

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

自殺総合対策大綱の見直しを踏まえた自殺対策発展のための国際的・学際的検討

研究代表者 椿 広計 統計数理研究所

研究要旨

【目的】わが国の2012年中の自殺死亡数は15年ぶりに3万人を下回り、前年に比べても1割近く減少した。自殺の減少には、自殺対策基本法制定以降自殺対策の効果が表れている可能性があるものの、若年層では自殺死亡率が高止まりを続けるなど、新たなニーズも顕在化している。また、3万人を下回ったとはいえ、自殺総合対策大綱に示されている数値目標には及ばず、また国際的にも自殺死亡率の高い国であることから、自殺の実態を踏まえた対策の強化が求められている。このような中、政府の自殺対策の基本的な指針である自殺総合対策大綱は2012年8月に見直しがあり、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図ることが謳われている。わが国の自殺対策は、中長期的かつ総合的な対策の確立に向けて、大事な時期にさしかかっている。さて、自殺対策基本法の基本理念は「自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない」と述べている。またWHOは、自殺予防は保健医療とそれ以外の部署を含む、革新的で包括的な多部署協働のアプローチを必要としていると述べている。

WHOの述べている革新的で包括的な多部署協働のアプローチは、自殺対策基本法を基に取り組んできたわが国の自殺対策の方向性と共有する点が大きく、それをさらに発展させ、多様な学術分野の知見の統合モデルとすることが期待される。WHOは2014年9月の世界自殺予防デーに、自殺予防は公衆衛生上の重要な課題であるという認識の向上を目的として、はじめてのWorld Suicide Reportを刊行する準備を進めており、そのための専門家ミーティングが2013年12月に日本で開催された。本研究班はこのミーティングの日本開催の機会をとらえ、わが国の自殺対策を多様な学術分野の知見の統合モデルとして発展させるべく、国際的・学際的検討を行った。

【方法】国際的検討については、WHO専門家ミーティングにおいて情報収集するとともに、独自に研究協力者を招待し、日本の自殺対策に資するの多分野の研究者のコメントを得た。特に、自殺の学際的検討については、各学術領域からみた、自殺問題のとらえ方、自殺予防の必要性、現在行われている自殺予防または自殺予防に資する可能性のある活動、それらの今後の発展可能性と統合を議論した。これらの意見徴集と議論のために、3回の研究班会議並びに2014年3月には、研究班が主催したパネル討論会を実施した。以下の記載は分野を統合し、今後の自殺対策発展のために必要な自殺研究の在り方を提言したもので、本研究班総合研究報告として第 部とした。本報告書第 部は、分担者・協力研究報告として、研究分担者ならびに研究協力者がまとめた各学術領域から見た自殺研究の俯瞰と今後の在り方がまとめられている。第 部は研究会の記録資料である。

【結論】これらの議論をもとに、WHOカントリーレポート原案を提出するとともに、自殺総合対策発展に向けた個別学術領域の研究並びにそれらの融合的研究の在り方を提言した。

研究代表者氏名・所属機関

椿 広計 統計数理研究所・副所長 同データ科学研究系・教授
総合研究大学院大学複合科学研究科・教授

研究分担者氏名・所属機関

岡本 悦司 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官
川端 博 明治大学法科大学院・教授
澤田 康幸 東京大学大学院経済学研究科・教授
島園 進 上智大学神学部・教授
鈴木 和幸 電気通信大学大学院情報理工学研究科・教授
藤森 麻衣子 国立精神神経医療研究センター 精神保健研究所自殺予防総合対策センター・
適応障害研究室長
山本 功 淑徳大学コミュニティ政策学部・准教授

研究協力者氏名・所属機関

久保田 貴文 統計数理研究所リスク解析戦略研究センター 自殺とメンタルリスク
プロジェクト・特任助教
清水 康之 NPO法人ライフリンク・代表
竹島 正 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター・
センター長
堀江 宗正 東京大学大学院人文社会系研究科・准教授
渡辺 弥生 法政大学文学部・教授

A. 研究目的

WHOは2014年9月の世界自殺予防デーに、自殺予防は公衆衛生上の重要な課題であるという認識の向上を目的として、はじめてのWorld Suicide Reportを刊行する準備を進めており、そのための専門家ミーティングを2013年12月に日本で開催することとしている。本研究はこのミーティングの日本開催の機会をとらえ、わが国の自殺対策をさらに発展させるべく、国際的・学際的検討を行うことを目的とする。

