自殺予防総合対策センターブックレット

No.2

自殺多発地点でとられるべき活動の手引き

英国保健省（デポンパートナーシップ NHSトラスト／ペニンスラ大学医学部＝協力）

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

ブックレット刊行にあたって

わが国の自殺による死亡者数は、平成 10 年に 3 万人を超え、以後その水準で推移しており、自殺死亡率は欧米の先進諸国に比べても突出して高い状態となっております。さらに、自殺未遂者や遺された家族や知人等、自殺の問題で深刻な影響を受ける方々を含めると、自殺の問題はわが国の直面する大きな課題となっております。

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は、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するために平成 18 年 10 月 1 日に開設されました。当センターにおきましては、情報の収集・発信等を通して、その役割を果たしてまいりますが、その一環として、自殺対策の推進に特に重要と思われることをブックレットとして刊行することにいたしました。

本書が広く活用され、自殺対策の推進につながることを期待しております。

平成 19 年 2 月

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

ブックレット No.2 刊行にあたって

英国の精神保健改革は「前人未到の前進」（アップルビー教授兼保健省精神保健担当局長）を遂げているが、その背景に、崇高なビジョンを掲げ、それを達成するための７つの課題についての全国基準の設定、研究開発、人材育成、積極的財政投資、実行支援、フォローアップ体制の確立など戦略と仕組みづくりに成功していることがあげられる。

この全国基準のひとつに自殺予防活動がある。精力的な自殺予防活動に、英国精神保健改革の真髄を見ることが出来る。すなわち、実態とニーズを具体的に把握し、それに基づく包括的、具体的対策を研究開発・立案し、それを実行、モニターするものである。イングランド国立精神保健研究所から 2006 年 10 月 10 日に発表された「自殺多発地点でのとられるべき活動の手引き, Guidance on action to be taken at suicide hotspots」も多様な取り組みの一つの典型例である。このガイドラインは、文化や取り組みの経過の違いを超えて、わが国の自殺対策に具体的･実践的な多くの示唆を与えてくれるものと考え、早速出版許可をお願いした。保健省の快諾も得られたので、自殺予防総合対策センターブックレット No.2 として出版されることになった。広く読まれ、活用されることを願う。

平成 19 年 2 月

東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長
伊勢田 堯

自殺多発地点でとられるべき活動の手引き

英国保健省
（協力：デボンパートナーシップ NHS トラスト、ペニンスラ大学医学部）

この手引きの要約と目的

第 1 部　背　　景

はじめに
自殺多発地点における介入：根拠に基づくレビュー
有効な手段の要約：良い点と悪い点

第 2 部　自殺多発地点の特定と管理:機関連携の実践手引き

組織、計画立案、及び人員
自殺多発地点の特定
自殺多発地点の管理：自殺のリスクと機会を減らすこと
調査と評価
自殺多発地点の特定と管理の模範例
参考文献

付　録

謝　　辞

この手引きはデボンパートナーシップ NHS トラストの研究開発部およびペニンスラ大学医学部との協力で作られました。

プロジェクトチーム

Dr Peter Aitken
Dr Christabel Owens
Sally Lloyd-Tomlins
Vita FitzSimons
Tobit Emmens
Helen Mattacott
Maria Sheppard
Ian Pearson (Devon and Torbay Local Implementation Team)

手引きの開発に協力された方々

David Hess, Peninsula Medical School
Dr Elizabeth King, University of Southampton
Joe Ferns, Samaritans
Dr Elizabeth Earland, HM Coroner for Exeter & Greater Devon
Ian Arrow, HM Coroner for Torbay
Nigel Meadows, HM Coroner for Plymouth
Members of the Devon Inter-agency Forum on Self-Harm and Suicide
Mike Francis, South Devon Healthcare NHS Trust
Devon & Cornwall Constabulary
Malcolm Dobson, British Transport Police
Colin McNicol, Rail Fatalities Management Group
Maurice Wilsdon, Rail Safety and Standards Board
Tim Wood, Cornwall County Council
Professor David Gunnell, University of Bristol
Professor Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, New Zealand
Paul Wong, University of Hong Kong, Centre for Suicide Research & Prevention

特別謝辞 :

Carrie Morgan, CSIP/NIMHE South West Region

目　　次

この手引きの要約と目的

第１部　背景

はじめに…… 1
　1 自殺多発地点とは何か？ …… 1
　2 自殺率を減らすための自殺多発地点対策にはどのようなものがあるか？ …… 1
　3 どのような場所が自殺多発地点になりやすいのか？ …… 2
　4 自殺多発地点とするにはどのくらいの自殺数が必要か？ …… 4
　5 なぜ機関をまたがる連携が重要か？ …… 4

自殺多発地点における介入：根拠に基づくレビュー…… 6
　1 物理的な障壁 …… 6
　2 看板と専用電話 …… 7
　3 自殺パトロール …… 8
　4 自殺多発地点かその近くで働いている保健分野以外の職員の訓練 …… 9
　5 メディアによる報道制限 …… 9
　6 有効な選択肢の決定 …… 10

有効な手段の要約：良い点と悪い点…… 11

第２部　自殺多発地点の特定と管理：機関連携の実践手引き

組織、計画立案、および人員…… 13
　1 自傷と自殺に関する機関連携フォーラムの役割 …… 13
　2 多発地点プログラムの立案 …… 13
　　2a プログラムの人員 …… 13
　　2b 主要な初期任務…… 14

自殺多発地点の特定…… 15
　1 データ収集 …… 15
　　1a すでに集めているのはだれか…… 15
　　1b どこでデータを見つけるか…… 15
　　1c 何のデータを集めるか…… 16
　　1d その他、追加データの情報源…… 17
　　1e 倫理…… 18
　2 データ分析 …… 18
　　2a 量的な分析…… 19
　　2b GIS を用いた自殺の地図作製…… 19

自殺多発地点の管理：自殺のリスクとチャンスを減らすこと …… 20
1 地方の優先事項の合意：関係者協議会の役割 …… 20
2 プロジェクトチームの役割 …… 20
2a 効果的な連携を組織する …… 20
2b その場所特有のリスクを査定する …… 21
2c 選択肢を熟慮する …… 21
2d 地方の計画を練る …… 21
2e 財務計画 …… 21
2f 実行 …… 21

調査と評価 …… 23
1 調査 …… 23
2 評価 …… 23
3 折り返しの報告 …… 23

自殺多発地点の特定と管理の模範例 …… 24

参考文献 …… 25

付録 1: 関連した資源 …… 28
付録 2: 潜在的な関係者とパートナーとなる機関の一覧 …… 29
付録 3: 記入項目 …… 31
付録 4: GIS ソフトを用いて作成された地方の自殺データ地図の例 …… 32
付録 5: 関係者協議会 : 協議会前の質問紙と優先順位設定の際の合意形成 …… 33
付録 6: 参考になるウェブサイト …… 35

この手引きの要約と目的

このベストプラクティスは以下の目的で作られています。

1　自殺予防に関わる地方レベルの多機関による協働が効果的に発展することをサポートする。
2　そのような機関が地方の「自殺多発地点，‘hotspots’」という特別の場所を特定し、それらの場所の安全性が改善され、そこでの自殺を思いとどませるための適切な行動をとることを援助する。
3　イングランドにおける国家自殺予防戦略の実施に寄与し、白書「命を救う：より健康な国家へ」（Department of Health、1999）で掲げた目標に向かって、全ての自殺を減少させるという目標を達成する。

訳注：本手引きによる対策の背景になっている３つのレベル、すなわち、地方 local、州 region、国 nation の区別などを正確に理解することは、イングランドの複雑な行政組織にあっては、困難である。しかし、本手引きの内容を理解するためにも、われわれのイメージとしても、これらの３つのレベルの関係を理解しておく必要がある。訳者らは、おおむね次のように捉えた。すなわち、本手引きで使用される地方レベル local level とは、日本における県・市町村レベル、州レベル regional level とはわが国で議論されている道州レベル、また、本手引きの場合国レベル national level とは連合王国を構成する４つの国のひとつであるイングランドのレベルを指す。そして、local の訳語として、local が州および国の対策との関連で使用されている場合、及び行政制度と関連して使用されている場合は、基本的に「地方」を当て、その他文脈によって「地域」、「地元」とも訳した。要するに、本手引きは、広域の州・国レベルではなく、住民により近い県・市町村レベルでの自殺対策を支援することを目的として作成されたものである。

この手引きは二つの部分から成っている。第１部では、「自殺多発地点」の定義、そのような場所の安全性を改善するためにとることが可能な対策の概要、およびその有効性の根拠の要約を行った。

第２部では、関係機関の間での協働を基盤とした地方における自殺多発地点の特定と管理を行う過程を述べた。試行地域としてデボン州を選び、ここでのモデルは「行動学習」の手法で開発された。

第 1 部

背　　景

はじめに

1 自殺多発地点とは何か？

「自殺多発地点（hotspot）」という言葉には二つの意味がある。それはしばしば以下の両方に当てはまるように使われる。

a）居住している人口に対する自殺率が比較的高い地理的地域のこと（例　町、市、州、国）

b）何度も自殺場所として使われ、その場所自体が自殺の方法もしくは機会となってしまう特定の地点を指しており、その多くは公共の場所である（例　しばしば飛び降り自殺が行われる特定の橋）

この手引きでは、二つ目の意味で自殺多発地点が扱われ、この章の至る所でこの言葉が使われる。

世界中の多くの名所は自殺行為と関連している。そういった場所は、人工的な建物のこともあるし、自然が作り上げた場所であることもある。そして、そのいくつかには偶像的な場所としての意味がある。たとえば、サンフランシスコ（San Francisco）のゴールデンゲートブリッジ（the Golden Gate Bridge）、シドニーハーバーブリッジ（the Sydney Harbour Bridge）、エンパイアステートビル（the Empire State Building）そしてナイアガラの滝（Niagara Falls）などは世界の自殺場所で最も有名である。そのような場所は、あたかも自殺念慮のある人を自殺へと引き寄せる磁石のような働きをしているかのようである。

連合王国においては、サセックス（Sussex）州のビーチィヘッド（Beachy Head）絶壁とブリストル（Bristol）のクリフトン（Clifton）吊橋が自殺場所としてその悪名をとどろかせている。しかしながら、そこまで有名ではない場所でも数多くの自殺が発生しており、どの地域にも自殺の試みに手を貸す場所や建物というものは存在する。

多くの場合、そういった場所そのものが自殺手段になっている。たとえば錠剤のボトルが服毒自殺や大量服薬による自殺を彷彿とさせるのと同じように、ビーチィヘッドの絶壁は飛び降りという自殺手段を提供するのである。

2 自殺率を減らすための自殺多発地点対策にはどのようなものがあるだろうか？

1999 年、白書「命を救う：より健康な国家へ」の中で政府は自殺率を 2010 年までに少なくとも五分の一減らすという目標を定めた（Department of Health、1999）。

この目標を達成するために、2002 年、イングランド国家自殺予防戦略が開始された。この戦略が目指したのは、自殺手段の入手の可能性と致死率を減らすことであった（Department of Health、2002）。

まず、自殺を行うには 3 つの条件が必要である。自殺するために、人は以下のことをしなくてはならない。

a）死ぬことか、人生をあきらめることを決心する。

b）手段を決定する（例　首つり、大量服薬、飛び降り）。

c）計画を実行するための手段を手に入れる（例　ロープ、錠剤、飛び降りる場所）。

自殺の手段に手が届かないようにさせることで、自殺に至るプロセスを阻止することができる、ということを疑う者はいないであろう。つまり、自殺手段への接近を制限することは、人の命を救

