

官民が協働して自殺対策を一層推進するための特命チーム

(第3回)

議 事 録

内閣府政策統括官(共生社会政策)自殺対策担当

村木自殺対策推進室長 それでは、ただいまから「官民が協働して自殺対策を一層推進するための特命チーム」第3回目の会合を開催させていただきます。

園田政務官は少し遅れておりますので、始めに末松補佐官から御挨拶をお願いいたします。

末松補佐官 どうもこんにちは。今日は精神保健福祉センターから来ていただき、また、保健師の御活動についても御説明を賜るということで、今日は本当にありがとうございます。

私もずっと副大臣時代から、この自殺対策に取り組んでおりまして、そういった中でこの前は心療内科の方々をお呼びして、いろいろな形で研究をさせていただきました。特に3万人という自殺者の外側にいる、4倍として12万人、その危険エリアの方々をきちんとケアすべきだという話もございましたけれども、そういうターゲットを絞りながら、更に3万人という壁を越えて、しっかりと自殺を予防するといった対策を更に充実していきたいと思いますので、今日も御議論のほどよろしくお願い申し上げます。ありがとうございます。

村木自殺対策推進室長 ありがとうございます。

それでは、議事の方に移りたいと思います。今、末松補佐官からもお話がありまして、今日は現場で活躍をしている団体の方々のヒアリング第2回目ということでございます。地域保健、精神保健を担う全国精神保健福祉センター長会と日本看護協会の2つの団体の方にお越しいただいております。各団体から御説明をいただいた後、まとめて意見交換の時間を取るという形でやらせていただきたいと思います。

それでは、まず初めに全国精神保健福祉センター長会から地方公共団体の自殺対策の現場を担う精神保健福祉センターの取組につきまして、御説明を10分ほどでよろしく願いいたします。

藤田全国精神保健福祉センター長会会長 このような場を与えていただきまして、ありがとうございます。私はセンター長会会長の藤田でございます。

私の方からも、精神保健福祉センターがどういうものを簡単に御説明させていただきます。

精神保健福祉センター長会というのは、全国の精神保健福祉センター長の集まりでございますが、全国の精神保健福祉センターというのは、各都道府県と政令市にございまして、全国68か所ございます。精神保健福祉法に規定されておりました法定施設でありまして、昭和40年から規定されておりますので、結構歴史は長いのでありますけれども、現在は各県それぞれ、大体1つということになっております。

中心の業務は精神保健に関する技術中枢というものでございまして、各県各政令市の精神保健に関する保健所とか市町村とか、そういったところのバックアップ。直接的なサービスもしたりいたしますけれども、それから関連団体とネットワーク連携を結んで、地域全体の精神保健の向上を目指すというのが私たちの役割でございます。

自殺対策につきましては、共同キャンペーンというのをやったり、センター長会の中にもワーキンググループをつくりまして、自殺未遂者とかそういったことについても研究しております。

今日はその自殺対策を総とりまとめとして、静岡県の精神保健福祉センター長の松本先生が常任理事としてやっていただいていますので、これからのことは松本先生に御説明いただきたいと思います。よろしくをお願いします。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 静岡県精神保健福祉センターの松本と申します。資料2に沿って説明させていただければと思います。

「精神保健福祉センターの自殺対策の取組から」と書いてございますが、普段、精神保健福祉センターの立場で自殺対策に取り組みながら感じていることを述べさせていただきます。時間も押しておりますので、少し端折りながら、初めに「精神保健分野の課題」というところから進めていきたいと思います。

私どもが精神保健分野で自殺対策を取り組んでおりまして、よく感じますのは、自殺の多い中高年男性につきましては「こころのバリア」の問題です。うつ病への偏見とか、精神科受診への抵抗感がまだまだ強いというところがございます。うつ病への知識は確かに全国的に広まってきているわけですけれども、いざ自分自身がうつ病にかかったときにどうすればいいかということは、なかなか浸透していないのが現状だと思えます。

精神保健福祉センターはさまざまな自殺対策の取組を行っておりますが、その具体例を幾つか説明させていただきます。

「1)が睡眠キャンペーン」については、このような「こころのバリア」を受けて、どうやってうつ病の気づきを高めていけばいいかというところで、睡眠の切り口から、「お父さん、眠れてる？」と声をかけながら進めているのが睡眠キャンペーンです。こちらがモデル地区の富士市の睡眠キャンペーンリーフレットになります。

ポピュレーションアプローチの1つが睡眠キャンペーンとなるわけですけれども、次は「2)地域におけるゲートキーパー育成」についてです。これは長崎県の大塚所長が始められたのですが、地域で「つないでいく人」をどう養成していくか、人材づくりということになります。そうしたこと全国的に取り組んでいるところです。

更に、ハイリスク者の受け皿整備をどうやっていくかも重要です。多重債務をかかえているということであれば多重債務の相談機関につなぐこととなりますが、例えばうつ病ということになりますと、地域医療連携が大事になります。かかりつけ医と精神科医の連携をどうやって図っていくかが非常に重要になる、そこでも精神保健福祉センターが絡んでおります。この点につきましては、前回、日本医師会から説明いただいたと思いますので、今回は割愛させていただきます。

次に「自殺の本質」についてです。日本の自殺対策の第一人者である防衛医大の高橋先生は、「孤立がキーワードです」とよくおっしゃいますが、私どももそれは強く感じております。地域のつながり、職場のつながり、家族のつながりが希薄化している中で孤立化が

進んで、自殺が起こりやすい状況になっているのではないかとということです。

2年前の流行語大賞の一つに「無縁社会」という言葉がございました。地縁、社縁、血縁がどんどん崩壊してきている中でどうすればよいのか。昨年を代表する漢字には「絆」が選ばれました。東日本大震災を経て、日本人の中では「つながりづくり、絆づくり」の大切さを強く再認識する状況に入ってきていると思います。日本人の中で「何か社会貢献していきたい」という意識は非常に高まっているのですが、具体的に「何をすればよいのか、何ができるのか」ということについては、まだまだ戸惑っているところがあると思います。

