

I部 発表一

## 韓国春川地域における高齢者の自殺とその影響要因に関する調査

キム・ヨンボム  
パク・ジュンシク

### 一 はじめに

韓国の自殺率が他国に比べて高いことはよく知られている。二〇二一年以降、徐々に減少してはいるものの、二〇一六年には韓国における人一〇万人あたりの自殺率は二五・六人で、経済協力開発機構（OECD）の平均値である一二・二人に比べて二倍以上の高さである（OECD 2018）。自殺は個人の次元のみならず、社会の次元においても深刻な事件となる。自殺は、自殺した者を知るすべての人々に心理的、社会的衝撃を与える事件であり、模倣説に従えば、一人の自殺は他の者の自殺を招く原因となりうる。また、自殺は、個人が直面している社会・経済環境に影響を受けるという点において、社会の質を評価する指標でもあるといえる。

韓国の自殺率は年齢別に大きな差がある点に特徴があるが、年齢が高くなるほど自殺率は上昇し、特に高齢者

の自殺率が極めて高い。二〇一六年のデータを見ると、六〇代の人  
口一〇万人あたりの自殺率は三四・六人、七〇代は五四人、八〇代以  
上は七八・二人である（中央自殺予防センター 2018）。先進国では一  
般的に、他の年齢層と高齢者の自殺率に大きな差が見られない。高  
齢者の自殺率が高い点には、社会経済的環境の影響も見られる。ま  
ず、高齢者の所得保障制度が充分であるといえず、貧困状態にある  
高齢者が多い点がある。一九八八年に国民年金が導入されたものの、  
二〇一六年現在、高齢者全体の約半数が相対的貧困状態にある。次  
に、社会的に孤立した高齢者も増加傾向を見させている。伝統的に高  
齢者の扶養は子ができるものとされてきたが、急速な工業化と都市化  
を経て、子供と別居する高齢者が増加するとともに、子供から日常  
生活に必要な支援を受けられない高齢者が増加している。これらの  
点は、高齢者の自殺率を説明する理由として挙げられている。韓国  
における高齢者の自殺率が極めて高いという点で、高齢者の自殺の  
原因を個人的、社会的次元にわたって把握し、その対策を備えるこ  
とは非常に重要な課題であることは言うまでもない。本稿は、韓国  
における高齢者の自殺の実態を検討し、春川地域の高齢者調査の結  
果から自殺念慮／行動に影響を与える要因について明らかにしよう  
とするものである。



パク・ジュンシク氏



キム・ヨンボム氏

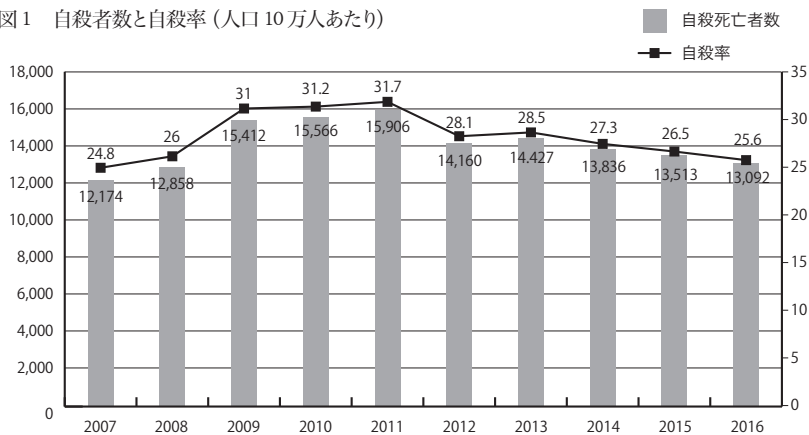
本稿は、以下に述べる三部構成をとっている。まず、韓国の自殺実態に関するデータを検討し、韓国の自殺についてその特徴を要約して自殺に関連する理論を概観する。次に、自殺念慮／行動の有無についての点数を従属変数として、それに影響を与える要因には何があるのか、春川地域の高齢者を対象として分析を行う。最後に、これらの分析結果をもとに、韓国の高齢者の自殺率を低下させるために必要な政策について提案を行う。

