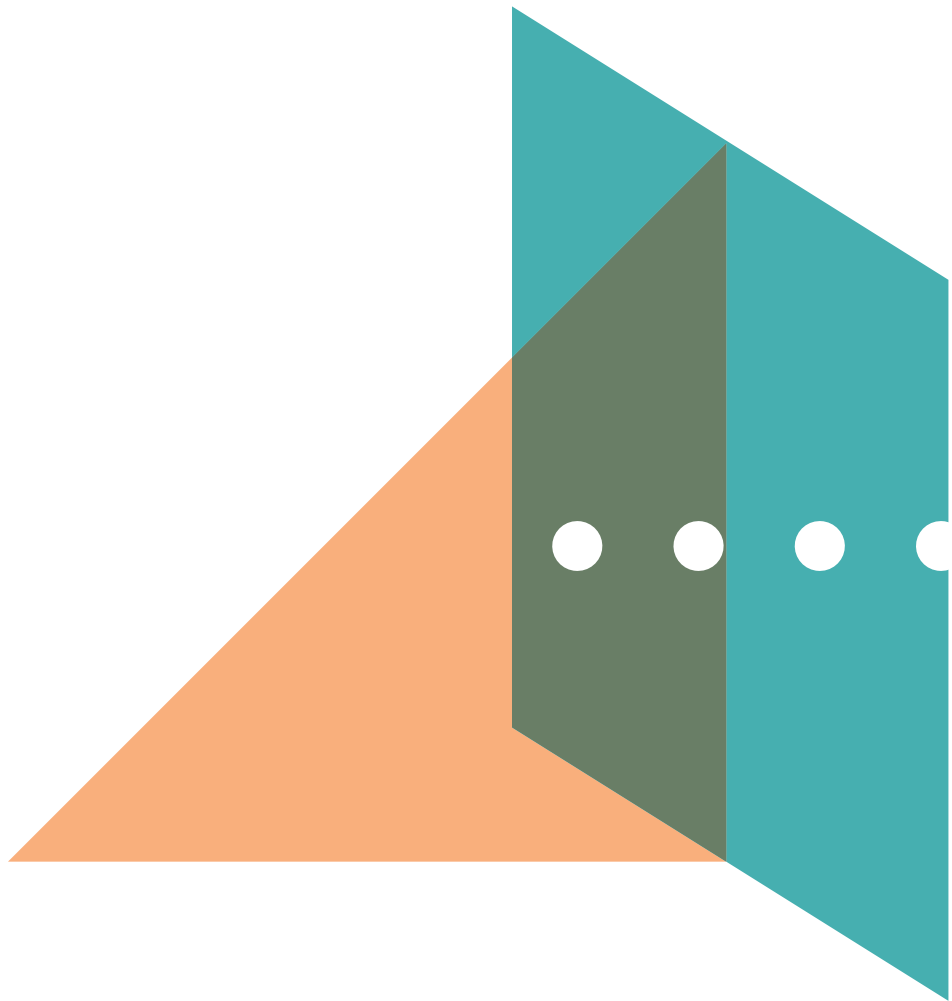


No.9

エビデンスに基づく 自殺予防プログラムの 策定に向けて



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。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.9刊行にあたって

世界保健機関（WHO）によると、現在世界の自殺死亡数はおよそ100万人にのぼるという。なかでも、わが国を含めた西太平洋地域は東欧と並んで世界で最も自殺死亡率の高い地域とされる。

わが国では平成19年6月に自殺総合対策大綱が閣議決定された。大綱では自殺対策の基本的考え方として「自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する」と謳われており、科学的根拠（エビデンス）に基づいた自殺対策の重要性が認識されている。しかし、未だ自殺対策に資するエビデンスは多くはないため、エビデンスに基づく自殺対策を計画し実施することには多くの困難が伴う。

本ブックレットでは、エビデンスに基づく自殺予防プログラムとして、公衆衛生的アプローチに基づいたプログラムの策定からその効果の評価に至るまでの具体的な方法が記載されている。とりわけプログラムの有効性を科学的に評価することの重要性が繰り返し述べられている。同時に、西太平洋地域を含めた世界各国でその効果が確認された自殺予防プログラムをリストアップし、各々の概要について詳しく紹介されている。

平成23年は大綱の閣議決定から5年目にあたり、その見直しが本格化する年である。WHOにより刊行された本ブックレットは、平成10年以降自殺死亡数が3万人前後で推移し続けているわが国において、エビデンスに基づいた自殺対策を推進するための手引きとなるであろう。本ブックレットが、わが国におけるエビデンスに基づいた自殺予防プログラムの策定およびその評価を促進し、より効果的で有害事象の少ない自殺予防活動の推進につながることを心から願う。

平成23年8月

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター
山内貴史、稲垣正俊

Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes

エビデンスに基づく
自殺予防プログラムの策定に向けて

本書は2010年に世界保健機関により「Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes」と題して出版されている。

© World Health Organization 2010

(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター（〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1）は世界保健機関事務局長により本書の日本語版の翻訳権を与えられており、翻訳に関する責任の一切を負うものとする。

WHOライブラリ出版物目録データ

エビデンスに基づく自殺予防プログラムの策定に向けて

1. 自殺一予防と対策

ISBN 978 92 9061 462 3 (NLM Classification: W822)

©World Health Organization (世界保健機関) 2010

All rights reserved. 世界保健機関の出版物はWHO出版部にて入手できる（住所：20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland、電話：+41 22 791 3264、ファクス：+41 22 791 4857、電子メール：bookorders@who.int）。販売目的か無償配布目的かにかかわらず、WHO出版物の複製または翻訳の許可申請についてはWHO出版部に問い合わせること（住所：同上、ファクス：+41 22 791 4806、電子メール：permissions@who.int）。WHO西太平洋地域の出版物に関しては、西太平洋地域事務局の出版部に複製許可申請について問い合わせること（住所：P.O. Box 2932, 1000, Manila, Philippines、ファクス：(632) 521-1036、電子メール：publications@wpro.who.int）。

本文書で採用されている記号表示および資料の提示には、いずれかの国、領域、都市もしくは地域またはその当局の法的地位、あるいはその国境地帯または境界の画定に関する世界保健機関のいかなる意見も含まれていない。地図上の点線は、完全な合意が得られていない可能性のあるおおよその国境線を示している。

特定の会社名または特定のメーカーの製品の記載があっても、そこに記載されていないその他の会社・メーカーの類似品よりも優先的に世界保健機関が承認したり推奨したりするものではない。誤字・脱字などの場合を除き、有標製品は単語の最初を大文字で表記して区別してある。

世界保健機関は、本書に掲載する内容について細心の注意を払って検証したが、出版された資料の配布に際しては、明示的にも暗示的にも、いかなる類の保証もしない。資料の解釈および使用に対する責任は読者の側にあるものとし、その使用によって生じる損害について、世界保健機関は一切の責任を負わないものとする。

目次

序文	v
謝辞	viii
第1章：緒言	1
公衆衛生的アプローチ	3
公衆衛生的アプローチを構成するプロセス	5
自殺予防に対する公衆衛生的アプローチの解説	7
公衆衛生的アプローチの実施例	8
第2章：自殺予防プログラムの策定と評価	9
有効な自殺予防プログラムの必要性	9
自殺予防戦略の策定における主要要素	10
包括性	10
実証的エビデンス	10
測定可能なアウトカム	10
修正可能性	10
持続可能性	11
効果的な介入の基準	11
実証的に構築された概念的枠組み	11
介入対象者の明確な特定	11
綿密に計画された介入または予防策	11
体系的評価	12
測定可能な介入成果のアウトカム	12
介入の主なアウトカム	12
介入の関連アウトカム	13
エビデンスに基づく自殺予防プログラムの実例	15
全世界的に見た場合の介入例	16

西太平洋地域	26
第3章：これまでに西太平洋地域で実施されている 自殺予防介入プログラムの概略	34
第4章：優先順位の設定	48
サーベイランスとモニタリング	49
疫学的調査	49
エビデンスに基づく予防介入プログラム	49
全体的レベル	50
選択的レベル	50
個別的レベル	51
評価	51
参考文献	53

序文

自殺は国際的な難題であり、世界中で深刻な公衆衛生的問題をもたらしている。自殺による年間死亡者数はほぼ100万人であり、自殺未遂者数は年間1千万人と推定されている。全自殺死亡の約32%が西太平洋地域で起こっているとみられており (Hendin et al. 2008, Yip 2008)、37の国と地域から成り、計17億8千万人、すなわち世界人口の約29%を占めるこの地域に偏って起こっている。この地域の自殺死亡率は人口10万人あたり約19.3人と推定されている (De Leo, Milner and Wang 2009)。日本、韓国および台湾 (中国) などの一部の国・地域における自殺率はここ最近で著しく上昇しており、歴史的に見ても高い状態にある。自殺は西太平洋地域の若年者の死因の第1位であり、社会に甚大な経済的損失をもたらしている。現在世界で起こっている経済危機による影響は未だ完全には明らかになっていないが、このような経済危機がメンタルヘルスおよび自殺に何らかの影響を及ぼしていることは確かである。残念ながら、自殺予防のための資源は限られているのが現状であり、その開発も遅れている。そして、その傾向は資源や援助を最も必要としている発展途上国において特に強くみられる。

本文書は自殺予防戦略のための基本的な枠組みの構築を意図したものであり、自殺予防プログラムを策定し評価するための具体的な方法を提示している。本文書に提案する公衆衛生的アプローチから多層的介入モデルが考案され、すでに多数の先進国がこのモデルを用いて全国的な予防戦略を策定している。しかしながら、様々な異なる環境において自殺に対処するための解決策は1つではなく、万能なものなど存在しないという点を強調しておきたい。また、すべての自殺予防プログラムに対して評価を実施する必要がある。そして、必要なエビデンスが存在しない場合には、新たなアプローチを複数同時に遂行し、徹底的な評価を行わなければならない。そのような評価を実施しないことは好ましくない。文化や限られた資源などの理由により、アジアでは評価の重要性がさらに高くなる。

本文書には、世界および西太平洋地域において十分に確立されている一部の自殺予防プログラムについて詳しく記載した。これらのプログラムは、自殺死亡数や自殺に伴うアウトカムを減少させる効果があることが確認されている。本文書を公表することにより、西太平洋地域においてこの地域の文化的に固有の自殺予防プログラムが開発されることを願

う。効果的な自殺予防戦略について知れば知るほど、それらの自殺予防戦略から多くのことを学ぶことができるはずである。自殺予防の必要性は、特にこの地域の人口の多い国々で高まっている。発展途上国については、経済的・社会文化的背景が多様であるため、自殺予防に対する公衆衛生的アプローチの適用性はまだ実証されていない。

自殺予防プログラムを実行するにあたっての資源は、西太平洋地域の諸国間で著しく異なる。本文書では、いくつかのエビデンスに基づく一部のプログラムの重要な特徴を重点的に取り上げた。人々の自殺のリスクを高める多数の要因を把握するとともにこれらの要因から人々を守る上で、多数のレベルと研究分野から得られる戦略でなければ自殺を大幅に減少させることはできないであろう。効果的な活動とは、エビデンスに基づく多層的なものである。また、予防プログラムの効果を測定可能なアウトカムによって評価すべきである。さらに、プログラムは、評価結果に基づいて改善策を講じる余地があり、そのような改善策に適応できるものでなければならない。

本文書中に基本原則をまとめたが、これらの多くはこれまで地域ごとの自殺予防プログラムの策定においてないがしろにされてきた。そこで、戦略計画の実行を統制し、調整のとれた地域密着型自殺予防戦略のスケジュールを作成するためのタスクフォースを設置することを推奨する。自殺予防プログラムは、静的なプロセスではなく、継続的で常に進化していく戦略であり、これまでの研究から得られている可能な限り最良の知識と地域の関係者全ての協力に基づいた自殺予防の持続的な発展を支持するものである。理想的には、全国的な自殺予防プログラムはいかなるものも、その地域のすべての関係者の間でより効果的に運営できるよう、政府によって支援されるべきである。そして、タスクフォースは財政的に持続可能なものでなければならない。さらには、地域内においてすでに自殺予防に貢献してきた多くの活動によって積み上げられた協調・協力関係を重視しなければならない。自殺予防は、文化の相違に応じて様々な解決策を調整する必要性を訴えるにしても、あるいは国内の様々な集団に対してそれぞれに独自のアプローチを展開する必要性を訴えるにしても、多次元的な取り組みとなる。つまり、「万能なものなど存在しない」のである。我々一人一人が、文化に適合し、地域に密着し、そしてエビデンスに基づいた自殺予防プログラムを展開していなければならない。

この10年間で、香港（中国）における自殺とその予防に対する理解は大いに深まった。WHO西太平洋地域は、これまでの研究成果（成功したものも失敗したものも含め）を調整のとれた戦略に活かすべく共有するべきであると考えている。本文書は、最新知識を広め、地域社会および西太平洋地域内で行われている議論を促進することを狙いとしている。本文書中の推奨事項は継続的に更新・修正していく必要があり、我々は新たな考察やエビデ

□

ンスに対して常に公平かつ敏感でいなければならない。「自殺はすべての人に関する問題である」ということは、これ以上強調しようのない事実である。地域社会の各方面の代表者が一体となり、力を合わせてこの深刻な問題に取り組んでこそ、当事者の家族や友人の悲劇と苦しみを減らすことが可能となる。自殺件数を最小限まで減らすことはいつの時代にも大きな課題であった。しかし、新たな資源を見い出しながら、入手し得る資源を有効に利用することで、間違いなく変化をもたらすことができるはずである。

謝辞

WHO西太平洋地域は、本文書の執筆者であるCentre for Suicide Research & Prevention, University of Hong Kong（香港大学自殺研究・予防センター）のPaul S.F. Yip教授およびYik-wa Law女史に感謝の意を表す。

Paul Yip氏は、香港大学にて、上記自殺研究・予防センター（CSRP）の所長とDepartment of Social Work & Social Administration（社会福祉・社会行政学部）の教授を兼任されている。同氏はまた、International Association for Suicide Prevention（国際自殺予防学会）の副会長も兼任されている。一方、Y.W. Law女史は、香港大学の博士課程に在籍するソーシャルワーカーであり、これまで自殺予防プログラムの開発に積極的に携わってこられた。同女史は香港大学CSRPの主要メンバーでもあり、China National Suicide Prevention and Crisis Intervention Association（中国自殺予防・危機介入協会）の専門委員に任命されている。

特に、情報を提供くださったJournalism and Media Studies Centre（ジャーナリズム・メディア研究センター）のKing-wa Fu博士および香港大学自殺研究・予防センターのPaul W.C. Wong博士、そして本文書の作成において研究面で支援くださったPhilip Jean-Richard Dit Bressel氏およびClaudine L. Ying女史にお礼申し上げる。

第1章：緒言

自殺は深刻な国際的公衆衛生問題であり、年間自殺者数はほぼ100万人にのぼる（World Health Organization 2010a）。自殺の発生分布は均一ではなく、例えば、これらの自殺の60%以上はアジアで起こっている（Beautrais 2006, Yip 2008）。最大人口国である中国は、世界の全自殺死亡数の約25%を占めていると推定されている（Yip, Liu, and Law 2008）。アジアの文化的・社会経済的発展は一律でないため、多くのアジア諸国間で自殺パターンに大きな相違がみられる。例えば、この地域の自殺率は、フィリピン（100,000人あたり2.1人）のように100,000人あたり5人未満から、日本（100,000人あたり24.4人）や韓国（100,000人あたり21.9人）のように100,000人あたり20人超と様々である（World Health Organization 2010b）。この地域の自殺率は100,000人に約19.3人と推定されており、世界の自殺率を30%上回っている（De Leo, Milner and Wang 2009）。この地域では多数の国において社会・経済構造が急速に変化しており、メンタルヘルス・サービスの資源が限られていることから、今後20年で自殺率がさらに高くなるものと予測される。

自殺率における著しい差は、同じ国のさまざまな集団間（例：地方の住民と都市部の住民、男性と女性、若年者と高齢者など）でも多くみられる。これらの自殺率の分布は、これまでに十分な調査が行われている西洋諸国における分布とは対照的なものもある。そのため、西太平洋地域での自殺予防において、欧米での研究成果に過度に依存することは避けるべきである。その例として、中国における自殺率の男女比は特異で男性よりも女性で自殺者が多く、また都市部よりも地方のほうが自殺率が高いが、西洋諸国ではその逆である（Phillips, Li and Zhang 2002, Phillips, Liu and Zhang 1999, Yip, Callanan and Yuen 2000）。中国にみられるこれらのパターンは近隣地域には当てはまらない。英国の旧植民地である香港（中国）でさえ疫学的データに差がみられる。疫学的データは国ごとに異なるため、その国の自殺パターンを把握するには個々の国を対象とした徹底的な調査が必要となる。また、自殺率の分布のみならず、自殺手段にも特有のパターンがある。西洋諸国と同様に縊首および高所からの飛び降りが多いが、農薬の服用や閉めきった空間内で木炭を燃やすことによる一酸化炭素吸引といった手段はアジア特有のものであり、自殺予防活動においてこの地域特有の課題となっている。さらに、自殺は、メディアでセンセーショナルに報道されることによって生じる模倣効果で連鎖することもあり、これは特にアジアで深刻と

なっている (Chen et al. 2010, Fu and Yip 2008)。自殺手段はメディアの報道を介して他国に広まる可能性もある (Chan et al. 2005 Yip and Lee 2007)。

どのような自殺予防研究プログラムにとっても、最も重要な情報は基本的な自殺死亡率(人口100,000人あたりの自殺者数)であるが、残念ながら一部の地域では自殺の定義が曖昧である。そのため、自殺という事象が既存データに基づいて正確に記述されていると単純に解釈することはできない。これは、疫学者にとっても、またこの地域の自殺予防に取り組む科学者にとっても、依然として大きな課題であり、短期間で解決策が見つかるとも思われない。個々の自殺事例の定義にも、また自殺データに特徴的な誤認の修正方法にも、大きなばらつきがあることから、評価基準の確立が必要であると言える (Claassen et al. 2009)。

