

第 2 回 自殺総合対策の在り方検討会

平成 1 8 年 1 2 月 2 2 日 (金)

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2回）

日時 平成18年12月22日（金）13時00分～

場所 中央合同庁舎4号館 共用第2特別会議室

議事次第

- 1．開会
- 2．挨拶
- 3．意見交換

自殺対策に関する現状の問題点・課題等について

- 4．閉会

< 配布資料 >

資料1 第1回自殺総合対策の在り方検討会における主な意見

資料2 ライフステージ別に見た個人を取りまく関係者等の概念図

参 考 第1回自殺総合対策の在り方検討会議事録

中村座長 では、定刻になりましたので、第2回の自殺総合対策の在り方検討会を開催したいと思います。

本日は、高市大臣にご出席いただき、ありがとうございます。

最初に、ご挨拶をお願いいたします。

高市大臣 改めまして、こんにちは。

先生方におかれましては、本当にお忙しい中、特に暮れで慌ただしい中、ご参集いただきましてありがとうございます。

前回、立ち上げという段階で、どうしても私の方からお話も申し上げたかったですし、またご議論も拝聴したかったんですが、この国会は、教育基本法の改正案を審議する特別委員会がほぼ毎日開催されまして、出席することができず、大変失礼いたしました。

前回のご議論は、非常に多様なご意見をちょうだいしたということで、議事録を拝読させていただきました。大変すばらしい方向で議論が進んでいると思っております。

この会議の開催趣旨は、もう既にご承知のことだと思しますので重複は避けますけれども、自殺というのは、適切な時期に適切な手を差し伸べることで避けることができるというふうに聞いております。

私も、一政治家として地元を歩いておりますと、最近ではやはりアルコール依存症、うつ病、そして自殺に至るといような中高年の男性を中心としたような状況もあるようですし、また、私の地元などは、なかなかまだ精神科のお医者様に適切な時期に指導を受けるということに対する何か抵抗感と申しますか、残念ながら偏見のようなものもまだあって、適切な治療が受けられない、相談が受けられないといような状況もございます。ちょうどこの国会における教育基本法の委員会で、教育基本法の改正がなされました。この中に、教育の目的としても、命を尊ぶ、生命を尊ぶということが入りましたし、家庭の責任といったことも入りまして、また、文科省の方でも、スクールカウンセラーの配置ですとか、メンタルヘルスへの取組ですとか、いろいろ進んでいくと思います。それと、やはり長い長い命のつながり、たくさんのご先祖様のおかげで得られた命のつながり、こういったこともご家庭や学校で教育するよな、何か示唆もなされることと思います。

今後、限られた時間でしっかりした大綱をくみ上げていかなければなりません。1年だけではなくて、もうずっと長期にわたって通用していくような取組、こういった大綱を取りまとめでいただくわけでございますので、どうか先生方におかれましては、これからもよろしくお願

いいいたします。

今日はちょっと、予算の復活折衝の日だったりいたしますので、また失礼いたしますけれども、基本的には先生方の英知に私はお任せしたいと思います。そして、ご意見をいただいた後に、私なりに十分咀嚼をしながら、一緒にいいものをつくり上げていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

本当にありがとうございます。

中村座長 どうもありがとうございました。

今、大臣からのお話のように、ご公務がおありということですので、ではここで。

高市大臣 本当に失礼なことですが、よろしく願いいたします。

ありがとうございます。

(高市大臣退席)

中村座長 では、議事の方に入りたいと思います。

最初に、お手元にお配りしております前回の議事録がございます。これは、事務局からあらかじめ委員の方々に確認がとれていると思いますので、この形で公表したいと思いますが、よろしゅうございますか。

(異議なし)

中村座長 では、これで公表ということにしたいと思います。

私も、これを読み直しましたが、本当に大事なことがたくさん皆さんのご意見として出ていると思います。公表されましたら、また何かそういうご意見が出てくるのではないかというふうに思っております。

第2回の議論に入りたいのですが、皆様のところに積んであるこの資料を私は見まして、私もこういう政府の会議に出ることはございますけれども、こんなにたくさんの資料がお一人一人から出るということは、今まで体験したことがないのですね。ですから、もう何か皆さんの思いがあるということがよくわかります。2時間という限られた時間でこれだけのことが議論できるかどうか、大変難しいと思いますけれども、できるだけコンパクトにご意見を言っただいて、皆さんの議論を進めていきたいと思っております。

まず、前回ご欠席の2人の委員から、自己紹介も兼ねてご意見を、これもまた時間が限られておりますので5分ということで申しわけございませんが、では、天本委員からお願いいたします。

天本委員 日本医師会の天本でございます。私自身、精神科医といったことから、精神科担

当もさせていただいております。

この問題は、我々医療現場においても深刻な問題でございます。特に今、我々が取り組まなければいけない課題として一番大きくとらえているのは、いわゆるかかりつけ医の方々と、どのような形で悩んでいらっしゃる方々をきちんと受けとめていけるか。特に最初、身体症状だとか眠れないといったような方、さまざまな形で身体症状ばかりを追求していったといったようなことが実態にあると思われまますので、やはりいわゆるかかりつけの先生方にきちんとした知識、技術、専門医への橋渡しといったような、必要であるという認識には立っているわけですけれども、もう少し技術的な普及というものも必要かと。それから、専門医における連携、特にまた救急との対応といった問題もあるかと思ひます。

また、もう一つは、やはり医療というものが、今、医療機関内だけでの医療でなしに、地域におけるといった視点でのとらえ方というものも非常に重要で、この検討会のテーマである問題についても、地域の中でのいろいろな活動と。さまざまな活動は、いろいろなマニュアルだとか市民フォーラムだとかシンポジウムだとか、それから講演会だとか、いろいろな対応をしております。いろいろなものをしておりますけれども、標語、それから講師派遣だとか電話相談などに、専門医の先生方、精神科病院協会、精神神経科診療所協会などの専門グループの集団も、真剣に取り組んでいただいております。それを、日医とともに、これからより普遍的な問題解決ということで、幅広い形でかかりつけ医がどのようにかかわれるか。いろいろな意味で地域特性も、今までの議論の中にもあったかと思ひますけれども、そこはそこでのまた取組、文化といったものの背景というものも非常に大きいと思ひます。

今まで、高齢者医療のいろいろな実態調査においても、世界と比べてどうしても、うつとか、そういうものは我慢する、頑張るといったような文化がまだまだ非常に根強い高齢者の場合などもいらっしゃるって、それから認知症とうつ、その判断が非常にしにくい分野、そういう問題もあります。これから特に認知症などにおいても、早期の診断という中で、いろいろなものが失われていくときの喪失体験というものへのいろいろな課題、こういうものもいろいろな角度から多面的に、医療としてまだまだ対応しなければいけない、研究しなければいけない、スキルの向上という問題もたくさんあるかと思ひます。

あとは、地域の中での職場における産業医活動の中での精神衛生という面での早くからの取組。職場内の人間関係だとか、いろいろな悩みを持っていらっしゃる方がたくさんいらっしゃるんで、他職種でのかわりという中での支援体制という取組も、これから必要ではないかと思ひます。

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。

医師会でもいろいろやっていらっしゃるようでございますので、またこれからもいろいろとご意見をお願いいたします。

天本委員 資料を配布しましたので、後でごらんになっていただければと思います。

中村座長 はい。ありがとうございます。

次に、もう一方、五十里委員、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でございます。

都道府県の衛生行政担当部局長で構成されます全国衛生部長会、これは衛生行政施策に関する国への要望、あるいは調査研究、あるいは関係団体との連携、これを主な柱として活動している任意団体でございますけれども、その会長をさせていただいているということから、自殺対策の一つの実践部隊として参加させていただいていると理解しております。市町村行政も含めまして、対策を推進する場合の諸課題とか方策について発言させていただきたい、このように考えております。

都道府県における自殺対策の現状でございますけれども、自殺率の高い東北と一部の都道府県を除きまして、従来の精神保健福祉相談を中心に、主にうつ病対策として進めてきたわけでございますが、必ずしも自殺対策に焦点は当ててはこなかったというように考えております。

しかしながら、自殺対策基本法の成立しました意義は非常に大きいものだと考えておりまして、先日の愛知県の県議会の中でも議論となっております。恐らく全国の県議会でも同様ではないかというように思います。

まず、愛知県における対策の実際というのを、あまり時間もございませんので、詳しくお話しするつもりはございませんけれども、私が配布させていただきました資料の1ページ、1の「愛知県におけるこれまでの取り組み」というものでございますけれども、必ずしも都道府県を代表してのものではございませんので、そのようにお受け取りいただければというように思います。

やはり、従来、精神保健福祉相談で対応させていただいてきておりましたけれども、平成16年1月に、国の地域におけるうつ対策検討会、そちらがまとめました地域保健医療福祉関係者向けの「うつ対策マニュアル」、これを受けまして、平成17年度から国の補助を受けてうつ病対策を開始しまして、とりわけ県内の2地区でアンケート調査を実施いたし、その要約につきましては別紙の1につけてございますが、やはりこの調査結果と、それから自殺対策基本法の成

立を受けまして、平成18年度は、私ども、やれそうなものから順次取りかかって、走りながら見直しを検討する、少々大胆かもしれませんが、そのようなことで現在、そちらに書かせていただいているような事業を進めております。

県庁の中で、自殺に関連するところをずっと拾い上げてみますと、大体41の課室がございましたが、そこで連絡会議を設置しまして、この自殺対策に関するいわゆる共通認識を持ったという会議を開催させていただき、また、研修会も開催いたしました。2の「今後の対策」については、これは現在ちょっとまだ検討段階でございますが、いろいろ予算額とか詳細はお示しできませんけれども、予算面から主な4つの柱で進めさせていただいて、これにあわせて保健所、精神保健福祉センター、県庁内担当部署、その人員要求も、スクラップ・アンド・ビルドで現在要求しているところでございます。

大綱が示される前でございますが、法の趣旨や先進県の対策を参考にさせていただきまして、やや総花的な感もありますけれども、県の独自施策として検討を進めているところでございます。

3枚目の資料の「自殺対策を推進するための方策」でございますが、こちらの方に、先ほど申し上げました全国衛生部長会の平成19年度の要望の内容を書かせていただきました。(3)にございます。現在、平成20年度の要望の検討を進めているところでございますが、今後はより幅広い分野、具体的な要望にしていきたいと考えております。

ここからは、私の個人的な意見ではございますけれども、自殺対策に限らず、衛生行政、行政の役割というのは、この4つぐらいに分かれるのではないかと。とりわけ、その中でも現在の施策と申しますのは、行政単独で進めることがほとんどございませぬ。NPOを初めとして民間との協働事業が、目覚ましく現在拡大しているわけございまして、さまざまな方たちの力と知恵を結集して、また地域ぐるみで対策を進めるためには、とりわけ関係機関のネットワークの構築とか運営、これが大きな役割ではないかというように考えております。

