

- .who.int/whr/2003/en/whr03\_en.pdf. Accessed January 2005.
2. World Health Organization. Country reports and charts Web page. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html). Accessed January 2005.
  3. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics: self-inflicted injury/suicide Web page. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm>. Accessed January 2005.
  4. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*. 2005;293:2487-2495.
  5. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: National Academies Press; 2002.
  6. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*. 2002;136:302-311.
  7. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. One hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry*. 1974;125:355-373.
  8. Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry*. 1960;1:349-359.
  9. Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, Young D. San Diego suicide study, III: relationships between diagnoses and stressors. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:589-592.
  10. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health*. 1959;49:888-899.
  11. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:339-348.
  12. Drake RE, Bartels SJ, Torrey WC. Suicide in schizophrenia: clinical approaches. In: Williams R, Dalby JT, eds. *Depression in Schizophrenics*. New York, NY: Plenum Press; 1989:171-186.
  13. Brent DA, Johnson BA, Perper J, et al. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:1080-1086.
  14. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002;360:1728-1736.
  15. Isometsä E, Henriksson M, Marttunen M, et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ*. 1995;310:1366-1367.
  16. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry*. 2003;183:382-383.
  17. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159:909-916.
  18. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practicing specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:126-134.
  19. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ*. 2005;330:385.
  20. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 2005;330:396.
  21. Khan A, Khan S, Kolts R, Brown WA. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am J Psychiatry*. 2003;160:790-792.
  22. Ploeg J, Ciliska D, Dobbins M, Hayward S, Thomas H, Underwood J. A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Can J Public Health*. 1996;87:319-324.
  23. Guo B, Harstall C. *Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children and Youth*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002.
  24. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002;136:765-776.
  25. Feightner J; Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa, Ontario: Health Canada; 1994.
  26. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:822-835.
  27. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;289:3145-3151.
  28. Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002; CD001764.
  29. Aseltine RH Jr, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health*. 2004;94:446-451.
  30. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355:185-191.
  31. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF III, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291:1081-1091.
  32. Glick ID, Zaninelli R, Hsu C, et al. Patterns of concomitant psychotropic medication use during a 2-year study comparing clozapine and olanzapine for the prevention of suicidal behavior. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:679-685.
  33. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:82-91.
  34. Thies-Flechtner K, Muller-Oerlinghausen B, Seibert W, Walther A, Greil W. Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders: data from a randomized prospective trial. *Pharmacopsychiatry*. 1996;29:103-107.
  35. Brown GK, Ten Have TR, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294:563-570.
  36. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 2001;323:135-138.
  37. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*. 2001;158:36-42.
  38. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*. 2001;52:828-833.
  39. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? a randomised controlled study. *Eur Psychiatry*. 2002;17:82-91.
  40. Allard R, Marshall M, Plante MC. Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 1992;22:303-314.
  41. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm: the green card study. *Br J Psychiatry*. 1993;163:111-112.
  42. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:311-319.
  43. Orbach I, Bar-Joseph H. The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide Life Threat Behav*. 1993;23:120-129.
  44. Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ. Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide Life Threat Behav*. 1995;25:276-296.
  45. Thompson EA, Eggert LL, Randall BP, Pike KC. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health*. 2001;91:742-752.
  46. Huey SJ Jr, Henggeler SW, Rowland MD, et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:183-190.
  47. Rihmer Z, Belső N, Kalmár S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103:238-239.
  48. Marusic A, Roskar S, Demovsek M, et al. An attempt of suicide prevention: the Slovene Gotland Study. In: Program and abstracts of the 10th European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior; August 2004; Copenhagen, Denmark.
  49. Kelly C. The effects of depression awareness seminars on general practitioners knowledge of depressive illness. *Ulster Med J*. 1998;67:33-35.
  50. Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Ment Health J*. 2004;40:249-263.
  51. Mann JJ, Hendin H, Rihmer Z, Kalmár S, Szanto J. Depression recognition and suicide prevention program in the region of Kiskunhalas, Hungary. Available at: <http://www.hu.afsp.org/whats-new/hungary.htm>. Accessed January 2005.
  52. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*. 2003;327:1376-1378.
  53. Motto JA. Newspaper influence on suicide: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1970;23:143-148.
  54. Loftin C, McDowall D, Wiersema B, Cottey TJ. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *N Engl J Med*. 1991;325:1615-1620.
  55. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*. 2003;36:288-291.
  56. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39:248-254.
  57. Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*. 1998;173:519-522.
  58. Akroyd S, Wylie J. *Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness: Survey 4*. Wellington, New Zealand: New Zealand Ministry of Health; 2002. Publication 9-20-0004.
  59. Lehfeld H, Althaus DA, Hegerl U, Ziervogel A, Niklewski G. Suicide attempts: results and experiences from the German Competency Network on Depression. *Adv Psychosom Med*. 2004;26:137-143.
  60. Naismith SL, Hickie IB, Scott EM, Davenport TA. Effects of mental health training and clinical audit on general practitioners' management of common mental disorders. *Med J Aust*. 2001;175(suppl):S42-S47.
  61. Hannaford PC, Thompson C, Simpson M. Evaluation of an educational programme to improve the recognition of psychological illness by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1996;46:333-337.

62. Lin EH, Simon GE, Katzelnick DJ, Pearson SD. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *J Gen Intern Med*. 2001;16:614-619.
63. Valentini W, Levav I, Kohn R, et al. An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression [in Portuguese]. *Rev Saude Publica*. 2004;38:522-528.
64. Pfaff JJ, Acres JG, McKelvey RS. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Med J Aust*. 2001;174:222-226.
65. Takahashi K, Naito H, Morita M, Suga R, Oguma T, Koizumi T. Suicide prevention for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture: psychiatric care for elderly depression in the community [in Japanese]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 1998;100:469-485.
66. Rutz W, Von Knorring L, Wälinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;80:151-154.
67. Mehlum L, Schwabs R. Suicide prevention in the military: recent experiences in the Norwegian army. In: Program and abstracts of the 33rd International Congress on Military Medicine; June 25-30, 2000; Helsinki, Finland.
68. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30:61-73.
69. Aoun S. Deliberate self-harm in rural Western Australia: results of an intervention study. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 1999;8:65-73.
70. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, Berlin TR, Song J. The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:1081-1093.
71. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980-1996. *Arch Suicide Res*. 1998;4:67-74.
72. Bridges FS, Kunselman JC. Gun availability and use of guns for suicide, homicide, and murder in Canada. *Percept Mot Skills*. 2004;98:594-598.
73. Lester D, Leenaars A. Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. *Psychol Rep*. 1993;72:787-790.
74. Snowdon J, Harris L. Firearms suicides in Australia. *Med J Aust*. 1992;156:79-83.
75. Ludwig J, Cook PJ. Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. *JAMA*. 2000;284:585-591.
76. Ohberg A, Lonnqvist J, Sarna S, Vuori E, Penttila A. Trends and availability of suicide methods in Finland: proposals for restrictive measures. *Br J Psychiatry*. 1995;166:35-43.
77. Bowles J. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra R, Gulbinat R, De Leo D, Kienhorst I, eds. *Preventive Strategies on Suicide*. Leiden, the Netherlands: Brill; 1995.
78. Carrington PJ. Gender, gun control, suicide and homicide in Canada. *Arch Suicide Res*. 1999;5:71-75.
79. Kreitman N. The coal gas story: United Kingdom suicide rates, 1960-71. *Br J Prev Soc Med*. 1976;30:86-93.
80. Lester D. The effect of the detoxification of domestic gas in Switzerland on the suicide rate. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82:383-384.
81. Gunnell D, Middleton N, Frankel S. Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35:437-443.
82. Crome P. The toxicity of drugs used for suicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1993;371:33-37.
83. Nielsen AS, Nielsen B. Pattern of choice in preparation of attempted suicide by poisoning with paracetamol reference to changes in the pattern of prescriptions [in Dutch]. *Ugeskr Laeger*. 1992;154:1972-1976.
84. Yamasawa K, Nishimukai H, Ohbora Y, Inoue K. A statistical study of suicides through intoxication. *Acta Med Leg Soc (Liege)*. 1980;30:187-192.
85. Hawton K. United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32:223-229.
86. McClure GM. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *Br J Psychiatry*. 2000;176:64-67.
87. Kelly S, Bunting J. Trends in suicide in England and Wales, 1982-96. *Popul Trends*. Summer 1998:29-41.
88. Shelef M. Unanticipated benefits of automotive emission control: reduction in fatalities by motor vehicle exhaust gas. *Sci Total Environ*. 1994;146-147:93-101.
89. Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J. Antidepressant medication and suicide in Sweden. *Pharmacoeconomic Drug Saf*. 2001;10:525-530.
90. Beautrais AL. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:557-562.
91. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;65:165-172.
92. Olsson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:978-982.
93. Hall WD, Mant A, Mitchell PB, Rendle VA, Hickie IB, McManus P. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *BMJ*. 2003;326:1008.
94. Helgason T, Tomasson H, Zoega T. Antidepressants and public health in Iceland: time series analysis of national data. *Br J Psychiatry*. 2004;184:157-162.
95. Takahashi Y. *Amidst a Sharp Increase of Suicide: Suicide in Japan*. Tokyo, Japan: Kokoro no Kagaku (Nihon Hyoron-sha). 1999;88:2-10.
96. Guaiana G, Andretta M, Corbari L, et al. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:750-755.
97. Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry*. In press.
98. Valuck RJ, Libby AM, Sills MR, Giese AA, Allen RR. Antidepressant treatment and risk of suicide attempt by adolescents with major depressive disorder: a propensity-adjusted retrospective cohort study. *CNS Drugs*. 2004;18:1119-1132.
99. Ludwig J, Marcotte DE. Anti-depressants, suicide, and drug regulation. *J Policy Anal Manage*. 2005;24:249-272.
100. Cantor CH, Slater PJ. The impact of firearm control legislation on suicide in Queensland: preliminary findings. *Med J Aust*. 1995;162:583-585.
101. Whitlock FA. Suicide in Brisbane, 1956 to 1973: the drug-death epidemic. *Med J Aust*. 1975;1:737-743.
102. Lester D. Effects of detoxification of domestic gas on suicide in the Netherlands. *Psychol Rep*. 1991;68:202.
103. Wiedenmann A, Weyerer S. The impact of availability, attraction and lethality of suicide methods on suicide rates in Germany. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;88:364-368.
104. Lester D. The effects of detoxification of domestic gas on suicide in the United States. *Am J Public Health*. 1990;80:80-81.
105. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Med J Aust*. 1972;2:919-923.
106. Retterstol N. Norwegian data on death due to overdose of antidepressants. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;80(suppl 354):61-68.
107. Carlsten A, Allebeck P, Brandt L. Are suicide rates in Sweden associated with changes in the prescribing of medicines? *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94:94-100.
108. Mott JA, Wolfe MI, Alverson CJ, et al. National vehicle emissions policies and practices and declining US carbon monoxide-related mortality. *JAMA*. 2002;288:988-995.
109. Kapur S, Mieczkowski T, Mann JJ. Antidepressant medications and the relative risk of suicide attempt and suicide. *JAMA*. 1992;268:3441-3445.
110. Wasserman D, Varnik A. Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1998;394:1-4.
111. Lester D. Effect of changing alcohol laws in Iceland on suicide rates. *Psychol Rep*. 1999;84(3 pt 2):1158.
112. Phillips B, Ball C, Sackett D, et al. Levels of evidence and grades of recommendation Web page. Oxford, England: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; 1998. Available at: [http://www.cebm.net/levels\\_of\\_evidence.asp](http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp). Accessed July 2005.
113. Hickie I. Can we reduce the burden of depression? the Australian experience with beyondblue: the national depression initiative. *Australas Psychiatry*. 2004;12(suppl):S38-S46.
114. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:386-405.
115. Burns JM, Patton GC. Preventive interventions for youth suicide: a risk factor-based approach. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:388-407.
116. Hirschfeld RMA, Keller M, Panico S, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*. 1997;277:333-340.
117. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med*. 1999;14:569-580.
118. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord*. 2001;62:123-129.
119. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:71-79.
120. Cauffman E. A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:430-439.
121. Joiner TE Jr, Pfaff JJ, Acres JG. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behav Res Ther*. 2002;40:471-481.
122. Scott M, Shaffer D, Wilcox H. The Columbia suicide screen: does screening identify new teens at risk? Presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; October 21, 2004; Washington, DC.
123. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:1635-1643.
124. Henriksson S, Boethius G, Isacson G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985-95. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103:301-306.
125. Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1995;49(suppl 1):S111-S116.
126. Coyle JT, Pine DS, Charney DS, et al. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:1494-1503.
127. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, et al. Adequacy

