

特集：地域における自殺の実態と予防対策

わが国における自殺の現状と課題

川上憲人

Suicide and Suicide Prevention in Japan : Current Status and Future Directions

Norito KAWAKAMI

I. わが国における自殺の現状

厚生労働省人口動態統計によると、自殺死亡数は、平成9年の23,494人（男性15,901人、女性7,593人）から平成10年に31,755人（男性22,349人、女性9,406人）と急増した¹⁾。平成14年の人口動態統計によると、自殺は、死因の第6位、男女別に見ると、男性で第6位、女性で第8位となっている。国民の自殺者が3万人を超えたのは、明治34年以來である。2002年の自殺者数も警察庁の統計によれば6年連続で3万人を上回っており、なお予断を許さない状況が続いている²⁾。人口動態統計ではこれよりも少なく、1998-2000年まで3年連続で3万人を越えた後、2001-2年は29,000人台となっている。統計によって違いはあるものの、なお高い水準の自殺率が続いていることには変わりない。

自殺率増加への懸念の高まりを受けて、厚生労働省は2002年2月から7回にわたり自殺防止対策有識者懇談会を開催した。同懇談会は、2002年12月に「自殺予防に向けての提言」を厚生労働大臣に提出し、わが国における自殺予防対策のあり方をまとめている³⁾。「覚悟の自殺」のように、自殺を自由意思の現れや個人の生死の選択としてとらえる考え方もある。しかし、自殺者の心理の分析では、多くの自殺者が自殺以外に他に解決策を見いだせない状況に追い込まれ、自殺している。またうつ病などの精神疾患を発症している場合には、その症状のために正常な判断ができなくなり、もうろうとしている間に自殺を試みる場合もある。同懇談会では、自殺の多くが自由意志ではなく「追い込まれた死」であると位置づけている。

自殺は、本人にとって悲劇であるだけでなく、遺された家族や周囲の者に大きな悲しみや、その後長期間にわたって心理的、経済的な困難をもたらす。また、社会全体にとっても大きな人的、経済的な損失となる。一方で、「自殺したい」と訴える人は、「死にたい」と言いながらも「生きたい」という気持ちとの間を激しく揺れ動いている。また、うつ

病を発症して、死にたい気持ちが出てきた者では、治療がはじまるとこうした死への気持ちが消えてしまうことが多い。このように、本人、周囲の者、社会への自殺の影響の大きさと、自殺を救うための手段があることが、行政を含めた周囲の者が自殺予防対策を行う意義と根拠であるとしている。

II. わが国における自殺の関連要因

1. 性別・年齢

現在の自殺率の増加は特に男性に顕著である（図1）¹⁾。1998年には前年に比べて男女とも自殺率が増加しているが、女性では2.8%の増加であったのに比べて男性では10.5%と増加率が大きい。さらに、1998年から増加した男性の自殺は、特に50～64歳の中高年者に顕著である（図2）。この傾向は2002年まで継続し見られる。女性ではこのような傾向はなく、中高年者の自殺率は1990年から2002年までほとんど変化していない。むしろ女性高齢者では自殺率は減少の傾向にある。

男性の年齢別自殺率のこれまでの年次推移を1950年代から見なおしてみると、1955年頃には若年層と高齢者層において自殺率が高かった（図3-1）⁴⁾。昭和30年代の若年自殺の流行がこの時期にあたる。その後、自殺率は減少する傾向にあったが、1985年に45-59歳の男性の自殺率が増

