



自殺を予防する

世界の優先課題

Preventing suicide

A global imperative



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



自殺を予防する

世界の優先課題

Preventing suicide

A global imperative



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

本書は2014年に世界保健機関により
「Preventing Suicide: a global imperative」と
題して出版されている。

© World Health Organization 2014

(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター(〒187-8553東京都小平市小川東町4-1-1)は、世界保健機関により本書の日本語版の翻訳・出版権を与えられており、日本語訳の質と忠実さに関する責任の一切を負うものとする。英語版と日本語版との間に齟齬がある場合は、英語版が原書であり正規版である。

邦題は、「自殺を予防する 世界の優先課題」である。

©(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター2014

日本語版における国名表記については、主に外務省ホームページを参照した(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/>)。

英語版から日本語版への翻訳は、自殺予防総合対策センターの小高真美、高井美智子、山内貴史、大槻露華、白神敬介、竹島正が担当した。

日本語訳出版にあたって

本書は、多部門による公衆衛生アプローチとして、包括的な自殺予防戦略の発展や強化を各国に推奨し、支援することを目的として、WHO(世界保健機関)がはじめて作成した世界自殺レポートの日本語訳です。日本語訳出版に当たり、その経緯と今後の展望を紹介します。

自殺総合対策大綱見直しの検討が進められていた2012年1月に、(独)国立精神・神経医療研究センター(NCNP)はWHOからサクセーナ部長、ワン博士らを招へいし、内閣府、厚生労働省、全国精神保健福祉センター長会等の協力を得て、日本の自殺対策の概要説明をおこないました。その結果は「日本視察報告書」にまとめられましたが、そこには日本の全体的予防介入(universal prevention)に注がれた努力への高い関心を示されるとともに、それが選択的予防介入(selective prevention)、個別的予防介入(indicated prevention)導入の素地を作ったとして、日本の対策の更なる発展への期待が述べられています。2012年6月に、自殺予防総合対策センターは、自殺対策関連学会との協働作業をもとに「自殺総合対策大綱見直しの提言」をおこないましたが、この報告書は提言作成にも大いに役立ちました。

2013年1月には当センターからWHO本部を訪問し、ランチセミナーにおいて日本の自殺、自殺予防政策の概要について報告しました。このとき、WHOから本書出版の計画と、それへの協力依頼があり、帰国後に、厚生労働省、NCNP内の検討を経て、それに協力することとしました。そして6月にジュネーブで開かれた本書発行に向けてのミーティングに参加し、12月には、第2回ミーティングを、関係諸団体の協力のもとに日本で開催しました。

その後、世界の自殺対策専門家による執筆と、WHOでの編集作業を経て本書は出版に至りました。

2013年12月のミーティングにおいて、サクセーナ部長は、“自殺は世界的な問題であり、国際的な対話によってのみ解決策を見出すことができます。日本における自殺の状況は深刻な状態が続いてきましたが、日本は自殺を重要視し、効果的な対策を実施するなど、自殺数の減少に向けての前向きな姿勢を既に世界に示しています。これは、同様の問題に直面している世界のWHO加盟国に大きな励みとなっています”と述べています。私はこの言葉に強く勇気づけられるとともに、日本の経験を踏まえて、国際的な交流を進めていく必要があると考えました。

本書の制作までの過程と日本語訳に携わった者として、本書が、日本の自殺対策の強みをさらに活かし、各地において展開されている自殺対策に新たな力を与えることを確信しています。どうか本書を自殺対策の発展に役立ててください。

最後に本書の日本語訳作成に協力のあった多くの皆様に感謝を申し上げます。本書には、日本のカントリーレポートが収められていますが、これはWHOの日本の自殺対策への高い関心を示すものであり、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)「自殺総合対策大綱の見直しを踏まえた自殺対策発展のための国際的・学際的検討」(研究代表者 橋広計)の成果物を元にしてしています。また、本書のジュネーブでの発表と同時に日本語版を発行することができたのは、WHOのご理解によるものであり、また、翻訳に当たった皆様の努力によるものです。

自殺予防総合対策センター長 竹島 正



目次

02	ごあいさつ
03	序文
04	謝辞
06	要旨
10	はじめに
14	自殺と自殺企図に関する世界の疫学
16	自殺死亡率
25	自殺企図
28	危険因子・保護因子・関連する介入
32	保健医療システムと社会的危険因子
36	地域と人間関係の危険因子
40	個人の危険因子
44	自殺の危険から人々を守るものは何か？
46	自殺予防の現状
48	分かっていること・達成されてきたこと
49	各国は現在自殺予防について何をしているのか？
51	自殺に関する世界の法的立場の現状と変革への見通し
52	自殺予防に向けた包括的な国としての対応に向けて
56	各国はいかにして包括的な国の戦略を創造できるのか・なぜそれが有用なのか？
61	国の自殺予防戦略を評価する際、進捗をどのように追跡できるのか？
63	自殺予防の取り組みの費用と費用対効果
64	自殺予防のための今後の展望
66	何ができるか・誰が関わる必要があるのか？
66	今後の展望
71	成功とはどのようなものか？
72	主要なメッセージ
74	参考文献
80	付録
80	付録1：性別・年齢階級別の自殺死亡数と自殺死亡率の推定値（2000年および2012年）
88	付録2：WHO地域および一人当たりの平均所得で分類したWHO加盟国

ごあいさつ



すべての自殺は悲劇です。自殺による死亡は80万人を超え、それぞれの死には多くの自殺企図が存在します。親しい人の自殺は、長い時間が経っても、家族、友人、地域に打撃を与え、そのインパクトは計り知れません。

残念なことに、自殺は主要な公衆衛生上の問題でありながら優先的に取り上げられることはほとんどありません。自殺とその予防についての研究や知識が増えているにもかかわらず、自殺にまつわるタブーとスティグマは根強く、人々は援助を求めることなく、しばしば取り残されています。もし援助を求めたとしても、多くの保健医療システムとサービスでは、適時かつ効果的な援助を提供することができていません。

しかし、自殺は予防できます。本書は、各国における現在の自殺死亡率や自殺予防の取り組み状況にかかわらず、すでに取り組まれている優れた活動の継続と、課題の上位に自殺予防を据えることを奨励するものです。適時かつ効果的な科学的根拠に基づいた介入、治療と支援により、自殺と自殺企図は予防できるのです。自殺が与える負担は、保健医療部門のみならず、多くの部門と社会全体に影響を及ぼします。したがって、自殺予防を成功に導くにあたっては、各国は包括的な方法で多部門によるアプローチに取り組み、それぞれの背景に応じて、異なる部門と利害関係者をまとめていくことが望まれます。

WHOのメンタルヘルスアクションプラン2013-2020(Mental Health Action Plan 2013-2020)では、WHOの加盟国が、2020年までに国々の自殺死亡率を10%減少させることを世界

全体のターゲットとしてかけ、それに向けての取り組みにコミットすることとしています。2008年に始まったWHOの精神保健の格差に関する行動プログラム (Mental Health Gap Action Programme, mhGAP) では、自殺を優先項目の1つとしており、各国においてサービス提供を広げるための科学的根拠に基づいた技術的な助言・指導をおこなっています。

これらを背景に「自殺を予防するー世界の優先課題」を紹介することを私は嬉しく思います。本書は過去の仕事を基盤に、より一層の前進のための2つの主要な要素に貢献しています。1つは政府、政策立案者と利害関係者を導くための自殺と自殺企図に関する世界的な知識基盤であり、もう1つは各国の現在の資源と背景をもとにした実施可能なステップです。本書は、自殺を効果的に予防する、包括的な多部門による戦略を発展させるための重要な資源となるでしょう。

いかなる命も自殺によって失われてはならないのです。前進は共に取り組むことであり、取り組むべき時期はまさに今なのです。私は自殺予防を優先課題とすることを、すべての利害関係者に呼びかけます。

世界保健機関
事務局長
マーガレット・チャン博士

序文

自殺は予防できます。それにもかかわらず世界のどこかで40秒に1人が自殺で亡くなり、それ以上の人々が自殺企図をしています。自殺は世界のどの地域にも、人生のいつの時期にも起こるものです。特に、15歳から29歳の若者の間では、自殺は世界の死因の第2位に位置しています。

自殺は、世界の人口の最も脆弱性の高い層に影響を与え、すでに社会の辺縁に追いやられたり、差別を受けている集団に多く発生しています。自殺が公衆衛生上の深刻な問題であることは先進国に限ったことではありません。実際、多くの自殺は低所得国に発生しており、早期発見、治療と支援を必要とする人々への資源やサービスは、あったとしても乏しいことが多いのです。これらの特筆すべき事実と適時の介入の実施が不足しているからこそ、自殺は世界的な公衆衛生の問題として取り組まなければならないのです。

本書は、迅速な活動が施行されるよう、これまでの知見を使いやすい形にまとめた、WHOの初めての出版物です。本書は、自殺と自殺企図が公衆衛生上、重要であることへの意識を高め、自殺予防を世界的な公衆衛生の課題として優先度を高めることを目標としています。本書は、多部門による公衆衛生アプローチとして、包括的な自殺予防戦略の発展や強化を各国に推奨し、支援することを目的としています。政府は、国の自殺予防戦略のために、通常は連携することのないかもしれない多くの利害関係者をまとめるというリーダーシップの役割を果たすことが必要不可欠です。さらに政府には、サーベイランスの開発と強化、また活動の告知に必要なデータの提供と普及という、ユニークな位置づけも担っています。本書は、政府がその国の資源や現行の自殺予防活動に基づいて取り

入れることのできる、戦略的な活動のための実践的な助言・指導を提供します。特に、資源が乏しい状況においてさえ効果的な、科学的根拠に基づく、低コストの介入を示しています。

本書は、世界中の専門家や協力者の多大なる貢献によって発行に至ることができました。彼らの重要な仕事と支援に感謝の意を表します。

本書は、政策立案者や他の利害関係者が自殺予防を責務とするための助けとなることを意図しています。各国が適時かつ効果的な国としての対応を開発することによって初めて、自殺と自殺企図により苦しんでいる個人、家族、地域、そして社会全体の重荷を解くことができるのです。

世界保健機関
精神保健・物質乱用部
部長
シェカー・サクセーナ博士

世界保健機関
暴力／傷害防止・障害部
部長
エティエンヌ・クルーグ博士

謝辞

概念化と助言・指導

Shekhar Saxena (WHO), Etienne Krug (WHO), Oleg Chestnov (WHO).

プロジェクト調整と編集

Alexandra Fleischmann (WHO), Sutapa Howlader (オーストラリア連邦), Lakshmi Vijayakumar (インド), Alex Butchart (WHO).

技術的貢献とレビュー

ワーキンググループメンバー

ワーキンググループ1:

自殺と自殺企図に関する疫学

Michael Phillips (座長, 中華人民共和国), Vladeta Ajdacic-Gross (スイス連邦), Vladimir Carli (スウェーデン王国), Paul Corcoran (アイルランド), Alex Crosby (アメリカ合衆国), Diego De Leo (オーストラリア連邦), David Gunnell (英国), Thomas Simon (アメリカ合衆国).

ワーキンググループ2:

危険・保護因子と関連する介入

Danuta Wasserman (座長, スウェーデン王国), Alan Apter (イスラエル国), Annette Beautrais (ニュージーランド), Vladimir Carli (スウェーデン王国), Gergö Hadlaczky (スウェーデン王国)

ワーキンググループ3:

自殺予防の現状と自殺予防に向けた

包括的な国としての対応に向けて

Alan Berman (座長, アメリカ合衆国), Ella Arensman (アイルランド), Stephanie Burrows (南アフリカ共和国), Brian Mishara (カナダ), Vanda Scott (フランス共和国), Morton Silverman (アメリカ合衆国), Tadashi Takeshima (日本国).

ワーキンググループ4:

今後の展望

Diego De Leo (座長, オーストラリア連邦), Alex Crosby (アメリカ合衆国), Keith Hawton (英国), Merete Nordentoft (デンマーク王国), Thomas Simon (アメリカ合衆国).

各国の貢献者

Guilherme Borges (メキシコ合衆国), Robert Bossarte (アメリカ合衆国), Yoshinori Cho (日本国), Pamela Collins (アメリカ合衆国), Margreet Duetz Schmucki (スイス連邦), Tony Durkee (スウェーデン王国), Maiko Fujimori (日本国), Ulrich Hegerl (ドイツ連邦共和国), Wakako Hikiji (日本国), Sebastian Hokby (スウェーデン王国), Masatoshi Inagaki (日本国), Miriam Iosue (イタリア共和国), Elvira Keller-Guglielmetti (スイス連邦), Marla Israel (カナダ), Chiaki Kawanishi (日本国), Murad Khan (パキスタン・イスラム共和国), Manami Kodaka (日本国), Takafumi Kubota (日本国), Xianyun Li (中華人民共和国), Shih-Cheng Liao (台湾), Richard McKeon (アメリカ合衆国), Winnie Mitchell (アメリカ合衆国), Anahit Mkrtchian (スウェーデン王国), Masayuki Morikawa (日本国), Mihoko Morley (日本国), Sheila Ndyabangi (ウガンダ共和国), Etsuji Okamoto (日本国), Kotaro Otsuka (日本国), Jong-Ik Park (大韓民国), Jane

Pearson (アメリカ合衆国), Alfredo Pemjean (チリ共和国), Jane Pirkis (オーストラリア連邦), Beverly Pringle (アメリカ合衆国), Yukio Saito (日本国), Marco Sarchiapone (イタリア共和国), Deborah Stone (アメリカ合衆国), Yoshitomo Takahashi (日本国), Osamu Tanaka (日本国), Camilla Wasserman (アメリカ合衆国), Barbara Weil (スイス連邦), Takashi Yamauchi (日本国).

レビュー担当の専門家

Paulo Alterwain (ウルグアイ東方共和国), Karl Andriessen (ベルギー王国), Judit Balázs (ハンガリー), José M. Bertolote (ブラジル連邦共和国), Jafar Bolhari (イラン・イスラム共和国), Eric Caine (アメリカ合衆国), Erminia Colucci (オーストラリア連邦), Karen Devries (英国), Michael Dudley (オーストラリア連邦), Jacqueline Garrick (アメリカ合衆国), Onja Grad (スロベニア共和国), Ricardo Gusmão (ポルトガル共和国), Christina Hoven (アメリカ合衆国), Hiroto Ito (日本国), Jack Jordan (アメリカ合衆国), Nav Kapur (英国), Elisabeth Kohls (ドイツ連邦共和国), Frances Law (中華人民共和国香港特別行政区), Myf Maple (オーストラリア連邦), Sean McCarthy (アイルランド), Roberto Mezzina (イタリア共和国), James Mugisha (ウガンダ共和国), Thomas Niederkrotenthaler (オーストリア共和国), Rory O'Connor (英国), George Patton (オーストラリア連邦), John Peters (英国), Steve Platt (英国), Jerry Reed (アメリカ合衆国), Dan Reidenberg (アメリカ合衆国), Karen Scavacini (ブラジル連邦共和国), Jean-Pierre Soubrier (フランス共和国), Emmanuel Streel (ベルギー王国), Kanna Sugiura (日本国), Elizabeth Theriault (カナダ), Peeter Värnik (エストニア共和国), Paul Yip (中華人民共和国香港特別行政区).

調査回答者

Ahmad Abdulbaghi (イラク共和国), Emad Abdulghani (イラク共和国), Francisca Trinidad Acosta (ホンジュラス共和国), Ahmed Al-Ansari (バーレーン王国), Dora Ninette Alburez de von Ahn (グアテマラ共和国), Charity Sylvia Akotia (ガーナ共和国), Atalay Alem (エチオピア連邦民主共和国), Layachi Anser (カタール国), Alan Apter (イスラエル国), Ella Arensman (アイルランド), Tomas Baader (チリ共和国), Hissani Abdou Bacar (コモロ連合), Loraine Barnaby (ジャマイカ), Annette Beautrais (ニュージーランド), Siham Benchekron (モロッコ王国), Eleanor Bennett (ペリース), Julio Bobes (スペイン), José M Bertolote (ブラジル連邦共和国), Dora Caballero (パラグアイ共和国), Mohamed Chakali (アルジェリア民主人民共和国), Kin Sun Chan (中華人民共和国マカオ特別行政区), Ana-Maria Chavez-Hernandez (メキシコ合衆国), Doina Cozman (ルーマニア), Diego De Leo (オーストラリア連邦), Remco De Winter (オランダ王国), Sounkary Doumbouya (ギニア共和国), Kari Dyregrov (ノルウェー王国), Michel Dzalamou (コンゴ共和国), Rabih El Chammay (レバノン共和国), Félix Evangelista (エルサルバドル共和国), Mohamed Chakali (アルジェリア民主人民共和国), Rangiau Fariu (クック諸島), Georg Fiedler (ドイツ連邦共和国), Gonzalo Baldomero Gonzalez Henriquez (パナマ共和国), Tobi Graafsma (スリナム共和国), Onja Grad (スロベニア共和

国), Alenka Tancic Grum (スロベニア共和国), Kyooseb Ha (大韓民国), Mitra Hefazi (イラン・イスラム共和国), Hilda Ho (ブルネイ・ダルサラーム国), Seyed Mohammad Hosseini (イラン・イスラム共和国), Gerard Hutchinson (トリニダード・トバゴ共和国), Tekie Iosefa (トケラウ諸島), Zahidul Islam (バングラデシュ人民共和国), Bhoomikumar Jegannathan (カンボジア王国), Mark Jordans (ネパール連邦民主共和国), Nusa Konec Juricic (スロベニア共和国), Nestor Kapusta (オーストリア共和国), Chiaki Kawanishi (日本国), Murad Khan (パキスタン・イスラム共和国), Brigitte Khoury (レバノン共和国), Michael Lebina (レソト王国), Filifaiésea Lilo (トンガ王国), Paul Links (カナダ), Nasser Loza (エジプト・アラブ共和国), Daniella Malulu (セーシェル共和国), T Maniam (マレーシア), Sabour A Mansouri (アフガニスタン・イスラム共和国), Cardoso Margarida (カーボヴェルデ共和国), Carlos Martinez (アルゼンチン共和国), Lars Mehlum (ノルウェー王国), Naomi Mnthali (ボツワナ共和国), Alkhulaidi Mohamed (イエメン共和国), Driss Moussaoui (モロッコ王国), James Mugisha (ウガンダ共和国), David Ndeti (ケニア共和国), Tharcisse Niyonzigiye (ブルンジ共和国), Merete Nordentoft (デンマーク王国), Wilhelm Nordfjord (アイスランド共和国), Rory O'Connor (英国), Silvia Peláez (ウルグアイ東方共和国), Michael Phillips (中華人民共和国), Alexander Pinzon (コロンビア共和国), Maurizio Pompili (イタリア共和国), Vita Postuvan (スロベニア共和国), Toms Pulmanis (ラトビア共和国), Mbolatiana Soanirina Raharinivo (マダガスカル共和国), Lakshmi Ratnayeke (スリランカ民主社会主義共和国), Sateesh Babu Ravulapati (インド), Yury Razvodovsky (ベラルーシ共和国), Daniel Reidenberg (アメリカ合衆国), Saška Roškar (スロベニア共和国), Vsevolod Rozanov (ウクライナ), Outi Ruishalme (フィンランド共和国), Luis Miguel Sanchez-Loyo (メキシコ合衆国), Bashir Ahmad Sarwari (アフガニスタン・イスラム共和国), Lourens Schlebusch (南アフリカ共和国), Armin Schmidtke (ドイツ連邦共和国), Jozef Sidlo (スロバキア共和国), Chhit Sophal (カンボジア王国), Jean-Pierre Soubrier (フランス共和国), Aida Sylla (セネガル共和国), Zonda Tamás (ハンガリー), Alexandre Teixeira (ポルトガル共和国), Prakarn Thomyangkoon (タイ王国), Edgardo Juan Tolentino (フィリピン共和国), Kees Van Heeringen (ベルギー王国), Airi Värnik (エストニア共和国), Margda Waern (スウェーデン王国), Abdirisak Mohamed Warsame (ソマリア共和国), Barbara Weil (スイス連邦), Paul Wong (中華人民共和国香港特別行政区), Antonio Eugenio Zacarias (モザンビーク共和国), Anka Zavasnik (スロベニア共和国).

WHO本部

Katerina Ainali, Richard Brown, Somnath Chatterji, Dan Chisholm, Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Jane Ferguson, Michelle Funk, Claudia Garcia Moreno, Anna Gruending, Evelyn Kortum, Doris Ma Fat, Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers, Mwansa Nkowane, Margaret Peden, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Leanne Riley, Florence Rusciano, Chiara Servili, Joanna Tempowski, Rebekah Thomas Bosco, Mark van Ommeren, Erica Wheeler, Taghi M Yasamy.

WHO地域事務局

Sebastiana Da Gama Nkomo, WHOアフリカ地域事務局; Claudina Cayetano, Hugo Cohen, Devora Kestel & Jorge Rodriguez, WHO米州地域事務局; Nazneen Anwar, WHO南東アジア地域事務局; Matthijs Muijen, WHO欧州地域事務局; Khalid Saeed, WHO東地中海地域事務局; Yutaro Setoya & Xiangdong Wang, WHO西太平洋地域事務局.

インターン

Rhett Corker, Justin Granstein, Henrik Heitmann, Eugenie Ng, Amrita Parekh, Charlotte Phillips, Veronica Pisinger, Tahilia Rebello, Nóra Sándor.

管理支援

Adeline Loo (WHO), Grazia Motturi (WHO), Paule Pillard (WHO).

製作チーム

編集: David Bramley, スイス連邦

グラフィックデザイン・レイアウト: Yusuke Nakazawa, 日本国

WHOより、以下の機関による技術的な貢献に御礼申し上げます。国際自殺予防学会(International Association for Suicide Prevention, IASP),自殺予防における研究とトレーニングのためのWHO協力センター・ブリスベン・オーストラリア連邦(WHO Collaborating Centre for Research and Training in Suicide Prevention),自殺予防における研究とトレーニングのためのWHO協力センター・北京・中華人民共和国(WHO Collaborating Centre for Research and Training in Suicide Prevention),自殺予防における研究・方法論開発およびトレーニングのためのWHO協力センター・ストックホルム・スウェーデン王国(WHO Collaborating Centre for Research, Methods Development and Training in Suicide Prevention),自殺予防総合対策センター・日本国,疾病管理予防センター・アメリカ合衆国(Centers for Disease Control and Prevention, CDC),国防総省国防自殺予防局・アメリカ合衆国(Defense Suicide Prevention Office),日本国政府,スイス連邦政府,精神保健研究所・アメリカ合衆国(National Institute of Mental Health, NIHM),カナダ公衆衛生庁(Public Health Agency of Canada),薬物乱用・精神衛生サービス局・アメリカ合衆国(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA),退役軍人保健局・アメリカ合衆国(Veterans Health Administration).

WHOより、以下の機関による財政的支援に御礼申し上げます。疾病管理予防センター・アメリカ合衆国、日本国政府、スイス連邦政府、精神保健研究所・アメリカ合衆国。また、シンジェンタ・スイス連邦(Syngenta)には印刷への貢献に御礼申し上げます。

要旨

はじめに

2013年5月、第66回WHO総会において、はじめての世界保健機関(WHO)メンタルヘルスアクションプランが採択された。自殺予防はその計画の根幹にあり、2020年までに国々の自殺死亡率を10%減少させることを目標としている(1)。人が自殺する理由については一言で説明することはできない。しかし自殺の多くは衝動的であり、そのような状況においては、農薬や銃器等の自殺の手段への容易なアクセスが、生死を分けることになる。

社会的、心理的、文化的因子等が相互に作用して、人は自殺関連行動にかりたてられる。しかし精神障害や自殺にはスティグマが付随し、それゆえに多くの人が援助を求められずにいる。多くの死が予防可能であるという科学的根拠があるにもかかわらず、自殺に関して、政府や政策立案者の優先順位はあまりにも低い。本書の目的は、世界の公衆衛生および公共政策課題において自殺予防を優先すべき課題とし、公衆衛生の問題として自殺への意識を高めることにある。本書は、協力者や利害関係者からのインプットを取り入れつつ、データや科学的根拠の系統的レビューをもとに、世界レベルでのコンサルテーションを通じて開発された。

自殺と自殺企図に関する世界の疫学

2012年の全世界の自殺死亡数は80万4千人と推定される。これは年齢標準化すると、全世界の年間10万人あたりの自殺死亡率は11.4になる(男性15.0、女性8.0)。しかし、自殺はデリケートな問題であり、自殺が違法とされる国もあるなかで、数字が過小報告されている可能性がある。人口動態登録で適正なデータが得られる国においても、自殺は事故や別の死因として誤って分類されることもある。自殺の登録は、法執行も含め異なる政府機関がかかわる複雑な手順をとまなう。信頼できる死亡登録を欠く国々においては、自殺死亡は単に計上されない。

より高所得の国においては、男性の自殺は女性の3倍とされているが、低中所得国においては、男女比は狭まり男性の自殺は女性の1.5倍となっている。世界的にみれば、自殺は男性の暴力死の50%を、女性の暴力死の71%を占めている。年齢に関しては、世界のほぼすべての地域で、男女ともに70歳以上が最も自殺死亡率が高い。若者層で自殺死亡率が最も高い国もあり、世界的にみても自殺は15歳から29歳の死因の第2位となっている。自殺手段としては、農薬、縊首、銃器が世界的には最もよく使われるが、他にも多くの手段があり、手段の選択は人口集団によって異なる。

自殺死亡以上に、毎年数多くの自殺未遂をする人々が存在する。重要なことは、一般人口において、過去の自殺企図は自殺の最大の危険因子であるということである。自殺、自殺企図のいずれにも効果的な自殺予防には、人口動態登録や病院ベースのシステムおよび調査から得られるデータの利用可能性の改善と、データの質の向上が必要である。

自殺手段へのアクセスの制限は自殺予防の主要な要素である。しかし手段へのアクセスを制限する政策(農薬や銃器へのアクセスを制限する、橋に柵を設置する等)を可能にするには、社会の異なる集団が選択する手段について理解する必要があり、様々な部門の協力と連携に依存する。

危険因子・保護因子・関連する介入

多くの場合、複数の危険因子がかさなり、自殺関連行動への脆弱性が高まる。

保健医療システムや社会全体と関連する危険因子としては、保健医療ケアや必要なケアが受けにくいこと、自殺手段が入手しやすいこと、自殺をセンセーショナルに取り扱い、模倣自殺の危険を高めるような不適切なメディアの報道、自殺関連行動あるいはメンタルヘルスや物質乱用問題で援助を求める人々へのスティグマがあげられる。

地域や人間関係に関連する危険因子としては、戦争や災害、異文化への適応のストレス(先住民や避難民等)、差別、孤立感、虐待、暴力、葛藤のある人間関係等があげられる。個人レベルでの危険因子には、過去の自殺企図、精神障害、アルコールの有害な使用、経済的な損失、慢性疼痛や自殺の家族歴が含まれる。

このような危険因子への対策としては3種類ある。全人口に行きとどくような「全般的」(universal) 予防介入の戦略には、保健医療ケアへのアクセスを増やすこと、メンタルヘルスの促進、アルコールの有害な使用の減少、自殺手段へのアクセスの制限、メディアに責任のある報道を求めること等が含まれる。「選択的」(selective) 予防介入の戦略は、脆弱性の高い集団をターゲットとし、そのなかにはトラウマや虐待を受けた人や、紛争や災害の犠牲者、難民や移民、そして自殺で遭われた人々が含まれる。ここでは、脆弱性の高い人々を援助する「ゲートキーパー」をトレーニングしたり、ヘルプライン等のサービスを提供する。「個別的」(indicated) 予防介入の戦略は、特定の脆弱性の高い人々をターゲットとしており、地域支援、ヘルスケア施設から退院する人へのフォローアップ、ヘルスワーカーへの教育やトレーニング、そして精神障害や物質使用障害の発見とマネジメントの改善が含まれる。また、個人の人間関係の強化、個人の信念体系、建設的な対処法等の保護因子を奨励することも自殺予防の強化につながる。

自殺予防の現状

自殺関連行動に関する知識はこの数十年で大きく増加した。例えば、研究は、自殺関連行動を決定づける因子として、生物学的、心理的、社会的、環境的、文化的要素の相互作用の重要性を明らかにしてきた。同時に、疫学は、一般人口と脆弱性の高い集団の両方における自殺の危険因子と保護因子の同定に役立ってきた。また文化は、自殺関連行動の危険を高めたり、また保護する役割もある等、自殺の危険における文化的多様性も明らかになってきた。

政策の分野では、現時点において28か国が、国の自殺予防戦略を講じている。また毎年9月10日は、国際自殺予防学会(International Association for Suicide Prevention)の制定する、世界自殺予防デー(World Suicide Prevention Day)として世界的に認知されている。さらに多くの自殺研究ユニットが設置され、自殺や自殺予防に焦点をあてた教育課程もある。実践的な支援提供としては、自殺関連行動のアセスメントやマネジメントの改善のためにメンタルヘルスを専門としない保健医療従事者が活用され、自殺で遭われた人の自助グループが多く場所で設立され、トレーニングを受けたボランティアがオンラインでのカウンセリングや電話カウンセリング等を手伝っている。

この半世紀で多くの国が自殺を処罰の対象から除外することで、自殺関連行動のある人々が援助を求めやすくなっている。

自殺予防に向けた包括的な対応に向けて

自殺への国としての対応を系統立てて展開することは、すなわち国レベルでの自殺予防対策を創造することである。国の戦略は、自殺問題に対する政府の明確なコミットメントを示すものである。典型的な国の戦略に含まれるものとしては、サーベイランス、自殺手段の規制、メディアガイドライン、スティグマの低減、一般市民の意識向上に加え、ヘルスワーカー、教育者、警察や他のゲートキーパーへのトレーニングがあげられる。このなかには危機介入サービスやポストベンションも含まれることが多い。

国の自殺予防戦略を開発するにあたり主要な要素となるのは、保健医療部門に限らず、教育、雇用、社会福祉、司法等を含めて、自殺予防を多部門で優先事項とすることである。そのような戦略では各国の文化的・社会的背景を反映し、包括的なアプローチにおいてベストプラクティスと科学的根拠に基づく介入を確立すべきである。短中期のおよび長期的な目的を達成するためには、それなりの資源の投入が必要であり、効果的に計画をたてた上で戦略を定期的に評価し、評価結果は将来の計画に織り込んでいくべきである。

包括的な国の戦略が十分にたてられていない国々においても、それを理由にターゲットを定めた自殺予防プログラムを実施しないという事態は避けるべきである。このようなプログラムは、国としての対応に貢献するからである。ターゲットを定めたプログラムは、脆弱性の高い集団を同定し、そのような集団を対象とするサービスや資源へのアクセスを改善することを目的とする。

自殺予防のための今後の展望

保健省には、リーダーシップを担い、国の異なる部門から利害関係者を集めるという重要な役割がある。自殺予防活動にまだ取り組んでいない国においては、利害関係者を探し出し、ニーズが高い、あるいは既に資源が存在するところで活動を開発することになる。この段階においては、サーベイランスを改善することも重要である。ある程度の自殺予防活動がおこなわれている国においては、状況分析をおこない、既におこなわれている活動は何か、ニーズとのギャップがある部分はどこかを見極めることになる。国としての対応が比較的包括的におこなわれている国においては、新しいデータをもとに知識をアップデートし、効果と効率を重視しつつ、評価と改善に焦点を当てていく必要がある。

今後の展望として考慮すべき点が2点ある。第一に、自殺予防活動はデータ収集と同時に起こされる必要がある。第二に、仮に国として自殺予防戦略をとる準備ができていないと思われても、利害関係者に、国としての対応について話を持ちかけることで、変革に向けての関心や環境を創造していくことができる。国としての対応を創造していくプロセスのなかで、利害関係者のコミットメントを高め、スティグマについての公共の対話が奨励され、脆弱性の高い集団が同定されるようになる。また研究の優先順位が定められ、市民やメディアの意識も高まる。

戦略の進捗を測定する指標には以下が含まれる。

- ・自殺死亡率の減少割合
- ・成功裏に実施された自殺予防介入の数
- ・自殺企図による入院数の減少

WHOメンタルヘルスアクションプラン 2013-2020(1)に基づき実行すれば、自殺死亡率の10%減少を目標とすることが可能になる。多くの国はさらなる自殺死亡率の減少を望むであろう。大切なことは、長期的にみれば危険性の低減は、自殺の減少にむけての一步でしかない、ということである。保護因子の促進は、将来性の構築に役立つ。つまり地域の組織化による支援の提供や、助けを必要としている人々への適切な資源の紹介、家族や社会圏(social circle)がレジリエンスを高め、大切な人々を助けることができるような効果的な介入、そして援助を求めることをタブーとせず、公共の対話を可能とする社会的風土という将来が可能になるのである。

主要なメッセージ

自殺は多大な犠牲を強いる。毎年、80万人以上の人々が自殺により死亡し、15歳から29歳の死因の第2位である。成人1人の自殺による死亡には、20人以上の自殺企図があると指摘されている。

自殺は予防可能である。国としての対応が効果的であるためには、包括的な多部門による自殺予防戦略が必要である。

自殺手段へのアクセスを制限することは効果がある。自殺や自殺企図を予防するための効果的な戦略は、農薬、銃器、特定の医薬品を含む最も一般的な手段へのアクセスを制限することである。

ヘルスケアサービスは、自殺予防を核となる構成要素として組み込む必要がある。精神障害やアルコールの有害な使用は、世界中で多くの自殺の一因となっている。早期発見と効果的なマネジメントは、人々が必要なケアを受けることを確実にするための鍵となる。

地域は自殺予防において重要な役割を果たす。地域は脆弱性の高い個人への社会的支援を提供し、フォローアップケアに取り組み、スティグマと闘い、自殺で遺された人々を支援することができる。

はじめに

自殺のひとつひとつが、早期に人の命を奪う個人的悲劇であり、またそれは家族や友人の人生、地域に劇的な影響を及ぼし、後々までさざ波のように影響が続く。毎年80万人以上もの人が自殺で亡くなっている。これは40秒につき1人の割合である。自殺は地域、州、そして国全体に影響する公衆衛生の課題である。

自殺による影響が最も大きいのは若者である。世界的にみると、今や自殺は15歳から29歳の若者の死因の第2位となっている。国により数字は異なるものの、世界的な自殺による負担が最も高いのは低所得国であり、実にすべての自殺の75%はこうした国々で起きていると推定されている。

2013年5月、第66回WHO総会にて、はじめて世界保健機関(WHO)のメンタルヘルスアクションプランが採択された。この行動計画は、WHO加盟国すべてが特定のターゲットを達成するよう、メンタルヘルスへの更なるコミットメントを表明することを求めている。自殺予防はメンタルヘルスアクションプランの根幹となるものであり、2020年までに自殺死亡率を10%削減させるという目標を掲げている(1)。

なぜ自殺は起こるのだろうか？なぜ毎年多くの人が命を断つのだろうか？貧困が原因なのか？失業だろうか？人間関係の破綻なのか？それともうつ病や他の重度精神障害のせいだろうか？自殺は衝動的な行動の結果なのか？それともアルコールや薬物の脱抑制効果によるものか？疑問は数多くあげられるが、それに対する単純な答えはひとつとしてない。なぜ人々が自殺するのかを説明するに足る単一の因子はない。自殺関連行動は、個人的、社会的、心理的、文化的、生物学的そして環境的因子が互いに絡み合って影響する複雑な現象である。

自殺と精神障害との関連性は十分に確立しているが、危険因子を広く一般化することは非生産的である。自殺の危険を理解するためには、自殺の背景となるものが不可欠であることを示す科学的根拠が増えている。自殺の多くは、危機が起きた際に衝動的におこなわれるものであり、そのような状況においては、農薬や銃器等の自殺の手段への容易なアクセスが、生死を分けることになる。他の危険因子としては、経済的問題のような、急性あるいは慢性的な生活上のストレスに対処する力を失うことも含まれる。さらに、ジェンダーに基づく暴力や児童虐待も自殺関連行動と密接に関係している。国内でも自殺死亡率は異なり、マイノリティーや差別を経験する人の間で自殺死亡率は高くなっている。

特に精神障害や自殺にまつわるスティグマは、多くの人の援助希求が阻害されることを意味する。地域の意識を高めタブーを破ることは、国として自殺を予防するために不可欠な努力である。

こうした課題の多くに解決策はあり、行動をとるに十分な知識があると我々は考える。

自殺は予防できる

自殺予防の取り組みには、教育、労働、農業、ビジネス、司法、法律、防衛、政治、メディアを含めて、保健医療および保健医療以外の公的・私的部門等の社会の多部門による調整と連携が必要である。これらの多部門による取り組みは、包括的で統合的、かつ相乗的でなければならない。自殺のように複雑な課題に取り組むには、単一のアプローチでは不十分である。