どのようにして自殺者の統計を入手するかは重要な点である。これも諸国間で異なり、最も信頼性の高い自殺データを入手できるのは、各個人の死因を特定するための、確立された、かつ妥当な検視システムを持つ国(例:日本、オーストラリア、ニュージーランド、香港(中国)、シンガポール、韓国、マレーシア)である。病院外での死因の記録を義務付けていない中国や、相対的に信頼性が低いデータしか得られないベトナムなど、一部の国はサンプリング集団から得られる推定値に頼っている (Hendin et al. 2008)。このように死因情報の記録方法が特定地域の諸国間で異なることは、自殺とその予防に関する研究の妨げとなりうる (De Leo 2002)。

その他の交絡変数としては、自殺の報告に影響を及ぼす文化的・宗教的要素が挙げられる。例えば、西太平洋地域において支配的な宗教(例:イスラム教、仏教、ヒンドゥー教、キリスト教)では自殺は禁止されており、違法とされている国すら存在する。その一例はマレーシアで、違法とされている理由は歴史的・宗教的なものかもしれないし、あるいは社会に悪影響を及ぼすからかもしれない。データの収集方法や社会経済的・文化的要因によって自殺が意図的にも偶発的にも誤判別されたり過小報告されたりする可能性は大いに存在する。専門家の間では、死因分類システムが確立しておらず、社会が自殺に対して不寛容である国では、自殺が明らかに過小報告されているということで意見が広く一致している (Beautrais 2006, Hendin et al. 2008, Vijayakumar et al. 2005b, Yip 2008, Yip et al. 2005)。このことは、最初のデータが示唆していることよりもさらに憂慮すべき問題点を示している。

自殺による死亡の発生分布は均一ではない。自殺の大多数はアジアで起こっているのに対し、世界中の自殺に関するすべての研究の90%が、自殺死亡全体の10%にしか相当しな

い米国および西欧の自殺者を対象に行われている。西太平洋地域におけるエビデンスに基づく介入と状況に特化した研究を推進するだけの強力な根拠は存在しても、資源不足と他にも優先すべき事項があることにより、自殺予防策は統一されていないままとされている。自殺問題が様々な社会において社会的、経済的、そして健康上の影響を及ぼすものであることは明白であるにもかかわらず、他の地域に比べると、西太平洋諸国はこれまでに自殺の蔓延を食い止める努力をほとんどしてこなかった。しかし、台湾（中国）、韓国、中国南部の一部の都市（深圳など）および香港（中国）では、好ましい傾向として、政府や地域社会の指導者および専門家団体の認識が高まっている。これは、有効かつ包括的な自殺予防戦略の実行に向けた重要な一歩である。

公衆衛生的アプローチ

この20～30年間で、行動関連の死亡率および罹患率に対する予防と介入のための公衆衛生的戦略は、理論、実践ともに、飛躍的に発展した。従来、自殺は、主に臨床的介入（特にうつ病治療）によって対処されるべき精神保健上の問題であるとみなされてきた（Mercy and Rosenberg 2000）。しかし、自殺者の大半は死亡前に精神科を受診していなかったことが確認されている（Andersen et al. 2000, Appleby et al. 1999, Cavanagh et al. 2003, Lee et al. 2008）。自殺者においては、必要な医療を受けられなかった人の割合が、その他の死因による死亡者のほぼ3倍であったことが確認された（Miller and Druss 2001）。言い換えれば、有効な介入によって自殺を予防しうる患者が存在するということである。自殺者の受診率は25～50%と推定されており、十分な数値からは程遠い。

厳密な計算により（Lewis, Hawton and Jones 1997）、たとえ効果的な介入法が開発されたとしても、ハイリスク者を対象とする臨床的戦略は、一般人口における自殺率にはほんのわずかな影響しか及ぼさないことが明らかになった。一般人口におけるリスクを積極的に減少させることを狙いとする集団ベースの戦略を用いれば、英国政府は自殺を減少させるという目標を達成しやすくなるのではないかと思われる。さらに、自殺は、生物学的（あるいは遺伝的）要因、社会文化的要因、心理的要因、行動的要因など、多様な要因の相互作用によって起こる可能性があることが多数の研究において指摘されている（Hawton and van Heeringen 2009）。そのため、特に西太平洋地域などの人口の多い国では、臨床的介入の有効性を改善することに加え、自殺による死亡を防ぐための手段を複数とることが急務であると言える。この地域では、資源が限られており、かつ精神保健医療サービスに対してネガティブなイメージがあるため、医療サービスがその膨大な需要を満たすことは極めて難しい。

公衆衛生的アプローチは、ある団体または集団における自殺および自殺関連行動のパターンを特定することに焦点を当てている。その狙いは、人々を疾患から守るために環境を変え、発症リスクにつながる行動を改善することにある。公衆衛生的アプローチは流行性疾患に限定されるものではなく、自殺問題の解消にも用いることができる。米国では、1980年代初め以降、Centre for Health Promotion and Education (CHPE; 健康促進・教育センター) がCenters for Disease Control and Prevention (CDC; 米国疾病対策予防センター) の下で公衆衛生上の問題として自殺に取り組んできた。CHPEは、この取り組みにおいて、全国の自殺発生件数を推定する目的で開発されたサーベイランスシステムを導入した (Mercy and Rosenberg 2000)。それ以降、ある団体または集団における自殺のパターンおよび自殺関連行動の特定に重点を置いた自殺問題に対する公衆衛生的アプローチを支持するための協調的な努力がなされてきた (Cantor and Baume 1999, Hammond 2001, Hoven et al. 2009, Knox, Conwell and Caine 2004, Lewis, Hawton and Jones 1997, Mercy and Rosenberg 2000, Potter, Powell and Kachur 1995, Potter, Rosenberg and Hammond 1998, Yip 2005)。

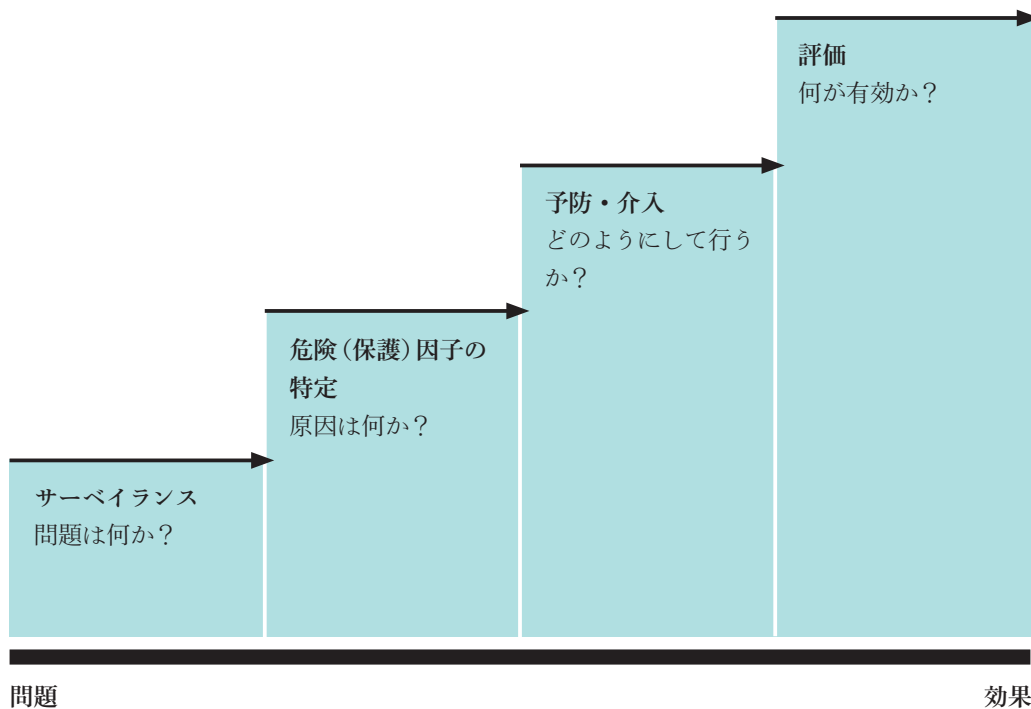
この概念に基づき、多くの国が予防に対する努力を集結するための包括的かつ組織的なアプローチとして全国的な戦略を展開している。そのような中では有効な評価が不可欠な要素となってくるが、例えば、パラセタモールおよびサリチル酸の包装容量を制限した英国の法律は、公衆衛生的アプローチを用いて自殺問題に効果的に対処している良い例である (Hawton et al. 2001) (第2章参照)。

公衆衛生的アプローチを構成するプロセス

公衆衛生的アプローチは4つのプロセスで構成される（図1）。

図1：公衆衛生的アプローチ

(Mercy and Rosenberg 2000, Potter, Powell, and Kachur 1995, Potter, Rosenberg, and Hammond 1998, US Department of Health and Human Services 2001)



ここに、公衆衛生的アプローチをどのようにして自殺予防に適用し得るのか具体的に例証する。

1. サーベイランス：例えば年齢別、地域別に、自殺のパターンおよび自殺率の相違を特定する。自殺死亡者の特徴に関する情報も特定対象に含まれる場合がある。このプロセスは、問題を特定し、定義するのに役立つ。
2. 危険（保護）因子の特定：自殺に至る一連の原因を特定する。自殺に至らせる、あるいは自殺と関連していると思われる危険因子と、自殺の発生確率を低減させる可能性のある保護因子、そしてこれらの因子間の相互作用も特定対象に含まれる。
3. 予防・介入：自殺予防プログラムは、全体的予防介入、選択的予防介入および個別的予防介入の3つのレベルに分類されている（US Department of Health and Human Services 2001）（表1参照）。

表1：全体的予防介入、選択的予防介入および個別予防介入

レベル	定義	例
全体的予防介入	自殺リスクの有無にかかわらず、定義された集団中のすべての人に影響を及ぼす介入	<ul style="list-style-type: none"> 物質乱用の危険性に関する啓発教育プログラム うつ病に対する一般社会の認識の向上 農薬の入手制限 飛び降り自殺の多い場所における仕切りの設置 メディアによる責任ある自殺報道の促進
選択的予防介入	特定の自殺リスクを有する小集団を対象にした介入で、自殺に関連することが確認されている危険因子（例：精神疾患、物質乱用、金銭的負債、失業、高齢に伴う慢性疼痛、学業ストレス、自殺手段の入手しやすさ）が多数存在する	<ul style="list-style-type: none"> 地方に住む女性、金銭的負債を抱えている失業者、抑うつ症状や物質乱用問題を抱えている若年者、慢性的身体疾患を有する高齢者や独居高齢者、強い学業ストレスを抱えている学童または身体的虐待や性的虐待の被害者のための各種プログラム 日々の仕事において自殺のリスクのある人を特定し、そのような人に早期介入を提供している警察、教師、一般開業医および地域の関係者のためのゲートキーパー訓練
個別予防介入	調査により、リスクを著しく増大させる危険因子または状態（例：最近自殺未遂を起こした）が確認された特定の個人を対象にした介入	<ul style="list-style-type: none"> 最近自殺未遂や意図的な自傷行為を起こし、入院または退院した患者のための危機管理プログラムや経過観察プログラム 自殺未遂歴のある患者に対する綿密なモニタリング方法

これらの方法が一体となって幅広いヘルスケア介入戦略を形成している（Dorwart and Ostacher 1998）。西洋諸国での経験から、多種多様な介入戦略で構成された包括的なプログラムであるほど、自殺率を低下させる確率が高まると考えられることが示唆されている（US Department of Health and Human Services 2001）。世界中の多くの自殺予防活動に、上述の3レベルの介入戦略が取り入れられてきた。第1章には、これらのレベルに基づいて行われてきた活動について概説する。

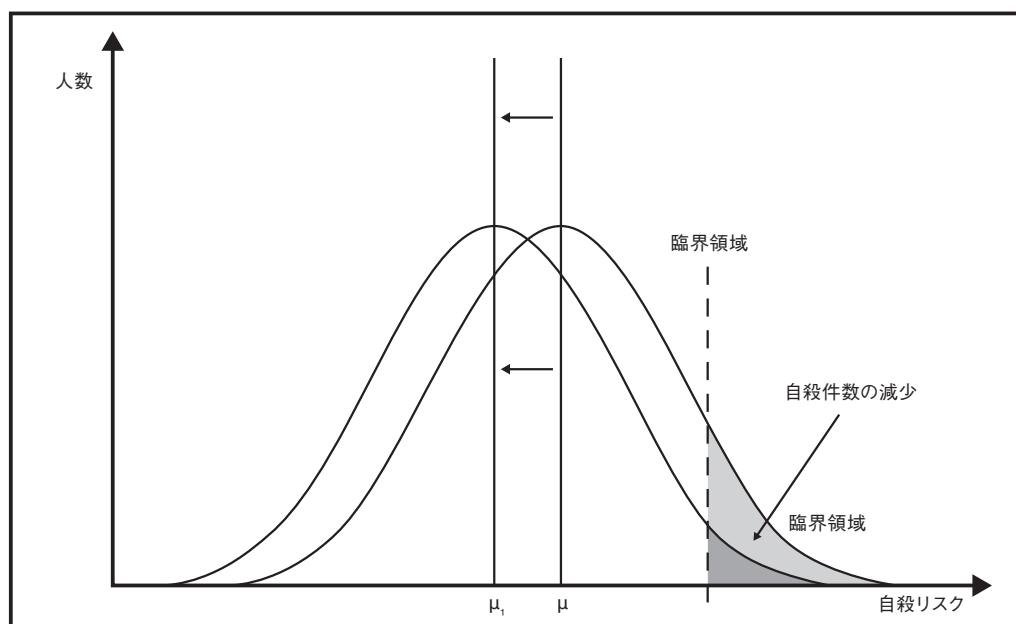
4. 評価：ほとんどの介入戦略は自殺予防を目的としたものであるが、その評価では効果が認められていない。効果もやはり自殺予防における多面的要素である。プログラム

を効果的なものにする要因は、そのプログラムの方法と目的によって異なる。これについては第2章で詳しく述べる。「エビデンスに基づく」アプローチが不可欠であり、そのようなアプローチを用いることで、どの介入措置またはプログラムが現状に最も適しているのか、どれが最も費用対効果が高いのか判断することが可能となる。

自殺予防に対する公衆衛生的アプローチの解説

公衆衛生的アプローチの背景にある概念は、その効果が集団全体に認められるはずだというものである。公衆衛生的アプローチを、どのようにして自殺死亡数を減少させるという目的に用いることができるのかは、簡単な図で示すことができる（Yip 2005）。ある集団の精神的健康状態が、自殺リスクをx軸、人数をy軸とする正規分布曲線を示すとした場合、全体的なプログラムにより、曲線は理論上、全体的に左側にシフトする（図2参照）。その結果、ハイリスクの区分に属していた人の数が（シフトの大きさに応じて）減少し、集団全体の自殺傾向が低下する。また、「リスクの低い人が多い場合は、リスクの高い人が少ない場合よりも、疾患発生率が高くなる可能性がある」（Rose 1992）。全体的なリスクが減少すれば、ハイリスク者のみを対象とする介入措置を行った場合よりも自殺者が減少すると考えられる。

図2：ある集団において平均自殺リスクがシフトした場合の効果を示す図



注： μ = 元の集団の平均値、 μ_1 = シフト後の集団の平均値（Yip 2005）

公衆衛生的アプローチの実施例

米国、英国、スコットランド、オーストラリア、ニュージーランド、フィンランドおよびノルウェーでは、公衆衛生的アプローチを取り入れた包括的な全国規模の自殺予防戦略が展開されてきた（Taylor, Kingdom, and Jenkins 1997）。これらの地域における全国的な自殺予防戦略には多くの共通点がある（US Department of Health and Human Services 2001）。それらの共通点を以下に挙げる。

- 教育現場を介入の場として用いている
- 自殺および自殺予防に関する研究を推進している
- メディアにおける自殺行動や精神疾患の描写の改善に努めている
- うつ病およびその他の精神疾患の発見と治療の促進・改善に取り組んでいる
- 援助希求行動に伴うネガティブなイメージを払拭することに重点を置いている
- 各種サービスの利用可能性を改善するための戦略を実行している
- 厳密な評価を実施することにより、効果的な予防に対する取り組みを推進している
- 自殺手段へのアクセスの制限に努めている

オーストラリア、フィンランド、ノルウェーおよびスウェーデンの全国プログラムは、若年者および一般人口の自殺率にほとんど、あるいはまったく効果をもたらさなかったと言われている（De Leo 2004）。全国的な自殺予防政策の実施成果を実証する決定的なエビデンスは未だ得られていないものの、全国的な政策が制定されたという事実は、このような難題に対処することへの地方自治体の取り組みを反映するとともに、また、より調整のとれた政策や措置を地域に提供することにもつながる。このような他国の経験を踏まえ、世界保健機関の西太平洋地域、特に人口の多い国における自殺予防に同様の公衆衛生的アプローチを取り入れることが重要である。

第2章：自殺予防プログラムの策定と評価

有効な自殺予防プログラムの必要性

自殺予防プログラムを策定するにあたって最も難題となる懸念事項の1つは、プログラムの有効性に関するエビデンスが存在しないことである（Gunnell and Frankel 1994）。世界保健機関で確認できる限りでは、自殺および自殺関連危険因子を減少させる効果について厳格な調査および評価が実施された自殺予防プログラムはごく少数しか存在しない（Aseltine and DeMartino 2004, De Leo, Dello Buono, and Dwyer 2002, Hawton et al. 2001, Knox et al. 2003, Rihmer, Rutz, and Pihlgren 1995, Rutz, von Knorring, and Walinder 1992, Toumbourou and Gregg 2002, Wong et al., 2009）。自殺を予防すると考えられている介入のほとんどは、これまでに広く実施されたものも含め、系統的な評価が実施されていないか、評価そのものが実施されていないという状態にある。また、信頼性のあるアウトカムが存在しないという問題に加え、大多数のプログラムにとっては基準となる自殺死亡率が低いということも障害となっている。例を挙げると、予防策の効果の測定とその後の医療資源配分の優先順位の決定には、死亡率および罹患率がよく用いられる。そのため、自殺予防は資源配分の優先順位が比較的低くなってしまふことが多い。