## SUICIDE PREVENTION STRATEGIES

- of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1746-1751.
128. Agency for Health Care Policy and Research. *Evidence Report on Treatment of Depression: Newer Pharmacotherapies*. Washington, DC: AHCPR Evidence-Based Practice Centers; 1999.
129. Malone KM, Szanto K, Corbitt EM, Mann JJ. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1601-1607.
130. Leon AC, Marzuk PM, Tardiff K, Teres JJ, Paroxetine, other antidepressants, and youth suicide in New York City: 1993 through 1998. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:915-918.
131. Keller MB, Lavori PW, Rice J, Coryell W, Hirschfeld RM. The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up. *Am J Psychiatry*. 1986;143:24-28.
132. Vergouwen AC, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1415-1420.
133. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1433-1441.
134. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*. 2002;68:167-181.
135. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*. 1993;342:283-286.
136. Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Sackeim HA, Mann JJ. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 1999;156:190-194.
137. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA*. 1995;273:1026-1031.
138. Katon W, Robinson P, Von Korff M, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:924-932.
139. Wells K, Sherbourne C, Duan N, et al. Quality improvement for depression in primary care: do patients with subthreshold depression benefit in the long run? *Am J Psychiatry*. 2005;162:1149-1157.
140. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalisation. *Br J Psychiatry*. 2001;179:438-443.
141. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media, I: reportage in nonfictional media. *Crisis*. 2001;22:146-154.
142. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media, II: portrayal in fictional media. *Crisis*. 2001;22:155-162.
143. Gould MS. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;932:200-221.
144. Michel K, Frey C, Wyss K, Valach L. An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis*. 2000;21:71-79.
145. American Foundation for Suicide Prevention. Reporting on suicide: recommendations for the media. Available at: <http://www.afsp.org/index-1.html>. 2002. Accessed July 2005.
146. O'Carroll PW, Potter LB. Suicide contagion and the reporting of suicide: recommendations from a national workshop. *MMWR Recomm Rep*. 1994;43(RR-6):9-17.
147. Bridges FS. Gun control law (Bill C-17), suicide, and homicide in Canada. *Psychol Rep*. 2004;94:819-826.

A good writer, and one who writes with care, often finds that the expression he's spent a long time hunting for without finding it, and which he finds at last, turns out to be the simplest and most natural one, which looks as if it ought to have occurred to him at the beginning, without any effort.

—Jean de la Bruyère (1645-1696)

## ■原著論文

## 最近のわが国の自殺の現状と予防対策

高橋祥友<sup>1)</sup>, 清水邦夫<sup>1)</sup>, 澤村岳人<sup>1)</sup>, 菅原摩利子<sup>1)</sup>, 福間 詳<sup>2)</sup>, 山下千代<sup>2)</sup>

抄録：本論では最近のわが国の自殺の現状と対策について解説した。1998年以來、わが国では年間自殺者3万人台という緊急事態が続いている。この数は交通事故死者数の4倍以上にものぼる。また、1990年代に一連の過労自殺裁判が起こされて、司法判断が下される例が相次いだ。このような社会背景から、ようやく行政も各種の自殺予防に関する研究や活動を実施し始めた。ただし、海外の例からも明らかなように、自殺予防はけっして短期間で効果が現われることは期待できない。少なくとも10年単位の長期的な取り組みが不可欠であることを強調した。

日社精医誌 13: 145-154, 2005

索引用語：自殺, 自殺予防, 過労自殺裁判, 労災, 自殺予防マニュアル

*suicide, suicide prevention, karo-jisatsu (suicide from overwork) law suit, work-place accident compensation, suicide prevention manual*

## 最近のわが国の自殺の現状

警察庁の資料をもとに、図1に過去半世紀の年間自殺者総数の推移を示した<sup>5)</sup>。従来、年間自殺者総数はおよそ15,000人から25,000人の間で漸増、漸減を繰り返してきた。1988年から1997年までの10年間では、年間平均自殺者数は22,410人であったが、1998年には一挙に1万人以上も増加し、32,863人となった。そして、その後、年間自殺者3万人台という緊急事態が続いている。本論執筆時に入手可能な最新のデータは2003年のものであるが、2003年には自殺者は34,427人であり、交通事故死者数7,702人の4倍

をはるかに超えている。

なお、未遂者数は既遂者数に比べて、少なく見積もっても10倍は存在すると考えられている。さらに、自殺行動(自殺未遂および既遂)1件あたり、強い絆のあった人最低5人は深刻な心理的打撃を受けるという推定もある。したがって、自殺とは死にゆく人3万人の問題にとどまらず、周囲の多くの人々を巻き込む深刻な事態である。

図2に1997年と比較した1998年の自殺者総数の増加率を示した。特に1998年に自殺者が急増した背景には、男性の自殺者の増加があった。なかでも、中高年の男性の自殺が激増したために、長期にわたる不況が自殺急増の理由としてマスメディアはセンセーショナルな報道を繰り返すことになった。1998年に50歳代の男性の自殺が前年比で50%以上増加したのは深刻な事実である。しかし、同時期に、未成年者も前年に比べて自殺者総数が急増したことに関してはあまり社会的な関心を引かなかった。

なお、1950~1960年頃には、わが国の自殺率はまず20歳前後の若い層に最初のピークを認め、次に高齢者に2つ目のピークを認めるという二峰性のパターンを示していた。ところが、最近では、50歳代でまず最初の自殺率のピークを認め、

2004年12月3日受理

Recent Trend of Suicide and Suicide Prevention in Japan.

<sup>1)</sup> 防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門  
〔〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2〕

Yoshitomo Takahashi, Kunio Shimizu, Takehito Sawamura, Mariko Sugawara: Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute. 3-2, Namiki, Tokorozawa-shi, Saitama, 359-8513 Japan.

<sup>2)</sup> 自衛隊中央病院精神科

Shu Fukuyama, Chiyo Yamashita: Department of Psychiatry, Self Defence Forces Central Hospital.

