

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

国際的自殺対策の実態、および課題把握のための調査研究

研究分担者 藤森 麻衣子 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)  
研究協力者 山内 貴史 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)  
小高 真美 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)  
竹島 正 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨

【目的】本研究は、海外での自殺対策の取り組みとその評価の実際を把握し、我が国の新たな自殺対策への示唆を得る。

【方法】WHO World Suicide Report 会議出席者を対象に、過去 5 年間の自殺対策の取り組み活動と評価に関する活動についての自己記入式の質問票に回答を求めた。

【結果】研究参加者は、アジア、欧米、オセアニアから参加した 23 名(回答率 54.8%) であり、経験 20 年以上の精神科医師、精神医学博士が半数を占めたが、欧米と比して日本を含むアジアの国々では医師の割合が高い傾向にあった。主な活動は、公衆衛生、疫学、精神医学の領域での研究であることが示されたが、日本を含むアジアでは臨床を主な自殺対策活動としている者の割合が高かった。自殺対策に取り組む研究者は、過去 5 年間に 3 つの「自殺対策の取り組み」に関与していることが示された。一方で、「自殺関連の取り組みに対する評価」への関与は少なく、行っていないという回答が 60%を占めた。「自殺対策の取り組み」は、危険因子への対策、効果的な予防戦略への意識の増加、自殺関連死の予防に関するものが多く、その対象は、青年期から老年期、未遂者、遺族まで多岐にわたり、その活動は、政府、公衆衛生、精神保健関係者と研究者との協働により、無作為化比較試験、コホート、症例報告により検討されていることが示された。我が国においては、欧米と比して「効果的な予防戦略への意識の増加」を主題とした取り組み、社会的弱者関連団体、自殺未遂者・家族、NGO・家族会、研究者との協働、システマティックレビューのデザインによる取り組みが少ないことが示唆された。

【考察】「自殺対策の取り組み」の主題、対象、協働者、デザインは多岐にわたって行われているが、「自殺対策の問組みに対する評価」は少なく、今後の課題である。【結論】日本は自殺対策基本法をもとに、国を挙げて自殺対策に取り組んできた経緯があり、それをさらに発展させるためにも、国際機関や諸外国と連携して、国としての、また国際的な自殺対策の発展に寄与することが望まれる。

A. 研究目的

日本の自殺死亡率は欧米の先進諸国に比べても高い状態となっている。1998 年の自殺死亡急増を機会に自殺予防の取組が行われ、2006 年に自殺対策基本法、2007 年には自殺総合対策大綱が策定され、国を挙げて自殺対策に取り組んできた。

その成果もあり、2010 年より自殺者数は減少傾向にある。また、2012 年 8 月の自殺総合対策大綱の見直しを踏まえ、若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実するなど、新たな取り組みが求められている。また、国の対策の評価が求められている。

そこで本研究では、国際的・学際的な自殺

対策の取り組みとその評価の実際を把握し、今後の自殺対策への示唆を得ることを目的とする。

## B. 研究方法

調査対象：2013年12月16-17日に日本で開催された、(独)国立精神・神経医療研究センター、WHO、WHO西太平洋事務局の主催による第2回World Suicide Report会議出席者

方法：自己記入式質問票を用いた横断調査(調査期間：2013年11月15日-2014年2月22日)

調査項目(付録1): 背景(所属国、所属機関、学位、専門分野、主な活動、経験年数)

過去5年間の自殺関連の取り組み(テーマ、協働者、対象者、デザイン、予算)

過去5年間の自殺関連の取り組みに対する評価(テーマ、協働者、対象者、デザイン、予算)

分析：それぞれの回答について記述統計を算出した。また、地域による自殺対策の違いを検討するために、対象者の所属地域を日本(5名)、アジア(7名)、欧米(9名)に分け、それぞれの回答と所属地域の二乗検定を行った。

(倫理面への配慮)

