

## 特別寄稿

# 自殺予防と政策、行政：政策の枠組みと行政機構に関連した効果評価の課題

中西 三春\*

## 緒言

自殺は日本のみならず世界の公衆衛生における優先課題とされている。世界保健機構（World Health Organization, WHO）によれば年間約80,000人が自殺により亡くなっている<sup>1)</sup>。自殺は特定の個人や集団だけで起こるのではなく、あらゆる社会階層・地域で起こりうる。個々の自殺に至る動機や経緯は多様であるが、最終的には、その人が社会的に排除されてきた帰結ととらえられる。したがって自殺対策とは社会的包摂に向かう取組みであり、常にその視点から対策が考案され評価される必要がある。

日本では1998年の経済危機に端を発した自殺死亡率の大幅な上昇があり、その後も高い水準が続いてきた。とりわけ「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺が急増した<sup>2)</sup>。しかし、そこから「経済が回復すればいい」という見解に飛びつくのは、上述の社会的包摂の視点をふまえないものであり妥当とは言い難い。経済と自殺統計の関係が表すのは、経済状況が悪化すればなす術なく社会的排除を受けるという社会の姿であり、それこそが自殺対策で打破すべき構造である。

筆者が関わった自殺対策の検証評価において、例えば費用対効果の検証など医療経済的な評価を社会・政府から要請されることがあった。だが医療経済学を適用するとしても、自殺対策の目的と手段が逆転する危険性には常に注意を払わなければいけない。自殺対策の最終的な目標・指標はたしかに自殺死亡率だが、その数値だけが取り沙汰されることは、社会的排除の状況はそのままに死の手段へのアクセスだけを封じる社会を生みかねない。これは人々がどれだけ苦しもうとその苦痛には対処しない（関心がない）でとにかく死ぬことだけを禁じるという冷酷な構図である。

## 日本の自殺対策

日本では2006年に「自殺対策基本法」が施行され、法に基づき政府が推進すべき自殺対策の指針を打ち出すものとして2007年に「自殺総合対策大綱」が策定された。大綱では特に集中的に取り組むべき施策として9つの基本的施策および48の施策が定められるとともに、2016年までに2005年の自殺死亡率を20%以上減少させるという数値目標が定められた<sup>3)</sup>。すなわち、2005年における人口10万対24.2（厚生労働省）の80%未満として、目標値は19.4以下となる。なお2016年の自殺死亡率は17.3で目標数値は達成

\* 公益財団法人東京都医学総合研究所 心の健康プロジェクト

表1 自殺のリスク要因に対応した主要な介入

対象	介入
ユニバーサル	精神保健の政策 有害なアルコール使用を減らすための政策 保健医療ケアへのアクセス 自殺の手段へのアクセスを制限 メディアの責任ある報道 精神保健、物質使用障害、自殺に関する啓発
選択的な集団	脆弱性がある集団への介入 ゲートキーパー研修 危機・緊急に対応するヘルpline（電話窓口）
臨床域の対象者	フォローアップと地域での支援 自殺行動のアセスメントと管理 精神障害、物質使用障害のアセスメントと管理

ゴシック、日本の自殺対策で明確には位置付けられていない介入

されたことになるが、それをもって施策に効果があったと結論付けることには問題がある。その理由については後述する。

大綱に掲げられた施策は、WHO の 2014 年報告書<sup>1)</sup>で示された主要な介入（表1）のほぼ全てを網羅している。例外は「アルコールの有害な使用を減らすこと」である。日本の大綱にアルコール依存症の治療は言及されているが、アルコール乱用の予防等は明確には位置づけられていない<sup>4)</sup>。

内閣府は地域における自殺対策力を強化する目的で、2009 年に「地域自殺対策緊急強化基金」を造成した。当初は 3 年間の予定で各都道府県に基金が造成され、都道府県や圏域下の市区町村が基金を用いて地域の自殺対策を実施するという枠組みであった。2012 年以降も補正予算等により基金が積み増しされ、2016 年度末まで延長されてきた。他方で 2014 年度補正予算に「地域自殺対策強化交付金」が計上され、2015 年度から実施される自殺対策事業に充てられることとなった。2016 年度には自殺対策が内閣府から厚生労働省に移管され、自殺対策基本法の改正法が施行されている。法の主要な改正点としては、新たに

市区町村に自殺対策計画の策定を義務付けたこと、自殺対策の実施のために国が都道府県・市区町村に交付金を交付することが定められたことがあげられる<sup>2)</sup>。そして 2017 年には大綱が改定され、新たな数値目標として、2026 年までに 2015 年の自殺死亡率（18.5）を 30% 以上減少させる（13.0 以下にする）ことが定められた<sup>5)</sup>。