もう一つ、3番目に書かせていただきましたが、これは私が申し上げるまでもないかもしれませんが。現在は、計画行政で進めていくということでございまして、関係者すべてが役割を認識し、前向きな目標を掲げて、毎年度、進行管理でチェックする。継続性とか、あるいは実効性の面からも、計画の策定というものは非常に重要なものと考えております。

今後、実施可能な総合対策の推進の指針となる大綱の策定に向けまして、微力ではございますけれども参画させていただきたい、このよ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。

では、続きまして、本日の議題は「自殺対策に関する現状の問題点・課題等について」ということで、皆様に議論いただきたいと思います。

まず、事務局の方から資料のご説明をお願いいたします。 これは、もうご説明はよろしいのかな。参考にさせていただければいいのですね。

高橋参事官 はい、結構でございます。

中村座長 わかりました。すみません。

では、資料1と2という形で、1つは前回の皆様のご意見を主な意見としてまとめたもの、それから資料2がライフステージ別に見た個人を取りまく関係者等の概念図ということで、この自殺の問題も、それぞれライフステージによって状況が違おうだろうということで、このように事務局の方でまとめてくださいました。こういうものを参考にして、それぞれ皆様からご意見をいただいて、次の会からだんだん問題を絞っていきたいと思いますので、今日はこういう課題について、ご自由にご意見をいただきたいと思います。今日は順番ではなくて、手を挙げていただいてお話をいただきたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

では、高橋祥友先生、ご用意いただいていますでしょうか。

高橋祥友委員 15分でまとめるように依頼されていますけれども、それでよろしいですか。

中村座長 はい。できるだけ簡潔にということ。

高橋祥友委員 要するに、国連の自殺予防ガイドラインについて説明するようにということでした。それをもとにして、例えば国として自殺予防対策をしていったフィンランド、あるいは最初は草の根の運動として始めていき、最近になって国の方針を立てたアメリカ、さらに、ほとんど進んでいないアジアについて30分説明するようにと言われて、昨日になって15分間にするようにと言われたのですけれども、15分でよろしいですね。

中村座長 はい。

高橋祥友委員 では、簡単にします。

お手元に配りました資料「諸外国における自殺予防対策」をもとに15分間、話をいたします。

たくさんお配りしていますが、現実にはこの中の2枚だけです。各図の右肩に、1から12まで番号を振ってありますけれども、その12までです。短く話すようにというのでしたら、8から12まででいいのですけれども、最初にごく簡単な基礎知識からです。

世界の自殺ですけれども、現在、1年間に100万人の自殺者がいるとも言われております。それで、国連やWHOも、非常に重要な問題ととらえるようになってきました。

自殺予防の3段階ですけれども、予防と一口に言いましても、このようにプリベンション、インターベンション、ポストベンションというような3段階があります。なかなかいい日本語がありませんが、プリベンションは、要するに自殺につながる要因を除去して、あるいは自殺予防教育をして、自殺が起きないようにする。インターベンションは、自殺に今にもつながりかねない危険な行動を早い段階で見つけて、適切に対処して、自殺を予防するということです。そして、ポストベンションは、不幸にして自殺が起きてしまったときに、残された人へのケアをするということです。

WHOは自殺と精神障害の関係について報告しております。ここで非常に重要な点は、最後の行動に及ぶ前に全く精神科診断に該当しない人というのはせいぜい4%にすぎない。90数%の方は、何らかの心の病にかかっていたということが報告されております。そこで、特にWHOが繰り返し強調していますのは、うつ病、アルコール依存症、統合失調症、これらに関しては、現在、適切な効果的な治療法があります。このうつ病、アルコール依存症、統合失調症を適切に治療することによって、自殺率は最低でも3割下げることができると強調しています。

これほど多くの方が、自殺に至る前に心の病にかかっていたにもかかわらず、適切な治療を受けている方は極めて少ない。せいぜい2割ぐらいだろうというふうな報告もあります。

自殺予防の二大方針です。1つはメディカルモデル、1つはコミュニティモデル、いろいろな言い方があるんですけども、メディカルモデルというのは、いわば水際作戦ですね。自殺に結びつきかねない心の病を早期に発見して適切な治療に導入する、それによって自殺を予防することです。しかし、メディカルモデルだけでは決して十分ではありませんで、コミュニティモデルも重要です。これは、今健康な人に対して働きかけていきます。困ったときに助けを求めるということは、決して恥ずかしいことでもないし、きちんとした適切な対応であるということです。また、そのときに、どこに助けを求めたらいいかという情報もきちんと伝える。また、心の病に対する偏見を取り除くということも重要な課題になってきます。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ことで、両者に関連を持たせて長期的に実施していくことが、自殺予防対策の大きな柱になってきます。

自殺の原因について示しています。往々にして、自殺が起きると、たった1つの原因で説明しようとする傾向があります。例えば、子どもの自殺ですといじめ自殺ですとか、大人の自殺ですとリストラ自殺ですとか、そういうくくられ方をしますが、自殺は多くの場合、非常に複雑な原因から成る現象であると思います。多くの場合、先ほど言いましたように、心の病も後ろにあります。あるいは、問題解決の幅の狭い性格傾向というようなことも当然あります。

さらに、家族的な背景ですとか衝動性のコントロールの悪さといった生物学的な要因も加わってくるわけです。ですから、決して自殺は1つだけの原因で説明がつくということではないということです。これは、当然といえば当然ですけれども、あまりにもこの視点が欠けていることがよくあると思います。

これは、どういう人に自殺の危険が迫る可能性があるのかということを示しています。いわゆる自殺の危険因子です。*特にこれまでに自殺未遂があった人、*心の病にかかっている人、*周囲から十分なサポートが得られない人、*男性、*高齢者、*喪失体験、*重要な絆のあった人の死の影響、*事故傾性などです。事故傾性というのは固い言葉ですが、自殺というのはある日突然、何の前触れもなく起きるのではなくて、それに先行して無意識的な自己破壊傾向がしばしば出てくるのが一般的です。自分の健康や安全を守れないというような状態が、自殺に先行してよく出てくるわけですね。こういうような要因が数多く満たされる人は、ハイリスクと考えなければなりません。

自殺の心理です。これは、うつ病であろうが、アルコール依存症であろうが、統合失調症であろうが、自殺の危険の迫った人には共通してこういう心理があります。最後の最後まで、死にたいという気持ちと生きていたい、助けてほしいという気持ちの間を激しく揺れ動いているということです。私は精神科医になって27年ですけれども、自殺したいという気持ちが100%固まっているという人には1人も会ったことはないと言えます。

次のような特徴があります。

1番目です。非常に強い絶望感を伴う孤立感を感じています。これは、最近うつ病になってこういうような感情を抱くようになった人もいれば、幼いころから不幸な境遇で、大切な絆のある人から、「おまえなんかもう要らない」というような強烈なメッセージを与えられ続けてきた人もいます。例えば、虐待を受けた経験のある人とかですね。

2番目、無価値感。自分など生きていても意味がない、自分などいない方がみんな幸せだということです。

3番目、極度の怒り。これは、特定の人に向けられた怒りでもあり、社会に向けられた怒りでもあり、それが突然反転して、自分に向かうことがあります。

4番目、これも自殺の危険の高い人に特徴的な心理ですけれども、自分の抱えた問題が決して解決することではなくて、いつまでもそれが続いていくんだという確信ですね。

5番目、心理的視野狭窄。ほかに何も見えない。健康な人にとってみれば、幾つも解決策が見えるはずなのに、本人にとっては自殺しか解決策はないというような状態になっています。

6 番目、そういうような状態が進んだ後、独特の諦めのようなものが出てきます。本当に死を覚悟したときに、これまでの抑うつとか不安が和らぎ、むしろ周囲の人の目には安定したかに見える、非常に不気味な諦めが出てくることがあります。これは、台風の目とか嵐の前の静けさといったような表現もされることがあります。

7 番目、全能の幻想です。いろいろな状況をすぐに変えることはできない。しかし、唯一、今すぐ自分の力で何とかできるものがある。これは自分の力で、自分の手でもって、自分の命を絶つことだと。こういうような状態になってくると、本当に今すぐに自殺が起きてもおかしくないという状態になります。

ここまでは導入部分ですけれども、それから国連とWHOの自殺予防ガイドラインについてお話しします。

1991年の国連総会で、自殺の問題の深刻さが認識され、国のレベルで自殺予防に対する具体的な行動を開始することが提唱されました。それに基づいて、93年5月に、カナダのカルガリ会議が開催されます。そこに、ガイドラインの草案をつくるために、14カ国から約20名の専門家が集まって、1週間にわたって缶詰で議論して、たたき台をつくりました。私も、そのうちの1人でした。最終的に、3年ほどかけてガイドラインをつくり、96年に国連で承認されて、各国に配布されています。

が、WHOのガイドラインです。

ガイドラインの項目を一つ一つ挙げていきます。

1 番目、各国の実情に合わせて独自の対策を立てるということです。すべての国に同じように当てはまる自殺予防対策はありません。国連のガイドラインに沿って、どういう点が自分の国の現状ですとか文化に合うのか、それを考えて対策を立てるということです。

2 番目、自殺に関する研究、訓練、治療のための組織をつくる。要するに、国としての自殺予防対策を実施する上でのかじ取り役の機関をきちんと定めておくようにということですね。日本でも、自殺対策総合センターができましたけれども、そういうような機関です。

3 番目、総合的な取組が必要だということ。特に、心理、社会、生物学的な取組です。決して精神科だけで自殺予防ができるわけではないですから、複合的な取組をすべきだということ。

4 番目、特に問題にすべき点はどこなのかということ、プライオリティを決めるということ。例えば、日本で中高年の男性の自殺率が、今、高くなっていますけれども、これは世界各国を見るといろいろ変わっています。例えば、オーストラリア、ニュージーランドなどでは、

つい先ごろまでは若者の男性の自殺率が高かったですし、中国などでは若い女性の自殺率が高いことが問題でした。そういうような各国の今一番問題になっているものを、まずターゲットとして定めよということです。

5番目、これは当然といえば当然ですけれども、正確なデータ収集システムをつくる必要があるということです。現状をきちんと把握できなければ、有効な対策もできませんから、正確な実態が把握できる情報収集システムをつくるべきであると。

6番目、先ほど、ハイリスクの人のことについて触れましたけれども、ハイリスク者への対策を徹底しよう。例えば、心の病を抱えた人、あるいはこれまで自殺未遂があった人に関しての対策ですね。

7番目、そういったハイリスク者を長期的にフォローアップするシステムをつくるべきです。自殺の危険というのは、1回で終わるということは、むしろまれです。2度、3度と起きてくるというようなことに備えて、長期的なフォローアップシステムをつくるべきです。

8番目、心の病に対する治療、早期発見・早期治療だけではなくて、むしろもうちょっと広い視野で、問題解決能力を高めるような働きかけもすべきだということを、このガイドラインでは言っております。