これまでの数十年間にわたる自殺に関する研究のなかで、自殺死亡率が主要なアウトカムとして用いられたプログラムはごく少数しか存在しない。例を挙げると、米国空軍自殺予防プログラム（Knox et al. 2003）、ゴットランドでの自殺とうつ病に関する研究（Rihmer et al. 1995, Rutz, von Knorring, and Walinder 1992）、パラセタモールおよびサリチル酸の包装容量を制限した英国の法律とその服毒自殺に対する効果（Hawton et al. 2001）、日本での松之山試験（Kawamura et al. 2007）、木炭の販売制限（Yip et al. 2010）などである。その他の自殺予防プログラムは、一例を挙げると、主として若年者に焦点を当てて自殺の危険因子（青少年の非行および物質乱用）のレベルをアウトカムとして用いたものであった。若年者に重点を置いた予防努力は、若年者の自殺に対する戦略への一般の関心を反映しているのかもしれない。しかし、高齢者や中年男性といった他の集団における予防の必要性は見落とされているように思われ、言うまでもなくこれらの集団を対象としたプロ

プログラムの大半は厳格な評価を受けていない。

多くの場合、政策立案者や関係者は、予防プログラムを有効なものにするための要因に関する情報だけでなく、どのプログラムがそのような基準を満たすのかということについても十分な情報を持ち合わせていない。このような問題を解消するため、既存の自殺予防プログラムおよび介入プログラムの評価に十分な資源を投入し、対象集団に効果的に支援が行き渡っていることを確認する必要がある。関係者および出資団体にエビデンスに基づくプログラムの重要性を伝え、出資のための基準や政策に評価要素が含まれるようにしなければならない。

自殺予防戦略の策定における主要要素

英国の経験を例に挙げると、自殺予防戦略は次の4つの主要要素で構成されるべきである (Mehlum 2004)。

包括性

- 地域社会の様々な部門による協調的な取り組み
- 3つのレベルに分類される介入（全体的介入、選択的介入および個別的介入）

実証的エビデンス

- 介入は、エビデンスに基づく概念的枠組みに由来するものでなければならない。
- 過去の知見を裏付けるには継続的な研究が必要となる。

測定可能なアウトカム

- 予防はニーズに特異的なものでなければならない。
- サービスは実用的かつ利用可能なものでなければならない。
- 介入はモニタリングの対象とならなければならない。

修正可能性

- 介入は継続的な評価の対象とならなければならない。
- 戦略は必要に応じて修正されなければならない。

これら以外に、持続可能性も、プログラムから除外されてはならない重要な要素である (Heady et al. 2006)。

持続可能性

- ・介入プログラムは、財政的支援期間が限定されている場合は特に、自立的なものでなければならない（当該プログラムが長期間存続しなければならない場合）。プログラムの効果と当事者のための取り組みは、長期的もしくは少なくとも持続可能なものでなければならない。

効果的な介入の基準

前項で、公衆衛生的アプローチを用いた自殺予防戦略の論理的根拠を説明した。効果的な介入を実現するために、（1）実証的に構築された概念的枠組み、（2）介入対象者の明確な特定、（3）綿密に計画された介入、（4）厳格かつ継続的な評価という4つの基準を提案する。

実証的に構築された概念的枠組み

- ・問題の危険因子および保護因子を特定する。
- ・介入の必要性を判断する。
- ・サービスモデルの構成要素（対象集団の特定、エビデンスに基づく介入、科学的検証など）を設定する。

介入対象者の明確な特定

- ・対象となる個人または行動を明確に定義する。
- ・適切なサービス利用者を特定するための、そしてそのような利用者にサービスを行き渡らせるようにするためのメカニズムを考案する。
- ・対象となる個人を積極的に募る。

綿密に計画された介入または予防策

- ・実証的エビデンスから得られた確かな概念的枠組みに基づいた介入または措置を策定する。
- ・適時に介入を実行する。
- ・プログラムは特定の対象集団の危険因子の軽減および保護因子の強化に焦点を当てたものとする（個別的介入プログラムの場合には、介入により差し迫った自殺を減少させることを目指す）。
- ・地域内の他のゲートキーパーと連携する。
- ・継続的なサービスを提供する。

体系的評価

- ・ 関連のある指標および測定可能なアウトカムを明確に特定する。
- ・ プログラムの有効性を計画的かつ継続的に評価するとともに、可能な限り評価方法の改善を行う。
- ・ 有効性に基づいてプログラムを修正する。

測定可能な介入成果のアウトカム

自殺は、神経学的、遺伝的、心理的、社会的、文化的および環境的な危険因子間の複雑な相互作用を伴う複雑な現象である（Agerbo, Sterne, and Gunnell 2007, Chen et al. 2006, Cheng et al. 2000, Mortensen et al. 2000, Phillips et al. 2002, Vijayakumar et al. 2005a）。このような危険因子の発生の減少を狙いとする介入は、自殺死亡数の減少につながる可能性がある。

自殺は発生率の低い現象であるため、サービス提供者は自殺率の減少のみが予防プログラムの有効性を示すアウトカム指標であるわけではないことを認識しておかなければならない（Gunnell and Frankel 1994）。うつ病の有病率の低下、希死念慮・自殺未遂率の低下、自殺関連知識の改善および保護因子の強化といったその他の自殺関連アウトカムについても検討するべきである（De Leo 2002, Goldney and Fisher 2008, Goldney et al. 2001, Gould et al. 2003）。

介入の主なアウトカム

・ 自殺死亡率の低下

一部の予防プログラムでは統計的に有意な自殺率低下が認められている。これらのほとんどは限られた条件下での介入であり、例として、米国空軍プログラム（Knox et al. 2003）、日本の高齢者を対象とした地域密着型予防プログラム（Oyama et al. 2006a）、ゴットランドでの研究（Rihmer, Rutz, and Pihlgren 1995）などが挙げられる。自殺率をアウトカムとして用いた最近の研究では、自殺率に有意な変化が認められたことから、自殺率を介入の主要アウトカムとして用いることの妥当性が裏付けられた（Pirkola et al. 2009, Szanto et al. 2007）。しかしながら、自殺率それ自体を、自殺予防の効果を測定する際の唯一の主要評価項目として用いることは望ましくない。想定された危険因子の多くが減少して、あるいは保護因子の多くが強化されてこそ、最終的な目標が達成されたと言える。自殺既遂による死亡率は非常に低いため、比較的小規模な地域では特に、自殺予防プログラムの有

効性を測定する上で別の評価項目を設定する必要がある。

・自殺未遂率の低下

自殺と自殺未遂はその母集団が重複しているが、性別などの様々な因子で区別することができる (Beautrais 2001b)。他の研究において、自殺未遂は自殺既遂の強力な予測因子であることが確認された (Hawton et al. 1998, Tidemalm et al. 2008, Tsoh et al. 2005)。多くのプログラム評価に自殺未遂が主要アウトカムとして用いられていた (Aseltine et al. 2007, Brown et al. 2005; Hegerl et al. 2006, Mishara, Houle, and Lavoie 2005, Vaiva et al. 2006, van Heeringen et al. 1995)。

・希死念慮の低下

希死念慮は地域内でもかなり一般的な事象である。若年集団は、その他の危険因子 (例：暴力、物質乱用、うつ病) と関連して、希死念慮の経験率が高い傾向にある (Brunstein Klomek et al. 2007, Galaif et al. 2007, King et al. 2001, Liu et al. 2005, Yip et al. 2004)。希死念慮の経験率は、自殺予防の研究および介入プログラムのための指標として多く用いられている (Brook et al. 2006, Brown et al. 2005, De Leo et al. 2005, Ramchand et al. 2008)。

介入の関連アウトカム

・メンタルヘルスリテラシーおよび援助希求行動の増加

研究によると、自殺および精神疾患に対する意識の向上は、誤解の減少と併せて、自殺予防戦略の1つとなる可能性がある (Goldney and Fisher 2008, Hoven et al. 2008)。自殺率は地域全体の精神的健康状態を反映している。例えば、うつ病をはじめとする精神疾患は、自殺の最も強力な危険因子の1つである (Phillips et al. 2007)。自殺に対する理解の欠如やネガティブなイメージは、ハイリスク者が必要な治療を受けようとするのを妨げるだけでなく、ハイリスク者の周囲の者が症状に気付いて適切な措置をとるのを妨げる。さらに、保護因子 (この場合、援助希求行動) の強化と危険因子 (この場合、ネガティブなイメージ) の減少は、自殺行動のリスクの低下と関連していることが知られている (Knox et al. 2003, Li et al. 2004, Moskos et al. 2007, Owens et al. 2005)。

・心理社会的保護因子の増加および心理社会的危険因子の減少

家族からの支援、学校での成果、仲間とのつながりなどの保護因子に重点を置くことも、自殺を予防する上で重要である (Beautrais 2000, Fergusson, Beautrais, and Horwood 2003)。香港の自殺率に関するある研究によると、抑うつ症状および不安症状の存在は

過去1年間の希死念慮リスクを6倍増大させた。また、対人関係の乏しさはこのリスクを5倍、失業は約4倍、借金および経済的困難は2.5倍増大させた。一方、社会的支援および健康的な生活習慣は過去1年間の希死念慮リスクをそれぞれ4分の1、5分の1に減少させた。また、生きがいもこのリスクを5分の1に減少させた（Centre for Suicide Research and Prevention 2005）。

- **メディアの自殺報道**

自殺はメディアにおいてセンセーショナルに、あるいは美化して描写され、このことが「模倣自殺」と呼ばれる自殺と関連しているとされている。スイスでは、メディア向けガイドラインが発表されたことにより、新聞によるセンセーショナルかつ長期にわたる自殺報道は減少した。第一面の自殺記事の割合は20%から4%に減少し、センセーショナルな見出しが付けられた記事の割合は62%から25%に減少した（Hawton and Williams 2002, Michel et al. 2000）。メディア向けガイドラインの導入後、ウィーンでは地下鉄自殺の報告件数が急激に80%減少し、総自殺率も低下した（Etzersdorfer and Sonneck 1998）。韓国、台湾（中国）および香港（中国）では、有名人の死亡後に自殺死亡数が増加することも確認されている（Chen et al. 2010, Cheng et al. 2007a, Cheng et al. 2007b, Fu and Yip 2009, Yip et al. 2006）。

- **自殺手段の入手可能性および利用可能性**

自殺手段へのアクセスの制限は、効果的な自殺予防策であることが証明されている（Gunnell et al. 2007, Gunnell and Frankel 1994, Hawton 2002, Mann et al. 2005）。その理由の1つとして、自殺行為の多くが衝動的なものであるということが挙げられ（Mann 1998）、自殺手段へのアクセスを制限することにより、自己破壊的行為を遅らせたり予防したりすることができる場合がある。別の自殺手段が用いられる可能性もあるが（Liu et al. 2007）、大抵の人は別の手段を用いようとはしないため、自殺を防ぐことができる（Daigle 2005, Gunnell, Middleton, and Frankel 2000）。1つの例として、香港（中国）では地下鉄網に安全用ホームドアを設置したところ、安全用ホームドアが設置されていない地下鉄のホームが代替りの手段として用いられることなく、死亡数が著しく減少した（Law et al. 2009）。

- **訓練プログラムのアウトカム**

ゲートキーパー訓練プログラムは、抑うつ症状や自殺リスクを有する人の精神保健サービスの利用率を上昇させ、自殺リスクを減少させるのに有効であることが確認されている（Capp, Deane, and Lambert 2001, Kataoka et al. 2007, Simpson, Franke, and Gillett 2007）。というのも、自殺行為は適切な介入により予防できる場合があるからである。

つまり、自殺予防にはスタッフの取り組み方を改善し、臨床的知識を増やすことが重要であり、同時に、スタッフの不安を軽減し、自信を高めることが、自殺傾向のある人と関わっていく上で役に立つ。さらには、スタッフに自殺リスクを早期に認識する訓練を行うことで、自殺の危険性を察知する能力の向上、ひいては自殺率の低下につながる。また、自殺リスクの評価・管理スキルを身に付けたスタッフを増やすことにより、すでに不足している精神保健専門家の役割を総合的に補うことが可能となる (Simpson, Winstanley, and Bertapelle 2003)。その他、一般開業医もゲートキーパーとして自殺予防の可能性を高めることができる (Rihmer, Rutz, and Pihlgren 1995)。その例として、香港 (中国) では、一般開業医を受診していたことが確認されている自殺死亡者 (約 42%) のうち、3.9%が自殺前の1日以内、18.7%が1週間以内、そして8%が1ヵ月以内に一般開業医を受診していた (Centre for Suicide Research and Prevention 2005)。ゲートキーパー (例：一般開業医) に、自殺リスクを有する人を早期に発見し介入を実践するための訓練を行うことは、有効な自殺予防戦略の1つであることが示唆されている (Luoma, Martin, and Pearson 2002, Mann et al. 2005)。

自殺予防におけるゲートキーパー訓練プログラムの有効性を評価する領域には、客観的・主観的知識およびスキル (Simpson, Winstanley, and Bertapelle 2003)、自己評価項目として用いられることの多い、訓練対象者の態度および自信 (Simpson, Winstanley and Bertapelle 2003) または自己効力感 (Lorenz, Gregory, and Davis 2000)、持続可能性または行動改善 (Sanci et al 2002) などがあり、利用者の意見も、訓練対象者の能力を評価する方法の1つである。

エビデンスに基づく自殺予防プログラムの実例

自殺問題とその解決法に関する研究の価値が高まったこの数十年間で、自殺予防の基盤が確立された。世界中 (および地域内) で効果的な自殺予防プログラムが実行され、評価されていくなかで、豊富な知識が蓄積され、自殺予防戦略を前進させる方法について多くのことがわかってきた。本項では、それぞれの地域において有効であることが証明され、一般集団を対象とする予防策の参考として用いられている自殺予防プログラムの実例を取り上げる。西太平洋地域以外の地域で検証された11通りの介入例と、西太平洋地域で検証された8通りの介入例を紹介する。それぞれの例を、公衆衛生的アプローチを構成する4つのプロセス (第1章参照) 別に要約する。

全世界的に見た場合の介入例

1. パラセタモールおよびサリチル酸の包装容量を制限した英国の法律が服毒件数に及ぼした効果 (Hawton et al. 2001)

1998年に、服毒自殺を減らすことを目的に、処方箋なしで購入できるパラセタモールおよびサリチル酸の包装容量を制限する法案が提出された。この法律により、1回に販売する錠剤数を16～32錠に限定し、容器および添付文書にパラセタモールの危険性に関する警告を追加することが規定された。

1996年から1999年までに、パラセタモールの年間服毒件数は21%減少し、サリチル酸の年間服毒件数は48%減少した。また、パラセタモール中毒による肝移植率が66%減少し、パラセタモールによる非致死的な服毒件数が11%減少した。

この研究により、自殺手段を制限することの論理的根拠を裏付けるエビデンスが得られた。自傷行為の発生率が低下したほか、これらの薬剤の乱用による入院費も減少した。

サーベイランス：1998年まで、パラセタモールは、ばら売りの錠剤とブリスター包装された錠剤とが販売されていた。パラセタモールを服用して自殺を図った人の過量服薬量は、ブリスター包装の錠剤を服用した人のほうが、ばら売りの錠剤を服用した人よりも少なかった。

危険因子の特定：過量服薬で自殺を図った人に衝動性が認められたほか、ばら売りの錠剤は大量服薬を容易にさせる要因となった。

予防・介入：(全体的予防介入) 包装容量を制限する法律が定められた。

評価：1996年から1999年までの期間中に、過量服薬による死亡数が減少し、肝移植率および非致死的な服毒率が低下した。

2. スリランカにおける有害な農薬の制限 (Gunnell et al. 2007, Hawton et al. 2008)

スリランカの自殺率は1950年から1995年までの間に8倍に上昇し、1995年には最高値(100,000人あたり47人)に達した。農薬による服毒自殺が全自殺に占める割合は3分の2を超えることが、複数の調査において確認されている。1970年代後半から1990年代の初めにかけて、致死的な自傷行為において最も多く服用された農薬は、WHOによる分類のクラスI(極めて有害または非常に有害)に属する有機リン系農

薬であった。服毒自殺が蔓延しているというこのような状況を受けて、農薬登録機関はWHOのクラスIに属する有機リン系農薬を禁止するという対策に着手し、1984年にメチルパラチオンおよびパラチオン、その後の数年間にその他の有機リン系農薬が禁止となり、1995年7月にはクラスIに属する残りすべての農薬が禁止となった。この期間中に、農家では農薬がクラスII（中程度に有害）の有機塩素系農薬に切り替えられたが、このうちエンドスルファンは、やはり人体に非常に有害であることが証明され、1998年12月に輸入禁止となった。

1995年から2005年までに、自殺率は半減した。複数の生態学的分析により、この自殺率の低下は、1995年から1998年にかけての農薬禁止と同時期に起こっていることが確認されており、1984年の農薬禁止については自殺率の急激な上昇を遅らせた可能性が認められている。この国の代表的なその他の自殺要因（失業、アルコール乱用、離婚、全般的な農薬の使用、内戦など）は、自殺率の低下と関連していなかったようであるが、農薬に対する規制とは別に、他の要因が自殺率の低下に寄与した可能性も考えられる。

サーベイランス：特にスリランカのような低所得国の農村部では、有害な農薬は入手しやすく、致死性も高いため、多く用いられる自殺手段であった。

危険因子の特定：非常に有害な農薬が広く普及しており、入手しやすかった。

予防・介入：(全体的予防介入) 非常に有害な農薬（クラスIの有機リン系農薬およびエンドスルファン）に対して輸入規制が行われた。

評価：1995年から2005年までの間に、農薬に対する規制に伴って自殺率が著しく低下した。

3. オーストリアのウィーンでのメディア向けガイドラインの制定 (Etzersdorfer and Sonneck 1998)

特定の状況下では、最近自殺で死亡した人とのつながりや、そのような人に関する話は、影響を受けやすい人において自殺行為を助長しうる。メディアによる自殺の描写は、自殺の連鎖としても知られる「模倣自殺」を助長することにより、そのような記事を見聞きした人の自殺傾向に影響を及ぼす可能性があることが確認されている。自殺報道に関するガイドラインの実施は、自殺報道による悪影響を減少させ、自殺予防において前向きな力とさえなりうることを示唆された。