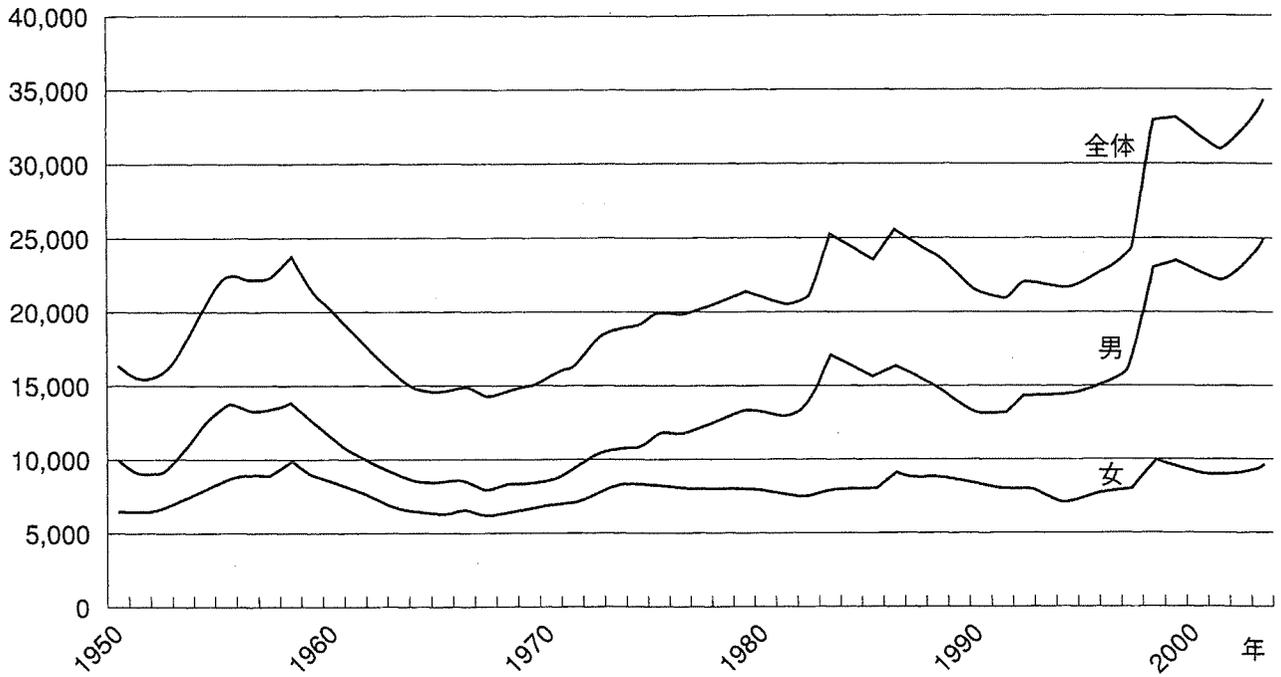


図1 わが国の年間自殺者総数の推移

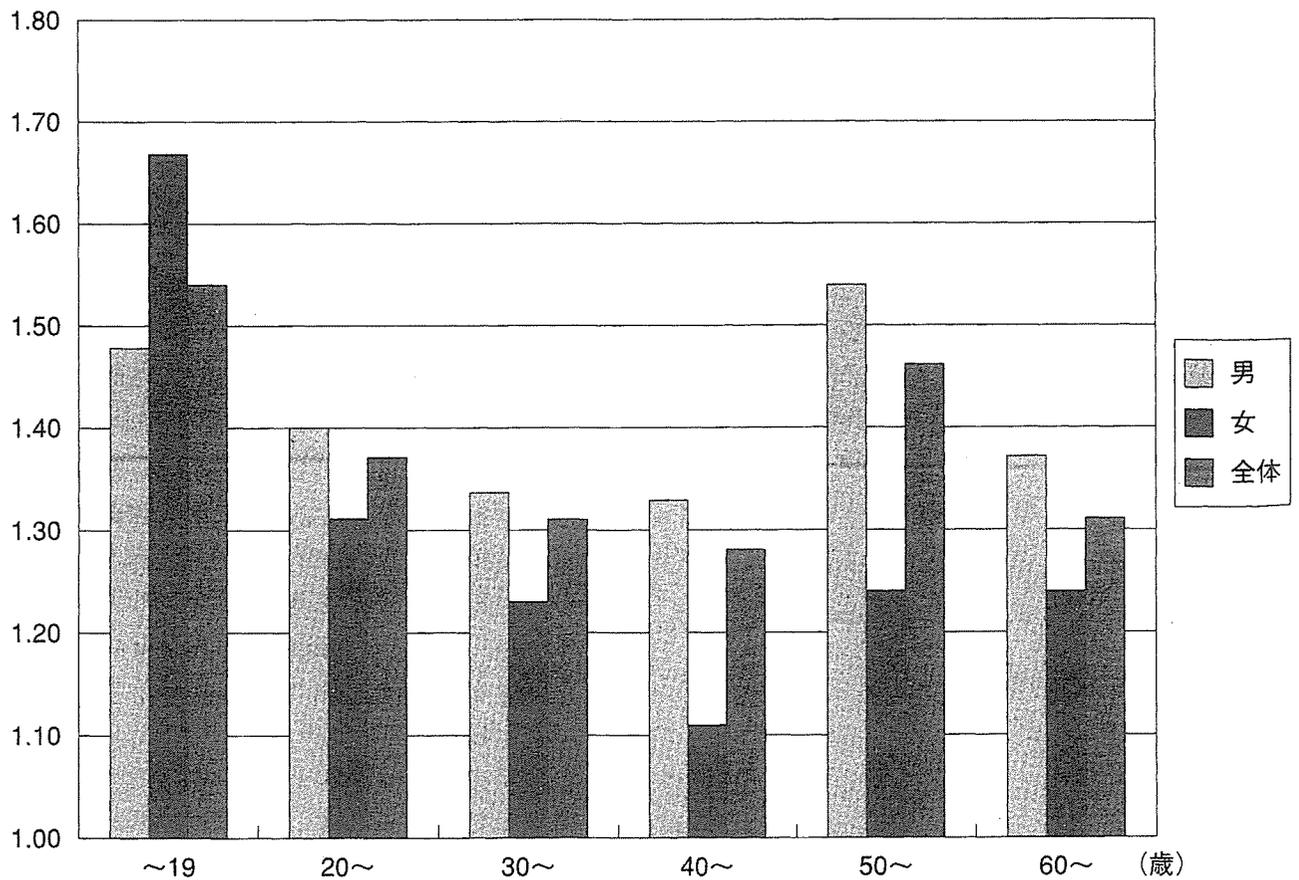


図2 1997年と1998年の自殺者数の比較

いったんわずかに下がるが、高齢者層で最高の自殺率を認めている。

60歳以上の人口は2003年には全人口の24.9%を占めていたが、自殺者全体に占める60歳以上の人の割合は33.5%にもものぼる。なお、高齢者が高い自殺率を示すのは先進諸国に共通する傾向でもある。さらに、わが国では今後、高齢人口が急増すると予測され、この世代の自殺予防は深刻な精神保健上の問題といえる。

なお、現在、50歳代で高い自殺率を示している人は、若い頃にも自殺率が高かったという事実がある。その世代の人々が今後老年期を迎えると、高齢者の自殺の問題が一層深刻な事態になる可能性がきわめて高い。

さて、わが国の自殺率は世界の自殺率と比較して、どのような位置を占めているのだろうか。世界のすべての国を図にあげるわけにはいかないため、図3にはわが国と欧米諸国の自殺率を比較

した(各国の報告年にばらつきがあるが、2000年前後の値であり、近年の傾向をつかむための参考にしてほしい。日本の自殺率は2003年のものである)<sup>14)</sup>。

実際のところ、飢餓や単純な感染症で多くの人々が亡くなり、平均寿命が短い国では、自殺の問題にまで十分な関心が払われていないのが現状である。そこで、WHO(世界保健機関)に比較的正確な報告をしている国となると、欧米諸国が中心になってしまう。

1990年代半ばころまでは、わが国の自殺率は人口10万人あたり18前後であり、欧米諸国と比べると中位にあたり、ドイツよりもやや高く、フランスよりもやや低かった。ところが、近年、自殺率が上昇し、2003年には人口10万人あたり27になり、自殺率の高い国々の一角に食い込み始めているのが現状である。

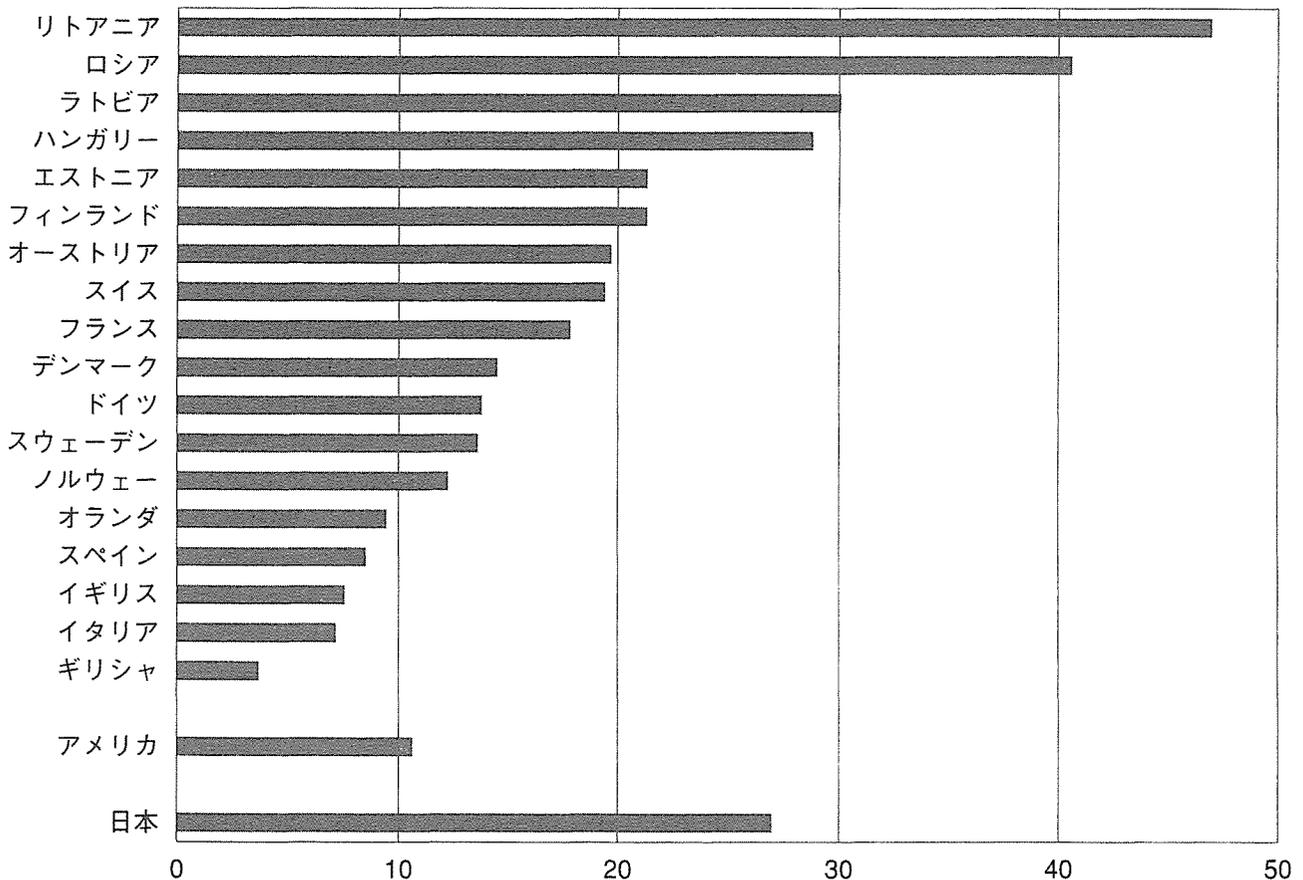


図3 自殺率の比較(日本と欧米, WHO)

