

第8回 自殺対策推進会議  
議 事 録

内閣府政策統括官(共生社会政策担当)

# 第8回 自殺対策推進会議

## 議 事 次 第

日 時 平成21年10月9日(金) 10:00～12:00

場 所 中央合同庁舎4号館共用第3特別会議室

### 1. 開 会

### 2. 議 事

○実態を踏まえた自殺対策の推進について

- ・ 地域における自殺の基礎資料等
- ・ 自殺予防のための介入ポイント

○ 自死遺族からのヒアリング

○ その他

### 3. 閉 会

○樋口座長 おはようございます。定刻になりましたので、ただいまから「第8回自殺対策推進会議」を開催したいと思います。

本日は、花井委員、南委員が都合によって御欠席でございます。

また、本日は推進会議の委員の皆様のほか、前回のときにお話が出ました自死遺族の皆様にご参加をいただきまして、後ほど御意見をいただく予定です。

なお、福島大臣は御都合がありまして会議の途中から参加をいただきます。最後のところで、福島大臣からごあいさつがあります。

それでは、初めに新政権の発足に伴いまして新しいメンバーとなりましたが、本日自殺担当の副大臣に御出席いただいておりますので御紹介申し上げます。大島副大臣です。それでは、どうぞ一言お願いします。

○大島副大臣 どうも皆さん、よろしくお願いいたします。

衆議院議員で今回、副大臣を務めることになりました大島です。自殺に関しては、今年の1月から始まりました通常国会でも予算委員会で何回か取り上げさせていただいております。

一番自分が危惧しているのは、自殺される方の数というのは完全失業率と大分リンクしております。ただ、1月の質問の中で、これから完全失業率が今年の1月でも8%に迫るくらい日本の経済が悪くなっていくかというのが私の認識でして、経済が悪くなったから自殺される方が増えたという理屈は私は成り立たないと思っております。経済が悪くなっても自殺される方が少なくなるというのが一番望ましい姿であると思っております。

そのときの質問の中で、何年かしてから自殺者が3万2,000~3,000人から3万5,000人を超えて4万人まで増えた、それはどうしてかと聞かれたときに、完全失業率が悪くなったから増えたという理屈は、私はできるだけ避けたいと思っております。皆さんの有意義な会議で、日本の自殺される方ができるだけ少なくなることに取り組みたいと思っております。特にこれから年の瀬、12月を迎えます。この間も、私を支援していただいた経営者の方が、要は助かりましたが、やはり会社が倒産してしまって病院に運び込まれるという事態もありました。

こういうことが身近に増えているということ、身近に命を断たれることが多くなっているということ、私は実感しております。我が国に生まれた方が命を断たれるということは本当に残念なことです。皆さんの議論を受けて、そして自分も先頭に立って、自殺をできるだけ防いでいきたいと考えております。皆さんの御協力とこれまでの御尽力にこれより感謝申し上げまして、私も2時間この場にいたいのですが、どうしても1時間しかいられないものですから、11時過ぎにはこの場を退室させていただくこととお許しいただきまして、今後とも一生懸命に取り組んでいきますのでよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

○樋口座長 よろしくお願いたします。

それでは、まず初めにお手元にお配りしてごさいます議事録についてです。これをお諮りしたいと思ひます。内容については、既に事務局の方から皆様の下にお送りささせていただきます御確認をいただいておりまして、この議事録を公表したいと考えておりますが、よろしいですか。

どうぞ、清水委員。

○清水委員 1点、御質問があります。この議事録の7ページに当たる部分で、竹島自殺予防総合対策センター長が前に御発言された中で、自殺予防の介入ポイントを職業別に明らかにしていくというお話があったと思ひますが、この議事録の中にはどうも見当たらないようなのですが、これは何か修正されたということでしょうか。

○樋口座長 それでは、竹島委員どうぞ。

○竹島自殺予防総合対策センター長 現在の事例の中で、ある程度妥当性のある分析ができる有職者、無職者という形で今回提出させていただきます。ですから、それについて修正したというよりは、まず可能な分析を今回行ったというふうに御理解いただきたいと思ひます。

○清水委員 すると、今回の介入ポイントの解明という部分については職業別にはやっていないということですか。

○竹島自殺予防総合対策センター長 事例数から考えて、職業別までやっていくことは少し妥当性を欠く面があると思ひましたので、今回は有職者、無職者としております。

その中で、有職者の中でも職業別で例えば自営業者等の特徴については述べさせていただきます。

○樋口座長 そのほかは、よろしいですか。

それでは、これで掲載させていただきますということでよろしいですか。

(「異議なし」と声あり)

○樋口座長 ありがとうございます。それでは、本日お手元に配布しております議事次第に基づいて進めてまいりたいと思ひます。大変内容がたくさんありまして、時間がかかなり厳しいですが、御協力をいただきたいと思ひます。

まず初めに、「実態を踏まえた自殺対策の推進について」、資料が1から3まであります。その説明を事務局の方からお願いをいたしたいと思ひます。

では、資料の確認をまずした上でお願いいたします。

○加藤内閣府自殺対策推進室参事官 それでは、配付資料ですが、資料が内閣府の方から「地域における自殺の基礎資料」が資料1、月別の自殺者数が資料2、地域自殺対策緊急強化基金事業が資料3、それから資料4が介入ポイント、以上を配布しております。

あとは、各委員の先生方から資料が出ておりますので、それにつきましてはまた議論の中で御紹介

をいただけたらと思います。あとは、参考資料1として先ほどの議事録です。

もしお手元がないようでしたら手を挙げていただければ、事務局の方から届けさせていただきます。

それでは、資料の説明をさせていただきたいと思います。まず資料1「「地域における自殺の基礎資料」について」です。データにつきましては自殺総合対策大綱の中でも実態把握のための調査研究とともに情報の提供ということで、平成19年には自殺予防総合対策センターの方から各都道府県の自殺の概要ということで作成がされまして、また民間団体から実態白書等が出されているところです。

私ども警察庁から平成19年、20年の資料をいただきまして、警察の所轄と、それから行政区分が一致するようなエリアで、人口10万人以上で区域を設定して、性別、年代、原因・動機、職業、場所といったものの整理をしております。

「集計内容」としましては、全国データとして自殺死亡率の地図を作成した上で都道府県地域別に単純集計、クロス集計を行っているところです。

概況としましては、既に警察庁のデータで明らかになっているところですが、都市部においては相対的に自殺死亡率が低い、年代別には50代、60代が多くなっております。それから、職業については無職者、原因・動機については健康問題が一番多く、次いで経済問題という順番になっております。

2ページ目をお開きいただきまして、今回の充実のポイントということで、地域を338地域に細かく区分をして分析をしました。

それから、3.のところですが、高齢者につきましては60以上ということになっておりましたけれども、60、70、80以上という区分にしております。

職業分類につきましても、1次産業なり販売・飲食、あるいは先ほどの御議論にもありましたが、失業との関係もありますので技能工、労務作業、失業者等がわかるような形にしております。

それから同居人、それから自殺の場所についての統計も今回掲載をしました。

資料の4ページ、目次のところに参考資料ということで、先ほど申し上げましたもののほかに昨年、実態白書等でも示されております警察署別のデータ、それから23区のデータ、これはなかなか所轄と区域が一致しませんので当該23区と所轄する署が重なった形ですが、参考までに掲載させていただきます。

