

**Table 3: Recognition of mental disorders by physicians among patients with major depressive disorder (n = 27) as evaluated by the PHQ.**

Recognition by physician	Clinical diagnosis by physician	n	% of patients with major depressive disorder	n	% of patients with major depressive disorder
Any mental disorder		21	77.8		
	Mood disorder			3	11.1
	Anxiety disorder			3 <sup>a</sup>	11.1
	Alcohol-related disorder			1	3.7
	Insomnia			14 <sup>b</sup>	51.9
	Dementia			1	3.7
	Other			4	14.8
	Uncategorizable			2	7.4
No mental disorder		6	22.2		

Because multiple answers were allowed in the clinical psychiatric diagnosis, the total number of diagnoses was 28 and the number of diagnoses per patient was 1.33 for patients with major depressive disorder. Also, the numbers for anxiety and insomnia include patients diagnosed with a mood disorder: <sup>a</sup>1, <sup>b</sup>2.

further significant problem of likely dependence on the medication. In addition, no patients were referred to mental health specialists. These results seem consistent with the higher rate of insomnia clinically diagnosed by physicians, the lower rate of correct clinical diagnosis of depression, and the lower estimate of the severity of mental disorders. Even for patients judged by physicians as having a mood disorder, the prescription rate of antidepressants by physicians was low (26.7%). Although it is controversial whether antidepressants should be prescribed to patients with mild depression in primary care settings [3,25], the results of the present study suggest

that appropriate care may not always be provided for depressed patients even when physicians become able to accurately diagnose depression. Given such a situation, physicians must at least recognize and monitor depressive disorders to judge the necessity of care and referral to mental health specialists.

#### Advantages of the study

No prior study has surveyed recent data of depression prevalence and physicians' recognition rate of depression at a general internal medicine outpatient clinic in Japan.

**Table 4: Recognition of mental disorders by physicians among patients with any mood disorder (n = 52) as evaluated by the PHQ**

Recognition by physician	Clinical diagnosis by physician	n	% of patients with any mood disorder	n	% of patients with any mood disorder
Any mental disorder		31	59.6		
	Mood disorder			7	13.5
	Anxiety disorder			5 <sup>a</sup>	9.6
	Alcohol-related disorder			2	3.8
	Insomnia			18 <sup>a</sup>	34.6
	Dementia			1	1.9
	Other			6	11.5
	Uncategorizable			2	3.8
No mental disorder		21	40.4		

Because multiple answers were allowed in the clinical psychiatric diagnosis, the total number of diagnoses was 41 and the number of diagnoses per patient was 1.32 for patients with any mood disorder. Also, the numbers for anxiety and insomnia include patients diagnosed with a mood disorder: <sup>a</sup>3.

**Table 5: Prescription of psychotropic medicine by physicians.**

	Major depressive disorder n = 27		Any mood disorder n = 52	
	n	%	n	%
Antidepressant (including sulphiride)	2	7.4	5	9.6
Anxiolytic/Hypnotic	16	59.3	22	42.3
No psychotropic medicine	11	40.7	29	55.8

% is in patients with depressive disorder evaluated by the PHQ.

Patients prescribed both antidepressant and anxiolytic/hypnotic: Major depressive disorder (2), any mood disorder (4).

One patient with major depressive disorder who was prescribed an antidepressant from another hospital was not included.

In addition, this is the first study reporting prescription rates of antidepressants to all consulted patients.

The present study was performed in a hospital located in a rural area where the proportion of the elderly is high. Generally, medical resources are poorer in rural areas than in urban areas, and elderly people have more chronic physical illnesses. Thus, general internal medicine in a rural area has an important primary care role in the community, especially for the elderly. In fact, most participants in the present study were geriatric patients. The findings are useful for constructing an effective intervention model to care for depressed patients in rural areas in Japan.

The rate of patients who did not participate in a similar survey performed in a rural French area using the PHQ was 14.1% (11.4% refused to participate, and 2.7% did not have enough time to answer) [26]. The rate of patients who did not participate in the present study was half (7.1%) that of the French study. This suggests that the bias caused by refusal to participate in the present study may be smaller than that of the previous study. Furthermore, the rate of patients who did not participate in the survey using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) was more than 40% [27]. Use of the PHQ instead of a semi-structured interview is one reason for the increased rate of participants. However, the bias from using the PHQ, which is a self-administered questionnaire, instead of a semi-structured interview may be unavoidable, as discussed in the following section.