そうすると、ゲートキーパーの意義については、「ゲートキーパーというのは、実は日本の中でつながりづくりをしていく推進役なんです」と認識してもらって理解されやすいと思います。そして、「何をどうすればよいのか」を具体的に理解・習得していただく、それがゲートキーパー研修会ということになります。精神保健福祉センターでは、そのような研修会を保健所や市町村等々と力を合わせながら、全国各地で進めているところです。

ゲートキーパーの方々の「何をどうすればよいのか」という戸惑いに対して、内閣府においては「ゲートキーパー手帳」をつくり、それを全国で活用させていただいているところですが、それぞれの精神保健福祉センターでは、また一工夫を加えながらゲートキーパー向けテキストやガイドブックを作成しています。例えばこれは静岡県の「こころの健康ガイドブック」ですけれども、この付せんの付いているところをご覧ください。

気になる方がいたら、まずは「眠れていますか？」と声かけしてみましょ、と具体的に記載してあります。東日本大震災の被災地支援において、現地の方は非常に苦しい状況にあっても、「悩み事がありますか」と尋ねても、なかなか答えてくださらない。そういうときに、私ども「こころのケアチーム」では、身体の具合を聞きながら、まずは「眠れていますか？」と声をかけます。すると、「眠れていないですね」とお答えになる。「どうしてしまったんですか？」と聞くと、「いろいろと考えてしまって・・・」と答えられる。「どんなことを考えてしまいますか？」と聞くと、そこで初めて「息子を失って」、「船が流されてしまって」ということを話されるのです。

第一声としては、「眠れていますか？」という声かけが有効であろうと思います。こういった声かけをして話を受け止めながら、どこにつないでいくかを考えていくのがゲートキーパーの役割になってくると思います。

次に自殺総合対策大綱についてです。平成19年に大綱ができた当初の意義として、私どもが感じますのは、1つは「国民へのメッセージ」ということ、2つ目が「自殺対策の指針を包括的に示した」という2つの意味合いです。

1つ目の「国民へのメッセージ」ということについては、「自殺は追い込まれた末の死」、「自殺は防ぐことができる」と大綱で強調されました。それまでは、自殺は個人の問題であって、個人が勝手に自殺してしまうと考える人がいたわけですが、大綱にこういったことがしっかり記載されたことで、日本人の中で「自殺を予防していこう」という流れがだんだん広まっていった。そこに大きな意味があったとっております。

今回の大綱の改正に当たっても、国民へのメッセージ、日本人へのメッセージは非常に重要だと思えます。大綱は、自殺対策の具体的指針を記載していくという面も重要ですが、日本人へのメッセージにつきましては、東日本大震災を経て、「つながりづくり、絆づくり」の重要性が強く認識されているわけです。「つながりづくり」は自殺を防ぐキーワードそのものであり、現在、日本人が強く意識していることを一人ひとりが実践することが、自殺から命を守ることにつながる。そういったことを強調することで、自殺対策が国民運動化につながっていくことがとても大事ではないかと感じております。

現状では、日本人の「何か地域のつながりづくりのために貢献したい」という思いと、「ゲートキーパーになって自殺対策に寄与していく」という流れが、うまくつながっていない部分があると思えます。そのところを「つながりづくりが大事ですよ。それがゲートキーパーの役割です」と前面に出すことで、「それならできし、やってみよう」という理解を広げ、何とか自殺対策が国民運動化していかないと願っているところです。そのために大綱改正に当たり、日本人の心にしみ込むようなメッセージを発信していかなければいけないと思えます。

これまでは「社会的包摂」や「ソーシャルキャピタル」などの概念を示しながら、「社会のつながりづくりが大事です」ということは言われてきたのですが、それらの言葉ではしっくりしみ込んでいかなかった部分があると思えます。けれども、「つながりづくり、絆」という言葉をキーワードとして、「それを進めることこそが自殺から命を守ること」ということを強調していくことは理解されやすく、実践されやすいことです。

日本人へのメッセージだけではなく、もちろん、大綱には、自殺対策の具体的指針、特にハイリスクアプローチを深め、それらの知見を記載していくも大切です。ことについては、自殺対策の関連学会もいろいろ提言されるということですので、その中で深めていくことも大事だと思っています。

もう一点、「自殺対策の課題の明確化」も大事だと思えます。自殺は中高年男性に多いわけですが、たとえば「中高年男性の孤立」ということで見ますと、失業と離婚、この2つが重なると自殺率が20倍に高まる。中年男性にとっては、離婚と失業が自殺対策上の大きな課題になります。一方で、女性は離婚してもあまり自殺率は高まりません。

離婚や失業により、中年世代で孤立状態がとんどん増えてきている、そういう社会変化があるわけです。しかし、こういった中年男性のハイリスクの方々にどうアプローチをしていくかについては、非常に難しいです。「高齢者の孤立化」ということであれば、「無縁社会」をきっかけに、高齢者の見守り運動がいろいろな形で起こっています。たとえば、郵便配達、新聞配達の方々が、高齢者宅に手紙や新聞がたまっているなど気づいたら、地域包括支援センターに連絡を取って、そこから訪問をしましょう、などの「高齢者の見守り」運動が始まっています。

それから、「子どもの見守り」についても進んできていますけれども、どうしても「働く世代の見守り」が一番欠けている部分です。社縁が切れてしまう、血縁が切れてしまう

と、中年男性は本当に孤立してしまう。こういった方々にどうアプローチするかということがとても大きな課題ですが、そこが課題としてはっきりと認識されていないことが問題だと感じております。

では、具体的に日本人のつながりづくり、絆づくりのためにどんなことが必要か。「官 - 官」、「官 - 民」、「民 - 民」というつながりづくりがあると思います。「官 - 官」については、私ども精神保健福祉センターは地域保健の立場ですが、例えば「地域保健と職域保健」の連携が重要です。職場のメンタルヘルスの部分と、精神保健福祉センターや保健所などの地域精神保健の連携が必要だと思っておりますが、その部分が十分に進んでいかない。そのほかにも、教育分野と私ども地域保健との連携も重要だと思っておりますが、そこもなかなか進んでいかない。