自殺予防の1つの戦略として認識されているものとして、WHOによる精神保健の格差に関する行動プログラム(mhGAP)に記されているように、精神障害のアセスメントとマネジメントがある。mhGAPは、自殺企図歴のある人へのアセスメントやマネジメント等、科学的根拠に基づく個人レベルの戦略を同定している。人口集団レベルでは、mhGAPは自殺手段へのアクセスの制限、アルコールの有害な使用を抑止するため様々な政策の選択肢を使った政策の開発、メディアへの自殺に関する責任ある報道実践の奨励を謳っている。

さらに、自殺企図歴がある人々を含め、脆弱性の高い集団への予防的介入を優先事項とすることも役立つことが分かっている。その結果、「ポストベンション」が、自殺予防の重要な要素であると同定されている。自殺で遺された家族や友人もまたケアや支援を必要としている。

自殺予防には、ビジョン、計画、そして一連の戦略が必要である。こうした取り組みはデータに基づいたものでなければならない。すべての国で通用するような共通の戦略はないにしても、その指針となる概念的なフレームワークは、文化の特有性を重んじた形で創造されるべきである。また自殺予防の目標は継続的な取り組みによってのみ達成可能となることから、持続的なリーダーシップは不可欠である。

社会変革を創造するためには、重要な要素が3つある。それは、知識(科学的根拠と実践に基づく)、公的支援(政治的意志)、そして自殺予防目標を達成するための国としての対応の社会的戦略である。

本書の目的

多くの死は予防可能であり、しかも多くの場合、低コストの介入で予防可能であるという科学的根拠がある。それにもかかわらず、多くの場合、自殺は政府や政策立案者にとって、世界的に優先順位の低い課題である。本書の目的は、自殺予防を世界的な公衆衛生、そして公共政策上の優先事項とすること、そして自殺を正当な

公衆衛生の課題としての意識を高めることである。本書を通してWHOは自殺の減少のための科学的根拠に基づく介入を紹介し、協力者が予防への取り組みを拡大するよう求める。

本書は問題の重大さを注意喚起し、現存するすべてのデータを収集した上で、世界中の自殺と自殺企図の状況及びそれらがもたらす影響を報告している。また本書内の特定の章では、国々が国民の生涯を通しての自殺を予防するために採用できる、公衆衛生アプローチの実践的アドバイスも提供している。

本書は、自殺予防の取り組みに関わる人々への主要な資源となることを念頭においている。そのなかには主流をなす保健省やプランナー、政策立案者をはじめ、非政府組織(NGO)、研究者、保健医療及びコミュニティワーカー、メディアそして一般市民も含まれる。

作成方法

本書は、世界的な協議プロセスを経て作成されたものであり、既存のデータや科学的根拠の系統的レビューや、WHO内外の異なる協力者や利害関係者からのインプットをもとに作られている。各章は自殺予防では第一人者の専門家集団により概念化され、ドラフトが作成されたものであり、世界における自殺の現状を描写し、自殺予防に向けてのロードマップを創造するべく専門家の知識が結集されたものである。

使用する用語

本書をまとめるにあたって、用語の定義に関しては多くの議論をかわし、最終的には以下に示す用語で合意したことを示したい。だからといって、この分野において進化する用語や、この部門における別の場で理にかなう他の用語使用を否定するわけではない。自殺関連行動に関する用語や定義の課題を終局的に解決することは、本書の範囲を超えていることを記しておく。

本書においては、**自殺(suicide)**は、故意に自ら命を断つ行為とする。

また**自殺企図(suicide attempt)**は、非致命的な自殺関連行動を意味し、死ぬ意図があったか、結果として致命的なものかどうかに関わらず、意図的な服毒や損傷、自傷行為を指す。

「自殺企図」を定義するにあたり重要なことは、自傷行為を含めることに伴う言外の意味や複雑さを認識することである。すなわち、

自殺の意図がなく非致命的な自傷行為もこの用語に含まれるということになる。これにより関連する介入が多岐にわたる可能性があるという問題をはらむことになる。しかし自殺の意図には両価性あるいは隠べいすら考えられることから、自殺の意図はアセスメントが困難となり得る。

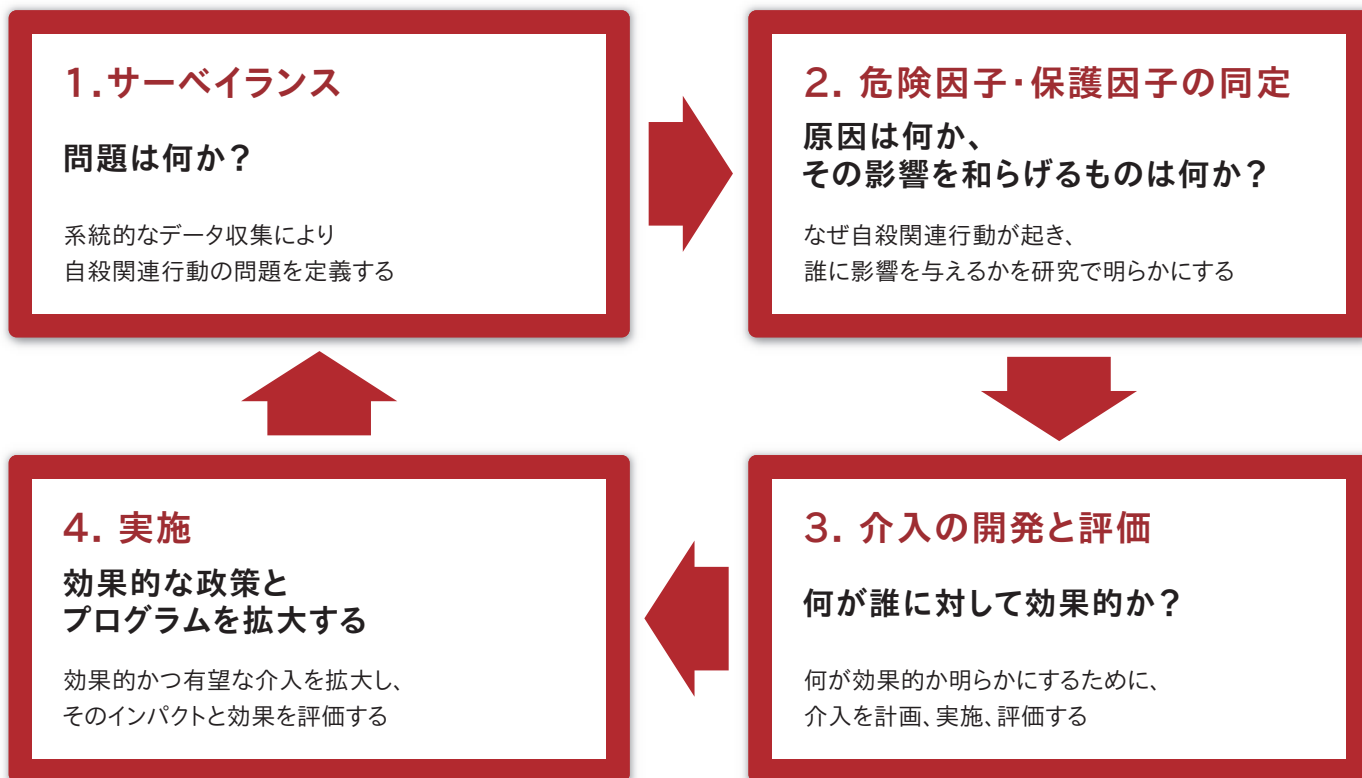
さらに、自殺の意図のない自傷行為の結果として死に至る事例や、当初は自殺の意図にもとづく自殺企図であったが、もはや死を望んではいないまま死に至る事例等も自殺死亡としてのデータに含まれる。この両者を区別することは困難であり、どの程度の割合が、自殺の意図のある自傷行為か、あるいは自殺の意図のない自傷行為なのかを確定するのは不可能である。

自殺関連行動(suicidal behaviour)とは、自殺のことを考えたり(あるいは念慮)、自殺を計画したり、自殺を企図したり、そして自殺そのものを示すこととする。念慮を自殺関連行動として含むことには複雑な問題がからみ、学術的な議論が今もおこなわれている。自殺関連行動に念慮を含むことに至った理由としては、本書に含まれている研究の情報源は多様であり、念慮の位置づけは統一されていないことから、単純にする目的があったからである。

本書の内容

本書は、WHOとしては初の試みであり、自殺、自殺企図、そして世界中の自殺予防の取り組みを包括的に概観し、異なる状況で適応可能な自殺予防に関する政策立案やプログラム開発のための科学的根拠に基づくアプローチを同定するものである。本書は自殺予防にむけて公衆衛生モデルを反映している(図1)。このモデルでは、自殺予防は、まずその問題を定義し理解するというサーベイランスから始まり、次に危険因子と保護因子(及び効果的な介入)を同定するステップがある。そして最終的には実施に至るわけだが、そこには、介入の評価と改善、サーベイランスを再検討し、次のステップへ進むことまで含まれる。全体的な概念的フレームワークとしては、包括的な国の戦略であることが理想であるが、そうしたフレームワークは文化に配慮して創造しなければならない。また、ビジョンや政治的意志、リーダーシップ、利害関係者からの賛同、そして大事なものとしては自殺予防に必要な資金とともに、開発、実施、評価の指針となるデータがなければならない。

図1. 公衆衛生モデル



自殺は世界的にみても最も多い死因のひとつであるにもかかわらず、公衆衛生における自殺の優先順位は低いのが現状である。自殺予防や自殺に関する研究は、それに対して切実に求められている財政的、人材的投資を受けてこなかった。本書が、世界中で包括的な自殺予防戦略の開発と実施のための礎となることが期待される。

自殺と自殺企図に関する
世界の疫学

自殺に関する俗説

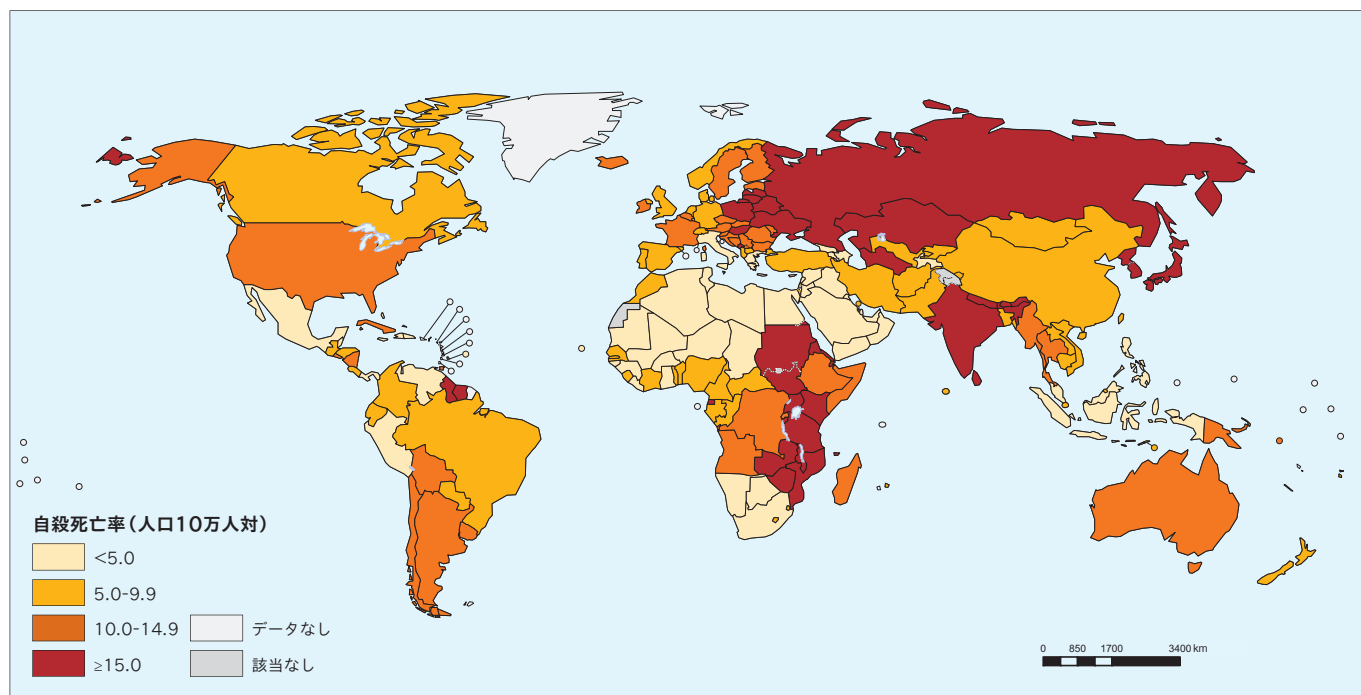
俗説：

~~自殺を口にする人は実際には
自殺するつもりはない。~~

事実：

自殺を口にする人は
おそらく援助や支援を求めている。
自殺を考えている人の多くが
不安、抑うつ、絶望を経験しており、
自殺以外の選択肢はないと感じている。

地図 1. 年齢標準化自殺死亡率(人口10万人対)男女計(2012年)



自殺関連行動の発生率、特徴および手段は、地域や人口動態的集団そして時代によっても異なる。したがって自殺や自殺企図の最新のサーベイランスは、国および地域における自殺予防の取り組みに不可欠である。多くの国々で自殺にはスティグマがつきまとう(あるいは違法である)。その結果、きちんとした人口動態登録システム(自殺による死亡を登録するシステム)のない国々や、病院で提供されたサービスに関するデータ収集システム(治療を要した自殺企図を登録するシステム)がない国々ではとりわけ、自殺関連行動に関する質の高い実用的データを入手することが難しい。地域や国のための適切な自殺予防プログラムを開発し、実施するには、入手しうるデータに限界があることを理解することが重要であり、同時に特定の介入の効果をより正確に反映するためには、データの質の改善にコミットすることが不可欠である。

自殺死亡率

本章は、WHOグローバルヘルス評価(WHO Global Health Estimates)を主な情報源としている。ここでの推定値は主にWHO死亡データベースによるものである。このデータベースは、加盟国がWHOに提供するデータから創造される、世界的な人口動態登録と死因登録のシステムである(2)。推定値を割り出すために、いくつかの統計モデルの技法を使っている。推定値の算出方法は、WHO保健統計・情報システム部(WHO Department of Health Statistics and Information Systems)作成の技術文書に記載されている(3)。本章では、世界及び地域における結果を公表する。報告にある割合の多くは、WHO世界標準人口(WHO World Standard Population)の年齢分布により年齢標準化されている。これにより地域および経時的な比較が容易となる。人口が30万人以上の172加盟国の2012年における各国の自殺死亡率の推定値は、地図1、付録1・2に示されている(人口が少ない国々の自殺死亡率は不安定である)。

世界と地域の自殺死亡率

表1で示すように、2012年の世界全体の自殺死亡数は80万4千人と推定された。世界的に年齢標準化された自殺死亡率は年間10万人当たり11.4となる(男性が15.0、女性が8.0)。

表 1. 地域および世界の推定自殺死亡数と自殺死亡率 (2012年)

地域	世界人口に対する割合	自殺死亡数 2012年 (千人)	世界の 自殺死亡数に 対する割合	年齢標準化* 自殺死亡率(人口10万人対) 2012年			年齢標準化 自殺死亡率の 男女比 2012年
				総数	女性	男性	
全体 **	100.0%	804	100.0%	11.4	8.0	15.0	1.9
全高所得加盟国	17.9%	192	23.9%	12.7	5.7	19.9	3.5
全低中所得 (LMIC) 加盟国	81.7%	607	75.5%	11.2	8.7	13.7	1.6
アフリカ地域の LMICs	12.6%	61	7.6%	10.0	5.8	14.4	2.5
米州地域の LMICs	8.2%	35	4.3%	6.1	2.7	9.8	3.6
東地中海地域の LMICs	8.0%	30	3.7%	6.4	5.2	7.5	1.4
欧州地域の LMICs	3.8%	35	4.3%	12.0	4.9	20.0	4.1
南東アジア地域の LMICs	25.9%	314	39.1%	17.7	13.9	21.6	1.6
西太平洋地域の LMICs	23.1%	131	16.3%	7.5	7.9	7.2	0.9
世界銀行による地域**							
高所得	18.3%	197	24.5%	12.7	5.7	19.9	3.5
上位中所得	34.3%	192	23.8%	7.5	6.5	8.7	1.3
下位中所得	35.4%	333	41.4%	14.1	10.4	18.0	1.7
低所得	12.0%	82	10.2%	13.4	10.0	17.0	1.7

LMICs=低中所得国

* 割合は、WHO世界標準人口 (WHO World Standard Population) に標準化している。

このWHO 世界標準人口は、地域および経時比較を容易にするために年齢構成の違いを調整している。

** WHO加盟国でない3領土のデータを含む。

年齢標準化された自殺死亡率は、高所得国は低所得国より多少高い傾向がみられる（人口10万人当たり12.7と11.2）。しかしながら低所得国が世界人口に占める割合ははるかに高く、世界の自殺の75.5%はこうした国々で起こっている(図2)。

WHOの6つの地域における低所得国においては、米州地域の10万人当たり6.1から南東アジア地域の10万人あたり17.7に至るまで、年齢標準化された自殺死亡率の幅は地域によって3倍近く異なる。WHOの地域間で自殺死亡率が異なる結果、2012年では、世界人口の26%を南東アジア地域で占める一方で、世界の自殺死亡数では39%を占めている(図3)。

図 2. 年齢・所得水準別の世界全体の自殺死亡数(2012年)

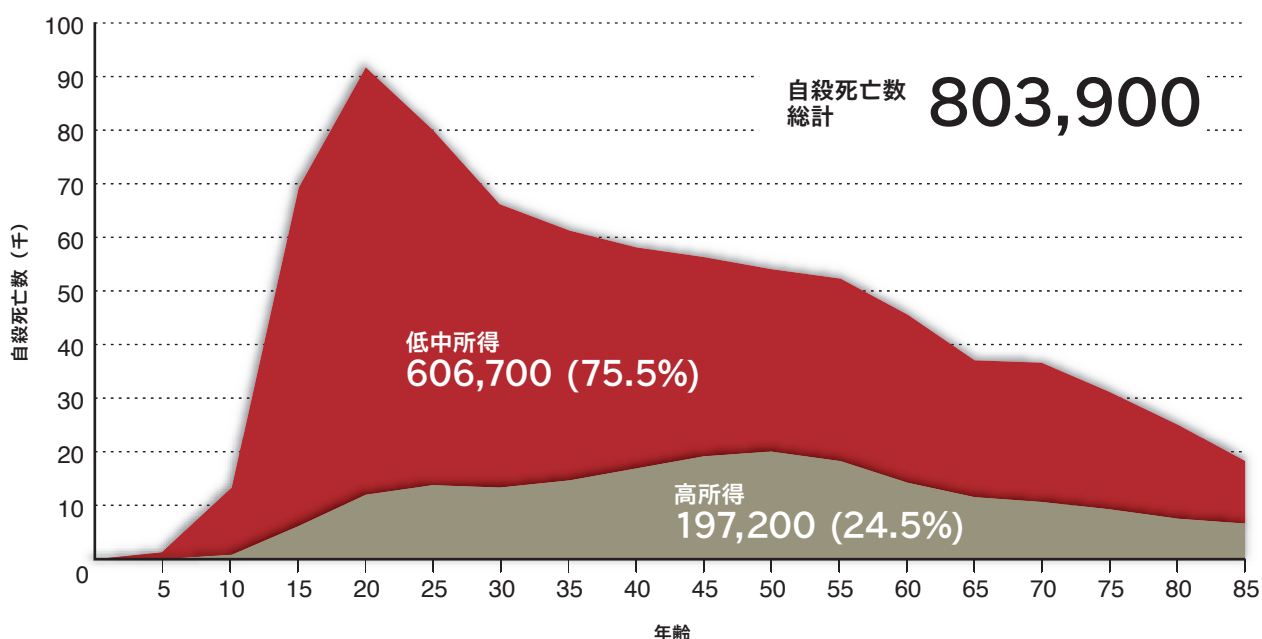
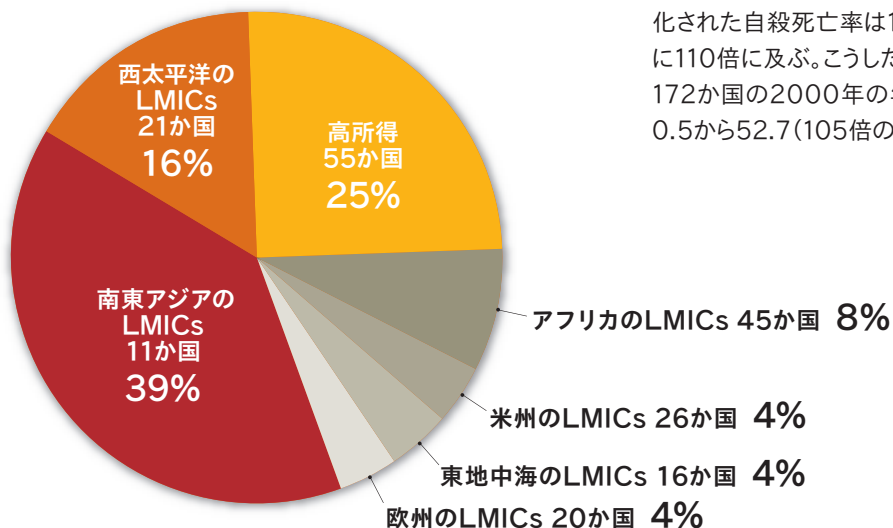


図 3. 世界の自殺死亡数の地域分布(2012年)

この自殺死亡率における違いは、国レベルのデータを比較するとさらに顕著である。人口30万人以上の172か国において、年齢標準化された自殺死亡率は10万人当たり0.4から44.2とその幅は実に110倍に及ぶ。こうした大きな地域差は経時的にほぼ変わらず、172か国の2000年の年齢標準化自殺死亡率は10万人当たり0.5から52.7(105倍の違い)であった。

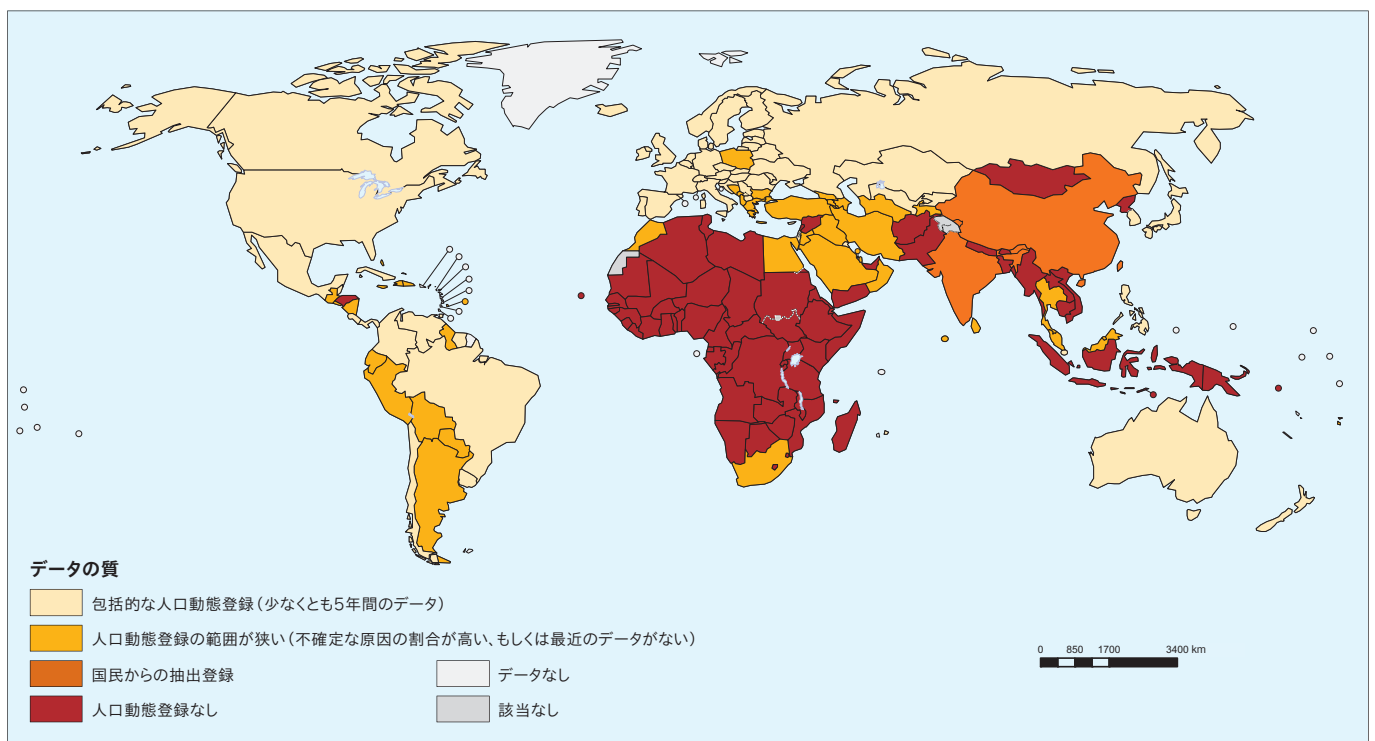


LMICs = 低所得国

こうした自殺死亡率を評価するにあたり、何点が重要な注意点がある。推定値を算出した172のWHO加盟国のうち、自殺死亡率の推定にそのまま使用できるような優れた人口動態登録データを所有するのはわずか60か国に過ぎない(地図2と付録1・2)。残りの112か加盟国(そうした国々は世界における自殺の71%を占める)における推定自殺死亡率は、やむを得ずモデル化手法に基づいている。当然のごとく、優れた人口動態登録システムがあるのは高所得国がほとんどである。優れた人口動態登録データを持つ39の高所得国が、高所得国における推定自殺死亡数の95%を占める一方で、優れた人口動態登録データを持つ低中所得21か国は、低中所得国における推定自殺死亡数の8%に過ぎない。

得国がほとんどである。優れた人口動態登録データを持つ39の高所得国が、高所得国における推定自殺死亡数の95%を占める一方で、優れた人口動態登録データを持つ低中所得21か国は、低中所得国における推定自殺死亡数の8%に過ぎない。

地図 2. 自殺死亡率データの質(2012年)



この死亡率データの質の低さの問題は、自殺に限られたことではない。しかし自殺がデリケートな問題であること、つまり国によっては自殺関連行動が違法であることを考慮すると、他の死因に比べると過小報告や誤分類等の問題がはるかに大きいと言えるだろう。自殺死亡の登録は、医療や法律上の問題を含み、いくつもの責任当局が関わる複雑で多層にも及ぶ手続きであり、国によっても異なる。自殺は疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版(ICD-10)のなかでは「不慮か故意か決定されない死」(ICD10コードY10-Y34)あるいは、「事故」(コードV01-X59)、「殺人」(コードX85-V09)、そして「不詳」(コードR95-R99)と誤って分類されることが最も多い(4, 5, 6)。国や地域により推定自殺死亡率に大きな幅があるのは、報告や登録の実践に違いがあることに起因しているのかもしれない。優れた人口動態登録システムがある60か国においては、2012年の国ごとの年齢調整自殺死亡率

に32倍の差がある(10万人当たり0.89から28.85)。国ごとの死亡率データの正確性を改善すべく何十年と取り組んできたにもかかわらず、地域ごとの差はまだ存在するのである。一方、このように現れる差は、実際の差を反映している可能性があることも忘れてはならない。

このことから次の主要な質問が導かれる。1) 各国は自殺関連行動のモニタリングをどのように改善できるのか? 2) 地域および国ごとで自殺死亡率にこのように大きな差が生じる原因は何か? 3) 自殺死亡率に影響を及ぼす多くの因子のなかで、政策やプログラムによって変更しうるのはどの因子か? これらの質問への答えを本章と残りの章で明らかにしていく。

性別による自殺死亡率

自殺死亡率は性別によって異なる(地図3と図4)。長年、世界的には男性の自殺死亡は女性の3倍であるというのが一般的な見解であった。しかしこの高い男女比は主に高所得国での現象であり、2012年の年齢標準化された自殺死亡率の比は3.5であった。低中所得国では男女比ははるかに低い1.6となっている。これはすなわち男性の自殺死亡率は女性よりも57%(300%でなく)高いということである。

しかしながら地域および国ごとで大きな違いがある。表1に示すように、低中所得国の地域ごとの男女比は、西太平洋地域における0.9から欧州地域における4.1にいたるまで、4.5倍の違いがある。人口30万人以上の172加盟国では、平均男女比は3.2、中央値は2.8、そして比率の範囲は0.5から12.5に及ぶ(すなわち24倍の違い)。

地図3. 年齢標準化自殺死亡率の男女比(2012年)

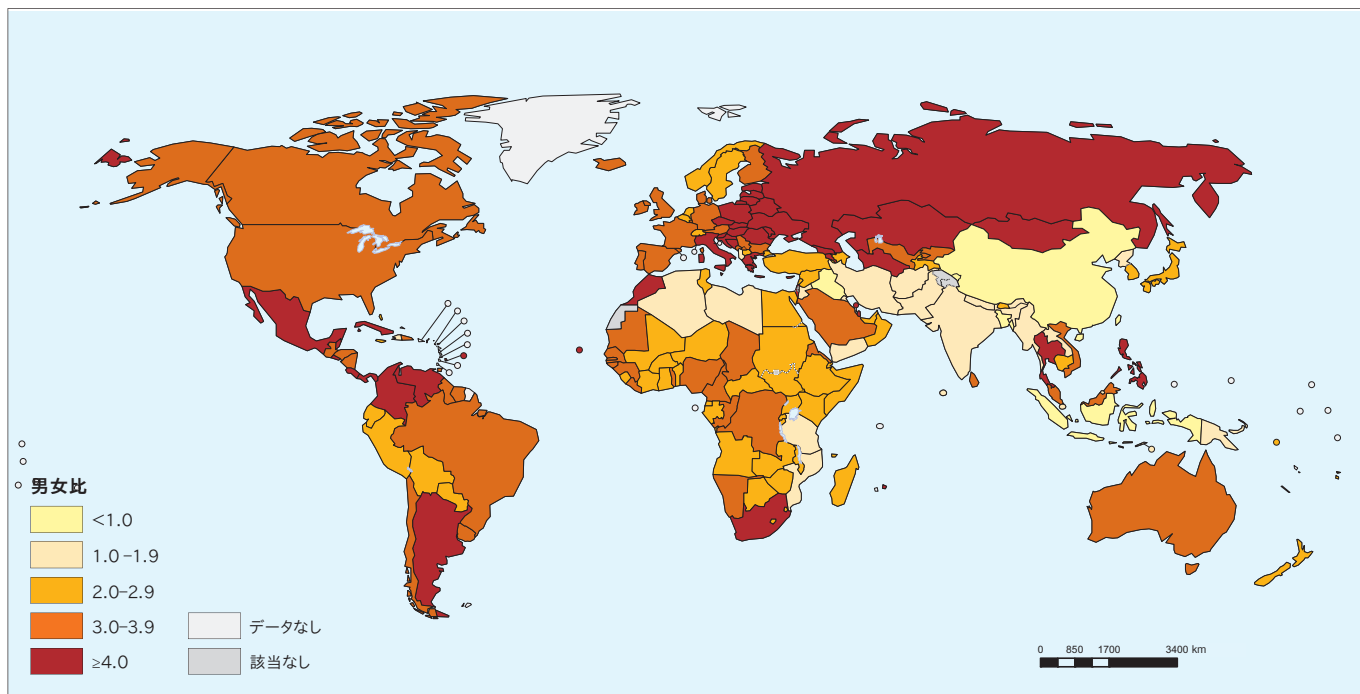
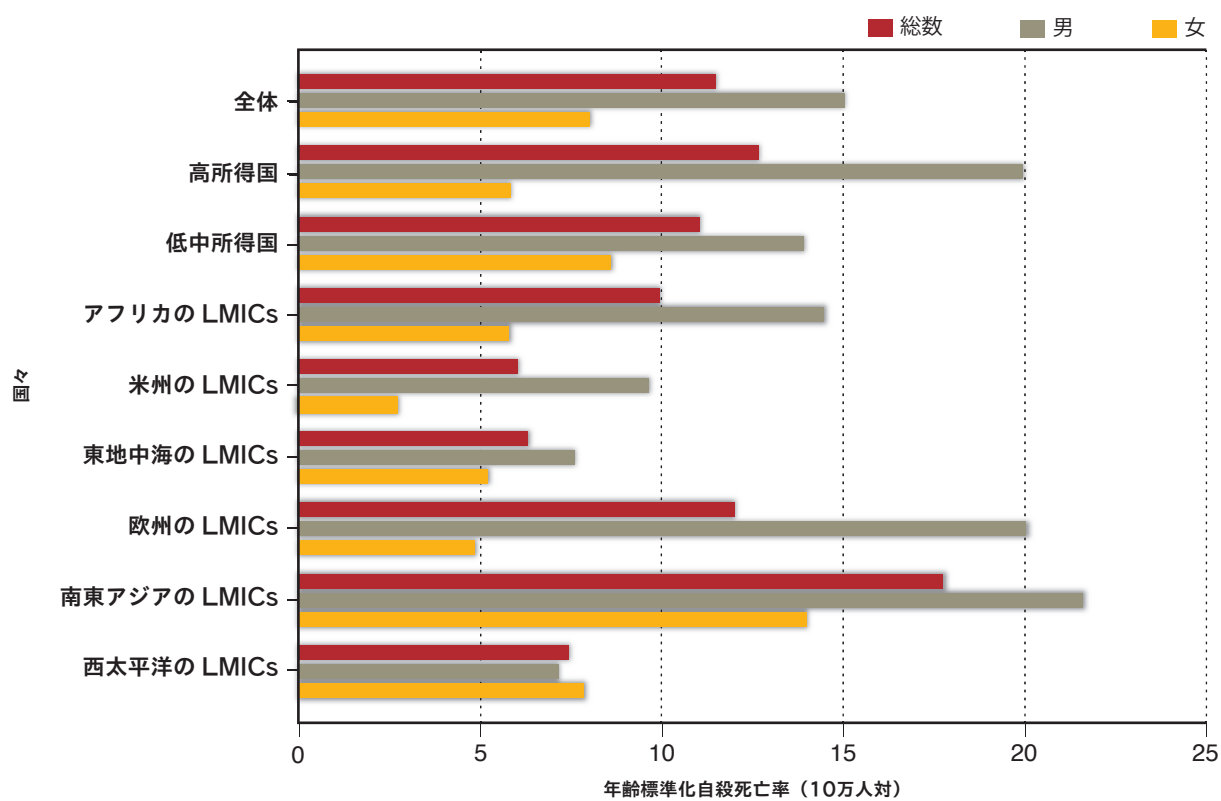


図5に示されるように、男女比は年齢によっても異なる。男女間での異なる自殺死亡率を説明するには多くの理由が考えられる。男女平等の課題、ストレスや葛藤に対処する際、社会的に容認される方法が性別により異なること、異なる自殺手段の入手可能性や選択の違い、アルコール摂取の容易さやパターン、そして精神障害の

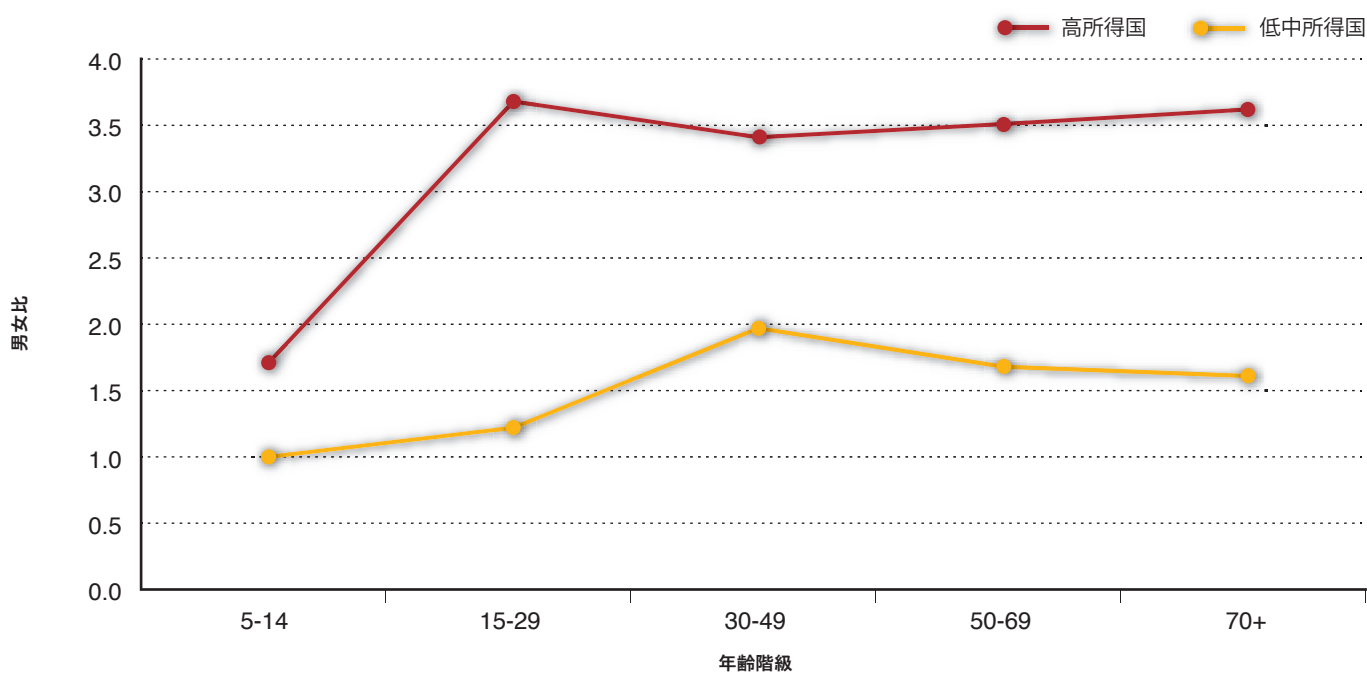
ための援助希求率の男女差である。自殺死亡の男女比の幅広さは、こうした様々な理由の相対的な重要性が、国や地域によって大きく異なることを示唆している。

