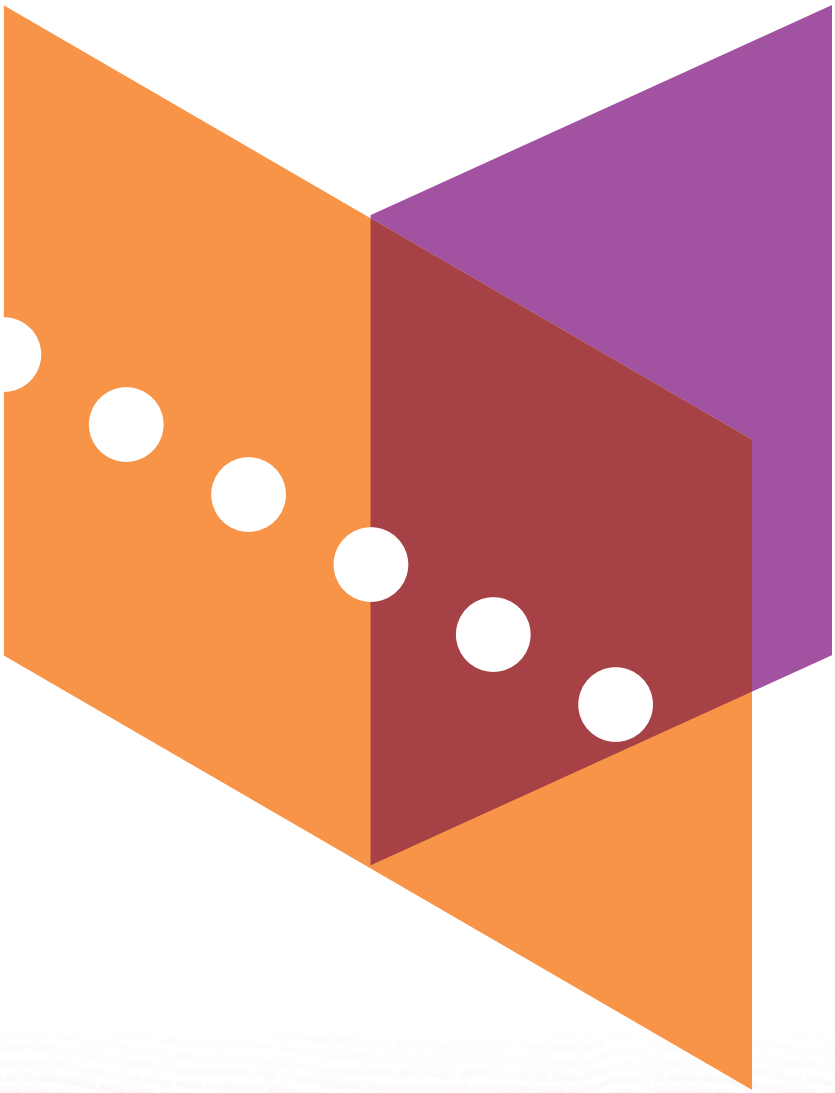
自殺予防総合対策センターブックレット
No.3

ニュージーランド自殺予防戦略 2006－2016

ニュージーランド政府健康省



国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

ブックレット刊行にあたって

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

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

本書が広く活用され、自殺対策の推進につながることを期待しております。

平成 19 年 2 月

国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

ブックレットNo.3 刊行にあたって

わが国では2007年6月に自殺予防総合対策大綱が閣議決定されました。自殺は様々な要因が関連し、自殺予防には総合的な対策が必要とされています。これまでに諸外国では様々な自殺予防対策が行われており、2006年に発表されたニュージーランドの自殺予防戦略は、わが国の自殺予防対策を推進するうえでも非常に参考になる点が多く、本ブックレットを通じて広く紹介され、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、その戦略の根拠が明示されています。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意識されています。そして、実施した戦略の評価法の開発に加えて、評価の結果に基づき戦略そのものを修正する必要性が明記されており、評価のための枠組みが既に決められていることが特徴として挙げられます。

わが国でも自殺予防対策がエビデンスに基づき総合的に推進されることにより、画期的な効果を挙げることを期待しています。

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 戦略
2006-2016

本ブックレットに収載されたニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 日本語版は、
ニュージーランド政府健康省の著作権規定に従い、可能な限り原文に忠実に翻訳、発行しております。

日本語訳 Ver. 1.0

表紙説明

Paua（訳者注：鮑の一種、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ーを養育し支援する保護的構造を象徴する

Associate Minister of Health. 2006.
The New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006_2016.
Wellington: Ministry of Health.
Published in June 2006 by the Ministry of Health
PO Box 5013、Wellington、New Zealand
ISBN 0-478-29995-8 (Book)
ISBN 0-478-29998-3 (Internet)
HP 4272

本文書はニュージーランド政府健康省のウェブページから参照可能です :
http://www.moh.govt.nz/suicideprevention

緒　　言

愛する人の自殺後の苦悶と絶望は抗し難い。なぜ、そして、どうすれば引き止めることができたか、という二つの質問を、幾度も幾度も問う。国家レベルでは、ある年齢集団の自殺率が他の国よりも高いという事実が、再び先の質問を投げかける；なぜ、そして、国として何ができるのか、と。

この質問に取り組むための計画を提示することが、この国家的戦略の役割です。New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy（ニュージーランド青少年自殺予防戦略）の発表から 8 年が過ぎました。この戦略は、この国の青少年の間の自殺問題に取り組むための最初の包括的な計画であり、画期的なものでした。

8 年が経過し、男性の自殺率は 1998 年以来、最も低い状態にある等非常に評価できるものです。現在では多くのサービスを提供可能であり、最良の実践ガイドラインや情報源を持ち、自殺行動について理解の進んだ地域コミュニティーが存在し、ニュージーランドおよび国際的な意義ある研究成果が得られつつあります。

我々の研究や評価は、これまでの取り組みがニュージーランド青少年自殺予防戦略の全体的なアプローチに沿うものであったことを示しますが、今こそ、我々の自殺予防の努力を全年齢の自殺および自殺行動への取り組みへと拡大する時です。

我々が達成したことにある程度の満足感を持つべきですが、それでもまだ更に取り組むべきことがあります。自殺予防は複雑で、簡単な解決方法はありません。多くの部門間で調和のとれた、多くのレベルでの持続的な活動が必要とされます。役立つと分かっていることを構築し、更に注意を払うことが必要な領域に対して我々の努力を集約することにより、この新たな戦略の発表が自殺および自殺行動の予防のために協働するための刷新された努力を動員することが望まれます。

自殺予防の多面性を考慮し、この New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy（ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016）は、今後 10 年間の様々な自殺予防のための努力を組織化し調和させるための枠組みを詳説しています。本戦略を実現可能かつ具体的な活動へと変換することを保障するために、実施に向けた 5 年毎の活動計画の進展を行っていきます。

本戦略が、ニュージーランド国民全員の生活に対して、真の成果を上げることを期待しています。

Hon Jim Anderton
Associate Minister of Health（ニュージーランド政府健康省副大臣）

謝　　辞

本戦略の発展に貢献した多くの人に感謝します：自殺の危険のある人々に支援を提供する人、研究者、地域コミュニティー組織、出資者、健康サービスおよび社会サービスの提供者、希死念慮を経験した、もしくは自殺行動をとった人々、そして愛する人を自殺で失った人々に感謝します。

自殺行動に関する個人や専門家の経験を有する多くの人や組織からの支援無くして本戦略の構築はありえませんでした。包括的かつ協働的であるようにと絶えず意図してきました。

この複雑な問題の無数の前途に取り組むことは難題であり、この過程で頂いた支援、励まし、援助に対して感謝します。

本戦略の結果、実行したアプローチを人々が自らの成果だと感じ、各自の役割が他のアプローチとも調和し、自殺予防のための協調性を発揮することを期待します。

本戦略の発展の様々な段階での行われた貢献について以下に述べます：
- The New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy（ニュージーランド青少年自殺予防戦略）の評価
- 国際的自殺予防戦略のレビュー
- 危険要因と予防要因に関するエビデンスのレビューおよび効果的介入法の示唆（Beautrais et al 2005）
- ニュージーランドの自殺についての社会的説明に関するレビュー（Collings と Beautrais 2005）
- ニュージーランド社会における自殺による損失の解析（O'Dea と Tucker 2005）
- 戦略の起草段階における協議、The New Zealand Suicide Prevention Strategy: A life Worth Living（ニュージーランド自殺予防戦略：生きがいのある生活）（3 センターでの hui and fono を含む 20 の会議）
- Hui 協議での報告
- 106 の提示案のレビューと要約（健康省 2005）
- 国内外の自殺予防に造詣の深い専門家による草案のレビュー
- 自殺予防に関する省庁間委員会からの助言と忠告
- 自殺予防外部諮問グループからの助言と忠告
- 自殺予防に関する内閣府委員会からの助言と忠告

目　次

緒言 iii

謝辞 iv

ニュージーランド自殺予防戦略の概要 1

展望 1

目的 1

原則 1

到達目標 1

パート１：序説 3

本戦略のアプローチ 3

実現のために 3

定義と範囲 3

問題の程度 3

年次推移 4

マオリ族の自殺傾向 5

ニュージーランドにおける太平洋沿岸地域の自殺の傾向 5

ニュージーランドにおけるアジアの人々の自殺の傾向 5

予防のための計画 6

健康に関する多くの決定要素における不平等についての取り組み 6

多部門アプローチ 6

リーダーシップおよび本戦略の実施 7

全国レベル 7

地域レベル 8

進行状況のモニタリングと評価 8

モニタリング 8

レビューと評価 8

背景状況 9

過去のイニシアティブを基に 9

国際的な進展 9

自殺予防とマオリ族 9

マオリ族の健康の不平等 9

マオリ族への対応 10

部門間の繋がり 11

他の政策的戦略との連結 12

パート２：戦略の枠組み 13

展望 13

目的 13

原則 13

エビデンスに基づく 13
安全で効果的である 13
マオリ族に対応する 13
多様性を認め、尊重する 14
調和した多部門アプローチを反映する 14
持続可能性と長期間のコミットメントを示す 14
全ての人が自殺予防の役割を持っていると認識する 14
不平等の解消にコミットメントを持つ 14

パート３：エビデンスの要約 15
自殺行動に至る過程 15
自殺行動の影響 17
Matauranga whakairo(honoured knowledge：名誉のある知識) 18

パート４：人口集団の問題 19
年齢に関連する問題 19
性差にかかわる問題 19
マオリ族の問題 20
太平洋沿岸地域の人々の問題 21
アジア人種における問題 21
性指向に関連する問題 22
難民と移民に関する問題 22

パート５：７つの目標 23
７つの目標の実施 28

参考文献 29

図のリスト

図１：ニュージーランドの自殺予防戦略の枠組み 2
図２：年代による自殺率　1948 年から 2003 年 4
図３：民族による自殺率　2000 年から 2003 年 5
図４：マオリ族とマオリ族以外の自殺率　1996 年から 2003 年 6
図５：自殺予防のための多部門によるアプローチ 7
図６：本戦略と他の政府戦略との関わり 12
図７：自殺行動に至る過程 16
図８：自殺行動に潜在した有害な結果 17
図９：人口集団と性差による自殺率　2003 20

ニュージーランド自殺予防戦略の概要

New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016（ニュージーランド自殺予防戦略 2006 年-2016 年）は、自殺予防のために多部門による活動を如何に相応させるかについて理解するための枠組みを提供し、今後 10 年以上の我々の国家的な行動についての指針となる。図 1 にその枠組みが概説されている。本戦略は New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy（ニュージーランド青少年自殺予防戦略）“In Our Hands”（私たちの手に）（訳者注：http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4415?Open）と “Kia Piki te Ora o te Taitamariki”（青少年の福祉増進。ニュージーランド青少年自殺予防戦略のマオリ族に特化した内容）（訳者注：http://www.tpk.govt.nz/publications/docs/Kiapiki.pdf）を改変し、自殺および自殺予防についてのこれまでに得られた知識に基づき作成されている。

■ 展望

全ての人が以下のように感じる社会が、本戦略の着想である。

- 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
- 自己の生命を脅かしたり、危害を加えたいとは思わない