それから、(4)として自殺者数と率につきましては市町村別で、これは既に自殺予防総合対策センターのホームページにも掲載されておりますが、この統計を再掲させていただいているところです。

内容について、6ページを御覧いただきますと自殺死亡率の地図がありますが、これで御覧いただきますとも都市部、太平洋ベルト地帯等につきましては自殺死亡率が低い、それから、同じ県の中でいけば県庁所在地が低く、都市部について一般的には自殺死亡率が低くなるような傾向が見てとれると思います。

それから、7ページ、8ページには事例で北海道が掲載されておりますけれども、北海道であれば、8ページ、9ページにありますように市町村と所轄が一致する形で20に地域を区分けしまして、このような区分でそれぞれデータを掲出しているところです。

具体例としましては、11ページを御覧いただきますと北海道の例が掲載されております。男女、年代、職業、場所等の単純集計です。

それから、次のページを御覧いただきますと性別、年代、職業、原因・動機等のクロス集計を掲出させていただいております、3以下のものにつきましては個人を特定されるおそれがあることから塗りつぶさせていただいております。

同じような形のを14ページ、これは北海道の札幌北・石狩という例ですが、同じような形で単純集計、クロス集計を出させていただいております、これが338あります。

それから、自殺の実態白書等でも掲出されておりましたが、若干形式は違うのですが、警察署別のデータということで17ページを御覧ください。それぞれの警察署ごとに原因・動機、それから年代、職業、性別のクロス、それから性別、職業、原因・動機のクロスのランキングがありまして、全国を集計しまして今ホームページに掲載をさせていただいているということです。

続きまして資料2ですが、月別の自殺者数です。警察庁の協力をいただきまして今年から月別に発表されておりますけれども、1月から8月までは昨年を上回っている、副大臣のごあいさつにもありましたけれども、非常に厳しい状況である。8月末までの累計で4.5%の増という形になっております。

2ページ、3ページにつきましては、都道府県別にデータが出ておりますのでまた後で御覧いただけたらと思います。

続きまして資料3です。前回お話をいたしました地域自殺対策緊急強化基金に基づきます地域の強化事業を取りまとめさせていただいております。

概要ですが、100億円を基金に計上いたしまして、執行状況については、留保分の9.4億を除きまして90.6億は既にすべて交付決定済みです。支出につきましては、条例等の手続きが終わりました37道府県に対し支出決定をして、65.4億が支出済み、残りにつきましては条例制定後、速やかに支出の手続きに入りたいと思っております。

個別の事業ですが、1つ目が対面型の相談支援、多重債務の相談にカウンセラーを配置するのが1ページ目に書いてあります。

2ページ目、ワンストップですとか手引書の作成、それから民間団体の活用としてカウンセラー、臨床心理士、NPO等との連携があります。

電話相談につきましては、いのちの電話との連携が多いですが、それらの支援ですとか、休日・夜

間対応でそれ以外に精神科病院協会等に委託をして充実を図っています。

3ページ目、人材養成につきましては職員、民間ボランティア、企業、それぞれに地域の特性に応じて力を入れております。

啓発事業は、街頭キャンペーン、マスコミの広告媒体あるいはパンフレットがあります。

それから、強化モデル事業、地域の特性に応じて実施しているものがあります。ハイリスク地に看板やフェンスを設置したり、青木ヶ原の樹海につきましては声かけボランティアの養成ですとかそれに伴う事業、それから和歌山の三段壁につきましてはパトロール強化や一時保護施設の改修等の予算が組まれております。

最後のページですが、それ以外に分かち合いの会の支援や、自殺のハイリスク者に対する支援等々がされております。

それから、地域の独自の調査研究もそこにあるように進められております。現在半分くらいの都道府県から事業計画が掲出されておりました取りまとめておりますが、よい事例を収集しましてまた各県にフィードバックをして次年度以降の対策に役立てていただけたらと思っております。

説明は以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして資料の4、「自殺予防のための介入ポイント」の説明を自殺予防総合対策センターの竹島センター長よりお願いしたいと思います。

○竹島自殺予防総合対策センター長 自殺予防総合対策センターの竹島です。それでは、資料4の説明をさせていただきたいと思っております。

私どもは心理学的剖検の調査の現在までの分析と、それからこの分析結果と関連して今後の自殺対策について提案させていただきたいと思っております。

まず2ページ目を御覧いただきたいと思います。私どもの調査ですが、自殺総合対策大綱の中の「自殺の実態を明らかにする」の中の「いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」ということに基づいた調査研究を実施しているところです。

次の3ページを御覧いただきたいと思います。私どもの調査研究ですが、大綱が策定されてからスタートしたわけではなく、それ以前から準備をしておりました、遺族ケアはもちろん前提として個々の御遺族への説明と、それから書面による同意を得て調査を行うという手続きを経て進めてまいりました。国立精神・神経センターの倫理審査の承認を受けて実施しているものです。

続きまして、4ページを御覧ください。4ページは、今回の説明をするために参考になった前回の推進会議での資料を1枚だけ出したものですが、これは35事例のときの私どもの分析結果の主要な調査項目の概要です。これは、参考までに出させていただきます。

次に、5ページを御覧いただきたいと思います。さて、これから分析について説明したいと思いますが、我々の分析の視点を説明させていただくという趣旨から、ランセットに掲載されておりますレクチャーの中で重要なことをこちらにまとめさせていただきました。

1つ目は、過去 50 年で見ると若年者の自殺死亡率は増加している。日本だけの傾向ではないということですが。

それから、自殺の危険因子には遠位にあるもの、近位にあるもの、それから自殺の前には多くの場合、対人関係や健康の問題が先行するということが挙げられております。

それから、無職者の自殺死亡率は高いが、無職者には精神疾患が多い等、関連する要因が複雑であることを考慮する必要があります。この点は先ほど副大臣がおっしゃいました、完全失業率という問題と自殺死亡率を乖離させていく一つのヒントではないかと思っております。

我々としては、簡単に就労に結び付かない人たちが自殺のリスクの高い人でもあると考えて、この辺の調査研究を更に充実させていきたいと考えております。

それからまた、自傷または自殺未遂歴は最も大きな自殺の危険因子であるということから、やはり自殺未遂を行った人に対する介入ということは大きな自殺予防の手段ではないかと考えております。

次の6ページですが、「自殺のストレス-素因モデル」を挙げさせていただきました。ここに書いてありますが、これは素因としての絶望感、それから衝動性または攻撃性が高くなりやすい傾向といったものと、ストレッサーとしての精神疾患、心理社会的危機の中で自殺行動が発生するという理解です。このモデルは自殺予防対策を構築するために大きいヒントになるのではないかと考えております。

続きまして、7ページを御覧ください。7ページは今までの2枚のスライドを元にいたしまして、自殺に至るプロセスと介入ポイントを模式化したものです。ストレス-素因モデルから見ますと、自殺予防の介入ポイントは複数存在すると思えます。まず遠位にあるものに働きかけていくということ。幼少時、その他発達歴の中から働きかけることがあるということですが、更に近位にあるもの、それから心理社会的危機に働きかけるものもあります。そういう意味では、DV対策や虐待防止対策も自殺予防につながるものという認識を持つべきではないかと考えております。

すなわち、ここの中ではリスクにある人間の行動に沿って予防対策の介入ポイントを置いていくという考え方が必要ではないかと考えております。

次に、8ページからが現在行っている分析についての紹介です。まず、これまでの分析を行ったところですが、先ほど清水委員から御質問がありましたが、前回に例示として職業別ということも申し上げましたが、現在の可能性から考えて有職業と無職というふうに分けております。