わが国は1998年に自殺死亡が急増して以降、2011年までの14年間、自殺死亡が3万人を超える水準で推移しており、2012年になってようやく3万人を下回った。しかし、このことは自殺総合対策大綱に示された数値目標(平成28年までに自殺死亡を17年と比べて20%以上減少させる)への通過点に過ぎない。さて、2006年の自殺対策基本法の制定以降、自殺対策の発展に重要な一歩となったのは2009年の地域自殺対策緊急強化基金の造成であり、これによって地方自治体への自殺対策の普及が進んだ。この7年間は、これまで自殺対策の取り組みの経験のなかった地方自治体、関係団体、民間団体等が自殺対策に取り組み、知識と経験を蓄積してきた期間であった。自殺死亡が3万人を下回った今日、全体的予防介入(万人を対象とする対策)、選択的予防介入(自殺行動のリスクの高い集団を対象とする対策)、個別予防介入(自殺行動のリスクの高い個人を対象とする対策)という対象ごとの対策を効果的に組み合わせるといふ基本を踏まえ、若年者の自殺死亡の高止まり等の自殺の実態の変化を踏まえ、国際的・学際的から、総合的な自殺対策を推進することが望まれている。わが国の自殺対策の特徴は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有することを踏まえて、総合的な取組として実施されてきたことであるが、その長所をさらに発展させるため、国際的・学際的観点から、より効果的な自殺対策を提示する点に独創性がある。WHO専門家ミーティングに合わせて、海外からの専門家を招聘して、日本の自殺対策

の強みをさらに強化するための視点を得ると共に、学際的検討によって自殺総合対策発展の可能性をさらに広げる総合的・俯瞰的研究である。

B. 方法

わが国の自殺対策をこれまで交流したことがない、人文学、社会科学、社会システム工学など多様な学術分野の知見と自殺対策の現場の実践とを統合したモデルに基づき発展させるべく、専門家間の討論を積み重ねる。また、国際的検討については、WHO専門家ミーティングにおいて情報収集を行った。分担者以外にも必要な学術分野の研究者からの意見聴取と討論を実施し、記録にとどめた。

自殺の学際的検討については、各学術領域からみた、自殺問題のとらえ方、自殺予防の必要性、現在行われている自殺予防または自殺予防に資する可能性のある活動、それらの今後の発展可能性と統合を検討した。

C. 研究結果

1) 自殺リスクに関する国際的研究の動向

2013年12月に実施されたWHO専門英ミーティングに来日した専門家を対象に各国の自殺研究の領域、予算規模、研究方法に関するアンケート調査を実施した。また、分担者の一部がWHOミーティングに出席し、各国の自殺対策が公衆衛生政策にまだ閉じている傾向が強く、我が国が実施しているような全社会的、総合的取り組みになっていないことを検証した。

2) 自殺リスクと国内対策の経緯と現状

日本における自殺者数は、1978年から1997年にかけては約25,000人またはそれ以下の水準で推移していた。しかし1998年、自殺者数は前年の24,391人から32,863人へと急増し、

国としての自殺予防戦略が必要であることが明白となった。この急増の背景には社会経済的な要因があると推測されたため、自殺予防には精神保健上の問題点だけでなく、社会経済的な側面も適切に織り込む必要があると指摘された。2002年には、厚生労働省が組織した自殺防止対策有識者懇談会により報告書が取りまとめられ、自殺予防を社会において総合的に取り組むことが提言されたが、実際の政策に反映されることはなかった。また、他省庁および地方自治体は、自殺予防に対し、2005年に至るまで十分な注意を払ってはこなかった。

この種の国内環境の中で、日本は、第2次世界大戦前後から長きにわたってタブー視されていた自殺の問題を、正面から取り上げることに成功した。2005年から2006年にかけては、自殺予防に関する基本法の制定に向け、自死遺児や遺族・メディア・NPO法人ライフリンク等・国会議員など民間を中心とした動きを中心になされ、包括的な自殺予防戦略策定への動きが加速し実現した。自殺対策の主導権は厚生労働省から内閣府へと移行し、その結果、一省庁ではなく政府全体の政策としての性格を強めていった。学でも、国立精神保健医療研究センター吉川武彦らが内閣府への働きかけを行った。そして2006年6月の自殺対策基本法とその翌年6月の自殺総合対策大綱の制定により、自殺問題に対する姿勢は大きく変化した。この結果、日本の自殺対策に関する政策は、自殺の背景にある様々なレベルの危険因子（個人的、社会文化的、状況的なレベルのものが含まれる）を抑制しつつ、保護的な因子を高めることを狙うものとなった。

2008年の世界的な経済危機後、日本政府は、地方自治体による取り組みを促すため特別な基金を用意したが、それにより地方では、各地の状況に沿った柔軟な対応が可能となった。自殺総合対策大綱もまた2012年8月に全面的に改訂され、若年層および自殺未遂者への支援の強調や、ハイリスクのグループ・個人に対する選択的・指向的な予防や関連組織間の