## 二 韓国の自殺実態 — 社会人口学的特徴による差異

韓国の自殺率が他の先進国に比べて高いことはよく知られている。図1は、過去一〇年間における韓国の自殺者数と人口一〇万人あたりの自殺率を示したものである。

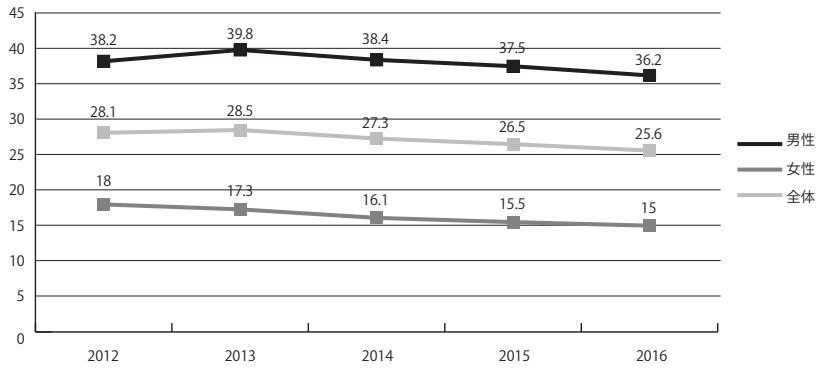
自殺者数は、二〇〇七年の一万二七四人から二〇一一年には一万五九〇六人に増加しているものの、その後は徐々に減少し、二〇一六年には一万三〇九二人となっている。人口一〇万人あたりの自殺率も、二〇〇七年の二四・八人から二〇一一年の三一・七人、二〇一六年の二五・六人と推移している。これらは

図1 自殺者数と自殺率（人口10万人あたり）



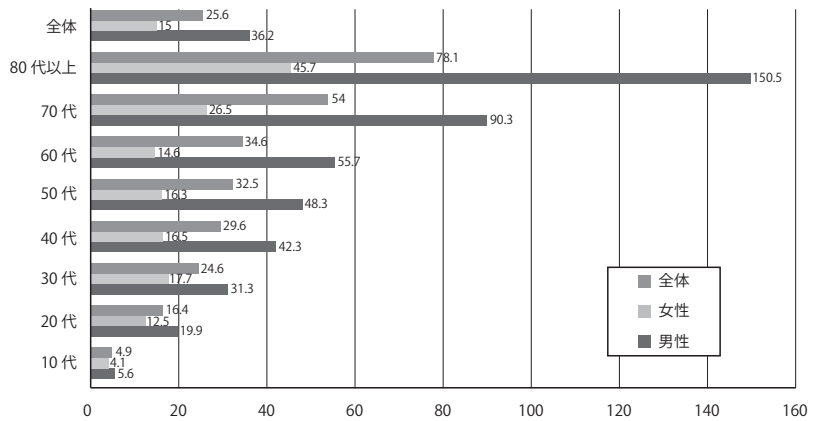
資料：中央自殺予防センター、2018

図2 性別自殺率(人口10万人あたり)



資料：中央自殺予防センター、2018

図3 年齢別自殺率(人口10万人あたり)



資料：中央自殺予防センター、2018

他の先進国に比べて高い数値で、平均してOECD平均の約二倍に達している。

自殺者の性別比を見ると(図2)、男性が女性に比べてより多く自殺していることが分かる。二〇一六年時点では女性一〇万人あたりの自殺者数は一五人、男性は三六・二人と二倍に達している。自殺者総数もまた、二〇一六年で男性九二四三人、女性三八四九人と、男性が女性の二・四倍に達している(統計庁2017)。

