

第 1 回 自殺総合対策の在り方検討会

平成 1 8 年 1 1 月 2 8 日（火）

内閣府 政策統括官（共生社会政策担当）

自殺総合対策の在り方検討会（第1回）

日時 平成18年11月28日（火）15時00分～

場所 中央合同庁舎4号館 共用第4特別会議室

議事次第

- 1．開会
- 2．挨拶
- 3．委員紹介
- 4．自殺総合対策の在り方検討会の議事運営について
自殺総合対策の在り方検討会運営要領（案）について
- 5．意見交換
- 6．閉会

<資料>

- 資料1 自殺総合対策大綱の案の作成方針について
- 資料2 自殺総合対策の在り方検討会の開催について
- 資料3 自殺総合対策の在り方検討会運営要領（案）
- 資料4 我が国の自殺の現状
- 資料5 各省庁の自殺対策の取組状況
- 資料6 児童生徒の自殺予防等の取組状況

午後 3時01分開会

北井審議官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第1回自殺総合対策の在り方検討会を開催いたします。私は内閣府の自殺対策担当の審議官をしております北井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

本検討会は去る11月7日に開催されました自殺総合対策会議での決定に基づきまして、政府が推進すべき自殺対策の指針を示すための大綱の案の作成に資するために開催されるもので、内閣府の自殺対策を担当します高市国务大臣によって決定されたものでございます。

ここで、内田内閣府事務次官からご挨拶を申し上げます。

内田事務次官 内閣府の事務次官の内田でございます。本日は第1回の会合ということでございますから担当の高市大臣の出席を考えておったんですけれども、高市大臣は教育改革特別委員会、今教育基本法の改正を議論していただいておりますが、そこに毎回出なければいけない大臣ということになっておりまして、本日もそちらの方に出席をいたしております。かわって私がお挨拶をせよということでございますのでお許しをいただきたいと思っております。

もう既にご案内のとおり、現在の我が国におきましては年間3万人を超える方たちが自殺で亡くなっておられる。1日平均をいたしまして80名を超えるという異常と申しますか大変深刻な事態になっているわけでございます。

こういう中で今年の6月に自殺対策の基本法が成立をして、10月28日に施行されたと。そしてこの法律を受けて、官房長官を長に10人の閣僚からなります自殺総合対策会議が設けられて、先ほど北井の方からございましたように、11月7日に開催をされてこの検討会の設置が決まった。来年6月までに政府の取組の指針になります大綱をその会議でつくっていきこう、ここまでのこれまでの動きでございます。

この会はそういうことで11月7日の閣僚の会議で設置を決めさせていただいたわけですが、来年6月に大綱をつくるに当たって専門家の皆さん方からしっかりとあらかじめご意見を聞いておこうと、それがこの会の設けられた趣旨だというふうに考えているわけでございます。ぜひ専門的な視点から幅広いご議論をお願いしたいなと思っております。

その際と申しますか、第1回の閣僚の会議では、例えば脳科学の側面とか、それから環境物質の影響なんていうことは考えなくていいんだろうかといったように科学的な側面からの議論が必要だよなということが議論されております。それから、最近の国会の議論の中では、例えば自殺の報道の在り方、マスコミ報道の在り方については議論しなくていいのかなといったような疑問が出されたりというような状況でございます。

いろいろなご議論をいただくわけですが、そういういろいろなところでの議論なり視点なども視野に入れていただきながらご議論をいただければと思う次第でございます。来年6月の大綱策定ということでございます、もう12月も間近ということで大変せわしない日程あるいは非常に窮屈な日程をお願いすることになるのだらうと思いますが、今の深刻な事態に少しでも改善の方向あるいは明るい方向が見えてくるように先生方のご協力を心からお願いを申し上げたいと思います。よろしく願いいたします。

北井審議官 ありがとうございます。

続きまして、座長のご紹介をさせていただきます。座長につきましては長年、生命科学研究に携わっておられますJT生命誌館館長の中村桂子さんをお願いしております。

中村座長からご挨拶をいただきたいと存じます。どうぞよろしく願いいたします。

中村座長 ご紹介いただきました中村でございます。私は今ご紹介にありましたように、生き物の研究、人間だけでなく生きているものすべてのことを研究しております、「生きているってどういうことなんだろう」と子どものころに抱いた素朴な疑問を考え続けている人間でございます。ただ、生きているというコインの裏側にはいつも死ぬということがありますので、今回の自殺の問題についても生きているということと一体化した問題として考えられたいと思っております。

今の社会、生き物としての人間を見ておりますと、実に生きにくいという面があるように思います。特に子どもたちは本当にのびのび暮らせるだろうかと考えますと、たくさんの問題を抱えているように思います。今回の会合、今事務次官からお話がありましたように、かなり短期間である答えを出すことが求められているということは十分承知しておりますけれども、その中で本当に生きやすい社会にするにはどういうことが大事なのだらうという基本についてもぜひ皆様のご意見を伺いたいと思っております。

名簿を拝見させていただきますと私以外の方たちは皆様それぞれご専門でいらっしゃいます。私だけが専門家ではありません。ですから、委員の方たち、また事務局のお力を借りてぜひ密度の高い議論をしていただき、短い時間でございますけれども、よいまとめをしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

北井審議官 ありがとうございます。

それでは、初めての会合でございますので、各委員の先生方をご紹介させていただきます。

まず、委員としては一番こちら側にお座りいただいておりますが、昭和女子大学教授で、学校の臨床心理士でいらっしゃいます鶴養啓子委員でございます。

鵜養委員 よろしくお願いいたします。

北井審議官 そのお隣、日本産業衛生学会産業看護部部会長の河野啓子委員でございます。

河野委員 河野でございます。よろしくお願いいたします。

北井審議官 そして、中村座長、それから事務次官をはさんで、そのお隣でございます。日本いのちの電話連盟常務理事、斎藤友紀雄委員でございます。

斎藤委員 斎藤です。

北井審議官 そのお隣、NPO法人自殺対策支援センターライフリンク代表、清水康之委員でございます。

清水委員 清水でございます。よろしくお願いいたします。

北井審議官 それから、反対側になりますが、JFEスチール株式会社安全衛生部部長の高橋信雄委員でございます。

高橋（信）委員 高橋でございます。よろしくお願いいたします。

北井審議官 そのお隣、防衛医科大学校教授、高橋祥友委員でございます。

高橋（祥）委員 よろしくお願いします。

北井審議官 それから、日本労働組合総連合会雇用法制対策局の次長でおられます中桐孝郎委員でございます。

中桐委員 中桐です。どうぞよろしくお願いします。

北井審議官 そのお隣、国立精神・神経センター武蔵病院院長、樋口輝彦委員でございます。

樋口委員 樋口でございます。よろしくお願いいたします。

北井審議官 そのお隣が実は空席になっておりますが、少しおくれてご到着の予定でございます、読売新聞社編集局解説部次長の南砂委員が間もなく来られると思います。

最後になりましたが、そのお隣でございます、秋田大学医学部教授の本橋豊委員でございます。

本橋委員 本橋でございます。よろしくお願いいたします。

北井審議官 なお本日はお2人の委員が欠席でございます。日本医師会常任理事、天本宏委員、それから全国衛生部長会会長で愛知県健康福祉部健康担当局長の五十里明委員、お2人が公務のため欠席とのご連絡をいただいております。

続いて事務局をご紹介させていただきます。

私の右隣でございます、内閣府政策統括官の柴田雅人でございます。

柴田政策統括官 よろしくお願いいたします。

北井審議官 それから、私の左隣でございます、内閣府の政策統括官付参事官の高橋広幸でございます。

高橋参事官 よろしく申し上げます。

北井審議官 それから、その隣、同じく参事官の長門利明でございます。

長門参事官 長門でございます。よろしく申し上げます。

北井審議官 また、本日はお二方こちらにおいでになりますが、1人は文部科学省の初等中等教育局児童生徒課の木岡保雅課長でございます。

木岡児童生徒課長 よろしくお願いいいたします。

北井審議官 それから、去る10月1日に国立神経・精神センターに開設されました自殺予防総合対策センターの竹島正センター長でございます。

竹島センター長 竹島です。よろしくお願いいいたします。

北井審議官 それでは、ここで内田事務次官におかれましては公務のため退席をさせていただきます。

それでは、ここから中村座長の方に司会をバトンタッチしたいと思います。中村座長、よろしくお願いいいたします。

中村座長 わかりました。よろしくお願いいいたします。

では、皆様のお手元にあります議事次第に基づいて進めてまいりたいと思います。

最初に、自殺総合対策の在り方検討会の議事運営について、皆様にご意見を伺いたいと思います。まず事務局からご説明をお願いいいたします。

高橋参事官 それでは、自殺総合対策の在り方検討会の議事運営についてご説明申し上げます。まず、お手元の資料2、自殺総合対策の在り方検討会の開催についてをごらんいただきたいと思います。その一番下の4でございます、その他というところでございます。本検討会の運営に関する事項、その他必要な事項は、検討会が定めるとされておりますことから本日の会議にお諮りするものでございます。

資料3をごらんいただきたいと思います。自殺総合対策の在り方検討会運営要領(案)でございます。1といたしまして、座長が本検討会を召集し、議事を整理すること。2といたしまして、会議は公開とすること。ただし、理由があるときは非公開とすることができる。3といたしまして、議事録を作成し、委員の了承を得て公表すること。ただし、理由があるときはその一部または全部を非公表とすることができること。4といたしまして、その他議事運営に関し必要な事項については座長が定めること。

以上でございます。

中村座長 ありがとうございます。

今の説明について何かご意見おありでしょうか。

特に運営についてはご異議ございませんでしょうか。

では、そういうことで今の説明のとおり、ここにお示ししました案のとおり、自殺総合対策の在り方検討会運営要領をこのようにここで決定とさせていただきます。

では、本題に入りまして、自殺の現状等について、事務局から説明をお願いいたします。

高橋参事官 それでは、説明をさせていただきます。お手元の資料4をごらんいただきたいと思います。我が国の自殺の現状という資料でございます。

まず、1ページ目をごらんいただきたいと思います。自殺に関する統計につきましてはご承知のように、厚生労働省の人口動態統計、また警察庁の自殺の概要、2種類ございます。この資料では適宜双方の資料を用いまして自殺の状況を説明をさせていただきます。

