

# 自殺予防対策の現況

名島 潤慈

Current State of the Art of Suicide Prevention

NAJIMA Junji

(Received January 15, 2009)

キーワード：自殺、自殺予防対策、自殺対策基本法

## はじめに

自殺問題は臨床心理士として看過できない問題であるが、近年の自殺・自殺未遂者の多さや、後に残された自死遺族の多さからすれば、自殺問題はもはや国全体で取り組み、かつ国民の一人一人が考えなければならないような問題となってきた。筆者はこれまでもっぱら臨床心理士ないしカウンセラーとしての立場から自殺問題について論じてきたが（名島, 1989, 2006, 2007abc）、本稿ではWHO (World Health Organization) による自殺予防対策や、国を挙げての法制度的な自殺予防対策、地方自治体における自殺予防活動などについて概観してみたい。

## 1. WHOによる自殺予防対策

自殺が本格的に研究や援助の対象となったのは20世紀の後半からであった。1960年にオーストリアのウィーンで国際自殺予防学会が設立された。アメリカではそれより先の1958年、アメリカ公衆衛生局の財政的援助を受けて「ロサンゼルス自殺予防センター」が設立され、それ以後、全米各地に数多くの自殺予防センターや危機介入センターが設立されることになった。また、1966年にはアメリカ国立精神保健研究所内に「自殺予防研究センター」が設立され、1968年には第1回目のアメリカ自殺学会が開催された。筆者は1981年に臨床の仲間たちと一緒にロサンゼルス自殺予防センターを訪問したことがあるが、ボランティアの電話カウンセラーによる24時間危機介入電話サービス、通話者の氏名・住所・社会保障番号をこちらから聞くという積極的な姿勢（援助後のフォローアップが可能となる）、個別面接や集団療法を行うカウンセリングサービス、心理学的検死（ロサンゼルス郡検死局との共同活動）など、非常に活発な研究・援助活動がなされていることが印象的であった。また、自殺志向を有する通話者（suicidal caller）からの電話を受けたさいの、「自殺危険度」（suicide risk）（2年以内に自殺する可能性）と「緊急度」（emergency

risk) (24 時間以内に自殺する可能性) という二通りのアセスメントの仕方は、臨床的に見て大変意義深いものであり、現在の筆者の臨床活動においても役立っている。

さて、アメリカではこのようにセンターを中心とする草の根的かつ地道な努力がなされていったが、自殺は減らなかった。その後、高橋 (2006) によると、1987 年の国連総会において、自殺予防について国家レベルの活動を起こすことが提唱され、その結果、1993 年 5 月、カナダのカルガリにおいて国連と WHO の共催による専門家会議が開かれた。12 国からの自殺予防の専門家や国連・WHO の関係者が集まり、そこでまとめられたガイドラインは、最終的には 1996 年、「自殺予防—国家的戦略の策定と実行のためのガイドライン」(United Nations, 1996) という名前の冊子にまとめられ、これは各国に配布されて大きな影響を及ぼすことになった。アメリカでもこれの影響を受けて、1998 年 10 月のリノ会議 (自殺予防の国家戦略として計 81 項目の提言がまとめられた) を経て、2001 年 5 月、アメリカ公衆衛生局長官 (保健医監) のリーダーシップの元に「自殺予防のための国家戦略：行動を起こすための目標と目的」が公表された (SAMHSA's National Mental Health Information Center, undated を参照)。この国家戦略には合計 11 の目標 (goal) が掲げられている。目標の 1 番目は、「自殺は公衆衛生上の問題であり、予防できるのだという認識を高めていくこと」(Promote awareness that suicide is a public health problem that is preventable.) とうたわれている。ここで自殺が「公衆衛生上の問題」と明記されているのは大変興味深い。