## 過労自殺裁判と労働省（現・厚生労働省）の動き

1990年代には一連のいわゆる過労自殺裁判が起こされた<sup>3,4)</sup>。最高裁まで争われた電通過労自殺裁判は広く知られている。

Aは大学卒業後、大手広告代理店の電通に入社した。わが国の多くの職場では法定労働時間をはるかに超えたいわゆるサービス残業が当たり前のように行われている。当時の電通でもタイムカードはなく、労働時間の正式な記録は残されていなかった。そのため、裁判では、ビルの管理員巡察実施報告書によって実際の退館時刻が証明された。

Aの勤務は早朝から深夜に及び、帰宅できたのは数時間か、あるいは、しばしば帰宅さえできなかった勤務が続いた。そのうえ、有給休暇もほとんど取っていなかった。1991年1月から8月までに1カ月あたりの平均残業時間が147時間にのぼり、午前2時過ぎの退社回数は70回もあった。

このような長時間労働と周囲から受けた心理的な苦痛の末、入社2年目の1991年8月27日、24歳で自ら命を絶ったのだ。

自殺に至るまでの会社の取り扱いに疑問を抱いた父親は、関係資料とともに、誠意ある対応を求める手紙を社長宛に送付したが、会社からは遺族が満足できる反応はなかったという。

そこで、遺族は会社に対して、極端な長時間労働と心理的な虐待のためにAがうつ病になり、自殺したとして、約2億2000万円の損害賠償を求める民事訴訟を起こした。

1996年3月28日、東京地裁で判決が下され、原告の訴えをほぼ全面的に認め、電通に約1億2600万円の支払いを命じた。南敏文裁判長は「常軌を逸した長時間労働が自殺の原因であり、会社側は社員の健康に配慮する義務を尽くしていなかった」として、長時間労働と自殺の因果関係を認めた。これは過労自殺に関する初めての司法判断として、大きな反響を呼んだ。

「Aは、休日を含め、平成3年1月から3月

までは、4日に一度の割合で、同年4月から同年6月までは約5日に1日の割合で、同年7月から8月については、5日に2日の割合で、深夜午前2時以降まで残業していたのであり、いわば慢性的に深夜まで残業していた状態であったということができ、とりわけ同年7月および8月については、休日を含めて4日に1回は午前6時30分に至るまで残業し、8月については、原村へ出張するまでの22日間に、約3日に1回は午前6時30分に至るまで残業していたというものであるから、Aは社会通念上許容される範囲をはるかに超え、いわば常軌を逸した長時間労働をしていたものというべきである」と判決文にある。

なお、電通はこの判決を不服とし、控訴した。しかし、1997年9月26日、東京高裁（鈴木康之裁判長）も、電通の請求を退ける判決を言い渡した。ここでも長時間労働と自殺の因果関係や、会社側の安全配慮義務違反が認められた。

ただし、賠償額は一審よりも減額し、8,900万円とした。労働時間の配分は一定範囲で元社員本人にゆだねられていることや、発病してから病院へ行かなかったことなどを考慮し、本人や家族に対して自己責任を一部認め、賠償額が減額されたのだ。

この件はさらに控訴され、結局、最終的に最高裁の判断を仰ぐことになった。2000年3月24日、最高裁第二小法廷（河合伸一裁判長）も原告側の主張を受け入れた。なお、二審判決の中でA自身の過失も認め電通の賠償額を減額した部分を破棄し、電通の責任をより大きく認める方向で審理を東京高裁に差し戻した。結局、遺族側の全面勝訴となったのだ。

最高裁は、長時間労働による過重な負担がうつ病を引き起こし、自殺に及んだという因果関係を認め、「継続的に長時間にわたる残業を行わざるを得ない状況になっていた」と認定した。「上司には、Aが日常的に著しい長時間労働をし、健康状態が悪化していることを認識しながら負担軽減措置をとらなかった過失があるとした二審判断は正当」と述べ、「業務と自殺は無関係」とする電通の主張を退け電通の過失を認定した。

また、会社は社員の安全に配慮する義務があり、それに違反しているとした。会社は「業務遂行に伴う疲労や心理的負荷などが過度に蓄積し社員の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負う」とし「心の健康」にも安全配慮義務があるとの判断を下した。

なお、二審では自己責任を取り上げ、本人も病院に行くなどしなかったという落ち度があったとして、賠償額を3割減額していた。この点について、最高裁の判断は、「うつ病になりやすかった性格」について「労働者の性格が『個性の多様さとして通常想定される範囲』を外れるものでない場合は企業側賠償額を決める際、裁判所は労働者の性格を『本人の過失』とすべきでない」と判断した。要するにAの性格は「社会人の中にしばしば見られ、『労働者の個性の多様さの想定される範囲』を外れていない」と認定し、過失には当たらないとした。この場合、自己責任を理由に賠償額の減額は不当であると判断したのだ。

二審では「同居の両親にも注意義務があった」と判断していたが、「独立した社会人の勤務を改善する立場にあったとは容易にいえない」とし

て、両親の過失も否定した。こうして、最高裁まで持ち込まれた電通過労死裁判は、原告側の全面勝訴となったのだ。

なお、この訴訟の最終的な和解が2000年6月23日、東京高裁で成立した。遺族と電通の双方が合意に至り、会社側の責任を全面的に認めた一審・東京地裁判決の賠償額に利息などを加えた1億6,800万円余を電通側が支払うことになった。

電通は「今回の事件を深く反省し、今後労務管理の徹底と健康管理の充実を行い、不幸な出来事が二度と起こらないよう努力する」と陳謝した。過労自殺をめぐる訴訟で、企業側が責任を認める形で和解が成立したのは初めてであった。

前項で述べたように1990年代末にわが国の自殺が急増したことから、1990年代に一連の過労自殺裁判が起こされ、司法の判断が下されたことが相互に関連して、行政もようやく対策を取り始めた。表に一連の過労自殺裁判の進行状況と労働省（現・厚生労働省）の対策を一覧にした。① いわゆるサービス残業の改善、② 精神疾患や自殺に関する労災認定基準の改訂、③ 職場におけるメンタルヘルスの向上など（心の健康づくり計画

表 「過労自殺」裁判と労働省の動き

電通裁判	川鉄裁判	オタフソース裁判	労働省の動き
93/01 損害賠償訴訟	94/06 損害賠償訴訟	96/03 労災申請	96/04 「所定外労働の削減及び適正な労働時間管理の徹底について」 (サービス残業の禁止)
96/03 一審判決			
97/09 二審判決	97/07 労災却下	97/12 労災認定	99/09 「心理的負荷による精神障害等に関する業務上外の判断指針」 (労災認定基準の改定)
	98/02 一審原告勝訴		
98/08 労災認定	00/03 逆転労災認定 00/04 和解勧告	00/05 全面勝訴	00/06 「心の健康づくり計画」 (4つのケア)
00/03 最高裁判決			
00/06 和解成立	00/10 和解成立		

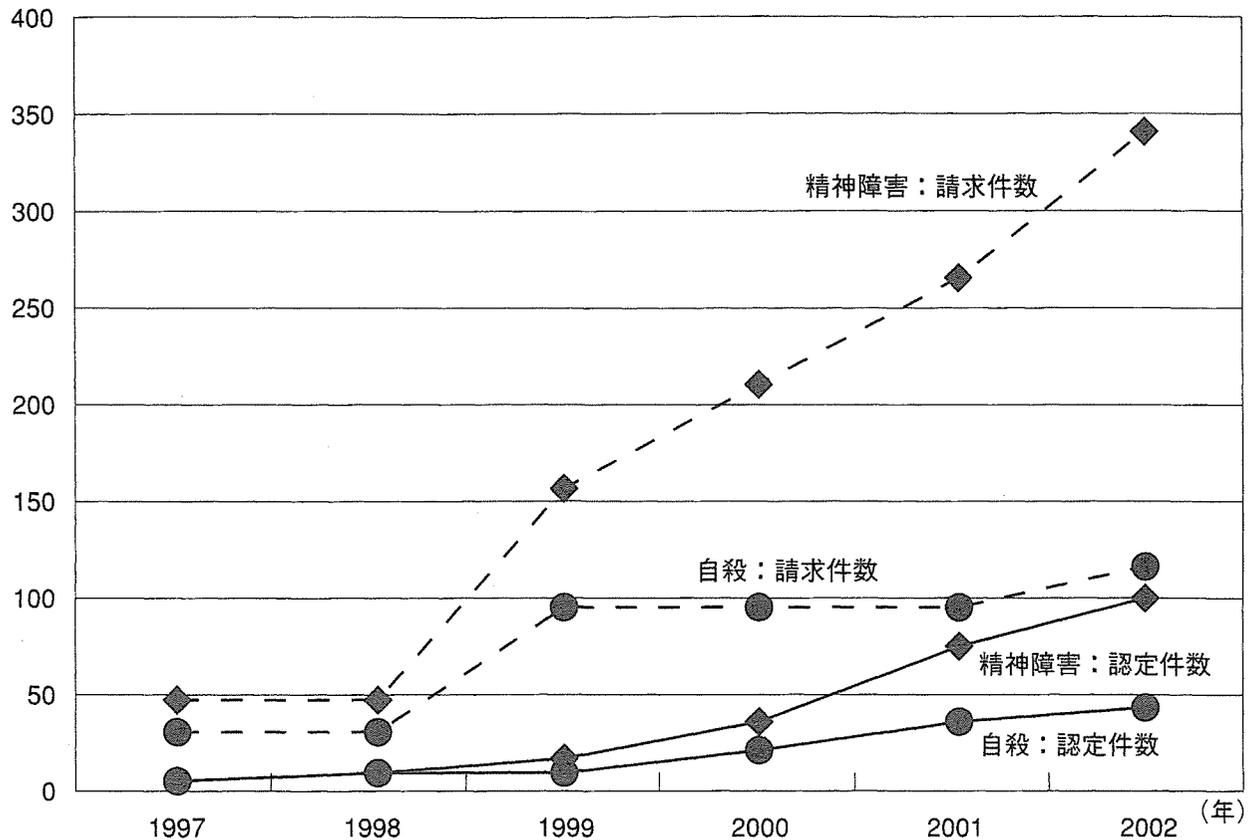


図4 精神障害等の労災補償状況

「4つのケア」), 労働省 (現・厚生労働省) は各種の対策を始めた。

図4は1999年9月に「心理的負荷による精神障害等に関する業務上外の判断指針」(労災認定基準の改定)後, 精神障害および自殺に関する労災認定申請件数が劇的に増加したことを示している<sup>7)</sup>。