調査に先立ち、対象者に対して本調査の目的、方法を書面と口頭にて説明し、調査への回答をもって参加同意の意思を確認した。

## C. 研究結果

### 調査参加者の背景

第2回World Suicide Report会議出席者42名中23名(回答率：54.8%)が調査用紙に回答した。調査参加者の所属国は、日本5名(21.7%)、アジア7名(30.4%)、ヨーロッパ7名(30.4%)、北アメリカ2名(8.7%)、オセアニア2名(8.7%)であった。南アメリカ、アフリカからの回答は得られなかった。所属施設は、大学9名(34.6%)、研究所4名(15.4%)、病院4名(15.4%)、その他9名

(34.6%)であった。学位は、医学博士6名(26.1%)、医師6名(26.1%)、医学以外の博士9名(39.1%)、修士2名(8.7%)であった。欧米は日本、アジアよりも医学以外の博士(8名)が有意に多かった。専門領域は、精神医学17名(51.5%)、公衆衛生8名(24.2%)、その他8名(24.2%)であった。経験年数の中央値は、20年(3-35年)であった。主な活動は、研究16名(50%)、臨床8名(25%)、教育4名(12.5%)、政策策定4名(12.5%)であり、欧米は日本、アジアに比べて研究(10名)の割合が高かった。自殺関連の主な活動は、公衆衛生17名(32.1%)、疫学14名(26.4%)、精神医学11名(20.8%)、心理学5名(9.4%)、その他6名(11.3%)であった(表1)。

### 過去5年間の自殺関連の取り組み

過去5年間の自殺関連の取り組みは平均3.4、中央値3(0-10)であり、研究費は平均852,119USドル、中央値32,840USドル(0-30,000,000USドル)であった(表2)。主題は、危険因子への対策28(22.6%)、効果的な予防戦略への意識の増加24(19.4%)、自殺関連死の予防20(16.1%)、スティグマの減少11(8.9%)、発生データ集積の向上10(8.1%)、効果的介入や評価の向上5(4.0%)、自殺未遂者による再度の自殺企図の予防5(4.0%)、保健医療システムの強化4(3.2%)、人的資源の訓練4(3.2%)、社会システムの強化3(2.4%)、こころの健康増進3(2.4%)、遺族支援強化2(1.6%)、民間組織との連携強化2(1.6%)、その他3(2.4%)であった(表3)。地域別には、効果的な予防戦略への意識の増加で欧米(9)が有意に多かった。

協働者は、公衆衛生機関30(16.3%)、精神保健機関30(16.3%)、関連政府機関28(15.2%)、研究者25(13.6%)、NGO・家族会10(5.4%)、教育機関9(4.9%)、法律機関7(3.8%)、司法機関5(2.7%)、政治家4(2.2%)、社会的弱者関連団体6(3.3%)、自殺未遂者・家族5(2.7%)、地域団体・宗教関係者6(3.3%)、メディア5(2.7%)、国家

統計機関 3 (1.6%)、専門機関 2 (1.1%)、民間セクター 2 (1.1%)、その他 1 (0.5%)、なし 7 (3.8%) であった (表 4)。地域別には、社会的弱者関連団体、自殺未遂者・家族、NGO・家族会、研究者で欧米 (それぞれ 6, 5, 9, 23) が有意に多かった。

対象は、若年成人 48 (23.3%)、中年者 38 (18.5%)、高齢者 37 (18.0%)、未遂者 30 (14.6%)、遺族 27 (13.1%)、その他 20 (9.7%) であった (表 5)。その他の主な回答は未成年であった。地域別には、中年者への取り組みは欧米 (10) で有意に多かった。

デザインは、症例報告 14 (14.7%)、無作為化比較試験 12 (12.6%)、前向きコホート 12 (12.6%)、比較のない研究 9 (9.5%)、システムティックレビュー 8 (8.4%)、後ろ向きコホート 5 (5.3%)、前向き症例対照研究 5 (5.3%)、後ろ向き症例対照研究 3 (3.2%)、エキスパートオピニオン 3 (3.2%)、その他 18 (17.0%) であった (表 6)。地域別には、システムティックレビューが欧米 (8) で有意に多かった。