ところで、2000 年における世界中の自殺者は約 100 万人と推定されることから、WHO は 1999 年から「世界自殺予防戦略」(SUPRE: Suicide Prevention) を開始し、翌年から現在まで主としてインターネットを通して、自殺予防に携わっているさまざまな職種の人々に向けた手引き (resource) を世界中に発信してきた (2000abcdef, 2006ab, 2007)。これらのうち、*Preventing suicide: A resource for media professionals* と *Preventing suicide: How to start a survivors' group* の二つは 2008 年に改訂版が出されている (WHO, 2008ab)。なお、WHO は 2008 年にアジア諸国における自殺予防対策についてまとめた *Suicide and suicide prevention in Asia* (WHO, 2008c) というモノグラフを出している。

臨床心理士である筆者からすれば、WHO が 2006 年に出した *Preventing suicide: A resource for counsellors* が興味深い。これはカウンセリングの専門家に向けた自殺予防の手引き書であり、かつ自殺問題に携わるカウンセラーの教育にも役立つ情報冊子である。なかでも興味深いのは、自殺の危険度 (suicide risk) を「危険性がない」から「非常に危険性が高い」までの 5 つの段階に分けている点で、これは臨床的にも役立つように思える。

WHO のこれらの手引きは各国語に翻訳されている。日本語で言えば、まず①一般医向け、②プライマリーケア従事者向け、③メディア関係者向けの 3 つの手引きが高橋 (2002) によって翻訳された。ついで、WHO が作成した手引きのうち、①教師と学校関係者向け、②カウンセラー向け、③プライマリ・ケア医向け (高橋による翻訳の①に相当)、④プライマリ・ヘルスケア従事者向け (高橋による翻訳の②に相当)、⑤職場向け、⑥刑務官向け、⑦遺された人々向けの 7 つの手引きが、横浜市立大学医学部精神医学教室の河西・平安らによって翻訳されている (河西・平安監訳, 2007abcdefg)。

## 2. アジアにおける自殺予防対策

自殺の予防という場合、アジアは大変重要である。例えば中国は世界の人口の 21 % を占めており、中国の自殺者数は世界全体の自殺者の 30 % から 40 % の間にある。(中国では農村部の女性の自殺率が高い。自殺手段も殺虫剤・農薬といった到死度の高いもの。中国全体では、男性よりも女性の自殺者が多く、都市部の自殺者よりも農村部の自殺者のほうが約 3 倍多い。年齢的には老人と若者に自殺が多い。)

WHO (2008c) が最近発刊した「アジアにおける自殺と自殺予防」というモノグラフは、非営利団体の「国際自殺予防」(Suicide Prevention International: SPI) という組織が展開している「自殺予防戦略」(Strategies to Prevent Suicide: STOPS) に参加している研究者たちが執筆したものである。SPI は WHO と密接な協力関係にあつて、さまざまな調査・予防活動を行っている。このモノグラフは、自殺予防に関するアジア諸国の実状と問題点をつかむのにも役立つ。

一般的な言い方になるが、アジアには登録システムの不備などによって自殺者の正確な数がかめられない国がある。自殺者の正確な数が把握できないと、特定の自殺予防対策の効果判定がむずかしくなる。また、農村部や山間部が多い国の場合、農村部や山間部での医療体制が不備なので、たとえうつ病者を同定できたとしても医学的治療がむずかしくなる。逆に都市部では効果的な自殺予防が可能である。さらにまた、ほとんどの国では自殺問題は援助すべき(ないし治療すべき)対象なのであるが、一部の国(例えばインド)では自殺は犯罪である。自殺が不法行為ということになると、周囲の人たちや遺族は自殺という死因を隠そうとするし、その結果、後に残された人たちは必要な援助を受ける機会を失ってしまうことにもなりかねない(親・伴侶・子どもといった大切な人を自殺によって失った人たちの自殺率が高い。自殺しないまでも、うつ病その他の心の病によって長く苦しむ人が少なくない)。このように、アジアと言っても、国により地方によってさまざまに事情が異なっている。

## 3. 日本における自殺予防対策

### 3-1 法律面

日本では 1998 年(平成 10 年)に自殺者の数が前年(24,391 人)よりも 30% 以上増し、その結果初めて 3 万人を超えた。それ以後、今日まで連続して 3 万人を超えている。具体的な数値で言えば、1998 年が 32,863 人で、以後 2007 年まで 33,048 人, 31,957 人, 31,042 人, 32,143 人, 34,427 人, 32,325 人, 32,552 人, 32,155 人, 33,093 人となる(警察庁生活安全局地域課発行の「自殺の概要資料」より)。以下、亀田(2007)や竹島(2008)の論文をも参照しながら、日本における自殺予防対策の変遷について概括する。

