

自殺対策推進会議

第1回議事録

内閣府（共生社会政策担当）自殺対策推進室

第 1 回 自殺対策推進会議 議事次第

日 時：平成 20 年 2 月 12 日（火）16:00 ～18:02

場 所：中央合同庁舎 4 号館 共用第 2 特別会議室

1. 開 会

2. 大臣挨拶

3. 意見交換

- ・最近の自殺の状況について
- ・平成 20 年度自殺対策関係予算案等のポイント
- ・その他

4. 閉 会

－岸田大臣入室－

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 定刻になりましたので、ただいまから「第1回自殺対策推進会議」を開催いたします。

初めに、岸田大臣からごあいさつをいただきたいと思います。

○岸田大臣 自殺対策担当大臣、岸田文雄でございます。本日は第1回目の自殺対策推進会議に当たりまして一言ごあいさつを申し上げます。

本日は、樋口座長を初め、委員の皆様方、大変お忙しい中、会議に御出席をいただきますこと、心から厚く御礼を申し上げます。

我が国の自殺者数は、平成10年に3万人を超えて、以後、高い水準で推移しております。

昨年、政府におきましても、自殺総合対策大綱を取りまとめて、総合的な対策を進めているところでありますが、昨年9月の段階での自殺者数は、前年を上回る水準で推移していると報告をされております。大変憂慮すべき、深刻な事態だと受け止めております。

この大綱の中にも、平成28年までに我が国の自殺死亡率を20%以上引き下げるという目標が掲げられているわけですが、委員の皆様方におかれましても、どのような施策が求められるのか、どのような改善が求められるのか、また、どのような工夫が必要なのか、是非、貴重な御議論をいただきますよう、よろしく願い申し上げます。

この自殺対策におきましては、まずは国民一人ひとりの善意とか思いやりが基本であると思います。しかし、どんな耐えがたい悩みを抱えたとしても、やはり生きていきたいと思えるような社会、そして、生きられるような社会を築いていく、これがこの対策におきまして大変重要な点だと考えております。是非、座長を初め委員の皆様方の力をお貸しいただきたいと存じます。政府におきましても、皆様方の力、そして御議論を施策に反映するよう全力で取り組んでいきたいと存じます。皆様方のお力添えを心からお願い申し上げます、一言ごあいさつとさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

－報道関係者退室－

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 ありがとうございます。

ここからは樋口座長に司会を引き継ぎたいと思います。樋口座長、よろしくお願いいたします。

○樋口座長 本会議の座長を仰せつかりました樋口でございます。よろしくお願いいたします。座って話をさせていただきます。

先ほど大臣の言われた自殺総合対策大綱が策定される前段階で有識者の検討会というのが行われて、私もそのメンバーの一人でしたが、このフロアでその会議が何回も持たれました。そのときに大変活発に御議論をいただいて、その積み重ねを経て、自殺は個人の問題ではない、社会全体の問題としてとらえるべきであるということ、それから、自殺の問題はソーシャルモデルとメディカルモデルの両面からアプローチをすることが重要である、社会全体で総合的に取り組む必要があるといった共通認識が生まれまして、それを基に、その検討会の報告書が作成されたというのは、昨年の初めのころだったと思います。昨年6月には、これらの報告書も踏まえた形で大綱が策定されて、これを基に国を挙げての自殺総合対策がスタートいたしました。昨年の10月には白書の形でまとめられたということも記憶に新しいところでございます。

その有識者の検討会議の中でも何度も指摘をされておりましたが、内閣府として、大綱の策定をもって自殺対策は完了したというのではなくて、その後も自殺対策の推移を見守り、また、必要な追加的な策であるとか検討課題といったことに関しての意見出しを行うべきであるという考えから、今回、この自殺対策推進会議が開催されるに至ったものと思っております。我が国の自殺対策が有効に機能して、目標達成は勿論であります。1人でも自殺者を減らすために、引き続き皆様の御意見、御提言を賜れば幸いです。今回は半数近くの方が新しいメンバーでいらっしゃいます。どうぞよろしくお願いいたします。

簡単ですが、これで私のごあいさつとさせていただきます。早速、本日の議題に入ってまいりたいと思います。お手元の議事次第に基づいて進めてまいりたいと思います。

まず初めに、本会議の設置等についての資料の説明を事務局の方からお願いしたいと思います。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 お手元の資料1をごらんいただきたいと思っております。「自殺対策推進会議の開催について」でございます。この会議の開催につきまして、自殺総合対策会議が持ち回りで開催されまして、1月31日付で決定されたものでございます。本会議の開催の趣旨、構成、議事の公表等について定めております。

本会議の傍聴につきましては、本日は会場の関係もあり、記者のみの傍聴としておりますが、今後も会議は原則公開ということで進めさせていただきます。

2の(4)に座長代理の規定がございます。後ほど座長から指名をお願いしたいと思っております。

会議の構成メンバーでございますが、2枚目の別紙をごらんください。天本委員以下14名の方をお願いをしております。委員の皆様のお紹介につきましては、後ほど、意見発表と併せて自己紹介をお願いしたいと思います。

また、オブザーバーといたしまして、関係省庁の担当課長11名と自殺予防総合対策センターのセンター長に参加していただくこととなっております。オブザーバーの紹介につきましては、参考の委員等の名簿をもって代えさせていただきます。

本日は委員の皆様全員出席の予定でございますが、天本委員は少し遅れていらっしゃるという御連絡をいただいております。

続きまして、資料2をごらんください。先ほどの自殺総合対策会議決定の6に基づきまして、当会議の運営について、特命担当大臣が定めたものでございます。2で、当会議の議事は座長が整理するとしております。そのほか、配付資料の扱い、議事録の公表等について定めております。

説明は以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。何か以上のことで御質問等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、特に御質問はないようでございますので、続いて、今、事務局から説明がありました「自殺対策推進会議の開催について」という規定に基づきまして、座長代理の指名を行いたいと思っております。

座長の代理を本橋豊委員をお願いしたいというふうに思いますけれども、何か御意見はございますでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○樋口座長 異議がないということのようでございますので、それでは、本橋豊委員、お受けいただけますでしょうか。

○本橋委員 はい。お引き受けいたします。

○樋口座長 ありがとうございます。本橋豊委員、よろしくお願ひしたいと思います。

続いて、事務局の方から、最近の自殺の状況等についての資料の説明をお願いいたします。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 資料3をごらんいただきたいと思います。人口動態統計月報に基づきまして、昨年9月までの自殺者数についてまとめております。9月までの累計で2万3,708人、前年に比べますと1,793人、8.2%の増となっております。

左上のグラフの緑色の線が平成18年、赤が19年の推移をあらわしております。3月を除きまして、前年同月を上回って推移をしております。

右のグラフが年齢階層別に見たものでございます。18年に比べますと、20歳代以下は減少しておりますが、30歳代以上は増加傾向でございます。特に60代、70歳以上の増加が大きくなっております。

2枚目につきましては、男女別の推移をあらわしております。9月までの累計で見ますと、男性が1,170名の増、率にいたしますと7.4%でございます。女性が623人、率にしますと10.0%の増ということで、男女ともに増加をしておりますが、女性の増加率の方がやや大きくなっております。

続きまして、資料4をごらんいただきたいと思います。平成20年度の政府の自殺対策関係予算につきまして、大綱の9項目に沿って、主要な事業並びに新規拡充事業をまとめております。新規事業につきましては、20年度の予算額の後ろに（新規）というふうに記載をしております。また、3ページの一番下の○のところ、また、5ページの7の一番上の○のように、関連いたします診療報酬改定の改正内容についてもまとめております。

予算額全体では、1ページ目の上段にございますように、21億3,600万円減の25億4,800万円となっております。昨年6月の大綱決定に基づきまして、各項目とも事業内容が充実強化されておりますけれども、一部の事業の補助率の引下げでありますとか、補助金が統合化されたことによって、その当該予算が合計額に反映されなくなった、そういう事情があるため、総額としてはやや減少ということがございます。この内容につきましては、委員の皆様には事前にお配りさせていただきましたので、内容の説明は省略をさせていただきますが、後ほど御質問をいただきたいというふうに思っております。

続いて、資料5をごらんください。昨年6月の自殺総合対策大綱の決定以降、国会で議論されている自殺対策に関する課題についてまとめております。今後、当会議での議論の参考にと申しまして作成をしております。

まず、1でございますが、この大綱の中では、当面、特に集中して取り組むべき課題として9項目、46の施策を設定をしておりますが、最近の自殺者が増加傾向で推移しているという中で、更に優先順位をつけて、より効果の上がるものから実施すべきではないかという指摘でございます。

2は、今年の自殺者数の推移について、9月末の状況を御報告いたしました。

都道府県によりましては、1～2か月程度の遅れで当該都道府県の自殺者数を公表しているところもございます。全国レベルでももう少し早く実態が把握できるように工夫すべきではないかという指摘がございます。都道府県の状況については、内閣府といたしまして近く調査を行う予定にしております。

3は、市町村単位での自殺者数の把握ということでございますが、例えば、自殺の原因・動機について調査を行っております警察庁の統計では、現在、都道府県単位でしか集計・提供されていないということでございます。市町村での自殺対策を推進していく上で、市町村単位の統計データを集計すべきではないか。また、それがすぐには難しいのであれば、既にデータのある、例えば、警察署単位で集計できるようにすべきではないかという指摘であります。

1枚めくっていただきまして、4は、自殺に関するデータの集約ということでございます。自殺の統計資料といたしましては、警察庁の自殺の概要資料、厚生労働省の人口動態統計という2つがございます。これらと併せまして、例えば、過労自殺の労災申請の資料ですとか、生命保険会社の保険金の支払いデータといった自殺に関連するデータを自殺予防総合対策センターに集約して、実態把握のために研究者が活用できるようにすべきではないかという指摘でございます。これにつきましては現在、関係者との協議を進めているところであります。