### **過去5年間の自殺関連の取り組みに対する評価**

過去5年間の自殺関連の取り組みの評価実施数は平均 1.0、中央値 0 (0-5) であり、研究費は平均 218,621US ドル、中央値 47,524US ドル (0-1,500,000US ドル) であった (表 2)。主題は、効果的な予防戦略への意識の増加 6 (16.2%)、自殺関連死の予防 6 (16.2%)、効果的介入や評価の向上 5 (13.5%)、リスク因子への対策 4 (10.8%)、人的資源の訓練 3 (8.1%)、心の健康促進 3 (8.1%)、スティグマの減少 2 (5.4%)、遺族支援強化 2 (5.4%)、発生データ集積の向上 1 (2.7%)、自殺未遂者による再度の自殺企図の予防 1 (2.7%)、保健医療システムの強化 1 (2.7%)、社会システムの強化 1 (2.7%)、民間組織との連携強化 1 (2.7%)、その他 1 (2.7%) であった (表 7)。

協働者は、関連政府機関 8 (28.6%)、精神保健機関 6 (13.9%)、研究者 6 (14.0%)、公

衆衛生機関 4 (9.3%)、教育機関 3 (6.9%)、法律機関 1 (2.3%)、司法機関 2 (4.7%)、地域団体・宗教関係者 2 (4.7%)、NGO・家族会 2 (4.7%)、国家統計機関 2 (4.7%)、政治家 1 (2.3%)、社会的弱者関連団体 1 (2.3%)、自殺未遂者・家族 1 (2.3%)、メディア 1 (2.3%)、専門機関 1 (2.3%)、民間セクター 0 (0%)、その他 2 (4.7%) であった (表 8)。地域別には、研究者との協働は欧米 (6) で有意に多かった。

対象は、若年成人 9 (20.0%)、高齢者 9 (20.0%)、未遂者 8 (17.8%)、中年者 6 (13.3%)、遺族 5 (11.1%)、その他 8 (17.8%) であった (表 9)。その他の主な回答は未成年であった。

デザインは、比較のない研究 4 (13.3%)、前向き症例対照研究 4 (13.3%)、エキスパートオピニオン 4 (13.3%)、システムティックレビュー 3 (10.0%)、無作為化比較試験 3 (10.0%)、前向きコホート 3 (10.0%)、後ろ向き症例対照研究 3 (10.0%)、症例報告 3 (10.0%)、後ろ向きコホート 1 (3.3%)、その他 1 (3.3%) であった (表 10)。

### **D. 考察**

本研究は、海外での自殺対策の取り組みとその評価の実際を把握し、我が国の新たな自殺対策への示唆を得ることを目的として行われ、第2回 World Suicide Report 会議に出席した13か国の自殺対策に携わる23名が調査に参加した。参加者は、経験20年以上の精神科医師、精神医学博士が半数を占めたが、欧米と比して日本を含むアジアの国々では医師の割合が高い傾向にあった。主な活動は、公衆衛生、疫学、精神医学の領域での研究であることが示されたが、日本を含むアジアでは臨床を主な自殺対策活動としている割合が高かった。

過去5年間に3つの「自殺対策の取り組み」に関与している一方で、「自殺関連の取り組みに対する評価」への関与は少なく、評価活動は国際的にみても今後の課題であるという現

状が示唆された。

「自殺対策の取り組み」活動の主題は、「リスク因子への対策」、「効果的な予防戦略への意識の増加」、「自殺関連死の予防」に関するものが多かった。一方で、「効果的介入や評価の向上」、「自殺未遂者による再度の自殺企図の予防」、「保健医療システムの強化」、「人的資源の訓練」、「社会システムの強化」、「こころの健康増進」、「遺族支援強化」、「民間組織との連携強化」を主題とした取り組みは少なく、自殺対策における多部署協働のアプローチの必要性が改めて浮き彫りになった。地域別には、「効果的な予防戦略への意識の増加」を扱った取り組みが、日本を含むアジアは欧米よりも少ないことが示唆されたことから、欧米の先行した取り組みを参考に今後検討していくとともに、急速な社会変化を経験しているアジアの環境に適した自殺対策の開発が求められる。

