムを解明する必要があることを示す。さらに、本研究では、高齢者自殺予防福祉モデルへの指針を得ることをねらいとして、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにすることを目的とするが、それを実現するために、3つの研究課題を設定し、検討を行うものとする。この3つの研究課題とは、1. 高齢者の正確な自殺リスクを測定するために、自殺念慮測定尺度を開発すること 2. 日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにすること 3. 韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにすることである。それにより、日本と韓国における高齢者の自殺予防福祉モデルへの指針が得られると思料される。

第1章 社会的背景

本章は、日本と韓国における人口の高齢化に伴って現れた深刻な社会問題の一つとして高齢者自殺問題を検討し、高齢者自殺の現状を把握することにねらいを置いて展開する。本章は、第1節と第2節で構成される。第1節では、日本と韓国における人口の高齢化と、人口の高齢化とともに生じる高齢者の問題について述べる。まず、日本と韓国の高齢化については、政府公表統計と発行資料集を中心に、高齢者人口の変化推移を概観する。また、日本と韓国において高齢者が急増するにつれ多様に生じる高齢者の問題の中で、深刻な社会問題の一つとして高齢者自殺問題を論じる。第2節では、日本と韓国の自殺の深刻性を確かめるために、OECDと政府が公表したデータに基づいて、OECDにおける両国の自殺死亡率の水準を把握し、日本と韓国において全自殺者に占めている自殺高齢者の割合を検討する。また、政府が公表した統計を検討することを通して、全自殺者の自殺死亡率の変動と高齢者の自殺死亡率の変動、高齢者の自殺動機などを把握する。

第1節 人口の高齢化と高齢者の自殺問題

1-1. 日本と韓国における人口の高齢化

近年、先進諸国においては、環境改善や保健衛生、医療の発達に伴い、平均寿命が延長し、高齢者人口が急増することにより、多様な社会問題が生じている。特に、日本と韓国の高齢者人口増加率は、他の先進諸国と比較すると、最も高いことから、高齢者人口の増加により発生する多様な問題に対し、より迅速な取り組みが求められている。2017年に国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の将来推計人口」によると、日本の総人口は2010年まで1億2800万人台まで増加したが、その後は継続して減少すると推定されている。2060年になると、1億人以下になると見込まれている。このような状況の中、総人口における65歳以上の高齢者が占める高齢化率は、1960年に5.7%であったのが徐々に上昇し、1970年に7%を超えて高齢化社会に突入した。その後、高齢化率は急速に高まり、1990年には、12.1%、2000年にはついに17.4%まで上昇し、日本社会は高齢社会に突入した(表1-1)。日本の高齢化率は1990年に12.1%で、先進諸国で中位であったが、2005年に20.2%まで上昇し、世界一の超高齢社会になった。さらに、高齢化率の将来推計をみると、2030年には30%を超え、それに引き続き2060年になると38.1%まで上昇し、国

民の約 2.5 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となる社会が到来すると推定されている(国立社会保障・人口問題研究所 2017)。

韓国における総人口は、2017 年に統計庁が発表した「将来人口推計」(2016)によると、2010 年に 4900 万人台の総人口が 2030 年までに 5200 万人台に達する見込みである。その後、減少し続け、2060 年になると、約 4500 万人の水準になり、急激な減少傾向が推定されている。総人口における 65 歳以上の高齢者が占める高齢化率は、1960 年に 2.9%であったが、その後徐々に増え、2000 年には 7.2%で高齢化社会に突入し、2020 年には 15.7%で、高齢社会に突入することが見込まれている。2030 年になると、高齢者人口が急激に増加し、高齢化率が 24.5%まで増加し、超高齢社会に突入することが見込まれている(表 1-2)。この現象は、2050 年まで続き、2060 年には 41%まで増加し、高齢化率が日本より高い水準になると推定されている。このように韓国の高齢化率増加スピードは 2020 年から日本の増加スピードを上回り、その状態が続く場合、統計庁が推計したように 2050 年からは、日本の高齢化率を超えると推定されている(統計庁 2017)。

【表 1-1】 日本と韓国の総人口と高齢化率および将来推計(1960～2060)

(単位: 1000人, %)

年次	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2010年	2020年	2030年	2040年	2050年	2060年
日本	総人口	93,419	103,720	117,060	123,611	126,926	128,057	125,325	119,125	110,919	92,840
	高齢化率	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	23	28.9	31.2	35.3	38.1
韓国	総人口	25,012	32,241	38,124	42,869	47,008	49,410	51,974	52,941	49,432	45,246
	高齢化率	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	11.0	15.6	24.5	32.8	41.0

出所: *国立社会保障・人口問題研究所(2017)「年齢(4区分)別人口推移と将来推計: 1920～2060年」

「年齢(4区分)別人口および年齢構造係数: 1920～2060年」、韓国統計庁(2017)「性および年齢別推計人口: 1960年～2060年」「年齢階層別推計人口: 1960年～2060年」を参考に筆者作成

*将来推計は、死亡率、出生率、国際人口移動を中位仮定で推計した結果を参考

このように、日本と韓国の高齢化率が急激なスピードで上昇している中、両国における社会のさらなる発展と安定のために、高齢者を巡る多様な問題を把握し、その問題についての対策を議論することは意義深いものと言えよう。

1-2. 日本と韓国における高齢者の自殺問題

日本と韓国においては、高齢者の急増に伴い、高齢者問題も複雑・多様化しているが、特に深刻な社会問題の一つとして高齢者の自殺問題が指摘されている(古野ら 2008:220 ; 本橋ら 2008:176 ; ジャン 2006:1)。両国の高齢者自殺問題の深刻さは、政府によって早急に解決すべき課題として位置づけられていることから読み取れることである(孟 2014:118)。高齢者の自殺は、日本と韓国に限られた社会問題ではなく、多くの先進国が抱えている共通の社会問題であるが、他の国々に比して両国の高齢者自殺死亡率¹⁾は高い水準にあることを特徴としている。経済協力開発機構(以下、OECD)の「Society at a Glance 2011: OECD Social Indicators」によると、OECD 諸国の高齢者自殺死亡率の平均値は 19.5 人(2013)であるが、日本における高齢者自殺死亡率は 22.5 人(厚生労働省 2015)で、OECD 平均値より高く、日本の生産年齢である 15 歳から 64 歳の自殺死亡率 19.8 人(厚生労働省 2015)よりも高い数値となっている。一方、韓国における高齢者自殺死亡率は 58.6 人(統計庁 2015)で、OECD の平均値に比べると、約 3.5 倍となり、圧倒的な高さを示している。また、生産年齢人口の自殺死亡率が 20 人であることと比べると約 3.5 倍となっており、他の年齢層に比して高齢者自殺死亡率は圧倒的な高さを示している。OECD 諸国の中で日本と韓国の全人口の自殺死亡率は上位を占めているが、全人口の自殺死亡率の減少を目指すためには、高齢者自殺死亡率を減少させる取り組みが不可欠と言える。なお、全人口の自殺死亡率は、年々徐々に減少傾向にあり、それと共に高齢者自殺死亡率も多少減少傾向にある。しかし、高齢層におけるほど、自殺が増加していることを勘案するなら、早急な取り組みが必要といえよう。

日本政府は 2006 年に自殺対策をねらいとした法律(「自殺対策基本法」)を制定し、2016 年までに、自殺死亡者を 2005 年の自殺死亡率の 20%まで低下させる中長期的目標を設定した。自殺対策基本法の制定により、子どもと労働者層、高齢者に区分し、各ライフステージに合わせた予防対策が講じられ、実施されている。子どもの不安や悩み、ストレスなどを早期発見と早期介入するため、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーの配置を拡大している。労働者に対しては、自殺予防の一環としてメンタルチェック制度を創設し、職場で発生するうつやストレスを適切に管理し、自殺予防を図っている。しかし、一般高齢者を対象とする適切な自殺予防対策は設けられていない。介護予防事業

の一環として、うつスクリーニングは行われているが、その対象が要支援・要介護になる可能性が高い高齢者に限られている(自殺対策白書 2013:101-102)。それは、すでに自殺リスクをもっている高齢者を対象としているため、高齢者の自殺予防対策としては適切ではないといえる。その結果、2012年から全自殺死亡者数の減少が始まり、2016年まで継続して減少していたにも関わらず、高齢者自殺死亡者数は減少せず、70歳代からの自殺死亡者数はむしろ増加傾向にある。

一方、韓国政府も、自殺予防のため、第1次自殺予防5カ年総合計画を立て、2005年から自殺予防対策を推進し始めている。その内容は、精神保健(うつ)を中心とした対策であったが、自殺予防への効果がなかった。そのため、政府は、第1次自殺予防5カ年総合計画を見直し、2009年に新たな第2次自殺予防総合対策を制定している。2013年まで自殺死亡者の死亡率を20人まで減少させるという目標を設定すると同時に、第2次自殺予防総合対策も日本と同様に、青少年や労働者、高齢者などのライフステージに対応させて、子どもの精神保健検査の実施、職場でのストレスプログラムの実施、高齢者の自殺予防をねらいとした虐待予防策の実施、一人暮らし高齢者への社会的サービスの提供などを盛り込んでいる。

しかし、今日まで高齢者の自殺予防に関する社会的認識は低く、日本と韓国における高齢者に対する自殺予防対策も、うつや精神疾病を中心とした精神医学的側面からのアプローチ、選別的な対象、実証的根拠を基盤とした対策が不十分なことから、高齢者自殺率の減少に大きな貢献をしているとは言い難い。子どもや働き盛り世代の自殺予防は社会の関心事となっているが、全自殺者数に占める高齢者の割合が約30%に達しているにも関わらず、高齢者に対する相応の関心は払われていない(高橋 2008:168)。また、日本と韓国における自殺研究も青少年と中高年を主な対象として活発に行われてきたが、それに比して、高齢者自殺に関しての研究が少なかったのは、社会が自殺を高齢期とは関係ないものとする傾向があるからではなかろうかと推察される。日本や韓国においては、自殺および死について話すことを嫌う社会文化的な背景があり、自殺に対する議論自体が高齢者を敬う伝統的社会の価値観とは一致しておらず、情緒的にもそぐわないことだと考える傾向があるためと述べている(ソ 2005:2; キム 2002)。モラ(2002:66)によれば、高齢期は、他の年齢期より健康の悪化や収入の減少、配偶者の死亡などといったストレスフルな状況

に遭遇しやすいとされている。それは、高齢者になると、ライフイベントや個人および環境の変化を経験し、他の年齢層より自殺リスクに直面する可能性が高いことを示唆している。したがって、高齢者の自殺リスクを軽減し、自殺を予防するためには、高齢者に合わせた自殺予防対策を取り組む必要がある。

自殺は、子どもや働き盛り世帯の自殺であろうが、高齢者の自殺であろうが、社会に及ぼす影響は大きく、自殺予防に力を尽くす必要がある。その理由は、自殺が残された人に及ぼす影響が非常に強いことに依拠する。SmolinとGuinan(1993:17)は、アメリカでは毎年、30,000件の自殺が起こり、1件の自殺により、少なくとも6人から8人が強い影響を受けると推定している。しかし、それは、控え目にした数値であり、実際はそれより多くの人が影響を受けると述べている。またKnieper(1999)は、自殺は自殺した人の家族や友だちなど、周りの人に強い影響を与えるため、その深刻性を認識する必要があると説明している。Knieper(1999)は、残された遺族の追跡調査である Based on a survey done(1994)の報告書を参考に、1件の自殺に約28名の周りの人が影響を受けると述べている。周りの人の自殺を経験した人は、精神的なダメージを受け、トラウマが長く続けば続くほど、他の人より自殺の危険性が高くなる。このように、年齢を問わず、自殺自体が社会に及ぼす影響が強いことを考慮するなら、自殺を個人の問題ではなく、社会の問題として扱うべきものといえよう。もちろん、子どもや働き盛り世帯の自殺予防も大切であるが、今後の高齢者人数の増加を勘案するなら、自殺死亡率が高い高齢者層の自殺予防対策が急がれ、高齢者の自殺予防対策をより積極的に展開する必要がある。

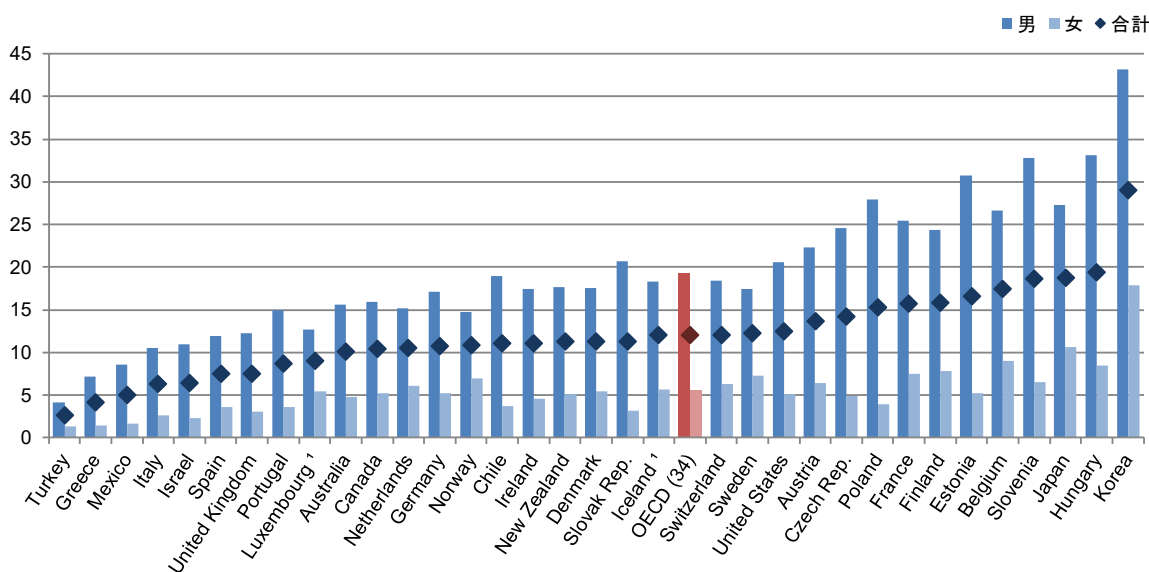
高齢者の自殺予防を検討するにあたって必要なことは、自殺動向の詳しい把握と増加した要因に対する対策であり(谷井ら 2008:205)、自殺リスクを正確に把握することが最も重要であるとされている(ソ 2005:4)。つまり、高齢者の自殺リスクが早期に発見できれば、そのリスクに応じた予防的介入や治療的アプローチが早期に提供できる。このことは、自殺リスクの高い高齢者がどのような個人属性と関連するのか、さらに、個人の心理的状态や環境などが自殺とどのような関連性をもっているかを理論的根拠に基づき、明らかにする必要があることを意味している。そこで、本研究においては、高齢者自殺に影響を与える関連要因について総合的に検討し、理論的根拠をもった仮説モデルを構築する。構築された仮説モデルは、実証的研究の手法を用いて検討し、高齢者自殺の関連要因を正

確に把握する。それにより、今後、高齢者の自殺予防への指針を得ることができ、高齢者の自殺リスクの把握や予測研究にも活用できると考えられる。加えて、それらの知見は、高齢者の自殺予防プログラム開発および支援システムの構築にも基礎資料として活用できるものと推察される。

第2節 高齢者自殺の現状

2-1. 日本における高齢者自殺の現状

日本の自殺死亡者数の推移は、2002年 32,109 人をピークとして徐々に減少傾向を呈している。しかし、OECD 諸国(34カ所)のデータをみると、現在の日本の自殺死亡率は深刻な水準であることが明らかである。OECD 諸国において自殺死亡率が最も高い国は、韓国(29.1人)であり、日本は、18.7人で3位を占めている(図1-1)。【図1-1】に示しているように、日本の自殺死亡率は、他の国に比べて女性の自殺死亡率が高いという特徴がある。

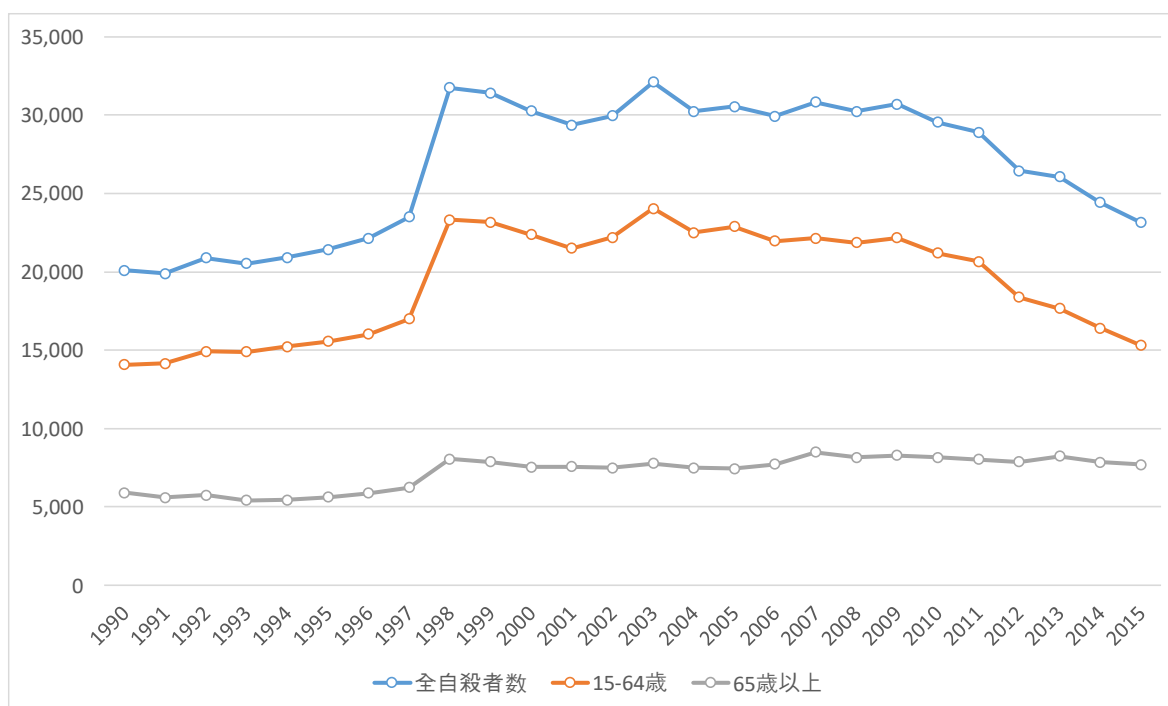


【図1-1】OECD 諸国の自殺死亡率

出所：OECD(2015)『Health at Glance 2015』より引用

自殺死亡者の推移²⁾を戦後からみると、増加傾向は大きく3期に区分できる。まず、第1次増加期は、戦後の1952年から1958年の期間に認められる。第1次増加期の特徴は、

若者の自殺者数が最も多かったが、それは、戦前の価値観からの急激な変化や戦時体験の影響が現れたためと考えられている。第2次増加期は、1982年から1986年の期間である。この第2次増加期の特徴は、中高年男性の自殺者が多く、プラザ合意による円高誘導政策（ドルショック）、円高不況が要因であったとされている（自殺対策白書 2016）。第3次増加期は、1990年初頭から始まったバブル崩壊の影響を最も強く受けた1998年となっている（図1-2）。1998年の社会状況は、バブルの崩壊によるマイナス経済成長率や、大きく上昇した失業率、大手企業と金融機関の倒産など、将来への不安が高まって、その社会状況が自殺死亡率を増加させる要因になったといわれている。1998年の自殺死亡率が、職業を持つ人々、とりわけ50代と60代の男性の自殺死亡者の増加が大きな割合を占めていたこと（橋本ら 2005:5）がそれを裏付けている。



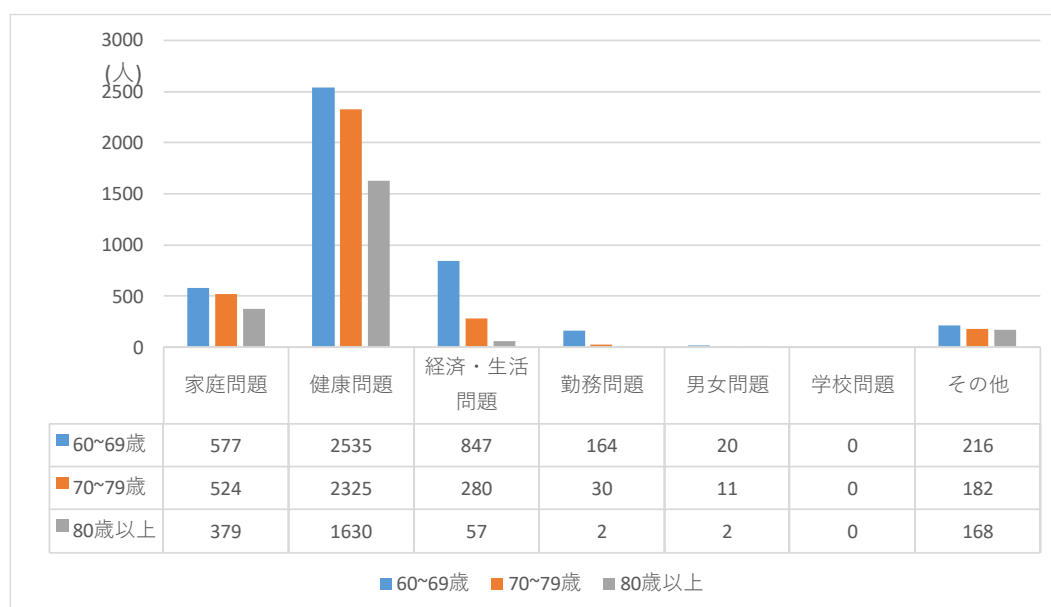
【図 1-2】日本における全自殺死亡者の変化(1990年～2014年)

出所：厚生労働省「人口動態統計」を参考に筆者作成

上記のように、全自殺死亡者数は3期を経て増加し、2003年には3万2,109人が自殺し、史上最高の自殺死亡者に達している。しかし、その後、自殺死亡者は徐々に減少し、2010年からは3万人を下回っている。一方、高齢者自殺死亡者をみると、1998年に大き

く増加したが、それ以降の自殺死亡者数は大きく変化せず、横ばいの状態にある(図 1-2)。近年、全自殺死亡者数が減少している傾向にもかかわらず、高齢者自殺死亡者数の変動はほとんどみられない。その傾向とともに全自殺死亡者のうち、高齢者自殺死亡者の割合は徐々に高くなり、2000年に高齢者自殺死亡者が占めている割合が25%であったのが、2014年には32.1%まで上昇している。

なお、高齢者が自殺した動機をみると、統計上では、他の年齢層より健康問題が圧倒的に多く、自殺の強力な要因とされている。次いで、家庭問題と経済・生活問題で自殺が発生している(図 1-3)。その他の理由で自殺した高齢者もあり、勤務問題や男女問題も自殺の一つの動機になっている。年齢別にみると、60代の自殺者数とその動機は、健康問題が2,535人、経済・生活問題が847人、次いで、家庭問題が577人であった。70代では、健康問題が2,325人、家庭問題が524人、次いで、経済・生活問題が280人であった。80代以上は、70代と同様な順で、健康問題が1,630人、家庭問題が、379人であり、次いで、経済・生活問題が57人であった。

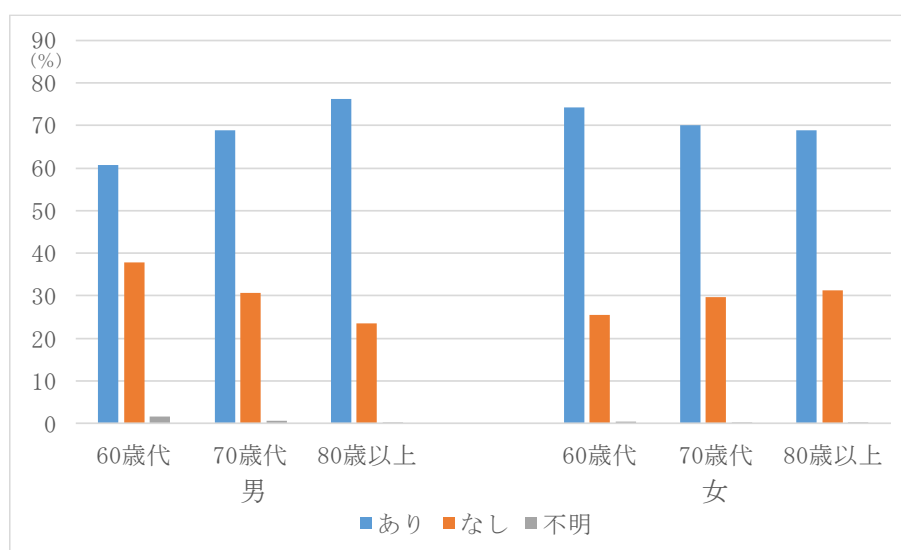


【図 1-3】日本における高齢者自殺死亡者の動機(2015年)³⁾

出所：自殺対策白書(2016)「年齢別，原因・動機別自殺者数」を参考に筆者作成

また、自殺した高齢者の同居人の状況は、60代以上のすべての年齢層について、誰か

と同居していた高齢者の方が、同居していなかった高齢者より自殺率が高かった。男女に分けてみても、誰かと同居していた高齢者の自殺率は高くなっていた(図 1-4)。しかし、男性高齢者の場合は、年齢が高い者ほど、同居している高齢者の自殺死亡率が高くなっている一方、女性高齢者の場合は、年齢が高い者ほど、同居している高齢者の自殺死亡率が低くなる傾向が認められ、同居人の有無が男女高齢者に異なる影響を与える可能性が推定される場所である。



【図 1-4】日本における同居人の状況別高齢者自殺者数の割合

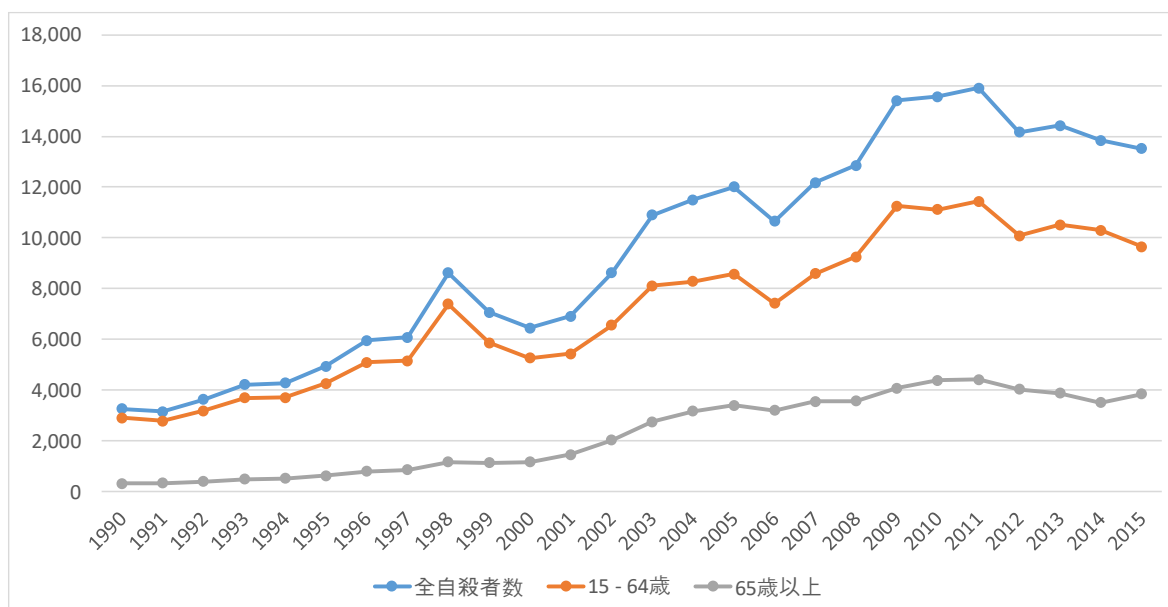
出所：自殺対策白書(2016)「平成 26 年における同居人の状況別自殺者数の構成割合」を参考に筆者作成

2-2. 韓国における高齢者自殺の現状

韓国の自殺死亡者数は、1990 年後半から急増し、現在は OECD の 34 ヶ国のうち、第 1 位を占めており、最も早いスピードでの増加は深刻な社会問題となっている(イ 2009)。自殺死亡率は、この 10 年間で、OECD 諸国の中で第 1 位を占めているが、その理由は高齢者自殺死亡率が高いことに起因している。2012 年を基準にするなら、青少年の自殺死亡率は OECD 諸国の中で、9 位を占めていたが、今や高齢者の自殺死亡率の場合、圧倒的な差で 1 位を占めている(チェラ 2015)。

自殺死亡者数の推移を時系列的にみると、【図 1-5】が示しているように、急増傾向の

時期が3期に分かれている(キムら 2011:277)。第1次急増期は、1997年のIMF通貨危機⁴⁾以降で、1997年の6,068人(13.1人)から1998年には8,622人(18.4人)に増加し、前年度に比して約42%の増加となっている。第2次急増期は、韓国の経済が不景気と両極化が深刻になった2002年から2003年までの時期に相当する。この時期、大きな社会問題になった「カード大乱」⁵⁾が発生し、多くの人が自殺に至る契機となっていた。1998年以降、自殺死亡者数は持続的に減少し、2001年には6,911(14.4人)人に減らしたが、2002年には自殺死亡者数が、前年度より24.6%増加し、また、2003年には26.5%の増加となって10,898人(22.6人)に達している(統計庁 2015)。2003年は、自殺死亡者数が初めて1万人を超え、さらに、OECD諸国の中で、自殺死亡率が第1位となった。第3次急増期は、2008年に発生したリーマン・ショックによる世界金融危機の影響とともに有名人の自殺の影響があった2009年に相当する。2009年の自殺死亡者数は、15,412人(31人)であり、前年度に比べて19.8%増加した。自殺死亡者数の増加は2011年まで続き、2012年からは減少傾向に転じている。2013年の自殺死亡率が28.5人(統計庁 2016)まで減少したが、その自殺死亡率は、OECDの平均値である12人(Health at a Glance 2015)の約2倍強の数値となっている。



【図 1-5】韓国における全自殺死亡者の変化(1990年～2014年)

出所：統計庁(2015)「自殺原因/性/年齢別自殺者数，死亡率」を参考に筆者作成

このように、自殺死亡者数の増加は、社会の経済的状況により増減する傾向がある。高齢者自殺死亡者数の推移をみると、1990年の後半まで大きな変化がなく、ゆるやかに増加し続けてきたが、経済的な混乱や危機の時期であった1998年と2002年から2003年の間に急激に増加したことが読み取れる。その後、増減が繰り返され、2010年に高齢者自殺死亡率が81.9人でピークになり、現在は55.5人まで減少している(表1-2)。それは、2010年の自殺死亡率に比べて減少しているが、IMF通貨危機以前の1995年の23.6人と比較すると約2倍強まで増加している。また、OECDの25ヶ国において65歳以上の高齢者自殺死亡率が20.9人であることを考慮すると、高齢者自殺に対する取り組みが急務である。2014年に自殺で死亡した高齢者は3,497人で、1日に約9.6人が死亡している。全自殺人口のうち、高齢者自殺死亡者が占めている割合も高く、25.3%である。

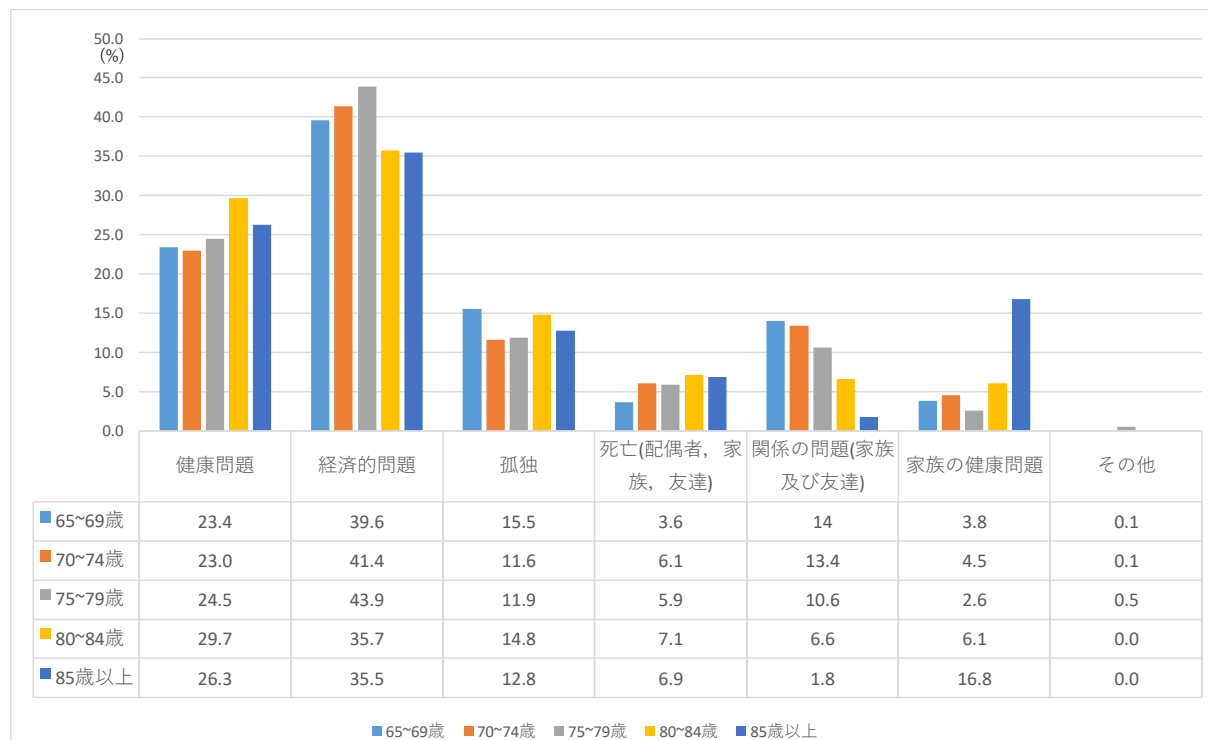
【表1-2】自殺死亡者および自殺死亡率の推移

単位(名)										
区分	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
全自殺死亡者	4,930	5,959	6,068	8,622	7,056	6,444	6,911	8,612	10,898	11,492
自殺死亡率	10.8	12.9	13.1	18.4	15.0	13.6	14.4	17.9	22.6	23.7
高齢自殺死亡者	617	788	857	1,165	1,136	1,161	1,448	2,022	2,754	3,170
高齢者自殺死亡率	23.6	29.0	30.3	39.4	36.6	35.5	42.0	55.8	72.3	79.0
区分	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
全自殺死亡者	12,011	10,653	12,174	12,858	15,412	15,566	15,906	14,160	14,427	13,836
自殺死亡率	24.7	21.8	24.8	26.0	31.0	31.2	31.7	28.1	28.5	27.3
高齢自殺死亡者	3,394	3,197	3,541	3,561	4,071	4,378	4,406	4,023	3,871	3,497
高齢者自殺死亡率	80.3	72.0	75.2	71.7	78.8	81.9	79.7	69.8	64.2	55.5

出所：統計庁(2015)「自殺原因/性/年齢別自殺者数，死亡率」を参考に筆者作成

このように、自殺死亡者数の増加は、社会の経済的状況により増減する傾向がある。高齢者自殺死亡者数の推移をみると、1990年の後半まで大きな変化がなく、漸次、増加し続けてきたが、経済的な混乱や危機の時期であった1998年と2002年から2003年の間に急激に増加したことが分かる。その後、増減が繰り返され、2010年に自殺死亡率が81.9人でピークになり、現在は55.5人まで減少している(表1-2)。それは、2010年の自殺死亡率に比べて減少しているが、IMF通貨危機以前の1995年の23.6人と比較すると約

2倍増加している数値である。また、OECDの25ヶ国において65歳以上の高齢者自殺死亡率が20.9人であることを考慮すると、高齢者自殺に対する取り組みが急務であるといえよう。2014年に、自殺で死亡した高齢者は3,497人で、1日に約9.6人が死亡している状況である。全自殺人口のうち、高齢者自殺死亡者が占めている割合は、25.3%である。



【図1-6】 高齢者の自殺企図および自殺念慮の動機

出所：統計庁(2014)「老人実態調査：老人の自殺念慮および企図の理由」を参考に筆者作成

なお、高齢者の自殺企図および自殺念慮の動機をみると、65歳以上の全年齢層において経済的問題が最も高かった。次いで、健康問題と孤独の順で自殺企図および自殺念慮が生じることを示している(図1-6)。その以外に家族や周りの人の死亡、家族や対人との関係、家族の健康問題なども高齢者が自殺企図や自殺念慮をもつ動機となることが示された。その動機を年齢別にみると、60代は、経済的問題が最も高く、次いで、健康問題、孤独、家族の問題、家族の健康問題、周りの人の死亡の順であった。70代も、経済的問題が最も高く、次いで、健康問題、家族の問題、孤独、周りの人の死亡、家族の健康問題の順であった。80代以上は、経済的問題、健康問題、孤独、家族の健康問題、周りの人の死亡、

家族の問題の順であった。以上の結果から、65歳以上の全年齢層において経済的問題は、自殺企図および自殺念慮を起こす強力なリスク要因であることが推察される。また、年齢を問わず、経済的問題や健康問題、孤独は自殺企図および自殺念慮を起こす強力なリスク要因であることが推察される。しかし、高齢になるほど、周りの人の死亡と家族の健康問題を要因とする自殺企図および自殺念慮は上がり、関係の問題は下がることで、年齢による問題の認識は異なることが推察される。

【注】

- 1) 自殺死亡率とは、人口10万人当たりの自殺死亡者数を示す。
- 2) 自殺死亡者の統計は、警察庁と厚生労働省の統計により異なる場合がある。それには、①調査対象の差異がある。厚生労働省は、日本における日本人を対象とし、警察庁は、総人口(日本における外国人も含む)を対象としている。②調査時点の差異がある。厚生労働省は、住居地を基に死亡時点で計上し、警察庁は、発見地を基に自殺死体発見時点で計上している。③事務手続き上(訂正報告)の差異がある。厚生労働省は、自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは、自殺以外で処理しており、死亡診断書などについて作成者より自殺の旨訂正報告がない場合は、自殺に計上していない。しかし、警察庁は、捜査などにより、自殺であると判断した時点で、自殺統計原票を作成し、計上している。

本研究においては、内閣府が発行している『自殺対策は白書』を参考し、本研究で使用している統計は、厚生労働省の人口動態統計と警察庁の自殺統計の2つを使用するため、データにより数値

が異なる場合もある。

- 3) 遺書などの自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき 3 つま
で計上可能としているため、原因・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数(19,025
人)とは一致しない。
- 4) 1997年11月に発生した通貨危機のことで、国家破綻の危機に陥り、国際通貨基金(IMF)からの資金
支援を受けるようになった事件である。IMF 通貨危機以降、多くの大手企業が倒産や構造調整され、多
くの失業者や非正規雇用が増加するようになった。
- 5) 金大中政権が消費振興のために行った政策としてクレジットカードの発行と利用を奨励し、経済成
長を図った。しかし、返済できなく、クレジットカードの借金で家庭が崩壊して多くの信用不良者
が生み出された問題である。

第2章 研究的背景

本章では、高齢者自殺の社会的背景に関連する文献を整理するなかで、さらに研究的な背景と今後の課題について整理する。第1節では、日本における高齢者自殺の発生要因や高齢者の自殺リスクを測定するために用いられてきた自殺の予測要因、ならびに高齢者自殺研究にみられる研究方法の観点から文献を整理して、今後の研究課題を明らかにする。第2節では、第1節と同様に、韓国における高齢者自殺の発生要因や高齢者の自殺リスクを測定するために用いられてきた自殺の予測要因、ならびに高齢者自殺研究における研究方法について検討し、研究課題を明らかにする。第1節と第2節の文献研究から明らかになった自殺の予測要因、とりわけ、自殺念慮に着目して、第3節では、自殺のリスクを正確に測定する上で、従来の自殺念慮測定尺度が適切であるか否かを検討する。第4節では、第1節から3節までの文献研究を通して得られた示唆をまとめ、本研究の目的と研究課題を設定する。別言するなら、本研究においては、高齢者の自殺予防への指針を得ることをねらいに、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を実証的に検討するが、その実現のために、本章において研究課題の方向性を明確にする。

第1節 日本における高齢者自殺に関する文献研究

従来の文献は、高齢者自殺の発生に関する要因を幅広く検討することをねらいとして、日本の学術データベースCiNii(NII学術情報ナビゲータ)を用いて情報を収集した(2016年7月実施)。検索におけるキーワードは、「高齢者」、「自殺」、「要因」とした。その結果、28編の学術論文が検索された。検索された28編の文献の中で、①重複されている文献、②学術論文ではない文献(論説やシンポジウムの資料など)、③外国に関する研究の文献、④高齢者の自殺に関連していない文献、⑤医学論文を除外するとした。ただし、検索された学術論文のうち、高齢者の自殺のみではなく、自殺念慮および自殺企図、自殺未遂に関連している研究は、従来の研究として含めた。その結果、14編の学術論文が収集できた。参考になる学術論文を多く確保のため、検索された14編の参考文献を検討し、関連論文を収集した。その結果、関連している12件の学術論文が収集できた。収集された26編の学術論文を通して本研究では、高齢者自殺の発生要因および自殺の予測要因、並びに研究方法について以下のように分析し、今後の研究課題について検討を行った。

1-1. 高齢者自殺の発生要因

1) 人口社会的要因

日本の学術論文を解析した結果、高齢者自殺に影響を与える人口社会的要因として、性別、年齢、婚姻状態および同居状態の3つの要因が抽出できた。抽出された要因が高齢者自殺とどのような関連があるかは、以下に示した通りである。

① 性別

日本における高齢者自殺死亡者の男女比率をみると、女性より男性が高くなっている。それは、日本のみならず、すべての国々で認められる現象である。OECD(2015)の報告書によると、OECD34カ国における高齢者自殺死亡者に関する男女比率は、女性より男性の自殺死亡率が高く、OECD諸国の平均値をみると、男性の自殺死亡率が女性より約3.5倍と高い。それは、3編の従来の研究(大山ら2008; 栗田2005b; 松本1996)においても指摘されている。まず、大山ら(2008)の介入プログラムの実験研究結果では、性差による自殺の可能性の違いが示唆されている。その研究では、自殺予防の介入プログラム効果を男女高齢者に分けて測定し、女性高齢者では有意な効果が認められたとしている。しかし、男性高齢者には有意な効果が認められなかったという。その理由について大山ら(2008)は、男性高齢者の心理的脆弱性に注目すべきであり、女性高齢者より男性高齢者が心理的脆弱性を持っているため、同じ介入プログラムを実施しても効果が低いと推察している。

しかし、前述の研究とは異なる報告もある。栗田(2005b)が地域在住高齢者を対象として、自殺念慮に与える影響について調査した研究では、男性高齢者が女性高齢者より自殺リスクが高かったが、それは性差による自殺リスクの問題ではなく、その背景にある飲酒問題の出現頻度が性差と深い関連があると主張している。つまり、女性高齢者より男性高齢者に飲酒問題が多く現れ、それが自殺に影響を与えると述べている。それは、自殺リスクを単純に、性差に集約すべきではなく、他の外部要因も検討すべきであることを意味する。また、松本(1996)の研究結果でも自殺のリスク要因として性差を認めているが、女性高齢者の割合が比較的に高いことを明らかにし、前述の研究とは異なる結果で、女性高齢者が男性高齢者より自殺リスクが高い可能性があることを示唆している。

上述したように、高齢者自殺には性差が生じるという研究(松本1996; 大山ら2008)が

ある。しかし、表面的にみえる結果ではなく、その背景に隠れて性差に影響を与える問題に注目する必要があると指摘している研究(栗田 2005b)もあり、実際に性差が自殺にどのような影響を与えるかを検討する必要があるといえよう。

