

(検討経過)

- 第1回 平成14年2月1日
「我が国の自殺の現状」「自殺防止対策について」
- 第2回 平成14年3月15日
「中高年の自殺について」
話題提供者：高橋委員、斎藤委員
- 第3回 平成14年5月9日
「若年者・女性等の自殺防止対策のあり方について」
話題提供者：西田委員、三沢委員
- 第4回 平成14年6月21日
「中高年の自殺防止対策のあり方について」
話題提供者：保原委員、川上委員
高橋邦明氏（新潟県立小出病院精神神経科部長）
- 第5回 平成14年8月7日
「自殺防止対策と経済の関係について」「事例から学ぶことⅠ」
話題提供者：黒澤委員
金子能宏氏（国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部室長）
平成14年8月13日 「中間とりまとめ」公表
- 第6回 平成14年10月4日
「事例から学ぶことⅡ～自殺防止対策関連研究班・あしなが育英会報告」
話題提供者：平野かよ子氏（国立保健医療科学院公衆衛生看護部部長）
竹島正氏（国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部部長）
大野裕氏（慶応義塾大学教授）
小河光治氏（あしなが育英会業務課）
斉藤勇輝氏（あしなが育英会大学奨学生）
山口和浩氏（あしなが育英会大学奨学生）
- 第7回 平成14年12月12日
「自殺防止対策有識者懇談会報告（案）「自殺予防に向けての提言」
について」

「自殺防止対策有識者懇談会」の開催等について

平成14年1月22日
厚生労働大臣決裁

1. 趣 旨

我が国における自殺者は、厚生労働省の人口動態統計によると平成10年以降、毎年3万人を超え、死因の第6位になっている。また、自殺は、家族や周囲の人々に大きな悲しみや困難をもたらすだけでなく、社会全体にとっても大きな損失であり、効果的な予防対策を実施することは緊急の課題である。

自殺の原因については、健康問題、経済問題、家庭問題など多様であり、人生観・価値観や地域・職場のあり方などの社会的要因も影響している。このため、自殺防止対策を推進していくに当たっては、うつ病対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会文化学的観点などからの多角的な検討が必要となる。

そこで、幅広い分野の有識者が集まり、自殺防止についての基本的な考え方の提言を行うとともに、社会全体として自殺防止に取り組む契機とすることを目的とし、標記懇談会を開催する。

2. 検討課題

有識者懇談会は、地域のあり方、職域のあり方や働き方の見直し、精神的・肉体的に健康であることの重要性の普及・啓発のあり方や相談機関等のあり方など、幅広い観点から検討を行う。

3. 会議の構成

有識者懇談会は、厚生労働大臣が指名する別紙（略）に掲げる有識者で構成する。

また、構成員の互選により座長をおく。

有識者懇談会は、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。

4. 庶務

有識者懇談会の庶務は、労働基準局安全衛生部労働衛生課の協力のもと、社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課において行う。

(資料編)

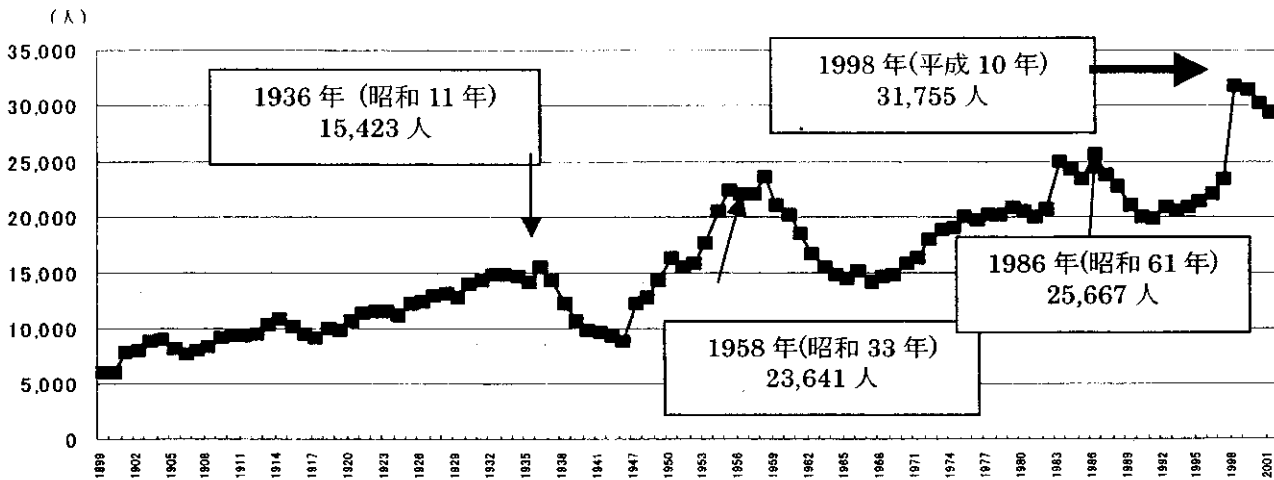
資料編)

○ 自殺の現状

1. 自殺による死亡数、死因順位

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23,494人(男性15,901人、女性7,593人)から平成10年に急増し、31,755人(男性22,349人、女性9,406人)となった。以後、3万人前後を推移し平成13年は29,375人(男性21,085人、女性8,290人)である。自殺死亡数の年次推移では、昭和30年前後の第1のピーク、昭和60年前後の第2のピーク、現在の第3のピークである。平成13年の人口動態統計によると、自殺は、死因の第6位、男女別では、男性で第6位、女性で第8位となっている。25～44歳の男性においては、死因の第1位となっている。