まず青少年です。青少年の自殺死亡者が増える率が高くなっています。登校拒否やいじめ等の学校問題が自殺行動に関連すると言われておりますが、我が国の青少年を対象にした調査はまだ少ない

という現状がありましてこの分析を行いました。

それから、死亡者の就労状況です。無職者の割合はおよそ6割ですので、無職者に対する自殺予防の介入の可能性といったものを明らかにするためにを行いました。

それから、死亡時の負債です。自殺による死亡者数が急増したときに、経済・生活問題が、要因として急増しましたが、負債を抱えた自殺の実態分析が急がれるところから分析をいたしました。

その次に、アルコール関連問題です。アルコール依存症は自殺と関連する重要な精神疾患ですが、自殺予防の取組みは今まで余り議論されていないということから分析を行いました。

それから、「死亡前の精神科医療」です。一般的に自殺者の中では精神科医療を受けていた人が少ないと言われておりますが、私どもの調査でも、またはほかの調査でも、一定程度既に受診している方がいるということから、受診していた事例の臨床的特徴を明らかにするために分析を行いました。

以上、複数の二分間比較を行ったところです。

続きまして9ページです。9ページはまず「青少年」の分析です。事例数は15例ですが、そのうち12例については死亡時に精神疾患が診断できる状態であったということです。

その中で、ここに「登校拒否」と書いてありますが、「不登校」と修正をしていただきたいと思います。

青少年の自殺予防には、学校精神保健の対応等、学校とのつながりが終了した後の支援の継続といったことが課題ではないかと考えております。特に卒業した後はどこにも支援の場所がなくて引きこもりになる。引きこもりになったら支援のつながりがさらに切れてしまうという中で自殺が起こるということでもあります。

次のページです。10ページですが、「死亡時の就労状況」を有職群と無職群に分けた分析です。有職者の自殺者は40代から50代の既婚男性を中心として、アルコールに関連する問題や返済困難な借金といった社会的問題を抱えている事例が多いという傾向がありました。それに対して無職者は20代から30代の未婚者が多くて、有職者に見られたような社会的問題は確認できませんでした。

それから、有職者では精神疾患としてのアルコール使用障害が多く認められるということです。それに対して無職者では、統合失調症やその他の精神病性障害や精神遅滞・薬物使用障害という事例が多く認められました。

なお、両者に精神疾患の罹患率についての差はありませんでした。

このため、有職の中高年男性に関しましては、借金などの困難な問題を抱えた際に悩みを紛らわせるために大量に飲酒するということが、精神状態を更に悪化させて自殺に至っているという例があるのではないかと考えられました。

それから、無職の若年者につきましては人生の早期にさまざまな困難を抱えた人が、社会参加がで

きないままに自殺に至っている事例があるのではないかと考えております。

次に 11 ページですが、「死亡時の負債」の有無といったところから考えております。これは、おむね中高年に該当する 30 歳から 65 歳までの 32 事例で分析をしております。

負債群では、自営業に従事している者とか、離婚を経験した者とか、睡眠のためにアルコールを使用していた者が有意に多く認められました。また、死亡の 1 年前に、カウンセリング等を含めた援助希求行動をとっていない人や、精神科受診をしていない者が多く認められました。

それから、年収については負債群と負債のない群では特に統計的な有意差はありませんでした。負債の理由としては、事業の悪化、遊興費、ギャンブル、事業資金等ですが、以前に行われたところでは、一般に世間の態度というのは、ギャンブルとか遊興費による借金には大変厳しいところがありまして、余計、相談しづらいといった問題もこの中で発生する事例があるのではないかとということが推量されました。

借金を抱えた中高年の中には、離婚等によってサポートが乏しい状況の中で、悩みや苦痛をだれかに相談したり、精神科に受診したりすることがなくて、不眠をアルコールで紛らわせるというケースがあるのではないかとこの点と、それからやはり自営業の方の場合には休んでしまうと仕事ができないというところがあって、結局無理に働くという中で受診の機会を逃すことがあるのではないかとこのように考えられました。

次に 12 ページですが、「死亡 1 年前のアルコール関連問題」について分析をしております。アルコール関連問題につきましては、アルコール関連問題が 1 年以内にあったものを問題群としまして、それ以外を非問題群といたしました。アルコール問題群では中高年で有職者、習慣的な大量の飲酒、自殺時のアルコールの使用、アルコール依存・乱用の診断が可能な者が 8 割認められました。また、アルコール関連問題群では、アルコール関連問題を標的にした治療援助を受けた事例は 1 例もありませんでした。

それから、アルコール使用障害に該当する診断、つまり先ほどの依存または乱用ですが、そのうち 6 例に関しましてはその他の精神疾患を合併するいわゆる重複障害というものでした。また、この 2 群の間ではやはり精神疾患の罹患率には差はありませんでした。

これらの点から、私どもとしては中高年男性の自殺予防に関しましては、アルコールの問題についての介入といった方が一つの視点ではないかと考えております。アルコール依存症者は日本に 82 万人いると言われておりますし、大量飲酒者は数百万人に及ぶというデータがありまして、今回の調査の中でも 1 日の平均酒量は大体 3.5 合、飲酒日数は 27 日ということです。アルコールの問題が顕在化してきたときにそこに介入する、アルコールの問題を起こしている場合には、通常、家庭問題、そ

れから経済・生活問題も一緒に存在しますので、アルコールの問題を契機にしまして、精神疾患、経済・生活問題、家庭問題、これらと一緒に介入ができるという可能性があります。アルコールの問題は是非、今後の自殺対策の中で、特に中高年の男性の自殺対策では、重視したい視点だと考えております。

続きまして、13 ページが「死亡前の精神科治療」の有無です。この中でわかることは、受診群と非受診群で見ますと、受診群と非受診群で年齢層が違ふ。受診群では若年層が多く、非受診群では中年、高齢者が多い。それから、受診群のうち約半数が自殺時に治療目的で処方された向精神薬を過量服用しているという点がございませう。また、85%が死亡前1 か月以内に精神科を実際に受診していたという家族の報告がございませう。

このような点から、精神科医療の充実ということも一つの観点であり、また最後の行動に治療薬または市販薬の過量摂取ということがありますので、この過量摂取の起こりにくい環境をつくるということも、介入ポイントとして重要な視点ではないかと思ひます。英国等におきまして、この方法は効果を上げている一つの取組みです。

続きまして 14 ページです。これは、今までのところを整理するために1 枚、大綱に戻りまして、大綱のライフステージ別の自殺の世代の特徴と、それに対するハイリスク者対策の視点をまとめたものです。青少年に関しましては精神的な安定を損ないやすいということがありますので、成長過程で危機を経験してござるを得なかつた人たちの支援というのが一つの大きい視点ではないかと考えられます。

それから、中高年につきましてはさまざまな事情から危機の重なつている人たちへの支援という点です。

それから、高齢者につきましてはやはり医療へのアクセスが乏しいという点がありますので、そのことに、生きがい、健康づくりの視点から介入するということが一つの視点ではないかと考えられます。

続きまして、15 ページです。15 ページは、今までの私どもの心理学的剖検の研究成果から、とりあへずの段階としまして、青少年、中高年、高齢者に分けた場合の特徴と問題点、それについての介入ポイントをまとめたものです。

