

特 集

自殺の疫学と自殺予防

—公的データの質は改善されているのか—

竹島 正

自殺の疫学と自殺予防 —公的データの質は改善されているのか—

竹島 正

抄録

地域や国のための適切な自殺予防プログラムを開発し、実施するには、自殺に関するデータの質の改善にコミットすることが不可欠である。わが国の自殺既遂、自殺企図、自殺念慮について、公的データの質は改善されているのかを検討した。自殺については、公的データの質はこの10年で低下したと言わざるを得ない。自殺企図、自殺念慮については、公的データの質は足踏み状態と言える。2026年に自殺対策基本法は20周年を迎える。自殺対策の発展には、自治体、研究者、自死遺族、地域の支援者の協働によるボトムアップの透明・公平なネットワークが必要であり、それによって、自殺の公的データの質の向上と、自殺予防への活用を進める必要がある。

Key words : 自殺, 自殺企図, 自殺念慮, 公的データ, 質改善

はじめに

世界保健機関（WHO）は2014年刊行の『自殺を予防する：世界の優先課題』に基本的な用語の定義を掲載した¹¹⁾。それによると、自殺（suicide）は故意に自ら命を絶つ行為、自殺企図（suicide attempt）は非致死的な自殺関連行動を意味し、死ぬ意図があったか、結果として致死的なものかどうかに関わらず、意図的な服毒や損傷、自傷行為を指すとしている。また、自殺関連行動（suicidal behavior）は、自殺のことを考えたり（自殺念慮）、自殺を計画したり、自殺を企図したり、そして自殺そのものを示すとしている。

自殺や自殺関連行動の発生率、特徴および手段は、地域や人口動態的集団そして時代によっても異なる。自殺や自殺企図のサーベイランスは、国および地域における自殺予防の取り組みに不可欠

であるが、自殺にはスティグマがつきまとうため、質の高い実用的データを入手することは難しい。地域や国のための適切な自殺予防プログラムを開発し、実施するには、自殺に関するデータの質の改善にコミットすることが不可欠である¹¹⁾。

自殺総合対策大綱には「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」と謳われている。PDCAサイクルとは、Plan（計画）、Do（実行）、Check（確認）、Action（改善）を繰り返して業務を継続的に改善する方法をいう。このサイクルの始まりはCheck（確認）であり、自殺対策においては、地域でどのような自殺、自殺企図、自殺関連行動が発生しているのかを把握することに始まる。

本稿では、自殺既遂、自殺企図、自殺念慮について、公的データの質は改善されているのかを検討する。本稿の枠組みは公益財団法人日本都市センターの「都市自治体の自殺対策のあり方に関する調査研究」報告書「協働型の地域自殺対

●特集

策と自治体—持続可能なまちづくりへのアプローチ」²⁾の第8章「自殺対策における自治体職員のあり方」(竹島正)の「自殺の実態をどのように把握するか」を参考にしている。

●自殺

1) マクロ実態

自殺のマクロ実態を把握するうえで、アクセス

しやすい公的情報には、人口動態統計による自殺死亡、警察庁「自殺統計」、自殺実態プロファイルの3種がある(表1)。この3種について、公的データとしての質は改善されているのかを検討する。

(1) 人口動態統計による自殺死亡

人口動態統計は、統計法に基づく基幹統計であり、これによる自殺の動向は長期にわたる動向の観察が可能である。図1は人口動態統計に基づ

表1 人口動態統計、自殺統計、自殺実態プロファイルの比較

	厚生労働省「人口動態統計」に基づく統計	警察庁「自殺統計」	自殺実態プロファイル
統計法上の位置づけと公表者	統計法上の基幹統計である「人口動態統計」を自殺について分析したもの。	統計法に基づく政府統計一覧に掲載されていない行政情報。警察庁「自殺統計」をもとに厚生労働省自殺対策推進室作成。	自殺統計原票をもとにしている。「いのち支える自殺対策推進センター」が全自治体に提供。
調査対象	日本における日本人	総人口(日本における外国人も含む)	同左
調査時点	住所地を基に死亡時点で計上	自殺統計原票による発見地(正確には認知)で計上	自殺統計原票による発見地(正確には認知)で計上したものを生前の居住地で集計
事務手続き上の訂正報告	自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは自殺以外で処理しており、死亡診断書等について作成者から自殺の旨訂正報告がない場合は、自殺に計上していない。	死体発見時に自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときには、検視調書または死体見分調書が作成されるのみであるが、その後の調査等により自殺と判明したときは、その時点で計上する。	同左
統計の連続性	1900(明治32)年以降の統計が公表されている。	警察庁生活安全局地域課によって「自殺の概要資料」として公表されてきた。2022(令和4)年の自殺統計原票の見直しにより、2022年以前と以後の統計で自殺の原因・動機の正確な年次比較を行うことは極めて困難となった。	2017年より「地域自殺実態プロファイル」を作成し、すべての都道府県・政令指定都市、市町村に提供。自殺の原因・動機について警察庁「自殺統計」と同じ問題がある。
調査票の利用範囲	提供された集計表を利用するほか、行政機関、指定独立行政法人、研究者等は法に基づく手続きを経てデータの提供を受けて分析可能	統計法上の規定外であり、提供された集計表を利用するのみ(一部の都道府県では警察本部管内の自殺統計原票に基づくデータが提供され自殺対策に活用されている)	統計法上の規定外であり、提供された集計表を利用するのみ
備考	人口動態統計特殊報告において、国勢調査年の配偶関係別の自殺死亡率が公表されている。		