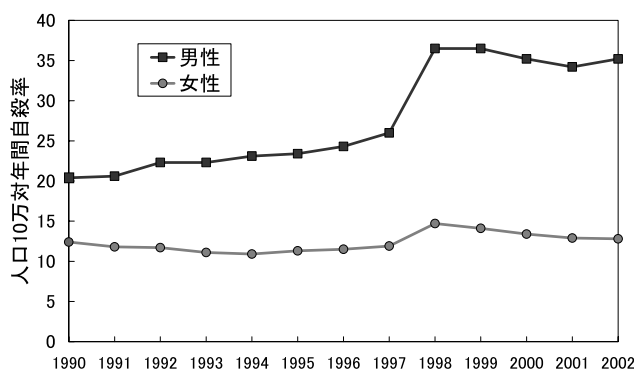


図1 わが国における男女別自殺率の年次推移

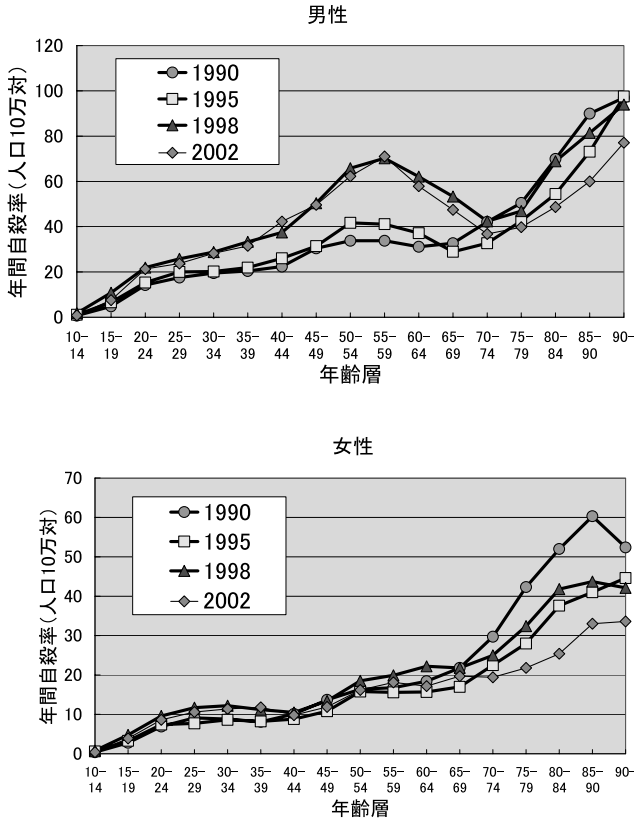


図2 年齢別にみた自殺率：1990，1995，1998，2002年の比較

加した。これはいわゆる「オイルショック」による経済不況の時期にあたる。その後自殺率は減少していたが、1998年からはすでに述べたように50-64歳をピークとして中高年男性の自殺率が著しく増加した。女性では昭和30年代の若年自殺の流行時期に若年層で自殺率が高く、またこの時代には高齢者でも自殺率が高かったが、いずれも漸減する傾向にある(図3-2)。男性のような特定の年齢層における特定の時期における自殺率の増加は見られない。

「オイルショック」の時期に自殺率が増加した中高年男性は、1955年頃に自殺率が増加した若年層と同一の出生コホートにあたっているため、一時期、高自殺率の出生コホートがある可能性が注目された。しかし1998年以降自殺率が顕著に増加している年齢層はこれよりも若い年齢層であり、特定の出生コホートによって説明することは難しい。むしろ、自殺率の地域差あるいは年次推移は総負債額や完全失業率の地域差あるいは年次推移とよく一致していると言われる。これまでに観察されているオイルショックおよび平成不況が続く現在の中高年男性の自殺率の増加は、経済不況下においてわが国の中高年男性の自殺率が影響を受けやすいことを示しているように思われる。

2. 地域特性と自殺

2000年の性別、年齢別、都道府県別の自殺率を見ると、

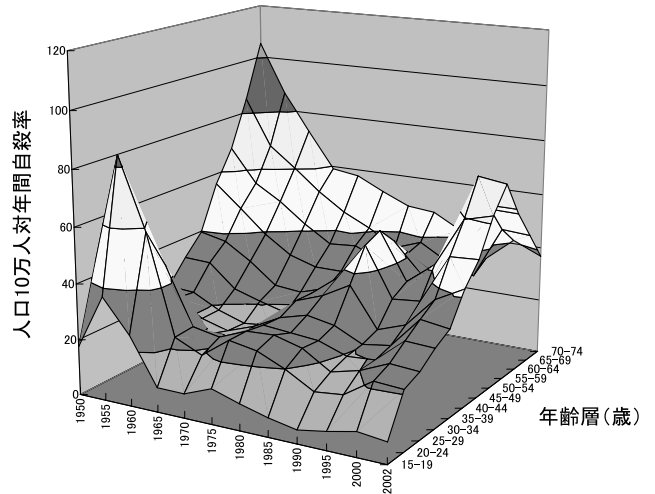


図3-1 年齢別自殺率の年次推移(男性)