5は、民間団体との連携ということでございます。自殺対策を進める上で、現場の生の情報を持っている民間団体との連携が重要であり、民間団体の持っている力を引き出せるような政府の取組みが必要ではないかという指摘であります。昨年、内閣府と自殺予防総合対策センターとで自殺予防等の活動を行っている団体について調査をいたしました。今年はその団体の活動分野、従事者数等、より詳細な調査を実施する予定であります。

6が、市町村の自殺対策窓口についてでございます。現在、都道府県については、自殺対策の担当部署を明示・公表しておりますが、地域に根差した自殺対策をより推進していく上で、都道府県だけでなく、市町村にも自殺対策の窓口の設定が必要ではないかという指摘であります。市町村の窓口の把握状況についても、近く調査を進める予定でございます。

また、当会議の開催につきましては、委員の皆様のご意見に基づきまして進めていくことを予定しておりますが、事務局といたしましては、当面、最低年3回程度、具体的には予算案がまとまりますこの時期のほか、自殺に関する前年の統計資料が発表される6月、次年度予算の概算要求、自殺対策白書がまとまる11月ごろの、最低限、年3回程度の開催をお願いしたいというふうに考えております。

説明は以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

ここで、岸田大臣は公務のため退席をさせていただきます。

○岸田大臣 予算委員会に呼ばれておりますので、これで中座いたしますが、今日は第1回目ということで、今後とも委員の皆様方の御指導を心からお願い申し上げます。どうぞよろしくお願いいたします。

－岸田大臣退室－

○樋口座長 以上でおおよそ資料の説明をしていただきまして、恐らく予算のことについて、あるいは先ほどの国会における議論等々について、いろいろと御質問もあろうかと思いますが、本日は第1回目の会議ということもございますので、ただいまの説明をお聞きになって、それも踏まえて、各委員の方から自己紹介を兼ねる形で、今後、この会議で検討すべき課題であるとか、あるいは最近の状況、取組み、その他等々についての御意見等をお話をいただけたらと思います。恐縮ですが、時間も限られておりますので、お1人当たり5分程度という持ち時間でよろしくお願いいたします。

それでは、天本先生が到着されましたので、早速で申し訳ございませんが、天本先生からよろしくお願いいたします。

○天本委員 遅れて申し訳ございません。日本医師会から委員として出席させていただいております。前回も委員として、そのとき、かかりつけ医の役割が医療的なかわりとして非常に重要であるということで、いろいろと御意見をいただきまして、私たち日本医師会としてもその意識を非常に強く持ちまして、昨年度も早速、日本医師会としての試みをさせていただきました。

天本の提出資料というところで、この冊子は、「自殺予防マニュアル」ということで、内容は第2版ということで、数年前と余り変わりありませんですけども、今回の内閣府の動きも御紹介して、本委員会のメンバーの先生方の御協力も得て、なるべく読みやすいようにとといったことで、かかりつけの先生、あるいは医学部を卒業する医師全員に配ることにしました。また皆様方の活動などにおいても活用していただければということで紹介させていただきました。

昨年度のかかりつけ医の先生方への研修会としまして、平成19年6月23日に、本委員会にいらしている先生方の御協力を得ながら、熊本県、青森県、大阪などのいろんな取組み、あるいはいのちの電話などの御紹介も兼ねながら、1日研修会を打って、非常に多くの医師に出席いただきました。

そして、その活動が読売新聞に、一般の方々にもこのうつ病への医師の取組みを理解していただくという形で、広告という形ですけれども、業者の御協力を得ながら、このような形で広報させていただきました。

また、精神病七者懇談会といまして、精神病院協会、精神診療所協会、総合病院などの方々と日本医師会が連携を取りまして、ここで特に特徴的なのが、臨床医の先生方も交えた形でいろいろと取り組んだということで、ディスカッションを兼ねて、いろいろと討論させていただきました。

平成20年度は、できれば、この「自殺予防マニュアル」というものを活用しながら、各都道府県においていろいろな、かかりつけの先生方、あるいは専門医との連携といったような形で活動を広げたい、より普遍化したいというように思っております。自殺だけではなく、我々の取組みというのは、認知症などの専門医を養成しなければいけないという形で、いろんな意味でのかかりつけの医師が心身ともに診ていくことの重要性ということで取り組むよう、これからも努力してまいりたいと思います。

また、診療報酬においても、前回の自殺対策のところでもいろいろ議論したものが診療報酬として取り上げていただきましたので、救急とか、かかりつけの先生を早く見つけて専門医に紹介するとか。残念ながら、専門医からかかりつけ医への返信に関してはまだ認められていないとか、まだまだ始まったばかりですけれども、いろんな意味で地域医療を担う中で、この自殺予防というものにこれからも取り組んでまいりたいと思います。

以上、報告でございます。

○樋口座長 天本先生、どうもありがとうございました。日本医師会での取組みを中心に御報告いただきました。

それでは、次に移らせていただきます。五十嵐千代委員、よろしく願いいたします。

○五十嵐委員 富士電機リテイルシステムズ健康管理室の五十嵐でございます。座ったまま失礼させていただきます。

私は企業で健康管理の立場におりまして、働く人たちに一番近い産業保健専門職として20年ほど仕事をしておりますかたわら、日本産業衛生学会産業看護部会の副部会長を仰せつかっております。そのほか、幾つかの大学で産業保健を教えているのと同時に、電機連合のハートフルセンターの企画委員をさせていただいております。ハートフルセンターといえますのは、電機労連にメンタルヘルスにかかわる相談を匿名でできる機関がありますが、そこでの運営をどのようにしていくかという

ことにも携わらせていただいております。

私は今日、お手元には、日本産業衛生学会登録産業看護師の「産業看護師をご存知ですか？」というパンフレットを1部、御紹介させていただくためにお持ちいたしました。

現在、働く人の環境は非常に厳しいものがありまして、国の方の施策でも、平成18年からメンタルヘルス、過重労働対策については法制化されて、事業者責任でそれを改善していくといったようなものが示されており、実際にそれを運営していく専門職としては産業医や産業看護職がおります。

ただ、労働安全衛生法には産業医の専任義務も労働者数50人以上という枠がありますので、どうしても大企業と中小零細企業では健康格差があるのが実際でございます。

こちらの産業看護師のパンフレットを開けていただきますとわかりますように、産業看護職は、働く人の身近にいて、単に健康管理だけではなくて、その人の思いやバックグラウンドを身近に把握し、かつきめの細かい健康サービスを提供していくことができ、それが働く人の健康支援にとって、とても大事なことだと思っています。職域で働く看護職は10,000人くらいといわれていますが、この産業看護のエキスパートである産業看護師の数は全国で1,200を超えたところで、残念ながら、まだまだ数的には足りない状況にあります。このパンフレットは、産業看護師1,000人を超えた段階の、昨年度、経団連、連合、各県の産業保健推進センターなどにお配りいたしまして、活用をお願いするためにつくったものです。

現場での様子として、真ん中に私の例がありますのと同時に、左のマルのところは実際に私の仕事の様子を写真で掲載させていただいているんですけども、上のマルの写真は、管理者を対象にいたしまして、こういう厳しい社会情勢の中でも、職場でより心理的に負荷の少ない職場づくりをお願いするためにディスカッションをしたり、職場で何か労働者のサインがあるときには、すぐに対応して相談に乗る、それから、私たちのような専門職につなげるネットワークを活用してもらうようなお話をしている場面でございます。

実際、労働現場にいますと、うつ病、過重労働にかかわる自殺というのは非常に感じる場所が大きくて、私自身も早い段階でかかわることで自殺を止めることができたということが多くありますし、また、残念ながら事故に至ってしまったというケースもごくわずかではありますがあります。

そこでやはり感じますのは、働く人たちが自ら相談をするシステムも大事なのですけれども、先ほど大臣もちょっとおっしゃったように、やはり周りが気がついてカバーしてあげる、セーフティーネットの中で早く見つけて対応してあげるという仕組みづくりが非常に大事でないかと感じております。

当社の中では、そういったことで、日々、メンタルヘルス、過重労働対策を通じて自殺対策を会社のリスクマネジメントとして取り組んでいます。先ほど申しましたように、中小零細企業というのは私どものような専門職さえいない、健康相談すらしたことがないといったような状況の中で、いかに産業保健領域としてボトムアップしていくかということが非常に大きな課題だと思っております。先ほど自殺の統計がございましたけれども、やはり働く人たちの自殺が増えているということで、景気とリンクするかどうかというのも、これはまだエビデンスはないように伺っておりますけれども、一人ひとり、すべての労働者の方々にそういった保健サービスが行き届き、セーフティーネットができるような、健康に関して感度の高い職場づくりが必要になってくるのではないかなと感じております。

今日は第1回ということで、私もいろいろな立場の先生方と意見を交換させていただくことで御指導いただくことも多いと思っておりますけれども、どうぞよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○樋口座長 どうもありがとうございました。

続きまして、五十里明委員からお願いいたします。

○五十里委員 愛知県健康福祉部健康担当局長の五十里と申します。全国衛生部長会から、前回の「自殺総合対策の在り方検討会」に引き続きまして委員を務めさせていただきます。

全国衛生部長会でございますけれども、都道府県・政令指定都市の衛生主管部局長から構成される任意団体でございます。国と地方の連携を主目的に、国への予算及び施策に関する提案と要望、それから、独自の調査研究を行っている団体でございます。この推進会議では、施策を実践する行政の立場から現場の視点で発言をさせていただきたい、このように考えております。

自殺対策につきましては、都道府県では従来から、自殺率の高い東北地方が先進的に対策を行ってまいりましたが、他の多くはうつ病対策を主に進めておりました。昨年の大綱を受けまして、ようやく対策の緒についたところと、そういう段階だと考えております。