図4. 地域別の年齢標準化自殺死亡率(2012年)



LMICs = 低中所得国

図5. 年齢階級別・所得水準別の自殺死亡率の男女比



年齢別の自殺死亡率

年齢に関しては、自殺死亡率は15歳以下が最も低く、70歳以上が最も高い。これは男女とも世界のすべての地域でいえることであるが、15歳から70歳の間での自殺死亡率における性・年齢別の傾向は地域によって異なる。地域によっては年齢と共に着実に自殺死亡率が高くなる場所がある一方で、若年成人にピークがあり中年期は減少する地域もある。また年齢別にみた男性と女性の傾向が同様の地域もあれば、全く異なる地域もある。高所得国と低所得国での大きな違いは、低所得国では、若年成人と高齢女性の自殺死亡率が、高所得国の同集団よりはるかに高く、高所得国の中年男性の自殺死亡率は、低所得国よりはるかに高いということである。自殺死亡率全般にいえることであるが、国ごとの年齢別の自殺死亡率のばらつきは、地域による自殺死亡率のばらつきよりもはるかに大きい。

主な死因としての自殺の相対的重要性

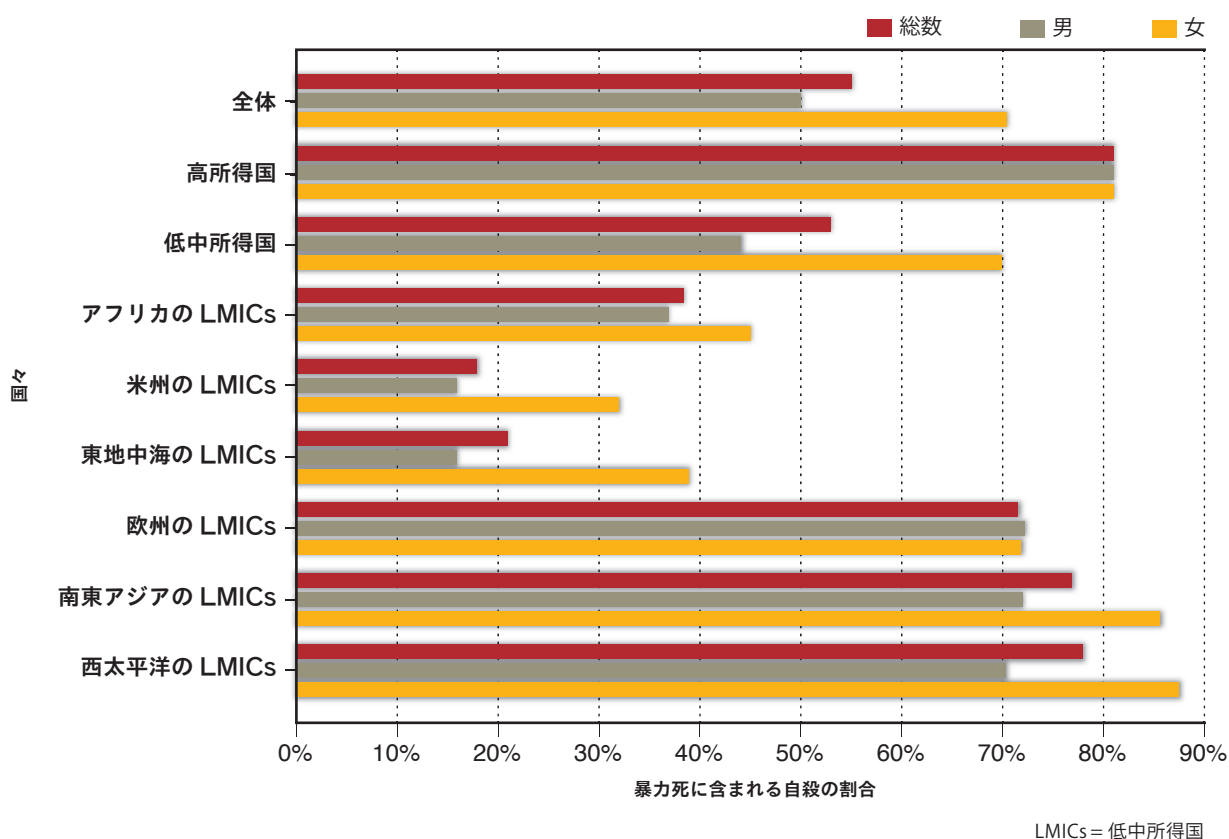
自殺は、2012年の世界の全死亡の1.4%を占め、主要な死因の15位である。若年成人や中年の間で圧倒的に多いこのような不慮の死は、個人、家族、地域、そして国にとって多大な経済的、社会的、心理的負担をもたらす。自殺は世界各国、各地域における主要な公衆衛生の問題である。

高所得国では、全死亡に占める自殺死亡の割合(1.7%)は、低所得国(1.4%)よりも高い。これは主に低所得国では高所得国よりも感染症や他の原因による死亡数が多いからである。西太平洋地域の低所得国の明らかな例外をのぞいては、世界の他の全地域において、全死亡に占める自殺の割合は、女性よりも男性で高く、死因としての自殺の順位は女性よりも男性の方が高い。

全死亡に占める自殺の割合と死因としての自殺の順位は年齢によって大きく異なる。世界的には、15歳から29歳の若年成人では、自殺が全死亡の8.5%を占め、主要な死因の第2位(交通事故に次ぐ)である。30歳から49歳の成人では、自殺は全死亡の4.1%を占め、主要な死因の第5位である。注目すべきことは南東アジア地域においては、15歳から29歳の若年成人の全死亡で自殺が占めているのは、高所得国で17.6%、低所得国では16.6%であり、男女とも主要な死因であるということである。

公衆衛生の問題として自殺の重要性をアセスメントするもう1つの方法は、対人暴力や武力衝突、そして自殺(すなわち暴力死)による死亡を含むすべての故意の死亡のなかで、自殺がどれだけの割合を占めているかアセスメントすることである。図6は、世界の異なる地域における自殺の全暴力死に占める割合を示している。世界的には自殺は全暴力死の56%を占めている(男性では50%、女性では71%)。高所得国では自殺は男女とも暴力死の81%を占める一方で、低所得国では男性では暴力死の44%、女性では70%が自殺によるものである。

図 6. 地域別の暴力死に含まれる自殺の割合(2012年)



2000年から2012年までの自殺死亡率の変化

2000年から2012年の間、世界人口は増加したにもかかわらず、自殺の絶対数は88万3千から80万4千と9%減少した。しかし、地域ごとにかなり異なるパターンがある。自殺死亡総数における割合の変化は、アフリカ地域の低所得国における38%の増加から、西太平洋地域の低所得国における47%の減少に至るまで幅がある。

世界の年齢標準化自殺死亡率(経時的な人口や年齢構成の違いを調整)は、2000年から2012年の12年間に26%減少した(男性では23%、女性では32%)。年齢標準化自殺死亡率は、アフリカ地域の低所得国と東地中海地域の低所得国における男性を除いては、世界のどの地域でも減少している。

このような世界的、地域ごとの分析は、自殺死亡率における各国固有の変化を隠す。人口30万人以上の172加盟国(付録1・2を参照)のなかでは、2000年から2012年にかけての年齢標準化自殺死亡率は69%の減少から270%の増加と幅がある。172か国における12年間の年齢標準化自殺死亡率は、85か国(49.4%)においては10%以上の減少、29か国(16.9%)では10%以上の増加、58か国(33.7%)においては比較的小さい変化(10%減から10%増の間)であった。

このような急速な自殺死亡率の変化の理由はまだわかっていない。考えられる説明の1つとしては、過去10年間の世界的な健康の劇的な改善があげられる。2000年から2012年の世界的な年齢標準化死亡率はすべての死因で18%減少した。自殺死亡率の減少はすべての死亡率の減少以上の速さである(26%に対して18%)ものの、わずかに8%の違いである。この流れが維持されるとするならば、2020年までに自殺死亡率を10%減少させるというWHOメンタルヘルスアクションプラン2013-2020(1)に明記されている目標は達成可能であるかもしれない。

自殺の手段

自殺関連行動をとる人の多くは、その行為の瞬間にも、死にたいことに両価的であり、また自殺関連行動の一部は急性の心理社会的ストレスへの衝動的な反応である。手段の制限(自殺手段へのアクセスを制限すること)は自殺予防活動の主要な要素である。なぜなら手段の制限は、こうした個人が自ら起こそうとしている行動に影響を及ぼし、うまくいけば、危機が過ぎ去るからである。しかし適切な手段の制限に関する政策の立案(例えば、農薬や銃器へのアクセスを制限する、地下鉄や橋、象徴的な建物に柵を設置する、

医薬品の包装規制を変える等)には、その地域で使われている自殺手段と、地域における様々な人口動態的集団における手段選択の傾向の詳細を理解する必要がある。

残念ながら、自殺で使われる手段に関する国レベルのデータにはかなり限界がある。ICD-10には、自殺手段を含めた死亡の外因を記録するXコードはあるが、多くの国がこうした情報を収集していない。2005年から2011年の間で、194か国のWHO加盟国のうち、WHO死亡データベースにおいて自殺手段に関するデータを報告したのは76か国のみであった。こうした国々は全世界の自殺死亡の28%を占めるにすぎず、世界の自殺の72%で自殺手段は不明ということである。当然ながら、自殺手段のデータは低中所得国よりも高所得国のほうがはるかに優れている。高所得国では、自殺死亡のうち50%は縊首が占め、銃器は2番目によく使われる手段であり自殺死亡の18%を占める。高所得国において銃器による自殺が比較的高い割合であるのは、全自殺死亡の46%を銃器が占める米州地域の高所得国によるものである。一方、他の高所得国では銃器による自殺は全体の4.5%のみである。

WHO死亡データベースのなかで、低中所得国の自殺手段に関する国レベルのデータが不足していることを考慮すると、こうした地域での自殺手段の傾向をアセスメントするには、研究者は学術文献に発表されたデータに頼らざるを得ない(7)。低中所得国、特に小規模農業にかかわっている農村部の居住者が高い割合を占める国々においては、主要な自殺手段のひとつは農薬の服毒である。1990年から2007年の世界データの系統的レビューによると(8)、世界の自殺の約30%(妥当な範囲は27%から37%)は農薬の服毒によるもので、ほとんどは低中所得国で起きている。こうした推定を基にすると、農薬の服毒は世界的に最もよく使われる自殺手段のなかに入る。もしそうであれば、これは自殺予防に大きな意義をもつ。なぜなら農薬の制限は、困難ではあるが、縊首の手段を制限することよりも実現可能性が高いからである。

他の研究では、地域で最も普及する自殺手段は環境によって決まり、時とともに急速に変化するものであり、地域から地域へと広がっていくことを示唆している。中華人民共和国香港特別行政区やシンガポール共和国のような高度に都市化した地域では、人口の大多数が高層アパート群に居住しており、高層ビルからの飛び降りがよくとられる自殺の手段である。有毒な一酸化炭素を排出するバーベキュー用木炭の使用が自殺手段として流行するようになったのは、1998年に中華人民共和国香港特別行政区で始まったのがきっかけで、台湾に急速に広まり、8年以内には自殺手段として最もよく使われる手段となった(9)。ある地域で使われるようになった手段には、化学薬品を混ぜて発生させる硫化水素ガス(例えば、日本国)とヘリウムガスの使用がある。こうした研究結果は、手段の制限への取り組みや関連する地域での教育的取り組みが、常に変化する自殺の傾向に確実に対応するためには、自殺と自殺企図で

使われる手段を継続的にモニタリングすることが重要であると強調している。しかし、新しく登場する自殺手段の多くは、現在のICD-10の外因死コードでは特に同定できない。したがって各地域で独自に、手段固有のICD-10のサブコードの使用を広めない限りは、そうした新しい自殺手段については、死亡登録システムから明らかにならないであろう(資料1を参照)。

資料 1.

アメリカ合衆国における 全国暴力死報告システム (National Violent Death Reporting System)

アメリカ合衆国における疾病管理予防センター(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)には、自殺を含めた暴力死に関する詳細情報を集めたサーベイランスシステムである全国暴力死報告システム(National Violent Death Reporting System, NVDRS)がある(10, 11)。NVDRSは犠牲者の死亡診断書、毒物学、検死報告、法執行や検死官、監察医、あるいは死亡現場の検査官からの調査報告等を含め、様々な情報源から事件に関する関連情報をリンクするデータの集積庫としての役割を果たす。NVDRSは、死亡者の人口動態的特徴、経緯や凶器、その他事件の特徴となること(例えば、死亡した場所や時間等)、死亡者の死に影響を及ぼしたと思われる健康や生活上のストレス関連状況等に関する詳細を提供する。このような情報は死亡現場検証や、目撃者からの証言、被相続人による情報開示、他の物的証拠(例えば、遺書等)から得られたものに基づく。現在NVDRSはアメリカ合衆国50州のうち18州からデータを収集している。州政府は州の保健医療部門や監察医務院等の委託先を通してデータ収集を管理している。データはトレーニングを受けた要約担当者によって収集されコード化される。CDCは、財源を確保次第、アメリカ合衆国全州にNVDRSを拡大する計画である。

自殺に関する地域や国に固有のデータを使用するに際して、もう1点重要な注意点は、こうしたデータは、ターゲットとなる自殺予防プログラムを計画するには、あまり役立たないということである。その理由は、このようなデータには、自殺死亡率や自殺の人口動態的特徴、自殺手段について、国内で大きな多様性があるという事実が考慮されていないからである。同じ国内でも、例えば中華人民共和国における都市部と農村部(12)、インドの異なる州(13)等、地域によって自殺死亡率や自殺の人口動態的特徴に大きな違いがあるという十分な根拠がある。こうした状況では、介入の取り組みにあたり優先されるべき地理的地域や人口動態集団を決定する

自殺企図

自殺企図は地域にとって重大な社会的、経済的負担をもたらす。それは、損傷を治療するための保健医療サービスの利用、その行動による個人や関係者への心理的社会的影響、また時には損傷による長期にわたる障害等が関係するからである。さらに重要なことは、一般人口において、過去の自殺企図は、自殺死亡の最大の予測因子である。過去に自殺企図をした人は、企図歴がない人に比べると自殺で死亡する危険性ははるかに高い。こうした危険性の高い個人を同定し、フォローアップケアや支援を提供することは、包括的な自殺予防戦略の主要な要素となるべきである。

地域における自殺企図の発生率、人口動態の傾向や手段のモニタリングは、自殺予防戦略の開発と評価の助けとなる重要な情報を提供する。これが自殺死亡に関する情報と統合されるなら、自殺企図の割合と手段に関するデータは、自殺関連行動の致死率(全自殺関連行動のなかで死に至る割合)を性別、年齢、手段により推定するために使用することができる。こうした情報は、その地域において選択的心理社会的予防介入のターゲットとなる、危険性の高い集団や、手段を制限するための介入のターゲットとなる危険性の高い手段を同定するのに役立つ。

自殺企図に関する国および地域での割合に関する情報を得るためには、2つの主な手法がある。1つは地域住民の代表サンプル調査で、自殺関連行動について自己報告で得る方法と、もう1つは、地域の保健医療施設(通常は病院)の代表サンプルにおける自傷行為の治療に関する医療情報から得る方法である。WHOでは自殺企図に関するデータは定期的に収集してはいないが、自殺企図

ために、国のデータでは役立たない。全自殺に占める手段ごとの割合に関する国の推定値は、国としての手段の制限の取り組みに関して、焦点を合わせるポイントを示すが、こうした取り組みの多くは国の各地域に対応させる必要がある。例えば農業による自殺は主に農村部で起こる。したがって全国的にみると農業による自殺が高い割合で起きている国々であっても、都市部においては、農業を制限する対策が自殺予防プログラムの第一の中心にはおそくならないであろう。

に関する情報を収集するWHO世界精神保健調査(WHO World Mental Health Surveys)(14)の取り組みを支援してきた。また、慢性疾患の危険因子サーベイランスに対するWHOステップワイズアプローチ(WHO STEPwise approach, STEPS)には、自殺企図に関するデータ収集を意図した質問も含まれる(15)。さらにWHOは、自殺事例登録に関する資源手引き(16)に加えて、治療を要した自殺企図のための病院ベースの症例登録を確立するための資源手引きも刊行してきた(17)。

調査から明らかになった 自己報告による自殺関連行動

心理社会的課題に関する地域調査の多くは、自殺関連行動に関する自己報告の質問を含む。同じ調査が同じ集団に対して経時的におこなわれた場合、自己報告による自殺関連行動の変化傾向について妥当な結論を導くことができる。1例としては、アメリカ合衆国にて半年ごとに行われる青少年危険行動サーベイランスシステム(Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS)が挙げられる(18)。しかし、異なる調査尺度が使われている場合、あるいは同じ調査が異なる集団におこなわれる場合(とりわけ言語が異なる場合)には結果の解釈はさらに困難となる。地域調査に関係する標準的な方法論の問題(調査サンプルが、ターゲットとしている母集団を真に代表していることを確認する等)以上に、自殺念慮や自殺企図の自己報告率に影響を与える可能性のある潜在的な交絡因子がいくつかある。そのような因子としては、その集団の識字レベル、質問紙で使用されている特定の表現、質問の長さ、現地語における表現の解釈(例えば、正確な意味や含み)、考慮さ

れた時間フレーム、そして最も重要な因子として、どれだけの回答者がこのような情報を進んで開示してくれるか、等が挙げられる。

過去の自殺関連行動を進んで報告してくれるかどうかは、年齢や性別、宗教、民族性や他の因子によって変わってくるであろう。したがって、異なる人口動態的集団や文化的集団における自己報告による自殺関連行動の割合を比較する際には注意を要する。異なる集団の自己報告による自殺念慮率を比較することは特に問題をはらむ。なぜなら自殺念慮は多くの場合、他人からは分からない一時的かつ揺れ動きのある経験だからである。さらに自殺念慮や自殺企図の自己報告による生涯発生率の比較についても(それは現在の自殺の危険をアセスメントするにはあまり役立たないかもしれないが)、回答者の年齢や、遠い過去のことを思い出す際の想起バイアス等により交絡する。そのため、地域ベースの自己報告調査で使用するのに最も有用かつ間違いなく信頼できる尺度は、前年の自殺企図(結果としてある程度の身体的な損傷に至ったもの)の発生件数である。

WHO世界精神保健調査(14)は、自殺企図の発生、時期、手段、そして治療(もしあれば)に関する一連の標準化した質問を含むWHO統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)を使用している。18歳以上の個人の12か月間における自殺企図発生率(2001年から2007年までにおこなわれた調査から収集)に関する入手可能な報告は、高所得10か国(うち9か国では国を代表するサンプルを使用)における総計52,484人のサンプル、中所得6か国(うち4か国では国を代表するサンプルを使用)における総計25,666人のサンプル、低所得5か国(うち1か国は国を代表するサンプルを使用)における総計31,227人のサンプルからのデータをベースとしている(19)。調査前年の1度以上の自殺企図の発生率は、高所得国では男女とも1,000人につき3人(0.3%)、中所得国では男性では1,000人当たり3人、女性では1,000人当たり6人、低所得国では男女ともに1,000人につき4人であった。高所得国、中所得国、低所得国の発生率を、世界銀行の所得階層それぞれに属するすべての国々の成人人口(18歳以上)に当てはめると、自己報告による自殺企図の世界の年間発生率の推定値は、成人1,000人当たり約4人となる。これは、2012年の世界の自殺死亡率の推定値が18歳以上の成人10万人当たり15.4であることから、自殺で死亡した成人1人につき、1度以上の自殺企図をした人が20人以上にのぼる可能性があることを示す。しかし、自殺や自殺企図の割合と同様、地域、性別、年齢、手段により、自殺企図と自殺死亡の比と、自殺関連行動の致死率には大きな幅がある。

治療を要した自殺企図に関する 病院ベースのデータ

自殺企図の発生率に関する他の情報源としては、病院の救急部門や外来部門、他の保健医療施設における、自傷行為のための治療に関する記録がある。死亡に関する記録と異なり、自殺企図に関する情報収集を標準化するために国際的に定められた方法はない。したがって、権限の及ぶ範囲を超えて割合を比較する際には、いくつかの方法論的な課題を考慮する必要がある。病院の記録に基づく、治療を要した自殺企図の推定割合は、選択された病院が地域の病院全体の代表サンプルでない場合、または、自殺企図のかなりの割合が地域のクリニックで治療を受けるため病院を受診しない場合は不正確である可能性がある。さらに、治療を要した自殺企図に関する報告率は、病院の記録プロセスにかなり影響される。このような率は十分に信頼性があるとはいえず、それは以下の理由による。

- 治療歴からは個人を区別できない可能性がある(1年間に何度も自殺企図をした人については重複する)。
- 自殺関連行動のための治療中に病院で死亡した人や、自宅で死を迎えるために退院した人を除外していない可能性がある(これらは自殺企図ではない)。
- 自殺の意図を伴う自傷行為と、自殺の意図を伴わない自傷行為とを区別していない可能性がある。
- 病院の救急部門で治療を受けた人で、正式な入院に至る前に退院した人が含まれていない可能性がある。
- 救急部門で治療を受けず、直接病棟に入院した人が含まれていない可能性がある。
- 自殺企図の手段を記録していない可能性がある(そのため手段固有の致死率をアセスメントすることが不可能になる)。
- そして最も重要なことは、スティグマや、自殺関連行動に対する保険不適用、法的な煩雑さへの懸念から、自殺企図を「事故」として系統的に記録する可能性がある。

国内で、そして今後は国と国の間で、このような記録プロセスを標準化することは、自殺を理解し最終的には減少させるための国の取り組みに必要となる基本業務の1つである(資料2を参照)。

資料 2.

アイルランドにおける全国自傷行為登録 (National Registry of Deliberate Self-Harm)

アイルランドの全国自傷行為登録(National Registry of Deliberate Self-Harm, NRDSH)は、自傷行為件数のモニタリングをおこなう国のシステムである。この登録は国の自殺研究基金により保健・児童省の要求のもとに設立され、保健サービス局の自殺予防事務局から資金を得ている。この国の登録システムの目的は、発生率の高い集団や地域の同定、自殺関連行動の予防に関心を示すサービスや実践者への情報提供のために、自傷行為による病院救急部門の利用件数や繰り返しの利用を確定し、モニタリングすることである(20, 21)。

の医療的なマネジメント改善のために地域ベースで手段を制限する予防的取り組みや、病院ベースの取り組みが焦点を当てるべき非常に致死性の高い手段を同定することができる。例えば農薬の服用による自殺企図の医療的なマネジメントはしばしば技術的に困難であり、多くの低中所得国の農村部の病院にはないような先進的な設備が必要であることがある。このような地域では、地元の医療従事者に対してトレーニングと医療設備を提供することが、自殺予防の取り組みの必須要素である(27)。異なる農薬による院内致死率に関するデータは(0%から42%に及ぶ)、最も必要なタイプのトレーニングと医療設備を決定するうえで不可欠である(28)。

自殺企図により治療を必要とする損傷に至るのはごく一部であり、治療を要した自殺企図をベースとした致死率の推定値は、地域調査から得られる自己報告による自殺企図割合をベースとしたものよりも必然的に高くなる。ほとんどの国では、治療を要した自殺企図に関する、国のあるいは国を代表するような登録システムを開発していない。そのため病院レベルのデータと国の自殺死亡率を統合することはほぼ不可能である。致死率は、治療を要した自殺企図に関する、国の代表となるデータが得られる場合に算出することができる。残念ながら、低中所得国ではそのような例はなく、こうした例は高所得国4か国に限られる。具体的には、ベルギー王国のフランダース地域(22)、アイルランド(20)、スウェーデン王国(23)、そしてアメリカ合衆国(24)である。この4か国における「医学的に深刻な自殺関連行動」(治療や死亡に至る自殺関連行動と操作的に定義される)の致死率は、アイルランドの4.2%からフランダースの17.8%に至るまで4倍という幅があった。性別、年齢別の致死率の傾向は、4か国でほぼ同様である。医学的に深刻な自殺関連行動は、女性よりも男性の方がはるかに致死的であり、その致死率は、年齢とともに明確な段階的増加を示している。こうした知見は、医学的に深刻な自殺関連行動の致死率に関する、国の一部からの既存の報告と一致している(25, 26)。

もう1つ有用かもしれない測定方法としては(低中所得国のうち数か国の特定地域では入手可能であるが)、特定の手段のための院内致死率(例えば、ある手段により病院内で死亡した数を、自殺企図のためにその手段を使用して病院で治療を受けた人の数で割ったもの)である。手段固有の院内致死率を確定することで、自傷行為

危険因子・保護因子・関連する介入

自殺に関する俗説

俗説：

~~ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。~~

事実：

多くの自殺には言葉か行動による

事前の警告サインが先行する。

もちろんそのようなサインがないままに

起こる自殺もある。

しかし警告サインが何であるかを理解し、

用心することは重要である。

自殺予防における効果的な対応の基礎となるのは、背景に関連する自殺の危険因子の同定と、適切な介入による危険因子の軽減である。自殺関連行動は複雑である。自殺には多くの因子や因果経路があり、その予防にも幅広い選択肢がある。通常、自殺関連行動は1つの原因やストレスアだけでは十分に説明できない。多くの場合、いくつかの危険因子が重なって個人の自殺関連行動への脆弱性を高める。同時に、危険因子があるからといって必ずしも自殺関連行動に結びつくわけではない。例えば、精神障害を有する人すべてが自殺で死亡するわけではない。効果的な介入は、同定された危険因子を軽減できるため、不可欠である。保護因子も同等に重要であり、レジリエンスを高めるものとして同定されている。したがって保護因子を高めることも、包括的な自殺予防対応の重要な目的である。

危険因子

さまざまな危険因子が知られており、主要なものを図7に示す。図表には幅広い因子を含んでいる。方向づけを容易にするために、生態学的モデルを反映する、システムの、社会的、地域的、人間関係による(直近の家族や友人との社会的つながり)、そして個人的危険因子に及ぶ領域にグループ分けした。

最初に記すべき重要なことは、このリストに挙げた危険因子は一部に過ぎないということである。他にも多くの因子があり、違った分類をされるかもしれない。各危険因子の重要性と、どのように分類されるかは背景によって異なるだろう。これらの因子は自殺関連行動に直接寄与するが、同時に個人の精神障害への脆弱性に影響することで間接的な原因にもなり得る。同定された領域間に明確な線引きをしようとするのは間違いであろう。個々の危険因子が他の因子と相互に関連するように、これらの領域は相互排他的ではない。こうした領域は、システムから個別につながるものとしてみたほうがはるかに有用である。特定の危険因子は、実際には2つ以上の領域に同時に存在しうる。例えば失業や経済的援助を失うことは、個人に影響を及ぼし、直近の人間関係の悪化につながりかねないが、同時に、システムレベルでは経済不況にも関連する。割り当てられているグループは、存在する全ての危険因子を簡素化することにより、関連する介入をより容易に同定するのに役立つ。

介入

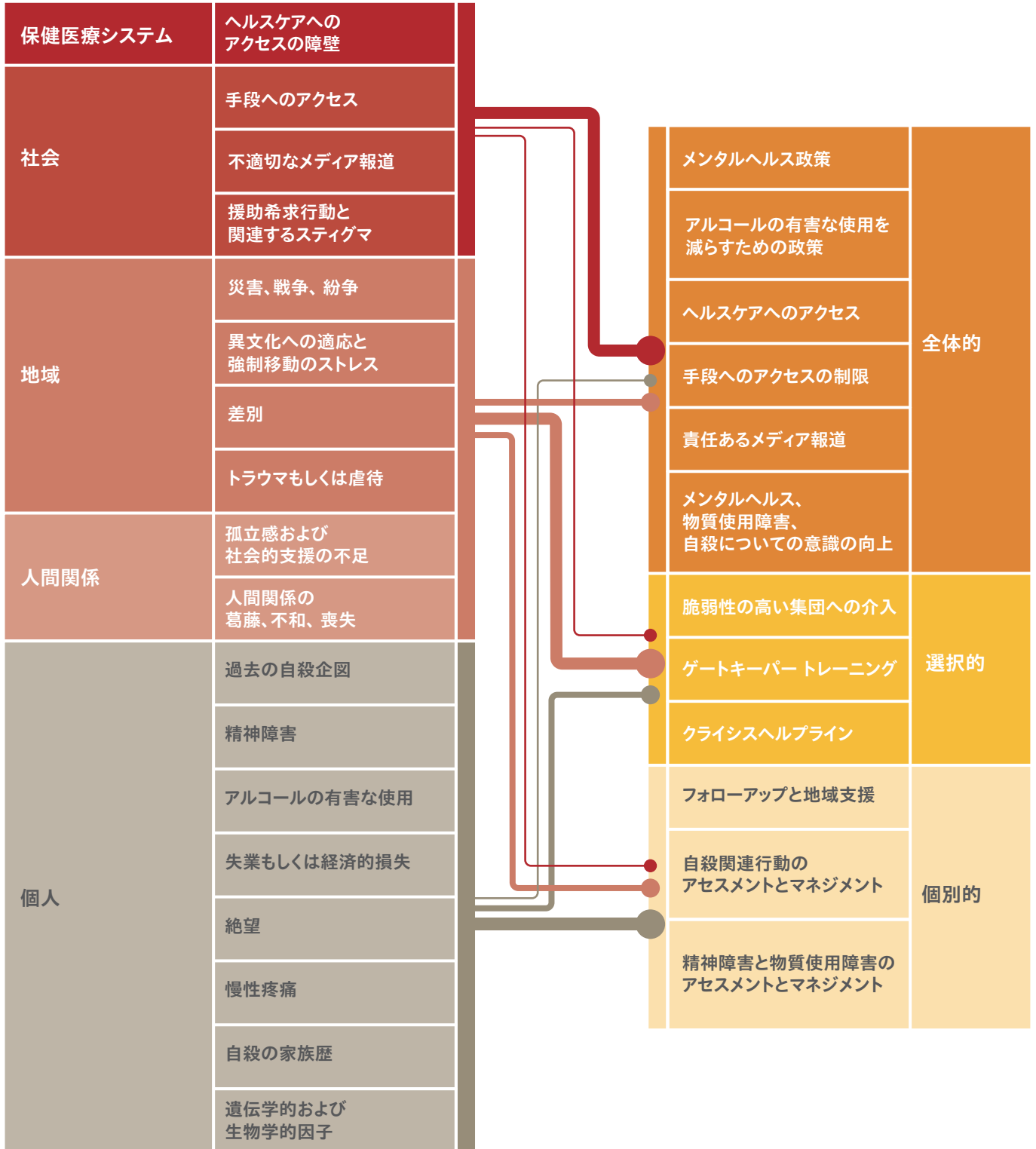
自殺予防のための科学的根拠に基づく介入は、全体的、選択的、個別的予防介入という理論的フレームワークで区分される(29, 30)。図7では、こうした介入と該当する危険因子が結びつけられている。こうしたつながりは限定されたものではなく、現実にはその背景によるべきである。介入には次の3種類ある。

1. 全体的予防介入戦略(Universal)は、ケアへの障壁を取り除き、援助へのアクセスを増やし、社会的支援のような保護プロセスを強化し、物理的環境を変えていくことで、健康を最大限に、自殺の危険を最小限にするもので、全人口に届くように計画される。
2. 選択的予防介入戦略(Selective)は、年齢、性別、職業的地位や家族歴等の特徴に基づき、人口集団のうちの脆弱性の高い集団をターゲットとする。個人として、現時点では自殺関連行動を示していないかもしれないが、生物学的、心理的、あるいは社会経済的に危険性の高い状態にあるかもしれない。
3. 個別的予防介入戦略(Indicated)は、人口集団のうち、特定の脆弱性の高い個人をターゲットとする。例えば自殺の可能性を示す早期サインを表出している人や自殺企図歴のある人等である。

複数の因子が関わり、自殺関連行動に至るには多くの経路があることを考慮すると、自殺予防の取り組みは、様々な人口や危険性のある集団、そしてライフコースにわたっての背景に向けた、幅広い多部門によるアプローチを必要とする。

図 7. 主要な自殺の危険因子と関連する介入

(危険因子の異なる領域について介入レベルの重要性の違いをラインの太さで示している)



保健医療システムと社会的危険因子

タブー、スティグマ、恥や罪の意識は自殺関連行動を覆い隠す。これらに積極的に向き合うことで、支持的な保健医療システムと社会は、自殺予防に役立つことができる。保健医療システムと社会の領域に関連する、いくつかの主要な危険因子を以下に記す。

ヘルスケアへのアクセスの障壁

自殺の危険は併存疾患があると有意に増加するため、自殺の危険の低減にはヘルスケアへの適時かつ効果的なアクセスは欠かせない(37)。しかし多くの国において、保健医療システムは複雑であるか、資源に限りがある。これらのシステムをうまく利用することは、概してヘルスリテラシーが低い人々、とりわけメンタルヘルスリテラシーが低い人々にとっては難問である(38)。自殺企図や精神障害について援助を求めることに伴うスティグマが、さらにその困難さと混ざり合い、ケアへの不適切なアクセス、自殺の危険を高めることにつながる。

手段へのアクセス

自殺の手段へのアクセスは、自殺の大きな危険因子である。手段への直接のアクセス、もしくは手段(農薬、銃器、高所、線路、毒物、医薬品、車の排ガスや木炭等の一酸化炭素源、そして他の低酸素・有毒ガスを含む)が身近にあることは自殺の危険を高める。特定の自殺手段の入手可能性や選択は、地理的および文化的背景によって異なる(39)。

不適切なメディア報道とソーシャルメディアの使用

不適切なメディア報道の実施は、自殺をセンセーショナルに取り上げ、自殺を魅力化しうるが、そうした報道は脆弱性の高い人々の間で「模倣」自殺(自殺の模倣)の危険を高める。有名人の自殺を根拠もなくとりあげること、自殺や群発自殺に使用された通常では用いられない手段を報道すること、使用された手段に関する写真や情報を紹介すること、あるいは危機や逆境への容認可能な対応として自殺を正常化することは、不適切なメディア報道に当たる。

自殺のモデルへの曝露は、脆弱性の高い人々の自殺関連行動の危険を高めることが分かっている(31, 32, 33)。自殺に関するコミュニケーションにおいてインターネットやソーシャルメディアが果たす補完的な役割についての関心が高まっている。インターネットは今では自殺に関する主要な情報源であり、自殺について不適切な描写をしているサイトにも簡単にアクセスすることができる。(34)。インターネットサイトやソーシャルメディアは、自殺関連行動を扇動したり助長することに関与している。個人もまた、インターネットやソーシャルメディアで簡単にアクセスできる無検閲の自殺関連行動や情報を容易に流すことができる。

援助希求行動に関連するスティグマ

自殺関連行動、メンタルヘルス問題、物質乱用や他の情緒的ストレスに関する援助希求行動へのスティグマは、多くの社会に存続し、人々が必要としている援助を受けられる際の重大な障壁となりうる。スティグマは、脆弱性の高い人々が必要としている支援を、彼らの友人や家族が提供したり、状況を認めることすら阻止してしまう可能性もある。スティグマは、自殺予防への対応を変化させたり、実施したりすることへの抵抗の一因となる。

保健医療システムや社会的危険因子に関連する介入

1. メンタルヘルス政策

2013年に、WHOは包括的なメンタルヘルスアクションプラン2013-2020(1)を発表した。その中では、各国が以下、4点の主要目的に焦点をあてた国独自のメンタルヘルス政策に向けて取り組むことを奨励している。

1. メンタルヘルスのための効果的なリーダーシップとガバナンスの強化
2. 地域ベースの、包括的で、統合され、反応性のあるメンタルヘルスサービスと社会的ケアサービスの提供
3. メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防のための戦略の実行
4. メンタルヘルスのための情報システム、科学的根拠と研究の強化