1998 年 10 月 2 日に「第 1 回健康日本 21 計画策定検討会」が開催された。この検討会は 2000 年の 2 月まで計 11 回も開催され、2000 年 2 月に「21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21)について」という報告書が提出された(健康日本 21 はアメリカやイギリスにおいて先に行われていた目標設定型の健康増進施策)。この報告書は資料も含めて 200 ページばかりの大部のもので、自殺に関して言えば、「うつ病等に対する適切な治療体

制の整備等を図り、自殺者を減少する」という目標が明記され、目標値としては2010年(平成22年)までに自殺者の数を22,000人以下にすることが掲げられた。しかしながら、自殺予防の具体策については何も触れられていなかった。

2001年12月、厚生労働省は「職場における自殺の予防と対応」をとりまとめた。

2002年2月1日、厚生労働省の省議室において「第1回自殺防止対策有識者懇談会」が開催された。有識者懇談会の構成員は精神保健福祉、予防医学、産業医学、看護学、自殺学、電話相談(日本ののちの電話)、ジャーナリズムといった幅広い分野の専門家(半数は大学関係者)であった。この有識者懇談会は2002年中に計7回開催され、2002年12月には「自殺予防に向けての提言」という報告書がまとめられた。

総務省は2005年5月から8月にかけて、全国的な自殺予防対策の実施状況や自殺予防対策に関する有識者の意識を調査した。調査対象は、自殺問題に関係するさまざまな分野の専門家182人であった(筆者自身も、学校における自殺予防対策や、教育学部附属の心理教育相談室と自殺予防との関わりといった事柄について、総務省山口行政評価事務所の評価監視官の面接を受けた)。そして、総務省は2005年12月、『自殺予防に関する調査結果報告書』(総務省行政評価局, 2005)を発行した。調査の結果、①自殺予防に関する国全体の取組方針を早急に策定すること、②国・都道府県・市町村・関係機関における自殺予防対策に関する役割を明確にすること、③予防のみでなく、危機介入および事後対策を組み合わせた自殺予防対策に取り組むことなどが行政上の課題として浮かび上がった。

さて、自殺予防に関する全国的な調査が総務省によって開始されてからしばらくして、2005年7月19日、参議院厚生労働委員会が「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を行った。これは、2004年の1年間に32,325人が自殺して7年連続で3万人を上回っていたことと、人口10万人当たりの自殺死亡率が日本では25.3人であり、これは欧米の先進国と比べて突出していることによるものであった。政府はこの参議院厚生労働委員会の決議を受けて、内閣官房副長官を議長とする自殺対策関係省庁連絡会議を設置して(2005年9月26日内閣官房長官決済)、自殺に対する政府全体の取り組みをまとめることになった。

翌年の2006年6月15日、自殺対策に関する最初の法律である「自殺対策基本法」(法律第85号)が衆議院本会議で可決・成立した(同法は6月21日に公布、10月28日に施行された)。そしてその後、2006年の10月1日には国立精神・神経センター精神保健研究所のなかに自殺予防総合対策センターが開設され、11月7日には内閣府において「第1回自殺総合対策会議」(この会議の設置は「自殺対策基本法」の第21条の規定に基づくもので会長は内閣官房長官)、11月28日には「第1回自殺総合対策の在り方検討会」、12月21日には「第1回自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」、12月26日には「自殺対策ネットワーク会議」などが立て続けに開催された。

2006年成立の「自殺対策基本法」は3章21条から成る。その主要特徴は次のようなものである。

①自殺対策を総合的に推進して自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族などに対する支援の充実をも図り、それによって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に貢献する。

