

第 3 回 自殺総合対策の在り方検討会

平成 1 9 年 1 月 1 9 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3回）

日時 平成19年1月19日（金）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．意見交換

中高年の自殺対策について

その他

3．閉会

< 配布資料 >

資料1 第2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 自殺総合対策のイメージ図

資料3 自殺対策の検討の枠組み

資料4 検討会の今後のスケジュール（案）

資料5 個人を取りまく関係者等の概念図（中高年）

参考1 第2回自殺総合対策の在り方検討会議事録

参考2 委員から提出された追加意見

中村座長 時間がまいりましたので、始めたいと思います。お寒い中、お忙しいところお集まりいただきありがとうございます。南委員と五十里委員がちょっとおくれていらっしゃるようですけれども、時間ですので始めておりましたらいらっしゃると思います。

最初に、お手元にお配りしてあります議事録、多分資料の中では一番下に入っていたと思うのですが、これは事務局から皆さんのところに既にお送りし、もし訂正があったらということになっていると思いますので、この形で議事録公表いたしたいと思いますが、よろしゅうございますか。

では、そうさせていただきます。

いよいよ本日の議題ですけれども、今まで2回、本当にいろいろなお立場から非常に有益なご意見をたくさん出していただきました。これまでにいただきましたご意見を資料1という形でまとめてあります。これからお考えになるときもこれを参考になさりながら議論していただきたいと思います。

これを見ますと非常に大事なことが出ております。それぞれ大事なのですが、特に初めの方は心にとめたいものです。「総合対策の在り方検討会」ということであり、確かに総合は大事なのですが、どうやったら総合になるのかというのはなかなか難しい。それに対して、総合的、包括的な視点というところで具体的にこんなことが必要なのではないかというご意見があります。それから、生きやすい社会としていく。何のためにこういうことを考えるのかという課題です。もちろん自殺をなさる方、自殺をしなければならない方の状況を知り、予防するということを考えているのですが、今ここで自殺の検討委員会をしなければならないということは、何か社会があらゆる人にとって、生きにくさがあるように思います。私自身も何となくそういう感じがしていますので。そういう基本的なことも考えなければいけないのではないかと。それから、継続的、持続的に考えようという項目。この最初の3つが基本ですね。後が大事ではないと言うのではありませんが、この辺はこの委員会でしっかり考えていくテーマかなと思っております。

ただ、これらを考えるにいたしましても、少しテーマを絞った議論が必要です。皆さんそれぞれ体験していらっしゃる事実をベースにして報告書を出さなければいけないと思いますので、少しずつテーマを絞った議論にしていきたいと思っております。

前回の会議で今後の議論の進め方について、事務局に案を考えてくださいとお願いしておきましたので、まず事務局から資料のご説明をお願いします。

高橋参事官 それでは、事務局の方から資料2の「自殺総合対策のイメージ図」、資料3の「自殺対策の検討の枠組み」、それから資料4「今後の検討スケジュール(案)」、この3つについてまずご説明をさせていただきます。

資料2の「自殺総合対策のイメージ図」でございます。今後具体的な自殺対策についてご議論いただく参考ということでこれまでの2回の議論を踏まえて作成をいたしております。前回の検討会でも清水委員、また本橋委員から詳細な自殺対策推進モデルというご提言ございましたけれども、このイメージ図は一般の人にもわかりやすいようにということであるべくシンプルに作りしました。普通の人々が健康な状態からさまざまな要因によりハイリスクの状態になり自殺をしてしまうという変化に対してそれを食い止めるためにどのような対策を講じていく必要があるのかという形で整理をしております。上の部分のメディカルモデル、それから下のコミュニティモデル、この2つに加えてソーシャルモデルと言っていいのかもしれませんが、メンタルヘルスを悪化させる失業ですとか経営不振、そういった社会的諸要因に対する社会問題としての取組ということの3つで大きく自殺対策、総合対策ということをイメージしております。

右上の箱がメディカルモデル、医療モデルと言ってもいいかもしれませんが、うつ病等のハイリスクの人をいかに早期発見し治療するかということのアプローチでございます。1つ目の点で、精神疾患に対する医療サービスの向上というふうに書いておりますけれども、具体的に言いますと、これまでもこの検討会で指摘されております精神科医とプライマリ・ケア医との連携ですとかプライマリ・ケア医の継続的な教育といったことがその具体的な内容になってまいります。

それから、右下の箱がコミュニティモデル、公衆衛生モデルと言っていいかもしれませんが、健康な人に対して自殺ですとか精神疾患に対する正しい知識を伝えたり、またそれに対する偏見を除いていくことによって本人、またその回りの人々に対して心の病についての気づきを促して専門機関での治療につなげていくと。また、家庭、学校、職場、地域というそれぞれの場で見守っていくというものでございます。

前回高橋委員からもお話がありましたが、このメディカルモデルとコミュニティモデルの連携の下で長期的に継続実施していくというそういう必要性をイメージしております。

それから、左下の箱でございますが、これは広い意味ではコミュニティモデルの1つと言ってもいいかもしれませんが、自殺を個人的な問題としてのみとらえるのではなく、社会的な取組として実施するという自殺対策基本法の基本理念に基づきましてメンタルヘルスを悪

化させる社会的要因に働きかけていくということで、例えば多重債務による自殺という問題についてはその多重債務者の生活再建のための相談体制を充実したり、融資制度を整備したりと、そういった対策がこの中に入っていくというふうに考えております。

まだまだこれ作成途上のものがございます。今後委員の皆様からご意見をいただいて内容の充実、またよりわかりやすいものにしていただきたいというふうに考えております。

それから、資料3でございます。「自殺対策の検討の枠組み」ということでございます。これまでの議論の中で自殺対策には事前対応、いわゆるプリベンションというものと、まさに水際作戦としてのインターベンション、それから事後対応ということでポストベンションという3段階があるというふうに言われております。

また、自殺対策基本法ではその施策として調査研究の推進等9項目を挙げております。この検討会でご意見をいただく自殺対策大綱もこの9項目に沿って整理するということとされております。

それから、前回の検討会でごらんいただきましたように、自殺する人の世代というものを大きく分けて子ども、それから中高年、高齢者ということで、共通する部分はありますけれども、学校、職場、地域という場が異なってくると。また、精神疾患についても中高年の方はうつ病が多いんですが、青少年はうつ病よりも統合失調症が多いというような世代ごとの違いもあるということでございますので、こういった大きな枠組みの中で漏れなく議論していただくことができるようにということで全体の枠組みを示させていただいております。

自殺対策のプリベンション、インターベンション、ポストベンションという3段階と自殺対策基本法の9項目をそれぞれライフステージ、世代ごとに整理したものでございます。1枚目が共通ということで、2枚目が各世代ごとに特徴的な項目を整理をしております。

少しご説明いたしますと。左の上から2つ目の枠であります、心の健康の保持に係る体制の整備という項目ですが、基本的には事前対応の部分と考えておりますけれども、例えばいろいろな相談体制の整備ですとか制度慣行の見直しといったものはここに入ってくるとすると多少インターベンション的な要素もありますので、そういう意味をあらわすために真ん中に線を入れております。

それから、右の方の人材の確保、民間団体の活動に対する支援、調査研究の推進、この3項目はそれぞれの3段階のいずれにも関係するのではないかとというふうに考えますので、共通・その他ということでここに3つ分けてくくっております。

この中に黒の字で示しておりますのが一昨年の12月に関係省庁連絡会議でとりまとめた自殺

対策の各項目でございまして、現在それぞれ各省庁において取り組んでいる内容でございます。青字でお示しておりますのがこの検討会の中で委員の皆様からいただいた意見を事務局の方であてはめてみたものでございます。ざっと見ていたたきますとまだ青い部分で埋められていない部分がありますので、これからの議論を反映した形でこの枠組みの表の作成という作業を進めていきたいと考えております。

それから、続きまして、資料4の「今後のスケジュール(案)」でございます。第1回の会議のときに大まかなスケジュールをご説明しておりますが、今年の6月までに大綱案のとりまとめを行うということで、パブリックコメントの期間も考慮いたしまして、3月中にこの検討会での大まかな議論を終える必要があるというふうに考えております。このため、今回と次回に少し具体の自殺予防、自殺対策の方法論ということで各世代ごとにご議論をいただければどうかというふうに考えております。先ほども説明しましたように、この世代ごとの部分、共通部分もございましてけれども、それぞれ特徴的な部分もありますので、このライフステージごとで今回と次回、ご議論をいただければと思っております。

この子ども・青少年、中高年、高齢者という3区分ですが、少し連続性を欠いているのではないかとご指摘もあるんですが、考え方としましては、仕事を持っている、職場という場が中心になる方を中高年、まさに働き盛りの世代と言っていいと思いますが、そういう意識でございます。その職場のかわりに学校という場が中心になるのが子ども・青少年。それから、職場とか学校という場がない家庭と地域が中心になる方が高齢者という設定でお考えをいただければと思っております。

予定としまして、第5回についてはこの2回の議論を踏まえて議論が十分でない項目のところを補足的にご議論いただいて、まさに先ほどの枠組み表の中で少し議論が足りない、十分でないという部分をお願いしたいと思っております。

それで、第6回はこのとりまとめの報告書の構成に従いまして重点課題ですとか目標設定の在り方、推進体制といったいわゆる総論部分についてのご議論をいただければと思っております。予備の第8回を含めてこの検討会としてのとりまとめを図るということでお進めいただければと思っております。

説明は以上でございます。

中村座長 ありがとうございます。

今のご説明、こうやってまとめていただくと考えやすい面もあります。事務局が一生懸命まとめくださったので別に何かを言うつもりはないんですけども、やはりまとめたがゆえに