筆者は内閣府が 2012 年 8-10 月に設置した「地域自殺対策緊急強化基金検証・評価チーム」、および 2013 年 8 月-2015 年 3 月の「自殺対策検証評価会議」で委員として参画し、主として基金事業の検証評価に携わった。そこで本稿では 2016 年度まで行われた基金事業に焦点を絞って紹介する。基金事業では都道府県・市区町村が地域の実情をふまえて以下の 5 事業の中から実施事業を選択することとなっていた。

- ① **対面型相談支援**：関係行政機関や民間団体で専門家を活用した自殺対策のための「包括支援相談」を実施するなど相談支援体制を強化
- ② **電話相談支援**：関係行政機関や民間団体を行う電話相談事業の充実
- ③ **人材養成**：自殺を考えている人、自殺未遂者

- 等自殺の危険性の高い人、自殺者の遺族等に対し、適切な対応・支援を行う人材の養成
- ④ **普及啓発**：国民一人ひとりが自殺予防のため行動（「気づき」「つなぎ」「見守り」）できるようにするための広報活動を実施
- ⑤ **強化モデル**：地域における自殺対策を緊急に強化するための事業を実施（ハイリスク地におけるパトロール活動の支援、一時的避難場所（シェルター）の提供、遺族のための分かち合いの会の運営支援等、その他地方公共団体が独自に取り組む事業）

## 自殺対策の検証評価

2012 年の「地域自殺対策緊急強化基金検証・評価チーム」では、まず基金事業の検証評価における課題を整理した。主要な課題として (a) 自殺対策を通常の効果検証の枠組みで評価することの困難、(b) 市区町村単位でみた自殺死亡統計の特徴、(c) 自殺死亡率の差分・変化量を効果指標とすることの問題、(d) 自殺対策の「地域」の範囲設定、があげられた。

(a) 通常、ある特定の介入手法の効果を検証する際には「無作為対照比較試験」で介入を受ける

群（介入群）と、介入を受けないこと以外は介入群と同等の性質と見なされる対照群を設定する。自殺死亡率は人口 10 万人対 20–30 であり、統計解析に耐えうる効果検証をするためには、介入群・対照群が数十万人規模の集団でかつ数～十年間単位での追跡が必要になる。しかし地方行政機関が行う自殺対策の効果検証を行うために、こうした規模・期間で対策を実施しない対照群を設けることは極めて難しい。なにより検証・評価チームが結成されて評価の枠組みが検討されるよりも前に基金事業は開始されており、介入（自殺対策）の内容は市区町村に一任されるため自治体間で大きく異なるため、介入研究の前提が成立しない。

(b) 自殺予防研究では個人単位のデータが得られないとき、地域単位のデータで分析を行うことが多い。地域を都道府県単位にすると人口 10 万対自殺死亡率の値は一定の範囲に均される利点があるが、都道府県は 47 か所しかなく、精度の高い統計解析結果を得ることが難しい。地域を市区町村にした場合は 1741 か所で統計解析が可能な水準になる一方、母集団の規模が小さくなり、年間の自殺死亡者数 0 件が最も頻度の高い値となる（図 1）。人口 10 万対自殺死亡

図 1 市区町村の 2018 年間自殺死亡者数の分布（警察庁、自殺日・住居地）

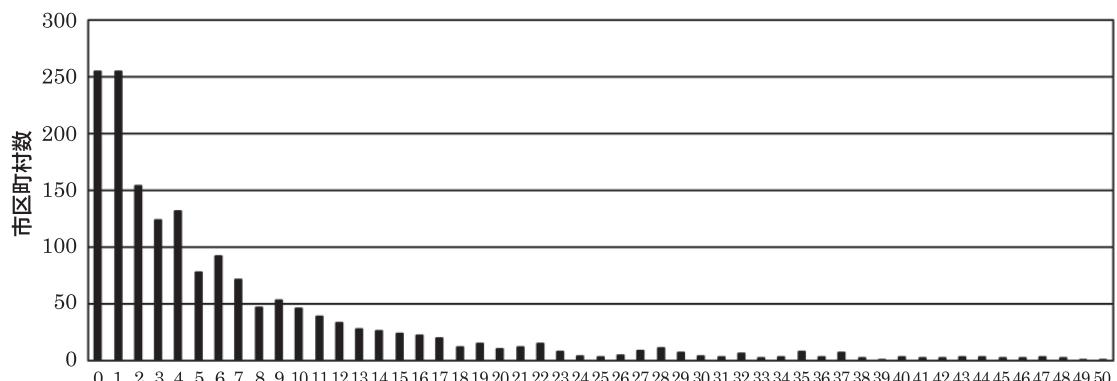
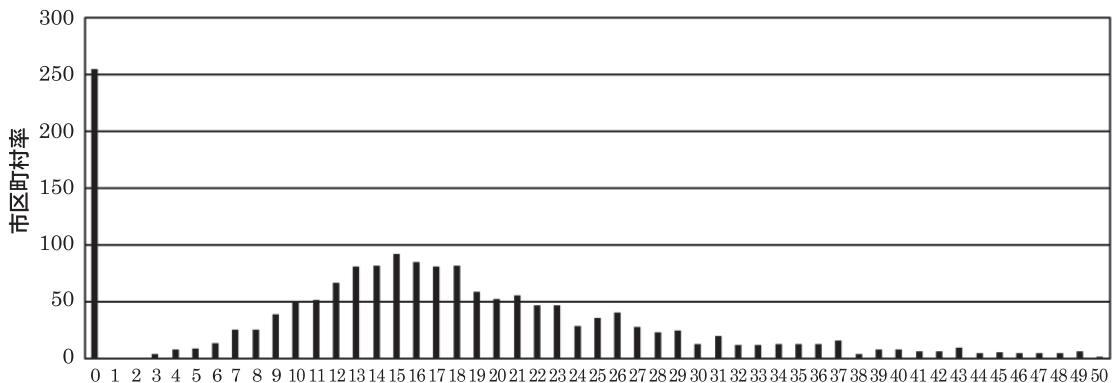


