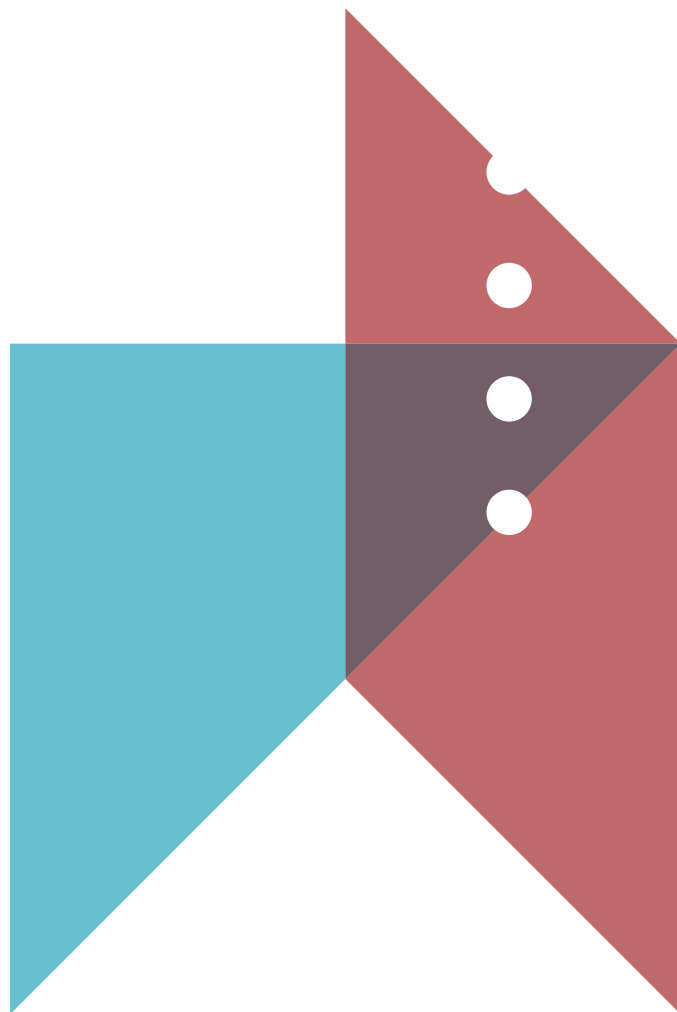


No.6

ニュージーランド 自殺予防活動計画

2008-2012
活動のエビデンス

ニュージーランド政府



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.6 刊行にあたって

我が国では 2007 年に自殺予防総合対策大綱が閣議決定され、その中で、我が国の自殺対策の方針が謳われています。同時期にニュージーランドから発表されたニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 とそれに続く自殺予防活動 2008-2012 は、我が国の自殺予防対策を推進する上でも非常に参考となる点が多く、以前にブックレット No.4 として紹介した自殺予防戦略 2006-2016 と同時に、本ブックレット（ニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 活動のエビデンス）を通じ広く紹介され、参照・活用されることを期待します。

ニュージーランドの自殺予防戦略とその活動計画は、Public Health の理念や手法を活用し、それまでに蓄積された知見（エビデンス）に基づき作成されています。戦略や活動の根拠が明示されており、広範な領域の様々な人々の強調した活動を必要とする自殺対策においても共有できる戦略・活動計画が示されています。また、公共政策実施のための根拠が明確でない領域ではエビデンス構築の必要性が強く意識されています。

本ブックレットが、自殺対策活動の計画・実施に広く活用され、我が国の自殺対策の一助となることを望みます。

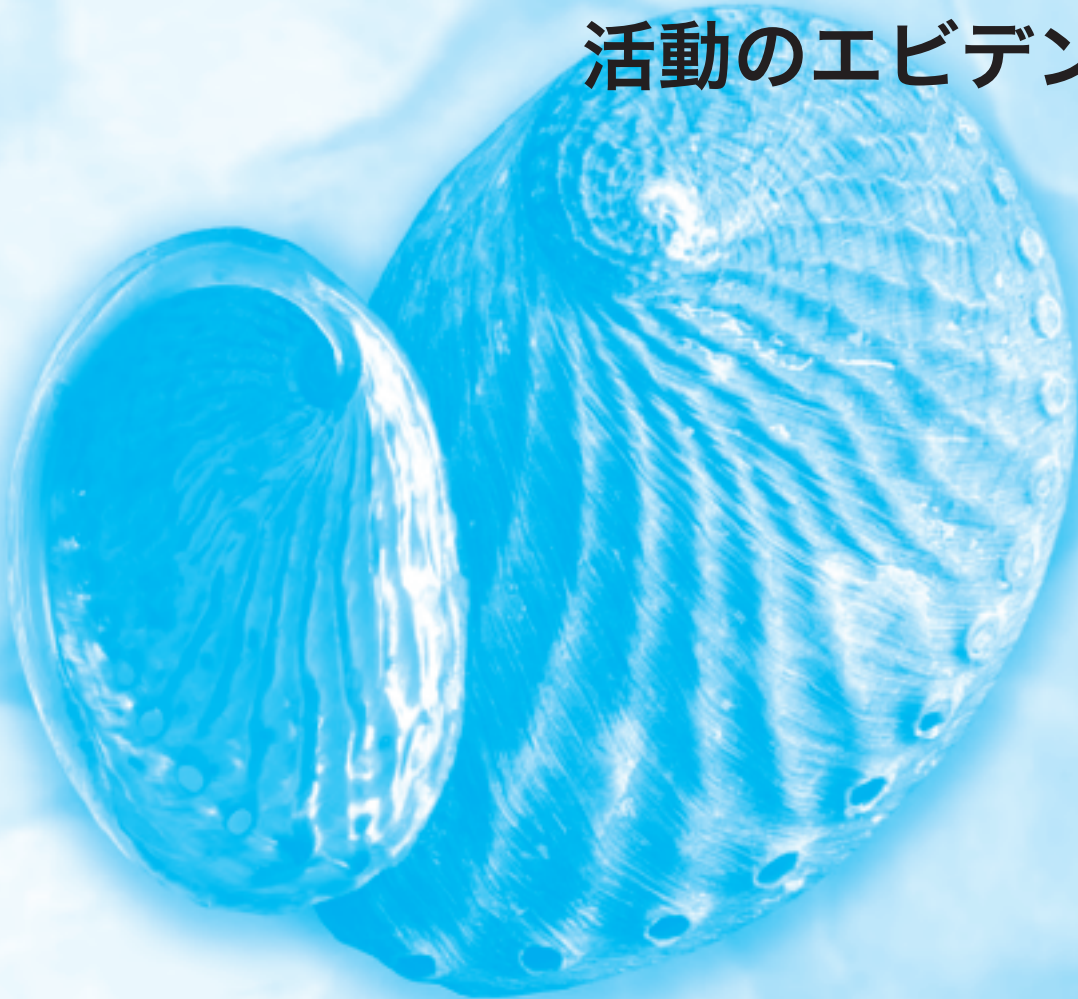
国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター
稲垣 正俊

ニュージーランド 自殺予防

活動計画

2008 - 2012

活動のエビデンス



表紙の説明:Paua（訳者注：アワビの一種、ヘリトリアワビ）の貝殻は、個人、家族 /whanau（訳者注：マオリ族の言語で拡大家族を意味する）、そして地域コミュニティを養育し支援する保護的構造を象徴する

Citation: Ministry of Health. 2008.
New Zealand Suicide Prevention Action Plan 2008-2012:
The Evidence for Action.
Wellington: Ministry of Health.
Published in March 2008 by
the Ministry of Health
PO Box 5013, Wellington, New Zealand
ISBN 978-0-478-31287-4 (Print)
ISBN 978-0-478-31288-1 (Online)
HP 4532

本書の原版（英語）はニュージーランド保健省のホームページで参照できます。
<http://www.moh.govt.nz/suicideprevention>

緒 言

愛する人が自殺したということは、友人、家族そして社会に対して、計り知れない影響を与えます。個人レベルの影響としては、自殺で誰かを失った悲嘆により人は圧倒されてしまいます。また、社会レベルの影響としては、自殺で死亡した人々が、自らの命を絶つ以外に選択肢がないと感じたということ自体が悲劇的なことです。

自殺は複雑な現象で、その予防には多くの個人および組織が、広範に渡り結束し、協力する必要があります。全ての人が、人の命や様々な環境に対して違った視点から貢献できます。長期的に協働してアプローチすることによりニュージーランド人の生活を良い形に変えることができます。

近年、自殺予防に多くの成果が見られています。自殺の危険要因として多くのことが分かっています。現在、包括的な政策、プログラム、サービスを様々な部門を越えて実施しており、1990年代終わりから20%近い自殺率の低下を目の当たりにしています。しかし、未だに多くのニュージーランド人が自ら命を断っており、私たちがすべきことがまだ、さらに多くあります。

自殺予防の国家的枠組みを包括的に記述したニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 を発表できたことを光栄に思っています。この活動計画は、戦略の崇高なゴールを如何に達成するかについて更に詳細に記述したものです。自殺予防に関与する様々な部門の垣根を越えた、必要な活動が記述されています。

この活動計画は、二つの対となる文書から構成されています。「活動のためのエビデンス」は、エビデンス（根拠）、合理的理由、活動の基盤となる背景について詳細に記述しています。対をなす「活動のサマリ」は、アウトカム（結果）、活動、マイルストーン（過程）、whanau ora（訳者注：マオリ語の、家族の健康という意味）についての考察、時間軸、活動実施の責任機関について記述しています。「活動のエビデンス」と「活動のサマリ」をともにお読みください。

「戦略」と「活動計画」の両者は互いに協調し自殺予防を導くものです。しかし、実際には、ニュージーランド全体の人々を変えていくのであり、広範な領域の人が協働するものとなっています。既に多くの人が自殺対策を専門として関わっています。

「ニュージーランド自殺予防戦略」が掲げた展望は、人々が価値あると感じ、社会に育まれていると感じ、自らの人生を価値あるものと感じ、困難に直面しても社会から支援され、強められていると感じられ、自ら命を絶とうと望まない社会となることです。この「活動計画」はその展望に向かって私たちを導くものとなります。

Hon Jim Anderton
Associate Minister of Health（ニュージーランド保健省副大臣）

謝 辞

この「活動計画」はその作成過程において、自殺や自殺行動の減少と愛する人や社会が自殺により被る計り知れない衝撃を減らすことに真摯な努力を傾けている様々な領域の人々からの助言が組み込まれています。付録1に示すように、研究者、出資者、政府機関、地域社会の組織、自殺の危険の高い人々やその家族/whanau（訳者注：マオリ族の言語で拡大家族を意味する）を支援しサービスを提供している人、希死念慮を持っている人や自殺行動をおこした人々、自殺で愛する人を失った人々が参画しました。

作成過程は複雑でやりがいのあるものでした。私たちは、様々な視点についてバランスをとり、最も効果をもたらす活動プログラムにについて同意が得られるよう努力しました。その結果得られた「活動計画」は、今後5年間のニュージーランド自殺予防戦略2006-2016の遂行を導く、強力でエビデンスに基づく実践的な枠組みを提供していると確信しています。

作成課程に貢献した全ての人に真摯な感謝の意と、私たちが頂いた支援と激励に対して賞賛を表明します。特に、下記の方の貴重な貢献に感謝します。

- 自殺予防活動計画委員会
- 自殺予防活動計画マオリ族幹部会
- 自殺研究ネットワーク顧問
- 自殺予防のための機関間委員会
- 自殺予防活動計画太平洋顧問
- 健康区会議代議員 Kokiri（訳者注：マオリ族の言語で「槍」を意味する）作業グループ
- ニュージーランド内の、評価をして下さった方
- 国際的に相互の評価をして下さった方

目次

緒言	iii
謝辞	iv
はじめに	1
自殺予防活動 2008-2012	1
戦略と活動計画の枠組み	1
ニュージーランドの自殺について	2
Tangata whenua（訳者注：マオリ語で、この地の人々）としてのマオリ族	6
人口集団ごとの問題	8
 目標 1：精神保健と福祉の向上、精神保健上の問題の予防	14
はじめに	14
論理的根拠	14
自殺予防に寄与する鍵となる政策領域	14
政策と予防の接点への対応	19
マオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の精神保健や福祉を向上させ、 精神保健上の問題を防ぐ	19
太平洋系の人々に関する課題	20
活動の鍵となる領域	20
 目標 2：自殺行動と関連する精神障害を患う人々に対するケアの改善	21
はじめに	21
論理的根拠	21
考察のための鍵となる領域	21
自殺行動に関連する精神障害を患うマオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の ケアの改善	28
太平洋系の人々の課題	29
青少年の課題	29
活動の鍵となる領域	30
 目標 3：致命的ではない自殺企図を試みた人々のケアを向上させる	31
はじめに	31
論理的根拠	31
考察のための鍵となる領域	31
非致命的自殺企図をしたマオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の ケアの改善	33
太平洋系の人々についての課題	34
活動の鍵となる領域	34

目標 4：自殺手段へのアクセスを減らす	35
はじめに	35
自殺手段へのアクセスを制限する論理的根拠	35
考察のための鍵となる領域	35
マオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の自殺手段へのアクセスを減らす	39
太平洋系の人々の課題	39
活動の鍵となる領域	39
目標 5：メディアによる自殺行動についての安全な報道や描写を促進する	41
はじめに	41
論理的根拠	41
考察のための鍵となる領域	43
マオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の、またはマオリメディアによる、自殺行動の安全な報道と描写を促進する	45
太平洋系の人々の課題	45
活動の鍵となる領域	45
目標 6：自殺や自殺企図に影響を受けた家族、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、友人、その他の人々の支援	46
はじめに	46
論理的根拠	46
考察のための鍵となる領域	46
自殺や自殺企図により影響を受けたマオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の事後対応（ポストベンション）支援	49
太平洋系の人々の課題	49
活動の鍵となる領域	50
目標 7：自殺率、原因および効果的な介入法についてのエビデンスを発展させる	51
はじめに	51
論理的根拠	51
考察のための鍵となる領域	51
マオリ族や tangata whenua（訳者注：この地の人々）の自殺行動の原因や効果的な介入についてのエビデンスを拡張させる	56
太平洋系の人々の課題	56
活動の鍵となる領域	57
付録 1：諮問グループの構成員とこの活動計画の開発に貢献した人々	58
付録 2：マオリ族調査についての記述	60
参考文献	61

はじめに

自殺予防活動計画 2008-2012

ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 (Associate Minister of Health 2006) は、ニュージーランドの自殺および自殺企図の率を減少させるための大きな枠組みを示している。「活動のエビデンス」と「活動のサマリ」の二つの対となる文書として公表されたニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 (本書は、その「活動計画のエビデンス」) は、戦略の目的を達成するための活動プログラムを詳細に記述している。

利用可能な最良のエビデンスに基づき、ニュージーランドの事情を考慮して、この「活動計画」は今後 5 年間の全ての自殺予防活動のガイドとなることを意図して作成されている。

本書「活動のエビデンス」はそれぞれ目標とする領域の基盤となるエビデンスや提示された活動の論理的根拠についての詳細な記述を提供するものである。また、様々な一般住民集団における関連する問題に対して、ある活動を実施しようとしている機関に対して、周りの状況についての情報を提供するものである。

本書「活動のエビデンス」は、本書と対をなす文書である「活動のサマリ」とともに読まれる必要がある。「活動のサマリ」には、「戦略」のそれぞれの目標の背景となる論理的根拠を要約し、結果となる指標 (アウトカム) を同定し、活動を定め、過程を記述し、マオリ族の事情を考慮し、時間軸を定め、活動実施のための責任組織を記述している。

戦略と活動計画の枠組み

「戦略」と「活動計画」は展望、目的、目標、実施の原則という大きな枠組みで構成されている。

展 望

全ての人が以下のように感じる社会が、本戦略の展望である。

- 自分には価値があり、社会から育まれている
- 自分自身の人生に価値がある
- 困難を経験しても、支えられ強められている
- 自ら命を絶ったり自らを傷つけたいとは思わない

目 的

本戦略の総合的な目的は以下である。

- 自殺と自殺行動を減少させる
- 家族 /whanau (訳者注: マオリ族の言語で拡大家族を意味する)、友人、社会全体への有害な効果・影響を減らす
- 自殺と自殺行動における不平等を減少させる

自殺や自殺行動はある特定の年齢層に限局したものではないため、ニュージーランド自殺予防戦略と本活動計画は全ての年齢層に対する対応を提供する。しかし、この全年齢層に対する対応というアプローチは、危険性の高いもしくは特定の対応を必要とするある年齢層を対象としたアプローチを除外するものではない。例えば、青少年やマオリ族の自殺行動率が依然高いことを考慮すると、ある集団を対象としたアプローチが最も有効な場合があるかもしれない。

目 標

上記の目的を達成するために、「戦略」と「活動計画」は以下に示す 7 つの目標のように、様々な領域に対する活動を取り入れた。自殺予防の広範な領域を含み、今後 10 年のニュージーランドの方向性を定めた、7 つの目標を以下に示す。

1. 精神保健と福祉を増進させ、そして精神保健上の問題を予防する
2. 自殺行動に関連する精神障害を患う人へのケアを向上させる
3. 自殺未遂した人へのケアを向上させる
4. 自殺手段へのアクセスを減らす
5. メディアによる自殺行動の安全な報道および描写を促進する
6. 自殺あるいは自殺企図によって影響を受ける家族 /whanau（訳者注：マオリ族の言語で拡大家族を意味する）、友人他を支援する
7. 自殺率、原因および効果的な介入法についてのエビデンスを発展させる

実施の原則

「戦略」の枠組みで行われる全ての自殺予防のための取り組みは以下の原則を反映することとする。

- **エビデンスに基づくこと**：可能な領域では、全ての自殺予防は利用できる最良の研究結果に基づき、自殺予防領域で活動する人々の経験と知識に支持されたものであるべきだ。
- **安全で効果的であること**：活動は注意深く策定されたもので、エビデンスと最良の実践により形成され、安全性が評価され、それら活動が効果を上げ、脆弱な人々の自殺の危険性を高めるものでないことを保証するために包括的に評価されたものでなければならない。
- **マオリ族に対応すること**：Whanau ora（訳者注：family health: 家族の健康）の達成を導く様々な戦略的枠組みや対応について記述しているが、本質的に、全ての介入が利用可能で効果的で、マオリ族の実際の状況と優先度を適切に反映する必要がある。Whanau ora（訳者注：family health: 家族の健康）の達成には、組織の活動全て、特にその根幹となる活動において、マオリ族の要求と切望を保証する方法が必要である。
- **多様性を認識し尊重すること**：予防プログラムやサービスが効果的であるためには、そのデザインや提供方法が、民族、文化、性差、性的指向、年齢などで定めた対象とする集団の現実と要求に対応し尊重したものである必要がある。
- **多部門が協調したアプローチを反映したものであること**：協調され統合された、そして多くの部門やコミュニティを超えた協働作業により支援されているサービスが最も効果的である。
- **持続可能性と長期的コミットメントが示されていること**：自殺予防は複雑な問題で、長期的な投資により支援された様々なレベルの持続的な活動を必要とする。
- **全ての人が自殺予防のために果たすべき役割を持つと自覚すること**：ニュージーランド全体が自殺予防に関する責任を共有する。全ての人が、各人の特定の果たすべき役割を明確に自覚し、共通の目標に向かってエビデンスと安全性に基づき参画すると最も効果が得られる。
- **不平等を解消すること**：全ての自殺予防アプローチにおいて、マオリ族を含め、ある特定の集団の高い自殺率および自殺行動の率に寄与する要因に焦点を当てることが重要である。

ニュージーランドの自殺について 問題の大きさ

毎年、約 500 名のニュージーランド人が自殺で死亡しており、その約 10 倍の人数が自傷のために入院している（注釈 1）。15.7%のニュージーランド人が一生のうちに一度は希死念慮を持つと答えており、5.5%の人が自殺を計画し、4.5%が自殺を実行している（Oakley Browne et al 2006）。

国際的な比較には多くの制約があるものの、国際協力開発機構（OECD）参加国と比較してニュージーランドの自殺率は高い。これは 15-24 歳の青少年においてより顕著である。

危険性の高い集団

自殺や自殺企図の危険性の高い集団がいくつか存在することがこれまでの研究から示されている。この中には、青少年（15-24 歳）；マオリ族の小児と青少年；福祉支援を受けている小児と青少年；過去に自殺企図の経験のある人；（刑務所や警察の独房に）抑留、拘禁されている人；ゲイ、レズビアン、バイセクシュアルの人；社会的に孤立、阻害されている人が含まれる（Beautrais et al 2005）。

2003-2005 年では、自殺率の高い群は、男性、（マオリ族以外の集団と比較して）マオリ族、25-44 歳、ニュージーランドで最も貧しい地区に居住する人であった。15-35 歳のマオリ族、特に、15-24 歳のマオリ族の自殺率が増加し、問題となり始めている。

2006 年に、自傷により最も入院率の高かった群は、女性、（マオリ族以外の集団と比較して）マオリ族、15-24 歳の人、ニュージーランドで最も貧しい地区に居住する人であった（Ministry of Health 2007a）。

これらの群における高い自殺率は、ニュージーランド内の集団ごとの健康に対する不平等のパターンを反映している。マオリ族の健康状態は全ての面において他のニュージーランド人よりも明らかに貧弱である。

経時的な変化

全体の傾向

現在の問題の大きさや、自殺予防のための最善の努力の焦点をどこに当てるか、という課題について理解するためには、自殺の経時的変化の傾向について検討することが重要である。1920 年代初頭から 1930 年代半ばの記録によると、自殺率は高い状態にあった。自殺率は 1980 年代半ばまで比較的安定して推移し、その後 1990 年代後半にかけて、顕著に増加した（Ministry of Health 2006a）。その後、最も多い自殺率であった 1996-1998 年の 10 万に当たり 16.3 人から、2003-2005 年 2 月の 13.2 人へと（注釈 2）、ここ数年持続して減少している。

意図的な自傷による入院率はここ数十年持続的に増加している（Ministry of Health 2006a）。2006 年の入院率（10 万人あたり 151.9 人）は 1997 年（10 万人あたり 102.3 人）と比較して 48.5%増加した（Ministry of Health 2007a）。しかし、どの程度の増加が、記録精度や報告手法の改善によるか、それとも実際の自傷数の増加によるかは不明である。

自殺と意図的な自傷による入院について、年齢、性別、民族、貧困により様々な傾向が認められる（Ministry of Health 2006a, 2007a）。

年齢階層別の傾向

1920 年代から 1930 年代半ばまで、45 歳以上の人の自殺率が最も高かった（図 1）。1980 年代半ばから年代ごとの自殺率の差は顕著に減少し、自殺率が最も高い年代と最も低い年代の自殺率を示す線が交差した。近年は、65 歳以上の自殺率が最も低く（5-14 歳に次ぎ 2 番目）、15-44 歳が現在では最も自殺率が高い（Ministry of Health 2006a）。

5-14 歳の自殺率は非常に低く、ここ数年比較的安定した状態が続いている。マオリ族では、自殺および意図した自傷による入院のほとんどが 35 歳以下に局限している（Ministry of Health 2006a）。

ここ数十年、意図した自傷による入院率が最も高かったのは、一貫して青少年（15-24 歳）である（Ministry of Health 2006a）。その率は着実に増加する傾向にあり、2006 年には 10 万人あたり 299.9 人に達した（Ministry of Health 2007a）。

1. ニュージーランドでは自殺企図の代理指標として意図した自傷を使用している。

2. 3 年移動平均線は、その年とその前後の年の自殺率の平均として表している（2000-2002 年、2001-2003 年、2002-2004 年）。3 年移動平均を使用することで、各年ごとの変動を平滑化し、経時的な変化の傾向をより明確に描出可能としている。

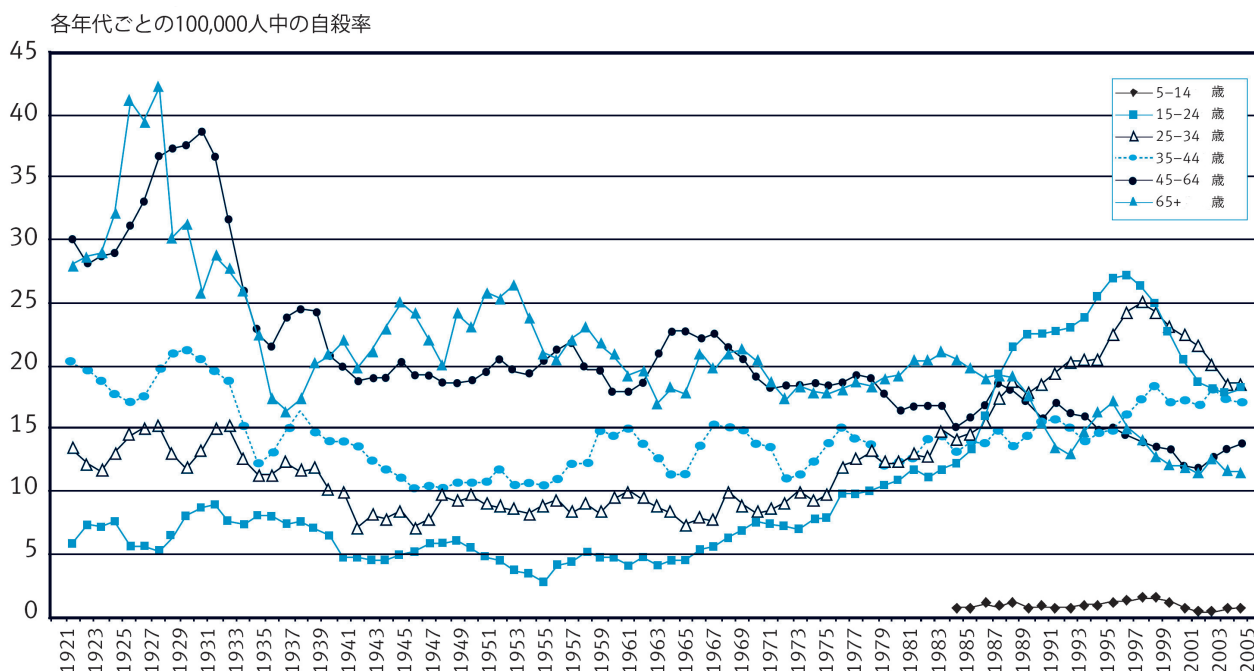


図 1：年齢別自殺率、3 年移動平均で表示、1921-2005 年

出展：ニュージーランド情報サービス (New Zealand Health Information Service)

性別の傾向

男性は女性よりも自殺率が高い（2003-2005 年の男女比は 3 : 1）（Ministry of Health 2007a）。女性の自殺率はここ数十年、比較的安定した状態が続いている。男性の自殺率は最近では 1990 年代後のピークの後、実質的に減少する傾向となっている（Ministry of Health 2006a）。

それとは逆に、意図した自傷による入院率は女性で高い（2006 年の男女比は 2 : 1）（Ministry of Health 2007a）。ここ数十年、意図した自傷による入院率は男女とも一貫して増加しているが、1998-2000 年から 2004-2006 年にかけて特に女性で著しく増加している。結果として、2006 年に男女間の開きが最も大きくなった（Ministry of Health 2006a, 2007a）。

民族ごとの傾向

マオリ族の自殺率は、ヨーロッパ系、太平洋系、アジア系と比較して自殺率が最も高い。マオリ族の自殺率がピークにあった 1990 年代後半から 14% 減少しているが、21% 減少したマオリ族以外の自殺率の減少率よりも少ない。2003-2005 年には、マオリ族以外の自殺率が 10 万人当たり 12.0 人であったのに対し、マオリ族の自殺率は 17.9 人であった。マオリ族の自殺の圧倒的多数が 15-35 歳の人であった（Ministry of Health 2007a）。

マオリ族は意図した自傷による入院率（10 万人当たり 209.6 人）も、ヨーロッパ系（145.4 人）、太平洋系（90.4 人）、アジア系（54.4 人）と比較して高い。全体として、マオリ族の入院率はマオリ族以外の人の入院率（10 万人当たり 141.3 人）の 1.5 倍となっている（Ministry of Health 2007a）。性別、民族別などを組み合わせたどの群と比較しても、マオリ族女性の意図した自傷による入院率が最も高い。

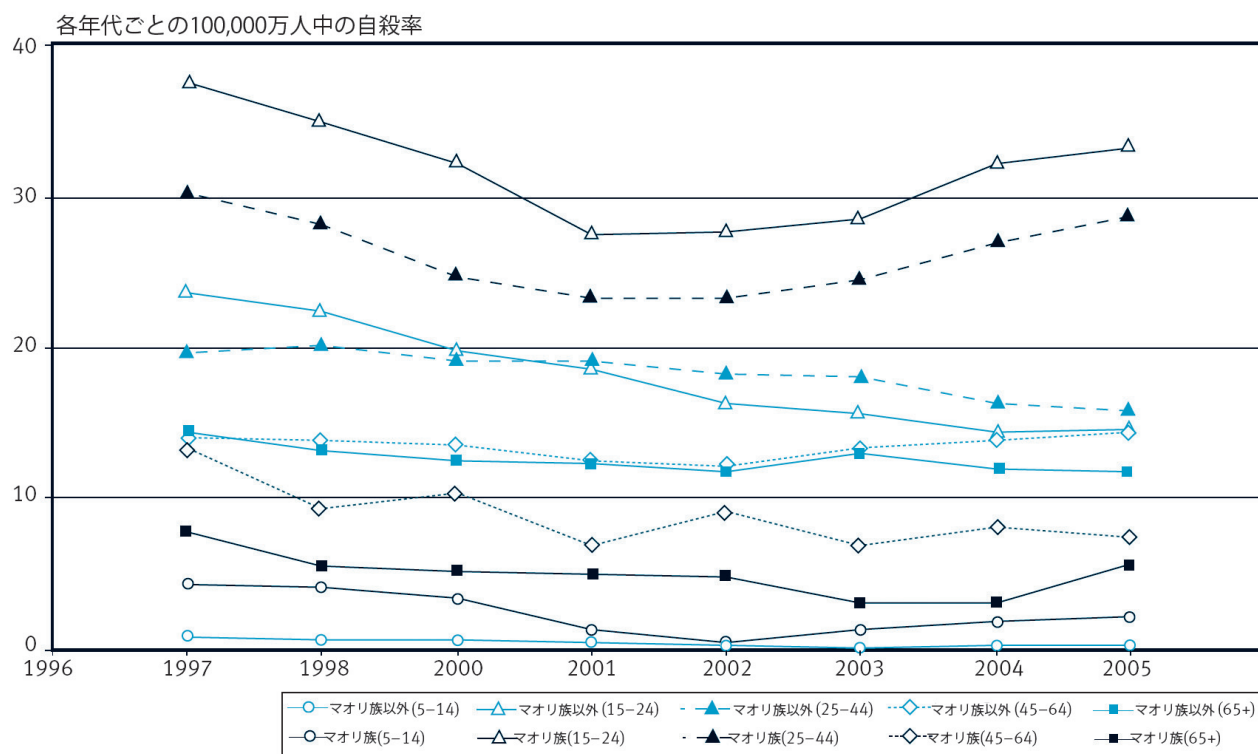


図 2：年齢別、民族別（マオリ族とマオリ族以外）の3年移動平均、1996-2005 年
出展：ニュージーランド情報サービス（New Zealand Health Information Service）

社会経済状況による傾向

自殺率、入院率ともに貧困の程度が増すと増加するという明白なパターンを示す。ニュージーランド内の社会経済的に最も貧困な場所に居住する人は自殺および意図した自傷による入院率が他の地区に居住する人と比較して有意に高い（Ministry of Health 2006a, 2007a）。

自殺に至る危険要因

自殺行動への進展には多くの要因が関連する。個人的な要因（例えば、遺伝子、人格）からマクロ（巨視的な）社会的要因（例えば、失業率）まで様々な要因が関連する（図 3）。自殺行動はこれら危険要因の蓄積の結果として生じることが非常に多い。

危険要因は直接自殺行動に寄与することもあるが、間接的に個人の精神衛生の問題に影響することにより寄与することもある（Beautrais et al 2005; Collings and Beautrais 2005）。自殺により死亡した多くの人に精神保健の問題が認められるとエビデンスが示しており、自殺や自殺企図の 70%以上に精神疾患が関与している（Beautrais et al 2005）。