② 年齢

年齢と自殺の関連性について検討した従来の研究は、2 編(松本 1996 ; 本橋 2003)であった。松本(1996)は、新潟県を中心に地域高齢者自殺を分析した結果、年齢が高くなるほど、自殺率が上昇する傾向がみられたと報告し、高齢者自殺においては、年齢の高さと深く関係していると述べている。また、本橋(2003)は、秋田県の市町村を対象として行った地域診断事業に参加した高齢者を対象とした調査研究で、自殺に影響を与える強力な要因がうつ病であると仮定し、うつ病になる原因を明らかにした。その結果、年齢が高くなるほど、うつになる傾向が現れ、うつが自殺に影響を与えると説明した。つまり、年齢がうつに影響を与え、またうつが自殺に影響を与えるという自殺プロセスを説明し、年齢を自殺のリスク要因として挙げている。年齢と自殺の関連性については、自殺対策白書(2016)による過去 10 年間の全国の高齢者自殺統計をみると、年齢が高くなるほど、高齢者自殺率が上昇する傾向があり、その関連性を推測できる。しかし、年齢が単一の要因として、自殺に直接に影響を与える要因であるのかは検討する必要があると考えられる。

③ 婚姻状態および同居状態

高齢者の婚姻状態と同居状態が自殺に影響を与えているとした研究は、3 編(張ら 2012 ; 小田切ら 2010 ; 森田 2008)であった。高齢者の婚姻状態と同居状態は、高齢者の日常生活に大きな影響を与えることはもちろん、高齢者の心理的孤立や孤独につながる可能性は否定できないことから、より深刻な問題に及ぶことが想定される。小田切ら(2010)は、山梨県の自殺率と関連している要因を分析した研究において、単身高齢者および死別高齢者と自殺率の間には正の関連性が認められ、配偶者がいる高齢者に比して自殺リスクが高いことを報告している。さらに、森田(2008)は、自殺願望の規定要因に関する研究で、自殺願望に与える影響を確認した結果、60 歳以上の男性高齢者には、配偶関係と自殺願望の有意な関連性が認められたと述べている。内容をみると、無配偶の男性(28.6%)、家族

と同居する無配偶の男性(16.7%)，家族と同居する有配偶の男性(8.5%)の順に自殺願望の経験が高いと報告している．つまり，家族と同居していても配偶者がいない男性高齢者は，自殺リスクが高く，さらに，家族や配偶者がいない場合は，自殺リスクがより高くなると，森田(2008)は指摘している．

しかし，張ら(2012)は，家族と同居していても半数以上が自殺企図の前に自分の心理的問題を誰にも相談していなかったという研究報告(Draper1996)を紹介しつつ，高齢者が同居していても，家族の中で心理的な孤立になっているのか，心理的援助が希薄になっておるのが大切であると述べている．いわゆる，婚姻状態や同居状態が自殺に影響を与えると仮定できるが，同居している家族(配偶者)がいても，家族との関係や家族の援助が決定要因になる可能性が高いことを意味している．

2) 個人的要因

従来の研究を検討した結果，高齢者自殺に影響を与える個人的要因として，喪失感，健康問題，家族関係，自殺企図歴，精神疾病の5つの要因が抽出された．抽出された要因が高齢者自殺とどのような関連性があるのかは，以下のように整理できた．

① 健康問題

健康問題と自殺の関連性を指摘した従来の研究は，6編(藤田 2015；朴ら 2014；大塚ら 2008；谷井ら 2008；前田ら 2004；本橋 2003)であった．高齢者の動機別にみた自殺者数(自殺対策白書 2016)をみると，健康的問題による自殺が最も多かった．例えば，身体の問題(本橋 2003)，身体的不調および身体的疾患(大塚ら 2008；谷井ら 2008)，身体的機能低下(朴ら 2014)など，様々な健康問題が，自殺の直接的な動機になる可能性が高いことを指摘している．特に，藤田(2015)は，健康問題による自殺に至るプロセスを詳しく検討している．加齢に伴う身体機能の低下や慢性疾患，複数の疾患・傷害の併存，体力や移動能力，生活機能の低下といった身体的な問題は，ストレスの要因となり，それらに対して適切な対応ができないと，抑うつや閉じこもり，廃用性の機能低下につながりやすく，それが悪循環，あるいは慢性になると，結果的に自殺に至る(藤田 2015)とされている．その他に，長谷屋(2004)は，量的研究を通して主観的健康感と希死念慮との関係を明らかに

し、主観的健康感が自殺に影響を与える重要な要因であることを指摘している。

一方、前田ら(2004)は、高齢者の直接的動機は、多くの場合が健康問題(病苦)、すなわち身体問題であると述べると同時に、自殺の決断には、自殺傾向に注目する必要がある、自殺傾向の形成には、生物学要因や社会・環境的要因、心理的要因などが関与することが想定できることから、自殺の要因を総合的に検討することの必要性を指摘している。

② 家族関係

自殺の要因として家族関係の問題を指摘した従来の研究は、3編(備前ら 2016; 畠山 2004; 本橋 2003)であった。まず、畠山(2004)は、高齢者自殺にはうつ病と深い関連性があると主張している。うつ病の原因は、家族サポートの欠如や世帯間の違いからくる家族との生活スタイルによって高齢者が心理的孤立に陥り、相談したくても相談ができなくなる状態におちいると説明している。別言するなら、心理的な孤立から閉じこもりになり、うつ病につながり、自殺の可能性も共に高くなると述べている。本橋(2003)も、家族の中に頼る人がいないと家族内で孤立し、うつ病になる可能性が高くなり、結果的に、自殺リスクも高くなると述べている。さらに、備前ら(2016)は、2次資料¹⁾(政府の統計データ)を使って高齢者の希死念慮に与える影響を過去と現在に分けて分析した結果、過去の希死念慮に最も大きな影響を与えたのが家族のサポートであったと述べている。家族サポートにより、希死念慮が減少することを考慮し、家族の関係やサポートの状態を把握し、家族の関係やサポートが欠乏した家族への介入が重要であると述べている。この研究成果から家族の関係が悪化することによって家族のサポートが減少し、それが自殺リスクを高めると解釈できる。

③ 自殺企図歴

自殺企図歴は、自殺リスクを把握する一つの指標として使われている。そのことについて述べている研究が2編(張ら 2012, 古野ら 2008)あった。古野ら(2008)が行った自殺企図者に対する研究においては、調査対象の56名(男性26名、女性30名)のうち、男性高齢者の27%が自殺企図歴をもっていたが、女性高齢者は50%が自殺企図歴を持っていたと報告されている。また張ら(2012)は、高齢者の自殺要因をWHOのデータに基づいて分

析したところ、自殺企図歴が単一のリスク要因として最も強力な自殺のリスク要因であったと報告している。従来の研究成果を踏まえると、自殺企図歴と自殺念慮の間には相関があると推測されるが、自殺企図歴が自殺念慮に影響を与えるのか、自殺念慮が自殺企図歴に影響を与えるのかは、検討の余地があろう。

④ 精神疾病(精神的健康)

自殺の最も強力なリスク要因は、精神疾患である。高齢者自殺においても、同様なことが指摘されており、14編の研究論文(備前ら 2016; 藤田 2015; 神澤 2014; 高橋 2010; 大山ら 2008; 谷井ら 2008; 古野ら 2008; 本橋ら 2008; 大塚ら 2006; 大山ら 2004; 畠山 2004; 前田ら 2004; 栗田 2003; 高橋 2003)において、その関連性が指摘されている。精神疾患の種類は様々であるが、そのうち、うつ病が最も強力なリスク要因として認識されており、高齢者にみられる自殺の多くはうつ状態から自殺行為へ至る一連の心理的過程として説明されている(大山ら 2006)。

古野ら(2008)が横浜市立大学附属病院高度救命救急センターに入院している65歳以上の自殺企図者56名のデータを分析した結果、85%の高齢者が精神障害をもっており、そのうちの48%の高齢者が気分障害であり、そのほとんどが大うつ病の状態であった、と報告している。高橋(1995)も、東京都老人医療センター附属病院精神科に入院している高齢者を対象とした調査で、自殺企図者の50名のうち、29名が気分障害であり、10名が抑うつ症状による適応障害と診断されたと報告している。さらに、神澤(2014:80)は、精神疾患と自殺の関係について、飛鳥井(1994)の研究結果を援用し、自殺企図者の75%が何らかの精神疾患を有しており、その90%がうつ病、総合失調症などの精神病やアルコール依存症であったとしている。高齢者自殺に最も関連している精神疾患はうつ病であり、うつ病は自殺の最も強い危険要因である(藤田 2015)。また、高橋(2003)は、高齢者が訴えている身体的疾病の背景にある精神疾病(抑うつ)に注目する必要があると述べている。その理由について高橋(2003)は、高齢者の場合、身体的訴えがよくあり、その原因となる身体的疾病が見つかる場合もあるが、高齢者では何らかの身体的な異常が実際に認められる場合は少なく、高齢者自殺の背景には、実際に抑うつが最も強く作用されているものと推察している。

⑤ 喪失感

喪失感と自殺の関連性を述べている従来の研究は、5編(備前ら 2016 ; 藤田 2015 ; 玄ら 2013 ; 大塚ら 2008 ; 長谷屋 2004 ; 前田ら 2004)であった。前田ら(2004)は、配偶者との死別、家族や親しい友人の死が自殺に影響を与えると説明し、自殺との直接的な関連性を示した。玄ら(2013)は、高齢者は他の年代と異なって、喪失のようなライフイベントが多く、それは自殺に影響を与えると指摘している。高齢期には、様々なライフイベント(身近な人の喪失、社会的役割の喪失、健康の喪失など)によって日常の行動や交流範囲、ネットワークが縮小され、それが自殺につながる要因になると述べている。さらに、備前ら(2016)は、高齢者を支えている友人のサポートは高齢者の希死念慮を減少させ、心の安心感をもたらす効果があると述べると同時に、友人との死別体験や友人を喪うことは、高齢者にとってその影響が大きく、自殺のリスク要因として注意する必要があると指摘している。しかし、家族や親族、友達の喪失は、高齢者自殺に直接的な影響も与えるが、高齢者に孤独感をもたらし、それが自殺につながるプロセスになるという指摘もある(藤田 2015 ; 玄ら 2013 ; 大塚ら 2008)。大塚ら(2008)は、配偶者との死別による孤独感を経験するため、自殺のハイリスク者になる可能性があるという指摘し、喪失感より、配偶者との死別した後にくる孤独感を決定要因として挙げている。また、藤田(2015)も、高齢期は配偶者や近親者への依存度が増加するが、依存度が高い配偶者や近親者を亡くすことは強い孤立感をもたらす、自殺のリスクが高くなると述べている。それは、喪失感が孤独感をもたらして自殺に間接的な影響を与えることを意味している。

以上の従来の研究を踏まえると、ライフイベントとして家族や親しい人を失い、その喪失感が高齢者自殺に直接的、または間接的に影響を与えるというプロセスが存在すると示唆されるが、喪失感をもっている高齢者がそうではない高齢者より何故自殺のリスクが高くなるのかを検討する必要があるといえよう。

3) 環境的要因

従来の研究を検討した結果、高齢者自殺に影響を与える環境的要因として、孤独と対人関係、地域性、文化的特徴の3つの要因が抽出された。抽出された要因が高齢者自殺とどのような関係があるかは、以下の通りである。

① 孤独と対人関係

孤独および対人関係と自殺の関連性を明らかにした従来の研究は、5編(藤田 2015 ; 朴ら 2014 ; 玄ら 2013 ; 大塚ら 2008 ; 本橋 2003)であった。朴ら(2014)は、自殺が多い北東北地方のうち、自殺率が高い地域高齢者を対象とした訪問調査から、高齢者自殺予防対策の一環として日常的には潜在化されている不安要因を明らかにし、カテゴリー化した。その内容をみると、不安要因を4つのカテゴリー(対人関係面、健康面、環境面、その他)に集約している。そのうちの対人関係面として抽出された内容に、「孤独への不安」、「家族の協力の不在」、「若者たちとの交流減少」が不安要因として地域高齢者に潜在しており、それに対する対応が自殺予防に効果的であると述べている。また、本橋(2003)は、日常生活での寂しさや閉じこもりの傾向などがみられる高齢者がうつ病のリスクが高くなり、自殺リスクも高くなると述べている。特に、藤田(2015)、玄ら(2013)、大塚ら(2008)は、自殺の動機として喪失感を挙げ、自殺を決断するのは、喪失感からくる孤独感であると説明し、自殺の決定要因として孤独感が作用すると指摘している。

② 地域性

高齢者自殺に地域性の影響があると述べた従来の研究は、1編(松本 1996)であった。松本(1996)によると、高齢者自殺は、農山村地域(中でも、上越地域の各郡・市の自殺率が高い)が圧倒的に多い。その理由について松本(1996)は、過疎化、人口の高齢化、経済的な貧しさが主要な要因であり、それに加え、豪雪による生活環境の厳しさも一つの原因であると説明している。さらに、地域が山間過疎、豪雪地帯という地域性によって人々の生活が限定され、孤立や人的交流などが希薄化していくのが自殺につながっているのではないか述べている。

③ 文化的特徴

日本の独特な文化と高齢者自殺の関連性について指摘した従来の研究は、1編(杉原ら 2012)があった。杉原ら(2012)は、自殺者と関係していた周りの人を追跡して集めた情報と、自殺者が残した遺書を分析して自殺の原因になった要因を明らかにした。杉原ら(2012)は、自殺した高齢者の遺書にあった「周りの人に迷惑かけたくない」や自殺に関する

る意識調査での「責任をとるほうほうとして仕方がない」などに注目し、それは、日本の「恥の文化」からくる自殺容認の考え方であると指摘している。

以上のように、26編の従来の研究を分析し、高齢者自殺に影響を与える可能性がある要因として、3つのカテゴリー(人口社会的要因、個人的要因、環境的要因)に13の要因(性別、年齢、婚姻状態、同居状態、喪失感、健康問題、家族関係、自殺企図歴、精神疾病、孤独、対人関係、地域性、文化的特徴)を見出すことができ、以下のような高齢者自殺の発生要因についての示唆が得られた。

第1に、高齢者自殺に影響を与える多様な要因が検討されたが、その要因が自殺に直接的な影響を与える潜在的リスク要因か否かは、慎重に検討する必要がある。自殺に強力な影響を与えるのはうつであり、うつは、単一要因としても複数要因としても自殺にとって最も強力なリスク要因であることは否定しがたい。特に、従来の研究(神澤 2014; 古野ら 2008)が指摘しているように、実際に自殺を失敗した自殺企図者を対象とした調査で、自殺企図者の多くがうつ状態およびうつ病をもっていることが明らかになり、強力なリスク要因であることの可能性が高いことを示していた。

しかし、うつは、媒介要因(藤田 2015; 大山ら 2008; 大塚ら 2006; 高橋 2003; 松本 1996)として自殺に影響を与えることが示唆され、うつを引き起こす何らかの要因や自殺に直接的な影響を与える潜在的リスク要因を明らかにする必要がある。つまり、高齢者の自殺予防のためには、引き起こされたうつの段階(2次リスク)ではなく、リスク要因をもっている初期段階(1次リスク)で介入すべきである。そのためには、自殺に直接的な影響を与える潜在的リスク要因やうつの原因になる様々なリスク要因が自殺にどのような影響を及ぼすのかを検討する必要がある。そのリスク要因を明らかにすることにより、初期段階の自殺リスクをもっている高齢者への早期発見および早期介入ができ、初期段階から体系的に自殺予防への対応ができるものと示唆された。

第2に、高齢者自殺には、単一のリスク要因ではなく、複数のリスク要因が作用していることが示唆された。26編の従来の研究のうち、高齢者自殺を単一のリスク要因で帰結した論文は皆無であった。それは、自殺を行う理由が消して単純ではなく、自殺のリスク要因が互いに連鎖していること(藤田 2015)を認識する必要がある。とりわけ、高齢者自

自殺は青少年の自殺のような家族問題や成績、友だちとの関係などと異なり、その原因あるいは関連要因は複雑であると言われている(ジャン 2006:2)。高齢者は、配偶者や親戚、友だちとも死別を経験し、慢性疾患、所得減少などを同時に経験する機会が多い。高齢者が自殺について慎重に考え、実行する(De Leoら 2001)ことは、青少年の自殺から見える衝動的な単一要因の自殺ではなく、自殺に追い込まれる複数の要因が重なっていることを理解しなければならない。

高齢期は、他の年齢期より多くの変化や出来事に出会う時期であり、日常生活の中でその変化や出来事に向き合い、適切な対応ができないと、それがストレスを引き起こす。複数のストレスが重なり、ストレスが強くなると、自殺につながるリスクは高くなる。従来の従来の研究においては、複数の要因を検討したとしても、多くの要因の一部のみを検討した研究が多く、検討した要因の数が限られている。自殺リスクを正確に測定するためには、従来の研究から指摘されている自殺のリスク要因をできるだけ多く入れ、どの要因が自殺により影響を与えるのかを明らかにする必要がある、それに基づいた対策を立てることが高齢者の自殺予防において効果的・効率的な自殺予防対策になるものと推察された。

1-2. 自殺の予測要因

高齢者自殺に関する 26 編の従来の研究を検討した結果、自殺の予測要因として取り入れていたのは、うつと自殺念慮である。自殺の予測要因は、研究の手法により分かれるが、その特徴をみると、文献研究(藤田 2015；玄ら 2013；張ら 2012；高橋 2010；大山ら 2008；高橋 2008；谷井ら 2008；本橋ら 2008；大塚ら 2006；大山ら 2006；大山ら 2004；前田ら 2004；高橋 2003；本橋 2003；松本 1996)の場合は、全ての研究において自殺の予測要因としてうつを取り入れており、それによって自殺リスクを測定している。しかし、質的研究(朴ら 2014；杉原ら 2012)や量的研究(備前ら 2016；小田切ら 2010；大塚ら 2008；森田 2008；古野ら 2008；栗田 2005；長谷屋 2004；畠山 2004；栗田 2003)の手法を用いた研究では、そのほとんどが自殺念慮を自殺の予測要因として取り入れ、それによって自殺リスクを測定している。

全ての文献研究がうつを自殺の予測要因として取り入れていた理由として、参考にな

る従来のデータ(政府の統計)のほとんどがうつを自殺の予測要因として測定していたこと、日本では自殺念慮を自殺の予測要因とした研究が少ないこと、を挙げることができる。高齢者自殺に関して自殺対策基本法上でも、自殺のハイリスク高齢者を把握するために、介護予防事業において要支援・要介護になる可能性が高い高齢者を対象に、うつの程度を自殺行為の指標(自殺対策白書 2013:101-102)として利用している。

しかし、質的研究や量的研究においては、うつの程度ではなく、自殺念慮を予測要因として取り入れた研究(備前ら 2016; 朴ら 2014; 杉原ら 2012; 森田 2008; 古野ら 2008; 栗田 2005; 長谷屋 2004; 栗田 2003)が増えている。その理由については、うつが自殺念慮の前段階であり、うつより自殺念慮を予測要因として測定することが自殺リスクをより正確に測定できるためであると思料される。杉原ら(2012)は、心理学的部剣(psychological autopsy)²⁾の研究から明らかになった自殺のプロセスを提示したが、その内容をみると、自殺は、自殺傾向(性格傾向)より始まり、自殺動機(精神障害や社会・環境・心理的要因、性物理学要因)を通し、それは自殺準備期(自殺念慮)を通して自殺に至ると述べている。このプロセスは、精神障害であるうつが自殺念慮を経て自殺に至るという自殺のメカニズムを説明している。つまり、うつが自殺念慮の前段階として、うつより自殺念慮が自殺リスクを正確に測れることを意味している。また、海外の研究(ジャン 2006; O'Connell ら 2004; Reynolds 1988)において自殺念慮は、自殺プロセスの初期段階であり、自殺の重要な予測要因であることが実証されている。自殺プロセスは、自殺念慮より始まり、自殺計画と自殺企図を経て、自殺に至ることで、自殺念慮から自殺までのプロセスは、一つのプロセスとして緊密な関係性が強調してされている(Reynolds 1988)。換言すると、自殺の全プロセスの中に自殺念慮が潜在しており、自殺念慮を自殺の予測要因として測定することは、自殺リスクをより反映できると言える。自殺を念慮する者が必ずしも自殺するとは言えないが、それは自殺行為に至る重要な指標であり、自殺念慮が強くなればなるほど自殺企図の危険性(リスク)も高く、さらに自殺念慮と自殺行為の密接な関連性もあるということに依拠するものと推察されている(ユック 2003)。

なお、自殺念慮を予測要因として取り入れた上記の研究(備前ら 2016; 朴ら 2014; 杉原ら 2012; 森田 2008; 古野ら 2008; 栗田 2005; 長谷屋 2004; 栗田 2003)において、自殺念慮をどのように把握したかを検討する必要がある。上記の研究は、「自殺を考えたことが

ありましたか」「死にたいと思いますか」の1問か2問で自殺念慮を把握している。自殺念慮の程度を正確に把握するためには、その個人差をより適切に反映する測定尺度を用いる必要がある。上述した1問または、2問で高齢者がもっている自殺念慮を測定することは限界がある。したがって、従来から用いられている自殺念慮測定尺度を検討し、測定尺度として適切であるか、高齢者を対象として使える測定尺度であるかを把握しておく必要がある。

自殺研究において、すでに亡くなった人を対象とすることで、自殺の要因や自殺のメカニズムを明らかにすることには、限界がある。しかし、自殺リスクをより正確に測定することで、早期発見および早期介入ができる可能性が高まるものと推察されるが、そのことを実験するためには、前述したように、うつより自殺念慮を自殺の予測要因として測定することが求められる。

1-3. 高齢者自殺の研究方法

収集できた上記も26編の研究における研究方法を検討してみると、文献研究が15編(藤田2015; 玄ら2013; 張ら2012; 高橋2010; 大山ら2008; 高橋2008; 谷井ら2008; 本橋ら2008; 大塚ら2006; 大山ら2006; 大山ら2004; 前田ら2004; 高橋2003; 本橋2003; 松本1996)、質的研究が2編(朴ら2014; 杉原ら2012)、量的研究が9編(備前ら2016; 小田切ら2010; 大塚ら2008; 森田2008; 古野ら2008; 栗田2005; 長谷屋2004; 畠山2004; 栗田2003)で構成されていた。高齢者自殺研究においては、文献研究と量的研究が主流となっていることが示唆される。なお、しかし、収集された2編の質的研究は、インタビュー調査(朴ら2014)と追跡調査(杉原ら2012)で構成されていた。その内容をみると、まず朴ら(2014)は、自助組織に参加している65歳以上の高齢者9人(平均年齢79.6歳、男性1人・女性8人、一人暮らし2人・家族と同居7人)を対象にインタビュー調査を行い、分析を行っている。また、杉原ら(2012)は、自殺した高齢者A氏を事例として追跡調査を行い、生前から自殺に至る経緯を追跡する心理学的部剣の手法を用いて、自殺動機を検討している。上記の質的研究(杉原ら2012)は、自殺念慮をもっている高齢者や実際に自殺した高齢者の家族や友達、知人を対象に追跡調査を行い、多角的で、詳細な内容の分析ができるというメリットがあるが、対象の選定や自殺という辛い記憶を語りたがらないことで、

その手法で多くのデータを収集するのには限界がある。とりわけ、杉原ら(2012)が用いた心理学的部剣の手法は、既に死亡した者を対象とすること、また基礎資料を得るには時間がかかりすぎるとい難点(栗田 2005b:94)から限界は否定できないといえよう。

一方、量的研究として量的データを用いて分析を行った従来の研究は9編であった。そのうち、2次資料(政府からの統計データなど使用し分析しても、量的研究の解析方法を用いた従来の研究を含む)を使用した研究は、5編(小田切ら 2010;大塚ら 2008;森田 2008;古野ら 2008;畠山 2004)であった。その5編の従来の研究は、政府のデータや既存の資料を使用し、高齢者自殺に影響を与える要因を分析した研究となっている。しかし、2次資料を使用して分析した研究は、前述したような高齢者自殺に影響を与える多様な要因を反映するには、限界があると言える。すでにある政府のデータを使用するため、調査された要因の範囲しか分析ができなくなる。その他、研究者がデータを収集して分析した4編の従来の研究では、より多様な要因(主観的健康感、飲酒問題、睡眠障害、完全主義、手段的自立、レジリエンスなど)を多角的に分析し、高齢者自殺への影響を検討している。量的研究において、前記4編の従来の研究のように、高齢者自殺に影響を与える多様な要因を実証的に検討するには、多くのデータを蓄積する必要がある。

以上のように従来の研究を検討した結果、質的研究や量的研究など実証的研究が十分に行われているとはいいがたく、より多くのデータや研究を蓄積する必要があることが示唆された。自殺予防研究においては、自殺に影響を及ぼす要因を可能な限り多く検討する必要がある。自殺リスクであると予想される要因を、実証研究を通して蓄積し、高齢者自殺への予防対策を立てる必要がある。また、従来の多くの研究では、様々な要因が高齢者自殺に影響を与えると指摘しているが、実証研究で支持された要因はその一部であり、多くの要因は今だ実証されていない状況にある。様々な自殺のリスク要因は量的研究や質的研究の手法を用いて実証する必要がある。とりわけ、前述した質的研究は、実証への限界(自殺のリスクをもっている人およびすでに亡くなっている人のプライバシーや倫理的問題、基礎資料を得るには時間がかかりすぎるとい難点)があり、現在の高齢者自殺の深刻性を勘案すると、高齢者の自殺リスクをできるだけ多くて早く把握することが求められる。以上のことから、高齢者自殺を早期に対応するためには、高齢者の自殺リスクになる要因を実証する必要がある。そのときに、量的研究の手法を用いることが効果的・効率的

であると推察された。

第2節 韓国における高齢者自殺に関する文献研究

本節では、韓国における高齢者自殺に関する従来の研究を高齢者自殺の発生要因、高齢者の自殺リスクを測定するために用いられた自殺の予測要因、従来の高齢者自殺研究における研究方法を検討し、今後の研究課題について整理する。

従来の研究は、韓国のデータベースを用いて収集し、検討した。文献検索は、韓国国会図書館のデータベースを用いて行いに行った(2016年6月実施)。検索におけるキーワードは、「高齢者(노인, 고령자)」, 「自殺(자살)」, 「要因(요인, 원인)」とした。その結果、137編の文献が検索された。検索された137編の文献の中で、①重複している文献、②学術論文ではない文献(論説やシンポジウムの資料など)、③外国に関する研究の文献、④高齢者に関連していない文献、⑤医学論文を除外するとした。ただし、日本の文献検索のように、検索された学術論文のうち、高齢者の自殺のみではなく、自殺念慮および自殺企図、自殺未遂に関連している研究は、従来の研究として含めた。42編の学術論文が収集できた。高齢者自殺に関する42編の学術論文の内容と研究方法を分析し、今後の研究課題について検討を行った。

2-1. 高齢者自殺の発生要因

1) 人口社会的要因

従来の研究を検討した結果、高齢者自殺の社会人口学的要因として、性別、年齢、婚姻状態および同居状態、学歴、収入および経済的状況、飲酒頻度と量の6つの要因が抽出された。日本の研究からは抽出されなかったが、韓国の従来の研究からは学歴と収入および経済的状況、飲酒頻度と量の要因が追加された。抽出された要因が高齢者自殺とどのような関連があるのかは、以下のように整理した。

① 性別

韓国の高齢者自殺では、一般的に女性より男性の自殺死亡率が高い。その結果から、高齢者自殺には性差が影響を及ぼしていると推察される。従来の研究を検討した結果、18

編(キムら 2015 ; イら 2014 ; シンら 2014 ; ソンら 2014 ; クオン 2014 ; チェら 2014 ; ベックら 2014 ; イ 2013 ; イムら 2013 ; ソンら 2013 ; イら 2012 ; クオンら 2012 ; キムら 2011a ; キムら 2011b ; コら 2011 ; ヤンら 2011 ; キムら 2010 ; べら 2009 ;)の研究が高齢者の性差と自殺の関連性を指摘していた。ヤンら(2011)の独居高齢者を対象とした調査研究では、男性高齢者は、女性高齢者より自殺念慮が強い傾向がみられ、また、自殺企図の可能性を分析した結果においても、女性高齢者に比して男性高齢者がその傾向が強いという結果であった。キムら(2011b)も、男性高齢者の自殺念慮が強く、自殺念慮のみではなく、自殺念慮が強くなるにつれ、自殺企図の可能性も高くなったという報告している。それは、コーピング能力と関係があり、女性が男性より柔軟な対処法とスキルを身に付けており、適切に使っているためであると説明している(べら 2009)。その他の研究(イら 2012)においても、自殺念慮は女性高齢者が低いという指摘がみられた。

しかし、前記の従来の研究の結果と異なり、男性高齢者より女性高齢者の自殺念慮が高く、自殺リスクも女性高齢者が高いと報告されている研究(イ 2013 ; コら 2011)もある。また、性差による自殺念慮の程度は統計学的に有意な差が認められなかったとする研究(キムら 2015 ; イら 2014 ; ソンら 2014 ; クオン 2014 ; チェら 2014 ; ベックら 2014 ; イムら 2013 ; ソンら 2013 ; クオンら 2012)も多数みられ、性差が自殺リスクに影響を与えるとは言いがたく、今後とも検討する必要がある。

② 年齢

年齢と自殺念慮の関連性は、14 編(朴 2015 ; イ 2014 ; シンら 2014 ; ソン 2014 ; クオン 2014 ; チェら 2014 ; ベックら 2014 ; イムら 2013 ; クオンら 2012 ; ヤンら 2011 ; キムら 2011 ; ハンら 2009 ; キムら 2005 ; キム 2002)の従来の研究において指摘されている。そのうち、年齢が高くなると、自殺念慮も強くなる傾向がみられたとする研究(朴 2015 ; シンら 2014 ; チェら 2014 ; ヤンら 2011 ; キムら 2005)があるが、その関連性はないと指摘している研究(イ 2014 ; ソン 2014 ; クオン 2014 ; ベックら 2014 ; イムら 2013 ; クオンら 2012 ; キムら 2011b ; キム 2002)も多数ある。その内容をみると、朴(2015)は、高齢者の性別による自殺リスクを検討した研究で、男女高齢者に影響を与える様々なリスク要因が明らかになったが、そのうち、男女高齢者影響を与える共通的なリスク要因は、年齢であ

った。朴(2015)は、前期高齢者(65歳～74歳)と後期高齢者(75歳以上)に分けて検討した結果、前期高齢者より後期高齢者の自殺念慮が強く、自殺リスクも高いと報告した。また、キムら(2005)も前期高齢者より後期高齢者の自殺念慮が2倍高くなると説明している。しかし、ヤンら(2011)は、年齢が自殺念慮にある程度の影響を与えることを認めつつ、年齢が自殺念慮を強める決定要因ではなく、年齢が高くなるとともに、身体的機能の低下や健康が悪化され、高齢者にストレス要因として作用している可能性が高いと推察した。つまり、年齢が高齢者の自殺念慮に直接的な影響を与えるのではなく、まずストレスに影響を与え、さらにストレス認知を高め、それが結果的に自殺念慮に影響を与えることが想定されよう。

一方、イムら(2013)も独居高齢者を対象に研究を行っているが、年齢による自殺念慮の差において統計学的に有意な関連性は得られず、また、イ(2014)とキム(2002)の研究でも、前期高齢者と後期高齢者に分けて自殺念慮との関連性を検討したが、統計学的に有意な関連性は得られなかったと報告している。その他、年齢は自殺念慮の有無に有意な差が見られなかったとする研究(ソン 2014; クォン 2014; ベックら 2014; クォンら 2012; キムら 2011b; ハン 2009)も少なくなく、年齢が自殺に影響を与えるのかについても慎重に検討する必要がある。

③ 婚姻状態および同居状態

婚姻状態および同居状態による自殺念慮との関連性を指摘している研究は、14編(キムら 2015; イ 2014; ソンら 2014; チェら 2014; ベックら 2014; ムンら 2013; イら 2012; ソン 2012; ヤンら 2011; キムら 2011b; イ 2011; キムら 2010; イら 2008; オム 2007)であった。まず、婚姻状態による自殺念慮との関連性を指摘したキムら(2010)とイ(2011)の研究では、既婚高齢者が未婚や離婚、死別、別居状態などによる独居高齢者より自殺念慮が低いという共通的な結果が得られている。とりわけ、キムら(2010)は、既婚高齢者の自殺念慮が2.9倍低いと指摘している。また、オム(2007)の研究では、未婚や離婚、死別などの高齢者より既婚者の場合が自殺念慮を低いことを報告している。なお、同居状態による自殺念慮との関連性を指摘している研究もある。ソン(2012)は、65歳以上の高齢者を対象に、独居高齢者と同居高齢者の自殺念慮の差を検討した結果、独居高齢者より同居高

高齢者の自殺念慮が低いという結果が得られたことを報告している。その結果について、ソン(2012)は同居高齢者の場合、同居している家族が情緒的なサポートをしているためであると推察している。その他に、高齢者の自殺念慮を集団間に比較した研究では、独居高齢者の集団が誰かと同居している集団より自殺念慮が強かったという結果が得られている(キムら 2015 ; キムら 2011b ; イら 2008)。さらに、独居高齢者の自殺念慮のみではなく、自殺企図の可能性も高いと報告した研究(イら 2012 ; ヤンら 2011)もある。

一方、婚姻状態による自殺念慮は、統計学的に有意差が認められず、婚姻状態は自殺念慮に影響を与えないと指摘している研究(イ 2014 ; ソンら 2014 ; ベックら 2014)もある。また、ムンら(2013)の研究においても、同居状態による自殺念慮の差がみられなかったとされている。さらに、チェら(2014)は、結婚状態と同居状態による自殺念慮の差を検討したが、その関係性が認められず、結婚状態と同居状態が自殺念慮に影響を与えると断言することは、できないと述べている。

④学歴

学歴と自殺念慮の関連性について検討を行った従来の研究は、7編(イ 2014 ; シンら 2014 ; クォン 2014 ; チェら 2014 ; クォンら 2012 ; キムら 2010 ; オム 2007)あった。オム(2007)は、学歴を統制変数として投入し、自殺念慮との関連性を検討した。その結果、学歴がない高齢者は高校卒業以上の学歴の高齢者より、自殺念慮を強く認知しているという結果が得られたことから、学歴と自殺念慮の関連性を指摘している。しかし、朴ら(2006)が学歴とうつ、自殺念慮の間の相関を検討した研究の結果、学歴とうつの間の相関は、学歴が低いほど、うつが高い傾向が見られたが、学歴と自殺念慮の相関は、統計学的には有意な差が見られなかったとしている。そのことは学歴がうつには影響を与えるが、自殺念慮には直接的な影響を与えないことを意味する。同様に、他の研究(イ 2014 ; クォン 2014 ; チェら 2014 ; クォンら 2012 ; キムら 2010)においても、学歴と自殺念慮の間には有意な差がほとんど認められていない。

⑤収入および経済的状況

自殺念慮と収入および経済的状況の関連性については、18編(イ 2014 ; イムら 2013 ;

ソンら 2014 ; キムら 2014 ; キムら 2014 ; クォン 2014 ; チェら 2014 ; ベックら 2014 ; キムら 2013 ; シン 2012 ; クォンら 2012 ; キムら 2011a ; キムら 2011b ; ヤンら 2011 ; オム 2007 ; ジョンら 2007 ; 朴ら 2005 ; キム 2002) が指摘している。実際の収入が低ければ低いほど自殺念慮が強いとする研究(キムら 2014 ; チェら 2014 ; キムら 2013 ; オム 2007)や、主観的な経済状況と自殺念慮の関連性を強調した研究(イ 2014 ; キムら 2011a ; キムら 2011b ; ヤンら 2011)がある。さらに、シン(2012)は、貧困と自殺念慮の関連性を明かにしている。キムら(2014)は、高齢者自殺死亡率と社会・経済的要因間の相関を分析した様々な要因のうち、唯一に高齢者の生活保護受給率との相関を認めている。また、生活保護受給率が高いほど、自殺死亡率も高くなることが統計学的に認められ、それは、高齢者自殺が貧困に関係している根拠になると主張している。朴ら(2005)は、高齢者の社会・人口学的要因と自殺念慮の関連性を検討し、自殺リスクを明らかにしたが、自殺念慮が高い高齢者に最も大きな影響与えるのは生活費であった。つまり、経済的な状況が高齢者の生活に否定的な影響を与え、自殺につながると説明している。キム(2002)は、経済的な状況とうつおよび自殺念慮間の因果関係を検討し、経済的な状況が自殺念慮に直接的な影響を与え、さらに、うつを媒介して自殺念慮に間接的な影響も与えると指摘している。それは、経済的な状況がよくなると、うつ状態がよくなり、またうつ状態がよくなると、自殺念慮が低くなることを意味している。ジョンら(2007)の研究では、経済的な状況が自殺念慮に直接的な影響は与えないが、うつを通して間接的に影響を与えるという結果を得ている。それは、キム(2002)の研究結果と一致する。換言するなら、それは、経済的な状況がうつと自殺念慮の従来の要因になり、リスク要因になることを意味し、自殺のリスク要因として重要な要因であることを意味している。

しかし、クォン(2014)は、主観的経済状態と自殺には関連性がないと主張しており、その他、収入と自殺念慮(自殺企図)の間には、有意な差が見られなかったと報告している研究(ソンら 2014 ; ベックら 2014 ; イムら 2013 ; クォンら 2012)もある。

⑥ 飲酒頻度と量

自殺念慮や自殺意図をもっている高齢者の特徴として飲酒との関係を指摘している従来の研究は、3編(クォンら 2011 ; ヤン 2011 ; キムら 2005)であった。まずヤン(2011)は、

飲酒の頻度と量が多いほど自殺意図が高くなり、飲酒と自殺のリスクは比例すると指摘している。また、クオンら(2011)は、お酒と自殺念慮との関連性を検討した研究で、お酒を飲む回数が自殺念慮に影響を与えると指摘しており、高齢者の自殺行動を防止するためには、必ず飲酒問題に対する検討と介入が必要である主張している。しかし、キムら(2005)の研究結果においては、飲酒と自殺念慮の関連性は認められず、飲酒と自殺リスクは関連がないと述べられている。ソンら(2014)も、自殺念慮が強くなると飲酒の頻度が多くなり、飲酒が多くなって健康が悪くなったのか、それとも、飲酒の頻度が多くなって健康が悪くなり、健康が悪くなったために自殺念慮が高くなるのか、その因果関係を解明することは、難しいと指摘している。

2) 個人的要因

従来の研究を検討した結果、高齢者自殺の個人的要因は、健康問題と家族関係、自殺企図歴、精神疾患(精神的健康)、絶望感、虐待の6つ要因が抽出できた。日本の従来の研究から抽出された喪失感、韓国の従来の研究では抽出されず、逆に、日本の従来の研究から抽出されなかった絶望感と虐待が追加された。抽出された要因が高齢者自殺とどのような関連性があるのかは、以下のように整理できた。

① 健康問題

健康問題と自殺念慮の関連性を指摘した従来の研究は、12編(キムら 2015; イ 2014; ジョン 2014; ソン 2014; ソンら 2014; チェら 2014; イムら 2013; キムら 2013; シン 2012; クオンら 2012; オム 2007; 朴ら 2005)であった。そのうち、健康問題と自殺念慮の関係性を認めた研究は、10編(キムら 2015; イ 2014; ジョン 2014; ソン 2014; チェら 2014; イムら 2013; キムら 2013; シン 2012; オム 2007; 朴ら 2005)であり、ほとんどの研究において、健康問題と自殺念慮は強い関連性があると述べている。その内容をみると、キムら(2015)は、高齢者から得られたデータを自殺念慮グループと非自殺念慮グループに分けて検討した結果、自殺念慮グループにおいては身体疾患をもっている高齢者が多く、身体疾患による自殺念慮の発生が否定的ないことを示している。また、キムら(2013)も、慢性疾患をもっている高齢者が慢性疾患をもっていない高齢者より自殺念慮が強いという

研究結果が得られ、慢性疾患と自殺念慮の間には相関があると報告した。さらに、オム(2007)は、慢性疾患の数が多ければ多いほど自殺念慮が高くなるという研究結果を報告している。その他に、慢性疾患の有無が自殺念慮に直接的な影響は与えないが、うつを通して間接的に自殺念慮に影響を与えるという研究結果の報告(シン 2012)もある。慢性疾患のみではなく、健康問題として主観的健康状態と自殺念慮の関連性を明らかにした研究もある。イムら(2013)は、主観的健康状態と慢性疾患の数が独居高齢者に与える影響を検討した結果、主観的健康が悪いと認知するほど、また慢性疾患の数が多いほど、自殺念慮が高い傾向があったと報告している。その他に、主観的健康と自殺念慮の関連性について検討し、その関連性を明らかにした研究(イ 2014 ; ソン 2014 ; チェら 2014 ; 朴ら 2005)や、健康問題を総合的に捉えるために、精神的健康と身体的健康、さらに健康状態満足度を含んだ健康要因と自殺念慮の関連を検討し、その関連性を明らかにした研究(ジョン 2014)もある。

しかし、クォンら(2012)は、独居高齢者を対象とした自殺念慮の関連要因について検討した結果、健康状態は、自殺念慮に直接的または間接的にも有意な関連性が認められなかったとしている。ソンら(2014)の研究でも、慢性疾患の数と自殺念慮と関係がないという結果が得られている。前記の研究成果を踏まえると、健康状態は統制変数または独立変数として自殺念慮に直接および間接的な影響を与える要因であり、自殺リスクの検討にあたっては重要な要素として認識する必要があると考えられる。

② 家族関係

家族関係と自殺念慮の関連性は、7編(ドラ 2015 ; 朴 2015 ; キム 2014 ; イら 2012 ; コ 2011 ; ヤンら 2011 ; ソンら 2010 ; 朴ら 2006 ;)の従来の研究において指摘されている。まず朴(2015)は、2次資料(2010年度韓国医療パネル調査)を用いて男女高齢者の自殺リスク要因を検討し、男性高齢者と女性高齢者において自殺念慮が高くなる共通的な要因は、家族との葛藤によるストレスであったと述べている。研究結果では、家族との葛藤によるストレスが自殺念慮に与える影響は、オッズ比で男性高齢者が1.96倍、女性高齢者が1.84倍高くなる傾向となっていた。またキム(2014)は、自殺念慮の影響要因として様々な要因をロジスティクス回帰分析で検討したが、その結果、家族関係が自殺念慮と緊密に関係し

ていたと報告している。その結果からキム(2014)は、家族の関係がよくないと高齢者は社会からより一層孤立する可能性があり、それが自殺という極端的な方法を選択するきっかけになるため、家族へのサポート体制が強化できる方法を模索する必要があると主張している。家族関係による自殺念慮の増加は、イラ(2012)の研究でも報告されている。その他に、子どもとの交流による自殺念慮の変化(ヤンら 2011)や、家族間のコミュニケーションの問題による自殺念慮の差(朴ら 2006)が統計学的に有意な関係であることを報告し、家族関係と自殺念慮の関連性を裏付けている。また、家族関係のみではなく、家族関係満足度により自殺傾向が変わるという報告(コ 2011)もあり、ドラ(2015)は、家族関係満足度が減少すると、自殺念慮のみではなく、自殺念慮と関連している自殺計画、自殺企図も増加し、自殺の可能性も増加すると述べている。

しかし、家族関係と自殺念慮の関連性が認められなかった従来の研究(ソンら 2010)もある。ソンら(2010)は、独居高齢者を対象に、家族関係がよい独居高齢者と家族関係が悪い独居高齢者に分けて自殺念慮の差を検討したが、その結果、2つのグループには、家族関係による自殺念慮の差は見られなかったと述べている。

