

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業))

地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に  
関する研究

平成30年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 本橋 豊

平成31(2019)年 3月



6.	子供の貧困と自殺対策に関する研究 ～都市部における問題解決方策～	66
	藤原武男、木津喜雅、森田彩子、那波伸敏、松山祐輔、谷友香子、伊角彩、 土井理美、福屋吉史、小山佑奈、馬場優子	
7.	自殺リスク要因を検討するマイクロデータ分析環境の構築と自殺総合対策に 資する統計的活動	70
	椿広計、久保田貴文、竹林由武、岡本基、岡檀	
8.	死因究明制度と連動した死亡情報データの活用による自殺対策の推進に関する 研究	74
	岩瀬博太郎、石原憲治、山口るつ子、大屋夕希子	
9.	命の教育プロジェクト—SOS の出し方・気づき方—	81
	井門正美、梅村武仁、川俣智路	
10.	自殺対策における適切な精神科医療体制の在り方に関する研究 ～自殺対策拠点病院のコンセプト構築～	90
	近藤伸介	
11.	自殺対策と生活支援の連関に関する研究	92
	猪飼周平	
12.	Zero-suicide の国際的動向に関する研究	95
	清水康之	

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

## 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター長、京都府立医科大学 特任教授  
研究分担者 椿 広計 統計数理研究所 名誉教授  
研究分担者 藤原武男 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 教授  
研究分担者 岩瀬博太郎 千葉大学大学院医学研究院 教授  
研究分担者 井門正美 北海道教育大学教職大学院長、教授  
研究分担者 近藤伸介 東京大学医学部附属病院  
研究分担者 猪飼周平 一橋大学大学院社会学研究科 教授  
研究分担者 清水康之 NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク代表（理事長）

**研究要旨：【目的】** 我が国の自殺対策のビジョンとしての「生きることの包括的支援としての自殺対策」を地域の実情に応じて実現するために求められる包括的支援モデルを示し、将来の我が国の自殺対策の推進に資することが本研究の目的である。具体的には、大綱において重点課題として示された子ども・若者対策（SOSの出し方教育およびソーシャルメディア対策等を含む）、関連諸施策との連動に基づく地域自殺対策包括支援モデルの具体的な展開、地域自殺対策を支える最新の統計分析とその活用、適切な医療保健福祉モデルの構築に関して、研究成果を踏まえて政策的方向性を示す。

これにより厚生労働行政における自殺対策の施策展開に資することを最終的な目標とするものである。

**【方法】** 以下の12の研究課題について、政策科学、疫学、質的調査法等の手法を用いて各研究を実施した。（1）「SNS時代の若者に対する新たな自殺対策の構築～座間事件の再発防止を視野に入れて～」第77回日本公衆衛生学会総会（郡山市）シンポジウムの開催、（2）国外の自殺対策におけるPDCAサイクルの実際に関する研究～アイルランドとイングランドの国家自殺対策戦略の評価より～、（3）国外の自殺対策担当機関の役割に関する研究～フランス全国自殺観察機構について～、（4）ベトナムにおけるメンタルヘルス、自殺対策の現状と課題、（5）第3回国際自殺対策フォーラム「自殺対策の政策評価の基礎となるエビデンスの提供と活用」の開催、（6）子供の貧困と自殺対策に関する研究～都市部における課題解決方策～、（7）自殺リスク要因を検討するマイクロデータ分析環境の構築と自殺総合対策に資する統計的活動、（8）死因究明制度と連動した死亡情報データの活用による自殺対策の推進に関する研究、（9）命の教育プロジェクト—SOSの出し方・気づき方—、（1

0) 自殺対策における適切な精神科医療体制の在り方に関する研究～自殺対策拠点病院のコンセプト構築、(11) 自殺対策と生活支援の関連に関する研究、(12) Zero-suicide の国際的動向に関する研究。

【結果及び考察】(1) 「SNS 時代の若者に対する新たな自殺対策の構築～座間事件の再発防止を視野に入れて～」第77回日本公衆衛生学会総会シンポジウムでは、「SNS を活用した自殺願望を有する若者への自殺対策～国の取組～」、「若者の自殺念慮」、「自殺願望を有する若者へのネット検索連動型支援策の試み」、「医学生を対象とした自殺予防教育プログラムの開発と実践」をテーマにした報告と討議が行われた。(2) 国外の自殺対策におけるPDCA サイクルの実際に関する研究～アイルランドとイングランドの国家自殺対策戦略の評価より～では、戦略の進捗評価については、具体的な評価指標を定めて客観的に評価するとともに、実施体制や取組の特徴も踏まえた解釈と提言を行う必要性が示唆された。自殺死亡率の推移については、確率的な不確実性を考慮して分析し、戦略の効果を長期的な視点から評価するための材料とすることが必要であると考えられた。(3) 国外の自殺対策担当機関の役割に関する研究～フランス全国自殺観察機構について～では、ONS 事務局はフランス社会保健省内の Santé Publique France (フランス公衆衛生局)、INSEE (国立統計経済研究所) および DRESS (調査研究評価統計局) のメンバーから構成されている。自殺と自殺未遂の監視に関する作業部会を Santé Publique France と INSEE のスタッフが担当し、自殺対策に関連するエビデンス収集・整理と研究プロジェクトの実施に関する作業部会を DRESS のスタッフが担当している。(4) ベトナムにおけるメンタルヘルス、自殺対策の現状と課題においては、同国においては医療システムや医師、看護師等の人材養成、保健システムの整備プライマリーヘルスケアの強化などが優先課題となっており、自殺対策の優先順位は低いのが実情である。

自殺対策に関する法制度や政策が整備されていないベトナムに対して、国際的な自殺対策推進の観点から国際協力を進めることが必要である。(5) 第3回国際自殺対策フォーラム「自殺対策の政策評価の基礎となるエビデンスの提供と活用」の基調講演では、韓国の忠清南道広域精神健康福祉センター副センター長の金 渡潤 (Kim Doe Yoon) 先生より韓国農村部の一つである忠清南道の自殺対策の紹介があった。その中で、官民学の連携や住民の自治に基づいた地域社会の自殺対策およびネットワークの強化を進めていく必要性が紹介された。(6) 子供の貧困と自殺対策に関する研究～都市部における課題解決～では、子どもの自己肯定感は、ロールモデルおよびサードプレイスの存在によって貧困であるかどうかによらずに高められることが明らかになった。これらにアプローチする政策が子どもの自殺対策となる可能性がある。(7) 自殺リスク要因を検討するマイクロデータ分析環境の構築と自殺総合対策に資する統計的活動では、公的統計マイクロデータを探索的に分析できる拠点を情報・システム研究機構データサイエンス共同利用基盤施設 (立川) に設置するための設備並びに管理体制を整備した。また、自殺総合対策に資する情報可視化技術の開発、地域

空間構造と自殺リスクとの関係性などを統計的に検討した。(8) 死因究明制度と連動した死亡情報データの活用による自殺対策の推進に関する研究では、イタリアとドイツにおいて人口動態統計のなかで、自殺を含む外因死をどう処理しているかを調査した。また千葉大学法医学教室の解剖記録から、他殺をも含む Homicide-Suicide (以下 HS) 発生の実態について調査を行った。(9) 命の教育プロジェクト—SOS の出し方・気づき方—では、「命の教育に関する韓国訪問調査」(2019年2月26日—3月1日)の実施、命の教育シンポジウム 2019—SOS の出し方・気づき方—(2019年3月6日)を開催した。(10) 自殺対策における適切な精神科医療体制の在り方に関する研究～自殺対策拠点病院のコンセプト構築では、自殺対策の大きな柱の1つである未遂者支援に焦点をあて、未遂者を覚知する場となる医療機関のうち、救命救急センターおよび精神科病棟を擁する総合病院での直近の事例を詳細に検討し、自殺予防の方策を選択的介入から個別的介入へとさらに精緻化できるよう考察を展開した。(11) 自殺対策と生活対象に生活保護に関する意識調査を実施した結果、高所得層に相対的に強い生活保護制度に対する批判があること、また低所得層においては、相対的に日本版 K6 のスコアが高い一方で、生活が困窮しても軽々に生活保護を受けるべきでないという規範が存在していることが推察される結果となった。(12) Zero-suicide に関する国際的動向に関する研究では、2018年9月に開催された会議の成果物である、宣言書の日本語訳を完成させた。

## A. 研究目的

平成 30 年度は本研究プログラムの最終年度を見据えて、これまでの研究の成果を自殺対策の現場にいかにか還元できるかという観点求められる。我が国における自殺対策のビジョンとしての「生きることの包括的支援としての自殺対策」を地域の実情に応じて実現するために求められる包括的支援モデルを示し、将来の我が国の自殺対策の推進に資することが本研究の目的である。具体的には、大綱において重点課題として示された子ども・若者対策 (SOS の出し方教育およびソーシャルメディア対策等を含む)、関連諸施策との連動に基づく地域自殺対策包括支援モデルの具体的な展開、地域自殺対策を支える最新の統計分析とその活用、適切な医療保健福祉モデルの構築

に関して、研究成果を踏まえて政策的方向性を示す。これにより厚生労働行政における自殺対策の施策展開に資することを最終的な目標とするものである。

## B. 研究方法

平成 30 年度の研究で行われた研究プロジェクトの研究方法を以下に簡潔に示す。

(1) 「SNS 時代の若者に対する新たな自殺対策の構築～座間事件の再発防止を視野に入れて～」第 77 回日本公衆衛生学会総会 (郡山市) シンポジウムの開催 (本橋・松永・高橋・伊藤・堤) :

第 77 回日本公衆衛生学会総会の公募シンポジウムとして実施され、当日は座長による趣意説明と 4 名のシンポジストによる「SNS を活用した自殺願望を有する若者へ

の自殺対策～国の取組～」、「若者の自殺念慮」、「自殺願望を有する若者へのネット検索連動型支援策の試み」、「医学生を対象とした自殺予防教育プログラムの開発と実践」をテーマにした報告と討議を行った。

**(2) 国外の自殺対策におけるPDCAサイクルの実際に関する研究～アイルランドとイングランドの国家自殺対策戦略の評価より～ (木津喜・金子・本橋) :**

地域自殺対策計画が策定された後、都道府県や市町村における計画に沿った事業や施策の効果的・効率的な実施を支援するとともに、主要な事業や施策の有効性を評価していくことが国の自殺対策における重要な課題になると考えられる。しかし、自殺対策事業の評価手法については、その方向性を検討しつつある状況である。

本研究では、包括的な国家自殺対策戦略を有し、戦略評価結果を公表しているアイルランドとイングランドについて、自殺対策の評価の実情に関する文献調査を行った。

**(3) 国外の自殺対策担当機関の役割に関する研究～フランス全国自殺観察機構について～ (本橋・金子・木津喜) :**

フランスの Observatoire national du suicide (ONS; 全国自殺観察機構) は、2013年に設立された自殺対策に関連する省庁横断的な組織である。本邦に於いて ONS の活動については幾つかの報告がされているが、その組織やミッションについての概括的な報告は行われていない。その役割と業務の実態を自殺総合対策推進センターと比較することで、我が国における自殺総合対策推進センターの役割と業務に示唆を得ることを目的とした。2019年3月13日午後2時～4時に ONS に訪問調査を行った。また、イ

ンタビュー内容だけでは不十分な点は、事前および事後の文献調査により補足した。

**(4) ベトナムにおけるメンタルヘルス、自殺対策の現状と課題 (本橋・藤田・松永・渡邊) :**

2018年3月18日から22日にかけて、自殺総合対策推進センターはハノイにあるベトナム国立精神保健研究所 (NIMH: Viet Nam National Institute of Mental Health)、ベトナム保健省 (MoH: Ministry of Health)、WHO ベトナム事務所 (World Health Organization Representative Office Viet Nam) を訪問し、関係者との協議およびヒアリングを行った。

**(5) 第3回国際自殺対策フォーラム: 自殺対策の政策評価の基礎となるエビデンスの提供と活用 (本橋・近藤・高橋・金子・藤田) :**

基調講演者には、韓国の忠清南道広域精神健康福祉センター副センター長の金 渡潤 (Kim Doe Yoon) 先生を招聘し、韓国の地方 (農村) における地域社会の自殺予防の最新動向について講演をお願いした。午後のシンポジウムでは、5名のシンポジストによる報告と、我が国の自殺対策への政策提言が討議された。

**(6) 子供の貧困と自殺対策に関する研究～都市部における課題解決方策～ (藤原・木津喜・森田・那波・松山・谷友・伊角・土井・福屋・小山・馬場) :**

2017年に実施した「足立区子どもの健康・生活実態調査」における小4、小6、中2のデータを解析した (N=1652)。この調査において、子どもの自記式による自己肯定感 (児童用コンピテンス尺度の自己価値下位尺度、桜井、1992) を把握した。さらに、子どもの

生活習慣(朝食欠食)、家庭環境(貧困状況、虐待、ネグレクト(夜間の放置)、親のメンタルヘルス(K6))、学校環境(教師が好きか、学校が楽しいか)、地域環境(親以外のロールモデルの存在、自宅・学校以外の放課後のサードプレイスの存在)を把握した。子どもの自己肯定感を連続量としてこれらの要因について多変量解析を行い、標準化偏回帰係数( $\beta$ )でその関連の強さを比較した。

**(7) 自殺リスク要因を検討するマイクロデータ分析環境の構築と自殺総合対策に資する統計的活動(椿・久保田・竹林・岡本・岡):**

自殺総合対策を地域データに基づいて導くための公的統計データの個票データ(マイクロデータ)分析環境の構築とその利活用を検討した。特に、公的統計マイクロデータを分析可能とするオンサイト拠点を情報・システム研究機構に設置し認可を受けた。また、オンサイト拠点で自殺総合対策に資する分析のために利用可能な厚生労働省公的統計マイクロデータの拡充に必要な活動を行った。また、同センターと共同で、社会生活基本調査による国民の生活様式の地域差分析を設置したオンサイト拠点で行うことを計画した。総務省に対するデータ利用申請をした。

公的統計マイクロデータを探索的に分析できる拠点を情報・システム研究機構データサイエンス共同利用基盤施設(立川)に設置するための設備並びに管理体制を整備した。総合自殺対策に資する厚生労働省公的統計マイクロデータをオンサイト拠点で利用可能とするために、総務省統計局統計データ利活用センターに要望を行い、厚生労働省と

の事務折衝を進行させた。平成29年度に試行的に策定した、自治体が利活用可能な公的統計マクロデータについて、(独)統計センターで恒常的に策定する措置を依頼した。また、自殺総合対策に資する情報可視化技術の開発、地域空間構造と自殺リスクとの関係性などを統計的に検討した。

**(8) 死因究明制度と連動した死亡情報データの活用による自殺対策の推進に関する研究(岩瀬・石原・山口・大屋):**

海外の死亡情報データについては、今年度は、刑事司法が法医学研究所に医学的調査を委嘱するという、本邦と類似した形態であるイタリアとドイツに関し、本邦との類似点、相違点について調査した。

千葉大学法医学教室の解剖記録から、他殺をも含むHomicide-Suicide(以下HS)事例を抽出した情報に基づき、HS発生の実態について調査した。当教室で2008年1月から2017年9月末時点までに得られたデータについて、年齢、性別、加害者と被害者の関係性、既往疾患、身体検査所見を調査した。

**(9) 命の教育プロジェクト—SOSの出し方・気づき方—(井門・梅村・川俣):**

2018年度は、教育研究実践の主な活動として、「SOSの出し方・気づき方」に関する教育・啓発活動、そしてWEB上で学習できる「命の教育Yes/Noカード学習」、「命の教育に関する韓国訪問調査」(2019年2月26日-3月1日)、「命の教育シンポジウム2019—SOSの出し方・気づき方—」を実施した。2018年度は、研究要旨に示したように、①「SOSの出し方・気づき方」に関する教育・啓発活動として出前授業の実施(札幌市内中学校2校7クラス、夕張市内中学校1校1クラス、北広島市内中学校1校3クラス)、



②WEB上で学習できる「命の教育 Yes/No カード学習」の公開促進、③「命の教育に関する韓国訪問調査」(2019年2月26日-3月1日)の実施、④「命の教育シンポジウム 2019-SOS の出し方・気づき方」(2019年3月6日)を開催し、これらの活動についてまとめた⑤「命の教育プロジェクト 2019 報告書」の作成を行った。成果については、命の教育プロジェクトホームページ (<http://www.ido-labo.com/edu4life/>) で随時公開した。

**(10) 自殺対策における適切な精神科医療体制の在り方に関する研究～自殺対策拠点病院のコンセプト構築 (近藤) :**

自殺対策の大きな柱の1つである未遂者支援を精緻化することにより、地域自殺対策の推進並びに厚生労働行政における自殺対策の施策展開に資することを目的として、自殺未遂が事例化する代表的な場所となる医療機関を発端に、適切な支援につないでいくために必要な資源や仕組みについて考察する。具体的には、平成30年度および令和元年度の医療機関における自殺未遂者の実態調査に基づき、大規模な統計では浮かび上がってこない個別の状況を明らかにすることで、補強すべき点を明確にすることを目指している。

**(11) 自殺対策と生活支援の関連に関する研究 (猪飼) :**

平成29年度においては、神奈川県小田原市において、同市と共同で、生活保護・生活困難と自殺リスクの連関に関する市民アンケートを実施した(平成30年2,3月実施)。本アンケートの特徴は、生活保護利用に関する態度や生活困難の実態と、日本版K6等に基づくメンタルヘルスの状況との関連を

分析した。

**(12) Zero-suicide の国際的動向に関する研究 (清水) :**

平成30年9月、オランダ・ロッテルダム市で開催された Zero-suicide サミットに出席し Zero-suicide サミットの宣言文書の作成に関与し、合意後に公表された宣言文の日本語訳を作成し、広くその成果物を普及させる。

**C. 結果と考察**

**(1) 「SNS時代の若者に対する新たな自殺対策の構築～座間事件の再発防止を視野に入れて～」第77回日本公衆衛生学会総会(郡山市)シンポジウムの開催(本橋・松永・高橋・伊藤・堤) :**

1. SNSを活用した自殺願望を有する若者への自殺対策～国の取組～(松永)

国の座間市における事件の再発防止策については、平成29年12月19日に公表された座間市における事件の再発防止に関する関係閣僚会議の報告書にまとめられており、この報告書および報告書を受けて実施された2018年3月のSNS対策事業の経過をもとに、課題と方向性の整理を行った。国の再発防止策は1) SNS等における自殺に関する不適切な書き込みへの対策、2) インターネットを通じて自殺願望を発信する若者の心のケアに関する対策、3) インターネット上の有害環境から若者を守るための対策の3つの柱からなっている。自殺総合対策と深く関連しているのは、厚生労働省が主として所管している2)の事業である。具体的には ICT を活用した相談機能の強化と SNS を活用した相談対応の強化であり、さらには若者の居場所づくりの支援等である。

広く若者を対象とする SNS 相談事業が平成 30 年 3 月の自殺対策強化月間に合わせて、13 の民間団体により試行的に行われた。この試行的事業を受けて、若者を相談につなげる支援の在り方、SNS による相談ノウハウの向上をいかに図るか、若者の居場所づくりをいかに支援するかについての具体的な取組と実践的研究を一体的に行うことで、時代に対応した若者の自殺対策の充実を図ることが必要である。

## 2. 若者の自殺念慮（高橋）

若年層が自殺で命を失うことがないようにするため自殺念慮をいつから抱いているか、自殺念慮を抱かせる原因は何かを把握するため、発表者が継続的に研究を行ってパネルデータを用いた分析を行った。本報告の分析対象は 2010 年 12 月、2013 年 2 月および 2016 年 2 月の調査回答者である。パネルデータの入手と分析から若年層における自殺のハイリスク層の存在を確認するとともに、離婚・死別などの人生上の出来事が自殺念慮を抱くきっかけになっていることが分かった。今後はこうしたパネル分析を若年層以外の高齢者などにも広げ、年代の相違によって要因が違ってくるのかを検討することが重要になっている。今後、日本でも自殺に関連するパネルデータ分析が進展することを期待したい。

## 3. 自殺願望を有する若者へのネット検索連動型支援策の試み（伊藤）

若年層の自殺を防ぐためにインターネット上の相談体制を整える動きが活発化し、ICT を用いた自殺予防対策の実施は急務となっている。発表者は若年層自殺対策として 2013 年よりインターネットを用いた相談活動を行ってきた。具体的には検索エン

ジンを自殺ハイリスク者のスクリーニングと見立て、特定の地域のユーザーに対し、検索連動広告を利用し、インターネット上で相談を受ける旨の広告を表示させる。そして特設サイトに誘導し、メールやチャット等を用いて継続的に相談を受ける。相談者の心身の健康状態や自殺の危機等をアセスメントし、対面で相談することが可能な適切な援助資源へつなぎ、見守っていく「インターネット・ゲートキーパー活動」である。

## 4. 医学生を対象とした自殺予防教育プログラムの開発と実践（堤）

自殺総合対策等に盛り込まれている内容とともに、自殺対策に関する講義の内容と実施方策の検討に基づいて、医学部医学科の正規のカリキュラムに組み入れる教育活動を行い、講義の評価を基に講義内容の洗練化を図った。医学部のモデル・コア・カリキュラムに取り入れられている行動科学で重視されているコミュニケーション能力の醸成を目標に、心理的な負担を抱えている患者に寄り添い、傾聴しつつコミュニケーションをとる能力を養う症例シナリオを検討した。医学生が有する知識として整理した講義内容を基に、医学第 4 学年を対象として、正規のカリキュラム内で講義を実施した。また、コミュニケーションを学ぶ 2 つのシナリオを作成し、心理的負担の強い患者との面接法（寄り添い、傾聴、サポート）と自殺企図者への対応を、学生がロールプレイを通じて習得することを目標とするアクティブ・ラーニングのためのトリガービデオを作成し、1～3 学年で実施する行動科学・医療面接の実習で使用する準備をした。

**(2) 国外の自殺対策における PDCA サイクルの実際に関する研究～アイルランドとイングランドの国家自殺対策戦略の評価より～ (木津喜・金子・本橋) :**

アイルランドでは、国家自殺対策戦略 (Connecting for Life) の中間評価結果が公表され、戦略目標ごとに施策の進捗評価 (5 段階) と具体的な勧告が作成されていた。

イングランドでは、国家自殺対策戦略 (Preventing Suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives) の進捗報告が 1～2 年ごとに公表されており、重点施策ごとの実施内容と自殺死亡率の推移が報告されていた。

進捗評価については、具体的な評価指標を定めて客観的に評価するとともに、実施体制や取組の特徴も踏まえた解釈と提言を行う必要性が示唆された。自殺死亡率の推移については、確率的な不確実性を考慮して分析し、戦略の効果を長期的な視点から評価するための材料とすることが必要であると考えられた。

**(3) 国外の自殺対策担当機関の役割に関する研究～フランス全国自殺観察機構について～ (本橋・金子・木津喜) :**

フランスの Observatoire national du suicide (ONS; 全国自殺観察機構) は、2013 年に設立された省庁横断的な組織であり、メンバーは議会、省庁、関係機関、関係団体および大臣が任命した専門家からなり、総会を年 2 回開催する。フランス保健福祉省の DREES (調査研究評価統計局、1998 年設立) に事務局を置く。

現在、ONS は 2 つの作業部会を持つ。一つは自殺と自殺未遂の監視に焦点を当てて

おり、この分野の既存情報の収集をより適切に調整することを目的としている。二つ目は、既存の研究や研究を特定し、新しい研究を開始することである。この部会では、自殺対策に関連するエビデンス収集・整理と研究プロジェクトの実施を行っている。ONS は自ら調査研究を行うことはなく、関係機関の持つデータの活用や改善、外部の研究者、民間団体等への研究委託等を行っている。

ONS 事務局はフランス社会保健省内の Santé Publique France (フランス公衆衛生局)、INSEE (国立統計経済研究所) および DRESS のメンバーから構成される。主に、自殺と自殺未遂の監視に関する作業部会を Santé Publique France と INSEE のスタッフが担当し、自殺対策に関連するエビデンス収集・整理と研究プロジェクトの実施に関する作業部会を DREES のスタッフが担当している。

自殺統計の精度や対策の実施、充実度に関しては日本が優れていると思われたが、未遂者の把握に関する医療受診歴の活用など各種の公的マイクロデータの利活用等については参考にすべき点があった。

**(4) ベトナムにおけるメンタルヘルス、自殺対策の現状と課題 (本橋・藤田・松永・渡邊) :**

ベトナムの自殺死亡率は人口 10 万人あたり 7.3 人であり、フィリピン 3.2、マレーシア 5.5、インドネシア 3.4 よりも高い (2016 年)。近年、男性の自殺率は増加傾向にあり、自殺者の年齢構成では 20 歳～59 歳が最も多い。また、自殺手段としては、農薬等の服毒によるものが多いことが特徴的であり、農業国であることからパラコートな

どの農薬を入手しやすいことが背景にあると考えられる。また、男性の特に若い世代における常飲者が多く、アルコールが関係した事件（傷害など）で検挙されるのも16-30歳といった若い世代が特に多いことや、自殺との関連も想定される。ベトナムにおける保健政策では、医療システムや医師、看護師等の人材養成、保健システムの整備プライマリーヘルスケアの強化などが優先課題であり、また、母子保健対策や感染症対策が優先されているのが現状である。従って、自殺対策の優先順位は低いのが実情である。自殺に関する統計データの整備等も遅れており、自殺に関する調査研究も少ない。

ベトナムでは、急速な経済成長によって、貧富の格差が拡大している。自殺対策に関する法制度や政策は未整備であり、自殺に関する統計データの整備も進んでいなかった。日本の最新の自殺対策をベトナムに公共政策輸出することにより、ベトナムの自殺対策の推進に資する国際協力になると考えられる。

**(5) 第3回国際自殺対策フォーラム 自殺対策の政策評価の基礎となるエビデンスの提供と活用 (本橋・近藤・高橋・金子・藤田) :**

基調講演では、金先生より韓国の農村部の一つである忠清南道の自殺対策を紹介いただいた。その中で、官民学の連携や住民の自治に基づいた地域社会の自殺対策およびネットワークの強化を進めていく必要性が紹介された。シンポジウムでは、近藤克則氏から日本老年学評価研究の調査(JAGES調査)データ・ニーズ調査データの分析から自殺死亡率に関連するソーシャルキャピ

タルやその他の地域・社会環境要因の検証結果と地域マネジメント支援システムのプロトタイプを紹介があった。高橋義明氏から近年、若者に急速に普及してきたスマートフォン、SNS利用の援助希求意識への影響の報告があった。本橋豊氏からは2018年にWHOが公表した「コミュニティが自殺対策に主体的に関与するための手引きとツール集」を紹介しながら、生活空間が多様化し単に地域にとどまらない現代社会に様々な存在するコミュニティをどのように自殺対策に巻き込むのかを、今後の自殺対策の政策評価の上で考慮する必要があることが紹介された。金子善博氏からは、地域自殺実態プロファイルと地域自殺対策政策パッケージの現状、および今後の更新の方向性について紹介された。藤田幸司氏からは、「自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引(JSSC2018)」を紹介しながら、自死遺族等支援の地域格差解消のための方向性が紹介された。基調講演およびシンポジストの報告を受け総合討議を行った。

**(6) 子供の貧困と自殺対策に関する研究～都市部における課題解決方策～ (藤原・木津喜・森田・那波・松山・谷友・伊角・土井・福屋・小山・馬場) :**

「足立区子どもの健康・生活実態調査」の解析結果から、子どもの自己肯定感を高めるためには、学校が楽しいと思える環境づくりが重要であること、またロールモデルとなる、地域における第3の大人の存在が有効であり、さらに、サードプレイスの提供が家庭環境における影響と同程度の影響力を持って子どもの自己肯定感に影響していることが明らかとなった。これらは相互に関連している部分もあると考えられるが、

今回の解析では独立した影響を見ているので、それぞれに介入することで効果が期待できる。学校での友人関係については介入が難しいが、地域が子どもへの関心を高め、子どもにとってのロールモデルとなることは、今後の地域づくりの中でできる可能性がある。また、サードプレイスについても、地域づくりの中で子どもの安全な居場所を積極的に考えていくべきだろう。

貧困状態に関わらず、ロールモデル、サードプレイスの充実により子どもの自己肯定感を高められる可能性が示唆されたことから、行政および学校関係者が直接子どもの自己肯定感を高める政策を実施することによって子どもの自殺予防につながる可能性がある。

**(7) 自殺リスク要因を検討するマイクロデータ分析環境の構築と自殺総合対策に資する統計的活動 (椿・久保田・竹林・岡本・岡) :**

大学共同利用機関初のオンサイト拠点を立川地区に設置し、認可を受けた。厚生労働省の人口動態統計マイクロデータは平成30年末にオンサイト拠点で利用可能となり、既に利用可能であった国勢調査データと共に申請することで、国勢調査マイクロデータ公開後にこれまで行ってきた、地域自殺対策に資する自殺統計編成は今後オンサイト拠点で行うことができるようになった。自殺総合対策に資すると期待されている国民生活基礎調査については、今後もオンサイト拠点での利用を可能にすべく、交渉を続ける必要がある。オンサイト拠点の行政機関利用については、行政情報と統計マイクロ情報との結合とその結果の利用方法についてまだ解決すべき問題がある。可視化技術

の自殺統計への適用、都市構造情報の自殺リスクへの関係については、所定の研究成果を上げることができた。

**(8) 「死因究明制度と連動した死亡情報データの活用による自殺対策の推進に関する研究」(岩瀬・石原・山口・大屋) :**

他殺後自殺(無理心中等)については千葉大学法医学教室のデータ等により調査を行い、加害自殺者・被害者の年齢、性別、両者の関係性に加え、薬物摂取の状況について分析した。年齢、性別、関係性については昨年度の報告とほぼ一致した。また、解剖を行った加害および自殺既遂例での検出薬物状況についてみると、最も多いものは向精神薬であった。法医解剖事例の中で自殺事例のおよそ半数から薬毒物が検出され、自殺時に薬毒物摂取の割合が高い傾向が認められたことなどが過去に報告されているが、再発予防の検討にあたっては今後更なるデータ収集が不可欠である。

**(9) 命の教育プロジェクト—SOSの出し方・気づき方—(井門・梅村・川俣) :**

2018年度は、研究要旨に示したように、①「SOSの出し方・気づき方」に関する教育・啓発活動として出前授業の実施(札幌市内中学校2校7クラス、夕張市内中学校1校1クラス、北広島市内中学校1校3クラス)、②WEB上で学習できる「命の教育Yes/Noカード学習」の公開促進、③「命の教育に関する韓国訪問調査」(2019年2月26日-3月1日)の実施、④「命の教育シンポジウム2019—SOSの出し方・気づき方—」(2019年3月6日)を開催し、これらの活動についてまとめた⑤「命の教育プロジェクト2019報告書」の作成を行った。成果については、命の教育プロジェクトホームページ

(<http://www.ido-labo.com/edu4life/>) で  
随時公開した。

#### **(10) 自殺対策における適切な精神科医療体制の在り方に関する研究～自殺対策拠点病院のコンセプト構築 (近藤) :**

自殺が減少傾向に転じたとはいえ、依然として年間2万人を超える自殺者が続いていること、特に未成年の自殺は増加を続けていることなどから、今後はこれまでの自殺対策を継続することに加えて、いまだ十分に支援が届いていない群や年代に対する有効な方策を探索していく必要がある。

昨年度は自殺未遂が覚知される医療機関を①一般救急医療施設(精神科医不在)、②一般救急医療施設(精神科標榜)、③精神科クリニック、④精神科病院の大きく4種類に分け、それぞれにおける課題や支援のあり方について考察した。

平成30年度および令和元年度では、医療機関での自殺未遂者の実態調査に基づき、大規模な統計では浮かび上がってこない個別の状況を明らかにすることで、現在までの施策に加えて補強すべき点を明確化する。

具体的には、①平成30年度、東京大学医学部附属病院に自殺未遂のために救急搬送され、救急車到着から12時間以内に精神科医が診察を行った61名の年齢・自殺企図の手段・精神科治療歴・心理社会的要因・転帰などについて、②平成30年度、東京大学医学部附属病院精神神経科に入院した未成年74名について、年齢・自殺念慮の有無・自殺企図歴の有無・精神科診断・心理社会的要因・転帰などについて、それぞれ調査および考察を行う。現在、①②につきデータ分析中である。

#### **(11) 自殺対策と生活支援の関連に関する研究 (猪飼) :**

#### **る研究 (猪飼) :**

小田原市における市民アンケートについては、高所得層に相対的に強い生活保護制度に対する批判があること、それは憲法25条を直接的に反映した生活保護法の無差別平等原則に対しても及んでいること、低所得層において日本版K6のスコアが相対的に高いという結果が出た。また、「よりそいホットライン」を活用した支援ニーズの推計については、約800万人から約1700万人という膨大な規模のニーズが従来の支援制度からは見えない形で暗数として存在していることが示唆された。

従来日本の福祉国家は、従来の目的、すなわち所得保障によるセーフティネットを張るという点からみても、十分に機能を発揮していない部分がある上に、従来の支援の方法それ自体が多く支援ニーズを抱えた人びとを置き去りにしているという可能性が示唆された。引き続き、現在の福祉国家の課題把握に務めるとともに、この課題を解決する方策の研究が必要であるといえる。

#### **(12) Zero-suicideの国際的動向に関する研究 (清水) :**

文書の冒頭ではその意義を次のように述べている。「ロッテルダム宣言はサミットに参加した保健医療部門の指導者たちにより支持されている。我々はすべての人に、世界的に拡がりつつあるこの「学び」のコミュニティに加わるよう強く求めている。また、あなたの保健医療システム環境において、あなたが望んでいるような変化をもたらせるよう、ヒントを見つけるためにこの宣言を利用してほしい。大胆なビジョンが人類を月に立たせ、ポリオを撲滅させた。中途半端なことをしている時間は無い。「自

殺ゼロ」に尽力しようとする洞察力あるリーダーシップこそが、この重要なビジョンへの大きな一歩を踏み出すことを可能にするだろう。」

そして、結論は次のような文章で結ばれている。「保健医療システムに求めること：質の保証されない効率性は論外である。効率性の保証されない質は持続不可能である。「自殺ゼロ・ヘルスケア」(Zero Suicide Healthcare)モデルでは、質と効率性の両方が示されている。それは大きな志と科学の融合である。「自殺ゼロ・ヘルスケア」(Zero Suicide Healthcare)は連携したケアを示し、それゆえ誰もがたった一人で命を絶つことがないように、また絶望のうちに自殺に追い込まれることが無いようにしなくてはならない。」

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Motohashi Y, Kaneko Y, Fujita K(2018). Suicide Countermeasures for Attempted Suicide Survivors Based on the General Principles of Suicide Prevention Policy. *Suicide Policy Research*, **2**, 1-7
- 2) 本橋豊(2018). 推進センターの国際的な役割と取り組み 公衆衛生 **82**
- 3) 椿広計(2018). 行政における統計データの活用と展望 行政&情報システム(特集：公共データの分析と活用の実践に向けて)
- 4) 椿広計(2018). Quality Management から

視た Evidence Based Policy Making 季刊評価クォータリー **45**

- 5) Isumi A, Fujiwara T, Nawa N, Ochi M, Kato T(2018).