自殺死亡数の年次推移 (明治32年～平成13年)

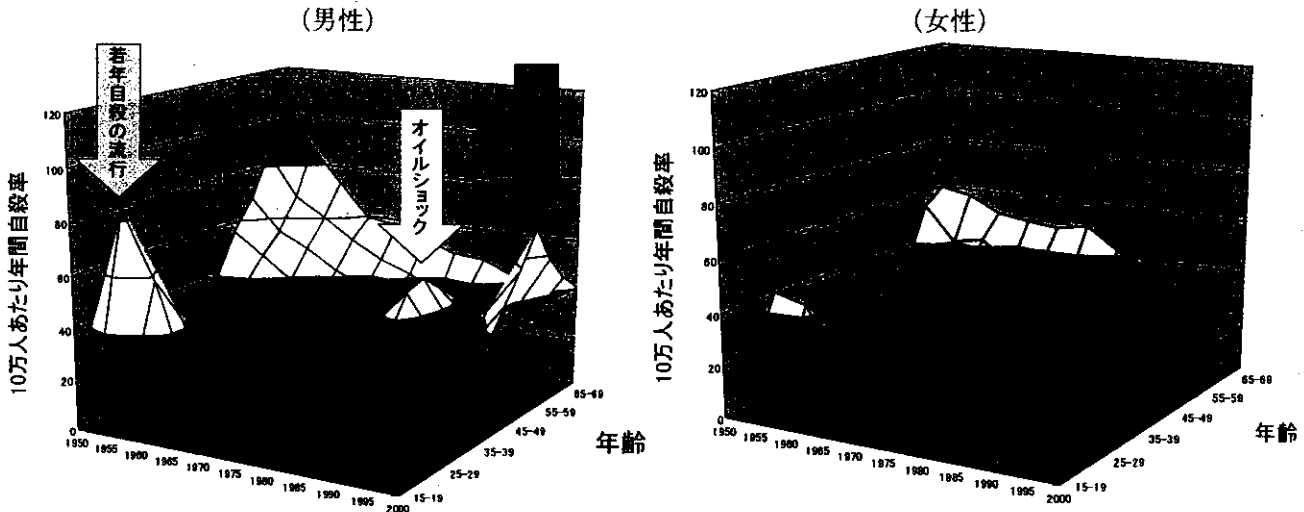


(第4回自殺防止対策有識者懇談会資料：厚生労働省人口動態統計)

2. 性別年齢別自殺死亡率・年次推移

中年の男性、高齢者の自殺死亡率が高い特徴がある。昭和 25～35 年頃は、男女とも 15～29 歳の自殺死亡率が高い。昭和 40～50 年頃は、主として 45～59 歳の中年男性の自殺死亡率が増加した。平成 9 年からは 45～60 歳の中年男性の自殺死亡率が急増している。

性別年齢別自殺死亡率・年次推移



(第 4 回自殺防止対策有識者懇談会資料 (川上委員) : 厚生労働省人口動態統計より川上委員が作製)

3. 出生コホート別年齢階級別自殺死亡率

清水ら¹⁾の分析によると、昭和 6～15 年生まれの世代は、戦後のどの時代でも、自殺の激増をになった。平成に入ってから、昭和 21～30 年生まれの世代が自殺の激増をになっている。

出生コホート別各年齢階級の自殺死亡率 (人口10万対)