■ 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

■ 原則

本戦略は以下の原則に従い実施される。

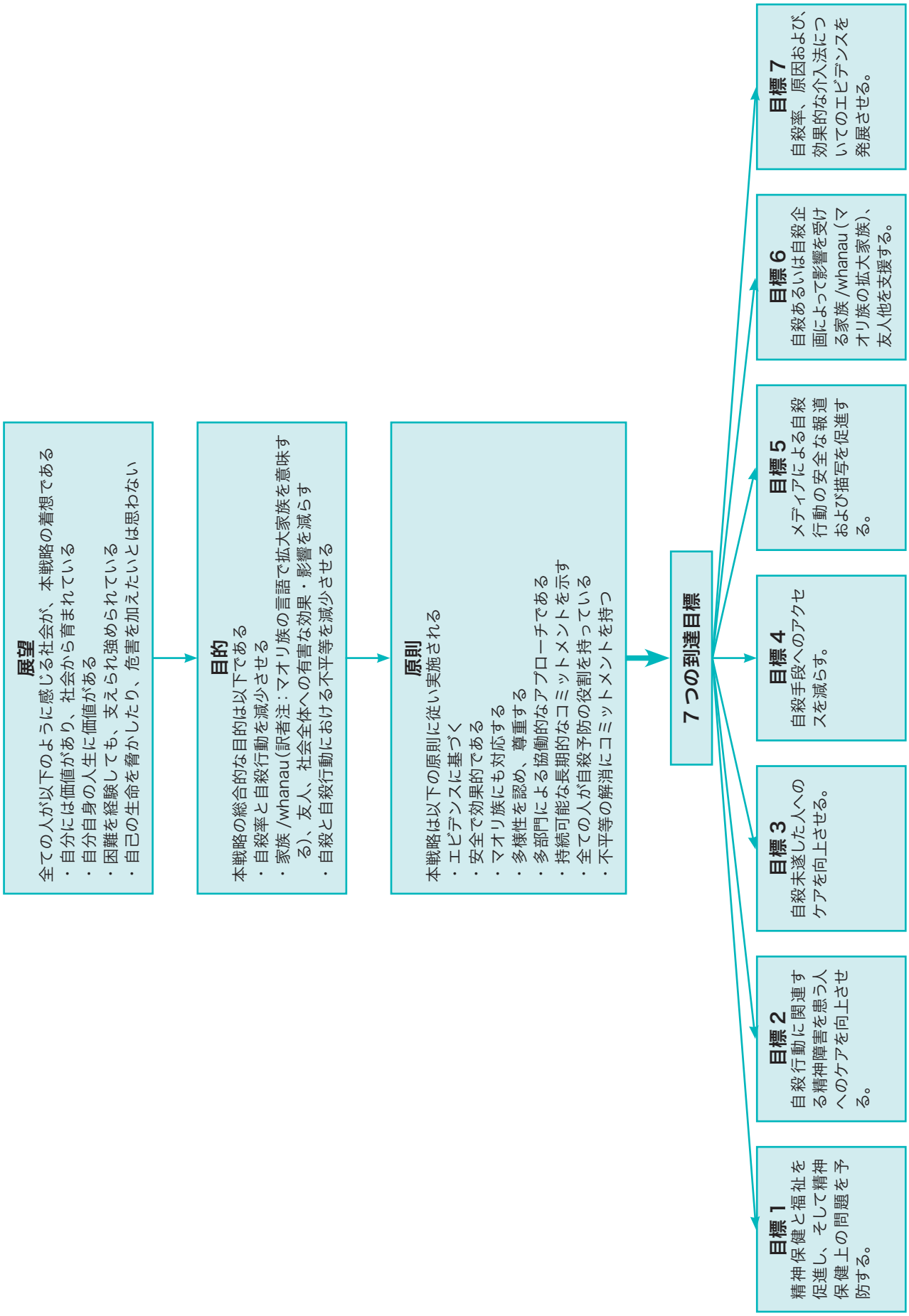
- エビデンスに基づく
- 安全で効果的である
- マオリ族にも対応する
- 多様性を認め、尊重する
- 多部門による協働的なアプローチである
- 持続可能な長期的なコミットメントを示す
- 全ての人が自殺予防の役割を持っている
- 不平等の解消にコミットメントを持つ

■ 到達目標

以下に本戦略の 7 つの目標を示す。

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、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

図1：ニュージーランドの自殺予防戦略の枠組み



パート１：序説

■ 本戦略のアプローチ

自殺は、健康上のあるいは社会的に深刻な問題であり、私たちの社会にとって重大な損失を意味する。自殺は住民の精神保健と社会福祉の指標である。

この政府の自殺予防戦略は、私たちが協働で真の効果が得られるように全てのニュージーランド国民に信任を委託するよう意図したアプローチである。

本戦略は全てのニュージーランド国民に向けられたものであり、以下を目的として進展してきた。
・機関や出資のあり方には関係なく、ニュージーランドの自殺予防活動を導く単一の方向性を示す。
・自殺予防における政府が実行中の投資を支援していく。
・新たな投資が必要とされる部分の特定を補助する。
・政府と非政府のサービス供給者、個人、研究者とコミュニティーが、より緊密に協働できるように援助し、それぞれが自殺予防の全範囲の内で、適している領域についての共通理解を得ていく。

■ 実現のために

本戦略は、様々な領域で行う。５年の活動計画は本戦略がいつまでに誰によって実施されるかについて、より詳細な情報を提供できるように、それぞれの計画が立案される。これらの活動計画は、優先度、個々の活動を実現させる部門あるいは機関、運営管理・モニタリング・実施の見直しについてのプロセスを定めるものである。

■ 定義と範囲

国際的にも、自殺行動を説明する際に使われる用語については多くの討議と論争があった。本戦略は以下の定義を用いる。
１　自殺とは、意図的に自分自身を死に至らしめる行為を意味する。ニュージーランドでの自殺の分類は、検死の結果に基づく。
２　自殺企図とは、人々が致命的ではない自殺を企てたことに関連する行動である。
３　故意の自傷とは、重篤な障害であろうとなかろうと、致命を意図しない行為を意味する。
４　自殺念慮とは、自殺についての考えを意味する。
なお本戦略は、倫理的、法的、実践上意見の相違のある医師による自殺幇助あるいは安楽死の問題を取り上げない。

■ 問題の程度

毎年およそ 500 人のニュージーランド国民が自殺によって死亡している。交通事故による死亡数よりも多く、約５倍もの人が、自殺企図によって入院することが予想されている（健康省）。

国際的にも、ニュージーランド国民の自殺率は高い。これは 15–24 歳の若者において顕著であり、この世代の死因の第２位が自殺となっている。その上、自殺企図による入院も、この世代に最も多く見られる。自殺は若い世代に不均衡に影響を与している一方、自殺の 80％が 25 歳とそれ以上の年代に生じている（Beautrais ら 2005）。ニュージーランドにおける最貧困地域に住んでいる人は、最も富裕な地域に住んでいる人よりも自殺率および自殺企図による入院率が高い。さらに男性よりも女性のほうが自殺企図によって入院する人が多いのにもかかわらず、女性よりも男性のほうが自殺で死ぬ人が多いといった性差による不均衡もある（健康省）。

医学的（身体的）な重篤さにかかわらず全ての自殺行動は、深刻な精神的苦痛、不幸そして / あるいは精神疾患の存在を示す。さらに、どの自殺行動も他者に甚大な影響を与えうる。ニュージーランドのように小さい国では、たった一人の自殺でも、彼らの家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）や友人そしてより広い地域コミュニティーに長く続く永続的で重大な影響を与えうる。マオリ族の内部では、whakapapa（訳者注：マオリ族の家系）を超えて hapu（訳者注：マオリ族の準部族）と iwi（訳者注：マオリ族の部族）

にまで自殺の悲しみと衝撃がおよび、単なる悲劇というだけではなく hapu（訳者注：マオリ族の準部族）と iwi（訳者注：マオリ族の部族）の起源である whakapapa（訳者注：マオリ族の家系）の存続にとっての損失としてとらえられる。

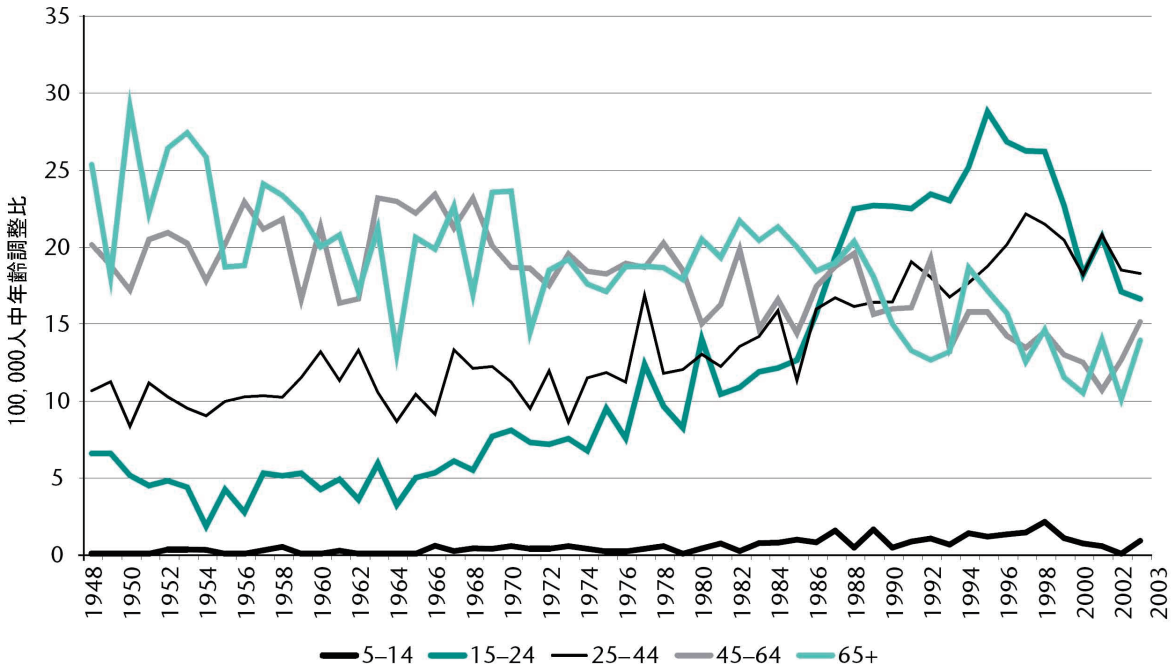
社会にとっての自殺の損失は高い。悲しみ、家族、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）そして友人の死別、可能性のある人生の損失というような「無形の損失」だけではなく、自殺によって生じる実質的な経済的損失も高い。ニュージーランド社会において自殺行動による年間の経済的損失は、全体で 1,381,492,000 ドル、年間 14 億ドル近くに見積もられる（O' Dea and Tucker 2005）。

■ 年次推移

ニュージーランドにおける自殺率は、1948 年から 1980 年代の中頃までは比較的安定した状態を保ち、1980 年代中頃から 90 年代の後半まで上昇傾向となった (図 2)。最近では、ここ 50 年のピークであった 1998 年の 14．3（10 万人単位）という自殺者率から、2003 年には 11．5（10 万人単位）と減少し始めた。この減少は、他国（たとえばオーストラリア）での現象と平行している。

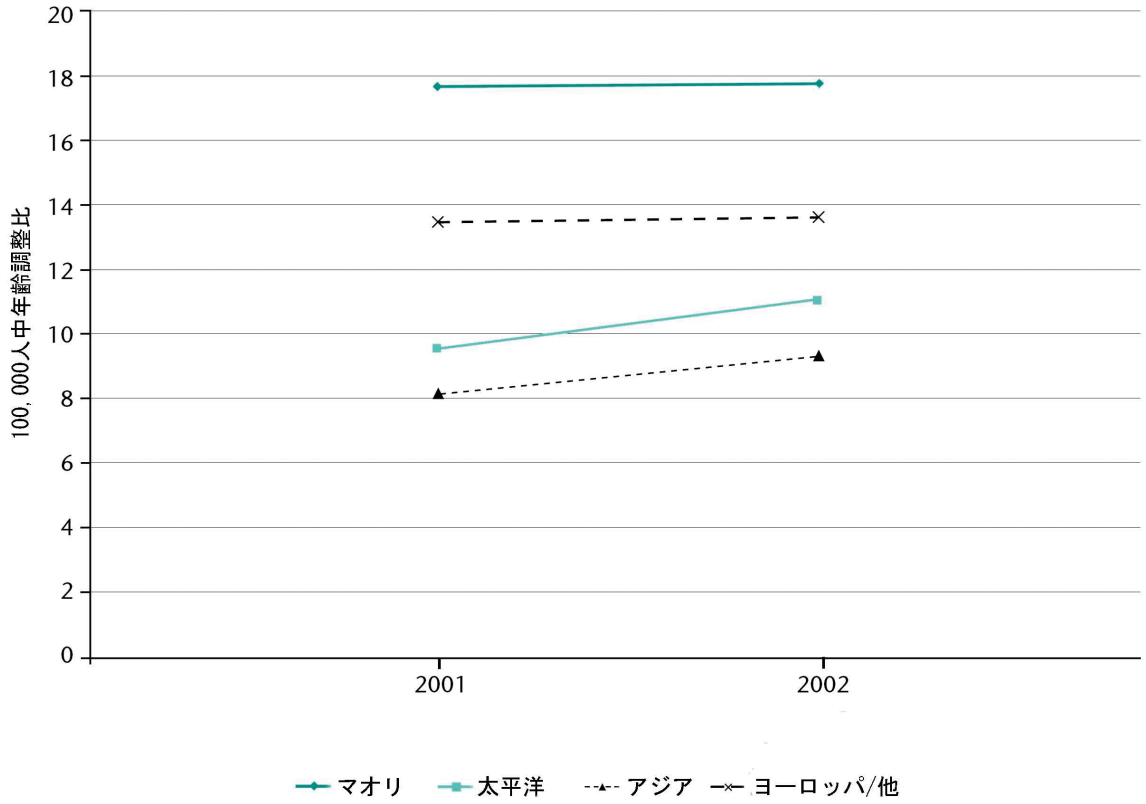
1980 年代半ばから 15–24 歳の若者の自殺率は劇的に上昇し、1996 年にピークに達した。それ以来、若者の自殺率は 25%にまで減少した。現在では 25 歳から 44 歳までの世代の自殺率が、最も高い。65 歳以上の世代の自殺率は 1950 年代から減少している。15 歳以下の世代の自殺率は非常に低いが、しかしながら、この年代の集団が自殺をするという事実は重大事である。さらに 1980 年代と 1990 年代を通じて自殺率は、マオリ族がマオリ族ではない人たちよりも、めざましく上昇していた（Ajwani et al 2003）。

