

Akita Journal of Public Health

Volume 2 • Special issue

February 2005

National Suicide Prevention Projects around the World

- What Should We Do After Learning It in Japan -

Proceedings of the Symposium under the Auspices of Akita University

Date: January 29, 2005

Venue: Akita View Hotel, Akita City, Japan

<hr/>	
Opening Address	
Akira Miura	87
Summary of Symposium	
	88
Suicide Prevention Measures in China and the World	
Norito Kawakami	89
Suicide Prevention Measures in the United Kingdom	
Takeo Nakayama	91
Suicide Prevention Measures in Finland	
Yutaka Motohashi	92
The Role of NPOs in Suicide Prevention Measures Overseas	
- Based on the Examples of Finland -	
Hisanaga Sasaki	94
Special article	
<hr/>	
Suicide Prevention Measures in Japan	
- A Health Promotion Approach by Strengthening Community Actions	
Yutaka Motohashi	96
Rapid Communication	
<hr/>	
Lowering Suicide Rates in Rural Japan	
Yutaka Motohashi, Yoshihiro Kaneko, Hisanaga Sasaki	105
Appendix	
<hr/>	
Proceedings (Japanese)	108
The Samaritans Media Guideline: Portrayals of Suicide (Japanese translation)	
The Samaritans	116

Akita Society for Public Health

Akita Journal of Public Health

Editor-in-chief Yutaka MOTOHASHI *Akita University School of Medicine*
Deputy editor Takao YUASA *Akita University School of Allied Health Sciences*
Editorial board Yoshinobu ITO *Akita Regional Promotion Bureau,*
Department of Welfare and Environment
Yoshihiro KANEKO *Akita University School of Medicine*
Keiko SUZUKI *The Japanese Red Cross Junior College of Akita*
Katsuyuki MURATA *Akita University School of Medicine*

Akita Journal of Public Health

Vol.2 Special issue

Published by
The Akita Society for Public Health
© 2005 All rights reserved
Printed by
Akita Work Center, Akita, Japan

Office of The Akita Society for Public Health
Department of Public Health, Akita University School of medicine
1-1-1 Hondo, Akita, 010-8543, JAPAN
Phone: +81(18)884-6088; Fax: +81(018)836-2609

Opening Address

Akira Miura

President Akita University

Welcome to this Akita University extension lecture for citizens. Thank you very much for attending.

Akita Prefecture and the Tohoku region are areas of high suicide rates in comparison with Japan nationwide, and thus active countermeasures have already been started to tackle this issue as an issue to be addressed by society as a whole.

The aim of Akita University is to have a synergistic relationship with the local region, which means to develop and move forward with the region, and one of its medium-term goals is to contribute to the development of both Akita Prefecture and the entire Tohoku area. The Suicide Prevention Research Project, the results of which will be revealed to you today, was begun in the 2004 fiscal year as a research project linked with the university's medium-term goals such as this. The university also has the medium-term goal of molding itself into an international center of education and research, and this research project forms part of this.

As you can see from today's program, the issue of the prevention of suicide is not only a local issue but a health issue of great importance to nations worldwide. I think that if we review this not only from Akita's but also a global perspective, the clue to the solution of this problem may reveal itself. The research involved first-hand inspection by researchers, all

of whom are experts, of the prevailing situation of suicide-prevention measures overseas, based upon which the points to be learned from the experiences overseas were identified and comparisons with the current situation in Japan were made. This prompted us to consider not only our contribution as a university in a purely academic form, but also how to fulfill another role as a university, namely that of ensuring that academic information is reflected in society in ways that are comprehensible to ordinary citizens.

This symposium is being held to convey to you, the citizens, a portion of the results of the Suicide Prevention Research Project, but in addition to these a variety of other research is being conducted. I also gather that plans are afoot to publish Akita University's research results relating to suicide prevention in book format. I hope that you will be interested in the information that the university issues in various forms.

Finally, I would like to thank the institutions and all people concerned who have extended their cooperation and support for the holding of this symposium. I also hope very much that the holding of this symposium will contribute to further progress in suicide prevention measures both within Akita prefecture and nationwide.

Summary of Symposium

NATIONAL SUICIDE PREVENTION PROJECTS AROUND THE WORLD WHAT SHOULD WE DO AFTER LEARNING IT IN JAPAN?

Welcome to our university's extension lecture for citizens. This open lecture was planned to introduce to the Public the Suicide Prevention Research Project undertaken under the auspices of the President of Akita University. The project was initiated in September 2004 with the participation of many researchers of Akita University, and several research sub-projects are now in progress. Today, we shall present the encouraging results of one such sub-project.

This sub-project addresses the question; what should we do in Japan after learning about national suicide prevention projects around the world. Specialists in suicide prevention from Japan visited Finland, China, the United Kingdom, and the United States of America, in order to hold discussions with key persons involved in the national suicide prevention projects in these countries. The respective national suicide prevention projects were then evaluated qualitatively by our visit teams.

Professor Norito Kawakami (Okayama University Graduate School of Medicine and Dentistry) will present the global scope of suicide prevention around the world. He shall also enlighten us about some successful suicide prevention programs in the USA. After visiting the national suicide prevention center in Beijing, China, he explains to us the concrete programs of suicide prevention

that are now in progress in China, and the possibility of building a National Suicide Prevention Project in that country.

Professor Takeo Nakayama (Kyoto University Graduate School of Medicine) will present an outline of the National Suicide Prevention Project in the United Kingdom, that are a part of their National Health Promotion Plan, "Our Healthier Nation". He shall also tell us about the NPO activities of Samaritans, a telephone hotline for mental health crisis.

Professor Yutaka Motohashi (Akita University School of Medicine) shall present an outline of the National Suicide Prevention Project of Finland. The results of a key-informant interview with the General Project Manager of STAKES of Finland shall be briefly introduced. The facilitatory as well as inhibitory factors will be discussed.

Professor Hisanaga Sasaki (Akita University School of Health Sciences) shall present an outline of the NPO activities of the SOS hotline in Finland. The diverse prevention activities supported by volunteers shall also be introduced.

(This work was partly supported by the Grant-in-Aid for Scientific Research of the Japanese Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, No 16639008)

Suicide Prevention Measures in China and the World

Norito Kawakami

Okayama University Graduate school of Medicine

1. Current suicide situation in the world and in China

On World Suicide Prevention Day in 2004 the WHO stated that "Suicide is a huge but largely preventable public health problem." In 2000 the number of the suicides worldwide was one million, and that number is expected to increase 1.5 times by 2020. The suicide rate is high among males and elderly people worldwide, but the recent increase in suicide among young people is worrisome. The suicide rate in China between 1995 and 1999 was at a high level relative to the rest of the world, and a distinguishing characteristic was that the suicide rate among women exceeded that among men. There was a particularly high suicide rate among young women (between 15 and 30) living in the regions. Factors behind this include the fact that in rural areas there is easy access to lethal agrochemicals, rat poisons and the like, and the lack of social support for these women.

2. Suicide prevention measures in China

The activities of the Beijing Suicide Research & Prevention Center: The Beijing Suicide Research & Prevention Center, affiliated with a large-scale mental hospital in the suburbs in Beijing, was established in 2001 by Beijing

Municipality. From 1995 the clinical epidemiological center that was its predecessor carried out research on suicide prevention such as the epidemiology of suicide, patient research and targeted research based upon a nationwide psychological autopsy, and the development of screening survey forms for depression. Upon the publishing of suicide data in China in 1999, the Beijing Municipality took an interest and provided a budget for the improvement of the center, which since 2003 has provided a wide-ranging nationwide suicide prevention service. This includes a 24-hour emergency hotline, the provision of information through Web sites and e-mail counseling, the treatment of patients as outpatients or as in-patients, and the provision of advice and support to general hospital rescue and emergency centers. The number of telephone calls has recently reached 15,000 a month, of which only about 10% are able to be dealt with by the persons in charge.

Strategy for suicide prevention in China: The strategy for preventing suicide that was debated at the Preparatory Meeting for the Development of a National Suicide Prevention Plan for the People's Republic of China held in Beijing in November

2003 set out eleven goals, and activities towards achieving those goals are to be undertaken. These goals include to promote mental health, resistance to stress, and human relationships; to improve various organizations and systems for the prevention of suicides; to reduce access to highly lethal means of committing suicide, such as agrochemicals; to conduct screening of members of the general public; to foster understanding of suicide among the general public; and to improve the frequency of use of psychiatric treatment and increase the quality of treatment. Also, certain regions have begun lifelong learning courses in suicide prevention for general practitioners. There are also plans to set up ten Suicide Research & Prevention Centers nationwide and at the same time to conduct a scientific evaluation of the effects of suicide prevention programs.

3. Suicide prevention strategies worldwide

Worldwide there are a numerous examples of successful suicide prevention programs. These include the CDC measures for young people and for the air force in the United States, and the Gotland research in Sweden. To sum up, the common factors in these programs are these: 1) Active involvement by the national and local governments, 2) the raising of awareness of this issue in the general public and family and friends, 3) the identification of depression and the assessment of suicide risk and taking of

countermeasures by general practitioners or healthcare personnel, and 4) the provision of appropriate treatment and long-term support by mental-health institutions.

4. Implications for suicide prevention measures in Japan

The basic and multifaceted frameworks for effective suicide prevention overseas are more advanced than those in Japan, and provide experience from which Japan can learn for its own suicide prevention measures. Among these, the activities of the Beijing Suicide Research & Prevention Center are notable insofar as research into suicide was first conducted, and based upon that the suicide prevention service was established. We should learn from this attitude of not ignoring scientific grounds in the sphere of suicide prevention.

Suicide Prevention Measures in the United Kingdom

Takeo Nakayama

University of Kyoto Graduate school of Medicine

In September 2004 the World Health Organization (WHO) announced the latest international comparative data concerning suicide rates. Among the 99 nations reporting, the highest suicide rate was seen in Lithuania (at 44.7 per 100,000), followed by Russia (38.7) and Belarus (33.2), while Japan was ranked 10th (24.1), the worst ranking among industrialized countries. The U.S. was 46th (10.4), with a rate less than half of that in Japan, and the U.K. was ranked 57th (7.5). However, suicide prevention remains a major social concern in the U.K. The national health promotion plan "Our Healthier Nation" includes suicide as one of the targets for the reduction of mortality rates along with cancer, ischemic heart disease and strokes, and accidents, and has the goal of attaining a reduction of at least 20% in death rates in each age group by 2010.