9番目、総合的にサポートする。これは、先ほど言いましたコミュニティモデルとメディカルモデルですね。どちらか一方でもだめで、そういった複合的な対応が必要であるということです。

10番目、患者さんを抱える家族をサポートする、こういった視点も必要で、やはり悩んでいる人だけではなくて、悩んでいる人を抱えている家族のサポートも必要になってきます。

11番目、ゲートキーパーの訓練プログラムです。要するに、すぐに専門家が直ちに自殺の危険の高い人を見つけるということができないわけですし、例えば学校ですと教師ですとか、職場では上司だとか人事担当の人、そういった決して専門家ではないんだけど、現場で自殺の危険の高い人に最初に接触する可能性のある人に対するプログラムをつくるべきだということです。

12番目、精神障害や自殺予防に対する正確な知識を普及する。これは、説明の必要はないと思います。

13番目、専門家に対する教育ですね。これは、ここで言っているのは精神保健の専門家の教育及びその生涯教育も含めております。

14番目は、先ほど天本先生からご指摘がありましたけれども、プライマリケア医に対する生

涯教育です。心の病を抱えた人の多くは最初の段階から精神科にはかかっていません。むしろ、医療機関でいいますと、精神科以外の科に多くの患者さんがかかっています。ですから、いわば医療の現場では、精神科以外の医療関係者が、むしろ非常に重要なゲートキーパーの役割を果たせると思います。

15番目、これも大変重要ですが、なかなか精神科医と精神科以外の医療関係者の連携がうまくいっていないので、そのあたりの連携も十分にとるようなシステムづくりをすべきだということです。

16番目、最近では自己決定権がひとり歩きしているという面がなきにしもあらずですが、やはり生命の尊厳を再考するような働きかけも必要になるだろうということを言っております。

17番目、自殺予防教育、先ほど言いましたプリベンションですが、そもそも自殺が起きない前の段階でさまざまな取組をして、働きかけをするということです。

18番目、危険な手段に対する規制。これは、具体的に言えば、アメリカなどでは銃です。アジアの開発途上国に関していえば、経済性を重んじる余り、非常に危険な農薬がそのまま許可されている。先ほど、中国の女性の自殺が高いと言いましたけれども、そういった農薬の規制がされていないというようなことで、自殺率を上げてしまっていることがあります。そこで、さまざまな危険な手段に対する規制をすべきであるということです。

19番目、自殺を予防することに全力を尽くすべきですが、そうはいつても、日本でいえば3万人を超える自殺をすぐにゼロにすることはできないと思います。そこで、不幸にして自殺が起きてしまったならば、遺された人に対する適切なケアも必要になると思います。

20番目、マスメディアとの協力関係を築く。メディアは、きちんとした形で協力関係を打ち立てることができれば、自殺予防に非常に大きな役割を果たしてもらえははずです。しかし、報道の仕方を誤ってしまうと、群発自殺、自殺が連鎖的に起きるというような現象も引き起こしかねません。

そこで、WHOは、このガイドラインもそうですし、別個に報道のガイドラインについて述べております。この指摘を受け入れるかどうかというのはメディア側の問題でありまして、決して強制力のあるものではありません。

ガイドラインに関しては、こういったことです。それについても本のコピーを持ってきましたので、詳しくはそちらをごらんください。

ちょうど15分でした。どうも。

中村座長 どうもありがとうございました。

私どもが考える上でも、今、国連・WHOで出しているガイドラインというのが大変参考になると思いますので、今の高橋祥友先生のご説明を基本に、参考にいろいろ考えていきたいと思えます。

では、どうぞお手をお挙げください。

樋口委員 国立精神・神経センターの樋口でございます。

高橋先生が述べられたことと関連したことで少しお話をさせていただきたいと思えます。

今日の資料の中に、第2回の在り方検討会の資料として、私の名前で配布資料がございますので、それをごらんいただきたいんですが、今日は3つの点を指摘させていただこうと思って資料を用意いたしました。

その1点目は、これは前回のときに私がここで少し話をさせていただいたことと関連することです。それから先ほどのお話の中の、プライマリケアの先生方と精神科医がどう連携していくかというところのシステムについてのある意味では提案といったようなものがございます。健康カウンセリングセンター構想というふうに勝手に私はネーミングしてしまっているんですけども、資料の1というところをごらんになりながらお聞きいただければと思えます。

今の高橋祥友先生の指摘の中にありましたように、自殺者の多くが、自殺をする1カ月あるいは数カ月前に医療機関にかかっている率が非常に高いんですけども、それは精神科ではなくて一般科であると。内科であるとか、そういった一般科を受診しているというこの事実を、やはり私たちは真摯に受けとめる必要があるかと思うわけでありませう。

一般科での診察の場面で、具体的に、では患者さんご自身が自殺の話題を持ち出すかということ、それはないわけですし、あくまでも身体的な症状を訴えておられる。一方、その話を聞かれた一般科の先生も、そこで自殺の話題をすぐに出すということはほとんどあり得ないことだと思えます。

ところが、詳しく聞いてみると、その患者さんは既にそういう自殺の念慮を持っておられる場合もあつたりするので、例えばそこを何とかあらかじめスクリーニングできないか。それは、一部では既にやっていると思えます。健康全般に関するセルフチェック項目というものの中に、メンタルの項目、そしてさりげなく、生きているのがつらいかどうかというような項目が入っている。そういうものをチェックすることによって、そして、チェックするだけでは不十分で、そういった方は、今度はカウンセリング、「健康カウンセリング」というふう

私は呼んでいるんですが、メンタルの問題だけに特化したようなカウンセリングというのは、今、どこでもあるんですけれども、もう少し広げて、ご自分の体全般のことのカウンセリングを受けてごらんになったらどうですかというふうに仕向けて、その中で自殺のところにチェックをしている方については、特にそういう問題について十分に話を伺っていくというようなことが必要なのではないかと。

ドクターとドクター、医者同士の間のやりとりというのはもちろんあってしかるべきなんですけれども、なかなかそういうふうにはうまくいかない場合があって、私が必要だと思うのは、例えばある内科の先生がごらんになって、「どうもちょっとこの方は心配だな」というふうに思ったときに、そういった健康カウンセラーというところに紹介する。それは、病院の中にあってもいいし、地域の中にあってもいいし、企業の中にあってもいいわけですが、そうすると、その方が対応していく中で、初めていろいろな細かい心理的な問題も問題視されて、そしてそのさらに先に、例えば精神科医に相談するような紹介を試みたり、勧めてみたりということがあると、少し違うのではないかとこのように思うわけです。それを実際に今、ある大学病院の中で、これは看護師の方ですけれども、自主的にそういうカウンセリングのコーナーをつかったと。そうしたら、そこに一般科の先生から「ちょっと話を聞いてやってほしい」といって紹介されてきた中に、実は自殺のことを考えている人がいた。それが半年の間に3人もいたというので、非常にやることの意味があったということを経験されている機関がございまして。そういうことを、やはりこれからは1つ考えた方がいいのではないかとこのように1点でございまして。

それから2点目は、これも高橋祥友先生が前回も指摘されて、また今回もWHOの項目の中にも入っているんですけれども、自殺者の9割近くが何らかの精神障害を持っておられる。そのうちの約半数が、うつ病だったりアルコール依存だったりというようなことがあるということで、こういったことに関して、やはりうつ病を初めとした医療が、日本ではまだまだ不十分なんですね。十分ではない。だから、そのところをもう少ししっかりとしていくということをやらないと、精神障害に絡む自殺という問題は、解決できない部分を残すのではないかと。もちろん、それだけでいいというふうには決して思いません。前回も指摘のように、総合的であり、そして連携があり、地域がありという、その中の一つとして考えたいんですが、特に偏見の除去ということをやったり真剣に取り組んでいくようなアンチスティグマの運動というものも、その根底には必要であろうというふうに思います。

それから3点目は、これは自殺の生物学的研究の現状を少し知りたいというご要望もござい

ましたので、それを資料5に添付させていただきました。生物学的要因というのは非常に難しいし、まだそんなに進展しているわけではありませんけれども、昔から言われているのは、今のお話の中にも出てきましたように、やはりそういうリスクを負っている方のリスクの一つとして、生物学的なリスクも存在するということが言われています。例えば、セロトニンという神経の伝達物質がございしますが、それが極端に減っている方が自殺者の中には非常に多い。そういう方はまた、自殺の手段も非常に過激な方法で自殺されるという、そのエビデンスが1つはございます。

それから、最近ではさらにゲノムの科学が進歩してまいりましたので、ゲノムのところで何か、なりやすさといいますが、自殺に走りやすさというものと関連する遺伝子はないかというような検討が最近は進んできておりまして、まだもちろんそれは結論的なものまで至っておりませんが、そういう方向での研究もかなり進んできているということを一言申し添えさせていただきます。

以上でございます。

中村座長 ありがとうございます。

ほかに、ご意見をどうぞ。皆様、たくさん資料を出していらっしゃいますので。

天本委員 高橋祥友先生の11番目ですか、ゲートキーパー。最近、ゲートオーバーと言われるように。我々、かかりつけ医でも、いろいろな門番的なものよりも、もっととにかくアクセス、受け入れていくということで、最近このゲートキーパーという言葉が少し変わってきているかなという印象があったことと、高橋祥友先生にお伺いしたいんですけれども、ある意味で、このガイドラインというのは重要で、プランニングしたと思うんですね。もう結局10年ぐらい、これがスタートしているんでしょうかね。そのモニタリングはどのようなことになっているのか、その辺がもしおわかりになれば。

高橋祥友委員 これは、あくまでもガイドラインですから、国連とWHOが加盟国に提示して、それをどのように実行に移すかということは、加盟国の決断なんですね。ですから、強制力はありません。こういうような点について考えながら、各国の現状に合わせて自殺予防対策の方針を立ててくださいということです。

ガイドラインのその後をモニターするといいますが、その後どういうふうな動きをしているのかというのは、3年ないし5年に一遍、WHOの関係者が集まって、検討しています。ガイドラインが発表された後も、アムステルダム、ザルツブルク、香港で検討する会議が開かれています。アジアの地域でも自殺の予防の問題が大きく取り上げられるようになりまして、2年

前にはWHOの西太平洋地区の事務局でも、初めて自殺予防だけに特化した会議が開かれたほどです。

ですから、少しずつ世界の中でも動きが始まっていて、そういった情報交換もWHOの中で始めているというのが現状です。

中村座長 ありがとうございます。

どうぞ。

本橋委員 秋田大学の本橋でございます。

3つばかりお話をしようと思います。資料に基づくところもありますが、実は今日配布の資料1と資料2の前の意見の主要なまとめと、それから概念図のところ、若干補足したいと思います。それが1点です。

実は、公衆衛生をやっている立場からいうと、地域の問題というのは非常に重要なんですけども、その中で、例えば資料1の中で、私は前回、時間もなかったので補足してお話ししなかったんですが、福祉の視点というんですか、これがやはり前回のこのまとめのところには抜けているものですから、いろいろな社会福祉協議会であるとか、秋田の中でも一生懸命やっていただいて、かなり自殺対策に貢献している部分がありまして、その社会福祉協議会であるとか福祉の民生児童委員の方、これはこの中にも入っていますけれども、この方たちの役割というのは、結構、地域の中では保険に加えて重要であると。