背景要因も自殺行動に寄与する危険要因への暴露を介して影響することがある。この背景要因には、文化的要因、組織上の問題、メディア環境、物理的に如何に自殺の手法が入手しやすいか、といった要因が含まれる。

非常に広範な領域の因子が自殺に寄与するため、自殺予防には、個人レベルから集団レベルの両面に渡り自殺行動と関連する要因を減少させるためのアプローチを統合した、多くのコンポーネントから構成される多くの部門によるアプローチが要求される（Beautrais et al 2005）。

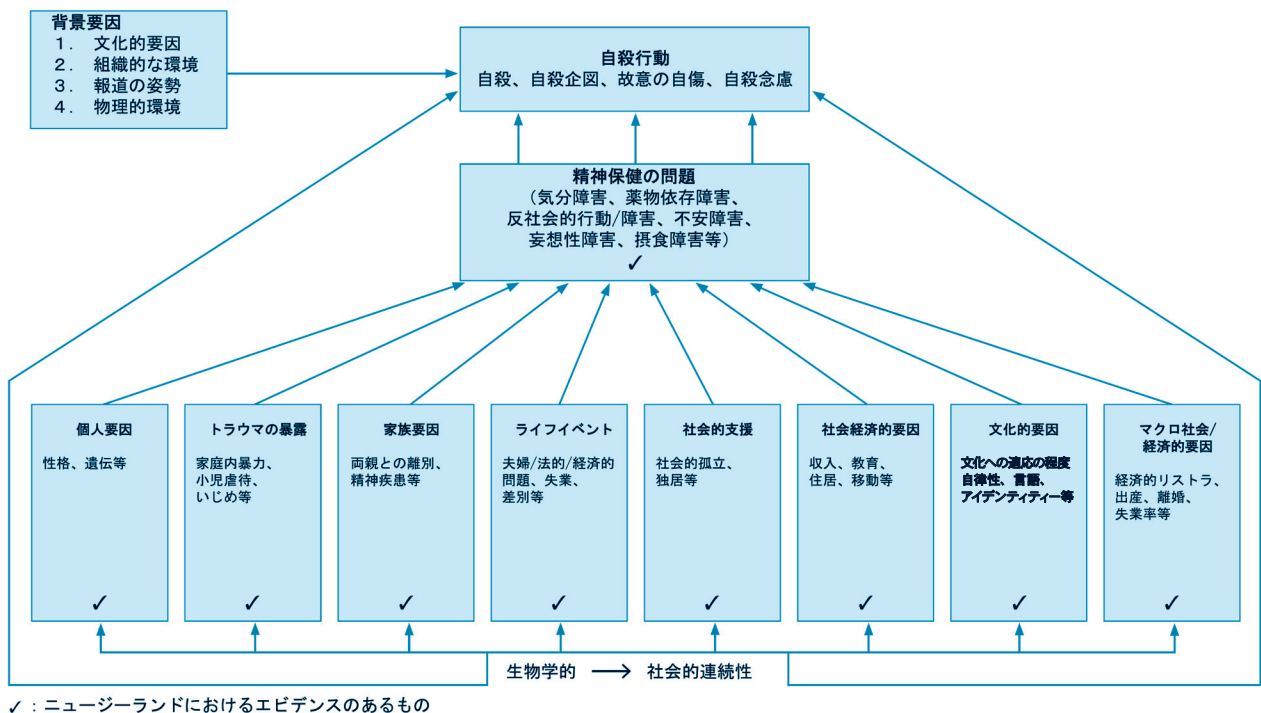


図3：自殺行動に至る経路

出展：ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 (New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016)

Tangata whenua (訳者注：マオリ語で、この地の人々) としてのマオリ族 マオリ族の自殺行動

民族ごとの死亡率の傾向が示され始めた 2000 年以後、自殺率の最も高い民族はマオリ族であった (Ministry of Health 2006a)。2003-2005 年のマオリ族男性の自殺率は 100,000 人当たり 28.4 人、女性は 8.3 人であった。一方、マオリ族以外の男性の平均自殺率は 100,000 人当たり 18.4 人、女性は 5.9 人であった (Ministry of Health 2007a)。2002-2004 年におけるマオリ族男性の自殺率とマオリ族以外の男性の自殺率の差はここ 8 年間で最も大きな差である。

マオリ族の自殺のほとんどが 35 歳以下に限局している。青少年 (15-35 歳) では、マオリ族の自殺率はマオリ族以外の自殺率よりも高い。マオリ族とマオリ族以外の自殺率は 15-34 歳年齢集団では近年減少してきている。また、45-64 歳のマオリ族の自殺率は一定して減少しており、この年齢集団のマオリ族以外の自殺率は比較的安定した状態にある (NZHIS data)。

「Te Rau Hingengaro (訳者注、ニュージーランド精神保健調査の名前、マオリ語の意味は、様々な気持ち：the many minds)」の結果から、全ての民族の中でマオリ族が最も希死念慮を持つ比率が高く、自殺を企図し、実際に自殺する率がとても高いことが示されている (Oakley Browne et al 2006)。

2006 年のマオリ族の意図的な自傷行為による入院の率は、マオリ族以外の率の約 1.5 倍であった。マオリ族男性の入院率はマオリ族以外の男性の 1.8 倍であった (Ministry of Health 2007a)。過去 30 年、マオリ族女性の入院率は、性別、民族のどの組み合わせでの入院率よりも一貫して高い (Ministry of Health 2006a)。

予防要因

文化的な自己同一性は健康な精神保健や福祉に寄与し得る。そのため、自殺の予防にとって重要な役割を担っているかもしれない。近年の研究から、文化的な自己同一性とマオリ族の自殺企図との間に関連が見いだされた (Coupe 2005)。しかし、文化的な自己同一性が他の主な危険要因 (不健康な精神保健) と比較してどの程度重要なものか、両者の間に因果関係があるか否かについての知見を確立するにはさらなる研究が必要である。

マオリ族では、年齢も予防要因である。45 歳以上のマオリ族では自殺の危険は非常に低い (Ministry of Health 2007a)。

健康についてのマオリ族の理解

マオリ族にとって健康や福祉は、身体、精神、スピリチュアルおよび社会的な健康という側面を包括した全体的なものとして理解されている。例えば、マオリ族にとっての健康は（以下に説明する）「te pae mahutonga」(Durie 1999)、「te whare tapa wha」(Durie 1994) および「te wheke」(Pere 1984) という概念を含んだものである。

「Te pae mahutonga」は南十字星の形をし、健康増進の要素を象徴する。星座を構成する 4 つの星は「mauriora（文化的な自己同一性）」、「waiora（身体的環境）」、「toiora（健康な生活様式）」、「te oranga（社会参加）」を意味する。二つの矢印は「ngamanukura（地域社会の統率力）」、「te mana whakahaere（自立性）」を意味する (Durie 1999)。

「Whare tapa wha」の健康モデルは健全な健康はいくつかの要因のバランスに依存していることを示している。4 つの要因（「wairua/ スピリチュアル」、「hinengaro/ 精神」、「tinana/ 身体」、「whanau/ 家族」）が示されており、これらは家の 4 面の壁を象徴し、家の壁が一つでも崩れると家自体が崩壊するという概念で象徴される。

「Te wheke」、蛸という概念が家族の健康を定義するときに使われる。Pere (1984) は、蛸の頭部が「te whanau」であり、蛸の目が「waiora」（個人と家族全体の福祉）、8 本の足それぞれが健康のある側面を象徴すると述べた。互いに折り重なった蛸の触手は、これら健康の側面が互いに緊密に関係し合うことを象徴している。

マオリ族とともに取り組む場合のアプローチと関与の仕方

「He Korowai Oranga」：マオリ健康戦略 (Associate Ministry of Health 2002) と「Whakatataka Tuarua」：マオリ健康活動計画 2006-2011 (Minister of Health and Associate Minister of Health 2006) の両者により、マオリ族の健康を改善するための枠組みが示されている。この「He Korowai Oranga」の最終的な目的は、マオリ族家族が最大限の健康と福祉を獲得できるように支援されることである。そのためには強さ、支援、安全、そしてマオリ族の自己同一性の主要な根源としての「whanau（訳者注：マオリ族の、拡大家族）」を理解する必要がある。

マオリ族に対する効果的な保健サービスの提供

マオリ族に対して効果的な保健サービスを提供するためには、マオリ族が必要としていることと whanau（訳者注：マオリ族の、拡大家族）の現在の状況に関して調整が必要である。さらに、これらにマオリ族の文化的な視点、信念と慣行とを組み込む必要がある。マオリ族が様々なことを必要としていることを考慮すると、マオリ族によるマオリ族のためのサービスと一般集団に対するサービスの両方の様々なサービスやプログラムが入手・利用可能であることが重要である。また、マオリ族に対する効果を保証するために、これらサービスやプログラムを十分に評価する必要がある。ほとんどのマオリ族が一般住民を対象とした保健ケアサービスを受けており、マオリ族の自殺行動の率が高いことを考慮すると、一般住民を対象としたサービス、サービスプロバイダ、サービス提供システムをマオリ族が必要としていることに、より優先的に対応するよう新たに方向付けをするために、かなりの努力を要する (Minister of Health 2006 2000a)。

Whanau（訳者注：マオリ族の、拡大家族）、hapu（訳者注：マオリ族の、一族）、iwi（訳者注：マオリ族の、地域社会の人々）に対するサービスへのアクセスを効果的で適切なものに改善するためにはマオリ族保健サービスプロバイダと保健従事者が重要な役割を演じる (Minister of Health 2000a)。「He Korowai Oranga：マオリ健康戦略」の目的の一つはマオリ族に対して効果的な保健サービスや障害者サービスを提供するマオリ族サービスプロバイダの技術的・量的な能力を増加することにある。マオリ族プロバイダは hapu（訳者注：マオリ族の、一族）、iwi（訳者注：マオリ族の、地域社会の人々）やマオリ族地域社会に設立されてきており、マオリ族が必要としていることに合致し、理解されるようになっている。マオリ族の自殺予防サービスの有用性と質を保証するためにはマオリ族の保健に従事している人の数と技術の両方の増

加が必要である。保健に関連する様々な部門でいくつかの従事者育成計画が実施されている。精神保健部門では、Kia Puawai Te Ararau：国立マオリ精神保健従事者育成戦略計画 2006-2010（Te Rau Matatini、Minister of Health 2006）が今後 5 年間のマオリ族の精神保健従事者の戦略的方向性とマオリ族の精神保健に必要とされていることに沿うための手段を示している。

人口集団ごとの問題

男女

自殺行動

英語を母国語とする西洋諸国では、全年齢集団で、女性よりも男性において一貫して高い自殺既遂率を示している（Maskill et al 2005）。ニュージーランドでも同じ傾向にあり、女性と比較して男性では 3 倍多く自殺している（Minister of Health 2007a）。

しかし、希死念慮、自殺の計画、自殺企図などの非致死的な自殺行動を含む広い範囲では、傾向として男性よりも女性に多いようである（Beautrais et al 2005）。ニュージーランドでは、意図的な自傷による入院は女性が男性の約二倍であり（Minister of Health 2007a）、生涯での希死念慮、自殺の計画と企図の率は男性よりも女性が高い（Oakley Browne et al 2006）。そのため、男性においても女性においても自殺行動は問題である。

危険要因

いくつかの自殺の危険要因が女性でより多く見られるために、女性において自殺行動の率が高いのかもしれない。例えば、うつ病は男性でも女性でも最も共通して見られる自殺行動の危険要因である。うつ病は女性において男性の約二倍認められる（Oakley Browne et al 2006）。女性は男性よりも幼少時期の性的虐待も経験しやすい。幼少時期の性的虐待はその後の精神保健上の問題や希死念慮の危険性増加と関連している（Beautrais 2006）。女性は、深刻な家族内の暴力事件の犠牲にもなりやすく、重傷を負うこともある。家庭内の暴力事件の犠牲を被った人は抑うつ、不安、希死念慮をより多く認める（Gergusson, Horwood and Ridder 2005）。

男性で自殺死亡率が高いことの説明として、致死的な自殺手法の選択の特性の違いに焦点が当てられる（Maskill et al 2005）。女性は、服毒などのより致死性の低い方法を用いやすく、男性は銃器、排気ガス、縊首などより致死性の高い方法を用いやすい（Beautrais 2003b）。（しかし、より致死的な方法が増えてきた若年女性ではこの性差が減少している可能性を示すエビデンスがいくつか存在する）。自殺死亡の性差についての他の説明として、男性の高いアルコール乱用率に注目が集まっている（Beautrais 2003b; Maskill et al 2005）。

自殺予防との関係

男性がより自殺で死亡しているにもかかわらず自殺行動の率は女性で高いという逆説を考慮すると、男女両方で自殺行動が重要な問題であることを全ての政策やサービスが認識する必要がある。

小児および青少年

自殺行動と精神障害

女性では青少年（15-24 歳）の自殺率が最も高く、男性ではこの年齢の自殺率が 2 番目に高い。また、この年齢は精神障害、希死念慮、自殺行動、自殺企図、自傷による入院の率も他の年齢集団と比較して高い（Oakley Browne et al 2006; Minister of Health 2007a）。さらに、ニュージーランドでは、中等学校において、過去 12 ヶ月の間に自殺企図をしたと述べた男性の割合は 4.8%、女性の割合は 10.5%であった。うつ病の重篤な症状は 9%の男子学生、18.3%の女子学生に認められた（思春期健康調査グループ 2003：Adolescent Health Research Group; Fleming et al 2007）。

危険要因と保護要因

幼少時期の有害な経験は、青少年時期の自殺行動の危険性を高める。有害な経験として、性的、身体的、情動的な虐待、育児放棄、家族崩壊、家族内暴力、両親の精神疾患などが挙げられる。きづなの喪失や崩壊、

法律上や規律上の危機（Beautrais et al 2005）、配偶者からの暴力（Fergusson, Horwood and Ridder 2005）のようなストレスのかかる有害な生活体験へ暴露されることも危険性を増加させる。幼少時期の有害な経験や生活歴上の有害な体験は自殺の危険性という観点から高齢の集団と比較して青少年により強い作用を持つようだ（Beautrais et al 2005）。これらの有害な経験は累積する傾向にある：多重のまたはいくつかの幼少時期の有害事象を経験した青少年が最も自殺の危険性が高い（Beautrais et al 2005）。

青少年におけるその他の危険要因としてうつ病、アルコール乱用、異性以外への性的興味、友人や家族の自殺企図歴（Fleming et al 2007）、ある種の性格傾向（例えば、低い自尊心、希望のなさ）（Beautrais et al 2005）が挙げられる。有害事象や他の危険要因に暴露された小児や青少年を同定し支援することが重要である。

小児期や思春期は心理的なコーピング（取り組み方）、問題解決能力、自己評価を向上・発達させることにより有害な体験への抵抗性を高める重要なライフステージである（Beautrais et al 2005）。暖かく思いやりのある家族や安全な学校や地域社会はこの集団の自殺企図率の減少と関連する（Fleming et al 2007）。

保健サービスへのアクセス

精神障害や自殺行動が多いにもかかわらず、16–24 歳の青少年は他の年齢層と比較して精神保健上の問題を理由とした保健サービスをほとんど利用しない年齢集団である（Oakley Browne et al 2005）。この傾向は精神障害を経験する青少年のニーズを十分に満たしていないことを示唆する。

ニュージーランドの青少年を対象とした調査で、プライマリ保健サービスの利用を阻害するいくつかの障壁が同定された。費用、気恥ずかしさ、アクセス（利用のしやすさ）の問題、文化的に適切とされていないことが挙げられた（Mathias 2002）。青少年を対象とした、青少年に分かり易い、身体的なサービスであることやある特定の条件（例えば、学校に設置された健康センターや One-stop shop：一箇所で何でも相談可能な健康センター）であればより青少年がプライマリ保健サービスを利用するという強力なエビデンスが示された（Mathias 2002; Minister of Health 2002b）。

高齢者

自殺行動と精神障害

ニュージーランドでは、65 歳以上の自殺率および自殺企図による入院率が（5-14 歳を除く）全ての年齢集団のうちで最も低い（Minister of Health 2006a、2007a）。1980 年代よりこの年齢集団の自殺率は低下しており 35%低下した（Minister of Health 2006a）。また、65 歳以上のニュージーランド人の精神障害、希死念慮、自殺の計画、自殺企図それぞれの率も他のどの成人年齢集団よりも低い（Oakley Browne ら、2006）。高齢者の自殺率が高い先進諸国と比較して、ニュージーランドは対照的な傾向にある。

通常、いくつかの理由から、高齢者では致死的な自殺企図が多い。高齢者は身体的に弱く、独居が多く必要な場合に救命される機会が少なく、より致死的な自殺手段を選択する傾向にあり、綿密に計画され実行された自殺企図である傾向がある。

社会の高齢化が進行しており、高齢者の自殺率および自殺者数は今後増加する（Beautrais ら、2005）。

危険要因

これまでは、高齢者では大うつ病が最も自殺の危険性を高める要因であった。他の精神障害、特に物質関連障害もまた、かなり危険性を高める。死別や人間関係上の問題、孤独、複数の身体疾患への罹患などストレスに満ちた生活も危険要因である。

問題へのアプローチ方法

高齢者では気分障害が自殺行動に影響することを考慮すると、うつ病の発見、治療、マネージメントを改善することがこの集団への対処として焦点を当てるべき最も重要な点であろう。

ニュージーランドでは、65 歳以上の人では半数以下しか精神保健上の問題で保健ケアを受診していないが、

保健ケアは精神保健上の問題以外の理由で、ほとんどの人が受診している（Oakley Browne ら、2006）。そのため、プライマリケアの専門家が、高齢者のうつ病や希死念慮のスクリーニングを日ごろから実施することが自殺を予防する上で有効である（O'connel ら、2004）。保健ケアの提供者に対して、この年齢集団におけるうつ病の発症と関連する要因やうつ病の兆候や症状について教育することがスクリーニングを実施するためには必須かもしれない（Beautrais ら、2005）。

運動や相互援助による社会支援の改善などの、高齢者の精神保健を改善するための地域集団を対象とした幾つかの介入方法の有効性が証明されている（WHO、2004b）。より対象を絞った介入として電話相談や危機介入サービスが、地域社会における相互の社会的関係性や支援、統合性を増加させ、それを介して自殺の減少に効果的かもしれない。

ゲイ、レズビアン、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックス 自殺行動

異性以外への性的指向を持つ人々は精神疾患を発病する危険性が高く、自殺行動の率が高いことが、最近の研究から強く示唆されている（Fergusson, Horwood and Ridder et al 2005; Herrell et al 1999; Russell and Joyner 2001; Skegg et al 2003）。ニュージーランドの青少年の間では、異性だけへの性的指向を持つ人と比較して、主に同性への性的指向を持つ人々において精神保健上の問題の率が高い --- 男性では5倍、女性で2倍高い（Fergusson, Horwood and Ridder et al 2005）。米国の高校生を対象とした研究では、同性への性的指向のある学生は異性への性的指向を持つ学生と比較して自殺企図の可能性が2倍高かった（Russell and Joyner 2001）。トランスジェンダーやインターセックスの集団もリスクが高いということが初期に指摘されている（Fitzpatrick et al 2005; Johannsen, Ripa et al 2006）。

孤立、差別、迫害

自殺のリスクが高いゲイ、レズビアン、トランスジェンダー、そしてインターセックス（GLBTI）の集団は社会的差別や偏見を経験しており、結果として社会的に孤立し迫害を受けている可能性がある（Hershberger and D'Augelli 1995; McDaniel et al 2001; Pega and Coupe 2007）。

GLBTIの青少年における自殺企図は、性的指向に自覚した後、他の人に自らの性的指向を打ち明ける前にしばしば発生する。しかし、異性以外への性的指向を打ち明けることは、もし、打ち明けたがために家族や友人からの情緒的支援が遠ざかってしまうと、結果として孤立につながる（D'Augelli 1998）。多くのGLBTIの青少年は学校でいじめの標的にもなる（Carragher and Rivers 2002; Le Brun et al 2004; Nairn and Smith 2003）。

保健サービスについての考察

GLBTIの人々は保健サービスへのアクセスや質の高い保健ケアを受けることを困難とする障壁に直面しやすい。一部の保健領域の専門家は自らのクライアント全員を異性への性的指向があると考えているかもしれない（Semp 2006）。そして、GLBTIの人々は、性的指向や性的なアイデンティティについて告白してしまうと差別されたりケアから見放されたりするのではないかと恐れている。このような環境では、この性的な事項が直接健康上の問題と関連すると思っていても、性的指向について話題にすることが困難かもしれない（Huygen 2006）。効果的な保健ケアをGLBTIの人々に保障するために、サービス（を提供する側）は彼らの性的指向や性的同一性を知り、受け入れなければならない（Semp 2006）。そのため、この集団について鍵となる事柄について、保健領域の専門家を適切に訓練することが重要である（McDaniel et al 2001）。自殺を企図する多くのGLBTIの人々は彼らの性的指向や性的アイデンティティについて、他の人に全くもしくはほとんど打ち明けていない（D'Augelli 1998）。保健領域の専門家はGLBTIの人の環境について人々の知っている程度が異なることを意識しておく必要があり、告白に対して敏感に対応できなければならない。保健領域の専門家や事後対応（ポストベンション）に係わる人々は、多くのGLBTIの人々は友人を「自らが選んだ家族のような存在」「family of choice」（※訳者メモ、家族的な繋がりを指す「選び取る家族」という概念）と考えていることを意識すべきだ（McDaniel et al 2001）。

太平洋系の人々

現在、ニュージーランド人口の6.9%が太平洋系の人々で、2001年から2021年にかけて59%増加する

と予想される (Statistics New Zealand 2007b; 2007c)。ニュージーランドにおける太平洋系の人々の主な民族は Samoan (サモア族)、Cook Islands maori (クック島マオリ族)、Tongan (トンガ族)、Niuean (ニウエイ島の人々)、Fijian (フィジー諸島の人々)、Tokelauan (トケラウアン人) の 6 民族である。それぞれの集団で文化的信念、価値観、伝統、言語は異なっているが、彼らは多くの共通した社会的文化的背景を持っている。

自殺行動

太平洋系の人々の自殺死亡は集団全体の中では低い率として記録されている (一般人口全体では年齢標準化死亡率が 10 万人当たり 14.2 人であるのに対し、太平洋系の人々では 10 万人当たり 11.1 人) (Ministry of Health 2006b)。しかし、太平洋系の人々の自殺企図や自殺行動の率は他のどの民族よりも高く、希死念慮の率も高い (Oakley Browne et al 2006)。

ニュージーランドで生まれた太平洋系の人々と 18 歳以上で太平洋から移住してきた太平洋系の人々では自殺行動に幾つかの顕著な差がある。ニュージーランド生まれの太平洋系の人々は自殺企図や自殺行動の率が、成人後にニュージーランドに移住してきた太平洋系の人々と比べて高い。この傾向は、太平洋系の人々の地域社会の精神保健や福祉にとってニュージーランドの環境要因が悪い影響を及ぼしている可能性を示唆する (Oakley Browne et al 2006)。

太平洋系の人々における自殺のほとんどが 15-44 歳の集団で起きており、45 歳以上の集団では希である (Ministry of Health 2007a)。2021 年までに太平洋系の人々の人口が増加すると予測されており、比較的青少年を中心とした人口構成が継続することを考慮すると (Statistics New Zealand 2007b)、太平洋系の人々の自殺数が今後ある程度の期間は増加すると予想される。

精神障害

ニュージーランドの太平洋系の人々の精神障害の率は一般人口と比較して高いが、彼らは精神保健上の問題に対する保健サービスへアクセスもしないようだ (Oakley Browne et al 2006)。太平洋の島々で生まれた太平洋系の人々は、精神疾患を経験していても、ニュージーランドで生まれた太平洋系の人々よりも更に精神保健サービスを利用しない (Oakley Browne et al 2006)。

精神保健と自殺に関する文化的視点

伝統的な太平洋系の人々の保健や福祉に対するアプローチは精神、身体、家族、環境といった領域のバランスを基本としている。精神保健上の問題は、これらの領域の一つ以上の要因のバランスが崩れたときに生じると見なされている (Faleafa et al 2007)。これらの信念に従い、精神障害は習慣を破ったことや家族や supervisor (目上の人や宗教上の長)、神聖な象徴や場所に対するその他の違反の結果とも考えられている (Faleafa et al 2007; Mental Health Commission 2007)。

伝統的な太平洋系の人々の地域社会では、自殺行動に対する偏見がある。家族は自殺した個人に対して適切に支援することに失敗したことを恥じる。この偏見のために、家族に対して希死念慮を隠すこととなる。精神疾患に関連する恥や偏見も存在し、これらが、家族へ支援を求めることや、家族から支援を提供することの障壁となっているかもしれない (Faleafa et al 2007)。

太平洋系の人々の文化はますますニュージーランド文化に変容してきており、精神保健に関する伝統的な信念は一般的なものではなくなりつつある。

太平洋系の人々の地域社会とともに取り組む

太平洋系の人々の地域社会とともに自殺予防の領域に効果的に取り組むためのアプローチとして、大きく分けて二つのアプローチがある。一つは、自殺に関する意識を高めるのではなく、むしろ、地域社会の発展を基にするアプローチ (community development approach) として自殺の予防につながる要因を強化し、自殺の危険要因への暴露を減らすための活動を形作ることである (例えば、良好な精神保健を促進する)。二つ目の効果的アプローチには、教会や地域社会ネットワークなどの家族や社会による支援システムを構築する介入などが含まれる (Simmons and Voyle 1997)。

アジア系移民や難民

アジア系の人々はニュージーランドで4番目に大きな民族集団で、2006年時点では全集団の9.2%を占めている(Statistics New Zealand 2007c)。アジア系の人々は文化的に多様で、ニュージーランド社会への適応の程度も様々である。ニュージーランドにおける二つの大きなアジア系の集団は、中国人とインド人である。

ニュージーランドで生まれたアジア系の人々はほんの僅かで、約30-40%のアジア系の人々はニュージーランドに5年以上在住していない(Ministry of Health 2006b)。多くのアジアの人々は難民としてニュージーランドに来る。

自殺行動

一般的に、アジア系の人々は、特にアジア系の男性は、全体集団の中で比較すると自殺率や意図的な自傷による入院の率が低い。インド系女性若年者はこの傾向の例外で、全体集団の中で比較すると、意図的な自傷による入院率が高い。

危険因子

幾つかのアジア系難民や移民に共通の危険因子から、ニュージーランドの一般的な集団と比較して、アジア系の難民や移民が精神障害を発症する可能性が高いことが示唆される。危険要因として以下が挙げられる：

- 外傷体験や移住前から長期に継続するストレス
- 家族や地域社会からの分離
- 同じ民族的文化的背景の人々からの孤立
- 英語語学力の欠如
- 失業や不完全就業
- 社会経済的状況の悪化
- 差別やニュージーランドの否定的な社会的態度の経験 (Ellis and Collings 1997; Ho et al 2002)

難民は移民者よりも精神障害、特に外傷後ストレス障害に罹患している率が高い (Kizito 2001)。

精神保健の文化的視点

伝統的なアジア文化では、精神疾患は悪行に対する超自然的な罰と見なされることがある。また、精神疾患に関連して、個人や家族に対する強い偏見も存在する。英語知識の不足、サービスに対する認識の欠如、精神疾患の治療についての文化的な違いもまた、精神保健サービスへのアクセスの障壁となっているかもしれない (Ho et al 2002)。アジア文化的な保健サービスについての知識を啓発し、通訳者を提供し、偏見を解消し早期に支援を求めるための教育的資材を開発することで、これらの障害を軽減することができた (Asian Public Health Project Team 2003; Ho et al 2002)。

アジア系の地域社会とともに取り組む

良好な精神保健を促進するためにアジア系移民や難民とともに取り組むためのアプローチには、文化的多様性に対する公的な支援の増加、英語語学教育へのアクセスの改善、移民や難民が同じ民族的背景を持つ人々と交流するための地域プログラムの開発などを含む (Ellis and Collings 1997)。

身体的な障害や長期的な障害を伴う人々

ニュージーランドに住む人々の約6人に1人は、知的、身体的、精神的な障害を持っていると推定される (Statistics New Zealand 2007a)。マオリ族は、全ての民族の中で、最も年齢調整障害率が高い (Ministry of Health 2005)。

所帯で生活している障害者のうち、12%は重篤な障害を持ち、44%は中等度の障害を持っている。成人で最も多い障害は、運動能力、聴力、敏捷性である。成人の障害の最も共通した原因は疾患(40%)、事故や負傷(34%)、加齢(18%)であった。障害を持つ成人のわずか10%が、出生児の状況による障害であった (Ministry of Health 2005)。

慢性的な身体的障害

多発性硬化症、脊髄損傷、てんかん、卒中、腎障害、HIV、がんを含む、様々な慢性的に衰弱した状態において、自殺行動の危険が高い (Feinstein 2002; Hartkopp et al 1998; Hem et al 2004; Kelly et al 1998; Kurella et al 2005; Sanders and Bell 2004; Stenager et al 1998)。

一般集団のように、この集団でも希死念慮は大うつ病と強く関連する (Kishi et al 2001)。機能的な障害や社会的支援の崩壊、慢性的な疼痛など、これらの状態と関連する要因がうつ病性障害の罹患の危険を増加させるのかもしれない (Druss and Pincus 2000)。

(がん、HIV、卒中のような) 様々な状況において、自殺行動の危険は診断直後に最も高く、疾患の重症度や障害の程度とともに危険が増加する (Hem et al 2004; Kelly et al 1998; Teasdale and Engberg 2001)。更に、終末期の状態では、希望のなさ (hopelessness) を感じやすくなる人もおり、希死念慮の危険性が更に高まる (Chochinov et al 1998)。

このような集団とともに取り組んでいる全ての保健や障害の専門家は、身体健康についてだけでなく、抑うつ症状の同定と治療や希死念慮のスクリーニングを介して、それぞれの対象者個々人の精神保健にも注意を払うべきだ (Kishi et al 2001)。

知的障害

知的障害を伴う人々は精神障害罹患の危険が高く、一般集団と比較して気分障害を患う率が高いだろう (Hurley 2006; Merrick et al 2006)。これらのハイリスクの状態の中には、性的虐待を経験した人や身体的障害を合併する人、中等度の知的障害を伴う人、社会的または家族による支援の得られない人が含まれる (Merrick et al 2006)。

歴史的には、知的障害を伴う人々は自殺を計画したり遂行したりする能力に欠けていると思われてきたが、最近の調査の知見はこの仮定を支持してはいない。知的障害を伴う人々とともに取り組んでいる専門家は、自殺行動のリスクについて知っておくべきで、そして、このような人々は気分障害の典型的な多くの症状を示さないかもしれないことを知っておくべきである。

知覚障害

難聴を伴う人々は聴覚障害のない人々と比較して、精神障害の率が高いが、一方で、彼らは同時に、精神保健サービスへのアクセスに際して、困難に直面する。これらの要因は自殺の危険を高める。自殺予防戦略の可能性として、特異的なスクリーニング手法の開発や臨床スタッフへの訓練、難聴についての意識の向上、難聴を伴う人々の精神保健の専門サービスの利用可能性を高めることが挙げられる (Turner et al 2007)。

視覚障害を伴う 65 歳以上の男性で自殺の危険が高いことも研究から見いだされている (Waern et al 2002)。

目標 1：精神保健と福祉の向上、精神保健上の問題の予防

はじめに

この目標が意図する目的は、精神保健と福祉を向上させ、自殺行動に関連する精神保健上の問題を予防することにある。この章では、精神保健の向上と精神疾患予防に貢献可能な政策の鍵となる多くの領域について概述する。それぞれの領域について、エビデンスの簡単なレビューを行い、現在の政府の政策やプログラムの例を提示する。

論理的根拠

精神保健上の問題とその後の自殺行動についての脆弱性と抵抗性には広い領域の要因が寄与することが示されている（Beautrais et al 2005; Collings and Beautrais 2005; Institute of Medicine 2002）。個人や社会、家族、文化、経済がこれらの要因に含まれる。危険要因は、自殺につながる精神保健上の問題に寄与するかもしれないし、直接、自殺行動の脆弱性を増すかもしれない。保護要因は逆の効果を及ぼす。これらの知見から、非政府組織により実施されている関連プログラムと同様に、様々な政府組織にまたがる地域社会をベースとした（population-based）社会、教育、経済、福祉政策がいかに自殺予防に貢献するか、という方法について考えさせられる。

