

特集：地域における自殺の実態と予防対策

自殺に関する研究の現状：国内

石井敏弘

Review of Research on Suicide in Japan

Toshihiro ISHII

自殺予防対策の基礎資料として資するため、文献を用いて、主にわが国の自殺に関する研究の現状を整理した。

1997～2003年に発刊されて、医学中央雑誌に掲載されている文献を対象に医中誌 Web を用いて

検索対象： ヒト

キーワード： 自殺

を入力して検索した。該当する文献数を発刊年別、文献種類別に表 1 に示した。近年における自殺者数急増の影響があつてか、2000年に文献数が急増し、その後もさらに増加し続けている。具体的には、各年の文献数を3年前のそれと比較すると（1997年と2000年の比較、あるいは1999年と2002年の比較）約2倍に増加してきた。

検索された文献のうち、ヒトの（細胞レベルではなく）
 個体レベルの自殺に関するものであり、単なる症例報告の

みでない文献を精読の対象とした。精読対象となった文献に記されている自殺に関わる主な内容を項目別に纏めた。項目は「Maris RW, Berman AL, Silverman MM et al.: Comprehensive textbook of suicidology. Guilford Press, New York. 2000」の各論の構成にほぼ準じて、表 2 のような 18 個とした。

項目別にみた主な内容をつぎに記す。

表 1 医学中央雑誌に掲載されている自殺に関する文献数

発刊年	総数 ¹⁾	総説	解説/特集	原著	症例報告	会議録
1997	174	0	7	71	74	91
1998	236	1	38	99	119	118
1999	220	1	19	90	93	103
2000	348	0	87	100	128	143
2001	370	2	74	118	156	143
2002 ²⁾	444	6	97	156	130	142
2003 ²⁾	229	3	85	47	36	62

1) 1つの文献が複数の種類（たとえば「原著」と「症例報告」）に重複して計上されている場合があるため、「総数」と各種類の文献数の合計は一致しない。

2) 発刊年が「2002年」および「2003年」の文献については、検索時（2003年12月）において医学中央雑誌（データベース）に未掲載の文献があり得る。この両年の文献については、該当する文献数が後日に加算される可能性がある。

表2 自殺に関する文献の分類項目

疫学/社会学
1. 統計
2. 年齢, 世代
3. 性
4. 人種, 民族, 文化
5. 職業, 経済
6. 婚姻, 家族および家族療法
7. 社会的関係
8. 遺書, 企図の兆候
9. 自殺の方法, 手段
医学
10. 精神疾患との関連
11. 身体疾患との関連
12. アルコール, 薬物の乱用・依存との関連
13. 生物学的側面
間接的要因
14. 倫理, 宗教, 哲学
15. 法制
予防および治療
16. 予防
17. 治療
18. 事後介入, 再発防止

1. 統計

自殺者数は急増しており、1998年には3万人を超えた。自殺率(人口10万対)は同年には25.4という高値に上昇した。これは社会的責任を最も大きく負う中高年男性の自殺者が増加したことによる。中高年男性自殺者数は1997年から1998年にかけて150%前後に増加し、全自殺者に占める割合も3割を超えた。自殺者の年齢は、男性では40歳台から60歳台に大きなピークがある。女性では年齢が高くなるに従って自殺率が上昇する傾向が見られる。自殺の動機の年次推移をみると、男性で「経済生活問題」が増加している。とくに40～59歳では「病苦など」を抜いて第1位になっている。〔石原ら2001, 堀川2001〕

中高年者の自殺率は大正9年～平成10年に4回高まる時期がある。昭和初期の昭和不況、敗戦による混乱期、昭和60年前後の円高不況、そして平成不況である。〔清水2000〕

1998年のわが国における全死亡者数は94万人で、このうち3万人が自殺で死亡している。これは死亡者30人に1人が自殺で亡くなっていることである。また死因順位では、25歳～39歳の死因の1位は自殺であり、40歳～54歳の死因の2位はやはり自殺である。失業率が高くなると自殺者数も増加することを考えると現在の不況は深刻であり、失業率が6.7%になれば自殺者は4万9千人、10%にな

れば7万3千人となることが予測される。〔三野2002〕

東京都立衛生研究所が開発したシステムを用いた分析によると、自殺者数の増減は景気の動向と密接に関連しており、好景気では減少し、不景気で増加していた。ただし、景気が自殺者の増減に寄与する割合は、多く見積もって約30%である。したがって、1998年における男性の自殺者の増加は、景気変動だけで説明しきれない。世代マップの分析において、戦前から現在まで一貫して50～70歳の年齢域において自殺のピークが見られることから、50～70歳の自殺のピークの年齢域に、人口の多い団塊の世代が差し掛かっていることが、現在の自殺数増加の大きな原因の1つとなっていると考えられる。〔池田ら2000〕

年齢別自殺率曲線には3型ある。第1は年齢上昇とともに自殺率も上昇する「ハンガリー型」、第2は60歳位から自殺率が低下する「フィンランド型」、第3は「ハンガリー型」に加えて青年期に小さな山がある「日本型」で、これは開発途上国に多い。日本は青年期における自殺率の山が消失し、「日本型」から「ハンガリー型」に移行した。この変化は社会的状況を反映している。高校や大学への進学率が低く、早い時期から多くの青年が社会に参入せざるを得ない国では自殺率曲線に青年期に山が生じる。〔渡部2002〕

わが国における人口10万対の自殺者数は24.1(2000年)であり、合衆国12.0(1994年)、イギリス7.4(1995年)、フランス(1994年)と比べて高い。〔泉2002〕

石川県における自殺は、季節別では春と秋に、曜日別では月曜に多発する傾向があり、土・日曜には少なかった。〔佐藤ら1997〕

2. 年齢, 世代

小学校高学年からみられる子どもの自殺の心理的特徴は、衝動的で心因も比較的分かりやすく、行為に潜む攻撃性の強さが特徴的である。従来言われてきたアノミー型の自殺と言われた行動異常が、むしろ学習障害、多動性障害による、衝動コントロールの悪さから、自殺企図に至るものと考えられる。その背景をみると、家族に問題のあるケースが目立ち、養育者の問題として、片親、養育者の病弱、母子分離の悪さがみられる。〔原1998〕

1994年の自殺率を大学生と15～24歳の一般人口で比較した。自殺率(人口10万対)は、一般人口では男12.0、女5.1、全体で8.6であり、大学生で男19.8、女8.2、全体で16.3であった。大学生の自殺率はかなり高かった。〔澤田1997〕

45歳から60歳代に至る壮年男性の自殺の増加が著しく、このグループに含まれる自殺者数は1997年の8,447人から1998年には12,542人(1999年12,369人、2000年12,150人)に達し、全自殺者の約4割を占めるに至った。〔堀川2002〕

高齢者の自殺率が高いことは先進国に共通して認められる特徴である。最近の日本における自殺の未遂：既遂比は、全ての年齢では10：1ほどで、思春期では100～200：1、高齢者ではおよそ4：1になる。高齢者では何らかの自傷行為に及んだ場合、実際に生命を失う割合が他の年代より