そのような中にありまして、愛知県では、交通事故死者数が全国ワーストワン、3年連続でございました。一方で自殺者数というのはその5倍以上となっております。自決対策基本法の成立を受けまして、県として最重要課題に位置づけて、各種の対策、あるいは事業をできるものから始めているという段階でございます。都道府県の代表ということではなくて、地方自治体の取組みの1事例として、企画か

ら実践への自殺対策を進める上での課題を含めて発言をさせていただきたいというように思います。

まず、第1点でございますが、推進体制についてでございます。愛知県の推進体制でございますけれども、県庁が一丸となって対策を進めるためには、対策の窓口の明確化と、知事をトップとする関係部局により構成される推進組織が非常に重要になってまいります。このため、私ども衛生担当部局が事務局となりまして、関係課室から成る庁内連絡会議を設置いたしまして、また、本年度当初から、先進地域を参考に実施可能なことから取り組むことにいたしております。

行政の施策の柱には、1つには啓発、1つには相談とありますことから、本年度4月から県庁にこころの健康推進室を設置いたしました。また、保健所の相談体制を拡充もいたしておりますが、大綱の制定を受けまして、9月補正で啓発事業に特に力を入れようということで、自殺予防キャンペーンの増額補正を行ったところでございます。

一方で、昨年秋に開催されました中部圏知事会議、9県1市の集まりでございますが、中部圏で共通の啓発事業の実施を私どもから提案させていただきまして、来年度の自殺予防週間の統一キャンペーンを計画しようということでございます。既に平成15年度には北海道、北東北におきまして、また平成19年度には南関東でも同じような取組みが進められようとしております。

私どもの県では、当初、関係部局の理解が十分ではございませんでしたけれども、全庁一丸となって対策を進めていくためには、やはり知事をトップとする推進本部の設置が不可欠だと考えておりまして、そういう会議ができますと、計画の策定から進行管理等につきまして、関係部局が前向きに取り組むことになろうかと思っております。この3月にも推進本部を立ち上げようと考えております。

本日、私から配付させていただいております資料でございますけれども、県における現状と施策の方向性等を公表して、いかに県民運動として盛り上げていくか。その手段として、「気づきと見守りにより生きやすい社会の実現を目指す」という基本的考え方の下で、現在、あいち自殺対策総合計画を本年度内に策定する方向で進めております。本日は時間もございませんので、また後ほどごらんいただきたいと思っておりますし、また、3月までには県のホームページに掲載いたしますので、今後、委員の皆様からの御批評もいただければというように考えております。このように計画策定をいたしますのは、平成20年度までに全国の15県で予定されているというように聞いております。

次に、平成19年度と20年度の事業をお示ししておりますけれども、大綱が制定されまして最初の予算の編成ということでございますので、平成20年度は対策初年度と言えるのではないかと思います。既存の事業を活用するという観点も大変重要

だというふうに考えておりますけれども、先ほど、各省庁における関係予算案の説明の中にもございましたが、ところどころに「内数」という表現がございました。これは都道府県レベルの予算をまとめる場合でもやはり同じでございまして、関係部局の予算が既存事業の中に含まれてしまう。これを何とかできないかということをおもって考えているんですが、なかなか難しいんです。やはり自殺対策としてのトータルの予算をアピールする、あるいは評価するという観点からいきますと、何らかの方法で抜き出して、これだけ用意しているということを明確にすることも必要ではないかというように考えております。

また、各省庁におかれましても、予算の確保に御努力いただいているということが伺えるわけでございますけれども、1つ、都道府県の現場で活用するという観点で、都道府県とも十分意見交換行わせていただけないか。

それから、もう一つは、事業を継続的に実施して予算化していただきたいということを要望させていただきたいと思っております。

それから、「地方交付税で措置」という記述もございまして、確かに私も、予算を要求する場合、あるいは確保する場合に、その根拠ということになりますけれども、地方交付税全体が削減されているという中におきましては、今後、地方分権にも配慮した財政措置をひとつお願いしたいということを要望させていただきたいと思っております。

このように、私も、計画を策定、あるいは事業の予算化を進めているところでございまして、最大の課題と考えておりますことは、まだまだ要因分析が十分ではないということから、具体的な、効果的な対策に結び付けるにはまだ至っていないのではないか、そういう部分があるのではないかというふうに考えております。

先ほどの資料の中にもございましたように、さまざまところで要因分析が始められているわけでございますけれども、県内の私どもの一部保健所で人口動態調査原票（死亡小票）を活用しまして、遺族会等と連携して、遺族の了解の下に要因分析を進める。そのために人口動態調査原票（死亡小票）の目的外使用許可の申請を行っているところでございます。

参考までに、アスベスト対策におきまして、遺族からの申請が余りないということから、中皮腫などを人口動態調査原票（死亡小票）から5年間分、都道府県によっては年数が異なるわけですが、さかのぼりの調査が実施されております。この場合は、環境省から厚生労働省へ目的外使用許可がなされているようでございまして、同様に目的外使用の全国一括の認可ができないかなというように考えております。

最後でございまして、先ほどの資料の中で、国会で議論されている課題、その中に都道府県の調査の予定が3題ほどございました。やはりこの会議の趣旨に

ありますように、大綱に基づいて施策の実施状況の評価並びにこれを踏まえた施策の見直し及び改善等について検討ということでございます。全国衛生部長会といたしましても、大綱が定められた昨年の6月前後の辺りの施策の状況と課題について、内閣府と共同して次回の会議までに少しまとめさせていただきたいと、このように考えております。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、斎藤友紀雄委員、よろしく願いいたします。

○斎藤委員 いのちの電話の斎藤でございます。5分ということで、簡潔に申し上げたいと思います。

昨年は大綱に基づいて自殺予防週間というものが制定されて、同時に国際自殺予防学会が提唱した世界自殺予防の日というものも制定されて、これが9月10日でありまして、この日に始まる1週間を自殺予防週間としたわけでありまして、私どもの事業を展開していく上で、そういう枠組みといたしまししょうか、キャッチフレーズといたしまししょうか、そういうものが必要だということを感じております。

アメリカでは、1974年から自殺予防週間をしておりまして、私は当時のことをよく知っておりますので、日本でも是非と考えておりましたが、今回、実現いたしまして大変喜んでおります。

それから、世界自殺予防の日は、2003年から国際自殺予防学会が決めて、これはWHOと連携して決定しております。各国にこの日を決めるようにという要請を受けて、私も御提案申し上げて、ほかの委員の先生方も賛同していただいて、これをはっきり明記していただいたということは大変ありがたいと思っております。

実は、いのちの電話は、従来、6年間、12月1日のいのちの日に始まる1週間を、ふだんはいのちの電話だけなんですけど、「自殺予防いのちの電話」ということで、全国のいのちの電話をオンラインで結んで、自殺問題に特定して相談を受けていた。これを昨年から変更いたしまして、毎月の10日、ということは、昨年の9月10日から毎月10日にしまししょうと、こういうことで、世界自殺予防の日と最初の自殺予防週間ということでPRをいたしました。実は、最初から毎月2,300件～2,400件でした。従来は、1年に1度、12月の初めの1週間で、年間1万5,000件ぐらいだったのが、1月で2,400件。ですから、最終的には2倍になると思います。やはり分散した方が稼働率が高い、集中してやらない方がいいということを改めて認識したわけです。

さて、その2,400件の数をいろいろ分析をいたしましたけれども、その中で370

件について、自殺未遂の経験がある。しかも、370 件の中で 76%が既に何らかの治療を受け、中には投薬を受けているという結果が出たわけであり。これは、冒頭にも書きましたが、治療は行われても、その後のケアというか、この辺が不十分というか。しかし、精神医療、あるいは精神保健分野だけに期待しても、これはできないことではないだろうか。うつ病学会が一昨年、「うつ病の治療にあらゆる職種の参加を」というキャッチフレーズを掲げていらっしゃいましたが、このあらゆる職種の中にはボランティア活動も入ると認識しております。要するに、教育、福祉、あらゆる分野の市民たちがこれに参加をする。国際自殺予防学会は、「自殺予防はみんなの仕事である」というキャッチフレーズを掲げたわけですが、まさに市民型の自殺予防活動を展開するということが日本においても求められているのではないだろうか。

更に一言申し上げますが、いのちの電話は、東京の場合、ごく初期のころから、電話相談が始まったのは 1971 年ですけれども、1973 年の 1 月から、精神科等の面接室を設置して、これが 30 年間に延べ 2 万人の電話相談から回された患者さんたち、当然未遂も含んでおりますが、こういう人たちの相談とケアをしてまいりました。未治療に関しては治療すると、こういうシステムを取ってまいりました。ただ、最近、予算の関係で中断をしておりますけれども、今後、再開できればというふうに考えております。

それから、自死遺族支援プログラムも幾つかの地方センターで開始をしております。

それから、東京では、一昨年からインターネットによる相談を始めております。いろいろなメディアを使って、いろんな方法で実施をしていく。

もう一つ、社会啓発的な事業も同時にいたしております、つい先週は高橋祥友委員が大分で講演されました。これはそれこそ官民挙げての啓発的な事業でございます、400 人も集まった。東京でやっても余り集まらないのですけれども、地方都市どこでやっても 300 人、600 人という大盛会でございまして、やはり自殺防止に関する関心がどこの地方に行っても大変高まっていると、こんな印象を受けたわけでございます。

以上です。

○樋口座長 どうもありがとうございました。

続きまして、清水康之委員、お願いいたします。

○清水委員 NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク代表の清水です。よろしくお願いいたします。

私もこの推進会議の前身の「在り方検討会」のメンバーとして参加させていただいて、その引き継ぎということで、また加わらせていただいております。私の資料はオレンジ色の封筒の中に入っているものです。

