

LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries

各国における 自殺予防実施ガイド

厚生労働大臣指定法人・一般社団法人
いのち支える自殺対策推進センター 訳



厚生労働大臣指定法人・一般社団法人

いのち支える自殺対策推進センター

Japan Suicide Countermeasures Promotion Center (JSCP)



WHO Collaborating Centre
for Research and Training in Suicide Prevention

世界保健機関（WHO）による自殺対策の指針「LIVE LIFE」の日本語版刊行にあたって

世界では、毎年 70 万人以上が自殺で亡くなっています。特に 15～29 歳においては、自殺は死亡原因の第 4 位であり、15～19 歳の女子では第 3 位となっています。国連の持続可能な開発目標（SDGs）および世界保健機関（以下「WHO」）の「精神保健行動計画 2013-2030」では、2030 年までに世界の自殺死亡率を 3 分の 1 削減するという目標が掲げられていますが、現時点ではこの達成は非常に困難な状況にあります。

このような現状を打開するため、「LIVE LIFE」では、エビデンスに基づく 4 つの主要な介入（①自殺手段へのアクセス制限、②責任ある報道報道のためのメディアとの協働、③10 代の若者の社会情緒的ライフスキルの育成、④自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理・経過観察）に加え、これらを支える 6 つの横断的な基盤（①状況分析、②多部門連携、③啓発・支援活動、④能力構築、⑤資金調達、⑥調査、観測および評価）についても詳述されています。本ガイドは、各国が包括的な自殺対策戦略を構築するための出発点として活用できるよう、政府と地域社会の双方における役割についても明示しています。

日本においても、自殺対策は長年にわたり重要な社会課題として位置づけられ、自殺対策基本法に基づいた様々な取り組みが全国各地で展開されてきました。政府は、自殺対策の指針として自殺総合対策大綱を策定し、都道府県や市町村もそれに準じて、各地域の自殺の実情を踏まえた地域自殺対策計画を策定・実施しています。

本年 6 月には、こどもの自殺対策の強化などを目的とした自殺対策基本法の改正も行われました。自殺対策がさらに強化されるこのタイミングで、WHO が発行した自殺対策の包括的な実施ガイド「LIVE LIFE」の日本語訳を公開できることを、いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）として大変光栄に思います。

本書が、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現に向けた取り組みを推進する上で、有効な一助となることを心から願っています。

2025 年 8 月 1 日

いのち支える自殺対策推進センター長
WHO 協力センター（自殺対策・人材育成：JPN-108）ディレクター
清水 康之

【本文に関するお断り】

本ガイドの本文は、世界保健機関（WHO）が 2021 年に発行した「LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries (ISBN 978-92-4 -002662- 9 (electronic version) ISBN 978-92-4 -002663- 6 (print version))」の日本語訳です。

原本の刊行から年月が経過しているため、一部の情報は出版時点のデータや状況に基づいており、最新の情報ではない可能性があります。しかしながら、「LIVE LIFE」で提唱されている自殺対策の基本的な柱と主要な介入は、エビデンスに基づいた普遍的な原則であり、現在においてもその重要性は変わりません。

読者の皆様におかれましては、本ガイドの掲載情報が原本刊行時点のものであることをご理解の上、最新の研究や政策に関する情報は、別途 WHO の公式ウェブサイトや関連機関の発表をご参照ください。

また、本翻訳は WHO によって作成されたものではありません。WHO は、本翻訳の内容または正確性について責任を負いません。原本の英語版が拘束力のある真正な版となります。

LIVE LIFE

各国における自殺予防実施ガイド

LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries

© Japan Suicide Countermeasures Promotion Center (JSCP) 2025

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition.

This translated work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

目次

目次	iii
各Boxの番号と内容	iv
まえがき	vii
謝辞	viii
要約	x
序文	1

PART A 6

LIVE LIFEの核となる重点項目	6
状況分析	7
多部門連携	13
啓発・支援活動	25
能力構築	32
資金調達	39
調査	45
観測および評価	53

PART B 57

LIVE LIFE:自殺予防のための主要な効果的介入策	57
自殺手段へのアクセス制限	58
責任ある自殺報道のためのメディアとの協働	64
10代の若者の社会情緒的ライフスキルの育成	70
自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察	75

付録1. 自殺予防に関わる部門とステークホルダー	81
付録2. 各国にみられるその他の事例	82
付録3. LIVE LIFE指標の枠組み	104
付録4. 参考文献	110

各BOXの番号と内容

Box 1. 運営委員会およびワーキンググループの設置	3
Box 2. 緊急事態下での自殺予防	4
Box 3. 自殺予防の状況分析、チェコ	10
Box 4. 全国自殺調査、ナミビア	11
Box 5. 自殺の非犯罪化、アイルランド	14
Box 6. 多部門による自殺予防の取り組みに様々な状況が及ぼす影響、スリナム	14
Box 7. 自殺予防を精神保健と物質使用政策に統合する、レバノン	15
Box 8. 地域での実施および優先すべき集団に合わせた現地での調整	17
Box 9. 政府はどのように多部門連携を促進したか、ブータン	18
Box 10. 官民パートナーシップの形成、米国	19
Box 11. 政府の最高レベルがもたらす影響力、オーストラリア	20
Box 12. 自殺関連の経験者の協力を求める	20
Box 13. コミュニティ主導でのいのちを救う、インド	22
Box 14. 大統領主導の自殺予防担当チーム、スリランカ	23
Box 15. 啓発がサービスに対する需要を生む、ケニア	26
Box 16. 全国自殺対策啓発月間、日本	26
Box 17. See Me – スティグマへの対処、スコットランド	27
Box 18. 決然と献身的に活動した熱意ある支持者たち、米国	28
Box 19. 悲しみを自殺予防活動に変える、イラク	29
Box 20. 多部門からなるゲートキーパー研修の規模拡大、マレーシア	33
Box 21. 裁判官の能力構築、ガーナ	34
Box 22. 保健医療従事者の自殺予防力強化、ガイアナ	36
Box 23. 職場における自殺予防能力の構築、オーストラリア	36
Box 24. チェックリスト：国および地方の予算から資金提供を求める	41
Box 25. 慈善家、ガーナ	42
Box 26. 全国自殺予防研究、オーストラリア	42
Box 27. 調査、スリランカ	47
Box 28. 自傷行為の調査、ロシア連邦	48
Box 29. 自傷行為および自殺の登録制度、イラン・イスラム共和国	50
Box 30. 調査、ホワイトマウンテンアパッチ族、米国	51
Box 31. 国家自殺予防戦略の観測と評価、アイルランド	55

Box 32. 危険性の高い農薬の禁止、スリランカ	59
Box 32. 危険性の高い農薬の禁止、スリランカ(続き)	60
Box 33. 成功事例、大韓民国	62
Box 34. メディアの監視、リトアニア	64
Box 35. パパゲーノメディア賞(Papageno-Media Prize)、オーストリア	66
Box 36. メディアとの連携の成功例と課題、マレーシア	67
Box 37. 報道ガイドライン、トリニダード・トバゴ	68
Box 38. 世界保健機関の「10代の若者の健やかな成長を支える(Helping adolescents thrive : HAT)」	71
Box 39. アボリジニおよびトレス海峡諸島民の10代の若者を対象とした、エビデンスに基づくアプリケーションソフト、オーストラリア	71
Box 40. Youth Aware of Mental Health(YAM)、研究から実施まで、スウェーデン	73
Box 41. 自殺未遂者の症例管理、大韓民国	75
Box 42. アボリジニに特化したアフターケア、オーストラリア	78
Box 43. 精神保健サービスと自殺予防の規模を拡大する、イラン・イスラム共和国	79
Box 44. データ分析・情報分析システム、オーストラリア	82
Box 45. 自殺の全国調査、イラク	83
Box 46. 状況分析、シリア・アラブ共和国	84
Box 47. ボトムアップ型多部門連携の事例、ブラジル	85
Box 48. 多部門連携、カナダ	86
Box 49. アルコールに関する政策と法律、ロシア連邦	86
Box 50. 自殺関連の経験者による自殺予防への有意義な参加、スコットランド	87
Box 51. 自殺関連の経験者のための組織、Roses in the Ocean、オーストラリア	88
Box 52. 国民全体、政府全体が一体となって機能するアプローチ、米国	89
Box 53. 自殺の予防と管理、東エルサレムを含むパレスチナ自治区	90
Box 54. 啓発・支援活動、カナダ	91
Box 55. 世界メンタルヘルスデーと世界自殺予防デー	91
Box 56. LGBTIQのためのエビデンスに基づくゲートキーパー研修、オーストラリア	92
Box 57. 地域のゲートキーパー研修事業、カナダ	93
Box 58. 能力構築、イラン・イスラム共和国	93
Box 59. IOMの「精神保健・心理社会的支援プログラム(Mental Health and Psychosocial Support Programme): 自殺予防と対応、イラク	94
Box 60. ゲートキーパー研修の評価、オランダ	94

Box 61. 自殺予防、トルコ	95
Box 62. クイーンズランド州自殺登録システム、オーストラリア	96
Box 63. 意図的な自傷行為の調査、ブラジル	96
Box 64. 自殺関連行動の観測機関、中央アメリカおよびドミニカ共和国	97
Box 65. アーガー・ハーン大学附属病院自傷行為モニタリングシステム (AKUH-SHMS)、パキスタン	98
Box 66. 農薬の禁止、バングラデシュ	99
Box 67. 地域における自殺手段へのアクセス制限、カナダ	99
Box 68. 農薬へのアクセス制限、フィジー	100
Box 69. パラコートの禁止、マレーシア	100
Box 70. メディアの責任ある自殺報道のためのガイドラインの改変と実施、スロベニア	101
Box 71. 自死遺族グループを支援するファシリテーターのネットワーク、カナダ	102
Box 72. 自殺未遂者の経過観察、イラン・イスラム共和国	102
Box 73. 新たな専門職としての回復支援者、ポーランド	103



© WHO / NOOR / Arko Datto

まえがき

自殺による死はいずれも深い悲しみを伴います。遺された身近な家族や友人はなぜそんなことになったのか理解できず、非常に辛い思いをします。その不遇の死を防ぐために何かできることがあったかもしれないと自問し、一層悲しみを深めています。

世界では毎年 70 万人以上が自殺で亡くなっています。その一つ一つが悲劇的な出来事であり、家族、友人、地域社会に広範な影響を及ぼします。こうした不遇で失われる必要のなかった命があるからこそ、本ガイドがきわめて重要なのです。

自殺を見過ごすことはできず、また見過ごしてはなりません。自殺予防を優先課題に据えている国もありますが、いまだに何の取り組みも行われていない国があまりにも多くあります。世界の自殺死亡率を低下させるための「国連持続可能な開発目標（SDGs）」と世界保健機関（WHO）の「精神保健行動計画」の掲げる目標は、私たちが自殺予防のための効果的な活動実施のための取り組みを大きく変えない限り達成されないでしょう。

LIVE LIFE は WHO が提言する自殺予防のためのアプローチです。ここには、自殺を予防するためのエビデンスに基づく 4 つの介入を実施するうえでの実際的な側面と、実施の基本となる 6 つの横断的な重点項目が詳しく説明されています。本書の全体を通じ、LIVE LIFE の介入と重点項目を挙げる際に、世界各国の事例研究を紹介しています。これらの事例研究では、様々な社会的背景における多様な活動からヒントを得ることができます。私たちは、自殺予防に成功している国や地

域から得た教訓が意思決定者によって考慮されることを望んでいます。

LIVE LIFE では、自殺予防活動を実施するにあたり、政府と地域の双方に果たすべき役割が示されています。現在、38 カ国に国家自殺予防戦略があることがわかっています。資金提供を受けた国家自殺予防戦略が LIVE LIFE の介入および重点項目を含む政府主導の自殺予防として最も理想的なものです。しかしながら、このような戦略が存在しない場合でも、国は LIVE LIFE を実施することができます。LIVE LIFE を実施することにより、各国は総合的な国家自殺予防戦略を構築することができます。

本指針は、各国政府がエビデンスに基づく活動を行うよう促すものです。これによって各国は、深刻な苦悩を抱えて自殺の危険にさらされている人々のいのちを救うことができます。

むろん、自殺予防の責任は政府のみにあるわけではありません。友人、家族、同僚を見守り、支援が必要と思われるときには手を差し伸べるというように、私たち一人一人に果たせる役割があります。それが大きな効果をもたらすのです。

世界保健機関 事務局長
テドロス・アダノム・ゲブレイエソス

構想とガイダンス

Dévora Kestel (WHO), Mark van Ommeren (WHO)

プロジェクトの調整と編集

Alexandra Fleischmann (WHO), Aiysha Malik (WHO), Amrita Parekh (India), Hannah Wilson (United Kingdom)

専門的貢献とレビュー¹

国際的な貢献者やレビュー担当者

Sabah Abdulrahman (Iraq), Esra Alatas (Turkey), Louis Appleby (United Kingdom), Ella Arensman (Ireland), Anna Baran (Poland), Sandra Barnes (USA), José Bertolote (Brazil), Daria Biechowska (Poland), Karline Brathwaite (Trinidad and Tobago), Felicity Brown (Jordan), Vladimir Carli (Sweden), Lai Fong Chan (Malaysia), Mary Cwik (USA), Jayamal De Silva (Sri Lanka), Michael Eddleston (United Kingdom), Bronwen Edwards (Australia), Rabih El Chammay (Lebanon), Gerdien Franx (Netherlands), Tobi Graafsma (Suriname), Alexander Grabenhofer-Eggerth (Austria), Jorgen Gullestrup (Australia), David Gunnell (United Kingdom), Ahmad Hajebi (Islamic Republic of Iran), Lyndal Halliday (Australia), Gregor Henderson (United Kingdom), Andrea Horvath (USA), Gerard Hutchinson (Trinidad and Tobago), Linda Jaber (occupied Palestinian territory, including east Jerusalem), Samah Jabr (occupied Palestinian territory, including east Jerusalem), James Jopling (United Kingdom), Manfredine Kandjii (Namibia), Alexandr Kasal (Czechia), Tim Kendall (United Kingdom), Murad Khan (Pakistan), Myung Ki (Republic of Korea), Nour Kik (Lebanon), Kairi Kölves (Australia), Johanna Lechner (Jordan), Kirsty Licence (United Kingdom), Kazem Malakouti (Islamic Republic of Iran), Gamini Manuweera (Switzerland), Hatem Alaa Marzouk (Egypt), Janey McGoldrick (Australia), Richard McKeon (USA), John Mitchell (United Kingdom), Yutaka Motohashi

(Japan), Merab Mulindi (Kenya), Jay Nairn (United Kingdom), Ashley Nemiro (Denmark), Thomas Niederkrotenthaler (Austria), Merete Nordentoft (Denmark), Kevin O' Neill (United Kingdom), Joseph Osafo (Ghana), Jong-Woo Paik (Republic of Korea), Elise Paul (United Kingdom), Jane Pearson (USA), Jane Pirkis (Australia), Steven Platt (United Kingdom), Gwendolyn Portzky (Belgium), Vita Postuvan (Slovenia), György Purebl (Hungary), Jerry Reed (USA), Dan Reidenberg (USA), Mohsen Rezaeian (Islamic Republic of Iran), Util Richmond-Thomas (Guyana), Joanna Rogalska (Poland), Ignas Rubikas (Lithuania), Shekhar Saxena (USA), Fiona Shand (Australia), Jaelea Skehan (Australia), Eve Stamate (Australia), Clare Stevens (USA), Deborah Stone (USA), Elly Stout (USA), Karla Thorpe (Canada), Barbara Van Dahlen (USA), Lakshmi Vijayakumar (India), Yeshe Wangdi (Bhutan), Danuta Wasserman (Sweden), Claire Whitney (USA), Shirley Windsor (United Kingdom), Petr Winkler (Czechia), Brianna Woodward (Australia), Joana Zasimavičienė (Lithuania).

ガイドの作成と最終決定会議の参加者

Helal Uddin Ahmed (Bangladesh), Ella Arensman (Ireland), Phanindra Prasad Baral (Nepal), Karline Brathwaite (Trinidad and Tobago), Vladimir Carli (Sweden), Lai Fong Chan (Malaysia), Jayamal De Silva (Sri Lanka), Mindu Dorji (Nepal), Ahmad Hajebi (Islamic Republic of Iran), Manfredine Kandjii (Namibia), Basu Dev Karki (Nepal), Alexandr Kasal (Czechia), Elena Kazantseva (Mongolia), Myung Ki (Republic of Korea), Masashi Kizuki (Japan), Käthlin Mikiver (Estonia), Yutaka Motohashi (Japan), Jane Pirkis (Australia), Steven Platt (United Kingdom), Juan Manuel Quijada Gaytán (Mexico), Thilini Rajapakshe (Sri Lanka), Rohan Ratnayake (Sri Lanka), Util Richmond-Thomas (Guyana), Ignas Rubikas (Lithuania), Diana Tejadilla (Mexico), Yongsheng Tong (China), Bayarmaa Vanchindorj (Mongolia), Esther Walter (Switzerland), Yeshe Wangdi (Bhutan), Claire Whitney (USA), Anna Williams, (United Kingdom), Petr Winkler (Czechia).

¹ LIVE LIFE実施ガイドは、WHOの全地域から、技術や国の専門家、実施者、自殺関連の経験者が参加し、ガイド作成前の調査やインタビュー、2回の協議会、国際的なレビューなどの協議プロセスを通じて作成された。

WHO 本部

Richard Brown, Kenneth Carswell, Batool Fatima, Michelle Funk, Brandon Gray, Fahmy Hanna, Brian Ogallo, Alison Schafer, Chiara Servili, Inka Weissbecker.

WHO 地域担当者

Florence Baingana, WHO Regional Office for Africa; Renato Oliveira e Souza, Claudina Cayetano and Carmen Martinez Viciano, WHO Regional Office for the Americas; Nazneen Anwar, WHO Regional Office for South-East Asia; Dan Chisholm, Elena Shevkun and Meredith Fendt-Newlin, WHO Regional Office for Europe; Khalid Saeed, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; Martin Vandendyck, WHO Regional Office for the Western Pacific.

WHO 各国の担当者

Catarina Dahl, WHO Country Office Brazil; Jennifer Hall, WHO Country Office Fiji; Edwina Zoghbi, WHO Country Office Lebanon; Bolormaa Sukhbaatar, WHO Country Office Mongolia; Kedar Marahatta, WHO Country Office Nepal; Olga Manukhina, WHO Country Office Russian Federation; Thirupathy Siveendran, WHO Country Office Sri Lanka; Wendy Emanuelson-Telgt, WHO Country Office Suriname; Taraleen Malcolm, WHO Country Office Trinidad and Tobago; Manuel De Lara and Akfer Karaoğlu Kahiloğullari, WHO Country Office Turkey; Rajiah Abu Sway, WHO Country Office West Bank and Gaza Strip.

事務的サポート

Ophel Riano (WHO), Evelyn Finger (WHO), Zahiri Malik (WHO)

制作チーム

Editing: David Bramley, Switzerland

WHO would like to thank the following for their financial contributions:

- Government of Japan;
- Korean Suicide Prevention Center; and
- Universal Health Coverage Partnership (UHC Partnership), which receives funding and support from:
 - » Belgium
 - » European Union
 - » Luxembourg – Aid & Development
 - » Ireland – Irish Aid
 - » France – Ministère de l' Europe et des Affaires étrangères
 - » Japan – Ministry of Health, Labour and Welfare
 - » United Kingdom – Department for International Development
 - » World Health Organization (WHO)

要約

序文

毎年 70 万人を超える人々が自殺によって亡くなっている。2030 年までに世界の自殺死亡率を 3 分の 1 低下させることは、国連の「持続可能な開発目標 (SDGs)」と WHO の包括的な「精神保健行動計画 2013-2030」における指標の 1 つであり、「(精神保健における唯一の) 目標」でもある。WHO の第 13 次総合事業計画 2019-2023 にも同じ指標が掲げられており、2023 年までに自殺死亡率を 15% 低下させることを目指している。

世界は 2030 年の自殺減少目標値を順調に達成しつつあるとは言えない。WHO は各国に対し、理想的には総合的な国家自殺予防戦略を通じて、自殺予防活動を行うよう提唱している。各国の政府や地域は WHO の提言する自殺予防に着手するためのアプローチである LIVE LIFE の実施によって自殺予防に貢献することができ、このアプローチをさらに発展させることで、各国における総合的な国家自殺予防戦略の策定につなげることができる。本指針は、国家自殺予防戦略が現時点で策定されているかどうかにかかわらず、全ての国を対象としている。

パート A. LIVE LIFE の核となる重点項目

LIVE LIFE の核となる重点項目は次の 6 つ。

- ・ 状況分析
- ・ 多部門連携
- ・ 啓発・支援活動
- ・ 能力構築
- ・ 資金調達
- ・ 調査、観測および評価

パート A では、核となるこれらの重点項目について、それぞれ「What? (内容)」、「Why? (目的)」、「Where? (場所)」、「When? (時期)」、「Who? (担当)」、「How? (方法)」を検討する。それぞれの重点項目について、考慮すべき要素を表に示し、世界各国からの事例を囲み記事 (Box) として紹介し、各節の終わりに「実施のためのヒント」を挙げる。

状況分析によって、自殺と自殺予防の背景と現状がわかる。したがって状況分析は、自殺予防活動の計画と実施に役立つ情報を得るために重要である。分析は国家規模でも地方や地域でも行うことができ、自殺予防の取り組みを開始する際に、専門家、ステークホルダーおよび自殺関連の経験者からなる専任のワーキンググループによって実施されるべき

である。

ワーキンググループは、データ (自殺率や自傷行為の発生率、自殺手段、誘発要因、保護要因、法律、サービス、資源など) の収集、状況分析、報告書作成、資源動員、活動指示に対し影響力を行使するために報告書を意思決定者、政策立案者および資金提供者と共有する。主な課題は、機密保持の確保、プライバシーの保護、および自殺を助長することの回避である。

多部門連携が必要なのは、自殺のリスク要因が多くの領域に関連しているためである。政府や社会が一丸となって取り組むアプローチは、政府の部門や部局を横断して機能するものであり、非政府団体や地域団体も巻き込んで実施する。このようなアプローチでは、政府のリーダーシップの下、知識の共有、方法論や得られた教訓についての情報交換、自殺関連データと研究の共有が促進される。また、透明性と説明責任も促進される。このような連携は早期に開始されるべきであり、政府とパートナーの双方がその準備を整える必要がある。多部門アプローチがうまくいくかどうかは、連携のビジョンがあるかどうか、ルーチン評価の取り組み方法に合意が得られているかどうかにかかっている。非保健部門が自殺を保健医療のみの問題だと考えていると、不都合が生じる可能性がある。それぞれのステークホルダーが自分の責務を果たすことに困難を感じないように、各々の役割を明確に定め、活動の合意を得る必要がある。

啓発・支援活動には、一般市民を対象とした組織的な情報伝達プロセスが欠かせない。

啓発とは、「自殺は公衆衛生上の重大な問題である」といった事実到人々の注意を喚起することである。支援活動は、自殺の非犯罪化や、国家自殺予防戦略など、改革をもたらすことを目的としている。自殺予防のための啓発と支援活動は、一共同体で実施するイベントから、全国的な広報キャンペーンまで多岐にわたり、継続的、定期的、または (世界自殺予防デーのように) 毎年恒例のイベントとして「支援者」が主導する公共キャンペーンもある。伝えるべきメッセージを決め、対象となる聴衆に合わせて表現を調整し、伝達手段を選び、受け入れられる内容 (状況) かどうか、どの程度効果があるかを事前にテストすることが大切である。取り組みは焦点を明確にし、自殺一般を論じるのではなく、人々を支援サービスに結び付けるなど、行動を喚起するものとすべきである。

能力構築は、国が調整役を担うことも、地域で実施することでもできる。能力構築は、保健医療従事者の事前研修や継続的研修に自殺予防を取り入れることによって実施できるが、自殺率上昇やスティグマなどの問題発生をきっかけに始めて

もよいだろう。対象は、保健医療従事者、救急サービス従事者、教師、ユースワーカー（若者の支援に携わる人）のほか、客と会話をする多くの理美容店主やバーテンダーなどである。非専門の保健医療従事者や地域の保健医療従事者は、WHO の「mhGAP 介入ガイド」の自傷行為または自殺モジュールおよび関連する研修教材を使用することができる。研修を実施する人的資源を増やすために、指導者養成モデルを用いることを推奨する。様々な人が研修を受けるため、社会文化的背景に応じて研修の内容を変え、自殺とその予防に関する受講者の知識を強化するものであることが大切である。

自殺予防のための**資金調達**は、経済状況の悪さ、自殺を深刻な問題として優先する意識の欠如、自殺は予防可能であるという認識の欠如などの要因により、不足しがちである。サービスの開発だけでなく、政策、戦略および計画の策定と実施に重点を置いて資金要請を行うべきである。本指針では、自殺予防のための資金調達の取り組み方についてアドバイスし、継続的に取り組むものとしている。予算を決定し、潜在的な資金提供者を調査・特定し、計画書を作成し、結果にかかわらず資金提供者との関係を維持する方法をそれぞれ説明している。関連団体は、十分な資金を得て実施された自殺予防介入が効果を発揮したことを実証する事例を共有するとよいだろう。

調査により、自殺と自傷行為に関して LIVE LIFE の介入を進めるためのデータが得られる。データソースには、住民登録・人口動態統計、医療記録、警察記録、口頭剖検、人口ベースの調査などがあるが、自殺と自傷行為の調査がそれまでにどの程度行われているかに大きく左右される。全国から質の低いデータを得るよりも、いくつかの代表的な地域から質の高いデータを得ることを優先すべきである。自殺および自傷行為の発生率や傾向など、重要な調査結果は自殺予防活動の指針として役立つだろう。したがって、定期的に報告書を発行して、情報を活動に役立てることが重要である。

観測および評価では、介入が効果的であったかどうか、意図したとおりに実施されたかどうか、コストパフォーマンスという意味で効率的であったかどうかを検討すべきである。自殺率の変化を検出することは難しいが、自殺と自傷行為を減らすという LIVE LIFE の目指す結果が達成されているかどうかを評価するためには必要である。観測および評価には、(例えば、疫学者、統計家およびデータ収集者などからなる)専任チームが必要となると考えられ、学術機関との提携も有効だろう。主たる目標を自殺および自傷行為の発生率低下と定め、アウトカムを明確に示し、指標を特定する必要があるだろう。本ガイドでは、明確な目標と指標がなければ進

捗状況を示すことが困難となり、その結果、資金調達を正当化することがさらに難しくなることを強調している。

パートB. LIVE LIFE: 自殺予防のための主要な効果的介入策

本指針では次のような介入について説明している。

- ・自殺手段へのアクセス制限
- ・責任ある自殺報道のためのメディアとの協働
- ・10代の若者の社会情緒的ライフスキルの育成
- ・自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察

Part A で述べた LIVE LIFE の核となる重点項目と同様、Part B の各介入についても、「What? (内容)」、「Why? (目的)」、「Where? (場所)」、「When? (時期)」、「Who? (担当)」、「How? (方法)」を解説する。

自殺手段へのアクセス制限は、自殺予防のためのエビデンスに基づく人口集団全体への介入である。国によって異なるが、危険性の高い農薬の使用禁止、銃器の規制、「飛び込み・飛び降り多発地点」への防止柵の設置、(縊死の)紐がかけられる場所へのアクセス制限、自殺手段にアクセスしにくくするためのその他の対策が挙げられる。自殺関連行動をとる人のほとんどが、生きたい気持ちと死にたい気持ちの間で揺れ動いており、多くの自殺は急性のストレスに対する反応である。致死的な自殺手段を利用しにくくすることは、苦しんでいる人が死に至る行動を起こす前に、急性の危機を脱するための時間を与えることになる。本項では、世界の自殺全体の推定 5 分の 1 を占める手段である農薬に焦点を当てる。農薬は、住民の多くが農業に従事している農村部では特に問題となる。

農薬へのアクセスを制限するには、保健省、農業省、規制当局、登録機関、地域の指導者など、あらゆる適切なステークホルダー間での多部門連携が必要となる。多部門からなる国家的アプローチという同様の方針が、他の自殺手段にも適用される(例: 運輸部門と防止柵の必要性)。個人レベルでは、自殺リスクのある家族がいる場合、家庭から自殺手段(例: 殺虫剤、銃器、刃物、薬剤)を排除するよう家族に要請することもある。重要な点は、ある自殺手段を制限しても、必ずしも他の自殺手段の利用が増加するわけではないことがエビデンスで示されているということである。

責任ある自殺報道のためのメディアとの協働は重要である。なぜなら、メディアは自殺を報道することで、特に有名人

の自殺や自殺の手段を報道した場合には、模倣自殺の増加をまねく可能性があるためである。国レベルでは全国メディア（およびソーシャルメディア）の報道機関と協力すること、地域レベルでは地域の新聞やラジオ局など地域の報道機関と協力することを目指す。本指針では、自殺報道を監視するよう助言しており、また、メンタルヘルスの問題や自殺念慮があったが立ち直ったという成功体験を有名人に語ってもらうこと、さらに、ソーシャルメディア会社と協力して、有害なコンテンツを特定し削除するよう、意識向上と対応方針の改善を図ることを提案している。

10代の若者の社会情緒的ライフスキルの育成は、WHO による「10代の若者の健やかな成長を促す（*Helping adolescents thrive: HAT*）」ガイドラインの焦点となっている。10代の青年期は、社会情緒的スキルを獲得するための重要な時期である一方で、精神障害発症リスクのある年代でもある。HAT ガイドラインでは、あからさまに自殺に焦点を当てるのではなく、メンタルヘルスを増進するためのアプローチをプログラムに取り入れるよう推奨している。その他の提言としては、教育機関の職員に対する研修、安全な学校環境を確保するための計画（いじめ防止プログラムなど）、支援サービスとの連携、自殺リスクが特定された場合の明確な方針と職員のための対応方針、メンタルヘルスとリスク要因に対する親の意識向上などが挙げられる。教師や養育者には、若者に自殺に関する話をしても自殺リスクを高めることにはならず、むしろ、必要があれば教師や養育者に支援を求めることができると感じてもらえる機会になることを知ってもらうべきである。また、職員のウェルビーイングも確保すべきである。

自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察は、自殺リスクがある人や自殺未遂者が必要な支援やケアを確実に受けられるようにするためである。自殺リスクのある人と接触する可能性の高い保健医療従事者や家族などが主体となる。また、自殺リスクがあると判明した人に早期介入するために、医療システムに自殺予防を中心的要素として取り入れる必要があり、そこでもこのような対策が適用される。さらに、自殺未遂者や自死遺族に対しても支援を行うべきである。自殺予防は公衆衛生上の優先事項とされていないことが多いため、本指針では、政策立案者とともに自殺予防を提唱し、地域で啓発を行い、自殺予防の効果と費用対効果に関するエビデンスを提示することを推奨している。

本指針には次の4つの付録がある。1) 自殺予防に関連する部門およびステークホルダーのリスト、2) 各国の自殺予防活動を記した30の囲み記事（これらに加えて本指針本

文中には43の囲み記事がある）、3) 目標、成果、指標を一覧にしたLIVE LIFE 指標の枠組み、4) 自殺予防に関するWHO およびWHO 以外の資源の一覧である。これらは、「状況分析」、「多部門連携」、「啓発・支援活動」、「能力構築」、「資金調達」、「調査、観測および評価」、「自殺手段へのアクセス制限」、「責任ある自殺報道のためのメディアとの協働」、「10代の若者の社会情緒的ライフスキルの育成」、「自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察」の各テーマ別に記載されている。



© WHO / Volodymyr Shuvayev

序文

背景

毎年 70 万人を超える人々が自殺により亡くなっている。あらゆる社会経済的背景をもつ人々が自殺の影響を受けている。自殺は、15～29 歳の死因の第 4 位、15～19 歳の女性では死因の第 3 位である。また、自殺による死亡の大部分（77%）は低・中所得国で発生している²。

自殺はどれをとっても悲劇的な出来事であり、家族、友人、地域社会に広範な影響を及ぼす。全世界で自殺による死者数を減少させることは世界全体の急務であり、国際的な目標が設定されている。2030 年までに世界の自殺死亡率を 3 分の 1 低下させることは、「国連持続可能な開発目標（UN SDGs）³」と WHO の「包括的な精神保健行動計画 2013-2030」における指標の 1 つであり、「（精神保健における唯一の）目標」でもある。WHO の第 13 次総合事業計画（GPW13）2019-2023⁴にも同じ指標が掲げられており、2023 年までに自殺死亡率を 15% 低下させることを目指している。

2010 年以降、世界の年齢調整自殺率はわずかに低下したが、世界的な動向からは地域や国レベルの変動が見えず、全ての国が自殺予防に取り組んでいるわけでもなく、自殺率が上昇している国もある。世界は、2030 年までに世界目標を順調に達成できる状況にはない。つまり、自殺予防のための迅速かつ持続的な取り組みが行われない限り、世界目標は達成されず、さらに多くの失う必要のないいのちを失うことになる。

自殺者数を減らすには、まだすべきことがある。そのため WHO は、自殺を予防するための WHO LIVE LIFE のアプローチを出発点として、各国がエビデンスに基づく主要な効果的介入を実施できるよう支援するために、本ガイドを策定した。

WHO は各国に対し、理想的には総合的な国家自殺予防戦略を通じて、自殺予防活動を行うよう提唱している。政府やその他のステークホルダーが国内の自殺予防に積極的に関わり、その取り組みの調整と調査を行い、自殺予防を政治的優先課題とし、必要な活動が実施できるよう資源を配

分するためには、政府主導の総合的な国家戦略が強力な手段となる。自殺予防には前進がみられ、一部の国は非常に積極的に活動しているものの、2018 年の時点で自殺予防に特化した国家戦略がある国は 38 カ国のみであることがわかっている（WHO, 2018a）。さらに、各国政府は、国家戦略の採択後に実施に向けた調整を行うことの重要性をしばしば過小評価している。非感染性疾患（NCD）の分野では、国の行動計画の実施に格差が生じる原因は、不十分な資金、限られた能力、部門間の縦割り、観測および評価の標準化された方法がないことにあると考えられている（Tuangratananon et al., 2019）。実際のところ、国家自殺予防戦略の評価はほとんど行われていない。

総合的な国家自殺予防戦略がないからといって、各国が自殺予防のための介入を実施することが妨げられてはならない。戦略のない多くの国では、幅広いステークホルダーが、自殺未遂者および自死遺族支援グループの組織化からリスク集団の啓発・支援活動に至るまで、自殺予防活動に従事している。地域のステークホルダー（関連部門およびステークホルダーの一覧については付録 1 を参照）は、LIVE LIFE のどの活動を実施してもよい効果を得ることができる。実施によって国内の自殺予防の端緒を開くことができ、勢いを得て自殺予防に関する国家的対応へと拡大できる可能性がある。そのため、国と地域の双方がそれぞれトップダウン方式とボトムアップ方式で LIVE LIFE を実施することで自殺予防に貢献することになる。

LIVE LIFE は、自殺予防のためのエビデンスに基づく次の 4 つの主要な介入の実施に取り掛かり、国レベルへの規模拡大に力を入れてもらうための、WHO によるアプローチである。

- 自殺手段へのアクセス制限（危険性の高い農薬の禁止など）
- 責任ある自殺報道のためのメディアとの協働
- 10 代の若者 * の社会情緒的ライフスキルの育成
- 自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察

2 WHO Global health estimates: leading causes of death. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gh-leading-causes-of-death>, accessed 28 January 2021).

3 Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations (https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Eng.pdf, accessed 28 January, 2021).

4 Thirteenth General Programme of Work. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/about/general-programme-of-work/thirteenth>, accessed 12 December 2024).

* WHOはadolescentを10～19歳と定義している。World Health Organization: Adolescent health (https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1, accessed 24 May 2024)

これらの主要な介入の実施と規模拡大を成功させるためには、その前提条件として、基本となる以下の6つの分野横断的な重点項目が必要である。

- ・ 状況分析
- ・ 多部門連携
- ・ 啓発・支援活動
- ・ 能力構築
- ・ 資金調達
- ・ 調査、観測および評価

LIVE LIFE の重点項目と介入は、それぞれが独立して自殺の減少に寄与するだけでなく、その全てを組み合わせることで、様々な要素が相互作用してより良い効果を生み出す相乗効果をもたらす (Harris et al., 2016; Yip & Tang, 2021)。例えば啓発事業によって、能力構築のための研修への参加率が上がる可能性があり、その結果、自殺関連行動の早期発見が増加する可能性がある。

あらゆる社会的背景の、すべての国および社会的状況において、LIVE LIFE の十全な実施に向けて取り組む必要がある。LIVE LIFE は、各国がエビデンスに基づくさらなる自殺予防介入策を構築し、総合的な国家自殺予防戦略を策定するための出発点となる。本 LIVE LIFE ガイドに記載されている全ての重点項目および介入は、国全体としての対策を構成する要素であり、一般に各国の国家自殺予防戦略の一部となるものである。国家戦略が策定されている国や、既存の関連する行動計画（精神保健、アルコール、NCD など）に自殺予防が組み込まれている国では、LIVE LIFE の要素

を実行することを優先しながら各戦略や行動計画を確実に実施することでよい効果が得られるだろう。

本ガイドの対象

本ガイドは以下を対象としている。

- ・ 全ての国（国家自殺予防戦略があるかどうかは問わない）
- ・ 自殺予防、精神保健、アルコールまたは NCD を担当する国または地域の窓口
- ・ 地域における既存の関係団体、または既に自殺予防活動に携わっていると思われるステークホルダー

本ガイドが扱う内容

本ガイドでは、核となる基本的な重点項目をどのように定め、LIVE LIFE のエビデンスに基づく主要な効果的介入をどのように実施すべきかを説明している（図 1）。

本ガイドは以下の内容を扱っている。

- ・ LIVE LIFE の各重点項目および介入では「何」をするのか
- ・ 「なぜ」それが自殺予防に重要なのか
- ・ 「どこで」実施できるのか
- ・ 「いつ」実施すべきか
- ・ 「だれが」実施を担当するのか
- ・ 「どのように」実施すればよいのか

図1. LIVE LIFEの分野横断的な基本事項とエビデンスに基づく主要な効果的介入策



本ガイドには以下も含まれている。

- 本文全体にわたって囲み記事（Box）に事例を掲載、さらに各国における事例を付録 2 に掲載
- 実施のためのヒント

さらに以下を掲載している。

- 付録 1：LIVE LIFE に関与する可能性のある部門およびステークホルダーの一覧
- 付録 2：様々な国や地域の事例
- 付録 3：LIVE LIFE の実施状況を観測する際に使用できる指標の枠組み
- 付録 4：さらに詳しい情報が得られる情報源

本ガイドでは扱わない内容

次の項目については本ガイドでは扱わない。

- 政府レベルでの総合的な国家自殺予防戦略の策定、またはそのような戦略の事例（他の WHO 出版物 [WHO, 2012; WHO, 2014; WHO, 2018a] に記載されているため）
- 自殺予防に取り組む地域のためのステップバイステップ・アプローチ（別の WHO の出版物 [WHO, 2018d] で入手可能なため）と、それに対応する地域参画に関する e ラーニングコース⁵
- 自殺予防やリスク要因および保護要因に関し、システム、社会、コミュニティ、関係性および個人の問題をカバーし、生態学的モデルを反映した公衆衛生モデル（別の WHO 出版物 [WHO, 2014] に記載されているため）

Box 1. 運営委員会およびワーキンググループの設置

運営委員会（または監視委員会、もしくは担当チーム）は、指導と調整を行うとともに、LIVE LIFE の計画、資源調達、実施、観測および評価を組織するために必要である。

ワーキンググループ（運営委員会の支部組織）は個々の重点項目と介入に関する実施を主導するために招集される。運営委員会のメンバー 1 名を含めることで、一貫性が維持され、調整が円滑に進むだろう。

いずれも、権威、管理および専門知識の面での代表的人物を含めるべきである。公、民間および地域の団体または個人（関連部門およびステークホルダーの一覧については付録 1 を参照）が協働することが理想的である。以下のような人材を含めること。

- 関連部門（医療、教育、雇用、社会開発など）の指導的立場にある人
- 自殺予防の専門知識を有する人（例：学識経験者、保健部門、非政府組織 [NGO]）
- 当該重点項目または介入に特化した技術および経験を有する人（例えば、状況分析のワーキンググループにはデータの収集および分析技術を有する者を、メディアとの協働のためのワーキンググループにはメディア規制機関またはメディアに関わった経験のある NGO に所属する者を含めるとよいだろう）
- 自殺関連の経験者（自殺念慮を経験した人、自殺未遂者、親しい人が自殺危機にあるときにケアをした経験がある人、自死遺族等）

運営委員会およびワーキンググループの明確な指針を確立することは重要で、軽視すべきではない。同様に、メンバーの役割と責任を明確に定めることは、行われた活動の説明責任を確保するために必要である。LIVE LIFE の重点項目と介入について別々に対応する 10 のワーキンググループを設置する必要はない。資源や時間的制約に応じて、1 つのワーキンググループが複数の重点項目や介入について逐次的に対応できるためである。最終的には、ワーキンググループが運営委員会と協力して LIVE LIFE の計画と実施を主導する。ワーキンググループは、各活動をいつ完了する必要があるかスケジュールを立て、問題に早期に対処するために定期的にミーティングを開いて進捗状況を見直すなど、LIVE LIFE の重点項目と介入の実施状況の観測を担当する。ワーキンググループは、実行された計画について評価結果を運営委員会に報告できるようにしておくべきである。

⁵ Engaging communities in preventing suicide; e-learning course. Geneva: World Health Organization (<https://accesswho.campusvirtualsp.org/engaging-communities-preventing-suicide>, accessed 28 January 2021).

本ガイドの使い方

- 各国は、LIVE LIFE の核となる重点項目と**全ての**主要な介入を実施すべきである。
- 自殺予防には核となる重点項目と全ての主要な介入が必要となるが、各国は利用可能な資源と社会文化的背景に合わせて実施してかまわない。
- LIVE LIFE の核となる重点項目と主要な介入は、決まった順序で実施しなければならないものではない。特に順序は定めていないが、理想的には状況分析から始め、調査と観測は継続的に行うべきであることを念頭に置くこと。
- したがって、本ガイドの各章は相互に関連しているが、各章を独立したモジュールと考えることができ、各国はそれぞれ最も重要性の高いモジュールから開始することができる。実施順序は状況分析に基づいて決まるため、状況分析は最初のステップとして用いるべきである。
- LIVE LIFE の重点項目と全ての介入を全国的に実施することは、国家自殺予防戦略に有益である、もしくはその一部として機能する。
- 人的資源や財政的資源が限られているような社会的背景では、LIVE LIFE をより長期にわたって実施または規模を拡大して実施し、各国の優先事項からとにかかる必要があるかもしれない。

本ガイドの使い方は、社会的背景や自殺予防の現状によって異なるだろう。基本的な重点項目が既に確立され、運営されている場合は、直ちに主要な介入の実施に取り組むことができる。そうでない状況にある場合、自殺予防のための基盤の整備から始めたり、小規模に始めたりする必要があるかもしれない。いずれにせよ、運営委員会およびワーキンググループは設置すべきである (Box 1 参照)。公衆衛生上の緊急事態またはその他の緊急事態について、以下にいくつかの考慮すべき事項がまとめられている (ただし網羅的なものではない) (Box 2 参照)。

Box 2. 緊急事態下での自殺予防

人道的危機や緊急事態 (自然災害、武力紛争、公衆衛生上の緊急事態など) は、指導的機関とシステムの構造的変化、優先事項の変化、安全性と資源の制約の問題など、自殺予防に対して多くの障壁をもたらす。しかし、経済的困難、失業、社会的孤立など、自殺のリスク要因は緊急事態下で増大する可能性があるため、自殺予防に焦点を合わせた取り組みが不可欠である。このような社会的背景では、自殺予防のための緊急かつ実行可能な優先事項に焦点を絞る必要があるかもしれない (Gunnell et al., 2020)。危機的状況における自殺予防を包括的に論じることは本ガイドの範囲を超えるが、考慮すべき事項をいくつか以下にまとめる。

- 政府は、緊急事態が自殺のリスク要因に及ぼす影響を考慮すべきであり、多部門連携を通じて緩和策を実施すべきである。例えば、経済的困難にある人を支援するために労働・福祉部門、保健部門、人道支援活動家と連携する、自殺手段へのアクセスを制限する (小売業者や避難所管理者に対する規制やガイドラインなど)、精神保健支援やその他の情緒的支援サービス、危機に対する支援サービスへのアクセスを促進するなどである。
- 難民や移民を含め、緊急事態の影響を受けた人々を受け入れた政府は、自殺予防の取り組みの一環として、これらの人々に特有のリスク要因とニーズを考慮すべきである。
- 緊急事態下で特に影響を受けるとされるリスク集団 (家族からの支援を失った、あるいは家族から引き離された若者または高齢者など) に対して、効果的な介入を選んで提供する。
- 緊急事態下で影響を受けた地域で発生した自殺のセンセーショナルな報道を最小限に抑えるようメディアに働きかける。
- 自殺リスクの早期発見、評価、管理および経過観察において、既存の保健機関および地域の人材の能力を強化する。地域のゲートキーパーと非専門の保健医療従事者は、逆境下にある人に用いることを目的とした心理的介入を実施するなど、自殺リスクのある人を発見し、支援し、紹介することに自信を持って取り組むべきである (WHO, 2016b)。保護 (こどもの保護およびジェンダーに基づく暴力など) に関わる問題の対応に重点を置いたプライマリヘルスケアサービスやプログラムなど、自殺リスクのある人が受けられるサービスを優先させてもいいだろう。

- 対面での精神保健支援に制約がある場合は、リモートでの支援システムを確立する（WHO, 2018c）。スタッフに研修を受けさせ、特にリスク管理の際にリモートによる情報伝達手段を抵抗なく使えるようにしておくこと⁶。
- 需要を満たすのに十分な人材を確保するために、自殺予防と精神保健に携わるキーパーソンを自殺予防以外の担当へ配置換えさせないようにする。
- メンタルヘルスを守るためのセルフケアや利用可能な精神保健サービスに関する情報を、緊急事態の影響を受けた人々や被災者集団に提供する。
- 精神保健支援を必要としていると思われる被災者の紹介を促進するために、人道支援活動家と協力する（保健医療、保護、教育、栄養、避難所の管理など）。
- 救急隊員など初期対応に当たる者（first responders）が精神保健支援に確実にアクセスできるようにする。

詳細は、次の資料を参照のこと。

- WHO mhGAP Humanitarian Intervention Guide (WHO, 2015)
- Building Back Better: sustainable mental health care after emergencies (WHO, 2013).
- Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee⁷



© WHO / Olivier Asselin

6 Guidance on Operational considerations for Multisectoral Mental Health and Psychosocial Support Programmes during the COVID-19 Pandemic. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance>, accessed 28 January 2021).

7 Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>, accessed 12 December 2024).