図2 市区町村の2018年間人口10万対自殺死亡率の分布（警察庁、自殺日・住居地）



率で頻度をみると、0に集中する群と裾野をひいた群とが足しあわされた歪な分布になり（図2）、統計解析に適さない。自殺死亡率は一見分かりやすい指標に見えるが、このように取り扱いには注意を要する。

(c) 自殺対策の効果＝自殺死亡率の減少という発想から、自殺死亡率の差分・変化量が効果指標として考えられがちであるが、件数としては同じ1件の変化が市区町村の人口規模によって変化量が過大／過少に評価されうる問題がある。また自殺死亡者数が継続して0件の市区町村は、本来それが最も望ましいにも関わらず、他の自殺死亡率が高い市区町村より変化量という指標では低く評価されてしまう（表2）。

(d) 地域の自殺対策の効果がその地域内で完結しているとは限らず、ある種の自殺対策は効果が

過少評価される可能性がある。例えばA市の住民がB市の事業所に勤務しており、C市の医療機関を受診していて、あるときD市の自殺多発地点（ホットスポット）で巡回ボランティアに声をかけられたとする。仮にB市が従業員のメンタルヘルス対策を実施し、C市が医療機関と連携した事業を行い、D市が巡回ボランティアに助成していたとして、それぞれのA住民の自殺予防に対する影響を明らかにすることは不可能であろう。また基金事業は都道府県と市区町村がそれぞれに事業を行う体制であり、ひとつの市区町村の自殺死亡率が仮に変化したとして、それが市区町村自らの対策によるのか、それとも都道府県の事業が奏功した結果であるのか、判別することは難しい。

上記の課題整理をふまえ2013年の「自殺対策検証評議会議」では、基金事業の「効果」を「市

表2 人口と自殺死亡者数の仮定条件に基づく自殺死亡率の変化量

市区町村	人口	X年の自殺死亡者数	X+1年の自殺死亡者数	自殺死亡率の変化量
A	10万	2	1	1
B	1万	2	1	10
C	1万	0	0	0

区町村で自殺対策の実施体制および取り組み状況が進展すること」と定義した。そこで内閣府がとりまとめた2010–12年の基金事業の執行状況と、自殺予防総合対策センター（現・自殺総合対策推進センター）が2013年に実施した「市区町村における自殺対策の取組状況に関する調査」のデータを提供いただき、市区町村の既存統計と連結して解析を行った。基金事業を執行した市区町村の特徴を把握したうえで、これらの特徴と基金事業のどちらが自殺対策の実施体制や取り組み状況に寄与しているかを確認した。解析の結果、基金事業を執行した市区町村は未執行の市区町村と比べて2009年の自治体職員数が多く、自殺死亡者数も多かった。自殺対策の実施体制や取り組み状況の進展には、自治体職員数の多さと基金事業の執行のどちらも有意な関連を示した<sup>6)</sup>。以上により、自殺対策の実施体制や取り組み状況に対する基金事業の「効果」は一定程度あると結論づけられた。ただし基金事業を執行した市区町村はもともと自殺死亡者数が多く、その自治体内で自殺対策が優先順位の高い施策と認識されていたなどの動機付けが背景にあることも推察された。