目標 1 に関して、二つの方法で政策が自殺予防に寄与するかもしれない。第一に、自殺行動の危険を直接または間接にも増加させることが知られている危険要因へ一般集団がさらされる機会を、政策により減らせるかもしれない。例えば、ニュージーランドの研究では家族による暴力への暴露は精神保健上の問題と自殺行動の両方の率を増加させる危険要因であることが示されている（Fergusson, Horwood and Ridder 2005）。それ故、家族による暴力の率を減らす政策は一般人口の精神保健を改善し、自殺行動の率を減らす可能性がある。

第二に、政策として、危険要因に暴露された影響を減らす社会的な関連する支援を提供し、抵抗性を高めコーピングスキルを向上させることが可能かもしれない。例えば、家族による暴力の有害事象は社会的支援やサービスにより和らげることができるかもしれない。

精神保健上の問題に対する危険要因を減らし、保護要因を強化することは精神保健を向上させ精神疾患を予防するだろう（Jane-Llopis et al 2005; WHO 2004a, 2004b）。自殺と精神疾患や様々な危険要因、保護要因は互いに関連する。このことは、一般集団が危険要因にさらされる機会を減らし、保護要因を増やすことによって、理論的には精神障害と自殺の両方の危険を減らすことが可能であることを示唆している。

自殺予防に寄与する鍵となる政策領域

この節では、政策が自殺予防に貢献するかもしれない鍵となる幾つかの領域について概略する。各領域について、エビデンスを簡潔にレビューし、現在の主な政府の政策とプログラムについて略述する。

小児及び家族に対する政策

小児や家族が逆境に暴露されることは、精神保健上の問題や自殺行動につながる脆弱性や抵抗性を決定する重要な一要因である。その要因として、小児虐待や養育放棄（ネグレクト、neglect）（Fergusson and Lynskey 1997）、小児の性的虐待（Fergusson et al 2003）、家族の暴力（Fergusson and Horwood 1998）、弱体化した養育技能（スキル）（Beautrais, Joyce and Mulder 1996）、家族内の困難（Fergusson et al 2000）、両親の不和（Beautrais 2001b）が含まれる。自殺や精神保健に対するこれら要因の役割は、ニュージーランドや国際的な一連の報告の中で、更に詳細にレビューされている（Beautrais et al 2005; Lewinsohn et al 1994; Molnar et al 2001）。

小児や家族に関するこれら要因の幾つの特徴は政策にとって重要である。第一に、小児や家族の様々な要因の影響は互いに関連し、このことは協調した政策による対応の必要性を示唆している。第二に、これらの要因は精神保健上の問題や自殺の危険を累積的に決定する傾向を持つ。この傾向から、単一の要因に対してではなく、むしろ複数の危険要因や抵抗要因に対して焦点を当てた政策の必要性が示唆される。第三に、小児や家族の要因は、人生の早い段階の自殺行動の危険性に重大に影響する。小児や家族の要因の影響は人生の時間とともに漸次的に減少するが、自殺行動のある成人や高齢者は小児期の苦難を伴う傾向があり、早期の苦難への暴露は人生の全ての期間にわたってずっと自殺に影響しているかもしれない (Beautrais et al 2005)。この知見は、異なる集団を対象とする部門には異なる政策が必要かもしれないと認識する必要性があることを示している。

全体として、これらの考察から、家族機能、養育、家族による暴力、小児虐待に関連した様々な問題に取り組むための、小児や家族に対して有効な政策を開発する必要性が示される。

現在、小児や家族問題に対して政府の様々な政策が実施されている。これらの政策は、暴力や小児虐待を減らし、家族機能を強化し、脆弱な家族を支援し、養育支援を提供し、家族がサービスや地域社会と結びついていくことを保障することに焦点を当てている。

鍵となる政策やプログラムを以下に挙げる：

- 家族内暴力に対する活動のための専門委員会（社会開発省）
- 家族暴力に対する活動のキャンペーン（社会開発省）
- 暴力介入プログラム（保健省）
- 性的暴力に対する活動のための専門委員会（法務省）
- Family Start/Early Start（訳者注、家族から、早期からの対応という意味）（社会開発省、文部省）
- 家族の強化（社会開発省）
- Well Child（訳者注、健全な子供、という意味）（保健省）
- 親のための子供情報（提供）戦略（Strategies with kids Information for Parents: SKIP）（社会開発省）
- 危険な状態の小児のケアと保護（Child, Youth and Family, 社会開発省）

アルコールや薬物に関する政策

アルコールや薬物の依存や乱用は自殺行動の危険要因である (Sher 2006a)；物質使用障害は二番目に多い自殺や自殺企図に関連する精神障害である (Beautrais 2001b)。この臨床的なエビデンスは、OECD 各国の一人当たりアルコール消費量と自殺率が正の関連を示すことでも示されている (Sher 2006b)。

全アルコール消費を減らす政策が自殺率を減少させることに寄与するかもしれないことを示すエビデンスがある。一例として、以前のソビエト連邦で行われた厳格なアルコール販売の制限に続く 1984 年から 1988 年の間に自殺率が 34.5% 減少した (Wasserman et al 1994)。これに従い、安全な飲酒を促し、薬物使用を避け、損害を最小限にするための公共保健政策が自殺予防の領域で鍵となる役割を果たす。

現在、ニュージーランドではアルコールや薬物の問題に対処する様々な活動が行われている。保健省により行われている国家的薬物政策 (National Drug Policy) はアルコールやその他の薬物と関連する障害を予防し、減少させるための政府の主要な政策である。この政策には供給のコントロール、需要の軽減、問題制限のための様々な戦略が含まれている。

この主要な政策やプログラムの例として以下が挙げられる：

国家的薬物政策 (National Drug Policy)（保健省）

- ニュージーランド人の飲酒文化を変えるためのソーシャルマーケティング（ニュージーランドアルコール諮問会議、Alcohol Advisory Council of New Zealand）
- 青少年薬物プロジェクト地域活動（Community Action on Youth and Drugs projects）（Ministry of Health）

生活上のストレスとトラウマ（外傷体験）

生活上の様々なストレスへの暴露は自殺行動の危険を増す。対人関係、就業、金銭、健康、住居、法律などに関する問題が自殺の危険性に寄与する（Beautrais et al 1997; Blakely et al 2003; Cavanagh et al 1999; Gould et al 1996; Platt and Hawton 2000; Rubenowitz et al 2001）。関連する領域の調査から、学校でのいじめが小児期や思春期の自殺行動を増やす要因として同定されている（Dake et al 2003; Juvonen et al 2003）。更に、幼少時期の外傷体験や虐待への暴露は、セロトニン再取り込み部位の遺伝子多型（5-HTTLPR）と相互に作用し、自殺行動への脆弱性増加と関連する（Caspi et al 2003）。これらを考慮すると、一般住民のストレス暴露を和らげ、減らすことを目的とした社会的な政策が自殺予防に寄与する可能性が示唆される（Knox et al 2003; Lubell and Vetter 2006）。

更に、最近の津波や台風、地震、テロをきっかけに、天災や人災が精神保健上の問題や自殺行動を引き起こすかもしれないという認識が高まってきている（Coker et al 2006; Davidson and McFarlane 2006）。これらの考察から、明白に、地域社会や個人レベルでの良く開発された災害計画は災害の有害効果を減らし、よって、自殺行動を減らすかもしれない（Bryant and Njenga 2006; Davidson 2006）。

抵抗性を高め、自殺に関連する生活上の様々なストレスへの暴露を減らす政策は必然的に広範なものとなり、多くの異なる状況や集団に対して適応するものとなる。健全な対人関係を促進させ、雇用や教育、訓練の機会を提供し、就業困難な時期には金銭的な支援を提供し、成人としての生活に移行する期間の青少年を支援し、困難の解決を援助することで就業の継続を支援し、法的な問題を抱える人を支援し、抵抗性を高め、学校における暴力やいじめを減らす政策がこれらに含まれる。

鍵となる政策やプログラムを以下に挙げる：

- 学生の精神保健福祉教育活動（Student Well Being Mental Health Education Initiative）（文部省）
- 青少年犯罪戦略（Youth Offending Strategy）（法務省）
- 青少年移行期サービス（Youth Transition Services）（社会開発省）
- 暴力排除プログラム（Eliminating Violence Programme）（文部省）
- 就業と所得支援政策（Work and Income、社会開発省）
- 代替教育プログラム（文部省）
- 効果的介入パッケージー 地域内の判決、更正、回復のための処罰（法務省）
- ニュージーランドの教育課程における保健体育（Health and Physical Education in the New Zealand Curriculum）（文部省）
- 心理社会的回復計画（Psychosocial Recovery Plan）（保健省）
- 精神保健学校（Mentally Healthy Schools）（保健省）
- Travellers（※訳者注：ニュージーランドの変化、喪失、成人期への移行などを経験する青少年の予後要因を強化するための早期介入プログラム）（学校をベースとしたプログラム）（保健省）

社会経済的不平等

社会的および経済的に恵まれない状況にある人は自殺行動の危険が高い（Bucca et al 1994; Gunnell et al 1995; Johansson et al 1997; Lewis and Sloggett 1998; Qin et al 2003）。カンタベリー（Canterbury）自殺プロジェクト、クライストチャーチ（Christchurch）保健開発研究（Health and Development Study）、ニュージーランド精神保健調査（Mental Health Survey）全てにおいて、希死念慮や自殺企図、自殺の率が社会的に恵まれない状況にある人で高いことが示されている（Beautrais et al 1998; Fergusson et al 2000; Oakley Browne et al 2006）。この知見は、不平等を減らすための政策が自殺予防の役割を担う可能性を示している。

社会的および経済的不平等を減らすことを目的とした様々な政策を以下に挙げる：

- 教育機会を増やし、社会的な不均衡を減らすための教育的な政策
- 所得格差の原因や貧困に取り組むための所得支援や税制および関連する政策
- 適切で入手可能な住居を提供するための住居政策
- 保健に関する不平等や保健ケアへのアクセスの不平等を減らすための保健政策

- 保健従事者数を増やすための政策

社会的結合（social cohesion）と支援

自殺に関する理論についての初期の理論の中で、デュルケーム（Durkheim）は社会状況によって自殺率が変動する傾向があることを論じた。特に、社会的な統合（社会で共有されている価値感や規範を介して個人が社会と結びついていることなど）や社会的な規制（一般的な社会的規範や価値感によって課せられる個人の願望 aspiration や行動に対する制約など）の程度に基づきこれらは変化する（Durkheim 1897 (1951)）。

このような視点は以前のソビエト連邦の社会的再構築に関する研究により支持されている。ソビエト社会の崩壊と同時に急激な自殺率の増加が報告されている（Makinen 2006）。より一般的に言えば、これらの研究の結果は、経済の現代化や改革が社会的統合の程度を減弱させ、自殺率に影響するかもしれないことを示唆する（Stack 2000a, 2000b）。

ニュージーランドでは国勢調査をもとに、社会経済的要因と自殺の間の関連を大規模な経済的社会的な再構築がなされた 20 年以上の期間において検討がなされた。この研究で、自殺の様々な危険要因は低所得者に集中すると結論づけられた（Collings et al 2005）。

これらの状況は、社会支援や社会の結合性、社会への参加が強力な地域社会が、精神保健を促進し、精神疾患を予防し、そしてニュージーランド自殺予防戦略の目標や活動をより強力に支援することが可能な状況を提供するかもしれないことを示唆する（Collings and Beautrais 2005; Kawachi and Berkman 2001; Sartorius 2003）。

社会的な結合や支援を強める政府の政策は自発的な部門の能力を高めるための広範な政策から、地域社会の発達のための活動まで様々な広い範囲にわたる。ある政策やプログラムはある特定の状況や集団に焦点を当てている。例えば、ある政策は学校における社会的結合性を促進させる。またある政策やプログラムは社会的な支援を増加させ、高齢者や難民、ゲイ、レズビアン、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックスの指向のある人々のように孤立した集団の統合性を高める。精神疾患と自殺との間に関連があるため、精神疾患を経験している人々を社会が受け入れることを促進することは特に重要である。

鍵となる政策やプログラムの例を以下に挙げる：

- 学生精神保健福祉教育活動（Student Well Being Mental Health Education Initiative）（文部省）
- ニュージーランドの教育課程における保健体育（Health and Physical Education in the New Zealand Curriculum）（文部省）
- 精神保健学校（Mentally Healthy Schools）（保健省）
- 多様な地域社会の結合（Connecting Diverse Communities）（社会開発省、民族問題局）
- 難民および移民に対する定住政策（社会開発省）
- ボランティアに関する政府の政策（Government Policy on Volunteering）（地域社会ボランティア部局、社会開発省）
- 青少年地域社会活動と薬物プロジェクト（Community Action on Youth and Drugs Project）（保健省）
- Kia Piki te Ora（訳者注：ニュージーランドのマオリ族を対象とした青少年福祉増進）（保健省）
- 社会的包含（包摂）と参画のための政策及び計画ガイド（Social Inclusion and Participation Guide for Policy and Planning）（社会開発省）
- Like Minds, Like Mine プログラム（※訳者注：ニュージーランド保健省の反差別運動）（Like Minds, Like Mine programme）（保健省）

文化的同一性（アイデンティティ）

自らの文化からの疎隔は自殺の危険要因と考えられる。逆に、文化が帰属や目的、自己価値観、の感覚、模範を提供する所であれば、自殺に対して保護要因として作用するだろう（Lawson Te Aho 1998）。

多くの国で、その土地固有の少数民族集団の自殺率は多数を占める民族集団よりも高い。この不均衡はニュージーランドのマオリ族にも当てはまり（Hirini and Collings 2005）、おそらく、文化的同一性に対する植

民の影響によるものだろう。あるニュージーランドの研究がこの問題について探索した結果、マオリ族の文化的同一性と自殺企図の間に関連が見いだされた (Coupe 2005)。マオリ族にとって文化的同一性はマオリ語や家族ネットワーク、地域社会構造、慣習上の土地や伝統的な芸術との接触の増加により強化が可能であった (Durie 1998)。

近年の、(あるアジア系移民のように) 同様の文化的背景から孤立した人々である移民はニュージーランドの文化に適応するのが困難で、精神保健上の問題を経験するかもしれない。新しい移民が適切な地域社会集団につながることに焦点を当てたプログラムはこの集団の文化的同一性を強く維持することに役立つかもしれない (Ho et al 2002)。

文化的に疎隔されることは、同時に移民の第二世代 — すなわち、ニュージーランドで生まれた移民の二世にとっても重要な危険要因かもしれない。例えば、多くのニュージーランド生まれの太平洋系の人々は重大な言語喪失を経験しており、家族構成は弱くなり伝統的な信念体系や価値を喪失している。文化的同一性に関するこれらの側面を強化することはこの地域社会の精神保健にとって重要かもしれない (Minister of Health 2002)。

様々な政府の政策は文化的多様性を受け入れ文化的同一性を強化することを目的としている。

以下に鍵となる政策やプログラムを挙げる：

- He Korowai Oranga：マオリ族保健戦略 (保健省)
- マオリ族へのアプローチ (Maori Potential Approach) (Te Puni Kokiri (訳者注：マオリ発展省))
- Te Rautaki Reo Maori：マオリ言語戦略 (Te Puni Kokiri (訳者注：マオリ発展省))
- 太平洋保健障害活動プラン (Pacific Health and Disability Action Plan) (保健省)
- 異文化間の認識とコミュニケーション訓練 (民族問題局、内務省)
- 民族諮問サービス (民族問題局、内務省)
- ニュージーランド多様性活動プログラム (New Zealand Diversity Action Programme) (人権擁護委員会)

差 別

精神疾患を患う人々、ゲイやレズビアン、バイセクシュアル、トランスジェンダーやインターセックスの人々 (GLBTI)、難民、移民、少数民族集団は、様々な形で差別を受けるかもしれない。差別は、精神保健上の問題と同時に、福祉がより貧弱だと感じることや自己効力感の乏しさと関連する (Brown et al 2000; Kessler et al 1999; Williams and Williams-Morris 2000)。

精神疾患を患う人々は、就職や居住の問題や友人、家族、地域社会からの差別といった様々な、多くの生活上の側面からの差別を受ける (精神保健財団 2004：Mental Health Foundation 2004)。精神疾患と自殺が強く関連し、精神疾患を患う人々の回復に対する最も大きな障害の一つが差別と考えられていることから、精神疾患を患う人々に対する差別を少なくすることは非常に重要である。

異性間以外の性的指向や性同一性の不一致は自殺行動の危険性を高める (de Graaf et al 2006; Fergusson et al 1999; Fergusson, Horwood and Ridder et al. 2005; Skegg et al 2003)。これら要因は、ゲイやレズビアン、バイセクシュアルの人々が直面する社会的なストレスや差別に関連する危険性を増加させることが示唆されている (de Graaf et al 2006)。性同一性障害の人々 (トランスジェンダーやインターセックスの人々) についてのエビデンスは、更に乏しい (Fitzpatrick et al 2005; Street and Kromrey 1995)。GLBTIの人々が直面する差別を少なくすることを目的とした社会的な政策が自殺予防に寄与するかもしれないことをこれらの知見が示唆している。

難民や移民、少数民族集団も差別や拒絶、社会からの否定的な態度に直面しているだろう (Ellis and Collings 1997)。その国の友好的な受け入れが悪いことと、移民の精神障害の危険性の増加が関連するだろう。文化的多様性の利点についての公衆の意識を増加させるプログラムは移民に対して肯定的な地域社会の態度が増すことに役立つだろう (Ho et al 2002)。

ニュージーランドでは、人権擁護委員会が人権の保護と促進、様々な領域における差別の予防についての役割を担っている。精神疾患を患う人々に対する差別の軽減は、保健省が Like Minds, Like Mine プログラムを通じて行っている。社会開発省は GLBTI の人々に影響する問題についての政府の機関の間で意識を高めるための政策的機能を確立させてきた。また、関連する政策を開発することを支援する機能を確立してきた。

鍵となる政策やプログラムを以下に挙げる：

- Like Minds, Like Mine プログラム（保健省）
- GLBTI の人々に関する政策支援（社会開発省）
- Out There Queer Youth Development Project（訳者注、性的多様性を支援し、青少年の保健と福祉を強化するプロジェクト）（内務省）
- ニュージーランド人権擁護活動計画（ニュージーランド人権活動計画：New Zealand Action Plan for Human Rights）（人権擁護委員会）
- トランスジェンダー調査（Transgender Inquiry）（人権擁護委員会）

政策と予防の接点への対応

ニュージーランドでは、精神保健上の問題や自殺行動についての脆弱性や抵抗力に集団レベルでも個人レベルでも影響する様々な要因に対して取り組む強力な政策がある。ほとんどの政策は自殺問題に対応するために開発されたものではない。多くの政策は、社会的状況と福祉の接点に関する様々な懸念の結果として開発されている。このような形での発展の結果、以下のように、自殺予防と関連する政策領域との繋がりがより強い幾つかの領域が示唆される：

- 自殺予防に寄与するであろう政策やプログラムの策定と実施に係わる組織間の協力と共同を強化する
- 関連する政策の適切で実施可能な領域に、自殺予防についての題目とメッセージを含める
- プログラムの評価の適切で実施可能な領域に、自殺行動について測定する項目を含める
- 隔たりを同定するために現存する政策ポートフォリオやプログラムを再吟味する

マオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の精神保健や福祉を向上させ、精神保健上の問題を防ぐ

これまでに述べてきた一般的な保護要因と同様に、安定したマオリ族文化の同一性やマオリ文化へのアクセス、例えば、te reo（訳者注：マオリ語の言語）、whenua（訳者注：マオリ語の国、土地）、whakapapa（訳者注：マオリ語の家系、更にはもっと広い意味を持ち、神や現在を含む全ての物の系譜上の起源、という意味もある）、marae（訳者注：マオリ語の広場）、iwi（訳者注：マオリ語の人々、地域社会の人々、元々の意味は骨を意味する）、hapu（訳者注：マオリ語の一族、元々は妊娠を意味する単語）、whanau（訳者注：マオリ語の拡大家族、元々は出生、子を授かる、等の意味を持つ単語）なども、マオリ族の精神保健や福祉に寄与する要因である（Durie 1998）。

一方、精神保健上の問題や自殺行動に寄与する一般的な危険因子に暴露されること以外にも、マオリ族が経験する特異的な要因として、文化からの疎隔（Durie 1998）や制度上の民族差別（Harris et al 2006）、歴史的、政策的そして社会的過程における影響（Hirini and Collings 2005）が挙げられる。

全ての政策やプログラムはマオリ族に適切であることが重要である。つまり、マオリ族にとっての危険を減らし抵抗性を高める特異的な政策があり、マオリ族社会の福祉を政策が高めることが重要である。例えば、He Korowai Oranga（訳者注：マオリ族健康戦略）（Minister of Health and Associate Minister of Health 2002）における whanau ora（訳者注：家族の健康）からの対応といった、マオリ族の保健制度の効果的な実施は、前述の目標 1 と関連して議論された政策の策定と実施の役に立つだろう。

太平洋系の人々に関する課題

文化的な価値や信念、家族や地域社会の強い結束力は太平洋系の人々の精神保健を良好に保つための基本的な要素と考えられる。太平洋地域の集団に特に関連する保護要因があることを意味するかも知れない。逆に、文化的に疎隔されることは太平洋系の人々にとって重大な危険要因となり得る。言語能力が乏しく家族構造が弱められているニュージーランド生まれの太平洋系の人々にとって特に問題となるだろう（Minister of Health 2002）。

活動の鍵となる領域

広範にわたる目標 1 は危険性を最小に抑え、抵抗性を最大化させ、後に議論する他のゴールに係わる、より対象を定めた政策を提供する上で必要な状況を作り出すための政策やプログラムの開発を促進するためのものである。この章は、ある特異的な新たな政策やプログラムの推奨を導くものではない。代わりに、自殺予防という結果（アウトカム）に寄与するだろう政策やプログラムに関して部門間の共同と協調が強化されることに焦点を当てている。

1. 1 絆を強化する：政策やプログラム、およびそれらの評価の中に自殺に関連する課題が認識され組み入れられることを保障するために、組織間の共同と協力を強固にし続ける必要がある。
1. 2 マオリ族が必要とすることに対応する：全ての政策やプログラムがマオリ族にとって適切でかつ効果的であることを保障する構造を作り上げる必要がある。
1. 3 不平等を減らすことに焦点を当てる：自殺予防に寄与する全ての政策やプログラムは不平等の軽減に焦点を当てた項目を含むべきである。資金提供者、計画者、サービスの提供者は、最も危険な集団が必要とすることに政策やプログラムが対応する方法について検討する必要がある。

目標 2：自殺行動と関連する精神障害を患う人々に対するケアの改善

はじめに

この目標は、自殺行動の発現に寄与する精神障害を患う人々に対する認識や治療、マネージメントを改善する戦略や政策、サービスの開発を目的としている。この目的の達成は、特に、精神障害の率の高い集団や精神障害の危険性の高い集団に対して、安全で、有効性が評価された様々な活動を見いだすことを意味する。

論理的根拠

ニュージーランドの調査や国際的な調査から、精神障害が自殺行動の最も強い危険要因であることが見いだされている。重篤な自殺を企図した人々や自殺により死亡した人の 70-90% に精神障害が認められる (Cavanagh et al 2003)。この傾向は一連のニュージーランドの研究でも報告されている (Fergusson et al 2000, Nada-Raja et al 2004, MaGPI Research Group 2003, Beautrais 2001b, 2003a, 2004a, Oakley-Browne et al 2006, Coupe 2005, Tiatia 2003)。

殆どの精神障害が自殺の危険と関連する。精神障害のうち、気分障害 (Lonnqvist 2000) や物質使用障害 (Murphy 2000; Sher 2006a)、不安障害 (Allgulander 2000)、人格障害 (Linehan et al 2000) が最も共通して自殺行動と関連する。統合失調症や摂食障害は一般人口中では比較的一般的ではないが、自殺や自殺企図の危険性はこれらの集団でとりわけ高い (Appleby et al 1999; Herzog et al 2000)。自殺行動のある人々では複数の精神疾患が合併することがよく知られている (Beautrais, Joyce, Mulder et al 1996)。

理論的には、ニュージーランドの一般人口から精神障害をなくすことが可能ならば、自殺や自殺企図の率は 75% 以上減少する (Beautrais 2000b, 2002; Beautrais, Joyce, Mulder et al 1996)。大うつ病だけでもなくすことができれば (理論的には) 自殺率を 50% 以上減少させることが可能である。

更に、自殺で死亡した人の相当数がアルコールや薬物の使用があると判定されていることも問題である (CDC 2006)。アルコールや薬物もまた、おそらく衝動性や攻撃性を高めることにより、自殺行動を促進するだろう。

政策の背景

目標 2 とそれに伴う活動は、ニュージーランドの精神保健政策と依存問題に関する政策にまたがるように存在する。自殺予防活動の対策についての基礎を築いた最近の二つの文書として、Te Tahuhu — 精神保健の改善 2005-2015：第二次ニュージーランド精神保健と依存に関する計画 (Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan) (Minister of Health 2005) と、その活動計画である Te Kokiri (訳者注：マオリ語の槍)：精神保健と依存に関する活動計画 2006-2016 (Mental Health and Addiction Action Plan 2006-2015) (Minister of Health 2005) がある。ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 (New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016) (Associate Minister of Health 2006) とそれに付随する活動計画 (Action Plan) は、自殺行動のある人々が必要としていることに合致する方法に特異的に注目して、これらの文書に基づき構築される。

考察のための鍵となる領域

4 つの鍵となる領域に焦点を当てることで、自殺行動を減らすことができる。これらを以下に挙げる：

1. 精神障害の認識を高め対応の強化を促す一般集団ベースの活動
2. 精神保健上の問題を経験する人々の支援希求を促進させることによって、地域社会や組織内の人々が保

健ケアを認識し、より保健ケアへアクセスするように、人々の技術を強化するための地域社会ベースの活動

3. マオリ族の保健モデルを含む、質の良い精神保健サービスの提供や精神保健サービスの構造の改善
4. 組織セッティングにおける精神保健プログラム

一般集団アプローチ

精神障害を患う多くの人々、特にマオリ族、青少年、太平洋系の人々は治療や支援も探そうとしない（Oakley Browne et al 2006）。援助を求めず無言でいることは自殺行動の危険性を高めるだろう（Murray and Lopez 1996）。そのため、保健サービスへのアクセスを改善することが、自殺行動と関連する精神障害を患う人々のケアを改善するために重要な前提条件となる。

精神保健や依存問題への国民の意識を改善し、これら障害に対する受容を高め理解を促進させ精神疾患に対する偏見を減らし、適切な支援を探すよう国民に促すことが、一般集団ベースのアプローチに含まれる。他の一般集団ベースのアプローチとして、苦痛を経験している人々に対して支援を提供し保健サービスへの紹介を行う電話カウンセリングサービスの提供がある。一般集団ベースのアプローチの効果と反応性を評価し、特に、自殺行動の危険が最も高い集団のサービスへのアクセスに対する障害に対応することが重要である。

うつ病啓発キャンペーン

単独として最も大きく自殺行動に寄与する要因としてうつ病がある。この関連を考慮すると、自殺行動を減らす一つの戦略として、うつ病に対する知識を改善し、支援を求めることを促す一般集団レベルでのキャンペーンの実施がある。

そのようなキャンペーンは自殺行動の危険の高い集団やサービスへのアクセスの乏しい集団にとって特に重要である。例えば、マオリ族以外と比較して、マオリ族はうつ病のサインに気づきにくく、うつ病について率直に話しにくく、支援を求めたり他の家族 whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）に一般診療科や精神保健の専門家を受診するよう勧めることが少ない（Wyllie and Mackinlay 2007）。

国際的にも、このようなキャンペーンが、うつ病に対する理解を増し、うつ病に対する態度を改善し、うつ病症状の認識を改善し、うつ病は効果的に治療し得るとの一般の認識を増すことがわかっている（Goldney et al 2007; Highet et al 2006; Jorm et al 2006）。しかし、そのようなキャンペーンが長期的にうつ病や自殺行動の率を減らすであろう行動変容（援助希求行動や治療へのアドヒアランスなど）とどの程度関連しているかについては殆ど知られていない。

精神疾患に対する偏見を減らすプログラム

サービスへのアクセスや精神疾患からの回復の障害となっている最も大きな要因の一は、精神疾患に対する偏見と差別である（Mason et al 1996）。世界中で、精神疾患に対する意識と理解を高めるための教育的キャンペーンに投資がなされてきた（Corrigan and Penn 1999）。これらのキャンペーンの主な焦点は差別や偏見を減らすことにあるが、精神疾患を患う人々にサービスや支援の利用を促したり、早期の回復のための支持的環境を提供することによっても自殺予防に貢献しているかもしれない。

電話カウンセリングサービス

電話カウンセリングサービスは、その利用性、利便性、匿名性により、苦痛や精神障害、自殺行動を患う人々に対する支援のための一般集団レベルの重要なアプローチとなり得る。ヘルプラインは電話をかけた人の心理的苦痛（King et al 2003）、希望の無さの感覚（Kalafat et al 2007）、自殺行動（Gould et al 2007; Kalafat et al 2007; King et al 2003）を減らす効果があるかもしれない。また、情報の提供やサービスへの紹介により、更に専門的な支援へのアクセスを促進するかもしれない。自殺のある人々や危機の状態にある人々からヘルプラインは広く使用されているが、電話をかけた人の苦痛の軽減効果や自殺行動の減少効果は比較的あまり評価されてきていない（Mishara et al 2007）。マオリ族に対する電話カウンセリングサービスの効果は不明だが、既存のプログラムを評価することでこの領域の理解が改善されるに違いない。

ニュージーランドの現在の活動

国家的うつ病対策活動（National Depression Initiative）

2006 年 10 月に国家的うつ病対策活動（National Depression Initiative）（NDI）が開始された。このマルチメディアキャンペーンはうつ病の症状についての理解を深め、効果的な治療法に対する意識を高め、うつ病を患う人々に対して支援を求めるよう促すことを目的としている。評価の結果、一般集団の 90%、マオリ族の 96%がこのキャンペーンのメッセージを覚えており、非常に広範にわたるメッセージの影響が示された（Wyllie and Mackinlay 2007）。現在の課題は、行動変容、特に支援希求行動の増加に対するキャンペーンの効果を見積もることにある。

NDI はうつ病のために支援を求めてきた人々に対して保健の提供側が適切に対応できるよう、その能力を改善することも目的としている。この活動の一部として、プライマリヘルスの専門家のためのうつ病治療マネジメントガイドライン（Guidelines for the Treatment and Management of Depression by Primary Healthcare Professionals）（National Health Committee 1996）が改定され、今後数年かけて年間で実施に移される。

精神疾患に関連する偏見と差別の解消（Like Minds, Like Mine）

Like Minds, Like Mine キャンペーンは 1997 年に始まった。この国家的プログラムは精神疾患に対する偏見を減らし、精神疾患を患う人々の経験する差別を減らすことを目的とする。これにはメディアと共同した教育や訓練、雇用、教育、住居などの領域に関する政府機関の政策活動の告知など、国家的宣伝キャンペーンと、地域の要求に応えるいくつかの戦略からなる。ニュージーランドの精神疾患に対する意識や態度の変化に対して、このプログラムが効果的であることが示されている（Vaughan 2004）。

電話カウンセリングサービス

ニュージーランドでは、ライフライン（Lifeline）やユースライン（Youthline）、サマリタン（Samaritans）、What's Up、ゲイやレズビアンのための電話ライン（Gay/Lesbian line）、うつ病ヘルプライン（Depression Helpline）、アルコールと薬物のヘルプライン（Alcohol and Drug Helpline）、様々な性的虐待やレイプ生存者カウンセリング電話ラインなど、広範にわたる電話カウンセリングサービスが利用できる。文書や e メールでサービスを提供するなど次第に多様化してきている。