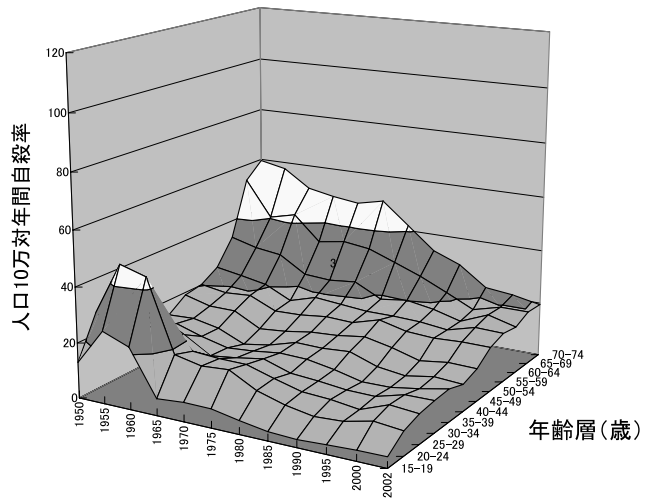


図3-2 年齢別自殺率の年次推移(女性)

男性の自殺率は、東北地方(秋田, 岩手, 秋田など)を含めた日本海側および九州地方(佐賀, 宮崎, 鹿児島)・沖縄で高い¹⁾。女性でも東北地方で自殺率が高い傾向にある。またいずれの都道府県でも中高年男性の自殺率が高いことが観察されている。

こうした自殺率の都道府県格差の理由を探るために、1998-2000年の自殺統計を利用して、47道府県別の主要な社会経済指標と自殺率との地域相関分析を行った研究⁵⁾では、完全失業率が高い都道府県、世帯主収入が低い都道府県で男性の自殺率が有意に高かった。過去の研究でも、わが国の自殺率は地域の経済指標(一人当たり収入)と(負の)相関を示し⁶⁾、失業率と正の関係があった⁷⁾。男性の年齢調整自殺率は、調理食品費、診療費、教育費、雑費および世帯主こづかい費が多いほど低く、調味料費、果物費、たばこ費、遊学仕送り金が多いほど高かったという報告もある⁸⁾。中高年者の自殺率に限定した解析でも、都道府県別

自殺率（1970～75年）は低収入の社会生活指標と相関が高い。我が国の男性の自殺率は、現在も過去も、低収入あるいは経済不況などの経済的要因によって影響を受けてきたと考えられる。

一方、最近のわが国の自殺率の都道府県格差の研究では、老年人口指数（人口中の老年人口の割合）が高い都道府県で男性の自殺率が高いことが報告されている⁵⁾。失業および経済的困難の他にも、地域の高齢化の進展が何らかの形で中高年男性の自殺率の増加に関与している可能性がある。さらに日照時間の短い東北地方で自殺率が高く、日照時間の長い太平洋側で自殺率が低いことから、わが国の自殺率を日照時間の差で説明しようとする研究もある⁹⁾。自殺率の地域特性に関してはまだまだ研究の余地がある。

3. 職業と自殺

2000年の職業別の年齢調整自殺者率をみると、男性有職者では、農林漁業、サービス職、管理職、専門・技術職が上位である（図4）¹⁰⁾。1995年の自殺率と比較すると、男性の管理職、専門・技術職、サービス業で増加率が高い。こ