1978年にウィーンで地下鉄が開通した後、自殺率が急激に上昇したことにともない、

地下鉄は次第に自殺手段の1つとみなされるようになった。1984年から1987年にかけて、地下鉄自殺はメディアによって大々的かつ劇的に報道され、これに関連してその後のウィーンの自殺率は上昇した。これを受けて、オーストリア自殺予防協会(ÖVSKK)の研究グループは1987年半ばにメディア向けガイドラインを制定し、メディア・キャンペーンを打ち出した。その後、メディアの報道は著しく改善され、地下鉄による自殺および自殺未遂の件数は1987年の前半から後半までに80%以上減少し、それ以降も低い水準を維持している。また、ウィーンの総自殺率も低下したことから、地下鉄に代わる自殺手段はほとんどなかったことが示唆された。

サーベイランス：とりわけ自殺手段に着目した大々的かつセンセーショナルな自殺報道の後に、自殺率の上昇が認められた。

危険因子の特定：センセーショナルかつ大々的な自殺報道は、自殺が容認されるものであるというメッセージを伝えてしまう恐れがあると同時に、模倣自殺による自殺の連鎖を引き起こす可能性がある。

予防・介入：(全体的予防介入) ジャーナリストやニュース編集者のためのメディア向けガイドラインが制定された。

評価：ウィーンの自殺率は、地下鉄による自殺率も総自殺率もすぐに有意に低下した。

4. 米国における銃規制 (Ludwig and Cook 2000)

認可を受けている銃販売店に対し、銃の販売に際して待機期間を設け、その間に購入希望者の身元調査を行うことを義務付けるBrady Handgun Violence Prevention Act (ブレイディ法) が、1994年2月に全国で施行された。銃による自殺を図ろうとしていた人が、ブレイディ法によって義務付けられたこの5日間の待機期間中に考えを改める可能性が見込まれた。

1985年から1997年にかけて国立健康統計センターが実施した米国の人口動態統計データ分析によると、介入を受けた州とそうでない州(対照)との間で、殺人率および自殺率の変化量に有意差は認められなかったが、55歳以上の人の銃自殺に関しては有意差が認められた(平均低下率：100,000人あたり0.92人)。この55歳以上の集団における自殺率の低下は、待機期間と身元調査の両方を義務付けた州(平均低下率：100,000人あたり1.03人)のほうが、身元調査のみを義務付けた州(平均低下率：100,000人あたり0.17人)よりも大きかった。

サーベイランス：銃の入手が可能で、かつ容易に購入できることから、銃による自殺率および殺人率が高かった。

危険因子の特定：銃が入手できることは、自殺傾向のある人が短期間のうちに衝動的に自殺を図る余地を与えた。

予防・介入：(全体的予防介入) 法律により、銃の購入希望者に待機期間と身元調査を課した。

評価：55歳以上の集団に銃自殺の有意な減少が認められた。若年成人の自殺率および銃による殺人率に有意な変化は見られなかった。

5. 米国空軍自殺予防プログラム (Knox et al. 2003, US 2001)

1990年から1994年にかけて、米国空軍の軍人の自殺率が特に24～35歳の男性の間で劇的に上昇した。米国空軍の幹部は、自殺が「援助の必要性を示している多数の脆弱性指標が絡み合った長期間にわたる苦悩の末に起こった」ものと考えた。これらの指標を早期に検出し、危険因子の蔓延を減らして差し迫った自殺を予防するためのプログラムが作成された。

米国空軍はまず、1996年の終わり頃に、自殺リスクの減少に向けた集団ベースのアプローチとして、現役軍人を対象とするプログラムを作成した。心理社会的保護因子の強化、意識の向上、ハイリスク者の特定・治療の改善および援助希求の増進を図った11種類の取り組みが行われた。

介入前（1990年から1996年まで）と介入後（1997年から2002年まで）のコホートについて解析したところ、自殺率およびその関連アウトカムが持続的に低下していた。自殺率は1995年の100,000人あたり15.8人から2002年には100,000人あたり約6人に低下し、自殺の相対リスクは33%減少した。また、事故死、殺人、激しい家庭内暴力および中程度の家庭内暴力のリスクも有意に減少した（それぞれ、18%、51%、54%、30%の減少）。

サーベイランス：心理社会的な問題または精神的健康上の問題を取り巻くネガティブなイメージが、米国空軍軍人たちが援助を求めるのを妨げる主な障害となっていた。また、何らかの自殺リスクを有する人の特定および治療を強化する必要性があることも明らかであった。

危険因子の特定：メンタルヘルスリテラシーの低さ、ネガティブなイメージ、労働日の損失・生産性の低下・大きな個人的葛藤・家族の苦悩につながる機能低

下などの危険因子が相互に作用していた。

予防・介入：(全体的・選択的・個別的予防介入) 社会的サポートの強化、対処スキルの向上の促進、効果的な援助希求行動を奨励するための政策・規範の修正、何らかの自殺リスクを有する人の早期発見および早期治療の強化を図る11種類の取り組みが行われた。

評価：1997年から2002年にかけて自殺率、自殺リスク、事故死・殺人・激しいもしくは中程度の家庭内暴力のリスクが有意に減少した。

6. イタリアにおけるTele-Help/Tele-Checkサービス (De Leo, Carollo, and Dello Buono 1995, De Leo, Dello Buono, and Dwyer 2002)

高齢者の間では身体的・精神的な健康上の問題が広く存在しているため、その大多数が自殺リスクを有することが明らかになった。Tele-Helpは利用者が助けを必要とする際にいつでも発動することのできる警報システムで、Tele-Checkを使って利用者に週2回ほど連絡し、必要なものがないか確認したり、情緒面のサポートを行ったりするサービスである。高齢者はめったにホットラインサービスを利用しないが、Tele-Help/Tele-Checkサービスはその内容により、介入を積極的かつ双方向的なものにする効果をもたらした。1988年から1998年にかけて、Tele-Help/Tele-Checkサービスの自殺に対する効果を判定するためのデータが収集された。サービス利用者18,641人をヴェネト地方の一般対照集団と比較したところ、自殺リスクの高い人が多く存在すると思われたにもかかわらず、自殺死亡者(6人)は予測人数(20.86人)を有意に下回った。Tele-Help/Tele-Checkサービスは高齢者の自殺予防に対する関心を高めることに役立っており、その成果は長期間持続するものと思われる。

サーベイランス：高齢者の多くが身体的・精神的な健康上の問題を抱えているにもかかわらず助けを求める人が少ないため、自殺のリスクが高かった。

危険因子の特定：最もリスクが高いのは65歳以上の障害者、社会的に孤立しており、精神障害があり、外来治療に対するコンプライアンスが不良で、収入が低く、一層の介助が必要と思われることから社会保健機関への入所を要請されるような人であった。

予防・介入：(選択的介入) Tele-Help(携帯用警報器)およびTele-Check(訓練を受けたスタッフによる積極的な電話連絡)が推奨された。

評価：1988年から1998年までに、サービス利用者において自殺数が有意に減少した。

7. 様々な国の研究で認められている一般開業医向け訓練プログラムの有効性

これまでに検証されている、一般開業医を対象とした多数の自殺予防プログラムのうち、ゴットランド研究 (Rutz, von Knorring, and Walinder 1992)、Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial (PROSPECT; プライマリケア受診高齢者の自殺予防に関する共同試験) (Bruce et al. 2004) およびハンガリーで検証されたうつ病管理教育プログラム (Szanto et al. 2007) の3つを本項で取り上げる。

うつ病および希死念慮は自殺の主要危険因子であり、高齢者においては特にそうである。自殺者の多くが死亡前に一般開業医を受診していることを考えれば、一般開業医によるうつ病の早期発見および適切な治療が自殺予防に有効であると言える。

1983年および1984年にスウェーデンのゴットランドのすべての一般開業医に対して実施された2日間のプログラムの結果、1985年における自殺率、うつ病に対する入院治療件数およびうつ病による病欠の頻度は有意に減少した。プログラムの終了から4年後には、自殺率およびうつ病に対する入院治療件数は1982年とほぼ同じレベルにまで減少した。

PROSPECT試験においても、また一般開業医およびその看護師を対象とした5年間のうつ病管理教育プログラムにおいても、ハンガリーでのうつ病治療クリニックおよび精神科医による電話相談サービスの設立と相まって、うつ病の発生率および希死念慮・自殺率が対照群に比べて有意に低下したことが確認された。

サーベイランス：うつ病および希死念慮は自殺の主要危険因子であった。うつ病および希死念慮を伴う自殺者の多くが死亡前に一般開業医を受診していたが、一般開業医が自殺の専門家であることは少ない。

危険因子の特定：一般開業医を受診する患者にうつ病および希死念慮が認められた。

予防・介入：(選択的・個別的介入) 一般開業医向けに、うつ病および希死念慮の治療に関する教育プログラムを実施した。

評価：これら3つのすべてのプログラムによって、うつ病および希死念慮の発生率 (PROSPECT) および自殺率 (ゴットランドおよびハンガリーでの研究) が有意に低下した。

8. 認知行動療法 (Brown et al. 2005, Rudd 2000, Tarrier, Taylor, and Gooding 2008)

認知行動療法は、積極的で目的志向、かつ期間の区切りを設けた体系的な問題解決プロセスを踏むことにより、情緒面・行動面・認知面の問題や機能不全を改善するための精神療法的アプローチである。標準的な認知行動療法では、患者に自分自身や状況に対する否定的な思考を特定させ、モニタリングさせ、最終的にはそれに対処させることにより、より適応的で柔軟な思考を身につけていくことを教える。適切と判断されれば、行動療法的な治療を用いることで日常生活のなかの楽しい出来事に目を向けさせ、そのような出来事を増やしていくことを教えることにも重点が置かれる。

うつ病をはじめとする数多くの精神疾患に対する実証的に裏付けられた治療法である認知行動療法は (Weersing and Brent 2006, Weersing et al. 2006)、自殺を間接的に予防する可能性も秘めており、自殺予防向けに改変され評価されてきた。これまでに自殺未遂者などの特定のハイリスク集団にも適用され (Brown et al. 2005)、認知行動療法を受けた患者において有意な自殺の再企図率の低下が認められており、これらの患者では通常の治療を受けた群に比べて再企図率が50%低かった。患者から報告されたうつ状態および絶望感の重症度は、認知行動療法群のほうが通常治療群よりも有意に低かった。このことから、認知行動療法は、患者個々の自殺を予防する上で、効果的な臨床的介入の選択肢の1つであると言え、研究によりあらゆる年齢層でこの療法の有効性が認められている。

サーベイランス：うつ病、希死念慮および自殺未遂は、自殺既遂および自殺未遂の主要危険因子であった。

危険因子の特定：(個別的) うつ病、希死念慮および自殺未遂歴を有する人が認められた。

予防・介入：(個別的介入) ハイリスク患者各人に対する認知行動療法に関する報告があった。

評価：認知行動療法を受けた患者において自殺リスクが減少し、対処スキルおよび絶望感が改善された。

9. 弁証法的行動療法 (Lieb et al. 2004, Linehan 2008, Linehan et al. 1991)

弁証法的行動療法は、アクセプタンス (受容) をベースとする戦略を用いた行動的問題解決と、弁証法的プロセスとに重点を置いた、認知行動療法的アプローチである。「弁証法的」とは、複数の障害を有する患者の治療にかかわる事柄や、治療戦略にお

いて用いられる思考過程および行動様式の種類を指し、次の5つの要素から成る。(1) 能力の強化 (スキルトレーニング)、(2) 動機付けの強化 (個々の行動治療計画)、(3) 一般化 (医療現場外の治療者との接触、ホームワーク、治療への家族の参加)、(4) 環境の構築 (適応的行動の強化に重点を置いたプログラム)、(5) 治療者の能力・動機付けの強化 (治療者のためのチームコンサルテーション)。

弁証法的行動療法は、その治療マニュアルが公表された1993年以降、自殺傾向のある患者、うつ病、物質乱用およびその他多数の自殺危険因子など、数多くの精神障害に用いられてきた。

自殺予防戦略としての弁証法的行動療法に関する研究によれば、治療1年後の自殺企図率は、弁証法的行動療法を受けた患者では23.1%、別の専門治療を受けた患者では46.7%であった。複数の評価により、1年間の弁証法的行動療法を終了した患者では、自殺以外の自傷行為が、治療を待機していた患者または別の治療を受けた患者よりも有意に減少したことが確認された。また、弁証法的行動療法を受けた患者は、別の治療を受けた患者よりも長く治療を継続し、有意に高い治療継続率を示した。

サーベイランス:一般的な治療法では、自殺の危険因子に対する効果が得られず、患者の自殺傾向も改善されなかった。弁証法的行動療法は従来の治療法に代わる治療選択肢となった。

危険因子の特定:精神障害が認められた。

予防・介入:(個別的介入)ハイリスク患者に個別に弁証法的行動療法が用いられた。

評価:弁証法的行動療法は自殺未遂を有意に減少させたほか、自傷行為や物質乱用などの危険因子を減少させた。

10. リチウム療法 (Baldessarini et al. 2006, Tondo, Hennen, and Baldessarini 2001)

リチウムは、大うつ病などの感情障害患者に対する精神安定剤として用いられている。リチウムによる長期治療は、双極性障害またはその他の大うつ病などの感情障害を有する患者における自殺・自殺未遂リスクの減少と関連があることが報告されている。

22件の研究(対象は、大うつ病、双極性障害または統合失調感情障害を有する患者5647例)に関するメタアナリシスによると、リチウムによる治療期間中は自殺が82%減少した(Tondo, Hennen, and Baldessarini 2001)。メタアナリシスに適した31件の

研究（リスク保有期間は計85,229人年）に関する別のメタアナリシスでは（Baldessarini et al. 2006）、自殺および自殺未遂の総リスクがリチウム治療群においてリチウム非治療群の5倍減少した（平均研究期間18ヵ月）。これらの効果は、無作為化臨床試験、非盲検臨床試験のいずれにおいても持続的であった。

Ciprianiら（2005）が報告したメタアナリシスによると、リチウムによる治療は、他の治療（例：プラセボ、抗痙攣薬、抗うつ薬）に比べて、自殺リスク、自殺および自傷行為率、または全死亡率の点で、4～5倍優れていた。これは、リチウムが、気分障害に対する治療効果以外に、自殺関連行動に対しても選択的効果を発揮することを示唆している。

サーベイランス：大うつ病、双極性障害または統合失調感情障害を有する患者では、自殺率が非常に高かった。

危険因子の特定：大うつ病、双極性障害または統合失調感情障害を有する患者では、自殺未遂および自殺既遂の危険因子である衝動性および攻撃性が高いことが確認された。

予防・介入：（個別的介入）リチウムによる治療（薬物療法）が行われた。

評価：双極性障害またはその他の大うつ病を有する患者における自殺既遂率および自殺未遂率は、リチウムによる治療期間中、一貫して低下した。

11. 自殺予防における抗うつ薬のベネフィットとリスク

抗うつ薬は、大うつ病患者および気分変調症患者に有効な治療薬であると考えられてきたが（Simon 2002）、特に小児および青少年において自殺リスクを増大させる可能性もあると非難された。選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）について検討した無作為化対照試験の未公表データから、小児および青少年（5～18歳）において「好ましくないリスクとベネフィットのプロファイル」が示唆されたと報告されている（Whittington et al. 2004）。規制当局の米国食品医薬品局（FDA）は、抗うつ製剤の添付文書（ラベル）に小児および青少年（2003年）ならびに18～24歳の若年成人（2007年）に希死念慮および自殺行動のリスクがあるという警告を記載することを義務付けた（US Food and Drug Administration 2009）。主に、SSRIが自殺リスクを増大させるのか否か、つまりSSRIを使用すると自殺リスクがベネフィットを上回る可能性があるのか否かという点に注目が集まった。

多数の生態学的研究において、抗うつ薬の使用と自殺率低下の関連性を証明しようと

いう試みが行われた。例えば、日本では1999年から2003年の間の抗うつ薬の処方量と自殺率の関連性について検討がなされた。その結果、新型の抗うつ薬の処方量の増加は、自殺率の低下と関連していたが、失業率やアルコール消費率の低下とは関連していなかった (Nakagawa et al. 2007)。このような負の相関は、特に男性において強かった。この研究の結果は、米国 (Gibbons et al. 2005) やオーストラリア (Hall et al. 2003) で実施されたその他の生態学的研究の結果と一致していた。しかし、抗うつ薬と自殺との逆相関性は未だ完全には実証されていない。最近のエビデンスからは、英国における自殺率の低下は抗うつ薬の処方量の増加と相関していなかったことが示唆されたほか (Biddle et al. 2008, Wheeler et al. 2008)、米国およびオランダでは若年者の自殺率が再び上昇するという現象が認められ、これは警告措置によりSSRI処方量が減少したことと関連があるとされたものの (Gibbons et al. 2007)、他の国ではそのような結果は認められなかった (Wheeler et al. 2009)。抗うつ薬と自殺との間に何らかの因果関係が存在することを実証する上で生態学的研究には限界があることを考えれば (Simon 2008)、比較対照試験から得られた結果が、個々の患者における抗うつ薬の使用に伴うリスクとベネフィットを明らかにする最も確かなエビデンスであると言える。

372件の二重盲検無作為化対照試験のレビューにより、自殺リスクは、抗うつ薬服用者の年齢と関連していたことが明らかになった。25歳未満の研究参加者では、自殺行為または希死念慮および自殺行為のオッズ比はそれぞれ1.62、2.30に過ぎなかった。オッズ比は年齢が上がるにつれて減少し、自殺行為または希死念慮については1歳ごとに2.6%、自殺行為のみについては1歳ごとに4.6%減少した。抗うつ薬を使用していた研究参加者のうち、より年齢の高い成人および高齢者では明らかに自殺リスクが減少していた (Stone et al. 2009)。