翌2014年の「自殺対策検証評価会議」では基金事業の「効率性」を評価することが求められたが、これは必ずしも費用対効果をささないことが確認され、「単一・単発的な事業の実施にとどまらない総合的な自殺対策が展開されていること」と定義された。内閣府が2013年度の基金事業執行に関して対面型相談支援事業・電話相談支援事業の「相談種類」、普及啓発事業・強化モデル事業の「事業内容」を把握していたことから、市区町村あたりで総体的にどの相談種類・事業内容が行われていたかを集計し、基金事業の実施パターンごとに比較した。2010–13年にかけての基金事業の実施パターンは大きく「強化モデル（とそ

の他の組み合わせ）」が417市区町村、「普及啓発と人材養成と対面型相談支援」が261市区町村、「普及啓発と人材養成」が259市区町村、「普及啓発のみ」213市区町村、その他の259市区町村に分けられた。この時点では基金事業を未執行の市区町村も240あった。「強化モデル」や「普及啓発と人材養成と対面型相談支援」といった、多岐に渡る組み合わせで基金事業を執行した市区町村では、他の実施パターンの市区町村と比べて「法律」・「労働」・「人権」・「職場」といった相談種類・事業内容を行っている割合が高かった。これらの結果から効率的な基金事業の展開として、①初年度は普及啓発から着手し、翌年度以降に人材養成を行い、人材が確保できたところで対面型相談支援を展開する、②自殺死亡者数が多いなどで既に課題意識の明確な市区町村で、一定の仮説に基づき強化モデルに取り組む、の2つのパターンが考えられた。

翌2015年度は、2016年4月から厚生労働省に移管することが決まっていたことの影響か「自殺対策検証評価会議」は開催されなかった。筆者は自主研究として自殺対策の検証評価を継続した。

(i) 厚生労働省「患者調査」調査票情報の提供を受け、主傷病が自傷（ICD-10のX60–84）で医療機関に入退院した患者のデータを抽出し、1996–2014年の件数の推移を確認した。退院件数は全国の自殺死亡数と同じ推移を示し、1996年から2008年にかけて増加する傾向にあった。このことから自傷と自殺の背景には何らかの共通性があると推測され、自殺予防の観点から自傷患者に対するアプローチを展開することの妥当性が補強された。<sup>7)</sup>

(ii) 人口に対する自殺死亡数の比率をポアソン分布に従うと仮定して、市区町村の基金事業執行・

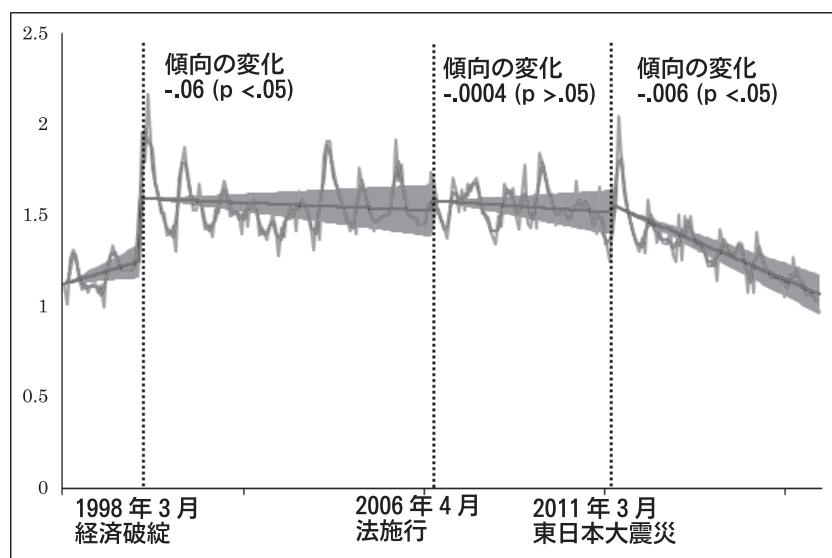
社会福祉費（民生費）の支出・精神科医療の資源配置との関連を検証した。モデル解析の結果、人口に比して社会福祉費の支出が多い市区町村では自殺死亡率が低いことが明らかとなった。また人口に比して精神病床数が多い・精神科医師数が少ない二次医療圏にある市区町村では自殺死亡率が高かった。基金事業の執行は自殺死亡率の高さと関連していた。<sup>8)</sup>

(iii) 2016 年の自殺死亡率は 2007 年の「自殺総合対策大綱」で設定された目標数値の条件を満たしているが、これが自殺対策の効果によるものか否かについて、科学的な見地からの検証は必ずしもされていない。そこで自殺死亡率の動向の検証に用いられている時系列分析<sup>9-13)</sup>を適用して、1998 年の経済破綻・2006 年の自殺対策基本法・2011 年の東日本大震災による自殺死亡率の傾向変化の有無を調査した。法施行の前後で自殺死亡率の傾向に有意な変化はなかっ