連携の重要性が盛り込まれた。本改訂は、自殺に追い込まれる者のいない社会の実現を目指したものである。

研究班は、これら我が国の自殺総合対策に至るまでの経緯、現状を本総括報告書付録に掲げたWHOカントリーレポート案として提出し、一次原案に採択されている。

3) 自殺を生じさせるリスクとその要因特定のための人文・社会科学的研究の現状と今後

研究班は、経済学、社会学、心理学、宗教学、統計学分野の専門家による国内の自殺、ないしは自殺に至る個別領域研究ならびに分野横断的研究について、サーベイを実施した。人文・社会科学などの個別学術領域については、これまで、あるいは現在、自殺というイベントないしは、自殺に至るまでのプロセスを対象とした研究は存在する。これらについては、分担者、協力者の執筆した本報告書第 部を参照されたい。

しかし、自殺のプロセスとその原因の解明についての分野を超えようとする人文・社会学視点を有する総合的研究は、戦前では、呉[1,2]、井口[3]、戦後では1998年から続いた自殺増加以前には、大原が代表的である。大原は、自殺学を「自殺の原因を究明し、その予防を考える研究分野である。」と定義したことは、明治時代に「自殺統計」の意義をその原因との関係性で強調した呉[1]と比べても、その専門性に裏付けられた知見と共に極めて先駆的であり、学術的には今日の自殺対策の礎となっている[4]。大原が、自殺学を、自殺の精神病理のみならず、自殺の心理学・精神医学、自殺の社会学・生態学、自殺と文化、自殺の防止の5体系で取りまとめようとしたことは、本研究班の求めた融合を既に実現していた試みである。大原は、これらの要点を啓発書[5]にもまとめていることが、確認されるが、これはエビデンスとしての自殺統計にも言及したものとなっている。

現時点では、本研究班分担者の澤田他[6]が

本格的な自殺学を目指した総合的社会科学研究と考えられる。しかしこれを除き、大原らの求めた、自殺予防に資する自殺学研究は極めてまれなこと事実である。また、自殺対策に資する試みは、自殺対策の現場の知として存在するものが多く、これを多くの領域の融合が必要な総合学術としての自殺学の成果を反映し、深化させ改善しようという社会設計科学的試みは、今後の課題と言わざるを得ない。

4) 自殺リスクの要因特定とリスク評価のための情報リソース整備に関する検討

本報告書第 部で自殺の原因を探るためのマクロ的分析に必要な自殺統計整備状況は、別途報告する。ただし、我が国では、呉[2]以来自殺原因を究明することが困難であることを認識しつつも、統計整備強調されてきた。このことは、2013年東京で開催されたWHO会議においても、依然として発展途上国を中心に統計整備が遅れていることが認識された。また、昭和初期以来、一家心中、情死など、国内外で自殺統計には含まれない事象も多々ある。このような国内外の環境にあって、我が国は警察統計などを中心に自殺の事象としての統計整備は進行している。また、岡本の報告にもあるように、自殺死亡の年齢、時代、世代(出生コホート)に関わるデータ整備も着実に進行している。

ただし、下記の2つの情報整備の必要性を研究班は討論の中で認識した。

(ア) 自殺のプロセスの進行に関わる現場に蓄積する質的信息

(イ) 自殺に関わる多数の要因と自殺関連事象とをリンケージした統合データ

この中で、 は、一般的学術研究では、研究を目的として収集することが研究倫理的に困難な情報が多い。研究班の多くのメンバーが、実際に自殺対策の現場で意図的にないしは偶発的に収集される自殺予防に資する重要な一次情報を自ら収集することは、研究者が所属する

組織の研究倫理委員会が許諾しないと考えたのである。人を対象とした臨床研究については、ヘルシンキ宣言があり、どのような情報収集が許容されるかはある程度明確になっており、全国の研究機関が倫理委員会を設置し、研究情報収集の研究倫理審査審査を行っている。しかし、社会政策に資する研究において、その種の倫理規範はまだ確立していない。このため、各組織の倫理委員会は安全側の判断を下すことが容易に予想されるのである。

従って、現状ではこれら自殺企図を有する可能性のある者からの一次情報は、現実の自殺防止に資する情報収集を目的として、自殺防止の専門家が現場で収集するしか得られないのである。しかし、この情報とその情報の質の改善が、自殺学ないしは自殺対策にとって最も重要なミクロ情報であることは疑う余地はない。自殺対策の現場、政策部局、研究者がこれらの重要な情報を自殺の可能性のある者のために、どのような情報を収集すべきか、更にそれらの情報を如何にして2次利用(政策、自殺学研究への利用)可能にするかについては、自殺対応に資する自殺学形成の倫理的側面における大きな課題である。