Mediating effects of parental psychological distress and individual-level social capital on the association between child poverty and maltreatment in Japan. *Child abuse & Neglect*, **83**, 142-150

- 6) Nawa N, Isumi A, Fujiwara T(2018). Community-level social capital, parental psychological distress, and child physical abuse: a multilevel mediation analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **53**, 1221-1229

2. 学会発表

- 1) Motohashi Y. Successes of the National Suicide Prevention Strategy in Japan. mhGAP Forum 2018 (Geneva, Switzerland, October 2018)
- 2) 松永博子, 藤田幸司, 渡邊香, 金子善博, 本橋豊. ベトナムにおける自殺対策の現状. 第77回日本公衆衛生学会総会, 10月, 郡山市, 2018.
- 3) Takeo Fujiwara. School social capital and child mental health, 10th ISSC Conference. Hvar Croatia, 2018. 6. 15
- 4) 藤原武男. 子どもの自己肯定感を決めるものは何か: 足立区における実態調査 (A-CHILD Study) 第59回日本児童青年精神医学会総会(東京), 平成30年10月11日
- 5) 谷道正太郎, 伊藤弘人, 椿広計. 政府の統計データ利活用推進の取組と地域統計デー

タを活用した自治体の取組・変化の把握について. 第56回日本医療・病院管理学会(福島), 2018年10月

6)石原憲治, 大屋夕希子, 岩瀬博太郎. 自殺対策と連動した死因究明と法医学研究～特に無理心中と子どもの死に焦点をあてて～日本自殺総合対策学会(東京), 2018.3.15

7)大屋夕希子, 千葉文子, 猪口剛, 石原憲治, 岩瀬博太郎. 異状死発生後の遺族に対する法医解剖説明～海外法医学研究所視察からの報告～. 日本トラウマティックストレス学会(別府), 2018.6.9

8)井門正美. 北海道教育大学教職大学院における『命の教育プロジェクト』2, 日本学校教育学会第33回全国大会(東京), 2018年8月

9)川俣智路, 井門正美, 梅村武仁. 「SOSの出し方教育」の授業実践の開発と検討ー自尊感情とメンタルヘルスに関する心理教育に着目してー, 日本教育心理学会第60回総会(神奈川), 2018年9月

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



研究分担報告書

SNS 時代の若者に対する新たな自殺対策の構築  
～座間事件の再発防止を視野に入れて～  
-第 77 回日本公衆衛生学会総会（郡山市）シンポジウム 2-

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター長  
研究協力者 松永 博子 自殺総合対策推進センター  
研究協力者 高橋 義明 公益財団法人中曽根康弘世界平和研究所 主任研究員  
研究協力者 伊藤 次郎 特定非営利活動法人 OVA 代表  
研究協力者 堤 明純 北里大学医学部教授（公衆衛生学単位）

研究要旨

目的：本シンポジウムは平成 29 年 10 月に起きたいわゆる座間事件を契機とした、SNS 空間に情報発信する自殺念慮を有する若者の SOS のサインを誰がどのように迅速に受け止め、現実空間の相談支援につなげるかという喫緊の課題に対し、SNS 時代の若者の置かれている実情を明らかにした上で、具体的な支援策について明らかにし、地域の自殺対策に幅広く関わる公衆衛生の専門家に共有することを目的とした。研究方法：日本公衆衛生学会総会の公募シンポジウムとして実施され、当日は座長による趣意の説明と 4 名のシンポジストによる「SNS を活用した自殺願望を有する若者への自殺対策～国の取組～」、「若者の自殺念慮」、「自殺願望を有する若者へのネット検索連動型支援策の試み」、「医学生を対象とした自殺予防教育プログラムの開発と実践」をテーマにした報告と討議を行った。結果と考察：若者への自殺対策に関する研究成果や事例を学会の場で共有することにより、自殺対策の推進に資することができたと考えられた。全国の公衆衛生の関係者が集まる日本公衆衛生学会総会において、平成 29 年 10 月に起きたいわゆる座間事件をテーマに、SNS 時代の若者に対する新たな自殺対策に関するシンポジウムを開催することができたことは時宜にかなっていた。専門家が自分の領域だけに関心を示すのではなく、関連する領域や制度を理解した上で、地域における具体的な施策の連動を図れるようにすることが重要であり、このことは公衆衛生の専門家に期待されていることである。

## A. 研究目的

現在の日本の自殺対策において若者の自殺対策は喫緊の課題として認識されている。社会におけるインターネットやSNSの急速な進展とともに、とりわけ若者はSNSなどのツールへの依存が強まっており、それに伴い若者の自殺問題も複雑化している。

平成29年10月に起きたいわゆる座間事件は、ネット上で自殺願望を発する若者が悪意ある犯罪者により不幸な結果に至った悲惨な事件である。なぜ、見知らぬ他人をSNS上で簡単に信じてしまうのかといった若者特有の心理特性に関する考察も必要だが、深刻な悩みを抱える若者への支援をいかに構築していくかという実務的な課題も重要である。自殺対策における古典的な対面相談やメール相談の利用可能性が若者ではとくに低下し、SNSを活用した自殺対策の重要性が認識されるようになってきた。

そこで、「#死にたい」とSNS空間に情報発信する自殺念慮を有する若者のSOSのサインを誰がどのように迅速に受け止め、現実空間の相談支援につなげるかという喫緊の課題に対し、SNS時代の若者の置かれている実情を明らかにした上で、具体的な支援策について明らかにし、地域の自殺対策に幅広く関わる公衆衛生の専門家に共有することを目的とした。

## B. 研究方法

目的に対する議論を深め、本研究班の成果を広く日本公衆衛生学会員および社会に公表する機会とするとともに、日本公衆衛生学会と協働で今後の日本の自殺対策改革に学術面で貢献するため、2018年4月に第77回日本公衆衛生学会総会（郡山市）での公募シンポジウムに応募し、シンポジウム2「SNS時代の若者に対する新たな自殺対策の構築～座間事件の再発防止を視野に入れて～」が採択された。

開催の詳細は以下のとおり。

日時：2018年10月24日（水） 13:10～15:00  
場所：第3会場（ビッグパレットふくしま1階

コンベンションホールB)

座長：本橋 豊（自殺総合対策推進センター）

シンポジスト（テーマ）：

1. 松永博子（自殺総合対策推進センター）「SNSを活用した自殺願望を有する若者への自殺対策～国の取組～」
2. 高橋義明（公益財団法人中曽根康弘世界平和研究所）「若者の自殺念慮」
3. 伊藤次郎（特定非営利活動法人 OVA）「自殺願望を有する若者へのネット検索連動型支援策の試み」
4. 堤 明純（北里大学医学部公衆衛生学単位）「医学生を対象とした自殺予防教育プログラムの開発と実践」

## C. 研究結果

### （1）座長の導入（本橋）

シンポジウム冒頭で、研究目的に沿って、趣旨を以下のように説明した。

現在の日本の自殺対策において若者の自殺対策は喫緊の課題として認識されている。平成29年10月に起きたいわゆる座間事件は、ネット上で自殺願望を発する若者が悪意ある犯罪者により不幸な結果に至った悲惨な事件であった。社会におけるインターネットやSNSの急速な進展とともに、とりわけ若者はSNSなどのツールへの依存が強まっており、それに伴い若者の自殺問題も複雑化している。そこで、本シンポジウムでは、「#死にたい」とSNS空間に情報発信する自殺念慮を有する若者のSOSのサインを誰がどのように迅速に受け止め、現実空間の相談支援につなげるかということが喫緊の課題であることをまず確認した上で、具体的な支援策について明らかにしたい。

松永氏はSNSを活用した自殺対策の最新の取組について、高橋氏は若者の自殺念慮の実態について、伊藤氏は自殺願望を有する若者へのネット検索連動型支援策の現場での実践について、堤氏は医学生を対象とした正規カリキュラムにおける自殺予防教育プログラムの開発と実践に

ついて、それぞれご報告いただく予定である。それぞれの発表を踏まえて、総合討論では、SNS時代の若者の悩みを的確に受け止めることのできる自殺対策とはどのようなものなのかについての考察を深め、包括的な視点を持つ公衆衛生学の専門家がどのようなかわりを持つべきかについても議論を深めたいと考えている。

## (2) 報告と討議

シンポジストの報告の要旨は以下のとおり。

### 1. SNS を活用した自殺願望を有する若者への自殺対策～国の取組～（松永）

国の座間市における事件の再発防止策については、平成 29 年 12 月 19 日に公表された座間市における事件の再発防止に関する関係閣僚会議の報告書にまとめられており、この報告書及び報告書を受けて実施された 2018 年 3 月の SNS 対策事業の経過をもとに、課題と方向性の整理を行った。国の再発防止策は 1) SNS 等における自殺に関する不適切な書き込みへの対策、2) インターネットを通じて自殺願望を発信する若者の心のケアに関する対策、3) インターネット上の有害環境から若者を守るための対策の 3 つの柱からなっている。自殺総合対策と深く関連しているのは、厚生労働省が主として所管している 2) の事業である。具体的には ICT を活用した相談機能の強化と SNS を活用した相談対応の強化であり、さらには若者の居場所づくりの支援等である。広く若者を対象とする SNS 相談事業が平成 30 年 3 月の自殺対策強化月間に合わせて、13 の民間団体により試行的に行われた。この試行的事業を受けて、若者を相談につなげる支援の在り方、SNS による相談ノウハウの向上をいかに図るか、若者の居場所づくりをいかに支援するかについての具体的な取組と実践的研究を一体的に行うことで、時代に対応した若者の自殺対策の充実を図ることが必要である。

### 2. 若者の自殺念慮（高橋）

若年層が自殺で命を失うことがないようにするため自殺念慮をいつから抱いているか、自殺念慮を抱かせる原因は何かを把握するため、発表者が継続的に研究を行っているパネルデータを用いた分析を行った。本報告の分析対象は 2010 年 12 月、2013 年 2 月および 2016 年 2 月の調査回答者である。パネルデータの入手と分析から若年層における自殺のハイリスク層の存在を確認するとともに、離婚・死別などの人生上の出来事が自殺念慮を抱くきっかけになっていることが分かった。今後はこうしたパネル分析を若年層以外の高齢者などにも広げ、年代の相違によって要因が違ってくるのかを検討することが重要になっている。今後、日本でも自殺に関連するパネルデータ分析が進展することを期待したい。

### 3. 自殺願望を有する若者へのネット検索連動型支援策の試み（伊藤）

若年層の自殺を防ぐためにインターネット上の相談体制を整える動きが活発化し、ICT を用いた自殺予防対策の実施は急務となっている。発表者は若年層自殺対策として 2013 年よりインターネットを用いた相談活動を行ってきた。具体的には検索エンジンを自殺ハイリスク者のスクリーニングと見立て、特定の地域のユーザーに対し、検索連動広告を利用し、インターネット上で相談を受ける旨の広告を表示させる。そして特設サイトに誘導し、メールやチャット等を用いて継続的に相談を受ける。相談者の心身の健康状態や自殺の危機等をアセスメントし、対面で相談することが可能な適切な援助資源へつなぎ、見守っていく「インターネット・ゲートキーパー活動」である。「SNS を活用した相談事業」で発表者が所属する NPO 法人 OVA では平成 30 年 2 月 16 日～平成 30 年 3 月 31 日に相談を受け付けた者は 51 名で、年齢は 10 代 28%、20 代 41%、30 代 18%、40 代 10%、50 代以上が 4%であり、いわゆる若年層は 86%であった。

性別は女性 74.5%男性 23.5%その他 2.0%であった。K6(24 満点)の平均点は 19.45 点、自殺念慮尺度は 13.82 点であった。インターネット上で検索連動広告を用いる事で自殺のリスクが高い若年層にアウトリーチが可能なことはこれらの実践が示している。一方で、インターネット上ででの介入にはその方法論や介入による効果についての研究は国内外で不足している状況にあり、支援方法の確立が求められる。

#### 4. 医学生を対象とした自殺予防教育プログラムの開発と実践(堤)

自殺対策や自殺のリスク要因への対応に係る人材の確保、養成及び資質の向上が重要であることから、医療、保健福祉、心理等に関する専門家を養成する大学、専修学校、関係団体等と連携して自殺対策教育を推進することが求められている。現在、1) 医学生を対象とした正規のカリキュラムに向けた講義を作成し、その実施と評価を基に医学生が理解しておくべき自殺対策の講義の提案、2) 心理的負担を負う自殺企図者を含む実際の患者・クライアントへの対応能力を身につけるための参加型の学習教材、3) 以上の教育コンテンツを普及するための e-learning の開発を試みている。自殺総合対策等に盛り込まれている内容とともに、自殺対策に関する講義の内容と実施方策の検討に基づいて、医学部医学科の正規のカリキュラムに組み入れる教育活動を行い、講義の評価を基に講義内容の洗練化を図った。医学部のモデル・コア・カリキュラムに取り入れられている行動科学で重視されているコミュニケーション能力の醸成を目標に、心理的な負担を抱えている患者に寄り添い、傾聴しつつコミュニケーションをとる能力を養う症例シナリオを検討した。医学生が有する知識として整理した講義内容を基に、医学第 4 学年を対象として、正規のカリキュラム内で講義を実施した。また、コミュニケーションを学ぶ 2 つのシナリオを作成し、心理的負担の強い患者との面接法(寄り添い、傾聴、サポート)と自殺企

図者への対応を、学生がロールプレイを通じて習得することを目標とするアクティブ・ラーニングのためのトリガービデオを作成し、1~3 学年で実施する行動科学・医療面接の実習で使用する準備をしている。本研究では、自殺対策に係る知識とともに、現代の医学教育で求められているロールプレイや想定症例の問題を解決しうることを到達目標としたアクティブ・ラーニング形式の実習・演習による意識レベルでのコンピテンシー向上を目標とする教材開発を試み、学習効果を知識レベル、意識レベルで評価する方法の開発を検討した。これらの講義及び実習のコアの内容を広く普及させるための方策として e-learning の開発を計画している。



図 会場内の様子

#### D. 考察

シンポジウムでは、座間事件をテーマに SNS を活用した自殺願望を有する若者への国の取組、調査研究による若者の自殺念慮の考察、自殺願望を有する若者へのネット検索連動型支援の実践からの報告、そして、医学生を対象に開発されている自殺予防教育プログラムが報告され、広く 10 代後半以降の若者への対策および支援のための人材育成について議論することができた。若者への自殺対策に関する研究成果や事例を学会の場で共有することにより、自殺対策の推進に資することができたと考えられた。

#### E. 結論

全国の公衆衛生の関係者が集まる日本公衆衛

生学会総会において、平成 29 年 10 月に起きたいわゆる座間事件をテーマに、SNS 時代の若者に対する新たな自殺対策に関するシンポジウムを開催することができたことは時宜にかなっていた。

専門家が自分の領域だけに興味を示すのではなく、関連する領域や制度を理解した上で、地域における具体的な施策の連動を図れるようにすることが重要であり、このことは公衆衛生の専門家に期待されていることである。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

国外の自殺対策における PDCA サイクルの実際に関する研究  
～アイルランドとイングランドの国家自殺対策戦略の評価より～

研究協力者 木津喜 雅 自殺総合対策推進センター 室長  
研究協力者 金子 善博 自殺総合対策推進センター 室長  
研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター センター長

研究要旨

【背景】自殺総合対策推進センターは、地域自殺対策計画の策定を支援するため、地域自殺実態プロフィールや地域自殺対策政策パッケージなどの支援ツールを開発した。地域自殺対策計画が策定されつつある現在、都道府県や市町村における計画に沿った事業や施策の効果的・効率的な実施を支援するとともに、主要な事業や施策の有効性を評価していくことが国の自殺対策における重要な課題になると考えられる。しかし、自殺対策事業の評価手法については、その方向性を検討しつつある状況である。

【方法】包括的な国家自殺対策戦略を有し、戦略評価結果を公表しているアイルランドとイングランドについて、自殺対策の評価の実情に関する文献調査を行った。

【結果】アイルランドでは、国家自殺対策戦略（Connecting for Life）の中間評価結果が公表され、戦略目標ごとに施策の進捗評価（5段階）と具体的な勧告が作成されていた。

イングランドでは、国家自殺対策戦略（Preventing Suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives）の進捗報告が1～2年ごとに公表されており、重点施策ごとの実施内容と自殺死亡率の推移が報告されていた。

【結論】進捗評価については、具体的な評価指標を定めて客観的に評価するとともに、実施体制や取組の特徴も踏まえた解釈と提言を行う必要性が示唆された。自殺死亡率の推移については、確率的な不確実性を考慮して分析し、戦略の効果を長期的な視点から評価するための材料とすることが必要であると考えられた。

## A. 研究目的

包括的な自殺対策を、公衆衛生アプローチにより多部門が主体的に関与して実施することが世界保健機関（WHO）等によって推奨されており[1]、そのような理念に基づく国家自殺対策戦略が日本や欧米諸国等で策定されている。計画策定にあたっては、各国とも有効な施策に関する科学的エビデンスを用いており、例えば日本では、有効な施策を整理した「地域自殺対策政策パッケージ」が自殺総合対策推進センターにより作成されている（<https://jssc.ncnp.go.jp/information.php>）。一方、様々な施策のパッケージとして実施される包括的な自殺対策を、PDCA サイクルを通じて推進していく具体的な方法についてはさらなる検討が必要である。

自殺総合対策大綱によると、政府による自殺対策の進め方について、「国は、地方公共団体による地域自殺対策計画の策定を支援するため、自殺総合対策推進センターにおいて、都道府県および市町村を自殺の地域特性ごとに類型化し、それぞれの類型において実施すべき自殺対策事業をまとめた政策パッケージを提供することに加えて、都道府県および市町村が実施した政策パッケージの各自殺対策事業の成果等を分析し、分析結果を踏まえてそれぞれの政策パッケージの改善を図ることで、より精度の高い政策パッケージを地方公共団体に還元することとなり、「自殺総合対策とは、このようにして国と地方公共団体等が協力しながら、全国的な PDCA サイクルを通じて、自殺対策を常に進化させながら推進していく取組」とされた（「地域レベルの実践的な取組を

PDCA サイクルを通じて推進する」）。

この方針に沿って、自殺総合対策推進センターでは、「地域自殺実態プロファイル」の情報を更新していくと共に、地域レベルでの PDCA サイクルの支援および主要施策の実施手法・内容・評価指標の改善のための PDCA サイクルに関する調査・研究を進めていくこととなっている。

本研究の目的は、国家自殺対策戦略における PDCA サイクルのうち評価の段階に着目し、欧米諸国における政策の評価の現状と課題を明らかにすることである。

## B. 研究方法

カナダのアルバータ州保健局は、2014 年、州の自殺対策計画の策定に資するため、包括的な国家自殺対策戦略を有する欧米 9 か国（オーストラリア、イングランド、フィンランド、アイルランド、ニュージーランド、北アイルランド、ノルウェー、スコットランド、アメリカ合衆国）について調査を行った[2]。報告書によると、国家自殺対策戦略の評価を、評価項目に基づいて客観的に行っている国は数か国に限られているとのことであった。本研究では、特にアイルランドとイングランドにおける評価の実際について、文献調査を行った。主要な参考文献は以下である。

### ①アイルランド

- Health Service Executive.  
Connecting for Life.  
<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connectingfor-life/>
- Health Service Executive.  
Connecting for Life Interim

Strategy Review.

<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/news/connecting-for-life-interim-strategy-review.html>

## ②イングランド

- Department of Health. Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives. London: Department of Health; 2012.  
<https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-strategy-for-england>
- Department of Health. Preventing suicide in England: Fourth progress report of the cross-government outcomes strategy to save lives. London: Department of Health; 2019.  
<https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-fourth-annual-report>

(倫理面への配慮)

本研究は公表されている国レベルの文献をレビューするもので、人を対象とした研究ではなく、個人への侵襲のリスクは低いことから倫理指針の対象外であり、倫理面の問題はないと判断した。

## C. 研究結果

### ①アイルランドにおける国家自殺対策戦略と評価

アイルランドの人口は、476万人であり、自殺者数は399人である(2016年)。

### 【国家自殺対策戦略】

アイルランドでは、2005年に最初の国家自殺対策戦略(Reach Out)が策定された後、2015年に現在の国家自殺対策戦略(Connecting for Life)が、保健省(Department of Health)と国家自殺対策室(National Office for Suicide Prevention)を中心に策定された。Connecting for Lifeの策定においては、専門家の他に多数の市民の意見も参考にされた。

戦略は、7つの目的を掲げ、多部門の連携、役割分担の明確化とエビデンスに基づく改善、評価指標に基づく進捗管理、地域計画の策定等の取組によりその実現を目指すものである。

#### Connecting for Life の strategic goals

- 1) 自殺に関する国民の理解の向上  
(better understanding of suicidal behaviour)
- 2) コミュニティーにおける自殺対策への支援 (supporting communities to prevent and respond to suicidal behaviour)
- 3) 高リスク者対策の推進 (targeted approaches for those vulnerable to suicide)
- 4) サービスの連携やアクセスの改善  
(improved access, consistency and integration of services)
- 5) サービスの安全性と質の向上 (safe and high quality services)
- 6) 自殺手段の規制 (reduce access to means)
- 7) 評価と研究の推進 (better data and research)



さらに、それぞれの目的 (goal) の下には、複数の戦略目標 (strategic objectives) が定められている。

<b>Connecting for Life の strategic objectives</b>
1) 自殺に関する国民の理解の向上 1.1 自殺、精神保健、関連するリスク要因等に関する理解の向上 1.2 自殺対策や精神保健サービスに関する認知度の向上 1.3 精神疾患や自殺関連行動に対する偏見の低減 1.4 自殺報道の向上に向けたメディアとの協働
2) コミュニティーにおける自殺対策への支援 2.1 地域における多部門の連携による対策の推進 2.2 地域における自殺対策関係団体への効果的な自殺対策についての情報提供 2.3 地域における自殺対策人材の育成
3) 高リスク者対策の推進 3.1 高リスク者における効果的な対策の推進 3.2 薬物乱用対策の支援 3.3 若年の精神疾患患者への支援の向上
4) サービスの連携やアクセスの改善 4.1 高リスク者への精神医学的評価と治療手順の向上 4.2 高リスク者の精神保健サービスアクセスの向上 4.3 自死遺族等への支援の質の向上
5) サービスの安全性と質の向上 5.1 自殺対策に係る団体への基準やガイドラインの開発 5.2 保健医療施設内における自殺行動への

の対策 5.3 刑務所内における自殺対策 5.4 自傷行為への治療ガイドラインの実施と自殺対策研修による保健福祉担当者の質の向上
6) 自殺手段の規制 6.1 薬物乱用の原因薬物へのアクセス制限 6.2 致死率の高い自殺手段へのアクセス制限
7) 評価と研究の推進 7.1 Connecting for Life の有効性と費用対効果の検証 7.2 自殺と自傷行為に関する情報へのアクセスの向上 7.3 自殺の登録手続きの見直し 7.4 自殺リスクの早期発見と介入等を支援する研究計画の作成

戦略目標ごとに、具体的な取組 (action) (合計 69 個) と担当部局が明記されている。取組の内容は、国内外の科学的知見に基づいたものとなっている。また、評価と研究にも重点が置かれ、効果の評価を通じて、国内外に自殺対策の科学的知見を提供することが主要なねらいの一つとなっている。

<b>Connecting for Life の guiding principles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborative: 目標達成を目指した多分野間の連携</li> <li>• Accountable: 明確な運営体制と実施状況の透明性</li> <li>• Responsive: 人々にとって本当に意味のある重要な目標を達成するための質の高いサービスの提供</li> <li>• Evidence-informed and outcome-</li> </ul>

focused: 実際のニーズに対応した国際的に推奨されている事業

・ Adaptive to change : 新たな社会情勢への対応

Connecting for Life は、2015 年から 2020 年までの計画であり、主要評価項目 (primary outcomes) を、全人口および高リスク群における自殺死亡率と自殺未遂発生率とし、特に、自殺死亡率については、世界保健機関 (WHO) の Mental Health Action Plan 2013-2020 の達成目標 3.2 に準じて、10%以上の低下を目標としている。

#### Connecting for Life の primary outcomes

- ・ 全人口および高リスク群における自殺死亡率の低減 (reduced suicide rate in the whole population and amongst specified priority groups)
- ・ 全人口および高リスク群における自殺未遂発生率の低減 (reduced rate of presentations of self-harm in the whole population and amongst specified priority groups)

これらの主要評価項目は、長期的な成果を検証するための指標として位置づけられている。

#### primary outcome の測定指標

- 1) 全人口および高リスク群における自殺死亡率の低減
  - 自殺死亡率 (標準化) (全数、男女別、年齢階級別、個人の社会階級別、地域の社会階級別)
  - 男性の自損行為発生率 (自殺死亡率が公表される前の代替指標)
- 2) 全人口および高リスク群における自殺未遂発生率の低減

- 自損行為発生率 (標準化) (全数、男女別、年齢階級別、個人の社会階級別、地域の社会階級別)

- 自損行為件数

- 致死率の高い方法による自損行為発生率

- 1 年以内の自損行為再発割合 (全人口、男女別、年齢階級別)

- 自損行為者のうち再行為者の割合 (全数、男女別、年齢階級別、個人の社会階級別、地域の社会階級別)

また、主要評価指標とは別に、短期的な成果を検証するための中間指標 (intermediate indicators) も定めている。

#### Connecting for Life の intermediate indicators

1) 自殺に関する国民の理解の向上

- 支援サービスの知識と認知
- 自殺と自損行為のリスク要因に関する理解
- 精神保健に関する理解
- 精神疾患、自損行為、自殺に関する偏見
- 関係者自身の羞恥心
- ガイドラインに従っていないメディアの報道
- ガイドラインに従っているメディアの報道

2) コミュニティーにおける自殺対策への支援

- 自殺行動に対する地域の取組を推進する地域計画
- 地域の自殺対策の団体における、効果的な自殺対策についてのガイドラインや研修のアクセスと知識
- 地域の団体への研修機会

<ul style="list-style-type: none"> <li>- 地域の団体への研修の提供</li> </ul>
<p>3) 高リスク者対策の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 最も効果的な方法による介入</li> <li>- 科学的エビデンスに基づかない介入</li> <li>- 薬物乱用に対する早期介入プログラムの開始</li> <li>- プライマリケアにおける心理的介入へのアクセスの向上</li> <li>- 健康増進に取り組んでいる学校</li> </ul>
<p>4) サービスの連携やアクセスの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- プライマリケアとセカンダリケアにおける自殺危機評価看護師 (suicide crisis assessment nurse) の確保</li> <li>- 自殺行動に関する家庭医 (GP) への研修</li> <li>- 自損行為者、自殺未遂者への有効な治療法 (DBT、CBT) の普及</li> <li>- 介入の適用のある者を有効な治療につなげる系統的な手順</li> <li>- 自死遺族等を支援につなげる系統的な手順</li> <li>- 自死遺族等への支援</li> </ul>
<p>5) サービスの安全性と質の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 自殺対策サービスの質</li> <li>- 精神保健サービスにおける自殺行動への対処方法の標準化と実施</li> <li>- 精神保健以外の保健サービスにおける自殺行動への対処方法の標準化と実施</li> <li>- 刑務所と更生施設における自損件数と自殺者数</li> <li>- 自損行為に対する臨床ガイドラインの実施</li> <li>- 自殺対策の教育プログラムの実施</li> </ul>
<p>6) 自殺手段の規制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 危険な処方 (大量の処方、管理されていない複数回処方、より安全な薬剤へ移</li> </ul>

<p>行していない処方)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ハイリスク地での自殺対策</li> <li>- 致死率の高い方法での自殺数の低減</li> </ul>
<p>7) 評価と研究の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 自殺と自損データの入手可能性</li> <li>- 自殺と自損データの周知方法の効果</li> <li>- 自殺登録手順の見直し</li> <li>- 国の研究支援計画</li> <li>- 包括的な評価計画の開発</li> <li>- 戦略評価活動の開始</li> <li>- 戦略評価活動の実施</li> <li>- 戦略評価結果の公表</li> </ul>

これらの指標や報告の方法も、目的7「評価と研究の推進」と関連して、継続的に見直されることとなっている。また、成果のみでなく、事業の実績／取組の進捗についても評価することとなっている (process evaluation)。

#### 【戦略の評価】

2019年1月に、評価顧問団 (Evaluation Advisory Group) による全国レベルでの中間評価結果が公表された。Evaluation Advisory Group の構成員は、大学教授と疫学や統計の専門家7名と事務局員4名であり、政府から独立して評価を実施した。

報告書の冒頭に、2005年から2016年の自殺者数の推移が示されたが、長期的な成果の評価について結論は述べられていない。アイルランドでは、自殺者数の速報値が公表されるのは、該当年の22か月後で、確定値は4年後となっている。全国の年間自殺者数が500人未満であり、速報値と確定値の差がその15%程度を占めるため、自殺死亡率による評価は、2020年の自殺者数の確定値が公表される2024年以降に実施され

る予定だという。

自損行為件数の推移については、中間評価では示されていない。アイルランドでは、自損行為事例の登録 (National Self-Harm Registry Ireland) があり、自損行為件数の推移は、研究論文等により検討がされている[3], [4]。

報告書の主な内容は、各施策の進捗状況の評価であり、7つの目的それぞれについて進捗した分野と進捗していない分野が示され、具体的な勧告が作成されている。

進捗状況は、5段階で評価されることとなっている。

Connecting for Life の進捗評価区分	
0 no progress 進捗が全くない	
1 limited progress 計画からかなり遅れている	
2 moderate progress 計画からやや遅れている	
3 good progress 計画通りに進んでいる	
4 outstanding progress 計画以上に進んでいる	
999 Not possible to rate progress 評価に十分な情報がない	

評価では、7つの目的それぞれを、3人のメンバーが個別に評価を行い、その結果をもとに顧問団全員による会議で評価結果を決定した。

Connecting for Life の進捗評価結果	
1) 自殺に関する国民の理解の向上	2
1.1 自殺、精神保健、関連するリスク要因等に関する理解の向上	1
1.2 自殺対策や精神保健サービスに関する認知度の向上	3

1.3 精神疾患や自殺関連行動に対する偏見の低減	1
1.4 自殺報道の向上に向けたメディアとの協働	3
2) コミュニティーにおける自殺対策への支援	2
2.1 地域における多部門の連携による対策の推進	3
2.2 地域における自殺対策関係団体への効果的な自殺対策についての情報提供	1
2.3 地域における自殺対策人材の育成	1
3) 高リスク者対策の推進	3
3.1 高リスク者における効果的な対策の推進	1
3.2 薬物乱用対策の支援	3
3.3 若年の精神疾患患者への支援の向上	3
4) サービスの連携やアクセスの改善	1
4.1 高リスク者への精神医学的評価と治療手順の向上	1
4.2 高リスク者の精神保健サービスアクセスの向上	1
4.3 自死遺族等への支援の質の向上	1
5) サービスの安全性と質の向上	2
5.1 自殺対策に係る団体への基準やガイドラインの開発	1
5.2 保健医療施設内における自殺行動への対策	1
5.3 刑務所内における自殺対策	3
5.4 自傷行為への治療ガイドラインの実施と自殺対策研修による保健福祉担当者の質の向上	1
6) 自殺手段の規制	2
6.1 薬物乱用の原因薬物へのアクセ	3

ス制限	
6.2 致死率の高い自殺手段へのアクセス制限	1
7) 評価と研究の推進	3
7.1 Connecting for Life の有効性と費用対効果の検証	3
7.2 自殺と自傷行為に関する情報へのアクセスの向上	3
7.3 自殺の登録手続きの見直し	3
7.4 自殺リスクの早期発見と介入等を支援する研究計画の作成	1

また、進捗状況の解釈には Consolidated Framework for Implementation Research の枠組み [5] が採用され、Connecting for Life の評価においては、事業の内容（事業の有効性や複雑さに関する関係者の認識など 8 項目）、組織内部の要因（事業に対する組織風土、トップの関与など 12 項目）、組織外部の要因（政策など 4 項目）、実施方法（人員配置など 8 項目）の 4 つの観点から課題等が検討された。