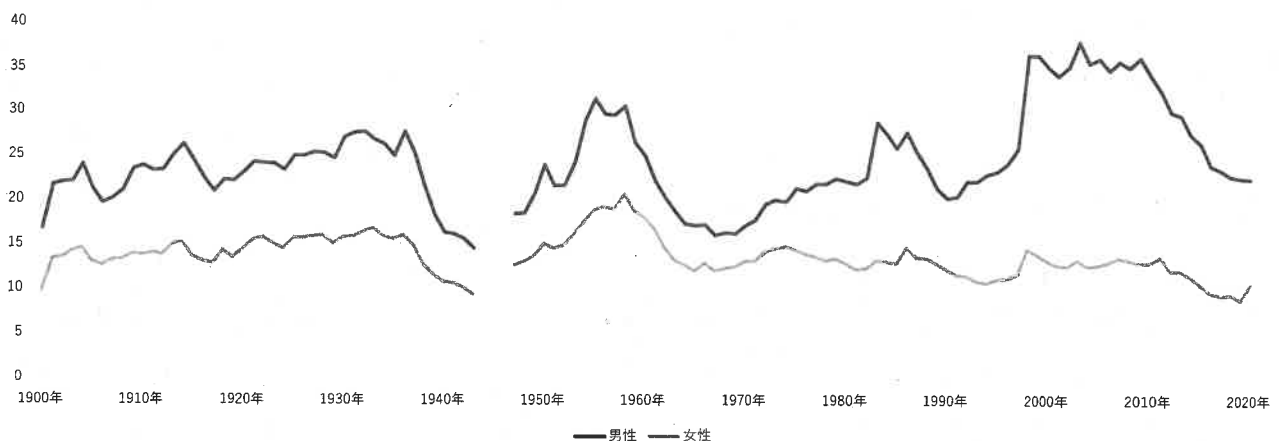


図1 人口動態統計による自殺死亡率の長期推移

くわが国の1900年から2021年までの自殺死亡率（人口10万対の1年間の自殺者数）の推移である。これを見ると、120年以上にわたり、男性はおおむね20以上、女性はおおむね10から15の範囲で推移している。自殺死亡率は、第二次世界大戦の前から戦争中にかけて、男女とも低下している。そして戦後は、1950年代、1980年代、1998年以降の3回の自殺死亡率の急増期がある。COVID-19の世界的流行下における女性の自殺死亡の増加は2020年以降に見られるが、その変化は120年の歴史から見ると必ずしも大きいとは言えない。重要なのは女性の自殺率の高さが100年以上に及ぶ課題でありながら、そのことに着目されることが少なかったことである^{7,8)}。このように長期的な経緯を観察することは、現在起こっていることを俯瞰的に捉え、腰の据わった対策を取ることに役立つ。その意味で人口動態統計による自殺死亡のモニタリングは貴重である。人口動態統計に基づく都道府県、二次医療圏、自治体別の自殺の統計としては、1973年から2012年までであれば「自殺対策のための自殺死亡の地域統計」が利用可能である。しかしこの統計はその後継続されていない。

さて、人口動態統計による自殺死亡数はどの程度確かなデータだろうか。山内らは、1998年の自殺死亡急増後のわが国の公的統計における自殺死亡者の減少が、死因の報告のあり方などに起因す