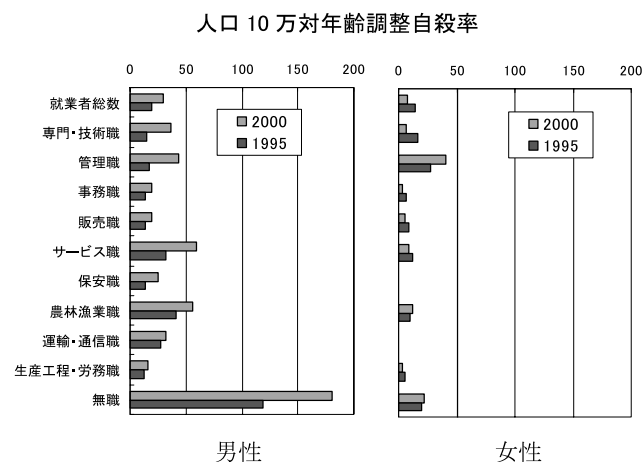


図4 職業別にみた年齢調整自殺率：1995年と2000年の比較

注：女性の保安職、運輸・通信職は母数が少なくまた1995年の自殺率が極めて高値だったため図中に示していない

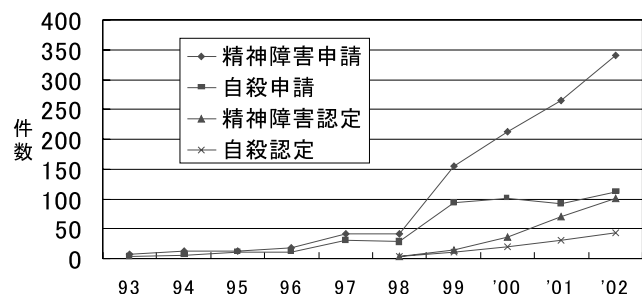


図5 精神障害および自殺の労働災害の申請および認定件数の年次推移。認定件数は必ずしも同一年度に申請されたものではないことに注意

うした職種に経済不況の影響が大きいかもしれない。女性では管理職の自殺率が高く、また増加率も大きい。しかし女性の管理職は分母となる労働者の数が多くないため、必ずしも信頼できる数値ではない。男女とも無職者の自殺率は就業者の7倍程度高く、無職者における増加率も高い傾向にある。しかし無職者はからなずしも失業者ではなく、高齢者も含んでいる。例えば1998年の失業者の自殺者数909人を失業者数279万人（労働省「労働経済の分析」より）で割ると、推定自殺率は10万対32.6となる。これは、その年の男性の自殺率37.2より低い（勤社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所の「JMI健康調査による職場不応とメンタルヘルス」）。失業者で自殺率が高いかどうかはさらに調査が必要である。

一方、1999年に当時の労働省は「精神障害等に係る業務上外の判断のための指針」を示した。この通達に従って、精神障害および自殺による労働災害の請求件数が増加している（図5）。また認定される件数もやはり増加している。

4. 自殺の原因・動機

警視庁「自殺の概要」による自殺の原因・動機としては健康問題が最も多く、経済・生活問題、家庭問題がこれに続く。特に1997年から1998年（平成9年から10年）には経済・生活問題、勤務問題を動機とした自殺、失業者の自殺の増加が顕著であった。過去の統計では、男性では病苦37.4%、生活・経済問題15.7%、アルコール症・精神障害14.9%、家庭問題7.9%などが多く¹¹⁾、特に男性中高年者（40～59歳）では生活・経済問題が多い。女性では病苦50.8%、アルコール症・精神障害22.8%、家庭問題11.0%で、女性中高年者（30～49歳）では家庭問題の割合が14%とやや多い。男女とも高齢者ほど病苦の割合が高い（厚生省、1994）。高齢者の自殺は身体疾患によるものが多いとする報告もある¹²⁾。ある企業における1977～82年の自殺者55名の自殺動機の分析では、精神障害18%、身体障害16%、金銭・借金16%、男女関係13%などが多かった¹³⁾。このうち中高年層では特に金銭・借金、身体障害、家庭不和が動機としてあげられた。

5. 自殺と精神医学的要因

うつ病、アルコール依存症などの精神障害が自殺の危険因子となることが指摘されている。欧米では、自殺者の1/4～2/3に精神障害の既往があるという報告もある。海外でも、各精神障害患者における自殺率は、気分障害（うつ病等）で6～15%、アルコール依存症で7～15%、精神分裂病（統合失調症）で4～10%とされている。我が国でも一般人口に比べた精神科入院患者の自殺率は男性4.5倍、女性5.3倍、同じく精神科通院中の患者の自殺率は男性4.6倍、女性5.9倍と推定されている¹⁴⁾。労働者のコホート研究（1989～1995）では、自己記入式尺度で抑うつ状態と判定された労働者の自殺死亡リスクは9.95倍であった¹⁵⁾。また、わが国の高齢者におけるうつ病者の自殺リスクは非うつ病者の10倍と報告されている¹⁶⁾。

6. 自殺行動

平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」(主任研究者 川上憲人)によると、過去 12 ヶ月に自殺を真剣に考えた者は地域住民の 1.5%、自殺を計画した者は 0.3%、自殺を試みた者は 0.4%であった¹⁷⁾。2000 年の自殺率は 10 万対 24.1 であるため、自殺者の 20 倍程度自殺未遂者が、さらにその 50 倍程度自殺を真剣に考えた者がいると考えられる。自殺を真剣に考えたり、自殺を計画したり、あるいは試みた者の割合は男女ではほぼ同じであり、男女いずれでも 45-54 歳の中高年齢者でこうした自殺関連行動の頻度が高かった(図 6)。このことは実際に自殺として表れるのは男性に顕著であるが、実は自殺念慮や自殺企図は男女いずれでも中高年齢者で増加していることを示している。男性の方が自殺既遂率が高いというこれまでの観察と一致するところであるが、女性中高年齢者の自殺念慮の増加にも注目してゆく必要があるかもしれない。