最初に、自殺者数の推移でございます。平成10年にそれまでの2万人台前半から3万人台に急増をしたところでございます。以来8年連続で3万人を超える状態が続いております。下のグラフでごらんのように、自殺者の急増は50代、60代の男性の自殺者の増加が主な原因ということがわかりいただけるかと思えます。

続きまして、2ページをごらんいただきたいと思えます。人口10万人当たりの自殺死亡率を示したものでございます。上のグラフでわかりますように、現在男性の自殺死亡率は戦後最も高い水準にございます。また、一般に加齢により自殺死亡率が高くなるという傾向がございしますが、下のグラフでわかりますように、我が国の場合、男性の死亡率に60歳前後と85歳以上の2つのピークがあるということが特徴と言われております。

3ページでございますが、各年齢階層ごとに自殺率を男女別に推移をあらわしたものでございます。中段の35歳から44歳、45歳から54歳、55歳から64歳の男性の自殺率の増加が非常に顕著であるということがわかりいただけるかと思えます。

続きまして、4ページでございます。これは平成17年中の年齢別・男女別の死因の順序を示したものでございます。高齢者は、先ほどごらんのように、自殺率は高いわけですが、自殺以外の死亡率が高いということで死因の上位には自殺はあがってまいりませんが、逆に10歳代の後半から40歳代までは自殺率は高齢者よりも低いわけですが、死因としては非常に上位にあがってくるということで。男性の場合ですと20歳代から44歳まで、女性の場合ですと15歳から34歳は死因の第1位ということで、その割合も4割前後を占めるという状況でございます。

続いて5ページをごらんいただきたいと思います。国際的に見た我が国の自殺死亡率の状況でございます。WHOでは約100の国・地域から自殺の統計が報告されております。その中で日本は自殺者数では5番目、人口10万人当たりの自殺率ということでは10番目に位置しているということでございます。

下のグラフは日本とニュージーランド、中国、韓国の自殺死亡率を年齢別に示したものでございます。それぞれ4ヶ国とも特徴がございますが、先ほど申しましたように、日本の場合、男性中高年の自殺率が高いというところに特徴があるというふうに言われております。

続きまして、6ページをごらんいただきたいと思います。これは北欧フィンランドの自殺予防対策の概要を示したものでございます。フィンランドはかつて日本を上回る自殺率の高い国ということで知られておりましたが、1986年から国レベルで自殺予防対策を実施したことによりまして、その死亡率の減少に成功して、現在では3割程度低下しているということでございます。現在では日本と逆転するような状況になっているということでございます。

続きまして、7ページの資料でございます。これは都道府県別の自殺死亡率を見たものでございます。上のグラフが平成9年と15年の自殺の死亡率を都道府県別に見たものでございます。非常に地域差が大きいというのが特徴でございます。この平成15年の最小であったのは徳島県でございます。最大は秋田県で約2.2倍の開きがございます。また、自殺者数が平成10年に急増したわけですが、このグラフでわかりますようにすべての都道府県で増加をしておりますが、その伸び率にも差がございます。伸び率が一番小さいのが和歌山県で、これが1割程度でございます。福井県は7割近い増ということの格差があるということでございます。

それから、下のグラフは赤い色の方は人口10万人当たりの自殺の発生件数を見たものでございます。いわゆる発見地別の自殺者数ということで、住所別の自殺者数とはかなり異なる特徴を有しているということがおわかりいただけると思います。

続いて8ページの資料をごらんください。自殺の原因・動機の状況でございます。上のグラフでわかりますように、一貫して健康問題が第1位を占めております。経済・生活問題がそれに続いているという状況です。平成10年の急増時以降の増加率で見ますと、経済・生活問題の増加が非常に顕著になっております。

下のグラフは男女別・年齢別に原因・動機を見たものでございます。高齢者ほど健康問題の割合が高い。経済・生活問題は男性が中心であるといったことがおわかりいただけるかと思えます。

続きまして、9ページをごらんいただきたいと思います。これは職業別の自殺者数でござい

ます。失業者を含む無職者が半数程度で推移をしております。最近黄色い線の被雇用者の割合が高くなってきているというのが特徴でございます。

続きまして、10ページをごらんください。子どもの自殺の状況を示したものでございます。自殺者数は棒グラフの方でございますが、この数年は600人をやや下回る水準で推移をしておりますが、全体の自殺者数が増加しておりますので子どもの自殺の占める割合については昭和50年代の4%台に比べますと最近では2%台で減少してきております。

それから、下のグラフが子どもの自殺の原因・動機を見たものでございます。黄色の健康問題が25%前後、赤い色の学校問題が20%前後で推移しているという状況でございます。

次のページの11ページは子どもの自殺のうち、先ほどの子どもは19歳未満ということで整理しておりますが、そのうち小・中・高の児童生徒について、文部科学省の資料と警察庁の資料で見たものでございます。全体で高校生が約3分の2程度、児童生徒のうち高校生が3分の2程度を占めております。

続きまして、12ページをごらんいただきたいと思っております。まず、上のグラフの左側のグラフですが、精神障害の労災認定は近年増加傾向にあります。そのうち自殺は年間この赤い色のグラフですが、40件程度でございます。

右のグラフは労災認定された51件の事案のうち52%の27件で月100時間以上の残業があるということで、長時間労働が心の健康に大きく関与しているということが考えられます。

下のグラフでございますが、自殺と精神疾患との関係を分析したものでございます。自殺を企図し救急施設に運ばれた方の調査によりますと、そのうちの75%に精神障害が見られる。そのうち46%がうつ病、26%が統合失調症等とされております。また、これは別の調査でございますが、一生の間に15人に1人はうつ病にかかる。その中で4人に3人は医療機関を受診していないということがわかっております。この背景にはうつ病に対する偏見、誤った知識ということがあるというふうに指摘をされております。

資料4の説明は以上でございます。

そのほか、本日は資料5といたしまして関係省庁の自殺対策の取組状況をご用意させていただいておりますが、時間の関係上説明は省略させていただきます。

私からの説明は以上でございます。

中村座長 どうもありがとうございました。

1つ1つの図からいろいろ考えさせられることがたくさんあるように思いますけれども、それぞれ後でいろいろご意見を伺いたいと思っております。

続きまして、もう1つ資料のご説明をいただきたいと思います。児童生徒の自殺予防等についての取組について、文部科学省の初等中等教育局、木岡児童生徒課長、よろしく願いいたします。

木岡児童生徒課長 それでは、私の方から、引き続きご説明をさせていただきます。

資料6をお配りいたしておりますけれども、まず先ほど高橋参事官の方から子どもの自殺ということで数字を挙げられましたけれども、特にその中で、小学生、中学生、高校生の数がどれくらいかといいますと300名にいかないぐらいの数でございます、国全体の自殺者数が3万人を超えるというような話ですと、その中で1%いかないぐらいの数字というのが小中高校生の自殺の数でございます。

その中で幾つか特徴があるところでございまして、そういうこともありまして当省の方では特に自殺予防の取組ということをしてございますので、簡単にご説明をしたいと思います。

先ほど子どもの自殺の数の推移という形で経年での数字が出てまいりましたが、児童生徒の自殺の特徴の1つは年によって特に数が多い年がありまして、その年について言われますのは、有名な歌手等が自殺した場合に、それによって続いて自殺が多く起きたりしたといったようなことがあることが特徴の1つとして大きく挙げられます。

そのような特徴がある児童生徒の自殺でございますので、お手元にありますような対策を今とるようにしているところでございます。1つは、命を大切にすることをしようということでございまして、ここにお見えですけれども、高橋(祥友)先生に今年、主査になっていただきまして、児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会をやっているところでございます。児童生徒の自殺には、先ほど申し上げましたような特徴がございますので、その部分について何らかの対策が講ぜられるのではないかと今まさに検討を進めているようなところでございます。

またこのほかですけれども、特にいろいろな体験ですね、実地体験するとその分大変命を大切にすることとわかりやすく、心も豊かになってまいりますということで、当省としてはこの部分に特に力を入れて体験活動を多く進めるように予算要求もしていますし、各学校の方にもお願いして、例えば1週間程度みんなで一緒に宿泊体験もして行動しようといったようなことまでしているところでございます。

また、2のところでございますけれども、教育相談体制の充実ということで、ちょうどきょうも鶴養先生がお見えでございますけれども、1つ大きくやっているのはスクールカウンセラーを今学校に配置することを進めているところでございます。現在、全中学校に1人が配置で

きるような予算をとっておりまして、来年度もこの予算を継続するように要求しております。それで、生徒の方の悩み等々の相談にのっていただくということをしております。

また、小学校の方については子どもと親の相談員等の配置という事業をしておりまして、これはちょっと数が限られているんですけども、スクールカウンセラーの小学校版といいたほうがいいか、そういう事業も進めているところでございます。

また、自殺といじめが特に今大変問題になっております。児童生徒の自殺の原因の1つとしていじめが問題となっており、何とかいじめを早くに見つけて、早くにその部分の対応をとるように、そこにありますようなこと、会議を開催したりとか通知を出したりとか推進本部を設けたりとか、また先週になりますけれども、大臣の方からアピールを出していただいたりとか、そのアピールにも触れられているんですけども、何とかいじめられている子が勇気を持って相談してほしい、いじめている子はすぐにやめてくれといったようなことを訴えているところでございます。また、その相談窓口の周知をホームページ等々で図っているところでございます。

またこのほかでございまして、特にインターネット等々で自殺の関係のいろいろな情報が出ていたりということもありますので、その辺の情報モラル教育ということについても力を入れているところでございます。