図 2：年代による自殺率　1948 年から 2003 年



注：2003 年は暫定データを表す；年齢調整比を示す
元データ：ニュージーランド健康情報サービス

図 3：民族による自殺率　2000 年から 2003 年



注：2003 年は暫定データを表す；年齢調整比を示す
元データ：ニュージーランド健康情報サービス

■ マオリ族の自殺傾向

図 3 は、2000 年から 2003 年までの間の年代で標準化した自殺率が、他の民族集団よりも (ヨーロッパあるいは他国が続くが) マオリ族において継続的に高かったことを示している。

マオリ族の自殺は、45 歳以上の年代ではそれほど頻度が高くなく、35 歳以下の年代における重要なパターンに特徴がある。(ニュージーランドにおける) 標準的な人口集団と類似して、マオリ族で自殺企図をした人の入院率は 15–24 歳の年代において最も高い (健康省)。

マオリ族の男性は、マオリ族以外の男性よりも自殺率が高く、自殺企図による入院も多い（図 4)。それとは対照的に、マオリ族の女性とマオリ族ではない女性の自殺率は、ほとんど違いがない。しかしながらマオリ族の女性は、マオリ族ではない女性よりも自殺企図による入院率が非常に高い。実際にマオリ族の女性は、他のどの集団よりも入院率が高い (健康省　出版準備中)。

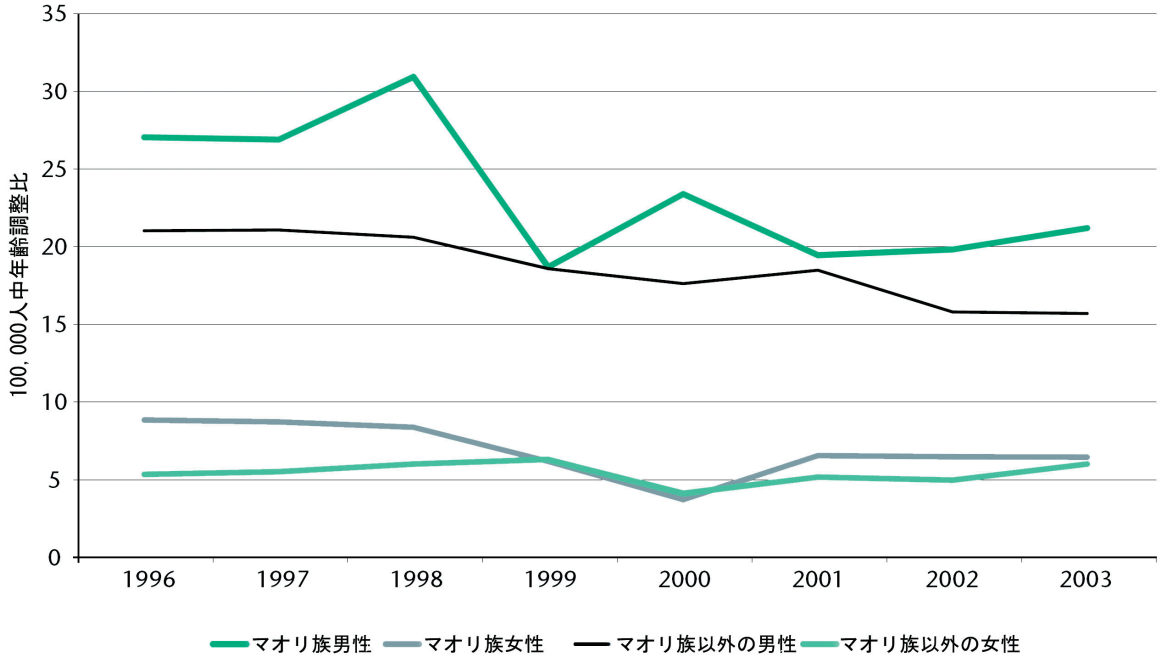
■ ニュージーランドにおける太平洋沿岸地域の自殺の傾向

太平洋沿岸地域に住む人々の自殺率および自殺企図による入院率は、他の人種民族と比べると第 3 番目である（図 3)。特定の集団ごと（例えば年代）による傾向は、人数が少数であるために正確な報告ができない。

■ ニュージーランドにおけるアジアの人々の自殺の傾向

アジアの人口は、マオリ・ヨーロッパあるいは / そして他の太平洋の少数民族と比較して、自殺率および自殺企図による入院率が最も低い（図 3)。

図４：マオリ族とマオリ族以外の自殺率　1996 年から 2003 年



注：2003 年は暫定データを表す；年齢調整比を示す
元データ：ニュージーランド健康情報サービス

■ 予防のための計画

自殺行動は複雑であり、寄与する要因は多く、多様である。効果的な自殺予防のために自殺行動に関わる要因を減少させるためには、個人および地域集団レベルの両プログラムを統合させた多分野のアプローチが必要だと意見が一致している（Beautraits et al 2005)。結果的に、自殺に影響しうるさまざまな領域の介入法が存在する。国家戦略は、全ての活動を互いに結合させるための見取り図を示し、調整・協働していくための機会を提供することで、最大限に予防計画の効果が出るように様々な方法で尽力していく役割がある。

■ 健康に関する多くの決定要素における不平等についての取り組み

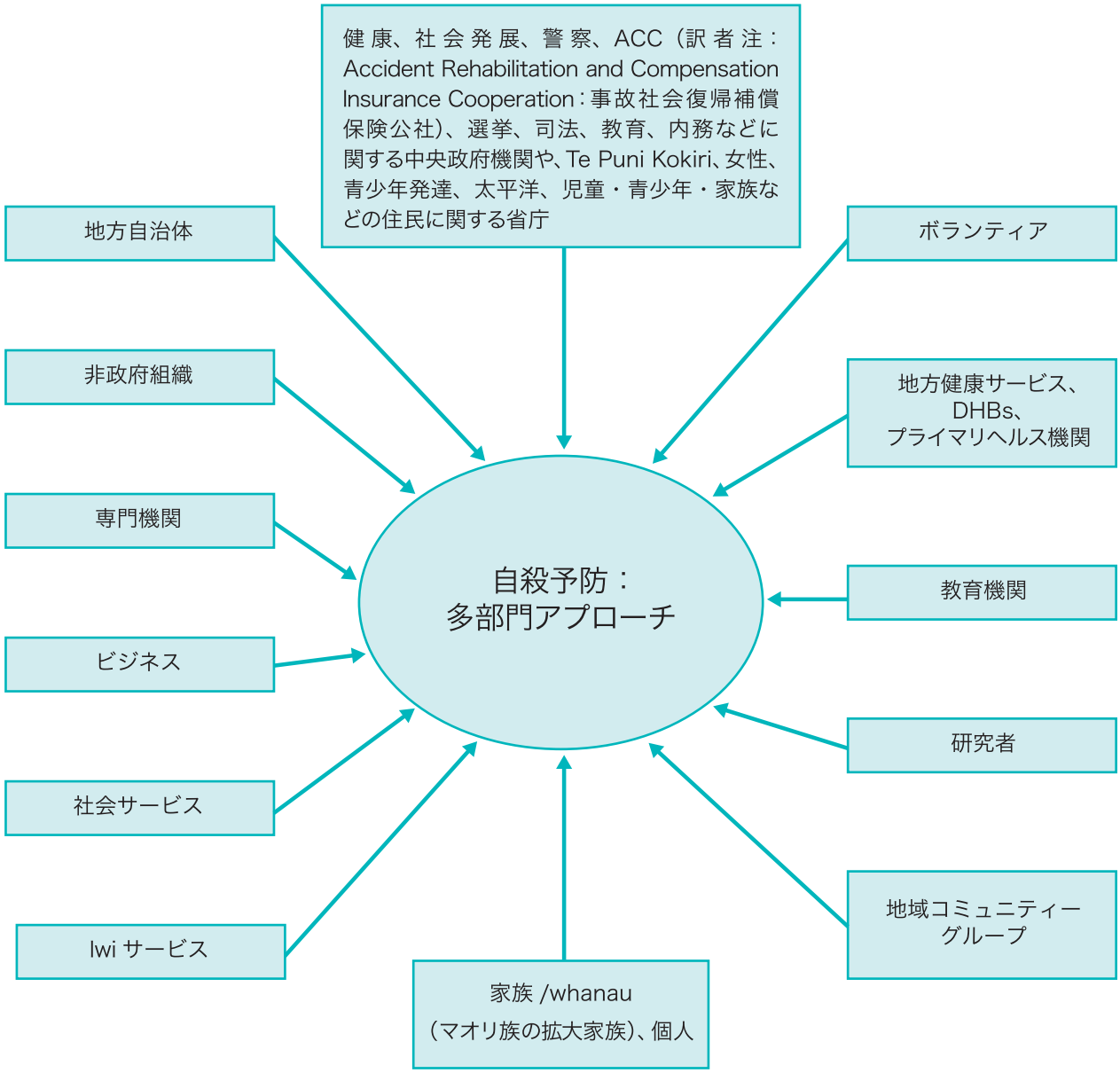
ニュージーランドの自殺率は、社会経済的状態、民族、性別、年齢そして地域など健康に関するより多くの決定要素における不平等を反映している。これらの不平等を減少させることは、New Zealand Health Strategy（ニュージーランド健康戦略）(健康省 2000）の鍵となる原則である。そして District Health Board（地域健康委員会)（DHBs）は、ニュージーランドの公衆衛生と障害者法 2000 の下で健康の不平等を減少させる責任がある。

他の健康戦略との関係から見ると、この戦略は様々な集団における自殺率の不平等を訴えていくことに力を入れている。この戦略に付随する全ての関連した活動は、全体の自殺率の減少と同時にこれらの不平等の減少に焦点が置かれる。少なくとも、この活動が健康における不平等をさらに悪くするべきではない。

■ 多部門アプローチ

多くの自殺は、様々なリスク要因の結果生じる。自殺の複雑な特質は、自殺予防への協働的なアプローチの方法を発展させることが必要であるということを示唆している。つまり政府機関同士が調整され、官民の各部門が統合された、協働的な自殺予防のための取り組みを構築する必要性を示している。これは図５に示される。

図 5：自殺予防のための多部門によるアプローチ



■ リーダーシップおよび本戦略の実施

■ 全国レベル

健康省が本戦略の進展を導いてきており、今後も引き続き導き多部門による実行を調整していく。

New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy（ニュージーランド青少年自殺予防戦略）の主な特徴は、政府レベルでのリーダーシップと調整の表明にあった。これは 1999 年の、青少年の自殺予防についての内閣府委員会および省庁間委員会の発足を含んでいた。これら委員会は、本戦略の発展に重要な役割を果たし、本戦略の遂行全体を通して常にその役割を持ち続けることとなる。これら委員会の名前は、全ての年代に焦点が当てられることを反映させるべく変更されている（「青少年」という言葉が委員会名から省かれた）。

本戦略を具体的な、そして評価可能な活動とするため、健康省は活動計画の展開を調整し、その計画は 5 年ごとに更新される。これらの行動計画により着手する活動を特定し、その活動を指導する政府組織を決定する。また、これら行動計画には特定の結果と今後の時間枠が含まれる。さらに、今ある資源により着手可能な行動と追加資源が必要な行動とが区別されている。

地域レベル

本戦略の実施により最大の効果を得るためには、地域コミュニティーが自殺予防戦略へ積極的に関与することが不可欠である。地域コミュニティーを範囲として自殺へのアプローチをとることは、自殺予防活動が自分たちの活動であると自覚し、そのような活動の計画、発展、実施の際に地域コミュニティーメンバーが積極的な役割を担うことを促進することを目的としている（豪州連邦 2005）。ニュージーランドにおいては、これまでに地域を範囲とした自殺予防計画を進展させてきたコミュニティーが多く存在する。これらが最大の効果を発揮する条件は以下の場合である：

- 安全な自殺予防介入に基づくアプローチを基礎とする
- リーダーシップと協働性に責任を持つ集団を明確にする
- 現存するコミュニティー構造と自発性を利用する
- 必要な場合は専門家の意見を利用する
- 共有された展望がある
- 能力を高め準備をするための計画されたアプローチがある

進行状況のモニタリングと評価

モニタリング

本戦略の進行状況を測定するために、モニタリングの枠組みを作る。モニタリングはさらに、自分たちが関わっている活動の成果を追跡するためにも使うことができ、活動の効果を向上させる活動修正のための基礎となる。

本戦略実施の進行を、以下を含む様々な方法でモニターする：

- 健康省による ICD-10（AM）コーディングシステム（codesX60-X80）を用いた通常のデータ収集と分析により、本戦略の目的達成にむけた全般的な進捗状況を調べる。経年の傾向は、自殺既遂と自殺企図による病院利用（hospital admissions）についての 3 年間の平均データをもって調べる。モニタリングは、検死報告データの収集と報告の使用、効率、範囲についての改善を求める（今後改善が必要である）。自殺データの傾向は、年次の「Suicide Facts」、5 年に 1 回の「Suicide Trends」として出版される。
- 進行状況を再検討し、実行に移すべき新たなイニシアティブを決定するため、自殺予防内閣委員会（The Ministerial Committee on Suicide Prevention: MCSP）を年 2 回以上開催する。
- 本戦略の実行状況を討議し、政府全体の政策や計画が一貫し相互に協力的であることを保障するため、自殺予防の省庁間委員会（Inter-Agency Committee on Suicide Prevention: IACSP）を毎月開催する。IACSP は各政府機関からの報告を調整し、将来の方向性について MCSP に勧告を出す。