それから、秋田のいろいろな対策の中では、もう一つ、近隣の見守りみたいなところ、これは福祉に近いところでございますけれども、いろいろな地域の地道な活動の中で、触れ合い相談員であるとかメンタルサポーターみたいなことを我々は言っているんですけども、そういう住民の自主的な取組をうまく育てていくことの大切さというところが、やはり福祉的な観点でもありますけれども、重要だということ。その2点です。この辺のところを、地域モデルの意見のところ、少し補足した方がいいかなということで、ちょっと補足申し上げました。

それから、本日私が配りました資料のところ、若干ご説明をさせていただきたいと思うんですが、実は12月1日に、内閣府にもご後援いただきまして、秋田市内ではこの「地域の自殺対策をいかに進めるか - 総合対策の地域モデルを考える」というフォーラムを開催させていただきました。その中で、主に地域の地方公共団体の自殺対策のことと、それから民間団体のことをいろいろ議論いたしまして、内容については細かく申しませんが、この中をごらんいただくと、例えば秋田県で予算はどれくらいでやってきたみたいなことも資料の中には入っておりますので、参考にさせていただきたいと思うんですけども、「地域における自殺対策に関

する秋田宣言」というのを、お手元の私の配布資料で、ちょっと2枚の長いところなんですけれども、これは総論的なところなので、もう少し具体的なことを本当は論じなくては行けないんですけれども、少なくともこのフォーラムの成果として、こういう方向で自殺対策を地域の中でやっていきたいと思いますというので、3つの基本姿勢と、それから4つの重点取組課題ということをごこのフォーラムでまとめたということで、これはまた後で見たい。自殺対策基本法の基本理念も踏まえて、実際に地域の中でどうしていったらいいだろうかということの理念を述べたものでございます。

それから、その後のところで総合対策の地域モデルの図を幾つかかいているんですが、これは恐らく、後でライフリンクの清水委員からも少しご説明があるかと思えますけれども、このフォーラムの中で、地域の中での総合的な対策というのを、その秋田宣言の理念等も踏まえてカラー刷りで作っておりますけれども、地域の中で進めるべきいろいろな観点をここに書かせていただいています。

それから、その1枚後のところで、総合対策の地域モデルの枠組みというのを示しましたけれども、これはうつ対策であるとか、それから住民参加のモデルであるとか、東尋坊であるとか奄美の具体的な取組を踏まえて、まずその地域の中でキーパーソン、あるいは初めから総合的に何かやっていこうということではなくて、その中で、ともかくもうまくいっているところを中心にできるところから広げていきたいと思いますというのを総合対策の地域モデルとして示させていただいたということがございます。

というのが、前回のフォーラムの趣旨でございまして、特にこのフォーラムの中で、大都市部の取組であるとか、やはり農村部と違う部分はありますけれども、基本的な理念のところではそう変わるものではないというようなこと。それから、総合モデルの取組ということでありますと、例えばこのフォーラムの抄録にもあるんですけれども、奄美の取組のような社会経済的な問題への取組であるとか、それから福井の東尋坊のNPOの茂さんのいろいろな警察の中での現地保護の在り方、これも福祉のところとかかわってくるんですけれども、この辺も実際のインターベンションのところでは、こういうところは非常に重要ではないかということで、こういう議論が行われたということをご、また後でこの抄録をじっくり見ていただければというふうに思います。

以上、簡単ではございますけれども。

中村座長 どうもありがとうございました。

そうですね。今、本橋先生がおっしゃったように、前回の主な意見というのがまとまってお

りまして、これを基本にこれから行くと思えますけれども、この中で欠けているところなどもきっとあると思えます。そういうことも含めて、どうぞご意見を願います。

清水委員 ライフリンクの代表の清水です。

私からは、2点お話しさせていただきます。ひとつは高橋祥友委員がご紹介くださったWHOのガイドラインについて。これはやはり非常によくできていると私も思います。「総合的な取組が必要」としている点や、「総合的にサポートしていく必要がある」としている点などから、「医療の面だけでなく、自殺に深くかかわっているような社会問題に対する対策も重要なのだ」というふうを読むことが当然できると思えますので、そうした意味でも非常にまっとうな指摘がなされているものと受け止めています。

2点目は、これを日本としてどう受け止めるかということです。ご承知のとおり、日本では自殺者数が98年に急増。一年に8,000人以上ふえているわけです。そしてそれが今なお、高どまりを続けているという状況なわけです。

これは考えると、一年の間に急に人生観が変わったり、何か人間の内面的なことが急変するということは、あるかもしれないですけども、でも、むしろこうした自殺の急増の背景には、社会的な要因が深くかかわっているのだと考えるのが自然なんだろうと思えます。

確かに、高橋祥友委員が指摘されたように、自殺の要因を単純化するということは非常に危険でして、いろいろ複雑に絡み合っている問題が自殺の要因になっているのは間違いない。ただ、その主な要因の中に、例えばさっき本橋委員が指摘された多重債務の問題、これは奄美が効果的な取組をやっていますけれども、また過労であるとか介護疲れであるとか、学校でのいじめもありますけれども、そうした社会的要因が深くかかわっているということも言えるのではないか。

私の今日持ってきました資料は、この封筒に入っているものですが、その中の一番上にこうした三角のカラー刷りのものが入っているんですけども、これは自殺対策基本法の理念に則って、どういうふうに総合対策を進めていくべきかを、いろいろな立場の方と議論した上で、私なりに考えたイメージ図です。

確認したいのは、自殺対策基本法の第1条の「目的」です。前回もお話しさせていただいたことですが、改めて読みますと、「自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、遺族支援の充実を図り、もって国民が生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」とある。

医療の面とか多重債務とか、そうした社会的な側面とか、多分野にかかわる対策が必要なわ

けですけれども、その対策のもととなっている考え方というのは、「生きがいを持って暮らすことのできる社会あるいは地域をつくっていくこと」なのだと。それが基本にあって、その上で、では戦略的に何を優先していくのか。これはもちろん具体策を重視していくということは当然重要だと思いますし、あるいはやれることとして、多重債務者への支援とか過労の問題とかいろいろあるわけですけれども、いずれにしても問題の設定としては、「自殺というのは社会全体にかかわる社会問題であり、その対策の目的は、国民が健康でもって生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」にあるのだと。繰り返しになりますが、その上で、具体的にどういう戦略を立てていくのかという発想で進めていく必要があるのだらうと思います。その点を踏まえて議論していくべきなのではないかと想い、問題提起させていただきました。

中村座長 ありがとうございます。

どうぞ。

齋藤委員 今回の清水委員の発言にも関係するんですが、清水委員の言われた生きがいを持って暮らせる社会と。その生きがいというのは、では、どこで生まれるんでしょうか。ちょっと意地悪な質問ですけれども、それはどこで形成されるのか。

清水委員 それは、それぞれ、個々の自身の中でしょうね。

ただ、それは環境に大きく左右されるものなので、追い詰められて逃げられない状況に置かれてしまったら、これはなかなか個々で一生懸命生きがいを持とうと思っても、持てないだらうと思います。生きがいを持ちやすくなる環境というのは、あるだらうと思いますので。

齋藤委員 それは、やはり環境によって形成される部分と、それからやはり生きがいというのは、決してこれは押しつけられてできるものではなくて、自発的というか、その人が自分の決断において選択するものだと思いますけれども、つまり、それは一つの価値観にかかわりませぬ。

清水委員 そう思いますね。

齋藤委員 だから、価値観をどう認識するかということは、これはまた別の大きな課題だと思いますけれども、実は、私がこういうことをなぜ申し上げたかということ、最近、ある精神医学関係の方から、ある本を編集されるということで、社会精神医学的な視点から宗教について書いてほしいということなんです。

実は、私は牧師なんです。つまり、牧師として、宗教というと、社会精神医学を初め精神医学の分野では、どうも宗教の病理性だけが何か極端に論じられる傾向があるんですけれども、

しかし、やはり宗教の持つ健康な部分というか、つまりポジティブな、結論から申し上げますと、やはり宗教というものは一つのサポートシステムというか、例えば、私は米国で病院の牧師となる、そういう勉強をしたんですけれども、まず自殺問題を初め精神障害等の問題を家族が抱えた場合に、真っ先に相談に行くのは、やはりかかりつけのお医者さんと、それから牧師、あるいは神父、あるいはラビですね。つまり、それは日常的にそこに信頼関係があるからであって、まずそこに相談に行くと。これは、いろいろな宗教的、教派的な問題がありますけれども、そこで宗教家は自分で抱え込んではいけません。そこからまた精神医療、そのほかいろいろな社会資源につなげていくということなんです。

これが、やはり健康な宗教の在り方だと思うんですけれども、つまり、そういう宗教、もう少し広い意味で言えばスピリチュアルな課題というか、生きる意味にかかわる課題というものが、私はやはりこういう会議の中でも、どこかで一つの見解が示されていいのではないかというふうに考えるんです。私が所属している「いのちの電話」は、キリスト教、あるいは仏教界の方々が大勢参加されております。ただ、宗教をこの組織の中に持ち込んではいならないというのが大原則でございまして、皆、黒子です。黒子ですけれども、こういう運動、市民運動に取り組む人たちの、やはりそこにはスピリチュアリティというか、そういうものがこの運動を支えている部分があるわけですね。

ですから、サポートシステムとしてのスピリチュアルな課題、そういうものを大事にしていくということが、やはりこの種の運動というか、あるいは行政的な施策を進める上で、非常に重要な認識ではないかというふうに思うんです。WHOが、健康の指標としてスピリチュアリティを掲げたことは皆さんご存じだと思うんですが、日本ですと、行政はもちろん医療関係の方々の反応は、ちょっとぎょっとするというか、警戒するというか、そういう反応が多いんですけれども、しかし、私はやはり自殺問題というのは、清水委員の言われるスタンスとはまたちょっと違いますけれども、やはりトータルなというか、ホリスティックなというか、そういう課題をぜひどこかでコメントしていただきたい。そして、宗教を含む価値観というものは、やはりこれはすぐれた自殺抑止力につながっているというふうに思うんです。そのことを、私は一言申し上げました。

ありがとうございました。

中村座長 どうぞ。

河野委員 資料としていただきましたこの「自殺総合対策の在り方検討会における主な意見」は、非常によく整理されていて、私の頭の中を整理するのにありがたかったということと、そ

れから資料2、ライフステージごとにメモってございますけれども、これは具体的な対策を考えていくときになかなかわかりやすいかなというふうに感服いたしました。

私の担当しておりますのは、真ん中の「職場」というところのライフステージに相当しておりますけれども、第1回会議の主な意見のところでは幾つか興味深いことがありまして、それも伺ってよろしいですか。