地域社会アプローチ

この目標を達成するための第二アプローチとして、地域社会で働く従事者が精神保健上の問題や自殺行動について理解し認識することを促進し、結果として支援の希求が促進するように助言や支援を提供するためのプログラムや活動を実施する。これらのプログラムや活動は、日常活動の一部として、精神保健上の問題や依存問題（危険な飲酒行動を含む）、自殺行動を抱える人々と接触する人たちに提供される。このアプローチは、会社や組織で働く従事者が問題を抱えるひとを同定し、マネジメントし、サービスへのアクセスを促進させるために効果的に活用できる政策やプロトコルの開発も含む。聖職者、kaumatua（訳者注：マオリ族の長老）、marae worker（訳者注：マオリ族の、広場で働く人）、マオリ族の長、マオリ族の hapu（訳者注：マオリ族の地域社会）や iwi（訳者注：マオリ族の一族）の中で働く人、青少年に対応する人、警察、学校で働く人々、kura kaupapa（訳者注：マオリ族の小学校）、kohanga reo（訳者注：マオリ族の中学校）、whare wananga（訳者注：マオリ族の高等学校）、大学、刑務所、地域社会保護観察サービス、住宅ケア、青少年司法センター、老人ホーム、太平洋系の人々の組織で働く人々が、そのような地域社会や会社、組織で働く従事者の例としてあげられる。自殺予防の場合、これらの人々は一般的に「ゲートキーパー」と呼ばれる。

地域社会の精神障害や自殺行動についての知識がしばしば限られており、そのことが、これらプログラムや活動準備の論理的根拠となっている。知識の乏しさが偏見的な態度に繋がり、提供できる支援を制限してしまう。この問題に対応するための訓練プログラムに参加する人々は精神保健の問題や依存問題についての態度が改善し、これらの知識が増え、支援行動が多くなることが調査で示されている。これらの訓練は、訓練参加者自身の精神保健や福祉も改善するだろう（Kitchener and Jorm 2006）。米国空軍（Kitchener and Jorm 2006）やノルウェー陸軍（Melhlum and Schwebs 2000）の組織ベースの大規模プログラム

は自殺率の減少を導いた。その評価から、このようなプログラムが成功するにはある種の条件が必要であることが示唆された。その条件として、責務の伴うある程度強制的な組織的セッティングで、コミュニケーションの伝達ラインが強固な状況で、定期的な間隔でプログラムを再実行するなどが含まれる。空軍や陸軍研究から得られたこの有意義な知見により、既に地域社会や組織内に存在するプログラムの効果的な構成要素や自殺行動の減少に対する効果の大きさを明らかにするための評価の実施が促進されるはずだ。

地域社会、会社などの組織によるプログラムや活動の開発は、多くの重要な問題を提起する。第一に、そのプログラムや活動は、実施される状況を考慮に入れた、充分に開発されたガイドラインに基づくべきである。二番目として、地域社会、会社などの組織で働く人々がそのガイドラインに従うだけの技術、能力、資源を持っていることが保証される方法で実行されることが重要である。最後に、このトレーニングを受ける人々が適切にスーパーバイズを受けるための過程が確保され、精神保健の評価を受ける必要があると特定された人を適切な保健サービスへ分かりやすく効果的な方法で紹介できる経路が保証されている必要がある。

この地域社会アプローチはニュージーランドの状況に当てはまるように開発されなければならない。プログラムが計画される際には、対象とする集団の地域社会において、文化的に効果的なものかどうかについての検討が必須である。例えば、マオリ族地域社会での活動は、kaumatsua（訳者注：マオリ族の長老）や、hapu（訳者注：マオリ族の一族）、iwi（訳者注：マオリ族の地域社会の人々）のような、適切な人々、指導者そして / または集団の任務についての文化的なプロトコルにマッチしていなければならない。

配慮の足りない活動やプログラムには予期しない有害事象があるかもしれない。例えば、「ゲートキーパー」の役割を担う学生を募集する、幾つかの学校ベースのプログラムで、重大な問題が生じている（Bennett et al 2003; Hazell and King 1996）。これらの理由から、このようなプログラムや活動を開発する際には、モニタリングや評価、再調査、監査、プログラムの安全性を担保するその他の機構を組み入れることが重要である。

現在のニュージーランドの活動

Living Works ASIST プログラム

自殺に対する介入技術訓練プログラム（Applied Suicide Intervention Skills Training programme）（ASIST）は、切迫した自殺の危険の認識と対応を訓練するための2日間のワークショップである。このプログラムの対象者は、自殺の危険のある人々と接触する、日々の生活として地域社会で従事する人である。ニュージーランドのASISTの評価から、切迫した自殺の危険のある状況で出来事を予測して支援を提供する技術をこのプログラムが向上させることが示された（Hyde et al 2006）。元々カナダで開発され、現在では、ニュージーランドの状況に更に適合するように修正されている。

精神保健に関する知識

新たな精神保健啓発プログラムに予算が割り振られ、2008年に開始される。この地域社会ベースのプログラムにはワークショップや情報提供が含まれる。精神保健を促進させる行動を増やし、精神保健上の問題の症状や兆候を認識する能力を向上させ、精神疾患を患う友人や家族、同僚への支援的な行動を増やす効果的な自助戦略を増やし、適切な専門的援助を求め、精神疾患を患う人々に対する偏見や差別を減らすことがこのプログラムの目的である。

他の「ゲートキーパー」活動

様々な、精神保健上の問題や依存問題、自殺行動のある人々に気づき適切に対応するための、地域社会「ゲートキーパー」プログラムやガイドラインがある。例えば、学校職員に対するガイドライン（Beautrais, Coggan et al 1998）や、ソーシャルワーカー（Child, Youth and Family 2000）、刑務所職員（Le Quesne 1995）、警察官に対するガイドラインがあり、所得支援サービスで働く人々のためのガイドラインも直ぐに開発される。このガイドラインによるアプローチに、知識や態度、実践活動をどの程度変える効果があるか、効果やケアをどれくらい改善する効果があるか、についての評価を引き続き行う必要がある。

保健サービスによるアプローチ

自殺により死亡するほとんどの人は、自殺企図に先立ち、プライマリケアや精神保健サービスにかかっている（Beautrais 2001b; Luoma et al 2002）。この知見から、臨床場面における精神障害のマネージメン

トを改善することで、大きく自殺行動の率を減らせる可能性が示唆される。自殺で死亡したマオリ族がプライマリケアにかかっていたかについての特異的な情報はほとんど知られていない。

サービス提供の組織

保健サービスの組織化や提供の方法は、精神障害や自殺行動の率に大きく影響する。一般集団や地域住民、臨床、患者それぞれをベースとしたサービスと結びついた統合的なケアモデルを利用するサービスが、最も効果的なアプローチを提供する。ニュールンベルグ対うつ病同盟（Nuremburg Alliance Against Depression）で、統合的なうつ病マネジメントや自殺行動を減少させるためのアプローチを開発することの重要性が示されている（Hegerl et al 2006）。うつ病に関する一般集団への啓発、地域社会で働く人への啓発、一般診療科従事者に対する教育や訓練、支援、自助活動の指導、自殺の危険が高い集団を対象とした支援がこのモデルの鍵となる要素である。

ニュージーランドの状況では、サービスを提供する組織はマオリ族の保健についてのモデルや枠組みを認識し、組み入れる必要がある。このアプローチは一般集団とマオリ族特有の保健サービスの両者に当てはまる。

プライマリケアの支援と教育

プライマリケア従事者が自殺行動の出現に寄与する精神障害を同定し、治療、マネジメントすることを支援するプログラムは最も見込みのある自殺予防アプローチである（Mann et al 2005）。自殺行動やうつ病のマネジメントについて医師を教育し訓練することで、精神障害の同定を促進し、精神障害（特にうつ病）のマネジメントの改善を促し、自殺行動の率を減らすかもしれない（Green and Gask 2006; Harter et al 2006）。

Primary health organisation（プライマリケアの団体）（PHO）に対する効果的な支援として、最良の実践（ベストプラクティス）ガイドラインの作成および積極的普及、臨床教育、効果的な連携、追加訓練プログラムの提供と、これら教育や訓練の効果の検証が含まれる。このような教育と訓練プログラムは、看護師によるケースマネジメントや多職種協働ケア（collaborative care）（プライマリケアの医師と精神科医、心理士、看護師、ソーシャルワーカーが分担したケア）や集中的にケアの質を向上させる活動が組み込まれればより効果的となるだろう（Gilbody et al 2003; Mann et al 2005）。

ニュージーランドでは、精神保健や依存障害のマネジメントのためのガイドラインを定期的に作成している。しかし、これらガイドラインを効果的に実施させることに、より焦点を当てる必要がある。ガイドラインの実施が診療を変え、ケアを向上させ、自殺行動を減少させるか否かについて探査するために、評価も必要である。

精神障害の治療とマネジメントの増進

様々な、エビデンスに基づいた、自殺に関連する精神障害と依存をマネジメントするための治療がある。薬物療法、心理療法、心理社会的アプローチがこの治療法に含まれる。

薬物療法的なアプローチは双極性障害や重症うつ病に対するリチウムによる長期治療（Thies-Flechtner et al 1996）や、統合失調症を含む精神病性障害に対するクロザピンやオランザピンといった抗精神病薬服薬の使用（Glick et al 2004）を含め自殺行動を減少させることが示されている。

抗うつ薬内服による自殺減少効果については、現在、論争中である。一般集団レベルでは、特に成人では、抗うつ薬である選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）の広範な導入や使用が低い自殺率と関連している（Ludwig and Marcotte 2005）。しかし、近年のSSRIの臨床試験において認められた有害事象に基づく懸念から、抗うつ薬に添付される保健専門家に対するラベル（添付文書）の中に「black box」警告（訳者注：抗うつ薬が小児・思春期において自殺念慮、自殺行動と関連している可能性が警告されている）が追記された。

様々な心理療法や心理社会的介入法が、希望のなさ、不安、抑うつ、希死念慮、幾つかのケースでは自殺企図を含む症状や行動を軽減することが示されている。これらの介入は治療へのアドヒアランスを高めること

も示されている (Crawford et al 2007)。認知行動療法 (Brown et al 2005)、対人関係療法 (Guthrie et al 2001)、問題解決療法 (Linehan et al 2006) がこの治療に含まれる。物質乱用に対して、短期動機付け介入がアルコール消費を減らすことに効果的である (D'Onofrio et al 2005; Vasilaki et al 2006)。精神保健サービスから、その後の接触機会を提供し、利用できる支援があることを思い出させるために親しみのある手紙を送ったり、電話をかけたりするといった心理社会的介入は精神障害や自殺企図、そして自殺を減らす。

精神科から退院することは、自殺の危険性の増加と関連する (Appleby et al 1999)。ハイリスク集団に対応する有望な介入法として、配慮に富む退院計画、退院直後からのフォローアップ (Meehan et al 2006)、回復後の維持のためのケア (Appleby et al 1999)、心理社会的な要求に対応するための社会的なコンタクトや職業的な活動 (De Hert et al 2001; Tidemalm et al 2005) がある。

ニュージーランドの現在の活動

専門的精神保健サービスの改善

国家精神保健戦略 Te Tahuhu (訳者注：棟上げ：マオリ語で ridge pole of a house の意味) - 精神保健の改善 2005-2015 (Improving Mental Health 2005-2015) (Minister of Health 2005) とそれに付随する活動計画 Te Kokiri (Minister of Health 2006) は、精神保健と依存に対応する包括的で統合されたシステムを開発するためのものです。このシステムは、より良い継続的なケアサービスと、保健サービス部門と社会サービス部門の両方を境界なく移行するためのサービスとが早い段階から協調したサービスとなる。重度の精神障害や依存障害の患者に対する広範で質の良い専門サービスの構築と、マオリ族や太平洋系の人々、子供、青少年、高齢者にサービスが行き届かないというギャップへの対処が、この主な焦点です。

プライマリ精神保健サービスの改善

プライマリケアセッティングで多くの精神障害患者が治療されていると考えられ、近年、特に、プライマリケアセッティングにおける精神保健に関するケアの改善に焦点が当てられている。以下に鍵となる2つのプライマリケア活動を挙げる。

- **プライマリ精神保健ケア活動**：Te Tahuhu (訳者注：棟上げ：マオリ語で ridge pole of a house の意味) - 精神保健の改善 2005-2015 (Improving Mental Health 2005-2015) (Minister of Health 2005) とプライマリ保健ケア戦略 (Minister of Health 2001) により、プライマリケアが自殺行動に寄与する精神障害の軽症から中等症の人々を支援する能力を構築する環境を整える。様々なプライマリ精神保健ケア活動が多くのプライマリケア組織 (primary health organization: PHO) で実施されている。この活動には、多職種によるケアをマネジメントするためのプライマリケア精神保健コーディネーターの配置、一般診療科従事者に対する教育と支援、より広い領域の一般診療コンサルテーション、治療の提供、個別化に対応した (テーラーメイド) ケアの組み合わせ、プライマリケアと専門的精神保健サービスの連携の強化が含まれる。更に今後、精神保健を専門とするプライマリケア職の創設、インターネットによる精神保健サービス (e-therapy : e- 治療) の開発と提供、うつ病やプライマリケアで一般的な精神保健上の障害を評価し、治療、対応するためのガイドラインの改訂が含まれる。
- **プライマリケア組織 (PHO) 活動マネジメントプログラム (Primary Health Organisation Performance Management Programme)**：これは、特定の指標を満たした全てのプライマリケア組織に報奨金を支払うことで臨床の管理を支援し、質の向上に報酬を提供するプログラムである。うつ病や不安障害、依存といった慢性的な精神保健上の状態に関する指標が開発されている。

青少年の保健サービスへのアクセスの改善

ニュージーランドでは、青少年を対象とした多くの「ワンストップサービス (one-stop shops)」により様々な保健や社会的なサービスが提供されている。これらのサービスは、この特定の年齢集団に対して適切な環境を提供することで、青少年のプライマリ保健ケア利用を促進させることを目的としている。これらに加えて、10-20%のニュージーランドの学校敷地内にプライマリ保健サービスがある (Denny et al 2005)。

青少年に焦点を当てたその他の活動を以下に挙げる。

- 小児青少年家族のための組織 (Child, Youth and Family) (CYF) を利用する人々が精神保健や依存に

対するサービスを利用しやすくするための、地域保健評議会（District Health Boards）（DBHs）と小児青少年家族のための組織（CYF）の共同活動

- 犯罪を犯した青少年が、家族集団による会合（family group conferences）に出席する前に実施する、彼らにに対する保健や教育スクリーニング
- 社会経済的レベルの低い地域からの生徒が大半を占める下位 10%の学校における（参照 http://www.nzpta.org.nz/docs/decile_rating_system.pdf）、学校ベースの 9 つの保健及び社会的サービス外来における、多文化高等学校達成活動（Achievement in Multicultural High Schools）（AIMHI）の実施と評価

一般的なアプローチ

一般レベルにおける精神保健ケアを改善するためのアプローチとして以下が含まれる。

- **精神障害に対する最良の実践ガイドライン（Best-practice Guidelines for Mental Disorders）：**自殺行動に関連する精神障害（うつ病、双極性障害、統合失調症、摂食障害、物質乱用、パニック障害、恐怖症、故意の自傷）の評価、治療、マネージメントのためのニュージーランドの最良の実践ガイドラインが開発された（Boyce et al 2003; Ellis et al 2004; National Health Committee 1999; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa 2005; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm 2004; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia 2003）。プライマリケアの提供者や（Royal New Zealand College of General Practitioners 1999）救急医療部門のスタッフ（NZGG and Ministry of Health 2003）に向けた自殺行動に特化して焦点を当てたガイドラインも開発された。うつ病やプライマリ保健ケアで一般的な精神障害の評価、マネージメント、治療のための最良の実践ガイドライン改訂版も作成された。青少年、産後うつ病の女性、高齢者といった、特定の集団に関する特異的な問題と同様に、自殺問題も含まれている。プライマリヘルスの専門家により確実にこのガイドラインが採用され、ケアのためのシステムに組み込まれることを確約するために、包括的な実践計画も添付される。
- **従事職の開発：**精神保健や依存サービスを増やしより良くするという目標の達成を支援する目的で、これらに従事する人材の開発に多大の投資が行われた。保健省は、小児や青少年の精神保健、マオリ族の精神保健、アルコールやその他薬物問題に対するサービス、これらに従事する職や人材の調査や開発を含む、自殺予防に関連する領域の従事職人材の開発活動に資金を提供している。自殺予防に従事する職・人材の開発は、広く、精神保健や依存問題に従事する職と関連づけられる必要がある。

組織セッティングにおけるアプローチ

学校や大学、軍、刑務所、警察、小児青少年家族のための組織（CYF）住居及び関連する組織といった、組織内セッティングでは特定の精神保健や依存に関する課題があるかもしれない。このようなセッティングでは、精神保健啓発活動やリスク評価、精神保健治療プログラムを含む、精神保健や依存に対するサービスやプログラムの提供のためのより構造化したアプローチの機会があるだろう。そのようなサービスやプログラムの特定の焦点は、統合失調症や双極性障害といった慢性的な障害を経験する人々の高い自殺や自殺企図率を減らすことと関係づける必要がある。

現在のニュージーランドの活動

刑事司法システム

保健省と司法省は精神保健やアルコール薬物サービスと刑事司法システムとの接点についての再吟味を先導してきた。ニュージーランドの警察と矯正省（Department of Corrections）もまた、この作業に貢献した。この再吟味は包括的なプログラムである効果的な活動（Effective Interventions）：第一段階（First Steps）の開発を先導した。これは、刑事司法システム内にいる人々の精神保健とアルコール薬物治療や治療へのアクセスを改善することを目的としている。

矯正施設

囚人の精神保健や依存に関するニーズ（要求）や自殺 / 自傷の危険性は入所時と刑罰の重要な局面で評価される。現在、より改良された、囚人の精神保健や依存、自殺の危険性を同定するための評価手法が開発され

ている最中である。刑務所ではスタッフに対して継続的に、自殺の危険性評価やマネージメントのための訓練を提供してきた。プライマリ保健ケアのサービスも提供されており、囚人を司法精神医学サービスに紹介することができ、依存問題や性・その他暴力の予防に対応するための特別のユニットがある。

教育セッティング

学生の精神保健を支援するための様々なサービスが教育セッティングにおいて利用可能である。中学校や幾つかの小学校では、精神保健や依存の問題および自殺行動を同定し、初期の評価やケアを提供し、必要であれば専門家に紹介するためのカウンセラーが雇われている。全ての小学校と中学校は、重症の行動の問題に対するサービス（Severe Behaviour Service）（訳者注：非常に重篤な行動上の問題を抱える小児や青少年に対してアドバイスや専門的な支援を提供するサービス、とニュージーランド文部省のホームページに説明されている）にアクセスする方法があり、暫定対応基金（Interim Response Fund）（訳者注：ニュージーランド文部省のホームページの説明では、地域の学生支援マネージャーにより管理されている、学生の行動が危機的状況に達したときに学校を支援する基金、と説明されている）にアクセスすることが可能である。

全ての大学には学生保健カウンセリングサービスがある。ビクトリア大学のカウンセリングサービスは、自殺の危険の高い学生を同定し、より良い支援を提供するために精神保健プロモーションと自殺予防ポリシーを開発してきた。

小児青少年家族のための組織（訳者注：ニュージーランドの政府組織で、虐待や育児放棄にあっている子供や問題行動のある子供の保護介入に関して、司法システムの中に組み込まれて法的権限を持つ）

Towards Well-Being（福祉のために）は、CYF のケアと保護の下における青少年に対する自殺の危険性の評価、モニタリング、マネージメントプログラムである。臨床心理士は自殺マネージメント計画の作成の援助、作成された計画のモニタリング、および必要な場合の専門的な精神保健サービスへの照会経路の同定について、CYF のソーシャルワーカーに対して助言する。570 名以上の青少年がこの方法で管理されている。

自殺行動に関連する精神障害を患うマオリ族 /tangata whenua （訳者注：この地の人々）のケアの改善

良好な保健と福祉が全ての人にとって重要である。しかし、良好な保健と福祉を支援する最良の方法は、集団が異なれば、また、その集団の中でも必然的に異なる。マオリ族以外と比較してマオリ族の精神障害の率が高いため、マオリ族の tangata whaiora（注釈 3）（訳者注：マオリ語で、福祉や回復を求めている人々）を支援する方法は重要である。

Te Rau Hinengaro: ニュージーランド精神保健調査 (The New Zealand Mental Health Survey) (Oakley Browne et al 2006) で、他のほとんどの民族と比較してマオリ族は精神障害の有病率が高く、より重症で、精神保健上の問題で保健ケアを受診しないことが示された。

一般住民に対するケアサービスのモデルは、tangata whaiora（訳者注：マオリ語で、この地の人々）と whanau（訳者注：マオリ語の拡大家族）にとって効果的で、適切で、アクセスしやすく、利用しやすいことを保証しなければならない。マオリ族のアウトカムを向上させるためには正当な治療の配給に格別の焦点を当てることが肝要である (Minister of Health 2000)。マオリ族を中心に据えたこれらサービスの評価をより優先して行うことは、潜在的に、今後より良いサービスを開発し、tangata whaiora（訳者注：マオリ語の、この地の人々）やその whanau（訳者注：マオリ語の、拡大家族）の健康アウトカムを大きく改善するための基礎となるであろう。

3. この言葉は '福祉を求めている人々' と訳され、全ての年齢集団の精神疾患を患っている人を意味する: tamariki（訳者注：ニュージーランド語の、子供）、mokopuna（訳者注：ニュージーランド語の、子供）、rangatahi（訳者注：ニュージーランド語の、孫）、taiohi（訳者注：ニュージーランド語の、若者）、pakeke（訳者注：ニュージーランド語の、成人）、kaumatua（訳者注：ニュージーランド語の、老人）

伝統的に、マオリ族は保健に対して、身体、精神、社会的福祉を包含する広い視点を持ってきた（Dyall 1997）。Tangata whenua（訳者注：マオリ語の、この地の人々）としてのマオリ族について記述した前述の「はじめに」の章で、te whare tapa wha（訳者注：マオリ族の保健と福祉に関する概念）を含む様々なマオリ族の保健モデルで既に存在し認識されているものの幾つかについて言及した（Durie 1994）。現存する、そして今後のマオリ族の保健モデルを構築するためには、更なる開発と、マオリ族に対する効果の評価が重要である。もし、マオリ族以外のアウトカムと同じアウトカムをマオリ族にも適用するのであれば、一般住民ベースの戦略に強力に焦点を当てることが肝要となる。

Te Kokiri（訳者注：Te Tahuu という精神保健の改善 2005-2015：第二次ニュージーランド精神保健と依存に関する計画に基づく精神保健と依存に関する活動計画 2006-2016）に述べられているように、マオリ族が計画やサービスの配給に積極的な役割を担い、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）やマオリ族の保健へのアプローチや文化と臨床実践の接点の重要性をより理解し実践モデルに組み入れれば、サービスは改善する（Minister of Health 2006）。

太平洋系の人々の課題

Te Rau Hinengaro: ニュージーランド精神保健調査 (The New Zealand Mental Health Survey) (Oakley Browne et al 2006) で、ニュージーランドに住む太平洋系の人々は、一般集団と比較して多くの精神障害でその率が高いことが示されている。精神障害有病率は、太平洋の島で生まれた太平洋系の人々と比べて、ニュージーランド生まれの太平洋系の人々でより高い。

多くの精神障害でその率が高いにもかかわらず、太平洋系の人々は保健サービスにあまりかからない。サービスを受ける率が低い理由として、金銭的な障害と個人及び家族の精神障害に関する偏見が示唆されている。更に、障害がスピリチュアルな力で引き起こされる、あるいは家族の関係性が悪くなったために生じた、というようなある種の伝統的な信念のために保健サービスは役立たないとする概念を引き起こしているのかもしれない。ケアに対する更なる障害として、保健ケアサービスは家族間に関する問題というより個人に関してのみ作用すると考えられているのかもしれない（Bathgate and Pulotu-Endemann 1997）。

太平洋系の人々の精神障害の率が高いにもかかわらずサービスへのアクセス率が低いことを考慮すると、太平洋系の人々に焦点を当てた精神保健や自殺予防介入に関しては特別の考慮を要する。そのような介入は、一般人口レベルにおいて地域社会で働く従事者（例えば、太平洋系の人々の信条上のリーダー）に対するアプローチ、プログラム及び活動や保健サービスアプローチを含むだろう。太平洋系の一般集団に対する精神保健や依存に関するサービス対応の改善は Te Kokiri において考慮されている（Minister of Health 2006）。太平洋系の人々の保健の枠組みやモデルに基づくサービスの提供、臨床的及び文化的なコンピテンスの増進、ニーズに基づくサービスへのアクセス、従事する職の開発に関する課題が含まれる。

青少年の課題

16-24 歳の人々は精神障害、希死念慮、自殺の計画、自殺企図の率が、他の年代集団より高い。最近のニュージーランドにおける調査によると、マオリ族青少年で特に高いことが示されている（Oakley Browne et al 2006）。青少年は、また、他の年代集団と比較して、精神保健上の問題で保健サービスにかかることがあまりなく、このことは、精神障害を患う青少年の治療にニーズには極めて応えられていないことを示す（Oakley Browne et al 2006）。そのため、青少年のニーズ、特にマオリ族青少年のニーズに対応するためには、精神保健や自殺予防サービスの開発や提供に関して充分考慮する必要がある。青少年の保健サービスの領域や選択の改善については Te Kokiri の中で検討されている（Minister of Health 2006）。

活動の鍵となる領域

一般集団ベースの戦略

- 2.1 精神保健やうつ病啓発、精神保健に対する偏見の解消、電話カウンセリング（注釈 4）を含む、一般集団ベースの戦略を実践する。
- 2.2 精神保健アウトカムの改善や自殺行動を減少へと導く一般集団ベースのプログラムの効果を評価する。この活動はマオリ族への効果評価を特異的に含む。

地域社会ベースのアプローチ

- 2.3 地域住民や組織で働く人に対する現行のガイドラインやプログラム、活動を再吟味する。
- 2.4 必要な場所に、新たなプログラムや活動、最良の実践ガイドラインを開発、実践、評価する。この活動は、このプログラムや活動、ガイドラインがマオリ族の家族、一族、地域社会に文化的に適切で効果的か否かについての評価を含む。

保健サービスアプローチ

- 2.5 この活動計画のための状況を提供するため、Te Tahuhu — 精神保健の改善 2005-2015 (Improving Mental Health 2005-2015) (Minister of Health 2005) およびその活動計画である Te Kokiri (Minister of Health 2006) に記述されているようにニュージーランドの精神保健や依存に関するサービスを更に増やし更に良くすることを目的とした開発の継続が重要だ。
- 2.6 プライマリケア提供者に対する、うつ病、その他の一般的な精神障害および自殺行動の評価、マネージメントおよび治療に関する最良の実践ガイドラインを開発し、実践し、評価する。このガイドラインは、マオリ族の tangata whaiora（この地の人々）を対象にプライマリケアを提供している人に対する最良の実践に関する情報を含まなければならない。
- 2.7 統合ケアモデルの提供を目指したデモンストレーションプロジェクトを開発し、実践し、評価する。保健サービスへのアクセスの向上、および、うつ病やその他の一般的な精神障害、自殺行動のより良いマネージメントの支援に焦点を当てたプロジェクトを含む。
- 2.8 精神保健入院サービスを利用する直前および直後の精神障害を患う人々の自殺や自殺行動の危険性を減らすための介入を開発、実践、評価する。
- 2.9 自殺行動と最も共通して関連する精神保健の障害や依存を患うマオリ族に提供する、一般住民保健サービスの効果を測定するための過程を開発する。
- 2.10 最も一般的に自殺行動に関連する精神保健の障害や依存の問題を抱える、マオリ族の tangata whaiora（訳者注：福祉や回復を求めている人々）に対して提供するマオリ族に特化した効果的な保健サービスについて評価するための過程を開発する。
- 2.11 新しい、及び今後のマオリ族の保健モデルをモニターし、必要に応じて、これらモデルの実践が効果的に行われているか否かについての評価を行う。
- 2.12 マオリ族の保健プロバイダに対して、マオリ族モデルの実践について最良の実践例を普及させる。
- 2.13 最も一般的に自殺行動に関連する精神保健や依存の問題を抱える、太平洋系の人々に対して提供する太平洋系の人々のケアのモデルを開発し、実践し、評価する。

組織セッティングでのアプローチ

- 2.14 組織セッティングにおけるプログラム、政策、戦略の実践を継続する。適切な場面で、これらを再吟味、評価し、同定されたギャップに対応する。この活動は、特にマオリ族に対する効果の評価を含む。

目標 3：致命的ではない自殺企図を試みた人々の ケアを向上させる

はじめに

この目標が目的とするところは、致命的ではない自殺企図を試みた人々に対するより良い治療、マネジメント、およびその後のケア（アフターケア）支援を導く政策や戦略、サービスを開発することにある。この目的の達成は、これらの自殺企図をした人々の急性期および長期の両方のマネジメントを改善するための活動を見だし、効果的な介入を提供し、組織的なセッティングにおいて自殺企図のマネジメントを改善するということを意味する。

論理的根拠

自殺企図をした人に対するケアを改善することで自殺行動による死亡率および罹病率を減らしうるという結論は様々なエビデンスにより支持されている。第一に、自殺企図をする人々は、自殺による死亡や、交通事故、他殺を含む他の原因による死亡の危険性が高い（Beautrais 2004a; Owens et al 2002）。自殺企図をした人のその後 1 年間の自殺の危険性は 0.5% から 2% で、その後 9 年間では 5% 以上になる（Owens et al 2002）。

第二に、自殺企図をした人々は、その後に自殺企図をする危険性が高い（Beautrais 2004a; Gibb et al 2005）。クライストチャーチ（訳者注：ニュージーランドの地名）では、自殺企図のために入院した人の約 1/3 が、その後 10 年以内に自殺企図のために再入院していた（Gibb et al 2005）。

第三に、自殺で死亡した人の多くが以前に自殺企図をしていた；自殺企図歴は自殺を最も強く予測する要因である（Neeleman et al 2004）。

自殺企図をした人に対して支援を提供する理由は自殺予防という意味だけにとどまらない。自殺企図をした人は精神保健上の問題や対人関係上の困難、法律に関する問題を抱える率が高い（Beautrais et al 2000; Linsley et al 2007; Sakinofsky 2000）。彼らに対して、効果的な急性期および長期にわたるケアや支援を提供することは、自殺行動の危険を減少させることに加えて、生活の質を改善するかもしれない。

考察のための鍵となる領域

自殺企図後の急性期および長期にわたるケアと支援サービスを拡充させることで、繰り返す自殺行動を減少させ、自殺死亡を予防する可能性がかなりある。サービスは、自殺企図の率が更に高い集団に対応する必要がある。そのような集団には、女性、青少年、社会経済的状況の悪い人々、マオリ族や太平洋系の人々（Ministry of Health 2006a; Oakley Browne et al 2006）が含まれる。組織セッティングや保健サービスにおいてケアや支援を改善するためのアプローチを以下に概略する。

自殺企図をした人々に対する急性期マネジメントの改善

一連の推奨やガイドラインが、急性期のサービスセッティングにおける自殺行動に対するマネジメントについて取り上げている（Hamilton and Cook 2004; Hawton 2000; Jones and Dargan 2002; Kapur et al 2006; National Collaborating Centre for Mental Health 2004; NZGG and Ministry of Health 2003）。これらの記述は病院の救急部門に患者が現れた後の 48 時間以内のマネジメントに焦点を当てている。

これらは、仮説や原則を以下に上げる必要性に関して共有している：

- 自殺企図による身体的損傷に対する効果的な医学的治療を提供する。
- 救急部から退院する前に、全ての利用者に対して適切な資格を持った保健の専門家による完全な精神医学的および心理社会的評価を行う。

- 自殺企図をした人が直面する精神医学的および心理社会的問題に対する効果的な治療、マネージメント及び支援についての計画をそれぞれの患者に対して作成する。
- 家族や whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）を関与させ、評価、治療、退院計画の作成、マネージメントの際に支援する。
- サービス利用者の文化的背景による要求を考慮し尊重する — 特に、マオリ族の人々に対してマオリ族に対する保健従事者の情報を提供し、可能であれば、太平洋系の人々が太平洋系の人々に対する精神保健従事者を利用できる状態にすべきである。
- 必要な包括的なケアの提供および共同作業を改善するために、急性期保健サービス組織体系を変える。