まず青少年ですが、学校・家庭でのさまざまな問題、不登校・いじめ・親との離別等というさまざまな背景がある中、それからまた早期発症の精神障害による社会参加困難、それから精神科治療薬の誤用といった問題があります。それに対しての介入ポイントとしましては、教育機関やその他の機関の連携による早期介入、精神科治療薬の適正使用のための対策、それから精神障害者と書いてありますが、このような危機の高い人の家族支援という考え方があります。

中高年につきましては、やはりアルコールといった問題についてももう少し介入を深めていくことが必要なのではないか、まずアルコールの問題を通じたメンタルヘルスプロモーションということがひとつの視点であり、それから、もちろん断酒会等の自助グループの社会的支援ということも一つの視点でありますし、更には精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上、もちろん、一般医におけるアルコール問題についての診断・治療能力、それから精神科医療との連携の向上、あるいは自助グループとの連携の向上という視点があります。

それから、高齢者につきましては精神科受診率が低いという現状がありますし、うつ病のこともありますので、かかりつけ医のうつに対する診断・治療能力の向上という現状の施策と、それから精神科受診の促進というところが視点ではないかと考えております。

なお、今後これらの視点に関しましては更に検証した上で、研修等に反映していきたいと考えております。

続きまして 16 ページです。症例対照研究ですが、御遺族から寄せられた情報と、同じ年齢層、性別で生存している方の御家族からの情報との間で、どのようなところな違いがあるかということ进行分析して、更に科学性を高める研究をするようにしております、22年3月に調査が終わった後にまた報告させていただきたいと思っております。

まとめに向かいたいと思っております。メディカルモデルとコミュニティモデルを挙げておりますが、自殺対策にはこのメディカルモデル、すなわち自殺の危険性の高い人に対する個人的な介入、背景にある精神疾患を治療するという、それからコミュニティモデルとしましては、問題解決能力を高めるといったことがあります。また、米国のように集団全体、自殺のリスクの高い集団、自殺のリスクの高い個人という働きかけもあります。我々は、今回の剖検の成果は、これらのモデルを踏まえて、より焦点化された対策の実施に反映できるのではないかと考えております。

もう一点、我々がもう一つの考えとして持っていることをお話します。現在自殺総合対策大綱の中には、重点的な取組みとして9つの施策群、50の項目が挙げられております。これは、専門家のコンセンサスによって得られたものですが、この中にはもう既に学術的根拠として成果が上がるであろうという項目と、実際に成果を上げるためには、更に検証しなければいけない項目が一緒に含まれております。その中で、我々ができることとして考えたのが次のページからです。

19 ページは、現状においてこれは基金の施行前ですが、20年、21年度に都道府県指定都市における9つの重点施策の中で実際に行われている事業数です。ここで見ますと、実態を明らかにする、未遂者の再度の自殺を防ぐとか、遺されている人の苦痛を和らげるという、行政から見て取組みの難しい課題がどうしても置き去りにになっていくという傾向があります。こういった点を補正していくような働きかけも必要ですし、既にたくさん実施されている事業につきましても、より効果的な実施方法

を支援するというのが我々のやるべき仕事ではないかと考えております。

次のページがその一例として挙げたものです。「自殺予防週間の設定と啓発事業の実施」ということで挙げられておりますが、啓発につきましても一般事業を対象とした漠然とした普及啓発だけではなかなか成果は上がりにくいということが学術的に示されている、そういう方法では余り効果が上がりにくいということは言われているところでありまして、より焦点化された方法が必要ということがあります。その中では、先ほど述べたアルコールの問題等、行動変容につながるプロモーションの開発等は非常に重要な視点ではないかと考えております。

21 ページはその基金ですが、この中でも恐らく、評価をしながら実施すべき事業がたくさん含まれているのではないかと思いますし、そういう評価を含めた事業が実施されることは、また望ましいことではないかと思っております。

そういう意味で最後のページになりますが、自殺予防総合対策センターとしてすべきこととしましては大綱にある9本の柱、それから50項目につきまして、我々として調べられること、あるいは同僚の研究者の協力を得て、その中で一定の根拠のある情報が裏付けられているものをきちんと示して、より科学的な取組み、結果としまして、副作用の少ない、焦点の明確な取組みを促していくということが我々の仕事ではないかと考えております。以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、今までの資料1から4の報告を踏まえて、この後、「実態を踏まえた自殺対策の推進について」に関して皆様から御意見をお伺いしたいと思います。どうぞよろしく申し上げます。

では、どうぞ。

○五十嵐委員 竹島センター長に、今の御発表について質問させていただきます。大変貴重な資料を拝見させていただきましてありがとうございます。

少し気になりましたのは、N数がかかなりまだ少なく、それぞれの群の分析が10例と少ないように思ひまして、特に資料の10ページの有職者・無職者の無職者の実態が、これですと20代、30代が多いということですが、今、手元に内閣府のデータがないのですが、もう少し上の年齢だったような気がします。このN数をもう少し増やしていかないと、疫学的にはすごく大事なポイントの結論になるだけに、今後どのようにしていかれるのでしょうか。それと、サンプル数の抽出に偏りがないかどうか、お尋ねします。

○竹島自殺予防総合対策センター長 まず率直に申し上げますと、サンプルに偏りを持たせないで調査することは、現状では可能ではありません。

その中で私どもとしてまずできることといたしまして、ある要因を持っている人とそうでない人という形で二分間比較という方法をとって、その中でその要因を持っている人についての特徴を明らか

にしていく、ただし、外へ出すときには学術雑誌に投稿するなどして、その中で同僚の研究者のレビューを経て、そこで掲載に値すると判断されたものを外向きに発信していくことが我々にできる一つの方法ではないかと考えております。

サンプル数の増加ということに関しましては、今後我々としてもこの研究は是非とも進めていかないとはいけないと思いますので、現状の問題点等を反省いたしまして、更にもう少し広い方に協力いただける体制をつくっていきたいと考えております。

それからもう一つ、我々の調査の方法の中でこれは大きい課題ですが、基本的に御家族に伺うということになっております。逆に言うと、伺うことのできる御家族がない方はこの調査には出てきません。つまり、我々はこの中で見失ってしまうのが、例えば家族と連絡を取ることができないホームレスあるいはホームレスに近い状態の方、あるいは家族と連絡を取ることが拒まれていて別に暮らしている方、かなりリスクの高い人たちですけれども、この人たちが調査の対象になることはありません。これに関しまして、私どもは現在ホームレスの支援団体等と連携をとりまして、その方たちの自殺の問題、実は、ホームレスの方たちは5割から6割が精神疾患、知的障害を含みますけれども、という状態で、故あってホームレスになっているところがあります。この辺についても実態を把握し、実際にNPOの方からも自殺の事例は少なくないというお話を聞いております。ひとつの研究で明らかにできること、できないことを見分けて、できない部分につきましては、他の方法等を補足しながらまずは一歩ずつ進めてまいりたいと思いますので、今後とも是非御協力のほどをよろしくお願いいたします。

○五十嵐委員 ありがとうございます。特に自殺の6割が無職者だということが一番問題かと思っております、そのあたりの分析を、是非よろしくお願ひしたいと思ひます。

○樋口座長 どうぞ。

○竹島自殺予防総合対策センター長 少し補足をさせていただきたいと思ひます。

我々はこの調査だけでなく、別項といたしまして、人口動態統計の分析をしております。その中では職業別、それから婚姻状況別といったところから、かなり小地域に割って、あるいは年齢階層別に割って解析をしておりまして、その点からもさまざまな所見を得ることができると思ひます。