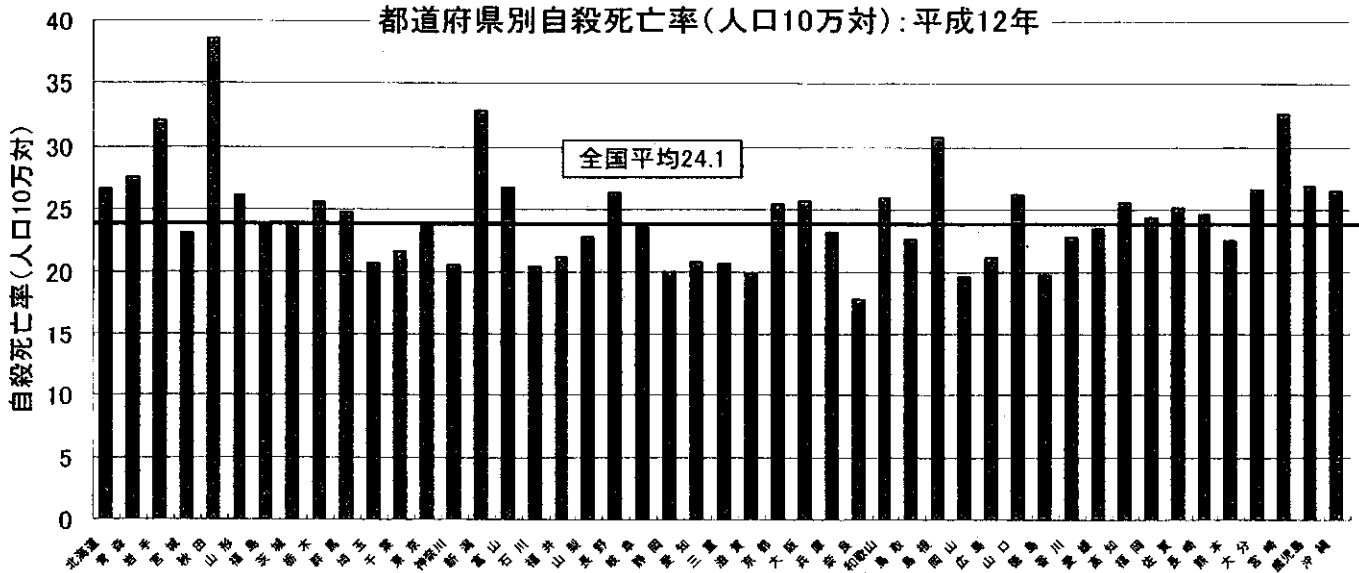
年齢階級(歳)	昭和30年					昭和60年					平成10年		
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
出生年コホート													
昭和													
1-5年生	0.7	※	36.3	41.3	19.9	13.2	13.4	20.5	23.6	30.5	24.5	22.5	32.6
6-10年生	※	15.3	65.4	34.7	14.6	15.3	20.4	24.6	34.8	25.1	26.0	36.6	
11-15年生	0.0	31.7	51.3	20.0	15.3	18.5	22.1	31.9	25.0	28.2	41.5		
16-20年生	0.9	23.8	20.8	18.7	19.4	19.7	25.1	22.0	28.6	44.5			
21-25年生	0.6	7.4	17.5	20.7	17.4	18.0	16.3	21.1	42.0				
26-30年生	0.5	7.8	21.5	19.4	16.6	14.3	17.5	31.9					
31-35年生	0.7	9.7	18.0	16.8	14.2	15.1	24.1						
36-40年生	1.1	7.3	14.4	13.4	14.5	22.4							
41-45年生	0.6	5.1	10.6	14.0	20.6								
46-50年生	0.8	3.8	11.4	18.9									
51-55年生	0.6	5.0	15.9										
56-60年生	0.9	7.9											
61-平成2年生	1.3												

人口動態統計より作成。但し平成10年については月報年計値より。※印は戦時中のためデータなし。

(第 3 回自殺防止対策有識者懇談会資料 (西田委員) : 文献 1)

4. 性別年齢別都道府県別自殺死亡率

平成12年厚生労働省人口動態統計を用いた川上委員の分析によると、性別年齢別都道府県別自殺率は、いずれの都道府県でも中高年男性において高い。また、年齢層によってばらつきはあるが、東北地方（秋田、岩手、秋田等）を含めた日本海側および九州地方（佐賀、宮崎、鹿児島）・沖縄で男性の自殺死亡率が高い傾向にある。女性でも東北地方で自殺死亡率が高い傾向にある。



第1回自殺防止対策有識者懇談会資料(事務局):厚生労働省人口動態統計

5. 自殺の原因・動機

警察庁「自殺の概要」によると自殺の原因・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、平成9年及び10年においては、経済・生活問題、勤務問題を動機とした自殺や無職者の自殺が顕著に増加している。

自殺の原因・動機別死亡数の推移

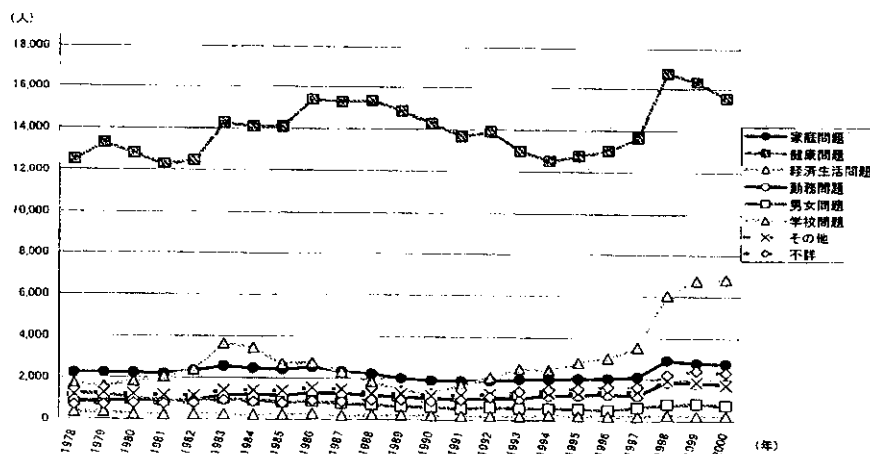


図5. 原因・動機別自殺者数の推移

資料:警察庁生活安全局地域課「平成12年中における自殺の概要」(平成13年8月)

(第4回自殺防止対策有識者懇談会資料(川上委員):文献2)

6. 職業別自殺死亡数・自殺死亡率

警察庁「自殺の概要」によると無職者、被雇用者、自営業者が多く、平成10年からは無職者と被雇用者が急増している。職業別年齢調整自殺死亡率は、平成7年厚生労働省人口動態特殊報告によると、男性で無職者、農林漁業従事者、サービス業従事者、女性で無職者、農林漁業従事者が高い。