PART A

LIVE LIFEの核となる重点項目

以下の各項では、自殺予防の核となる重点項目について説明する。
エビデンスに基づく主要な介入は組み合わせて実施することで自殺予防に役立つが、
それらの実施を強化し成功させる基盤を作るのがこれらの重点項目である。
重点項目は以下の6つである。



状況分析



多部門連携



啓発・支援活動



能力構築



資金調達



調査、
観測および評価

これらの重点項目は公衆衛生の他の分野にも共通するものである。
以下では、これらの各重点項目の実施について、自殺予防の観点から説明する。



© WHO/ Yoshi Shimizu



状況分析

WHAT?(内容)

状況分析では、様々な情報を用いて、国内の自殺および自殺予防の背景と現状を明らかにする。

WHY?(目的)

状況分析は、自殺予防活動の計画と実施のための情報を得るのに不可欠である。状況分析によって、どこに最も需要があるのか、どんな取り組みが不足しているのか、どこに最大の効果が得られそうか（どの手段または集団に重点を置くべきかなど）を特定することができる。状況分析によって、実施の取り組みが重複するのを防ぎ、迅速かつ実行可能な活動ができる場所を特定することができる。

WHERE?(場所)

状況分析は、全国規模で実施することも、地方や地域、例えば、行政区やその他の特殊な社会的背景（難民キャンプや学校など）を限定して実施することもできる。国の状況分析では、異なる社会人口統計学的グループと地域からの情報収集に注意を払い、LIVE LIFE 介入の実施に適応するための特定のニーズを推出すべきである。例えば、農薬の摂取は主に低所得国の農村地域で発生するため、この自殺手段のアクセス制限は都市部ではあまり当てはまらないかもしれない。

WHEN?(時期)

自殺予防の取り組みを開始する際には、計画と実施に役立てるため、状況分析を行うべきである。

WHO?(担当)

状況分析は専任のワーキンググループの主導で実施すべきである。透明性および説明責任を確保するための仕組みを整えるべきである。このワーキンググループには、以下の様な様々な技術を有する者を入れるとよいだろう。

- 状況分析の指導および調整ができる者（保健省など）、または特定の社会的背景に限定した状況分析には関連部門の指導ができる者（例えば学校のライフスキルプログラムの分析なら教育部門が行うなど）
- 状況分析の経験者（学識者など）
- データ収集および分析の経験者（統計局など）
- 関連データを提供できるステークホルダー（保健情報システム担当者、検視官、法医学官、救急隊員、病院職員など）
- 特定の社会的背景に関する知識と経験を有する地域のステークホルダー（自殺関連の経験者、ゲートキーパー、対象となる下位集団の代表者）
- 自殺予防の専門家（保健部門や学識者など）



HOW?(方法)

1. 分析を計画・実施するワーキンググループの招集 (Box 1 参照)

- ワーキンググループを設立する (上記の「[Who? \(担当\)](#)」を参照)。状況分析に役立つデータや情報にアクセスするために必要な承認を得ることも、ワーキンググループが担当する。

2. 収集すべき情報の決定

- 収集すべき情報 (表 1) の決定は、地理的範囲 (全国規模の分析か地域限定の分析か)、利用可能な資源および必要な期間に左右される。
- 同様の人口および資源を有する国が過去に実施した状況分析を参考にすることができる。

表 1. 状況分析に含めるべき情報の例

情報の例	考慮すべき事項
自殺者数と自殺率	- 以下の点に応じてデータを入手：社会的背景 (例：国、地域、行政区、入院サービス、難民キャンプ)、人口グループ (例：全人口、性別、年齢別、民族別、宗教別、移民区分、都市別、農村部、社会的地位別)。 - 他と比べて自殺が起きやすい下位集団を特定するために、自殺者数に加えて自殺率 (10 万人あたりの死亡者数または自殺発生数) を算出。 - 傾向を特定するために、複数年のデータを検討する。
自傷行為の発生数と発生率	
自殺および自傷行為の手段	
自殺の原因または誘発要因および保護要因	
自殺に関する既存の法律または政策	- 自殺と自殺未遂の法的位置づけ、また個人に対する法的影響 (刑に処せられるなど)。 - 該当する場合、自殺や自殺未遂、その他の自傷行為が非犯罪化される余地について。 - 自殺予防に関連する既存の法律または政策 (精神保健、アルコール、雇用、保険、社会福祉など)。
自殺の確認	- 自殺を確認する人。 - 確認方法が自殺の報告および利用可能なデータの質に及ぼす影響。
自殺および自傷行為件数の登録	- 自殺および自傷行為を登録し報告する人、およびその方法。 - データを集計する際に用いられる変数。
LIVE LIFE の重点項目および主要な介入の、現在の実施状況および適用範囲	- 実施を開始する、または実施状況を改善する可能性。 - 評価の有無。 - 国の社会的背景に応じた実施方法。受け入れ状況や、実行可能性、(費用対) 効果。 - 過去に実施された自殺予防の取り組み (およびそれが現在機能していない理由)。



情報の例(続き)	考慮すべき事項(続き)
サービスの現状	- 保健部門、地域およびその他の関連部門における既存の（公的および民間）サービス。既存のサービスの利用可能性、利用率および質を考慮すること。 - サービスにどのような格差があるか。
資源の現状	- 自殺予防のために割り当てられた財源。 - 確保できる可能性のある財源。 - LIVE LIFE を実施するためにどのような人的資源が使え、どのような能力構築に取り組む必要があるか。
関連部門および利害関係	- 多部門連携にどの部門が必要か⁸。 - 多部門連携にどの NGO のステークホルダーが必要か。 - 指導者、職員または協力者数の相違。
自殺、自殺予防、精神保健および支援要請に関する知識または考え方	- 支援を求める際に人々（下位集団を含む）が直面する障壁。 - 早期発見、評価、管理および経過観察、ならびに自傷行為の報告において、保健医療および関連職の職員が直面する障壁。

3. 上記の情報の収集方法を決定

- どの情報が既にあり、どの情報源にアクセスする必要があるかを考慮する（「調査」を参照）。情報は、できるだけ最新のもので、質が高く、可能な限り該当する社会的背景に特化したものでなければならない。
- 質の高い情報が得られない場合（公式の保健医療情報システムがない国など）は、情報がまったくないよりも、非公式な情報（例えば、専門家の見解、主要な情報提供者へのインタビュー、フォーカスグループの議論）がある方が望ましい。
- 重要な情報がない場合は、新たな情報で収集可能なものがないか検討する（あるいは、今後の状況分析でこの問題に対処する計画を立てる）。
- 誰が情報入手に貢献できるかを考える。これは、状況分析にどの部門および利害関係者が関与すべきか（関連部門および利害関係者の一覧は付録 1 を参照）を決定するのに役立つ。自殺関連の経験者を必ず含め、過去の経験を議論の場で語るための十分な訓練と支援を受けてもらう。

- 全体像を把握するために、データを複数の情報源から収集しなければならない場合がある（死亡診断書、救急科のデータ、医療施設、警察のデータなど）。
- サービスやプログラムに関する報告書、政策文書、法律、および情報を見つけるために机上レビューを行う⁹。国内の研究雑誌を検索する。

4. 行動計画に合意して状況分析を実施

- 状況分析を実施するために必要な手順をまとめる。
- 予算については、物的資源（技術、作業場所など）や人的資源など、必要となる資源を考慮する。
- どのステークホルダーがどの手順を担当するかについて同意を得る（ステークホルダーによって、机上レビューを重点的に担当できる場合や、様々な情報源からのデータ収集を重点的に担当できる場合がある）。

⁸ 本文書では「多部門」とは複数の政府部門を指し、「利害関係者」とは自殺予防に一定の役割を果たすと考えられる他の非政府団体または個人を指す。

⁹ Joint Action on Mental Health and Wellbeing. European Union; 2015 (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_depression_suicide_ehealth_en.pdf, accessed 28 January 2021).



5. 報告書を作成し、主要なステークホルダーと共有して、その情報を実施計画に役立てる

- ・ 状況分析の結果を報告書にまとめ、得られた情報を分析し、不足しているまたは質の低い情報を明確にし、改善に向けた方法を特定する。
- ・ 分析結果から提言をまとめ、具体的な短期、中期および長期の目標と、それらを達成するために必要な資源を

提案する。意思決定プロセスには必ず自殺関連の経験者に加わってもらう。

- ・ 報告書について、関与した全てのステークホルダーの合意を必ず得る。
- ・ 資源動員、活動指示に対し影響力を行使するために、報告書を意思決定者、政策立案者および資金提供者と共有する（「[観測および評価](#)」を参照）。

Box 3. 自殺予防の状況分析、チェコ

WHO の提言 (WHO, 2014) に従って、「国家自殺予防行動計画」(Kasal et al., 2019) に向けた状況分析が実施された。この取り組みは 4 つの活動に分けられ、チェコ国立精神保健研究所 (National Institute of Mental Health: NIMH) による調整のもと、同時進行で実施された。自殺予防政策を策定する際、状況分析が重要な事業となる。手順に従って行われた状況分析により、NIMH は、1) 現状を十分に把握し、2) システムの問題とニーズ、および既存の能力と可能性を確認し、さらに、主要なステークホルダー（保健省、教育青年スポーツ省、一般開業医の代表者、精神保健部門の代表者、自殺関連の経験者など）を参加させることにより、今後の行動計画実施のための主要なパートナーシップを構築することができた。チェコにおける状況分析では、状況のマッピング（ステップ 1 と 2）と、適切な介入の特定および絞り込み（ステップ 3 と 4）の両方を行った。

チェコにおける状況分析実施の 4 つのフェーズ

事業	既存のデータソースの特定と分析	新たなデータ収集とステークホルダーのプラットフォーム構築	現地の社会的背景に適した介入候補の特定	ステークホルダーの合意による介入候補の絞り込み
目的	既存のデータを活用して、知識格差を検出。	知識格差を定性的データで補完。	自殺予防のための効果的介入に関してこれまでに発表された研究に依拠。	あらかじめ選択した介入から優先すべきものを特定。
活動	既存のデータソースを特定し、データを入手および分析する。関連機関と協力し、既存のデータを定期的に活用して以降のステップへの情報提供や各ステップの評価が継続的に行えるようにする。	適切なステークホルダーのマッピング、連絡、面接および協力要請。得られたデータの分析および解釈。	関連するシステムティックレビューとメタアナリシスを検索し、効果的な介入に関する情報を抽出する。	対面またはオンラインで会議を開催し、ステークホルダー間の連携を促し、関連する全ての意見を収集して合意に達する。
結果	予備的分析、既存データの解釈、知識格差の特定。	SWOT 分析および専門家プラットフォーム。これらは自殺予防計画の将来の実施にも関与が可能。	事前に選択したエビデンスに基づく介入の一覧。	対象とする社会的背景に適した介入の絞り込みについてステークホルダー間のコンセンサスを得、今後の自殺予防活動に関する優先事項を明確にする。



Box 4. 全国自殺調査、ナミビア

自殺率が高く、自殺に関してエビデンスに基づく情報がないことから、ナミビア保健社会サービス省（MoHSS）は、自殺予防戦略および治療戦略の指針となる全国的な状況分析を 2018 年に実施した。

この調査では、多くのアウトカムに重点を置いた。その例が以下である。

- 死に至った自殺および非致命的な自殺未遂の経験割合
- 自殺念慮の経験割合
- 自殺の原因
- 自殺および自殺予防に関する知識および考え方と治療の取り組み
- 自殺予防の取り組みの有無と効果

MoHSS、ナミビア統計局および Sustainable Development Africa（ナミビアの社会経済調査会社）の代表者からなるワーキンググループが設立された。発足会議を開き、この調査の目的と方法論について合意した。MoHSS のソーシャルワーカーをデータ収集担当者として訓練し、全分析を始める前にパイロットテストを実施した。

分析は全国を対象に実施し、以下のような定性的調査法と定量的調査法の双方を用いた。

- 国内および海外の研究、政策およびプログラムの検討
- ナミビア警察の自殺記録の検討
- 様々な地域の無作為抽出した個人の定量的調査
- 国・地方・地域レベルの主要な情報提供者（政府職員、警察、保健医療・ソーシャルケア職員、教育界・宗教界の指導者など）や自殺未遂経験者との質的面接、無作為抽出した成人および若者とのフォーカス・グループ・ディスカッション

この調査結果から多くの提言が生まれ、また、Five Year National Strategic Plan on the Prevention of Suicide in Namibia（ナミビアにおける自殺予防に関する 5 ヶ年国家戦略計画）の策定と、自殺予防、治療、管理および調整の指針となる政策枠組みの策定（ナミビア保健社会サービス省、2018）に情報が役立てられた。



実施のためのヒント

表2. 状況分析を実施するためのヒント

問題点	ヒント
限られたデータ	• 現時点で利用可能なデータを用いて状況分析を開始してよい。また、将来の状況分析でのデータ改善に向けた提言ができる。 • 必要に応じて、国際的な報告書を検討し、不足している国内情報を補足することができる。 • 地域のステークホルダーの参加はデータ収集の助けになる。
限られた資源	• 時間および資源の制約の範囲内で、既存のデータおよび優先すべき情報に重点を置く。「強み (Strengths)、弱み (Weaknesses)、機会 (Opportunities)、脅威 (Threats)」(SWOT) のような簡潔なモデルを利用する。 • 主要文書および既存データについて国内外の専門家と協議することを検討する。 • 人的資源（データ分析の専門家など）が利用できない場合は、他の環境で状況分析を行っている、または過去に行った経験のある個人、組織または学識者に協力を求めることを検討する。
データの安全性と機密保持	• 自殺に関するデータを使用する際に、最も倫理的配慮が必要な点は、個人のプライバシーを保護することである。つまり、個人データを本人が特定できる形で開示してはならない。 • 自殺手段や自殺多発地域に関する情報の拡散には、既知のリスクがある。状況分析の際に機密データにアクセスできるステークホルダーは、データの機密性を保持し、合意された情報伝達計画を遵守しなければならない。



© WHO / Mark Nieuwenhof



多部門連携

WHAT?(内容)

自殺とその予防に関連するリスク要因は多くの分野にまたがるため、自殺予防は保健部門だけでは対応できない。自殺予防を効果的なものとするためには、多方面からのアプローチが不可欠である。本ガイドでは、多部門連携とは、多部門によるアプローチおよび、複数のステークホルダーによるアプローチの両方を指す。

- 多部門アプローチは、「政府全体」、「部門間」または「部門横断的」と表現されることもある。すなわち、保健医療、教育、労働、運輸、農業、司法、法律、防衛、社会開発など、政府の複数の部門を含むあらゆる計画を指す。
- 多数の利害関係が連携するアプローチは、「全社会的」アプローチと表現されることもある。多部門アプローチとは異なり、政府部門だけでなく非政府組織（NGO）や地域のステークホルダーとの連携も含まれる。

LIVE LIFEの実施には次のような連携が必要である。例えば、自殺手段へのアクセスを制限するには、当該手段に関連する部門（例えば、危険性の高い農薬の場合は農業省）とステークホルダー（登録業者、小売業者、農民）との連携が必要である。また別の例として、学校で行う介入では、教育省と、学校長、教師、生徒、親または養育者、若者団体などのステークホルダーが連携することになる。

自殺予防に効果をもたらす政策、法律、プログラムを策定するためには、複数の政府部門で取り組む必要がある。例えば、保健医療、精神保健、アルコール¹⁰、サービス提供、暴力防止・社会福祉のための法律制定、財政政策¹¹を担当する各部門は、自殺予防に協力する必要がある。自殺予防に直接効果をもたらす法律には、自殺または自殺未遂を犯罪とするものが含まれる。これはシステム全体に負の波及効果をもたらし、LIVE LIFEの重点項目や介入の実施を著しく妨げている。

¹⁰ 自殺の約5分の1はアルコールに起因する(WHO, 2018e)。

¹¹ 欧州連合諸国では、1970～2007年の積極的労働市場プログラムへの政府投資により、失業が自殺死亡率に及ぼす影響が改善された(Stuckler et al., 2009)。



多部門連携（関連部門およびステークホルダーの一覧については付録1を参照）には、地域のステークホルダーの参画が不可欠である。それによって地域のニーズと国の政策との間の橋渡しができ、また、計画が地域の社会的背景に適したものとなる。地域が関与することにより、自殺予防活動に参加し共同で関わっているという意識を促すこともでき

る。多部門連携は、どのようなかたちであれ、プロセスを進めるための明確なガバナンスとリーダーシップなしには目標を達成できない。政府レベルでの対策から地域のステークホルダーが活動に参画するまでを時系列的に記録したスリランカの成功例が報告されている（Pearson et al., 2010; Pearson et al., 2015）。

Box 5. 自殺の非犯罪化、アイルランド

アイルランドでは1993年に自殺が非犯罪化され、この法律によってアイルランドにおける自殺予防活動は急速に進展した。アイルランドでは、自殺が非犯罪化される前の数年間、国民の間で自殺と自殺予防に関する議論が高まっており、少数の精神科医が主導する新たな研究がその議論を支持していた。アイルランド議会（ドイル・エアラン）のある議員が、2人の精神科医の支持を受け、自殺の非犯罪化に関する議論を認めるよう、政府に複数の動議を提出した。それまで、アイルランド社会において自殺は「触れてはいけないもの（silent taboo）」であった。1993年7月1日、メアリー・ロビンソン大統領は、自殺と自殺未遂を非犯罪化する法案に署名し、法律を成立させた。自殺の非犯罪化は、アイルランド社会が、自殺と精神疾患が公衆衛生上の深刻な問題であることを認識するための第一歩であった。それは、自殺、自傷行為および精神疾患からスティグマを取り除くための長い道のりの始まりであり、今もその途上にある。自殺の非犯罪化と自殺予防に関する議論の解禁は、精神的な健康と自殺の複雑さに対する理解を高めようとするNGOの結成につながった。1995年、国立自殺研究基金（National Suicide Research Foundation）が設立された。1996年には、自殺や自傷行為から引き起こされる問題の予防と対策に関わる全ての人々に対し、自殺や自傷行為に関する正確な情報と助言を提供することを目的とし、アイルランド自殺研究協会（Irish Association of Suicidology）が設立された。自殺の非犯罪化によって、1998年にアイルランドで初めて自殺に関する国家担当チームが設立され、これが自殺に対する最初の組織的対応となった。その後、第一次国家自殺予防戦略「Reach Out（救いの手を差し伸べよう）：2005-2014」が保健省の支援を受けて策定された。2015年には、第二次戦略として、アイルランドの自殺を減少させるための国家戦略「Connecting for Life（生きるための繋がり）：2015～2020」が開始され、2024年まで4年間延長することで合意された。

Box 6. 多部門による自殺予防の取り組みに様々な状況が及ぼす影響、スリナム

スリナムでは、自殺率が高いことを受けて、行政区長官（政府の最高代表者で報告を受ける立場）を長とし、医学心理学部長を議長とする担当チームが設立された。実務の調整は公衆衛生専門家1名が行った。保健省、教育省、農業省の地方部局のほか、草の根団体、医師、地域の女性組織も参画し、多くの社会的・教育的活動が組織された。この担当チームは、既に策定されている「国家精神保健行動計画2014-2020」に沿った、第一次国家自殺予防戦略の策定を任務とするものであった。2016年6月には、閣僚評議会の支持を受けて国家戦略が発表された。精神保健の担当者は重要な役割を担った。精神保健の担当者が関係の維持に力を発揮し、常に窓口を開設していたことは、自殺予防が依然として差し迫った問題であることを意味した。しかし、国家戦略発表直後にスリナムは深刻な経済不況に陥り、自殺予防に対する政府の関心を維持することに貢献してきた精神保健担当者はそのポストに留まることができず、後任も採用されなかった。この経済不況は、自殺予防のために整備されていたインフラにも影響を及ぼし、その多くは廃止された。担当チームの当時のメンバーは、戦略の最も重要な面を実施する熱意と執行権を失ってしまった。担当チームは正式に解散したが、しばらくして元議長が（新任の）保健大臣に、国家戦略の状況について懸念を表明した。2018年、誰もが喜んだことに精神保健の新たな担当者が任命され、スリナムにおける自殺予防実施に向けた取り組みは現在も力強く続けられている。



WHY?(目的)

自殺は複雑な問題であるため、自殺予防の取り組みには、複数の部門およびステークホルダー間の調整と、戦略計画を促進するための優れたガバナンスが必要である。多部門連携により、知識を共有し、方法論やこれまでの取り組みから学んだ教訓を相互に学び合い、自殺関連データと研究結果を共有し (Kolves et al., 2021)、自殺に関するメッセージ配信を調整することができる。多部門連携により、自殺予防を他のプログラム（精神保健、アルコール、NCD、ジェンダーに基づく暴力、こどもの保護など）に組み込む機会が得られる。資源が限られている国では、連携が、既にある取り組みと臨機応変に協働する足がかりとなる場合もある。自殺予防に取り組む様々なグループと関連分野間の調整を強化することで、作業をより合理化でき、その結果、重複する取り組みが減り、資源を賢く利用することができる。

多部門連携により、透明性が促進され、関与するパートナーらの説明責任が強化されるとともに、自殺予防活動が全ての人のニーズを確実に満たすよう地域が有意義な形で参画できる。多部門連携に大規模な基金は必要なく、むしろ共通の目標をしっかりと伝えて複数の取り組みをまとめていくことが、自殺予防の進展を加速させ、質を向上させるはずである。

Box 7. 自殺予防を精神保健と物質使用政策に統合する、レバノン

レバノン公衆衛生省の国家精神保健プログラムは、WHO の支援を受けて、2015 ～ 2020 年の期間を対象とした「精神保健および物質使用の予防、推進、治療のための国家戦略 (National Strategy for Mental Health and Substance Use Prevention, Promotion and Treatment)」を初めて開始した¹²。この種の戦略としては、レバノンでは初めて、自殺予防が戦略に組み込まれた。国家活動の推進は、精神保健のためのより良い復興の機会を創出した人道的危機によって可能になった面がある。この戦略策定が成功した点の 1 つには、現地の NGO、国際 NGO、国連機関、学術機関および専門家団体を含むあらゆる主要なステークホルダーを巻き込んだ強力な参加型開発プロセスがある。外部による中期評価では、全てのステークホルダーを巻き込んだ連携アプローチによって戦略の実施が効果的に進んでいることが示された。

以下に示す目的が、LIVE LIFE に沿うかたちで自殺予防に貢献するものである。

- 責任あるメディア報道を強化するために、自殺を含む精神保健と物質使用の描写に関するメディア関係者のための指針が、メディア関係者を関与させる過程で策定された¹³。能力構築を実施し、この指針を大学のカリキュラムに組み込む可能性を検討することになっている。また、レバノンにおけるメンタルヘルスの促進と自殺予防に関してメディアと提携するための新たな一歩として、自殺予防におけるメディアの役割についてメディア関係者との円卓会議を実施した¹⁴。
- 啓発と支援活動については、意識向上とスティグマ軽減のために、自殺を含む精神保健に関する全国啓発キャンペーンを毎年実施した。全社会的アプローチを提唱する支援活動のまとめが発表された¹⁵。
- WHO の枠組みに沿って、自殺予防と調査のための国家的枠組みが策定された。
- 現地の NGO である Embrace と公衆衛生省の全国精神保健プログラムが共同で、情緒的支援と自殺予防のための全国的な相談窓口を立ち上げた。
- アルコールを含む全ての物質を対象として、省庁間物質使用予防戦略が策定された。

12 Mental Health and Substance Use Strategy. Beirut: Ministry of Public Health, Lebanon; 2015 (<https://www.moph.gov.lb/en/view/1645/mental-health-and-substance-use-prevention-promotion-and-treatment-strategy-for-lebanon-2015-2020->, accessed 12 December 2024).

13 Ministry of Mental Health, Lebanon (2019). Practical Guide for Media Professionals on the Coverage of Mental Health and Substance Use. (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Practical%20Guide%20for%20Media%20Professionals%20on%20the%20Coverage%20of%20Mental%20Health%20and%20Substance%20Use.pdf>, accessed 12 December 2024).

14 Video from the National Mental Health Programme, Lebanon (<https://www.facebook.com/watch/?v=720642161857689>, accessed 28 January 2021).

15 Preventing suicide in Lebanon (infographic). Beirut: Ministry of Public Health, Lebanon (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/World%20Suicide%20Prevention%20Day%202020-Advocacy%20brief-Eng.pdf>, accessed 12 December 2024).



- 私たちは、若者が人生における苦難に対処するスキルを身につけられるような、エビデンスに基づく予防的介入の拡大に取り組んでいる。教育省との連携のもと、精神保健と有害物質使用の防止を目的とした学校内外のライフスキル育成プログラムを、レバノンの社会的背景に合わせて調整した。それらをカリキュラムに組み込めるかどうか、実行可能性調査を実施する予定である。
- 精神保健サービスの提供はプライマリヘルスケアに統合されつつあり、地域の精神保健センターは、自傷行為または自殺および優先度の高い精神疾患の早期発見と管理をしやすいするために、質の高い精神保健医療をより充実させ、アクセスしやすく低価格で利用できるように整備されている。このような整備の一環として、WHO の mhGAP 介入ガイド (WHO, 2019b) を用いたプライマリヘルスケア従事者の能力構築が行われている。
- 以下のような、様々な部門の人材を対象とした精神保健（自殺を含む）に関する能力構築が行われている。
 - » こどもの保護およびジェンダーに基づく暴力に取り組むソーシャルワーカーおよび現場の担当者を対象とした、自殺リスクの特定および管理に関する能力構築を含む、全国的な精神保健研修コース
 - » あらゆる活動部門の現場の担当者を対象とした、自殺リスクの特定および管理に関する能力構築を含む、情緒的危機管理対応方針および研修
- 精神保健は、性暴力やジェンダーに基づく暴力に対する対策プログラムに組み入れられている。このうち、精神疾患と自殺リスクの特定に関する問題は、社会問題省が策定した性暴力とジェンダーに基づく暴力に対応するための国家標準業務手順書の評価ツールに組み込まれた。自殺リスク管理のための明確な対応方針がまとめられており、これも早期発見と管理に役立つ。





WHERE?(場所)

LIVE LIFE の核となる重点項目と主要な介入の双方に、多部門連携が必要である。リーダーシップは政府（通常は保健省）がとるべきであり、それを補完するものとして、国・地方自治体、行政官、地域の個人または団体など、あらゆるレベルの部門やステークホルダーの参画が必要である。例えば、イラン・イスラム共和国では、各行政区長官が、主要部局（保健医療、農業、福祉、警察、法医学、慈善、教育）を代表とする定期的な部門間会議を招集し、成果と課題について議論する。

Box 8. 地域での実施および優先すべき集団に合わせた現地での調整

地方自治体が効果的なリーダーシップを発揮している状況では、地域行動計画を策定することが、国家自殺予防戦略を地域や優先すべき集団の社会的背景に合わせて調整・実施するための 1 つの方法となる。地域行動計画は、現地コミュニティのニーズと利用可能な資源に合わせて調整すべきであり、これは国レベルで特定された計画とは異なる場合がある。

一例として日本では、国の自殺総合対策大綱に基づき、都道府県や市町村が自殺予防を実施するための地域計画を策定することが法律で義務付けられている。地方自治体の方が地域住民に近いことから、これが日本における自殺予防の取り組みを加速させるために望ましいアプローチと考えられた。政府から提供された地域計画策定の手引きには、地方自治体の活動を支援する上で都道府県（複数の自治体を担当）が担う役割が明記されている。政府と日本自殺総合対策推進センター（Japan Support Center for Suicide Countermeasures: JSSC）* は、財政、専門性の両面で地方自治体の計画を支援している。

英国公衆衛生庁は、全ての地域が複数機関による自殺予防計画を策定できるよう支援し、全地域で 2019 年 4 月までに計画が整備された。「国民保健サービス（NHS）精神保健サービス実施計画 2019/20 ~ 2023/24（Mental Health Services Implementation Plan 2019/20-2023/24）」実施の一環として、複数機関による自殺予防計画の実施を支援するためのリングフェンシングによる資金提供が行われている。これらの計画では、地域で進められている自殺予防の取り組みに、各地域の全ての主要な法定機関と第三部門を取り込んでいる。英国の全地域で自殺を減少させるために、各地域の戦略と計画には、（英国の国家戦略、「英国 NHS および NHS 改善（NHS England and NHS Improvement）」および英国公衆衛生庁によるガイダンス、並びに国と地域のデータに基づき）各機関で行う具体的な活動が記載されている。このアプローチが成功した理由は、支援金提供協定に先立って詳細な計画書を提出させるようにしたこと、各地域の計画を国のガイダンスに沿ったものにしたこと、そして、資金提供を受けた様々な機関が互いに学び合い、経験を共有できる研修日を設けたことにある。自殺予防に関する国および地域の取り組みは政府にとって今なお最優先事項であり、現在、英国公衆衛生庁の主導のもと、全国リアルタイム自殺調査システムが開発されている。「英国 NHS および NHS 改善」は、精神保健サービスを利用している人の自殺率を低下させるために、メンタルヘルス・トラストに重点を置いた支援を行う「精神保健安全性改善プログラム（Mental Health Safety Improvement Programme）」を立ち上げる予定である。

* 現在は、厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）が継承。

WHEN?(時期)

LIVE LIFE の実施にあたっては、可能な限り早期に多部門連携を検討すべきである。特定のニーズに対処するための一時的な連携もあるかもしれないが、上記のような効果を促進するために、持続的な多部門連携をあらゆる自殺予防活動において取り入れるべきである。連携を探る際には、政府および潜在的パートナーの心構え¹⁶を考慮に入れるとうまくいく場合がある。

Box 9. 政府はどのように多部門連携を促進したか、ブータン

ブータンでは、首相をはじめとする閣僚と国会議員に対して、国内における自殺の状況分析に関する報告書が提出された結果、2015年に自殺予防に対する政治的支援が始まった。この問題を重大かつ深刻であると考えた政府は、自殺予防に特化したプログラムまたはユニットの設立を指示した。続いて、報告された自殺事例に関する全国調査が実施され、これに基づいて国家戦略行動計画が2016年に策定・運用された。保健省に全国自殺予防プログラムを設立して、全国の自殺予防を調整し、ステークホルダーが自殺予防サービスの提供に継続的に携われるようにした。自殺予防は多面的であり、関与する主要なステークホルダーも様々であるため、国家運営委員会を設置して、多部門による対応を推進するとともに、政府が自殺予防の課題、問題点および進捗について逐次情報を得られるようにした。自殺予防行動計画を実施し、進捗、課題、問題点、今後の進め方について議論するためのプラットフォームを構築するために、様々な部門の機関に、ステークホルダーとして担当・連携するよう呼びかけた。ステークホルダーとなったのは、保健省、教育省（若者・スポーツ局）、内務・文化省（地方自治体局）、王立ブータン警察、ブータン麻薬取締局、女性とこどものための国家委員会、女性の尊重、教育、養成、エンパワーメント（NGO）、メディア（テレビ、全国紙、ラジオ）、農業省、ブータン王立医科大学、ブータン情報通信メディア庁、Dratshang（僧院委員会 [Commission for the Monastic Affairs]）などであった。



© WHO / Quinn Mattingly

¹⁶ これには、改革に対する当該グループのコミットメントと、自分たちに改革を行う能力があるという信念が必要である(Weiner, 2020)。



WHO?(担当)

LIVE LIFEのような国家規模の活動においては、政府、特に保健省がリーダーシップを発揮してステークホルダーを特定し連携させるべきであり、そうでなければ連携は難しいだろう（関連部門およびステークホルダーの一覧については、[付録 1](#)を参照）。しかし、地域当局も現地のステークホルダーの調整にリーダーシップを発揮することができる。例えば、オーストラリアにおける自殺予防のための統合的アプローチである LifeSpan では、計画がコミュニティ主導となるようプライマリヘルスネットワークが多部門連携を主導している¹⁷。主要なパートナーには自殺関連の経験者が含まれている。改革を推進するユニークな事例として、官民パートナーシップや政府の最高レベルの関与などがある。

Box 10. 官民パートナーシップの形成、米国

米国自殺予防活動連盟（Action Alliance for Suicide Prevention for the USA）は、250 を超えるパートナーを有し、自殺に対する国全体としての総合的な対策を調整している官民パートナーシップである。2012 年、同活動連盟には、政府代表者、国内の非営利団体と民間部門グループ、自殺予防の専門家、医療提供者、自殺関連の経験者など、多様な官民のステークホルダーが集まった。同国家連盟の取り組みには、国家戦略の推進、自殺対策の強化における 3 つの活動分野への優先的対応、コミュニティベースの自殺予防強化、国民間での自殺に関する議論を変化させることなどがある。いくつかの重要な要因が同活動連盟の取り組みを可能にした。第一に、強力な官民パートナーシップが全国的な自殺の減少に大きく貢献できることを連邦政府内のある指導者が認識し、自らその取り組みの熱意ある支持者となったことである。第二に、複数の連邦機関や部門を参画させ、それらが計画の対等なパートナーとなることを認めることに前向きな姿勢があったことである。第三に、連邦基金による初期投資を行い、民間資金も活用できるようになるまでそれを維持してもよいという姿勢があったことである。2010 年 9 月 10 日に同活動連盟が発足した際、保健福祉長官と国防長官の両者が同席していたこと、陸軍長官が民間部門の共同議長を務める意思を示したこと、また、自分の息子を自殺で亡くした元米国議会上院議員が民間部門の共同議長を務める意思を示したことによって、高官クラスの連携が鮮明に示された。このように連邦政府の高官クラスが関与したことによって、様々な政府部門から民間部門のリーダーとしてこの取り組みの支援に参画してもらうことができた。

政府高官による支援が、自殺予防のための多部門連携の推進、ひいてはいのちを救うための予防の実施に多大な影響力を及ぼしてきた歴史がある。政府主導のアプローチは、自殺予防には多様な政府部門の協力が必要であり、自殺予防は保健部門のみが担うものではないことを示している。このような影響力は、スリランカにおける大統領主導の自殺予防担当チーム、日本政府、英国における（初の）自殺予防担当相の任命にも見て取れる。英国の自殺予防担当相は現在までに自殺予防、精神保健、患者の安全に関するポートフォリオを管理している。



© WHO / Sebastian Oliel

¹⁷ Integrated Suicide Prevention, Lifespan (<https://www.health.act.gov.au/about-our-health-system/office-mental-health-and-wellbeing/lifespan>, accessed 28 January 2021)

Box 11. 政府の最高レベルがもたらす影響力、オーストラリア

オーストラリアでは 1997 年以降、自殺予防のための国家的アプローチが行われており、主に医療ポートフォリオ（国・州レベル）を通じて推進されてきた。全政府的アプローチの必要性が認識されるなか、2019 年に初の国家自殺予防アドバイザーが任命され、首相に直接報告を行った。首相直属の国家自殺予防アドバイザーの活動を支援するために、2019 年 8 月に保健省と首相内閣省が共同で指揮する国家自殺予防担当チームが設立され、連邦政府の様々な機関からの出向者が配置された。また、政府全体の自殺予防計画の策定に向けた情報提供や助言を促すために、上級管理連邦自殺予防部門間委員会（Senior Executive Commonwealth Suicide Prevention Interdepartmental Committee）が設立された。さらに、専門家諮問グループを設置し、自殺関連の経験を通じた詳しい知識を持つ人々、自殺予防研究の専門家、アボリジニおよびトレス海峡諸島民の自殺予防専門家、および自殺予防に関する社会・地域政策の専門家からの助言を、国家自殺予防アドバイザーが継続的に受けられるようにした。

Box 12. 自殺関連の経験者の協力を求める

LIVE LIFE のあらゆる側面で、自殺関連の経験者に協力を求めるべきである。自殺関連の経験者がもたらす洞察はきわめて重要であり、活動を自殺リスクのある人々の需要に応えられるものにすることができるだろう。自殺関連の経験者に参加してもらうことで、支援を必要とする人々の現実の需要に応えることができる。経験者が持つ詳しい知識は、自殺予防のあらゆる側面で情報をもたらし、影響力を及ぼし、取り組みを強化するために不可欠である。さらに経験者の関与は、自殺関連行動を経験している人やその影響を受けている人、自殺で誰かを亡くした人に、希望となるモデルをもたらしに役立つ可能性がある。自殺関連の経験者には、LIVE LIFE の各重点項目と介入に関するあらゆるワーキンググループに参加し、立案、策定、実施および評価に積極的に関わってもらうべきである。ワーキンググループはいずれも、自殺関連の経験者の声を等しく考慮する参加型プロセスを採用すべきである。

参加を形式だけのものとせず、自殺関連の経験者の意見を聴取し、尊重して、そのフィードバックをプログラムのデザイン、政策改革、サービスの強化や再設計に取り入れる。LIVE LIFE 活動を計画する際には、自殺関連の経験者に参加してもらうために十分な時間と資源をかけるべきである。自殺関連の経験者にとっては参加することで感情が乱され、場合によっては参加が困難な可能性もあるため、話し合う内容（自殺手段の詳細など）によっては配慮が必要である。参加する人を適切に支援するための対策が必要であり¹⁸、匿名性を確保する方法を検討すべきである。

自殺予防の分野では、「自殺関連の経験者」とは、自殺念慮を含む自殺関連行動を過去に行ったことのある者および自殺により家族、友人、同僚等と死別した人（サバイバーまたは自死遺族等とも呼ばれる）を指す。LifeSpan 経験フレームワーク（LifeSpan Lived Experience Framework）¹⁹ は、自殺関連の経験を取り入れるための枠組みを提供する。Roses in the Ocean²⁰ は、効果的かつ安全に自殺関連の経験者の意見を取り入れる方法について優良事例を提供している。スコットランドにおける有意義な参画の例を付録 2 で紹介する。

18 Storytelling for suicide prevention checklist. National Suicide Prevention Lifeline (USA) (<https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2018/10/Lifeline-Storytelling-Checklist.pdf>, accessed 28 January 2021).

19 LifeSpan lived experience framework. Black Dog Institute (Australia) (https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/bdi_lived-experience-summit-2018_final.pdf, accessed 28 January 2021).

20 Roses in the Ocean (Australia) (<https://rosesintheocean.com.au/>, accessed 28 January 2021).



HOW?(方法)

1. 運営グループを設置し、連携のためのビジョンを策定する（「序文」のBox 1参照）。

- 連携の構築と観測に主要な役割を果たす担当者を選ぶ。協力者を招集し、活動を調整できる指導者を決める。関連する予算保有者や政府または地方自治体のリーダーを巻き込むことが重要である。
- 連携の目的と範囲を検討し、連携を通じて何を達成したいのかを理解し、どのような成果が見込めるかを明確にする（付録3および「観測および評価」を参照）。
- 時間、交通手段、活動などを考慮し、連携のための資金計画を立てる。

2. 協力者を特定し、関わり方を決定する

- （状況分析時などに）協力者候補について、以下の項目を考慮し、マッピングを行う。
 - » LIVE LIFEにおける役割
 - » 現在の自殺予防への取り組みと姿勢
 - » 自殺予防に関わる潜在的な理由または抵抗感
 - » 文化的または宗教的信条、社会的および経済的状況、通常の連絡経路
 - » 他の部門またはステークホルダーとの関係
 - » 全ての協力者とのつながりを確保し、推奨される変化を確実に実行するための権限または影響力
 - » 連携活動において当該機関が貢献できること（資源、技術など）
 - » 協力者が関与することによって彼らにもたらされる利点（協力を呼びかける際にその点を強調することができる）
 - » 協力者が関与することによる問題（起こりうる対立、障壁、制約）
- 協力者の関わる手段を決める。以下はその例である。
 - » 理解や協力に関する基本合意書（政府部門間などで取り交わす）
 - » 公開会議
 - » フォーカスグループ
 - » ワークショップ
 - » 個別のミーティングまたはインタビュー
 - » 啓発イベント
 - » インターネット上のアンケート、相談、メール

3. 協力者を巻き込む

- 協力者と関わる際には、以下の点について話し合う。
 - » 自殺予防の重要性
 - » 自殺予防における協力者の役割
 - » 協力者が参加することで得られる可能性のある利益とLIVE LIFE実施における潜在的利益
 - » 適切な言葉遣い・表現
 - » 異なる視点を尊重すること
 - » 参画について懸念されること

4. 初回の連携会議を開催する

- 連携の目的を共有していることについて合意する。
- 各関係者が連携活動に何をもたらすことができるのか（資源、技術、影響の及ぶ関係または範囲）、また協力者側に、交渉すべき要件または制約があるかを検討する。
- 各協力者の役割と責任を定める。
- 連携に関する明確なガイドラインまたはルールを策定し、これらに適合しない場合に従うべき手順を定める。
- 行動計画を策定する。最初に優先的に取り組める短期および中期の活動を決め、長期的に完了するためのスケジュールを設定する。SMART ゴール²¹を設定し、活動の資金調達方法を検討する。
- 透明性を強化するための説明責任メカニズムを導入する：行動計画とステークホルダーのコミットメントを明確に定義し、公表すべきである。

5. 連携活動の開始、進捗状況の観測と評価（「観測および評価」を参照）

- 連携部門との定期的なミーティングの予定表を作成し、行動計画の進捗状況を確認し、調整を行い、新しい行動を策定する。活動を完了するスケジュールについて合意する。
- 課題と得られた知見について話し合う。
- 協力者の参画状況について定期的に正式な評価を行う。可能であれば、評価は第三者によって実施されるべきである。

21 SMARTゴールとは、具体的(specific)で、測定可能(measurable)で、達成可能(achievable)で、関連性があり(relevant)、期限付き(time-bound)の活動である(<https://www.mindtools.com/pages/article/newstools10.htm>, accessed 28 January 2021)。



Box 13. コミュニティ主導でのいのちを救う、インド

南インドのチェンナイの並木道に建つ何の変哲もないビルに、数え切れないほどのいのちを救ってきた組織がある。この NGO、「SNEHA」のボランティアたち自身、自殺という崖からどれほど多くの人々を連れ戻したかわからないだろう。精神科の学生として、他の疾患について提供できるものはほとんどなかったが、自殺のように予防可能なことに対して何か行動する人は誰もおらず、これが SNEHA を立ち上げるきっかけであった。

1986 年に SNEHA を設立した時、自殺は社会的な汚名を着せられたテーマであった。ボランティア精神、精神的支援、自殺予防の概念が乏しかったため、当初は苦労の連続で、賃貸物件を見つけるのも困難であった。徐々にそして着実に、SNEHA の活動は一般の人々、メディア、精神保健の専門家に認知されるようになった。数十年で SNEHA は、自殺予防相談窓口から、地域の啓発、政策問題に取り組み、自殺を減らすための革新的なコミュニティ介入の開発まで、活動の幅を広げてきた。2000 年代初頭、SNEHA のボランティアたちは、電話をかけてくる人の数が毎年 6 月に増加することに気づき始めた。この時期、試験に失敗したために自殺を考える学生からの電話相談に対応するために、ボランティアたちは 24 時間交代制で勤務していた。自殺により死亡した学生の大半は、1 ～ 2 科目で失敗しただけだった。しかし、思いやりをもって話を聞くだけでは不十分であった。若いいのちを救うためには政策を変える必要があった。私たちは、タミル・ナードゥ州政府に対して、学生が留年しなくても済むように、2 ヶ月以内に再受験できる追試験を導入するよう、懸命に働きかけた。メディアからは広範な支持が得られた。

2002 年末、タミル・ナードゥ州政府は、落とした科目が 3 科目以内の学生に対して特別な追試験の導入を発表した。この新政策は 2003 年に施行されたが、公表されたのは 2004 年末であった。州が追試験の認知度を高めると、学生の自殺者数は 50% 近く減少した。2 度目のチャンスがあるという事実だけでも、大きな違いが生じるようであった。希望は驚くほどの効果をもたらしたようで、他にも複数の州が同様の措置を講じた。

タミル・ナードゥ州に住むスリランカ難民の自殺者数が増加していることを受けて、別の NGO がこの問題に取り組むよう、SNEHA に働きかけた。そこで、Contact and Safety Planning (CASP) という低コストの、自殺関連の経験者同士で支え合うピア介入を考案した。初年度の終わりには、介入を行った難民キャンプでは自殺関連行動が有意に減少した (Vijayakumar et al., 2017)。SNEHA のコミュニティによる介入戦略は、どれも低コストで、労働力をそれほど必要とせず、ピアサポートに基づくものである。実際、これらの戦略は世界のどこで実施しても同様に効果をもたらすことが可能である。

自らの命を絶とうとする行為を非犯罪化する必要性について SNEHA がインド政府に何十年にもわたって働きかけた結果、植民地時代の法律は、精神保健法の制定によって 2017 年によりやく無効とされた。SNEHA はまた、保健省を含む政府の最高レベルでの国家自殺予防戦略の必要性を訴え続けてきた。これらの努力の結果、委員会が設置され、国家行動計画が起草された。SNEHA の歩みは、自殺によって失われる若いいのちを見過さず、いのちを救うためにいかにして即時かつ緊急の行動を起こしてきたかという歩みでもある。それは、地域の活動がどこまで成し遂げられるのかを示している。



Box 14. 大統領主導の自殺予防担当チーム、スリランカ

1995 年、スリランカは世界で最も自殺率が高い国として国際社会から注目されていた。そのため、1997 年に、当時の大統領はスリランカにおける自殺と闘うための大統領主導担当チームを任命した。担当チームの成功の決定的な要素はそれを任命した大統領の権限であり、その結果、全ての部門が最大限に協力することとなった。

この多部門による担当チームは、医療保健、教育、農業、社会開発、ソーシャルサービスの各部門、大学、社会奉仕活動を行う NGO の代表者で構成された。この多部門連携が成功した主な理由は、担当チームの構成、議長の熱意および担当チームを任命した当局にあった。さらに、行政当局（農業登録担当官、Samurdhi [開発資金] 局長、保健教育局長など）や技術専門家（公衆衛生担当官、社会学者、精神科医など）がバランスよく関与していた。担当チームは、エビデンスと合意に基づいて提言を行った。

自殺を予防するための介入策を提言しただけでなく、その後数年間にわたり、草の根レベルで提言内容の実施状況を監視続けた。地域レベルでの実施を成功させた主な要素は、担当チームと各地域との連携アプローチ、村落における自殺の決定因子に取り組むための専用プログラム、観測および評価などがあげられる。

スリランカでは、活動を遂行するために、適切なタイミングで行政の資源を活用することが重要であった。スリランカと同様の他の国では、公衆衛生専門家は、文化的背景に適応した利用可能な最良のエビデンスに基づいて活動し、最高レベルの権威をもって提言を行う準備をするべきである。

実施のためのヒント

表3. 多部門連携実施のためのヒント

問題点	ヒント
自殺予防は他の部門やステークホルダー、または国の指導者にとっては優先事項ではなく、保健医療部門だけのものと考えている。	- 支援活動を活用し、自殺予防は保健医療部門にとどまらず、連携が必要であることを示す。 - 自殺予防それ自体の問題として認識し、精神状態だけでなく根底にある全ての危険因子を考慮できるようにする。 - 自殺予防の倫理的、政治的、経済的価値を強調するために、他の部門やステークホルダーと定期的にミーティングを行い、啓発に参加してもらう。 - 他部門の自殺予防予算を増やし、その部門が参加できるようにする。LIVE LIFE の重点項目や介入策ごとに特別予算を割り当て、当該部門の日常的な活動とみなされるのではなく、十分な資源を確保できるようにする。 - 自殺予防活動が成功している点についてステークホルダーに定期的にフィードバックを行い、協力体制と気運を維持する。 - 優先度の高い他の公衆衛生政策およびプログラム（精神保健、アルコール、暴力防止など）に自殺予防を組み込むことを検討する。 - スティグマがある場合は、啓発のための話し合いに関係者を参加させ、情報を提供し、自殺に関する俗説を払拭する。 - 仲間を巻き込むことができるような熱意ある人物（自殺予防に関心が高く、指導的役割を果たす意思のある人）をみつける。実施の過程で役割分担が変化するため、熱意ある支援者が複数いることが望ましい。

問題点(続き)	ヒント(続き)
利益相反（活動と資金の両面）	・ 取り組むべき相互の目標および目的を定める。 ・ 協力者の役割を明確にし、その役割に見合った貢献ができるよう、透明性と説明責任のメカニズムを構築する。割り当てられた予算の透明性ある管理もこれに含む。 ・ 連携状況を定期的に評価し、問題があればそれに対処する。 ・ 連携部門内外のやり取りにおいて協力者の努力が十分に認められるようにする。 ・ ステークホルダーが同じ資源をめぐる競争することのないよう、資金やリソースが共有されていないか確認する。
チームワークや協調性の欠如	・ 各ステークホルダーの役割を明確にする。 ・ 関係を維持し、活動を見直すために定期的なミーティングを開催する。 ・ 様々なステークホルダーのためにミーティング間の連絡手段を確立し、適時に情報を共有することで、重複した作業を減らす。 ・ 個人が団結して共に達成できるような共通の目標を決める。 ・ ガバナンスと説明責任のシステムを構築し、計画を公開し、ステークホルダーが責任を果たすことが困難な場合にとるべき措置について合意する。
リーダーシップの欠如または無効	・ 様々なステークホルダーとコミュニケーションを図りながら協力する方法を学ぶ。 ・ 効果的なリーダーシップと非効果的なリーダーシップの特徴を理解することで、落とし穴を回避し、リーダーシップ能力を強化することができる²²。 ・ 指導者の交代が多い場合は、移行期にその役割を果たせる人物や、共同での指導体制など、継続性を維持するのに役立つ仕組みを検討する。 ・ トップダウンアプローチに頼るのではなく、連携部門の全レベルから情報提供を受けながら計画と活動が行われるようにする。 ・ 取り組みが開発され、評価される時間を確保するために、数年にわたる資金を確保するよう努める。

²² Leadership and legacy wheel. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/>, accessed 12 December 2024).