何か落ちてしまうというところもある、なかなか難しい問題だと思います。そういうことも含めてこれは議論の素材とお考えなっていたきたいと思います。

今のご説明に対して何かご質問ご意見、直接のことがありましたらどうぞおっしゃってください。

清水委員 スケジュールが詰まっている中で具体論に早急に入るということは確かに重要で、すし必要なことだと思うんですけども。今回資料2として添付された自殺総合対策のイメージ図というのを見る限りにおいては、まだもう少し自殺総合対策のことについて議論するべきではないかというふうに私は感じました。

それで、短くこの自殺総合対策のイメージ図として、では一体どういうものが必要なのかということ、私も資料きょう、一番最後に清水康之配布資料というふうにありますけれども。前回配布資料として提出させていただいたものとほぼ近いんですけども、少し中身を基本法の目的に記されている表現等を意識しながら少し修正しましたので、「再チャレンジ」という意味を込めて今回また提出させていただきました。

それで、自殺総合対策のイメージ図として必要な要素って2つあると思うんですね。1つは「自殺総合対策が何を指すものなのかということが、その方向性がはっきりしているということ」です。もう1つは、いかに「一般の市民にも当事者の問題として自殺のことあるいは自殺対策のことを受け止めてもらえるようなものであるか」、専門家だけが専門家の間だけでわかるような図では不十分だということですね。

1点目の何を指すものなのか、その方向性がはっきりしていることが重要だということについて言えば、自殺対策基本法の目的というのは前回もお話というか読ませていただきましたけれども。その第1条にうたわれているとおり、「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もって暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」、これが自殺対策基本法の目的なわけですね。つまり、地域づくり、社会づくりでもあるというのがいわば肝なわけですけども。この視点をしっかり盛り込んだ自殺総合対策のイメージ図が必要なんだろうというふうに思います。

2点目の補足で言いますと、自殺対策を社会的な課題として押し進めていくためには、具体的な自殺対策の取組に参画しないような一般の市民にもいかに当事者意識を持ってもらえるかということが重要なわけであって。少なくとも多少自殺の問題に関心があるという方であれば、なるほどこの自殺の問題というのは自分たちの問題だなと、自殺対策、自分たちの社会全体にかかわる問題なんだなというふうに感じてもらえるものでなければならぬと思います。

逆に言えば、そういうふうに感じてもらえるものであるならば、具体性が欠けていたり、あるいはある程度単純化されたものであったりしてもそれは構わないのではないかと思います。

この2点をしっかり踏まえたものが前提としてあって、その上で今回事務局がつくっていただいたこの資料2のような、これ非常にわかりやすいとは思いますが、こうしたものが2枚目、3枚目という形でくるようにしていかなければいけないのではないかと思います。その意味も含めて、1枚目はこういうものでどうかということで資料を添付させていただいた次第です。

中村座長 ありがとうございます。とても大事なこと、何のためにやっているのかということは本当に大事ですし、おっしゃるとおりだと思っております。ほかの方で、今の清水さんのご意見も含めて、事務局の説明へのご質問やご意見おありでしたらどうぞ。

本橋委員 清水さんの意見ではなくてむしろこの資料2を事前に配布させていただいた資料を見てちょっとした意見ですが、大変この資料2並びに資料3は国民というか一般の方にわかりやすいモデルになっているというふうに思うんですが、若干幾つか私これを見ていて公衆衛生の専門家というか地域の方から気になった点が、メディカルモデルとコミュニティモデル、前回高橋委員からこういうご説明があってそれは大変大切なことなんですけれども、この矢印のところですね、コミュニティモデルというのは実はハイリスクのところの主として矢印がいつているんですが、実はコミュニティモデルは1次予防から3次予防まで全部に矢印がいつてると。我々秋田でやっているようなことはむしろ初めの段階では健康な状態といひましようか、ハイリスクになる前の人たちのところにかなり働きかけて偏見であるとかそういうものをとっているということなので、この辺若干矢印の向きであるとかコンセプトに若干専門家的な立場から少し改善した方がいいかなということがあるので、その辺も踏まえてまた議論していただくと。

それから、資料3についてはこういう枠組みで自殺対策基本法の施策とライフステージをリンクさせるということは非常にわかりやすい視点で私はよいと思います。そして、家庭、地域、職場というふうなところなんですけれども、実はきょうまたこれから議論があるのでまた後でお話をしようと思ったんですけれども、例えば中高年の場合でも必ずしも職場だけではなくて無職者であるとか失業者であるとか、ちょうどエアポケットに入っちゃった人、このところをどうするかという議論をまたしていただくということが必要で、後でまた少し意見を述べたいと思います。

以上でございます。

中村座長 ほかにご意見おありでしたらどうぞ。

樋口委員 私もこの資料2を見せていただいて、大変よくできている、わかりやすい図だと思いました。ただ1点、今の議論ともちょっとつながるんですが、ここの中でハイリスクな状態、すなわちほとんど病気というふう置き換えてある、うつ病等というふうになっていたり、中が精神疾患の云々というくくりになっているんですね。実はもう1つ前の段階、すなわちかなりストレスが非常に強くかかっている、今の職場環境なんかを見ていると非常にそういう状況が強くなっていると思うんですけれども。そういう非常にストレスフルな状態のところでは既に何らかのインターベンションをしていくということ、すなわちうつに至らない前の段階でそれを食い止めていくというそういうことが必要なように思いますので。ここの表現の中をもう少し病気だけではなくプレの状態のところ、要するにストレスが非常に強くかかっている状態に対しての介入というような意味合いのものを盛り込んでいただければというふうに思ったのが1つでございます。

それから、確かに全体的な、資料1で主な意見として前回までにまとめられたものの、特に今座長がおっしゃいました最初の3つの点というのがある意味では総論的なといいますか、これが目的であり1つの方向性であるというふうに考えますと、今清水委員の言われたように、この資料2の前にそういった総論的な概念的なといいますか、何を目指して何を目的にどこへ向かっていくのかというそれが1枚あって、そしてそれを実現していくための1つの方策としての資料2があると非常にわかりやすいというふうに、私もそう思います。

中村座長 はい、ありがとうございます。

ほかにご意見は。高橋先生、どうぞ。

高橋祥友委員 今まで出てないちょっと細かい点です。特に資料3を見ていて、あえて細かいから入らないというところはあるんでしょうが、自殺予防のためにはまず第1段階として実態を正確に把握するという点が必要だと思います。それはどこかに入れていただきたい視点だと思います。

それからもう1つ、これは欧米の自殺予防ガイドラインを見ると、必ず出てくる点ですが、ハイリスク者として、社会の少数派ですとかハンディキャップのある人に対して、独自の働きかけが必要だと思います。子ども、働き盛り、お年寄りというくくり方以外に、特別なハンディキャップを持っている方に対する自殺予防という視点も入るとよいのではないかなと思いました。

中村座長 わかりました。最初におっしゃったのはどこか入れる場所がありますでしょうか。

ここがというご意見がおありですか。

高橋祥友委員 ですから、すぐに対策という前に、なかなかその実態が把握されていないということが問題なので、その点ぜひ入れるべきなのではないかなと思います。

中村座長 わかりました。

ほかに。どうぞ。

天本委員 まず資料2の方で、外因的な要素がほとんど入っていると思うんですけども、ご本人自身からの身体的な変化とか思春期とか、中高年なんかいわゆる更年期、これは最近では男性もと言われておりますけれども、そういう身体的な内面から出てくる生理的变化も、この健康な状態というものが外部だけのことでなしに、そういう内面がどこかに。多分これどこかに入ってるんだろうと思うんですが。

それから、資料3としての、要するにご自身がどこかに相談したいときのマップといいますかね、まずもっと早い段階の相談、それからカウンセラーとかドクターとか、いろいろな意味での地域医療においてもりハビリティとかケアマネージャーがどこにいるかというのがなかなかわからない。我々はずいぶん当然わかっていると思って進めているんですけども、そういう社会的な意味でのソフトのマップというものがまずご本人がとりかかれることから。

それからまたもう1つ、デスエデュケーションと言われていますが、教育という面での、1次予防のもっと前の段階かもしれませんが、そういう面での文化的ないろいろな面での教育の面も長期的な面で命の大切さとかいろいろな意味での取組もちょっと目に見えていないかなと思いましたので。

中村座長 わかりました。

どうぞ。

河野委員 私も資料2のイメージ図もこの表もよく整理されていると思います。ただ、そうですね、先ほどから出てますように、やはりコミュニティモデルというのはやはり社会問題のところ全部取り込んだ格好でもっていただけた方がいいと思いますし、座長のおっしゃったように、矢印ももう少し広くカバーした方がいいと思います。

それとあと、この図はメンタルヘルスを悪化させる社会的諸要因というところから始まっているんですけども、もうちょっと前に、住みよいあるいは心地よい、生き心地のいい社会とか何かそういうようなポジティブなものを盛り込んでいく必要があると思います。健康な状態というところにもう少し、もっと前の段階があるんじゃないかと。それをどこに位置づけたらいいかなというのがございますが。

中村座長 それは多分清水さんがおっしゃっていることと重なっていると思うんですね。ですから、それはぜひぜひ入れていきたい。ただ、二次元の中に入れるのはなかなか難しいのですが。その重要性は皆さん意識してらっしゃると思いますので、入れていきたいと思います。

そろそろ、次の議論に進みたいと思いますが、もしどうしてもというご意見があまりにでしたらどうぞ。

斎藤委員 高橋委員が指摘をされた基礎的な研究ですね、これは厚生労働省の方でも検討会でお進めをいただいていると思いますけれども、内閣府としては、例えば警察関係で自殺に関するいろいろなデータがあるはずですね。例えば英国のシェフィールド大学でフィリップシーガーという教授が英国国鉄、ブリティッシュレイルウェイでの自殺について膨大な研究報告書を出しているんですね。これはそれこそ亡くなった人、つまり列車が敷いた車両が急行かローカルか列車の色は何か、スピードは何か、自殺者の性別、年齢はもちろん家族構成、病歴。つまり心理的剖検をしているわけですね。日本の3分の1しか自殺がない国でそういう詳細な研究を出しているということについて、私はなぜこれが日本でできないんだろうかということをやから不思議に思っておりました。