③ 自殺企図歴

自殺企図歴について検討された従来の研究は、1編(クオンら 2011)のみであった。クオンら(2011)の研究内容をみると、自殺企図経験を独立変数とし、自殺念慮を従属変数としてその関連性を検討し、高齢者の自殺リスク要因として自殺企図歴を明らかにした。自殺企図経験がある高齢者の場合は、自殺念慮を強く認知しており、また自殺企図を行う可能性が高くなると述べている。

しかし、前記の研究(クオンら 2011)は、自殺企図歴が自殺念慮の従来の要因とし関係があると説明しているが、自殺企図歴が従来の要因であるのか、自殺念慮が自殺企図歴の従来の要因であるのかは、検討する必要がある。とりわけ、自殺企図歴と自殺念慮の相関関係は認められているが、従来の要因としての因果関係は明らかになっていないため、自殺企図歴と自殺念慮間の因果関係を明らかにする必要があると考えられる。

④ 精神疾病(精神的健康)

韓国の従来の研究においても、うつと自殺念慮の関連性について検討された研究は多く、すべての研究がその関連性を認めている。うつと自殺念慮の関連性について検討した従来の研究は、17編(キム 2015; キムら 2015; 朴 2015; シン 2014; キム 2014; クォン 2014; ベックら 2014; イ 2013; シンら 2013; キムら 2013; シン 2012; ソンら 2010; キムら 2010; ハンら 2009; イら 2008; キムら 2005; オム 2007; 朴ら 2006)であった。その内容をみると、まずキムら(2010)は、政府が定期的に行っている調査データ(2005年3次国民健康栄養調査)を分析した結果、うつ状態の高齢者がうつ状態でない高齢者より自殺念慮が6.4倍であったと指摘している。ソンら(2010)の研究でも、うつの傾向が高い集団が低い集団より自殺念慮が4倍高いという結果が得られ、キムら(2010)の研究と同様な研究結果を報告した。さらに朴(2015)は、性別による自殺リスクを分析した結果、うつ傾向の男子高齢者がうつ傾向ではない男性高齢者より8.94倍と自殺念慮が高いことを示していた。女性高齢者の場合も、5.98倍であった。ハンら(2009)は、政府が3年ごとに行う国民健康栄養調査(第1期(1998年)、第2期(2001年)、第3期(2005年))を時系列に分析した結果、ストレスとうつが自殺念慮と深い関連性があることを明らかにしている。とりわけ、うつの場合、うつをもっていると回答した高齢者がそうではない高齢者より、自殺念慮が最低78%(1998年)から最大90%(2001年)まで高かったという結果が得られた。その他に、うつが自殺の予測できる強力な要因として、うつと自殺念慮の正的な関係性を明らかにした研究(キムら 2015; キム 2015; キム 2014; クォン 2014; ベックら 2014; イ 2013; キムら 2013; シン 2012; イら 2008; オム 2007; 朴ら 2006; キムら 2005)も多数みられる。

うつと自殺念慮の関連性に関する研究の特徴をみると、その関連性が統計学的に認められなかった研究はなく、すべての研究においてその関連性を認めている。また、うつを独立変数として自殺念慮との関連性を明らかにした研究(シンら 2013)もあるが、前記のほとんどの研究では、うつが媒介要因として認められ、様々な要因によってうつ状態になり、そのうつ状態が自殺念慮を高めるというプロセスを説明している。それは、うつが自殺念慮に強力な影響を与えることを意味し、自殺のリスク要因であることも否定できない。実際に、うつは自殺念慮を含め、自殺の前段階である自殺企図にも大きな影響を与えてい

るという研究結果(シン 2014)があり、うつが自殺念慮のみではなく、自殺計画と自殺企図にも影響を与える共通的な要因であることを明らかにした研究結果(ドラ 2015)もある。

⑤ 絶望感

高齢者の絶望感が自殺念慮と関連性があると述べている従来の研究は、2編(クオン 2014; オム 2007)であった。クオン(2014)の研究では、独居高齢者の心理的要因と自殺企図との関連性を明かにするために、心理的要因として絶望感やストレス、うつを独立変数として投入した。その結果、心理的要因のうち、自殺企図に最も強い影響を与える要因は絶望感であることを明らかにしている。その結果は、オム(2007)の研究結果と同様であった。またクオン(2014)は、自殺企図への影響力を把握するため、前記のすべての要因を投入して検討したところ、絶望感が最も強い影響力を示し、自殺リスクの検討にあたって高齢者の絶望感の検討は不可欠であると述べている。

⑥ 虐待

虐待と自殺念慮との関連性について検討した従来の研究は、2編(カンら 2013; ヤンら 2011)であった。ヤンら(2011)は、虐待を経験したことがある高齢者は経験がない高齢者より自殺念慮が高いと指摘し、虐待が自殺念慮に直接的な影響を与えると主張している。一方、カンら(2013)は、高齢者の虐待を独立変数、自殺衝動を従属変数として検討した研究で、虐待がうつを媒介して自殺衝動に影響を与えるという因果関係を明らかにした。その結果は、虐待が自殺衝動に直接的な影響を与えるのではなく、うつを媒介として間接的に自殺衝動に影響を与えることを意味し、自殺衝動に対する虐待の間接的な影響を示唆している。前記の従来の研究は、虐待が独立変数として自殺念慮との関連性を明らかにしたが、正確な自殺のリスクを明らかにするためには、虐待を引き起こす従来の要因についても同時に検討する必要がある。

3) 環境的要因

従来の研究を検討した結果、高齢者自殺の環境的要因は、孤独と対人関係、地域性、離婚率と経済成長率の3つの要因から構成されていた。日本の従来の研究から抽出された

文化的特徴は、韓国の従来の研究では抽出されず、日本の従来の研究から抽出されなかった離婚率と経済成長率が追加された。抽出された要因が高齢者自殺とどのような関連性があるのかは、以下のように整理できた。

① 孤独と対人関係

対人関係および孤独において自殺念慮との関連性を検討した従来の研究は、3編(ベックら 2014; イムら 2013; クォンら 2012)であった。ベックら(2014)の調査研究の結果では、虐待を経験したことがある高齢者は、非経験高齢者より孤独感を高く認知していると測定され、孤独感と自殺リスクの関係性が認められた。イムら(2013)とクォンら(2012)は、独居高齢者を対象とした孤独感と自殺念慮の関連性を検討した結果、ベックら(2014)の調査研究の結果と同様な研究結果が得られ、孤独感が自殺リスクとして認められたと、述べている。

② 地域性

地域性と自殺念慮の関連性について3編(キムら 2014; ムンら 2013; ドラ 2015)の従来の研究から指摘されている。キムら(2014)の研究では、大都市部に比べて中小都市部の高齢者自殺死亡率が高いことを明らかにし、地域の規模による地域性が高齢者自殺に影響を与えると主張した。しかし、ムンら(2013)とドラ(2015)は、都市部に居住している高齢者と農村部に居住している高齢者の自殺念慮を調査し、その差について分析したが、統計学的に有意な差はみられなかったことを報告している。その結果からみると、地域性をどのように特定するのかによって異なる結果が出る可能性もあり、また地域性といっても、地域の特性や地域の文化など複数の特徴が存在し、それを考慮せず、地域性を区別してみても意味のない成果となろう。

③ 離婚率と経済成長率

環境的要因として離婚率と経済成長率との関連性も指摘されている。3編(キムら 2014; キムら 2011; キム 2004)の従来の研究のうち、キムら(2014)とキムら(2011)は、離婚率と高齢者自殺死亡率の関係を分析し、その関連性を明かにした。キム(2004)も、1983

年から 2002 年の過去 20 年間、韓国の高齢者自殺死亡率に影響を与えた社会的要因を検討している。社会的要因として離婚率、失業率、高齢者経済活動参加率、経済成長率を検討した結果、離婚率が上昇する場合、経済成長が前年度に比べて低かった場合、経済活動参加率が低くなる場合、自殺死亡率が増加する結果が明らかになり、前記の社会的要因と高齢者の自殺リスクとの関連性が無視できないことを指摘している。

4) その他(ストレス)

高齢者自殺のリスク要因として人口社会学的要因、個人的要因、環境的要因に分けて、検討したが、その他の要因を検討した研究(キムら 2015; 朴 2015; キムら 2014; チェら 2014; イ 2013; ソンら 2013 カンら 2013; ムンら 2013; イ 2011; キムら 2005)も多数ある。そのうち、自殺リスクとしての高齢者のストレスが自殺念慮に直接的、または間接的に関係があると実証された研究(キムら 2015; 朴 2015; キムら 2014; チェら 2014; イ 2013; ソンら 2013 カンら 2013; ムンら 2013; イ 2011; キムら 2005)が多数を占めているが、さらにストレスが直接に自殺念慮に影響を与えないが、うつを通して間接的に自殺衝動に影響を与えているというメカニズムを提示した研究(カンら 2013)もある。

高齢者のストレスを測定するために、従来の研究(朴 2015; チェら 2014; ソンら 2013; イ 2011)では、経済的状況によるストレス、疾患によるストレス、家族関係によるストレス、出来事によるストレス、住居環境によるストレスなどをストレスの下位因子とし、その因子と自殺念慮との関連性が検討されている。例えば、ムンら(2013)は、都市部に居住している高齢者の自殺念慮に影響を与える要因を分析し、その要因としてストレスが関係していることを明らかにしている。ストレスがないと回答した高齢者に比べて、低いストレスがあると回答した高齢者の自殺念慮は約 3 倍高く、また高いストレスがあると回答した高齢者は、約 7.2 倍の自殺念慮を有していた。

以上、42 編の従来の研究の内容を分析し、高齢者自殺に影響を与える可能性が高い要因として、4つのカテゴリー(人口社会学的要因、個人的要因、環境的要因、その他)と 14 の要因(性別、年齢、婚姻状態、同居状態、喪失感、健康問題、家族関係、自殺企図歴、精神疾病、孤独、対人関係、地域性、離婚率、経済成長率)が明らかとなった。その結果、

以下の示唆が得られた。

第1に、高齢者自殺に影響を与える潜在的なリスク要因の正確な把握の必要性が示唆された。従来の研究を検討すると、日本の従来の研究と同様に、うつが自殺にとって強力なリスク要因となることを指摘している従来の研究が多数あった。従来の研究が指摘しているように、うつが高齢者の自殺リスクとして強力な影響を与えると推定されるが、うつが、何らかの要因を媒介要因としていることは否定できない。従来の研究においても、うつは、媒介変数として自殺念慮に影響を与えることが指摘されている。さらに、うつを独立変数として自殺念慮との関連を明らかにした研究においても、その関連性が認められている。それは、うつが独立変数としても、媒介変数としても自殺念慮に与える影響は否定できないことを意味する。しかし、高齢者自殺研究では、媒介変数を明らかにする研究より自殺を引き起こす潜在的な要因を探る研究が重要であると思われる。それは、媒介変数を明らかにし、介入しても、潜在的な要因への介入が行われなければ、うつと自殺念慮の問題が解決できないことによるものである。本研究で検討された多くの従来の研究でも、うつ以外に多様なリスク要因が指摘されている。そこで、本研究では、従来の研究の検討から指摘された要因のうち、高齢者自殺に影響を与える潜在的なリスク要因を正確に把握することが必要といえよう。

第2に、高齢者の日常生活での出来事や変化による自殺リスクの把握が示唆される。従来の研究において指摘されているリスク要因をみると、そのほとんどが加齢と共に変わる変化や出来事(配偶者の死亡、経済的困窮、家族構造の変化、身体的・精神的健康など)で構成されている。それは、学生や中高齢者層の自殺リスクと異なるものであり、高齢者になることで生じる可能性があるリスク要因である。また、加齢とともに高齢者の社会的役割や家族内役割は縮小し、その状態下で、日常生活での些細な出来事や変化は、高齢者に深刻なストレスを引き起こし、そのストレスが自殺の強力なリスク要因として作用する可能性がある。したがって、従来の研究において指摘されているリスク要因のうち、高齢期にストレスになる出来事や変化(ストレッサー)に注目し、出来事や変化(ストレッサー)をどのように認知しているのか(ストレス認知)を検討する必要がある。人口社会学的要因と個人的要因、環境的要因をまとめて、日常生活ストレスとして検討した従来の研究(キムら 2015 ; 朴 2015 ; キムら 2014 ; チェら 2014 ; イ 2013 ; ソンら 2013 カンら 2013 ; ムンら

2013 ; イ 2011 ; キムら 2005)でも、ストレスの有無ではなく、様々な要因に対してストレスとして認知しているのかを検討している。

2-2. 自殺の予測要因

韓国における高齢者自殺に関する従来の研究を検討した結果、6編の従来研究(キムら 2014 ; クォン 2014 ; カンら 2013 ; キムら 2011 ; コら 2011 ; キム 2004)を除いた36編の従来研究において、自殺念慮を自殺の予測要因として採用し、解析を行っている。このことは、自殺念慮が自殺の予測要因として避けてはならない要因であることを示唆していることを意味する。諸外国では、1970年代から自殺の予測研究が始まり、その予測要因として自殺念慮の概念が注目され(パクら 2006:61)、今日まで多くの研究が行われ、その有効性が実証されている。韓国においても、2000年代の後半から活発に取り組み(べら 2009)、自殺の予測要因として多くの研究成果が蓄積されている。例えば、べら(2009)は、1,110名の高齢者のうち、224名(20.2%)の高齢者が自殺念慮の経験があり、63名(5.7%)が自殺計画の経験、40名(3.6%)が自殺企図の経験があったことを報告している。そのうち、自殺念慮の経験がある224名の高齢者のみを分析し、自殺計画の経験者が58名(25.9%)、自殺企図の経験者が35名(15.6%)を占め、自殺念慮の経験者が自殺計画と自殺企図に移行する可能性が高いことを明らかにしている。その研究結果は、諸外国の研究結果でもみられる。Scoccoら(2008)は、イタリアの4,712名の成人を対象として行った研究で、自殺念慮の経験者が3%、自殺計画の経験者が0.7%、自殺企図の経験者が0.5%であったとしている。そのうち、自殺念慮の経験者のみを対象として分析した結果、自殺計画の経験者が24.6%、自殺企図の経験者が18.2%に達していることを明らかにしている。前記の研究結果から、自殺念慮と自殺行為の間には密接な関連性が示唆される所である。

以上、自殺の予測要因として自殺念慮の概念を用いることが有効であると考えられる。しかし、重要なことは、自殺念慮の正確な把握のために用いる測定尺度の検討である。例えば、本研究で検討した従来研究に用いられた尺度を検討してみると、自殺念慮を測定した36編の従来研究のうち、20編は測定尺度ではなく、1問か2問で自殺念慮の有無を測定している。残りの16編のうち、自殺念慮測定尺度を用いられなかった2つの測定

尺度(イラ 2014 ; ヤンら 2011)を除外すると、14 編の研究で自殺念慮測定尺度を用いている。しかし、従来の研究で用いられた従来の測定尺度は、自殺念慮を自殺計画や自殺企図等の前段階としての自殺念慮のみならず、自殺計画の経験や自殺企図の経験の有無が含まれており、対象を考慮せず、海外で開発された測定尺度をそのまま翻訳して用いている。したがって、自殺念慮を自殺の予測要因として用いる際には、自殺念慮測定尺度の検討が必須となる。

2-3. 高齢者自殺の研究方法

高齢者自殺の研究方法を検討した結果、42 編のすべての従来の研究は、量的研究(研究者が直接調査を実施して得られたデータではなく、政府から行った調査データを使用し、量的研究の解析方法を用いて再分析した従来の研究も含む)であった。その内容を詳細に検討してみると、42 編の従来の研究のうち、17 編の従来の研究は、統計庁の統計データや政府が定期的に行っている国民健康栄養調査、韓国福祉パネル調査などの2次資料を用いて分析を行っている。また、25 編の従来の研究は政府の調査データを用いず、研究者が直接調査を実施して得られたデータを分析していた。42 編の従来の研究の統計解析をみると、相関関係分析、因子分析、主成分分析、回帰分析、重回帰分析、ロジスティック回帰分析、判別分析、共分散構造分析(構造方程式モデリング)など、多様な解析方法が用いられていた。それは、高齢者自殺研究では量的データを用いて多様な解析方法で自殺のリスク要因を実証する量的研究が重要視されていることを意味する。自殺予防のためには、自殺に影響を及ぼす要因を可能な限り多く検討し、実証していくことで、高齢者自殺への予防対策を立てることができると思われる。しかし、実証研究として質的研究が行われていない理由は、自殺研究の特殊性(倫理的問題や基礎資料を得るには時間がかかりすぎという難点)にあり、研究対象を探し出すことも簡単ではないからである。したがって、高齢者の自殺予防において効果的・効率的な予防対策を立てるためには、量的研究のような実証研究を通して多くのデータを蓄積することが求められる。

それに加え、自殺のリスクやその関連性を正確に把握するためには、解析方法を検討する必要がある。前記の多様な解析方法は、変数間の関係として相関関係と因果関係の2つに分けて検討できる。まず、相関関係は、どちらが原因でどちらが結果になっていると

いう方向性を特定せず、かかわっているがどうかを表す関係である。一方、因果関係は、一方が原因となり、他方が結果となるという関係を明らかにする解析方法である(小杉ら 2014:5)。つまり、最近、韓国でよく採用されて行われている解析方法である重回帰分析やロジスティック回帰分析という多変量解析は、因果関係が解明できない弱点がある。また多変量解析は、変数に誤差を含めたまま解析するため、結果として出てくる説明率にも誤差が含まれており、誤差が含まれている説明率は正確な解析ができないことを意味する。また、帰納的仮説を基盤としているため、研究対象が変わると、同様な研究モデルと変数でもその結果が変わる可能性が高い。例えば、従来の研究で使用されている解析方法は、そのほとんどが多変量解析として帰納的仮説を基盤としている。したがって、従来の研究によって自殺念慮に影響を与える要因が変わる場合が多かった。

しかし、共分散構造分析と呼ばれる構造方程式モデリングは、相関関係を含め、変数間の因果関係が分析できること、変数に含まれている誤差を分離して解析できることが可能であり、心理統計の分野ではよく採用されて行われている解析方法である(小杉ら 2014)。また、構造方程式モデリングは、理論を基盤として立てられた演繹的仮説のため、研究対象が変わっても、その結果はあまり変わらないと言える(豊田 2003；山本ら 1999)。

本研究において、収集された 42 編の従来の研究の解析方法も前記のように分類してみると、相関関係分析や重回帰分析やロジスティック回帰分析という多変量解析などを採用した従来の研究は 39 編であり、構造方程式モデリングを採用して解析を行った従来の研究は 4 編(カンら 2013；シン 2012；ジョンら 2007；キム 2002)のみであった。このような結果からみると、収集された多くの従来の研究が相関関係に焦点を当てて行われてきたことを意味している。また、この 4 編の従来の研究のうち、理論を基盤とした仮説モデルを検証した研究は、1 編(キム 2002)のみであった。その他の研究は、理論を基盤としない帰納的仮説に近い研究モデルの検討であった。

高齢者自殺研究における従来の研究のように、量的研究を採用して、自殺に影響を与える要因を明確にすることは必要であると考えられるものの、量的研究を採用する際には、その解析方法の採用にも十分な検討が求められる。本研究のような自殺のメカニズムを明らかにする心理統計の分野では、構造方程式モデリング解析方法を採用し、原因になる要因とそのメカニズムを解明する必要性が示唆された。

第3節 高齢者の自殺念慮測定尺度に関する文献研究³⁾

前記従来の研究の分析の結果、従来の量的研究で用いられてきた自殺念慮測定尺度に関しては、高齢者の自殺リスクを正確に測定できる適切な自殺念慮測定尺度となっているか否かの検討の必要性が示唆された。そこで、本節では、自殺に至るプロセスの最初段階である自殺念慮を予測要因として開発された自殺念慮測定尺度が高齢者に適用できる尺度であるかを検討する。

3-1. 従来の研究の検討

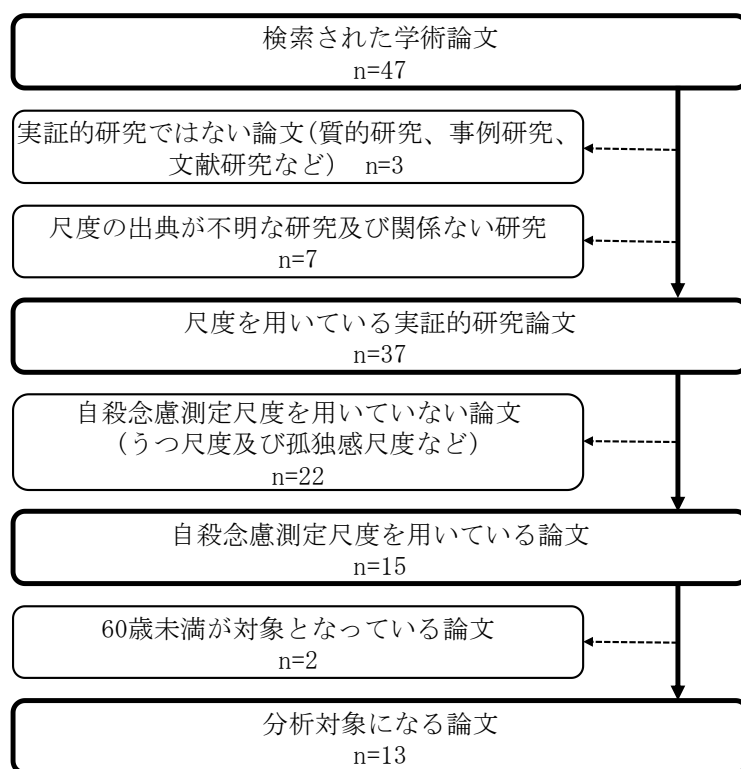
高齢者の自殺念慮測定尺度に関連する従来の研究は、米国のデータベース「Pubmed」で検索した。その理由は、1970年代から自殺念慮が世界で注目され、尺度が開発されてきたが、日本では高齢者に対する自殺念慮測定尺度が皆無であり、また韓国で開発されている尺度はほとんど米国で開発された尺度を基盤としているためである。なお、自殺研究は、精神医学や心理学領域でよく研究されていることを考慮し、医学データベースである「Pubmed」を用いて検索を行った。検索におけるキーワードは「suicidal ideation, suicidal thinking, suicidal thought(自殺念慮, 自殺願望, 希死念慮, 自殺思考)」, 「elderly, older people(高齢者)」, 「scale(調査, 尺度, 指標)」とした。

検索の結果、前記キーワードに関連する48件の学術論文が見出された(2016年7月実施)。検索された従来の研究の中から①60歳未満の者を対象としている研究、②定性的研究(質的研究や事例研究, 文献研究など)、③自殺念慮ではなく、うつ尺度や孤独感尺度を用いている従来の研究は、分析から除外した。日本では、高齢者は65歳以上とされているが、本研究においては世界基準として60歳以上を高齢者と定義した。なお、前記の従来の研究を除外した理由は、①高齢者を対象とした論文に限定すること、②質的研究や事例研究などでは数量化された測定尺度が用いられていないこと、③うつ尺度や孤独感尺度は自殺念慮との直接的な関連がない質問が含まれていることに依る。

以上の基準で選定された学術論文に対し、批判的論評は、妥当性のうちの内容的妥当性と構成概念妥当性の側面から行った。このとき、内容的妥当性の検討の適切さは①探索的因子分析が最尤法もしくは最小二乗法を用いてなされているか(豊田 2000:23)、②因子抽出における回転法はプロマックス回転を採用しているか(豊田 1998:280-281)を判断基

準とした。また、構成概念妥当性の検討の適切さは③構造方程式モデリング (Structural Equation Modeling) を用いた確認的因子分析がなされているか(豊田 2000:29-30), また因子構造の適合度の問題はないかを判断基準とした。

高齢者の自殺念慮に関する 47 編の従来の研究のうち、高齢者の自殺念慮と関係ない研究と定性的研究、尺度の出典が不明な 10 編の従来の研究を除外し、何らかの測定尺度を用いた従来の研究は 37 編であった。前記 37 編の研究のうち、うつ尺度や孤独感尺度を用いている研究は 19 編(Lenze ら 2015 ; Koyama ら 2014 ; Rushing ら 2013 ; Abe ら 2012 ; Fukunaga ら 2012 ; Zhou ら 2012 ; Chen ら 2009 ; Dombrovski ら 2008 ; Awata ら 2007 ; McLaren ら 2007 ; Seki ら 2006 ; Friedman ら 2005 ; Fujisawa ら 2005 ; Pfaff ら 2004 ; Linden ら 1998 ; Opdyke ら 1996 ; Lapierre ら 1991 ; Hill ら 1988 ; Martin ら 1986)であった。なお、国際精神障害診断尺度および精神状態診断尺度を用いている研究(Wongpakaran ら 2013 ; Kurimoto ら 2010 ; Arvaniti ら 2005)と研究対象を 65 歳未満の成人としている研究(Park ら 2014 ; Zisook ら 2010)を除外すると、65 歳以上の高齢者を対象に自殺念慮測定尺度を用いていた研究は 13 編となった(図 2-1)。



【図 2-1】学術論文の採用の流れ

【表 2-1】 自殺念慮測定尺度を用いた学術論文

	著者	年	タイトル	対象者	研究概要	使用尺度	雑誌名
1	Kim, JH. Kim, DH. Park, YS.	2016	Body Composition, Sarcopenia, and Suicidal Ideation in Elderly Koreans: Hallym Aging Study.	65歳以上の高齢者	韓国の高齢者を対象に身体状態と筋肉の減少量が自殺念慮とどのような関連性があるのかを検討した。その結果、身体状態は、有意な関連性が認められなかったが、筋肉の検証量と有意な関連性が認められた。	自殺念慮測定尺度 BSI	Journal of Korean medical science
2	Segal, DL. Gottschling, J. Marty, M.	2015	Relationship among depressive, passive-aggressive, sadistic and self-defeating personality disorder features with suicidal ideation and reasons for living among older adults.	60歳以上の高齢者	アメリカの高齢者を対象にうつや攻撃性、人格障害、生きている理由などが自殺念慮とどのような関連があるのかを検討した。その結果、すべてが自殺念慮との相関が認められた。特に、自殺念慮と人格障害は強い関連性が認められた。	高齢者自殺念慮測定尺度 GSIS	Aging & mental health
3	Kim, S. Ha, J. H. Yu, J. et al.	2014	Path analysis of suicide ideation in older people.	65歳以上の高齢者	うつが自殺念慮の最も強力な予測因子として心理的幸福や経済的地位、社会的関係と自殺念慮の間に直接的及び間接的な影響を及ぼすことを検討した。	自殺念慮測定尺度 K-BSI	International Psychogeriatrics
4	Ponte, C. Almeida, V. Fernandes, L.	2014	Suicidal Ideation, Depression and Quality of Life in the Elderly: Study in a Gerontopsychiatric Consultation.	65歳以上の高齢者	入院患者の疾病や障害、心理の状態などがうつと自殺念慮に与える影響を明らかにし、QOLとの相関関係を検討した。	自殺念慮測定尺度 SIQ	The Spanish Journal of Psychology
5	Gilman, S. E. Bruce, M. L. Ten Have, T. et al.	2013	Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients.	60歳以上の高齢者	2年間、調査に参加した患者を対象に、抑うつ症状や自殺念慮の程度と社会的不平等(教育、収入、経済的な負担など)との相関を検討した。	自殺念慮測定尺度 SSI	Social psychiatry and psychiatric epidemiology
6	Gilman, S. E. Fitzmaurice, G. M. Bruce, M. L. et al.	2013	Economic inequalities in the effectiveness of a primary care intervention for depression and suicidal ideation.	60歳以上の高齢者	経済的な不利はうつや自殺と関連があり、それがうつや自殺念慮に与える影響に関して検討した。	自殺念慮測定尺度 SSI	Epidemiology (Cambridge, Mass.)
7	Almeida, L. Quintão, S.	2012	Depression and suicidal ideation in elderly institutionalized and non-institutionalized in Portugal.	65歳以上の高齢者	ポルトガルの高齢者を対象にうつと自殺念慮、依存度、活動の関連性を検討した。その結果、うつをもっている高齢者は自殺念慮が高く、活動が多いと、自殺念慮が低くなるという結果が得られた。	自殺念慮測定尺度 BSI	Acta Médica Portuguesa
8	Ekramzadeh, S. Javadpour, A. Draper, B. et al.	2012	Prevalence and correlates of suicidal thought and self-destructive behavior among an elderly hospital population in Iran.	60歳以上の高齢者	入院患者を対象に、自害行動や自殺念慮などの有病率とそのリスク因子を検討した。	自殺念慮測定尺度 BSI	International Psychogeriatrics
9	Clark, L. Dombrowski, A. Y. Siegle, G. J. et al.	2011	Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression.	60歳以上の高齢者	高齢者を対象に、自殺企図の経験の有無やうつ、自殺念慮の有無で4つのグループ分けをし、意思決定と自殺行動との関係を検討した。	自殺念慮測定尺度 SSI	Psychology and aging
10	Jahn, D. R. Cukrowicz, K. C. Linton, K. et al.	2011	The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults.	65歳以上の高齢者	うつは、自殺念慮の予測因子とされ、うつと自殺念慮の関係上に、負担になっているという認識がどのように媒介しているかを検討した。	高齢者自殺念慮測定尺度 GSIS	Aging & mental health
11	Shah, A. Hoxey, K. Mayadunne, V.	2000	Suicidal ideation in acutely medically ill elderly inpatients: prevalence, correlates and longitudinal stability.	65歳以上の高齢者	入院患者のうつと自殺念慮の有病率を確認し、うつや薬物治療、機能的障害などとの関係因子を明らかにした上で、6か月の治療後、うつと自殺念慮の変化を検討した。	自殺念慮測定尺度 BSI	International journal of geriatric psychiatry
12	Shah, A. Hoxey, K. Mayadunne, V.	2000	Some predictors of mortality in acutely medically ill elderly inpatients.	65歳以上の高齢者	入院患者のうつと自殺念慮の有病率を調査し、死亡率との関連を検討した。	自殺念慮測定尺度 BSI	International journal of geriatric psychiatry
13	Rao, R. Dening, T. Brayne, C. et al.	1997	Suicidal thinking in community residents over eighty.	81歳以上の高齢者	認知障害とうつを患う高齢者を対象に、自殺念慮との関係が7年前とどのように変化したか、横断研究を行った。	自殺念慮測定尺度 BSI	International Journal of Geriatric Psychiatry

なお、以上の 13 編に絞り込まれた従来の研究の中の自殺念慮測定尺度を検討すると、その内訳は①Beck らが開発した自殺念慮尺度 SSI(Scale for Suicidal Ideation)は 3 件、BSI(Beck Scale for Suicidal Ideation)が 7 件、②Reynolds の自殺念慮尺度 SIQ(Scale for Suicidal Questionnaire)が 1 件、③Heisel らの高齢者自殺念慮尺度 GSIS(Geriatric Suicidal Ideation Scale)が 2 件であった(表 2-1)。

3-2. 自殺念慮に関する測定尺度の概要

① Beck らが開発した自殺念慮尺度 BSI(Beck Scale for Suicidal Ideation)

Beck らの BSI は、自殺の可能性のある入院患者と外来患者を対象に自殺念慮の程度を測定することを目的に開発された尺度である。Beck らは BSI に従来にして自殺念慮尺度 SSI を開発している。この SSI は、臨床医(Clinician)が半構造化面接法で用いた自殺傾向性に関する評価項目を 30 項目の他者評定尺度として設定し、最終的に 19 項目から構成される測定尺度としたものである(Beck ら 1979:345)。その後、Beck らは、他者評定尺度としての SSI を自己評定尺度の BSI に修正している(Steer 1993:232)。この BSI は、SSI の 19 項目に「行った自殺企図の回数」と「自殺意図の深刻性」の 2 項目を加えて合計 21 項目の尺度となっている。ただし、追加された 2 項目は、自殺経験者用の項目である。前記 19 項目で構成される尺度の因子数には、2 因子(自殺の準備、自殺の動機付け)と 3 因子(積極的自殺欲求、自殺念慮、自殺の準備)がある(Beck ら 1979 ; 1997)。この尺度の回答方法は 3 件法(0 点から 2 点)と 4 件法(13 目の項目のみ)で、総合得点の範囲は 0~38 点となっている。日本では、大塚ら(1998)が翻訳版として、文化に合わない項目を修正した日本語版 SSI を作成している。

② Reynolds が開発した自殺念慮尺度 SIQ(Suicidal Ideation Questionnaire)

Reynolds が開発した自殺念慮尺度 SIQ は、青少年の自殺念慮を測定するための尺度で、最近 1 か月間の状況を頻度で問う 30 項目の自己評定尺度である。SIQ は、自殺念慮について 7 件法(0 点：「まったく思わない」～6 点：「ほとんど毎日思う」)で回答を求め、その総合得点は 0~180 点となっている。得点が高くなればなるほど、自殺の危険性が高いと評価される(Davis 1992:298)。SIQ の因子数は、3 因子(具体的な自殺計画と希望、他人の観点と反応、病的な思い)となっている(Pintoら 1997 ; Potardら 2014:472)。SIQには、

中学生版である SIQ-JR(Suicidal Ideation Questionnaire-Junior)と、成人版である ASIQ(Adult Suicidal Ideation Questionnaire)が開発されている。SIQ-JR は、SIQ の 30 項目から 15 項目に圧縮され(Davis 1992:298)、ASIQ は 25 項目に圧縮され、前記同様の 3 因子で構成される尺度となっている(Reynolds 1991:293)。

③ Heisel らが開発した高齢者版の自殺念慮尺度 GSIS(Geriatric Suicidal Ideation Scale)

Heisel らが開発した GSIS は、高齢者の自殺念慮を測定するために開発された自己評定尺度である。開発に先立って文献研究ならびに高齢者の精神的健康に関する専門家による議論を通して 80 項目が用意され、最終的に 31 項目に圧縮されている。回答は 5 件法(1 点：「まったくそうではない」～5 点：「そうである」)で求め、総得点は 0～155 点となっている(Heisel 2006:743)。GSIS の 31 項目は、自殺念慮、死に対する思い、自己喪失と社会的価値、人生に対する姿勢(life orientation)の 4 因子で構成されている(Heisel 2002:430)。

3-3. 自殺念慮に関する測定尺度の妥当性の検討

① 探索的因子分析の適用

自殺念慮尺度 BSI、自殺念慮尺度 SIQ、高齢者自殺念慮尺度 GSIS のすべてにおいて、内容的妥当性の検討のために探索的因子分析がなされていた。ただし、因子負荷量(パラメータ)の推定に最尤法を採用していた測定尺度は、自殺念慮尺度 BSI のみであった(Beck ら 1997:1044)。自殺念慮尺度 SIQ では、主成分法(Principal component analysis)が採用され(Pinto ら 1997:64)、高齢者自殺念慮尺度 GSIS においては、主因子法(Principal axis factoring)が採用されていた(Heisel ら 2006:745)。

潜在変数の内容を変化させるための回転法として、プロマックス回転が採用されていた測定尺度は自殺念慮尺度 BSI のみであった(Beck ら 1997:1044)。高齢者自殺念慮尺度 GSIS では直接オブリミン(direct oblimin)回転が、自殺念慮尺度 SIQ では直交回転(バリマックス回転)が採用されていた(Pinto ら 1997:64)。

② 確認的因子分析の適用

確認的因子分析により構成概念妥当性が統計学的に検討されていた尺度は、自殺念慮

尺度 BSI と自殺念慮尺度 SIQ であった。自殺念慮測定尺度 SIQ は、Potard ら (2014) の研究において確認的因子分析が行われ、3 因子(斜交)モデルが検討され、それらがデータに適合することが示されている (Potard ら 2014:472)⁴⁾。ただし、自殺念慮尺度 BSI は、Holden ら (2005) の研究において 2 因子二次因子モデルがデータに適合しないことが明らかにされている (Holden ら 2005:233)。

以上、従来の研究で用いられていた 4 種類の自殺念慮関連の測定尺度に関する妥当性を内容的妥当性と構成概念妥当性における統計学的な側面での解析結果は表 2 に示した通りである

3-4. 自殺念慮測定尺度の検討

以上の基準で選定された従来の研究で用いられている尺度を検討し、まず、各尺度を統計学的な視点から分析を行った。分析は、尺度の内容的妥当性と構成概念妥当性の側面から行った。このとき、内容的妥当性の検討の適切さは①探索的因子分析が最尤法もしくは最小二乗法を用いてなされているか(豊田 2000:23)、②因子抽出における回転法はプロマックス回転を採用しているか(豊田 1998:280-281)を判断基準とした。また、構成概念妥当性の検討の適切さは③構造方程式モデリング (Structural Equation Modeling)を用いた確認的因子分析がなされているか(豊田 2000:29-30)、また因子構造の適合度に問題はないかを判断基準とした。以上の基準で、3 種類の尺度を検討した結果、内容的妥当性と構成概念妥当性が統計学的に十分検証された測定尺度は SIQ のみであった(表 2-2)。

【表 2-2】 自殺念慮測定尺度の内容的および構成概念妥当性

	自殺念慮測定尺度	探索的因子分析 (内容的妥当性)			確認的因子分析 (構成概念妥当性)	
		分析の実施	最尤法または 最小二乗法	斜交回転	分析の実施	適合度
1	BSI	○	○	○	○	不適合
2	SIQ	○	×	×	○	適合
3	GSIS	○	×	○	×	
4	SIS	○	×	×	×	

しかしながら、SIQ は青少年を対象に開発された尺度であり、自殺計画や他人の観点と反応など、高齢者の自殺念慮のみをはかるのに内容的にもそのまま適用することには適切ではないと推察された。また、従来の自殺念慮測定尺度は、自殺行為の予測に重点が置かれ、自殺念慮から始まり自殺計画と自殺企図を経て自殺に至るといった連続的なプロセス (O'Connell ら 2004:895-896)あるいは連続的な概念(ジャン 2006:13)における自殺念慮を扱っていない。つまり、自殺念慮より自殺行為(自殺計画と自殺企図)に焦点が置かれている測定尺度がほとんどであり、自殺念慮そのものを正確に測定できる尺度は皆無であった。

高齢者の自殺や自殺計画、自殺企図といったプロセス全体の予防や高齢者の安心・安全で豊かな生活の維持・向上のためには、前記プロセスにおける自殺念慮に影響を与える要因の解明が不可欠である。そのことに資する自殺念慮測定尺度の開発が急務である。なお、高齢者用の GSIS は、項目数が多いことによる高齢者に対する負担や測定内容が自殺念慮というよりもうつ概念に近い項目が配置されていた。今後は、時間的・精神的負担を与えない高齢者の自殺念慮そのものを適切に測定できる尺度を開発することが重要である。このような尺度が開発されるなら、それは高齢者の自殺予防のための適切な方策の開発にとって有効な機能を発するものといえよう。

第4節 本研究の目的と課題

本章では、日本と韓国における高齢者自殺に関する従来の研究を検討している。日本と韓国の従来の研究と通して、高齢者自殺の発生要因、自殺の予測要因、高齢者自殺の研究方法に分けて検討を行ってきた。その結果、以下のように、3つの示唆が得られた。

第1に、高齢者の自殺リスクになる多様な要因との関連性を検討する必要がある。その要因は、高齢者の日常生活において、高齢者のストレスになる出来事や変化(ストレッサー)を中心に検討する必要性が示唆された。また、自殺のリスク要因を高齢期にストレスになる出来事や変化(ストレッサー)のみではなく、その出来事や変化(ストレッサー)に対してどのように認知しているのか(ストレス認知)に関する検討が重要である。

第2に、高齢者の自殺リスクをより正確に測定するために、自殺念慮の概念を取り入れて測定することの必要性が示唆された。しかし、自殺念慮を正確に測定するためには、自殺念慮の概念を反映した尺度、高齢者の特性を考慮した尺度の開発が必要である。

第 3 に、高齢者自殺を早期に対応するためには、量的研究の手法を用いることが効果的・効率的であり、高齢者の自殺リスク要因とそのメカニズムを解明するためには、構造方程式モデリングの解析方法を採用し、解析することで、正確な自殺リスク要因とそのメカニズムが解明できると示唆された。

以上のことを踏まえ、本研究では、高齢者の自殺予防への指針を得ることをねらいとして、高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにすることを目的とした。また、この研究の目的に基づき、具体的には、日本と韓国の高齢者に対して独立変数とした日常生活ストレスおよび統制変数と自殺念慮がどのようなメカニズムで関連しているのかについて仮説モデルを組み立て、仮説モデルのデータに対する適合度を実証的に検討する。このような、日本と韓国の高齢者がもっている日常生活ストレスを正確に測定し、自殺念慮への影響を明らかにすることによって、今後の高齢者に対する自殺予防への指針が得られることが、また、高齢者の自殺リスクを把握し、自殺予防への介入や予防策としてのプログラム開発も期待できよう。

さらに本研究では、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにするため、次の 3 つの研究課題を通して検討を行うこととした。

研究課題 1：高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度の開発

研究課題 2：日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性

研究課題 3：韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性

本研究では、以上 3 つの課題を実証的に検討し、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を解明することになる。

【注】

- 1) 2次資料とは、統計調査により集められた情報を既存の調査結果(集計表・報告書等)のほかに、秘密の保護を図った上で新たな統計作成 や統計的手法を利用した学術研究等のために活用するものである(総務省 2014)。
- 2) 心理学的部剣(psychological autopsy)とは、自殺または自殺企図の原因とその状況を明らかにすることである(Oxford English Dictionary 2017)。また、後方視的研究の一つであり、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(張ら 2012:548-550)。
- 3) 第2章の第3節(高齢者の自殺念慮測定尺度に関する文献研究)は、同志社大学社会学会誌『評論・社会科学 =Social science review』第115号に掲載した「高齢者の自殺念慮測定尺度に関する批判的論評」の一部を修正および補足して作成した。
- 4) 3因子(斜交)モデルの適合度は、GFIが0.92、AGFIが0.91、RMSEAが0.05で、概ね良好な値が示されていた。ただし、CFIに関しては、一般的に良好であるとされている0.9以上(豊田 2003; 山本ら 2002)ではなかった。

第3章 研究の構成と用語の定義

本章は、第1節と第2節で構成する。第1節では、本研究の全体的な構成について説明する。序論(第1章, 第2章, 第3章), 本論(第4章, 第5章, 第6章, 第7章), 結論(第8章)に大きく分け、各領域に関する内容を詳しく説明する。また、第2節では、本研究で用いられている重要な概念である日常生活ストレスや自殺、自殺念慮についてその概念および定義を行う。本研究では、日常生活ストレスを、Lazarus ら(1984)の定義を参考に、日常生活ストレスを「日常生活の中で、個人および環境からの刺激によって自分の生活を脅かす否定的な心理状態」と操作的な定義をする。自殺は、WHO(1968)の定義を用い、「自ら意志をもって、自分の命を絶つ行為」と操作的な定義をする。自殺念慮は、「自殺したい気持ち(張 2006:147)をもっており、自殺の計画や企図などの自殺行為に関して深刻に考えること(Kovacs 1985:559 ; Reynolds 1991:290)」と操作的な定義をする。以上の操作的定義に基づき、本研究を行っていく。

第1節 本研究の構成

本研究の序論(第1章, 第2章, 第3章)では、大きく本研究の社会的背景と研究的背景、研究の構成と用語の定義について述べる。本論(第4章, 第5章, 第6章, 第7章)では、序論で得られた研究的背景を基礎に設定した3つの研究課題を達成するために、理論を基盤とした調査の理論的枠組みを設定し、実証する。また、実証された結果から考察を展開する。結論(第8章)では、本論で検証された結果から今後の高齢者自殺予防対策への政策的・実践的支援に関する提言を述べる。最後に、本研究における限界と今後の課題について論じる。