"For too long people with mental health problems have been stigmatized by society -- in communities, in the workplace and in the media. They have not always received

the support and the services they needed. That is why we decided to put improving mental health services among our key priorities. Delivering on the standards set out in the National (Health) Services Framework will bring about the improvements that people with mental illness deserve."

(British Prime Minister Tony Blair, June 2002)

Sparked by this decision by the government, the National Institute for Mental Health in England started a suicide prevention project, the first ever attempt to do so in the U.K. I plan to visit this institute in January 2005, in order to exchange information on suicide prevention work in both countries. At the same time I would like to gather information at The Samaritans -- an organization that provides the British version of a suicide emergency hotline -- in such areas as the efforts being made at the private-sector level and joint activities with the mass media.

Suicide rate according to age group (WHO, Sept. 2004) (Reference: Honkawa Data Tribune)

		Male age groups with the highest suicide rates					
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 and above
Suicide rate	20 and above			Lithuania Russia Belarus Ukraine	Kazakhstan Latvia Japan		Hungary, Estonia, Slovenia, Belgium, Finland
	13-20			Poland Romania		Luxembourg	Croatia, Austria, Switzerland, Cuba, Czech Rep., France, S. Korea, Germany, Denmark, China (mainland), Sweden, Hong Kong
	6.5-13	Australia Ireland New Zealand U.K.	Canada Iceland				Norway, U.S., Netherlands, Singapore, Spain, Italy

Note: We appreciate the assistance of Mr. Takashi Amagasa, (Head of the Mental Clinic Misato, studying for a doctorate at the Kyoto University graduate school)

Suicide Prevention Measures in Finland

Yutaka Motohashi

Akita University School of Medicine

1. Suicide prevention measures in Finland

Finland has led the world in the planning and implementation of suicide prevention measures at the national level. I was able to undertake some study on why this small country in northern Europe made these efforts and produced such good results, which I did by visiting Finland and questioning directly the person with overall responsibility for national strategy. On 22nd November 2004 I visited the National Research and Development Center for Welfare and Health, Finland (STAKES), and met with Dr. Maila Upanne, who was in overall charge of the national strategy. Dr. Upanne was a psychologist originally, and ever since the Suicide Prevention Project in Finland started in 1986 has been involved throughout in management and operation, as secretary general at first, and then in overall charge of the project.

2. How suicide prevention measures have progressed

At the time of the planning of the Suicide Prevention Project in 1985, the goal was to reduce the number of suicides by 20% in ten years' time. The project was divided into three periods: the research period (1986-1991), the implementation period (1992-1996), and the evaluation

period (1997-1998). During the research period, psychiatric and epidemiological studies were carried out using the psychological autopsy method, casting light on the actual state of depression and suicide. However, research and the collection of data from social and cultural perspectives were insufficient. During the implementation period, knowledge and understanding of the subject was spread nationwide, and suicide prevention measures were created on the basis of an interactive model. This model is based upon a health promotion philosophy and entails creating a network linking people involved in suicide prevention so they can interact and influence each other, at the same time invigorating the activities of society as a whole. Steps were taken to seek out cooperation and collaboration with partners for suicide prevention measures in various places of activity such as local communities, schools, and the armed forces, and as many as 40 sub-projects were created. The cooperation process model, which was suggested by the project team for the purpose of progressing with countermeasures, was accepted by the key persons and gate-keepers in all of the fields, and the way of proceeding that was adopted was one of "thinking while acting."

3. Were the suicide prevention measures in Finland successful?

What results did the suicide prevention measures in Finland produce? After reaching a peak in 1990, the suicide rate in Finland underwent a decline of approximately 20% during the period from 1991 to 1996. It decreased by about 9% compared with 1986, when the project started. The conclusion of an external assessment during the evaluation period was that "At least it succeeded in reversing the upward trend in the suicide rate." Considering that the implementation period coincided with the period of economic turmoil following the collapse of the Soviet Union, the Finnish economy was in recession, and the unemployment rate was trending upwards, the fact that the uptrend in the suicide rate was braked is highly laudable.

4. What were the success factors in the suicide prevention measures in Finland?

The reasons we were able to identify through interviews with key informants can be summarized as the following three. (1) They fostered activities that placed emphasis on the cooperation process, in accordance with a suicide prevention model based on health promotion through an interactive model. (2) They gave importance to the role of key persons as part of an approach that entailed establishing places of activity, and expanded sub-projects. (3) The person in charge of the secretariat coordinating the

entire national project did not change throughout the project period.

5. Is it possible to make use of this for Japan's suicide prevention measures?

The suicide prevention measures in Finland were conducted on the basis of a health promotion model that made maximum use of existing social resources amid a tight situation as regards budget and human resources. We in Japan should also have what could be called the 'knack' of fostering prevention measures, and in fact it is actually being applied. As for the outcome of specific measures, we can indeed learn from Finland's experience.

The Role of NPOs in Suicide Prevention Measures

Overseas

- Based on the Examples of Finland -

Hisanaga Sasaki

Akita University School of Allied Health Sciences

1. Introduction to the NPO in Finland

In Finland there is an organization called the Finnish Association for Mental Health (FAMH). On 23 November 2004 we visited its SOS Center in Helsinki, one of this organization's bases of activity, and investigated the role of the NPO (NGO) in the Suicide Prevention Project in Finland by interviewing Lena Bremer, Director of Crisis Counseling, and Outi Ruishalme, Director.

This organization was established in 1897 and is thus the oldest volunteer organization in the sphere of mental health in Finland. Its purpose is to assist people facing various crises as well as suicide prevention. Today it conducts its activities through more than 50 centers that it has established nationwide. As the population of Finland is about 5.2 million, this means there is approximately one center for every hundred thousand people.

This center's activities include 24-hour hotline counseling and also direct home visits by car made by center staff if so requested by telephone. They act in collaboration with the police, but sometimes they act more quickly based on contacts made before police

involvement. Apart from crisis intervention of this kind, rehabilitation activity is another of their main activities. They conduct individual interviews and also group therapy for the people concerned (for example, people mourning the loss of loved ones by suicide). I gathered that on average they are mobilized twice a day and conduct five to ten interviews and group therapies. They also provide assistance to foreigners and crime victims.

In the Helsinki SOS Center there were about 40 staff, most of whom were volunteers. There is constant recruitment of volunteers, who after a certain period of training begin their activities as staff.

2. The role of the NPO in suicide prevention measures

The fact that a private, nongovernmental organization was engaging in activities such as intervening directly at the request of families and others gave me a real sense of the trust that ordinary people have in this NPO. I also believe that the collaboration with the police is possible because equality with public organizations is guaranteed.

The trust of the citizens and of the

administrative authorities is inspired by the continuity and professionalism of its activities. We were told that group therapy for "the people left behind" -- the need for which in Japan has also been pointed out -- is already being conducted, but that this had not been possible right from the beginning. Understanding for it was nurtured over time and it became well established little by little. Both of the people we interviewed emphasized that the current state of the Finnish Association for Mental Health is backed by more than a hundred years of history. According to them, when the Finnish government implemented its suicide prevention measures the FAMH gave its cooperation but did not regard this as a special activity, taking it as part of its normal activities.

FAMH activities are categorized either as crisis intervention in suicide prevention measures or as subsequent intervention. The Suicide Prevention Project in Finland, in which the governmental authorities conduct the preliminary prevention activities and NPO (NGO) assumes the role of giving assistance to the people directly affected, is a successful example of partnership and skillful role-sharing between NPOs and government administration. In the final analysis, relationships between people are what prevent suicides. In my view the suicide prevention activities in Finland, which are supported by voluntarily activities by citizens, provide an excellent reference as a model for suicide prevention measures.

Suicide Prevention Measures in Japan

- A Health Promotion Approach by Strengthening Community Action -

Yutaka Motohashi

Department of Public Health, Akita University School of Medicine

Summary

The recent trend of suicide prevention in Japan was briefly reported in this article. First, the efforts of public health science for suicide prevention were outlined. In Japan at present there is an action plan based on the belief that the prevention of approximately 30% of suicides is possible (Health Japan 21). Akita Prefecture was among the first local governments in Japan to lay down suicide prevention measures, its goal being to reduce suicides by around 30% in ten years. Thus, suicide prevention measures are currently being implemented by people and groups from various standpoints, with the prefectural authorities at the core. Secondly, the discussion was focused on what kind of strategy should be adopted to promote suicide prevention measures. A new approach to suicide prevention was stressed: the health promotion approach. The health promotion approach attaches importance to health promotion activities as forms of health activity that stress primary prevention as a method of resolving health issues rather than sickness-oriented models. This approach also places importance on the efforts of society as well as those of individuals. The process of empowerment by which people improve their ability to control their health is one of the most important concepts in health promotion and suicide prevention.

Key words: suicide prevention, health promotion, public health, empowerment, Japan

1. The efforts of public health science for suicide prevention

The number of suicides in Japan in 2003 was 32,082 according to the vital statistics issued by the Ministry of Health, Labor and Welfare¹⁾. According to National Police Agency statistics²⁾,

however, it was 34,427. The difference of 2,145 is presumed to be because the physicians who wrote the death certificates filled in the cause of death as natural causes (death from illness) rather than an external cause such as suicide, out of consideration for the feelings of the deceased persons' families, who did not wish the word "suicide" to be written.

Received 2005.2.1 Accepted 2005.2.7
〒010-8543 Hondo 1-1-1, Akita, Japan

This gap in the numbers in itself reveals the complex feelings and reluctance that people conceal within themselves on the subject of suicide.

With respect to year-on-year changes in the number of suicides, the number has increased so dramatically since 1998 that it has become a social issue. There is also a social indicator that shows changes very similar to the increase in the suicide rate. That is the unemployment rate³. It is known that the chronological data for the suicide rate and unemployment data show a strong correlation. This does not indicate an immediate causal relationship, namely that an increase in the unemployment rate causes an increase in suicides, but it is certain that amid the persistence of the economic recession, the number of people who have fallen into economic difficulties has been increasing.