以上でございます。

中村座長 どうもありがとうございました。

以上で資料の説明は終わりました、これから皆様の議論をしていただきたいと思っております。ただ、今回第1回目ということでもございますのでこれまでの説明を踏まえて、それぞれの委員からまずは自己紹介、それからご意見、それからできましたら今後の進め方へのご意見、これだけお願いしながら時間が限られておりますものですから5分ぐらいという制限をつけなければいけない、たくさん伺いたいのに申しわけございませんけれども、そのようなことをそれぞれの委員から伺いたいと思っております。

やはり順番に名簿順でお願いしてよろしいでしょうか、それともどうしても最初にとおっしゃる方がいらっしゃればですが。よろしいですか。

では、鶴養さんからお願いします。

鶴養委員 座ったままで失礼させていただきます。鶴養でございます。

本日、ここのメンバーに加えていただきましたのは、実はこの間ご説明をいただいたときに鶴養の立場はスクールカウンセラーの代表ということではなく、学校関係代表ということでこ

こに来るよふにというふうにおっしゃっていただきました。これは私にとっては結構荷が重いなということも考えながら参っております。

簡単に自己紹介をさせていただきますと、実は私は平成7年度ですね、スクールカウンセラー活用調査研究委託事業という名前で最初に公立学校に、当時の文部省がスクールカウンセラーを配置いたしましたときに、その初年度にスクールカウンセラーとして東京都の北区立の中学校にスクールカウンセラーとして参りました。そして、2年間そこでスクールカウンセラーをやって、あと1年は区の単独事業ということでそこを継続することになりました。

私自身のスクールカウンセラー経験はそういう意味ではそんなに長いわけではないのですが、その後、東京都のスクールカウンセラーの配置に関係しまして東京臨床心理士会という私どもの職能団体でございますが、そこにおいてスクールカウンセラーとして派遣されている臨床心理士のバックアップの仕事はずっとやってまいりました。

それから、全国のスクールカウンセラーの方たちのために、そのスクールカウンセラーの仕事のガイドラインをつくったりとか、それからその方たちの研修を行ったりというそういう役割でずっと仕事を続けてきております。

その間に学校現場さまざまにいろいろな形でかかわることが多くありまして、いろいろな学校の校内研修会ですとか先生方のいろいろなサポートですとか、そういったことに携わるようになっております。

それから、もうちょっと前の段階になりますと、私は教員養成学科の教員でございました時期がありまして、教え子が学校現場にかなり入っているということもありまして学校というところへは非常に親和性が高い、そういう立場におります。

きょう最初の意見ということで何をお話ししたらいいのかなということも思っておりますけれども、学校現場ということをやはりちょっとわかっていただくということが大事かなというふうに思っています。

このお話をいただきましたときに、子どもの自殺は数としてはそんなに多いわけではなく、全体の率からいってもというお話もありましたが、ただやはり子どもという将来がこれから開けていく人たちが自殺という形で命を落とさなければならないような状況というのは余り軽く考えてはいけないのではないかとということが1点と。

それから、学校現場にいらっしゃるのは子どもだけではありませんで、いわゆる教職員、それから子どもの保護者も学校というコミュニティのメンバーというふうに考えられます。そう考えてみますと、子どもを取り巻く周囲の方たちというのは今一番大きな問題になっておりま

中高年というそういうところにありまして、その人たちの生きにくさ、自分で命を断たなければいけなくなってしまうような状況というのはそのまま子どもたちにすぐ反映してくる、そういう状況だというふうに私は考えております。

今学校というコミュニティという言い方をいたしましたけれども、学校というのはある方が、アメリカの方ですけれども、「学校というのは拡大家族のようなものだ」というふうに言っておられます。つまり、1人の危機というのがみんなの危機になってしまう、そういうところで、非常に狭い限られた空間の中で人と人が触れ合っている、そういうところになります。そして、非常に閉塞的な空間でもありまして、今学校が開かなければいけないという話がありますが、学校が開かなきゃいけないと同時に守らなければいけないというのもありまして、そういう中でなかなかそういうところで起きてくることという中で、お互いそういう空間にいることのつらさというものがあるという感じがいたします。逃げ場がないというような状況もよくありますよね。

それから、学校で自殺だけではなくいろいろな事件が起きますと、学校というところは子どもたちの健康な発達を促進していこうとするそういう営みで、その現実的な営みを計画的にやっていくところですので、何か起きたときに学校現場は早く常の状態に戻ろうと急ぐ傾向というのがあります。そうなりますと、例えば家族が自殺をしたとか、あるいは本人が自殺をしたそのクラスとかその親しい人とか、あるいはそれにかかわった先生とか、そういう方たちはその自分の心の傷が癒えないまま取り残された状態になっていくというようなこともあつたりします。

そういう意味では今回のこの自殺総合対策の中には、例えば自殺未遂者のその後のケアですとか、あるいは自殺をしてしまった方の周りの人たちに対する援助ということも盛り込まれているというふうに伺ってまして、そこは非常に大切なことだというふうに考えております。

学校というところはどちらかという非常に前向きで一生懸命で真面目でというところをよしとする傾向がございます。それから、学校の先生というのもおおむね真面目で、そして一生懸命で弱音が吐けないというところがあります。例えばうつというような傾向がある、あるいは本当にうつ病という状態になっている学校の先生方の中でも、スクールカウンセラーのところに毎日のようにいらして死にたいというようなことをおっしゃっている方結構いらっしゃるんですね。でも、その方たちがやはり休めない。やはりそういう死にたいと一方で言いながら、校長先生が新しい学校の中のプロジェクトみたいなものをやろうとされて「それをやってくれる人」というふうに声をかけたときに、「私がやります」というふうにそのさっき死にたいと

言っていた人が頑張ってしまうようなそういうようなところもあったりする。その結果、なかなか治療とかそういうところに結びついていかない。

それから、実際に子どもにかかわって担任を持っていて自分が頑張りたいという人に対してなかなかやはり休めとか治療を受けに行けということが管理職の立場からも言いづらいというそういうような状況もあるように聞いています。そういった話を私はスクールカウンセラーさんたちのスーパービジョン等しておりまして随所で聞くことがございます。

そういった意味で、私の仕事としてはそういった学校現場の状況等をお伝えしながら、そういう中で学校にかかわるすべての方たちの精神的な健康という観点に立ちつつ、自殺の防止並びに自殺をしてしまった後の残された人たちへのケア、そのあたりのところにかかわることができたらいいというふうに思っております。

以上です。

中村座長 どうもありがとうございました。

では、河野さん、お願いします。

河野委員 5分って早いですね、すぐに来てしまいます。それでは、5分ちょうだいいたします。

中村座長 すみません、ごめんなさい。

河野委員 鶴養先生は、ライフステージでいえば子どもを対象とした領域ということでございますが、私はそれを受けまして次のライフステージであります働く人々を対象とした領域を担当する者として、日本産業衛生学会産業看護部会の会長の立場で発言をするようにということでご指名いただいたと認識しております。

私たちの属する日本産業衛生学会は、皆様ご存じと思いますが、約7,000人の会員がおりまして、学際的な学会ですので産業医、産業看護職、それから産業衛生技術者、産業歯科医師とかいったような方たちが加わっております。そして、それぞれに部会をつくっているんですが、私はその中の産業看護部会に属して仲間と共に、看護職の立場で働く人々への健康支援の在り方を研究し、実践活動について検討しております。

今までも看護職は産業現場で働く人々へのメンタルヘルスケアについて、それぞれに努力してきましたが、私は仲間たちとの話し合いの中でもっともっと産業の場で働く人たちへの看護専門職としての働きかけが必要ではないかと思っております。またそれについて働きかけをした結果の効果もかなり出ていると思っております。

私自身でございますが、現在は産業看護職を育成する大学に属しておりますが、その前の27

年間、産業現場の第一線で産業看護職として仕事をしてまいりました。ですので、働く人と結構身近に接する機会が多かったわけですが、その中でいろいろと感じる事がございました。

そのことにつきましては平成14年に厚生労働省に設置されました自殺防止対策有識者懇談会に参画させていただいて、いろいろな意見を申し上げさせていただきました。その後のことを振り返ってみますと、その提言を受けていろいろな対策がとられてきていると思うのですが、もう一步踏み込んだ対策が必要かなということも一方では感じております。

そこで、看護専門職としてどのように貢献していけるかということですが、産業看護職は病院で働く臨床看護職と同じく、最も対象者に近い位置にいるという特徴があります。それと、全生活をとらえての援助あるいは全人的な対応といったようなことが看護の専門性というふうにあります。

先ほどご紹介いただきましたように、統計上自殺者の多くを占める中高年の人々は本当にストレスフルな生活を送っていらっしゃる方が多くて、厚生労働省の5年ごとの労働者健康状況調査の直近の調査では、職業生活上の強いストレスとかあるいは悩み、不安がおありの方は61.5%ということですので、本当に6割以上の方がそういう状況で職業生活を送っていらっしゃるということがございます。身近で働く人々に接していると、ストレスフルな職業生活がまた自殺とも関連があると実感しております。

私が自分の経験から思いますには、人間というのは孤独はすごくつらいことだということです。特にこのごろIT化が進んでまいりまして、人と人とのコミュニケーションがうまくいかない人が多くなってきていると思います。機械とは大変仲よしなんですが、人と人とのかわりが薄くなってきている。そういうことから孤独な状態で仕事をなさっている方が多い状況です。私は自殺未遂者への対応はそれほど経験したことはありませんが、多くの自殺念慮者、自殺企図者とコミュニケーションを十分にとり、きめ細やかな対応をすることにより、そこから抜け出ていただいたケースをたくさん経験しております。このように、対象者の身近で看護専門職として対応していくことの重要性と効果を実感しているところでございます。