た一方、東日本大震災の後に自殺死亡率は有意に減少へ転じた（図 3）。したがって 2016 年に至る自殺死亡率の減少は震災の影響である可能性が否定できず、政策の効果によるものと結論づけることはできなかった。<sup>4)</sup> なお、時系列分析を死亡時の年齢層別に行ったところ、60 歳以上では 1998 年の経済破綻直後から一貫して減少傾向にあった。20-39 歳や 40-59 歳では 2011 年の東日本大震災以降から減少傾向に転じてた。19 歳以下では東日本大震災以降も減少傾向がみられなかった。

日本の 2008-16 年の自殺対策の検証評価について総括する。「地域自殺対策緊急強化基金」により市区町村の体制整備や取り組みが進展したが、それだけではなく自治体の人手（職員数）や動機付け（従前の自殺死亡数）が取り組みに影響する。また自殺死亡率の高低には社会福祉費支出の高さや精神科医師数の多さといった地域資源の配置状

図 3 月自殺死亡率の時系列分析



縁：単月の自殺死亡率、青：自殺死亡率の 3 か月間の移動平均、赤：解析モデルにより推定した傾向、グレー：傾向の 95% 信頼区間

況が関連を示している。時系列分析の結果からも、自殺死亡率が「自殺総合対策大綱」の目標数値に到達したという事実だけで、自殺対策に効果があったと結論づけることはできない。

## 検証評価の総括

日本の自殺対策において導入された「地域自殺対策緊急強化基金」は、地域の自殺対策力を強化する目的のもと、各市区町村が自殺対策として何をすべきか自ら選択して実施するものであった。だが制度設計に由来するいくつかの制約があったと考えられる。

基金は時限的なものでありいつかは無くなるが、財源が無くなつたからといって自殺対策も無くされてしまつては問題である。つまり基金の使途としては、基金無き後にも残つて継続が可能な体制の整備が望ましい。しかし地方行政機構の性質上、いつかは無くなる財源で人を雇用することはできないため、既にいる行政官が通常業務に上乗せする形で基金事業を担当せざるを得ない。また基金事業の自由度が高いことは反面、明確な展望を持たない市区町村にとっては何をすれば良いのか手がかりがない状況ともなりうる。2014年度時点で200強の市区町村が基金事業を未実施、あるいは普及啓発のみ実施であったことは、こうした実情を反映したものと思われる。

高齢者の自殺死亡率が他の年齢層と異なり1998年以降一貫して減少傾向にあったことは、地域包括ケア体制をはじめとする高齢者の全住民を対象とした支援体制の構築が寄与したと考えられる。他方で若年や中高年には同様の体制がない。介護保険法に基づく地域包括支援センターに相当するものとして、障害者総合支援法に基づく地域活動支援センターがあるが、障がい者が対象であり成人住民全体を視野に入れたものではない。地

方行政がこれらの年齢層にアプローチする上では、教育や産業の団体との連携が必須であるが、その連携はしばしば課題となる。基金事業で「法律」・「労働」・「人権」・「職場」といった相談種類・事業内容の実施割合に差が出ていたことが連携の難しさを示唆している。

## 諸外国の自殺対策

2016年以降の自殺対策基本法および自殺総合対策大綱では、自殺対策を「生きることの包括的な支援」と新たに位置付け、エビデンスに基づいたPDCAサイクルで対策を進めることができたわれている。しかし世界的なエビデンスと照らし合わせた根源的な見直しへ十分ではないと考えられる。

例えば、上述した「アルコールの有害な使用を減らすこと」、すなわちアルコールの規制は改正後の「自殺総合対策大綱」にも不足する点として指摘できる。アルコール規制による自殺死亡率の減少は既にスロベニア<sup>9)</sup>やロシア<sup>10)</sup>で実証されている。

さらにアルコールの問題や自傷の背景のひとつとされる「トラウマ」について、日本の自殺対策は注意を向けていない。WHOが総括した自殺のリスク要因には以下のものがあげられている<sup>1,14)</sup>：自殺企図の既往歴、精神保健の問題、アルコールの有害な使用、薬物使用、仕事や経済的な損失、対人関係の破綻、トラウマや虐待、暴力、紛争や災害、慢性の疼痛または疾患。ここでの「トラウマ」は心的外傷後ストレス障害（PTSD）の心的外傷を必ずしも意味しない。自殺のリスク要因として言われるトラウマとは、人が己の生命・身体の一貫性・自己像を脅かされる経験であり、本人が対処しきれない・うまく消化できない有害な出来事をさす。現実に自分に起こつたことだけな

