

富山大学自殺防止対策システムの構築と評価 －自殺関連行動への介入事例の質的分析を中心に－

富山大学保健管理センター
斎藤清二

Construction and Assessment of the Suicide Prevention System in University of Toyama
－ A Quantitative and Qualitative Analysis of Interventions for the Students with Suicide-related Behaviors －

Seiji Saito

Center for Health Care and Human Sciences, University of Toyama.

はじめに

大学等の高等教育機関にとって、在籍する学生（以下「大学生」という表現で代替）が健康で有意義なキャンパスライフを送り、社会に参入していく過程を支援することは重要な責務である。本邦における大学生の自殺に関する包括的な統計情報は、必ずしも十分ではないが、内田による21年間（1985-2005）の国立大学生の退学・休学に関する集計によれば、大学生の自殺は10万人に対して13.4人/年であり、近年はおおよそ10-15人前後を推移している¹⁾。大学生の自殺率に近年大きな変化はないが、事故死や病死が一貫して減少傾向にあることや、高齢者の自殺が減少傾向にあることと考えあわせると、大学生の自殺予防は、依然として最重要課題である。

本邦における大学生自殺予防の取り組みは、各大学によって個別に行われてきたが、2014年に日本学生相談学会がガイドラインを公表するなど、個々の大学の壁を越える努力もなされるようになってきた²⁾。しかし本邦での、大学生の自殺への予防的介入に関する実証的な研究報告はほとんどないのが現状である。そのような状況の中で、富山大学は2010年から2012年までの3年間、大学内に自殺防止対策室を設置し、系統的な自殺防

止対策に取り組んだ。本稿では、富山大学における3年間の取り組みの概略を報告するとともに、その経験に基づいて、大学生の自殺予防についての考察と提言を試みる。

富山大学自殺防止対策室の設置とシステムの構築

富山大学は、3つのキャンパスと8つの学部からなり、学部生、大学院生を含めて約10,000人の学生を擁する国立大学法人である。2008年度に4人、2009年度に3人の学生の自殺が発生し、この2年間に限って言えば学生の自殺率は、全国平均の3-4倍に達していると判断された。役員会はこの状況を重視し、2009年12月に、担当理事室の直属機関として「富山大学自殺防止対策室」（以下対策室）を設置した。対策室長は医学薬学研究部教授が担当し、副室長として学生支援担当副学長（学生支援センター長）、保健管理センター長、室員として、附属病院精神科医、保健管理センター内科医、専任カウンセラー等の専門家、および事務担当によって構成された。

対策室は、2010年度から本格的に事業をスタートさせることを目標に、何度かの予備的な会議を経て事業計画を策定した。対策室の活動の暫定的なビジョンを示すスローガンとして、「危険な学

生への接触を密に。救いを求める叫びをキャッチ」が採用された。この目的を達成するために、1) 学生なんでも相談員の配置となんでも相談窓口の設置、2) 自殺既遂者の背景情報の収集と解析、3) 入学時の学生オリエンテーションでの自殺予防の啓蒙、4) 自殺防止対策FD研修会の実施（各学部教授会、役員会、新任教員対象の研修会、外部講師による講演会等）、5) 「自殺・自殺未遂危機対応マニュアル」の作成と配布、の5つの活動が企画された。

上記の活動のうち最も中核となるものは、「学生なんでも相談員」と呼ばれる専門職能集団を、三つのキャンパスに配置することであった。当初、「なんでも相談窓口」は各学部の事務職員が担当し、そのために生ずる業務に対する補助予算を各キャンパスに配分するという方針が提案されたが、これに対して各学部担当からの強い異論が提出された。その趣旨は「現場の窓口には、少数ではあるが自殺の危険性の高い学生が相談に訪れる。現場は、そのようなハイリスクの学生に適切に対応できる専門性をもった人材の配置を望んでいる」というものであった。対策室は現場からの提案を採用し、専門職能をもった人材（臨床心理士、精神保健福祉士、看護師、特別支援学校教諭等）をコーディネーターとして、各キャンパスに配置することにした。特に中央部門となる学生支援センターのなんでも相談窓口には、臨床心理士とソーシャルワーカーを配置し、対策事業全体の統括を行えるように体制を構築した。配置されたコーディネーターの業務内容は、以下の5つとした。