それから、あとは風通しのよい職場づくりといったようなことが非常に大事だと思います。コミュニケーションをよくする意味でも風通しのよい職場づくりが必要だと思います。しかし、それを実現するためには職場の管理監督者にその気になっていただかなければなりません、管理監督者自身も忙しいですからなかなか難しいのが現実です。その中でもそれができた職場もあります。その職場では非常にビビッドで皆さんが不安なく仕事をしておりますので、やり方がやはりあるんだと確信しているところです。

それから、50代から60代にかけての自殺者が多いと先ほど高橋参事官からご紹介がございましたが、60代の自殺の多いのは納得のいくことです。今統計に表れているその人たちというのは特に仕事一途にずっとやってきて、そして退職後生きがいといったようなものが足りないといったようなことがまた1つの要因ではないかと思うわけです。退職後の人のことを濡れ落ち葉とか粗大ごみなんてひどい言葉で表現してますが、私はそういうことにならないように在職時代からサポートしておりました。そして、一定の効果はあったと思います。このようなことをやっていくことも大事ななと思っております。

時間がきてしまいましたのでこれぐらいで失礼します。

中村座長 心が痛いですがけれども。また機会ございますので、よろしく願いいたします。

では、続きまして斎藤さん、お願いいたします。

斎藤委員 いのちの電話の斎藤でございます。

私どもの活動は1971年に開始されまして、ことし35周年でございまして、全国に、ボランティア活動でありまして、専門家を含む7,500名ほどの相談員がおります。年間全国で71万件的相談を受けております。自殺問題の比率は全国的には5%ぐらいでございまして、東京都は1割ぐらいでございます。

私はきょう、意見というよりも現状の報告を申し上げたいと思いますが。まず、12月1日から7日まで、12月1日は5年前に厚生労働省がいのちの日と定めていただきまして、この日、つまり12月1日から7日まで全国のいのちの電話をオンラインでつないでフリーダイヤルで、つまり同一番号で自殺問題を集中的に相談を受けるということとございまして。2001年以来、今年は6回目になりますが、この5年間毎年1万件的相談を受けております。

この期間中はただいのちの電話ではなくて、自殺予防いのちの電話とこう称しておるということもありますけれども。相談全体の32%ほどが自殺問題でございます。これはフリーダイヤルのいのちの電話、自殺予防いのちの電話と呼んでおりますが。

このための広報として大きなポスターをつくって、全国のJR各社の駅のホームや車内にも貼ってもらうと。これは当初は認めてくれなかったわけです。ある私鉄の鉄道会社にいたっては刺激を与えると。それこそ縁起でもない、こういう理由で拒否されたのでありますけれども、最近はJR全体で掲載をしてくださる。それから、駅の改札の外で小さいカードを配付する試みを昨年からしておりまして、実はあした実施をするんですが、東京駅、新宿駅では駅員が大勢出て私どものボランティアと一緒にチラシを配付してくださる。これは今まで考えられなかったこととございまして。やはり日本人全体の自殺問題についての意識といいましょうか

死生観というか、少しずつやはり変わりつつあると、そういう実感をいたしております。

それから、あと2つ簡単に申し上げますが。10月16日からインターネットによる相談を開始いたしました。1カ月で160件。自殺問題の占める比率は2割、通常は5%なんですね、ところが2割。これは欧米でもそうでありますけれども、ネット相談は自殺問題が訴えられやすいというか、ネット自殺という病理的な問題ばかり指摘されますけれども、むしろそれを逆手に使って援助的、治療的な役割を果たしていく、これは新しい試みとして今後この成果については十分分析をし、またこれを拡大していきたいと考えております。

それから3番目は、今年に入って仙台と千葉のセンターが自殺のサバイバー、つまり自死遺族のためのケアを始めました。それぞれ10名前後のサバイバーが集まりまして、すぐれたファシリテーターを得たということもありますけれども。やはりここでも従来考えられなかった自死遺族の方が自殺の問題についてかなりオープンに自分の経験をお話しいただいたということですね。これはいずれ全国に広げていきたいというふうに考えておりますけれども。これはサバイバーの研究といいましょうか、自殺の心理的剖検にもつながる大変貴重な1つのテーマというかデータを提供申し上げることができる、こんなふうに考えております。

以上でございます。

中村座長 どうもありがとうございました。貴重なご体験に基づいたお話ありがとうございました。

では、次に清水さん、お願いいたします。

清水委員 皆さん、こんにちは。清水です。NPO法人自殺対策支援センターライフリンクの代表をしております。

私自身のお話をさせていただく前に、1通手紙をご紹介したいと思うんですね。

「皆さんへ。今、だれかが私の手紙を見ているとき、きっと私は死んでいるでしょう。この忙しいときにご迷惑をおかけします。今まで私を愛し、育ててくれた家族、ありがとう。今まで仲良くしてくれた友達、ありがとう。じいちゃん、頑張って早くよくなってね。部活の皆さん、本当に迷惑ばかりかけてしまったね。これでお荷物が減るからね。もう何もかも頑張ることに疲れしました。それでは、さようなら。」

皆さんも新聞やテレビで目にされたことがあると思います。岐阜でいじめを苦にして自殺で亡くなったと言われている女の子が残した最後の手紙、遺書ですね。

福岡でやはり自殺した中学2年生の男の子もこういうふうには書いています。

「いじめが原因です。いたって本気です。生まれかわったらディープリンパクトの子どもで

最強になりたいと思います。お母さん、お父さん、こんなだめ息子でごめん。いじめられてもう生きていけない。」

私は2年ほど前までNHKでディレクターをしていたんですけれども、「クローズアップ現代」という番組を担当していたんですが。そのときに自殺で亡くなられた方々の遺書の取材をしたことがありました。主に中高年の男性、つまり父親たちの遺書だったんですけれども。その中高年の男性たちも「だめな父親でごめん」とか、あるいは「仕事のできない部下で申しわけありませんでした」と、みずから謝りながら命を断っていったわけなんですね。

これ自殺の問題を考えると、私はそうした子どもから大人までが本当は生きていきたいんだけど、でもこの子どもが書いているようにいじめられて「もう生きていけない」。もう生きていけなくなつて死を選んでいったんだ、選ばざるを得ない状況になっていったんだと、そういうことなんだろうと思います。

私たちはこうやってたくさんの人たちが毎日毎日亡くなっていった、自殺に追い詰められていった、この同時代、同じ社会に生きているわけで、それぞれ皆さんお立場があつて専門家でいらっしゃることは重々承知の上なんですけれども。まず、こうした現状に対して同じ社会に生きているひとりの人間としてどうこの現実と向き合っていくのか。その先に、では、それぞれ専門分野を持っている、みんなで協力して一体何ができるのかと、考えていかなければならないのだと思います。そうした構え方で、これから自殺大綱づくりに私もかかわらせていただければと思っています。

ポイントとしては、3つあるのではないかと思います。1つは、自殺総合対策ですね。これ何が総合なのかと。自殺対策と自殺総合対策とは何が違うのかという議論が当然あるわけですが。私自身、自殺対策基本法の中身のことに多少かかわらせていただいた立場からお話しさせていただくと、自殺総合対策というのは、自殺に追い詰められていくあるいは自殺していくその個人を対象とした対策だけではなくて、個人を自殺に追いやっている社会の側に対して、これは仕組みであつたり場合によっては法律でもあるかもしれませんが、あるいは価値観、そういったものも含めてになるわけなんですけれども、そうしたもの、社会の側に対してしっかり網をかけていくんだと、そういう意思をしっかりと示しているのが自殺総合対策なんだろうと思います。

その意味で言うと、私はよく「生き心地のいい社会」という言葉を使わせていただいているんですけれども。あるいは、追い詰められ型社会からの脱却ですね。社会づくりでもあるんだと。自殺総合対策というのは単に、単にと言うとちょっと怒られるんですけれども、自殺の瀬

戸際の話だけではなくて、この社会の在り方としてしっかりどういう社会であるべきなのか、どういう社会がみんなにとって生き心地がいいのかを考えていく必要があるのではないかと考えています。それが1点ですね。

2点目としては、自殺総合対策あるいはこれから大綱づくりを進めていく上でも、実務的な対策と啓発的な対策、実務的なアプローチと啓発的なアプローチ、この両面から考えていく必要があるだろうと思っています。社会を対象とした対策が必要である場合には、特にこの啓発的な部分というのは非常に重要で、例えば地域地域でそれぞれ自殺対策ネットワークを立ち上げていきたいと思いますといったときにも、その地域の人たちが自殺対策、社会あげてやっていきたいと思います、地域あげてやっていきたいと思いますという合意をしていなければ、いくら実務を一生懸命やっても根付いていかないわけですよ。ですから実務的な対策を講じていく、その自殺対策の種をまくあるいは苗を植える作業と並行して、社会全体あるいは地域全体で自殺対策に取り組んでいきたいと思います、「生き心地のいい社会」をつくっていきたいと思います、そういう合意形成を、自殺対策が根付く土壌を開拓するという意味でやっていく必要があるのではないかと考えているというのが2点目です。

3点目は、その際に「現場本位でやっていく」ということが重要だろうと思っています。私たちのところは特に相談業務をやっているわけではないですけども、テレビに出たり新聞に出たりして自殺対策の必要性を訴えたりすると、わらをもすがる思いで電話してくる人がいるわけですね。あるいは手紙、メールでもいろいろ相談してこられるんですね。そうした方たちに逐次対応していくと、どういった対策が必要なのかというのが結構見えてきます。どういつながりがあればそういう死にたいという思いを抱えている人が「生きていく選択」をできるような支援をしていけるのかというのは、現場に耳をしっかりと傾けていけば割と見えてくる部分があります。

ですから、今現場でいろいろな活動が進んでいますので、ぜひそうしたことをてこ入れしていくというのを第一義的に考えて、それと並行してリサーチ、研究を行って、その成果をどんどん現場に還元していくと。これは「アクションリサーチ」という言葉を使うらしいですけども、アクションリサーチを徹底して自殺総合対策、社会づくりをやっていく必要があるのではないかと。あるいは私自身はそういうふうな形でやっていきたいというふうに考えています。