これらの取り組みは、政府機関、公衆衛生機関、精神保健機関、研究者との協働によるものが多いことが示唆された。これは、精神医学や公衆衛生学を専門とする研究者が多いという調査対象者の背景によるものであると考えられる。特に、日本を含むアジアでは、欧米と比して、NGO・家族会や社会的弱者関連団体、自殺未遂者・家族との協働が少ない可能性が示されたが、今回の質問票ではその実態を捉えることは困難であることから、各領域における専門的検討が必要であろう。

取り組みのデザインは、症例報告、無作為比較試験、コホート研究により検討されていることが示唆された。自殺対策という性質上、比較研究や介入研究は困難な側面もあるが、さまざまなデザインを工夫した取り組みが行われていると考えられる。一方で、日本を含むアジアでは、欧米と比してシステマティックレビューが少なかったことから、今後取り組むべき課題として挙げることができる。

## E. 結論

自殺対策に取り組む研究者は、過去5年間

に3つの自殺対策の取り組みに関与していることが示された。一方で、自殺関連の取り組みに対する評価への関与は少なく、行っていないという回答が60%を占めており、今後の課題として挙げられた。

自殺対策の取り組み活動は、危険因子への対策、効果的な予防戦略への意識の増加、自殺関連死の予防に関するものが多く、その対象は、青年期から老年期、未遂者、遺族まで多岐にわたること、その活動は、政府、公衆衛生、精神保健関係者と研究者との協働により、無作為比較試験、コホート、症例報告により検討されていることが示された。日本は自殺対策基本法をもとに、国を挙げて自殺対策に取り組んできた経緯があり、それをさらに発展させるためにも、国際機関や諸外国と連携して、国としての、また国際的な自殺対策の発展に寄与することが望まれる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) M. Fujimori, Y. Shirai, M. Asai, N. Katsumata, K. Kubota, Y. Uchitomi, 2013, Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. Palliative & Supportive Care, In Press.
- 2) WR. Tang, KY. Chen, SH. Hsu, YY. Juang, SC. Chiu, SC. Hsiao, M. Fujimori, CK. Fang, 2013, Effectiveness of Japanese SHARE model in improving Taiwanese healthcare personnel's preference for cancer truth telling. Psychooncology, In Press.
- 3) K. Kondo, M. Fujimori, Y. Shirai, Y. Yamada, A. Ogawa, N. Hizawa, Y. Uchitomi, 2013, Characteristics associated with empathic

behavior in Japanese oncologists. Patient Education & Counseling. 93: 350-353.

- 4) K. Nixima, M. Fujimori, K. Okanoya, 2013, An ERP study of autistic traits and emotional recognition in non-clinical adolescence. Psychology. 4: 515-9.
- 5) M. Asai, N. Akizuki, M. Fujimori, Y. Matsui, K. Itoh, M. Ikeda, R. Hayashi, T. Kinoshita, A. Ohtsu, K. Nagai, H. Kinoshita, Y. Uchitomi, 2013, Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology. 22:995-1001.

#### H . 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1 . 特許取得 なし
- 2 . 実用新案登録 なし
- 3 . その他 なし

**表1 . 参加者背景**

		N	%
参加者		23/42	54.8
国	日本	5	21.7
	アジア	7	30.4
	ヨーロッパ	7	30.4
	北アメリカ	2	8.7
	オセアニア	2	8.7
所属*	大学	9	34.6
	研究所	4	15.4
	病院	4	15.4
	その他	9	34.6
学位	医学博士	6	26.1
	医師	6	26.1
	博士	9	39.1
	修士	2	8.7
専門*	精神医学	17	51.5
	公衆衛生	8	24.2
	その他	8	24.2
経験年数(中央値; 範囲)		20	3-35
主な活動*	研究	16	50.0
	臨床	8	25.0
	教育	4	12.5
	政策	4	12.5
自殺関連の主な活動*	公衆衛生	17	32.1