についても、現在我が国の人文・社会科学、経済学、社会学、心理学のように分断されており、自殺事象ないしはそのプロセス上のマイルストーン通過の要因について、全く異なる視点から分析を試みている状況では、統合的構築のニーズが存在しなかった。しかし、研究班は文科系諸分野や医学系分野を横断する自殺学研究を加速するには、様々な要因と自殺関連事象との構造を解明するデータベースの作成がマクロ的には極めて重要と考えた。これは、単に市町村別集計、隔年集計というレベルではなく、自殺の地域性、季節性などを十分に配慮した粒度で設計されるべきである。もちろん、実際に観測されていない情報をデータベースには格納することはできないが、少なくともマクロな自殺要因究明に必要なデータベースの枠組みは整備し、当初格納データ自体はスパースなものになっても、徐々に整備を進めれば良い。

5) リスクへの対応を見据えた総合的研究の在り方

本研究班は自殺対策のための社会設計について、法学、公衆衛生学、社会システム工学分野の全く異なる3領域で現状とその検討を進めた。これも詳細は、第 部を参照されたい。この中で、リスク対応方針の選択については、産業界、特にモノづくり分野の現場が活用してきた、システム工学的接近ないしはリスクマネジメントの接近が、ミクロの自殺リスク対応についてもある程度有効ではないかとの仮説を分担者鈴木と協力者清水との共同研究によって生成するに至った。一方、マクロの接近としての法学、公衆衛生学分野の対応をこの種の接近とどのように結合すべきかは、今後必要な研究と考える。

D. 考察と結論:総合自殺対策の今後を見据えた知と行動の統合を提言

警察白書によると、2012年、自殺者数は、1998年以来初めて3万人を割り込んだ。本研究班は、これまであるいは第 部で紹介するように、日本の自殺対策が、保健と保健以外の双方のセクターにまたがる包括的な分野横断的アプローチを含め、独創的な側面を有したことがその要因と考えている。今後も、それら融合的研究を推進すべきと結論する。日本政府および地方自治体が実施する自殺対策の有効性に対する評価とモニタリングの枠組みを強化することが、今後の重要な課題である。研究班は、この課題についてもWHOカントリーレポート案に記載することとした。大原が提唱した、自殺学を横断的社会設計科学(社会のための科学[7])としてとらえなければならないのである。本人も含め、自殺被害の影響をうける可能性のある全ての対象とその要因、あるべき対応を設計する、実学としての自殺学の形成と、それに基づく政策対応、自殺予防の現場での対応を社会構成員全員が理解し、何らかの形で協力することを目指さなければならない。このため、学術的には少

なくとも本研究班が試行したような、社会認識科学(社会現象やプロセスをモデル化して理解する学術体系)と医療・法学などの社会設計科学(社会に必要な組織やプロセスをデザインし社会に実装する学術体系)とシステムズ・マネジメント科学(社会が必要とする価値がなんであるかを提示する学術体系)の3分野融合が自殺学の発展と自殺のリスクマネジメントを国際的に合意されたPDCAマネジメントサイクルいわゆるマネジメントシステムのHLS(High Level Structure)[7]と整合化させるためにも必要である(図1、図2参照)。

関連して、ISO/IEC 31000-2009:Risk Management[8]では、リスクマネジメントプロセスを次のように規定しており、この原則は勿論自殺対策の活動においても有効である。

- Active Communication
- Communication and consultation with all stakeholders
- Process Execution
- Establishing the context
- Risk identification
- Identification of the sources of a particular risk, areas of impacts, and potential events including their causes and consequences
- Classification of the source as internal or external
- Risk analysis
- Identification of potential consequences and factors that affect the consequences
- Assessment of the likelihood
- Identification and evaluation of the controls currently in place
- Risk evaluation
- Comparison of the identified risks to the established risk criteria
- Decisions made to treat or accept risks with consideration of internal, legal, regulatory and external party requirements
- Risk treatment

- ・ Oversight
- Similar to the Framework, regular monitoring and review is required

これらの活動の中で、自殺学研究が現場や政策を積極的に支援できる部分は、Process Execution の部分と考えられる。

このほかにも、研究班では、統計的方法に基づく、マクロのアプローチのと個別の自殺に至るあるいは未然防止するケースの解釈を深化させるミクロのアプローチとの融合が必要とする議論がなされた。これは、人文社会科学全般に共通する課題であり、これが問題視されるのは、研究者コミュニティが研究方法によって分断されているからである。問題解決の第一ステップとして、現場におけるミクロの質的研究を組織し、自殺要因に関する多様な仮説を形成することが肝要である。今後、この種の仮説形成に関わる質的研究に対してツイッターなど、サイバースペースからの言語情報収集やテキストマイニングなどの支援も文理融合研究を推進すれば、可能となることも研究班の議論の中で指摘された。