#### Limitations of the study

The present study has several limitations. First, as discussed above, we used self-administered questionnaires (the PHQ and the GAD-7) to evaluate depressive disorders and comorbid psychiatric disorders. The PHQ addresses symptoms only for a two-week period and may include bereavement reactions, mood disorders caused by physical disorders or medications, and/or depressive episodes of bipolar disorders. Although the Japanese PHQ has high sensitivity and specificity for major depres-

sive disorder, evaluation using a diagnostic interview, such as the semi-structured clinical interview for DSM-IV, will increase the validity of the results. Second, we surveyed only five physicians in one hospital. To increase the generalizability of the present results, a study including multiple hospitals or clinics is needed. Third, we judged cognitive impairment based on brief semi-structured interviews of patients or accompanying persons. Sometimes it is difficult to discriminate between depression and cognitive impairments caused by dementia in the geriatric population. A study using a screening or diagnostic tool with higher performance to exclude cognitive impairment is needed. Finally, we surveyed a history of psychotropic medicine prescription on the consultation day. However, the prescription may be reflected behavior by previous physicians rather than the one carrying out the current diagnosis.

#### Conclusions

The prevalence of depression at a general internal medicine outpatient clinic was higher in the present study than in the Japanese community. Thus, general internists can play a role as gatekeepers for diagnosing untreated depressed patients in the community. However, physicians did not recognize depressed patients, even in severe cases. The prescription rate of antidepressants to depressed patients and the referral rate of depressed patients to mental health specialists were also low. In addition, the prescription rate of antidepressants to patients whom physicians diagnosed as having a mood disorder was also low.

There are multiple barriers to providing appropriate care for patients with depression, such as recognition of depression, judgment of its severity, prescription of antidepressants and referral to mental health specialists. Collaborative care models developed and shown to be effective in the US and UK [5] to care for depressed patients by general practitioners and primary care physicians cannot be applied directly to the Japanese medical system.

Physicians can recognize insomnia comorbid with depression and can judge the presence of a mental disorder in depressed patients. Thus, an important step is to change physicians' attitude to depression into "it is our business" to find depression. The additional step is to perform screening and then to monitor the screening-positive patients and to refer them to mental health specialists. In addition to constructing a screening and monitoring system of depression, an educational intervention for physicians is key for improving the quality of life of depressed patients at general internal medicine outpatient clinics and of missed depressed patients in the community.

#### Competing interests

MI received speaking fees from Eli Lilly.

#### Authors' contributions

All authors have read and approved the final version of the manuscript. MI was the principal investigator and developed the original idea for the study. TO, MI, YO, and MK designed the study. TO, MI, YO, MK, and AS performed the survey. KM developed several Japanese questionnaires used in our survey. TO and MI analyzed data and prepared the manuscript. MY was a supervisor.

#### Acknowledgements

This work was supported by a grant for Research on Psychiatric and Neurological Diseases and Mental Health from the Ministry of Health, Labour and Welfare.

We thank Ms. Asako Yoshida and Mr. Fumiji Takahashi for helping with patient interviews and Mr. Nobuo Nomura, Mr. Kazunori Yaegashi, Ms. Mieko Okudera, and Ms. Miyako Ishikawa for their kind support.

#### Author Details

<sup>1</sup>Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira City, Tokyo, Japan, <sup>2</sup>Section of Medical Research for Suicide, Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira City, Tokyo, Japan, <sup>3</sup>Oshu City Magokoro Hospital, Oshu City, Iwate, Japan, <sup>4</sup>Iwate Mental Health Center, Morioka City, Iwate, Japan and <sup>5</sup>The Clinical Psychology Course, Graduate School of Niigata Seiryu University, Niigata City, Niigata, Japan

Received: 15 February 2010 Accepted: 26 April 2010

Published: 26 April 2010

#### References

1. World Health Organization: *The global burden of disease 2004 update* WHO, Geneva; 2008.
2. Von Korff M, Goldberg D: **Improving outcomes in depression.** *BMJ* 2001, **323**:948-949.
3. Tylee A: **Identifying and managing depression in primary care in the United Kingdom.** *J Clin Psychiatry* 2006, **67**(Suppl 6):41-45.
4. Wolf NJ, Hopko DR: **Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review.** *Clin Psychol Rev* 2008, **28**:131-161.
5. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ: **Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes.** *Arch Intern Med* 2006, **166**:2314-2321.
6. Kawakami N: **Study on World Mental Health Japan Survey (Kokoro no kenko ni tsuite no ekigakuchosa ni kansuru kenkyu [in Japanese]).** In *2004-2006 A Report for the Health Labour Sciences Research Grant* The Ministry of Health Labour and Welfare; 2007.
7. Naganuma Y, Tachimori H, Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, et al.: **Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003.** *Psychiatry Clin Neurosci* 2006, **60**:240-248.
8. Government of Japan: *The comprehensive suicide prevention initiative* Government of Japan, Tokyo; 2007.

