

第8回 自殺対策推進会議議事概要

1 日時：平成21年10月9日（金）10：00～12：00

2 場所：中央合同庁舎第4号館共用第3特別会議室

3 出席者：

【委員】樋口座長、五十嵐委員、五十里委員、斎藤委員、清水委員、杉本委員、高橋（信）委員、高橋（祥）委員、三上委員、向笠委員、本橋委員、渡辺委員

【内閣府・事務局】松田自殺対策推進室長、殿川自殺対策推進室次長、加藤内閣府自殺対策推進室参事官

【オブザーバー】安田警察庁生活安全局生活安全企画課長、石井金融庁総務企画局政策課長補佐、望月総務省大臣官房企画課企画官、佐々木法務省大臣官房参事官、磯谷文部科学省初等中等教育局児童生徒課長、得津厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課医療観察法医療体制整備推進室長、鈴木厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長、島田農林水産省農村振興局農村政策部農村計画課長補佐、高橋経済産業省中小企業庁小規模企業政策室小規模支援二係長、浦口国土交通省総合政策局安心生活政策課長補佐、竹島自殺予防総合対策センター長

4 概要

○ 大島副大臣挨拶

一番自分が危惧しているのは、自殺者数と完全失業率とは、大分リンクしている。これから完全失業率が今年の1月でも8%に迫るくらい日本の経済が悪くなるかと思うが、経済が悪くなったから自殺者が増えたという理屈は成り立たない、経済が悪くなっても自殺者が少なくなるというのが一番望ましい姿であると思っている。

何年かしてから自殺者が3万2,000～3,000人から3万5,000人を超えて4万人まで増えた、それはどうしてかと聞かれたときに、完全失業率が悪くなったか

ら増えたという理屈は、できるだけ避けたいと思っている。この有意義な会議で、日本の自殺者ができるだけ少なくなることに取り組みたいと思っており、特にこれから年の瀬、12月を迎える。この間も、支援のあった経営者が助かったが、会社が倒産してしまって病院に運び込まれるという事態もあった。

こういうことが身近に増えているということ、身近に命を断たれる者が多くなっているということを実感している。我が国に生まれた者が命を断つということは本当に残念なこと、この会議での議論を受けて、そして自分も先頭に立って、自殺をできるだけ防いでいきたいと考えている。委員の協力とこれまでの尽力にこれより感謝申し上げます。今後とも一生懸命に取り組んでいきたい。

○ 第7回会議の議事録公表の承認及び事務局提出資料説明

- ・樋口座長より、第7回会議の議事録の公表を諮り、出席委員了承。
- ・事務局より、提出資料について説明が行われた。

○ 委員からの主な発言（議題2については、ヒアリング出席者の主な発言）

【議題1 自殺の実態把握に関する取組について】

・有職者・無職者の無職者の実態が、20代、30代が多いが、もう少し上の年齢だったような気がする。特に自殺者の6割が無職者だというところが一番問題と思っており、そのあたりの分析を、自殺予防総合対策センターにお願いしたい。

・例えば、無職群の中にはずっと生まれつき仕事ができている人と、それから仕事をしていて失業してしまった、失職した人では随分意味合いが異なってくると思うが、無職群の定義がどうなのか、重要。

・精神科受診歴について、これは、過去に一度でも精神科に受診していたことがある、通院しているということは、異なる。通院していたけれども中断してしまったためということもある。その辺も検討願いたい。

・資料4に関連して、N数が少ないというのは心理学的剖検研究の限界だと思う。大規模な国のデータの中で、例えば有職・無職群あるいは失業者のデータについては解析をしていく方が、より全体像を見るのに役立つと思う。

地域における自殺の基礎資料（資料1）が配布された。ここの中で性、年齢、職業別のクロスが出ていて、それぞれの地域の実態がある程度わかるが、このデータと国のさまざまな統計データがあるので、そういうデータをうまく分析するような仕組みをつくっていけば、もう少し国全体としての社会階層別のいろいろな問題点というものが解析できるのではないかと思う。

公衆衛生学会としても、このような社会階層と無職者・有職者の問題というものを国のいろいろなデータを解析することで提言ができないか、今、学会としても検討を進めているところ。地域における自殺の基礎資料のデータはPDFだが、これを例えばエクセルのファイル等で提供されると、学会等で委員会をつくってもう少し詳細に分析することが可能になる。個人情報の問題はこれの中ではN数が大きければ出てこないものであると思うので、その辺のところについてももし何か検討できるものがあれば、いろいろ今後詳細な分析が可能なのではないかと思う。