その上で、整備されたデータベース上での量的研究を計画し、適切なデータを収集することが可能となる。量的研究は、質的研究で導かれた要因の社会全般に対する定量的インパクトならびにその有意性をエビデンスに基づき議論し、社会全体での対応設計のプライオリティをエビデンスに基づき与えるという意味で有用となる。しかし、特定単一学術領域のエビデンスは、政策オプション決定の必要条件に過ぎず、自殺学、犯罪学のような多様な原因間の相互作用が存在する分野では、自殺をプロセスとし、その多様な要因を社会システムとしてとらえた、連立構造方程式と

そのダイナミクス（構造の経年変化）の把握が肝要である。その種の要因間の因果性、関連性を前提にして、自殺の特定要因の除去ないしは減少といった政策目標の直接的インパクトないしは、他要因への影響を通じた間接インパクトが評価できるようになる。

研究班で、最後に問題となった統合が、自殺学研究と政策当局、自殺対策活動当事者との融合である。社会のための科学、設計科学としての自殺学は、当然、政策のための科学である。2013年12月のWHOの東京会議においては、日本の総合自殺対策の複合性・先進性が明らかになったものの、総合対策を支える総合学術の形成は、これまで偉大な先達による個人的提言は多々あったことを確認したものの、多様な学術分野専門家を自殺総合政策のために効果的・効率的に統合するプロジェクトのデザインは遅れていたといわざるを得ない。

マクロな立場の研究プロジェクトの形成による自殺学の発展は、本研究班が試行した共同行為で加速することができる。しかし、現場に根差したミクロな研究はこれだけでは発展しない。特に、自殺対策の現場が、センシティブな個人情報に基づいて活動を行わなければならないことは、既に述べたように学の直接研究を著しく困難にしている原因となっている。その意味では、自殺対策の具体的活動に対して、リスクマネジメントのとくに Process Execution に関するアドバイザーとしての学術チームを形成し、その主目的を自殺対策の現場のリスクマネジメントを有効にすることとし、副次的に総合科学としての自殺学を深化させるといった試行的プロジェクトが有効ではないかと考える。