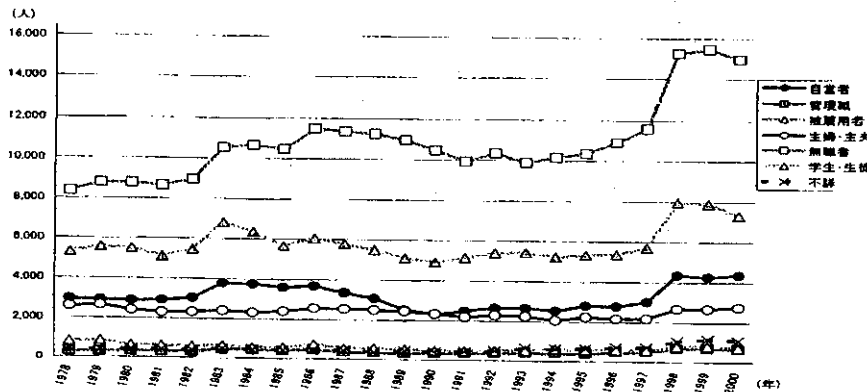


図4. 職業別自殺者数の推移

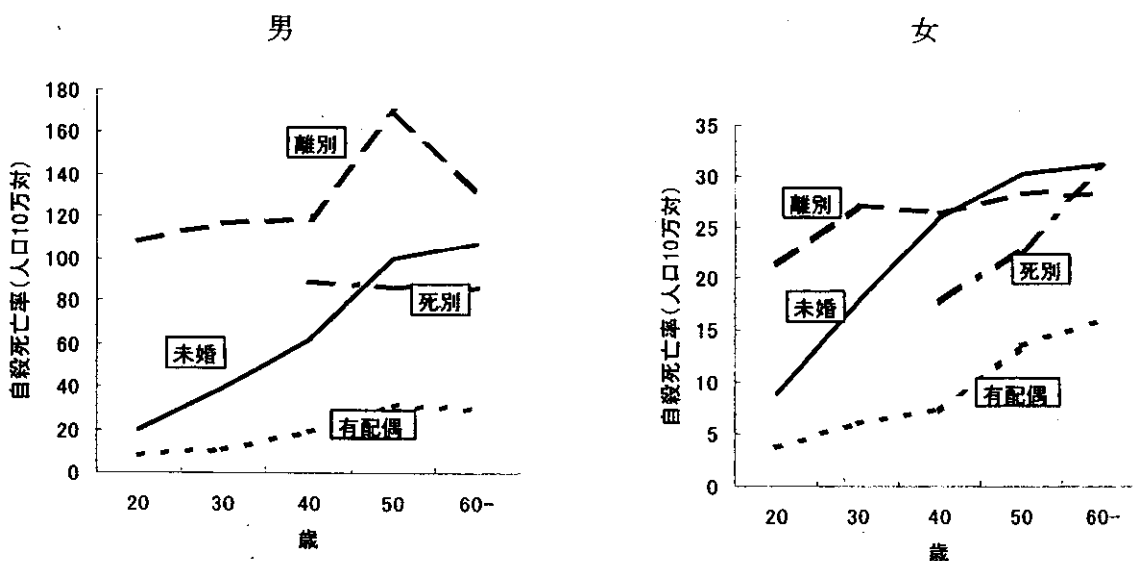
資料 警察庁生活安全局地域課「平成12年中における自殺の概要」(平成13年8月)

(第4回自殺防止対策有識者懇談会資料(川上委員):文献2)

7. 性別年齢別配偶者関係別自殺死亡率

平成7年厚生労働省人口動態特殊報告によると、有配偶者にくらべて死別および離別者の自殺死亡率は、男性で4~6倍、女性で2~3倍高い。特に男性30~59歳では離別者における自殺死亡率が顕著に高い。

性・年齢(10歳階級)・配偶者関係別自殺死亡率(人口10万対) —平成7年—



注) 死別の「20-29歳」「30-39歳」は、死亡数が少ないため掲載していない。

(第3回自殺防止対策有識者懇談会資料(三沢委員):文献3)

8. 自殺と精神医学的要因

Tamakoshi ら⁴⁾の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。高橋ら⁵⁾の報告によると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 倍であった。飛鳥井⁶⁾の研究によると、生命的危険性の高い手段により自殺を図ったものの幸い救命された者のうち、統合失調症(精神分裂病)及び近縁疾患、内因性うつ病、アルコール、薬物性障害をあわせた狭義の精神疾患を有する者の割合は 75%と報告されている。