私自身は、自殺対策に現場で取り組む民間団体の立場として、これからも発言させていただきたいと思っています。我々は、いろんな関係者、これは医療関係者同士でもありますし、あるいは医療関係者と法律の専門家、あるいは民間と行政とか、自殺対策の関係者の「つなぎ役」を担っているというふうに考えていますので、そうした連携といった分野のことについて、特に積極的に発言させていただきたいと思っています。

お配りさせていただいている資料の中に「ライフリンク通信」というものがあります。「10万人署名を生かす責務」と表紙に書かれたもののページを開いていただいて、3ページ目をごらんいただきたいんですが、昨年末に亡くなられた民主党の山本孝史さんから寄せていただいた投稿文を載せてあるものです。自殺対策基本法は、遺族の方たちが声を上げて、その声を受け止めた周囲の民間団体、あるいは山本さんをはじめとする、当時、自民党の参議院議員でいらした武見さん、あるいは今もいらっしゃる尾辻さん、民主党の柳澤さん、そうした国会議員の方たちが、民間団体、遺族と連携してつくってくださった法律です。その法律づくりにかかわらせていただいた立場からも、亡き山本さんに恥ずかしくないような議論を、是非この会議でも進めていけたらと思っています。

時間的な制約もありますので、私の方からは、今年度のライフリンクの取組みについて3点、それと、本会議で是非検討していただきたい議題について3点お話しさせていただきます。

まず、今年度における取組みとしましては、実態調査を実施しています。自殺の実態を解明するために、「声なき声に耳を傾ける自殺実態1,000人調査」ということで、東京大学経済学部の21世紀プログラムCEMANOという研究チームと合同で、昨年6月より実施しています。これは、警察統計の中からは見えてこない、「自殺に至る個々のプロセス」を明らかにしていこうという調査です。

例えば、経済、生活苦が多いといったときに、一体その人たちはどういうふうにして自殺に追い詰められていくのか、そのプロセスをお1人お1人、亡くなった方の追い詰められていく経緯を御遺族の方たちと連携しながら明らかにしていく。これは決して協力をお願いするというのではなくて、御遺族にも調査に参加していただきながら、一緒になって実務家である精神科医の方や弁護士とか、現場で自殺の問題に取り組んでいるような方たちとも連携をして行っている調査です。社会的な要因の解明をして、しっかりと対策につなげていくという目的の下にやっているものです。

昨年9月には、中間報告として100人分の調査結果をまとめて発表しました。その内容については、今日は詳しくはお話ししませんが、今年度末までに300人、そして来年度中までに1,000人ということで、結果をまとめる予定にしています。結果につきましては、本会議にも当然提出させていただいて、社会的対策を立案するための基礎データとしてお役に立てるようにしていきたいと思っています。

2点目ですけれども、「自死遺族支援全国キャラバン」というプロジェクトをほかの民間団体の方たちとも連携をして実施しているところです。これは遺族支援をテーマにしたシンポジウムを全47都道府県で開催して回るというプロジェクトです。それぞれの自治体と連携をしながら、自治体に主催者となってもらい、私たちはそのシンポジウムの中身を、コンテンツを提供するというような形で、共同で行っているものです。スタートが7月だったんですが、これまで32の都府県で開催してまいりました。先週は五十里さんのところの愛知県でも開催させていただき、また、今週以降は石川、奈良、富山、高知というふうが続く予定になっています。年度内には47都道府県すべて回る予定が既に決まっているところです。

このキャラバンの開催を通じて、各地で遺族支援の会、私たちは「自死遺族のつどい」と呼んでいますけれども、そうした会がさまざま立ち上がってきました。またそうした中で、立ち上がったばかりの会を是非支援していこうということで、「全国自死遺族総合支援センター」、今日、代表幹事の杉本さんがいらしていますけれども、全国的な自死遺族支援の底上げを図るための組織の立ち上げにもつながっているという次第です。

最後、3つ目の今年度における取組みとして我々が行っているのは、啓発活動です。ただし広告費を使ってやっているということではなく、あるいは自治体や国から補助金をもらってやるということでもなく、そうした意味ではお金は一切使っていないんですが、実務を実施していくときに常に啓発と絡めてやるようにしています。そうした工夫によって、新聞掲載だけでおよそ290回、昨年1年間で掲載されました。全国紙はこのうちの約3割です。また、テレビやラジオなどでも40回、雑誌では30回取り上げられています。

実務を根づかせていくためには、まず、その実務が根づくだけの土壌を開拓していかなければならないだろうと思っただけで、住民の、あるいはそこにかかわる関係者の理解が得られなければ、実務を根づかせようと思っても空回りしていきまから、啓発も重要な対策の1つとして、対策の柱の1つとして、先ほどご紹介した上の2つの実務と連動させながらやっているということです。

また、本会議で検討すべき議題として考えますのは、先ほど申しました「1,000人調査」の結果が出次第、速やかに提出させていただきますので、それをたたき台、基礎データとしながら、関係者の方々に対策のありようを是非積極的に御議論いた

だきたいと思っています。

あと、今、時津風部屋の事件で議論になっている検死制度のことですけれども、これは自殺対策を進めていく上でも非常に重要な部分であろうと思います。法務省の方も今日お越しいただいていますけれども、アメリカとかイギリスとかにある検死官制度、コロニー制度に是非自殺対策の視点も盛り込んでいただきながら、日本の制度にどう活かしていけるのかを、これから御議論、ここの会議ではないかもしれないですけれども、政府の中でいろいろ有識者会議とかができるというふうに聞いていますから、自殺観点の観点も是非そこに盛り込みながら、ご議論いただければと思っています。

最後に3つ目ですけれども、国の啓発戦略です。警察の統計は毎年6月に出されているわけですけれども、その出し方を、より啓発につながるような形で出すという方法もあるでしょうし、あるいは自殺予防週間のやり方にしても、去年拝見させていただいて、もっとやりようがあったんじゃないかと私などは思います。ですから、啓発の在り方を、実務をやる方たちと、あと、啓発を担当する方としっかりと御議論をいただいて、私たちも含めて議論させていただいて、連動させながら、両輪としてやっていただくべきではないか。その方が効果的だろうと思いますので、政府一体となって自殺対策をやるのであれば、是非その部分を連動させることを念頭に置きながら対策に取り組んで、その中身について、是非ここでも議論させていただければと思います。

以上です。よろしく申し上げます。

○樋口座長 どうもありがとうございました。

続きまして、杉本脩子委員、よろしくお願ひいたします。

○杉本委員 杉本でございます。つい先ごろ、1か月ほど前ですけれども、立ち上がりました「全国自死遺族総合支援センター」の代表幹事をしております。

私は、もともとはクラシック音楽のピアノを弾いていた人間でございますが、20数年前に夫を、かなり短い闘病で亡くしたことがきっかけで、遺族の自助グループに参加し、その後ずっとお手伝いをして、20数年間が過ぎております。

長いこと自殺が個人の選択、個人の問題であるというふうにとらえられていたように、死別の悲嘆も個人で対処する事柄というふうにとらえられていたと思います。それが今回、自殺対策基本法の成立の中で、自殺者遺族に限ってですけれども、遺族の支援が必要である、なされなければならないというふうにはつきり法律の中で明文化されたことは、私は本当に画期的なことだというふうに思っております。法律ができたからということではなくて、むしろ、そういうニーズがあったから、法

律の中でもそういう文言が盛り込まれたと思いますし、それだけ取り残されていた御遺族の方たちの思いというのがあったというふうに思っております。

そんな中で、自死遺族、自殺者の御家族を支援するグループが、今、清水さんからもお話がありましたけれども、各地で次々と誕生しております。とても熱心な、本当にせっぱ詰まった思いの方たちのエネルギーが結集されているというふうに思います。

1か月ほど前にこの「全国自死遺族総合支援センター」を立ち上げましたときには、19の都府県から熱心な関係者の方たちが集まってくださって、活発な議論をいたしました。そんなことで、朝日新聞と、NHKで報道されたものを今回、資料として出させていただきました。

長いこと御遺族のサポートにかかわらせていただいていることは、遺族にとって解決策というのは基本的にはないということです。亡くなった人が戻ってくるわけではありません。だから、そこが出発点だということを私は常に意識しておくことがとても大切ではないかというふうに常々思っております。昔、私がかかわっていたグループのあるスタッフが、悲しみを消す魔法はないということを口癖に言っておりましたけれども、魔法もないし、特効薬もない、それが現実です。

でも、少しでも苦痛がやわらいでいくように、そしてまた、不必要な苦痛、苦しみがもたらされないように、いろいろな工夫をすること、そして苦しんでいる方たちに寄り添うこと、苦しんでいるときに、たった1人でそれに耐えていくのではなくて、死別後の人生の組み立てなおしをするときにそばに仲間がいて、一緒に考えて、一緒に歩いていこうという人がいるのと、いないのとでは本当に大きな違いがあると思います。

特に自死遺族の場合には、なるべく早い時期に、心の問題、情緒的な問題だけではない、いろいろな社会的な資源を十分に活用した支援がとても大切だと思います。不必要な苦痛がもたらされないようにするために、是非この会議でもそのことを取り上げていただきたいというふうに思っております。

早い段階からの総合的な支援が大切です。勿論、その方それぞれの既存の人間関係もあるでしょうし、民間の団体もあるでしょうし、また、いろいろな専門分野の方々のサポートも必要だと思います。早い段階から総合的なサポートの情報が得られ、また、適切な支援があったときに、最終的にどうしても1人の人として向き合わなければいけない悲しみ、苦しみ、死別、離別のいろいろな問題、それは自分で向き合わなければいけないんですけれども、そのときに遺族のつどいというのがとても大きな役割を果たすのではないかと思いますので、遺族の支援を、遺族のつどいだけではなくて、もっと総合的に考えていくことができたらいかなというふうに思います。