・いわゆる無職者と失業者とは全く違うグループであって、その辺が資料4のデータで果たして出てくるものなのか。ほかの委員の方も、そういうデータをも把握していれば教えてほしい。心理学的剖検は、家族の協力を取り付けるのが非常に難しいということを実感したが、これは、1つは医療レベルで医療と患者との信頼関係ができていればかなり出てくる資料があるのではないだろうか。海外と比較して、海外では家族が非常に協力的であるということ、この辺はどうして日本の実態はこうなのかということ、かねてから疑問を持っている。

・本心理学的剖検調査がユニークなのは、受診をしていないけれども自殺をしてしまったという人に背景を当てて、地域で起きている自殺の背景を探るという意味で非常に重要だと思う。今まで精神科受診のない人も含めた自殺に関する実態についての心理学的剖検に基づく調査というのは日本では皆無に近い。海外の例を見ると、米国のある調査で、どのくらいの人が調査に応じてくれるのかを質問したことがあるが、そのときに約8割と聞いて大変驚いたことがある。それほど多くの人がこの種の調査に応じてくれるものかと驚いた。さらに驚いたのは、フィンランドは全国で起きた自殺に関する心理学的剖検に基づく調査をしているので有名だが、調査協力を依頼した人の確か94%が調査に応じている。これは極めて高い数字、フィンランドの特徴かもしれない。それに比べると、本調査は確かに協力に応じてくれる率は極めて低いが、これは何も本調査に限らず、日本では自殺に関するこの種の調査をしようとする、なかなか応じてもらえないということが現実としてある。

なぜこの種の調査に応じてもらえないのかという辺りにむしろ日本の実態、特徴が出ているという考えもできる。どうしてこの種の調査に応じてもらえる率が低いのかを分析することも、日本の自殺の特徴を見ていく上で重要なポイントではないかと考えている。

・今回の自殺対策緊急強化基金について、やはり基金事業は時限のあるもので、これが3年で終わることなく、どう継続していくか。いわゆる本体事業の中でどう取り入れていけるかということが非常に大きな関心事であり、または都道

府県からの要望でもある。その辺を配慮願いたい。

また、既存事業においても、厚生労働省の自殺対策事業もある。しかしながら、少し要件が厳しい、あるいは使い勝手がなかなか難しい、そういうようなものもあり、できるだけ使い勝手のよい制度に見直しをしていただきたい。

・自殺の訴えが、従来の数年前の40～50代から30代にシフトしているということが明らか。就業支援を始め、30代を対象に研究、その他いろいろな対策を考える時期にきていると考える。

・「地域における自殺の基礎資料」（資料1）は、継続してこれを解析して今後発表されたい。しかし、非常に貴重なデータであるにもかかわらず、一般のみならず市区町村の担当者すらこのデータの存在を知らないということも非常に多い。場合によっては市区町村長にそれぞれの地域で何が起きているのか、自分たちの地域で何が起きているのかということを知ってもらうためにも通知をする、あるいは、メディアを通して啓発につながるような形で工夫して公表する必要があるのではないかと思う。

自殺対策緊急強化基金について、自治体の担当者から、一体この基金はどう使えばいいのかという質問がかなり頻繁にある。我々としてもいろいろ提言はしているが、今回まとめているいい事例をもっと具体的にまとめて、それを広く公表されたい。場合によっては、使い道がわからずに、ある種ばらまきの感じになってしまう懸念もあるので、どう使われているのかということを中心に検証する、監視する。こうした工夫も是非されたい。

心理学的剖検調査について。遺族の協力者が集まらないというのは、遺族にもすごい負担を強いている部分もあると思う。

・日本経団連の中でディスカッションしている中で特に問題になっていたのは、「休業者の職場復帰の支援」という問題。職場復帰がうまくいくと能力を十分に発揮してまた戻ってもらえるが、たまたま不適應を起こしたり悪化すると、あるいは状況とうまくかみ合わなくて自殺に至るというケースが大変多く観察される。

厚生労働省「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」は、経団連からも意見を相当出し一緒に作成した。この中に入っている対応とか、いろいろなポイントがあるが、そういうことがまた地域、あるいは職域以外でも役に立つのではないかと思う。この文章の中に事例が出てくるが、正しい知識ということが大事だと思う。いわゆる気づき、それでいろいろな資源、社会機能がトリガーを引くということになると思うので、是非その強化ということをお願いしたい。

・「日本医師会 かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」、本研修会の中で特に興味深かったのは、睡眠キャンペーン、基本的には早く気づくことがうつ病対応