男性の自殺率が高い点に関しては、韓国の特性というよりも世界的な現象であり、これは、家族を扶養する責任が相対的に重い男性が、失業をはじめとする社会経済的変化や離婚、配偶者との死別など、家族関係の変化による悪影響をより受けやすいからであると思われる。

年齢別の自殺率を見ると(図3)、全年齢層において自殺率が高いことが分かる。合わせて特記すべき点としては、先進国の場合、高齢者の自殺率は他の年齢層に比べて若干高いか同水準であるのに対し、韓国の場合は年齢が上がるほど自殺率が非常に高くなるという点である。二〇一六年、高齢者の人口一〇万人あたりの自殺率を見ると、六〇代は三四・六人、七〇代は五四人、八〇代以上は七八・一人と、年齢が高い高齢者集団において自殺率が高いことが分かり、八〇代の自殺率は四〇代の自殺率二九・六人と比較すると約二・六倍に達している。

### 三 自殺原因に関する先行研究

なぜ人が自殺するのかについては、いくつかの社会科学の理論が提示されてきた。自殺を説明する代表的な理論としては、自殺を社会的統合の不在による結果として理解するデュルケームの自殺論、自殺を様々な社会的・個人的要素が結合して生まれるものと理解する自殺の対人関係理論(interpersonal theory of suicide)、青

少年の自殺を説明する際に主に使われる自殺の示唆 (suicide suggestion) モデルなどを挙げることができる (Durkheim 2002; Joiner Jr, Van Orden, Witte, and Rudd 2009; Aburyn and Mueller 2014)。

デュルケームは、自殺率が社会の統合と規制の程度に応じて異なるとしており、人は社会の統合が弱い場合や規制が強すぎる場合に自殺することになると述べている。具体的には、自殺を自己本位的自殺、集団本位的自殺、宿命的自殺、そして、行動や思考を規制する規範が不在な場合に現れるアノミイ的自殺の四種に分類している。デュルケームの研究以来、社会統合と関連する要因が、自殺あるいは自殺念慮と関連するかどうかについての実証研究が多数行われてきたが、これらの研究によると、自殺念慮は女性により多いものの、自殺そのものは男性により多く、年齢が高くなるほど配偶者のない者が配偶者のある者に比べて自殺しやすいことが分かっている (Girard 1993; Pampel 1998; Pampel and Williamson 2001)。

自殺の対人関係理論 (Interpersonal Theory of Suicide) によると、自殺は、いくつかの要因が満たされることで発生し、所属感の減弱 (thwarted belongingness)、負担感の知覚 (perceived burdensomeness)、自殺潜在能力 (capacity for suicide) の三要素が結合してはじめて発生する。ここでいう所属感とは、他人と接触し、資源を交換する過程で生まれる感情 (emotion) のことで、自分が関係する周囲の人々に受け入れられているという感覚を意味する。もし、家族がいらないか、他人との接触や支援の交換がない場合はこれらの感情が感じられる可能性は低く、それによって自殺を考えうる。次の負担感の知覚とは、自身が他人に継続して支援を受けるのみである場合に生まれる、他人の負担になっているという認識である。周囲の人々や社会から継続して支援を受けるのみである場合、周りの人々や社会の重荷になっているという認識を持つ可能性が高く、これによって自殺念慮は更に強化される。例えば、失業状態が続く、長期間にわたって国からの支援に頼って生活している者や、健康状態が芳しくなく、家族や周囲の知人から継続的に支援を受け続けている場合は、自らが社会や周り

の人々の負担になるだけだと考えるようになり、これによって自殺念慮がより強化される。自殺を考える段階から自殺を実行する段階に移るためにはもう一つ段階を踏む必要があるのだが、それは自殺に対する恐怖の克服である。自殺は誰にとつても恐ろしいものである。自殺の恐怖を克服して自殺を実行するためには、自殺に伴う痛み比べて、現実の苦痛の方がより大きいと認識しなければならぬ。自殺の恐怖を凌駕する現実の苦痛を生み出す原因としてはまず、治療の難しい病による耐えがたい痛み、幼年期の虐待による精神的ショック、または親しい者の自殺などが挙げられる。これと関連して、鬱や痛みといった健康と関連する要因が自殺念慮や自殺企図と関連するという実証研究も行われている。