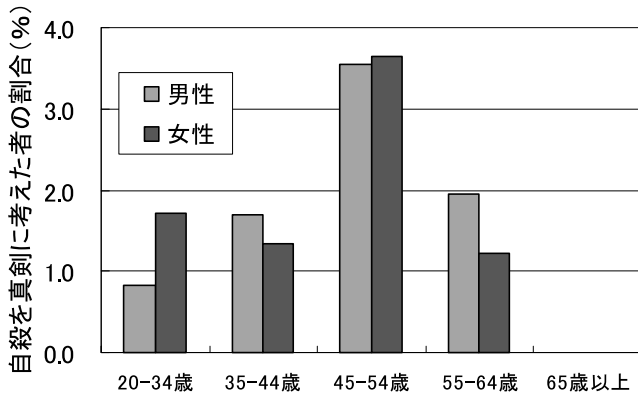


図 6 地域住民における過去 12 ヶ月間の自殺を真剣に考えた者の割合：平成 14 年度厚生労働省科学研究費による調査結果

7. 諸外国の自殺

英国、欧州、米国では、1974-1992 年の間には若年者(35 歳未満)男性、若年(25-34 歳)女性および高齢(75 歳以上)女性の自殺率が増加しており¹⁸⁾、わが国における中高年男性の自殺率の増加とは対照的である。中国農村部では女性に自殺率がむしろ高い。また 14 の先進諸国では、1973-1988 年の間に失業率がいずれも増加したが、失業率によって自殺率の変動を説明できる部分は少なかった¹⁹⁾。わが国では、欧米にくらべて経済的要因と男性の自殺率との関連性がより強いと考えられる。米国では自殺率の地域差は、むしろ離婚率や出生率と相関が高い^{20,21)}。我が国でも過去の自殺率と離婚率との相関を指摘する報告もあるが⁷⁾、2000 年の都道府県別自殺率については、男性の自殺率と離婚率との間に明確な関係は認められていない。このように自殺率はそれぞれの国ごとに特有のパターンをとっており、また国ごとに関連する要因が異なるようである。

IV. 自殺予防対策に向けての課題

1. 健康日本 21 および事業場のメンタルヘルズ指針と自殺予防対策

2000 年に公表された国の健康増進目標である「健康日本 21」では、休養・心の健康の目標として、①ストレスの低減、②睡眠への対応、③自殺者の減少をあげ、その対策を推進するよう求めている。また職場のメンタルヘルズについては、2000(平成 12)年には厚生労働省から「事業場における労働者に心の健康づくりのための指針」が出され、事業場ごとに心の健康づくり計画を立案し、労働者、管理監督者、産業保健スタッフ等がそれぞれの役割を持ち、医療機関などの事業場外資源を活用して職場のメンタルヘルズを推進するよう求めている。自殺予防を含めた心の健康づくりの推進もこれからの地域保健・産業保健の大きな課題である。

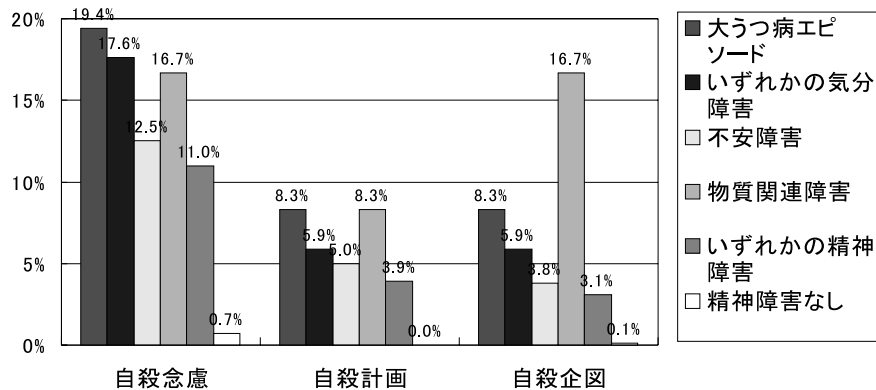


図 7 地域住民における過去 12 ヶ月間の精神医学的診断 (DSM-IV) 別の自殺関連行動の頻度—平成 14 年度厚生労働科学特別研究費による地域住民 1664 名の調査結果から。自殺行動経験者の 60-100%がいずれかの精神障害に該当していた。一方、精神障害の診断なしの者における自殺行動は少なかった。

表1 事業場における自殺予防対策 (川上, 2002)