1) 今まで事務職員が兼務していた「学生なんでも相談窓口」業務をそのまま引き継ぎ、手続きの質問等から悩み相談まで広く対応する（なんでも相談機能）。2) 直接面談だけでなく、メールや電話、SNS等を通じた質問・相談も受ける（マルチアクセス機能）。3) 相談に来ている学生の守秘義務を守りながら、同意を得て教職員や保護者、他専門機関と連携をし、包括的サポートを図る（チームサポート構築機能）。4) 学生本人からの相談を受けると共に、保護者や教職員から

の学生に関する相談も積極的に受け付け、学生へのサポーター（保護者、教員、職員、友人など）をサポートする（メタサポート機能）。5) 状況に応じて、アウトリーチ（出前相談、自宅訪問、学内外専門機関への同行等）も行う（アウトリーチ機能）。

自殺防止対策事業のもう一つの重要な戦略は、狭義の自殺予防に限定されない、幅広い学生支援システムとしての連携ネットワークを大学内に構築することであった。富山大学には、学生の健康管理やメンタルヘルス相談・カウンセリングを担当する保健管理センター、発達障害を含む障害のある学生への支援を専門的に行うアクセシビリティ・コミュニケーション支援室（HACS: Hub for Accessibility and Communication Support）³⁾ がすでに設置されており、対策室はこの二つの専門機関との緊密な連携を保ちつつ活動することを基本的な方針とした。また、対策室の副室長を保健管理センター長、HACS室長が兼任し、ハイリスクの学生の情報を、定例ミーティング、公式あるいは非公式の事例検討会、学生支援の目的で開設されている大学構成員限定のソーシャルネットワークングサービス（PSNS: Psycho-Social Networking Service）等の情報共有の機会を最大限に活かすことが可能な体制を構築した。

さらに、学生の就職活動を支援するキャリア・サポートセンター、事務部門である学務部学生支援グループ（現学生支援課）、多くの場合学生についての直接の情報窓口となる学部教務担当とも、具体的な学生についての情報共有・連系を行った。

これらの体制は、2010年の半ばにはほぼ完成し、その後、室員、コーディネーター等の少数の人員の入れ替え以外は、事業が終了する2013年まで変更なく継続された。

自殺関連行動（ハイリスク学生）への介入への基本的な考え方

1) ゲートキーパーモデル

自殺防止対策室がスタートした時点では、この

事業における自殺予防への基本モデルが確定していたわけではなかった。暫定的なビジョンである「危険な学生への接触を密に。救いを求める叫びをキャッチ」は、自殺ハイリスクの学生は救いを求めているが、これまでその救いを適切に拾い上げるシステムが大学内に存在しなかったという認識を前提にしている。自殺ハイリスクの学生をいかにして拾い上げ支援システムにつなげるかという問題に対して、対策室が最初に採用したモデルは、当時内閣府の肝いりで全国的に展開していた自殺防止対策事業の基本的考え方である、「ゲートキーパーモデル」⁴⁾であった。この考え方によれば、自殺対策におけるゲートキーパーの役割は、心理社会的問題や生活上の問題、健康上の問題を抱えている人や、自殺の危険を抱えた人々に気づき適切にかかわることであるとされる。ゲートキーパーの役割としては以下の項目が重要とされる。①気づき：家族や仲間の変化に気づいて、声をかける。②傾聴：本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける。③つなぎ：早めに専門家に相談するように促す。④見守り：温かく寄り添いながら、じっくりと見守る。

