

特別報告

自殺対策基本法制定20周年を振り返る：自殺実態の把握

ノムラ キョウコ カゲヤマ タカユキ ヤマウチ タカ シ サ サ キ ナ ツ
野村 恭子* 影山 隆之^{2*} 山内 貴史^{3*} 佐々木那津^{4*}
タキザワ トオル タ チ カワヒロカズ ソリマチ ヨシヒデ タケシマ タダシ
瀧澤 透^{5*} 太刀川弘和^{6*} 反町 吉秀^{7*} 竹島 正^{8*}

目的 2006年に自殺対策基本法が制定され、2026年は20周年を迎える。この節目に、これまでの我が国の自殺対策を専門家とともに振り返ることを目的に、第83回日本公衆衛生学会総会において、「自殺対策基本法制定20周年：自殺実態の把握」をテーマにシンポジウムを開催した。

方法 我が国で自死対策を加速化するために、どのような対策が求められているのか、自殺の実態を把握する上での課題を抽出・整理した。

結果 自死対策の歴史からみる現在の課題として、自殺対策基本法や調査研究等推進法の課題を丁寧に見直し、必要に応じて改正を進めていく必要がある。自殺対策基本法に、次世代の自殺対策を担う多分野にわたる専門人材の育成や、自死遺族が政策づくりに関わる仕組みを取り入れることも重要である。統計上の問題点としては、2021年までと2022年以降の自殺統計では原票見直しの影響による顕著な「見かけ上の変化」が生じており注意が必要である。自殺死亡も含めた外因死および死因不詳の死亡が上昇傾向にあり、動向を丹念に分析することが必要である。また地域の自殺実態の把握として、市町村が利用できる警察統計があるが、市町村別集計は地域自殺実態プロファイルを参照しながら、自傷・自殺企図に至る過程を考える必要がある。国の統計とは別に市町村で自律的にできる調査・研究を立案することも自死対策において重要である。自死関連行動は多様な因子が複雑に絡む現象であり、国の対策は地域の主体的な取組と連携すべきである。

結論 今後の自殺対策をより良くするために、以下を提案する：(1) 法制度の見直しと多様な関係者による支援体制の構築、(2) 専門人材の育成と遺族の政策参画、(3) 統計の見かけ上の変化への丁寧な分析、(4) 市町村レベルでの自律的な調査研究の推進。継続的な知見の更新と学際的な議論を通じ、実践に活かすことが期待される。

Key words：自殺対策基本法，自殺総合対策大綱，自殺統計，自殺実態プロファイル

日本公衆衛生雑誌 2025; 72(10): 819–825. doi:10.11236/jph.25-060

I はじめに

1998年、日本の自殺者は前年と比較して約35%急増し、初めて3万人を超えた（人口10万対自殺死亡率25.4，人口動態統計）。アジア金融危機との関係が指摘され、精神疾患だけでなく、経済・生活問

題、勤務問題を主な原因・動機とするものが増加した。その後、自死遺族を含む諸関係者の尽力により、自殺は個人の問題から社会問題となり、2006年には議員立法により自殺対策基本法が制定された。同法では、多くの自殺は追い込まれた末の死であると捉えられ、自殺は社会的な要因も踏まえ、関係者の連携による包括的な取組みにより、減らすことができる政策課題として位置づけられた。同法制定により、初めて自殺予防対策と自死遺族支援が、国および自治体の法的責務となった。

全国ならびに地域レベルの様々な対策により、自殺死亡率は2010年から減少トレンドに転じた。しかしながら、自治体規模等による自殺対策の自治体間格差や、こどもや若者の自殺率増加が続いたことなど課題も残された。そのような中、同法は2016