もはるかに高い。若年層の自殺行動は「救いを求める叫び」という側面が比較的強い。〔高橋(祥)2002^{a)}〕

最近の初老期男性に自殺が増加したということから、うつ病が多発していることが示唆される。自殺だけでなく、蒸発、アルコール依存症、過度のギャンブラーなども多く、これらはすべて自己破壊行動の中に統括される。一般に青年期の自殺が「憧れの自殺」「求める自殺」とよばれるのに対し、初老期以後の自殺は「諦めの自殺」とよばれる。青年期の自殺は、美化され、合理化される傾向が強いので、自殺の既遂よりも未遂が多い。これに対して、初老期、老年期では死を思い立ったら、自殺に直行していく傾向がある。〔大原 1997〕

現在のわが国の老年人口割合は約17%であるが、全自殺者に占める老年者の割合は約24%に上る。急速な高齢化が今後予測されており、自殺に係る状況は一層深刻になる可能性がある。一般に次の項目を数多く認める人は自殺の危険が高い：1) これまでにも自殺を図ったことがある、2) 精神疾患、3) 高齢、4) 男性、5) 周囲から十分なサポートが得られない、6) さまざまな喪失体験、7) 事故傾性(無意識的な自己破壊傾向)。注意しなければならない点は、高齢の患者では、表面的にはうつ病の典型的な症状が目立たない場合も少なからずあるということである。〔高橋(祥)2002^{b)}〕

自殺の危険が高まる可能性のある高齢者の性格特徴として、慣れ親しんだこれまでのやり方に過度にこだわる、実用的で具体的な事柄への執着、周囲の世界や新しい事柄に対する関心が低いなどがあげられる。さらに、問題を抱えた場合に、二者択一的な思考パターンに陥りやすい、自尊心が低く、融通が利かない性格といった特徴もあげられる。〔高橋(祥)1998〕

高齢者の自殺で特徴的なのは、脳卒中後抑うつ(post-aphroletic depression)などのように、脳出血や脳梗塞などの卒中後半半年以内に起こる病相である。こうした器質性精神障害がらみの高齢者の自殺企図は、若年の境界型人格障害に見られる企図と違って、強い意志で何度も執拗に繰り返され、介護者の注意の目をかいくぐり、わずかな隙間から致命的な結果をきたすことが多い。〔一瀬ら 2002〕

高齢者の自殺にはうつ病をはじめとする精神疾患が関連している。新潟県松之山町を始めとする諸地域ではこの問題についての調査研究が進められ、高齢者の自殺の社会文化的背景に関する啓発教育や予防的な介入を行い、高く評価されている。〔高橋(邦)1998, 大山 2001〕

環境に依存して生活をしている子どもにとって、家庭や学校などの環境の激変は子どもたちの自殺の直接動機になりやすい。いじめはもちろん、愛する親との死別、別居、転居・転校、村八分、親や教師の激しい叱責、家庭内の不和なども直接動機になり得る。思春期、青年期ではもっと個人的な問題が直接動機になりやすい。性格上の悩み、異性問題、受験や就職の失敗、前途不安などである。成人すると、男性では仕事上の問題(失職・転職、事業の失敗、仕事上のミス、定年など)、家庭の主婦では家庭内の平和を

乱すエピソード(嫁姑のトラブル、夫の浮気、子どもが非行に走ったなど)が直接動機になりやすい。〔大原ら 1997〕

3. 性

平成11年における自殺者3万1千人を性別でみると、男2万2千人、女9千人であった。最近の自殺の増加は特に中高年男性で顕著である。〔泉 2002〕

働き盛りの男性の自殺率が増加しているが、同じ働き盛りといっても女性の自殺率は下降している。〔大原 1997〕

男性の自殺者数ピークは40~50歳代であるが、女性は60~70歳代であった。また高齢になるにつれ女性の自殺の割合が増加した。〔吉岡ら 1997, 佐藤ら 1997〕

自殺者数が女性よりも男性に多いことは世界の一般的な傾向である。戦後の自殺者数の年次推移をみると、男性の自殺者数は女性の1.3~2倍であったが、1993年以降は2倍以上になり、1999年では2.5倍とその差は次第に拡大していく傾向にある。年齢別分布では、女性が高齢になるほど自殺率が上昇するのに対して、男性では40歳台から60歳の自殺率の高さが顕著である。また、高齢者の自殺率も高い傾向が見られる。自殺動機は、男女ともに「病苦など」が第1位だが、男性では「経済生活問題」が第2位に挙げられている。一方女性では「精神障害・アルコール症」が第2位になっている。〔石原ら 2001, 堀川 2001〕

自殺未遂者は男性よりも女性に多い。これに対して、自殺既遂者は女性よりも男性に多い。日本における既遂自殺者の男女比は1.5~2:1である。日本だけでなく、ほとんどの文化圏で男性の自殺率は女性のそれを上回っている。〔高橋(祥)1999^{a)}〕

自殺を企て北里大学病院救命救急センターで治療された103名の精神科における治療背景を検討した。男女比は1:1.6であった。20歳代の女性が最も多く(20.4%)、次いで50歳代の女性、40歳台の男性と続いた。〔櫻井ら 1998〕

1999年12月~2001年5月に総数411件あった勤労者心の健康相談では、男性104例(25.3%)、女性307例(74.7%)と女性が多かった。2001年の自殺者割合は男性が71.3%、女性が28.7%と男性が多数を占めた。援助希求行動は女性の方が活発であり、それが自殺に至る可能性を減じているのではないかと推測される。〔岡本(香)ら 2002〕

国際的にみると日本の高齢者の自殺率は、男性は中位であり、女性は有数の高率である。女性高齢者の自殺率が高いことは、日本における自殺の特徴の1つである。〔高橋(邦)ら 1999〕

4. 人種、民族、文化

低自殺率地域と比較して、高自殺率地域の住民は「家にもりがちである」「抑うつ的で不安感・孤立感が高い」という特徴があった。地域特性を反映する心理社会的状況と自殺率の関連が考えられる。〔斎藤ら 1998〕

老人の自殺率が高い秋田県のある農村地域の住民について調査した。高齢者の大部分が仕事に従事し、その内容は

畑仕事が多い。この地域の老人は「畑を守る」「代々受け継いで来た家を守る」という意思が強い。そして大きな身体疾患に罹るとこのような活動が困難になり、これは老人にとって大きな喪失体験となる。また世代間の意識に大きな差異があり、若者たちでは農業を継ぐ者が少なく、家を守るという意識も希薄となっている。このことも、老人たちの不安定要因の形成に関与する。〔渡辺(直)ら 1998〕

5. 職業、経済

男の自殺率の推移を職業（大分類）ごとに分析した。全ての年齢階級にわたって、農林漁業従事者では、他の職業よりも自殺率が高い傾向が見られた。この他、管理的職業従事者の20～24歳における死亡率（人口10万対）が140と非常に大きかった。〔谷原ら 2000〕

長期にわたる不況の影響が自殺に関する統計にも表れている。経済・生活問題は自殺動機の約3割を占め、とくに男性では第1位の原因であった。2000年における自殺者の男女合わせて46.8%が生前に無職であった。〔高橋(祥) 2002⁹⁾〕

厚生省人口動態統計および警察庁自殺統計を用いて、1900年から1995年までの自殺の年次推移を分析した。最も特徴的であったのは、1975年頃から1995年までに、中高年男性の自殺率が着実に上昇していることであった。自殺の原因・動機を検討したところ、上昇の主な原因は、経済生活問題による自殺者の増加であると考えられた。〔高島 2000〕