自殺の示唆モデルは、個人の行動の決定において、役割モデル (role model) を提供する準拠集団 (reference group) に属する者の行動が大きな影響を与えるという点に注目する。準拠集団の行動は、その集団に受け入れられた人物の行動と思考に影響を与える。このモデルによれば、準拠集団に属する者が自殺をした場合、準拠集団に受け入れられた者も後を追って自殺する可能性が高くなる (Abrutyn and Mueller 2014)。実証研究によると、著名人の自殺によつて青少年の自殺が増加するという結果が示されており、友人や家族の自殺が若者の自殺率を高めるという研究結果も出ている。

韓国の高齢者を対象とした研究の場合、自殺念慮は社会的支援についての認識 (ペ・ジヨン、キム・ウォニョン、ユン・ギョンア 2005) や、家族関係、地域社会活動の程度 (キム・ヒヨンス、クオン・イギョン 2013) などと関連があることが明らかにされている。

本研究は、先行研究と韓国社会の自殺率の特徴に注目し、高齢者を対象として自殺に影響を与える要因を検討することをその目的とする。先行研究では、自殺は社会統合の程度、健康状態、貧困などが主な原因に挙げられている。本研究では、これらの要因の中で社会統合が自殺と有意な関連性があるかどうかについて分析を

試みる。その際に、自殺者を分析する代わりに、自殺念慮を中心に分析を行う。自殺者については事後に聞き込みによって様々な情報を得ることができるが、人口的、社会的特徴、個人の状況について詳細な情報を知ることが困難であるからである。

## 四 春川地域における高齢者の自殺行動可能性調査

### 1 研究方法

本研究は、二〇一六年、春川地域において六五歳以上の高齢者を対象に行った調査の結果を分析したものである。本資料の標本は二〇〇〇人で、地域、性別、年齢を考慮してクォータ・サンプリングを行った。本研究の標本は二〇〇〇人であるものの、分析に含まれている事例は一九一〇人のものである。これは、所得などのいくつかの個人情報不足しているデータを除いたことによる。

本研究における従属変数は自殺念慮である。調査では、自殺念慮、自殺計画、自殺行動といった経験の有無があるかについて問い、これを自殺念慮／計画／行動の経験がない場合とある場合に区分し、従属変数として利用した。つまり、自殺念慮／計画／行動のうちいずれか一つでも経験がある場合は1と、三つすべての経験がない場合は0と区分した。

本研究における主な独立変数は社会的孤立である。社会的孤立は、周囲の社会関係と最小限の接触を維持し、社会との絆を持つことができない状態を意味(Baillio) するもので、本研究ではこれを構造、接触、機能の三つの側面に分けて検討する。構造的孤立は、人が社会とつながりを持つことができる構造的状態にあるかどうか



表1 社会的孤立の構成要素

社会的孤立	構造的孤立	配偶者なし（なし＝1） 子供なし（なし＝1） 同居人なし（なし＝1）
	接触的孤立	子供との電話連絡なし（なし＝1） 子供との対面接触なし（なし＝1） 友人／隣人との電話連絡なし（なし＝1） 友人／隣人との対面接触なし（なし＝1） 社会活動なし（なし＝1）
	機能的孤立	配偶者との助け合いなし（なし＝1） 子供との助け合いなし（なし＝1） 友人／隣人との助け合いなし（なし＝1）

かを反映するもので、代表的なものでは配偶者の有無、子供の有無、同居人の有無などがある。接触的孤立は、紐帯を生みうる対象との程度接触しているかを意味するもので、子供、友人／隣人との電話連絡、対面接触、社会活動への参加などを測定した。機能的孤立は社会的連帯感を共有する人々とどれだけ助け合いを行っているかを意味するもので、配偶者、子供、友人／隣人との助け合いを測定した（表1）。