う可能性がある（Cantor &Baume, 1998; Gunnell Middleton, Frankel, 2000）。人々がこのことに注目するきっかけとなったのは、何よりも、1960年代から70年代初期にかけて、英国の家庭で広く用いられていた有毒な石炭ガスを禁止することによって、自殺の劇的な減少を実現したことがあげられる（ Kreitman, 1976）。

自殺率の減少は、車の触媒作用コンバーターの導入（Amos, Appleby, Kiernan, 2001）、銃器法の改正（Cantor & Slater, 1995; Beautrais, Fergusson, Horwood, 2006）、そして解熱鎮痛薬の販売制限を導入したこと（Hawton, Townsend, Deeks et al, 2001; Hawton, Simkin, Deeks et al, 2004）にも関連していることが示されている。

もちろん、必然的に「手段の代用」となるものも生じてしまっている。仮にある自殺手段に手が届かなくなっても、その代わりとなる自殺手段を探そうと決意してやまない人というのは、つねにいるものである。手段の入手を制限する対策は、あくまでも衝動的な自殺行為や、急性、もしくは一時的な危機に瀕した際の自殺行為を減らすことを目的にしている。つまり、自殺手段の入手を難しくさせることは「時間を買う」方法であり、人に再考の余地を与えることであって、決してそれは自殺衝動を引き起こす問題や精神的苦痛を軽減したり解決したりするわけではない。それゆえ、自殺予防へのアプローチとしてはどちらかといえば粗雑なものである（Gunnel, Middleton, Frankel, 2000）。にもかかわらず、あらゆる国の自殺予防戦略において、有効な方法として受け入れられている（Simkin, Hawton, Sutton et al, 2005）。

死に至る方法への接近を制限することは、自殺予防戦略全体の中でも最も重要な要素である。なぜなら、それは全住民を対象としたものであり、まだ保健（訳注；欧米で使用される「保健」には医療が含まれていることが一般的である。）および福祉的なケアにつながっていない、多くの危機的な状況にある人たちが援助を求める機会を与えるからである。自殺に頻繁に使われる場所を特定し、管理することは、自殺手段を制限する方法の一つである。それは、ハイリスクな人々がその場所に関心を持つことのないように、そうしたハイリスクな場所への対策を重点的に行うことである。

3 どのような場所が自殺多発地点になりやすいのか？

ハイリスクな場所とは以下のような自殺の機会を与える場所である。

・高所からの飛び降り
・動いている乗り物の前に身を投げ出す
・他の方法、とりわけ車の排出するガス中毒

高所からの飛び降り

飛び降りによって自殺の機会を与える場所には、橋（車道橋や歩道橋）、陸橋、高層ホテル、高層駐車場、他の高い建物、絶壁、他の地形上の特徴がある。

高所からの飛び降りは、比較的まれな自殺手段である。2004年においては、イングランド及びウェールズでは154ケースだけであり、全ての自殺と死因不明者の3%である（国家統計局, 2005）。世界の他の国ではその割合は非常に高い（Gunnel & Nowers, 1997）。

しかしながら、飛び降り自殺には、公共の場所で起こることが避けがたく、死亡率が高いという特徴がある（Spicer & Miller, 2004）。そして、目撃者や飛び降り場所の下に住んでいる人々に強いトラウマを残す（Reisch & Michel, 2005）。飛び降り自殺は、メディアの関心を引きつける傾向があり、その場所が死を思わせる風評をもたらし、さらなる模倣自殺を招いてしまう。実際、世界中の主な自殺多発地点は全て飛び降り現場である。

動いている乗り物の前に飛び降りることと横たわることによる自殺

動いている乗り物の前に飛び降りたり横たわったりするという方法による自殺は、英国ではかなりまれである。国家統計局によれば、2004年にイングランド及びウェールズの道路や鉄道で起

こったそのような方法による自殺死亡者は150人であったという。これはその年のイングランド及びウェールズにおける全自殺者及び死因不明者の総数の3%にあたる。一方、鉄道安全基準委員会は、国家統計局とは若干異なる基準を用いて独自に鉄道自殺のデータを収集している。それによれば、同じ年の鉄道単独による自殺は181人であったという。これらの自殺のおよそ50-60%が線路で、30%が駅で、そして10%が踏切で起こっていたという。

こうした数字は、より密に鉄道網が発達した、他のヨーロッパの国々と比較すると非常に低い値である（Kerkhof, 2003）。とはいえ、運転手、及び交通手段による自殺を目撃してしまった者に引き起こされる感情的、心理的なダメージは計り知れないものがある（Williams, Miller, Watson et al, 1994）。また、その電車が脱線してしまった場合には、輸送サービスは混乱するばかりか、その結果としてさらなる死亡者や重傷者を生じる可能性もある。

鉄道安全基準委員会は鉄道自殺の問題を非常に深刻に受け止め、国家自殺予防戦略の中で発表されている、鉄道自殺の20%減少という目標を達成すべく、懸命な努力を続けている。1999年に刊行された「鉄道における自殺と死因不明」に関する調査報告書では、鉄道自殺の発生を減らし、さらには、自殺事故によるダメージを少しでも緩和する方法を明らかにする必要があると指摘されている。

2003年、鉄道事故管理グループが組織され（2006年の4月に解散）、この仕事の一部として、鉄道安全基準委員会とサマリタンズ協会の駅管理者を訪問し、意見聴取を行った結果が報告された。こうした意見聴取を通じて問題となる点に関する議論がなされ、様々な対策が試みられることとなった。そうした対策には、駅管理者は駅構内にサマリタンズ協会のポスターを貼ったり、サマリタンズ協会への直通電話を設置したり、鉄道関係者に自殺気づき訓練を行ったりすることがあげられる。また、鉄道自殺によって心理的ダメージを受けている職員に対するケアを行うために、職員をサマリタンズ協会との話し合いの場に参加させることを計画している。鉄道ネットワーク側も、線路へ近づけないように広範囲にわたる囲いを作ることを計画し、すでに実行している。

ロンドン地下鉄会社も、最近地下鉄内での自殺と自殺に至る行動を減らすための取り組みとして、ある駅において先駆的な試みを行った。ロンドン地下鉄会社は、職員の訓練、自殺防止の観点から重要と思われる場所に設置された監視カメラの増設、サマリタンズ協会のポスター、サマリタンズ協会への直通電話の設置などの対策を実行したのである。

イングランドの高速道路や幹線道路の建設・整備を担っている高速道路機関も、自殺予防対策に熱心に取り組んでおり、最近、飛び降り自殺のあった高速道路の橋に対する予防対策を実施している。

他の手段による自殺

ハイリスクな公共の場所で起こる自殺のなかでも、飛び降りや動いている乗り物の前に飛び出すこと以外の手段によるものについては、きちんとした数値がない。しかしながら、人目につかない駐車場や孤立した郊外が自殺の機会を与えうることを指摘した研究は、2つほど存在する（Pearson, 1993; King & Frost, 2005）。そのような場所では、死ぬために必要な時間、誰にも邪魔されずに座っていられ、しばしば車の排気ガス中毒による自殺と密接な関係がある。こうした場合、場所それ自体が自殺手段となるわけではないが、静けさと隔離が自殺手段となるわけである。これが無視できない要因となる自殺は、少なくない。

連合王国では排気ガス中毒による自殺の数は、車両設計の改良のおかげもあって、次第に減ってきている。国家統計局によれば、2004年、イングランド及びウェールズにおける排気ガス中毒死の数は2,252にものぼったという。その数は全ての自殺と死因不明者の4.5%を占めるものである。

ただし、これらの死がどこで起こっているかについてはほとんど知られていない。というのも、検死官は自殺が起こった場所を記録することを求められておらず、後になって調査することは難しいからである。しかしながら、おそらくはかなりの割合で、公共の駐車場や高速道路の一時駐車場が自殺に使用されているであろう。

デボン州で集められた先行研究のデータ分析によれば、排気ガス中毒による自殺の76%が公共の場所で起こっていたという。有名な森林、原野の景勝地にある駐車場、あるいは牧草地や郊外の一角などである。おそらくこうした傾向は、州ごとに様々に異なるだろうし、その地域の地理的事情にも影響を及ぼされることだろう。いずれにしても、各地域におけるデータを分析することは、頻繁に使われる場所を特定するのに不可欠である。

自殺死がニュースによって広く報道されてしまうと、報道された情報のなかでもとりわけ自殺が起こった場所に関する風評は広がりやすく、その場所はたちまち自殺多発地点になってしまう。その最たる例は、香港沿岸の保養地として有名なチェンチャウ（Cheung Chau）島である。島を訪れていた観光客が貸別荘で木炭を燃やして自殺したことが新聞に報道された後、その島は自殺現場として有名になり、これまで以上に多くの人たちが同じ方法を用いて自殺を行う場所となってしまった（Yip, 2005）。自殺をメディアが報道することは、結果としてそれに続く模倣行為を生み出す場合があり、周知のように、特に公的な場所で実行される自殺は、私的な場所でなされる自殺よりもメディアの注目をひきやすい。

ハイリスクな場所に安全対策を導入したからといって、自殺減少の国としての目標を達成することにはさほどの貢献はない。しかしながら、公共の場で起こる自殺は、他人の健康に場所と時を超えて広く影響を与え、精神的な病や心理的な苦痛の重荷さえも背負わせかねないといえる。

4 自殺多発地点とするにはどのくらいの自殺数が必要か？

調査期間中に、同じ場所での自殺が複数回以上あったら、注意を払うべきである。その場所は、自殺したい人の関心を引き寄せ、自殺の手段や機会を与えうる場所に十分になりうる。しかし、鉄道自殺に関しては、「鉄道における自殺と原因不明死亡」報告書において、自殺多発地点となるのは一時的な現象であるかもしれないと結論されており、自殺多発地点が次から次へと急速に移ろっている可能性が示唆されている。

「多発」の程度はつねに変化している。何をもって多発と決定するかは、その場所特有の要因と同様に、そこで行われた自殺行為の回数とその性状、頻度、外傷の重症度・致死性、および致死率にもとづいて判断しなければならない。

ハイリスクな場所の物理的な領域は変動する。2回以上自殺現場となったある駐車場は、それゆえに自殺多発地点とみなされた。けれども、一度自殺があったという駐車場は他にも多数存在する。この場合、全体をまとめて自殺の多発地点として扱うのが賢明である。同様に、飛び降り自殺が急増した場合、たとえこれらが異なる場所で起こったにせよ、短い距離の高速道路や絶壁も自殺多発地点といえるだろう。

複数以上の人が一緒に死ぬ約束を取り決める自殺も、1回の自殺として数えられるべきである。

各地域の自殺予防グループは、調査に際してのこのような判断を訓練されている必要があり、その地域のデータ分析や地理的な知識をもとに、それぞれの場所の領域と境界を決定する必要があろう。