9. Nakane Y, Michitsuji S: **Results from the Nagasaki Center.** In *Mental Illness in General Health Care: An International Study* Edited by: Ustun TB, Sartorius N. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1995:193-209.
10. Ministry of Health, Labour and Welfare: **The Patient Survey.** In *Statistical Surveys conducted by Ministry of Health, Labour and Welfare* Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo; 2008.
11. Huang CQ, Dong BR, Lu ZC, Yue JR, Liu QX: **Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature.** *Ageing Res Rev* 2010, **9**:131-141.
12. Ministry of Internal Affairs and Communications: **2005 Population Census.** In *The Population Census* Ministry of Internal Affairs and Communications; 2005.
13. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID), Clinical Version* Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
14. Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, Muramatsu Y, Yoshida M, Otsubo T, Gejyo F: **The patient health questionnaire, Japanese version: validity according to the mini-international neuropsychiatric interview-plus.** *Psychol Rep* 2007, **101**:952-960.
15. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG: **Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study.** *JAMA* 1994, **272**:1749-1756.
16. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB: **Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire.** *JAMA* 1999, **282**:1737-1744.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: **The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.** *J Gen Intern Med* 2001, **16**:606-613.
18. Wittkampf KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC: **Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review.** *Gen Hosp Psychiatry* 2007, **29**:388-395.
19. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C: **Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis.** *J Gen Intern Med* 2007, **22**:1596-1602.
20. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B: **A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.** *Arch Intern Med* 2006, **166**:1092-1097.
21. Muramatsu K, Muramatsu Y, Miyaoka H, Fuse K, Yoshimine Fi, Hosaka M, Katagiri A, Kutsumi R: **Validation and utility of a Japanese version of the GAD-7.** *PANMINERVA MEDICA 20th World Congress on Psychosomatic Medicine Abstracts Book* 2009, **51**(Suppl 1 to No 3):79.
22. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S: **Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis.** *Lancet* 2009, **374**:609-619.
23. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T: **Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003.** *Psychiatry Clin Neurosci* 2005, **59**:441-452.
24. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS, National Comorbidity Survey Replication: **The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).** *JAMA* 2003, **289**:3095-3105.
25. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J: **Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis.** *JAMA* 2010, **303**:47-53.
26. Norton J, De Roquefeuil G, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A, Tylee A: **Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use.** *Gen Hosp Psychiatry* 2007, **29**:285-293.
27. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z: **Psychiatric disorders in older primary care patients.** *J Gen Intern Med* 1999, **14**:249-254.

#### Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:  
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/30/prepub>

doi: 10.1186/1471-244X-10-30

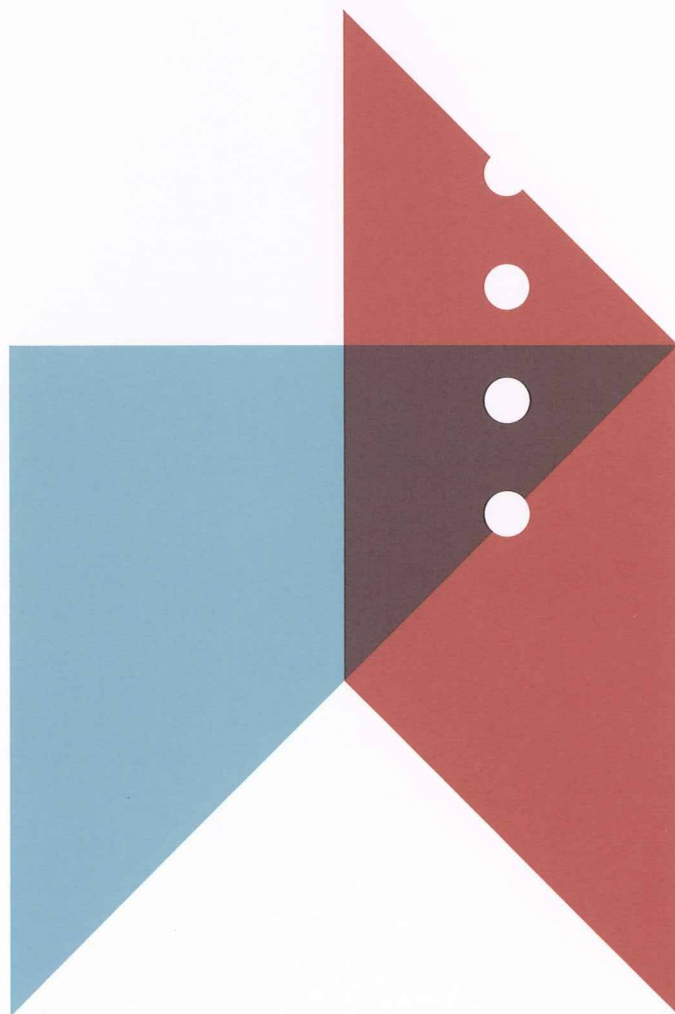
**Cite this article as:** Ohtsuki et al., Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study *BMC Psychiatry* 2010, **10**:30