②自殺は個人的な問題としてのみとらえるべきではない。自殺の背景にはさまざまな社

会的要因が存在しており、自殺対策は社会的な取組として実施されなければならない。

③自殺は多様かつ複合的な原因と背景を有している。したがって、自殺対策はただ単に精神保健的な観点からだけでなく、自殺の実態に即して実施されなければならない。

④自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対処、自殺が発生した後もしくは自殺が未遂に終わった後の事後対応という3つの各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。

⑤自殺対策は、国・地方公共団体・医療機関・事業主・学校・自殺の防止などに関する活動を行う民間の団体などの相互の密接な連携の下に実施されなければならない。

⑥地方公共団体は国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定・実施する。次に事業主は国および地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、雇用している労働者の心の健康の保持を図るために必要な措置を講ずる。最後に国民は、自殺対策の重要性に対する関心と理解を深めるように努める。

以上のように「自殺対策基本法」は官民を挙げての広範な対策を指示していた。そして、2007年6月8日、この「自殺対策基本法」に基づいて、政府が推進すべき自殺対策の指針として、「自殺総合対策大綱」が閣議決定された（大綱の素案が提出されたのは2007年4月27日の第2回自殺総合対策会議であった）。

「自殺総合対策大綱」においては、自殺対策の基本認識として次の三つのことが強調された。①自殺は個人の自由な意思や選択の結果と思われがちであるが、実際には経済・生活問題、健康問題、家庭問題、さらには性格傾向、家族状況といったさまざまな要因によって心理的に追い込まれた末の死である。②WHOが「自殺はその多くが防ぐことのできる社会的な問題」であると明言しているように、自殺は社会の努力（社会の側の適切な介入）によって防ぐことができる。また、自殺に至る前の精神疾患（うつ病、アルコール依存症、統合失調症）に対する適切な治療によって多くの自殺は防ぐことができる。③自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらも自殺の危険を示すサインを発している。自殺を図った人の家族や職場の同僚などは自殺のサインに気づいていることも多く、このような国民一人ひとりの気づきを自殺予防につなげていくことが課題となる。

その後、2008年10月31日の自殺総合対策会議において「自殺対策加速化プラン」（自殺対策の一層の推進を図るために当面強化し加速化していくべき施策）が決定され、それに合わせて、閣議決定事項である「自殺総合対策大綱」の一部が改正された。「自殺対策加速化プラン」が決定されたのは、自殺者が10年連続して3万人を超過したことと、2008年に入ってからインターネットの情報に基づいた硫化水素による自殺が群発したことによる。特に後者に関しては、「自殺対策加速化プラン」のなかにおいて、「硫化水素ガス等第三者に危害を及ぼすおそれの高い物質の製造方法を教示し、その製造を誘引する情報について、プロバイダ等が契約約款に基づき削除するよう依頼するインターネット・ホットラインセンターの取組に対する支援を行う」「インターネット上の違法・有害情報の検出を行うための技術開発を推進するとともに、その普及を図る」などと明示された。

### 3-2 学術的資料面

学術的資料の面では、国立精神・神経センター精神保健研究所が2003年3月31日にその機関誌である「精神保健研究」で自殺学についての全体的な展望を行っている。各論文

とも引用文献が豊富である。ただし、佐名手らの論文以外には、自殺予防対策についてほとんど触れていない。なお、2006年10月1日には国立精神・神経センター精神保健研究所内に自殺予防総合対策センターが設置されたが、この自殺予防総合対策センターが発行元となって、現在までに自殺予防に関する海外の文献の翻訳が合計4つ出されている（高橋・山本訳，2007；伊勢田ら訳，2007；大内ら訳，2007；伊勢田ら訳，2008）。もっとも、高橋・山本訳のものは、WHOのJose M. Bertoboteが自殺予防総合対策センターの開所式で行った招待講演 *Suicide Prevention: A feasible global and local need* の翻訳である。

「自殺対策基本法」の第10条の規定に基づいて現在、『平成19年度版自殺対策白書』（2007年11月）と『平成20年度版自殺対策白書』（2008年10月）の二つが出版されている（内閣府，2007，2008）。