<b>評価顧問団による勧告</b>	
1) 自殺に関する国民の理解の向上	
- 自殺行動に対する人々の態度や理解に関するベースライン時点のデータを収集する	
- 他の精神保健分野の既存の啓発活動や偏見低減キャンペーンと協働する	
2) コミュニティにおける自殺対策への支援	
- 全体の底上げを図るための先進事例学習会 (Resource Officers for Suicide Prevention's Learning Community of Practice) を継続する	
- 自殺対策研修の普及度を評価する	
3) 高リスク者対策の推進	

- 高リスク者における自殺行動を予防するための取組を周知する戦略を練る
4) サービスの連携やアクセスの改善
- 会話療法の開発を進めるとともに、科学的エビデンスに基づく心理学的介入（カウンセリング、DBT、CBT）を継続して展開する
5) サービスの安全性と質の向上
- 担当部署や事業関係者が必要としている支援を把握して対応する
6) 自殺手段の規制
- 既存のデータを分析して自殺の頻発地域を特定する
- 頻度の高い自殺方法（首吊り）に関する研究を支援する
7) 評価と研究の推進
- 死亡データのレビューを優先し、自殺の登録時期を早める
- 自殺と自損に関係する既存のデータを監査する
- Health Service Executive が自殺と自殺行動に関する統計データを公表するのを上記により支援する
- 革新的な自殺研究を計画する

## ②イングランドにおける国家自殺対策戦略と評価

イングランドの人口は、5,562 万人であり、自殺者数は 4,451 人である（2017 年）。

### 【国家自殺対策戦略】

イングランドでは、2002 年に最初の国家自殺対策戦略（National Suicide prevention Strategy for England）が労働省によって策定された後、2012 年に現在の国家自殺対策戦略（Preventing Suicide in England: A cross-government outcomes

strategy to save lives) が保健省 (Department of Health) を中心に策定され、改定が 2017 年に行われた。戦略では、自殺が様々な困難の蓄積の結果生じるものであり、その複雑性に対処するために包括的な取組が必要だという、わが国の自殺総合対策と共通する理念に基づいており、多部門の主体的な関与を定めている。また、イングランドでは自殺者の 2/3 が精神科医療にかかっていないことから、自殺対策においては、精神科医療ではなく地方政府 (local government) の役割が重要視されている。

戦略の目的は、自殺死亡率の低減と自死遺族等への支援の充実であり、自殺死亡率については、2015 年から 2020 年の間に 10% 低減する目標を掲げている。

**Preventing Suicide in England の overall objectives**

- ・自殺死亡率の低減 (a reduction in the suicide rate in the general population in England)
- ・自死遺族等への支援の充実 (better support for those bereaved or affected by suicide)

また、目的を達成するために、6 つの重点施策 (key areas of action) が明記された。

**Preventing Suicide in England の key areas of action**

- 1) 高リスク者対策 (reduce the risk of suicide in key high-risk groups)  
[注 1]
- 2) 特定の集団における精神保健の向上 (tailor approaches to improve mental health in specific groups)

[注 2]

- 3) 自殺手段の規制 (reduce access to the means of suicide)
- 4) 自死遺族等への支援 (provide better information and support to those bereaved or affected by suicide)
- 5) メディアへの支援やインターネット上での対策 (support the media in delivering sensitive approaches to suicide and suicidal behaviour)
- 6) 研究や評価等の推進 (support research, data collection and monitoring)

[注 1] 高リスク者として、若者男性・中高年男性、精神疾患患者、自損行為者、犯罪者、特定の職業従事者 (医師、看護師、獣医師、農家) が想定されている。

[注 2] 特定の集団として、子ども・若年者、被虐待者、退役軍人、慢性疾患患者、うつ病患者、社会経済的弱者、薬物乱用者、LGBT、黒人・アジア人等が想定されている。

国家自殺対策戦略では、それぞれの重点施策について、地域における有効な事業や施策と国の支援策が示されており、それぞれの自治体 (local authority) は、地域の実情を勘案して、多部門を巻き込んで自殺対策計画を策定することとなっている。また、自治体における計画策定を支援するため、保健省は、自殺死亡率、自殺リスク要因の頻度、サービス利用状況等、自殺対策に係る統計データを自治体ごとに整理し、自殺対策プロファイル (Suicide Prevention Profile) として 2015 年 3 月より公開している。

地域計画を策定した自治体の割合は、国家戦略の策定後3年時では2/3であったものの、2018年12月時では、策定中の2自治体を除くすべての自治体において計画は策定済みとなっている。

**【戦略の評価】**

全国レベルでの評価結果は、すでに4回公表されている(①2014年1月、②2015年2月、③2017年1月、④2019年1月)。

評価には、国家自殺対策戦略顧問団(National Suicide Prevention Strategy Advisory Group)が関与している。顧問団の主な役割は、自殺対策における新たに生じた課題や、事業の優先順位等について保健社会福祉省(Department of Health and Social Care)や他の関係者に助言することである。顧問団の座長は精神保健、格差と自殺対策大臣(Minister for Mental Health, Inequalities and Suicide Prevention)とマンチェスター大学教授であり、メンバー40名弱である。

これまでの報告書の構成は以下となっている。

<p><b>Preventing Suicide in England の progress report の概要</b></p>
<p>第1回報告書(2014年1月)            タイトル: Preventing suicide in England: One year on - First annual report on the cross-government outcomes strategy to save lives            主な項目:            1) 全国の自殺死亡率の推移            2) 地域での取組に有用な最近の研究成果            3) 地域において強化すべき対策              -自傷行為</p>

<p>-経済的危機にある者の精神保健            -自死遺族等への支援            -中年男性            -子どもと若年者            -コロナ制度との関わり方</p> <p>4) 国の支援策            5) 次年の地域の自殺対策での配慮事項</p>
<p>第2回報告書(2015年2月)            タイトル: Preventing suicide in England: Two years on - Second annual report on the cross-government outcomes strategy to save lives            構成:            1) 全国の自殺死亡率の推移            2) 地域での取組に有用な最近の研究成果            3) 男性の自殺対策の強化            4) ソーシャルメディアの役割            5) 地域において強化すべき対策              -公衆衛生の役割              -NHSの役割              -公的組織の役割              -民間団体の役割</p> <p>6) 国の支援策            7) 次年の地域の自殺対策での配慮事項</p>
<p>第3回報告書(2017年1月)            タイトル: Preventing suicide in England: Third progress report of the cross-government outcomes strategy to save lives            構成:            1) 重点施策の進捗状況              -高リスク者対策                若者男性・中高年男性                精神疾患患者                犯罪者                特定の職業従事者</p>

<p>自損行為者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-特定の集団における精神保健の向上</li> <li>子ども・若年者</li> <li>薬物乱用者</li> <li>周産期の精神保健</li> <li>失業保険受給者</li> <li>-自殺手段の規制</li> <li>乗り物</li> <li>医療施設内の見直し</li> <li>-自死遺族等への支援</li> <li>-メディアへの支援やインターネット</li> </ul> <p>上での対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-研究や評価等の推進</li> <li>研究</li> <li>統計データ</li> </ul> <p>2) 自殺対策連盟 (National Suicide Prevention Alliance) の活動</p>
<p>第4回報告書 (2019年1月)</p> <p>タイトル: Preventing suicide in England: Fourth progress report of the cross-government outcomes strategy to save lives</p> <p>構成:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 全国の自殺死亡率の推移</li> <li>2) 重点施策の進捗状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>～第3回報告書と同じ項目～</li> </ul> </li> <li>3) 自殺対策連盟の活動</li> </ol>

イングランドでは、自殺者数は翌年に公表される。第4次報告書では、2017年の自殺死亡率(人口10万対)は9.2と、2015年の10.1から低下していることが「全国の自殺死亡率の推移」に関する章に示されている。また、2020年での評価は、2021年に実施される予定だが、より統計的に頑強な分析として、3年間の移動平均による評価も予定しているとのことである。

重点施策ごとの進捗状況については、指標による評価ではなく、分野ごとの取組の方針や実施内容の概要の紹介が主である。

#### D. 考察

すでに多くの先進諸国が国家自殺対策戦略を策定している。松林らは、OECD加盟国における包括的な自殺対策と自殺率の変化との関連を調べ、国家自殺対策戦略の策定は特に若年者と高齢者における自殺率の低下に有効であることを示した[6]。

自殺対策戦略が自殺行動に関する統計データを考慮して策定される以上、計画の長期的効果も自殺統計データ上の変化を考慮して検証されるのが理に適っている。一方、自殺対策は様々な施策の組み合わせとして包括的に実施されるため、短期的な成果や個々の取組の進捗管理の検証については、取組ごとに別途、評価項目を定める必要がある。

アイルランドは人口500万人以下とわが国と規模は異なるが、Connecting for Lifeにはわが国の自殺総合対策大綱の基本方針と共通する点も多い。自殺統計が公表されるまで年数がかかることもあり、中間評価の材料は、施策ごとの実施内容であり、中間評価の目的は、個別の取組ではなく、より大きなまとまりの施策ごとの進捗評価となっている。評価は、完全な内部評価ではなく、施策の担当部署がデータを提供し、外部の委員により構成される評価顧問団により実施される。また、進捗状況の分析には、Consolidated Framework for Implementation Research[5]が用いられている。評価の実施時期は、戦略策定3年後であり、情報収集から評価結果の公表まで



約半年かかっている。

イングランドは、1～2年ごとに評価を実施している。自殺統計が翌年に公表されることから、報告書では自殺死亡率の推移が冒頭で紹介される。しかし、自殺死亡率に基づく検証、特に戦略の効果という観点からの評価については、これまでの報告書においては明確な議論はなされていない。イングランドの国家自殺対策戦略の目的は、自殺死亡率の減少と自死遺族等への支援の充実であるが、これらを踏まえた、戦略の効果の評価がどのようになされるかは、今後の活動を待たねばならない。自殺死亡率については、より統計的に頑強な分析を用いて、長期的な視点から評価が行われるものと考えられる。報告書の主な内容は、個々の施策についての現状や方針等であり、最新の研究成果や社会情勢等の変化に対応するためのコメントなども含まれていることが特徴である。

## E. 結論

進捗評価については、具体的な評価指標を定めて客観的に評価するとともに、実施体制や取組の特徴も踏まえた解釈と提言を行う必要性が示唆された。その際の理論的枠組みとして、Consolidated Framework for Implementation Researchは、有効であると考えられた。

自殺対策が様々な関連施策と連携した総合的な公衆衛生の取組として実施されることから、効果の評価にあたっては様々な技術上の課題が残されている。自殺死亡率の推移については、確率的な不確実性を考慮して分析し、戦略の効果を長期的な視点から評価するための材料とすることが必要で

あると考えられる。その際に、他の政策や社会情勢の変化などの影響についても多角的に評価が必要になる。

自殺総合対策推進センターは、自殺対策におけるPDCAサイクルを推進するためのしくみ作りを進めている。自殺総合対策推進センターは、全国の地方公共団体が実施した事業や施策に関する情報を効率的に収集し、事業や施策の進捗や課題を検証することで、自殺対策のPDCAサイクルの各段階の政策過程に必要な知見の充実を図るとともに、地域自殺対策推進センターが管内市町村における地域の実情を踏まえた適切な進捗管理等への支援等を行うことができるよう支援していくこととしている。また、主要な事業や施策については、自殺総合対策推進センターが作成した地域自殺実態プロファイルデータの推移等も参照しながら実施方法等に関する評価を行い、地域自殺対策政策パッケージの更新等を通じて、地域レベルの実践的な取組への支援を強化していく。

## (参考文献)

- [1] World Health Organization, “コミュニティーが自殺対策に主体的に関与するための手引きとツール集,” 2019. [Online]. Available: [https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/20190214c\\_Preventing%20suicide%20toolkit\\_jp.pdf](https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/20190214c_Preventing%20suicide%20toolkit_jp.pdf). [Accessed: 05-Apr-2019].
- [2] Alberta Health Services, “Effective suicide prevention approaches and evaluation of national strategies. Summary

- report,” Alberta Health Services, Edmonton, 2018.
- [3] B. D. Kelly, “Are we finally making progress with suicide and self-harm? An overview of the history, epidemiology and evidence for prevention,” *Ir J Psychol Med*, vol. 35, no. 2, pp. 95-101, 2018.
- [4] E. Griffin, E. McMahon, F. McNicholas, P. Corcoran, I. J. Perry, and E. Arensman, “Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007-2016,” *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 53, no. 7, pp. 663-671, Jul. 2018.
- [5] L. J. Damschroder, D. C. Aron, R. E. Keith, S. R. Kirsh, J. A. Alexander, and J. C. Lowery, “Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science,” *Implement Sci*, vol. 4, p. 50, Aug. 2009.
- [6] T. Matsubayashi and M. Ueda, “The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations,” *Soc Sci Med*, vol. 73, no. 9, pp. 1395-1400, Nov. 2011.

## F. 研究発表

1. 論文発表
  - 1) 金子善博, 木津喜 雅, 本橋 豊. 特集:行政におけるデータ利活用の動向. 地域自殺対策計画策定に資する自殺統計データの実用化. 統計 2019;70(4):17-24
2. 学会発表
  - 1) Motohashi Y. Successes of the National Suicide Prevention Strategy in Japan. mhGAP Forum 2018 (Geneva, Switzerland, October 2018)

国外の自殺対策担当機関の役割に関する研究  
～フランス全国自殺観察機構について～

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター センター長  
研究分担者 木津喜 雅 自殺総合対策推進センター 室長  
研究分担者 金子 善博 自殺総合対策推進センター 室長

研究要旨

目的：フランスの自殺対策に関する全国組織である Observatoire national du suicide (ONS; 全国自殺観察機構) の役割と業務の実態を自殺総合対策推進センターと比較することで、我が国における自殺総合対策推進センターの役割と業務に示唆を得ることを目的とする。

方法：訪問調査（2019年3月13日午後2時～4時）によるインタビューを行い、その他、関連情報を文献調査により補足した。

結果：2016年に設立された ONS は2つの作業部会を持つ。自殺と自殺未遂の監視、および自殺対策に関連するエビデンス収集・整理と研究プロジェクトの実施である。ONS は幅広い委員構成からなる委員会組織であり、事務局を社会保健省の DREES に設置している。ONS は自ら調査研究を行うことはなく、関係機関の持つデータの活用や改善、外部の研究者、民間団体等への研究委託等を行っている。フランスの地域自殺対策の現状についても確認した結果、地域圏保健計画に基づき地域圏毎に未遂者支援事業が計画、実施されていた。

結論：自殺統計の精度や対策の実施、充実度に関しては日本が優れていると思われたが、未遂者の把握に関する医療受診歴の活用など各種の公的マイクロデータの利活用等については参考にすべき点があった。

日本の自殺対策のなかで、ワンストップサービスについて ONS サイドから関心がもたれた。我が国の自殺対策施策の国外への情報発信を行うことで、各国の自殺対策担当機関との連携を図り、学術的な連携だけではなく、実務面での国際連携に発展させることができるかもしれない。若年層で課題となる SNS プラットフォームも国際化しており、国際的な連携が、国境を越えたボーダーレス社会における SNS 対策等の一助となるかもしれない。

## A. 目的

フランスの Observatoire national du suicide (ONS; 全国自殺観察機構) は、2013年に設立された自殺対策に関連する省庁横断的な組織である。本邦に於いて ONS の活動については幾つかの報告がされているが、その組織やミッションについての概括的な報告は行われていない。その役割と業務の実態を自殺総合対策推進センターと比較することで、我が国における自殺総合対策推進センターの役割と業務に示唆を得ることを目的とする。

## B. 方法

2019年3月13日午後2時～4時に ONS に訪問調査を行った。また、インタビュー内容だけでは不十分な点は、事前および事後の文献調査により補足した。

## C. 結果

### (1) 概要

フランスの Observatoire national du suicide (ONS; 全国自殺観察機構) は、2013年に設立された省庁横断的な組織でありメンバーは議会、省庁、関係機関、関係団体および大臣が任命した専門家からなり、総会を年2回開催する。フランス保健福祉省の DREES(調査研究評価統計局、1998年設立) に事務局を置く。設置要綱の翻訳を付録1に示す。

現在、ONS は2つの作業部会を持つ。一つは自殺と自殺未遂の監視に焦点を当てており、この分野の既存情報の収集をより適切に調整することを目的としている。二つ目は、既存の研究や研究を特定し、新しい研究を開始することである。この部会では、自

殺対策に関連するエビデンス収集・整理と研究プロジェクトの実施を行っている。ONS は自ら調査研究を行うことはなく、関係機関の持つデータの活用や改善、外部の研究者、民間団体等への研究委託等を行っている。

ONS 事務局はフランス社会保健省内の Santé Publique France (フランス公衆衛生局)、INSEE (国立統計経済研究所) および DRESS のメンバーから構成される。主に、自殺と自殺未遂の監視に関する作業部会を Santé Publique France と INSEE のスタッフが担当し、自殺対策に関連するエビデンス収集・整理と研究プロジェクトの実施に関する作業部会を DREES のスタッフが担当している。

ONS は設立以来、2年毎に報告書を公表している。2014年の第1巻では、設立の経緯と当初の課題に関する進捗状況の報告が行われていた。2016年の第2巻では、各課題に関する報告に加え、自殺統計の精度向上の必要性と自殺の地域差がテーマとされていた。2018年の第3巻では、各課題に関する報告に加え、若年者対策をテーマに取り上げられている。また、その他の資料も公表している。本報告では適宜、関連資料から引用し捕捉する。

### (2) 自殺と自殺未遂の監視

自殺と自殺未遂の監視については、自殺に関する統計データの整理として、

- ・自殺死亡統計の改善
  - ・自殺未遂による入院の評価
  - ・自殺未遂と自殺念慮の質問調査
- などを行っている。

自殺死亡統計の改善については、地域に

より自殺の補足率に違いがあり、自殺者数の把握が正確に出来ていない事、つまり過小報告が課題となっていたことから、CepiDC（死亡原因疫学センター）において死亡診断書の電子化、およびそのコーディングの改善を関係機関と共に実施している。地域毎の過小報告の検討などから、公表されている自殺者数 9715 人（2012 年）に対して、10700 人の自殺（約 10%の過小評価）があったと推計されている。フランスの基礎自治体単位であるコミューン毎の自殺者数の公表は個人情報保護などのため行われていない。

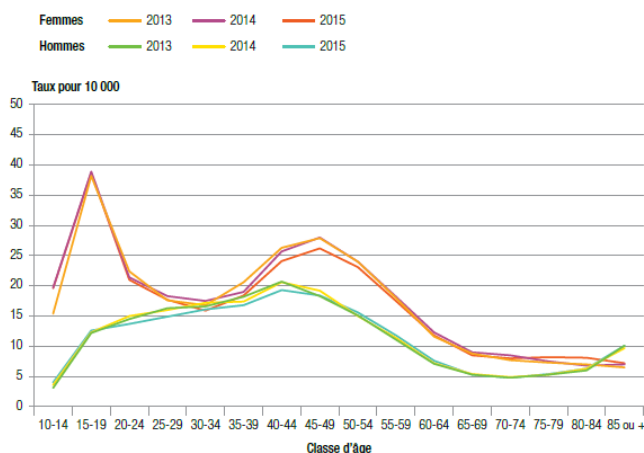
また、この自殺死亡統計の分析として、死亡診断書と DADS（社会保障年次報告データ/INSEE）や政府内の他のデータベースを組み合わせた社会経済要因の分析を行っている。職業別の自殺の分析の結果、農業従事者がフランス国内の職業に関連したハイリスクグループとして認識されている（これについては別途、後述）。

なお、フランスでは 1970 年代に政府の持

つ個人情報の保護に関する国民的議論があり、省庁横断的な個人情報利活用については慎重な対応が求められてきた経緯がある（統計学 2011:100;91-99 <http://www.jsest.jp/wp-content/uploads/Toukeigaku/journal/100toukeigaku/nisimura.pdf>）が、そのような背景の中で自殺対策に関するデータの改善や分析が行われている。

自殺未遂による入院の評価については、医療受診歴を分析することにより実施されている。一般入院データベース（PMSI-MCO）、精神科入院データベース（RIM-P）および救命救急データベース（Oscour®）の 3 つを用い、未遂者の入院歴から未遂者数を評価している。悉皆的な捕捉とはなっていないが、2013 年には約 79000 人の入院した未遂者を計上している。我が国と同様、若年女性の自殺未遂が多い事が報告されている。医療機関を受診したが入院しなかった未遂者の評価も行われており、年間 19 万人程度とのことである。

**GRAPHIQUE 3 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus par sexe et classe d'âge, de 2013 à 2015 (PMSI-MCO)**



**Lecture** • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes de la classe d'âge 10-14 ans était de 3 pour 10 000.  
**Champ** • France entière.  
**Sources** • ATIH, traitements Santé publique France.

図 性年齢階級別の自殺未遂の入院率（人口1万対）（ONS2018）

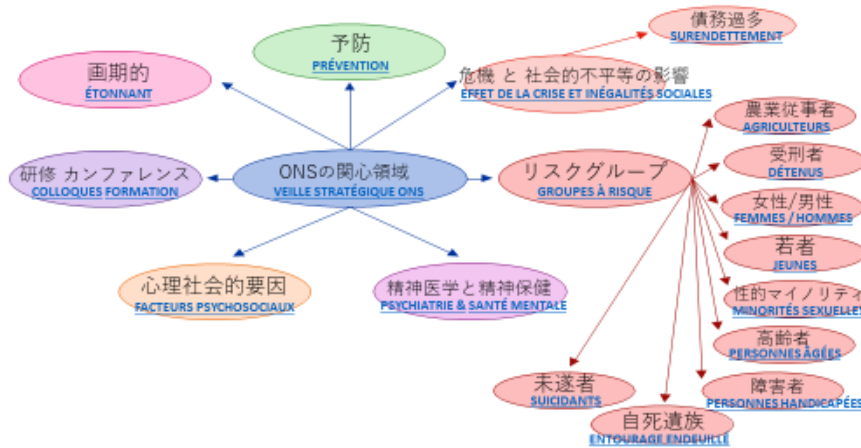
自殺未遂と自殺念慮の住民調査については、主に INPES (現, Santé Publique France) により実施されてきた住民調査 Baromètre santé (健康バロメーター調査) 中の質問項目で評価されている。この調査は毎年行われているが、数年毎に生涯および過去12ヶ月間の自殺未遂と自殺念慮についての項目が調査に組み入れられ実施されている。

(3) 自殺対策に関連するエビデンス収集・整理と研究プロジェクトの実施

自殺対策に関連するエビデンス収集・整理については、ONS 事務局が実施しており、定期的に報告が公表されている。そこでは以下のマインドマップに示す関心領域に沿って、情報収集整理が行われ、文献リストが提供されている。図には ONS の目指す方向性が簡潔に示されている。あげられている関心領域のうち、リスクグループに含まれる農業従事者および受刑者については、自殺統計の分析から抽出されたものとなっている。

# ONSにおける自殺対策の関心領域

(ONS – Veille stratégique - Parution n° 10 L'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide, 2018)



また ONS のイニシアチブにより自殺対策の研究プロジェクト(委託研究)が実施されている。各分野の専門家 15 人により構成される委員会により各プロジェクトの決定や評価が行われる。

第 1 期のプロジェクトは 2015 年から開始され以下の 5 課題が実施されている。インタビューを行った 2019 年 3 月時点では各プロジェクトの最終報告は行われていなかった。

- ・自殺の危険性をスクリーニングするバイオマーカーの研究
- ・自殺リスクをスクリーニングする質問票の妥当性の検証
- ・自殺予防支援組織の収集したテキスト情報の分析
- ・高齢者の自殺企図に関連する認知機能障害の検討
- ・仕事と自殺との関連の研究

第 1 期と並行して、2018 年から若年者の課題を対象としたプロジェクトが実施され

ているとのことである。また、2019 年からは職域問題を対象にプロジェクトが実施される予定である。

## (4) 自殺対策事業

フランスの地方行政組織は、region (地域圏、全国で 22)、department (県、全国で 96)、commune(コミューン(基礎自治体)、全国で 3.6 万以上)の 3 階層からなる。フランスの自殺対策は、地域レベルでは主として地域圏レベルで実施されており、一部の大都市を除きコミューンのレベルでは実施されていない。コミューンの多くは小規模で、自殺統計の提供や公表も行われていない。ONS の報告書では、地域圏や県ごとの自殺死亡率や手段の特徴などが報告されている。

各地域圏には、Agence Régional de Santé (ARS、地域圏保健庁)が設置されている(松本 2014)。そこで各地域圏の公衆衛生政策全般を取り扱う Schéma régional de

santé (SRS、地域圏保健計画) が策定され、これに基づいて各地域圏での自殺対策が実施されている。

例えばパリ市を中心とするイルドフランス地域圏（自殺者数の過小報告が課題となっている地域圏）の 2018-22 地域圏計画のなかでは、若年者の重要な課題として自殺未遂が挙げられているが、対策としては僅かに「自殺未遂後のフォローアップの仕組みを構築する。」ことの記載があるに留まっている (ARS Ile-de-France, 2018)。

これに対応した事業として、医師、心理士等向けの自殺リスクアセスメントと危機介入の研修事業および、未遂後半年間、医療関係者によるフォローアップを行う体制整備事業が行われる。これは未遂による入院後 10 日から 21 日後に最初のコンタクトが図られ、リスクアセスメント結果に従った介入が行われるものである。(例えば、研修の案

内は ( <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mise-en-oeuvre-de-formation-de-prevention-au-suicide-en-ile-de-france>、フォローアップ体制整備事業については、<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-dispositif-de-prevention-du-suicide-vigilans-deploye-dans-les-yvelines>を参照)

他に自殺死亡率が高いブルターニュ地域圏の計画 (Projet regional de sante de Bretagne PRS2018-2022、同地域の SRS) の中では、精神保健上の 3つの重点課題の一つとして自殺予防が取り上げられ、その対策として未遂者へのフォローアップやハイリスク者への支援、地域の自殺予防に関わる関係機関、団体のネットワーク形成と人材育成が挙げられている。

また、ONS 等を中心に民間団体によるヘルプラインの活動の認証や記録フォーマットの統一化を図り、利用状況の把握の改善等を図っている。

## 考察

ONS では自殺対策の射程を日本と同様に社会経済要因まで広く見据えているが、地域における自殺対策については心理的危機対応、未遂者支援等に留まっていた。自殺統計の精度や対策の実施、充実度に関しては日本が優れていると思われたが、未遂者の把握に関する医療受診歴の活用など各種の公的マイクロデータの利活用等については参考にすべき点があった。

事前に送った資料や日本の自殺対策の状況の説明のなかで、相談支援に関するワンストップサービスについて ONS サイドから関心がもたれた。ディスカッションの中で、様々な生活問題を抱える相談者が、一箇所で精神医学的問題だけでなく生活問題や法的問題に関する相談を受けることが出来る仕組みの利便性についてはフランスでも参考になる、と話題となった。

我が国の自殺対策施策の国外への情報発信を行うことで、各国の自殺対策担当機関との連携を図り、学術的な連携だけではなく、実務面での国際連携に発展させることができるかもしれない。若年層で課題となる SNS プラットフォームも国際化しており、国際的な連携が、国境を越えたボーダーレス社会における SNS 対策等の一助となるかもしれない。

## 参考資料

1. ONS. Suicide : état des lieux des



- connaissances et perspectives de recherche -1er rapport. 2014.
2. ONS. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport. 2016.
  3. ONS. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport. 2018.
  4. ONS. Veille stratégique (各号)
  5. ARS Ile-de-France. Schéma régional de santé (SRS) 2018-2022.
  6. ARS Bretagne . le projet régional de santé 2018 - 2022.
  7. 松田晋哉. 国際的視野から見た労働条件・働き方と自殺問題に関する研究: フランス事例研究. 自殺総合政策研究 2018;1;59-63.
  8. 西村善博. 【資料】フランスにおける個人情報保護法と個人データの統計利用に関する B. リヤンディの報告 (解題と翻訳) . 統計学 2011;100;91-99.
  9. 松本由美. フランスにおける保健事業—健康増進・予防をめぐる政策的取組み—. 健保連海外医療保障 2014. 102:1-8.

## 政令、省令、通知

### 全文

#### 社会保障・保健省

#### 全国自殺観察機構設置に関する

2013 年 9 月 9 日 政令番号 2013-809 号

NOR: SFSE1322721D

- 公的關係者** : 議会、行政、保健専門職、専門家、研究者、団体
- 目的** : 全国自殺観察機構の設置
- 政令の発効日** : 政令の条文は公表の翌日に発効する
- 留意事項** : 全国自殺観察機構設置に関する政令は保健大臣(*minister chargé de la santé*)の所管である。保健大臣は機構の使命と組織を決める。全国自殺観察機構は独立した多分野横断的組織である。その使命は自殺及び自殺未遂に関する知見を統合し向上させること、自殺予防に関する公共政策の効果を評価し、とくに自殺予防に関する提言を行うことである。全国自殺観察機構はとりわけ以下のような構成員によって構成される。すなわち、国会議員、主管する中央省庁の局長と実務担当者、専門家、研究者、保健専門職、民間団体代表者、である。機構は毎年報告書を作成し、公表するものとする。
- 参照箇所** : 本政令は *Légifrance* (<http://www.legifrance.gouv.fr>) のサイトで参照可能である。

内閣総理大臣は、社会保障大臣及び保健大臣との協力を得て、

設置、組織の構成、行政的委任に関連するものは 2006 年 6 月 8 日 政令番号 2016-672 号に基づき；

国家公務員の配置に関わる財源の規則の条件と支払い方式については 2006 年 7 月 3 日 政令番号 2006-781 号に基づき、以下のとおり布告する。

**第1条：**－全国自殺観察機構 (un Observatoire national du suicide) は4年の時限において、保健大臣の主管のもとで、独立した多分野横断的組織として、以下の業務を行う。

- －自殺及び自殺未遂のデータの多様な分析を調整し、縦断的追跡調査手法を改善すること；
- －自殺及び自殺未遂行動のリスク要因とその作用機序についての知見を増加させること；
- －自殺に関するデータベースへのアクセスを促進しデータ分析結果を広く普及させつつ、自殺に関する調査と自殺の兆候の情報収集に関する体制を整備促進し評価を行うこと；
- －自殺及び自殺未遂の予防に関する公共政策の効果を評価すること；
- －提言を行うこと、とりわけ自殺予防に関する提言を行うこと。

**第2条：**－全国自殺観察機構は保健大臣により主管される。

役職者の構成は次のとおりである：

－下院議長 (L'Assemblée nationale) ならびに上院議長 (le Sénat) により任命される下院議員2名、上院議員2名；

－研究 (recherche)、教育研究 (études)、評価、統計を所管する局長あるいはその部局を代表する者

－保健局長あるいは部局を代表する者

－医療局長あるいは部局を代表する者

－社会連帯局長あるいは部局を代表する者

－労働局長あるいは部局を代表する者

－研究・教育研究・統計活性化部長あるいは部局を代表する者

－刑事行政部長あるいは部局を代表する者

－国家警察長官あるいは部局を代表する者

－学校教育局長あるいは部局

－評価・将来予測・業績評価部長あるいは部局を代表する者

－高等教育および職業学校担当局長あるいは部局を代表する者

－農業・農産物・森林省の長官あるいは部局を代表する者

－保健大臣に任命された地域保健局の代表者

－労働条件指導評議会の代表者

－勤労者疾病保障全国金庫の代表者

－自営業者社会保険制度の代表者

－全国農業相互扶助中央金庫の代表者

－全国自営業者連帯金庫の代表者

－以下の組織の各代表者

－高齢者衛生研究所

－国立予防医学・健康教育研究所

－国立若者・集団教育研究所

- 国立労働災害・職業病予防研究安全研究所
- 国立福祉及び医療福祉施設・サービスの評価と質保証研究所
- 公衆衛生研究所
- 以下の研究教育センターの各代表者
  - 死因究明疫学センター
  - 保健経済学の研究・文書研究所
  - 地域健康観察全国連盟
  - 国立人口研究所
  - ノール・パ・ドウ・カレー精神保健地域連盟
- 保健大臣が省令で定める代表者のリストと様式にもとづく自殺の領域で介入を実施している 8 つの団体の代表者
- 保健大臣が省令で定める 4 年を時限とした、3 名の精神科医、1 名の一般医、1 名の救急医、1 名の産業医、1 名の老年科医、1 名の法医学者
- 保健大臣が省令で定める 4 年を時限とした資格を有する 2 名の人物

この組織の代表者は研究・教育研究・統計局長が担う。

研究・教育研究・統計局はこの組織の事務局を担う。

**第 3 条**— 全国自殺観察機構は、業務執行の年度計画を決定し業務開始日を定める機構長の召集により、会合を開催する。

全国自殺観察機構は、その使命の一環として、その内部に作業グループに対して、指標に関する調査研究や研究の実施を命じることができる。

全国自殺観察機構は毎年報告書を作成し公表するものとする。この報告書には総括的な現状報告及び作業グループの成果報告を含めるものとする。

**第 4 条**— 国家教育大臣、国璽尚書担当大臣、法務大臣、社会保障及び保健大臣、内務大臣、労働・雇用・職業訓練・社会対話大臣、高等教育・研究大臣、農業・農産物・森林大臣の各大臣は、それぞれの職務範囲において、フランス共和国の官報に公表予定の本政令の執行に責任を有する。

2013 年 9 月 9 日

Jean-Marc Ayrault  
内閣総理大臣により制定

社会保障大臣及び保健大臣  
Marisol Touraine

国家教育大臣  
Vincent Peillon

国璽尚書担当大臣

法務大臣

Christiane Taubira

労働・雇用・職業訓練・社会対話大臣

Michel Sapin

農業・農産物・森林大臣

Stéphane Le Foll

内務大臣

Manuel Valls

高等教育・研究大臣

Geneviève Fioraso

## ベトナムにおけるメンタルヘルス、自殺対策の現状と課題

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター  
研究協力者 藤田 幸司 自殺総合対策推進センター  
研究協力者 松永 博子 自殺総合対策推進センター  
研究協力者 渡邊 香 国立看護大学校