自殺死亡率は1つの指標であり、その減少は行動計画の中でターゲットとなっている。

2. アルコールの有害な使用を低減するための政策

アルコールの有害な使用を低減するための政策の選択肢や介入は、WHOによるアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略(Global strategy to reduce the harmful use of alcohol)に公表されている(35)。同時に効果的な自殺予防の対策も提供しており、以下が含まれる。

1. リーダーシップ、意識、コミットメント
2. 保健医療サービスの対応
3. 地域の活動
4. 飲酒運転政策と対策
5. アルコールの入手可能性
6. アルコール飲料のマーケティング
7. 価格設定戦略
8. 飲酒およびアルコール酩酊による悪影響の低減
9. 違法または非公式のアルコールが公衆衛生に与える影響の低減
10. モニタリングとサーベイランス

大量飲酒の発生率が低い人口では、意識向上の戦略等は、一般的なメディアキャンペーンや学校のヘルスプロモーション活動、保健医療従事者による脆弱性の高い人々をターゲットにした情報を通じて実施できる(36)。戦略が、その背景において確実に効果をあげるためには、戦略を選択する前に、特定の地域におけるアルコール文化を慎重に考慮すべきである。機能的な法システムは、このような戦略を効果的に施行するための前提条件でもある。

3. ヘルスケアへのアクセス

精神障害や物質使用障害のための適切かつ迅速でアクセスのよい治療は、自殺関連行動の危険を減少させることができる(37)(資料6も参照)。保健医療システムや保健医療機関、とりわけ地域の保健医療センターを通じて、ヘルスリテラシー政策や活動を実施することは、一般のヘルスケアサービス、とりわけメンタルヘルスケアへのアクセス改善の鍵となる。実践には、利用可能なサービスについての利用者への分かりやすいメッセージや、ヘルスケア提供者による適切な言葉の使用、そして患者にとってシステムを通じたより明確な経路が含まれる。特に、メンタルヘルスリテラシーは、ヘルスリテラシー戦略と政策に含まれるべきである(38)。

4. 手段へのアクセスの制限

世界中の自殺で最もよくみられる手段は、農薬による服毒、縊首、そして飛び降りである(39, 40)。自殺手段へのアクセスの制限は自殺予防において、特に衝動的な自殺には効果的である。なぜなら自殺念慮のある人に、考え直す時間をより多く与えるからである(41)。手段を制限するための戦略は、例えば危険のある環境から守ることにより、国レベルによる法や規制を通じて、また地方レベルで、実施することが可能である(42)。

自殺手段へのアクセスを制限するための主要な介入は以下を含む。

・ 農薬へのアクセス

農薬による自殺は、世界の自殺の約3分の1を占める(8)。意図的な農薬の服毒による自殺は、アフリカ、中米、南東アジア、そして西太平洋地域の低中所得国の農村部で主に起こる。農薬による自殺を防ぐために提案された対策には以下が挙げられる。有害化学物質や廃棄物に関連する国際協定を改正、実施、施行する、地元で問題となっている農薬を農業に関する実践から除外するための法を制定する、農薬販売への規制を施行する、個人や地域による安全な保管と処分によって、農薬へのアクセスを減少させる、農薬の毒性を減少させる(43, 44)。さらに、農薬の服毒による自殺企図をした人に対する医療的なマネジメントも最適化されるべきである。具体的な情報は、農薬による自殺予防に関する3種類のWHOの手引きに示されている(27, 45, 46)。

・ 銃器へのアクセス

銃器による自殺は非常に致死性が高い手段であり、アメリカ合衆国のような国々では自殺の大半を占めている(47)。利用可能なデータによれば、銃器を所有する家庭の割合と銃器による自殺の割合には強い相関がある(48)。

銃器の所有に関する法規制は、オーストラリア連邦、カナダ、ニュージーランド、ノルウェイ王国、英国を含む多くの国々で、銃器による自殺死亡率の低下と関連性がある。銃器関連の自殺を減少させるために可能な法的措置や規制には、以下が含まれる。一般家庭での銃器の所有に関するライセンス取得や登録の手続きの規制強化、個人所有の銃器をハンドガンに制限、購入待機期間の延長、安全な保管要件の強化、銃器購入の最低年齢の法令、そして銃器購入に際し犯罪歴や精神医学的背景の確認の実施である。銃器が社会の中で身近にある国々では、規制に関する地域での教育も不可欠である(49)。

・ 橋、建物、鉄道

橋、高い建物からの飛び降りや電車への飛び込みによる自殺は、アクセスの容易さから一般的な自殺手段となっている。アクセスを制限するための構造的な介入は、自殺予防において有効である(50)。

・ 有害ガスのアクセスの容易さ

歴史的に、意図的な一酸化炭素中毒は、最も一般的な自殺手段の1つである。国および地域レベルでの家庭用ガスの法と実用面の改正は、この手段による自殺をかなり減少させてきた(51)。全体として、一酸化炭素の致死率の減少は、自殺死亡率全体を減少させることに直接的な効果があるという科学的根拠がある。

木炭燃焼による中毒は、有毒ガスによる最近の自殺手段であり、いくつかのアジアの国々で一般的な手段として急速に広まった(9)。中華人民共和国香港特別行政区では、主要な直売店で、木炭を陳列棚から管理された場所に移すことで、木炭関連の自殺による死亡は有意に減少した(52)。

・ 医薬品へのアクセス

欧州諸国の多くでは、医薬品の服毒は、自殺や自殺企図の2番目が3番目に一般的な手段である(53)。自殺によく使用される医薬品へのアクセスと入手の容易さを制限することは、効果的な自殺予防対策であることが分かっている(54)。ヘルスケア提供者が担う重要な役割として、医薬品の投薬量を制限すること、患者やその家族に薬物療法の危険性について情報提供すること、処方された用量を守ることを、使用せずに余った錠剤を処分することの重要性を強調することが挙げられる。

図 8. 提案する介入により予防できる自殺死亡数
(アメリカ合衆国における2010年の自殺死亡数から20%の減少になる)(55)



図8では、3種類のアプローチの組み合わせを示しているが、アメリカ合衆国においてこれらすべてが実施されたならば、わずか1年で何千もの命を救うことができる。しかしこの数字は、ほんの少数のアプローチを最適に実施するモデルに基づく点に注意が必要である(55)。

5. 責任あるメディア報道

メディアによる責任ある自殺報道は自殺死亡率の減少につながる事が示されている(40)。責任ある報道の重要な側面としては以下が含まれる。自殺関連行動の詳細な描写を避けること、センセーショナルに扱うことや美化することを避けること、責任ある言葉の使用、自殺報道を目立たせないこと、過度の単純化を避けること、一般市民に対して自殺と可能な治療の教育をすること、援助が受けられる場所に関する情報を提供をすること(56)。責任ある報道の実践の開発、普及およびトレーニングにおけるメディアの連携と参加は、自殺報道の改善、模倣自殺の減少を成功させるために不可欠である(57)。オーストラリア連邦やオーストリア共和国では、メディアガイドラインの普及にメディアが積極的に関わったことで、これらの改善が認められた(58)。

インターネットやソーシャルメディアの使用は、全体的自殺予防戦略において潜在的な役割をもつ。メンタルヘルスを促進するウェブサイトには、援助希求行動の促進について既に有望な効果を示しているものもある。しかし、自殺予防における効果に関する科学的根拠はほとんどない(59)。オンライン自殺予防戦略の最も良い例は、自殺の危機にある人のための、専門家とのオンラインチャット、自助プログラム、オンライン療法である(60)。英国のウェブサイトには、自殺企図について語る若者のクリップがある。これにより若者は、同じ状況

にいる人々と共感をもつことができる(61)。コンピューターがない場合の代替法としては、個別支援やセラピーのための携帯電話でのメールや、使用が急増しているモバイル機器によるソーシャルメディアサービスが含まれる。

6. メンタルヘルス、物質使用障害と自殺についての意識の向上

一般市民において、精神障害と援助希求は、スティグマと否定的態度に取り囲まれている。意識向上のキャンペーン(資料3・6も参照)は、精神障害や自殺をめぐる援助希求に関連するスティグマを低減し、ケアへのアクセスの増加を目的としている。意識向上のキャンペーンが自殺の減少につながるという科学的根拠はほとんどないが、地域の態度には明白なインパクトがあり、これらの課題に関する公共の対話の機会を増やしてくれる。効果的なメンタルヘルスの意識向上キャンペーンは、異なる媒体を使いながら(例えば、テレビ、活字メディア、インターネット、ソーシャルメディア、ポスター)、焦点を当てる障害を1つあるいは2つに絞る。メッセージを強化するためには、特定の人口集団にターゲットを絞って地域レベルでメッセージを適切に対応させ、複数の戦略を組み合わせ、プログラムを企画していく(62, 63)。

資料 3.

欧州若者救済・エンパワープロジェクト (Saving and Empowering Young Lives in Europe)研究

若者を対象としたメンタルヘルスに関する意識向上のための複合的プログラムは、欧州若者救済・エンパワー(Saving and Empowering Young Lives in Europe, SEYLE)プロジェクトにおいて開発、検証された。SEYLEは欧州11か国で検証された予防プログラムであり、欧州の学校において学校ベースの思春期の若者の間で、メンタルヘルスを促進させることを目的としている(64)。それぞれの国で、無作為化比較試験として、3つの積極的な介入と、対照として介入を最小限にとどめたものを実施した。積極的な介入は、ゲートキーパートレーニング、メンタルヘルス意識向上プログラム、そして危険性の高い思

春期の若者への専門家によるスクリーニングから構成されている(65)。

最小限の介入に比べると、メンタルヘルス意識向上プログラムに参加した若者については、12か月間のフォローアップ時に、重度の自殺念慮/自殺の計画そして自殺企図の割合が有意に低い結果を示していた。意識向上プログラムの最適な実施には、地元の政治家、学校、教師、そして他の利害関係者の援助や支援を考慮することが重要である(66)。

地域と人間関係の危険因子

人々が住む地域は、自殺の危険因子と重要な関連性がある。世界中で、異なる文化、宗教、法的そして歴史的因子が、自殺の現状や理解を形づくり、自殺の危険に影響を及ぼす広範な地域因子の同定につながってきた。ある人の家族、親しい友人や重要な他者との直接的な人間関係もまた自殺関連行動に影響を及ぼす。これらの領域に関連するいくつかの主要な因子を以下に示す。

災害、戦争、紛争

自然災害、戦争や内戦の経験は、社会的に満たされた状態 (social well-being)、健康、住居、雇用、そして経済的安定に破壊的なインパクトをもたらすため、自殺の危険を高める可能性がある。逆説的ではあるが、災害や紛争の最中や直後には自殺死亡率が低下することがあるが、それは人々の集団により異なる。直後の減少は、社会的な結束への強化が緊急的に必要とされることによるかもしれない。全体的にみれば、自然災害後の自殺死亡率については研究により異なるパターンが示されており、明白な方向性はないようである(67)。

異文化への適応と強制移動によるストレス

異文化への適応と強制移動によるストレスは、先住民や、亡命希望者、難民、拘留所に入っている人々、国内で強制移動させられた人々、新しい移民等を含む多くの脆弱性の高い集団の自殺の危険を有意に高くする。

自殺は先住民の間で発生率が高い。アメリカ合衆国のアメリカンインディアン、カナダのファーストネーションやイヌイト、オーストラリア連邦のアボリジニ、そしてニュージーランドのマオリ族の自殺死亡率は、それ以外の人々に比べてはるかに高い(68, 69)。これは特に若者、とりわけ世界で最も脆弱性が高いグループといえる若い男性の間で顕著である(70)。また転換期を経験する先住民やアボリジニのコミュニティの間でも自殺関連行動は増加する(71)。先住民グループの間では、領土的、政治的そして経済的自律がしばしば侵害され、固有の文化や言語は否定される。こうした状況は抑うつ感情や孤立、差別を生み出し、国が関連している社会サービスやヘルスケアサービスに対する恨みや不信感を引き起こすが、こうしたサービスが文化的に適切な方法で提供されていない場合はなおさらである。

差別

人口集団中の下位グループに対する差別は現在も起きており、それはその地域特有であり、システム的である。これは、自由の喪失、拒絶、スティグマと暴力のような、自殺関連行動を引き起こし得るストレスの高いライフイベントの継続的な経験の原因となる。

差別と自殺の関連性の例としては、以下があげられる。

- 収監中や拘留中の人々(72)
- レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックスであると同定された人々(73)
- いじめ、ネットいじめ、仲間いじめの影響を受けた人々(74)
- 難民、亡命希望者、移民(75)

トラウマもしくは虐待

トラウマもしくは虐待は、情緒的ストレスを増加させ、既に脆弱性の高い人々のなかではうつ病や自殺関連行動の引き金となりうる。自殺と関連する心理社会的ストレスは、異なるタイプのトラウマ(拷問、とりわけ亡命希望者や難民へのそれを含む)、懲戒的もしくは法的危機、経済的な問題、学業もしくは作業関連問題、そしていじめから起こる可能性がある(76)。さらに、幼少期と家族の逆境(身体的暴力、性的・精神的虐待、ネグレクト、不当な扱い、家族の暴力、両親の別居や離婚、施設や福祉におけるケア)を経験した若者は、そうでない人に比べてはるかに自殺の危険が高い(77)。幼少期の逆境に関する因子の影響は相互に関連、相関し、精神障害や自殺の危険を累積的に増大させる(78)。

孤立感と社会的支援不足

孤立は、最も近い社会圏 (social circle) から分断された感覚を持つときに起きる。そのような社会圏とは、パートナー、家族、仲間、友人そして重要な他者にあたる人々である。孤立はしばしば抑うつや孤独感、絶望感を伴う。孤立感は、負のライフイベントや他の心理的ストレスを親しい人と分かち合えないときに生じることが多い。そして他の因子と合わさって、自殺関連行動の危険の増大につながる。とりわけ独居の高齢者にとっては、社会的孤立や孤独感は自殺の重要な寄与因子となりうる(71)。

自殺関連行動は、支援資源を欠いた社会的背景のなかで、個人の心理的ストレスへの反応として起こることが多く、満たされた状態 (well-being) や人々の結束がより広く欠如している状態を反映しているのかもしれない。社会的な結束とは、社会における複数のレベル、つまり個人、家族、学校、近隣、地域社会、文化的集団や社会全体で、人々をまとめる構造のことである。緊密な個人的かつ永続的な人間関係や価値感を共有する人々は、概して目的意識や安心感、そしてつながりを感じるものである(134, 135)。

人間関係の葛藤、不和、喪失

人間関係の葛藤(例えば、離別)、不和(例えば、子どもの親権争い)、喪失(例えば、パートナーの死)は、悲嘆や状況的心理的ストレスの原因となる可能性があり、自殺の危険の増大と関連する(79)。不健全な人間関係も危険因子となりうる。女性に対する性暴力を含む暴力は一般的に起こることであり、その多くが親密なパートナーによる。親密なパートナーによる暴力は、自殺企図や自殺の危険の増大と関連している。世界的には女性の35%が、親密なパートナーによる身体的／性的な暴力もしくはパートナー以外による性暴力を経験している(80, 81)。

地域と人間関係の危険因子に関連する介入

1. 脆弱性の高い集団への介入

多くの脆弱性の高い集団が(資料4・6も参照)、自殺の危険がより高い集団として同定されている。厳密な評価は不足しているものの、ターゲットとなる介入には以下が挙げられる。

- ・ 虐待、トラウマ、紛争や災害を経験した人々:これらの関係性を調査した研究による科学的根拠をベースにすると、予防介入は、紛争や甚大な自然災害を経験した後の最も脆弱性の高い集団をターゲットとすべきである。政策立案者は、影響を受けた地域における既存の社会的つながりを維持することを奨励すべきである(82, 83)。
- ・ 難民や移民:危険因子は集団によって異なるため、すべての移民をみな同じように扱うのではなく、特定の文化的集団に適した介入を開発したほうがより効果的である(84)。
- ・ 先住民:オーストラリア連邦、カナダ、ニュージーランド、およびアメリカ合衆国における介入戦略のレビューは、地域の予防戦略やゲートキーパートレーニング(次頁を参照)、また文化に適合した教育的介入は、絶望感や自殺の脆弱性の減少に効果的であることを明らかにしている。介入が文化的に関連することを確実にした、地域によるコントロールや先住民コミュニティの関わりのレベルが高い介入が最も効果的であった(85)。
- ・ 囚人:オーストラリア連邦、欧州、ニュージーランド、そしてアメリカ合衆国における囚人に関する危険因子のレビューでは、メンタルヘルスの改善、アルコールや物質乱用の減少、そして脆弱性の高い個人を隔離収容することの回避を、予防介入の目的とするべきであると示している。また全員が現在及び過去の自殺関連行動に関するスクリーニングを受けるべきとしている(86)。
- ・ レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックス(LGBTI)の人々:LGBTIの人々の自殺の危険を減少させるための取り組みは、精神障害、物質乱用、スティグマ、偏見、そして個人や制度的な差別などの危険因子に向けて焦点をあてるべきである(87)。
- ・ 自殺で遺された人や自殺の影響を受けている人のためのポストベンション支援:自殺で遺された人や自殺の影響を受けている人への介入の取り組みは、悲嘆のプロセスを支援し、自殺関連行動の模倣の可能性を減らすために実施される。これらの介入は、学校ベース、家族に焦点をあてた、あるいは地域ベースのポストベンションから成るかもしれない。自殺後の家族や友人へのアウトリーチは、サポートグループや悲嘆のためのサポートグループ等の利用増加につながり、抑うつ、不安や絶望等の喫緊の情緒的ストレスの減少につながる(88)。

資料 4.

軍人や退役軍人を対象にした介入

一部の軍人や退役軍人は自殺の危険が高まるという、膨大な科学的根拠がある(89)。アメリカ合衆国で行われた、軍人の危険性とレジリエンスをアセスメントする陸軍研究(Army Study To Assess Risk and Resilience in Service members, Army STARRS)のような疫学調査は、精神疾患の診断、軍階級、性別を含むいくつかの因子(90, 91)が、現役の軍人あるいは軍歴を有する人において、自殺の危険を高める因子であることを同定している。

2007年にアメリカ合衆国退役軍人省は、米軍退役軍人とその家族のために国のフリーダイヤルホットラインである退役軍人クライスラインを実施した。2009年にはクライスラインサービスは軍コミュニティに拡張された。

近年、退役軍人省とアメリカ合衆国防省は、自殺の危険の増加に関連する特徴を同定するためにかなりの資源を投入し、

脆弱性の高い集団における自殺の低減のための介入を実施してきた。このような取り組みにより、自殺の危険の増加と関連する因子が同定され、危険性のある人を同定し、関与するための戦略が明らかになってきた。このような活動の例は、ケースマネジメントの強化、レジリエンスの促進、ピアサポート、臨床場面以外での安全を高めるための患者主導の計画を含む。

現在の活動には、アメリカ合衆国軍への志願兵によく見られる、自殺の危険の増加に関連する個人あるいは人口集団の特徴を同定する取り組み、背景に障害を抱えた危険性の高い人が科学的根拠に基づく治療に参加するための方策、特に移行期に関連があることだが、自殺の危険が高まる時期のマネジメントが含まれる(92)。

2. ゲートキーパートレーニング

自殺の危険が高い人が援助を求めることはまれである。しかし、彼らは脆弱性が高いと同定されるような危険因子や行動を表出するかもしれない。「ゲートキーパー」は、ある人が自殺をもくろんでいるかもしれないことを同定する立場にある人は誰でも該当する。ゲートキーパーとなる可能性がある主要な人は、以下の通りである(93)。

- プライマリヘルス、メンタルヘルス、救急医療の提供者
- 教師やその他の学校スタッフ
- 地域リーダー
- 警察官、消防士、その他の初期対応者
- 軍人
- 福祉関係従事者
- スピリチュアル及び宗教上のリーダーや伝統療法士
- 人事スタッフとマネージャー

ゲートキーパートレーニングプログラムは、参加者が危険にある人を同定し、危険のレベルを決定し、危険にある人を治療につなげるために必要な、知識、態度とスキルを身につけることを目的とする(資料6も参照)。すべてのトレーニングの内容は、文化的に適合し、ヘルスケアへのアクセスのしやすさに関する、地域の情報も含むべきである。そのように適合されたプログラムは、例えばアボリジニ等の特定の集団向けのものとして調整されたもののように、有望な結果を示してきた(85)。研究により、自殺関連行動を示した女性の25%から50%は、その前の4週間のうちにヘルスケア提供者に会っていることが明らかにされている。したがって、ゲートキーパートレーニングは、これらの人々への介入開始の機会を提供することができる(94)。

ゲートキーパートレーニングは、今のところ自殺や自殺企図率を減少させるという決定的なつながりは認められていないものの、ベストプラクティスである(95)。ゲートキーパーと彼ら自身の健康をターゲットにしたプログラムについては資料5も参照してほしい。

資料 5.

自殺の減少に寄与した職場自殺予防プログラム

カナダのモントリオールでは、多角的かつ包括的な警察の自殺予防プログラムにより、モントリオールにおける警察官の自殺死亡率を有意に79%減少させることを達成した。プログラムは、警察内すべての警察官を対象にした自殺に関する半日トレーニングで、危険性の同定と援助の方法に焦点をあてている。監督者と労働組合の代表者は、危険性のアセスメントと援助提供に関する1日のトレーニングを受けた。特別にトレーニングを受けた警察官が配置されたボランティアによる警察の電話ヘ

ルプラインが設立され、援助のための資源についてや、自殺予防において共同して取り組むことの重要性についての広報キャンペーンもおこなわれた(96)。

職場環境の文化に適合した包括的な自殺予防プログラムは、態度、知識そして行動の改善に効果があり、かつ自殺死亡率にも有意に影響を及ぼすかもしれない。

3. クライシスヘルプライン

クライシスヘルプラインは、その他の社会的支援や専門家によるケアがない場合、あるいはそのようなケアが選択されない場合に、人々が頼ることのできる公的コールセンターである。ヘルプラインは幅広い人口を対象に実施可能であり、特定の脆弱性の高い集団にターゲットをあてることもできる。後者は、ピアサポートが役立ちそうな場合に有益である。

アメリカ合衆国のヘルプラインは、深刻な自殺の危機にある個人に関与し、電話でのセッション中とその後数週間、相談者の自殺の危険を低減することに有効であることが分かっている(97)。ベルギー王国の、電話とチャットによるヘルプラインサービスに関する研究では、こうした戦略は自殺予防の費用対効果が高いことを示唆している(98)。ヘルプラインは有用かつ広く実施されているベストプラクティスである。しかし、自殺の危険を減少させているにもかかわらず、評価が欠けているため、自殺死亡率の減少と決定的に関連があるとはいえない。

個人の危険因子

自殺の危険は個人の脆弱性やレジリエンスの影響を受ける可能性がある。個人の危険因子は、自殺関連行動を進展させる可能性に関連している。

過去の自殺企図

いままでのところ、将来の自殺の危険の最大の指標は、過去における1回以上の自殺企図である(99)。自殺企図の1年後でさえ、自殺の危険と他の原因による早期死亡の危険は高いままである(100)。

精神障害

高所得国では、自殺で亡くなった人のうち精神障害のある人は90%に及び(101)、明確な診断のない10%については、精神症状は自殺で亡くなった人の精神症状に似ている。しかし、中華人民共和国やインドの研究で示唆されているように、アジア諸国では、自殺で亡くなった人の精神障害の有病率はそれほど高くない(約60%)ところもある(12, 102)。

この危険因子については、注意深くアプローチする必要がある。うつ病、物質使用障害、反社会的行動はどちらかと言えば一般的な精神障害であるが、こうした障害のある人の多くは自殺関連行動を示さない。しかし、自殺で亡くなる人や自殺企図をする人は、重症の精神障害を併存している可能性がある。自殺の危険は、障害種別により異なり、自殺関連行動と最も関連のある精神障害はうつ病とアルコール使用障害である。自殺の生涯リスクは気分障害の患者で4%(103)、アルコール依存症を有する人で7%(104)、双極性障害を有する人で8%(105, 106)、統合失調症を有する人で5%(107)と推定されている。重要なことに、併存疾患があると自殺関連行動の危険は増大する。精神障害が2つ以上ある人は自殺の危険が有意に高い(101)。

アルコールと他の物質の有害な使用

すべての物質使用障害は自殺の危険を高める(108)。全自殺者の25%から50%にアルコールや他の物質使用障害が認められ(104)、アルコールや他の物質使用が他の精神障害と併存すると、自殺の危険はさらに高まる。全自殺死亡のうち、22%はアルコール使用に起因しており、つまりその人口集団においてアルコールが消費されなければ、5人のうち1人の自殺は起きないということの意味する(109)。大麻、ヘロインやニコチンを含む、他の物質への依存もまた自殺の危険因子である(110)。

失業もしくは経済的損失

失業、家の差し押さえ、そして経済的不安定は、抑うつ、不安、暴力そしてアルコールの有害な使用等の他の危険因子が併存するとき、自殺の危険を高める(111)。したがって経済不況も、失業や経済的損失による個人の逆境に関連することから、個人の自殺の危険と関連する可能性がある(112)。

絶望

心理的機能の認知的側面としての絶望は、精神障害や自殺企図歴をともなう際に、自殺の危険の指標として使われることが多い(113)。絶望が関係する3つの大きな側面は、将来、動機および期待の喪失の3つである。絶望は、多くの場合「物事は決して良い方にはならない」、「物事が良くなっているとは思えない」といった思考から分かり、多くの場合、抑うつをともなう(114)。

慢性疼痛と疾患

慢性疼痛と疾患は、自殺関連行動の重要な危険因子である。慢性疼痛がある人には、一般人口に比べて、自殺関連行動が2倍から3倍多くみられる(115)。痛み、身体的な能力障害、神経発達障害や苦痛等を伴う疾患はすべて自殺の危険を高める(116)。これらは、がん、糖尿病とHIV/AIDSを含む。

自殺の家族歴

家族や地域メンバーの自殺は、人生にとりわけ破壊的な影響をもたらす。親しい人を自殺で亡くした経験は、多くの人にとって悲痛なものである。悲嘆に加えて、死の性質が、家族や愛する人にとって、ストレス、罪悪感、恥、怒り、不安や心痛を引き起こすかもしれない。家族間の力動も変わるかもしれないし、通常の実援の資源が途絶えるかもしれない。そしてスティグマは援助希求を妨げ、他の人が支援の手をさしのべることを難しくするかもしれない(117)。家族や愛する人の自殺は、悲嘆にくれている人の自殺への閾値を低くするかもしれない(118)。これらすべての理由から、自殺の影響を受けたり、自殺で遺された人々は、自殺や精神障害の危険が高まることになる(119)。

遺伝学のおよび生物学的因子

多くの神経生物学的なシステムにおける遺伝学的もしくは発達上の変異は、自殺関連行動と関係している。例えば、低レベルのセロトニンは、気分障害、統合失調症やパーソナリティ障害を有する患者の深刻な自殺企図と関連する。自殺の家族歴は自殺や自殺企図の強力な危険因子である(120)。

個人の危険因子に関連する介入

1. フォローアップと地域支援

退院したばかりの患者は、社会的支援を欠き、ひとたびケアを離れると孤立を感じやすい。フォローアップや地域支援は、退院したばかりの患者の自殺死亡や自殺企図を減少させることに有効である(121)。フォローアップを繰り返すことは低コストの介入として奨励され、実施しやすい。トレーニングを受けたメンタルヘルスを専門としないヘルスワーカーを含めた、既存の治療関係者による介入の実施にはほとんど資源を必要としない(122)。これはとりわけ低中所得国では有用である。介入には、コンタクトを取ったり、引き続きコンタクトを取ることを奨励するためのがきの利用、電話連絡や簡単な個別訪問(インフォーマルまたはフォーマル)を含む(123, 124)。利用可能な地域支援、例えば家族、友人、同僚、クライシスセンターや地域のメンタルヘルスセンター等を、アフターケアに取り込むことは重要である。これにより定期的なモニタリングができるとともに、治療へのアドヒアランスを奨励することができる(122)。

2. 自殺関連行動のアセスメントとマネジメント

自殺関連行動のアセスメントとマネジメントのための、効果的な戦略の開発が重要である。WHOのmhGAP介入ガイド(mhGAP Intervention Guide)は、自殺/自傷の念慮、計画や行動を示すあらゆる人について包括的にアセスメントすることを奨励している。また同ガイドでは、他の何よりも優先的状況や慢性疼痛、あるいは急性の感情的ストレス等を経験している10歳以上の人には、自殺や自傷の念慮、計画、行動についてたずねることを推奨している(122)。臨床面接の中ではアセスメントを注意深くおこない、アセスメントは追加の情報で裏付けられるべきである(125)。

ヘルスワーカーの教育やトレーニング、特に救急ケアスタッフに焦点をあてたものは、心理社会的支援がそれを必要とする人に提供されることと、体系的なフォローアップと地域支援を確実なものとするために必要である。自殺関連行動のアセスメントとマネジメントは個人の危険因子のマネジメントに寄与することに加え、人間関係における危険因子についても対応する。

3. 精神障害と物質使用障害のアセスメントとマネジメント

精神障害と物質使用障害のアセスメントやマネジメントに関してヘルスワーカーをトレーニングすることは、自殺予防の発展の鍵となる。自殺で亡くなる人の多くが、自殺前の1ヶ月の間に、プライマリヘルスケア提供者にコンタクトしている(126)。プライマリヘルスケア提供者に、うつ病とその他の精神障害や物質使用障害に気づくことができるように教育し、自殺の危険の詳細な評価をすることは、自殺予防に重要である。トレーニングは何年にもわたって継続的に、また繰り返しおこなわれるべきであり、その地域や国のヘルスワーカーの大多数が関わるべきである(42)。このようなトレーニングプログラムが国や文化の中で成功するためには、地域の危険因子を考慮し、プログラムをそれに合わせる事が大切である。

WHO mhGAP 介入ガイドは、メンタルヘルスを専門としないヘルスワーカーのトレーニングに向けられており、以下の優先的状況についてのアセスメントやマネジメントに関するガイダンスを提供する。それらは、うつ病、精神病、てんかん/発作、発達障害、行動障害、認知症、アルコール使用障害、薬物使用障害及び自傷行為/自殺である(122)。

しかし、ヘルスワーカーのアセスメントやマネジメントスキルの低さには、複数の因子(例えば、メンタルヘルスリテラシーの低さや不十分な経験、スティグマ、精神科医との協力の欠如、面接スキルの低さ等)が関連していることを考慮することが重要である。教育カリキュラムやトレーニング等を通じてこれらの課題に対処することは、アセスメントやマネジメントを改善する上で重要かもしれない。

資料 6.

複合的介入

自殺には複数の原因や経路がある。したがって2つ以上の予防戦略を含む介入は、自殺予防にとつてとりわけ有用かもしれない。実際のところ、複合的プログラム戦略は、自殺死亡率を首尾よく減少させることに関連することが研究で示されている。

例えばアメリカ合衆国空軍プログラムは、説明責任とプロトコルを含む地域とヘルスケアの11の構成要素から成り、空軍における自殺予防に非常に効果的であったことが示されている(127)。

ドイツ連邦共和国のニュルンベルクにおけるうつ病をターゲットとした複合的プログラムは、自殺と自殺企図率を有意に減少させた(128)。このプログラムは4つの異なる介入からなる。一般市民をターゲットにしたPRキャンペーン、教師、ジャーナリストや警察官等の地域のファシリテーターへのトレーニング、一般医へのトレーニング、そして患者やその家族への支援である。この多角的な介入は今では、17の協力国からなる欧州うつ防止プロジェクト(European Alliance against Depression)に採用されている(129)。

複合的介入は、危険性の高い個人に対しても有効のようである。英国の研究は、自殺のアウトカムに関するヘルスサービス改革の9つの構成要素の効果を検証し(130)、より多くのサービス改革を実施した保健医療トラストでは、より大きな自殺の減少があったことが分かっている。特に、24時間の危機対応、重複診断政策、自殺死亡後の多職種レビューの3種類のプログラムが自殺の減少と関連していた。こうした研究をまとめると、複数の介入を統合することは、追加的、相乗的な効果を生むかもしれないことを示している。

自殺に関する俗説

俗説：

自殺の危機にある人は死ぬ決意をしている。

事実：

この俗説とは反対に、
自殺の危機にある人は、
生死に関して両価的であることが多い。
人によっては、生き延びたかったとしても、
例えば衝動的に農薬を飲んで数日後に
亡くなることもあるかもしれない。
適切なタイミングで情緒的支援に
アクセスすることで、自殺は予防できる
可能性がある。

自殺の危険から人々を守るものは何か？

危険因子とは対照的に、保護因子は人々を自殺の危険から守る。多くの介入は自殺予防における危険因子の削減を対象としている一方で、レジリエンスやつながりを高めることが分かっている因子や自殺関連行動を防ぐ因子を考慮し強化することも同様に重要である。レジリエンスは自殺の危険に対する緩衝効果があり、レジリエンスが高い人においては、自殺の危険と自殺関連行動の関係は減少する(131)。保護因子には、特定の危険因子を阻止するものと、いくつかの異なる自殺の危険因子から個人を保護するものがある。

強い個人の人間関係

自殺関連行動の危険は、人間関係の葛藤、喪失または不和で苦しむ場合に高まる。逆に健康的で親密な人間関係を育み、維持することは、個人のレジリエンスを高め、自殺の危険に対する保護因子として作用する。個人の最も近い社会圏(social circle)(パートナー、家族、仲間、友人、そして重要な他者)は、危機の際に、最もインパクトをもち、支えとなる。友人や家族は、社会的、情緒的、そして経済的支援の重要な資源となり、外部ストレスからの影響を和らげることができる。特に、こうした支えにより強化されるレジリエンスは、幼少期のトラウマと関連している自殺の危険を軽減する(51)。依存的な思春期の若者や高齢者にとって、人間関係はとりわけ保護的となる。

宗教的またはスピリチュアルな信念

自殺に対する保護として、宗教的またはスピリチュアルな信念を考慮することには注意を要する。信仰自体は保護因子となる可能性があり、通常、構造的な信念体系を提供し、身体的にも精神的にも有益と考えられる行動を提唱する(132)。しかし多くの宗教および文化的信念は同時に、自殺に対する道徳的立場のために、自殺に関するスティグマの一因となるかもしれず、それが人々の援助希求行動を妨げる可能性がある。宗教やスピリチュアリティは、共通の価値感のもと、社会的な結束のある支持的なコミュニティへのアクセスを可能にするところに保護的な価値がある。多くの宗教団体は、アルコール使用のような自殺の危険因子となり得るものを禁じている。しかし、特定の宗教における社会的慣行として、夫を亡くした南アジア女性等の特定の集団に対して焼身自殺を奨励することもある(133)。したがって宗教やスピリチュアルな信念は自殺に対して保護を提供するかもしれないが、それは特定の文化やその背景にある実践や解釈に依拠する。

前向きな対処方略のライフスタイル実践と満たされた状態(well-being)

主観的で個人的に満たされた状態(well-being)や、効果的で前向きな対処方略は自殺から守る(134)。満たされた状態(well-being)の一部は、ストレスやトラウマに対する脆弱性やレジリエンスを決定する性格特性により形成される。情緒の安定性、楽観的な見解や発達した自己同一性は、人生の難局に対処する支えになる。健全な自尊心、自己効力感、そして必要なときには援助を求める能力を含む効果的な問題解決スキルは、ストレスや幼少期の逆境による影響を和らげてくれる(135)。メンタルヘルスの問題に対して援助を進んで求められることは、特に個人的態度により決定づけられるかもしれない。精神障害は広くスティグマ化されているため、人々(とりわけ男性)は援助を求めることを躊躇するかもしれない。援助を求めない傾向にある人は、自らのメンタルヘルスの問題を悪化させ、早期介入により効果的に予防できるかもしれない自殺の危険を高める可能性がある。精神的、身体的に満たされた状態(well-being)を促進する健康的なライフスタイルに含まれるのは、定期的な運動やスポーツ、適度な睡眠と食事、アルコールや薬物の健康への影響への考慮、健康的な人間関係や社会との関わり、そして効果的なストレスマネジメントである(136, 137)。

ライフコースの早い段階での危険因子や保護因子に向けた「川上からのアプローチ」(upstream approaches)には、時間とともに「より適応的なアウトカムに向けてやっかいなものを変化させる」可能性がある。このアプローチは同時に、自殺、物質乱用、暴力や犯罪等の広範囲にわたる健康や社会的アウトカムに影響を及ぼすかもしれない(138)(資料7を参照)。

資料 7.