Some people think that suicide is a personal matter, but as can be seen from the strong correlation between the unemployment rate and the suicide rate, it is undeniably the case that the socioeconomic background affects suicide. Since social and psychiatric problems lie behind suicide, suicide should be considered to be preventable through an appropriate approach to these problems, though of course it is not possible to prevent all the suicides that are happening now, and it is unrealistic to think that all suicides can be prevented. In Japan at present there is an action plan based on the belief that the prevention of approximately 30% of

suicides is possible⁴. Akita Prefecture was among the first local governments in Japan to lay down suicide prevention measures, its goal being to reduce suicides by around 30% in ten years⁵. The basis for this aim for the reduction of the number of suicides by some 30% in 10 years was the experience of having reduced the number of suicides to that level in the past. Currently, suicide prevention measures are being implemented by people and groups from various standpoints, with the prefectural authorities at the core, and it is essential to understand that their goal is a realistic one.

In September 2004 the WHO issued a message to the world⁶ that "Suicide is a huge but largely preventable public health problem, causing almost half of all violent deaths and resulting in almost one million fatalities every year, as well as economic costs in the billions of dollars". Until that time the study of suicide developed primarily on the basis of sociology and psychiatry, and the approach by public health science was somewhat low-key. An approach by public health science must obviously include not only epidemiological research but also a policy approach that involves determining what kind of measures to adopt to carry out public health activities. In fact the situation in Japan is that the recognition of suicide prevention as a public health issue, as well as the moves to promote suicide prevention measures by the health administration authorities themselves, were triggered by the surge

of suicides in 1998, and finally got under way.

The 63rd general meeting of the Japanese Society of Public Health (held in Matsue; Chairman Manabu Tada) held a symposium on "Suicide Prevention in the Regions and Workplaces" in October 2004⁷⁾. This was the first time for suicide prevention to be taken up as an issue by the society, a scholarly body that brings together people concerned with public health in Japan, but it could be said to have been too late. This symposium had numerous participants, and it became clear that people involved in public health have a great deal of concern about the issue of suicide prevention. I acted as chairman of the symposium and was also a symposiast. The symposium covered the issues of suicide prevention measures in Japan, in regional local governments, at the municipal level and in workplaces, and also the suicide prevention measures being taken in public health centers, and thus made it possible to have a total picture of suicide prevention measures in Japan. It was planned that a section chief from the Mental Health and Welfare Division, Ministry of Health, Labor and Welfare, would make a speech on the subject of suicide prevention measures in Japan, but he was unable to attend because of the need to deal with the Niigata-Chuetsu earthquake, which occurred immediately prior to the symposium. Although academic activity is important in the sphere of public health, it is only natural to give priority to dealing with actual health crises.

As regards suicide prevention measures by local governments in the regions, I made a speech concerning the efforts being made by Akita Prefecture, giving a report on the midterm evaluation of the prefecture's suicide prevention measures⁸⁾. This was based on the fact that the suicide rate in four municipalities for which suicide prevention model projects were conducted jointly by Akita Prefecture and Akita University was reduced by 27% within two to three years of the implementation of suicide prevention measures that focused on primary prevention, including activities aimed at spreading knowledge and understanding of the subject.

A week or so before the holding of the society's symposium, a reporter from the Akita bureau of Kyodo News visited my office to gather data about the prefecture's suicide prevention measures, and he wrote an article summarizing the essential points of my announcements for the society. This article was issued by Kyodo News, and articles about Akita Prefecture's suicide prevention measures began to be carried in papers nationwide from the evening of the October 23rd. In Akita Prefecture itself, the *Akita Sakigake Shinpo* newspaper⁹⁾ carried the article at the top of the front page of its evening edition on October 23rd.

There were various reactions to the content of the article, including some that seemed to have been caused by misunderstanding. The following is a typical example: "This is not the first

time that suicide rates have been reduced by intervention in a region. We have already seen that in the town of Matsunoyama in Niigata Prefecture the number of suicides was reduced as a result of steady prevention activities at local level. What is more, a similar reduction in the suicide rate has already been reported at the town of Joboji in Iwate Prefecture."

We are already well aware of the results of the pioneering suicide prevention activities in Matsunoyama town in Niigata Prefecture and Joboji town in Iwate Prefecture, and understand fully the effectiveness of the measures employed¹⁰. Based on our knowledge of this, I would summarize the significance of the results of Akita Prefecture's suicide prevention model project as follows.

First, Akita Prefecture's project formed part of the prefecture's suicide prevention measures called the Health Akita 21 project, which was planned in line with the implementation of the national health promotion project known as Health Japan 21. A noteworthy point here is that the results were those of a project that was conducted within the framework of the key measures of the Health Akita 21 project, which was carried out with a numerical target, namely to reduce the suicide rate by about 30% in 10 years¹¹. Suicide prevention measures were conducted as regional health activities in such towns as Matsunoyama in Niigata Prefecture, Joboji in Iwate Prefecture, Nagawa in

Aomori Prefecture, and Yuri in Akita Prefecture, and these activities were implemented in each of these towns independently. Akita Prefecture's suicide prevention model project was backed by a prefectural budget, and an additional feature was that it was implemented on legal grounds in the form of Akita Prefecture's health promotion ordinance. Article 18 of the ordinance, which was brought into effect in April 2004, includes wording that the prefecture is to conduct suicide prevention measures. The Akita prefectural government was the first local government to provide legal grounds for suicide prevention measures through an ordinance, something that was epoch-making in the history of suicide prevention measures in Japan¹².

Secondly, Akita Prefecture's suicide prevention model project implemented almost the same menu of measures for the six target towns. For evaluating the results of the project this had the great merit of securing a sufficient number of people to make it possible to observe statistically the change in the suicide rate¹³. In consequence, we were able to obtain data that could stand up to scientific evaluation two or three years after the implementation of the measures started. From evaluating the results obtained we were able to verify the new view that carrying out suicide prevention measures focusing on primary prevention does bring about a reduction in the number of suicides within a few years. In the cases of the towns of Matsunoyama and Joboji, with their small populations,

the project was conducted individually, and therefore it needed a long period of evaluation work in order to collect the data to demonstrate the impact of the suicide prevention measures.

As someone who was involved in carrying out the measures at first hand I would like to go a step further in explaining the reasons why these four towns that participated in the model project were able to reduce their suicide numbers. One of the most important reasons appears to have been that these towns conducted vigorous health promotion activities of a type that entailed participation by their inhabitants. For example in the town of Aikawa, in Akita Prefecture, a newly conceived mechanism was incorporated as one of the core components of the suicide prevention measures, namely that instead of specialists such as physicians or public health nurses, local inhabitants who had acquired basic interviewing techniques after training became volunteer advisers for other inhabitants in a distressed mental state. To be specific, the town started an adviser system operated by local citizen volunteers called "voluntary mental health promoters." The normal concept is to place specialists such as doctors and clinical psychotherapists as advisers for people in a distressed mental state, but Aikawa inaugurated a new system that defied this conventional wisdom by enabling any novice inhabitant with the desire to volunteer his or her services to become a voluntary mental health promoter after undergoing training to

acquire the necessary knowledge and deportment, and in that capacity to act as an adviser to other townspeople who are effectively their neighbors. Numerous inhabitants were interested in this system and underwent the training to become voluntary mental health promoters. These promoters conduct activities such as making home visits to elderly people who are depressed after the loss of loved ones, and listening to them seriously and engaging them in conversation.

Another example of suicide prevention activity that involves participation by the local inhabitants can be found in the town of Fujisato in Akita Prefecture. When the suicide prevention measures were inaugurated in Fujisato they first created a working group (health group) and within that took up the issue of suicide prevention, whereupon the municipal authorities and townspeople joined together to create an NPO that then undertook activities independently on its own initiative. The NPO called the Association for Mental Health and Life, which started in October 2000 with local inhabitants as its members, has also been playing a central role in specific suicide prevention activities. This association promotes activities such as the holding of workshops concerning suicide prevention at regular monthly meetings and the holding of weekly gatherings in a special room at the town hall to talk with elderly people with a tendency to suffer from feelings of loneliness.

Both of these activity models are

premised on the inhabitants participating voluntarily and improving their knowledge and skills in the sphere of suicide prevention so as to fully complement suicide prevention provided as an official municipal service. It seemed that having a familiar local resident as an adviser provides people with social support in a more natural form, avoiding the kind of guarded posture that they might have towards specialists. It is conceivable that the empowerment of the inhabitants in local suicide prevention made possible by this type of participatory activity on the part of townspeople became one of the driving forces that enabled the town to achieve the reduction of the number of suicides within two years of starting its prevention measures.

2. What kind of strategy should be adopted to promote suicide prevention measures?

Both Health Japan 21 and Health Akita 21, which set out strategies for how to promote health, were based upon a new philosophy of public health science, namely health promotion¹⁴). There are several points of view as to how to advance suicide prevention. The public health science approach is the newest, based upon the idea of health promotion. In contrast, the conventional viewpoints with respect to suicide prevention entailed either an approach placing importance on the psychological background of individuals or an approach oriented towards the prevention of

diseases such as depression. Let us look first at the approach that places emphasis on an individual's psychological background--the approach that is the easiest for ordinary members of the public to understand.

When a problem occurs, the natural way of thinking is to look for the cause of the problem. So, if we ask why people die by suicide, it is natural to think that if we could clarify the psychological cause we could prevent the suicide. One of the arguments that I invariably hear put forward at lecture meetings is that suicide is preventable if the wills of those who die by suicide are analyzed meticulously, and light can thereby be cast on the psychological causes leading to suicide. To this type of argument I answer as follows. The task of analyzing the wills of people who have died by suicide has already been conducted for many years, for example for the compilation of National Police Agency statistics. They have been classified according to motivation, for example health problems, financial problems, and domestic problems, and released to the public. However, wills are not written in all cases of suicide, and it is also questionable whether the correct motivations of those who died by suicide can really be inferred from these categorized motivations. What is more, since the motivation categories in the National Police Agency statistics are based upon single motivations that are assigned on the basis of what the police are told by the bereaved families, there

remain doubts as to whether they are able to accurately reduce complex causes of suicide into just one cause. Most noteworthy of all is that although the so-called causes by motivation have been published every year, in reality I have never heard anyone say that these have been useful for suicide prevention and have reduced suicides. It could be said that no matter how meticulously one analyzes wills, if no one has any view on how this can actually be useful for preventative measures, it is not very meaningful.