く脅威と認識したこと（何かを目撃すること）も含まれる。中でも人間同士の間で発生するトラウマ、例えば子ども時代に受ける虐待やケアの放棄、大人になってからでも人に危害を加えられ被害者となる体験は「複雑なトラウマ」と呼ばれる。複雑なトラウマを経験したサバイバーはその後の人生の生きにくさに極端な方法で対応しようとする。極端な方法とは物質乱用・物質依存、解離症状、自傷行為、自殺企図などである。こうしてトラウマはアルコールの問題や自傷ひいては自殺と関連する。

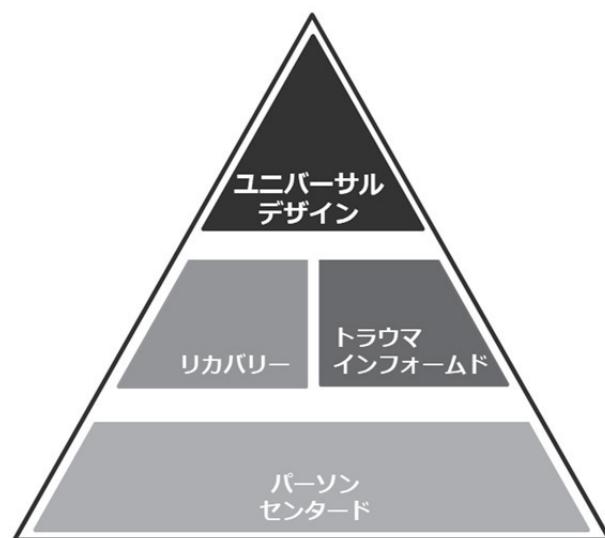
トラウマの問題に対応するサービス構造として、精神保健をはじめとする対人援助サービスにおける「トラウマインフォームド・ケア」が提唱されるようになった。トラウマインフォームド・ケアはリカバリー、パーソンセンタード・ケアと合わせて、精神・行動や身体の保健医療サービスを必要とする人に対応するユニバーサルなアプローチの原則とされている（図4）<sup>15)</sup>。

#### ① リカバリー：精神障がい者、また近年は認知

症の人の支援でも提唱され始めた概念であり、自立支援と深く関連する。精神疾患や認知症の診断を受け、様々な喪失を体験する当事者と家族が、再び自らの人生の意味と価値を見出すことをリカバリーと定義する。

- ② **トラウマインフォームド・ケア**：児童養護、精神障がい者、家庭内暴力の分野で着目されている。トラウマをもつ当事者を支援する上で信頼関係の構築は必須であるが、援助者と当事者との間に権威勾配があるために当事者は心理的安全を脅かされ、支援の中で意図せず人に傷つけられた体験（トラウマ）を再体験する。それが精神心理症状や自殺リスクの上昇につながる。そこで援助職と当事者の心理的安全を保障する支援構造そのものをトラウマインフォームド・ケアとして提唱している。
- ③ **パーソンセンタード・ケア**：主として精神障がい者、認知症の人の支援で広まった。援助者側の都合に沿った業務中心の支援（例：決まった時間に身体ケア提供）ではなく、当事者の人生の文脈に沿った支援を、当事者と情報・意思

図4 対人援助サービスのユニバーサル・デザイン



決定を共有しながら提供することをさす。

トラウマインフォームド・ケアにおいて、対人援助サービスで遭遇する利用者は過去に何か・誰かから傷つけられたトラウマがある（サバイバー）と仮定される。利用者は自分にコントロールがあり、力づけられているという感覚を再構築できる（リカバリー）機会をサービスの中で提供される。この機会提供を達成するために、サービス提供者と利用者の両方が身体的、心理的、情緒的な安全を保障される構造を提供することがトラウマインフォームド・ケアの目的である。トラウマインフォームド・ケアの自殺対策への導入はアメリカで2012年から<sup>16)</sup>、スコットランドで2018年から進められている<sup>17)</sup>。

## 今後の課題

自殺死亡率を男女別にみた場合、日本を含む多くの国で男性の方が高い。アルコール問題でも同様の男女比の不均衡がある。こうした男女差の背景には、男性に特異的な援助希求への障壁があると考えられている。男性の援助希求を妨げる要因として近年指摘されているものに「有害な男らしさ（toxic masculinity）」がある。有害な男らしさとは他者と攻撃的に競い合い支配したい欲求が突出しており、他者の体験や感情に対する感受性がない・考えようとしていない性質をさす。こうした性質は心理療法など精神保健サービスを利用することへの抵抗を招く<sup>18)</sup>。また自らの感情をモニタリングできないため、適切な対処行動が困難になり、うつ病の発症<sup>19)</sup>や自殺行動<sup>20)</sup>のリスクを高める。

