

自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チーム(第1回)

日時 平成27年5月8日(金)

15:30～

場所 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター

- 議 題 : ① 検討チームの進め方
② 自殺対策を巡る現状と自殺予防総合対策センターの取組状況等
③ その他

○森構成員(司会) ただいまから、第1回自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チームを開催いたします。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課の森と申します。本日、進行役を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

議事に先立ちまして、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長の藤井より御挨拶を申し上げます。

○藤井主査 障害保健福祉部長を務めます藤井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。本日はお忙しい中、特にアドバイザーの先生方にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。前置きは簡単にしたいと思いますが、我が国における自殺の状況は、ここしばらく自殺者数が減少しているとはいえ、まだまだ深刻な状況が続いていると認識しております。そういった中で御案内のように、これは平成28年度からですが自殺対策に関する仕事が、現在、内閣府がヘッドクォーター、政府全体でヘッドクォーターをしているところが、今度、厚生労働省に移管されることになっています。まだ法律が通っているわけではないので正式にというわけではありませんが、ほぼそのように決められているということです。

自殺対策につきましては自殺対策基本法あるいは自殺総合対策大綱に示されているとおりですが、こういう自殺の背景には様々な社会的要因があることから、分野横断的に総合的な対策を推進する必要がある、そういう理念の下で、幅広い分野の関係者との連携、あるいは現場感覚をいかしながら、地域レベルの実践的な取組の推進をより一層図っていきまして、総合的に自殺対策を推進していくことが重要だと考えております。

この検討チームにおきましては、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するという大変大事な役割を担っていただいている自殺予防総合対策センターにつきまして、有識者の先生方に御参画をいただきながら、幅広い観点から業務の在り方等について御検討を行っていただきたいと考えております。

予算要求のスケジュール等を考えますと、結構短い期間で集中的に検討をいただくようなことになっておりまして、これは大変申し訳ない次第ですが、アドバイザーの先生方におかれましては、自殺対策をより一層推進するという視点から、是非御知見を賜りたいと思います。事務的には、また日程調整の御協力などもいただきながら進めてまいりたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○森構成員 続いて、本検討チームのアドバイザーの皆様の御紹介をさせていただきます。初回でございますので、アドバイザーの皆様に簡単な自己紹介も併せてお願いいたします。時間の都合上、非常に恐縮ですが、1分以内でお願いいたします。まず一橋大学大学院社会学研究科教授、猪飼周平様です。

○猪飼アドバイザー 猪飼と申します。現在、一橋大学という所で主に医療政策及び、もう少し広く社会政策、社会福祉に関する研究をしています。自殺に関しては必ずしも専門家という立場ではないのですが、少し広い観点から政策を見ているものですから、そう

いう形で何か貢献ができればと思っております。これから、どうぞよろしくお願いいたします。

○森構成員 続きまして、滋賀県南部福祉事務所主席参事、佐藤美由紀様です。

○佐藤アドバイザー 滋賀県の佐藤と申します。私は保健師で、現場で自殺対策の担当する立ち場で参加をさせていただいています。また、1年間だけでしたが、平成24年度に内閣府の自殺対策推進室において、仕事をさせていただき全国の中でどのような自殺対策が進められているのか、全国自治体の取り組みを把握する機会をいただきました。その後県に戻りまして、自殺対策を所管している課に去年までおりました。どうぞよろしくお願いいたします。

○森構成員 続きまして、NPO法人ライフリンク代表の清水康之様です。

○清水アドバイザー NPO法人自殺対策支援センターライフリンクの清水と申します。私は、もともとはNHKの報道の仕事をしていまして、2001年に親を自殺で亡くした子供たちの番組を取材したのがきっかけで自殺問題に関心を持つようになり、2004年にこのNPO法人を立ち上げ、それ以降、自殺対策に関わってきています。2005年7月の、このセンターが設立される根拠となった参議院厚生労働委員会の決議、その基になった要望書の素案作りにも関わらせていただいたり、あと、自殺対策基本法の立案にも関わらせていただきました。その後、2009年、民主党政権の中では内閣参与として自殺対策の政策づくりに関わって、自殺対策の強化月間の設置であるとか、あるいは市区町村の、警察庁のデータ公表等にも関わらせていただきました。今は民間の立場で、来年は基本法の施行から10年という節目に際して、本センターの在り方等に関しても、現場の視点でいろいろ積極的に議論させていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○森構成員 筑波大学医学医療系教授、高橋祥友様です。

○高橋アドバイザー 筑波大学災害精神支援学、高橋です。よろしくお願いいたします。この部屋に入ってきて、2006年の自殺予防総合対策センターの開所式があったのが正にこの部屋だったことを思い出しました。今回、内閣府から厚労省に担当課庁が変わるということをお大変喜んでいて人間の1人です。やはり、自殺予防対策の根幹になるのは精神科医療だと私は考えているのです。そして、以前、内閣府の担当官が1年や2年といった短期間で変わってしまって、本当に国のレベルでもきちんとした自殺対策ができるのかということをおずっと考えていました。今回、自殺予防総合対策センターの在り方を検討する会というのは非常に重要だと思います。ということで、よろしくお願いいたします。

○森構成員 続きまして、青森県立精神保健福祉センター長、田中治様です。

○田中アドバイザー 青森県立精神保健福祉センターの田中治と申します。青森県立精神保健福祉センターは3年目ですが、精神科医です。この自殺の取組は精神科医の立場として、私自身、勤務していました病院が、青森、秋田、沖縄の琉球大学などで総合病院に勤務しました。その中で臨床の精神科医としての立場で自殺予防に関わってきたところです。実際に私自身、秋田の非常に北部の総合病院で数多くの患者さんに遭遇して、それが自殺

対策をするべきだと感じたのが自殺対策への取組の最初のきっかけです。今は、精神保健センターでの地域での取組ということで少し活動しています。どうぞよろしく願いします。

○森構成員 続きまして、国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究特命上席主任研究官、森川美絵様です。

○森川アドバイザー 森川と申します。どうぞよろしく願いいたします。私は、国立保健医療科学院という所で主に福祉分野で、医療系ではなく社会学的なアプローチで福祉施設の実態や自治体の現場にどのように還元できるのか、どういう研修として生かせるのか、そういうことを研究しています。私どもの研究所では、むしろ福祉事務所長や生活保護の現場若しくは地域包括ケアで高齢者ケアの中で起きていること、そういう分野での自治体の方たちとの協働を通じて研究、研修をしています。

そういった社会的なアプローチで問題に取り組んでいます。自殺というもの、直接そういうものについて専門的な知見、掘り下げた研究ということではないのですが、地域での生活支援や困窮、生活困難というものを支えるための支援の在り方という観点から少しこの自殺について一緒に考えて参加させていただきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○森構成員 続きまして、ルーテル学院大学総合人間学部人間福祉心理学科教授の和田敏明様です。

○和田アドバイザー 和田でございます。どうぞよろしく願いいたします。私は主に、地域福祉を中心に今までやってきましたが、自殺対策の関係では厚労省で民間の自殺予防の活動についての補助金審査に関わり。そこで、いろいろな活動を通してどのようにこういう活動を進めたらよいのか考えていました。もう 1 つは、最近では、生活困窮者自立支援の人材養成のプログラムづくりと研修の企画推進をしており、その活動の中で、自殺対策に関係があるのではないかと、特にいずれも社会的な孤立の問題ともつながりがあると考えております。この会の中で是非そういうことについても発言させていただければと思っております。よろしく願いします。

○森構成員 皆様、ありがとうございました。続きまして、独立研究開発法人、国立精神・神経医療研究センターより、精神保健研究所所長の福田祐典様です。

○福田所長 自殺予防総合対策センターの福田と申します。精神保健研究所の所長をしております。どうぞよろしく願いいたします。

2009 年から 2012 年ですから 3 年強にわたり、厚生労働省の精神・障害保健課長ということで当時の厚生労働省の立場から自殺対策室として関わらせていただきました。よろしく願いします。

○森構成員 続きまして、本日、自殺予防総合対策センターの取組を御説明いただきます。独立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターの精神保健研究所自殺予防総合対策センター副センター長、松本俊彦様です。