5 なぜ機関をまたがる連携が重要か？

自殺多発地点の管理は、所有権、責任、資源が複雑に入り組んでいる（Kerkhof, 2003）。

連携することが公共サービスを効果的に届けるために重要であることは、次第に認識されるよう

になってきた。地方自治体への政府の新しい戦略には、その地方の地域における協定を発展させることも含まれている。その具体的内容は、地方レベルでこれまで以上の緊密な連携･協力をもって、住民にサービスを提供することを促すものとなっている。地方協定は、他の重要な政策と同様、保健の分野においても、優先順位を設定し、その地方における問題解決とサービス提供のシステムを充実させるためのものである。公共サービス、民間企業、ボランティア組織、その地方の民間団体を巻き込んだ地方の多機関連携を推進するという戦略は、協定を牽引する中心的な役割を担う。

これと同じように、白書「私たちの健康、私たちのケア、私たちの発言」(Department of Health, 2006a）では、各地方がそこに在住する患者のニーズに責任をもち、予防に重点を置いた十分に連携のとれた地域サービスを届けようとする似たようなビジョンを公表している。この白書のなかでは、公衆衛生管理者と成人社会福祉サービス管理者に、行動の優先順位を決定するための定期的戦略ニーズ評価事業の協同責任を割り当てている（参照 Department of Health, 2006b)。

鉄道事業経営者も、鉄道ネットワーク議長のもとで、自殺、破壊行為、暴行などに関するリスクマネジメントのためにその地域の安全連携グループを立ち上げる予定である。

単独の機関が自殺予防に責任をもつものではない。保健と福祉ケアサービス機関は、接触してきた危機に瀕している人の特定と管理に法的な責任がある。警察と他の救急サービス、多くのボランティア組織も同様に重要な役割を果たす。地方当局、交通輸送ネットワークの管理と整備部局、高層ビルの所有者、広大な土地の所有者や海岸を広く所有するナショナル・トラストといった団体には、公共の安全を守る責任がある。

同時に、自殺多発地点で人がどのような行動をとるのかを想定する際には、環境保護主義者、散策している人、様々な地元のグループがもっている関心がどういったものであるのかを、十分に考慮する必要があるだろう。また、介入に要する経済的費用と環境に与える影響については、いずれも熟慮される必要がある。

以上の理由から、我々は、自殺多発地点の特定と管理に関して、様々な分野の関連機関が協定を結ぶことを勧告したい。こうした地方レベルの協定は、国が掲げる自殺減少の目標達成に向けた介入のための地方の取り組みの一部とするべきであり、自殺予防への全般的なシステムアプローチの一部としてとらえられるべきである。

自殺多発地点における介入：根拠に基づくレビュー

数自体は比較的少ないが、ハイリスクな場所での自殺の試みを妨げ、思いとどまらせ、命を救うことができるというよい証拠がある。この章では、すでに発表されている研究論文、および利用可能な手法とそれらの有効性に関する資料を概観したい。

1 物理的な障壁

飛び降り防止の最も効果的な方法は、いうまでもなく落下できる場所への接近を制限する物理的な障壁を作ることである。安全ネットは障壁と同じような目的を果たすが、ネットを超えて飛び降りられた場合にはとうてい救出はおぼつかない。とはいえ、スイスのベルン（Bern）の有名な飛び降り現場であるミュンスターテラス（Muenster Terrace）に関する調査では、安全ネットの導入のあとで自殺が完全に途絶えたことが報告されている。しかも、他の近くの飛び降り現場には変化はなかったことは、飛び降りを志望している人たちがただ単純にどこか他のところに行ったわけではないことを示している（Reisch & Michel, 2005）。

ニュージーランドにおいて街中の橋から障壁を取り除いたことによる効果に関する研究には、さらに興味深い知見が明らかにされている。60 年間その場にあった安全障壁は、その姿が見苦しいという地域住民からの多くの声が寄せられたことで、除去されることになった。その研究によれば、橋の障壁を除去した結果、その橋での自殺の数が 5 倍にも上昇する事態となり、他方で、その間は近くの他の場所では飛び降り自殺が減少したという（Beautrais, 2001）。

連合王国においては、1998 年にブリストルのクリフトン吊橋に障壁を建造し、その地域の自殺者数の変化に関する効果測定が今まさに進行中である。世界中の有名な飛び降り現場の多くでは、何種類かのタイプの障壁が導入されており、そのいずれの場合でも相当な自殺率の減少が得られたことが報告されている。このような場所には、トロント（Toronto）のブルアストリート（Bloor Street）陸橋、モントリオール（Montreal）のジャクェアスカルティア（Jacques Cartier）橋、シドニーハーバー橋、ブリスベンのゲートウェイ（Gateway）橋、エンパイアステートビル（Empire State Building）、エッフェル塔（Eiffel Tower）がある。

最後に、ゴールデンゲートブリッジとオークランド（Oakland）のベイブリッジから飛び降りて生き残った人たちへのインタビューにもとづいた調査の結果を紹介したい。その声は数としては少ないものの、非常に説得力のあるものである。そのインタビュー結果によれば、生存者はいずれも自殺予防用の障壁を建設するべきであると答えている（Rosen, 1975）。

ハイリスクな場所での障害物には、個人に考え直す時間を与えるだけでなく、自殺に至る行為が遅れることによって、介入の余地も増やすという意義がある（Lindqvist Jonsson, Eriksson et al, 2004）。

自殺予防の障壁やネットを設置することについては、様々な物議をかもすのがお決まりである。とりわけ、その場所や建物が有名なランドマークである場合、景観上の理由でしばしば強い公的な反対意見がでる。しかし、カリフォルニア大学バークレー（Berkeley）校工学部の学生によっ

てなされた研究によれば、有効性を保ちながらも景観を維持できる障壁をつくることは可能であるという。すでに数年前に大々的なキャンペーンを行った後も、カリフォルニアのゴールデンゲートブリッジでは年間だいたい25名の犠牲者が変わらず生じている現状があり（平均すると2週間に1人）、にもかかわらず、たんに景観を損ねるという理由だけでいまだに障壁の設置が実現していない。しかし、2006年、ゴールデンゲートブリッジ高速道路の管理者委員会と輸送管区委員会は、ようやく橋の改造に関する2つの年間研究計画を承認することを提案した。その研究の第一期では、過去の研究を再検討し、橋の下のネットや、既存の柵に付け加えるフェンス、もしくは既存の柵の全面的な取り替えを行うような自殺予防障壁設置の可能性について検討する。第二期では、徹底した工学的、環境学的、経済的な面からのデザイン研究をすすめる。このような有名な川にかかる大きな建築物では複雑な工学的な課題も起こりうる。風圧は橋の設計に際して決まって困難な問題となる。その他にも、いずれの橋も独自のデザインで建てられているという事実があり、それゆえ、それぞれの橋特有の難題が生じうる。

物理的な障壁を設置するというのは、有効な方法のなかでも特に費用がかかり、財政的な問題をいかにして解決するかというのはつねに難問である（Kerkhof, 2003）。障壁は一度築いたら長期的に設置されるものであるという性質上、当分の間、その場所が障壁によって自殺現場として魅力を失うことが明らかでないかぎり、障壁の設置は許可されないであろう。

しかしながら、その場所が自殺に複数回以上用いられたり、あるいは、橋の上から下の道路や線路に物が投げ込まれるような破壊行為や公共を危険にさらす出来事があったならば、既存の手すりを高くしたり、新たな障壁を導入したりすることも、とるべき行動の選択肢として真剣に考えなければならない。

障壁の素材とデザインにはいくらでも選択肢がある。その際、考慮すべき条件としては、その素材が足場を与えるようなものではなく、よじ登ることが難しい障壁となっていることである。また、全長にして6～9フィートの高さがあると効果的であるといわれている（Berman et al, 1990）。

確かに安全を維持するために障壁を設置するには高額な費用がかかる。けれども、もしもその場所が自殺現場として有名なのにもかかわらず、管理者が安全性を向上させる行動をとらなかったならば、自殺した人や殺人被害者の落下、あるいは落下物によって外傷を受けた場合には、法的責任を問われる可能性がある。少なくとも米国では、そうしたことがあれば法的行動を起こすと警告を発する地域住民の声が高まっている（Berman et al, 1990）。

2 看板と専用電話

連合王国では自殺多発地点と特定された多くの場所には、苦悩し自殺を考えている人に助けをもとめるように勇気づけ、その直通電話番号を表示するサマリタンズ協会の看板が設置されている。なかには、ビーチィヘッド絶壁やブリストルのクリフトン吊橋のような有名な場所はもとより、他のあまり有名とはいえない場所にも設置されている。

車の排気ガス中毒による自殺者数が多く、その多くが駐車場で行われていることが指摘されてからは、多機関連携による自殺予防活動の端緒として、ハンプシャー州ニューフォレスト（New Forest in Hampshire）におけるいくつかの駐車場にも、サマリタンズ協会の全国電話相談番号と最も近い公衆電話の場所を記した看板が設置された。このような活動を3年間実施した後の事業評価では、こうした活動が、駐車場の自殺者の数だけでなく、ニューフォレスト地区の全ての自殺者の数も大きく減少したことが明らかになった（King & Frost, 2005）。さらに3年後の評価では（未発表）、看板を設置した駐車場における自殺数の減少は維持されていただけでなく、その後、ニューフォレストで起こった自殺のほとんどが看板のない駐車場で起きていることが明らかにされた。

米国のミッドハドソン（Mid-Hudson）橋では、そこに設置された自殺予防専用電話は、24時間対応の精神科救急サービスへの直通電話となっている。2年間の事業評価では、39人の自殺志望の人たちのうち30人が助けを求める電話をし、このうち1人だけが致命的飛び降りをした。その一方、電話を使わなかった人のうち5人は飛び降り自殺を行った（Glatt, 1987）。こうした危機専用相談電話は、ゴールデンゲートブリッジをはじめとする、世界中の多くの飛び降り現場にも導入されている。

助けを求めることを促し、適切な援助資源を知らせる看板を設置することは、問題となっている場所における最も有効な対策の1つあることは間違いない。それは低いコストででき、ボランティアおよびサマリタンズ協会やNHS(訳注：英国内務省、国家健康保険機構)直轄の各種サービスの利用を促すことができる。求めがあれば、サマリタンズ協会の中央事務所に、看板のなかでどのような言葉を用い、どのようなレイアウトにすべきかについて助言を求めることもできる。また、各地域の自殺行動に関する実態分析を行えば、少数民族の言語や特定の少数集団を支援する組織の電話番号を追加する必要があるか否かもわかるであろう。

看板のもう一つの大きな利点としては、それがある自殺手段に特化した方法ではないという点も挙げられよう。デボン州における先駆的試行の分析によれば、各地域の自殺多発地点の多くで、2つ以上の自殺手段――例えば飛び降りと首つり、飛び降りと一酸化炭素中毒――が行われていることが明らかになった。設置位置を戦略的に定め、注意深く選ばれた言葉を用いた看板は、自殺手段を問わず、全ての自殺を考える人に語りかける可能性を作り出す。その一方で、物理的な障壁は、あくまでも飛び降りを防ぐにとどまる。その意味でも、各地域における自殺実態の特徴・傾向を綿密に調査することが基本であることを、改めて強調しておきたい。

自殺多発地点や場所に掲げられたサマリタンズ協会の看板にも欠点がある。それは、その場所が自殺の現場であることを知らせ、皮肉にも自殺を「奨励」してしまうという可能性である。もっとも、こうした懸念を支持する証拠はない。