図1 マネジメント・認識科学・設計科学の融合を通じて対策の現場に資する自殺学研究

**マネジメント・アプローチ
価値のモデリング学: システム思考**

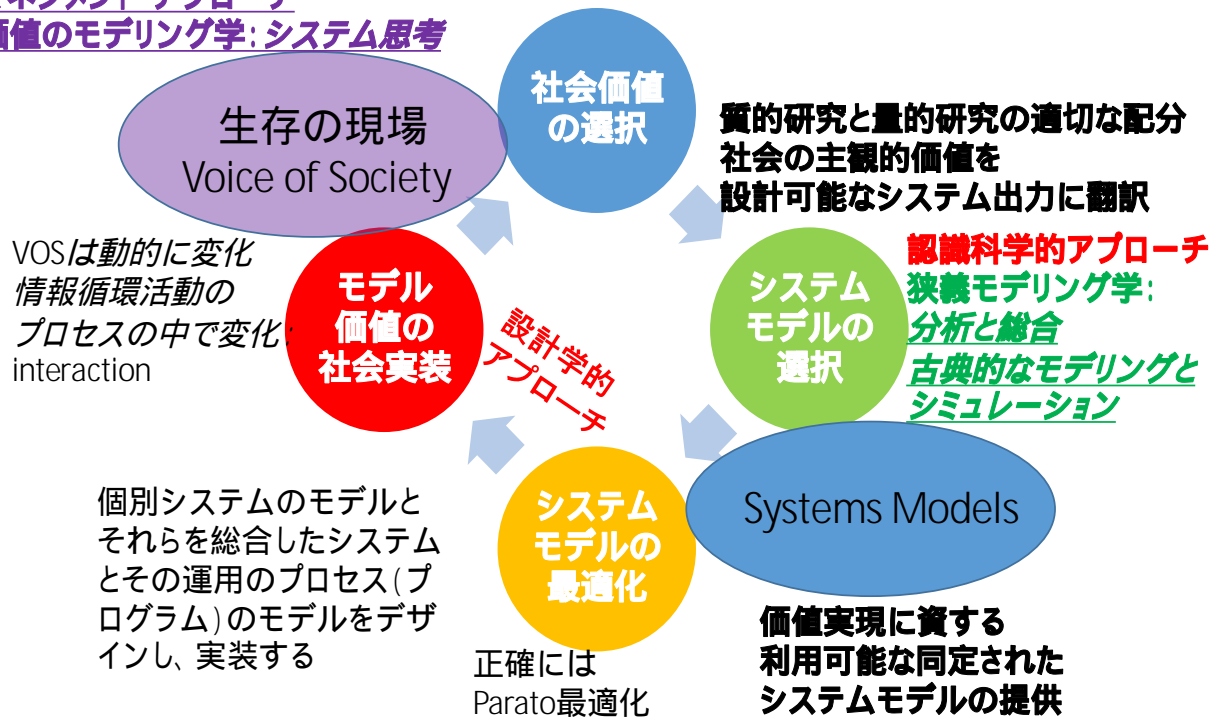
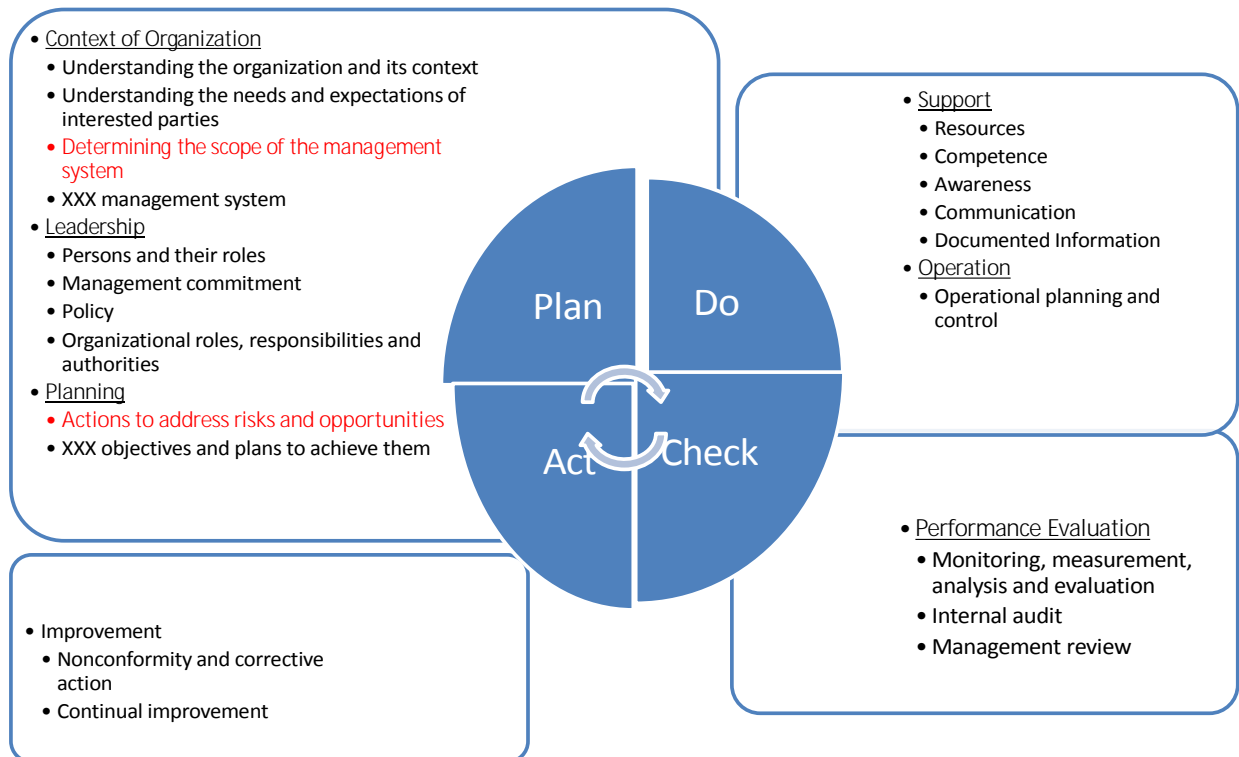


図2 国際的に合意されたPDCAサイクルに基づくマネジメント活動



参考文献

- [1] 呉文聡, 理論統計学：訂正、富山房 (1895)
- [2] 呉文聡, 自殺統計, 統計実話, pp.24-36、丸善, (1899)
- [3] 井口孝親, 自殺の社会学的研究, 東京清和書店, (1934)
- [4] 竹島正, 我が国の自殺対策・自殺科学の方向-大原先生の業績を振り返って, 日本社会精神医学会誌, 20, 138-143 (2011)
- [5] 大原健士郎, 挫折の心理学. PHP文庫, (1995)
- [6] 澤田康幸, 上田路子, 松林哲也, 自殺のない社会へ-経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ, 有斐閣(2013)
- [7] ISO, IEC, Annex SL, *ISO/IEC Directives*, Part 1, ISO/IEC (2013)
- [8] ISO, IEC, ISO/IEC 31000-2009 :Risk Management, ISO/IEC, (2009)

総括報告付録：WHOカントリーレポート案

WHO に対して日本のカントリーレポートは、本研究班から 2014 年 1 月に提出された。

JAPAN: National comprehensive suicide prevention strategy after 1998

Drafted by the Japan Trans-disciplinary Research Group on Suicide Prevention

Background

In 1998, the number of suicides in Japan rose remarkably to 32,863. In 1997 there had been 24,391 suicides, and from 1978-1997 the annual suicide rate had averaged approximately 25,000. Most consider this rapid increase as arising from the socio-economic problems facing the country, particularly the collapse of a number of large financial institutions, along with a significant rise in unemployment levels. The increase in suicide rates was found in all age groups, but particularly among middle-aged men.