年間でみた経営者の自殺者数は企業の倒産数と線型に相関する。〔小田 2002〕

警察庁による自殺者統計を職業分類で見ると、無職が46%、被雇用者24%、自営業者13%、主婦10%となっているが、前年比で見ると、自営業者が10.5%と最も増加している。〔広瀬ら 1997〕

北海道における1979年～1994年の自殺率と失業率の間には、男女とも高い相関が見られた（相関係数：男0.59、女0.42）。〔岡本(博)ら 2000〕

生命保険金額と自殺死亡指数の相関を調べた。保険金額3千万円以下の自殺死亡指数はほぼ一定しているが、3千万円を超えると自殺死亡指数は年々高くなり、金額が高いほど上昇する傾向があった。特に、保険金額が1億円を超えると自殺死亡指数は顕著に上昇していた。〔豊川ら 1998〕

6. 婚姻、家族および家族療法

自殺未遂者と自殺企図歴のない精神疾患患者を対象に、精神医学的要因、家族的要因、社会的要因などを比較した。自殺企図の相対的危険度を表すオッズ比は「家庭内葛藤あり」が最も高く、次いで「家族の援助なし」、「社会復帰施設の利用なし」の順であった。精神障害者の自殺企図に係る危険要因として、家族的要因や社会的要因が強く関連していた。〔櫻庭ら 1998〕

平成9年度に行われた青森県全域を対象とした大規模調査の結果、男性においては、自殺低発地域と比べて、高発

地域の方が、主観的健康感尺度で測定されたファミリーサポートを受けている感覚が少なく、自分自身や周囲の人間関係への満足度が少ないことが示された。そのことから、自殺をする男性では、家族を含めた人間関係全般で満足度のいく関係を持っていない可能性が考えられる。〔大野ら 2000〕

自殺動機は、老人において病苦が突出している。病苦といっても疾患自体が重篤で死がさし迫り、激しい苦痛や、自らの死の予感が生み出す苦悩を伴う場合はむしろ少なく、癌を除けば、高血圧症、癌恐怖症、神経痛など、家族の温かいいたわりがあれば十分癒せる疾患の病苦が多い。したがって、老人の自殺予防に最も重要なのは、自殺念慮が起きないように家族や社会との“つながり”を持つことである。〔高橋(邦) 2002〕

高齢者の自殺の状況を調べると、単に多くの家族に囲まれて生活していれば自殺率が低いとは断言できない。多くの家族と暮らしていても、その中で高齢者が疎外されている状況は、自殺の危険と強く結びつく。単身生活であっても充実した暮らしをしている高齢者の方が、大家族の中で孤独感を抱いている人よりも自殺の危険は低い場合もある。〔高橋(祥) 1998〕

7. 社会的関係

マスメディアによる自殺報道は若者の自殺を増加させる面がある。アイドル歌手の自殺報道などが、後追い自殺の誘因となった可能性がある。〔富田 1998〕

8. 遺書、企図の兆候

自殺者の心理学的特徴の第1は孤独である。心理学的特徴の第2は、「死にたい」と思う反面、必ず「助けられたい」「どうかして救ってもらいたい」という相反する心理を自殺企図者はもっている。このため自殺者は必ずと言ってよいくらい自殺の予告徴候を示す。抑うつ、焦燥、不眠、体重減少などが指摘されている。〔大原ら 1998〕

自殺予告兆候は、注意深く診察するとほとんどの症例に認められる。まず、死に対する直接的あるいは間接的な表現がある。「もういっそ死んでしまいたい」「どうして良いか分からない」と表現されたり、自暴自棄的な行為が見られることもある。蒸発、無断欠勤、悪酔い、交通事故、睡眠薬の多量服用、ギャンブルへの耽溺など、普段と異なる行動の頻発に注意する必要がある。身体的には、不眠、食欲不振、著しい体重減少などが認められたり、精神症状では抑うつ焦燥をチェックすべきである。〔大原 1997〕

自殺既遂者20例、未遂者4例の計24名を対象者とする有識者による研究。自殺のサインは遺書や自殺企図などの特異的なサインが4例、うつ症状などの非特異的なサインが12例に認められた。〔永田ら 2002〕

1999年10月～2001年12月の50例の自殺を業務上と認定するかどうか、T労働局の精神障害専門部会によって検討された。業務に関連した自殺として23例が認定された。そのうち遺書があるものが13例あった。従来は遺書

があると労災の認定を受けにくかったが、業務が濃厚に関連した精神障害に基づいた自殺は労災として認められることとなった。〔黒木ら 2002〕

福島県における 1997 年 7 月 17 日から 1 年間の自殺者の遺族に対するアンケート調査。自殺者の遺族の 71.4% は、自殺者の生前のストレスに気がついていた。一方、対照群の家族では、家人のストレスに気づいていたのは 23.2% であった。遺族が気づいていたストレスでは、病気が全体の 32.9% と最も多く、以下、借金、人間関係の不和、仕事、親しい人の死、失業、離婚、知人や家族の病気、倒産、事故が続いた。これらのストレスの種類は対照群と異なっているとは言えなかった。〔平岩ら 2000〕

統合失調症患者の自殺企図はほとんどが衝動的とこれまで考えられてきた。これと異なり、自殺企図の数日前、ときには数時間前から急激な症状再燃があることが確かめられた。〔佐々木 1998〕

9. 自殺の方法、手段

1999 年に東京都内の大学病院（都市部）、都市郊外の公立病院、埼玉県の大学病院（地方）を受診した自殺企図患者 393 例について、自殺手段を地域別に比較した。その結果、都市部では薬物使用 51%、四肢体幹切刺創 24%、墜落 13%、縊首 8%、列車飛び込み 4% であり、都市郊外では薬物使用 60%、四肢体幹切刺創 22%、墜落 10%、縊首 6% であり、地方では薬物使用 74%、四肢体幹切刺創 14%、墜落 3%、縊首 3% であった。全ての地域で薬物使用が首位を占めているとともに、地方ではこのうち農薬中毒の頻度が高く、地域に応じた専門知識が必要であると考えられた。〔杉田ら 2000〕

1981 年～1997 年の 17 年間の神戸市における自殺者のうち、過去の自殺未遂歴の情報が得られた 416 名を対象に、完遂および完遂直前の未遂における自殺手段を調べた。その結果、未遂時の手段としては、傷害（33.7%）、服薬（17.5%）、絞首（16.8%）、一酸化炭素中毒（11.0%）、飛び降り（9.4%）の順で多く、完遂時の手段としては、絞首（37.4%）、飛び降り（23.1%）、入水（9.4%）、一酸化炭素中毒（9.3%）の順で多かった。完遂時の手段の方が未遂時の手段よりも有意に致死性が高かった。〔塩入ら 2000〕

1979 年～1994 年の北海道における自殺 17,234 件の自殺手段を調べた。男女共に縊死が最も多く、全体の約 6 割を占めていた。次いで多いのは、入水、自動車排ガス、飛び降り、家庭用ガスであった。男女別にみると 2 番目に多い手段は、男性では自動車排ガスである一方、女性では入水であった。また、人口 5 万人未満の市町村と 5 万人以上の市町村の間で、自殺手段の割合に有意差があるかを検討したところ、縊死、入水、農薬による自殺は人口 5 万人未満の市町村で多く、飛び降り、家庭用ガス、飛び込みは人口 5 万人以上の市町村で多かった。〔岡本（博）ら 2000〕