以上、3点。私ごらんのとおり若造で何か専門分野を背負ってきているわけではないんですけども、これまでいろいろな遺族の方や未遂者の方、あるいはそれぞれ専門を持っている方々と率直に意見交換したり議論させていただいたりしてきている中で自分なりに感じているも

があるので、遠慮なく発言させていただきますが、ぜひそこは若気の至りだと思ってご勘弁いただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

中村座長 どうも、とても具体的なご提言まで含んだご意見だと思います。ありがとうございました。

では次に、高橋委員、お願いいたします。

高橋（信）委員 私はJFEスチールに属しております高橋ですが日本経団連から産業界を代表する立場でこの検討会に参加をということで参りました。経団連の中に安全衛生部会というのがございまして、そちらでこういう自殺対策、その基本としてのメンタルヘルス対策ということなどを論じております。そこの一員でもありますのでそういう立場も踏まえてお話し上げたいと思います。

きょう簡単なレジュメといえますかテクニカルチームだけ並べたようなものを用意しましたので、それに沿って雑感めいたものをご報告します。

産業社会の状況ですが、端的なエピソードを紹介します。経団連と日経連が4年前に一緒になりましたが、そのときの課題の1つとして、これからの社会構造の変革や産業界の変遷を思いますと、メンタル及びその延長線上の自殺問題が将来的に問題になるのではなかろうかという提起がありました。それで両組織が統合したときに産業保健と安全問題を扱う委員会を残したという経過がございます。先ほどの報告にありましたように中高年が多い、しかも経済・生活問題であるということですので、我々産業社会も自殺については注視しているという状況です。

一般的な対策としては、さっき河野先生が触れられましたように、産業社会としては労働衛生あるいは産業保健という分野で体制を整え、いろいろな施策を考え取り組んできているということがございます。主な中身を2番に示しましたが、産業保健体制として一般的には産業医あるいは産業看護職といった人を起用して、その次に示した教育の問題に取り組み、相談機能を整備し、そして不調に陥ってうつ傾向がひどい人の扱い、さらには自殺念慮が出てきたケースの対応などを進めています。

一方、産業保健の問題にとどまらず、いわゆる人事労務管理の問題があります。過重労働による自殺が時々マスコミをにぎわせますが、そういう事例については上司の就業管理や人事部門による配置の問題がしばしば問題になります。この分野と合わせて対応を進めているという状況にあります。

これらの項目で特に言及したいのは、2の(3)に書きました相談機能についてです。これ

によりいろいろな問題がキャッチされ対応がとれるという場合がございますが、相談窓口は心の健康ですとか心の不調という言い方をすると余りクライアントが訪れてくれません。むしろ健康全般、生活相談またはよろず相談みたいな形がいいと思います。そうするとお金の問題ですとか遺産相続ですとか事故を起こし困っているといった相談がまいります。その中にたまたまメンタル上の問題が含まれるということがよくあります。そういう機能を充実させるということは産業社会においても大変大事なことと思っています。

3、4番に課題というか提言めいたものをお話ししたいと思って項目を用意してきました。まず、組織内機能の充実・整備です。これは我々企業内もそうですし業界ということもあります。あるいは規模の大きさにもよりますが地域の集まりが、それぞれ機能をさらにまだ充実させなければいけないのではないかとということです。

2つ目に、我々産業界の内部だけで解決できる問題ではありませんし、論じても限界があります。したがって、地域ぐるみでいろいろなことを考えていただきたいということが1つ。次に専門家の間の疎通をよくしていただきたいということです。固有の話を申し上げますと、例えば産業医という制度があり、その産業医がいろいろと医療問題とか相談について対応しているわけです。その中で長くうつで休んだ方が職場復帰するという場面がよく出てきますが、こういうときにどういう情報を外部の専門家からいただけるかといいますと、不十分なことが多くあります。

この情報についてはティピカルな内容というのはありません。よくあるのは、心因反応により軽作業が必要という言い方です。軽作業って一体何だろうかと悩みます。物理的にそうなのか心理的になのかあるいは過重労働じゃないですが残業がだめなのか、海外出張なのか、そういうことがしばしばあります。こういうことを知り合いの先生方と話しますと、産業医も悩んでいますし精神科も悩んでいるという実態のようです。したがって機能的に連携していただくと大変ありがたいと思っております。これは内科の先生も含めて一緒でございます。

それから、中小事業場、例えば経団連のメンバーの中でも一事業所をみますと数十人単位の組織というところがございます。そして下請け会社やグループ会社においては小さい規模のところが多く、なかなか体制が作れないという問題が提起されています。

4番目になりますが、各領域の、物理的および機能的という両方の連携です。(1)と(2)を合わせて申し上げますと、物理的なネットワーク、それから関連する機能集団、専門領域間のネットワークということです。これらをもっと充実する必要があると日頃考えています。

それから、先ほど事例研究の積み重ねが必要というお話が出ましたが、調査研究の推進とい

うことです。例えば、最近うつにはいろいろなタイプがあり、対応はケースによって違うという記事がありましたが、そういう現実的な情報を社会全体が迅速に得ることができたら、さらに効果的に対応が進められるのではないかと感じています。

産業界の者としてこんなことを考えていますが、自殺対策は各分野の対策だけでは効果的ではありませんので、今後先生方の意見を聞きながら、一緒に知恵を働かせ、協力してよりよい社会ができたらいいと思います。

ありがとうございました。

中村座長 どうもありがとうございました。

では、次、もうお一方の高橋委員、お願いいたします。

高橋（祥）委員 いろいろな意見が出てきましたが、それに付け加えて、私は自殺予防に関しては総合的、長期的な取組をお願いしたいと、この1点に尽きます。

私は自殺対策基本法は今後の方針を示す骨組みとしてはよくできた法律だと思います。国連の自殺予防のガイドラインの中身も盛り込まれている。ですから、大方針に基づいてどのようにして長期的な取組をするかということが最大の課題だと思います。

私は精神科医になって四半世紀が過ぎました。その経験からすると、自殺というのは決して自由意志に基づいて選択された死ではなくて、さまざまな原因で強制された死だということをつくづく実感します。

私が自殺予防に携わるようになった今から20年以上前を考えると、自殺予防は精神医学の中でもあまり関心が払われていない分野でした。当時を振り返ると、いのちの電話の斎藤先生ぐらいしか国際学会でもお会いしたことはないくらいでした。自殺は覚悟の死だ、自殺は防ぎようがないといった世間一般の風潮でした。

最近になって自殺予防に余りにも突然光が当たっているいろいろな人が自殺予防に関与し始め、それ自体はとてもうれしいんですけども、長年にわたってこういう分野に首を突っ込んでいいる者とする、少々当惑している感じが私にはあります。花火を打ち上げるといこともとても大事なんですけれども、それをいかに長期的な活動にしていくのかということの方がはるかに難しいので、ぜひそういう方向にいくように見守っていきたいと思います。

なぜこんなことを言うかということ、フィンランドで必ず自殺予防の関係者が必ずこうゆうことを言うんですね。フィンランドは国の対策として自殺予防が成功した国です。メディカルモデルとコミュニティモデルの両方が大事だと。メディカルモデルというのは要するに水際作戦ですね。自殺にすぐに結びつきかねないところの病を早期に発見して、適切な治療をすること

です。特にフィンランドではうつ病、アルコール依存症、そして男性でした。そういう人を早く見つけて治療に乗せると。これは日本でも治療に乗らないうちに亡くなっている人が大変多いですから、そういう観点が必要。ただ、これだけではだめだと。コミュニティモデルも重要だと強調されています。今病気ではない、健康な人に対して、困ったときに助けを求めてもいいんだ、それが適切な対処行動だということです。そういう人たちが自然に助けを求められるような雰囲気をつくる、これが大事で、このメディカルモデルとコミュニティモデルを組み合わせる必要があるということです。

そして、もう1点、長期的な視点が必要だということですね。先ほどご紹介ありましたけれども、まず最初はフィンランドの自殺予防対策は3年計画でやりました。それでは短いということで2年足して5年にしました。その5年をもう一回やったんですね、合計10年。なおかつ外部の委員を入れて対策を評価しました。最低12年です。必ずフィンランドの人たちが言うのは最低でも自殺予防対策は10年単位だと。一、二年では効果は出ないということを必ず指摘します。自殺予防というのはやはりそういうふうな形でとらえていかなければいけないのではないかと。

先日、自殺予防総合対策センターの開設式で、WHOのベルトローテ先生が来て話されていたんですけども、メディカルモデルだけでもうつ病、アルコール依存症、統合失調症、これに対しては治療法があると。このようなこころの病を早期に見つけてきちんとした治療をするだけでも、自殺率を3割下げられると。ですから、メディカルモデルも大変大事だし、地域のコミュニティモデルも大事だし、それを組み合わせて長期的にやっていくということが自殺予防につながると強調していました。

繰り返しますが、自殺予防対策は一、二年で効果が出るものではありません。ですから、これをやはり社会の取組として10年、20年単位で続けていくということが、必要だと思います。

中村座長 どうもありがとうございました。今の長期というのは本当に大事なことだと思います。

では次、中桐委員、お願いいたします。

中桐委員 労働組合の連合の中桐と申します。私は別に自殺の専門家という立場ではありません。職場の労働安全衛生を守る仕事の担当をナショナルセンターと呼ばれる労働組合の全国組織でやっておりますが。

今回委員を受けるときには実は事務局にもお伝えしましたが、人数でいうともちろん民間の労働者の数をはるかに多いですから自殺の数も多いんですが、比率でいうと官公労働者、特に自

治体の労働組合のメンバーの方々の自殺というのは、職場で亡くなられた数でいいますと2位とか3位という非常に高いところにあります。そういう組合の担当者を委員に推薦したんですが、民間でということになりました。