る「見かけ上」の減少である可能性について議論するため、1995年から2017年の人口動態統計において報告されている「故意の自傷及び自殺」による死亡者とともに、原因不明の死亡や、不慮の事故および「不慮か故意か決定されてない事件」などによる死亡者の推移、ひいては警察庁が公表している「変死体」数の推移を分析した¹⁴⁾。その結果、2010年以降自殺死亡数が減少している一方で、「不慮の事故」は、2011年の東日本大震災の年を除いて、ほぼ同水準で推移していた。特筆すべきは「診断名不明確及び原因不明の死亡」が2005年以降一貫して増加していたことである。山内らは、少なくとも2010年以降の人口動態統計で報告されている自殺死亡数の減少は、死因の報告のあり方などに起因するものではなく、実態として減少傾向にあると判断できると考えた。ただし、その減少の程度については、他の死因に自殺が計上されるなどにより過大に評価されている可能性も完全には排除できないと述べている。

(2) 警察庁「自殺統計」

警察庁「自殺統計」は、警察官が変死者または変死の疑いのある死体（変死体）を発見し、またはこれがある旨の届出を受けたときの調書（以下、「変死調書」）をもとに作成された自殺統計原票を集計したものである。自殺統計原票には自殺の原因・動機の分類がある。警察庁「自殺統計」は速報値が公開され、かつ自殺の原因・動機の分

●特集

類があることから国や自治体の資料にも活用されることが多い。自殺の原因・動機は2007年に3つまで計上することになり、2022年には原因・動機を4つまで計上するとともに、その判断根拠について「遺書」「自殺サイト・メール等書き込み」と「その他の生前の言動（これを裏付ける資料がある場合に限る）」から、「その他の生前の言動、家族等の証言（自殺の原因・動機と考えられるもの）」に変更された。これについて筆者らは、2007～2021年と2022年では、統計の連続性が著しく損なわれ、2022年以前と以後の統計で自殺の原因・動機の正確な年次比較を行うことは極めて困難となったこと、このような自殺統計の大幅な改訂は、研究者が社会問題の影響を考慮して自殺の原因・動機の年次推移を調査・比較することを妨げ、統計の有用性を大きく低下させるものであることを報告した¹⁾。

このほかにも2022年自殺統計原票の見直しには多くの問題点がある⁹⁾。そのいくつかを紹介する。新設項目のひとつに「妊娠・産後の状況」がある。事件性の有無の捜査において「妊娠中」の判断根拠は何によるのか。また「障害者手帳の有無及び障害の種類」があるが、障害は多様であり、分析結果の科学的・政策的意義は乏しい。改訂項目としては、職業を自営業、被雇用者・勤め人、無職（学生・生徒等、無職者）、不詳の4区分から、有職者（管理的職業従事者以下12区分）、学生・生徒等、無職者、不詳の4区分に変更された。新旧の項目の対応表を作成・公表するなどして既報資料との比較可能性を保障する工夫をすべきである。「自殺の原因・動機の判断根拠」の変更についてはすでに述べたが、原因・動機不特定者の割合は2021年の28.0%から2022年の12.3%に減少している。自殺の原因・動機がより詳細にわかるようになったのではなく、「その他の生前の言動、家族等の証言」を加えることによって、データの質が変わってしまったのである。また自殺未遂歴を「自傷行為歴」と「自殺未遂歴」に区分した。しかしWHOは「自傷行為」と「自殺

未遂」を区別することの困難を指摘している¹¹⁾。警察庁「自殺統計」は「自殺統計原票」データの集計・分析によるものであるが、原票はほぼ全面的な改訂になっている。この結果、統計の命とも言える継続性は失われたと言わざるを得ない。また新たに取得されるようになったデータは科学的意義の乏しいものがほとんどである。2022年の自殺統計原票の見直しについて、厚生労働省自殺対策推進室は、厚生労働省を含めた関係者間で協議を行い、見直されたものと説明した⁹⁾。関係者とは誰を指すのだろうか。このような問題が発生する背景には、警察庁「自殺統計」が統計法に基づく政府統計一覧に掲載されていない行政情報であることに一因があるのではないかと⁹⁾。

(3) 地域自殺実態プロファイル

地域自殺実態プロファイルは、自殺総合対策大綱に「国は、指定調査研究等法人において、全ての都道府県及び市町村それぞれの自殺の実態を分析した自殺実態プロファイルを作成し、地方公共団体の地域自殺対策計画の策定・見直しを支援する」と述べられていることを踏まえて「いのち支える自殺対策推進センター（以下、「JSCP」という）」において作成されている。自殺実態プロファイルの問題点についてはすでに報告したが¹⁰⁾、地域の実例をもとに述べる。