○松本副センター長 松本でございます。自殺予防総合対策センターの副センター長をやっています。本日は、短い時間ではありますが、我々がこれまでやってきた業務の概要についてプレゼンテーションさせていただければと思っております。いずれにしても、自殺対策の法律が通って10年を迎えるという中で、これまでは総論の時代だったのですが、これからは各論の時代に入っていくと感じているところです。その各論はいかにあるべきかということについて今日、議論することができればと思っております。

○森構成員 続きまして、本検討チームの主査、構成員を紹介させていただきます。障害保健福祉部長の藤井主査です。

○藤井主査 改めまして、藤井でございます。よろしくお願いいたします。

○森構成員 障害保健福祉部企画課長、川又構成員です。

○川又構成員 川又です。よろしくお願いいたします。

○森構成員 障害保健福祉部精神・障害保健課長、富澤構成員です。

○富澤構成員 よろしくお願ひします。

○森構成員 医政局医療経営支援課長、佐藤構成員です。

○佐藤構成員 佐藤でございます。よろしくお願いいたします。

○森構成員 また、オブザーバーとして大臣官房総務課、三浦企画官にも御参画いただいております。なお、障害保健福祉部精神・障害保健課精神統括推進官、江浪構成員につきましては、業務の都合により欠席しています。その他、事務局につきましては、座席表をもって紹介に変えさせていただきます。

続いて、議事を進める前にお手元の資料について確認させていただきます。資料1「自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チーム開催要綱」、資料2「検討の視点(案)」、資料3「検討のスケジュール(案)」、資料4「自殺対策を巡る現状等について」、資料5「自殺予防総合対策センターの活動について」。参考資料としまして、参考資料「内閣官房及び内閣府の業務の見直しについて」。また、資料番号がありませんが清水アドバイザーからの資料としまして、A3の資料が1枚、A4の資料が1枚あります。なお、A4の資料は非公開の資料ですので、後ほど回収させていただきます。また、自殺予防総合対策センターから配布されております資料としまして、「精神科治療学の目次」「事前質問に対する提供データ資料」「自殺予防に関する研修の効果予測アンケート結果」、冊子が4冊とリーフレットが2冊となっております。以上です。過不足等がございましたら挙手によりお知らせいただけますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは議事に入りたいと思います。

議事に従いまして、まず検討チームの進め方に関して、事務局から資料1から資料3について説明いたします。

○伊東専門官 資料1の開催要綱を御覧ください。検討チームの目的、検討事項等について御説明いたします。

検討チームの目的は、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するため、平成18年10月より国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターに自殺予防総合対策センタ

一が設置されているところですが、今後、厚生労働省として自殺対策のより一層の推進が求められる中で、情報提供等の充実、研修資料の開発等を通じて地域の実情に応じた取組を推進し、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するという重要な役割を担う自殺予防総合対策センターにつきまして、アドバイザーとして有識者の御参画を求めまして、幅広い観点からその業務の在り方等について検討を行うということです。

2番の検討事項ですが、「自殺予防総合対策センターにおけるこれまでの業務の現状と課題」「自殺対策をより一層推進するために必要な業務の在り方」の2点です。資料2の検討の視点でお示ししておりますとおり、精神医療分野にとどまらない幅広い分野の関係者との連携の強化及び自治体との連携強化の2点の視点から検討をお願いいたします。

構成等につきましては、資料1に戻っていただきまして別紙を御覧ください。社会援護局障害保健福祉部長を主査としまして、その他の構成員は別紙のとおりといたします。アドバイザー等としましては、別紙の有識者等の参画を求めています。また、主査が必要と認める場合には関係者から必要な意見を求めることができるとしております。

検討のスケジュールにつきましては資料3を御覧ください。平成27年6月をめどに検討結果を取りまとめることといたします。本検討チームのスケジュールにつきましては、今後、月1回から2回のペースで開催を予定いたしまして全3回とし、第4回目は予備としております。次回、第2回につきましては、関係者へのヒアリングと今後の業務の在り方について議論をしていただき、第3回で取りまとめを行う予定です。

当検討チームの運営ですが、資料1の末尾のとおりです。議事は、公開にしております。以上です。

○森構成員 次の議事に入ります。自殺対策をめぐる現状と自殺予防総合対策センターの取組状況等について、事務局から資料4を説明いたします。

○伊東専門官 資料4の1枚目ですが、日本においては平成10年に自殺者数が急増し、以降15年間、3万人を超える高い水準で推移しておりました。近年は、自殺者数は5年連続で減少し、平成24年に自殺者数は3万人を下回ってはおりますが、諸外国と比べても自殺者数の高い状況が続いて、予断を許さない状況が続いております。警察庁のデータによりますと、平成26年の自殺者数は2万5,427名で、原因・動機別に見ると健康問題が一番多く、次に経済・生活問題が続いており、家族問題、勤務問題など、様々な原因・動機を認めております。

2枚目です。平成18年に議員立法により成立した自殺対策基本法の概要となります。これに基づいて、平成19年には自殺総合対策大綱が策定されています。

3枚目です。自殺対策基本法に基づく自殺総合対策大綱の概要となります。平成24年に地域レベルでの実践的な取組がより一層重要という観点から、自殺総合対策大綱が見直されて、重点施策が改めて設定されました。地域の実情に応じて、対策の有効性や効率性、優先順位などを検討し、国民一人一人に身近な地域において、それぞれの実情に応じたきめの細やかな対策を講じる必要があるという認識から、地域レベルでの実践的な取

組を中心とする自殺対策へと転換することを自殺総合対策の課題としております。

4 枚目です。自殺対策に関連する各府省等の役割ですが、内閣府取りまとめの下、政府及び各種会議や自殺予防総合対策センターで連携しながら、自殺対策に取り組んでまいりました。なお、本年 1 月 27 日の閣議決定において、平成 28 年度からは自殺対策が内閣府から厚生労働省へ移管することとなりました。詳細は参考資料を御覧いただければと思います。自治体や民間団体支援という点においては、内閣府の基金と厚生労働省の自殺防止対策事業があります。まず、基金ですが、平成 21 年に地域の実情を踏まえて対策を講じやすい「地域自殺対策緊急強化基金」を造成して、これにより地域において様々な取組が行われております。民間団体支援については、同じく平成 21 年度から自殺防止対策事業を実施しており、先駆的・試行的な自殺対策の取組を行う民間団体の活動に財政補助を行っております。

5 枚目です。自殺対策を推進する上で中心的役割を担う機関としては、国のセンターと地域のセンターとがあります。国のセンターですが、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するため、平成 18 年 10 月に自殺予防総合対策センターを設置しました。自殺予防対策に関する情報の収集及び発信、自殺予防対策支援ネットワークの構築、自殺予防対策等の研修、関係機関・団体、民間団体の支援、自殺予防対策に関する施策の提案、自殺の実態分析、自殺の背景となる精神疾患、自殺未遂者・自死遺族等のケア、自殺対策の取組状況の調査・研究等を行っていただいております。

最後のページですが、地域のセンターとしては、平成 21 年度より各地域の医療、学校、教育機関、警察、職場等の関係機関の連携体制を作る拠点として、地域自殺予防情報センター事業を都道府県、政令指定都市において実施しております。自殺予防総合対策センターにおいては、当事業への助言・指導などを通じて連携を進めていただいていることになっております。説明は以上です。

○森構成員 続きまして、自殺予防総合対策センター副センター長の松本先生より、当センターの取組を御紹介いただきます。

○松本副センター長 自殺予防対策センターの松本です。私は我々のセンターの事業について説明させていただければと思います。紙媒体で話してもよかったのですが、話にくいので、パワーポイントによるプレゼンテーションをお許してください。

先ほど来、何度も出ている図なのですが、私どものセンターには様々なミッションがあります。様々なミッションはありますが、今日の検討会で報告するのは研究的な側面は全部省かせていただいて、事業的な側面、研修、ネットワーク、民間支援、情報発信に関してプレゼンテーションをさせていただければと思っています。

本題に入る前に、我々のセンターの人的な構成についてお話ししたいと思います。昨年度末、設立以来ずっとセンター長を務めていた竹島元センター長は退職されまして、今センター長は当センターの理事長であります樋口輝彦が事務取扱で兼任しております。実質的な取りまとめはセンター長と私がやっておりますが、ぱっと見ていただくと分かりますよ