Medical specialists have developed a method to pursue these causes more scientifically: a method known as psychological autopsy. The method entails conducting a detailed interview with the bereaved family of a person who has died by suicide as soon as possible after the event, and drawing inferences as to the psychological state of the deceased immediately before his or her suicide.

It can be concluded from these psychological autopsies that many people who die by suicide have fallen into a highly unstable psychiatric state just before the suicide, and need some kind of psychiatric treatment. The conclusion from this is that people who die by suicide have succumbed to an abnormal mental state such as depression, and that medical intervention is necessary. Here the cause of suicide does not lie in the motivation but in the psychiatrically abnormal status (mainly depression), and this brings about a switch to a sickness

model¹⁵). They emphasize the necessity for medical treatment, since most suicidal people are in a treatable psychiatric state just before they die by suicide. This can be called the depression model or the sickness model for suicide. This kind of approach to suicide prevention based upon a sickness model is a very effective method. Above all it enables us to be freed from the obsession for demanding that the complexity of the motivations for suicide be analyzed. Most suicide prevention measures around the world today are based on measures to treat depression, and the effectiveness of the approach to suicide prevention based upon the depression model can be seen clearly by looking at suicide prevention measures both within Japan and overseas. The sickness model, which attributes the cause of suicide to depression, may be inadequate from the perspective of people who have considered suicide philosophically.

Finally, I would like to explain a new approach to suicide prevention: the health promotion approach¹¹).

The health promotion approach attaches importance to health promotion activities as forms of health activity that stress primary prevention as a method of resolving health issues rather than sickness-oriented models (health activities that stress secondary prevention, namely finding and treating at an early stage). This approach also places importance on the efforts of society as well as those of individuals. It also represents a switch from the concept of

health education in which specialists guide people, towards one in which local inhabitants and others participate in health promotion and improve their own ability to promote their own health. The process by which people improve their ability to control their health while maintaining their own autonomy is called empowerment, one of the most important concepts in health promotion.

In suicide prevention it is expected that local inhabitants themselves take an interest in the issue of suicide prevention and involve themselves voluntarily in suicide prevention activities. Suicide prevention activities conducted by the government authorities mean, in a word, to give support to enable the people targeted to improve their knowledge of suicide prevention voluntarily and their stress-coping behavior. Specifically, it includes promoting activities that foster knowledge and understanding of suicide prevention and the prevention of depression, and also enhancing residents' stress-coping behavior; expanding the network of places to go for advice; and improving access to medical care. Each of these measures could be summarized as constituting efforts to bring about the empowerment of individuals and of regions.

The health promotion approach is not an approach that specializes in medical measures, but one that aims to resolve health issues from a broader perspective, encompassing people's daily lives and happiness. It has a varied and comprehensive array of prevention

measures.

Suicide involves complex factors. A psychiatric issue such as a state of depression occurs immediately before a suicide, but in the stage that precedes that there are complex factors such as psychological and socioeconomic conditions. It is obvious that simply taking sickness prevention measures in the form of measures to prevent depression is not enough. It could be said that the health promotion approach, given that it is a comprehensive approach, works on the various factors that are present in the stages that precede suicide, and seeks to prevent the final stage from being reached.

References

- (1) Kousei Toukei Kyoukai. Trend of National Health. Tokyo: Kousei Toukei Kyoukai, 2001. (in Japanese)
- (2) Japanese National Police Agency. Outline of suicide in Japan in 2003. July 2004.
- (3) Motohashi Y. Effects of socioeconomic factors on secular trends in suicide in Japan. *J Biosoc Sci* 1991;23: 221-227.
- (4) The Planning Committee for the Health Japan 21. The Health Japan 21 (National Health Care Campaign in the Twenty-first Century). Tokyo: Japan Health Promotion and Fitness Foundation, 2000.
- (5) Akita Prefectural Government. The Health Akita 21. Akita: Akita Prefectural Government, 2001. (in Japanese)

- (6) WHO. Suicide huge but preventable public health problem, says WHO World Suicide Prevention Day. WHO News release 10 September 2004. Information available on <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
- (7) Motohashi Y, Kawakami N. Suicide prevention in the Regions and Workplaces. *Jap J Public Health*, 2004; 51(10 supplement): 81. (in Japanese)
- (8) Motohashi Y. Suicide prevention measures at local level: an experience of Akita Prefecture. *Jap J Public Health* 2004; 51(10 supplement): 84. (in Japanese)
- (9) Akita Sakigake Shinpo. Twenty-seven percent decrease in suicide rate in four towns in Akita Prefecture. 23 October 2004 (evening edition). (in Japanese)
- (10) Oyama H (ed). Manual for suicide prevention in the elderly by coordination between health care and social welfare. Tokyo, Shindan to Chiryō shya, 2003. (in Japanese).
- (11) Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H. Community-based suicide prevention program in Japan using a health promotion approach. *Environ Health Prev Med* 2004; 9: 3-8.
- (12) Motohashi Y. Regional differences in suicide rate and prevalence of depression. *Jap J Stress Sci* 2004;19: 53-60. (in Japanese)
- (13) Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H. Lowering suicide rate in rural Japan. *Akita J Public Health* 2005; 2(special issue): 105-106.
- (14) Motohashi Y, Kaneko Y. Comparative study on objective-setting public health policy - Historical background and path dependence - *Jap J Hyg* 2002; 57: 498-504.
- (15) Upanne M, Hakenen J, Rautava M. Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1996: Goals, Implementation, and Evaluation. STAKES, Helsinki, 1999.

Lowering suicide rates in rural Japan

Yutaka Motohashi, Yoshihiro Kaneko, Hisanaga Sasaki

Department of Public Health, Akita University School of Medicine

Suicide is a major public health problem in the world¹). In Japan, the suicide rate has greatly increased since 1998, provoking a strong social interest. An national public health policy for suicide prevention, emphasizing early detection and treatment of depression, was introduced in 2002²). Meanwhile, community-based suicide prevention measures have been promoted by the government of Akita Prefecture since 2000³). In our study we targeted the population of rural communities. We confirmed that the suicide rate decreased by approximately 27% in four rural towns in Akita Prefecture (population of 16,670, 2002), situated in Northeast Japan, due to community-based suicide prevention intervention.

Suicide is the sixth leading cause of death in Japan (23.8 per 100,000, 2002). The suicide rate for Akita Prefecture (population of 1,173,000, 2002) was 42.0 per 100,000, making it the highest among 47 prefectures. "The Health Akita 21", a local health promotion initiative, placed high priority on building suicide prevention measures and started comprehensive community-based suicide prevention programs in two towns in 2001 and two towns in 2002. The

intensive intervention programs, conducted for three years, included the following measures: raising the awareness of suicide prevention among community residents, increasing opportunities for mental health consultation, facilitating access to treatment for depression, and promoting increased communication on mental health, for example, by distributing leaflet to all households. In the first year of the intervention, a university research project team took part in the program by implementing a survey on screening for depression among community residents by Zung's Self-rating Depression Scale. High risk persons screened by this survey who agreed to be followed up by public health nurses received mental health consultation service regularly in the community health center.

Figure 1 showed changes in suicide rates in four towns, Akita Prefecture, and Japan. By 2003, the suicide rate per 100,000 in the four towns decreased from 65.3 (2001) to 45.9 (2003). The trend in the four towns as compared to figures for Akita Prefecture was statistically significant by the Cochran-Armitage test ($\chi^2 = -1.91, p = 0.056$).

The results showed that the suicide rate did decrease due to the community-based intervention program,

Received 2005.2.1 Accepted 2005.2.21
〒010-8543 Hondo 1-1-1, Akita, Japan

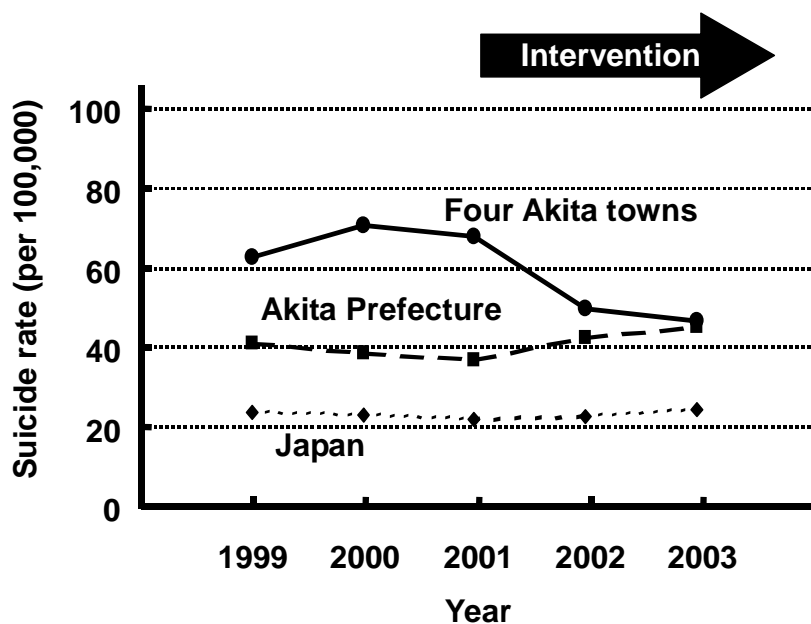


Figure 1. Suicide rates in four towns, Akita Prefecture, and Japan. The suicide rate per 100,000 in the four towns significantly decreased from 65.3 (2001) to 45.9 (2003) after the start of the program (Cochran-Armitage test $\chi_{ca}=-1.91$, $p=0.056$).

mainly composed of primary prevention measures such as raising awareness of suicide prevention and promoting increased communication on depression. Furthermore, it is to be noted that the drop in the suicide rate appeared early: from the year after the intervention program began. A previous study reported the effectiveness of community-based intervention programs for suicide prevention⁴. However, evaluating the early phase of intervention was very difficult because the population sample sizes were too small to detect statistically significant levels. On the contrary, however, the population sample size was relatively large in our study, so we were able to confirm a significant decrease in the suicide rate even during the earliest phase of intervention.