もっと言いますと、「地域のつながりづくり」をしていくにあたって、「官 - 官」の連携、行政の横のつながりが弱いところが大きな問題だと思っています。私ども精神保健福祉センターの立場で、横の連携を図ろうとしても、なかなか難しい。横のつながりができるような流れができていかないと、地域のつながりづくりも進みませんし、ひいては自殺から命を守る体制づくりが進みません。

「官 - 民」、「民 - 民」の活動も大事です。内閣府のゲートキーパー手帳には、宮崎県西諸地区の NPO の活動「1日30人と話そう会」が載っています。地域づくりのために「みんなに声をかけていきましょう」という運動をされているわけです。このような民間の運動がどんどん広がっていくことも大事ですし、行政機関が横のつながりを持って「地域のつながりづくり」をやっていく姿勢を前面に出しながら、いろいろな施策を進めていかなければいけない。その両面が大事だと感じております。

時間の関係で、まずはここまでの説明とさせていただきます。

村木自殺対策推進室長 どうもありがとうございました。

それでは、次に日本看護協会から、自殺対策で大きな役割を果たして下さっている保健師さんの活動を中心に御説明をよろしくお願ひいたします。

井伊日本看護協会常任理事 それでは、どうぞよろしくお願ひします。

さっそくですが、資料3の最後のページをご覧ください。日本看護協会とは看護職の資格を持つ個人が加入している団体です。現在64万人の保健師、助産師、看護師の職能団体であります。本日はこの中でも保健師の活動ということで御紹介をさせていただきます。

資料の1ページ、自殺総合対策大綱の重点施策ですが、この中でも、特にこういうことを実施するのに市町村の行政が果たす役割が大きいということと、市町村の中でこの自殺対策に関して、実態把握やそれを企画して実施をしていく。これは実施をしているところでは、多くは市町村の保健師が担っているところがあります。

2ページ、保健師につきましては、保健師助産師看護師法で規定をされておりまして、ごらんのような定義で、保健師が現在約1,800ある市区町村のすべてに保健師は配置をさ

れております。そして、多くの市町村においては、保健師が唯一の医療専門職になるかと思えます。

3 ページ、保健師の就労先と就労数の推移ですが、現在、市町村の保健師数は平成 21 年で 2 万 4,848 人という数で、少しずつ増えてきているという状況です。

4 ページ、保健師が取り組む健康課題は大変多うございまして、横軸が年代ということで、保健師規則制定から現在まで、多様な健康課題に取り組んでおります。近年、時代とともにそれぞれの健康課題は非常に複雑になり、かつ、多様になっているというところ です。

これをつくりましたのは、この自殺の取組みについては、地域によっては昭和 50 年代 くらいから保健師が地域保健活動として、自殺対策に取り組んでいました。例えば新潟県 の出稼ぎの多い地域で、高齢の方が春先に亡くなる。そういう事例が多発した時期がござい まして、保健師にとってはそのころから、地域によっては自殺対策に取り組んでいると いう状況がありました。

最近では、東日本大震災におきまして、保健師は現在でも全国から派遣をされて、まだ 被災地で活動をしてしておりますが、災害の後、孤立化を防ぐということは非常に大事なこ とだと考えています。保健師はアウトリーチが一番活動の本分とするところですので、心配 な人に一人ひとり訪ねていくという活動を現在も行っているというところ です。今日は、保健師の活動を紹介するようというところだったので、少し具体的に取組みんで いる例を御紹介しようと思ひまして、2 例準備をいたしました。

5 ページですけれども、これは九州の人口 1 万 7,785 人という小規模の町の活動例です。 先ほど松本先生から御紹介がございましたが、専門家の皆様の御指導もいただきながら、取 り組んでいるという状況です。自治体の概要は枠の中にございますが、年間死亡数が 228 人、出生が 140 人、高齢化率が 30%、保健師数は 5 人という町でございます。ここの町 でも従来から自殺で亡くなる方が年間 1 人か 2 人は必ずいるという状況であったのが、平 成 21 年に 8 名になったと。このことを緊急事態であると保健師グループとしては認識を して、これは積極的に取組みなくてはならないと判断。

必要な対策を講じなくてはならないとして、まず保健師が自殺の実態把握をする。家庭 訪問をして遺族のケアを行いながら、自殺の背景をつかんでいく。職場にも訪問して、状 況の把握をする。全体のこれまでの取組みの振り返りをするといったことを実施しました。 小さな町ですけれども、地区特性がございまして、そうしたことも情報収集をして、そ れぞれの地区ごとにどういうことをしていかなければいけないかという検討をして、役場 内の仕事の調整をして、実際の自殺対策に取り組んだという例でございます。

もちろん、いろいろ動いていくには、医師会、学校等、必要なところとの連携ですとか、 企業、商工会議所、事業所へのアプローチも含めて、各地区にも例えば「けんちゃんは一 人ではないよ」という寸劇をつくりまして、それを地区活動として夜に寸劇を実施して いくといったことも行いました。こういうようなことで、平成 22 年は自殺者をゼロに抑

えた例です。このときには、自殺で亡くなった方は高齢の方と障害のある方が多く亡くなっていたという状況で、そのターゲットにアプローチしていったということです。今年度、また違う状況の方で自殺が発生しております。

末松補佐官 何人ですか。

井伊常任理事 5人と聞いております。こちらは、ネットで知り合っただけの自殺。失職による自殺ということで、これまで取り組んだ対象とはまた違う状況があって、これは同じように状況の把握をして、未遂者の対応もしながら、次の展開を今、計画しているという事例です。

6ページ、こちらは中核市であります。人口が47万9,664人というところで、保健所設置市の活動です。こちらでも平成18年に市に保健所が一本化した段階で、働き盛りの自殺が多いということを保健師が把握をしております。それを減らすための全体の仕組みづくりを検討して、平成19年に精神保健福祉協議会を設置し、平成21年に自殺対策連絡会議を設置する。そういうことで、以下の活動に取り組んでいるという事例です。