# No.6

## ニュージーランド 自殺予防活動計画

2008-2012  
活動のエビデンス

ニュージーランド政府





## ブックレット刊行にあたって

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

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

本書が広く活用され、自殺対策の推進につながることを期待しております。

平成19年2月

国立精神・神経センター精神保健研究所  
自殺予防総合対策センター

## ブックレット No.6 刊行にあたって

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

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

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

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

# ニュージーランド 自殺予防

## 活動計画

2008 - 2012

活動のエビデンス

ISBN 978-0-478-37283-1 (Online)  
ISBN 978-0-478-37283-1 (Print)  
HP 4232

本書の複製（英）はニュージーランド保健省のホームページで見ることができます。  
<http://www.moh.govt.nz/suicideprevention>



www.moh.govt.nz

# マオリ語 自殺防止

自殺防止

2008-2012

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

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

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



# 緒 言

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

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

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

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

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

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

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

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

# 謝 辞

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

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

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

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

Hon Jim Anderson  
Associate Minister of Health (ニュージーランド保健大臣)

# 目次

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



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



# はじめに

## 自殺予防活動計画 2008-2012

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

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

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

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

## 戦略と活動計画の枠組み

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

### 展 望

全ての人々が以下のように感じる社会が、本戦略の展望である。

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

### 目 的

本戦略の総合的な目的は以下である。

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

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

### 目 標

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

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

## 実施の原則

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

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

## ニュージーランドの自殺について

### 問題の大きさ

毎年、約 500 名のニュージーランド人が自殺で死亡しており、その約 10 倍の人数が自傷のために入院している（注釈 1）。15.7%のニュージーランド人が一生のうち一度は希死念慮を持つと答えており、5.5%の人が自殺を計画し、4.5%が自殺を実行している（Oakley Browne et al 2006）。

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



## 危険性の高い集団

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

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

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

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

## 経時的な変化

### 全体の傾向

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

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

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

### 年齢階層別の傾向

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

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

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

- 
1. ニュージーランドでは自殺企図の代理指標として意図した自傷を使用している。
  2. 3 年移動平均線は、その年とその前後の年の自殺率の平均として表している（2000-2002 年、2001-2003 年、2002-2004 年）。3 年移動平均を使用することで、各年ごとの変動を平滑化し、経時的な変化の傾向をより明確に描出可能としている。