* 秋田大学大学院医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座

^{2*} 大分県立看護科学大学・看護学部・精神看護学研究室

^{3*} 東京慈恵会医科大学・環境保健医学講座

^{4*} 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

^{5*} 青森県立保健大学・健康科学部

^{6*} 筑波大学医学医療系臨床医学域災害・地域精神医学

^{7*} 青森県立保健大学・健康科学部

^{8*} 大正大学地域構想研究所

責任著者連絡先：〒010-8543 秋田市本道 1-1-1

秋田大学大学院医学系研究科衛生学・公衆衛生学講座

野村恭子

年に改正され、自殺対策予算が恒久化されるとともに、自治体に自殺対策計画の策定が求められるようになった。自殺対策基本法施行20周年に向けて、適切かつ効果的で持続可能な自殺政策を構築するためには、多くの課題が残されている。その一つが自殺および自殺未遂の実態把握である。そこで、日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会では、最初のステップとして、第83回日本公衆衛生学会総会（2024年、北海道）において自殺および自殺未遂の実態把握の現状と研究推進に向けたデータの利用可能性（availability）に焦点を充てたシンポジウムを開催した。本稿では、シンポジウムに登壇した専門家に課題をまとめていただいた。今後の我が国の自死対策を加速させる上で重要な提言となっており、行政、保健・福祉・公衆衛生領域、NPO・NGO、メディア等自死対策に携わる方々に広く社会発信することを目的に論文化した。

なお、本稿では、死亡率などの統計用語や法制度上の正式名称には「自殺」という用語を用いた。一方、それ以外の文脈では、ご遺族の心情に配慮し「自死」という用語を用いた。

Ⅱ 自死対策の歴史からみる現在の課題

日本は歴史的にも自殺死亡率の高い国である。日本の自殺死亡率（人口動態統計）は、120年にわたって、おおむね男性は人口10万人あたり20以上、女性は人口10万人あたり10～15の範囲で推移してきた。第二次世界大戦後は3回の急増期があり、第1回目の急増期（1955年頃）は第二次世界大戦の影響が特に大きかった¹⁾。

わが国の第二次世界大戦後の自死対策の経緯を4期に分けて述べる^{2,3)}。第1期（1998年以前）には、今日の自死対策の基礎がつけられた。それを担った中核は、第1回目の急増期を若者として過ごした人たちである。第2期（1998年の急増から自殺対策基本法制定まで）には、厚生省、民間団体の取り組み、参議院厚生労働委員会による自殺予防総合対策の推進を求める決議などがあり、社会の自死問題への関心が高まり、さまざまな取り組みが生まれた。第3期は議員立法による自殺対策基本法成立である（2006年6月公布、10月施行）。多くの府省に関係することから自殺対策基本法は内閣府の所管となり、2007年には自殺総合対策大綱⁴⁾が定められた。2009年、政府は地域における自殺対策力の強化のため地域自殺対策緊急強化基金を造成、これにより自治体の取り組みが急速に進んだ。そして自死者数は2009年から減少、2012年には15年ぶりに3万人を下回った。第4期は2016年4月の自殺対策基本法

の厚生労働省移管後である。自殺対策基本法は改正され、さらに2019年に議員立法による「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究およびその成果の活用等に関する法律」（調査研究等推進法）が成立した。この法律はもっぱら指定調査研究等法人の指定のためであり、短期の公募選考により、一般社団法人のち支える自殺対策推進センターが指定された（以下、「指定法人」という）。第4期に、多様な主体によって担われてきた自死対策は指定法人に大きな権限を持たせる体制となった。この頃から自殺死亡率の減少は停滞している。

1998年に大幅に増加した自殺死亡率が減少に至った要因には、自死対策の効果、関連する対策の効果、急増事態からの回帰等が考えられる。2016年以降の停滞要因は、自殺死亡率が比較的低い水準に達していることやCOVID-19のパンデミックの影響が考えられる。しかし、①自死の実態分析の停滞、②地域における取り組みの停滞、③自死の実態の変化は無視できない要因である。①について、自死予防プログラムの開発・実施には自死に関するデータの質の改善が不可欠であるが、自殺統計の連続性が失われ、自殺の心理学的剖検が中止されるなど、質の改善に逆行する事態が起こっている^{2,5)}。②について、自治体、民間団体などにおいて自死対策・精神保健対策の従事者の研修や人材育成が滞っているなどの問題がある。③について、こども・若者の自死増加への政策的反応はあるものの、よく考えられた「安全」なものになっているとは言えない⁶⁾。