まず、私は、職域の第一線で長い間、働く人々のメンタルヘルスケアを担当させていただきましたが、先ほどの生きがいについて、私は、清水委員のおっしゃっている意味はすごくよくわかりますし、大切なことだと思います。ですので、そういう生きがいに対するサポートといったようなものも含めて活動してきましたが、それなりの効果はあったと思っています。

もう一つ、職場の場合は、経営者の考え方でメンタルヘルスケアの充実度というのがかなり違ってくることを経験しております。

そういうことで、経団連から高橋信雄委員が出ていらっしゃるの、経営者団体として、メンタルヘルス、自殺予防対策の考え方をどう纏めておられるのか、伺えたらありがたいと思います。

中村座長 どうぞ。

高橋信雄委員 では、今の河野委員のご意見も踏まえて、数点お話し申し上げたいと思います。

まず最初に、前回の会議で終盤に、社会全体のいろいろな背景、事象を考えながら取り組むべきであるというご意見と、いわゆるうつ対策に特化すると効果的というご意見について議論になったと思います。私は、産業社会におきましては、むしろどちらにフォーカスするかということではなくて、従業員に働いてもらわないといけませんし、個人が活力を持って、やる気を持って、能力を発揮していただかないといけませんので、複眼的に総合的に対策を詰めなければいけないという気がしております。そういう意味では、今日、各委員の方がいろいろご指摘いただいている点について、なるほどとうなずきながらお聞きしているところでございます。

次に、企業の現在ある状況です。自殺者がある時期からふえ、特に中高年の働く人がふえたという点は、我々も注視しているところです。ご存じのように、国際的な競争、メガコンピティションが激化しM&Aが進められる時代です。私どもJFEも、大きい鉄鋼会社が2つ、およそ文化が違っているとされていましたが、今一緒になってやっております。そのために、その影響を小さくとどめるための努力が大切です。先ほど申し上げましたように経営の課題として、個人、組織がやる気を持って仕事にあたるようにすることが大事ですので、そのために配置上

の配慮を行い、過重労働対策を進め、さらに特化して言いますとメンタル不全に陥っているという方のサポートを行い、仕事をどうするかというようなことを、関係者で議論し、積み上げてきているという経過でございます。

ここで、皆さんがご指摘いただいている関係者とか社会一般の組織ということで気付いた点があります。どこにも出てきていませんが健康保険組合があります。今度の特定保健指導などもそうですが、重要な役割を占めているのではないかと思います。

それから、中桐委員の前でちょっと申し上げにくいんですが、最近、ホワイトカラーエグゼンプションが話題になっております。これは、大きな目と申しますか国際的に見ますと、日本の社会あるいは産業界の発展にはある程度、回避して通れる道ではないのではないかと懸念がございます。今までにそういうことが許される業界、職種というのがございましたが、例えば特殊な研究領域ですとか、あるいは企画とかいう分野において、ある程度緩やかな対応が必要という部分があると思います。そのためには今まで積み上げた知恵と工夫の活用が肝要だと思います。過剰の解釈で運用してしまうとか、悪用すれすれの対応ということはいけなと思っています。それを防ぐための仕組みと申しますか、対応方法を考えることがこれからの課題だろうと思っています。

さらには、今、河野委員が言われました経営者の理解、あるいはトップの姿勢ということについてです。これは産業保健体制、あるいは人事労務体制も含めてですが、経営者がどうしてその気になるかという視点が大切ですね。自発的に突然宣言し、指示する経営者は少ないと思います。現状を認識するためにブレーンと申しますか、企画しているスタッフの方がどういう情報を入れ、そしてどういうことを考えるべきか提言することが必要だと思います。これには、保健医療スタッフはもちろん、人事労務あるいは安全衛生をやっている人が、自らの機能を最大限に発揮し対応するということが大事だろうと思っています。

前回、私は2点、地域連携と専門家の機能的な連携ということを申し上げました。これについては、もう天本先生や高橋祥友先生が詳しく解説して下さいましたので、ほとんどつけ加えることはございません。

ただ、この中でまだ出てきないことがあります。例えば人権擁護の関係で活躍している人です。そういう方がいろいろな課題を拾い上げて、解決に結びつけているということがあると思います。あるいは防犯、防災上の組織ですね。こういったところがいろいろな現象をとらえて地域的に解決しています。こういう役割も大事だと思います。特に、犯罪行為ですとか意図的な悪さとかということになりますと、社会、地域全体で対応しなければいけないことだろうと

思います。

この連携の中で、1つ、提言的に申し上げたいことがあります。事業主団体あるいは地域の中小企業の集まりという団体が数多くございます。そういうところからいろいろ必要な情報をいただくとともに、教育のための材料や対応方法を広く流していただければと、各組織のリーダーシップに期待できる部分があるだろうと思います。これも、内容に加えていただければと思います。

あとは、雑感的なことですが、全般にわたりまして、健康教育ですとか正しい知識の習得ということは大変大事なことだと思います。これは、専門家集団の中でも、天本先生がご指摘されたように、ちょっとしたバリアがあるように感じております。また、専門家を含めて実際の人の配置を狭め、仕事を進める、そして業績を上げる、ということになりわいとしています企業としましては、本当に必要な情報がバリアを超えていただける、あるいは発信できるということになるとよろしいと思います。

以上、雑感を含め、皆様のご意見を踏まえまして、私の意見を申し上げます。

以上です。

中村座長 ありがとうございます。

どうぞ。

鵜養委員 今までいろいろお話を伺ってきました、その中で思っていたことですが、私は学校という場というか、そこを代表してということで、若干の資料は、私どもの仲間の聞き取り調査というあたりのところでのまとめを載せておきましたけれども、それは後でござらんいただければありがたいかと思えます。

それで、今伺っていて、やはり学校というところが非常に限られた空間というか、そういう中で、学校にはさまざまな人がいるというあたりのところ、それが非常に外からは見えづらい一つの閉塞的な空間をつくっている、そんな感じを持っています。

例えば、学校というのは、おしなべて一つの文化がありまして、やはり前向きであることとか、頑張ることとか、そういうことを評価されていくという風土というのがどうしてもあるんですね。そういう中で、やはり弱音を吐くこととか助けを求めることというのが非常にやりづらいという状況があります。

一方では、子どもたち、例えばいじめ自殺という話が出てきているときに、そういった子どもたちの助けてほしいという声に耳がかされていないという話もいろいろとご指摘いただくんですけれども、一方で、学校のそういう社会をつくっているメンバーとしての学校の先生方は、

やはりなかなか助けというのを求められないような状況があるやに思っています。小学校などは特にそうなんですけれども、よく学級王国という言葉がありますが、やはりなかなかチームを組んで子どもたちに対応するというのがやりづらいところ、そして自分自身の責任で抱え込まなければいけないというふうに思ってしまうところというのがかなりあります。そういう中で、やはり教師自身が追い込まれていく、そういう状態というのがかなりありまして、そういうときに教師が相談できるところとか教師を支えてくれるものとか、そういうものというのがなかなか見出せない、そういう状況にあるように思います。

スクールカウンセラーというのが、最近、中学校を中心に配置されていますけれども、このスクールカウンセラーの配置も、昨年ぐらいまでは週8時間、今、要するに予算の削減で週6時間という形で、週6時間でその学校のメンタルヘルスにかかわれるかということ、ちょっとこれはつらい部分があります。主な仕事として、やはり子どもたちのカウンセリングとか子どもたちの成長・発達の援助ということになりますので、そこでやはり同僚教師になりますけれども、そういう人たちのメンタルの部分にかかわるといのは非常に難しいことになります。一方で、教師というのは、カウンセラーとともに子どもたちの成長・発達を支えていく、そういう存在ですから、その方の個人的な部分にかかわるといのは非常に難しいですね。

それから、私自身も学校に入っていて思ったことなんですけれども、学校に入ってしまうと外の組織とか外のいろいろな資源ですとか、そういうものが非常に遠く感じられて、どうつながっていいかわからなくなる。

例えば、先ほど福祉というお話もありましたけれども、学校で児童相談所と考えたときに、その学校が最初に出会ったケースでつながった児童相談所のイメージで固定してしまう。つまり、最初に非行問題で児童相談所とかかかると、児童相談所は非行対応のところだというふうに思い込みができる。それから、地域によっては不登校でかかるところだと、不登校対応してくれるところだけになる。それから、最近は虐待ということで被虐待のお子さんに関してかかっていた場合に、虐待相談をするところだという形になる。そういうところで、学校からも外の世界というのはすごく見えづらくて、逆に言えば外からも、学校というのはすごくわかりにくい。「学校というのは一体何を考えているんだ、何しているんだ、何もしていないじゃないか」という学校に対するいろいろな批判というのがたくさん出てくる。

先ほど、原因というのは1つではないというお話をいただきましたけれども、いじめ自殺というような話が出てくると、それは学校がそういうものに対してどうキャッチしていたのかしなかったのか、それに対して対応がとられていたのかとられていないのかという話になる。そ

れから、子どもが自殺してしまったというようなときに、保護者の方はその思いをどこにぶつけていいかわからないので、とりあえず強い怒りというのを学校にぶつけられる方がかなり多いわけですね。そうなったときに、学校は直ちに守りに入ってしまうという形になる。そうすると、何もそこでいいことが生まれてこないということがあります。

それで、先ほどのこの概念図を見せていただいたのですが、やはり学校というのは一くくりになってきますよね。それで、教職員・友達、スクールカウンセラー等というのは一くくりになってしまうんですけども、実は、学校というのは教職員にとっては職場なのであって、その職場に関しては、メンタルヘルス的な援助というのがなかなか得られない状況になっています。東京都は、東京都の教職員共済組合の病院というのが2カ所ありまして、そこでメンタルの部分に関してもかなりかかわってくださっていて、それでうつ病とか、そういう状態になってしばらく休職状態になっている方、そういう方に対しての現場復帰のためのリハビリプログラムというのを持っていますけれども、そこにかかわっている精神科の医者、それから心理の心理職、どっちも言っていましたけれども、実は職場に帰らない方がいい、要するに教職を諦めるという方向で援助した方がいいようなケースというのがたくさんあると。ただ、もともと教職として出発してしまうと、そこで教職ではない仕事につくということに関して物すごく大変なことになってくる。そういうあたりで、やはりどうしても現場に戻りたいということが起きてきて、また戻ると悪循環が起きてくる、そんなことがいろいろ起きてまいります。

そういう意味では、少し学校というまとまりということだけではなく、学校というところも一つの職場として検討していただく。それから、子どもというのが、学校というところで教職員との関係だけでとらえられるのではなく、やはり家庭の問題とか、それから地域の中での問題とか、そういうものに広げてとらえていただく、そういうことも私は大事なのではないかなというふうにお話を伺っていて思いました。

中村座長 確かにそうですね。分けるとよく考えやすいですけども、混じり合っていることも確かですからね、そこら辺は。

南委員、何か。どうぞ。

南委員 私は、資料を特別用意していないんですが、今のお話を伺っている中での考えてきたことと、ご質問をもしさせていただいてよろしいければ、1点させていただきたいと思いません。