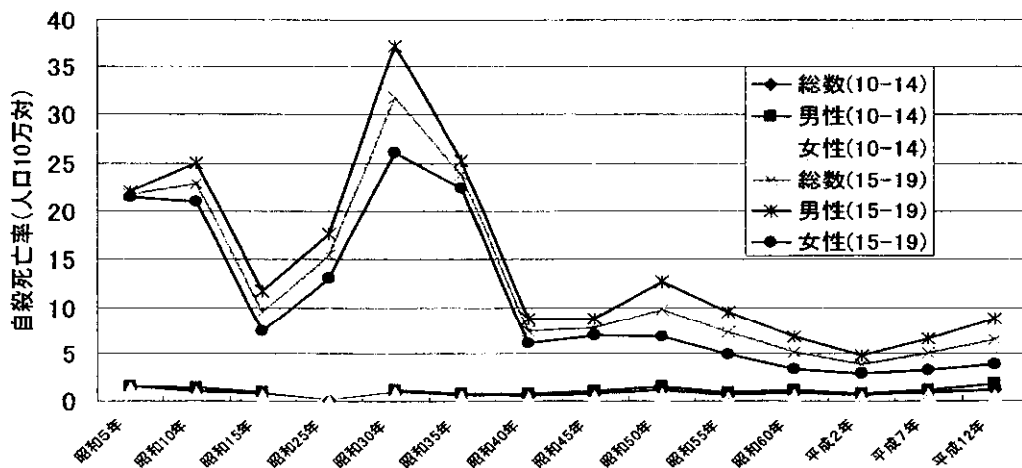
9. 援助希求行動・受診行動

Ono ら⁷⁾の報告によると、ある地域の高齢者で、死あるいは自殺についてこれまでに考えた者は 12%、2 週間以上考えた者は 3%で、死あるいは自殺についてこれまでに考えた者のうち 23%が医師に、20%が家族にそのことを相談していた。平野ら⁸⁾の報告によると中小企業の勤労者男性の 9.5%が、最近死にたいと思うことがあったかという問いに対し、「いつもある」、「しばしばある」、「時々ある」と答え、30代、40代では 1 割を超えていた。女性は約 12%であった。死にたい気持ちを克服できた理由として、男性の 15.7%、女性の 36.8%が相談者や支援者がいたとし、男性の 5.0%、女性の 3.2%が医療機関を受診したとあげていた。

10. 児童・思春期 ～ 自殺死亡率年次推移

厚生労働省人口動態統計によると、15歳～19歳の自殺死亡率は、昭和30年をピークに下がるが、平成2年ごろより再び増加している。

性別自殺死亡率の年次推移 (10歳～19歳)



(出典 厚生労働省人口動態統計)

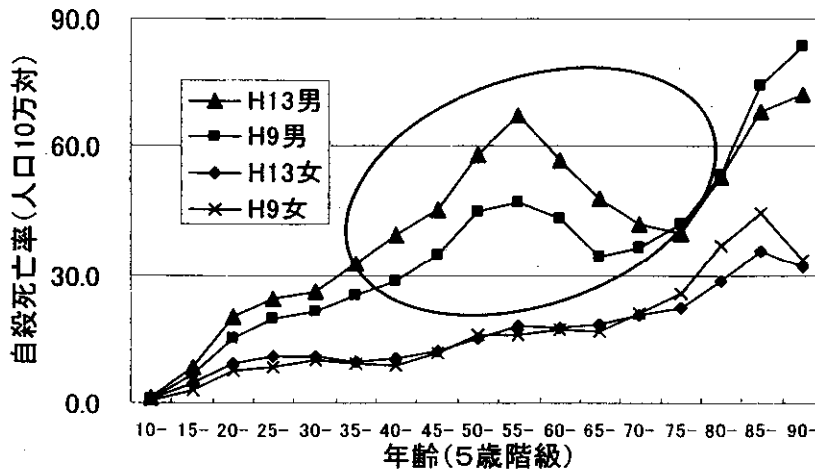
11. 児童・思春期 ～ 親の自殺死による子どもへの心理的影響

あしなが育英会の平成13年調査⁹⁾によると、約3割の子どもが「自分のせいで親が自殺をした」「遺された親も自殺するのではないかと感じ、約2割の子どもが「自分も死ぬのではないかと不安を抱いている。

1.2. 中高年男性

厚生労働省人口動態統計によると、近年の自殺の急増は、中高年男性の自殺の増加に負うところが大きい。平成13年、警察庁「自殺の概要」によると、自殺した40～59歳男性で遺書のあった者の約50%が自殺の原因・動機が経済・生活問題、約25%が健康問題であった。

性別年齢別自殺死亡率の変化（平成9年と平成13年）



(出典 厚生労働省人口動態統計)

1.3. 自殺の社会経済的影響

我が国においては、自殺死亡率あるいは自殺死亡数の年次推移は総負債額や完全失業率と一致している。一方、金子¹⁰⁾によると、我が国において、自殺死亡率と失業率のみの分析では相関関係を示すが、ゆとりの有無やストレスの有無を考慮して、分析すると必ずしもこれらは相関していないと報告されている。

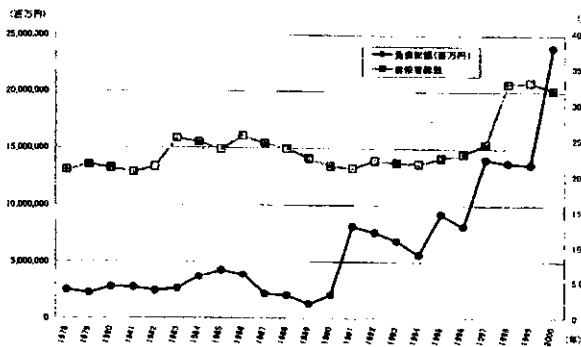


図11. 負債総額と自殺者総数の推移

資料 日本西エリサーチ、労働厚生省安全局編纂「平成12年中における自殺の概要」平成13年8月

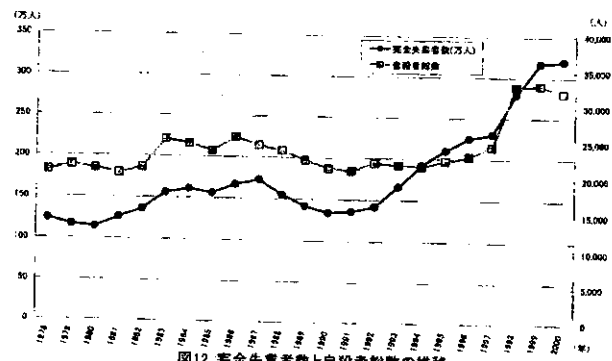


図12. 完全失業者数と自殺者総数の推移

資料 総務庁編「総務省」労働力調査、労働厚生省安全局編纂「平成12年中における自殺の概要」平成13年8月

(第4回自殺防止対策有識者懇談会資料(川上委員):文献2)