きょうの資料の12ページにある労災認定数について中央の労災認定審査をしている立場からこの表の労災認定の推移、数、それから自殺者の割合ですが、実はこれは労災認定というのは大変厳しい認定基準を国がつくり、それに合致しない限り認定されません。また、どっちかわからないなというような、大変判定が難しいものもありますが、疑わしきは認めない。裁判では逆ですね、疑わしきは罰せずです。これはそういう数字なんです。

別の表の100時間を超えた方々の認定が一番多いですが、月100時間を超える残業をした者が認定基準なんです。100時間を超えていればほぼ間違いなく認定されます。ですから、このようになる。しかし、その横にある残業時間がそれ以下の者の12%、22%、14%、こういう方々についてはWHOが決めましたICD10というストレス判定の評価表がありますが、それで判定をする専門医の判断に委ねられて決まっていく。そこでは人の主観が入ります。残業が100時間を超えていけばいいですよとなります。

それから、この統計に載ってない労働者がいます。労災認定というのは三審制です。実際に職場で起きた自殺を近くの労働基準監督署に労災として訴え、署長が判定します。だめだったら都道府県の審査会に審査を申請します。それでもだめだったら中央の審査会に申請する、中央がだめだったら今度は行政訴訟を起こす。中央にあがって決定されるまでに今五、六年かかっています。その理由は監督委員がさぼっているわけではありません。労災申請数が多すぎて手が回らないので時間がかかる。

中央で認定されなかった。さらに行政訴訟にいくと、また一番下の裁判所から始めますので最高裁判決までにさらに5年以上かかります。トータル10年以上。ですから、もう最初からあきらめる方もたくさんいます。最近大変過労自殺の認定請求がふえており遺族の方々が来て公開審査でいろいろ証言をされますが、お金のためという方はほとんどいません。お父さんが亡くなって、お父さんが弱くて自殺したのではない、仕事のせいで自殺したんだと。お父さんの名誉を守るために頑張るんだという方がほとんどです。統計の背景も見ないとこの数字はわからない。ぜひこれら自殺統計と取り方についてもこの検討会の方で点検していただきたい。

先ほどの遺族の問題ですが、自殺に関して予防対策が大事なんですが、実は残された遺族の方々、さっき言ったように10年、普通弁護士がいないとなかなか裁判も労災審査もうまくいきませんが、その費用を抱えながらということで、お母さんは仕事に出、進学希望だった子ども

たちは進学をあきらめてという形でそういう裁判闘争を続けている。そういう方々はやはり補償が下りなくても何か社会補償的に救済できるような対策、生活補償が必要ではないかなと思います。

私もフィンランドに調査に行ってきました。日本も総合的で長期的な、5年、10年計画のナショナルプロジェクトとして取り組み、国民にも政府は本気で取り組んでいることを見せない限り、自殺は防止できないと感じております。

これから皆さんと議論しいい結論が出ればいいなと思っております。

中村座長 どうもありがとうございました。こういう数字の陰にもいろいろなことがあるという大事なことを教えていただきました。ありがとうございました。

では次に、樋口委員、お願いいたします。

樋口委員 国立精神・神経センターの樋口でございます。私は高橋委員と同じ精神科医でございます。私に与えられた役割は恐らく診療、臨床の側から見てどのような対応をしていくことが必要なのかということ、きょうはいらっしゃっておりませんが、日本医師会の天本先生との連携といえますか、そういうところで発言をさせていただくという立場であろうと思っております。

ちょっとメモをつくってございますので、ごく簡単にこれに則して自己紹介をさせていただきますが。私は精神科医でございますけれども、専門領域としてはうつ病を専門にしております。毎週うつ病の専門外来で何人もの方々を診察しております。ほとんどのうつ病の方々は死にたくなるという症状を持っておられますので、死にたくなる病と向き合っているという日常でございます。

視点というところに書きましかれども、これはもう先ほど来何人もの方がおっしゃっておりますが、総合的な観点で取り組まなければならないということでそれは私もそのとおりだと思っております。きょうさまざまな委員の方々のご意見の中にも出てまいりましたが、児童・青年期、それから働き盛り、そして老年期というふうに大きくピークがあるわけございまして、そこに共通しているものを議論していく部分と、それからある程度フォーカスを絞って、場合によっては例えば働き盛りのところにフォーカスを絞った議論というの必要なのかなと。どの辺に的を絞るのかというのはこれからこの検討会で明らかにされていくものと思います。

それから、もう1点は、3万人を超えたということで、1つのゴールとしては3万人を切る、要するに平成10年以前の数値に戻ればというのを1つの目標にしているのですけれども、私はそれがもとの2万5,000人に戻ったら、はい、解決しました、おしまいですというふうになっ

てほしくない。それはやはりもともと2万5,000人でもその数の自殺者が毎年毎年日本の中で生じているという現実是非常に重いものだと思いますので、そういうふうな解決のゴールをそこに設置するのは問題であろうかというふうに思っております。

次のページで、私はそういうことで医療の立場に立っておりますので総合的な中でも特に医療の立場から見ていきますと、先ほど来資料の中にも出てまいりましたけれども、自殺者の85%とか90%に精神障害があったというような報告がございます。原因というのは大変複雑で精神的な病というのは極限に至りますとだれでも精神的にはどうかなってしまうということなので、これだけに単純化するつもりは全くございません。しかし、私が特に注目をいたしますのは、多くの自殺者が自殺する前1カ月以内ぐらいに体の症状を愁訴に内科の先生のところを受診しているという現実がある。そのときには体の症状だけ訴えて死にたい気持ちとかそういったものは表現していないという現実があること。ここは1つは、先ほど水際作戦と言われましたけれども、水際のところで一番重要なところではないか。

この間、5年ぐらい前からでしょうか、これは厚生労働省の方の肝入りで日本医師会が自殺防止マニュアルというマニュアルをつくって開業医の先生、内科、かかりつけの先生方に配付をして、そして協力をして何とかしていこうということでマニュアルをつくられましたけれども、マニュアルをつくっただけではなかなか思うようにいかないということがございます。そのこのところにもう一工夫が必要なのではないかということで今回のこの検討会の中ではそういう点での提言もさせていただこうかと思っております。

それから、時間の関係で飛ばしますけれども、次の3ページ目の下の方に90%の精神障害の内訳という、これは先ほどの資料にもございました。やはり必要なのは、本当にこういった背景があるのかというのを先ほどの心理学的剖検も含めて、もう少しきちんとした調査をしていくということが必要なのではないかと思えます。諸外国ではかなりその辺がしっかりされていて資料があるのですが、日本はなかなかそこまでの詳細な検討がなされていない現実があると思えます。

それから、次のページですけれども、先ほど申し上げましたように、下のところで多くの自殺者がかかりつけ医を受診しているということで、これは諸外国でのデータでございますけれども、そこに書きましたような1年以内にヘルスケアを利用するとか、あるいはかかりつけ医に1カ月前に40%~60%が受診しているというようなことがある。ここは何かできそうな気がするというのが我々の医療に携わっている者からの意見でございます。

次の最後のページでございますが、そういう意味でかかりつけ医と精神科との連携。その連

携のためには今のままではなかなかそう連携が進まないのも、もう1つ間に介在させる何らかのシステムが必要ではないかということで、これはもう少し煮詰めてから提言をさせていただこうと思っております。

一番最後のところは、これは厚生労働省の心の健康科学の研究事業の中で5年間の戦略研究という研究が平成17年度からスタートしておりまして、その準備に私は多少かかわらせていただきましたので、ちょっと紹介をさせていただくのですが、そこにありますように、目的としては全国各地のいろいろな取組でこれも総合的な取組をするということで、大規模共同研究を行うというもので、戦略研究そのものが日本では医学のどの領域も含めてほとんどやられておりませんので、同じ研究計画で全国一斉に幾つかの拠点で取り組むということでございます。

2つ課題があって、その下の括弧のところにありますように、複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究、地域の中でのさまざまな手法を用いた介入を行って、介入の結果がどうであったかというアウトカムを比較するということ。

それから、2つ目が、未遂に終わった方々の再発防止、これは主に救命救急センターを中心にして、そこで未遂の方々にどういう手を差しのべて行けば再企図を防ぐことができるかというこの2つの大きな課題が今進んでいるところでございます。

以上です。

中村座長 どうもありがとうございました。日本の場合、かかりつけ医というのがなかなか難しいような気がいたしますけれども、またいろいろご意見を伺わせていただきます。

では、次、南さん、お願いします。

南委員 読売新聞東京本社解説部の南でございます。よろしくお願いいいたします。

新聞社で、主に厚生労働行政などの報道と解説に携わっています。教育、福祉、医療などに広くかかわってまいりましたが、自殺問題については今から10数年前だったか、当時国際基督教大学の助教授でいらしたと思いますが、スチュアート・ピッケンさんという方から、日本の自殺の報道は最低だというようなご指摘を受けたことが鮮明に思い出されます。そのピッケンさんという方とはその時のご縁だけでしたが、先だって調べましたら国際基督教大学の後名古屋に所属されて、すでに帰国をされたようです。「日本人の自殺」という本もサイマル出版から出しておられる方です。

そのとき「最低だ」と言われた理由は、例えば、ビルの屋上から飛び下りた自殺の件を報道するときに、そのビルを写した写真で点線で上から下にこういうふうに落ちたんだというふうを示したりするというのです。こういう報道するのは最低なんだというお話でした。それが印

象に残っています。その後それほどそのことが意識の中にとまっていたわけではないんですが、近年自殺3万人ということになって、8年間もそういう状態が続いているという中でいろいろな方にお話を伺ったりする。そのたびに報道の在り方を考えてもらいたいということをご指摘いただくようになりました。あのときのあの指摘というのはそういうことだったんだ、ということをおくればせながら思い出しています。