まず1つは「こころの健康づくり」ということで、広く市民に啓発する。これは毎年400～500名の参加者を得て、多様な人に情報提供をしていくという活動です。精神保健相談ということで、心の健康相談とかアルコール、薬物も含めて、相談活動を実施しておりますが、年間の家庭訪問、電話相談、面接件数は記載のとおりです。ここ一番の特徴は、ゲートキーパー育成を幾重にもやっておられるということで、高齢者の方へのアプローチもそうですし、サポーターということで、意識的に学校ごとに地区活動が行えるように、その推薦された方に教育をする。愛育委員というのは母子保健活動を担う一般のボランティアの方ですが、この愛育委員にも研修をする。それから、民生委員、人権擁護委員等々の方々にまず育成研修をする。

もう一つは、町内、役所の中でどうするかということで、市議会議員の先生方、幹部職員の方、管理者の方、意識的に30代のハイリスク者を対象に研修会をするというようなことを行っております。また、これは保健師の訪問活動等で行うことですが、自死遺族を直接的に支援する。未遂者に対して聞き取り調査をしていくということで、主としてどういう対策が考えられるかという展開をしているという場合の例であります。

そうしたことをどういう取組みになるかと、少し文章にしてみましたのが7ページになります。特に保健師の場合はアウトリーチをしていくことが、活動としては最も特徴的です。保健師の専門性を発揮できる部分だと思います。つまり対象の方が自分で相談に来る前に、例えば赤ちゃんの健診のところで把握をした人に訪問していくとか、電話をかけていくとか、そのほかのいろいろな保健事業を使いながらアウトリーチをしていくということが一番特徴的だと思います。

もう一つは、どの例も保健師が関わっている例から聞くことですが、家族や関係者の方は、こういったことを、やはり隠したい。こういう問題については余りオープンにしたいというものが多くの方々の心情でありまして、そういうことについて、「それはあ

なた一人の問題ではないよ」ということで、みんなの共有の課題にしていくと。そういうようなことを意識的に健康教育とか地区活動ということで取り組んでいるのが保健師の働き方の特徴なのです。

これまでも、例えば精神障害者の問題ですとか、認知症の高齢症の問題ですとか、今でこそ、そういうことは社会の問題でスペクトルだけれども、先ほど歴史を見ていただきましたが、昭和 40 年代には、だれもがそういうことをみんなの課題だと思っていませんでした。特別な人の問題。それをどうやって地域の課題にしていくかということが一番大事だと思ひまして、それは住民とともに、その地域に合った対策を展開するというので、記載をさせていただいております。

8 ページ、今、市町村の保健事業は大変多うございまして、この自殺対策はその一つです。そうしたことで、この後、保健師がこれに取り組んでいく上で、数の問題ですとか、統括者をどうするかと幾つか課題がありますので、そちらを記載させていただいております。

時間になりました。端折らせていただきましたが、以上です。

村木自殺対策推進室長 ありがとうございます。

末松補佐官はもう出られるということなので、もし何かありましたら。

末松補佐官 どうもありがとうございました。

内閣府の私も耳慣れぬゲートキーパーという言葉が、精神保健福祉センターの方々から得られたものなのかなと思ったり、孤立が自殺の一番大きなポイントで、それをいかにさせないか。社会的に巻き込んでいくかが重要と認識しました。

今、井伊さんから言われたように、「あなたの問題は社会みんなの問題だよ」と共有するというのはすばらしい話ですし、松本先生が言われたように、とにかく孤立化させないためのアプローチですが、私の質問は、そういったハイリスクの人々。離婚と失業が大きな問題だという話だったんですが、そのアプローチというかアクセスをどういうふうターゲットングして、どういうふうアウトリーチしていくかというところについてのノウハウ、あるいはそういったシステム的なものがあれば、お教えいただければと思います。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 逆に言いますと、そここのところがないというところが一番の問題です。先ほども申しましたように、高齢者とか子どもの部分については、例えば介護保険制度などの既存のシステムを使いながらアプローチする方法はあると思いますが、中年男性は会社から離れてしまうと、どうアプローチするかが非常に難しいところがあります。

会社から離れてしまって失業した、更には離婚にまで至った。そういうことが孤立、孤独化を呼んで、最悪の場合は自殺にも至るのですが、そういった認識がまず中年男性の中で共有されていない。まず、そういった危機意識を惹起することからスタートしていかなければいけない。

末松補佐官 一般の教育から大体入っていかなければいけないですね。現になっている

人というのは、要するに失業も離婚も男であれば、男のプライドがずたずたになっていきますからね。

藤田全国精神保健福祉センター長会会長　そこはやはり私たちとしては、看護協会の方もおっしゃっていますが、アウトリーチという仕組みも含めた、いわゆる地域の見守りのためのゲートキーパーを養成するのが一つの方法かとは思っています。

失業された場合はさまざまな形で、例えば福祉関係の方との関わりができたりというようなこともございますので、そういった福祉とか労働とか地域保健とか、そういったところのネットワークといいますか、行政関係のネットワークをつくって、そこからアウトリーチもできるし、そういった人たちに啓発をして集まる場を考えていくとか、そういう地域を舞台にした仕組みづくりは要るかと思えます。そのときのゲートキーパーの養成は大変重要だと思っています。

末松補佐官　お言葉でまとめていただければ、それに尽きるんだろうと思えますけれども、実際にそのところのアウトリーチはどうですか。そのところが一番厳しいですね。

井伊日本看護協会常任理事　御本人が申し出る前に、心配ですねというアプローチができることが一番大事だと思いますので、それをやるにはどういう体制をつくるか。

末松補佐官　ハローワークの人に一言かけると。うまくいかなかったら、「大丈夫ですか」、「大丈夫ですよ」でもいいんですけども、何か一言。「みんな抱えている問題ですから」という話を何か一言、声がけするんですかね。

井伊日本看護協会常任理事　阪神・淡路大震災の後に、私はそのころは神戸にいましたので、仮設住宅で孤独死に至る例が一番リスクが高いのは、40代、50代、60代で一人になった男性でした。コミュニティーの輪の中に出てきてくださらない。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事　ハローワークも大事ですけども、ハローワークでさまざまな相談ができる体制を作っても、中年男性は自分から相談に行かないというところがあります。例えば中年男性が集えるようなものを、地域のコミュニティーの中でつくっていかねばいけないと思います。中年男性が集まるような場をどうやってつくっていくか、集える場ですね。