© WHO / Hery Razafindralamb



啓発・支援活動

WHAT?(内容)

自殺予防のような、軽視されがちな公衆衛生問題にとって、啓発と支援活動はきわめて重要な活動である。公衆衛生の啓発は、一般の人々を対象とし、公衆衛生上の重要な話題について知識を深め、態度、信念、行動を変えてもらうことを目的とした、組織的なコミュニケーションのプロセスである。問題に対処するために必要な改革を提唱するために、支援活動と啓発を組み合わせることもできる。

認知度が向上すると、地域社会や国においても、サービスや支援に対する要求が高まる。つまり、啓発活動を率いる人々は、このような需要の増加に備える必要がある（「[早期発見、評価、管理、経過観察](#)」および「[能力構築](#)」を参照）。

啓発活動では、以下のようなメッセージを用いて、人々の自殺予防に対する関心を集める。

- ・自殺は公衆衛生上の重大な問題である。
- ・自殺の問題に影響を受けている人は助けを求めることができる。
- ・自殺の危機にある人をみつけて支援する方法。
- ・自殺について話し合うきっかけを作り、自殺願望がある人に適切に対応する方法。

支援活動は、通常、政策レベルで以下のことがらを提唱することによって変化をもたらそうとするものである。

- ・自殺予防に割り当てられる資金を増やす。
- ・非犯罪化などの法改正。
- ・学校、職場、医療保健システムに自殺予防を組み込む。

- ・国家自殺予防戦略。
- ・自殺および自傷行為の調査システムの改善。
- ・リスク集団への資源配分と支援。

啓発に用いる言葉は、自殺を正当化したり、汚名を着せたりするものにならないよう注意することが重要である（言葉遣いに関する助言については「[資料](#)」を参照）。自殺念慮は生涯にわたって起こりうることは認められるが、支援を提供し、支援を求めることの重要性を強調する必要がある。

何を伝えるかだけでなく、**どのように伝えるか**にも配慮する。俗説や誤解を払拭するようなメッセージを配信し、センセーショナルでも扇動的でもない言葉を使うようにする。

WHY?(目的)

啓発と支援活動は、意思決定者や世論、一般の人々の態度や行動に影響を及ぼすことによって自殺予防の取り組み全体に貢献する戦略的活動である。

意思決定者に対する支援活動としてできること。

- ・自殺予防のための政治的コミットメントの向上と資源配分を増やす。
- ・農業、運輸、司法、コミュニティ、民間および労働部門など（ただし、これに限定されない）、自殺予防における非保健医療関係者の役割に影響を与える。



一般の人々に対する啓発活動としてできること。

- ・自殺は重大な公衆衛生問題であり、注意を払う必要があることを伝える。
- ・俗説や誤解を払拭し、自殺未遂者や自死遺族に対する態度を含め、精神保健や自殺に関する態度や信念に働きかけることで、自殺に対するスティグマを減らしていく。
- ・自殺のリスクがある人を支援するうえで個人が果たす役割について認識を高める。
- ・支援を提供し、支援を求める行動を奨励する。
- ・どこに助けを求めたらよいかという知識を提供する。

Box 15. 啓発がサービスに対する需要を生む、ケニア

ビフレンダーズ・ケニア（Befrienders Kenya）は、自殺予防に関する国家戦略がない中で自殺予防に取り組んでいる。深い悩みを抱えている人々への傾聴サービスの提供、世界自殺予防デーにおける取り組みの調整、メディアとの協働、ゲートキーパー研修の実施を通じて、啓発セッションや研修に対する要請が増加している。これらの要請は、ビフレンダーズ・ケニアが自殺と自殺予防に対する意識啓発に取り組んできたことによる関心の高まりを如実に示している。これを受けて、ビフレンダーズ・ケニアは地域レベルでのゲートキーパーを対象とした研修等を実施し、人々に必要な知識と技術を特定の地域グループに習得してもらい、スティグマの軽減や援助希求行動の促進に役立てることで自殺予防の取り組みに貢献できるよう指導している。また、ビフレンダーズ・ケニアによる啓発活動は、同国の自殺予防に関する支援活動の取り組みの基盤となっている。

WHERE?(場所)

自殺予防のための啓発と支援活動は、コミュニティ内の単一の場所（村や職場など）で行われるイベントから、全国的な広報キャンペーンまで多岐にわたる。改革のための支援活動は啓発活動（政府と NGO との合同会議など）に組み込むことができる。配信メッセージは、地域において広くアクセス可能で一般的に使用されている媒体（ラジオ放送、地域集会や宗教集会など）を通じて、あるいは、国内の多様な聴衆および地理的により広い範囲に届けられる様々な媒体（ソーシャルメディア、印刷媒体、テレビ、ラジオ、記者会見、会議またはワークショップ、印刷広告または広告掲示板など）を通じて、拡散させることが可能である。

WHEN?(時期)

支援を求めている人や自殺リスクのある人が地域でアクセスできる様々な場所（学校、警察署、公共交通機関、保健サービスなど）で、掲示板、定期刊行物、広告、ポスターなどの静的な伝達手段を用いて、継続的に啓発活動を実施することができる。取り組みの効果を評価し、意思決定者に周知することで、継続的な活動への資源提供の有益性を実証することが重要である。地域や国の自殺予防担当者は、関連する議題が挙がったときには随時、自殺予防を提唱していくとよい。

Box 16. 全国自殺対策啓発月間、日本

取り組みと資源を集中させるため、国は特定の日を啓発活動に充てることもできる。例えば、日本は 2010 年に 3 月を自殺対策強化月間に定めた。日本では 3 月に自殺率が高くなることから有効な時期として選ばれた²³。最近では、啓発のため日本の交通機関にポスターが掲示されている。

キャンペーンを通じて啓発活動を強化する機会として、公衆衛生に関する国際デーを国や地域で利用してもよいだろう。このようなキャンペーンは、集団全体を対象とすることも、対象を絞った啓発の機会として利用することもできる。

自殺予防のための重要な年間行事

- ・ 9 月 10 日：世界自殺予防デー（WSPD）
- ・ 10 月 10 日：世界メンタルヘルスデー
- ・ 11 月（日付は年毎で異なる）：国際自死遺族デー

年間行事を利用する利点は、大規模な取り組みによって、多くの人々が共有し活用できる資源の開発につながることである。世界自殺予防デーは、国際自殺予防学会（International Association for Suicide Prevention: IASP）によって企画されている。IASP は、情報収集、共有、提供および様々な活動を通じて、各国の取り組みを支援している。2003 年に制定されて以来、世界自殺予防デーには 70 カ国以上で、教育・記念行事、記者会見、会議、および広範なソーシャルメディア報道など、数百の活動が実施されている²⁴。経過観察活動（例えば、国際デーから 2 週間）は、キャンペーン日に配信したメッセージの効果をさらに持続させる効果的な方法である。

²³ Japan turning a corner in suicide prevention (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/japan_story/en/, accessed 28 January 2021).

²⁴ Suggested activities by the International Association for Suicide Prevention (IASP) (<https://www.iasp.info/wspd2019/suggested-activities/>, accessed 28 January 2021).



WHO?(担当)

啓発と支援活動には、複数のステークホルダーによる連携が必要である。国レベルでは、保健省とメディアが連携することでリーダーシップが得られる。メディアは啓発に欠かさないパートナーである。メディアとの協働は、啓発・支援活動を継続していくうえでの重要な要素と考えるべきである（「[責任ある自殺報道のためのメディアとの協働](#)」を参照）。

地域レベルでは、自殺予防に関わっている個人や組織がリーダーシップを発揮することがある。ステークホルダーには、自殺関連の経験者、対象とする聴衆の代表者、NGOなどが含まれる。啓発活動（例えば、公衆衛生の他の分野など）の経験者にも加わってもらうべきである。

自殺予防に熱意のある人物を得ることで、啓発活動や支援活動を加速させることができる。地域の有力者や有名人（信仰指導者や地方政治家など）、あるいは国民的・世界的な著名人で、精神保健や自殺予防にコミットメントや関心を示している人物が、熱意ある支持者となりうる。グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国のケンブリッジ公爵夫妻が設立した王立財団が率いる Heads Together はその一例である。

自殺関連の経験者に熱意ある支持者となってもらった場合、人々の注目を集めやすく、自殺予防の取り組みを大幅に拡大させる推進力となることがある。米国におけるガレット・リー・スミス追悼法（Garrett Lee Smith Memorial Act）²⁵がその一例である。この法律により、その後、学術機関や50を超える先住民族を含め、米国の全州に若者の自殺予防のための助成金が提供された。研究によるエビデンスで、助成金を得て活動が行われている地域では若者の自殺が減少したことが示された（Godoy Garraza et al., 2019）。

また、NGO や、保健医療、ソーシャルケア、科学界の指導者、自死遺族を含む自殺予防推進者など、自殺予防に関心のある人や組織に、啓発と支援活動の推進者となってもらうこともできる。

Box 17. See Me – スティグマへの対処、スコットランド

スコットランド政府の自殺予防行動計画における主要な戦略的目標の1つは、自殺をスティグマから解き放つことである。この目標のほか、さらに2つの戦略的目標（自殺リスクのある人が助けを求められると感じること、そして、自殺の影響を受けている人を孤独にさせないこと）の達成を支援するために、メンタルヘルスをめぐるスティグマと差別を減らすためのより広範な取り組みが行われている。どのような気持ちの経緯があって自殺を選択肢と感じるに至ったかを話せるようになるには、メンタルヘルス上の問題や悩みを抱えているときに、助けを求めるといふに伴うスティグマを取り除くことが不可欠である。精神保健に関するスティグマと差別を終わらせるためのスコットランドのプログラム、See Me は、3つの中核的分野において、不平等の軽減と包括的な精神保健アプローチに重点を置いて活動している。教育現場では、若者が率直に話をするのを恐れないように、若者とその周りの大人に対して、メンタルヘルスについて話すための共通言語を提供している。職場では、雇用主が See Me と協力して、差別を生む可能性のある方針や慣例を改善するとともに、職場文化を変えることで、苦しんでいる従業員がそれを口に出せるようにし、適切な調整を行って従業員を支援できるようにしている。保健医療現場では、See Me は、苦しんだ経験を持つ人に医療スタッフの研修に参加してもらうよう促し、思いやりのない無関心な態度がもたらす悪影響を医療スタッフに認識してもらう取り組みを行っている。この活動は、地域の協力者、多部門の協力者、そして自殺リスクの高い集団を重点的に支援している人々によって支えられている。このような支援者が、スコットランド全域で高まっている社会運動と連動して、人々が孤独を感じることなく苦しい時に助けを求めることができるよう、スコットランドのメンタルヘルスをめぐる文化を変えている。

25 不幸なことに、悲劇的事件の影響が自殺予防に改革をもたらした。Gordon Smith（ゴードン・スミス）上院議員とその夫人 Sharon Smith（シャロン・スミス）の息子であった Garrett Lee Smith（ギャレット・リー・スミス）が2003年に自殺したことから、ギャレット・リー・スミス追悼法（Garrett Lee Smith Memorial Act）が制定された。



Box 18. 決然と献身的に活動した熱意ある支持者たち、米国

1996年、国連は「自殺予防：国家戦略の策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*）」と題する文書を発行した。この文書は各国政府に対し、自殺予防のための国家戦略を策定し、自殺関連行動の予防を担当する調整機関を設立するよう要請するものである。この行動要請は、34歳の医師だった娘、テリーを自殺で亡くした、ジョージア州マリエッタに住むジェリー・ヴァイラウフとエルシー・ヴァイラウフの耳にも入った。ヴァイラウフ夫妻は自死遺族等とその仲間による運動を率いて、米国自殺予防支援活動ネットワーク（Suicide Prevention Advocacy Network USA: SPAN-USA）という非営利団体を設立し、これが米国における自殺予防を変えることになった。ジョージア州のこの一組の夫婦と、その改革運動に加わった数え切れないほどの人々による支援活動が、米国の最初の国家戦略の策定に貢献した。これら多くの自死遺族等の声を届けることで連邦議会議員の目を自殺に向けさせ、悲しみは行動に、苦しみは約束に、痛みは希望に変わった。1997年、米国のハリー・リード上院議員がかつて自殺で自身の父親を亡くした話を公にした後、ヴァイラウフ夫妻は彼の事務所に連絡し、自殺を国家的対策の必要な国家的問題として認めるよう、また、国家自殺予防戦略を策定するよう求める決議案（S.Res.84）の提出に支援を要請した。この決議案は、提出されたその日のうちに、米国上院議員全100名の承認により全会一致で可決され、これが、主要な死因の1つである自殺に取り組む同国の現在の運動の幕開けとなった。1998年には、ネバダ州リノで全国大会が開催され、自死遺族等、学者、政策立案者、臨床医などを招集して、最初の国家自殺予防戦略の基礎を築いた。1999年に最初の「行動要請」が発表された後、第一次戦略が2001年に発表され、2012年に改訂され、2010年に調整機関が設立された。マーガレット・ミードはかつてこう言っていた。「思慮深く献身的な市民の小さなグループに世界を変える力があることを決して疑ってはならない。実際、それが、これまで世界を変えてきた唯一の方法だ」。ハリー・リード上院議員、ジェリー・ヴァイラウフとエルシー・ヴァイラウフ夫妻、ゴードン・スミス上院議員とその夫人が示したような熱意ある支持こそが、秘密のベールから自殺を解き放ち、国家にこの公衆衛生上の課題に対する重要な措置を講じさせ、対策に全力を投じさせた。これらの人々のたゆまぬ努力と無私の奉仕のおかげで、現在、国家自殺予防戦略とその実施を監督する調整機関、国家自殺予防資源センター、国が運営するいのちの電話が設置され、自殺予防のためのインフラが全米に整備され、地域の自殺予防を行うコミュニティを支援するための助成金が配布されている。これらの人々は、国に自殺という保健医療上の課題に取り組ませるために、愛する人を亡くした経験から仲立ちとして尽力したことで記憶に残ることだろう。



© WHO / Yoshi Shimizu



Box 19. 悲しみを自殺予防活動に変える、イラク

時間は全ての傷を癒すと言われる。喪失の後に癒しをもたらすのは時間と行動の両方であると、私たちは信じている。私たちは下の息子、タバを自殺で亡くして直面した悲しみの中で、同じように愛する人を自殺で亡くして苦しんでいる自死遺族等に手を差し伸べる活動を始めた。私たちは、自死遺族等に一人ではないことに気付いてもらい、悲しみを乗り越えて社会的スティグマと闘いながら人生を歩んでいけるよう導くために、できる限りの支援を提供しようと懸命に努力した。

タバの死は私たちを完全に変えた。私たちは、自分たちの経験を共有することを通じて、同じような喪失を経験した人々に、孤独でも見捨てられたわけでもないことを示し、支援ができると気付いた。やがて調査や考察を通じ、自殺は、世間で言われているのとは異なり、実際には予防できるということがわかった。自殺に特化した政府の援助がなく、自殺の組織的な防止と自死遺族等の支援に重点を置いた NGO もない中で、私たちは Azhee²⁶ の設立によって自ら行動を起こすことを決意した。

2019 年に Azhee が非営利 NGO として公式に登録されてから数ヵ月後、国際移住機関（IOM）の支援を得て、私たちは世界自殺予防デーに合わせて全国大会を開催し、そこには、約 100 人の自死遺族、学者、国内外の NGO、外交官、政府代表者、国連機関が参加した。この大会は、自殺の問題とそれを予防する取り組みの導入が急務であることにに対し、メディアと学界の関心を高めるという目的を達成することに成功した。開催中に、私たちは、大いに必要とされながら棚上げされていた国家自殺予防戦略の草案を最終化することの重要性を再確認した。

今年の世界自殺予防デーに合わせて、私たちはリモートワークショップを主催し、この戦略草案をまとめ上げ、政府の承認を得ることを目指した検討プロセスに着手した。Azhee の取り組みをふまえ、イラク閣僚評議会事務局と IOM は、2019 年 11 月にバグダッドで Azhee と上級閣僚代表を招いて 2 日間の会議を共催し、自殺予防戦略の最終決定に向けて私たちの取り組みをまとめた。私たちは活動開始以来、進歩を遂げてきたが、個人やコミュニティのレベルでのスティグマや組織レベルでの資金不足など、いくつもの課題に直面し続けている。今後数年間、私たちはこれらの課題を克服するために引き続き全力で取り組んでいく。

息子の物語は終わったが、私たちの物語は終わっていない。私たちが Azhee（彼または彼女が生きている、という意味のクルド語）を設立したのは、私たちが今ここで、自殺で亡くした愛する人のいのちを祝福し、彼または彼女らが私たちと共に過ごした時間を尊く思っているからである。私たちは、他の人々が自分のいのちに感謝し、大切にし、幸せに暮らし、この星に生きている時間を使って自分と他者の両方に恩恵をもたらすことを望んでいる。Azhee の創設者として、私たちは、タバをはじめとする数多くの人々への愛という名のもと、メンタルヘルスの大切さに対する社会の理解と認識が広がるよう呼びかけている。

26 以下を参照: www.azhee.org, accessed 28 January 2021.



HOW?(方法)

1. ワーキンググループを招集する (Box 1、「序文」を参照)
 - グループを設定する (上記の「Who? (担当)」以下を参照)。
 - ステークホルダー (関連部門およびステークホルダーの一覧については、付録1を参照) は、その協力者とともに情報発信の取り組みにおいて重要な役割を果たすため、計画と実施のプロセス全体に関与してもらうようにする。
2. 目的を決める
 - 目標を検討し、それが LIVE LIFE の他の介入や重点項目に沿うものかどうか考える。例えば、深刻な公衆衛生問題として自殺に関心を集めること、利用可能な支援サービスを知ってもらうこと、特定の自殺予防介入のための資源提供を呼びかけることなどが考えられる。
 - 対象とする集団を決める。状況分析が実施されていればその結果を、または関連する情報源を活用して、啓発の対象として優先度の高い集団 (他と比べて自殺率が高い、または支援を求めることが少ない集団) を特定する。支援活動を行うには、支援活動の目的に合った適切な意思決定者や資金提供者を検討する。特定の集団 (政策立案者、10代の若者など) を対象とする場合、広報活動が最も効果的である。コミュニティが自殺について非常に強固な見解を持っている場合、活動を始める前にパートナーシップを維持するために、主要なステークホルダーと協議することが重要である。
 - 実施時期を決める。継続的な取り組み、キャンペーン、国で指定された啓発月間、世界で指定された啓発デー、その他の重要な時期 (学校や大学の試験のようなストレスの高まる時期など) が選択肢として挙げられる。その期間内に目標を確実に達成できるようにする。
 - 利用可能な資源で目的を達成できるかどうかを検討する。取り組みと資源を、他の公衆衛生問題に関連する啓発活動に組み込めないか検討する。
 - 効果の評価と広報の方法を決める。啓発または支援活動の効果を観測し評価するための仕組みを、事前に計画しておくべきである (下記の項目5および「観測および評価」も参照)。
3. 活動または広報のための配信手段および配信メッセージを決める
 - どの配信手段が、1) 目的に合うか、2) 対象となる集団に適しているか、3) 投資努力に見合った十分な効果と伝達範囲を確保できるかを評価する。
 - 情報内容がエビデンスに基づくものであることを確認する²⁷。
 - 対象集団に合った伝達手段とメッセージを選ぶ。年齢群 (例えば、10代の若者は他の年齢群とは異なるコミュニケーション手段を好むと考えられる)、性別 (言語表現や画像を使い分ける)、コミュニティの社会人口学的構成 (主要言語でメッセージを配信する、あるいは民族の違い、移民かどうか、宗教の違いといった観点から、コミュニティを代表する画像や言語表現を用いるなど)、当該集団の識字能力 (メッセージ配信に言葉を使うか画像を使うかなど)、社会的背景 (例えばインターネットアクセスがない場合は、ラジオや地域イベントの方が望ましい場合がある) を考慮する。
 - 特に、多様な社会文化的背景を持つ集団に対しては、複数の配信手段と多様なメッセージ配信を計画する。
4. 配信手段および配信メッセージが、受け入れられる内容かどうか、理解しやすいかどうか、実現可能かどうかを確認する
 - 適切なステークホルダーに協力してもらい、ターゲットとする聴衆の少数サンプルを対象に、取り組みが受け入れられる内容かどうか、どの程度の効果が見込めるかを試す。
 - 意思決定者を対象とした支援活動が、受け入れられる内容かどうか、意図した効果をもたらすのかも判断する。
 - 必要に応じて内容を改訂し、ステークホルダーに情報発信の段階に向けて準備してもらう。
5. 計画を実施し、その効果を評価する (「観測および評価」も参照)
 - 啓発活動が成功したかどうかを評価する方法を検討する。目的について考え、可能であれば、事前調査を実施し、対象とする集団の知識、態度および行動を確認してから啓発に取り組む。
 - 得られた知見を活かし、次の取り組みに活かす。
 - 取り組みを評価した報告書は、関係する全てのステークホルダーおよび意思決定者に配布されるべきである。啓発活動の効果を強調することで、このような報告書そのものが支援活動として役立つ可能性がある。

²⁷ 例えば以下のWHOファクトシートを参照: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, accessed 28 January 2021).



実施のためのヒント

表4. 実施のためのヒント、LIVE LIFEの啓発・支援活動

問題点	ヒント
計画する時間的余裕がない	- スケジュール内で無理なく収まるよう、活動およびメッセージ配信の数を減らす。 - 別の日の情報発信のためにアイデアを取っておく。対象集団とスケジュールに関してメッセージ配信に優先順位をつける。 - SMART 目標²⁸を用いて計画を立てる。
スティグマの存在、支援サービスの欠如といった社会的背景下で自殺を扱うことに対する懸念	- 啓発活動ではスティグマについて議論すべきである。必要としている人が支援を受けられるようにすること。 - 啓発コンテンツの作成に一般の人々を巻き込む。例えば、オンラインまたは地域でイベントを企画し、一般の人々を巻き込んで、どのようにメンタルヘルスに気を付けているかを共有してもらう²⁹。
対象範囲や活動内容に影響を及ぼす資金不足、資源不足	- 資金を増やすことができない場合は、使える予算の範囲内で活動することを目指す。 - 対象地域を縮小し、活動回数を減らす。 - 優先すべき対象集団を1つに絞る（配信手段を減らし、メッセージ内容の調整の必要性を減らすため）。 - 最も費用対効果が高く、目的に対して意図した効果を発揮できる配信手段を優先的に用いる。 - ステークホルダーと共同出資できないか検討する、あるいは自殺予防啓発活動を関連キャンペーン（精神保健など）に組み込むことができないか検討する。 - 他の取り組みを利用したり地域のステークホルダーと協働し、そこで実施されるイベントや行事で自殺予防のメッセージを発信することを検討する。 - 広告の空き枠を提供してくれそうなメディアと交渉する。 - 一度でもキャンペーンの評価結果を有望な資金提供候補者に伝えておくと、将来の財源確保に役立つ場合がある。
明らかな成果がない	取り組みは、自殺一般についての啓発活動とするのではなく、人々を支援サービスに結び付けるなど、焦点を明確にして行動を呼びかけるものでなければならない。

28 SMART目標とは、specific(具体的)、measurable (測定可能)、achievable (達成可能)、relevant (関連がある)、time-bound (期限がある)目標のことである。

29 以下を参照: Campaign to Change Direction at: <https://www.changedirection.org/a-week-to-change-direction/>, accessed 28 January 2021.



© WHO / Colin Cosier



能力構築

WHAT?(内容)

自殺予防のための能力構築は、戦略的には、LIVE LIFE の重点項目や介入を実施する者全てを対象とする（表 5 参照）。つまり、保健医療部門に所属するかどうかに関わりなく人々の知識と技術を向上させるための研修である。

表5. LIVE LIFEの介入と重点項目に関する能力構築の例

LIVE LIFEの介入と重点項目	能力構築の例
状況分析	状況分析に関わる人々（机上レビュー、面接、定量的および定性的解析の解釈）
多部門連携	ステークホルダー（パートナーシップ構築、リーダーシップ）
啓発・支援活動	啓発・支援活動に関わる人々（コミュニケーションスキル）
資金調達	特定の人（企画書または資金調達のための予算書の作成）
調査、観測および評価	データ収集者、データ管理者、法医学スタッフ、検死官。低・中所得国における調査を増加・強化するための能力構築（Chibanda et al., 2020）
自殺手段へのアクセス制限	農薬登録業者および規制当局、銃器規制分野の国会議員、裁判官、建築士
責任ある自殺報道のためのメディアとの協働	メディア関係者（ジャーナリスト、映画製作者、舞台や映画関係のスタッフなど）、メディア専門の学生
10代の若者の社会情緒的スキルの育成	保健医療従事者、教育提供者または教育支援者（学校で社会情緒的スキルプログラムを提供するため）
早期発見、評価、管理および経過観察	保健医療従事者（適宜、急性期農薬摂取服用例の臨床管理も含む）、地域のゲートキーパー

WHY?(目的)

能力構築は、人々がその任務を十分に果たすために必要な技術と知識を習得し、向上させ、維持できるようにするために重要である。保健医療サービスは悩みを抱えている人の入り口となることが多く、管理や経過観察ケアが行われる。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは、全ての人々が、必要な保健医療サービスを、必要なときに必要な場所で、無理のない費用で受けられることを指す³⁰。多くの人々が保健医療に十分アクセスできない状況にある（WHO, 2018b）ことを考えると、地域のゲートキーパーの能力を構築することも重要である。ゲートキーパーの知識と地域社会へのアクセスにより、自殺リスクのある人を特定し、支援を動員することができるようになる。

Box 20. 多部門からなるゲートキーパー研修の規模拡大、マレーシア

この10年間で、政府のリーダーシップ、官民による地域・国際的パートナーシップ、NGOや患者支援団体のボランティアが、マレーシアの地域および国レベルで現場の保健医療従事者、教育者、一般の人々を対象に、自殺予防のためのゲートキーパー研修の規模拡大に貢献してきた。エビデンスの基盤は、短期的には自殺予防の意識向上という点で徐々に拡大している（Siau et al., 2018）。今後は、地域の各集団における長期的な能力構築のために、ゲートキーパー研修の持続可能なモデルを確立し、評価することが必要である。

保健医療従事者のための WHO の e-mhGAP アプリを用いて、デジタル方式で実施することもできる³³。

WHEN?(時期)

能力構築は、LIVE LIFE の実施期間を通じて継続的に実施すべきである。例えば、保健医療従事者の事前研修や、雇用期間中に定期的に見直される継続的な研修に自殺予防を含めるなど、能力構築を行うための戦略的な時期があるかもしれない。特定の職業部門（建設業など）で自殺率の高さや、司法部門におけるスティグマなど、問題が発生したのを契機に能力構築を行うことがある。

取り組みを開始する前に、継続的な管理と経過観察のための管理経路を確立しなければならない（「[自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察](#)」を参照）。能力構築は、1回限りの研修で効果が薄れてしまうようなものではなく、持続可能なものであるべきである。持続可能性を向上させるモデルとして、指導者養成モデル、保健医療従事者へのスーパービジョン*の実施、地域で定期的に行う反復研修の計画がある。

WHERE?(場所)

能力構築は、国レベルで調整（例えば保健部門、教育部門、警察など公務員の研修）されることも、地域で実施（例えば、地方自治体が調整し、地域の特定のステークホルダーを対象に行う研修など）することもできる。研修は対面式で実施してもよいし、例えば、汎米保健機構（PAHO）^{31,32}の仮想キャンパスで行われる自殺予防のためのe-ラーニング講座や、自傷行為または自殺の評価と管理に関わる非専門の

30 Universal health coverage. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1, accessed 17 February 2021)

31 Preventing self-harm/suicide: empowering primary health care providers. Washington (DC): Pan American Health Organization (<https://www.campusvirtualsp.org/en/course/preventing-self-harmsuicide-empowering-phc-providers>, accessed 28 January 2021).

32 Engaging communities in preventing suicide. Washington (DC): Pan American Health Organization (<https://campus.paho.org/en/course/virtual-course-engaging-communities-preventing-suicide-2020>, accessed 13 December 2024).

33 以下を参照: mhGAP-IG 2.0 App (e-mhGAP) (<https://apps.apple.com/gb/app/mhgapp-ig-2-0-app-e-mhgapp/id1291414206>, accessed 28 January 2021)

* スーパービジョンとは、スーパーバイザー（上司や管理者などの指導者）から仕事上の教育・指導を受けること。

Box 21. 裁判官の能力構築、ガーナ

ガーナでは、裁判所が自殺未遂者を処罰していることをメディアが大々的に取り上げたことから、裁判官の研修が必要とされるようになった。これを受けて、自殺・暴力研究センター（Centre for Suicide and Violence Research: CSV）はステークホルダー会議を開き、司法組織および関連する保安機関の職員の、自殺に関する意識と知識を向上する必要性について議論した。司法組織の関与を促すために、CSV はガーナ精神保健局と協力して研修プログラムを計画した。司法組織には個人的なつながりを利用して働きかけ、取り組みへの同意が得られた後は、計画の議論に加わってもらった。研修の手配は共同で行われた。研修内容には、自殺、警告サイン、スティグマ、自殺未遂の非犯罪化の必要性に関する教育などが含まれた。

- » コミュニティに大きな影響力を持つガーナのクイーンマザー
- » 英国の公共交通機関の職員。「飛び込み・飛び降り多発地点」付近で自殺リスクのある人を発見する³⁴
- » アイルランドのタクシー運転手。「飛び込み・飛び降り多発地点」を通ることがある
- » スコットランドの保健行政担当スタッフ。患者の最初の窓口となることが多い
- » 英国の美容師。客、特に男性と話をすることがある
- » 米国のバーテンダー。自殺リスクのある男性と接触する可能性が高い³⁵
- » オランダの財務担当者および債権回収業者。経済的問題を抱える人に会う可能性が高い

HOW?(方法)

1. ワーキンググループを招集する (Box 1、「序文」を参照)

- グループ（上記の「Who? (担当)」、関連部門およびステークホルダーの一覧については付録 1 を参照）を設立する。能力構築にはおそらく、保健部門、地方自治体、地域のステークホルダーの連携が必要となる。
- 能力構築の必要性とその目的を確認する。資源が限られた状況では、自殺予防研修が最も効果をもたらす場所を検討する。能力構築に対する需要は、ステークホルダーと連携して把握するとよい。状況分析によって、能力と研修の需要のギャップが明らかになる可能性がある。
- 研修を開発もしくは実施するのは誰なのかを決める。研修の開発や実施は、自殺予防に関する専門知識があり、研修方法に熟達した者がすべきである。
- 研修の実施方法を定める。研修は、対面式やバーチャル、あるいはオンラインビデオ会議などのデジタル方式で実施してもよい。
- 研修の継続性と持続可能性を確保するよう計画する。保健医療従事者には継続的なスーパービジョンが重要である。継続的な臨床のスーパービジョンが必要でないと思われるステークホルダーには、研修および再教育講座の反復を計画する。指導者養成モデルを使用できるかどうかを検討する。
- 専門教育のカリキュラムに自殺予防の能力構築を組み込む

WHO?(担当)

能力構築のステークホルダーは、1) 能力構築のための研修を開発・実施する者、2) 研修を受ける者、という 2 点から検討する必要がある。

例えば、早期発見、評価、管理および経過観察のための能力構築は、以下の人々が対象となりうる。

- 精神保健従事者および非専門家（救急医療従事者、一般医、看護師、地域の保健医療従事者またはソーシャルワーカーなど）を含む保健医療従事者
- 緊急サービス従事者（警察官、消防士、救急隊員、緊急電話サービスの職員など）
- 以下と関わる職種の人々
 - » 若者（教師、ユースワーカーなど）
 - » 高齢者（高齢者施設の介護職員、年金事務所の職員など）
 - » 司法制度（刑務所職員、裁判官など）
 - » 社会福祉給付金の受給者
 - » 職場（自殺率の高い職種グループなど）の人々
- その他、地域のゲートキーパー（自殺リスクのある人と接触する可能性の高い人、またはコミュニティ内で影響力を持つ人）（関連部門およびステークホルダーの一覧については付録 1 を参照）。以下は特有な例である。

34 Suicide prevention on the railway. London: NetworkRail (<https://www.networkrail.co.uk/communities/safety-in-the-community/suicide-prevention-on-the-railway/>, accessed 28 January 2021).

35 Bartenders as gatekeepers. Ventura County (CA): NotAlone (<https://www.notalonevc.org/bartenders-as-gatekeepers/>, accessed 28 January 2021).

むことを検討する。

2. 研修パッケージを開発または選択する

- 非専門の保健医療従事者および地域の保健医療従事者には、WHO の mhGAP 介入ガイド (WHO, 2019b) の自傷行為や自殺に関するモジュールおよび関連する研修教材を使用することができる³⁶。
- ゲートキーパーに対する研修はエビデンスに基づいたものであり、ゲートキーパーのニーズに合致したものでなければならない。どのような自殺予防の能力構築にも、啓発とスティグマ軽減を組み込むべきである。(紹介などにより) リスクを発見したら何をすべきかをゲートキーパーが確実に知ることができるような研修を実施すべきである。
- 研修では、受講者が習得した技術を実践する機会を(ロールプレイなどにより) 提供する。研修後はスーパービジョンや再教育研修を継続するシステムを整備して、継続的な学習を促進し、生じた問題について話し合う機会を設ける。
- 新しい状況で研修を実施するためには、研修内容を文化に合わせて改変する必要があるかもしれない。効果に影響を及ぼさずに内容を改変する方法については、研修開発者から助言を得ることができる。

3. 従業員を訓練し、継続的なスーパービジョンを行うか、再訓練を計画する

- 特に保健医療従事者に行動変容を持続してもらうためには、スーパービジョンを研修の不可欠な要素とみなす必要がある。
- 知識から実践への応用を強化し、受講者に直面する問題を解決する機会を与えるために、定期的なスーパービジョンのセッションを計画すべきである。
- ゲートキーパーなど保健医療部門以外の人々に対する再訓練を計画する。

4. 研修を評価する

- 研修プログラムの観測および評価の方法を事前に計画する(「[観測および評価](#)」を参照)。
- 能力構築のための研修では、受講者の技能、すなわち習得した知識および技術を適用する能力を見極め、評価する。心理社会的介入の非専門の実施者には、Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT) 評価ツールを使用することができる。ENACT のデジタル版は WHO Equip Platform で(複数の言語で) 入手できる³⁷。
- 受講者および研修指導者の自信と質的経験を評価する。研修を受けた人数の報告だけでは、受講者が技術や知識を習得したかどうか、あるいは行動を変えたかどうかを示すものではないため、不十分である。
- 研修が受講者の日常業務にもたらした効果を評価するために、指標には、自殺リスクのある人との接触回数と紹介した数を含めてもよい。
- 研修を受けた、技能要件を満たす保健医療従事者の割合と分布を観測する。研修の対象範囲を拡大することを目指す。



© WHO / Hery Razafindralambo

36 mhGAP training manuals. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mhgap-training-manuals>, accessed 13 December 2024).

37 EQUIP: Ensuring Quality In Psychological Support. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/equip-ensuring-quality-in-psychological-support>, accessed 13 December 2024).

Box 22. 保健医療従事者の自殺予防力強化、ガイアナ

ガイアナ政府は、自殺率が世界で最も高い国の 1 つであることを受け、自殺予防を最優先課題とした。PAHO/WHO の専門的支援を受けて、国家精神保健行動計画 2015-2020 および国家自殺予防計画 2015-2020 が策定され、2014 年に発表された。2016 年 5 月、公衆衛生省は、両計画の実施を主導し、精神保健サービスの提供を組織する精神保健部門を設立した。この計画の 4 つの戦略的領域の 1 つは、自殺関連行動に対する保健システムの対応に取り組むことである。

WHO が低・中所得国のために開発した mhGAP は、精神疾患、神経障害、物質使用障害を有する人々のためのサービスを拡大することを目的としている。自殺と自傷行為に関する mhGAP モジュールの目的は、プライマリケア従事者などの一般保健医療従事者に対して、自殺リスクの特定と管理、および適切な経過観察ケアの提供における訓練を行うことである。2015 年、PAHO/WHO の精神保健部門は、WHO の mhGAP 介入ガイドに基づき、PAHO の公衆衛生プラットフォームのための仮想キャンパスを用いて、オンライン講座「精神保健のプライマリケアへの統合」を実施した。ガイアナの医師 7 人が、最初のオンライン講座を無事に完了し、mhGAP を受講した一人は、「薬物療法だけでなく心理教育も用いることで、うつ病をよりよく管理することができる」と報告した。講座の内容は、患者が経験しているストレスの特定と理解、および社会的支援システムの探索などであった。それ以来、300 人を超える保健医療従事者が、一般的な精神疾患と自殺または自傷行為を評価、管理、経過観察する訓練を受けてきた。そのうち 100 人以上がプライマリヘルスケアに携わる医師であった。ガイアナではアルコールと物質使用が自殺の主なリスク要因であるため、70 人が物質使用モジュールの研修も受けた。さらに、教師は、こどもおよび 10 代の若者におけるメンタルヘルスの問題を認識し、適切に紹介ができるように訓練されている。ガイアナでは、今後のゲートキーパー研修として、非保健医療従事者を自殺予防に関与させるプログラムなどが期待されている。

Box 23. 職場における自殺予防能力の構築、オーストラリア

MATES in Construction (MATES) プログラムは、2007 年にオーストラリアのクイーンズランド州で策定された。このプログラムは、建設業雇用主団体と従業員組合が共同で所有する従業員給付金基金である建設業従事者解雇信託 (Building Employees Redundancy Trust: BERT) からのシード資金を得て設立された。産業界の自殺予防プログラムを確立するという決定は、ブリスベンにある WHO 協力センター、オーストラリア自殺調査・防止研究所 (Australian Institute for Suicide Research and Prevention) からの報告で、クイーンズランド州の建設業労働者の自殺率が著しく高いことが示されたのを受けてのものであった (Heller, Hawgood & De Leo, 2007)。

MATES は建設労働者の自殺を減少させる目的で、産業界を基盤とする独立した慈善事業として設立された。複数の手段を用いたプログラムである MATES は以下の 4 つの原則に基づいている (Gullestrup, Lequertier & Martin, 2011)。

- 労働者の啓発
- 職場におけるレジリエンスの構築
- 労働者を支援に結び付けること
- 研究者との連携における優良事例について産業界に情報を提供すること

MATES プログラムは、継続的改善の地域開発モデルに基づいている。MATES は臨床サービスを提供するものではないが、労働者を適時に適切な資源に結び付けようとするものである。能力構築に関連する MATES のオンサイトプログラムは、次の基本的構成要素から構成されている。

- 一般的意識向上啓発研修 (General Awareness Training) : 労働者に自殺予防に取り組んでもらうための 1 時間のプログラムで、全ての現場作業員に提供される。労働者には白のヘルメット用ステッカーが提供される。



- ・ 橋渡し役：4 時間のプログラムで、労働者が同僚を支援に結びつけられるようにする研修。このプログラムは現場のボランティアに提供される。橋渡し役は緑色のヘルメット用ステッカーで識別される。
- ・ ASIST ワーカー：16 時間のプログラムで、現場労働者が自殺リスクのある同僚に介入できるようにするための研修。主要な労働者は、青色のヘルメット用ステッカーで識別される ASIST ワーカーとして訓練される。
- ・ 現場認定：最低限の研修要件を満たす労働現場が現場認定を受ける。

さらに、基本的構成要素には以下も含まれている。1) 活動場所に関する情報資料の普及促進（世界自殺予防デーなど）、2) ボランティアネットワークを支援する現場担当者、3) 現場の管理者にメンタルヘルスと自殺リスクに関する情報を提供する現場のボランティア、4) ケースマネジメント、5) 年中無休のサポートライン、6) オーストラリアの全ての主要な建設労働組合と雇用主団体によって承認された精神的健康改善のための枠組みである、オーストラリア建築建設産業における精神的健康改善・自殺予防計画（Australian Building and Construction Industry Blueprint for Better Mental Health and Suicide Prevention）などの国家政策提言。

MATES はオーストラリア全土の 220,000 人を超える労働者にサービスを提供しており、全国の 1,000 を超える労働現場で 18,000 人以上の橋渡し役と 2,500 人以上の ASIST 労働者を雇用している。このプログラムは資金の約 30% を政府から、70% を産業界から受けている。建設業の雇用主と労働者の双方がこのプログラムを無料で利用できる。このプログラムは建設業において高い社会的妥当性を示しており、支援を提供または要請する技術を改善し、スティグマを減らしている。医療経済評価では、主に政府に対して、投資された豪ドル当たり 4.60 豪ドルの投資収益があることが示された（Doran et al., 2016）。



© WHO/Vlad Sokhin

実施のためのヒント

表6. 能力構築を実施するためのヒント

問題点	ヒント
資金調達	- WHO mhGAP (WHO, 2019b) など、エビデンスに基づいた既存の無料の研修パッケージを使用する。 - 能力構築は既存の人材のスキルアップとなるため、資源が限られている地域では能力構築が有益であることを意思決定者に強調する。 - 他の既存の研修プログラム（ジェンダーに基づく暴力の症例管理、保健医療従事者の事前研修および現場研修など）に自殺予防研修を組み込む。
限られた人的資源、地理的範囲が広い	- 研修を実施できる人材を増やすために、指導者養成モデルを採用する。 - 自殺多発地域で勤務している人、農村部やアクセスしにくい地域で能力構築を提供できる人など、戦略的に研修指導者候補を選択するのもよい。
保健医療従事者に、自殺関連行動を発見し、管理する心構えまたは技能がないと考えられる。さらに、提供されるケアの質が不十分で一貫していないと考えられる	- 自殺関連行動のほか、精神疾患、神経障害および物質使用障害の評価、管理および経過観察に関して専門および非専門の保健医療従事者を訓練し、技能要件を確実に満たすようにする。 - 研修内容を地域の社会的背景に合わせて改変する作業に保健医療従事者を関与させることで、研修のモチベーションと効果を高めることができる。 - 自殺関連行動の管理を妨げている、それぞれの社会的背景に特有の要因を理解し、職員がそのような課題に対処できるように研修内容を修正する。
スティグマや、自殺の法的扱いによって、受講者が参加に消極的になる可能性がある	啓発を含めた能力構築を行うべきである（「啓発・支援活動」を参照）。研修プログラムを計画する際には、自殺予防に関する地域の議論を奨励し、議論に参加させることが重要である。
ゲートキーパー研修の内容が、ゲートキーパーの専門知識レベルや、行動変容への意欲の程度と必ずしも一致しない	- 研修が受講者に適したものであるか確認し、自殺と自殺予防に関する知識を強化するために入門レベルの研修を充実させる。 - 研修が社会文化的背景に適していることを確認する。 - 行動を変える、あるいは自殺に関する考え方を変えるための双方向的な活動を研修に含める。 - 受講者が様々な状況に自信を持って対応できるよう、ロールプレイなどの経験的な演習を研修に含める。 - 研修後は、受講生がスーパービジョンにより十分に支援されていると感じられるようにする。



© WHO/Yoshi Shimizu



資金調達

WHAT?(内容)

資金調達により、資源の配分を通じて LIVE LIFE の重点項目と介入を行動に移すことができる。資金は、政府助成金のほか、民間の個人、財団、地域団体または企業による寄付金など、公的および民間の様々な資金源から調達することができる。

WHY?(目的)

残念ながら、自殺予防に特化した財源は少ない。経済状況の悪さ、自殺を深刻な公衆衛生問題として優先する意識の欠如、自殺は予防可能であるという認識の欠如などの要因によって、他の分野への資金提供の方が社会にとって重要であるという考えが生じている（「[啓発・支援活動](#)」を参照）。このような状況に落胆するのではなく、現実の資金調達状況に合わせて自殺予防活動を調整することによって、解決志向のアプローチをとるべきである。複数部門から資金提供を受ける資格を得て資金確保の可能性を高めるために、（精神保健やその他の部門との）統合的アプローチをとることでもできるだろう。また、国内で危険性の高い農薬を禁止するなど、最大限の範囲で実施できる費用対効果の高い介入に取り組みを集中させることもできるだろう（Lee et al., 2021）。さらに、資金調達は、サービスの開発だけでなく、政策、戦略および計画の策定および実施に重点を置いて構想すべき

である。なぜなら、LIVE LIFE には、国の政策および規制（自殺手段の制限など）並びにサービス開発（早期発見、評価、管理および経過観察など）に役立つ基盤となる重点項目および介入が柱として含まれるからである。

WHERE?(場所)

自殺予防の実施に向けた資金には以下の調達先がある。

- ・ 地理的レベル：国レベルの資金調達（例：全国規模のキャンペーンのため）、または地域レベルの資金調達（例：特定の行政区で精神保健サービスを提供するため）。
- ・ ステークホルダーレベル：特定のリスク集団または特定の部門もしくは提供機関（学校、農業、コミュニティのゲートキーパーなど）を対象とした資金調達。
- ・ システムレベル：部門全体の知識、能力およびインフラを構築する広範な活動（研究、技術および能力構築など）を対象とした資金調達。

資金提供者によっては、例えば、学校における自殺予防に関する州レベルの研究に資金提供するなど、上記の各レベルを組み合わせたアプローチをとる場合もある。結局のところ、LIVE LIFE を実施する者は様々な資金源があることを理解し、実施する者と資金提供者相互の価値観を一致させるために資金提供者に対して支援活動を行うべきである。



WHEN?(時期)

自殺予防の重点項目や介入の実施段階に入るかなり前に、資金のニーズと予算を明確に決めておくべきである。理想的には、まず大まかな戦略計画を策定し（活動の目標と優先事項を明確にするため）、その後、詳細な業務計画（実施すべき介入、費用、資金確保のプロセスを特定するため）、資金調達または資金配分を行ってから実施するようにする。明確に定めた計画がないと、その活動が戦略的なものではないという認識につながる可能性があり、結果として、政府、他の資金源であっても、資金獲得の成功率が低くなる。

資金調達は継続的な活動になると考えられる一方、資金提供者の側では助成サイクル、つまり助成金受領者を選択し、資金を支払う期間を決めている場合が多い。収入の一部を社会活動に寄付する企業団体にとって、会計年度の終わりは通常、資金を振り向けるプログラムを検討する時期になる。財団については、助成サイクルがそれぞれ異なる場合があるため、財団のウェブサイトを確認すべきである。同様に、各政府には独自の予算サイクルがある。資金調達は、1回限りの、あるいは固定的な取り組みであってはならない。最初の資金がいったん確保されれば、実施者はこの勢いを利用して、より広範な資金提供者から追加資金を動員することができる。資金を得るためのアプローチは1つだけではなく、どの資金提供者にも独自のプロセス、体制、ガイドラインがあり、それらを個別に調査し把握しなければならない。

WHO?(担当)

LIVE LIFE の重点項目や介入のための資金は、様々な公的および民間の団体から得られる可能性がある。一般に、州政府や地方自治体と同様、各国政府の予算の一部は、精神保健プログラムに割り当てられており、その構成要素には自殺予防も含まれていると考えられる。財団は、多くの場合、革新的な事業への資金提供や柔軟かつ長期的な資本提供に意欲的である。自殺予防に力を注ぐ家族財団や個人の慈善家の多くは、個人的な経験を活動の動機としている。最初に得た民間資金は、革新的な介入の効果を実証するために使用し、それから、政府がそのプログラムを採用して効果を拡大できるように修正するとよいだろう。

HOW?(方法)

1. 予算を決め、資金調達の必要性を明確にする

- 各国の運営委員会または同等の組織が責任機関となる（[Box 1](#)、「[序文](#)」を参照）。

- 実施すべき介入、プログラムのスケジュールとマイルストーン、取り組みを実行するために必要な人的資源と資金に関する詳細がよくわかるようにした運営計画または実施計画を策定する（[付録3](#)を参照）。
- 利用可能な財源がニーズを満たすかどうかを確認し、満たさない場合は、どの程度の資金をどれくらいの期間にわたって調達する必要があるかを確認する。
- 予算を決める際は、人件費（給与）およびプログラムにかかる費用（旅行、設備など）を、それぞれ明確かつ現実的な金額ではっきりと示す。また、必要に応じて、プログラムの直接的な費用だけでなく、間接費用や諸経費（光熱費、賃貸料など）の概要を示すことも検討する。

2. 資金提供者の状況を調査する

- 自殺予防の活動を支援している政府機関や、国内外の資金提供者を調査する。関連活動を支援している資金提供者（精神保健医療、若者、農業関連プログラムなど）をマッピングする。このような資金提供者の多くは、自殺予防活動に対する資金提供者であることを明確に表明していないかもしれないが、そのようなプログラムへの資金提供に関心を持つ可能性がある。
- 自殺予防または関連活動に対する資金提供者の状況把握を支援してくれる慈善活動アドバイザーや仲介支援組織に相談する。
- 自国の政府の助成金の仕組みを調べる。自殺予防のための政府予算の権限は、国や地方自治体にあるのか、もしくはどの部門にあるのか。
- 非営利団体や、取り組みを実施している他の機関に話を聞き、どのように資金調達を成功させているかを知る。
- 調査に基づいて、資金提供候補者のデータベースを作る。

3. 政府の助成金または適切な資金提供者を特定する

- 介入の性質を考慮して、最も適した政府部門と予算保有者を特定、または最適な資金提供者のタイプを決定する。
- 自分のビジョン、目的および優先事項に最も一致する資金提供者を特定する。例えば、若者の自殺予防のために資金を求めている場合は、若者のウェルビーイングを優先課題とし、同様のプログラムに資金提供歴のある資金提供者を探すか、教育関係の省庁や政府部門の予算保有者を特定する。
- ウェブサイトや会話を通じて、資金提供者の認識が一致しているかを確認する。潜在的な利益相反を必ず確認する。
- 資金提供者が提供可能な助成金のおおよその額を把握