うに、様々な研究分野の研究者がいて、心理、社会福祉、あるいは社会学等あります。なかなか悩ましいところなのですが、実は精神医学の専門家は私しかいないところがあります。もちろん、精神医学に特化しない様々な社会的な取組、総合的な対策が必要ということは、私も労はいとわないと思っていますし、そうありたいと思っているのですが、いかにもちょっと少ないというのが、あえて言えば1つの不満。もう1つの不満を言いますと、やはり……です。もうちょっと人的なパワーがほしいと思っています。

ぐちはさておき、今日の話は2つの軸で説明したいと思います。まず1つはタテのつながりです。自治体を通して、自治体の事業を側面から、あるいは背後から支援する。それから、ヨコのつながりです。ネットワークや民間支援という。

まず、自治体への協力、あるいは貢献ということとして第1に挙げたいと思うのが、実態分析、あるいは地域診断に資するような資料を提供するということです。私どもは厚生労働省の人口動態統計を用いて、二次医療圏ごとのデータをホームページに掲載しています。自殺の全数データには警察庁の統計と厚生労働省の人口動態統計、2つありますが、私どもはあえて人口動態統計を選んだのはなぜかという、警察庁の統計は基本的に位置検知です。遺体が発見された場所にに基づいています。そうすると、分母がないのです。その県民の数を分母にすることはできないわけです。そうすると、やはり住所地に依拠した厚生労働省のデータのほうが率を出したりして施策をする上では重要ではないか。それから、このデータはベース、推定値を用いています。小さな自治体だと1人、2人の自殺者の増減で、大きく自殺率が変化してしまうのです。そのところを補正するために、もう少し長いスパンでの地域の取組に資することができるようなデータを出しています。

もう1つ、総務省、消防庁に協力していただきまして、自損行為のデータです。自損行為というのは、主に自分で自分の体を傷付けて救急搬送された方です。ほとんどが自殺未遂になるわけですが、自殺未遂者は非常に自殺のリスクの高い、ハイリスクの1群なのです。このデータを私どものほうで解析し、その解析した結果をホームページに掲載する。これは多分、我が国最初のデータなのではないかと思っています。そういう試みだと思います。

今度は個別の自治体への協力です。竹島元センター長は、もともと船橋市の自殺対策協議会の会長ということもありまして、船橋市の対策にはかなり根っこのところから関わっています。まず、様々な既存データを用いて、地域診断をしております。その地域診断に基づいて、そこから企画立案をし、しかも事業の成果をモニタリングしていくということを、最初の段階から協力してやっております。

今度は横浜市です。これは私と自殺実態分析室の山口研究員の2人が横浜市の自殺実態分析委員になるよう要請がありまして、警察庁のデータの横浜市の自殺既遂者、それから消防庁のデータを用いて自殺未遂者のデータです。横浜は自治体としては人口的に日本最大の自治体だと思うのです。その膨大なデータを解析し、途上ではあるのですが、途中経過を様々な学術的な成果として公表するとともに、横浜市の対策に資する。区ごとにいる

いろいろなデータを出していますので、そのまま役立てていただいて、各区の担当者に情報を提供している。

私自身が中央区の自殺対策協議会の会長をやっていますので、中央区の自殺対策にも最初から関わっております。アドバイザーと構成員の先生方のお手元に、今朝の段階で中央区から許可を頂いた報告書がありますので、後でお読みいただければと思っています。中央区で対策を立てるときに、中央区の自殺の特徴は何かといいますと、都市型なのです。中に銀座を抱えています。銀座で勤めている若い女性も多く住んでいるのです。そうすると、自殺既遂者の割合が年によっては女性のほうが多いのです。一般では既遂者は男性のほうが多くて、未遂者は女性が多いのですが、既遂者が男性と同等、あるいは年によっては女性が多い。しかも、20代、30代の若い女性が多いのです。そういう意味では、日本の中でも特殊な地域だと思います。その人たちのデータとして、繰り返し自殺未遂をしている人が多いことも分かりました。

そこで、未遂者の支援をやってみよう。幸か不幸か、中央区というのは夜間人口の少ない町でして、それほど救急病院もありません。ただ、保健所の目の前に聖路加国際病院があるので、聖路加国際病院とタイアップして、いろいろな事業を展開してきました。まずは平成24年度に過去5年間の中央区民で聖路加国際病院に救急搬送された方たちの実態を調べてみました。その中で分かったのが、とにかく過量服薬が多いということ。それから、聖路加国際病院はスタッフが非常に優秀な病院ではあるのですが、それでも救急部において自殺のリスクアセスメントがうまく行っていないということが分かりました。

その調査の結果をまとめて、聖路加国際病院の院内でスタッフの研修会をやりました。さらに過量服薬に対してどのようにしたらいいかということで、中央区の薬剤師さんたちに働きかけて、薬剤師さんの研修会などを作って、例えば重複処方とか、あるいはちょっと多めに薬を飲んでしまったなどという患者さんの告白を聞いた調剤薬局の方が中心に連絡を取ったりということをやったりしました。

そういう対策をする中で、平成26年度、また未遂者の調査をやって、以前の予備調査とどのような変化があったかということ調べました。細やかな調査ではあるのですが、その中で分かったことは2つありまして、1つは過量服薬による自殺未遂者が減りました。もちろん薬剤師の研修がそのまま役立ったから減ったということとは言えないかもしれませんが、たまたまという可能性もあるのですが、とにかく減ったと。もう1つ、これは非常に顕著な変化だったのですが、聖路加国際病院の救急部のスタッフのアセスメント能力が非常に上がって、これまでは不明というのが多かったのですが、不明はすごく少なくなりました。しかも、退院するときに必ずしっかりと精神科とか保健所につなぐという事例が激増しているのです。そういう意味では、細やかな介入かもしれませんが、それなりの意味のある介入をやったのではないかと思います。

これは宮崎県の自殺対策です。これも自殺の実態分析、まずは地域分析のところから関わって、その分析結果に基づく様々な対策の立案にも関わって、スーパーバイザーを現在

も続けてやっております。

ほかにも言い出すと切りがないのですが、幾つか主立ったものを挙げてみると、こんなものがあります。山梨県は早くから自殺未遂者の対策事業をやったことで有名な県で、最初からライフコーディネーター事業をやっているのですが、私に関わってやっています。しかも、やっただけではなく、その後の事例検討会のスーパーバイザーもしています。

奈良県です。奈良県は、自治体の中で全国有数に自殺の少ない県です。逆に奈良県からの依頼でなぜ少ないのかという分析をやりまして、2つのことが分かりました。1つは県民の1世帯当たりの貯蓄額がほかの県よりも多い、それからアルコール消費量が少ないということが分かりました。たくさん貯金するのがいいのかと言われると、なかなか悩ましいのですが、そんなことが分かりました。

大津市です。滋賀県は早くから自殺対策を様々な形で、非常に精力的に頑張っている県で、未遂者のケアも済生会、滋賀県立病院、そこにも私に関わっているのですが、その関わりから大津市が更に自分たちもやってみたいということで、未遂者事業をやっています。これも立上げのところから継続的な助言、支援者マニュアルの監修なども私どもがやっています。

札幌市の若年者向けの自殺予防のパンフレット。

横須賀市も未遂者の対策事業をやっていますが、これも今現在、私が効果測定分析をやっているところです。

神奈川です。これは余り知られたくないので公開しないでほしいのですが、神奈川県には宮ヶ瀬ダムというダムが相模原のほうにあります。そこは虹の大橋という高い橋がありまして、そこが自殺のホットスポットになってしまったのです。その対策のために5年前から神奈川県はいろいろ尽力しているのです。私はそこでも継続的に助言をしております。

世田谷区です。私自身が協議会の会長として、自殺対策全般に関わっております。

各自治体が行っている自殺対策のゲートキーパー研修会の講師、一般住民向けの啓発的な講演会の講師も精力的にやっております。これは平成25年と平成24年の講演の講師派遣の実績なのですが、本当に結構行っております。というか、余り行き過ぎて、職場の上司からもっと研究室にいろと言われていたりして、ほとんど原稿や論文を新幹線の中で書くあり様になってしまっていて、ちょっとこれはどうかと思っているところもあります。

研修です。研修は私どものセンターの仕事の重要な柱の1つだと思っています。設立されてから昨年度末までで、全部で3,000人以上の人が研修会を受けています。研修会も目的とする、ターゲットにする層ごとに5つのものを用意しています。例えば自治体の自殺対策の企画・立案をする人たちをターゲットにした研修。それから、心理職の人たち、あるいは精神科医療の人たちをターゲットにやったりしています。