レビューと評価

戦略の全体的な進展状況をモニターすることは重要であるが、一方で各構成部門の評価も重要である。これは以下の範囲に及ぶ、多くの特定の政策の遂行を含む：

a) 臨床的な運用の向上
b) 公衆衛生面でのイニシアティブ
c) 地域コミュニティーレベルでの活動
d) 文化的に特化したイニシアティブの進展

これらアプローチの評価には特定の政策と、その政策が作られることとなった状況に応じて様々な調査手法の利用が求められる。これらは次に述べる手法の利用に及ぶ：臨床的介入のためのランダム化された試験；地域コミュニティーへの介入のための準試験的（quasi-experimental）デザイン；政策の実施とその進行状況の質的研究；精神保健および関連する問題をモニターするための定期的な住民調査；マクロ経済とマクロ社会の変化についての経過分析；異なる文化的背景において政策がどのように影響を及ぼすかについて検討するための文化的に適切な調査デザイン。

特に、効果的な政策および戦略が比較的あまり知られていない自殺行動に関する領域においては、評価を行うことが重要である（Mann et al 2005）。あまりエビデンスが得られていない新しい介入法の場合には、評価計画を研究デザインや資金準備の段階から含めておく必要がある。

背景状況

過去のイニシアティブを基に

最近まで、自殺予防に応えるニュージーランドの国家戦略は 15 歳から 24 歳までの若い世代の自殺行動率減少に焦点が置かれていた。これは他国と比較して、ニュージーランドの青少年における自殺率が高いという事実に懸念を示した世論の高まりが大きな理由であった。国家レベルでの動きは、ニュージーランド政府健康省によって 1992 年に開催されたワークショップを発端とする。1993 年に、運営グループが設立され「青少年の精神保健と自殺予防についての運営グループの報告と勧告（The Report and Recommendations of Steering Group on Youth Mental Health and Suicide Prevention)」（健康省、1994）が 1994 年に発行された。この報告は、青少年の自殺減少を目的とした各政府機関による協働作業が可能な様々な領域を示した。これは 1998 年に、「青少年省」「健康省」「Te Puni Kokiri（訳者注：マオリ族発展省)」によって進められた「ニュージーランド青少年自殺予防戦略（The New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy)」に変更された。これは、全ての若者に焦点をあてた「私たちの手に (In Our Hands)」と、マオリ族の自殺行動を明らかにするためにマオリ族の枠組みを用いた「Kia Piki te Ora o te Taitamariki（訳者注：青少年の福祉増進)」の 2 つで構成されており、一つの問題に取り組むために政府の多部門が協働する初めての政府戦略であった。

近年は、あらゆる年代による自殺行動への対応の必要性の認識が高まりつつある。本自殺予防戦略は、その認識に応えるものであり、あらゆる年代のニュージーランド国民に対応できるように目標を改善し拡大させることによって、青少年に焦点を当てた過去の戦略の重要な成果に基づいて作られている。

他の主な進展は「ニュージーランド健康戦略（New Zealand Health Strategy)」（健康省 2000)、「ニュージーランド傷害予防戦略（New Zealand Injury Prevention Strategy)」（Minister for ACC 2003）のような主要な政府戦略の中で、国家的な優先課題として自殺予防の重要性が認識されたことである。

あらゆる年代にアプローチをしていくことは、特定のニーズあるいはハイリスクグループへの対応に的を絞ったアプローチも含まれる。例えば、若者の自殺行動の割合が高いままで維持されていることを考慮すると、多種の介入のために特定の対象に的を絞ったアプローチが今なお必要である。

国際的な進展

ニュージーランドの自殺予防活動は、自殺に関する国際的関心の高まりを背景として実施されてきた。1996 年に国連は、明確な概念的枠組みを用いて自国の自殺予防戦略を進展させることが重要であることを強調した指針を発効した（国連 1996)。ニュージーランドは、包括的国家自殺予防戦略を進展させた最初の国のひとつであった。健康省は、自殺予防のための研究、政策および実践における国際的進展のモニタリングにおいて、世界保健機構（WHO)、国際自殺予防連合（International Association for Suicide Prevention）および他の国々と緊密な関係を保持している。

自殺予防とマオリ族

本戦略は、マオリ族を含めた全てのニュージーランド人の自殺率の減少を目的として進展してきた。そのため以下の活動が必要とされる：

- マオリ族とマオリ族以外の間の自殺率の差異を減少させる。
- マオリ族のニーズと期待に合致している。
- Hauora（訳者注：well-being: 福祉）と whanau ora（訳者注：family health: 家族の健康）というマオリ族の概念を用いる。
- マオリ族の発展、マオリ族の健康および福祉という 2 つの目標を可能にする。

マオリ族の健康の不平等

本戦略は、他地域でもそうであるようにニュージーランドにおいても、社会経済的集団、異民族および男女間において健康の不平等があることを認識している。この健康の不平等は、偶然に起きているのではない。ニュージーランドのような国では社会経済的な状況が考慮された場合でさえも、先住民族の健康状態がより悪い。

健康の維持・増進に最も強く影響する決定要因は、収入、雇用、職業、教育および住居である。健康と障害に関連する部門における対策は、ニーズのある人々が健康と障害に関連するサービスを有効に利用すること、サービスへのアクセスの障害を除去することに焦点が当てられている。他部門（住居、教育、収入のサポートおよび司法）と協働し、健康に関するより広い決定要因に影響を与えることを可能にするようアプローチを改良・改変すれば、これらの要因に関連した資源配分は最も効率良く達成しうる。

全集団で見た場合の自殺率は 1998 年以来減少しつづけているが、マオリ族とマオリ族以外の人々との間にある格差は減少していないことが示されている。マオリ族におけるこれらの格差に取り組むための活動として、多部門間での協働による活動、健康増進の奨励や公衆衛生的介入、プライマリヘルスケアの提供、特別な臨床的ケアなどの広範で多面的なアプローチを採る必要がある。これら以外にも、マオリ族の福祉に影響を与える要因について更に考察する必要がある。

マオリ族への対応

政府組織および地域コミュニティー集団は、マオリ族のニーズに如何に取り組むか、介入がマオリ族にとって利用しやすく、効果的で適切なものであることを如何に保障するかに対応し、それに取り組むための異なる戦略的枠組みを持っている。

マオリ族の健康問題に応える健康に関連した部門で使用されるガイドのための枠組みは、He Korowai Orange：マオリ族健康戦略 (健康省、健康省副大臣 2002）と Te Puawaitanga：マオリ族精神保健のための国家的戦略的枠組み（健康省 2002a）の中で概説されている。He Korowai Oranga(訳者注：マオリ族健康戦略) の枠組みは、whanau ora(訳者注：マオリ族の家族は最高の健康と福祉を得るために支援されている) の概念を用いている。He Korowai Oranga(訳者注：マオリ族健康戦略) は、自殺予防の文脈に則してマオリ族の健康向上を達成するために以下の４つの道筋を示している。

Hauora and whanau ora

マオリ族の自殺行動を明らかにするためには、マオリ族の社会構造においては自殺が whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）に影響を与えるだけではなく、hapu（訳者注：準部族）や iwi（訳者注：部族）にも影響を与えるという認識が不可欠である。本戦略は、自殺行動率におけるマオリ族の差異に取り組むために、hauora（訳者注：well-being：福祉）と whanau ora(訳者注：マオリ族の家族は最高の健康と福祉を得るために支援されている) という概念が重要であることを認識している。マオリ族に影響を与える自殺予防の問題に取り組むために文化的枠組みを用いることは、Kia Piki te Ora o Te taitamariki(訳者注：青少年の福祉増進。ニュージーランド青少年自殺予防戦略のマオリ族に特化した内容) において認識されている（Ministry of Youth Affairs: 青少年省、Ministry of Health: 健康省、Te Puni Kokiri：マオリ発展省 Ministry of Maori Development 1998)。

Whanau ora (訳者注：マオリ族の家族は最高の健康と福祉を得るために支援されている) 達成のためのステップは、He Korowai Oranga（訳者注：マオリ族健康戦略）内に明瞭に組み込まれている。本戦略における Whanau ora(訳者注：マオリ族の家族は最高の健康と福祉を得るために支援されている) の概念は、マオリ族の健康状態をよりよくしていくための４つの道筋を示す。これは、マオリ族の自殺予防のために必要なアプローチに取り組むための価値ある枠組みである。
その４つの枠組みを以下に示す：

1. whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、hauora（訳者注：well-being：福祉）、iwi（訳者注：部族）および地域コミュニティーの発展

本道筋は、マオリ族の whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）の基盤を強化するためマオリ族による地域コミュニティーの発達と参加を促進させることに焦点を当てている。Whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）が自らの健康を管理できる状況においては、彼ら自身が地域コミュニティーに参加することができるように、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）を強化する。サービスは個人よりも whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）のニーズに合わせて構成される必要がある。身体的、財政的、そして文化的障壁も除去される必要がある。

2. マオリ族の参加
これは健康や障害に関連する部門の全てのレベルにおいて、マオリ族の参加を支持することに焦点を当てている。それは Iwi（訳者注：部族）とマオリ族の地域コミュニティーの効果的なパートナーシップについてである。例えば、マオリ族の供給者（Māori providers：訳者注：マオリ族に対して保健・福祉等提供する総合的サービス）の能力の向上とサービス提供範囲の拡大、新しいタイプのサービスに従事する人員のトレーニングおよび認可により、マオリ族の労働力を高める。マオリ族の供給者（Māori providers：訳者注：マオリ族に対して保健・福祉等提供する総合的サービス）と労働者は、全体的に whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）と hapu（準部族）とが協働できるよう特有の形で配置されている。

3. 効果的なサービス供給
これは主要なサービスがマオリ族の健康に対しての増大した責任を引き受けることを保証すること、および文化的に適切な方法で質の高いサービスを供給することによって、マオリ族の健康に関する不平等を減少させることに主眼を置いている。効果的なサービス提供とは、政府に情報を伝え、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）が自身のニーズに対して決定し供給することを助けるための質の高い調査と情報が含まれる。

4. 部門間の働き
これは経済的、社会的、文化的枠組みを含むマオリ族の健康に影響する諸問題に取り組むため、政府の各部門が協働することに焦点を置いている。さらに関心事を共有し、改善された協働作業とサービスの向上を達成する。

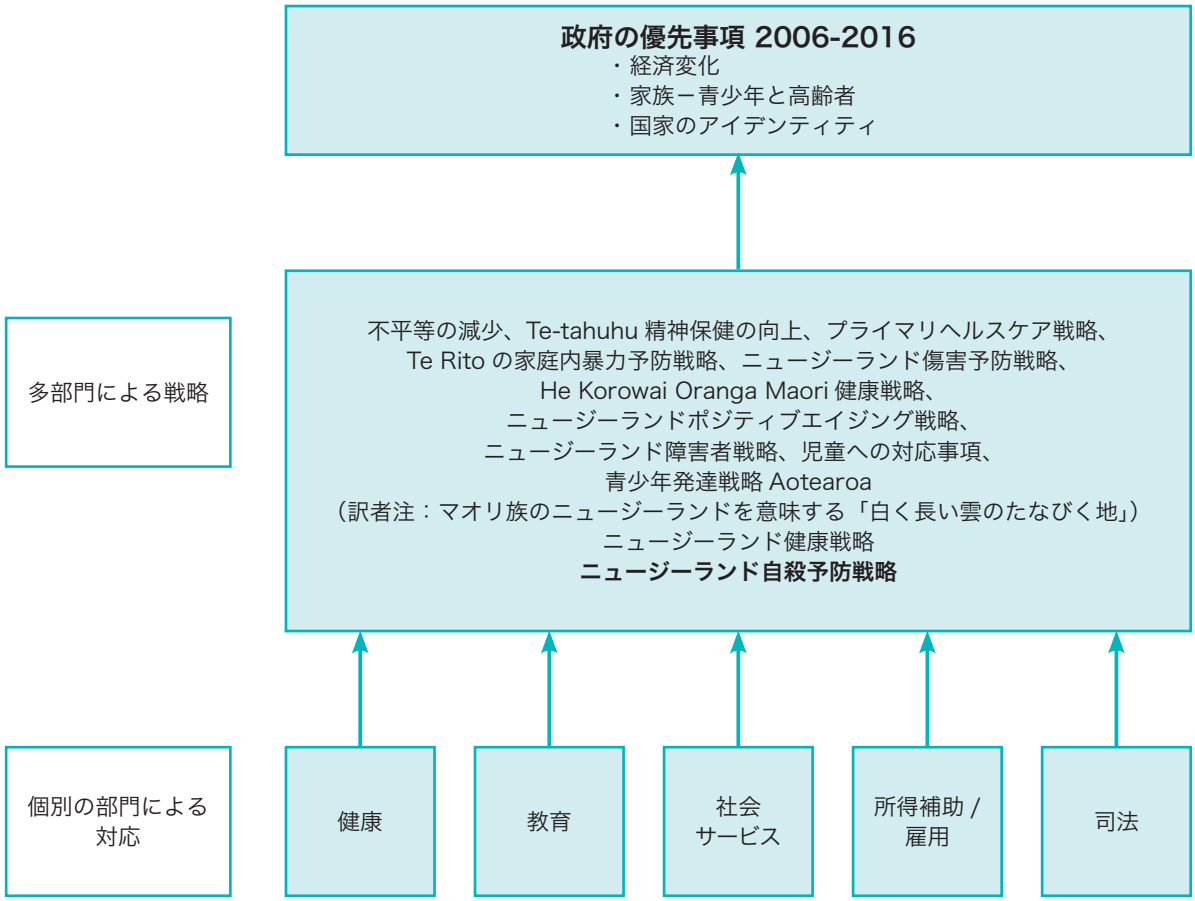
■ 部門間の繋がり
本戦略の効果的な実践だけに依存したとしても、ニュージーランドの自殺率を減らすことはできないと認識することが重要である。直接的にも間接的にも自殺予防に寄与する他の政策、プログラム、サービスが多く存在する。重要な政策やプログラムとして、以下が挙げられる：