看板と電話相談という対策には限界がある。それは、電話をすることで自殺を食い止めようとするその人をあてにしてしまうことである。

3 自殺パトロール

自殺パトロールは、看板や電話相談よりもさらに事前の予防対策であり、これまでも世界中の多くの場所で行われてきた。しかしながら、それに関して刊行された研究成果はなく、その有効性に関するエビデンスは不十分である。カリフォルニアのゴールデンゲートブリッジでは、日中の時間は、毎日、有給の自殺予防事務所員が巡回している。1996年にこうした巡回が導入されて以来、致命的な飛び降りは相当に減少した。飛び降り自殺を防ぐには、人間同士のふれ合いが物理的な障壁以上に頼りになるものであることが指摘されている。

他にも、自殺志望者を引きつける場所の多くで、委託されたボランティアによる巡回が行われている。サセックス州のビーチィヘッド絶壁では、毎日夕方には、ボランティアのカウンセラーチームが当番で巡回している。この活動は、この絶壁からの飛び降り自殺で妻に先立たれた地元の男性による慈善基金によって運営されており、致死的な飛び降りの数を減少させるのに貢献しているようである。橋の長さや場所の広さによっては、その職務にあたるチームは苦悩している人を見つけるためには、監視カメラを用いた援助も必要となるだろう。

有給の自殺パトロールは高額の費用がかかる選択である。その場所が非常に多くの自殺者を引きつけ、しかも自殺行動が最も多くみられる時間帯が明確でないと、周囲の理解は得にくいであろう。これに代わる方法としては、ボランティアを活用することがあるだろう。いずれにしても、その場所における自殺実態を1日、1週間、1ヶ月、1

年という時間経過のなかで綿密に調査する必要がある。こうした調査が、パトロールやカウンセリングをより有効なものとするだろう。

逸話的事例報告にもとづくエビデンスに過ぎないが、不適切な介入は自殺に至る行動を早めるということが指摘されている（Berman et al, 1990）。

4 自殺多発地点かその近くで働いている保健分野以外の職員の訓練

もし自殺パトロールが現実的な選択でなければ、他のハイリスクな場所かその周辺で働いている職員が、苦悩している人を発見した場合には、救急サービスを呼んだり、必要とあれば介入するという役割を果たす方法も考えられる。

連合王国における 10 の有料橋に対する電話調査によれば、全ての橋の管理局は、職員に自殺企図の可能性に敏感になることを求めており、管理マニュアルには、怪しい動きをする人を見かけた場合には、その人を追跡することが指示されているという。しかしながら、自殺に気づいたり、自殺を予防するために特別な訓練を実施していたという橋は、10のうちのわずかに1つだけであった。また、2つの橋では、サマリタンズ協会、もしくは地元警察による簡単な講習が時々開催されるといった対策をとっていた。

サマリタンズ協会は、それぞれの組織のニーズに応じて、様々な自殺気づき訓練のパッケージを提供することができる。彼らは現在、研修経営会社と協働して、危険性の高い人を特定し対応できるような自信をつけさせるべく、職員研修を実施している。

ニューフォレストの自殺予防の取り組み（King & Frost, 2005）には、サマリタンズ協会による、各地方自治体当局と森林管理委員会に対する訓練も含まれていたが、これは事業評価の対象とはならなかった。

高速道路局輸送事務所の高速道路巡回者、駐車場案内係、地方王室森林保護官、さらには、保健分野以外の様々な機関に所属する、有名な自殺多発地点を定期的に巡回する職員に対して、自殺の気づきと苦悩している人への対応に関する基本的な訓練を行うことは有効である。

5 メディアによる報道制限

自殺のニュース報道がその後の自殺増加と密接に関係しており、メディアの報道範囲が広がれば広がるほど、その後の自殺数が増加することが指摘されている（Pirkis & Blood, 2001）。反対に、自殺報道の制限を行った後は、自殺が減少することが明らかにされている（Sonneck, Etzersdorfer, Nagel-Kuess, 1994）。自殺に使用された手段を詳細に報道することは、模倣自殺を煽動してしまうことが知られている（Sonneck, Etzersdorfer, Nagel-Kuess, 1994; Yip, 2005）。

公共の場所やランドマークとなる建物や場所から飛び降りるような「目立つ」場所での自殺は、私的な場所で起こる自殺よりもよりメディアの注意を引きやすい。

それゆえ、ニュースメディアと報道制限に関して協議を行っておくことは、自殺多発地点を管理するうえできわめて重要な要素といえる。最近の改正により、「報道機関不服申し立て委員会実施規約」において自殺の報道を特別に慎重に扱うことが定められた。

その、模倣自殺を防ぐために施行された新しい条項では、自殺に使用された手段に関して度を超した詳細な報道は避けることが求められている（http://www.pcc.org.uk/cop/practice.html）。これは地域の関係者とメディアとのあいだで協議する際の原則を規定したものである。また、サマリタンズ協会では、メディアのガイドラインをダウンロードできる形で公表している（http://www.samaritans.org/know/pdf/media.pdf）。

ハイリスクな場所における実際の自殺事例の報道だけでなく、設置・導入されていた自殺予防方法に関する報道も、その場を自殺地点としての関心を集

めさせる一因となりうるので、地域のニュース編集者は、協定を守ってこうした情報を報道することを控えなければならない（King & Frost, 2005）。

6 有効な選択肢の決定

地域における自殺対策を検討する場合、それぞれの対策はその地域特異的なものであって、地域ごとの事情によって様々な影響を受けるのは当然である。対策においてどのような手段・方法を選択するのかという問題は、各地域の実情に応じたものでなければならない。

自殺行動の数、自殺に用いられた手段、自殺行動の起こる頻度と致死率は、ある特定の場所にはどのレベルの介入が必要であるかを決定するうえで欠かせないものである。また、工学的・環境学的な視点での配慮、ならびに、その地域において利害関係にあるいくつかの集団からの圧力までもが、そうした介入の内容の決定に影響を与えるであろう。

他にも、最新の監視カメラを設置したり、特定の場所に照明を設置して可視性を高めるという方法もある。もっとも、これらの方法は、一連の対策の一部として行われなければ、これら単独で自殺予防に有効であるとはいえない。少なくとも有効であるというエビデンスはない。

有効な手段の要約：良い点と悪い点

	良　い　点	悪　い　点
物理的な障壁	・有効性を証明する十分なエビデンス ・飛び降りを遅らせることによって介入の余地を作る ・飛び降り自殺からの生還者が推奨している ・他の公共を危険にさらすような破壊行為を防ぐ　例：物を投げ込む	・とりわけ有名なランドマークでは景観上の配慮が必要 ・複雑な工学的な課題を克服しなければならない場合がある ・かなりの費用を要する場合がある ・常設 ・飛び降り自殺だけに特化した対策である
看板と専用電話	・看板単独の有効性を示すエビデンスがある ・特殊な方法ではない ・費用が安い ・既存のボランティア組織を活用できる　例：サマリタンズ協会	・自殺しようとしている人が電話をかけるかどうかにかかっている

	良　い　点	悪　い　点
自殺パトロール	・人間同士のふれ合いは重要であると考えられる	・有効性に関するエビデンスが不十分 ・有給のパトロール員を雇った場合、費用がかかる ・ボランティアを募る必要があるかもしれない ・間違った介入は自殺行為を早める可能性がある ・危険な時間帯を特定する必要がある
自殺多発地点かその近くで働いている保健分野以外の職員の訓練	・苦悩している人を特定する可能性が高まる ・苦悩している人への対応に自信が持てるようになる ・迅速に救急サービスにつながる可能性が増す	・自殺が起きそうな場に職員が出くわす可能性は小さい ・有効性に関するエビデンスを欠いている（テストされていない）
メディアによる報道の制限	・有効性を示す十分なエビデンスがある ・費用がかからない	

第 2 部

自殺多発地点の特定と管理：機関連携の実践手引き

組織、計画立案および人員

1 自傷と自殺に関する機関相互のフォーラムの役割

我々はまず、州規模で自傷及び自殺に関するフォーラムを立ち上げることを勧めたい。それによって、サービスの統合を誘導し、最も良い実践活動の根拠になる考えを共有し、自殺や自傷を減少させることを目的とした作業を記録としてきちんと残すためである。

フォーラムは少なくとも年一度は開催し、以下のような様々な領域にわたる公的組織とボランティア組織のトップレベルの関係者に、会員として参加してもらうようにする。

・一次医療と二次医療の各連合会
・成人福祉サービス
・児童保健連合会
・学校保健サービス
・警察
・刑事裁判機関（刑務所と保護観察）
・救急サービス
・関連のあるボランティア組織（例　サマリタンズ協会、MIND）
・薬物対策チーム
・サービス利用者と家族
・研究者

フォーラムを招集し、コーディネイトを指揮するのは保健および福祉分野出身の者になるだろう。理想的には、このフォーラムにおいて実務レベルの作業グループを設置してコーディネイトし、会員組織に存在する既存の手続きによって、彼らの勧告に実効的な力と権威を与えるようにするべきである。

2 多発地点プログラムの立案

自殺多発地点の同定と管理は、フォーラムの全体的な指導のもとに実行されるように、作業プログラムの一部として、地域全体の自殺・自傷予防活動の一環として位置づけられるものである。

2a プログラムの人員

自殺多発地点プログラムは、理想的には、このプログラムを指揮する機関、管理職後援者、優れた臨床技術者および運営委員会、さらには実践活動に専念するチームから構成される必要がある。

指揮する機関

このプログラムは保健もしくは福祉の機関によって指揮され（一次医療または二次医療に従事する精神保健関係者の連合会）、できるかぎり研究開発または臨床効果研究部門において実績をもつ既存の部門に位置づける必要がある。

地域の自殺調査グループが設置されているところでは、そのグループが活動を指揮するのがよい。なぜなら、そうしたグループは、すでにその地域における自殺の実態に関するデータの収集と分析、一次医療と二次医療に対する知見の還元、その地域の取り決めを調整する仕組みを持っているからである。

指揮機関が指導力の発揮に尽力すれば、重要な関係者間の連携は保たれ、計画を推進し、完遂する上で重要な役割を果たせるであろう。

支援幹部責任者

このポストは、地方実施支援チームの議長に相当するような、地域におけるサービスに責任をもち、様々な機関との連携に実績のある、決定に権

限をもつ重要人物がなるべきだろう。

優れた臨床技術者

このポストは、理想的には、同じ専門分野の人に信頼されていて、多発地点プログラム及びサービスの計画立案者や提供者との間で連絡をとることができる、第一線の保健・福祉ケアの上級専門家がなるべきだろう。

プログラムチーム

上記に加えて、チームには以下の技術が必要とされる。

・量的、質的なデータ収集とデータ分析
・データを扱うためにExcelやSPSSに精通している
・GIS地図ソフトの使用
・鍵となる関係者および連携機関と効果的にネットワークをつくり、意思疎通する
・会議の組織
・プロジェクトの管理
・秘書や管理の技術
・指揮・監督グループ

プログラムチームは、サービス利用者や家族の代表者、そして可能であれば、自殺予防の外部専門家の見解にとどまらず、様々な領域にわたる運営グループの見解を引き出せるような状況が理想である。

2b 主要な初期任務

初期任務は、主に、役割分担の明確化、必要な資源の特定と獲得、主要な関係者との関係づくりからなる。

役割分担の明確化

主要な初期任務は、プログラムに参加する地域で役割分担を明確にすることである。もしプログラムが州規模の多機関の委員による連携フォーラムの指導のもとで行われているなら、全国レベルの多発地点の同定プログラムと連動することが賢明である。先行研究は、州当局と一緒に働くのが適切であり、かつ、それが実行可能であることを示している。