実は首都圏では当然JRが非常に多いわけですが、JRや各鉄道会社はそういうデータをほとんど持っていないんですね。どこにあるかということ警視庁なんですね。警視庁に私どもの関係者がアプローチしたことがありますけれども、一切これはガードが固いというか一切データを見せてくれないと。それでは警察が独自に調査をするかということ全くなされていない。警察庁に報告されて、警察庁の自殺統計としての報告はありますけれども、しかしこれは学術的には余り意味のない報告書であって、ぜひこの辺はこの内閣府の検討委員会で取り上げていただきたい、そのことを1つ希望として申し上げます。

中村座長 ありがとうございます。

今までのご意見で事務局の方で何かこれについてはという部分がありましたらどうぞ。

高橋参事官 まず、資料3のところで、高橋委員からも実態解明が重要ではないかということで、先ほどちょっと説明が十分でなかったので補足いたしますと。自殺対策基本法の9項目のまず第1号がまさに調査研究、実態の解明を進めるということで、この表でいきますと一番右端の部分、共通その他というところで項目を入れております。むしろ委員の認識に従えば、一番最初に事前対応の前にくる前提部分というふうに考えればいいのか、置く場所を考えてもいいのかなと思いますけれども、ここに置いております。

それから、斎藤委員からご指摘ありました警察資料ですが、今まで警察も個別の資料につい

ては研究者への提供ということは余り積極的でなかったわけですけれども、今年から自殺原票の見直しも行いますし、併せて研究者への情報提供ということも考えていくというそういう方向性を持っておりますので、またこの委員会なり大綱の中でもそういった方向性をぜひ出していきたいと思っております。

以上です。

中村座長 ありがとうございます。

では、今までのご意見はこの表の中へいろいろな形で組み込んで、さらに改善していきたいと思えます。

そこで、きょうの議論に移ります。議事次第にもありますように、きょう意見交換をしていただきたいのは、中高年の問題です。事務局からのこの表も子ども・青少年、中高年、高齢者と分かれています。本当にこの間がうまくつながるかとかさまざまな問題があるにしても、一応こんなふうに分けて議論を進めてみようと考えております。実は日本の自殺の特徴は、中高年で急増しているということでもありますし、自殺対策としてここで考えなければならない問題はここに集約されているということもあると思えますので、すべてに共通なことを踏まえて、特に中高年の自殺対策ということをきょうは議題にさせていただきたいと思えます。高齢者と青少年は次の回でと思っています。

先ほど事務局から資料3の説明がありましたので、この分けてある方をごらんになりながら、黒い字、青い字なども参考になさりながら議論を進めていただきたいと思えます。事務局の方で、その議論のための資料をもう1つ用意してくれていますので、それについてちょっと説明をお願いします。

高橋参事官 それでは、資料5をごらんいただきたいと思えます。前回2回目の会議で個人を取りまく関係者の概念図ということで、子ども・青少年、中高年、高齢者ということで3層になった資料をお配りしたところですが、今回は中高年を中心にご議論ということで、その中から中高年だけを取りだして、また、含まれている関係者についても前回委員からご指摘のありましたことを追加をしております。

それで、少し先ほど本橋委員からもお話がありましたが、真ん中の白い中高年というのが自殺対策の対象となる方で、その方は家族があれば家庭という場に属しておりますし、仕事があれば職場という場に属すると。両方あればその重なり合いの部分にあるんですが、まさに家庭もない、職もないということであれば最低限地域という場には属していると、そんな重複関係といたしますか、場のイメージを意図して創っております。

それから、回りに精神保健福祉センターといった関係者ということで配置しておりますけれども、これはそれぞれの場に属している人ですとか機関でございます。今後自殺対策を進めていく上での主体であり資源という人、機関ということで配置をしております。

それから、左下の職場と地域を点線で結んでおりますけれども、これは職域保健というくくりの中で大企業は職場の中に産業医以下の方が入るわけですけれども、中小企業の場合はその産業保健の機能が職場外の地域にあるという形でこういうふうに整理をしてみました。

また、前回検討会で鶴飼委員から学校は児童・生徒の生活の場であると同時に教職員の働く場でもあるというご意見をいただいておりますが、学校の教職員という問題については、職場が学校というそういう意味合いの中でこの表の中でとらえてご議論をいただければと思います。

以上でございます。

中村座長 ありがとうございます。

だんだん整理していきますと落ちる部分というのはどうしてもあるので難しいのですが。先ほどの清水委員がおっしゃった総合的総論、それから資料2、その上でこの資料5があるという形でごらんになっているいろいろご意見いただきたいと思います。

中高年に関してのご意見何でも結構なのですが、後で事務局が整理する時のしやすさということも考えまして、できましたらここにありますプリベンション、インターベンション、ポストベンションということでお願いします。できましたらまずはこの事前対応というところに関してのご意見が伺えれば一番ありがたいのですが。余り厳密には申しませんので、お考えをどうぞ。

斎藤委員 意見ではなくて。私どものいのちの電話はそれこそ35年前から実際に活動しておりますから意見というよりも最近の実態をちょっと一言ご報告をしたいと思います。きょうになってしまいましたが、皆様のお手元に報告書がございます。いろいろなデータがありますから一々これを読んでおると長くなりますから一言申し上げますが。

私のつくった文章は、「中高年の危機に的を射た「自殺予防いのちの電話」と。これは平成13年から実施している厚生労働省の補助事業であるフリーダイヤルによる「自殺予防いのちの電話」、普段は「いのちの電話」だけなんですけれども、12月1日から7日までわずか1週間ですけれども、全国のいのちの電話をオンラインでつないで24時間体制で相談を受けると。この6年間に毎年1万件から、昨年は1万3,000件、自殺問題に限定しておりますから、普段71万件年間で受ける相談の中で日常的には5%なんですけれども、このわずか1週間の間だけを限定しますと1万3,000件の中で昨年度、今年度ですね、昨年の12月は4,000件、つまり3割ぐらい

の自殺にかかわる相談を受けているということです。

しかも、私どもがこの事業を始めた1970年代は子どもの自殺が圧倒的に多かったんですね。それが徐々に中高年の自殺がふえて、その2つがクロスしたのが1979年なんですね。それからどんどん中高年は上がって、1998年にさらに激増したわけですね。ところが、この補助事業を始めてからその実態が少しずつ変わってまいりましてね、初めは40代、50代の自殺が多かったのが、昨年は30代が一番多いんですね。これは30代の雇用不安というか不安定な、ニートの問題もありますけれども、不安定な世代が背景にあるということも言えますけれども。しかも30代どころか20代もまた高くなりつつあると。つまり、中高年にシフトした自殺のピークがまた逆に若い世代に移行しているというのが最近の1つの実態なんですね。これはやはり注目をすべきであろうと。ただ、子どもの自殺については報道されるほどにはそういう危機的な実態は少なくとも電話相談にはあらわれてこないというのが最近の状況でございます。

一言これはご報告。

中村座長 どうもありがとうございました。とても大事な資料だと思います。皆様のお手元に斎藤委員の資料はいつていると思いますので、後で細かいところはよくお読み下さい。

斎藤委員 私がもう1つ強調したいのは、電話相談だけではなくて、それをやはり医療との連携の中で実施することによって相乗的な効果をあげることができる。ですから、個々が独自の活動をしているわけですけれども、やはり連携をしないとその有効性があらわれてこないということを一言つけ加えます。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。

ほかに。

本橋委員 総論的なところとその事前対応のあたりのことを含めてちょっと私意見を述べさせていただきますが。先ほど私も少し発言したんですけれども、私自身職域保健といった場合にはどうしても労働者が中心なんですけれども、実際に中高年の自殺者の実態とかを見ると無職者であるとか失業者であるとか、それから職域保健の中でも小規模事業所の労働者の場合はどちらかという地域の問題になると。それから、中小企業の経営者の自殺等を考えるとこれはやはり職域保健という枠組みではとらえられないということで。この中高年の対策においても実は常に職域が念頭にくるんですけれども、やはり職域、地域、家庭というのは等しく重要な場ではないかというふうに私は考えております。

中高年の対策の枠組みといいましょうか取組の体制の整備というようなことから考えていくと、例えば都道府県レベルでいろいろな自殺対策を担当する部署というのは大体健康福祉部門

であるとかそういうところが多いんですけども、そして中高年になると労働局のようなところで少し縦割りの部分があるんですけども。この辺の取組の体制の整備というときに、やはり総合的な対策を推進するというこの自殺対策基本法の理念に基づいて考えますと、やはり特に都道府県のレベルにおいても総合的にこれを取り扱うような対策の部署の立ち上げというのが必要なのではないかというふうに私は個人的には考えているんですけども。国の場合は内閣府がこうやって担当されておりますけれども、都道府県であればやはり知事直轄のいろいろな組織をつくるであるとか、あるいは秋田県のように既に健康福祉の担当課というのがこれを担当しておりますけれども、秋田県の場合にも必ずしも自殺対策担当というような自殺対策を明示した形ではなかなか出ていないというようなことがありまして。新しく部局をつくらなくても例えば対策担当というところで総合的な自殺対策、この中高年の、そういう自殺対策担当というような名称だけでも立ち上げるというようなそういう取組の体制の整備というのがまず必要ではないか。

資料3のところには実は青い線で職域保健の連携推進協議会と、これは非常に重要なことで全くこのとおりだというふうに思うんですけども。取組の推進の主体になり得る1つである行政の場においてもその辺の総合的な取組を行うセクションを立ち上げるというようなアドバイスみたいなものが多分大綱に組み込まれると私はいいのではないかなということ、総論的なところですけども、ちょっとご意見申し上げました。