研究要旨：自殺総合対策推進センターは、世界保健機関（WHO）のコラボレーションセンターであることから、アジアの途上国における精神保健及び自殺対策における協力関係の構築が重要なミッションとなっている。本研究は、世界保健機関西太平洋地域事務局（WPRO）に属するベトナム社会主義共和国（以降、ベトナム）を訪問し、ベトナムの精神保健及び自殺対策の現状と課題を調査することにより、わが国の先進的な自殺対策の提供と、ベトナムとの協力関係を構築することである。

方法：2018年3月18日～22日に、ベトナムのハノイ市にあるベトナム国立精神保健研究所、ベトナム保健省、WHO ベトナムオフィスを訪問し、ベトナムの自殺及び自殺対策の現状について聞き取り調査と資料収集を行った。

結果：ベトナムの自殺死亡率は人口10万人あたり7.3人であり、フィリピン3.2、マレーシア5.5、インドネシア3.4よりも高い（2016年）。近年、男性の自殺率は増加傾向にあり、自殺者の年齢構成では20歳～59歳が最も多い。また、自殺手段としては、農薬等の服毒によるものが多いことが特徴的であり、農業国であることからパラコートなどの農薬を入手しやすいことが背景にあると考えられる。また、男性の特に若い世代におけるアルコール常飲者が多く、アルコールが関係した事件（傷害など）で検挙されるのも16歳～30歳といった若い世代が特に多いことから自殺との関連も想定される。ベトナムにおける保健政策では、医療システムや医師、看護師等の人材養成、保健システムの整備、プライマリーヘルスケアの強化などが優先課題であり、また、母子保健対策や感染症対策が優先されているのが現状である。従って、自殺対策の優先順位は低いのが実情である。自殺に関する統計データの整備等も遅れており、自殺に関する調査研究も少ない。

考察：ベトナムでは、急速な経済成長によって、貧富の格差が拡大している。自殺対策に関する法制度や政策は未整備であり、自殺に関する統計データの整備も進んでいなかった。日本の最新の自殺対策をベトナムに公共政策輸出することにより、ベトナムの自殺対策の推進に資する国際協力になると考えられる。

## A. 研究目的

2018年3月18日から22日にかけて、自殺総合対策推進センターは、世界保健機関(WHO: World Health Organization)のコラボレーションセンターとしてWHO西太平洋地域事務局(WPRO: WHO Regional Office for the Western Pacific)加盟国であるベトナム社会主義共和国(以降、ベトナム)を視察訪問した。目的は、ベトナムの精神保健及び自殺対策の現状と課題を調査し、日本の先進的な自殺対策について情報交換を行い、自殺対策・精神保健等の関係者・専門家との協力関係の構築することである。

## B. 研究方法

2018年3月18日から22日にかけて、自殺総合対策推進センターはハノイにあるベトナム国立精神保健研究所(NIMH: National Institute of Mental Health)、ベトナム保健省(MoH: Ministry of Health)、WHOベトナム事務所(World Health Organization Representative Office in Viet Nam)を訪問し、関係者との協議及びヒアリングを行った。訪問調査の日程及び協議内容は表1のとおりである。

表 1. 訪問調査の日程及び協議内容等

年月日	場所	協議内容	協議・聞き取りを行った相手
3月19日	ベトナム精神保健研究所	ベトナムにおける精神保健及び自殺の現状、研究などについて	Dr. Nguyen Van Tuan (Clinical Psychiatrist)
			Dr. Duong Minh Tam (Lecturer of Hanoi Medical University & Institute of Mental Health) 他
	ベトナム保健省(母子保健部門)	ベトナムにおける精神保健及び自殺の現状、自殺対策、統計などについて ベトナムにおける母子保健対策について	Dr. Dinh Anh Tuan (Deputy Director, MCH Department)
			Dr. Nghiem Thi Xuan Hanh (Senior Officer, MCH Department)
			Mrs. Tran Thi Minh Huong (Midwife, Officer, MCH Department)
			Dr. Momoe Takeuchi (Team Coordinator Health System Development)
3月21日	WHOベトナム事務所	ベトナムにおける精神保健及び自殺の現状、自殺対策、統計などの取組と課題について	Dr. Jun Nakagawa (Programme Management Officer)
			Dr. Nguyen Tuan Lam (Technical Officer Prevention and Control of Non-communicable Diseases and Health promotion)
			Mr. Nguyen Phuong Nam (Technical Officer Prevention and Control of Non-communicable Diseases and Health Promotion)
			Ms. Nguyen Thi Y Duyen (unicef Child Protection Specialist, Child Protection Programme)

## C. 研究結果

### 3-1. ベトナムの概要

ベトナムはインドシナ半島の東に位置し、面積約 33 万km<sup>2</sup>、総人口約 9,370 万人（2017 年、ベトナム統計総局）<sup>1)</sup> と東南アジアではインドネシア、フィリピンに次ぐ第 3 位の人口規模を有する国である。

1975 年にベトナム戦争終結、1976 年のベトナム社会主義共和国成立による南北統一の実現により、共産党一党支配の社会主義体制における集権的な計画経済が推進された。しかしながら、ベトナム戦争終結後も、カンボジアや中国との戦争が続いたことから、他国に比べて大きく経済成長が遅れたため、1980 年代までは食料不足や貧困に悩まされ、世界の最貧国の一つと言われていた。1986 年のドイモイ（刷新）政策導入以降は、計画経済から市場経済への転換政策としての資本主義経済の導入、海外資本による投資の受け入れといった対外開放政策が実施されている。1989 年頃よりドイモイの成果が上がり始め、1995 年～1996 年には 9% 台の経済成長率を記録した。アジア経済危機の影響から一時成長が鈍化したものの、海外直接投資の順調な増加も受けて、2000 年～2010 年の平均経済成長率は 7.26% と高成長を達成し、2010 年に（低位）中所得国となった。2011 年以降マクロ経済安定化への取り組みに伴い成長率が若干鈍

化した一方で、インフレを抑制しつつ安定的に成長している（直近 5 年間の成長率は 2012 年 5.2%、2013 年 5.4%、2014 年 5.98%、2015 年 6.68%、2016 年 6.21%）<sup>1)</sup>。

ベトナムは積極的な国際経済への統合を掲げており、2007 年には世界貿易機関(WTO:World Trade Organization)加盟を果たした。近年では、環太平洋パートナーシップ協定 (TPP:Trans-Pacific Partnership Agreement) への参加や、2015 年には欧州連合 (EU) との自由貿易協定 (EVFTA) の合意に至っている。

外交的には、1995 年 7 月、米国と国交正常化し東南アジア諸国連合 (ASEAN: Association of South East Asian Nations) に加盟、2010 年には議長国を務めた。1998 年 11 月、アジア太平洋経済協力 (APEC: Asia-Pacific Economic Cooperation) に正式参加、2006 年と 2017 年には議長国を務めた。2008 年 1 月、国連安全保障理事会非常任理事国 (任期 2008 年～2009 年) に就任し、2013 年 11 月、国連人権理事会理事国 (任期 2014～2016 年) に選出されるなど、国際社会での存在感と役割の重要性が高まっている。

ベトナムの主な保健指標、教育指標は表 2 の通りである<sup>2)</sup>。



表 2. ベトナムの人口・保健・教育指標

人口 (2016)	94,569 千人
人口増加率 (2016-2030)	0.8%
平均寿命	76 年
5 歳未満児死亡率	22
合計特殊出生率 (TFR)	2.0
成人識字率	94%
初等教育就学率 (2011-2016)	男性 109% 女性 108%
中等教育就学率 (2011-2016)	男性 93% 女性 95%

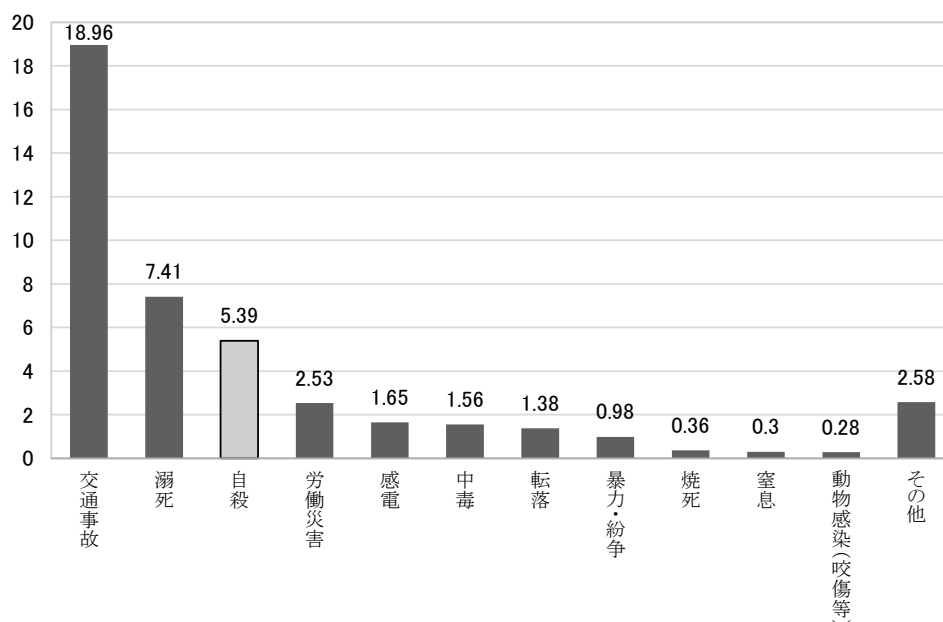
出典：unicef「世界子供白書 2017」

### 3-2. ベトナムの自殺の現状と課題

ベトナムの人口は、94,569,000 人であり、平均寿命は 76.0 年である (2016 年)<sup>2)</sup>。ベトナム保健省による 2012 年の報告では、事故等の傷害による死亡は全死亡数の約 10%となっている。

2012 年の傷害死亡率 (人口 10 万対) は、交通事故 18.96、次が溺死 7.41、自殺 5.39 となっており、自殺は 3 番目に多い傷害死亡原因となっている (図 1)<sup>3)</sup>。

(人口10万対)



出典：ベトナム保健省 injury mortality statistics 2012

図 1. 原因別傷害死亡率 (2012 年)

ベトナムの自殺死亡率は、人口 10 万人あたり 7.3 人であり、フィリピン 3.2、マレーシア 5.5、インドネシア 3.4 よりも高い（2016 年）<sup>3)</sup>。

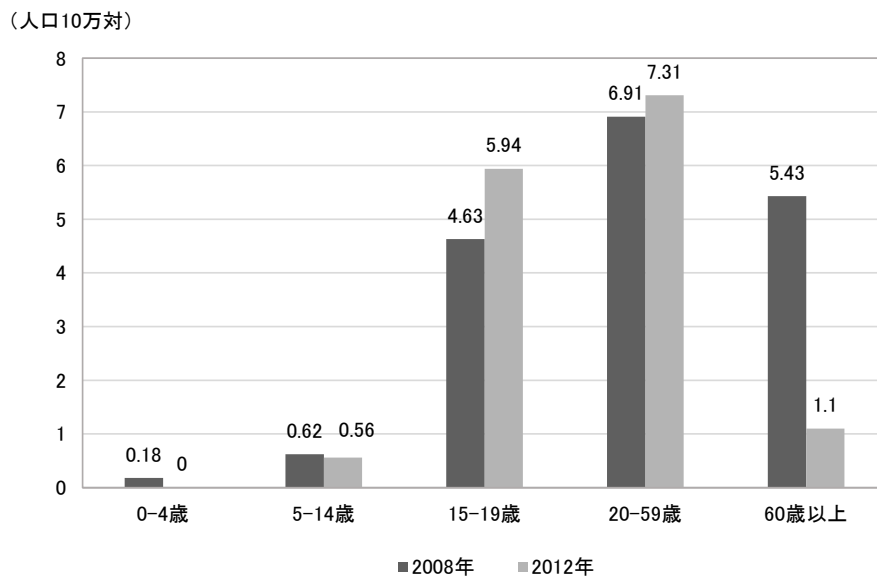
WHO 西太平洋地域事務所（WPRO）に属する主要国の年齢調整自殺死亡率は表 3 の通りである<sup>4)</sup>。

さらに、2008 年と 2012 年における年齢グループ別の自殺死亡率をみると、15 歳～19 歳及び 20 歳～59 歳で増加しており、自殺死亡率は 20 歳～59 歳で最も高くなっている。一方、自殺死亡率は 60 歳以上において大きく低下しており、1.1 と低い（図 2）<sup>3)</sup>。

表 3. WPRO 管内の主要国における年齢調整自殺死亡率（2016 年）

国名	年齢調整自殺死亡率 (人口 10 万対)
地域平均	8.45
韓国	20.2
日本	14.3
モンゴル	13.3
ラオス	9.3
ベトナム	7.0
マレーシア	6.2
カンボジア	5.9
フィリピン	3.7

出典：WHO, Global Health Observatory



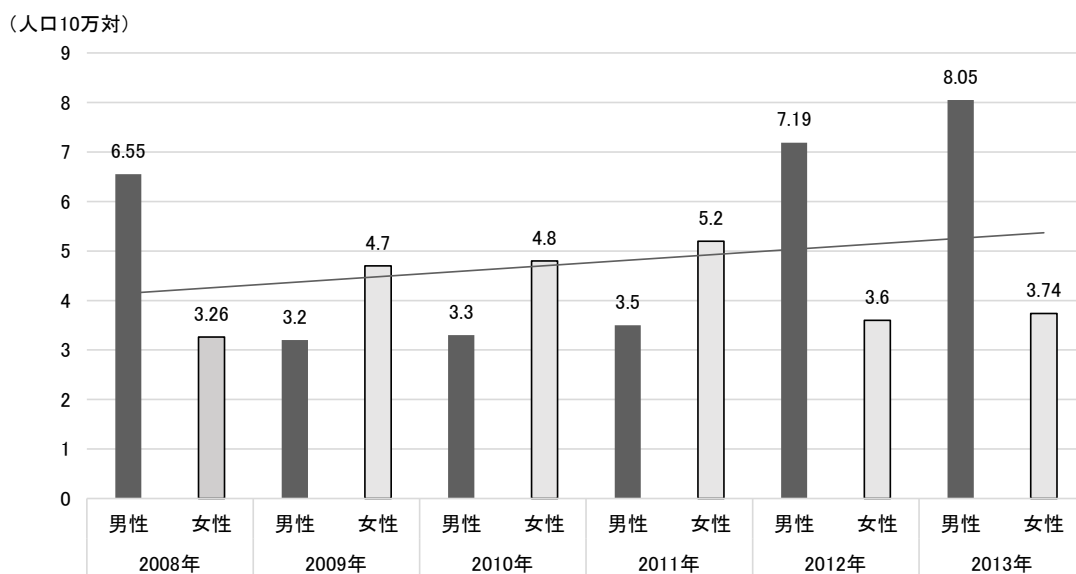
出典：ベトナム保健省 injury mortality statistics 2012

図 2. 年齢グループ別自殺死亡率（2008 年・2012 年）

次に、2008年から2013年における自殺死亡率の傾向を性別にみると、男性では2008年の6.55から2009年には3.2と半減し、2010年3.3、2011年3.5であったが、2012年に7.19と倍増し、2013年には8.05と増加している。逆に、女性においては、2008年は3.26であったが、2009年4.7、2010年4.8、2011年5.2と微増し、その3年間は男性に比べ高くなっている。2012年の男性における自殺死亡率は女性の倍以上となり、2013年にはその差はさらに大きくなってい

る(図3)<sup>3)</sup>。

自殺手段に関しては国によるデータはないものの、2008年に病院に搬送され命を取り留めた自殺未遂者310人のデータによれば、服薬97.7%(睡眠薬28.1%、その他の薬44.2%、殺虫剤25.4%)、首吊り1.3%、その他1%であった<sup>3)</sup>。その他の薬では、農薬(パラコート)が最も多く、ベトナムは農業国であることから農薬を入手しやすいことが背景にあると考えられる。



出典：ベトナム保健省 injury mortality statistics 2012

図3. 性別にみた自殺死亡率の推移 (2008年～2013年)

2003年と2008年の国の調査では、希死念慮の要因として、性別、飲酒(飲酒経験・家族の飲酒)、親の離婚が挙げられている<sup>3)</sup>。つまり、女性、飲酒経験あり、親が離婚している方が、そうでない人よりも希死念慮を感じている割合が有意に高いという結果が示されている。特にアルコールに関しては、14歳になる前に飲酒をした

経験がある人はそうでない人に比べ希死念慮を有する割合が2.4倍、飲酒する親と暮らしている若者は、そうでない人と比べ希死念慮を有する割合が1.7倍であることが報告されている<sup>3)</sup>。

これまでの報告から、ベトナムにおける自殺対策の課題として以下の5点が示された<sup>3)</sup>。

①法律や政策などによる自殺対策のための法

## 整備

- ②年齢によるアルコールの飲酒制限
- ③一般病院と精神科病院との連携強化
- ④自殺についての啓発活動と教育
- ⑤実態調査研究によるデータの蓄積

これらの課題を踏まえ、メンタルヘルスの国家戦略として 2016 年から 2025 年の期間に実施すべき計画の目標として以下の 7 点が掲げられた<sup>3)</sup>。

- ①2025 年までに自殺者を 20%削減
- ②年齢によるアルコール制限を行う法律の施行
- ③自殺に関する実態調査の実施（分析を活かした介入研究についても想定している）
- ④精神科医療の専門家及び精神科医療以外のケアスタッフ、報道へのガイドラインの作成
- ⑤メンタルヘルスに係る専門職の養成
- ⑥学校教育の場における自殺に関するプログラムの発展と拡充
- ⑦自殺に対するコミュニティ全体の意識と責任感の向上

### 3-3. ベトナム精神保健研究所の研究と活動、役割

ベトナム精神保健研究所（NIMH： National Institute of Mental Health Bach Mai Hospital）は、研究だけではなく診療も行う保健省（MoH： Ministry of Health）とハノイ医科大学との研究所になる。NIMH の役割は、研究と政策提案、診療であり、ストレス関連障害科、児童精神科、老人精神科、気分障害科、統合失調症科、研究科と 6 つの部署から成る。研究そのものは重要だと考えているものの、日々の診療に

追われ、あまり研究は出来ていないのが実情であり、自殺に関する研究も、小規模のもの（1 つの学校や 1 つの町など）程度に留まっていた。

ベトナムにおける自殺に関するデータをまとめたわけではないが、これまでの経験から、自殺手段に関しては、服毒自殺が多いのが特徴であり、中でも農薬によるものが多く、その場合すぐに死に至らないが、入院して 2～3 週間後に死に至るといった経過を多く診ており、政府に対して特定の農薬の輸入制限を設けるよう提言を行っている段階である。

ベトナム精神保健研究所は、現在、広い分野で医療連携などを進めている。1999 年頃から、てんかん（癲癇）の研究をはじめ、国内の精神保健に対応してきた。近年では、アルコール依存・薬物依存などからの回復支援も行っている。

ベトナムでは、近年、自殺が増加傾向にあるが、自殺に対する統計やデータは蓄積されていないのが現状である。国としても、心理士などの人材養成を行うなど、精神科医療体制の構築段階にある。また、ベトナム精神保健研究所では、うつなどの精神疾患の治療は、精神科医師だけで対応するのではなく、心理士などの専門職と連携し行うものであると考えていた。

### 3-4. ベトナムにおけるメンタルヘルスの現状及び対策に関して

WHO ベトナム事務所、生活習慣病と健康のチームの 2014 年の報告<sup>5)</sup>によれば、非感染性疾患の内、精神疾患が 14.2%であり、自殺死亡率は人口 10 万人あたり 5.39 人（2012 年）<sup>3)</sup>であった。また、アルコール常飲者（アルコールとは、ビール、ウィスキー、ワイン、お米を原料とした蒸留

酒である自家醸造酒を指す)は18歳~29歳で75.3%、30歳~49歳で81.8%、50歳~69歳で71.2%、男性全体では77.3%であり、男性の常飲者が多く、特に若い世代に多い<sup>5)</sup>。お酒について若い人を対象にした調査では、13歳~17歳で30日間お酒を飲んでいないのは男性31.7%、女性16.5%であり<sup>5)</sup>、アルコールが関係した事件(傷害など)で検挙されるのも16歳~30歳といった若い世代が特に多く、自殺との関連も想定される。

2015年には、山間部の少数民族が多いDien Bien省において、フォーカスグループディスカッションによる質的研究及び1年間に及ぶ自殺企図者や自殺についての量的研究が行われている<sup>6)</sup>。その結果、希死念慮の要因として、質的調査からは、女性、年齢が18歳~21歳、学歴が低く、従業者である親と同居している子供といった特徴が示され<sup>6)</sup>、量的調査からは、333人の自殺企図者と73人自殺者のうち女性の占める割合は48%であったと報告された<sup>6)</sup>。また、自殺者・自殺企図者の37%がランゴン(lá ngón, ゲルセミウム・エレガンス)という毒草を自殺手段にしていた<sup>6)</sup>。

Dien Bien省における研究において、18歳~21歳の子どもを対象にインタビューや観察を行い、自殺の要因として、女性であることや、ストレス対処能力としてSense of coherence(首尾一貫感覚)が低いことが明らかとなった。また、プレッシャー、知識、信頼のできる大人の存在が鍵となっていた<sup>7)</sup>。

子供や若者への支援には、まず、精神疾患に対するスティグマを取り除いてもらい、うつなどに関して学ぶ機会を設け、互いが理解して協

力できるような普及活動が優先課題である。しかしながら、メンタルヘルスに関してベトナムのレベルはまだ低く、特に小児(児童)精神科医が少ないのが現状である。心理学を学んだ専門職のサポート体制があれば良いが、心理学を学んだ者が専門職として従事する状況にない(例えば、ソーシャルワーカーは給料が安いいため、なり手がいない)。また、WHOと共に普及活動に参画してくれるNPO団体などとのコーディネイトをする人材も不足している。つまり、ベトナムにおいては、精神疾患患者へのケアはほとんどできていない状況にある。

unicefの担当者から挙げられた、ベトナムにおけるメンタルヘルス対策に関する課題は以下の4点であった<sup>5)</sup>。

- ①ベトナム保健省(MoH)や労働傷病兵社会問題省(MOLISA)との連携不足
- ②メンタルヘルスサービスの不足
- ③メンタルヘルスサービスは健康保険でカバーされていない(精神疾患に関するステイグマの問題がある)
- ④メンタルヘルスに従事する人員の不足

また、それらへの対応として、以下の5つの改善策を示した<sup>5)</sup>。

- ①メンタルヘルスサービスと地域の病院との連携
- ②メンタルヘルス関係に従事する人の養成
- ③多量服薬防止のための対策の構築
- ④ベトナム保健省(MoH)や労働傷病兵社会問題省(MOLISA)との連携強化
- ⑤若年・青年へのメンタルヘルス教育の実施

### 3-4. ベトナムにおけるヘルスケアシステム

ベトナムでは、中央レベルである保健省の下に省レベル、郡レベル、コミュンレベルがあり、医療機関の機能やサービスはレベルごとに規定されている（図4）。第一次医療機関であるコミュンヘルスステーション（CHS）は、予防・健康増進活動・簡易検査などプライマリーケアを提供する。郡病院も第一次医療機関であり、省病院は第二次医療機関である。CHSより上位の医療機関は病院機能を有し、バックマイ病院（ハノイ）、フェ中央病院（フェ）、チョーライ病院（ホーチミン）の3大国立総合病院が基幹病院である（第三次医療機関）<sup>8)</sup>。

ベトナムでは近年、民間医療機関が増えてきており、2015年までに171の民間病院（全病院の11%、総病床数の4.8%）と30,000以上の民間クリニックが開設されている。民間医療機関は都市部に集中しており、外来診療のみの医療機関が多いものの、診療時間の柔軟性など患者の満足度は高く、公的機関の負担軽減のため、政府も設立を後押ししている<sup>9)</sup>。

ベトナムでは、郡医療機関から省医療機関、さらに中央医療機関と、重症患者を高次医療施設に紹介・搬送するレファラルシステムが導入されている。患者は、レファラルシステムに沿って診察を受けることで低額な医療費で受診できる保険診療の対象となる。しかしながら、健康保険の人口カバー率が高いにもかかわらず、健康保険があまり利用されていない。その主な要因としては、下位レベルの保健医療機関（特に郡病院）では人材や医療機材が不十分でサービス提供能力が低いこと、多くの患者が質の高い医療サービスを求めて、直接、上位レベルの医療機関を訪れることが多いことがあり、第三

次医療機関への患者の集中をもたらしている<sup>9)</sup>。

ベトナムは、ドイモイ政策以降、民間保健医療サービスの自由化、自己負担制度や医療保険制度の導入等の様々な改革を行ってきており、保健医療は大きく改善されている。しかしながら、貧困格差の拡大、医療サービスの地域格差増大（都市部と農村部）が新たな問題となってきたとともに、予算不足や行政管理能力などの課題も多い。

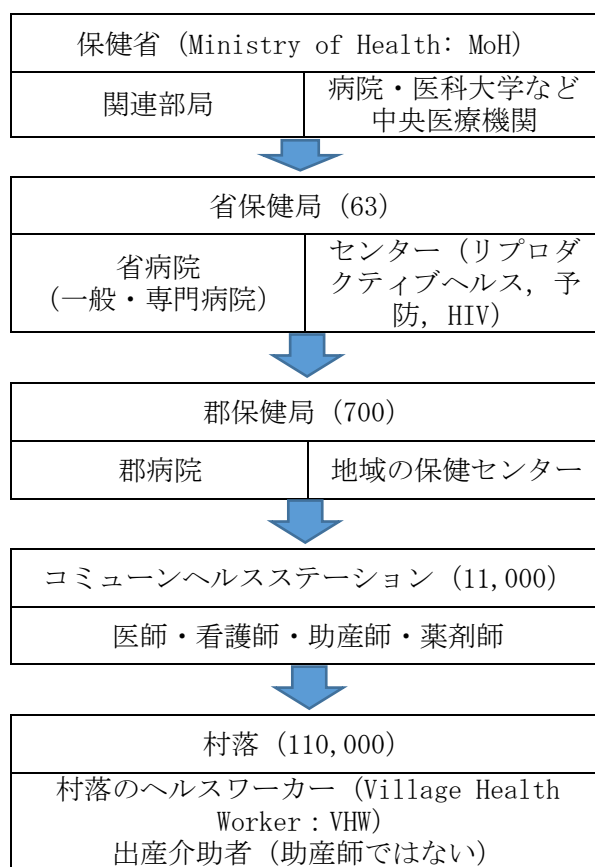


図4. ベトナムにおけるヘルスケアシステム

### 3-5. ベトナムにおける母子保健事業の現状と課題

ベトナムには2つの母子保健政策があり、これを実現するために、国がアクションプランを実施しているところである。専門的なガイドライン作成に関しても政策に対応し、行っていく

予定である。例えば、妊婦期間を安全に過ごすこと、新生児のケア、新生児の管理、出産時のトラブルの対応などであり、助産師の資格も明確に決められている。

ベトナムの妊産婦死亡率は、他の東南アジア諸国に比べ低い水準である。出産前のヘルスケアに関しても、妊婦診察を3回以上もしくは4回以上受けた人が66%、新生児のケアについても90%行われるようになってきた<sup>8)</sup>。しかしながら、ベトナム保健省のデータ(2007年~2008年)によれば、妊産婦死亡数都市部は36人だが山間部は108人となっており、山間部に住む少数民族の妊産婦死亡率は都市部の3倍である。特に、少数民族の多い北ベトナムの調査(2015)では、妊産婦死亡の低い地区では20人だが、高い地域では143人という値を示している<sup>8)</sup>。5歳未満児死亡率は1990年には58%であったが年々減少し、2016年には21.8%となった<sup>8)</sup>。しかしながら、子供の死亡に関しても、妊産婦と同様に地域による差が生じている。ベトナム保健省によると(2015年)、北ベトナム地区の乳幼児死亡の約3分の2は少数民族の新生児であり、地域・民族による差が顕著である<sup>8)</sup>。

人工妊娠中絶に関しては、毎年30~40万件の報告がされているが、違法な処置についてはカウントされていない。避妊の方法が徹底されておらず、避妊に関する知識も低いことから、妊娠が進んでからの墮胎や、墮胎を繰り返すといった問題も生じている。健康保険のカバー率が86%にあがり、中央から山岳部までの診療体制が整備されたものの、健康保険に対する意識は低く、山間部へのサポート体制が整っていない。

2015年から2020年までの優先すべき対策と

して以下、7点のポイントが挙げられた<sup>8)</sup>。①産科小児科ケアに携わる保健スタッフの数量と質の向上、②産科・小児ケアサービスの質の向上、③医療不足の地域でのスタッフの福利厚生確保、④産科及び小児科に散見する施設従業員の負担軽減、⑤インフラ(不可欠な設備)などのための予算拡大、⑥山間部の少数民族への情報提供とその拡充、⑦母親と新生児ケアの安全に関するコミュニティの意識、行動を高める。そのためには、①草の根レベルでの保健人材の能力とスキルの向上、②産科及び小児科のサービスの質の改善、③母子保健事業のデータと報告システムの質の向上といった取組が必要である<sup>8)</sup>。

#### D. 考察と結論

ベトナムは、急速な高度経済成長に伴い、人々の健康状態は大幅に改善され、疾病構造も感染症中心から非感染症型へ移行し、死亡原因における非感染症の割合は約70%を占める(2012年)<sup>9)</sup>。しかしながら、先進国と比較すると、まだ感染症の割合が大きい。ベトナム保健省は、「保健セクター開発5カ年計画(2011-2015)」において、①病院の混雑解消、②公立保健医療施設における財政メカニズムの刷新、③国民皆保険に向けたロードマップの実施、④草の根レベルのヘルスケアとプライマリーヘルスケアの強化、⑤保健人材育成強化、⑥デマンドベースの保健サービス提供にかかるパイロットプロジェクトの実施、⑦効果的な医療コミュニケーションと健康教育の強化を保健医療政策の優先課題として挙げている<sup>9)</sup>。保健医療政策における優先課題として、非感染症の分野からは、がん、糖尿病、高血圧などとともに、精神疾患が挙げ

られてはいるが、統合失調症などが中心である。

ベトナムにおける保健政策では、医療システムや医師、看護師等の人材養成、保健システムの整備、プライマリーヘルスケアの強化などが優先課題であり、また、母子保健対策や感染症対策が優先されており、自殺対策の優先順位は低いのが実情である。自殺に関する統計データの整備等も遅れており、自殺に関する調査研究も少ない。

ベトナムの自殺についての特徴としては、農薬による自殺が多いことが特徴であるものの、対策は十分にとられていない。ベトナムでは、自殺対策に関する法制度や政策はほとんど未整備であり、わが国における先進的な自殺対策に関する情報を提供することが、ベトナムの自殺対策の推進に資するものと考えられる。具体的には、農薬等の危険薬物についての管理、アルコール摂取に関する健康影響や依存症等についての普及啓発、アルコール購入や店舗での飲酒に対する年齢制限、ゲートキーパー養成等の人材養成などである。

また、地域においてメンタルヘルス・自殺対策を推進するために、コミュニケーションヘルスセンターを基軸とした母子保健事業の枠組みを用いて、メンタルヘルスケアを推進していくことが効果的かつ有効であると考えられる。

#### 参考文献

- 1) 外務省(2018), ベトナム基礎データ  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html> (2018年4月18日アクセス)
- 2) ユニセフ, 「世界子供白書 2017」  
<https://www.unicef.or.jp/sowc/data.html> (2019年4月4日アクセス)
- 3) Tran Quoc Bao (2018), Brief Introduction Suicide Prevention in Viet Nam (WHO ベトナム事務所から提供)
- 4) World Health Organization (2018), Global Health Observatory data.  
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en> (2018年9月15日アクセス)
- 5) WHO Viet Nam 事務所資料
- 6) unicef (2017), The nature of suicide amongst children and young people in Viet Nam.  
<https://www.unicef.org/vietnam/media/986/file/Suicide%20briefing.pdf> (2018年6月6日アクセス)
- 7) unicef (2017), Suicide amongst ethnic minority girls in Dien Bien.  
<https://www.unicef.org/vietnam/media/991/file> (2018年6月6日アクセス)
- 8) Maternal and Child Health Department Ministry of Health (2018), Reproductive health care program in Vietnam. (ベトナム保健省より提供)
- 9) JICA. ベトナム国健康保険制度に係る情報収集・確認調査 ファイナルレポート  
[http://open\\_jicareport.jica.go.jp/pdf/12](http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/12)



F. 健康危険情報なし

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

1) 松永博子, 藤田幸司, 渡邊香, 金子善博,  
本橋豊. ベトナムにおける自殺対策の現状. 第  
77回日本公衆衛生学会総会, 10月, 郡山市, 2018.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

第3回国際自殺対策フォーラム  
自殺対策の政策評価の基礎となるエビデンスの提供と活用  
2019年2月2日（土）開催

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター長  
研究協力者 近藤 克則 国立長寿医療センター老年学・社会科学研究センター老年学評価研究部長  
／千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門教授  
研究協力者 高橋 義明 公益財団法人中曽根康弘世界平和研究所研究本部主任研究員  
研究協力者 藤田 幸司 自殺総合対策推進センター自殺総合対策研究室長  
研究協力者 金子 善博 自殺総合対策推進センター自殺実態・統計分析室長

**研究要旨：**本フォーラムは自殺総合対策に関する様々な知見を国内外の関係者が共有し、お互いの理解を促進することを目的としている。

**研究方法：**基調講演者には、韓国の忠清南道広域精神健康福祉センター副センター長の金渡潤（Kim Doe Yoon）先生を招聘し、韓国の地方（農村）における地域社会の自殺予防の最新動向について講演をお願いした。午後のシンポジウムでは、5名のシンポジストによる報告と、我が国の自殺対策への政策提言が討議された。