現在のニュージーランドの活動

Whakawhanaungatanga（訳者注：相互関係、家族の絆、人々が互いに依存すること）：協力した自傷および自殺の予防

Whakawhanaungatanga（訳者注：相互関係、家族の絆、人々が互いに依存すること）は、急性期セッティングにおいて自殺の危険の高い人々を評価しマネージメントするためのニュージーランドの最良な実践のためのガイドラインを実施するための現在の活動である（NZGG and Ministry of Health 2003）。自殺企図により救急部門に現れた人々に対する急性期のケアを改善するようにデザインされている。この改善は、救急部門のスタッフ、マオリ族保健や精神保健のスタッフの間の効果的な関係を築くことを含む。利用者 / tangata whaiora（訳者注：福祉や回復を求めている人々）、家族アドバイザーの協力によるアプローチも必要である。

2005 年から 2007 年の間に、半数の地域保健協議会がこの協力に参加し、2008 年からは、他の地域保健協議会もこのプロジェクトに参加するだろう。参加しているそれぞれの地域保健協議会は、自殺企図をした人々に対して包括的で実施時期の適切な精神保健や危険性についての評価を提供するための地域的なアプローチを開発することに焦点を当てている。これらのアプローチは、退院計画や退院後のフォローアップの改善を含む。

自殺企図をした人に対する長期マネージメントの改善

多くの自殺企図をした人々は、自殺企図の再発や精神医学的疾患、心理社会的な問題の危険が高く、死亡率も高いにもかかわらず、退院後に何らフォローアップや治療を受けていない（Beautrais et al 2000）。今日まで、自殺企図の後にフォローアップを行うための組織的な努力はほとんど払われてきていない。自殺企図をした人に対する治療、ケア、支援を拡大し継続することを目的としたサービスの配給のための革新的なアプローチを開発し評価する必要がある。そのようなアプローチの鍵となる目的は、保健サービス（一次、二次、三次）および地域社会サービス（例えば、Work and Income（ニュージーランド労働税収局）、Accident Compensation Corporation（事故補償協会）、マオリ族地域社会プロバイダ、CYF（小児青少年家族局）サービス）が患者を中心としたケアのための経路を確立し、共同の、前向きな治療、マネージメント、支援を提供することを保証することにある。

このモデルを開発するためには、鍵となる関係諸団体、特に地域保健協議会とともに、地域集団の要求にどのようなアプローチが最も良く対応できるかについて考慮する必要がある。例えば、タイミングの良い、前向きな、効果的で、適切なケアを、自殺企図をした人が受けることができることを保証する臨床のコーディネーターの役割に基づくものがモデルとなるかもしれない。代わりに、規模の大きな地域保健協議会では、卒中ユニットのような、他の多職種チームによる保健サービスによるアプローチを反映させたモデルかもしれない。また、tangata whaiora（訳者注：福祉や回復を求めている人々）やその whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）に対するフォローアップケアや支援をすることも、マオリ族の精神保健サービスにとって有益であろう。

更に自殺企図を減らす介入

自殺企図をした人に対する急性期および長期のマネージメントや支援を改善するための組織的变化は自殺予防に向けた努力の重要な構成要素である。これらの変化には、更に自殺企図や自殺の危険を減らすだろう特異的な治療アプローチにより支援される必要がある。

精神保健上の障害に対して効果的な様々な心理学的および心理社会的治療が開発されている。これらの治療法の多くは頻回の自殺企図を減少させることについてあまり効果的でないが（Crawford and Kumar 2007; Skegg 2005）、今後期待される治療法として以下のものが挙げられる：家庭に配給される短期対人関係療法（Guthrie et al 2001）；認知行動療法（Brown et al 2005）；境界性人格障害の女性に対する弁証法的行動療法（Linehan et al 2006; Verheul et al 2003）；問題解決療法（Hawton et al 1999; Hawton 2005）；および、はがき（'友好的な手紙'）または電話による前向きなコンタクトの継続（Carter et al 2005; King et al 2006; Motto and Bostrom 2001; Vaiva et al 2006）。

最も期待されるアプローチとして、繰り返し企図する女性のようなある特定の集団に対する介入があるかもしれない。また、前向きにコンタクトを継続するなど、共通した側面があるかもしれない（Comtois and Linehan 2006; Crawford et al 2007; Hawton et al 1999; Skegg 2005）。更に研究を行うことで、ニュージーランドの状況に対する特異的なプログラムの型の導入を含め、期待される介入法が保証されるだろう。

現在のニュージーランドの活動

事故補償協会（Accident Compensation Corporation）（ACC）は自殺企図を行った人が更に自殺行動を起こすことを予防するための効果的な介入法を究明する二つの研究に資金を提供している。一つ目は、自殺企図をした後に救急部門に来院した人々のその後の自殺行動の減少に対する問題解決療法の効果を調査する研究である。二つ目は、自殺企図をした人に対する最小限の介入（複数の'友好的な手紙'の送付）がその後の自殺行動をどの程度減らすかについて調査する研究である。

組織的なセッティングにおける自殺企図マネジメントの改善

組織的なセッティング（学校、大学、小児青少年家族局（CYF）の宿舎、刑務所、警察、軍を含む）の中で自殺企図が生じた時、自殺の再発や模倣自殺行動の危険性を最小限に抑える更なる努力が必要となる。これらの問題は、自殺行動をマネジメントするための最良のガイドラインを開発することや、そのガイドラインを特定の組織的なセッティングに適用することにより、対処される。全てのガイドラインがそうであるように、これらも、安全で、文化的に適切であり、時間がたっても維持され、良く実証され評価されるものである必要がある。

現在のニュージーランドの活動

幾つかの組織には、自殺行動を同定しマネジメントするための活動（ガイドライン、方針、プロトコール、評価のための手法）がある。入院及び地域社会セッティングの両方の精神保健サービス（重篤な事故について調査のための方針や手順が定められている）、矯正施設（危険性の高い人のためのユニットがあり、事故調査の手順が定められている）、ニュージーランド警察（拘留の際のマネジメント指導がある）、小児青少年家族局（CYF）の宿舎（重篤な事故の場合の報告を含む方針や手順がある）がこれらの組織に含まれる。

非致死性的自殺企図をしたマオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）のケアの改善

他の民族集団と比較してマオリ族が意図的な自傷のために入院する率は一貫して高い（Ministry of Health 2006a, 2007a）。マオリ族以外と比較して全体としてマオリ族における率は約 1.5 倍となる。マオリ族以外の男性と比較すると、マオリ族男性が入院する率は 1.8 倍以上となる（Ministry of Health 2007a）。他の民族とのどのような組み合わせと比較してもマオリ族の女性の率が高い（Ministry of Health 2006a）。

致死的でない自殺企図をしたマオリ族の人がその後全ての領域において質の高い介入を受けることが極めて重要である。治療やフォローアップが容易に利用でき、アクセス可能で、効果的で、かつ文化的に適切であることを補償することが、ケアを改善するために鍵となる優先的項目である。Whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）は自殺企図の後、多くの場合、支援を提供するが、いつもそうするわけではない、ということをマオリ族に対するサービスプロバイダは肝に銘じておく必要がある。そのため、サービスがその個人や whanau（拡大家族）の特異的な要求に対応しなければならない。

自殺企図をしたマオリ族にとってどのプログラムや介入が最も効果的か、ということを示すエビデンスは殆ど無い。既存のサービスについての評価と同様、現行の調査は、マオリ族に変化をもたらすために現在行われている質の高いサービスの開発にとって重要な情報となる。

太平洋系の人々についての課題

国の自殺データによると、太平洋系の人々の自殺率はマオリ族やニュージーランドに住むヨーロッパ人と比較して低いが、最近の調査によると太平洋系の人々は一般人口と比較して自殺企図の率が3倍高いと報告された（Oakley Browne et al 2006）。特に16歳から24歳の若い太平洋系の人々の自殺企図率が高いと報告された。前の章で述べたように、太平洋系の人々には、保健ケアへのアクセスや、保健ケアの対応に関して様々な課題がある。急性期の段階でも、その後のケアについてのマネージメントについても、その両方において、太平洋系の人々の自殺企図後のケアを提供するサービスは臨床的にも文化的にも適切で、かつ、より広い家族を含むべきである。

活動の鍵となる領域

自殺企図をした人々に対する急性期マネージメントの改善

- 3.1 急性期のセッティングで自殺の危険性を評価しマネージメントするためのガイドラインを引き続き実践し、評価する。

自殺企図をした人々に対する長期マネージメントの改善

- 3.2 自殺企図をした人々に対する長期的なケアのための効果的なサービスや介入を開発、実践、評価する。
- 3.3 自殺企図をしたマオリ族に対する長期的なケアのための効果的なサービスや介入を開発、実践、評価する。

組織的なセッティングにおける自殺企図のマネージメントの改善

- 3.4 鍵となる組織的なセッティングにおいて、自殺企図の余波をマネージメントする活動（方針、手順、評価法、一定の方法やガイドラインを含む）を再吟味し、必要に応じて、改訂および評価する。上記の活動が、特異的に、マオリ族にも文化的に適切で効果的か否かについて評価することを含む。

目標 4：自殺手段へのアクセスを減らす

はじめに

この目標は、自殺や自殺企図の率を減らすために自殺手段へのアクセスを減らし、致死性を減らすことを目的としている。'自殺の手段'は、自殺を企図する人により使用される物体、物質または場所である。この章では、ニュージーランドにおいて自殺や自殺企図の際に一般的に使用される自殺の手段について再吟味し、自殺の手段へのアクセスを減らすための活動を明らかにする。

自殺手段へのアクセスを制限する論理的根拠

自殺行動による合併症や死亡の率が、自殺手段へのアクセスを制限することによりどの程度抑えるかについては多くのエビデンスが示されている (Beautrais 2000a; Cantor et al 1996)。そのエビデンスによると、ある特定の手法へのアクセスを制限すると、その手法による合併症や死亡の率が減ることが示されている。

しかし、これらの減少は、自殺率全体の減少には大きく影響しないかもしれない。自殺率が低いこと、特定の手法による自殺率が低いことが全体への影響が見られない一つの理由である。他の理由として、時間がたつと人々は他の手法を使うように変わるのかもしれない。手法へのアクセスと自殺行動との間のこれらの複雑な関係のため、手法を制限することを目的とした政策は定期的にモニタリング、評価、そして再吟味されることが重要である。

考察のための鍵となる領域

この段落では、ニュージーランドにおける自殺や自殺企図の一般的な手法について吟味し、それぞれの手法に対する介入の潜在的な能力について精査する。図 4 は、2005 年のニュージーランドの自殺手法の比率を示している。

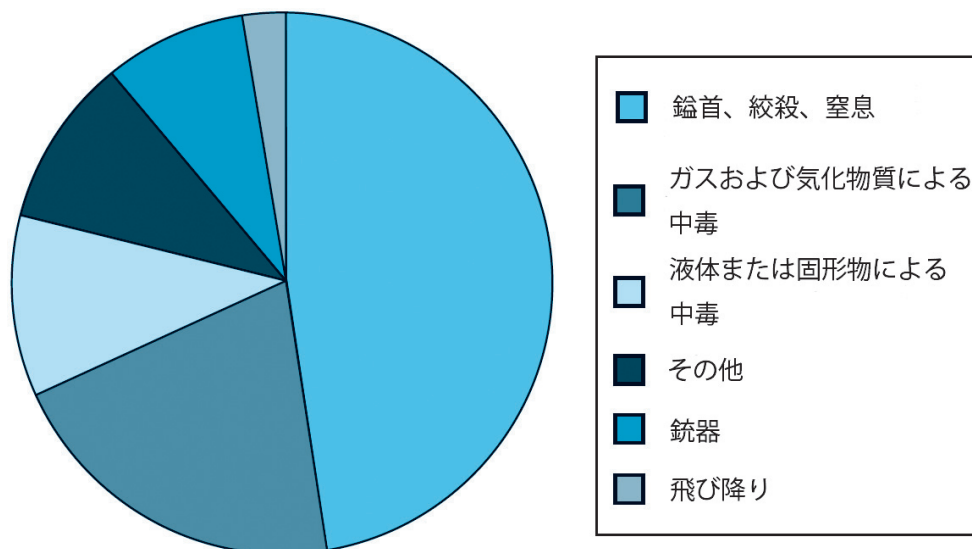


図 4：2005 年の自殺手法の比率

出展：ニュージーランド保健情報サービス (New Zealand Health Information Service)

鎚首 状況

鎚首（注釈 5）はニュージーランドで最も一般的な手法である。2005 年には男性の自殺の大部分（女性では 48%に対して 51%）、マオリ族の自殺の大部分（マオリ族以外では 43%に対して 78%）、そして 15 歳 -24 歳の青少年の自殺の大部分（72%）が鎚首による自殺である（Ministry of Health 2007b）。

予防アプローチ

殆どの人は首をつるための手法や場所にアクセスすることが出来るため、多くの環境ではアクセスを制限することによる自殺率減少効果は限られている。しかし、多くの自殺が鎚首によるような、組織的なセッティングにおいては、物理的環境を統制し、スタッフに自殺の予防や評価、マネージメント、調査、モニタリングについて訓練する機会がある。

組織の中で鎚首を予防する方針は、特定のセッティングに適用可能な共通の原則に基づく。以下に挙げる項目がこれらの原則に含まれる：

- 紐や結紮のための場所を変更または除去する
- 自殺企図に使用可能な衣類の除去や制限を要求する
- 直ぐに利用できる救急ファーストエイド器具を装備し、スタッフが心肺蘇生法を確実に実施できるようにする
- 鎚首企図に対応する実践的な訓練を開催する
- 組織に入所した時点で、自殺の危険性をスクリーニングし、スクリーニングで陽性と判断された人や滞在中に自殺傾向を生じた人に対して、自殺の危険性の評価手法を使用する
- 文化的に適切なスクリーニングや評価法を使用する
- 自殺の危険性があると評価された人の観察 / モニタリングを組織化し、全ての部屋が一堂に会して観察出来るように確保する
- 新たに組織の建物をデザインする際に安全性に関する要点を組み入れる
- 自殺予防、危険性の評価とマネージメント、モニタリングと調査についての定期的な訓練をスタッフに対して確実に行う
- 自殺や自殺企図が起きた場合には必ず、自殺の同定、モニタリング、マネージメントを改善する方法を見いだすための危機デブリーフィングを開催する（WHO 2000; Hayes 1997; Suicide Prevention Review Group 1995; Maori Suicide Prevention Review Group 1996）

現在のニュージーランドの活動

実践場面では、上記に挙げた介入は、2 通りの方法で実践されうる：自殺の危険性をマネージメントするための方針を作る；そして、自傷の機会を最小にするような組織内の物理的な環境を提供する。

方針

ニュージーランド内で自殺予防のための方針を持っている組織には、刑務所、小児青少年家族局（CYF）のケアと保護（Care and Protection）および青少年司法（Youth Justice）のための居住ユニット、警察や裁判所の独房、精神科入院ユニットがある。

物理的環境

自殺の危険が考慮される人々に対して、多くの組織が既に '自殺 - 安全' に係わる区域を提供している。例えば、ニュージーランド警察と矯正局（Department of Corrections）の両者は、抑留者に対する幾つかの '自殺 - 安全' 室を提供しており、刑務所は 'リスクの高いユニット' を設置し、精神科入院ユニットは安全性に関するガイドラインに従い建てられている。紐や紐が結紮出来る場所が取り除かれ、一堂に会して見渡せるデザインとなっている点がこれら区域の共通した特徴である。

5. この段では、鎚首による自殺死亡または自殺企図は、国際疾病分類第 10 版改訂版（ICD-10）による '鎚首、絞首、窒息' による自殺死亡または自殺企図としてコード化されたものを言う

自動車排ガス

状況

自動車の排ガス（注釈 6）による一酸化炭素中毒がニュージーランドの自殺の 2 番目に多い手法である。2005 年の男性自殺者の 23%、女性自殺者の 17%が説明される（Ministry of Health 2007b）。35 歳以上の人々では更に一般的な方法で、マオリ族ではあまり一般的な方法ではない（Ministry of Health 2006a）。自殺企図による入院に占める割合は僅か（3%のみ）である。

自動車排ガスによる自殺の率は過去 10 年間、減少してきた（1997 年の全自殺では 29%であったが 2005 年は 22%）（Ministry of Health 2007b）。

予防のためのアプローチ

理論的には、自動車排ガスによる自殺の多くは、ニュージーランドの全ての車両に触媒変換器を装着することにより減少させることが可能である。米国や欧州連合で（環境問題のため）全ての新車に対して触媒変換器を強制したところ、自動車排ガスによる自殺が大幅に減少した（Amos et al 2001; McClure 2000; Mott et al 2002）。この基準は、製造の段階で確実に触媒変換器が装着されるようにすることで、一酸化炭素の毒性を減少させた。

ニュージーランドにおいて、この手法による自殺の率の減少は、1990 年代にこの排出基準が強制となった国々からの車両の輸入が増えたことによるだろう。

ニュージーランドは、国内に輸入される全ての車が触媒変換器を備えることを要求する排出基準の制定に向けたステップを実施してきた（Land Transport Rule: Vehicle Exhaust Emissions 2006）。国内に現存する全ての車両を対象として触媒変換器やその他の安全器具（例えば、自動アイドリングデバイス、エンジンを停止させる一酸化炭素センサー、排気管の修正（Routley 1998））を後から取りつけることは技術的にも金銭的にも非常に困難である。

現在のニュージーランドの活動

上記で述べた、ニュージーランドの自動車排ガス基準規制を変更することで、徐々に触媒変換器を装着した国内車両の比率が変化していくだろう。

服薬中毒（self-poisoning：訳者注：自らの服薬その他による中毒）

状況

自らの服薬その他による中毒（服薬中毒）の自殺死亡に占める比率は比較的小さい（2005 年の自殺の 10%）。しかし、合併症に対する寄与は遥かに大きく、2006 年の自殺企図による病院への入院の 81%を占める（Ministry of Health 2007b）。男性よりも女性に多い。この方法による非致死的な自殺企図の割合は女性、マオリ族、（30 歳未満の）青少年で高い（Ministry of Health 2006a）。

以下に挙げる薬物が、服薬中毒による自殺および自殺企図の半数以上を占める：抗うつ薬、抗てんかん薬、鎮静 - 睡眠薬、抗パーキンソン薬、向精神薬（New Zealand Health Information Service data）。特に、三環系抗うつ薬は服薬中毒による自殺死亡の 30%に使用された物質である。オピオイド系鎮痛薬が死亡の 20%で使用される。パラセタモールの様な、非オピオイド系鎮痛薬は死亡にほとんど関与しないが、服薬中毒による入院の 25%以上に非オピオイド系鎮痛薬が関与する（Chemical Injury Surveillance System data 2003-2005）。

更にこれら物質へのアクセスを規制することで、もしかしたら、服薬自殺による合併症や死亡を減らせるかもしれない。

6. この段落で、‘自動車の排ガス’による自殺死亡または自殺企図は、国際疾病分類第 10 版改訂版（ICD-10）による‘ガス及び蒸気による中毒’による自殺死亡または自殺企図としてコード化されたものを言う。このようにコード化された自殺死亡及び自殺企図のほとんどが自動車の排ガスによると仮定することは理にかなっている。

予防アプローチ

●**処方薬**：毒性のあるかもしれない薬物へのアクセスを統制し制限することで、これらの薬物が自殺に使用される機会を減少させ（Nordentoft 2007）、非致死的な自殺企図の率を減少させると期待される。関連する手法を以下に示す：

- －‘短期間処方’を用いる。一度に少量の薬物しか患者に渡さない。
- －効果が同様の薬が存在し、それが禁忌でないなら、過量服薬の際の毒性がより低い薬物を処方する。
- －未使用または使用期限の過ぎた薬物を薬局に返還するよう社会全体に勧める。

●**パラセタモール**：英国では、パラセタモールの梱包量を少なくし、販売箇所を制限することで有意にパラセタモールの過量服薬による死亡が減少し、入院が減り、肝移植が減った（Hawton et al 2004）。英国の知見に基づき、ニュージーランドでパラセタモールによる自殺企図を減らすために、更に制限するための方法の導入について考慮する必要がある。

現在のニュージーランドの活動

ニュージーランドでは薬物法 1981 により全ての調剤薬へのアクセスが制限されている。抗うつ薬、オピオイド系鎮痛薬、パラセタモールが含まれる。薬物法の下に設立された薬物分類委員会は、懸念される薬物の分類やそれら薬物への保健の専門家や大衆によるアクセスに関して保健省に勧告を行う。

銃器

状況

銃器に関連した自殺は武器改正法 1992 の導入以後、ニュージーランドでは減少した。全自殺の 8% が銃器によるもので、青少年 (15 歳 -24 歳) の自殺では 9% を占める (Ministry of Health 2007b)。銃器に関連した自殺は男性や 25 歳以上の成人で多く、マオリ族は非マオリ族と類似している (NZHIS data)。自殺企図による入院の 1% 以下のみが銃器による (Gibb and Beautrais 2004)。

予防アプローチ

ニュージーランドおよび国際的なエビデンスによると、免許制や安全な保管に焦点を当てた良くデザインされ、かつ良く実施される銃器の規制は、銃器に関連した自殺率を大幅に引き下げることが示されている。ニュージーランドの銃器改正法 1992 は全一般集団において銃器に関連した自殺を 46% 減少させ、15 歳 -24 歳の青少年では 66% 減少させた。しかし、この減少が自殺率全体の減少につながったか否かについては不明である (Beautrais, Fergusson and Horwood 2006)。

現在のニュージーランドの活動

議会は、安全な保管に関する要件を更に強化する銃器法 1983 の改正案について検討中である。

飛び降り

状況

ニュージーランドでは、飛び降りによる自殺はほんの僅かで (2005 年では 3% 以下)、自殺企図による入院も僅かしか占めていない。精神病性障害を伴う人々では飛び降りによる自殺率が他より高い (Beautrais 2001a)。マオリ族の飛び降りによる自殺率は、非マオリ族と類似している (Ministry of Health 2007b)。

この手法は珍しいものの、この手法へのアクセスを制限するための介入を正当化するもっともな理由がある。第一に、特定の場所や構造物が、飛び降りによる自殺企図のための場所として評判になるかもしれないことが、特に懸念される課題である。第二に、飛び降りによる自殺企図から生き残った多くの人が、その後、自殺では死んでいない (Beautrais 2001a)。

予防アプローチ

よく知られている飛び込みの場所に障壁を設けることで、その場所からの自殺が減少することがエビデンスから示されている。飛び込みによる自殺率が低いことから、そのような減少は自殺率全体の減少につながらないかもしれない。しかし、飛び込みによる自殺企図の場所としてよく知られる場所に障壁を設けることは正当化される (Beautrais 2001a)。

現在のニュージーランドの活動

オークランド（訳者注：ニュージーランドの地名）にある Grafton 橋では、景観上の問題から橋の障壁を撤去したところ、その鉄橋からの飛び込みによる自殺者が増えた。しかし、再度障壁を設置することで、この場所からの自殺者は減少し、代わりの他の場所も出現しなかった（Beautrais 2001a）。

更なる活動

目標 4 に関する鍵となる他の活動を支援するために何よりも重要な活動として、自殺死亡検討委員会の設置がある。自殺に使用された方法の傾向をモニタリングし、新たな場所や方法を同定することを含め、問題の範囲を再検討するためにそのような委員会を定期的を開催することを提案する。自殺死亡検討委員会やその調査機能については目標 7 で更に詳細に記述する。

全ての方法に関連するその他の活動として、自殺した人々を世話している家族や whanau（訳者注：マオリ語の拡大家族）に対して、注意深く見守ることや致死的な自殺手段を家から排除することの必要性について教育することが挙げられる。

マオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の自殺手段へのアクセスを減らす

マオリ族では、非マオリ族よりも鎗首による自殺がより一般的である。鎗首手段へのアクセスを減らすことは難しいが、この手段や他の自殺手段へのアクセスを制限するための介入の機会はある。

地域社会において、マオリ族への格別重要な実践的な戦略として、家庭で家族の世話をしている際の自殺予防のための取り組み方法について助言を提供するプライマリケアや精神保健の専門家の必要性があげられる。これらの戦略には、自殺に使用されるかもしれない物（例えば、銃器、薬物）へのアクセスの排除と危険性のある人の注意深い見守りが含まれるだろう。

刑務所の自殺の約 90%が鎗首で、ニュージーランドの刑務所内の集団の約 50%がマオリ族である（Simpson et al 2003）ことを考慮すると、刑務所は、手段へのアクセスの制限にとりわけ意味のあるセッティングである。囚人の精神保健に関する調査では、他の集団と比較してマオリ族はあまり支援を求めず、あまり精神障害と診断されず、希死念慮をあまり経験していないことが示されている。しかし、刑務所内のマオリ族は、非マオリ族と同じ率で自殺行動を起こしており、満足な治療を受けていないことが多い（Simpson et al 2003）。この課題については目標 2 でより広く議論されている。

太平洋系の人々の課題

太平洋系の人々の自殺の大部分が、鎗首である。2000 年から 2004 年の間に自殺で死亡した太平洋系の人々の約 80%がこの手法を用いていた（NZHIS data）。

既に述べたように、鎗首の手段へのアクセスを減らす介入は、刑務所、警察の独房、小児青少年家族局の住居ユニット、精神科入院ユニットの様な組織内でのみ実施可能である。

活動の鍵となる領域

鎗首

- 4.1 国際的なエビデンスに基づく最良の実践ガイドラインへの合致を確認し、鎗首による自殺企図予防や自殺企図に対応するための組織内の指針を再吟味し改訂する。

自動車排ガス

- 4.2 自動車排ガスによる自殺企図率の減少を達成するために、全ての車両の変更を具体化する可能性を再吟味する。

- 4.3 大気の浄化や関連する政策と連携して自動車排ガス規制をどの程度変更可能か検討する。

銃器

- 4.4 銃や弾薬の安全な保管を含め、銃の所有者個々人の責任についての啓発を継続する。
- 4.5 10年間の銃器の保有免許期間中やその更新時における、銃器保有免許者に対する銃器に関する安全性の確認のためのモニタリングを強化する。
- 4.6 家庭内の銃について保健の専門家が日常業務として尋ね、うつ病や自殺傾向のある人々のいる家庭から銃を撤去するよう促すことを促進する。

Self-poisoning

自らの服薬その他による中毒

- 4.7 パラセタモールにより生じる危険性を減らすための規制強化が実施可能かどうか再吟味する。
- 4.8 精神保健の治療に関する最良のガイドラインに、自殺の危険性の高い個人に対して、毒性の低い薬物を処方するようにするための助言を確実に含める。
- 4.9 使用しなかった薬物の返却を促す定期的な情報キャンペーンの制定を継続する。

Jumping

飛び降り

- 4.10 飛び降りによる自殺に人気のある立地として流行始めた飛び降り場所を同定するためのデータ調査を請け負う。
- 4.11 流行の飛び込み場所のマネージメントに関する手引きに必要な要件を検討する。

更なる活動

- 4.12 自殺や自殺企図手法に関する定期的な報告を、その役割の一つとして持つ自殺死亡検討委員会の設立の実現可能性を検討する。
- 4.13 家庭内で介護されている自殺の危険性の高い人々を注意深く見守り、紐を架けやすい分かりやすい場所や銃器、毒性のある物質（不必要な薬物を含む）を家庭から撤去するよう、家族、whanau（訳者注：マオリ語の拡大家族）や他の人々に助言する。

目標 5：メディアによる自殺行動についての安全な報道や描写を促進する

はじめに

この目標は、自殺行動のメディアによる報道や描写について、より良い活動を促進し、'コピーキャット'自殺（模倣自殺）の可能性を減少させることを目的とする。出版物、テレビ、映画、ラジオ、演劇、インターネットを含む、様々なタイプのメディアに適用される。また、商業的、非商業的ジャンル両方のメディアに適用される。この章は、一般的なメディア、マオリ族のメディア、太平洋系の人々や青少年のような、ある特定集団に向けたメディアに関連する。

論理的根拠

国際的なエビデンスの多くが、メディアによる自殺の報道や描写の方法により自殺行動の率が増えるかもしれないことを示唆している（例えば、Gould 2001; Hawton and Williams 2001, 2005; Institute of Medicine 2002; Pirkis and Blood 2001; Schmidtke and Schaller 2000; Stack 2005; Sudak and Sudak 2005）。このエビデンスは、メディアによる表現がその後3通りの方法で自殺行動に影響する可能性を示唆している。

1 模倣

自殺の手法についての報道は同様の手法を用いた模倣自殺、'コピーキャット'自殺企図を招くかもしれない。もし、メディア報道が、反復し、手法に関する詳細な情報を提供し、セレブや有名人の自殺に注目したなら、特に、模倣自殺という結果が生じやすい。これらの知見は様々な場所、時期、状況、文化において再現されている（例えば、Hawton and Williams 2005; Liu et al 2007; Phillips 1974; Sonneck et al 1994; Yip et al 2006）。

2 伝播

メディアによる描写は行動の伝播（伝染）を促進するかもしれない。特に、自殺が報道される方法により、相互に連鎖する特定の個人集団の自殺を促進させるかもしれない。それに引き続き、伝播が、群発自殺や自殺企図の形成を引き起こすかもしれない。自殺により死亡した人や自殺企図をした人たちにメディアへの暴露が影響していると、多くの症例研究や群発自殺のレビューが報告している（たとえば、Davidson 1989; Gould 1990; Gould et al 1989; Hazell 1993; Tousignant et al 2005; Wilkie et al 1998）。青少年や組織セッティングにいる人々、先住民族の地域社会では、群発自殺が非常に多い（Earls et al 1990; Gould et al 1990; Hazell 1993）。

3（過度の）常態化

自殺報道が頻回に繰り返されることで、自殺は合理的で、理解可能な、生活上の問題解決のための一般的なアプローチだとする一般大衆の認知を促進してしまうかもしれない（Beautrais et al 2004）。

自殺行動の報道や描写の方法によっては脆弱な人々の自殺企図に影響する可能性があることを、上記のエビデンス全てが明確に示している。メディアによる自殺報道が自殺行動の率を下げたり自殺行動を思いとどまらせるというエビデンスは殆ど無い（Crane et al 2005; Hawton and Williams 2001）。メディアによる自殺報道の後の自殺率の上昇や特定の手法を使用した自殺の増加が単に、どちらにしろその後起こったであろう自殺で、時間的に前倒しされた自殺を表している、ということを示唆するエビデンスはない（Crane et al 2005）。

自殺行動を増やすかもしれない報道や描写の特徴

- 多くは以下のような場合に、メディア報道の後に自殺が増えるようである：
- 自殺の手法が特定されている（特に、詳細に提示されている場合）

- 劇的に目立つ形で顛末が報道または描写されている（例えば、写真や大きな見出しを用いる、トップページに記事を配置する）
- 有名人の自殺が報道される
- 自殺報道が繰り返される
- 自殺の原因を一般的な生活上のストレスが原因だと報道する（Crane et al 2005; Hawton and Williams 2002）

更に、高齢者に対する影響を示すエビデンスは限定されてはいるが、青少年はメディアの影響を最も被りやすいようだ（Phillips and Carstensen 1988; Stack 1999 cited in Schmidtke and Schaller 2000）。その他の要因として、メディアによる刺激やそのモデルと視聴者の年齢、性、国籍が類似していることが挙げられる（Crane et al 2005; Hawton and Williams 2002）。

エビデンスに関する見解

自殺行動についてのある種の報道や描写が自殺を助長する可能性のあることが、上記で吟味したエビデンスにより明確に示唆されている。そのエビデンスには異議が申し立てられてきたが、あるメディア団体は、新しい実践規約（Codes of Practice）として利用可能なエビデンスを反映するよう変化してきた。例えば、2006 年後半に、英国の新聞や雑誌の業界の実践規約委員会（Code of Practice Committee）は模倣自殺の危険性を最小にするようにデザインされた新たな報道ルールを提唱した（Code of Practice Committee 2006）。あるニュージーランドメディア団体は自殺報道や描写に関する 'mediaowned(メディア自体による)' 議定書を作成した。

メディア報道と自殺行動の繋がりに関するエビデンスはいくらか議論の余地があるようである。しかしながら、研究者や政策決定者、メディアの間で、自殺行動に関するある種のメディア報道や描写が一般人口中の自殺行動の率を高めるかもしれないという合意が形成されてきた。