必要な資源の特定と獲得

連携機関から追加の予算を得ようとする前に、プログラムを十分に見積もり、人員、管理の支援、IT設備やソフトウエア、会議設備などの既存の共有された資源を検討することが必要であろう。付録1でプログラムに関連する資源を挙げた。

主要な関係者との関係づくり

プログラムが成功するためには、様々な領域に広く及ぶ関係者や連携機関を巻き込むことが重要である。プログラムチームは以下の点を十分に考慮しておく必要がある。

a）自殺多発地点の可能性について、最も多くの情報をもっている主要な機関やグループの同定
b）それぞれの機関との適切な関係をとり、各機関からプログラムに対する献身を引き出すこと

参加する主要な機関とは、ハイリスクな場所を所有、管理、または保全しているところになる。彼らの代表者は、予算を配分したり、行動を起こす権限をもっていたりする管理職クラスの人がなる必要がある。代表者は、行動に移すのに必要な権限をもつ必要を考慮すると、州外からの出向者（州または政府高官）であることが望ましい。

候補となる関係者や機関の一覧は付録2に挙げてある。各地方の地域特性、特定の場所や建物の存在によって、誰を委員にするのかを決定する。各地方のデータ分析がなされ、ハイリスクな場所を特定し終わるまでは、関係者の全員を明らかにすることはできない。

関係者協議会によって、利害関係グループを協議会に召喚したり、地元の情報や特有の場所や建物に関する専門的な知識を獲得したり、その地方の優先事項をまとめたり、計画立案グループを組織したりして、いわばシステムをつくる。協議会のために提案されるフォーマットを概説した（多発地点の管理1：優先順位設定の際の合意形成、付録5を参照）。しかし、これは各地方のデータ収集と分析が完全になされるまで、実行するべきではない。

自殺多発地点の特定

1 データ収集

自殺多発地点の特定と対応の成功の鍵となるのは、系統的かつ継続的な各地域における自殺と死因不明者のデータ収集である。

各地域で発生したデータを継続的かつリアルタイムに収集し、調査することは、自殺傾向を監視したり、突然特有の場所の使用が増大したことを素早く見つけて対応するうえで、きわめて重要である。線路での自殺に関する「鉄道における自殺と死因不明」の報告書によれば、多発地点というものは一時的なものであり、次から次へと別の場所に急速に移動していることを示唆している。

1a すでに集めているのは誰か

まず、何のデータが誰によってすでに集められているのかをはっきりさせておくことは、調査の重複を避けるためにも重要である。自殺調査の一環として検死官からもデータを収集しているのかどうかを、一次医療トラスト情報分析官と二次医療トラストの医療調査官に相談しておく必要がある。

精神保健に関して国が定めた「基準 7（1999）」によれば、自殺調査のシステムを開発することは、地方保健と地方福祉関係者の職務となっている。であるならば、多発地点の再調査に際しては、その調査を通じてデータ共有に関する調整を行うことも考慮に入れて行うべきである。イングランド国立精神保健研究所 NIMHE によって作成された一次医療自殺調査ツール（http://www.eastmidlands.csip.org.uk/suicide_db/index.html）は、包括的な内容の使用マニュアルもあり、それに加えて、このツールを利用すれば、フォーマットを統一した基準データと電子的なデータベースを作成することができる。NIMHE ツールの利点は、地域の現場にいる人たちが、共通した最小限のデータ収集を行うことによって、地方レベルでも、州レベルでも、全国レベルでも比較検討による分析が容易にできることにある。

もしも自殺調査に適したシステムがなかったり、収集されたデータに「行為の現場（2c 何のデータを集めるか参照）」に関する項目が含まれていなかったりしたら、チームは自分たち自身で適切なデータを集めなければならなかっただろう。

1b どこでデータを見つけるか

全ての自殺と原因不明の重度受傷による死亡者（死因不明者）のデータソースは、各地方の検死官と州記録事務所である。

暴力死、不自然死、突然死は、いずれもその地区の検死官による調査または検死の対象になる。検死官の記録に、自殺か死因不明の行為があった場所を特定するのに必要な情報が入っている。

検死記録を見るためには、それぞれの検死官が所属する州管轄区の認可が必要である。多くの検死官は公共の関心に答える調査や検査を喜んで手助けしてくれるが、そもそも彼らにはそのようにする義務などない。大きい州ともなれば、検死官は 2 人以上の体制で勤務している。イングランド及びウェールズの全ての検死官に関する詳細は、検死官協会もしくは州検死官ホームページ（http://www.coroner.org.uk/public/search.asp）から得られる。

検死官の記録を探すことは時間のかかる作業で

あるが、残念ながら他に近道はない。全ての検死官は国家統計局に年報を報告している。それゆえ、自殺と死因不明者の合計データを提供することができる。しかし、重要な情報である自殺の場所や時間に関する情報は、国家統計局への報告事項には含まれていない。

ひとたび検死官記録の閲覧が許可されたならば、自殺と死因不明者のリストを編集するために、それぞれの年の死亡記録簿と照合しなければならない。次に、自殺や死因不明者に関する文書を請求し、そこから必要な情報を抜粋することである。作成された書類の目次を見ると分かるように、検死官の業務は非常に広範な領域にわたっている。

一般的に個人記録には、最初の警察報告、突然死・不自然死の状況に関する詳細な情報、検死結果と毒物学的分析の結果、医療者からの報告、目撃者の陳述、独自の自殺記録、検死から得られた情報に関する記録が含まれている。

訪問に先立ってエクセルやSPSSスプレッドシートを準備し、ノートパソコンを用いて記録から直接関連があるデータを入力していくことをお勧めしたい。これならば写真複写をする必要がなく、検死官事務所からどうしても必要と思われる情報をそのまま取り出せるわけである。

死後1, 2年を経過すると（量次第である）、検死官記録は保管のために州記録事務所に移される。これらの保管文書を利用するには、過去に遡ったデータ収集を申請し、検死官からの認可を得なくてはならない。認可を得ることができたならば、それから先の手続きは検死官事務所における場合と完全に同じである。

検死官記録は非常に痛ましい内容であることが多い。データの収集担当者には、誰でも守秘義務を課すべきである。

1c 何のデータを集めるか

自殺に関する調査においては、自殺とともに死因不明者も含めて調査を実施するのがならわしとなっている。死因不明者と分類された記録には、自殺が疑われた事例も含まれてはいるものの、はたしてそれが本当に自殺であったかどうかについては証明されていない。

高所からの飛び降りや落下による死因の場合、それが自殺であったかどうかを立証するのは、少なくとも現在の検死制度の下では特に難しく、自殺よりもむしろ死因不明者として分類されることが明らかにされている（Cooper & Milroy, 19950; Sampson & Rutty, 1999）。推奨される整理方法としては、それぞれの死因不明者の記録を注意深く読み、自殺の可能性が中程度から高度であると判断されたものについては、自殺として整理することである（Hawton, Appleby, Platt et al, 1998）。

最初に、ベースラインを設けるために5年間遡ったデータを収集しておくと良い。その後、3～6ヶ月間隔でデータベースを更新し、整理していくべきである。

付録3は記入項目の一覧である。いくつかの個人データには、全ての自殺者と死因不明者が含まれているので、重複しているものがないかどうかを確認するために、そして自殺が本人の家で行われたか否かを確証するために必要となる。人口統計データを参照すると、ある地域における自殺者のプロフィールを明確にするのに役立つであろう。これらのデータから得られる情報のなかでも、人種に関する情報は、（自殺予防の）看板が少数民族の言語で提供されていたか否かを、特定の少数民族を支援する組織と連携を取りながら明らかにし、今後の対策に生かすことができる。とはいえ、個人の詳細な情報は厳格に最小限に保たれるべきである（下記参照：1e 倫理）。多発地点を同定する際には、自殺の場所と日付に関する情報が重要である。

行為のあった場所

自殺や原因不明の受傷による死亡事故が起こった場所がどこなのかを明らかにすることは容易で

はない。検死官は死亡した場所を記録することが求められるが、自殺が起こった場所を書くことは求められていないからである。もし発見されたときはまだ生きていて、その後に病院で死んだとするならば、病院が死んだ場所として提出される。自殺が起こった正確な場所を発見するには、手書き文書や自由記載欄を読む必要がある。

もし行為が公共の場所で起こったら（下記参照：公共または私的な場所）、地図上の１点を正確に同定するのに十分な情報が得られるはずである。そうした場所に関する情報は、場所の名前や発見者などからの詳しいナラティブな情報のある自由記載欄の中に入っているはずである。例えば、「クロズヒルのまさに縁にあたるフォックス橋とハレスウエルの間にある、整備されていない道の入り口に駐車された乗り物の中で発見された」。後述するGISソフトを用いた調査を実施する場合には、郵便番号を確認しておくことが必要であろう。一方、公共の場所の場合には、こうした情報は記録されていないことも多い。しかし、それでも、後に確認して記録できるようにするためにも、調査記録用紙には文章記載欄を用意しておくべきである。もしも最も精密な地理的分類を採用している英国陸地測量のデータが記録されていれば、自殺地点の同定に有用な情報が得られるはずである。

公共または私的な場所

自殺者と死因不明者の分類は、行為が起こった場所の状況にしたがって分類されるべきである。多発地点を同定するうえで問題となる死とは、公共の場所で起こった行為に起因する死である。先行研究によれば、全ての自殺者と死因不明者の約３分の１はこのカテゴリーに分類され、残りの３分の２は私的な場所で起こるという。

公共の場所と私的な場所に関しては、チーム内で一致した定義を共有しておく必要がある。先行研究においては、私的な場所は、農地も含めて私的な家庭の住所と定義されていたが、その一方で、故人の滞在期間が永続的でない限り、ホテルやゲストハウスは私的な場所から除かれていた。また、公共の場所は、故人によって所有されているわけではない開かれた場所や、輸送ネットワーク、公共の建物、故人が一時的に宿泊していたホテルやゲストハウスなどと定義されていた。

公共の場所という分類項目に特殊なタイプの場所を入れるべきかどうかについては、地域の事情や特性によって変わってくる。先行研究においては、調査は観光産業が大きな役割を果たす州で行われており、分析に際してホテルとゲストハウスを公共の場所に含めることで、「自殺旅行」か否かを判断するのに役立つと考えられた。

精神科入院病棟、刑務所および保護観察ホステルは、ハイリスクの人たちが住んでいることで知られており、すでに自殺のリスク管理の手法をもっている。これらの施設は、多発地点プログラムを明確にするためにも、私的な場所と分類して、分析の対象からは除外すべきである。

行為の日付と時間

検死の後に検死官証明書に記録された死亡日が、そのまま自殺行為が起こった日付であるとは限らない。しかしそのような場合は、通常、不可能とまではいわないにしても、本当の死亡日を把握するのは困難である。こうした場合でも、警察の報告書と目撃証言にもとづいて遺体発見時の詳細な状況は知ることができるので、これらの情報で代用するほかない。公共の場所で起こった自殺の場合には、長時間未発見のままで放置される可能性はない。