私は、せんだっての1回目のときにも申し上げましたように、メディアというのが伝えるということを仕事としているわけですけども、自殺の問題に関して、もし何か自殺予防対策に

資することがあるとすれば、それは自殺の問題をどう伝えるのか、どういうふうを考えて、国民にどう考えてもらうのかというような問題提起をするような方法でということになると思うんですけれども、先ほど高橋祥友先生のお話の中で、伝える立場にあるメディアが非常に上手に働けば、有効な自殺予防対策につながる可能性を持っているけれども、それがうまくいかなかった場合には、群発自殺のようなことを引き起こしたりする、非常に両面の危ない立場にあるということで、そのそのそれ以上のご説明はなかったんですが、もし日本の現状ということで、それにつけ加えて少しご説明をいただければありがたいかなと思いましたことが1つ。

それからもう一つは、メディアの報道の伝えるという部分だけではなくて、よく指摘されることなんですけれども、テレビの放送を通して子どもが非常に影響を受ける。それも、もちろん自殺につながる影響だけではなくて、いろいろな影響を受けるということがよく教育分野などで指摘されています。それは新聞に置きかえても、例えば同じように新聞を読んだ人がどういうふうを受けとめるかということで、いろいろな影響があるのだと思いますけれども、それは伝える新聞とかテレビも問題はあると思うんですけれども、もうちょっと引いてみますと、新聞やテレビが伝える映像というのは、やはり一つの道具にすぎないわけで、それを読む側、見る側がどう見るかということなんだろうと思います。それを、よく最近メディアリテラシーとか、流された情報をどう読むかということでよく説明されていますけれども、そのところでやはりこの自殺予防対策のことも、流されている情報をどう読むかというあたりの知恵が非常に問われているのではないかなと。それから、例えば子どもでいえば、その映像を1人で見せてはいけない、必ずみんなで議論しなさいということもよく指摘されていると思うんですけれども、命ということに関する教育がよく言われますけれども、自殺とか人が殺されるような場面をあまり流してはいけないとかということも言いますが、そういうことではなくて、やはりもっと命とか死とかということについて議論する環境をつくるべきであるということもよく言われています。そのあたりの、もしまとまった何か知見なり研究があるのでしたら、ちょっと教えていただきたいなというふうに思います。その2点を。

中村座長 精神科の先生方から、今の南委員のあれについて、高橋祥友委員、何かおありですか。

高橋祥友委員 南先生も、精神科医ですよ。

自殺報道の問題点に関しては、私は単純な因果関係の説明をするというのは控えてほしいと思います。自殺が起きた背景には、やはりいろいろな原因があるのですが、例えばいじめと自殺というような単純な因果関係の説明をしてしまうということは危険だと思います。

さらに、短期間で過剰なセンセーショナルな報道ですね。未成年の自殺というのは、自殺全体の2%なので、いつもはほとんど取り上げられません。ところが、ひとたびいじめ自殺となってしまうと、非常に大きく取り上げられる。私は、2%だから子どもの自殺が大きな問題ではないと言っているわけではなくて、非常に重要な問題であると思います。それならば、長期的な視点に立っていつも取り上げてほしい問題なのに、いじめ自殺というキーワードが出たときだけ大きく取り上げられるのが問題だと思います。

例えば、86年中2の鹿川君の事件がありました。それから10年ぐらいたって、大河内君とか伊藤君の自殺がありました。そしてまた10年して、今回の件ですね。特に怖いのは、自殺の方法を詳しく報道することです。子どもの場合ですと、模倣するという傾向がありますので、どうやって命を絶ったかということを説明するのは危険だと思います。さらに、自殺で何らかの目的を遂げた点を強調するとか、一種の復讐ですとか報復の手段になっているということもあります。また、亡くなった人をおとしめる言い方もまずいですし、逆に生前の長所を非常に強調するみたいなこともまずいと思います。また、子どもに関しては、実名報道とか写真を出すということも問題なのではないかなと思います。

こういうふうに否定的な面だけ言ってもしょうがないので、むしろ具体的な注意点、こういうふうないじめ報道のさなかで親御さんも心配しているところなので、どういう点に気をつけるかというようなことですとか、治療法や予防法についての指摘をしてほしいと。あるいは、自殺の危険から立ち直った例を報道するのもよいでしょう。そういうようなことが、あまりないんですね。さっきも言いましたけれども、長期的、根源的な問題の解決の提起もないし、遺族に対する配慮も多少乏しいと思うようなことがあります。

この一連のいじめ自殺報道を見てみますと、今から10年前、20年前はかなり大変だったんですね。写真を載せるとか本当に遺体を写してしまうとか、そういうこともあったんですけども、そういった点は最近の報道では改善されているといいますが、過去の教訓を得ているところはあと思っています。ひとつひとつの報道は改善されていても、マスメディア全体でうねりのような大きな動きになってしまい、それが子どもに影響を及ぼした可能性はあるでしょう。

ただし、今回見ていて、私の立場からするととても危ないなと思ったのは、遺書のそのままを例えば写真などで載せる。あるいは遺書全文を、例えば活字に置きかえるということもしないでそのまま載せて、テレビなどでは感情を込めて全文を読み上げたなどということもありました。ああいうものもかなり危険で、その後、遺書の形式を模倣するというのは確実に出ていたと思います。

例えば、この世代の中学生とかの自殺は、ほとんどの場合、追い詰められた末の自殺ですから、遺書を残しても数行のなぐり書きというか、走り書きみたいなメモが多いのですけれども、最近の傾向を見ていますと、いじめられた人の名前を載せるだとか、どういうふうな目に遭っただとかということを書いている。そして最後には、家族に対する感謝とか謝罪みたいなものを書いて、最後に自分の名前を書いて、場合によると拇印を押すみたいなどころまで形式が似てきてしまっている。これは、やはり一種の模倣なんですね。

南先生が、メディアリテラシーという話をされていますけれども、確かにどれほどセンセーショナルな報道があったとしても、健康な人はある程度、距離を置くことができます。ただし、問題なのは心の病を持っている人、あるいは子どもの場合ですね。健康な人ならば、当然こういった問題に距離を置けても、特に自分自身も自殺のことを真剣に考えているような人では影響を受けることは、私は精神科医として患者さんを見ていてしばしば感じます。

例えば、子どものいじめ自殺があればほど大きく報道されているときに、「子どもでさえもこういうような簡単な形でもって解決策を見出せるのか」ということを大人の患者さんまでが言うんですね。ですから、そういうような人たちに対する影響だとか、子どもに対する影響だとかを考えていただきたい。

あと1点、一つ一つの報道はかなり改善されてきているんですけども、一番大きな点は、これはメディアスクラムというんですか、一つ一つはおとなしくてもメディア全体として大きなうねりになって自殺報道が過熱していくという傾向です。ごく一般の人がテレビや新聞に対して「これはちょっとやり過ぎではないか」とごく常識的に考えているのが、何でメディアに伝わらないのかなというのが、いつも不思議でしょうがないですね。1回走り始めると、一固まりになってどっと報道が進んでしまう。特に、10月、11月あたりはそういうような傾向がありましたけれども、それでまた二、三カ月すると、ぱたっととまってしまう。個々の報道の仕方もあるのですが、マスメディア全体の態勢として、大きな流れとしての報道、そういったところも自殺の連鎖を生んでしまうのではないかと感じていました。

中村座長 どうぞ。

斎藤委員 関連で、質問を含むのですが、実は今お話のあった1986年に、子どもの自殺が多発しましたね。中野富士見中の鹿川君と同じ年に、岡田有希子の自殺がありまして、それから大河内君の自殺のとき、今度は自殺予防学会の代表として言わせていただきますけれども、この2回に、私ども学会として、マスコミによる過剰な報道について、警告というか、差し控えてほしいというような声明を出しました。実は、岡田有希子のときは、それこそビルから飛び

おりて脳漿が飛び散っているような、そういう生々しい写真がありまして、そのことも触れたわけですね。そうしましたら、ある新聞社から、そういう凄惨な写真で報道することが、逆に自殺というのは怖いという抑止力になるというような、それこそ居直ったような、そういうコメントをいただいて愕然としたことがあります。

ただ、大新聞の間では、自殺報道をめぐって研究会というか、そういう話し合いがなされているということを伺いましたけれども、そういう経緯があるわけでございますね。

南委員 私の承知している限りでは、自殺報道の在り方について特化して検討しているかどうかということは、今ちょっとここで事実関係としては、はっきりわかりません。

ただ、例えば新聞協会とか、そういう形で人権に配慮した報道の在り方とか、そういうような検討をいろいろしておりますので、そういう中で、もしかしたら自殺報道ということをやっていることはあるのかもしれませんが。これは、もしできれば、次回でよければ調べてみたいと思います。

斎藤委員 そうですか。わかりました。

それで、自殺報道というか、この問題をめぐって、高橋ドクターや自殺予防学会で随分文献がありますので、これは今日お手元にお渡ししましたので、ぜひ中にそういう文献がありますので、ごらんいただきたいと思います。

以上です。ありがとうございました。

中村座長 ありがとうございました。

では、清水委員、どうぞ。

清水委員 私自身も、2年半ほど前までは報道の現場にいたので、そのときの経験も踏まえてちょっとお話しさせていただきます。

2点あるんですけども、キーワードが出てきたときばかり報道が過熱する、メディアスクラムみたいな状況が生まれるというご指摘が、さっき高橋祥友委員からありましたけれども、実はこれは逆に言うと、現場の立場からすると、そうした機会でないと、ふだん持っている問題意識をなかなか形にして発信するということができないという事情も絡んでいるんですね。特に、ニュースというのは、何か時代的なイベントであったり、あるいは社会的な出来事であったり、そうしたタイミングを持って出さないと、脈絡もなく、例えば自殺の問題がずっと続いていますと。それで、自殺の問題がずっと続いているから、その問題について何か報道したいんだと現場が言っても、これは社としては、どこがニュースなんだということになってしまうんですね、悲しいかな。

ですから、今、現場の記者の方たちも、警察が6月、7月に自殺者統計を出しますよね。そのときをねらって一生懸命、ふだん現場で感じている自殺の問題点について、そこでばっと書くわけですね。恐らく、いわゆるいじめ自殺報道に関しても、現場を取材すればいろいろなことが見えてきて、学校の隠ぺい体質とか、あるいは学校の先生が生徒に対しての態度がよくないとか、いろいろと現場を取材していくことで見えてくるものがある。この機会を逃すと多分もう書けなくなるだろうということは、現場の記者の人たちはよくわかっているのに、それとにかく頑張って記事を書く。しかし、これはある意味では非常に皮肉というか、ジレンマ的なんですけれども、そうやって現場の記者が頑張れば頑張るほど、紙面の記事は扱いが大きくなり、テレビのニュース報道の尺は長くなり、結果、マスコミ総体として見ると、情報量がわっと一挙に過剰気味になる。子どもたちにも膨大な量のニュースが一挙に押し寄せるといったことが起きてしまう。