更にその結果を、地域で得られているさまざまな情報とクロスしていく中で、それぞれの地域に応じた対策を明確にしていけるようにしたいと思ひております。今回の報告は、全体の中の一部だということをおし上げたいと思ひます。

○樋口座長 渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 竹島センター長に御質問なのですが、貴重な資料だと思ひますので、少し質問させていただきます。

今お話に出ました有職群・無職群のところは私も非常に興味があります。重要なことだと思いますが、聞き漏らしたのかもしれませんが。この定義をどうされているかです。例えば、無職群の中にはずっと生まれつき仕事ができている人と、それから仕事をしていたが失業してしまった、失職された人では随分意味合いが異なってくると思うのですが、無職群の定義をどうされているのかをお教えいただければと思います。

○竹島自殺予防総合対策センター長 今、手元に元の資料を持っていないので明確なことは申し上げにくいのですが、確かに有職群・無職群についても時点によって違うではないかという御議論があるかと思います。

私どもとしましては、その中では有職群・無職群と分けたときに、有職群としてはこういうものが分析の対象となった。それから、無職群ではこういうものが分析の対象になったという点を書き分けて明記することによってその特徴を明らかにするというのですが、大まかに申し上げますと有職群と無職群の間にはそのプロセスの中で一定の差がある部分をこの2つに分けさせていただいたという点です。

すみません。手元に資料を持っておりませんので、補足を後でさせていただきたいと思います。

○渡辺委員 ありがとうございます。少なくとも失業中の方がどこに現れるのかというの点が一番興味があるところです。

○竹島自殺予防総合対策センター長 今、調べます。

○渡辺委員 それからついでにもう一つですが、やはり同じようなことで精神科受診歴ということですが、これは、過去に一度でも精神科受診されたことがあるということと、通院されているという方では随分話が変わってきてしまうと思います。更に、通院していたけれども中断されてしまったためにとり方もあると思いますので、その辺りも少しお考え、御検討いただければと思います。以上です。

○竹島自殺予防総合対策センター長 同行している者もいますので、手元の資料から調べましてこの会議中に明確にできる点はお答えさせていただきたいと思います。

○樋口座長 では、その辺は後ほどということにいたしまして、ほかに御意見はありますか。

では、本橋委員どうぞ。

○本橋委員 今、竹島センター長の調査についていろいろ御意見が出て、私も大変貴重な調査だと思うのですが、五十嵐委員の御指摘のようにどうしてもNが少ないというのは心理学的剖検研究の限界だと私は思います。したがって、竹島センター長も言われましたように、もう少し大きく持っている国のデータの中で、例えば有職・無職群あるいは失業者のデータについては解析をしていく方が、より全体像を見るのに役立つと思います。

具体的に申しますと、本日、地域における自殺の基礎資料が配布されましたけれども、ここの中で

実際には性、年齢、職業別のクロスが出ていて、それぞれの地域の実態がある程度わかりますが、このデータと国のさまざまな統計データがありますので、そういうデータをうまく分析するような仕組みをつくってあげれば、もう少し国全体としての社会階層別のいろいろな問題点というものが私は解析できるのではないかと思います。

1つ、私は日本公衆衛生学会の理事というものをやっておりますが、公衆衛生学会としてもこういうような社会階層と無職者・有職者の問題というものを国のいろいろなデータを解析することで提言ができないかということで今、学会としても検討を進めているところです。地域における自殺の基礎資料のデータはPDFですけれども、これを例えばエクセルのファイル等でいただくと、実はそういう学会等で委員会をつくってももう少し詳細に分析することが可能になります。個人情報の問題はこれの中ではNが大きければ出てこないものであると思いますので、その辺のところについてももしも何か御検討いただけるものがあれば、いろいろ今後詳細な分析が可能なのではないかと思っております。以上でございます。

○樋口座長 竹島委員、どうぞ。

○竹島自殺予防総合対策センター長 心理学的剖検のことを本橋委員からお話をいただいたのですが、世界各国の研究でも最大200例から300例くらいの研究が多いということを申し上げたいと思います。1,000例、2,000例といった研究はほとんどありません。清水委員も実態白書等で分析されておりますし、せつかく400例以上の事例がありますので、それをまたさまざまに分析していただくと、我々としても更にいろいろなことが明らかになるのではないかと考えております。

それから、警察庁のデータです。これは私どもここで申し上げたいと思うのですが、実はその扱いに関しては慎重にさせていただきたいと考えております。その理由は、例えば精神疾患を見た場合には警察庁のデータでは6,000人以上がうつ病と書かれております。アルコールはわずか300人です。結局、それはWHO等、世界各国のデータと大きく異なります。警察のデータをそのまま使われた場合、背景となっているアルコールの問題が消えてしまう、見えなくなってしまう。その結果として対策が遅れてしまう、誤った誘導をしてしまうという点があると思います。

ですから、私どもは警察のデータにつきましては、その限界性を十分表示した上で使っていただきたいと思います。日常考えております。

○樋口座長 斎藤委員、どうぞ。

○斎藤委員 質問ですが、竹島センター長には貴重なデータをありがとうございました。

今お手元に資料がないということで、いずれお知らせいただきたいと思います。私はいわゆる無職者と失業者とは全く違うグループであって、その辺が竹島センター長のデータで果たして出てくるものなのか。あるいは、竹島センター長の感触でもよいのですが、その辺を少しコメントいただき

たい。ほかの委員の方も、そういうデータをもしお持ちであれば教えていただきたい。

それから、やはり御報告を伺っていて、家族の協力を取り付けるのが非常に難しいということを実感したのですが、これは、1つは医療レベルで医療と患者との信頼関係ができていればかなり出てくる資料があるのではないだろうか。これは高橋祥友委員にも伺いたいのですけれども、海外と比較して、海外では家族が非常に協力的であるということ。この辺はどうして日本の実態はこうなのかということをおねてから疑問を持っているのですが、その辺のコメントをいただきたいと思います。

○樋口座長 では、竹島センター長からお願いします。

○竹島自殺予防総合対策センター長 まず1つ目の無職者と失業者ですが、斎藤委員のおっしゃるところは私どもも感じる場所がございまして、失業者と言われる方は、就職、失業をするということ、さまざまな社会経験を踏んできたという経緯があります。それから無職者と言われる方の中にはそういった経緯を踏むことがなかなかできにくい状況を持ってきた方が考えられます。その意味で、その全体が合わさったような中で、無職者として語られているというところがあります。

しかし、2群に分かれるという話ではなくて、一定のグラデーションを持って、連続性を持っているのではないかと考えております。

私どもは、ホームレスの支援団体ともいろいろお付き合いをしていますが、やはり相当数、精神疾患の方が含まれておりまして、その中で自殺の事例も少なからず発生しているということは聞いております。その点で、我々はやはり無職者と言われる方、この中にはもちろん失業者の方も含まれるわけですが、さまざまな論点をいろいろ得ていく。その辺が必要なプロセスではないかと考えております。

家族の御協力を得るということについて、私どもの方でまだまだなすべき努力があるのではないかと考えます。また、今回全国で53の都道府県に協力を得るという非常に広域型で実施をしたことの難しさ、少し風呂敷を広げ過ぎたのではないかとこの反省をすべきではないかと思っております。科学的根拠の高い調査を、責任を持って実施できる方法は更に探求すべきだと思っております。御指摘、ありがとうございました。