中村座長 ありがとうございます。

五十里委員 ただ、今おっしゃられたいわゆる体制を都道府県レベルでつくるということになるとまたおそらく半分以上の都道府県はまずいわゆる精神保健の担当がやることになる。しかしながら、それがいいのかあるいは県にも内閣府と同じようなそういう組織をつくってやった方がいいのか、ここはいろいろ議論があるんですが。私どもとしては今委員ご指摘いただきましたように、自殺対策を総合的に進めるそういう体制を、それは事務局はどこでも結構ですけども、いわゆるオール県庁でそれが進めるような体制をつくる必要がある。そのいわゆる強力なリーダーシップを知事なり副知事なりそういうところがしっかり握れば、どこが事務局をやるかということが問題では私はないというふうに思っております。

したがって、それぞれの都道府県の実態に合うようなそういう形で何とかその体制をつくっていきたくて、私ども既にちょっと組織をつくりましたが。ちょっと心配なのは職域の中のいわゆる労働安全衛生の部分はやはり国になりますので、そのあたりを地域の中ではいつもそれを加えてやらないといけない。ちょっとそのあたりが都道府県レベルは非常に手の出しにくい

ところですので、そういうところをどう組み入れていくかということが私どもとしては考えていかなければいけない、そう思っています。

中村座長 どうぞ。

河野委員 今の五十里先生のご意見と関連することですけれども。意見として私も前回出させていただいた、いわゆるメタボリックシンドローム、生活習慣病の予防関係で、今地域・職域保健連携推進協議会ができてますよね。県道府県のレベルと2次医療圏ごとにできているのですが、そういうところと一緒にやっていくとうまくいくんじゃないかと思います。いかがでしょうか。

五十里委員 確かに今非常にそういう職域との連携が重要になっておりますので、いい機会だと思いますし、やはりそういうような組織と一緒に使うということが大事なことだと思います。

中村座長 どうぞ。

清水委員 私も本橋さんとか五十里さんがおっしゃるところと全く同感というか賛成で、いろいろな自治体にどういう取組をしたらいいのか講演してほしいというので最近うかがうことが多いんですけれども。大体どこの自治体の方々もこれまでの枠組みの中ではどうしても自殺対策基本法が求めているような体制づくりというのはできないと。できないというのは、縦割りの行政の中を飛び越えて横のつながりを持ちづらいというのが1つと、あと発想として例えば弁護士会の人を自殺対策協議会みたいなものに入れた方がいいというふうに言われても弁護士が何をやっているのかわからない、どういう問題に取り組んでもらえるのかわからないというので、自殺対策協議会を受け持つ保健行政の人たち自身が自分の部署の従来の発想でやろうとしても限界があるのだろうというふうに感じています。

ですから、これはたしか兵庫県だったと思いますけれども、自殺対策協議会をつくる前に自殺対策センターというのを民間も交えて立ち上げて、それで行政その民間の新しい部署的なところが推進役となって自殺対策協議会を引っ張っていけるような、そうして核になる専門部署をつくったんですね。ですから、そういうような形でどこかの枠にとられるのではなくて新しいそれこそ知事直轄とかそうした形でつくって、そこが民間も含めて行政内も含めて調整していくような形をとっていく、そういう体制が必要なのではないかと思います。

中村座長 ありがとうございます。

どうぞ。

鵜養委員 先ほど学校の教員というのも教育という職場というふうに考えてというご発言が

ありましたが、確かにそうだなというふうには思う一方で、そういう中でやはりすごく難しい問題が幾つかあるだろうというふうにも思っています。それで、今の縦割り行政という話もありましたけれども、地方公共団体の中で教育委員会というのは例えばほかの部署、例えば福祉とかそういうところの行政となかなか共同歩調でいろいろやっていきづらいところというのも結構あって。

そういう中で例えば職場というのを考えたときに、例えば公立学校ということを見ると中小企業レベルですよ。そういう中で、ではその人たちがどういうふうの中で上司、同僚、部下みたいなこういうふうな形というか職階みたいなのがあるとか考えると、なるべくそういう方向というのはつくらないようにということできています。管理職というのは一応学校の中では校長あるいはそれを補佐する教頭職、東京都では副校長と言ってますけれども、そういう人になってくる。

そして、教師の場合は公務員であるということ。しかも教育公務員というやはり特殊な立場というのがあって、なかなかこういったところでの一般労働者というふうに位置づけにくい部分というのも多分あるだろうというふうに思っています。

そういうものをですから逆にちゃんと位置づけて、労働者として教員のこういったメンタルヘルスの部分とかそういうものを考えていくことは大切だと思います。ただ、これを現実にするためには相当にその地盤というのをつくっていかないとできないだろうと思います。縦割り行政の中でのいろいろな区分けというようなものというのを防ぐために、先ほど例えば知事部局というようなところでの1つのそういった中心になる核になるところというのをつくっていただく、これはすごく大事なことかなというふうにも思います。

中村座長 ありがとうございます。

ほかにご意見。どうぞ。

高橋信雄委員 職域が話題になってますので職域の代表として2点ほど申し上げたいと思います。1つは、この資料の中高年を対象にということなんです。その中で労働組合ですね。本当は中桐さんが発言されてもいいんでしょうが、その組合の役割は大変大事なんですが、概念図からも両方抜けていますね。これを基幹労連や連合の中桐さん等々にもお話ししてはいますが、相談機能あるいは地域のネットワークの活用において労働組合は大変大事な役割を果していると思います。それを入れていただきたいです。

あと、細かい点ですが、この関係者の概念図という資料5ですね、この中で事業主団体が「主」になっております。これが一般的な言い方だと思うんですが、資料の3と5では「事業種」に

なってますので統一していただけたらと思います。

2点目としては、今いろいろな方に発言していただきましたように、職域と地域、あるいは自治体の中でいろいろなことをやっていらっしゃると思いますが、そこには何となく厚い壁がある感じがいたします。それぞれが歩み寄る必要があると思います。これも2つの側面がありまして、比較的大きな企業というのは職域保健の中でいろいろなことを推進しているという構図がございます。しかし中小そして個人経営主の場合はより多くの課題があります。したがって、地域主導でやっていただくことが大事です。五十里委員がおっしゃったように強いリーダーシップをどなたかに発揮していただけるということになりますと機能的にレベルが上がるのではないかと思います。

以上です。

中村座長 ありがとうございます。

河野委員 今の高橋信雄委員がおっしゃったことに関連して、この資料5の概念図の方ですね。もう1つ大事なのは、職場のところに高橋信雄委員が代表してらっしゃる経営者というのが入りませんか。私は経営者のメンタルヘルスの考え方ってすごく大きいと思います。ここに経営者を入れていただきたいと思います。

中村座長 どうぞ。

中桐委員 私の所属は連合という労働組合ですが、その表に労組が抜けているとは気がつきませんでした。

この議論に参加しづらく感じるのですが、事務局の方であらかじめ中高年というターゲットを設けてもらってはいますが、警察統計だと思いましたが、男性で無職で、10代ごとの区切りで、私の手元の資料ですが、20代から60代までで年代が上がるごとに自殺者の数がふえる。ただ、それが年代ごとの自殺率ではどうなのかというようなことがわからない。

今後の進め方のことですが、ある程度客観的なデータを基に議論しませんと発言者の個人的な体験等に議論が引っ張られますので、客観的な話にならないという気がするんです。

この検討会が最終報告書をつくって新しい段階に入っていないと、警察の資料にしる、労働者でいえば労災の資料は労災審査会にはあるわけですが、一体どういう労働時間でどういう疾病で、職場の同僚がどういう証言をしている記録が全部あります。そういうものを出してくださいとか協力してください、個人情報保護の網がかかっているとは思いますが、今回は無理ですが今後、総合的に省庁縦割りじゃなくて内閣府の下に資料を提供してもらって、担当する研究所なりが適切に分析をし、それで詳しくわかるというようなことがあろうかと思います。

ぜひそういうことを今後の対策活動の中で行うべきだと思います。

では、今何ができるかと言えば、警察資料はありますけれども、これのクロス集計ぐらいは例えば次回までにできないものかという気がするんです。今後の準備ですけれども、子ども・青少年でもそういう準備がないと、それぞれ委員の方々のバイアスがかかった格好で議論が進んでいくんじゃないかと心配しています。ぜひそういう運営をしていただければありがたいと思いますがいかがでしょうか。

事務局にお聞きします。

天本委員 先ほども出ましたですけれども、実態把握という面において、例えば産業医とか健保組合とかそれぞれやってらっしゃるはずですよ。ただ効果の問題だとか検証という部分がなかったのか、あるいは産業医も結構自殺の問題と大きな問題として取り組んでらっしゃる。既に取り組んでらっしゃるシステムがあるわけだろうと思うんですが、それをきちっと把握すること。そのモニタリングということでのやはり実態把握という、やはり現実に伴う、そしてさらなるものをどうするのかという進行が不可欠だろうと思います。

中村座長 ほかにいらっしゃいますか。どうぞ。

高橋祥友委員 中桐委員に対して補足と質問があります。私は中高年の自殺予防を考えるときにいつも2つの軸があると思うんですね。それは、早い気づきと、環境面への働きかけですね。確かに職場で各段階でメンタルヘルス教育とか自殺予防教育が必要だと思います。例えば入社したときだとか、あと昇任したときですね。あるいはトップに対する教育なんかも必要だと思うんです。ただし、メンタルヘルス教育ですとか自殺予防の教育を一生懸命やっても労働環境が過酷でありすぎると一生懸命こちらがやっても、それだけではなかなか効果が上がらない状況もあるように思うんですね。雇用不安だとか過重労働が背景にあるというのは確実に現在の中高年の自殺の背景にあると思うので、そのあたりについてのコメントをお願いしたいんですけれども。

中桐委員 はい、おっしゃるとおりですね。そういうことが言えると思います。それ以上ちょっと何を言っているのかよくわかりませんが。これは日本だけの話ではなくて世界的な話、EUでももちろん問題になっていて事業者には、私のペーパーに書いてありますが、そういうストレスなどのリスクの部分については事業者が除くようにということが指令としてあり、もう10年以上前から実施している。日本の場合にはまだそこができていない。ですから、事業者の責任が大きいということがあります。