する。この額は、その資金提供者の前回の提供額を調査するか、資金提供者と最初の話し合いをもつことによって見積ることができる。

- 既に強固な関係を築いている、あるいは職業上のつながりがあると考えられる資金提供者を特定し、優先順位を付ける。
- 複数の様々なタイプの資金提供者に働きかけるために、多様な取り組みを用意する。

4. 企画書を作成する

- 資金提供者の要件に基づき、資金提供者が用意した既定のテンプレートを使う必要がある場合もあれば、企画書の独自の様式を自由に作成できる場合もある。
- 企画書には記載すべき内容は以下の通り。1) あなたとあなたの組織または政府部門に関する情報、2) 「Why (目的)」(あなたが取り組もうとしている問題の背景と、それがなぜ重要なのか)、3) 「What (内容)」(提案する目的、介入および活動)、4) 「How (方法)」(プログラムの予算、スケジュールおよび主要なマイルストーン)、5) 「Who? (担当)」(活動を主導し実施するチームおよびパートナー)、6) 具体的で測定可能な短期、中期および長期のアウトカム指標を用いた介入の期待される成果、および、7) 資金調達への要請(どのような活動に対して、どのくらいの期間、どの程度の資金が必要か)。
- 企画書の言葉遣いと位置付けを、可能な限り資金提供者の優先順位に合わせて調整する。
- 既に資金をいくらか確保している場合は、その情報を隠さずに資金提供者に告知する。資金提供者は、多くの場合、他にも資金提供者が現れるようなプログラムや介入に投資することに価値を見出す。
- 企画書は一般窓口のメールアドレスではなく、意思決定を担当する代表者に送る。

5. 資金提供者を訪問する

- 取り組み実施について効果的かつ詳細に説明できるチームメンバーが、資金提供者とのミーティングに必ず出席するようにする。
- 主要なメッセージを用意し、映像やデータを添えて、簡潔で具体的かつ意欲を引き出せるようなプレゼンテーションを構成する。政策立案者は時間がなく、競合する優先課題をいくつも抱えていることが多いため、十分にリハーサルを行い、聞き手に訴える簡潔な表現を用いることが重要である。
- プログラムや介入の詳細だけでなく、これが資金提供者にとってその使命に合致した活動を支援する重要な機会であると考えられる理由にも焦点を当てる。また、自殺予防の成功歴をアピールする。

Box 24. チェックリスト: 国および地方の予算から資金提供を求める

- 意思決定を担当する主要な政策立案者を特定する。
- 政策決定を担当する官僚またはシステムを特定する。
- 適切な場所と時間での面会予約を取る。
- 常的に絞った的確なやりとりとなるようにし、自殺予防を正面から扱った(自殺の問題のみを論じない)明快で簡潔かつ文脈に即したメッセージを伝える。投資の規模が著しく大きいと思われる他の問題(交通事故など)と比較して自殺がもたらす負荷を強調することで、自殺予防への投資を増やす必要性をアピールできる可能性がある。
- 政策立案者は大抵時間がなく、競合する優先課題をいくつも抱えている。彼または彼女らの注意を引くためには、何ページにもわたるデータを示して長々と提案するのではなく、理解しやすく簡潔な(最大2ページ)メモを提供し、具体的な結果に重点を置いた明快なメッセージを送る。
- 自殺予防に関する自身の経験と専門知識を提示する。
- 粘り強く定期的に連絡を取る。
- 必要な費用を明示するとともに、どれだけ命が救われるか、またどれだけコストを削減できるか強調する。
- 科学的データと、自殺関連の経験者のストーリーの両方を含めたメッセージを送るべきである。
- メッセージでは、自殺予防には部門横断的取り組みが適切であることを力説し、いかに身体的・精神的健康、教育、経済およびその他の分野と関連しているかを強調する。



- ・プレゼンテーションは常に双方向的に進め、資金提供者の考えを聞き、プレゼンテーションの過程を通じて関係を築くようにする。

6. 資金提供者の決定結果にかかわらず、関係を維持する

- ・資金確保に成功したとしても、大仕事が終わったと思っ
てはならない。実際、それはまだ始まったばかりである。
資金提供者から将来的により多くの資金を受けられる見
込みを最大限に高め、他の潜在的な資金提供者の間で
信頼性を高めるために、定期的で透明性のある思慮深
いコミュニケーションを通じて、資金提供者の信頼と信
用を少しずつ積み上げていく。それは、実施状況を評価
し資金提供がもたらした効果を示すための、頻繁なミー
ティング、電話、報告、または進捗状況の共有によって
実現できるだろう。
- ・資金を確保できなかった場合も、将来の申請のために
何を改善すべきかについて資金提供者と話し合う。活
動について定期的に最新情報を提供しながら資金提供
者と連絡を取り合う。新しいチャンスを探し続けること。
今回資金を得ることができなかったからといって、その
資金提供者が今後も資金を提供しないということではな
い。

Box 25. 慈善家、ガーナ

ガーナでは自殺に対するスティグマがあり、今なお犯罪とされている。そのため、ガーナの自殺・暴力研究センター（Centre for Suicide and Violence Research: CSVR）は、自殺予防に関する教育を提供する活動を支援するための公的資金を得るのに悪戦苦闘していた。CSVの主要スタッフの1人は、自殺予防のための啓発と支援活動を強化するために、メディアで積極的な発信を維持していたが、ある慈善団体が彼の取り組みをフォローしていることに気付いた。粘り強く、固い決意を持って、CSVは支援を得ようとその団体に何度も予算書を提出した。いつも成功したわけではなかったが、この粘り強さが功を奏し、その慈善団体はCSVが取り組んでいる能力構築活動の重要性を認めてくれた。重要なことは、CSVが、関係を維持するためにその慈善団体に対し、受け取った資金がガーナでの自殺予防の能力育成に貢献したという効果についてフィードバックを続けていることである。

Box 26. 全国自殺予防研究、オーストラリア

全国自殺予防試験（National Suicide Prevention Trial: NSPT）はオーストラリア政府、保健省の計画・構想である。2016～2017年から2020～2021年までの5年間に、NSPTのために特定されたオーストラリア全土の12の試験実施施設に計6,000万豪ドルが提供された。この資金は、パートナー組織として関連するプライマリヘルスネットワーク（primary health networks: PHN）を通じ、1施設あたり計500万豪ドルで提供されたものであった。

PHNは、医療サービスの効率性と効果を高め、特に健康上の転帰が不良となるリスクのある患者に対して、適切なケアを適切な場所で適切な時期に受けられるようにケアの調整を改善することを目的として、2015年7月に設立された。PHNは、地域の計画・委託機関として、地域のニーズに確実に対応できるように試験活動を主導するべく選定された。

目標

オーストラリア政府は、オーストラリアの各地方における自殺予防活動に関するエビデンスを収集し、地域レベルでの自殺予防、またリスク集団における自殺予防に最も効果的な戦略の理解を深めることを目的として、NSPTに資金を提供した。具体的に言うと、その目的は、オーストラリアにおいて自殺予防のシステムズアプローチを最もうまく実施する方法についてエビデンスを提供し、リスク集団での自殺予防に関する新たな研修のあり方をみつけることであった。

NSPTは、試験実施施設の融通が利くように設計された。各試験実施施設に最低限求められたことは、その地域で1つ以上の重点対象集団を選択し、エビデンスに基づくシステムズアプローチを試行し、評価に参加することであった。

重点対象集団

12施設中7施設が対象集団として重点を置いたのは、アボリジニおよびトレス海峡諸島民であった。6施設が男性に、2施設が若者に、2施設がレズビアン、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）の人々に、1施設が元オーストラリア国防軍



の軍人と高齢者に、重点を置いた。一部の施設は、抽出した重点対象集団の中の特定の低位集団（漁師、農民、鉱山労働者、LGBTI の若者、アボリジニおよびトレス海峡諸島民の若者など）に重点を置いた。

システムベースのアプローチ

自殺予防のためのシステムズアプローチでは、自殺と自殺関連行動を減らすために、システムを構成する様々な要素を対象に一連の介入を実施することができる。

試験実施施設は様々なエビデンスと枠組みを利用して、自殺予防のためのアプローチを決定した。12 施設のうち 8 施設が LifeSpan モデルの実施を選択し、2 施設が「欧州うつ病アライアンス（European Alliance Against Depression: EAAD）」モデルを選択した。必要に応じて、試験実施施設の地域のニーズに合わせた調整を行った。

アボリジニおよびトレス海峡諸島民のみに重点を置いた 2 施設は、アボリジニおよびトレス海峡諸島民の自殺予防評価計画（Aboriginal and Torres Strait Islander Suicide Prevention Evaluation Project: ATSIPEP）に示された指針に基づくアプローチを採用した。ATSIPEP は、社会情緒的ウェルビーイングアプローチに基づく、自殺予防のための一連の方針や成功要因をまとめている。

活動事例

試験実施施設では、様々な個別サービスやコミュニティベースの活動が実施された。以下はその例である。

- ・ 自殺未遂後または自殺危機にある人のためのアフターケアサービス
- ・ メディアやソーシャルメディアでのキャンペーンおよび地域イベントなどを通じた、自殺および精神保健に関する啓発
- ・ アボリジニおよびトレス海峡諸島民のための文化強化活動
- ・ コミュニティメンバーの能力構築を目的とした研修や、一般開業医およびその他のサービス提供者を対象とした自殺予防および文化的に安全な支援に関する研修資源
- ・ アボリジニおよびトレス海峡諸島民の若者並びに LGBTI の若者に特化したプログラムなど、若者のための学校をベースとした活動
- ・ 地域のコミュニティ活動のための小規模な助成金プログラム
- ・ 対象を絞ったワークショップ、キャンプ、イベントなどのエンゲージメント活動
- ・ 自傷行為および自殺の予防並びに事後対応の方針作成
- ・ ピアワークとメンタリングプログラム
- ・ 個別化された研究の支援（アボリジニおよびトレス海峡諸島民に関する成果測定、LGBTIQ の人々のためのピアサポート、退役軍人の外傷性脳損傷に関する研究など）

次のステップ

NSPT への資金提供は 2021 年 6 月 30 日に終了する。NSPT の評価は現在完了しており、オーストラリア政府により検討中である。

オーストラリア政府はまた、NSPT 評価の結果を、全国で実施された他の自殺予防試験（LifeSpan 試験とビクトリア州の地域ベースの自殺予防試験）の評価結果とともに分析する事業にも資金を提供している。

これらの事業で得られた知見を総合して、オーストラリアにおける自殺予防のためのシステムベースのアプローチに関するエビデンスの基盤が構築されるだろう。



実施のためのヒント

表7. 資金調達実施のためのヒント

問題点	ヒント
資源の制約	政府で既に整備されている体制と連動できるアプローチを探す。これは、活動を実施するための新たな機関や部門を設立するための資金が得られない場合に、特に重要となると考えられる。
資金提供者に、自殺は予防可能であり、自殺予防が優先事項であるという認識が欠如している	- 啓発と支援活動に参加してもらい、問題の重大さと、自殺が適切な投資によって予防可能であることを示すデータを紹介する。 - メッセージを説得力のあるものにするために、専門家、自殺関連の経験者、支援者にも加わってもらい、十分な資金を受けた自殺予防介入の効果を実証する事例を紹介する。 - より多くの資金提供者から比較的小規模な資金を調達し、プール金または共同出資モデルに移行する。 - 関連するプログラム（精神保健、教育など）からの資金の活用を検討する。





調査

WHAT?(内容)

自殺と自傷行為の確立された調査システムから得られた最新データは、LIVE LIFE の重点項目と介入に役立つ情報を得るのに不可欠である。自殺および自傷行為の発生数に関するデータは、少なくとも性別、年齢および手段別に分類すべきである (WHO, 2011; WHO, 2016a)。

これらのデータは、以下のような様々な情報源から収集することができる。

- **住民登録・人口動態統計 (Civil registration and vital statistics: CRVS) システム**³⁸: 多くの国に、死亡（および出生）の発生と特性を正式に記録する CRVS システムがある。これにより、継続的かつ比較可能なデータが得られるが、死亡の状況に関する詳細はあまり記録されていない。
- **医療記録および警察記録**: 病院や遺体安置所の記録、警察、検死官および司法記録から得られたデータが収集できる。社会的背景によっては、（医療記録を調べるなど）手作業で行う必要がある。時間と費用のかかる方法ではあるが、正確なデータを得ることができる。日常的に収集されたデータが活用できる場合、このシステムは比較的费用がかからず、継続的かつ詳細な情報が得られる。しかし、病院のデータは病院で発生した自

傷行為および死亡のみを対象に収集されており、また、自殺の手段（使用された毒物の種類など）を十分に特定できない可能性がある。自傷行為に関するデータは、外来、プライマリヘルスケア、地域サービスからも得られる可能性がある。

- **口頭剖検**³⁹: 保健医療従事者が死亡を取り巻く状況について家族や友人に質問する地域ベースの報告システムを通じて、このようなデータを収集することができる。これは、重要な登録システムや正式な医療へのアクセスが限られている場合に特に有用である。また、他のデータソースから収集された情報を検証したり、より詳細な情報を提供するためにも使用できる。地域調査は、地域住民が自殺関連行動を報告するためのシステムを備えており、明確な地理的情報の収集や特定の介入の評価のために検討することもできる。ただし、十分な標準化が必要であり、バイアスリスクの可能性もある。
- **人口ベースの調査**: 全国的な代表調査は、自殺関連行動に特化して実施したり、より大規模な国内または国際的な調査に組み込むこともできる⁴⁰。調査（特定の管轄区域またはコミュニティを対象とするものを含む）では（受診しなかった場合など）病院以外で発生した自殺未遂や自傷行為もとらえることができる、非回答バイアスや、スティグマを恐れて報告をためらうなどの限界があり、また、継続的なデータを得ることはできない。

38 以下を参照: Civil registration and vital statistics. Geneva: World Health Organization ([https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-\(crvs\)](https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-(crvs)), accessed 28 January 2021).

39 Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool>, accessed 13 December 2024).

40 STEPwise approach to surveillance (STEPS) mental health/suicide module. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/europe/tools-and-toolkits/who-stepwise-approach-to-surveillance>, accessed 13 December 2024).

包括的調査では、様々な情報源から収集されたデータを統合できるが、資源が限られている場合は、ルーチンにデータが収集されている既存の領域（CRVS、病院ベースの記録など）に焦点を絞ることから始めるのが通常、最も現実的である。実際、インドの農村部における自殺と自殺未遂を記録するための包括的調査システムが開発され、そこでは地域の

調査システム、病院および警察の記録から得られたデータが活用されている（Vijayakumar et al., 2020）。

調査の実施方法は、その国の自殺予防が現在どの段階にあるかによって変わる。

表8. 国の社会的背景に基づいた調査の実施

問題点	ヒント
現在、調査が実施されていない、またはほとんど実施されていない国	まず、代表的な場所や試験的地域（1つの地域や行政区など）でのデータ収集を展開し、コア情報（自殺死亡率データ、年齢、性別、自殺手段など）を優先し、基本的な分析（自殺率など）を行うことから始め、その後、全国規模に拡大して CRVS システムの構築に取り組むようにするのがよいだろう。
調査が既に実施されている国	国レベルで自殺（CRVS による）または自傷行為を観測できるようシステムの規模を拡大したり（全国的な病院ベースの自傷行為レジストリ ^{41,42} など）、より詳細な情報およびより広範な分析（リスク要因の変化、自傷行為の反復に関する情報）を含めたりすることができる。優先順序としては、まず自殺死亡率の観測を行い、次に自傷行為の調査を組み込むことである。中毒センターが設置されている国では、個々のセンターに、意図的な中毒事例に関するデータを中央の収集地点に提供するように奨励すると、1) 特定の自殺手段を知る、2) 傾向を把握し、アクセス制限がしやすい新たな自殺手段を特定できる、という点で有益だろう。状況分析の結果を用いて、現在の調査の質と改善すべき領域を評価することができる（「 状況分析 」を参照）。
包括的調査システムと CRVS が確立されている国	改善を図るために、調査システムのデータの質、対象範囲、適時性、費用など、主要な特性を観測することが重要である。調査のための強固なインフラが整備されている場合は、リアルタイム観測を導入すると、自殺や自傷行為の事例が記録された直後にそのデータを利用して分析を行うことができる。

41 National Self-harm Registry Ireland. Dublin: National Suicide Research Foundation (<https://www.nsrfl.ie/strategic-research-clusters/surveillance-of-self-harm-suicide-and-mental-health-problems-2/self-harm-registry/>, accessed 13 December 2024).

42 Multi-Centre Study of Self-harm in England. Oxford: University of Oxford (<https://www.psych.ox.ac.uk/research/csr/ahoj>, accessed 28 January 2021).



WHY?(目的)

調査システムは、例えば、自殺関連行動の傾向、リスクのある下位集団、事例のクラスター、迅速な対応を必要とする新たな自殺手段や自殺の連鎖方法の出現に焦点を当てることで、LIVE LIFE の実施に役立つ情報を提供することができる (Thomas, Chang & Gunnell, 2011)。また、自殺と自傷行為に関するデータがあれば、自殺関連行動を管理するためのサービスの提供、資源の分配、ガイドラインにその情報を役立てることができる。例えば、特定の場所の医療チームを対象に特定の自殺手段（農薬など）による症状を管理できるよう研修を行う、自殺が多い地域で専門の看護師を採用する、などの方法がある。データは、進捗状況の観測（自殺率低下の指標など）に用いられ、実施中の予防戦略や介入の評価と研究（例：英国オックスフォードの病院を受診した自傷症例の長期コホート研究）に寄与する⁴³。

Box 27. 調査、スリランカ

南アジア臨床毒性共同研究 (South Asian Clinical Toxicology Research Collaboration: SACTRC) では、農薬中毒に焦点を当て、2002 年に意図的な服毒患者の長期前向きコホートが設定された。研究担当者は、服毒患者の試験実施病院への入院時に全員を診察し、使用された毒物を特定し、治療を試験し、転帰を記録するよう努めた。農薬は通常、聴取により同定されたが、聴取のみでは実態が不明な場合は研究室での質量分析を用いて、聴取のみに基づく同定の正確性 (> 80%) をチェックした。このコホートは現在 80,000 人を超え、そのうち 35,000 人が農薬を摂取しており、多数の農薬についてヒトにおける相対的毒性に関する新たなデータが提供されている (Buckley et al., 2021)。このコホート研究の結果、特に毒性の高い 3 種類の農薬が特定され (Dawson et al., 2010)、農薬登録局と農薬技術諮問委員会にデータが提出された。これらの農薬は 2008 ~ 2011 年に農業での使用が禁止され、スリランカにおける自殺発生総数と農薬による自殺件数の継続的な減少に寄与している (Knipe et al., 2017)。

WHERE?(場所)

理想的には、各国は国民の自殺関連行動を十分に把握するために、全国的なデータ収集を目指すべきである。ただし、国全体を対象とする質の低いデータよりも、複数の代表的な地域から質の高いデータを得ることを優先すべきである。調査は、全人口集団を代表する比較的小規模なデータセット（いくつかの主要な病院など）から始め、その後、得られた知見を用いて規模を拡大することができる。これは、国土が広い場合や、連邦レベルまたは地域レベルでデータが調整されている場合には特に有用な方法である。データ収集は、自傷行為に特化したレジストリで行う場合もあれば、死亡または負傷に関するより広範な全国データシステムの一部として行う場合もある。全国的にデータを収集する場合、どのようなデータを収集し、どのように報告するかについて地方・地域間で整合性を図ることが重要である。

WHEN?(時期)

持続的調査は優先事項として含めるべきであり、LIVE LIFE の実施前または開始時に立ち上げ、実施した介入の効果を各国で評価できるようにすべきである。自殺関連行動に関する最新の（または可能であればリアルタイムの）情報を適時に提供し、パターンの変化や自傷行為を繰り返すリスクがある人を検出できるようにするために、長期にわたって継続的にデータを収集する必要がある。ただし、資源が非常に限られている場合は、自殺関連行動に関する個々の調査を特定の地域または集団で一定期間のみ行うことから始め、その後、継続的にデータを収集するために規模を拡大するとよい。

WHO?(担当)

調査システムが全国規模であるか地域を対象としたものであるかを問わず、保健省の代表者が関与すべきであり、また、国家統計局や住民登録・人口動態統計の担当部局など、他の関連する部局の者にも関わってもらうことで、長期にわたって持続可能なものとするためのガイダンスや資源の提供に協力が得られる可能性がある。ステークホルダーには、対象となるデータを収集・処理するのに最適な組織または個人（医療従事者、遺体安置所の職員、警察官、地域の保健医療従事者など）と、システムを計画・実施する技術を持つ者（保健情報システムの専門家や、疫学者、統計家、データシステム管理者、データ収集者など公衆衛生分野の学者）を含めるべきである。また、対象集団の関連コホートのデータを既に扱っている可能性のある学者と連携することも有益だろう。

43 The Oxford Monitoring System for Self-Harm. Oxford: University of Oxford (<https://www.psych.ox.ac.uk/research/csr/research-projects-1/the-oxford-monitoring-system-for-self-harm>, accessed 28 January 2021).



Box 28. 自傷行為の調査、ロシア連邦

ロシア連邦は、国内当局が自殺を公衆衛生上の重要な問題として認識している欧州地域諸国の 1 つである。この課題に取り組み、精神保健システムにおける自殺のモニタリングおよび予防策を強化するために、ロシアの主要な保健専門家が、WHO 欧州地域事務局およびロシア連邦の WHO 国別事務局との協働を開始した。その成果は欧州地域東部の他の国々にも利益をもたらすと考えられる。WHO の自傷行為に対する調査アプローチは、既にアイルランドをはじめとする英語圏の多くの国で実施されており、影響を受けやすい集団の特定と必要な保健サービスへのアクセスを強化する上で有効であることが示されている。ロシア連邦のこの試験的プロジェクトでは、積極的な実践を国レベルで分析し、同時にツールと方法論を地域に合うよう微調整して適合させることを目指している。

WHO の一加盟国として、国別協力戦略（Country Collaboration Strategy: CCS）の下でのロシア連邦の協力は、自殺予防のための包括的な環境の構築、ライフコースアプローチを通じた健康の促進、および健康に関する世界および地域の連携能力強化という目的に沿ったものである。2018 年、ロシアの 3 地域（ウラル連邦管区、北カフカース連邦管区および極東連邦管区）の専門家が、ロシア連邦の主要な精神保健機関として指定されたセルブスキー・センター（Serbsky Center）と協議しながら、保健省の指導の下で、自分たちが経験した事例を共有し、また、病院で自傷行為と自殺未遂の観測システムおよび調査システムを改善するための WHO のツールとマニュアルを地域に合わせてどのように改変し、使用しているかについてパイロット施設を紹介する考えを示した⁴⁴。このツールは WHO が推奨する一連の手順に基づいており、研修を受けた保健医療従事者が病院や専門の医療機関で自傷症例を特定するために用いることができる。この取り組みの目的は、自傷行為や自殺未遂に関する質の高いデータを収集・分析するために使用できるオンライン観測プラットフォームを適用するための WHO ツールのロシア語版に基づいて、多施設観測システムを構築することである。現在、このオンラインソフトウェアは、北カフカース連邦管区のスタヴロポリ地方の保健医療従事者によって改変が加えられている。このような観測システムの構築は、あらゆる医療システムにおける自殺予防強化に向けた重要なステップとなり得る。

この協働のもう一つの成果として、WHO 欧州地域事務局とロシアの保健医療従事者は、調査・観測システムの推進役を育成する研修コースを創設した。これらの教材を用いることで、取り組みを全国規模および国際規模に拡大するために必要な保健医療従事者とデータ収集者の研修が容易になる。WHO が推奨するこのツール一式はロシアの地方レベルでの保健サービス基準と調和しており、さらに規模を拡大することもできる。この取り組みのねらいは、自殺関連行動のリスクがある人々が精神保健やその他のサービスによりアクセスしやすくなるよう、欧州地域における自殺・自傷行為防止のためのインフラに不可欠な要素となることである。全参加者のコミットメントとモチベーション、パートナー間の良好な協力関係、「持続可能な開発のためのアジェンダ」の重要な要素である自殺予防へのコミットメントに、この取り組みの成功の理由がある。

44 Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>, accessed 17 February 2021).



HOW?(方法)

1. ワーキンググループを招集する (Box 1、「序文」を参照)

- ワーキンググループ (上記の「WHO? (担当)」, 関連部門およびステークホルダーについては付録 1 を参照) を設置する。
- 継続的な支援を提供する運営委員会、計画、実施および評価に関するガイダンスを提供する専門諮問グループ、並びに調査を実施する調査管理チームの設置を検討する。
- 主要なステークホルダーに対し、自殺と自傷行為の調査を行う必要性と、システムを維持するための継続的な支援の必要性を伝える。

2. 調査システムを計画する

- システムの目標、目的および適用範囲を決める。例えば、どのような情報を収集する必要があるのか、その情報を自殺予防にどのように活用するのか、類似情報を収集する既存のシステムがないか、システムをどこに設置すべきか、といった点を検討する。
- 試験段階から開始して全国規模までスケールアップする、段階的な実施を検討する。
- 必要な費用と資源 (人員、システム機器、研修、メンテナンスなど) について現実的な予算を立て、システムを長期にわたって維持するための一次資金および二次資金の調達オプションを割り当てる。
- データ収集、管理および分析のプロセスを特定する。例えば、どのようなデータを誰が収集するのか、どこにどのようにデータを保存するのかなどを検討する。一貫性を維持するための標準業務手順書を作成する。
- 自殺死亡率については、CRVS システムを目標にする。自傷行為については、日常の診療記録に記載することを目指す。必要に応じて、倫理委員会から必要な倫理的承認を得るとともに、関連するデータソースからのデータ収集について (例えば病院の管理者からの) 許可を得る。機密保持のための保護措置を講じる (個人を特定できるデータは報告しない)。

3. 資源を準備する

- データのコード化を利用し、事象ごとに (自殺未遂は未遂者別にも) データを記録できるように、データ登録フォームまたは電子データ入力システムを開発する。リスク群を特定できるように、人口統計学的詳細情報の入力欄も作る。
- 長期的な一貫性を保証するために、データ収集の指針となるマニュアルを作成する。
- データ収集者を対象とした研修を実施して、自殺関連行動の定義を一貫させることの重要性を強調し、コード化とデータ入力 (特に、入手可能な情報が曖昧な場合) の練習を行う。
- データを取得することになるスタッフ (ヘルスケアマネージャーなど) と簡単な面談を行い、自殺関連行動のある人を管理するには詳細な評価と記録管理を行うよう促す。

4. システムの試行と実行

- 問題を検出して解決するために、1、2 ヶ所でデータの登録および収集を試験的に実施する。
- 運用箇所を増やしてシステムの使用を開始する。
- 最新の集計結果が得られるよう、データは定期的に (理想的には四半期ごとに) 分析する。

5. 調査結果を報告する

- 年次報告書か、それより簡潔なエビデンス概要書を定期的に作成、公表、配布する。認知度を高めるために、国または世界で定められた自殺予防デーなど戦略的な時期に年次報告書を公表するよう計画する。
- データ報告書を作成する際は、ステークホルダーの需要と調査システムの目的を考慮する。作成すべき報告書の種類、報告書の作成頻度、および報告書の配布先を検討する。ステークホルダーには、政策立案者、保健医療サービス、一般の人々、メディアなどが含まれる (ただし、メディアで報告する際は注意が必要である。「[責任ある自殺報道のためのメディアとの協働](#)」を参照)。
- 自殺および自傷行為の発生率や特定の傾向など重要な知見を伝え、その情報を予防に役立てるための提言を行う。



6. レビューおよび評価

- 定期的にミーティングを開くためにスケジュールを作成し、データ収集が業務手順書に従って確実に行われるよう監督する。自殺に関する感情的情報あるいは画像情報に曝されるデータ収集者が、情緒的支援を受けられるようにすることが重要である。
- 継続的な観測に加え、詳細な評価を定期的実施して、システムがどの程度目的を達成しているかを判断し、データの正確性と報告の質を評価し、報告の有用性を評価する（「観測および評価」を参照）。観測には、施設および収集者間でデータ収集の一貫性を比較するために品質管理の運用を含めてもよいだろう。
- レビュー結果に基づいて、必要であれば標準業務手順書に変更を加える。
- 質と効率を高めるために、調査システムにも独立したレビューを行うことを勧める。
- 国の調査システムを構築するために、施設または地域を追加して調査システムを拡大する。
- システムを確実に持続させるために、予算および資金源を定期的に見直す。

Box 29. 自傷行為および自殺の登録制度、イラン・イスラム共和国

イラン・イスラム共和国には、十分に整備された国家自傷行為・自殺登録制度があり、保健・医療・医科教育省（MOH）の管理の下で運営されている。システム要件に従い、全国の全ての医科大学が、各地域および管轄区域に関わる自傷行為および自殺のデータの定期的な収集・登録を担当している。このシステムは、自傷行為や自殺に関するデータを統一された方法で収集するために、2009年にMOHの精神保健・物質乱用部門（Department for Mental Health and Substance Abuse）によって、独立したデータ収集システムとして正式に設立された。このシステムは、「自殺未遂および自傷行為の調査システムの確立と維持に関する実践マニュアル（*Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*）」（WHO, 2016a）に基づき、2017年に改変された。

2009年には、各大学の経験豊かな精神保健専門家が全国研修会議に参加した。続いて、各医科大学の精神保健担当者1名に研修を受けてもらった後、各大学からデータを収集した。系統的で統一されたポータルデータ収集を行うために、ユーザーマニュアル付きのソフトウェアの形で事例報告用質問票を作成した。自殺予防のための介入を策定する際に最も重要となる疫学的相関因子をカバーした。質問票の項目には、対象者の人口統計学的特性（性別、年齢、配偶者の有無、就業状況、教育水準など）、精神・身体疾患の既往歴、自殺の手段とその転帰（先行研究から採用）を含めた。

自傷行為と自殺に関するデータの主な情報源は、都市部では総合病院や外来医療機関から、農村部ではさらに保健所や公衆衛生センターから得られた公式の医療記録である。農村部では、その地域で発生した自殺を把握している地元の保健医療従事者の報告に基づく場合もあり、そのような事例は他の形で公式に報告されることはない。これらの情報源から得られたデータは、州の規定の管轄区域にある医科大学の分科施設である地域保健センターで収集される。各大学はそれぞれの地域保健センターのデータにしかアクセスできず、全国データを手に入れるのは、データ入力を観測する責任を負うMOHの精神保健・物質乱用部門のみである。公式報告によると、保健センターや医療機関に紹介されない自殺事例もあるという。このような場合は、死因を確認するために遺体を地域の法医学機関本部に紹介し、そのデータをまとめて医科大学に公式に報告する。これらのデータは、季節ごとにMOHデータにも追加される。



Box 30. 調査、ホワイトマウンテンアパッチ族、米国

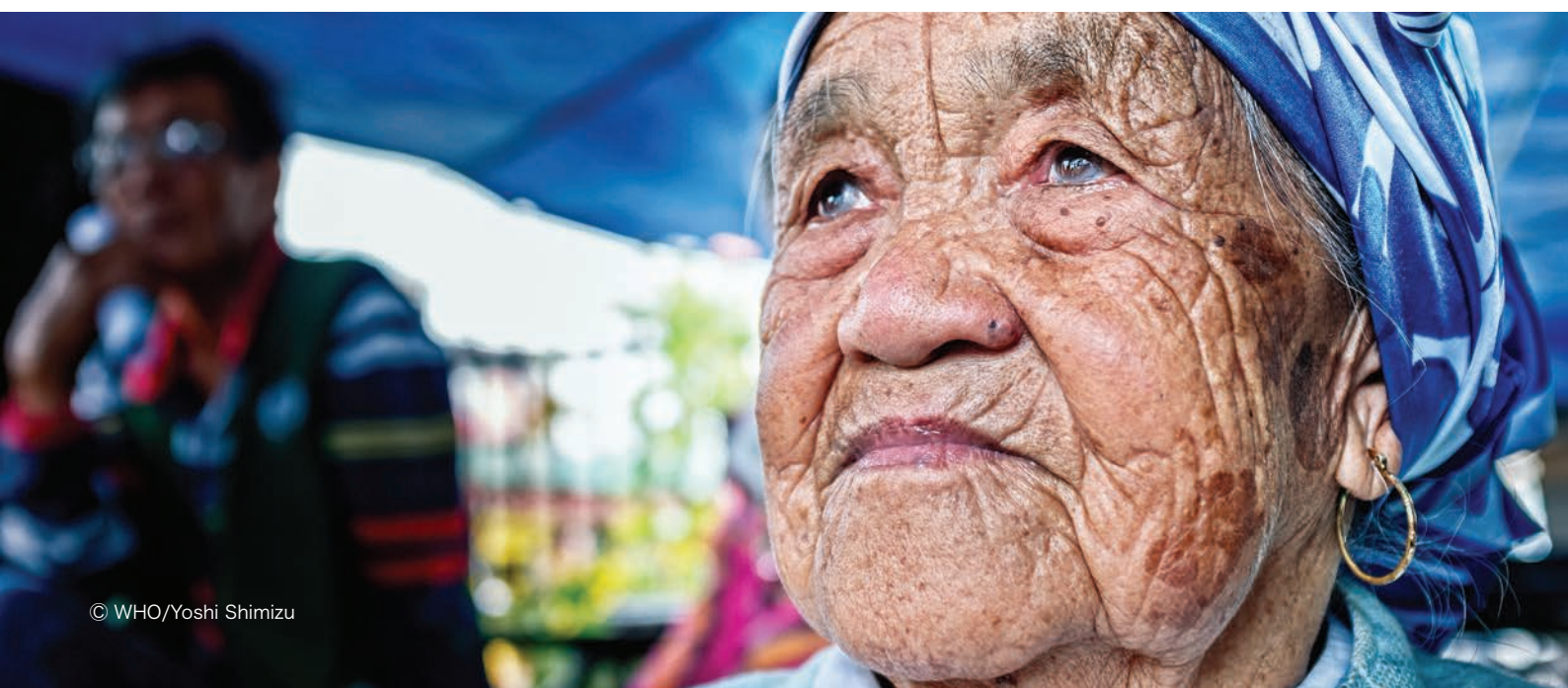
現在、アメリカ先住民のコミュニティは、特に 15 ～ 24 歳の若者で、米国のどの民族よりも自殺率が高いことに苦慮している。この公衆衛生上の懸念に対して、ホワイトマウンテンアパッチ族 (White Mountain Apache Tribe: WMAT) は、メンタルヘルスとレジリエンスを促進するための革新的なアプローチを開発した。Celebrating Life (いのちの祝福) モデルは、地域精神保健専門家からなる現地部族組織の尽力により、紹介、調査、予防活動、危機管理、症例管理を統合している (Cwik et al., 2014; Cwik et al., 2016)。

米国の国家自殺予防戦略の一環として調査が推奨されているが、多くの課題が報告の広範かつ適時な実施を妨げている。WMAT は、ジョンズ・ホプキンス、アメリカ先住民健康センター (Johns Hopkins Center for American Indian Health) から専門的支援を受けて、これらの限界に対処することを可能にし、他のコミュニティのモデルとなりうる包括的なシステムを確立・実施した最初のコミュニティである。

WMAT 政府は 2001 年に、フォートアパッチインディアン居留地内で発生した全ての自殺事例 (自殺念慮や自殺未遂を含む) を、部族自殺調査システムに報告することを義務付ける部族決議を採択した (自殺以外の自傷行為と過剰な物質使用のエピソードは、報告すべき事例として後に追加された)。

ジョンズ・ホプキンス、アメリカ先住民健康センターは WMAT と協力して、紹介状の改訂、対面による経過観察フォームの開発、コンピュータ化されたデータ収集システムの設計、および地域の精神保健専門家で構成される現地組織である Celebrating Life チームの雇用および研修を行った。Celebrating Life のスタッフが追跡、監視、維持している調査システムは、米国精神医学協会 (American Academy of Psychiatry)、先住民医療サービス、および薬物乱用・精神衛生管理庁 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA) から表彰を受けている。さらに、Celebrating Life のスタッフは、データの分析を支援し、コミュニティ内の動向について WMAT の族長に定期的に報告を行っている。

このコミュニティの調査システムは、過去 20 年間にわたって自殺予防活動の計画と評価の基盤であった。全米の自殺死亡率は依然として安定またはわずかに上昇しているが、ホワイトマウンテンアパッチ族の全自殺死亡率は、現地の自殺調査システムと包括的プログラムが有効であった時期に低下した。自殺未遂も 53% 減少し、自殺リスクがあり、治療を求める個人の割合は 39% から 71% にほぼ倍増した。





実施のためのヒント

表9. 調査実施のためのヒント

問題点	ヒント
過少報告	- 多くの国では自殺にスティグマが伴うため、自殺と自殺未遂の多くが報告されないか、見過ごされている。自殺の法的扱いに関する啓発と変更（非犯罪化）が、スティグマに対処するための鍵となる。調査システムは機密保持を維持し、信頼を育むものであることが重要である。 - また、過少報告は、医療へのアクセスが限られていたり健康保険の適用範囲が制限されていたりするために、自殺未遂に対する医療支援を求める人の数が少ないことにも起因している可能性がある。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの提供は、特にこの障壁と、自殺予防全般に取り組む上で不可欠である。
データが不完全かつ不正確である	- 資源の乏しい状況では、データに容易にアクセスできない場合がある。他の情報源（口頭剖検または地域の調査）を活用し、（警察や医療センターなど、地域で死亡を登録している人々と協力することなどにより）自殺死亡率を登録するための基本システムを実施することが重要である。 - 多くの国では医療データの調査が不十分である。保健医療情報システムの改善のための支援活動が啓発活動の重要な部分となる。 - 自殺関連行動の登録と分類は複雑であり、データ収集者を支援するためには十分な研修、実践、そして継続的な観測が必要である。誤報を避けるには、自殺を報告する人々（警察官や、救急隊員など）の初期対応者などに対する支援活動と啓発が重要である。これらの人々に、詳細な記録管理と自殺念慮の評価に関する研修を行うことが大切である。 - 複数の組織が自殺データの収集を担当する場合、実施方法の違いによって齟齬が生じる可能性がある。それぞれの組織の代表者が計画に加わるようにし、各地域でのデータ収集および記録の指針となる共通のガイドラインを策定することが重要である。 - 可能であれば、様々な管轄区域のデータを集計できるように、データ収集に関する国の指針を作成すべきである。
データと情報が不足しているために、意思決定者に優先してもらえず資源配分が受けられない。実施プロセス全体を通じてデータ収集が不十分で、効果的でない介入に資源が無駄に使われる可能性がある	- 自殺および自傷行為の調査システムを確立・強化する。調査は自殺予防の核となる重点項目である。 - 正確なデータ収集によって主要アウトカムの効果を観測することで、効果を高めるためのその後の調整が可能になる。 - 関心を持っている研究者と協力して、公共政策への助言ができるような調査システムを構築する。



© WHO / Volodymyr Shuvayev

観測および評価

WHAT?(内容)

自殺予防が有効であるかどうかを判断するためには、観測と評価が不可欠である。観測では、LIVE LIFE の実施状況の評価に役立つ情報を計画的かつ継続的または定期的に測定することが含まれる。続いて行う評価では、LIVE LIFE が期待される成果を達成したかどうかの定期的な検証を行う。全ての介入に対し、その一環として観測と評価を行うべきであり、これらの情報を組み合わせることで LIVE LIFE の一般的な効果が評価できる。

評価では以下の点を考慮する。

- **効果** 介入によって期待される成果が得られたか？介入によって目標が達成できたか？介入を広く実施する前に、研究者と協力して、介入の効果に関する頑健な研究を設計したり研究結果を解釈することは有益である (Kolves et al., 2021)。政策決定のための明確かつ適切なエビデンスを提供するためには、そのような研究を大規模に実施する必要があるかもしれない。
- **実施** サービスは意図したとおりに提供されたか？どの程度提供されたか？実施にプラスの影響を与えたものは何か？障壁や課題は何であったか？
- **効率性（費用対効果）** 介入は費用に十分見合う価値をもたらすか？コストは持続可能か、または将来的にどのように維持できるか？

あらゆる自殺予防活動の主たる目標は、自殺と自傷行為の発生率を低下させることである（「[調査](#)」を参照）。

しかし、自殺予防活動による自殺率の変化を検出することは難しく、長期的にしか評価できない。

この問題を考えると、進捗状況を示す他の指標を観測し評価することが重要である。指標は主たる目標と明確かつ直接的に結びついたものでなければならない。以下はその例である。

- 自殺手段へのアクセス制限が強化される
- メディアの自殺報道がより責任あるものになる
- 情緒的ライフスキルの養成を受けた若者が増える
- 支援およびサービスを利用、アクセスできる人が増える
- 自殺関連行動を起こしやすい人々に関する保健医療従事者の知識、態度および実践の強化

進捗状況の測定は、特定の、達成可能な、関連性のある、期限を定めた指標を用いて、事前に計画しなければならない（LIVE LIFE の指標については[付録3](#)を参照）。このプロセスには、対象集団の自殺関連行動に影響を及ぼす因子に関する既存のエビデンスが反映されていなければならない。指標は、ルーチンに収集されるデータ（例：CRVS、サービス利用者データ、顧客の人口統計学的特性、紹介元）、目的に応じて計画されたデータ収集（例：ステークホルダーおよび事業スタッフへのインタビュー、集団ベースの調査、フォーカスグループ、調査研究）など、様々な情報源（「[調査](#)」を参照）を用いて測定することができる。



WHY?(目的)

観測および評価は、自殺および自傷行為を減少させるという望ましい成果をLIVE LIFEが達成しているかどうかを評価するために必要なことである。観測および評価によって、LIVE LIFEが各国の社会的背景において機能しているかどうか、どの介入が最も大きな効果を上げているか、どこに変更が必要かについてのフィードバックが得られるかどうか分かる。改善に向けた有用な提言を行うためには、改善の必要な領域を特定することに加え、実施に肯定的または否定的な影響を及ぼした可能性のある要因（設計の問題、資金調達状況の変化、コミュニティの関与、経済状況など）の評価において考慮することが重要である。

評価結果を報告することにより、評価プロセスで得られた情報や浮上した問題点が共有され、同様の介入の採用を計画している他のサービスや地域に情報を役立てることができる。主要なステークホルダーと一般の人々に進捗状況を知らせることは、説明責任を推進したり地域からの支援を促進したりするのにも役立つ。これらのデータは、継続的な取り組みを支えるための追加の資源を求め、確保するための、強力なツールとなり得る。

WHERE?(場所)

観測および評価は国レベルで行うだけでなく、地域レベルでのデータ（サービス提供に関するデータ、主要担当者からのフィードバックなど）も対象とすべきである。

WHEN?(時期)

関わりのある全てのステークホルダーに参加してもらうために、事前に観測および評価を計画して合意を得る必要がある。介入の実施に関わった主要な担当者の意見や、サービス利用者および一般集団のメンバーからのフィードバックも対象とする。そうすることで継続的なフィードバックループが形成され、介入の進捗に応じて微調整を加えることができるようになるだろう。

WHO?(担当)

LIVE LIFEの観測および評価は、専任のグループが担当することを勧める。グループには、観測および評価を計画し実施する技術を持つ者（保健疫学専門家、統計家、データ収集者など）を含めるべきである。できれば、データ収集、

解析および評価を支援できる学術機関の協力を得ることも有益である。

HOW?(方法)

1. 観測および評価を計画する専任のワーキンググループを招集する([Box 1](#)、「[序文](#)」を参照)
 - グループを設立する（関連部門およびステークホルダーの一覧については、上記の「[Who? \(担当\)](#)」および[付録 1](#)を参照）。
 - 観測および評価を計画・実施する技術を持つ者を含む。
 - グループメンバーに役割と責任を割り当て、定期的なミーティングのスケジュールを組む。
2. 主たる目標を測るための計画
 - 自殺予防の主たる目的は、自殺と自傷行為の発生率を低下させることである（「[調査](#)」を参照）。
3. アウトカムを特定する
 - 状況分析に基づき、期待される成果と、介入の実施によって何を達成したいかを特定する。これらのアウトカムは、自殺を減少させるという主たる目標に寄与するものでなければならない（[付録 3](#)を参照）。
4. 各アウトカムの指標を特定する
 - 各アウトカムの評価に使用できる指標を特定する。例えば、期待される成果が「メディアによる責任ある報道」である場合は、研修を行っている報道機関の数および自殺に関する報道の質などを指標とするとよいだろう。
5. データ収集計画
 - 各指標に関するデータの収集方法を計画する（研修を受けた者を確認するための報道機関への調査、無作為抽出した報道内容の評価など）。
 - 介入を計画する際は、最新データを含む定期的な進捗報告書を提出するよう関係者に要請する。
6. データを収集する
 - 可能な限り、データは継続的に収集し、継続的にフィードバックが得られるようにする。



- ・実施中の活動について情報を得るために、定期的（できれば四半期ごと）に観測報告書を用いてデータを要約することを心がける。

7. データを評価する

- ・定期的（理想的には 1 ～ 2 年ごと）にデータを分析し、分析結果を用いて、介入が期待される成果を達成したかどうかを評価する。

8. 評価結果を知らせ、浮上した問題点に対応する

- ・調査結果の報告書を各報告先に合わせて作成する。ステークホルダーとして、政策立案者、介入を採用する可能性のあるその他のサービス、および一般の人々を含めてもよいだろう。
- ・介入ごとの効果、実施を可能にする要因と障壁、改善のための提言事項など、重要な所見を伝える。
- ・得られた知見を活かし、必要に応じて介入の設計や実施方法を改善したり、規模を拡大したりする。

9. 観測および評価を改善するための検証および計画

- ・進捗状況の確認のために担当チームが開催する定期ミーティングのスケジュールを組む。
- ・観測および評価の目的の一つは、自殺に関するデータの改善であることが多いだろう。このようなデータは、進捗状況を定期的に観測したり、データの利用可能性や品質に改善の余地がある領域や、指標を増やした方がよさそうな領域を特定したりするのに用いることができる。
- ・検証に基づき、観測および評価に必要な変更を行う。

Box 31. 国家自殺予防戦略の観測と評価、アイルランド

2014 年、アイルランドの保健省と国家自殺予防室は、新たな自殺予防戦略として Connecting for Life（2015 ～ 2020、2024 年まで延長）の策定を開始した⁴⁵。この戦略は成果に焦点を当てたものであり、自殺と自傷行為の発生率に関して目に見える改善をもたらすことは可能であり、それを踏まえてこの戦略とその構成要素の効果の大きさが将来評価されるだろう、というビジョンの下に開始された。

サービス提供者、一般の人々、自殺の影響を受けている人々、政府機関および州機関を含む様々なステークホルダーの声や意見を収集するために、広範な協議および協力のプロセスが始まった。また、特定の集団に影響を及ぼすリスク要因および保護要因を検出し、その集団を支援する効果的な取り組みを実施するために、戦略策定の際には広範なエビデンスとデータが検討された。

この情報に基づいて、いくつかの目標と主要成果目標および中間成果目標を策定し、それとともに成果の枠組みを設定して、進捗状況を追跡したり戦略の効果をベースライン指標に照らしたりして客観的に測定できるようにした⁴⁶。また、Connecting for Life の下で実施された全ての主な活動を適切に評価し、その結果を周知し、プログラムの実務者やパートナーと得られた知見を共有することも計画された。主要成果および中間成果の指標を測定するだけでなく、主な活動の実施状況の質を測るプロセス評価も計画し、戦略を成功あるいは失敗に導いた要因を把握できるようにした。

45 Connecting for Life. Dublin: Health Service Executive (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/>, accessed 28 January 2021).

46 Implementation progress reports. Dublin: Health Service Executive (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/strategy-implementation/implementation-progress-reports/>, accessed 28 January 2021).



実施のためのヒント⁴⁷

表10. 観測および評価を実施するためのヒント

問題点	ヒント
計画が不十分	- 観測と評価は初期計画の重要な要素とみなすべきであり、介入の実施と同時に実施すべきである。 - 計画段階では、各介入の目標を明確にし、進捗状況进行评估するための指標と、その指標を測定可能な方法を定めることが重要である（付録3を参照）。
評価に必要なデータの不足	- 観測および評価は LIVE LIFE の主要目的として組み入れる。状況分析の結果から自殺関連データの現状がわかるので、それを基にデータの利用可能性、包括性および質を向上させるための計画を策定する。 - 各介入の資金調達プロセスの一環として、定期的な進捗報告書を提出する。 - 自殺および自傷行為に関する調査システムを確立し、強化する（「調査」を参照）。
資金および資源の不足	- 主要なステークホルダーと自殺予防について話し合う中で、効果的な調査と評価が重要であることを強調する。 - 調査と評価に必要な資金と資源を、あらゆる自殺予防活動の計画に組み込む。 - データにアクセスできる、あるいはデータの収集、調査研究、分析および解釈に支援が得られるような学術機関に協力を求める。
能力不足（自殺予防に携わる者に、調査および評価に関する経験または知識がないと思われる）	データ収集の調査、評価および計画、特に測定可能な指標の特定に経験のある人（公衆衛生や地域開発の専門家など）に協力を求める。

⁴⁷ Further challenges and recommendations specific to different types of intervention are discussed here (<http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/ChallengesRecommendationsEvaluatingSPPrograms.pdf>, accessed 28 January 2021).