そのエビデンスに関連してメディアの自由、大衆の興味と公衆の安全のバランスについての懸念も議論される。ある自殺はニュースとして報道するに値する出来事で、ジャーナリストは情報を大衆に届けるのが役目だとメディア団体は考える（Crane et al 2005）。同時に、ジャーナリストはその記事を読んだ後の誰かを自殺させたいとは望んでおらず、報道や描写をより安全にするための修正について考慮して良いと思っている（Department of Health and Ageing 2006）。

自殺率に対するメディアの影響の大きさはそれほど大きくないということを知っておくことも重要である。しかしながら、ある例では、この影響は、脆弱な人が自殺という最終選択を行う場合に決定的な役割を果たすかもしれない。他の自殺に寄与する要因とは異なり、メディアの影響は相対的に容易に修正できるかもしれないため、メディアの影響に注意を払うことが取りわけ重要である（Hawton and Williams 2001）。報道を修正することが可能で、そして、自殺を有意に減少させる方向に導くことが可能だとするエビデンスがある（Crane et al 2005）。

法律に関する状況

ニュージーランドの法律は、自殺に関するメディア報道が有害である可能性を認識している。検死法 2006 では、検死官の許可なしに各自殺の詳細を公表することを制限している。この背景にある主な目的は自殺の伝播を防ぎ、個人のプライバシーを保護し、家族への影響を最小にとどめることだと示されている。

特に、検死法 2006 では、検死官の許可なしには、誰も、疑いのあるまたは確定した自らとった死の症例について取りわけ詳細に公になる（放送、新聞、本、雑誌、ニューズレター、録音やビデオといった手段を含む）ことはないだろうと、述べられている。この法では、自らとった死についての詳細（死亡した方法、死亡を取り巻く環境、検死に関連する詳細）を、一貫して公衆の安全に係わる場合に限り検死官が公表するとされている。

フィクションの自殺行動の描写

テレビドラマや映画におけるフィクションの自殺の描写の影響についてのエビデンスは、ノンフィクション

の報道に関するエビデンスと比較して、あまり明確ではない。しかし、模倣への影響を示唆する幾つかの証拠がある (Pirkis et al 2005)。大多数の研究が、スクリーンに映し出されたフィクションの自殺を見た後に、他の理由では予測できない自殺行動の増加が認められており、様々な結果が報告されている (例えば、ある場所で自殺が増えているが他の場所では増えていなかったり、ある集団ではそうであるが他の集団ではそうでなかったり)。しかし、幾つかの研究では影響に関するエビデンスは見いだされていない (Pirkis et al 2005)。このエビデンスは、間違いであったとしても用心するに越したことはないという姿勢取る必要があり、映画、テレビ、演劇におけるフィクションの描写により生じる害を最小限にするアプローチを支援する必要があることを示している。

考察のための鍵となる領域

メディアによる自殺報道や自殺の描写によって生じ得る害を最小限にするためには、多くのアプローチが必要である。

メディアガイドライン / プロトコール

国際的状況

多くの国が、フィクションとノンフィクション両方の自殺行動に関する報道や描写によって生じ得る害を最小限にするためにメディアガイドラインを採用してきた。

これら既に確立したガイドラインは、以下のことがメディアにとって重要だと強調している：

- 自殺をセンセーショナルに、美化して、またはロマンチックに扱うことを避ける、過度に目立たせない
- 自殺について特段に詳細な情報の提供を避ける、特に、その手法や場所についての情報を避ける
- メディアが自殺行動の‘雛形’を提供することにより有意にそのような自殺行動に影響を与えうることを認識する
- これを機に、自殺について公衆を教育する
- これを機に、脆弱な読者や閲覧者に対して援助や支援サービスへのアクセス方法を提供する
- 家族や他の自殺遺族に対する自殺の余波や報道の影響を考慮する
- ジャーナリストもまた、自殺行動に脆弱であると認める (Pirkis et al 2006)

メディアガイドラインの作成において、以下のことが肝要である：(1) 確実な根拠のある科学的エビデンスに基づく；(2) メディアに従事する人々と自殺予防に従事する人々の共同の努力として作成する (Hawton and Williams 2001)。メディア団体抜きにガイドラインを作成すると、拒絶的な成り行きとなり、メディアを遠ざけてしまう危険性がある (Hawton and Williams 2001)。ジャーナリスト主導のガイドラインがより効果的であるか否かについては、今後の調査が必要な領域である (Pirkis et al 2006)。

メディアガイドラインを作成し実践する場合には、一般集団の中の脆弱な人の保護と報道の自由の保護の両者のバランスを敏感に取る必要性が重要である。

オーストラリアの Hunter 精神保健研究所 (Hunter Institute of Mental Health in Australia) は、メディアガイドラインを実践するためのモデルを提供している (Pirkis et al 2006; Skehan et al 2006)。このモデルでは、メディアに対する個人的な接触に焦点を当てた様々なアプローチを採用しており、同様に、到達度やガイドラインの周知や採用、プロジェクトの人材資材に関する現在進行中の活動に対する評価を採用している。

メディア、研究者、臨床家、政策決定者は、メディアによる自殺の報道と描写による有害効果を最小限にするための共同方針を開発する際の関係者であるとする合意モデルの開発が、土台となる過程となっている。このモデルは、マオリ族の効果的参画を組み込むなどの適切な改変により、ニュージーランドの状況に利用可能であろう。

現在のニュージーランドの活動

ニュージーランドは、1998 年にメディアガイドライン執筆の初期の指揮を司り、1999 年に改訂した

(Ministry of Health 1999)。これらのガイドラインは、メディアによる自殺の報道および描写に関するエビデンス、論理的根拠、助言、事実、連絡先に関する包括的な記述とともにジャーナリストに提供される。

ニュージーランドはメディアガイドラインの執筆には成功したが、しかし、これらの実践にはあまり成功していない。このガイドラインに関する編集者や上級ジャーナリストの認知度や使用度が低いことが最近の総説で見いだされた (Tully and Elsaka 2004)。メディア団体からガイドラインの作成や実践を改善するための支持を得る事が自殺報道や自殺の描写に関する方針を作成する際の主要な優先項目であると、この知見が示している。

この課題に取り組む努力として、保健省の相談を受け、あるメディア団体が「メディア自身による (media-owned)」報道プロトコルを作ってきた。メディアがこのプロトコルを所有しているという認識をより確かにすると同時に、このプロトコルの遵守を更に促進するさせることがこのアプローチの目的である。この課題に対して業界のリーダーシップと自主規制という明確で有利な点があり、自殺予防に係わる人たちとの共同関係により支持され、この好ましい開発のあり方は歓迎される。

教育と支援

ガイドラインやプロトコルは安全な自殺報道や自殺描写を促進する鍵となる活動であるが、以下のような活動を追加することで強化されるだろう：

- マオリ族のメディアを含め、メディアのエビデンスについての理解をより良いものと成るよう保証する
- ジャーナリストに対して安全な自殺報道の訓練を提供する
- メディアに従事する人にエビデンスを理解できるように、また、彼らを支援するために、適切な情報を提供する
- メディア、研究者、政策決定者、その他の関係団体が自殺の報道や描写の問題について自由に議論できる機会を支援する
- メディア報道に関する問題に対応する同意の得られたアプローチを開発する

フィクションにおける自殺の描写

しばしば、この問題の議論の焦点は、出版や放送におけるニュース報道であるが、フィクションにおける自殺の描写と関連する害を最小限にするアプローチを確立することは重要である。ニュースメディアについてのメディアガイドラインやその他のアプローチの特徴の多くは、演劇、映画、その他のフィクションの描写にも関連し、安全な描写を促進する計画やその他のアプローチには、これらのメディアが含まれるべきだ。

インターネット

脆弱な人々の自殺企図を誘発し扇動するインターネットサイトや自殺企図のための詳細な方法を提供するサイトに関する増大する懸念に対応することは、更に困難である (Mehlum 2000; Nordentoft 2006)。現在の形式のメディアガイドラインはインターネットサイトには不適切で、適用できない。

自殺を勧めるインターネットサイトの影響を減らすために可能な活動を多くの国が探している。これらの活動には以下のものが挙げられる：

- 自殺を誘発し扇動する、もしくは自殺企図の手法を提供することを違法として法制化する
- そのようなサイトの危険について更に知るための方法を探す
- インターネットサービスプロバイダが、自殺に傾いているかもしれない脆弱な人々にカウンセリングや援助と支援を提供するサイトをインターネット検索エンジンで目立たせることを可能とする方法を探す

自殺を誘発するためのインターネット使用を違法とする国の法律は、しかしながら、国際的に存在するインターネットサイトへの適用には制約がある；国際的な場所にあるインターネットサイトに対してそのような法は適用できない。ニュージーランドは、この制約のために、この急速に進化している領域の国際的な発展をモニターする必要がある。

マオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の、またはマオリメディアによる、自殺行動の安全な報道と描写を促進する

マオリ族や他の先住民族、例えば、オーストラリア先住民族に対して特異的に自殺の報道や描写が影響するか否かについてのエビデンスは殆ど無い（Department of Health and Ageing 2004）。マオリ族メディアを含む全てのメディアが自殺の報道や描写の危険性についてのエビデンスを知り、そして作成されたどんなガイドラインにも従うことが重要である。同様に、実践方法、情報提供やメディアや研究者、政策決定者による適切な議論の提供といった他の活動もマオリ族にも重要である。

一般大衆向けメディアによるマオリ族の自殺報道が文化的に適切で、マオリ族特有の全ての課題に対して繊細であることも重要である。自殺の報道や描写に関するガイドラインに従うべきであるが、マオリ族の自殺行動の描写を評価する際には文化についての専門家に相談することも適切だろう。

太平洋系の人々の課題

太平洋系の人々に向けたメディアは、自殺の報道や描写の危険性についてのエビデンスを知り、既にあるガイドラインに従い、実践計画や情報提供、メディアや研究者、政策決定者間の適切な議論といった他の活動にも関わっている必要がある。

活動の鍵となる領域

共同

- 5.1 メディア、研究者、政策決定者、およびその他の適切な関連団体（例えば、臨床家、利用者 / tangata whaiora（訳者注：マオリ語で、福祉や回復を求めている人々）、およびマオリ族）の間で、意見や情報を交換し、共同する機会を促進する。

ガイドライン / プロトコルの開発、実践、そして評価

- 5.2 メディアによる自殺の報道や描写に関するガイドラインまたはプロトコルを更に開発、実践、そして評価する。

教育と支援

- 5.3 メディアやメディアと一緒に取り組んでいる人々に対して、支援、情報、そして動機となる刺激を継続して提供する。
- 5.4 ジャーナリズムの訓練プログラムに、自殺のメディア報道に関するエビデンスと課題が含まれるよう奨励する。
- 5.5 映画、テレビ、演劇におけるフィクションの自殺行動の描写についての手引きを提供する。この活動は、特異的なアプローチや標的となる集団についての検討や、より一般的な資源や情報におけるフィクションの描写についての課題を含む。

インターネット

- 5.6 自殺を促すインターネットサイトによる有害な影響の緩和に関する国際的な進展をモニターする。

目標 6：自殺や自殺企図に影響を受けた家族、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、友人、その他の人々の支援

はじめに

この目標は、以下の政策、戦略、資源、およびサービスの開発を目的とする：

- 自殺や自殺企図の後の家族、whanau（拡大家族）、友人、その他の重要な人々を支援する
- 自殺行動の伝播や集団自殺の危険性を最小限にする

論理的根拠

愛する人を亡くすことは最もストレスの強い生活上の経験の一つである。自殺による死は、特に、心的外傷（トラウマ）を引き起こすかもしれない。一般的に、自殺による死別の後の悲嘆は、他の外傷による死別の後の悲嘆よりも、より高い割合で生じる。自殺による死別はより長期に続くかもしれない。他の点においても外傷による死別と異なるかもしれない。例えば、自殺による死は、その死に何らかの意味を見いだす必要性をより強く引き起こし、罪悪感、非難、個人的な責任といった感覚をより強く引き起こすかもしれない。更に、自殺の遺族は遺族自身の自殺行動の危険性が高まるかもしれない（Beautrais 2004b; Jordan and McMenamy 2004）。死別後の多くの支援は家族や友人により提供される。しかし、更に支援を必要とする人々は、その人達の要求を満たす様々なサービスへのアクセスが可能となっているべきである。

死に至らなかった自殺行動もまた、家族や友人のストレスや苦痛となりえる。企図後、これらの影響を受ける人々は情報や支援、臨床的な助言を必要としている（Beautrais 2004c）。

家族や友人が受け入れることが出来、かつ効果的な支援サービスを自殺や自殺企図後に提供することは、特別の同情的な対応というだけでなく、家族や関連する人々の自殺行動の危険性を避ける支援でもあるかもしれない。これらの要求に対応するために提供される支援サービスはしばしば‘事後対応（ポストベンション）’と呼ばれる。他の人々に対する自殺行動の影響を緩和させることが、この目的である。

群発自殺の形成は、自殺による死別に関する特別な課題である。群発自殺は、統計的なデータに基づき予測される自殺よりも多く（通常 3 つ以上）自殺が発生したときに起こる（O'Carroll and Mercy 1990）。群発自殺は青少年の間でより一般的で、青少年の自殺の 13% を占めているかもしれない（Gould et al 1990; Johansson, Lindqvist et al 2006）。群発自殺はしばしば組織内や田舎や土着の小さな地域社会に生じる。

群発自殺が起こる機序の一つの可能性として、伝播が挙げられる。伝播された行動は、自殺による死が世間によく知られ、センセーショナルに扱われたり美化されたりするために起こる（O'Carroll and Mercy 1990）。伝播は、例えば、友人や家族 /whanau（訳者注：マオリ語の拡大家族）の一員、他の影響ある模範のような人が自殺で死んだことを知るといった個人的な相互作用によっても生じうる（Gould 1990; Johansson, Lindqvist et al 2006）。包括的な事後対応活動には自殺行動の伝播の危険性を最小限にすることも含まれる。

考察のための鍵となる領域

この目標が目的とすることを達成するための 3 つのアプローチを以下に挙げる：

1. 家族、whanau（拡大家族）、友人およびその他の自殺遺族への支援を提供する
2. 家族、whanau（拡大家族）、友人およびその他の人々に対して自殺企図の後の支援を提供する
3. 群発自殺を同定し、マネージメントし、予防する

家族、whanau（拡大家族）、友人およびその他の自殺遺族のへの支援を提供する

自殺の後の個人や地域社会に対する支援の提供は広く支持されている。これらの支援サービスは直ぐに利用可能で、アクセス可能で、適切であり、そして多様な集団に対応する必要がある。

国際的に、様々な支援サービスが開発されてきた（Beautrais 2004b; Jordan and McMenamy 2004）。これらのサービスの幾つかは自殺の直後に提供されるものであり、いくつかは、長期的に提供されるサービスである。サービスには実践的な要素と情緒的な要素の両方があるだろう。自殺の遺族自体が提供するサービスがあり、ボランティアもあり、保健の専門家による支援の提供もあるだろう。

自殺は伝播し得るという特徴を持っているため、支援サービスは安全である必要がある。現在、しかしながら、どの型のサービスやどのようなサービス提供モデルが最も効果的かということについてはほとんど分かっていない（Beautrais 2004b; Jordan and McMenamy 2004）。死別や悲嘆の過程について知られていることや、自殺の遺族が必要としていることに基づき、この領域の効果的で安全なサービスは以下の原則に基づく必要がある。

- 支援サービスがボランティアにより提供されるのであれば、ボランティアや支援している人の安全を保証するために、訓練やスーパービジョン、監査によってボランティアは支援されるべきである。
- 必要とする人が様々な必要とするサービスを利用できなければならない。これらのサービスとして、情報、実践的支援、助言、援助、検死の準備に対する支援、相互支援、個別のカウンセリングが含まれるだろう。
- 地域の資源を強化し、地域の要求を満たすために個別化する一方で、均一な支援システムを保証するために、理想的には、サービスは国として組織されるべきだろう。
- 全てのサービスは、安全性、効果、受け入れやすさを保証するために評価、モニターされるべきだ。
- 全てのサービスは文化的に適切な方法で提供されるべきで、死や死に行くことや自殺に対する文化的態度の多様性を認識すべきだ。

家族、whanau（拡大家族）、友人およびその他の人々に対して自殺企図の後の支援を提供する

自殺企図の後に、家族、whanau（拡大家族）、友人や重要なその他の人々の要求に見合ったサービスや支援の提供することに関心が高まっている（Beautrais 2004c）。そのような支援を提供する最良のアプローチに関しては殆どエビデンスがないが、自殺企図の後に、家族や介護者が自殺や精神疾患についての情報を必要としていることは明白である。引き続き、自殺企図をした人に対して心配や責任を感じやすいため、責任に関する不安を軽減するための情報や支援が必要とされている。家族に対して支援サービスを提供する人は、個々人の自殺リスクの程度について評価することが出来、治療、マネージメント、そして助言ができるだけの十分な能力を有する必要がある、適切なサービスへのアクセスを促進させる必要がある。自殺企図をした人の世話をしている家族 / whanau（拡大家族）や友人の要求することは、精神疾患を患う人をケアする人々の要求することと多くのことが共通している。ニュージーランド精神保健戦略 Te Tahuu (New Zealand Mental Health Strategy, Te Tahuu) - 精神保健の改善 2005-2015 (Improving Mental Health 2005-201) (Minister of Health 2005) は、精神障害や依存を抱えた人々を支援する家族 / whanau（拡大家族）および友人に焦点を当てた具体的な結果の指標（アウトカム）を持っている。家族 / whanau（拡大家族）や友人を支援するサービスがどのように必要であるかという期待をこの結果の指標（アウトカム）は設定している。これは、自殺企図をした人を支援する人々に同様に適用される。

この領域の開発として、支援が提供されるための一連の機序について焦点を当てるべきである。これらの機序として以下が挙げられる：

- 自殺企図をした人の親族の世話をすることのストレスを減らし、介護者のコーピングスキル（対処技術）を改善し、自殺行動に影響を受けた人々の感情的苦痛に対処するようにデザインされた家族に対する心理教育プログラム
- 会合や支援グループで配布される追加資料としての、文書情報、ガイドライン、その他の資源等
- 治療計画やケア計画の作成、危機状況での援助へのアクセス、介護者に対する保健ケアの専門家による前向きな個別相談（コンサルテーション）の場面において、介護者と保健ケア提供者の連携（リエゾン）の改善

●情報の共有、プライバシー、秘匿性に関連する家族や介護者の懸念への対応

安全で効果的な支援を約束するために、サービス提供者は適切な訓練とスーパービジョンを受ける必要がある。自殺企図後のサービス提供は（前の段落で概略したような）自殺死亡後に適用されるサービスと同様の原則に基づき行われるべきである。

群発自殺を同定し、マネージメントし、予防する

群発自殺や地域社会が持つであろう懸念についてはよく認識されてきた。群発自殺をマネージメントし、予防するための一連の勧告が米国疾病対策センター（Centers for Disease Control (CDC) in the United States）により開発され配布されている（O'Carroll et al 1994; O'Carroll et al 1988）。この勧告には以下の鍵となる要素が含まれている：

- 地域社会の資源を利用して地域社会で統一した対応をすべきである
- 群発自殺は、自殺行動や自殺の伝播、群発自殺について専門知識を有し、問題をよく理解しているスーパーバイザーチームがマネージメントすべきである
- 自殺が生じた後に形成され、群発自殺が生じている間に増大するであろう地域社会の緊張を緩和するために努力すべきである
- 自殺についての正確で適切な情報を折りのよい方法で広めるべきである
- 自殺の伝播を促進するメディア報道の特異的な局面（度々の報道、故人の美化、自殺の手法についての情報を含む）を同定しそれを避けるべきである
- 自殺企図の既往がある、あるいは特に、青少年男性の精神障害を患う人を含め、自殺の伝播に脆弱な人を同定する努力をすべきである
- 更なる自殺の危険性を高める場所や方法を変更し、取り除くべきである

群発自殺の危険に対する特異的な対処法の一つとして、組織または地域社会の状況に特異的な支援の提供が関連する。そのような支援を提供するために、施設セッティングに特有なガイドラインが多く開発され、そのようなセッティングに合うように適切に修正されたガイドラインも多くある（例えば、Cox et al 2006; Dunne 1992; Ministry of Youth Development 2005; Rivers 1995）。これらのガイドラインは群発自殺の危険性を最小限にするための CDC の勧告（前述）を基に開発された。全てのガイドラインがそうであるように、上手に実践され、安全で、文化的に適切で、そして評価される必要がある。

現在のニュージーランドの活動

事後対応（ポストベンション）支援活動

この領域のプログラムの開発を推し進めるためのエビデンスが欠乏していることを考慮し、ニュージーランドでは、自殺遺族や自殺企図により影響を受ける人々に支援を提供するための統合サービスを開発するため、および群発自殺の危険性を減らすための地域社会活動を開発するために、調査研究的なアプローチが採用された。その事後対応支援活動（Postvention Support Initiative）は4つの鍵となる構成要素から成り立っている。全ての構成要素が現在、開発され、試用、評価されている。現在、これらの構成要素は以下の形となっている。

1. 自殺遺族支援サービス（Suicide Bereavement Support Service）：このサービスは直後およびその後継続した実践的および情緒的支援、情報、そして自殺遺族に対するサービス連携の提供を試している。このサービス提供者（しばしば、ボランティア）は訓練を受け、臨床的なスーパービジョンを受ける。
2. 自殺企図後の支援（Support after a Suicide Attempt）：この先駆的研究では、自殺企図が起きた後の家族や whanau（拡大家族）を支援するための介入の実施可能性と効果について調べている。
3. 地域社会の事後対応計画（Postvention Planning for Communities）：この計画は、地域社会が自殺発生時にすぐに適切に対応できるよう、地域社会による事後対応計画の準備を援助するための支援や手引きを提供するものである。
4. 柔軟な対応チーム（Flexible Response Team）：このサービスは、群発自殺が発生した場合に、地域社会の鍵となる集団がその能力を増強させ、対応できるようになるために、専門家による援助と支援を提供する。

学校における、トラウマとなる（外傷的な）事件のマネジメント支援

文部省は、学生やスタッフの自殺を含む、トラウマとなる（外傷的な）出来事が生じた学校を援助する特異的なサービスを開発してきた。このサービスは二つの構成要素から成る。

1. トラウマとなる（外傷的な）事件に対する事前計画：このサービスでは、学校における、トラウマとなる事件に対応する機能的な適切なチームや計画の作成を支援する。
2. トラウマとなる事件に対応するチームサービス：このサービスは、トラウマとなる出来事の後、学校に対して援助と支援を提供する。日常業務の維持に対する支援、支援を必要とする人に対する迅速な支援の提供、この事件についての子供達や青少年、地域社会とのコミュニケーションの取り方についての助言、支援や自助的な戦略の促進、危険性の高い人々の同定および専門的ケアの評価、そして文化的に適切なネットワークとサービスの連携促進が、このサービスに含まれる。

このようなトラウマとなる事件のマネジメント支援は、文化的に対応するトラウマ事件サービスを含む。Tikanga Maori（訳者注：マオリ族の慣習上の価値観や行為）の視点からのトラウマ事件対応は 'Aue...He Aitua'（訳者注：ああ・・・事故が）として言及される。これは te reo Maori（訳者注：マオリ語）が主要な言語であり、tikanga Maori（訳者注：マオリ文化）が一般的なセッティングではよく実践されるだろう。

メディアによる自殺報道

メディアによる自殺の報道や描写を安全にするための活動は自殺の伝播を抑制するために重要な構成要素である。この問題は目標 5 で述べた。

自殺や自殺企図により影響を受けたマオリ族 /tangata whenua（訳者注：この地の人々）の事後対応（ポストベンション）支援

マオリ族の自殺や自殺企図の率は高く、whanau（拡大家族）、hapu（訳者注：マオリ族の、一族）、iwi（訳者注：マオリ族の、地域社会の人々）やマオリ族地域社会への破壊的な影響がある。マオリ族に対する更なるインパクトは、wakapapa（家系）への個人の特有の貢献が失われるという圧倒的な感覚を含む、彼らの文化の身体的およびスピリチュアルな特性に関する根幹となる信念と関連するだろう。

一般的に、自殺は約 6 人に直接的に影響すると示唆されてきた (McIntosh 1993)。マオリ族の whanau（拡大家族）という構造と概念を考慮すると、マオリ族社会では影響は更に広いものである。Whanau はほとんどの場合自殺や自殺企図の後の支援を提供するが、必ずいつもというわけではないことを認識しておくことは重要である。そのため、状況とは関係なく、サービスは個人や whanau に対して対応しており、支持的であり続ける必要がある。

太平洋系の人々の課題

拡大家族はほとんどの太平洋系の人々の社会の基本の単位で、ニュージーランドの太平洋系の人々のほとんどの自己同一性には必須のものである。太平洋系の人々の文化の集合的な特性は、多くの太平洋系の人々（ニュージーランド生まれも、時刻の諸島生まれも両方）が自殺や自殺企図に影響を受けやすいことを意味している。同様に、家族や教会のような地域社会構造が、自殺による死別後の太平洋系の人々にとって主な支援のよりどころとなっているだろう。

悲嘆や、死別、および自殺行動と関連する意味は、文化によって異なる。ある太平洋系の人々の地域社会では、自殺について議論することはタブーであり、自殺は恥、罪悪感、偏見、故人に対する適切な世話や支援に失敗したという感覚と関連している。

自殺の後の太平洋系の人々の家族が要求することに、どのように最良の支援や対応をするかについて、注意深い考察が必要である。自殺後の太平洋系の人々の家族に対する支援は太平洋系の人々の中で働く従事者とその過程に参画させ、Fonofale（訳者注：サモア諸島の保健についての概念に基づくモデルで、fonofale

と呼ばれるサモア族の伝統的な集会場に由来する。家族を社会の重要な構成要素とする文化的な価値観や信念を背景として、伝統的な癒しの手法と西洋的な手法を合わせた物が根底にある）のような全体的な太平洋の保健モデルを考慮することが重要である。家族に対する支援は家族構成員一人ひとりに対してではなく全体としての家族に提供されるべきである（Henare and Ehrhardt 2004）。更に、サービス提供者は、死別や支援と関連する文化的、スピリチュアルな慣例、各太平洋系の人々の集団ごとに異なる自殺にまつわる文化的な儀式を理解しようとするべきである。

活動の鍵となる領域

自殺により死別を経験した人々や、自殺企図により影響を受ける人々、群発自殺の発生に対応する必要がある地域社会組織へのサービス

- 6.1 包括的な事後対応（ポストベンション）支援活動の開発を継続する。この作業には以下が含まれる：
- 自殺死別に対する効果的なサービスを開発する
 - 自殺で死別した人々が利用可能な特異的な地域のサービスを同定しモニターし、持ち上がってきた要求に対応する — これは、マオリ族や太平洋系の人々のような特異的な集団に対するサービスへの考慮を含む
 - 群発自殺の発生を同定しそれに対応するためのサービスを開発する
 - 自殺という出来事への対応が地域社会で確実に準備されるように、協調したマネジメント計画を提供する
 - 身近な人が自殺企図をした場合に影響を受ける人々に対して、適切に支援を行うためのサービスを開発する

これらの全てのサービスはマオリ族にとって文化的に適切で効果的であるように、開発され、評価されなければならない

- 6.2 文部省トラウマ事件対応サービス（Traumatic Incidents Response Service）の精査に基づく勧告を実践する。特に、以下がそのステップとなる：
- 国として一貫し、エビデンスに基づくサービスを提供する — このサービスの一部として、年齢や文化的に適切な資源を活用し、改訂する。学校や幼少期サービスにおける支援マニュアルや事前計画ワークショップを含む
 - このサービスの部門を知らせるためのコミュニケーション戦略を開発する
 - 学校や幼少期サービスに、その事前計画訓練パッケージを継続して広める
 - トラウマ事件スタッフに対する訓練を継続する

自殺遺族の人々や、自殺企図により影響を受けた人々、遺族や影響を受けた人に対応する人々、および鍵となる組織に対する資源

- 6.3 確立した自殺支援グループに対する最良の実践ガイドラインを開発、実践、評価する。
- 6.4 自殺や自殺企図後のマネジメントについての既存の情報資源、ガイドラインおよびプロトコルを以下について精査する。
- 死別した人々
 - 死別した人々に対して定期的に接触する鍵となる人
 - 自殺企図により影響を受けた人々
 - 鍵となる組織セッティング

全ての資源、ガイドラインおよびプロトコルはマオリ族に対しても文化的に適切で効果があるか否かについて評価されなければならない。

目標 7：自殺率、原因および効果的な介入法についてのエビデンスを発展させる

はじめに

この目標が目的とすることは、自殺に関するデータの質を向上させ、時宜にかなったデータとすること；自殺行動の率や、寄与因子、効果的な介入についての現在の知識を拡張させること、自殺予防についての調査や情報の普及を増進させることである。

論理的根拠

正確で時宜にかなった統計情報や調査は自殺予防戦略の重要な基礎を提供する（Institute of Medicine 2002）。この領域の関連する作業として以下が挙げられる：

- 自殺行動に関する集団の傾向をモニターする（例えば、年齢や民族の傾向）
- 自殺行動の広がり、特性、分布についての記述的な情報を提供する
- 自殺行動に関連した脆弱性や resilience（訳者注：抵抗性、順応性、ストレスからの回復力やストレスを跳ね返す弾力、といった意味）に寄与する個人、家族、社会、経済、文化的要因の複合的な混合についての理解を増す
- 関連団体集団（例えば、大衆、メディア、自殺遺族など）の態度や視点についての理解を増す
- エビデンスに基づく自殺予防戦略や政策、活動の評価を実施する
- 総計的および調査からの情報を普及させる

ニュージーランド自殺予防戦略 2006–2016（New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006_2016）（Associate Minister of Health 2006）はこの領域についての国際的に増えつつあるエビデンスの上に構築される必要があるが、ニュージーランドの自殺行動に特有の特徴に対応する地域的な調査を実施することも重要である。この章の後で考察するように、マオリ族の自殺に関連する課題は優先順位が高い領域である。

考察のための鍵となる領域

この目標が掲げる目的を達成するための 3 つのアプローチは：

1. 自殺に関するデータの質を改善し、時宜にかなったデータとする
2. 調査を拡大する
3. 調査や情報の普及を増進させる

自殺に関するデータの質を改善し、時宜にかなったデータとする

ニュージーランドには、毎年の自殺死亡や自傷による入院についてのデータを含む保健データを照合するための洗練されたシステムがある。自殺のデータを照合することに関する鍵となる課題は、自殺のデータの適時性と質である。

自殺死亡データ

検死により死亡が自殺として分類される。ある場合には、検死官による調査が完了するのに数年を要し、自殺統計の最終承認が遅れる。このような遅延はモニタリングや調査結果に影響を与える。

自殺死亡データに関する更なる課題は、システムとして入手可能な形式で収集される詳細なデータの量にある。この詳細なデータとして、人口動態的背景に関する詳細や、使用された手段や精神障害診断の有無のような、その他の関連する可能性のある情報を含む、死亡に関連した特徴が網羅されている。そのような情報が一貫して収集され、信頼できるものであり、政策や調査のための情報として利用可能であることが重要である。

自傷による（自殺企図による）入院についてのデータ

自殺企図の代理の測定手法として、意図的な自傷による入院がニュージーランドでは使用されている。国のデータは、地域保健評議会（DHBs）により、地域ごとに収集され、コード化されており、保健省ニュージーランド保健情報サービス（NZHIS, New Zealand Health Information Service）に集められる。入院を要しない自傷は国の統計には含まれない。入院のデータは全ての自殺企図を補足してはいないが、ニュージーランドの自殺企図の傾向やパターンの良い指標と考えられている。データ品質の問題として、自傷による入院記録の地域ごとのばらつきが挙げられる。例えば、地域保健評議会レベルでコード化の差を最小限にとどめることで、国のデータの一貫性を改善する余地があることが、このばらつきから示される。

自殺予防活動の標的に関する情報となり得る、民族、職業、および関連するデータの収集に関しても改善可能であった。マオリ族の自殺問題の大きさを理解し、優先順位の高いマオリ族調査の領域に関する情報を得るため、およびマオリ族地域社会の自殺予防介入を検討し評価するために民族に関するデータの分類や収集の改善が必須である。

自傷の広がりを更に明確に理解するための一つの方法として、英国の例のように、自殺や自傷に関するデータを収集する専門のサイトを確立する方法がある（Hawton et al 2006）。これらのサイトにより、病院の完全なデータを収集し、精神障害や保健サービス受診歴のような、特徴に関連するより包括的なデータの収集が可能となる。