### 自殺予防に対する取り組み

自殺急増という現実を直視し, 厚生労働省は, 自殺防止対策有識者懇談会を召集した。そしてその結果を, 「自殺予防に向けての提言」としてまとめ, 2002年12月に発表した。この提言に基づいて最近になって各種の自殺予防の取り組みが開始されることになった<sup>2)</sup>。

自殺予防は決して短期間の取り組みで達成されるものではない。フィンランドの例をとっても, 確実な効果を上げるまでに, 最低でも10年

単位の息の長い取り組みが必要であったという事実を謙虚に受け止めて, 短期間だけの活動としないということをまず念頭に置いておくべきであろう。

現在実施されているすべての自殺予防活動を紹介する紙幅の余裕はないので, そのごく一部を紹介しておく。

#### 1. 職場における自殺予防

厚生労働省は「職場における自殺の予防と対応」という小冊子をまとめ, 平成13年度末より, 主に事業所の人事担当者, 保健担当者向けの研修会を全国各地で開催するようになった<sup>8)</sup>。冊子や研修会で取り上げている内容として, 自殺の実態, 産業精神保健の動向, 自殺の予兆, 日常の配慮と相談対応, 相談体制, 自殺が生じた際の遺された人への対応, 具体的な予防対応の事例などがある。これまで職場ではメンタルヘルスに関して十分な関心が払われてこなかったのが現状であ

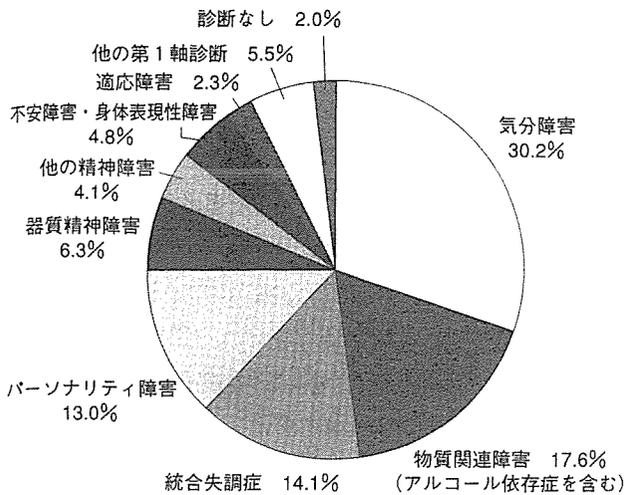


図5 自殺と精神障害  
(15,629例; 診断 19,716)

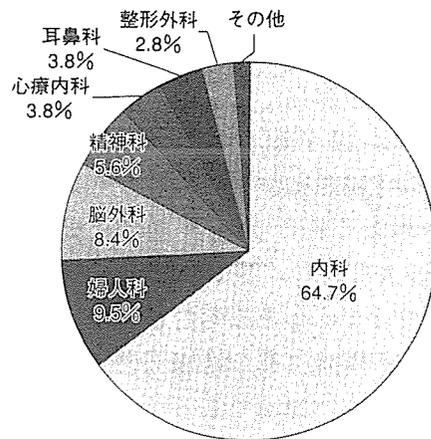


図6 抑うつ症状を呈する患者の初診診療科

り、ましてや自殺予防となるとほとんど扱われていなかった事柄である。短期間の事業としないで、今後とも継続していく必要がある。

## 2. 日本医師会による活動

図5はWHOの調査をもとに、自殺者が生前どのような精神科診断に該当したかを示した。それによると、「診断なし」と「適応障害」をあわせてもわずかに4.3%であり、大多数の自殺者が生前に何らかの精神障害に該当していたことが後方視的調査が明らかにしている。そして、実際に適切な精神科治療を受けていた人となると1~2割に過ぎないという点も大きな問題になっている。そこで、WHOは気分障害、アルコール依存症、統合失調症を早期の段階で診断し、適切な治療をすれば、自殺率は30%は下げることが可能だと述べている<sup>14)</sup>。

また、精神障害の中でも特に、うつ病が自殺に密接に関連している。しかし、うつ病に罹患しても、実際には初診の段階から精神科に受診する患者はごく限られていることを示す報告も多い(図6)<sup>8)</sup>。そこで、精神科以外を専門とする医師がうつ病に関する正しい知識を有し、自殺の危険を最初の段階で発見するゲートキーパーの役割を果たすことが期待されている<sup>13)</sup>。このような現状を直視し、日本医師会は2004年、「自殺予防マニュアル

ル; 一般医療機関におけるうつ状態: うつ病の早期発見とその対応」を編集し、全会員に配布するとともに、医学部卒業生全員にも提供した。このマニュアルをもとにうつ病の診断と治療、自殺予防を取り上げた生涯教育を実施していく計画がある<sup>9,10)</sup>。

## 3. 高齢者の自殺予防活動

最近では、特に働き盛りの中年男性の自殺に社会的な関心が払われているが、人口構成比を考えると、高齢者が最も自殺の危険な世代であることにはあまり注意が向けられていない。今後、さらに高齢化することが現実であるわが国にとって、高齢者を対象とした自殺予防活動は非常に重要な問題となっている<sup>1,12)</sup>。

地域における高齢者の自殺予防の先駆的な取り組みとして、新潟県東頸城郡松之山町における活動を簡単に紹介しておく。松之山町での活動は、適切な介入が自殺予防につながるという典型的な例を示しているのだ。

精神科医が介入することで自殺者数を減らすことができた世界的にも有名な例として、スウェーデンのゴットラントでの取り組みがあった。地域のプライマリケア医に対してうつ病の診断と治療に関して基本的な教育を実施した。その結果、ゴットラントの自殺率は確実に減ったと報告された

(しかし、このプログラムは数年間実施されただけで、中止されてしまい、すると、再び自殺率が元に戻ってしまった)。

さて、すでに20年近くの長期にわたり、松之山町では自殺予防活動が続けられてきた<sup>11)</sup>。自殺予防活動が始まる前の1985年当時、松之山町の人口は4,345人であり、医療機関としては内科医が1人いるだけの小さな町であった。当時、過疎化と高齢化が同時に進む地域の性格上、高齢者人口がきわめて高い地域であった。東頸城郡の自殺率は全国平均の4倍ほどの値を示していたが、松之山町はさらに高齢者の自殺が高かった。そこで、老年期うつ病に対する具体的対策が計画された。それは、新潟県環境保健部が始めた「老人の心の健康増進及び自殺防止」事業である。

スクリーニング検査、診断、治療の指導には新潟県精神保健センター、新潟大学医学部精神科、国立療養所犀潟病院、保健所、地元の診療所、保健婦などが協力してあつた。しかし、あくまでも患者に対する実際の治療は地域で活動しているプライマリケア医(内科医)を通じて行うことに徹した。特に精神障害の治療は医師と患者の間の信頼関係が大切である。今まで会ったこともない専門家というのではなく、地元のいつも何かと相談にのってもらっている医師にうつ病の治療もしてもらおうということで、患者にとっては大きな安心感を得られたのだ。

重症のうつ病と診断された、自殺の危険が高いと判断された人には、専門の精神科医の助言に基づいて、地域で活動している内科医から抗うつ薬を投与するなどの積極的な治療が試みられた。そのうえ、治療と並行して、保健婦がうつ病の高齢者宅をしばしば訪れて、絆を深めるという努力もしていった。

さらに、この地域を調査したところ、高齢者が孤立してしまう傾向、すなわち「働けなくなったら生きていく価値がない」といった地域全体が共有している人生観があり、それが高齢者の自殺を増やす背景となっていた。そこで、医学的な治療ばかりでは十分な効果が現れないと考え、直接住民に働きかける教育プログラムの重要性も指摘

された。働けなくなる、仕事の効率が落ちるといったことは、うつ病の症状の一部であり、適切な治療をすれば治ることなど、メンタルヘルスの基礎知識に関する教育も事業の一環として行われた。

これは調査のための調査ではなく、現実に行き始めている自殺をどのようにして減らすことができるかという画期的な試みでもあった。さらに、この活動の素晴らしい点は、短期間で終わらせていないということなのだ。1986年代半ばに始まったこの活動は今でも地道に進められている。自殺予防活動というのは、数年で成果が上がるほど安易なものではなく、長期にわたる取り組みが重要であることを松之山モデルが如実に示している。

この活動は現在も継続しており、開始当初と比較すると、確実に自殺率が減っている。高齢者の自殺率は、活動が始まる以前の1985年には人口10万人当たり435であったのが、1996年には123にまで下がった。このように実態を正確に把握し、それに基づいて適切な対策を行えば、自殺は確実に減少することを示している。それを専門家も含めて、われわれは改めて肝に銘じるべきである。松之山の活動は、現在、わが国の各地で同様の活動が開始されている重要なモデルとなっている。