昨年4月から労働安全衛生法が改正され新しいメンタルヘルス対策と過重労働対策がなされ

ています。残業時間が一月100時間を超える方々については医師による面接指導 医師というのは産業医ですけれども、をしていただくということです。そのほかにも100時間だけではなくて、2カ月ないし6カ月を平均して80時間を超える労働者は、長い期間にわたって長時間労働をしている、さらに月45時間以上という労働者についても医師による面接指導をなさいという通達は何年も前から出ており実際にやってきた経緯があり、去年の4月から労働組合も参加しながら職場の安全衛生委員会でそういう実施体制を議論しております。これはもう一方の使用者側代表の方にもお聞き下さい。それでかなり大手企業は対策が進みました。

しかし、それはまだ1年しかたっていない状況です。私はちょっと医師に頼りすぎている、あくまでもこれは例えばボクシングで言うタオルを投げ入れたというようなことで、その前に私たちの要求は1次予防が一番大事ではないか、発症する前、発症する原因、職場環境や長時間労働、人間工学的な対策、例えば機の配置など、いろいろな要素があります。例えば自治体などの場合、受付業務をしている方々の機の配置などというのはどういう配置にするかによってかなり労働者の受けるストレスが違うわけですね。機の配置を変えたら随分変わったというような事業場もあります。

そういうことを含めて連合として新しい指針をつくり、去年の秋、労働協約を改訂する労使交渉があり、さらに春闘というのが今年3月一斉に、賃上げや今問題のホワイトカラーエグゼンプション問題などを労使で交渉しますが、そこでは職場の安全衛生委員会のメンタルヘルス対策の強化策も交渉します。昨年4月の法改正ですからこの4月が最初の春闘になるわけです。ですから、現在の職場が大きく変わったとは思っていません。去年の秋、やはり三六協定をきちっと労使でやりましょう 三六協定というのは時間外労働の限度を労使協定しそれ以上はさせないという法律です。その徹底を行いました。この4月以降、さっき言ったような改正安全衛生法の新しい枠組みがやっと職場に広がっていく、まだそういう段階でございます。ですから、これからだというふうに思っています。

使用者側の委員から補足がございましたらぜひお願いしたいと思います。

中村座長 どうぞ。

高橋信雄委員 中桐委員から要請がありましたので補足させていただきます。先ほどの資料5の概念図を見ますと職域というのは産業医等々の専門家の参画とか相談機能の整備、あるいはアフターケアという意味である程度充足されていると思います。そういう中で、ストレスと云いますか過重労働ですとか劣悪な産業条件ということがすぐ第一義的に言われがちです。実際の自殺例を見ますと、その背景にはほかにも生活環境の問題とか、家庭、地域の問題等々が

ないがぜになって起きるというケースが多いと思います。

したがって、先ほど申し上げましたように、対応システムがある程度あるところをモデル的な形態としてもうちょっと全体に敷衍できたらいいと思います。

職域でも、先ほど出てました安全衛生委員会ですね、これは労働者も参加し経営も参加してという枠組みでやっておりますが、こういう機能がきちんと働きますと、しばしば起こる上司に当たる人の不理解であったり、あるいはものを言わない部下だからそのまま放っておかれたという状況が改善されます。そういう客観的な評価をして対応を考えるという機能がいろいろな場面で出てくるといいと思っております。

以上です。

中村座長 ありがとうございます。

清水委員 実態調査の重要性ということで私からも一言お話しさせていただきたいんですけども。有効な対策を立案、実施していくためには当然その前提となる実態把握というのが重要なんだろうと思います。

そのときにどういった調査が必要かということ、疫学的な調査というものもあるんでしょうけれども、むしろ社会的な要因ですね、自殺の背景にあるようなそうした要因が浮かび上がってくるような調査がぜひとも早急に必要なんだろうと。これは警察がことし1月1日から調査方法というか自殺の分類の方法を変えて分類項目を変えて、あるいはこれまではどれか項目の中の1つしか選べなかったものを3つ選べるようにしたりとか調査方法を変えているんですね。ですから、ことし終わりになれば去年までの警察が出した統計よりももう少し実態が浮き彫りになるようなものが見えてくるだろうとは思っています。しかし、だからといってそれでは十分ではない。

ですから、警察がやる調査、まあ実はあれは調査というか、捜査の中でわかってきたことを分類するわけなので調査と言えるかどうかわからないんですけども、いずれにしてもあれは全件についてやるわけですから、つまり三万何千人自殺で亡くなる方がいたとしたら三万何千人分やるわけですから、それと重ね合わせて見れるような、詳細が浮き彫りになっていくような調査もまた必要だろうと思います。

そこで私たちが今提案しているのは官民合同プロジェクトとしての「1,000人調査」です。1,000人の方の自殺について、遺族の方たちと協力しながら自殺に追いやられていったそのプロセスを細かく追っていく、自殺の背景を浮かび上がらせるようなものを詳細に聞き取っていくと。

こうした1,000人分の調査と警察の全件調査を重ね合わせてみると、全件調査で自殺の傾向が

わかっている上で、さらにその傾向の中でどういうふうにしてそれぞれの方が自殺に追いやられていっているのかということがリアルに浮き彫りになっていく。

さらにこれに加えて、さっき中桐さんおっしゃられような、労災であれば労災審査会のデータがあるわけですね。あと金融庁がこの前出した、業界団体に働きかけるというか要望して出してもらった多重債務関連の自殺についてのデータもあったり。あるいは倒産絡みの自殺のデータとかというのも、恐らくこれはどこかの行政の中あるいは業界団体とかとっているところがあると思うので、警察の全件調査に1,000人分の詳細調査を重ね合わせて、その上でさらにデータとしてバックアップする必要があるいろいろな分野のデータを引っ張り出してきて、それをもって解析をしていけば、かなり日本の自殺の実態というのは浮き彫りになっていくのではないかと。そして、それに基づいて対策を立てていけば、決して上滑りするようなものではなく、ちゃんと効果のあがるようなものができてくるんじゃないかと思うのです。

これは具体的にどこがやるのかという器の問題は非常に重要だと思うんですけども、今少なくとも私たちが提案しているのは官民合同で、しかも保健の分野の方だけじゃなくて法律の分野とか労働分野、いろいろな分野の専門家も入ってもらって調査チームをつくってそこが主体となって引っ張っていくような実態調査ができればと思っていますし、やりたいなというふうにも思っているところです。

中村座長 どうぞ。

樋口委員 少し視点の違うことを申し上げたいんですが。あるいは少し具体的すぎるのかもかもしれませんけれども。やはり自殺の場合に非常に大きな問題になるのは、未遂者が再企図するという率が非常に高いということがよく知られております。あるいはうつ病の方も最近の幾つかの事例ではうつ病治ったと、治って職場復帰しましたと。しかし、職場復帰した途端に全く自分の予想していたようなシステムでなくて非常に厳しい環境の中で仕事をせざるを得ない、それに乗っかっていけないということを苦にして自殺をすとか、そういう事例があるので。

特にハイリスク、今言ったような意味でのハイリスクの方に対しての復帰をしていく段階でのきめ細かなかわりというのが非常に重要だと思うんですね。それは職場に戻ってからももちろんあるんでしょうけれども、職場に戻る以前のところでのサポートシステムというのは日本は非常に乏しいんですね。諸外国はそこで事前にいろいろな手を打っていく。例えば復帰のためのプログラムを持っていて、例えばうつ病の方の専門のデイケアがあって、デイケアで職場復帰のためのプログラムを持っていてというようなことがよく行われているわけですが、日本はやっと最近少しそういう試みが出てきていますけれども、非常に乏しい。それから、治療

教育的なこととか。

単純に症状がとれた、治ったというレベルだけで判断をしていくと大変大きな、特に再企図未遂者あるはうつ病の方でも長期に休んでいて復帰をしようとする人にとっては非常に大きな困難を抱えてくるということなので、そのあたりのこともより具体的なことになってこの今の議論からはもうちょっと先のことなのかもしれませんが、一言申し上げておきます。

中村座長 ほかにご意見おありですか。どうぞ。

中桐委員 先ほどちょっと言いそびれてしまったんですけども、私どもがいろいろな形、例えば労災の審査とかそういうので見られる資料は、労災保険の中でも民間にかかわる部分なんです。私どもの理解として、きょう事務局の皆さんもそうだと思うんですが、公務員の方々、特に国家公務員の方々、地方自治体については連合の加盟組合ですのでよくわかっております。前も言ったと思いますが、労災で亡くなった方のいつも2位とか3位に自殺が入っています。そういう状況で大変ストレスの高い職場です。そのため組合も大変熱心な活動をしていますが、そういう傾向があります。

ところが、国家公務員の場合、私の印象で、国家公務員ももちろん審査会みたいなものがあるはずなんです。情報としてほとんど外に出していないのではないかと。新聞でも余り出ませんよね。私もっともっとそれはきちっとデータを出し対策をしないと自分たちの仲間が今後たくさん自殺することになります。

固有名詞を挙げるわけにはいきませんが、人事問題でしょうかね、競争の激しい職場だからだと思います、人事院の問題もあるのかもわかりません。それから、いじめですね、エリート組が自分たちがエリートの席をとれなくて部下の若い人たちにいじめをする、そのために若い人が自殺をしたというようなことを私も聞いたことがございます。そういうことは1つも発表されない。その辺をやはりきちっとしないといけないのかなと思います。