序論では、本研究の意義を明確にするために、社会的背景と研究的背景を検討し、本研究の目的と課題を設定する。まず、社会的背景では、日本と韓国における社会の高齢化とともに生じる問題としての高齢者自殺と、その予防対策として行われている自殺予防基本法に基づき、講じられている高齢者の自殺対策の問題を指摘する。とりわけ、現政策が若者や働き盛りの自殺予防を中心に行われていることや、高齢者自殺に関する対応は、ほとんど行われていないことを指摘する。また、日本と韓国において、過去から現在までの全自殺者と自殺死亡率の変動を検討し、その中で、高齢自殺者と自殺死亡率がどのように

変動しているのかを検討し、高齢者自殺の深刻性と対応の必要性を述べる。

研究的背景では、社会的背景を受け、まず、日本と韓国における高齢者自殺に関する学術論文を日本のデータベースである CiNii と韓国のデータベースである「国会電子図書館」を使用する。収集された学術論文を検討し、高齢者自殺に影響を与える要因を明らかにする。また、自殺の予測要因として用いられている因子を検討し、自殺の予測要因として用いる適切な因子を明らかにする。その上で、本研究で用いる適切な研究方法を明らかにする。従来の研究の検討で明らかになった自殺の予測要因として用いる自殺念慮に関する適切な測定尺度を検討する。検討にあたっては、米国のデータベースである「Pubmed」を用いて検討し、レビューする。以上の結果を踏まえ、本研究の目的を設定する。本研究では、自殺に至るリスクを適切に把握し、高齢者の自殺予防福祉モデルへの指針を得ることをねらいとして、従来の研究で明確にされていない高齢者自殺のメカニズムを解明する。ただし、上記したように、自殺は測定できない限界があるため、本研究では自殺に至るプロセスの最初の段階である自殺念慮を自殺の予測要因として用いることにする。本研究においては、自殺念慮を用いて「日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにする」ことを目的とし、前述したように(第2章第4節)、3つの研究課題を設定して検討を展開していく。

本論では、まず、本研究の調査に適切な日常生活ストレスと自殺念慮の概念を検討し、操作的定義を明確にする。また、設定した3つの研究課題を解明するために、自殺に関する様々な理論(社会統合理論、交換理論、精神分析理論、自己破壊理論、生態学理論)の検討を行い、本論文の研究課題を明らかにするために適切であると判断した Lazarus ら(1984)のストレス認知理論を援用し、ストレスとコーピングモデルを検討する。

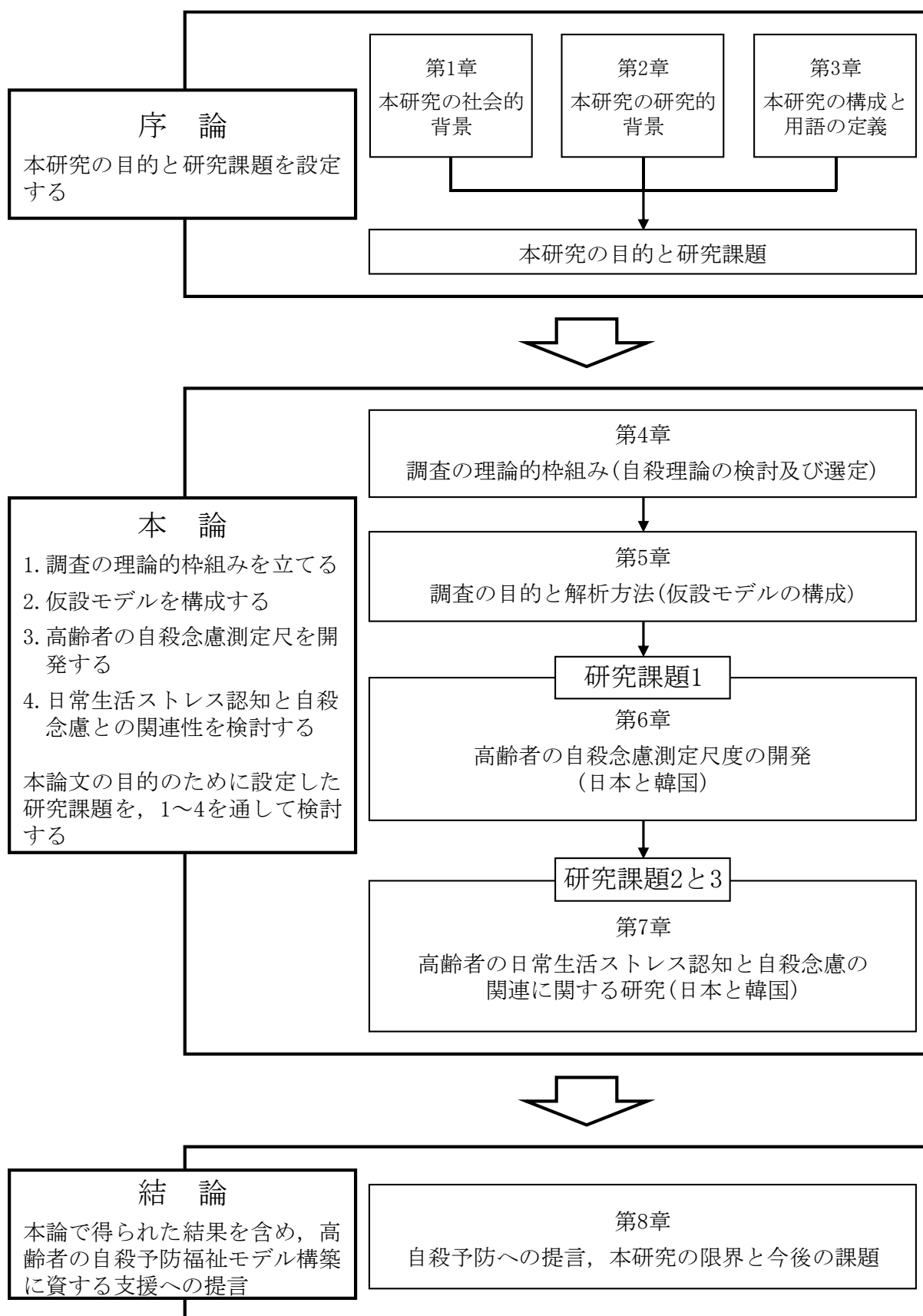
研究課題1を解明するため、高齢者を対象とした諸外国で使用されている各種測定尺度を参考に、その概念に関連すると判断される項目を任意に選定し、高齢者の自殺念慮を適切に測定できる尺度の開発を試みる。自殺念慮測定尺度の開発にあたっては、日本と韓国の高齢者を調査対象とした。まず、日本では、A市に位置している3団体(高齢者大学、デイケアセンター、教会)に所属する65歳以上の在宅高齢者を対象とし、韓国では、B市に位置している総合社会福祉館と老人福祉館を利用している65歳以上の在宅高齢者を対象とした。統計解析では、高齢者の自殺念慮を1因子と仮定し、構成概念妥当性と信頼性

を検討する。本尺度の因子構造モデルに関する構成概念妥当性は、構造方程式モデリングを用いた確認的因子分析より検討し、内的整合性の側面からみた信頼性は、 ω 信頼性係数より検討する。

研究課題 2 を解明するため、Lazarus ら(1984)のストレス認知理論を援用し、日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにする。調査対象は、研究課題 1 と同様であり、解析には、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない 208 名のデータを用いる。仮説モデルに対するデータへの適合性は、構造方程式モデリングを用いて検討する。

研究課題 3 を解明するため、Lazarus ら(1984)のストレス認知理論を援用し、韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにする。調査対象は、研究課題 1 と同様であり、解析には、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない 316 名のデータを用いる。仮説モデルに対するデータへの適合性は、構造方程式モデリングを用いて検討する。

結論では、本研究のまとめ、高齢者の自殺予防福祉モデル構築への提言、研究の限界と今後の課題について述べる。序論で述べた本論文の意義と課題、本論で述べた本研究の目的および目的達成のために設定した 3 つの研究課題、また、仮説モデルの検証から明らかになった結果について再確認する。次いで、研究課題 1 から研究課題 3 を通して得られた知見から、高齢者の自殺予防福祉モデル構築に資する政策的・実践的提言を述べる。最後に、本研究の限界と今後の課題では、自殺研究上の限界および調査にあたっての限界、今後残された課題について述べる。以下は本研究の構成図である(図 3-1)。



【図 3-1】 本研究の構成図

第2節 用語の概念と定義

2-1. 日常生活ストレス

ストレスの語源は、ラテン語であるストリンゲール(stringere)という言葉に由来し、現在、生活の中でよく使われている言葉の一つとなっている。初期のストレスの研究は、生理学者によってなされてきた。生理学者である Cannon(1929)は、ストレスを「有機体に害を加える感情の状態」と初めて定義し、ストレスの概念を人間に適用して、人間が外部からのストレスにどのように反応していくかを実験した。その結果、軽度のストレスを経験した人間は、そのストレスに対応できるが、ストレスが強くなり、もしくは軽度のストレスでも持続すると、生物学体系(人間)を破壊するという結論が得られた(伊2009)。ストレスという言葉は、17世紀に幸苦や苦境、逆境、苦悩などを意味する言葉として使われ、18世紀頃からは圧力(pressure)または、物理的な圧迫(physical strain)としてよく使われてきた。しかし、ストレスの学術用語としては、「外部からの力によって生じる物体の歪み」という力学的・工学的な用語の方が古いとみられるが、1930年代に生理学者である Selye が「外部の有害刺激(ストレッサー, stressor)に対する生体の適応反応をさしてストレス」と呼ぶ学説を打ち出して以来、生理学、医学、心理学などの領域で広く使用される用語となった(新社会学辞典 2006:818)。初期のストレス研究において Selye は、ストレスには「否定的なストレス」と「肯定的なストレス」があり、生体にとって「否定的なストレス(distress)」ばかりではなく、いい影響を与える「肯定的なストレス(eustress)」も存在すると考えられた。しかし、現代社会におけるストレスの概念は、心理的・身体的な疾病やうつ、苦痛などの原因で、ほとんど否定的な意味として使われている。

様々な研究におけるストレスの定義を検討してみると、まず、Lazarus(1984)は、彼の著書である「Stress, Appraisal, and Coping」で「人間と環境との間の特定な関係であり、その関係とは、その人の原動力に負担をかけることや資源を超えること、ウェルビーイングを脅かすことと評価されるもの」と定義しつつ、人間と環境との間の関係を強調している。また、石原ら(1985:89)は、「人間の外にある環境を考え、生活をしていく中でかかわりを持たなくてはならない様々な活環境から生じるストレッサーとそれに対する心理的対処反応を含めた過程」と定義し、林(1987:57-58)は、「個人が環境(他人、

出来事、物理的環境など)からの刺激に対して適切あるいはまた合理的に反応することができないという意識的、無意識的な知覚から発生する心的および生理的状态」と定義した。イ(2012:32)は、「個人が適応できない困難な状況に置かれていると感じられる心理的・身体的な状態」と定義した。

以上のように、それぞれの定義を検討したが、ストレスの定義は、分野によってその表現は変わっている。ほとんどが否定的な意味で、ストレッサーに対する反応として現れている心理的・生理的状态を示している。したがって、本研究における操作的定義は、Lazarusら(1984)の定義を参考に、日常生活ストレスを「日常生活の中で、個人および環境からの刺激によって自分の生活を脅かす否定的な心理状態」とする。

2-2. 自殺と自殺念慮

自殺を意味する英語の単語は、「suicide」で、その語源をみると、「sui(自己自身)」「caedo(殺す)」の合成語として、言葉の通りに自殺とは、その原因が個人的あるいは、社会的であろうが、当事者が自由の意志により自らの命を絶つ行為を意味する(イ2009:12)。

自殺は、一般的に全生涯にわたって現れている自己破壊的行為であり、自分を苦しませる環境から脱したい気持ちで、簡単に言えば、自ら自分の命を絶つことである。しかし、自分を苦しめる個人的状況や自分を巻き込んでいる様々な環境から脱するために自殺という極端な方法を選択することもある。また、精神疾患もっている人が妄想により現実の意識できず、自分の命を絶つ行為や深刻な疾病をもっている高齢者がうっかり薬を飲み忘れて死亡する場合もある。したがって松本(1995:10)は、自殺を「自らを殺すこと」が一般的な意味であるが、自らを殺すことがすべて自殺であると決めることはできないと述べている。このように自殺を「自ら殺すこと」とであると簡単に定義するのは難しい。

自殺の概念は学者によって異なり、多様な概念として定義されている。19世紀初期の社会学研究者である Durkheim(1960:22)は社会学の側面から自殺を、「自身によってなされた積極的・消極的な行為から直接・間接に生じる結果であり、さらに、自らがその結果の生じることを知っていた場合をすべて自殺」と定義し、自分の行為の結果に対する認知を強調している。一方、Freud は自己破壊的衝動の結果であると自殺の概念を説明してお

り、Menninger(1938:22)は、「堪え難い人生の情勢から逃避することである。それが外面的なものであれば、勇敢なものであり、内面的なものであれば、その自殺は狂気の沙汰である」と定義している。Freud と Menninger は自殺を人間が本来にもっている本性として精神分析的側面から説明している。

なお、日本では、稲村(1977)によると、自殺しようとしている本人の意図とその行為の結果、死に至ることであると定義しており、自殺の動機は複雑であり、また意図が明確な場合はむしろ少なく、自殺に至る過程の精神状態は決して普段と同じようなものではないことが多いと述べている。また、精神医学の側面から大原(1972:5)は、「自らを殺す行為であり、さらに死にたいという意図が認められ、その結果を予想しえた死」と定義している。その他、岡本(2007:4)は、「自ら選んで遂行した死」と定義し、松本(1995:14)は、「ある程度成熟した人格を持つ人間が死にたいという意図をもって、自らの死をもたらすような行為、あるいは生きる意志を喪失し、自己破壊の意図をもって命を絶つ目的をもった行為」と説明している。一般的に使われている辞書的意味としては、「自ら自分の生命を絶つこと」(広辞苑 1998)と定義されており、世界保健機構(1968 以下、WHO)は、自殺を「意志をもって、自分の命に加害し、死といった結果に至る自滅行為」と定義している。

一方、海外では、自殺をより広義の概念として捉えている。例えば、Reynolds(1988)と O'Connell ら(2004)は、自殺を自殺念慮(suicidal ideation)、自殺意図(suicidal plan)、自殺企図(suicidal attempt)と区分し、自殺念慮から自殺に至るプロセスが自殺であると述べている。Reynolds(1988)によると、自殺念慮は、死に対する考え、死にたいという念慮、死ぬ方法と時期などに対する考えを含む。自殺意図は、遺書を書くことや物を処分すること、自害することを含む。また、自殺企図は、計画をもち、失敗する可能性が少ない自害などであると述べ、自殺は、自殺念慮から始まる連続的な一つのプロセスであると強調している。現在の自殺研究においては、前記の自殺に至るプロセス、すなわち、自殺念慮(suicidal ideation)から始まり、自殺計画(suicide plan)と自殺企図(suicide attempts)を経て、自殺(completed suicide)に至る過程は、連続的なプロセス(O'Connell ら 2004:895-896)あるいは連続的な概念(ジャン 2006:13)として理解されている。自殺研究における限界(自殺を測定すること)があるものの、自殺の概念がより具体化され、自殺念慮の概念を用いた自殺予防の側面から研究が進むようになってきている。自殺念慮を有す

る者が必ずしも自殺するとは言えないが、それは自殺行為に至る重要な指標であり、自殺念慮が強くなればなるほど自殺企図の危険性も高く、さらに自殺念慮と自殺行為の密接な関連性もあるという報告がなされ(ユック 2002)、自殺研究において自殺念慮は重要な概念として用いられている。

そこで、本研究においては、前記のように自殺の概念を、自殺念慮と自殺計画、自殺企図を含む広義の概念として理解し、使われるそれぞれの操作的定義を次のようにする。自殺の定義は、WHO(1968)の定義を用い、「自ら意志をもって、自分の命を絶つ行為」と操作的定義をする。また、自殺企図とは、「意図をもち、自害することや自殺の準備を実行すること」と定義し、自殺計画とは「遺書を書くことや物の処分、自殺の情報収集など自殺の準備をすること」と操作的な定義をする。自殺念慮とは、「自殺したい気持ち(張 2006:147)をもっており、自殺の計画や企図などの自殺行為に関して深刻に考えること(Reynolds 1991:290 ; Kovacs 1985:559)」と操作的定義をする。日本と韓国においては、自殺念慮と同様の意味で自殺願望と希死念慮の言葉を混用して使用しているが、本研究においては、自殺願望と希死念慮を統一して、自殺念慮という言葉を使用する。

Ⅱ 本論

序論では、本研究の意義を明確にするために、社会的背景と研究的背景を整理し、本研究の目的と研究課題を設定した。本論では、序論で、社会的背景や研究的背景を検討して設定した目的と研究課題を受けて、自殺理論に基づいた仮説モデルを組み立て、その検討を行う。さらに、本研究の目的である日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮のメカニズムを明らかにするために、3つ研究課題を設定した。第1に、自殺念慮測定尺度の開発、第2に、日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性について検討すること、第3に、韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性について検討すること、である。

まず、本論の第4章では、自殺発生に関する様々な理論を検討し、実証研究においての適用可能な自殺理論モデルを援用して自殺の仮説モデルを組み立てる。本論の第5章では、本研究の調査目的と各研究課題にあたる仮説モデルを設定し、その仮説モデルの解析方法を述べる。本論の第6章では、研究課題1である「高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度の開発」に関する仮説モデルを検討する。本論の第7章では、研究課題2と研究課題3である「日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性」について検証する。

これらの仮説モデルの検討により、日本と韓国の高齢者において自殺念慮に影響を与えるリスク要因が明確になる。リスク要因が明確になることは、自殺へのリスクが予測できることを意味し、今後、日本と韓国における高齢者の自殺予防対策や支援への具体的な指針が得られることであると考えられる。

第4章 調査の理論的枠組み

本章では、自殺発生理論の実証研究における援用の可能性について検討し、その自殺理論を援用して自殺の仮説モデルを構築することを目的とする。第1節では、自殺理論として検討されてきた理論を社会学的視点、精神分析的視点、生態学的視点に区分してその内容について検討する。まず、社会学的視点としては、Durkheim の社会統合理論と交換理論を検討し、精神分析的視点としては、Freud の精神分析理論と Menninger の自己破壊理論を自殺理論として検討する。最後に、生態学的観点として、Bronfenbrenner の生態学理論を、自殺発生に関する理論としてその内容を検討する。第2節では、1節で検討した各理論の限界から、自殺発生に関する自殺理論として適用できると判断した Lazarus らのストレス認知理論を検討する。第3節では、第2節で検討した Lazarus らのストレス認知理論を援用し、自殺の仮説モデルを組み立てるものとする。

第1節 自殺発生に関する理論

1-1. 社会学的視点

1) 社会統合理論(Social Integration Theory)

社会学者である Durkheim は、自殺を社会学的視点から説明している。Durkheim(=1985)によると、自殺に影響を与える要因は大きく社会的要因と非社会的要因に区別できる。社会的要因は社会の統合(連帯)の程度であり、非社会的要因とは、精神病や個人の体質、宇宙的な要因(気候、時間等)であると説明している。しかし彼は、様々な統計データを根拠に精神病や個人の体質、宇宙的な要因(気候、時間等)のような非社会的要因によって社会の自殺現象が現れていることではなく、自殺は社会的要因である社会統合の程度によって定まると提唱している。すなわち、社会の自殺現象は社会統合の程度と反比例して増減することである。彼は、実証的研究を通して自殺現象を検証し、自殺を社会的病理現象として解釈した。したがって、個人が自殺するためには、個人的な要因より個人が属している社会の統合の程度から影響を受けるので、自殺傾向を理解するのに社会統合の程度に注目する必要があると述べている。また、彼は、個人が統合される程度と統制される程度により、以下の4つのタイプに分けて詳しく説明している。

① 自己本位的自殺(利己的自殺, egoistic suicide)

社会統合が弱い社会で主に発生し、現代社会でよく現れている自殺の形態である。社会統合が弱くなると、個人は集団に依存しなくなり、したがってますます自分自身のみを依拠して集団的価値より個人的価値が重要視されるようになる。社会は個人主義になり、個人主義の傾向が強まると、個人は社会から孤立され、社会的サポートや周りの人との関係が断絶される。その結果、社会からの疎外感を感じ、自殺を選択するようになる。

② 集団本位的自殺(愛他的自殺, altruistic suicide)

集団本位的自殺は、自己本位的自殺の正反対の概念として、社会統合が強い社会で主に発生し、伝統社会でよく現れている自殺の形態である。社会統合が強ければ強いほど、集団と個人が一体化とし、個人の価値より集団の価値が重要視されるようになる。その結果、集団が個人に圧力を加え、個人の意志ではないが、それが一般化とし、平気で自殺するようになる。

③ アノミー的自殺(anomic suicide)

自己本位的自殺のように社会統合が弱くなっており、さらに、社会的規制も失われている状態から発生する自殺の形態である。また、人の活動が規制されなくなり、それによって個人が苦悩を負わされているところから生じる。急激な社会変動や経済危機などにより、自分の方向性が失われ、自分を支配している道徳的規律が崩壊される。その結果、個人は自殺に至るようになる。

④ 宿命論的自殺(fatalistic suicide)

宿命論的自殺は、アノミー的自殺との正反対の概念として、社会的規制が過度に個人を支配している状態から発生する自殺の形態である。個人が選択できなくなり、または、統制できない強力な社会的束縛から脱しようとするとき、選択できる唯一な方法として自殺を選択するようになる。

2) 交換理論(Exchange Theory)

交換理論は、人間の行為と相互作用の概念を用いて社会現象を説明している。交換理論とは、二人以上の人と人、または、人と集団の間で行われる行為(取り引き)として、行為者たちがもっている資源(物質的・非物質的資源)を持続的に交換することで、互いの関

係を維持していくと規定している(久慈 1988). 相互関係を維持するためには、必ず、その相互作用(引き取り)が持続的に行われなければならないことと、相互作用を通して、互いにもたされる利益が適切であると認識することを前提している、もし、相互作用が止まると、相互関係も成立できないと仮定している.

Cowgill(1974)は社会の現代化が進むほど、高齢者の地位は徐々に下落し、地位の下落は結局、高齢者がもっている資源の枯渇に繋がると述べている(ホ 2010). つまり、生産技術の進歩や教育の普遍化、都市化が進むことにより、既存に高齢者がもっている伝統的な知識と機能や労働力など、資源の価値評価が下がり、他人との相互作用が縮小される(ホ 2010). さらに、高齢者になって喪失する資源(経済力や健康など)が多くなり、今までのような相互作用ではなく、他人に依存的な相互関係になる. その結果、他人は高齢者との相互作用を忌避するようになり、高齢者も自ら他人との相互作用を忌避するようになる. このような資源を交換する過程の中で、高齢者は資源の枯渇による孤立、孤独など心理的な問題が生じ、自殺に至ると言える. キム(2000)は、その例として、高齢の親と成人した子どもの関係を交換理論の観点から説明している. 愛情をもっている家族関係にもかかわらず、高齢者の所得や健康などの資源が減少すると、子どもに依存的な存在になる. しかし、高齢の親は、子どもに依存することによって発生する心理的な負担感や期待感を減らすために、子どもとの相互作用の回数を減らしていく. したがって、資源がない高齢者や不足している高齢者は、寂しさや孤独感をより多く感じ、結局、そのような関係が高齢者の心理的な負担となり、自殺に至る要因になると説明している.

以上の立場は、社会学的視点からみた Durkheim の社会統合理論は、社会変化や現象との相互作用の側面から、交換理論は、社会的資源の喪失という側面から自殺現象を説明しているものの、個人的要因(収入や身体的・精神的疾病など)による自殺は説明できないことに限界がある. また、社会統合理論は、社会的資源の喪失から自殺に至るプロセスに関して説明できない. 例えば、社会統合理論の観点からみると、有名人の自殺や、リーマン・ショックのような経済的危機により社会の統合性が弱くなり、自殺が増えることは説明できるが、どのようなプロセスを通して自殺に至るかを説明するには限界がある. 交換理論は、自殺に至るプロセス(急激な社会変動→資源(知識や労働力など)の価値軽減→孤

立・孤独→自殺)を説明しているが、各段階についてどのように評価するかについては説明できず、実証的な検討の困難さも否定できない。自殺の場合、自殺に至る心理的プロセスが最も重要であり、そのプロセスに合わせて各段階により自殺予防への介入計画立案が必要となる。その意味では、自殺理論として心理的プロセスが説明でき、実証的な検討ができる理論を検討する必要がある。

1-2. 精神分析学的視点

1) Freud の精神分析理論

精神分析学の体表的な存在である Freud は、自害および自殺について以下のように説明している。Freud(=1970:172)は、「Jenseits des Lustprinzips(快感原則の彼岸)」の論文から、生の本能(=性的本能, 愛)と死の本能(=自我本能, 憎しみ)という二元論的な概念を発表し、自殺をそれに基づいて説明している。本能とは、生命ある有機体に内在する衝動であり、以前の状態を回復しようとするものである。死の本能とは、生物は内的な理由から死んで無機物に戻ろうとするものであると述べている。人間は生まれてから生の本能である愛と死の本能である憎しみが相互作用しながら人間の行動に影響を与え、その中で自殺という結果が生まれると仮定している。特に、愛する対象が実際に失われることや情緒的な意味で失われることによって、愛と憎しみの感情を同時に感じられ、対象に向けられる感情が自己自身に向けられて自己批判や自己非難が行い、結局、自殺したいと衝動を感じるようになる。Freud は、人間は皆、攻撃性をもっており、殺人にも自殺にもその攻撃性が現れて起こると考えた。殺人の場合は、攻撃性が外に向けられて現れる現象であり、自殺の場合は、攻撃性が自分自身に向けられて現れる現象であると説明している。Freud は、自殺の動機について以下の 7 つを示していた(小原 2011:96)。①他者(特に親)に対する死の願望の自己処罰、②自殺をよく考える親と同一視、③他者への厳しい憎悪の反動、④リビドーの満足の欠如、⑤辱めからの逃避、⑥救助の叫び、⑦願望の充足である。Freud の「死の本能」説については、精神分析学者の間ですら反対者が多く、自殺を単に「死の本能」からのみで説明するのは当をえないとされている(大原 1978:76)。しかし、Freud が主張した人間の自己破壊や攻撃的な行動は、臨床的な自殺研究において自殺を理解するのに根拠になることは否定できない。

2) Menninger の自己破壊理論

精神分析学者である Menninger は、Freud が主張した「性能本能」と「死の本能」の観点から自殺理論を展開している。「生の本能」は建設的傾向であり、「死の本能」は自己破壊的傾向であると説明し、人間が本来にもっている本性であると主張している。Menninger (=1952:119)によると、自殺は、自己破壊的傾向が先へ進みすぎて、それを中和するはずの建設的傾向が追いつけず、または自己破壊的傾向が圧倒的に強すぎる場合、自殺はその結果として現れる自己破壊の劇的な実例であると、述べている。

また、自殺行動を構成する三要素を次のように述べている。1 つ目は殺そうという願望である。それは人間の原初的攻撃性であり、憎しみの感情である。愛する対象物が突然いなくなることやそれらに対して信頼ができなくなると、対象に対する愛着は覆られる。その愛着の情緒を構成する要素(愛と憎しみ)はバランスを失い、殺意が生まれる。殺意は、内部に向かって自分を殺そうと責めるようになる。2 つ目は、殺されたいという願望である。自分もっている原初的攻撃性を外部および内部に向けて表出すると、同時に内部からの良心が働き、罪悪感をもつようになる。その罪悪感は無意識の中で自己をずっと苦しめ、その苦痛から離れたたいという消極的な思いである。3 つ目は、死にたいという願望である。それは、原初的攻撃性の最初の段階であり、自己破壊的傾向と建設的傾向が混在していることである。攻撃性が内部に向かって自分を殺そうという表出と無意識には死にたくないと思いが混在することで、実際に自殺を実行しても失敗に終わる。大原(1978:78)によると、死にたい願望は、慢性的な病が現れ、比較的長い経過のうちに結晶してくることなので、その間に自分の立場や希死念慮に対する合理化が行われることも少なく、苦痛が自殺に結びつく場合、たいていこの願望になって自殺に動機づけられると述べている。

前記したように自殺行動の構成要素は、意識的動機と無意識的動機に区分され、それぞれの動機をもっているが、無意識から起こる自殺行動の動機に注目するべきであると Menninger は強調している。

以上のように、Freud と Menninger は自殺を一つの病理的問題として説明している。Freud と Menninger の理論が確立された以前は、自殺を道徳的、哲学的、宗教的などの問題から、Freud と Menninger の精神分析的理論により、人間が潜在的にもっている本能

に注目して人間の臨床的な問題として認識させ、それが現在の実証的心理モデルの基礎になったことに意義があると考えられる。しかし、Freud と Menninger の精神分析的視点は、人間の臨床的な側面から自殺を説明しており、人間の環境からの側面は、欠如しているという指摘がある。また、精神分析的理論は、人間の無意識や本能に着目しており、実証的検証が難しいという限界がある。さらに、人間の不変的な要素である自己破壊の概念に焦点を置いている (Barzilay ら 2014)。しかし、Baumeister ら (1988) は、自己破壊的傾向の検討と分析の研究により、自分もっている自己破壊的傾向を、自分に対して傷つけることや苦痛させることができるかを実証したが、有意な結果が得られなかった。それは、人間もっている自己破壊的な本能が自殺に影響を与えるのではなく、歪んだ心理的状态のみが自殺をもたらす可能性を示唆している。

1-3. 生態学的視点

Bronfenbrenner (1979) は、人間の発達を分析し、自殺を説明するために、新しい視点を取り入れ、生態学的視点から理論を展開している。生態学理論において人間は、構造化されている環境との相互作用の中から持続的に発達していく存在であり、人間に内在している問題ではなく、人間を巻き込む環境から影響を受けて変わるものとして位置づけられている。環境とは、個人の行動領域のみならず、個人の行動領域と直接的または、間接的に関連がある諸領域を意味し、各領域間の連携まで含んでいる広義的概念として使われている。生態学を踏まえて細分化した環境の領域は、研究者によってそれぞれ変わるが、生態学理論を提起した Bronfenbrenner (1979) は、以下のように4つの領域に区別している。

① ミクロ領域 (microsystem)

個人もっている身体的・精神的特性や性格など個人を示す特徴であり、個人が自分の生活環境の中で経験する基本的な活動および役割、対人関係からのパターンである。

② メゾ領域 (mesosystem)

個人が活発に参加している2つ以上の領域との相互関係である(こどもの場合は、家庭や学校、近所の仲間などの間の関係であり、大人の場合は、家族や職場、社会活動などの間の関係である)。

③ エクソ領域(exosystem)

個人は参加していない領域であるが、個人が活動している領域にお互いに影響を及ぼしている2つ以上の領域との相互関係である(地域社会、マスコミなど)。

④ マクロ領域(macrosystem)

下位文化や文化全体のレベルで存在している、または存在し得る形の下位システム(ミクロ、メゾ、エクソシ)から現れる信念体系やイデオロギー文化、文化的規範などである。

以上のように、Bronfenbrenner(1979)の生態学においては、自殺を単純に個人の問題および環境の問題として焦点を置くのではなく、個人や環境を含めてその関係性を重要視しているところに特徴がある。それは、自殺研究では自殺に影響を与える多様な要因が考えられ、個人が囲まれている家族や集団、地域社会からの要因を考慮することは、実践的な介入方法として多様な自殺予防への介入も考えられる。とりわけ、同じ領域でも全ての人間が同じ影響を受けているとは言い難く、自殺のようにその要因が複雑であり、個人の特性や環境の特性を複合的に反映させなければならない研究においては適切であると考えられる。しかし、個人を含めそれぞれの領域が密接に関係しているため、各領域を個別に実証することには、限界がある。例えば、個人は家族と交流しているが、個人は他の集団や領域との交流を行い、家族という領域も他の集団や領域と交流している。全ての領域が互いに相互作用しながら影響を受けていると言え、個人が一つの領域から影響を受けているとしても、その個人と領域を巻き込んでいる他の上位の領域から影響を受けているため、その影響力を個別に実証することは難しい。とりわけ、各領域の相互作用を重要視している生態学において各領域の相互作用ではなく、各領域が自殺にどのような影響をしているのかを因果関係の側面から検証することは、限界があると示唆された。

第2節 Lazarus らのストレス認知理論

Lazarus らのストレス認知理論(1984)は、Selye が提唱したストレス理論から展開した理論である。Selye のストレス理論は、刺激と反応の概念を用い、刺激に対する反応としてストレスを説明した。しかし、Lazarus(1984)らは、同じ環境や刺激に対してもその反応は人によって変わることに注目した。つまり、環境からの要求や圧力など同じストレス

サーを経験しても、ストレッサーに対する反応には個人差があることから、ストレッサーとその反応の間には他のプロセスが存在するのではないかという発想からストレス認知理論が生まれた。Lazarus(1984)は、ストレッサーとストレス反応の間のプロセスについて以下のように説明している。

【図 4-1】に示したように、ストレス認知理論は原因となる従来の条件(ストレッサー)とストレスに対する反応の間に媒介過程としての認知的評価(cognitive)とコーピング(coping)が存在している。つまり、ストレッサーがストレス反応を直接的に引き起こすのではなく、個人の評価によってコーピングを決め、反応という結果をもたらす。ここで、認知的評価のプロセスが重要なのは同条件下での各個人の変動を理解するには、出来事に直面した時とその反応との間に介入してくる認知的プロセスとその経過をたどらずに、同じような外的条件下での人々との反応の多様性を理解することは不可能であるためである。認知的評価は、一次的評価と二次的評価、再評価に区別されている。まず一次的評価は、①無関係、②無害—肯定的、③ストレスフルの3種類に区別される。

① 無関係

個人の幸福にとって何の意味ももたない場合

② 無害—肯定的評価

物事との出会いの結果が肯定的であると解釈される時、すなわち、良好な状態を維持し、強化するものであると思われる場合

③ ストレスフル

害—喪失、脅威、挑戦が含まれるもので、害—喪失は、既に自己評価や社会的評価に対する何らかの損害を受けているものである。何よりも最も大きな損害を与える事態とは、コミットメントを失うような人生での出来事である。脅威は、まだ起きてないが、予想されるような害—喪失に関連しているものである。挑戦は、出会った事態に特有の利得や成長の可能性などに焦点を当てたものである。

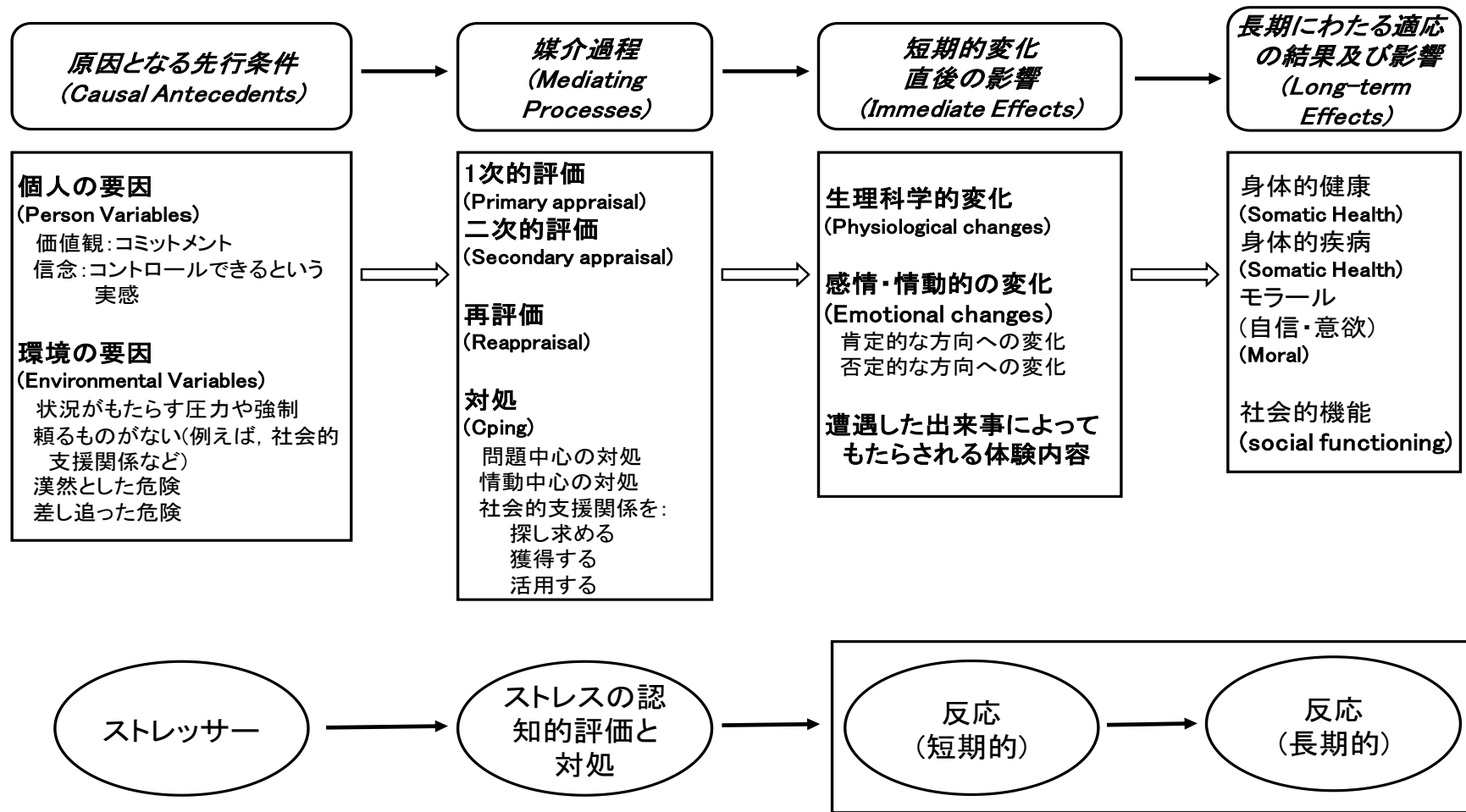
二次的評価は、一次的評価として「何が危ういか」という判断に対して「何ができるのか」を評価する過程である。二次的評価においては、どのようなコーピングの方法が可能

であるか、そのコーピングの方法で思った通りになり遂げられるか、そして、特定の手段を適用できるかを自分が持っている資源と能力に基づいて評価する。

再評価は、環境からの様々な新しい情報や自分自身の反応から得た情報に基づいて再び評価し、再評価によってストレスになるかどうかを修正することである。このような、人間と環境との複雑な二方向性の相互作用を媒介するのが認知的評価プロセスである。

このように、認知的評価が行われると、そのストレスフルに対して自分が持っている資源や能力を使うコーピングの段階に移される。コーピングとは、特定のストレスフルな状況からの脱皮回避や克服、問題の解決のために行う行動で、問題の性質や周囲の状況、もっている資源によって変化するプロセスである。コーピングは、単なる自動的な適応反応とは異なり、自らの評価に基づいて起こるものであり、ストレスをもたらす状況を最小限にとどめ、それらを回避し、耐えることや受け入れることができるようにすることによって行われる。コーピングの種類は、大きく2つに分かれる。まずは、情動中心のコーピングである。情動中心のコーピングは、情動的な苦痛を低減させるためになされるもので、問題に対する情動的な反応をコントロールし、変化させることである。そのコーピングの方法は、回避、最小化、肯定的な対比などが含まれている。問題中心のコーピングは、問題の所在を明らかにすることや、問題の解決のために、いくつかの解決策を当てはめてみることで、その解決策を比較し、最も良い方法を積極的に実施することである。情動中心のコーピングは、情動的な苦痛の緩和が目的である。

上述したように、ストレス認知理論は、既存のストレス理論とは異なり、結果に至るプロセスを中心に説明している。因果関係の側面からみると、ストレスフルという原因に対してストレス反応という結果に至る過程をストレス認知とコーピングの概念を取り入れ、一連のプロセスとして説明している。ここで、ストレス認知理論を援用し、高齢者自殺を説明するならば、日常生活においても持っている様々なストレスを個人がどのように認知するかによって、そのコーピングが決まり、コーピングとして自殺念慮を採用した高齢者は結局、ストレス反応として自殺という結果に至る可能性が高いと解釈できる。このことから、Lazarus らのストレス認知理論を援用して自殺の仮説モデルを構築し、解明することは適切であり、そのプロセスを検証することによって高齢者の自殺予防への介入段階および介入方法も明確になると示唆される。

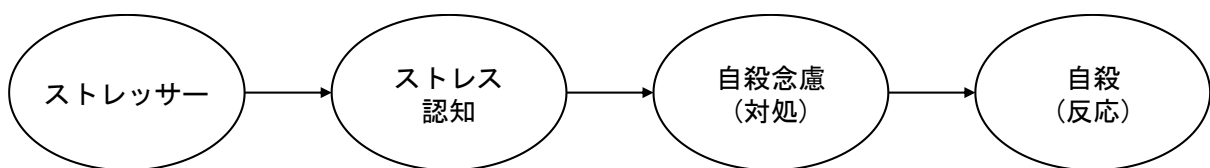


【図 4-1】 Lazarus らのストレス認知理論

出典：Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company. (=1991, 本明寛・春木豊・織田正美監訳『ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究』) より一部追加して筆者作成.

第3節 Lazarus らのストレス認知理論に基づいた仮説モデル

本研究では、Lazarus ら(1984)のストレス認知理論に着目し、従来の研究で明らかになった高齢者の自殺念慮に関連する要因のメカニズムについて仮説モデルを組み立て、仮説モデルのデータへの適合度を実証的に検討する。Lazarus ら(1984)のストレス認知理論は、ストレッサーからストレス反応に至るプロセスをストレッサーに対する認知的評価とコーピングという変数を媒介要因として取り入れ、その理論を説明している。本研究においては、Lazarus ら(1984)のストレス認知理論が規定しているプロセスを適用し、高齢者の自殺モデルに関する仮説モデルを組み立てた(図 4-2)。このモデルでは、高齢者が日常生活において何らかの刺激(出来事)を経験し、それを否定的に評価(1次評価)し、この事態のコーピングとして自殺念慮(2次評価)を採用して反応として自殺を遂行することである。ここで取り上げた出来事は多様であるが、高齢者の認知的評価が最も重要であり、それにより、自殺念慮や自殺に至る結果をもたらすと仮定できる。つまり、前章で「高齢者自殺の発生要因」について検討した結果、ストレッサーとして得られた5つの要因(経済的ストレス、家族ストレス、喪失感ストレス、健康ストレス、対人関係ストレス)に対して高齢者が認知しているか、ストレスとして認知しているなら、それがコーピングや反応としての自殺念慮と自殺に影響を及ぼすと予想されている。しかし、ストレス認知理論を援用した高齢者の自殺モデルにおいて反応としての自殺は、測定できないという限界があり、本研究においては、コーピングとしての自殺念慮まで検証することにする。



【図 4-2】 Lazarus ら(1984)のストレス認知理論を援用した高齢者の自殺モデル

これらのことを仮定した上で、①「自殺念慮は、自殺の前段階として自殺が予測できる」という仮説モデル、②「高齢者が日常生活においてストレスを認知することが、自殺念慮に影響する」という仮説モデルを構築した。これらの仮説モデルは、本研究の3つの課題、課題1：高齢者の自殺念慮測定尺度の開発(本論第6章)、課題2：日本における高

高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連(本論第 7 章), 課題 3: 韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連(本論第 7 章)を解明するために用いる. 本研究は, 仮説モデルを検証し, 課題を解明して高齢者の自殺予防への継続的なサポートや早期介入など具体的な介入方策への示唆を得ることを研究目的とする. それぞれの仮説モデルは各章において図示する.