また、平成11年の旧労働省からの「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及び認定件数が増加している。

精神障害等の労災補償状況

(件)

		S58~H8	H9	H10	H11	H12	H13
精神障害	請求件数	93	41	42	155	212	265
	認定件数	9	2	4	14	36	70
うち自殺(未遂含む)	請求件数	49	30	29	93	100	92
	認定件数	4	2	3	11	19	31

注) 認定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。

(第4回自殺防止対策有識者懇談会資料(保原委員): 出典 厚生労働省労働基準局)

金子¹⁰⁾によると、自殺によって亡くなられた方が、もし生きて働いた場合に得られたはずの所得、すなわち自殺による社会的な生涯所得の損失((労働者個人レベルの生涯所得の損失×労働者の自殺死亡数+自営業者個人レベルの生涯所得の損失×自営業者の自殺死亡数))の概算(名目値)は、自殺死亡数が急増する前は、年間約1兆7,000億円(平成7年から平成9年の平均)であったが、最近では、年間約2兆5,000億円(平成10年から平成12年の平均)となっている。

14. いのちの電話相談

平成13年度12月1日~7日に実施したフリーダイヤル方式の相談電話「自殺予防いのちの電話」(厚生労働省補助事業)では、総受信相談件数は男性3,742件、女性5,605件で、うち「自殺を考えている(念慮)」、「自殺の可能性が高い(危険)」、「自殺することを告げる(予告・通告)」、「自殺をしている方(実行中)」の割合は、男性では34%、女性では32%であった。このうち、男女とも孤独や生き方等「人生」の問題と「精神・保健」の問題に関連した訴えが多くなっていた。

自殺志向者の性別問題別電話相談

	念慮		危険		予告・通告		実行中		総計
	男	女	男	女	男	女	男	女	
人生	560	565	81	80	43	14	6	6	1355
家族	49	225	5	20	1	2	0	0	302
男女	11	37	2	5	0	0	0	0	55
夫婦	28	136	2	10	0	1	0	0	177
対人	30	63	2	1	1	0	0	0	97
精神・保健	265	431	22	60	7	6	0	4	795
教育	8	20	1	6	1	0	0	1	37
性	7	7	0	1	0	0	0	0	15
法律・経済	79	55	5	4	2	0	0	0	145
情報提供	11	11	7	1	0	0	0	0	30
その他	14	4	0	1	8	2	0	0	29
総計	1062	1554	127	189	63	25	6	11	3037

(第2回自殺防止対策有識者懇談会資料(斎藤委員): 文献11)

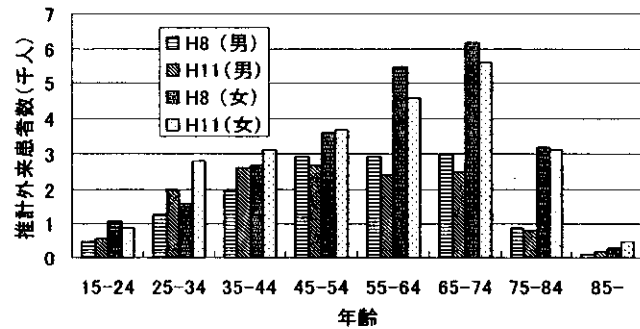
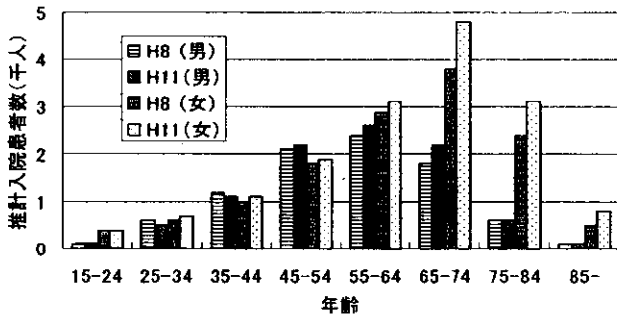
16. 抑うつ状態・うつ病

平成11年厚生労働省患者調査によると、躁うつ病を含む気分障害による推計入院患者数は約2万6千人、推計外来患者数は約3万9千人であった。高齢者女性に患者が多い傾向がある。

平野ら⁸⁾の報告によると、自己評価式抑うつ性尺度による調査では、中小企業の勤労者の男性では約50%、女性では約60%が軽症も含めた抑うつ状態である。

気分障害による推計入院患者数(千人)

気分障害による推計外来患者数(千人)