References

- (1) Phillips M, Yang G, Li S, Li Y. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *Lancet* 2004; 364: 1062-1068.
- (2) Ueda K, Matsumoto Y. National strategy for suicide prevention in Japan. *Lancet* 2003; 361: 882.
- (3) Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H. Community-based suicide prevention programs in Japan using a health promotion approach. *Environ Health Prev Med* 2004;9:3-8.
- (4) Takahashi K, Naito H, Morita M, Suga R, Oguma T, Koizumi T. Suicide prevention for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture: psychiatric care for elderly depression in the community. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 1998;100:469-85. (in Japanese)

Appendix

海外の自殺予防対策をいかに我が国に活かすか

ご挨拶

本日は秋田大学の市民公開講座にご出席いただき、誠に有り難うございます。

秋田県や東北地方は全国的に見て自殺率が高い地域であり、社会全体として取り組まなければならない課題として、すでに積極的な対策が始まっています。国立大学法人秋田大学は、地域と共に発展し地域と共に歩む「地域との共生」をめざしており、秋田県や東北地方の発展に貢献することを中期目標の中でも掲げております。本日、その成果を皆様に公開する「自殺予防研究プロジェクト」は、このような秋田大学の中期目標と連動した研究プロジェクトとして、平成16年度に開始されたものです。秋田大学では、国際的な教育・研究拠点の形成を目指すことも中期目標で掲げており、この研究プロジェクトもその一環となるプロジェクトです。

さて、本日のプログラムをご覧いただくとおわかりになりますように、自殺予防の問題は秋田県の地域の問題にとどまらず、世界各国が重要課題と位置づける健康課題です。秋田のみならずグローバルな視点から見直すことにより、この問題の解決へ向けた糸口が開かれるのではないかと思います。海外の自殺予防対策の実情を、専門家である研究者が自らの目で視察した上で、海外の経験から学ぶべきことや日本の実情との比較を行った今回の研究成果は、大学としての純粋な学術面での貢献とともに、学術情報をいかに市民の目線で社会に反映

させるかという大学のもうひとつの役割を考えさせてくれるものです。

本シンポジウムは、「自殺予防研究プロジェクト」の成果の一端を市民の皆様にお伝えするものですが、この他にもさまざまな研究が進められています。自殺予防に関する秋田大学の研究成果を本として出版する企画も進んでいると聞いております。さまざまな形での秋田大学の情報発信にどうぞ市民の皆様も関心を持っていただければと存じます。

最後に、本シンポジウムの開催にあたり、ご協力とご支援をいただきました関係機関および関係者の方々に、心から感謝申し上げます。そして、本シンポジウムの開催が秋田県ならびに我が国の自殺予防対策の一層の推進に役立ちますことを祈念いたします。

中国および世界の自殺予防対策

川上 憲人

岡山大学大学院医歯学総合研究科 衛生学・予防医学分野

1. 世界と中国の自殺の現状

WHO は 2004 年の世界自殺予防デーにおいて「自殺は、大きな、しかし予防可能な公衆衛生上の問題である」と述べている。2000 年の全世界の自殺者数は 100 万人であり、2020 年にはこの 1.5 倍に増加すると予想されている。世界的には自殺率は男性で高く、また高齢者で高いが、最近の増加が懸念されているのは若年者の自殺である。中国の 1995-1999 年の自殺率は世界的にも高い水準にあり、かつ女性の自殺率が男性のそれを上回った点に特徴がある。特に地方居住の若年（15-30 歳）女性における自殺率が高い。これは地方では致死率の高い農薬・殺鼠剤などが容易に入手しやすいこと、これらの女性に対する社会的支援が少ないことなどが要因と考えられている。

2. 中国の自殺予防対策

北京自殺研究・予防センターの活動：北京郊外の大規模な精神病院に附属する北京自殺研究・予防センター（Beijing Suicide Research & Prevention Center, 北京心理危機研究与干預中心）は、北京市によって 2001 年に設立された。その前進である臨床疫学センターは 1995 年から自殺の疫学、全国規模の心理的剖検による患者・対象研究、うつ病のスクリーニング調査票の開発など自殺予防のための研究を実施し、1999 年に中国における自殺データが公表された際、関心をもった北京市からの予算でセンターが整備された。2003 年からは幅広い自殺予防サービスを中国全土に提供している。こ

れらには 24 時間危機ホットライン、ホームページでの情報提供と電子メールカウンセリング、外来および入院治療、総合病院救命救急センターへの助言・支援などがある。電話件数は、最近では 1 ヶ月に 15000 件に達し、うち 10% 程度しか担当者につながらない。

中国の自殺予防戦略：2003 年 11 月に北京で開催された「自殺予防のための国家戦略のためのワークショップ」において議論された自殺予防戦略は、11 の目標を設定し、これに向けて活動を推進しようというものである。これらの目標には、「心の健康、ストレス耐性、人のつながりを促進する」、「自殺予防のためのさまざまな組織・体制を整備する」、「農薬などの致死率の高い自殺手段へのアクセスを減らす」、「一般住民のスクリーニングを進める」、「自殺に対する一般住民の理解を促す」、「精神科医療の利用度および質の向上をはかる」などである。また一部の地域では一般医を対象とした自殺予防のための生涯教育も開始されている。将来的には、自殺研究・予防センターを中国全土に 10 箇所設置し、同時に自殺予防プログラムの科学的効果評価を実施する計画もある。

3. 世界の自殺予防戦略

世界的には、米国の CDC 若年者および空軍における自殺予防対策、スウェーデンの Gotland 研究など、成功した自殺予防プログラムの例が多数ある。これらを概括すると、国や自治体の積極的関与、一般住

民による自らの気づき、周囲の気づきの促進、一般医あるいは保健医療職によるうつ病の発見と自殺リスクの評価とこれへの対処、精神科医療機関における適切な治療と長期的な支援が共通した要素となっている。

4．我が国の自殺予防対策に対する意義

先行する海外での経験が提供してくれる効果的な自殺予防の基本的でかつ多面的な枠組みは、わが国の自殺予防対策に参考になる。一方で、北京自殺研究・予防センターの活動は、まず自殺について研究を進め、その上に立って自殺予防サービスを構築している点に特徴がある。自殺予防においても科学的根拠をないがしろにしない姿勢には学ぶべきものがある。

イギリスの自殺予防対策

中山 健夫

京都大学大学院医学研究科

社会健康医学系専攻健康情報学分野

2004年9月に世界保健機関（WHO）が自殺率に関する最新の国際比較データを発表しました。報告された99カ国中、最も自殺率が高かったのはリトアニア（10万人中44.7人）、そしてロシア（同38.7人）、ベラルーシ（同33.2人）でしたが、日本は10位（同24.1人）と先進国の中で最も悪い結果となりました。米国は46位（同10.4人）と日本の半分以下、そしてイギリスは57位（同7.5人）という結果でした。しかし英国内でも自殺予防が大きな社会的関心であることは変わりなく、国家的な健康増進プロジェクト“*Our Healthier Nation*”では、がん、虚血性心疾患・脳卒中、事故と並んで死亡率減少のターゲットとして自殺が挙げられ、2010年までに各年齢層で20%以上の死亡率減少を達成する目標が掲げられています。

「メンタル・ヘルスに悩む人々は長い間、地域で、職場で、そしてメディアの中で烙印を押され、非難され続けてきました。彼らは必要としている助けを、必ずしも受け

ることができずにいました。私たちはメンタル・ヘルスに関するサービスの充実を重要な優先事項に加えることに決定しました。国営（医療）サービスの枠組みの中で、標準的なサービスを提供できれば、メンタル・ヘルスの問題で悩む人々に大きな助けになることでしょう」

（英国首相トニー・ブレア 2002年6月）

このような政府決定を受けて、国立精神衛生研究所（National Institute for Mental Health in England : NIMHE）は、イギリスで初の試みとなる自殺予防プロジェクトを開始しました。私は日英の自殺予防の取り組みについての情報を交換するため、2005年1月に同研究所を訪問する予定です。同時に英国版の「いのちの電話」に取り組むサマリタン協会において、民間レベルの取り組み、マスメディアとの共同作業などについても情報を得たいと考えています。

*天笠崇先生（メンタルクリニックみさと院長、京都大学大学院博士課程）のご支援に感謝します。

自殺率の年齢構造 (WHO 2004. 9) (参考 社会実情データ図録)

		自殺率が最も高い男子年齢層					
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75歳以上
自殺率 (10万人対)	20以上			リトアニア, ロシア, ベラルーシ, ウクライナ	カザフスタン, ラトビア,日本		ハンガリー,エストニア, スロベニア,ベルギー,フィン ランド
	13-20			ポーランド, ルーマニア		ルクセンブル ク	クロアチア,オーストリア, スイス,キューバ,チェコ, フランス,韓国,ドイツ,デ ンマーク,中国(本土),ス ウェーデン,香港
	6.5-13	オーストラ リア,アイル ランド,ニュ ージーラン ド,英国	カナダ, アイスランド				ノルウェー,米国,オラン ダ,シンガポール,スペ イン,イタリア

フィンランドの自殺予防対策

本橋 豊

秋田大学医学部社会環境医学講座 健康増進医学分野

1. フィンランドの自殺予防対策

フィンランドは国家レベルの自殺予防対策を世界に先駆けて企画立案し実行した国です。北欧の小さな国で何故このような取り組みが行われ、成果を上げることができたのかについて、フィンランドを訪問し国家戦略の総責任者に直接面談した上で考察を行うことができました。平成 16 年 11 月 22 日にフィンランド国立社会保障福祉研究所 (STAKES) を訪問し、国家戦略の総責任者であったマイラ・ウパンヌ博士と面談しました。ウパンヌ博士はもともと心理学者ですが、1986 年にフィンランドの国家自殺予防プロジェクトが開始されてからは、最初は事務局長、後にプロジェクトの総責任者として、このプロジェクトの全期間にわたり管理運営に携わってこられました。

2. 自殺予防対策はいかに進められたか

1985 年にプロジェクトが企画された時点では 10 年後の自殺者数を 20%減少させることが目標として掲げられました。国家自殺予防プロジェクトは、研究期 (1986 ~ 1991) 実行期 (1992 ~ 1996) 評価期 (1997 ~ 1998) の 3 つの時期に分けられました。研究期には心理学的解剖の手法を用いた精神医学的・疫学的研究が行われ、うつ病と自殺の実態が明らかにされました。しかし、社会文化的側面からの研究やデータ収集は不十分でした。実行期には国全体での啓発普及が行われました。自殺予防は「インターラクティブ・モデル (相互影響モデル)」