大塚構成員　保健師さんも精神保健福祉センターの専門家も、そういうハイリスクの人と出会っていると、その方たちへのその後の支援ノウハウは持っているんです。補佐官のおっしゃるように、中高年の男性は支援のノウハウを持っている人と出会う場、そこがないので、どうするかというのがこの大綱の改正の大きなポイントになると思うんです。

末松補佐官　プライドをずたずたにされて、おれはぬれ落ち葉か、あるいは落伍者だと自分でだんだん心を閉じていって、行くと笑われるのではないかみたいなイメージ的なところが大体、40～50代の男性というのは、私も含めて傷つきやすいところがあるかもしれない。

井伊日本看護協会常任理事　震災の後はみんなが被災をしていて、理由があるんです。ですから、保健師としては、理由なく一軒一軒お訪ねできるんです。ですので、心配だな

と思う方には、来週また来ますと言って、その日はハローと言って帰り、また来週来ます、また来週来ますというつなぎをつくっていくことができるんですけども、そういう理由がないと、むやみやたらにお訪ねできない。

大塚構成員 会社とか職域が男にとってはそういうネットワークなので、そこから外れた人はどうすればいいのか。何かないんですかね。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 先ほど、大綱で「地域のつながりづくり」の重要性を強調していただければと言いましたが、官であれ民であれ、そういった集える場所をどんどんつくっていく。本当に追い込まれる前からコミュニケーションできる場がないと、失業してしまったときにはどこも行くところがないという形になってしまいます。そういったものをつくっていくような働きかけを行う方法はあると思います。

大塚構成員 つくるというのは、大綱に書くわけですね。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 そうです。一部、できてきていると思います。

末松補佐官 失業お気楽クラブみたいな感じで、入ったら不満を言いましょうよみたいな、そういう感じでもいいのかもしれない。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 ハローワークに行くと、ハローワークではメンタルの部分は相談しにくいかもしれないけれども、そういう「集まり」の案内があって、そこならまず入ってみようかと。そういったものがあるといいのかもしれないです。

末松補佐官 昔は地域の出しゃばりおばちゃんみたいのがいて、あんたちよっと寄っておいでとか、そういう方がおられたのだけれども、なかなか今はね。

井伊日本看護協会常任理事 今日御紹介しました事例1の方は、まさに保健師が地域の出しゃばりおばちゃん、退職したベテランの保健師がそういうことが活動していただくとか工夫をしています。そうすると、もともと地域のつながりがある人が動く出てきてくれるとか、少なくとも話くらいはできるとか、そういう少しでもつながりを付けていく。

末松補佐官 この人は危ないなとか、ぱっと見たらわかりませんか。

井伊日本看護協会常任理事 小さい規模ですと、フェースツーフェースの関係のある保健師はおりますが、人口が47万くらいになるとそうはいかないので、その規模によって、そういう工夫をしないといけないということだと思います。

(末松補佐官退室)

村木自殺対策推進室長 意見交換に入りましたので、このまま続けさせていただきます。

藤田全国精神保健福祉センター長会会長 言わば、出しゃばりといいますか、民生委員とか、もともと地域そのもので活動されている方々をゲートキーパーという形で組み込んでいけば、そういった引きこもっていらっしゃる方とか、これまでは顔を見ていたけれども、最近会わなくなった人のところに訪ねていくということは可能だろうと思います。センターとしては23年度で全国で900か所くらい研修養成を行っておりますが、それを強化して、更に実際に活動できやすいようなセンターや保健所のバックアップをしていくと

というのが必要かと思っています。

佐々木構成員 私は素人なのであれですが、例えば離婚と失業が大きな理由だとすると、アメリカなどよりはるかに離婚率は少ないし、失業率も少ない。ところが自殺率はめちゃくちゃ高い。日本人が10万人のうち25人自殺するというのは、世界的に断トツです。イギリスの2.5倍か3倍くらいです。異常な高さですね。

3万人ちょっとの人がずっと続けて死んでいるということは、今やっている自殺対策は何の効果もなかったということです。それはきちんとした原因と対策が取られていないからではないかと思います。本当に自殺の理由が例えば孤立である、つながりづくりをやれば解決すると言われても、この間のレポートによると、3万人のうち1万5,000人は健康問題であると。そのうち1万人は精神疾患であると。精神疾患が多いのは、精神医療の体制がプアだからだとなっていて、自殺の3分の1くらいの理由は、そういうことできちんと説明されているのだと思います。

私は今までどんなことをやってきたかわかりませんが、プロがいろいろと議論をして、分析をして、対策を打てば、結果は出ると思います。この間、ホームページを見たら、自殺対策にかけている金額はただならぬ金額です。あれだけ使って何の効果もないということは、やっていることが多分間違っているんです。それを一回振り返ってみて、プロが集まって本当の効果が出る対策を打たなければいけない。私みたいな素人が出てきて、こんなところで議論をしたって、何のプラスにもならないと私は思っています。

大塚構成員 今の佐々木さんのご意見に対してはどうですか。

藤田全国精神保健福祉センター長会会長 自殺の直前のところで精神疾患という方はたくさんいらっしゃいますし、その辺のところできちんとしたブレーキをかけ切れなかったというのはあると思いますけれども、その前にいろいろな形で孤立してしまうと。孤立してしまうことによって精神疾患が生じてくるということがあるわけです。ですから、孤立という段階で、あるいは精神疾患が軽い段階で対応できれば、そのときは孤立を中心にした対応で結構変わってこられるということは十分あるんです。

その組立ては大事なかなと思っていますけれども、精神疾患に関しては、睡眠キャンペーンみたいな形で、できるだけ精神疾患であっても敷居が高くない形で、精神科医療にアプローチできるようにしていこうというのが睡眠キャンペーンのねらいです。ほかにももっといろいろな方法があればと思いますが、その中ではアウトリーチも一つのねらいだろうと思っています。精神疾患のすべてが精神科の方に来るというわけではないものから。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 つながりづくりが大事だといいましたが、自殺対策にはハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチとがあるわけです。ハイリスク要因を特定して、そこに対策をかけていくものと、一般国民、日本人に対してどういったことを訴えていくかということですね。恐らく日本の中で自殺が増えてしまったのは、大きな社会変化の中で起きてきている。「98年3月ショック」が起こったころに