現在、わが国には、自死対策に関して、自殺対策基本法、調査研究等推進法の2つの法律がある⁷⁾。

自殺対策基本法の問題は、法律に自殺対策の定義がないこと、第2条4の自殺発生の危機への対応、事後対応の範囲について、自殺未遂への対応を自殺発生の危機への対応に含めるのが適切ではないか、事後対応と自死遺族支援の概念の整理が不十分、つまり、事後対応（ポストベンション）の対象は自死遺族に限定されない、自死遺族支援は総合支援の視点と、自死遺族の政策形成への参画の促進が必要、などである。

調査研究等推進法問題は、国として担うべき自殺対策の根幹を一個の指定法人に担わせ、活動実績のないままに無期限に指定していること、指定調査研究等法人の情報開示の乏しいままに放置し、法人以外の我が国の自殺研究者全般に必要な情報やデータが実質上、利用制限されていることなどである。このような状況の中で、学術団体が2021年、全国救命救急センターに搬送された自傷・自殺未遂者を登録する自傷・自殺未遂レジストリの構築を開始して

おり、決められた手続きを経て理事会に承認されればデータを研究に用いることができるとあり、今後、自殺研究者全般に利用されることが期待される⁸⁾。

Ⅲ 令和4年の自殺統計原票の改正と、問題点の整理

わが国の自殺死亡の動向を把握・概観するうえで活用される統計資料として、警察庁の自殺統計（以下、「自殺統計」とする）、および厚生労働省の人口動態統計がある。前者は警察の業務統計であり、後者は死亡診断書・死体検案書に基づく基幹統計である。

このうち、自殺統計のもとになる「自殺統計原票」が2022年（令和4年）1月に大幅に改変された。新原票では新たな項目の追加とともに、職業など既存の項目についても細分化がなされた。とりわけ、人口動態統計では集計されない「自殺の原因・動機」については、大カテゴリーの名称変更（「男女問題」を「交際問題」に変更）のみならず、サブカテゴリーの大幅な見直しが行われた。たとえば、「勤務問題」における「職場の人間関係」「職場環境の変化」「仕事疲れ」の詳細や「性差別」などの追加、「その他」における「SNS・インターネット上のトラブル」「性的少数者である悩み・差別」の追加など、近年の動向を勘案した改変が行われた。

しかしながら、この原票見直しに際し、旧原票では自殺者一人につき原因・動機を3つまで計上可能としていたが、新原票では4つまで計上可能となった。また、原因・動機の判断根拠について、旧原票では「遺書、自殺サイト・メール等書き込み、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）」を判断根拠としていたが、新原票では「遺

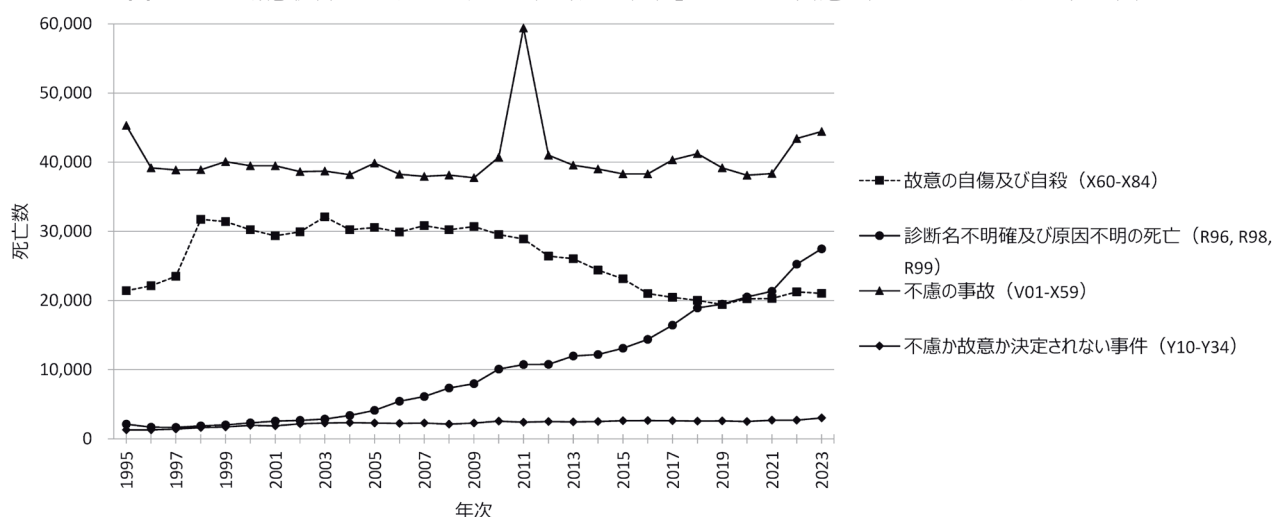
書、自殺サイト・メール等書き込み、その他の生前の言動、家族等の証言（自殺の原因・動機と考えられるもの）」を判断根拠とする、すなわち、裏付け資料なしでの推論を許容するように変更された。これにより、公的統計の命といえる「連続性（continuity）」および「一貫性（consistency）」が失われ、2021年までと2022年以降の自殺統計では原票見直しの影響による顕著な「見かけ上の変化」が生じてしまっている⁹⁾。とりわけ、自殺統計において、2020年の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミック以前とそれ以降での比較可能性が絶たれたのは、公衆衛生上の次の危機における自殺予防に備えるという観点からは致命的な損失である。