第5章 調査目的と解析方法

第4章では、自殺発生理論の実証研究における援用の可能性について検討し、その自殺理論を援用して自殺の理論的仮説モデルを構築した。そこで本章では、第4章で検討した Lazarus らのストレス認知理論を援用して、自殺の仮説モデルを構築し、その仮説モデルを検討するために行う調査の目的や解析方法を明確にする。本章では、第4章で検討した理論的仮説モデルに、3章で検討した高齢者自殺に影響を与える要因や自殺の予測要因を適用し、実証的仮説モデルを構築する。まず、第1節では、実証的仮説モデルを検討するために行う調査目的を明確にし、第2節では、3つ研究課題であるによる3つ仮説モデルを構築する。第3節では、各仮説モデルが適合しているのかを検討するために、解析方法と判断基準になる適合度指標について述べる。

第1節 調査目的

独立変数を日常生活ストレス認知に仮定して、従属変数として自殺念慮に仮定とする仮説モデルを立てた。その仮説モデルは、構造方程式モデリングによりデータに対する適合度を検討する。詳細には、「日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性」を検討することを目的として、以下の手順をもって、検討を行う。

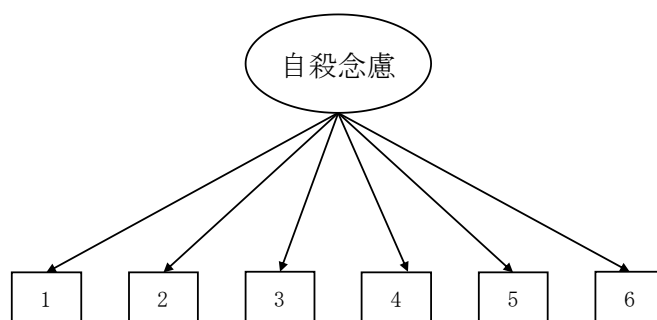
第1に、従来の研究で検討したように、高齢者自殺の予測因子とする自殺念慮を概念に沿って、正確に測定できる自殺念慮測定尺度がないため、日本と韓国の高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度の開発を目的とする。「高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度の開発」のために、既存に用いられている測定尺度を参考に構成し、その妥当性と信頼性を検討する。それは、今まで自殺念慮に関する様々な定義や概念が議論され、多様な測定尺度が開発されてきているものの、その定義や概念に沿った高齢者向けの自殺念慮測定尺度は開発されていない。高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度であることを考慮し、本研究で用いられている定義に沿って構成した測定尺度を検討する必要がある。そこで、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明かにすることに先立ち、高齢者の自殺念慮傾向への正確な把握ができ、高齢者の日常生活ストレスとのメカニズムが解明できる測定尺度の開発を目的とする。

第2に、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を解明

するために、援用理論として適切であると判断された Lazarus らのストレス認知理論を基礎に、「高齢者の日常生活ストレスが自殺念慮に影響を与える」とした因果関係モデルを構築し、そのモデルがデータに対して適合しているのかを検討する。日本と韓国の高齢者自殺において多くのリスク要因が検討されてきたが、日常生活におけるストレスが自殺にどのような影響を与えるのかについては、ほとんど検討されていない。高齢者は他の年齢層より、日常生活における出来事や出会うライフイベントがある。それは、ストレスとして作用しており、そのストレスが高齢者自殺と密接な関係があると推測される。そこで、日常生活における高齢者のストレスが自殺念慮にどのような影響を与えるのかを明らかにすることを目的とする。

第2節 仮説モデル

本研究において第1の仮説モデルは、自殺念慮の因子モデルである。まず、自殺念慮を「自殺したい気持ち(張 2006:147)をもっており、自殺の計画や企図などの自殺行為に関して深刻に考えること(Kovacs ら 1985:559 ; Reynolds1991:290)」と操作的定義を行い、自殺念慮の概念に沿った因子モデルを構築する。第1の仮説モデルは、6項目から構成される自殺念慮の測定尺度の因子モデルを1因子モデルとして想定した(図5-1)。

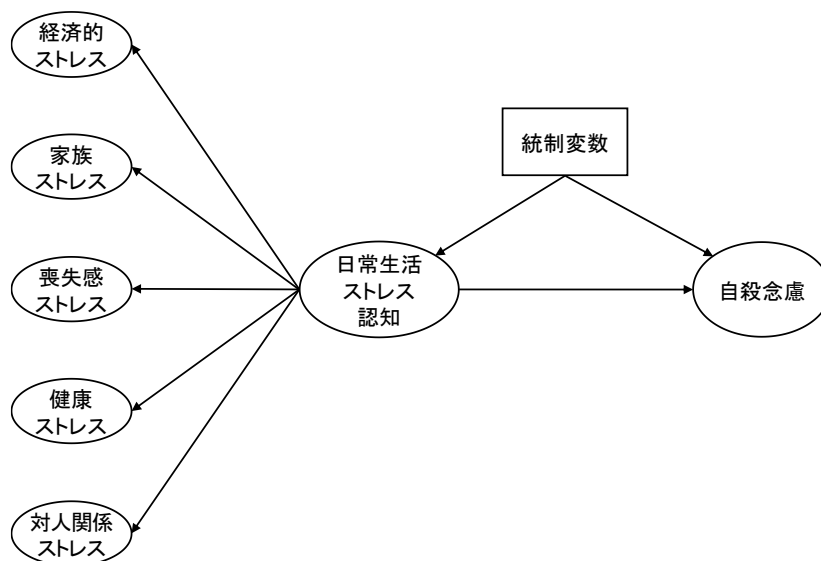


【図5-1】自殺念慮の構造に関する仮説モデル

第2の仮説モデルは、Lazarus らのストレス認知モデルを援用し、「日本における高齢者の日常生活ストレスが自殺念慮に影響を与える」との仮説を立てた。そのとき、独立変数と従属変数間の関連性を正確に把握するため、従来の研究を参考に、日常生活ストレス

認知並びに自殺念慮に影響すると仮定される性別、年齢、婚姻状態、世帯構成、収入を統制変数として投入した(図 5-2).

第 3 の仮説モデルは、Lazarus らのストレス認知モデルを援用し、「韓国における高齢者の日常生活ストレスが自殺念慮に影響を与える」との仮説を立てた。仮説モデルは、第 2 の仮説モデルと同様である(図 5-2).



【図 5-2】日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連

第 3 節 解析方法

3-1. 仮説モデルの解析方法

本研究では、以上のように、3 つの仮説モデルを設定し、検証を行う。各仮説モデルにおける解析方法は、第 1 の仮説モデルにおいては、自殺念慮の概念が含まれている 6 項目から構成される自殺念慮の因子モデルを 1 因子モデルとして仮定し(表 5-1)、その構成概念妥当性と信頼性を検討した。構成概念妥当性は、日本と韓国のデータに対する因子構造モデルの適合性を構造方程式モデリングによる確認的因子分析で検討し、内的整合性の側面からは、信頼性を検討した。

【表 5-1】高齢者の自殺念慮に関する調査項目

調査項目	
【自殺念慮】	
1	人生は生きる価値がないと思うことがある
2	生活（病気、貧困、孤独など）が苦しくなったら、死ぬことも考えられると思うことがある
3	私がいなければ、家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある
4	死んだら、すべての問題が解決できると思うことがある
5	私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある
6	死にたいと思うことがある

【表 5-2】高齢者の日常生活ストレス認知に関する調査項目

調査項目	
【経済的ストレス】	
1	経済的な蓄えがなくて心配である
2	お小遣いが少なくて心配である
3	医療費にお金がかかるから心配である
4	お金がないため、社会活動ができなくて寂しい
【家族ストレス】	
5	家族の荷物になるのではないかと心配である
6	家族に嫌われていてみじめな気持ちになる
7	家族と意見が合わなくてもどかしい
8	家族内で自分の力が弱くなって、寂しい
【喪失感ストレス】	
9	亡くなった親しい親戚が思い出されて悲しい
10	亡くなった家族が思い出されて悲しい
11	亡くなった隣人が思い出されて悲しい
12	亡くなった友だちが思い出されて悲しい
【健康ストレス】	
13	身体の機能（視力、聴力、歯の状態など）が悪くなって不便である
14	慢性的な病気があって心配である
15	物忘れが多くて、情けない気持ちになる
16	健康ではないため、外出があまりできなくなってもどかしい
【対人関係ストレス】	
17	気の合う友達がいなくて、寂しい
18	他人と親しくなりたいが、難しい
19	他人と話をするのが難しい
20	おしゃべりしたいとき、会話する相手がいなくて寂しい

第2の仮説モデルにおいては、日本における高齢者の日常生活ストレス認知を独立変数、自殺念慮を従属変数とした因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてその因果関係モデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を検討した。この仮説モデルで用いられている日常生活ストレス認知測定尺度は、従来の研究(キム 2005)のストレス測定尺度を参考に、経済的ストレス(4項目)、家族ストレス(4項目)、喪失感ストレス(4項目)、健康ストレス(4項目)を使用し、さらに著者が独自に開発した対人関係ストレス(4項目)を追加して5因子20項目で構成し、測定した(表5-2)。

第3の仮説モデルにおいては、韓国における高齢者の日常生活ストレス認知を独立変数、自殺念慮を従属変数とした因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてその因果関係モデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を検討した。この仮説モデルで用いられている日常生活ストレス認知測定尺度は、第2の仮説モデルと同様である。

3-2. 仮説モデルの適合度の判断

本研究における統計解析には、構造方程式モデリングで検討した。なお、統計ソフト「IBM SPSS Statistics 23.0 for windows」と「Mplus7.31 for windows」を使用した。構造方程式モデリング(Structural Equation Modeling, SEM)とは、共分散構造分析(Covariance Structure Analysis, CSA)とも呼ばれ、それ以前にあった統計モデル(因子分析、主成分分析、回帰分析、重回帰分析、判別分析など)を統合したものである(小杉ら 2014:3)。構造方程式モデリングでは、パス図を用いて、潜在変数(構成概念)と観測変数(質問項目)の関係を検討する手法である。応用研究においては、単に構成概念を測定するのみではなく、複数の構成概念間の関係を検討することが目的である場合が多々ある。そのとき、構造方程式モデリングを使用すれば、複数の構成概念間に研究仮説を反映させたモデルを構築することが可能であり(豊田 2003:1)、そのモデルがデータに対して適合しているかを適合度指標により判断できる。構造方程式モデリングで解析する主なメリットとしては、①適合度の評価が可能(理論モデルに対して統計的評価が可能)、②モデルの改善が容易、③測定誤差の分離が可能なことから、より正確な解析ができる点がある(豊田 2003; ホン 2000)。適合度指標として主に用いられているのは、以下のようである(小杉ら 2014; 小塩 2008; 豊田 2003; ホン 2000; 山本ら 1999)。

① GFI(Goodness of Fit Index)と AGFI(Adjusted GFI)

適合度 GFI と修正適合度 AGFI は、データのもつ分散共分散が推定モデルでの分散でどの程度説明するのかをその割合で示す指標である。GFI は、モデルがデータの分散共分散行列をどの程度再現できているかを指標化したものである。AGFI は、GFI の欠点である自由度に影響される点を修正したものである。モデルを採択するには、GFI と AGFI が 0～1 の間で、GFI は 0.9 以上、AGFI は 0.85 以上であることが 1 つの目安であるとしている。

② TLI(Tucker-Lewis Index)

TLI は、NNFI と呼ばれ、特に平均構造の分析を行う際に有効なように作成された指標である。基本的に NFI と同様であるが、TLI は、NFI の欠点である自由度に影響される点を修正した指標である。値は、基本的に 0～1 の間であるが、1 を超える場合もある。しかし、1 に近いほど適合していると判断できる。

③ NFI(Normed Fit Index)

NFI は、非標準適合度を標準化したものであり、NNFI の欠点(1 を超えること)を修正した指標である。NFI は、分析モデルが独立モデル(観測変数間に全く相関がないという非現実的モデル)からどの程度離れているのかを表すことであり、データに基づいて理論モデルの適合度を推定するため、自由度が少ないほど、誤差が含まれる可能性が高い。適合の判断は、値が 0～1 の間で、1 に近いほど適合していると判断できる。

④ CFI(Comparative Fit Index)

独立モデルに比べて分析モデルがどの程度良いものなのかを指標化したものである。分析モデルと独立モデルの双方の自由度の影響を考慮した上で乖離度の比較を行う指標である。また、NFI の欠点である自由度に影響される点を修正するために開発された指標である。適合の判断は、0～1 の間で、1 に近いほど適合していると判断できる。一般的に、CFI は 0.90 以上(小塩 2008:111)であれば、そのモデルがデータに適合していると判断される。

⑤ RMSEA(Root Mean Squares Error of Approximation)

分析モデルが独立モデルとどの程度乖離しているかを表現した指標であり、モデルの複雑さの影響を取り除いた形で乖離度の大きさを捉えるため、近年広く使用されるようになってきている。適合の判断は、0 に近いほど適合度がよいと判断され、0.08 以下(山本ら

1999:17)であれば、そのモデルがデータに適合していると判断される。しかし、0.1 以上であれば、そのモデルは適合度が悪く、採択すべきではないとされている。

前記した適合度指標は、モデルの適合度によく使用されている指標である。その以外に、判断基準とする他の指標もあるが、前記した適合度指標がよく使用されているものであると言える。また、前記した適合度指標の中、CFI と RMSEA が他の評価指標より、適合度の評価として反映する必要があるとホン(2000:167-169)は指摘している。その理由については、まず CFI は、他の指標の欠点を修正した指標として現実的な仮説を基盤に開発されたこと、ケースの数に影響を受けないという長所に注目したためである。また RMSEA は、データの大きさや自由度などと密接に関係している指標であり、多様な側面から考慮できる指標である。

そこで、本研究においては、前記の分析モデル並びに因子構造モデルのデータへの適合度は、適合度の指標である CFI と RMSEA で判定し、パラメータの推定には重み付き最小二乗法の拡張法(WLSMV)を採用した。また、分析モデルにおいて標準化推定値(パス係数)の有意性は、非標準化推定値を標準誤差で除した値の絶対値が±1.96 以上(5%有意水準)を示したものを統計学的に有意と判断した。

第6章 高齢者の自殺念慮測定尺度の開発

本章では、高齢者自殺に至るリスクの適切な把握や自殺発生のメカニズムの解明に資することをねらいとして、自殺念慮に関する測定尺度の開発を行った。本研究の目的である高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明かにすることに先立ち、研究課題1である自殺念慮に関する測定尺度を、その定義に沿って開発する必要がある。第3章で、従来から日本と韓国で解釈されて使われている高齢者の自殺念慮測定尺度を検討した結果、高齢者に適用できる測定尺度の開発が示唆された。従来の尺度は、自殺計画や自殺企図等の前段階としての自殺念慮のみならず、広義の概念として自殺計画の経験や自殺企図の経験の有無が含まれている。欧米、日本、韓国の従来の自殺念慮測定尺度は、自殺行為の予測に重点が置かれる傾向が強く、そのため測定尺度の構成概念妥当性の検討は、十分なされていない。このことは、スクリーニングという目的においては許容される範囲のものではあるが、どのような規定要因に関連して自殺念慮が発生するのか、あるいは自殺念慮・計画・企図といったプロセスの実証的な検討が適切に吟味できないことを意味し、したがって、適切な予防的介入の方策を開発することに限界があることは否めない。

そこで、本章では、自殺念慮の定義に沿った自殺念慮測定尺度の開発のために、第1節では、調査対象や調査方法について調査対象、調査内容、解析方法、倫理的配慮に分けて詳しく述べ、第2節では、その調査から得られた結果を解析する。第3節では、調査の結果から考察を述べる。

第1節 調査対象と調査方法

1-1. 調査対象

調査は、日本と韓国の65歳以上の高齢者を対象に実施した。日本では、A市内の3団体(高齢者大学、デイケアセンター、教会)に所属する65歳以上の在宅高齢者360名を対象に調査票を配付し、231名から調査票が回収できた(回収率64.2%)。韓国では、B市内の総合社会福祉館と老人福祉館を利用している65歳以上の在宅高齢者398名を対象に調査票を配付し、376名から調査票が回収できた(回収率94.5%)。調査は、無記名自記式の質問紙調査として実施したが、日本においては留め置き法で、韓国では総合社会福祉館と老人福祉館において著者が直接配付し回収した。

日本における調査期間は、2014年1月14日から3月9日までの約2ヵ月であり、韓国における調査期間は、2014年4月21日から5月11日までの20日間であった。

1-2. 調査内容

調査内容は、日韓ともに、個人属性(性別、年齢、婚姻状態、世帯構成、収入)と自殺念慮に関連する項目で構成した。前記調査項目のうち、婚姻状態は「配偶者がいる」「死別」「離婚」「未婚」「その他」の5件法で回答を求め、世帯構成は「一人暮らし」「夫婦のみ」「二世帯」「三世帯」「その他」の5件法で回答を求めた。収入については、「0以上5万円未満」「5万以上10万円未満」「10万以上15万円未満」「15万以上20万円未満」「20万以上」の5件法で回答を求めた。

自殺念慮に関する調査項目は、自殺念慮を「自殺したい気持ち(張 2006:147)をもっており、自殺の計画や企図などの自殺行為に関して深刻に考えること(Kovacs 1985:559; Reynolds 1991:290)」として、諸外国で使用されている各種測定尺度を参考に、その概念に関連すると判断される項目を任意に選定した。参考にした測定尺度は、Beckら(1979)が開発したSSI, Reynolds(1991)が開発したASIQ, ソ(2005)が開発した高齢者自殺念慮尺度である。このうちのSSI(Scale for Suicide Ideation)を構成する19項目からは、「死にたいと思うことがある」の1項目を採用した。またASIQ(Adult Suicidal Ideation Questionnaire)を構成する25項目からは、「私がいなければ、家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある」「死んだら、すべての問題が解決できると思うことがある」「私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある」の3項目を採用した。最後に、ソ(2005)が開発した自殺念慮尺度は、アメリカのASRE(Assessing the Suicidal Risk of an Elder), SSI, CullとGillのSuicidal Probability Scaleの内容が参考となっており、高齢者を対象とする18項目(各項目の回答は4件法)で構成されているが、この尺度からは「人生は生きる価値がないと思うことがある」「生活(病気、貧困、孤独など)が苦しくなったら、死ぬことも考えられると思うことがある」の2項目を採用した。各質問項目に対する回答は、「0点：全然当てはまらない」「1点：あまり当てはまらない」「2点：だいたい当てはまる」「3点：とても当てはまる」の4件法とし、得点が高いほど自殺念慮が高いことを意味するものとした。

1-3. 解析方法

統計解析では、6項目から構成される自殺念慮測定尺度の因子モデルを、1因子モデルとして仮定し、そのモデルの日本と韓国のデータへの適合性を構造方程式モデリング (Structural equation modeling) を基礎とする確認的因子分析で検討した。なお、因子構造の側面からみた構成概念妥当性の検討に先立ち、項目間の多分相関係数 (polychoric correlation coefficient) を算出し、それらが0.8以上の値を示した場合は、いずれか一方の項目を任意に除外するものとした。前記因子モデルのデータへの適合度指標として、標本数が少ない場合にも結果に影響を受けにくい CFI (Comparative Fit Index) と RMSEA (Root Mean Squares Error of Approximation) を採用し、CFI は0.9以上、RMSEA は0.1を超えない範囲で0.08以下であれば、そのモデルがデータに適合していると判断するものとした。なお、確認的因子分析では、相関係数は多分相関係数を、またパラメータの推定には重み付き最小二乗法 (WLSMV) を採用した。

開発された測定尺度の信頼性は、内的整合性の観点から ω 信頼性係数による検討を加えるものとした。

以上の統計解析には、統計ソフト「IBM SPSS Statistics 23.0 for windows」と「Mplus7.31 for windows」を使用した。

統計解析には、回収されたデータのうち、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない日本の208名並びに韓国の316名のデータを使用した。

1-4. 倫理的配慮

日本における調査実施にあたっては、同志社大学倫理委員会の承認 (番号: 1353) を得た。韓国における調査は、「日本社会福祉学会研究倫理指針」および「同志社大学『人を対象とする研究』倫理規準」を遵守して実施した。日本と韓国における具体的な倫理的配慮として、本研究の目的や本研究で得られた情報は論文投稿・学会発表・報告書作成等以外には用いず、情報から個人が特定できないよう配慮すること、調査への参加は強制ではなく、個人の自由意思であること、得られた調査票および情報は漏えいのないよう保管すること等を調査対象者に対して文書および口頭で説明した。本調査の趣旨に同意が得られた場合のみ調査に参加してもらうように依頼した。

第2節 結果

2-1. 対象者の個人属性分布

対象者の個人属性の分布は【表 6-1】に示した。日本のデータ(208名)の性別分布は、男性が117名(56.3%)で、女性が91名(43.8%)であった。年齢をみると、全体で平均73歳、標準偏差は5.4であり、範囲は65歳から89歳であった。年齢を性別にみると、男性の平均年齢は73.1歳(標準偏差5.5)であり、女性は73.0歳(標準偏差5.3)であった。年齢階層では、70代122名(58.7%)が最も多く、次いで60代が59名(28.4%)で、80代が27名(13.0%)の順であった。婚姻状態は、「配偶者がいる」と答えた者が150名(72.1%)と最も多く、次いで「死別」が35名(16.8%)であった。世帯構成は、「夫婦のみ」の世帯が104名(50.0%)であり、次いで「一人暮らし」が45名(21.6%)であった。収入は、年金や子どもからのお小遣いなど、すべてを含めたことで、「15万円以上20万円未満」をもらっている者が77名(37.0%)と最も多かった。次いで「20万円以上」をもらっていると答えた者が55名(26.4%)であった。

【表6-1】対象者の個人属性分布(n=208, 316)

カテゴリー	人数 (%)				
	日本		韓国		
性別	男	117	(56.3)	102	(32.3)
	女	91	(43.8)	214	(67.7)
年齢	60代	59	(28.4)	46	(14.6)
	70代	122	(58.7)	165	(52.2)
	80代	27	(13.0)	99	(31.3)
	90代	0	(0)	6	(1.9)
	平均年齢(範囲) 標準偏差	73.0(65~89) ±5.4		76.5(65~92) ±6.1	
婚姻状態	配偶者いる	150	(72.1)	124	(39.2)
	死別	35	(16.8)	157	(49.7)
	離婚	12	(5.8)	26	(8.2)
	未婚	11	(5.3)	8	(2.5)
	その他	0	(0)	1	(0.3)
世帯構成	一人暮らし	45	(21.6)	140	(44.0)
	夫婦のみ	104	(50.0)	101	(31.7)
	二世帯	41	(19.7)	43	(13.9)
	三世帯	14	(6.7)	20	(6.5)
	その他	4	(1.9)	12	(3.9)
収入	0以上5万円未満	21	(10.1)	203	(64.2)
	5万円以上10万円未満	28	(13.5)	49	(15.5)
	10万円以上15万円未満	27	(13.0)	30	(9.5)
	15万円以上20万円未満	77	(37.0)	27	(8.5)
	20万円以上	55	(26.4)	7	(2.2)

* %は四捨五入のため、100%にならない場合がある

韓国のデータ(316名)の性別分布は、男性が102名(32.3%)で、女性が214名(67.7%)であった。年齢をみると、全体で平均76.5歳、標準偏差は6.1であり、範囲は65歳から92歳であった。性別では、男性の平均年齢は、74.8歳(標準偏差5.1)であり、女性は77.3歳(標準偏差6.4)であった。年齢階層は、70代165名(52.2%)が最も多く、次いで80代が99名(31.3%)で、60代が46名(14.6%)の順であった。婚姻状態は、「死別」と答えた対象者が157名(49.7%)と最も多く、次いで「配偶者がいる」が124名(39.2%)であった。世帯構成は、「一人暮らし」の世帯が140名(44.0%)であり、次いで「夫婦のみ」が101名(31.7%)であった。収入は、年金や子どもからのお小遣いなど、すべてを含めたことで、5万円未満をもらっている者が203名(64.2%)と最も多かった。次いで「5万円以上から10万円未満」をもらっていると答えた者が49名(15.5%)であった。

2-2. 自殺念慮に関する回答分布

日本における高齢者の自殺念慮回答分布は【表6-2】に示した。日本データにおける項目ごとの回答に着目すると、「X1. 人生は生きる価値がないと思うことがある」では「全然あてはまらない」が119名(57.2%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が81名(38.9%)であった。「X2. 生活(病気、貧困、孤独など)が苦しくなったら、死ぬことも考えられると思うことがある」では「全然あてはまらない」が112名(53.8%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が71名(34.1%)であった。「X3. 私がいなければ、家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある」では「全然あてはまらない」が152名(73.1%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が49名(23.6%)であった。「X4. 死んだら、すべての問題が解決できると思うことがある」では「全然あてはまらない」が134名(64.4%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が63名(30.3%)であった。「X5. 私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある」では「全然あてはまらない」が176名(84.6%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が29名(13.9%)であった。「X6. 死にたいと思ったことがある」では「全然あてはまらない」が150名(72.1%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が44名(21.2%)であった。

【表6-2】日本における高齢者の自殺念慮に関する質問項目と回答分布 (n=208)

質問項目	回答カテゴリ				単位:名(%)	
	全然 当てはまらない	あまり 当てはまらない	だいたい 当てはまる	とても 当てはまる		
【自殺念慮】						
xb1 人生は生きる価値がないと思うことがある	119 (57.2)	81 (38.9)	8 (3.8)	0	0	
xb2 生活(病気, 貧困, 孤独など)が苦しくなったら, 死ぬことも考えられると思うことがある	112 (53.8)	71 (34.1)	21 (10.1)	4	(1.9)	
xb3 私がいなければ, 家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある	152 (73.1)	49 (23.6)	4 (1.9)	3	(1.4)	
xb4 死んだら, すべての問題が解決できると思うことがある	134 (64.4)	63 (30.3)	9 (4.3)	2	(1.0)	
xb5 私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある	176 (84.6)	29 (13.9)	3 (1.4)	0	0	
xb6 死にたいと思うことがある	150 (72.1)	44 (21.2)	11 (5.3)	3	(1.4)	

* %は四捨五入のため, 100%にならない場合がある

【表6-3】韓国における高齢者の自殺念慮に関する質問項目と回答分布 (n=316)

質問項目	回答カテゴリ				単位:名(%)	
	全然 当てはまらない	あまり 当てはまらない	だいたい 当てはまる	とても 当てはまる		
【自殺念慮】						
xb1 人生は生きる価値がないと思うことがある	145 (45.9)	83 (26.3)	64 (20.3)	24	(7.6)	
xb2 生活(病気, 貧困, 孤独など)が苦しくなったら, 死ぬことも考えられると思うことがある	145 (45.9)	82 (25.9)	77 (24.4)	12	(3.8)	
xb3 私がいなければ, 家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある	153 (48.4)	78 (24.7)	66 (20.9)	19	(6.0)	
xb4 死んだら, すべての問題が解決できると思うことがある	139 (44.0)	81 (25.6)	62 (19.6)	34	(10.8)	
xb5 私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある	194 (61.4)	76 (24.1)	36 (11.4)	10	(3.2)	
xb6 死にたいと思うことがある	166 (52.5)	64 (20.3)	62 (19.6)	24	(7.6)	

* %は四捨五入のため, 100%にならない場合がある

韓国における高齢者の自殺念慮回答分布は【表6-3】に示した。韓国データにおける項目ごとの回答に着目すると、「X1. 人生は生きる価値がないと思うことがある」では「全然あてはまらない」が145名(45.9%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が83名(26.3%)であった。「X2. 生活(病気, 貧困, 孤独など)が苦しくなったら, 死ぬことも考えられると思うことがある」では「全然あてはまらない」が145名(45.9%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が82名(25.9%)であった。「X3. 私がいなければ, 家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある」では「全然あては

まらない」が153名(48.4%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が78名(24.7%)であった。「X4. 死んだら、すべての問題が解決できると思うことがある」では「全然あてはまらない」が139名(44.0%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が81名(25.6%)であった。「X5. 私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある」では「全然あてはまらない」が194名(61.4%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が76名(24.1%)であった。「X6. 死にたいと思ったことがある」では「全然あてはまらない」が166名(52.5%)で最も多く、次いで、「あまりあてはまらない」が64名(20.3%)であった。

2-3. 測定尺度の構成概念妥当性と信頼性の検討

6項目を1因子モデルとする自殺念慮尺度の確認的因子分析に先立ち、項目間の相関係数を算出した。その結果、多分相関係数は、日本が0.484~0.769、韓国が0.500~0.672であり、0.8以上の相関を示す項目はなかった(表6-4, 表6-5)。前記手続きの後、6項目を1因子とするモデルのデータに対する適合度を検討した結果、日本のデータではCFIが0.995、RMSEAが0.057、韓国のデータではCFIが0.992、RMSEAが0.067であった(図6-1, 図6-2)。なお、潜在変数(自殺念慮)から観測変数に向かうパス係数をみると、日本のデータの範囲は0.705~0.867であり、韓国のデータの範囲が0.720~0.828で、すべて統計学的に有意な水準にあった。

【表6-4】自殺念慮に関する質問項目間の多分相関係数(日本)

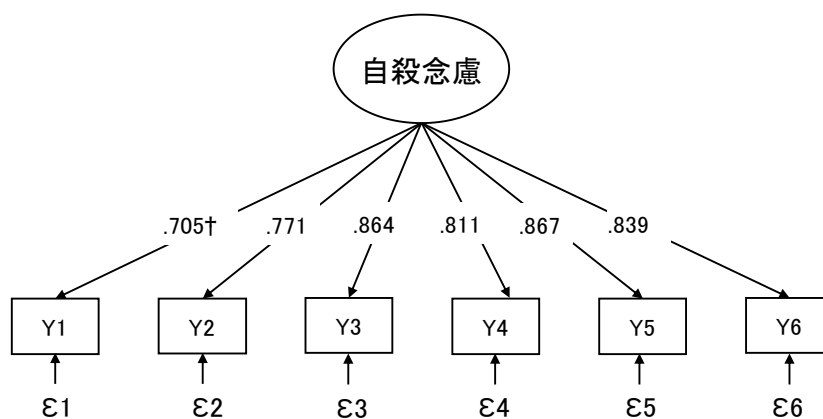
	X1	X2	X3	X4	X5	X6
X1 人生は生きる価値がないと思うことがある	—					
X2 生活(病気、貧困、孤独など)が苦しくなったら、死ぬことも考えられると思うことがある	0.608	—				
X3 私がいなければ、家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある	0.654	0.656	—			
X4 死んだら、すべての問題が解決できると思うことがある	0.484	0.649	0.675	—		
X5 私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある	0.574	0.565	0.741	0.769	—	
X6 死にたいと思うことがある	0.593	0.625	0.720	0.692	0.738	—

6項目で構成される自殺念慮測定尺度の信頼性を検討するため、 ω 信頼性係数を算出した。その結果、日本データでは0.845であり、韓国のデータが0.840となっていた。

以上の結果を踏まえ自殺念慮測定尺度の総合得点を算出すると、日本データでは平均値2.3点、標準偏差2.7、範囲0～12点であり、韓国データでは平均値5.0点、標準偏差4.2、範囲0～18点であった。

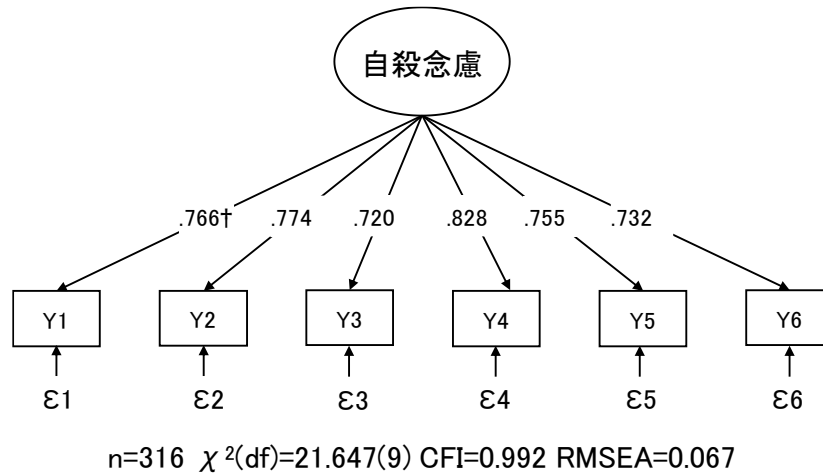
【表6-5】 自殺念慮に関する質問項目間の多分相関係数(韓国)

	X1	X2	X3	X4	X5	X6
X1 人生は生きる価値がないと思うことがある	—					
X2 生活（病気、貧困、孤独など）が苦しくなったら、死ぬことも考えられると思うことがある	0.577	—				
X3 私がいなければ、家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある	0.552	0.545	—			
X4 死んだら、すべての問題が解決できると思うことがある	0.672	0.604	0.636	—		
X5 私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある	0.554	0.584	0.522	0.627	—	
X6 死にたいと思うことがある	0.529	0.634	0.500	0.528	0.587	—



n=208 $\chi^2(df)=15.025(9)$ CFI=0.995 RMSEA=0.057

【図6-1】 高齢者の自殺念慮測定尺度のデータへの適合度(日本)



【図6-2】 高齢者の自殺念慮測定尺度のデータへの適合度(韓国)

第3節 考察

高齢者の自殺念慮が自殺に至る過程であることを考慮し、そのメカニズムの解明や自殺リスクの正確な把握に資することをねらいに、自殺念慮の程度を測定するための尺度を開発した。調査対象者は、日本の A 市内の3団体(高齢者大学、デイケアセンター、教会)に所属する65歳以上の在宅高齢者360名と韓国の B 市内の総合社会福祉館と老人福祉館を利用している65歳以上の在宅高齢者398名を対象とした。回収された日本の231名のデータのうち、最終的に208名のデータを、また回収された韓国の376名のデータのうち、最終的に316名のデータを用いて解析を行った。一般的に構造方程式モデリングで解析するのに適切なデータ数は200から400の間(ウ2012:276)であるとされ、本研究の目的である尺度開発において概ね十分なデータ数が得られたものと判断される。

自殺念慮は、従来の研究の成果を基礎に高齢者の自殺念慮尺度の開発を試みた。本尺度の因子構造の側面からみた構成概念妥当性は、日本と韓国から得られたデータを基礎に、構造方程式モデリングを用いた確認的因子分析より検討した。その結果、6項目とする1因子モデルが統計学的に支持された(適合度は、日本が CFI=0.995, RMSEA=0.057, 韓国が CFI=0.992, RMSEA=0.067)。また、自殺念慮測定尺度を構成する6項目の ω 信頼性係数は、日本データで0.845であり、韓国のデータで0.840と統計学的な許容範囲にあった。これまで、外国では一般的に自殺研究や自殺念慮に関する研究が行われてきたが、日本国内では自殺のリスクをうつの程度で測定するため、自殺念慮測定尺度の開発の研究は少な

った。とりわけ、高齢者に対する自殺念慮尺度の開発は皆無であった。その意味では、本研究で試みた高齢者に対する自殺念慮測定尺度の開発は大きな意味があると言えよう。自殺のリスクをうつ病の程度ではなく、自殺念慮の程度で測定できることは、自殺のリスクをより正確に把握できることであると考えられる。また、自殺のリスクをより正確に把握できることのみならず今後の高齢者の自殺予防研究には、このような自殺のメカニズムを解明し、原因による自殺リスクの正確な把握が必要である。その際、本研究で開発できた自殺念慮測定尺度は十分な活用ができると考えられる。

第7章 高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連¹⁾

本章では、本研究の目的である「日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性」を明らかにするために、高齢者の日常生活ストレス認知を独立変数、高齢者の自殺念慮を従属変数とした因果関係を日本と韓国のデータにおいて検討した。そこで、本章では、本論の第6章で開発された高齢者の自殺念慮測定尺度を用いて日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性について検討を行う。その際、第1節では日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性について検討し、第2節では韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮について検討する。第3節では第1節と第2節より得られた結果に基づき、今後高齢者の自殺予防福祉モデル構築に関する政策的・実践的提言を述べるため、考察を行う。

第1節 日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連

1-1. 調査対象と調査方法

(1) 調査対象

調査は、日本の65歳以上の高齢者を対象に調査を実施した。日本のA市市内の3団体(高齢者大学、デイケアセンター、教会)に所属する65歳以上の在宅高齢者を中心に、360名に調査票を配付した。そのうち、231名から調査票が回収できた(回収率64.2%)。調査は、無記名自記式の質問紙調査として日本においては、留め置き法で行い、日本における調査期間は、2014年1月14日から3月9日までの約2ヵ月であった。

(2) 調査内容

調査内容は、対象者の個人属性、高齢者の日常生活ストレス認知、自殺念慮で構成した。対象者の個人属性は、性別、年齢、婚姻状態、世帯構成、収入で構成した。前記調査項目のうち、婚姻状態は「配偶者がいる」「死別」「離婚」「未婚」「その他」の5件法で回答を求め、世帯構成は「一人暮らし」「夫婦のみ」「二世帯」「三世帯」「その他」の5件法で回答を求めた。収入については「0以上5万円未満」「5万以上10万円未満」「10万以上15万円未満」「15万以上20万円未満」「20万以上」の5件法で回答を求め

た.

高齢者の日常生活ストレス認知は、従来の研究(Lazarus ら 1984)を参考に、「日常生活の中で、個人および環境からの刺激による否定的な心理状態」と定義した。調査項目は、従来の研究(キム 2005)のストレス測定尺度を参考に、経済的ストレス(4項目)、家族ストレス(4項目)、喪失感ストレス(4項目)、健康ストレス(4項目)を使用し、さらに著者が独自に開発した対人関係ストレス(4項目)を追加して5因子20項目で測定した。回答は、「0点：全然当てはまらない」「1点：あまり当てはまらない」「2点：だいたい当てはまる」「3点：とても当てはまる」の4件法で求め、得点が高いほど、ストレスを強く認知していることを意味するよう得点化した。

自殺念慮は、先に記述したように「自殺したい気持ち(張 2006:147)をもっており、自殺の計画や企図などの自殺行為に関して深刻に考えること(Kovacs ら 1985:559 ; Reynolds1991:290)」と定義した。調査項目は、本論の第6章に記述したように、本研究より開発された自殺念慮測定尺度を用いて測定した。回答は、「0点：全然当てはまらない」「1点：あまり当てはまらない」「2点：だいたい当てはまる」「3点：とても当てはまる」の4件法で求め、得点が高いほど、自殺念慮が高いことを意味するよう得点化した。

(3) 解析方法

統計解析においては、Lazarus ら(1984)のストレスとコーピングの関係を援用し、「高齢者の日常生活ストレス認知が自殺念慮に影響を与える」とする演繹仮説を設定した。具体的には、高齢者の日常生活ストレス認知を独立変数、自殺念慮を従属変数とした因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてその因果関係モデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を検討した。また、独立変数と従属変数間の関連性を正確に把握するため、従来の研究(朴ら 2015 ; ベックら 2014 ; イムら 2013 ; キムら 2013 ; クォンら 2013 ; ソン 2012 ; 張ら 2012 ; ヤンら 2011 ; 小田切ら 2010 ; イら 2008 ; 大山ら 2008 ; オム 2007 ; 前田ら 2004 ; 本橋 2003 ; 松本 1996)を参考に、日常生活ストレス認知並びに自殺念慮に影響すると仮定される性別、年齢、婚姻状態、世帯構成、収入を統制変数として投入した。その分析モデルにおいては、性別は「女性」を0点、「男性」を1点と得点化

し、年齢は「前期高齢者」を0点、「後期高齢者」を1点と得点化した。また婚姻状態は「配偶者がいない」を0点、「配偶者がいる」を1点と得点化した。世帯構成は「一人暮らし」を0点、「一人暮らしではない」を1点と得点化した。さらに収入については、「0以上5万円未満」を0点、「5万以上10万円未満」を1点、「10万以上15万円未満」を2点、「15万以上20万円未満」を3点、「20万以上」を4点と得点化した。なお、前述の分析モデルの検討に先立ち、本研究で用いた高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度と自殺念慮測定尺度の構成概念妥当性と信頼性の検討を行った。測定尺度の妥当性は因子構造の側面からみた構成概念妥当性を確認的因子分析により検討し、信頼性は、内的整合性を ω 信頼性係数(岡本 2014)で検討した。

前記の分析モデル並びに因子構造モデルのデータへの適合度は、Comparative Fit Index(CFI)とRoot Mean Squares Error of Approximation(RMSEA)で判定し、パラメータの推定には重み付き最小二乗法の拡張法(WLSMV)を採用した。一般的に、CFIは0.90以上(小塩2008:111)、RMSEAが0.08以下(山本ら1999:17)であれば、そのモデルがデータに適合していると統計学的には判断される。また、分析モデルにおいて標準化推定値(パス係数)の有意性は、非標準化推定値を標準誤差で除した値の絶対値が ± 1.96 以上(5%有意水準)を示したものを統計学的に有意と判断した。以上の統計解析には、統計ソフト「IBM SPSS Statistics 23.0 for windows」と「Mplus7.31 for windows」を使用した。

なお、統計解析には、回収されたデータのうち、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない日本の208名のデータを使用した。

(4) 倫理的配慮

日本における調査は、同志社大学倫理委員会の承認(番号:1353)を得て行った。具体的な倫理的配慮として、本研究の目的や本研究で得られた情報は論文投稿・学会発表・報告書作成等以外には用いず、情報から個人が特定できないよう配慮すること、調査への参加は強制ではなく、個人の自由意思であること、得られた調査票および情報は漏えいのないよう保管すること等を調査対象者に対して文書および口頭で説明した。本調査の趣旨に同意が得られた場合のみ調査に参加してもらうように依頼した。

1-2. 結果

(1) 対象者の個人属性分布

対象者の個人属性分布は【表7-1】に示した。日本データにおける個人属性分布の説明は、本論の第6章の第2節と同一である。ただし、分析のため、高齢者の年齢を前期高齢者と後期高齢者に分けた。前記高齢者は136名(65.4%)であり、後期高齢者は72名(34.6%)であった。平均年齢は、73.0歳(範囲65~89歳)であり、標準偏差は5.4であった。

【表 7-1】 日本における対象者の個人属性分布 (n=208)

性別	男	117 (56.3)
	女	91 (43.8)
年齢	前期高齢者	136 (65.4)
	後期高齢者	72 (34.6)
	平均年齢(範囲)	73.0(65~89)
	標準偏差	±5.4
婚姻状態	配偶者がいる	150 (72.1)
	死別	35 (16.8)
	離婚	12 (5.8)
	未婚	11 (5.3)
	その他	0 (0)
世帯構成	一人暮らし	45 (21.6)
	夫婦のみ	104 (50.0)
	二世帯	41 (19.7)
	三世帯	14 (6.7)
	その他	4 (1.9)
収入	0以上5万円未満	21 (10.1)
	5万円以上10万円未満	28 (13.5)
	10万円以上15万円未満	27 (13.0)
	15万円以上20万円未満	77 (37.0)
	20万円以上	55 (26.4)

* %は四捨五入のため、100%にならない場合がある

(2) 高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度の妥当性と信頼性の検討

高齢者の日常生活ストレス認知に関する項目の回答分布は、【表 7-2】に示した。日本データにおける項目ごとの回答「だいたい当てはまる」「とても当てはまる」に着目すると、経済的ストレスにおいては、「xa1 経済的な蓄えがなくて心配である」が65名(31.3%)と最も多く、次いで「xa3 医療費にお金がかかるから心配である」が56名(26.9%)の順であった。家族ストレスにおいては、「xa5 家族の荷物になるのではないか