には非常に大切だが、いわゆる不眠という簡単な切り口でうつ病を早期発見して早期介入に導く。これは静岡県富士市の試みで、テレビコマーシャル等を使ってこういった事業を行っている。地方版ということで財源的にもそれほどコストがかからないと思われ、効果があったという報告を得ており、是非こういったものを進められたい。これは特に中高年からの早期介入に非常に有効な手段ではないかとも思っている。

・中小企業対策は、全国の中でいろいろ偏りがあるかもしれないが、保健所が特にその中小企業の方々に対していわゆる働きかけをするというモデル事業などを愛知県の場合は進めている。自殺対策で何か疑問な点がある場合は、やはり地域の保健所、そういうところにいろいろ相談すればと考えている。

【議題2 自死遺族からのヒアリング】

・市町村の保健師は家庭訪問や検診、教室、住民と直接触れ合う機会が多く、そういった意味でも地域づくり、普及啓発をする上でも重要な役割を担っていると思う。

・保健師の間でも遺族の支援については難しいと感じている人も多くある。遺族のイメージというか、こういったことはしてほしくないとか、こういうことで傷ついたということが表に出ると少しマイナスイメージなような気がする。こうしてもらったことがよかったというポジティブなイメージを住民にも伝えることで、遺族の気持ちを理解しようとしてくれる人が増えるのではないかと感じている。

・自殺対策を包括的に行う中での遺族支援の位置づけというのが、すごく大事ではないかと思う。

個の支援でも交流会の支援ももちろん大事。専門家による相談、または集団の方ではそういった啓発をしたりとか、あとは交流をサロン活動などで持つ。それぞれを結ぶのがネットワークで、ネットワークがあることでその地域の対策ができるのではないか。何よりも過ごしやすい地域づくりを進めることがすごく大切。遺族といっても回復過程や感じ方は本当に人それぞれ、ニーズも本当に多様だと思う、相談に来る人もいれば、来られない方もいる。

・遺族が過ごす場はやはり地域なので、その地域が自殺や遺族に対する理解を深めて偏見がなくなっていけば、思いを安心して語ることができたり、温かい見守りにより過ごしやすくなるのではないか。お互いが支え合える、一人ではないと思える、つながりのある社会ができれば、すごくいいのではないか。

・心のケアだけ、心の問題だけでは助からない、救いにならないという遺族もいる。泣いていられない遺族もいる。さまざまな借金問題、相続問題、いろいろな手続きが何もわからない、いろいろな問題が降りかかってきて、とにかく葬

式の日から泣いていられないという者もいる。その支援をすべきではないか。そのあとに、やはり心の問題ももちろん必要。

・国ができること、そして地方行政ができること、支援団体ができることと、あると思う。それをやはり別々に、自分たちができることをやっていって連携していくというのが正しいのではないか、より一層充実して、迅速に対応できるのではないか。

・メンタルだけでなく遺族支援についての総合支援というものでは、やはりワンストップサービスの総合窓口の設置などを望む。

・分かち合いの会も、行政がやるといろいろな問題が起きてくるので、我々遺族も含めた民間団体に任せてほしい。

・今の自殺予防対策がうつ対策、うつ予防対策になっているというところが、非常に問題。うつになるには原因があり、社会的な要因だといいつつ対策に偏っているのではないか。社会的な要因であるならば、さらに社会的な要因を考える対策をすべき、うつ対策になっているということは、個人の精神疾患にしている傾向があるのではないか。社会的な要因だと国がうたっているのであれば、社会的な要因、もちろんうつ対策も必要だが、今の国もそうですし、地方の対策会議も、ほとんどがメンタルな部分だけに偏っている委員になっている。そこに、やはり社会的な問題をいろいろな考えられる人たちを入れてほしい。

・アンケートの調査も、医療関係者に対して遺族は非常に疑問を持っているので、医療関係者が調査に来ることにしては抵抗があると思う。アンケート調査の目的が見えない、はっきりと明示していただきたい。そうすれば、協力するという遺族はたくさんいる。アンケート調査に精神保健福祉センターとか、保健センターとか、偏ったところの調査になりがちなのでそういうことになるのではないか。

・本当に心の問題を考えるのであれば、遺族支援、自殺予防、三次予防としてハイリスク者であるにとらえて国が考えるのであれば、やはり24時間365日、遺族支援の受付体制を整えるべき、そうしなければできない。