一般のコミュニティにおいては、プライマリ・ケア医、学校教員、地域住民などの非常に幅広い人材に対してゲートキーパーの役割が期待されている。大学においては、教員、事務職員、友人などの大学生、さらには地域住民（アパートの管理者や家主など）にその役割が期待される。その趣旨に基づいて、対策室では教員や事務職員、さらには保護者や地域住民を対象にした、自殺予防対策セミナーの開催や、パンフレットなどによる啓蒙活動を行った。この成果は一定程度達成されたと思われるが、ゲートキーパーがハイリスクの学生を把握した時に、危機介入を行う専門チームへの連携と、その後の継続性のある支援をどのように行うかが次の課題となった。

2) “心の苦痛 (Psychache)” モデル

前述のゲートキーパーモデルは、「自殺の危険因子の最大のもは精神疾患、特にうつ病である」という考え方を基本に持っている。したがって、

このモデルにおける活動は、「うつ病についての基本的知識を身につけ、早期に専門家（精神科医）につなぐ」というプロセスが主体となる。しかし大学のキャンパスにおいて、実際に自殺ハイリスクの学生への支援的介入を行う場合、このモデルだけでは十分ではないという実感があった。その理由として、1) 自殺の原因としてのうつ病の重要性は、これまで過大評価されてきた、という指摘がある。例えば、うつ病者の生涯自殺率は長いこと15%前後であると言われてきたが、米国における近年の実証的研究によると、うつ病者の生涯自殺率は3%前後と試算され、これは、通常の約3倍高い危険性であるとはいえ、うつ病の人の97%は自殺ではない理由で死ぬということの意味している⁵⁾。2) ハイリスクの学生を精神科医につないでも、それだけでは自殺減少効果があるかどうかは実証されていない。実際に自殺予防対策事業開始以前の富山大学における自殺既遂学生の中には、精神科等の専門機関にすでに受診中であつた者が少なからず認められる。3) 自殺行動とうつに対する薬物治療についての近年の系統的レビューによれば、少なくとも若年者への抗うつ薬投与は、自殺関連行動を減少させず、むしろ増加させている可能性がある⁶⁾。以上のような観点から、少なくとも大学キャンパスにおける自殺予防対策の基本モデルとして、「うつ病の早期発見、早期治療」のみを採用することは不十分であると考えられた。それに変わって、対策室が採用したのは、自殺学の父と呼ばれたShneidmanが提唱した、psychache（心の苦痛）モデル⁷⁾である。

Shneidmanはその著書において以下のように述べている。「自殺してしまった人に感情移入することはできるのだが、まだ実行されていない自殺の計画は何としても食い止めなければならない」。「自殺を考えるのは、本質的に誤った（あるいは異常な）ことではない。自殺が唯一の解決法であると考えただけが異常なのである」。「自殺に関する中心的な問題は死とか殺害とかではない。むしろ、耐えがたい苦痛 (pain) に関する意識を止めることであり、残念なことに、それは

命を絶つことを本質的に意味している」。「自殺に関しては、「死」はキーワードではない、キーワードは心の苦痛 (psychache) なのだ」。「心の苦痛が和らげられれば、生き続けたいと思うだろう。誰も苦痛を望まない。ただ自分を苦しめている苦痛から逃れたいと思っているだけなのである」。

上記のモデルに従い、対策室は、自殺予防のインターベンションにおいて、「相談者の「心の苦痛」を和らげるような関わり」を継続的に行うことを基本姿勢とした。

3) 弁証法的行動療法モデル (DBT model)