社会的孤立は、すべての項目において孤立がない場合の0点から、すべての項目で孤立している場合の11点まで分布しているが、実際のデータ分布は0点から9点となった。加えて、本研究では性別、年齢、教育水準、憂鬱程度、主観的な健康状態、身体的疼痛、手段的日常生活動作（IADL）、経済活動の有無、宗教の有無、居住地域の特性、知人の自殺者の有無などを統制変数とした。分析に含まれている主な変数は、以下の通りである（表2）。

本研究では、多変数二項ロジスティック分析（binary logit analysis）によって自殺念慮／計画／行動の有無に影響を与える要因を検討した。

表 2 標本の一般的特性

従属変数	自殺念慮／計画／行動の有無	ダミー変数 (0：なし 1：念慮／計画／行動)
統制変数	憂鬱程度	連続変数 (Short Form of Geriatric Depression Scale : SGDS)
	手段の日常生活動作	ダミー変数 (1：独立 0：非独立)
	主観的健康状態	5 点尺度 (1：非常によい、5：非常に悪い)
	身体的疼痛	連続変数 (0：全くなし 10：非常に深刻)
	性別	ダミー変数 (0：女性、1：男性)
	年齢	連続変数
	教育水準	連続変数 (教育年数)
	職の有無	ダミー変数 (0：なし、1：あり)
	貧困層であるか	ダミー変数 (0：公的扶助受給なし、1：公的扶助受給)
	知人の自殺者の有無	ダミー変数 (0：ない、1：ある)
	宗教の有無	ダミー変数 (0：ない、1：ある)
	居住地域の特性	ダミー変数 (0：農村地域、1：都市部)
独立変数	構造的孤立	連続変数 (0-3 点) 点数が大きいくほど、より孤立していることを意味
	接触的孤立	連続変数 (0-5 点) 点数が大きいくほど、より孤立していることを意味
	機能的孤立	連続変数 (0-3 点) 点数が大きいくほど、より孤立していることを意味
	社会的孤立 (合計)	連続変数 (0-11 点) 構造的孤立、接触的孤立、機能的孤立の合計

表3 多変量解析の結果

変数	項目	合計 (n=1910)	自殺念慮／ 行動なし (n=1,640)	自殺念慮／ 行動あり (n=270)	
憂鬱程度		2.46(3.52)	2.06(3.13)	4.91(4.59)	***
手段的日常生活動作	自立	1,312(100.00)	1,119(85.29)	193(14.71)	
	非自立	598(100.00)	521(87.12)	77(12.88)	
主観的健康状態		2.96(1.14)	2.90(1.13)	3.28(1.13)	***
身体的疼痛		4.12(2.58)	4.00(2.57)	4.84(2.55)	***
性別	女性	1,151(100.00)	985(85.58)	166(14.42)	
	男性	759(100.00)	655(86.30)	104(13.70)	
年齢		75.00(6.13)	75.17(6.14)	73.98(5.96)	**
教育水準		7.09(4.71)	7.15(4.69)	6.75(4.80)	
職の有無	なし	1,263(100.00)	1,076(85.19)	187(14.81)	
	あり	647(100.00)	564(87.17)	83(12.83)	
貧困層であるか	非貧困	1,726(100.00)	1,505(87.20)	221(12.80)	***
	貧困	184(100.00)	135(73.37)	49(26.63)	
宗教の有無	なし	813(100.00)	686(84.38)	127(15.62)	
	あり	1,097(100.00)	954(86.96)	143(13.04)	
地域的特性	農村地域	490(100.00)	424(86.53)	66(13.47)	
	都市地域	1,420(100.00)	1,216(85.63)	204(14.37)	
構造的孤立		.82(.94)	.77(.92)	1.12(1.02)	***
接触的孤立		.31(.70)	.27(.64)	.54(.93)	***
機能的孤立		.51(.56)	.48(.54)	.72(.66)	***
社会的孤立 (合計)		1.64(1.78)	1.52(1.68)	2.38(2.19)	***