Despite these commonly recognized forces, suicide remained a social taboo topic in Japan, and the reality was not widely discussed. Suicide was considered an “individual” problem.

In 2000, the situation began to change when children who had lost their parents to suicide began to break the taboo by speaking out in the media about their experiences.

In 2002, the Health, Labor, and Welfare Ministry held an “Expert Roundtable on Suicide Prevention Measures.” The ensuing report outlined that a suicide prevention policy must not only properly address mental health issues, but it must also require a multifaceted examination of psychological, social, cultural, and economic factors. However, this report was treated simply as recommendations by experts, and it was not fully reflected in any actual policies.

Key Steps

Suicide began to be viewed in Japan as a “social problem” around 2005-2006. This change triggered concrete actions, aimed at bringing about comprehensive measures to prevent suicide. In May of 2005, LIFELINK, an NPO collaborated with a member of the Diet in bringing about the first forum on suicide at the Diet Members’ Office Building. LIFELINK, together with other NPOs, submitted urgent proposals for comprehensive suicide prevention at the forum.

The Minister of Health, Labor and Welfare, attended this forum, at which he vowed on behalf of the government to tackle the issue of suicide. This vow was widely reported in the media.

Subsequently, a bipartisan group “Diet Members for Suicide Prevention,” was formed in 2006. Buoyed by the “Petition for the Legislation of Suicide Prevention Measures” submitted by NPOs, which had more than 100,000 signatories, the *Basic Act for Suicide Prevention* was signed into legislation by Diet members in June 2006.

Following this, the driving force for suicide prevention shifted from the Ministry of Health, Labor and Welfare to the Cabinet Office. This signaled that suicide prevention was now viewed as an overarching government policy, and was not limited to any single ministry. In

2007, the *General Principles of Suicide Prevention Policy* was enacted, resulting in a dramatic change in the approach towards the issue of suicide. It is aimed at preventing suicide and providing support for the survivors . Delineated within it was the philosophy that suicide prevention policy would help build a society in which citizens live purposeful lives as well as the various responsibilities of the state.

After the global economic crisis in 2008, the Japanese government secured funding in 2009 through the “Regional Comprehensive Suicide Prevention Emergency Strengthening Fund (Regional Fund).” In total, the government expenditure for suicide prevention efforts between 2008 and 2011 was 62.4 billion yen without the Regional Fund. The Regional Fund was mainly directed to reinforce local suicide prevention activities including intensive public awareness campaigns during the crucial month of March, a time when it was recognized that the rate of suicide increased. In 2010, the government designated March as “National Suicide Prevention Month.”

It also carried out reforms mandating the National Police Agency to release detailed municipal level suicide statistics on a monthly basis. Through this, it was possible to promote pragmatic suicide prevention measures in line with local needs. Following an extensive revision in 2012, the *General Principles of Suicide Prevention Policy* now also emphasizes support for the young, as well as those who have previously attempted suicide. Equally stressed is the importance of cross-organizational collaboration and cooperation by relevant agencies. The revision aims to achieve a society where no one is forced to choose suicide.

Future Tasks

Following a gradual decrease from 2009 onwards, the number of suicides fell below 30,000 in 2012, for the first time since 1998. This happened largely because of the decrease in suicides in urban areas. While the suicide rate for young people continued to rise, the rates of the middle aged and elderly had decreased, resulting in the overall decline. The data of the National Police Agency also show a marked decrease in suicides related to economic and livelihood issues.

The reason for the decrease is yet to be scrutinized. However, it may be considered that the enactment of the *Basic Act* in 2006, the raising of public awareness of suicide prevention, and the comprehensive approach taken at the national level (including addressing the social factors behind suicide) might have had this intended effect. The Cabinet Office reported in 2013 that the Regional Fund for comprehensive suicide prevention had contributed to the enhancement of nationwide cooperation among the various key groups involved in suicide prevention, such as doctors, lawyers, NPOs, and neighborhood associations. It also reported that these funds have helped to promote suicide prevention measures at the local government level.