労災審査会などの経験からしますと、中高年の方々の自殺の特徴というのは単身赴任の方がほとんどです。これはもちろん車で、電車でご家族のところへ帰ったりすることもできるんですが、常時奥さんが来てくれるわけじゃないものですから。具体的になりますけれども、その自殺の仕方なんですけれども、屋上から飛び下りるとかそういうことではなくて、自分の部屋だったり、それから出張先のビジネスホテルだったりするんですけども、ネクタイですとか浴衣のひもで首を吊るといふそういう自殺の仕方が多い。これは例えば中国ですと女性の方々の自殺が多くて農薬などを飲んでということがございますが、日本の場合、農薬などが手に入りませんからそのような自殺方法をとるのかなと。あとは車に練炭を持ち込むとか、排気ガス

を引き込んでというようなものです。やはり男性が多い。女性というのは少ない。

以上です。

斎藤委員 ちょっと質問ですが、樋口委員から未遂者の問題出されましたけれども、いのちの電話で12月の初めのわずか1週間の間に1万件の、一昨年1万件の相談を受けたわけですが、そのうちの1割強、1,225件の未遂の訴えがあったんですね。この未遂の訴えについてほとんどが何らかの治療を受け、あるいはかつて治療を受けたことがあると。つまり、これは医療レベルでの問題だとは思いますが、ただ私どもはケアをする役割ですからやはり最終的には主治医を信頼をして治療を続けるようにとしか言えないわけですが、やはり医療側で、単なる医療、治療だけではなくて、やはりケアのシステムというものがもう少し構築されているシステムがつけられていいのではないかという疑問を持つんですが、その辺いかがでしょうか。

樋口委員 おっしゃるとおり、全くそのとおりだと思います。前にも、最初的时候でしょうか、ちょっと申し上げたんですが、日本のうつ病に関する医療とか治療とかというのは非常におくれていると思うんですね、世界的に見ると。どうおくれているのかというと、要するにほとんど薬に頼って治療していると。なぜ薬に頼った治療しかできないのかというと、実態を見れば一目瞭然でありまして、例えばメンタルクリニック、1人のドクターが1日に40人も50人も診察をするわけですね。いまや3分診療が精神科で行われているというようなことが言われるぐらいに、一方で患者さんは非常にたくさん、それはうつに限りませんけれども。ところが、それに対するきちんとした診療というのは、きちんとした診療とは何かということになるんですが、なかなか十分に行えないと。どうしても薬に頼っての治療で、それ以外の、要するにその方の先生がおっしゃったようなケアであるとか、それからどうしてそこに至ったのかという分析だとかそういったところはとてもできないですね。そういう方はやはり入院をされますと多少時間的にゆとりが持てて主治医の方もゆとりが持てて多少の時間がとれるようになってきていますけれども、それとて非常に不十分である。

海外のやはり医療の質というのは、医者だけではありません。例えばそこには心理士がつき、ケースワーカーがつき、総合的に一人の患者さんにかかわっていくというシステムができていて、これがあって初めてその方のその後の社会復帰、職場復帰というところに連結していける。この問題を抱えている、こういう問題を解消することでこの人の再発を防ぐことができる再未遂を防ぐことができるというそういうつながりができていくんだと思うんです。

だから、まだまだ非常にそういう意味では医療の中身が残念ながら不十分ですね。

斎藤委員 私ども遺族へのケアはできるし、実際にもう始めているんですけども、未遂者へのケアというのは率直に言って怖いというか、やはりこれは医療との連携なしにはできないというか。その辺ぜひ今後具体的なプログラムをつくりたいというふうに考えておりますが。その辺どうぞご指導いただきたいと思いますが。

中村座長 どうぞ。

河野委員 ちょっと話題を変えてよろしいでしょうか。この資料5のところではぜひぜひお願いしておきたいことがあります。職場の中の大企業のところはピンク色っぽいところで示されていて、地域のところに中小規模事務所のことが書いてあります。その中で特に、労働者の60%以上を占めている小規模事業所の人たちへのケアですが、この都道府県産業保健推進センターとか地域産業保健センター、労災病院などは、とても大事な役割を担っていらっしゃると思います。これはこれでよろしいのですが、平成14年の厚生労働省による自殺予防に向けての提言でも同じようなものが提言されていて、その後4年以上たっているんですが、余り進んでいないと思います。これはただ概念だけを示しても、実行するシステムが整わないと効果はあがらないということをあらわしているのではないのでしょうか。

考えたのは、これは清水委員がよくおっしゃっている言葉で、私も共感するんですけども、現場の声がよく聞こえるサポートというのが大事だと思うんですね。ここに示されている3つの社会資源を見たときに本当にそれだけで十分サポートができるかな、なかなか厳しい面があるのではないかと思います。もうちょっときめ細やかに対応ができるような社会資源の活用といったようなものが必要ではないかと思います。

それで、中小企業で働く人々へのメンタルヘルスケアのための社会資源として何が有効かと思って調べてみたんですけども、その一つとして。産業医の共同選任事業というのがございますよね。その活動状況をちょっと調べてみたんですけども、利用状況が余りよろしくないということですよ。予算はいろいろとっていただいているようですけども、いつも実績は下回っているというような格好で余り活用されていない。もしそういうお金があるんだったら労働者の身近できめこまやかな健康支援を行う産業看護職が共同でそういう中小規模事業所の方たちのケアをさせていただけるようなシステムができてくれば、効果的なケアができるんじゃないかと思うんですね。きょうは天本先生もいらっしゃるのご意見を伺いたいと思うんですが。

4年前にもそのような発言をさせていただきたいと思ったのですが、言えませんでした。その理由の1つは、実力がないうことでした。そのころ、日本産業衛生学会による専門的な

メンタルヘルスに関する教育も充実してませんでしたので、それに対応できる人材がなかなかいないので大きな声で言えなかったんですが、今はもう1,000人以上人材が育ってきてますし、そういう方を活用していただけるようなシステムができれば、もうちょっと現場の声がよく聞こえるようなケアにつながるんじゃないかと思うんですけども。

中村座長 ご質問でしたので、どうぞ。

天本委員 おっしゃるとおりだろうと思います。治療のことでやはりチームケアというトータルサポートといいますかそういうことが非常に重要で、問題はそこの生産性の問題、要するに時間と専門職がかかると。それはずっと続くのではなしにある時期という医師の指示の下にということが必要なだろうと思います。産業医の面においてもこれは保健師さんとかいろいろいらっしゃるわけですし、その産業的な医療面でのサポートという場合に、おっしゃるとおり医師のみならず、例えば心理師だとかもちろん保健師さんとかいろいろな方々がかかわれる窓口は広くする。ただ、それは単独でということよりもやはりチームでということが重要であろうと思います。そして、ライセンスだけでなしにやはりこの自殺、うつ、そういった専門性ということのどのようなそういう専門性をこれからスキルをどのようにしていくかというのはこれから対応していかなければいけないんじゃないかなと思います。

それと、ちょっと私時間がないので早退させていただきますけれども。いろいろな意味で日本の特徴としまして研究とか実態調査への費用が、アルツハイマーでも何でもそうですけれども、世界的に見ても極端に少ないですね。事務局、これしっかりメモしておいてください。本当にやはりそこは非常にエビデンスに基づくというか、そして日本のレベルに合わせるというか、そのような考え方というのは非常に私は重要だろうと思いますので、ぜひその辺は主張しておきたいと思います。

中村座長 わかりました。どうぞ、先生、お時間おありでしたら。

今まで主にプリベンション、インターベンションのところまでを含めていろいろご意見いただいたと思います。一番強調されたのが実態把握ということで、警察の資料を使ったり、それに日常的な民間での調査を加えたり、それから公務員、いろいろな組合の資料を使ったり、そういうことは思いつきでぱっと使えるものではありませんからそういうものがうまく使えるようなシステムを上手につくっていくというような形で日本にあるそういう実態をきちっとつかまえられるような何かをしていかなければいけないというのが一番お強い意見だったように思います。

それから、総合対策の部署をつくる必要がある。それはいわゆる縦割りになっていたのでは

そんなものはできないので、そういうものをつくっていくとか。イノとそれからいろいろな民間の活動との連携をすとか、さまざま。今申し上げたのがすべてではございませんけれども、いろいろなご提案がありましたので、それをまた表にも加えたりしてこれからまとめていく材料にしていきたいと思ひます。

あと30分あるので、今までのご議論を続けていただいても結構なんですけど、少しいわゆるポストベンションというんでしょうか、遺族への対応というようなことも含めたご議論があったらぜひ、ちょっとそちらの方向へ少し議論を移していただくとありがたいというふうに思ひます。もちろん今までの続きでどうしてもおっしゃりたいことをどんどんおっしゃってくださって結構なんですけれども。

清水委員 遺族への支援ということと言ひますと、今、自治体でも積極的に遺族の「分かち合いの会」を立ち上げたいという声があがってきています。それで民間、私たちのところとも連携しながら実際に立ち上がったところもありますし、あとこれから来年度立ち上げようという話になっているところも幾つか出てきています。

ただ、いずれにしてもまだまだ遺族の方たちが孤立してしまっている状況、苦しみを抱えたまま孤立して、自分の人生をなかなか進ませることができずに、過去の「家族を自殺で亡くした」という1点にとらわれてしまつてそこから動けなくなつていらっしゃる方がたくさんいらっしゃるんで、そうした人たちに対する支援を早急に進めていかなければならないという現状はあるだろうと思ひています。

このことについては厚生労働省の方の遺族支援、未遂者支援の検討会の方でも、私もそのメンバーになっているものですから、そちらの方でも話がこれから進んでいくところなんですけど、先ほど出てきた実態調査と遺族支援というのは一体として考えるべきものだと思ひています。遺族の方というのは自分の体験を主体的に物語ることによって少しずつ受け入れ難かつた過去を受け入れられるものに変えて、自分の人生の中に組み込んでいくというかそうやってご自身を回復させていくんだと思ひますね。そしてそうやって分かち合いの会で遺族の方が語られる内容というのは同時に家族が自殺に至つた、追い詰められた実態の中身でもあるわけで、そうした分かち合いの会で語られている自殺の実情を、お話しになっているご遺族の方々のもちろん同意を得ながらということになりますけど、それを実態把握につなげていくということができればいいのではないかと思ひています。