自殺の手段では男女ともに縊死が最も多く、年齢層が高くなるに従ってその割合は増加していた。男性では、40 歳未満で飛び降り、排ガスが次いで多く、高齢になるに従っ

て服薬、入水が増加していた。女性では、40 歳未満で飛び降り、薬死が次いで多く、高齢になるに従って入水、服薬が増加していた。〔中村（智）ら 1997〕

10. 精神疾患との関連

既遂自殺者の生前の精神状態を調査したところ、その 9 割は何らかの精神疾患を有病していた。その主眼は躁うつ病、統合失調症、人格障害、アルコール依存症、薬物依存などである。〔高橋（祥）1999⁴⁾〕

自殺の三大動機は病苦、精神障害、男女問題で、精神障害が全自殺に占める割合は 18.9% に達する。一般人口における自殺率と比較して、統合失調症は 121 倍、うつ病では 361 倍、アルコール性疾患では 125 倍と、高い自殺危険性を示す。統合失調症患者の自殺率はおよそ 10% 前後で、その動機は不可解、予測不能であり、自殺は疾患の経過のあらゆる時期に起こりうると思われるべきである。また、自殺既遂者の約 90% が何らかの精神疾患を有し、その半数以上がうつ病である。このような「うつ病性」の希死念慮や自殺念慮には、積極的な薬物療法を行うのが適切である。〔舟橋 2001, 中村（道）2001, 張 2001〕

自殺未遂 41 名のうち 83% に自傷行為中の解離状態がみられた。自傷が重症であるほど自傷行為中の解離状態が強かった。自殺未遂群と比較して自殺既遂群は解離性が高かった。〔張ら 1998〕

妄想の活発な時期よりも、病的には一段落した谷間に自殺が多い。自殺は病気から健康の方向であれ、健康から病気の方向であれ、ある安定している状態から次の安定した状態へと移行する中間状態において生じる危険性が高い。また、最近の自殺の傾向として、若くて激しい症状を呈している患者よりも、幻聴とか妄想が続きながら高齢化して、自分の生活基盤をなくし追い詰められた時の自殺が圧倒的に多くなっていて、それらの人は成功率の高い縊首が多い。〔山田 1997〕

うつ病の患者の自殺リスクは、症状が一番重い時期ではなく、少しよくなりかけた時期に高まる。うつ病における日内変動を考慮すると、早朝の時間帯が最もハイリスクとなる。〔町田 2002〕

気分障害患者では自殺企図後に 80% で精神症状の変化がみられた。その内訳は改善 35%、病相スイッチ 17% で、悪化例はなかった。単極性経過例は自殺企図後に改善した。精神症状改善の持続期間は、2 か月未満が 80%、2 か月以上 4 か月未満が 6.7%、1 年以上が 13.3% であった。自殺企図後に精神症状が改善する要因としてカタルシス効果、意識消失のショック療法的効果、入院効果が示唆される。短期間の内に再憎悪する要因としては、自殺企図による疾病利得の不充足、上記の自殺企図の有する精神症状改善効果の減衰などが考えられ、抑うつ再燃による再企図に留意すべきである。〔福永ら 1998〕

勤労者においては経済不況にまつわるストレスが増大し、うつ病の罹患者数が増加していると推察される。自殺に至る人たちの多くがこのうつ病群に属していると思われる

る。うつ病群に属し、かつ自殺で亡くなった40～50歳代の者の特徴は、精神科のみならず医療機関への受診率が極めて低いこと、死の意思を周囲に漏らす率が極めて低いことである。〔張2002^{a)}〕

高齢者の自殺の危険因子として、うつ病がしばしば認められる。したがって、うつ病を早期に発見し、適切な治療を実施できれば、高齢者の自殺を有効に予防することにつながる可能性がある。〔高橋(祥)1999^{b)}〕

統合失調症の患者では自殺・自殺企図の割合が一般人口より高く、概ね10%の患者が自殺し、その2～5倍の患者が自殺企図を図る。〔野崎ら2002〕

1967年～1992年の間に自殺をした統合失調症患者80名について分析した。統合失調症において、自殺は病気の全期間にありうること、自殺完遂には希死念慮の強さの方が自殺手段より重要であること、入院等の環境変化の条件が自殺の契機と関連することなど先行研究と一致する知見が得られた。さらに、自殺を図ったことがない統合失調症患者80名と比較した結果、自殺念慮の存在、陽性-陰性症状スケールによる不安の程度、出生順序などが、統合失調症における自殺の危険因子であると考えられた。〔Funahashi et al 2000〕

統合失調症者の自殺既遂は発病から5年以上経過した後によく、前回自殺企図から1年以内あるいは退院から1年以内に多発している。〔徳丸ら1997〕

統合失調症患者では、病識がある場合に自殺の危険が高い。精神障害者の自殺企図者において、統合失調症者が占める割合は27.5%と推定される。〔佐々木1998〕

刃器使用による自殺企図で救命救急センターに搬入された患者67名を対象に、精神医学的な診断等を行う面接調査を行った。統合失調症群に分類される患者が26名、うつ病群に分類される患者が18名、明確な動機を有する神経症様短絡反応および反応性うつ状態からなる反応群が22名、その他(アルコール依存症)は1名であった。また、統合失調症群では未治療群と治療中あるいは治療経験有り群の比率は1:1であるのに対し、うつ病群では83%が未治療であった。自殺企図者では精神病的障害の割合が高いことが示された。〔大滝ら2000〕

福島県での1年間の自殺者537例のうち、遺族に対するアンケート調査を回収できた420例を分析した。自殺者の3分の1は精神科、神経科、心療内科のいずれかに入通院していた。別の3分の1はその他の科に入通院をしていた。自殺者の多くが医療機関を受診しており、自殺を減少するためには、一般家庭医の役割が重要という(外国を含めた)先行研究の指摘と同様のことが、本調査の結果からも示唆された。〔平岩ら2000〕

社会から孤立している高齢者が抑うつ的になって自殺の危険が高まった場合、そのような人が自ら助けを求めてくることは少ない。したがって、精神保健の専門家ばかりでなく、地域で高齢者に接する可能性のある人々が老年期うつ病について正しい知識を備え、このような問題を抱えた高齢者が適切な精神科治療を受けられるように働きかけて

いく必要がある。〔高橋(祥)1999〕

精神科医療機関において加療されているにもかかわらず、抑うつ状態の背景に存在する精神疾患を診分けられずに自殺企図に至った症例が5人に1人いる。表面的には抑うつ的に見えた統合失調症あるいは境界型人格障害の鑑別がきわめて重要である。〔八田ら1998〕

11. 身体疾患との関連

身体疾患に罹患することは、自殺企図、自殺念慮の危険因子となる。しかしこれは、身体疾患に合併する大うつ病による症状であることが多い。身体疾患に合併した大うつ病症例の約25%が自殺念慮を持っているが、その後フォローアップすることによって大うつ病の軽快とともに自殺念慮が消失する。〔岸2001〕