- A. 事業場における一般的な心の健康づくりの推進
1. 職場環境等のストレス対策および個人のストレス対処によるうつ状態リスクの軽減
 2. 心の健康問題 (特にうつ病, アルコール依存症) への気付きと相談対応の促進
 3. 産業保健スタッフによるうつ病および自殺リスクの評価
 4. 外部医療機関との円滑な連携
- B. 自殺予防に特化した対策の推進
1. 自殺発生後の対応 (群発自殺の予防と周囲の者の心のケア)
 2. 自殺未遂者のケア
 3. 自殺に関する教育・啓発

2. 自殺防止対策有識者懇談会の提言

自殺予防対策の立案においてもっとも大きな問題は、自殺予防対策の有効性評価研究はきわめてすくなく、また無作為比較研究による根拠は皆無であり、科学的根拠に基づく (evidence-based) 自殺予防対策の立案が困難な点である。しかしながら目前に自殺率の増加とこれに対する住民・労働者の強い関心やニーズがある現在、何らかの方策をうってゆく必要がある。このような場合には、現時点で可能な限りの専門家のコンセンサスを根拠として対策を立案すること、またその対策の実施にあたって広く国民の支持を得るための説明と意見聴取、討議のための手続きをとることが求められる。自殺防止対策有識者懇談会はこの手続きの一環である。

自殺防止対策有識者懇談会が作成した「自殺予防のための提言」²²⁾では、自殺を考えている人が今おかれている状況を理解し、生きる力を取り戻させるような支援体制や環境づくりの重要性を指摘している。また、生命の尊さや生きることの意味を考え、生きる誇りと自信を育てる教育や心の健康問題に関する正しい知識の普及・啓発等、心の健康の保持・増進に関する取組も重要であるとしている。

自殺に影響する要因が個人レベルから社会環境まで多様であることを考えると、自殺を効果的に予防していくためには、自殺の実態を継続的に把握しつつ、多角的な視点から対策を検討する必要がある。このためには、国民、保健医療福祉関係機関、教育関係機関、マスメディア、事業者団体、労働組合、事業場、ボランティア団体、国及び地方公共団体等がそれぞれの特性を活かして役割分担を図りつつ、相互の連携を重視することが必要になる。こうした連携の中で、自殺を考えている人や、自殺未遂者、その家族・友人等の周囲の者、さらに自殺死亡者の家族・友人等の周囲の者、各々のニーズに応じた支援と環境づくりを行うことが求められる。また、同時に国民のすべての層に対し、心の健康問題に関する正しい理解を普及・啓発することも必要である。

対策を行う場については、個人に対する対策にとどまらず、家族・地域・職場での支援、環境づくり等、社会全体で対策を実施していくことが必要である。

自殺の予防対策を、予防医学で用いられる一次、二次及び三次予防に区分することで、自殺予防対策を理解しやすくなる。自殺の原因等を評価し、自殺の可能性が低い段階でその予防を図ること (普及・啓発や教育: プリベンション)、現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと (危機介入: インターベンション)、不幸にして自殺が生じてしまった場合に他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと (事後対策: ポストベンション) の3つの段階に応じ、対策を実施することが効果的である。

自殺防止対策有識者懇談会においては表2のように自殺予防対策が提言されている²²⁾。まず、実態把握として自殺率の推移を注意深く観察し、また自殺に影響する要因を分析して優先すべき自殺予防対策を決定することが必要である。第1の柱である「普及・啓発や教育」は、①心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発と、②児童・思春期

表2 自殺防止対策有識者懇談会 (2002) の提言における自殺予防対策

1. 実態把握
2. 普及・啓発や教育
 - (1) 心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発
 - (2) 児童・思春期における留意事項
3. 危機介入
 - (1) うつ病等対策
 - (1) 必要性
 - (2) 自殺の危険性が高い人の家族や周囲の者の役割
 - (3) 危機介入し得る専門家等
 - (4) 精神科医等とかかりつけ医・産業医
 - (5) 危機介入し得る専門家等の資質向上の方法
 - (6) 地域における体制づくり
 - (7) 職域における体制づくり
 - ア. 職場における心の健康づくり対策
 - イ. 心の健康づくり計画の策定と推進
 - ウ. 管理監督者や産業保健スタッフ等の知識・対応技術の向上
 - エ. 職場復帰の支援
 - オ. 事業場外の心の健康づくり相談体制の整備
 - (8) 地域と職域の連携
- (2) 児童・思春期における留意事項
 - (1) 心の健康問題への専門的な相談・支援体制の充実
 - (2) 学校における相談・支援体制の充実
 - (3) 電話による危機介入の充実
 - (4) 手段からみた自殺予防
4. 事後対策～自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者に対する相談・支援～
5. その他
 - (1) 報道・メディアに望まれること