小児、青少年および若年成人における自殺リスクの可能性については意見の分かれるところであるものの、うつ病治療における抗うつ薬の有効性は臨床的に意味のあるものであり、プラセボに対して優越である (Turner and Rosenthal 2008)。それでも、中等度または重度のうつ病患者には抗うつ薬を精神療法 (すなわち認知行動療法) と併用して処方することが臨床医に対して推奨された。また、抗うつ薬治療に対する患者の反応も注意深く観察するとともに、患者に抗うつ薬の副作用について説明する必要がある (Hawton and van Heeringen 2009, National Collaborating Centre for Mental Health 2008)。

サーベイランス：気分障害を有する患者において自殺率が非常に高かった。

危険因子の特定：大うつ病または双極性障害を有する患者において、自殺未遂および自殺既遂との強い関連性が認められた。

予防・介入：(個別的介入) 抗うつ薬による治療(薬物療法)が行われた。

評価：うつ病治療における抗うつ薬の有効性は臨床的に意味のあるものであり、プラセボに対して優越である。しかし、抗うつ薬を使用している小児、青少年および若年成人において自殺リスクの増大も認められた。

西太平洋地域

1. オーストラリアにおけるNational Youth Suicide Prevention Strategy (NYSPPS; 全国青少年自殺予防戦略)(1995～1999年)およびNational Suicide Prevention Strategy (NSPPS; 全国自殺予防戦略)(1999～2006年)(Commonwealth of Australia 2008, Headey, Pirkis, and Merner 2006, Headey et al. 2006)

NYSPPSおよびNSPPSのいずれにも、自殺および自殺未遂を減らすための公衆衛生的アプローチが用いられた。まずは若年者を対象に実施され、その後、その他の年齢集団に拡大された(Cantor, Neulinger, and De Leo 1999)。NYSPPSは、一次介入プログラムおよび二次・三次予防戦略を含めた、若年者を対象とする保健・社会サービスに対する支援金として、AU\$ 3,100万(US\$ 2,886万)を割り当てた。これらの取り組みが若年者における自殺関連行動および自殺の減少に直接つながったことを示すプログラム評価結果は得られなかったが、NYSPPSの成果によりオーストラリア人若年男性(20～34歳)において自殺が劇的に減少(100,000人あたり40人[1997～1998年]から100,000人あたり20人[2003年]に減少)したことを示唆するエビデンスが得られた(Morrell, Page, and Taylor 2007)。また、別の研究からも、1997年から2000年までの期間中にNYSPPSからの資金援助で実施された若年者のための電話相談サービスによって自殺が有意に減少し、相談前と相談後とで精神状態が有意に改善されたことが裏付けられた。これらは電話相談サービスが直接的に好ましい影響をもたらすことを示唆する有望な結果であった(King et al. 2003)。

NYSPPSはその後NSPPSに拡大され、「Living Is For Everyone (LIFE)」と題する戦略的枠組みの下で1999年から2006年にわたって実施された。若年者ならびにアボリジニおよびトレス諸島民を主な対象とする、全体的レベル、選択的レベルまたは個別的レベルに分類される22種類の全国的取り組みに、7年間にわたって年間計AU\$ 1千万(US\$ 920万)が割り当てられた。NSPPSの実施期間中の1999年から2004年までに、年間の自殺死亡率(人口10万対)は男性で22人から17人、女性で5人から4

人に低下したことを裏付けるエビデンスが得られた (Robinson et al. 2006)。2006年に実施された評価で明らかになったエビデンスに基づき、2007年に新たな自殺予防戦略を打ち出すことが支持された (Commonwealth of Australia 2008)。

サーベイランス：オーストラリアでは若年男性の自殺率が高かった。

危険因子の特定：精神疾患を有する人や故意の自傷行為歴のある人において自殺リスクが高かった。

予防・介入：全体的レベル (メンタルヘルスリテラシープログラムおよび一般向けの啓発活動)、選択的レベルおよび個別的レベル (治療、支援および介入後ケア) の3つのレベルがすべて用いられた。計70のプロジェクトがNYSPS、計156の州または地域プロジェクトがNSPSからの資金提供により実施された。

評価：NYSPS、NSPSのいずれに対しても、アウトカムに基づくプログラム評価は実施されなかったが、複数の研究から、NYSPSおよびNSPSの実施期間中に自殺率が特に男性において有意に減少したことが確認された。

2. オーストラリアにおける銃規制 (Chapman et al. 2006, Snowden and Harris 1992)

オーストラリアの総自殺率に占める銃自殺の割合は大きく、全銃関連死亡の79%に相当する。SnowdenおよびHarris (1992) は、銃に関するより厳格な法律が、そのような法律が施行されなかった近隣の州で銃自殺が増加していたにもかかわらず、銃器による自殺死亡数を有意に減少させたことを明らかにした。

35人の死者を出した1996年のタスマニア州での銃虐殺の後、オーストラリア政府は一致団結して銃に関する法律の緊急改正を行った。これらの法律改正の狙いは、半自動式またはポンプ式のショットガンおよびライフル銃の輸入・所持・販売などを禁止するとともに、禁止された銃の買い戻し、登録・許可の義務化 (様々な調査および必修の訓練コースが含まれる)、銃購入後28日間の待機期間の義務化および厳格な保管要件の取決めを行うことにより、一般市民からこれらの銃を廃絶することであった。

Chapmanら (2006) は、銃に対するこれらの法律改正の結果、それ以前の18年間で13件発生していた銃乱射事件が法律改正後10年間にわたって1件も発生せず、また全銃死亡率、銃殺人発生率および銃自殺発生率が2倍以上低下したことを明らかにした。しかし、自殺手段には年齢による著しい差が認められ、若年男性の間では手段が銃から縊首へと変わったことから、代替効果と思われる作用がもたらされたと考えら

れた (Klieve, Barnes, and De Leo 2009)。

サーベイランス：致死性の高い自殺手段を入手し得るという状況が自殺の危険因子であった。オーストラリアでは銃が入手可能で、致死性の高い自殺手段となっていた。銃の入手可能性を低下させることにより、自殺リスクおよび自殺率を減少させられることがわかっていた。

危険因子の特定：銃が広く普及しており、身近な存在であることが確認された。

予防・介入：(全体的予防介入) 銃に対するより厳格な法律 (例: 特定の銃の禁止、銃登録の義務化、銃の購入に際する待機期間) が施行された。

評価：銃自殺に関する動向に伴い、銃自殺死亡率は有意に低下した。また、銃による総死亡数、銃乱射事件発生件数および銃殺人発生件数も有意に減少した。

3. 香港 (中国) における地下鉄自殺防止のための仕切りの設置 (Law et al. 2009)

2002年に、香港鐵路有限公司 (MTR) は、香港の地下鉄のすべてのホーム (計71) にプラットフォームスクリーンドア (PSD) を設置することに着手した。PSDは、ホームと列車を密閉式の仕切りで隔てるというものであった。このプログラムの主目的は、地下鉄駅構内の空気を低温に保つことでエネルギーを節約すると同時に、これまでよりもはるかに安全な環境を作ることにより線路への飛び込み自殺および落下事故を防ぐことであった。

設置後、MTRの駅での地下鉄自殺は、38件(1997~2001年)から7件(2003~2007年)へと81.6%減少した。このような傾向は、PSDが設置されていない他の鉄道網では認められなかった。この研究から、自殺手段を制限することの論理的根拠となるエビデンスが得られた。また、PSDが設置されていない駅も大いに利用可能であったものの、そのような駅が代用されたことを示すエビデンスは認められなかった。

サーベイランス：2002年までは、MTRの駅のホームには線路への人身落下を防ぐ仕切りがなかった。自殺手段の制限およびPSDの設置は、鉄道自殺を防ぐことが確認されていた。

危険因子の特定：自殺を凶った人は自殺の意志が強く、地理に明るい自宅から近い場所で自殺して死亡するという傾向があるようであった。精神科治療を受けている患者は特にリスクが高かった。

予防・介入：(全体的予防介入) PSDの設置が実施された。

評価：仕切りの設置後に地下鉄自殺件数が減少した。

4. 自殺手段としてアジアの都市部で多く用いられていた木炭の入手制限 (Yip et al. 2010)

アジアの多数の都市において、1990年代の終わり頃に自殺率が著しく上昇し、特に木炭を燃やして一酸化炭素を吸引するという自殺手段による死亡が劇的に増加した。近年では、この自殺手段が香港（中国）および台湾（中国）で普及し、アジア近隣国で懸念が高まった（Lee et al. 2002, Liu et al. 2007）。この手段を用いて死亡した人は、自殺する意志が強く、援助希求行動が少なかったうえに（Chen, Liao, and Lee 2009）、失敗しても再度同じ手段で自殺を図る傾向があった（Kuo et al. 2008）。これらの観察結果から、木炭燃焼を手段として選ぶこの特定集団に臨床的介入を行う機会を得ることはまれであり、この種の自殺を防ぐにあたって別の方法を検討するべきであることが示唆された（Chen and Yip 2008）。

準実験計画法を用いた研究が最近香港（中国）で実施され、木炭燃焼自殺の予防における木炭入手制限の有効性の検証と、木炭の入手制限がその他の自殺手段に代替効果をもたらすかどうかの検討が行われた。介入対象地域では、この研究に参加した食料雑貨品店（79店）の商品棚からすべての木炭が取り除かれ、木炭の購入に際しては客が店員に声を掛けることが課せられた。木炭を全面的に排除することは地域として容認され得ないことであったため、あくまでも入手を制限することが狙いであった。

12ヵ月間で、介入地域における木炭燃焼自殺は、住民の地理的・社会経済的状況が類似している対照地域に比べて66.7%減少した（ $p=0.03$ ）。しかも、木炭の入手制限が自殺を望む人に別の自殺手段をとらせることになったことを示す有意な指標も認められなかった（ $p=0.79$ ）。

この研究から、「手段の制限」は、「手段の禁止」という措置を取らなくとも有効となりうることが示唆された。また、個人の選択を完全に制限するわけではない適度な障壁を設けるというアプローチは妥当であり、自殺予防に広く適用できる効果的なアプローチとなりうることも示された。

サーベイランス：アジアの都市部において、木炭燃焼による一酸化炭素中毒に関連する自殺が著しく増加していた。

危険因子の特定：この手段で死亡した人は、自殺する意志が強く、援助希求行動も少なかった。

予防・介入：(全体的予防介入) 研究に参加した食料雑貨品店の商品棚から木炭を取り除くことで入手を制限し、木炭の購入に際して客が店員に声を掛けることが課せられた。

評価：試験期間中、木炭燃焼自殺による死亡が対照地域に比べて統計的に有意に減少し、他の手段への代替効果も認められなかった。

5. 香港（中国）におけるメディアの影響（Fu and Yip 2008）

メディアによる自殺の描写と自殺率の間には強い関連性があり、特に報道された自殺手段と強く関連していることが明らかにされている。これを踏まえ、WHOは、当機関が打ち出した6つの主要自殺予防戦略の1つとしてメディアによる自殺描写の改善について検討し、メディアの専門家に向けて一連の推奨事項を発行した（World Health Organization 2008）。これらの推奨事項では、写真や遺書、用いられた手段に関する詳細情報、簡潔にまとめられた自殺理由、宗教または文化的固定観念、自殺を美化あるいはセンセーショナルに表現したり、誰かのせいにしたりするような見解などを報道しないよう提唱している。またその他にも、保健当局と緊密に連携すること、「自殺成就」でなく「自殺既遂」という表現を用いること、関連のあるデータだけを提示すること、一面に掲載しないこと、自殺以外の解決法に重点を置くこと、役に立つサービスや援助に関する情報を提供すること、リスク指標や危険信号について報じることなどを提唱している。

これまでの香港（中国）の新聞は、WHOの推奨事項や国際的な最優良事例に従っていないことが多く（Au et al. 2004）、写真を用いた自殺記事の割合（87.5%）がオーストラリア（14%）などに比べて著しく高かった（Pirkis et al. 2002）。このような遵守不良に対処しようと、メディアの自殺報道に関する公開セミナーや記者会見が開かれ、10紙以上の新聞で取り上げられた。メディアを介した自殺連鎖に関する情報およびWHOの推奨事項を含めたマニュアルも無料配布された。発行から3ヵ月目には、郵便またはメディア専門家協会やジャーナリスト養成校によって、約1000部がジャーナリストおよび新聞編集者に配布された。

香港（中国）の主要な中国語新聞5紙の解析において、2紙で写真掲載の有意な減少が認められ、1紙で有意な増加が認められた。2紙では、見出しで自殺について触れている記事の有意な減少も認められた（Fu and Yip 2008）。

サーベイランス：香港（中国）のメディアによる自殺描写は、WHOの推奨事項

や国際的な最優良事例に従っていなかった。

危険因子の特定：連鎖を考慮しないメディアによる自殺描写が認められた。

予防・介入：(全体的予防介入) メディアに対し、推奨事項が通達され、意識向上のためのプログラムが実施された。

評価：WHOの推奨事項を受けて、写真の掲載および見出しで自殺について触れている記事が共に有意に減少した。

6. 日本における、地域を対象とする高齢者のための自殺予防プログラム (Oyama et al. 2004)

日本では、高齢者の人口が全体の12%に過ぎないにもかかわらず、高齢者の自殺率は全体に対して非常に高く、全国の自殺の29%を占めていることが知られている。多数の研究により、特に高齢者においてはうつ病が自殺の主要要因の1つとなっていることが確認されている。ゴットランド研究 (Rutz, von Knorring, and Walinder 1992) およびPROSPECT試験 (Bruce et al. 2004) から、うつ病の適切な発見および治療が総自殺率を低下させることが明らかになっている。

Oyamaらは、準実験計画法を用いて、高齢者におけるうつ病の発見および治療の改善度と、教育プログラム実施後の自殺およびうつ病に伴うネガティブなイメージの減少度を測定するための評価プログラムを考案した。これは、65歳以上の高齢住民を精神保健講習会に招き、そこで精神科医が小さなグループに分かれて行われる心理教育プログラムを実施し、うつ病および自殺リスクに関する情報を提供するというものであった。参加者がより良い対人関係を築くのを手助けするための、ボランティア活動、室内活動および身体的活動から成るグループ活動プログラムが実施された。

介入開始前の10年前と比較すると、介入地域に住む65歳を超える高齢者の自殺による死亡のリスクは、10年間の介入実施期間中に男性で73%、女性で76%減少した。2つの対照地域では、男性、女性のいずれにも、有意なリスク変化は見られなかった。また、地域を対象とする同様のプログラムが、Oyamaらによって、日本のその他の地方都市でも実施された。その結果、女性高齢者には有意な自殺リスクの減少が認められたが、男性高齢者には認められなかった (Oyama et al. 2006b, Oyama et al. 2006c, Oyama et al. 2005)。

サーベイランス：大多数の高齢者に高い自殺リスクがあった。高齢者における自殺の主要要因の1つはうつ病であった。ネガティブなイメージおよびうつ病の発

見・治療率の低さが自殺予防に対する取り組みの障害となっていた。

危険因子の特定：高齢者、特にうつ病を患っている人が特定された。

予防・介入：(選択的・個別的予防介入) 援助希求行動などの心理社会的保護因子を強化するための心理教育プログラムおよびグループ活動が考案された。

評価：介入実施期間中、男女ともに、自殺による死亡のリスクの有意な改善が認められた。

7. 香港(中国)における、観光客による木炭燃焼自殺および自殺協定に対する統合的自殺予防プログラム (Wong et al. 2009)

密閉した部屋で木炭を燃やすことによる自殺が1998年にメディアでセンセーショナルに報道された後、木炭燃焼自殺は広く拡大し、あっという間に2番目に多く用いられる自殺手段となり、自殺協定で最も多く用いられる手段となった。

木炭燃焼自殺に多く用いられる場所は、長洲島にあるホリデーフラットである。長洲島は香港島から10km南西にあり、休暇用の別荘として住民の間で人気がある。1998年1月から2002年3月までの期間中、7つの自殺協定(15名が死亡)を含む計37名の(長洲島の住民でない)観光客がホリデーフラットで木炭燃焼自殺をしたことで、長洲島は自殺名所であるという評判が立ち、この島の観光産業が悪影響を受けた。

2002年3月に、精神保健専門家、警察官、ソーシャルワーカー、ホリデーフラットの所有者および経営管理者ならびに地域委員会のメンバーで構成される地元の多領域チームが、観光客の自殺を防止するための予防プログラムを考案し、2002年10月にこれを実施した。プログラムの内容は、自殺傾向のある人を特定し救済する上で必要となる意識、知識およびスキルの向上を通して地域住民の問題意識を向上させること、援助希求行動を促進し、自殺傾向のある人によるホリデーフラットの利用を阻止し、紹介システムおよび支援・介入サービスを改善することであった。その結果、2002年10月から2006年3月までに、観光客の自殺件数は5件に減少した(実施前の年間8.7件から実施後には年間2件に減少した)。

サーベイランス：密閉した空間での木炭の燃焼が自殺手段として多く用いられるようになり、長洲島が自殺および自殺協定の名所となった。

危険因子の特定：抑うつ症状を呈する人がホリデーフラットを借りるという状況が認められた。

予防・介入：(全体的・選択的・個別的予防介入) 第一歩として、意識の向上、

メンタルヘルスリテラシーの改善、リスクのある人によるホリデーフラットの利用禁止、ならびにリスクのある人の発見および治療の改善が行われた。

評価：2002年10月から2006年3月までに観光客の自殺が有意に減少した。住民の自殺は増加したが、有意な増加ではなかった。また、他の島々と比べても自殺率に有意な変化は見られず、他の場所が自殺の代替スポットとなっていないことがうかがわれた。

8. 自殺未遂歴のある人への簡潔な介入と連絡 (Fleischmann et al. 2008)

自殺未遂歴のある人は、自殺未遂の再発および自殺既遂のリスクが高いことが知られている。Tele-Help/Tele-Checkなどを通して患者と定期的に連絡を取ることで、リスク集団の自殺率を低下させることが可能であることが、複数の研究によって明らかになっている (De Leo, Carollo, and Dello Buono 1995, De Leo, Dello Buono, and Dwyer 2002)。