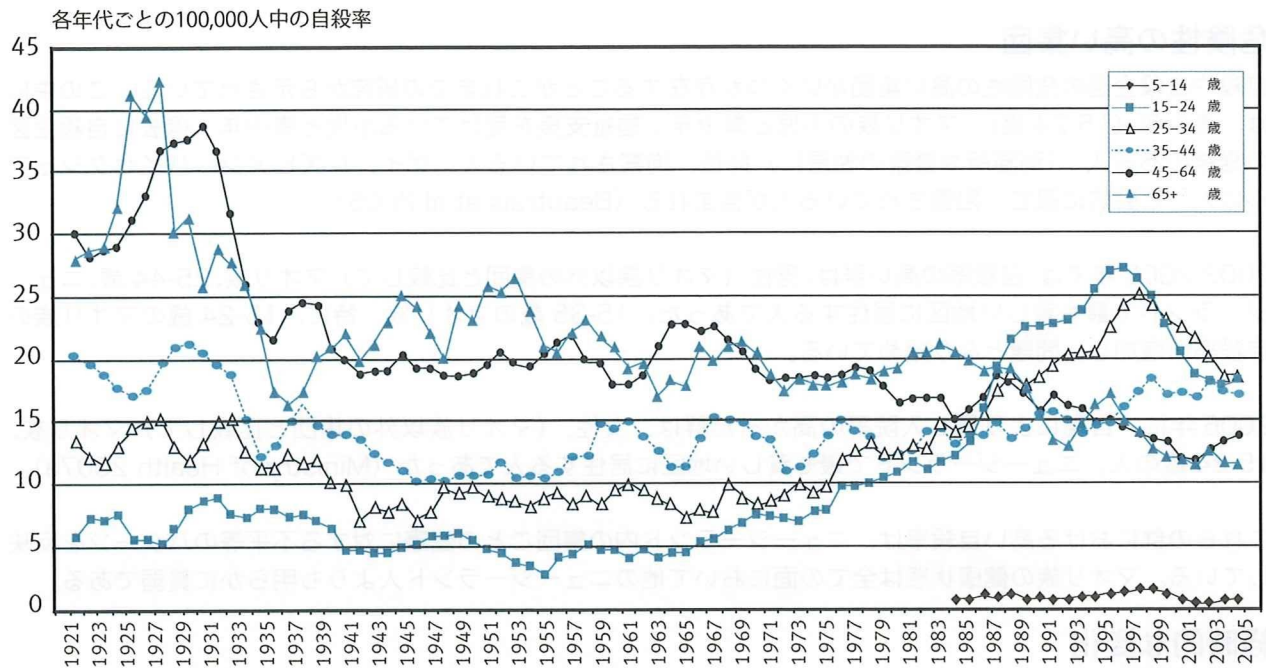


図 1：年齢別自殺率、3年移動平均で表示、1921-2005年  
 出展：ニュージーランド情報サービス (New Zealand Health Information Service)