	疫学	14	26.4
	精神医学	11	20.8
	心理学	5	9.4
	その他	6	11.3

\* 複数選択

表 2 . 自殺関連の取り組みと自殺関連の取り組みに対する評価の数、研究費

	中央値	平均	範囲
過去 5 年間の自殺関連の取り組み数	3	3.4	0-10
0	N=2	8.7%	
1	N=4	17.4%	
<u>2</u>	<u>N=5</u>	<u>21.7%</u>	
3 - 5	N=7	30.4%	
6 - 10	N=5	21.7%	
研究費 (アメリカドル)	32,840	852,119	0-30,000,000
過去 5 年間の自殺関連の取り組みに対する 評価活動数	0	1.0	0-5
<u>0</u>	<u>N=13</u>	<u>59.1%</u>	
1	N=5	22.7%	
2 - 5	N=4	18.2%	
研究費 (アメリカドル)	47,524	218,621	0-1,500,000



表3. 自殺関連の取り組みの主題

	N	%
危険因子への対応	28	22.6
効果的な予防戦略の活用や自殺の問題についての意識の増加	24	19.4
自殺や自殺未遂の発生の減少	20	16.1
自殺行動と関連するスティグマの減少	11	8.9
自殺、自殺未遂の発生のデータ集積の向上	10	8.1
効果的介入の研究や評価の向上	5	4.0
自殺未遂者による再度の自殺企図の予防	5	4.0
自殺行動に対する保健医療システムの強化	4	3.2
初期対応の中心的役割を果たす人的資源の訓練	4	3.2
自殺行動への社会システムの強化	3	2.4
こころの健康の増進	3	2.4
自殺遺族に対する支援の強化	2	1.6
民間組織との連携の強化	2	1.6
その他	3	2.4

表4. 自殺関連の取り組みの協働者

	N	%
健康、教育、社会福祉、その他関連省庁を含む政府機関	28	15.2
公衆衛生マネージャー、医師、看護師、救急スタッフ、小児科、老年医学者、遺族専門家、行政官、統計家、その他のサービス提供者を含む公衆衛生機関	30	16.3
サービスマネージャー、精神科医、心理士、精神保健専門看護師、社会福祉士を含む精神保健機関	30	16.3
教師、学校カウンセラー、行政官、その他教育専門家、学生リーダーを含む教育機関	9	4.9
検視官、法医学スタッフを含む法律機関	7	3.8
警察、消防、救急サービス、刑務所、犯罪関係サービス、裁判所、自衛隊	5	2.7
国会議員、政策立案者、政治家	4	2.2
高齢者、若年者、先住民、難民、少数民族など社会的弱者関連団体	6	3.3
未遂者、家族	4	2.2
地域団体、宗教指導者	6	3.3
NGO、家族会、市民団体、ボランティア	10	5.4
メディア	5	2.7
研究者	25	13.6
国家統計機関	3	1.6
専門機関	2	1.1
民間セクター、私立財団	2	1.1
その他	1	0.5
なし	7	3.8

**表5. 自殺関連の取り組み対象**

	N	%
若年成人	48	23.3
中年者	38	18.5
高齢者	37	18.0
未遂者	30	14.6
遺族	27	13.1
その他(未成年者)	20	9.7
回答なし	6	2.9

表6. 自殺関連の取り組みのデザイン

	N	%
メタ分析を含むシステマティックレビュー	8	8.4
無作為化比較試験	12	12.6
前向きコホート研究	12	12.6
後ろ向きコホート研究	5	5.3
前向き症例対象研究	5	5.3
後ろ向き症例対象研究	3	3.2
介入前後、対照群との比較のない研究	9	9.5
症例報告	14	14.7
エキスパートオピニオン	3	3.2
その他	18	17.0
回答なし	6	6.3