先ほどお話をいただきました高橋祥友先生にお話を伺ったときにも、先ほどもお話がありましたけれども、フィンランドの例。それからオーストリアでの80年代でしょうか、地下鉄が通ったことによって非常に多くの自殺が出ただけけれども、メディアの取組も1つの効果をあげて、もちろんそれだけではないわけですが、自殺をかなり減らすことができた、というようなお話を伺いました。私どもの仕事は「伝える」ということなんですが、事実を伝える、なるべく客観的に伝えるということなんですけれども、その伝え方というものには確かにいろいろな問題もあるし、改善の余地もあるのかなということを感じた次第です。

前回厚生労働省の自殺防止対策有識者会議のときにも、報道についてのご指摘はありました。あの会議では父親を自殺で亡くした遺児の方々が話をしてくださったりする機会もあり、本当に胸を突かれるような話もいろいろ伺いました。そういうことも総合してどう伝えたらいいのか、ということをご何年かずっと考えてはいたんですけれども、なかなかまとまらないでいます。

先般から、子どもの「いじめ自殺」というものが、ずっと連鎖するように続いて、それに対してあるテレビ局、それから新聞の記事にもありましたけれども、メディア各社がそれぞれに考える姿勢を見せ始めたと思います。事実を伝えるだけでなくて予防的なことを伝えていかないといけないのではないかなと、各社が報道の中でできることを探り始めたというか、そういう取組が見られるようになりました。

先ほど来お話が出ておりますように、この問題は長期的かつ総合的に行わなければ効果をあげることは難しい問題であると思います。その中で私どもも報道という立場でどういうことができるのか、表現の自由、報道の自由ということの中で各社共通に取り組むということはなかなか難しいかもしれませんが、各国の経験などを参考に、それからWHOが出しているマニュアルなどもよく検討して、社会の一員としての取組につなげられたら、と思っております。

最後に、先ほど清水さんのお話にありましたけれども、やはりこういうことになっている社会というもののありようを、国民に、気づいて、考えていただく、ということは、どうしても必要で、そのために社会の一員としてできることをしていけないと思います。自殺

の総合対策にむけて皆さんの知恵を絞っていただき、自分のできることを見極めていきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

中村座長 最後に、本橋委員、お願ひします。

本橋委員 私、秋田大学の本橋と申します。秋田県は先ほど事務局からご説明ありましたように、自殺率で見ると全国一ということで、都道府県の中では比較的トップで走ってきたところだす。それは悪いことをなるべくよい方向にということにつながりました。私自身、2000年からこの秋田県の具体的な対策にいろいろかかわってきたということで、この検討会では地域における自殺対策の在り方であるとか、あるいは私自身はもともと医師ではありますけれども公衆衛生を専攻しておりますので、個別のアプローチよりはどちらかというところポピュレーションアプローチといひましようか、集団としてどういふふうに対策を立てていったらいいかということについての経験を幾つか貢献できる部分かなというふうには思っております。

地域では実は高齢者あるいは中年の方の自殺が多いのですけれども、こういう方たちがターゲットでございます。しかし、秋田県もやはりすべての世代の人たち、その子どもの自殺を含めてやりましようという視点は持っております。ただ、日本の現状から見ると、やはり今は中高年の人たちどうしますかということをおたちもやってきたという経緯がございます。

今後の大綱の在り方みたいなことを考えてみると、基本法の中に非常によく書かれていふかというふうには思ひますけれども、やはり包括的、総合的な取組というのが大切でありますし、特に地域の中でやっていくとそれは非常に重要だと、強く感じております。

4つのことだけちょっとお話をしたいと思ひのですが。1つは、地域でやっていてやはり連携の重要性だす。これは対策法にも含まれておりますけれども、秋田県の場合でも大学であるとか行政、それからメディア、福祉だすね、それから民間団体の方、職域の方、非常に連携を持っています。単に会議を持つというだけではなくて、やはりそれぞれが何ができるかということをお踏まえて、それぞれができることをやっていくということが大切なのだと思ひます。そして、ネットワークをつくっていくということが非常に大きな力になるというふうには実感しております。

2番目が、これは持続性とか継続性が大切だということだす。これは高橋祥友先生も言われたのですが、長期的な視点ということにもつながってまいります。私どもがかかわった市町村の取組の中でも合併をしたりして予算が余り入ってこなくなつて、ちょっと低調になったところはやはり自殺率が上がってくるのだす。それは我々の努力不足のところもあるのだすけれども、やはり継続的にやっていくということ。それには予算をつけるとかそういうことも必要で

すが、継続性という視点を常に持っていかなければいけない。これは小さな市町村だけではなくて、日本全体においても言えることだというふうに思います。

3番目といたしましては、地域の中ではやはり住民の方が主体的にかかわってきてくださるような組織をつくってくださると非常にうまくいくということですね。やはり他人ごとではなくてみずからの問題としてこの問題に地域全体がかかわるであるとか社会全体がかかわる、これは啓発の部分も必要でございますけれども、そういう参加の視点といたしまして、それがあある地域は非常にうまくいっているという印象を私は持っております。これは国全体として考えていくときにも同じことで、きょうのような検討会でいろいろなお立場の方が知恵を集めるわけですが、一般の国民の方々にもやはりこの問題に主体的にかかわるといようなことを広く啓発していく必要があるだろうと思います。

それから、4番目でございますけれども、悩める方に対する地域とか社会からの支援の視点です。これは当然のことですけれども、人と人とのつながりみたいなことをうつ対策だけではなく、我々は啓発を進めてきました。やはりお互いが信頼できるような地域であるとか社会とこのを目指していく、清水さんが言われた生き心地のよい社会みたいなことにつながるわけですが、そういうことが実際の現場でも非常に大切だということに思っております。

最後に、大綱づくりについての若干の私自身の意見としては、一番最初に事務局の方からお話あったように、半年ぐらいの非常に短い期間でやらなければいけないということですが、実際に私どもは地域の中の行政の方々とお話をしているときに、やはり国としてこの大綱の骨組みをきちんと示していただいたものを待っているような状況がございますので、なるべく具体的な対策をどう進めていったらいいのかということが、自治体の関係者であるとか地域の方が非常に望んでいることだと思います。非常に期間が限られておりますけれども、総論的な部分は実は対策基本法の方で理念であるとかについては十分なものが出ています。それを踏まえてもう待たなしの問題であるということで、具体的にどうやっていくのかということ、何回かの議論の中で詰めていくということが大切ではないかと思っております。

以上でございます。

中村座長 どうもありがとうございました。

それぞれお一人お一人のご意見がとても重く、本当に考えさせられる。最初に全くの素人として短い時間で答えを求められているこの会議だけれども、基本的なことを考えたり、今何となく生きにくい社会になっている、それを見つめたいということをお願いして、「そんなこと

言っても」とおっしゃられそうな気がしていたんですが、皆様から総合的、長期的、それから今の生きにくい社会のありようをちゃんと見つめようというお話がたくさん出て安心し、ぜひこの方向で考えたいと思います。それから、具体的には現場しかないので、現場をよく見てそこから答えを出そうとか、本橋先生の持続していかなければいけない、継続していかなければ、一生懸命やったけれどもまただめになってしまうというような具体のお話など大事なお話がたくさん出ました。これをもとにしてつくっていったらいい報告ができるだろうと思っております。ぜひこれからもいろいろなご意見を出していただいとしたいと思います。

これは5時までとお約束していますので、皆様をせかせてしまいました。あと10分ぐらい時間がございますので、ご質問とかほかの方のご意見に対してのご意見とかおありでしたら、どうぞおっしゃってください。

斎藤委員 これは内閣府の共生社会政策のセクションでお呼びかけをいただいたわけですが。実は共生という言葉は厚生労働省が4年前に当時の厚生労働大臣に提言申し上げた自殺防止対策の、何と言いましたかね、自殺予防に向けての提言、この中に共助、共生社会の創成ということをやっているんですね。ただ、私つくづく思うのは、格差社会がこれほどまでに広がっている中で、何か共生というのはうつろな響きを私は感じるんですけどもね。ですから、清水さんのおっしゃることには大変1つの共感を覚えるのだけれども、しかし、そこまで私どもが踏み込むことはできないんじゃないかなというふうにも思うんですね。

つまり、相談とか治療という役割を担っている少なくとも私どもの立場からすると、共助、共生社会というのはどうも極めて大きな課題であって、踏み込むことはできないというか。にもかかわらず内閣府の共生社会というセクションがこういう検討会を設置されたということは、このセクションの担当者の方々にこの共生ということについての議論をどこまでなされたのか、その辺のいきさつを私ちょっと伺いたいと思いをしております。ちょっと皮肉な質問になるかと思いますが。

中村座長 恐れ入りますが、事務局よろしく申し上げます。

柴田政策統括官 政策統括官の柴田です。このまず自殺対策基本法、これは議員立法で、先ほど清水さんも大変かかわられというお話を伺いましたけれども、議員立法で成立をしたわけですね。法律ができますとどこの所管にするのかということを経る議論になるわけですが、これは法律として内閣府でやろうというふうに法律上整理をされたということなんですね。

その内閣府でやるという理由というのは、恐らく自殺対策の8割近くは厚生労働省が担当す

るという中身なのではないかと思えますけれども、それでもやはり警察とか法務省とか金融庁とかいろいろな関係する役所がある。ですから、それをとりまとめる立場の役所というのがこの自殺対策基本法の事務方というか、それをやるのがいいのではないかとということで内閣府ということで法律上は決められたのではないかと思えます。

それでは、この内閣府の中で我々、私が担当しております共生社会政策担当で何でやるんだということでございますけれども、私どものところというのは典型的には例えば障害者対策あるいは高齢者対策、少子化対策あるいは青少年対策というような形、交通安全とか基本法にすると7本基本法があるというような私どもセクションなんですけれども。そこで共通しているのは、恐らくいろいろな意味でのハンディキャップなり悩みなりそういうものがある方々もこの社会の中でそのときはいろいろつらい立場にあるかもしれないけれども、いろいろな社会全体の支えの中でまた普通に暮らしていけるようにできる社会というようなことが共生社会というときの、ちょっと乱暴な言い方かもしれませんが、考え方ではないかと思えます。