PART B

LIVE LIFE: 自殺予防のための主要な効果的介入策

以下の項では、自殺対策のためのエビデンスに基づく4つの主要な介入策について説明する^{48,49}



自殺手段への
アクセス制限



責任ある自殺報道
のためのメディア
との協働



10代の若者の
社会情緒的ライフ
スキルの育成



自殺関連行動の影響を
受けている人の早期発見、
評価、管理、経過観察

これらの重要な介入を実施するためには、同時に、基盤となる分野横断的な重点項目を確立しなければならない(LIFE)。

⁴⁸ Evidence-based recommendations for management of self-harm and suicide in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/self-harm-and-suicide>, accessed 13 December 2024).

⁴⁹ Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>, accessed 28 January 2021).



© WHO / Simon Lim



自殺手段へのアクセス制限

WHAT?(内容)

致死的な自殺手段へのアクセスを制限することは、エビデンスに基づく重要かつ普遍的な自殺予防介入である。自殺手段の制限には以下のようなものがある。

- 自殺手段へのアクセスを制限する（国の法律および政策を通じた自殺手段へのアクセスの制限、禁止または規制など）。
 - 急性毒性が高く危険性の高い農薬を禁止する。バングラデシュ、ヨルダン、大韓民国、スリランカ (Gunnell et al., 2017) およびインド (Bonvoisin et al., 2020) での成功例がある。
 - 銃器の制限および規制を行う。オーストラリア (Chapman et al., 2006)、イスラエル (Lubin et al., 2010)、スイス (Reisch et al., 2013) および英国 (Haw et al., 2004) での成功例がある。
 - 橋梁、鉄道など「飛び込み・飛び降り多発地点」となりやすい場所へ防止柵を設置する。オーストラリアのゲートウェイ・ブリッジに防止柵を設置 (Law et al., 2014)、大韓民国で地下鉄の駅に仕切りを設置 (Chung et al., 2016) し成功している。
 - 拘禁施設などの施設（刑務所、精神科病院の入院施設など）で、（縊死の）紐がかけられる場所へのアクセス制限や改造を行う。
 - 毒性の高い薬剤（特により安全な代替薬がある場合）の処方制限を行う（バルビツール酸系薬剤 (Oliver & Hetzel, 1972)、co-proxamol (Hawton et al., 2009) など）。

- 自殺手段を利用しにくくする。
 - 英国で成功しているように (Hawton et al., 2001)、例えば、医薬品包装のサイズを小さくする、ブリスター包装*を使用して各製剤を取り出しにくくするなど、医薬品およびその他の毒性物質の個々の販売量を制限する。
- 自殺手段の致死性を低下させる（用いられやすい手段のリスクを低減するなど）。
 - 例えば英国では、石炭と比べて有毒な一酸化炭素が少ない天然ガスを家庭に導入している (Kreitman, 1976)。
 - 農薬の致死性を低下させる。
- 解毒剤の入手可能性と有効性を高め、また、よく使用される自殺手段に起因する急性中毒や損傷後の臨床管理能力を改善する (WHO, 2008a)。

自殺手段を完全に排除することによって非常に大きな効果が得られる一方で、関連するステークホルダーからも多大な抵抗を受ける可能性がある。

効果的に自殺手段を制限するには、以下の方法に焦点を当てるべきである。

- 最も致死的な手段である、または致死率が高い。
- 最も一般的に使用されている。

* ブリスター包装とは、プラスチックシートの開口部を台紙やプラスチックフィルムで覆う包装方法のこと。



致死率の低い一般的な手段を排除すると、自殺しようとする人はより致死的な手段へ向かう可能性があるため、まず致死率が最も高い手段から排除することを考慮すべきである。自殺手段は、地理的にも、社会人口学的集団（都市部と農村部、年齢、性別など）によっても異なり、経時的に変化すると考えられる。特定の集団やサブグループが使用する手段、新たに浮上してきた手段を知るためには調査が必要である。まず状況分析（「[状況分析](#)」を参照）によって確認するとよい。

本項では、世界の自殺の 5 分の 1 を占めると推定され、特に農村部の住民の割合が高い農業国に多い自殺手段である農薬の例に焦点を当てる (Mew et al., 2017)。農薬は、農業における緑の革命で貧しい農村部に導入されて以来、1,400 万人もの人々の自殺に用いられてきたと推定されている (Karunaratne et al., 2020)。農薬は毒性に大きなばらつきがあり、摂取したときの急性毒性が高いものもあれば、致死性のはるかに低いものもある。この介入は、農業に使用されるあらゆる農薬の入手方法を制限するものではなく、急性毒性が高く危険性の高い農薬（すなわち、健康上最も急性のリスクを有する農薬）を対象としている。

主要な活動として、急性毒性があり危険性の高い農薬の販売と使用を禁止するとともに、有機または非化学農薬など危険性の低い代替農薬の使用を促進すること、危険性の低い代替農薬の研究を強化すること、製品の規制を強化すること、危険な製品の適切な廃棄を奨励することなどがある（国連食糧農業機関 [Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO] & WHO, 2016; WHO & FAO, 2019)。家庭用の鍵付き保管庫や地域の保管施設など、農薬の安全な保管を促すという方法は、その効果を示す明確なエビデンスが示されていない (Pearson et al., 2017; Reifels et al., 2019)。

WHY?(目的)

WHO は、農薬が自傷行為と自殺の一般的な手段となっている国において、自殺死亡率を低下させるための費用対効果の高い介入として、危険性の高い農薬を国内で禁止するよう推奨している (WHO, 2021)。危険性の高い農薬を禁止した後の自殺死亡率の低下は、国連の SDG 目標 3.4 における 20% の進捗に相当すると推測される (Lee et al., 2021)。自殺手段へのアクセスを制限することで、その手段に関連した自殺が減少するだけでなく、国によっては全体的な自殺率が低下することがわかっている（自殺手段を制限

しても、より致死性の低い自殺手段に切り替わることになるため、全体的な自殺の減少を妨げるわけではないことを示している)。自殺関連行動をとる人のほとんどは、生きたい気持ちと死にたい気持ちの間で揺れ動いており、多くの自殺は急性ストレス要因に対する反応として衝動的に起こる（多くの場合、30 分未満である）。致死的な自殺手段を利用しにくくすることは、精神的苦痛を抱えた人が死に至る行動を起こす前に急性の危機を脱するための時間的猶予を与えることになる。自殺未遂は、個人の精神的苦痛に他人が気づく最初の機会となり得るものであり、命を取り留めることでその人は支援を受けられるようになる。危険性の高い農薬を農業から排除し（毒性のはるかに低い農薬しか使用できないようにする）、農薬摂取後の臨床管理を改善することで、本人の意思の程度にかかわらず、死亡者数を減らすことができる。

Box 32. 危険性の高い農薬の禁止、スリランカ

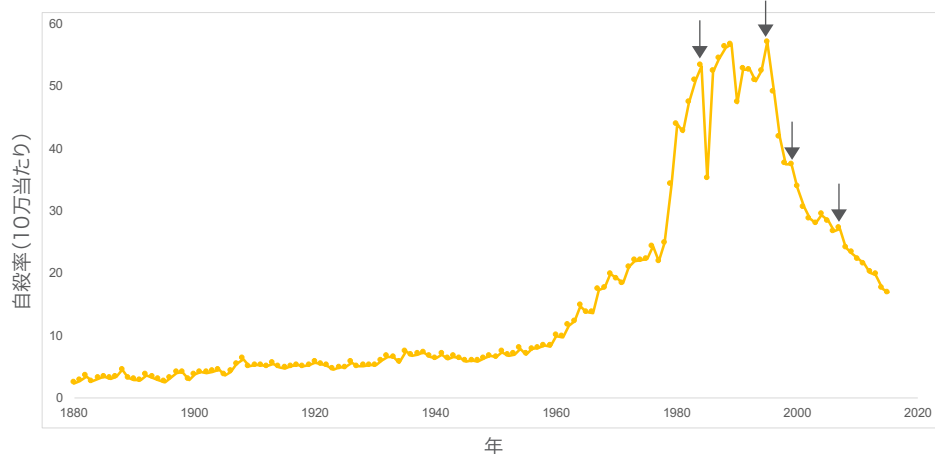
1980 年まで、スリランカは世界で最も自殺率の高い国の一つとして知られており、その手段は主に農薬摂取によるものであった。当時の農業登録局はこの問題を認識し、資源が限られていることを考慮して、1983 年に主な重点を予防に置き、自傷行為に用いられる 2 つの主要な農薬であった有機リン (OP) 系殺虫剤のパラチオンとメチルパラチオンの使用を禁止した。10 年後、登録局は、その他の危険性の高い WHO クラス I の農薬、特にモノクロトホスとメタミドホスを全て禁止し、その結果、1995 年以降、全体的な自殺者数は著しく減少した。その後の 20 年間で、パラコートと他の OP 系殺虫剤がさらに 2 剤、2008 ~ 2011 年に禁止されたことで、8 歳以上の全体の年間自殺者数は、1995 年の 10 万人当たり 57 人から、2016 年には 10 万人当たり 17 人へと 70% も減少した。これらの禁止措置により、農業生産高に影響を及ぼすことなく (Maneuer et al., 2008)、9 万 3,000 人の命が救われ、1 人を救うのにかった政府の直接経費は 50 米ドルであったと推定されている (Knipe, Gunnell & Eddleston, 2017)。自殺手段の置き換えはそれほどみられなかった (Gunnell et al., 2007)。この取り組みが功を奏したのはスリランカの大統領がこの問題に関心を示したことによるものであり、省庁間の連携、プログラムの持続性、また、規制当局、学者、農業普及指導員、産業界が積極的に交流したことも大きな要因であった (Pearson, Anthony, & Buckley, 2010; Pearson et al., 2015)。



Box 32. 危険性の高い農薬の禁止、スリランカ(続き)

解決策の一部として産業界が関われるよう、自殺を国全体の関心事として取り組む努力がなされた。透明性、開放性、一貫性、予測可能性および包括性は、ステークホルダーを参画させるための重要な要素であった。1983 年以降、効果を上げるためのプロセスと仕組みが段階的に繰り返され、禁止措置が成功するたびに進化してきた。

図2. スリランカにおける自殺率、1880～2015年



下矢印は各農薬が禁止された時期を示す（1984 年：パラチオン、メチルパラチオン、1995 年：メタミドホスおよびモノクロトホスを含むその他の WHO クラス I 農薬、1998 年：エンドスルファン、2008 年：ジメトエート、フェンチオン、パラコート）。

警察記録から入手した自殺データ。

出典：Knipe, Gunnell & Eddleston, 2017

WHERE?(場所)

農薬による自殺の負担が大きい国では特に、農薬などの自殺手段を効果的に規制するためには国全体としての対応が極めて重要である。全国的に同種の農業を行っている国では、地域での規制を実施し、作物防疫のための効果的な対処法を見出すために、地域同士の連携も必要と思われる。

WHEN?(時期)

農薬摂取が自殺の最も一般的かつ最も致死的な手段の一つであることが、状況分析、調査、またはその他の国別の調査方法を通じて確認された場合、経時的な変化または傾向（すなわち、使用されている農薬の種類や、どのコミュニティで使用されているかに関する変化）を検出するために継続的な観測が必要である。

WHO?(担当)

農薬の入手方法を制限するには、保健省、農業省、規制当局、登録局など、あらゆるステークホルダーの多部門連携が必要である。農業共同体のステークホルダーは、この自殺手段の制限を侵害と捉える可能性がある。賛同者を増やし、毒性の高い物質に関連する問題を認識してもらい、低リスクの代替物質の利用可能性と有益性を高めるには、地域（農業）の指導者の協力と支持を得ることが不可欠である。メディアは、啓発活動を行い、責任ある報道によって自殺連鎖の影響を制限するうえで重要なパートナーとなるだろう（「[責任ある自殺報道のためのメディアとの協働](#)」を参照）。

多部門からなる国家的アプローチという方針を採るのは、他の自殺手段（交通部門と防止柵の必要性など）でも同じである。地域は、地域社会に影響を及ぼしてきた自殺手段を制限するよう呼びかけるうえで一定の役割を果たすことができる。



実現可能かつ効果的な場合には、地域レベルで自殺手段の制限を実施することも選択肢となる（国全体としての禁止措置を地域レベルで実施するなど）。個人レベルでは、自殺リスクのある家族がいる家庭に、自殺手段（殺虫剤、銃器、ナイフ、薬剤など）を排除するよう要請することもできる。

HOW?(方法)

1. ワーキンググループを招集する (Box 1、「序文」を参照)。

- ・ ワーキンググループ（上記「WHO? (担当)」を参照）を立ち上げる。

2. 集団において最も一般的に使用されている致死的な手段を確認する。

- ・ 調査、観測または既存の調査結果により、集団における自殺および自殺未遂の最も一般的で致死的な手段を確認する。
- ・ 異なる社会人口学的集団間（農村部と都市部など）で違いがあるかどうかを把握する。
- ・ 農薬については、どの農薬が死因の多くを占めているかを確認する。このデータを医療記録から得るのは困難であり、自殺による死亡例や病院を受診した農薬中毒を症例対象とした調査が必要となる可能性がある。可能であれば、法中毒研究機関と連携することで、最も重要な農薬を特定して制限することができる。
- ・ 一般的な致死性の低い自殺手段を制限すると、より致死性の高い代替手段を使用する危険性があるため、致死的な手段を制限の対象とすることが重要である。

3. 自殺手段に関連する政府部門その他のステークホルダーに協力を求める。

- ・ 自殺手段を制限するには、上記 2 番目の段階で特定した手段に関連する部門と協力することが必要となる。
- ・ 農薬の場合、保健医療部門および農業部門並びに農薬規制当局または登録局の協力が必要である。
- ・ 関連部門に呼びかけるにはデータを活用する（自殺による死亡者数、農薬関連の自殺未遂者数など）。
- ・ 農薬産業や農薬を使用する側の関係者にとっては利害が異なることを認識しておく（WHO & FAO, 2019）。
- ・ 支援活動は長期間にわたるものと予測しておく。
- ・ 必ず双方向的な議論を行う。つまり、危険性の高い農薬を禁止する措置を講じることに賛同しない部門またはステークホルダーが抱えている懸念を十分に理解する。

その情報を利用して、支援活動を個々のステークホルダーに合わせた内容にする。例えば、

- » 農薬を変えると作物の収穫量が減少するとの懸念がある場合は、そうでないことを示すエビデンスを提示し、作物防疫のための代替的な農法を見つける（Gunnell et al., 2017; Maneuwera et al., 2008）。
 - » 公的圧力によって支援活動の取り組みを生み出すために、メディアと協力してこの問題に対する国民の注意を喚起する。
- ・ その他の自殺手段については、以下のステークホルダーを考慮に入れる。
 - » （銃器の場合）国会議員、銃器小売業者、銃器が使用される場所または職業（射撃練習場、軍、警察など）。
 - » （医薬品や毒性物質の場合）規制当局、調剤または処方を担当する当局、一部のガスなど有毒燃料を扱う省庁。また、このような製品の（オンラインでの）販売に関する規制を検討することも重要である。
 - » （橋梁、高層ビル、鉄道、地下鉄などの「飛び込み・飛び降り多発地点」の場合）輸送および建設に関する省庁。
 - » （縊死の紐または紐がかけられる場所の場合）法務省、刑務所や拘禁施設および（長期ケア施設などの）機関。
- 4. 自殺手段へのアクセスを禁止または制限するために必要な政策または法的措置について合意する。
 - ・ 農薬の場合、以下のような措置が考えられる。
 - » 現在流通している農薬を審査して、使用を中止すべき危険性の高い農薬を特定する（FAO & WHO, 2016）。
 - » 急性毒性が高く危険性の高い農薬の販売および使用を禁止する規制措置（致死性の農薬の輸入および農薬規制違反に対する罰則など）。
 - » 新製品登録のためのリスク評価。
 - » 農薬使用に対する検査および管理の強化。
 - » 低リスク農薬の登録および使用の促進。
 - » より低リスクの代替品に関する研究への資金および機会提供を増やす。
 - » 無農薬農業や農業生態学の利用を支援する。
 - ・ 政策的措置が受け入れられる内容（状況）かどうかとも考慮すべきであり、また農薬の場合、規制や利用可能な代替品の必要性に対する認識を高めるために、ステークホルダー（農業従事者または農薬販売業者）と連携するなど、公的支援強化策を講じるべきである。



5. 自殺手段へのアクセスを制限するために必要な地域活動について合意する。

- 国の規制や政策について監視し、遵守させるためには、現地当局との連携が必要である。
- 農薬の場合、検査と管理を強化するために現地の農業当局（特に農業普及指導員）と連携するほか、農家や農薬販売業者と密に連携して、特定の製品の使用を中止する根拠や、代替品を使用することで得られる利益について教育を行うのもよい。
- 保健医療部門に農薬中毒の臨床管理および報告を行う能力があるか、そのためのガイドラインが整備されているかを確認する（WHO, 2008a）。

6. 取り組みの効果を評価する（「[観測および評価](#)」を参照）。

- 自殺手段の制限が自殺率に及ぼす効果を観測し、査察で収集された情報を確認し、国および地域のステークホルダーとともに取り組みの定期的な振り返りを計画する。特に、より致死性が高い手段への置き換えがないか、最も多い死因となっている農薬に変化がないか確認する。
- 得られた知見を用いて、政策および地域の取り組みにさらに変更を加える。例えば、禁止されている農薬がまだ使用されていると検査で明らかになった場合には、その原因を明らかにし、より効果的な解決策を考案するためにフォーカスグループを招集してもよい。
- 自殺手段のさらなる制限と要改善点の実施を促すために、評価結果をステークホルダーに配布するとよい。

7. 自殺手段と自殺の状況の変化を評価するために、十分な調査を実施する。

- 自殺と自殺未遂の手段を継続的に観測し、自殺手段のパターンの変化に応じた介入を行うことが重要である。

Box 33. 成功事例、大韓民国

大韓民国における自殺死亡率は、他の高所得国やWHO 西太平洋地域諸国全般と比較して高い状況が続いている。農薬による自殺は、2006～2010年の大韓民国における自殺全体の約5分の1を占めていた。2011年まで、国内の農薬による有害な影響を抑制し最小限に抑えるための取り組みが行われてきたものの、自殺による死因の大部分を占める農薬を十分に管理しなかったため、意味のある効果をもたらさなかった。

2011年に大韓民国は自殺予防法を制定して、パラコートの再登録を取り消し、2012年にはその販売を禁止した。こうした措置により、農薬中毒による自殺は急速かつ明確に減少し、自殺率の全体的な低下へとつながった。この介入では、男性、女性、全年齢群、都市住民、農村部住民など、あらゆる集団において自殺率が低下したと思われる。

2011～2013年における自殺率の全体的な低下の半数以上は、パラコートの禁止によるものであったと考えられる。注目すべきことに、これは農産物の生産量に影響を与えることなく達成された。全世界で農薬摂取による自殺がいかに多いかを考慮すると、農薬の効果的な規制が世界中で実施されれば、毎年数万人の命が救われる可能性がある。農薬のより安全な入手方法を確保するためには、農薬の禁止やその他の関連政策のほか、地域での介入、医療の向上、研修活動や調査活動など、部門横断的なアプローチが必要である。大韓民国で成功したアプローチは、自殺を減らすことを目指している他の国々にとって有望なモデルとなる。



実施のためのヒント

表11. 自殺手段へのアクセス制限を実施するためのヒント

問題点	ヒント
別の自殺手段への切り替えが起きる、または、自殺すると決意した人々を止めることはできないかもしれないという懸念から、ステークホルダーが自殺手段の制限に投資することに消極的になる可能性がある。	- 科学的根拠について、情報をステークホルダーと共有する。 - ある自殺手段を制限しても、必ずしも他の自殺手段を用いる人が増加するとは限らないことをステークホルダーに知ってもらう（Yip et al., 2012）。 - 自殺手段の置き換わりがみられる地域では、毒性の低い農薬の使用が認められることが多く、したがって死亡率は低下し、自殺者総数は減少している（Gunnell et al., 2007）。 - 自殺関連行動をとる人のほとんどは、生きたい気持ちと死にたい気持ちの間で揺れ動いている。自殺手段へのアクセスを制限することは、死に至る行動を起こす前に急性の危機を脱するための時間的猶予を与えることになりうる。
当該自殺手段に関わる利便性または経済的影響を理由に、ステークホルダーが抵抗する。	教育を通じ、各自殺手段に関連する問題について認識を深めてもらい、懸念を和らげる。例えば、リスクの低い代替手段の有益性についてステークホルダーに啓発し、低リスクの代替手段を使用しても農産物の生産量に悪影響を及ぼすことはないと呼びかける（WHO, FAO, 2019）。
農薬の摂取が主な自殺手段の一つであることが認識されておらず、ほとんど、あるいは何も措置が講じられていない。	- 問題の規模を確認するために、既存の中毒センターに対し、意図的な農薬中毒症例に関するデータの提供を呼びかける。 - 問題を把握するために自殺または自殺未遂における農薬の使用を観測し、規制当局および関連する政府部門（農業部門など）に、農薬の入手方法に関する国内規制に関与してもらう。 - 自殺手段に関連するステークホルダーを対象とした、強力な啓発・支援活動キャンペーンを企画する。 - 中毒症例が報告されないような状況を減らすために、自殺および自殺未遂を非犯罪化する。
最もよく使用されている自殺手段が、制限しにくいものである（地域内の限定された施設環境の外で起きる縊死、焼身自殺など）。	施設環境内での自殺手段へのアクセス制限に重点を置いて持続的に取り組む。メディアと連携して、それらの自殺手段が模倣されることを防ぐ（自殺報道で自殺手段を説明しないようにする）。縊死未遂や熱傷に対する臨床管理能力を向上させる。地域における支援要請能力を向上させる（Gunnell et al., 2005）。自殺リスクのある人の早期発見を促進する（「早期発見、評価、管理、経過観察」を参照）。
データ収集が不十分で、介入を集中させるべき自殺手段を特定し難い。	自殺および自傷行為について、使用された手段を正確に記録し、なるべく適時に監視ができる調査システムを確立または強化する。自殺および自殺未遂の報告を奨励するための教育を行ってもよい。



© WHO / Christopher Black



責任ある自殺報道のためのメディアとの協働

WHAT?(内容)

自殺報道において、特に有名人が自殺した場合や、自殺手段が説明された場合に、模倣による自殺の増加を招く可能性があるというエビデンスがある (Niederkrotenthaler et al., 2020)。反対に、逆境にある人が支援を要請した事例を紹介するような記事では、どこに支援を求めたらよいかという情報も提供でき、自殺予防に役立つ (Niederkrotenthaler et al., 2014)。メディア（ジャーナリスト、映画製作者など）は、世論や国民の態度を形成する上で重要な役割を果たし、自殺に関する啓発活動とスティグマ低減における重要なステークホルダーとなる。メディアとの協働には、（最近ではインドで行われたように (Vijayakumar, 2019)）ガイドラインの策定や、責任ある自殺報道を求める規制のための連携などがあり、さらに、報道ガイドラインに従っていない記事を特定するために技術部門と連携することも考えられる⁵⁰。メディア関係者に対し、責任ある報道のための能力構築を行うことも協働の一環となるだろう。また、デジタルメディアプラットフォーム上のユーザーコンテンツを監視するための政策も含まれるだろう。

WHY?(目的)

有名人の自殺が脚色されて繰り返し報道されるケースでは、自殺の詳細が説明されたり、あるいは現実を正確に反映しない虚偽報道が自殺率に影響を及ぼしたりする可能性がある (WHO, 2017)。このような報道は自殺に対する国民の誤

解を招き、効果的な自殺予防を妨げることになる。デジタルメディアの利用が増加しており、情報がユーザー間で急速に拡散し得るため、これらの問題を監視することがこれまで以上に困難になっている。一方で、報道ガイドラインに従って書かれた自殺記事は自殺予防に役立つ可能性がある。

Box 34. メディアの監視、リトアニア

メディアを監視する主な目的は、自殺および自殺未遂の責任ある報道に関して、メディアと共通理解に達することである。自殺予防局 (Suicide Prevention Bureau) では、休日を除く毎日、オンラインメディアに掲載された自殺および自殺未遂に関する約 700 件の報道をチェックしている。これには、厳選されたキーワードとメディア観測検索エンジンが使用されている。さらに、タイトル、テキスト、動画および写真素材の分析が行われている。この分析は、WHO が発行しているメディア関係者のためのガイドライン (WHO, 2017) と、リトアニア心理士協会 (Lithuanian Psychologists' Association) の指針に基づいて行われている。公開記事が情報の倫理規定に違反している場合は、オンラインメディアの編集者に連絡し、記事を訂正するよう要請する。また、自殺予防局では、メディア関係者を対象に、自殺と自殺未遂の責任ある報道の仕方に関する短いセミナーを開催している。

⁵⁰ 自殺の報道ガイドラインの遵守状況について自動的にテキストをスクリーニングするために開発されたデータサイエンスツールのベータ版を参照 (<https://reportingonsuicide.cisco.com>, accessed 28 January 2021)。

WHERE? (場所)

メディアとの連携は、メディア規制当局を含め、全国規模のメディア団体と行うことが理想的である。これが難しい場合は、特定の地理的または社会人口学的集団にアクセスできる現地メディアやより専門的な報道機関との連携を確立するとよい。ソーシャルメディアやデジタルニュースメディアなど国際メディアの場合、オンラインでの自殺関連コンテンツの管理を国別のアプローチによって円滑に進めるには、本社（海外）と各国の両レベルでの連携が必要となることがある。舞台および映像産業においても連携が必要である。

WHEN? (時期)

メディアとの協働はいつ始めてもかまわない。対応を要する有害な報道をきっかけに始めることもできる。ただ、できれば、このような報道をあらかじめ防ぐためにも先んじて連携を開始すべきである。啓発活動への関与を積極的に促すことなどにより、メディアのステークホルダーと良好な関係を築いておくと、責任ある報道とその観測に関する研修や政策策定に備えて、それらを受け入れてもらいやすい関係を作ることができるだろう。研修は、メディア専門家を養成する教育課程の期間中、あるいは規定の採用サイクルの開始時など、戦略的な時期に実施するとよい。世界自殺予防デーや世界メンタルヘルスデーなど、自殺予防に関心が集まる機会を利用して連携を促すこともできる。

WHO? (担当)

メディアと協働するには複数のステークホルダー間での連携が必要である。国レベルでは、保健省とメディア関連省庁、国内メディア、メディア規制当局（報道オンブズマンなど）、ソーシャルメディア企業などの国際的報道機関が連携して牽引役を担うとよい。地域においては、自殺予防に関心を持つステークホルダー（また、メディアと協力した経験があるか、つながりがある者）も牽引役を担える可能性がある。NGOはメディアとの協働において影響力を発揮できるだろう。例えば、Samaritans（英国）や SAVE（米国）は、自殺を報道するジャーナリストに個別の助言を与えているほか、自殺の責任ある報道に関する報道ガイドラインと研修を開発している^{51,52,53}。



© WHO / Mukhsindzhon Abidzhanov

51 Guest Blog: Samaritans Media Advisory Service and guidelines. London: Independent Press Standards Organisation (<https://www.ipso.co.uk/news-press-releases/blog/guest-blog-samaritans-media-advisory-service-and-guidelines/>, accessed 28 January 2021).

52 Samaritans' media guidelines. Epsom: UK Samaritans (<https://www.samaritans.org/about-samaritans/media-guidelines/>, accessed 28 January 2021).

53 Journalist and media training. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://www.save.org/>, accessed 13 December 2024).

Box 35. パパゲーノメディア賞 (Papageno-Media Prize)、オーストリア

自殺報道ガイドラインの普及と適用は、国内外を問わず、自殺予防を成功に導く方法の一つである。同時に、報道のされ方によって、模倣自殺（ウェルテル効果）を防ぐだけでなく、全般的な自殺抑止効果（パパゲーノ効果）が得られることも明らかにされている。パパゲーノ効果は、モーツァルトのオペラ『魔笛』の登場人物、パパゲーノに由来する。オペラでは、パパゲーノが最初に自殺を考えるものの、周囲の助けによって自殺念慮を克服することができる。オーストリアでは、2012年にオーストリア報道評議会が、倫理規定で自殺予防のための報道のあり方について制定した。責任ある報道に即していない報道記事は、報道評議会から勧告を受ける。オーストリアで報道ガイドラインをさらに普及させ、自殺予防のための報道のあり方を推進するために、2019年、連邦社会・保健・介護・消費者保護省（Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection）は、オーストリア自殺予防協会（Austrian Society for Suicide Prevention）、ウィーン自殺調査ワークショップ（Wiener Werkstätte for Suicide Research）および危機介入センター（Kriseninterventionszentrum）と協力して「パパゲーノメディア賞」を設立した⁵⁴。オーストリアの活字メディアおよびデジタルメディアの専門ジャーナリストの中から、毎年1名の受賞者が選出されている。メディア記事は、ガイドラインに沿って自殺に関する肯定的なテーマを選んでいるかどうかや、報道基準（執筆自体の質など）に基づいて評価される。ジャーナリスト5人（報道評議会、ジャーナリスト同盟、記者クラブコンコルディアおよびオーストリア新聞協会が任命）と自殺予防の専門家5人で構成される審査委員会が受賞者を選出しており、メディアとの良好な連携活動の模範例といえる。自殺予防の専門家には、経験者や自死遺族も含まれている（「パパゲーノメディア賞」を授与するオーストリアの全国自殺予防プログラム SUPRA の諮問委員会によって任命される）。自殺予防に資する報道に贈られる「パパゲーノメディア賞」の2020年度受賞者は、Journal Panorama で自殺傾向に関するラジオストーリーを放送した ORF（オーストリア放送協会）の Ursula Theirezbacher 氏に決定され、9月10日に連邦大臣から授与された。

HOW?(方法)

1. ワーキンググループを招集する (Box 1、「序文」を参照)。

- ・ワーキンググループ（上記「[Who? \(担当\)](#)」を参照）を立ち上げる。

2. 現在のメディア報道およびメディア規制の枠組みに関して理解を深める。

- ・メディアによる自殺報道の現状を評価し、責任ある報道の事例と、介入を必要とする問題のある報道の事例を特定する。
- ・（状況分析で確認されていない場合）メディア関係者を対象とした、責任ある自殺報道に関する既存の方針、ガイダンスまたは研修の機会があるか確認する。
- ・特にそういうものがない場合は、新たな方針、ガイダンスまたは研修が必要かどうか、それらを現在の制度に組み込むことができるかどうかを検討する。
- ・メディアに対する倫理規制があるか、また、規制に責任ある自殺報道が含まれているかを確認する。規制の担当機関を主要なステークホルダーとして含めるべきである。

3. メディア関係機関と面会する。

- ・国または地域の代表機関と面会ができない場合は、個々の報道機関（ラジオ放送会社1社、地方の新聞社1社など）と連携する。ただし、最初に複数の（地方の）報道機関とグループで面会して、連帯感を醸成しておくことは有益である。
- ・デジタルソーシャルメディアなどの国際的なメディア会社も、国内の報道機関とともにステークホルダーに含めるとよい。国際メディアが国内でどのような法的地位にあるかによって、別の連携措置が必要になる場合もある。

4. 責任ある報道の重要性を伝え、連携による取り組みについて話し合う。

- ・連携の目的が、メディアにおける責任ある自殺報道という、エビデンスに基づく介入の実施であることを、全ステークホルダーに認識してもらう。
- ・中心に据えるべき重要な論点は、センセーショナルな自殺報道がもたらす連鎖の効果の認識である。
- ・WHO が有する既存の情報源（WHO, 2017; WHO, 2019a）を活用するなど、メディアのステークホルダーに適した、エビデンスに基づく情報を用いる。

⁵⁴ Papageno media award for suicide prevention reporting. Vienna: Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (<https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Preise-und-Guetesiegel/Papageno-Medienpreis-fuer-suizidpraeventive-Berichterstattung.html>, accessed 28 January 2021).



- ・ジャーナリズム、娯楽、ソーシャルメディアなど、重点を置くメディア分野を決定する。

5. 責任ある自殺報道を推進するために用いる戦略について合意する。以下はその例である。

- ・責任ある報道に関する方針とガイドラインを策定するほか、問題のある報道を監視・管理するための説明責任メカニズムを構築する。
- ・メディア関係者や、教育課程でメディアを学んでいる学生のために、継続的な研修を共同で行う。メディアによるセンセーショナルな報道が自殺に及ぼす影響を教え、責任ある報道について、また、コーピングに関する肯定的な内容の報道を増やすこと、情報源を伝え、読者または閲覧者がどこで支援を得られるかの情報を提供することについて、実践的なガイダンスを行う。
- ・優れた取り組みを評価する制度を作る（優れた報道に与えられる既存の賞に個人や組織を推薦する、新たな評価システムを確立するなど）。
- ・自殺関連記事を報道する際に使ってもらよう、メディア関係者に、資料（報道資料キットなど）や自殺予防専門家の連絡先を提供することに合意する。
- ・ソーシャルメディアについては、以下を検討する。
 - » ソーシャルメディアおよびデジタルメディアにおけるユーザー作成コンテンツを管理するための方針および仕組み。
 - » ユーザーの地域の社会的背景に特化した紹介経路や情報源へのアクセス。
- ・メディアとの連携を強化するために考慮すべきその他の事項。
 - » 啓発・支援活動のキャンペーンやイベントにおけるメディアの活用（「[啓発活動と支援活動](#)」を参照）。
 - » 自らが自殺の影響を受けた可能性のあるメディア関係者に対する支援提供。

6. 行動計画について合意する

- ・各活動の策定および実施に必要な手順をまとめる。行動計画のどの手順をどのステークホルダーが担当するかについて合意する。
- ・各活動を実施する戦略的に重要な時期を検討する（新入社員の就任時に研修を行う、再教育ワークショップを定期的に開催するなど）。
- ・活動の適用範囲について合意する。適用範囲は例えば、国全体、地域、特定の種類のメディア（全ての新聞記事など）、または単一のメディア企業（地方のラジオ放送局など）が考えられる。

7. 取り組みを実施し、評価を行う

- ・注目したい指標（センセーショナルな自殺報道や責任ある報道にみられる変化など）を用いて、各取り組みの効果を評価する方法を事前に計画する（「[観測および評価](#)」を参照）。
- ・最新の研究調査結果や実践に基づくエビデンスを反映させるため、研修、ガイドラインおよび方針を定期的に見直すための予定表を作成する。
- ・適切な自殺報道に関する情報を収集し、有害な描写について適時に建設的なフィードバックを提供するための、観測プロセスを実施する。
- ・取り組みの理解を推し進め、要改善点の実施を促すために、評価結果はより広範な報道機関に周知するとよい。

Box 36. メディアとの連携の成功例と課題、マレーシア

マレーシア保健省は、2004年の世界自殺予防デーに、「自殺予防支援活動におけるパートナーとしてのメディア」というテーマに沿って、メディア関係者を対象に国家レベルでのセミナーとワークショップを開催した。これがマレーシアにおける自殺報道ガイドラインの作成につながり、ガイドラインは2011年に改訂された。しかし、マレーシアの新聞を対象としたフレーム分析の結果は、2018年まで、報道ガイドラインが遵守されていない状況を示唆しているようであった（Victor et al., 2019）。そこで、政府、非政府組織および国際機関による責任ある報道のための取り組み（講演、メディアインタビュー、能力構築、ワークショップ、ソーシャルメディアでの交流など）が、過去2年間にわたって強化されてきた。ステークホルダーの参画は、地域的、全国的にレベルは様々であったが期待の持てるものであった。問題に対処するために、保健医療従事者、自殺関連の経験者、メディア関係者、学者および産業規制当局の間にあった垣根を取り払う努力がなされてきた。マレーシアでは、メディアによるガイドラインの遵守度と、それが自殺関連行動にもたらしている効果を確認するために、さらなる評価が必要とされている。

Box 37. 報道ガイドライン、トリニダード・トバゴ

自殺はトリニダード・トバゴにおける公衆衛生上の重要な問題である。トリニダード・トバゴ保健省は、同国の自殺率を低下させる戦略の一環として、PAHO/WHO とともに、現地の報道機関の代表者を対象とした啓発ワークショップを開催した。このワークショップでは、ジャーナリスト、レポーター、編集者、ラジオアナウンサー、ブロガーなどが参加して、自殺予防におけるメディアの役割について全国規模での対話が行われた。ワークショップでは、専門家が、責任ある記事と無責任な記事が自殺に及ぼすそれぞれの影響についてエビデンスを共有し、メディアでの自殺報道における優れた取り組みを紹介した。あるシニアプロデューサーは、このワークショップで学んだのは、メディアが死因を憶測すべきではないということだと述べた。「我々は憶測したりセンセーショナルに取り上げたりするのではなく事実を伝えるべきである…。自殺関連行動を示唆するサインがあることを人々に知ってもらい、そういった警告サインを見逃さず、支援を求めるようアドバイスができるように導かなければならない」。

保健省は、PAHO の支援を受けて、自殺と自傷行為の責任ある報道のための 11 の優良事例を示したガイドラインを作成した。国際的な専門家パネルを含むステークホルダーがその草案を何度も検討し、優良事例に沿う内容であるか確認し、メディアによる遵守が見込めるかどうかを評価した。ガイドラインは関連するステークホルダーと共有され、さらなるフィードバックを受けた後に最終版として配布された。

ガイドラインの効果を測定するために、メディアがガイドラインをどの程度遵守しているかを調べる観測と評価の枠組みが開発された。このツールは、遵守度を評価したうえで、さらなる進展に向けて不十分な点と可能性を見出すためのものである。オンラインでアクセス可能な全ての自殺関連報道（死亡、自殺未遂、自傷行為、自殺予防に関する記事など）を対象に、このツールを使って、違反したガイドラインの数と、報道に含まれる有用な情報（自殺ホットラインやコーピング法など）の数について評価する。その後、スコアに応じて報道機関に連絡を取り、ガイドラインを再度通知し、必要に応じてさらに資料を提供する。

ガイドライン配布後に生じた変化に関する正式な調査研究はまだ実施されていない。しかし、報道の方向性として、特に記事の配置や、自殺の露骨な詳細の省略といった点で顕著な変化がみられるようになった。ガイドライン提供後の定性的および定量的変化を評価するために、包括的な見直しが計画されている。これはガイドラインを評価するために必要な作業である。課題の一つは、殺人と自殺が複合した事件の場合で、これは依然として時折、無責任な報道を招いている。



実施のためのヒント

表12. 実施のためのヒント、LIVE LIFEにおけるメディアとの協働

問題点	ヒント
センセーショナルな見出しは報道機関に利益をもたらし、その結果、責任ある報道について合意されたガイドラインの不遵守につながっている。	- 自殺報道に関する倫理的意味および責任について、ステークホルダーと、懲罰的ではなく協調的な議論を行う。 - 報道が自殺に結びつくことを示すエビデンスを強調する。 - 自殺関連の経験者（メディアコミュニティを含む）の声を紹介し、読者がセンセーショナルな報道を好まないことを強調する。有名人にメンタルヘルスの問題または自殺念慮からの回復に成功した経験談を話してもらうといった事例を紹介する。
責任ある報道に対する支援体制が組織にない（原稿の納期が短い、編集後に変更されるなど）。	- 経営陣や編集部を含む、組織のあらゆるレベルのメディア関係者に関与を呼びかける。 - メディア内部で自殺予防の旗振り役を育成する（自殺関連の経験を持つジャーナリストなど）。 - 責任ある報道の監視を強化し、適切なステークホルダーと規制について協議する。
特に営利を目的とするステークホルダーが競合するような場合、様々なステークホルダー間での連携に限界がある。	- 関係を維持し、連帯責任感を醸成するために定期的に会合を開く。会合のない期間も様々なステークホルダー間でコミュニケーションが取れる手段を確立する。 - 一つの組織で優れた取り組みが確立されたら、そこから学んだ点を活用し、ターゲットとする他の組織でも取り組みを促進する。
（ソーシャルメディア上などで）公的に作成されたコンテンツを規制することが難しい。	- ソーシャルメディア企業と協力して、有害なコンテンツを特定し削除するよう意識向上と対応方針の策定、または改善を図る。 - 有害なコンテンツを公的に報告する仕組みを構築する（Stigma Watch⁵⁵ など）。

⁵⁵ StigmaWatch, Sane Australia (<https://www.sane.org/get-involved/stigmawatch>, accessed 28 January 2021).



© WHO / Tania Habjouqa



10代の若者の社会情緒的ライフスキルの育成

WHAT?(内容)

10代の若者の自殺を予防するために、WHOの「10代の若者の健やかな成長を支える (*Helping adolescents thrive: HAT*)」ガイドライン (WHO, 2020) と、「精神的な健康のための費用対効果の高い介入メニュー」(WHO, 2021) では、学校で社会情緒的ライフスキルのトレーニングを実施することが推奨されている。HAT ガイドラインには、精神的な健康に関する啓発トレーニング (すなわちメンタルヘルスリテラシー) とスキルトレーニング (問題解決やストレスへの対処など) が含まれている。あからさまに自殺に焦点を当てるのではなく、精神面での健康を増進するアプローチをプログラムに取り入れるよう推奨している⁵⁶。

エビデンスに基づく社会情緒的ライフスキルプログラムの学校での実施を強化するために、以下のような補完的な活動領域を検討するとよい。

- 支援の充実した学校環境を作る方法、リスク要因と自殺関連行動の警告サインに気付く方法、精神的苦痛を抱えた若者を支援する方法、および追加支援のために連携して紹介を行う方法について、教育機関の職員を対象にゲートキーパー研修を実施する。
- 安全な学校環境を促進する (いじめ防止プログラム、社会的つながりを高めるための取り組み、支援の充実した環境作りに関する職員研修など)。
- 外部の支援サービスへのリンクを作成・強化し、その情報を生徒に提供する。
- 自殺未遂経験がある、自殺により身近な人を亡くした、自殺リスクがある集団 (性的指向またはジェンダーマイノリティのためなど) に属するなど、リスクのある生徒に

対する具体的な支援策を確立する。

- 自殺リスクが特定されたとき、職員または生徒による自殺未遂または自殺について伝えるとき、自殺未遂後の生徒の復学を支援するときに用いる、明確な方針や対応方針を職員に提供する。
- 職員の精神的な健康を推進する。職員自身の精神的な健康のための研修や支援へのアクセスも提供する。
- 精神的な健康とリスク要因に対する親の意識を高めるために、親に協力してもらう。
- インターネットとソーシャルメディアの健全な利用について教育する (インターネットの安全な利用、健全な社会的支援を構築するためのソーシャルメディアの利用、いじめなど不健全なオンライン活動の認識と対応など)。
- 若者におけるその他のリスク要因 (親の暴力、家族のトラウマ、薬物使用など) に対処するための取り組みを策定する。

WHY?(目的)

思春期の若者 (10 ~ 19 歳) は、その後の健康とウェルビーイングの基礎となる社会情緒的スキルを獲得するための重要な時期である。しかし、思春期は精神疾患の発症リスクのある時期でもあり、全症例の半数は 14 歳までに発症している。精神保健の増進に関わる社会情緒的スキルの形成は、若者が精神的に健康な成人へと発達するための基礎となる (WHO, 2015; Sánchez Puerta et al., 2016)。メンタルヘルスリテラシーの向上は、スティグマの軽減とメンタルヘルスに関する知識の向上に役立つと考えられ (Milin et al., 2016)、同時に、若者が自身や他者の警告サインに気

56 精神面での健康を増進するアプローチでは、自殺そのものに焦点を当てるのではなく、生徒の強さと能力を育成することに重点を置いて、生徒が精神面でのウェルビーイング全般を向上させる新たなスキルを身につけられるよう促す。



づくのを助けることで、援助希求を促すこともできる (Burns & Rapee, 2006)。多くの国で教育現場が若者との主な接点であることを考えると、自殺予防を教育現場で実施することは、この集団に働きかけるための現実的な方法である。

Box 38. 世界保健機関の「10代の若者の健やかな成長を支える (Helping adolescents thrive: HAT)」

WHO の「10 代の若者の健やかな成長を支える」ガイドライン (WHO, 2020) は、10 代の若者の精神的な健康を促進し、精神疾患を予防し、自傷行為やその他の危険行動を減らすための心理社会的介入について、エビデンスに基づく提言を行っている。このガイドラインは、学校、保健医療またはソーシャルケア、地域、デジタルメディアなど様々なプラットフォームで使用されるよう意図されている。このガイドラインの情報は、介入パッケージである HAT ツールキットに活かされることになっており、このツールキットは、10 代の若者の精神的な健康を促進・保護する取り組みを進めるための、エビデンスに基づく一連の中核的戦略をまとめることを目的として、HAT ガイドラインの運用を支援するために現在開発されている。HAT ツールキットには、10 代の若者の精神的な健康を促進する、あるいは精神疾患、物質使用および自傷行為のリスク要因を低減させることが裏付けられている各種プログラムが掲載される予定である。このツールキットは、1) 法律と政策の改良、2) 10 代の若者の精神的な健康を促進・保護するための、学校、コミュニティおよびオンラインにおける環境の改善、3) ケアを行う者に対する支援、4) 10 代の若者の心理的スキルの向上に重点を置いている。また、このツールキットでは、実施用ツールや実際の事例に関する追加情報が得られる情報源をユーザーに紹介している。学校における 10 代の若者の社会情緒的学習を強化することをねらいとした、ユニセフと WHO HAT のコミックシリーズと、付属の教師用ガイドが、2021 年に利用可能となる予定である。

WHERE?(場所)

教育現場における 10 代の若者の社会情緒的ライフスキル訓練の調整は、国レベルでも行政区レベルでも実施できる。活動は、学校内、あるいは学校との協力による若者センターやその活動の中で、また避難民の若者のための教育プログラムにおいて実施されるプログラムから、社会情緒的ライフスキルに関する介入を教育カリキュラムに導入する全国規模

の投資まで、多岐にわたる。このようなスキルプログラムがデジタル利用に適用された例について、エビデンスが増えている。規模を拡大する前に、行政区または少数の学校で試験的に実施することが望ましい。

WHEN?(時期)

取り組みを開始する前に、学校と地域の保健医療・社会的保護サービスとの間に、若者の支援が可能なケア経路（こどもや 10 代の若者のための精神保健サービスなど）を確立すべきである。ストレスが大きくなる期間（試験期間など）の前にスキルプログラムを提供するなど、タイミングをみて研修を実施するのもよい。ただし、自殺が発生した直後に自殺予防活動を開始することは勧められない（生徒や教職員に心理社会的支援が利用できるようにすべきである）。

WHO?(担当)

学校ベースの自殺予防は、複数のステークホルダーが連携する場で最も効果を発揮する。保健省と教育省が連携して牽引役を務めるとよいだろう。地域では、自殺予防や若者のウェルビーイングに強い関心のある個々の学校や組織が牽引役を担うとよい。最適な実施のために、地域の政治家、学校、職員（教師および学校カウンセラーまたは養護教員など）、親や保護者、地域の保健医療・保護サービスや若者と共に活動している組織（スポーツ団体や青年部など）からの支援を検討することが重要である。学校における自殺予防プログラムの策定に若者を組み入れることが大切である。若者は、仲間との最良の関わり方についてアドバイスしたり、地元特有のリスク要因を見つけたりするのに適した立場にある。

Box 39. アボリジニおよびトレス海峡諸島民の 10 代の若者を対象とした、エビデンスに基づくアプリケーションソフト、オーストラリア

iBobbly⁵⁷ は、オーストラリアの 15 歳以上のアボリジニおよびトレス海峡諸島民の若者を対象とし、その若者らとともに設計された、社会情緒的ウェルビーイングを実現するセルフヘルプアプリである。このアプリケーションソフトには、アクセプタンス&コミットメント・セラピーと認知行動療法で構成された戦略が採用されている。iBobbly は、西オーストラリア州キンバリーのアボリジニ 61 人を対象とした無作為化比較試験で最初にテストされた (Tighe et al., 2017)。iBobbly の利用者は抑うつおよび精神的苦痛の程度が有意に低いことが

57 iBobbly. Black Dog Institute (Australia) (<https://www.blackdoginstitute.org.au/>, accessed 13 December 2024).