理論的に妥当である川上からの予防アプローチ

幼少期の逆境(例えば、子どもの不当な扱い、家庭内暴力への曝露、親の精神障害)や人生の早い時期に起こりうる他の危険因子(例えば、いじめや非行)は、自殺を含め、後の疾病罹患や死亡につながる(139)。同様に幼少期に得た保護因子(例えば、つながり)は、後の自殺の危険を軽減しうる。効果的な川上からの戦略は存在するものの、その多くは自殺や自殺企図への影響に関してはまだ評価されていない状況にある。しかし、こうしたアプローチは理論的に妥当であり、将来の自殺予防と評価への有望な方向性を示している。

川上からの戦略の例には以下のようなものがある。

- 低所得の妊産婦にトレーニングを受けたスタッフ(例えば、看護師)が教育を提供するための幼児期の家庭訪問(140, 141)
- 脆弱性の高い若者と、支持的で、安定し、育成力のある成人とのつながりを強化するためのメンタリングプログラム(142)
- 関わりにおける協力的なプロセスを通じて、思春期の健康や行動の問題に対処するため、地域全体に力を与える地域社会全体の予防システム(143)
- 社会的責任や社会的・情緒的なスキル構築(例えば、対処、問題解決スキル、援助希求)を育成するにあたり、教職員、生徒、両親が参加する学校ベースの暴力予防とスキル構築プログラム(144)

自殺予防の現状

自殺に関する俗説

俗説：

~~自殺の危機にある人は、
いつまでも危機にあり続ける。~~

事実：

自殺の危険の高まりは
しばしば短期的で状況特有である。

自殺念慮を再び抱くことは
あるかもしれないが永遠ではなく、

以前自殺念慮があった人や

自殺企図をした人でも
長生きすることができる。

自殺は世界的な主要な公衆衛生の問題であるが、予防可能である。さらに多くの政府が、保健医療部門や社会的部門及び他の関連部門を通して、自殺予防に人的および財政的な資源を投資することは責務である(145)。政府が自殺を減少させる取り組みをおこなうにあたり、中心的な役割を担うのは保健省である。しかし、国として効果的に自殺を減少させるには、多部門で取り組まなければならない。したがって保健省は、包括的な国の取り組みの一部として、他の省庁や、政府部門を越えた利害関係者の関与を先導する責任がある。

分かっていること・達成されてきたこと

自殺関連行動に関する知見はこの数十年の間に著しく充実した。自殺研究、政策、及び実践において検討すべき成果がある。

研究成果

1. 多重的因果関係の認識: 自殺関連行動を決定するものとして、生物的、心理的、社会的、環境的及び文化的因子の相互作用は今ではよく認識されている。自殺の危険の増加に寄与するものとして、併存疾患(例えば、気分障害とアルコール使用障害)があることは研究者にも臨床家にも明らかになってきた。

2. 危険因子と保護因子の同定: 一般人口と脆弱性の高い集団における疫学研究を通して、自殺関連行動に関する多くの危険因子と保護因子が同定されてきた(146)。絶望感、認知の硬直、閉塞感、意思決定の障害、衝動性、そして社会的支援や優れた対処スキル等の保護的役割といった、自殺関連行動に関する心理的因子や認知メカニズムに関する知識が蓄積されてきた。

3. 文化的違いの認識: 自殺の危険因子における文化的多様性は明白である。とりわけ中華人民共和国(12)やインド(13)といった国々においては、精神障害の関連性が低いということからも明らかである。自殺において心理社会的因子、文化的/伝統的因子が非常に重要な役割をもつことが次第に認識されてきた。しかし、文化は保護因子ともなりうる。例えば文化の継続性(すなわち、伝統的なアイデンティティの維持)は、北米におけるファーストネーションや先住民コミュニティの間では重要な保護因子として確立されてきた(147)。

政策の成果

1. 国の自殺予防戦略: この数十年、特に2000年以降は、いくつもの国の自殺予防戦略が開発されてきた。28か国が国の戦略をもち、自殺予防にコミットしてきたことが分かっている。

2. 世界自殺予防デー: 自殺は主要な公衆衛生問題として世界的に認識されるようになったことで、2003年9月10日に世界自殺予防デー(World Suicide Prevention Day)が制定された。毎年同じ日に行われるこの行事は、国際自殺予防学会(International Association for Suicide Prevention, IASP)によって組織され、WHOによって共催されている。この日は、国と地域のキャンペーンに拍車をかけ、世界中で意識を高め、スティグマを低減させることに貢献してきた。

3. 自殺とその予防に関する教育: 学術レベルでは、多くの自殺研究ユニットと同時に大学院や大学卒業後のコースが創設されてきた。過去15年間で、自殺予防のトレーニングパッケージは広くおこなわれるようになり、学校、軍や刑務所等の異なる場で特定のモジュールでおこなわれてきた。

実践の成果

1. メンタルヘルスを専門としない保健医療従事者の活用: 自殺関連行動のマネジメントやアセスメントの改善のために、メンタルヘルスを専門としないヘルスワーカーが関与することで、プライマリヘルスケア部門の能力を高めるべくガイドラインが作られた。これは資源が限られている低中所得国においては重要な要素である(122, 148)。

2. 自助グループ: 自殺企図のサバイバーと自殺で亡くなった人のための自助グループは2000年以降著しく増えた(149)。

3. トレーニングを受けたボランティア: オンラインや電話カウンセリングを提供するためのトレーニングを受けたボランティアは、危機にある人にとって情緒的援助となる貴重な資源である(150)。特にクライシスヘルプラインは、自殺の危機にある人々を支え、その重要な貢献は国際的に認識されてきた(151)。

各国は現在自殺予防について何をしているのか？

2013年に、IASPとWHOの精神保健・物質乱用部は、自殺予防の分野で国の戦略や活動に関してどのような情報があるかを確認するため、自殺予防に関するIASP-WHO世界調査を開始した。質問票は主に157か国のIASP加盟国に送られ、うち90か国が回答した(世界的回答率は57%)。WHO地域では、アフリカ地域の18か国、米州地域の17か国、東地中海地域の11か国、欧州地域の26か国、南東アジア地域の7か国、西太平洋地域の11か国から回答が得られた。調査結果はすべての国々には一般化できないため、解釈には注意が必要である。

自殺への国としての対応

回答国のうち55か国(61%)において、自殺は重大な公衆衛生問題であると認識されていた。異なるWHO地域のなかでは、欧州地域の20か国(77%)から南東アジア地域の2か国(29%)とばらつきがあった。

回答国のうち28か国(31%)では、包括的な国の戦略か行動計画が政府によって採択されていた(表2)。これについては、大多数の国で2000年以降に開発されてきた。

表 2. 回答国のうち自殺予防における国の戦略を導入もしくは開発中の国の数

	国の戦略もしくは行動計画のある国の数	国の戦略もしくは行動計画開発中の国の数
アフリカ地域	0	3
米州地域	8	2
東地中海地域	0	1
欧州地域	13	5
南東アジア地域	2	0
西太平洋地域	5	2
総数	28	13

48か国(53%)で、特にNGOが自殺予防に貢献していることが分かった。地域のなかでは、欧州地域の22か国から東地中海地域の1か国と幅があった。回答国のうち20か国(22%)において、自殺研究や自殺予防に特化した国のセンターや機関があった。国のセンターは欧州地域で最も普及しており(10か国)、アメリカや東地中海地域ではほとんど普及していなかった(それぞれ1か国)。

国の戦略がない国々の間では、47か国(52%)で何らかの自殺予防活動が実施されていると、この特定の質問に対して回答していた(表3)。

表 3. 自殺予防に関する国の戦略がないと回答した国の活動

プログラムの種類	特徴	国の数
国のプログラム	NGOまたは学術機関がリーダーシップをとり、自殺予防のために国レベルで、1つ以上の主要分野に取り組むプログラムかイニシアチブがある。	7
状況に特化したプログラム	機関、民間部門あるいはその他によって管理された包括的かつ多角的な自殺予防イニシアチブが1つ以上ある。	9
散在しているプログラム	国、地域、あるいは地方当局がリーダーシップをとり、国の一部で、主要な自殺予防分野にとりくむプログラムや活動が1つ以上、孤立・散在している。	26
統合されたプログラム	特に独立した戦略やプログラムはないが、自殺予防が、別の領域(例えば、メンタルヘルス、アルコール、非伝染性疾病)のサブ項目として、保健医療政策に統合されている。	8

自殺の危険性のアセスメントと介入に関するトレーニング

回答国のうち34か国(38%)では、自殺のアセスメントと介入のトレーニングが、メンタルヘルスの専門家のために幅広く取り入れられていた。そのようなトレーニングを受けることができる国は、地域別では、欧州地域の14か国からアフリカ地域の3か国であった。

一般医のためのトレーニングも23か国(26%)の回答国で取り入れられていた。地域別では、欧州地域の9か国からアフリカ地域及び西太平洋地域の各1か国であった。

例えば、初期対応者、教師やジャーナリスト等の保健医療以外の専門家のための自殺予防トレーニングは、回答国の33か国(37%)で提供されていた。地域別では、欧州地域の15か国からアフリカ地域の0か国であった。

自殺で遺された人のためのサポートグループ

自殺で遺された人々のための自助グループは、回答国90か国のうち38か国(42%)で利用可能であった。そのようなグループがある国々は、欧州地域の20か国から東地中海地域の0か国であった。38か国のうち25か国(66%)では、自助グループのすべてではないが、いくつかのグループでは認定された専門家がリーダーとなっており、38か国のうち9か国(24%)では、すべての自助グループにおいて認定された専門家がリーダーとなっていた。

自殺に関する世界の法的立場の現状と変革への見通し

19世紀初頭、世界のほとんどの国に、自殺企図をした人に対して実刑判決を含め処罰する法律があった。しかしこの50年で状況は大きく変わった。すべてではないものの、ほとんどの国で自殺を処罰の対象からはずしている。

調査対象となった192の独立国および州のうち(152)、25が現在、自殺企図をした人への法律と罰則をもっている。さらに10か国がシャリーア(イスラーム法)に従い、このような国々では自殺企図をした人は罰せられる。シャリーア(イスラーム法)に明記されている罰則は、小額の罰金や短期間の懲役から終身刑にまで及ぶ。しかし罰則が法律で明記されている国の多くは、自殺企図をした人に実際に求刑することはない。状況の複雑さは、各国に存在する以下の例から分かる。

- ・自殺企図をした人は常に逮捕されるが、一般的に初回の場合は求刑されることはなく、再企図した場合にどのような結果になるか厳しい警告を受けて警察署を出る。2回目以降の企図は、通常求刑となる。
- ・自殺企図をした人は常に投獄される。ボランティアの弁護士団が接見し、釈放と治療につなげるために働きかける。
- ・警察は自殺企図をした人を逮捕することもあるが、判事が後に釈放する。

処罰の対象からはずすことの影響は？

処罰の対象からはずすことで自殺が増えるというデータも症例報告もない。実際、処罰の対象からはずした国々では、自殺死亡率が減少する傾向にある。法的に報復的な告訴を受ける恐れがなくなると、自殺が処罰の対象からはずれることで自殺の報告件数が増える可能性がある。これにより、課題の実状をより正確に推定することができる。自殺が犯罪行為と見なされる場合は、自殺企図の多くは表に現れず、自殺死亡は報告されないため、自殺関連行動の発生率はより低いという誤った印象を与える。人々の援助希求を阻むことがないよう、すべての国は自殺に関する法規を再検討する必要がある。

**自殺予防に向けた
包括的な国としての対応に向けて**

自殺に関する俗説

俗説：

~~精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る~~

事実：

自殺関連行動は

**深い悲哀のしるしであるが、
必ずしも精神障害のしるしではない。**

精神障害とともに生きる

多くの人々が自殺関連行動に影響を

受けるわけではないし、

自らの命を絶つ人のすべてが

精神障害を有するわけではない。

自殺予防への国としての対応を確立することは、その国の背景に意味ある方法で、世界にわたる自殺予防という課題に取り組む機会を示す。自殺予防へのコミットメントや資源という意味において、その国がどの位置づけにいるかに関係なく、国としての対応を確立するプロセス自体が予防の改善になる。国としての対応を創造することは、自殺予防において多様な利害関係者を招集し、参加型アプローチを通して彼らの専門知識を活用するための結集点を提供する。その結果、政府、NGO、そして保健医療及び保健医療以外の部門からの利害関係者が集合し、公衆衛生モデルに従ったその国特有の、長期戦略に貢献することができる。利害関係者の多くは既に、自殺サバイバーのための支援グループから脆弱性の高い人口集団のための権利擁護団体に至るまで、国内の自殺予防活動を活発に展開している。強いリーダーシップにより、定義が明確で測定可能な目的と目標が得られることから、保健省や国の政策立案者は、このプロセスをまとめていく上で不可欠な役割をもつ。

国の自殺予防が効果的であるためには、目的を以下のように計画することができる。

- サーベイランスと研究を強化する。
- 脆弱性の高い集団を同定し、ターゲットとする。
- 自殺関連行動のアセスメントとマネジメントを改善する。
- 環境および個人の保護因子を促進する。
- 一般への教育を通して意識を高める。
- 社会の態度や信念を改善し、精神障害を有する人々や自殺関連行動を示す人々へのスティグマをなくす。
- 自殺手段へのアクセスを減らす。
- メディアに対し、より良い自殺報道の指針と実践の導入を促す。
- 自殺で遺された人を支援する。

さらに、すべての国は、国の法規が援助希求への障壁とならないように、見直しをおこなうべきである。

十分に開発された包括的な国の戦略がないことで、ターゲットとなる自殺予防プログラムの実践が妨げられてはならない。こうしたプログラムは国としての対応に役立つからである。そのようなプログラムは、第一に自殺の危険への脆弱性の高い集団を同定することを目的とし、第二に同定された集団のサービスや資源へのアクセスを改善する。プログラムは精神的に満たされた状態 (mental well-being) を促進し、自殺の危険を減少させるように計画される。ターゲットとなる自殺予防プログラムを計画する際には、文化の多様性を考慮に入れ、技術の進化を活用し、集団のための予防トレーニングや教育を取り入れることが重要である (153)。

国としての対応の全体的な評価は重要であり、ターゲットとなるすべての予防プログラムや介入において評価を実施する必要があるが、評価は依然として課題となっている (154)。自殺予防にかかわるすべてのサービスシステムにおいて、プログラム評価に必要な資源とスキルは限られている。この状況に対処すべくトレーニングや教育のインフラを確立することは優先事項であり、評価方法に関する情報共有の機会を作り支持することもまた同様である。

事例：日本国—社会経済的变化に直面した中での自殺予防

背景

1998年に、日本国の自殺死亡数は前年の24,391人から32,863人へと急増した。1978年から1997年にかけては、自殺死亡数は毎年概ね25,000人前後で推移していた。多くの人々は、この急増は国全体の社会経済的な問題によるものと考えた。自殺死亡率はすべての年齢階級で増加していた

が、特に中年男性において顕著であった。危険因子についての共通認識はあったにもかかわらず、日本国において、自殺は依然として社会的タブーであった。自殺は個人的な問題と考えられ、広く公に議論されることはなかった。

変革のための推進力

2000年に、親を自殺で亡くした子供たちが自身の体験についてメディアを通じて語りかけることでタブーを打破しようとした始めた時、状況が変わり始めた。2002年に、厚生労働省は「自殺防止対策有識者懇談会」を開催した。その後の報告書には、自殺予防政策はメンタルヘルスの問題に正しく取り組むだけでなく、心理的、社会的、文化的ならびに経済的因子に対する多面的な取り組みを含めなければならないことが概説された。しかしながら、この報告書は単なる専門家からの提言として扱われ、実際の政策には十分反映されなかった。

自殺は2005～2006年頃には日本国における「社会的な問題」として認識され始め、これが具体的な行動を引き起こした。2005年5月、NGOのライフリンク(LIFELINK)は国会議員と協働し、自殺に関する最初のフォーラムを開催した。このフォーラムにおいて、ライフリンクならびに他のNGOは包括的な自殺予防に関する緊急提言を提示した。このフォーラムに参加していた厚生労働大臣は、政府を代表して、自殺の問題に取り組むことを明言した。この公約はメディアで広く報道された。

立法

その後、自殺予防政策の策定に向け、2006年には超党派の国会議員団が結成された。自殺予防に関する法律の制定を求める10万人以上の署名とともに提出された要望書の後押しを受け、2006年6月、日本国における自殺対策基本法が成立した。これに引き続き、自殺予防の中心的役割は厚生労働省から内閣府へと移行し、自殺予防は単独の省だけに限らない政府全体の政策となっていく。2007年、自殺の予防ならびに自死遺族への支援の提供を目的とした「自殺総合対策大綱」が制定された。大綱では、国民が生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与するという自殺予防政策の理念を基礎としつつ、国に対する様々な責務が明確化された。自殺対策基本法の原則は、自殺予防活動は自殺に関連する因子の複雑さを考慮すべきであり、精神障害のみに焦点を当てるべきではない、という考えを反映したものである。

したがって、自殺予防活動は、利害関係者間の緊密な協力のもと、事前予防、自殺発生の危機対応、および事後対応を含むべきとしている。

2008年の世界的な経済危機の後、日本国政府は2009年に「地域自殺対策緊急強化基金」による財源を確保した。この基金は主として、3月という重要な月(自殺死亡率の上昇がみられてきた月)に実施される集中的な一般市民への意識向上キャンペーンを含めて、主に地域の自殺予防活動を強化することに充てられた。2010年、日本国政府は3月を国の自殺対策強化月間とした。また、政府は、自殺関連のデータ収集に関する改革を導入し、警察庁に市町村別の詳細な自殺統計を毎月公表するよう要求した。これにより、地方のニーズに応じた自殺予防対策の展開が促進された。

結果

2009年以降、自殺死亡数は徐々に減少し、2012年、日本国の自殺死亡数は1998年以降で初めて3万人を下回った。この減少の大半は都市部で起きていた。若年者の自殺死亡率は上昇し続けており、新たにターゲットを絞った介入の必要

性を示している。しかしながら、中高年と高齢者の自殺死亡率は低下しており、結果として全体の自殺死亡率も低下している。警察庁のデータもまた、経済・生活問題に関連した自殺が顕著に減少していることが明らかにされている。

各国はいかにして包括的な国の戦略を創造できるのか・なぜそれが有用なのか？

国としての対応を開発する系統的な方法の1つは、国の自殺予防戦略を創造することである。国の戦略は、政府が自殺の課題を優先し対処することへの明確なコミットメントを意味する。それはまた、どれが主要な科学的根拠のある自殺予防の取り組みで、何が優先されるべきかに関するリーダーシップと助言・指導を提供する。戦略は、特定の業務に説明責任のある利害関係者を分かりやすく同定することを可能とし、利害関係者間の効果的な調整方法を概説する(145)。

他の優先的な保健医療プログラムやパートナーシップ(HIV/AIDS、女性や子どもの健康、非伝染性疾病、そして世界保健医療人材連盟(Global Health Workforce Alliance)等)の中だけではなく、他の関連部門の政策や法律(教育、雇用、障害、司法システム、人権擁護、社会的擁護、貧困削減と開発等)においても自殺予防を明確に含み、主流に組み込むことは、自殺予防戦略における多次元の要求を満たし、持続可能性を確保するのに重要な手段である。

国の戦略が自殺予防の出発点である必要はない。多くの国々で既に取り組みや対応が存在している。しかし、国の戦略は、広範な計画を提供する上での助けとなる。それにより国内の地域で、関連するレベルで計画を実施することができるようになる。

国の戦略の開発と実施の指針

多種多様な専門家への協議とWHOからの技術的支援を経て、国際連合は、「自殺予防—国の戦略の制定と実施のためのガイドライン」(Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies)を発行した(155)。影響力のあるこのガイドラインでは、部門間連携や多職種アプローチ、そして継続的評価とレビューの必要性が強調されている。

国際連合のガイドラインは、国の戦略の目標達成のための取り組みやアプローチのいくつかを強調している。それ以来、国の自殺予防戦略の典型的な構成要素がいくつも展開されてきた(表4)。

国際連合のガイドラインが当初立案されたとき、自殺予防のための国のフレームワークやプログラムを開発するために、政府支援の体系的なイニシアチブをもっていたのはフィンランド共和国のみであった。15年後、高中低所得分類で25か国以上もの国が、自殺関連行動の予防のための国の(ケースによっては地域レベルの)戦略を採択している。こうした国々のほとんどは、国の戦略の開発において国際連合のガイドラインが重要であることを認めている。

表 4. 国の戦略の典型的な構成要素

構成要素	目標と目的
サーベイランス	自殺と自殺企図に関する国のデータの質と適時性を向上する。脆弱性の高い集団、個人、そして状況を同定するための統合されたデータ収集システムの設立を支援する。
手段の制限	自殺の手段（例えば、農薬、銃器、高所）の入手可能性、アクセスのしやすさ、誘因性を減少させる。使用可能な手段の毒性／致死性を下げる。
メディア	紙面や放送、およびソーシャルメディアにおける自殺に関する責任ある報道を支援するメディアガイドラインの実施を促進する。
サービスへのアクセス	自殺関連行動に脆弱性の高い人々のための包括的なサービスへのアクセス増加を推進する。ケアへの障壁を取り除く。
トレーニングと教育	同定されたゲートキーパー（例えば、ヘルスワーカー、教育者、警察官）への包括的トレーニングプログラムを維持する。脆弱性の高い人を認知し、治療できるようにメンタルヘルスとプライマリケア提供者の技能を高める。
治療	自殺企図の後に病院に来院した人には特に、臨床的ケアと科学的根拠のある臨床的介入の質を高める。効果的な介入の研究と評価を改善させる。
危機介入	危機の際に適切な介入で対応する能力を地域がもつことと、かつ電話のヘルプラインやインターネットを含め、危機状況にある個人が緊急時のメンタルヘルスケアにアクセスすることを保証する。
ポストベンション	自殺や自殺企図に影響を受けた人々への対応とケアを改善する。自殺企図に影響を受けた人への支持的かつリハビリのサービスを提供する。
意識	自殺は予防可能であるという理解を支援するために公共情報キャンペーンを起こす。自殺関連行動を予防するあらゆる情報への一般人および専門家のアクセスを増やす。
スティグマの低減	メンタルヘルスサービスの利用、物質乱用防止や自殺予防のためのサービス利用を促進する。これらのサービスを利用する人々への差別を減らす。
監督と調整	自殺関連行動に関する研究、トレーニング、そしてサービス提供を促進し調整するための施設機関を設立する。保健医療および社会システムの自殺関連行動への対応を強化する。

国の戦略を創造する際に留意すべき主要な要素は以下の通りである。

a) 資源にかかわらず、自殺予防を多部門での優先事項とする

国の自殺予防戦略の全体的な目的は、自殺関連行動の予防のために適切な多部門連携による行動計画やプログラムを、国レベル、地域レベル、地方レベルで促進、調整、そして支援することである。複数の公的部門（保健医療、教育、雇用、司法、住居、社会福祉等）や民間部門を含めた他の部門とのパートナーシップは、その国に応じて適切なあり方で必要となる。

b) 多様性に合わせる

既存の国の戦略は似たような構成要素ではあるが、自殺の問題は各国で異なることもあり、国の戦略に2つとして同じものはない。自殺はいくつもの因子によるものであり、自殺の発現も社会的、文化的背景に影響される。世界的には共通の危険因子が同定されても、その目標や目的、介入は特定の背景に適合させる必要がある。

c) ベストプラクティスを確立する

既存の国の戦略の構成要素を精査すると、それらは、個々の科学的根拠に基づいた介入やベストプラクティスを編集したものであり、これらを統合すれば、特定の国に共通する様々な危険因子や保護因子に取り組むための包括的アプローチになることが分かる。パイロットプロジェクトやターゲットとなるプログラム、そして行動のためのステップを開発、実施、そして評価することは、自殺予防戦略を開発するための本質的な基礎である。

d) 資源(財源、時間、スタッフ)の分配

自殺予防戦略を調整し、包括的にするためには、特定された財源、人材、実施の時間枠、そして短中期のおよび長期的な目的が必要である。国の自殺予防戦略の開発は、望まれる目標を達成するために財政的に維持可能なモデルを必要とする。論理的なフレームワークは、対処する問題や実施する取り組み、そして期待される結果の間のつながりを示すのに役立つ、数あるプログラム計画や評価ツールのうちの1つである。

e) 効果的な計画と連携

国がどのようなツールを選択するにせよ、その計画と評価は連携しておこなわれるべきである。国の計画立案グループを創造することで、利害関係者は根拠となる前提に取り組み、必要な資源やインプットを同定し、望まれるアウトカムに導くような活動を計画できる。

f) 評価による所見の活用と得られた教訓の共有

自殺予防戦略とその構成要素を評価される必要があり、その成果や得られた教訓は関連する利害関係者らと共有されるべきである。評価による所見は、適切な提案と共に、特定の聴衆にむけて適合した方がよりうまく活用されるであろう。評価に関わるすべての人々がフィードバックを受け、評価結果を受けた後に、変革を実施するための支援を受ける必要がある。普及には、評価から得られた結果や教訓について、適時かつ先入観のない一貫した態度で、関係する聴衆と共有することが含まれる。報告の戦略は、意図したユーザーや他の利害関係者を考慮にいれ、提供される情報（例えば、様式、論調、形式）は、聴衆に合わせるべきである。

事例：チリ共和国—新システムの開始

背景

チリ共和国ではこの20年間、特に2000年以降、自殺死亡率がかなり急速に高くなってきた。自殺死亡率は高齢男性で最も高く、若者で最も増加した。このような傾向に対応するため、いくつかのステップが取られた。

1. メンタルヘルスケアへのアクセスは、2005年に制定した新しい法律である「国民のヘルスケアの保証」(Universal guarantees in health care)と共に著しく改善した。この法律はヘルスケアへのアクセスを改善し、4つの精神障害(それぞれ自殺の重要な危険因子)を含んでいる。

2. 2007年に初めて立案され最近になり公式に承認された自殺予防計画(National Suicide Prevention Plan)には、WHOが提案する科学的根拠に基づく予防戦略が含まれる。それらは次の通りである。

- 地域の危険特性を定義し、ヘルスケアの提供をモニタリングするための、すべての自殺や自殺企図事例に関する地域および国のサーベイランス
- 地域保健医療局によって調整された地域および多部門連携による15の予防計画
- 保健医療従事者、特にプライマリヘルスケア従事者や救急スタッフへのトレーニング
- 社会的・環境的な保護に焦点をあてた学校での予防プログラム、自尊心や生活スキル、危機的状況や意思決定能力に関するトレーニング
- 国内29か所の各一般保健医療サービスにおける、ヘルプラインやインターネットサイト、介入プログラムを含む危機援助システム
- 不適切な報道を減らし、メディアが果たせる保護的役割への意識を促進するためのメディア教育プログラム

将来の目標

チリ共和国の保健医療戦略2011–2020(National Strategy on Health 2011–2020)では、若者の自殺死亡率の10%削減を達成するという目標を掲げている。

出典：チリ共和国の保健省とのコミュニケーションによる

国の自殺予防戦略の実施

国の自殺予防戦略を実施する際に重要なのは、いかに前進させるかを定めるために、インプットやアウトプットそして関連するアウトカムを明確にすることである。戦略の焦点次第では、それは国に先導されるとしても、地方レベルでの活動の中に置かれるかもしれない。論理的フレームワークの最初の3つの要素(すなわちインプット、アウトプット、そしてアウトカム)の例を以下に記した。なお、アウトプットやアウトカム、インパクトに関する評価については次の章で詳細に検討される。

インプット

活動を実行するために必要な資源や貢献および出資は、例えば以下のようなものがある。

- 財源と持続的な資金供給
- トレーニングを受けた十分な数の人材あるいは能力育成
- 持続的なリーダーシップと連携
- 文化的に関係のある科学的根拠に基づく予防プログラム
- データへのアクセス
- 同定された実施上の協力者
- 政治的意志

アウトプット

意図している聴衆への活動、成果、サービスは以下のようなものがある。

- ゲートキーパーのためのトレーニングプログラム
- 一般への教育キャンペーン
- ケアへのアクセス
- 地域プログラムとヘルプライン
- 治療とケア持続性のためのプログラム
- ポストベンション
- 手段へのアクセスを制限するための介入
- メディアガイドライン
- 政策の実施

アウトカム

活動や他のアウトプットにより、個人、集団、施設機関、地域あるいはシステムのために達成された変革、結果、利益。特定のアウトカムは、短・中・長期に分類され、また測定可能でなければならない。

- ・ 自殺や自殺企図の数
- ・ トレーニングを受けた人の数、
あるいは個別の取り組みに影響された人の数
- ・ アクセス可能なサービス時間
- ・ 治療を受けた人の数
- ・ 援助希求に関するスティグマの低減を反映した指標
- ・ メンタルヘルスサービス提供の改善
- ・ メンタルヘルス、満たされた状態 (well-being)、
あるいはつながり
- ・ 費用対効果を反映した指標
- ・ 自殺企図による入院の減少率あるいは自殺による死亡率の減少

データの重要性

国としての対応を実施する際には、解決すべき問題、削減すべき問題、変えるべき、あるいは防止すべき問題をまずは理解すべきである。サーベイランスとは、「公衆衛生の実践の計画、実施、そして評価に使用するために」(156)、アウトカムに特有のデータ(最も重要なこととして、自殺や自殺企図)を系統的に収集することを指す。系統的に収集され、かつ介入のためのプログラムのターゲットと政策イニシアチブの発展のために情報提供が可能で、定期的な自殺に関するデータを提供するサーベイランスのシステムについては、多くの国々は持たないか、あるいは非常に基本的なシステムしか持ち合わせていない。重要なことに、自殺に使われる主要手段や全自殺における過去の自殺企図をした人の割合については知らない国が多い。自殺や自殺企図の減少のための取り組みに成功したか不足していたか、あるいは自殺が社会全体に及ぼす影響について測定するには、信頼性と妥当性が高いデータへのアクセスが必要である(資料9も参照)。質の向上は、改善の必要性がどこにあるかを示してくれるデータがあるかによる。

実施のためのプログラムの適応

国の戦略においては、準備が整っているプログラムを、ターゲットとなる人口集団や同定されたアウトカムに取り組むために、拡張させたり適応させたりすることがよくある。また状況によっては、新しいプログラムを開発して実施する必要があることもある。各国の背景と自殺予防へのアプローチが考慮されるべきである。例えば、国内で特定の文化的集団における若者の自殺が多いことがデータに示された場合、国の自殺戦略は若者に焦点をあてて実践されるべきであろう。自殺にはすべてに当てはまる1つの

アプローチというものはない。つまり、1つの国や地域でうまくいく介入が、他の場所での背景を考慮せず、目的に応じて介入を適合することなしに、うまくいくことは期待できない。

優先順位付け

ほとんどの国における財政的現実を考えると、自殺予防のための複合的な戦略は、ひとつひとつ段階的に導入する必要があるだろう。スタッフや財源を含め、限られた資源を最大限に活用するためには、国としての優先順位を決めることが重要である。人員、リーダーシップ/連携に関する部門のニーズの状況分析は戦略の実施に不可欠である。特に資源が不足している国々にとっては、既存のプログラムや容易に適応できるプログラムを基に、すぐに行動をとれる最大の機会を同定することが必須である。自殺予防において短期的目標を達成した国々は、より長期的なシステムの変革に焦点を当て始めるための資源を持っているかもしれない。

実施上の課題

国の自殺予防戦略の実施のためには、多くの場合、個人と組織が作用するように変革することが必要とされる。変革を遂げる上での課題は、背景にもよるが以下を含むかもしれない(157)。

- ・ 科学的根拠に沿うためにどのように活動方法を変革させるか、利害関係者の知識が限られていること
- ・ 変革に関する個人の信念、態度、見解、そして知覚される危険性や利点
- ・ 実践において変革を実行するための個人のスキルや能力
- ・ リーダーシップと連携の乏しさ
- ・ 資源や設備、人材の欠如を含めた実践的な障壁
- ・ 政治的、社会的環境

潜在的な障壁は同定され対処される必要がある。利害関係者からの賛同や利害関係者へのフィードバックを伴った参加型の協議によるアプローチは、個人レベルでの障壁を減らすであろう。新しいスキルと能力のトレーニングは、いかなる国の戦略においても主要部分となるべきである。

事例：スイス連邦—多様性への対応

背景

スイス連邦の自殺死亡率は他の欧州諸国の中では中程度といえる。2011年のスイス連邦の自殺死者数は1,034人であった。

スイス連邦は連邦制をとっており、スイス連邦公衆衛生局が、健康保険や保健医療情報のような全体的な課題を請け負っている。26州が主に、自殺予防に責任を負っており、全般的な国の対応の調整が課題となっている。これにもかかわらず、ツーク州による自殺予防戦略2010–2015 (Suicide Prevention Strategy 2010–2015)のような自殺予防活動は、州レベルでは成果を上げている。スイス連邦における自殺予防の進展の例を以下に示す。

- 手段制限プロジェクト
- メディアモニタリング
- サーベイランス
- 自殺企図をした人への短期介入とフォローアップ
- ゲートキーパートレーニング
- 世界自殺予防デー意識向上活動
- 自殺で遺された人のための自助グループ
- クライシスヘルプライン

連邦国の課題

地方レベルでの自殺予防活動の成功と対応にもかかわらず、国による調整が欠けていることが州にとって依然として課題である。これは、以下のような結果になりかねない。

- 州同士がベストプラクティスを共有し互いから学び合う機会の不足
- 資源の分配とサーベイランスにおける国の調整の不足
- 自殺予防介入は各州のモチベーションで推進されているため、同じ資源や取り組みをもたない可能性があることから生じる州間の不均衡

今後の展望

2011年以降、国レベルでは、自殺予防に積極的に取り組むよう政治的圧力が増加してきた。連邦政府(スイス連邦公衆衛生局それぞれ)に自殺予防の行動計画を開発することを要請する申し立てが議会で受理された。すべての利害関係者(州、NGOほか)は、このプロセスに関わる必要があり、法基盤が確立される必要がある。

国の自殺予防戦略を評価する際、進捗をどのように追跡できるのか？

評価はいかなる国の自殺予防戦略でも主要な構成要素であり、以下の付加価値がある。

知識生産：評価は、利害関係者集団に、戦略の進捗と、その長所と短所に関する重要な情報を提供する。この情報は、短・中・長期的なアウトカムを達成するにあたり、戦略の成功についてのモニタリングに使用することができる。また、必要に応じて修正をかけ、将来の計画と資源の分配を考えるにあたっての基礎となる(158)。

計画とマネジメント：評価は、国の戦略とその構成要素の活動をどのように計画し、マネジメントするかについての改善法を提案する。それにより、明確なアウトカム重視の計画と、包括的なパートナーシップの発展、また学習と継続的な改善を促進するようなデータ収集と、フィードバックのためのシステムが可能となる(154)。

説明責任：評価は資金提供者や立法者、一般市民に説明責任を示すツールである。それにより、最も効果的なアプローチが維持され、効果的でないプログラムに資源が浪費されないことを保証することに役立つ(158)。

多くの国の戦略は5年から10年という決まった期間にわたっておこなわれ、複数の目的、行動、そしてターゲットを含んでいる。この間に、計画され意図された介入は実施されないかもしれないし、維持されないかもしれない。国の戦略により、自殺関連行動の減少や、危険因子の軽減や保護因子の強化が達成されなかった場合には、実施不足によるものかどうかを見極めることが重要となる。

国の自殺予防戦略を開発し実施する国の数は増加しているものの、系統的かつ包括的な評価は限られている(159, 160, 161)。国の自殺予防戦略の効果を評価することで、一貫性のないアウトカムが明らかになる。例として、ある国では全人口に対して自殺死亡率が有意に減少している(例えば、フィンランド共和国やスコットランド)一方で、他国では効果が限られている(例えば、オーストラリア連邦、ノルウェー王国、スウェーデン王国)(159, 162)。しかし、活動の実施に関する情報の質に限界があるため、アウトカムの評価を解釈する際には注意を要する。自殺死亡率の変化や、危険因子や保護因子における変化の分析は国によって異なり、比較を困難なものにしている。

事例：スコットランド 包括的な多部門の戦略

イニシアチブ

2002年、チューズライフ(Choose Life)と呼ばれる自殺予防のための国の戦略と行動計画が、スコットランドの自殺死亡率を2013年までに20%減少させるという目的のもと立ち上げられた。スコットランドでは、特に男性の間での自殺死亡率の増加が見られており、2001年では10万人対27(女性の自殺死亡率は10万人対9)であった。チューズライフは、国のパブリックメンタルヘルスプログラムの中で開発、実施された。そのプログラムは、公衆衛生の改善、社会正義の促進、そして不平等に取り組むという、より広域なスコットランド政策のコミットメントの一貫である。これにより、人々のメンタルヘルスを改善するという、全体的な目標を共有する政策の目的とイニシアチブの、より幅広いフレームワークのなかで、自殺予防に着手することが可能になる。

国のネットワークは、地方自治体、警察、救急移送、事故、救急サービス、矯正部門、そして主要NGOの代表によって形成され、国のトレーニング及び能力育成のためのプログラムが設立された。実施計画は、32の地方行政区に集中して開発され、それぞれの自治体は以下3点の主要目的に焦点をあてている。