## ま と め

1990年代後半からわが国では年間自殺者3万人台という緊急事態が続いている。この数は交通事故死者数の4倍以上にもものぼる。また、1990年代に一連の過労自殺裁判が起こされて、司法の判断が下される例が相次いだ。このような社会背景から、ようやく行政も各種の自殺予防に関する研究や活動を実施するようになってきた。

ただし、海外の例を見ても明らかなように、自殺予防はけっして短期間で効果が現われることは期待できない。少なくとも10年単位の息の長い取り組みが必要であることを最後にもう一度強調しておきたい。

また、紙幅の関係で取り上げることができな

ったが、自殺予防に全力を挙げる必要があることはいうまでもないが、遺された人々に対する精神的なケアなども今後の重要な課題と考えられる。

なお、本論文の要旨は、第18回世界社会精神医学会(2004年、神戸)シンポジウム52にて発表した。

## 文 献

- 1) Chiu, H.F.K., Takahashi, Y., Suh, G.H.: Elderly suicide prevention in Asia. In J Geriatr Psychiatry 18:973-976, 2003
- 2) 自殺防止対策有識者懇談会報告書：自殺予防に向けての提言. 厚生労働省, 2002
- 3) 川人 博：過労自殺. 岩波書店, 1998
- 4) 川人 博, 高橋祥友：サラリーマンの自殺；今, 予防のためにできること. 岩波書店, 1999
- 5) 警察庁生活安全局地域課：平成15年中における自殺の概要資料. 警察庁, 2004
- 6) 厚生労働省：職場における自殺の予防と対応. 中央労働災害防止協会, 2001
- 7) 厚生労働省補償課：精神障害等の労災補償状況. 厚生労働省, 2003
- 8) 三木 治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態, 心身医学 42(9)：585-591, 2002
- 9) 日本医師会編集, 西島英利監修：自殺予防マニュアル；一般医療機関におけるうつ状態：うつ病の早期発見とその対応. 明石書店, 2004
- 10) 西島英利：プライマリケアと自殺予防. こころの科学, No.118:43-50, 2004
- 11) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, ほか：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 100:469-485, 1998
- 12) 高橋祥友：自殺の危険；臨床的評価と危機介入. 金剛出版, 1991
- 13) 高橋祥友：自殺のリスクマネジメント. 医学書院, 2002
- 14) World Health Organization: Figures and Facts about Suicide. WHO/MNH/MBD/99.1, Geneva, 1999

---

*abstract***Recent Trend of Suicide and Suicide Prevention in Japan****Yoshitomo Takahashi\*, Kunio Shimizu\*, Takehito Sawamura\*, Mariko Sugawara\*  
Shu Fukuyama\*\*, Chiyo Yamashita\*\***

This paper describes the recent trend of suicide and suicide prevention in Japan. The annual number of suicide in Japan has been more than 30,000 since 1998 and suicide has become a serious social issue. This number is more than four times as high as that of traffic accidental death. In addition, a series of karo-jisatsu (suicide from overwork) law suits have been filed against companies and courts have passed judgments on these cases. Responding to this social background, the administration has finally started some measures for research on suicide and suicide prevention activities. However, activities in other countries clearly pointed out that suicide prevention projects would not bring out the positive results in a short period of time. For effective suicide prevention, the authors stress that Japan needs long-term strategies.

*JPN Bull Soc Psychiat 13 : 145-154, 2005*

---

\* *Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute*

\*\* *Department of Psychiatry, Self Defence Forces Central Hospital*

## 自殺死亡数3万人時代の精神保健

竹島 正<sup>1)</sup>

### I はじめに

わが国の自殺死亡数は、平成10年に急増して3万人を超えて以来、平成16年まで、7年連続して3万人を超える水準で推移している。自殺死亡数の増加は、ちょうどわが国の社会構造の変化に重なっていることから、その背景も含めて大きな社会問題となってきた。また、自殺予防はWHO（世界保健機関）の提唱する世界自殺予防戦略（SUPRE）や世界自殺予防デー（9月10日）などに見られるように、全世界的な課題になっている。

本稿では、自殺死亡数の増加に対する行政、社会の動きを概観し、そこから、自殺死亡数3万人時代の精神保健活動のあり方を考えてみたい。

### II 自殺の実態と行政の取り組み

最近10年間の厚生労働省人口動態統計と、「自殺の概要資料」（警察庁生活安全局地域課の公表している自殺死亡者の概況）の推移を図1に示す。厚生労働省人口動態統計、警察庁とも、1998年以降自殺死亡数が急増しており、しかも警察庁による自殺死亡数は厚生労働省人口動態統計よりも多いことがわかる。厚生労働省人口動態統計と「自殺の概要資料」警察庁生活安全局地域課による自殺死亡数に差があるのは、①警察庁では総人口（日本における外国人を含む。）を対象としているのに対し、厚生労働省人口動態統計では日本における日本人を対象としてい

ること、②警察庁では死体発見時以後の調査等によって自殺と判明したときは、その時点で自殺と計上するが、厚生労働省は、自殺、他殺、事故の不明のときは「自殺以外」で処理しており、死亡診断書の作成者等から訂正報告のない場合は自殺に計上していないこと等によると考えられている<sup>1)</sup>。

1998年から2000年までの自殺死亡数の急増は、藤田によって関西および関東などの大都市部および45～69歳までの男性の中高年男性の自殺死亡の増加による影響が大きいこと、男性の自殺死亡と失業との間の明らかに類似した推移および自殺死亡率差への寄与が確認され、失業や離婚の急増など、社会・経済的要因の関与を推察させる結果となっている<sup>2,3)</sup>。しかし、自殺死亡の状況には変化が見られてきており、2003年の人口動態調査では、自殺死亡増加が若い年齢層にシフトしてきており<sup>4)</sup>、自殺予防対策を的確に進めるためにも、自殺の実態分析を継続的に行う必要があることを示している。WHOは「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」と明言しているが、自殺予防の取り組みを社会全体で進めていくためには、自殺の実態を分析し、社会対策としてどのような取り組みを行うことが必要か、具体的に示すことが求められる。実態分析には、厚生労働省と警察庁の連携のもとに、法医学、精神医学、疫学等の領域の研究者が協働して取り組む必要があるが<sup>5)</sup>、その前提となるのは、自殺の実態分析を行うことについて国民の理解を得ることで

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部 〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
Tel.042-346-1949

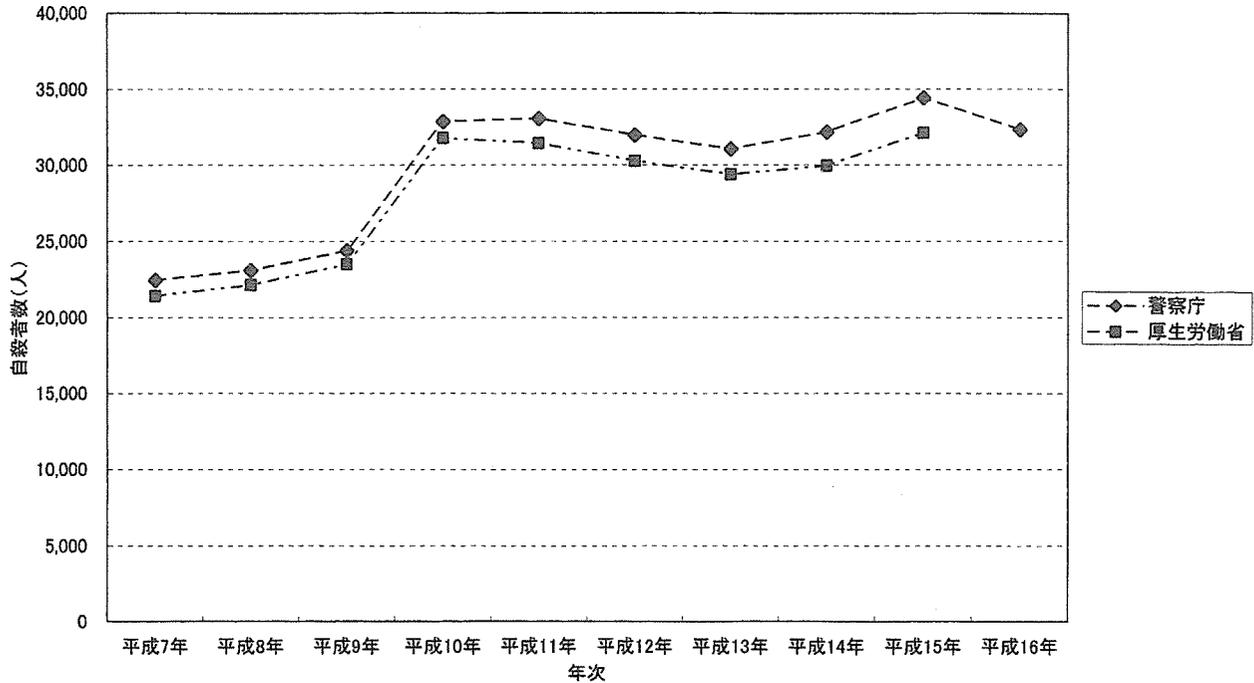


図1 自殺死亡数の推移

ある。

さて、自殺者数の急増に対して、行政はどのような取り組みをしてきたのであろうか。厚生労働省では、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の中の「休養・こころの健康づくり」に自殺死亡減の数値目標を示し、自殺予防対策を健康づくりの中でも取り組むという枠組みを示した。このことは、健康日本21の地方計画にも反映され、都道府県・政令指定都市の健康づくりや自殺予防対策の推進に一定寄与してきた。また、厚生労働省は自殺防止対策有識者懇談会を設置し、その議論をもとに自殺予防対策を進めてきた。このほか、厚生労働省は心の健康対策を進めるため、厚生労働科学研究を基盤にWHOの推進する国際的な疫学研究プロジェクトであるWMH（World Mental Health）に参画し、わが国の国民の心の健康対策推進のための基盤データを収集している。また、自殺予防と密接に関連するうつ対策の地域での取り組み強化を目的として、うつ対策推進方策マニュアル、うつ対応マニュアルを作成した。さらに、2005年度からは、自殺関連うつ対