と呼ばれるモデルにもとづき、対策が立てられました。このモデルは自殺予防にかかわるさまざまな関係者がネットワークを結び、相互に影響を及ぼしながら、社会全体としての活動を活発化させるというもので、ヘルスプロモーションの理念にもとづくモデルです。地域、学校、軍隊といった活動の場で自殺予防対策のパートナーとの協力・連携が模索され、40 ものサブプロジェクトが生み出されました。対策を進めるためにプロジェクトチームが提示した「co-operation process model (協働プロセスモデル)」は各分野のキーパーソンや第一線の活動家 (gate-keeper) に受け入れられ、「行動しつつ考える」という進め方が採用されました。

3. フィンランドの自殺予防対策は成功したのか

さて、フィンランドで行われた自殺予防対策はいかなる結果をもたらしたのでしょうか？フィンランドの自殺率は 1990 年にピークに達した後、1991 ~ 1996 年の間に約 20%の減少を示しました。プロジェクトを開始した 1986 年と比べると約 9%の減少を示しました。評価期における外部評価結果は、「少なくとも自殺率の増加傾向を反転させるのに成功した」というものでした。実行期はソビエト崩壊後の経済混乱期にあたり、フィンランド経済は不況にあり失業率も上昇傾向にあったことを考慮すれば、増加傾向に歯止めがかかったという

ことは、十分に評価に値するものだったのです。

4．フィンランドの自殺予防対策の成功要因は何か

キーインフォーマントインタビュー法により我々が知ることができた理由は次の3つに要約されます。(1)相互影響モデルというヘルスプロモーションに基づく自殺予防モデルにもとづき、協働プロセスを重視した活動を進めたこと、(2)場の設定アプローチにおいてキーパーソンの役割を重視し、サブプロジェクトを広げていったこと、(3)国家プロジェクト全体を調整する事務局責任者が、プロジェクト期間を通じて、変わらなかったこと。

5．我が国の自殺予防対策に活かすことができるか

フィンランドの自殺予防対策は、厳しい予算と人的資源の中、既存の社会資源を最大限活用するというヘルスプロモーションモデルをもとに行われました。対策の進める上での「こつ」というべきものは我が国でも活用可能であり、実際に採用されています。具体的方策の成果について、我々はフィンランドの貴重な経験に学ぶことができると思われます。

海外の自殺予防対策における NPO の役割

フィンランドの事例から

佐々木 久長

秋田大学医学部 保健学科基礎看護学講座

1. フィンランドにおける NPO の紹介

フィンランドには The Finnish Association for Mental Health (以下 FAMH) という組織があります。私達(佐々木久長と本橋豊)は平成 16 年 11 月 23 日に、この組織の活動拠点であるヘルシンキ市内にある SOS センターを訪問し、レナ・バーマー氏(危機カウンセリング部門の責任者)とオウティ・ルイシャルム氏(ディレクター)に面接し、フィンランドの自殺予防対策における NPO (NGO) の役割について調査してきました。

この組織は 1897 年に始まったフィンランドでは最も古い精神保健に関するボランティア組織で、自殺予防だけでなく様々な危機に直面している人をサポートすることを目的としています。現在はフィンランド国内に 50 以上のセンターを開設して活動を展開しています。フィンランドの人口は約 520 万人ですから、約 10 万人に 1 箇所のセンターがあることとなります。

このセンターでは 24 時間体制の電話による相談の他に、電話による要請によってスタッフが直接車で家庭を訪問するという活動も行っています。これは警察との連携をとりながら対応しているようですが、警察よりも先に連絡を受けてかけつけることもあるようです。このような危機介入の他に、リハビリテーションも活動の大きな柱の一つになっています。個人面接や当事者(例えば自殺で身近な人を喪った人など)

のグループセラピーを行っています。平均すると毎日 2 回程度の出勤があり、5 ~ 10 件程度の面接やグループセラピーが行われるそうです。さらに外国人への対応や被害者支援も行っています。

このセンターには約 40 名のスタッフがいて、その多くがボランティアでした。常にボランティアの募集が行われ、一定の研修を受けた後にスタッフとして活動します。

2. 自殺予防対策における NPO の役割

家族等からの要請で直接現場に介入するという活動を民間が行っているという点に、私はこの NPO に対する市民の信頼を感じました。また警察との連携は公的な組織との対等性が保障されているから可能になることだと思います。

市民や行政からの信頼は、活動の継続性と専門性からきているのでしょうか。日本ではこれから取り組む必要性が指摘されている「遺された人」へのグループセラピーを既に行っていますが、これも最初から出来ていたわけではなく、時間をかけて少しずつ理解され定着してきたと言っていました。このように FAMH の今の状態は、100 年以上の歴史を背景としたものであることを二人は強調していました。またフィンランド政府が自殺予防対策を展開した際も協力はしましたが、あくまでも普段の活動の一部であって、特別なこととしては受けとめていなかったようです。

FAMH の活動は、自殺予防対策における危機介入と事後介入の部分に該当します。行政が一次予防的な活動を行い、NPO (NGO) は直接当事者を支援する部分を担うというフィンランドの自殺予防対策は、まさに NPO と行政のパートナーシップと役割分担がうまくいっている事例だといえるでしょう。自殺を防ぐのは結局のところ、人と人とのつながりだと思います。市民による自発的な活動によって支えられているフィンランドの自殺予防活動は、自殺予防対策の一つのモデルとして十分参考になるものだと思います。

Medic Guidelines

- Portrayals of Suicide -

英国サマリタン協会による自殺報道に関するメディア・ガイドライン

The Samaritans

中山 健夫* 訳

「私たちは、サマリタン協会（訳注：イギリス版いのちの電話）と密接な連携を図ることにより、「ホリーオークス(Hollyoaks)」や「ブルックサイド(Brookside)」などのテレビドラマで扱ってきた複雑な問題を、より適切に表現できるようになると考えていた。事実、サマリタン協会は、正確な事実関係の描写に欠かせない知見と指導を提供してくれた。サマリタン協会の助力を得て、私たちは目標を達成し、類似の経験を持つ視聴者に支援を提供することができた。」

Kate Norrish, Editor Programme Support,
Channel 4

1. 緒言
2. 自殺：その事実
3. メディア神話：一般的見解についての概括
4. 後追い自殺とメディア報道
5. メディアに何ができるか
6. 使用する用語についての推奨
7. 事実の報告に関するガイドライン
8. 自殺についての劇的描写
9. 何をすべきか、そしてサポートの存在
10. コメント
11. 参考文献

1. 緒言

いかなる自殺も報道に値する事件である。誰かが若くして意図的に自らの生命を絶とうと決心したという事実は、人々の関心に値する。

イギリスで毎年 6000 人もの人々が自殺しているという悲しい現実がある。その多くは報道されていない。しかし、自殺のニュースが大衆に伝わらずとも、ひとりの人間の自殺はその家族や友人、そして会社の同僚にまでも重大な影響を及ぼす。

ジャーナリストにとって、自殺はひとつの難しいジレンマを孕んだ問題である。自殺は一般の人々の関心事であることから、事実を脚色したり遺族の苦しみを逆手に取ったりせずに、自殺の経緯を正確に報道することはレポーターの責任といえる。事実、報道を通じて自殺者の名誉が挽回されるケースがあるように、自殺の報道にはプラスの面もあるのは確かである。しかし、不適切な報道や描写によっていわゆる「後追い自殺(copypat suicides)」が誘発される可能性を示唆する研究が出てきている。

テレビドラマなどにおいても同様の問題が浮上する。登場人物の自殺もしくは自殺未遂は、現実の自殺もしくは自殺未遂の再現の試みである。つまり、テレビドラマを通じ、自殺についての理解が深まり、自殺にまつわる複雑な状況についての認識が高まるという一面がある。その一方で、人気

Received 2005.2.18 Accepted 2005.2.21

*Translated by Takeo NAKAYAMA

京都大学大学院医学研究科

社会健康医学系専攻健康情報学分野

〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町

の高い登場人物の死亡、あるいは厄介な登場人物（あるいは厄介な役者）を始末するために自殺というプロットを利用するという典型的な手法が取り返しのつかない結果を生むこともある。

サマリタン協会の元には、ニュース報道やドラマの制作において自殺の問題をどう描写すべきか苦慮するジャーナリストやブロードキャスターから数々の質問が寄せられる。追い詰められた人々の訴えに耳を傾けるという50年に及ぶ経験から、私たちは自殺にまつわる数々の問題についての理解を深めてきた。また、メディアとの連携を通じ、自殺という非常に複雑な問題について多くの人々の理解を深めてゆきたい。

このガイドラインは、1994年、イギリス初の自殺に関するガイドラインとしてスタートした。第3版が出版された現在では、あらゆるメディアがこのガイドラインを活用している。ガイドラインに掲載されている情報の大半は、イギリス及び海外における学術的研究、さらには自殺の問題に心を動かされたサマリタン協会及びジャーナリストの経験に立脚したものである。

自殺に関連する要因はケースによって様々であることから、このガイドラインは全ての問題に適用可能なものではなく、メディアの行動を規制するものでもない。ジャーナリストの職業上もしくは個人的なジレンマを解消する一助としてこのガイドラインが活用されることを願うものである。

Simon Armson, Chife Exective

2. 自殺：その事実

- 2000年におけるイギリスの自殺件数：5986件。¹
- 88秒に1人という自殺の頻度。¹
- 若年層における自殺は698件：毎日2人の若者が自殺している計算になる。¹
- 1985年以来、若年男性における自殺件数が倍増している。³

この冊子でいう「自殺」には、「不詳の外因死」も含まれる。不詳の外因死に属する死亡の多くは、実際には本人が意図的に自らの命を絶ったものである。しかし、自殺という結論を下し、それが記録に残されることによって悲しみに暮れる遺族がさらに苦しむことになることを憂慮した検死官が記録上「不詳の外因死」として処理しているケースが多い。