・国がやれるべきこと、地方行政がやるべきこと、民間団体がやるべきことという連携が必要。

・遺族支援の枠組みの現状として、遺族支援もメンタルな面が先行しているように感じる。分かち合いの会も、実際に関わっている行政が保健所や精神保健福祉センターが中心のため、心理的な面が先行しているように感じるのかもしれない。結果的に生活全般に関する支援、司法や行政手続に関するサポート等が分断されているのではないか。

・窓口自体がそれぞれの支援策・制度に固執していて、遺族自身が必要な支援を

受けるには、それぞれの窓口で自分で足を運ばなければならないことや、窓口のたらい回しに遭う等、窓口で翻弄されてしまっている面もあるように感じる。そのためにも包括的かつ総合的な視点を踏まえながら、それぞれの分野だけに固執した支援にならないようなコーディネーター的な人材の育成、もしくは窓口の意識の変化を期待していきたい。

・遺族支援の枠組み。遺族支援としては、1つは心理的もしくは精神的なアプローチ、それは遺族の集いや専門的なカウンセリング・医療というものがあるかと思う。それと同時に、心理的な支援をきちんと受けるためには安定した生活を送ることが絶対的なものとして必要になるのではないかと。こうしたことから、生活安定に向けた社会資源の活用や情報提供等にも力を入れてほしい。相談機関、相談窓口にはすでに多種多様な支援があるはず、ただ、それが十分活用されていない、もしくは窓口にいる担当者が誰なのかによってどの支援が使えるかが大きく分かれてしまうということが現実にはある。それぞれの窓口の質を今よりも一段、二段と上げていただくことはもちろんのこと、支援策があるにもかかわらずそこにたどり着けない、もしくは相談を求めることをよしとしない文化や風習、地域性等にもアプローチが必要だと感じている。もともとある支援の枠に対して、どういう道筋で支援のステージまでたどり着けるのか、たどり着くための情報提供や啓発に対しても継続的な対策として考えることが社会の問題として考えるなかでは必要なものだと考えている。また、継続的な情報提供や啓発は、結果的に遺族への支援や自殺予防のだけでなく、長期的には偏見の改善にも役割を果たすことができるだろうと考えている。

・うつ病対策の一つの効果として、精神科病院に対しての壁は少しずつ低くなり、心の不調からの受診につながりやすくなっているとも言えるかと思う。これまで精神科病院は自殺予防という形での関わり議論がされることが多かったが、精神科病院が遺族のサポートを行う上でのひとつのきっかけの場所となる可能性があると考えている。実際に遺族も精神科病院を受診しているとすれば、これまでの疾患理解や症状に対してのアプローチだけではなく、遺族に関する理解やサポート体制も期待したい。そのためには、精神科医だけに負担を強いるのではなく、心理士による専門的なカウンセリング的アプローチの強化、もしくはPSW等によるソーシャルサポートの強化等も含めて、他職種の役割分担・役割強化を改めて検討願いたい。

・さまざまな支援がある中で情報を必要とする人、支援を何かしら受けたい、どこかに相談をしたいと情報を欲している人に対して、きちんと情報が届くような仕組みづくりを、社会負担としてやっていく必要があると思う。

・時系列的に遺族支援を考えたとき、亡くなった直後に必要な支援と、時間がたって必要になる支援がある。「遺族支援」とひとくくりにされることが多いが、

時系列的に見たときに必要となる段階に応じた支援というのはどういったものがあるのかという整理をして、なおかつその支援のステージや枠組みにきちんとつながるような道のりをサポートしていくというところも大切な視点である。併せて、家族の中であっても思いというのは異なる、個別性に対しての理解と配慮は云うまでもなく必要。そして、うつ病対策でも「受診をすること」が目的でないのと同じように、「遺族の集いにつながる事」だけが目的ではない。遺族の集いも一つのツールであり、様々なツールを用いながら遺族であってもひとりひとりが社会の中で生きることや、暮らすということのためにサポートをしていくことが「支援」の大きな目標なのではないか。

・「自殺予防」という言葉に対して、遺族は両価性があると思う。防ぐことができると言われることによって、防げなかった自分が責められているように感じてしまう。何か悪いことをしたから減らせ、減らせと言われてるように感じてしまう面がある。その反面、同じようにつらい思いをする遺族は一人でも減ってほしい、もしくは同じように苦しんで亡くなる人が一人でも減ってほしいという面もある。遺族が抱える自殺予防に対する両価性は、「自殺予防」偏重の中で生きづらさを感じている可能性もあることを是非知っておいてほしい。

・子どもたちへの教育的アプローチの強化、10年、20年という長期的に考えたときに、自殺や遺族に関しての偏見、精神疾患に関しての誤解や偏見をきちんと変えていくためには、子どもたちに対しての教育的アプローチが必要になると思う。