## 2 標本の一般的特徴

分析に使用した資料の一般的な特徴は、次の通りである。自殺念慮／計画／行動の有無を分類し検討すると、健康関連要因のうち憂鬱程度、主観的な健康状態、身体的疼痛の程度が有意差を見せ、人口・社会的要因では年齢、貧困層であるかどうか、自殺念慮／行動の有無に従って差が見られた。社会的孤立に関する三項目はすべて自殺念慮／行動の有無に従って有意な差を示している(表3)。

## 3 分析結果

分析の結果は、表4の通りである。モデルAは、社会的孤立のすべての項目の点数を合計した社会的孤立合計点数を含んだモデルで、モデルBは、構造的孤立、接触的孤立、機能的孤立の各項目点数を含んだモデルである。

分析結果は以下の通りである。

まず、健康関連の変数では、憂鬱の程度が自殺念慮／計画／行動と有意な関連を見せている。鬱が自殺と関連があることはすでによく知られているが、本研究でも、この点について今一度確認できた。健康関連要因のうち、手段的日常生活動作、主観的健康状態、身体的疼痛などは有意な関連性がないことが分かった。身体的障害がある場合、自殺念慮が増加する研究結果も提示されているが(Awata (et al.) 2005)、本研究はそれとは相違が見られる。本研究の調査対象は、病院や施設ではなく自宅で居住する高齢者であるため、身体能力が甚だしく制限された高齢者は多くない。分析に含まれている高齢者の七〇％は、手段的日常生活動作の一〇項目のすべてを自立して行うことが可能であった。先行研究との違いは、おそらく身体に障害のある高齢者が少ないためと見られる。

表4 分析結果

変数	モデル A		モデル B	
憂鬱尺度点数	<b>17.32(.02)</b>	***	.17(.02)	***
手段の日常生活動作	-.12(.17)		-.11(.18)	
主観的健康状態	.09(.09)		.09(.09)	
身体的疼痛	.03(.04)		.03(.04)	
性別	.24(.18)		.29(.19)	
年齢	<b>-.08(.01)</b>	***	<b>-.08(.01)</b>	***
教育水準	.01(.02)		.01(.02)	
職の有無	-.02(.17)		-.01(.17)	
貧困層であるか	.30(.22)		.31(.22)	
知人の自殺者の有無	<b>.85(.19)</b>	***	<b>.84(.19)</b>	***
宗教の有無	-.10(.15)		-.13(.15)	
地域的特性	-.11(.17)		-.11(.17)	
社会的孤立（合計）	<b>.14(.04)</b>	**		
構造的孤立			-.09(.17)	
接触的孤立			.01(.10)	
機能的孤立			<b>.68(.30)</b>	*
定数	<b>2.44</b>	*	<b>2.49(1.10)</b>	*
	LR=208.69***		LR=212.66***	

第二に、人口社会的要因のうち、年齢が自殺念慮／行動との関連が見られ、年齢が高いほど自殺念慮／行動を行いくくなる。このような結果は、自殺統計とは相違が見られるもので、韓国の場合、自殺は年齢が高いほど多いことが示されている。自殺念慮に関する先行研究には、年齢は関連しないとするものもあるが (Awata (et al.) 2005)、年齢が高いほど自殺念慮が減少するという研究もないわけではない (キム・ヨンボム、パク・ジュンシク 2017; Corra (et al.) 2010)。高齢者集団における年齢と自殺念慮／行動の間の関係については、今後更に研究が必要であろう。年齢が高いほど自殺率が高くなる点については、年齢の影響というよりも年を取ることで健康、社会関係など、いくつかの人口・社会的要因にネガティブな変化が生じた結果である可能性もある。貧困に関してもまた、自殺念慮／行動と有意な関連が見られなかった。韓国における先行研究 (キム・ヨンボム、パク・ジュンシク 2017) の場合、貧困層集団において自殺行動の可能性がより高いことが確認されていることから、なぜ貧困の影響が異なるのかについて、更なる研究が必要であると思われる。これらの研究の結果が相違するのは、従属変数である自殺念慮をどのように測定したのかによる差異である可能性もある。