ただ、これは実態把握のことだけが先行してしまうと、どうしても遺族の人たちに聞き取り調査をするというような発想になってしまうので、そうなるだけでさえ傷ついているご遺族

にまたさらに傷口に塩を塗るような形にもなりかねないので、遺族ケアという視点を必ず、遺族の人たちに協力してもらうときには入れ込みながら進めていく必要があるんじゃないかと思っています。

そうした目的を持って具体的なプランを、いま検討中です。先ほど実態調査、1,000人調査ということでお話を少しさせていただきましたけれども、来年度、遺族支援をテーマにしたシンポジウムを全都道府県でやりながら、北は北海道から南は沖縄まで、そうすることで社会的な遺族支援の底上げを図りながら、1,000人調査をあわせて実施していこうと考えています。そして、これはぜひ官民合同で、それこそ社会をあげてみんなで協力しながら進められればなと思っていますので。具体的にそのことをこの大綱づくりの中で議論していただくことは難しいかと思いますが、でも内閣府の担当の方とかあるいは関係者の方々にはこれからも資料をお配りしたりご説明にあがったりしたいと思っていますので、ぜひこの検討会でもバックアップしていただければありがたいなと思います。

中村座長 ごめんなさい、私遺族と申しましたけれども、この表で見ますとポストベンションというところには、先ほど話題になっておりました自殺未遂者に対する支援というのがあります。この表を見ますとそこところがちょっと大変難しい問題なのでしょう、空白に今なっています。

斎藤委員 このサバイバルケアというのは厚生労働省の検討委員会に委託をしていいわけですよ。

清水委員 いや、違います。この前検討会で確認したじゃないですか。ここで方針決めたことを肉付けしていくという位置づけらしいです。報告書がまとまるのが来年度末になるということですから。

斎藤委員 でも、同時平行しているわけですね。それはこちらが上部ということではないでしょうか。厚生労働省はそれを特化して専門的に1つの答申を出すことですからね、だからある意味でこの部分はそちらに委託をするというふうに考えてますが、違いますか。これはこっち側の部局の問題なんでしょうけれども。

清水委員 この前の検討会で疑問に思ったので確認をしたら、厚生労働省担当者の方から。

中村座長 ここにとっても意味のあることだと思いますので、どうぞご意見としておっしゃってください。

清水委員 厚生労働省の検討会の方でも遺族支援、未遂者支援の在り方について議論し始めたところなんですけれども、その報告書のようなものをまとめるのが来年度末ということなん

ですよね。大綱は、5月か6月ということなわけですから、必ずしも厚生労働省の検討会の議論したことを踏まえて大綱がつくられるというわけではないだろうと思います。3月までにお話をまとめるといっても、確かあと1回か2回しか厚生労働省の検討会3月末までにはないんじゃないかとも思うので、その段階までで議論したことをこちらで報告していただくなりしながら大綱には盛り込んでいくんだと思います。私が厚生労働省の検討会の方で質問したのは、こちらの検討会との関係性についてだったわけですが、つまりここで議論して出された方向性に肉付けしていくのが厚生労働省の検討会の役割だということでした。ですので、方向としてはここで示して……

齋藤委員 だから、大綱ですよ、ここは。

清水委員 大綱ですね、はい。という理解しています。

中村座長 そのほかご意見、特にこの自殺未遂者に対する支援というところで何かご意見ありの方いらっしゃいませんか。大変難しい問題だと思うのですが。

齋藤委員 これは4年前の厚生労働省の検討会、さっき河野委員からちょっとご紹介ありましたけれども。そのとき私が記憶しているのは、当時日本医大の救急医療センターの所長をされたクロサワ教授が、未遂者であるあるいはご遺族であれ、やはり救急医療の現場できちっと誠実な対応をするとその後の信頼関係ができるというんですね。ですから、これはやはり救急医療におけるそれこそ自殺の救命救急というその辺をもう少しやはり実態とこれからの在り方について、やはりこれはそういう分野の専門家の先生方にちょっとご意見をいただきたいなというふうに思いますね。

樋口委員 よろしいでしょうか。情報提供という意味で申し上げますが。平成17年度から始まりました厚労、カケンのこころの健康科学の中で戦略研究としてこのうつ病も含めた自殺の対策ということが取り上げられました。その中で大きく2つのプロジェクトが今走っているんですけれども。1つは、地域における自殺を防止していくための方策、介入研究。もう1つが未遂の方のアフターケアの手法に関する研究ということで。それはまだあくまで研究レベルですけれども、全国の五、六ヶ所の救命救急センターで全例、そこで未遂に終わった方に関して介入をしていくと。その介入の仕方がどういう介入が一番再企図を防いでくことにつながるのかというところを今走り始めたところでございます。これは5年の計画なんですね。5年間で、ですから平成17年度から始まってますから、その成果が出てくるのがあともう2年、3年で出るだろうと思いますけれども。それが1つのおそらく日本ではそういう規模でやる研究というのは初めてだと思いますので、成果は期待できるかなというふうに思っています。

斎藤委員 ついでですけれども。その救急隊員や警察官、実際自殺の現場に急行するそういう行政官といいたいでしょうかね、そういう人たちへの自殺予防教育というようなことはどうなんでしょうか。米国、海外ではありますよね、高橋先生ご存じでしょうけれども。これもこれからの大きな課題になるのではないのでしょうか。

中村座長 どうぞ。

本橋委員 自殺未遂者に対する支援がこのテーブルの中でも抜けているのは大変今後の課題だというふうに思うんですけれども。実は自分の本の宣伝のような形になって申しわけないんですけれども、きょうこの委員の方も含めて自殺対策ハンドブックというのを今出版する予定なんですけれども、その中にいわゆる自殺未遂者の対策みたいなこともかなり書き込んでいただいております、2月初めぐらいに出る予定なんですけれども。そういう専門家の方の意見を十分踏まえた上で、多分まだ2月、3月であれば少し専門家の意見の書かれたもの、樋口先生とかにも入っていただいておりますけれども、それを参考にさせていただくと大変よろしいのかなということが1点と。

もう1つは、やはり基本的には自殺未遂者に対する支援というのは医療現場、今救急のお話もございましたけれども、職場とのかかわりでいえば、やはり救急医療の現場からの情報が職場にどういうふうにフィードバックされていて、それが職場の中で生かされるかどうかという連携の問題が1つあるんだと思うんですね。その辺のところをこの中高年のところにおいてはポイントにして対策の柱を模索するというのがよろしいのではないかというふうに思います。

中村座長 高橋先生。

高橋祥友委員 ポストベンションについてちょっとお話ししたいと思います。私の理解ではポストベンションは自殺未遂者に対する支援ではないですね。ポストベンションというのはあくまでも自殺が起きてしまったときに残された人に対するケアです。ここで今中高年の話をしていますので中高年に限ってポストベンションの話をしようと思うんですけれども。4年前の先ほどから話題に出ている有識者会議では、働き盛りの人に対してのポストベンションという話をしたら、そんな職場でやる必要ないという意見が委員から出ました。ただ、これ非常に大きな問題で、ぜひ職場でもすべきだと私は思います。というのは、一緒に働いてきた仲間が自殺して亡くなってしまうと、職場には大変な衝撃が走ります。病死ですとか事故死よりも非常に強い衝撃が走っていて、職場が疑心暗鬼に陥ってしまったり、士気が落ちることがあるんですね。

皆さんがそれぞれに勝手に自殺の原因を考えて、例えば上司が厳しかったからあの人は亡く

なってしまったんだみたいに勝手な解釈をしているんですね。そういうときに専門家のチームが職場に入ります。それは、もちろん調査のための調査ではありません、残された人、同僚ですとか家族をケアするために入ります。いろいろお話を聞いているうちにどういう形で自殺が起きたのかという背景がだんだん見えてきます。そのときにももちろんプライバシーを侵さない範囲で自殺が起きた背景、心理学的な考えからして自殺が起きた原因などを説明します。例えばうつ病が背景にあるならばうつ病のこともきちんと説明するのです。なぜ自殺が起きたのかということをももちろんフィードバックしますし、同時に自殺予防の教育をするものすごく皆さん一生懸命聞いてくるんですね。同僚がまさに自殺が起きてしまったときですから、普通の人に自殺のサインはこうですよという話をしても寝てるような人がほとんどですけども、つい最近同僚が亡くなったなんていうときにそういう話が出ると本当に一生懸命耳をそばだてて聞いてくれます。ですから、よくポストベンションは次の世代へのプリベンションだという言葉もあるんですけども。

こういう意味でも職場だけでなく、学校や病院などでもポストベンションが必要なのです。自殺が起きたときにきちんと対応すべきだというのがこれがポストベンションです。中高年であろうが年代に関係なく、自殺が起きた後にきちんとポストベンションはすべきであるし、これは長い目を見たプリベンション、インターベンションにつながるものだというふうに考えてます。

中村座長 どうぞ。

鵜養委員 今、高橋先生のおっしゃったことで学校も同じだというふうに言われましたけれども、このポストベンションに関しては中高年ということに限らず私は子どもが自殺しても同じようなことが起きるといふふうに思っています。特に前から申し上げていますように、学校というのは本当に拡大家族みたいなところがありますので、一人の危機がみんなに伝わってってしまうというのがあります。

私どもの同業者でやはり学校にかかわっている心理職というのは、やはりその学校で先生あるいは子ども、自殺者が出たときにその後のケアというのをかなりみんな頑張っていて。そういう中でどういう人たちが一番影響を受けているのか、つまり自殺をされた方の非常に近いところにいた人からすごく影響が強くて出てくるわけです。そして、だれがどういうふうな今役割にいて、だれの影響がどんなふうに出ていくのかというようなそういうようなことをやはり考えながら、どこにどういうふうにサポートを入れていこうかということを考えています。