Linehan は自殺関連行動に対する心理療法的介入戦略として、以下のような3段階の介入法を提案した⁸⁾。ステップ1: 「自殺関連行動」へ焦点をあてた介入。このステップでは、自殺ハイリスク状態に広くみられる致死性 (suicidality) と焦燥感をできる限り低下させることを目指して関わる。現実的に自殺を実行する危険性を低下させるためのあらゆる手段を用いるとともに、「心の苦痛への対処法として自殺以外に選択肢がない」という視野狭窄の心理状態を脱することをとりあえずの目標とする。ステップ2: 「つながりにくさの軽減」へ焦点をあてた介入。自殺ハイリスクの学生は、多くの場合周囲から孤立している。このひとつの要因として、周囲に支援を求めることが本人にとって難しいということがある。支援者は本人を中心においたネットワークの構築を目指すとともに、本人との支援関係、治療関係を強化しつつ、そこを起点として本人と大学関係者、保護者、コミュニティのリソース等とのつながりを強化する方向で介入することになる。ステップ3: 「生きにくさの軽減」へ焦点をあてた介入。とりあえず急性の危機的状態を脱し、支援のネットワークの構築、本人との治療関係が成立した状態で、初めて本人がそれまで抱えてきた「生きにくさ」への心理的介入が可能となる。自殺関連行動を軽減することに有効であることが実証されている心理療法は複数あるが、主としてストレス対処スキル、人間関係形成スキルの修得等に焦点が当てられる。Linehan が提唱した弁証法的行動療法

DBT (dialectic behavioral therapy) は、主として境界性人格障害のクライアントに頻繁に見られる衝動的な自殺関連行動に対する有効性が実証されており、大学キャンパスにおいてこのような本格的な心理療法を行うことは難しいが、そのエッセンスは現場における支援にも有効であると思われる。

上記のLinehanのモデルは、大学キャンパスにおいて実際にハイリスク学生に介入する際に準拠すべきモデルとしては、現実的有用性をもっていると思われる。初期の自殺実行防止の緊急的介入、ネットワーク構築のための本人と環境への双方向の働きかけ、危機を脱した後も継続する長期的な関わりとの3つのフェーズをある程度区別して整理しつつ、時期と状況に応じて組み合わせる介入を考えることは、介入の方針をたてる際にも、介入の評価を行う際にも有用であると思われる。

自殺防止対策事業の評価

WHOが2014年に発行した「自殺を予防する世界の優先課題」⁹⁾によれば、「自殺予防活動はデータ収集と同時に起こされる必要がある」ことが強調されている。また予防活動戦略の進捗を測定する指標には、1) 自殺死亡率の減少割合、2) 成功裏に実施された自殺予防介入の数、3) 自殺企図による入院数の減少、が含まれるとされる。自殺予防の介入の効果を、エビデンスに基づく実践の観点から評価する場合、ある介入が自殺予防に有効であるかどうかを評価するための研究として、もっとも客観性が高いデザインは、RCT (無作為割り付け試験) である¹⁰⁾。しかし、富山大学の事業を含めて、実際の現場において、自殺の危険性のある大学生をくじは引きで二群に割り付けるなどということは不可能だろう。

もうひとつの問題は、もしそれができたとしても、実験デザインの検出力の問題がある。自殺既遂が実際に起きる可能性は非常に小さい (通常1万人に対して年間1人程度) ので、数年間の事業において、年間数人の自殺者を減少させた

しても、それは統計上有意とは認められない可能性が高い。そのために、近年のエビデンスに基づく自殺学においては、研究におけるアウトカムを自殺既遂の数の減少におくのではなく、自殺実行の危険因子である「自殺関連行動」の減少に設定する場合がほとんどである。もちろんこのことには意味があるが、それでも、自殺関連行動の減少が直接自殺の減少に結びつくかどうかの実証は未だなされていないという問題がある¹⁰⁾。

上記を考慮し、本自殺予防対策事業の効果を評価する指標を以下の項目とした。1) 自殺既遂学生数の変化。2) 自殺関連行動を呈した学生をハイリスク学生と定義し、支援的介入を行った学生数。3) 支援的介入を行った学生の経過と予後についての質的分析。