報告された。iBobbly は試用した人々の間で評判になり、利用者からのフィードバックは肯定的なものであった (Tighe et al., 2020)。2 回目の大規模試験は 2019 年 8 月に終了し、オーストラリア国内の 6 カ所で 400 人以上が参加した。予備的な結果は肯定的なものであった。重要な点は、アプリで見たり、聞いたり、経験したりする内容が全てアボリジニおよびトレス海峡諸島民のコミュニティメンバーに合わせて作られ、iBobbly が文化的な情報を反映した安全なものとなっていることである。このアプリ内の挿絵は、ほとんどが地元のアーティストによってデザインされたものである。アプリで使われる言語は若者と協議したうえで選ばれ、ほかにも若者が反応しそうな言葉遣いに関する提案がアプリに組み込まれた。さらに、地域言語のボイスオーバーは、ほとんどが地元のアボリジニのメディア機関によって録音された。iBobbly は、地元のアボリジニおよびトレス海峡諸島民と緊密に連携して開発され、アドバイザーグループの指導により、iBobbly アプリの実装と品質保証に関連するプロジェクト活動を形にするための情報源となった。このアドバイザーグループは、iBobbly が今後も文化的な基準を満たし続けるよう、そして、アプリの対象であるアボリジニおよびトレス海峡諸島民自身が情報を与え、形を決め、方向性を決めていけるよう取り組んでいる。

HOW?(方法)

1. 学校ベースのプログラムを計画・実施するためのワーキンググループを招集する (Box 1、「序文」を参照)。

- ・ワーキンググループを立ち上げる (上記の「[Who? \(担当\)](#)」の項を参照)。
- ・プログラムを実施する前に、学校が生徒を支援するための十分な行動計画を整備し、リスクのある生徒を紹介できる精神保健サービスと十分なつながりがあることを確認する。また、学校職員がこれらの手順を認識しており、実施する自信と能力があることを確認する。
- ・規模を拡大する前に、一部の地域を選んで活動を実施するか、数校を抽出して試験的に実施することを計画する。

2. 若者のためのエビデンスに基づく介入を選択する。

- ・エビデンスに基づいたプログラムを選択できるように、若者の精神保健と自殺予防の専門家が関与すべきである。
- ・対象とする集団、地域または学校のニーズに適したプログラムはどれか判断する。これは、利用可能な資源がど

の程度か、また、若者のニーズがどのようなものかによって変わる。エビデンスに基づくプログラムを特定するのに支援が必要な場合、ワーキンググループは、調査専門家や自殺予防を専門とする機関、あるいはこの分野に詳しい者に相談するのがよいだろう。

- ・実施に必要な資源や長所および限界が示されている、評価済みのプログラムを選択すべきである。
- ・元のプログラムと比べて、自殺に対する生徒の考え方や、生徒の警告サインの伝え方、支援を求める行動のとり方に文化的な違いがある可能性があるため、対象集団に合わせてプログラムを改変する。
- ・効果を低下させることなく改変する最善の方法について、プログラムの開発者に助言を求めるか、同じような生徒集団で改変したプログラムを既に成功させている他の地域や学校を探してみる。

3. 行動計画および必要な資源に関する計画について合意する。

- ・実施に必要な人的資源および能力構築を計画する (ファシリテーターや学校職員の研修の必要性など)。
- ・プログラムを実施する担当者を決める (精神医療従事者、学校の福祉職員、保健医療従事者など)。学校と地域の精神保健サービスとの間に必ず監督体制を整える。また、若者の有志や保護者に協力してもらう機会もあるだろう。
- ・各活動を実行するためのスケジュールを決める。プログラムをいつ実施すれば最も効果的か、どのくらいの頻度で繰り返せばよいかを検討する。
- ・進捗状況を見直し、新たな活動について決めるため、定期的に集まる時間を設ける。

4. 評価計画を策定する。

- ・プログラムの効果をどのように評価するかを事前に計画しておく (「[観測および評価](#)」を参照)。プログラム作成者の既存の検証プロセスを手引きとすることができ、以下を含めてもよいだろう。
 - » 精神保健または自殺に関する知識と考え方を測る質問票、自尊心とその他のスキルの評価尺度。プログラム実施前および実施後に行う。
 - » 自殺関連行動に対する効果。
 - » プログラムおよびその資料について、経験した感想や意見のフィードバックを生徒および職員から得る。
- ・得られた知見を用いて、プログラムの今後の実施に向けて変えるべき点がないか検討する。
- ・介入の規模拡大計画について決める (特定の学校内で対象生徒数を増やして実施する、別の行政区で実施する、国内の全ての学校で実施するなど)。



Box 40. Youth Aware of Mental Health (YAM)、研究から実施まで、スウェーデン

欧州における若者のいのちの保護とエンパワメント（Saving and Empowering Young Lives in Europe: SEYLE）は、精神的な健康の促進と自殺予防を目的とした学校ベースの3つのプログラムを評価するために策定された研究計画であった。欧州連合（EU）加盟国10カ国の中で無作為抽出した168校に通う10代の若者11,110例を対象に、無作為化比較試験が実施された。SEYLE研究では、Youth Aware of Mental Health（YAM）が、他の2つのプログラムおよび対照群と比較して、若者の精神的な健康の有意な改善に成功したことが示された。YAMに参加した若者では、対照群と比較して、新たな自殺未遂と重度の自殺念慮が50%減少し（Wasserman et al., 2015）、中等度および重度のうつ病の新規症例が約30%減少した。

特別な研修を受けた講師と助手が3週間にわたって実施する5時間のYAMプログラムは、教室の若者に、精神保健に関するトピックを、批判や断定を避けて安全に探求できる環境を提供するものである。他者の経験に対する共感とピアサポートに重点が置かれており、同時に、若者が自らの精神的な健康に何が必要かを考える力をつけられるようになっている（Wasserman et al., 2018）。ロールプレイ活動を補強するために、講師が双方向型の対話を行い、テーマに関する小冊子を各参加者に配布し、地域の保健医療や若者支援サービスの連絡先などの情報を掲載したポスターを教室の壁に掲示している。

YAM実施後のインタビューで、若者らは、困っている友人を以前より自信を持ってサポートできるようになったと話している。また、プログラム期間中に習得したスキルと戦略を、人生における逆境を乗り越えるのに役立てたいとも述べている。おそらく最も重要なのは、YAMに参加した若者は、困難に直面した際に支援の必要性を認識できるようになることである。この必要性に応えるために、地域で受けられる身体的・精神的ヘルスケアの選択肢と、地域の若者を支援している組織に関する情報を提供している。

YAMプログラムは、自殺予防における新しい、効果的かつ費用対効果に優れた学校ベースの介入であり（Ahern et al., 2018）、コーピングスキルを向上させ、共感力、支援を求める行動、ピアサポートを促し、教室に前向きな雰囲気を醸成する。YAMプログラムは世界各国で採用されている。カロリンスカ研究所イノベーションの支援を受けて設立された研究開発企業であるMental Health in Mind International社では、SEYLEプロジェクトの成果を活用している。最新の実施・評価プログラムは欧州（オーストリア、フランス、ノルウェー、スウェーデン、英国）、オーストラリア、インドおよび米国で実施されている。これまでに、世界中で10万人を超える生徒がYAMプログラムに参加した。

YAMの実施に寄与してきた要因として挙げられるのは、1) YAMを実施するのに利用しやすいパッケージが開発されており、介入の開発者が研修や品質保証対策の提供を含め、新しく実施する施設に協力していること、2) YAMを実施する全ての施設に、指導および継続的な研修ができるインフラが整備されていること、3) プログラムの翻訳や文化に合わせた改変のための対応方針があること、4) 参加型のプロセスで、若者を必ず関与させていること、5) 施設は実施のための資金調達について助言を受けられること、6) プログラムは、YAMで若者のスキルを育むとともに、自殺予防の実施に対して人々が熱心に取り組むことで最も効果的に機能することである。



実施のためのヒント

表13. 10代の若者の社会情緒的ライフスキルの育成を実施するためのヒント

問題点	ヒント
学校で精神的な健康などのトピックに取り組むことに消極的である。（指導者、学校、親または保護者が）精神的な健康の問題、精神的苦痛および自殺関連行動について若者と話し合うことに消極的である。	・ 若年層の自殺リスクを考慮し、予防活動と情緒的ライフスキルの訓練の必要性について教育部門と密に協議する。教師を対象にゲートキーパー研修を行い、地域の親または保護者の代表を対象に啓発、研修を行う。自殺予防プログラムの立案に若者を有意義な形で参加させる。 ・ 若者に自殺に関する話をしても自殺リスクを高めることにはならず、むしろ、必要となれば教師や保護者に支援を求めることができると感じてもらえる機会になることを、教師や保護者に知ってもらう。 ・ 学校における過去の自殺事例が原因で消極的になっていると思われる場合は、その影響を受けた人々に十分な支援（事後対応としてのカウンセリングなど）を提供し、今後の発生を予防するための事前対応を慎重に奨励することが重要である。 ・ 参加を促すために、旗振り役または有名人に協力してもらう。
職員からの抵抗	・ 生徒向けのプログラムを開始する前に、まず職員のウェルビーイングを確保し、現場でリスクのある生徒の支援に十分あたれるようにすることが不可欠である。職員がサポートを受けやすく、また、精神的苦痛を抱えた生徒とコミュニケーションやリスク管理に自信を持てるよう、十分な研修を受けることができる安全な学校環境を作ることもその一環である。 ・ さらに、学校外でのサービスまたは支援を必要とする生徒のために、部門間の良好な連携体制を確保することも重要である。
計画し実施する時間および資源が不足している。あるいは従来の学習指導と比べて優先事項とみなされていない。	・ 自殺予防プログラムは、既存の学校の取り組み（保健の授業やその他の保健プログラム）やピアリーダーシップ・プログラムに組み込むことが可能である。 ・ 学校の健康週間、精神保健啓発デーまたは啓発週間など、行事予定表にある既存の行事が、自殺予防プログラムを取り入れる良い機会となるだろう。



自殺関連行動の影響を受けている人の 早期発見、評価、管理、経過観察

WHAT?(内容)

自殺リスクのある人や自殺未遂をした人が、必要な支援とケアを確実に受けられるように、早期発見、評価、管理および経過観察を行う。自殺リスクがあるとわかった人に早期に介入するためには、保健システムに自殺予防を中核的要素として組み込む必要がある。保健医療従事者を対象に、早期発見、評価、管理および経過観察に関する研修を行うべきである (WHO, 2019b)。保健医療の専門家ではないが(地域などで)自殺リスク者との接触がある人には、早期発見と経過観察を行うための能力が求められる。保健医療システムは、地域における経過観察の支援や精神保健の専門家によるケアに個人を紹介するためのケア経路を調整すべきである。個々の自殺リスク者は、保健医療部門だけでは対処できないリスク要因や医療ニーズを抱えている場合がある。例えば、保健医療システムによる支援に加え、雇用機会や経済的機会へのアクセスにおいて支援を必要としている可能性もある。これについて日本の例を挙げると、経済的困難を抱えて社会福祉課を訪れた人が自動的に保健医療部門に紹介され、そこでも同時にケアを受けられるようになっている。

自殺未遂者や自死遺族等には、事後対応としてのサポート⁵⁸が受けられるようにすべきである。保健医療サービスによる支援に加え、自死遺族のグループ (WHO, 2008b)、自殺関連の経験者が支援する自助グループ、あるいはボラン

ティアサービスにおいて、コミュニティ主導の経過観察を付加的に実施できる可能性もある⁵⁹。精神的窮地にある人に緊急支援を提供するために、地域の危機対応チームや緊急用電話などの緊急サービスも利用できるようにしておくべきである (WHO, 2018c)。

Box 41. 自殺未遂者の症例管理、大韓民国

2013年に大韓民国では、中央政府の支援を得て、救急外来を受診する自殺未遂者に対する症例管理が実施された。2018年1月に関係省庁により発表された「自殺予防国家行動計画」には、自殺未遂者のカウンセリングと経過観察管理を強化する具体的な行動課題が示されている。救急外来ベースの自殺未遂後症例管理は、2013年に25カ所で始まり、2020年には85カ所に拡大され、今後も拡大を続ける予定である。症例管理の担当者は、自殺未遂による救急外来の受診後24時間以内に患者に連絡を取り、毎週開かれるミーティングで治療中の全症例について話し合う。全ての病院が監督下にあり、現在、プログラムの評価が行われているところである。

⁵⁸ 事後対応(ポストベンション)とは、自殺未遂または自殺後に実施される介入を示す。

⁵⁹ Befrienders Worldwide (<https://www.befrienders.org/>, accessed 28 January 2021).



WHY?(目的)

保健医療システムは現在、人口集団の精神保健上のニーズを満たすことができず、サービスの不足と不平等な分配は、多くの人々が必要なケアを受けていないことを意味している (WHO, 2018b)。全ての人々が質の高い医療を受けられるようにするには、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ⁶⁰を目指すことが不可欠である⁶¹。イングランドおよびウェールズでは、24 時間体制の緊急医療の提供、複数の診断を受けた患者に対する地域の政策、自殺後の多職種によるレビューの提供など、精神保健サービスに関する症例事項を実施することは、臨床集団における自殺率の経時的な低下と関連していた (While et al., 2012)。また、デジタル方式で管理と経過観察を行うこともできそうである。

身体疾患と精神疾患をともに抱えている人々は自殺リスクが高く (WHO, 2018b; WHO, 2019b)、既に医療サービスを受けている可能性があるため、保健医療従事者はリスクのある人々を特定するのに適した立場にある。そのため保健医療従事者は、自殺リスクのある人を特定、評価、管理、経過観察するための研修を受け、自信を持って対応できるようにしておくべきである。医療サービスを受けた人がその後、孤立感を覚え、さらに自殺未遂を起こすリスクが大幅に高まる可能性もある。そのため、迅速かつ体系的な経過観察ケアが不可欠であり、その実施によって退院後の自殺および自殺未遂が減少することが示されている (Goldman-Mellor et al., 2019; Fontanella et al., 2020)。自殺の影響を受けた家族や友人もリスクがある可能性があり、罪悪感、羞恥心、スティグマに苦しんでいる場合、社会的支援を求めることが困難になる。このような集団に対しては、先を見越して経過観察を始めるべきである。

WHERE?(場所)

早期発見、評価、管理および経過観察を促進するための取り組みは、国レベルで調整すべきだが、各地域社会のニーズに合わせたものとしなければならない。規模を拡大する前に、まず単一の保健医療サービスまたは地域の保健医療サービスで試験的に実施した方がよい。活動は医療のあらゆるレベル、特に多くの国で（精神）医療における主要な情報源となっていると思われるプライマリケアサービスと、（自殺の重要なリスク要因である）自殺未遂後に受診する可能性のある救急施設で実施すべきである。

WHEN?(時期)

リスクのある人を特定するための活動（保健医療従事者の研修など）を開始する前に、管理および経過観察のためのケア経路を確立しておくべきである。地域の保健医療従事者や関係者の研修は、戦略的なタイミングで行う（「[能力構築](#)」を参照）。

WHO?(担当)

保健省は地域の保健医療サービスと協力して活動を進めるべきである。すなわち、救急、精神保健、アルコール使用障害、慢性疼痛、慢性疾患を担当しているなど、自殺リスクのある人と接触する可能性の高い特定の医療部門または医療施設を対象とした活動が考えられる。この活動には、早期発見または経過観察に一定の役割を担う地域のステークホルダー（ソーシャルケア、社会福祉、教育、警察およびその他のゲートキーパー）との連携が必要となる。

HOW?(方法)

1. ワーキンググループを招集する ([Box 1](#)、「[序文](#)」を参照)。
 - ワーキンググループを立ち上げる（上記の「[Who? \(担当\)](#)」の項を参照）。
 - このワーキンググループには、地域の保健医療システムと公衆衛生の原則について詳しい人々と、システム内の現在の課題を理解している保健医療従事者を含めるべきである。
 - また、ケア経路や経過観察の状況に応じて、他の部門の人々（警察、教師、ソーシャルワーカーなど）もワーキンググループに含めるとよいだろう。

2. 資源の現状をマッピングする。

自殺の影響を受けている人々の早期発見、評価、管理、経過観察を行っている保健医療部門やその他の部門（ソーシャルケア、教育、司法、サービス利用者の団体など）における資源をマッピングする（「[状況分析](#)」を参照）。

60 Universal health coverage. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1, accessed 19 February 2021).

61 WHO QualityRights initiative. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>, accessed 28 January 2021).



3. ケア経路を調整する。

- 発見された自殺リスクのある人を医療機関で評価し、地域または専門的な精神医療に紹介して支援できるようにケア経路を整備する（WHO, 2019b）。
- 紹介文書形式を統一し、紹介を行う経路、手順、基準について、ケア経路上の全ての部局および部門の間で合意を得る。
- 他の部門で発見されたリスク者を医療機関に紹介して評価、管理および経過観察できるようにするための明確なガイダンスの作成を支援する。

施設の割合、2) 新規症例と経過観察症例の数、3) 各医療施設への紹介件数、4) サービス利用者の転帰と介入・支援に関するフィードバックを含めてもよい（[付録3](#)を参照）。

- 得られた知見を活用してサービス提供とケア経路の改善を図り、規模拡大を計画する。
- 状況分析を用いて、サービスが不足している地域を特定し、さらにサービスを充実させるための計画を立てる。

4. 非専門の保健医療従事者を対象に研修を行う。

- 非専門および地域の保健医療従事者には、自殺リスクのある人々を管理し、医療機関に紹介し、専門家および自殺予防と心理的介入の訓練を受けた非専門家と連携できるようにするために、能力構築を行う（「[能力構築](#)」を参照）。
- 状況分析の結果、人材不足が確認された地域では、地域の支援資源を活用して、介入（自殺危機対応を含む）と経過観察を行うのに十分な地域サービスを提供するための計画を立てる⁶²。

5. 地域における早期発見と経過観察に関わるゲートキーパーとステークホルダーの研修を行う。

- 研修内容には、1) 自殺リスク者を発見するために、自傷行為または自殺の一般的な兆候を認識すること、2) 自殺危機を含め、自傷行為の評価と管理の原則（自傷行為についての尋ね方、自傷行為による損傷や服毒の見分け方など）、3) 心理社会的介入（自殺に関する心理教育、社会的支援の資源動員など）、4) 専門医への紹介と経過観察を含めるべきである。

6. 観測、評価および規模拡大（「[観測および評価](#)」を参照）。

- 観測および評価は事前に計画し、研修と並行して実施する必要がある。
- 保健医療システムに既存のデータ収集方法がある場合はそれを用いて、あるいは新たな収集方法を構築することにより、進捗状況の観測指標を設定する。指標には、例えば、1) 自殺予防の研修を受けた非専門家がいる

62 WHO mhGAP training manuals. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mhgap-training-manuals>, accessed 13 December 2024).



Box 42. アボリジニに特化したアフターケア、オーストラリア

南オーストラリア州は、地元のアボリジニコミュニティによって共同設計され提供される、アボリジニのためのアフターケアモデルをオーストラリアで初めて確立させた。2017 年、南オーストラリア州一次医療ネットワーク（Country South Australia Primary Health Network: CSA PHN）は、Black Dog 研究所と協力して、一連の先住民コミュニティフォーラムを開催した。協議の結果、自殺危機後に退院した人の経過観察サービスが強く求められていることが示され、この点が地域サービスに不足していることが確認された。地域コミュニティの協力を得て、自殺関連の経験者や地域医療ネットワークおよびアボリジニコミュニティ管理保健機関（Aboriginal Community Controlled Health Organisation; ACCHO）の代表者などで構成されるアボリジニのワーキンググループが設立された。ワーキンググループは、8 ヶ月かけて共同設計プロセスを文書化しモデルを開発した後、4 ヶ月かけてステークホルダーと協議を行った。

CSA PHN は、ポートオーガスタでのアボリジニ・アフターケア・サービス（Aboriginal Aftercare Service）の提供を、Pika Wiya 医療サービスアボリジニ法人（Pika Wiya Health Service Aboriginal Corporation）に委託した。Pika Wiya 医療サービスアボリジニ法人は、ソーシャルワーカーである臨床チームリーダーとアボリジニの保健医療従事者 2 名で構成されるアフターケアチームを採用した。アフターケアチームは、社会情緒的ウェルビーイングチーム（social and emotional well-being team: SEWB）内に置かれ、心理学者や訪問精神科医からの内部支援を受けている。

この事業では、救命救急部と地域の精神保健チームが使用する 2 種類のガイドラインが作成された。アボリジニ・アフターケア・サービス計画（Aboriginal Aftercare Service Design）と、自殺関連危機および経過観察ケアのための総合ガイドライン（Guidelines for Integrated Suicide-Related Crisis and Follow-Up Care）である。各ガイドラインが提示しているのは、入院中から退院後まで接触を維持するための包括的かつ段階的なアプローチであり、家族とコミュニティに重点を置いた心理社会的アプローチ、臨床的アプローチ、ヒーリングアプローチを組み合わせたものとなっている。

精神保健サービス全体にわたって、臨床分野と文化的分野の担当者間で連携が強化されたことは、予期せぬ肯定的な成果であった。現在、訪問精神科医が監督する精神保健計画や紹介には、他の支援とともにヒーリングが推奨されることが多くなっている。アフターケア担当者には、ngangkari（薬草を用いる先住民の医者）による伝統的なヒーリングに参加するよう呼びかけている。同様に、病院の精神保健担当者は、社会情緒的ウェルビーイングを高めるサービスや一般開業医によるサービスがアフターケアチームから専門的助言を得ていることを知っているので、退院後も安心してそのようなサービスに患者を紹介しているとの報告がある。投薬サポートなど現在行われている臨床管理は、今や病院ではなく Pika Wiya 医療サービスが担当しており、そのため Pika Wiya 医療サービス内で能力構築が継続されている。

アフターケアサービスは、国家先住民危機対応サービス（National Indigenous Critical Response Service）や Beyond Blue のサービスである The Way Back など、確立された事後対応サービスとも連携している。



Box 43. 精神保健サービスと自殺予防の規模を拡大する、イラン・イスラム共和国

イラン・イスラム共和国におけるプライマリヘルスケアへの精神保健サービスの統合は、自殺予防プログラムを含む公共の精神保健サービスを拡大する上での大きな転換点の一つと考えられている。全国の農村部と都市部、双方のプライマリヘルスケア分野で一般開業医（general practitioners: GP）や多目的一般保健医療従事者、臨床心理士が一次精神保健医療を提供することによって、主に、精神保健サービスへのアクセス強化と、うつ病などの（自殺に関連する）精神疾患の早期発見が目指されている。多目的一般保健医療従事者は、クライアントの年齢群に応じて、また他の健康分野での評価とも並行して、精神的な健康問題の初期スクリーニングを実施する。スクリーニング結果が陽性の場合、クライアントは自殺念慮または自殺未遂歴について評価され、自殺リスクがあると判断された場合はさらなる評価のために GP に紹介される。

GP によるリスク評価および臨床的判定の結果、高リスクと判断された患者は最寄りの病院に紹介される。非協力的な患者に対応する場合、GP はあらかじめ決められたワークフローに従う。低リスク者については、プライマリヘルスケアにおける精神疾患管理のための精神保健ガイドに従って、GP が管理を開始する。いずれかの段階で専門医の診察が必要となった場合は、患者を地域の精神科医に紹介する。

自殺リスクのある患者は全員、都市部の保健医療センターに勤める臨床心理士に紹介される。病院または精神科医に紹介された患者は、他の治療モジュールとともに、電話による経過観察、心理教育、簡単な心理学的介入を受ける。別のレベルでは、自殺未遂後に入院した患者も退院時に保健医療センターに紹介され、同じサイクルに組み入れられる。

自死遺族を支援するための経過観察サービスパッケージも開発されており、臨床心理士はこの事後対応サービスを提供できるよう研修を受けることになっている。これらのサービスを提供するための能力構築は、全てのサービス提供者を対象とした必須の事前研修と現職者向けの追加研修セッションをベースとしている。保健・医療・医科教育省の全国自殺予防プログラムは、6つの戦略目標を掲げている。このプログラムは2005年から正式に運営されており、国内外のコンサルタントからのフィードバックを受けて2018年に規模が拡大された。



© WHO/ Yoshi Shimizu



実施のためのヒント

表14. 自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察を実施するためのヒント

問題点	ヒント
自殺予防が公衆衛生の優先事項とされていない。	- 政策立案者とともに自殺予防を提唱し、地域社会を啓発する。他部門（教育など）から支援者を探し、支持団体を強化して、地域における自殺予防の牽引役となってもらう。 - 自殺予防の効果および費用対効果を示すエビデンスを提示する
利用可能な資源が限られている。	- 地方および国の政策立案者と協力して予算を再配分する。 - カスケードトレーニングモデル（指導者養成）を用いて、まず研修済みスタッフの数を最大限に増やし、他のスタッフの指導者となってもらい、知識と技術を伝えてもらう。自助グループや自死遺族の団体など、地域資源の開発を促進する。
自殺リスクの管理に対する自信または知識がない。	- 自殺リスクが特定されたら次に何をすべきか（緊急リスク管理と医療への紹介の両方）について、適切な研修が行われるようにする。 - 管理とケアに関する明確な方針と、段階的に手順を説明したガイドダンスを策定し、紹介を行う人が入手しやすくする。
リスクのある人へのアクセスが困難。	- 啓発と能力構築の対象を、アクセスの困難なコミュニティと接触する可能性のある様々な部門に拡大する。 - 一般の保健医療従事者（一般開業医、地域の保健医療従事者など）に加え、他の分野の職員（警察、教師など）も、自殺リスクのある人を特定できるよう研修を受けてもらう。

付録1. 自殺予防に関わる部門とステークホルダー

政府部門

- 保健省
- 農業、教育、司法、労働・雇用、メディア、マイノリティ問題、計画・開発、社会問題・福祉、運輸、若者、防衛の各省庁
- 政治家、国会議員または代表者
- 地方自治体、地域の意思決定者
- 政策立案者およびオピニオンリーダー

ステークホルダー（個人および組織）

- **全ての人**
- 自殺に関連する経験を持つ者
- 精神保健サービス利用者
- 精神保健および一般保健医療従事者、健康増進担当者、保健行政当局、物質使用関連サービス、ソーシャルワーカー、地域開発サービス
- 教師、教育職員、ユースワーカー、学校、若者クラブおよびセンター
- 警察、消防士、救急隊員、救急救命士
- 高齢者のケアにあたる人々、介護事業者、ナーシングホーム、デイセンター
- 宗教指導者、信仰指導者、スピリチュアルリーダー、組織、地域の礼拝所や集会所
- 伝統的な治療師（ヒーラー）や地域の長老
- 報道機関（活字メディア、テレビおよび映画、ウェブメディア、ソーシャルメディア）、ジャーナリスト、ジャーナリズム団体
- ジェンダーに基づく暴力に関連するサービス、こども保護サービス
- 性的指向およびジェンダーアイデンティティに関連する団体
- 薬剤師、バーテンダー、アルコール小売業者など、自殺のリスクや手段に関連する小売業者
- 職場、労働組合、職能団体、労働衛生部門、ビジネスリーダー
- 失業予防局、職業安定所、社会福祉サービスで働く人々
- 軍部
- 精神科入院病棟や刑務所など拘禁に関わるサービス
- 金融サービス、債権回収サービス、年金サービス
- 福祉やウェルビーイングに関心を持つ、あるいは自殺リスクが高い人々にサービスを提供する国際団体または慈善団体などの NGO
- 科学界、学識者
- 有名人やインフルエンサー
- 本ガイド各所で挙げているその他多くの個人・組織

付録2. 各国にみられるその他の事例

状況分析

Box 44. データ分析・情報分析システム、オーストラリア

オーストラリアにおける自殺予防の取り組みを妨げている主な課題は、この問題の規模や程度に関する詳細な情報が不足していることである。Black Dog 研究所はオーストラリア国立大学および SAS 社（ソフトウェア企業）と連携し、データ分析と情報分析システムの開発を続け、情報収集を行って、地域社会が、より対象を絞ったエビデンスに基づく自殺予防の取り組みを策定できるよう支援している。このシステムは現在、Black Dog 研究所の LifeSpan 試験の一環として展開されている。

システムは以下の要素で構成されている。

自殺データ解析報告書

地域の監査報告書を用いて動向を観測し、自殺リスクが高い集団を検出してリスクを最小限に抑えるための地域戦略の策定と実施にその情報を役立てている。監査報告書からは、調査結果が実的な成果につながるような有意義な形で、地域特有の情報が得られる。

地理空間分析

監査報告書と知能システムはデータソースを可視化し、空間分解の重要性を示すことができる。データを地理空間的に可視化することで、自殺が集中している場所を描き出すことができる。この分析により、意思決定者は、社会的および経済的な有利不利、サービスの利用可能性、特定の自殺多発地点などの要因をより考慮しやすくなる。

自殺手段の制限

自殺手段の制限は、自殺を減少させる最も有効な戦略の一つである。このシステムでは、自殺手段とその利用可能性にパターンがあるかどうか、地理空間的分布においてばらつきがあるかどうかを明らかにすることができ、その情報を用いて対象を絞った自殺手段を制限する戦略を地域で策定し、地域のニーズに基づいた具体的な自殺手段制限の活動と介入を決定するのに役立つ可能性がある。

リソースアトラス（資源地図）

LifeSpan リソースアトラスは、研究者や政策立案者がマップ作成や解析に利用できる、オンライン上の双方向型リソースである。リソースアトラスを使うことで自殺予防に関する疑問に答えが得られ、活動をよりよく調整することができる。地域の特性がわかり、情報を共有することができる。

データ担当者 8 名、地理学者、博士研究員からなるチームが、データプラットフォームの設計と設定、主要データ管理者からデータを取得するための申請、データ管理手順の策定を担当した。システムの運用を維持し、上記のアウトプットを生成するには、少なくともフルタイムのデータ担当者 2 名、データ管理者 1 名、およびフルタイムの地理学者 1 名に相当するスタッフが必要である。

現在、このシステムはニューサウスウェールズ州（オーストラリアの主要州の一つ）に特異性の高い情報を提供するように設定されている。それだけでなく、全国レベルでの自殺に関するデータも得られる。主な最終目標は、自傷行為に関するデータを全国レベルにまで拡大することである。しかし、この目標を達成するには、人員を追加し（少なくともあと 3 名のデータ担当者と 1 名の地理学者）、データの取得および利用に関する倫理要件を満たすように処理を行い、複数のデータソースを調和のとれた方法でシステムに取り込むのに必要な複雑なデータ管理を行うための適切な能力を備えることが必要となるだろう。



© WHO / Sebastian Meyer

Box 45. 自殺の全国調査、イラク

イラク保健省の精神保健局は、海外の研究者と連携して、2015～2016年の自殺に関する全国調査を開始した（Abbas et al., 2018）。内務省は、調査対象となった13の州の警察署にデータ収集フォームが円滑に配布されるよう支援した。警察職員は、2015～2016年に自殺と判断された管轄区域内の個々の死亡に関してフォームに記入し、法的記録からデータが欠落していた場合は家族に情報を求めた。データ収集フォームには、人口統計学的特性、自殺の手段、病歴、精神疾患歴、自殺未遂歴、考えられる原因などの変数が記入された。この結果を用いて、人口集団および（年齢、性別などによる）サブグループの自殺率、よく用いられる自殺手段、自殺に関連する医学的要因、精神的な健康に関する要因、自殺要因および誘発要因のプロファイルを明らかにした。また、リスク群を特定するために、様々な人口統計学的集団間で比較を行った。第1回全国調査の実施から得られた知見は、イラクにおける自殺の全国登録簿を策定する計画に活用された。計画には、データの質の向上（この調査では法的報告や家族からの情報に依拠しており、これが過小認識や過少報告の原因となった可能性がある）や、計画およびデータ収集に知識を提供してくれる専門家を増やすこと（疫学専門家、法医学専門家など）などが盛り込まれた。また、この調査から、イラクにおける今後の自殺予防として、銃器および灯油（焼身自殺に使われる）に対し、自殺手段の制限を行う必要性も示唆された。

Box 46. 状況分析、シリア・アラブ共和国

新型コロナウイルス（COVID-19）の影響を含め、シリア北西部に住む人々の生活において緊急事態の影響が長期化していることから、複数の分野で自殺予防への関心が高まっている。精神保健・心理社会的支援（mental health and psychosocial support: MHPSS）サービスのマッピングで示されたように、2020年4月～6月には、2020年1月～3月と比較して自殺未遂が57.7%増加した。ジャーナリストらは、同時期のソーシャルメディアでの報道によって、自殺による死亡者数が増加したと主張している。しかし、既存の保健医療情報システムには死亡データが記録されておらず、このことは、シリア北西部における自殺と自傷行為の調査における重大な課題となっている。

WHO のガズィアンテプ拠点は、MHPSS に関する機関間常設委員会のテーマ別ワーキンググループの支援を得て、シリア北西部における自殺関連行動に緊急に対処する必要があると判断した。テーマ別ワーキンググループは自殺予防アドホック・担当チームを設置し、6名の委員が、計画のための情報を得たり情報提供者を要請しやすくするようエビデンスを提供したりするために状況分析が必要であるとのことで合意した。これを出発点として、ワーキンググループは「自殺に関する質問票」を作成した。この調査の目的は、シリア北西部で過去12ヵ月間に発生した自殺を把握し、それによって2020年第4四半期の時点で、シリア北西部で実施する自殺予防活動を特定することであった。質問票には、過去6ヵ月間に自殺した人または自殺未遂や自傷行為を行った人に対応した保健医療従事者の経験について、36項目の質問が設定された。自殺予防に取り組む保健医療従事者の能力とスキルに関する質問も含まれていた。「精神保健・心理社会的ニーズと資源の評価（Assessing mental health and psychosocial needs and resources）」というツールキットに設定されている質問も、シリア北西部の社会的背景に合うよう翻訳・改変された（WHO & UNHCR, 2012）。物流上の理由から、必要なデータを収集する最も実現可能な方法としてデジタル調査方法を用いることで合意し、デジタルデータ収集のための無料のオープンソースツールである KoBo Toolbox⁶³ が使用された。KoBo Toolbox は、グラフ生成などの機能が使え、人道支援活動に利用するのに理想的である。

2020年9月には、シリア北西部のプライマリケア医および勤務医、MHPSS のスタッフ（心理社会的支援ワーカー、精神科医、心理学者）、ジェンダーに基づく暴力やこどもの保護に取り組む活動家、並びに救急隊員に調査への参加を要請し、計534名（女性206名）から回答を得た。新型コロナウイルス感染症流行期の6ヵ月間に、1,748件の自殺未遂および246件の自殺が回答者から報告された。自殺した人の76%および自殺未遂者の86.6%が国内避難民（Internally Displaced Persons: IDP）であった。自殺未遂者のうち、42.2%が21～30歳、25%が31～40歳、18.1%が16～20歳であった。報告された自殺手段のうち、21.4%が自宅での殺虫剤摂取、16%が刃物の使用、11.5%が建物からの飛び降りであった。自殺の誘発要因は、対人関係または結婚の問題（26.3%）、経済的問題（23.7%）、親との関係の問題（12.7%）および失業（10.4%）であったと考えられる。また、調査結果からは、保健医療部門において自殺について議論することへの障壁、地域社会における障壁、特に、自殺について話し合うことに関して最も慎重な立場にある関係者（宗教指導者など）の存在、評価された回答者の知識が現時点では限定的であり、能力構築が求められていることが示された。調査結果の分析後に一連の主要な提言がなされ、それがシリア北西部における今後の自殺予防活動の焦点となる予定である。

63 以下を参照: <https://www.kobotoolbox.org/> (accessed 18 February 2021).

多部門連携

Box 47. ボトムアップ型多部門連携の事例、ブラジル

サンパウロ州の地方に位置する、とある中規模の町（人口 14 万人）では、過去 10 年間の自殺率は全国の 2 倍であった。2016 年 3 月、地元のソーシャルワーカーが地元メディアの公募で、産業連盟の地元事務所に約 100 人集まった。保健医療従事者、教育者、宗教指導者、主婦、警察官、消防士、政治家および政治家志望者、メディア関係者、ホットラインのオペレーター、司法官、地域の有名人など、様々な分野に属する人々であった。

以前からこの町は、公的にも（精神科病棟のある大学病院、精神科病院、物質使用障害者のケアを専門とする病院、複数の外来サービスおよびデイセンター）、民間でも（人口当たりの精神科医の割合は国内で 3 番目に高く、物質使用障害者のための治療共同体が複数ある）、精神保健資源に非常に恵まれている。しかし、公的サービスは行政面でも財政面でも連邦、州、自治体の様々な機関に依存しており、それらの間の調整はあまり図られていなかった。ステーキホルダーの会合では、自分たちの資源を活用し、ボランティアとして活動する、「Life Protection Network: LPN (いのちを守るネットワーク)」を設置することが決まった。

出席者の中から 4 名の調整委員が選出され、1) 支援者（専門的な精神保健分野の経歴はないが、ソーシャルメディアで積極的に活動している人々で構成され、大抵は主婦、商業関係の従業員および学生）、2) スピリチュアル界の支援者（宗教指導者）、3) 評価担当者（保健医療従事者、多くは心理学者）、4) 精神保健分野の専門家（心理学者、セラピスト、精神科医）、5) 教育者（教師、学校長）、6) 地方当局（市長、市議会議員、郡の関連長官 [保健教育、社会福祉、文化、スポーツおよび公共安全]、精神保健サービス部長）、7) 地方メディア、8) アンバサダー（LPN で特別に研修を受けた若者）の 8 つのワーキンググループが設立された。

LPN のボランティアメンバーになるための重要な要件は、WHO の mhGAP 介入ガイドの自傷行為または自殺モジュールを用いた 4 時間の研修をコーディネーターから受けることである。LPN はボランティアからの広範な支援を受けており、現在、専門家やケア担当者のボランティア待機リストがある。また、全てのボランティアを対象に毎月定例のスーパービジョン会合が開かれており、関心のある問題、特により複雑なケースに対応する上での問題について議論している。LPN は、最初の会合の 2 週間後、各ボランティアグループが全ての研修セッションを終えるとすぐに活動を開始した。

自分が支援を求める場合も、精神的苦痛を抱えている人を見つけた場合も、ウェブサイト www.precisodeajuda.org（ポルトガル語で「助けてください」の意）から LPN へ連絡を取ることができる。プライマリヘルスケア従事者や救急医療サービスのスタッフも LPN に問い合わせることができる。LPN のボランティアによって展開されている活動がいくつかあり、その中には、支援的な性質のもの（社会的・スピリチュアル支援）、心理的な強化策（ライフスキルの訓練）または臨床ケア（地域での統合療法、保健省が推奨する補完療法、心理療法、経過観察と紹介、事後対応）もあれば、一般向けの推進および予防活動に関わるもの（地域レベルでの啓発など）もある。LPN のメンバーは全員ボランティアとして活動し、時折発生する費用（貸会議室や印刷物など）は地元の商工業者によって賄われている。

LPN がもたらしている具体的な効果についてはこれから測定されるが、明らかな成果の一つは、様々な保健医療サービス間で調整が欠如していた事態が克服されたことである。LPN を通じて、今では、有能で研修を受けた能力のある人々によって早期発見とケアが迅速に行われ、異なるレベルのケアへの移行が必要に応じて円滑かつ迅速に行われるようになった。

Box 48. 多部門連携、カナダ

連邦調整委員会

カナダ政府は、情報共有を推進してパートナーシップの機会を促進するために、自殺予防連携アプローチを支持している。2016 年末に、政府は「連邦の自殺予防のための枠組み（Federal Framework for Suicide Prevention）」を発表した。この枠組みでは、連邦における自殺予防の取り組みを連携させるための戦略目標と、指針となる原則を定めている。連邦政府省庁間の連携を進めるために、カナダ公衆衛生局は、四半期ごとに開催される連邦自殺予防調整委員会（Federal Coordinating Committee for Suicide Prevention）の委員長を務めている。この委員会は、精神保健および自殺予防の分野で活動する連邦省庁（保健医療、先住民サービス、経済開発、運輸および統計に関する省庁など）の代表者で構成されている。委員会は四半期ごとに開催され、連邦政府全体の自殺予防に関する優先事項と動向を確認すること、可能な場合には取り組みを調整すること、自殺関連の調査など自殺予防に関する情報と専門知識を共有すること、そして隔年の進捗報告書の作成を支援することに重点を置いている。

全国自殺予防連合

「全国自殺予防連合（National Collaborative for Suicide Prevention）」は、個人（自殺未遂者や自死遺族など）のほか、自殺予防、介入および事後対応の取り組みにリーダーシップや資源を提供し情報を共有している団体が集まった全国的な組織である。2012 年 6 月に結成されたこの連合のメンバーは、精神的な健康を促進し、レジリエンスを構築し、希望を育み、全てのカナダ国民に対する自殺の影響を軽減するために活動している。連合の活動は、執行委員会、3 つのワーキンググループ（コミュニケーションワーキンググループ、国家戦略行動計画ワーキンググループ、データ・研究ワーキンググループ）および事務局の支援により、構造化され、推進されている。この連合の目的は、ライフスキルの向上、メンタルウェルネスおよび自殺予防に関する団体間の議論と知識交換を促進すること、メンバー間の連携の触媒として機能すること、そして自殺予防に関わる問題について提唱し、集団の意見を上げる場を提供することである。

Box 49. アルコールに関する政策と法律、ロシア連邦

ロシア連邦における 1990 年代のアルコール市場民営化と規制緩和は、アルコール関連問題の拡大につながった可能性があり、アルコール消費が罹患率と死亡率の上昇の大きな原因となった⁶⁴。2004 年、政府はアルコール管理政策を強化するプロセスに着手し（Levintova, 2007）、続いて、アルコール製品の生産および取引量の規制に関する法律の一連の改正を行った。アルコールに関する他の法令・規則もその後、改正された。2007 年から 2016 年までに、アルコールの総消費量（記録の有無を問わず）は、1 人当たり純アルコール換算で 3.5 L 減少した。2005 年から 2015 年までに、飲酒による死亡率も、特に男性で低下した。アルコール依存症などアルコール関連疾患と診断された患者にも同様の傾向が認められたとともに、成人総死亡率の劇的な低下も見られ、いずれも全般的なアルコール摂取量の減少傾向がもたらした結果であると考えられる。実施された政策の多くは、アルコールの有害な使用を減少させるための WHO グローバル戦略（WHO, 2010）に沿った、エビデンスに基づくものであり、段階的に導入された。したがって、ロシア連邦でみられる自殺の減少にはアルコール制限政策が寄与した可能性が高い。

64 Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation: Policy briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<https://iris.who.int/handle/10665/107355>, accessed 4 February 2025).

Box 50. 自殺関連の経験者による自殺予防への有意義な参加、スコットランド

スコットランドの「全国自殺予防牽引グループ（National Suicide Prevention Leadership Group: NSPLG）」によって2019年9月に設立された「経験者パネル（Living Experience Panel: LEP）」は、スコットランド自殺予防行動計画の実施を支援している⁶⁵。LEPは、全国広告を見て応募し職業的、社会的背景の様々な14名のメンバーで構成され、献身的なボランティアとして自分の時間を割いている。パネルメンバーにはそれぞれ自殺に関わる経験があり、自死遺族もいれば、過去に自殺を試みた人、自殺念慮や自殺関連行動のある家族や友人のケアをしている人もいる。スコットランド精神保健協会（Scottish Association of Mental Health）が派遣するコーディネーターが、敬意と配慮をもってパネルメンバーをサポートしている。また、自殺の影響を受けたことのある全国の100名を超える人々からなる幅広いネットワークが、様々な活動を通じてNSPLGの活動を支援している。

LEPの設立とNSPLGとの協力関係から得られた知見に基づき、スコットランド自殺予防行動計画の実施において、自殺関連の経験者が有意義かつ真の参加を実現するために、不可欠であることが証明された13の重要な要素が特定された。

- **ボランティアの募集** ボランティアになるための基準を定める（自殺未遂または自殺による死別から2年経過していることが推奨される）。より安全に参加でき、苦痛を感じる可能性も低減する。
- **自殺関連の経験者である専任コーディネーターの募集** ボランティアを管理し、ステークホルダーと連絡を取り合い、安全対策のための対応方針を実施する。
- **統括本部** コーディネーターの役割を支援し、得られた知見を活用して方針とプロセスを見直すために、共同統括本部を設立する。
- **アウトカムに合意し、期待値を設定する** ボランティアにプログラムの成果目標を知ってもらい、活動がそれに沿ったものとなるようにする。また、ボランティア活動の期待水準を管理する。
- **参加と協議の方法** 互いに敬意を払った率直な対話を促すことは、ボランティア間のオープンな雰囲気を育み、信頼関係を築く。互いに反論をせずに経験を共有する方法によって、ボランティアは重要な問題を優先し、改善すべき分野を特定できるようになる。
- **参加のための計画と準備** 専門家とボランティアコーディネーターは、各セッションの前にセッションの計画に合意し、ボランティアと情報を共有する必要がある。
- **フィードバックの収集** 参加の機会を最大化するために、様々な方法（文書、音声、フォーカスグループ、デジタル）でフィードバックを収集する。ボランティアが個人的な話を共有するには、小規模なグループで行うことが最も効果的かつ安全な方法であることがわかっている。
- **フィードバックの好循環** ボランティアとフィードバックの方法について合意することで、形だけの参加を回避できる。知り得た情報を予防に取り組む人々が活用しているという証拠を示すとともに、ボランティアの意見を重要視していることを保証する。
 - » 進捗状況についてボランティアとフォローアップ会議を開く。
 - » フィードバックの期間について合意を得る。
 - » 報告書に意見を取り入れる。
 - » 計画会議には必ずボランティアに出席してもらう。
- **毎回承諾を得る** ボランティアに個人的な話をしてもらう前に毎回承諾を得る。話すかどうかを決めるのはボランティア自身なので、常に同意の確認を行うべきである。
- **情緒的支援と安全対策** セッションを実施する前、実施中、実施後に、定期的にボランティアの精神的な健康状態を確認する。
- **ボランティア協定およびハンドブック** 危機に対応するための支援サービスのリストを含め、ボランティアの責任と役割範囲を明確に記す必要がある。
- **経験を話してもらった後の報告会** 開かれた対話の場は不可欠である。つまり、経験談を共有することは心が軽くなることもある一方で、つらい記憶やつらい感情を引き起こす可能性もある。
- **セルフケア** 決して付属的なものではない。ウェルビーイング・セッションはきわめて重要である。

65 Suicide prevention action plan: every life matters. Edinburgh: Scottish Government (<https://www.gov.scot/publications/scotlands-suicide-prevention-action-plan-life-matters/>, accessed 28 January 2021).