における対策の2つに大きく区分される。心の健康問題に関する理解としては、心の健康に関するセルフケアとその支援対策が中心である。児童・思春期における対策としては、自らの命を大切に自尊心を養う心の発達を重視した教育および学校などにおける自殺予防教育の実施可能性があげられている。第2の柱にあたる「危機介入」については、①うつ病等の心の健康問題への対策と、②児童・思春期における対策がある。うつ病等の心の健康問題への対策としては、(a)家族や周囲の者の役割、(b)危機介入し得る専門家等の確保、(c)精神科医等とかかりつけ医・産業医のそれぞれの役割と連携の重要性、(d)医師を含めた危機介入し得る専門家等の資質向上策、(e)そのための地域における体制づくり、(f)職域における体制づくり、(g)地域と職域の連携があげられている。一方、児童・思春期における対策としては、子供たちの心の健康問題への専門的な相談・支援体制の充実と学校における相談・支援体制の充実があげられている。またいのちの電話など電話による危機介入の充実、駅構内の改善など手段からみた自殺予防の推進があげられている。第3の柱である事後対策としては、自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者に対する相談・支援を、地域や児童・思春期において提供する方法について述べられている。その他、報道・メディアに望まれることも記載してある。

3. 自殺予防対策の課題

1) 地域特性に注目した自殺予防対策

自殺の原因がすべて明らかになったわけではない。実態調査等により自殺の背景・原因を十分に明らかにし、これに対して適切に対策を企画することが必要である。特に都道府県や地域ごとで自殺に影響する要因は異なるかもしれない。あるいは同じ要因であってもその対策の方法は異なるかもしれない。自殺率の都道府県格差の分析からは、自殺の増加が不況や経済的要因のみではない可能性が示唆される。自殺発生の要因分析、自殺やうつ病者の相談経路などの地域特性についての緊急な研究がさらなる自殺予防対策の立案に有効であろう。

2) うつ病対策を通じた自殺予防対策

自殺の背景として「うつ病」があることはこれまでの研究から明らかである。自殺だけにとどまらず、うつ病に関する全国的な対策の推進を実施していくことも効果的と考えられる。一般住民、地域の一般医（内科医など非精神科医）、精神科医を対象としたうつ病に関する教育・啓発事業を数年計画で実施することが、うつ病の適切な治療を通じた自殺予防対策として有効であると考えられる²³⁾。一般住民にはうつ病に対する正しい知識、気づき、相談場所の情報を提供する。一般医には、うつ病の診断および治療の方法、専門家への紹介についての教育・研修を実施する²⁴⁾ことが自殺予防およびうつ病による経済的損失・QOL低下の防止の観点から有効であると考えられる。希望者へのうつ病のスクリーニングと専門家への受診勧告を行う Depression

Screening Day^{25,26)} 日本版についても実施可能性について検討されるべきであろう。英国でも同様の Defeat Depression Campaign が実施されている²⁹⁾。

3) 職場における自殺予防対策

専門家による検討会、文献レビュー、自殺事例の検討に基づく、職場における自殺予防対策の枠組みは以下のように整理できる²⁸⁾。労働省（現厚生労働省）「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に含まれており、すでにその普及、推進が図られているところであるが、その一層の推進と中小企業などへの普及について方策が検討される必要がある。これ以外の項目についても、すでに平成13年度の自殺防止対策事業の中で教育・啓発が実施されているが、これらを事業場において実効性を持つものとして定着させるための方策を検討する必要がある。

4) 失業者・under-employment への対策

自殺理由・動機の情報からは、失業率の増加や雇用の不安定さが自殺率の増加と関係しているように思われる。失業者や不安定な雇用状況にある者への対策としては、労働者・失業者のキャリア形成支援、失業者への健康相談・健康支援などが考えられる。しかしながら失業と自殺率増加の関係を確認した直接的なデータはまだない。実態の把握と対策の立案が求められる。

V. おわりに

わが国における自殺の現状とその対策について、特に厚生労働省の自殺防止対策有識者懇談会の議論を中心に述べた。21世紀は「こころの時代」と言われる。自殺予防対策を契機として、国民のこころの健康を守り、充実した生を支援するための施策への展開が求められている。このためには、国が指揮者としてのセンター機能を持ち、自治体、さまざまな関係機関、国民が幅広く参加した国をあげての対策の立案と計画的な実行が必要であると思われる。