2006年の「自殺対策基本法」と2007年の「自殺総合対策大綱」によって日本各地で自殺予防に取り組むことになったものの、市町村レベルにおける自殺の実態がよく分からないという声が多くあった。その点で、自殺実態解析プロジェクトチーム（2008）が作成した『自殺実態白書2008』はこれまでにない画期的なものであった。そこには、全国の市町村レベルにおける自殺の実態が詳細に分析されている。NPO法人のライフリンクと東京大学の研究者との協力の産物である。

### 3-3 研修面

研修面では、横浜市立大学医学部精神医学教室が2006年度から医学部3年生を対象として、自殺予防学の講義（医療面接場面のロールプレイを含む）を行っている。これは「医療コミュニケーション論」のなかの2コマ分である。また、秋田大学では大学院医学系研究科の博士課程に自殺予防学系クラスターを設置し、2008年度から自殺予防の専門家の育成を行っている。

2008年の10月2～3日には、国立精神・神経センター精神保健研究所の主催で、総合病院精神科やクリニックで働いている心理職などを対象とした「第1回心理職等自殺対策研修」ががん研究新興財団（東京都中央区築地）において開催された。この研修会は医療現場で働いている臨床心理技術者や精神保健福祉士が自殺念慮者や自死遺族への対応を学び、病院などでのチーム医療において心理職等が果たす役割を検討するのが目的であった。

自殺予防に焦点をあてた専門家の育成は以上のようにまだ少ないが、今後増えていく必要がある。

## 4. 地方における自殺予防対策

市町村レベルにおける自殺予防対策としてよく知られているのは、新潟県東頸城郡の松之山町のそれである。東頸城郡の6町村における老人自殺の実態調査（森田ら，1986）を経た後、松之山町では、1986年11月から1996年12月の10年間、65歳以上の老人を対象にして精神科医・診療所医師・保健婦を中心とする自殺予防活動が行われ、その結果、自殺予防活動前17年間の松之山町の老人自殺率が434.6人（人口10万対比）であったものが自殺予防活動後は123.1人に激減した（高橋ら，1998；高橋，2003）。松之山町以外の東

頸城郡5町村では有意な変化は見られなかった。

この松之山町の自殺予防活動のシステムは、①Zungの自己評価式うつ病尺度 (Self-rating Depression Scale: SDS) を改良した SDS によるアンケート調査→②研究用診断基準 (Research Diagnostic Criteria: RDC) によるうつ病老人の発見→③精神科医による治療方針の決定・診療所医師による治療計画・保健婦による保健福祉的ケア計画→④精神科医による定期的診断面接・診療所医師によるうつ病の治療・保健婦による保健福祉的ケアというものであった。ちなみに、松之山町の自殺予防活動とよく似たシステムは岩手県浄法寺町でも試みられ (小井田ら, 2003)、1990~1994年の集中介入期には男女の65歳以上の自殺死亡率が有意に減少している (うつ病のスクリーニングは SDS を使用)。

ところで、上述の松之山町 (現在の十日町市) や浄法寺町 (現在の二戸市) の自殺予防対策は「医学モデル」「疾病予防モデル」 (うつ病の早期発見と早期治療) であったが、秋田県での試みはそれとは異なり、住民の「健康増進」 (health promotion) という一次予防に力を入れた「健康福祉モデル」である。健康増進とかヘルス・プロモーションというのは新しい公衆衛生学の用語である。これは、心の健康づくりを主眼とした住民への取り組みがそれだけでも自殺予防効果を持つという考え方に立つものであり、一種の「コミュニティモデル」とも言えよう。

秋田県はもともと自殺率の高さという点で日本のトップに位置する県である。秋田県と秋田大学が共同で行った「自殺予防対策モデル事業」の対象市町村において (2001年に合川町と中仙町、2002年に藤里町と東由利町、2003年に千畑町と大森町が指定された)、一次予防を中心とした自殺予防対策を行った結果、4つの町の自殺率はモデル事業開始前68.0 (2000年) から開始後 (2003年) 49.5 と、約27%も減少していた (本橋編, 2005; 本橋・渡邊編著, 2005)。一方、秋田県全体の自殺率は38.4 (2000年) から44.6 (2003年) と約16%も増加していた。さらに、開始後の2004年の6町の自殺率は開始前と比較して47%も減少したという (本橋, 2006)。