がん患者の自殺リスクは、がんと診断されてからの経過時間に極めて強く関係しており、診断後5年以上経過した者の自殺リスクは一般集団のそれと変わらない。また、診断時の年齢でみると、49歳以下と50歳代では自殺リスクが高く、60歳代以上と異なっている。原発部位でみると、女性生殖器と男性生殖器の癌患者で自殺リスクが高かった。〔田中(英)ら1998〕

がん患者のうつ病は6～42%に生じると報告されている。うつ病に関わるがん患者に特別な問題は、一般人口比約2倍と自殺のリスクが高い。〔内富2002〕

がん患者の自殺率は、診断から3～5か月の間が最も高く、一般人口のそれと比較して約5倍に達していた。不安感やうつ傾向の強いがん患者には、退院時メンタルチェックと保健指導が必要である。〔田中(英)ら1997〕

脳卒中後の患者20例を対象に面接調査を行った。その結果、20例中9例が希死念慮を抱いていた。希死念慮を抱かなかった者は、配偶者やきょうだい、友人などの励ましに影響していた。〔岡本(五)2001〕

外来通院している維持期脳卒中患者20例に面接による聞き取り調査を行ったところ、9例(45%)に希死念慮がみられた。発症後の期間は、3か月以内が4例、3～12か月が4例、それ以降が1例であった。希死念慮を抱いた背景は「生きる希望を失った」が6例、「気落ちした」が1例、「悔しい」が1例、「自分が変わった」が1例であった。〔岡本(五)ら2000〕

小児発症糖尿病患者における自殺率は、一般人口と比べて3.2倍(男2.0倍、女5.0倍)と高頻度であった。患者の社会的、精神的負担が示唆された。〔浅尾ら1998〕

12. アルコール、薬物の乱用・依存との関連

1996年12月～1997年2月に自殺企図で帝京大学医学部付属病院救急センターに搬入された患者68名を調査した。患者の17%、女性の24%が企図直前にアルコールを摂取していた。異常酩酊下で自殺企図に及んだ例や、異性関係の破綻に反応して自殺企図に及んだ女性境界型患者が目立った。これらの例ではアルコールや抗不安薬の乱用が自殺企図を可能たらしめたとも考えられた。〔李ら1998〕

救急救命センターにおける自殺企図患者の実態や概要に関する多くの報告によると、自殺企図患者全体あるいは自殺未遂患者において最も多いのは薬物および毒物中毒患者である。これは、各施設においてほぼ共通していた。〔人見ら 1998〕

13. 生物学的側面

自殺の生物学的背景として、セロトニン神経伝達系の異常が最も広く受け入れられている。家族研究や双生児研究から遺伝的な要因の関与が考えられている。〔前田ら 2002〕

自殺者では脳の前頭前野において「セロトニントランスポーターが減少する」「非定型向精神病薬に高い親和性を示し統合失調症やうつ病での関連が示唆されているセロトニン 2A 受容体が増加している」という生物学的研究の報告があるが、本研究における自殺群と正常対象群の比較では差は認められなかった。今後は症例数を増やして確認する必要がある。〔西口ら 1997〕

14. 倫理, 宗教, 哲学

(わが国における研究論文は少なく、また紙幅の制限のため記載を割愛する)

15. 法制

わが国では労災保険法で「故意に自殺した場合には、業務との因果関係が中断」とされており、従来は故意ではない自殺に限って労災認定が認められてきた。このため、遺書を書いた覚悟の自殺や苦痛からの逃避自殺は、自ら意図的に死を選択したという理由から、業務外とされてきた。しかし近年、過労死の労災認定や使用者に対する損害賠償請求について、積極的な動きが出てきた。1996年3月、東京地裁は男性社員の自殺に関する賠償請求訴訟で、会社側の過失責任を認めた。それ以来、同様の訴訟や労災認定の申請が増加した。このような事態を受けて労働省は、1999年に「心理的負荷による精神障害等にかかる業務上外の判断指針」を定めた。従来、自殺、労働者の故意による死亡については労災保険の対象にならないことが多かったが、この新しい指針により、要件を満たせば自殺も労災と認定されるようになった。〔小川ら 2001, 高橋(祥)2001^{d)}, 堀川 2001, 黒木 2000〕

16. 予防

自殺予防の第1の短期的な戦略には、マスコミ（特にテレビ）が自殺報道を自粛することである。第2の中期的な戦略としては、抑うつ状態についての知識を啓蒙し、抑うつ状態に罹患した人々を早期発見・早期治療することである。このためには、抑うつ状態に罹患した人々の治療の場として、受診しやすさという観点から総合病院の拡充が望まれる。第3の長期的には自殺予防センターを作ること、行政が自殺問題をしっかりと捉えること、などがあげられる。〔黒澤 2002〕

現状での自殺予防策として、うつ病に対する治療が大切

である。身体的治療と精神療法、そして必要に応じてソーシャルワークをバランスよく組み合わせることが重要である。またうつ病の早期発見・早期治療の重要性、同時に精神科医療への偏見を少なくして受診しやすくすることを広めていかねばならない。〔張 2002^{b)}〕

高齢者の自殺の社会文化的背景に関する啓発教育や予防的な介入が行われた。老年期うつ病の早期発見、診断と治療を行うことにより高齢者の自殺防止に効果があることが認められ、大きな成果をあげている。〔高橋(祥)2001^{b)}, 高橋(邦)1998, 大山 2001〕

国立精神神経センター武蔵病院では、自殺危険を評価することを目的とした自殺防止チェックリストを作成した。それを用いたところ、精神科看護を経験していない看護婦や、経験年数が浅い看護婦でも、自殺企図を未然にキャッチすることができた。〔吉田ら 2000〕

公衆衛生の視点からは、自殺に用いられる危険な手段を法的に規制することで高齢者の自殺を下降させるのに有効な手段があり得る（例えば、英国で実施された家庭用ガスの無毒化）。さらに薬物の処方量が致死量にならないようにするという方法も、今後の検討の課題である。〔高橋(祥) 1999^{b)}〕

秋田県は都道府県別自殺率が全国最多であり、自殺者を10年後に約3割減少させることを目標に自殺予防に関する研究を行った。市町村レベルで自殺予防政策を立案するにあたって、小地区ごとにうつの症状の有症率をマッピングすることが、保健活動の地区ごとの優先順位をつけていくうえで有効な方法であることが判った。フィールド調査と地理情報システムを用いた地域診断により市町村レベルでのメンタルヘルスの状況が視覚化され、対象地区の絞込みに基づく戦略的な健康増進活動が可能になるため、今後の一次予防を重視した自殺予防対策に役立つと思われる。〔本橋ら 2002〕

高齢者自身を含め、地域の住民や、自殺の危険の高い患者を診ることになると考えられるプライマリ・ケア医に対して具体的な自殺の予告徴候について啓発する機会を増やす必要があろう。危険のある者を早期に見つけ出し、治療を開始するとともに、そうした者を支援する組織を確立させておくことが、長期的な視点から自殺予防につながるだろう。〔高橋(祥)2002^{d)}〕