では、そのことについて一体どうすればいいのかということが2点目になるわけですが、恐らくいじめに遭っていた子どもたちは、いじめ自殺の報道は食い入るように見ていたと思います。新聞についても、テレビについても、自分と同じような立場の子が自殺していったということになれば、これは一生懸命その報道に耳を傾けたり、注視していたと思います。つまり、アンテナが非常に敏感になっていたと思いますね。

これは見方を変えると、情報を発信する側にとっては、いじめに遭っている子どもたちに対して、自殺以外にどうやったら現状から回避することができるのかといった自殺以外の代替手段を具体的に提示してあげる、絶好の機会でもあるわけです。ふだん子どもたちはあまり新聞を見ないですが、いじめに遭っている子は、多分あれは食い入るように見ていたと思うので、ですからそういう絶好の機会なんだというふうにとらえて報道することもできる。もし私が新聞記者だったら、「いじめを自殺以外の方法で回避した子の具体例を100日間連載し続ける」とかして、もう毎日、具体的にどういう人がどういうふうにいじめに遭っていて、しかしそこからどう回避していったのかという具体的な手段を教えてあげる。

そうすれば、子どもはいじめに遭っていても、「ああ、自殺以外にもこういったものがあるんだな」ということがわかって、恐らく自殺しない別の手段をとっていこうと思います。命の大切さを伝えるということももちろん大事なんですけれども、でも、恐らく追い詰められている子どもが本当に必要としているのは、「具体的に、では今おれはここからどうやって脱することができるんだよ。脱せばいいんだよ。その手段を教えてくれよ」ということだろうと思いますので、自殺の報道をするときにはそういう情報もあわせて載せるようにすることが重要だ

と思います。

WHOのガイドラインにも「代替手段を併せて載せる」というのは書いてありますけれども、これは紙面の都合とかニュースの尺の都合とか、そう簡単にそうしたことができない事情もいろいろあるんですけれども、でも、ここはやはりある程度、各社で検討してガイドライン的なものをつくって、報道のときにはそうした代替手段を短くてもいいからとにかく載せるというような方向に持って行っていただけたらなど。そういうふうなことをすべきではないかという提言も、していくべきではないかというふうに思います。

斎藤委員 しかし、実際には難しいですね。

清水委員 簡単なことはないです。

斎藤委員 ネガティブなものが、もう過剰に報道される。事件でしかないわけですね。清水委員だって、それは理想としてそうあるべきだと……

清水委員 いや、でも、実際に報道を見ると、過熱した後はそうやって相談先とか、いろいろ載せ始めているんですよ。それは、メディアの人間もばかではないので、こういうことが必要だろうとって軌道修正を図っているんです。

ただ、これは報道がやんで、次に何か起きたときには、また多分同じことを繰り返すわけです。1回過熱して、代替手段を提示し始めるということになるだろうと予測されるので、であれば、最初から代替手段を提示するというのを、ある程度緩やかに取り決めを持っておくというのは、これは決して不可能ではないと思います。

斎藤委員 米国の先行研究でも、教育的な意図でつくったビデオ番組でも、やはり自殺が起こるんですね。それは、やはり自殺という問題に自己同一化した結果、起こるわけであって、だからそれをどうポジティブにとらえるかということは、難しいと思いますけれどもね。

清水委員 これは、だから具体論で話をした方がいいと思うんですよ。

斎藤委員 いやいや、その具体的な研究に即して、私は申し上げているわけで。

清水委員 では、このまま放置しておけばいいということですか。

斎藤委員 それは、マスコミ規制などということは、僕は言うべきではないと。それは、自主規制というか、やはりそれなりのコードをつくることだと思いますけれどもね。

清水委員 ですから、それなりのコードというのが、だから私がさっき言った話であって、もちろん主体的に決めるのはメディア各社ですから、別にこれは「規制する」というのではなくて、こういう案はどうですかというふうに提示する必要があるのではないかということです。

斎藤委員 ええ、おっしゃるとおりです。ですから、確かに20年前に比べると、マスコミの

報道にしたって随分変わってきたと思いますし、それは私も評価します。

中村座長 どうぞ。

鵜養委員 今、お話を伺っていて、報道の立場からするとそうなんだろうなというのはすごくよくわかるんですね。ただ、清水委員の発言の中にも、例えばいじめ自殺、事件があると、いじめられている同じ思いをしている子どもたちは、食い入るように見ているだろうと言われましたよね。同じ思いという思い方というの、私はすごく危険だと思っているんですね。一人一人がどういう思いを持っているのかというのは、これはすごく違う。そして、どんなふうにも、例えばそういうところで最後に「相談のところがありますよ」みたいなものをつけ加えたところで、実際にそういうことをすることに関してどこかで絶望している子どもたちというのは、そういうものは見ない。むしろ、自殺というところに共感してしまって、それでそういう行動が連鎖するということがあると思うんですよ。

それから、今のお話の中にも、もう一つ私がちょっと引っかけたのは、ひどいことをする先生がいるという話がありましたよね。そういう報道があると、それは伝わったときに、先生はみんなひどいんだというふうに一般化されてしまう。そうすると、教師の方はまたそのところで傷ついて、守りに入らざるを得なくなる、そういうこともいろいろ起きてまいります。それで、むしろそういうところで1人の子どもの自殺ということがあったときに、やはりそこを表面のところだけで「いじめ自殺」というふうにくくらないでいただけるといいなというふうにも思っています。

ただ、では、それを詳細に報道できるかといったらできないので、1人の子どもがどういう背景の中で、どんなふうなことがあって、それでどういうふうに絶望して自殺に至ったかということを詳細に報道したら、これはその本人が傷つきますし、その関係者が非常に傷つくわけです。ですから、そういう意味ではその1人の子どもの死というのを、何かキャンペーンを張る、そういうところの材料に使われては、やはりいけないような気がするんです。そこは、とても注意してやっていただきたいというふうに思う部分でもあります。

私どもの同業者組合の方も、報道各社に対して、子どものいじめ自殺に関して、報道に関してお願いというのを送っていると思うんですけども、やはりそういうところでの取り上げ方というのは、物すごく慎重になる必要があるだろうというふうに思っています。

ただ、報道の方も、すごく最近はいろいろ配慮してくださって、スクールカウンセラーというものが学校に入る以前は、これはその当時のあるジャーナリズムの方だったんですが、自分たちの中では学校をたたいておけばいいんだというふうに思っていたけれども、いろいろ聞いて

てみるとそうでもないということがだんだんわかってきたというふうに言ってくださいました。それで、何かのことを取材するときに、背景取材をかなりきっちりして下さることが多くなって、私どももその背景取材に関して応じていく。だけれども、いきなり電話がかかってきて、「いじめ自殺があったんですけど、コメントを」と言われることに関しては絶対に応じない、そういう形でやってまいりましたので、やはりそのあたりのところを、これはもうお互いの中で、そういう思いをたまたまこういうところで話し合う機会というのがあるので、そういうことを大事にしていきたいなというふうに思っています。

中村座長　さまざまな立場の方の今のようなお話し合いというのは、本当に大事ですよ。

高橋祥友委員　清水委員が一方的に攻撃されているみたいなので、代弁をします。清水委員はもともとメディアの人だったわけですよ。それで、今はNPOの代表でしょう。政府の立場にも立たないどちらかと言えば中立的な位置にいます。すごくいい立場で、今回のいじめ自殺に関して、相当働いてくれたということも現実ですね。

というのは、例えばいじめ自殺が大きな問題になっているときに、「もう少し抑えた報道をしてほしい」と厚生労働省とか文部科学省が言ったら、本当は言いたかったんだけど、もし言ったら、「何だ、また隠ぺいにかかるのか」といって、一挙にまた過激な報道になってしまったと思うんです。そういうときに、清水委員が様々なところに働きかけたのを私は知っています。その点はとても評価しています。そういう意味で、あまりマスメディアの肩を持ってしまふのではなくて、元メディアにいた立場として、報道の仕方にちょっと危ない面があるよということを、今後も少しオピニオンリーダーみたいになって伝えてくれると、すごくありがたいというふうに思っているんですけどもね。

清水委員　私はこの問題については素人なので、実はメディアがちょっと過剰報道になっているのではないかと思ったときに、高橋祥友委員に「これはちょっと過剰だと思うんですけども、一緒に緊急提言をするなり何かやりませんか」とご相談させていただいたんです。ただ高橋委員は文科省の委員会にもかかわっていらっしゃるので、それで「いや、この件に関しては清水さん役立つから」と。それで、高橋委員や他のいろいろな方からもお知恵をいただいて、それで立場的にメディア関係者に知り合いがいたりもするので、現場の人たちに話を持ちかけて。

すると、具体的にこういうこと、ああいうことというふうに提言していくと、結構取り上げてくれたりするんですよ。一つの例は、『ニュース23』という番組でWHOのガイドラインのことを扱ってくれたり、さらには、オーストリアのウィーンのあの地下鉄のメディア報道によ

って減少したという事例も、ちゃんとレポートで放送してくれたり。それだけではないですけども、そのほかの各紙の方々も、これは私が働きかけたというよりも、自主的にそうやって少し方向転換し始めてきているというのがあるので、ただ、本当に何をどうしていいのかわからない中で、現場の問題意識をとにかく活字に、あるいは映像にというふうな思いが逆方向に出てしまっている部分というのはあると思うので、こちらからも積極的に、「こうした方がいい、ああした方がいい」というふうに投げかけていくというのが大事なのではないかと思っています。

中村座長 そうですね。メディアの方だって、聞く耳を持たないわけではないですから、こういう提言をしていくのは大事だと思いますね。

ほかに。

鵜養委員 そのことで、ちょっと補足していいですか。とてもそのことはよくわかっていません、私も。

それで、実は、これは自殺ではなかったんですが、スクールカウンセラーが入り始めた初年度のときに、ある中学校で、その前に実はそこを卒業した子どもたちが殺されてしまったという事件があった学校で、そのときに学校はとても傷ついたんですね。その子たちが卒業した学校にいろいろと取材があって、それでその子たちの在学中の様子や、その学校の状況などについていろいろ報道されたりと、学校はすごく傷ついていたので、逆に今度はメディアに協力してもらって、その学校がどういうふうに動いてきたのかというあたりのところを取材してもらおうということで、あるテレビ局にずっと入っていただいて、ドキュメンタリー番組をつくったんです。それを放映したということがありまして、非常にそういう意味では、こちらから何をちゃんと開示していくのか、そしてどういうことをきちんとお伝えして、そのところでどういう協力体制をとっていただけるか、これはやはり学校に限らず、こういった何か自殺みたいなことがあったときに、それはやはり当事者の側の責任でもあるというふうに私は思います。