WHO states that “suicide prevention requires intervention also from outside the health sector and calls for an innovative, comprehensive multi-sectoral approach, including both health and non-health sectors, e.g. education, labor, police, justice, religion, law, politics, the media.” The suicide prevention strategies and activities carried out previously in other countries were

mainly focused on the prevention and treatment of mental health problems, along with the restriction of access to common methods of suicide. Compared to these strategies and activities, Japan's strategy has some unique characteristics, particularly the emphasis on creating a stable society, along with dealing with social factors behind suicides.

We believe that Japan's comprehensive suicide prevention efforts include some original features. These include the involvement of the media and politicians in building a society that does not view suicide as a taboo. The most important challenge now faced in Japan is the creation of a PDCA ("plan-do-check-act") cycle of comprehensive suicide prevention measures and the accumulation of hard evidences to support the cycle. That is: 1) there must be a thorough analysis of the realities of suicide; 2) followed by the creation of comprehensive measures based on this analysis; 3) which is then implemented with necessary cooperation; 4) culminating in a process of close examination and verification of the implementation.

研究班活動終了直前に、WHOの委員会編集案の提示を受け、その下記再修正案を2014年4月に竹島協力者がWHOに送付している。

Case Example: Japan – suicide prevention in the face of socio-economic change

Context

In 1998, the number of suicides in Japan rose remarkably to 32,863, from 24,391 the previous year. From 1978-1997 the annual suicide rate had averaged approximately 25,000. Most considered this rapid increase as arising from the socio-economic problems facing the country. The increase in suicide rates was found in all age groups, but particularly among middle-aged men. Despite these commonly recognized forces, suicide remained a social taboo in Japan. It was considered an "individual" problem, and was not widely or publicly discussed.

Drivers of change

In 2000, the situation began to change when children who had lost their parents to suicide began to break the taboo by speaking out in the media about their experiences.

In 2002, the Health, Labor, and Welfare Ministry held an "Expert Roundtable on Suicide Prevention Measures." The ensuing report outlined that a suicide prevention policy must not only properly address mental health issues, but it must also require a multifaceted examination of psychological, social, cultural, and economic factors. However, this report was treated simply as recommendations by experts, and it was not fully reflected in any actual policies.

Suicide began to be viewed in Japan as a "social problem" around 2005-2006, and triggered concrete actions. In May of 2005, LIFELINK, a nongovernmental organization (NGO) collaborated with a member of the parliament in bringing about the first forum on suicide at the Diet Members' Office Building. LIFELINK, together with other NGOs, submitted

urgent proposals for comprehensive suicide prevention at the forum. The Minister of Health, Labour and Welfare, attended this forum, at which he vowed on behalf of the government to tackle the issue of suicide. This vow was widely reported in the media.

Into legislation

Subsequently, a bipartisan parliamentary group supporting the formation of a suicide prevention policy was formed in 2006. Buoyed by a petition calling for suicide prevention legislation that had more than 100,000 signatories, the *Basic Act for Suicide Prevention* was signed into legislation in June 2006. The basic principles of the Basic Act show the idea that, Suicide prevention activities should be conducted based on the complexity of suicide related factors, and should not to be distorted as a mental illness issue, Suicide prevention activities should include prevention, intervention, and postvention, and suicide prevention should be conducted effectively under a close co-operation between stakeholders.

Following this, the driving force for suicide prevention shifted from the Ministry of Health, Labour and Welfare to the Cabinet Office, and suicide prevention became an overarching government policy, not limited to a single ministry. In 2007, the *General Principles of Suicide Prevention Policy* was enacted, aimed at preventing suicide and providing support for the survivors. Delineated within it was the philosophy that a suicide prevention policy would help build a society in which citizens live purposeful lives, and attributed various responsibilities to the state.

After the global economic crisis in 2008, the Japanese government secured funding in 2009 through the “Regional Comprehensive Suicide Prevention Emergency Strengthening Fund (Regional Fund).” The Regional Fund was mainly directed to reinforce local suicide prevention activities including intensive public awareness campaigns during the crucial month of March, a time when it was recognized that the rate of suicide increased. In 2010, the government designated March as “National Suicide Prevention Month.” It also introduced reforms to data collection, mandating the National Police Agency release detailed municipal level suicide statistics on a monthly basis. This enabled the promotion of suicide prevention measures aligned with local needs.

In 2012, the *General Principles of Suicide Prevention Policy* was revised to emphasize support for youth, and those who have previously attempted suicide.

Results

Following a gradual decrease beginning in 2009, the number of suicides fell below 30,000 in 2012 for the first time since 1998. Most of this decrease occurred in urban areas. The suicide rate for young people continued to rise, signalling a need for new targeted interventions. However, the rates of suicide amongst the middle aged and elderly had decreased, resulting in the overall decline. The data of the National Police Agency also showed a marked decrease in suicides related to economic and livelihood issues.