と心配である」が 51 名 (24.5%) と最も多く、次いで「xa7 家族と意見が合わなくてもどかしい」が 22 名 (10.6%) の順であった。喪失感ストレスにおいては、「xa12 亡くなった友だちが思い出されて悲しい」が 37 名 (17.8%) と最も多く、次いで「xa10 亡くなった家族が思い出されて悲しい」が 36 名 (17.3%) の順であった。健康ストレスにおいては、「xa13 身体の機能 (視力, 聴力, 歯の状態など) が悪くなって不便である」が 103 名 (49.5%) と最も多く、次いで「xa14 慢性的な病気があるって心配である」が 88 名 (42.4%) の順であった。対人関係ストレスにおいては、「xa18 他人と親しくなりたいが、難しい」が 38 名 (18.2%) と最も多く、次いで「xa19 他人と話をするのが難しい」が 29 名 (13.9%) の順であった。

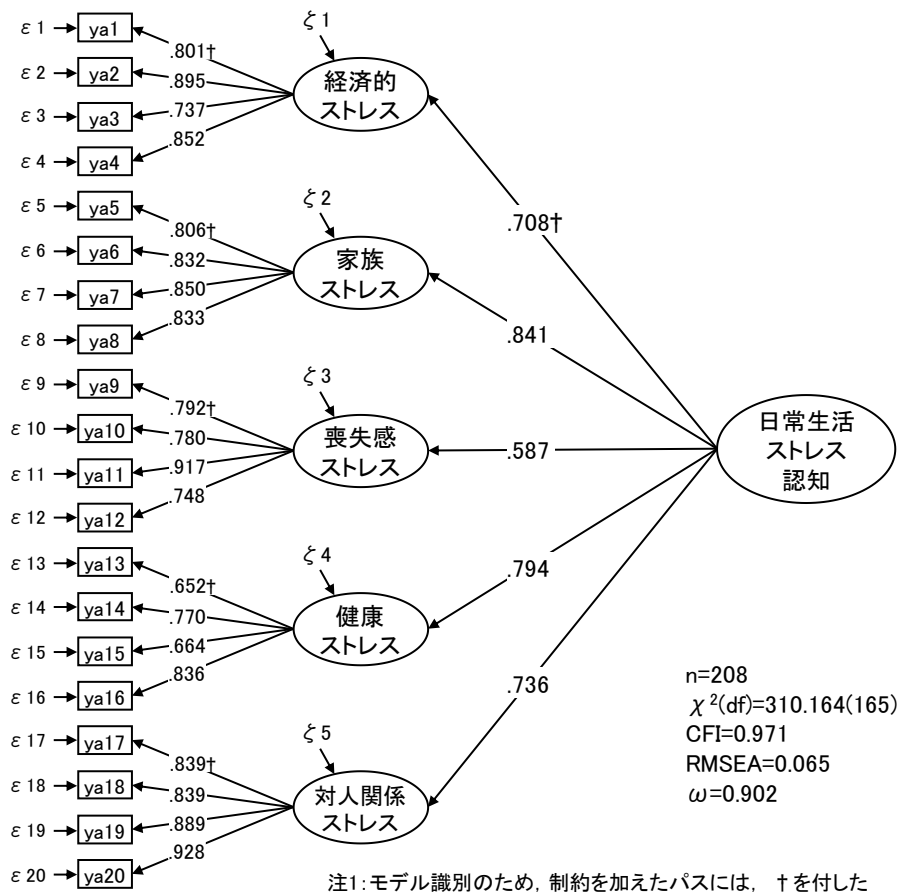
高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度の 5 因子二次因子モデルのデータに対する適合度は、CFI が 0.971, RMSEA が 0.065 であった (図 7-1)。なお、日常生活ストレス認知測定尺度の ω 信頼性係数は 0.902 であった。

【表 7-2】日本における高齢者の日常生活ストレス認知に関する質問項目と回答分 (n=208)

単位:名(%)

質問項目	回答カテゴリ			
	全然 当てはまらない	あまり 当てはまらない	だいたい 当てはまる	とても 当てはまる
【経済的ストレス】				
xa1 経済的な蓄えがなくて心配である	47 (22.6)	96 (46.2)	54 (26.0)	11 (5.3)
xa2 お小遣いが少なくて心配である	60 (28.8)	102 (49.0)	38 (18.3)	8 (3.8)
xa3 医療費にお金がかかるから心配である	48 (23.1)	104 (50.0)	45 (21.6)	11 (5.3)
xa4 お金がないため、社会活動ができなくて寂しい	68 (32.7)	115 (55.3)	21 (10.1)	4 (1.9)
【家族ストレス】				
xa5 家族の荷物になるのではないかと心配である	67 (32.2)	90 (43.3)	42 (20.2)	9 (4.3)
xa6 家族に嫌われていてみじめな気持ちになる	119 (57.2)	78 (37.5)	6 (2.9)	5 (2.4)
xa7 家族と意見が合わなくてもどかしい	89 (42.8)	97 (46.6)	16 (7.7)	6 (2.9)
xa8 家族内で自分の力が弱くなって、寂しい	104 (50.0)	84 (40.4)	17 (8.2)	3 (1.4)
【喪失感ストレス】				
xa9 亡くなった親しい親戚が思い出されて悲しい	77 (37.0)	103 (49.5)	24 (11.5)	4 (1.9)
xa10 亡くなった家族が思い出されて悲しい	74 (35.6)	98 (47.1)	26 (12.5)	10 (4.8)
xa11 亡くなった隣人が思い出されて悲しい	97 (46.6)	93 (44.7)	14 (6.7)	4 (1.9)
xa12 亡くなった友だちが思い出されて悲しい	75 (36.1)	96 (46.2)	33 (15.9)	4 (1.9)
【健康ストレス】				
xa13 身体の機能(視力, 聴力, 歯の状態など)が悪くなって不便である	26 (12.5)	79 (38.0)	81 (38.9)	22 (10.6)
xa14 慢性的な病気があって心配である	32 (15.4)	88 (42.3)	70 (33.7)	18 (8.7)
xa15 物忘れが多くて、情けない気持ちになる	36 (17.3)	113 (54.3)	53 (25.5)	6 (2.9)
xa16 健康ではないため、外出があまりできなくなってもどかしい	115 (55.3)	75 (36.1)	14 (6.7)	4 (1.9)
【対人関係ストレス】				
xa17 気の合う友達がいなくて、寂しい	93 (44.7)	91 (43.8)	21 (10.1)	3 (1.4)
xa18 他人と親しくなりたいが、難しい	70 (33.7)	100 (48.1)	34 (16.3)	4 (1.9)
xa19 他人と話をするのが難しい	80 (38.5)	99 (47.6)	26 (12.5)	3 (1.4)
xa20 おしゃべりしたいとき、会話する相手がいなくて寂しい	82 (39.4)	98 (47.1)	23 (11.1)	5 (2.4)

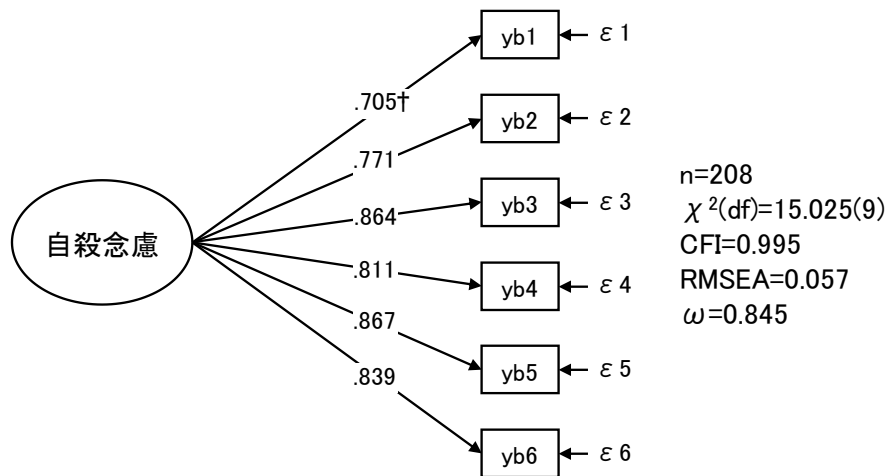
* %は四捨五入のため、100%にならない場合がある



【図 7-1】日本における高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度の構成概念妥当性

(3) 高齢者の自殺念慮測定尺度の妥当性と信頼性の検討

日本データにおける自殺念慮回答分布は、本論の第 6 章の第 2 節と同一である。高齢者の自殺念慮測定尺度の 6 項目 1 因子モデルのデータに対する適合度は、CFI が 0.995、RMSEA が 0.057 であった(図 7-2)。なお、自殺念慮測定尺度の ω 信頼性係数は 0.845 であった。

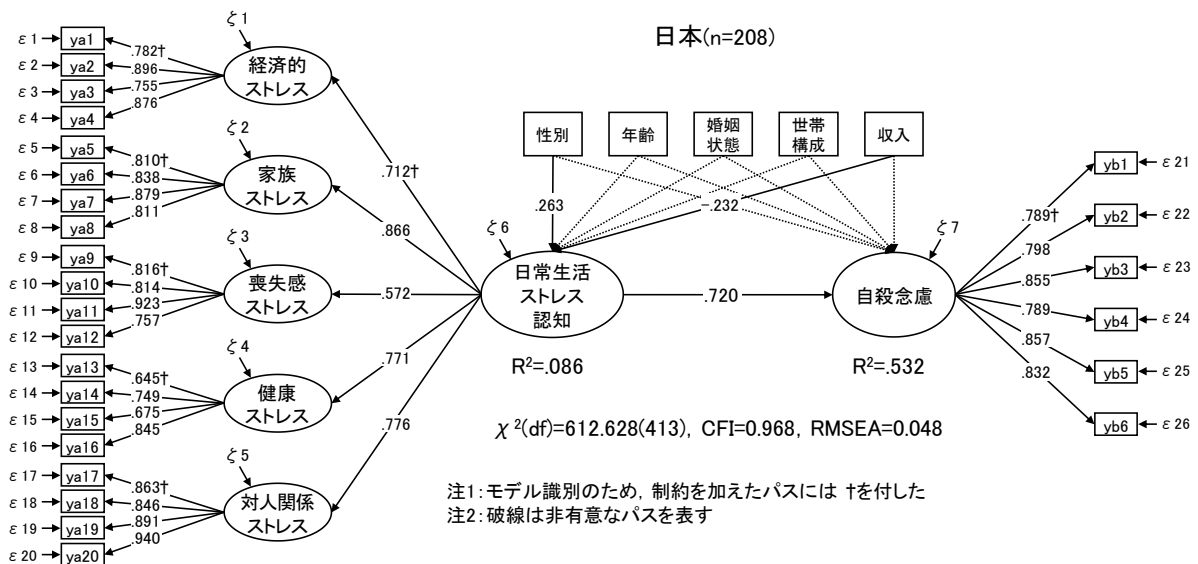


注1:モデル識別のため、制約を加えたパスには、†を付した

【図 7-2】日本における高齢者の自殺念慮測定尺度の構成概念妥当性

(4) 高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性の検討

高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連について構造方程式モデリングで分析した結果、日本における因果関係モデルのデータへの適合度は、CFIが0.968、RMSEAが0.048で(図 7-3)であった。



【図 7-3】日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連

変数間の関係に着目すると、日本では、自殺念慮に対して日常生活ストレス認知のパ

ス係数が 0.720 で、統計学的に有意な正の関連性を示していた。また、統制変数として投入した変数のうち、性別の日常生活ストレス認知に対するパス係数は、0.263 で正の関連性が、収入の日常生活ストレス認知に対するパス係数は、-0.232 で負の関連性が認められた。なお、自殺念慮に対する説明率は、53.2%であった。

第 2 節 韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連

2-1. 調査対象と調査方法

(1) 調査対象

本調査では、韓国の65歳以上の高齢者を対象に調査を実施した。韓国では、B市内の総合社会福祉館と老人福祉館を利用している65歳以上の在宅高齢者398名を対象に調査票を配付し、376名から調査票が回収できた(回収率94.5%)。調査は、無記名自記式の質問紙調査として、韓国では総合社会福祉館と老人福祉館において著者の一人が直接配付・回収を行った。

韓国における調査期間は、2014年4月21日から5月11日までの20日間であった。

(2) 調査内容

調査内容は、日本での調査内容(第7章の第1節)と同一である。

(3) 解析方法

解析方法は、日本での調査における解析方法(第7章の第1節)と同一である。ただし、統計解析には、回収されたデータのうち、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない韓国の316名のデータを使用した。

(4) 倫理的配慮

韓国調査の実施においては、「日本社会福祉学会研究倫理指針」および「同志社大学『人を対象とする研究』倫理規準」を遵守して行った。韓国における具体的な倫理的配慮として、本研究の目的や本研究で得られた情報は論文投稿・学会発表・報告書作成等以外

には用いず、情報から個人が特定できないよう配慮すること、調査への参加は強制ではなく、個人の自由意思であること、得られた調査票および情報は漏えいのないよう保管すること等を調査対象者に対して文書および口頭で説明した。本調査の趣旨に同意が得られた場合のみ調査に参加してもらうように依頼した。

2-2. 結果

(1) 対象者の個人属性分布

韓国における対象者の個人属性分布は【表7-3】に示した。日本データにおける個人属性分布の説明は、本論の第6章の第2節と同一である。ただし、分析のため、高齢者の年齢を前期高齢者と後期高齢者に分けた。前期高齢者は124名(39.2%)であり、後期高齢者は192名(60.8%)であった。平均年齢は、76.5歳(範囲65~92歳)であり、標準偏差は6.1であった。

【表7-3】韓国における対象者の個人属性分布(n=316)

性別	男	102 (32.3)
	女	214 (67.7)
年齢	前期高齢者	124 (39.2)
	後期高齢者	192 (60.8)
	平均年齢(範囲)	76.5 (65~92)
	標準偏差	±6.1
婚姻状態	配偶者がいる	124 (39.2)
	死別	157 (49.7)
	離婚	26 (8.2)
	未婚	8 (2.5)
	その他	1 (0.3)
世帯構成	一人暮らし	140 (44.3)
	夫婦のみ	101 (32.0)
	二世帯	43 (13.6)
	三世帯	20 (6.3)
	その他	12 (3.8)
収入	0以上5万円未満	203 (64.2)
	5万円以上10万円未満	49 (15.5)
	10万円以上15万円未満	30 (9.5)
	15万円以上20万円未満	27 (8.5)
	20万円以上	7 (2.2)

* %は四捨五入のため、100%にならない場合がある

(2) 高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度の妥当性と信頼性の検討

高齢者の日常生活ストレス認知に関する項目の回答分布は、【表7-4】に示した。日本データにおける項目ごとの回答「だいたい当てはまる」「とても当てはまる」に着目すると、経済的ストレスにおいては、「xa3 医療費にお金がかかるから心配である」が185名(58.6%)と最も多く、次いで「xa2 お小遣いが少なくて心配である」が175名(55.4%)の順であった。家族ストレスにおいては、「xa5 家族の荷物になるのではないかと心配である」が172名(54.4%)と最も多く、次いで「xa8 家族内で自分の力が弱くなって、寂しい」が99名(31.4%)の順であった。喪失感ストレスにおいては、「xa10 亡くなった家族が思い出されて悲しい」が141名(44.7%)と最も多く、次いで「xa9 亡くなった親しい親戚が思い出されて悲しい」が120名(38.0%)の順であった。健康ストレスにおいては、「xa13 身体の機能(視力, 聴力, 歯の状態など)が悪くなって不便である」が212名(67.1%)と最も多く、次いで「xa14 慢性的な病気があって心配である」が200名(63.3%)の順であった。対人関係ストレスにおいては、「xa17 気の合う友達がいなくて、寂しい」が107名(33.8%)と最も多く、次いで「xa20 おしゃべりしたいとき、会話する相手がいなくて寂しい」が106名(33.5%)の順であった。

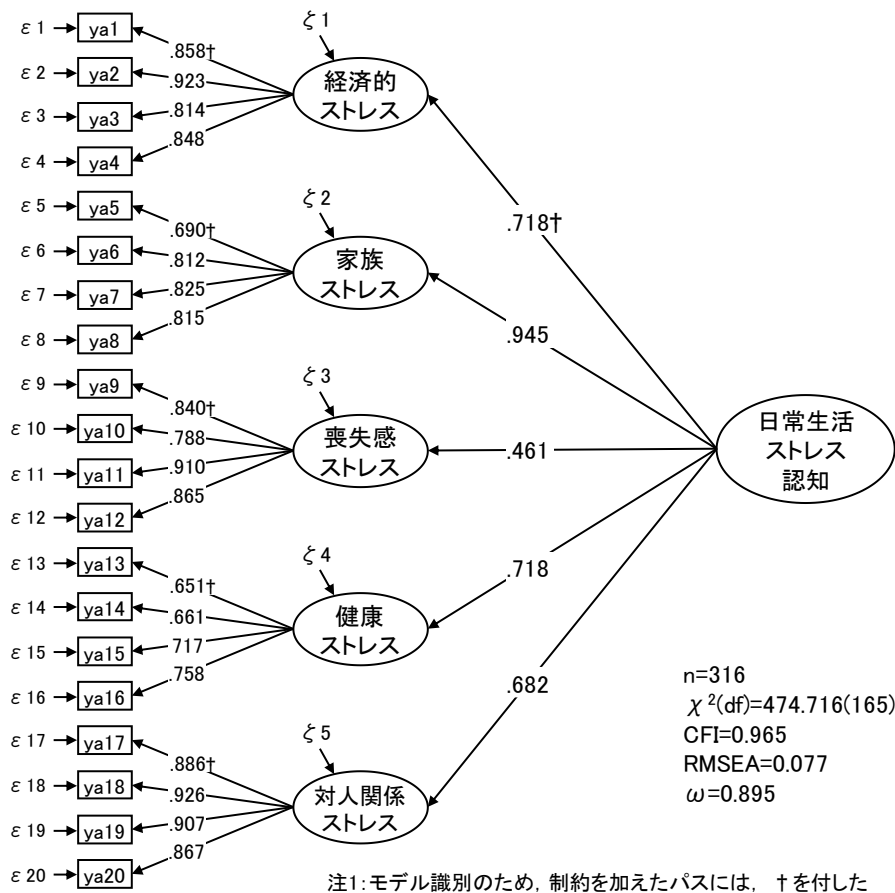
高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度の5因子二次因子モデルのデータに対する適合度は、CFIが0.965、RMSEAが0.077であった(図7-1)。なお、日常生活ストレス認知測定尺度の ω 信頼性係数は0.895であった。

【表 7-4】 韓国における高齢者の日常生活ストレス認知に関する質問項目と回答分布 (n=316)

単位:名(%)

質問項目	回答カテゴリ			
	全然 当てはまらない	あまり 当てはまらない	だいたい 当てはまる	とても 当てはまる
【経済的ストレス】				
xa1 経済的な蓄えがなくて心配である	66 (20.9)	76 (24.1)	101 (32.0)	73 (23.1)
xa2 お小遣いが少なくて心配である	67 (21.2)	74 (23.4)	104 (32.9)	71 (22.5)
xa3 医療費にお金がかかるから心配である	66 (20.9)	65 (20.6)	101 (32.0)	84 (26.6)
xa4 お金がないため、社会活動ができなくて寂しい	93 (29.4)	78 (24.7)	97 (30.7)	48 (15.2)
【家族ストレス】				
xa5 家族の荷物になるのではないかと心配である	85 (26.9)	59 (18.7)	94 (29.7)	78 (24.7)
xa6 家族に嫌われていてみじめな気持ちになる	152 (48.1)	77 (24.4)	50 (15.8)	37 (11.7)
xa7 家族と意見が合わなくてもどかしい	171 (54.1)	80 (25.3)	52 (16.5)	13 (4.1)
xa8 家族内で自分の力が弱くなって、寂しい	145 (45.9)	72 (22.8)	70 (22.2)	29 (9.2)
【喪失感ストレス】				
xa9 亡くなった親しい親戚が思い出されて悲しい	124 (39.2)	72 (22.8)	85 (26.9)	35 (11.1)
xa10 亡くなった家族が思い出されて悲しい	120 (38.0)	55 (17.4)	83 (26.3)	58 (18.4)
xa11 亡くなった隣人が思い出されて悲しい	139 (44.0)	78 (24.7)	77 (24.4)	22 (7.0)
xa12 亡くなった友だちが思い出されて悲しい	142 (44.9)	55 (17.4)	89 (28.2)	30 (9.5)
【健康ストレス】				
xa13 身体の機能(視力, 聴力, 歯の状態など)が悪くなって不便である	42 (13.3)	62 (19.6)	119 (37.7)	93 (29.4)
xa14 慢性的な病気があって心配である	62 (19.6)	54 (17.1)	101 (32.0)	99 (31.3)
xa15 物忘れが多くて、情けない気持ちになる	88 (27.8)	69 (21.8)	107 (33.9)	52 (16.5)
xa16 健康ではないため、外出があまりできなくなってもどかしい	106 (33.5)	80 (25.3)	85 (26.9)	45 (14.2)
【対人関係ストレス】				
xa17 気の合う友達がいなくて、寂しい	135 (42.7)	74 (23.4)	81 (25.6)	26 (8.2)
xa18 他人と親しくなりたいが、難しい	125 (39.6)	92 (29.1)	74 (23.4)	25 (7.9)
xa19 他人と話をするのが難しい	136 (43.0)	96 (30.4)	69 (21.8)	15 (4.7)
xa20 おしゃべりしたいとき、会話する相手がいなくて寂しい	132 (41.8)	78 (24.7)	68 (21.5)	38 (12.0)

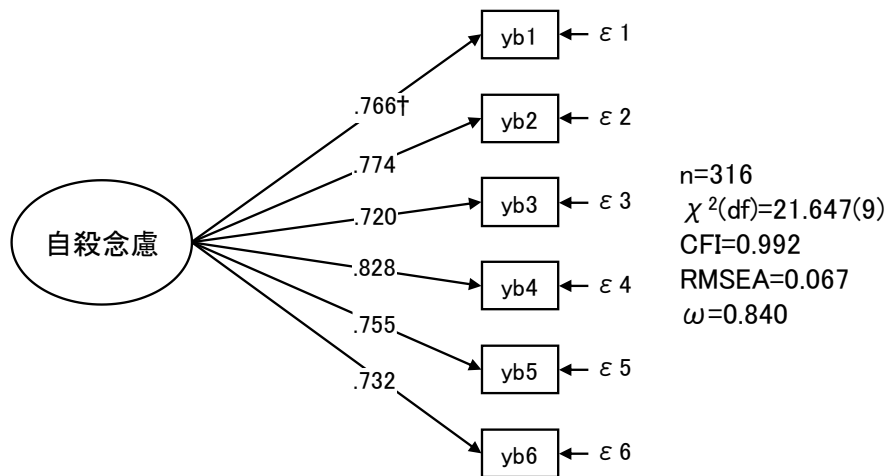
* %は四捨五入のため、100%にならない場合がある



【図 7-4】 韓国における高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度の構成概念妥当性

(3) 高齢者の自殺念慮測定尺度の妥当性と信頼性の検討

韓国データにおける自殺念慮回答分布の説明は、本論の第 6 章の第 2 節と同一である。高齢者の自殺念慮測定尺度の 6 項目 1 因子モデルのデータに対する適合度は、CFI が 0.992、RMSEA が 0.067 であった(図 7-5)。なお、自殺念慮測定尺度の ω 信頼性係数は 0.840 であった。

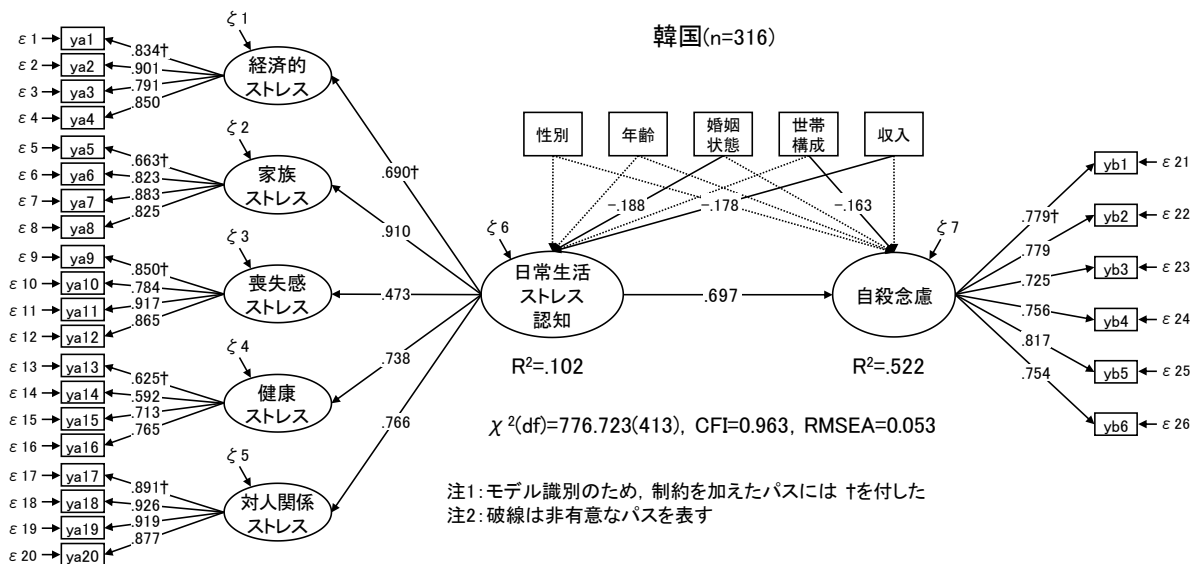


注1: モデル識別のため, 制約を加えたパスには, †を付した

【図 7-5】 韓国における高齢者の自殺念慮測定尺度の構成概念妥当性

(4) 高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性の検討

高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連について構造方程式モデリングで分析した結果, 韓国における因果関係モデルのデータへの適合度は, CFI が 0.963, RMSEA が 0.053 で(図 7-6)あった。



注1: モデル識別のため, 制約を加えたパスには †を付した
注2: 破線は非有意なパスを表す

【図 7-6】 韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連

変数間の関係に着目すると, 韓国では, 自殺念慮に対して日常生活ストレス認知のパ

ス係数が 0.697 で、統計学的に有意な正の関連性を示していた。また、統制変数として投入した変数のうち、婚姻状態の日常生活ストレス認知に対するパス係数は、 -0.188 、収入の日常生活ストレス認知に対するパス係数は、 -0.178 であり、負の関連性が認められた。また、世帯構成の自殺念慮に対するパス係数は、 -0.163 であり、負の関連性が認められた。なお、自殺念慮に対する説明率は、52.2%であった。

第3節 考察

本研究は、自殺に至るリスクを適切に把握し、高齢者の自殺予防への指針を得ることをねらいとして、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにした。統計解析においては、高齢者の日常生活ストレス認知を独立変数、自殺念慮を従属変数、個人属性(性別、年齢、婚姻状態、世帯構成、収入)を統制変数とした因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてモデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を検討した。構造方程式モデリングは複数の適合度指標によって因子構造や因果関係のモデルの適切さのアセスメントが可能であり、さらに、モデルの構成に柔軟性があると同時に、測定誤差の分離が可能である(豊田 2003)。したがって、本研究において構造方程式モデリングを解析方法として採用したのは、適切であると言える。

本研究では、第一に、前記因果関係モデルの検討に先立ち、測定尺度の構成概念妥当性と信頼性を検討した。その結果、高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度と自殺念慮測定尺度が統計学的に支持された。それは、日本と韓国という異なる社会文化や個人的な特性にも関わらず、共通して同じ概念が測定できる尺度であることが確認されたことを意味し、日本と韓国の比較において意義深いものと推察された。高齢者が日常生活の中で、受けられる可能性がある多様なストレスを多く反映した日常生活ストレス認知測定尺度が検討されたことは、自殺のみならず、ストレスの反応としてうつやセルフ・ネグレクトなど精神的健康との関連性に関する研究にも活用できると言えよう。さらに、それにとどまらず、介入に関する効果測定や予防への介入研究にも活用できる可能性が高いと料する。なお、日本では、従来は自殺のリスクをうつの程度で測定するため、自殺念慮測定尺度を用いた調査研究は、ほとんど見あたらなかった。とりわけ、高齢者に対する自殺念慮測定尺度が検討され、自殺念慮測定尺度が用いられた調査研究は、皆無であった。その意味で、

本研究において自殺念慮測定尺度が検討され、自殺リスクの指標として用いられたことは、自殺のリスクをうつわの程度ではなく、自殺行為の指標として自殺リスクをより正確に測定できたことを意味し、今後の高齢者自殺研究から、その有用性が期待できよう。別言するならば、自殺のリスクが単に数量的に把握できることであり、より正確に把握できるということにとどまらず、今後、自殺のメカニズムや社会的サポート、介入に対する効果測定にとっても重要な役割を果たすものであり、高齢者の自殺予防に大きく資することが期待できよう。

第二に、本研究では、高齢者の日常生活ストレス認知を独立変数、自殺念慮を従属変数とした因果関係モデルを構築し、モデルのデータへの適合度を検討した結果、その関連性が明らかになった。視点を変えるならば、日本と韓国の高齢者において日常生活ストレス認知が自殺念慮に影響するという仮説が実証されたことは、本研究で援用した Lazarus らのストレス認知理論が検証されたことを意味している。それは、ストレス認知理論を援用して立てた本研究の仮説モデルのように、日常生活ストレスから自殺念慮、自殺に至る一連のプロセスが明らかになったということである。つまり、高齢者自殺予防のためには、本研究のように、理論を基盤とした自殺に至るプロセスを仮定し、そのプロセスに合わせた段階別的な自殺予防戦略を立てる必要があることが示唆されている。とりわけ、上述したように、日本と韓国という異なる環境下においても両国の高齢者に共通して、高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関係が統計学的に支持されたことは、単に理論が実証できたということにとどまらず、両国の高齢者に対する政策的ならびに臨床的な介入においてストレスマネジメント、すなわち高齢者が日常生活で直面するストレスを適切に管理する予防システムの開発が必要なことを示唆している。現在、日本と韓国の自殺対策の内容を概観すると、その対象は子どもと労働者が中心で、たとえば、日本の自殺対策基本法においては、子どもの不安や悩み、ストレスなどを早期に発見し介入するために、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーを配置すること、また労働者に対しては、自殺予防の一環としてメンタルチェック制度を創設し、職場でのストレスを適切に管理し、自殺予防を図ることの重要性が指摘されている。同様に、韓国の第2次自殺予防総合対策においても、子どもに関してはうつや自殺傾向など精神的な問題を早期に発見するために精神的健康をチェックすることが制度化されており、また労働者においても、職場でのス

トレスを適切に管理し解消するための職務ストレス管理プログラムが投入されている。それらアプローチは、Lazarus らのストレス認知理論を実践課題に応用したものと解釈できる。しかし、高齢者に対しては、両国とも日常生活で直面するストレスやうつ傾向をスクリーニングするシステムも構築されておらず、高齢者の自殺予防対策はほとんどなされていないと言えよう。したがって、早急に高齢者のメンタルチェックや本研究で開発できた日常生活ストレスならびに自殺念慮測定尺度を用いた予防システム制度を導入にすると同時に、個々の高齢者に適した介入を積極的に行う必要がある。

第三に、本研究では前記の因果関係モデルに、従来の研究成果(大山ら2008；栗田2005；本橋2003；松本1996；イムら2013；キムら2013；クオンら2013；小田切ら2010；イラ2008；前田ら2004)を参考に、性別、年齢、婚姻状態、世帯構成、収入を統制変数として投入した。そして、高齢者の日常生活ストレスと自殺念慮の関連性の程度とあわせて、統制変数の高齢者の日常生活ストレスと自殺念慮の関連を明らかにすることをねらいとした。統計解析の結果は、従来の研究結果とは異なり、それら変数のほとんどは高齢者の日常生活ストレスと自殺念慮に関係しないこと、また関連性が否定できない変数においても日本と韓国に共通する変数と独自の変数があることを示していた。具体的には高齢者の日常生活ストレスに対して収入のみが共通して関係し、さらに日本では性別が、韓国では婚姻状態が関係していた。また自殺念慮に対しては、韓国において世帯構成のみ有意な結果が得られた。したがって、日本と韓国においては、高齢者の日常生活ストレスおよび自殺念慮に直接的に介入することに加えて、個人的特性や環境を考慮した政策的・実践的な支援が必要であり、個人的特性や環境を基盤とした社会福祉的な介入も望まれよう。たとえば、日本と韓国の高齢者は共通して収入が少ないほどストレス認知の得点も高くなっていた。このことを考慮するなら、高齢者の収入を高めるために就労の機会を拡大する対策が必要である。また、日本における低所得高齢者の対策として、多くの先進国が実施している所得保障制度の導入が急がれる。それと共に、韓国では特に、所得保障制度として実施されている基礎年金制度を見直し、低所得の高齢者が経済的な支援を受け、より安定的な生活ができるように制度の改正が必要であろう。

なお、日本と韓国における独自の変数として日本は、女性に比して男性がストレスフルな状況にあることから、男性には自殺念慮に代わるストレス対処に関連したプログラム

をより適切に行う必要がある。韓国では、配偶者がいない高齢者ほど日常生活に伴うストレスが高い傾向にあった。この問題を解決するには地域の社会福祉館や老人福祉館が提供しているスポーツや学習などクラブ活動への参加を促し、人との交流や友達づくりの場の提供が望まれよう。また一人暮らし高齢者に対しては、現在の一人暮らし高齢者への社会的サービスを強化する必要がある。

【注】

- 1) 第7章(高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連)は、日本社会福祉学会誌『社会福祉学』第57巻第4号に掲載した「日韓の高齢者における日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連」を修正および補足して作成した。

Ⅲ 結論

序論では、本研究の意義を明確にするために、自殺に関する社会的背景と研究的背景を検討した。社会的背景では、日本と韓国における社会の高齢化とともに生じる問題としての高齢者自殺とその予防対策としてなされている自殺予防基本法において、高齢者の自殺対策の問題を指摘した。研究的背景では、日本と韓国において高齢者自殺に関して行われてきた従来の研究を検討し、高齢者自殺の発生要因や高齢者の自殺リスクを測定するために用いられた予測要因、行われてきた高齢者自殺の研究方法について明らかにし、本研究の目的と研究課題を設定した。

本論では、自殺発生に関する様々な理論を検討し、実証研究における適用可能な自殺理論モデルを援用して自殺の仮説モデルを組み立て、さらに、高齢者の自殺予防への指針を得ることをねらいとして、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮のメカニズムを解明するために、高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度を開発した。開発した自殺念慮測定尺度を用い、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮がどのように関連しているのかについて仮説モデルを組み立て、実証的に検討した。

結論では、本研究で得られた結果をまとめるとともに、日本と韓国における高齢者の自殺予防福祉モデル構築に資する政策的・実践的提言を述べ、本研究の限界と今後の課題について述べる。まず、第8章の第1節である本研究のまとめでは、序論で設定した本研究の目的と目的達成のために立てた3つの研究課題を本論で組み立てた仮説モデルの検討を通して明らかになった日本と韓国における高齢者のストレス認知と自殺念慮の関連性について再確認する。また、第8章の第2節である高齢者の自殺予防福祉モデル構築への提言では、本研究の3つの研究課題により得られた知見として、日本と韓国における高齢者の自殺予防福祉モデル構築に関する政策的・実践的提言を述べる。最後に、第8章の第3節では、本研究の限界と今後の課題について述べる。

第8章 結論

第1節 本研究のまとめ

自殺は先進諸国に共通した社会問題であり、特に日本と韓国は、先進諸国の中でも自殺死亡率が高い国である。日本と韓国の政府は、自殺問題の深刻さを認識し、対応してきた。その一環として両国政府は、自殺対策をねらいとした自殺対策法を制定し、実施している。しかし、両国の自殺死亡率は、ほとんど低下せず、その制度が自殺死亡率の減少に貢献しているとは言い難い。それは、高齢自殺者が多いにもかかわらず、政府の自殺対策法は、若者や働き盛りの世代が中心になっているためであると推察される。過去は、若者や働き盛り世代の自殺が多かった。しかし、近年は、高齢者が急増するとともに、全自殺者数の中に占めている高齢自殺者数が増加している傾向があり、高齢者自殺への早急な取り組みが必要である。

高齢者自殺予防のためには、自殺リスクの正確な把握や自殺に至るメカニズムを明らかにする必要がある。その自殺のリスクを早期に把握し、早期に介入することが最も大切である。自殺リスクの早期把握・早期介入のために、高齢者自殺に影響を与えるリスク要因を正確に把握し、自殺に至るメカニズムを明らかにする必要がある。そこで、本研究では、従来の研究を通して、高齢者自殺に影響を与えるリスク要因を詳細に検討した。また、自殺リスクを正確に把握するための自殺の予測要因とそのメカニズムに着目し、検討した。さらに、リスク要因と自殺の関連性を明らかにする研究方法について検討した。その結果として第1に、高齢者自殺に影響を与える潜在的な要因を把握することが重要であり、その要因と自殺リスクとの関連性の検討が示唆された。また、潜在的な要因は、高齢期にストレスとなる出来事や変化(ストレッサー)を中心に検討する必要がある。自殺リスクの要因を検討する際には、高齢期にストレスとなる出来事や変化(ストレッサー)そのものではなく、その出来事や変化(ストレッサー)に対してどのように認知しているのか(ストレス認知)に関する検討が重要であると示唆された。第2に、高齢者の自殺リスクをより正確に測定するためには、自殺念慮の概念を取り入れて測定することが適切であり、自殺念慮の概念を反映した尺度、高齢者の特性を考慮した尺度の開発が必要であることが示唆された。第3に、高齢者の自殺リスクの要因を早期に把握し、対応するためには、量的研究の手法を用いることが効果的・効率的である。とりわけ、高齢者の自殺リスクの要

因とそのメカニズムを解明するためには、構造方程式モデリングの解析方法を採用し、解析することで、正確な自殺リスクの要因とそのメカニズムが解明できると示唆された。

以上のことを踏まえ、本研究の目的を、「高齢者の自殺予防への指針を得ることをねらいとして、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を明らかにする」こととした。そして、本研究においては、この目的を達成するために、以下の3つの研究課題を立てた。

研究課題 1：高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度の開発(本論の第 6 章)

研究課題 2：日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性(本論の第 7 章)

研究課題 3：韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性(本論の第 7 章)

本研究では、上記の課題に取り組むために、自殺発生に関する様々な理論を検討し、自殺発生に関する自殺理論として Lazarus ら(1984)のストレス認知理論を援用した。Lazarus ら(1984)のストレス認知理論に基づき、「高齢者の個人特性や環境特性に起因する多様なストレスを、彼らがどのように評価(認知)するかで、対処としての自殺念慮もしくはより具体的な対処としての自殺に至る」と仮説を立て、自殺念慮の因果関係モデルを組み立てた。さらに、前記の研究課題である高齢者自殺念慮測定尺度の開発および、日本と韓国における自殺念慮の因果関係モデルの検討にあたっては、構造方程式モデルを用いて、因果関係モデルのデータに対する適合性を判断した。なお、前記3つの研究課題に関する内容は、以下のようである。

研究課題1では、高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を検討することに先立ち、「自殺に至るリスクの適切な把握や自殺発生のメカニズムの解明に資する測定尺度の開発をねらいとして、自殺念慮に関する測定尺度を開発する」ことを目的に研究を進めた。自殺念慮測定尺度を開発するために、自殺念慮を「自殺したい気持ち(張2006:147)をもっており、自殺の計画や企図などの自殺行為に関して深刻に考えること(Kovacs ら1985:559 ; Reynolds1991:290)」と操作的定義を行った。その定義に基づいて、6項目か

ら構成される因子モデルを1因子モデルとして想定した仮説モデルを構成し、検討した。なお、調査対象者は、日本と韓国の65歳以上の在宅高齢者を対象に調査を実施した。統計解析では、回収されたデータのうち、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない日本の208名並びに韓国の316名のデータを使用した。統計解析は、6項目から構成される因子モデルを1因子モデルと仮定し、その構成概念妥当性と信頼性係数を検討した。構成概念妥当性は、日本と韓国のデータに対する因子モデルの適合性を構造方程式モデリングによる確認的因子分析で検討し、内的整合性の側面から信頼性を ω 信頼性係数で検討した。

仮説モデルのデータに対する適合度を検討した結果、日本のデータでは、CFI が0.995、RMSEA が0.057、韓国のデータでは、CFI が0.992、RMSEA が0.067と統計学的な許容水準を満たしていた。それは、開発された自殺念慮測定尺度が高齢者の自殺念慮を正確に測定できる尺度として開発されたことを意味する。とりわけ、日本と韓国において、異なる個人的な特性や社会文化にも関わらず、利用できる尺度が開発されたと言える。今後、多様な要因による自殺リスクの正確な把握や自殺メカニズムの解明など、高齢者の自殺予防研究においても、自殺念慮測定尺度は十分な活用が耐えられることが示唆された。

研究課題2では、「日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性」を解明のために、Lazarus ら(1984)のストレスとコーピングの関係を援用し、「高齢者の日常生活ストレス認知が自殺念慮に影響を与える」とする演繹仮説を設定した。演繹仮説に基づき、高齢者の日常生活ストレス認知を独立変数、自殺念慮を従属変数とした因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてその因果関係モデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を検討した。なお、調査対象者は、日本のA市に位置している3団体(高齢者大学、デイケアセンター、教会)に所属する65歳以上の在宅高齢者を対象とした。統計解析には、回収されたデータのうち、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない日本の208名のデータを使用した。

高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性について構造方程式モデリングで分析した結果、日本における因果関係モデルのデータへの適合度は、CFI が0.968、RMSEA が0.048で、日本における因果関係モデルのデータへの適合度は、統計学的に良好な水準であることが示された。変数間の関係に着目すると、日本では、自殺念慮に対して日常生活ストレス認知のパス係数が0.720で、統計学的に有意な正の関連性を示していた。また、

統制変数として投入した変数のうち、性別の日常生活ストレス認知に対するパス係数は、0.263 で正の関連性が、収入の日常生活ストレス認知に対するパス係数は、-0.232 で負の関連性が統計学的に認められた。なお、自殺念慮に対する説明率は、53.2%であった。このことは、高齢者が日常生活ストレスを認知することにより、自殺念慮に影響を与えるという仮説が支持されたことであり、それは、Lazarus ら(1984)のストレス認知理論が検証されたことを意味することである。以上の結果から、日本の高齢者に対する政策的ならびに臨床的な介入においてストレスマネジメント、すなわち高齢者が日常生活で直面するストレスを適切に管理する予防システムの開発が必要なことを示唆された。それに加え、日本の高齢者のストレス認知に影響を与える変数である性別と収入を考慮した適切なプログラムや対策の必要が示唆された。

研究課題3では、「韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性」を解明のために、研究課題2と同一にLazarus ら(1984)のストレスとコーピングの関係を援用し、「高齢者の日常生活ストレス認知が自殺念慮に影響を与える」とする演繹仮説を設定した。研究課題2と同様な因果関係モデルを、構造方程式モデリングを用いてその因果関係モデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を検討した。なお、調査対象者は、韓国のB市に位置している総合社会福祉館と老人福祉館を利用している65歳以上の在宅高齢者を対象とした。統計解析には、回収されたデータのうち、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない韓国の316名のデータを使用した。

高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性について構造方程式モデリングで分析した結果、韓国における因果関係モデルのデータへの適合度は、CFIが0.963、RMSEAが0.053で、韓国における因果関係モデルのデータへの適合度はいずれも統計学的に良好な水準であることが示された。変数間の関係に着目すると、韓国では、自殺念慮に対して日常生活ストレス認知のパス係数が0.697で、統計学的に有意な正の関連性を示していた。また、統制変数として投入した変数のうち、婚姻状態の日常生活ストレス認知に対するパス係数は、-0.188、収入の日常生活ストレス認知に対するパス係数は、-0.178であり、負の関連性が統計学的に認められた。また、世帯構成の自殺念慮に対するパス係数は、-0.163であり、負の関連性が統計学的に認められた。なお、自殺念慮に対する説明率は、52.2%であった。このことは、研究課題2と同様に、高齢者が日常生活ストレスを認知す