○樋口座長 高橋（祥）委員、何かコメントはありますか。

○高橋（祥）委員 先ほど斎藤委員から、精神科医療を受けていた人の自殺についてはデータが得られやすいのではないかとこの御指摘がありましたけれども、その研究は日本でもすでに幾つかあります。

それで、竹島センター長が行われている研究がユニークなのは、受診をしていないけれども自殺をしてしまったという人に背景を当てて、地域で起きている自殺の背景を探るという意味で非常に重要だと思っております。今まで精神科受診のない人も含めた自殺に関する実態についての心理学的剖検に基づ

く調査というのは日本では皆無に近いです。それで、海外の例を見ますと、米国のある調査で、どのくらいの人が調査に応じてくれるのかを質問したことがあります、そのときに約8割と聞いて大変驚いたことがあります。それほど多くの人がこの種の調査に応じてくれるものかと驚いたのです。

さらに驚いたのは、フィンランドは全国で起きた自殺に関する心理学的剖検に基づく調査をしているので有名ですが、調査協力を依頼した人の確か94%が調査に応じているのです。これは極めて高い数字です。これはフィンランドの特徴かもしれません。それに比べると、竹島センター長のグループが実施している調査は確かに協力に応じてくれる率は極めて低いのですが、これは何も竹島センター長の調査に限らず、日本では自殺に関するこの種の調査をしようとすると、なかなか応じてもらえないということが現実としてあります。

ですから、なぜこの種の調査に応じてもらえないのかという辺りにむしろ日本の実態といいますか、特徴が出ているという考えもできるわけです。どうしてこの種の調査に応じてもらえる率が低いのかを分析することも、日本の自殺の特徴を見ていく上で重要なポイントではないかと考えています。以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

全体の時間のことがありまして、本日後半は自死遺族の方々のお話を伺います。それで、各委員に本日資料を提出していただいておりますので、まず資料を提出されている方にその資料の説明等を簡潔にいただいて、その中でもし今の前半の資料等について御質問、御意見があれば触れていただければと思います。そういう形でよろしいでしょうか。清水委員は3番目に回ってまいりますので、よろしいでしょうか。

それでは、五十里委員からお願いいたしますでしょうか。

○五十里委員 本日、私どもの方から提出させていただいておりますのは、今回のいわゆる基金に基づく追加の事業、これを紹介させていただいております。

もちろん代表例でも何でもありませんで愛知県の例ですが、裏側で、関係団体の事業をひとつ盛り込ませていただいたという点が特徴的です。それからもう一つは県下60の市町村がありますが、ほぼ全市町村で協力いただけるようになってきました。啓発が主ではありますけれども、各種の相談とか、あるいはさまざまな取組みをしていただけるようになってきました。県としましては、市町村とともにしっかり対応していきたいと考えています。

資料はその程度にさせていただきまして、今回の基金ですが、ちょうど今その見直しがいろいろ図られて、これはまず大丈夫と私どもは思っておりますけれども、やはり基金事業といいますのは時限のあるものですので、やはりこれが3年で終わることなく、どう継続していくか。いわゆる本体事業の中にどう取り入れていただけるかということが非常に大きな関心事であり、または都道府県からの

要望でもあります。その辺りもひとついろいろ御配慮をお願いできないかと考えております。

また、既存事業におきましても、いろいろ厚生労働省の自殺対策事業もあります。しかしながら、少し要件が厳しかったりとか、あるいは使い勝手がなかなか難しいとか、そういうようなものもありまして、できるだけ使い勝手のよい制度に見直しをしていただければと、そういうようなことも含めて要望させていただきます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは斎藤委員、全体の時間がちょっと迫っておりますので、恐縮ですが簡潔にお願いします。

○斎藤委員 では、簡潔に申し上げます。月に1回、10日の日に全国のいのちの電話をオンラインでつないで自殺予防、いのちの電話ということで相談を実施しております。

お手元にお配りしたのはこの9月、つまり世界自殺予防の日、自殺予防週間の初めの日です。これを御覧いただきたいと思いますが、自殺の訴えが警察庁の統計とほぼ相関的になっておりますけれども、従来の数年前の40～50代から30代にシフトしているということが明らかです。

そこで、3ページ目に30代の訴えを差し支えない範囲でコメントさせていただきました。就業支援を始め、やはり30代が私どもの研究、その他いろいろな対策を考える時期にきている。こういうことを申し上げたいと思います。ありがとうございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、清水委員どうぞ。

○清水委員 私も配付資料で表裏1枚の紙を用意しました。とてもこれをすべて御紹介している時間はないので、是非これは事務局の方で改めて適宜御検討ください。それで私の方からは3点に絞ってご指摘、御質問させていただきたいと思います。

1つは、「地域における自殺の基礎資料」という非常に貴重な資料を出していただいてありがとうございます。これまでわからなかった地域の特性というものが非常に浮き彫りになって、先ほど竹島センター長から御指摘があったとおり、原因・動機に関して言うと警察のデータというのは若干実態とずれている部分があるかも知れないと思うのですが、ただ、職業と年代、性別のクロスということに関しては疑いようのない事実だろうと思いますので、継続してこれを解析して今後も発表していただきたいということです。

ただ、残念ながら、せっかく非常に貴重なデータであるにもかかわらず、一般のみならず市区町村の担当者すらこのデータの存在を知らないという方も非常に多いようなので、是非、場合によっては市区町村長にそれぞれの地域で何が起きているのか、自分たちの地域で何が起きているのかということを知っていただくためにも通知をしていただく。あるいは、メディアを通して啓発につながるような形で工夫して公表していただく必要があるのではないかと思います。それが1つです。

もう一つは基金についてですが、私たちのところに自治体の担当者の方から、一体この基金はどう使えばいいのかという質問がかなり頻繁にあります。我々としてもいろいろ提言はさせていただいておりますが、是非今回まとめていただいているいい事例をもっと具体的にまとめて、それを広く公表していただければということです。

ただ、場合によっては、使い道がわからずに、ある種ばらまきの感じになってしまう懸念もあるので、どう使われているのかということをしちゃんと検証する、監視する。こうした工夫も是非していただきたいということです。

最後に、3点目が調査のことです。遺族の方の協力者が集まらないというのは、遺族の方たちにもすごい負担を強いている部分もあるからだと思います。ですから、どういうふうにしてその遺族の方たちに調査の協力を呼びかけているのか。また、どう支援体制をつくって、支援しながら調査しているのか。この点について御質問させていただきたいと思います。

○樋口座長 それでは、竹島センター長から今のお答えいただきたいと思います。

○竹島自殺予防総合対策センター長 その点は、我々もよく今後さまざまな方の御意見を伺いたいと思っております。

それからもう一点、それより手前のことでございますが、全国で53の都道府県、実態としては精神保健福祉センター等に御協力いただいておりますが、第一に、その段階で御遺族の方との接触を十分持っていないという点もあります。その点も含めて、既に我々は一回調査を行いましたけれども、もう一回、現状において都道府県等における御遺族の方と実際に接する機会等も含めて再度分析をしていって、今後につないでいきたいと思っております。