学校なんかですと、例えばそういうときに今各県でいろいろな試みがありまして、緊急支援チームみたいなものというところもあります。そういう人たちが短期間に学校に入ってもらって、全員面接みたいなことをやってもらうというそういうようなこともやったりしています。そして、その学校にずっといるスクールカウンセラーはむしろもうちょっと長期的なところで見ながら、一番ハイリスクな人を射程に入れながら長期的なところを見ていく。そういう支援チームが去った後にもやはりそういう傷つきの影響は残っていきますので、その辺のところをやっていくというような形でかかわっている場合というのが多いかなというふうに思っています。

そういう中で、やはり最初の段階はスクールカウンセラーさん皆さん言っていますが、そういう自殺ということですごく衝撃が走りますので、自分の中で納得するために何か原因探し、悪者探しみみたいなことが常に始まる。でも、そういうことではなくてというあたりのところで、何でそういうふうになったのかというのがみんなの中にきちんと定着していくこと、それもすごく大事ですし、それがまた次の予防につながるという、そういう本当に確かなことだというふうに実感として思っています。

中村座長 ありがとうございます。

まだまだご意見あると思うのですけれども。南委員がおくれていらっしゃいました。実は前回南委員への質問がありまして、それのお答えをお持ちくださったということですので、あと時間の残りが少ないものですから、ここで南委員のお答えをちょっと言っていただこうと思います。

南委員 おくれて参りまして申しわけございません。前回斎藤委員から出されました宿題につきましてわかる限りで調べてみましたので、この場でお答えさせていただきたいと思います。

まず、皆様のお手元の資料の3枚目に新聞協会報よりというのを outs させていただきました。その前に、きょう私が出しました資料ですが、昨年末のいわゆる「いじめ自殺」をめぐって報道の在り方をとり上げた記事もいくつかございましたので、全国紙から朝日の記事1つと毎日の記事を1つ、outs させていただきました。それと別に3枚目に挙げておりますのが、新聞協会報から抜粋したものです。

後ほどお読みいただければわかると思いますが、前回のお尋ねは86年、岡田有希子さんの自殺のことなどでいわゆる群発的な子どもの自殺事件があったときに、自殺予防学会の方から新聞各社に報道の在り方を考えてほしい旨の要請をなされたということで、そのとき、生々しく伝えることこそが報道の意味であって自殺への抑止効果にもなるのではないかというような答

えもあった、というお話でした。その後、例えば協会として取組があったのかなかったのか、あるいはどのような議論があったのか、というようなことをわかる限りで調べてみました。

もう古いことなものですから、各紙がどういう対応をしたかということは調べてもわかりませんでした。そこで、日本新聞協会なんですけど、協会は現在全国138の加盟社がありまして、このうち新聞社は107社。残りは通信社とかNHKなどの放送各社で主だった報道関係の会社が入っている国内で最大の団体ですけれども、こちらに尋ねましたところ、過去の新聞協会報を調べてくれまして、この2つの記事を提供してくれました。

この欄は、協会として、この時期に起こったことなどを編集担当者が所感とともにまとめたもので、ここに書かれているとおりなんですけど、1986年4月29日付の新聞協会報に「今月の23日自殺予防学会から各社に自制を求めるような申し入れがあった」と。後ほどお読みいただきたいんですが。このときには新聞協会としては協会として何かということではなく、自殺の報道は、連鎖を生むこともありに報道として責任のある問題であるというような認識と、だからこそ今後自殺を防ぐ意味でも、自殺を誘発するような社会の病理を探っていくということをきちんとしたい、というような意向のことが書かれております。

2本目の「週間メモ」の方はその半年後になって、今度は、いじめを苦しめたと思われる中野富士見中の件の後で、この事件の後遺症ともいべき気になる報道があったということが書かれています。富士見中のPTAの会長がこの件で新聞協会を訪れて、同中学校に対する一部の報道に興味本位すぎるといような向きがあると。別の事件なのにあの富士見中でこういうことがあったといような、何か中野富士見中を際立たせるような報道姿勢が見られるのでやめてもらいたいといような申し入れをした、というものです。こういう興味本位の報道はよくないということと、こうしたことを協会としても重く受け止めますといようなことが書かれています。

新聞協会の方ではこのとき、協会として発展した議論にはなっていなかったと思われるということです。その後も協会としていろいろな観点からの報道のありようは考えてきていますけれども、それはむしろ報道の在り方というよりは、むしろ取材の仕方にかかわる部分のようです。たとえば、誘拐にかかわる報道には各社間の協定がありますし、少年事件では少年法に基づいて本人を特定しないような報道の仕方などがあります。まえ、メディアスクラムについても、取材のあり方について話し合いはされているわけです。しかし、これらはいずれも取材の仕方であって出す方の報道の仕方、記事の出し方については各社の個別の姿勢に委ねる以外ない。つまり取材したものをどう出すかということについてはなかなか取組は難しいのではない

か、という印象です。したがって、これまで議題になったりしたことはないというような話でございました。

自殺の問題は去年のことなどから見ても社会的影響が大きいし、予防に向けた活動という意味から、報道も1つの役割として啓発や、自殺の予防対策の役に立つような情報の提供をするということでは検討の余地も十分あるわけで、協会として、何かということは今特に用意はしていないけれども、それは今後の課題といたしますが、そういう考えで、各社が取り組んでほしい課題というふうに理解しているというようなコメントを頂きました。

合わせて、民放連の方にも伺いました。民放連というのは200ぐらいの放送の会社が加盟しておりますけれども、民放連の方はもう少し踏み込んで、11月22日付で加盟各社に対してWHOのこの前から話題になっております手引と、それから昨年成立した自殺防止対策基本法の全文を添付して、「各報道現場でこの問題、報道の仕方について議論を深めてほしい」という要請を出したということです。

最後に日本放送協会、NHKにも聞きました、NHKは今回のことに特化してということではありませんが、公共放送のあるべき姿勢ということで、18年度の自殺報道への取組ということ掲げているとのことでした。その中で、テレビが映像や音声による多彩な表現力を持つメディアであって、心身ともに発達途中にある青少年や子どもには多大な影響を与えるという認識に基づいて放送事業者として十分に配慮する必要がある。それから、いじめ事件の多発や教育現場の混乱などについて十分重く受け止めて、番組の取組としてもいろいろつくっていきますというようなかなり総論的なことです。

それで、また新聞の方に戻りますが、昨年末の一連の事件を受けて、自殺問題についての報道の在り方について取り上げた記事がいくつかありました。その中で全国紙から二つの記事、朝日の1つの記事と毎日の記事ですが、ご参考までに資料とさせていただきました。実は毎日の記事、横の大きいところもう1部分あったと思うんですが、ちょっと今手元に本紙がないんですけれども、海外の事情なんか左方にちょっと入っていましたけれども。高橋先生のインタビューなども入れてかなり踏み込んだ記事でした。読売新聞ではないんですが、皆様にぜひお読みいただけたらと思います。ご参考にしていただきたいと思います。

斎藤委員 ありがとうございます。

中村座長 ありがとうございます。では、これは後で皆様お読みください。

ちょっと時間がきております。どうしてもきょうおっしゃりたいことがおありでしたらどうぞ。

中桐委員 先ほどの高橋さんのお話でお聞きしたいんですが自殺があった職場に行く特別なチームですが日本だと職場のそういう問題については産業医を中心にした産業保健スタッフで対応しますが、もちろん外部から専門家を呼ぶ場合は精神科医などあるかもわかりません。高橋さんがおっしゃっているようなチームというのはどういう資格なりスキルを持っている方なのか教えて下さい。

高橋祥友委員 これは県によってはクライシスレスポンスチームというのができているところもあります。例えば山口県ですね。私どもがやっているのは精神科医が最低1名ないし2名、あと現場のことをよく知っている心理職ですね、ピアスタッフとして入ります。現場の人のこともよく知ってるし心理学的な知識もある。ですから、ソーシャルワーカーの仕事もできるしサイコロジストの仕事もできると、そういうような人が協力してチームを作ります。3日ぐらいの期間をかけてポストベンションを実施します。あくまでもこれはファーストエイドなんですね。本当に危ない人がいたらもうすぐに医療につなげます。どの程度までケアすべきかということも判断して、まずは第1ステップにおけるケアをしようという働きかけです。

これは職場に限らず、先ほどご指摘ありましたように、学校でもポストベンションが必要です。我々今文部科学省で児童生徒の自殺予防に関する取組を検討しています。特に子どもの場合、私は個人的には子どもに直接働きかける自殺予防教育をすべきだという立場なんです。しかし、学校現場では非常に子どもを扱うことに対して不安が強いです。「寝ている子を起こしてしまう」といった心配です。それならばせめて学校の先生を対象にして予防教育してくださいと述べています。さらに、それもできないというならば、最低ポストベンションだけは今すぐにでも実施してほしいと言っています。同じ世代の子どもたちが亡くなって大変な思いをしている子どもにケアをして、そこから始めようというような考え方なんですね。

これは職場でもそうですね。自殺予防教育いろいろやるんですけども、何も起きていないときにやっても本当に他人事のように聞いてしまって終わりなので、自殺が起きたときは対象が大人であれきちんとしたケアに入るべきだというふうな考え方をしております。

中村座長 どうもありがとうございました。とても大事なことだと思います。

まだご意見おありかと思えますけれども、お約束した時間がまいりましたので、きょうの議論はこれで終りたいと思います。きょうの議論に関連してもう少しご意見がおありでしたら事務局の方におっしゃってくださったら追加いたしますので、よろしく願いいたします。

次回は2月5日、月曜日の午後2時からということになっておりますので、またお願いいたします。

資料はぜひ事務局、事前に先生方にお送りしてください。

ほかに何か連絡がございますか。

北井審議官 特段ございません。

中村座長 では、きょうの会合はこれで終わりたいと思います。本当にご熱心に討議いただ
いてありがとうございました。

午後 4時55分閉会