それから、自殺の防止、予防、これはとても大切なことなんですけれども、この言葉を遺族の方たちが耳にすることはつらいことでもあります。これだけたくさんの方の対策が立てられても、なおかつ自ら命を絶っていかねばならなかった、残された御家族の思いというのはいかばかりかと思います。勿論、遺族支援が十分になされたときに、結果として、予防、防止につながる大きなことだと思いますけれども、遺族支援にかかわる者としては、御遺族の心情に非常に敏感になっていることが大切ではないかなというふうに思います。

それから、遺族支援の評価というのは数値であらわすことができないのでなかなか難しいです。何がいい支援なのか、何が御遺族にとって本当に必要な支援なのかということも試行錯誤している状態です。実際にかかわっている人たちが何か月かに1回でも集まって、情報交換をしたり、意見交換をしたり、お互いに学び合っていくということがどうしても必要ではないかと思います。多分、これが正しい、またはいい遺族の支援だというパターンは、答えはないのではないかと思います。みんなで経験を通し、学び合っていくことが大切なのではないかと思います。御遺族の方々の声に耳を傾けるということが何より大切なことなので、まだ課題ではありますが、例えば、「沈黙の悲しみを越えて」というような題で、御遺族の方々の声を網羅したような書籍の発行などもしたいというふうに思っております。

簡単ですけれども、以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、高橋信雄委員、お願いいたします。

○高橋（信）委員 JFEスチールの高橋でございます。よろしくお願いいたします。

日本経団連の産業保健問題のワーキンググループの座長をやっている関係で、前回に引き続きまして参加させていただくことになりました。資料として、私が前回検討している間に書きました原稿をお持ちしたのですが、中央労働災害防止協会の『安全と健康』という雑誌です。これの37ページの最後に、前回の総合対策の在り方検討会の動きの中で思ったことを記載しておきました。最後のフレーズですが、「現在わが国は、“誰もがいきいきと生活できる”環境にはなく、職域もその渦中にある。われわれは自らの課題解決のために諸対策を進めなければならないことはもちろんであるが、他の領域とも連携を深め、社会全体がよくなるよう“どうしたらよいか”を考えることが大切だと思う」と、参画しておりまして、私が本当にこう思ったということを記載させていただきました。

それで、その動きと追随して何をしたかということなんです、日本経団連の中

に安全衛生部会や労働法規委員会という部門がございまして、そこには、前回の会の動き、あるいは全体のまとめにつきまして、逐次報告させていただきました。それ以前にいろんな議論がありました。関係委員会のレポートですとか、あるいは経団連の出しておりますいろんな報告書には、心身の健康、特にメンタルヘルスケアということで、取り上げられてきております。

それから、具体的にはどういうことをしたかということで、もうちょっと詳しく申し上げます。私個人的には、教育、研修が大変大事なことだと思いました。気づきもそうですし、サポートもそうですし、起きた後のケアということも含めてです。正しい知識と正しい情報といえますか、そういうことがこの問題の解決への基本になるのではないかと考えました。それで、大学でも教鞭を取っておりますので、そういうところでいろいろお話をしました。あるいは労働組合が大変大事な働きをしているということが見えていますので、例えば、基幹労連の全国大会でお話をさせてもらったり、個別基連に呼ばれてお話をしたりということで、いろんな角度の協力を求めてまいりました。

かなり些細な話になりますが、私どもの社内にやったことを御紹介したいと思います。先ほどの文章の35ページを見ていただけますでしょうか。左側の2番目にメンタルヘルスケアの方針ということ挙げてあります。民間企業1社の話で申し訳ないんですが、大きい鉄鋼会社が2つ一緒になりまして、おおむね5年が経過したわけですが、いろいろなあつれきが当時は予想されました。それで、当時、経営の会議の中で、心身の健康づくりというものを考えるように言われ、この3つをメンタルヘルスケアの施策としました。ひいては自殺防止ということも含めまして考えた中身です。

1つは、メンタルヘルスケア教育の推進ということです。

2つ目が、相談機能の充実・周知ということで、特に社内には産業医ですとか産業保健をやっているスタッフ、あるいは臨床心理士等がいますので、そういう人に活躍してもらおうということです。

それから、社内、あるいは1事業所では解決できないことが多々ございますので、地域の専門家、あるいは機関と連携する。勿論家族ともということで、連携ということも挙げさせていただきました。

こういうことで、管理者とか監督者を中心に教育をしてまいりました。結果的には、それまでの鉄鋼の自殺率というのは、7～8年前までは10～24と言っていたのですが、こういう取組みをやったせいか、223,000人の中でゼロという年もありました。この5年間の推移が、世間の大体同じ年齢構成から見て4分の1という水準です。したがって、教育とか相談機能というのは大変大事なことだろうと、ちょっと意を強くしています。

そんな事例を踏まえまして、これから課題と、あるいは提言として最後に申し上げたいと思いますが、やはりいろいろな分野で教育や研修という機会を増やしていただく、正しい知識を持っていただくということが極めて大事なことではなかろうかと思います。これからも業界を超えて、あるいは経済団体にも大いに働きかけていきたいと思います。

今日、関係行政の方もいらっしゃっていますので申し上げますが、例えば、厚生労働省で定めている雇入時教育というのがございます。そういうときには必ずメンタルな話ですとか、気づきですとか、後の専門家にどうつなげるかとか、そんな話を義務的に入れてもいいんじゃないかと思っております。それから、ほかにも、社会教育の場ですとか、あるいは学校教育等々でも、もっと深く言及してよろしいんじゃないかと考えております。

もう一つは、既にいろんな方が御指摘しておりますが、地域、あるいは関係部門との連携ということです。ここにも専門家、あるいは他の分野の方がいらっしゃいますので、そういう方とスムーズに連携が取れたら、全体的によくなっていくんじゃないかと思います。

最後に、一番の問題だと思っていることです。先ほど五十嵐委員が御指摘されましたが、大きい企業ですとか、あるいは職域団体に属している人は、いろいろな機会に、知識の習得ですとか、あるいはネットにつながることができると思います。そうではない中小の場合、あるいはひとり親方等々で仕事をしている方は、しばしばサービスも受けられないし、知識も持たないということがあると思います。こういう部分に焦点を当てると、またいいステージに向かうのではなかろうかと感じています。

以上です。

○樋口座長 どうもありがとうございました。

続きまして、高橋祥友委員、よろしく申し上げます。

○高橋（祥）委員 防衛医大の高橋です。よろしく申し上げます。

あれこれとやってきているわけですが、5分の間にお話しすることですから、私がお配りした「子どもの自殺予防のための取組に向けて（第1次報告）」を中心にお話ししようと思います。この点についてお話しする方はいらっしゃらないと思いますので、これを中心にお話しします。

未成年の自殺といいますと、全自殺の2%です。マスメディアがいわゆるいじめ自殺と非常にセンセーショナルに取り上げることはあっても、せいぜい数か月もするとその熱は冷めてしまいます。例え2%といっても、子どもの自殺は非常に重要

なものです。本来なら、メディアも短期的にはではなく、長期的に取り上げるべき問題だといつも思っております。たしかにいじめが非常に深刻な問題であることは否定しませんが、いじめだけが自殺の唯一の原因だとする態度は問題かなと、いつも考えております。

さて、文部科学省の「児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会」が一昨年の秋から今年の春まで開かれまして、活発な討論が行われました。その結果として、今年の3月に「子どもの自殺予防のための取組に向けて（第1次報告）」とした形でまとめています。

欧米などを見ますと、子どもを直接対象とした自殺予防教育をせよということを行っているんです。というのは、子どもが自殺の問題を抱えたときに、教師でも親でもない、同じ世代の子どもに自殺願望を打ち明ける。そのことに関して、どのように対応していいかわからなくて、また、子ども同士で悪循環に陥ってしまう、だから子どもを直接対象として、自殺予防教育をすべきだというような考え方があります。

ただし、日本ではまだまだこの考え方に関しては、寝ている子を起こすんではないかというような不安が強いようです。ですから、子どもを直接対象とした自殺予防教育がなかなか難しいと考えるならば、せめて学校の現場で子どもたちを見守っている学校の先生方に子どもの自殺予防教育について、きちんとした知識を与えてほしいということを提言の中で入れています。そして、それさえもできないならば、最低限、すぐにでもしなければいけないこととして、ポストベンションですね、自殺が起きてしまったときに、残された子ども、そして遺族に対して、どのように支援をするか、そういうようなことだけは、せめて最低、今すぐにでも始めてほしいということを報告書に書きました。

この第1次報告書には、将来的に実施すべきこと、中長期的に実施すべきこと、直ちに実施してほしいということに分けて書いてあります。報告書の本文で30数ページ、資料で60数ページですから、100ページ余りの、皆さん、結構力を込めて書いてくださったんです。それを今年3月に提出しました。

ところが、去年の夏ごろ、そのまとめが全国の学校に配られました。それをどこかで見せてもらったら、4ページぐらいのまとめなのです。どう見ても1次報告書の目次ぐらいしかないようなものが配られていて、みんなで愕然としたのを覚えております。これだけで自殺予防の手引きになるのか驚きました。単に証拠づくりのために検討会を開いて報告書を出したというんでは余りにも寂しいので、実際にこれから動いてくれるはずだというふうな希望とともに、もう文科省は何もしないのではないかと怒っている委員と2通りいるので、その声を是非今日の会で伝えてほしいと頼まれてきました。現実にもう自分たちで動こうかというような形で、

雑誌の特集号を組んだり、本を書いたりというような動きもとっています。せっかく半年かけてやった検討会ですので、ただ単に集まって話をしたというだけに終わらせずに、第1次報告書などもきちんとした形でまとまっているので、是非これを基に、今後、子どもの自殺に関して適切な対応が取られるように強く希望したいと思います。