自殺実態プロファイルは、「1地域の自殺の特徴」「2地域の自殺の特性の評価」「全般的な状況」「4子ども・若者関連資料」「5勤務・経営関連資料」「6高齢者関連資料」「7ハイリスク地関連資料」「8自殺手段関連資料」「9自殺者における自殺未遂歴の有無」で構成され、警察庁自殺統計原票データを用いて、JSCPが自殺日・住居地で集計分析したものを中心としている。自殺統計のデータソースには人口動態統計と警察統計のふたつがあるが、自殺実態プロファイルは警察庁「自殺統計」を住居地ベースに計算したものである。自殺実態プロファイルは、人口動態統計における住所地とは異なる、警察統計における居住の実態のある住居地という新たなデータを発生させた。ゆえ

表2 P県自殺対策推進計画に掲載された自殺実態プロフィール

上位5区分	自殺者数 5年計	割合 (%)	自殺死亡率 (人口10万対)	背景にある主な自殺の危機経路
1位 男性 40～59 歳有職同居	207	12.3	18.8	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
2位 男性 60 歳以上無職同居	194	11.5	25.4	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
3位 女性 60 歳以上無職同居	178	10.6	13.5	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
4位 男性 20～39 歳有職同居	124	7.4	19.5	職場の人間関係/仕事の悩み(ブラック企業)→パワハラ+過労→うつ状態→自殺
5位 男性 60 歳以上無職独居	102	6.1	77.3	失業(退職)+死別・離別→うつ状態→将来生活への悲観→自殺

(いのちを支える自殺対策推進センター 自殺実態プロフィール)

に、プロフィールの自殺者数(自殺日・住居地)は、同じ期間における人口動態統計の自殺者数とは異なる場合がある。自殺実態プロフィールの中核となるのは「1地域の自殺の特徴」である。P県自殺対策推進計画に掲載されたプロフィール例を示す(表2)。地域の主な自殺者の特徴として、性別、年齢階級(20～39歳、40～59歳、60歳以上)、有職・無職、同居・独居で分けたグループを設定し、自殺者数の多いものを5位まであげ、それぞれについて自殺死亡率を示している。P県の場合、2017年から2021年の第1位から第5位までの合計は805人であり、5年間の自殺死亡の半数弱である。第1位から第5位まで、自殺死亡率と年平均の自殺者数から元の人口を計算すると、それぞれ22.0万人、15.3万人、26.4万人、12.7万人、2.6万人となる。P県の人口は約200万人であるが、このデータからどのように自殺対策を組み立てるのだろうか。5位にある「男性60歳以上無職独居」の自殺死亡率は高いが、すでに人口動態統計の分析からは「男女ともに離別および無職は一貫して自殺のリスクを高めうること、とりわけ離別と無職が重なった状態は極めてハイリスクである」ことが明らかになっている¹³⁾。この分析結果のほうがかはるかに対策にも役立つのではないか。また上記5区分それぞれに「背景にある主な自殺の危機経路」としてライフリンク「自殺実態白書2013」を参考に推定したものが例示されているが、なぜこの例示が必要なのだろうか。こ

こに示された危機経路は学術研究としてピアレビューを受けたものではなく、検証レベルは高いとは言えない。しかも10年前の資料であり、その後の自殺の実態の変化をフォローしていない。厚生労働省『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引(令和5年6月)』は、「地域自殺実態プロフィール」を関係者間で共有し、自分たちの自治体でどういった年代や性別、職業等の住民の自殺が多いのか、また全国平均と比較したときどんな特徴があるのかなど、地域の自殺実態に関する認識を共有することも重要と述べている。自殺実態プロフィールは自殺総合対策大綱に具体的名称をもって記載されているだけにその責任は重い。

さて、自殺対策基本法を踏まえて2007年に定められた自殺総合対策大綱には当面の重点施策として「実態解明のための調査の実施」の中に、社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査の実施を挙げていた。これを踏まえ、自殺予防総合対策センターにおいて心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」が実施された⁵⁾。しかし、自殺対策基本法が改正され、厚生労働省に移管された後の2017年の自殺総合対策大綱の見直しによって心理学的剖検の手法を用いた調査にかかる記述はなくなり、研究事業は中止となった。中止の経

緯についてはすでに述べたが⁵⁾、高い評価を得て獲得された競争的研究費は、自殺予防総合対策センターから自殺総合対策推進センターへの改組により継続実施不可能となった。心理学的剖検研究は、主に自殺のリスク因子を同定するために量的研究（特に症例対照研究）が実施されてきたが、この方法により未知の新たな自殺リスク要因を抽出することは難しい。しかし、個殺の実相を明らかにするには、統計データの綿密な検討だけではなく、個別の症例・事例を丁寧に辿る必要がある³⁾。筆者らは、こども・若者・女性の自殺が増加しているという自殺の実態の変化に対応した自殺の心理学的剖検の実施に向けて準備を進めているところである。