なお、量的な指標については、すでに八島らが報告しているが¹¹⁾、これは2012年までの集計に基づいていたため、今回は2013年3月までの数値を記載する。

1) 自殺既遂学生数の変化

自殺防止対策事業が正式に稼働していた2010年4月から2013年3月までの3年間の富山大学における自殺既遂学生は4名(2010年度2名、2011年度0名、2012年度2名)であった。これらの4名は、自殺防止対策室のみならず、保健管理センター、HACSのいずれにおいても支援を受けていない学生であった。3年間の富山大学における自殺既遂学生数は約1.3人/年/1万人となり、これは、対策事業開始前の2年間(2008年4月から2010年3月まで)の3.5人/年/1万人と比較すると、約三分の一に減少していたが、絶対数が少ないために統計的に有意差はなく、また内田らの報告による国立大学生の平均と比較してもほぼ同じ自殺率にとどまった。もともと個別の大学レベルの集団においては、年度によって自殺者数が変動することは珍しくなく、三年間の自殺学生数の減少が、対策事業の効果であるかどうかの評価は難しいと判断するべきであろう。

支援介入を行ったハイリスク学生の数

学生なんでも相談窓口の活動が全て自殺防止対策の予防に関わっているわけではないが、相談件数の増加そのものは、個別の予防の機会を広げると考えられる。学生なんでも相談窓口の相談件数は、2010年度延べ件数1,878件、実人数215人、2011年度延べ件数3,859件、実人数503人、2012年度延べ件数5,403件、実人数605人であった。全学生の5%前後が学生なんでも相談を利用していたと考えられる。

学生なんでも相談窓口を訪れる学生のうち、自殺関連行動がある学生をハイリスク学生と定義した。自殺関連行動とは、以下の行動のうち少なくとも一つが認められたものとした。自殺念慮(suicidal ideation)、自殺企図(suicidal attempt)、自傷行為(self-injury)、過量服薬(over-doze)。学生なんでも相談窓口によるハイリスク学生への支援件数は、2010年度延べ件数290件、実人数20人、2011年度延べ件数662件、実人数32人、2012年度延べ件数883件、実人数37人であった。介入的な支援を行った学生は、全学生の約0.2-0.3%ということになる。なお、これらのハイリスク学生の中からは、2013年3月までの間に、自殺既遂に至った例はない。

自殺関連行動への介入事例の質的分析

2010-2012年度に、富山大学自殺防止対策室がかかわった学生のうち、自殺関連行動を認めた学生38例を対象とし、介入学生に関するテキストデータを、面談記録、報告文書、カンファレンスの記録、学内SNSやメール等のログ等から収集した。ほとんどのケースにおいて研究発表の同意をとることが現実的ではないため、個人情報を含めた上でストーリー化し、複数のストーリーにおける共通点と相違点を比較検討し分析し、富山大学における自殺防止対策活動を特徴づける概念を構成した。テキスト分析の結果、以下の4つのカテゴリーが構成された。

1) カテゴリー1：「甚だしい心の苦痛」

自殺関連行動を呈した学生の個々の背景は多様であったが、共通して語られたのは「甚だしい心の苦痛」であった。学業不振や特定の対人関係トラブルなどの具体的なエピソードが誘因となっているケースもあったが、漠然とした「生きにくさ」のみを訴えるケースもあった。過去のいじめ被害の体験や、家族間でのトラブルなどの体験が重なることによって、苦痛が増強していると考えられるケースがしばしば見られた。「甚だしい心の苦痛」への対処法の選択肢が制限されている状況では、「意識を止めること＝自殺」が唯一の対処法になっていることが、学生自ずからの語りから見て取れた。以下は、PSNSに投稿された、あるハイリスク学生の日記の一部であり、そのような心境を明瞭に描き出している。