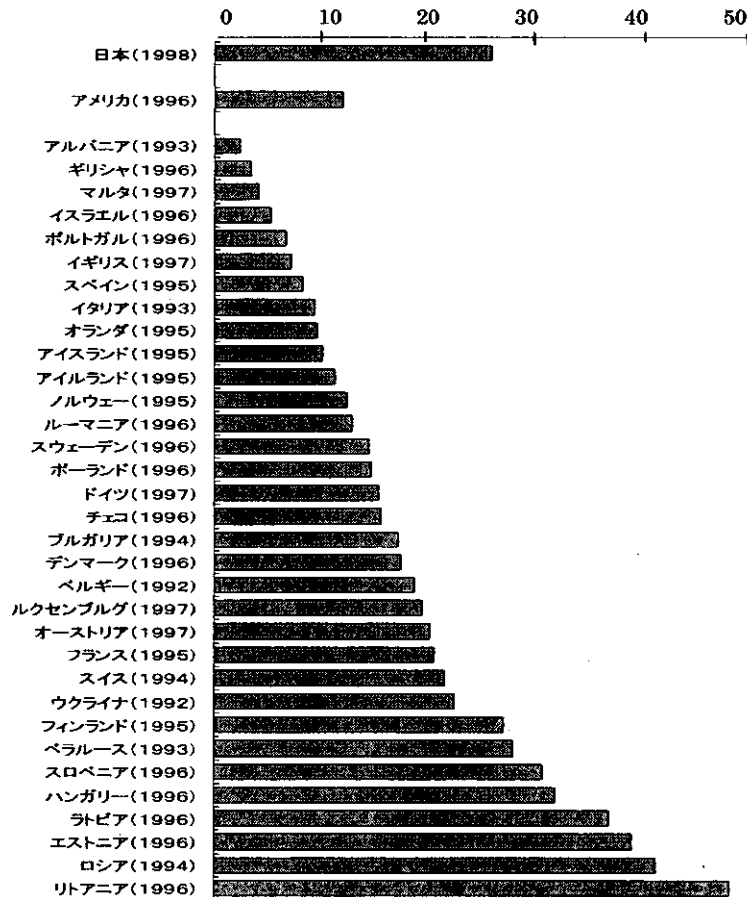


(出典 厚生労働省患者調査)

17. 各国の自殺死亡率

先進国と比べると我が国の自殺死亡率は、高い傾向がある。

世界の自殺死亡率の比較
(人口10万人あたり)



(第2回自殺防止対策有識者懇談会資料(高橋委員): 文献12より高橋委員が作製)

参考資料 海外等における自殺予防対策

(第4回自殺防止対策有識者懇談会(川上委員)資料、第5回自殺防止対策有識者懇談会(金子氏)資料より一部抜粋)

1. フィンランドの自殺予防対策

フィンランドでは1985年に自殺死亡率を20%減少するとの目標が設定され、4年間の調査研究の成果に基づいて1992-1996年に自殺予防対策が国レベルで実施され、さらに1997-1998年にその評価が行われた¹³⁾。自殺予防活動は国から委託を受けたセンター(STAKES)によって運営され、関係者・関係機関とのネットワーク形成、講義・ワークショップの開催、自殺未遂者の支援等40のプロジェクトが実施された。最終的に自殺死亡率は対策実施前から9%減少した(最盛期に比べると20%の減少)。

2. 米国のうつ病の教育・啓発事業 (Depression/Awareness, Recognition and Treatment (D/ART) 事業)

1988年から米国国立精神保健研究所(NIMH)によって実施されたうつ病の教育・啓発事業。①うつ病の症状とこれに対する治療があることを一般住民に知ってもらう、②一般住民のうつ病に対する態度や偏見を変えて、うつ病を「人間としての弱さ」ではなく病気としてとらえることを促す、③一般住民と専門家のうつ病に関する行動(受診行動や診断・治療)を変えることを目標とした¹⁴⁾。全米で18カ所で保健医療スタッフに対する2日間の講習会が実施された。アイオワ州の事例では、医師を含む1221名の保健医療スタッフへ講習会が実施され、保健医療スタッフのうつ病に対する知識が改善した¹⁵⁾。うつ病の一般医での診断や診療が推進される等の成果があがった。

3. 米国のうつ病のスクリーニング事業 (National Depression Screening Day)

1991年に米国精神医学会とマクリーン病院とによって開始され、毎年実施されている、「自発的な参加者に対する」うつ病のスクリーニング事業。1994年には全米50州の2000カ所(多くは病院)でうつ病のスクリーニングを実施。数多くの参加者が専門的診断を受けるように勧められ、うち6割が医療機関を受診し、受診した者の8~9割がうつ病の診断を受けている¹⁶⁾。1996年には2800カ所で実施され、85000人が参加し同様の効果があった¹⁷⁾。

4. 英国のうつ病対策キャンペーン (Defeat Depression Campaign)

王立精神科医協会(Royal College of Psychiatrists)と王立家庭医協会(Royal College of General Practitioners)が中心となって1992-1996年の5年間に実施された全国レベルのうつ病対策キャンペーン。①うつ病に対する一般市民の理解を促し、受診行動を促進する、②一般医に対するうつ病の診断と治療に関する教育、③うつ病に対する偏見をなくすを目標とした。一般市民に対する小冊子、カセットテープの配布、新聞、ラジオ、テレビのメディアによる情報の提供(うつ病経験者の出演を含む)、「老年期のうつ病」「職場のうつ病」「産後うつ病」等のテーマごとの出版物、うつ対策強化週間(Defeat Depression Action Week)の開催を実施。一般医に対しては、