解析とデータの精査

ニュージーランドにはデータ収集に関して堅実なシステムがあるが、国レベル、地域レベル、各組織レベルの共通した課題や傾向を概観するために、よりシステム化された一貫したデータ解析を導入する計画がある。この種のデータの精査は、死亡を予防するかもしれない要因を同定し、保健や社会サービスがそのシステムやサービスの配給を確実に改善させ続けることに有用である。

現在のニュージーランドの活動

主なデータや統計情報の出所を以下に示す。

- **検死システム**：1999 年より検死局（Office of the Coroner）が検死報告書に基づく限定された情報の国家データベースを運営している。このデータベースに基づく情報は大規模調査プロジェクトの要請を行うことで利用可能である。検死法 2006（Coroners Act 2006）の可決に伴い、自殺報告の時宜性を増し、更に一貫性を増すために様々な修正がなされつつある。これらの修正として、新たに主任検死局や検視サービス部門の設置、14 名の 24 時間稼働の検死官の配置、傾向の解析を可能とする中央データベースの設置が含まれる。
- **保健情報サービス**：ニュージーランド保健情報サービス（New Zealand Health Information Service）は保健に関連する情報を収集し、公表している。自殺および精神保健に関する情報が集められているデータベースには、死亡データ収集（Mortality Data Collection）、登録に必要な最小限の国民データセット（National Minimum Dataset）、および国民精神保健情報収集（Mental Health Information National Collection）が含まれる。公衆衛生情報（Public Health Intelligence）（PHI）は保健省の疫学部門である。その役割は保健アウトカムの解析に集約されている。これには、自殺行動や保健の不平等に関する調査が含まれる。PHI は自殺や意図的な自傷の傾向について解析した定期統計報告を公表している。

調査の拡張

自殺行動の特性、関連性、原因についての調査

ニュージーランドは、自殺行動の特性、関連性、原因について、様々な調査手法を用いて大規模調査を行っている（Beautrais 2003b; Bennett et al 2002; Caspi et al 2003; Collings et al 2005; Coupe 2005; Fergusson et al 2000; Nada-Raja et al 2004; Oakley Brown et al 2006; Tiatia 2003）。ニュージーランドの自殺に関する調査を維持させるための投資と、新たな関心領域に対応するための投資が正当化されている。今後の調査として優先順位の高い領域として、以下が挙げられる。それぞれの領域は、広範に及ぶ調査に関する今後の視点を含んでいる。

- **マオリ族集団における自殺行動**：35 歳以下のマオリ族の自殺率の高さが問題であり、今後、調査が必要

である。この調査に関して二つのアプローチが可能である。一つ目は、青少年調査 2000 および 2007 や、Te Rau Hinengaro：ニュージーランド精神保健調査のような既存のデータベースの更なる解析による。これらの調査には、民族、自殺行動、保健サービスの利用や精神保健に関する住民レベルの大規模データが含まれている。二つ目としては、マオリ族の視点からマオリ族の自殺に関連する課題を調査する kaupapa（訳者注：元々は、マオリ族の伝統的な知識の概念化を意味する）マオリ族アプローチを用いて更に調査を実施する方法がある。マオリ族の視点によるマオリ族の自殺の調査を展開する場合の課題については、後の章で考察する。

- **他の民族集団における自殺行動**：マオリ族の自殺に関する更なる調査の必要性和同様に、太平洋系の人々やアジア系集団の課題についても更に調査が必要である。再度、青少年調査 2000 および 2007 や、Te Rau Hinengaro：ニュージーランド精神保健調査がこれらの課題に対応するための重要な情報源となる。太平洋系の人々についての課題は、後の章で考察する。
- **自殺行動の危険性の高い集団**：差別、障害、不利な立場のために様々な集団で、自殺行動の危険性が高いだろう。これらの集団として、重症かつ慢性の精神障害を患う人々（例えば、統合失調症、摂食障害）、ゲイ、レズビアン、バイセクシュアル、トランスジェンダーやインターセックスの人々、囚人、障害者、慢性疾患を患う人々が含まれる。これらの集団の自殺行動への脆弱性を高める要因に関する調査は重要である。
- **自殺行動の測定指標**：自殺調査の現在の課題は、自殺行動の定義や測定、およびより一般的な自傷と自殺行動とをどう結びつけるか、ということと関連する。特に、‘自殺’、‘自殺企図’、‘自傷’という用語がしばしば交換可能な言葉として使用されているが、自傷の多くが死ぬ意図を持って行われていないことを示すエビデンスが増加している（De Leo et al 2006）。また、自殺行動に対する態度や自殺行動の報告に関する、民族や文化的な差についてはほとんど分かっていない。
- **群発自殺、メディアの影響および関連する課題**：自殺の伝播、群発自殺、メディアによる自殺報道の特性に関連する問題は議論の余地が残っている。これらの課題に関してニュージーランドの調査は限界がある。群発自殺、メディアの影響、およびこの領域の政策に必要な情報に関する調査に対して投資する必要がある。
- **自殺行動の既往のある人々の視点および経験**：自殺調査で聴取された自殺行動を経験した人々の声についてもっと知る必要がある。彼らの視点は、サービス利用者とサービス提供者の間の接点や、回復の過程や経路に関する重要な眼識を提供するだろう。
- **自殺行動に影響を受けた人々の視点**：同様に、家族、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、自殺や自殺行動により死別したまたは影響を受けた重要な人々の視点は政策やサービスの開発に貢献する重要な視点となり得る（Beautrais 2004b, 2004c; Jordan and McMenamy 2004）。
- **危険因子と保護因子**：これまでの多くの研究は、自殺行動の危険性を増す要因の同定に焦点が当てられてきた。抵抗性（resiliency）を導く要因についてはあまり注意が払われてこなかった。抵抗性（resiliency）の源は、遺伝子から文化的背景にまで渡る広範な要因に広がるであろう。このため、生物学や個別のまたは社会的な環境の相互作用を認めている生物・心理社会モデルに基づく調査が重要である（Engel 1980）。
- **自殺行動の生物学的基盤についての理解の増進**：ニュージーランドの調査はそのほとんどが専ら、個人や家族、社会、文化に関連する自殺の原因に焦点を当ててきた。Caspi とその共同研究者らにより示された、自殺およびうつ病における 5HTT 遺伝子の役割について記述した業績が、この傾向の例外である（Caspi et al 2003）。しかし、世界全体では、神経生物学と自殺を結びつけた業績が増えてきている。自殺行動が、遺伝や神経生物学、社会環境の複雑な相互作用を反映したものであることが示されている。抵抗性（resiliency）の生物学的基盤を理解する上でこの業績は特に重要である。

トランスレーショナル研究と評価

自殺行動の特性、原因、結果についてまだ多く知るべきことが残っているが、この領域の調査はエビデンスに基づき自殺行動を予防するためのアプローチの開発が可能な段階へと進んでいる（Beautrais et al 2007; Mann et al 2005）。トランスレーショナル研究は自殺の特性や関連要因および原因についての知識を、自殺行動の率を減らすことを目的とした効果的な政策やプログラムに移行させる、‘科学から実践’という枠組みを提供する。

プログラムを効果的に開発し実施するための一般的な原則は、現在、‘予防科学’として知られるようになってきた領域の焦点である。以下が、予防科学の枠組みとしてプログラム開発の鍵となる領域である。

- プログラムの構造は、将来的に見込みのある政策や介入法を開発するために、理論と調査からのエビデンスに基づく

- プログラム開発では、可能な限り、一般人口にどの程度そのプログラムが受け入れられ、実施可能性があるかを調べるために試行プログラムを事前に実施する。この過程段階では、非効果的なプログラムや、はやまって開始することによる有害作用を防ぐことが重要である。
- 可能であれば、プログラム開発や実施の間に、プログラムの構成やその配給過程、およびその効果や有効性、対費用効果を調べるための評価を実施する。プログラムの効果は理想的な条件下におけるプログラムの有効性を意味する。一方、プログラムの有効性は実社会の条件下におけるプログラムの有効性を意味する (Society for Prevention Research nd)。

この活動計画に関連して、トランスレーショナル研究の二つの重要な適用法がある。一つ目として、活動から生じたプログラムや政策、介入は、予防科学的アプローチによる決定的な調査や評価要素を用いて開発されるべきである。二つ目としては、特定のプログラムや政策、戦略の有効性に関する、サービスから派生した、もしくは研究者発案の研究の促進に適用される。

自殺対策に従事する職の開発（人材育成）

ニュージーランドの自殺調査で更に取り組む必要がある点として、調査に従事する職種の開発がある。これまで、自殺調査は比較的少人数の研究者や小さな調査チームにより実施されてきた。この職種を更に拡大させる必要があり、様々な研究分野に広げ、調査により得られた結果を政策助言者やサービスを計画する人、サービスを提供する人が確実に効果的に使えるようにするための検討が必要である。鍵となる職種として以下が挙げられる：

- マオリ族や太平洋系の人々の自殺予防研究者を増やす
- 調査に関連する職種が確実に支援されるように、充分な、かつ継続する自殺調査のための資金を履行する
- 自殺調査やその後の調査の結果を、政策助言者、サービス計画者、サービス提供者に、より知ってもらう
- 政策開発やサービスの提供に関連する課題について、研究者の理解をより進める
- 研究者や政策助言者、サービス計画者、サービス提供者の間の協働を強める

ニュージーランドの現在の活動

調査基盤の拡大を支援するための既存の構造および政策

Te Tahuhu — 精神保健の改善 2005-2015 (Te Tahuhu - Improving Mental Health 2005-2015) (Minister of Health 2005) や Te Kokiri (訳者注：マオリ語の槍を意味するが、ここでは精神保健と依存に関する活動計画を指す) (Minister of Health 2006) に記述されているように、精神保健に関する調査および開発戦略は、以下に記述した内容を提供することで自殺調査を支援することが可能である：

- 一般住民中の精神保健に関する疫学等の戦略的情報
- 結果指標測定のための手段、結果の評価方法、および鍵となる実行具合の指標などの評価や精査を援助するための手段
- 品質管理を援助する、あるいは最良の精神保健サービスの実践を援助するトランスレーショナル研究を含む、調査と開発

更に、Te Kokiri (訳者注：マオリ族の言葉で槍を意味する言葉、前述で説明されている保健省の保健計画) (Minister of Health 2006) の活動 5.6 に記述されている、マオリ族の精神保健調査の項目は、サービス計画やその提供を知らせるために精神保健や依存に対する kaupapa Maori (訳者注：元々は、マオリ族の伝統的な知識の概念化を意味する。マオリ族を中心として、マオリ族の文化的背景を考慮して提供される精神保健サービス) 手法や whanau ora (訳者注：マオリ語で、家族の健康) のアプローチを促進することを目的とする。これらのアプローチは自殺予防支援を援助するだろう。

自殺行動に関する調査を支援する資金源

ニュージーランド保健調査会議 (Health Research Council of New Zealand) (HRC) は、保健調査への政府による投資の管理に責任を持つ援助担当機関である。その機関は、自殺や関連領域に関する調査に資金を提供し、優先的に資金を提供するトランスレーショナル調査を実施している。更に、保健省には、ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 (New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016) (Associate

Minister of Health 2006) の実施を支援するための少額の調査資金がある。

その他の自殺研究の資金源として、政府機関や宝くじ基金、地域の調査財団、地域社会団体、大学、慈善団体による調査基金がある。

解析可能な既存の国家調査

Te Rau Hinengaro：ニュージーランド精神保健調査（Oakley Browne et al 2006）は、精神障害有病率についての最初の国家調査で、自殺行動についてのデータが含まれている。この調査のデータベースは、様々な集団の精神障害や自殺行動の率について追加の情報を提供する解析が更に可能である。

自殺行動に関する更なる調査のための視点を提供する他の既存のデータベースとして、青少年 2000, 2007 調査（Youth 2000 and 2007 surveys）（Adolescent Health Research Group 2003）や、カンタベリー自殺プロジェクト（Canterbury Suicide Project）（Beautrais 2001b, 2003a, 2004a）、クライストチャーチ保健開発研究（Christchurch Health and Development Study）（Fergusson et al 2000）、ダニーディン多職種保健開発研究（Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study）（Nada-Raja et al 2004）、Whakamomori マオリ族自殺予防研究（Whakamomori Maori Suicide Prevention Study）（Coupe 2005）、精神保健一般実践調査（Mental Health and General Practice Investigation）（MaGPIe Research Group 2003）がある。

調査および情報の普及増進

効果的で正確で安全に統計情報や調査エビデンスを普及させることは、全ての情報や調査プログラムにとって重要な構成要素である。この構成要素には、自殺予防にどのように貢献するかに関する利用可能で最適なエビデンスに基づいた実践的助言の提供が含まれる。

特に、調査知見の聴衆は、政策決定者や実践者である。政策決定者は、調査を政策に翻訳する役割を担い、実践者は、供給するサービスに影響する調査や政策に関して最新の情報を得る必要がある。調査結果を聴く人々が調査にアクセスする方法や、研究者が効果的にこれらの人々とコミュニケーションを取るための方法を確立する必要がある。

特に、自殺に関する調査や予防活動に関する、情報や公衆衛生上のメッセージの普及が課題となる。そのような情報はエビデンスに基づき、自殺伝播の危険性を高めない方法で提示されることが重要である。また、ある特定の聴衆に対する個別の情報も重要である。効果的で安全な普及のための様々な方法や様式を探り、評価するための調査の機会がある。

情報ネットワークを開発、維持し、関連する資料を流布するための中央となる箇所が一つあるいはそれ以上必要である。普及のための中央となる箇所は、自殺予防に関する安全で正確な情報を探している地域社会の人が初めてコンタクトする箇所として機能することも出来る。この役割は、様々な聴衆が、用心深く開発され、評価され、そして効果が確認された自殺予防プログラムについての情報を強く要求していることを考慮すると、特に重要である。

ニュージーランドの現在の活動

研究や情報を普及させるための方法

自殺に関連する情報は幾つかの方法で普及される。一つの主要な情報の出所として、保健省と契約を結び、エビデンスに基づくニュージーランドの自殺予防に関する情報を収集、集積、普及させるための中央となる箇所として機能している、精神保健財団（Mental Health Foundation）のサービスであるニュージーランド自殺予防情報（Suicide Prevention Information New Zealand）（SPINZ）がある。SPINZ は地域ベースのグループや専門家、機関への情報の普及に焦点を当てている。

その他の情報の出所として、自殺調査ネットワーク（Suicide Research Network）（SRN）がある。自殺に関心のある研究者からなる、このインターネットベースのグループは、ニュージーランドの自殺や自殺予防に関連する問題について評釈し、関連する問題についての文書の作成を行う。

自殺調査や情報の提供元

様々な自殺予防に関する情報が利用可能である。最良の実践のためのガイドラインやサービス供給のための手法・道具一式、自殺遺族や自殺行動に影響を受けた人々に対する資料が、これに含まれる。保健省は毎年、統計情報についての出版も行っている。

マオリ族や tangata whenua（訳者注：この地の人々）の自殺行動の原因や効果的な介入についてのエビデンスを拡張させる

マオリ族の自殺や自殺行動の予防に関して、公平な結果を達成するために、更に調査へ投資することが重要である。

ニュージーランドの多くの人々の保健に関する要求に対応する一般的な介入は、多くのエビデンスで支持されている。しかし、マオリ族に特異的な保健に関する要求に対応する活動についての調査エビデンスは欠如している。調査アプローチはマオリ族にとって受け入れられるものでなければならない。様々なマオリ族の調査に関連する記述を付録 2 に記載した。

Coupe（2005）による最近のマオリ族に特化した研究（2005）で、悪い精神保健状態に次いで、マオリ族の自殺企図に関連する危険要因は文化的同一性、マリファナ使用、対人関係の虐待であることが示された。マオリ族における自殺行動の理解をより深いものとするために、マオリ族による調査が更に必要である。特に、若いマオリ族女性における高い自殺企図率、マオリ族青少年の高い自殺率および 35 歳以下のマオリ族の有意に高い自殺率に対応する介入法の因果関係、有効性、効果に関する知見を拡大し、検討し、同定するための調査が必要である。マオリ族の自殺予防調査を設立し開発するための作業工程表により、実質的に調査の開始が可能となった。

太平洋系の人々の課題

Te Rau Hinengaro: ニュージーランド精神保健調査（Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey）（Oakley Browne et al 2006）により集められた情報を更に解析することが、太平洋系の人々の集団における自殺行動や精神保健に関する課題を調査するための鍵となる最初の段階である。データを更に解析することで、太平洋系の人々を対象とした今後のサービスや介入を計画する際に必要な情報が得られた。特に、太平洋系の人々は精神保健の問題に際して保健サービスにあまりアクセスしないという報告を考慮すると、この調査データから、自殺企図をした太平洋系の人々によるサービスの利用について、より詳細な情報が得られる。

自殺データは更に正確になってきているが、民族に関する正確な記録が欠如しているために太平洋系の人々の自殺や自殺行動についてのデータは、不正確かもしれないという懸念が残る。太平洋系の人々の要求により良く対応するため、存在率、発生率、サービス供給についての民族に特化したデータの収集と報告を強化することが必要である。

調査の必要な他の領域として以下が挙げられる：

- 太平洋系の人々の家族や地域社会の自殺に対する態度や伝統的な信念や態度に対する影響
- 太平洋系の人々に対する効果的な自殺予防介入
- 太平洋系の人々の家族や地域社会に対する事後対応（ポストベンション）
- 同定すべき特異的な太平洋系の人々の民族性の趨勢を把握することを可能とするための民族特異的データの改良

活動の鍵となる領域

自殺データの質と時宜性の改善

- 7.1 自殺に関連するデータの改善。この活動はニュージーランドの自殺行動についての情報をより正確にするために重要である。この活動には、自殺および自殺企図に関する国家的データの一貫性を改善すること、自殺企図に関して完全なデータを収集するための調査施設の設立可能性を調べることで、民族データ収集を改善することが含まれる。
- 7.2 自殺データの時宜性に関する課題に対応する。時宜にかなう統計情報は、自殺および自殺企図率に対するこの活動計画の影響をモニターするために必要である。この活動には、傾向についての迅速な解析を可能とするための検死データベースの設置のような検死報告の改善が含まれる。
- 7.3 自殺死亡調査委員会設立可能性の検討。この委員会の鍵となる職務は、ニュージーランドの自殺および自殺企図に関する傾向および問題を同定するために、データの定期的な調査を実施することにある。

調査基盤の拡張

- 7.4 自殺に関連する既存のデータベースの解析。自殺に関連する問題についての一般集団（ポピュレーション）レベルの詳細なデータは既存のデータベースに含まれている。例えば、青少年調査 2000 および 2007、Te Rau Hinengaro 調査がある。これらのデータベースから、自殺についての知識を更に得る事ができるかどうかについて検討されるべきである。
- 7.5 新たな自殺予防活動の評価。この活動計画により実施される自殺予防活動を成功させるためには適切な評価が重要である。このため、この活動計画に基づく活動は、適切な評価とともに、予防科学のアプローチに従い開発される必要がある。
- 7.6 保健調査会議（Health Research Council）（HRC）を介する資金提供の継続。自殺調査に資金を提供する HRC の現在の役割が継続されるべきである。更に、トランスレーショナル研究や評価に焦点を当てた予防科学アプローチを用いた調査が、強調して継続されるべきである。
- 7.7 ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016（New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016）の実施支援をしている保健省自殺予防調査基金による調査資金提供。
- 7.8 マオリ族自殺調査への投資。前述したように、マオリ族の自殺の問題は、この活動計画の優先項目である。この領域の政策開発に情報を提供するために、マオリ族の自殺行動に関する調査に対して、支援し資金を提供しなければならない。マオリ族自殺調査への投資として以下が含まれるだろう：(a) マオリ族調査についての今後の協議項目；(b) 既存データベース解析へのマオリ族研究者の関与の増加；(c) マオリ族精神保健調査職の更なる開発；(d) 様々な適切な調査手法を用いたマオリ族自殺調査に対する投資の増強（付録 2 参照）。

調査および情報の普及

- 7.9 自殺予防調査および情報普及計画の開発、実施、および評価。これは、特定の情報を必要としている人が要求する調査や情報に沿った計画となり、特異的にマオリ族サービス提供者やマオリ族地域社会の要求を含む計画となる。これは、安全で、効果的で、エビデンスに基づく普及原則を手引きとする。

付録 1：諮問グループの構成員とこの活動計画の開発に貢献した人々

Taskforce

Dr David Chaplow, Ministry of Health (Chair)
Dr Nick Baker, Nelson-Marlborough DHB
Dr Jo Baxter, University of Otago
Associate Professor Annette Beautrais, University of Otago
Dr Sunny Collings, Consultant Psychiatrist and Senior Lecturer, University of Otago
Dr Barbara Disley, formerly Ministry of Education
Gareth Edwards, Mental Health Consultant
Professor David Fergusson, University of Otago
Molly Fiso, Pacific Island Women's Project
Dr Simon Hatcher, University of Auckland
Dr David Kerr, General Practitioner
Materoa Mar, Mental Health Consultant
Mary Smith, Lakes DHB
Merryn Statham, Suicide Prevention Information New Zealand
Phyllis Tangitu, Lakes DHB
Dr Alison Taylor, Public Health and Youth Consultant

Maori Caucus

Tuwhakairiora Williams, Whanau, Hapu, Iwi Consultant (Chair)
Dr Jo Baxter, University of Otago
Ana Bidois, Ministry of Health
Dr Nicole Coupe, Post Doctoral Fellow (Nga Pae o te Maramatanga)
Dr Hinemoa Elder, Counties Manukau DHB and Hauora Waikato
Maraea Johns, Ministry of Health
Materoa Mar, Mental Health Consultant
Arama Pirika, Kaumatua Maori Mental Health
Donny Rangiaho, Maori Mental Health Service Provider
Phyllis Tangitu, Lakes DHB
Dr Sylvia Van Altvorst, Counties Manukau DHB
Suicide Research Network Advisors
Associate Professor Annette Beautrais, University of Otago
Dr Sunny Collings, Consultant Psychiatrist and Senior Lecturer, University of Otago
Professor David Fergusson, University of Otago
Dr Simon Hatcher, University of Auckland

Pacific Advisors

Dr Monique Faleafa, Niu Mindworks Ltd
Dr Siale Foliaki, Counties Manukau DHB
Dr Jemaima Tiatia, Hibiscus Research _ Research Consultant

DHB Advisors

Joy Cooper, Wairarapa DHB
Karleen Edwards, formerly Canterbury DHB
Philip Grady, Counties Manukau DHB
Vito Malo, Capital and Coast DHB

Annette Mortensen, Northern DHB Support Agency
Mary Smith, Lakes DHB
Derek Wright, formerly Northern DHB Support Agency

Inter-Agency Committee on Suicide Prevention

Ministry of Health (Chair)
Accident Compensation Corporation, including the New Zealand Injury Prevention Secretariat
Department of Corrections
Department of Internal Affairs
Ministry of Education
Ministry of Justice
Ministry of Pacific Island Affairs
Ministry of Social Development, including Child, Youth and Family and the Ministry of Youth Development
Ministry of Women's Affairs
New Zealand Police
Te Puni Kokiri

New Zealand Reviewers

Associate Professor Rob McGee, University of Otago
Professor Tony Dowell, University of Otago
Toni Gutschlag, Canterbury DHB
Anganette Hall, Hutt Valley DHB
Kirsty Maxwell-Crawford, Te Rau Matatini
Tim Pankhurst, Commonwealth Press Union
Dr Keren Skegg, University of Otago
Dr Louise Smith, Clinical Advisory Services Aotearoa
Professor Barry Taylor, University of Otago
Jim Tully, University of Canterbury

International Peer reviewers

Professor Robert Goldney, University of Adelaide, Australia
Professor Keith Hawton, University of Oxford, United Kingdom
Associate Professor Jane Pirkis, University of Melbourne, Australia

付録 2：マオリ族調査についての記述

特 性	マオリ族を含まない調査	マオリ族を含む調査	マオリ族を中心とした調査	Kaupapa Maori 調査
記述	マオリ族の参加がなく、マオリ族に関するデータを収集・検討しない調査 結果がマオリ族に影響がないと考えられる調査	参加者または対象者としてマオリ族が関与する調査またはマオリ族が調査チームの一員である調査 マオリ族のデータを収集し解析する調査 現在の調査方法や主流の解析についてマオリ族が訓練を受けるような調査	マオリ族が強く参加し、調査チームの主要メンバーにマオリ族がなっている調査 マオリ族の解析が実施され、マオリ族の知識を生み出し、主流の標準との比較のための調査	マオリ族が強く参加し、調査メンバー全員がマオリ族である調査 マオリ族の解析が実施され、マオリ族の知識が生み出される調査 マオリ族の期待や品質標準に合致する調査
マオリ族の参加	無し	少ない	多い	多い、もしくはマオリ族専用
方法 / 手法	現在、主流	現在、主流	現在、主流およびマオリ族	現在、マオリ族および主流
解析	主流	主流	マオリ族	マオリ族

出展元:C Cunningham. 1998、調査、科学、技術におけるマオリ族知識に対応するための構造 (A Framework for Addressing Maori Knowledge in Research, Science and Technology)。科学技術省のための報告、p7。

参照文献

- Adolescent Health Research Group. 2003. New Zealand Youth: A profile of their health and wellbeing - early findings of Youth 2000, a national secondary school youth health survey. Auckland: University of Auckland.
- Allgulander C. 2000. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Anxiety disorders. In K Hawton, K van Heeringen (eds). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. New York: John Wiley & Sons.
- Amos T, Appleby L, Kiernan K. 2001. Changes in rates of suicide by car exhaust asphyxiation in England and Wales. *Psychological Medicine* 31:935-9.
- Appleby L, Dennehy J, Thomas C et al. 1999. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *The Lancet* 353: 1397-400.
- Asian Public Health Project Team. 2003. Asian Public Health Project Report February 2003. Auckland Regional Public Health Service. URL: <http://www.asianhealth.govt.nz>. Accessed 19 November 2007.
- Associate Minister of Health. 2006. The New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016. Wellington: Ministry of Health.
- Bathgate M, Pulotu-Endemann FK. 1997. Pacific people in New Zealand. In P Ellis, S Collings (eds.) *Mental Health in New Zealand from a Public Health Perspective*. Wellington: Ministry of Health.
- Beautrais AL. 2000a. Restricting Access to Means of Suicide in New Zealand: A report prepared for the Ministry of Health on methods of suicide in New Zealand 1997-1996. Wellington: Ministry of Health.
- Beautrais AL. 2000b. Risk factors for suicide and attempted suicide amongst young people. Report prepared for the National Health and Medical Research Council. Canberra: NH & MRC.
- Beautrais AL. 2001a. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35: 557-62.
- Beautrais AL. 2001b. Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine* 31: 837-45.
- Beautrais AL. 2002. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32: 1-9.
- Beautrais AL. 2003a. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A 5 year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37: 595-9.
- Beautrais AL. 2003b. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry* 160: 1093-9.
- Beautrais AL. 2004a. Further suicidal behaviour among medically serious suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 34: 1-11.
- Beautrais AL. 2004b. Suicide Postvention. Support for families, whanau and significant others after a Suicide: A literature review and synthesis of evidence. URL: <http://www.moh.govt.nz>. Accessed 19 November 2007.
- Beautrais, AL. 2004c. Support for Families, Whanau and significant others after a Suicide Attempt: A literature review and synthesis of the evidence. URL: <http://www.moh.govt.nz>. Accessed 19 November 2007.
- Beautrais AL. 2006. Women and suicidal behaviour. *Crisis* 27: 153-6.
- Beautrais AL, Coggan CA, Fergusson DM, et al. 1998. Young people at risk of suicide: A guide for schools. Wellington: Ministry of Education and National Health Committee.
- Beautrais AL, Collings SC, Ehrhardt P, et al. 2005. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health.
- Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, et al. 2007. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A review of the evidence. *The New Zealand Medical Journal* 120 (1251): U2459.
- 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* 40:253-9.
- Beautrais AL, Horwood LJ, Fergusson DM. 2004. Knowledge and attitudes about suicide in 25-year olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38: 260-5.

- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. 1998. Youth suicide attempts: A social and demographic profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32: 349-57.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. 1996. Risk factors for serious suicide attempts among youth aged 13-24. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35: 1174-82.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, et al. 1996. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case control study. *American Journal of Psychiatry* 153: 1009-14.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. 1997. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 1543-51.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. 2000. Unmet need following serious suicide attempt: Follow-up of 302 subjects for 30 months. In: G Andrews, S Henderson, (eds). *Unmet Need in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bennett S, Coggan C, Adams P. 2002. Young people's pathways to well-being following a suicide attempt. *International Journal of Mental Health Promotion* 4: 25-32.
- Bennett S, Coggan C, Brewin M. 2003. Evidence for student focused school-based suicide prevention programmes: Criteria for external providers. Auckland: Injury Prevention Research Centre (Te Puu Taki Aukati Whara).
- Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. 2003. Unemployment and suicide: Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health* 57: 594-600.
- Boyce P, Carter G, Penrose-Wall J, et al. 2003. Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self-harm. *Australasian Psychiatry* 11: 150-5.
- Bridge J, Iyengar S, Salary C, et al. 2007. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in paediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association* 297: 1683-96.
- Brown G, Ten Have T, Henriques G, et al. 2005. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 294: 563-70.
- Brown TN, Williams DR, Jackson JS, et al. 2000. Being black and feeling blue: the mental health consequences of racial discrimination. *Race and Society* 2: 117-31.
- Bryant RA, Njenga FG. 2006. Cultural sensitivity: Making trauma assessment and treatment plans culturally relevant. *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (Suppl 2): 74-79.
- Bucca M, Ceppi M, Peloso P et al. 1994. Social variables and suicide in the population of Genoa, Italy. *Comprehensive Psychiatry* 35: 64-9.
- Bywaters J, Foster K, Scott J. 2006. Internet sites that promote suicide: 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. *Psychiatria Danubina* 18: 97.
- Cantor C, Turrell G, Baume P. 1996. Access to Means of Suicide by Young Australians: A background report. Carina, Queensland: Australian Institute for Suicide Research and Prevention.
- Carragher DJ, Rivers I. 2002. Trying to Hide: A Cross-National Study of Growing UP for Non-Identified Gay and Bisexual Male Youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7(3): 457-74.
- Carter G, Clover K, Whyte I, et al. 2005. Postcards from the Edge project: Randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *British Medical Journal* 331: 805-9.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. 2003. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301:291-3.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. 2003. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine* 33: 395-405.
- Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. 1999. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: A case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34: 645-50.
- CDC. 2006. Toxicology testing and results for suicide victims -13 states. 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 55 (46):1245-8.