**表7．自殺関連の取り組みに対する評価の主題**

	N	%
危険因子への対応	4	10.8
効果的な予防戦略の活用や自殺の問題についての意識の増加	6	16.2
自殺や自殺未遂の発生の減少	6	16.2
自殺行動と関連するスティグマの減少	2	5.4
自殺、自殺未遂の発生のデータ集積の向上	1	2.7
効果的介入の研究や評価の向上	5	13.5
自殺未遂者による再度の自殺企図の予防	1	2.7
自殺行動に対する保健医療システムの強化	1	2.7
初期対応の中心的役割を果たす人的資源の訓練	3	8.1
自殺行動への社会システムの強化	1	2.7
こころの健康の増進	3	8.1
自殺遺族に対する支援の強化	2	5.4
民間組織との連携の強化	1	2.7
その他	1	2.7

表 8 . 自殺関連の取り組みに対する評価の協働者

	N	%
健康、教育、社会福祉、その他関連省庁を含む政府機関	8	28.6
公衆衛生マネージャー、医師、看護師、救急スタッフ、小児科、老年医学者、遺族専門家、行政官、統計家、その他のサービス提供者を含む公衆衛生機関	4	9.3
サービスマネージャー、精神科医、心理士、精神保健専門看護師、社会福祉士を含む精神保健機関	6	13.9
教師、学校カウンセラー、行政官、その他教育専門家、学生リーダーを含む教育機関	3	6.9
検視官、法医学スタッフを含む法律機関	1	2.3
警察、消防、救急サービス、刑務所、犯罪関係サービス、裁判所、自衛隊	2	4.7
国会議員、政策立案者、政治家	1	2.3
高齢者、若年者、先住民、難民、少数民族など社会的弱者関連団体	1	2.3
未遂者、家族	1	2.3
地域団体、宗教指導者	2	4.7
NGO、家族会、市民団体、ボランティア	2	4.7
メディア	1	2.3
研究者	6	14.0
国家統計機関	2	4.7
専門機関	1	2.3
民間セクター、私立財団	0	0
その他	2	4.7
なし	0	0

**表9 . 自殺関連の取り組みに対する評価の対象**

	N	%
若年成人	9	20.0
中年者	6	13.3
高齢者	9	20.0
自殺未遂	8	17.8
遺族	5	11.1
その他（未成年者）	8	17.8
回答なし	0	0

表 10. 自殺関連の取り組みに対する評価のデザイン

	N	%
メタ分析を含むシステマティックレビュー	3	10.0
無作為化比較試験	3	10.0
前向きコホート研究	3	10.0
後ろ向きコホート研究	1	3.3
前向き症例対象研究	4	13.3
後ろ向き症例対象研究	3	10.0
介入前後、対照群との比較のない研究	4	13.3
症例報告	3	10.0
エキスパートオピニオン	4	13.3
その他	1	3.3
回答なし	1	3.3



## 付録 1 . 質問票

Scientific Research Subsidy Project of the Ministry of Health, Labor and Welfare in 2013  
(Special research project of Health and Labor Sciences )

An international/interdisciplinary review for suicide prevention based on the reexamination of  
comprehensive measures to prevent suicide

A research study for understanding the current status and challenges of international suicide  
prevention

### **Briefing Paper**

#### **Introduction**

Japan has seen more than 30,000 people kill themselves annually since 1998. The suicide mortality rate has been fairly high compared to that of the developed countries of Europe and the United States. Considering the people severely affected by suicide and attempted suicide, suicide has been a major issue in our country as well.

The “Scientific Research Subsidy Project of the Ministry of Health, Labor and Welfare in 2013(Special research project of Health and Labor Sciences): An international/interdisciplinary review for suicide prevention based on reexamination of the comprehensive measures to prevent suicide,” it is our objective to learn about the efforts and the evaluation of suicide prevention overseas and to make use of them for suicide prevention in our country.

In this regard, we are writing to those who will attend the Second Meeting for World Suicidal Report by WHO in order to inquire about your opinions on suicide prevention.

We would like to ask you to read the briefing paper, understand the intent and purpose of it, and to answer the questionnaire attached to this letter. We appreciate your consideration of this matter.

#### **Purpose**

The purpose of this research is to understand your approach and evaluation of your activities for suicide prevention.

**Method**

This is self-completed questionnaire with ten questions, inquiring about your activities on suicide prevention. Please fill in the answers that apply to each item.