うつ病の診断治療のための本や教育用ビデオの配布等。これらの活動により、期間中にうつ病に対する偏見が減少、一般医への受診に対する認識が向上した¹⁸⁻²⁰⁾。一部の地域では自殺死亡率の減少も観察された。

5. スウェーデンの自殺予防対策

欧州の中で、自殺死亡率が高いスウェーデンにおいて、1993年、カロリンスカ医科大学（研究所）公衆衛生科学部内に「国立自殺と心の病に関する研究・防止対策センター」(The National Center for Suicide Research and Prevention of Mental Illness-Health) が設立され、政府による心の病に対する一般の理解とその予防、こうした活動を通じた自殺予防に関する積極的な対応が行われている。センターの役割は、研究者や医師のみならず国民に対する自殺予防対策等に関する普及・啓発である。スウェーデン「国立自殺と心の病に関する研究・防止対策センター」の主な自殺予防プログラムは、自殺予防の危機介入に従事している医師、心理学者、カウンセラー、ソーシャルワーカーや保健医療従事者に対する研修、精神科医や開業医のための専門的な自殺学講座等である。1990年頃の男性の自殺死亡率は、人口10万人対25人前後であったのが、2000年では20人まで下がった。

6. オーストラリアの自殺予防対策

1992年に国の第一次精神保健対策に始まり、一環として自殺予防対策も行われた。1998年の第二次精神保健対策では、精神保健対策が国の優先事項と位置づけられ、2000年から自殺予防対策が強化された(Living Is For Everyone (LIFE))。自殺予防の正しい知識の普及・啓発、一般医や保健医療従事者、少年院職員や児童生徒に関わる者への研修等を行っている。また、学校における自殺予防教育のための教材や自殺予防対策のハンドブックを作成し、普及している。自殺予防に関してメディアの影響力が大きいいため、ジャーナリズムを学ぶ生徒やメディアの仕事に関わる人に対しての自殺予防や精神疾患等の情報を提供している。自殺予防対策と同時に、2000年からうつ病対策(beyondblue)も行っている。

7. 新潟県松之山町の自殺予防対策

昭和61年(1986年)から新潟県松之山町において、高齢者の自殺の背景にうつ病があることに注目した自殺予防活動が行われている。大学の精神科医、町内の診療所医師や保健師等の連携で、うつ病の程度についてのスクリーニング検査、該当者に対する面接、うつ病を診断、継続的なフォロー等を行っている。これらの活動の結果、自殺予防活動前17年間の松之山町の自殺死亡率については、10万対434.6人であったが、10年の活動後は123.1人と激減した。近隣の町村における自殺死亡率に比較しても、有意な変化が認められた⁵⁾。

(引用文献)

—資料編—

1. 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 2000; 14: 222-230.
2. 赤築綾子, 永田頌史. 日本における自殺の特徴—近年の日本における自殺の動向について—. 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, pp172-195.
3. 厚生省. 自殺死亡統計. 人口動態統計特殊報告. 厚生統計協会, 1990.
4. 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: 173-8.
5. 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.
6. 飛鳥井望. 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経学雑誌 1994; 96: 935-939.
7. Ono Y, Tanaka E, Oyama H, Toyokawa K, Koizumi T, Shinohe K, Satoh K, Nishizuka E, Kominato H, Nakamura K, Yoshimura K. Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2001; 55(6): 605-10.
8. 上畑鉄之丞, 平野かよ子. 平成 13 年度「地域における自殺防止対策と自殺防止支援に関する研究」研究成果報告書, 国立公衆衛生院, 2002.
9. 副田義也. 自死遺児の心の傷とケアに関する調査・研究. あしなが育英会, 2002 年 4 月.
10. 金子能宏. 自殺による社会的な生涯所得の損失と自殺防止対策の効果. 第 5 回自殺防止対策有識者懇談会, 厚生労働省, 2002.
11. 「フリーダイヤル」—自殺予防いのちの電話—実施報告書. 日本いのちの電話連盟 2002.
12. World Health Organization: Figures and facts about suicide. WHO: Geneva. 1999.
13. 大久保利晃, 藤代一也, 織田 進. フィンランドにおける自殺予防(1986-1996). 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, pp 6-11.
14. 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(11): 1351-7.
15. O'Hara MW, Gorman LL, Wright EJ. Description and evaluation of the Iowa Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program. Am J Psychiatry. 1996; 153(5): 645-9.
16. Greenfield SF, Reizes JM, Magruder KM, Muenz LR, Kopans B, Jacobs DG.

Effectiveness of community-based screening for depression. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(10): 1391-7.

17. 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(11): 1867-9.
18. 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.
19. Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*. 1998; 173: 519-22.
20. Rix S, Paykel ES, Lelliott P, Tylee A, Freeling P, Gask L, Hart D. Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign. *Br J Gen Pract*. 1999 ; 49(439): 99-102.

—本文—

高橋祥友. 自殺のサインを読みとる. 講談社, 2001.

高橋祥友. 青少年のための自殺予防マニュアル. 金剛出版, 1999.

高橋祥友. 群発自殺. 中央公論社, 1998.