自殺について、公的データの質はこの10年で低下したと言わざるを得ない。その理由は、人口動態統計の質の高い分析データが公的資料として継続されなくなったこと、自殺の減少についての科学的検証が不十分であること、警察庁「自殺統計」の連続性が失われたこと、自殺実態プロファイルという利用価値の評価が十分に高いとはいえないデータが自治体に提供され、その使用が自殺総合対策大綱によって推奨されていることである。また自殺の心理学的剖検が中止されたことである。

2) 自殺企図

WHOは世界精神保健調査（2001～2007）における18歳以上の個人の12か月間における自殺企図発生率をもとに、高所得国では男女とも1,000人あたり3人、中所得国では男性では1,000人あたり3人、女性では6人、低所得国では男女ともに1,000人あたり4人であり、2012年の世界の自殺死亡率の推定値が18歳以上の成人10万人あたり15.4であることから、自殺で死亡した成人1人につき、1度以上の自殺企図をした人が20人以上にのぼる可能性がある¹¹⁾と述べている。自殺企図は自殺の最強の危険因子であり、自損行為による救急搬送は将来の自殺予防の重要な機会である。

自殺企図の実態把握は容易ではない。わが国における自殺未遂の実態は、警察庁の「自殺統計」における自殺者の自殺未遂歴の有無や消防庁の「救急・救助の現状」における自損行為による出動件数及び搬送人員数を主な指標としているが、その手法は統一されていない⁴⁾。

警察庁「自殺統計」にある自殺者の自殺未遂歴の有無は、変死調書をもとに作成された自殺統計原票によるもので、一定期間あるいは生涯の自殺未遂歴の有無を把握したものではない。事件性の有無の捜査によるものであり、捜査の範囲で自傷行為の事実を示すものが確認された場合に記録されるものであり、自殺未遂歴を一定の手法によって把握したものとは異なることに留意する必要がある。自損事故による救急自動車の出動件数及び搬送人員の全国規模の分析では、自殺予防総合対策センターによる『総務省消防庁が有する自損行為による救急搬送事例に関する分析—全国および都道府県別—』（2013年12月）があるが、その後のデータの更新は行われていないようだ。

川崎市では川崎市消防局と連携して自損救急搬送事例調査を行った⁴⁾。この調査は、川崎市における自殺企図者への効果的な支援の提供に向け、自殺未遂の実態を体系的かつ明確に把握することを目的に、川崎市内で発生した自損行為による救急搬送事例を消防と3次救急医療機関3病院のデータリンケージにより前方視的に調査したものである。本調査の対象は、(1) 消防統計において自損行為として報告されているもの、(2) (1)には含まれないが意図的な服毒や損傷、自損行為と推測されるもの、(3)「自損」か「事故」かの判断が現場で難しいが自損の可能性が考えられるもの、とした。これにより412例が観察研究の対象となったが、そのうち41例は(1)に該当せず、3次救急医療機関3病院において「自傷・自殺企図」と判断された事例であった。この結果は消防統計の自損行為の報告数よりも実際の自傷・自殺企図による救急搬送数が多いことを示唆するものである。このほか、大規模なものでは、2006～

2011年度に行われた自殺対策のための戦略研究 ACTION-Jがある。救急医療施設に搬送され入院となった自殺未遂者を対象とし、介入群（ケース・マネジメントを実施）、対照群の2群に割り付け、多施設共同、非盲検、無作為化比較試験を行ったものである。この研究の成果は診療報酬に反映されている⁵⁾。また自傷・自殺未遂レジストリ（JA-RSA）は、自殺未遂や自傷により、救命救急センターに搬送された者に関する情報を登録・集積するシステムで、2022年12月より一般社団法人日本臨床救急医学会とJSCPが協働で運用している（<https://sites.google.com/jscp.or.jp/jarsa/JA-RSANET>）。2023年8月31日現在までに57の救命救急センターが参加し、1,136件を登録したと報告されている。全国約300か所の救命救急センターのうちの約2割が参加しており、継続的な情報収集・分析により、全国的な自傷・自殺未遂の実態や課題だけでなく、地域ごとの課題や、経時的な変化等も明らかになることが期待されている。

自殺企図について、公的データの質は足踏み状態と言える。その理由は、総務省消防庁が有する自損行為による救急搬送事例の分析が継続されていないこと、消防統計の自損行為の報告数よりも実際の自傷・自殺企図による救急搬送数が多いかもしれないという問題への追及がなく、データの質向上の取組が行われていないことである。前述の『総務省消防庁が有する自損行為による救急搬送事例に関する分析—全国および都道府県別—』（2013年12月）には、その限界として、別、年齢（各歳）情報に欠損が多いこと、分析対象者は救急隊が自損行為と判断した事例のみであること、一部地域のデータが含まれていないことなどが挙げられている。これらの課題を少しでも解決してデータの質を改善していくことが必要ではないか。自傷・自殺未遂レジストリ（JA-RSA）の評価はこれからであろう。しかし、自殺企図のうち、医療機関に搬送される事例は一部に過ぎないことを考えると、これまでの3次救急への搬送に