### 性別の傾向

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

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

### 民族ごとの傾向

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

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



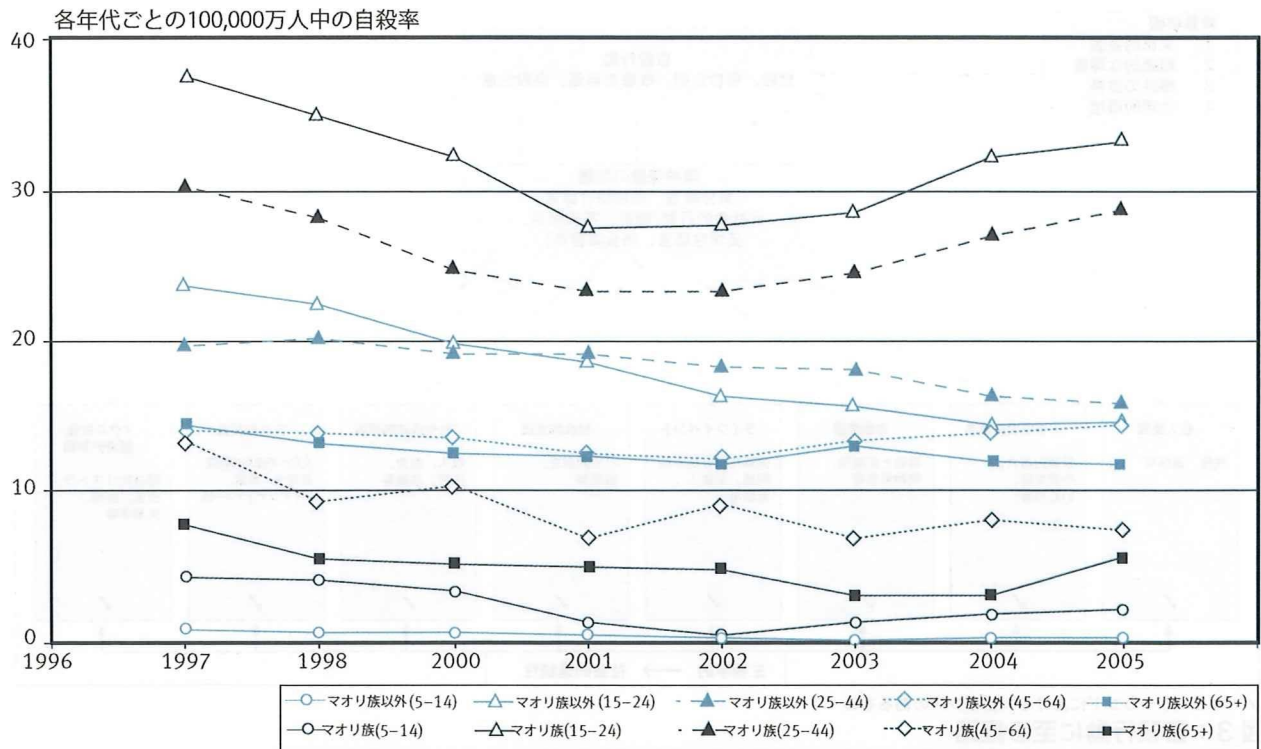


図 2：年齢別、民族別（マオリ族とマオリ族以外）の3年移動平均、1996-2005年  
 出展：ニュージーランド情報サービス（New Zealand Health Information Service）

### 社会経済状況による傾向

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

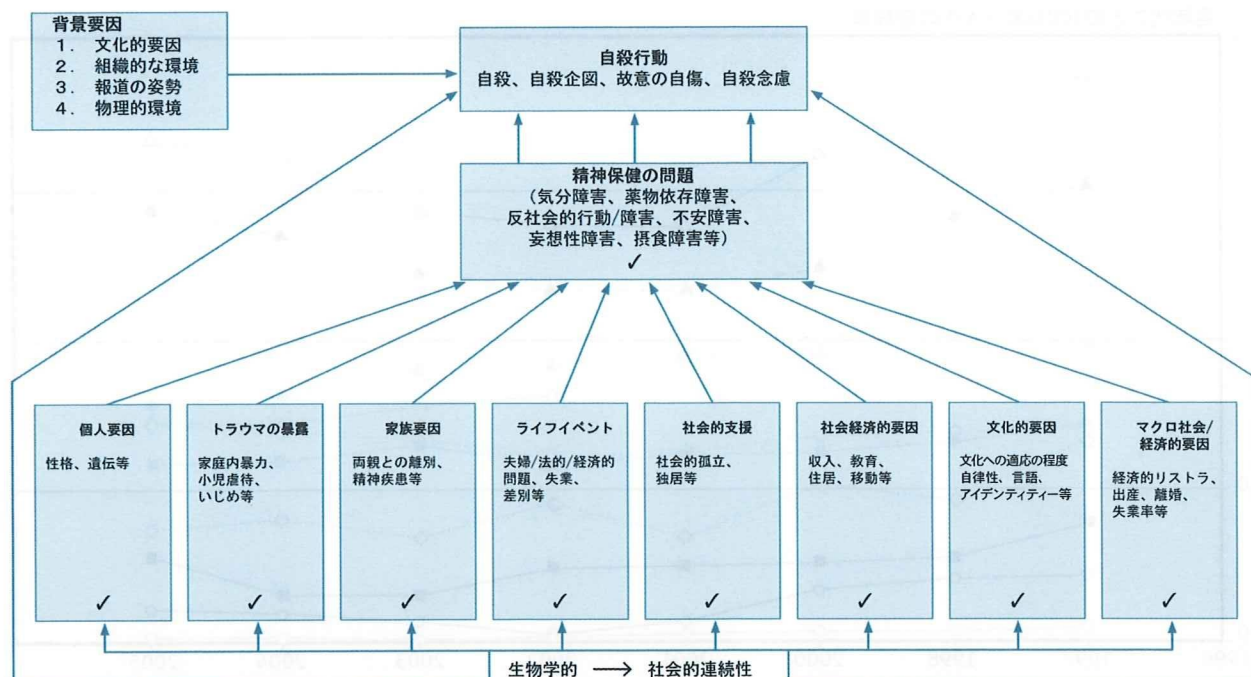
### 自殺に至る危険要因

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

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

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

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



✓ : ニュージーランドにおけるエビデンスのあるもの

図 3 : 自殺行動に至る経路

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

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

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

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

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

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

### 予防要因

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



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

## 健康についてのマオリ族の理解

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

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

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

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

## マオリ族とともに取り組む場合のアプローチと関与の仕方

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

## マオリ族に対する効果的な保健サービスの提供

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

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



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

## 人口集団ごとの問題

### 男女

#### 自殺行動

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

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

#### 危険要因

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

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

#### 自殺予防との関係

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

### 小児および青少年

#### 自殺行動と精神障害

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

#### 危険要因と保護要因

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