3. メディア神話：一般的見解についての概括

「自殺について語る人はまず自殺をすることはしない。」

・・・自殺願望について語る人々が実際に自殺している。私たちの経験によれば、自らの命を絶とうとする人々の多くは、自殺の数週間前に自殺の意思を明確にする傾向がある。

「本人が自殺しようとしているのだから、それを阻止するのは無理である」

・・・悩み苦しむ人々に適切な支援と精神面でのサポートを提供できれば、それらの人々が自殺によって死亡する危険性を減らすことは可能である。

「自殺願望を有する人々は死にたいという

明確な意思を持っている」

・・・自殺願望を有する人々の多くに、自分が死にたいのか生きていたいのか決めかねているケースが多く見受けられる。サマリタン協会に電話相談を寄せる人々の多くは、死にたくないがこのままの状態生きてゆくのはいやだ、といった主旨の発言をしている。

「自殺企図 (cries for help) の経験のある人は、実際に自殺をすることはない」

・・・一度でも自殺を試みた人は、そうでない人々と比べ、再び行う確率が 100 倍も高い。自殺によって死亡する人々の 4 人に 1 人は過去に自殺企図の経験のある人たちと言える。

「自殺について話し合うことによって、自殺が助長される」

・・・逆に、自分が最も恐れていること、あるいは最も悩んでいることについて考えてみることによって生きることへの道筋が付き、それが生きるか死ぬかの違いにつながることもある。

「真剣に自殺を考えるのは、精神病もしくは臨床的に抑うつ状態の人たちである」

・・・ほとんどの自殺者がなんらかの精神疾患を患っていたと判断されるが、より正確な自殺の予測因子としては、抑うつ的感情や絶望感などが挙げられる。ただ、これらについては診断が確立されておらず、また周囲の人々が全く気づかないケースが多い。

「愚かな行動をとった人も、救急医療室で徹底的な胃洗浄を受けてその苦しさを味わえば、二度とそんな馬鹿な真似をすることはないだろう」

・・・自殺リスクのある人は、次の自殺の時にはより痛みが少なく確実な手段を選ぼうとする傾向がある。自殺未遂者が本当の意味で回復するためには、親族・友人の対応が重要となってくる。いかなる場合も自殺未遂を軽視してはならない。

「いったん芽生えた自殺願望は永遠に消えることはない」

・・・自殺願望は一時的なものといえる。精神面のサポートを提供することにより、自殺の危機にある人々をその危機的状态から救出することが可能となる。話し合い、耳を傾けることが、生きるか死ぬかの違いを生むことがある。

「自殺によって、本人のみならず、その周囲の人々が苦しみから解放されることがある」

・・・このように自殺の影響を軽視してはならない。愛する者を失うということは悪夢の始まりであり、決して悪夢の終わりを意味するものではない。自殺には、深い喪失感と悲しみ、そして罪悪感が伴う。

4 . 後追い自殺とメディア報道

ジレンマ

報道においてもテレビドラマにおいても自殺は正当な題材であり、自殺に関する一般の人々の認識を高める上でメディアが果たす役割は大きい。しかし、報道の仕方によっては悪影響を及ぼし得る。場合によっては、メディアがひとつの媒介となって既に弱い立場にある人々の行動に影響を及ぼすことも考えられる。

懸念すべき事項

イギリス、米国及びその他の諸国で発表された近年の研究により^{5, 6, 7}、メディア報

道によって後追い行動が誘発される可能性、あるいはその事実が明らかになってきている。若年層はメディアの影響を人一倍強く受ける傾向があり、自殺した有名人、あるいは魅力的な架空の人物と自分とを重ね合わせるケースなどにおいて自殺のリスクが格段に高まるようである。また、具体的な自殺手法の報道は、自殺願望のある人々に自殺を遂行するのに必要な知識を提供するに等しいため、特に注意が必要である。

事例

「ある生徒の死 (Death of a Student)」というドイツのテレビシリーズで、各エピソードの冒頭部分に若い男性が鉄道自殺を図る場面が流された。かくして、この連載シリーズが放送されていた期間、青年による鉄道自殺件数は175%もの増加を示した。その間、その他の致命的手法による自殺の件数が減少したわけではなかったため、このテレビシリーズは自殺の手法に影響を与えたばかりでなく、実質的な自殺件数までも引き上げたことになる。

イギリスでは、自殺の手段としては珍しい不凍剤を用いた服毒自殺に関する新聞記事において、レモネードに不凍剤を混入し、液体として服用する過程が詳細に掲載された。その新聞記事が掲載される前は、不凍剤を用いた自殺件数は1ヶ月に2件程度に過ぎなかったが、掲載後の1ヶ月間では月当たり9件にまで急増した。そのうちの1件は、新聞記事に掲載された手法をそっくりそのまま真似たものであった。

「救急医療 (Casualty)」を取上げた連載シリーズのひとつに、パラセタモールの過剰摂取を扱ったものがあった。研究によれば、そのエピソードの放送後の1週間で服毒自殺件数は17%も増加し、2週間目では9%の増加が認められた。この番組を視聴し

た患者の20%が、この番組に触発されて自殺を決意したと述べている。

ポジティブな事例

ウィーンの地下鉄における自殺を調査した研究によると、こういった自殺を劇的に報道することが地下鉄における自殺件数増加を誘発していることが示唆されている。1986年では地下鉄での自殺が13件報告されており、1987年では9ヶ月の間に自殺件数が9件に達している。これに対し、1983年から1984年にかけて地下鉄で発生した自殺件数はわずか9件を数えるのみである。これを受けて地元のメディアは、自殺に関し劇的かつ扇情的な報道を制限する任意の報告ガイドラインに合意した。このガイドラインの発表後、地下鉄での自殺件数(1989年に4件、1990年に3件)及び自殺未遂件数には共に減少が確認された。

歌手カート・コベインの自殺を受けて実施された研究では、カートの死後、カートの出身地であるシアトルにおける自殺件数に特に増加は認められなかった。これは、報道においてコベインの類稀なる業績と、意味のない無駄な死に方とが明確に区別されていたことによると考えられている。また、同じ報道の中で自殺のリスク要因を議論し、自殺願望を持つ人々に対して相談窓口を提示したこともまた、自殺件数の増加を防いだ要因のひとつであると考えられる。

結論

既存のエビデンスからも、報道の仕方によっては後追い行為が誘発されかねないことは明確である。その一方で、自殺の問題について慎重かつ明白な説明を提供することにより、自殺問題に関する一般認識を高め、自殺問題に対する偏見を払拭し得ることも確かである。

その他のメンタルヘルス問題の報道と同様、メディアが自殺を真剣に報じること自体に問題があるのではない。ただ、自殺について報道する際は細心の注意が必要であること忘れてはならない

5. メディアに何ができるか

正確な情報に立脚した慎重な報道は、センセーショナルな報道とは全く意を異にするものである。大切なのは、一般大衆に自殺に関する情報を提供し、自殺についての認識を高めてゆくことである。

その報道を読んだり聞いたり見たりした時に偶然自殺の危機にあるかもしれない読者/視聴者が、その報道にどう反応するかを考えてみるのが重要である。この報道によってそういった人々が自殺をする可能性が高まってしまうだろうか、それとも、なんらかの助けを求めようとする可能性が高まるだろうか。

6. 使用する用語についての推奨

次のような用語を使用すべきである：

- 自殺
- 自殺による死亡
- 自殺未遂
- 自殺既遂
- 自殺の危険性がある人物
- 自殺防止支援

自殺が複雑な問題であるという一般認識を高める。たとえそれがどんなに苦痛を伴うものであったとしても、たった1つの事件がきっかけで自殺を決心する人はいない。また、社会状況のみを取上げて自殺について語ることもできない。1人の人間が自殺を決心するに至るまでには様々な要因が関係している。そのため、「深刻な個人的問題が原因で自殺せざるを得なかった」といっ

た主旨の描写をするべきではない。

専門家の意見を請う。サマリタン協会の報道局(The Samaritans' Press Office)は、自殺に詳しい著名な専門家を紹介し、また過去の事例に基づいて自殺をどう描写すべきかについてのアドバイス提供している。

自殺に関する根拠のない通念を払拭する。こういった通念の正当性に疑問を投じること、自殺に関する一般認識を高めるためのひとつの機会として捉えられる。

自殺のリスク要因を積極的に提示する。

自殺に寄与する要因について、医療専門家による討議を奨励する。

報道のタイミングを検討する。同時期に複数の人々が自殺で死亡した、というニュースは話題性や報道価値が高くなる。しかし「そのわずか数日後に新たな自殺者が・・・」という主旨の報道は、複数の自殺事件の関連性を示唆するものであることから、特に注意が必要である。実際、自殺は1日当たり17件の頻度で発生しており、そのほとんどが報道されていないのである。

追加的な情報源や相談窓口を具体的に提示する。記事もしくは番組の最後で適切な相談窓口を紹介することにより、自殺願望を抱えているかもしれない人々に対し、手を差し伸べてくれる人々の存在、そしてプラスの選択をする余地があることを示す。

自殺に関する報道が、自殺未遂者や自殺者の遺族に及ぼすインパクトを考える。自殺未遂者に対するサポートとしてはサマリタン協会についての情報を、そして自殺者の遺族に対するサポートとしてはThe Compassionate FriendsもしくはCruseについての情報を提供すると良いだろう。

自分自身のケアも忘れないこと。自殺の報道は、報道する側にとっても非常に大きな精神的負担を伴うものである。経験を積んだニュースレポーターでも、取り扱った

題材と自らの経験との間になんらかの接点が見出されてしまうような場合は特に注意が必要である。そんな場合は、同僚や友人や家族、もしくはサマリタン協会に自らの心境を打ち明けてみると良い。

次のような用語の使用は控えるべきである：

- 自殺の成功
- 自殺の失敗
- 自殺の罪を犯す(“commit suicide”) 自殺は 1961 年に犯罪の枠から外されたため、commit(罪を犯す)という用語の使用は控えるべきであり、自らの命を絶つ (take one's life) もしくは自殺による死亡 (die by suicide) という表現を用いるとよい)
- 自殺犠牲者
- 狂言自殺
- 自殺に走りやすい人
- 自殺の流行を阻止