1d その他追加データの情報源

検死官記録からは、自殺既遂の情報が得られるだけである。死にいたらなかった「ニアミス」または重大な自殺未遂はもっとたくさんあるだろう。以下の追加データの資源は全体像を補うのに役立つ。

警察と救急サービス

警察の作業記録には、警察官が出動した出来事の全てに関する詳細な情報が記録されている。こ

れらの記録には、警察官や一般の人々による介入によってまぬがれた自殺未遂や自殺危機も含まれている。地元警察の渉外係職員がそのような出来事が起こった場所を同定するのを手伝ってくれる可能性がある。

病院の入院記録

死には至らないものの結果として重度の受傷を負った自殺企図の数を調査することは、ある場所においてどのようなレベルの介入を行う必要性があるかを決定するうえで有用である。故意の自傷と関わりのある病院統計は公衆衛生記録から入手することができるが、これだけでは場所の同定には役立たない。事故・救急部門から情報を得ることは可能だろうが、個人別記録を調査することは時間の浪費になるだろう。というのは、その記録は、公共の場所での自傷の結果による隔離入院が必要かどうかを判断する上で必要な、身体的外傷の程度に関する情報が記録されているに過ぎないからである。

鉄道事故データベース

鉄道法規事務所は、1994年以降の主な鉄道と関連する全ての死亡者に関するデータベースを蓄積しており、そこには鉄道に関連した自殺者の情報も含まれている。そのデータベースには、それぞれの死亡者の自殺場所に関する記録があり、州ごとの自殺者に関する情報を引き出すことができる。事務所は、線路の多発地点の詳細を見ることを望んでいる適切な機関には、快く匿名データを提供してくれるだろう。

地方関係者協議会

他にも、自殺に使われる場所に関する豊富な専門的知識を持っている機関は数多く存在する。関係者の協議会では、各地域の情報と個人的なエピソードから自殺の手法について様々な情報が得られる。こうした情報は、検死官の記録や他のデータから組み立てられた全体像をいっそう具体的なものとしてくれるであろう。協議会の開催に先立って、簡単な質問紙を発送しておき、会議当日に持ってきてもらうという方法を用いれば、関係者にあらかじめ考えをまとめておいてもらうことができるはずである。協議会開催に際しての具体的な方法は下記に載せている（下記参照　多発地点の管理　1地方の優先事項の合意と付録5)。

1e 倫理

監査、観察、および計画立案を目的としたデータ収集には、通常、倫理審査委員会の承認は必要ではない。しかし、プログラムチームの全委員は、収集されたデータにおける個人情報の扱いについて厳密な秘匿に関して十分な注意を払う必要がある。チーム内でも、こうした秘匿性を維持するためにはいかにしたら良いのかについても検討し、一定の合意を得ておく必要がある。

検死官州公文書保管所はデータを収集している人は誰でも秘密を守る約束に署名し、全データの匿名化が求められる。多発地点を同定するための調査では、収集する情報は「人」そのものよりもむしろ「場所」に焦点をあてるようにし、個人記録の収集は最小限とする。とはいえ、残念なことに、個人記録なしでは、情報を得るうえでの信頼できる方法はないのもまた事実である。

公共の場所で起こった自殺行為に関する情報は、一般にメディアによる報道によって左右されやすい。公的な土地のなかには、すでにこうした特殊な場所として有名になってしまっているところもある。また、自殺者に関する人物描写を詳しく行えば、地元の人たちにはすぐにそれが誰であるかを知ってしまうという可能性もある。したがって、地方関係者協議会にデータを提出する際には、人よりもむしろ場所に焦点をあてるように配慮し、個人情報の行為はできるだけ少なくすべきである。

地方の多発地点の同意・管理とは別の目的でデータを使用（例　出版の意向を持つ調査）するには、倫理審査委員会の承認が必要である。

2 データ分析

多発地点特定の目的のために、公共の場所で起こった行為だけが分析の対象となる（上述参照

1c 何のデータを集めるか)。

2a 量的な分析

量的なデータは、様々な統計ソフトを用いて分析することが可能となる。基礎となる頻度や表作成は Excel を用いて行うことができる。SPSS のような統計的なソフトを用いれば、多変数のクロス集計、さらにはもっと複雑な分析も容易にできる。もっとも、分析の対象となる死亡者数は比較的少ないので、「未遂者」のデータを補わない限り、こうした分析結果の精度は保証されないと考えられる。

場所と日付と時間のクロス集計では、特にハイリスクとされる場所の 1 日、1 週間、1 ヶ月、1 年を同定する。このような分析の結果は、介入の的を絞るのに有用である。こうした目的のためには、場所に関する情報は、長い文章ではなく量的な変数に整理することが必要である。「場所の種類」というカテゴリーはそうした目的から使われる。

2b GIS ソフトを用いた自殺の地図作成

自殺行為の場所を表すうえで図式化よりもはるかに効果的な方法は、GIS ソフトを使うことである。GIS は、英国陸地測量とリンクして地理的・空間的なデータの処理を可能にし、文字通り「あたかも地図のように」多発地点に関する情報を視覚的に表現してくれる。このような情報は、自殺多発地点の特定に役立つ。

GIS を用いた地図作りをすると、ハイリスクの人々の集団が集中している精神科病院、刑務所および保護観察ホステルのような、自殺のポイントに近接する施設の場所も際だった形で視覚的に表現される。

付録 4 には、地図として視覚化された、5 年以上にわたる公共の場所における自殺パターンの情報の一例を提示した。なお、そこに提示された場所に関する情報は、架空のデータにもとづく見本である。

我々は今や様々な種類の GIS ソフトを利用することができる。その中でも、最も広く用いられているのは、ArcGIS と Mapinfo の 2 つである。先行研究においては、NHS の承認を得て提供された、英国陸地測量地図に支援されて機能する ESRI ArcGIS9 が用いられた。この研究では、膨大な量の英国陸地測量データと 2007 年 3 月までイングランドの NHS 組織が利用しているデジタル地図作成ソフトを使うことが取り決められていた。英国陸地測量は、NHS のヘルプデスクが GIS を用いた調査の結果にもとづいて貴重な情報を提供することに全面的に協力し、承認を受ければ誰でも、その調査結果を利用できるようにしてくれた。

1 人あたりの ArcGIS 利用料はおおよそ _1500 である。ソフトをインストールしたり、地図を導入したりしたうえで情報収集を行うには、1 日か 2 日を要する。

主要なソフト会社は、いずれにも購入者が、そのソフトを使いこなせるようになるために訓練の機会をもうけている。これは 1 日 _400 の費用を要する。地方の大学ならば、もっと安い価格で GIS の入門的な訓練機会を設けている。例えば、ブリストル大学は 1 人につき _50 で 1 日 Arc GIS 入門編を提供している。

州議会、警官隊、公衆衛生監視といった公共サービス組織の多くは、たいてい GIS を使って自殺地図を作るのを支援し、結果を分析する技術を持っている。大学の地理学部でも、適宜、助言をしたり、実際的な援助を提供したりすることができる。

多発地点の管理：自殺のリスクと機会を減らすこと

1 地方の優先事項の合意：関係者協議会の役割

関係者協議会の最も重要な目的は、それぞれの地域のどこに自殺多発地点があるのかに関する共通認識を獲得し、そのうえで対策となる活動の優先事項を決定していくことである。

収集されたデータの分析結果を提示した後に、私たちは円卓会議式討論を通じて合意形成法の手続きで議論を進めて行くとよい。我々の目的を果たすには、この修正標準集団技法（Gallagher, Hares, Spencer et al, 1993）が適していることから、その概略を付録５に載せた。

合意形成は以下の質問に到達する必要がある。

・この州には自殺多発地点はあるのか？　もしあるとしたら、それはどこなのか？
・いずれの実践活動が優先事項と考えられるか？ここでの議論では、以下のことを考慮にいれる必要がある：事故の数、重度受傷の死亡率、および介入可能性
・いずれの自殺手段に焦点を当てた対策が、その場所に最も適していて、かつ効果的であるか？

協議会は、十分な影響力を兼ね備え、優先的に介入を要する多発地点に対する計画を指揮できるだけの能力のある人物が誰なのかを特定する必要がある。そのうえで、まずは小さな核となるチームに優先的に介入を要する場所を割り当て、以下の任務を与える。

・割り当てられた場所について、重要な関係者全員からなる多機関連携体制を築く
・割り当てられた場所のリスクを調査し、査定する
・その場所に関係のある地元の人々と面談し、実行可能性、受容性、費用、別の介入方法の有効性について査定する
・リスクマネジメントを作成し、地方での調整を進める
・財政責任に関して合意を得る。必要があれば予算折衝を検討する

多発地点プログラムの指導部への報告を考慮して、タイムスケールの設定を行うと良い。

2 プロジェクトチームの役割

優先的な介入がなされる場所は、いずれもそれぞれが別のプログラムとして管理されるべきである。各プロジェクトチームに課せられた主要な課題を以下に列挙しておく。

2a 効果的な連携を組織する

関係者との協調関係を深めつつ広げて行くのは、この段階で話し合われると良いであろう。各グループの重要課題は、場所（建物）を所有し管理する機関や個人をそうした連携体制のなかに巻き込み、権威のある役職に選出することである。法定組織、ボランティア組織、ならびに自殺予防に責任をもつ団体からも、それぞれの代表者を選んでもらい、活動に参加してもらうようにする。

各チームでは、支援責任者、臨床指導者、プロジェクト指導者を選出し、任命する必要がある。支援責任者はその場所を管轄する機関の主席行政官が担当すると良い。臨床指導者は、多発地点のある地域から地元の情報を容易に入手することができ、保健と福祉ケア政策の決定に影響力をもつ人でなければならない。プロジェクト指導者は作業をコーディネイトし、各機関との連絡を行う。

2b その場所特有のリスクを査定する

その場所特有のリスクを査定するとき、以下の点が考えられるべき要素である。

・その場所の広さ、および、自殺を考え出してから行動に移すまでの時間的猶予
・これまで許されていた、その場所を利用する権利、及び利用させない権利
・ハイリスクな人々を収容する施設（精神科入院施設、刑務所、保護観察ホステル、ホームレス用ホステル）からの物理的距離、及び接近しやすさ
・既存の監視体制の状況：監視カメラ、安全パトロールなど既存のパトロール員や近辺で働いているスタッフによって、多発地点で苦悩している人が発見される可能性
・輸送と交通のリンク：救急サービスの利用しやすさ

その場所の近くで働いており、自殺企図の目撃者になる可能性のある職員との話し合いからは、非常に有益な情報を得られる。さらに、検死官の記録からデータを調べることは、自殺行動の詳細を確かめるうえで必要である（例　橋の片側は反対側よりも飛び降りに都合がよいかどうか）。可能であれば、1日、1週間、1ヶ月、1年単位で自殺の危険性が高まる時期に関して研究を行うべきである。

2c 選択肢を熟慮する

あらゆる有用な選択肢について熟慮すべきである。チームは地元の関係者集団から受け入れられるかどうかだけでなく、計画の実行可能性、費用、および他のあらゆる介入の有効性を査定することが必要である。

この段階では、公的機関との協議がきわめて重要な課題となる。景観のよい場所、自然保護区、自然科学上の特別な利権のある場所、及び特別な保護措置の対象となっている国立公園などでは、環境的なダメージを最小限度に抑える手段を講じる必要がある。当該地点周辺に対する環境的、ならびに経済的な介入の影響については、あらゆる観点から検討される必要がある。