ちょうど5分です。どうもありがとうございました。

○樋口座長 ありがとうございました。時間を守っていただきました。

続きまして、花井圭子委員、お願いします。

○花井委員 連合雇用法制対策局の花井と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。私の方からは、職場の現状から、労働組合として今後の対応について述べさせていただきたいと思います。

今、職場では、次に述べるような状況から、ストレスの増加によってメンタルヘルス不調者と、それから自殺者が増加しているという認識をしております。その要因といたしまして、企業間競争の激化、経費削減や人員整理のため、長時間労働が強要されているのではないだろうか。

2つ目としまして、OA化などによる労働密度の高まりや過重なノルマによって精神的負担が増加しているのではないか。

3点目が、昇進や異動など、環境の変化による精神的ストレスが高まっていることも挙げられております。

4点目は、深夜労働や交替制労働などで体調を崩し、睡眠障害を起こす場合があるということです。

5点目として、セクシャルハラスメント、パワーハラスメントなど、あるいは顧客や取引先からの精神的・身体的な暴力です。電車のホームで深夜に酔った客に殴られるといった、そのような暴力もあるというふうに組合員から聞いております。

6点目といたしまして、低廉な労働条件での就労、あるいは社会保険や雇用保険への未加入など、多くの不安を抱えながら就労している、こういう現状があるのではないかというふうに考えております。

長時間労働、過重労働などのストレスや、その結果の過労死、過労自殺につきまして、労働組合の役職員の関心は今、高まりつつあるというふうに考えております。連合としまして、メンタルヘルス対策のセミナーの開催、日本産業カウンセラー協会の協力を得まして展開しております無料の相談ダイヤル、組合役職員を対象とした傾聴講座、これもずっと連続してやっている組合もございます。このようなことを実施しておりますが、残念ながら取組みはまだまだ十分であるとは言えないと私

どもは反省しているところです。今後、対策を強化していきたいと考えております。

また、連合としまして、現在策定中であり、今年の4月から実施される第11次労働災害防止計画に対応いたしまして、連合としての安全衛生の取組指針を検討しているところでございます。

この中で、特に過重労働、メンタルヘルス対策を非常に重視して今回、検討しております。自殺予防対策を作成し、実施することを呼びかけるとともに、長時間・過重労働の防止、職場におけるストレスの低減、関係機関と連携、協力した相談活動の一層の充実、職場における労働者、管理者に対するメンタルヘルスの研修・教育の実施、組合役職員による産業カウンセラーの資格取得の推進というのを今回、強調しているところでございます。

そして、雇用就労形態にかかわらず、パートであろうと派遣であろうと、労働者のストレス状況を把握するよう努めるなどを通じて、自殺であるとか、メンタルヘルス不全の予防に取り組みたいというふうに考えております。

また、不幸にしてメンタルヘルス不全となった場合でも、本人や家族の希望を尊重しつつ、必要に応じた専門医、専門機関、あるいは関係者との連携を図って、円滑な職場復帰ができるよう取り組むことが重要ではないかと考えております。このことによりまして事業主が労働者に対して不利益な取扱いをしないよう、労働組合として対応しなければいけないと考えております。

たくさんのストレスの中で働き続け、心と体が悲鳴を上げている人がたくさんおります。そういう人たちを自殺に追い込むことがないように守っていけるよう、組合として今、取組みを強めたいということで、検討しているという状況を御報告させていただきました。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございました。

続きまして、南砂委員、よろしく願いいたします。

○南委員 読売新聞東京本社編集委員の南でございます。どうぞよろしく願いいたします。

私も昨年6月に策定されました自殺総合対策大綱にむけての議論に参加させていただきまして、今回、引き続き参加させていただくわけなんですけれども、前回の会議のとき、自殺総合対策の課題が各方面の先生方から出されまして、ほとんどの論点といたしますか、あらゆる課題や論点は上がってきたと認識しております。

その中で、私どもメディアの役割も、報道をする、伝えるということが本来の仕事なわけなんですけれども、その中で、自殺のケースや問題をどう報道するか、そのや

り方次第で国民に与える影響の大きさが異なるということを御指摘いただきましたし、実際そうであることも痛感いたしました。

一方、伝えるという役割を生かして、国民に、自殺に対して正しい知識なり認識を持ってもらう啓発のためにお手伝いできることが少なからずある、ということも御指摘いただきました。

報道にかかわるメディア各紙・各社が自殺の報道の在り方について、それぞれの会社の中で、どういうふうに報道すべきか、WHOから出されている報道を対象にしたマニュアルなども参考にしながら、いろいろな議論が行われていると聞いております。私ども読売新聞の中でも、どう報道すべきかということは折に触れて話し合われております。メディア全体として、たとえば新聞協会、民放連といった業界団体として、どう取り組むかという議論はないようです。現状では、取材のルールやメディアスクラムのようなことへの対策は業界としての取組みもいろいろあるところではありますが、取材したことをどう伝えるかは、各メディア、各社が内部的に話し合いをしているという段階であると思います。

6月の大綱を受けて、これから更に対策を推進しようというわけなんですけれども、冒頭にこの1年間の状況というものを御紹介いただきまして、9月の段階でもまだ増えている。月にして200ずつぐらい多いということです。かなりいろいろな取組みや努力を各方面ができてきている。例えば、多重債務とか、過労死とか、具体的対策を制度としても取れるものについては、かなりいろいろな対策が取られてきているわけですが、それでもなおこの数というのは、事態は甘くないという印象を受けました。これは全く個人的な印象ですけれども、これをどう受け止めて、どう取り組んでいくのかという、これからの取組みについても、是非専門家の先生方のご意見などを伺いながら、さらなる取組みを与える必要があると思います。よろしく申し上げます。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、向笠委員、よろしくお願いいたします。

○向笠委員 日本臨床心理士会の向笠でございます。今回、私は初めて参加させていただくことになりました。

基本的に私は臨床心理士が職種でございまして、病院臨床がもう30年という年数になっておりますが、文科省のスクールカウンセラー事業をもう10年以上引き受けさせていただいています。それで、そのスクールカウンセラーの業務の中に心のケアというものが入っております、私が所属する福岡県の臨床心理士会では、学校が危機的な状況に陥ったときに緊急支援という形で学校をサポートするという事業

を立ち上げております。それは緊急支援という名目でインターベンションを扱うんですが、中には当然のごとく小中学生の自殺という問題を扱わざるを得ない形で、つまり学校から依頼された形で、臨床心理士がチームを組んで学校の危機的状況に関してサポートを行うという事業を福岡県の臨床心理士会はやっているという形になっております。

そのシステムを立ち上げたメンバーの1人でございますけれども、近年は自殺があると緊急支援の依頼が県内で必ず入ります。特に福岡県では全国規模のニュースになるような状況の自殺等もございますし、自殺の緊急支援に入った後の、ポストベンションと申しますけれども、その後のケアが基本的にはスクールカウンセラーと学校の先生方の教育相談事業の中に落ちていくというシステムになっております。

残念なことに、事前に小中学生の自殺を予防するという段階にはなかなかまいりません。どうしても自殺が起こった後に入るという形にはなってしまいますが、自殺が起こった後に入る状況で、さまざまなお知らせや情報が流れてきて、その情報は2次被害を生みます。2次被害の1次予防のために緊急支援という活動を私たちがいたします。

当然、直後は子どもたちの反応はいろんなものがございますが、彼らは、適切に対応すれば落ち着いていくのですが、中にはその問題を抱えたまま中長期的なケアをするという状況を引きずるというふうに伝えていいのか、そのまま私たちのスクールカウンセラー、臨床心理士がともにサポートしながらしていくという状況が現在の子どもの状況だと思います。高橋先生がいろんな書物でお書きになられていますし、子どもの問題は早くに高橋先生がおっしゃっておられますけれども、その流れに沿って具体的にケースを扱うというのが私たちの県の臨床心理士の仕事としてやっております。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、本橋豊委員、お願いいたします。

○本橋委員 秋田大学の本橋でございます。昨年の「在り方検討会」に引き続きまして参加させていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、手元にA4のパワーポイントの資料を準備いたしましたので、私は地域の自殺対策ということで少し発言させていただくということで、秋田県の最新のデータをお見せして、皆さんにいろいろ情報提供していきたいと思っております。

タイトルにありますように、実は秋田県の自殺率はずっと高かったんですけれども、昨年はかなり効果を示したということで、冒頭、事務局の方から、全国的には

増加傾向ということだったんですけれども、少し希望が見えるという話もここでさせていただきますということでお話を聞いてください。

1枚めくっていただきまして、裏を見ていただきますと、これは秋田県警の発表でございますけれども、96年から昨年までの年間の自殺者数の推移を示しております。秋田県警は非常に速やかにこのデータを県庁の方にフィードバックしていただきまして、恐らく都道府県の中では一番早く、1か月後ぐらいにデータが県庁の方に上がってまいります。それから、ホームページにも月ごとのデータが掲載されておりまして、私どもの研究室でも、約1か月遅れぐらいでその月のデータをチェックしております。男女別に出しております。

1枚目のところは、実は、秋田県が自殺対策を本格化したのが2000年ぐらいですけれども、最初、なかなか効果があらわれてこないで、幾らやってもだめかなということだったんですが、2003年には非常に高くなったんですけれども、これ以降、全体のトレンドとして見ると、だんだん下がってきているというのが、ここにお示ししているとおりでございます。

実は、昨年、一時リバウンドをしたというのがありまして、秋田県全体に非常にびっくりしたところがあるんですが、今年は非常に低下傾向を示しまして、2003年から見ていきますと、トレンドとしては明らかに減少傾向があるというふうに判断できるのではないかと。