文献

- 1) 厚生労働省. 平成10-14年度人口動態統計. 厚生統計協会, 1999-2003.
- 2) 警察庁. 平成11-14年版警察白書. 警察庁, 1999-2002.
- 3) 自殺防止対策有識者懇談会. 自殺予防に向けての提言. 2002 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3.html>)
- 4) 川上憲人. 中高年期の精神保健対策の現状と課題—自殺および離婚に関する文献的研究—. 平成6年度厚生科学研究費報告書, 1995, pp.111-119.
- 5) Aihara H, Iki M. An ecological study of the relations between the recent high suicide rates and economic and demographic factors in Japan. *J Epidemiol* 2003; 13: 56-61.
- 6) Araki S, Murata K. Social life factors affecting suicide in Japanese men and women. *Suicide Life-Threatening Behav* 1986; 16: 458-468.
- 7) Motohashi Y. Effects of socioeconomic factors on secular trends in suicide in Japan, 1953-86. *J Biosoc Sci* 1991; 23: 221-

- 227.
- 8) 塩原秀子. 自殺死亡と家計における消費支出構成比との関連について. 厚生指標 1987; 34(2): 20-25.
- 9) Terao T, Soeda S, Yoshimura R, Nakamura J, Iwata N. Effect of latitude on suicide rates in Japan. *Lancet* 2002; 360(9348): 1892.
- 10) 厚生労働省. 平成 7, 12 年度人口動態職業・産業別統計. 人口動態統計特殊報告. 厚生統計協会, 1999, 2003.
- 11) 厚生労働省. 国民衛生の動向. 厚生統計協会, 1994.
- 12) Takai K, Takai K. Suicide in the elderly: a report from Japan. *Crisis* 1991; 12: 40-43
- 13) 朝倉隆司, 原谷隆史, 須田木綿子. 某企業における自殺の実態. *社会精神医学* 1985; 8: 125-134.
- 14) 藤田利治, 栗栖瑛子. 精神疾患患者の自殺死亡についての人口動態調査に基づく検討. *日本公衆衛生雑誌* 1992; 39: 858-864.
- 15) Tamakoshi A, Ohno Y, Yamada T, Aoki K, Hamajima N, Wada M, Kawamura T, Wakai K, Lin YS. Depressive mood and suicide among middle-aged workers: findings from a prospective cohort study in Nagoya, Japan. *J Epidemiol.* 2000; 10(3): 173-8.
- 16) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 須賀良一, 小熊隆夫, 小泉毅. 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動—老年期うつ病を中心に—. *精神神経学雑誌* 1988; 100: 469-485.
- 17) 川上憲人 (主任研究者). 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003. <http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/H14TOKUBETSU/>
- 18) Pritchard C. New patterns of suicide by age and gender in the United Kingdom and the Western World 1974-1992; an indicator of social change? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996; 31(3-4): 227-34.
- 19) Crombie IK. Can changes in the unemployment rates explain the recent changes in suicide rates in developed countries? *Int J Epidemiol* 1990; 19: 412-416.
- 20) Lester D, Abe K. Social integration and suicide/homicide in Japan and the United States. *Jap J Psychiat Neurol* 1992; 46: 849-851.
- 21) Lester D, Morohashi Y, Yang B. The impact of the economy on suicide and homicide rates in Japan and the United States. *Int J Soc Psychiatr* 1992; 38: 314-317.
- 22) Ueda K, Matsumoto Y. National strategy for suicide prevention in Japan. *Lancet.* 2003; 8; 361(9360): 882.
- 23) Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK, Burke JD Jr, Lazar JB, Judd LL. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry.* 1988; 145: 1351-7.
- 24) O'Boyle M, Paniagua FA, Wassef A, Holzer C. Training health professionals in the recognition and treatment of depression. *Psychiatr Serv.* 1995; 46: 616-8.
- 25) Greenfield SF, Reizes JM, Magruder KM, Muenz LR, Kopans B, Jacobs DG. Effectiveness of community-based screening for depression. *Am J Psychiatry.* 1997; 154: 1391-7.
- 26) Greenfield SF, Reizes JM, Muenz LR, Kopans B, Kozloff RC, Jacobs DG. Treatment for depression following the 1996 National Depression Screening Day. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 1867-9.
- 27) Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D. The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *Am J Psychiatry.* 1997; 154 (6 Suppl): 59-65.
- 28) 川上憲人. 平成 13 年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究 II」研究成果報告書, 産業医科大学, 2002