**結果と考察：**基調講演では、金先生より韓国の農村部の一つである忠清南道の自殺対策を紹介いただいた。その中で、官民学の連携や住民の自治に基づいた地域社会の自殺対策およびネットワークの強化を進めていく必要性が紹介された。シンポジウムでは、近藤克則教授（国立長寿医療センター老年学・社会科学研究センター老年学評価研究部長／千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門）から日本老年学評価研究の調査（JAGES調査）データ・ニーズ調査データの分析から自殺死亡率に関連するソーシャルキャピタルやその他の地域・社会環境要因の検証結果と地域マネジメント支援システムのプロトタイプの紹介があった。高橋義明先生（公益財団法人中曽根康弘世界平和研究所研究本部主任研究員）から近年、若者に急速に普及してきたスマートフォン、SNS利用の援助希求意識への影響の報告があった。本橋豊センター長（自殺総合対策推進センター）からは2018年にWHOが公表した「コミュニティが自殺対策に主体的に関与するための手引きとツール集」を紹介しながら、生活空間が多様化し単に地域にとどまらない現代社会に様々な存在するコミュニティをどのように自殺対策に巻き込むのかを、今後の自殺対策の政策評価の上で考慮する必要があることが紹介された。金子善博室長（自殺総合対策推進センター）からは、地域自殺実態プロファイルと地域自殺対策政策パッケージの現状、および今後の更新

の方向性について紹介された。

藤田室長（自殺総合対策推進センター）からは、「自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引（JSSC2018）」を紹介しながら、自死遺族等支援の地域格差解消のための方向性が紹介された。基調講演およびシンポジストの報告を受け総合討議を行った。

本フォーラムを通じて、自殺対策の政策評価のためには、地域の社会経済要因や最新の地域の動向を十分に考慮する必要があること、そして今後はそれらの評価のフレームワークのシステム構築が重要であることが確認された。

#### A. 研究目的

本フォーラムは、自殺対策の政策展開に関して学術的な意見交換を行うことを目的とした。2019年2月2日（土）に開催された第3回国際自殺対策フォーラムでは「自殺対策の政策評価の基礎となるエビデンスの提供と活用」をテーマに、現在の自殺総合対策大綱にもとづき展開されつつある日本の自殺対策の評価の方向性について、学術的知見を討議した。

2017年7月25日に閣議決定された自殺総合対策大綱では、自殺対策の基本方針として次の5つが示された。すなわち、1) 生きることの包括的な支援として推進する、2) 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む、3) 対応の段階に応じたレベルごとの対策を効果的に連動させる、4) 実践と啓発を両輪として推進する、5) 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業および国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する、である。

本フォーラムでは、基調講演者として、韓国の忠清南道広域精神健康福祉センター副センター長の金渡潤（Kim Doe Yoon）先生を招聘し、韓国の農村における地域社会の自殺予防の最新動向について講演をお願い

した。

また、同日午後のシンポジウムでは、自殺対策の評価につなげるための最新の研究成果について情報を共有し、現場へ還元することを目的とした。

#### B. 研究方法

プログラムは以下のとおりであった。

- (1) 開催日時： 2019年2月2日（土）
- (2) 場所：一橋講堂 中会議場
- (3) 参加者：約50名

<プログラム>

開会挨拶

本橋 豊氏（自殺総合対策推進センター長）

<午前の部>

基調講演

座長：本橋 豊（自殺総合対策推進センター）

金 渡潤（Kim Doe Yoon）（忠清南道広域精神健康福祉センター 副センター長（韓国））：韓国の地方（農村）における地域社会の自殺予防の最新動向

<午後の部>

シンポジウム： 自殺対策の政策評価の基礎となるエビデンスの提供と活用

司会：木津喜 雅（自殺総合対策推進センター一室長（国際連携担当））

1. 近藤 克則（国立長寿医療センター 老年学・社会科学研究センター老年学評価研究部長／千葉大学 予防医学センター社会予防医学研究部門 教授）：自殺に関する地域レベルの社会的決定要因
2. 高橋 義明（公益財団法人中曽根康弘世界平和研究所研究本部 主任研究員）：インターネット仮想空間における若者の援助希求意識と自殺予防
3. 本橋 豊（自殺総合対策推進センター長）：Community Engagement と自殺対策
4. 金子 善博（自殺総合対策推進センター 自殺実態・統計分析室長）：地域自殺実態プロファイルと地域自殺対策政策パッケージの実用化について
5. 藤田 幸司（自殺総合対策推進センター 自殺総合対策研究室長）：自死遺族等支援の情報提供体制整備・地域格差解消

### C. 研究結果

<基調講演要旨>抄録集（日本語訳）より転載

金 渡潤（忠清南道広域精神健康福祉センター 副センター長）：韓国の地方（農村）における地域社会の自殺予防の最新動向

韓国は OECD 諸国において 13 年連続して自殺が最も多い国である。その韓国の中で自殺率の最も高い地域のひとつが、忠清南道（Chung cheongnam-do）である。2017 年の時点では韓国の人口 10 万対の自殺率が 24.3 であり、これは OECD 諸国の中で 2 番目に高い。一方、忠清南道の自殺率は 31.7 であり、韓国において一番高い自殺率を有する地域となった。しかしながら忠清南道の自殺率は、過去 9 年間で全国の自殺率低

下の 2 倍の減少が認められた。韓国の自殺率は 2009 年の 31.0 から 2017 年の 24.3 へと 6.7 の減少が見られたが、忠清南道では 2009 年の 45.8 から 2017 年の 31.7 となり、全国（6.7）のほぼ倍にあたる 14.1 の減少が見られた。特に自殺率の減少は高齢者に顕著に表れ、2009 年の 124.4 から 2017 年の 65.1 へと 59.3 もの減少が見られた。これまで忠清南道の自殺問題においては、65 歳以上の高齢者の自殺が最も大きな問題となっており、高齢者の自殺率を減少させることに重点的に力が注がれてきたことが要因のひとつだろう。

自殺リスクのある環境を改善するために、2011 年から自殺手段の規制が強化されるようになった。具体的には、2011 年から 2018 年 12 月現在までに、服毒自殺が起りやすい農村地域において、計 200 のマウル（注：「まち・むら」を意味する。）に対し 6,877 個の農薬安全ボックスを普及させた。それに加えて、マウル単位の自殺予防事業である「Life Love Happy Village」（生命愛の幸福マウル）のモデル事業（注：韓国の行政区画上の単位である「巴」「面」「里」「洞」の中で、80～120 世帯程度の「里」「洞」を対象とした事業。）を実施し、忠清南道の高齢者の自殺率を過去 10 年間の半分までに減らすような政策的効果をもたらした（当然、社会的環境要因として、命にかかわる毒物である Gramoxone の生産と販売は 2012 年に完全終了し、老齢基礎年金の支給額が上がった）。最近では、保健診療所（注：マウル単位ごとにある保健所の分所。医者（軍に在隊中である医者）、看護師もおり、医療診察を行っている）が事業運営する「Life Love Happy Village」のモデル事業に 372

のマウルが参加しており、主な内容としては農閑期にマウルから身体的・精神的な健康プログラムの提供、訪問サービス、また生命保険社会貢献財団の後押しによって農薬安全ボックスの提供が行われた。

忠清南道の高齢者の自殺率を半減させた主な政策要因は、うつスクリーニング検査の積極的な実施、医療費支援、高齢者へのケースマネジメントであった。2012年には65歳以上の高齢者11万人を直接訪問し、高齢者のうつ及び自殺リスクに関する大規模調査が行われた。2回目の調査は、既に調査を受けた高齢者のうちハイリスク群にあたる6,678人に対して実施されそのうち318人に対して継続的なケースマネジメントが行われた。また2012年以降、一人暮らしの高齢者を中心にうつスクリーニング検査を行い、その検査によって浮かび上がったハイリスク群には、生命愛ジキミ（注：いのちを支える人を意味する）、メンタリング事業を実施した。2017年には3,200人の高齢者がうつ病の医療費に対して支援を受け、2018年には1,962人がケースマネジメントの対象として登録された農薬安全ボックスの提供事業や「Life Love Happy Village」のモデル事業、高齢者うつ病の実態調査および医療費支援事業、そしてメンタリング事業といった、高齢者に特化した事業により、高齢者の自殺率を大幅に減少することができた。

忠清南道のエビデンスに基づく自殺予防研究は、農村型心理学的剖検で開始された。心理学的剖検は忠清南道で自殺率が最上位の4つの市と郡を対象にして2012年～2013年に行われた。警察の協力を受け、2011年には自殺者名簿に基づいて遺族と連絡を取

ったが、同意を得られない事例も多かったことから調査はわずか25件に留まった。しかしながら、遺族、親戚、知人、警察担当者へのインタビュー、また警察や病院の記録を踏まえて、自殺に至った経緯を実証的に確認することができた。以上から、典型的な自殺の事例を導出し、農村地域の自殺モデルや心理社会的要因の相互作用モデルが提示された。

その後、忠清南道で改めて行われた心理社会的剖検は、自殺者数が一番多い天安市を対象に2016年から2017年に実施された。前回とは異なり、都市部の若年層と中年層（青壮年層）を含めた全年齢層を対象に行われた。都市部における自殺者の詳細な住所に基づき、自殺が集中している地域を指定するために天安市地域の自殺の地理的分布図を作成し、地域社会の現地調査と関係者へのインタビューを通して社会階層集中分析を行った。心理社会的剖検のみならず地域社会のプロファイルを通して、全年齢層の自殺の原因を明らかにし、自殺が頻繁に起こる場所を見出すことができた。

これまでの忠清南道の自殺対策の成果は、過去10年間に全国の自殺率の減少と比較して少なくとも2倍の減少が見られたことである。さらに65歳以上の高齢者の自殺率も半減した。しかし、自殺率に格差がある状態で、地方自治体レベルでの自殺予防事業が実施されたため、実際には忠清南道の自殺率は国内において依然高いままである。忠清南道の今後の課題は、自殺未遂者支援および自死遺族支援を強化すること、高齢者の自殺予防事業の充実化を図ること、自殺率が上昇しつつある20代～30代の女性や40代～50代の男性の自殺対策、さらに自殺

の多い都市部の対策を整えていくことである。日本で進められている「生きることの包括的支援」としての自殺対策に沿って、韓国とりわけ忠清南道では、民官学の連携や住民の自治に基づいた地域社会の自殺対策およびネットワークを強化していくために、自殺予防事業の認知度をさらに高めていかななくてはならない。

＜シンポジウム＞抄録集より転載

1. 近藤 克則（国立長寿医療センター 老年学・社会科学研究センター老年学評価研究部長／千葉大学 予防医学センター社会予防医学研究部門 教授）：自殺に関する地域レベルの社会的決定要因

#### ・背景と目的

自殺には、喪失体験や経済的理由による精神的な不健康などの個人要因だけでなく、地域環境要因も関連があることが報告されている。しかしそのプロセスの解明は進んでいない。一方内閣府は、2010年以降市区町村単位の自殺統計を公表、2016年には市区町村に対して「市区町村自殺対策計画」の策定と実施が義務づけられた。これにより、地域レベルの自殺対策を立案するための、地域間比較による地域診断や経時的なモニタリング、取り組み評価のための指標の開発が期待されている。しかしそうした研究はまだ充分ではない。

そこで本研究では、自殺のリスクであるうつ割合に対しソーシャルキャピタル（社会的関係から得られる資源）が抑制的な関連を示すのか、また地域・社会環境要因と自殺率がどのような関連を示すのかを明らかにすること、これらの結果を踏まえ、自殺対策のための地域マネジメント支援シ

ステムのプロトタイプを開発することを目的とした。

#### ・対象と方法

2010年、2013年、2016年におこなわれた日本老年学評価研究の調査（以下 JAGES 調査）に協力を得られた市区町村および、2013年と2016年におこなわれた日常生活圏域ニーズ調査（以下ニーズ調査）に協力を得られた市区町村を対象として、データを作成した。政令指定都市については、区を単位としてデータを作成した。市区町村数は、2010年が30市区町村、2013年が170市区町村、2016年は149市区町村となった。これらの市区町村のうち、人口30,000人以上の市区町村を分析の対象とした。

自殺率は3年間の平均値を用いた。地域・社会環境要因として、地域・地理変数を各省庁から公表されているデータにより作成した。社会への不参加率などのソーシャルキャピタル変数、経済格差（ジニ係数）やうつ割合は、JAGES 調査データ・ニーズ調査データから算出した。

市区町村を分析単位として、地域相関分析および重回帰分析を行った。地域マネジメント支援システムの開発には、Instant Atlas<sup>®</sup>を用いた。

#### ・結果

うつが多い地域では男性の自殺が多く（ $f3=0.34$ ）、地域の社会参加と社会的サポートあり割合が高いと男性の自殺率が低かった（ $f3=-0.36\sim-0.26$ ）。自殺率との間には社会不参加率は同年に、社会的サポートでは2年遅れで相関係数が大きかった。社会参加と社会的サポートの割合2%ポイント

以上の変動と自殺率変動との間には 2～5 年遅れのタイムラグで相関が認められた。一人当たりの所得が低い地域、高齢化地域、人口減少地域で自殺率が高かった。また降雪量、平均気温、日照時間と自殺率との間に有意な相関がみられた。ジニ係数が大きい地域で自殺率が高く、ジニ係数が小さくなった市区町村では自殺率が下がる傾向がみられた。これらの分析で関連が見られた指標を用いて、インターネット上で、市区町村間や指標間で比較できる、自殺対策のための地域マネジメント支援システムのプロトタイプを開発した。

#### ・結論

自殺率やうつ割合に対しソーシャルキャピタル変数が抑制的な関連を示し、多くの地域・社会環境要因と自殺率との関連があきらかになり、自殺対策のための地域マネジメント支援システムのプロトタイプを開発できた。今後、未検討の変数についての分析や 2017 年以降の自殺者数データを用いた再現性の検証、多変量解析を進め、プロトタイプの改善を図る。

2. 高橋 義明 (公益財団法人中曽根康弘世界平和研究所研究本部 主任研究員) : インターネット仮想空間における若者の援助希求意識と自殺予防

#### 研究目的:

日本において早急に対策を検討しなければならぬ自殺リスク群として、10～39 歳の若者がある。未成年者の自殺死亡率も 1998 年からほぼ横ばいとなっており、改善

の兆しがみえない。20, 30 代では自殺が死因の 1 位となっている上、40 歳以上の年齢階層では 1990 年代前半の自殺率水準まで改善してきたのに対して改善していないことが挙げられる。この年齢層の特徴を考えると、インターネット利用が毎日少なくとも 1 回利用が 9 割前後となっており、利用率、頻度とも他の年代よりもかなり高い。また、インターネット利用目的をみると、大半が SNS などコミュニケーション手段として利用していることが分かる。その背景として「小さなパソコン」ともいえるスマートフォンの保有率が短期間で爆発的に増え、中でも 10～30 代の保有率が高いことが挙げられる。インターネット・SNS の普及が自殺に与える影響を検討すると、1) 困難に直面したときに匿名でも支援・助言が得られるという意味で生きる促進要因、2) ネットいじめや自殺手段の情報や集団自殺の仲間を得るという意味で生きる阻害要因の両面がありえる。後者については Twenge et al. (2018) などの研究があるが、前者の援助希求としての役割が若者にとって普遍か、ある一定の属性を持つ層に限られるのかは明らかではない。そこで本研究はインターネット・SNS が若者の援助希求意識や行動に与える影響、そしてそれが結果的に自殺予防に与える影響を検討することを目的とする。

#### 研究方法:

自殺念慮者・自殺未遂者などに対する相談業務等を行っている実務担当者、特に 2018 年 3 月以降に厚労省支援による SNS 相談業務を担った 9 団体の関係者に対して相談者の特徴、特に電話・対面相談と SNS 相談の相談者の相違点、相談者の援助希求意

識などについて半構造型面接調査を実施した。さらに日本の若者との意識・行動の共通点・相違点を検討するため、フランスの相談機関3団体に対しても面接調査を実施した。

結果:

SNS相談の特徴・評価、制約など詳細な結果は会合で報告する。なお、SNS相談をした層もリスク群の一部に留まるかは、相談しなかった層との比較を行わなければならない。今後は若者向けアンケート調査を実施し、実態を明らかにしていく必要がある。

3. 本橋 豊（自殺総合対策推進センター長）: Community Engagement と自殺対策

(1) はじめに

改正された自殺対策基本法及び自殺総合対策大綱ではすべての市町村で地域自殺対策計画を策定することが義務づけられ、2019年3月を目途に策定が完了することとされている。「地域レベルの実践的な取組への支援を強化する」ことが重点施策の筆頭にあげられているとおり、地域における自殺対策の推進は日本の自殺対策の最重要課題の一つである。

世界的に見ると、自殺対策においてコミュニティの役割を重視する観点はWHOの文書でも強調されており、日本の国家自殺対策戦略は世界的にも先端的な戦略であると言える。2018年にWHOが公表した「Preventing suicide: A community engagement toolkit」では、自殺対策をcommunity engagement（コミュニティ・

エンゲージメント）の観点から進める重要性が強調されている。しかしながら、WHOが用いているcommunity engagementの真の意味を理解できないと、このキーワードを「地域の取組」というような安易な直訳に落とし込んでしまう危険性がある。WHOがcommunity engagementという用語で自殺対策を進めようとする真意は、世界におけるメンタルヘルス・ギャップ（精神保健対策の格差）の解消に向けた開発途上国における対策の推進を念頭に置いていることをまず理解する必要がある。communityとは日本の市町村のような行政区を念頭においた地域ではなく、地理的な「地域」の概念を含みうるが、本来は共通の文化、価値観、規範、信念を共有する人々の共同体であり、共同体の歴史の中で社会構造に組み込まれている特別な人々の集団のことである。そのような正しい理解を踏まえてcommunity engagementは日本の自殺総合対策においてどのように活かすことができるのかを考察したい。

(2) community engagement とは何か？

すでに述べたように、community engagementとは「地域の取組」という狭い意味だけではない。まず、communityの定義はHealth Promotion Glossary (1998, WHO Geneva)で明確になされている。それは「共通の文化、価値観、規範、信念を共有する人々の共同体であり、共同体の歴史の中で社会構造に組み込まれている特別な人々の集団のことである」。

Community engagementを理解するためには、WHOが営々と築き上げてきた1986年以降のヘルスプロモーション（health promotion）



の哲学と骨太な政策理念を踏まえることが重要である。その意味するところは、1986年のオタワ憲章から2016年の上海宣言に至るヘルスプロモーションの政策文書の理念の変遷を理解した上で community engagement とは何かを考えるべきなのである。

WHO の政策文書の定義によると、community engagement とは「コミュニティーが組織体に思恵をもたらすとともに、コミュニティーに思恵をもたらす集団としてのビジョンを掲げて個人が長期にわたる関係性を構築するプロセスのことである」(Community engagement is the process by which community benefit organizations and individuals build a long term relationship with collective vision for the benefit of the community)。

そして、「community engagement はエンパワメントを図ることによって、コミュニティーをより良い変革へと導く実践活動のことを一義的に指している」(It is primarily about the practice of moving communities towards a better change through empowerment)。

\*「Community Engagement Module B5」([www.who.int/risk-communication/training/Module-B5.pdf](http://www.who.int/risk-communication/training/Module-B5.pdf))、「WHO Community Engagement Framework for Quality, People-Centered and Resilient Health Services」(WHO, Geneva, 2017)

さらに、community engagement の基盤となるコミュニティーの組織体の原則は公正 (fairness)、正義 (justice)、エンパワメント (empowerment)、参加 (participation)、自己決定 (self-determination) の5つで

ある (Community Engagement: Definitions and organizing Concept from Literature)。

(3) 自殺対策に community engagement の理念をいかに活かすか

community engagement (コミュニティー・エンゲージメント) とはコミュニティーが主体的に関与して自殺対策を進めていくための参加型プロセス (あるいはボトムアップ・プロセス) であり、最終的にはコミュニティーの自殺対策をコミュニティー自身の主体的関与でより良い変革へと導く実践活動の総体を意味していると解すべきである。従って、WHO が公表した「Preventing suicide: A community engagement toolkit」は「コミュニティーが自殺対策を主体的に進めるための手引きとツール集」と翻訳するのが妥当であると私たちは考えている。なお、engagement はフランス語では「アンガージュマン」と発音するが、広く解釈すれば、コミュニティー・エンゲージメントには、サルトルの実存主義哲学で使われた「自らの人生を主体的に意味づけて行動していく」といった意味も含まれると解することもできると考えている。

community engagement の定義を正確に理解すれば、コミュニティー・エンゲージメントとはコミュニティーが主体的に関与して自殺対策を進めていくための参加型プロセス (あるいはボトムアップ・プロセス) であり、最終的にはコミュニティーの自殺対策をコミュニティー自身の主体的関与でより良い変革へと導く実践活動の総体を意味していると正しい理解につながる。WHO がまず念頭においている開発途上国の自殺対策の推進においては、上からの押しつけに

よる自殺対策の実践は有効ではなく、コミュニティの実情を踏まえた現実的な対策を、コミュニティ自身の主体的関与で進めていくことが必要であるという認識が根底にあることがわかる。一方で、日本の自殺対策の実践においても、国からの押しつけによる対策の推進ではなく、基礎自治体自らが主体的に地域の実情に応じて策定した地域自殺対策に基づいて住民に身近な自殺を実践していくことが求められている。コミュニティのエンパワメント (empowerment)、参加 (participation)、自己決定 (self-determination) に基づき自殺対策を推進することが、結果として、公正 (fairness)、正義 (justice) を踏まえた当事者本意の自殺対策の推進につながるのがある。

#### 4. 金子 善博 (自殺総合対策推進センター自殺実態・統計分析室長) : 地域自殺実態プロフィールと地域自殺対策政策パッケージの実用化について

自殺対策基本法改正により地域自殺対策計画の策定が市町村に義務づけられた。国は自殺対策の基本理念や基本方針、当面の重点施策などを自殺総合対策大綱に示し、また、厚生労働省が示した市町村の計画策定のガイドラインにおいて、自殺対策計画の基本要素が示されている。その策定を支援するツールとして、JSSC は地域自殺実態プロフィールと地域自殺対策政策パッケージを開発し、2017 年の終わりに全国の市町村に提供した。

地域自殺実態プロフィールは、警察庁による自殺統計原票に基づく統計データや人

口動態統計、国勢調査、経済センサス等を用いて作成された。プロフィールでは、各市町村の自殺実態に基づいた推奨される優先分野が示されている。

地域自殺対策政策パッケージは、計画に求められる各要素についての解説と事業事例を示している。政策パッケージは具体的な計画策定の参考となる。

プロフィールとパッケージは計画策定に活用されている。プロフィールについては市町村等からの要望により、更新版を作成した。政策パッケージについては、自殺対策の実施状況に応じて今後、更新を行う予定である。

#### 5. 藤田 幸司 (自殺総合対策推進センター自殺総合対策研究室長) : 自死遺族等支援の情報提供体制整備・地域格差解消

本研究は、自死遺族等を総合的に支援するために必要な情報とは何か、また、全ての自死遺族、残された人が、それらの情報を適時適切に得られるような体制づくり、情報の均てん化について検討した。自死遺族支援に実績のある民間団体の代表者や、行政関係者へのキーインフォマント・インタビューや、既存の資料の分析を行い、自殺総合対策大綱に即して自殺総合対策推進の視点から検討を行った。

自死遺族にとって必要となる情報には、自殺の直後から必要となるものと、中長期的に必要なものがあり、行政や関連機関は、自死遺族が必要な時に情報を迅速かつ的確に得ることができるよう支援することが望まれる。自殺の直後には、自死遺族にとって必要な情報をわかりやすくまと

めた冊子・リーフレット等が迅速に提供されることが望ましく、中長期的には、「わかり合いの会」や「遺族のつどい」に関する情報や、法的問題に対する助言や相談の機会に関する情報提供が重要であることが明らかとなった。本研究結果に基づき、「自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引」を編纂した。



図3. シンポジウムの様子



図1. 会場全景



図2. 基調講演の様子

#### D. 考察

基調講演では、金先生に韓国農村部の自殺対策の最新の成果を情報提供していただいた。忠清南道はソウルの南、東シナ海沿岸部に位置する農村地域で、韓国内でも自殺死亡率の高い地域であり、2009年の自殺死亡率は45.8(人口10万対)と極めて高かった。その後減少し2017年には31.7となったが、韓国国内では依然として自殺死亡率の高い地域である。同地域では、高齢者の自殺死亡率が特に高かったため、2011年以降高齢者を対象とした農閑期の身体的・精神的健康プログラムの提供、訪問サービスや農薬安全ボックスの提供、悉皆的スクリーニングとハイリスク者へのその後の支援などが行われた。高齢者の自殺急増の背景には、急激な社会経済環境の変化に加えて農村地域の高齢者の生活環境、心理的環境の両面が大きく影響をうけたことがあった。今後は、これらの成果をもとに、官民学の連携や住民の自治に基づいた地域社会の自殺対策およびネットワークの強化を進めていくことが課題であると指摘された。シンポジウムでは、近藤氏から日本老年学

評価研究の調査（JAGES 調査）データ・ニーズ調査データの分析から自殺死亡率に関連するソーシャルキャピタルやその他の地域・社会環境要因の検証結果と地域マネジメント支援システムのプロトタイプの紹介があった。高橋氏から近年、若者に急速に普及してきたスマートフォン、SNS 利用の援助希求意識への影響の報告があった。本橋氏からは 2018 年に WHO が公表した「コミュニティが自殺対策に主体的に関与するための手引きとツール集」を紹介しながら、生活空間が多様化し単に地域にとどまらない現代社会に様々に存在するコミュニティをどのように自殺対策に巻き込むのかを、今後の自殺対策の政策評価の上で考慮する必要があることが紹介された。

金子氏からは、地域自殺実態プロファイルと地域自殺対策政策パッケージの現状、および今後の更新の方向性について紹介された。

藤田氏からは、「自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引（JSSC2018）」を紹介しながら、自死遺族等支援の地域格差解消のための方向性が紹介された。

総合討議では、報告された内容をもとに韓国、日本の両国の比較などを通じて、地域に必要な自殺対策の視点、および評価について活発な議論が行われた。特に地域自殺対策を推進していく上で、PDCA サイクルにもとづく自殺総合対策の評価をどのように進めていくかが、今後の課題になるとの問題提起がなされた。

## E. 結論

本フォーラムを通じて、自殺対策の政策評価のためには、地域の社会経済要因や最

新の地域の動向を十分に考慮する必要があること、そして今後はそれらの評価のフレームワークのシステム構築が重要であることが確認された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## 子供の貧困と自殺対策に関する研究～都市部における課題解決方策～

研究分担者	藤原武男	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科国際健康推進医学分野	教授
研究協力者	木津喜雅	国立精神・神経医療研究センター自殺総合対策推進センター	室長
研究協力者	森田彩子	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科国際健康推進医学分野	講師
研究協力者	那波伸敏	東京医科歯科大学統合教育機構	特任助教
研究協力者	松山祐輔	東京医科歯科大学国際健康推進医学分野	助教
研究協力者	谷友香子	東京医科歯科大学国際健康推進医学分野	助教
研究協力者	伊角彩	東京医科歯科大学国際健康推進医学分野	プロジェクト助教
研究協力者	土井理美	東京医科歯科大学国際健康推進医学分野	プロジェクト助教
研究協力者	福屋吉史	東京医科歯科大学大学院	博士課程2年
研究協力者	小山佑奈	東京医科歯科大学大学院	博士課程1年
研究協力者	馬場優子	足立区衛生部こころとからだの健康づくり課	課長

研究要旨： 成人、高齢者の自殺は減少傾向にあるものの、子供の自殺は一向に減少していない。その要因の一つとして近年注目される子どもの貧困が関与している可能性が考えられる。そこで、2017年に実施した「足立区子どもの健康・生活実態調査」における小4、小6、中2におけるデータを解析したところ、子どもの自己肯定感、ロールモデルおよびサードプレイスの存在によって貧困であるかどうかによらずに高められることが明らかになった。これらにアプローチする政策が子どもの自殺対策となる可能性がある。

### A. 研究目的

成人、高齢者の自殺は減少傾向にあるものの、子供の自殺は一向に減少していない。その要因の一つとして近年注目される子どもの貧困が関与している可能性が考えられる。子どもの貧困自体は解消することが難しいため、貧困であるなしに関わらず効果のある、介入可能な要因を明らかにすることができれば政策提言につながる。本研究の目的は、子どもの貧困と子どもの自己肯定感について多変量解析によってその要因を明らかにし、介入可能な自殺対策を検討することである。

### B. 研究方法

足立区において実施した「子どもの健康・生活実態調査」における小4、小6、中2のデータ（N=1652、有効回答率82.8%）を用いた。この調査において、子どもの自記式による自己肯定感（児童用コンピテンス尺度の自己価値下位尺度、桜井、1992）を把握した。さらに、子どもの生活習慣（朝食欠食）、家庭環境（貧困状況、

虐待、ネグレクト（夜間の放置）、親のメンタルヘルス（K6）、学校環境（教師が好きか、学校が楽しいか）、地域環境（親以外のロールモデルの存在、自宅・学校以外の放課後のサードプレイスの存在）を把握した。子どもの自己肯定感を連続量としてこれらの要因について多変量解析を行い、標準化偏回帰係数（ $\beta$ ）でその関連の強さを比較した。

（倫理面への配慮）

東京医科歯科大学の倫理委員会の承認を得た。

### C. 研究結果

これらの要因で子どもの自己肯定感の19%を説明できることが明らかとなった。多変量解析の結果、学校での友人関係（ $\beta=0.18, p<0.001$ ）、ロールモデルの存在（ $\beta=0.11, p<0.001$ ）、朝食欠食（ $\beta=0.09, p<0.001$ ）、親のメンタルヘルス（ $\beta=0.07, p<0.01$ ）、ネグレクト（ $\beta=0.07, p<0.01$ ）、教師との関係（ $\beta=0.07, p<0.01$ ）、サードプレイス（ $\beta=0.07, p<0.01$ ）の存在の順で有意に自己肯定感と関連していた。貧困状

況および虐待は独立した有意な関連は見られなかった。

#### D. 考察

この結果から、子どもの自己肯定感を高めるためには、学校が楽しいと思える環境づくりが重要であること、またロールモデルとなる、地域における第3の大人の存在が有効であった。さらに、サードプレイスの提供が家庭環境における影響と同程度の影響力を持って子どもの自己肯定感に影響していることが明らかとなった。これらは相互に関連している部分もあると考えられるが、今回の解析では独立した影響を見ているので、それぞれに介入することで効果が期待できる。学校での友人関係については介入が難しいが、地域が子どもへの関心を高め、子どもにとってのロールモデルとなることは、今後の地域づくりの中でできる可能性がある。また、サードプレイスについても、地域づくりの中で子どもの安全な居場所を積極的に考えていくべきだろう。

これらの結果から、行政および学校関係者が直接子どもの自己肯定感を高める政策を実施することによって子どもの自殺予防につながる可能性が示唆された。

#### E. 結論

貧困状態に関わらず、ロールモデル、サードプレイスの充実により子どもの自己肯定感を高められる可能性が示唆された。これらにアプローチする政策が子どもの自殺対策となる可能性がある。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Doi S, Fujiwara T, Ochi M, Isumi A, Kato T. Association of sleep habits with behavior problems and resilience of 6- to 7-year-old children: Results from the A-CHILD study *Sleep Medicine*. 2018.02; 45; 62-68 10.
2. Maho Haseda, Naoki Kondo, Toyo Ashida, Yukako Tani, Daisuke Takagi, Katsunori Kondo. Community Social Capital, Built Environment, and Income-Based Inequality in Depressive Symptoms Among Older People in Japan: An Ecological Study From the JAGES Project. *J Epidemiol*. 2018.03; 28(3); 108-116 13.