- 精神保健と精神疾患
- アルコールと薬物の中毒と依存
- 個人間の暴力
- 児童虐待と育児放棄
- 家族支援
- 高齢者支援
- マオリ族の発展
- 太平洋沿岸地域の発展
- スティグマと差別
- 難民および移民支援
- 失業
- 犯罪
- 問題のあるギャンブル
- 低所得
- 低い教育水準
- 一般的な健康・社会サービスの有効性と質

■ 他の政策的戦略との連結

本戦略の実施にあたって取り組むべき課題の一つが、他の政府戦略、政策、プログラムとの関係を明らかにし、自殺予防の観点から見た必要な部分に対して、それらサービスの効果を増強するために支援することである。図６に本戦略と他の戦略との関わりを示す：

図６：本戦略と他の政府戦略との関わり



パート２　戦略の枠組み

■ 展望

全ての人が以下のように感じる社会が、本戦略の着想である。
・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
・自己の生命を脅かしたり、危害を加えたいとは思わない

■ 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：マオリ族の拡大家族）、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

■ 原則

本戦略は以下の原則に従い実施される。
• エビデンスに基づく
• 安全で効果的である
• マオリ族に対応する
• 多様性を認め、尊重する
• 調和した多部門アプローチを反映する
• 持続可能性と長期間のコミットメントを示す
• 全ての人が自殺予防の役割を持っていると認識する
• 不平等の解消にコミットメントを持つ

■ エビデンスに基づく

可能である場合全ての自殺予防活動は、しっかりとした科学的調査に基づき、自殺予防を実施している人の経験と知識によって支えられたものでなければならない。明確な科学的根拠が不足している領域では、疑問や状況的ニーズに応える適切な方法を用いた評価方法が含まれたエビデンスを構築するための計画が、そのアプローチの中に組み込まれる必要がある。

■ 安全で効果的である

サービスが、地域コミュニティーのニーズに応えることは重要であるが、その介入が「研究」および「認められている最良の実践」に則したものであることが重要である。自殺予防のイニシアティブの中には良く意図されているが、脆弱性の高い人を自殺リスクの高い状態してしまった例もある。そのため、全てのイニシアティブが注意深く開発され、エビデンスと最良の実践に則し、安全性が評価され、良好な結果が保証され、意図しない結果とならないことが徹底的に評価されていることが非常に重要である。

■ マオリ族に対応する

政府機関と地域コミュニティー集団は、マオリ族の自殺率減少というニーズに応えるためのマオリ族との協働の方法を提示するための、それぞれ異なる枠組みおよび対応を備える。アプローチの範囲が広範に及ぶため、介入がアクセスし易く、効果的で、マオリ族の現実や優先事項を適切に反映していることを保証することが重要である。マオリ族に応えるために、全ての活動、特に中心となる業務において、マオリ族のニーズと熱望に責任を持てるような方法で、体制の構造、戦略、システム、管理、スタッフ、文化を測定する方法が必要となる。

多様性を認め、尊重する

効果を上げるため、予防プログラムとサービスの設計と提供は、ターゲットとなる人々の現実やニーズを反映しなくてはならない。これは、民族性、文化、性差、性指向、そして年齢のような問題に対応し、尊重することを意味し、以下に記述することにより可能である：

- 自己のアイデンティティーと地域のアイデンティティー、特に孤立したマイノリティの個人および集団を肯定し、価値付け、尊重する方法で人々にサービスを提供する。
- 多様な地域コミュニティー同士で、相互のコミュニケーションを促進する。
- 例えば高齢者に対するように、福祉に重大に影響する人生の変化を通して人々を認識し、支援する。

調和した多部門アプローチを反映する

サービスは、調整され、統一され、人々が明確に互いの役割を認識する場合に最も効果的に働く。これには部門と地域コミュニティーの協働および政府と非政府組織の協働が必要である。

持続可能性と長期間のコミットメントを示す

自殺は、「ただちに解決する」問題ではなく、一つのアプローチだけで効果をもたらすことはできない。多数の寄与要因が存在する複雑な健康問題と同様に、自殺予防は様々なレベルの範囲で継続される活動が必要であり、長期にコミットメントしていくことが必要である。

全ての人が自殺予防の役割を持っていると認識する

自殺予防全体は、地域コミュニティー集団、友人、同僚、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、hapu（訳者注：準部族）、iwi（訳者注：部族）、家族、専門家集団、全てのレベルの政府、仕事、非政府組織を含むニュージーランドの社会全体で共有された責務である。これらの努力は、だれもが各自の特定の役割を明確に認識し、エビデンスと安全性が示す範囲内で参加し、共通の目標に向けて活動する場合に最も効果的となる。

不平等の解消にコミットメントを持つ

ニュージーランドの異なる集団間の社会的経済的不平等の減少が、政府の優先事項として見なされている。自殺および自殺企図による入院に関して、ニュージーランドのある集団は、他の集団よりもうまく対処していることを示す証拠がある。例えば、若いマオリ族の男性は、同じ年代のマオリ族以外の男性よりも自殺率が高く、マオリ族の女性は自殺企図による入院率が最も高い。男性は女性よりも３倍自殺死亡率が高く、自殺企図によって入院する女性の率は男性の１．５倍である。そしてニュージーランドにおける最低レベルの貧困地域では、最も豊かな地域と比較すると自殺率が非常に高い。健康の不平等には複雑な因果関係があるために、これらの自殺問題を減少させるアプローチは多面的である必要がある。自殺予防の全てのアプローチは、これらの不平等を減少させることに焦点を当て、更に悪化させないことが重要である。

パート３：エビデンスの要約

■ 自殺行動に至る過程

多くの要因が自殺行動への発展に関与する。この章は健康省により委託されて行われた本戦略の展開を知る助けとなる２つの報告（Beautrais et al 2005; Collings and Beautrais 2005）の要約である。これらの要因および各要因が如何に関連するかについて図７のモデルに示す。このモデルは以下のことを示す：

1．自殺行動に寄与する要因は、個人的要因（例えば、遺伝子、性格）から社会的要因（例えば、失業率）まで広範にわたる。

2．これらの要因は自殺行動に直接寄与する可能性があるが、同時に個人の精神保健上の問題に関する脆弱性に影響することにより間接的に寄与する可能性がある：

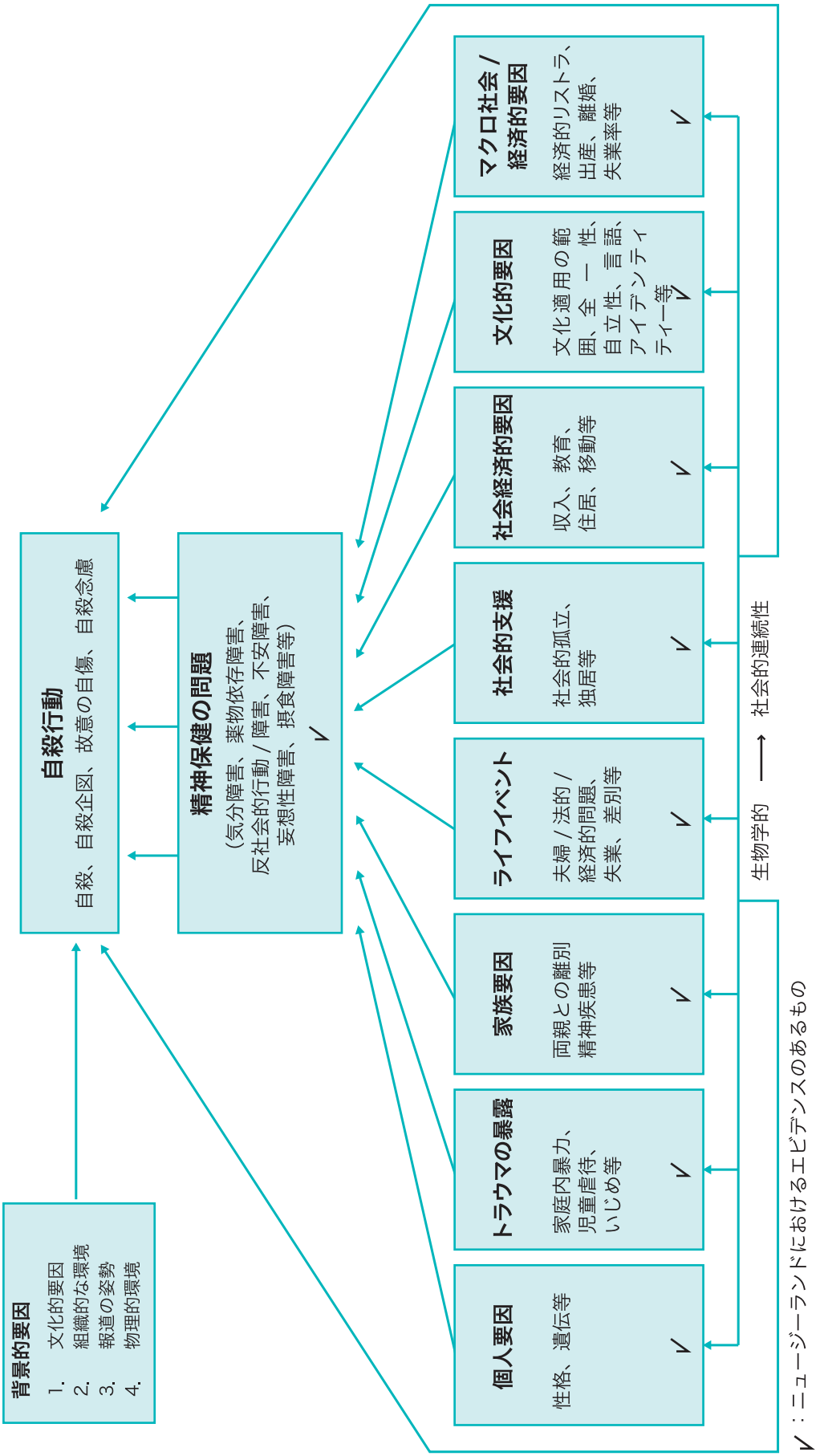
   a．自殺により死亡した、もしくは自殺企図をした大多数は、精神保健上の問題を抱えている。
   b．精神疾患（特に気分障害、物質障害、精神病性障害、反社会性障害を含む）が、自殺および自殺企図の 70%以上を説明する（Beautrais et al 2005）。

3．背景的要因も同時に上記の自殺行動に寄与する要因への暴露を増加するよう影響するかもしれない。背景的要因として以下が挙げられる：

   a．自殺行動に対する危険要因および抑制要因の効果に影響する文化的要因
   b．例えば学校、大学、職場、病院および拘置所などの施設の風土、体制および慣例が危険因子への暴露を増加するように影響する可能性があり、これらが自殺行動に転換される。
   c．自殺傾向の出現に影響する報道の姿勢
   d．自殺手段の利用可能性に影響する物理的環境