Box 51. 自殺関連の経験者のための組織、Roses in the Ocean、オーストラリア

Roses in the Ocean は、2008 年に設立された自殺関連の経験者 (lived experience: LE) のための組織であり、スタッフの多くは自殺関連の経験者である。この組織が設立されたのはオーストラリアのコミュニティで自殺がほとんど語られていなかった時期であり、政府および各種サービスで、自殺関連の経験をした人々から聞き取りを行う必要があることは明らかであった。Roses in the Ocean はオーストラリアの自殺予防における重要な改革の原動力となるまでに成長し、現在では、LE の専門的意見を実質的に取り入れることがすべての自殺予防の取り組みの中心と考えられている。

Roses in the Ocean では、自殺関連の経験を、自殺念慮の経験があること、自殺未遂の経験があること、自殺危機にある人をケアした経験があること、自死遺族であることと定義している。

Roses in the Ocean の活動は、地域や企業のイベントで経験談を語ることで地域社会を啓発することから始まったが、ほどなく、その役割が単なる話し手の紹介にとどまらず、より広範なものが求められていることに気付いた。まもなく Roses in the Ocean は、LE の能力構築のための一連のワークショップを開き、技術と知識を身につけて、地域社会および国レベルで様々な方法によって自殺予防を呼びかけることを目指した。

サービスの設計と提供から研究、政策等に至るまで、自殺予防のあらゆる側面に積極的に情報を提供し、影響を及ぼし、強化するためには、地域の草の根レベルで LE のスタッフを育てると同時に、戦略レベルで自殺予防部門や政府と協力することが不可欠であった。

最初の 8 年間は資金援助が得られなかったので、Roses in the Ocean は寛大なボランティアの力を頼り、一部のボランティアはフルタイムで働いて活動を進めた。自殺予防における何人かのキーパーソンが、話に耳を傾け、信用を与えて政府にしかるべき口利きをしたり、組織の成長を助けてくれるようになった。Roses in the Ocean は理事会を持つ登録慈善団体であったため、当初は暫定的なものであったが、後により慎重に LE の声を支援する手段を政府に提供した。

2018 年、オーストラリア政府は全国自殺予防リーダーシップ・支援プログラム (National Suicide Prevention Leadership and Support Program) を通じて、Roses in the Ocean に中核的資金を提供した。Roses in the Ocean は他の収入を、出来高払いの業務や、様々な一次医療ネットワーク、州・準州保健局および部門組織が提供する特定の事業資金によって得ている。

現在、Roses in the Ocean は、LE の能力構築を目指すワークショップの実施、全国 LE メンタリングサービス、様々な組織への LE の組み入れ、実践コミュニティ、LE の情報を活かした「ライフキーパー」研修が行えるよう地域の LE を訓練する能力構築、非医療的なセーフスペースの共同設計、新たな専門的な「自殺予防ピアワークフォース (Suicide Prevention Peer Workforce)」の開発、LE を研究に組み入れ、新たな研究の焦点を導くための研究機関や研究者との協働など、広範な活動に取り組んでいる。

LE の労働力を確立する手順は以下のとおりである。

- 世界で既に得られている知見と開発事例を踏まえる。
- 以下のような LE 組織の設立を支援し、資金を提供する。
 - » 自殺予防に情報を役立てたい、影響力を及ぼしたいと考えている LE に参加してもらう。
 - » LE の能力構築に投資して、人々の経験談や知見を伝え、地域や国の自殺予防のための対話や活動に意義のある参加ができる能力を育成する。
 - » 多様な LE の視点と技術を活かした LE ネットワークを育てる。
 - » 組織および政府全体に LE の枠組みをあてはめ、ガバナンスのあらゆるレベルで LE が代表権を持てるよう働きかける。
 - » 地方や国の中で特に重点的に取り組む地域を特定する。

Box 52. 国民全体、政府全体が一体となって機能するアプローチ、米国

「退役軍人に力を与え、自殺という国家的悲劇に終止符を打つための大統領ロードマップ (President's Roadmap to Empower Veterans and End a National Tragedy of Suicide: PREVENTS)」⁶⁶ は、退役軍人集団に焦点を当てて、米国における自殺に対処するための3年間の行動計画を策定した。PREVENTSは、ホワイトハウスの全面的な支援を得たほか、全ての米国連邦政府機関の最高幹部の協力のもと策定された。この取り組みを主導するため、大規模な多部門連携の構築と調整に、15年の経歴を持つ経験豊かな精神保健専門家が非政府部門から事務局長として選出された。PREVENTSは、ホワイトハウスの招集力を活用して、政府だけでなく非政府部門の指導者がプロセスの構築と実施に全面的に参加することができた。さらに事務局長は、この取り組みに積極的に資源と専門知識を投じた組織やパートナーシップを引き入れた。このような、大きな政治的支援、政府および非政府組織のパートナーから提供される十分な資源、そして取り組みを推進するための強力かつ効果的なリーダーシップの組み合わせが、PREVENTSの成功の鍵となっている。

15の連邦政府機関から派遣された、150名以上の専門家が協力し、1年間のプロセスでPREVENTSのロードマップを策定した。これにより、公衆衛生に根ざした自殺予防計画が策定され、文化の変容、医療へのシームレスなアクセス、連携した研究環境、強固な地域社会への参画という目標が掲げられた。この行動計画は国民全体かつ政府全体によるアプローチを重視しており、これにより、1,000人を超える人々で構成されるパートナーおよび熱意ある支持者のネットワークの活用が継続される予定である。このネットワークには、全国のPREVENTS大使、連邦・州・地方・部族政府を代表する組織、信仰に基づくコミュニティ、非営利団体、学界、退役軍人および兵役組織、およびその他の民間企業パートナーが含まれ、健康を増進し自殺を予防するための優良事例を実施すべく連携して活動している。数年間のプロセスでPREVENTSロードマップの実施が開始され、アプローチ全体だけでなく、各戦略分野別に有効性と影響を測定するプログラム評価にかなりの重点が置かれている。

PREVENTSが構築したのは、以下の活動に全アメリカ国民の協力を求めるための包括モデルである。

- 強固な公衆衛生キャンペーンを通じて、精神的な健康に関する対話に変化をもたらし、自殺に関連する潜在的なリスクと保護要因の理解を深める (REACH⁶⁷ 公衆衛生キャンペーンは2020年に開始され、つらいときに人々が支援を求めて手を伸ばせるよう、また苦しんでいる他者を助けるために手を差し伸べられるよう、ツールと資源を提供している)。
- 退役軍人に必要なサービスを提供するための効果的なプログラムを設計し、サポートする。
- データの共有と調整を促す研究環境を構築する。
- 連邦政府機関全体で協力し、文化を育み、人がライフサイクル全体にわたって健康に生きてゆける力をサポートする取り組みを策定する。

PREVENTSは、1) 全アメリカ国民に精神的な健康と自殺予防の重要性を教育することを目指した全国公衆衛生アプローチを採用し、2) 政府内外でパートナー間の強固な連携を構築し、3) 自殺予防としては初めての全国的な取り組みに向けた協力と協調を促進することによって、精神的な健康と自殺をめぐる国民の対話を推進した。

66 Washington (DC): United States Department of Veterans Affairs (<https://www.va.gov/prevents/>, accessed 28 January 2021).

67 Washington (DC): United States Department of Veterans Affairs (<https://www.reach.gov/>, accessed 28 January 2021).

Box 53. 自殺の予防と管理、東エルサレムを含むパレスチナ自治区

2016 年以降、西岸地区の警察の年次報告では、自殺と自殺未遂の発生率が過去数年と比較して上昇していることが示されている⁶⁸。ガザ地区では特に若者と子どもたちの自殺率が上昇し続けていることもデータから示されている⁶⁹。しかし、東エルサレムを含むパレスチナ自治区における自殺および自殺未遂に関するデータは乏しく、ほとんどの事例は隠蔽、黙認、記録されておらず、あるいは単に見逃されている。東エルサレムを含むパレスチナ自治区で自殺に関する研究と登録が欠如している背景には、社会的スティグマ、宗教的誤解（ハラームまたは罪）、現場の主な関係者の能力不足および調整不足など多くの要因がある。このような状況から、2017 年に、東エルサレムを含むパレスチナ自治区に自殺予防国家委員会を設立する共同の取り組みが始まった。保健省が WHO の専門的支援を受けて主導する同委員会は、2021 ～ 2026 年の第 1 次国家自殺予防戦略を提唱した。この戦略は、東エルサレムを含むパレスチナ自治区における自殺問題に対処するために、委員会メンバーと、東エルサレムを含むパレスチナ自治区の主要なステークホルダー（政府関係者、国連パレスチナ難民救済事業機関、WHO、国内 NGO、国際 NGO の「世界の医療団（Médecins du Monde: MdM-CH）」など）のコミットメントを表明するものである。同委員会はまた、データ収集の推進に取り組み、様々な部門の行動計画を策定し、ステークホルダーに計画実施のための資金を割り振るよう奨励してきた。しかし、精神保健専門家の数が限られていること、主要なサービス提供機関（保健医療、教育、保護）の間でサービス提供、自殺リスクの発見および自殺の予防に差があること、正確なデータが不足していること、スティグマが存在することなど、多くの課題によって取り組みは停滞している。その結果、委員会の様々なメンバーが、全国的なマルチメディアキャンペーンを通じて自殺問題の啓発のために活動し、責任ある報道に関してメディアと連携してきた。さらに、MdM-CH は、西岸地区における自殺未遂のリスク要因について 2019 年に調査を実施した⁷⁰。この調査結果に基づき、救命救急部と地域の精神保健センターのための研修計画が確立され、保健省との協力で運用が開始された。また、主要な専門家らの、自殺問題に対処する能力不足に対応するために、WHO およびその他の関係者は WHO mhGAP 研修を実施している。宗教指導者や軍の医療サービス提供者にも、自殺予防の研修を行う予定である。最近のこういった取り組みにもかかわらず、東エルサレムを含むパレスチナ自治区における自殺予防の推進、早期発見、紹介および治療の総合的なシステムを構築するためには、様々な部門による連携体制を継続する必要がある。

68 以下を参照: <https://www.palpolice.ps/annual-statistics>, accessed 28 January 2021.

69 Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Reliefweb (<https://reliefweb.int/organization/ocha>, accessed 13 December 2024).

70 Neuchâtel: Médecins du Monde (https://medecinsdumonde.ch/wp-content/uploads/2020/03/2019_MdM-Suisse_Attempted-Suicide-Patients-Risk-Factors-Suicide-Prevention-Strategies-in-Palestine_Study_EN-002.pdf, accessed 28 January 2021).

啓発・支援活動

Box 54. 啓発・支援活動、カナダ

ケベック州では15年間、積極的な自殺予防戦略がとられてこなかったため、ケベック州自殺予防協会（Association québécoise de prévention du suicide: AQPS）は、新たな戦略を提唱する時機と判断し、この目標に向けてステークホルダーを動員するための団体創設に取りかかった。2019年に約35のメンバー組織で結成されたこの団体は、自殺予防に特化した国家戦略を採用するようケベック州政府を説得するために、自殺予防と精神保健に関心を持つ組織を結集した。動員計画に基づいてこの団体が目指したのは使命感と一体感を醸成することであった。この団体は、公開書簡を発行し、政府関係者との会談を要請し、世界自殺予防デーに記者会見を開き、一般の人々に支援を求め、説明会を開催し、ケベック州全域で協議会を開催することで支持を得た。具体的な行動が計画され、10ヵ月間にわたって実行された。そして2019年10月、ケベック州保健大臣は、総合的な国家自殺予防戦略の策定を発表した。

Box 55. 世界メンタルヘルスデーと世界自殺予防デー

10月10日の世界メンタルヘルスデー（World Mental Health Day: WMHD）のテーマとして、2019年は自殺予防が選ばれた。世界自殺予防デーがそのちょうど1ヵ月前であることから、1ヵ月間の取り組みを行うことが決定された。世界自殺予防デーのために7ヵ月の準備期間が予定された。その目的は、自殺によって40秒に1人が亡くなっているという重大なグローバルデータにからめて自殺の問題を強調することであった。主要なゲートキーパー集団（教師⁷¹、緊急時対応要員⁷²、雇用主⁷³、保健医療従事者⁷⁴など）を対象としたアニメーション動画が作成され、その他の配布資料が作成された⁷⁵。320 Changes Direction⁷⁶の共同創設者で、自殺関連の経験を持つインフルエンサーでもあるTalinda Benningtonが、自殺予防の支援者として選ばれた。Talinda Benningtonは、Twitterライブ、3回のFacebookライブ、Instagramのアカウント運営など、複数のソーシャルメディア活動に従事していた。彼女は、WHO事務局長と会談を行い、この取り組みへの参加を共同で呼びかけるといった活動も行っている。自殺予防と精神保健を担当する政府間組織および非政府組織からなる中核プランニンググループが設立され、WHO、国際自殺予防学会（International Association for Suicide Prevention: IASP）、世界精神保健連盟（World Federation for Mental Health）および国際精神保健連合（United for Global Mental Health）の支援活動（「40秒間の行動」）に関する取り組みが調整された⁷⁷。こうして、世界的に有名なインフルエンサーらが活動に携わることで、キャンペーンの重要なメッセージがさらに拡散された。この取り組みの成功は、リソースへのウェブサイト訪問者数、ソーシャルメディアにおける閲覧数とシェア数、およびウェブサイト訪問者の地理的位置によってモニターされた。キャンペーン開始以降、ウェブサイトの訪問数は160%に増加した。

71 以下を参照: https://www.youtube.com/watch?v=Le7n6i0dpTI&feature=emb_logo, accessed 28 January 2021.

72 以下を参照: https://www.youtube.com/watch?v=ECarCNxgM-4&feature=emb_logo, accessed 28 January 2021.

73 以下を参照: https://www.youtube.com/watch?v=COiQLEwABpc&feature=emb_logo, accessed 28 January 2021.

74 以下を参照: https://www.youtube.com/watch?v=Fy7n8SfwS_A&feature=emb_logo, accessed 28 January 2021.

75 What emergency workers, health workers, teachers, prison officers, media professionals and employers can do to help prevent suicide. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-handouts>, accessed 28 January 2021).

76 以下を参照: <https://www.changedirection.org/320-changes-direction/>, accessed 28 January 2021.

77 World Mental Health Day 2019 flyer. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/flyer-40seconds-web.pdf?sfvrsn=5ba643c_2, accessed 28 January 2021).

能力構築

Box 56. LGBTIQのためのエビデンスに基づくゲートキーパー研修、オーストラリア

オーストラリア政府は、国の強力なリーダーシップと、地域ごとの違いを考慮した組織的な地域の取り組みを組み合わせ、一連の自殺予防政策改革のアウトラインを示している。中でも重要なものが全国自殺予防試験(National Suicide Prevention Trial: NSPT)であり、この主要な取り組みは、11の一次医療ネットワーク(Primary Health Networks: PHN)が参加して、システムベースのアプローチにより自殺リスクのある人々のための強化サービスを委託するというものである。オーストラリア政府は、医療サービスの効率性と有効性を高め、ケアの分断を減らし、全ての人、特に最も自殺リスクが高い人の健康状態を改善するために、PHNを確立した。

メルボルン北西部一次医療ネットワーク(North Western Melbourne Primary Health Network: NWMPHN)は、ビクトリア州でNSPTに参加している唯一のPHNである。NWMPHNは、ビクトリア州の6つの一次医療ネットワークの中で最大の規模を持ち、約160万人を擁する管轄区域に、メルボルンの中心業務地区や都心周辺部から、保健省一次医療ネットワークの位置情報で北部および西部の急成長する郊外に至るまで、非常に多様なコミュニティに対応している。

NWMPHNのNSPTで焦点となっている自殺リスクの高い集団は、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、クエスチョニングまたはクィア(LGBTIQ)のコミュニティである。LGBTIQであるオーストラリア国民は、精神的な健康状態がきわめて悪く、また自殺傾向が著しく高い。また、その大部分はメルボルン北西部に居住している。NSPTにおける活動は、LGBTIQの団体と支援活動グループの代表者、より広いLGBTIQコミュニティの代表者、自殺関連の経験者で構成されるLGBTIQ担当チームが主導している。同担当チームは、LGBTIQの人々の精神的な健康問題の悪化と自殺の警告サインに気付く力を養うために、LGBTIQの専門家によるサービス部門とLGBTIQコミュニティに関わるその他の人々の能力構築を行う教育と研修が必要であることを認識した。

LivingWorks オーストラリアは、同担当チームとLGBTIQコミュニティの代表者らと協力して、エビデンス

に基づく既存の自殺予防および介入方法(ASIST および safeTALK)をLGBTIQに合わせて改変する作業に取り組んだ。LivingWorksのプログラムはいずれも十分な計画と開発を経たものであり、自殺予防に関する最新のエビデンスと優良事例の知識が反映されるよう定期的に更新されている。研修プログラムは、LGBTIQのステークホルダーとの大規模な共同設計のプロセスを経て改変された。これは、ワークショップを安全で包括的なものとし、LGBTIQコミュニティで自殺予防介入支援を必要とするメンバーに対応できるように、LGBTIQコミュニティおよび主流部門の能力を向上させることを目的としている。

2020年末の時点で、LGBTIQコミュニティのリーダー33名を含む、計206名がLGBTIQ ASIST および safeTALKの研修を受け、ASISTの研修指導者10名とsafeTALKの研修指導者7名が指導者養成モデルを通じて訓練を受けた。これらの指導者の多くは現在、ASIST および safeTALKの研修指導者として登録されており、2021年6月の試験終了後も改変版の研修を実施して、この事業の持続可能性を支えている。

さらに、「LGBTIQ 集団を対象とした LivingWorks 教育研修の実施に向けた基本的理解推進ガイド(Essential understanding guide for delivering LivingWorks education training to LGBTIQ populations)」が、LGBTIQコミュニティと共同で開発された。これはASISTの研修指導者向けマニュアルを補足する内容であり、ASISTのLGBTIQ版を提供する研修指導者の指針となるとともに、LGBTIQコミュニティの人々が常に安心して参加できる包括的な研修を行う方法について、現研修指導者に指針を示すものである。

この事業では以下の効果が得られている。

- LGBTIQコミュニティによる、LGBTIQコミュニティのための、包括的で安心感のある研修ワークショップの創出。
- LGBTIQの団体が自殺に関してより安全なコミュニティとなるための能力強化。

あるワークショップ参加者は次のように述べている。「ワークショップに参加したのがみんなクィアの人たちだったことは、とても安心感があり、研修で最も良かった点の一つだった」。

Box 57. 地域のゲートキーパー研修事業、カナダ

ブリティッシュコロンビア州の地域ゲートキーパー自殺予防研修計画（Community Gatekeeper Suicide Prevention Training Project）は、精神的苦痛や自殺リスクの兆候を示している人を特定して支援し、利用可能なサービスに結びつけることができる、正式な研修を受けた人々のネットワークを構築するために設立された。この計画に関わった 9,466 名のゲートキーパーは、地域の人々と頻繁に直接接触し、責任と信頼のある立場にあり、地域の資源を把握しており、他者への援助希求を奨励することに抵抗がないという条件で選定された。これらのゲートキーパーは LivingWorks の safeTALK または ASIST の研修を受け、この計画により 40 名を超える指導者が加わったことで、同州の全体的な研修能力は向上した。この計画は、ブリティッシュコロンビア州保健省からカナダ精神保健協会のブリティッシュコロンビア部局に 300 万カナダドルが一括投資され、2015 年に開始された。計画は 2018 年に終了したが、ゲートキーパー研修計画の成功を基礎とする今後の取り組みは、ワークショップの会費で創設された持続可能性基金によって支援される予定である。

Box 58. 能力構築、イラン・イスラム共和国

自殺関連行動を含む社会的損害を管理する目的で、科学研究技術省（Ministry of Science Research and Technology）に属する全 136 大学に、相談や精神保健サービスを提供する相談センターが設立された。「大学における自殺予防総合プログラム（Comprehensive Programme for Suicide Prevention in Universities）」は 2007 年に設立され、最近では 2018 年に更新されている。このプログラムには能力構築のための次の 2 つの要素が含まれている。一つは、自殺未遂などの危機的状況に介入する主要職員を大学に置くなど、管理体制を各大学に提供することである。二つ目は、BTE プログラムで研修を受けた学生による支援委員会、精神保健ヘルパー学生協会（Student Association of Mental Health Helpers: SAMHH）の設立である。BTE の B は Bepors（尋ねる）、T は Targhib（働きかける）、E は Erja（紹介する）を表している。メンバーの研修または再研修のために複数のワークショップが実施されており、SAMHH によって毎年、全国大会が開催されている。

Box 59. IOMの精神保健・心理社会的支援プログラム(Mental Health and Psychosocial Support Programme):自殺予防と対応、イラク

国際移住機関 (International Organization for Migration: IOM) イラク精神保健・心理社会的支援 (Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS) プログラムでは、IOM の「緊急事態および避難における地域ベースの精神保健・心理社会的支援に関するマニュアル (*Manual on Community Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement*)」に従い、関係地域における自殺予防と対応の優先順位を確認した上で、その課題を「地域安定化」ポートフォリオの戦略的活動の一つとして取り入れている。

2019 年、IOM イラクは、避難民の自殺に関する地域社会の認識とリスク要因を理解するために、キャンプ内外の様々な環境下でフォーカスグループディスカッションを開催した。IOM は、リスク要因と保護要因に関する情報の欠如と、可能な地域支援に対する認識の欠如が、自殺に対するスティグマと対応不足を引き起こしている主要な課題であることを明らかにした。IOM の MHPSS チームは、保健医療従事者、学校職員、自死遺族など、様々な人を対象とした啓発パッケージを開発した。自殺に関するよくある誤解について概説したリーフレットが、一般の人々を対象に発行された。リーフレットは、英語、アラビア語、ソラニ語、クルド語バディーニ方言で提供された。電子版はイラクの MHPSS 専門ワーキンググループ (MHPSS Technical Working Group) の全メンバーによって配布され、IOM はバグダッドとアルビールの保健省に数千部のコピーを寄贈したほか、印刷版を要望した国内外の多くの NGO にも寄贈した。

IOM イラクの MHPSS チームは、極めてセンシティブな問題と考えられている自殺予防について、地域住民を巻き込んだ啓発活動ができるような研修を受けた人材がいらないことに気付いた。2019～2020 年に、IOM は一連の指導者養成コースを組織し、自殺に対する地域住民の意識を高め、その問題に関するスティグマやタブーの障壁を克服するために必要な知識と技術を、参加者（保健医療従事者、学校職員、自死遺族など）が身につけられるようにした。イラク各地の 10 県に住む約 200 人が、リスク要因、保護要因、自殺予防に使える方法や専門家による支援が得られるまでの間、地域レベルで個人や家族に簡単なサポートを提供する方法を、自分の住む地域社会に教えるための研修を受けた。IOM は参加者の一部を支援して、国内避難民キャンプ、非公式居住区、農村部で地域啓発セッションを組織できるようにした。これらのセッションは、研修を確実に有効なものにする「職場での実践」としてスーパービジョンおよびコーチングを行う機会となった。また、啓発用資材を試験的に使用して、より使いやすいものにする良い機会にもなった。

Box 60. ゲートキーパー研修の評価、オランダ

オランダのゲートキーパー養成プログラムは、2 名の研修指導者による 4 時間コースである。このプログラムは、自殺とそのリスク要因と予防に関する介入、技術を実践する反復的ロールプレイ、追加の支援を紹介する方法の理解から構成される。2015～2016 年に 526 名を対象に 42 回のセッションが実施され、同期間に 113 Suicide Prevention という組織がこの研修の有効性を評価した (Terpstra et al., 2018)。ゲートキーパー研修の受講生は、保健医療、教育、社会経済の各部門のほか、保安および司法部門、運輸部門、教会、モスクからも参加した。ゲートキーパー研修は、自殺予防の知識と技術を向上させ、ゲートキーパーとしての自信を培う上で有効であることが示された。興味深いことに、ゲートキーパーによって自殺のリスクがあると判断された人の人数や、以降の紹介人数には影響がみられなかった。

Box 61. 自殺予防、トルコ

トルコにおける全国自殺予防活動は、国家精神保健行動計画（2011～2023年）に沿って再編された。2019年には、トルコの全県に対して、自殺予防活動を指揮するための拠点を定めるよう要請した。そこに配属された専門家は、保健省により、各県における地域自殺予防計画の策定、介入後の紹介、迅速な精神医学的評価の重要性について研修を受けた。リスクは地域によって異なる可能性があるため、これらの研修を受けた専門家に、各県における自殺の地域的リスク要因と、自殺念慮や自殺企図のみられる人を支援する組織を特定するよう要請した。このために、各県の保健局の調整の下、「県自殺予防委員会」が設立された。委員会のメンバーは、県保安局（Provincial Security Directorate）、県憲兵隊司令部（Provincial Gendarmerie Command）、県家族・労働・社会サービス局（Provincial Directorate of Family, Labour and Social Services）、県ムフティー局（Provincial Mufti Office）、県国民教育局（Provincial Directorate of National Education）、市区町村およびNGOの各代表である。各委員会は、現地でサービスを提供できる全部門と連携して活動する。活動を効果的に実施するために、全県が2018年末までに独自の県自殺予防行動計画を策定した。年2回、保健省に活動報告が行われる。活動事例としては、2015年にWHOの自殺予防資料パンフレットをトルコの社会的背景に合わせて改変したことなどがある。このパンフレットは、家庭医、プライマリケア看護師、教師、ジャーナリスト、刑務所職員という5つの職種で実施される能力構築研修において全国で使用されている。2015年以降、155,426人がこの研修を受けた。保健省は、法執行機関、教育機関、NGO、保健医療従事者の相互協力体制の構築に成功している。その一環として、国内の自殺予防に重要な役割を果たす警察職員のための研修の開発も行われた。

調査

Box 62. クイーンズランド州自殺登録システム、オーストラリア

クイーンズランド州自殺登録システム（Queensland Suicide Register: QSR）は、グリフィス大学のオーストラリア自殺および自殺予防研究機関（Australian Institute for Suicide Research and Prevention: AISRAP）の研究者によって管理され、クイーンズランド精神保健委員会（Queensland Mental Health Commission）から研究助成を受けている自殺死亡率調査システムである。これはクイーンズランド警察（Queensland Police Service: QPS）およびクイーンズランド検視裁判所（Coroners Court of Queensland: CCQ）との緊密な連携を伴うものである。リアルタイムの情報が必要であることから、AISRAP が 2011 年に暫定的な QSR（iQSR）を設立した。

QSR には、1990 年以降クイーンズランド州で発生した自殺に関する広範な情報が含まれている。情報は主に、警察による検視官への死亡報告、検死解剖、毒性報告書、検視所見の 4 つの情報源から得られる。AISRAP は QPS および CCQ から警察の書類を取得している。その他の報告書は、国家検視情報システム（National Cornoial Information System: NCIS）にアクセスして入手している。さらに、クイーンズランド出生・死亡・婚姻登記所で照合が行われる。自殺が疑われる案件は iQSR と QSR の 2 段階で登録される。第 1 段階として、警察の電子報告書から、全ての自殺疑い例に関する情報が週 3 回、iQSR に追加される。第 2 段階では、検視が終了し、NCIS で案件が完了した後、iQSR から QSR に移行して、別の報告書から追加情報が登録され、研修を受けた研究助手によってダブルチェックが行われる。

QSR スタッフは、ディシジョンツリーを用いて、全ての死亡案件を自殺の可能性について 4 つ（可能性が低い、可能性がある、可能性が高い、合理的な疑いの余地がない）に分類する。報告されるのは「可能性が高い」または「合理的な疑いの余地がない」のカテゴリーに該当する死亡案件のみである⁷⁸。QSR は主要なデータソースであり、クイーンズランド州の自殺予防戦略をはじめとする自殺予防活動および評価に情報を提供している。

Box 63. 意図的な自傷行為の調査、ブラジル

ブラジルの「暴力・事故調査システム（Violence and Accident Surveillance System）」に統合された意図的な自傷行為調査では、啓発活動、財政投資、そして自殺予防を健康課題に組み入れることが成功の要因となった。2006 年、ブラジル保健省は省令（Portaria 1.876 号、2006 年 8 月）を公布して、あらゆるレベルの統治機構（連邦、州、市区町村）で実施するための国家自殺予防戦略ガイドラインを制定した。2006 ～ 2008 年に、保健省は「暴力・事故調査システム」を設置し、救急サービスおよび専門サービス（暴力相談のための女性センターまたは紹介センター）に自傷行為の報告を義務付け、州および市区町村レベルでの調査システム運用のための財政支援を行った。2011 年、保健省は新たな省令を公布し、（専門サービス、救急サービスに限らず）全ての保健医療サービスに対して自傷行為と自殺未遂の調査報告を義務付けるとともに、保健医療従事者と保健医療サービスの基準と責任範囲を定めた。さらに 2014 年、保健省は新たな省令を公布して、市区町村の保健局長に対し、自殺未遂を 24 時間以内に報告することを義務付けた。2019 年には、「自傷行為と自殺予防のための国家政策（National Policy for the Prevention of Self-mutilation and Suicide）」を策定する法律が可決され、連邦政府が州、連邦区、市区町村と協力してこれを実施することが決まった。

78 <https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention/research/qsr>, accessed 28 January 2021.

Box 64. 自殺関連行動の観測機関、中央アメリカおよびドミニカ共和国

「中米・ドミニカ共和国における自殺関連行動の観測機関（Observatory of Suicidal Behaviour in Central America and the Dominican Republic）」⁷⁹ は、PAHO と中米・ドミニカ共和国保健大臣評議会（Council of Ministers of Health in Central America and the Dominican Republic: COMISCA）の共催で、中米・ドミニカ共和国における自殺関連行動に関するデータの収集と情報提供を目的とした学際的かつ部門横断的な場として 2013 年に設立された。この観測機関の目的は、エビデンスに基づいた計画およびプログラムの作成と立案に関する意思決定能力を強化するために、各国における自殺関連行動の特徴が把握できる公式かつ適時の疫学的情報を入手することである。

ラテンアメリカの死亡率データは、特に欧州諸国のデータと比較して「変則的」と評されてきた（Bertolote & Fleischmann, 2002）。他にも問題があり、中でも最も重要なのはデータ報告が遅いことである（PAHO, 2014）。一方、同じような開発度の国であっても各国の自殺率には顕著な差があり（Liu, 2009）、これはおそらく調査方法の問題を反映していると考えられる（PAHO, 2016）。自殺関連行動の小地域観測機関を設立するという提案がなされたのは、精神保健の情報システムを強化し、信頼性の高い疫学データに基づいて問題の分析と意思決定を向上させるためであった。自殺既遂に関するデータは当初から収集されていたが、最近、自殺未遂に関するデータも収集するよう拡大された。

© WHO / Christine McNab



⁷⁹ Virtual office for health management, information, and communication of Central American Integration and the Dominican Republic (<http://comisca.net/content/observatorio-suicidio>, accessed 28 January 2021).

Box 65. アーガー・ハーン大学附属病院自傷行為モニタリングシステム (AKUH-SHMS)、パキスタン

アーガー・ハーン大学附属病院 (The Aga Khan University Hospital: AKUH) は、人口約 2,200 万人のパキスタン最大の都市カラチの中心部に位置する、700 床の民間教育病院である。この病院では診療録に病院情報管理システム (hospital information and management system: HIMS) を使用している。年間平均 60 ～ 65 件の自傷行為症例がこの病院を受診する。自傷行為症例は、医学的に重篤な未遂行為により入院する患者、救急治療室での治療後に退院した患者、医学的助言に背いて退院する (leave against medical advice: LAMA) 患者の 3 つのグループに分かれる。自傷行為を行った患者は全員、評価のためにオンコールの精神科チームに紹介され、患者の診療録に詳細が記録される。医療スタッフ、精神科スタッフおよび看護職員を対象に、自傷行為症例の重要な情報の評価および記録に関する研修ワークショップが定期的に開催されている。

1990 年、精神科では、AKUH を受診した自傷行為症例のためのレジストリを設定した。データは診療録から取り出され、特別に考案されたデータ抽出フォーム (社会的属性、自傷手段、物質の種類、使用手段へのアクセス可能性、意図、自傷行為の理由、精神医学的診断、事後対応および経過観察の詳細を含む) に記録され、研究官によってコンピュータデータベースに入力される。データベースのデータおよび質を確認するために、四半期ごとにミーティングが開催される。現在、情報のほとんどは電子的に収集されている。

カラチで発生し AKUH が受け入れる自傷行為症例は比較的少数だが、データベースは自傷行為のパターンについて有用な情報を提供しており、文献もいくつか発表されている。パキスタンにおける自傷行為に関する影響力の大きな研究成果には、AKUH 自傷行為管理システム (self-harm management system: SHMS) データベースから得られた情報に基づいたものもある (若年既婚女性における自傷行為率が高い、自傷行為または自殺の反復率が低い、ベンゾジアゼピン系薬剤の使用率が高い、自傷行為における鎮痛薬の使用率が低いことなど) (Khan & Reza, 1998; Syed & Kahn, 2008; Zakiullah et al., 2008)。

モニタリングシステムの持続可能性に寄与する重要な要素には、部門のリーダーシップ、専門の研究者の存在、医療スタッフや看護職員に対する研修と教育、文書化と診療録の管理、情報システム、品質管理などがある。

AKUH-SHMS は、現在でも国内唯一の自傷行為データベースであり、日常的に収集されるデータに基づく低コストかつ低資源の集約的保健医療施設ベースシステムの優良事例となっている。これは、国の自傷行為監視システムがない低・中所得国では特に有用である。

自殺手段へのアクセス制限

Box 66. 農薬の禁止、バングラデシュ

2000 年、バングラデシュの農薬登録局は、毒性の高い有機リン系殺虫剤であるジクロロボス、パラチオン、メチルパラチオン、モノクロトホス、ホスファミドンなど、WHO の危険有害性クラス I に分類される全ての農薬を農業での使用から排除した。その後の数年間で農薬による自殺率は劇的に低下し、10 万人当たりの件数は 1996 年の 6.3 件から 2014 年には 2.2 件へと 65.1% 減少した (Chowdhury et al., 2018)。この期間に縊死による死亡率は変わらなかったため、農薬の禁止によって自殺者総数が減少したと考えられる。同時に、この集中的な農薬禁止が農業生産に何らかの影響を及ぼしたというエビデンスは認められていない。

Box 67. 地域における自殺手段へのアクセス制限、カナダ

サスカチュワン州 (カナダ) 北部にあるラロンジュのコミュニティでは、自殺手段安全ワーキンググループが、致死的な自殺手段へのアクセスを制限する戦略として、地域全体で薬剤安全プログラムを実施している。ラロンジュの地域コーディネーターは、多面的なアプローチをとりながら、地域の支援情報を載せた「より安全な家庭づくり」に関するパンフレットの改変版を作成し、地域の薬剤師と連携して仮想教育プログラムを提供し、自殺リスクが高いと特定された人に薬剤ロックボックスを配布している。薬剤ロックボックスは、地域の主要な公共医療施設の臨床医が、自殺念慮や自殺未遂を経験したことのある人のケアをする人に配布している。ラロンジュで得られた知見は、サスカチュワン州の他の地域のコミュニティでも直接役立っており、そこでは地域コーディネーターが地元のコミュニティのニーズに合わせてプログラムを改変している。今後に向けてラロンジュの自殺手段安全ワーキンググループは、アルコールの使用を、将来の自殺手段安全プログラムにおいて調査すべきもう一つの重要な分野として特定している。

Box 68. 農薬へのアクセス制限、フィジー

フィジー政府は、2020年1月1日から2種類の農薬（パラコートおよびイミダクロプリド）の輸入、販売および使用を禁止した。パラコートはフィジーにおいて多くの自殺と関連しており、環境にも悪影響を及ぼすことが示されてきた。農薬禁止法案を通過させるためには、政府の積極的な関与が不可欠であった。1) 農業省、保健省、有機農業に携わるNGOを結び付けた多部門アプローチで禁止の背景にある理由を示し、2) 自殺に関するメディア報道を活用することによって、禁止の重要性を政府に訴えた。

保健省の国家自殺予防委員会は、自殺予防のために農薬の使用制限を要請した。環境（動物、水供給、ヒトの健康）に悪影響が及ぶことから、農業省は農薬の禁止を勧告した。同時に、フィジーではパラコートとイミダクロプリドが土地に悪影響を及ぼしていたため、NGOや各コミュニティは天然農薬を用いた有機農業を推進した。土地と環境への配慮は、フィジーのアイデンティティと文化に不可欠な要素である。

自殺予防の重要性、ひいては農薬禁止の重要性を強調するために、メディア報道が利用された。メディアでは、国家自殺予防委員会が主導する自殺予防キャンペーン、コミュニティの高い地位にいるメンバーがソーシャルメディア上で共有する自殺の経験談、自殺に関する警察のデータなどが報道された。

これらの農薬を定期的に使用している農家や農薬販売業者からは、禁止に対する抵抗がみられた。この障壁を克服するために、農業省および有機農業に携わるNGOは農家や販売業者に直接働きかけ、これらの農薬の危険性や代替品をどこで入手できるかについて教育した。気候変動と健康にもたらされる利益に焦点を当てた啓発活動が行われた。今後の変化に対応するための時間的猶予を農家と販売業者に与えるべく、禁止措置が実施される6ヵ月前に支援活動が開始された。

政府がトップダウン方式で禁止すれば遵守されるため、政府が積極的に関与することの重要性は明らかである。

「一人の力では成し遂げられない」

Tavaita Sorovanalagi Matakaca（フィジー保健省の国家自殺予防計画責任者）の言葉

国家自殺予防委員会はこの機会を利用し、自殺を予防する方法として精神的ウェルビーイングを促進している（ストレス管理に関する地域の啓発など）。現在、政府は農薬禁止の効果を評価するために、国内の自殺者数を観測している。2020年1月～5月の初期データは、2019年と比較して自殺率がやや低下したことを示唆している。

Box 69. パラコートの禁止、マレーシア

農薬の摂取はマレーシアで2番目に多い自殺手段である。同国は2020年1月1日からパラコートを全面禁止している。パラコートは、パラコート中毒に対する解毒剤や有効な治療法がないため、経口摂取すると特に高い致死性を示す除草剤である。パラコート中毒の発生率は、2002年にパラコート禁止が最初に決定された後、2006年に限定的な使用が許可されてから2015年までに5.5倍に上昇した（Leong et al., 2018）。致死性の農薬へのアクセスを減らすためにパラコート禁止を現実的に実施するには、農村地域でパラコートの持続可能な代替品が入手しやすくなるよう取り計らう必要がある。

責任ある自殺報道のためのメディアとの協働

Box 70. メディアの責任ある自殺報道のためのガイドラインの改変と実施、スロベニア

2010 年、国立公衆衛生研究所（National Institute for Public Health）、スロベニア自殺研究センター（UP Institut Andrej Marusic）、生活の質国家機構（National Organization for Quality of Life: OZARA）、スロベニア自殺予防協会（Slovene Association for Suicide Prevention）が連携して、メディアガイドラインをスロベニアの社会的背景に合わせて改変し、実施した。WHO による書籍「*Preventing suicide: a resource for media professionals*（自殺予防を推進するために メディア関係者に知ってもらいたい基礎知識）」がスロベニア語に翻訳された。ワーキンググループはメディア関係者と協力して文書の有用性と明確性に関するフィードバックを収集し、ガイドラインはそのフィードバックを反映するようさらに修正された。世界自殺予防デー（2010）に、ワーキンググループは著名なメディア関係者を招いた発表イベントでスロベニアのメディアガイドラインの最終版を公表した。国立公衆衛生研究所の調整で普及活動が行われた。スロベニアの各保健医療地域のメディア代表者に呼びかけてガイドラインの提唱者となってもらい、地方メディアの代表者に 90 分間の研修ワークショップに参加するよう奨励した。これらのワークショップは、自殺予防の専門家とメディアとの意見交流を促すことを目的としており、両者を対立させ、専門家が一方的に講義するようなアプローチはとられなかった。また、ガイドラインのコピーをメディア協会に送付し、会員への配布を要請した。

この介入（ガイドラインおよびワークショップ）が自殺報道の質の向上に有効であるかどうかを評価するために、調査研究が計画された（Roškar et al., 2017）。ガイドラインの導入前の 12 ヶ月間と配布後の 12 ヶ月間に、活字メディアの記事がメディア監視機関を通じて回収された。記事は、ガイドラインに基づき、責任ある報道の主要な定性的指標の有無について評価された。この研究では、介入後に自殺関連記事の総数が有意に減少したことが明らかにされた。ガイドラインに記載された 11 の推奨事項のうち 6 項目で、期待された方向への有意な変化が認められた。しかし、自殺の手段と場所の報道に有意な減少は認められず、不適切な写真資料の使用はやや増加していた。研究者らは、今後ガイドラインを推進するには、対象を編集者、ジャーナリスト、カメラマンで分けたワークショップを行い、それぞれ異なるニーズや仕事上の要求を満たすようにした方が有益であろうと提言している。

自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察

Box 71. 自死遺族グループを支援するファシリテーターのネットワーク、カナダ

カナダ自殺予防協会（Canadian Association for Suicide Prevention: CASP）は、全国的なアウトリーチ活動の後、自殺による死別（自死遺族）と事後対応の問題、ニーズおよび取り組みに特化したダイナミックな活動への気運が高まっていることに気付いた。これを受けて同協会は、支援の不足したこの領域に対処するため、「自死遺族事後対応同盟（Suicide Bereavement & Postvention Alliance）」を立ち上げた。この同盟の主要な優先事項の一つは、自死遺族グループを支援するファシリテーターのためのネットワークを確立することである。このネットワークの目的は、知識を交換し、優良事例を特定あるいは推進し、孤立を減らし、サポートを向上させるために、自死遺族を支援する人々を一つのグループにまとめることである。このネットワークの主な役割は、1) 自死遺族にサービスを提供しているファシリテーターのために、相互支援だけでなく、経験（困難や喜び）および優良事例の共有ができる場を設立すること、2) カナダの都市部、農村部を問わず個々のファシリテーターの孤立を減らすことである。このネットワークは 2021 年初旬に正式にスタートする予定である。

Box 72. 自殺未遂者の経過観察、イラン・イスラム共和国

イラン・イスラム共和国の自殺予防プログラムの計画および実施に合わせて、同国の西部州の一つで自殺率の高い西アゼルバイジャン（WA）州において、2017 年に新たなプログラムが開始された。このプログラムは、1) 救命救急部での自殺未遂者の登録、2) 電話による自殺未遂者の経過観察と簡単なカウンセリングによるケアの継続、3) 自殺未遂者に対する精神保健サービス利用の奨励をベースとするものであった。第 1 段階として統括委員会が結成され、警察、福祉機関、イラン大統領府女性部（Women's Department of the Office of the President of Iran）代表、法医学部、NGO としてイラン自殺予防科学会（Iranian Scientific Society for Suicide Prevention: IRSSP）、テレビ運営機関（Television Governing Organization）および教育部が参加した。統括委員会は保健省の精神保健局が主導した。IRSSP は、WA 医科大学保健治療部（Health and Treatment Department）においてプログラムの実施を担当した。州レベルでも同様に統括委員会が立ち上げられ、WA 州でそれぞれの職務を担う代表が参加した。参加者は、テレビ機関を通じた人々の啓発、福祉機関を通じた社会的支援の提供、自殺リスクのある人の安全確保に関して、それぞれの任務を果たした。法医学部は自殺症例に関するリアルタイムのデータを提供し、教育部はスクリーニングで自傷行為が認められた生徒を紹介し、保健治療部はプログラムにおいて中心的役割を果たし、症例登録や経過観察、簡単なカウンセリングを行った。プログラム開始から 1 年後、自殺率は 10 万人当たり 7.9 人から 6.1 人に（23%）減少した。IRSSP は、プログラムの実施を成功させるために、各連携部門の活動を調整する上で重要な役割を果たした。

Box 73. 新たな専門職としての回復支援者、ポーランド

精神的な健康に問題があり自殺傾向のある人は、自分は孤独で、家族や地域の重荷になっており、もう回復することはないと感じていることがよくある。回復支援者はそのような人々に希望をもたらす。回復支援者は自殺関連の経験を持つ専門家であり、自殺念慮の有無にかかわらず、自殺未遂後に精神的危機に陥った人々を支援する。また、自身の精神的な健康問題や自殺関連行動、治療、リハビリテーション、回復などの経験に基づいて自死遺族等の支援も行う。回復支援者はパートタイムで勤務するか、NGO のボランティアとして活動している。2019 年の保健大臣規則に則り、全国精神保健センターでの中核的活動の一環として回復支援者を雇用することができる。回復支援者は、入院・外来診療所、地域の治療チーム、患者の自助グループ、家族支援グループで活動し、回復支援者協会（Stowarzyszenie Asystentów Zdrowienia）を通じて組織されている。回復支援者の役割は、自殺未遂者の回復プロセスを支援することである。精神保健センターでは、回復支援者はミーティングや心理療法のセッションに参加し、患者を支援し、地域訪問（動くアウトリーチ・チームの一部として活動するなど）に同行する。また、自殺未遂者が、問題を解決したり日常機能のタスクをこなしたり、社会的支援にアクセスしたり、自分自身のために熱意をもって他者を支援したりする力をつけられるよう支える。回復支援者はいわば対等な立場にあるロールモデルであり、回復プロセスにおける癒しの感覚をより強く与えることができる。必要に応じて専門医に紹介する研修も受けている。さらに、回復支援者は、精神保健サービスを代表して、研修を行い、講演やメディアでのインタビュー、雇用者への働きかけ、研究プロジェクトへの参加、意思決定者への提言を行うことで、啓発と支援活動にも一定の役割を果たしている。

付録3. LIVE LIFE指標の枠組み

LIVE LIFE が思い描く未来は、自殺がもはや死因の上位を占めることがなく、自殺を試みたり考えたりしている人々が、適切かつ敬意をもって提供される支援を安心して求めることができる世界である。

この未来を現実のものとするために、本ガイドでは LIVE LIFE のための指標の枠組みをテンプレートにまとめた。この指標の枠組みは、LIVE LIFE の目標とする成果を達成するために必要な活動を計画立案者が立ち上げるのを支援するツールである。この枠組みを利用して、目標に向けた進捗状況を観測することができる。

枠組みは以下の要素で構成される。

- **最終目標**：プログラムが到達を目指す全体的な結果（または対処すべき全体的な問題）。
- **アウトカム**：最終目標に到達するために、プログラムが生み出すべき変化（目的または結果と呼ぶこともある）。
- **アウトプット**：成果に寄与する具体的なデータ。アウトカムを一つ出すために、多くの活動（行動）が必要になる場合がある。実績はそれぞれ異なることが多く、社会的背景にも依存するため、この枠組みでは、「アウトカム」の行を空白のままにしている。ただし、「アウトカム」に含めることができるタスクの例を、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する章の「How?（方法）」セクションに記載している。
- **指標**：アウトカムおよび最終目標が達成されたか、または変化がどの程度生じたかを評価する定量的または定性的データ。
- **前提**：最終目標、成果および結果を得るために必要な条件で、プログラムでは管理できない場合もある。

表 15. LIVE LIFE の最終目標、成果および指標

最終目標	最終目標の指標	検証方法	最終目標の前提
a) 国内の自殺死亡率を低下させる。 15%低下(2019～2023年)。 3分の1低下(2015～2030年)。 b) 自傷行為による受診例の観測の改善。	a) 2019～2023年の国内自殺死亡率の変化率(%)。 2015-2030年の国内自殺死亡率の変化率(%)。 b) 全国的な自傷行為調査システムの確立。	a) 国内の年間自殺死亡率。 b) 国の自傷行為調査システム。	a) 国が、以下に基づく質の高い自殺データを有する。 ・ 国の住民登録・人口動態統計(CRVS)システム ・ 国の自殺調査システム ・ 保健省または統計局の記録 b) 国が、病院ベースの自傷行為調査システムを開発、実施、維持する能力を有する。
アウトカム1	アウトカム1の指標	アウトカム1の前提	
国の自殺予防計画のための情報が得られる状況分析がある。	・ 国別、地域別または状況別(学校など)の状況分析を実施、分析および公表する。	・ 必要なデータを開発、実施および分析するための専門的能力がある。	
アウトプット1			
[国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How? (方法)」セクションに記載されている。			
アウトプット1の指標			
アウトプットの内容に応じた指標をいること。			
アウトカム2	アウトカム2の指標	アウトカム2の前提	
関連する非保健医療部門に自殺予防が組み込まれ、ガバナンスと多部門連携(政府部門と、地域の他のステークホルダーの双方を含む)が確立され、強化される。	・ フルタイム、有給の全国自殺予防担当者の導入。 ・ 多部門からなる全国自殺予防統括委員会(ガバナンスグループ)の選任 ⁸⁰ 。 ・ LIVE LIFEの重点項目と介入を計画・実施するための国または地域の自殺予防ワーキンググループの選任。 ・ LIVE LIFEの重点項目と介入に関連する全国自殺予防統括委員会(ガバナンスグループ)のミーティング数。 ・ LIVE LIFEの重点項目と介入に関する国または地域の自殺予防ワーキンググループのミーティング数。 ・ 連携活動に関する説明責任メカニズム(機構)への報告(頻度)。	・ 協力関係を築くために、自殺予防にはリーダーシップが必要である。 ・ ワーキンググループの設立を促すためには政府内部で(または地域に)支援活動が必要。自殺予防に対する政府の政治的意思が認められる。	
アウトプット2			
[国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How? (方法)」セクションに記載されている。			
アウトプット2の指標			
アウトプットの内容に応じた指標を用いること。			

80 統括委員会およびワーキンググループのメンバーに関する推奨事項は、「[多部門連携](#)」の章に記載している。

アウトカム 3 全国民、リスク群、国の代表や他部門の首長において、自殺、自傷行為および精神保健に対する知識と態度が改善される（また、スティグマが低減される）。 自傷行為および精神保健に関して利用可能なサービスに対する認識が向上する。	アウトカム 3 の指標 ・ 啓発活動の対象となる全国民およびリスク群の割合（%）または人数。 ・ 全国民およびリスク群における知識、態度、支援要請行動の変化 [割合]。 ・ （精神疾患、自殺念慮または自傷行為のために）保健医療サービスを受けるリスク者の数の変化。	アウトカム 3 の前提 ・ 啓発を進めると同時に、あるいはその前に、サービスの利用可能性を確保しなければならない。 ・ 保健医療情報の記録を、リスクに見合った社会人口統計学的データ（年齢、民族など）によって分類できる。 ・ 保健医療情報の記録が利用できる。
アウトプット 3 [国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How?（方法）」セクションに記載されている。 アウトプット 3 の指標 アウトプットの内容に応じた指標を用いること。		
アウトカム 4 自殺予防のために保健医療部門と地域における能力構築が強化される。	アウトカム 4 の指標 ・ 自傷行為や自殺の早期発見、評価、管理および経過観察の研修（6 ヶ月毎または年 1 回）を受けている非専門の保健医療従事者および専門の精神保健医療従事者の割合（%）もしくは人数（または上記の研修を受けている保健医療スタッフが配置された一次医療施設、二次医療施設および地域の施設またはサービスの割合 [%] もしくは数）。 ・ 自傷行為や自殺の早期発見、評価、管理および経過観察の能力が評価されている（6 ヶ月毎または年 1 回）非専門の保健医療従事者および専門の精神保健医療従事者の人数。 ・ 雇用前の保健医療従事者向けの、早期発見、評価、管理および経過観察に関する訓練を含む研修カリキュラムの割合（%）。 ・ 地域における自殺リスクの早期発見、紹介および経過観察の研修（年 1 回）を受けている地域ゲートキーパーの割合（%）または人数。	アウトカム 4 の前提 ・ 自傷行為や自殺の発見、評価、管理および経過観察について専門的能力のある者が、技能研修を開発、実施する。
アウトプット 4 [国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How?（方法）」セクションに記載されている。 アウトプット 4 の指標 アウトプットの内容に応じた指標を用いること。		

アウトカム 5 LIVE LIFE の重点項目と介入を実施するための予算が明確にされ、資金が確保される。	アウトカム 5 の指標 ・自殺予防活動のための年間予算配分の増加率 (%)。 ・自殺予防に充てられる国の予算が、毎年体系的に割り当てられる。	アウトカム 5 の前提 ・自殺予防に資金提供する積極的意志がある。
アウトプット 5 [国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How? (方法)」セクションに記載されている。		
アウトプット 5 の指標 アウトプットの内容に応じた指標を用いること。		
アウトカム 6 自殺・自傷行為の調査システムが確立または強化される。 観測および評価が、LIVE LIFE の実施に関して、国の認識やプログラムごとの具体的な知識に寄与する。	アウトカム 6 の指標 ・国内に住民登録・人口動態統計 (CRVS) システムが確立されている。 ・自傷行為調査システムに参加している病院または地域の割合 (%) または数。 ・自殺による死亡と自傷行為に関するデータが、少なくとも年齢別、性別および手段別に分類されている。 ・機能している調査システムから得られるデータの質が高い。 ・LIVE LIFE の枠組み指標の観測結果が年 1 回報告されている。 ・LIVE LIFE の実施に関する評価結果が (合意された期間に) 公表されている。	アウトカム 6 の前提 ・作業を実施するための専門的能力、社会的背景に応じて利用可能な保健医療情報システム、および保健医療情報システムを取り込むための支援活動があり、(感染症などの) 既存の調査メカニズムと統合できる可能性がある。
アウトプット 6 [国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How? (方法)」セクションに記載されている。		
アウトプット 6 の指標 アウトプットの内容に応じた指標を用いること。		
アウトカム 7 自殺手段へのアクセス制限によって、自殺による死亡が減少する。	アウトカム 7 の指標 ・手段別 (国の社会的背景に応じて調整) の自殺による死亡数の変化 (減少) 率 (%)。 ・自殺手段へのアクセスを制限するために実施された措置の数。	アウトカム 7 の前提 ・国内に、自殺や自傷行為の手段を監視できる調査システムがある。 ・国内に、自殺手段に関連する登録、免許交付または監視の仕組みが整備されている。 ・制限が可能な手段である (農薬、銃器など)。
アウトプット 7 [国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How? (方法)」セクションに記載されている。		
アウトプット 7 の指標 アウトプットの内容に応じた指標を用いること。		

アウトカム 8 メディアが責任ある自殺報道を行う。	アウトカム 8 の指標 ・ 国の基準またはガイドラインを満たさない報道の数または割合（％）。 ・ どこに支援を求めたらよいかという情報が含まれる報道の数または割合（％）。 ・ 日常生活におけるストレス要因や自殺念慮にどう対処しているかの経験談や、支援を得る方法を伝える報道の数または割合（％）。	アウトカム 8 の前提 ・ 国内にメディアを監視する機構がある。 ・ 国がメディアと協力して、責任ある報道および説明責任メカニズムに関するガイドラインまたは報道基準を確立している。
アウトプット 8 [国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How? (方法)」セクションに記載されている。		
アウトプット 8 の指標 アウトプットの内容に応じた指標を用いること。		
アウトカム 9 心理社会的介入を集団全体に提供することで、若者のライフスキルが育成される。	アウトカム 9 の指標 ・ エビデンスに基づく心理社会的介入を 10 代の若者の集団全体に提供している学校や教育施設の数または割合（％）。 ・ 15 ～ 19 歳の若者または若年層全体における自殺による死亡の変化率（％）。	アウトカム 9 の前提 ・ 国の教育カリキュラム立案者との調整が行われている。 ・ 教育現場で集団全体への心理社会的介入を提供する人材と能力がある。 ・ 国内に、死因と社会人口統計学的データ（年齢）を含む CRVS または調査システムが整備されている。 ・ 国内に、（社会情緒的ライフスキルのベースラインデータを確認できる仕組みを含め）教育施設でデータを収集するための仕組みがある。
アウトプット 9 [国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How? (方法)」セクションに記載されている。		
アウトプット 9 の指標 アウトプットの内容に応じた指標を用いること。		

アウトカム 10 保健医療施設および地域（公共部門、民間部門、非政府組織または市民社会組織によるサービスを含み、教育など他の部門を含む場合もある）に、以下を適切に実施できる能力がある。 自殺企図者および自殺リスク者の早期発見、評価、管理および経過観察。	アウトカム 10 の指標 ・ 適切に検出された自傷行為の症例数。 ・ 適切に評価された自傷行為の症例数。 ・ 適切に管理された自傷行為の症例数。 ・ 機能している紹介経路のうち、1) 明文化されている、2) 普及している、3) 保健医療従事者や地域の活動家が利用している経路の数。 ・ 一次医療、二次医療、地域の施設またはサービスを受診し、地域で経過観察されている自傷行為症例の割合（％）。 ・ 適時に事後対応サポートを受けた自死遺族の割合（％）。	アウトカム 10 の前提 ・ 自傷行為や自殺の発見、評価、管理および経過観察について専門的能力のある者が、能力の評価法を開発し実施する。 ・ 国内に保健医療情報システムがあり、医療記録やソーシャルケア記録など様々な保健医療システム・地域システムの間で一貫した記録管理が行われている。 ・ 保健医療従事者が退院後の経過観察を行うことができる。 ・ 自傷行為が医療記録に記録されている。すなわち、自傷行為に関する調査が実施されている。
アウトプット 10 [国の社会的背景に合わせて記入する] 一つまたは複数のアウトカムの達成につながるアウトプットを含むこと。アウトプットの事例は、LIVE LIFE 実施ガイドの対応する各章の「How?（方法）」セクションに記載されている。 アウトプット 10 の指標 アウトプットの内容に応じた指標を用いること。		

付録4.参考文献

状況分析

WHO resources

- Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/assessing-mental-health-and-psychosocial-needs-and-resources>, accessed 16 December 2024).
- Assessment Instrument for Mental Health Systems (AIMS). Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/aims>, accessed 16 December 2024).
- mhGAP Intervention Guide, version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289002660>, accessed 16 December 2024).
- Rajan D. Situation analysis of the health sector. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S (editors). Strategizing national health in the 21st century: a handbook (Chapter 3). Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.globalchildrensurgery.org/wp-content/uploads/2019/03/Strategizing-national-health.pdf>, accessed 16 December 2024).