**The expected benefits**

This research is going to be an opportunity to learn about your activities concerning suicide prevention. Your answers are going to be the basic data that contributes to suicide prevention in Japan. To those who cooperate with this research, we would like to present a small gift to you on your arrival in Japan.

**The expected disadvantage**

It takes about thirty minutes to participate in this research.

**Subject**

Those who are to attend the Second Meeting for the World Suicide Report

**Privacy and protection of personal data**

We are going to handle all the data obtained in this investigation statistically; there is a possibility that the individual might be identified due to the nature of the investigation. In addition, please understand that the results processed statistically in this study will be published in reports, etc.

**Conflict of interest**

This is no conflict of interest on this research.

**Agreement and withdrawal**

You shall be deemed to have agreed with your answers to the questionnaire and a reply. Please hand or e-mail the questionnaire sheets which were filled answered to a contact personnel. The electronic file of the questionnaire is in the enclosed USB. Please contact the following address when you would like to withdraw.

**Contact address**

Maiko Fujimori

National center of Neurology and Psychiatry

National Institute of Mental Health Center for Suicide Prevention

4-1-1 Ogawa Higashi-cho

Kodaira Shi, Tokyo

187-8551

[mfuji@ncnp.go.jp](mailto:mfuji@ncnp.go.jp)




i. Central theme (World Health Organization, 2012, Public health action for the prevention of suicide; Cabinet office, 2012, Comprehensive measures to prevent suicide)

1	Increase awareness about the magnitude of the problem and the availability of effective prevention strategies
2	Reduce the incidence of suicide and attempted suicide, thereby preventing premature death from suicide or morbidity/disability from attempted suicide, across the life span
3	Tackle risk factors of suicide and attempted suicide
4	Reduce stigma associated with suicidal behaviors
5	Improve data collection on the incidence of both suicide and attempted suicide

6	Improve research and evaluation of effective interventions
7	Strengthen the health system response to suicidal behaviors
8	Strengthen the social system response to suicidal behaviors
9	Train human resources who play a central role in the pre-emptive move
10	Promote the health of heart
11	Prevent repeated suicide attempts of the survivor of a suicide attempt
12	Enrich support for the suicide bereaved
13	Strengthen cooperation with private organizations
14	Other ( )
15	Other ( )
16	Other ( )

ii. Collaborator (World Health Organization, 2012, Public health action for the prevention of suicide)

1	Various government sectors, including the Ministry of Health, Education and Social Welfare, and other relevant ministries
2	The general public health sector, including public health managers, physicians, nurses, emergency care staff, pediatricians, geriatricians, bereavement specialists, administrators, statisticians, and other service providers
3	Mental health services, including service managers, psychiatrists, psychologists, mental health nurses, and social workers
4	The education sector, including teachers, school counsellors, administrators, other education professionals, and student leaders
5	Legal authorities, including coroners and medico-legal staff
6	Police, fire services, ambulance services, prison and criminal services, courts, and defense forces
7	Parliamentarians, policy makers, and politicians
8	Relevant vulnerable groups, which could include, depending on a country's suicide demographics, e.g. the elderly, youth, indigenous peoples, refugees, and ethnic minorities
9	Survivors and families
10	Communities, spiritual and religious leaders
11	Nongovernmental organizations (NGOs), family organizations, community-based organizations, and volunteers
12	Media

13	Researchers
14	National statistics representatives
15	Professional associations
16	Private sector and foundations
17	Other ( )
18	Other ( )
19	Other ( )

iii. Target (Cabinet office, 2012, comprehensive measures to prevent suicide)

1	Young adult Group
2	Middle aged group
3	Old age group
4	Attempted suicide
5	Bereaved
6	Other ( )
7	Other ( )
8	Other ( )

iv. Design

1	A systematic review of cohort studies with meta-analysis of randomized controlled trials, a large-scale simultaneous control
2	At least one randomized controlled trial
3	Cohort study with simultaneous control without random allocation (prospective study , concurrent cohort study etc.)
4	Cohort study with a control in the past without random allocation (historical cohort study , retrospective cohort study etc.)
5	Case-control study (Prospective study)
6	Case-control study ( Retrospective study )
7	Research without a comparison of before and after treatment and the control group
8	Case report , Case series
9	Opinion of individual experts
10	Other ( )
11	Other ( )
12	Other ( )