は、金融恐慌後のリストラで、50代の男性が非常に苦しい状況になったりした、そういった社会変化がいろいろあった上での結果だと思えます。

そういう流れを受けながらも、今、日本人の中で「社会のために何とかしたい」という思いが、東日本大震災の結果として起こってきているわけです。そのところで、ハイリスクアプローチだけ、一部の専門家だけで自殺対策に取り組むのではなくて、日本人全体がそういう意識を持ってやっていこうというメッセージをちゃんと出していくことは大事なことだと思えます。絆とかつながりづくりというキーワードを出しながら、そのメッセージを今こそ出していく。

東日本大震災の起こった後、恐らく1年くらい経つと、つながりづくり、絆という言葉が風化していく可能性があります。そうではなくて、そういった気持ちを持ちながら、日本人一人ひとりが自分たちの問題として考えていこうというメッセージを大綱改正に合せて出していく。ポピュレーションアプローチとしては、その部分は是非やっていく必要性はあると思っています。

大塚構成員 今、佐々木さんが言われたことに関してはどうなんですか。プロがもっと真剣に考えたらどうかと。保健師も精神保健福祉センターも看護協会もいろいろとやっているわけですね。減っていないというのはどういうことですか。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 ネットワークをどうつくっていくかが大事なんですが、精神保健福祉センターは精神保健福祉センター、保健師は保健師の立場でそれぞれやってきたにしる、横のつながりを持ちながら一緒にやっていくという部分が、十年来取り組んできても、まだ壁はあるわけです。

大塚構成員 私の理解としては、先ほど井伊さんが例示された町であるとか、ハイリスク者にアプローチができているところは、それなりの効果があっているという実感があるんだけど、そのアプローチできる人たちが限られてしまっているんで、大きな数字として減少ができないのだと思えます。少なくとも高齢者とか障害者に関しては、成功事例は、井伊さんが例示された以外でもいっぱい出ていますね。アプローチができればいいんだけど、そこができていないから減らないのではないかという理解をしています。我々の精神保健や地域保健の業界ではやれているのだけど、そういった実践を他の業界で展開するにはどうするかということが問題だと思えます。

井伊日本看護協会常任理事 保健師は地域単位で動くのですけれども、今日は御紹介しないといけないので、いろいろ事例を見てまいりましたが、全国一律でどんな地域にも当てはまるような施策は難しいのではないかと思います。今日御紹介をした2例でも、1番目の例のような活動をそのまま2番目の市に持ち込もうと思ってもやれないという実情がありますので、もう少しその特殊性に対応するやり方をすべきなのではないかという気はいたします。

佐々木構成員 ただ、都道府県で自殺率が倍違うというのがありますね。少ない県がある、多い県がある。それは何か理由があるんですね。それを分析すれば、自殺対策の答え

が出てくるのではないかと思うんです。

絆、絆と言いますが、会社などもそうですが、セクハラだ、パワハラだとぎゃあぎゃあ言われるものだから、みんな人にちょっかいを出さなくなりましたよ。絆をつくらないようにしているわけです。私の近所のマンションなんて名札を付けません。隣が何をやっている人かわからない。けれども、それがだんだんひどくなってきているのですが、自殺の数はずっと横ばいですね。絆がなくなるんだったら、もっと増えてもいいかなと思うんですけれども、どういうわけか毎年同じ人数ですよ。世の中が変わっていつているというけれども、余り変わっていないのではないかな。変なことを言いますが、

藤田全国精神保健福祉センター長 会長 ほかには当てはまるかどうか分かりませんが、岡山県は自殺が少ない県だとされているんです。それは何で少ないのかなということも含めて一度調査せよということで、高齢者の方を中心にして2万人ほどの方を調査したんです。そのときには愛育委員、民生委員の訪問とかがしっかりできているということが少ないことの要素であると、私らとしては一応結論はしたんです。何でも顔を合せることのできる関係ができるのはすごく大事だろうなと思っています。

佐々木構成員 私は会社に長いこといましたので、会社は絆がないとやりにくいですね。組織的にも強くなりませんからね。結局何をやるかということ、もちろんメンタルヘルス教育もやるんですけれども、メンターを持ちなさい。例えば新人が入ってきたら、全然違う部署の人ですけれども、5年くらい先輩の人が自分が困ったときに相談する相手。企業は自分の組織を守らなければいけないですから、そういうことをやるんです。

だったら、それを国レベルでやって、大体その絆をつくらなければいけないということ子どもに教えなければいけないと思います。小さいときからそういう教育を受ければ、変わっていきます。ところが、今は教育ではそういうことは余りやらないわけでしょう。もし本当に絆づくりが必要だということだったら、小学校1年生からみんな教えたらいいいではないですか。文科省辺りが音頭を取って、教科書の中にそういうものを入れたらいいいではないか。

絆はみんな求めているんです。みんな求めているけれども、何となく人のことに手を出すと、いろいろなことが起こるから嫌だなとか、個人情報保護法だから嫌だなとみんな思う。だけれども、実際は本当は絆づくりをしたがっている。だったら、国を挙げて、会社は自分の会社を守るためにメンターをつくらせたり、いろいろなケア制度をつくっていますよ。それと同じように、教育も家庭も全部やったらいいと思います。私はこの自殺問題は局所的な問題ではないような気がします。日本全体の持っている病みみたいなもの。そうであれば、こんなに死にませんよ。毎日、日本の中で戦争をやっているようなものですよ。1日89人死ぬんですよ。それをほったらかしてなんかおかけないですよ。もう少し大きな問題として、これをとらえなければいけないと思っています。

村木自殺対策推進室長 これまで絆をつくるか、人と人との関係というのは、特に国の政策としては一番遠いというか、避けてきたというか、タブーだったということがあ

ような気がするんです。けれども、自殺という切り口から入って行って、やらなければいけないことの結論は、そういうところに非常に近いところがあるというコンセンサスが出てくるのであれば、それを何かの形で政策の形にするのはあると思います。