自殺を簡単な説明で片付けてはならない。自殺に至った経緯は一見明白かもしれないが、たったひとつの要因や事件が原因で自殺という結果が引き起こされることは絶対にはない。一時の情動やひとつの劇的な事件を根拠に自殺を語ろうとする報道には問題がある。ニュース特集などを通じ、自殺が起こった背景事由の詳細なる分析を提供すると良い。

自殺の現実を軽んじてはならない。自殺未遂者が即座に健康を回復したような印象を与える報道や、パラセタモールの過剰摂取は「肝機能が徐々に失われて死に至る」というかなりの苦痛が伴う自殺手法であるという現実を曖昧にしたうやむやにした報道は危険である。

報道においては、自殺の具体的手法を明

示することは控えること。ある人物が一酸化炭素中毒で死亡したという報道そのものには危険性がなくても、自殺の実行手順や仕組みに関する詳細な報道は、自殺の危険性を持つ人々による後追い行為を誘発しかねない。過剰摂取のために用いられた錠剤の種類と数を明記する際は特に注意が必要である。

自殺を美化したり空想的に描写したりしない。コミュニティ全体が悲しみに暮れるように焦点を当てたような報道は、そのコミュニティが死者の死を悼むというよりは、自殺行為に敬意を表しているような印象を与えかねない。

自殺によってもたらされるプラスの効果が必要以上に強調しない。自殺によって人々に後悔の念を呼び起こさせることができる、あるいは自殺することによって褒めてもらえる、といったような、自殺がなんらかの成果をもたらすような印象を与える報道は危険である。たとえば、子供の自殺や自殺未遂が結果として別居夫婦の和解につながった、あるいは学校のいじめっ子らが公然と非難される結果となった、という主旨のソープオペラや新聞記事は、似たような状況の子供たちに対し、自殺がひとつの魅力的な選択肢であるという印象を与えかねない。

7. 事実の報告に関する指針

上述の一般ガイドラインに加え、自殺の事実を報道するジャーナリストが検討すべき特別な事項がいくつかある。

ニュース報道

自殺の報道や特集には、慎重且つ細心の注意が必要である。報道においては自殺の具体的手法(服用された錠剤の数等)に言及することは控えるべきであり、自殺と関

連性のある劇的な写真や映像の使用は可能な限り回避すべきである。自殺の経緯を確認もしくは再現する場合は、実際に自殺に用いられた手法の具体的描写は回避し、ロングショットや画面の転換などといった手法を使用するのが望ましい。

相談窓口を通じたサポート

ある特定の番組や記事が視聴者や読者に多大な影響を及ぼすことは少なくない。そのため、相談窓口あるいはその他の形式のサポートの提供が望まれる。(サマリタン協会の連絡先は 08457 90 90 90)

プラスの効果

自殺や自殺に関わる問題を強調する上でプラスに働いた番組や記事が存在することを忘れてはならない。

8. 自殺についての劇的描写

登場人物

自殺行為に影響を及ぼす重要な要因のひとつとして挙げられるのが、登場人物の選び方である。その登場人物に視聴者が自らを重ねてしまったような場合、後追い行為が誘発される可能性が高まる。その登場人物が若くて思いやりのある人物であった場合は特にこの傾向が強くなる。自殺のリスクは若年層ほど高く、メディアの影響力も若年層において最も強いと考えられている。

死ぬ方法

服毒や飛び降り自殺などのような単純な自殺方法は、模倣も容易である。介入が困難な自殺手法やその具体的手順(排気管にホースを挿入する、など)についての描写は回避すべきである。自殺手段についての具体的説明は内容の如何を問わず危険である。

フォローアップ

登場人物の自殺もしくは自殺未遂の後、本人及び周囲の人々にどういった変化が起こるだろう。自殺を図った登場人物が美化されるような内容、あるいは自殺/自殺未遂によって困難な状況が解決方向に向かうことを示唆するような内容は特に危険である(「こんなことになってしまい、みんなが後悔している」など)。自殺を取り巻く様々な感情がくまなく取上げられ、その他の登場人物の声に耳が傾けられているだろうか。

放送時間

放送時間や放送日を考える必要がある。クリスマスやバレンタインデーは、自殺の話題に特に敏感になりがちである。また、放送時間に相談窓口やサポートが提供されているかどうかを検討する必要がある。自殺リスクを抱える人にとって、祭日や週末や深夜は相談相手のいない時間帯である可能性が高い。

相談窓口を通じたサポート

相談窓口についての情報を提供する告示の掲載を検討する。サマリタン協会は24時間相談を受け付けている: 08457 90 90 90

9. 何をすべきか、そしてサポートの存在

自殺の危険を抱えていても、感じ方や反応の仕方は人それぞれである。そのため、ある人物が落ち込んでいるかどうか、あるいは自殺を考えているかどうかを判断するのは非常に難しい。しかし、前述の通り、自殺の危険性を示唆する要因がいくつか存在することも確かである。自殺の心配がある人がいる場合は、専門家や知人に相談するよう本人を説得し、あるいは友人、隣人、家族、教師、一般医、医師、サマリタン協会など、話を聞いてくれそうな信頼の置き

る人物に自分の気持ちを打ち明けてみるよう説得してみるとよい。力になれる人が存在するはずである。

サマリタン協会

サマリタン協会は年中無休・24時間体制で自殺の危険を抱える人々に対し、秘密厳守で精神的サポートを提供している。訓練されたボランティアが、批判や説教を交えることなく相談者の話に耳を傾けるというシステムである。2000年、サマリタン協会は480万件の相談を受けており、これは毎秒7件の相談があったことを意味する。

サマリタン協会(08547 90 90 90)へはイギリス国内どこからでも市内通話の料金でコンタクトできる。アイルランド共和国での番号は1850 60 90 90である。サマリタン協会の支部を直接訪問することも可能である(サマリタン協会の支部の住所と電話番号は地方の電話帳に掲載されている)。Eメールでの相談はjo@samaritans.orgで、書面での相談はサマリタン協会, PO Box 90 90, Stirling, FK8 2SAで受け付けている。

その他の相談窓口

サマリタン協会 General Office (020 8394 8300)は、その他の相談窓口についての情報も提供している。

自分自身のケア

自殺願望を持つ人にサポートを提供する人たちは、自分自身のケアも欠かしてはならない。

10. コメント

「ドラマなどでは、自殺の手法に必要以上に固執することは避けるべきである。また、自殺行為/行動を見世物にしたり美化した

りするようなドラマや、自殺によってもたらされる正の効果を過剰に強調するようなドラマについては、編集にあたって細心の注意が必要である。ニュース報道において自殺は正当な題材であるとは言え、事実を詳細に報告することが自殺を助長する結果となる場合もある。自殺を美化したり、簡単な説明で片付けたり、遺族の悲しみを逆手に取ったりするような報道は控えるべきである。また特別な事情がない限りは、自殺手法の詳細な説明や図解による例示は回避すべきである。特殊な手法で自殺が図られている場合にはとりわけ注意が必要である。」

BBC Producer's guidelines

「第4チャンネルにおける番組支援は、常にサマリタン協会との協力関係を重視してきた。自殺の危機にある視聴者らに最良のサポートを提供するという第4チャンネルの任務を全うすることができたのは、「ブルックサイド(Brookside)」や「特派(Dispatches)」などの多岐に渡る番組制作においてサマリタン協会の専門知識を得ることができた賜物である。」

Kate Norrish, Editor Programme Support,
Channel 4

「これは素晴らしいガイドラインである。メディアとしての責任が果たしているかどうかのチェック機能を果たしながらも、メディアの独創性を損なうことなく、また「視聴者の自分で考える力」を過小評価していない。」

John Yorke, Executive Producer,
EastEnders

1 1 . 参考文献

- (1) Data from Office for National Statistics (England and Wales), Registrars General for Scotland and for Northern Ireland. ICD Codes E950-9, E980-9, excluding E988.8
- (2) Data from Office for National Statistics (England and Wales), ICD Codes E950-9, E980-9, excluding E988.8
- (3) Hawton, K, Hall, S, Simkin, S, Harriss, L, Bale, E and Bond, A, "Deliberate self-harm in Oxford 2000", University of Oxford, Centre for Suicide Research, Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford
- (4) Hawton, K, "Suicide and attempted suicide" in Handbook of Affective Disorders, ed. Paykel, ES, Churchill Livingstone, Edinburgh 1992
- (5) Williams, K, and Hawton, K, "Suicidal behaviour and the mass media: Summary of the findings from a systematic review of the research literature", Centre for Suicide Research, Department of Psychiatry, Oxford University Information available on www.befrienders.org/media
- (6) Hawton, K and Williams, K, " The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention" Crisis 2001; Volume 22(4): 137-140
- (7) Schmidtke, A and Schaller, S, " The role of mass media in suicide prevention"
- (8) The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, ed, Hawton, K and van Heeringen, K, Wiley, Chichester, 2000
- (9) Schmidke, A and Häfner, H, 1988. "The Werther effect after Television films evidence for an old hypothesis2." Psychological Medicine, 18: 665-676
- (10) Veysey, MJ, Kamanyire, R, and Volans, GN, (1999), "Antifreeze poisonings give more insight into copycat behaviour", British Medical Journal, 319:1131
- (11) Hawton, K, Simkin, S, Deeks, JJ, O'Connor, S, Keen, A, Altman, DG, Philo, G and Bulstrode, C, (1999), "Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self-poisoning: Time series and questionnaire study", British Medical Journal, 318:972-7
- (12) Sonneck, G, Etzersdorfer, E and Nagel-Kuess, S, "Subway suicide in Vienna (1980-1990): A contribution to the imitation effect in suicidal behaviour", in Suicidal Behaviour in Europe: Recent Research Findings, eds P Crepet, G Ferrari, S Platt and M Bellini, John Libbey, Rome, 1992

注：本ガイドラインの翻訳は中山がサマリタン協会より許諾を得て行った。原文はサマリタン協会 (www.samaritans.org) の以下ページより入手可能である。

サマリタンは1日24時間を通じて、苦悩や絶望を感じている人、自殺をしそうな人への、感情的なサポートを提供するためのホットライン（電話相談）を提供している。イギリスとアイルランドで活動を行っており、公認慈善事業としてイギリスで登録されている。

本ガイドラインのアドレス：

www.samaritans.org/know/media_guide.shtm