策戦略研究を5カ年計画で実施することとした。この研究は、「自殺率が20%減少する介入方法の研究」と「うつによる自殺未遂者の再発率が30%減少する介入方法の研究」の2つの研究課題から成り立っている。このように厚生労働行政としては、その枠内で実施可能な対策は講じてきているが、これらの対策は今のところ自殺者数の減少に結びついていないように思われる。なぜだろうか。

筆者は2001年度から厚生労働科学研究費補助金に基づく研究事業「自殺と防止対策の実態に関する研究」に分担研究者として参加してきた。この研究は3カ年計画で実施され、その成果は、研究報告書にまとめられるとともに「行政担当者のための自殺予防対策マニュアル」にまとめられた<sup>6-9)</sup>。この研究では2つのイメージ図を示している。図2は、自殺予防対策の目標のイメージを示したものである。図3は、自殺に至るステージの概念モデル<sup>10)</sup>であって、自殺予防の取り組みには、どのステージでどのような対策が必要であることを示すとともに、自殺の実態分析にどのような情報が利用できるかを示し

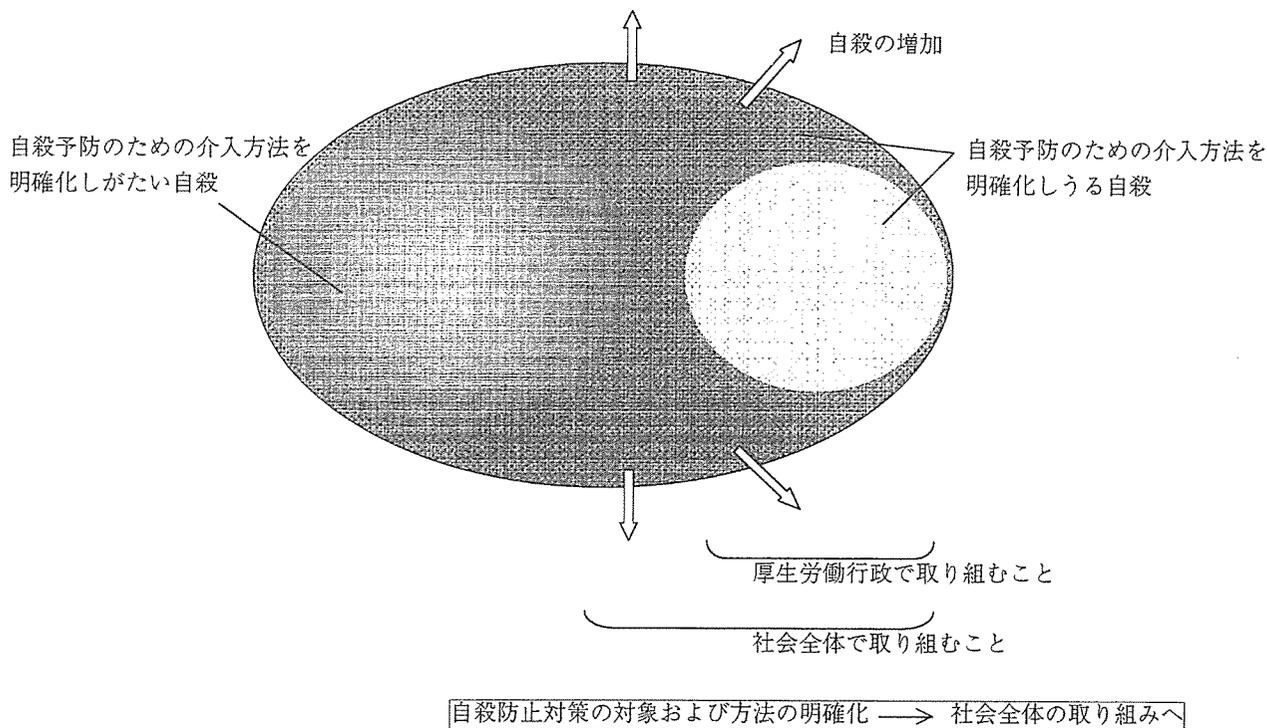


図2 自殺予防対策の目標のイメージ

平成13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書）「自殺と防止対策の事態に関する研究」（主任研究者堺宣道）班会済資料による

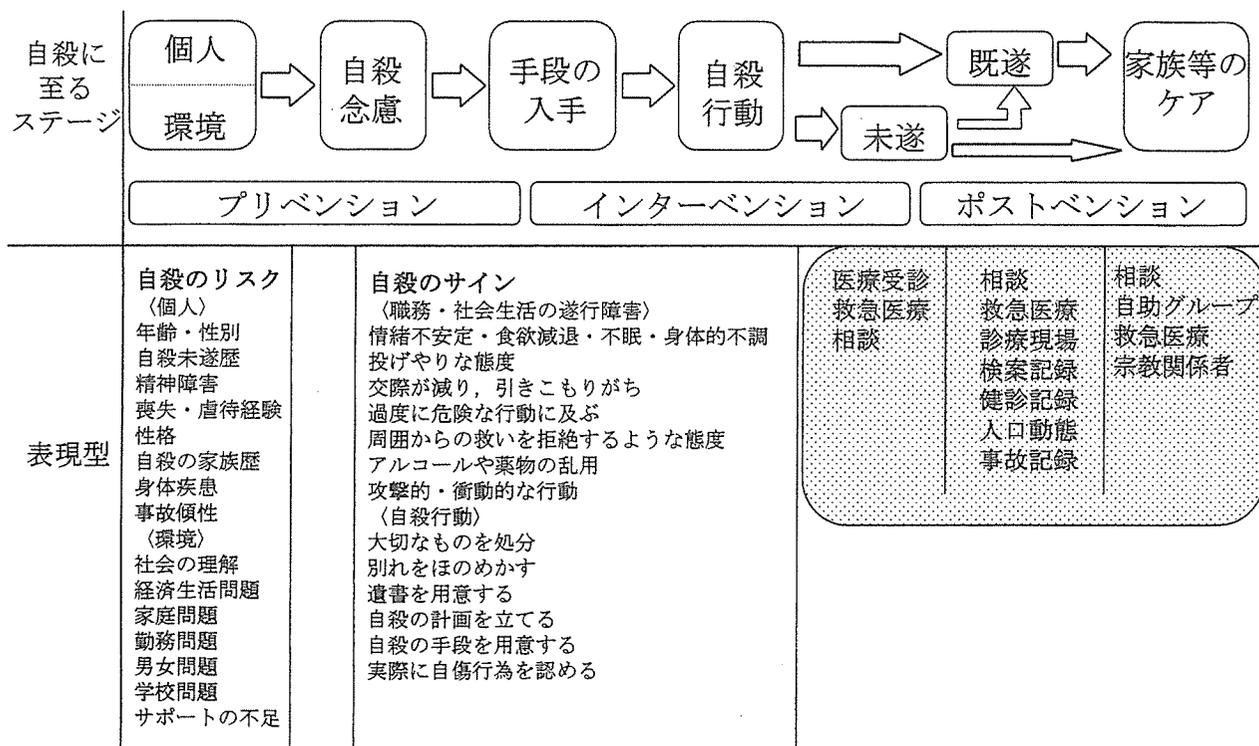


図3 自殺に至るステージの概念モデル<sup>10)</sup>

たものである。これらの図は、自殺予防対策を進めるうえで概念整理に役立つと思われる。

さて、自殺予防に関するNPOグループ等の活動は徐々に社会の表にあらわれつつある。NPO法人ライフリンク (<http://www.lifelink.or.jp/>) が事務局となって、署名参加団体12の共同で「自殺総合対策の実現に向けて」という提言を行うなどの政治に対する働きかけも始まった。国会においても、参議院厚生労働委員会において「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」（平成17年7月19日）がなされた。その内容は、自殺を「自殺する個人」の問題だけに帰すことなく、「自殺する個人を取り巻く社会」に関わる問題として、自殺の予防その他総合的な対策に取り組む必要があるとして、政府に、これまでの自殺防止関連施策が十分に効果を発揮していない現状を検証し、自殺による死亡者数の減少と自殺死亡率の引下げを図るとともに、自殺した人の遺族や自殺未遂者に対するケアの充実を図るため、次の事項について、緊急かつ積極的に施策を推進することによって、自殺問題に関する総合的な対策を講ずるべきであるとしている。

一 政府は、自殺問題に関し、総合的な対策を推進するため、関係府省が一体となってこの問題に取り組む意志を明確にするとともに、対策の実施に当たって総合調整を進める上で必要な体制の確保を図ること。

二 効果的な自殺予防対策を確立するため、自殺問題に関する調査研究や情報収集・発信等を行う拠点機能の強化を図るとともに、自殺の原因について、精神医学的観点のみならず、公衆衛生学的観点、社会的・文化的・経済的観点等からの多角的な検討を行い、自殺の実態の解明に努めること。

三 自殺問題全般にわたる取組の戦略を明らかにし、個人を対象とした対策とともに社会全体を対象とした対策を重点的かつ計画的に策定し、その実施に必要な予算の確保を図ること。

四 情報の収集・発信等を通じ、関係府省が行う対策を支援、促進し、地方公共団体や

日夜相談業務等に携わっている民間団体等とも密接に連携を取りながら、総合的な対策を実施していく「自殺予防総合対策センター（仮称）」を設置すること。

五 自殺した人の遺族や自殺リスクの高い自殺未遂者に対する支援については、プライバシーへの配慮を含め、万全を期すこと。その際、全国で百万人を超えると言われる遺族や自殺未遂者に対する心のケアが自殺の社会的・構造的要因の解明や今後の自殺予防に資することの意義についても、十分認識すること。

上記の決議を受けて、政府においては総合的な自殺対策を進めるための自殺対策関係省庁連絡会議を設置し、年内に政府としての対策を取りまとめる予定である。

国立精神・神経センター精神保健研究所では、これら一連の動きに対応とて、研究所ホームページの中に自殺予防対策支援ページを開設した（自殺予防対策支援ページいきる<http://www.ncnp-k.go.jp/ikiru-hp/index.html>）。このページでは、①各種の自殺死亡統計、②自殺防止対策有識者懇談会報告、参議院厚生労働委員会決議、世界保険機構（WHO）報告、③各種の自殺・うつ病予防対策マニュアル、④各地域における自殺予防対策の事例、自殺予防教育や普及啓発の教材として実際に使用されているスライドやパンフレット、⑤厚生労働科学研究等の研究報告書等を紹介している。このページは、今後の自殺予防総合対策の展開にも役立つものと思われる。