3. Doi S, Fujiwara T, Isumi A, Ochi M, Kato T. Relationship Between Leaving Children at Home Alone and Their Mental Health: Results From the A-CHILD Study in Japan. *Frontiers in psychiatry*. 2018.05; 9(192); 22.
4. Masashi Kizuki, Manami Ochi, Aya Isumi, Tsuguhiko Kato, Takeo Fujiwara. Parental Time of Returning Home From Work and Child Mental Health Among First-Year Primary School Students in Japan: Result From A-CHILD Study. *Frontiers in Pediatrics*. 2018.07; 6; 179
5. Murayama Hiroshi, Fujiwara Takeo, Tani Yukako, Amemiya Airi, Matsuyama Yusuke, Nagamine Yuiko, Kondo Katsunori. Long-term Impact of Childhood Disadvantage on Late-Life Functional Decline Among Older Japanese: Results From the JAGES Prospective Cohort Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018.07; 73(7); 973-979 25.
6. Honjo K, Tani Y, Saito M, Sasaki Y, Kondo K, Kawachi I, Kondo N. Living Alone or With Others and Depressive Symptoms, and Effect Modification by Residential Social Cohesion Among Older Adults in Japan: The JAGES Longitudinal Study. *J Epidemiol*. 2018.07; 28(7); 315-322 26.
7. Kizuki Masashi, Fujiwara Takeo. Adult Attachment Patterns Modify the Association Between Social Support and Psychological Distress. *Frontiers in Public Health*. 2018.09; 6; 249 28.
8. Isumi A, Fujiwara T, Nawa N, Ochi M, Kato T. Mediating effects of parental psychological distress and individual-level social capital on the association between child poverty and maltreatment in Japan. *Child abuse & neglect*. 2018.09; 83; 142-150 29.
9. Satomi Doi, Masaya Ito, Yoshitake Takabayashi, Kumiyako Muramatsu, Masaru Horikoshi. Factorial validity and invariance of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) among populations with and without self-reported psychiatric diagnostic status *Front Psychol*. 2018.09; 9; 1741.
10. Matsuyama Y, Fujiwara T, Ochi M, Isumi A, Kato T. Self-control and dental

- caries among elementary school children in Japan. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2018.10; 46(5); 465-471 33.
11. Takahashi Y, Fujiwara T, Nakayama T, Kawachi I. Subjective social status and trajectories of self-rated health status: a comparative analysis of Japan and the United States. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2018.10; 40(4); 713-720 34.
  12. Tani Y, Suzuki N, Fujiwara T, Hanazato M, Kondo N, Miyaguni Y, Kondo K. Neighborhood food environment and mortality among older Japanese adults: results from the JAGES cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2018.10; 15(1); 101 35.
  13. Kusama T, Aida J, Sugiyama K, Matsuyama Y, Koyama S, Sato Y, Yamamoto T, Igarashi A, Tsuboya T, Osaka K. Does the type of temporary housing make a difference in social participation and health for evacuees of the Great East Japan Earthquake and Tsunami?: A Cross-sectional Study. *Journal of epidemiology*. 2018.10; 36.
  14. Nawa N, Isumi A, Fujiwara T. Community-level social capital, parental psychological distress, and child physical abuse: a multilevel mediation analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018.11; 53(11); 1221-1229.
  15. Ichikawa K, Fujiwara T, Kawachi I. Prenatal alcohol exposure and child psychosocial behavior: a sibling fixed-effects analysis. *Front Psychiatry*. 2018.11; 9:570.
  16. Doi S, Fujiwara T. Combined effect of adverse childhood experiences and young age on self-harm ideation among postpartum women in Japan. *Journal of Affective Disorders*. (in press).
2. 学会発表
    1. Takeo Fujiwara. school social capital and child mental health. 10th ISSC Conference. 2018.6.15. Hvar Croatia.
    2. Takeo Fujiwara. Association between childhood suicidal ideation and geriatric depression: a life-course approach. European Congress of Epidemiology 2018. 2018.7.6. Lyon, France.
    3. Takeo Fujiwara. Childhood Poverty, Parenting, And Caries: A Mediation Analysis. European Congress of Epidemiology 2018. 2018.7.6. Lyon, France.
    4. Ayako Morita, Takeo Fujiwara. Risk for late-life depression associated with childhood suicidal ideation. European Congress of Epidemiology 2018. 2018.7.6. Lyon, France.
    5. 藤原武男. 子どもの貧困と健康:政策介入の可能性、第59回日本社会医学学会総会、平成30年7月21日、栃木.
    6. 藤原武男. 子どもの健康を守る社会環境とは、第67回東北公衆衛生学会、平成30年7月27日、宮城.
    7. Doi S, Fujiwara T, Ochi M, Isumi A, Kato T. Relationships between sleep habits and mental health among Japanese 6 to 7-year-old children: Results from the A-CHILD study. The 21st International Epidemiological Association World Congress of Epidemiology. 2018.8.20. Saitama, Japan.
    8. Satomi Doi, Takeo Fujiwara. Association between adverse childhood experiences and thoughts of self-harm among postpartum women. ISPCAN XXII International Congress on Child Abuse and Neglect. 2018.9.2. Prague Czech.
    9. Nawa N, Isumi A, Fujiwara T. Neighborhood social capital, parental depression, and physical abuse toward children: multilevel mediation analyses. ISPCAN XXII International Congress on Child Abuse and Neglect. 2018.9.4. Prague Czech.
    10. 藤原武男. 子どもの自己肯定感を決めるものは何か:足立区における実態調査(A-CHILD Study)、第59回日本児童青年精神医学会総会、平成30年10月11日、東京.
    11. 山田成人、伊角彩、藤原武男. 育児について夫や他の人に相談できない母親の産後うつリスクは高いか?、第77回日本公衆衛生学会総会、平成30年10月24日、福島.
    12. 小山佑奈、藤原武男. アルコール小売店舗の減少によって児童虐待は減るのか、第77回日本公衆衛生学会総会、平成30年10

月 25 日、福島。

13. 藤原武男. ライフコースと健康、第 77 回日本公衆衛生学会総会、平成 30 年 10 月 25 日、福島。
14. 井上裕子、伊角彩、土井理美、藤原武男. 小中学生の保護者はなぜ子どものう蝕を放置するのか？関連要因の探索研究：A-CHILD 研究、第 77 回日本公衆衛生学会総会、平成 30 年 10 月 25 日、福島。
15. 福屋吉史、伊角彩、越智真奈美、土井理美、森田彩子、木津喜雅、藤原武男. 小学校 2 年児の投稿しぶりと家庭内のリスク要因：A-CHILD 縦断研究、第 77 回日本公衆衛生学会総会、平成 30 年 10 月 26 日、福島。
16. 土井理美. 産後の自傷念慮に与える幼少期の逆境体験と若年妊娠の相乗効果、第 29 回日本疫学会学術総会、2019 年 2 月 1 日、東京。
17. 森田彩子. 子ども時代の希死念慮が老年期うつ病に与える影響、第 29 回日本疫学会学術総会、平成 30 年 2 月 1 日、東京。

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



## 自殺リスク要因を検討するマイクロデータ分析環境の構築と 自殺総合対策に資する統計的活動

研究分担者	椿 広計	統計数理研究所
研究協力者	久保田貴文	多摩大学
研究協力者	竹林由武	福島県立医大
研究協力者	岡本 基	情報・システム研究機構
研究協力者	岡 檀	統計数理研究所

**研究要旨：** 自殺総合対策を地域データに基づいて導くための公的統計データの個票データ（マイクロデータ）分析環境の構築とその利活用を検討した。特に、公的統計マイクロデータを分析可能とするオンライン拠点の情報・システム研究機構に設置し認可を受けた。また、オンライン拠点で自殺総合対策に資する分析のために利用可能な厚生労働省公的統計マイクロデータの拡充に必要な活動を行った。また、同センターと共同で、社会生活基本調査による国民の生活様式の地域差分析を設置したオンライン拠点で行うことを計画した。総務省に対するデータ利用申請をした。

**方法：** 公的統計マイクロデータを探索的に分析できる拠点を情報・システム研究機構データサイエンス共同利用基盤施設（立川）に設置するための設備並びに管理体制を整備した。総合自殺対策に資する厚生労働省公的統計マイクロデータをオンライン拠点で利用可能とするために、総務省統計局統計データ利活用センターに要望を行い、厚生労働省との事務折衝を進行させた。平成 29 年度に試行的に策定した、自治体が利活用可能な公的統計マクロデータについて、（独）統計センターで恒常的に策定する措置を依頼した。また、自殺総合対策に資する情報可視化技術の開発、地域空間構造と自殺リスクとの関係性などを統計的に検討した。

**結果と考察：** 大学共同利用機関初のオンライン拠点を立川地区に設置し、認可を受けた。厚生労働省の人口動態統計マイクロデータは平成 30 年末にオンライン拠点で利用可能となり、既に利用可能であった国勢調査データと共に申請することで、国勢調査マイクロデータ公開後にこれまで行ってきた、地域自殺対策に資する自殺統計編成は今後オンライン拠点で行うことができるようになった。自殺総合対策に資すると期待されている国民生活基礎調査については、今後もオンライン拠点での利用を可能にすべく、交渉を続ける必要がある。オンライン拠点の行政機関利用については、行政情報と統計マイクロ情報との結合とその結果の利用方法についてまだ解決すべき問題がある。可視化技術の自殺統計への適用、都市構造情報の自殺リスクへの関係については、所定の研究成果を上げることができた。

### A. 研究目的

本研究は、自殺総合対策に資する公的統計データの利用環境を各府省と連携して構築整備すること、さらに具体的にその種のデータを利活

用して、自殺対策に資する実証研究を加速することを目的としている。本研究は、平成 27 年度に実施した国民生活基礎調査 K6 に対するリスク分析を基に、平成 28 年度厚生労働省に対して

国民生活基礎調査マイクロデータの K6 情報を地域政策に資するために行うことを研究目的とした。しかし、地域情報とのリンクも可能にするという統計法 33 条に基づく目的外申請が平成 28 年度不調に終わったため、別途整備を進めたオンサイト拠点において、自由度の高い探索的な分析を実施する事、さらにはオンサイト拠点において厚生労働省マイクロデータを利活用できるようにすべく、研究目的を変更した。

特に、平成 29 年 4 月 1 日に和歌山市に総務省統計局・(独)統計センターが共同で、統計データ利活用センターが設置された。当該センターは、公的統計マイクロデータの公益性の高い政策研究を支援することをミッションとしており、オンサイト拠点設立の技術的サポートや多くの府省に対して公的統計マイクロデータ提供の呼び掛け交渉を開始した。統計データ利活用センターの活動目的は、極めて本研究の目的と整合的である。このため、平成 29 年度は谷道正太郎統計データ利活用センター長と連携して、谷道センター長の協力の下、自殺総合対策に資するマイクロデータ並びに自治体が活用可能なマクロデータの基盤整備と利用可能なデータの拡大と共に、昨年度に引き続き研究協力者を中心とした実証研究企画・実施を目的とした。

## B. 研究方法

### (1) オンサイト拠点の整備と展開

研究協力者の久保田の所属する多摩大学には既に公的統計マイクロデータを探索的に分析できるオンサイト拠点が平成 29 年度に設置された。一方、岡が所属する統計数理研究所には、統計法の目的外申請によって得られる一部データを分析する古いタイプのオンサイト拠点しか整備されていなかった。岡本が、(独)統計センターとの設置申請作業を進め、統計数理研究所に隣接する大学共同利用機関法人情報・システム研究機構データサイエンス共同利用基盤施設に、オンサイト拠点を形成する設備面並びに管理システムの準備を進めた。

一方、椿・岡本はこの種のマイクロデータ分析環境を多くの自治体や行政が利活用できるための展開するために、オンサイト拠点を設置した大学並びに形成に関心のある大学との懇談会を引き続き運営し、ニーズ側の意見を収集することとした。また、谷道統計データ利活用センター長と共に幾つかの大学に設置を呼び掛けることとした。オンサイト拠点におけるマイクロデータ分析が、「証拠に基づく政策立案 (EBPM)」をどのように実現するかについてもロードマップを形成し、啓発を強化することとした。

### (2) オンサイト拠点で分析可能なデータ

平成 28 年度まで、オンサイト拠点で分析可能な公的統計マイクロデータは、総務省統計局による統計調査のマイクロデータに限定していた。地域自殺総合対策に資するデータは、国民の生活状況を明らかにする「社会生活基本調査」、労働状況を明らかにする「労働力調査」しかなかった。これを本研究が目指してきた厚生労働省のデータに拡大することを椿並びに、上記懇談会などから要求した。

### (3) 自治体が利活用可能なデータの構築

市区町村など自治体が利活用可能な公的統計データの利用環境の整備、あるいは整備活動の恒常化についての方策を立案する。

### (4) 自殺総合対策に資する統計科学研究

昨年度に引き続き、久保田・岡を中心として自殺総合対策に資する地域情報の視覚化に関する統計的方法の開発ならびに実証研究を実施した。

## C. 研究結果

### (1) オンサイト拠点の整備と展開

平成 29 年 4 月の統計データ利活用センター設置以降、平成 29 年 5 月に統計法、統計センター法が改正され、平成 30 年 5 月に施行されることとなった。この中で、総務省令の整備などで、

オンサイト拠点における公的統計マイクロデータ分析の具体像が明確になり、本研究にもポジティブな影響を与えることとなった。

平成 30 年秋には、今後、本研究グループの椿・岡本・岡が容易に利用可能な大学共同利用機関法人情報・システム研究機構データサイエンス共同利用基盤施設に「社会データ構造化プロジェクト」の一環として、オンサイト拠点が設置され、(独)統計センターより認可された。これは大学共同利用機関における初の認可となり、全国の自殺総合対策に関心のある研究者が申請により自由に使える環境であると共に、当該施設に隣接してゲストハウスも整備されているので、長期に滞在して自殺対策に資する探索的分析を実施することが可能となった。

オンサイト施設については、地方自治体が地域研究者との協働で利活用するための拠点も統計データ利活用センター（和歌山市）に設立された。現在、中央省庁が利用するためのオンサイト施設も霞が関に設置準備が進んでいると共に、平成 30 年度には、大阪大学、京都大学でも設立が進んだ。椿は谷道センター長と共に、広島大学、九州大学への設置要請に当たった。

## （２）オンサイト拠点で分析可能なデータ

平成 29 年度までは、オンサイト拠点で分析可能なデータが総務省系の公的統計マイクロデータに限定されていたが、統計データ利活用センターという交渉母体ができただけで、経済産業省のデータが利活用可能となった。一方、椿は厚生労働省マイクロデータの利活用についてのニーズが大きいことを平成 29 年度に引き続き申し入れてきたが、平成 30 年末に、人口動態統計のマイクロデータがオンサイト環境で利用可能となった。これは死亡票情報のほぼすべてをオンサイト環境で処理できるようになったことを意味する。これまで、統計数理研究所が自殺総合対策センターの依頼に基づいて策定していた地域自殺対策のための自殺統計は、国勢調査と人口動態統計を統計法 33 条に基づく目的外申請に

よって一部取得し、策定していたが、今後はオンサイト拠点においてよりフレキシブルな検討のもとに情報作成が可能となる。

## （３）自治体が利活用可能なデータの構築

椿は、平成 29 年 10 月、総務省が平成 29 年 10 月～平成 30 年 2 月まで全国 8 地区で実施した地方自治体職員に対する「データに基づく問題解決」研修（EBPM 研修）に、全国市区町村の基本状態を表す 70 変数のデータセットを試作した。平成 30 年 4 月に「社会人口統計体系（統計でみる市区町村の姿）」策定部局にこの種のエクセルシートを恒常的に作成し、自治体職員研修や学生講義に使えるように依頼した。その結果、平成 30 年 6 月に(独)統計センターは、1741 市区町村の 111 変数からなる「教育用標準データセット(SSDSE)」を公表した。(独)統計センターは、これを毎年 6 月に改訂し、継続的に提供することとなっている。自殺率などは SSDSE には含まれないが、SSDSE と結合することで、地域プロフィールと必要な自殺対策などを絞り込める可能性がある。

## （４）自殺総合対策に資する統計科学研究

久保田は、専門の可視化統計技術（コロプレスマップ）で居住地別・発見地別自殺者数・自殺率の視覚化研究を実施し、両者の際立った違いを示す地域の抽出などを行った

岡は、自殺低リスク地域が、その空間構造特性、特に路地の有無などの特性が、行動様式や地域コミュニケーション様式に影響し、自殺リスクを低下させているのではないかとの仮説の下、実証研究を実施し、空間構造特性の影響を実証した。

椿、久保田、竹林、岡、岡本は、谷道統計データ利活用センター長と共同し、社会生活基本調査に基づく自治体や二次医療圏の生活様式集計を情報・システム研究機構、多摩大学、和歌山市に設置されたオンサイト拠点で実施するために、令和元年 5 月の統計法改正を睨み、平成 30 年度

末に利用申請を行った。

#### D. 考察

オンサイト拠点のハード的設置は予定通り行った。結果として、全国の研究者が利活用可能な分析拠点を形成することができた。一方、地域行政関係者がこの種の拠点を地域研究者と共に使う可能性も開けたと考えている。しかし、公的統計マイクロデータと地域行政情報とをリンケージして地域自殺対策に資する分析を強化すること、特に特定の住民のリスクを低減するなどの行政活動に公的統計マイクロデータを利用することについては、まだ制度上の問題が解決していない。行政目的におけるオンサイト拠点利用については、研究目的以上の自由度とガバナンスを同時に考える必要がある。

公的統計マイクロデータの利活用については、最も自殺総合対策に資すると総務省統計審議会（旧審議会）でも指摘されていた「国民生活基礎調査」のマイクロデータ、特に K6 に関する情報が、依然としてオンサイト拠点で利用可能となっていない。人口動態統計という極めて重要なマイクロデータが分析可能になったことを契機に、統計データ利活用センターを通じた厚生労働省との交渉を強化したい。

平成 30 年度までは、オンサイト拠点の申請作業や分析結果持ち出し審査などにもかなり時間がかかっている状況である。令和元年 5 月の法施行、省令施行に伴い、審査の迅速化が進むことにより、自殺総合対策に資するデータ分析加速の方策を探らなければならない。

F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1) 論文発表

岡檀,谷口亮,石川剛,坂本圭,大平悠季,織田澤利守:コミュニティの空間構造特性と住民の思考および行動様式の関係;「路地」推定ロジックの構築と検証の試み,日本都市計画学会都市計画

報告書 No,17, 355-359, 2018.

椿 広計: 公共データの分析と活用の実践に向けて, 行政&情報システム, 54(3), 3-8, 2018.

椿 広計: Quality Management から見た Evidence Based Policy Making, 評価クォーターリー, No. 45, 2-18, 2018.

##### 2) 学会発表

Kubota, T.: Detection and comparison of suicidal execution area in Japan by areal statistics of committed suicide, CMStatistics 2018, <http://cmstatistics.org/CMStatistics2018/>, Pisa (Italia) 2018 年 12 月

岡檀, 谷口亮, 石川剛, 大平悠季, 織田澤利守: コミュニティの空間構造特性と住民の援助希求行動との関係~自殺希少地域 X 町の「路地」に焦点を当てて~. 第 38 回日本社会精神医学会, 東京, 2019 年 2 月.

谷道正太郎, 伊藤弘人, 椿広計: 政府の統計データ利活用推進の取組と地域統計データを活用した自治体の取組・変化の把握について, 第 56 顔日本医療・病院管理学会, 福島, 2018 年 10 月.

H. 知的財産権の出願 なし

## 死因究明制度と連動した死亡情報データの活用による自殺対策の推進に関する 研究

研究分担者 岩瀬博太郎 千葉大学 東京大学 法医学  
研究協力者 石原憲治 千葉大学 京都府立大学 法医学  
研究協力者 山口るつ子 千葉大学 法医学  
研究協力者 大屋夕希子 千葉大学 法医学

### 研究要旨：

世界的にみると、多くの国が WHO の規則や勧告に基づく死亡統計を有するが、それに加え外因死のデータベースを持つ国や地域もある。昨年度は主に外因死データベースについて報告したが、今年度は、人口動態統計のなかで、自殺を含む外因死をどう処理しているかという点を、イタリア・シチリア州とドイツ・バイエルン州の例について調査した。本邦が、自殺を含む外因死の予防に資するよう、死亡証明に基づく人口動態調査によって精度の高い統計を持つためには、死亡診断書（死体検案書）の書式について、従前の方法を改善するため検討を開始すべきである。

一方、他殺後自殺（無理心中等）については引き続き千葉大学法医学教室のデータ等により調査を行い、加害自殺者・被害者の年齢、性別、両者の関係性に加え、薬物摂取の状況について分析した。年齢、性別、関係性については昨年度の報告とほぼ一致した。また、解剖を行った加害および自殺既遂例での検出薬物状況についてみると、最も多いものは向精神薬であった。法医解剖事例の中で自殺事例のおよそ半数から薬毒物が検出され、自殺時に薬毒物摂取の割合が高い傾向が認められたことなどが過去に報告されているが、再発予防の検討にあたっては今後更なるデータ収集が不可欠である。

### A. 研究目的

自殺を含む「避けられる死」を予防するための施策立案に際しては、その基礎となる死亡情報に係る統計が整備され、かつその精度が高いことが求められる。国際的

準からみて、本邦の死亡統計の現状を評価し、自殺対策に資するよう、現行の制度に必要な修正を加え、若しくは改革を促すことを提言するのが本研究の第一の目的である。

特に、並行して自殺を伴う形態でありながら他殺をも含む Homicide-Suicide (以下 HS) 事例 (他殺後自殺:いわゆる無理心中事例等) を調査する。HS は他殺と自殺を含む極めて重大な事象であるが、事象の特性から調査は困難でデータに欠けることが指摘されてきている。可能な限り HS の現状につき客観的な情報に基づき調査・研究を行い、予防策を検討することは、臨床上および社会的な意義は極めて大きいと考えられる。

## B. 研究方法

### (1) 海外の死亡情報データ

昨年度、報告者が過去に視察した海外の施設に係る死亡情報のデータベースあるいは死亡統計について報告した。今年度は、刑事司法が法医学研究所に医学的調査を委嘱するという、本邦と類似した形態であるイタリアとドイツに関し、本邦との類似点、相違点について調査した。なお、これらについては別の研究 (30 年度の革新的自殺研究推進プログラム) の研究結果報告において同じ対象について報告しているので、できるだけ重複を避け簡潔に行うこととした。

### (2) HS 事例

海外においては、調査を警察、コロン/メディカルエグザミナー事務所、法医学研究所、病院などの情報を統合しての調査報告が見られ、一機関の情報のみならず複数の関係機関の情報を統合して収集し検証が行われている。しかし、現状では本邦で同様の調査を行なうことは困難が多く、今回は千葉大学法医学教室の解剖記録から、HS 事例を抽出した情報に基づく HS 発生の実態について調査した。当教室で 2008 年 1 月から 2017 年 9 月末時点までに得られたデー

タについて、年齢、性別、加害者と被害者の関係性、既往疾患、身体検査所見を調査した。なお、次年度以降も継続して調査を行なう予定である。

## C. 研究結果

### (1) 海外の死亡情報データ

イタリアおよびドイツは、死因究明施設から得た特化された外因死の統計はなく、本邦同様、死亡証明書 (本邦では死亡診断書または死体検案書というべきだが、本稿では死亡証明書との用語で統一する) に基づいた人口動態統計のなかの死因統計が、基礎的なデータとなっている。

かねてより、WHO は死亡証明書に関する規則や勧告を出し<sup>1)</sup>、各国は、基本的書式はそれに従いつつも、それぞれ固有の事項を設けている。WHO の規則では、直接死因となった傷病名を記載し、その原因があればそれを書き、さらにその原因があればそれを書くという段階を踏み、最後の原因が原死因とされること、また、直接には死因に関係しないが前記の傷病に影響を及ぼしている傷病名を書くこととされている。さらに、それぞれについて発病または受傷から死亡までの期間を書くこと、原死因に関しては疾病および関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) に従うこと (現在は ICD-10) も示されている。その他、詳細についてどのようなことを記述するか、例えば傷害の場合はその部位、交通事故の場合は運転者、歩行者、乗客の別などについても規定されている。ただし、死因の種類分類法など、各国の状況に任されている事項

も多い。ここでイタリアとドイツについて死亡証明書の書式等を記す。

#### ①イタリア

イタリアには、男女、1歳以上か1歳未満かで、4とおりの死亡証明書がある。証明書は医師が記載するパートAと登記官が記載するパートBに分かれており、パートAには、死亡者の氏名、性別、死亡の場所等、直接死因の疾病からその原因をさかのぼる欄など、WHOの規則に沿ったもののほか、労働関連死の特記欄、交通事故の特記欄がある。外因死の死因の種類に関しては、不慮の事故、自殺、他殺に分かれている。男女別、乳児（1歳未満）に分かれている意義は、女性の場合の妊娠の影響、乳児の場合はより詳細な経過の記述などにより、再発防止に向けた公衆衛生上の目的にある。労働関連死や交通事故に関しても同様である。ただし、イタリアでも死亡証明書の発行がなければ遺体の埋葬ができないため、死亡証明が急がれ、時間が経過した後の正確な死因の判定が死亡証明書に反映されないとの問題はある。

これら医師による証明に、地域の登記官が加筆したものの1通が死亡届として役所に提出される一方、1通が国家統計局へ送られ、そこで集計しその結果が死因統計等各種統計として年次毎に公表される。そのなかには自殺の統計も含まれ、地域毎の自殺率や年齢階級毎の率を知ることができる。ただ、自殺予防施策を立案する省庁の部署はなく、法医学医師が自殺予防に参画するような状況はないとのことだった。

#### ②ドイツ

ドイツ、バイエルン州の死亡証明書は大きく「非機密部分」と「機密部分」に分かれ

る。冒頭に、氏名・性別・居住地・生年月日・出生地・個人識別方法などの本人事項、死亡/死亡の確認者・およびその日時が全ての頁へ複写式項目として記載される。

「非機密部分」には、死亡日時・場所・個人識別法や死因（自然死・不詳・非自然死のいずれかのみ）、埋葬にあたって問題となるペースメーカーや感染症の有無などの簡潔な情報のみ記載され、遺族に手渡され地域の役所に提出される。

「機密部分」の1ページ目にはこれらに加えて死亡診断の確証となった死体現象の選択欄、非自然死の診断根拠欄、またWHOの規則に基づいた傷病名の記載欄があり、直接死因・原死因を順に記載するI. a), b), c)の欄と、II. その他の関連疾患名の記載欄がある。また、外因死の追加情報として学校事故、労災、交通事故などの別や、1歳未満の小児および妊産婦の死亡に関する情報欄がある。同2ページ目には、非自然死の場合の詳細記載欄があり、非自然死と判断された根拠や状況の詳細および、死因と並存疾患の関連などについての分析的総括(Epikrise)を文章で記載する。

これら「機密部分」は5枚複写式になっており、1枚目は健康局、2枚目はがん登録局、3枚目は統計局提出用であり、診断医師が自ら専用の封筒に厳封し、自然死の場合は遺族に交付され、非機密部分とともに役所に提出されるが、非自然死の場合は先ず警察に渡し、死体検案や解剖を待つことになる。4枚目は解剖になる場合、解剖後記載される解剖診断書(Obduktionschein、臨床医による死亡証明書作成時は空欄のまま)と共に遺体に付帯される。5枚目は診断医師の保管用である。解剖診断書には解剖後の病名記

載欄とともに、検案時の推定死因が解剖でも確認されたか、他の死因であったか、検案時には死因が推定されていなかったかの選択欄がある。この解剖診断書は健康局提出用、統計局提出用、解剖医保存用の3枚複写式である。

統計局に提出された死亡証明書および解剖診断書に基づいて、死亡に係る統計が作成される。その過程でICD-10による付番がなされる。

## (2) イタリア、ドイツ、日本のHS事例

イタリア、ドイツともにHSに特化した統計はなく、いずれも法医学医師の印象として、夫婦を含むパートナー間のHSが多く、親子間、特に本邦で多く見られる母子間のHSは非常に稀であるとのことだった。

千葉大学法医学教室で収集したHS事例における加害・自殺者は計70名、女性31.4% (22名)、男性68.6% (48名)であり、平均年齢は59.5歳であった。加害・自殺者の年齢は、判明している68名中、平均年齢は59.5歳±18.1、中央値62歳であり、65歳以上は31名(45.6%)であった。自殺既遂者のうち当教室で薬物が検出された事例を確認したところ、加害・自殺者22例中で最も多く検出されたものは向精神薬(40.9%)であり、覚せい剤を含め違法薬物の検出は確認されなかった。

HS被害者は計80名、女性が75%(60名)、男性が25%(20名)であり、平均年齢は52.6歳、18歳未満の被害児平均年齢は6.1歳、65歳以上の高齢者の平均年齢は80.4歳であった。65歳以上の高齢者は51.2%(41名)で被害の半数を占めた。HS加害・自殺者と被害者の関係性は、全例で面識がある者同士であり、57.4%が親子、36.3%が配偶者・パ

ートナー間におけるものであった。被害者に確認された既往疾患としては、全体の27.5%で認知症を含む精神疾患が最も多く、認知症は被害者全体の16.3%、65歳以上の高齢者に限ると認知症は31.7%となっていた。

一方、18歳未満では90.5%、19歳以上65歳未満では35.3%、65歳以上では19.5%に既往疾患情報は認められなかった。

## D. 考察等

### (1) 人口動態統計における比較

視察先のイタリア、シチリア州、ドイツ、バイエルン州は、どちらも外因死に特化した死亡統計はなく、死亡証明書に基づいた死亡統計が人口動態統計の一部として作成、公表されていた。その点では本邦の人口動態統計の一部としての死因統計と同様であり、直接死因からその原因となる傷病を順に記載する点、ICD-10による分類が行われる点など、WHOの規則に基づいた部分は共通であるが、差異もある。

イタリアの例では、特に外因死のなかでも交通事故、労働関連死について記述欄を設け、後の分析や再発防止策に役立つよう配慮している。特に交通事故については、歩行者、運転者、乗客などの別、衝突ならその様態を記述する欄がある。また、1歳未満の死亡証明書を別にすることで子ども(乳児)の死の調査Child Death Reviewへの取組みが容易になる点も指摘できる。

ドイツ、バイエルン州では、検案した医師の診断と解剖所見との相違がある場合それが明確になり、より精度の高い死亡統計が得られる。また、外因死の追加情報の欄も多く、多くの事項が記載可能であり、後の分析に



役立つと考えられる。

一方、本邦の死亡証明書<sup>2)</sup>は、WHO 規則の要件は満たしており、厚生労働省の統計の部署で ICD-10 の分類を行っている点は同様だが、いくつかの点で異なっている。

本邦の死亡証明書にも、解剖所見の欄、外因死の追加事項の欄、生後 1 歳未満で死亡した場合の追加事項欄があり、イタリア、ドイツと同様の意義を与えているのは理解できるが、いずれも自由記述であり、欄そのものも小さい。マニュアルはあるものの、記入する医師の主観に負うところが多く、客観的な分析に足る情報が得られるかどうか疑問である。今後の研究および検討が待たれるところだが、死因統計を「国民の保健・医療・福祉に関する行政の重要な基礎資料」として活用するのなら、記載内容および記載方法の再検討が必要である。

従来、死亡票、死亡個票のデータは役所内部での活用に限られ、広く研究者らがアクセスする対象ではなかった。今般、千葉県および千葉県死因究明等推進協議会の事業として千葉県死亡者の死亡票死亡個票に基づく統計の原形を調査する機会を得た。この詳細に関してはいまだ公表に係る協議が終了していないため内容に関するコメントは差し控えるが、印象として、いわゆるデスレ・ビューと呼ばれる死亡の分析と再発防止策の立案という課題にはなかなか応えられないという限界を感じた。それは、入力すべき項目数の少なさと自由記述の基準の曖昧さに由来すると考えられる。別の報告で、オーストラリアでのコロナーおよび法医学研究所が作成しているコロナー事案の統計を紹介した。これは分担研究者が考える理想形態に近いものではあるが、本邦

がすぐコロナー制度を採用できる状況でないことは周知のとおりであるので、既存の死因統計を強化していくのが最も現実的な方向である。そのためにも、様々な形で、行政関係者のみならず、研究者らが現行の死因統計を利用するなかで、死亡証明書の書式や作成手続に関する改善策を考案するべきである。

## (2) HS 事例

HS 事例では女性の被害、男性の加害・自殺が多い傾向にあることは先行研究と同様であった。被害者は高齢者が約半数を占めていたのは、昨年度報告した通りである。同時に、成人以上の被害者では、生前に診断された認知症を含む精神疾患を有するものが最も多く確認された。HS 事例における被害者の医学的背景について検討した文献は多くはないが、国内で過去に”親子心中”の中で明治～昭和時代の新聞を検討したものでは、“親子心中”の中で成人の子どもが被害者となる場合、『精神病であるとか、(中略)また独立出来ない病者である。』という報告<sup>3)</sup>があり、以前より国内において成人で精神障害を有する患者が HS により殺害される傾向があったことも考えられる。しかし、国内におけるこれら障害を持つ人が殺人被害者となる件数の公式データは確認ができない状況にあり、過去に比較して HS 事例が増減しているか否かは判断が困難である。

自殺・加害者の薬物検出状況に関しては、HS の一部症例のみの結果に留まるが、今回の対象事例においては現段階で明らかな違法薬物は検出されておらず、これまで海外において自殺者および HS 自殺者のアルコールもしくは違法薬物の検出率についての

報告でも、HS では自殺のみの症例に比してその検出頻度は低かったことや<sup>4), 5)</sup>、HS 自殺・加害者からの抗鬱薬検出率は自殺のみの人に比して高くはなかったという報告があり<sup>6)</sup>今回も同様の傾向にあることが考えられる。しかしながら症例数も限られているため、解釈には限界がある。また、全体としての生前の詳細な処方歴、内服変更歴や服薬状況に関しては不明な点が多く今後の調査課題と考えられる。また自殺既遂者との比較を通じて、HS 自殺者の特性を研究する試みが海外では各種なされている<sup>4)</sup>が、国内ではそのような比較検討されたものはほとんどない。一般的な自殺症例における薬物検査における国内のこれまで法医関連分野からの報告においては、法医解剖事例の中で自殺事例のおよそ半数から薬毒物が検出され、他の死因と比較して自殺時に薬毒物摂取の割合が高い傾向が認められたことや、検出された薬毒物として催眠効果のある薬物を摂取していたケースが多かったことが報告されている<sup>7)</sup>。また自殺死亡事例に関連して、死亡事例における薬物検査データを用いて薬の処方歴情報と参照することにより医薬品の過量服用による死亡リスクの高い精神科治療薬の同定に至ったとの報告<sup>8)</sup>が国内でもなされており、薬物検査情報は予防的対策を検討する上でも非常に重要である。したがって、これらの状況についてさらに詳細なデータを収集することは、より有効な対応策を検討する上で不可欠であると考えられる。死因究明制度の中で、簡易検査のみに頼るのではなく本格的な薬毒物検査が行われる体制となっていれば、HS のみならず一般の自殺既遂者の薬物摂取状況を知る手がかりとなるであろう。

まさに平時からの諸検査を含む死因究明が予防策を検討する上での重要な情報源となると考えられる。

当然ながら、薬物のみならず詳細なHSに至る心理的社会的背景の経過は極めて重要である。現状本研究では実施が難しいものの、自殺既遂者に関する調査の一つに心理学的剖検があり、HSにおいても、限界はありつつもこのような手法を用いた調査の有用性と必要性が指摘されており<sup>9)</sup>、遺族への支援も包括した心理専門家による心理学的剖検を用いた調査も重要であると考えられる。