費用対効果に関する分析を行ってくれる、経済学の専門家を探す必要がある。

2d 地方の計画を練る

それぞれの場所特有のリスク要因については、リスクマネジメント計画を立てて焦点を定めた上で介入が行われるべきである。可能な限り、場所の状況がよく見えるように、職員の配置場所(例　チケット売り場)を移動させるといったような、比較的簡単で費用のかからない方法を検討する。

リスクマネジメント計画は優先順位に従うべきであり、その場所に関するあらゆる行動計画とのバランスを考慮しながら決定していくべきである。全ての計画には、対策が整う前の段階における危機的対応も考慮しながら、実施作業の進行を計画する必要がある。

当然ながら、こうした多発地点対策やその場所での続発する自殺に関しては、これを報道しようとするメディアに対する規制を行う必要がある。

2e 財務計画

チームは、多発地点対策計画を支える財務に関しても計画を立てていく必要がある。経済的な制限に対処するには、多発地点対策計画を段階的に実行せざるを得ない場合もある。したがって、リスクマネジメント計画に優先順位をつけていくことが必要となる（上述 2d　地方の計画を練る を参照)。

場所の「所有者」と公的保健と安全に責任をもつ団体との間で、双方の財政負担について検討し、合意に達しておく必要がある。予算を立てる場合には、こうした組織との交渉が求められる。

2f 実行

多発地点対策計画の全体としての規模によっては、プロジェクト指導部が計画の実施に関して責任をもつこともある。それができない場合には、必要に応じて、献身的に仕事をするプロジェクト責任者を指名するべきであろう。

プロジェクト管理責任者は、プロジェクト計画を進める上での重要なイベントとタイムスケジュールを説明し、パートナーシップを組む機関に十分な納得してもらった上で財政的援助を受けて、事業に着手すべきである。重要な段階が終了した場合はもちろん、困難な状況への遭遇、もしくは挫折に際しても、速やかに関係者に報告すべきである。

調査と評価

各地域のプロジェクトチームは全体のとりまとめをする多発地点プログラム指導部に対して説明責任があり、多発地点プログラム指導部には調査と評価全体に対する責任を負わなければならない。

1 調査

プログラム指導部は、全ての優先的な介入を要する場所に関して、以下のことを調査すべきである。

a）その地方において合意の上で決定された協定が実行されたかどうか

b）計画された期間内に作業を終えることができたかどうか

定期的なフォローアップは、介入が維持されているか、あるいは、合意のうえで決定された対策が継続されているかを確認するために必要である。

2 評価

それぞれの多発地点で導入された方法が、自殺行動の数を減らしたのかどうかを判断するためには、標的となった場所とそれとよく似た近くの場所（例　他の橋）の両方からの自殺行動の数の推移を検討して、自殺者が真に減少したのか、あるいはたんに他の場所に行っただけなのかを評価する必要がある。これを判断するのには、3年間の観察が必要と考えられている。それぞれの地域プロジェクトが、全国的な多発地点プロジェクトに対して、どの程度貢献したのかについても、州内のデータ分析を通して評価されるべきである。

参加する地域はごく限られた数であろうと推測されるのでその効果について確信をもって評価をするのは難しいであろう。しかしながら、もし「自殺未遂」のデータも含めて収集し、分析するという方法を用いるのであれば（上述 1d　その他追加データの情報源　を参照）、その場所で起こった行為による死亡者や重度受傷者の割合の減少を示すことは可能であろう。

もしも後方視的データを利用することが困難な場合には、その場所を管理している機関・団体に前方視的に未遂行動も含めた全ての自殺行動を詳細に記録するように促すべきである。こうすることによって、致死的な結果を予防する上で効果的な要因に関する分析はできる。自殺未遂からの生存者、目撃者、救助者はインタビューされることをいとわないはずである。そのようなインタビューは、現実から学ぶことを可能にする貴重なデータになる。

地方大学や NHS 研究開発支援部は、以上の評価を支援することができるだろう。

3 折り返しの報告

それぞれの場所、及び多発地点プログラム全体から得られた調査結果は、自傷・自殺に関する機関連携フォーラムにおいて報告されるべきである。そうすることで、調査と実践を通じて学んだことを、全ての自殺予防コミュニティーと共有することができるようになる。

自殺多発地帯の特定と管理の模範例

・南デボン州精神保健連合会と地元の検死官事務所との間で、長年継続されている協定がある。それは潜在的な自殺に関する警察の一次報告書のコピーを、定期的に臨床評価チームに転送するということである。そうした実践によって、過去 15 年間あまりもの時間をかけて、精神障害者の自殺と他殺に関する全国調査にもとづいた大規模なデータベースが築きあげられてきた。このデータベースは、地方と全国の状況を比較して、地方の特性を明らかにする目的から定期的に分析がなされている。

このデータベースから、ある 2 つの地域における自殺多発地点を同定することができた。この知見が地方審査会議で発表されると、その地方自治体を、他の関連する組織と結びつけるという動きを生み出した。その後、目立った高層駐車場には全高層階に柵を建設するなどの安全対策が導入されることとなった。

これについてもっと詳しく知りたい方は、こちらに連絡をしてください。 Clinical Audit Team Leader, South Devon Healthcare NHS Trust. Tel 01803 655770

・サザンプトン大学 / 王立サウスハンツ病院を中心に 1988 年に設立されたウェセックス自殺審査会は、検死官記録からの情報にもとづいた定期的な会合を現在も続けており、会合にあわせてデータベースの更新も続けられている。検死を必要とされた全ての死者に関するこの大きなデータベースは、研究者、地方 NHS トラスト、保健当局、警察やサマリタンズ協会のような組織によって、しばしば資料のソースとして使われてきた。

上述したような定期的な分析から、ニューフォレストの駐車場が自殺者をひきつける働きをしていることが明らかになった。自殺者の多くが他地域からの訪問者であり、車の排気ガスを用いていた。森林管理委員会、サマリタンズ協会、地元の保健当局、地区評議会、大学の代表者からなる多機関同盟が結成された。サマリタンズ協会の電話番号を表示した看板の戦略的な配置をはじめとするいくつかの予防策が導入された。計画は厳密に評価され、その結果、ニューフォレスト地区で起る駐車場での自殺の数をかなり減少させ、そうした減少が維持されていることが明らかにされた。

これについてもっと詳しく知りたい方は、こちらに連絡をしてください。 University Department of Psychiatry, Royal South Hants Hospital, Southampton. Tel 023 8082 5537

参考文献

Amos T, Appleby L, Kiernan K (2001). Changes in rates of suicide by car exhaust asphyxiation in England and Wales. Psychol Med, 31(5): 935-9.

Beautrais AL (2001). Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35 : 557-562.

Beautrais AL, Fergusson DM, Horwood LJ (2006). Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 40 : 253-259.

Berman, AL et al (1990). Suicide prevention in public places. In: AL Berman (Ed.), Suicide Prevention: Case Consultations. New York: Springer.

Cantor CH, Baume PJ (1998). Access to methods of suicide. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32(1): 8-14.

Cantor CH, Slater PJ (1995). The impact of firearm control legislation on suicide in Queensland: preliminary findings. Med J Aust, 162(11): 583-5.

Cooper PN,Milroy CM(1995). The coroner’s system and Under-reporting of suicide. Med Sci Law, 35(4) : 319-26

Department of Health (1999). Saving Lives: Our Healthier Nation. London: Stationery Office.

Department of Health (2002). National Suicide Prevention Strategy for England. London: Department of Health.

Department of Health (2006a). Our Health, Our Care, Our Say. London: Department of Health.

Department of Health (2006b). Best practice guidance on the role of Director of Adult Social Services. London: Department of Health.

Gallagher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C, Webb I (1993).

The Nominal Group Technique: a Research Tool for General Practice? Family Practice, 10(1): 76-81.

Glatt K M (1987). Helpline: Suicide Prevention at a Suicide Site. Suicide and Life Threatening Behavior, 17(4) : 299-309.

Gunnell D, Middleton N, Frankel S (2000). Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 35: 437-443

Gunnell D, Nowers M (1997). Suicide by jumping. Acta Psychiatr Scand, 96 : 1-6.

Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, Simkin S (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. Journal of Affective Disorders 50, 269-276.

Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, Cooper J (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. BMJ, 322: 1203-7.

Hawton K, Simkin S, Deeks J, Cooper J, Johnston A, Waters K et al (2004). UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. BMJ, 329: 1076-1079.

Kerkhof A (2003). Railway Suicide: Who is Responsible? Crisis, 24(2): 47-48.

King E, Frost N (2005). The New Forest Suicide Prevention Initiative (NFSPI). Crisis, 26(1): 25-33.

Kreitman N (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. Br J Prev Soc Med, 30(2): 86-93.

Lindqvist P, Jonsson A, Eriksson A, Hedelin A, Bj 嗷 nstig U (2004). Are suicides by jumping off bridges preventable? An analysis of 50 cases from Sweden. Accident Analysis and Prevention, 36: 691-694.

Office for National Statistics, 2005. National Statistics Online (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Dh2_31/Table2.19.xls)

Pearson VAH (1993). Suicide in North and West Devon: a comparative study using Coroner’s inquest records. Journal of Public Health Medicine, 15(4): 320-326.

Pirkis J, Blood RW (2001). Suicide and the Media. Part 1: Reportage in Non-fictional Media. Crisis, 22(4): 146-154.

Reisch T, Michel K (2005). Securing a suicide hotspot: effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. Suicide Life Threat Behav, 35(4): 460-7.

Rosen DH (1975). Suicide Survivors: A Follow-up Study of Persons Who Survived Jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay Bridges. Western Journal of Medicine, 122: 289-294.

Sampson HH, Rutty GN (1999). Under-reporting of suicide in South Yorkshire (West). J Clin Forensic Med, 6(2): 72-6.

Simkin S, Hawton K, Sutton L, Gunnell D, Bennewith O, Kapur N (2005). Co-proxamol and suicide: preventing the continuing toll of overdose deaths. QJM, 98(3): 159-70.

Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S (1994). Imitative suicide on the Viennese subway. Soc Sci Med, 38(3): 453-7.

Spicer RS, Miller TR (2004). Suicide acts in 8 states: Incidence and case fatality rates by demographics and method. Am J Public Health, 90: 1885-1891.

Yip P (2005). A Public Health Approach to Suicide Prevention. Hong Kong J Psychiatry, 15: 29-31.

Williams C, Miller J, Watson G, Hunt N (1994). A strategy for trauma debriefing after railway suicides. Soc Sci Med, 38(3): 483-7.