もう1つ、地域の中で問題になっているのは、リストカットや過量服薬を繰り返す、俗にパーソナリティ障害と言われている方たちがいます。この方たちは援助者の陰性感情を

刺激して見たくないと。これが自殺対策を地域の中で実務者が少ない 1 つの要因になっています。こういう援助者の陰性感情を和らげるための研修会もやっていて、意外なことにこれがすごく受講希望者が多いのです。毎回、毎回、定員の倍ぐらい、あるいは倍以上の受講希望者がいて、残念ながら選考させていただいている状況です。逆に言えば、自殺対策が大事だということは言われているのですが、実際、実務の援助のフロントでは、そういった陰性感情と戦わなければいけないという現状があるのだということは、やはり我々は無視はできないかと思っています。

こちらに示したのは、企画研修で使っている自治体の担当職員向けの地域診断の仕方、その診断に基づいた企画・立案の仕方に関するマニュアルです。

これは研修会の効果測定です。ただ、やりっぱなしにしているわけではなくて、我々は研修成果を評価するためのアセスメントツールを開発して、毎回の研修ごとにどのぐらい成果があったのかということを確認しております。また、アンケートなどのフィードバックを生かして、次年度以降の研修に生かすことをやっています。こちらは平成 24 年と平成 25 年に研修会に参加した人たち、地域ごとの人数を示したものです。地域の自殺対策を推進するために、我々が経年的にやっているのが市町村に対する自殺対策の取組状況調査です。これは大綱に書いてあるようなことをリストして、これがどのぐらい進んでいるのか、経年的なモニタリングをしています。また、モニタリングをすることによって、自治体の人たちが逆にやらなければいけないよね、これが課題だよねということ意識して、推進につながるのではないかと考えているところです。

今回はヨコのつながり、ネットワークです。自殺に関わる要因として、社会問題、あるいは経済的な問題は無視できません。特に働き盛りの男性などでは、経済的な困難解決が非常に多いのです。ただ、私どもが行ってきた心理学的剖検調査で分かったことは、借金が原因と思われる自殺者を調べてみると、中年に比べると、必ずしも借金が返済不可能な額ではないのです。結構、収入があつたりもするのです。むしろ問題なのは、そういう人たちはメンタルヘルスの問題を抱えていて、適切な運用につながるような判断ができなくなってしまっているのです。そうすると、借金の解決をする司法書士とか弁護士とメンタルヘルスの人たちのネットワーク、絆をもっと深くする、それが必要なのではないかと思います。例えば司法書士から、司法書士の仕事はどんな仕事なの、精神保健福祉士はどんな仕事なのというのを、それぞれ相互に伝え合うようなマニュアルを作っています。

司法書士の方たちの中にも自殺対策に非常に熱心な方がいます。その方たちからいつも相談されるのは、例えば死にたいと言ったらどうしたらいいのかとか、このような人たちにはどのように助言して、どこにつないだらいいのか、この情報がない。アドバイスしてほしい、スーパービジョンしてほしいということなのです。司法書士会からの依頼がありまして、月報『司法書士』という司法書士さんたちが読む雑誌があります。そこで平成 25 年度にメンタルヘルス問題に関する連載を担当させていただいております。

これは児童相談所の調査なのです。全国の児童相談所に御協力をお願いして調査をする

中で分かったことなのですが、児童相談所の中では一定程度、自殺が絡んだ子供たちが入っているのです。これはどのように絡んでいるかというと、1つは自死遺児です。親が自殺で亡くなって、養育者がいなくなって、児相で保護されているのだけれども、児相の中では自死遺児だという認識よりは、単に養育者がいない子供というように認識されている可能性があって、果たしてこれでいいのか。

もう1つあるのですが、親が養育能力がなくて児相に保護されているのですが、その親がどんな問題を持っているかというと、リストカットや過量服薬、自殺企図を繰り返し、しょっちゅう死にたいということを言っている。その中で子供たちが、親がそのようになるのは自分が悪い子だからではないかというように責めている、そういう状況も見えています。やはり児童福祉の分野でも、自殺対策を頑張っていく必要があるのではないかと、今、働きかけているところです。

これは薬剤師会です。これも心理学的剖検から分かったことなのですが、精神科につながっていたけれども、最終的に亡くなってしまった人たちを調べてみると、最後の致命的な行動、飛び下りとか首吊りをする直前に治療薬を過量服薬して、酩酊状態の中で衝動のコントロールを失って亡くなっているケースが目についたのです。実際、過量服薬による自殺企図自体は、もう十数年前から救命救急センターでは問題になっています。そうすると、過量服薬を防ぐために何ができるか。先ほど中央区の所でも少し触れましたが、病院に行った方たちが最後に会う医療関係者、つまり調剤薬局の薬剤師さんです。ここをゲートキーパーに使えないかということです。薬剤師会のほうも、かなりそれに前向きになって、様々な地域で薬剤師をゲートキーパーとした活動があります。

例えば眠れなくて困っている人たちも、一番最初に行くのは病院ではなくて薬局だったりするのです。だから、薬局が困った人たちの始まりと、困って病院に行った人たちの終わりのところで薬剤師が関わる。これはゲートキーパーとして非常に意味があるのではないかと。実際、新潟市とか埼玉県とか、各地で薬剤師を中心としたいろいろな事業が始まりつつあります。

老後問題のコミットですが、昨年度、制定されました過労死等防止対策推進法に基づいて、過労関係の過労死に関する研究班が立ち上がっております。私どもは過労自殺の分析をするように、安全衛生総合研究所から依頼されまして、しかも過労死関係の法律の大綱にも自殺予防総合対策センターの協力を得て、過労自殺の実態分析をする。この過労自殺のデータはなかなか見ることができないデータなのです。私どもが見るためには、ここの客員研究員にはなっているのですが、中で非常に貴重な情報を読ませていただいています。そこにはやはり労働場面の問題、パワーハラスメント、そういう実態も見えてきて、これも社会的に発信しなければいけない課題の1つかと思えます。

教育機関です。例えば30代の自殺している比較的若い人たちを見ても、実は30代で死ぬ人たちは15歳の時点から死にたいと思っていたり、自分の体を傷つけたりしているのです。リストカットなどをする人たちに対して、どう対応したらいいか分からない。これが

全国の養護教諭やスクールカウンセラー、あるいは臨床心理士とか学校の一般教科の先生たちからも声が上がっていて、私どもはそういった研修会によく呼ばれてやっています。ただ、もうこれは研修会をやるだけでは間に合わないだろうということで、メンバーの方たちにはお配りしたのですが、そういう支援者向けの、特に養護の先生たちを対象とした自傷・自殺の関わり方、理解の仕方の本を書かせていただいています。また、実際、東京の多摩地区などでも、高校の中で自殺が発生してしまって、教員を対象としたポストベンションとか振り返りの会などに私どもが呼ばれて行くことがあります。

それから、私どものセンターの川野室長がやっている、生徒に対する自殺予防教育です。これまで自殺予防教育というと、ともすれば生命尊重教育、命の大切さとなってしまう、道徳教育になってしまったのですが、そうではなく支援を求める能力を伸ばすにはどうしたらいいのかというところから作っています。ほかにも大学における自殺対策事業で、ここに示したのは香川大学が作ったメンタルヘルスプロジェクトのマニュアルなどの監修もやっております。

それから、宗教関係者との関わりです。いろいろな所で関わっています。時間がないので簡潔に言いますが、最近、僧侶の方たちのいろいろな研修会などに私どもが呼ばれて、死にたいという訴えに対してどう対応したらいいかということ研修会で指導しております。

民間団体です。随分長く関わっているのはメンタルケア協議会です。これは東京の代々木を中心としたもので、東京都内からの委託事業でやっています。自殺相談ダイヤルという東京都の事業の委託を受けているのですが、このスーパーバイザーを継続的にやっております。未遂者事業も都から委託していて、このスーパーバイズなどもしています。電話相談のスーパーバイズは本当に大変で、電話のやり取りを再生して、それを我々がスーパーバイズしているのです。これは本当に死にたいと思っている人たちがどんな声で訴えているのかということ、我々支援者が直に知る体験としても意義があるのだと思っています。