External resources

- Arensman E, Khan M (2017). Evaluation of National Suicide Prevention and Suicide Registration Programs in Iran. Tehran: World Health Organization and Ministry of Health and Medical Education; 2017 (<https://mentalhealthcommission.ca/308conversations/>, accessed 16 December 2024).
- Data infrastructure: recommendations for state suicide prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2019 (<http://www.sprc.org/sites/default/files/StateInfrastructureDataSupplement.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Instructions for Conducting a SWOT Analysis. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre (https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/swot_0.pdf, accessed 1 January 2021).
- KoBo Toolbox. Cambridge (MA): Harvard Humanitarian Initiative (<https://www.kobotoolbox.org/>, accessed on 1 January 2021).
- Malakouti SK. Evaluation of Iran's National Suicide Prevention Program: the lessons learnt. Journal of Suicide Prevention (Iran). 2019;1:3540 (<http://isssp.ir/article-1-29-en.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Shekhani SS, Perveen S, Akbar K, Bachani S, Khan MM. Suicide and deliberate self-harm in Pakistan: a scoping review. BMC Psychiatry. 2018;18(1):44.
- Torok M, Konings P, Batterham PJ, Christensen H. Spatial clustering of fatal, and non-fatal, suicide in New South Wales, Australia: implications for evidence-based prevention. BMC psychiatry. 2017;17(1):339 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28985736/>, accessed 1 January 2021).
- Torok M, Shand F, Phillips M, Meteoro N, Martin D, Larsen M. Data-informed targets for suicide prevention: a small-area analysis of high-risk suicide regions in Australia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(10):1209–18 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041467/>, accessed 1 January 2021).
- Veto violence. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (<https://sprc.org/keys-success/partnerships-collaboration>, accessed 4 February 2025).

他部門連携

WHO resources

- NCD map tool. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/ncd-multisectoral-plantool/home.htmlhttps://apps.who.int/ncd-multisectoral-plantool/home.html>, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>, accessed 1 January 2021).
- Stronger collaboration, better health: the global action plan for health lives and well-being for all. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>, accessed 1 January 2021).
- Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=42BA85A08E2769E793007275AB084122?sequence=1, accessed 1 January 2021).
- Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network: an analysis of intersectoral collaboration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<https://www.who.int/europe/publications/item/9789289002660>, accessed 16 December 2024).
- Indigenous experiences in wellness and suicide prevention. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2018 (<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34578/PAHONMH17037-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>, accessed 1 January 2021).
- Promoting mental health in indigenous populations: experiences from countries. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2016 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28415/9789275118979_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 1 January 2021).

External resources

- #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (<https://mentalhealthcommission.ca/308conversations/>, accessed 16 December 2024).
- 10th Anniversary Report. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention; 2020 (<https://theactionalliance.org/10th-anniversary-report>, accessed 1 January 2021).
- Action against suicide. Erbil: Azhee (<http://azhee.org/>, accessed 1 January 2021).
- Community engagement toolkit. Burnaby: The Social Planning and Research Council of British Columbia; 2013 (<https://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/03/community-engagement-toolkit.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Engaging people with lived experience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/keys-success/lived-experience>, accessed 1 January 2021).
- Framework for the engagement of people with a lived experience in program implementation and research. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/about/who-we-are/lived-experience/>, accessed 1 January 2021).
- Lived experience. Zero Suicide Institute (<https://zerosuicide.edc.org/toolkit-taxonomy/lived-experience>, accessed 1 January 2021).
- Partner engagement tool. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/statewide-partnerships>, accessed 1 January 2021).
- Partnerships and collaboration. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre (<https://sprc.org/keys-success/partnerships-collaboration>, accessed 4 February 2025).
- PREVENTS: The President's Roadmap to Empower Veterans and End a National Tragedy of Suicide. Washington (DC): Department of Veteran Affairs; 2020 (https://www.va.gov/PREVENTS/docs/PRE-007-The-PREVENTS-Roadmap-1-2_508.pdf, accessed 1 January 2021).
- Prompts and suggestions for speaking with local leaders on suicide prevention. London: Department of Health; 2012 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/137641/Prompts-for-local-leaders-on-suicide-prevention.pdf, accessed 1 January 2021).
- RISING SUN: Reducing the Incidence of Suicide in Indigenous Groups – Strengths United through Networks- Toolkit for Resilience. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; 2014 (<https://www.mhinnovation.net/innovations/rising-sun-reducing-incidence-suicide-indigenous-groups-strengths-united-through>, accessed 4 February 2025).

- Roses in the ocean. Brisbane (<https://rosesintheocean.com.au/>, accessed 1 January 2021).
- Special Working Group on the Decriminalisation of Suicide. International Association for Suicide Prevention (<https://www.iasp.info/decriminalisation.php>, accessed 1 January 2021).
- State suicide prevention plans and leadership guidance. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre; 2020 (https://www.sprc.org/sites/default/files/State%20Suicide%20Prevention%20Plans%20and%20Leadership%20Guidance.pdf?utm_source=Weekly+Spark+6%2F5%2F20&utm_campaign=Weekly+Spark+June+5%2C+2020&utm_medium=email, accessed 1 January 2021).
- Tennessee Suicide Prevention Network. Nashville (TN) (<https://www.tspn.org/>, accessed 18 December 2024).
- Transforming communities: key elements for the implementation of comprehensive community-based suicide prevention. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention; 2016 (<https://theactionalliance.org/sites/default/files/transformingcommunitiespaper.pdf>, accessed 1 January 2021).
- The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2014 (<https://sprc.org/online-library/the-way-forward-pathways-to-hope-recovery-and-wellness-with-insights-from-lived-experience/>, accessed 18 December 2024).
- Lived experience. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/our-strategy/lived-experience>, accessed 1 January 2021).

啓発・支援活動

WHO resources

- Campaign materials: animations. What emergency workers, health workers, teachers and employers can do to help prevent suicide. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-animations>, accessed 1 January 2021).
- Campaign materials: handouts. What emergency workers, health workers, teachers, prison officers, media professionals and employers can do to help prevent suicide. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-handouts>, accessed 1 January 2021).
- Depression: Let's talk: handouts. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/suicide-04-handouts-depression.pdf?sfvrsn=7c5eaac4_2; https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/life-worth-living-03-handouts-depression.pdf?sfvrsn=a4fb25b5_2, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/publications/item/9789241564779>, accessed 1 January 2021).
- World Mental Health Day. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day>, accessed 18 December 2024).
- World Suicide Prevention Day. Geneva: World Health Organization (<https://sprc.org/online-library/the-way-forward-pathways-to-hope-recovery-and-wellness-with-insights-from-lived-experience/>, accessed 18 December 2024).

External resources

- #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (<https://www.mentalhealthcommission.ca/English/308conversations>, accessed 16 December 2024).
- #SpottheSigns Campaign. Warrington, United Kingdom (<https://www.papyrus-uk.org/spotthesigns/>, accessed 1 January 2021).
- #Youcantalk Campaign. Newcastle, Australia (<https://lifeinmind.org.au/youcantalk>, accessed 1 January 2021).
- 320 Changes Direction Campaign, USA (<https://www.tspn.org/>, accessed 18 December 2024).
- Be The 1 To Campaign, USA (<https://www.bethe1to.com/>, accessed 1 January 2021).
- Befrienders Kenya (<https://befrienders.org/find-support-now/befrienders-kenya/>, accessed 18 December 2024).
- Busting Myths Campaign. Beyond Blue. Melbourne, Australia (<https://www.beyondblue.org.au/>, accessed 18 December 2024).

- Check Your Mates Campaign, Australia (www.checkyourmates.com.au/, accessed 1 January 2021).
- Creating an effective suicide prevention awareness campaign. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (<https://sprc.org/keys-success/partnerships-collaboration>, accessed 4 February 2025).
- Framework for successful messaging (<http://suicidepreventionmessaging.org/>, accessed 1 January 2021).
- Inside My Mind Campaign, Australia (<https://www.mhinnovation.net/innovations/rising-sun-reducing-incidence-suicide-indigenous-groups-strengths-united-through>, accessed 1 January 2021).
- Campaign resources, International Association for Suicide Prevention (https://iasp.info/resources/World_Suicide_Prevention_Day/2019/, accessed 1 January 2021).
- Messaging resources. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/messaging>, accessed 1 January 2021).
- REACH. Washington (DC): U.S. Department of Veterans Affairs (www.REACH.gov, accessed 1 January 2021).
- R U O K? Day, Australia (www.ruok.org.au/join-r-u-ok-day, accessed 1 January 2021).
- Safer conversations about suicide on social media. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/safe_suicide_conversations_social_media_eng.pdf, accessed 1 January 2021).
- See Me campaign. Glasgow, Scotland (<https://www.seemescotland.org/>, accessed 1 January 2021).
- Stichting 113, Netherlands (<https://vimeo.com/291877756>, accessed 1 January 2021).
- Storytelling for suicide prevention – checklist (information to support people with lived experience). National Suicide Prevention Lifeline, USA (<https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2018/10/Lifeline-Storytelling-Checklist.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Take5ToSaveLives. National Council for Suicide Prevention, USA (<https://www.take5tosavelives.org/>, accessed 1 January 2021).
- What can be done to decrease suicidal behaviour in Australia? White Paper. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/suicide-prevention-white-paper/>, accessed 1 January 2021).
- Wot Na Wot Kine Campaign. Perth: WA Primary Health Alliance, Australia (www.wapha.org.au/wot-na-wot-kine/, accessed 1 January 2021).
- Yarns Heal Campaign, Australia (www.yarnsheal.com.au/, accessed 1 January 2021).
- ŽIV? ŽIV! [Alive? Alive!] Campaign. Koper: Slovene Centre for Suicide Research, Slovenia (<http://zivziv.si/>, accessed 1 January 2021).

能力構築

WHO resources

- mhGAP Intervention Guide. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>, accessed 18 December 2024).
- mhGAP training manuals. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mhgap-training-manuals>, accessed 18 December 2024).
- Preventing suicide resource series. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-series>, accessed 18 December 2024).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513791>, accessed 2 January 2025).

External resources

- Advanced training in suicide prevention. Newcastle, Australia: Life in Mind (<https://lifeinmind.org.au/>, accessed 2 January 2025).
- Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Calgary, Canada (<https://sprc.org/news/ireland-taxi-watch-suicide-prevention-drive-that-saved-200-lives/>, accessed 2 January 2025).
- Choosing a suicide prevention gatekeeper training program: a comparison table. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/resources-programs/choosing-suicide-prevention-gatekeeper-training-program-comparison-table>, accessed 1 January 2021).

- Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), USA (<https://cams-care.com/about-cams/>, accessed 1 January 2021).
- Ireland Taxi Watch: Suicide prevention drive that saved 200 lives. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/news/ireland-taxi-watch-suicide-prevention-drive-that-saved-200-lives/>, accessed 2 January 2025).
- Lions Barber Collective, United Kingdom (<https://www.thelionsbarbercollective.com/>, accessed 1 January 2021).
- Logic model and guidance for how to create culturally and linguistically appropriate suicide prevention and intervention materials for ethnic and migrant minority groups. Boston (MA): Massachusetts Coalition for Suicide Prevention (<https://www.masspreventsuicide.org/regional-coalitions/greater-boston>, accessed 1 January 2021).
- Mates in Construction, Australia (<https://mates.org.au/>, accessed 1 January 2021).
- MindOut: LGBTIQ Mental Health & Suicide Prevention training and support, Australia (www.lgbtihealth.org.au/mindout, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide toolkit for high schools. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<https://youth.gov/feature-article/preventing-suicide-toolkit-high-schools>, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide: a technical package of policy, programs, and practices. Atlanta (GA): Division of Violence Prevention, Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Question, Persuade, Refer Suicide Prevention Training Programme, USA (<http://www.qprinstitute.com>, accessed 1 January 2021).
- Ross V, Caton N, Gullestrup J, Kölves K. A longitudinal assessment of two suicide prevention training programs for the construction industry. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(3):803.
- safeTALK Programme, Australia (<https://www.livingworks.com.au/programs/safetalk/>, accessed 1 January 2021).
- Setting for prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/settings>, accessed 1 January 2021).
- Zero Suicide Alliance, London, United Kingdom (<https://www.zerosuicidealliance.com/training>, accessed 1 January 2021).

資金調達

WHO resources

- Mental health financing. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9241545933>, accessed 2 January 2025).

External resources

- Chisholm D, Docrat S, Abdulmalik J, Alem A, Gureje O, Gurung D et al. Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low- and middle-income countries: findings from the Emerald project. *BJPsych Open*. 2019;5(5):e68 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688460/>, accessed 1 January 2021).
- Leaving a legacy: recommendations for sustaining suicide prevention programs. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/online-library/leaving-a-legacy-recommendations-for-sustaining-suicide-prevention-programs/>, accessed 2 January 2025).
- Mental health funding and the SDGs: What now and who pays? London: Overseas Development Institute; 2016 (<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/Mental.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Reframe: funding mental health. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 (https://mhi.org.in/media/insight_files/MHI_Progress_Report_DIGITAL.pdf, accessed 1 January 2021).
- Woelbert E, Lundell Smith K, White R, Kemmer D. Accounting for mental health research funding: developing a quantitative baseline of global investments. *The Lancet Psychiatry*. 2020;8(3):250–80 ([https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30469-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30469-7/fulltext), accessed 1 January 2021).

調査

WHO resources

- A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112852/9789241506717_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 1 January 2021).
- A resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence=1, accessed 1 January 2021).
- Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/fatal-injury-surveillance-in-mortuaries-and-hospitals-a-manual-for-practitioners>, accessed 2 January 2025).
- Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/practice-manual-for-establishing-and-maintaining-surveillance-systems-for-suicide-attempts-and-self-harm>, accessed 2 January 2025).
- STEPwise approach to surveillance (STEPS). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>, accessed 1 January 2021).
- Verbal autopsy standards and instrument. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/m/item/verbal-autopsy-standards-the-2016-who-verbal-autopsy-instrument>, accessed 2 January 2025).

External resources

- 2012 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. Chapter 4: Surveillance, research, and evaluation. Washington (DC): US Department of Health & Human Services (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109916/>, accessed 1 January 2021).
- Breaking down barriers: using youth suicide-related data. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/resources-programs/breaking-down-barriers-using-youth-suicide-related-surveillance-data-state>, accessed 1 January 2021).
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*. 2003;33(3):395–405. (<https://pdfs.semanticscholar.org/506c/b8389b67602f3f2b02d587c5fe61be304139.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Cwik MF, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Tingey L, Craig M et al. Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system. *Am J Public Health*. 2014;104(S3):e18–23 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035881/>, accessed 1 January 2021).
- Data infrastructure: Recommendations for State Suicide Prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/sites/default/files/StateInfrastructureDataSupplement.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Kőlves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, editors. *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- National Violent Death Reporting System. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs/index.html>, accessed 1 January 2021).
- Suicide surveillance strategies for American Indian and Alaska Native Communities. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/online-library/suicide-surveillance-strategies-for-american-indian-and-alaska-native-communities/>, accessed 2 January 2025).
- Surveillance success stories. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/online-library/surveillance-success-stories-fort-peck-indian-reservation/>, accessed 2 January 2025).
- Thundiyil JG, Stober J, Besbelli N, Pronczuk J. Acute pesticide poisoning: a proposed classification tool. *Bull World Health Organ*. 2008;86:205–9.
- Värnik P, Sisask M, Värnik A, Laido Z, Meise U, Ibelshäuser A et al. (2010). Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*. 2010;202(1–3):86–92.

観測および評価

WHO resources

- Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://iris.who.int/handle/10665/43631>, accessed 2 January 2025).
- National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>, accessed 2 January 2025).

External resources

- A framework for programme evaluation. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1999 (<https://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm>, accessed 1 January 2021).
- Challenges and recommendations for evaluating suicide prevention programs. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2016 (<https://sprc.org/online-library/challenges-and-recommendations-for-evaluating-suicide-prevention-programs/>, accessed 2 January 2025).
- Connecting for life. Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015–2020. Dublin: Department of Health (<https://assets.gov.ie/15758/e6c74742547a48428e4640e3596a3d72.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Evaluation of media reporting in Trinidad and Tobago. Ministry of Health, Trinidad and Tobago (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&lang=es, accessed 1 January 2021).
- Evaluation of suicide prevention activities. Australian Healthcare Associates; 2014 (<https://www.ahaconsulting.com.au/projects/nspp/>, accessed 2 January 2025).
- Kölves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, editors. Advancing suicide research. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- Platt S, Arensman E, Rezaeian M. National suicide prevention strategies—progress and challenges. Crisis. 2019;40:75–82 (<https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1027/0227-5910/a000587>, accessed 1 January 2021).
- Project/programme monitoring and evaluation guide. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2011 (<https://jordankmportal.com/resources/ifrc-monitoring-and-evaluation-guide-2011>, accessed 1 January 2021).
- RAND suicide prevention evaluation toolkit. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2014 (<https://sprc.org/online-library/rand-suicide-prevention-program-evaluation-toolkit/>, accessed 2 January 2025).

自殺手段へのアクセス制限

WHO resources

- Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597456>, accessed 2 January 2025).
- Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-pesticide-registrars-and-regulators>, accessed 1 January 2021).
- Restricting access to the means for suicide. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention/limit-access-to-means-of-suicide>, accessed 2 January 2025).

External resources

- Centre for Pesticide Suicide Prevention. Edinburgh, Scotland (<http://centerpsp.org/>, accessed 1 January 2021).
- 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 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12387969/>, accessed 1 January 2021).
- Emergency department means restriction education. London: Public Health England; 2015 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/769006/Preventing_suicides_in_public_places.pdf, accessed January 2021).

- Guidelines on highly hazardous pesticides. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205561/9789241510417_eng.pdf?sequence=1, accessed 1 January 2021).
- Technical Guidelines for the implementation of the International Code of Conduct on Pesticide management. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations (<http://www.fao.org/agriculture/crops/thematic-sitemap/theme/pests/code/list-guide-new/en/>, accessed 1 January 2021).
- Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017;5(10):e1026–37 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30299-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30299-1/fulltext), accessed 1 January 2021).
- Lethal means & suicide prevention: a guide for community & industry leaders. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/resource/lethal-means-suicide-prevention-guide-community-industry-leaders>, accessed 1 January 2021).
- Limits on analgesic packaging. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre; 2005 (https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/01/SPRC_analgesic_limits.pdf, accessed 2 January 2025).
- Means matter. Boston (MA): Harvard School of Public Health (<https://www.hsph.harvard.edu/means-matter/>, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide in public places. London: Public Health England (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/769006/Preventing_suicides_in_public_places.pdf, accessed 1 January 2021).
- Reduce access to means of suicide. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center, USA (<https://sprc.org/effective-prevention/a-comprehensive-approach-to-suicide-prevention/reduce-access-to-means-of-suicide/>, accessed 2 January 2025).
- Reduce suicides by creating a safer home. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-12/means_safety_eng.pdf, accessed 1 January 2021).

責任ある自殺報道のためのメディアとの協働

WHO resources

- Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: World Health Organization; update 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-17.5>, accessed 2 January 2025).

External resources

- Best practice recommendations for media reporting on suicide. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://reportingonsuicide.org>, accessed 1 January 2021).
- Best practice recommendations for blogging on suicide. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://www.suicidereportingtoolkit.com/wp-content/uploads/2020/07/4.-Blogging-Recommendations-Suicide-Awareness-Voices-of-Education-CHECK-WITH-ANN-IF-OK-TO-USE.pdf>, accessed 2 January 2025).
- Evaluation of media reporting in Trinidad and Tobago. Ministry of Health, Trinidad and Tobago (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&lang=es, accessed 1 January 2021).
- Evidence-based media reporting guide. Mindframe, Newcastle, Australia (mindframe.org.au/suicide/evidence-research, accessed 1 January 2021).
- Example media guidelines from countries. International Association for Suicide Prevention (https://www.iasp.info/resources/Suicide_and_the_Media/, accessed 1 January 2021).
- How journalists can prevent copycat suicides. Frankfurt am Main: European Alliance Against Depression; 2017 (http://www.eaad.net/files/cms/downloads_files/mediaguide_2017.pdf, accessed 1 January 2021).

- Let's talk about suicide and the media. Koper, Slovenia (<https://www.iam.upr.si/sl/resources/files/ivzknjizica2010web-final.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Media guidelines. Ottawa: Canadian Association for Suicide Prevention (<https://suicideprevention.ca/media/media-guidelines/>, accessed 2 January 2025).
- Media messaging. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/news>, accessed 1 January 2021).
- Mindset: reporting on mental health. London: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma (<http://www.mindset-mediaguide.ca/>, accessed 1 January 2021).
- Mindset guidelines for reporting on mental health. London: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma (<https://www.mindset-mediaguide.ca/>, accessed 2 January 2025).
- Pirkis J, Blood RW, Dare A, Holland K. The media monitoring project: changes in media reporting of suicide and mental health and illness in Australia: 2000/01–2006/07. Commonwealth of Australia; 2008:4.
- Project Siren. India Mental Health Observatory (<https://cmhlp.org/imho/about-project-siren>, accessed 1 January 2021).
- Roškar S, Grum AT, Poštuvan V, Podlesek A, De Leo D. The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia: Priredba in implementacija strokovnih smernic za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru v sloveniji. Slovenian Journal of Public Health. 2017;56(1):31–38 (<http://zivziv.si/wp-content/uploads/The-adaptation-and-implementation-of-guidelines.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Suicide prevention toolkit for media professionals. European Union: European Regions Enforcing Action Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/04/Euregenas-Suicide-Prevention-Toolkit-for-Media-Professionals.pdf>, accessed 2 January 2025).
- Suicide reporting toolkit (<https://www.suicidereportingtoolkit.com/>, accessed 1 January 2021).

10代の若者の社会情緒的ライフスキルの育成

WHO resources

- Guidelines on promotive and preventive interventions for adolescents (Helping Adolescents Thrive). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>, accessed 1 January 2021).
- mhGAP guidelines. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>, accessed 2 January 2025).
- Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff. Geneva: World Health Organization; 2000 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3.pdf?sequence=1, accessed 1 January 2021).

External resources

- Aunty Dee. Auckland: LeVa (<https://www.auntydee.co.nz/>, accessed 1 January 2021).
- Building suicide-safer schools and colleges. Warrington, United Kingdom: PAPYRUS (<https://papyrus-uk.org/wp-content/uploads/2018/08/toolkitfinal.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Enhance life skills and resilience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/effective-prevention/a-comprehensive-approach-to-suicide-prevention/enhance-life-skills-and-resilience/>, accessed 2 January 2025).
- Hope Squad. Provo (UT) (<https://hopesquad.com/>, accessed 1 January 2021).
- iBobbly. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/digital-tools-apps/ibobbly/>, accessed 1 January 2021).
- Mana Restore. Mental Wealth. Auckland: LeVa LeVa (<https://www.mentalwealth.nz/manarestore/>, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide toolkit for high schools. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (<https://store.samhsa.gov/product/Preventing-Suicide-A-Toolkit-for-High-Schools/SMA12-4669>, accessed 1 January 2021).

- Preventing suicide: a technical package of policy, programs, and practices. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Schools. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/settings/schools>, accessed 1 January 2021).
- School-based suicide prevention, intervention, and postvention toolkit. European Union: European Regions Enforcing Actions Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/publications/>, accessed 1 January 2021).
- Sources of strength. Lakewood (CO) (<https://sourcesofstrength.org/>, accessed 1 January 2021).
- Suicide postvention toolkit: a guide for secondary schools. Headspace, Australia (<https://headspace.org.au/assets/School-Support/Compressed-Postvention-Toolkit-May-2012-FA2-LR.pdf>, accessed 1 January 2021).
- The Saving and Empowering Young Lives in Europe programme. Stockholm: Karolinska Institutet (<https://ki.se/en/nasp/seyle-saving-and-empowering-young-lives-in-europe>, accessed 1 January 2021).
- 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(1):776 (<http://ziviv.si/wp-content/uploads/2012suicidepreventionforyouth.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Wasserman C, Postuvan V, Herta D, Iosue M, Värnik P, Carli V. Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. PloS One. 2018;13(2):e0191843 (<http://ziviv.si/wp-content/uploads/Wasserman-idr.-2018-Interactions-between-youth-and-mental-health-professionals.pdf>, accessed 1 January 2021).
- LEADS: For Youth (Linking Education and Awareness of Depression and Suicide). Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/01/LEADS-For-Youth-NREPP-Legacy-Listing.pdf>, accessed 2 January 2025).

自殺関連行動の影響を受けている人の早期発見、評価、管理、経過観察

WHO resources

- How to start a survivor's group. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://iris.who.int/handle/10665/44801>, accessed 2 January 2025).
- mhGAP Intervention Guide, version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>, accessed 1 January 2021).
- mhGAP operations manual. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-operations-manual>, accessed 2 January 2025).
- mhGAP Training manuals. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mhgap-training-manuals>, accessed 2 January 2025).
- Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide: a resource for general physicians. Geneva: World Health Organization; 2000 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?sequence=1, accessed 1 January 2021).
- Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Geneva: World Health Organization; 2000 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4.pdf?sequence=1, accessed 1 January 2021).

External resources

- Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. Front Psychiatry. 2018;9:33 (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00033/full>, accessed 1 January 2021).

- Care after a suicide attempt. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/careaftersuicideattempt02-09-15.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Establishing and sustaining a support group for people bereaved by suicide. European Union: European Regions Enforcing Action Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/publications/>, accessed 1 January 2021).
- Guidelines for integrated suicide-related crisis and follow-up care in emergency departments and other acute settings. Randwick, Australia: Black Dog Institute (http://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/delphi-guidelines-clinical-summary_web.pdf?sfvrsn=0, accessed 1 January 2021).
- Improving emergency and follow-up care for suicidal crisis. Randwick, Australia: Black Dog Institute (https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/LifeSpan_Emergency_and_followup_care_Brochure.pdf?sfvrsn=6, accessed 1 January 2021).
- A systematic tailored assessment for responding to suicidality (STARS). Brisbane: Griffith University (<https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention/systematic-tailored-assessment-for-responding-to-suicidality#:~:text=STARS%20is%20a%20person%2Dcentred,examination%20of%20suicidality%20as%20necessary>, accessed 28 January 2021).
- Postvention Australia Guidelines: a resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention (<https://postventionaustralia.org/wp-content/uploads/2019/05/Postvention-Australia-Guidelines.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Recommended standard care for people at risk of suicide. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/resource/recommended-standard-care>, accessed 1 January 2021).
- Resources for postvention support. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/comprehensive-approach/postvention>, accessed 1 January 2021).
- Survivor Outreach Team training manual. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center, USA (<http://www.sprc.org/resources-programs/survivor-outreach-team-training-manual>, accessed 1 January 2021).
- Toolkit for the integration of mental health into general healthcare in humanitarian settings. Geneva & London: Mental Health Innovation Network (<https://www.mhinnovation.net/collaborations/toolkit-integration-mental-health-general-healthcare-humanitarian-settings>, accessed 2 January 2025).
- 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 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61712-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61712-1/fulltext), accessed 1 January 2021).
- Zero suicide. Education Development Center, USA (<https://zerosuicide.edc.org/>, accessed 1 January 2021).

REFERENCES

- Abbas MJ, Alhemiary N, Razaq EA, Naosh S, Appleby L (2018). The Iraqi national study of suicide: Report on suicide data in Iraq in 2015 and 2016. *J Affect Disord.* 229:56–62.
- Ahern S, Burke LA, McElroy B, Corcoran P, McMahon EM, Keeley H et al. (2018). A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 27(10):1295–304.
- Bertolote JM, Fleischmann A (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi.* 7(2).
- Bonvoisin T, Utyasheva L, Knipe D, Gunnell D, Eddleston M (2020). Suicide by pesticide poisoning in India: a review of pesticide regulations and their impact on suicide trends. *BMC Pub Health.* 20(1):251.
- Buckley NA, Fahim M, Raubenheimer J, Gawarammana IB, Eddleston M, Roberts MS et al. (2021). Case fatality of agricultural pesticides after self-poisoning in Sri Lanka: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health* (in press).
- Burns JR, Rapee RM (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *J Adolesc.* 29(2):225–39.
- Chapman S, Alpers P, Agho K, Jones M (2006). Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Injury Preven.* 12(6):365–72.
- Chibanda D, Abas M, Musesengwa R, Merritt C, Sorsdahl K, Mangezi W et al. (2020). Mental health research capacity building in sub-Saharan Africa: the African Mental Health Research Initiative. *Glob Ment Health.* 7.
- Chowdhury FR, Dewan G, Verma VR, Knipe DW, Isha IT, Faiz MA et al. (2018). Bans of WHO class I pesticides in Bangladesh—suicide prevention without hampering agricultural output. *Int J Epi.* 47(1):175–84.
- Chung YW, Kang SJ, Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M (2016). The effectiveness of platform screen doors for the prevention of subway suicides in South Korea. *J Affect Disord.* 194:80–3.
- Cwik MF, Tingey L, Maschino A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Walkup J et al. (2014). Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system. *Am J Public Health.* 104(Suppl3):e18–23.
- Cwik MF, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Tingey L, Craig M et al. (2016). Decreases in suicide deaths and attempts linked to the White Mountain Apache suicide surveillance and prevention system, 2001–2012. *Am J Public Health.* 106(12):2183–9.
- Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. (2010). Acute human lethal toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Med.* 7(10):e1000357.
- Doran CM, Ling R, Gullestrup J, Swannell S, Milner A (2016). The impact of a suicide prevention strategy on reducing the economic cost of suicide in the New South Wales construction industry. *Crisis.* 37(2):121–9.
- Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, Brock G, Bridge JA, Campo JV (2020). Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Network Open.* 3(8):e2012887.
- FAO, WHO (2016). International code of conduct on pesticide management: guidelines on highly hazardous pesticides. Rome & Geneva: Food and Agriculture Organization of the United Nations & World Health Organization (<http://www.fao.org/3/a-i5566e.pdf>), accessed 23 February 2021).

- Godoy Garraza L, Kuiper N, Goldston D, McKeon R, Walrath C (2019). Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006–2015. *J Child Psychol Psychiatry*. 60(10):1142–7. doi:10.1111/jcpp.13058.
- Goldman-Mellor S, Olfson M, Lidon-Moyano C, Schoenbaum M (2019). Association of suicide and other mortality with emergency department presentation. *JAMA Network Open*. 2(12):e1917571.
- Gullestrup JB, Lequertier G, Martin (2011). MATES in construction: impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. *Int J Environ Res Pub Health*. 8(11):4180–96.
- Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 34(2):433–42.
- Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M (2007). The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *Int J Epidemiol*. 36(6):1235–42.
- Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ et al. (2017). Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 5(10):e1026–37.
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N et al. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 7(6):468–71.
- Harris FM, Maxwell M, O'Connor R, Coyne JC, Arensman E, Coffey C et al. (2016). Exploring synergistic interactions and catalysts in complex interventions: longitudinal, mixed methods case studies of an optimised multi-level suicide prevention intervention in four European countries (Ospi-Europe). *BMC Pub Health*. 16(1):268.
- Haw C, Sutton L, Simkin S, Gunnell D, Kapur N, Nowers M et al. (2004). Suicide by gunshot in the United Kingdom: a review of the literature. *Med Sci Law*. 44(4):295–310.
- Hawton K, Bergen H, Simkin S, Brock A, Griffiths C, Romeri E et al. (2009). Effect of withdrawal of co-proxamol on prescribing and deaths from drug poisoning in England and Wales: time series analysis. *BMJ*. 338:b2270.
- Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ*. 322(7296):1203–7. doi:10.1136/bmj.322.7296.1203.
- Heller TS, JL Hawgood, De Leo D (2007). Correlates of suicide in building industry workers. *Arch Suicide Res*. 11(1):105–17.
- Karunaratne A, Gunnell D, Konradsen F, Eddleston M (2020). How many premature deaths from pesticide suicide have occurred since the agricultural Green Revolution?. *Clin Tox*, 58(4), 227–232.
- Kasal A, Bechyňová L, Daňková Š, Melicharová H, Winkler P (2019). Situation analysis of suicide prevention in the Czech Republic: a background document for the National Plan for Suicide Prevention 2020–2030 (https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_december_2019_fin_1.pdf, accessed 1 January 2021).
- Khan MM, Reza H (1998). Gender differences in nonfatal suicidal behavior in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide Life Threat Behav*. 28(1):62–8.

- Knipe DW, Chang SS, Dawson A, Eddleston M, Konradsen F, Metcalfe C et al. (2017). Suicide prevention through means restriction: impact of the 2008-2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PloS One*. 12(3):e0172893.
- Knipe DW, Gunnell D, Eddleston M (2017). Preventing deaths from pesticide self-poisoning – learning from Sri Lanka's success. *Lancet Glob Health*. 5(7):e651–2.
- Kolves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D (2021). Advancing suicide research. Göttingen: Hogrefe.
- Kreitman N (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960–71. *Br J Prev Soc Med*. 30(2):86–93.
- Law C, Svetcic J, De Leo D (2014). Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Aust N Z J Public Health*. 38(2):134–8.
- Lee YY, Chisholm D, Eddleston M, Gunnell D, Fleischmann A, Konradsen F et al. (2021). The cost-effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. *Lancet Glob Health*. Mar;9(3):e291-e300.
- Leong YH, Ariff AM, Khan HRM, Rani NAA, Majid MIA (2018). Paraquat poisoning calls to the Malaysia National Poison Centre following its ban and subsequent restriction of the herbicide from 2004 to 2015. *J Forensic Leg Med*. 56:16–20. doi:10.1016/j.jflm.2018.03.007.
- Levintova M (2007). Russian alcohol policy in the making. *Alcohol Alcohol*. 42(5):500–5.
- Liu KY (2009). Suicide rates in the world: 1950–2004. *Suicide Life Threat Behav*. 39(2):204–13.
- Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide Life Threat Behav*. 40(5):421–4.
- Manuweera G, Eddleston M, Egodage S, Buckley NA (2008). Do targeted bans of insecticides to prevent deaths from self-poisoning result in reduced agricultural output? *Environ Health Perspect*. 116(4):492–5.
- Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, Eddleston M, Chang SS, Phillips MR et al. (2017). The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006–15: systematic review. *J Affect Disord*. 219:93–104.
- Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N et al. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 55(5):383–91.
- Namibian Ministry of Health and Social Services (2018). National Study on the Prevalence of and Interventions in Relation to Suicide in Namibia (<http://namibie.ngkerk.net/wp-content/uploads/sites/16/2019/04/FINAL-Suicide-Study-Report-V5-25-October-2018FINAL.pdf>, accessed 1 January 2021).
- Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *Am J Prev Med*. 47(3 Suppl 2):S235–43.
- Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M et al. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 368.

- Oliver RG, Hetzel BS (1972). Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Med J Aust.* 2(17):919–23. PMID: 4639963.
- PAHO (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional (Suicide mortality in the Americas. Regional report). Washington (DC): Pan American Health Organization.
- PAHO (2016). Prevención de la conducta suicida (Prevention of suicidal behaviour). Washington (DC): Pan American Health Organization.
- Pearson M, Zwi AB, Buckley NA (2010). Prospective policy analysis: how an epistemic community informed policymaking on intentional self-poisoning in Sri Lanka. *Health Res Pol Syst.* 8(1):19.
- Pearson M, Zwi AB, Buckley NA, Manuweera G, Fernando R, Dawson AH et al. (2015). Policymaking “under the radar”: a case study of pesticide regulation to prevent intentional poisoning in Sri Lanka. *Health Policy Plan.* 30(1):56–67.
- Pearson M, Metcalfe C, Jayamanne S, Gunnell D, Weerasinghe M, Pieris R et al. (2017). Effectiveness of household lockable pesticide storage to reduce pesticide self-poisoning in rural Asia: a community-based, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 390(10105):1863–72.
- Reifels L, Mishara BL, Dargis L, Vijayakumar L, Phillips MR, Pirkis J (2019). Outcomes of Community-Based Suicide Prevention Approaches That Involve Reducing Access to Pesticides: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav.* 49(4):1019–1031.
- Reisch T, Steffen T, Habenstein A, Tschacher W (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 “Army XXI” reform. *Am J Psychiatry.* 170(9):977–84.
- Roškar S, Grum AT, Poštuvan V, Podlesek A, De Leo D (2017). The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia (Priredba in implementacija strokovnih smernic za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru v loveniji). *Slovenian J Pub Health.* 56(1):31–8.
- Sanchez Puerta ML, Valerio A, Bernal MG (2016). Taking stock of programs to develop socioemotional skills: A systematic review of program evidence. Washington (DC): The World Bank.
- Siau CS, Wee LH, Ibrahim N, Visvalingam U, Yeap LLL, Wahab S (2018). Gatekeeper suicide training’s effectiveness among Malaysian hospital health professionals: a control group study with a three-month follow-up. *J Contin Educ Health Prof.* 38(4):227–34
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet.* 374(9686):315–23.
- Syed EU, Khan MM (2008). Pattern of deliberate self-harm in young people in Karachi, Pakistan. *Crisis.* 29(3):159–63.
- Terpstra S, Beekman A, Abbing J, Jaken S, Steendam M, Gilissen R (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers’ knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health.* 18:637.
- Thomas K, Chang SS, Gunnell D (2011). Suicide epidemics: the impact of newly emerging methods on overall suicide rates-a time trends study. *BMC Public Health.* 11(1):314.

- Tighe J, Shand F, Ridani R, Mackinnon A, De La Mata N, Christensen H (2017). Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*. 7(1):e013518.
- Tighe J, Shand F, McKay K, Mcalister TJ, Mackinnon A, Christensen H (2020). Usage and acceptability of the iBobbly App: pilot trial for suicide prevention in Aboriginal and Torres Strait Islander youth. *JMIR Ment Health*. 7(12):e14296.
- Tuangratananon T, Wangmo S, Widanapathirana N, Pongutta S, Viriyathorn S, Patcharanarumol W et al. (2019). Implementation of national action plans on noncommunicable diseases, Bhutan, Cambodia, Indonesia, Philippines, Sri Lanka, Thailand and Viet Nam. *Bull World Health Organ*. 97(2).
- Victor J, Koon JHG, Govindaraju GM, Ling TP, Rajaratnam UD, Fong Y L (2019). Media reporting of suicide: a comparative framing analysis of Malaysian newspapers. *SEARCH Journal of Media and Communication Research*. 11(2):73–88.
- Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). CASP –An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. *Int J Soc Psychiatry*. 63(7):589–97.
- Vijayakumar L (2019). Media matters in suicide – Indian guidelines on suicide reporting. *Indian J Psychiatry*. 61(6):549.
- Vijayakumar L, Pathare S, Jain N, Nardodkar R, Pandit D, Krishnamoorthy S et al. (2020). Implementation of a comprehensive surveillance system for recording suicides and attempted suicides in rural India. *BMJ Open*. 10(11):e038636.
- Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 385(9977):1536–44.
- Wasserman C, Postuvan V, Herta D, Iosue M, Värnik P, Carli V (2018). Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PloS One*. 13(2):e0191843.
- Weiner BJ (2020). A theory of organizational readiness for change. In: Nilsen P, Birken SA, editors. *Handbook on implementation science*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. (2012). 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*. 379(9820):1005–12.
- WHO (2008a). Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597456>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2008b). Preventing suicide: how to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44801/9789241597067_eng.pdf?sequence=1, accessed 1 January 2021).
- WHO (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2011). Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence=1, accessed 1 January 2021).

- WHO (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf;jsessionid=076C64B4C897BDFBD746E58238E8CE23?sequence=1, accessed 23 February 2021).
- WHO, UNHCR (2012). Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/76796/9789241548533_eng.pdf?sequence=1, accessed 23 February 2021).
- WHO (2013). Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/building-back-better-sustainable-mental-health-care-after-emergencies>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2015). mhGAP humanitarian intervention guide (mhgap-hig): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548922>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2016a). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/practice-manual-for-establishing-and-maintaining-surveillance-systems-for-suicide-attempts-and-self-harm>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2016b). Problem Management Plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-18.5>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2017). Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva, World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?sequence=1>, accessed 1 January 2021).
- WHO (2018a). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2018b). mhGAP operations manual (guide to scaling up mental health services in non-specialized health settings to achieve universal health coverage). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-operations-manual>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2018c). Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Geneva: World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>, accessed 1 January 2021).
- WHO (2018d). Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513791>, accessed 2 January 2025).
- WHO (2018e). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>, accessed 2 January 2025).

WHO (2019a). Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>, accessed 1 January 2021).

WHO (2019b). mhGAP Intervention Guide – Version 2.0. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>, accessed 23 February 2021).

WHO, FAO (2019). Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Geneva & Rome: World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516389>, accessed 2 January 2025).

WHO (2020). Helping adolescents thrive. Guidelines on promotive and preventive mental health interventions for adolescents. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf>, accessed 24 February 2021).

WHO (2021). Menu of cost-effective interventions for mental health. Geneva: World Health Organization (in press).

Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 379(9834):2393–9.

Yip PSF, Tang L (2021). Public health approach to suicide research. In: Kolves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, editors. *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe.

Zakiullah N, Saleem S, Sadiq S, Sani N, Shahpurwala M, Shamim A et al. (2008). Deliberate self-harm: characteristics of patients presenting to a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Crisis*. 29(1):32–7.

LIVE LIFE

分野横断的な基本事項:

状況分析
多部門連携
啓発・支援活動
能力構築
資金調達
調査、観測および評価

エビデンスに基づく主要な効果的介入策:

自殺手段へのアクセス制限
責任ある自殺報道のためのメディアとの協働
若者のライフスキル育成
自殺の影響を受けている人々の早期発見と支援