なお、自殺死亡の実態をより複眼的に把握するという観点から、人口動態統計では、自殺死亡と他の死因との動向比較が可能である（図1）。国内外の多くの先行研究で指摘されてきたように、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^{10,11)}。また、故意の自殺か不慮の事故かなど鑑別が困難な場合も多く、誤分類が生じやすい¹²⁾。したがって、わが国においても、自殺死亡の動向をより正確に把握するためには、他の死因の動向も併せて分析する必要がある¹³⁾。このように、公的統計に基づく自殺の実態把握は古くて新しい問題をはらんでおり、自殺死亡も含めた外因死および死因不詳の死亡の動向を丹念に分析することが望まれる。

Ⅳ 地域の自殺実態の把握

自殺総合対策大綱⁴⁾では、地域特性に応じた自殺対策を推進するため、国が市町村に自殺実態プロフィールを提供することとしている。しかし、市町村にとってはこのプロフィールが必ずしも活用しやすいとは限らない。本稿では、こうした課題を踏ま

図1 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



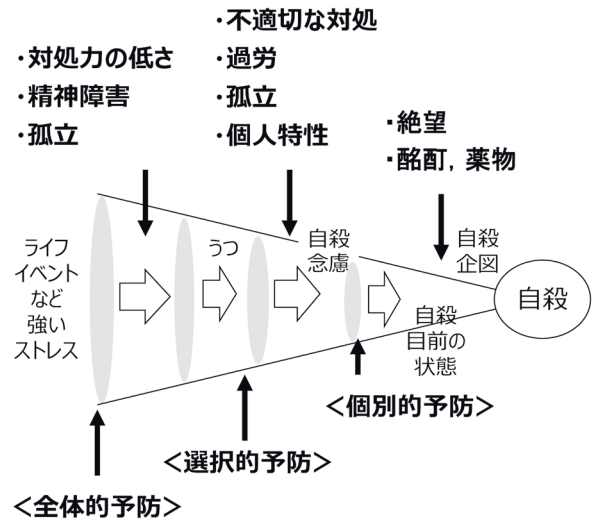
え、市町村が地域の実情に即して自殺対策を進めるための、プロフィールに代わる実践的な手法について紹介する。

市町村が利用できる自殺統計には、人口動態統計と警察統計がある。前者は毎年6月以降に、後者は毎年3月末頃に公表されるが、いずれも市町村別集計が市町村に届くのは11月以降で、市町村が次年度事業を検討する資料とするには時期が遅い。自殺対策計画を他の健康づくり計画と抱き合わせて策定する市町村は多く、その場合の根拠資料や目標値には人口動態統計を用いることが多い。警察統計の方は、職業・配偶者の有無や自殺動機の情報を含む。その市町村別集計は地域自殺実態プロフィールとして、国から都道府県等の地域自殺対策推進センター経由で市町村に提供されるが、これには以下の課題がある。自殺動機の信頼性等の問題は、別項で述べた。