- ・ 保健医療ケア、社会的ケアサービス、教育、住居、警察、福祉、そして雇用サービスにまたがり、自殺予防のための協調的活動を達成する。
- ・ 自殺予防を支援するにあたり、能力育成のための多職種のトレーニングを開発する。
- ・ 地域コミュニティや近隣の介入に財政的援助を提供する。

2002年から2006年の間に、スコットランド政府はチューズライフ戦略の実施に2千40万ポンドを投資した。

結果

2006年、戦略実施の第一期に関する、独立したプロセス評価と中期アウトカムのアセスメントがおこなわれた。評価によれば、数多くの里程碑が達成され、かなりの進歩がみられたものの、他の国の政策の流れのなかにチューズライフの目的を取り込み続けることによる持続可能性に、もっと力を入れる必要があることが示唆された。また、物質乱用治療サービスを含めた臨床サービスを国レベルでさらにうまく統合する等、ターゲットとなる活動の必要性も強調された。

評価における課題

国の自殺予防戦略の評価は他と無関係に起こるわけではなく、現実世界の制約によって影響を受ける(158)。評価は実践的で実現可能性の高いものである必要があり、資源、時間、及びその国の政治的、社会的、経済的背景の制限内でおこなわれるべきものである。正しい評価等というものは存在しないが、戦略を実施するなかで、評価はいくらでもおこなってよい。州/領土、地域コミュニティにわたり地域ごとに異なる自殺予防の取り組みを比較することで、どのような提供体制が最も効率的かつ効果的なのか、貴重な教訓を得ることができる(163)。自殺関連行動がまだ違法と見なされ、社会的および宗教上、受け入れられていない国々では、自殺予防戦略の実施と評価は、自殺をとりまく強いスティグマと正確な自殺死亡率データの不足により複雑なものとなるであろう(164, 165)。

どのような評価計画においても、観察されたアウトカムやインパクトが予防戦略によるものかどうかの判断が難しいということが、計画に関する大きな懸念である。というのも、他にも多くの因子が自殺死亡率や他の指標に影響を及ぼすことが考えられるからである(166)。例えば意識の高まりやデータの改善により、以前は見送られていた自殺に関するさらなる開示や、より正確な情報が得られるかもしれない。これにより明らかに以前より高い自殺死亡率となる可能性がある(159, 167)。また経済危機のような大きな変革は、例えば、これらの課題に対応する財政的能力を減少させることになり、人口集団の健康や自殺に悪影響をもたらす可能性がある。そのため、戦略の背景(歴史、組織、そしてより広範な政治的および社会的状況)を理解することは不可欠であり、それにより、評価の着想と実行の方法は改善されるであろう(154)。

有望な自殺予防戦略の正確な評価にはギャップがある。新しく革新的な多くの介入が国際的に認められ実施されてきた一方で、それらの評価はこれからである。これは低所得国にとってはとりわけ課題である。そうした国々では自殺予防の実施から貴重な教訓を学ぶかもしれないが、データ不足でそのような教訓は失われてしまう。それは、活動的な学際部門のある国々からの介入や提案寄りのバイアスを生む。この重大なギャップは、特に低所得国において、評価を増大させることで改善することができるだろう。

自殺予防の取り組みの費用と費用対効果

異なる設定や文化および背景で介入を実施する際に必要とされる、費用や資源のアセスメントを評価に組み込むこと、そして実施の成功と障害についての質的情報を含むことも重要である(168)。背景や実施の際の課題を考慮した経済的評価は、1つの国で効果的かつ費用対効果がある介入が、他の国でも実現可能性が高いかどうかを見極めるのに役立つ。資源に限りのある国々では、費用対効果のアセスメントすることは、どこに資源を割り当てるのが最善かを決めるのに役立つ。

自殺予防戦略の効果やインパクトに関する科学的根拠を追加して、保健医療プランナーや意志決定者が必要としているのは、このような戦略が費用に対して価値あるものであることを確かにするための、実施の際の費用の見積もりと費用対効果に関する情報である。例えば、スリランカにおける服毒に関する経済学的調査で、治療に必要な資源は、2004年で86万6千米ドルと推定することができた(ひとつの治療事例は平均32米ドル)(169)。

世界的には、予算要件や、自殺予防の取り組みに関連する投資への見返りについて、プランナーや政策立案者に情報提供できるような強固な経済学的調査が不足している(168)。費用を利害のパラメーターとして含めた自殺予防戦略に関するWHOによる最近のレビューでは、効果的あるいは有望であるとアセスメントされた戦略の3分の2が、低コストのカテゴリーに分類されており、低コストは、全体的あるいは選択的予防介入アプローチ(個別的予防介入とは対照的に)と密接に関連していることが示された(40)。

ある国々では、研究費を得た臨床試験に経済的な要素を含むことで、いくつかの戦略、例えばオランダ王国における自殺念慮を減らすためのオンラインによるセルフヘルプ(170)や、英国における自傷行為歴がある人への認知行動療法等の費用対効果に関する科学的根拠が示された(171)。他の経済学的調査では、期待される費用と利益を経時的にアセスメントするモデル化手法を採用し、例えばオーストラリア連邦の、予防における費用対効果アセスメント(Assessing Cost-Effectiveness (ACE) in Prevention)プロジェクトでは、以下を含むいくつかの介入に関する費用対効果の比較をおこなった(172)。

- 銃器の所有に関する法律改正により自殺手段へのアクセスを減少(健康寿命1年の追加に対し5万豪ドル以上の費用)
- より責任あるメディア報道のガイドライン(少なくとも1人の自殺を防止する限り、健康寿命1年につき2万7千豪ドル)¹

このような研究は、経済学的分析がどのようにおこなわれ、国の自殺予防戦略にどのように情報を提供できるかのよい例を提供している。

¹ 健康寿命とは、万全の健康状態であり、身体的障害や病的状態でなく生きる1年として考えられる。

自殺予防のための今後の展望

自殺に関する俗説

俗説：

~~自殺について話すのはよくない。
促しているようにとられかねない。~~

事実：

自殺についてのスティグマが
広がっているため自殺を考えている人々の
多くは誰に話したらよいかわからない。
包み隠さず話すことは、
自殺を考えている人に自殺関連行動を
促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を
考え直す時間を与え、自殺を予防する。

何ができるか・誰が関わる 必要があるのか？

予防を可能にするためには行動することが必要である。自殺予防のアプローチは、地域や国々が自殺に関する態度や信念を変化させながらこれまで発展してきた。自殺に関する援助希求へのスティグマは、多くの状況において低減してきた。政策立案者や他の利害関係者にとっての今の課題は、自殺に関する公共の対話が増えていることを受け入れ、対応を実行する環境を活用することである。多くの国にとって道のりは未だ遠く、自殺予防戦略を実施するためには大きな障壁が残っている。この章では、現在の進捗に関わりなく、自殺予防を進めていく上で、国々が前進していくための経路を提供する。

今後の展望

保健大臣はリーダーシップを発揮することと、その国の他部門からの利害関係者を結び合わせるという重要な役割を担う。彼らは、予防に関する既存の知識基盤を取り入れた自殺予防の取り組みが効果的におこなわれるよう、教育、公共メディア、司法、労働、社会福祉、宗教、交通そして農業を含む部門を越えた調整を助けることができる。このような調整が今後の対策構築を可能にする。

国がとるべき次のステップは、その国が自殺予防に向かってどの位置にいるかにより異なる。表5は本書を通して述べられている、入手可能かつ最良の科学的根拠に基づいた自殺予防を前進させるために取ることでできる戦略的な行動例を一覧にしている。この表には、現在の活動の範囲と、多くの戦略的エリアで検討できる予防行動の選択肢が示されている。

現在の活動のない国々

自殺予防の活動がまだおこなわれていない国々では、活動することに重点が置かれる。こうした国々においては、利害関係者を探し出し、最大のニーズがあるか、または既存の資源のある場所において、機会的に活動を開発することができる。そのような取り組みや状況の分析の過程で、既に自殺予防活動を小規模でおこなっている地域集団を発見するかもしれない。そのような集団は、規模もしくは範囲を拡大するために、さらなる支援を必要とすることがあり、それはさらなる協働により達成することができる。サーベイランスは、関連する自殺予防介入の開始と同時並行で、さほど費用をかけなくても実施できるが、この段階で改善することが重要である。

いくつかの活動のある国々

いくつかの自殺予防活動のある国々においては、はじめに状況分析の実施による強化に焦点を当てることが生産的かもしれない。これらの国々は、すべての利害関係者を同定し、位置づけることによって、また国としての対応をおこなう中での役割および責任を付与することによって、サービスのギャップを同定し、包括的な国としての対応に向けて取り組むことができる。状況に応じて危険因子に優先順位を付けながら、背景と脆弱性の高い集団に特に配慮を払うべきである。

国としての対応のある国々

極めて包括的な国としての対応を既に実施している国々においては、評価と改善に重点をおくことができる。早い段階では、評価は継続的な改善のために重要である一方で、この段階では、徹底した評価のための資源をより容易に調達できるかもしれない。これらの国々にとっては、新しいデータを適時に取り込み、国としての対応を効果と効率の面で確実に改善していくことが重要である。

効果的な自殺予防には学習と実行の継続的なサイクルが求められる。保健大臣と他の自殺予防のリーダーは、通常の見直しや次のステップの検討に生かすことができる。SWOT分析あるいは他の状況分析のツールは、進捗の測定に使用できる(資料8を参照)。うまく実施された状況分析は、強化されるべき長所、修正されるべき短所、追求すべき機会、目を向けるべき脅威の同定に使用することができる。

資料 8.

状況分析の実施: SWOTの例

自殺予防の継続的な発展には、過去の実績と可能性のある次のステップへのコミットメントと継続的な考慮が必要である。保健大臣と他部門からの自殺予防のリーダーは、その国における自殺予防の取り組みの定期的な状況分析から利益を得ることができる。状況分析の実施にはいくつかのモデルがあるが、よく知られていて、地域のニーズに適したものを選ぶことが重要である。比較的簡単なアプローチとしてSWOT分析がある。これは、目的を設定し、それに到達するために必要なステップを確

定することのできる計画ツールである。SWOT分析は自殺予防に関する長所(S)、短所(W)、機会(O)、脅威(T)を決定するための疑問に答えてくれる。SWOTや他のモデルを使用した状況分析をおこなう際は、既存の資源、政治的意志、政策および立法の機会、そして部門を越えたパートナーシップを考慮することが重要である。

サーベイランスのためのSWOT分析の例

長所	短所	機会	脅威
自殺死亡率に関する国のデータを現有する	自殺企図に関するデータの不足	高校生の薬物使用に関する次回の国の調査に、自殺関連行動の質問を加えることを教育省大臣が提言する	分析と結果の周知に必要な資源、研究者とメディアとのパートナーシップが不足している

表5は戦略的な行動の分野を示す。これらは、自殺を減少させるための、自らの部門もしくは部門を越えて活動可能である適切な利害関係者の関与、自殺手段へのアクセスを減少させる取り組み、自殺の傾向を把握するためのサーベイランスデータの体系的な収集の改善、長期の予防に関する取り組み効果のモニタリング、俗説を訂正し、自殺は予防可能な公衆衛生上の問題であるという意識を高める取り組み、保健医療システムの動員に及ぶ。

表の列は、国の自殺予防戦略の成功に向けての進捗に関わらず、個々の戦略的行動へのステップを提案している。その意図は、協力者がこの情報を用いてどのような戦略的行動を実施する必要があるかを検討することにある。利害関係者は、それぞれの戦略的行動のためのリーダーとしての可能性を提案されている。また彼らは、現在の取り組みを補足し、自殺予防への国としてのアプローチにおけるギャップを埋める付加的活動を同定するためにリストを使用することができる。

主要な利害関係者の重要な仕事は、異なる部門からの参加を確保することである。この表を使用することで、各部門が自殺予防に、現在どのように貢献しているかを検討することや、他の協力者を巻き込み、自殺予防のための他の活動の発展を推進するために、これらの部門の貢献を拡大するあるいは活用するための機会を同定することができる。

表 5. 自殺予防のための戦略的行動案（現在の実施レベルによる分類）

戦略的行動の分野	先導する利害関係者	活動なし （現時点において国・地域レベルでの自殺予防対応は実施されていない）	いくつかの活動あり （国・地域レベルのどちらかで、優先的分野内でいくつかの自殺予防の取り組みが始まっている）	国レベルで 確立された自殺予防 戦略あり
主要な利害関係者の関与	リーダーとしての保健省、あるいは他の調整保健医療団体	国の優先事項において、もしくは取り組みが既に存在しているところで、主要な利害関係者の同定と関与を開始	部門を越えたすべての主要な利害関係者を同定し、自殺予防活動に包括的に関与。責任の割り当て	すべての主要な利害関係者の役割、責任や活動の定期的なアセスメント。結果を部門参加の拡大と利害関係者の関わり増加に活用
手段へのアクセスの減少	法律と司法システム、政策立案者、農業、交通	地域介入を通して、自殺手段へのアクセスを減少させる取り組みを開始	自殺手段へのアクセスを減少させる既存の取り組みの調整と拡大（国レベルでの法律や政策、実践を含む）	自殺手段へのアクセスを減少させる取り組みの評価。評価結果を改善に利用
サーベイランスの実施とデータの質の改善	保健省、統計局、他のすべての利害関係者。特にデータを集積するフォーマルおよびインフォーマルの保健医療システム	年齢、性別、自殺手段を中心とする情報がある死亡データを優先させたサーベイランスの開始。モデルの開発に資する代表的な地域の同定開始	国レベルの自殺と自殺企図をモニタリングするサーベイランスシステムの設置（追加での分離を含む）と、データの信頼性および妥当性、かつ公的に利用可能であることの保証。効果的で拡大可能な実現可能性の高いデータモデルの確立	サーベイランスシステムの質、代表性、適時性、有用性、そして費用等の主要な特質の適時のモニタリング。システム改善のための結果の活用。包括的なデータ範囲や質のための効果的なモデルの拡大
意識の向上	保健省とメディアによるリーダーシップのある全部門	自殺は予防可能であるという意識を高める活動の編成 ターゲットとなる地域や人々にメッセージが確実に届くようにすること、少なくとも1つの幅広くアクセスされる経路でメッセージが配信されるようにすること	国レベルで科学的根拠に基づく情報を使用し公衆の意識を高める戦略的なキャンペーンの開発と実施 ターゲットとなる集団に合わせた方法やメッセージの使用	国民の意識を高めるキャンペーンの効果の評価 今後のキャンペーンを改善するための結果の活用
メディアの関与	メディアと保健省のパートナーシップ	責任ある自殺報道に関してメディアとの対話の開始	国内の主要なメディア団体にアプローチし、責任ある自殺報道を確実にするための独自の基準と実践を開発するための支援 予防のための資源と適切な紹介を促すための、メディアにおける利害関係者との協力	自殺に関するメディア報道の評価 責任ある報道について、すべてのメディアの関心を高めること、トレーニングをおこなうこと 新たにメディアで働く人への適時のトレーニングの確立
保健医療システムの動員とヘルスワーカーのトレーニング	フォーマルおよびインフォーマルの保健医療システムおよび教育部門	自殺企図をした人々へのケアの計画と実施、およびヘルスワーカーのトレーニング	国レベルでの、アクセスが容易な科学的根拠に基づくクライシスケアと臨床的なケア、ポストベンションサービスの提供 ヘルスワーカーへの再トレーニングの実施 ヘルスワーカー用としてのカリキュラムの適合	既存のサービスの定期的なモニタリングと評価の実施 現在行われているケアの改善のための結果の活用

戦略的行動の分野	先導する利害関係者	活動なし (現時点において国・地域レベルでの自殺予防対応は実施されていない)	いくつかの活動あり (国・地域レベルのどちらかで、優先的分野内でいくつかの自殺予防の取り組みが始まっている)	国レベルで 確立された自殺予防 戦略あり
態度と信念の変化	メディア、保健医療サービス部門、教育部門、地域団体	自殺についての援助希求に関するスティグマを低減させる活動の開始。援助希求行動の増加	メンタルヘルスサービスの利用に対する態度の変化と、これらのサービス利用者に対する差別の減少	自殺、精神障害、物質使用障害、援助希求への国民の態度や信念の変化をモニタリングするため、定期的な評価の実施
評価と研究の実施	関連する地域の保健医療サービス、教育部門、保健省	必要とされる自殺予防研究の計画とそれらを優先事項とすること、既存のデータの照合(例えば自殺死亡)	地域/国レベルでの自殺予防の取り組みに情報を与えたり、それらを評価するための資源を割り当て、既存の研究を拡大	科学的発展をモニタリングし、知識のギャップを同定するための研究一覧表の定期的なアセスメント。評価を基にした資源の移行
包括的な国の自殺予防戦略の開発と実施	保健省	データや資源が利用可能ではなくても、結集点としての役割を果たせる国の自殺予防戦略の開発の開始	国の戦略が、包括的で、多部門によるものであり、サービスと実施におけるあらゆるギャップを埋め合わせるものとなるように開発を継続	最も効果のある構成要素を同定するための戦略の実施とアウトカムについての評価とモニタリング。持続的な戦略の更新のための結果の活用

表5は決して完全ではないが、継続的な改善を促し、遂行の可能性のある行動のアイデアを提供するものである。表のセルは進展のための戦略的行動や方法の例を含んでいる。この表は自殺予防の公式や処方箋を提供することを意図していない。

今後の展開にあたり、考慮すべき主要な点が2つある。1つ目は、自殺予防の活動はデータの集積と同時に実施されるべきである(資料9を参照)。自殺と自殺企図に関する正確なデータの集積と照合は重要であり、多くの国々にとって挑戦すべき課題である。しかし、完璧なサーベイランスシステムを待つことが回答ではない。自殺予防のための介入に国が取り組む中で、必要に応じてデータに対応した変革をさせながら、サーベイランスの改善を図るべきである。

2つ目は、様々な事情から、自殺予防への国としての対応の準備ができないと感じる国々があるかもしれないということである。しかし、国としての対応について利害関係者と話し合う過程が、多くの場合、変革への環境を創造する。自殺への国としての対応を創造する過程の中で、利害関係者が関わるようになり、スティグマに関する課題の公共の対話が促進され、ターゲットとなる脆弱性の高い集団が同定され、研究の優先事項が設定され、さらに国民とメディアの両者の意識が高められるのである。結果的に、国としての対応を創造することを最終結果として考えるよりは、むしろ効果的な自殺予防に向けた道筋の1つの重要な要素が、国としての対応の開発であると見るほうが正確である。

資料 9.

サーベイランスにおける主要な活動

効果的な自殺予防には、サーベイランスの改善と自殺および自殺企図のモニタリングが必要である。自殺予防に関する資源は限られているため、行政官、公衆衛生施設機関や他の利害関係者は、自殺予防の資金や利用可能な資源を、どれだけモニタリングに割り当てるかを決定しなければならず、また、様々なタイプのモニタリング活動に、どのように配分するかを決定しなければならない。状況は国により大きく異なるため、これらの決定に関してすべてに当てはまるマニュアルはない。しかし、多くの管轄領域を越えて有用と考えられる主要な活動にはいくつかの一般原則がある。

・総合的な自殺予防の取り組みに不可欠な構成要素として、自殺関連データの質のモニタリングと改善に関して特別な責任をもつ持続的なタスクフォースを確立する。

自殺関連情報の質を向上させることは、自殺予防の取り組みや国の自殺予防戦略における必要不可欠な要素であり、それに焦点を当てるため、専念するグループ(タスクフォース)を割り当てるべきである。自殺関連データの現状に関する状況分析が実施された後、データの利用可能性、包括性、および質を改善するための計画を開発する。またその実施をモニタリングし、計画を定期的に更新する。

・自殺と自殺企図に関するデータの利用可能性、包括性、および質に関する定期的なアセスメントを実施する。

データの質への定期的なアセスメントと改善は、3つの主要なデータソースそれぞれにとって重要である。

自殺における人口動態登録データの質の改善。自殺死亡の記録の確立と改善のために必要な活動は、その国の人口動態登録システムの現状により異なる。

治療を要した自殺企図に関するデータの質の改善。病院ベースのモニタリングシステムの開発は複雑なプロセスであるが、いくつかの代表地区においてデータ集積の実現性の高い方法を開発し、その後、国全体に拡大することで始められる。

自殺関連行動に関する地域調査の質の向上。サンプルサイズがその地域あるいは国を代表するに足るサイズであることを考慮しなければならない。標準化された質問項目が使用されるべきであり、前年の自殺企図に関する質問は、最も重要かつ有用である。

・国全体をカバーする品質の良くないデータよりは、数か所の代表地区から得られる品質の良いデータを選択する。

多くの低中所得の国々と一部の高所得の国々では、自殺と自殺企図に関する国のモニタリングシステムを開発し、定期的な全国調査を実施することが経済的、人的、もしくは技術的限界により実現が難しい。このような状況では、いくつかの代表的なターゲットとなる地域を同定してから国レベルに拡大していくのが良い。

・単独の活動を確立するより、自殺のモニタリングの取り組みを、出来る限り、他の活動に統合する。

自殺死亡は単独のモニタリングシステムではなく、通常、総合的な死亡登録システムの一部として集積される。救急部門での治療を要した自殺企図のモニタリングは、傷害のモニタリングシステムの一部として最もよく系統立てられている。自殺関連行動についての地域調査は、身体的な健康やメンタルヘルスについての他の地域調査に容易に統合することができる。

・データ品質の改善のための全体計画にスティグマを低減させる取り組みを含める。

自殺に関する品質の良いデータを得るための最大の障壁は、おそらく自殺関連行動へのスティグマである。メディアと協力して公衆の認識を変える取り組みをおこなうこと、医学部や看護学部と協力して医療専門職の態度(例えば、自殺を対処可能な主要な公衆衛生の問題と位置づける)を変える取り組みをおこなうことは、自殺に伴うスティグマを低減させる長期的な目標の達成に向けた重要なステップである。

・国のデータのニーズと地域に特化したデータのニーズの間のバランスを見出す。

国内の地域によって、人口動態、経済あるいは文化に相当な違いがあるため、国のデータを地域の予防戦略の考案とモニタリングに活用するには限界がある。地域における自殺の分析が、国の分析結果とどの程度異なるかを決定することが重要である。

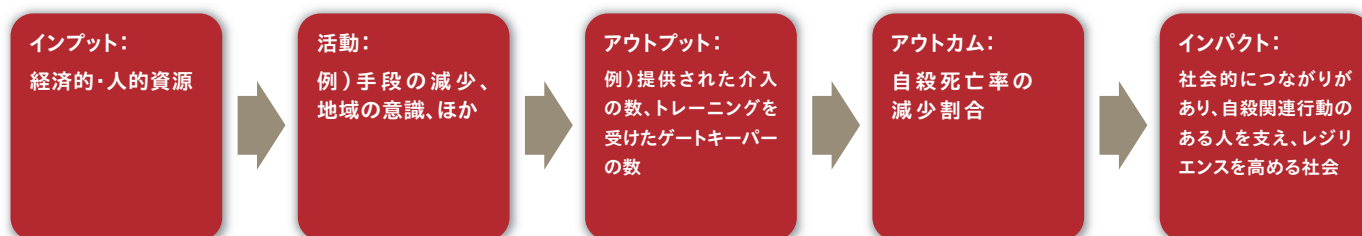
・モニタリングシステムが自殺予防活動の開発とアセスメントに活用されるようにする。

政府が後援する自殺予防のためのすべての大規模研究において、自殺と自殺企図を主要なアウトカム指標に用いるべきであり、これらのアウトカムのモニタリングに十分な予算を配分すべきである。

成功とはどのようなものか？

各国におけるインプットと行動の計画支援の追加として、図9に示すような論理的なフレームワークを用いることができる。これは、進捗の追跡と成功を測定するための他のモニタリングおよび評価ツールと共に利用可能である。国の自殺予防戦略を計画し実施するために考え得るインプット、アウトプットおよび活動を検討した後に、アウトプットを見直すことが重要である。また、評価をもとにさらに進むために、得られたインパクトにさらに目を向けることが重要である。

図 9. 自殺予防に適用される論理的フレームワーク



アウトカム

国の戦略の主要なアウトカムを測定する定量的な指標は進捗の指針として有用であり、以下が含まれる。

- 自殺死亡率の減少割合
- 成功裏に実施された自殺予防介入の数
- 自殺企図による入院数の減少

メンタルヘルスアクションプラン2013-2020(1)のガイドを活用する国々は自殺死亡率の10%減少を目標とすることができる。さらに前進が可能な国もあるだろう。例えば英国は、前の国の保健医療戦略である「命を救うー私たちのより健康な国 2002」(Saving lives: our healthier nation, 2002)のメンタルヘルスの領域において、自殺と不詳の傷害による死亡率を2010年までに少なくとも20%減少させることを目標にかかげた(173)。このターゲットは2008年までに成功裏に達成された(174)。主要な活動に伴う定量的指標は、すべての部門にわたって調整される国としての対応の重要な里程標になる。

インパクト

ターゲットとなる主要なアウトカムは重要であり、かつ進展を見せているとしても、他の重要な質的情報を見逃しているかもしれない。自殺死亡率は、報告される自殺の増加やその他の背景因子により、減少しないこともある。国々は進展と成功を完全に把握するために、より広範囲のインパクトに向けて、主要なアウトプットやアウトカムの先に目を向けるべきである。より広範囲のインパクトの測定は以下のような量的および質的指標を含む。

- 組織(学校、宗教団体、職場等)が、住民に対して支援を提供したり、支援を必要とする人に対して、適切な紹介をおこなうために十分につながっている地域
- 社会的支援を提供し、レジリエンスを強化し、自殺の危険因子を認識し、愛する人を助けるために効果的に介入する家族や社会圏(social circle)
- 自殺関連行動への援助希求がもはやタブーでなく、その課題に関する公共の対話が奨励される社会的風土

これらの指標は、測定するのがより困難であることが多いが、自殺予防において重要な進展を示すため、大切である。それは、国が進捗と、成功とはどのようなものかをアセスメントする際にも、同等に重視されるべきである。

主要なメッセージ

自殺は多大な犠牲を強いる。毎年、80万人以上の人々が自殺により死亡し、15歳から29歳の死因の第2位である。成人1人の自殺による死亡には、20人以上の自殺企図があると指摘されている。

自殺は世界的な現象である。すべての国が影響を受ける。自殺は高所得の国々によく見られるものであるという先入観に反し、現実には自殺の75%は低所得の国々で起きている。自殺は生涯をととしての重要な死因である。自殺の企図や自殺で死亡する個人へのインパクトに加え、強力な波及効果は、家族、友人、地域、そして国々と広範囲に及ぶ。

自殺は予防可能である。国としての対応が効果的であるためには、包括的な多部門による自殺予防戦略が必要である。

その効果を確認なものにするために、国の戦略は政府や民間レベルでの保健医療および保健医療以外の部門の連携を含むべきである。それは地域を関与させ、メディアによる責任ある自殺報道を促すべきである。特にそれはメンタルヘルスとアルコールに関する政策とともにサーベイランスを改善すべきものである。早期予防は開発されるいかなる戦略においても核をなす要素とすべきである。

自殺手段へのアクセスを制限することは効果がある。自殺や自殺企図を予防するための効果的な戦略は、農薬、銃器、特定の医薬品を含む最も一般的な手段へのアクセスを制限することである。

手段へのアクセスの制限は、特に衝動的な自殺の場合に、自殺予防における重要な役割を果たす。地域介入を伴う効果的な政策の実施は、手段への制限による自殺の減少に役に立ってきた。

ヘルスケアサービスは、自殺予防を核となる構成要素として組み込む必要がある。精神障害やアルコールの有害な使用は、世界中で多くの自殺の一因となっている。早期発見と効果的なマネジメントは、人々が必要なケアを受けることを確実にするための鍵となる。

援助を希求する人々へのケアの質を向上させると、早期介入が効果的なものになる。ケアの質の向上は、精神障害やアルコール使用障害、その他の危険因子の結果として生じる自殺を減少させる鍵となる。メンタルヘルスやアルコールの政策はケアを優先事項とし、ヘルスケアサービス全体への良好な統合を促し、これらのサービス向上への十分な資金を支援すべきである。

地域は自殺予防において重要な役割を果たす。地域は脆弱性の高い個人への社会的支援を提供し、フォローアップケアに取り組み、スティグマと闘い、自殺で遺された人々を支援することができる。

すべての国々で、特に資源が限られた国において、地域と地域における自殺予防のための支援プログラムが重要であることは言い過ぎることはない。地域における効果的な社会的支援や個人のレジリエンスは、社会的つながりや困難への対処スキルを構築し改善することで、脆弱性の高い人々を自殺から守ることができる。特に、地域は危機的状況において支援を提供し、自殺企図をした人と定期的に連絡を取り、自殺で遺された人々を支援することができる。

参考文献

1. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
2. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, accessed 19 May 2014).
3. WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Yur'Yev A, Kõlves K, Leppik L et al. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010;38(4):395–403.
5. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev*. 2012;18(5):321–5.
6. Höfer P, Rockett IR, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health*. 2012;11(12):644.
7. Wu KCC, Chen YY, Yip PSF. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(4):1135–58.
8. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*. 2007a;7:357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
9. Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis. *PLoS Medicine*. 2014;11(4):e1001622.
10. National Violent Death Reporting System (NVDRS) Coding manual, version 3. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014. (http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS_Coding_Manual_Version_3-a.pdf, accessed on 15 May 2014.)
11. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr., Annett JL. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. *Inj Prev*. 2004;10(1):47–52.
12. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002;360:1728–36.
13. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur J S, Gajalakshmi V, Gururaj G et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet*. 2012;379(9834):2343–51.
14. Kessler R, Ustun TB, editors. The WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
15. STEPS optional module: mental health/suicide. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>, accessed 15 May 2014).
16. Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665_eng.pdf?ua=1, accessed 5 May 2014).
17. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1, accessed 7 June 2014).
18. Methodology of the youth risk behavior surveillance system – 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 62:1–20.
19. Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, de Girolamo G, Medina-Mora ME et al. Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys. In: Nock MK, Borges G, Ono Y, editors. *Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys*. New York (NY): Cambridge University Press; 2012:185–98.
20. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first registry. *PLoS ONE*. 2012;7(2):1–7.
21. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *Eur J Public Health*. 2013;1–6.
22. Wittouck C, De Munck S, Portzky G, Van Rijsselberghe L, Van Autreve S, van Heeringen K. A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. *Arch Suicide Res*. 2010;14(2):135–45.
23. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekblom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*. 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
24. Web-based injury statistics query and reporting system. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>, accessed 15 May 2014).
25. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL, Das C. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005. *Crisis*. 2009;30(4):180–5.
26. Miller M, Azraek D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the Northeast. *Inj Prev Res*. 2004;43(6):723–30.
27. Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
28. Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Medicine*. 2010;7(10):e1000357. doi:10.1371/journal.pmed.1000357.
29. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press; 1994.

30. Gordon, RSJ. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107–9.
31. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(11):1037–42.
32. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:123–38.
33. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PloS ONE.* 2013;8(10):e77555.
34. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res.* 2012;14(5):122. doi:10.2196/jmir.1979p.
35. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/, accessed 23 April 2014).
36. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol.* 2004;65(6):782–93.
37. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health.* 2013;46(3):147–54.
38. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf, accessed 23 April 2014).
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726–32.
40. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010 (<http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.pdf?ua=1>, accessed 24 April 2014).
41. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012;379(9834):2393–9.
42. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 2013;61(4):363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
43. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list. *Lancet.* 2002;360(9340):1163–7.
44. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. In *J Epid.* 2007b;36:1235–42.
45. Safer access to pesticides: community interventions. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf, accessed 22 April 2014).
46. Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence-4th_milestones_meeting/publications, accessed 23 April 2014).
47. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions. *Am Behav Sci.* 2003;46(9):1192–210.
48. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014;160(2):101–10. doi:10.7326/M13-1301.
49. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health.* 2006;96:1752–5.
50. Cox GR, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Pirkis J et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13(1):214. doi:10.1186/1471-2458-13-214.
51. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(12):4550–62. doi:10.3390/ijerph8124550.
52. Yip PSF, Law CK, Fu KW, Law YW, Wong PW, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning. *Br J Psychiatry.* 2010;196:241–2.
53. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv.* 2009;60(5):596–9.
54. Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ.* 2013;346:f403.
55. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives. Rockville (MD): National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force; 2014.
56. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf, accessed 23 April 2014).
57. Pirkis J. Suicide and the media. *Psychiatry.* 2009;8:269–271.
58. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. *Crisis.* 2012;33(4):190–8.
59. Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC, Blanchard ME, Herrman HE, Rahilly K et al. ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. *Advances in Mental Health.* 2011;10(1):39–51.
60. Mishara BL, Kerkhof JFM, editors. Suicide prevention and

new technologies: evidence based practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2013.

61. Youthhealthtalk (website). Oxford: University of Oxford (www.youthhealthtalk.org, accessed 14 April 2014).

62. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord*. 2014;152-154:526-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.007.

63. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(2):231-9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.

64. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*. 2013;13(1):479. doi:10.1186/1471-2458-13-479

65. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*. 2012;12:776. doi:10.1186/1471-2458-12-776.

66. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Lancet*. 2014 (in press).

67. Kölves K, Kölves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *J Affect Disord*. 2013;146(1):1-14.

68. Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:255-71.

69. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Statistics Canada; 2012.

70. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol*. 2008;63(1):14-31.

71. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(2):118-24.

72. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:191-5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.

73. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58(1):10-51.

doi:10.1080/00918369.2011.534038.

74. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry*. 2010;55(5):282-8.

75. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health*. 2013;103(3):30-42.

76. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):1-15.

77. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741-9.

78. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):758-66. doi:10.1038/mp.2012.86.

79. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(12):993.

80. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> accessed 14 April 2014).

81. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260-9.

82. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. Natural disasters and suicide: evidence from Japan. *Soc Sci Med*. 2013;82:126-33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.021.

83. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T. Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry*. 2013;28(8):514-20. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.

84. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. *Open J Med Psychol*. 2013;2:124-33.

85. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC public health*. 2013;13(1):463. doi:10.1186/1471-2458-13-463

86. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1721-31.

87. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):115-23. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.

88. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: a systematic review. *Can J Public Health*.

- 2011;102(1):18–29.
89. Kang HK, Bullman TA. Is there an epidemic of suicides among current and former U.S. military personnel? *Ann Epidemiol.* 2009;19(10):757–60.
90. Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. *JAMA.* 2008;300(6):652–3.
91. Schoenbaum M, Kessler RC, Gilman SE, Colpe LJ, Heeringa SG, Stein MB et al. Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):493–503.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417.
92. Kemp J. Suicide rates in VHA patients through 2011 with comparisons with other Americans and other veterans through 2010 (PowerPoint slides). Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2014
(http://www.mentalhealth.va.gov/docs/Suicide_Data_Report_Update_January_2014.pdf, accessed 7 June 2014).
93. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. *Ment Health Subst Use.* 2013;6(4):274–86.
doi:10.1080/17523281.2012.744342.
94. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2014 ;109(3):379–91.
doi:10.1111/add.12393.
95. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(5):506–15.
doi:10.1521/suli.2010.40.5.506.
96. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis.* 2011;33(3):162–8.
97. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):338–52.
doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
98. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare.* 2013;19(5):273–81.
doi:10.1177/1357633X13495487.
99. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243–56.
100. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust NZ J Psychiatry.* 2003;37(5):595–9.
101. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol med.* 2003;33(3):395–405.
102. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. *Indian J Psychiatry.* 2012;54(4):304–19.
103. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(12):1925–32.
104. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):303–16.
105. Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(6):693–704.
106. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(10):1058–64.
107. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(3):247–53.
108. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 1996; 153(8):1009–14.
109. Global status report on alcohol and health 2014 Geneva: World Health Organization; 2014
(http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 7 July 2014).
110. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction.* 2014;109(1):155–62.
111. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013;347:f5239.
112. Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death. London: Penguin Press; 2013.
113. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(1):73–85.
doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
114. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 1990;147(2):190–5.
115. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575–86.
116. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective.* Oxford: Oxford University Press; 2009:293–9.
117. Jordan JR, McIntosh JL, editors. *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement).* New York (NY): Routledge; 2011.
118. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575–600.
119. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet.* 2002;360(9340):1126–30.

120. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. *Eur Psychiatry*. 2010;25(5):268–71.
121. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158.
122. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
123. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995.
124. Michel K, Gysin-Maillart A, editors. *Kurztherapie nach Suizidversuch: ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program*. Germany: Verlag Hans Huber; 2013.
125. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
126. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):825–32. doi:10.3399/bjgp09X472881.
127. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2457–63.
128. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression – a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(10):2404–9.
129. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. *Eur Psychiatry*. 2009;24:164.
130. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005–12.
131. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:563–91.
132. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009:7–12.
133. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. *Burns*. 2013;39(1):184–6.
134. Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(6):431–5.
135. Luthar SS, editor. *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
136. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(3):279–89.
137. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med*. 2014;15(2):248–54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
138. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*. 2005;12(2):9–25.
139. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37(9):664–674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
140. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasings RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e78185. doi:10.1371/journal.pone.0078185.
141. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78(1):65–78.
142. Chan CS, Rhodes JE, Howard WJ, Lowe SR, Schwartz SE, Herrera C. Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships. *J Sch Psychol*. 2013;51(1):129–42. doi:10.1016/j.jsp.2012.10.001
143. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Monahan KC, Abbott RD, Arthur MW. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(2):141–8. doi:10.1001/archpediatrics.2011.183.
144. Lewis KM, DuBois DL, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J. Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):706–11. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.06.012.
145. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
146. Soubrier JP. Looking back and ahead. Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives? *Forum – Prevention of Suicide Worldwide*. *World Psychiatry*. 2004;3(3):159–60.
147. Chandler M J, Lalonde CE. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Valaskakis G, editors. *The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and*

- community. Vancouver: University of British Columbia Press; 2008:221–48.
148. Soubrier JP. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In: Wasserman D, editor. *Suicide – an unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd; 2001:231–6.
149. De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O, Andriessen K, editors. *Bereavement after traumatic death – helping the survivors*. Boston (MA): Hogrefe Publishing; 2014.
150. Coveney CM, Pollock K, Armstrong S, Moore J. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline. *Crisis*. 2012;33(6):313–24.
151. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):291–307.
152. Mishara BL, Weisstub DN. *Suicide Laws: An International Review*. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2014 (in press).
153. Benson KM. Evidence-based approaches to suicide prevention. In: Lester D, Rogers JR, editors. *Suicide: a global issue, Volume 2: Prevention*. Santa Barbara (CA): ABC-CLIO, LLC; 2013.
154. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999 Sep 17;48(RR-11):1–40.
155. United Nations, 1996. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York (NY): United Nations; 1996.
156. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev*. 1988;10:164–90.
157. *How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 (<http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtochange/barrierstochange.jsp>, accessed 22 April 2014).
158. *Developing an effective evaluation plan*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
159. De Leo D, Evans RW. *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
160. Wasserman D. Evaluating suicide prevention: various approaches needed. *World Psychiatry*. 2004;3:153–4.
161. Wasserman GA, McReynolds LS, Musabegovic H, Whited AL, Keating JM, Huo Y. Evaluating Project Connect: improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. *Adm Policy Ment Health*. 2009;36(6):393–405.
162. *Suicide Prevention Strategy 2013–2016*. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616/downloads#res439429>, accessed 14 April 2014).
163. *National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action. A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
164. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AL. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud*. 2012; 36(7):605–26.
165. Khan MM, Hyder AA. Suicides in the developing world: case study from Pakistan. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(1):76–81.
166. Mitchell P, editor. *Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2000.
167. Scott A, Guo B, editors. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? HEN synthesis report*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
168. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 2008;22(8):20.
169. Wickramasinghe K, Steele P, Dawson A, Dharmaratne D, Gunawardena A, Senarathna L et al. Cost to government health-care services of treating acute self-poisonings in a rural district in Sri Lanka. *Bull World Health Organ*. 2009;87:180–5.
170. Van Spijker BA, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof A. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *J Med Internet Res*. 2012;14:e141.
171. Byford S, Knapp M, Greenshields J, Ukoumunne OC, Jones V, Thompson S et al. Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychol Med*. 2003;33:977–86.
172. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A et al, editors. *Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-Prevention): final report*. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University; 2010.
173. *Saving lives: our healthier nation*. London: Secretary of State for Health; 1999 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).
174. *National suicide prevention strategy for England. Annual report on progress*. London: National Mental Health Development Unit; 2009 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).

付録

付録 1. 性別・年齢階級別の自殺死亡数と自殺死亡率の推定値(2000年および2012年)*

国 (死亡データの質**)	性別	自殺死亡数 (全年齢) 2012年	全年齢および年齢階級別の粗自殺死亡率 (人口10万人対) 2012年						年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2012年	年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2000年	年齢標準化 自殺死亡率の 割合変化 2000年 - 2012年
			全年齢	5歳 から 14歳	15歳 から 29歳	30歳 から 49歳	50歳 から 69歳	70歳 以上			
アフガニスタン・ イスラム共和国 (4)	総数	1205	4.0	0.8	7.5	6.1	8.3	12.6	5.7	6.1	-5.9%
	女	643	4.4	0.9	9.8	5.4	5.4	8.5	5.3	4.7	14.4%
	男	562	3.7	0.7	5.1	6.7	11.4	17.9	6.2	7.6	-17.6%
アルバニア 共和国 (2)	総数	205	6.5	0.8	5.3	7.0	9.1	19.3	5.9	7.0	-15.3%
	女	93	5.9	1.0	4.9	5.8	8.3	17.4	5.2	5.6	-7.0%
	男	112	7.1	0.6	5.7	8.3	9.9	21.4	6.6	8.5	-22.0%
アルジェリア 民主人民共和国 (4)	総数	677	1.8	0.3	2.2	2.1	2.5	6.1	1.9	2.2	-12.8%
	女	277	1.5	0.3	2.0	1.6	1.8	5.1	1.5	1.9	-16.8%
	男	400	2.1	0.4	2.3	2.6	3.2	7.3	2.3	2.6	-10.6%
アンゴラ共和国 (4)	総数	2206	10.6	2.3	21.4	17.4	13.7	18.8	13.8	9.2	50.3%
	女	612	5.8	1.9	11.7	8.2	7.9	10.7	7.3	4.4	64.8%
	男	1594	15.5	2.7	31.3	26.8	20.2	29.3	20.7	14.3	45.1%
アルゼンチン 共和国 (2)	総数	4418	10.8	1.1	13.8	10.9	15.8	21.6	10.3	12.4	-17.1%
	女	901	4.3	0.9	5.3	4.7	5.9	7.0	4.1	5.1	-20.4%
	男	3517	17.5	1.2	21.9	17.3	26.9	45.6	17.2	20.6	-16.5%
アルメニア共和国 (2)	総数	98	3.3	0.3	2.8	3.6	4.6	8.8	2.9	3.2	-8.1%
	女	17	1.2	0.2	0.9	0.7	1.2	5.2	0.9	1.0	-5.2%
	男	81	5.3	0.4	4.3	6.4	8.3	14.0	5.0	5.9	-14.8%
オーストラリア連邦 (1)	総数	2679	11.6	0.6	12.2	17.2	13.2	12.9	10.6	11.9	-10.6%
	女	649	5.6	0.8	6.5	7.9	6.2	5.4	5.2	5.0	4.6%
	男	2030	17.7	0.4	17.5	26.5	20.4	22.2	16.1	18.9	-15.1%
オーストリア 共和国 (1)	総数	1319	15.6	1.0	9.5	14.3	21.5	32.9	11.5	16.3	-29.7%
	女	330	7.6	0.7	3.3	6.5	12.2	14.0	5.4	7.4	-27.2%
	男	989	23.9	1.3	15.5	22.1	31.3	61.2	18.2	26.7	-32.1%
アゼルバイジャン 共和国 (2)	総数	154	1.7	0.2	1.6	1.8	2.6	5.2	1.7	1.7	-4.6%
	女	48	1.0	0.2	1.2	0.8	1.3	4.3	1.0	0.9	17.6%
	男	106	2.3	0.3	2.1	2.9	4.1	6.6	2.4	2.7	-12.8%
バハマ国 (2)	総数	9	2.3	0.2	1.0	1.8	4.5	14.8	2.3	3.0	-23.6%
	女	3	1.4	0.2	0.6	0.9	2.2	9.2	1.3	2.1	-39.7%
	男	6	3.3	0.3	1.4	2.7	7.1	23.6	3.6	4.2	-13.2%
バーレーン王国 (2)	総数	95	7.3	1.1	8.7	8.2	8.9	36.4	8.1	8.0	0.1%
	女	11	2.2	0.3	2.9	2.2	3.2	16.6	2.9	3.0	-3.4%
	男	85	10.3	1.7	12.1	11.0	12.2	57.1	11.6	11.8	-1.8%
バングラデシュ 人民共和国 (4)	総数	10 167	6.6	1.0	8.1	6.4	13.6	28.9	7.8	7.8	-0.1%
	女	5773	7.6	1.3	10.8	6.6	13.9	31.6	8.7	8.2	5.8%
	男	4394	5.6	0.7	5.5	6.1	13.4	26.4	6.8	7.3	-6.8%
バルバドス (2)	総数	7	2.6	0.2	2.2	2.2	4.0	8.1	2.3	3.4	-33.6%
	女	1	0.7	0.1	0.5	0.6	0.8	2.5	0.6	1.0	-44.7%
	男	6	4.6	0.3	3.7	3.7	7.4	16.7	4.1	6.0	-31.3%
ベラルーシ共和国 (1)	総数	2051	21.8	0.9	20.1	27.2	26.0	31.7	18.3	35.5	-48.4%
	女	400	7.9	0.5	6.2	8.9	9.5	13.4	6.4	8.8	-27.9%
	男	1651	37.8	1.2	33.4	46.6	47.0	76.6	32.7	66.2	-50.6%
ベルギー王国 (1)	総数	1955	17.7	0.7	9.5	24.1	24.6	25.1	14.2	18.0	-21.1%
	女	548	9.7	0.5	4.9	11.1	16.4	12.4	7.7	9.2	-16.4%
	男	1407	25.9	0.8	14.0	36.8	33.0	43.8	21.0	27.4	-23.1%
ベリーズ (1)	総数	6	2.0	0.3	1.6	2.7	2.5	21.9	2.6	3.9	-32.6%
	女	1	0.6	0.0	1.2	0.8	0.0	0.0	0.5	0.6	-12.1%
	男	6	3.5	0.5	1.9	4.7	5.0	48.6	4.9	7.3	-32.2%
ベナン共和国 (4)	総数	368	3.7	0.7	5.5	4.5	8.0	26.5	5.7	6.0	-5.5%
	女	105	2.1	0.5	3.1	2.2	5.0	14.1	3.1	3.2	-2.2%
	男	262	5.2	1.0	7.9	6.7	11.3	44.7	8.8	9.6	-7.7%
ブータン王国 (4)	総数	119	16.0	1.9	15.7	24.6	28.8	37.9	17.8	23.8	-25.1%
	女	35	10.2	1.4	13.1	14.2	16.7	19.1	11.2	16.1	-30.5%
	男	83	20.9	2.4	18.0	32.4	38.2	53.0	23.1	30.6	-24.5%
ボリビア多民族国 (2)	総数	1224	11.7	4.8	20.6	13.3	12.0	13.9	12.2	12.5	-2.2%
	女	450	8.6	4.9	17.2	7.7	5.5	8.6	8.5	9.3	-9.4%
	男	774	14.8	4.8	23.9	19.1	19.2	20.9	16.2	15.9	2.0%
ボスニア・ ヘルツェゴビナ (2)	総数	532	13.9	0.4	6.8	13.2	23.8	29.0	10.8	12.0	-10.6%
	女	114	5.8	0.3	1.4	4.4	10.3	15.1	4.1	4.9	-16.5%
	男	418	22.3	0.5	12.0	22.1	38.8	48.2	18.0	20.2	-10.7%

国 (死亡データの質**)	性別	自殺死亡数 (全年齢) 2012年	全年齢および年齢階級別の粗自殺死亡率 (人口10万人対) 2012年						年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2012年	年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2000年	年齢標準化 自殺死亡率の 割合変化 2000年 - 2012年
			全年齢	5歳 から 14歳	15歳 から 29歳	30歳 から 49歳	50歳 から 69歳	70歳 以上			
ボツワナ共和国 (4)	総数	64	3.2	0.6	4.5	3.8	5.2	12.6	3.8	4.1	-7.8%
	女	17	1.7	0.3	2.2	1.4	3.4	8.7	2.0	2.3	-11.8%
	男	48	4.7	0.8	6.9	5.9	7.4	19.4	5.7	6.2	-7.0%
ブラジル 連邦共和国 (1)	総数	11 821	6.0	0.4	6.7	8.4	8.0	9.8	5.8	5.3	10.4%
	女	2623	2.6	0.3	2.6	3.7	3.8	3.3	2.5	2.1	17.8%
	男	9198	9.4	0.4	10.7	13.3	12.7	18.5	9.4	8.7	8.2%
ブルネイ・ ダルサラーム国 (2)	総数	25	6.2	0.2	6.0	8.0	11.2	15.1	6.4	5.5	16.9%
	女	10	4.9	0.2	4.5	6.1	9.3	13.7	5.2	4.2	24.2%
	男	15	7.4	0.2	7.5	10.0	13.0	16.7	7.7	6.8	12.6%
ブルガリア共和国 (2)	総数	1054	14.5	0.8	8.0	14.4	21.2	24.1	10.8	15.5	-30.5%
	女	288	7.7	0.5	3.2	6.9	10.6	14.9	5.3	8.0	-34.3%
	男	766	21.6	1.1	12.5	21.5	33.1	38.6	16.6	23.5	-29.3%
ブルキナファソ (4)	総数	485	3.0	0.6	4.8	3.9	6.4	21.5	4.8	4.8	0.0%
	女	151	1.8	0.4	2.9	1.9	4.5	12.7	2.8	2.6	8.1%
	男	334	4.1	0.8	6.7	5.9	9.0	36.0	7.3	7.6	-3.8%
ブルンジ共和国 (4)	総数	1617	16.4	5.2	27.3	21.0	29.2	82.4	23.1	19.6	17.8%
	女	401	8.0	4.2	11.4	7.0	16.7	70.8	12.5	10.3	21.7%
	男	1216	25.0	6.3	44.2	35.1	41.7	96.5	34.1	29.6	15.4%
カーボヴェルデ 共和国 (4)	総数	19	3.9	0.3	2.5	2.7	7.2	38.7	4.8	5.4	-12.3%
	女	4	1.5	0.1	0.6	0.8	2.8	14.2	1.6	2.0	-18.2%
	男	16	6.4	0.6	4.3	4.5	12.8	77.7	9.1	10.0	-8.7%
カンボジア王国 (4)	総数	1339	9.0	2.1	13.0	12.8	9.4	15.8	9.4	11.5	-18.0%
	女	474	6.2	1.8	8.7	6.9	9.2	11.5	6.5	8.5	-24.2%
	男	865	11.9	2.4	17.2	19.2	9.7	21.9	12.6	14.9	-15.2%
カメルーン共和国 (4)	総数	1070	4.9	1.2	7.9	6.0	8.6	30.5	7.0	6.8	3.1%
	女	257	2.4	0.7	3.2	2.7	5.6	15.1	3.4	3.4	0.9%
	男	814	7.5	1.7	12.5	9.2	11.8	49.6	10.9	10.5	3.6%
カナダ (1)	総数	3983	11.4	0.6	10.0	15.2	15.6	11.3	9.8	11.0	-11.1%
	女	958	5.5	0.5	5.2	7.1	8.0	3.3	4.8	4.9	-2.8%
	男	3026	17.5	0.6	14.6	23.2	23.5	22.0	14.9	17.2	-13.5%
中央アフリカ 共和国 (4)	総数	356	7.9	1.4	13.1	11.6	11.3	17.8	9.5	7.8	22.7%
	女	100	4.4	1.3	6.7	5.6	7.5	11.8	5.3	4.5	18.4%
	男	256	11.5	1.6	19.6	17.7	15.9	26.1	14.1	11.3	24.6%
チャド共和国 (4)	総数	336	2.7	0.5	4.1	4.0	7.4	21.4	4.7	4.5	4.2%
	女	81	1.3	0.4	1.7	1.5	4.8	10.6	2.3	2.1	8.5%
	男	255	4.1	0.7	6.4	6.5	10.3	34.5	7.4	7.2	2.4%
チリ共和国 (1)	総数	2262	13.0	1.0	16.5	16.0	16.2	16.8	12.2	10.7	14.3%
	女	533	6.0	1.1	8.0	7.9	6.9	5.0	5.8	2.9	98.6%
	男	1729	20.0	0.9	24.8	24.2	26.1	33.9	19.0	19.1	-0.7%
中華人民共和国 (3)	総数	120 730	8.7	0.5	4.2	5.1	15.7	51.5	7.8	19.4	-59.6%
	女	67 542	10.1	0.5	5.9	7.1	17.0	47.7	8.7	21.7	-59.7%
	男	53 188	7.4	0.4	2.7	3.2	14.4	55.8	7.1	17.4	-59.3%
コロンビア共和国 (1)	総数	2517	5.3	1.1	8.0	6.4	6.6	7.1	5.4	7.0	-22.8%
	女	471	1.9	1.2	3.6	1.6	2.2	0.4	1.9	3.0	-35.6%
	男	2046	8.7	0.9	12.4	11.4	11.5	16.3	9.1	11.3	-19.3%
コモロ連合 (4)	総数	75	10.5	1.9	12.9	13.0	28.6	82.1	16.9	15.6	8.6%
	女	21	6.0	1.5	6.5	5.5	16.3	67.0	10.3	9.6	7.4%
	男	54	14.9	2.2	19.2	20.5	41.4	101.6	24.0	21.9	9.7%
コンゴ共和国 (4)	総数	338	7.8	1.4	14.4	11.7	10.1	16.8	9.6	10.5	-8.7%
	女	82	3.8	1.0	6.7	5.3	5.3	9.1	4.6	5.6	-17.6%
	男	256	11.8	1.7	22.1	18.1	15.1	26.2	14.7	15.6	-5.6%
コスタリカ共和国 (1)	総数	331	6.9	0.6	7.9	10.4	8.5	7.2	6.7	7.0	-3.7%
	女	53	2.2	0.2	3.2	3.2	2.5	0.6	2.2	1.8	24.6%
	男	278	11.4	1.0	12.3	17.4	14.5	15.1	11.2	12.1	-7.8%
コートジボワール 共和国 (4)	総数	1063	5.4	1.5	8.5	6.8	9.1	26.7	7.4	6.5	15.0%
	女	279	2.9	1.0	4.1	3.7	6.2	13.7	4.1	3.5	16.3%
	男	785	7.8	2.0	12.8	9.7	11.4	37.7	10.6	9.2	15.5%
クロアチア共和国 (1)	総数	709	16.5	0.4	8.0	14.6	23.2	37.2	11.6	16.4	-29.1%
	女	155	7.0	0.1	2.7	5.1	9.7	16.0	4.5	6.9	-35.5%
	男	554	26.7	0.6	13.0	23.9	37.8	73.0	19.8	27.4	-27.8%
キューバ共和国 (1)	総数	1648	14.6	0.8	6.0	14.8	24.4	36.1	11.4	14.6	-21.9%
	女	334	6.0	1.5	1.5	4.2	13.4	12.0	4.5	8.7	-48.1%
	男	1315	23.2	0.1	10.2	25.0	35.7	65.1	18.5	20.8	-11.3%
キプロス共和国 (1)	総数	58	5.2	0.0	5.9	7.8	5.0	4.7	4.7	1.3	269.8%
	女	9	1.6	0.0	2.4	2.0	1.5	1.5	1.5	1.1	41.5%
	男	49	8.6	0.0	9.0	13.1	8.6	8.7	7.7	1.5	416.9%

国 (死亡データの質**)	性別	自殺死亡数 (全年齢) 2012年	全年齢および年齢階級別の粗自殺死亡率 (人口10万人対) 2012年						年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2012年	年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2000年	年齢標準化 自殺死亡率の 割合変化 2000年 - 2012年
			全年齢	5歳 から 14歳	15歳 から 29歳	30歳 から 49歳	50歳 から 69歳	70歳 以上			
チェコ共和国 (1)	総数	1663	15.6	0.2	10.6	17.8	23.8	19.4	12.5	13.7	-8.4%
	女	269	5.0	0.0	3.6	5.5	6.8	7.3	3.9	5.2	-24.8%
	男	1394	26.6	0.3	17.1	29.5	42.0	39.0	21.5	23.0	-6.5%
北朝鮮 (朝鮮民主主義 人民共和国) (4)	総数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コンゴ民主共和国 (4)	総数	5248	8.0	1.9	14.9	12.5	11.0	15.2	10.1	8.0	26.3%
	女	1287	3.9	1.6	7.2	4.9	5.7	8.4	4.8	3.6	32.7%
	男	3961	12.1	2.3	22.6	20.3	16.8	24.3	15.8	12.8	23.6%
デンマーク王国 (1)	総数	625	11.2	0.2	5.7	12.9	18.3	16.9	8.8	12.0	-27.0%
	女	154	5.5	0.1	2.9	5.1	9.8	8.4	4.1	6.0	-31.6%
	男	471	17.0	0.2	8.4	20.7	26.9	28.2	13.6	18.4	-26.2%
ジブチ共和国 (4)	総数	92	10.7	1.8	12.5	9.8	22.7	85.3	15.1	14.7	2.9%
	女	27	6.3	1.4	6.4	4.4	13.4	69.9	9.5	9.3	2.1%
	男	65	15.0	2.2	18.5	15.1	32.4	103.9	20.9	20.2	3.4%
ドミニカ共和国 (2)	総数	375	3.7	0.4	3.3	4.7	7.1	13.8	4.1	5.9	-31.1%
	女	95	1.9	0.4	1.4	2.1	4.0	7.9	2.1	3.1	-34.2%
	男	280	5.4	0.3	5.2	7.3	10.3	20.3	6.1	8.6	-29.4%
エクアドル共和国 (2)	総数	1377	8.9	2.0	15.7	8.6	10.7	15.9	9.2	8.9	3.4%
	女	410	5.3	1.8	10.9	4.0	4.4	9.4	5.3	5.7	-8.0%
	男	967	12.5	2.2	20.4	13.4	17.4	23.4	13.2	12.1	9.0%
エジプト・ アラブ共和国 (2)	総数	1264	1.6	0.3	1.9	2.0	2.4	5.3	1.7	2.6	-33.6%
	女	433	1.1	0.2	1.3	1.2	1.6	4.2	1.2	2.1	-45.3%
	男	831	2.1	0.4	2.4	2.8	3.3	7.1	2.4	3.1	-24.1%
エルサルバドル 共和国 (2)	総数	806	12.8	1.6	17.6	18.1	17.5	20.6	13.6	13.7	-1.3%
	女	191	5.8	1.8	9.6	5.9	6.5	6.9	5.7	7.5	-24.5%
	男	615	20.6	1.5	25.8	34.0	32.1	39.3	23.5	21.3	10.1%
赤道ギニア共和国 (4)	総数	102	13.9	2.7	24.8	18.3	19.5	30.1	16.6	13.8	20.4%
	女	26	7.4	2.1	14.3	7.5	10.4	16.4	8.6	6.3	35.6%
	男	76	20.1	3.2	35.2	28.1	27.2	44.8	24.1	20.8	15.9%
エリトリア国 (4)	総数	510	8.3	1.0	8.3	11.6	35.0	79.0	16.3	16.4	-0.4%
	女	124	4.0	0.6	3.0	4.1	18.0	57.8	8.7	9.2	-5.5%
	男	386	12.6	1.3	13.6	19.4	55.1	116.6	25.8	25.3	2.0%
エストニア共和国 (1)	総数	226	17.5	1.6	13.3	15.6	25.1	33.6	13.6	25.0	-45.9%
	女	46	6.6	0.0	3.7	3.1	7.3	19.5	3.8	9.5	-59.7%
	男	181	30.2	3.0	22.6	28.3	47.8	65.5	24.9	43.6	-42.8%
エチオピア 連邦民主共和国 (4)	総数	6852	7.5	1.7	10.7	8.1	15.9	61.3	11.5	13.1	-12.7%
	女	1781	3.9	1.2	4.1	2.7	9.5	52.2	6.7	7.5	-11.1%
	男	5071	11.1	2.1	17.2	13.6	22.9	71.4	16.5	18.9	-13.0%
フィジー共和国 (2)	総数	52	5.9	0.3	3.8	6.1	14.5	36.5	7.3	8.5	-13.7%
	女	14	3.2	0.2	1.7	2.6	7.8	27.0	4.1	5.5	-25.4%
	男	38	8.5	0.3	5.8	9.4	21.3	48.4	10.6	11.5	-8.4%
フィンランド共和国 (1)	総数	901	16.7	0.3	18.8	21.0	21.2	16.5	14.8	20.8	-28.9%
	女	224	8.1	0.1	10.7	10.0	10.9	5.6	7.5	10.0	-25.3%
	男	677	25.5	0.5	26.6	31.5	31.8	33.3	22.2	31.8	-30.2%
フランス共和国 (1)	総数	10 093	15.8	0.6	7.6	19.3	23.1	28.9	12.3	14.9	-17.2%
	女	2618	7.9	0.5	3.2	8.8	13.0	12.7	6.0	7.4	-19.5%
	男	7475	24.2	0.6	11.8	29.9	34.1	54.0	19.3	23.3	-17.4%
ガボン共和国 (4)	総数	114	7.0	0.9	12.0	8.8	9.6	20.4	8.2	7.9	3.8%
	女	31	3.8	0.8	6.2	4.5	5.7	12.1	4.5	4.3	3.0%
	男	83	10.1	1.1	17.6	13.1	13.7	31.5	12.1	11.7	3.2%
ガンビア共和国 (4)	総数	58	3.2	0.8	5.4	4.3	6.3	20.9	5.0	5.2	-3.1%
	女	15	1.6	0.5	2.3	2.2	4.3	9.9	2.6	2.7	-4.8%
	男	43	4.9	1.2	8.7	6.6	8.3	31.7	7.6	7.7	-1.9%
グルジア (2)	総数	165	3.8	0.4	2.9	4.4	4.7	8.1	3.2	4.3	-26.1%
	女	32	1.4	0.1	1.4	0.8	1.3	4.4	1.0	1.4	-25.2%
	男	132	6.4	0.6	4.5	8.4	8.8	14.3	5.7	7.6	-25.3%
ドイツ連邦共和国 (1)	総数	10 745	13.0	0.3	7.7	12.7	16.9	23.7	9.2	11.1	-17.0%
	女	2621	6.2	0.2	3.1	5.6	8.0	11.6	4.1	5.2	-20.2%
	男	8124	20.0	0.3	12.0	19.4	26.0	40.7	14.5	17.5	-17.4%
ガーナ共和国 (4)	総数	577	2.3	0.5	3.4	2.4	4.1	13.7	3.1	2.6	18.0%
	女	205	1.6	0.4	2.0	1.6	3.5	9.6	2.2	1.8	19.4%
	男	372	3.0	0.6	4.7	3.3	4.8	19.7	4.2	3.4	23.4%
ギリシャ共和国 (2)	総数	548	4.9	0.1	3.0	5.9	6.4	7.6	3.8	3.4	10.5%
	女	99	1.8	0.0	0.9	1.9	2.4	2.8	1.3	1.2	8.5%
	男	449	8.2	0.1	5.0	9.7	10.6	14.1	6.3	5.7	10.3%

国 (死亡データの質**)	性別	自殺死亡数 (全年齢) 2012年	全年齢および年齢階級の粗自殺死亡率 (人口10万人対) 2012年						年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2012年	年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2000年	年齢標準化 自殺死亡率の 割合変化 2000年 - 2012年
			全年齢	5歳 から 14歳	15歳 から 29歳	30歳 から 49歳	50歳 から 69歳	70歳 以上			
グアテマラ共和国 (2)	総数	1101	7.3	1.5	12.8	10.3	9.9	15.0	8.7	7.2	20.6%
	女	317	4.1	1.5	8.4	4.5	3.3	4.9	4.3	3.4	27.2%
	男	784	10.7	1.6	17.2	17.5	17.4	26.7	13.7	11.4	20.1%
ギニア共和国 (4)	総数	377	3.3	0.9	5.3	4.0	5.9	17.7	4.7	4.7	-1.3%
	女	95	1.7	0.6	2.3	1.8	3.9	9.1	2.4	2.5	-3.7%
	男	282	4.9	1.2	8.2	6.1	8.1	28.2	7.1	7.1	-0.7%
ギニアビサウ共和国 (4)	総数	51	3.1	0.6	4.8	3.0	6.7	23.1	4.7	4.3	7.9%
	女	14	1.6	0.4	2.5	1.2	4.1	11.8	2.4	2.4	1.3%
	男	38	4.5	0.8	7.2	4.8	9.4	36.9	7.2	6.6	9.5%
ガイアナ共和国 (2)	総数	277	34.8	2.9	29.7	64.0	81.4	95.1	44.2	48.3	-8.5%
	女	72	18.3	2.8	17.6	29.3	38.5	51.1	22.1	24.6	-10.0%
	男	205	50.8	2.9	41.6	98.3	126.6	206.9	70.8	72.2	-1.9%
ハイチ共和国 (2)	総数	235	2.3	1.1	2.5	2.9	4.6	8.0	2.8	3.1	-9.7%
	女	107	2.1	1.3	2.4	2.3	3.8	6.3	2.4	2.5	-5.6%
	男	128	2.5	0.9	2.6	3.7	5.4	10.1	3.3	3.8	-13.0%
ホンジュラス共和国 (4)	総数	386	4.9	1.4	7.3	6.5	7.1	9.6	5.5	5.6	-2.1%
	女	110	2.8	1.2	5.3	2.8	2.0	3.0	2.8	2.9	-4.5%
	男	277	7.0	1.5	9.3	10.3	12.3	17.4	8.3	8.4	-0.8%
ハンガリー (1)	総数	2519	25.3	0.6	10.9	26.2	41.1	42.3	19.1	25.7	-25.8%
	女	567	10.8	0.5	3.4	9.2	17.6	20.4	7.4	10.6	-29.7%
	男	1952	41.2	0.6	18.1	42.8	69.6	84.4	32.4	43.1	-24.7%
アイスランド共和国 (1)	総数	49	15.1	0.0	8.2	28.4	22.9	7.0	14.0	16.4	-14.5%
	女	12	7.5	0.0	4.5	9.8	17.1	2.5	6.7	6.0	11.8%
	男	37	22.5	0.0	11.9	46.4	28.6	12.5	21.0	26.5	-20.7%
インド (3)	総数	258 075	20.9	2.0	35.5	28.0	20.0	20.9	21.1	23.3	-9.2%
	女	99 977	16.7	2.4	36.1	17.2	11.1	11.2	16.4	20.3	-19.1%
	男	158 098	24.7	1.6	34.9	38.0	28.9	32.7	25.8	26.2	-1.6%
インドネシア共和国 (4)	総数	9105	3.7	0.3	3.6	3.9	7.4	18.4	4.3	5.4	-19.6%
	女	5206	4.2	0.4	3.6	4.2	9.0	22.1	4.9	5.9	-18.4%
	男	3900	3.1	0.2	3.6	3.6	5.8	13.5	3.7	4.7	-21.0%
イラン・イスラム共和国 (2)	総数	4069	5.3	0.7	7.8	5.6	5.0	16.1	5.2	7.2	-28.0%
	女	1369	3.6	0.6	5.5	3.0	3.7	13.4	3.6	6.4	-43.7%
	男	2700	7.0	0.8	10.0	8.1	6.5	18.6	6.7	7.9	-15.5%
イラク共和国 (2)	総数	376	1.2	0.3	1.4	1.7	2.5	7.1	1.7	1.4	16.0%
	女	246	1.5	0.3	2.0	2.0	2.7	9.1	2.1	1.9	11.8%
	男	130	0.8	0.2	0.7	1.4	2.1	4.3	1.2	1.0	22.2%
アイルランド (1)	総数	524	11.5	0.8	14.5	15.7	15.4	7.1	11.0	12.1	-9.0%
	女	126	5.5	0.5	6.2	7.4	8.3	3.4	5.2	4.2	23.0%
	男	398	17.5	1.0	23.1	24.2	22.6	12.0	16.9	19.9	-15.3%
イスラエル国 (1)	総数	470	6.2	0.2	4.7	7.8	11.5	14.7	5.9	6.5	-8.2%
	女	94	2.4	0.1	1.8	3.3	5.0	3.4	2.3	2.6	-10.7%
	男	377	10.0	0.2	7.4	12.5	18.5	30.3	9.8	10.6	-6.9%
イタリア共和国 (1)	総数	3908	6.4	0.2	3.4	6.7	8.9	10.8	4.7	5.0	-7.4%
	女	817	2.6	0.1	1.3	2.7	3.7	4.0	1.9	2.4	-22.4%
	男	3091	10.5	0.3	5.4	10.7	14.4	20.6	7.6	8.0	-4.3%
ジャマイカ (2)	総数	33	1.2	0.2	1.2	1.4	1.5	4.6	1.2	1.1	4.4%
	女	10	0.7	0.2	0.8	0.7	0.8	2.7	0.7	0.6	7.8%
	男	23	1.7	0.3	1.5	2.2	2.3	7.0	1.8	1.7	4.2%
日本国 (1)	総数	29 442	23.1	0.5	18.4	26.8	31.8	25.5	18.5	18.8	-1.9%
	女	8554	13.1	0.3	10.8	14.3	16.2	17.1	10.1	9.9	2.1%
	男	20 888	33.7	0.7	25.7	38.9	48.0	37.6	26.9	28.1	-4.0%
ヨルダン・ハシェミット王国 (2)	総数	114	1.6	0.3	2.2	2.1	2.7	6.8	2.0	2.4	-15.0%
	女	54	1.6	0.3	2.4	2.0	2.1	6.1	1.9	2.1	-10.8%
	男	60	1.7	0.3	2.0	2.2	3.3	7.5	2.2	2.7	-18.0%
カザフスタン共和国 (1)	総数	3912	24.0	3.2	30.8	34.4	28.8	28.8	23.8	37.6	-36.7%
	女	788	9.4	2.4	15.0	10.5	9.5	11.9	9.3	12.6	-26.1%
	男	3123	39.8	4.0	46.6	59.8	53.6	63.4	40.6	66.9	-39.3%
ケニア共和国 (4)	総数	4647	10.8	2.4	16.2	13.2	21.4	78.7	16.2	16.5	-1.6%
	女	1050	4.9	1.6	5.7	4.3	10.9	62.4	8.4	9.2	-8.8%
	男	3597	16.7	3.2	26.8	22.0	33.2	98.8	24.4	24.0	1.7%
クウェート国 (1)	総数	33	1.0	0.3	1.4	1.3	1.2	0.0	0.9	1.4	-35.0%
	女	12	0.9	0.4	1.4	1.3	0.3	0.0	0.8	1.3	-39.4%
	男	21	1.1	0.2	1.3	1.3	1.7	0.0	1.0	1.4	-33.6%
キルギス共和国 (1)	総数	476	8.7	0.8	11.6	13.3	11.3	14.4	9.2	15.4	-40.2%
	女	123	4.4	0.4	7.3	5.5	3.1	12.2	4.5	5.8	-22.2%
	男	353	13.1	1.2	15.9	21.3	21.0	17.9	14.2	26.0	-45.1%