第三に、知人 (家族や友人) に自殺した者がいる場合、自殺念慮／行動を起こす可能性が高いことが分かった。友人や家族の自殺は、それ自体で精神的健康に悪影響を与えるのみならず、自殺をより考えやすくする要因となりうる。

第四に、社会的孤立と自殺念慮／計画／行動との関係を見ると、全体の社会的孤立点数が高いほど、自殺念慮／計画／行動の可能性もまた上昇し、社会的孤立が自殺念慮／計画／行動と有意な関連があることを確認した。また、社会的孤立を構成する三要素のうち、自殺念慮／計画／行動との関連がある要素を確認した結果 (モデル B)、構造的孤立や接触的孤立の場合は、自殺念慮／計画／行動と大きな関連を見せないものの、機能

的孤立の場合には優位な関連があることが確認できた。つまり配偶者、子供、あるいは友人、隣人と単純に接触するよりも、生活に必要な様々な支援を交換する関係になった場合にのみ、自殺念慮／計画／行動の可能性を減じる効果を得ることができる。孝意識を重視する伝統的価値体系、導入の遅れた公的年金制度、拡大しているものの未だ不足した高齢者福祉サービスなどを背景として、韓国の高齢者にとって家族は、今なお依存することができる最も重要な資源である。機能的孤立が自殺念慮／行動と有意な関連を示す点は、これらの側面から理解できるだろう。

## 五 議論と要約

本研究は、自殺念慮／行動の有無を従属変数として、その関連要因が何であるのかを多変数二項ロジスティック分析を活用して分析することを目的とした。本研究の示すところは以下の通りである。

まず、高齢者の健康、特に鬱といった精神的健康の問題を緩和させることは、自殺率の低下に影響を及ぼしている。問題は、精神衛生上の問題がある高齢者が、容易に必要な検査や治療を受けることができるかどうかという点であるが、医療サービスのアクセシビリティを改善することに加えて、精神衛生上の問題も病と認識し、支援を受けることについて恥と捉える認識面における改善も必要であると思われる。また、精神衛生上の問題を早期に発見し、必要な支援を受けることができるように高齢者と頻繁に接する地域社会ネットワークを構築することも必要であろう。

第二に、社会的孤立、とりわけ社会関係からの機能的孤立による悪影響を考慮すると、必要な支援が受けら

れる公的システムの強化が必要である。家族からの支援を受けられない高齢者が、不足部分を公的支援で補完することができる、機能的孤立によるネガティブな結果を減じることにも貢献が可能であると思われる。そのためには、経済的支援を超えて、情緒的支援や日常生活の中で必要な道具的支援を行うことも含めて、公的支援システムを強化する必要がある。

第三に、貧困や年齢のように、研究によって異なる結果を示す要因について、更なる研究が必要である。本研究では、直接的な影響に注目して分析を試みたが、自殺に間接的に影響を与える要因についても分析を行う必要がある。貧困の場合は、それ自体が直接的な影響があるとは言えないものの、鬱や健康状態、社会的孤立などの諸条件を悪化させ、自殺増加の間接的な要因になる可能性もある。健康、年齢といった変数が持つ様々な影響を総合的に分析することによって、自殺原因のより総体的な把握が可能になるだろう。

第四に、自宅居住高齢者を対象とした本研究では、身体能力の衰えた高齢者や障害を持つ高齢者を分析対象に含んでいない点に限界がある。これらを分析対象に含んだ場合、身体能力や障害の有無の影響が異なっている可能性もある。様々な特性を持つ高齢者を対象とした後続研究が必要であろう。