「健康福祉モデル」と言ってももちろんそこではうつ病の早期発見・早期治療を行うのであるが、それ以上に、このモデルは住民の参加や関与、できれば全住民による自殺予防活動を重視する。具体的に言えば、①うつ病や自殺予防に関する、住民への啓蒙普及活動 (リーフレットやパンフレット)、②住民に対する健康教育 (学校場面での教育を含む)、③心の健康づくり巡回相談、④ボランティアのふれあい相談員の育成、⑤地域のキーパーソンである民生児童委員の研修、⑥高齢者の生きがい対策 (地域の伝承料理講習会など)、⑦「心のセーフティネット」 (愛称「ふきのとうホットライン」) の結成、といったものである。ちなみに、秋田県では2001年からの「自殺予防対策モデル事業」が開始される前、由利町 (現在は合併して由利本荘市) において1995年から「高齢者の心の健康づくりと自殺予防事業」が行われている。由利町の1994年の年間自殺者数は11名 (65歳以上は8名)、自殺率は167.7というきわめて高いものであった。そこで由利町では1995年より高齢者を対象とした自殺予防活動が行われ、その結果、65歳以上の女性高齢者の自殺が減少した (渡邊ら, 2003; 三浦, 2003)。由利町の「高齢者の心の健康づくりと自殺予防事業」では自殺危険者の選別よりもむしろ、地域住民の啓蒙や高齢者の心の健康づくりに多大な努力が払われており、これは「自殺予防対策モデル事業」の前身であったと言えよう。

## 5. おわりに

本稿においては自殺者の心理や自殺の心理力動論よりも、自殺の予防、それも国家的なレベルのものから地方自治体のレベルのものまで、幅広く概観してみた。

改めて感じるのは、WHO が出している一連の自殺予防の手引きである。いろいろな社会・臨床場面における自殺予防に関する第一線の研究者や臨床家たちが執筆しているので当然なのではあるが、一連の手引きの質はきわめて高い。臨床心理士やカウンセラーにも大変役立つ。なお、特定の機関（例えば地元の医師会）や各自自治体が出しているパンフレットなどはごく分かりやすい言葉で、しかも地域住民にとって役に立つ内容が書かれている。これらの種々の手引きやパンフレットはほとんどすべてインターネットで手に入る。しかも、無料である。本稿で取り上げた英語版の翻訳もほぼ出揃っている。このように、（うつ病をも含めて）自殺予防に関する資料が容易に入手できることは、現代の特徴の一つであろう。

次に感じるのは、年間 100 万人以上という自殺者の多さに対抗するためには、国家的な自殺予防対策の基本方針と綿密な支援計画、財政的な裏付けが必要なことである。また、昔から失業率と自殺率とは関連すると言われているが、雇用面での支援も必要となろう。

秋田県において試みられた「自殺予防対策モデル事業」は今後各県に広まっていくのではないかと予想される。自殺予防対策の効果の検証もきちんとおこなわれており、説得力がある。アジア地域の自殺予防を概括した Hendin et al. (2008) が日本のこの試みを高く評価しているのももっともだと思われる。

最後に、本稿ではあまり触れる余裕がなかったが、民間での自殺予防の取り組みはずいぶん早くからなされている。例えば、イギリスの「サマリタンズ」が 1953 年、オーストラリアの「ライフライン」が 1964 年、東京いのちの電話が 1971 年から開始されている。これらの電話相談機関は数多くの支部を持ち、今も活発な相談活動を行っている。筆者自身も長年ある自殺予防専門の電話相談機関において電話カウンセラー（ボランティア）として活動していたのでよく分かるが、地域内にこのような電話相談機関があることは、通話者にとっては身近な安心薬のような効果を有するし、逆に電話カウンセラーにとっては、地域住民からのさまざまな悩み相談を受けることによって、地域社会のなかに心理的に深くわけ入ってゆくことになる。例えば、それまでまったくメンタルヘルス活動に携わったことがない人でも、電話カウンセラーとして活動しはじめると、地域内にあるさまざまな公的・私的な社会資源とその働きについてきわめて鋭敏にならざるをえなくなる。つまり、地域内に流れているさまざまなメンタルヘルス運動の流れといったものに敏感になっていく。そして、人間の持つ基本的な援助欲求とでも言うべきもの、つまり自分ができる範囲内のことで困った人たちを自分なりに援助していこうとする欲求が目覚めてくる。このような、内からの欲求の目覚めこそ、「健康福祉モデル」とか「コミュニティモデル」と呼ばれているものの内部的な支えとなるものかもしれない。