それから、断酒会です。中高年の働き盛りの、一見すると経済的な問題を抱えているような人たちの自殺を調べてみると、かなりの割合でアルコールが絡んでいる。アルコールによって、だんだん鬱状態が悪化したり、思考が衝動的で投げやりになったりしている。さらに言うと、最後に行動するときには酩酊状態で行動に及んでいるのです。アルコール依存症はもとより、お酒を飲む、悩んで追い詰められているときに飲むことが非常に危険だということが分かって、様々な啓発資料を使ったり、断酒会とタイアップした様々な啓発活動をやっています。また、そのことをまとめた冊子として、岩波書店からブックレットを出させていただいて、これは皆さんのお手元に配らせていただいています。この冊子は内閣府のアルコール健康障害対策基本法の会議の場などでも重要な資料として、制定の後押しをした資料になったと伝えていいと思います。

そのほかにも様々な民間支援をやっております。時間がないので一個一個挙げるのが

できませんが、1つ興味深いものを挙げると、首都高速株式会社、ベイブリッジからの飛び下りがある時期増えてしまって、その対策に協力を要請されまして関わりました。これは5年ぐらい前の話なのですが、この対策が功を奏して飛び下り自殺は減っています。それから、JR 東日本から鉄道自殺に関して、どのようなバリアを作ったらいいのかという相談にも我々は対応しております。

ヨコのつながり、今度は学術団体の連携です。コンソーシアム準備会というものをやっていて、まだ準備段階ですが、学術的な知見をまとめて、より社会に還元しやすい格好で再発信するという作業を目指しております。国際的な協力として、この4月にWHOのCCとして承認されました。さらに情報発信、ウェブサイト、これは自治体の方たちが我々のサイトは情報がたくさんあるということで活用してくださっていますし、ヤフーとタイアップして「死にたい」というワードを入れると、私どもの「いきる」の相談支援の情報サイトにジャンプするのを作っております。

メディアカンファレンスです。メディアの方たちと自殺行動の在り方を一緒に勉強しましょうということから始まって、更にメンタルヘルスの問題、自殺に関わる様々な問題を様々な角度から取り上げて、単に教える、教わるという一方通行ではなく、一緒にディスカッションしながら考えていく場として継続的に開催しています。新聞やテレビなどを通じて、我々の支援を啓発しております。

先ほど自己紹介のときに、自殺対策は総論から各論の段階になったということを言いました。私が自殺対策に関わり始めたのは2007年からなのですが、2007年の段階でも、自治体から自殺対策の啓発的な講演の要請があったときに、よく言われたのは、「自殺という言葉を使わずに自殺の話をしてください。鬱の話をしてください」、こういうことだったのです。法律ができて10年足らずの間、何が特に変わったかということ、やはり自殺ということと言えるようになったと思います。それは社会全体が随分大きく変わってきて、この10年間の大きな成果であると、私はこれは断言していいと思います。ただ、これは総論の段階だと思えます。ここから先が各論の段階だと思えます。確かに総合的な取組は必要で、いろいろな法律関係の人とか、教育関係、あるいは交通機関、いろいろな所にスーパーバイザーが行きます。そこでみんなが知りたいのは、どういうバリアを作ったらいいかという話とか政策の話ではなくて、死にたいと言った人にどのように対応したらいいか、あるいは自分の体を傷付けている人たちに対して、どう理解し、どう関わったらいいか。これを知りたいと言っているわけです。だから、我々は単に死ななければいいとか、自殺が減ればいいということではなく、まずは地域における保健・医療・福祉の直接的なサービスの質を高めること。その結果として自殺が減ってくる。つまり、生きやすい社会、居心地の良い社会を作る結果として、自殺が減ってくるのがとても大事だと思っています。その中で、総合的な対策は必要なのだけれども、やはりその中核にあるのは、死にたいと、自分を傷付けた人たちに対してどう関わったらいいかということにスーパーバイズできる人。そういう専門家、そういう援助経験がたくさんある人が必要なのではないかと私は考

えています。私の発表は以上です。

○森構成員 松本先生、ありがとうございました。

これから質疑に入るに当たり、資料2「検討の視点」を御覧ください。事務局から御説明申し上げましたように、自殺予防総合対策センターにおけるこれまでの業務の現状と課題、自殺対策をより一層推進するために必要な業務の在り方の意見について検討を行います。

観点としては、精神医療分野にとどまらない幅広い分野の関係者との連携の強化及び自治体との連携強化の2つの視点で、それぞれの項目の検討をお願いいたします。

なお、皆様に御発言いただくため、御発言されていらっしゃる方がおられる場合には発言をお願いすることもございますため、あらかじめ御了承ください。何か御意見はございますでしょうか。

○清水アドバイザー 検討事項の確認なのですが、日本の自殺対策の方向性というのは、基本法あるいは大綱において既に明示されているものなわけです。ですから、個々の自殺対策に関する見解を議論するというよりも、国の方向性の中において、この研究所がどうあるべきかという議論でよろしいという理解でいいですか。

○森構成員 そうですね、自殺予防対策センターの在り方の議論です。

○清水アドバイザー ともすると、「自殺対策はどうあるべきか」というような総論になってくると收拾が付かなくなると思うので、あくまでも国の自殺対策の方針というのは既に決まっているわけですから、その中において、自殺予防総合対策センターがどうあるべきか、あるいはこれまでどういう役割を担ってきたか、これなかったか、そういうことの議論でよろしいですか。

○森構成員 そのとおりです。何か御質問、御意見等はございますか。

○田中アドバイザー 田中です。私自身の考え方として、いろいろこういう資料も頂いて、まとまらない話になるかもしれないのですが、この検討会に当たって私なりに考えてきたポイントを述べさせていただきます。

私も今回こういう依頼がありましたので、ほぼ全部の資料を読みました。研究センターのデータ、成果、あらゆるものを読みました。少しざっくばらんな言い方になってしまうのですが、ずっと自殺の実態調査あるいは疫学調査、松本さんがおっしゃるように、総論の部分は非常に充実してきていると思うのです。日本の自殺の実態調査に関しての資料は、経年的に見られる状態にありますし、あるいは心理学的剖検の成果が見せていただける形になっていますので、そういう面では非常に成果を挙げてきている。これはやはり継続していただきたいというのは、実際のところでは、

私自身、こういう精神保健福祉センターという立場でお話をさせていただくと、松本先生は先ほど「各論」という面をお話なさっていたのですが、報告書の在り方が少し変わったなと思うのが、平成27年2月の報告書の「児童相談所における心の健康と支援に関する調査」です。

非常にマクロ的な実態調査なのです。児童相談所、その中での遺児の方々に対する実態

という面は、非常にマクロ的なものから各論に入れられていて、あれと思っていたところ
です。自治体にこれを読ませていただいて、児童相談所における遺児の方々の実態がよく
分かる。

こういう各論という部分が、今まで少なかったのかなと思うのです。こういう面の研究
あるいは実態調査をもっと増やしていってもらいたい。これをどう機関で自治体に運用で
きるか。こういうデータがあった、こういう実態が分かった、これをどう使うかというマ
ニュアル的な部分を、私たち実際の実行者はほしいのです。結果が分かった、報告書が上
がった、しかしどう使うか。何かマニュアルの部分を出していただいて、開けるように、
使えるようにというのは、報告書、実態調査に関して求めたいところです。

実は、私たち精神保健福祉センターというのは、かなり地域の中で自殺対策、自殺予防
に関しての活動をなさっている方々の困り事相談、地域のコミュニティモデルで言います
と、特に保健師の方々は実行者だと思のですが、そういう方からの困り事相談というの
は、割と近い位置にあるのだなと思うのです。

実際、私たちも各保健所の保健師たちが、どういう自殺の方々に遭遇しているか、ある
いはどういう困り事というか、どういう対処が難しかったか、スキルはどのような部分を提
供できるのか、そういう部分の調査をさせていただいて、近々発表させていただく予定な
のですが、困り事相談というか、実行されている方々の困り事相談を、かなり私たちは吸
い上げることができる位置にあるのかなと思うのです。

松本先生が「各論」とおっしゃった部分、こういう困り事相談は、かなり私たち精神保
健センターは研究事業で吸い上げることができていて、そういう部分をタイアップ、情報
発信という立場でもいらっしゃるの、そういう面を吸い上げていただいて、マニュアル
みたいな形で情報発信していただければ、かなり役立つのではないかなと思います。