老年人口割合と自殺率が共に高かった新潟県のある町で、町の保健師や診療所医師と精神科医が協力して、地域ぐるみの自殺防止対策が行われた。高齢の町民を対象にアンケート調査を実施して、うつ病や自殺の危険性が高いと判断された場合には、医療機関の受診を勧めたり、保健師が巡回訪問したりするという早期発見・早期治療のシステムを作り上げたところ、自殺死亡率が激減した。〔田中(江) 2002〕

青少年の自殺を予防するための方法として、1) 実態の把握、2) 学校での予防教育、3) ポストベンション（及ばず影響を最小限にとどめる努力）の重要性、4) 教育の現場と精神保健医療との連携、5) マスメディアの自殺報

道への配慮が提言されている。〔高橋(祥)2000〕

働き盛り者の自殺を予防するために、自殺の高危険者が必死になって発している救いを求める叫びを的確に早い段階で治療に結びつける必要がある。特に中高年の自殺予防において注意すべき点は、つぎの1～10にまとめられる。

1) うつ病の症状, 2) 原因不明の身体の不調が長引く, 3) 飲酒量が増す, 4) 自己の安全や健康が保てない, 5) 仕事の負担が急に増える, 大きな失敗をする, 職を失う, 6) 職場や家庭からのサポートが得られない, 7) 本人にとって価値のあるものを失う, 8) 重症の身体の病気にかかる, 9) 自殺を口にする, 10) 自殺未遂に及ぶ, である。少しでも自殺の危険を疑ったら、専門家に相談するべきである。〔高橋(祥)2002⁹⁾〕

産業精神保健の分野における自殺予防のための資源を検討した。職場と産業医療では 1) 就労時間の適正な評価法の確立と自由裁量労働等との関係, 2) 健康診断時の精神状態把握の必要(産業医, 心理職, 看護職, その他), 3) イントラ・インターネット等を利用した自己防衛としてのメンタルヘルスチェック, 4) 厚生福利, 労働組合, 健康組合などが主体となった相談体制の整備, 5) 人事・労務管理の機能低下の代替としてキャリアカウンセラー, キャリアマネージャーなどの配置, 6) 精神保健・医療の知識を伝達するメンタルヘルス・インストラクター養成講座の必要性, 7) 心理相談担当者, 産業カウンセラー, ジョブコーチ等の社内役割検討, があげられた。〔荒井 2002〕

高齢者の自殺予防にはうつ病の早期発見・早期治療に加えて, 社会・経済問題, 心理的孤独, 身体的ハンディキャップを支え, 意義ある老年期を過ごせる医療保健活動が求められる。〔高橋(邦)1999〕

「自殺企図は重要な症状の1つであり, 妄想や幻聴と同じように, 過去の自殺企図についてきちんと聴くこと」が, デイケアにおける自殺予防のアプローチとして大事である。そのうえで評価し, 対応を決めるべきである。またデイケアにおける「インテーク面接」でも, 過去の自殺企図についての話をすることで, 希死念慮などのことを話題にしやすい関係を作り, SSTを導入して患者のコミュニケーションの技能を高め, 家族会での家族教育を充実することなどが大切である。〔渡辺(厚)1998〕

17. 治療

自殺既遂者の約90%が何らかの精神疾患を有し, その半数以上がうつ病である。したがって, うつ病の症状である希死念慮や自殺念慮には, 積極的な薬物療法を行うことが肝要である。自殺念慮が強固で自殺の危険が切迫している場合には, 可能な限りの手立てを使って危機を乗り切る。慢性の希死念慮・自殺念慮では, 背後の苦悩や絶望に目を向けた精神療法が必要であり, 同時に常に抑うつ状態に注意を払い, 積極的な薬物療法も行う。〔張 2001〕

患者の精神症状を正確に評価し, 適切な治療を行うことが, 結局は自殺予防につながる。単なる薬物療法だけではなく, 患者を支える周囲の人々の関わりが必要であり, そ

のためには多くの時間や労力がかかる。また自殺企図や自殺念慮はしばしば再燃するために, 繰り返し生じてくる可能性に備えた対応を進めていくことが必要である。〔高橋(祥)2001⁹⁾〕

希死念慮と自殺念慮に対する精神療法について3つのパターンがある。その3つとは, ①狭義のうつ病性希死・自殺念慮, ②喪失による悲しみ・絶望から生じる希死・自殺念慮, ③周囲を操作するように見える希死・自殺念慮, である。①狭義のうつ病性希死・自殺念慮に対しては, 希死・自殺念慮を直接尋ねることが大事である。特に中高年男性では希死・自殺念慮を話すことが少ないので, 時間をとって確認することが必要となる。また自殺しないように約束をする。②喪失による悲しみ・絶望から生じる希死・自殺念慮に対しては, 満たされない生の欲求が根底にあることを考え, 精神療法のゴールとして喪失の受容, 新しいアイデンティティー・役割の確立, 人生の喜びの回復に必要となる。③周囲を操作するようにみえる希死・自殺念慮に対しては, 助けられたいという願望や生の欲求が根底にあることを考え, より健全な対人関係に向けて認知行動療法的アプローチを行い, 明確な治療方針と, 患者の要求を呑む際の臨界点を予め設定しておくことが大事である。〔張 2002⁹⁾〕

18. 事後介入, 再発防止

自殺企図後に自殺既遂にいたる危険性は, 自殺企図1年以内では一般人に比べて約100倍の危険あり, 危険率は時間の経過とともに徐々に下がるものの8年間は危険が残存する。自殺の危険性がある症例は, 常に監視や抑制が必要である。〔岸 2002〕

自殺企図により入院治療を受けた13例(男7例, 女6例: 年齢は17～53歳で, 平均33歳)を対象にした。再企図までの間隔は6か月以内が7例, 1年以内が2例, 5年以内が1例, 5年以上が3例と6か月以内の早期に再企図が多く見られた。自殺企図の再発防止には, 1) 精神科医の診察を受けさせ診断の確定と治療の開始, 2) 適切な専門医, 医療機関へ紹介し適切な治療と早期再企図の防止, 3) 家族の教育, 4) メンタルヘルスケアの充実, が必要である。〔山本ら 2002〕

● まとめ: 研究の現状からみた自殺予防の問題と戦略

(外国も含めた) 研究の現状では, 自殺予防に関して少なくとも2つの大きな問題がある。

1つは, 臨床で有用に自殺を予測できる指標が明らかになっていないことである。自殺者の特徴(危険要因)が疫学研究において報告されているが, 予防に実際に役立つレベルの決定的指標は未だ見出されていない。このため精神科医療を受けている者においても多くの自殺者が発生している。

もう1つは, 最大の危険者である未遂者に対する介入によって自殺者を大幅に減少できるとは限らないことである。自殺未遂者の実態はほとんど未知である。未遂者数は

既遂者数の数倍から数10倍と言われているが、正確な統計は存在しない。未遂者は自殺企図をしばしば反復するものの、既遂となる者はほとんどいない。一方、既遂者（自殺者）においても未遂歴を有する者はごく一部である。さらに、未遂者に対する精神医学的介入による再企図防止効果は未だ実証されていない。