個別機関での情報には限界が多く、かつ、多くの法医学教室等は全自殺のごく一部事例を扱うに留まり、異状死例をすべて管轄するわけではないため、その全容把握は困難な状況にある。次なるHSの発生を防ぐ観点からも、本邦でもデータ管理等の体制を構築し、国内における加害・自殺者の状況も含めた総合的なHS事例の検証が必要である。

## E. 参考文献

1. Medical certification of cause of death: instructions for physicians on use of international form of medical certificate of cause of death, 4th ed.
2. 厚生労働省. 平成 31 年度版死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル
3. 小峰 茂之: 明治大正昭和年間に於ける親子心中の医学的考察. 久山社, 1998.
4. McPhedran Samara, Eriksson Li, Mazerolle Paul ほか: Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison With Homicide-Only and

- Suicide-Only Cases . Journal of interpersonal violence, 33 (11), 1805-1829, 2018.
5. Carretta C. M., Burgess A. W., Welner M. : Gaps in Crisis Mental Health: Suicide and Homicide-Suicide. Arch Psychiatr Nurs, 29 (5), 339-345, 2015.
  6. Barber Catherine W., Azrael Deborah, Hemenway David 他 : Suicides and Suicide Attempts Following Homicide Victim-Suspect Relationship, Weapon Type, and Presence of Antidepressants. Homicide studies, 12 (3), 285-297, 2008.
  7. 小川 匡之 : 変死体中薬物分析と質量分析-精神作用薬服用症例 愛知県 2 大学における法医解剖薬毒物分析に関する考察. JSBMS Letters, 43 (suppl.), 57, 2018.
  8. 引地 和歌子 : 過量服薬による致死性の高い精神科治療薬の同定 : 東京都監察医務院事例と処方データを用いた症例対照研究. 精神神経学雑誌, 118 (1), 3-13, 2016.
  9. Knoll James L. : The Homicide-Suicide Phenomenon: Findings of Psychological Autopsies. Journal of forensic sciences, 60 (5), 1253-1257, 2015.
- F. 健康危険情報 なし
- G. 研究発表
1. 論文発表
    - 1) 岩瀬博太郎, 石原憲治, 山口るつ子, 大屋夕希子 : 革新的自殺研究推進プログラム 研究報告書 (平成 30 年度) 自殺対策と連動した死因究明と法医学研究～特に無理心中、子どもの死及び遺族対応に焦点をあてて～. 2019. 4.
  2. 学会発表
    - 1) 石原憲治, 大屋夕希子, 岩瀬博太郎 : 自殺対策と連動した死因究明と法医学研究～特に無理心中と子どもの死に焦点をあてて～. 日本自殺総合対策学会. 2018. 3. 15. 東京.
    - 2) 大屋夕希子, 千葉文子, 猪口剛, 石原憲治, 岩瀬博太郎 : 異状死発生後の遺族に対する法医解剖説明～海外法医学研究所視察からの報告～. 日本トラウマティックストレス学会. 2018. 6. 9、別府.
- H. 知的財産 : 特許権の出願・登録状況 なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））  
研究分担報告書

命の教育プロジェクト—SOS の出し方・気づき方—

研究分担者 井門 正美 北海道教育大学教職大学院・教授・教職大学院長  
研究協力者 梅村 武仁 北海道教育大学教職大学院・特任教授  
研究協力者 川俣 智路 北海道教育大学教職大学院・准教授

**研究要旨**：2018年度は、教育研究実践の主な活動として、「SOS の出し方・気づき方」に関する教育・啓発活動、そしてWEB上で学習できる「命の教育 Yes/No カード学習」、「命の教育に関する韓国訪問調査」（2019年2月26日－3月1日）、「命の教育シンポジウム2019—SOS の出し方・気づき方—」を実施した。

**方法**：北海道教育大学教職大学院では組織的研究として2016(H28)年度から「命の教育プロジェクト」を展開してきた。このプロジェクトでは、1)人間形成と成長の基盤となる「心を育てる読書教育(視聴覚も含む)」、2)日々の悩みや人間関係の軋轢等から自身を解放する「ストレスマネジメント教育」、3)苦難やストレスに耐え立ち向かう「レジリエンス教育」、4)健康被害を避け、体づくりや健康を促進する「健康教育」(健康増進、薬物乱用防止、禁煙・受動喫煙防止等)、5)危険から身を守る「安全教育」(防災・防犯、交通安全等)、6)自殺者を一人でも減少させる人間関係や社会基盤づくりを推進する「自殺総合対策」(SOS の出し方・気づき方、生きることへの包括的支援等)の6つの内容を柱とし、教職大学院の教育研究活動や教員免許更新講習等に組み込んでいる。

本プロジェクトは、子どもたちの自尊感情の低さ、他者への思いやりや倫理観の欠如、いじめ、虐待やDV、自殺など、命に関わる問題が社会基盤を揺るがす大きな問題ともなっている現状を改善するために開始しました。当プロジェクトでは、特に学校教育に焦点化し、児童生徒や学生が生きやすい教育環境や社会環境を醸成し、命を大切にし、生きることへの志向性を促進する教育実践研究を目的としており、この目的達成のために、まずは、学校や教師が自らの教育行為や在り方を問い直す自省作用(自己組織性)を重視している。つまり、学校現場が児童生徒や学生の人権を侵害し、いじめや自殺の起因となっていないかどうか、自らを問い直すところから出発している。

2018年度は、研究要旨に示したように、①「SOS の出し方・気づき方」に関する教育・啓発活動として出前授業の実施(札幌市内中学校2校7クラス、夕張市内中学校1校1クラス、北広島市内中学校1校3クラス)、②WEB上で学習できる「命の教育 Yes/No カード学習」の公開促進、③「命の教育に関する韓国訪問調査」(2019年2月26日－3月1日)の実施、④「命の教育シンポジウム2019—SOS の出し方・気づき方—」(2019年3月6日)を開催し、これらの活動についてまとめた⑤「命の教育プロジェクト2019 報告書」の作成を行った。

成果については、命の教育プロジェクトホームページ (<http://www.ido-labo.com/edu4life/>) で随時公開した。なお、SOS の出し方教育については、文部科学省より「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議（平成 30 年度第 3 回、2019 年 2 月 1 日）」のヒアリングに招聘されたことも書き添えておく。

## I 出前授業「SOS の出し方を学ぼう」の実践

### A. 実践の目的

本研究の目的は、「SOS の出し方に関する教育」の授業実践を開発・実践し、その効果について質的、量的に検討することである。そして、学校現場で実施することが可能な「SOS の出し方に関する教育」の授業実践について検討する。

### B. 実践の方法

授業実践は、1 時間で実施することを前提として、自尊感情に働きかけるワークと、SOS の出し方を教えるレクチャーの 2 つの内容から構成した。これは SOS の出し方に関する教育に取り組んでいる東京都足立区の方針を参考にしている。自尊感情に働きかけるワークは、近藤 (2013)、望月 (2014) の内を参照して、共有体験を思い起こすワークを実施した。近藤 (2013) は体験と感情を共有することで形成されていく無条件の感情である基本的自尊感情を育むためには、他人と感情や経験を共有する「共有体験」が重要であると述べており、このワークはその知見に基づいている。SOS の出し方に関するレクチャーは、東京都足立区の取り組みを参照しつつ、筆者が基本的なメンタルヘルスの心理教育の内容を参照しながら作成した。授業実践の主な流れは以下の通りである。

#### ① プリアンケート (5分)

・自己肯定感を測る質問紙、SOS の出し方に関する知識を測る質問

#### ② イントロダクション：いのちの大切さ (5分)

#### ③ 自分の良いところ探し (体験、自己肯定感に働きかけ) (20分)

・共有体験を振り返るワーク

#### ④ メンタルヘルスとその対処(説明・体験) (15分)

・ワーク：人は誰でも落ち込む (資料：出来事ストレス評価)

・落ち込んだときどうするか？ 落ち込んだ人を見たときどうする？

#### ⑤ ポストアンケート (5分)

・自己肯定感を測る質問紙

・SOS の出し方に関する知識を測る質問

授業前後の参加者の変化を測定するため、近藤(2013)が開発した自尊感情の測定尺度「そばセット (SOBA-SET)」を使用し社会的自尊感情 (SOSE) と基本的自尊感情 (BASE) を実践の前後で測定した。

社会的自尊感情 (SOSE)	基本的自尊感情 (BASE)
<ul style="list-style-type: none"> <li>認められ、見つめられることによって膨らむ。熱気球のように。</li> <li>他者との比較による相対的な優劣による感情</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体験と感情を共有することの繰り返しで形成。和紙を重ねていくように。</li> <li>比較ではなく絶対的な無条件の感情。</li> </ul>

さらに SOS の出し方に関する心理教育が定着したかを確認するために「19. 誰でもこころの調子が悪くなる可能性があると思います」「20. こころの調子が悪くなっても、助けを求めることができれば回復すること

ができると思います」「21. まわりの人の調子が悪くなったとき、自分にできることはあまりないと思います (A)、21. こころの調子が悪くなったとき、学校にいる大人はもちろん、保健師さんなど地域の信頼できる大人に相談することも有効だと思います (B)」など心理教育の内容に則した3つの質問（3問目はB中学校が(A)、C中学校とD中学校が(B)を用いた）を4件法（とてもそう思う、そう思う、そう思わない、全然そう思わない）で実践前後に調査した。

先に紹介した実践校の内、データが揃った校のみについて紹介する。

授業実践はA市の市立B中学校の1学年127名、C中学校の2学年113名、D中学校2学年33名を対象に、筆者らが授業者として実施した。参加者には事前に担任教員から「SOSの出し方に関する教育」の出前授業があることが伝えられ参加の同意を得ている。

なおD中学校の実践時には地域の保健師に出席を依頼し、保健師が授業実践の中で簡単に相談先の紹介を実施した。これは、地域の信頼できる大人の存在を強調することが重要であるとする足立区の実践を参照し行ったものである。

### C. 研究結果

3つの実践前の社会的自尊感情 SOSE 項目への有効回答数が211名、実践後の社会的自尊感情 SOSE 項目への有効回答数が232名、実践前の基本的自尊感情 BASE 項目への有効回答数が218名、実践後の基本的自尊感情 BASE 項目への有効回答数が233名であった。

有効回答数が異なる理由は、そばセット

により回答の信頼性が低いと判断された質問紙および無回答のものを除外したためである。社会的自尊感情 SOSE の平均値は実施前が15.02点、実施後が15.06点となりほとんど変化は見られなかった。基本的自尊感情 BASE の平均値は実施前が19.99点、実施後が20.25点となりほとんど変化は見られなかった。

SOSの出し方についての知識が定着したかについて、実践前後で回答傾向に差があるかどうかカイ二乗分析実施した。質問19は実践前が220名回答し実践後が236名回答、質問20は実践前が221名回答し実践後が237名回答した。質問21(A)は実践前が106名回答し実践後が113名回答、質問21(B)は実践前が11名回答し実践後が124名回答した。

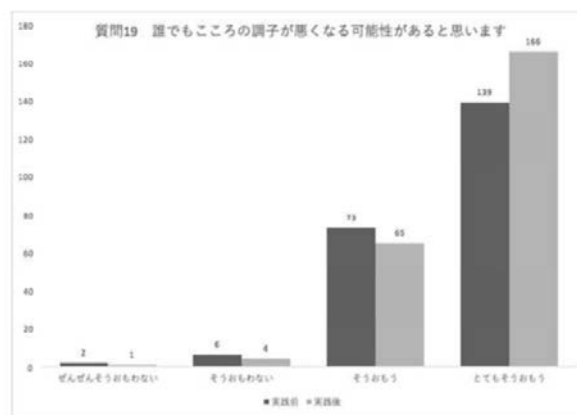


図1 質問19の実践前後の回答の推移

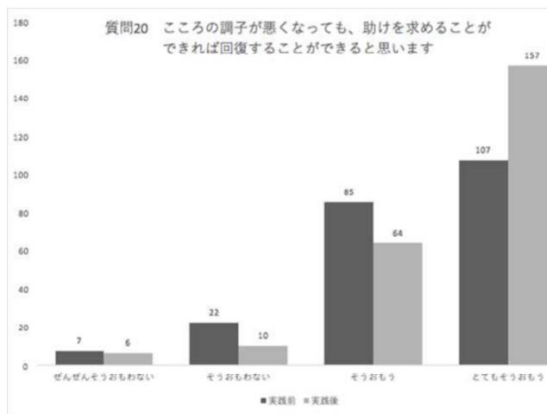


図2 質問20の実践前後の回答の推移

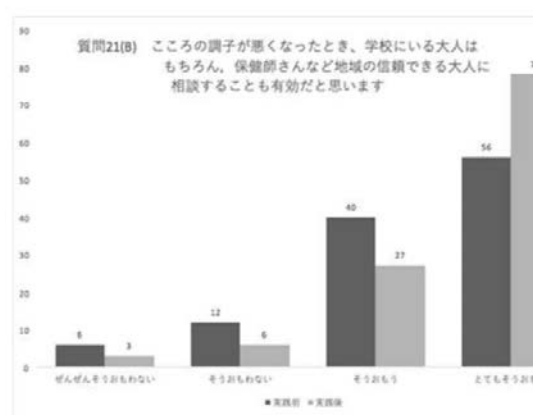


図3 質問21(B)の実践前後の回答の推移

その結果、質問 19 は図 1 のような結果となり実践後に「とてもそう思う」が増加したものの、有意な差は見られなかった ( $\chi^2(3, N=456)=3.03, n.s.$ )。質問 20 に関して、図 2 のように「とてもそう思う」と答えた生徒が 1%水準で有意に増加していた ( $\chi^2(3, N=458)=16.48, p<.01$ )。また質問 21(B)に関しては、図 3 のように「とてもそう思う」と答えた生徒が増加しており、10%水準で有意な増加傾向が見られた ( $\chi^2(3, N=238)=6.32, p<.10$ )。したがって、今回の授業実践において目的としていた SOS の出し方に関する知識を生徒は一定程度習得することができていることが示唆された。

実践後の質問紙では「今日の講座で新しく学んだこと、印象に残ったことがあった

ら教えてください」という設問で自由記述式で回答を求めた。87名の生徒から、「辛いときもまわりの人に相談すれば、少し心がかかることを知った」「命は大切だと知った」「何かあったら相談することが大切だと思った」「今日の講座で SOS の時の対処方法とかがわかったので良かったです。」「そうできるところがあんなにあるとはおもわなかった」といった講座の目的を理解できたという内容の感想が記入されており、一定の成果を挙げたといえるものであった。

また D 中学校の生徒の自由記述欄では、複数の生徒が「学校の先生以外に保健師さんという人がいることを初めて知った」「保健師さんに相談できることを知った」といった、保健師が参加したことについて記述した。これは、授業実践者だけではなく、地域のリソースとなる役割の人間が参加した方がより授業実践が効果的であることを示唆しているとも考えられるだろう。

#### D. 考察

「SOS の出し方教育」の授業実践について、直接的に自己肯定感を高める機能は確認されなかったものの、授業実践により生徒が SOS の出し方についての理解度が向上することが示唆された。また、地域の支援に関わる役割の人間が参加することにより、よりその理解が具体的になりよい影響があることも推測された。

#### F. 研究発表

(1) 井門正美他「北海道教育大学教職大学院における『命の教育プロジェクト』2」日本学校教育学会第 33 回全国大会、2018 年 8 月。

(2) 川俣智路、井門正美、梅村武仁「SOS の出し方教育」の授業実践の開発と検討—自尊心とメンタルヘルスに関する心理教育に着目して—日本教育心理学会第 60 回総会、2018 年 9 月。

(3) 井門正美他「北海道教育大学教職大学院における『命の教育プロジェクト』と『SOS の出し方教育』」平成 30 年度生きることの包括的支援研修—子ども・若者対策—2018 年 9 月。

(4) 命の教育プロジェクト HP (教職大学院の取組) <http://www.ido-labo.com/edu4life/>

## II Web 学習「命の教育 Yes/No カード学習」の公開促進

### A. 活動の目的

命の教育プロジェクトでは、WEB 上で学ぶことのできる「命の教育 Yes/No カード学習」(旧自殺対策 Yes/No カード学習)サイトを開設している (<http://www.ido-labo.com/edu4life/>)。当サイトではゲーミング・シミュレーション教材を用いた学習を可能にしている。

当ゲームは、2017 年度末までにゲームスタイルを確立し、一般公開しているため、2019 年度においてはカード学習ゲームの内容や活動方法等に関する広報活動を行った。

### B. 実践の方法

当ゲームについては、インターネット上で公開しているため、閲覧者数はカウントしていないが、広く広報しているものと考えている。私たちの広報活動としては、北海道内の先生方に紹介することと、学会において紹介することの 2 つを実践した。

前者については、教職大学院修了者の現

職教員に依頼して、中学校の生徒に本ゲームを実際にやってもらっている。まだ実践継続中であるため、学習効果についてのエビデンスは示されていないが、今後、エビデンスを示したい。

後者については、日本シミュレーション & ゲーミング学会 2018 春期大会 (5 月) 並びに秋期大会 (11 月)、加えて日本学校教育学会第 33 回全国大会にて発表している。日本シミュレーション & ゲーミング学会では、このゲームの健康教育 (禁煙教育) に関する内容について、北海道科学大学の教授から、「学生への禁煙教育として活用したい」との感想が出された。同大学の薬学部は入学条項に「禁煙に関する条項」を設けており、その意味でも禁煙教育への関心が高く、当ゲームに関する強い関心を示したものと捉えた。今後、禁煙教育などに特化したカード学習としても使える可能性がある。

### C. 研究結果と考察

中学生によるゲーム活用では、Yes/No カード学習の質問内容で使っている用語や言葉が難しいものがあるという感想が出されている。この件については、複数名でテーマや内容ごとに質問を考えたため、作成者の視点の置き方によって質問内容や用語の難易度に差が出た。つまり、児童生徒の視点か、教師や保護者の視点かといった違いである。ゲームをする側 (ゲーマー) を児童生徒に想定して作成した場合には、易しい用語で作成されており、逆に、教師や保護者を想定して作成したものはやや難しい用語使用となっていた。

こうした点については、今後、改善を図りたい。また、現在、質問項目は 70 問とな



っているが、さらに追加していく予定である。

#### D. 研究発表

(1) 井門正美他、「北海道教育大学教職大学院『命の教育プロジェクト』におけるゲーミング・シミュレーションの活用」日本シミュレーション&ゲーミング学会 2018 年度春期全国大会、2018 年 5 月

(2) 井門正美他「北海道教育大学教職大学院における『命の教育プロジェクト』2」日本学校教育学会第 33 回全国大会、2018 年 8 月。

(3) 命の教育プロジェクト HP(教職大学院の取組) <http://www.ido-labo.com/edu4life/>

### Ⅲ 「命の教育に関する韓国訪問調査」

#### A. 調査目的

日本の学校教育では、学校関係者の様々な努力にもかかわらず、若者の自殺が一向に減少しない状況にある。このような状況として主要先進国の中では、韓国における若者の自殺率も高いと言える。主要先進国の中で、かつアジアの中でも若者の自殺率が多い隣国について実態調査を行い、共通性と相違性を捉えることで、日本の若者の自殺対策の手立てを考える。

#### B. 調査の方法

韓国における「命の教育」や「自殺対策」について関係機関を訪問調査して、韓国の実情を把握すると共に、日本の実情や私たちの「命の教育プロジェクト」について紹介する。

#### (1) 調査メンバー

井門正美 教職大学院教授・院長

橋本忠和 教職大学院教授・函館校附属幼稚園長

杉本任士 北海道教育大学教職大学院准教授

#### (2) 調査日程

2月26日

17時15分 仁川空港着

19時30分 コリアナホテルで通訳ガイドのオトゴンバヤル氏、李在原氏と打合せ

2月27日

通訳 オトゴンバヤル・スレン氏

10時 韓国健康増進開発院

14時 韓国青少年自殺予防協会

16時 生命尊重協議会

18時 コリアナホテルでオトゴンバヤル氏、李在原氏と打合せ

2月28日

通訳 李在原氏

10時 韓国翰林大学死生学研究所

午後 オトゴンバヤル・スレン氏と李在原氏と面談・韓国調査のまとめ

3月1日 帰国

#### C. 研究結果

韓国の「命の教育」や「自殺対策」に関する4つの機関を訪問したが、いずれも、熱心に誠意ある対応をしていただいた。3月1日が、日韓関係においては、「3.1 独立運動の100周年記念」のため、韓国機関の対応について心配もされたが、いずれの機関にも歓待していただいた。

調査内容については、別途『命の教育プロジェクト 2018 報告書』(2019 年 3 月)にまとめているので、そちらを参照していただきたい。

調査内容については、別途『命の教育プロジェクト 2018 報告書』（2019 年 3 月）にまとめているので、そちらを参照していただきたい。

#### D. 研究発表

- (1) 命の教育プロジェクトホームページ  
(教職大学院の取組)

<http://www.ido-labo.com/edu4life/>

### IV 「命の教育シンポジウム 2019—SOS の出し方・気づき方—」

#### A. 開催の目的

本シンポジウムでは、「SOS の出し方・気づき方」に焦点を当て、児童生徒や若者が苦しい時や困難な時、心が折れそうな時に保護者や教師、友だち、信頼できる大人に「SOS を発信できる」方法を伝え、併せて児童生徒や若者、そして私たち大人がその「発信された SOS に気づく」ことのできる方法について考え議論することをねらいとした。2017 年 3 月に開催したシンポジウムに引き続いて 2 回目のシンポジウム開催となる。

#### B. 開催の方法

シンポジウムを開催し、広く市民の参加を得て、「SOS の出し方・気づき方」に関する実践や講演等を行い、議論することによって、市民の方に知識や技能を身に付けていただくとともに、児童生徒、若者の命を守り、彼らの健やかな成長のために、私たちが出来ることは何か、何をすれば良いのか考え議論し、喫緊の課題についての解決の糸口を見だし、具体的方策を示すことができればと考えた。このシンポジウムを通して、命を大切にし、守る活動を推進す

る土壌を築きたいと考える。

シンポジウムは以下の内容構成で実施した。

- ①学長挨拶 13 時 00 分～13 時 05 分

蛇穴治夫(北海道教育大学学長)

- ②趣旨説明 13 時 05 分～13 時 20 分

井門正美(教職大学院長)

- ③実践報告 13 時 20 分～13 時 50 分

「SOS の出し方を学ぼう」

川俣智路(教職大学院准教授)

梅村武仁(教職大学院特任教授)

井門正美

- ④講演 1 13 時 50 分～14 時 35 分

「SOS の気づき方」

安川禎亮(教職大学院教授)

- ⑤「SOS の出し方・気づき方」質疑応答

14 時 35 分～14 時 50 分

- ⑥シンポジウム 15 時 00 分～16 時 00 分

「学校と教師は、子どもや若者に対する命の教育にどう取り組めばよいのか」

企画・司会 井門正美

シンポジスト

荒瀬匡宗(北海道教育委員会)

津田政明(札幌市教育委員会)

稲葉浩一(教職大学院准教授)

川俣智路

安川禎亮

- ⑦シンポジウム質疑応答 16 時 00 分～16 時 15 分

- ⑧講演 2 16 時 25 分～17 時 10 分

「子ども・若者に対する生きることへの包括的支援—その最前線—」

本橋豊(自殺対策総合推進センター長)

- ⑨全体質疑応答 17 時 10 分～17 時 30 分

主催 北海道教育大学教職大学院

共催 国立精神・神経医療研究センター

自殺総合対策推進センター(JSSC)

後援 北海道教育委員会 札幌市教育委員会  
開催場所 札幌市男女共同参画推進センター

### C. 開催結果とその考察

当日は、本院教職員・院生、一般参加者を含めて約90名の参加を得た。一般参加者は、医療福祉関係者、学校教員、スクールカウンセラー、臨床心理関係者など、多様な人たちが参加した。

シンポジウムの内容についても、上記に示したように、大学教員、行政関係者、自殺対策に関する研究機関等の各々の専門家による話と、それに対する質疑応答時間を設けた。このことで、大変充実したシンポジウムとなった。

このシンポジウムについては、別途「命の教育プロジェクト2019 報告書」(2019年3月)を発刊しているのので、こちらを参照頂きたい。

### D. 研究発表

(1)井門正美他『命の教育プロジェクト2019 報告書』北海道教育大学教職大学院、2019年3月

(2)命の教育プロジェクトHP(教職大学院の取組)<http://www.ido-labo.com/edu4life/>

## V『命の教育プロジェクト2019 報告書』(速報版電子書籍)の刊行

### A. 刊行の目的

分担者としての研究活動は、北海道教育大学教職大学院の組織的研究として展開している部分が多い。特に、本報告書では、当厚生労働科研に関わって予算措置をとっている命の教育に関する韓国訪問調査と「命の教育シンポジウム2019—SOSの出し方・

気づき方—」について速報版電子書籍として刊行することとした。

### B. 刊行の方法

当初、紙媒体と電子媒体とで刊行する予定であったが、予算の関係から電子媒体として刊行することとした。先の韓国訪問調査やシンポジウムは、年度末の2月末から3月初旬という日程であったため、3月中に発刊する電子媒体は、速報版という形式として発刊した。

完全版については、私ども教職大学院として電子媒体並びに紙媒体で、9月を目途に発刊する予定である。特に、報告書と言うよりは、論稿も交えた書籍として発刊する運びである。

### C. 刊行物の内容(概要)

本報告書では、2018年度の研究活動の中で、特に、主要な行事であった「命の教育シンポジウム2019—SOSの出し方・気づき方—」並びに「命の教育に関する韓国訪問調査」について掲載した。

#### 【目次】

1. 「命の教育プロジェクト」について…3
2. 「命の教育シンポジウム2019」の開催報告…4
  - (1)学長挨拶…4
  - (2)趣旨説明…6
  - (3)実践報告「SOSの出し方を学ぼう」…11
  - (4)講演1「SOSの気づき方とストレスマネジメント」…34
  - (5)シンポジウム…52
    - ①北海道教育委員会の取組…53
    - ②札幌市教育委員会の取組…66
    - ③「いじめ自殺問題」への提言…74

- (6) 講演2 「子ども・若者に対する生きるこ  
とへの包括的支援—その最前線  
—」…83

3. 命の教育に関する韓国訪問調査(速報)…99

- (1) 調査目的  
(2) 本院の「命の教育プロジェクト」の取組み  
—訪問先への説明—  
(3) 調査日程  
(4) 調査メンバーと通訳紹介  
(5) 調査報告

【資料】

I 「命の教育シンポジウム 2019」に関する資料  
…110

II 韓国調査報告に関する資料…111

D. 研究発表

(1) 命の教育プロジェクト HP(教職大学院の  
取組)<http://www.ido-labo.com/edu4life/>

【北海道教育大学教職大学院組織的研究の  
メンバー】(2019年5月現在)

札幌校

井門正美(教授・院長)  
梅村武仁(特任教授・補佐札幌校)  
小野寺基史(教授・補佐4校連携総務)  
川俣智路(准教授・生徒指導・教育相談副分野長)  
小沼 豊(准教授)  
野寺克美(特任教授)  
姫野完治(准教授)  
前田輪音(准教授・授業開発副分野長)  
松橋淳(特任教授)

旭川校

水口正博(特任教授・補佐旭川校)  
水上丈実(教授・補佐地域連携推進)  
笠井稔雄(教授)  
稲葉浩一(准教授)  
藤川 聡(教授)  
藤森宏明(准教授・学級経営・学校経営分野長)

釧路校

梅本宏之(特任教授・補佐地域連携推進)  
近藤逸郎(特任教授・補佐釧路校、  
学級経営・学校経営分野長)  
室山俊美(特任教授)  
森健一郎(教授・授業開発分野長)  
安井智恵(准教授)  
安川禎亮(教授・補佐教育実践研究推進・附属連  
携)

函館校

阿部二郎(准教授)  
小田将之(特任教授)  
小松一保(特任教授・補佐地域連携推進)  
杉本任土(准教授)  
中村吉秀(特任教授・補佐函館校)  
橋本忠和(教授・補佐教育実践研究推進・附属連  
携)  
三上清和(特任教授・生徒指導・教育相談分野長)

## 自殺対策における適切な精神科医療体制の在り方に関する研究 ～自殺対策拠点病院のコンセプト構築～

研究分担者 近藤伸介 東京大学医学部附属病院 精神神経科

### 研究要旨

未遂者支援は自殺対策の大きな柱の1つである。未遂者を覚知する場となる医療機関として、救命救急センターおよび精神科病棟を擁する総合病院での直近の事例シリーズを詳細に検討し、自殺予防の方策を選択的介入から個別的介入へとさらに精緻化できるような考察を展開する。

### A. 研究目的

本研究は、自殺対策の大きな柱の1つである未遂者支援を精緻化することにより、地域自殺対策の推進ならびに厚生労働行政における自殺対策の施策展開に資することを目的としている。自殺未遂が事例化する代表的な場所となる医療機関を発端として、適切な支援につないでいくために必要な資源や仕組みについて考察する。

自殺が減少傾向に転じたとはいえ、依然として年間2万人を超える自殺者が続いていること、特に未成年の自殺は増加を続けていることなどから、今後はこれまでの自殺対策を継続することに加えて、いまだ十分に支援が届いていない群や年代に対する有効な方策を探索していく必要がある。

### B. 研究方法

昨年度は自殺未遂が覚知される医療機関を大きく4種類に分けて、それぞれにおける課題や支援のあり方について考察した。

平成30年度および令和元年度では、具体

的に医療機関での自殺未遂者の実態調査に基づき、大規模な統計では浮かび上がってこない個別の状況を明らかにすることで、現在までの施策に加えて補強すべき点を明らかにする。

具体的には、①平成30年度、東京大学医学部附属病院に自殺未遂のために救急搬送され、救急車到着から12時間以内に精神科医が診察を行った61名の年齢・自殺企図の手段・精神科治療歴・心理社会的要因・転帰などについて、②平成30年度、東京大学医学部附属病院精神神経科に入院した未成年74名について、年齢・自殺念慮の有無・自殺企図歴の有無・精神科診断・心理社会的要因・転帰などについて、それぞれ調査および考察を行う。

（倫理面への配慮）

東京大学医学部倫理委員会による承認を得た後ろ向き診療録調査研究である。

C. 研究結果

現在、①②につきデータ分析中である。

D. 考察

保留

E. 結論

保留

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

## 自殺対策と生活支援の連関に関する研究

研究分担者 猪飼周平 一橋大学大学院社会学研究科教授

### 研究要旨：

猪飼が取り組んでいる研究は、一貫して、自殺をその最も深刻な帰結としてもたらず、広範な生きてゆく上での困難の解明およびその困難に対する支援に関するものである。2018年度に実施した調査としては、次の2つである。第一に、小田原市と共同で、市民を対象に生活保護に関する意識調査を実施した。その結果、高所得層に相対的に強い生活保護制度に対する批判があること、また低所得層においては、相対的に日本版 K6 のスコアが高い一方で、生活が困窮しても軽々に生活保護を受けるべきでないという規範が存在していることが推察される結果となった。第二に、一般社団法人社会包摂サポートセンターの実施する「よりそいホットライン」事業から、深刻な支援ニーズを抱えながら、従来の支援体制から取り残されている人びとに関する推計を行った。暫定的な結果として、全国に 800 万人から 1700 万人の範囲で、そのようなニーズを抱えている人びとが存在しているということが推計された。

### A. 研究目的

本研究の目的は、自殺をその最も深刻な帰結としてもたらず、広範な生きてゆく上での困難の解明およびその困難に対する支援のあり方を明らかにすることである。2018年度においては、2つの研究を実施した。第一に、小田原市と共同で、市民を対象に生活保護に関する意識調査を実施した。その結果、高所得層に相対的に強い生活保護制度に対する批判があること、また低所得層においては、相対的に日本版 K6 のスコアが高い一方で、生活が困窮しても軽々に生活保護を受けるべきでないという規範が存在していることが推察される結果となった。第二に、一般社団法人社会包摂サポートセンターの実施する「よりそいホットライン」事業から、深刻な支援ニーズを抱

えながら、従来の支援体制から取り残されている人びとに関する推計を行った。

### B. 研究方法

平成 30 年度においては、29 年度に神奈川県小田原市において同市と共同で行った、生活保護・生活困難と自殺リスクの連関に関する市民アンケートの分析を行った。また、一般社団法人社会的包摂サポートセンターの実施する「よりそいホットライン」事業における支援記録、通信記録から、自殺企図を含む深刻な支援ニーズをかかえながら、従来の支援体制から取り残されている人びとについて、支援ニーズの量的な把握を行った。具体的には、「よりそいホットライン」への電話数の推計値と、同事業についての社会的認知率（インターネットア

ンケート会社利用)を組み合わせ、潜在的な支援ニーズの大きさを推計した。

### C. 研究結果

小田原市における市民アンケートについては、高所得層に相対的に強い生活保護制度に対する批判があること、それは憲法 25 条を直接的に反映した生活保護法の無差別平等原則に対しても及んでいること、低所得層において日本版 K6 のスコアが相対的に高いという暫定的な結果が出た。また、「よりそいホットライン」を活用した支援ニーズの推計については、約 800 万人から約 1700 万人という膨大な規模のニーズが従来の支援制度からは見えない形で暗数として存在するということが示唆された。

前者については現在引き続き解析中である。後者について一定の結果が得られたのでこの点具体的に結果を報告しておきたい。「よりそいホットライン」事業の本研究との関係でもっとも重要な特徴は、「どんな相談事でも断らない」という方針にある。これがなぜ重要な方針かというと、従来の支援サービスの基本的特性として、特定の課題および特定のカテゴリーの人びとを想定しているからである。これをここでは「問題解決型支援」と呼ぶとすれば、これらの支援によっては次のような困難の特徴をもっている人びとについては支援からこぼれ落ちてゆくことになる。すなわち、1) 困難が複雑に複合している当事者、2) 認識できる生活上の課題を解決することが生きる力の回復につながらない当事者である。