自殺対策というのもまさにそういう考え方の中に含まれるのではないかとということもあわせて、私どものこの共生社会政策担当という中で仕事をするということになっているわけでございます。

斎藤さんのご質問にちょっと正面から答えているかどうか若干私も疑問がありますが、何かありましたらまたどうぞ。

斎藤委員 また今度いろいろ言わせていただきます。

柴田政策統括官 はい。

清水委員 私からもいいですか。

中村座長 どうぞ。

清水委員 非常に重要なご指摘だったと思います、斎藤さんのお話というのは。これはただ逆にだからこそ私なんかは社会づくりという視点をしっかり入れるべきだろうと思っていて。つまり、何か問題に取り組もうとするときにはその問題に取り組む人たちの間でその問題をどうとらえるのかという問題設定が非常に重要なわけですね。生意気なことを言うと、私はこれまでの自殺対策、これは主にうつ病対策を柱としてきたわけですが、この問題設定の仕方が誤りだったんだらうと。「自殺イコールうつ病の問題」としてしまったから、自殺対策に対する国民的な社会的な機運を高めることができなくて、その中で実務家たちが自殺対策のために連携しようと思ってもなかなか連携できないということが起きてきたんだらうと思うのです。

ここは何もこういう社会を目指していこうという明確なビジョンを示すということではなく

て、でも生き心地の悪さというのはいろいろな人たちが今感じているわけで、その延長線上に地続きの先に自殺の問題があるんだという問題のとらえ方をして、その上で、ではそれぞれの立場で短期的、長期的、これ長期的な観点からやるべきだという話いろいろな方から出ていましたけれども、でもこれ今すぐできることもたくさんあるんです。実際現場で活動していると今やるべき、できることってたくさんあるので、長期的、あと緊急的、その対応の仕方も分けて戦略的にかなりやっていく必要があると。またこれ報告書、「自殺予防の提言に向けて」、私もよく読ませていただいて非常によくできていると思うんですよ。でも、果たしてどれだけの人たちがこれを知っているのか、どれだけの対策がこれに基づいてなされてきたのか、どれだけの人がこの理念を継承してきているのか、それはもう私があえて言うまでもないことだと思うので。今回は法律ができて、その下で大綱をつくるということなわけですから、これからはいろいろな人たちがそれに基づいて実務あるいは研究に携わっていくわけですから、しっかりとしたものを戦略的にやっていくべきだろうと。その際には社会を巻き込んで、社会の中で自殺の問題をどうとらえるのかという発想でやっていくべきだろうというふうに思っています。

中村座長 ほかにいらっしゃいませんか。ご意見おありになりませんか。

今の問題設定をどうするかというのは大変で。私などは……。私は余り発言してはいけませんね。

清水委員 すみません、補足で言うと、これ自殺対策基本法の目的のところには、単純化すると、「自殺対策を総合的に推進して、自殺を防ぐこと、あと遺族を支援すること、そうしたことを通じてもって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会づくりをしていくことに寄与する」と書いてあるので、もうこれは基本法の目的の中にそうした社会づくりが入っているという認識が正しいのではないかと私は思います。

中村座長 ほかにどなたか、ご意見おありの方。どうぞ。

鵜養委員 非常に興味深くいろいろな委員の先生方のお話を伺ってきたんですが、何人が共通におっしゃっておられたことというのが、やはり1つは社会というかそういう生き心地のよくない社会というそういうような問題を抜きにしては語れないということ。それから、やはりコミュニティベースで考えなければいけないというお話が出てきているかなというふうに思うんですが。

そのコミュニティベースというそういうところで考えたときに、どういうふうなものをコミュニティとしてとらえていくのかというあたりのところも議論される必要が多分あるんだろうなというふうに思います。例えばいわゆる地縁関係とかある特定住民の住んでいるそうい

う地域という考え方もありますし、それからいわゆる産業とかそういった観点からいうと、会社組織というものもコミュニティですし、それからネット社会というのもコミュニティですし、私がかかわっております学校というのも非常に複雑なコミュニティをつくっていますし。それぞれのところでどう取り組めるかということもすごく大事な事かなというふうに思っています。

今私それをどういうふうに考えていったらいいかなということについてはまだ自分の中で白紙ですけども、ちょっとそのあたりのところを含んで考えていけたらいいなと思っています。

中村座長 ありがとうございます。

どうぞ。

高橋(祥)委員 さっきの清水さんの意見に私のコメントを戻したいんですけども。今できることと本当に長期的にやるべきこと、これは一緒にやらなければいけないと思います。清水さんの意見はたしかに正論なので、だれも反論できないでしょう。ただ、社会を変えるといったような理想論をどういうふうに変現していくかというのはかなり厳しいというところはある、それを具体的にどうしようかというとなかなか難しいというところは現実にあると思います。

うつ病に焦点を当てすぎた自殺予防対策がまずかったというのは私は言いすぎだと思う。過労自殺のことを指摘された委員がいましたけれども、過労自殺裁判の例の9割の人はうつ病でした。そして、身体的な症状を訴えて、一般の内科にかかっている人は半分います。ところが、プライマリーケアの医者も本人もうつ病と気がつかないで、精神科治療までつながっていないのです。うつ病に関しては適切な治療をすれば、効果があがるということがわかっているのに、精神科までいってない、そして、自殺が起きてしまっているというのが現実です。厚生労働省もそうだしWHOもそうですが、うつに関しては治療を受けさえすればかなり効果があがるということはわかっているのに、一般の人はわかっていない。それで、一番最初のターゲットとしてうつ病対策を出してきた。これは日本だけじゃなくて、アメリカでもそうだし、WHOなんかの考え方もそうですね。うつ病に対する認識を高める努力をしてきたために心の病に対する偏見が減ってきたということは現実としてあると思うので、そこまで否定してしまうというのはちょっと言いすぎなのかなと思います。

清水さんの意見は大変よくわかるのだけれども、「今、ここから」何をしていくのかということ相当具体的に検討しなければならないと思います。

いろいろな人が一生懸命やってるんだからお互いの立場を認め合いながらやっていくのがいい

いと思う。私は厚生労働省の肩を持つわけでもないし、精神科医だから言うわけじゃないんだけど、うつに焦点を当てすぎた対策が失敗だったというのはちょっと言いすぎなのかなと思います。

清水委員 問題設定の仕方が誤りだったということ。つまり、自殺対策イコールうつ病対策になってしまった途端、それはなかなかほかの一般の人たちがまず自殺の問題を遠く感じるということ。あといろいろな立場で自殺予防あるいは対策、遺族ケアとかにかかわっている人たちがつながれないですね。専門領域の話になってしまうと、うつ病の対策なんだということになってしまうと。これまでも精神科医の人たちと民間のボランティアとかあるいは弁護士とかいろいろな人たちのつながりがなかったのは、やはりそれはうつの問題だと、自殺の問題はうつの問題だということまでしてきてしまったからだということなんじゃないかと思うので、その部分の問題設定の仕方が間違っていたということです。

高橋（祥）委員 何度言ってもこの点についてはすぐには議論がかみ合わないところがあるんだろうと思うし、清水さんの言ってることもわかるし、私の言ってることも清水さんわかってきていると思うので、お互いの立場を認め合いながら、これからどうしていくのかという視点で議論していった方がいいと思いますね。

中村座長 そうですね。

ちょっと時間が迫っていますので、簡単にお願いいたします。

河野委員 はい。今の議論なんですけれども、とても大事なポイントを含んでいると思います。私は先ほど高橋先生がおっしゃったようにフィンランドの例、メディカルモデルとコミュニティモデルというのがあるので、両方がやはり大事なんだと思います。やはりとっかかりとして、最初にメディカルモデルから進んでいったというだけで、これから合わせてコミュニティモデルもきちっとやっていくということによいと思います。

斎藤委員 一言。あれはですね、最初はうつ病対策検討会だったのが、途中でうつ対策になった、地域におけるうつ対策。ですから、厚生労働省もその辺の認識は持っていたと思います。去年の、ことしですか、うつ病学会であらゆる職種の参加という副題掲げられましたよね。国際自殺予防学会でも自殺予防はみんなの仕事という標語を掲げたんですね。ですから、それぞれがいろいろな役割を持っているという認識が私は必要だと思うんですね。それをやはりここが提示していくということが1つの目標じゃないでしょうか。

中村座長 簡単にお願いいたします。

本橋委員 1つはメディカルモデルとコミュニティモデルと言われましたが、我々公衆衛生

ではセッティングアプローチといってコミュニティというのは使わないのです。ですから、学校の場合であるとか地域であるとか職域、いろいろな場で設定していきましょうと。もう1つ重要なことは連携でありますので、それはやはり基本的には相互の尊重と、それからお互いの立場を認め合うというところが大切なのだと、当たり前なことなんですけれども、今までの議論を踏まえてちょっとコメントさせていただきました。

中村座長 伺っていて非常に大事なお話だということがよくわかりました。きょうは第1回ですので、またこれを踏まえてそれぞれのご意見をぜひ伺いたいと思います。

次回が12月22日午後1時ということですのでよろしくお願いいたします。

それまでにきょうの議論を踏まえて、事務局の方でまたきょうどんなご意見があったか、それがうまく案にまとめられるかどうかわかりませんが、わかりませんがなどと言ってすみません。自分のことを考えてしまったものですから。多分上手にまとめてくださると思いますので、その案をもとに議論を深めたいと思います。こういう議論もっと深く深く長く続けたいのですが、会議終了の時間を抱えておりまして申しわけありません。次回までに案をつくって皆様に見ていただいて、またそこで議論をするということにしたいと思いますので、次の機会よろしくよろしくお願いいたします。

開催のことについては、事務局の方から今おっしゃることありますか。

北井審議官 その件はまた改めましてご案内を申し上げます。

中村座長 わかりました。

では、きょうはいろいろとご意見ありがとうございました。第1回をこれで終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

午後 4時58分閉会