プロフィールでは冒頭で、市町村に推奨される重点パッケージを「子ども・若者、勤務・経営、高齢者、生活困窮者」などと示しているが、一読しただけでは根拠がわからない。これは最近5年間の「性・年齢階級・職業の有無・同居者の有無」別の自殺者数に基づく解釈できるが、通例ではまず性・年齢階級別に大まかに集計するものであり、このような細かい区分で集計報告すると現場にとって理解が追いつかないであろう。たとえば「男・20-39歳・有職・同居者あり」という群に焦点を当てた自殺対策と言っても、なかなか着想ができない。さらに問題なのは、このサブグループごとに「背景にある主な自殺の危機経路」が付記されているが、これは実はあるNPOが10年以上前に実施した、遺族からの聴取りに過ぎず、当該市町村の資料ではないことだ。

こうした背景の中、市町村では自殺死亡というエンドポイント以外にも、地域の実態把握のために参照できる資料がある。少なからぬ市町村では精神健康や自殺に関する住民調査を行っており、成人（概ね20-79歳）について様々なことがわかっている¹⁴⁾。最近1か月に強い抑うつ・不安などの心理的苦悩を経験した成人住民は8-40%、少なめに推計して人口10万あたり約7,900人いる^{15,16)}。1年以内に自殺念慮を経験した人は5-8%、少なめに推計して4,400人^{14,17-19)}、最近1か月の自殺念慮に限定すれば約3分の1の規模数となる。1年間に自傷行為で119番通報から医療機関へ搬送される患者は人口10万あたり約23人、救急隊判断で搬送しなかった人は約15人^{20,21)}、119番を使わず救急指定病院・精神科医療機関を受診した自傷・自殺未遂患者は約10

図2 自殺リスクの進行と自殺対策の諸段階（文献24より作成）



人となる²²⁾。仮に自殺既遂者が年間18人だとすると、計66人の自傷・自殺企図者に警察・消防・医療機関が関わっており、これは1年間に自殺念慮を経験した人の1.5%に相当する¹⁴⁾。

各種のストレスが強い心理的苦痛に発展し、さらに自殺念慮に発展し、ついに自傷・自殺企図に至る過程（図2）には、段階ごとに様々の促進因子・危険因子や防御因子が関与する。これが明らかになれば自殺予防の方法を、全体的予防、選択的予防、個別的予防に分けて具体的に考えることができる^{14,15,23,24)}。横断的調査でみる限り、強い心理的苦痛を経験した人と自殺念慮を経験した人は似た特徴をもつ。自殺念慮を最近経験した人に多い特徴（危険因子）は、若年、離婚して配偶者がいない、最近のストレスや心理的苦痛、健康、健康問題、そのために長く働いていない、睡眠で休養が十分取れていない、相談相手がいない、相談にためらいを感じる、ストレスを抱えた時じっと耐える傾向、悲観的な人生観、などと報告されている¹⁷⁻¹⁹⁾。悲観的な人生観をもつ人は援助希求傾向が低い²³⁾。これらを見ると、単に相談窓口を増やしただけでは自殺を減らせないのではないか、ゲートキーパーが眠れていない人に注目して（いきなり受診を勧めるのではなく）眠れない事情を聴いてはどうか、などいくつかの仮説が立てられるはずである¹⁴⁾。

しかし一方で、強い自殺衝動や自殺企図に至った人の特徴は情報が不足している。このような場合には、本稿の冒頭で紹介した救命救急センターにおける自殺未遂者のデータベース⁸⁾等現時点で利用可能な資料を、地域ベースの情報と突き合わせることで、強い自殺衝動や自殺企図に至るまでの促進因子の解明に近づくことが期待される。

V 結 語

自死関連行動は、個人的、社会的、心理的、文化的、生物学的そして環境的因子が互いに絡み合っており、影響する複雑な現象である。トップダウンの自死予防は、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¹⁰⁾。日本の自死対策をよりよいものにするため下記を提案したい。

(1) 自殺対策基本法や調査研究等推進法の課題を丁寧に見直し、必要に応じて改正を進めていくこと。また、自殺対策の中心的な役割を特定の法人のみに任せるのではなく、より幅広い体制で支えていく仕組みを整えること。