それから、先ほど渡辺委員から御質問をいただいた点がわかりましたが、一緒にお話をしてよろしいでしょうか。

○樋口座長 時間的に、後ほどにさせていただければと思います。

それでは、続きまして高橋（信）委員からお願いいたします。

○高橋（信）委員 『公衆衛生情報』という雑誌のコピーをお配りしました。その要点だけですが、3ページを見ていただきたいと思います。竹島先生からの御要請もありまして、経済界がどんなことを対策として考えているのかということをもとめた次第です。

その上から2つ目の一番左ですが、私ども日本経団連の中でディスカッションしている中で特に問題になっていたのは「休業者の職場復帰の支援」という問題です。職場復帰がうまくいくと能力を十分に発揮してまた戻ってもらえるのですが、たまたま不適應を起こしたり悪化しますと、あるいは状況とうまくかみ合わなくて自殺に至るというケースが大変多く観察されます。

これについてディスカッションを始め、たまたま当時時期を同じくしまして、こちらの厚生労働省

から今日配付資料を配布していただきましたが、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」は、我々経団連からも意見を相当出させていただきまして一緒につくらせていただいた次第です。こういう中に入っています対応とか、いろいろなポイントがありますが、そういうことがまた地域ですとか、あるいは職域以外でも役に立てていただけるのではないかとということで御紹介させていただきたいと思います。

それからもう一点は、この文章の中に事例が出てきますが、私どももいろいろところで経験して、やはり正しい知識ということが大事だと思います。いわゆる気づきですね。それでいろいろな資源といますか、社会機能がトリガーを引くということになるとと思いますので、是非その強化ということをお願いしたいと思います。

今日、1つだけ質問させていただきます。資料の3の中で、企業のメンタルヘルス担当者等を対象に教育をする、これは都道府県にゆだねてということですが、どういうところを考えているのか。できましたら、中小企業あるいは自分のところにそういうことがわかるスタッフがない、そういうところで是非こういうことを濃厚に推進していただけたらと思います。以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。今の点については、後ほどお答えをいただくことにしたいと思います。

それでは、引き続きまして三上委員からお願いいたします。

○三上委員 「日本医師会 かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」の講演記録集を提出させていただきました。本研修会は、厚生労働省の「かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業実施要綱」に定められる標準的なカリキュラムに基づき日本医師会が開催したのですが、本日御出席の高橋（祥）委員にも講師として非常に御協力をいただいたものでございます。

本研修会の中で特に興味深かったのは、62 ページにあります睡眠キャンペーン、基本的には早く気づくことがうつ病対応には非常に大切ですが、いわゆる不眠という簡単な切り口でうつ病を早期発見して早期介入に導く。これは静岡県富士市の試みで、テレビコマーシャル等を使ってこういった事業を行っております。地方版ということで財源的にもそれほどコストがかからないと思われまし、効果があつたという報告を得ておりますので、是非こういったものを進めていただきたいと思います。

これは特に中高年、竹島センター長の資料では高齢者の早期介入のところが書いてありますが、中高年からの早期介入に非常に有効な手段ではないかとも思っておりますので、よろしく願いいたします。以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、本橋委員お願いいたします。

○本橋委員 ごく簡単に。これは9月の『エコノミスト』に自殺対策の特集があつて、その依頼で海

外の事例をとということで書いたものですが、特に私としてはドイツに今年2月に行って参りまして、ドイツの事例を成功事例として特に紹介したいということで書かせていただきましたので、後でお読みいただければと思います。以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。大変短い時間で申し訳なかったと思います。

竹島センター長から、先ほどの追加の質問に対するお答えがいただけますか。

○竹島自殺予防総合対策センター長 すみません。手短かにいきます。

まず受診群と非受診群ですが、受診群につきましては死亡前1年間に精神科または心療内科に一度でも受診した者を受診群としております。非受診群は、それ以外です。

それから、有職・無職ですが、死亡時点で職業のない者、失業については無職に現在のところ分析されております。

○樋口座長 それでは、加藤参事官からお願いします。

○加藤内閣府自殺対策推進室参事官 先ほどのメンタルヘルスの例です。これはまだ計画しか上がってきておりませんが、福岡県の方でセミナーやパネルディスカッションの形式で情報を企業の担当者にお伝えするというものを県内で4か所ぐらい開く計画として承っております。情報としては今のところそれだけです。以上です。

○樋口座長 よろしいですか。どうぞ。

○五十里委員 今の中小企業対策ですけれども、これは全国の中でいろいろ偏りがあるかもしれませんが、保健所が特にその中小企業の方々に対していわゆる働きかけをするというモデル事業などを愛知県の場合は進めております。

したがって、自殺対策で何か疑問な点がありましたら、やはり地域の保健所なり、そういうところにいろいろ御相談いただければと考えております。

○樋口座長 ありがとうございます。かなり駆け足になってしましまして申し訳ございません。本日の資料についてのディスカッションはまだまだあるとは思いますが、後半の本日の議題がありますので、そちらの方に進ませていただきたいと思います。

先ほど冒頭で申し上げましたように、本日は自死遺族の皆様からの御意見を伺うということで企画をさせていただいております。早速始めさせていただきますが、今日はお3方に来ていただいております、その方々からそれぞれ10分くらいでお話をいただく。そして、残りの時間で意見交換等をさせていただきたいと思っておりますので、とりあえずはお3方に続けて御意見を賜ればと思っております。よろしく願いいたします。

まず初めに、岩手県洋野町種市保健センターの平谷国子様より御意見をお伺いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○平谷氏 ただいま御紹介がありました、岩手県洋野町から参りました保健師の平谷と申します。この度、このような場で保健師、または遺族としてのお話をさせていただく機会を与えていただいたことに大変感謝いたします。ありがとうございます。

父を自殺で亡くしているのですが、昨年7回忌を迎えました。私は保健師で自殺対策の担当ですので、やりながら自分に何かできることがあるのかなと思い始めたときに、久慈地域で自殺対策の御指導をいただいています岩手医大の大塚耕太郎先生の方から声を掛けていただいて、先生と一緒に研修会などでお話をさせていただきました。今回は全く1人でのお話ということで大変緊張しておりますので、お聞き苦しい点もあるかと思いますが、どうぞよろしく願いいたします。

では、初めに自死遺族としての経験をお話させていただきます。私の個人的に感じたこととして聞いていただきたいと思います。

父が亡くなったころはもう既に保健師だったのですが、やはり保健師なのになぜ防げなかったのかと言われたこともあり、大変ショックでしたし、自責感というのはよく言われることですが、なかなかそれは消えることがないなということを感じております。

また、父が突然亡くなったので、自分にもいつ何が起こるかわからない。また、子どももいますが、子どももいつ死んでしまうかもという恐怖感があって、眠れない時期が最初のころはありました。

あとは、初めのころは話す気にもなれなかったのですが、やはり話したときに「話してくれてありがとう」と、普通に聞いてもらって救われたこともありまして、「大変だったね」という心からの言葉がすごく染みたくもありません。

また、父の主治医から、「24時間見張っていたとしても防げなかったと思いますよ」と言われたときには大変救われる思いで、それは今でも支えの言葉になっているような状況です。

このような経験をして間もないころは、保健師として本当にさまざまな葛藤がありました。書いてありますが、やはり父の自殺を防ぐことができなかった自分が、果たして保健師として住民の自殺を防ぐことができるのだろうか。また、本当につらい人はひきこもっている場合が多いため、直接手が届かないので意味がないのではないかという気がしたり、自殺は防ぐことができますと研修会や会議で聞くと、自責感が強まり落ち込むこともありまして。また、それを住民に私が保健師の立場で話すことによって、自分と同じく自責の念を感じ、つらい思いをするのではないかと感じました。