死ねる薬が欲しい。

薬自体で死ねるんならなおよし。

頭壊れて迷わず飛べるように、
迷わず切れるようになる薬でもいい。

とにかく。

死にたいんじゃないけど

生きていたくない

意識をもちたくない

考えたくない

考える機能が止まってくれたらなんでもいい

壊れる思考回路

止まれ

2) カテゴリー2：「ここには助けてくれる人がいる」

入学時のオリエンテーションや、学生支援システムについての情報提供が、学生が支援システムを利用する契機として有効に働いていると考えられるケースが複数認められた。

以下は、一時期自殺念慮を呈した学生の卒業開

際の面談での語りである。

1年生の入学式のオリエンテーションで、心の問題のことや、相談窓口のことの説明があつて、そういう問題があるのか、とか、そういう時には相談にいける場所があるんだということが分かって、とても新鮮だった。それまで自分は健康（正常）だと思っていたので、そういうことがあるということさえ知らなかった。PSNSにログインして日記を書いてみたら、管理者さんなどからたくさんコメントをもらって、ここには自分を受け入れてくれる環境があると感じた。2年生になって、色々なことで疲れ果てて、家から動けなくなって、自分を消してしまいたいということばかり考えていた時、相談するところがあるなら電話してみようと思ったのも、それがあつたから。

実際に、入学式のオリエンテーションの直後に「死にたい」という訴えを主訴に相談に訪れた学生もいた。それらのエピソードの概略を下記に示す。

A学部1年生男子：入学式当日の午後、母と共に相談室へ来室。オリエンテーションで、うつと自殺の話を知っていて、自分のことと重なり苦しくなった。同じオリエンテーションで相談窓口や支援のことも聞いていたので相談に来室した。現在の気持ちは大学をやめて死にたいということ。家族とも相談し、とりあえず休学し、自宅療養とする。電話等による定期面談を継続。その後地元でアスペルガー症候群の診断を受ける。希死念慮は軽快しつつあり、復学を目指して面談を継続したが、最終的には退学となった。

B学部3年生女子（編入生）：入学式から3週間後に相談室へ来室。大学に慣れようと努力したがうまくいかず、「人生最悪の選択をしてしまいたい」と感じ、オリエンテーションで「こ

の大学には学生支援システムがあることを聞いていた」ので来室したとのこと。過去にいじめを受けた経歴があり、時折強い希死念慮を抱く。修学支援とカウンセリングとを継続。不安定な状況が続くが、Webによる支援も併用しつつ、複数のチャンネルによる継続的な支援により、単位取得、インターンシップ、就職活動等をクリアし、卒業した。

カテゴリ3：「包括的ケアとしてのチーム支援」

多くの事例において、複数の支援者、学部教員、家族、友人等、が互いに情報共有、連携を行いつつ支援にあたっていた。長期にわたって支援が行われたケースでは、最終的には、ほとんどのケースで複数の関係者によるネットワークが形成されていた。ネットワークの形成には自殺防止対策室のコーディネーターの活動が大きく貢献していた。守秘義務をめぐる見解の相違や混乱は最小限に抑えられていた。専門医療機関へ学生をつなぐことは、介入の終着点とは考えられておらず、むしろ介入の出発点と理解されていた。一部の学生は、過去にすでに専門医療機関への受診歴があり、現在通院中の学生も見られた。

多くの事例において、精神科的診断（躁鬱病、人格障害、発達障害等）は必ずしも支援の方針を決める決定要因にはなっていなかった。それにもかかわらず、緊急時の連携先として、専門医療機関は重要な役割を果たしていた。以下に代表的な一例の概要を示す。

C学部3年生男子：対人関係の悩みで、学内相談機関でカウンセリングを受けていた。学業的には問題ないが、常に「生きにくさ」を感じており、時に自殺念慮を訴えていた。4年生になり、卒業研究に従事。研究室に数日姿を見せず、心配してアパートを訪れた同級生が、大量服薬し意識不明で倒れている本人を発見。救急車で搬送され入院。精神科医師、自殺防止対策室、保健管理センター、指導教員、家族が連携し対応。退院後1年間休学し、自宅療養を経て、社