有害な支配欲求は精神保健をはじめとする対人援助サービスを提供する側にもあり、ケアへのアクセスを阻害する別の要因となりうる。児童養

護<sup>21)</sup>や精神科医療<sup>22)</sup>において利用者に過剰な規制や管理を行いコントロールを本人から奪うことで、トラウマの再体験を起こす例が報告されている。再トラウマを経験した利用者はその後、対人援助サービスへのアクセスを回避し、結果として健康問題はより深刻化する。これが対人援助サービスにトラウマインフォームド・ケアの導入が必要とされる所以である。

最後に、社会的包摂の観点から「レプリゼンテーション（representation）」の課題を指摘しておきたい。女性、障がい者、移民、少数民族といった立場の者がメディアにおいて、社会に確かに存在し社会の一員であることを体現する（represent）ことが求められている。日本でも昨今、同性愛者や障がいを有する者が国会議員として活動するなど、政策決定の場におけるレプリゼンテーションの高まりの萌芽がみられる。社会の少数派に属する人にとって、社会に自分の存在が見えている・一員として認知されている感覚がもてるることは自殺予防の観点からも重要である。米国では2017年4月に、自殺予防コールラインを表題に含む楽曲をLogicが提供した（1-800-273-8255 ft. Alessia Cara, Khalid）。同楽曲の動画では黒人の少年が自身の民族性や性的指向に葛藤する姿が描かれ、終盤では人との繋がりや融和を思わせる映像とともに実際のコールラインの番号が示される。これは黒人、同性愛といった少数派の背景をもつ集団では自殺リスクが高いことをふまえ、レプリゼンテーションを意識した戦略とされている。

レプリゼンテーションは自殺対策の策定過程においても意識されることが望ましい。公共政策の領域では「コ・プロダクション（co-production）」という概念があり、援助者と当事者とが互いの知識、能力、資源を持ち寄り課題の解決を生み出すことをさす。コ・プロダクションを通じて、すな

わち当事者のレプリゼンテーションが保障された構造を通じて自殺対策を策定することは、真に社会的包摂を目指すならば必要不可欠なことと考えられる。例えばアメリカの自殺対策ではLGBT、自殺企図の生存者、自死遺族といったそれぞれの人々を主題とするタスク・フォースが結成されている<sup>16)</sup>。スコットランドの自殺対策はよりコ・プロダクションを全面に打ち出し、様々な当事者性をもつ人々の団体「Health and Social Care Alliance Scotland」が策定に大きく関与してきた<sup>23)</sup>。日本においても今後、自殺予防の領域でコ・プロダクションが検討されるべきであると考える。しかし、日本の自殺対策の方向性について、自死遺族という当事者の立場から懸念する声もあげられている<sup>24)</sup>。2019年6月に「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律」が制定され、9月から施行される。この新法の目的は「指定調査研究等法人」を定めることにある。指定調査研究等法人は、一般社団法人または一般財団法人の中から、全国を通じて一個に限り指定される（第4条）。現在の国立精神・神経医療研究センター内にある自殺総合対策推進センターから、民間団体へ自殺関連の調査研究の中心を移すとも解釈できる<sup>25)</sup>。上述の当事者の声では、自死に関わる情報は慎重な取り扱いがなされるべき個人情報であるにも関わらず、民間団体がこれらの情報を収集し、なおかつ情報の収集範囲の制約やプライバシー保護のための体制が定められていないことを指摘している。自死遺族に対するスティグマは現在も日本社会に存在し、周りにそれを知られることで不当な対応や差別を受けることも残念ながらある。このような不安材料をはらんだ制度を当事者不在の状況で決定して進むこと自体、自殺対策が目指すべき社会的包摂に背を向けるものととられてもおかしくない。コ・プロダクションによる

早急な体制の見直しと改善を望みたい。

## 参考文献

- 1) World Health Organization (WHO). Preventing suicide: A global imperative. 2014
- 2) 厚生労働省. 令和元年版自殺対策白書. 日経印刷. 2019
- 3) 自殺総合対策大綱. 平成19年6月8日閣議決定.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoken-fukushibu/H190608taikou.pdf>
- 4) Nakanishi M, Endo K, Ando S, Nishida A. The impact of Suicide Prevention Act (2006) on suicides in Japan: An interrupted time-series analysis. doi: 10.1027/0227-5910/a000599 Crisis 2019, in press.
- 5) 自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～. 平成29年7月25日閣議決定.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoken-fukushibu/0000172329.pdf>
- 6) Nakanishi M, Yamauchi T, Takeshima T. National strategy for suicide prevention in Japan: The impact of a national fund on the progress of developing systems for suicide prevention and implementing initiatives among local authorities. Psychiatry Clin Neurosci 2015; 69(1): 55-64.
- 7) Nakanishi M, Endo K, Ando S. The Basic Act for Suicide Prevention: Effects on longitudinal trend in deliberate self-harm with reference to national suicide data for 1996-2014. Int J Environ Res Public Health 2017; 14(1): 104.
- 8) Nakanishi M, Endo K. National suicide prevention, local mental health resources, and suicide rates in Japan. Crisis 2017; 38(6): 384-392.
- 9) Pridemore WA, Snowden AJ. Reduction in suicide mortality following a new national alcohol policy in Slovenia: an interrupted time-series analysis. Am J Public Health 2009; 99(5): 915-20.
- 10) Pridemore WA, Chamlin MB, Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time