国 (死亡データの質**)	性別	自殺死亡数 (全年齢) 2012年	全年齢および年齢階級別の粗自殺死亡率 (人口10万人対) 2012年						年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2012年	年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2000年	年齢標準化 自殺死亡率の 割合変化 2000年 - 2012年
			全年齢	5歳 から 14歳	15歳 から 29歳	30歳 から 49歳	50歳 から 69歳	70歳 以上			
ラオス人民 民主共和国 (4)	総数	422	6.4	0.4	6.9	8.4	15.6	36.4	8.8	14.4	-38.9%
	女	161	4.8	0.3	4.7	5.6	13.3	29.2	6.6	11.8	-44.2%
	男	261	7.9	0.5	9.1	11.5	18.1	45.9	11.2	17.2	-34.6%
ラトビア共和国 (1)	総数	419	20.4	0.3	13.8	23.9	30.4	26.2	16.2	29.0	-44.2%
	女	68	6.1	0.3	2.8	4.9	9.4	10.7	4.3	9.3	-54.1%
	男	351	37.3	0.3	24.5	43.5	58.2	62.4	30.7	52.8	-42.0%
レバノン共和国 (4)	総数	43	0.9	0.1	0.6	0.6	1.5	5.6	0.9	1.7	-46.4%
	女	14	0.6	0.1	0.7	0.4	0.6	3.4	0.6	1.2	-52.5%
	男	29	1.2	0.1	0.6	0.8	2.3	7.9	1.2	2.2	-45.5%
レソト王国 (4)	総数	110	5.4	1.4	8.3	6.3	7.2	16.8	6.1	4.0	53.7%
	女	32	3.1	1.1	4.6	3.0	4.5	10.1	3.4	2.3	49.8%
	男	78	7.7	1.7	12.0	9.6	11.5	27.6	9.2	6.0	53.8%
リベリア共和国 (4)	総数	109	2.6	0.5	3.7	2.9	6.7	21.3	4.3	5.0	-14.1%
	女	26	1.2	0.3	1.5	1.1	4.0	10.1	2.0	2.2	-9.0%
	男	84	4.0	0.6	5.8	4.6	9.6	34.6	6.8	7.9	-14.8%
リビア (4)	総数	90	1.5	0.2	1.4	1.7	3.0	8.4	1.8	2.7	-33.7%
	女	38	1.2	0.2	1.5	1.4	1.7	5.8	1.4	2.0	-31.8%
	男	53	1.7	0.2	1.2	1.9	4.2	11.7	2.2	3.3	-32.9%
リトアニア共和国 (1)	総数	1007	33.3	0.6	26.8	46.6	43.6	35.3	28.2	44.9	-37.2%
	女	177	10.9	0.4	6.5	14.0	11.3	20.2	8.4	15.0	-44.4%
	男	830	59.5	0.7	46.5	80.8	86.0	72.5	51.0	79.3	-35.6%
ルクセンブルク 大公国 (1)	総数	56	10.8	0.3	6.1	12.9	18.9	13.4	8.7	13.3	-34.7%
	女	14	5.5	0.0	4.4	5.7	8.0	9.6	4.4	7.1	-38.5%
	男	42	16.1	0.6	7.7	19.9	29.6	19.0	13.0	20.0	-35.0%
マダガスカル 共和国 (4)	総数	1625	7.3	2.2	10.6	8.0	16.0	52.4	11.0	10.8	1.0%
	女	474	4.2	1.5	5.6	3.2	10.3	44.3	6.9	7.2	-3.6%
	男	1151	10.4	2.9	15.6	12.9	22.2	61.8	15.2	14.6	3.8%
マラウイ共和国 (4)	総数	1376	8.7	1.6	10.5	9.7	24.7	96.7	16.0	13.1	22.5%
	女	370	4.7	1.4	5.0	2.8	12.4	70.0	8.9	7.1	26.0%
	男	1006	12.6	1.8	15.9	16.4	39.4	129.0	23.9	19.6	22.1%
マレーシア (2)	総数	772	2.6	0.1	2.3	2.8	5.5	13.3	3.0	4.0	-23.9%
	女	183	1.2	0.1	1.0	1.1	2.9	7.7	1.5	2.3	-35.4%
	男	588	4.2	0.2	3.8	4.7	8.1	18.6	4.7	5.7	-18.1%
モルディブ共和国 (2)	総数	17	5.0	0.5	4.1	4.1	11.9	40.2	6.4	20.9	-69.4%
	女	6	3.6	0.4	2.2	2.4	9.9	36.9	4.9	18.3	-73.0%
	男	11	6.4	0.5	5.9	6.0	13.8	43.0	7.8	23.3	-66.4%
マリ共和国 (4)	総数	410	2.8	0.6	4.3	3.5	6.3	25.8	4.8	5.2	-7.7%
	女	129	1.7	0.5	2.9	1.8	4.0	12.6	2.7	2.8	-4.2%
	男	282	3.8	0.6	5.5	5.3	9.2	42.1	7.2	7.8	-8.8%
マルタ共和国 (1)	総数	29	6.8	0.0	4.0	11.2	8.6	5.6	6.0	6.0	-0.3%
	女	2	0.7	0.0	2.1	0.0	1.2	0.0	0.7	2.2	-68.8%
	男	27	12.8	0.0	5.8	21.8	16.1	13.0	11.1	9.8	13.0%
モーリタニア・ イスラム共和国 (4)	総数	68	1.8	0.3	2.4	1.8	4.0	17.6	2.9	3.1	-5.6%
	女	18	1.0	0.2	1.2	0.8	2.5	9.2	1.5	1.6	-5.6%
	男	49	2.6	0.4	3.5	2.7	5.6	29.1	4.5	4.8	-5.0%
モーリシャス 共和国 (1)	総数	105	8.5	0.8	10.7	12.1	8.8	7.4	8.0	9.8	-18.5%
	女	19	3.0	1.4	4.5	3.0	3.4	2.8	2.9	5.0	-42.7%
	男	86	14.1	0.2	16.8	21.1	14.5	14.4	13.2	14.8	-10.6%
メキシコ合衆国 (1)	総数	4951	4.1	0.9	6.0	5.3	5.1	5.8	4.2	3.6	16.6%
	女	1055	1.7	0.8	3.1	2.0	1.3	0.5	1.7	1.1	55.1%
	男	3896	6.7	1.0	8.9	9.1	9.6	12.7	7.1	6.5	10.0%
モンゴル国 (4)	総数	261	9.4	0.7	8.9	15.7	13.6	19.0	9.8	10.4	-6.3%
	女	47	3.4	0.3	3.4	4.6	5.4	11.6	3.7	5.6	-34.9%
	男	214	15.5	1.0	14.3	27.1	23.1	29.8	16.3	15.4	5.9%
モンテネグロ (2)	総数	117	18.9	0.8	11.2	17.4	31.0	48.7	15.3	11.3	35.0%
	女	28	9.0	0.3	3.2	5.8	15.0	30.1	6.4	5.0	28.8%
	男	89	29.0	1.2	18.8	29.3	48.1	74.9	24.7	18.2	36.2%
モロッコ王国 (2)	総数	1628	5.0	0.9	5.9	6.4	7.2	14.4	5.3	2.7	97.8%
	女	198	1.2	0.2	1.7	1.3	1.3	3.7	1.2	1.3	-6.1%
	男	1431	8.9	1.5	10.1	12.0	13.5	30.1	9.9	4.2	135.0%
モザンビーク 共和国 (4)	総数	4360	17.3	5.0	25.2	19.2	36.7	144.7	27.4	24.6	11.5%
	女	1639	12.7	4.5	14.2	10.5	29.4	147.9	21.1	19.1	11.0%
	男	2721	22.1	5.4	36.3	29.3	45.4	140.1	34.2	30.9	10.5%
ミャンマー 連邦共和国 (4)	総数	6558	12.4	1.3	15.7	12.7	19.4	41.7	13.1	12.1	8.2%
	女	2704	10.0	1.1	11.8	10.3	15.7	31.6	10.3	10.3	-0.2%
	男	3854	15.0	1.5	19.8	15.2	23.8	55.8	16.5	14.3	15.5%

国 (死亡データの質**)	性別	自殺死亡数 (全年齢) 2012年	全年齢および年齢階級別の粗自殺死亡率 (人口10万人対) 2012年						年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2012年	年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2000年	年齢標準化 自殺死亡率の 割合変化 2000年 - 2012年
			全年齢	5歳 から 14歳	15歳 から 29歳	30歳 から 49歳	50歳 から 69歳	70歳 以上			
ナミビア共和国 (4)	総数	46	2.0	0.4	2.6	2.5	4.3	11.2	2.7	3.0	-7.5%
	女	13	1.1	0.2	1.3	1.2	2.5	6.0	1.4	1.7	-13.9%
	男	33	3.0	0.6	3.9	3.9	6.8	18.9	4.4	4.5	-2.0%
ネパール 連邦民主共和国 (4)	総数	5572	20.3	2.0	25.8	22.3	45.2	82.2	24.9	33.5	-25.7%
	女	2468	17.5	2.1	25.4	19.8	29.0	57.5	20.0	27.1	-26.2%
	男	3104	23.3	1.9	26.2	25.2	61.3	110.3	30.1	40.5	-25.5%
オランダ王国 (1)	総数	1666	10.0	0.3	6.7	13.0	14.8	11.9	8.2	7.9	3.3%
	女	496	5.9	0.1	3.6	7.9	8.4	7.4	4.8	5.1	-7.0%
	男	1171	14.1	0.5	9.7	18.0	21.1	18.2	11.7	10.9	6.9%
ニュージーランド (1)	総数	459	10.3	1.3	13.0	13.2	12.6	10.7	9.6	12.2	-21.4%
	女	122	5.4	0.9	7.3	7.1	5.5	5.5	5.0	4.3	15.8%
	男	337	15.4	1.7	18.5	19.8	20.1	17.1	14.4	20.6	-29.8%
ニカラグア共和国 (2)	総数	547	9.1	1.4	13.4	13.9	11.5	13.2	10.0	11.5	-13.1%
	女	146	4.8	1.8	8.1	5.5	4.8	5.5	4.9	6.2	-21.5%
	男	401	13.5	1.0	18.7	22.9	18.8	22.4	15.4	17.0	-9.3%
ニジェール共和国 (4)	総数	315	1.8	0.4	2.6	2.3	5.7	19.3	3.5	3.5	2.3%
	女	87	1.0	0.3	1.4	1.0	3.8	9.9	1.9	1.9	0.5%
	男	227	2.6	0.4	4.0	3.6	7.3	30.8	5.3	5.2	1.1%
ナイジェリア 連邦共和国 (4)	総数	7238	4.3	1.3	7.0	5.1	8.9	25.6	6.5	6.4	2.0%
	女	1584	1.9	0.8	2.8	1.8	5.0	11.3	2.9	2.6	8.7%
	男	5653	6.6	1.8	11.0	8.2	12.9	41.6	10.3	10.3	-0.7%
ノルウェー王国 (1)	総数	508	10.2	0.3	10.2	12.9	14.6	10.8	9.1	11.5	-20.4%
	女	145	5.8	0.3	5.5	7.6	8.6	5.2	5.2	5.5	-5.6%
	男	364	14.6	0.3	14.7	18.0	20.4	18.5	13.0	17.5	-25.4%
オマーン国 (2)	総数	32	1.0	0.1	1.3	1.0	1.3	3.5	1.0	2.0	-50.3%
	女	6	0.5	0.1	0.7	0.5	1.0	2.5	0.6	1.2	-52.0%
	男	26	1.3	0.1	1.6	1.3	1.6	4.3	1.2	2.5	-51.4%
パキスタン・ イスラム共和国 (4)	総数	13 377	7.5	1.1	9.1	8.5	16.3	33.7	9.3	9.1	2.6%
	女	7085	8.1	1.6	12.0	7.5	15.4	32.5	9.6	9.6	0.3%
	男	6291	6.8	0.7	6.3	9.4	17.2	34.8	9.1	8.7	5.0%
パナマ共和国 (1)	総数	170	4.5	0.7	5.8	5.2	8.0	7.6	4.7	6.2	-23.7%
	女	25	1.3	0.6	3.0	0.4	2.0	0.9	1.3	1.6	-15.8%
	男	146	7.6	0.8	8.4	9.8	14.1	15.2	8.1	10.8	-25.1%
バブアニューギニア 独立国 (4)	総数	550	7.7	0.6	6.5	9.9	27.8	55.1	12.4	14.8	-15.9%
	女	193	5.5	0.5	4.5	5.2	20.2	52.0	9.1	10.9	-16.8%
	男	356	9.7	0.7	8.4	14.4	36.1	59.8	15.9	18.8	-15.4%
パラグアイ共和国 (2)	総数	357	5.3	0.5	6.3	7.9	9.9	12.2	6.1	6.2	-1.9%
	女	94	2.8	0.6	3.8	3.4	5.1	6.3	3.2	3.5	-9.5%
	男	262	7.8	0.5	8.7	12.3	14.6	19.0	9.1	9.0	0.9%
ペルー共和国 (2)	総数	942	3.1	0.6	4.9	3.7	3.8	5.2	3.2	4.4	-27.1%
	女	311	2.1	0.6	4.0	1.9	2.0	3.1	2.1	2.9	-29.6%
	男	631	4.2	0.6	5.8	5.6	5.8	7.7	4.4	6.0	-26.2%
フィリピン共和国 (1)	総数	2558	2.7	0.3	4.3	3.8	3.3	4.6	2.9	2.6	13.5%
	女	550	1.1	0.3	2.2	1.3	1.0	1.9	1.2	1.4	-13.0%
	男	2009	4.2	0.3	6.4	6.3	5.8	8.6	4.8	3.9	24.4%
ポーランド共和国 (2)	総数	7848	20.5	0.5	12.7	24.6	31.2	29.0	16.6	18.5	-10.5%
	女	1028	5.2	0.3	2.6	4.7	7.8	10.8	3.8	4.8	-20.1%
	男	6820	37.0	0.8	22.5	44.2	57.7	61.2	30.5	33.8	-9.8%
ポルトガル共和国 (1)	総数	1324	12.5	0.3	3.8	10.4	16.3	34.8	8.2	8.8	-7.0%
	女	300	5.5	0.1	1.7	4.7	7.0	13.6	3.5	3.4	4.8%
	男	1024	19.9	0.6	5.9	16.2	26.6	66.3	13.6	15.1	-9.6%
カタール国 (2)	総数	95	4.7	0.2	4.6	5.6	6.2	16.1	4.6	4.1	12.6%
	女	3	0.7	0.1	0.8	0.6	2.0	8.1	1.2	1.9	-34.9%
	男	92	5.9	0.3	5.6	6.7	7.7	20.2	5.7	5.2	10.7%
大韓民国 (1)	総数	17 908	36.6	1.2	18.2	35.7	50.4	116.2	28.9	13.8	109.4%
	女	5755	23.4	1.0	14.9	23.5	25.3	69.1	18.0	8.1	123.5%
	男	12 153	49.9	1.3	21.3	47.6	76.7	192.1	41.7	20.4	104.6%
モルドバ共和国 (1)	総数	566	16.1	2.1	10.1	19.4	28.9	16.6	13.7	15.4	-11.1%
	女	102	5.5	2.8	3.5	4.8	9.7	8.0	4.8	4.0	20.6%
	男	463	27.8	1.4	16.8	35.0	51.9	33.4	24.1	28.9	-16.8%
ルーマニア (1)	総数	2781	12.8	1.0	7.8	15.4	20.6	15.3	10.5	11.3	-7.3%
	女	418	3.7	0.7	2.2	3.7	5.7	6.3	2.9	3.6	-19.5%
	男	2364	22.3	1.3	13.0	26.7	37.6	29.3	18.4	19.4	-5.2%
ロシア連邦 (1)	総数	31 997	22.4	1.7	27.3	26.5	22.6	32.1	19.5	35.0	-44.4%
	女	5781	7.5	1.3	8.0	7.5	6.9	15.4	6.2	9.6	-34.9%
	男	26 216	39.7	2.2	46.1	46.8	43.7	72.3	35.1	64.3	-45.3%

国 (死亡データの質**)	性別	自殺死亡数 (全年齢) 2012年	全年齢および年齢階級別の粗自殺死亡率 (人口10万人対) 2012年						年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2012年	年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2000年	年齢標準化 自殺死亡率の 割合変化 2000年 - 2012年
			全年齢	5歳 から 14歳	15歳 から 29歳	30歳 から 49歳	50歳 から 69歳	70歳 以上			
ルワンダ共和国 (4)	総数	865	7.6	1.9	11.1	9.2	15.6	68.0	11.9	18.5	-35.7%
	女	236	4.0	1.4	4.7	3.3	9.7	59.0	7.2	12.1	-40.3%
	男	629	11.3	2.4	18.0	15.4	22.7	79.1	17.1	25.5	-32.7%
サウジアラビア 王国 (2)	総数	98	0.3	0.1	0.6	0.3	0.5	1.8	0.4	0.6	-27.6%
	女	19	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.9	0.2	0.3	-29.6%
	男	78	0.5	0.1	0.8	0.4	0.7	2.6	0.6	0.9	-29.4%
セネガル共和国 (4)	総数	438	3.2	0.5	4.3	3.8	7.8	30.6	5.4	5.3	0.8%
	女	119	1.7	0.3	2.2	1.6	4.8	16.2	2.8	3.0	-6.4%
	男	318	4.7	0.7	6.4	6.3	11.7	49.4	8.6	8.1	5.3%
セルビア共和国 (1)	総数	1600	16.8	0.1	5.7	15.2	26.8	47.3	12.4	18.5	-32.8%
	女	411	8.4	0.1	2.8	5.9	12.9	25.6	5.8	9.9	-41.7%
	男	1189	25.5	0.1	8.5	24.6	41.9	79.8	19.9	28.2	-29.3%
シエラレオネ 共和国 (4)	総数	337	5.6	1.4	10.7	6.0	8.7	25.9	7.7	9.6	-20.1%
	女	98	3.3	1.0	5.8	3.2	6.4	15.0	4.5	5.2	-13.8%
	男	239	8.1	1.8	15.7	8.9	11.1	37.2	11.0	14.2	-22.6%
シンガポール 共和国 (1)	総数	469	8.9	0.7	6.2	8.2	14.4	22.2	7.4	11.1	-32.9%
	女	168	6.3	0.5	6.0	4.9	10.7	11.5	5.3	7.7	-30.5%
	男	301	11.5	0.8	6.4	11.7	18.0	36.5	9.8	14.7	-33.3%
スロバキア共和国 (1)	総数	687	12.6	0.3	7.6	13.7	21.6	17.5	10.1	12.6	-20.0%
	女	90	3.2	0.1	1.7	3.0	5.5	5.4	2.5	4.3	-42.1%
	男	597	22.5	0.4	13.3	24.1	39.7	40.0	18.5	21.8	-15.2%
スロベニア共和国 (1)	総数	354	17.1	0.2	8.4	15.6	26.8	32.2	12.4	25.2	-51.0%
	女	71	6.8	0.0	1.5	4.4	14.0	11.1	4.4	12.3	-64.6%
	男	283	27.5	0.5	14.8	26.0	39.6	67.5	20.8	39.8	-47.8%
ソロモン諸島 (4)	総数	34	6.3	0.6	6.0	7.5	19.7	61.6	10.6	13.9	-24.0%
	女	11	4.0	0.5	3.7	3.9	12.4	51.6	7.2	9.7	-26.0%
	男	24	8.4	0.6	8.3	11.1	26.7	71.1	13.9	18.0	-22.9%
ソマリア 連邦共和国 (4)	総数	815	8.0	2.7	12.7	10.4	16.7	51.0	12.4	12.3	0.6%
	女	208	4.1	2.3	4.8	3.2	10.2	43.9	6.8	6.7	1.5%
	男	607	12.0	3.2	20.6	17.8	23.7	59.8	18.1	18.0	0.6%
南アフリカ共和国 (2)	総数	1398	2.7	0.4	2.8	2.8	5.6	10.5	3.0	3.3	-8.8%
	女	280	1.0	0.2	1.0	0.9	2.2	4.3	1.1	1.0	7.7%
	男	1117	4.4	0.6	4.5	4.7	10.3	22.4	5.5	6.1	-10.5%
南スーダン 共和国 (4)	総数	1470	13.6	4.1	19.6	15.7	27.3	85.2	19.8	20.8	-4.8%
	女	443	8.2	3.5	9.5	7.1	18.4	76.8	12.8	12.9	-1.3%
	男	1027	18.9	4.6	29.6	24.4	36.8	95.4	27.1	28.9	-6.3%
スペイン (1)	総数	3296	7.1	0.1	3.0	7.8	9.6	13.9	5.1	6.4	-20.3%
	女	730	3.1	0.0	1.1	3.5	4.5	5.2	2.2	2.9	-24.1%
	男	2566	11.1	0.1	4.9	11.9	15.0	26.6	8.2	10.4	-20.7%
スリランカ 民主社会主義 共和国 (2)	総数	6170	29.2	1.2	23.7	31.9	48.3	111.1	28.8	52.7	-45.4%
	女	1446	13.4	0.9	10.7	10.1	23.2	63.6	12.8	22.3	-42.5%
	男	4724	45.8	1.5	36.8	55.0	76.3	172.1	46.4	84.1	-44.8%
スーダン共和国 (4)	総数	4286	11.5	3.0	15.0	14.3	25.3	80.8	17.2	15.2	12.9%
	女	1340	7.2	2.6	8.1	6.2	18.2	72.8	11.5	10.6	8.4%
	男	2946	15.8	3.5	21.8	22.4	32.9	90.1	23.0	19.9	15.8%
スリナム共和国 (1)	総数	145	27.2	2.9	28.2	37.9	46.6	47.9	27.8	19.8	40.4%
	女	32	11.9	2.8	20.7	7.2	19.8	22.6	11.9	9.7	22.3%
	男	114	42.4	3.1	35.5	67.4	75.2	84.4	44.5	29.7	50.0%
スワジランド王国 (4)	総数	65	5.3	1.4	8.7	6.4	6.4	17.3	6.2	5.6	10.6%
	女	22	3.5	1.0	5.6	3.9	5.1	10.6	4.1	3.6	11.5%
	男	43	7.2	1.8	11.8	9.1	8.0	27.0	8.6	7.9	8.8%
スウェーデン王国 (1)	総数	1255	13.2	0.5	11.9	14.1	21.0	15.2	11.1	11.5	-3.6%
	女	341	7.1	0.8	5.3	8.2	12.1	6.8	6.1	7.0	-12.9%
	男	914	19.3	0.2	18.2	19.8	29.8	26.2	16.2	16.3	-0.6%
スイス連邦 (1)	総数	972	12.2	0.2	7.6	11.5	19.6	20.1	9.2	15.6	-40.9%
	女	269	6.6	0.1	4.4	5.9	11.7	8.8	5.1	8.4	-39.3%
	男	703	17.8	0.4	10.8	17.1	27.5	36.2	13.6	23.5	-42.1%
シリア・ アラブ共和国 (4)	総数	77	0.4	0.1	0.4	0.4	0.6	1.7	0.4	0.5	-13.7%
	女	22	0.2	0.1	0.3	0.2	0.2	0.8	0.2	0.3	-28.1%
	男	55	0.5	0.1	0.5	0.7	1.0	2.8	0.7	0.7	-7.1%
タジキスタン 共和国 (2)	総数	258	3.2	0.4	3.6	4.6	8.2	11.9	4.2	5.0	-15.2%
	女	85	2.1	0.2	2.6	2.6	5.4	9.4	2.8	3.4	-17.6%
	男	173	4.3	0.5	4.7	6.6	11.2	14.9	5.7	6.6	-13.4%
タイ王国 (2)	総数	8740	13.1	0.6	8.7	10.8	20.2	53.1	11.4	15.1	-24.6%
	女	1816	5.3	0.4	3.6	3.4	8.5	23.0	4.5	6.6	-32.0%
	男	6924	21.2	0.9	13.9	18.5	33.2	92.2	19.1	24.6	-22.4%

国 (死亡データの質**)	性別	自殺死亡数 (全年齢) 2012年	全年齢および年齢階級別の粗自殺死亡率 (人口10万人対) 2012年						年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2012年	年齢標準化 自殺死亡率 *** (人口10万人対) 2000年	年齢標準化 自殺死亡率の 割合変化 2000年 - 2012年
			全年齢	5歳 から 14歳	15歳 から 29歳	30歳 から 49歳	50歳 から 69歳	70歳 以上			
マケドニア 旧ユーゴスラビア 共和国 (1)	総数	140	6.7	0.2	2.1	6.0	13.9	15.1	5.2	6.7	-22.0%
	女	45	4.2	0.0	1.1	4.4	7.1	11.8	3.2	4.0	-20.0%
	男	96	9.1	0.3	3.0	7.6	20.9	19.6	7.3	9.4	-22.5%
東ティモール 民主共和国 (4)	総数	60	5.4	0.7	9.0	7.4	11.9	27.8	8.0	12.1	-34.0%
	女	23	4.2	0.6	7.3	4.0	10.3	22.0	5.8	8.3	-29.8%
	男	37	6.6	0.8	10.7	10.6	13.6	34.5	10.2	15.8	-35.6%
トーゴ共和国 (4)	総数	247	3.7	1.0	6.1	4.1	7.2	22.5	5.5	4.9	12.8%
	女	64	1.9	0.6	2.8	1.9	4.7	11.3	2.8	2.6	8.0%
	男	183	5.6	1.3	9.5	6.3	10.1	36.6	8.5	7.5	13.2%
トリニダード・トバゴ 共和国 (1)	総数	193	14.4	0.6	7.6	22.2	25.1	17.4	13.0	12.6	3.8%
	女	46	6.9	0.2	4.2	13.3	7.5	6.8	6.2	4.5	36.4%
	男	146	22.1	1.0	10.9	31.1	43.4	32.7	20.4	20.8	-2.0%
チュニジア共和国 (4)	総数	262	2.4	0.3	2.7	2.8	3.0	7.3	2.4	2.5	-5.6%
	女	76	1.4	0.2	1.5	1.4	1.7	5.6	1.4	1.6	-17.2%
	男	186	3.5	0.4	3.9	4.4	4.3	9.3	3.4	3.4	0.9%
トルコ共和国 (2)	総数	5898	8.0	2.7	12.4	10.3	4.2	16.4	7.9	12.6	-37.8%
	女	1613	4.3	1.8	7.6	4.2	2.2	9.8	4.2	7.9	-47.0%
	男	4285	11.8	3.6	17.0	16.6	6.6	25.5	11.8	17.8	-33.4%
トルクメニスタン (2)	総数	1003	19.4	2.1	25.7	30.3	22.8	18.4	19.6	15.2	28.9%
	女	197	7.5	1.2	12.0	8.0	9.4	12.0	7.5	7.0	8.0%
	男	806	31.7	2.9	39.3	53.5	38.5	28.6	32.5	24.0	35.1%
ウガンダ共和国 (4)	総数	4323	11.9	3.8	19.3	15.8	26.0	91.8	19.5	18.6	5.1%
	女	1278	7.1	3.0	10.0	6.9	16.4	80.7	12.3	11.2	10.0%
	男	3045	16.7	4.5	28.5	24.6	35.9	105.2	26.9	26.2	2.5%
ウクライナ (1)	総数	9165	20.1	1.4	19.5	24.4	22.9	28.8	16.8	29.8	-43.6%
	女	1690	6.9	0.9	5.5	6.3	7.8	13.7	5.3	9.1	-41.2%
	男	7474	35.6	1.8	32.8	43.4	43.3	61.7	30.3	54.5	-44.4%
アラブ首長国連邦 (4)	総数	274	3.0	0.4	3.8	3.1	3.4	13.7	3.2	3.7	-12.9%
	女	31	1.1	0.2	1.8	1.0	1.9	10.9	1.7	2.5	-32.7%
	男	243	3.8	0.5	4.7	3.7	4.1	15.3	3.9	4.3	-9.0%
英国(グレートブリテン 及び北アイルランド 連合王国) (1)	総数	4360	6.9	0.1	5.9	10.5	9.2	6.3	6.2	7.8	-21.1%
	女	960	3.0	0.1	2.5	4.3	4.0	3.1	2.6	3.4	-23.6%
	男	3400	11.0	0.1	9.1	16.7	14.7	10.5	9.8	12.3	-20.9%
タンザニア 連合共和国 (4)	総数	7228	15.1	3.5	20.7	17.7	36.8	133.2	24.9	23.8	4.6%
	女	2445	10.2	3.1	10.7	8.3	27.5	133.6	18.3	18.6	-1.5%
	男	4783	20.0	3.9	30.7	26.9	47.2	132.7	31.6	29.1	8.8%
アメリカ合衆国 (1)	総数	43 361	13.7	0.8	12.7	17.4	20.1	16.5	12.1	9.8	24.2%
	女	9306	5.8	0.5	4.7	8.0	9.2	4.0	5.2	3.8	36.6%
	男	34 055	21.8	1.0	20.4	26.9	31.7	33.8	19.4	16.2	19.9%
ウルグアイ東方 共和国 (1)	総数	469	13.8	0.3	12.1	14.6	19.5	34.4	12.1	14.7	-17.9%
	女	108	6.2	0.1	3.8	7.4	7.4	16.0	5.2	4.9	4.5%
	男	361	22.0	0.5	20.2	21.9	33.3	65.9	20.0	26.2	-23.9%
ウズベキスタン 共和国 (1)	総数	2184	7.7	1.0	8.6	10.0	14.4	19.1	8.5	10.4	-18.5%
	女	538	3.8	0.5	4.9	4.0	6.1	11.8	4.1	4.9	-16.7%
	男	1646	11.6	1.4	12.2	16.3	23.5	29.5	13.2	16.3	-19.0%
ベネズエラ・ ボリバル共和国 (1)	総数	748	2.5	0.4	3.2	3.5	3.1	5.7	2.6	6.8	-61.3%
	女	141	1.0	0.6	1.2	1.0	1.4	1.4	1.0	1.9	-48.7%
	男	607	4.0	0.3	5.2	6.0	4.8	10.9	4.3	11.8	-63.3%
ベトナム 社会主義共和国 (4)	総数	4600	5.1	0.4	5.0	5.1	7.7	20.5	5.0	5.7	-12.2%
	女	1169	2.5	0.3	1.8	1.4	4.2	15.1	2.4	3.0	-20.7%
	男	3431	7.7	0.5	8.1	8.7	11.7	30.5	8.0	8.8	-9.2%
イエメン共和国 (4)	総数	733	3.1	0.8	5.2	4.6	3.8	6.7	3.7	3.6	0.3%
	女	320	2.7	0.7	5.1	3.3	2.7	5.3	3.0	3.0	1.0%
	男	413	3.4	0.9	5.2	5.8	5.1	8.3	4.3	4.4	-0.2%
ザンビア共和国 (4)	総数	1346	9.6	3.0	15.4	10.4	21.5	82.7	15.7	24.4	-35.4%
	女	433	6.1	3.0	8.2	4.3	14.0	79.2	10.8	18.8	-42.8%
	男	913	13.0	2.9	22.7	16.4	29.3	87.0	20.8	29.9	-30.3%
ジンバブエ共和国 (4)	総数	2281	16.6	4.1	30.9	18.5	16.4	41.6	18.1	19.2	-5.7%
	女	619	8.9	3.8	15.3	7.7	9.8	28.9	9.7	10.1	-4.0%
	男	1663	24.6	4.4	46.7	29.0	25.1	58.5	27.2	28.8	-5.6%

*人口30万人以上のWHO加盟国172カ国。これらはWHOによる最適な推定値であり、全世界を横断的に比較可能にするために、標準的なカテゴリー、定義、方法を用いて計算しており、国の公式な推定値と同じでない可能性もある。推定値は、適正な有効桁数の概数である。

**1. 包括的な人口動態登録(少なくとも5年間のデータ) 2. 人口動態登録の範囲が狭い(不確定な原因の割合が高い、もしくは最近のデータがない) 3. 国民からの抽出登録 4. 人口動態登録なし

***WHO世界標準人口(WHO World Standard Population)に標準化した。

付録

付録 2: WHO地域および一人当たりの平均所得で分類したWHO加盟国*

<p>高所得</p>	<p>アンドラ公国, アンティグア・バーブーダ, オーストラリア連邦, オーストリア共和国, バハマ国, バーレーン王国, バルバドス, ベルギー王国, ブルネイ・ダルサラーム国, カナダ, チリ共和国, クロアチア共和国, キプロス共和国, チェコ共和国, デンマーク王国, エストニア共和国, フィンランド共和国, フランス共和国, ドイツ連邦共和国, ギリシャ共和国, アイスランド共和国, アイルランド, イスラエル国, イタリア共和国, 日本国, クウェート国, ラトビア共和国, リトアニア共和国, ルクセンブルク大公国, マルタ共和国, モナコ公国, オランダ王国, ニュージーランド, ノルウェー王国, オマーン国, ポーランド共和国, ポルトガル共和国, カタール国, 大韓民国, ロシア連邦, セントクリストファー・ネイビス, サンマリノ共和国, サウジアラビア王国, シンガポール共和国, スロバキア共和国, スロベニア共和国, スペイン, スウェーデン王国, スイス連邦, トリニダード・トバゴ共和国, アラブ首長国連邦, 英国(グレートブリテン及び北アイルランド連合王国), アメリカ合衆国, ウルグアイ東方共和国</p>	
<p>低中所得</p>	<p>WHO アフリカ地域</p>	<p>アルジェリア民主人民共和国, アンゴラ共和国, ベナン共和国, ボツワナ共和国, ブルキナファソ, ブルンジ共和国, カーボヴェルデ共和国, カメルーン共和国, 中央アフリカ共和国, チャド共和国, コモロ連合, コンゴ共和国, コートジボワール共和国, コンゴ民主共和国, エリトリア国, エチオピア連邦民主共和国, 赤道ギニア共和国, ガボン共和国, ガンビア共和国, ガーナ共和国, ギニア共和国, ギニアビサウ共和国, ケニア共和国, レソト王国, リベリア共和国, マダガスカル共和国, マラウイ共和国, マリ共和国, モーリタニア・イスラム共和国, モーリシャス共和国, モザンビーク共和国, ナミビア共和国, ニジェール共和国, ナイジェリア連邦共和国, ルワンダ共和国, サントメ・プリンシペ民主共和国, セネガル共和国, セーシェル共和国, シエラレオネ共和国, 南アフリカ共和国, スワジランド王国, トーゴ共和国, ウガンダ共和国, タンザニア連合共和国, ザンビア共和国, ジンバブエ共和国</p>
	<p>WHO 米州地域</p>	<p>アルゼンチン共和国, ベリーズ, ボリビア多民族国, ブラジル連邦共和国, コロンビア共和国, コスタリカ共和国, キューバ共和国, ドミニカ国, ドミニカ共和国, エクアドル共和国, エルサルバドル共和国, グレナダ, グアテマラ共和国, ガイアナ共和国, ハイチ共和国, ホンジュラス共和国, ジャマイカ, メキシコ合衆国, ニカラグア共和国, パナマ共和国, パラグアイ共和国, ペルー共和国, セントルシア, セントビンセント及びグレナディーン諸島, スリナム共和国, ベネズエラ・ボリバル共和国</p>
	<p>WHO 南東アジア地域</p>	<p>バングラデシュ人民共和国, ブータン王国, 北朝鮮(朝鮮民主主義人民共和国), インド, インドネシア共和国, モルディブ共和国, ミャンマー連邦共和国, ネパール連邦民主共和国, スリランカ民主社会主義共和国, タイ王国, 東ティモール民主共和国</p>
	<p>WHO 欧州地域</p>	<p>アルバニア共和国, アルメニア共和国, アゼルバイジャン共和国, ベラルーシ共和国, ボスニア・ヘルツェゴビナ, ブルガリア共和国, グルジア, ハンガリー, カザフスタン共和国, キルギス共和国, モンテネグロ, モルドバ共和国, ルーマニア, セルビア共和国, タジキスタン共和国, マケドニア旧ユーゴスラビア共和国, トルコ共和国, トルクメニスタン, ウクライナ, ウズベキスタン共和国</p>
	<p>WHO 東地中海地域</p>	<p>アフガニスタン・イスラム共和国, ジブチ共和国, エジプト・アラブ共和国, イラン・イスラム共和国, イラク共和国, ヨルダン・ハシェミット王国, レバノン共和国, リビア, モロッコ王国, パキスタン・イスラム共和国, ソマリア連邦共和国, 南スーダン共和国**, スーダン共和国, シリア・アラブ共和国, チュニジア共和国, イエメン共和国</p>
	<p>WHO 西太平洋地域</p>	<p>カンボジア王国, 中華人民共和国, クック諸島, フィジー共和国, キリバス共和国, ラオス人民民主共和国, マレーシア, マーシャル諸島共和国, ミクロネシア連邦, モンゴル国, ナウル共和国, ニウエ, パラオ共和国, パプアニューギニア独立国, フィリピン共和国, サモア独立国, ソロモン諸島, トング王国, ツバル, バヌアツ共和国, ベトナム社会主義共和国</p>

*この地域ごとの分類は、2012年現在のWHO地域ごとの分類と、国民一人当たりの総所得推定値の2012年アトラスをもとにした、2014年財政年度の世界銀行の分析的経済収入にもとづきWHO加盟国を分類している(2013年7月 世界銀行経済リスト)。

**南スーダン共和国は2013年5月にWHOアフリカ地域に再配置された。このグローバルヘルス評価の改定はこの日付以前の期間に関連するため、南スーダン共和国の推定値はWHO東地中海地域の中に含まれている。

自殺を予防する 世界の優先課題

発行年月日：平成26年9月5日

著者：世界保健機関

翻訳：自殺予防総合対策センター

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

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

TEL 042-341-2712 内線6300 FAX 042-346-1884

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

デザイン・レイアウト：株式会社ナナイロ 代表取締役 中澤 佑輔

印刷：株式会社東京アート印刷所

自殺は多大な犠牲を強いる。毎年、80万人以上の人々が自殺により死亡し、15歳から29歳の死因の第2位である。成人1人の自殺による死亡には、20人以上の自殺企図があると指摘されている。

自殺は予防可能である。国としての対応が効果的であるためには、包括的な多部門による自殺予防戦略が必要である。

自殺手段へのアクセスを制限することは効果がある。
自殺や自殺企図を予防するための効果的な戦略は、
農薬、銃器、特定の医薬品を含む最も一般的な手段へのアクセスを
制限することである。

ヘルスケアサービスは、自殺予防を核となる構成要素として組み込む必要がある。
精神障害やアルコールの有害な使用は、世界中で多くの自殺の一因となっている。
早期発見と効果的なマネジメントは、人々が必要なケアを受けることを
確実にするための鍵となる。

地域は自殺予防において重要な役割を果たす。
地域は脆弱性の高い個人への社会的支援を提供し、
フォローアップケアに取り組み、スティグマと闘い、
自殺で遺された人々を支援することができる。

より詳しい情報については、以下にお問い合わせください。

Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization (WHO 精神保健・物質乱用部)
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 自殺予防総合対策センター
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>