限らない、地域モデルの調査も考えてのではないか。東京都文京区では、「文京区自殺未遂者等のハイリスク者支援のあり方を考えるための意見交換会」を開催した。この意見交換会は、区の実施する自殺未遂者等のハイリスク者支援を、関係機関との連携を図りながら、体系的かつ総合的に推進することを目的としており、文京区内の3次救急医療機関、行政の関係部局等が円卓的に参加する意見交換の場である。このような地域ベースの双方向的な意見交換の場は、救急搬送先がケアマネジメントするという一方向的なモデルを脱した発展になるかもしれない。

3) 自殺念慮

世界精神保健日本調査セカンドは2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を、国民から無作為抽出された日本人の代表サンプルにおいて明らかにするもので、これまでに本気で自殺を考えた者は7.5%、これまでに自殺を試みた者は1.2%と報告している。また自殺関連行動のリスクは気分症または不安症がある場合に高かったと報告している¹⁵⁾。また各地で行われている地域住民のこころの健康に関する調査には、自殺を考えたことや相談の有無についての質問を設けたものがある。例えば、八尾市こころの健康に関する市民意識調査¹⁶⁾は、八尾市における自殺対策を推進していくための総合的な計画「八尾市自殺対策推進計画（第2次）」を策定するにあたり、こころの健康に関する市民の現状や考えなどを調査し、自殺対策に限らず、総合的なこころの健康づくりを推進するための基礎資料として活用するために実施された。調査対象は八尾市在住の18歳以上の市民3,000人を無作為抽出したもので、2023年8月10日から8月25日に実施され、実質配布数2,992通のうち有効回答数882通（29.5%）であった。調査項目の中に「あなたは、これまでの人生の中で、本気で自殺を考えたことがありますか」という質問があり、「あ

●特集

る」13.3%, 「ない」85.3%, 「無回答」1.5%であった。WHO-5精神状態表を使用した精神状態別では、精神状態の悪化した状態の回答者の「ある」の割合はそうでない解答者の2倍以上であった。また、自殺を考えたときに相談したか、誰に相談したか、相談しなかったのはなぜか、などを質問している。センシティブな質問であるが、このような自治体の取組や努力は評価されてよい。

自殺念慮について、公的データの質は足踏み状態と言える。それは自殺念慮の調査の困難さに由来するものであるが、自殺総合対策大綱が2017年に改訂されたときに、2012年大綱の「段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる」の中にあった「全体的予防介入」、「選択的予防介入」、「個別的予防介入」という対象ごとの対策を効果的に組み合わせるという視点、すなわちリスクの高い集団へのアプローチの視点が削除されたことの影響も考えない訳にはいかない。

●おわりに

2026年に自殺対策基本法は20周年を迎える。筆者らは今後取り組むべき課題を明らかにするための検討を進めているが、そこに浮かび上がっている課題を紹介する²⁾。

(1) 自治体などの協働によるボトムアップの透明・公平な推進体制づくり：WHOは政府によるトップダウンの自殺予防は、地域のボトムアップのプロセスと連携しなければならないと述べている¹²⁾。わが国においても各地の取組みが発展してきたが、これを支え、発展させる自治体などの協働のボトムアップの透明・公平な推進体制づくりが必要である。

(2) 自殺対策の政策決定プロセスへの自死遺族の参加促進：国際連合の「障害者の権利に関する条約」は「私たちのことを私たち抜きで決めるな(Nothing about us without us)」を合言葉に世界中の障害当事者が参加して作成され、2006年に国連で採択された。自殺対策においても政策決定プ

ロセスへの当事者(自死遺族など)の参加は当然の方向である。

(3) 群発自殺の防止(自殺対策の安全性)：これまでの研究から、若年者は、群発自殺を起こしやすいことが明らかにされている。自殺対策が群発自殺のリスクを高めることのない工夫や取組の研究と実践を重ねる必要がある。