(2) 自殺対策基本法に、次世代の自殺対策を担う多分野にわたる専門人材の育成や、自死遺族が政策づくりに関わる仕組みを取り入れること。

(3) 2021年までと2022年以降の自殺統計では原票見直しの影響による顕著な「見かけ上の変化」が生じている。自殺死亡も含めた外因死および死因不詳の死亡の動向を丹念に分析することが必要である。

(4) 自傷・自殺企図に至る過程をよく考えながら、市町村で自律的にできる調査・研究を立案することが今後の自殺対策において重要である。

今後も情報収集を行い知見をアップデートし、学会での多様な領域の人材で議論することで明日からの自殺対策の実践に活用することが期待されている。

本稿は、第83回日本公衆衛生学会総会（北海道）において、日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会によって企画された公募シンポジウム「自殺対策基本法制定20周年：自殺実態の把握」を基に執筆された。本稿の執筆に当たり申告すべき利益相反はない。

（ 受付 2025. 5.11
採用 2025. 6.17
J-STAGE 早期公開 2025. 9. 8）

文 献

- 1) 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. 竹島 正, 森 茂起, 中村 江里, 編. 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. 東京：日本評論社. 2023; 232–244.
- 2) 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 2021; 36: 863–868.
- 3) 竹島 正. 自殺対策における自治体職員のあり方. 公益財団法人日本都市センター. 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—. 東京：公益財団法人日本都市センター. 2024; 141–164.

- 4) 厚生労働省. 自殺総合対策大綱. 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/001000844.pdf> (2024年11月15日アクセス可能).
- 5) 竹島 正, 山内貴史, 井上 顕, 他. 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を踏まえての提案—. 自殺予防と危機介入 2024; 44: 114–116.
- 6) 竹島 正. こども・若者に安全な自殺対策を. 日本教育 2023; 527: 10–13.
- 7) 竹島 正. 自殺対策二法の改正・統合を望む. 自殺予防と危機介入 2024; 44: 66–68.
- 8) 日本臨床救急医学会. いのち支える自殺対策推進センター. 自傷・自殺未遂レジストリ JA-RSA 2024年報告書. 2024. <https://jscp.or.jp/assets/img/registry/JA-RSA2024%E5%B9%B4%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8.pdf> (2025年5月7日アクセス可能).
- 9) Inoue K, Takeshima T, Yamauchi T, et al. An urgent problem: the major revisions of suicide statistics in Japan greatly hamper the research. Lancet Reg Health West Pac 2023; 39: 100852.
- 10) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> (2025年5月7日アクセス可能).
- 11) Matsubayashi T, Ueda M. Is suicide underreported? Evidence from Japan. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2022; 57: 1571–1578.
- 12) Snowdon J, Choi NG. Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. Glob Public Health 2020; 15: 1894–1901.
- 13) 山内貴史, 竹島 正, 須賀万智, 他. 「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 2019; 39: 41–44.
- 14) 影山隆之. エコロジーで考える自殺予防—危険因子と保護因子, 環境因子と個人因子—. 自殺予防と危機介入 2024; 44: 10–18.
- 15) Otsuka T, Sugawara Y, Matsuyama S, et al. How does social support modify the association between psychological distress and risk of suicide death? Depress Anxiety 2021; 39: 614–623.
- 16) 厚生労働省. 2022（令和4）年 国民生活基礎調査の概況. 2023; 20. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/04.pdf> (2024年11月15日アクセス可能).