現状のままであると、今後のわが国において高齢者を中心に自殺率がさらに増加することが予測される。低成長経済の時代であることを考えると、中高年男性の自殺率も高い水準が続くと思われる。中高年の自殺者では高い割合でうつ病が認められる。これらを合わせると、中高年者のうつ病を早期発見・早期治療することが自殺予防の現実的戦略として極めて重要であると考えられる。そして通常に生活する者においてうつ病が早期に発見され、適切に治療されるためには、精神科医師だけでなく、プライマリケア医および地方公共団体の地域精神保健担当者なども含めた社会システムの構築が必要である。こうした地域ぐるみの取り組みによって自殺予防の大きな成果が得られることは、(既述のように) わが国の調査研究において既に実証されている。

文献

(筆頭著者名の50音順、発表年順に文献を配列した)

- 浅尾啓子, 他: 小児期発症インスリン依存型糖尿病患者における自殺の頻度 DELI Mortality Study. 糖尿病, 41(Suppl): 262, 1998
- 荒井稔: 職域における自殺に関する諸問題. 産業精神保健, 10(2): 134-135, 2002
- 池田一夫, 伊藤弘一: 日本における自殺の精密分析. 東京都立衛生研究所研究年報, 50: 337-343, 2000
- 石原明子, 清水新二: 近年における自殺の動向研究—人口動態統計, 人口動態職業・産業別統計より. 精神保健研究, 14: 87-98, 2001
- 泉陽子: 精神保健医療福祉の最近の課題と取り組み. Health Science, 18(1): 80-82, 2002
- 一瀬邦弘, 竹林宏, 中村満, 他: 老年精神医学の専門医のために高齢者の救急精神医療—現状と診療のポイント. 老年精神医学雑誌, 13(8): 961-975, 2002
- 内富庸介: がん患者の精神症状対策. 癌と化学療法, 29(7): 1306-1310, 2002
- 大滝純一, 竹石仁, 田島治, 他: 救命救急センターにおける刃器による自殺未遂者の精神医学的研究. 杏林医学会雑誌, 31(1): 3-18, 2000
- 大野裕, 一柳一郎, 三田禮造, 他: 自殺予防に関するメンタルヘルス事業の在り方に関する計量心理学的研究. メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集, 11: 57-60, 2000
- 大原健士郎: 初老期うつ病と自殺. Modern Physician, 17(12): 1391-1394, 1997
- 大原健士郎, 大原浩市: 診療上のアクシデント—インフォームドコンセント・予防・対処/管理—患者の自殺. 小児科別冊診療上のアクシデント, 213-215, 1998
- 大原浩市, 大原健士郎: 思春期の医療—基礎と進歩—自殺. 小児内科, 29(5): 744-747, 1997
- 大山博史: うつ病の地域連携—うつ状態のスクリーニングによる高齢者自殺予防活動—コモンディージーズとしてのうつ病. JIM, 11(9): 817-821, 2001
- 岡本五十雄, 菅沼宏之, 鎌倉嘉一郎, 他: 脳卒中後の希死年慮. リハビリテーション医学, 37(12): 1075, 2000
- 岡本五十雄: 脳卒中後の「希死年慮」. 北海道リハビリテーション学会雑誌, 29: 53-57, 2001
- 岡本香奈, 坂田由美, 下川一恵, 他: 援助希求行動の性差について. 心身医学, 42(10): 2002
- 岡本博之, 後藤洋平, 酒井俊郎, 他: 北海道における自殺の疫学(1979年~1994年). 北海道公衆衛生学雑誌, 13(2): 179-183, 2000
- 小川英郎, 川人博: 過労死と法律—遺族を弁護する弁護士の立場から/日常診療の場で知っておくべき法律の知識—医療における法律上の諸問題と対策. 治療, 83(8): 2387-2392, 2001
- 小田晋: 産業人の健康状態への警鐘. 治療, 84(1): 162-164, 2002
- 岸泰宏: 希死年慮のあるうつ病/身体疾患に伴う「抑うつ」. 今月の治療, 9(10): 85-88, 2001
- 岸泰宏: 自殺患者のケア. 救急医学, 26(1): 43-46, 2002
- 黒木宣夫: 過労死・自殺と労災認定. 42: 51-55, 2000
- 黒木宣夫, 広瀬芳史, ほか: 自殺と労災補償. 産業精神保健, 10(2): 174, 2002
- 黒澤尚: 自殺予防対策についての提言. Journal of Nippon Medical School, 69(2): 120-123, 2002
- 斎藤直子, 中村健二, 吉村公雄, 他: 青森県における自殺率と心理社会的背景について. ストレス科学, 13(2): 55, 1998
- 櫻井弘乃, 堤邦彦, 富田裕子, 他: 三次救急センターに搬送された精神科通院中の自殺企図患者の背景. 臨床精神医学, 27(11): 1363-1370, 1998
- 櫻庭繁, 柳橋雅彦: 頻回自殺企図のある精神障害者の心理社会的要因とパーソナリティに関する研究. 日本社会精神医学会雑誌, 7(1): 41-49, 1998
- 佐々木時雄: 精神障害と自殺企図. 日本災害医学会会誌, 46(12): 754-759, 1998
- 佐藤保則, 近藤稔和, 大島徹, 他: 石川県における自殺の実態. 日本法医学雑誌, 51(2): 138, 1997
- 澤田丞司: 学生のメンタルヘルスの現状と課題—健康白書をめぐって—過去11年間の死因別死亡率の推移. 全国大学保健管理研究集会35回報告書, 119-121, 1997
- 塩入俊樹, 染矢俊幸, 西村明儒, 他: 自殺未遂の方法からその後の自殺方法が予測できるか? 精神科診断学, 11(1): 79, 2000
- 清水新二: 退職前のストレス—平成10年の自殺率急増をめぐる時代効果と世代効果. ストレス科学, 14(4): 222-230, 2000
- 杉田学, 池袋泰三, 錦織吉宏, 他: 自殺企図患者の手段と地域差に関する検討. 日本救急医学会雑誌, 11(10): 582, 2000
- 高島豊: 自殺率の推移と現代社会状況. ストレス科学, 14(4): 239-249, 2000
- 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏: 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, 100(7): 469-485, 1998
- 高橋邦明, 佐藤新: 老年期の自殺の疫学. 老年精神医学雑誌, 10(8): 932-939, 1999
- 高橋邦明: 老人の自殺予防対策—老人自殺予防活動の実践を通じて. 心と社会, 108: 20-25, 2002
- 高橋祥友: 老年期の社会適応と自殺. 老年精神医学雑誌, 9(4):