1つ、研究強化基金のことにに関して具体的な話をさせていただきたいと思います。先ほど
緊急強化基金の施行のパーセンテージで話をされて、割合が一番少ないところが、実態調
査の部分と未遂者支援事業の部分、パーセンテージが一番低いか高いか。実際の件数も調
べてみましたら、この2つの項目は低いです。実態調査と未遂者支援というのは、大綱の1
番と7番です。実際の事業として、自治体での取組の件数も、件数自体は少ないです。

私たち精神保健福祉センターが昨年度の私たちの事業として、未遂者支援の実態の調査
をさせていただきました。全国の各精神保健福祉センターの実態、どういう活動をされてい
ますか、その中でどういう困り事がありますかということで、アンケート調査をさせてい
ただいて、少し分かってきたことがあるのです。

松本先生が関わられていた山梨で、ライフコーディネーターという形での事業が1つあ
ったと思うのですが、どうも医療連携コーディネーターのタイプと、もう1つ必要なのが
多職種連携コーディネーターで、この2つが必要なのではないかな。その部分が、なかなか
充填されていない。

1つ例を挙げると、山梨の場合は医療連携に少しウエイトを置いたコーディネーターかな

と思うのです。多職種連携、他の機関につないでいく、相談機関につないでいく、支援機関につないでいくという部分の多職種連携コーディネーター、1つのモデルは境市で行われている堺市役所の職員、精神保健課の方々に「いのちの応援係」という事業があるのですが、その方々は、どうも多職種連携コーディネーターに少しウエイトを置いた事業かなと思うのです。しかし、こういう2つの自殺未遂者支援で、コーディネーター事業がなかなかうまくいっていない。そういう職種の方の身分、あるいは所属がはっきり確立していないというのが、分かってきました。

こういう部分を、私たちの事業から釣り上げていただいて、情報発信をしていただきたいなと思いますし、そういう自殺未遂者支援の事業マニュアルという面でも、こういう職種の方を養成して、確立して、これをマニュアルとする運営の仕方になると、非常に効果が上がるのだ。科学的なエビデンスに基づいたという部分は少し弱いのかもかもしれないのですが、やはり有効性のあり得る、有効性のあると思える事業を大切に発信というものも、これからやっていただきたいなという気がいたします。

いろいろほかにもあるのですが、以上にしたいと思います。

○森構成員 ありがとうございます。続きまして、和田先生。

○和田アドバイザー 自治体との関係は非常に重要になるという話だったと思いますが、それが非常に大きなこの役割なのだと思うのです。今のお話にもありましたように、自殺予防で効果を上げていると思うのは、自治体の中で、自治体の内部をコーディネートする、調整する力を持っている人を、例えば課長は無理だと思うのですが、補佐クラスのような方で、そこにいろいろな分野の、行政の中から相談などがあつたものをその人が受け止めて、コーディネートできるという人が置かれている場合は、非常に効果が出ているのではないかと思うのです。

問題は、先ほど研修の人数などが出ていたのですが、研修を受けても、すぐにセッションが変わっているという問題がある。こういう非常に専門性が必要な人たちが、その役割を果たすことができるようにするために、自治体というのはなかなかそれを固定するというのは難しいと思うのですが、その辺りのことを一体どのようにしていくのかということを考えないと、賽の河原みたいになってしまう可能性がある。研修をうけた人が増えることはいいのですが、そこをどうするのかというのが、課題になるのかなというのが1つです。

それから、もしかしら次回は出席できないのでほかのことも申し上げます。今までは各省庁が集まって、自治体向けの仕事もおやりになっていたのですが、厚生労働省に移るということは、大変いいと思うのですが、今までいろいろな省庁が3ページの所にあるような形で、自殺予防に皆が力を合わせて、いろいろな独自の視点で力を合わせるということができていたと思うのですが、これを今後も継続していくことが非常に重要だと思います。厚生労働省に移ったのでお任せしますみたいなにならないようにするというのを、是非考えていくことが必要ではないかなと思います。

それから、メディアとの関係のところ、具体的にたくさんの方の資料を見せていただきましたが、これは非常に大事だと思います。やはり、いろいろな形で、一緒に策を考えていく、情報だけを提供するというだけではなくてという説明がありましたが、いろいろな形でメディアから発信されるということによって、国民に働き掛けるというのは大事で、これは是非重視していただきたいと思っています。

もう1つは、先ほど「現在、生活困窮者自立支援関係の仕事をしている」と申し上げたのですが、生活困窮者支援の場合は、どのような相談でも対象を限定しないし、受け止めようということですのでおすすめです。引き籠っていたり、社会に参加できないでいる人たちに対して、どのように人とのつながりを作り、回復させていくか、地域社会との関係をどう作っていく等の取組を行っています。結局そういうことがうまくいかない人が自殺につながっていくということなのではないかと思っています。そういう点では、一緒に取り組んでいく可能性は非常に高いのではないかと。人材養成事業が重視され取り組まれています、そこに自殺という視点を相談員の方々に持っていただく。そして、つながっていくことも大事かなと思いました。

○森構成員 ありがとうございます。ほかに何か御意見等はございますか。

○高橋アドバイザー 先ほど松本先生がおっしゃったことで、自殺対策基本法ができて、自殺ということを出して話ができるようになって、ようやくそれに伴う精神障害とか多重債務とか、そういう問題に光が当てられるようになってきたと、これは全く私も同感です。秋田などで自殺対策をしている人にも同じような意見を聞いたことがあります。

そこで、最初の挨拶のときにも申し上げましたし、精神神経学会のシンポジウムのときにも言ったことがあるのですが、私自身は内閣府から厚生労働省に所管が移ったというのは、とてもよいことだと感じています。広い意味で国の対策として見るには、内閣府の所管のほうが良いという考え方もありますが、いつも失望していたのは、担当官が1年か2年で変わってしまう、短いときは1年で変わってしまう。それでは余りにも長期的な視野に立った自殺予防対策の方針が出せないと感じていました。

ですから、今回厚生労働省に所管が移ることになって、是非厚生労働省の関係者の方に考えてほしいのは、この自殺予防総合対策センターのセンター長にかなり大きな権限を与えてほしいということです。短期的に余りフラフラしないで、長期的にどう考えるのかということ、今までのセンターの経緯なども十分によく知っていて、国の対策にも関わってきた人、そういう人が今後も最低5年から10年くらいの単位で、今後の日本の自殺予防対策が進められるようにという人に、センター長の権限を与えてほしいと考えています。センターには十分な人員と予算をつけて、実質的な国のセンターとして機能できるようにしてほしいです。

どうしても2年ほどで変わってしまうと、何をやるかということ、年度末に突然キャンペーンをやり始めて、地方の担当者は振り回されて困るみたいな話だけになる。それよりも、きちんとした、どういう形のビジョンでやっていくのかということが分かっている人が自

殺予防総合対策センターの所長になって、なおかつ厚生労働省としての方針を主導していくというような形にしてもらいたいなど、これはもう前から考えていたことです。

もう 1 点は小さいことになってしまいますが、松本先生が情報発信の話をされていて、これまでもかなり地道に進めてこられたことは私も承知しています。

これに加えて是非お願いしたいのは、自殺だとか、自殺予防に関して誤った情報がかなり出ているのです。そのときに、例えばメディアカンファレンスのように、定期的に意見交換をして、ジャーナリストに正しい考え方を持ってもらおうという働き掛けも大事だと思いますが、その都度出てくる誤った情報に関して、きちんと正しい情報を伝えていくというのは、役割としてあるのではないかと思います。

私は、今は災害精神支援学というのをやっていますが、アメリカなどの災害対策のシステムを見ていると、部門の中に必ず **Rumor Control** というのがあるのです。要するに、誤情報が出たときに必ず質す、風評被害などがあつた場合に正しい情報を発信し直すというのがあるのですが、残念ながら自殺や自殺予防に関してもかなり危ない情報が出る人が多いです。

それに関して、その都度、このセンターが正しい情報を発信していくというようなことも情報発信の中に取り入れてもらいたいと、先ほどの松本先生の発表を聞いて思いました。

これまでセンターの活動を近くで見してきましたが、少ない人員と予算で大変重要な仕事を地道に続けてきたことを高く評価するものです。

○森構成員 ありがとうございます。ほかに御意見、御質問等はございますでしょうか。

○清水アドバイザー 3点お話をさせていただこうと思います。まず1点は、結論めいたことから申し上げますと、先ほど松本さんからいろいろとお話があつて、活動が多岐にわたるということは理解できたのですが、マンパワーの制約があるにせよ、本来、この自殺予防総合対策センターが期待されている役割というのは、私は十分果たせていないという認識でいます。