(4) 定義、用語問題の検討：自死遺族から統計や法律以外については「自殺」から「自死」への言葉の変換を求める意見がある。自殺対策基本法にある事前予防、危機対応、事後対応は英語のprevention, intervention, postventionの日本語訳であろう。本来、自殺未遂者支援はinterventionであろうが、自殺対策基本法では事後対応に含まれており、臨床や地域の現場で危機介入として実施されている現実とのズレがある。このためか自殺未遂者支援の取組の普及は遅れている。これらを含めて、定義、用語が適切かという率直な議論を行う必要がある。そもそも自殺対策という言葉の定義が自殺対策基本法に明記されていないのが課題である。

自殺対策の発展には、自治体、研究者、自死遺族、地域の支援者の協働によるボトムアップの透明・公平なネットワークが必要であり、それによって、自殺の公的データの質の向上と、自殺予防への活用を進める必要がある。

【文献】

- 1) Inoue K, Takeshima T, Yamauchi T, Fukunaga T: An urgent problem: The major revisions of suicide statistics in Japan greatly hamper the research. *Lancet Reg Health West Pac*, 39: 100852 (2023).
- 2) 公益財団法人日本都市センター: 「都市自治体の自殺対策のあり方に関する調査研究」報告書「協働型の地域自殺対策と自治体—持続可能なまちづくりへのアプローチ—」(2024).
- 3) 齊尾武郎: 心理学的剖検の機会喪失—コロナ禍の日本における若者と女性の自殺急増は未解明である. *Clin Eval*, 50(1): 101-122 (2022).
- 4) 高井美智子, 竹島 正, 日隈 励, 田熊清継ほ

- か：自損救急搬送と自殺企図，故意の自傷—神奈川県川崎市における自損救急搬送事例調査を中心に—，自殺予防と危機介入，39(1)：35-40 (2019).
- 5) 竹島 正：自殺対策のこの10年から学ぶこと—精神保健と公衆衛生の狭間で—，精神科治療学，36(8)：863-868 (2021).
- 6) 竹島 正：こども・若者に安全な自殺対策を，日本教育，(527)：10-13 (2023).
- 7) 竹島 正：第二次世界大戦のメンタルヘルスへの影響—自殺に焦点を当てて，戦争と文化的トラウマ—日本における第二次世界大戦の長期的影響，232-244，日本評論社，東京 (2023).
- 8) 竹島 正，小高真美：大切な人の自殺を食い止めるには，特集 コロナ禍における女性と家族が抱える問題，保健の科学，64(12)：816-820 (2022).
- 9) 竹島 正，山内貴史，井上 顕，福永龍繁：自殺の統計の健全な発展を願う—2022年警察庁自殺統計原票の見直しの問題を踏まえての提案—，自殺予防と危機介入，44(1)：114-116 (2024).
- 10) 竹島 正，張 賢徳，岡野敏明，井原一成ほか：地域から見えてきた自殺統計の課題—川崎市の取組をもとに—，自殺予防と危機介入，39(1)：21-24 (2019).
- 11) WHO：Preventing Suicide：A Global Imperative (自殺予防総合対策センター日本語訳：自殺を予防する：世界の優先課題) (2014). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- 12) WHO：Preventing Suicide：A Community Engagement Toolkit (小高真美，竹島正日本語訳：自殺を予防する：地域の取り組みを促進するためのツールキット) (2018). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513791> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- 13) 山内貴史，藤田利治，立森久照，竹島 正ほか：自殺死亡に対する職業および配偶関係の相乗的関連，厚生学の指標，58(11)：8-13 (2011).
- 14) 山内貴史，竹島 正，須賀万智，柳澤裕之：「自殺死亡率は本当に減少しているのか」という問いに，公的統計は答えることができるのか，自殺予防と危機介入，39(1)：41-44 (2019).
- 15) 山内貴史，立森久照，川上憲人：わが国の一般地域住民における自殺関連行動に関する研究，平成27年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」総括・分担研究報告書，<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/22776> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- 16) 八尾市：八尾市こころの健康に関する市民意識調査，https://www.city.yao.osaka.jp/cmsfiles/contents/0000072/72432/sankou_1222.pdf (最終閲覧日：2023年12月13日)

Suicide epidemiology and suicide prevention: Is the quality of official data improving?

Tadashi Takeshima

Kawasaki City Inclusive Rehabilitation Center

Abstract

A commitment to improving the quality of data on suicide is essential to develop and implement appropriate suicide prevention programs for communities and countries. This paper examines whether the quality of official data on suicides, suicide attempts and suicide ideation in Japan has improved. It must be said that the quality of official data on suicide has declined over the past decade. For suicide attempts and suicide ideation, the quality of official data can be said to be at a standstill. The Basic Act on Suicide Prevention will mark the 20th anniversary of its enactment in 2026. The development of suicide prevention requires a bottom-up, transparent, and impartial network of collaboration between local governments, researchers, suicide survivors and the organizations working on suicide prevention, which should promote the use of suicide epidemiology for suicide prevention and improve the quality of official data.