行政がやることですから、少し控えめにやらなければいけないかもしれませんが、それは工夫ができるのかなど。全員参加とかゲートキーパーとかというの、声をかけるという取っかかりみたいなものですね。それを今度は大綱ということで、具体的政策とか、あるいは体系的な政策の中にどう埋め込むか。聞かれたときに非常に抽象的なので、では、何をやればいいのかというのを答えられるようにするということですね。自治体は何をやればいいのか、専門家は何をやればいいのかというところですね。

佐々木構成員 会社は自分の組織を守らなければいけないですからね。チームで仕事をやっていますから、絆がないとやってられない。

大塚構成員 会社では、そのために何をやるわけですか。

佐々木構成員 メンター制度、メンタルヘルス教育を義務教育にする。管理職になったら必ずメンタルヘルス教育をやるわけです。部下に対して、必ず声をかけなさい。悩みを聞いてあげなさいというのを会社としてやるわけです。

大塚構成員 それを地域でとか、いろいろなところでね。

佐々木構成員 ちょっと変な話をしますけれども、私の本は今 80 万部出ました。全部 10 万部売れています。私のあだ名がメンターおじさんと言われています。ビジネスマンのメンターおじさん。あの人に聞いたら何でも答えてくれる。要するに会社にメンターがいなくなってしまうんです。私の本を読んで、会社を辞めるのをやめたとか、そういう人が出てくるわけですから、そういう存在がそれだけ少なくなってしまうんです。

世の中の本がいっぱい出てくるけれども、余りそういう絆を強化するような本は出てこないです。スキルを上げるにはどうしたらいいか、金もうけをするにはどうしたらいいかとか、そんな本ばかりだから、私のメンタルヘルスみたいな本は出てこないけれども、それを読む人が 80 万もいるということで、みんな求めているんです。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 2～3 年前に産業医・産業保健師 400 人によるリレーワークショップというものがあって、そこで企業の中の一番の問題は「コミュニケーション不足」で、どの企業もそれは一致しているということです。

村木自殺対策推進室長 行政機関の横の連携というのは、何の分野の議論をやって、すぐにそういうふうに出てきて、抽象的には言えるんですけども、今度、大綱に書き込もうという、具体的に国がお手伝いできることとか、何かありますか。地域での横の連携。特に専門機関とか行政の横ぐしということで、何か具体的にできることはありますでしょうか。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 現在、各自治体で自殺対策担当の部署が決まって、健康づくり課か、もしくは障害の精神保健課が担当となっています。自殺担当がその課に固定化してしまうと、行政機関内の連携がより難しくなります。そうではなく、

本当は「つながりづくり」ということで言えば、行政機関の一番中枢である総務・企画系の部で、地域のつながりづくり、絆づくりプロジェクトをきちんと立て、その一環として「精神保健分野の自殺対策」を位置づけていく。そういった大枠がしっかりしていかなないと、精神保健福祉センターは行政の出先の一機関で力が弱いので、単独で横のつながりづくりを進めるのは難しい。総務部門での大枠づくりも必要ですし、さらには、もう一度自治体のトップから、「地域のつながりづくりができないと自殺も増えてしまう」とはっきり言っていただいて、それを受けて各課で一緒に力を合わせてやっていくところを出していただくと、精神保健の専門家も動きやすくなると思います。

井伊日本看護協会常任理事 私の資料の10ページに書かせていただいたのですが、今、市町村では本当にたくさんの保健事業をやっております。それが全部各課に分かれてやっておりますので、市町村で例えば20人の保健師が雇われていても、全部違う課に分散配置されております。実際にゲートキーパー研修などを実施するのでも、町内をどういうふうに横断的にコーディネートしていくかということが、保健師の側からすると非常に課題があります。市町村保健行政における専門職の位置づけ。こういうことをきちんと何らかの形で書いていただくと、市町村行政の中で専門職としてはもっと動きやすくなるのではないかと思います。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 行政機関の横の連携づくりでも、キーワードが大事です。自殺対策庁内連絡会議で自殺対策をテーマに話し合っても、「自殺対策はおたくの課の担当でしょう」、「うつ病対策は精神保健が担当課でしょう」、それで終わってしまい、横のつながりができない。そこで庁内連絡会議を開いたときに、「自殺は孤立、孤独の問題が背景にあって、つながりづくりが大事です」と切り出すと、「つながりづくりだったら、うちの課もやっていますよ」となっていく。そういうキーワードをしっかりと出し、「うちの課も関係があるんだ」と思っていたかなくともうまくいかないと思っています。

村木自殺対策推進室長 課題の広げ方ということもあるんですね。

大塚構成員 大企業でうまくいっているのであれば。

佐々木構成員 いってないです。本当にいろいろやるんですけども、だめですね。全体の潮流というのは。

大塚構成員 やはりそういう方向でない方向に行っているんですね。

佐々木構成員 うまくいっている会社はアットホームな会社です。離職率がすごく少ない。うちの会社などは離職率が高いですからね。ドライな会社、結果主義とか成果主義とか言っている会社は、結構冷たいですから、さっさと辞めていきますよ。家族みたいに温かく包む会社があるんですよ。サントリーさんみたいにね。これはみんな辞めないです。病気が発生しても、みんながケアしますから、すぐに治る。

松本全国精神保健福祉センター長会常任理事 今おっしゃったキーワード、「アットホーム」とか「包み込む」ような、そういった会社や地域をどうやってつくっていくかということですね。

園田政務官 看護協会さんからいただいた6ページの事例というのは、岡山県の事例なんですか。

井伊日本看護協会常任理事 そうです。県の取組と保健センターの取組みを御指導いただきながらやっている例です。

園田政務官 そういう意味では、愛育委員と民生委員の役割は、地域でより身近なところでネットワークができていのかどうかというところが一つのポイントになるのかなと、聞かせていただいたんです。

これは話が外れるかもしれませんが、本質的なものではないんですが、交通事故死者数が年々減ってきている。その取組みとして、国を挙げて、あるいは地域を挙げて取り組んできたというのがありますね。去年の事例ですけれども、私の岐阜県は減ったんです。一方、お隣の愛知県は若干増えたんです。何が違うのかと聞いたときに、岐阜県の場合は、地域の取組みがボランティアの皆さん方が朝と晩、しかも高齢者の方々にどんどん出てきていただいて、小学生の登下校の時間に合わせて、みんなが地域で見守るというような運動を徹底的にやったんです。