多くの要因および自殺行動につながる異なる経路が存在するため、多部門による広範なアプローチが自殺予防に必要である。

図7：自殺行動に至る過程



■ 自殺行動の影響

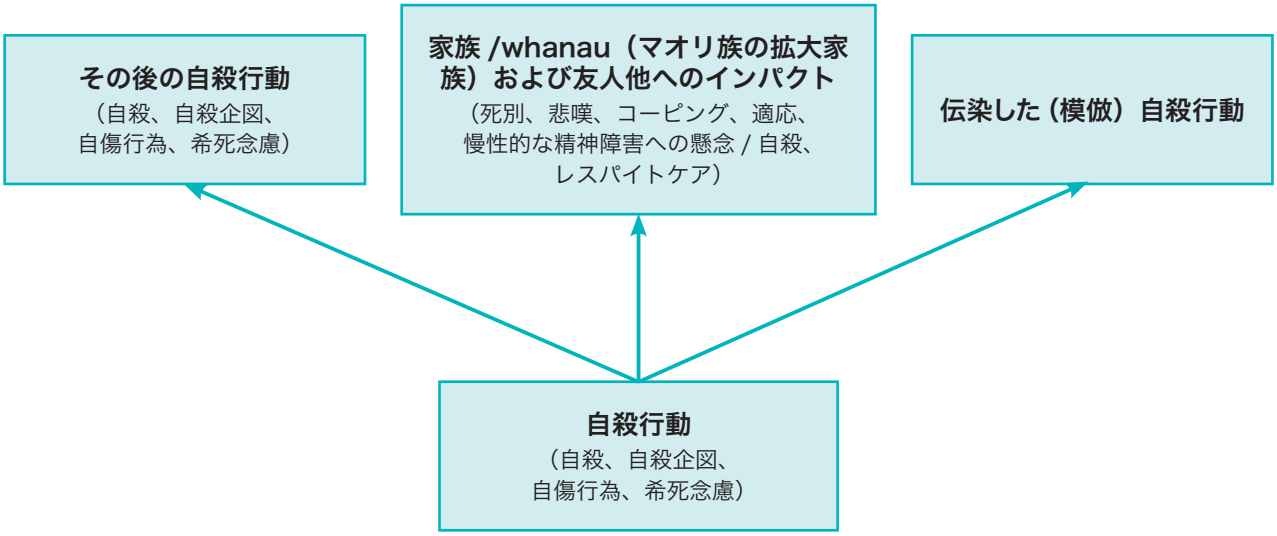
自殺行動は個人およびその人を支援している人々にとって重大な有害な結果をもたらす可能性がある。図７は自殺行動へと至る過程を示しているが、図８は個人、家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）および友人他にこれらの自殺行動が及ぼす影響を示す。

1．将来に再び自殺行動が起こる可能性がある。自殺行動を起こしたが死に至らなかった人は、その後の自殺企図と自殺のリスクが非常に高い。深刻な自殺企図をしたニュージーランド国民のほぼ半分が、その後に少なくとも１回以上自殺企図を行い、12 人のうち１人が５年以内に自殺で死亡する (Beautrais 2003、2004b; Gibb et al 2005)。

2．自殺行動は、家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）および友人他にも相当な影響を与える可能性がある。それらの人々は、生き残った人の福祉や安全、生活の質に関する問題に直面しなければならなかったり、愛する人が死んでしまったという事態を受け入れなければならなかったりする。これまでの研究が示すところによると、自殺による死別は、重要な家族、友人他に対して、以下のような広範な問題を生じさせるという：文化的宗教的儀式へのニーズ、自殺についての情報および自殺に関連した精神障害の情報へのニーズ、社会的・感情的・スピリチュアル・専門的なサポートへのニーズ、カウンセリングまたは心理療法へのアクセス、警察の取り調べへの協力、検死や公的手続き、死の後の実生活上の問題への補助とアドバイスなどである（Beautrais 2004）。

3．（自殺の）伝染も生じ得る。ある集団内の一人の自殺は、同一の集団内でその後の自殺を引き起こす。この伝染の理由は不明だが、多くの要因が示唆されている（eg、Gould et al 2003）。これらは悲嘆（特に長期化する、あるいは解決できていない悲嘆）、模倣、自殺による犠牲の美化および死のセンセーショナルさを含む。模倣自殺をするリスクを持つ人々は、自殺行動に寄与する要因をすでに持っている人たちである。

図８：自殺行動に潜在した有害な結果



■ Mātauranga whakairo(honoured knowledge：名誉のある知識)

実践と政策を周知させるために、エビデンスの基盤を強化していくことは重要である。マオリ族の自殺率は全体的に高く、不平等を減少させる必要性を考慮すると、研究と介入法をマオリ族にとって効果があがるように設計することが必要である。異なる研究によって生成された、さまざまな種類、状況についてのエビデンスを集約的に解釈することによって、効果とは何かについての合意を導き出す必要がある（WHO 2004)。

マオリ族の自殺行動に関連した現存しているエビデンスに基づいた調査を緊急に増やし、新たに構築する必要がある。そして、さまざまな他から得られたエビデンスを取り込むことはマオリ族にとって非常に重要である。エビデンスをまとめたものは、マオリ族によって厳密に調べられる。それらは以下を含む：

- マオリ族の自殺行動の危険要因および保護要因を明らかにする調査
- マオリ族調査のフレームワークによる質的研究と評価
- 他の先住民族との比較研究
- Whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族)、hapu（訳者注：準部族）and iwi（訳者注：部族）への自殺行動のインパクトの説明
- 例えば korero（stories：物語)、whaikorero（formal oratory：公式な演説)、waiata moteatea（traditional songs：伝統的な歌)、karakia（spiritual dedications：スピリチュアルな奉納儀式)、whakapapa（geneology：家系）などの、適切な関連のあるコミュニケーション媒体を介して得られる自殺行動についての歴史的文化的知識が whanau（訳者注：拡大家族)、hapu（訳者注：準部族）and iwi（訳者注：部族）にとって重要であると認識すること
- ニュージーランド青少年自殺予防戦略においての、マオリ族に特化した内容である Kia Piki te Ora o te Taitemariki(訳者注：青少年の福祉増進) からの成果の構築および強化

マオリ族の自殺と自殺率を減少させる適切なプログラムおよびサービスを発展させる必要性は、本戦略において優先順位の高い項目である。

パート４　人口集団の問題

前の章では本戦略の展開を導く一般的原則およびニュージーランドの自殺行動に寄与する要因について私たちが知っていることについて述べたが、本章では、ニュージーランドのさまざまな集団ごとにみていく。以下のような項目について言及する。

- 年齢
- 性
- マオリ族
- 太平洋沿岸地域居住の人々
- アジア人種
- 性的指向
- 難民および移民

■ 年齢に関連する問題

近年までニュージーランドの自殺予防は、主に 15 歳から 24 歳までの青少年に焦点を当てていた（Ministry of Youth Affairs：青少年省、Ministry of Health：健康省、Te Puni Kokiri：マオリ発展省 Ministry of Maori Development 1998）。ニュージーランドにおける青少年の高い自殺率を考慮すると、未だに青少年が重要な焦点である一方で、自殺の 80%は 25 歳以上に生じていることに注目することが重要である（Beautrais et al 2005）。

自殺の危険因子は年齢により異なる可能性が示唆されている。特に低い精神保健状態は、全ての年齢において自殺行動の主要な危険因子であるが、家族やトラウマが高齢者よりも若年者の自殺の病因により強い役割を果たしている（Beautrais et al 2005）。これらの考察のように、本戦略の遂行には年齢および自殺行動に関連する危険因子の発達上の差異を認識する必要がある。

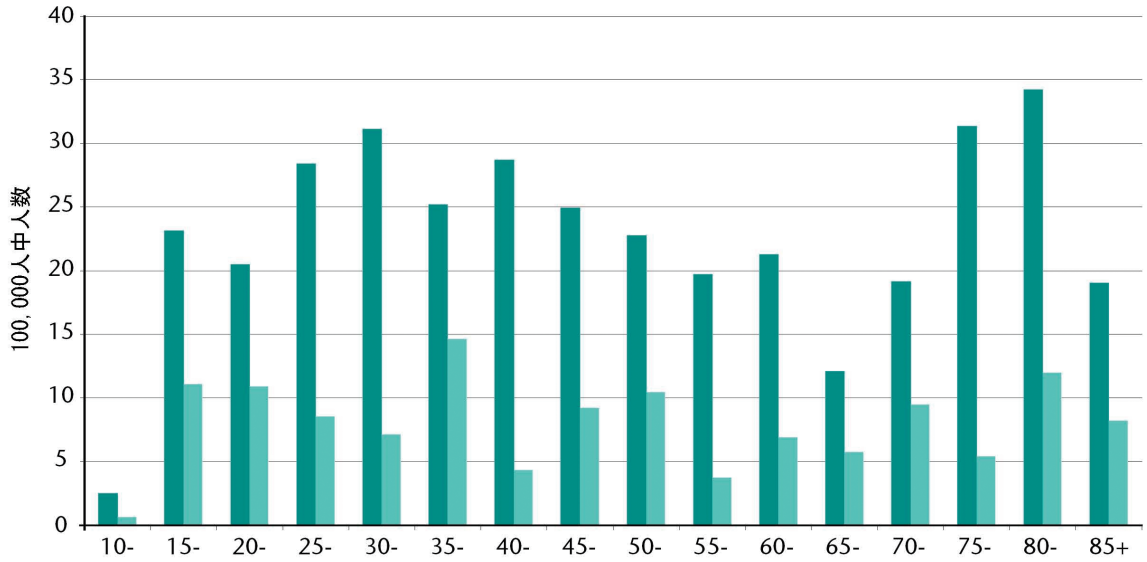
高齢者における自殺率は減少してきているが、まだ比較的高いままである。そして、この集団における危険性はしばしば見落とされる。自殺企図をする高齢者は強い希死念慮を持っており、致死的な方法で企図しやすいため懸念される。致命的な方法で自殺企図をする高齢者は多くの場合一人暮らしで、そのため、希死念慮を見出される機会が少ない。高齢者は身体的に脆弱なため、身体的に深刻な自殺企図の後は生存しにくく、回復しにくい (Blumenthal and Kupfer 1990)。さらに一般的に、高齢者は自傷行為後に周囲に支援を求めない（Rifai et al 1994）。

■ 性差にかかわる問題

男性は女性より自殺死亡の比率が高い（図 9 参照）。このことから、多くの理由が推測される。男性は女性よりも精神保健上の問題（統合失調症、薬物およびアルコール乱用、統制不全（外面化）型行動および暴力的性癖を含む）の有病率、男性の自殺に対する文化的受容性（女性の自殺と比較して）、心理社会的差異（子どもが女性の自殺に保護要因として働くこと、情動的問題に対する支援を男性が求めたがらないことを含む）などの性差のために、女性よりも男性の自殺率が高い傾向であることが示されてきた。基盤のないまま、これら自殺と性差との関連についての議論がなされてきた。特に、ニュージーランドやその周辺では、女性のほうがより自殺行動をとりやすく、男性よりも自殺企図が多いことが一貫して示されている。

男性の高い自殺死亡率は性差による自殺行動の傾向の違いでは説明されず、むしろ、用いる方法の違い、女性の薬の過剰摂取、男性の銃器、炭素中毒、縊首などの方法の差によるかもしれない。さらにニュージーランドでは、自殺率の性差は 1990-1992 にピークに達し（男性は女性と比較して 4.2 倍）、その後、3.2 倍まで減少した。この現象は、若年女性の縊首による死亡の増加により大部分が説明される。これらの考察は、「性差の問題」として自殺を表象することが間違いであることを示唆する。むしろ政策は、自殺行動は両性にとって重要な問題であり、自殺行動は男性では自殺死亡、女性では自殺企図という性別ごとに異なる状態で表現される、ということを認識する必要がある。

図 9：人口集団と性差による自殺率　2003



注：2003 年は暫定データを表す；年齢調整比を示す
元データ：ニュージーランド健康情報サービス

■ マオリ族の問題

自殺は、多面的で多様な範囲の対応が要求される複合的な問題である。この対応には、マオリ族の異質性を考慮する必要性も含まれなければならない。マオリ族にとっては、強固な文化的基盤がアイデンティティーの中心的な源泉となる (Durie 1998; Hirini and Collings 2005)。そのアイデンティティーに肯定的な態度をとることが、マオリ族の文化的、スピリチュアル面の福祉にとっては重要である。文化は、健康の表現に影響する。また、それは医療従事者および whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）が如何に理解し対応するかに影響する。マオリ族が受けた損失に取り組むために、whakapapa（訳者注：マオリ族の家系）、hapu(準部族)、および iwi（部族）の存続を守るために過去を認識し、現在に直面し、将来を強めていくことが重要である。

マオリ族の昔の信仰によれば、Tana と hineahuone（訳者注：tana：マオリ族の神話に出てくる人類最初の男性、hineahou：マオリ族神話に出てくる人類最初の女性) の合体は、肉体的な人間生命の固有の始まりであり、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族)、hapu（訳者注：準部族)、iwi（訳者注：部族）の究極起源を象徴する。マオリ族にとっては、物語と whakapapa（訳者注：マオリ族の家系）を介して、この知識が伝承されることが重要である。Whakapapa（訳者注：マオリ族の家系）は whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族)、hapu（訳者注：準部族)、iwi（訳者注：部族）の間のつながりを提供する。貴重な生命の損失を超えて追加された一面は、whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）の人々に特有な貢献と whakapapa（訳者注：マオリ族の家系）の存続の損失を意味していた。Whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族)、hapu（訳者注：準部族)、iwi（訳者注：部族）は存続するために互に依存している。Tatau tatau (togetherness: 緊密な関係)、manakitanga (care and hospitality: ケアともてなし)、wairuatanga (spirituality: スピリチュアリティー)、kawa (process: 過程)、tikanga (principles: 原理) の概念を通じて文化構造とその表現の両面へ対する支援は、マオリ族のある年代の集団における高い自殺率による重大な脅威に晒されている。

Whakamomori (マオリ族の自殺)

Whakamomori は、マオリ族の自殺に関連して、しばしば使用される言葉である。Iwi（訳者注：部族）の全てに共通の言葉ではない。たとえば北部の iwi（訳者注：部族）では、“tarona”（strangulation：絞殺）が使われる（Coupe 2005)。しかしながら、Whakamomor はマオリ族の自殺を表す最も広く知られてい