10 On your evaluation of your activity on suicide you have done for the past five years, please fill in the primary heading. Please present any document. (PDF, URL, Reference information etc. ) In addition to that, please select the following options and fill in the number/numbers i. central theme, ii. collaborating person, iii. target, iv. design. ( multiple answers allowed ) In the question v. research expenditure, please enter the amount of research expenditure in the US dollar.

The primary heading of evaluation activity	i. central theme	ii. collaborator	iii. target	iv. design	v. research expenditure (US \$)




i. Central Theme ( World Health Organization, 2012, Public health action for the prevention of suicide; Cabinet Office, 2012, comprehensive measures to prevent suicide )

1	Increase awareness about the magnitude of the problem and the availability of effective prevention strategies
2	Reduce the incidence of suicide and attempted suicide, thereby preventing premature death from suicide or morbidity/disability from attempted suicide, across the life span
3	Tackle risk factors of suicide and attempted suicide
4	Reduce stigma associated with suicidal behaviors
5	Improve data collection on the incidence of both suicide and attempted suicide
6	Improve research and evaluation of effective interventions
7	Strengthen the health system response to suicidal behaviors
8	Strengthen the social system response to suicidal behaviors
9	Train human resources who play a central role in the pre-emptive move
10	Promote the health of heart
11	Prevent repeated suicide attempts of the survivor of a suicide attempt
12	Enrich support for the suicide bereaved
13	Strengthen cooperation with private organizations
14	Other ( )
15	Other ( )
16	Other ( )

ii. Collaborator ( World Health Organization, 2012, Public health action for the prevention of suicide )

1	Various government sectors, including the Ministry of Health, Education and Social Welfare, and other relevant ministries
---	---

2	The general public health sector, including public health managers, physicians, nurses, emergency care staff, pediatricians, geriatricians, bereavement specialists, administrators, statisticians, and other service providers
3	Mental health services, including service managers, psychiatrists, psychologists, mental health nurses, and social workers
4	The education sector, including teachers, school counsellors, administrators, other education professionals, and student leaders
5	Legal authorities, including coroners and medico-legal staff
6	Police, fire services, ambulance services, prison and criminal services, courts, and defense forces
7	Parliamentarians, policy makers, and politicians
8	Relevant vulnerable groups, which could include, depending on a country's suicide demographics, e.g. the elderly, youth, indigenous peoples, refugees, and ethnic minorities
9	Survivors and families
10	Communities, spiritual and religious leaders
11	Nongovernmental organizations (NGOs), family organizations, community-based organizations, and volunteers
12	Media
13	Researchers
14	National statistics representatives
15	Professional associations
16	Private sector and foundations
17	Other ( )
18	Other ( )
19	Other ( )

iii. Target ( Cabinet office,2012, comprehensive measures to prevent suicide )

1	Young adult Group
2	Middle aged group
3	Old age group
4	Attempted suicide
5	Bereaved
6	Other ( )
7	Other ( )

8	Other ( )
---	-----------

iv. Study design ( Minds Practice Guidelines selection committee, 2007, Guidance of practice guidelines )

1	A systematic review of cohort studies with meta-analysis of randomized controlled trials, a large-scale simultaneous control
2	At least one randomized controlled trial
3	Cohort study with simultaneous control without random allocation ( prospective study , concurrent cohort study etc. )
4	Cohort study with a control in the past without random allocation ( historical cohort study , retrospective cohort study etc. )
5	Case-control study ( Prospective study )
6	Case-control study ( Retrospective study )
7	Research without a comparison of before and after treatment and the control group
8	Case report , Case series
9	Opinion of individual experts ( Reports from experts' report
10	Other ( )
11	Other ( )
12	Other ( )