- 17) 大畑江里, 影山隆之. 日本の一都市における成人住民の自殺念慮有症率とその関連要因: 地域自殺対策のための標的集団とその背景. 看護科学研究 2021; 19: 47-56.
 - 18) 大分市. 「こころの健康についての大分市民意識調査」結果. 2018. <https://www.city.oita.oita.jp/o096/jisatutaisaku/documents/shiminishiki23.pdf> (2025年5月9日アクセス可能).
 - 19) Goto N, Kageyama T: Suicidal ideation, social support, and a pessimistic view on life in the middle-aged and elderly. Academia Mental Health and Well-Being 2: Issue 1, 2025. <https://www.academia.edu/2997-9196/2/1/10.20935/MHealthWellB7495> (2025年5月9日アクセス可能).
 - 20) 影山隆之. 大分県において「自損行為」で救急車が出動した事例の発生率と性・年齢分布. 自殺予防と危機介入 2012; 32: 53-59.
 - 21) 牧瀬香穂, 影山隆之, 岩崎香子. 一地域における救急搬送自傷例の性・年齢階級・重症度・曜日別発生数の分析. 厚生指標 2024; 71: 10-15.
 - 22) 杉本圭以子, 影山隆之. 一地域の救急医療機関および精神科医療機関を受診した自殺企図者に関する調査—医療者による「死ぬ意図」の確認に注目して—. こころの健康 2013; 28: 39-50.
 - 23) Kageyama T. Views on suicide among middle-aged and elderly population in Japan: their association with demographic variables and feeling of shame in seeking help. Psychiatry Clin Neurosci 2012; 66: 105-112.
 - 24) 張 賢徳, 稲垣正俊. 自殺予防について考える. 自殺予防と危機介入 2011; 30: 1-3.
-

Reflecting on the 20th anniversary of the enactment of the Basic Act on Suicide Prevention: Measuring the actual numbers of suicide

Kyoko NOMURA^{*}, Takayuki KAGEYAMA^{2*}, Takashi YAMAUCHI^{3*}, Natsu SASAKI^{4*}, Toru TAKIZAWA^{5*},
Hirokazu TACHIKAWA^{6*}, Yoshihide SORIMACHI^{7*} and Tadashi TAKESHIMA^{8*}

Key words : Basic Act on Suicide Prevention, General Principles of Suicide Prevention Policy, suicide statistics, suicide profile

Objectives The Basic Act on Suicide Prevention was enacted in 2006, and 2026 will mark the 20th anniversary of this act. To commemorate this milestone, a symposium titled “20th Anniversary of the Basic Act on Suicide Prevention: Understanding the Reality of Suicide” was held at the 83rd Annual Meeting of the Japanese Society of Public Health. The aim was to reflect on Japan’s suicide prevention efforts to date through collaboration with experts.

Methods: To accelerate suicide prevention efforts in Japan, we identified and organized the key challenges involved in understanding the reality of suicide.

Results Considering the history of suicide prevention, we carefully reviewed the issues surrounding the Basic Act on Suicide Prevention and the Act on the Promotion of Research and Studies on Suicide. We conclude that revisions are necessary where appropriate. It is also important to incorporate measures for cultivating specialized professionals across various fields into the Basic Act on Suicide Prevention that will be responsible for suicide prevention in the next generation, as well as mechanisms that enable suicide-bereaved families to participate in policymaking. In terms of statistical issues, there has been a significant “apparent change” in the suicide statistics between 2021 and 2022 due to the revision of original data, which requires careful attention. There is an upward trend in deaths from external causes, including suicide and deaths from unknown causes, and it is necessary to analyze these trends carefully. In addition, municipalities can use police statistics to understand the realities of regional suicides. However, when analyzing municipal-level data, it is important to consider the underlying processes that lead to self-harm and suicide attempts, using regional suicide profiles as a reference. In addition, conducting independent surveys and research at the municipal level, separate from national statistics, is crucial for suicide prevention.

Conclusion Suicide-related behavior is a complex issue influenced by various factors. It is essential to coordinate national measures with local initiatives. The following proposals are suggested to enhance future suicide prevention efforts:

1. A review of the legal frameworks and establishment of support systems involving diverse stakeholders.
2. Training of specialized personnel, including bereaved families, in the policymaking process.
3. Conducting a thorough analysis of the statistical changes.
4. Encouraging independent research and studies at the municipal level.

By continuously updating our knowledge and fostering interdisciplinary discussions, we aim to ensure that these efforts are effectively implemented.

^{*} Department of Environmental Health Science and Public Health, Graduate School of Medicine, Akita University

^{2*} Mental Health & Psychiatric Nursing Division, Faculty of Nursing, Oita University of Nursing and Health Sciences

^{3*} Department of Public Health and Environmental Medicine, The Jikei University School of Medicine

^{4*} Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{5*} Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

^{6*} Division of Disaster and Community Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

^{7*} Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

^{8*} Institute of Regional Development, Taisho University