具体的に言うと、活動の紹介の中で松本さんにいろいろとお話を頂いたのですが、1つは市区町村、実際の現場への後押しということで、データの分析ということがありました。これは私の聞き違いであつてほしいと思うのですが、警察庁のデータではなく人口動態のデータを使われている理由として、警察庁のデータは発見地の情報だというお話がありました。これも御承知だと思いますが、2010年からは住居地のデータも出ています。

例えば山梨県富士河口湖町では、住居地ベースの自殺の人数は非常に少ないのだけけれども、発見地だともものすごく多い、つまり自殺の多発地帯ということが分かっています。その人たちがどこから流入してきているのかということも、ほかの自治体の自殺者数と引き算、足し算をすると見えてきます。警察庁のデータのいいところは、職業と要因のデータがあるのです。更に言えば、同居人の有無とか、自殺未遂歴の有無といった情報もあつて、これは市区町村単位で毎月出ているのです。私たちは警察庁のデータを基にして、これは内閣府が集計して出しているのですが、それを基に地域診断をやっていくほうが、より実

実践的な対策に取り組めるのではないかと考えています。

松本さんが御紹介された、例えば宮崎県の市区町村の自治体の宮崎市、延岡市、小林市、都城市という所の実態分析もされて、それに基づく計画が立てられたというお話がありました。

私も時間が限られている中で、ネット上で中央区の報告書を探したり、横浜市を探したり、宮崎県のをいろいろ探したりして、宮崎県の取組のものはネットで探すことができたのです。都城市、小林市、延岡市ですか。そこで、どのように実態分析がなされているのかを確認してみました。

残念だったのは、一般に公表されているデータをただ集計したに過ぎないのです。自殺者の推移、年代別の状況、自殺の原因・動機、職業別の状況。これは警察庁のデータを基にしています。だから単純集計です。これだと、なかなか地域の実態は見えてきません。

どのようにすると見えてくるかの例として、今日は足立区のデータの資料を持って来ました。冒頭で少し御紹介いただいた A3 の見開きのものです。これは、毎月警察庁のデータを基にして、内閣府が公表しているものを分かりやすく、見やすく、A3 の表に落とし込んだものです。

見ていただくと分かりるとおり、これは住居地ベースですので、あくまでも足立区民のデータということになります。男女別、年代別、同居人の有無別、職業別、原因・動機別、自殺の企図、場所、手段、曜日、時間帯、未遂歴の有無といったもの。既に公表されているデータだけでも、これだけあります。

更に A4 の紙で、これは卓上限定ということでお配りいただいているものです。当然、この年代別の自殺者数が公表されているということは、人口動態、国勢調査と重ね合わせてみることによって、単身世帯の自殺率、あるいは同居人がいる人の自殺率、それぞれの男女掛ける年代といったようなデータも、既にあるデータで分析することができます。

更に言うと、内閣府は特別集計ということで、例えばある地域で 20 代の男性の自殺が多いというデータが出てきたとして、これは一般に公表されているものから分かるわけですが、その 20 代の男性は一体どういう職業なのか、学生なのか、無職なのか、勤め人なのか。これは公表されているデータからは分かりませんが、内閣府に特別集計を依頼すると、そういう 3 次元、4 次元のクロスまで出して、提供してくれるようになっているのです。

地域の実態を分析するのであれば、私は当然そのぐらいのことはやるべきだと思いますし、やらなければ実態はなかなか分からないと思いますが、残念ながら私がネットで発見した、今申し上げた宮崎県内の市町村の計画の所の分析の所には、そうしたデータは出ていませんでした。結果、ぼんやりとした実態をベースにした対策になっているので、なかなか計画としても総論しか書かれていないというのが私の印象です。

本当はいろいろとお話をしたいことがあるのですが、時間がないので、あと 1 点だけお話をすると、未遂者の支援とか、あるいは法律の分野と精神保健の分野の連携が必要というものは当然分かっている、全国各地でいろいろな取組がなされています。私は、この研究

所として「ならでは」のことは一体何なのかというと、個々のいろいろな取組が行われているものの中の、より効果的な取組というのは、一体何なのか、あるいは先ほど生活困窮者自立支援事業と自殺対策と連動していくべきだというような内容の話がありましたが、政策間の連携をどのようにして現場でやっていけばいいのか、そうした政策間の連携を現場においてどのようにやっていけばいいのかのエッセンスを抽出して、マニュアル化し、市区町村の担当者にしっかりと提供するといったようなことが、恐らくこの研究所ならでは、ほかの民間団体であったり、一自治体ではできないことだと思うので、こういう事例の積重ねというのは、今は全国でいろいろな取組がありますから、そうしたもののエッセンスをきちんと抽出していく、あるいは様々な政策、子供の貧困対策もあるいは過労死の防止対策、虐待を受けた子供たちへの支援、そうしたものと自殺対策をどのように連動させていけばいいのかという政策提言につながるような研究を、研究所としてやるべきだと考えています。

○森構成員 ありがとうございます。まだ御発言されていない先生で、何かありましたらいかがでしょうか。

○佐藤アドバイザー 私は地域で自殺対策に関わってきた立場で発言させていただきます。センターは国の自殺対策の推進拠点というポジションでの発信をこれまで様々な情報提供を頂きました。私の地域でも、先ほど来「自殺対策が共有できる言語」になったということが発言されていますが、実感をしているところです。

県庁の中でもこのような事例がありました。広報課に自殺をほのめかす内容のメールが届き、そのことに気づいた広報課の職員が自殺対策を所管する所に連絡を入れ、そこから現場の保健所、市町村の担当者に連携をするというような流れが来ています。自殺対策基本法が施行され、この歳月の中で、行政の中での連携をするという動きは出来てきたと思うのです。

ただ、これからは、先ほど来、委員から発言があったように、具体的なスキルをもつ人材の育成、コーディネートできる人材育成が必要と考えています。本当に地道に、どのように定着していくかということが現場の中では課題に感じております。

国の自殺対策の拠点として、今後のあり方ですが、例えば自殺予防情報センターが都道府県にあります。自治体単位のセンターとセンターが定期的に情報共有し、スキルに関しての新たな情報を得られる機会とか、先進的な取組に対して切磋琢磨ができるとかができると良いと考えます。

自殺予防総合対策センターを注目して活躍している領域というのが、やはりどうしても精神を担当している領域の者がアクセスして情報を得るとというのが、まだまだ多いように思います。自殺予防総合対策センターを利用するその範囲が福祉、福祉の中でも精神障害という範囲ではなく、生活困窮、労働など様々な領域の対象者が情報を得られる体制ができることを望みます。単に拠点の中で発信するというのではなくて、定期的な会とか、ブロック的研究会というか、参加型のものを、センターの中で戦略を練っていただける

とありがたいと考えます。これまでは自殺対策は新たな課題ということで、啓発的取組への意気込み強かったと思いますが、そのインパクト時期が過ぎて、これからは地道に、具体的に地域の中で困っておられる方に声が掛けられたり、地域住民のつながり、孤立を予防する活動を継続していく、本当に地道なレベルで積み上げていく段階に入ってきていると思っています。自殺予防総合対策センターの役割と各都道府県単位の自殺予防情報センターが担っているところがうまく役割分担して機能するように、仕組みとして、会議であるとか、研究会とか、そういったものが定着していただけると、地域で活動している者にとっては有り難いと思います。

○森構成員 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

○猪飼アドバイザー まず、先ほど清水さんが御発言になったことに重ねて申し上げたいと思います。基本的な観点から考えたときに、まず総論から各論のほうに向かって問題が移っていく、要するにアプローチが移っていくことがどういうことかということ、実は対策の開発を含めて様々な手段です。開発を含めて、それがより地域レベルに、そちらが発信地になっていくという大きな方向性を持つということになるはずです。その地域ごとに課題が違い、使えるリソースが違うということを考えてみると、地域ごとの解決策というものを模索していくと、正に自治体になるか、もっと小さな単位になるか分かりませんが、その地域ごとの解決策というものが、そこで何か新しい発見が出てくるということが積み重なっていくのだと思います。