■付録 1

関連した資源

General administrative support: 4 hours per week @ NHS Band 3-4

Initial data collection: 2-3 weeks @ NHS Band 5

Cleaning & formatting data: 1-2 weeks @ NHS Band 5

Initial data analysis: 2-3 weeks @ NHS Band 7-8

Software (GIS)

Regular updating and interrogation of database: 5 days per 6 months @ NHS Band 7-8

Travel costs: visits to coroners

Stakeholder conference:
・Additional administration: 1 week full-time either side of event, plus 80 hours over preceding 3-4 months @ NHS Band 3-4
・Conference venue: ⌋1,000
・Conference catering: ⌋720 (⌋12 per delegate x 60)

Programme management (overseeing, planning and audit): 1 day per week @ NHS Band 7-8

Travel costs associated with site visits
Evaluation (services of university or RDSU) and records offices

■付録 2

潜在的な関係者とパートナーとなる機関の一覧

この一覧は、地方における多発地点対策を協議する過程で参加を求めるべき機関についての提案である。このリストは、完全に網羅しているわけではないし、各地方において鍵となる関係者の顔ぶれは、その土地の地理的状況によって影響される。

HM Coroners

NHS Direct
・Mental Health Site Lead

General Practitioners with Special Interest in Mental Health

Primary Care Trusts
・Chief Executive
・Director of Public Health
・Standard Seven Lead
・Commissioner for Mental Health

Mental Health and Learning Disability Trust
・Chief Executive
・Standard Seven Lead
・Liaison Psychiatry or Self-Harm Team
・Crisis Resolution Team
・Community Mental Health Teams
・Drug and Alcohol Team

Local Implementation Groups (LIGs) and Teams (LITs)

Children's Trust: CAMHS Self-Harm Lead

Social Services: Director of Adult Social Services

Drug Action Teams

Samaritans

MIND

Other local voluntary agencies

Mental health service user and carer groups

CSIP/NIMHE Regional Development Consultants

Regional Government Office: Public Health Consultant

Police
・Chief Inspector or above
・Mental Health Liaison Officer
・Ambulance Service

Fire and Rescue Service

Prison (if applicable)
・Prison Health Care Manager

・Suicide Prevention Lead

Probation Service

British Transport Police: Area Coroners' Liaison Officer

County Council
・County Surveyor
・Highways Department
Town/City Council
・Car Parking Department

Parish Councils

Network Rail Area General Manager

Highways Agency Area General Manager

Bridge authorities (if applicable): Bridge Manager

Coastguard Service

Forestry Commission

National Trust

National Parks Authority

English Nature/Countryside Agency/Rural Development Service

Churches and faith communities

Local Media
・Television
・Radio
・newspapers

■付録 3

記入項目

検死官名
姓名
生年月日
死亡日
年齢
年齢区分：25 歳以下 ; 25-34 ; 35-44 ; 45-54 ; 55-64 ; 65-74 : 75 歳以上
性別：男性；女性
人種 / 第 1 言語（看板に少数民族言語をのせる必要があるか否かの決定に情報を与える）
住所（自殺が家で起きたかどうかを確かめる目的のため）
郵便番号
州の居住者：はい；いいえ
判定：自殺：不明
自殺の方法：
・薬物に関した中毒
・自動車のガスを含めたその他の中毒
・首つり / 絞殺 / 窒息死
・高所からの飛び降り
・動いている物の前への飛び降り / 横たわること
・溺死
・刃物による自傷、もしくは刺殺
・小火器
・火事
・その他

行動のあった現場（場所の名前と、英国陸地測量地図で正確な場所を示すのを可能にするためのできるだけ物語形式の詳細な記述）

現場の郵便番号（これは GIS ソフトを用いて地図を作製するときに必要とされるだろう。後で調べて入力できるが、データベースでは必要とされる）

現場の状況：私的な場所；公共の場＊

現場のタイプ：橋；建物；崖；道路；線路；郊外の駐車場、もしくは高速道路の一時駐車場；その他

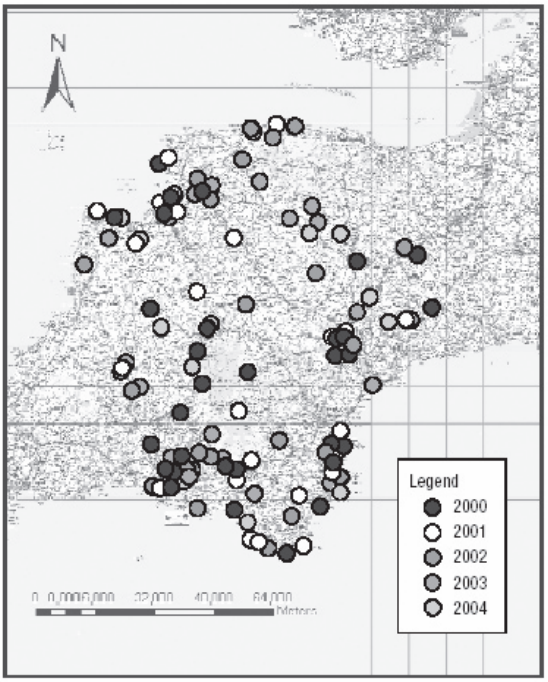
行動のあった日付け（もし死亡日と明らかに異なっていたら）

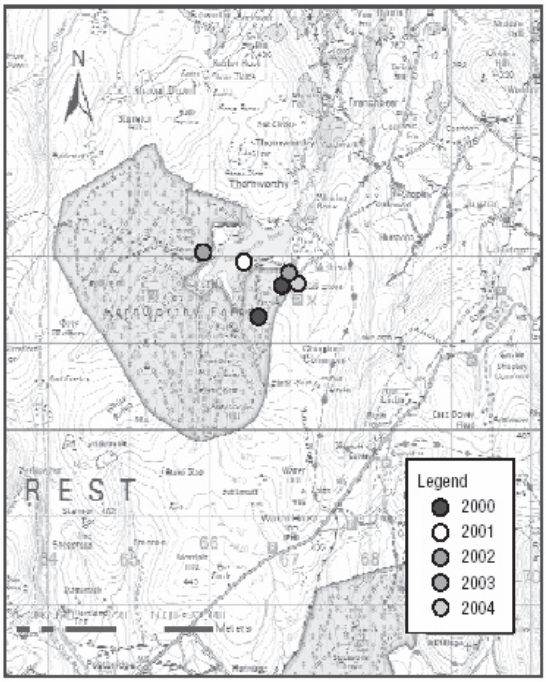
行動の時刻（もし確かめられたら）

＊定義
私的な場所：農地を含めた私有の住所。しかし故人が半永久的に居住しない限り、ホテルとゲストハウスは除く。精神科入院病棟、刑務所、個人が亡くなるまでケアされながら住んでいるホステルやケアホーム。
公共の場所：亡くなった個人の所有ではない全ての公開された場所、輸送ネットワーク、公共の建物、故人が一時的に滞在していたホテルやゲストハウス。

■付録 4

GIS ソフトを用いて作成された地方の自殺データ地図の例





注意　上に示された場所は、デモ用の創作データをもとにしている。

■付録 5

関係者協議会：協議会前の質問紙と優先順位設定の際の合意形成

自殺多発地点協議会の自傷と自殺に関する機関連携フォーラム

協議会前のアンケート用紙

私たちは自殺多発地点を、しばしば自殺現場として使われたり、自殺の方法や機会を与える特定の公的な場所と定義しています。例としては、個人が自殺のために飛び降りたことが２度以上ある橋があげられます。

あなたが自殺多発地点だと思う場所はありますか？もしあるなら、下にそう思う理由（すなわち、関連がある個人的、もしくは職業上の経験）といっしょに、それらをリストアップしてください。協議会には用紙を完成させて持って来てください。

（ｉ）

（ii）

（iii）

（iv）

（ｖ）

ワークショップの進行表

2:00-2:30　地元のデータの口頭発表

任命された司会者（議長）とともに、6-8 グループを編成する

2:30-2:45	個人的な話 お互いに自己紹介し、（州の中の）公共の場所で起った自殺について職業上経験した話を共有するために数分かけてください。	合計 15 分
2:45-3:15	_____には自殺多発地点がありますか？もしあるなら、それはどこですか？ 私たちのデータ、及びあなたたち自身が持っている地元の知識を用いながらグループワークを行い、あなたたちが自殺多発地点だとみなす全ての場所のリストを編集してください。 注意　私たちの地図は完全なる自殺のみを示しています。危険をはらんだ自殺の試みや、ニアミス (自殺企図) の場所についても考慮し、入れてください。	20 分
	議長に結果をフィードバックする	10 分
	全てのリストを収集して書記する	合計 30 分
3:15-3:45	もしいくつかあるなら、どこを優先すべきか？ 第 1 段階（議長は休憩をとる）グループとして、リストから上位 5 カ所の自殺多発地点を選んでください 第 2 段階（グループが休憩をとる）議長はグループの上位 5 カ所を寄せ集め、全体の優先事項を決定する	15 分 15 分
3:45-3:50	全体の優先事項 協協議会の議長は優先的な場所の決定を発表する	5 分
3:50-4:10	最終的な優先された場所それぞれのリスク要因と、リスクマネジメント戦略を、グループでよく考えてください a）何が自殺者をひきつけるのか b）その場所特有のどのようなリスクに取り組むべきか	10 分
	議長にフィードバックする	10 分
4:10-4:30	計画グループを編成し、その日の総括をする	合計 20 分 20 分

■付録 6

参考になるウェブサイト

NIMHE Primary Care Suicide Audit Tool
http://www.eastmidlands.csip.org.uk/suicide_db/index.html

Coroners' Society
http://www.coroner.org.uk/public/search.asp

Ordnance Survey NHS helpdesk, for help with GIS and mapping:
tel: 0845 458 0650 or
e: nhshelpdesk@ordnance survey.co.uk

Office for National Statistics (ONS)
http://www.statistics.gov.uk/

Samaritans
http://www.samaritans.org/

Rail Safety and Standards Board
http://www.rssb.co.uk/

Office of Rail Regulation. Fatalities database:
http://www.rail-reg.gov.uk/server/show/ConWebDoc.8070

Highways agency
http://www.highways.gov.uk/

Institution of Civil Engineers
http://www.ice.org.uk/homepage/index.asp

County Surveyors' Society
http://www.cssnet.org.uk/

Press Complaints Commission Code of Practice
http://www.pcc.org.uk/cop/practice.html

翻訳者紹介

伊勢田堯（東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長）
1968 年 3 月群馬大学医学部卒業。翌年神経精神科入局。生活臨床研究室に所属し、大学病院で病棟、デイケア、外来、地域での訪問ケア等に従事。1988 年に 8 カ月間英国ケンブリッジ、フルボーン病院・ケンブリッジ精神科リハビリテーション・サービス部門に留学。以来、英国の精神保健改革、地域ケアの発展経過を追ってきた。1992 年から東京都の精神保健福祉センターに移り、2004 年より現職。

松本俊彦（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 自殺実態分析室長）
1993 年 3 月佐賀医科大学卒業。神奈川県立精神医療センター、横浜市立大学医学部付属病院を経て、2004 年国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部専門医療・社会復帰研究室長に着任。2007 年より現職。

駒村樹里（東京都児童相談センター）
1999 年 3 月筑波大学第 2 学郡人間学類心理学専攻（当時）卒業。
同年から、東京都立多摩総合精神保健福祉センターにて主に精神障害者の地域リハビリテーションに携わる。2007 年より現職。

自殺予防総合対策センターブックレット No. 2
自殺多発地点でとられるべき活動の手引き

発行年月日　平成 19 年 3 月 30 日　初版第 1 刷発行

著　　者　英国保健省（協力：デボンパートナーシップ NHS トラスト、ペニンスラ大学医学部）

訳　　者　伊勢田 堯
松本 俊彦
駒村 樹里

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
187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL 042-341-2712　内線（6300）　FAX 042-346-1884
http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html

印刷・製本　株式会社　東京アート印刷所

自殺多発地点でとられるべき活動の手引き

英国保健省（デポンパートナーシップ NHSトラスト／ペニンスラ大学医学部＝協力）

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

いきる

www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/