会活動等に積極的に参加する経験を経て1年後に復学。卒業研究を終了し、就職活動で内定も取得し、無事卒業した。

カテゴリ4：「ハブ（結節点）としてのコーディネーター」

自殺防止対策室のコーディネーターは、当事者、複数の支援者、家族、大学教職員、地域のリソース等をつなぐ役割として有効に機能していた。特に、誰からも連絡がとれない孤立状況に陥った学生へのアプローチとして、コーディネーターによるアウトリーチの機能は貴重であった。また学内専門機関にいったんつながったのちに支援継続が中断してしまったケースが再び支援を受けるチャンネルとしても機能していた。代表的な支援事例を以下に示す。

D学部4年生男子：研究室の指導教員から、欠席過多の学生に「死にたい」と打ち明けられたとの相談が、自殺防止対策室に寄せられた。まずコーディネーター（以下Co）による教員への支援を開始。母親と教員の面談が行われ、Coは連絡調整しつつ、本人との面談の機会を待つ。その後Coが本人と直接面談。研究や対人関係で悩んでいること、マンションにいと飛び降りたい衝動にかられることなどが語られる。保健管理センター医師につなぐも、継続せず。Coは、教員、本人との連絡調整を継続。学科との連携体制を構築し、本人が卒業研究、論文発表に復帰できるようになり、卒業後の体制についても情報提供を行い、無事卒業した。

結論

「甚だしい心の苦痛（psychache）」および「混乱状態（心理的視野狭窄）」への介入と、ある程度の安定とつながりが確保された上での「生きるためのスキルの学習」への支援が、大学における有効な自殺防止対策モデルとなりうると思われた。大学における自殺防止対策モデルは、「診断-治療モデル」を超えて、「包括的ケアモデル」

を志向する必要がある。自殺関連行動に焦点をあてた介入が、実際に自殺既遂例を減らすかどうかについては、今後の検証が必要である。

付記：富山大学自殺防止対策室長であった故宮脇利男先生に本論文を捧げます。本論文の作成にあたり富山大学学生支援センターコーディネーター八島不二彦、今井優子の両氏に多大な協力をいただいたことに深謝します。本論文における大学生自殺予防への考え方の文責は著者個人にあり、富山大学全体の考えを代表するものではありません。

文献

- 1) 内田千代子：21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子－予防への手がかりを探る－。精神神経学雑誌, 112:543-560, 2010.
- 2) 日本学生相談学会編：学生の自殺防止のためのガイドライン。日本学生相談学会, 2014, p1-14. (<http://www.gakuseisodan.com>)
- 3) 斎藤清二、西村優紀美、吉永崇史：発達障害学生への対応－富山大学の取り組みを中心として－。精神科, 17:358-364, 2010.
- 4) 内閣府社会共生政策ホームページ：自殺対策。 <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/>
- 5) Boswick JM: Risk is not static over the life span-Accurately accounting for suicide prevalence in major mental illness. In Pompilli M, Tatarelli R (Eds.) Evidence-based practice in suicidology-A source book. Hogree Publishing, Cambridge, USA, 2011, p267-275.
- 6) Baldessarini RJ, Tondo L: Psychopharmacology for suicide prevention. In Pompilli M, Tatarelli R (Eds.) Evidence-based practice in suicidology-A source book. Hogree Publishing, Cambridge, USA, 2011, p243-264.
- 7) Shneidman ES. Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Rowan & Littlefield Publishers, Inc., USA, 1993. (高橋祥友訳：シュナイドマンの自殺学：自己破壊行動に対する臨床的アプローチ。金剛出版, 2005, p23-32)
- 8) McKeon R: Suicidal Behavior, Advances in psychotherapy-evidence-based practice. Hogrefe Publishing, USA, 2008, p42.
- 9) 世界保健機構 (WHO) (自殺予防対策センター訳)：自殺を予防する－世界の優先課題－。独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, 2014, p1-88.
- 10) Brown GK, Jager-Hyman: Evidence-based psychotherapies for suicide prevention -future directions-. Am J Prev Med 47(3S2):S186-194, 2014.
- 11) 八島不二彦、今井優子、斎藤清二他：富山大学における自殺防止対策システムの構築と活動実績：学園の臨床研究, 12:13-18, 2013.