清水委員 1つ補足で言うと、今のご指摘は非常に重要だと思います。これは、いじめのことだけに限らず、今、南委員もおっしゃっていらっしゃいましたけれども、やはり「自殺の問題をどうとらえていくのか」ということをメディアを通して社会に啓発していく必要がありますし、「いろいろな人たちにかかわってもらわなければならない地域づくり、社会づくりとしての自殺総合対策」ということでいうと、どういう実情、現状があって、それに対してどういう参加が求められているのかというようなことも呼びかけていく必要があるだろうと思います。

その際、メディアは非常に重要な、ツールといったら言い過ぎかもしれないですけども、そうした役割をメディアは担うことができるというか、メディアしか担えない部分だろうと思いますので、積極的にメディアの関係者とかかわって意見交換していくということが重要だろうと思います。

中村座長 ほかに。

中桐委員はおありになりませんか。別に今のことと無関係で、ご自身のことで。

中桐委員 私の方は、今日、ペーパーを出しておりますので、前回言ったものを多少補強して言っていますので、それを見ていただければいいのかなと。やはり先ほどのメディアの話をもう少しやっていただいた方が、おもしろいなと思っておりますけれども。

中村座長 では、またメディアについて、もしご意見がありましたらどうぞ。

中桐委員 私のペーパーを見ていただければわかりますが、私が直接自殺に触れるのが、労災請求があって審査する場所で遺族の方々に会い、いろいろな資料を見ながら、その原因などを探り、仕事と関係しているか、していないかということで判断するわけですけども、前にもお話しした、そういった審査する過程で、今の制度が実は拡大再生産をおこなっている、次の自殺を生んでいるというのを日ごろ感じるわけです。労災認定にかかわる関係者、例えば労働基準監督所の所長ですとかその職員、都道府県に上がって行って、その審査官、そこから次に私のいる中央まで来ますが、その過程で、被害者や遺族の苦労をわかってくれなくて、労働側から請求していますので、労働側で証拠を集めなければいけない。しかし、会社は知らないよということで、全然協力してくれない。「それは労災じゃありません。勝手に死んだんです」ということにされるので、証拠が集まらない。そういうつらい思いをしながら再審査を続けている。

1つ例を挙げますと、中央の審査会にある方が請求をしてきて、この方は別に自殺ではないんですけども、大きなけがをして、その補償が、最近傷が痛いので、認定の等級を上げてほしいというような話ですけども、審査会は公開ですので裁判所みたいな場所ですが、部屋に入ってきて、いきなり審査長に大きな声で怒り出し、外国人ですけども、文句をいろいろ言っている。次には、大きなペットボトルを出してきて、自分でそれをかぶり、床にまくのです。これは、自殺をしようとしているわけです。抗議の焼身自殺。これまでのいろいろな方々が自分に対して非常に冷たかった。それで、特定の方を挙げて、そいつはもう殺してやりたいというような、そういうことも言っていたらしく、事務局もあらかじめ、若い方を配置していて、それが功を奏して、ライターで火をつける直前で取り押さえられた。これというのは、労災で

救われなければいけない労働者が、抗議の焼身自殺を中央審査会でしようとした、これはやはり制度が間違っているのではないかなと強く思ったのです。それで、今回は労災保険の制度について特にスポットを当てて書いた。そういうことを経験した被災者、その家族、その友人、そうした方々がどういう傷を負って労災補償制度を見るか、自殺についてどう思うのか。

昨日ちょうど、先ほど高橋信雄委員がおっしゃったホワイトカラーエグゼンプションの審議会が芝公園の中央労働委員会会館で開かれ、私はその会場の1階上で、1日じゅう労災審査を行っておりました。そのうち3件が過労自殺案件でした。これは立証が難しい事件です。そういう中で下では過労死や過労自殺が増加すると労働組合が反対しているホワイトカラーエグゼンプション導入審議を行っている。外の公園の方では全国から動員された組合員の方々が抗議の声を上げ我々の労災審査会場にもそのマイクの声が聞こえてくる。「過労自殺をどうするんだ」というような、そういうヤジを聞きながら、過労自殺の案件を審査しているという、すごく矛盾した情景になりまして、何かおかしいのではないかなというのをすごく感じたわけです。それを整理していくと、ここに書いてあるような提言になるのですが、今の制度を厚生労働省が変えていかないと自殺も減らないし、本当は過労自殺だけれど、認定された数は少なく、皆さんの判断としては、そんなに大した職場では起きていないんだということになってしまう。

ホワイトカラーエグゼンプションはアメリカの制度ですが、イギリスも同じような制度があり、これは今、イギリスの中でも組合と大きな争いになっています。それがEUに持ち込まれ大きな論争になっていて、今後どうするかということになっている。アングロサクソンは、イギリスもアメリカもそうですが、日本のビジネスモデルも、アングロサクソンに近づこうとしています。そういう制度を導入しようとしている。でも、片方で、同じEUでも、フランスなりイタリアなり、そうではない民族ではそういう労働時間の問題はあまりない。フランスは週37時間労働制を法律で決めている、人生をもっとエンジョイしている。実際にこれらの国の自殺がどうなっているかわかりませんが、そういうことを昨日1日感じました。特に提出文書に追加はしませんが、そんなことを感じています。

以上です。

中村座長 ありがとうございます。

ほかに。どうぞ。

高橋信雄委員 今、中桐委員から、職場で起きていることについて重要な示唆がありましたので、私のコメントもつけ加えさせていただきます。

経営者とか企業の立場でも、従業員が自殺で亡くなると、ご本人が気の毒であり、家族が悲

惨な目に遭いますことと同時に、組織の大きな損失になります。そして過労自殺であるとか営業面で疲れ果てたということになりますと、職場への影響もはかり知れないものがあります。先ほどの事後の対応という面についても、我々もいろいろと意を用いています。大きい声では言いにくいことですが、マスコミで喧伝されますと、企業のイメージを損ないますので、経営者はかなり気にするところでございます。

そういう中で、実際に起きると、いろいろな背景、要因があるにしても、場合によっては労災ということになるわけです。中桐委員がご指摘のように悩ましいことがあります。私どもの間では業務だけで自殺したのではないのではという議論がよく起きます。しかし業務が主要因であったとなりますと、労災になり、あるいは民事賠償という話になってくるわけです。

そういうときに、実務家といいますか、大手企業の担当者も悩んでいることがあります。労災に認定されますと、それだけでご遺族はある程度の補償が受けられる。ないと、普通の福利厚生で用意した見舞金しか支払われない。この格差とは一体何だろうかということ。要因の寄与率の評価は非常に難しいですが、労災はゼロか100という体系で、運用されていますので、おそらく審査をやっている中桐委員は、悩まれるケースが多いと思います。我々も、大変悩ましく思っています。別な形でサポートしたり、救済できればということも考えられます。社会全体の補償体系ですとか事後対応について、こういう場で議論していただけたらありがたいと思います。

中村座長 ありがとうございます。

どうぞ。

天本委員 1回目の主な意見と、それからこの資料1、2の概念図などのことで、高齢化社会でよく言われるのが人口構成の問題と家族構成ということで、特にこのライフステージにおいて、高齢者の場合に老老夫婦、それから単身老人が非常にこれからふえていく、要するに家族の構成が相当変わると。特に、これから20年は今までの高齢者。その後の高齢者というのは、要するに団塊の世代の高齢者。そういう意味で、自我とか自立というものが全く違った層、その層別化した面での対応というのは、やはりこれから必要であろうと思うんですね。

このライフステージを見ていると、この3つというのはあまりにも大き過ぎて、中高年、濡れ落ち葉と、それから65歳から本当の後期高齢者になるまでのいろいろな問題と、それからホワイトカラーの本当に今議論になったような働いていらっしゃる形での、その家庭というのが今までの家庭のイメージで出てきている。

というのは、時系列的に見るうつの場合の前兆といいますか、何か表情が違うとかというよ

うなものを見ていただく身近な家族、あるいは友達、ひいては我々とすれば、かかりつけ医というものが総合横断面で見るというよりも、時系列にかかわっていくことでの「あ、ちょっと違うよ」という一つの単純な表情、そういうものをいかにとらえていくかという視点でのとらえ方というものも重要なかなと思うので、その辺をちょっとまた整理していただければと思います。

中村座長 そろそろお約束の時間が近づいているんですが、どうしてもとおっしゃる方がいらっしゃいましたら、どうぞ。

清水委員 この資料2なんですけれども、自殺総合対策は地域づくり、社会づくりという側面があるのであれば、みんなで、地域で、あるいは社会で共有できる1枚の必ずしも私のあれを採用しろと言っているわけではないんですけれども、1枚にまとめたイメージ図が必要なのではないかと思います。何かこういうふうに最初から地域やライフステージごとに分けてしまうことがどうなのか。もちろん、「点でもなく線でもなく、大きな面での自殺総合対策のモデル図がまずあって、その中身はもちろん細かく分けていく必要があるんですけれども、でも、これだけ分析したところから始まるというのは、先ほどお読みした自殺対策基本法の目的からも、ちょっとそれてしまっているのではないかなという印象を持ちました。

中村座長 では、そういう検討も含めて、今日の議論も踏まえて、もう一度、事務局の方でまた資料をつくっていただきます。

もしいらっしゃらなければ、そろそろ終わりにしたいと思うのですが、今日は問題点・課題等について出していただくということでしたけれども、非常に皆さんそれぞれのご体験、具体的な形での議論が出たと思います。しかも、もう長い間かわり合っていていらっしゃるので、ご提言的なものも大分ご意見の中にあっただと思いますし、今日お話しになりませんでした部分でも、ここに積み上げられた資料もたくさんありますので、これをどうまとめていくかというのは、事務局も大変だと思いますけれども、また次回に向けてまとめておいてください。

もし、今日ここで言い尽くせなかったということがございましたら、事務局の方から、来週の水曜日、12月27日までにメモをご提出くださいましたら、それを今日の発言の一部として取り込んで次の資料づくりに使いたいというふうに申しておりますので、12月27日までにメモをお出してください。それをまとめて、今後の議論の進め方の案というのを次に出してくださると思います。

次の検討会が、皆様にもお知らせが行っていると思いますが、明けて1月19日金曜日、午後3時からということをご予定しております。細かいことは、また事務局の方からご連絡してくだ

さい。

あと、何かご連絡事項はございますか。

北井審議官 特段ございません。できるだけ早く、今日いただきましたたくさんのご意見を整理いたしまして、もしできれば年内に、お届けできるかどうかわかりませんが、やりたいと思います。

中村座長 これは大変だと思います。本当に大事なことが、こんなにたくさん出てきましたけれども、何かでも割合、皆さんの方向が、総合的、長期的に全体を考えるとということでは、ある方向を向いていると思いますので、年末で大変ですけれども、まとめておいてください。また先生方にあらかじめ資料をお送りして考えておいていただくと、ここでの議論が深まると思いますので、事務局、よろしく願いいたします。

では、ちょうど3時になりましたので、本当にありがとうございました。これで今日の会議を終わりたいと思います。

午後 3時01分閉会