そういうように考えたときに、1つの方向性としてセンターが目指すのは、そういう様々な地域で行われている取組のデータベース化なのだろうと思います。

ただ、そのときに、私は地域包括ケアに多少詳しいのですが、地域包括ケアで例えば厚生労働省がやったことというのは、100 ぐらいの事例を集めて、それを事例集のような形でまとめるような作業をしたのです。これはそれほど効果がないというか、要するにうわさ話を含めて、ほかの自治体がどのようなことをやっているかというのは情報としては既に持っているわけです。

ただ、それを、どれをどのような形で活用していけばいいのかというところが常に問題になるわけで、そうすると、それぞれの地域で行われている活動がどういう活動なのか、何のための活動として、あるいはどういう場合に効いて、どういう場合にはそれは適用できないのかということを検討していくという、そういう知的な営みが事例集の上に乗っかっていないといけないのです。

それをどこまでやれるか、正にマンパワーの問題もあるのだと思いますが、それをできるだけ高い質でやっていくということが、実はデータベース化に求められていることで、各論が進んでいくことになれば、地域ごとにやると膨大な数の事例集がこれからできてきます。その準備を進めていくということが、恐らく大事なのだろうというのが 1 つあります。そういう仕事をされるというのは、1 ついいかなと思います。

もう 1 つは、これは正にマクロからミクロというところの反対側になるので、もしかす

るとこのテーマから少しずれてしまうかもしれませんが、申し上げておきますと、ミクロの様々の手段を実際に講じていって、対策を立てていくと、最終的に、その先を見ていく必要がもう1回出てくるというか、そこでマクロに戻っていく面があるのだと思います。

自殺総合対策大綱のサブタイトルとして、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」というキーワードが出ていますが、これはただ単に人が死ななければよいということとは全然違うわけです。死ななくてもよい社会にするということで、実はターゲットが自殺そのものから、自殺というものを眼鏡、窓として見た、社会の変革のほうに向かうベクトルを持っているわけです。

その意味では、長期的な戦略というものが、実は大綱の中、自殺対策基本法の中でも、その精神が入っていると思いますが、うたわれているのだと思います。

そのように考えたときに、目の前の危機介入を含めた対策の重要性はもちろんで、まずはそこを頑張らなければいけないのはそうなのですが、厚生労働省のほうに所管が移管するというので、これからはじっくり腰を据えて対策というものを進めていくことを考えておられるのであれば、そこを短期的あるいは中期的な対策に加えて、長期的な視点というもの、要するに戦略的な観点というものを再構築する必要があると思います。

これはもちろんセンターだけがやるということではありませんが、そういったものを考えていく上の拠点になるようなお仕事をさせていただければなと思っております。

○森構成員 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

○森川アドバイザー センターのこれまでなされてきたことの意義というか、本当にたくさんの方をやってこられたことに対して、敬意を持っているというのが率直な、最初の1つ目の感想でした。

2つ目は相反するというか、既に各論でどうしていくかということの中で、非常に興味、関心を持ったのが、まだ地域の中での実態と言いつつ、そういう自殺に関わる人たち、どういう所でそういう方たちと遭遇するか、自殺の関連で必要なケアというのをしなければいけない人たちがどこに、どれだけいるのかということ、これからどんどん発見すべきものがたくさんあるのだなということを、今日の御報告から分かりました。

児童相談所のことであったり、ほかにも、もしかしたら福祉の分野で、地域包括支援センターであるとか、生活困窮者の相談のセンターであるとか、福祉事務所であるとか、若しくはDV関係の支援の所であるとか、いろいろな所で関わっている事例の中で、自死、既遂、未遂、そういう方と関連している方との中で、苦しんでおられる方たちというのは、たくさんいるのではないかと。

そういった方たちに、どういう人たちがどれくらい遭遇していて、具体的に、そこでどういう対応がなされているのか、なされていないのかということも、現状というのは、今後の地域の対策であったり、それをどのように支援していくかということも含めたときに、そういうデータはしっかりと把握していく必要があるのではないかと感じたところです。

それから、もう 1 つは、その後でほかの先生方もおっしゃっていたように、研究所ならではとして求められることは、効果のエビデンスということで、どういう介入をすると、どういう効果があるのだということに対して、現場では手探りで進められている、そこに対して後押しする、エビデンスに基づいた実践というものを作り上げていかれるような拠点としてここがあると、皆さんへの御支援ができる。既にやられていることになるのかもしれませんが、そこはセンターとしての意義の大ききなところになると思います。

3 点目は、これも既にお話はあったことなのですが、政策間の連携を現場でどう実現するかとか、降りてきた情報は地域のいろいろな機関の方で共有しながら、どうやっていくかということをおっしゃってくださったと思います。

正にそこは大事で、いろいろな自治体のところで縦割りで、子供・子育て支援何とか対策というのが降りてきて、それに対して何とか協議会を作りましょう、そのために何とかコーディネーターを養成しましょう、そういうことが障害でも、児童でも、高齢でも、生活困窮者でも、全部やられていて、ここに新しく何とかコーディネーターというものを作って、同じような縦割りの制度をもう 1 つ作って、何かを動かそうとしても、自治体にとっては、またひとつのやらなければいけない事業が増えたという話になったり、その話はあそこの部署にお任せねという話になって、縦割りがまた 1 つ増えてしまうのかなという気持ちもあります。

自殺というものを皮切りにしつつ、それぞれが支援の横のつながりを作っていたところ、これはセンターの課題というよりは、地方自治体の中での現状福祉を進めていくときの本当の大きな課題だと思うのですが、そういうフレームの中で、コーディネートできる人材というのは、既存の人材の誰にどういう知識を付与するとそれができる人になるのか、ゼロから作り上げるというよりは、そういう発想でいろいろな所に情報発信をしていていただきたいというのが思った点でした。

○森構成員 ありがとうございます。残り時間もほぼなくなってまいりましたが、まだ何か一言言いたいという方は。

○松本副センター長 いろいろな意見をありがとうございます。一つ一つ納得できるところが多々ありました。

まず清水さんの指摘に関してですが、これは厚生労働省で検討していただかなければいけないのは、これまで内閣府の中では内閣府の自殺対策推進室あるいは推進室がコラボしている研究機関でやっていた仕事を、今後厚生労働省はどこでしなければいけないのかということです。もしかすると、それをうちでということになるのかもしれないのですが、ここで 1 つ問題があるのが、マンパワーが圧倒的に不足しているのです。

今、自殺対策の基金の中で、啓発では基金が 10 割ない状況で、どこも直接サービスをやりたいという流れになっています。直接サービスをやらなければいけない中で、現場の死にたいという訴えとか、未遂者にどのように関わっているか、その直接サービスのスキルを高めたいと思っている職員は多くても、そのニーズに応える準備が我々は十分にでき

ていないのです。

そうすると、このいろいろなものが縮小していく中で大胆な提言なのですが、相当大きくしていかなければいけないのではないかということ、私としては伝えたいと思っています。決して直接サービスを緩めることはできないし、確かに地域でいろいろやっているのだけれども、やっている人たちもどんどん異動していくのです。全然それが蓄積されていなくて、ある熱心に自殺未遂者のケアをやっている所から講師で呼ばれるのです。「お宅はしっかりやっているから、何も話すことはないよ」というと、全員変わってしまったということが出てくるのです。

精神科医あるいは臨床心理士も、自殺のリスクの高い人たちに会っているはずなのだけれども、まだ精神医学の中で、自殺のリスクアセスメントやマネジメントに関して、系統的な教育をしている所はほとんどないです。私自身も、そういった教育を受けたことはなくて、本当に自分で勉強するよりほかはなかったという状況があるのです。そうすると、まだまだ専門職の教育も全然十分ではなくて、その中でやっていかなければいけない。

そうすると、自殺予防総合対策センターは、私もそうですが併任併任でやっているわけなのですが、それで本当にいいのかということなのです。そこを最後に一言言わせていただければと思います。

○森構成員 ありがとうございます。

ちょうど時間となりますので、第 1 回については、これで終わりたいと思います。次回の会議の日程は 5 月 27 日(水)を予定しております。次回からは厚生労働省付近の会議室を予定しております。今回は関係者からのヒアリングを行いつつ、今後の業務の在り方について議論を深めたいと考えております。アドバイザーの皆様におかれましても、必要に応じて資料の御提供をお願いいたします。資料の御提供があります場合には、5 月 22 日(金)までに頂ければ幸いです。

以上をもちまして、第 1 回自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チームを終了いたします。どうもありがとうございました。