点線は回帰式を示しておりますけれども、この回帰式では、毎年24名減少しつつあるというふうに数字が取れるのではないかと。したがって、地道にいろいろな対策をやっておりますけれども、3年、4年ぐらいはなかなか効果がありませんが、それを継続することによって、実際に都道府県のレベルで、人口110万ぐらいですけれども、低下傾向を示すということが秋田県では観察されているということでございます。

その次の3枚目のところ、先ほど月別の自殺者数を秋田県警は非常によくフィードバックしていただいているということで、国会での議論の中でも、県警の情報を非常に機敏にフィードバックすることで対策に流れがつけられますよということをお話しするわけですが、秋田県でも、今年の6月、自殺総合対策大綱ができるまでは余りいい数字ではなくて、前年に比べて増加傾向を示しておりました。

6月の人口動態統計で秋田県は非常に増えたということでショックを受けたわけですが、その後、官民学一体となってきちんとやりましょう、もっと強力にやりましょうということで、7月に、市町村の動きが悪かった、もっと活性化させなくてはいけないだろうということで、市町村長さんと議長さんを集めたトップセミナーをやって意識改革を図ったんですが、これが相当効いたというのが県内の一一致した意見です。その後、全市町村で自殺対策をきちんとやっていこうという流れ

が首長さんの号令一下始まりましたということがありました。

それ以外にもさまざまな動きが活発化いたしました。実は、6月、7月から自殺者数が月別に見て非常に抑えられてきた。それから、年度末は常に我々は啓発を強化しているんですけども、11月、12月には非常に効果があらわれているのかなというような数字になってきたということでございます。ということで、活動を継続かつ強力に実施することで、月ごとの自殺者数で見ても明らかな効果が認められるという事例であるというふうに思います。

その次の裏のページですけれども、以上、まとめますと、2003年から2007年にかけて、秋田県の自殺者数は県警のデータで漸減傾向にございます。しかも、昨年は前年度と比べて76人の減少を認めております。近似曲線から考えると、5年間で120人ぐらい減少されるというふうに一応予想されます。そうしますと、当初480人ぐらいの自殺者数があったとすると、5年で大体25%の減少が見込まれるということで、国の対策、あるいは県の対策も、都道府県の単位で決して不可能ではないぞという数字が見られるのではないかとこのように思われます。

では、実際にどういうことをやったのか、特に市町村において、平成19年7月以降、秋田県全体でどんなことをやりましたかということがここに書いてあります。主としてキャンペーンを一生懸命やりました。更には、先ほどマスメディアの役割ということも言及がございましたけれども、実は地元の秋田魁新報社を初め、多くのマスメディアが定期的なキャンペーン記事を掲載していただくというようなことで、かなり強力に官民学、それからメディアも巻き込んだ形での啓発活動、相談事業が非常に活発化したということがありました。こういうことが結果として自殺者数の減少につながっているのではないかとこのように思います。

最後に、一番裏のページですけれども、今日の会議の中で私が提言という形で幾つかの項目を挙げましたが、1つは、このようなデータをお示ししましたように、地域で継続的かつ強力に啓発活動を中心とする自殺対策を実施することにより、県のレベルでも実際に自殺者数が減少いたしますよということが認められておりますということ。

それから、私どもの市町村のいろんなグッドプラクティスといたしまししょうか、いい事例を参考にして、それぞれの地域でできる実行可能な活動を広げていくことが大切だろうというふうに思います。

それから、県警のデータのことでございますけれども、自殺統計につきましては、地域の月ごとに自殺統計を速やかにフィードバックされていることが、実は秋田県の中では、次のモチベーションであるとか、対策のきめ細かい実施につながっているということがありますので、国のレベルでも、冒頭御指摘があったように、この辺のシステムをかなり速やかにフィードバックしていくということが大切ではない

か。

それから、マイナス 76 人だったんですけれども、この中でかなり経済生活問題の自殺者数が減っているという事実がございます。ということは、地域での経済問題に対する相談窓口が機能してきている可能性があるということで、やはり総合対策の必要性が重要であるというふうに思います。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、最後になりますが、渡辺洋一郎委員、よろしく願いいたします。

○渡辺委員 大阪精神科診療所協会の渡辺です。よろしく願いします。座らせていただきます。

私は大阪精神科診療所協会の会長をしておりますが、同時に大阪府下で精神科のクリニックを営んでおります。実は、大阪というのは、平成 9 年の自殺者が増える以前と増えてからとの増加率が日本一高いという特徴があります。そういったこともありまして、我々大阪精神科診療所協会でも自殺防止活動に取り組もうということで、平成 15 年から自殺防止活動を始めました。

今日、資料を御用意させていただきました 1 つが、「自殺予防と精神医療」という冊子で、これが我々大阪精神科診療所協会で行ってきた取組みをまとめたものであります。

それから、もう一つ、この小さい冊子が、我々が作りまして患者さんに配布しております「きみ、死にたもうことなかれ」という自殺予防冊子であります。

あと、もう 1 枚、A 4 の紙 1 枚ですが、これは自殺対策白書にも掲載していただきました一般医と精神科医との連携ということで、我々が大阪で今、試みております、大阪における G P ネットの試み、ジェネラリストとサイカイアトリストのネットワークということで、科や所属を超えて縦横にネットワークを組んで、何とか一般医と精神科医との連携をよくしようという試みであります。

こういったことを今日、お話しさせていただこうと思ったのですが、ほかにどうしてもお話ししたいことができてしまいましたので、このことは簡単にだけ触れさせていただきます。

我々は診療所を営みながらの活動で、ポイントになるのは、やはり大阪のような都会でありますと、結局はマスメディアの方々、特に良質なと言わせていただいているのかどうか、良質なマスメディアの方々との連携、タイアップした啓発活動が一番必要だろうという結論に至っています。

もう一つは、精神科医を核としたネットワークづくり、産業医であるとか、一般

科医の先生、救急医療とのネットワークづくりということがポイントになっているだろうと思っております。

自殺される方の1つの分け方としまして、医療を受診された方と医療を受診されていない方という見方が要るのではないかと思います。今の自殺統計の中ではこれがわからないのでありますが、少なくとも一度でも医療を受診されたのであれば、これは医療側、我々の責任として、何とか少しでも防げるような体制を医療の中で組んでいかなければいけないと思っています。

医療を受診されていない方に関しては、医療が必要な人には医療を受診していただけるような啓発活動、これはどのような啓発活動をしたらいいのかということをもっと検証していかなければいけないと考えております。

今日お話しさせていただきたいのは、緊急な問題であります。我々精神科診療所の多くの仲間は、今回の診療報酬改定で、4月以降、自殺問題に関して言えば、自殺者が増えるであろうと本当に思っております。というのは、勿論いろいろ考えていただいていることではありますが、どうしても精神科診療所の現場のところはなかなかおわかりになりにくいところもあって、このような改定になってしまったのでありますが、先ほどもお話しに出ていましたように、精神科医へ紹介する方には加算がつきます。ですから、一般科の先生方、救急の方々が精神科の方へ紹介すれば点数がつく。ということは多分、紹介する方向に少しでも動き、流れがあるだろうと思います。ただ、受皿の精神科医療の方がどうなっているかということなんです。受皿の精神科医に対して、今回の診療報酬改定では、加算があるどころか、我々にとっては壊滅的な影響を受けるほどのマイナス改定になっております。

細かい話になってしまっていてわかりにくいところがあるかもしれませんが、簡単に言いますと、今、患者さんが多い精力的にやっている診療所では、例として、私のところで試算しましたら、売上げが40%減ってしまいます。これはもう成り立ちません。多くの診療所が成り立たなくなります。成り立たなくなれば、何が問題かと言いますと、成り立たないわけではいきませんので、スタイルを変えなければいけません。どうスタイルを変えるかと言いますと、残念ながら、断腸の思いで、心理士の方、PSWの方、こういった方に辞めてもらわざるを得なくなります。

それから、患者さんをたくさん診ていると売上げが減ってしまうシステムになります。ですから、患者さんを制限しなければいけなくなります。ということは、今まで診ていた患者さんを診られなくなります。

これはなぜかと言いますと、精神科の疾患というのは継続的なもので、いつも同じだけ時間がかかるわけではないのです。例えば、うつ病の方は、最初は30分ぐらいかかります。2回目、3回目が15分か20分です。だけれども、それ以降は5分、10分、ある程度安定してこられると5分以下で済むことがあります。でも、再発予

防のために、2～3分でもいいので通っていただく。様子を見ながら、少し話を聞きながら再発予防を試みている。通算しますと、半分以上は5分以下の方なのです。患者さんを1日60人、70人診ざるを得ませんが、半分以上は5分以下で済むのです。逆に言えば、5分以下で済む方が半分以上あるので、それ以外の方に少し時間をかけられる。20分なり30分なり時間をかけられるシステムです。

ところが、今回の診療報酬改定で、5分以下は、我々の唯一の技術料である通院精神療法ゼロなのです。ということは、60人診ていて、30人の方はゼロになりますから、全く成り立つような改定ではありません。でも、先ほど言いましたように、我々がつぶれるわけにはいきませんので、その30人の方を必要がなくても5分以上診ることになります。そうすると、今まで診察時間をかけられていた人の診察時間がかけられなくなります。もしくは、あぶれてきた患者さんを診察できなくなります。こういった状況で、受皿としての精神科診療所の機能は絶対に落ちます。ですから、どんどん精神科に紹介していただいても、受皿がありません。この問題は緊急な問題として是非この対策推進会議で検証していただきたいと思っております。

今回、この問題は、私の個人的な意見ではなく、日本精神科病院協会からも、日本精神科診療所協会からも何とか考え直してほしいという共同声明が出ております。

医療関係者のみならず、患者さんの会として大阪では精神障害者連絡会というのがあります。この大阪精神障害者連絡会からも厚生労働大臣と中医協の会長あてに要望書が出ています。「精神科外来診療報酬改定は医師と患者の信頼関係を破壊します。安心して受けることのできる継続的な医療を私たち患者は求めています」という要望書が患者さんから出ています。