Key words : suicide, suicide attempt, suicide ideation, official data, quality improvement

第 36 回日本疫学会学術総会 国際疫学会西太平洋地域 合同大会

Suicide and ill-defined/undetermined deaths among large designated cities in Japan, 2008-2022

人口動態調査死亡個票を用いたわが国政令指定都市における自殺関連死亡の分析

山内貴史、島崎崇史、竹島 正、岩楯公晴、須賀万智

Background: Suicide deaths are defined as deaths due to “intentional self-harm” in accordance with the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. However, “ill-defined and unknown causes of mortality” and “accidents” may also account for hidden suicides. This study compared the state of deaths due to suicide and ill-defined/undetermined causes across urban areas in Japan between 2008 and 2022.

Methods: We analyzed vital statistics data including information on all deaths identified under suicide (ICD-10 codes X60-X84) and ill-defined/undetermined death categories (i.e., codes R96-R99, V01-X59, and Y10-Y34) among Japanese citizens aged ≥ 10 years who lived in a government ordinance-designated city. Standardized mortality ratios (SMRs) were calculated for each cause of death and compared among designated cities. Ethics approval was not required for this study according to the “Ethical Guidelines for Medical and Health Research involving Human Subjects” by the Japanese government, as this study involved a secondary analysis of national surveillance data that did not include any personally identifiable information.

Results: During 2008 to 2022, 242,975 deaths were identified. Mortality rates due to “intentional self-harm” for those aged ≥ 65 years decreased during the study period, whereas the rates due to “ill-defined and unknown causes of mortality” for those aged ≥ 65 years sharply increased by nearly three times. Substantial differences in SMRs for “ill-defined and unknown causes of mortality” were observed among designated cities.

Conclusions: In Japan, the state of deaths due to “ill-defined and unknown causes of mortality” significantly differed among designated cities. Attention must be paid to changes in the state of deaths due to ill-defined/ undetermined causes as well as “intentional self-harm.”

【目的】2010 年以降、警察庁自殺統計におけるわが国の自殺死亡数は減少傾向にある。一方で、社会的偏見や文化・宗教的背景などにより自殺は過少報告されやすい。自殺が事故かなど鑑別が困難な事案も多く誤分類が生じやすい。本研究では複数の死因の比較が可能である人口動態調査死亡個票を用い、過去 15 年間のわが国における自殺および自殺との関連が指摘される死亡の動向の地域間比較を行った。

【方法】統計法第 33 条に基づき、厚生労働省に人口動態調査死亡個票の調査票情報の提供を依頼した。分析対象者は 2008～2022 年に全国の 20 政令指定都市に居住していた 10 歳以上の日本人で、原死因が「故意の自傷及び自殺 (ICD-10 code X60-X84)」 「診断名不明確

及び原因不明の死亡（同 R96-R99）」「不慮の事故（同 V01-X59）」「不慮か故意か決定されない事件（同 Y10-Y34）」のうちいずれかの者とした。死亡率算出の分母となる日本人人口は住民基本台帳人口を用いた。各都市について基準人口を全国とした死因別の標準化死亡比（SMR）および95%信頼区間を算出した。なお、本研究は匿名加工された既存調査情報を用いるため、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の適用対象外であり、倫理委員会への申請は不要である。

【結果】15年間に4死因のいずれかで死亡した242,975人を分析対象者とした。2008年以降、65歳以上で「故意の自傷及び自殺」による死亡率が減少した一方で、男女を問わず「診断名不明確及び原因不明の死亡」では死亡率が約3倍に急増した。「診断名不明確及び原因不明の死亡」については都市間でSMRに顕著な差異がみとめられた。コロナ禍前の2019年以前とそれ以降とで、各都市の死因別SMRに変化は見られなかった。

【結論】過去15年間のわが国において、65歳以上で「診断名不明確及び原因不明の死亡」による死亡率は約3倍に急増した一方で、政令指定都市間での同死亡によるSMRには顕著な差異が見られた。監察医制度の有無など死因の動向の地域差の原因究明とともに、自殺死亡の精緻な実態把握には「故意の自傷及び自殺」以外の関連死因についても留意する必要性が示唆された。

Yamauchi T, Shimazaki T, Takeshima T, Iwadate K, Suka M. Suicide and ill-defined/undetermined deaths in urban areas in Japan: a national database study, 2008-2022. Soc Sci Med. 2025; 377: 118136.10.1016/j.socscimed.2025.118136

人口動態統計における「故意の自傷及び自殺」ならびに関連死因による死亡数の年次推移