2002年1月から2005年10月にかけて、自殺未遂歴のある人に対するBIC (Brief Intervention and Contact [簡潔な介入と連絡]) の効果を検討する無作為化対照試験が実施され、ブラジル、インド、スリランカ、イランおよび中国の5施設からデータが収集された。BIC群の自殺率 (フォローアップ18ヵ月目時点で0.2%が自殺) は、通常治療群 (2.2%が自殺) に比べて有意に低下した。BICは、少なくとも18ヵ月というフォローアップ期間において、自殺未遂歴のある人に対する自殺予防のための有効で低コストの介入法になると思われる。

サーベイランス：自殺未遂歴のある人では自殺リスクが高かった。リスクのある患者と連絡を取り合うことは自殺予防につながることを確認された。また、簡潔なセッションやフォローアップのための訪問も、その他の行動面の問題を減少させることが期待される結果をもたらした。

危険因子の特定：自殺未遂歴のある人が特定された。

予防・介入：(個別的介入) フォローアップを兼ねた簡潔な教育セッションが18ヵ月にわたって(1週目、2週目、4週目、7週目、11週目、4ヵ月目、6ヵ月目、12ヵ月目および18ヵ月目に) 実施された。

評価：2002年1月から2004年4月までの期間中に、BIC群では通常治療群に比べて自殺死亡数が有意に減少した。

第3章：これまでに西太平洋地域で実施されている自殺予防介入プログラムの概略

自殺は西太平洋地域において十分な研究が行われていない分野であるため、自殺予防の効果に関するエビデンスは限られている。しかしながら、多数の国において、政府機関および非政府機関のいずれもがこれまでに様々な自殺予防プログラムを実施している。これらのなかには、かなり文化的に固有で、その地域にしか適用できないものもあるかもしれない。これらのプログラムの多くは、その効果および有効性に関する確固たるエビデンスに欠けているかもしれないが、いずれも貴重な経験であり、各自の文化または国で自殺予防プログラムの策定を検討する際に参考となる。本章の主目的は、西太平洋地域で実施されている既存または現在進行中の自殺予防プログラムの概略を示すことである。この地域の自殺予防プログラムは西洋のものほど確立されたものではないかもしれないが、なかには、今後さらに発展させていく価値のある革新的なプログラムもあり、その他の国または都市で手法を再現したり改変したりする際に参考となりうる。体系的な自殺予防プログラムはこの地域の少数の国または都市にしか見られないため、必然的に、本章で取り上げるプログラムのほとんどは主にオーストラリア、香港(中国)、日本、ニュージーランド、シンガポール、台湾(中国)、韓国および中国都市部のものとなっている。これは、これらの国または都市で自殺予防に向けた準備が比較的整っており、より良い精神保健医療を可能にする資源も比較的豊富であると考えられるためである。太平洋諸島の多くの国では、自殺に対する注目度が西太平洋地域ほど高くないため、太平洋諸島地域には公表文献で報告されている体系的な予防プログラムがほとんど存在しない。よく知られている一部の自殺予防プログラム(すなわちホットラインサービス)は、自殺や自殺関連行動と関係のあるアウトカムの評価について公表されている情報がないため、本章では取り上げない。

本章では、これまでに西太平洋地域で実施されている31の自殺予防プログラムの概要を表形式で示す。第2章で紹介した介入プログラムについては割愛する。これらのプログラムは、自殺予防戦略に関する学術誌の論文から収集したものや、「アジア太平洋地域におけ

る自殺予防戦略の最優良事例」賞（国際自殺予防学会第3回アジア太平洋地域会議より）¹を受賞した6つのプログラム、そして第2章では取り上げなかったものの著者が知るその他の注目すべきプログラムである。

表2は12項目（自殺予防プログラム、場所、実施責任者、目的〔概念的枠組み〕、レベル、対象集団、手法〔介入の内容〕、評価、アウトカム、実施費用、主な関係者、主な参考文献）で構成されている。

「自殺予防プログラム」、「場所」、「実施責任者」および「主な参考文献」の項目は、個々のプログラムの識別情報として、また詳細を入手する際のフォローアップ情報として設けた。「場所」は国名／国名または都市名で分類し、以下の略語で示した。AU（オーストラリア）、CN（中国）、HK（香港、中国）、JP（日本）、KR（韓国）、NZ（ニュージーランド）、SG（シンガポール）、TW（台湾、中国）。特記すべき重要事項として、すべてのプログラムが他の国または地域に適用可能であるとは限らない。したがって、それぞれの地域で同様の介入プログラムを実施することを検討する際には、プログラムを正式に開始する前に、慎重な考慮と事前検証（例：パイロットプログラム）を行う必要がある。

「目的（概念的枠組み）」、「対象集団」、「手法（介入の内容）」および「測定可能なアウトカム」は、第2章（「効果的な介入の基準」の項および「測定可能な介入成果のアウトカム」の項）に記載した基準に該当する項目である。「レベル」は、第1章（「公衆衛生的アプローチを構成するプロセス」の項）に記載した3つの医療介入レベル、「全体的予防介入（U）」、「選択的予防介入（S）」、「個別予防介入（I）」のうち、各プログラムがどのレベルに分類されるかを示す項目である。表中には、これらの分類の順にプログラムを提示した。「実施費用」は、プログラムを実施するための費用を指しており、自殺予防プログラムに投じられる資金が少なく、最も費用対効果の高い介入プログラムしか実施することができない多数の西太平洋諸国において重要な検討事項となる項目である。個々の自殺予防介入プログラムの実施に伴う費用の推定額を「低」、「中」、「高」の3つのレベルで示した。また、「主な関係者」を知ること、特定の団体から資金援助を受けることが困難または不可能であ

1 国際自殺予防学会（IASP）および香港大学自殺研究・予防センター（共に2008年に香港で開催されたIASP第3回アジア太平洋地域会議の主催団体）は、アジア太平洋地域における自殺予防プログラムの最優良事例に表彰を行った。一連の基準に基づき、IASPの各国の代表者らによって候補に選ばれた計6つのプログラムが、2008年11月2日の会議にて表彰された。Peter Lee氏のCare for Life Associationが後援するこの賞は、しっかりした概念的枠組み、対象集団の明確な定義、そして測定可能なアウトカムを用いた介入によって自殺関連行動を減少させることを目的とする、エビデンスに基づくプログラムの実施を奨励するものであった。

るために実施可能な介入プログラムが限定されてしまう地域においては重要である。

自殺予防の効果についてのエビデンスに関する2報の論文（Beautrais et al. 2007, Mann et al. 2005）に準拠して、本章に記載するすべての介入プログラムのエビデンスレベルを4段階（「有効」、「見込みあり」、「不十分」、「該当なし」）で分類して「評価」の項目に示すこととした。「有効」は、妥当な対照を置いた試験において、肯定的で統計的に有意な結果が認められたことを指す。「見込みあり」は、肯定的な結果が認められたものの統計的有意性が不十分であるか、「有効」と分類されるために必要な対照試験が実施されていない、あるいは研究結果が一貫しておらず介入内容の改良が必要となること（例：女性には有意な介入効果が認められたが、男性または対象集団全体には認められなかった場合など）を指す。「見込みあり」の区分には、概念的枠組みがしっかりしているか、潜在的な効果があるか、あるいはその両方ではあるが、自殺予防において十分に有効な選択肢になるとみなすにはさらなるエビデンスと検証が必要である介入が主に属する。「エビデンス不十分」は、有意な結果または有効な測定値が得られていないことを指す。「該当なし」は結果が公表されていないことを指す。

表2：これまでに西太平洋地域で実施されている自殺予防介入プログラムの概略

自殺予防プログラム (場所)	実施責任者	目的 (概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
1. Eastern District Project on Prevention of Deliberate Self-Harm (故意の自傷行為の予防に関する東区プロジェクト) (HK)	警察、住宅管理者、社会福祉従事者、精神科医、救急科の医師および研究者	複数の機関で構成するグループによる紹介手順の標準化、故意の自傷行為に対する警察の対処訓練の強化、一般の意識の向上、自殺頻発地域および自殺未遂に関する地域支援の促進を通して故意の自傷行為を予防するための、地域を対象とするアプローチ	U/S/I	ハイリスク集団、予防に携わる専門家、ゲートキーパーおよび一般集団	意識の向上、ゲートキーパー訓練、ハイリスク者に対する治療の改善	自殺死亡率、自殺未遂	見込みあり	低	ゲートキーパー (地元の警察、住宅管理者、医療従事者、教師、親)、政府の諸部門	Acknowledgement Scheme, 2008 (Centre for Suicide Research and Prevention 2009)
2. 自殺記事の報道様式 (AU)	該当なし	メディアによる描写には、自殺報道を見聞きした人の自殺傾向に影響を及ぼす側面が存在する。報道様式を修正すれば自殺率を低下させられる。	U	メディア業界および一般集団	メディアによる自殺の描写の改善	自殺死亡率	見込みあり	低	メディア業界	(Cantor and Baume 1999, Martin and Koo 1997)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
3. 学校を対象とする自殺予防プログラム(NZ)	政府	保護因子(問題解決力、保護者への適度な連絡、学校との連結感など)の強化	U	ニュージーランドの学校の生徒および教師	心理社会的保護因子の強化、ゲートキーパー訓練	心理社会的保護因子、知識・スキル、態度、訓練に対する満足度	見込みあり	低	学校	(Beautrais 1998)
4. Depressed Little Prince ウェブサイト(www.depression.edu.hk) (HK)	研究機関	メンタルヘルスリテラシーの増進による精神的健康状態の改善、サービス利用ルートの明示および治療促進による援助希求行動の強化	U	一般集団	意識の向上、メンタルヘルスリテラシーの改善	うつ病に関する知識、自殺リスクに対する意識、援助希求行動に対する態度	見込みあり	低	自殺相談やホットラインサービスを提供している政府機関および非政府機関(NGO)	(Centre for Suicide Research and Prevention 2005)
5. Reach Out! ウェブサイト(www.reachout.com.au) (AU)	NGO	メンタルヘルスリテラシーの増進によるオーストラリア人若年者の精神的健康状態の改善、サービス利用ルートの明示・治療促進・専門的援助の提供による援助希求行動の強化	U	若年者、若年成人、予防に携わる専門家	意識の向上、メンタルヘルスリテラシーの改善、ハイリスク者に対する治療の改善	メンタルヘルスに関する知識および態度	見込みあり	低	該当なし	Acknowledgement Scheme, 2008 (Centre for Suicide Research and Prevention 2009)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
6. 健康促進的アプローチによる地域を対象とした介入(JP)	政府	住民の健康促進および住民参加に重点を置いた、地域を対象とする自殺予防のための介入に、地方都市における自殺率を低下させる効果があるか調査する	U	一般集団	意識の向上、心理社会的保護因子の改善	自殺死亡率	有効	低	医療機関、自治体、非営利団体	(Motohashi et al. 2007)
7. 睡眠薬の処方要件(JP)	政府	睡眠薬に処方箋を義務付けることにより過量服薬自殺率を低下させる	U	一般集団	自殺手段の入手制限	自殺死亡率	有効	低	政府、薬剤師	(Yamasawa et al. 1980)
8. メンタルヘルスに対する意識(AU)	政府	援助希求行動の強化運動による意識およびメンタルヘルスリテラシーの向上	U	一般集団	意識の向上、メンタルヘルスリテラシーの強化、援助希求行動の増進	援助希求行動、メンタルヘルスリテラシー	見込みあり	中	自殺予防機関	(Headley et al. 2006, Robinson et al. 2006)
9. 飛び降り自殺現場における仕切りの効果(AU)	政府	既知の飛び降り自殺現場に仕切りを設置することの自殺率への影響について調査する	U	一般集団	自殺手段の入手制限	自殺死亡率	有効	該当なし	政府、土地所有者	(Beautrais 2001a)
10. 法律による銃の所持および管理の制限(NZ)	政府	ニュージーランドにおいて銃に対するより制限的な法律を導入することの銃自殺への影響について調査する	U	一般集団	自殺手段の入手制限	自殺死亡率	見込みあり	低	政府	(Beautrais, Fergusson, and Horwood 2006)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
11. 催眠鎮静薬処方制限の効果(AU)	政府	鎮静薬の処方制限により過量服薬自殺率を低下させる	U	一般集団	自殺手段の入手制限	自殺死亡率	有効	低	政府、薬剤師	(Oliver and Hetzel 1972)
12. 自動車排ガス規制(AU)	政府	新たな排ガス規制により特定の車両に対して二酸化炭素排出量の削減が課せられた後に自殺率が低下したかどうか検証する	U	一般集団	自殺手段の入手制限	自殺死亡率	見込みあり	中、新型モデル車両の設計費	該当なし	(Brennan, Routley, and Ozanne-Smith 2006)
13. The Sports Challenge international programme (スロバニア) 国際チャレンジ国際プログラム(AU, SG)	NGO	特定の小児または青少年のグループまたはクラス全体に、著名なスポーツ選手や指導者が指導を行う。各種のプログラムを、若年者グループには1回1時間として1週間に2回、計10週間、クラス全体には1～6週間にわたって行い、心理社会的スキルを身に付けさせる	U/S	社会的危険因子(基本的信頼感が低い、羞恥心が高い、不自信がある、自尊心が低い)を有する若年者	ハイリスク者に対する治療の改善、心理社会的保護因子の強化	自尊心スコア、自己概念スコア	見込みあり	低～中	プログラム実施者、学校	(Tester, Watkins, and Rouse 1999)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
14. エスベランス自殺一次予防プロジェクト(AU)	自治体	自殺リスク者を発見し援助するのに必要な一般開業医および地域の保健スタッフの能力、自信および意欲を向上させる。鎮痛薬の販売数量を制限し、鎮痛薬による故意の自傷行為件数を減少させる。メディア関連の自殺要因を改善する。	U/S	ゲートキーパー、鎮痛薬の小売販売店、メディア業界および一般集団	ゲートキーパー訓練、自殺手段の入手制限、メディアによる自殺の描写の改善	メンタルヘルスリテラシー、援助希求行動、メディア報道、致死的手段の入手可能性	見込みあり	低	自治体(サービス提供者)、製薬会社、メディア業界	(Slaven and Kisely 2002)
15. 台湾自殺予防センター(TSPC)(TW)	政府	自殺の報告様式および医療提供システムを全国的に標準化し、精神保健サービス質を改善し、地域支援ネットワークを構築する。TSPCが自殺未遂歴のある人に救いの手を差し伸べる。	U/S	一般集団、ハイリスク集団	自殺および自殺未遂の報告様式の改善、医療の提供、地域支援の構築	自殺死亡率、自殺未遂率	該当なし	中	医療従事者、NGO	(Lee et al. 2006)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
16. 上海Hotline for Mental Health (メンタルヘルス・ホットライン)(HMH)(CN)	医療機関	HMHは、緊急事態に直面している人、対人関係ストレスを抱えている人または人生の転換期にある人のための無料ホットラインである。その目的は、このような人の精神的安定を取り戻し、社会への再適応を促し、対処能力を育成・訓練することにある。	S	一般集団	ハイリスク者に対する治療の改善	相談者の精神状態の自己評価	見込みあり	低	サービス運営者	(Jianlin 1995)
17. Kids Help Line (KHL; 小児相談サービス)(AU)	政府	KHLは、18歳未満の相談者を対象とする全国的な電話相談サービスである。ブリスベーンにあるセンター(1箇所)にて、24時間年中無休で開設されている。募集により採用されて訓練を受けたアドバイザーが相談者の力となり、差し迫ったリスクが見られる場合には適切な機関を紹介する。	S	18歳未満の一般集団	ハイリスク者に対する治療の改善	相談開始後から終了までの相談者の精神状態の自己評価、希死念慮	有効	低~中	サービス運営者(自殺予防サービス提供者)	(King et al. 2003)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
18. Men and Women's Joint Intervention in Life Crisis (人生の危機に対する男女共同介入) (CN)	NGO	男女平等の促進、自殺率の低下、住民の問題対処能力の強化、社会的支援システムの改善	S	ハイリスク集団を中心とする地元住民、その親類および友人	心理社会的保護因子の強化	自殺死亡率、自殺未遂	見込みあり	低	プログラム運営者、確立された地元団体	Acknowledgement Scheme, 2008 (Centre for Suicide Research and Prevention 2009)
19. Parenting Adolescents: A Creative Experience (PACE; 青少年に對するしつけ教育: 創造的経験) (AU)	NGO	親にグループでの問題対処スキルを身に付けさせ、互いに助け合いながら青少年とのコミュニケーションを改善することにより、青少年における自殺危険因子を減少させる	S	特定の学校の生徒の親	心理社会的保護因子の強化	母親によるしつけ、親との衝突、物質乱用、非行	有効	中	学校、親	(Toumbourou and Gregg 2002)
20. 青少年のための自殺予防プログラム (KR)	研究機関	潜在的リスクを有する青少年の早期発見、地域内の援助希求行動、および潜在的リスクを有する青少年への早期介入を促進する	S	ハイリスク若年者集団、予防に携わる専門家	ハイリスク者の意識の向上、ハイリスク者の特定および治療の改善	希死念慮、うつ病・自尊心	見込みあり	中	自殺予防サービス提供者	Acknowledgement Scheme, 2008 (Centre for Suicide Research and Prevention 2009)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
21. Regional Trainers Sustainability Plan (RTSP; 地域訓練指導者のための持続性養成計画)(AU)	政府	ゲートキーパーの意識を高め、自殺リスクの特定・適切な介入・自殺の予防に必要なスキルを身に付けさせ、地域全体に持続的な知識ネットワークを構築する	S	自殺リスクの高い患者に遭遇する一般開業医	ゲートキーパー訓練	自己効力感	エビデンス不十分	該当なし	自殺予防サービス提供者	(Kalevied and English 2005)
22. オーストラリア先住民地域における自殺予防ゲートキーパー訓練プログラム (AU)	研究機関、自治体	ニューサウスウェールズ州南岸の先住民の高い自殺率に対する懸念から、ショウルヘブン先住民地域におけるゲートキーパー訓練を通して若年者の自殺を予防することを目的とするプロジェクトを開発する	S	地域のゲートキーパー	ゲートキーパー訓練	メンタルヘルスリテラシー、態度、自殺傾向者の発見能力	見込みあり	該当なし	先住民地域社会、自殺予防サービス提供者	(Capp, Deane, and Lambert 2001)
23. 若年者の心理的苦悩および希死念慮を見放さそれに対処するための能力を養成する一般開業医のための訓練プログラム (AU)	政府	一般開業医のための研修コース	S	若年者(一般開業医を介する)	ゲートキーパー訓練	自殺傾向者の発見、患者管理戦略	見込みあり	低	該当なし	(Piaff, Acres, and McKelvey 2001)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
24. 看護師のための自殺予防教育(HK)	研究機関	自殺未遂歴または希死念慮のある患者とその家族の自殺予防および管理における看護師の知識、態度および能力向上のための教育プログラム	S	看護師	ゲートキーパー訓練	自殺傾向のある看 護師のメンタル ヘルスリテラン ス、態度および スキル	エビデンス 不十分	低	病院	(Chan, Chien, and Tso 2008)
25. 外傷性脳損傷 (traumatic brain injury; TBI) の治 療に携わるスタッフ のための自殺予 防訓練ワークショップ (AU)	医療機関	外傷性脳損傷領域のスタ ッフに対する自殺予防訓 練ワークショップを評価 し、将来的に同様のワー クショップを評価する際 の新たな評価指標を作成 する	S	分野横断的な外傷 性脳損傷後リハビ リテーションおよ び障害にかかわる スタッフ	ゲートキーパー訓 練	客観的知識テスト、知識または スキルおよび態 度の自己評価	有効	低	病院	(Simpson, Winstanley, and Bertapelle 2003)
26. 慢性身体疾患 を有するうつ状態 の高齢者のための 気功(HK)	研究機関	中国の治療法の1つであ る気功は、うつ病を軽減 し、心理社会的健康状態 を改善するための従来の 方法に代わる介入法であ る。習得が容易であり、 身体的負担も少ないこと から、身体的機能および 認知機能が低下している 高齢者に適している。	S/I	慢性身体疾患を有 する高齢者	ハイリスク精神疾 患の治療の改善	精神状態の自己 評価	見込みあり	該当なし	該当なし	(Tsang, Cheung, and Lak 2002)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
27. 地域を対象とした精神医学的リハビリテーション(CN)	研究機関	地域の精神保健サービスおよびこれらの文化固有の特徴の効果を評価する	I	精神科外来患者	地域を対象としたリハビリテーション	客観的な心理社会的評価	有効	該当なし	該当なし	(Zhang, Yan, and Phillips 1994)
28. 地域精神科看護サービス(CPNS) (HK)	医療サービス提供者	患者のアフターケアについて訓練を受けた精神保健サービス提供者による対人介入は、リハビリテーションに伴う問題(フラストレーション、絶望感、自傷行為など)を軽減しうる	I	自宅またはリハビリテーション施設で看護を必要とする精神科患者	ハイリスク者に対する治療の改善	該当なし	該当なし	中～高	医療サービス提供者	(Chan et al. 2000, Ng, Chan, and MacKenzie 2000)
29. EDgeからのポストカードプロジェクト(AU)	研究機関	故意の服毒に対する病院治療の繰り返しを減らすために、標準治療と併せて、12ヵ月間にわたって8枚のポストカードを用いた非義務的介入を行う	I	故意の服毒で薬物中毒サービス施設を訪れた患者	ハイリスク者に対する治療の改善	自殺未遂	見込みあり	低	医療サービス提供者	(Carter et al. 2005)