### Ⅲ 自殺死亡数3万人時代の精神保健活動

われわれは、これまでしばしば精神保健への社会の関心の低さを嘆いてきた。また、こころの健康に関することが社会の話題になると、精神保健活動の必要性と重要性を主張してきた。

自殺死亡3万人時代に精神保健はどのような戦略をもっているのか。今、そのことが問われている。

ひきこもり、虐待、自殺等、社会構造の変化の中でさまざまな精神保健上の問題が顕在化し

ている。それらが同時的に出現していることの背景を分析し、根拠にもとづく社会対策にまとめていくための提言と行動を、精神保健の専門家や学会に期待しているのではないか。自殺死亡数3万人時代の精神保健活動には、自殺予防の視点は不可欠である。自殺死亡数3万人を契機に、精神保健に関する臨床と地域活動を見直し、社会への危機介入としての精神保健活動に再構成していくことは意義深いことと考える。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：第5回自殺死亡統計。2005.
- 2) 藤田利治，谷畑健生，三浦宜彦：1998年以降の自殺死亡急増の地理的特徴。厚生指標 50(10)：27-34, 2003.
- 3) 藤田利治：自殺予防対策のための自殺死亡統計。臨床精神医学 33(12)：1529-1537, 2004.
- 4) 藤田利治：様相が変貌した2003年の自殺死亡の状況。公衆衛生情報 35(4)：1-3, 2005.
- 5) 竹島正，三宅由子，小山智典ら：自殺の原因・動機の実態に関する研究。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」研究報告書，pp19-36, 2005.

- 6) 堺宣道：平成13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）「自殺と防止対策の実態に関する研究」研究報告書。国立精神・神経センター精神保健研究所，市川，2002.
- 7) 今田寛陸：平成14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）「自殺と防止対策の実態に関する研究」研究報告書。国立精神・神経センター精神保健研究所，市川，2003.
- 8) 今田寛陸：平成15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）「自殺と防止対策の実態に関する研究」研究報告書。国立精神・神経センター精神保健研究所，市川，2004.
- 9) 今田寛陸：平成15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）行政担当者のための自殺予防マニュアル。国立精神・神経センター精神保健研究所，市川，2004.
- 10) 堺宣道，今田寛陸：厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺と防止対策の実態に関する研究」総合研究報告書。国立精神・神経センター精神保健研究所，市川，2004.

## B-222 精神疾患と自殺との関連

—— 東京都区部の自殺者実態調査と全国、山形県との比較 ——

山崎健太郎<sup>\*,\*\*</sup>・竹島 正<sup>\*\*\*</sup>・張 賢徳<sup>\*\*\*\*</sup>・黒崎久仁彦<sup>\*\*\*\*\*,\*\*</sup>  
水上 創<sup>\*\*\*\*\*,\*\*</sup>・森 晋二郎<sup>\*\*</sup>・三澤 章吾<sup>\*\*\*\*\*</sup>  
北野 誉<sup>\*</sup>・梅津 和夫<sup>\*</sup>・福永 龍繁<sup>\*\*</sup>

\*山形大学医学部環境病態統御学講座法医病態診断学分野

\*\*東京都監察医務院

\*\*\*国立精神・神経センター精神保健研究所

\*\*\*\*帝京大学医学部付属溝口病院

\*\*\*\*\*東邦大学医学部法医学講座

\*\*\*\*\*東京医科大学医学部法医学教室

\*\*\*\*\*目白大学看護学部

(受付 2006年8月1日)

### Epidemiological Study on Suicide in Relation with Mental Disorder in Tokyo Wards Area

Kentaro Yamazaki<sup>\*,\*\*</sup>, Tadashi Takeshima<sup>\*\*\*</sup>, Yoshinori Cho<sup>\*\*\*\*</sup>,  
Kunihiko Kurosaki<sup>\*\*\*\*\*,\*\*</sup>, Hajime Mizukami<sup>\*\*\*\*\*,\*\*</sup>, Shinjiro Mori<sup>\*\*</sup>,  
Shogo Misawa<sup>\*\*\*\*\*</sup>, Takashi Kitano<sup>\*</sup>, Kazuo Umetsu<sup>\*</sup>  
and Tatsushige Fukunaga<sup>\*\*</sup>

*\*Department of Experimental and Forensic Pathology Yamagata University Faculty of Medicine, Yamagata*

*\*\*Tokyo Medical Examiner's Office Tokyo Metropolitan Government Tokyo*

*\*\*\*National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo*

*\*\*\*\*Teikyo University School of Medicine University Hospital Mizonokuchi, Kanagawa*

*\*\*\*\*\*Department of Legal Medicine School of Medicine Toho University, Tokyo*

*\*\*\*\*\*Department of Forensic Medicine Tokyo Medical University, Tokyo*

*\*\*\*\*\*Mejiro University School of Nursing, Saitama*

We investigated ages, sex, causes and backgrounds of suicide in Tokyo ward area from medical examiner's reports of Tokyo Medical Examiner's Office to clarify the mechanism of a suicidal act, especially the relation with mental disorder. The number of suicide was extremely increased in 1950s and after 1998. Mental disorder as motives of suicidal act occupied 30% of suicidal cases. The rate of suicidal cases due to mental disorder in Tokyo was higher than that in Yamagata prefecture. The number of suicide due to social or economical problems was increased after 1998. This phenomenon means "social or economical problems" is one of the most important factors of the increased number of suicide. The number of suicide due to mental disorder or with mental disorder was not increased after 1998, and the sexual differences were not remarkable in number. The majority of suicide with mental disorder suffered from depression (mood disorder), and this tendency was especially observed in suicides of 40 years

and older age groups. We supposed that the management of depression should be the effective strategy for suicide prevention.

**Key words:** Suicide, Mental disorder, Tokyo ward area, Tokyo Medical Examiner's Office

## 要 旨

我が国で急増している自殺者の実態、特に精神疾患との関連を把握するために、東京都区部自殺事例の検案調書から、自殺と関連する事項を抽出した。東京都監察医務院の検案調書をもとに東京都区部の全自殺者について、性別、年齢階層、自殺動機、既往精神疾患の有無と疾患内容を調査し、東京都区部にみられる自殺や自殺者にみる精神疾患の特徴を年齢層や年次推移に従い調査した。さらに、年次推移や山形県の自殺データと比較することにより時代背景や地域差も考察した。東京都区部の自殺者数の年次推移をみてみると、1950年代に引き続いて1998年以降急激な増加をみせている。また、死亡率では1950年代の方が1998年以降よりもやや高くなっていて、自殺者急増前の1995～1997年と急増後の2001～2003年自殺の動機では東京都区部「精神疾患」が全自殺者の30%前後で、山形県と比較すると高率にみられた。自殺者急増前後で最も自殺者数の変動が著しかった動機は「社会的問題」であった。このことから、自殺急増の原因として社会情勢の変化が大きいことが判明した。一方、両地域とも、自殺者数急増前後で精神疾患を動機とした自殺者数に大きな変動はなく、また男女差にも大きな差はみられなかった。精神疾患の既往歴のある自殺者について精神疾患名を調べたところ、うつ病が最も多く、男女差は少なかった。また年齢階層別に精神疾患名の割合をみてみると、若年者に統合失調症の割合が多いのに対し、40歳代後半以降ではうつ病の割合が顕著に高くなっていて、これらの結果から精神疾患、特にうつ病のコントロールが社会情勢にかかわらず、自殺者数抑制に関して大きく関与していることが示唆された。

## はじめに

自殺の実態把握と予防策を講ずる上で自殺の動機を知ることは重要である。このなかで、近年注目されているのは自殺と、精神疾患との関連である。精神疾患は医療機関に受診している例が殆どであり、自殺予防のアプローチを開始する上で重要な機会ともいえる。法医学領域では従来犯罪死体に接することが多く、監察医務機関や警察医以外で自殺を扱うことが少なかった。法医学関連の文献では1973年西丸らによる横浜市内の自殺調査の報告がみられるが[1]、以降1980年代後半から1990年代前半にかけて、島根県[2,3]、滋賀県[4]、三重県[5]、佐賀県[6]、久留米市[7]、大阪府[8]における実態報告がみられる。また、吉岡らの班研究[9]や総説[10]による詳細な研究報告がある。一方、これらの報告は一機関の剖検報告や都道府県警察の検視報告を基に作成されているため、死因や自殺手段などが中心で、精神疾患の実態は把握し難い面もある。一方、公衆衛生や精神医学の領域では自殺と精神疾患との関連に1950年代後半から注目し[11]、日本においても1990年代頃から報告がみられている[12]。これらの報告は医療機関や保健所で把握してい

る精神疾患患者からの抽出調査であることが多く、必ずしも地域の自殺の実態を十分に反映しているとは言いがたい。今回、我々は東京都区部の自殺事例を全数把握している東京都監察医務院の検案データをもとに、自殺者の実態、特に精神疾患との関連を調査し、全国ないし地方都市と農村が主体の山形県の資料と比較を試みた。

## 研究方法

東京都監察医務院事業概要(平成8年版～平成16年版)[13]と同院に保管されている死体検案調書を用い、東京都区部の自殺者数、自殺死亡率の年次推移、年齢階層毎の自殺者数、動機別自殺者数を調べた。さらに、自殺者における既往精神疾患の有無と疾患名を抽出した。また比較資料として、全国の自殺者数の年次推移は厚生労働省人口動態統計、山形県の自殺者のデータは、山形県警察本部の協力により平成7年から平成15年の死体取扱状況の統計資料より抽出した。尚、東京都監察医務院の死体検案調書を閲覧利用するにあたり、同院倫理委員会の承諾を得た。