ることにより、自殺念慮に影響を与えるという仮説が支持されたことであり、それは、Lazarus ら(1984)のストレス認知理論が検証されたことを意味する。以上の結果から、韓国の高齢者に対してストレスをスクリーニングできるシステムの構築やストレスマネジメントプログラムの導入、個々の高齢者に適した介入を積極的に行う必要が示唆された。それに加え、韓国の高齢者のストレス認知に影響を与える変数である配偶者の有無と収入を考慮した適切なプログラムや対策の必要が示唆された。

第 2 節 日本と韓国における高齢者の自殺予防福祉モデル構築への提言¹⁾

本研究は、高齢者自殺に関する実証研究として、従来の多くの研究から議論されてきた高齢者自殺に関する多様な要因を検討し、蓄積する試みとなったことから、今後の研究に貢献できると考えられる。その意味で、本研究は、従来の研究から新たな枠組みを作り上げ、理論的枠組みに基づく研究モデルを構成し、検証するという基礎的な研究となった。その実証による結果から、高齢者の自殺念慮に影響を与える要因として日常生活ストレスが明らかになった。さらに、自殺念慮が自殺の初期段階であることを勘案するなら、高齢者の日常生活ストレスは、自殺念慮に影響を与え、自殺念慮は自殺に影響を与えると推察できる。

また、高齢者の自殺予防福祉モデル構築に関する提言を述べるために、「高齢者が日常生活において、遭遇しやすい経済的問題や家族問題、喪失感、健康的問題、対人関係問題といった日常生活ストレスを認知することによって、自殺念慮に影響を与える」という仮説を立てて、この仮説をもとに因果関係モデルを構成し、その関連性を明らかにした。詳細に、本研究の目的を達成するために立てた 3 つの研究課題である「研究課題 1：高齢者を対象とする自殺念慮測定尺度の開発(本論の第 6 章)」、「研究課題 2：日本における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性(本論の第 7 章)」、「研究課題 3：韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性(本論の第 7 章)」を検討する過程で得られた知見から、高齢者の自殺予防福祉モデル構築への提言を述べる。まず、高齢者の自殺予防における政策的提言としては、1) 高齢者の自殺予防介入対策と自殺予防介入の担当機関の明確化、2) 低所得高齢者への支援強化、3) メンタルチェック制度の創設

が挙げられる。実践的提言としては、1) ストレスマネジメントプログラム並びに情緒的サポートの提供、2) 精神健康に関する地域の相談システムの強化、3) 高齢者自殺に関する潜在的な要因把握の必要性が挙げられる。

2-1. 政策的提言

1) 高齢者の自殺予防介入対策と自殺予防介入の担当機関の明確化

高齢者自殺問題が深刻な日本と韓国において、高齢者の自殺予防を担当して行う機関の存在の有無は最も重要である。高齢者の自殺予防を効果的・効率的に行うためには、自殺問題に積極的に取り組んできたアメリカやイギリス、ニュージーランドなど²⁾のように、年齢階層別に1次的自殺予防介入対策から3次的自殺予防介入対策までの介入対策をより具体化する必要がある。何よりも、各段階別に適切な担当機関を指定して自殺予防活動を専門的に行うことが従来の条件にならないとできない。

まず日本の場合、自殺対策基本法においては、自殺予防対策を「事前予防」、「自殺発生の危機対応」、「事後対応」の段階ごとに効果的な施策を講じる必要があり、同時に、「全体的予防介入」、「選択的予防介入」、「個別的予防介入」という対象ごとに対策を取り組み合わせることが重要であると明示されている。しかし、その施策の担当機関や方法、内容については、全く示されておらず、施策の重要性のみを強調されている。したがって、前記の段階ごとの自殺予防対策がより効果的・効率的に行うためには、各段階別に担当機関を指定して各段階の対象になる高齢者に専門的な自殺予防介入支援が求められる。とりわけ、高齢者の場合、独居高齢者が多く、閉じこもりの高齢者も多いことで、自ら相談に来ないと、対象になる高齢者を見つけることが難しい。したがって、指定された自殺予防機関が対象者を積極的に探し出し(アウトリーチ)、介入することが重要である。その際、本研究の研究モデルであった高齢者の日常生活ストレス認知の段階を1次的自殺予防介入とし、自殺念慮をもっている段階を2次的自殺予防介入、自殺の危険性が高く入院治療が必要な場合や自殺企図をした後を3次的自殺予防介入として分け、介入する必要がある。

日本においては、高齢者の自殺予防のためには、まず、各段階別に担当機関を明確化し、その役割分担と支援内容を明確化する必要があると推察される。高齢者の自殺予防介

入対策を1次的自殺予防対策から3次的自殺予防対策まで設け、1次的自殺予防介入対策は、地域包括支援センターのような地域を基盤とし、高齢者の身近なところにある高齢者の関連機関が担当することが求められよう。対象と支援内容としては、一般高齢者を対象とした自殺予防教育やストレスフルな状況にある高齢者のスクリーニング、ストレスフルな状況にある高齢者を対象としたストレスマネジメントプログラムの実施などを行うことが必要である。2次的自殺予防介入対策は、精神保健センターのような精神健康専門機関が担当し、自殺念慮をもっている高齢者のスクリーニングや自殺念慮を軽減できるプログラムの実施と同時に、相談および心理的治療も行う必要がある。3次的自殺予防介入対策は、地域にある病院が担当することが求められ、自殺未遂者を対象に、自殺に失敗した高齢の自殺未遂者が入院期間中に、再実行しないように自殺予防への相談および医療的治療が行われなければならない。それに加え、以上のような自殺予防システムが構築され、自殺予防への業務を行う際に、1次的自殺予防介入から3次的自殺予防介入までの連携を強化することで、より体系的な自殺予防システムが構築できると考えられる。例えば、1次的自殺予防介入機関から自殺のハイリスク高齢者であると判断されると、2次的自殺予防介入機関と対象者の情報を共有し、2次的自殺予防介入機関が専門的に介入できるように連携しないといけない。また、2次自殺予防介入機関がマネジメントしているハイリスク高齢者のうち、自殺企図の可能性が高いと判断された場合は、高齢者が病院の診断を受け、入院して精神科の治療ができるように病院と連携することが求められる。さらに、3次的自殺予防介入機関である病院から自殺未遂者およびハイリスク高齢者が退院し、地域に復帰すると、再び自殺を実行しないように1次的自殺予防介入機関と2次的自殺予防介入機関との情報共有など連携できるシステムを設けることで、高齢者の自殺予防効果が期待できよう。

一方、韓国の場合、高齢者の自殺予防は、1次的自殺予防介入、2次的自殺予防介入、3次的自殺予防介入に分けて、各段階別に担当機関が担当して行っている。しかし、現在の高齢者の自殺予防体制をみると、1次的自殺予防介入と2次的自殺予防介入を一つの機関が担当しており、3次的自殺予防介入のみ医療機関が担当している形態である。1次的自殺予防介入と2次的自殺予防介入を担当している機関は、保健・医療系である精神健康増進センターおよび自殺予防センターと福祉系である総合社会福祉館および老人福祉館(一

部の地域では、高齢者自殺予防センターが別に設置され、担当している場合もある)が自殺予防介入活動を実施している。しかし、前記の自殺予防介入機関が同じ地域で役割を分担せず、それぞれの自殺予防介入活動を行っており、その自殺予防介入活動の内容が重なっている。それは、保健・医療系と福祉系という主体が異なるため、効果的な連携も行われていないと言える。したがって、韓国の高齢者自殺予防システムにおいては、1 次的自殺予防介入と 2 次的自殺予防介入を担当している機関を整備し、活動が重ならないように二元化して 1 次と 2 次、3 次的自殺予防介入対策が段階的・有機的に行われるように、現在の体制を組み直す必要があると考えられる。地域に住んでいる高齢者の情報や地域住民という人的資源をもっている総合社会福祉館および老人福祉館がストレスフルのスクリーニングや自殺予防教育、モニタリング、ストレスマネジメントプログラムなどを持続的に行う必要がある。また、スクリーニングを通して自殺リスクのある高齢者や専門家の相談や治療を必要とするハイリスク群が発見されると、2 次的自殺予防介入機関である精神健康増進センターおよび自殺予防センターに介入できる体制を構築する必要がある。また、自殺未遂で病院に入院している高齢者に対しては、3 次的自殺予防介入機関である病院が介入し、再び自殺を実行しないよう、医療的な治療と同時に持続的なケースマネジメントが行わないとしない。患者の症状が緩和し、地域に復帰する際、地域で病院の医療的治療を受けつつ、再自殺企図が行わないように 1 次的自殺予防介入機関と 2 次的自殺予防介入機関との連携で持続的にモニタリングやケアすることが求められる。1 次的自殺予防介入機関から 3 次的自殺予防介入機関までの役割分担と支援内容を明確化することで、高齢者自殺を未然に防ぐことが可能になると考えられる。

以上のように、日本と韓国の自殺予防体制が段階的に整えば、1 次、2 次、3 次的自殺予防介入機関のみならず、消防署、保健センター、警察署、自殺に関わっている地域機関との情報共有も有機的に行われ、高齢者自殺予防への協力も求められるとされる。地域に様々な機関と人的資源が集まっている都市部では、前記のシステムが確立されるなら、高齢者自殺予防がある程度実現できると考えられるが、高齢者の人口密度が相対的に高い農村部では、高齢者の自殺予防を担当して行う機関や人的資源が足りない問題がある。そのため、農村部にある NPO および利用施設などが中心となって高齢者自殺予防介入機関の機能を担当し、手が回らないところは、それぞれの町長や民生委員を中心にゲートキー

パー教育を通して地域の高齢者をモニタリングできるシステムを整えていく必要がある。

2) 低所得高齢者への支援強化

日本と韓国の高齢者において、収入が高齢者の日常生活ストレス認知に影響を与えることが明らかになった。それは、高齢者の収入が少ないほどストレス認知が高くなり、ストレス認知が高くなるほど、自殺念慮が高くなる結果をもたらすことである。つまり、収入は、自殺念慮に直接的な影響を与えておらず、ストレスを高く認知させ、ストレス認知により、自殺念慮に間接的な影響を与えていることを意味する。そのことを考慮するなら、低所得高齢者の収入を高めるために就労の機会を拡大する対策と共に所得保障制度を整備し、低所得高齢者への支援を強化する必要があると考えられる。

日本の場合は、政府が企業と連携して高齢者向けの仕事を創出し、拡大しないとならない。高齢者が働ける環境を整え、ハーロワークを通して定年高齢者ならび低所得高齢者に仕事を斡旋し、安定的な収入が得られるように支援することが必要である。また、低所得高齢者の所得保障政策の一環として、多くの先進国(カナダやギリス、オーストラリア、アメリカなど)³⁾が実施している所得保障制度の導入が急がれる。収入と財産を調査し、一定的な認定額に満たされていない高齢者に対して、一定的な所得を支援することである。高齢者の所得格差が広がり、低所得高齢者が増加していることを考えると、所得保障制度を導入することで、低所得高齢者の安定的な生活に一助となると考えられる。

韓国の場合は、ハーロワークの機能をもっている機関がないため、日本のハーロワークのように、高齢者に雇用情報を提供する機関の設置が急がれよう。政府は、高齢者の雇用を促進するために、多様な雇用支援政策を行っているが、限られた仕事や、雇用情報へのアクセスがしにくいこと、給料など勤務条件が良くない仕事が多いことから、高齢者の再就職および安定的な収入を得るのは難しい。したがって、日本のハーロワークのような雇用斡旋機関を立て、高齢者の雇用に関する統合管理システムを構築しなければならない。個人に合わせた仕事のマネジメントできる機関として低所得高齢者がより安定した生活ができるように、継続的に支援することが望まれる。雇用への斡旋と共に、より勤務条件がよい高齢者向けの仕事を創出する必要がある。また、韓国では基礎年金という高齢者向けの所得保障制度を実施しているが、基礎年金制度における低い受給額と生活保護者の排除

問題を見直す必要がある。韓国の基礎年金制度では、所得認定額(所得と財産)の下位70%の高齢者が、所得認定額により最低1万円(10万ウォン)から2万円(20万ウォン)の範囲の受給が可能となっている。しかし、その受給額は、1人当たりの最低生活費の半分にも満たない水準にあり、たとえ基礎年金を受給しても生活困窮を緩和されないことから、受給額を引き上げる制度の見直しが急がれよう。また、生活保護者が基礎年金を受給すると、所得として認定されるため、支給される保護費が削減され、結局、生活保護の高齢者は基礎年金制度から排除される問題が生じる。しかし、生活保護の高齢者は、最も貧困層であるため、生活保護費を受給していても、重複して基礎年金を受給できるように制度の見直しが求められる。

3) メンタルヘルスチェック制度の創設

日本と韓国において高齢者の自殺死亡率が高いにもかかわらず、今まで相応の関心は払われていない。それは、高齢者の自殺予防に政府が消極的に対応してきたことを意味することである。日本の自殺対策法をみると、若年層と中高年層に対する早期発見・早期介入のシステムを整備し、継続的・中長期的な取り組みを行っている。とりわけ、若年層と中高年層においては、心理的・社会的ストレスに早期対応のために、スクリーニングのシステムを強化している。例えば、学校においては、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーを配置して相談体制の充実を図っている。また、職場においては、ストレスチェックの導入などにより、メンタルヘルスへの対策を拡大してストレスにかかっている労働者を早期発見し、早期介入することを狙っている。高齢者層に対するスクリーニングシステムも設けているが、うつスクリーニングとして実施していること、介護予防事業の一環として基本チェックリストの結果をうつの1次スクリーニングとして活用しているところである。換言するなら、高齢者層に対するスクリーニングシステムは、早期発見を目標として行っていると言いつつ、早期段階ではなく、すでに自殺リスクがあるうつの段階をスクリーニングしていることである。さらに、そのスクリーニングは、自発的に行わなければならない、介護予防事業にかかわっている高齢者が中心になっていることで、すべての高齢者に対するスクリーニングにはならないと指摘できる。

一方、韓国は、2009年に制定された新たな第2次自殺予防総合対策において、青少年

や労働者、高齢者などのライフステージに分け、自殺予防介入対策を実施している。その内容をみると、子ども自殺予防のために、学校での精神保健検査を行い、子どものストレスやうつを早期発見し、介入できるように対応している。また、労働者においては、職場でのストレスのスクリーニングおよびストレス対処プログラムを実施し、ストレスへの適切な対応ができるようにしている。しかし、高齢者の場合は、すべての高齢者に対する自殺リスクへのスクリーニングシステムが設けられておらず、一人暮らし高齢者を中心に、うつのスクリーニングが行われている。それは、日本と同様に、すべての高齢者に対するスクリーニングが行われておらず、一部の高齢者しか対象となっていないことである。本研究の結果からも明らかになったように、世帯構成の形態が日常生活ストレス認知と自殺念慮に影響を与えるという結果からみると、一人暮らし高齢者が中心になっている自殺リスクのスクリーニングシステムを全高齢者に拡大しなければならない。

以上のように、日本と韓国では、すべての高齢者に対するメンタルヘルスチェック制度の創設が必要であり、メンタルチェックにより、自殺リスクをもっている高齢者をより多くスクリーニングできると推察される。自殺リスクの早期発見と適切な介入のためには、メンタルヘルスチェック制度を二元化してメンタルヘルスチェックを行う必要がある。本研究から明らかになったように、1次のメンタルヘルスチェックは、日常生活ストレス認知測定尺度を用いてストレス認知の程度を測定し、1次のメンタルヘルスチェックから高得点の高齢者に対しては、2次のメンタルヘルスチェックとして自殺念慮測定尺度を用いた自殺念慮の程度を測定しなければならない。高齢者に対するメンタルヘルスチェックを二元化することによって、軽度の自殺リスク高齢者とハイリスク高齢者が区別でき、それぞれに適切な介入もできると思料される。なお、前記の1次と2次のメンタルヘルスチェックは、本研究で測定尺度として用い、その有効性が認められた日常生活ストレス認知測定尺度と自殺念慮測定尺度が活用できる。高齢者の日常生活ストレス認知測定尺度は、高齢者の日常生活でよく出会うストレスである「経済的ストレス」、「家族ストレス」、「喪失感ストレス」、「健康ストレス」、「対人関係ストレス」の5つの変数に構成され、20項目に作成された尺度である(表 8-1)。また、高齢者の自殺念慮測定尺度は、高齢者の負担を考慮し、6項目に作成された尺度である(表 8-2)。その2つの測定尺度は、高齢者のメンタルヘルスチェックの際に、チェックリストとして、有効なものになると考えられ

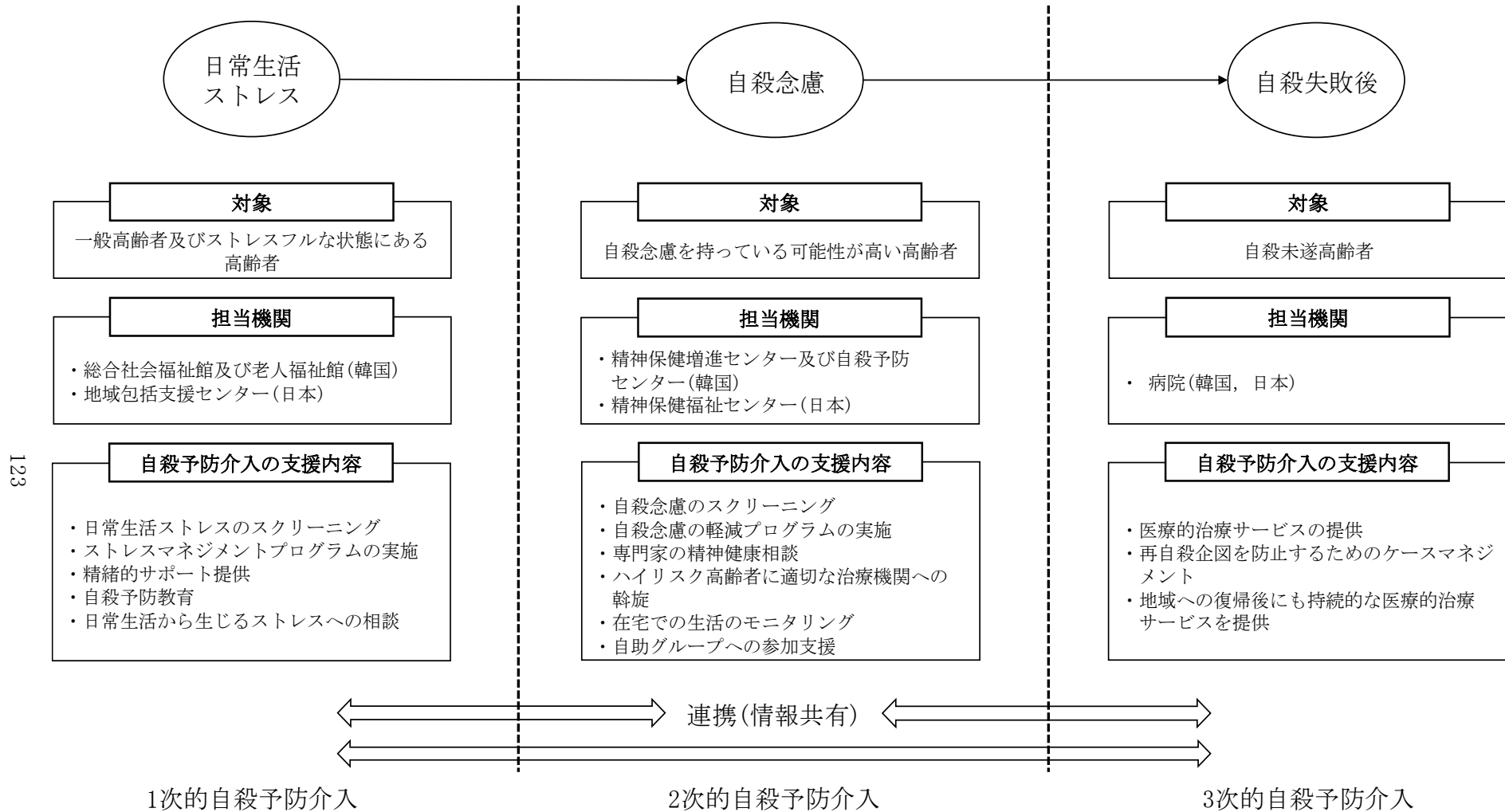
る。【表 8-1】と【表 8-2】に、チェックリストの試案を示す。

【表 8-1】高齢者の日常生活ストレス認知チェックリスト

質問項目	回答欄			
	全然 当てはまらない	あまり 当てはまらない	だいたい 当てはまる	とても 当てはまる
経済的 ストレス	1. 経済的な蓄えがなくて心配である			
	2. お小遣いが少なくて心配である			
	3. 医療費にお金がかかるから心配である			
	4. お金がないため、社会活動ができなくて寂しい			
家族 ストレス	5. 家族の荷物になるのではないかと心配である			
	6. 家族に嫌われていてみじめな気持ちになる			
	7. 家族と意見が合わなくてもどかしい			
	8. 家族内で自分の力が弱くなって、寂しい			
喪失感 ストレス	9. 亡くなった親しい親戚が思い出されて悲しい			
	10. 亡くなった家族が思い出されて悲しい			
	11. 亡くなった隣人が思い出されて悲しい			
	12. 亡くなった友だちが思い出されて悲しい			
健康 ストレス	13. 身体の機能(視力, 聴力, 歯の状態など)が悪くなって不便である			
	14. 慢性的な病気があって心配である			
	15. 物忘れが多くて、情けない気持ちになる			
	16. 健康ではないため、外出があまりできなくなってもどかしい			
対人 関係 ストレス	17. 気の合う友達がいなくて、寂しい			
	18. 他人と親しくなりたいが、難しい			
	19. 他人と話をするのが難しい			
	20. おしゃべりしたいとき、会話する相手がいなくて寂しい			

【表 8-2】高齢者の自殺念慮チェックリスト

質問項目	回答欄			
	全然 当てはまらない	あまり 当てはまらない	だいたい 当てはまる	とても 当てはまる
自殺 念慮	1. 人生は生きる価値がないと思うことがある			
	2. 生活(病気, 貧困, 孤独など)が苦しくなったら、死ぬことも考えられると思うことがある			
	3. 私がいなければ、家族や友だちなどはもっと楽になるかもしれないと思うことがある			
	4. 死んだら、すべての問題が解決できると思うことがある			
	5. 私の存在を確かめさせる唯一の方法は死ぬことだと思うことがある			
	6. 死にたいと思うことがある			



【図 8-1】日本と韓国における高齢者の自殺予防介入対策および支援(私案)

2-2. 実践的提言

1) ストレスマネジメントプログラム並びに情緒的サポートの提供

日本と韓国の高齢者に対するストレスマネジメントプログラム並びに情緒的サポートの提供が必要である。本研究では、日常生活ストレス認知が自殺念慮に影響を与えるという結果が明らかになった。つまり、日本と韓国の高齢者に対しては、日常生活で直面するストレスを適切に管理し、発散できるプログラムを実施することで、ストレスから自殺念慮への悪化を予防できると考えられる。また、自殺のハイリスク高齢者には、自ら自分の感情に対処し、自殺念慮を抑制するために、肯定的な対処能力を向上させる訓練プログラムなどの実施が求められる。そのため、1次予防機関が地域高齢者に対する余暇活動や社会参加活動など個人を考慮した多様なプログラムを開発し、地域高齢者がそれらに持続的に参加することによってストレス発散ができ、ストレスや自殺念慮に対して適切な対処ができると推察される。さらに、日常生活ストレスのうち、家族ストレスが最も大きく、次いで対人関係ストレス、健康ストレス、経済ストレス、喪失感ストレスの順で、日本と韓国における共通の調査結果が明らかになった。その結果からみると、日本と韓国の高齢者は、家族や対人関係、喪失感からくる孤独感が自殺念慮に大きな影響を与えると推察でき、家族や対人関係、喪失感からくる孤独感を支援できる情緒的サポートも必要とする。地域で友だちや周りの人との付き合いができるように、社会参加をサポートし、地域にあるサロンや老人クラブなどへの参加を促進することで、サポートネットが形成され、自然的または自律的なサポートができると思料される。また、余暇活動や社会参加活動など個人を考慮した多様なプログラムを開発し、高齢者が参加することによって人との交流やストレス発散ができ、家族や対人関係からくる孤独感の減少にも効果があると予測される。

それに加え、日本の高齢者は、性別により日常生活ストレスを認知する程度が異なる傾向があった。つまり、男性高齢者が日常生活ストレスをより高く認知することを意味する。従来の研究(ソ 2005:120)でも指摘されたように、女性高齢者は、相対的に自殺企図率が高いが、その成功率が低い反面、男性高齢者は、自殺企図率が低いが、自殺企図をする際に致命的な手段を用いるため、自殺成功率が高い。そのため、男性高齢者がストレスフルな状態にある場合は、ストレス対処に関連したプログラムをより適切に行い、ストレ

スフルな状態からうつや自殺念慮状態に至らないように、持続的なモニタリングおよびサポートをしなければならない。

韓国では、配偶者がいない高齢者ほど日常生活ストレスが、一人暮らし高齢者ほど自殺念慮が高いという結果が明らかになった。配偶者の不在は、喪失感ストレスとつながり、孤独感や疎外感を高めるのに影響を与えると推察できる。配偶者がいない高齢者のストレスを減少させるために、地域の社会福祉館や老人福祉館が提供しているスポーツや学習などクラブ活動への参加を促し、人との交流や友達づくりのプログラムを提供することが望まれよう。また、一人暮らし高齢者ほど自殺念慮が高いという結果から、一人暮らし高齢者を対象とする一人暮らし高齢者ドルボムサービス⁴⁾制度を用いて、自殺念慮をもつ高齢者に自殺念慮の軽減プログラムを提供することも考えられる。

2) 精神健康に関する地域の相談システムの強化

高齢者が日常生活で受けられるストレスやうつ病、それによる自殺念慮を身近なところで相談でき、自殺リスクを早期発見して高齢者自殺が予防できる相談システムを強化する必要がある。現在、自殺予防において相談システムの大きな柱としては、電話やインターネットを用いた自殺予防活動である。しかし、各自治体やNPOが自殺予防のために、電話とインターネットを活用して24時間体制で対応しているが、高齢者の場合は、電話やインターネットを利用して自分の問題を相談しようとするケースが少ない。とりわけ、高齢者は、自殺について積極的に相談しないことや、自分の状態を他の人に話さない傾向がある。例えば、日本の自殺予防のために相談業務を行ってきたいのちの電話から報告されている統計をみると、2014年に行った電話相談28,484件のうち、自殺傾向内数が7,860件であった(日本いのちの電話連盟2014)。そのうち、70代以上の高齢者から相談を受けた件数は、171件(2%)しかなかった(日本いのちの電話連盟2014)。外国の場合も電話相談を利用する高齢者は、全件数の1%を超えない(イ2006)という報告があり、韓国もその状況や事情は変わらない。インターネット相談の場合は、電話相談より高齢者がアクセスしにくいことを考えると、電話相談よりインターネット相談は、より少ないと推察できる。そのことは、高齢者の特性を考慮した相談方法を開発する必要があることを意味する。

それは、日本と韓国において、高齢者の自殺予防に関する相談システムを電話やイン

ターネットのように、高齢者がアクセスしにくい方法ではなく、地域にある機関を活用して相談システムを強化することが求められる。地域の高齢者と親密感があり、地域の高齢者に関する情報をもっている機関を中心として持続的にモニタリングとスクリーニングを行うことによって、事前に自殺リスクをもっている高齢者を捜し出すことができ、高齢者自殺率の減少に大きな役割を果たせるだろう。また、地域に住んでいる住民や介護支援専門員、民生委員など地域高齢者との関わりがある様々な分野での人的資源をゲートキーパーとして育成し、相談員として活用する必要がある。専門機関の相談員がすべての高齢者へのアクセスができないため、前記の人々が常に地域高齢者との生活相談をしつつ、異変があるかがモニタリングできるシステムの構築が求められる。例えば、自殺念慮をもっているにもかかわらず助けを求めない高齢者や閉じこもりの高齢者の自殺リスクは把握しにくいいため、日本では民生委員や介護支援専門員などを、韓国では独居高齢者生活管理士と養護保護士を積極的に活用し、地域の高齢者が精神的な問題をもっていると判断されると、地域にある相談機関に報告し、専門相談員が対応できるように、地域での相談体制を強化する必要があるだろう。

3) 高齢者自殺に関する潜在的要因把握の必要性

日本と韓国における高齢者自殺の潜在的要因を把握する必要がある。高齢者が自殺に至る要因とプロセスを具体的に把握し、その要因とプロセスに合った対策を立てなければならない。従来の多くの研究では、高齢者の自殺原因としてうつ病を注目し、自殺の強力なリスク要因として提示しているが(Cheng 1995; De Leo 1991; O'Connell et al. 2004)、最近の研究では、うつ病のそのものではなく、うつ病を発生させる1次的要因に焦点を当てた様々な研究が行われている。したがって、高齢者の自殺原因をうつ病のみで判断するのではなく、うつ病を引き起こす可能性がある潜在的要因を把握し、その因果関係を明瞭にする必要がある。

本研究では高齢者の潜在的自殺要因とされる5つのストレス要因が明らかとなり、とりわけ、ストレスと自殺念慮の関連を実証した。その結果、高齢者の自殺リスクを早期に把握し、介入するためには、まずストレス要因のような潜在的要因を究明する必要があると考えられる。高齢者自殺を未然に予防するためには、うつや自殺念慮の状態に陥っている

高齢者をスクリーニングするのみではなく、その前段階であるストレスのような潜在的要因を把握することが重要である。そのためには、高齢者がもっている自殺リスクの潜在的要因のような1次的要因を早期に把握し、介入することで、高齢者自殺を未然に予防することができると考えられる。しかし、現在のスクリーニングシステムにおいては、2次的要因(うつおよび自殺念慮)を中心に行われているが、高齢者自殺に影響を与える多様な潜在的要因を正確に把握することで、初期段階から適切な介入ができ、高齢者自殺への予防的介入もより具体的に行われると思料される。

毎年、日本政府が発行している自殺対策白書にも、心理的悩みを引き起こす様々な要因の把握ならびに、その要因に対する適切な介入の重要性が述べられている。しかし、様々な要因に対する把握や介入方法については、述べられていない。そこで、本研究で明らかになった要因の以外にも、調査や個人相談を通して高齢者自殺に影響を与える潜在的要因を持続的に探し出し、その要因に合わせた個々人への介入方法を開発することが自殺予防事業への初段階であると考えられる。潜在的な要因の捉えが重要であることは、今のようように、うつや自殺念慮をスクリーニングし、介入することで、うつや自殺念慮が減少するかもしれないが、潜在的な原因が解決されない限りは、うつが再発する可能性が高いためである。したがって、うつや自殺念慮を誘発する原因を持続的に把握し、医療・保健と福祉が共に介入できる高齢者自殺予防モデルを構築することが求められる。

第3節 本研究の限界と今後の課題

本研究では、横断的研究として、高齢者の自殺リスクの正確な把握や自殺に至るメカニズムを明らかにするため、日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連について検討し、今後、高齢者の自殺予防福祉モデル構築に関する政策的・実践的提言を述べた。しかし、本研究の結果を日本と韓国に適用するのに、以下のような限界と課題が残されていると考えられる。

以下に、本研究における限界と今後の課題について述べる。

第1に、調査対象者の範囲を拡大する必要がある。本研究は、日本のA市と韓国のB市に居住している在宅高齢者を対象に調査を行った。日本と韓国における高齢者の日常生活ストレス認知を独立変数、自殺念慮を従属変数とした因果関係モデルを構築し、統制変数

として性別、年齢、婚姻状態、世帯構成、収入を投入して検討した結果、両国において有意な結果が得られた。とりわけ、日本と韓国の高齢者を対象とし、世帯構成や経済的状況(収入)など、個人が囲まれている環境が全く異なるにも関わらず、そのモデルが統計学的に支持されたことは、異なる社会文化や個人の環境にも関わらず、そのモデルが支持される可能性が示唆された。しかし、本研究では、日本のA市と韓国のB市に居住している高齢者から得られたデータのみを用いたため、本研究の調査対象者が両国の在宅高齢者を代表しているとは言えない。

第2に、縦断的研究による高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性に関する因果関係を解明する必要がある。本研究では、横断的研究によって、高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性についてその因果関係を明らかにした。時間経過による高齢者の日常生活ストレスに関する認知と自殺念慮が変化するのにもかかわらず、本研究で明らかになった結果である高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性は変わらないことを解明する必要があると考えられる。そのためには、縦断的研究による高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性を検証する必要があるだろう。

第3に、自殺のリスク要因としての諸要因の更なる検討が必要である。本研究では、日本と韓国の従来の研究を通して自殺に影響を与える指摘された共通的な因子を投入し、自殺念慮との関連性を明らかにした。投入した因子は、ストレスとして「経済的ストレス」「家族ストレス」「喪失感ストレス」「健康ストレス」「対人関係ストレス」の5因子であり、統制変数として「性別」「年齢」「婚姻状態」「世帯構成」「収入」の5因子であった。しかし、自殺リスクに関して、日本と韓国の従来の研究から指摘された他の要因、例えば、学歴や飲酒、地域性などの要因の中にも自殺に影響を与えるリスク要因があると考えられる。今後の研究においては、本研究で検討した要因の以外に、自殺念慮を高める諸要因について研究を深める必要があり、様々なリスク要因を投入して、自殺念慮との関連性を検討する必要があるだろう。

第4に、高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の間に存在する補償要因に関する検討が必要である。本研究では、高齢者の日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連性について検討したが、その間には、ストレス認知に対する自殺念慮の強度を弱める補償要因が存在すると考えられる。例えば、補償要因として社会的サポート(Roweら2006)や家族の結

束力(Wong ら 2012), コーピング(ジョンら 2015)などが挙げられる。Rowe ら(2006)は、彼らの研究で、自殺念慮と社会的サポートの関連性を明らかにし、社会的サポートが高齢者の自殺行動に重要な補償要因であると述べている。また、Wong ら(2012)は、高齢者の家族の結束力が高齢者の自殺念慮を弱めることを明らかにして、その効果について報告し、自殺予防対策として家族の結束力を注目する必要があると述べている。さらに、ジョンら(2015)は、高齢者の補償要因として能動的コーピングが自殺念慮を弱めるという研究を報告した。

前記したように、今後の研究においては、従来の研究から指摘されている補償要因を検討する必要がある。その要因が自殺念慮にどのような影響を与えるのかを明らかにする必要がある。そのことで、自殺念慮をもっている高齢者に対して、その高齢者がもっている補償要因を考慮したより具体的な介入方法が立てられると考えられる。

第5に、自殺研究の特性を考慮した質的研究の必要性である。本研究では、自殺を測定できない限界があるため、自殺に至るプロセスの最初の段階である自殺念慮を予測要因として測定した。

その理由は、自殺念慮を有する者が必ずしも自殺するとは言えないが、それは自殺行為に至る重要な指標であり、自殺念慮が強くなればなるほど自殺企図の危険性も高く、さらに自殺念慮と自殺行為は、一つのプロセスとして密接な関連性があるためである。つまり、量的研究では、自殺に影響を与える可能性があるリスク要因を包括的に検討ができ、自殺に至る前に自殺への予防的な対策や対応ができることを意味する。しかし、自殺念慮から自殺に至ったプロセスを明らかにするには、量的研究では限界があるため、自殺を失敗した高齢者や自殺した高齢者の遺族に対して、自殺企図および、自殺した経緯や心理的变化、影響した要因などをインタビューや心理学的部剣の方法を通して明らかにする必要がある。量的研究とともに質的研究を行うことで、日常生活でのストレスから自殺に至るまでのメカニズムがより明確になり、自殺予防への介入もより具体化されることが考えられる。

【注】

- 1) 第 8 章の第 2 節(日本と韓国における高齢者の自殺予防福祉モデル構築への提言)は、同志社大学社会科学学会誌『評論・社会科学=Social science review』第 107 号に掲載した「韓国における高齢者自殺予防事業の問題と今後の在り方」の一部を参考に修正して作成した。
- 2) アメリカやイギリス、ニュージーランドは、年齢階層別に特性が異なることを認識し、年齢階層別に 1 次的自殺予防介入から 3 次的自殺予防介入まで体系的に対策に取り組んでいる。また、自殺率を下げるために、自殺率が高い年齢階層に対して集中的に支援を強化している。例えば、アメリカは、高齢者自殺率が高く、高齢者の自殺予防のための国家対策を立てている。国家対策をみると、高齢者の社会的関係性の向上と孤立防止のためのサービス実施のような 1 次的自殺予防対策から 3 次的自殺予防対策である自殺企図した高齢者に対する after care(事後ケア)まで体系的に対策に取り組んでいる。とりわけ、高齢者の自殺予防のためには、高齢者自殺予防センターを設立して、個人や集団プログラムを提供している。イギリスは、地域を基盤とした精神保健サービスが構築されているが、1 次的予防対策より 2 次と 3 次的対策に集中していることが特徴である。対象も児童、青少年、高齢者などのように年齢階層別に分け、その対策を構築している。イギリスは、各地域を中心に、精神的な問題に関する依頼があると、精神科の医師や社会福祉士、看護師、相談員など多様な領域の専門家で構成された地域社会精神健康チームが対象者の状態により、治療のみではなく、雇用や社会関係などの日常生活的なサービスも統合的に提供し、自殺を予防している。ニュージーランドは、自殺率が高い青少年と高齢者を中心に自殺予防対策が行われている。自殺予防対策として 1 次的予防対策から 3 次的対策まで行われているが、特に、自殺予防教育やゲートキーパーの育成、自殺リスクの発見など、1 次的、または 2 次的予防対策に力を尽くしていると言える(キムら 2013 ; イら 2009)。
- 3) カナダは、高齢者の所得保障制度として定額の年金を支給する老齢保障年金制度(Old Age Security : OAS)と、受給者および配偶者などの資産調査を通して支給する所得補足保障制度(Guaranteed Income Supplement : GIS)を実施している。GIS は、OAS の受給者を対象に、所得が一定額の以下の高齢者に OAS に加えて GIS が支給される。イギリスは、高齢者の最低所得を保障するために年金クレジット制度を導入され、実施している。年金クレジット制度は、所得補足(Income Support)として 60 歳以上の高齢者に、所得によって支給されている。また、貯蓄額と年金を連動して最低所得基準に満たさない高齢者に支給されている。オーストラリアは、高齢者の所得保障制

度として老年年金制度(Age Pension : AP)を実施している。所得と財産を基準として、所得と財産が一定額を超える場合は、年金が減額される。アメリカの場合は、公共扶助である補足的保障所得制度(Supplemental Security Income : SSI)を実施している。貧困な高齢者と障害者を対象に最低生活費を保障する目的で実施している。支給にあたっては、高齢者の所得と資産調査を通して受給額が定まる(藤森 2012 ; NPS 国民年金研究院 2007)。

- 4) 高齢者ドルボムサービスとは、一人の力で日常生活が営めない独居高齢者に、当事者のニーズに合わせて安全確認および生活に関する教育、必要なサービスへの連携、家事・活動支援、デイサービスなど福祉サービスを提供する制度である。対象は、65歳の独居高齢者であり、日常的に安全確認が必要とされる高齢者や所得、健康、社会的関係が脆弱な高齢者に保健および福祉サービスを提供する(保健福祉部 2017)。

【参考文献】

《日本文献》

- 栗田主一(2003)「都市部住宅地域に在住する高齢者の自殺予防プログラムの開発—高齢者の自殺念慮の出現頻度と関連要因の調査から—(特集 1. うつ病による自殺を予防する)」『精神科』3(5), 422-429.
- 栗田主一(2005a)「高齢者の自殺とその予防」『精神神経学雑誌』107(10), 1099-1109.
- 栗田主一(2005b)「地域在住高齢者の自殺念慮に関する 1 年間の前向きコホート研究」『東北医学雑誌』117, 94-96.
- 備前由紀子・佐々木久長(2016)「高齢者における希死念慮と二次元レジリエンス要因との関連」『秋田大学保健学専攻紀要』24(1), 53-65.
- 張賢徳(2006)『人はなぜ自殺するのか』勉誠出版.
- 張賢徳・中原理佳(2012)「高齢者の自殺」『日本老年医学会雑誌』49(5), 547-554.
- 藤田幸司(2015)「高齢者の自殺および自殺予防対策」『老年社会科学』37(1), 57-63.
- 藤森克彦(2012)「低所得高齢者の実態と求められる所得保障制度」『年金と経済』30(4), 23-32.
- 玄東和・張賢徳(2013)「高齢者の自傷・自殺企図」『日本臨床』71(10), 1830-1836.
- 古野拓・山田朋樹・河西千秋(2008)「地域における高齢者自殺予防活動—横浜市における現状と課題を中心に—」『老年精神医学雑誌』19(2), 218-223.
- 長谷屋誠(2004)「高齢者の希死念慮に影響を及ぼす要因の検討—秋田県と愛知県の在宅高齢者を比較して—」『自殺予防と危機介入』25(1), 40-48.
- 橋本康男・竹島正(2005)『自殺増加の社会的要因についての検討』平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所.
- 畠山禮子(2004)「秋田県内の高齢者自殺とうつ病の一考察—精神保健の視点から—」『秋田桂城短期大学紀要』(17), 1-9.
- 林伸二(1987)『管理者行動論—アメリカ企業の現実—』白桃書房.
- 神澤創(2014)「奈良県の自殺対策(2): 高齢者および精神障害者施設に関する調査」『帝塚山大学心理学部紀要』3, 79-89.