・遺族の集い、遺族の分かち合いの会といってもさまざまな場所、それぞれの特徴がある。遺族と同じようにそれぞれの特徴があるということを理解しつつ、遺族の多様なニーズに対して応えられるよう、支援策としての質の確保はもちろんのこと、量の確保に向けてもサポートしてほしい。

・遺族支援についても様々なニーズに応えられるような総合的な視点と取り組みとして今後進んでいくことをお願いしたい。

・グリーフケアの中に自死遺族を位置付けるという点では、やはり窓口などにパンフレットを置くと取りにくい、「大切な人を亡くした人へ」というパンフレットだと割と手に取りやすい。宮城県がお金を供出し、3万部刷り全県配付した。私たちに中身は決めさせていただいた。こういう形を是非全国に広められたい。

・保健師が自殺対策のキーマンになって動いているメリットは、相談を受けたときに、例えば体の相談だけではなく心の相談であったり、借金の問題であったり、その相談からいろいろな問題が出てくる。そうになると、関係機関につなげることもできるので、そういった意味では住民と直接触れ合うことが多い保健師はいい。各地の保健師も是非増やしてほしい。また、学生のころからそういった相談対応の充実した教育をすれば、よりよい。

・うつ病対策としても、自殺問題、うつ病対策を総合支援の中に組み入れてほしい。総合支援対策の中に、その医療も1つの支援として位置づけてほしい。自殺企図の患者、うつ病の患者は、生活苦、その他の背景を持っている。そういったことは医療だけで対応できない。そういった人を、その総合支援の中に紹介していく。そして、ワンストップでその人にとって必要な支援をネットワーキングする、そういったファシリテートできるようなセンター機能を是非、各地域につくってほしい。医療だけで生活苦まで全部を引き受けることはできない。基金の利用の仕方として、3年間なのでそういったものはつukれないで終わってしまうというところは、是非、何か一考してほしい。

・遺族に関してのメンタルヘルスとして申し上げると、メンタルヘルスが支障を来しているのは、大なり小なりはあるのは間違いない。メンタルヘルスにばかり目を向けると、現実の生活の中での問題へのアプローチが見落とされ、生活の安定が十分得られない、先の将来に対しての不安が付きまとうという状況になることもあり、メンタルヘルスとしてのアプローチさえもうまくいかない部分があるのではないかと考えている。そういった意味で、支援を考える際に「メンタルヘルスも」と考えることが大切なのではないか。メンタルヘルス以外の支援をどういう形でアプローチしていくのかをきちんと準備をした上で、また理解を示した上で、「私達の地域ではまずはメンタルヘルスから取り組んでいきましょう」といった形になることが望ましい。メンタルヘルス一色で物事を考えるが故に支援策の広がりにも支障となり、当事者のニーズが十分に把握できず支援に至らない可能性があることも検証していく必要があるのではないかと考える。

・メンタルヘルスに関しては、今の日本のメンタル精神医療ではやはり薬漬け、そういう問題を、もう一度精神科医に国も含めて、厚労省も含めてその医療問題、医療体制問題ということを再構築していただきたい。

○ 福島大臣挨拶

この11年間、年間3万人以上、自殺者が減ることなく増え続け、しかも今年は今までに比べても自殺者が増えている、私たちがきちんと頑張らなければいけない状況になっている。

私自身も議員連盟でこの自殺の問題を超党派で取り組んできた。今、弁護士会、司法書士会、あるいは医者、いろいろな自治体や、それからさまざまなNGO、いろいろな方たちと話をしていると、自殺を本当に一人でもなくすために何か

したいという方たち、団体も非常に増えている。自殺対策担当大臣として、生きる支援をきちんと行っていく。自殺をされる方を本当になくすために、行政として何ができるか、自殺という観点からそれぞれの役所が、それぞれの行政がもう一步踏み込んで何ができるか、そして、市民や当事者と手をつないでネットワークを強化することも含めて、しっかり担当大臣としてやっていきたい。

今までよりも自殺対策で一步踏み込んだというか、この内閣は頑張っていると、命を大切に政治の実現のために、自殺対策がやはり大きく進んだと言われるように、担当大臣として頑張っていきたい。

長妻厚生労働大臣とも、相談窓口の充実のために何ができるか、少しずつ話をし始めているところ。その意味で、今日は本当に遠くからわざわざ来ていただいて3人の方が話をしてくださり、また委員の方も本当に気持ちを合わせて、この問題、本当に命を大切に政治の実現に向けて一緒に頑張っていきたい。