- 389-394, 1998
- 高橋祥友：自殺の心理学—自殺の危険とその予防. 健康と環境, 14 : 88-93, 1999^{a)}
- 高橋祥友：高齢者の自殺. *Geriatric Medicine*, 37(7) : 990-994, 1999^{b)}
- 高橋祥友：ストレスと自殺—現代青少年のストレスと自殺. *ストレス科学*, 14(4) : 250-25, 2000
- 高橋祥友：過労自殺—法的・精神医学的視点からの一考察 / 社会精神医学 最近の進歩. *最新精神医学*, 6(4) : 363-370, 2001^{a)}
- 高橋祥友：社会構造の変化と高齢者の自殺—社会構造の変化と高齢者問題. *精神医学*, 43(6) : 607-612, 2001^{b)}
- 高橋祥友：特別に配慮が必要な対象に対する治療計画の立て方 希死念慮のある患者 これだけは知っておきたい 治療計画の立て方. *精神科臨床サービス*, 1(3) : 484-488, 2001^{c)}
- 高橋祥友：老年期うつ病と自殺. *Geriatric Medicine*, 40(4) : 477-479, 2002^{a)}
- 高橋祥友：老年期うつ病. *教育と医学*, 50(5) : 446-453, 2002^{b)}
- 高橋祥友：わが国の自殺の実態について 自殺者三万人にどう対応すべきか. *こころの科学*, 102 : 2-8, 2002^{c)}
- 高橋祥友：高齢者の自殺を防ぐ 「もう歳だから」の先入観を打破し高齢者の自殺を未然に防ぐ. *GPnet*, 49(5) : 28-33, 2002^{d)}
- 高橋祥友：揺らぐ心・壊れゆく人間 わが国の自殺の現況. *新医療*, 29(4) : 60-62, 2002^{e)}
- 田中英夫, 津熊秀明, 正岡徹, 他：がん患者の自殺 診断からの時期との関係. *成人病*, 37(1) : 49-50, 1997
- 田中英夫, 小山洋子, 津熊秀明, 他：癌患者の自殺 防止対策を指向した実態の把握及びリスク要因の解明. *健康文化研究助成論文集*, 4 : 70-75, 1998
- 田中江里子：地域における自殺予防の試み. *労働の科学*, 57(6) : 388-392, 2002
- 谷原真一, 中村好一：産業・職業別に見た自殺による死亡率. *産業衛生学雑誌*, 42 臨増 : 304, 2000
- 張賢徳, 竹内龍雄, 林竜介, 他：自傷行為と解離性の関係についての研究. *精神神経学雑誌*, 100(11) : 1005, 1998
- 張賢徳：様々な状態像における面接技法 希死念慮・自殺念慮を抱える患者の面接 / これだけは知っておきたい 精神科臨床の面接技法. *精神科臨床サービス*, 1(1) : 106-112, 2001
- 張賢徳：勤労者の自殺の心理的特徴. *産業精神保健*, 10(2) : 137, 2002^{a)}
- 張賢徳：中高年の自殺予防 その背景と対策について. *心と社会*, 108 : 14-19, 2002^{b)}
- 張賢徳：状態像別, 問題別にみた精神療法 希死念慮, 自殺念慮. *精神科臨床サービス*, 2(3) : 323-327, 2002^{c)}
- 徳丸潤, 山下賀生, 内村大介, 他：精神分裂病者の自殺について—宮崎医科大学附属病院精神科入院患者 513 例の検討. *宮崎県医師会医学誌*, 21(1) : 16-21, 1997
- 富田和巳：社会面からみた子どもの死の現状. *小児看護*, 21(11) : 1497-1500, 1998
- 豊川好男, 白水和仁：最近の自殺率の動向について. *日本保険医学誌*, 96 : 143-148, 1998
- 永田頌史, 三島徳雄, 久保田進也, 他：職場における自殺予防対策 事例検討から. *日本職業・災害医学会誌*, 50 : 187, 2002
- 中村智恵美, 他：岡山県における過去 7 年間の自殺の実態調査. *岡山医学会雑誌*, 109(7)~(12) : 194, 1997
- 中村道彦：自殺危険性評価と予防—精神科医療における自殺とその予防対策. *日本精神病院協会雑誌*, 20(5) : 483-488, 2001
- 西口直希, 他：自殺者におけるセロトニントランスポーター及びセロトニン 2A 受容体遺伝子多型. *日本神経精神薬理学雑誌*, 17(6) : 308, 1997
- 野崎昭子, 渡邊衝一郎：新規非定型抗精神病薬と自殺. *臨床精神薬理*, 5(10) : 1429-1434, 2002
- 八田耕太郎, 高橋丈夫, 山城尚人, 他：救命救急センターの自殺企図患者における抑うつ状態の鑑別. *精神科治療学*, 13(2) : 191-195, 1998
- 原研治：子供の自殺について. *精神神経学雑誌*, 100(10) : 889, 1998
- 人見佳枝, 田中英俊, 金井透, 他：自殺企図中毒患者の臨床的特徴と精神医学的検討. *中毒研究*, 11(3) : 247-253, 1998
- 平岩幸一, 阿部すみ子, 藤岡耕太郎：ストレスと自殺—自殺者の遺族からみた自殺者のストレスについて. *ストレス科学*, 14(4) : 285-292, 2000
- 広瀬俊雄, 多田由美子, 大竹康彦, 他：自営業者の自殺に見る労働実態と健康実情 全商連共済会死亡資料給付より. *社会医学研究*, 15 : 15-18, 1997
- 福永貴子, 坂元薫：気分障害の症状・経過に及ぼす自殺企図の影響. *精神神経学雑誌*, 100(10) : 877, 1998
- Funahashi T, Ibuki Y, Domon Y, et al: A clinical study on suicide among schizophrenics. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(2) : 173-179, 2000
- 舟橋龍秀：精神分裂病者における自殺について—その実態と危険因子及び予防. *医療*, 55(4) : 159-163, 2001
- 堀川直史：急増する自殺の実態を中心に—精神科医療における自殺とその予防対策. *日本精神病院協会雑誌*, 20(5) : 425-430, 2001
- 堀川直史：急増する日本の自殺 その実施と社会的背景. *産業精神保健*, 10(2) : 133, 2002
- 前田潔, 白川治, 小野久江, 他：新しい診断・治療法開発に向けた精神疾患の分子メカニズム解明に関する研究 自殺者におけるセロトニン神経系遺伝子多型に関する研究. *厚生省精神・神経疾患研究委託費による 12 年度研究報告集*, 578, 2002
- 町田いづみ：処方教室 うつ病患者の評価とその対応. *Rp. レシピ*, 1(3) : 219-223, 2002
- 三野善央：不況, うつ病そして自殺. *教育と医学*, 50(5) : 434-440, 2002
- 本橋豊, 佐々木久長：地理情報システムを利用した地域診断に基づく地域自殺予防対策に関する研究. *日本衛生学雑誌*, 57(1) : 454, 2002
- 山田朔子：長期にわたって自殺の可能性のある患者の看護 症例を通して考える. *精神科看護*, 64 : 90-95, 1997
- 山本俊郎, 鈴木範行, 鈴木淳一, 他：自殺企図の再発防止の対策. *日本救急医学会雑誌*, 13(9) : 538, 2002
- 吉岡尚文, 他：平成元年から 7 年までの自殺に関する 14 県のまとめの考察. *日本法医学雑誌*, 51(Suppl) : 165, 1997
- 吉田奈美, 岡藤忍, 雫信幸, 他：うつ病防止チェックリストの作成と評価—希死念慮のある患者のサインの分析を通して—. *医療*, 54 臨増 : 549, 2000
- 李一奉, 他：自殺企図直前のアルコール摂取について. *日本社会精神医学会雑誌*, 6(2) : 247-248, 1998
- 渡辺厚彦：デイケアにおける自殺企図の予防について. *神奈川医学会雑誌*, 25(1) : 137, 1998

渡辺直樹, 藍沢鎮雄, 青葉安里, 他: 老人自殺率が高い農村地域
における健常老人 QOL と対処行動. 精神神経学雑誌, 100
(12) : 1126-1127, 1998

渡部真: ユースカルチャーの現在 自殺率について. 看護教育,
43(9) : 788-791, 2002