る言葉である。Williams ウイリアム（1971）は Whakamomori は「自殺をすること、あるいは絶望による行為」と定義した。また「悲しみに横たわる深いもの」「部族の苦しみにあるもの」「死を伴わない悲嘆」「死という結果であろうとなかろうと、心理的な、スピリチュアルな、文化的あるいは集合的な状態」（Lawson-Te Aho 1998）とも解釈される（Lawson-Te Aho 1998）。結局、whakamomori の用語の使用法や文脈内部での解釈および意味の違いを知ることが重要である。

マオリ族の自殺行動は、マオリ族以外と同様に、精神状態と密接に関連している。しかし、多くの他の因子がマオリ族の危険因子を増強すると示されている。現在のマオリ族の自殺行動は極めて複雑である。しかし民族的、文化的差異や行動に対するこれらの影響は、マオリ族の自殺を減少させるために考慮すべき重要な要因である (Lawson-Te Aho 1998)。

■ 太平洋沿岸地域の人々の問題

ニュージーランド在住の太平洋島嶼国系の人々は 22 の異なる文化を持ち、さらに多くの言語が話されている。太平洋沿岸では大部分が青少年層で、15 歳以下の子供の割合が高い。ニュージーランドの人口の 6．5%が太平洋島嶼国系の人々であり (Statistics New Zealand 2006)、2031 年までには 13%まで増加する (Gray 2001)。

太平洋の人々の社会文化的構造は、文化的に多様である。島で生まれた人、ニュージーランドで生まれた人を含め、各民族的集団間および集団内で、言語、価値、文化、習慣、新しく得た生活様式に違いがある。一般的な信念とは異なり、太平洋の人々は必ずしもニュージーランドと共通の移民や文化的変容の歴史を共有しているとは限らない（Ministry of Pacific Island Affairs：太平洋諸島省）。

多くの違いがあるとはいえ、共通性のある領域もある。太平洋の人々は、低い社会経済的地域に集団を作り、しばしば人口過密な状況で、低い所得で暮らしている傾向がある。太平洋沿岸地域の人々の精神保健サービス利用の増加は、失業、低所得、貧しい住環境、家族の崩壊、文化的な分裂、社会的問題により、彼らの精神保健に対するインパクトが増え、それゆえに太平洋沿岸地域の人々の自殺傾向に影響を与えていることを示している。

太平洋島嶼国系住民は、家族、教会、地域コミュニティーに属しているという強い感覚を持っている。伝統的に個人のアイデンティティーや福祉は、家族の伝統、家族のつながり、役割と責任に依存している。家族相互の結びつきの強さは、社会経済的要因やニュージーランド社会への文化的変容により弱まってきているが、広範な家族構造は未だに太平洋沿岸地域の文化、態度、信念の中心になっている（Finau 1982; Ministry of Health 1997）。家族と教会の社会構造は、人々を自殺から保護する重要で意義のある関係を提供している（Finau1994、Skegg1997）。

太平洋島嶼国系住民に対する自殺予防の主要なアプローチは、単独では効果的を発揮しにくいであろう。そして、個別の地域コミュニティーの発達は、必ずしも精神保健上の問題や自殺行動を減少させない（Disley 1997）。結局、太平洋島嶼国系の人々に向けた自殺予防政策、プログラムおよびサービスは、主流の文化とは異なるかもしれない精神保健のような問題についての彼らの信念や文化的背景を、充分に考慮する必要がある（Beautrais et al 2005）。

■ アジア人種における問題

ニュージーランドにおいてアジア人種は最も急速に増加しており、7%の人口を占める（Statistics New Zealand 2006）。太平洋島嶼国系の人々と同様にアジア人種も文化的に多様で、ニュージーランド社会への文化的変容の程度も様々である（New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health 2003）。結果的として、自殺予防政策、プログラムおよびサービスは、この多様性に対応する必要がある。

ニュージーランドのアジア人種の 40%以上が中国系であり、最大のアジア集団である（Statistics New Zealand 2006）。多くの中国系人種の間には自殺に関する強いスティグマが存在し、個人そして家族の尊厳にとって恥であるとみなされている。彼らは、うつ病や自殺といった精神保健上の問題を、家族や社会の期待に沿うことができないなどの社会的要因により引き起こされたものとみなすことが多い。加えて彼らは、もし実質的な身体的症状を同時に経験しなければ、精神保健の専門家を探すことを強くためらいがちである。

■ 性指向に関連する問題

ゲイ、レズビアン、バイセクシャル（gay、lesbian and bisexual: GBL）といった性的指向のある人々の高い自殺行動の危険性に関する懸念が議論されてきている。1990 年代の科学論文には疑問点も存在するが、最近の調査研究からのエビデンスでは、異性以外への性的指向が自殺行動の危険因子であることが強く示されている。

ニュージーランドにおいてこの知見に関して重要な貢献を示す調査が行われた。クライストチャーチおよびダニーデンにおける縦断的研究から、GLB 指向の青少年は自殺念慮および自殺企図の危険性が有意に高いことが示された（Fergusson et al 2005; Skegg et al 2003）。

GBL 指向のある青少年の自殺行動に対するリスクが高いことは、精神保健問題が多く生じ、それにより、この集団における自殺行動が増えるという一連の要因を反映しているのかもしれない。社会的偏見、同性愛嫌悪を示す態度、不当な差別、嫌がらせは、GLB 指向のある青少年における精神保健上の問題に対する脆弱性を高めることが、いくつかの研究で示されている（D'Augelli 1996; McDaniel et al 2001）。また、異性以外への性的指向による自殺リスクへの影響は、女性よりも男性により顕著であると示唆されている。

検死報告や病院入院情報としては記録が残されていないため、危険因子である性的指向は健康省の自殺統計には示されていない。クライストチャーチやダニーデンでの研究で示された GLB 指向のある人々の高い自殺率を考慮すると、この危険性に関連する要因についての更なる研究が重要である。

これらの考察から、本戦略にとって GLB 指向のある青少年が直面する危険性の認識と、この集団のニードに取り組むための政策案出の必要性が提唱される。

■ 難民と移民に関する問題

難民と移民はニュージーランドに来るに至り、家族、家、アイデンティティー、役割、言語、文化的文脈、自己の意識および他人への信頼など多くの喪失を経験している。これに加えて、多くの難民はニュージーランドに到着する以前に身体的・心理的トラウマにさらされており、その内 40%が深刻なトラウマを経験している。結果的として、難民は自殺行動を含む身体的、心理的困難の危険性が特に高い（健康省 2001）。自殺予防のアプローチおよび政策は、この集団の抱える特有の問題を認識しなければならない。

パート５：７つの目標

図７と８で展開した概念モデルは、以下の７目標の基盤を提示しており、次の 10 年間の自殺予防の範囲とニュージーランド全体に対するアプローチの方向性を概略している。

1．精神保健と福祉を増進させ、精神保健の問題を予防する
2．自殺行動に関連する精神疾患を患う人々のケアを向上させる
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
4．自殺手段のアクセスを減少させる
5．メディアによる安全な自殺行動の報道および描写を促進させる
6．自殺あるいは自殺企図によって影響を受けた家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、友人および他の人々のサポートを行う
7．自殺率、原因、効果的な介入についてのエビデンスを拡大させる

目標１：精神保健と福祉を増進させ、精神保健の問題を予防する

以下の政策、サービスおよび戦略を発達させる：

ａ）精神保健上の問題と自殺行動に寄与する社会、家族、個人の領域の危険因子に晒される人口を減少させる

ｂ）逆境に晒された後の回復力を促進させる

理論的根拠：

社会、家族、個人および関連要因が自殺行動と精神障害の進展の両方に寄与することが、実質的に研究から示されている。

戦略の方向性：

この目標は非常に広範であり、精神保健と福祉の全体的な向上を目指し、広範な地域住民に及ぶ。これらは、回復力を増進させ、精神障害と自殺に寄与する様々な心理社会的要因に晒される人数の減少を促進する（図７参照）。この目標を目指した活動は１次予防を含み、そして Te Tahuhu（訳者注：棟上げ：マオリ語で ridge pole of a house の意味）–Improving Mental Health 2005-2015(精神保健の向上 2005 年 -2015 年)：The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan（第二次ニュージーランド精神保健と依存症のための計画）（健康省 2005 年）、He Korowai Oranga：The Maori Health Stragety（マオリ族健康戦略）（健康省、健康省副大臣 2002）および、Building on Strengths（訳者注：強さによる構築）–A new approach to promoting mental health in New Zealand（ニュージーランドにおける精神保健を向上させるための新しいアプローチ）（健康省 2002 ｂ）で示された戦略的方向と調整され、それに基づく必要がある。

活動は以下を含む広い範囲に及ぶが、以下だけに制限されるものではない：

- 精神保健、福祉、家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）および個人を支援するためのイニシアティブを促進させる。
- 情動的な苦痛および精神保健問題の早期症状に、人々が更に対応するよう促すためのイニシアティブを促進させる。
- 精神疾患に対するスティグマを減少させるためのイニシアティブを支援する。
- 社会的不平等、暴力、差別と虐待に取り組むイニシアティブを支援する。
- 学校、大学、marae（訳者注：マオリ族の集会所）、教会、他の信仰に基づく組織、刑務所や職場を含めた広い領域での、精神保健と福祉を促進するための政策と実践を促進させる。
- 適切な領域において、マオリ族に保護的な要因である文化的な発達を担う役割を向上させる。

目標２：自殺行動に関連する精神疾患を患う人々のケアを向上させる

自殺行動に寄与する精神疾患（例えば気分障害、薬物依存症、妄想性障害、不安障害、反社会性障害、摂食障害や人格障害）を患う人々を、より良く認識し、より良い治療法および介入法を導入するための政策、戦略およびサービスを発展させる。

理論的根拠：研究のエビデンスは、精神障害は自殺行動に寄与する主な要因であることが研究から示されている。見積もりでは、自殺企図の 70%が精神障害によると示唆されている。

戦略の方向性：精神疾患を患う人々に対するケアを向上させるために、地域ポピュレーションレベルの公衆衛生政策および、精神疾患の同定、治療、介入法の向上を目的とした臨床実践の変化の両方が必要である。精神疾患を患うマオリ族に対するケアを改善するために、マオリ族の福祉に対する全体的なアプローチを更に理解し、適用を進める必要である。この目的のための活動は、Te Tahuhu（訳者注：棟上げ：マオリ語で ridge pole of a house の意味）–Improving Mental Health 2005-2015(精神保健の向上 2005 年 -2015 年) : The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan（第二次ニュージーランド精神保健と依存症のための計画）（健康省 2005 年）で示された戦略的方向と調整され、これら戦略に基づき計画されたものである必要がある。

活動は以下を含む広い範囲に及ぶが、以下だけに制限されるものではない：

- 適切な援助を探す方法を含め、精神疾患症状を経験している人々に対して社会が更に認識を深め、更に対応していくことを支援する。
- 自助的な方法を含め、効果的な治療や介入法の認知を広める。
- 精神疾患による症状を経験している人々に対してより適切に対応するため、健康に関する専門家やその他の重要な人々の能力を向上させる。
- 精神疾患を患う人々に対するケアの質を高める。
- 第一次、第二次的な精神保健のサービスへのアクセスを向上させる。
- マオリ族の健康のモデルをより認識し、適応を増やす。

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

致命的ではない自殺企図をした人々に対する治療、介入法、事後のケアをより良くするための政策、戦略およびサービスを発展させる。

理論的根拠：致命的ではない自殺企図をした人たちの約 50％は、その後、最低でも 1 回の深刻な自殺企図（10 人に 1 人は既遂に至る）を行うことが研究より示されている。

戦略の方向性：更に効果的な事後のケアと支援の方法を発展させ評価するため、自殺企図をした人々のケア向上には、臨床家、サービスを必要とする人、家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、そして hapu(訳者注：準部族)、iwi（訳者注：部族）、マオリ族の供給者（Māori providers：訳者注：マオリ族に対して保健・福祉等提供する総合的サービス）を含む地域コミュニティーの組織含む。

活動は以下を含む広い範囲に及ぶが、以下だけに制限されるものではない：

- 治療、介入法、事後のケアと支援を向上させる。
- ケアの質、継続性およびアクセスのしやすさを向上させる。
- 自殺企図をした人をケアするため、家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）を支援する。
- 自殺企図をしたマオリ族の人々に対する事後のケアと支援を発展させる。

目標４：　自殺手段へのアクセスを減少させる

自殺手段へのアクセスを減らし、致死性を減らす政策、戦略および規制を発展させる。

理論的根拠：ある状況においては、自殺手段へのアクセスの統制により自殺行動の危険性が減少する可能性が研究で示唆されている。例えばニュージーランドでは、1992 年の Arms Act（銃管理法）の修正と銃器による自殺の劇的な減少とが関連していた。

戦略の方向性：自殺手段へのアクセスの減少には、自殺手段の傾向を監視し、危険性を最小にする方法を調べる事を含む。

活動は以下を含む広い範囲に及ぶが、以下だけに制限されるものではない：

- 銃器使用を制約する法令の遵守を促進させる。
- 自動車の排気ガスによる致死性を減らす方法を研究する。
- 自殺および自殺企図に一般的に使用される医薬品や他の致死的化学物質を、より安全に提供することを推奨する。
- 例えば飛び降り自殺をしやすい場所への対策として、地方自治体や他の組織による安全な都市設計の採用を促進させる。
- 精神病院入院施設や更生施設のような、自殺のリスクが高い人々が入所する施設の安全性を考慮した設計を促進させる。
- 自殺手段へのアクセスを、自殺企図した人々の家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）や友人が警戒するよう促進させる。