## 文献

Hendin, H., Xiao, S., Li, X., Huong T. T., Wang, H., Hagerl, U. & Phillips, M. R.



- (2008) Suicide prevention in Asia: Future directions. In WHO, *Suicide and suicide prevention in Asia*, 97-108.
- 伊勢田堯・松本俊彦・駒村樹里 (訳) (2007) ブックレット NO.2 自殺多発地点でとられるべき活動の手引き. 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター発行.
- 伊勢田堯・松本俊彦・平賀正司 (訳) (2008) ブックレット NO.4 若者の自殺を減らすパイロットプロジェクト“リーチング・アウト”. 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター発行.
- 自殺防止対策有識者懇談会 (2002) 自殺防止対策有識者懇談会報告. 自殺予防に向けての提言.
- 自殺実態解析プロジェクトチーム (編) (2008) 自殺実態白書 2008[第二版]. NPO 法人 自殺対策支援センター. ライフリンク発行.
- 亀田進久 (2007) 自殺と法—自殺対策基本法の成立を中心に. レファレンス, 6月号, 7-29.
- 河西千秋・平安良雄 (監訳) (2007a) 自殺予防 教師と学校関係者のための手引き (日本語版第2版). 横浜市立大学医学部精神医学教室.
- 河西千秋・平安良雄 (監訳) (2007b) 自殺予防 カウンセラーのための手引き (日本語版初版). 横浜市立大学医学部精神医学教室.
- 河西千秋・平安良雄 (監訳) (2007c) 自殺予防 プライマリ・ケア医のための手引き (日本語版初版). 横浜市立大学医学部精神医学教室.
- 河西千秋・平安良雄 (監訳) (2007d) 自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き (日本語版第2版). 横浜市立大学医学部精神医学教室.
- 河西千秋・平安良雄 (監訳) (2007e) 自殺予防 職場のための自殺予防の手引き (日本語版初版). 横浜市立大学医学部精神医学教室.
- 河西千秋・平安良雄 (監訳) (2007f) 自殺予防 刑務官のための手引き (日本語版初版). 横浜市立大学医学部精神医学教室.
- 河西千秋・平安良雄 (監訳) (2007g) 自殺予防 残された人たちのための自助グループの始め方 (日本語版初版). 横浜市立大学医学部精神医学教室.
- 健康日本 21 企画検討会・健康日本 21 計画策定検討会 (2000) 21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本 21) について. 報告書.
- 小井田潤一・大山博史 (2003) 高齢者自殺予防活動の事例 (2) 岩手県浄法寺町における取り組み. 大山博史編著, 医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル, 診断と診療社, 176-194.
- 国立精神・神経センター精神保健研究所 (2003) 精神保健研究. 通巻 49号 Supplement—自殺学特集. 国立精神・神経センター精神保健研究所発行.
- 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター (2008a) 自殺対策の基礎知識—地域や職場で自殺対策に取り組むために. 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター発行.
- 三浦令子 (2003) 高齢者自殺予防活動の事例 (4) 秋田県由利町における取り組み. 大山博史編著, 医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル, 診断と診療社,

216-233.