韓国は世界的に最も急速に、最も高水準の高齢化を経験した日本よりも、より急速な高齢化を経験している。韓国は二〇〇〇年に人口の七%が六五歳以上である高齢化社会に突入して以来、二〇一八年には高齢社会に突入し、二〇二五年には超高齢社会になることが予想されている。高齢化は、単に高齢者人口の増加のみを意味しない。高齢者人口の急速な増加に加え、伝統的な孝意識の弱体化、夫婦のみの高齢世帯や単身高齢者世帯の急激な増加、女性の経済活動の増加など、子供中心の高齢者扶養モデルを弱体化させる社会的変化も急速に進んでいる。社会の構造的、文化的な変化の中で、高齢者は過去の扶養モデルが消えゆく一方で新しい扶養モデルは未だ登場していない状況に直面しているが、公的年金制度の遅れた導入、完全には程遠い加入水準、社会福祉サービス



の不足などによって、家族を代替する選択肢を見つけることも難しいのが実情である。韓国における高齢者の高い自殺率は、韓国社会が過去三〇年間で、文化的、社会構造的に急速に変化した結果としても理解できるはずだ。つまり、社会文化的環境が急速に変化したのに対し、高齢者はこれに容易に適応できないことから精神的困難や社会関係の断絶を経験することになるが、これによって自殺が増加していると考えられる。自殺研究においては個人の要因だけではなく、社会文化的要因を含めて検討する研究も、今後必要であると思われる。

#### ■参考文献

- キム・ヨンボム、パク・ジュンシク (2017)、「春川地域高齢者の貧困と自殺行動の可能性」、『地域社会学』、一八巻一号。
- キム・ヒョンス、クオン・イギョン (2013)、「韓国高齢者の自殺率と社会・経済的要因の関連性——一九九〇～二〇一〇年の変化推移を中心に」、『韓国コンテックス学会論文誌』、13(6): 236-245。
- ペ・ジョン、キム・ウォニョン、ユン・ギョンア (2005)、「高齢者の憂鬱及び自殺念慮に対する社会的支持の緩衝効果」、『韓国老年学』25(3): 59-73。
- 中央自殺予防センター (2018)、「韓国自殺現況」、<http://spckorea-stat.or.kr/>
- 統計庁 (2017)、「二〇一六年度死亡原因統計」、<http://kostat.go.kr>
- Aburayn, S. and Anna S. Muller. (2014). Are Suicidal Behaviors Contagious in Adolescence?: Using Longitudinal Data to Examine Suicide Suggestion. *American Sociological Review*, 79(2): 211-227.
- Awata, S( et al.). (2005). Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: A community-based, cross-sectional study. *PCN*, 59(3).
- Biau, P. (1960). A Theory of Social Integration. *American Journal of Sociology*, 65(6).

- Corna, L. M( et al.). (2010). Suicide Ideation in Older Adults: Relationship to Mental Health Problems and Service Use. *The Gerontologist*, 50(6).
- Durkheim, E., (2002). *Suicide: a study in sociology*. London: Routledge (ハートランド・シモンズ訳 (2008)『デュルケームの自殺論』、チモニア出版社).
- Girard, C. (1993). Age, Gender, and Suicide: A Cross-National Analysis. *American Sociological Review*, 58(4): 553-574.
- Joiner Jr. T. E., Kimberly A. Van Orden, Traci K. Witte, and M. David Rudd. (2009). *The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working with Suicidal Clients*. York: Maple press.
- OECD. (2018). Suicide Rate. <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>.
- Pampel, F. C. (1998). National Context, Social Change, and Sex Differences in Suicide Rates. *American Sociological Review*, 63(5): 744-758.
- Pampel, F. C. and John B. Williamson. (2001). Age Patterns of Suicide and Homicide Mortality Rates in High-Income Nations. *Social Forces*, 80(1): 251-282.

(キム・ヨンボム 韓国翰林大学高齢社会研究所准教授)

(パク・ジュンシク 韓国翰林大学生死学研究所有長・社会学科教授)

(翻訳: 原田静香 翻訳協力: チョン・ユリ、ハン・ヘソン)