目標５：メディアによる安全な自殺行動の報道および描写を促進させる

模倣による自殺の潜在性を減少させるためにメディア（出版物、テレビ、映画、ラジオ、ドラマ、インターネット）による、自殺行動に関するより良い描写と報道を促進させる。

理論的根拠：自殺および自殺行動についてのメディア報道の描写の中には、ある状況下では、模倣自殺を促し、逆境状況に対する反応として自殺が理解可能なものとして正常化してしまうことで、自殺率を上昇させる場合があることが研究により示されている。

戦略の方向性:この目標の実施には資材を開発するためのコンセンサスを形成するために、またメディアが安全で教育的に自殺を報道し描写するための同意の得られた実践と方針の規定を形成するために、メディアとの合同の戦略が必要となる。

活動は以下を含む広い範囲に及ぶが、以下だけに制限されるものではない：

- メディアと協働して安全な報道および一貫した実践を促進する。
- 自殺に関する報道をモニタリングする。
- メディアに対しアクセスしやすく、かつ最新の自殺行動についての情報を提供する。
- 教育的で安全な報道の重要性に基づき、メディアの代表に手引きを提供する。

目標６：自殺あるいは自殺企図によって影響を受けた家族 /whanau、友人および他の人々のサポートを行う

自殺後または自殺企図後の家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、友人および他の関係した人々のニーズに応え、潜在的な自殺の伝染を減少させるための政策、戦略、サービスを発展させる。

理論的根拠：自殺によって亡くなった人の家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）は、悲嘆、罪責感、恥を感じることが研究で示されている。これらの反応は、家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）の精神保健上の問題および自殺行動の危険性を高めるかもしれない。ある状況下では、模倣あるいは「真似（copycatting）」を示す群発自殺（clusters of suicides）が発生する。類似の反応は、致命的ではないが深刻な自殺企図後にも起こりえる。自殺後または自殺企図後の家族 /whaunau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、友人、他の関係した人々のニーズに対応するサービス、政策および戦略の必要性が明らかにある。

戦略の方向：この目標の実施には、自殺による死別を経験した家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）、または自殺行動を起こした人の家族 /whanau（訳者注：マオリ族の拡大家族）の個人的および精神保健上のニーズに応えるためにデザインされた政策およびサービスの発展が必要である。自殺行動がもつ伝染性という特性からすると、事後介入（postvention）戦略は、模倣自殺の危険性および群発自殺への進展の危険性を減少させるものとして重要である。この目的のためには、政府、健康の専門家や地域コミュニティーの組織、hapu（訳者注：マオリ族の準部族）、iwi（訳者注：マオリ族の部族）、マオリ族の供給者（Māori Providers：訳者注：マオリ族に対して保健・福祉等提供する総合的サービス）および自殺と自殺企図の影響に対処する効果的なアプローチを行う地域コミュニティーとの間の連携を発展させる必要がある。

活動は以下を含む広い範囲に及ぶが、以下だけに制限されるものではない：

- 自殺あるいは自殺企図に影響される人たちと接触する重要な人員（葬儀に関係する人、教師、医師、警官、カウンセラー、第一線の医療関係者）に対する手引きを発展させ、推進する。
- 自殺予防を行う地域コミュニティー、機関、組織に助言や手引きを提供する。
- 自殺によって身近な人を亡くした人、あるいは自殺企図による影響を受けた人々を支援する。
- マオリ族への対応として、主なサービスを補助するため、hapu（訳者注：マオリ族の準部族）、iwi（訳者注：部族）、マオリ族の供給者（Māori Providers：訳者注：マオリ族に対して保健・福祉等提供する総合的サービス）、そして地域コミュニティーの間の連携を構築する。

目標７：自殺率、原因、効果的な介入についてのエビデンスを拡大させる

自殺予防の努力に情報を提供し、その道標となるため、自殺行動の率、寄与する要因、効果的な介入法についての現在の知識を拡大させる

理論的根拠：どの予防のためのイニシアティブにしろ、問題点をどの程度理解しているか、そして、それにどのように取り組むかによって成功するか否かがほぼ決定される。良いデータの取得は不可欠であり、自殺と自殺企図に関する国のデータの一貫性とスケジュールの改善が必要である。自殺に関する、特に集団としての危険要因についてのニュージーランドおよび国際的な調査が増えているにもかかわらず、マオリ族および太平洋地域の人々のような集団における自殺行動の危険要因や防御要因に関するエビデンスは限られている。効果的な自殺予防介入に関する国家的および国際的エビデンスも限られており、そのため注意深くプログラムをデザインし評価することに更に焦点を当てる必要がある。

戦略の方向性：
この目標のためには自殺に影響を与える要因に関するエビデンスと、効果的な予防方法についてのエビデンスの間に存在するギャップを埋める取り組みのための調査プログラムを推進する必要があり、評価の重要性を強調し、政策および実践に関するデータおよび調査の質とその使用を向上させる仕組みを促進させる必要がある。

活動は以下を含む広い範囲に及ぶが、以下だけに制限されるものではない：

- 自殺予防に基づくエビデンス拡大のための調査を促進させ、支援する。
- 自殺予防イニシアティブの評価を促進させ、支援する。
- 自殺行動に影響を与えうる、あるいはインパクトを与えうる問題 / 事象の評価を促進させ、支援する。
- マオリ族の自殺予防に関するエビデンスを拡大させる調査を促進させ、支援する。
- 他の地域住民集団のためのエビデンスを拡大させる調査を促進させ、支援する。
- 調査からの知見の利用を改善するための仕組みを促進させる。
- 国家的なデータベースの時間軸構造、質、使用に際しての利便性を向上させる。
- New Zealand Suicide Prevention Strategy（ニュージーランド自殺予防戦略）の効果測定のための評価と監視のための枠組みを構築する。

■ ７つの目標の実施

本戦略は、the New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy（ニュージーランド青少年自殺予防戦略）（Ministry of Youth Affairs：青少年省、Ministry of Health：健康省、Te Puni Kokiri：マオリ発展省 Ministry of Maori Development 1998）による業績を拡大したニュージーランドの自殺予防のための新たな段階を示している。この７つの目標は、次の 10 年間に向けた自殺予防の取り組みのための明確な方向性を示している。目標を実際に達成する方法、期間、実施者が、本戦略での実行計画に記述される。

誰もが、自殺予防に貢献することができます。もし、あなたが自殺予防のイニシアティブについて興味があり、いかに自分が関われるのかを考えているならば、Suicide Prevention Information New Zealand (SPINZ)（ニュージーランドの自殺予防インフォメーション）(www.spinz.org.nz) に連絡をするか、健康省の自殺予防のウェブページを見てください（www.moh.govt.nz/suicideprevention）。人々が共有の展望を持って協働してこそ、成果が挙げられるのです。

参考文献

Ajwani S, Blakely T, Robson B, et al. 2003. *Decades of Disparity: Ethnic mortality trends in New Zealand, 1980-1999.* Wellington: Ministry of Health and Otago University.

Beautrais AL. 2003. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A five-year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(5): 595-9.

Beautrais AL. 2004a. *Suicide Postvention: Support for families, whānau and significant others after a suicide: A literature review and synthesis of evidence.* Christchurch: Christchurch School of Medicine and Health Sciences.

Beautrais AL. 2004b. Further suicidal behaviour amongst medically serious suicide attempters. *Suicide and Life Threatening Behavior* 34(1): 1-11.

Beautrais AL, Collings SCD, 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.

Blumenthal S and Kupfer D. *1990. Suicide over the Life Cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.* Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing Inc.

Collings S, Beautrais A. 2005. *Suicide Prevention in New Zealand: A contemporary perspective.* Wellington: Ministry of Health.

Commonwealth of Australia. 2005. *A Framework for Effective Community-based Suicide Prevention: Draft for consultation.* Canberra: Commonwealth of Australia.

Coupe NM. 2005. *Whakamomori: Ma - ori Suicide Prevention.* PhD Thesis, Massey University, Palmerston North.

D'Augelli A. 1996. Lesbian, gay and bisexual development during adolescence and young adulthood. In: R Cobaj and T Stein (eds). 1996. *Textbook of Homosexuality and Mental Health.* Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing Inc.

Disley B. 1997. *Framework for Mental Health Promotion and Illness Prevention: Obstacles and Opportunities.* In: P Ellis and S Collings (eds). 1997. Mental Health in New Zealand from a Public Health Perspective. Wellington: Ministry of Health.

Durie M. 1998. *Whaiora: Māori Health Development.* Auckland: Oxford University Press.

Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, et al. 2005. Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychological Medicine* 35: 971-981.

Finau SA. 1982. Social Anthropology: The Tongan family: Relevance to health. *New Zealand Medical Journal* 95: 880-3.

Finau SA. 1994. The value of Pacific children: Perspectives for a way forward. *Pacific Health Dialog* 1(2): 52-62.

Gibb SJ, 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.

Gould M, Jamison K, Romer D. 2003. Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist* 46(9): 1269-84.

Gray A. 2001. *The Definition and Measurement of Ethnicity: A Pacific perspective.* Wellington: Statistics New Zealand.

Hirini P, Collings S. 2005. *Whakamomori: He whakaaro, he korero noa: A collection of contemporary views on Māori and suicide.* Wellington: Ministry of Health.

Lawson-Te Aho K. 1998. *Kia Piki te Ora o te Taitamariki: A review of the evidence.* Wellington: Te Puni Kōiri.

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

Mann J, Apter A, Bertolote J, et al. 2005. Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association* 294 (16): 2064-2074.

Minister for ACC. 2003. *New Zealand Injury Prevention Strategy.* Wellington: Accident Compensation Corporation.

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

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

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

Ministry of Health. 1994. *The Report and Recommendations of Steering Group on Youth Mental Health and Suicide Prevention.* Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 1997. *Making a Pacific Difference: Strategic initiatives for the health of Pacific people in New Zealand. Wellington:* Ministry of Health.

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

Ministry of Health. 2002a. *Te Puāwaitanga: Māori Mental Health National Strategic Framework.* Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. 2002b. *Building on Strengths - A new approach to promoting mental health in New Zealand. Wellington:* Ministry of Health.

Ministry of Health. 2005. *New Zealand Suicide Prevention Strategy: A life worth living: consultation document: submission analysis. Wellington:* Ministry of Health.

Ministry of Health. In press. *Suicide Trends: in New Zealand 1983-2003. Monitoring Report No. 6. Wellington:* Ministry of Health.

Ministry of Pacific Island Affairs. 1999. *Pacific Vision Strategy Pacific Directions. A Report to Government on a possible pathway for achieving Pacific peoples' aspirations.* Wellington: Ministry of Pacific Island Affairs.

Ministry of Youth Affairs, Ministry of Health, Te Puni Kōiri. 1998. *The New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy: 'In Our Hands' and 'Kia Piki te Ora o te Taitamariki'.* Wellington: Ministry of Youth Affairs, Ministry of Health and Te Puni Kōiri.

New Zealand Guidelines Group, Ministry of Health. 2003. *The Assessment and Management of People at Risk of Suicide.* Wellington: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health.

O'Dea D, Tucker S. 2005. *The Cost of Suicide to Society. Wellington:* Ministry of Health.

Rifai A, George C, Stack J, et al. 1994. Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. *American Journal of Psychiatry* 151(11): 1687-90.

Skegg K. 1997. Suicide and Parasuicide. *In: Mental Health in New Zealand from a Public Health Perspective.* Public Health Report No. 3. Wellington: Ministry of Health.

Skegg K, Nada-Raja S, Dickinson N, et al. 2003. Sexual orientation and self-harm in men and women. *American Journal of Psychiatry* 160(3): 541-6.

Statistics New Zealand. 2006. *2001 Census of Population and Dwelling - Cultural diversity tables: Cultural Table 8.* http://www.stats.govt.nz/census/cultural-diversity-tables.htm. Date of download 17th March 2006.

Tiatia, J, Coggan, C. 2001. Young Pacifican suicide attempts: a review of emergency department medical records. *Pacific Health Dialog* 8(1): 124-8.

Tiatia, J. 2003. *Reasons to live: NZ-born Samoan young people's responses to suicidal behaviours.* PhD Thesis, The University of Auckland, Auckland.

United Nations. 1996. *Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies.* New York: Department for Policy Coordination and Sustainable Development.

WHO. 2004. *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice. Summary Report.* Geneva: World Health Organization.

Williams H. (1971). *A Dictionary of Ma-ori Language.* Wellington: Government Printer.

翻訳者紹介

大内幸恵（国立精神・神経センター精神保健研究所　外来研究員）
2001 年 3 月、東京都立大学人文学部社会福祉学科（当時）卒業。同大学修士・博士課程で HIV 陽性者の生活支援研究に関わる。2003 年厚生労働科学研究費 (エイズ対策研究事業) による「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究 (H16 年度) 協力研究員として従事。2006 年から「自殺対策のための戦略研究」流動研究員、国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部外来研究員となり、2007 年現職に至る。

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. 3
ニュージーランド自殺予防戦略

発行年月日　平成 19 年 12 月 20 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　大内 幸恵
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://www.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戦略 2006 – 2016」の日本語への翻訳は、
「平成 19 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。

ニュージーランド自殺予防戦略２００６－２０１６

ニュージーランド政府健康省

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

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