- 森田昌宏・須賀良一・内藤明彦・後藤雅博・小泉毅 (1986) 新潟県東頸城郡における老人自殺の実態. 社会精神医学, 9(4), 390-398.
- 本橋 豊 (編) (2005) 秋田大学自殺予防研究プロジェクト—心といのちの処方箋. 秋田魁新報社.
- 本橋 豊 (2006) 自殺が減ったまち—秋田県の挑戦. 岩波書店.
- 本橋 豊・渡邊直樹 (編著) (2005) 自殺は予防できる—ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動. すぴか書房.
- 内閣府 (2007) 平成 19 年度版自殺対策白書. 佐伯印刷株式会社刊.
- 内閣府 (2008) 平成 20 年度版自殺対策白書. 佐伯印刷株式会社刊.
- 名島潤慈 (1989) 青年期における自殺の心理力動的意味. 熊本大学教育実践研究, 6, 133-136.
- 名島潤慈 (2006) 大学生の自殺問題—教職員の対応上の留意点. 山口大学学生相談所年報, 15・16・17 合併号, 9-25.
- 名島潤慈 (2007a) 大学生の自殺問題と対応 (その 1). 山口大学心理臨床研究, 7, 35-46.
- 名島潤慈 (2007b) 大学生の自殺問題と対応 (その 2). 山口大学心理臨床研究, 7, 47-57.
- 名島潤慈 (2007c) 小学生・中学生・高校生 of 自殺問題と対応. 山口大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, 23, 151-165.
- SAMHSA's National Mental Health Information Center (undated) Summary of National Strategy for Suicide Prevention: Goals and objectives for action. <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3518/default.asp>
- 佐名手三恵・野口博文・河野梨香 (2003) 地域における自殺予防対策. 精神保健研究, 49, Supplement, 81-88.
- 高橋祥友・山本泰輔 (訳) (2007) ブックレット NO.1 各国の実情にあった自殺予防対策を. 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター発行.
- 大内幸恵・稲垣正俊・山田光彦 (訳) (2007) ブックレット NO.3 ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016. 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター発行.
- 総務省行政評価局 (2005) 自殺予防に関する調査結果報告書.
- 高橋邦明 (2003) 高齢者自殺予防活動の事例 (1) 新潟県松之山町における取り組み. 大山博史編著, 医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル, 診断と診療社, 159-175.
- 高橋邦明・内藤明彦・森田昌宏・須賀良一・小熊隆夫・小泉毅 (1998) 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. 精神神経医学雑誌, 100(7), 469-485.
- 高橋祥友 (2002) WHO による自殺予防の手引き 平成 14 年度厚生労働省科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 自殺と防止対策の実態に関する研究. 研究協力報告書.
- 高橋祥友 (2006) 国連/WHO 自殺予防ガイドラインがアメリカの自殺予防戦略に及ぼした影響. 本橋豊・高橋祥友・中山健夫・川上憲人・金子義博, STOP! 自殺, 海鳴社, 142-154.
- 竹島 正 (2008) わが国の自殺対策. 学術の動向, 3, 15-19.

- United Nations (1996) *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and the implementation of national strategies*. New York: United Nations.
- WHO (2000a) *Preventing suicide : A resource for general physicians*.
- WHO (2000b) *Preventing suicide : A resource for media professionals*.
- WHO (2000c) *Preventing suicide : A resource for primary health care workers*.
- WHO (2000d) *Preventing suicide : A resource for teachers and other school staff*.
- WHO (2000e) *Preventing suicide : How to start a survivors' group*.
- WHO (2000f) *Preventing suicide : A resource for prison officers*.
- WHO (2002) *Multisite intervention study on suicidal behaviours-supre-miss: Protocol of Supre-miss*.
- WHO (2006a) *Preventing suicide : A resource for counsellors*.
- WHO (2006b) *Preventing suicide : A resource at work*.
- WHO (2007) *Preventing suicide in jails and prisons*.
- WHO (2008a) *Preventing suicide : A resource for media professionals*.
- WHO (2008b) *Preventing suicide : How to start a survivors' group*.
- WHO (2008c) *Suicide and suicide prevention in Asia*.
- 渡邊直樹・田口 学・竹之下由香 (2003) 高齢者自殺予防への介入—秋田県由利町の活動にみる地域診断と活動計画. 大山博史編著, 医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル, 診断と診療社, 130-142.