- 川崎末美(1996)「高齢者の自殺原因に関する社会・文化的考察—沖縄と岩手の調査を通して—」『家族研究年報』21, 88-98.
- 小杉考司・清水裕士(2014)『M-plus と R による構造方程式モデリング入門』北大路書房.
- 国立社会保障・人口問題研究所(2017)「年齢(3区分) 別人口の推移と将来推計: 1920~2060年」(<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2017.asp?chap=2&title1=%87U%81D%94N%97EE%95CA%901%8C%FB>, 2017.4.17)
- 国立社会保障・人口問題研究所(2017)「総人口, 年齢3区分(0~4歳, 15~64歳, 65歳以上)別人口および年齢構造係数」(http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikkekka_1.html, 2017.4.17)
- 久慈利武(1988)『現代の交換理論』新泉社.
- 前田雅也・佐藤新(2004)「単身高齢者の抱える問題—自殺とうつを中心に—」『老年精神医学雑誌』15(2), 162-168.
- 松本寿昭(1996)「老年期の自殺とその地域性—新潟県の場合を中心に—」『家族研究年報』21, 99-108.
- 松本寿昭(2006)「自殺の心理・社会的要因に関する研究—高齢自殺者のライフ・ヒストリーの分析を中心として—」『日本自殺予防学会』27(1), 32-43.
- 孟浚鎬(2014)「韓国における高齢者自殺予防事業の問題と今後の在り方」『評論・社会科学=Social science review』107, 117-129.
- 孟浚鎬(2015)「高齢者の自殺念慮測定尺度に関する批判的論評」『評論・社会科学= Social science review』115, 27-41.
- 孟浚鎬(2017)「日韓の高齢者における日常生活ストレス認知と自殺念慮の関連」『社会福祉学』57(4), 58-70.
- 森田次朗(2008)「自殺願望の規定要因に関する—考察—JGSS-2006 データによる分析—」『JGSS で見た日本人の意識と行動: 日本版 General Social Surveys 研究論文集』7, 107-119.
- 本橋豊(2003)「秋田県における高齢者の自殺予防対策」『保健医療科学』52(4), 317-321.
- 本橋豊(2007)「秋田県一次予防, 二次予防, 三次予防のバランスのとれた包括的な自殺予

- 防の取り組みで他県の模範に」『環境衛生研究会』53(10), 40-43.
- 本橋豊・金子善博(2008)「高齢者自殺の文化的側面」『老年精神医学雑誌』19(2), 176-182.
- 本橋豊・金子善博(2009)「地域介入による高齢者の自殺予防の試み」『老年精神医学雑誌』20, 119-124.
- 本橋豊・金子善博・藤田幸司(2011)「高齢者の社会的孤立と自殺, 自殺予防対策」『老年精神医学雑誌』22(6), 672-677.
- 内閣府(2013)『自殺対策白書:平成25年版』佐伯印刷.
- 内閣府(2014)『自殺対策白書:平成26年版』勝美印刷.
- 内閣府(2015)『自殺対策白書:平成27年版』勝美印刷.
- 日本いのちの電話(2014)「全国いのちの電話受信状態」(http://www.inochinodenwa.org/data/data_2014all.pdf, 2017.1.21)
- 小田切陽一・内田博之・市川敏美・ほか(2010)「山梨県の自殺率と人口・世帯, 産業・経済および医療・福祉要因に関する生態学的研究」『山梨県立大学看護学部紀要』12, 1-8.
- 岡本安晴(2014)『心理学データ分析と測定:データの見方と心の測り方』勁草書房.
- 大原健士郎編(1974)『自殺学—自殺の精神病理—』至文堂.
- 小原優(2011)「なぜ人は自殺するのか—自殺原因帰属における原子価の影響について—」『奈良大学大学院研究年報』(16), 85-103.
- 大野裕・坂本真士・田中江里子のほか(2001)「高齢者のうつ病および自殺予防プログラムの開発に関する実践的研究」『研究助成論文集』(37), 250-257.
- 小塩真司(2008)『初めての共分散構造分析—Amosによるパス解析—』東京書籍.
- 大塚耕太郎・酒井明夫・智田文徳・ほか(2006)「高齢者の自殺とサイコエデュケーション」『老年精神医学雑誌』17(3), 307-314.
- 大塚耕太郎・酒井明夫・智田文徳・ほか(2008)「高齢者のうつと自殺への介入—予防介入, 危機介入, 事後介入—」『老年精神医学雑誌』19(2), 183-197.
- 大塚明子・瀬戸正弘・菅野純(1998)「自殺念慮尺度の作成と自殺念慮に関連する要因の研究」『カウンセリング研究』31(3), 247-258.

- 大山博史・小井田潤一・工藤啓子(2003)「岩手県浄法寺町における高齢者自殺に対する予防的介入—うつ状態スクリーニングと住民啓発によるアプローチ—」『精神医学』45(1), 37-47.
- 大山博史・坂本智恵(2004)「高齢者のうつ病と自殺—予防と地域介入の観点から—」『ストレス科学』19, 61-69.
- 大山博史・渡邊洋一・坂下智恵・ほか(2006)「地域介入による高齢者自殺予防—本邦における介入研究の分析と統合—(特集: 自殺予防のための多角的取り組み: 医学-心理-社会を軸として)」『ストレス科学』21(1), 1-10.
- 大山博史・坂下智恵(2008)「わが国における高齢者自殺とその予防—現状と課題—」『老年精神医学雑誌』19(2), 153-161.
- 朴相俊・渡邊直樹・田口学・ほか(2014)「地域高齢者が日常で感じる「安心要因, 不安要因および解決法」に関する探索的研究」『身体教育医学研究』15(1), 7-14.
- 佐々木久長・本橋豊(2005)「自殺高率地域住民の自殺に対する意識」『秋田大学医学部保健学科紀要』13(2), 8-12.
- 佐藤寛・佐藤美幸・三田村仰(2014)「短縮版 Suicidal Ideation Questionnaire の日本語版の作成—日本の大学生における信頼性と妥当性—」『臨床心理学』14(3), 395-401.
- 新村出編(1998)『広辞苑—第五版—』岩波書店.
- 下山育子・金光義弘(2005)「高齢者のストレスの分類とコーピングに関する研究」『川崎医療福祉学会誌』14(2), 267-275.
- 総務省(2014)「「公的統計データの二次的利用」について」(http://www.soumu.go.jp/main_content/000308732.pdf, 2017.10.10)
- 杉原トヨ子・幸島美絵(2012)「A 高齢者の自殺軌跡の検討」『インターナショナル nursing care research』11(4), 135-143.
- 高橋邦明(2010)「自殺予防活動その後—新潟県松之山町における高齢者自殺予防活動—」『日本精神科病院協会雑誌』29(3), 268-274.
- 高橋祥友(2003)「高齢者にみる自殺の特徴と問題点 (特集 高齢者と社会病理)」『老年精神医学雑誌』14(4), 430-435.

高橋祥友(2008)「高齢者の自殺の精神医学的側面」『老年精神医学雑誌』19(2), 162-16

8.

谷井久志・井上顕・岡田元宏(2008)「地域における高齢者自殺予防活動—三重県の実践から—」『老年精神医学雑誌』19(2), 205-210.

豊田秀樹(1998)『共分散構造分析[入門編]—構造方程式モデリング—』朝倉書店.

豊田秀樹(2000)『共分散構造分析[応用編]—構造方程式モデリング—』朝倉書店.

豊田秀樹(2003)『共分散構造分析[疑問編]—構造方程式モデリング—』朝倉書店.

渡邊直樹・安部幸志・竹田茂生(2012)「「学生キャラバンと自殺予防」—地域高齢者のソーシャルキャピタルと抑うつ感について—」『研究紀要』13, 139-148.

山本嘉一郎・小野寺孝義編(1999)『Amos による共分散構造分析と解析事例』ナカニシヤ出版.

山本嘉一郎・小野寺孝義(2002)『Amos による共分散構造分析と解析事例』ナカニシヤ出版.

《韓国論文》

배은찬・이근창(2015)「노인 자살 시도 요인 파악에 관한 연구—특성추출방식의 적용을 중심으로—」『韓國컴퓨터情報學會論文誌』20(9), 11-20. (=ベウンチャン・イグオンチャン(2015)「高齢者自殺企図の要因把握に関する研究—特性抽出方式の適応を中心—」『韓国パソコン情報学会論文誌』20(9), 11-20.)

배지연(2005)「노인의 자살생각에 관한 인과모형」대전대 대학원 박사학위논문. (=베지ョン(2005)「高齢者の自殺念慮における因果模型」大田大学大学院 博士学位論文).

배진희・엄기욱(2009)「노인의 자살 시도에 영향을 미치는 요인」『한국노년학』29(4), 1427-1444. (=베진희・옴기윅(2009)「高齢者の自殺企図に影響を及ぼす要因」『韓国老年学』29(4), 1427-1444.)

백희정・이진화(2014)「대도시 거주 저소득 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인」『지역사회간호학회지』25(3), 180-186. (=백희정・이진화(2014)「大都市に居住する低所得独居高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす要因」『地域社会看

護学会誌』25(3), 180-186.)

보건복지부(2017)『2017년 노인돌봄서비스 사업안내』보건복지부. (=保健福祉部(2017)『2017年高齢者ドルボムサービス』保健福祉部.)

최미지·김동현·이강욱·이중서(2015)「노인의 자살사고에 영향을 미치는 신체적, 정신적, 사회적 위험 요인」『신경정신의학』54(4), 459-467. (=チェミジ·김ドンヒョン·이강욱·이중서(2015)「高齢者の自殺思考に影響を及ぼす身体的, 精神的, 社会的リスク要因」『神経精神医学』54(4), 459-467.)

최신애·하규수(2012)「노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계요인」『한국콘텐츠학회논문지』12(6), 265-278. (=チェシンエ·하규수(2012)「高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす生態体系要因」『韓国コンテンツ学会論文誌』12(6), 265-278.)

최희영·류소연·곽광일·최철원(2014)「일부 농촌지역 노인돌보미 대상 독거노인의 자살 생각 관련요인」『농촌의학·지역보건학회지』39(2), 81-93. (=최희영·류소연·곽광일·최철원(2014)「一部の農村地域における高齢者ドルボミの対象となる独居高齢者の自殺念慮の関連要因」『農村医学·地域保健学会誌』39(2), 81-93.)

도문학·허만세(2015)「노인자살의 생태체계요인에 대한 탐색연구—자살고위험군 노인 선별을 위한 ROC Curve의 적용—」『사회과학연구』31(2), 45-72. (=도문학·허만세(2015)「高齢者自殺の生態体系要因に関する探索研究—自殺のハイリスク群の高齢者を選別するためのROC Curveの適用—」『社会科学研究』31(2), 45-72.)

엄태완(2007)「노인 자살관련 요인—무망감과 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 대한 사회적 지지와 자아통제감의 효과를 중심으로—」『한국사회복지학』59(2), 355-379. (=엄태완(2007)「高齢者の自殺関連要因—気無精とうつが自殺念慮に及ぼす影響に対する社会的支持と自我統制感の効果を中心に—」『韓国社会福祉学』59(2), 355-379.)

한삼성·강성욱·유왕근·피영규(2009)「노인의 자살생각 결정요인에 관한 연구」『보건사회연구』29(1), 192-212. (=한삼성·강성욱·유왕근·피영규(2009)「高齢者の自殺念慮の決定要因に関する研究」『保健社会研究』29(1), 192-212.)

- 홍세희(2000) 「구조방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거」 『한국심리학회지:임상』 19(1), 161-177. (=ホンセヒ(2000) 「構造方程式モデルの適合度指標の判断基準とその根拠」 『韓国心理学会誌:臨床』 19(1), 161-177.)
- 장미희·김윤희(2005) 「노인의 스트레스, 우울 및 자살생각간의 관계」 『정신간호학회지』 14(1), 33-42. (=ジャンミヒ·김윤희(2005) 「高齢者のストレスとうつおよび自殺念慮の関係」 『精神看護学会誌』 14(1), 33-42.)
- 장미희(2006) 「노인의 우울과 자살사고에 관한 구조모형」 경희대학교 대학원 간호학과 2006 년도 박사학위논문. (=ジャンミヒ(2006) 「高齢者のうつと自殺思考に関する構造モデル」 ギョンヒ大学看護学科 2006 年度大学院博士学位論文.)
- 정명희(2014) 「노인의 건강요인이 자살생각에 미치는 영향 연구—대처양식의 매개효과를 중심으로—」 『한국케어매니지먼트연구』 11, 47-76. (=ジョン미ョン히(2014) 「高齢者の健康要因が自殺念慮に及ぼす影響研究—対処様式の媒介効果を中心に—」 『韓国ケアマネジメント研究』 11, 47-76.)
- 정정희·김정순(2015) 「노인의 학대경험과 대처양식이 자살생각에 미치는 영향」 『지역사회간호학회』 26(1), 42-51. (=ジョン정순(2015) 「高齢者の虐待経験と対処様式が自殺念慮に及ぼす影響」 『地域社会看護学会誌』 26(1), 42-51.)
- 정호영·노승현(2007) 「노인 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구—우울과 스트레스의 매개효과를 중심으로—」 『한국노년학』 27(4), 789-805. (=ジョン호영·노승현(2007) 「高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす要因に関する研究—うつとストレスの媒介効果を中心に—」 『韓国老年学』 27(4), 789-805.)
- 강월숙·문재우(2013) 「노인의 자살 충동에 영향을 미치는 요인」 『한국케어매니지먼트연구』 8, 75-96. (=강월숙·문재우(2013) 「高齢者の自殺衝動に影響を及ぼす要因」 『韓国ケアマネジメント研究』 8, 75-96.)
- 고재욱·김수봉(2011) 「독거노인의 자살성향에 영향을 미치는 요인」 『보건과 사회과학』 30, 29-48. (=고재욱·김수봉(2011) 「独居高齢者の自殺性向に影響を及ぼす要因」 『保健と社会科学』 30, 29-48.)
- 권오균·허준수(2013) 「저소득 독거노인의 자살생각 인과모형에 관한 연구—자아존중

감, 우울감, 절망감의 매개효과를 중심으로-」 『정신보건과 사회사업』 41(4), 65-93. (=クオンオジュン・フォジュンス(2013)「低所得独居高齢者の自殺念慮の因果モデルに関する研究—自尊心, うつ, 絶望感の媒介効果を中心に—」 『精神保健と社会事業』 41(4), 65-93.)

권오균(2014)「독거노인 자살시도 영향요인에 관한 연구—서울 및 경기지역 노인을 중심으로—」 『한국가정관리학회지』 131, 207-219. (=クオンオギュン(2014)「独居高齢者の自殺企図の影響要因に関する研究」 『韓国家庭管理学会誌』 131, 207-219.)

권중돈·김유진·엄태영(2011)「노인돌봄서비스 이용 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-자살시도경험과 음주행위와의 관계를 중심으로-」 『노인복지연구』 51, 297-320. (=クオンジュンドン·김유진·옴테ヨン(2011)「高齢者ドルボミサービス利用する独居高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす要因に関する研究—自殺試み経験と飲酒行為との関係を中心に—」 『高齢者福祉研究』 51, 297-320.)

권중돈·엄태영·김유진(2012)「독거노인의 자살위험 영향요인에 관한 연구:고독감의 영향 및 무망감의 매개효과 검증을 중심으로」 『보건사회연구』 32(1), 89-114. (=クオンジュンドン·옴테ヨン·김유진(2012)「独居高齢者の自殺危険の影響要因に関する研究—孤独感の影響および気無精の媒介効果の検証を中心に—」 『保健社会研究』 32(1), 89-114.)

김귀현·전경숙·김혜진·이승욱·문옥륜·이선자(2005)「노인 자살사고(suicide idea)에 영향을 미치는 요인—2001년 국민건강영양조사를 이용하여—」 『보건학논집』 42(1), 1-7. (=김기희·전경숙·김혜진·이승욱·문옥륜·이선자(2005)「高齢者の自殺思考に影響を及ぼす要因—2001年国民健康栄養調査を用いて—」 『保健学論集』 42(1), 1-7.)

김기원·김한곤(2011)「노인자살률에 영향을 미치는 요인에 대한 거시적 분석」 『한국인구학』 34(3), 31-54. (=김기원·김한곤(2011)「高齢者自殺率に影響を及ぼす要因に題するマクロ的分析」 『韓国人口学』 34(3), 31-54.)

김기태·최송식·박미진·박선희·고수희·박현숙(2011)「가족구조와 심리사회적 요인이 노인의 자살생각에 미치는 영향」 『노인복지연구』 52, 205-228. (=김기태·최송식·박미진·박선희·고수희·박현숙(2011)「家族構

- 造と心理社会的要因が高齢者の自殺念慮に及ぼす影響」『高齢者福祉研究』52, 205-228.)
- 김미정(2005)「노인의 스트레스와 대처방법」한림대학교 보건대학원 보건학과 2005년도 석사학위논문. (=キムミジョン(2005)「高齢者のストレスと対処方法」ハン림大学保健大学院保健学科 2005年度修士学位論文.)
- 김민주(2014)「노인의 자살 생각에 영향을 미치는 요인－한국복지패널 제 8차 조사 자료를 중심으로－」『한국자료분석학회』16(5), 2725-2737. (=김민진주(2014)「高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす要因－韓国福祉パネル第8次調査資料を中心に－」『韓国資料分析学会』16(5), 2725-2737.)
- 김수현·최연희(2007)「신체적 건강상태가 노인의 자살생각에 미치는 영향」『한국노년학』27(4), 775-788. (=김스히ョン·츠헤ョン히(2007)「身体的な健康状態が高齢者の自殺念慮に及ぼす影響」『韓国老年学』27(4), 775-788.)
- 김승용(2004)「한국 노인 자살률 변동과 사회구조적 요인에 관한 연구」『사회복지정책』19, 181-205. (=김스뉘ண்(2004)「韓国の高齢者の自殺率の変動と社会構造的要因に関する研究」『社会福祉政策』19, 181-205.)
- 김은경(2015)「노인의 연령계층별 자살생각과 관련 요인」『대한임상건강증진학회지』15(2), 54-62. (=김우녕기ョン(2015)「高齢者の年齢階層別の自殺念慮と関連要因」『大韓臨床健康増進学会誌』15(2), 54-62.)
- 김정수·송인한(2013)「자살예방 국가전략 비교」『보건사회연구』33(1), 513-546. (=김지죤스·송인한(2013)「自殺予防国家戦略の比較」『保険社会研究』33(1), 513-546.)
- 김정순·이상주(2014)「자살생각을 가진 노인의 자살시도에 미치는 영향요인－국민건강영양조사 이차 자료 분석－」『한국노년학』34(1), 73-85. (=김지죤스뉘·이산진주(2014)「自殺念慮を持つ高齢者の自殺企図に及ぼす影響要因－国民健康栄養調査二次資料分析－」『韓国老年学』34(1), 73-85.)
- 김창진·황진수(2008)「노인성 질환과 우울증이 노인자살 생각에 미치는 영향의 연구」『한국노년학』20(3), 425-442. (=김찬진·황진수(2008)「高齢者の疾患とうつ病が高齢者の自殺念慮に及ぼす影響に関する研究」『韓国老年学』28(3), 42

5-442.)

김현경·고성희·정승희(2010) 「노인의 자살 생각과 위험요인」 『한국보건간호학회지』 24(1), 82-92. (=キムヒョンギョン·고성희·정승희(2010) 「高齢者の自殺念慮と危険要因」 『韓国保健看護学会誌』 24(1), 82-92.)

김형수(2000a) 「노인 자살의 이해와 일차적 예방」 『한국인구학』 23(2), 167-187. (=キムヒョン수(2000) 「高齢者の自殺理解と一次的予防」 『韓国人口学』 23(2), 167-187.)

김형수(2000b) 「노인과 자살」 『한국노인복지학회』 10, 25-45. (=キムヒョン수(2000) 「高齢者と自殺」 『韓国高齢者福祉学会』 10, 25-45.)

김형수(2002) 「한국노인의 자살생각과 관련요인 연구」 『한국노년학』 22(1), 159-172. (=キムヒョン수(2002) 「韓国高齢者の自殺念慮と関連要因の研究」 『韓国老年学』 22(1), 159-172.)

김형수·권이경(2013) 「한국 노인자살률과 사회·경제적 요인의 관련성—1990년~2010년 변화 추이를 중심으로—」 『한국콘텐츠학회논문지』 13(6), 236-245. (=キムヒョン수·권이경(2013) 「韓国の高齢者自殺率と社会・経済的要因の関連性—1990年~2010年の変化推移を中心に—」 『韓国コンテンツ学会論文誌』 13(6), 236-245.)

김형수·김신향(2014) 「우리나라 노인자살률의 지역적 편차와 요인에 관한 연구—16개 광역시·도를 중심으로—」 『한국콘텐츠학회논문지』 14(11), 215-223. (=キムヒョン수·김신향(2014) 「我が国の高齢者自殺率の地域的偏差と要因に関する研究—16か所広域市・道を中心に—」 『韓国コンテンツ学会論文誌』 14(11), 215-223.)

김형숙·전경자·김윤미(2013) 「한국 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인 : 성별 차이를 중심으로」 『한국노년학』 33(2), 349-363. (=キムヒョン숙·전경자·김윤미(2013) 「韓国高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす要因—性別の差異を中心に—」 『韓国老年学』 33(2), 349-363.)

김혜진·이아름·이소영·김용기·정한용·김신겸(2015) 「노인 자살 생각의 위험 요인」 『신경정신의학』 54(4), 468-474. (=김혜진·이아름·이소영·김용기·정한용·김신겸(2015) 「高齢者自殺念慮の危険要因」 『神経精神』 54(4), 468-474.)

- 神医学』54(4), 468-474.)
- 이미애·남기민(2007) 「스트레스 대처방안을 매개로 한 노인의 스트레스와 우울 및 자살생각 간의 관계」 『사회복지연구』 34, 307-325. (=イミエ・ナムギミン(2007) 「ストレス対処法案を媒介にした高齢者のストレスとうつおよび自殺念慮間の関係」 『社会福祉研究』 34, 307-325.)
- 이미애(2009) 「노인의 스트레스가 자살생각에 미치는 영향-우울의 매개효과와 사회적 지지 및 스트레스 대처방안의 조절효과를 중심으로-」 청주대학교 대학원 박사학위 논문. (=イミエ(2009) 「高齢者のストレスが自殺念慮に及ぼす影響—うつの媒介効果と社会的支持およびストレスの対処法案の調節効果を中心に—」 チョンジュ大学大学院 博士学位論文.)
- 이봉재·오윤진(2008) 「가구형태에 따른 노인의 자살생각 관련요인에 관한 연구」 『대한가정학회지』 46(10), 49-57. (=イボンジェ・오윤진(2008) 「家族形態による高齢者の自殺念慮の関連要因に関する研究」 『大韓家庭学会誌』 46(10), 49-57.)
- 이승희(2013) 「노인의 성별에 따른 자살생각 영향요인 비교 연구」 『한국보건간호학회지』 27(3), 500-512. (=이스늬히(2013) 「高齢者の性別による自殺念慮の影響要因の比較研究」 『韓国保健看護学会誌』 27(3), 500-512.)
- 이은희(2011) 「재가노인의 자살사고에 미치는 영향요인 연구-사회적 지지의 조절효과를 중심으로-」 『한국비교정부학보』 15(2), 369-392. (=이웬늬히(2011) 「在宅高齢者の自殺事故に及ぼす影響要因の研究—社会的支持の調節効果を中心に—」 『韓国比較政府学報』 15(2), 369-392.)
- 이재원·손상준·배활립·국소담·김현수(2014) 「일 지역사회 독거노인의 자살사고와 관련된 인구사회학적 및 임상적 요인」 『노인정신의학』 18(1), 19-25. (=이재웬·손상준·배활립·국소담·김현늬(2014) 「地域社会の独居高齢者における自殺事故と関連する人口社会学的および臨床的要因」 『高齢者精神医学』 18(1), 19-25.)
- 이지선(2006) 「노인자살 예측모형 개발 및 예방대책연구」 한국건강복지인력개발원. (=이늬선(2006) 「高齢者自殺の予測模型の開発および予防対策研究」 韓国保健福祉人力開発院.)

- 이화영·조성희(2012) 「경기지역 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」 『한국지역사회복지학』 42, 191-216. (=イファヨン·チョソンヒ(2012) 「京畿地域の高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす要因に関する研究」 『韓国地域福祉学』 42, 191-216.)
- 이소정·정경희·강은정·강상경·이수형·김영아(2009) 『노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색』 2009년도 연구보고서, 한국보건사회연구원. (=イソジョン·ジョンギョンヒ·ガンウンジョンなど(2009) 『老人自殺の社会経済的背景および政策的対応方策の模索』 2009年度研究報告書, 韓国保険社会研究院.)
- 임춘식·장금섭·정명숙(2013) 「독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인연구」 『사회과학연구』 22, 192-223. (=イムツンシック·ジャン그ム소프·ジョン미ョン스ック(2013) 「独居高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす要因研究」 『社会科学研究』 22, 192-223.)
- 모선희·이지영(2002) 「노인의 스트레스와 대처방식에 관한 연구」 『한국노년학』 22(1), 65-80. (=모손히·이ジョン(2002) 「高齢者のストレスとコーピングに関する研究」 『韓国老年学』 22(1), 65-80.)
- 문영희·임미영(2013) 「거주지역별 노인의 자살생각과 관련요인—도시와 농촌의 비교—」 『한국보건간호학회지』 27(3), 551-563. (=문영희·임미영(2013) 「居住地域別高齢者の自殺念慮と関連要因—都市と農村の比較—」 『韓国保健看護学会誌』 27(3), 551-563.)
- NPS 국민연금연구원(2007) 『외국의 공공부조방식 노후소득보장제도』 2007년도 조사보고서, 국민연금관리공단. (=NPS 国民年金研究院(2007) 『外国における公共扶助方式の老後所得保障制度』 2007年度調査報告書, 国民年金管理公団.)
- 오인근(2008) 「노인 자살생각에 대한 경로분석 : 저소득지역의 가구유형별 차이를 중심으로」 연세대 사회복지대학원 2008년도박사학위논문. (=오인근(2008) 「高齢者の自殺念慮に関する経路分析—低所得地域の世帯類型別の差異を中心として—」 ヨンセ大学社会福祉大学院 2008年度博士学位論文.)
- 박민정(2015) 「노인의 성별에 따른 자살생각과 영향요인—2010년도 한국의료패널자료를 이용하여—」 『한국자료분석학회』 17(2), 1087-1099. (=박민정(2015)

- 「高齢者の性別による自殺念慮と影響要因—2010 年度韓国医療パネル資料を利用して—」 『韓国資料分析学会』 17(2), 1087-1099.)
- 박봉길·전석균(2006) 「노인의 자살생각에 영향을 미치는 우울증을 매개로 한 관련요인 연구」 『정신보건과 사회사업』 22, 50-90. (=박봉길·전석균(2006) 「高齢者の自殺念慮に影響を及ぼすうつ病を媒介にした関連要因の研究」 『精神保健と社会事業』 22, 50-90.)
- 박지은·정영(2005) 「노인의 삶의 만족도와 자살생각에 영향을 미치는 요인」 『지역개발연구』 10(1), 39-59. (=박지은·정영(2005) 「高齢者の生活満足度と自殺念慮に影響を及ぼす要因」 『地域開発研究』 10(1), 39-59.)
- 박현식·배지연·이선형(2009) 「충남지역 노인자살실태와 예방대책」 『한국지역사회복지학』 31, 119-137. (=박현식·배지연·이선형(2009) 「忠南地域の高齢者の自殺実態と予防対策」 『韓国地域社会福祉学』 31, 119-137.)
- 서화정(2005) 「노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략: 노인자살의 영향요인분석을 중심으로」 부산대학교 대학원 사회복지학과 2005 년도 박사학위논문. (=서화정(2005) 「高齢者の自殺予防のための社会事業介入戦略—高齢者自殺の影響要因分析を中心として—」 부산대학교 대학원 사회복지학과 2005 年度博士学位論文.)
- 손신영(2014) 「우리나라 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」 『보건 의료산업학회지』 8(2), 149-160. (=손신영(2014) 「我が国の高齢者の自殺念慮に影響を及ぼす要因に関する研究」 『保健医療産業学会誌』 8(2), 149-160.)
- 손의성·문수경(2013) 「우울증 위험군 노인의 자살생각과 자살시도에 미치는 영향 요인—충청남도를 중심으로—」 『한국위기관리논집』 9(11), 133-154. (=손의성·문수경(2013) 「うつ危険群高齢者の自殺念慮と自殺企図に及ぼす影響要因—忠清南道を中心に—」 『韓国危機管理論集』 9(11), 133-154.)
- 손정남(2012) 「독거노인과 비독거노인의 자살생각 관련요인」 『정신간호학회지』 21(2), 118-126. (=손정남(2012) 「独居高齢者と非独居高齢者の自殺念慮関連要因」 『精神看護学会誌』 21(2), 118-126.)
- 송민섭·김남초(2014) 「농촌 노인의 자살시도와 관련요인」 『한국보건간호학회지』 28(1), 127-137. (=송민섭·김남초(2014) 「農村高齢者の自殺企図と関

- 連要因」『韓国保健看護学会誌』28(1), 127-137.)
- 송영달·손지아·박순미(2010) 「독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계적 요인 분석」 『한국노년학』30(2), 643-660. (=ソンヨン달·ソンジア·パクスンミ(2010) 「独居高齢者の自殺念慮に及ぼす生態体系的要因分析」 『韓国老年学』30(2), 643-660.)
- 송영지·손지현·남희은(2013) 「노인 스트레스가 자살생각에 미치는 영향-스트레스 대처방식의 매개효과를 중심으로-」 『한국사회복지조사연구』37, 71-92. (=ソンヨン지·ソンジヒョン·ナムヒ운(2013) 「高齢者のストレスが自殺念慮に及ぼす影響—ストレスコーピングの媒介効果を中心として—」 『韓国社会福祉調査研究』37, 71-92.)
- 신학진(2012) 「노년의 4대 고통이 심리적 요인을 매개로 자살생각에 이르는 경로모형」 『노인복지연구』57, 357-380. (=シンハック진(2012) 「心理的要因を媒介した老年の4大苦痛が自殺念慮に至る経路模型」 『高齡者福祉研究』57, 357-380.)
- 신한호·최성우·박종·한미아(2014) 「노인들의 자살 생각과 자살 시도에 영향을 미치는 요인」 『한국자료분석학회』34(4), 751-762. (=シンハン호·첸손우·박종·한미아(2014) 「高齡者たちの自殺念慮と自殺企図に影響を及ぼす要因」 『韓国資料分析学会』34(4), 751-762.)
- 통계청(2015) 「사망원인/성/연령별 자살자 수, 사망률」 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&vw_cd=&list_id=&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=K1#, 2016. 7. 21) (=韓國統計庁(2015) 「死亡原因/性/年齢別自殺者数, 死亡率」)
- 통계청(2016) 「장래 인구추계」 (http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=A#SubCont, 2017. 4. 14) (=韓國統計庁(2016) 「将来人口推計」)
- 우종필(2012) 「구조방정식모델 개념과 이해」 한나레아카데미. (=ウジョン필(2012) 『構造方程式モデルの概念と理解』ハンナ레아카데미.).
- 양옥경·주소희(2011) 「독거노인 자살사고에 영향을 미치는 요인에 관한 탐색적 연구」 『정신보건과 사회사업』37, 321-347. (=ヤン옥경·주소희(2011) 「独居高

齡者の自殺思考に影響を及ぼす要因に関する探索的研究」『精神保健課社会事業』37, 321-347.)

육성필(2003)「자살관련변인의 탐색과 치료 프로그램 개발」고려대학교 대학원 심리학 2003 년도박사학위논문. (=ユックソンプル(2003)「自殺関連変因の探索と治療プログラムの開発」高麗大学大学院心理学 2003 年度博士学位論文.)

《英語論文》

Abe, Y., Fujise, N. and Fukunaga, R., et al. (2012) Comparisons of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan, International Psychogeriatrics, 24(8), 1235-1241.

Almeida, L., and Quintão, S. (2011) [Depression and suicidal ideation in elderly institutionalized and non-institutionalized in Portugal], Acta medica portuguesa, 25(6), 350-358.

Arvaniti, A., Livaditis, M., and Kanioti, E., et al. (2005) Mental health problems in the elderly in residential care in Greece-A pilot study, Aging & mental health, 9(2), 142-145.

Awata, S., Bech, P., and Koizumi, Y., et al. (2007) Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents, International psychogeriatrics, 19(01), 77-88.

Barnow, S. and Linden, M. (2000) Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly, Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 21(4), 171-180.

Barzilay, S., and Apter, A. (2014) Psychological models of suicide, Archives of suicide research, 18(4), 295-312.

Baumeister, R. F., and Scher, S. J. (1988) Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies,

- Psychological bulletin, 104(1), 3-22.
- Beck, A. T., Brown, G. K., and Steer, R. A. (1997) Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients, Behaviour Research and Therapy, 35(11), 1039-1046.
- Beck, A. T., Kovacs, M. and Weissman, A. (1979) Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation, Journal of consulting and clinical psychology, 47(2), 343-352.
- Bronfenbrenner, U. (1979) The ecology of human development: Experiments by design and nature, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chaudieu, I., Norton, J., and Ritchie, K. A., et al. (2011) Late-life health consequences of exposure to trauma in a general elderly population: the mediating role of reexperiencing posttraumatic symptoms, Journal of Clinical Psychiatry, 72(7), 929-935.
- Chen, W. J., Chen, C. C., and Ho, C. K., et al. (2009) The suitability of the BSRS - 5 for assessing elderly who have attempted suicide and need to be referred for professional mental health consultation in a metropolitan city, Taiwan, International journal of geriatric psychiatry, 24(10), 1151-1157.
- Cheng, A. T. A. (1995) Mental illness and suicide: a case-control study in east Taiwan, Arch Gen Psychiatry, 52, 451-457.
- Clark, L., Dombrowski, A. Y., and Siegle, G. J., et al. (2011) Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression, Psychology and aging, 26(2), 321-330.
- De Leo, D., and Ormskerk, S. (1991) Suicide in the elder: general characteristics, The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 12 (2), 3-17.
- De Leo, D., and Scocco, P. eds. (2000) Treatment and prevention of suicidal behavior in the elderly, The international handbook of suicide and attempted suicide, NY: Wiley & Sons.
- Davis, J. M. (1992) Suicidal ideation questionnaire, Journal of Psychoeducational

- Assessment, 10(3), 298-301.
- Dombrowski, A. Y., Butters, M. A., and Reynolds, C. F., et al. (2008) Cognitive performance in suicidal depressed elderly: preliminary report, The American Journal of Geriatric Psychiatry, 16(2), 109-115.
- Durkheim, É. (1960) Le Suicide: étude de sociologie, Nouvelle édition, Presses universitaires de France (Vendôme, Impr. des PUF). (=1985, 宮島喬 訳 『自殺論』中央文庫.)
- Ekramzadeh, S., Javadpour, A., and Draper, B., et al. (2012) Prevalence and correlates of suicidal thought and self-destructive behavior among an elderly hospital population in Iran, International Psychogeriatrics, 24(9), 1402-1408.
- Freud, S. (1921) Jenseits des lustprinzips. (=1970, 井村恒郎・小此木啓吾のほか 訳, 編『自我論・不安本能論』人文書院.)
- Friedman, B., Heisel, M. J., and Delavan, R. L. (2005) Psychometric properties of the 15 - Item geriatric depression scale in functionally impaired, cognitively intact, community - dwelling elderly primary care patients, Journal of the American Geriatrics Society, 53(9), 1570-1576.
- Fujisawa, D., Tanaka, E., and Sakamoto, S., et al. (2005) The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: The Depression and Suicide Screen, Psychiatry and clinical neurosciences, 59(6), 634-638.
- Fukunaga, R., Abe, Y., and Nakagawa, Y. et al. (2012) Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in japan, Psychogeriatrics, 12(3), 179-185.
- Garver, M. S., and Mentzer, J. T. (1999) Logistics research methods: employing structural equation modeling to test for construct validity, Journal of Business Logistics, 20, 33-58.
- Gilman, S. E., Bruce, M. L., and Ten Have, T., et al. (2013) Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients, Social

- psychiatry and psychiatric epidemiology, 48(1), 59-69.
- Gilman, S. E., Fitzmaurice, G. M., and Bruce, M. L., et al. (2013) Economic inequalities in the effectiveness of a primary care intervention for depression and suicidal ideation, Epidemiology (Cambridge, Mass.), 24(1), 14-22.
- Harwood, D., and Jacoby, R. (2000) Suicidal behaviour among the elderly, The international handbook of suicide and attempted suicide, 275-291.
- Heisel, M. J., and Flett, G. L. (2006) The development and initial validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale, The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14(9), 742-751.
- Heisel, M. J., Flett, G. L., and Besser, A. (2002) Cognitive functioning and geriatric suicide ideation: testing a mediational model, The American journal of geriatric psychiatry, 10(4), 428-436.
- Holden, R. R., and DeLisle, M. M. (2005) Factor analysis of the Beck Scale for Suicide Ideation with female suicide attempters, Assessment, 12(2), 231-238.
- Jahn, D. R., Cukrowicz, K. C., and Linton, K., et al. (2011) The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults, Aging & mental health, 15(2), 214-220.
- Kim, S., Ha, J. H., and Yu, J., et al. (2014) Path analysis of suicide ideation in older people, International Psychogeriatrics, 26(03), 509-515.
- Kivelä, S. L., Nissinen, A., and Tuomilehto, J., et al. (1986) Prevalence of depressive and other symptoms in elderly Finnish men, Acta Psychiatrica Scandinavica, 73(1), 93-100.
- Kovacs, M. and Garrison, B. (1985) Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation, American Journal of Psychiatry, 1(42), 559-563.
- Koyama, A., Fukunaga, R., and Abe, Y., et al. (2014) Item non-response on self-reported depression screening questionnaire among community-dwelling elderly,

- Journal of affective disorders, 162, 30-33.
- Kurimoto, A., Awata, S., and Ohkubo, T., et al. (2010) Reliability and validity of the Japanese version of the abbreviated Lubben Social Network Scale, Nihon Ronen Igakkai zasshi. Japanese journal of geriatrics, 48(2), 149-157.
- Lapierre, Y. D. (1991) Controlling acute episodes of depression, International clinical psychopharmacology, 6(2), 23-35.
- Lazarus, R. S. 1961 『Adjustment and Personality』 NEW YORK : McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. and Folkman. S. (1984) Stress, Appraisal, and Coping, New York: pringer.
- Lazarus, R. S. and Folkman. S. (1984) Stress, Appraisal, and Coping, New York: pringer. (=1991, 本明寛・春木豊・織田正美監訳『ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究』実務教育出版.)
- Linden, M., Kurtz, G., and Baltes, M. M., et al. (1998) Depression in the very elderly, Nervenarzt, 69(1), 27-37.
- Martin, A. J., Tebbs, V. M., and Ashford, J. J. (1986) Affective disorders in general practice. Treatment of 6000 patients with fluvoxamine, Pharmatherapeutica, 5(1), 40-49.
- McLaren, S., Gomez, R., and Bailey, M., et al. (2007) The association of depression and sense of belonging with suicidal ideation among older adults: Applicability of resiliency models, Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(1), 89-102.
- Menninger, K. A. (1938) Man against himself, Oxford, England: Harcourt, Brace. (=1952, 草野栄二良『おのれに背くもの-上-』日本教文社.)
- O'Connell, H., Chin, A. V., and Cunningham, C., et al. (2004) Recent developments: suicide in older people, BMJ: British Medical Journal, 329(7471), 895-899.
- OECD(2009) 「Society at a Glance 2009 : OECD SOCIAL INDICATORS」 (<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8109011e.pdf?expires=1424174665&id=id&accname=guest&checksum=DEDC2BED986C050B3E16659F19D6B04D>, 2014. 11. 18)
- OECD(2011) 「Society at a Glance 2011:Asia/Pacific」 (<http://www.oecd-ilibrary.org/>)

- docserver/download/8111081e.pdf?expires=1494249033&id=id&accname=guest&checksum=DD0F805C6497AB13F32C4B693223A280, 2016.6.24)
- OECD(2014) 「OECD Economic Surveys: KOREA」 (https://www.oecd.org/eco/surveys/Overview_Korea_2014.pdf, 2015.11.18)
- OECD(2015) 「Health at a Glance 2015」 (<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1494246798&id=id&accname=guest&checksum=FCFA907CFFD8C2123CAEBAC4D01C66A0>, 2016.2.21).
- Opdyke, K. S., Reynolds, C. F., and Frank, E., et al. (1996) Effect of continuation treatment on residual symptoms in late - life depression: How well is “well” ?, Depression and anxiety, 4(6), 312-319.
- Oxford University(2017) 「Oxford English Dictionary」 (<http://www.oed.com/>, 2017.9.25)
- Park, J. I., Han, M. I., and Kim, M. S., et al. (2014) Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home - care services, International journal of geriatric psychiatry, 29(4), 367-376.
- Pfaff, J. J., and Almeida, O. P. (2004) Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting, Journal of affective disorders, 83(1), 73-77.
- Pinto, A., Whisman, M. A., and McCoy, K. J. (1997). Suicidal ideation in adolescents: Psychometric properties of the suicidal ideation questionnaire in a clinical sample, Psychological Assessment, 9(1), 63-66.
- Ponte, C., Almeida, V., and Fernandes, L. (2014) Suicidal Ideation, Depression and Quality of Life in the Elderly: Study in a Gerontopsychiatric Consultation, The Spanish Journal of Psychology, 17, E14, 1-10.
- Potard, C., Kubiszewski, V., and Gimenes, G., et al. (2014) Validation of the French version of the Suicidal Ideation Questionnaire among adolescents, Psychiatry research, 215(2), 471-476.
- Rao, R., Denning, T., and Brayne, C., et al. (1997) Suicidal thinking in community

- residents over eighty, International Journal of Geriatric Psychiatry, 12(3), 337-343.
- Reynolds, W. M. (1988) Manual for the Reynolds Suicide Ideation Questionnaire (SIQ). Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Reynolds, W. M. (1991) Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students, Journal of Personality Assessment, 56(2), 289-307.
- Rowe, J. L., Conwell, Y., and Schulberg, H. C., et al. (2006) Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services, The American journal of geriatric psychiatry, 14(9), 758-766.
- Rushing, N. C., Corsentino, E., and Hames, J. L., et al. (2013) The relationship of religious involvement indicators and social support to current and past suicidality among depressed older adults, Aging & mental health, 17(3), 366-374.
- Scocco, P., de Girolamo, G., and Vilagut, G., et al. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy:: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. Comprehensive psychiatry, 49(1), 13-21.
- Seki, T., Awata, S., and Koizumi, Y., et al. (2006) Association between depressive symptoms and cerebrovascular lesions on MRI in community-dwelling elderly individuals, Nihon Ronen Igakkai zasshi. Japanese journal of geriatrics, 43(1), 102-107.
- Shah, A., Hoxey, K., and Mayadunne, V. (2000a) Suicidal ideation in acutely medically ill elderly inpatients: prevalence, correlates and longitudinal stability, International journal of geriatric psychiatry, 15(2), 162-169.
- Shah, A., Hoxey, K., and Mayadunne, V. (2000b) Some predictors of mortality in acutely medically ill elderly inpatients, International journal of geriatric psychiatry, 15(6), 493-499.

- Smolin, A. , Guinan, J. (1993) Healing After The Suicide Of A Loved One, New York : Simon & Schuster
- Steer, R. A., Rissmiller, D. J., and Ranieri, W. F., et al. (1993) Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients, Behaviour research and therapy, 31(2), 229-236.
- Tan, L. L., and Wong, H. B. (2008) Severity of depression and suicidal ideations among elderly people in Singapore, International Psychogeriatrics, 20(02), 338-346.
- Wong, J, Y., Uhm, S. Y., & Li, P. (2012) Asian Americans' family cohesion and suicide ideation: moderating and mediating effects, American Journal of Orthopsychiatry, 82(3), 309-318.
- Wongpakaran, T., and Wongpakaran, N. (2013) Detection of suicide among the elderly in a long term care facility, Clinical interventions in aging, 8, 1553-1559.
- Zisook, S., Kasckow, J. W., and Lanouette, N. M., et al. (2010) Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial, The Journal of clinical psychiatry, 71(7), 915-922.

【謝辞】

いつも私の力になる神様に栄光をお返し致します。学位の授与まで長い間、苦勞しながらサポートして下さった高仙喜さんと志由ちゃん、賛永ちゃん、お父さんとお母さん、以下、全ての家族さんに心より感謝の言葉を申し上げます。本論文が完成できるまでご指導・ご協力・ご応援をして下しました皆様に心より感謝の気持ちとお礼を申し上げたいです。取り分け、誰よりも指導教官である黒木保博教授に深く感謝の言葉を申し上げます。特別学生から約9年間、足りないところが大変ある私の面倒をみてくださったことがあったので、長いマラソンを最後まで完走できたと思います。ある時は温かい言葉で、ある時は厳しい言葉で論文のご指導はもちろん、学問の意味や学者の姿勢などを教えて頂き、心より感謝の言葉を申し上げます。また、小山隆教授の鋭いご指摘やアドバイス、一つ一つの内容の意味についてより深く考えさせていただいたこと、本当に感謝いたします。また、量的研究に関する知識や学問的なアプローチ、スキルなど、ご指導していただいた中嶋和夫教授にも心から感謝の言葉を申し上げます。

日本への留学のきっかけである又松情報大学の李採植教授にお礼を申し上げます。出会った時から学問的にも、精神的にも、いつも私の力になってくださった李採植教授に心より深く感謝の言葉を申し上げます。

黒木先生のゼミの先輩として論文を厳しくご指摘して下さり、優しい言葉で励ましてくださった佐分先輩、井上先輩、李仙恵先輩、木原のゼミである李善恵先輩にも感謝いたします。

最後に、本論文の調査にご協力して頂いたすべての機関と関係者に感謝の言葉を申し上げます。

2018年3月

孟浚鎬より