これに対し「よりそいホットライン」は、どんな相談事でも断らないという姿勢のために、上記のような従来の特定の問題を解決する式の支援からこぼれ落ちた人びとが行きつく相談先という性格を有することになる。実際、同ラインに電話がつながった人びとの 81%は、同ラインに電話をするに先立って他の相談先に相談をしている人びとであることがわかっている。

さて、本研究では、「よりそいホットライン」に電話をかけてきた人の実数(ユニーク数)と同ラインに対する認知率を組み合わせ、よりそいホットラインに電話をかけてくる人と同じ属性をもった人びとが社会にどの程度の人数が存在するかを推計した。その結果をまとめたものが以下の表である。

同ラインへの年間のコール数(ユニーク数)は、416,939 数(推計値)である。これにインターネットアンケート会社 2 社を利用し、同ラインに対する認知率を調査した結果が、表の中段である。なお、認知率については様々な水準の認知がありうるが、本研究では、①名前を知っていること、および②事業内容について一定の知識があることを基準として認知率を調査している。これを踏まえて、同ラインに対する潜在的利用者数の区間推定の結果(95%信頼区間)が下段のようになっている。

この結果の直接的な意味は、社会において「よりそいホットライン」がすべての人びとに、名前と事業内容が知られている(110 番並に知られているという意味)としたときに、年間約 800

認知率調査	A社	B社
利用者ユニーク数	416,939	
認知率(95%信頼区間)	$0.025 < p_1 < 0.044$	$0.033 < p_2 < 0.051$
潜在的利用者数の区間推定	$9,582,060 < n_1 < 16,857,824$	$8,185,683 < n_2 < 12,486,849$

注1) ここでの利用者ユニーク数とは、特定期間内に「よりそいホットライン」の「全国ライン」へ寄せられた電話総数のうち、同一通知番号による複数回発信を1と計上して利用者の実数を推計し、さらにそれを年間換算した値である。

注2) 潜在的利用者数の区間推定を行うにあたり、今回は、利用者が各認知率に比例するという仮定をおいている。



万から 1700 万人の人が電話をかけてくると考えられるというものである。もし、ここで「よりそいホットライン」に電話をかけてくる人びとが従来の支援からこぼれ落ちた人であるとすれば、そのような「制度の隙間」に落ち込んでいる人びとが、膨大に存在している可能性があるということになる。さらに、本調査においては、「よりそいホットライン」に電話をかけてきた人で、自殺・LGBT・DV など特定のニーズが明確にみられると判断された人びとは除外されていること、さらに電話がそもそも苦手であったりできなかつたりする人、ヘルプラインを利用する可能性の低い子ども・障害者などの人びとも考慮されていない。これらを考慮するとき、推計値はさらに大きくなるであろうと考えられる。他方で、「よりそいホットライン」に電話をかけてきた人びとの属性について、さらに検討をすすめるべき余地もある。というのも、同ラインの利用者に、医療機関とりわけ精神科の受診歴をもつ人が多いためである。たとえば、これらの受診歴を持つ人々の間で特異的に、同ラインに対する認知率が高いということになれば、本研究の推計値は逆に過大推計となる可能性もある。その意味では、引き続き研究を進めてゆく必要がある。

#### D. 考察

本研究によって、従来日本の福祉国家は、従来の目的、すなわち所得保障によるセーフティネットを張るという点からみても、十分に機能を発揮していない部分がある上に、従来の支援の方法それ自体が多く支援ニーズを抱えた人びとを置き去りにしている可能性があることが示唆されたといえよう。

以上を踏まえて、本研究の自殺対策としての意義について論じておきたい。自殺総合対策大綱には、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」が掲げられており、その目標自体は大変高邁なものであり、本研究者もこの政策目標に同意する者である。だが、それではこの目標はい

かにして達成可能なのであろうか。実際に行われている対策は、基本的に問題解決的発想で作られているが、その先に上のような目標の達成が可能であるか、ということをおたちは考える必要がある。この点に関して本研究の示唆は、本研究のいう問題解決型支援＝従来の支援をいかに積み上げていっても上のような社会を実現可能なものとして展望することはできない、ということである。もちろんそれは現行の対策に効果がないとか、対策しなくともよい、という意味ではない。自殺に追い込まれる人が少しでも減るならその方がよい。だが、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」という大目標が絵に描いた餅であってはならないとすれば、さらに本質的に従来とは異なる対策に大きく踏み込まなければならないということになる。

そもそも自殺は生活困難が招く帰結としては稀な現象である。その背後には自殺という形でなくとも虐待、DV、不登校、犯罪、依存症、負債、ホームレス、悲嘆、自尊心の低さなど、さまざまに追い込まれ、苦しんでいる人びとがいると考える必要がある。もしこれらの人びとがすべて自殺の予備軍であるとするならば、結局のところ「誰も自殺に追い込まれることのない社会」を作るとは、人びとを様々に追い込むこの社会のあり方を全体として変えてゆくということではなければならないだろう。本研究が示唆しているのは、それが「よりそいホットライン」に流れこむ人びとと同じ状況にある人びとを支えるような社会システムの設計である可能性があるということである。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1) 論文発表

2) 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## Zero-suicide の国際的動向に関する研究

研究分担者 清水康之 NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク代表（理事長）

### 研究要旨：

2018年9月3日～4日、第4回国際自殺ゼロサミットがオランダ、ロッテルダムで開催され、その成果文書であるロッテルダム宣言が採択された。

文書の冒頭では、その意義を次のように述べている。「ロッテルダム宣言はサミットに参加した保健医療部門の指導者たちにより支持されている。我々はすべての人に、世界的に拡がりつつあるこの「学び」のコミュニティに加わるよう強く求めている。また、あなたの保健医療システム環境において、あなたが望んでいるような変化をもたらせるよう、ヒントを見つけるためにこの宣言を利用してほしい。大胆なビジョンが人類を月に立たせ、ポリオを撲滅させた。中途半端なことをしている時間は無い。「自殺ゼロ」に尽力しようとする洞察力あるリーダーシップこそが、この重要なビジョンへの大きな一歩を踏み出すことを可能にするだろう。」

そして、結論は次のような文章で結ばれている。「保健医療システムに求めること：質の保証されない効率性は論外である。効率性の保証されない質は持続不可能である。「自殺ゼロ・ヘルスケア」

(Zero Suicide Healthcare) モデルでは、質と効率性の両方が示されている。それは大きな志と科学の融合である。「自殺ゼロ・ヘルスケア」(Zero Suicide Healthcare) は連携したケアを示し、それゆえ誰もがたった一人で命を絶つことがないように、また絶望のうちに自殺に追い込まれることが無いようにしなくてはならない。」

以下に、このロッテルダム宣言の日本語訳全文を掲載する。

4TH INTERNATIONAL

# ZERO SUICIDE SUMMIT

ROTTERDAM 2018

第4回 国際自殺ゼロサミット  
2018年 ロッテルダム

ZERO SUICIDE INTERNATIONAL  
LEAD | TRAIN | IDENTIFY | ENGAGE | TREAT | TRANSITION | IMPROVE

第4回 国際自殺ゼロサミット  
先導 / 養成 / 認識 / 関与 / 治療 / 変容 / 向上



## *moving beyond the tipping point*

「転換点の向こう側へ進む」

**正確性の高いツールキット: [zerosuicide.com](https://zerosuicide.com)**

本文書において示されている様々な見解は、サミットに参加した個々人の所属諸団体の公式見解を必ずしも反映していない。また、Substance Abuse and Mental Health Services Administration(物質使用障害と精神保健サービスの管理局)、the National Institutes of Health(国立保健研究所)、the Department of Health and Human Services(保健・社会福祉省)、or the Department of Veterans Affairs of the US Federal Government(アメリカ合衆国退役軍人省)、or of Health Canada(もしくはカナダの同機関)の公式見解を示しているものでもない。

## まえがき

オランダのロッテルダムで2018年9月3日～4日に開催された第4回国際自殺ゼロサミットに、およそ20か国から100名を超える多様なリーダーが招集された。この場で彼らは、2015年の国際自殺ゼロ宣言(International Zero Suicide Declaration)の改定を企画した。改定された宣言では、サミットに参加したリーダーたちが、公衆衛生と地域社会における自殺対策戦略を補強するために、保健医療部門の対策の改善に責任を持って関与する必要性が明示されている。

### 「自殺ゼロ・ヘルスケア」(Zero Suicide Healthcare)とは

「自殺ゼロ・ヘルスケア」は、科学的根拠と普遍的な人間の存在意義を踏まえたものであり、それはヘルスケアと社会における自殺対策についての考え方を、従来の受身的なものから、主体的・積極的なものへと転換させることを目指す、世界的な変革をもたらすための、新たな自殺予防対策アプローチである。本アプローチにおける最終目標は、保健医療システムを推進し、ケアの質を継続的に向上させていくことである。「自殺ゼロ」(Zero Suicide)は保健医療部門のリーダーたちが、これまで以上に、自殺という悲劇から患者、親戚、スタッフを守るためにどうすればよいかを学んでもらえるような、明確な戦略と方針を提供している。

「自殺ゼロ」はヘルスケアを求める人が自殺関連行動を考えた時に、より良い方向へと導いてくれる。そうした人は、最も制限の少ない環境において、自殺関連行動について率直かつ公然と話し合い、回復への過程を進むという経験をするだろう。彼らが自らの選択によってそうした行動の転換を図れるようになることで、取り残される人はいなくなる。「自殺ゼロ・ヘルスケア」は、単独で存在する戦略ではない。これは、同時に実施される他の地域基盤の自殺対策戦略を補完するものである。

### なぜ「自殺ゼロ」は重要なのか

非常に多くの命が危険にさらされているからである。毎年80万人以上が自殺で亡くなっている。より質の高い自殺対策のケアを行う保健医療システムがあれば、防ぐことのできる自殺が多くことは実証されている。システムを抜本的に変革させることにより、自殺死亡率をゼロにすることができる。そうであるならば時間をこれ以上浪費することなく、「自殺ゼロ」を社会へ浸透させるために、社会全体に体系的な変化を起こさねばならない。

### 「自殺ゼロ」は誰のためのものか

第一に、世界中の保健医療部門のリーダーのためである。彼らは「自殺ゼロ・ヘルスケア」モデルを推進する原動力であり、本システムの、安全かつ公正な学習ならびに改善の文化を保護する立場でもある。第二に、保健医療部門に従事するすべてのスタッフに向けたものである。「自殺ゼロ」に賛同する機関に従事することで、スタッフたちは優れた自殺対策ケアを提供するための研修やサポートを受け、安心できる環境の中で、自殺の根底にある真の原因や悪影響を与える要素を解決していくことができる。第三に、これは最後といえども軽視してはならないものであるが、すべての協力者、例えば政府や政治家、メディア、経営者や雇用主、公衆衛生および自殺対策の関係団体、自殺関連行動を自ら経験した人、科学者などのためである。彼らが自らの専門知識や能力、意欲を活かしながら、保健医療システムと協力し進んで「自殺ゼロ」に取り組むことにより、変化がもたらされ、自殺死亡率が減少するのである。

### ロッテルダム宣言

ロッテルダム宣言は、サミットに参加した保健医療部門のリーダーたちにより支持されている。我々はすべての人に、世界的に拡がりつつあるこの「学び」のコミュニティに加わるよう強く求めている。また、あなたの保健医療システム環境において、あなたが望んでいるような変化をもたらすためのヒントを得るために、この宣言を利用してほしい。大胆なビジョンが人類を月に立たせ、ポリオを撲滅させた。中途半端なことをしている時間は無い。「自殺ゼロ」に尽力しようとする洞察力あるリーダーシップこそが、この重要なビジョンへの大きな一歩を踏み出すことを可能にするだろう。

David W. Covington, LPC, MBA  
RI International, USA

Dr. Jan Mokkenstorm  
113 Suicide Prevention, the Netherlands

# ロッテルダム宣言

毎日毎秒、今この瞬間にも、世界中で多くの人が自殺の脅威にさらされている。自殺は家族から大切な人を、若者たちから未来を、職場から仲間を、コミュニティから最も価値のある資源、つまり人々を奪ってしまう。

2018年9月にロッテルダムで行われた第4回国際自殺ゼロサミットの参加者および、保健医療部門、学術・研究機関、市民社会、民間団体、政府、自殺企図経験を有する人々といった、多様な指導者・代表者たる我々は、

## 受け入れる:

WHO 報告書『自殺を予防する 世界の優先課題』の最も重要なメッセージである、「自殺は防ぐことができる。国の対応を効果的にするためには、包括的かつ多様な自殺対策戦略が必要であり、それには保健部門とそれ以外の部門とが緊密に連携し、政府ならびに非政府の両レベルにおいて、自殺の防止を保健医療システムにおける中心的な課題と位置付けることが含まれる。(i)」を受け入れる。

## 承認する:

「世界人権宣言」第25条の、すべて人は、到達可能な最高水準の健康を享受する基本的な権利を有する(ii)を承認する。

## 認識する:

国際連合の『持続可能な開発目標(SDGs)』(3)の、2030年までに、非感染疾患(NCD)による早期死亡を、予防や治療を通じて3分の1減少させて、精神保健および福祉を促進すること(iii)を認識する。

## 理解する:

自殺が保健医療に従事する人や、家族、職場、コミュニティに与える深刻な影響を理解する。

## 「自殺ゼロ・ヘルスケア」(Zero Suicide Healthcare)の枠組み

「自殺ゼロ」モデルでは、自殺を減少させるための現実的かつ効果的なアプローチを提供している。「自殺ゼロ・ヘルスケア」は、自殺を減少させるためのケアにおける、体系的、指導的、持続的な質の向上を目指すアプローチである。その枠組みは諸施設に対して、トレーニングと、科学的根拠に基づいた治療と支援へのアクセス、そして保健医療システムに非常に優れた結果をもたらしたケアパスを提供する。

我々は、以下のことに積極的に関わっていく。

### 1. 科学的な根拠と実際の自殺企図へのかかわりを通じて得られた情報に基づく、公平で安全な文化に重点を置くリーダーシップ

- 保健医療システムのリーダーは、自殺を防ぐための絶え間ない努力を通じて、自殺対策推進の文化を作り出している。現代の保健医療システムにおいて我々は、自殺関連行動(自殺未遂、自殺死亡等)は、ケアすることで避けることが可能だと考える。
- 治療を要する人を自殺で失った後の回復、治癒、学習、改善は、保健医療システムの文化にとって欠かせないものである。非難、懲罰、報復は許されない。
- 自殺関連行動を起こそうとする人を発見しケアを行う際に、病院スタッフや保健医療スタッフは共感的で、信用における、有能な存在となる。

### 2. 自殺関連行動がある人に関与する際のチームワークアプローチ

- 保健医療システムを利用して援助を求める人々は、それぞれの苦悩や悲しみの内容により差別されることなく、適切なタイミングで、敬意と思いやりを持って受け入れられる。
- 人間中心で、治療重視の自殺関連行動のスクリーニングおよびアセスメントが実行される。それには自殺念慮や自殺関連行動に関する直接的な質問も含まれる。

- 介入には、安全対策や治療につなげるための接触などといった、協力的で研究成果に基づいた実践技法を用いた、極力拘束の少ない環境での自殺関連行動の直接治療も含まれる。
- ケアマネジメントは患者／スタッフの実りある相互交流により定められる。
- 高次医療の場(例えば、病院)でなされた決定は、他の水準のケア(例えば、集中治療外来、民間セラピスト、薬物療法等)へ適切なタイミングで伝えられる。

### 3. 患者、保健医療の専門家、家族や介護・看護担当者の、安全対策とアフターケア移行への積極的な参加

- 医療の場から退院する前に、自殺手段の制限などの安全対策に積極的に関わること。これには、家族や親しい人への主体的な関与や教育となり得る場も含まれる。
- 病院内の医療スタッフとより広いコミュニティの医療提供機関の間で、サービスの責任と意思疎通を共有すること。
- 次回を受診前に、病院側からの積極的なアウトリーチを行うこと。
- 病院で提供されるピアサポート、また地域を基盤とした支援サービスによるピアサポート。

### 4. データ分析と実装科学(implementation science)は持続的な改善をもたらす

- 持続的な質の向上の基盤となるのは、データ収集およびデータ分析、さらに重要となるその応用である。
- データへのオープンアクセスは個人情報保護の法制度の枠内で利用可能である。
- 医療関係者や医療チームは、成果の改善が常に可能であるという視点を持ちながら、進行中の実績をモニタリングし、サービスをより良いものにし、影響を評価するために、データを用いる。
- 世界中で現在新しく進みつつある実装アプローチの拡大と、成果の公表を通じた学習の共有に関与することにより、学習が促進される。
- 研究、とりわけ実社会への成果の実装を目的とする橋渡し研究(translational research)や実装科学研究(implementation research)の研究費を増大させることで、新しいアプローチを探求し、支援する。

### 5. 総合的で公的な保健医療と地域自殺対策による協力ネットワークがもたらす相乗効果

#### 結論

保健医療システムに求めること: 質の保証されない効率性は論外である。効率性の保証されない質は持続不可能である。「自殺ゼロ・ヘルスケア」(Zero Suicide Healthcare)モデルは、質と効率性の両方を意味している。それは大きな志と科学の融合である。

「自殺ゼロ・ヘルスケア」(Zero Suicide Healthcare)は、誰ひとりとして孤独の中で死を迎え、絶望の中で自殺に追い込まれることがないようにするための、連携したケアを意味している。

詳細が知りたい方は

ZeroSuicide.org 世界中の「学び」のためのコミュニティのページ

ZeroSuicide.com 正確性の高いツール集と情報源

(i) World Health Organization: Preventing Suicide: a global imperative. Page 9. Luxembourg 2014

(ii) Universal Declaration of Human Rights; <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

(iii) United Nations Sustainable Development Goals <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3#targets>





# 参加者

Brian Ahmedani  
Mike Ang  
Victor Armstrong  
Esmée Arredondo  
Sue Ann Atkerson  
Anna Baran  
Laura Boelsma  
Ida Bontius  
Lucinda Brogden  
Lai Fong Chan  
Shu-Sen Chang  
Justin Chase  
Ksenia Chistopolskaya  
Helen Christensen  
Ed Coffey  
M. Justin Coffey  
David Covington  
Ian Dawe  
Derek de Beurs  
Judith de Heus  
Remco de Winter  
Daniel DeBrule  
Peter Dijkshoorn  
Caroline Dollery  
Dave Dongelmans  
John Draper  
Steve Duffy  
Merijn Eikelenboom  
Kim Eun-Ji  
April Foreman  
Gerdien Franx  
Andrea Gabilondo

Jacobine Geel  
Shareh Ghani  
Tory Gildred  
Renske Gillissen  
Julie Goldstein Grumet  
Jacinta Hawgood  
Kyle Hawkey  
Brian Higgins  
Mike Hogan  
Mavis Hoost  
Hans Jansen  
Michael Johnson  
Joost Kamoschinski  
Ad Kerkhof  
Norman Lamb  
Matthew Large  
Virna Little  
Edward Mantler  
Janet Martin  
Richard McKeon  
Dan Mobbs  
Jan Mokkenstorm  
Claar Mooij  
Phil Moore  
Yutaka Motohashi  
Sue Murray  
Yin Ping Ng  
Rebecca Osborne  
Carla Patist  
Jane Pearson  
Daniel Perkins  
Pieter Prins

Joe Rafferty  
Peter Rijntjes  
Katalijn Ritsema van Eck  
Engelhardt Robbe  
Marlon Rollins  
Barbara Schneider  
Robert Schoevers  
Fiona Shand  
Simon Nicholas Shaw  
Yasuyuki Shimizu  
Sarah Skoterro  
Jo Smith  
Sally Spencer-Thomas  
Martin Steendam  
Becky Stoll  
Jenny Telander  
Arjan Theil  
Karla Thorpe  
Kathryn Turner  
Rob van der Schoot  
Roald van der Valk  
Marieke Boele van Hensbroek  
Menno van Leeuwen  
Marijke van Putten  
Eduardo Vega  
Cordula Wagner  
Anke Wammes  
Ursula Whiteside  
Ellen Wilkinson  
Alan Woodward  
Jie Zhang  
Gerard Zwetsloot



[zerosuicide.org](https://zerosuicide.org)

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表：

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本橋豊	新たな自殺総合対策の在り方に関する検討会について（コラム1）	厚生労働省	平成30年度版自殺対策白書		東京	2018年8月	206
本橋豊			Q&A自殺対策計画策定ハンドブック	ぎょうせい	東京	2018年10月	293
本橋豊	新たな自殺総合対策大綱と自殺対策の方向性について	精神保健医療福祉白書編集委員会	精神保健医療福祉白書2018/2019	中央法規	東京	2018年10月	222

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Motohashi Y, Kaneko Y, Fujita K	Suicide Countermeasures for Attempted Suicide Survivors Based on the General Principles of Suicide Prevention Policy	Suicide Policy Research	Vol.2, No.1	1-7	2018
Sakisaka K, Fujita K, Kaneko Y, Motohashi Y.	Trends of Suicide and Suicide Countermeasures in Cambodia	Suicide Policy Research	Vol.2, No.1	8-15	2018
Japan Support Center for Suicide Countermeasures (translation)	Local Suicide Countermeasure Policy Packages	Suicide Policy Research	Vol.2, No.1	16-36	2018
Japan Support Center for Suicide Countermeasures (translation)	Guidelines for Municipal Suicide Countermeasure Planning	Suicide Policy Research	Vol.2, No.1	37-65	2018
Japan Support Center for Suicide Countermeasures (translation)	시정촌 자살대책계획 수립 지침서 ~ 누구도 자살로 내몰리지 않는 사회 실현을 목표로 ~ 자살대책기본법의 일부 개정안 법률안 친구대조표	Suicide Policy Research	Vol.2, No.1	66-96	2018
Japan Support Center for Suicide Countermeasures (edited)	The Second International Forum on Suicide Prevention Policy Research Evidence -Innovation of Suicide Countermeasures in Japan- Held on 20 Jan, 2018 Proceedings	Suicide Policy Research	Vol.2, No.1	105-111	2018

金子善博、井門正美、馬場優子、本橋豊	児童生徒のSOSの出し方に関する教育：全国展開に向けての3つの実践モデル	自殺総合政策研究	第1巻第1号	1-47	2018
朴恵善、藤田幸司、金子善博、本橋豊	韓国の「自殺予防の国家行動計画」について：国家行動計画策定の背景	自殺総合政策研究	第1巻第1号	64	2018
自殺総合対策推進センター（訳）	韓国における自殺予防国家行動計画（関連部署合同・作成）[翻訳版]	自殺総合政策研究	第1巻第1号	65-103	2018
藤田幸司、金子善博、松永博子、崎坂香屋子、本橋豊	カンボジアにおける自殺の状況と自殺対策	自殺総合政策研究	第1巻第1号	104-112	2018
本橋豊	自殺総合対策大綱のポイントと実効性ある展開を目指して	地域保健	2018年5月号 (第49巻3号)	8-13	2018
本橋豊	自殺総合対策大綱5年ぶりの見直しとその意義	日本精神科病院協会雑誌	37(6)	5-11	2018
本橋豊	自殺総合対策推進センターの国際的な役割と取り組み	公衆衛生	2018年9月号 (Vol.82 No.9)	704-707	2018
本橋豊	子供の自殺の実態と予防	月刊BAN番	2018年12月号	12-17	2018
Doi S, Fujiwara T, Ochi M, Isumi A, Kato T	Association of Sleep Habits with Behavior Problems and Resilience of 6-to7-year-old Children: Results from the A-CHILD Study	Sleep Medicine	May 2018 (Vol. 45)	62-68	2018
Doi S, Fujiwara T, Isumi A, Ochi M, Kato T	Relationship Between Leaving Children at Home Alone and Their Mental Health: Results From the A-CHILD Study in Japan	Frontiers in psychiatry	25 May 2018		2018
Masashi Kizuki, Manami Ochi, Aya Isumi, Tsuguhiko Kato, Takeo Fujiwara	Parental Time of Returning Home From Work and Child Mental Health Among First-Year Primary School Students in Japan: Result From A-CHILD Study	Frontiers in Pediatrics	02 July 2018		2018

Murayama Hiroshi, Fujiwara Takeo, Tani Yukako, Amemiya Airi, Matsuyama Yusuke, Nagamine Yuiko, Kondo Katsunori	Long-term Impact of Childhood Disadvantage on Late-Life Functional Decline Among Older Japanese: Results From the JAGES Prospective Cohort Study	The Journals of Gerontology Series A	14 June 2018, Volume73, Issue 7,	973-979	2018
Kizuki Masashi, Fujiwara Takeo	Adult Attachment Patterns Modify the Association Between Social Support and Psychological Distress	Frontiers in Public Health	11 September 2018		2018
Isumi A, Fujiwara T, Nawa N, Ochi M, Kawachi I	Mediating Effects of Parental Psychological Distress and Individual-level Social Capital on the Association between Child Poverty and Maltreatment in Japan	Child abuse & neglect	September 2018 Volume83	142-150	2018
Matsuyama Y, Fujiwara T, Ochi M, Isumi A, Kato T	Self-control and Dental Caries among Elementary School Children in Japan	Community dentistry and oral epidemiology	04 June 2018 Volume46 Issue 5		2018
Takahashi Y, Fujiwara T, Nakayama T, Kawachi I	Subjective Social Status and Trajectories of Self-rated Health Status: a Comparative Analysis of Japan and the United States	Journal of public health	December 2018 Volume 40, Issue 4, 1	713-720	2018
Tani Y, Suzuki N, Fujiwara T, Hanazato M, Kondo N, Miyaguni Y, Kondo K	Neighborhood Food Environment and Mortality among Older Japanese Adults: Results from the JAGES Cohort Study	International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity	19 October 2018 15:101		2018
Nawa N, Isumi A, Fujiwara T	Community-level Social Capital, Parental Psychological Distress, and Child Physical Abuse: a Multilevel Mediation Analysis	Social psychiatry and psychiatric epidemiology	November 2018, Volume 53, Issue 11,	1221-1229	2018
Ichikawa K, Fujiwara T, Kawachi I	Prenatal Alcohol Exposure and Child Psychosocial Behavior: a Sibling fixed-effects Analysis	Frontiers Psychiatry	06 November 2018		2018
Doi S, Fujiwara T	Combined Effect of Adverse Childhood Experiences and Young Age on Self-harm Ideation among Postpartum Women in Japan	Journal of Affective Disorders	15 June 2019		2019
椿 広計	行政における統計データの活用と展望	行政&情報システム(特集: 公共データの分析と活用の実践に向けて)	2018年06月号	3-8	2018

椿 広計	Quality Management から見た Evidence Based Policy Making	季刊評価クォーターリー	第45号(平成30年4月)		2018
岩瀬博太郎, 石原憲治, 山口るつ子, 大屋夕希子	自殺対策と連動した死因究明と法医学研究～特に無理心中、子どもの死及び遺族対応に焦点をあてて～	革新的自殺研究推進プログラム研究報告書(平成29年度)			2018.4

### 学会発表

発表者氏名	演題名	学会名	日付
Motohashi Y	Successes of the National Suicide Prevention Strategy in Japan	mhGAP Forum 2018 Geneva, Switzerland	October 2018
Takeo Fujiwara	school social capital and child mental health	10th ISSC Conference. Hvar Croatia	2018.6.15.
Takeo Fujiwara	Association between childhood suicidal ideation and geriatric depression: a life-course approach	European Congress of Epidemiology 2018 Lyon, France	2018.7.6
Takeo Fujiwara	Childhood Poverty, Parenting, And Caries: A Mediation Analysis	European Congress of Epidemiology 2018 Lyon, France	2018.7.6
Ayako Morita, Takeo Fujiwara	Risk for late-life depression associated with childhood suicidal ideation	European Congress of Epidemiology 2018 Lyon, France	2018.7.6
藤原武男	子どもの貧困と健康：政策介入の可能性	第59回日本社会医学会総会 (栃木)	平成30年7月21日
藤原武男	子どもの健康を守る社会環境とは	第67回東北公衆衛生学会 (宮城)	平成30年7月27日
Doi S, Fujiwara T, Ochi M, Isumi A, Kato T	Relationships between sleep habits and mental health among Japanese 6 to 7-year-old children: Results from the A-CHILD study	The 21st International Epidemiological Association World Congress of Epidemiology Saitama, Japan	2018.8.20
Satomi Doi, Takeo Fujiwara	Association between adverse childhood experiences and thoughts of self-harm among postpartum women	ISPCAN XXII International Congress on Child Abuse and Neglect Prague Czech	2018.9.2

Nawa N, Isumi A, Fujiwara T	Neighborhood social capital, parental depression, and physical abuse toward children: multilevel mediation analyses	ISPCAN XXII International Congress on Child Abuse and Neglect Prague Czech	2018.9.4
藤原武男	子どもの自己肯定感を決めるものは何か：足立区における実態調査 (A-CHILD Study)	第59回日本児童青年精神医学会総会 (東京)	平成30年10月11日
山田成人、伊角彩、藤原武男	育児について夫や他の人に相談できない母親の産後うつリスクは高いか？	第77回日本公衆衛生学会総会 (福島)	平成30年10月24日
小山佑奈、藤原武男	アルコール小売店舗の減少によって児童虐待は減るのか	第77回日本公衆衛生学会総会 (福島)	平成30年10月25日
藤原武男	ライフコースと健康	第77回日本公衆衛生学会総会 (福島)	平成30年10月25日
井上裕子、伊角彩、土井理美、藤原武男	小中学生の保護者はなぜ子どものう蝕を放置するのか？関連要因の探索研究：A-CHILD研究	第77回日本公衆衛生学会総会 (福島)	平成30年10月25日
福屋吉史、伊角彩、越智真奈美、土井理美、森田彩子、木津喜雅、	小学校2年児の登校しぶりと家庭内のリスク要因：A-CHILD縦断研究	第77回日本公衆衛生学会総会 (福島)	平成30年10月26日
谷道正太郎、伊藤弘人、樺広計	政府の統計データ利活用推進の取組と地域統計データを活用した自治体の取組・変化の把握について	第56回日本医療・病院管理学会 (福島)	2018年10月
石原憲治、大屋夕希子、岩瀬博太郎	自殺対策と連動した死因究明と法医学研究～特に無理心中と子どもの死に焦点をあてて～	日本自殺総合対策学会 (東京)	2018.3.15
大屋夕希子、千葉文子、猪口剛、石原憲治、岩瀬博太郎	異状死発生後の遺族に対する法医解剖説明～海外法医学研究所視察からの報告～	日本トラウマティックストレス学会 (別府)	2018.6.9
井門正美	北海道教育大学教職大学院における『命の教育プロジェクト』2	日本学校教育学会第33回全国大会	2018年8月
川俣智路、井門正美、梅村武仁	「SOSの出し方教育」の授業実践の開発と検討－自尊心とメンタルヘルスに関する心理教育に着目して－	日本教育心理学会第60回総会	2018年9月



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))  
(H29-政策-指定-004)

平成 31 年 4 月 4 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発  
医療研究セン

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
- 研究課題名 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究
- 研究者名 （所属部局・職名） 自殺総合対策推進センター・センター長  
（氏名・フリガナ） 本橋 豊（モトハシ ユタカ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

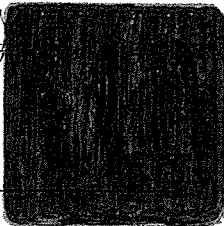
（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。  
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 大学共同利用機関法人  
システム研究機構 統

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 椿 広計



次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究
3. 研究者名 （所属部局・職名） 所長  
（氏名・フリガナ） 椿 広計（ツバキ ヒロエ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 5 月 20 日

厚生労働大臣 殿

機関名 特定非営利活動法人自殺対策  
支援センターライフリンク

所属研究機関長 職 名 代表（理事長）

氏 名 清水 康之



次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
- 研究課題名 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究
- 研究者名 （所属部局・職名） 自殺対策支援センターライフリンク・代表（理事長）  
（氏名・フリガナ） 清水 康之（シミズ ヤスユキ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

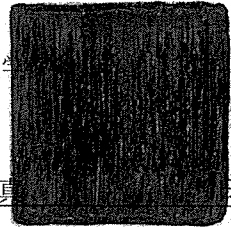
平成 31 年 3 月 7 日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 五神 真



次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
- 研究課題名 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究
- 研究者名 （所属部局・職名） 医学部附属病院・助教  
（氏名・フリガナ） 近藤 伸介・コンドウ シンスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

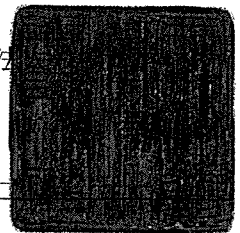
（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法

所属研究機関長 職名 学長

氏名 蓼沼 宏



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究
3. 研究者名 （所属部局・職名） 一橋大学大学院社会学研究科・教授  
（氏名・フリガナ） 猪飼 周平（イカイ シュウヘイ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 4 月 9 日

厚生労働大臣 殿

機関名 北海道教育大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 蛇穴 治夫

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究
3. 研究者名 （所属部局・職名） 大学院教育学研究科・教授（教職大学院長）  
（氏名・フリガナ） 井門 正美（イド マサミ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： )

（留意事項）  
・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 1 月 24 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉澤 靖之  印

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究
3. 研究者名 （所属部局・職名） 大学院医歯学総合研究科 教授  
（氏名・フリガナ） 藤原 武男（フジワラ タケオ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



令和元年 5月 17日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法

所属研究機関長 職名 学長

氏名 徳久 剛史 印

次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
- 研究課題名 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 医学研究院・教授  
(氏名・フリガナ) 岩瀬 博太郎 (イワセ ヒロタロウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。