自殺予防プログラム(場所)	実施責任者	目的(概念的枠組み)	レベル	対象集団	手法/介入の内容	アウトカム	評価	実施費用	主な関係者	主な参考文献
30. WHO Suicide Prevention (SUPRE): 中国を対象とした Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours (SUPRE-MISS; 自殺関連行動に対する多地域介入研究) (AU)	医療サービス提供者、WHO	自殺関連行動に関連する死亡率および罹患率の低下、自殺関連行動が招く負担に対する意識の強化、総合医療サービスの改善	I	自殺未遂歴のある人	ハイリスク者に対する治療の改善	希死念慮、心理社会的因子	見込みあり	中～高	医療サービス提供者・自殺予防サービス提供者	Acknowledgement Scheme, 2008 (Centre for Suicide Research and Prevention 2009)
31. LifeSPAN (AU)	研究機関	初期の取り組み、自殺リスク評価、認知モジュールおよび最終処置という過程を通して、LifeSPANは自殺傾向のある入院患者の減少を図る。これは、初期精神病に対する認知療法 (COPE) および自殺予防マニュアルを用いた Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC; 初期精神病予防介入センター) での経験を利用したものである。	I	重度の精神疾患を有する自殺傾向の強い若年者	ハイリスク者に対する治療の改善	希死念慮、心理社会的因子	見込みあり	中～高	自殺予防サービス提供者	(Power et al. 2003)

第4章：優先順位の設定

これまでの章において、公衆衛生的アプローチを用いた注目に値するいくつかの自殺予防プログラムについて考察した。また、効果的な介入の基準と、自殺および自殺未遂の減少を正確に捉えることのできる関連アウトカムを挙げた。様々な国から得られた経験および意見は、包括的で多角的な戦略が自殺を食い止める上で効果的であることを強く示唆している。しかし、甚大な努力と挑戦でもって、そして西太平洋地域において特に懸念事項となっている限られた資源のなかで、取り組みの優先順位を定め、自殺予防に関心を抱いている人たちが迅速な行動を要する領域における目的と評価基準を明確に設定できるようにすることが必要である。

自殺予防のための公衆衛生的アプローチの目的は、早期の積極的な介入を通して疾患、障害および早死を防ぐことである。それは、様々な部門が自殺予防に向けて一体となって効果的な取り組みを行うための強力な枠組みとなる。具体的には、公衆衛生的アプローチは次の4つの基礎的活動から成る。(a) 自殺のパターンと蔓延状況を捉え、様々な自殺率を明らかにするためのサーベイランス、(b) 自殺に至る一連の原因を特定するための疫学的調査、(c) このような連鎖を断ち切り、自殺を防ぐためのプログラムの考案および評価、(d) 効果が実証された介入法から成るプログラムの実施。

これらの取り組みが戦略的に調和されていてこそ最大の効果が得られることから、公衆衛生的アプローチは、当該地域の自殺予防に携わる様々な関係者が強く連携することを提唱している。地域内の各部門の役割を明確に定め、サービス間の格差をより正確に発見し、新規の革新的なサービス様式を促進し、介入およびプログラムの有効性評価のためのエビデンスに基づいたガイドラインを制定することが必要であることに疑いの余地はない。

WHOは、自殺予防の成功につながる中核的な要素である以下の領域を優先事項とするべきであると考えている。

サーベイランスとモニタリング

多くの国では、自殺既遂および自殺未遂を報告するためのシステムが不正確または不完全であったり、時宜を得た介入を可能にするような報告が行われていなかったりしている。正確で実行可能な自殺モニタリング・サーベイランスシステムがなければ、プログラムの評価は不可能とは言わないまでも困難となる。そのため、地域社会が自殺の蔓延状況を追跡し、自殺の報告がなされるよう適時に注意喚起することで、収集された情報の整理、科学的かつ徹底的な分析によって、集団ごとや地区ごとに自殺率を算出できるようにすることが不可欠となる。そうすれば、自殺に関する時宜にかなった最新の人口動態統計を得ることができる。世界保健機関西太平洋地域事務局によって開始されたSuicide Trends in At-Risk Territories (START; リスク地域における自殺傾向) 研究は、標準化されたデータ収集手続きにより、西太平洋地域における自殺および自殺未遂について調査することを目的としている。この取り組みによって、自殺問題に対する理解が深まり、地域を対象とする予防活動が促進されるものと期待される (De Leo, Milner, and Wang 2009)。さらに、適切なモニタリングシステムを整備することで、特定の介入によって自殺関連行動が減少しているかどうか、その効果を評価することが可能となる。

疫学的調査

疫学的調査は、社会全体における自殺の生物医学的・社会経済的・心理学的リスクおよび保護因子を理解するためのエビデンスを得る上で必要となる。また、自殺既遂および自殺未遂が地域全体の疾病負担に占める割合と家族および友人に及ぼす影響を把握する上でも疫学的調査は非常に重要である。この調査によって自殺のリスク因子および保護因子ならびにハイリスク集団の包括的な最新リストが得られ、そのリストに基づいて対象集団を特定し、自殺関連行動の減少につながりそうな最も費用対効果の高い介入を選択することが可能となる。

エビデンスに基づく予防介入プログラム

自殺関連行動の範囲を縮小するには、多層的な介入を行わなければならない。特に地域関係者には、自殺予防に貢献するためにその地域において入手可能な資源を活用するよう働き掛けなければならない。予防プログラムは、適正に実施され、評価によって望ましい結果が認められれば、同様の人口プロファイルを有する他の地域においてそのような予防プログラムを策定する際のモデルプログラムとなりうる。レベル別(全体的、選択的、個別的)

に、いくつかの予防介入プログラムを以下に提案する。

全体的レベル

- 地域内のメンタルヘルスリテラシーを強化する。利用可能なメディアチャンネルを活用して、メンタルヘルスリテラシーを強化し、援助希求行動を促し、自殺は予防が可能で精神疾患は治療が可能であるというメッセージを伝えることにより、ハイリスク集団、そのゲートキーパーおよび公衆を啓発することが重要である。このような一般市民の意識向上プログラムは、地元のメディア専門家と協力して策定することができる。ただし、このようなプログラムで、その効果または悪影響が実証されたものはほとんどなく、うつ病や希死念慮を有する集団において期待されていたほど大きな改善は得られないかもしれないとの調査結果もある（Goldney and Fisher 2008）。その場合、この目的は評価によって果たされることになる。
- 最も効果的な自殺予防法の1つとして、これまでに致死的手段の利用制限の検証が行われている。数多くの新たな自殺手段（例：特定の橋からの飛び降り）を把握した上で、これらの手段の利用を制限し、自殺傾向のある人の衝動的な自傷行為を遅延させるための計画を立てる必要がある。救命手段としての必要性と、制限によりもたらされる不便さとのバランスを考慮しながら、いくつかの致命的な自殺手段の利用を制限することは正当であると考えられる。手段の利用に関連する多数の介入が、自殺を減少させる上で最も効果的な方法であることが実証されており、銃規制、農薬の入手制限、パラセタモールおよびサリチル酸の包装容量の変更、ホームドアの設置などは優れた例として参考になる。

選択的レベル

- 現場従事者やその他の専門家（医療専門家、一般開業医、各分野の権威、メディア、教員など）が、教育プログラムを通して、自殺傾向のある人、自殺未遂生存者および無理心中の被害者にかかわることで知識・スキルレベルを高めていくためには、ゲートキーパー訓練プログラムを実施することが不可欠である。これも、自殺を減少させる上で最も効果的な介入法の1つとして多数の研究において実証されている。また、研究者と現場従事者が、自殺に関する研究と予防の成果について情報交換することを促進することも重要である。

個別的レベル

- ・精神科治療および精神療法を促進することに加え、治療を継続させることも、故意の自傷行為を防ぐための重要な戦略の1つである。自殺リスクを有する患者の多くは治療に対して懐疑的であることが多く、治療プログラムに参加しなかったり、服薬コンプライアンスが不良であったり、治療プログラムを打ち切りたがったりする患者が多い。故意の自傷患者の約半数が、入院前に故意の自傷行為や自殺未遂を起こしている。このような患者に対するフォローアップ・ケアの在り方を改善することは非常に有効であり、治療コンプライアンスの向上、そして再入院率の低下にもつながりうる。そのようなフォローアップ・ケアは、これらの患者の退院後の心理社会的機能を高める強力な支援ネットワークを提供することを目指すものであるべきである。

評価

第3章に示したように、この地域の自殺予防プログラムのほとんどは、確固とした方法論および対照を用いた徹底的な評価がなされていない。新規および既存の双方のプログラムの有効性を評価し、自殺予防が良質に作用していることを確かめるための詳細な基準およびガイドラインを制定する必要性が高い。そのため、エビデンスに基づく自殺予防の実践の重要性を強調しつつ、あらゆる予防の効果を測定可能なアウトカムによって徹底的に評価するべきである。評価の枠組みを構築することにより、質の保証と、適正な実施の確認およびモニタリングが可能となる。さらに、そのような枠組みの構築は、プログラムで規定されたアウトカムをどのように測定し達成することができるかということに対して、詳細な指針を提供してくれるはずである。自殺を大幅に減少させるためには、地域が一体となって、他国で実行され有効と確認された一連の包括的長期計画を立てなければならない。評価およびアウトカム測定は、この問題に対処するにあたって最も費用対効果の高い戦略を特定する上で重要である。

自殺が多発しているという西太平洋地域の現状を踏まえ、低予算のプログラムでも自殺および自殺未遂を大幅に減少させられるよう資源配分に細心の注意を払わなければならない。ハイリスク集団にスクリーニングを行い、その上で専門的かつ質の高いサービスを提供することが重要かつ必要である。しかし、それだけでは自殺を十分に予防することはできない。資源が限られているにもかかわらず、様々なサービスに対して高い需要が存在する場合には特にそうである。その上、スクリーニングプロセスは、自殺リスクの高い人にネガティブなレッテルを貼ってしまうことにつながりかねず、対象集団における潜在的な需要を満たすことが不可能となりうる。

自殺で死亡した人の大多数（半数～4分の3）は、死亡直前に精神保健サービスを利用していなかったことが、多数の研究において確認されている（Andersen et al. 2000, Appleby et al. 1999, Law and Yip 2008, Centre for Suicide Prevention 2009, Miller and Druss 2001, Pirkis and Burgess 1998, Vassilas and Morgan 1993, 1997）。そのため、公衆衛生的アプローチは、これまでに精神保健サービスを利用したことのある人にもそうでない人にも対応できる、より包括的で効果的な自殺予防戦略を展開するのに役立つ。資源が限られている国や都市においては、ハイリスク者のみを対象とする介入よりも全般的なリスクを減少させるような全体的レベルの介入（例：自殺手段の入手制限）を展開することに主眼を置くべきである。

自殺予防の基本的原則は、治療よりも予防に重点を置くことである。そのため、崖の端に立っている人を救うことよりも、崖の端に行くことを止めさせることのほうが極めて重要となる。同様に、血栓溶解薬は心血管疾患を抱える人に一時的な効果をもたらすのに有用であるかもしれないが、全人口からすると、これは健康的な食生活や定期的な運動ほど費用効率または費用対効果が高くない。

自殺は複雑で多面的な問題であり、多くの場合、それを排除するというよりは予防するための学際的な努力が必要となる。よって、医療専門家をはじめとする多種多様な分野からの協力を得て、自殺予防に向けた公衆衛生的な枠組みを構築し、それを西太平洋地域や世界中のその他の地域で積極的に推し進めることが必要である。

参考文献

- Agerbo E., Sterne J.A., Gunnell D.J. Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide. *Social Science and Medicine*, 2007, 64(2):451-461.
- Andersen U.A. *et al.* Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102(2):126-134.
- Appleby L. *et al.* Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 1999, 318(7193):1235-1239.
- Aseltine R.H., Jr., DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(3):446-451.
- Aseltine R.H., Jr. *et al.* Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 2007, 7:161.
- Au J.S. *et al.* Newspaper reporting of suicide cases in Hong Kong. *Crisis*, 2004, 25(4): 161-168.
- Baldessarini R.J. *et al.* Decreased risk of suicides and attempts during longterm lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorder*, 2006, 8(5 pt2):625-639.
- Beautrais A. *et al.* Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *New Zealand Medical Journal*, 2007, 120(1251): U2459.
- Beautrais A.L. *A review of evidence: In our hands - The New Zealand youth suicide prevention strategy.* Wellington, New Zealand, Ministry of Health, 1998.
- Beautrais A.L. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34(3):420-436.
- Beautrais A.L. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001a, 35(5):557-562.
- Beautrais A.L. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, 2001b, 31(5):837-845.

- Beautrais A.L. Suicide in Asia. *Crisis*, 2006, 27(2):55-57.
- Beautrais A.L., Fergusson D.M., Horwood L.J. Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, 40(3):253-259.
- Biddle L. *et al.* Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. *British Medical Journal*, 2008, 336(7643):539-542.
- Brennan C., Routley V., Ozanne-Smith J. Motor vehicle exhaust gas suicide in Victoria, Australia 1998-2002. *Crisis*, 2006, 27(3):119-124.
- Brook R. *et al.* Mental health care for adults with suicide ideation. *General Hospital Psychiatry*, 2006, 28(4):271-277.
- Brown G.K. *et al.* Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama*, 2005, 294(5):563-570.
- Bruce M.L. *et al.* Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *Jama*, 2004, 291(9):1081-1091.
- Brunstein Klomek A. *et al.* Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007, 46(1):40-49.
- Cantor C.H., Baume P.J. Suicide prevention: a public health approach. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 1999, 8(2):45-50.
- Cantor C.H., Neulinger K., De Leo D. Australian suicide trends 1964-1997: youth and beyond? *Medical Journal of Australia*, 1999, 171(3):137-141.
- Capp K., Deane F.P., Lambert G. Suicide prevention in aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2001, 25(4):315-321.
- Carter G.L. *et al.* 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*, 2005, 331(7520):805.
- Cavanagh J.T. *et al.* Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2003, 33(3):395-405.
- Centre for Suicide Prevention. *National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. Annual Report: England and Wales, July 2009*. The University of Manchester, 2009.
- Centre for Suicide Research and Prevention. *Research findings into suicide and its prevention - final report 2005 July (report)*. Hong Kong SAR: The University of Hong Kong, 2005.