そうすると、お年寄りの方々も、自分の子どもではないけれども、地域で子どもたちを守ろうというような動きが出てきて、最初は当番制だったんですけれども、最後の方には、私も、私もというような形で出てくるような事例も出てきたみたいです。それによって、まず子どもたちが統計的にいくと、6～7歳が増える時期なんですけれども、その状況を押さえることができた。子どもたちの飛び出しや登下校における交通事故を防ぐことができた。しかも、お年寄りが見守るというような形で、そのつながりも地域でだんだんつくれるようになってきたのではないかと。これは本当の分析はこれから待たなければいけないんですけれども、何となく私もそれは肌で、自分の地域で住んでいまして、感じてきているんです。

そうすると、ゲートキーパーもそうですし、アウトリーチが大切だとおっしゃっていただいて、いかにそういったところの皆さん方とアットホームというお話をいただきましたけれども、そういう形を地域でどんどんつくっていただく。しかも、皆さんの意識を変えていただいて、自分たちでつくり上げるんだというようなものが出てくるような形ができれば、何か形式的なものをつくって、やるんだというようなことではなくて、そういう教育であるとか、あるいは今、本当に一生懸命やっただいていてる地域での研修であるとか、そういったところをもっともっと広げていけるような形ができればなと思いますが、そういったところはどうか。

井伊日本看護協会常任理事 人口47万9,664人の例は岡山の中核市です。保健師が愛育委員と歴史的にきちんとお付き合いをして、関係をつくっている経緯がありますので、そういう意味では知っている人が多いということは基盤があるということだと思います。

園田政務官 保健師も人数がそんなにいらっしゃるわけではないので、どうしても身近なところでもっともっと地域のつながりというか、絆というか、そういったものが増えて

いけるように、地域にもっと働きかけをしていく。そうすれば自主的にもっともっと自分たちでつくり上げていこうというようなものがないかなと思ったんです。

あと一つ気になったのは、A市は九州の事例だとおっしゃっていただいたんですけれども、ネットで知り合っただけの自殺があったということですね。これは若い人たちですか。

井伊日本看護協会常任理事 そうです。

園田政務官 そうすると、高齢者あるいは障害者のみならず、若い人たちも逆になれば、つながりを求めているのかなと。

佐々木構成員 絆が深まってね。

園田政務官 これはそういう事例にはなってしまうんですけども、逆になれば、一人で抱え込んでいて、何もできない状況の中から、電話のネットなのかどうかわかりませんが、そういうものはあるんですか。

井伊日本看護協会常任理事 この例では、そういう例です。ただ、詳細はまだ私どもでは伺っておりません。

園田政務官 昨年の事例でいくと、全国で自殺者数が5月にぐっと増えましたね。聞くところによると、男性と女性の比率でいくと、女性の方が少し増えていたという事例を聞かせてもらっています。これもこれからの分析をしっかりとしなければいけないんですけども、恐らくネット上の情報から、あるいはいろいろな情報の手段はありますけれども、何かそういうネット上でも、自殺をああするようなものが出ないように、気を付けなければいけないのかなと思ったんです。

井伊日本看護協会常任理事 それはあるかもしれませんが、この例の詳細はわかりません。

太田自殺対策推進室次長 ネットで自殺を呼びかけるというか、一人で死ぬのが嫌だから一緒に死ぬ人たちを募るといったようなものが一時期かなり出ました。その後インターネットでそういうのを発見したらすぐに止めるようにというようになり、最近は減ってきていると思いますけれども、恐らくそういう形のものではないかと思っています。練炭を車中で燃やし、全然関連のない人たちが集まって、一遍に死んでいると。呼びかけて一緒に死ぬというケースが数年前はかなり増えましたね。

大塚構成員 ただ、若者は絶対にネットはアクセスするので、そのネットにもっと自殺を予防するような情報を氾濫させるというか、正しい情報を流すというのが必要だと思います。若者へのアプローチはまた難しいみたいで、今まで成功した高齢者とかで成功したアプローチだと、この世代は乗ってこないみたいです。

1つは、我々みたいな変なプライドがあるおっさんたちの世代にどう働きかけるかというのと、若者ですね。我々もそこがなかなか答えが出ない。でも、佐々木さんが言われたように、メンター制度をつくるというのはシンプルで、みんな納得できる話なのかもしれないです。

村木自殺対策推進室長 やっているでしょうという事例があるというのは、ほかに広め

ようとしたときに、イメージはしやすいですね。

太田自殺対策推進室次長 大学の中でもそういうのをつくり始めているというのは、聞いています。

村木自殺対策推進室長 わかりました。ありがとうございます。

議論が尽きないんですけども、予定時間を大分上回ってきていますので、政務官、最後に。

園田政務官 私も遅れてきましたので、失礼しました。途中からの議論を聞かせていただきました。ありがとうございました。

今日は精神保健福祉センターの方と日本看護協会の保健師の事例も含めて、お話を聞かせていただきまして、ありがとうございました。冒頭、補佐官からお話があったかもしれませんが、地域の皆さん方の取組を、私たちとしては先進事例をもっともっと参考にさせていただきたいという思いで、こういった特命チーム、今日は佐々木先生と大塚先生にも来ていただいておりますけれども、有識者の先生方を含めて、今、話をさせていただいています。

しっかりとした国としての施策をもっともっと、何が足りないのか、あるいは何をやらなければいけないのかという課題をもう少ししっかりと明確にさせていきたいという思いでございます。そういう面では、今日は本当にためになる地域での取組みのお話をいただきまして、ありがとうございました。

今後とも私どももしっかりやっていきたいと思っておりますので、何なりと、こういったことが有益、有効だというようなお話がありましたら、引き続き御指導をいただければと思います。本日は本当にありがとうございました。

村木自殺対策推進室長 どうもありがとうございました。

これで本日は終了させていただきたいと思います。ありがとうございます。