- Chambers DA, Pearson JL, Lubell K, et al. 2005. The science of public messages for suicide prevention: A workshop summary. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35 (2): 134-45.
- Child, Youth and Family. 2000. Towards Well-Being. Responding to the Needs of Young People. Wellington: Department of Child, Youth and Family Services.
- Chochinov H, Wilson K, Enns M, et al. 1998. Depression, Hopelessness and Suicidal Ideation in the Terminally Ill. *Psychosomatics* 39: 366-370.
- Code of Practice Committee (Newspaper and Periodical Industry, UK). 2006. Editors' Code of Practice. URL: http://www.pcc.org.uk/assets/111/Code_aug_06.pdf. Accessed 4 November 2007.
- Coker AL, Hanks JS, Eggleston K, et al. 2006. Social and mental health needs assessment of Katrina evacuees. *Disaster Management and Response* 4: 88-94.
- Collings S, Beautrais AL. 2005. Suicide Prevention in New Zealand: A contemporary perspective. Wellington: Ministry of Health.
- Collings S, Blakely T, Atkinson J, et al. 2005. Suicide Trends and Social Factors - New Zealand 1981 to 1999: Analyses from the New Zealand Census-Mortality Study. Wellington: Ministry of Health.
- Comtois K, Linehan M. 2006. Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology in Session* 62: 161-170.
- Corrigan P, Penn DL. 1999. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist* 54: 765-76.
- Coupe NM. 2005. Whakamomori Māori Suicide Prevention. PhD Thesis. Massey University, Palmerston North, New Zealand.
- Cox LA, Edison DL, Stewart RL, et al. 2006. Management of Recruit Suicide. In: B DeKoning (ed). *Recruit Medicine*. Washington, DC: Borden Institute.
- Crane C, Hawton K, Simkin S, et al. 2005. Suicide and the media: Pitfalls and prevention. *Crisis* 26: 42-47.
- Crawford M, Kumar P. 2007. Intervention following deliberate self-harm: enough evidence to act? *Evidence Based Health Management ONLINE* 10: 37-9. URL: <http://www.ebmentalhealth.com>.
- Crawford MJ, Thomas O, Khan N, et al. 2007. Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry* 190: 11-17.
- Dake JA, Price JH, Telljohann SK. 2003. The nature and extent of bullying at school. *Journal of School Health* 73: 173-80.
- D'Augelli AR, Hersherberger SL, Pilkington BA. 1998. Lesbian, Gay and Bisexual Youth and Their Families: Disclosure of sexual orientation and its consequences. *Journal of American Orthopsychiatry* 68(3): 361-70.
- Davidson JRT. 2006. Foreword. After the tsunami: Mental health challenges to the community for today and tomorrow. *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (Suppl 2): 3-8.
- Davidson JRT, McFarlane AC. 2006. The extent and impact of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (Suppl 2): 9-14.
- Davidson LE. 1989. Suicide Clusters and Youth. In CR Pfeffer (ed). 1989. *Suicide among Youth: Perspectives on risk and prevention*, Washington: American Psychiatric Press.
- de Graaf R, Sandfort TGM, ten Have M. 2006. Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior* 35(3): 253-62.
- De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. 2001. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a longterm follow-up study. *Schizophrenia Research* 47: 127-34.
- De Leo D, Burgis S, Bertolote J, et al. 2006. Definitions of suicidal behaviour: Lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis* 27: 4-15.
- De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. 2002. Suicide among the elderly: The long term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry* 181: 226-9.
- Denny S, Balhorn A, Lawrence A, et al. 2005. Student access to primary care and preventative health screening at a school-based health centre in South Auckland, New Zealand. *New Zealand Medical Journal* 118 (1218).

- Department of Health and Ageing. 2004. Summary Report: News media and indigenous Australian communities. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Department of Health and Ageing. 2006. Reporting Suicide and Mental Illness: A mindframe resource for media professionals. Canberra: Commonwealth of Australia.
- D'Onofrio G, Pantalon MV, Degutis LG, et al. 2005. Development and implementation of an emergency practitionerperformed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine* 12: 249-56.
- Druss B, Pincus H. 2000. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Archives of Internal Medicine* 160:1522-26.
- Dunne EJ. 1992. Following a suicide: Postvention. In: B Bougar (ed). *Suicide Guidelines for Assessment, Management and Treatment*. London: Oxford University Press.
- Durie M. 1994. *Whaiora: Māori health development*. Auckland: Oxford University Press.
- Durie M. 1998. *Whaiora* (2nd edition). Auckland: Oxford University Press.
- Durie M. 1999. *Te Pae Mahutonga: A model for Maori health promotion*. Unpublished paper. Palmerston North: School of Maori Studies, Massey University.
- Durkheim E. 1897. *Suicide: A study in sociology*. Translated from the French *Le Suicide: Etude de Sociologie* by JA Spaulding and G Simpson. 1951. New York: The Free Press of Glencoe.
- Dyall L. 1997. Maori. In P Ellis and S Collings (eds). *Mental Health in New Zealand from a Public Health Perspective*. Wellington: Ministry of Health.
- Earls F, Escobar JI, Manson SM. 1990. Suicide in minority groups: Epidemiologic and cultural perspectives. In: SJ Blumenthal, DJ Kupfer, (eds) *Suicide Over the Life Cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ellis P, Collings S (eds). 1997. *Mental Health in New Zealand From a Public Health Perspective*. Wellington: Ministry of Health.
- Ellis P, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. 2004. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38: 389-407.
- Engel G. 1980. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137: 535-44.
- Faleafa M, Lui D, Afaaso B, et al. 2007. Paolo" O o'u Paolo out e malu ai"" It is my people that give me shelter": Embracing our Samoan communities: Suicide prevention information for people working with Samoans in Niu Sila. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand.
- Feinstein A. 2002. An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 59: 674-78.
- Fergusson D, Beautrais AL, Horwood LJ. 2003. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine* 33: 61-73.
- Fergusson D, Horwood LJ. 1998. Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect* 22: 339-57.
- Fergusson D, Horwood LJ, Beautrais AL. 1999. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry* 56: 876-80.
- Fergusson D, Horwood LJ, Ridder E. 2005. Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort. *Journal of Marriage and the Family* 67: 1103-19.
- Fergusson D, Horwood LJ, Ridder E et al. 2005. Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychological Medicine* 35: 971-981.
- Fergusson D, Lynskey MT. 1997. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect* 21: 617-30.
- Fergusson D, Woodward LJ, Horwood LJ. 2000. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine* 30: 23-39.

- Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones JN, et al. 2005. Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of Affective Disorders* 87: 35-42.
- Fleming T, Merry S, Robinson S, et al. 2007. Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41: 213-21.
- Gibb S, Beautrais AL. 2004. *Attempted Suicide in Canterbury*. Christchurch: Christchurch School of Medicine and Health Sciences.
- Gibb S, Beautrais AL, Fergusson DM. 2005. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: A 10 year study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39: 95-100.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al. 2003. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 289: 3145-51.
- Glick I, Zaninelli R, Hsu C, et al. 2004. Patterns of concomitant psychotropic medication use during a 2-year study comparing clozapine and olanzapine for the prevention of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychiatry* 65: 679-85.
- Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, et al. 2007. Have education and publicity about depression made a difference? A comparison of prevalence, service use and excess costs in South Australia: 1998 and 2004. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 41: 38-53.
- Gould MS. 1990. Suicide clusters and media exposure. In: SJ Blumenthal SJ, DJ Kupfer, (eds). *Suicide Over the Life Cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gould MS. 2001. Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 932: 200-21.
- Gould MS, Fisher P, Shaffer D, et al. 1996. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry* 53: 1155-62.
- Gould MS, Kalafat J, Harris Munfakh J. 2007. An evaluation of crisis hotline outcomes: Part 2 - suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37: 338-52.
- Gould MS, Wallenstein S, Davidson L. 1989. Suicide clusters: A critical review. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 19: 17-29.
- Gould MS, Wallenstein S, Kleinman MH, et al. 1990. Suicide clusters: An examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health* 80: 211-12.
- Green G, Gask L. 2006. The development, research and implementation of STORM (Skills-based Training on Risk Management). *Primary Care Mental Health* 3: 207-13.
- Gunnell DJ, Peters TJ, Kammerling RM, et al. 1995. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *British Medical Journal* 311: 226-30.
- Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, et al. 2001. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal* 323:135-39.
- Hamilton T, Cook H. 2004. *The Management of Deliberate Self-harm in Young People. Guidelines for Hospital Departments of Emergency Medicine and Psychiatry*. Australia: Australian College for Emergency Medicine, the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists and the Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Harris R, Tobias M, Jeffreys M, et al. 2006. Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Maori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. *The Lancet* 367: 2005-9.
- Harter M, Bermejo I, Ollenschlager G, et al. 2006. Improving quality of care for depression: The German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines. *International Journal for Quality in Health Care* 18: 113-19.
- Hartkopp A, Bronnum-Hansen H, Seidenschneur A-M, et al. 1998. Suicide in a Spinal Cord Injured Population: Its relation to functional status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 79: 1356-1360.
- Hawton K. 2000. General hospital management of suicide attempters. In: K Hawton, K van Heeringen (eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Hawton K. 2005. Psychosocial treatments following attempted suicide: Evidence to inform clinical practice. In: K.

- Hawton (ed). Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. Oxford: Oxford University Press.
- Hawton K, Bale L, Casey D, et al. 2006. Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis* 27: 157-163.
- Hawton K, Simkin S, Deeks J, et al. 2004. UK legislation on analgesic packs: Before and after study of long term effect on poisonings. *British Medical Journal* 329:1076-9.
- Hawton, K, Townsend, E, Arensman, et al. 1999. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm.
- Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 4. Art. No.: CD001764. DOI: 10.1002/14651858.CD001764.
- Hawton K, Williams K. 2001. The connection between media and suicidal behavior warrants serious attention. *Crisis* 22: 137-40.
- Hawton K, Williams K. 2002. Influences of the media on suicide. *British Medical Journal* 325:1374-5.
- Hawton K, Williams K. 2005. Media influences on suicidal behavior: Evidence and prevention. In: K Hawton (ed). *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From science to practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Hayes LM. 1997. From chaos to calm: One jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral Sciences and the Law* 15: 399-13.
- Hazell P. 1993. Adolescent suicide clusters: Evidence, mechanisms and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 27: 653-65.
- Hazell P, King R. 1996. Arguments for and against teaching suicide prevention in schools. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30: 633-42.
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A et al. 2006. The alliance against depression: 2 year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine* 36, 1225-33.
- Hem E, Loge J, Haldorsen T, Ekeberg O. 2004. Suicide Risk in Cancer Patients From 1960-1999. *Journal of Clinical Oncology* 22: 4209-16.
- Henare K, Ehrhardt P. 2004. Support for Maori, Pacific and Asian Family, Whanau and Significant Others who have been bereaved by suicide: Findings of a literature search. Wellington: Ministry of Youth Development.
- Herrell R, Goldberg J, True WR, et al. 1999. Sexual orientation and suicidality: A co twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry* 56: 867-74.
- Herrestad H. 2006. Norwegian regulations which criminalize injunctions to suicide. 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. *Psychiatria Danubina* 18: 96.
- Hershberger S, D'Augelli A. 1995. The Impact of Victimization on the Mental Health and Suicidality of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths. *Developmental Psychology* 31(1): 65-74.
- Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, et al. 2000. Mortality in Eating Disorders: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders* 28: 20-6.
- Hight N, Luscombe G, Davenport T, et al. 2006. Positive relationships between public awareness activity and recognition of the impacts of depression in Australia. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 55-8.
- Hirini P, Collings S. 2005. Whakamomori: He whakaaro, he korero noa. A collection of contemporary views on Maori and suicide. Wellington: Ministry of Health.
- Ho E, Au S, Bedford C, et al. 2002. Mental Health Issues for Asians in New Zealand: A literature review. Wellington: Mental Health Commission.
- Hurley A. 2006. Mood disorders in intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry* 19: 465-9.
- Huygen C. 2006. Understanding the needs of lesbian, gay, bisexual and transgender people living with mental illness. *Medscape General Medicine* 8(2): 29.
- Hyde, P, Innes-Kent, S, Mason, N. 2006. Report of the evaluation of The LivingWorks ASIST Programme. Unpublished report produced for LifeLine Auckland.
- Institute of Medicine. 2002. Reducing Suicide. A National Imperative. Washington DC: The National Academies Press.
- Jane-Llopis E, Barry M, Hosman C, et al. 2005. Mental Health Promotion Works: A Review. Promotion and Education

Supplement (Suppl 2): 9-25.

Jesson J, Pocock R, Wilson K. 2005. Reducing medicines waste in the community. *Primary Health Care Research and Development* 6(2): 117-24.

Johannsen TH, Ripa CPL, Mortensen EL, et al. 2006. Quality of life in 70 women with disorders of sex development. *Society of the European Journal of Endocrinology* 155: 877-85.

Johansson L, Lindqvist P, Eriksson A. 2006. Teenage suicide cluster formation and contagion: Implications for primary care. *BMC Family Practice* 7: 32.

Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, et al. 1997. Ethnicity, social factors, illness and suicide: A follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95 (2): 125-31.

Jones AL, Dargan PI. 2002. Advances, challenges, and controversies in poisoning. *Emergency Medicine Journal* 19:190-2.

Jordan JR, McMenamy J. 2004. Interventions for Suicide Survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 34: 337-49.

Jorm A, Christensen H, Griffiths K. 2006. Changes in depression awareness and attitudes in Australia: The impact of beyondblue: the national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 42-6.

Juvonen J, Graham S, Schuster MA. 2003. Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics* 112: 1231-7.

Kalafat J, Gould M, Harris Munfakh J, et al. 2007. An evaluation of crisis hotline outcomes Part 1: Non-suicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37: 322-337.

Kapur N, Turnbull P, Hawton K, et al. 2006. The hospital management of fatal self-poisoning in industrialized countries: An opportunity for suicide prevention? *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36: 302-12.

Kawachi I, Berkman LF. 2001. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health* 78 (3): 458-67.

Kelly B, Raphael B, Judd F, et al. 1998. Suicidal Ideation, Suicide Attempts and HIV Infection. *Psychosomatics* 39: 405-415.

Kessler RC, Galeas S, Jones RT, et al. 2006. Mental illness and suicidality after hurricane Katrina. *Bulletin of the World Health Organization* 84 (12): 921-1000.

Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. 1999. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behaviour* 40: 208-30.

King CA, Kramer A, Preuss L. 2006. Youth-nominated support team for suicidal adolescents (Version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 74: 199-206.

King R, Nurcombe B, Bickman L, et al. 2003. Telephone counselling for adolescent suicide prevention: Changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33: 400-11.

Kishi Y, Robinson R, Kosier J. 2001. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: Patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction and spinal cord injury. *Psychosomatics* 42(5): 382-390.

Kitchener BA, Jorm AF. 2006. Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 6-8.

Kizito H. 2001. *Refugee Health Care: A Handbook for Health Professionals*. Wellington: Ministry of Health.

Knox KL, Litts DA, Talcott GW, et al. 2003. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: Cohort study. *British Medical Journal* 327: 1-5.

Kurella M, Kimmel P, Young B, Chertow G. 2005. Suicide in the United States end-stage renal disease program. *Journal of*

American Society of Nephrology 16: 774-781.

Lawson Te Aho K. 1998. *A Review of Evidence: A background document to support Kia Piki te Ora o te Taitamariki: New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy*. Wellington: Te Puni Ko kiri.

Le Brun C, Robinson E, Warren H, et al. 2004. *Non-heterosexual Youth - A Profile of their Health and Wellbeing*:

Data from Youth 2000. Auckland: The University of Auckland.

Le Quesne K. 1995. Report of the Suicide Prevention Review Group. Corrections Operations Group, Review of Suicide Prevention in Prisons 1995. Wellington: Department of Justice.

Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. 1994. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 62(2): 297-305.

Lewis G, Sloggett A. 1998. Suicide, deprivation, and unemployment: Record linkage study. *British Medical Journal* 317: 1283-1286.

Linehan M, Comtois K, Murray A. 2006. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63: 757-66.

Linehan MM, Rizvi, SL, Welch SS et al. 2000. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In Hawton K, van Heeringen K (eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons Ltd.

Linsley KR, Johnson N, Martin J. 2007. Police contact within 3 months of suicide and associated health service contact. *British Journal of Psychiatry* 190: 170-1.

Liu K, Beautrais A, Caine E, et al. 2007. Charcoal burning suicides in Hong Kong and urban Taiwan - an illustration of the impact of a novel method of suicide on overall regional rates. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61(3): 248-253.

Lonnqvist JK. 2000. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression. In K Hawton and K van Heeringen (eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons.

Lubell KM and Vetter JB. 2006. Suicide and Youth Violence Prevention: The Promise of an Integrated Approach. *Aggression and Violent Behavior* 11: 167-175.

Ludwig J, Marcotte DE. 2005. Anti-depressants, suicide, and drug regulation. *Journal of Policy Analysis and Management* 24: 249-72.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. 2002. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry* 159: 909-16.

MaGPIe Research Group. 2003. The nature and prevalence of psychological problems in New Zealand primary healthcare:

A report on Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe). *New Zealand Medical Journal* 116: U379.

Makinen IH. 2006. Suicide mortality of Eastern European regions before and after the Communist period. *Social Science and Medicine* 63: 307-19.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. 2005. Suicide prevention strategies. A systematic review. *Journal of the American Medical Association* 294: 2064-74.

Maori Suicide Prevention Review Group. 1996. Reducing Suicide by Maori Prison Inmates. Wellington: Department of Corrections and Te Puni Kokiri.

Maskill C, Hodges I, McClellan V, et al. 2005. Explaining Patterns of Suicide: A selective review of studies examining social, economic, cultural and other population-level influences. Wellington: Ministry of Health.

Mason K, Johnston J, Crowe J. 1996. The report of an inquiry under section 47 of the Health and Disability Services Act 1993 in respect of certain mental health services. Report of the Ministerial Inquiry to the Minister of Health. Wellington: Ministerial Inquiry to Minister of Health.

Mathias K. 2002. Youth-specific primary health care - access, utilisation and health outcomes. New Zealand Health Technology Assessment Report 5 (1). Christchurch: Christchurch School of Medicine and Health Sciences.

McClure GMG. 2000. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *British Journal of Psychiatry* 176: 64-7.

McDaniel J, Purcell D, D'Augelli A. 2001. The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31 (Suppl): 84-105.

McIntosh J. 1993. Control group studies of suicide survivors: A review and critique. *Suicide & Life Threatening Behavior* 23: 146-161.

Meehan J, Kapur N, Hunt IM, et al. 2006. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. *British Journal of Psychiatry* 188: 129-134.

Mehlum L. 2000. The internet, suicide and suicide prevention. *Crisis* 21: 186-88.

Mehlum L, Schwets R. 2000. Suicide prevention in the military: Recent experiences in the Norwegian army. Programme and Abstracts of the 33rd International Congress on Military Medicine, 25-30 June, Helsinki, Finland.

Mental Health Commission. 2007. Te Haererenga mo te Whakaoranga 1996-2006: The Journey of recovery for the New Zealand mental health sector. Wellington: Mental Health Commission.

Mental Health Foundation. 2004. Respect Costs Nothing: A survey of discrimination faced by people with experience of mental illness in Aotearoa New Zealand. Auckland: Mental Health Foundation.

Merrick J, Merrick E, Lunsy Y, et al. 2006. A review of suicidality in persons with intellectual disability. *Israel Journal of Psychiatry* 43 (4): 258-264.

Minister for Senior Citizens. 2001. The New Zealand Positive Ageing Strategy. Wellington: Ministry of Social Policy.

Minister of Health. 2000. New Zealand Health Strategy. Wellington: Ministry of Health.

Minister of Health. 2001. The Primary Health Care Strategy. Wellington: Ministry of Health.

Minister of Health. 2002. The Pacific Health and Disability Action Plan. Wellington: Ministry of Health.

Minister of Health. 2005. Te Ta huhu - Improving Mental Health 2005-2015: The Second New Zealand Mental Health and Addiction Action Plan. Wellington: Ministry of Health.

Minister of Health. 2006. Te Kokiri: The Mental Health and Addiction Action Plan 2006-2015. Wellington: Ministry of Health.

Minister of Health, Associate Minister of Health. 2002. He Korowai Oranga: The Maori Health Strategy. Wellington: Ministry of Health.

Minister of Health, Associate Minister of Health. 2006. Whakatataka Tuarua: Maori Health Action Plan 2006-2011. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 1998. Preventing Suicide: Guidelines for the Media on the Reporting of Suicide. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 1999. Suicide and the Media: The Reporting and Portrayal of Suicide in the Media. A resource. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 2002a. Reducing Inequalities in Health. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 2002b. Youth Health: A Guide to Action. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 2005. Living with Disability in New Zealand: Summary: Key results from the 2001 Household Disability Survey and the 2001 Disability Survey of Residential Facilities. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 2006a. New Zealand Suicide Trends: Mortality 1921-2003, hospitalisations for intentional self-harm 1978-2004. Monitoring Report No 10. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 2006b. Asian Health Chart Book 2006. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 2007a. Suicide Facts: 2005-2006 data. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 2007b. Suicide Trends by Method: 2005-2006 data. Unpublished.

Ministry of Youth Development. 2005. Guidance for Community Organisations Involved in Suicide Prevention. Wellington: Ministry of Youth Development.

Mishara BL, Chagnon F, Daigle M et al. 2007. Which Helper Behaviours and Intervention Styles are Related to Better Short-Term Outcomes in Telephone Crisis Intervention? Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the US 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 37(3): 308-321.

Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. 2001. Psychopathology, Childhood Sexual Abuse and Other Childhood Adversities: Relative Links to Subsequent Suicidal Behaviour in the US. *Psychological Medicine* 31: 965-977.

Mott JA, Wolfe MI, Alverson CJ, et al. 2002. National vehicle emissions policies and practices and declining US carbon monoxide-related mortality. *Journal of the American Medical Association* 288: 988-95.

- Motto J, Bostrom A. 2001. A randomized controlled trial of post-crisis suicide prevention. *Psychiatric Services* 52: 828-33.
- Murphy GE. 2000. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. In K Hawton, K van Heeringen (eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Murray CJL, Lopez AD. 1996. *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nada-Raja S, Skegg K, Langley J, et al. 2004. Self-harmful behaviors in a population-based sample of young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 34: 177-86.
- Nairn K, Smith A. 2003. Taking Students Seriously: Their Rights to be Safe at School. *Gender and Education* 15(2): 133-149.
- National Collaborating Centre for Mental Health. 2004. Clinical Guideline 16. Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary settings. London: National Institute for Clinical Excellence.
- National Health Committee. 1996. *Guidelines for the Treatment and Management of Depression by Primary Healthcare Professionals*. Wellington: National Health Committee.
- National Health Committee. 1999. *Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care*. Wellington: National Health Committee.
- Neeleman J, de Graaf R, Vollebergh W. 2004. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders* 82: 43-52.
- Nordentoft M. 2006. Criminalization of internet pages instructing in suicide methods? 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. *Psychiatria Danubina* 18: 96.
- Nordentoft M. 2007. Restrictions in availability of drugs used for suicide. *Crisis* 28 (Suppl 1): 44-49.
- NZGG, Ministry of Health. 2003. *The Assessment and Management of People at Risk of Suicide. Best practice evidencebased guideline*. Wellington: Ministry of Health, NZGG.
- Oakley Browne M, Wells JE, Scott KM (eds). 2006. *Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey*. Wellington: Ministry of Health.
- O'Connell H, Chin A, Cunningham C, Lawlor B. 2004. Recent developments: suicide in older people. *British Medical Journal* 329: 895-9.
- O'Carroll PW, Mercy JA. 1990. Responding to community-identified suicide clusters: Statistical verification of the cluster is not the primary issue. *American Journal of Epidemiology* 132: S196-S202.
- O'Carroll PW, Potter LB, Mercy JA. 1994. Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 43: 9-18.
- O'Carroll PW, Steward JA, Mercy JA. 1988. CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 37: 1-12.
- Owens D, Horrocks J, House A. 2002. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 181: 193-9.
- Pega F, Coupe N. 2007. Community Belonging, Close Relationships, General Health and Exercise. A comparison of GLB and non-GLB participants of the Health Behaviours Surveys: Drug and Alcohol Use. Presented at GLBTI Research Forum, Ministry of Social Development, Wellington.
- Pere RR. 1984. Te Oranga o Te Whanau: the health of the family. In: Hui Whakaoranga Maori Health planning workshop proceedings, Hoani Waititi Marae.
- Phillips DP. 1974. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review* 39: 340-54.
- Phillips DP, Carstensen LL. 1988. The effect of suicide stories on various demographic groups, 1968-1985. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 18: 100-14.
- Pirkis J. 2006. Australian legislation on suicide and the internet. 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. *Psychiatria Danubina* 18: 96.
- Pirkis J, Blood RW. 2001. *Suicide and the Media: A Critical Review*. Canberra: Commonwealth of Australia.

- Pirkis J, Blood W, Beautrais A, et al. 2006. Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis* 27: 82-7.
- Pirkis J, Blood W, Francis C, et al. 2005. A review of the literature regarding film and television drama portrayals of suicide. Melbourne: University of Melbourne.
- Platt S, Hawton K. 2000. Suicidal behaviour and the labour market. In K Hawton, van K Heeringen (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen P. 2003. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry* 160: 765-72.
- Rivers L. 1995. *Young Person Suicide*. Wellington: Special Education Service.
- Routley V. 1998. Motor Vehicle Exhaust Gassing Suicides in Australia: Epidemiology and Prevention. Monash University Accident Research Centre. Report No. 139.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa. 2005. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38: 659-70.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. 2004. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38: 868-84.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia. 2003. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37: 641-56.
- Royal New Zealand College of General Practitioners. 1999. *Guidelines for Primary Care Providers: Detection and Management of Young People at Risk of Suicide*. Wellington: Ministry of Youth Affairs.
- Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmsson K, et al. 2001. Life events and psychosocial factors in elderly suicides: A casecontrol study. *Psychological Medicine* 31: 1193-202.
- Russell S, Joyner K. 2001. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health* 91: 1276-81.
- Sakinofsky I. 2000. Repetition of suicidal behaviour. In K Hawton, K van Heeringen (eds). 2000. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Sanders J, Bell G. 2004. Reducing mortality: an important aim of epilepsy management. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 75: 349-51.
- Sartorius N. 2003. Social capital and mental health. *Current Opinion in Psychiatry* 16 (Suppl 2): S101-S105.
- Schmidtke A, Schaller S. 2000. The role of mass media in suicide prevention. In K Hawton, K van Heeringen (eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Semp D. 2006. A public silence: A Report on Sexual Orientation and Public Mental Health Services in New Zealand. Unpublished Paper, Psychology Department, University of Auckland.
- Sher L. 2006a. Alcoholism and suicidal behavior: A clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113: 13-22.
- Sher L. 2006b. Alcohol consumption and suicide. *Quarterly Journal of Medicine* 99: 57-61.
- Simmons DJ, Voyle et al. 1997. Community-based approaches for the primary prevention of Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *Diabetic Medicine* 14 (7): 516-526.
- Simpson A, Brinded PM, Fairly N, et al. 2003. Does ethnicity affect need for mental health service among New Zealand prisoners? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37: 728-34.
- Skegg K. 2005. Self-harm. *The Lancet* 366: 1471-83.
- Skegg K, Nada-Raja S, Dickinson N, et al. 2003. Sexual Orientation and Self-Harm in Men and Women. *American Journal of Psychiatry* 160: 541-6.
- Skehan J, Greenhalgh S, Hazell T, et al. 2006. Reach, Awareness and Uptake of Media Guidelines for Reporting Suicide and Mental Illness: an Australian Perspective. *International Journal of Mental Health Promotion* 8: 28-34.
- Society for Prevention Research. nd. *Standards of Evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination*.

- Church, VA: Society for Prevention Research. URL: <http://www.preventionresearch.org/StandardsOfEvidencebook.pdf>. Accessed 29 September 2007.
- Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. 1994. Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science and Medicine* 38: 453-7.
- Stack S. 2000a. Suicide: A 15-year review of the sociological literature Part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30: 145-62.
- Stack S. 2000b. Suicide: A 15-year review of the sociological literature Part II: Modernization and social integration perspectives. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30: 163-76.
- Stack S. 2005. Suicide in the media: A quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35: 121-33.
- Statistics New Zealand. 2007a. 2006 Disability Survey. URL: <http://www.stats.govt.nz>. Accessed 10 October 2007.
- Statistics New Zealand. 2007b. National Ethnic Population Projections: 2001 (base) - 2021 update. URL: <http://www.stats.govt.nz>. Accessed 28 May 2007.
- Statistics New Zealand. 2007c. QuickStats about Culture and Identity. URL: <http://www.stats.govt.nz>. Accessed 19 April 2007.
- Stenager E, Madsen C, Stenager E, Boldsen J. 1998. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *British Medical Journal* 316: 1206-10.
- Street S, Kromrey JD. 1995. Gender roles and suicidal behavior. *Journal of College Student Psychotherapy* 9: 41-56.
- Sudak HS, Sudak DM. 2005. The media and suicide. *Academic Psychiatry* 29: 495-9. Suicide Prevention Review Group. 1995. Review of Suicide Prevention in Prisons 1995. Wellington: Department of Justice.
- Teasdale T, Engberg A. 2001. Suicide after a stroke: a population study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55: 863-66.
- Te Rau Matatini, Ministry of Health. 2006. Kia Puawai Te Ararau - National Ma ori mental health workforce development strategic plan, 2006-2010. Hamilton: Kaitoro Publishers.
- Thies-Flehtner K, Myller-Oerlinghausen B, Seibert W, et al. 1996. Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders. Data from a randomized prospective trial. *Pharmacopsychiatry* 29: 103-7.
- Tiatia J. 2003. Reasons to Live: NZ-Born Samoan Young People's Responses to Suicidal Behaviours. PhD Thesis. University of Auckland, Auckland.
- Tiatia J, Coggan C. 2001. Young Pacifican suicide attempts: A review of emergency department medical records. *Pacific Health Dialogue* 8: 124-8.
- Tidemalm D, Elofsson S, Stefansson C-G, et al. 2005. Predictors of suicide in a community-based cohort of individuals with severe mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 595-600.
- Tousignant M, Mishara BL, Caillaud A, et al. 2005. The impact of media coverage on the suicide of a well-known Quebec reporter: The case of Gaetan Girouard. *Social Science and Medicine* 60: 1919-26.
- Townsend E, Hawton K, Altman D, et al. 2001. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine* 31: 979-88.
- Tully J, Elsaka N. 2004. Suicide and the Media. A Study of the Media Response to Suicide and the Media: The Reporting and Portrayal of Suicide in the Media. A Resource. Christchurch: School of Political Science and Communication, University of Canterbury.
- Turner O, Windfuhr K, Kapur N. 2007. Suicide in deaf populations: a literature review. *Annals of General Psychiatry* 6: 26.
- Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, et al. 2006. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *British Medical Journal* 332: 1241-5.
- Vasilaki EI, Hosier S, Cox WM. 2006. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive

- drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism* 41: 328-35.
- Vaughan G. 2004. Like Minds, Like Mine. In S Saxena and P J Garrison (eds). 2004. *Mental Health Promotion: Case Studies From Countries*. Switzerland: World Health Organization.
- Velting D, Gould M. 1994. Suicide contagion. In R Maris, M Silverman, S Canetto (eds). *Review of Suicidology*. New York: Guilford Press.
- Verheul R, Van den Bosch M, Koeter M et al. 2003. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 182: 135-40.
- Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, et al. 2002. Burden of illness and suicide in elderly people: case control study. *British Medical Journal* 324:1355-8.
- Wasserman D, Varnik A, Eklund G. 1994. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89: 306-13.
- WHO. 2000b. *Preventing Suicide - A Resource for Prison Officers*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2004a. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2004b. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: Summary Report*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkie C, Macdonald S, Hildahl K. 1998. Community case study: Suicide cluster in a small Manitoba community. *Canadian Journal of Psychiatry* 43: 823-8.
- Williams DR, Williams-Morris R. 2000. Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health* 5: 243-68.
- Wyllie, A, Mackinlay C. 2007. *National Depression Initiative Tracking Survey 2*. Unpublished research report for the Ministry of Health.
- Yip PSF, Fu KW, Yang KCT, et al. 2006. The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders* 93: 245-52.

翻訳者紹介

稲垣正俊（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 適応障害研究室長）
1994 年 3 月に広島大学医学部卒業。同大学付属病院精神神経科、同医学部大学院、国立がんセンター
東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部、米国国立精神衛生研究所 Mood and Anxiety Disorder
Program にてうつ病の病態解明、早期発見・治療導入に関する研究に携わる。2007 年 1 月より現職
にて、自殺と自殺に関連する精神疾患、特にうつ病に関する研究に従事している。

山田光彦（国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部長）
1987 年 3 月昭和大学医学部卒業。卒業後は同大学院へ進学し精神薬理学研究を開始（博士課程終了、
医学博士）。その後、慶應義塾大学にて精神科医師としてのスタートを切った。米国 Mayo Clinic、仏
国 INSERM での合計 6 年間の在外生活の後、1997 年 6 月より昭和大学医学部精神医学教室へ勤務。
昭和大学附属烏山病院診療部長・専任講師、昭和大学横浜市北部病院専任講師を経て、2004 年 5 月よ
り国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部において研究・教育活動に従事している。

自殺予防総合対策センターブックレット No. 6 ニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 活動のエビデンス

発行年月日 平成 22 年 2 月 10 日 初版第 1 刷発行

著 者 ニュージーランド政府健康省

訳 者 稲垣 正俊
山田 光彦

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://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

印刷・製本 株式会社 東京アート印刷所

「ニュージーランド自殺予防活動計画 2008 - 2012 活動のエビデンス」の日本語への翻訳は、
平成 21 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）により行われました。



<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>