- Centre for Suicide Research and Prevention. Cherishing life. nourishing hope. *CSRP Newsletter*, February 2009.
- Chan K.P. *et al.* Charcoal-burning suicide in post-transition Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 2005;186:67-73.
- Chan S. *et al.* An evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing service. *Journal of Advance Nursing*, 2000, 31(1):144-156.
- Chan S.W., Chien W.T., Tso S. The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(21):2884-2894.
- Chapman S. *et al.* Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 2006, 12(6):365-372.
- Chen E.Y. *et al.* Suicide in Hong Kong: a case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 2006, 36(6):815-825.
- Chen Y.Y., Liao S.C., Lee M.B. Health care use by victims of charcoal-burning suicide in Taiwan. *Psychiatric Services*, 2009, 60(1):126.
- Chen Y.Y. *et al.* Effect of media reporting of the suicide of a singer in Taiwan: the case of Ivy Li. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010, 45(3):363-369.
- Chen Y.Y., Yip P.S. Rethinking suicide prevention in Asian countries. *Lancet*, 2008, 372(9650):1629-1630.
- Cheng A.T. *et al.* Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: casecontrol psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177:360-365.
- Cheng A.T. *et al.* The influence of media coverage of a celebrity suicide on subsequent suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007a, 68(6):862-866.
- Cheng A.T. *et al.* The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *International Journal of Epidemiology*, 2007b, 36(6):1229-1234.
- Cipriani A. *et al.* Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162(10):1805-1819.
- Claassen C. *et al.* Telephone-based assessments to minimize missing data in longitudinal depression trials: a project IMPACTS study report. *Contemporary Clinical Trials*, 2009, 30(1):13-19.
- Commonwealth of Australia. *LiFE: A framework for prevention of suicide in Australia*. Department of

- Health and Ageing. Canberra, 2008.
- Daigle M.S. Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis. *Accident Analysis and Prevention*, 2005, 37(4):625-632.
- De Leo D. Struggling against suicide: the need for an integrative approach. *Crisis*, 2002, 23(1): 23-31.
- De Leo D. Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry*, 2004, 3(3):155-156.
- De Leo D., Carollo G., Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152(4):632-634.
- De Leo D. *et al.* Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 2005, 86(2-3):215-224.
- De Leo D., Dello Buono M., Dwyer J. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181:226-229.
- De Leo D., Milner A., Wang X. Suicidal behavior in the Western Pacific Region: characteristics and trends. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 2009, 39(1):72-81.
- Dorwart R.A., Ostacher M.J. A community psychiatry approach to preventing suicide. In: D. G. Jacobs ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, California: United States, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1998: 52-71.
- Etzersdorfer E., Sonneck, G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4(1):67-74.
- Fergusson D.M., Beautrais A.L., Horwood L.J. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 2003, 33(1):61-73.
- Fleischmann A. *et al.* Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86(9):703-709.
- Fu K.W., Yip P.S. Changes in reporting of suicide news after the promotion of the WHO media recommendations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, 38(5):631-636.
- Fu K.W., Yip P.S. Estimating the risk for suicide following the suicide deaths of 3 Asian entertainment celebrities: a meta-analytic approach. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2008, 70(6):869-878.
- Galaif E.R. *et al.* Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: a review of empirical findings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2007, 19(1):27-35.
- Gibbons R.D. *et al.* Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI

- prescriptions and suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 2007, 164(9):1356-1363.
- Gibbons R.D. *et al.* The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62(2):165-172.
- Goldney R.D., Fisher, L.J. Have broad-based community and professional education programs influenced mental health literacy and treatment seeking of those with major depression and suicidal ideation? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, 38(2):129-142.
- Goldney R.D. *et al.* Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175(10):546-549.
- Gould M.S. *et al.* Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003, 42(4):386-405.
- Gunnell D. *et al.* The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36(6):1235-1242.
- Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308(6938):1227-1233.
- Gunnell D., Middleton N., Frankel S. Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2000, 35(10):437-443.
- Hall W.D. *et al.* Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *British Medical Journal*, 2003, 326(7397):1008.
- Hammond W.R. Suicide prevention: broadening the field toward a public health approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 32(Supplement 1):1-2.
- Hawton K. United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2002, 32(3):223-229.
- Hawton K. *et al.* Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52(3):191-194.
- Hawton K. *et al.* *Prevention of self-poisoning with pesticides: evaluation of acceptability and use of lockable storage devices in Sri Lanka*. Centre for Suicide Research, University of Oxford Department of Psychiatry, UK & Sri Lanka Sumithrayo Rural Programme, Sri Lanka, 2008.
- Hawton K. *et al.* Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *British Medical Journal*, 2001, 322(7296):1203-1207.

- Hawton K., van Heeringen K. Suicide. *Lancet*, 2009, 373(9672):1372-1381.
- Hawton K., Williams K. Influences of the media on suicide. *British Medical Journal*, 2002, 325(7377):1374-1375.
- Headey A., Pirkis J., Merner B. *The learnings from suicide prevention initiatives'project: program evaluation unit*. The University of Melbourne, 2006.
- Headey A. *et al.* A review of 156 local projects funded under Australia's national suicide prevention strategy: overview and lessons learned. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2006, 5(3).
- Hegerl U. *et al.* The alliance against depression: two-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 2006, 36(9), 1225-1233.
- Hendin H. *et al.* eds. Epidemiology of suicide in Asia. Geneva, Switzerland: *World Health Organization*, 2008.
- Hoven C.W. *et al.* Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: a preliminary assessment in nine countries. *International Review of Psychiatry*, 2008, 20(3):261-270.
- Hoven C.W. *et al.* Awareness in nine countries: a public health approach to suicide prevention. *Legal Medicine*, 2009, 11(Supplement 1):S13-S17.
- Jianlin J. Hotline for mental health in Shanghai, China. *Crisis*, 1995, 16(3): 116-120.
- Kaleveld L., English B. Evaluating a suicide prevention program: a question of impact. *Health Promotion Journal of Australia*, 2005, 16(2):129-133.
- Kataoka S. *et al.* Who gets care? Mental health service use following a schoolbase suicide prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007, 46(10):1341-1348.
- Kawamura T. *et al.* Survival rate and causes of mortality in the elderly with depression: a 15-year prospective study of a Japanese community sample, the Matsunoyama-Niigata suicide prevention project. *Journal of Investigative Medicine*, 2007, 55(3):106-114.
- King R. *et al.* 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*, 2003, 33(4):400-411.
- King R.A. *et al.* Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001, 40(7):837-846.
- Klieve H., Barnes M., De Leo D. Controlling firearms use in Australia: has the 1996 gun law reform produced the decrease in rates of suicide with this method? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2009, 44(4):285-292.

Knox K.L., Conwell Y., Caine E.D. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *American Journal of Public Health*, 2004, 94(1):37-45.

Knox K.L. *et al.* Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 2003, 327(7428):1376.

Kuo C.J. *et al.* Suicide by charcoal burning in Taiwan: implications for means substitution by a case-linkage study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2008, 43(4):286-290.

Law C.K. *et al.* Evaluating the effectiveness of barrier installation for preventing railway suicides in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 2009, 114(1-3):254-262.

Law Y.W., Yip P.S.F. *Suicide beyond the reach of mental health services*. Paper presented at the 3rd Asia Pacific Regional Conference of International Association for Suicide Prevention.

Lee D.T. *et al.* Burning charcoal: a novel and contagious method of suicide in Asia. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59(3):293-294.

Lee H.C. *et al.* Contact of mental and nonmental health care providers prior to suicide in Taiwan: a population-based study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2008, 53(6):377-383.

Lee M.B. *et al.* The strategy and prospects of suicide prevention in Taiwan. *Hu Li Za Zhi (Journal of Nursing)*, 2006, 53(6):5-13.

Lewis G., Hawton K., Jones P. Strategies for preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171:351-354.

Li X.Y. *et al.* Current attitudes and knowledge about suicide in community members: a qualitative study. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 2004, 25(4):296-301.

Lieb K. *et al.* Borderline personality disorder. *Lancet*, 2004, 364(9432):453-461.

Linehan M.M. Suicide intervention research: a field in desperate need of development. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, 38(5):483-485.

Linehan M.M. *et al.* Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48(12):1060-1064.

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

Liu X. *et al.* Suicidality and correlates among rural adolescents of China. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 37(6):443-451.

- Lorenz R., Gregory R.P., Davis D.L. Utility of a brief self-efficacy scale in clinical training program evaluation. *Evaluation and the Health Professions*, 2000, 23 (2):182-193.
- Ludwig J., Cook P. J. Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. *Jama*, 2000, 284(5):585-591.
- Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 2002, 159(6):909-916.
- Mann J.J. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4(1):25-30.
- Mann J.J. *et al.* Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 2005, 294(16):2064-2074.
- Martin G., Koo L. Celebrity suicide: did the death of Kurt Cobain influence young suicides in Australia? [10.1023/A:1009629219195]. *Archives of Suicide Research*, 1997, 3(3):187-198.
- Mehlum L. A suicide prevention strategy for England. *Crisis*, 2004, 25(2):69-73.
- Mercy J.A., Rosenberg M.L. Building a foundation for suicide prevention: the contributions of Jack C. Smith. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19(Supplement 1):26-30.
- Michel K. *et al.* An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis*, 2000, 21(2):71-79.
- Miller C.L., Druss B. Datapoints: suicide and access to care. *Psychiatric Services*, 2001, 52(12):1566.
- Mishara B.L., Houle J., Lavoie B. Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35(3):329-342.
- Morrell S., Page A.N., Taylor R.J. The decline in Australian young male suicide. *Social Science and Medicine*, 2007, 64(3):747-754.
- Mortensen P.B. *et al.* Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet*, 2000, 355(9197):9-12.
- Moskos M.A. *et al.* Utah youth suicide study: barriers to mental health treatment for adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, 37(2):179-186.
- Motohashi Y. *et al.* A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, 37(5):593-599.
- Nakagawa A. *et al.* Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999-2003. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007, 68(6):908-916.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Management of depression in primary and secondary*

- care (full guideline). *Clinical Guideline 23*. London: National Institute for Clinical Excellence, 2008.
- Ng D.T., Chan S.W., MacKenzie A. Case management in the community psychiatric nursing service in Hong Kong: describing the process. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2000, 36(2):59-66.
- Oliver R.G., Hetzel B.S. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2(17):919-923.
- Owens C. *et al.* A qualitative study of help seeking and primary care consultation prior to suicide. *British Journal of General Practice*, 2005, 55(516):503-509.
- Oyama H. *et al.* Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. *Gerontologist*, 2006a, 46(6):821-826.
- Oyama H. *et al.* Preventing elderly suicide through primary care by communitybased screening for depression in rural Japan. *Crisis*, 2006b, 27(2):58-65.
- Oyama H. *et al.* Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry Clinical and Neurosciences*, 2006c, 60(1):110-114.
- Oyama H. *et al.* Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal*, 2004, 40(3):249-263.
- Oyama H. *et al.* Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2005, 59(3):337-344.
- Pfaff J.J., Acres J.G., McKelvey R.S. Training general practitioners to recognize and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Medical Journal of Australia*, 2001, 174(5):222-226.
- Phillips M.R., Li X., Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-1999. *Lancet*, 2002, 359(9309):835-840.
- Phillips M.R., Liu H., Zhang Y. Suicide and social change in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1999, 23(1):25-50.
- Phillips M.R. *et al.* Assessing depressive symptoms in persons who die of suicide in mainland China. *Journal of Affective Disorders*, 2007, 98(1-2):73-82.
- Phillips M.R. *et al.* Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 2002, 360(9347):1728-1736.
- Pirkis J., Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173:462-474.
- Pirkis J. *et al.* Reporting of suicide in the Australian media. *Australian and New Zealand Journal of*

Psychiatry, 2002, 36(2):190-197.

Pirkola S. *et al.* Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 2009, 373(9658):147-153.

Potter L.B., Powell K.E., Kachur S.P. Suicide prevention from a public health perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1):82-91.

Potter L.B., Rosenberg M.L., Hammond W.R. Suicide in youth: a public health framework. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37(5):484-487.

Power P. J. *et al.* Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003, 37(4):414-420.

Ramchand R. *et al.* A prospective investigation of suicide ideation, attempts, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2008, 22(4):524-532.

Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 1995, 35(4):147-152.

Robinson J. *et al.* Australia's National Suicide Prevention Strategy: the next chapter. *Australian Health Review*, 2006, 30(3):271-276.

Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford, England: Oxford University Press, 1992.

Rudd M.D. The suicidal mode: a cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, 30(1):18-33.

Rutz W., von Knorring L., Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85(1):83-88.

Sanci L.A., *et al.* Simulations in evaluation of training: a medical example using standardized patients. *Evaluation and Program Planning*, 2002, 25:35-46.

Simon G. Antidepressants and suicide. *British Medical Journal*, 2008, 336(7643):515-516.

Simon G.E. Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 2002, 24(4):213-224.

Simpson G., Franke B., Gillett L. Suicide prevention training outside the mental health service system: evaluation of a state-wide program in Australia for rehabilitation and disability staff in the field of traumatic brain injury. *Crisis*, 2007, 28(1):35-43.

- Simpson G., Winstanley J., Bertapelle T. Suicide prevention training after traumatic brain injury: evaluation of a staff training workshop. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2003, 18(5):445-456.
- Slaven J., Kisely S. The Esperance primary prevention of suicide project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002, 36(5):617-621.
- Snowdon J., Harris L. Firearms suicides in Australia. *Medical Journal of Australia*, 1992, 156(2):79-83.
- Stone M. *et al.* Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 2009, 339:b2880.
- Szanto K. *et al.* A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 2007, 64(8):914-920.
- Tarrier N., Taylor K., Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 2008, 32(1):77-108.
- Taylor S.J., Kingdom D., Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997, 95(6):457-463.
- Tester G.J., Watkins G.G., Rouse I. The sports challenge international programme for identified 'at risk' children and adolescents: a Singapore study. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 1999, 11(1):34-38.
- Tidemalm D., *et al.* Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal*, 2008, 337:a2205.
- Tondo L., Hennen J., Baldessarini R.J. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 104(3):163-172.
- Toumbourou J.W., Gregg M.E. Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31(3):277-285.
- Tsang H.W., Cheung L., Lak D.C. Qigong as a psychosocial intervention for depressed elderly with chronic physical illnesses. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002, 17(12):1146-1154.
- Tsoh J. *et al.* Attempted suicide in elderly Chinese persons: a multi-group, controlled study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, 13(7):562-571.
- Turner E.H., Rosenthal R. Efficacy of antidepressants. *British Medical Journal*, 2008, 336(7643):516-517.
- US. *The Air Force suicide prevention program*: US Air Force, 2001.
- US Department of Health and Human Services. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Rockville, MD: *Public Health Service*, 2001.

- US Food and Drug Administration. *Antidepressant use in children, adolescents and adults*. [6 October 2009] Available from <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/ucm096273.htm>, 23 July 2009.
- Vaiva G. *et al.* Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *British Medical Journal*, 2006, 332(7552):1241-1245.
- van Heeringen K. *et al.* The management of non-compliance with referral to outpatient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 1995, 25(5):963-970.
- Vassilas C.A., Morgan H.G. General practitioners' contact with victims of suicide. *British Medical Journal*, 1993, 307(6899):300-301.
- Vassilas C.A., Morgan H.G. Suicide in Avon: life stress, alcohol misuse and use of services. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170: 453-455.
- Vijayakumar L. *et al.* Suicide in developing countries (2): risk factors. *Crisis*, 2005a, 26(3):112-119.
- Vijayakumar L. *et al.* Suicide in developing countries (1): frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators. *Crisis*, 2005b, 26(3):104-111.
- Weersing V.R., Brent D.A. Cognitive behavioral therapy for depression in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2006, 15(4):939-957.
- Weersing V.R. *et al.* Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a benchmarking investigation. *Behavioral Therapy*, 2006, 37(1):36-48.
- Wheeler B.W. *et al.* The population impact on incidence of suicide and non-fatal self-harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study. *British Medical Journal*, 2008, 336(7643):542-545.
- Wheeler B.W. *et al.* International impacts of regulatory action to limit antidepressant prescribing on rates of suicide in young people. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2009, 18(7):579-588.
- Whittington C.J. *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 2004, 363(9418):1341-1345.
- Wong, P.W. *et al.* An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2009, 39(1):82-90.
- World Health Organization. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva, 2008.
- World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). *Mental Health*, 2010a, Retrieved 2 February

- 2010, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.
- World Health Organization. Suicide prevention - country reports and charts available. *Mental Health*, 2010b, Retrieved 2 February 2010, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
- Yamasawa K. *et al.* A statistical study of suicides through intoxication. *Acta Medicinae Legalis et Socialis* (Liege), 1980, 30(3):187-192.
- Yip. A Public Health Approach to Suicide Prevention. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 2005, 15:29-31.
- Yip ed. *Suicide in Asia - causes and prevention*. Hong Kong, Hong Kong University Press, 2008.
- Yip P.S., Liu K., Law C. Years of life lost from suicide in China, 1990-2000. *Crisis*, 2008, 29(3):131-136.
- Yip P.S., Callanan C., Yuen H.P. Urban/rural and gender differentials in suicide rates: east and west. *Journal of Affective Disorders*, 2000, 57(1-3):99-106.
- Yip P.S. *et al.* The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 2006, 93(1-3):245-252.
- Yip P.S. *et al.* Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, 40(10):792-798.
- Yip P.S. *et al.* Suicidality among high school students in Hong Kong, SAR. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2004, 34(3):284-297.
- Yip P.S. *et al.* Restricting the means of suicide by charcoal burning. *British Journal of Psychiatry*, 2010, March 196(3):241-242.
- Yip P.S.F., Lee D.T.S. Charcoal burning suicides and strategies for Prevention. *Crisis*, 2007, 28(1):21-27.
- Zhang M., Yan H., Phillips M.R. Community-based psychiatric rehabilitation in Shanghai: Facilities, services, outcome, and culture-specific characteristics. *British Journal Psychiatry Supplement*, 1994, 24:70-79.

翻訳者紹介

山内貴史

(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター研究員

2004年3月、早稲田大学人間科学部卒業。2010年3月、東京大学大学院総合文化研究科広域科学専攻生命環境科学系博士課程修了、博士(学術)。2007年4月から2010年3月まで、(独) 日本学術振興会特別研究員。2010年6月より現職。主に人口動態統計など公的統計を用いた自殺関連行動のリスク因子に関する研究に従事している。

稲垣正俊

(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター適応障害研究室長

1994年3月に広島大学医学部卒業。同大学附属病院精神神経科、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。

自殺予防総合対策センターブックレットNo.9 エビデンスに基づく 自殺予防プログラムの策定に向けて

発行年月日：平成23年9月 初版第1刷発行

訳者：山内貴史、稲垣正俊

発行：独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

〒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：株式会社高陽堂印刷



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