更に、家族会からも出ています。大阪府精神障害者家族会連合会がやはり厚生労働大臣と中医協会会長あてに、この診療改定を考え直してほしいという要望書が出ております。これだけのものが出ているこの改定を是非一度見直していただきたい。これは自殺対策に関しては絶対マイナスになると私は信じております。

今日、この話をする予定ではなかったのですが、これが数日前に急遽決まりましたので、是非聞いていただきたいと思ひまして、お話しさせていただきました。よろしく申し上げます。

○樋口座長 ありがとうございました。

大変短い時間でしたが、各委員から大変貴重な御意見をたくさんいただきました。多くの課題、それから質問等々いただいております。残念ながら残り時間が残りございません。勿論、今日いただいた課題、ここで検討すべき事柄について、この後、事務局の方でまとめさせていただいて、この会が多分、年に数

再開されるということが冒頭でございましたように、この会でできるだけ取り上げて、できるだけ早くそれを盛り込んだ形で対応をできるような、そういうところへ持っていければというふうに思っております。

今日は、残り時間が残りございませんが、各省庁から関係の課の課長、あるいはその代理の方がそろって出席されておりますので、先ほど幾つか関係の省庁に質問も投げかけられていたように思います。残り少ない時間でございますが、何か、この点についてお聞きしたい、あるいは確認したいということがございましたら、時間が少ないので、短い質問でよろしくお願ひしたいと思ひます。いかがでございましょうか。20年度の予算のところも、ちょっと駆け足で説明をしていただきましたので、そういったことも含めて、残った時間で御質問があれば是非お願ひしたいと思ひますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○清水委員 それでは、2点御質問なんですけれども、1つは、予算絡みのことで言うと、警察庁の自殺統計システムの高度化ということなんですけれども、これは昨年分の発表が高度化されたシステムに反映されて6月に出るということなんでしょうか。それとも、高度化されたものというのは、その翌年のものでしょうか。

更に言えば、高度化といったときの、どういう形で高度化を図っているのか。例えば、自殺対策に取り組んでいる現場の人たちのさまざまな意見等が取り入れられているのかというようなことも含めて、1つ御質問させていただきたいということです。

○警察庁生活安全局地域課長 今の問い合わせですが、まず、いつからかということではありますが、この予算が通って、それで準備をして、でき上がってからということですので、21年度ということになります。

それから、意見という点でありますけれども、昨年、原票を改正いたしました、昨年の統計をまとめる際には、その改正された原票に基づいてやりますので、高度化とは直接リンクしておりません。

○清水委員 ごめんなさい。今の関連で言うと、原票を去年改正されたのはわかっているんですけれども、高度化というのは、どういう形のものですか。

○警察庁生活安全局地域課長 これは、今まで警察庁と都道府県を結んでいたシステムが非常に古くて、都道府県警察はデータを入れられるのですが、自分のところのデータすら見られなかった。つまり、データを一方的に送って、あとは警察庁がまとめたのを紙でもらうというようなシステムだったのを、改正されれば、自県の

データをコンピュータシステムで見られて、なおかつ分析に使われるということでありまして、そういう点での高度化ということでございます。

以上です。

○清水委員 あと一点は、先ほどの発言の中でもさせていただいたんですけども、検死制度の在り方について、今、たしか有識者会議が立ち上がって、御議論を始めているということも聞いているんですけども、その進捗状況を御承知の範囲でお伺いできますか。

○法務省大臣官房参事官(総合調整担当) 法務省からお答えさせていただきます。確かに検視の制度につきまして議論が開始されるということは承知いたしております。清水委員の言っておられる検死制度と本会議の議論の関連性について、もし可能であれば承らせていただければと思っております。問題意識を共有しておきたいと思っておりますので、お願いいたします。

○清水委員 今、いいですか。

○樋口座長 どうぞ。

○清水委員 例えば、イギリス、オーストラリア、あるいはニュージーランドとかであるコロニー制度というのは、自殺が起きたときに、あるいは変死が起きたときに、それが自殺か他殺か見極めながら、自殺の場合には、どういう手段を用いて自殺したのか、その背景にどういう要因があったのかということもしっかり調べるわけです。調べた上で、それをデータとして蓄積をする。

例えば、こういうケースがありました。ニュージーランドでビニール袋をかぶって自殺で亡くなるというケースが短期間に立て続けに3件起きた。それは若者の自殺だった。どういうふうにしてその自殺手段をそれぞれが知ったのかというようなことを、要するに、自殺の原因とか、手段の入手方法とか、そういうものを調べていくうちに、ある共通の指南書が出てきた。3人ともそれを読んで自殺に至ったということがわかったので、その自殺指南書を発刊禁止処分にしたというんです。

発刊禁止処分にするのがいいか悪いかは別にして、どういうふうにして自殺が起きているのか、そのデータの蓄積によって恐らく学ぶべきものがたくさんあって、自殺が頻繁に起きるホットスポットを解明したり、あるいは自殺の手段、入手方法の制限をしたり、あるいはもっと広い意味で言うと、多重債務の問題が絡んでいるのか、経営者の自殺なのかとか、要因を解明することによって対策を打っていくこ

とができる、有効な対策につなげていくことができる、その重要な基礎データになるはずだと思うので、そうした観点から、自殺対策においても検死官制度が非常に重要だということで発言させていただきました。

○樋口座長 よろしゅうございましょうか。

○法務省大臣官房参事官（総合調整担当） はい。

○樋口座長 それでは、ほかに御質問。はい、どうぞ、斎藤委員。

○斎藤委員 私は前にもお願い申し上げたのですが、鉄道の自殺について、かつてJRとホットラインを設置したときに、JR当局にそういうデータがあるかないか問い合わせをいたしましたところ、全部これは警視庁にあるということで、警視庁にコンタクトをしたのですが、これは一切門外不出というか、門前払いを食った。英国の場合は、日本の3分の1しか自殺がないのにもかかわらず、英国国鉄の自殺に関する膨大な統計資料、分析が出版されているわけです。そういう個々の、しかも自殺が多発している地域というか、場所というか、こういうデータに関して、一切公表されていないというか、公表されなくても、研究者を入れて、是非分析をしていただきたい。こういう分析というのは自殺予防のために極めて貴重なデータになると思うのですけれども、この辺、是非御検討いただきたい。私は東京都に対してもそういうお願いを申し上げておりますけれども、警視庁が果たして動いていただけるかどうか。データとしてはたくさんあるわけです。データが死蔵されているという思いをいたしております。

以上。

○樋口座長 いかがでしょうか。

○警察庁生活安全局地域課長 よろしいですか。

○樋口座長 どうぞ。

○警察庁生活安全局地域課長 今、警察の方で持つておるデータというのは、原票でいけば、どこの場所で行われたかということについては、鉄道施設かどうかというところはわかるのですけれども、具体的にこの場所ということについては、自殺統計原票ではありません。そうすると、それを見るというのは、原票に基づいたデ

一タとしてはちょっと難しいというところでございます。

○斎藤委員 それはやはり JR、あるいは鉄道会社、民営鉄道協会レベルの企業等で、現場で大変な数の自殺が発生しているわけですから、何らかの研究をしていただきたいというふうに私は要望いたします。

清水さんの発言とも関係あるわけですが、そういう疫学的な研究が少しもなされていない。単なる統計だけに終わってしまっている。自殺統計システムの高度化ということは、分類とか分析の方法も変えるということにつながるわけですね。現行はネットで拝見できるわけですが、10年ぐらい前には自殺した場所の統計もあったんです。今は全部削ってしまっているわけですから、ああいうものを復活していただいて、そういう統計がオープンにされ、しかもそれが民間レベルで研究の対象になるようでない、少しも自殺予防対策ができないというふうに私は感じております。

○樋口座長 ありがとうございます。

大分時間が迫っておりますが、もう1方、渡辺委員。

○渡辺委員 今のことにも絡むのですが、実は、精神科に通っていて自殺されてしまう人というのはかなりあるのではないかと思います。これも、実は、精神科医は、だれが自殺したかわからないのです。来られなくなってしまった人の中に、多分、自殺されている人があるわけです。ところが、警察から連絡があるのは、自殺か他殺かわからない人のときだけ連絡があって、自殺かもしれません云々という話になるのですが、明らかに自殺されてしまったケース場合には連絡がないわけです。多分、我々の診ている患者さんがたくさん自殺されている。この人たちがどうして自殺してしまったのか、我々は何が行き届かなかったのか、我々は精神科医として絶対それを研究しなければいけないと思うんですが、どなたが自殺されてしまったのかかわからない。これは何とか、我々自身の研修のために、自殺予防のために、何とか知りたいと思っておりますが、何か方法がないものでしょうか。

○樋口座長 その辺りについても、これからの討議で何が可能か、どういうふうにすればその辺が可能になるかということも検討してまいりたいと思います。

残念ですが、時間が来てしまいました。まだまだ御意見、あるいは御質問等があることと思いますので、もし、今日は言い足りなかった、あるいはこういうことは課題として是非取り上げるべきだということがございましたら、事務局の方に、2月15日金曜日までにメモを提出していただければ、それも加えさせていただきますし

て、次回からの審議、討議内容に反映させていきたいと思いますので、よろしくお
願いしたいと思います。

事務局からお願いします。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 ありがとうございます。次回の会議でござ
いますけれども、4月11日金曜日の午前10時を予定しております。議事の内容に
つきましては、委員の皆様からいただいたメモと今日の御意見をまとめまして、座
長とも御相談の上、御連絡をいたしたいと思います。

以上でございます。

○樋口座長 それでは、これをもちまして第1回の会議を終了いたしたいと思いま
す。どうもお疲れさまでございました。