- series analysis. Am J Public Health 2013; 103(11): 2021-6.
- 11) Bernal JAL, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. European J Public Health 2013; 23(5): 732-36.
  - 12) Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald AP, Perry IJ. Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: An interrupted time series analysis. Int J Epidemiol 2015; 44(3): 969-77.
  - 13) Humphreys DK, Gasparrini A, Wiebe DJ. Evaluating the impact of Florida's "Stand Your Ground" self-defense law on homicide and suicide by firearm: an interrupted time series study. JAMA Intern Med 2017; 177(1): 44-50.
  - 14) World Health Organization (WHO). National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators. 2018
  - 15) Bassuk EL, Latta RE, Sember R, Raja S, Richard M. Universal design for underserved populations: person-centered, recovery-oriented and trauma Informed. J Health Care Poor Underserved 2017; 28: 896-914.
  - 16) Office of the Surgeon General (US); National Action Alliance for Suicide Prevention (US). 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. 2012
  - 17) Scottish Government. Scotland's Suicide Prevention Action Plan. Every Life Matters. 2018
  - 18) Kupers TA. Toxic masculinity as a barrier to mental health treatment in prison. J Clin Psychol 2005; 61(6): 713-24.
  - 19) Oliffe JL, Phillips MJ. Men, depression and masculinities: A review and recommendations. J Mens Health 2008; 5(3): 194-202.
  - 20) Pirkis J, Spittal MJ, Keogh L, Mousaferiadis T, Currier D. Masculinity and suicidal thinking. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017; 52(3): 319-27.
  - 21) Fratto CM. Trauma-informed care for youth in foster care. Arch Psychiatr Nurs 2016; 30(3): 439-46.
  - 22) Shields MC, Stewart MT, Delaney KR. Patient safety in inpatient psychiatry: A remaining frontier for health policy. Health Aff (Millwood) 2018; 37(11): 1853-61.
  - 23) Health and Social Care Alliance Scotland (the ALLIANCE). Suicide Prevention Strategy Report. Views from people affected by suicide as part of the co-production of the Scottish Government Action Plan on Suicide Prevention, October 2017 to January 2018. 2018
  - 24) 株式会社全国新聞ネット. 「寄稿」当事者の声聞かぬ自殺対策とは 新法は寄与できるか（上）田中幸子. <https://this.kiji.is/539622399638668385?c=39546741839462401>
  - 25) 株式会社全国新聞ネット. 「寄稿」自殺対策の透明・公平な発展を願う 新法は寄与できるか（下）竹島正. <https://this.kiji.is/539627493603918945?c=39546741839462401>

#### 著者連絡先

公益財団法人東京都医学総合研究所 心の健康プロジェクト  
中西 三春  
〒156-8506 東京都世田谷区上北沢 2-1-6  
TEL : 03-6834-2292  
E-mail address: mnakanishi-tky@umin.ac.jp

# **Suicide prevention, national policy, and local administration: challenges in policy evaluation due to governmental framework and system**

Miharu Nakanishi\*

## Abstract

Suicide is a global public health concern. Close to 80 000 people die by suicide every year. Suicide cuts across every sociodemographic level and all regions of the world. Suicide is a consequence of social exclusion in which a person has been left without assistance. Hence social inclusion is critical in development and implementation of suicide prevention strategies. Suicides in Japan currently hold more than a quarter of global cases. National suicide rates began to rise following the economic crisis in 1998. The Basic Act for Suicide Prevention was implemented in 2006. The goal was to reduce the annual suicide rate from 24.2 in 2005 to 19.4 by 2016. In fact, the annual suicide rate in 2016 was 17.3 and lower than the target. However, the decline in mortality rates may be due to the onset of the Tohoku earthquake and tsunami of 2011. Reduction of harmful alcohol use, trauma-informed care practices, and representation of minorities remains to be integrated into suicide prevention strategies in Japan. The co-production of the suicide prevention strategies should be sought to incorporate views from people with lived experiences into effective actions for social inclusion.

---

\* Mental Health Promotion Project, Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science