それでも、洋野町がある久慈地域は自殺死亡率が高いですので、自殺対策は大切だと思って、本当に初めは手探りでやってきたような感じです。

洋野町は人口が約2万人の小さな町なので、やはり限られた職員数では新規事業を立ち上げることも限界がありましたので、とにかく人の集まる機会をとらえながら心の健康についての普及をしていくように努めてきました。

実際の取組みの内容については細かく書いてありますので、資料の方を御参照いただければと思いますが、1つ目に「ネットワーク活動」では実務者の連絡会などで情報共有を行って、連携がかなりとりやすくなっているのではないかと思います。

また、「事前予防」では先ほど少し話しましたが、人の集まる検診などに合わせて、先ほどアルコールの問題のお話がありましたが、やはり私の方でもその辺が問題だと思っております。普段なかなか接することのない40代の男性とか50代の男性辺りには胃がん検診とか、そういう検診があつて、そういう機会には結構来るので、そのときには問診というのを必ず取りますが、問診を取りながら、待ち時間も結構ありますので、待ち時間にお読みくださいと言って、その対象者に絞ったリーフレットをつくって配付するようにしました。

子宮がん検診や乳がん検診は女性が来ますので、そういう女性が来るときには女性をターゲットにしたリーフレットを配ったりとか、前は余り考えないで配っていたのですが、最近ちょっと対象を絞った方がいいのかなと思いつつやっているような状況です。

また、「危機対応」ではスクリーニングを行ったり、関係機関と連携しながら、ハイリスク者の方の対応を行っていますし、遺族支援と言われる「事後対応」としては、町としては交流会を実施していませんが、保健所単位で行っていますので、その交流会の情報提供を行ったり、もちろん相談があればその相談の対応を行っているような状況です。

このような保健活動の中で、私の方で遺族支援を行う上ですごく大事にしていることが3番のところになります。やはり自殺で亡くなる方が多いので、家族でなくても親戚や大切な御友人などを亡くした方も多いためと思いますので、普段からその教室などに集まったときに、その中には必ず遺族の方はいらるだろうという認識を持ちながら配慮した言葉掛けを心がけています。また、教室で自殺は防げますというのではなく、やはり防げないこともあるし、そういう遺族の方も地域にはいるということをお話させていただいています。実際にそういうお話を少しでもすると、それが終わった後に、いや、実はという相談がきたりということも実際にありますので、やはりそういったちょっとした機会をとらえてやるようにしています。

次に、保健活動で私が出会った遺族の声を少し載せさせていただきました。やはり周囲からの言葉で、年数もたつし頑張ってみたらと言われるが、なかなか自分は頑張れないということですか、家族内でそのことをなかなか話題にできないが、家族以外の方にそういう話を聞いてもらうことができよかつたとか、交流会の案内は見たが、ほかの人の話を聞くとかえってつらくなりそうでちょっとまだ行けないというお話があつたりとか、いろいろありました。

正直言って、自殺対策を始めたころ、久慈地域では平成14年ごろから少しずつ始まっていますが、自殺という言葉を使うことに住民はもちろん私たちの方もかなり抵抗がありましたし、また自殺対策

は遺族の支援もそうですけれども、難しいというイメージがかなり強かった。実際にこういう活動をしていくうちに悩んでいる本人以外、例えば近所の方ですとか、保健推進員という方もいますが、そういった方から、こういう人が近所にいるがどうしたらいいのかという相談などが増えるようになって、苦しんでいる方にも間接的に手が届いているという実感がすごくわいてきました。

私たち市町村の保健師は家庭訪問や検診、教室とか、住民と直接触れ合う機会がすごく多いので、そういった意味でも地域づくりというか、普及啓発をする上でも重要な役割を担っていると思います。

ただ、保健師の間でもまだまだ遺族の方の支援については難しいと感じている人も多くあると思うので、どうしても遺族のイメージというか、自分がこう言うのも何ですが、こういったことはしてほしくないとか、こういうことで傷ついたということが余り表に出ると少しマイナスイメージのような気がします。だから、私は逆に自分は聞いてもらってうれしかった、話を聞いてもらったことでうれしかったので、こうしてもらうことがよかったというポジティブなイメージを住民の皆さんにも伝えることで、遺族の方の気持ちを理解しようとしてくれる人が増えるのではないかと感じております。

そして、政府に対する意見・要望ということですが、やはりそういうことを考えると、自殺対策を包括的に行う中での位置づけというのがすごく大事ではないかと思えます。

この図は大塚先生が作成されましたが、やはり個の支援でも交流会の支援ももちろん大事だと思いますし、専門家による相談、または集団の方ではそういった啓発をしたりとか、あとは交流をサロン活動などで持つ。それぞれを結ぶのがネットワークで、ネットワークがあることでその地域の対策ができるのではないかと感じております。

あとは、先ほども言いましたけれども、何よりも過ごしやすい地域づくりを進めることがすごく大切だと思っています。遺族と言っても回復過程や感じ方は本当に人それぞれですし、ニーズも本当に多様だと思います。なので、相談に来る人もいれば、来られない方もいます。

ただ、その方たちが過ごす場はやはり地域ですので、その地域が自殺や私たち遺族に対する理解を深めて偏見がなくなっていけば、思いを安心して語ることができたり、温かい見守りにより過ごしやすくなるのではないかなと感じております。

最後になりますけれども、私自身このような場で遺族の経験の話をするとは全く想像していなかったのですが、私の場合、同じ遺族の方というよりは、その時々で私のつらい思いを聞いて寄り添ってくださった方がそばにいました。話を聞いてもらう度に父の死と向き合うことができ、まだ途中でありますが、本当に少しずつですけれども、階段を登ってここまで来たような気がしております。

ですから、私が多くの方に支えられてこの場でこうしているように、お互いが支え合える、一人ではないと思える、つながりのある社会ができれば、すごくいいのではないかと感じております。

以上です。ありがとうございました。

○樋口座長 平谷さん、どうもありがとうございました。大変つらい経験から出発されて、それがこんにちの保健活動につながっていくという大変貴重なお話を伺わせていただきました。ありがとうございました。

副大臣、どうもありがとうございました。

○大島副大臣 では、よろしく願いいたします。

(大島副大臣 退室)

○樋口座長 それでは引き続きまして、今度は全国自死遺族連絡会世話人の田中幸子様より御意見をいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

○田中氏 ただいま御紹介にあずかりました全国自死遺族連絡会の田中です。仙台から参りました。

私たち全国自死遺族連絡会は、資料をお渡ししていると思えますけれども、支援団体、支援者を支援する団体ではありません。いろいろありますが、遺族支援をする人たちを支援するという団体があります。研修会とか、そういうものではありません。ここに書いてあるとおり、遺族個人対個人の会員を募ってまして、個人の会員のみです。そして、連絡会という全国組織にしまして、今年NPO法人に今、申請しております。

私はここにも書いていますが、もともとは息子を亡くしまして、宮城県の県警現職警察官だった息子を34歳で亡くしております。それで、本当にどなたも助けてくれなかったところがありまして、自分で半年で立ち上げました。それから、この連絡会というものも昨年1月をもって立ち上げました。

ここに書いてありますが、国などに要望書、心のケアだけ、心の問題だけでは助からない、救いにならないという遺族の方もおります。私自身が講演などに行きますと、「田中さんは幸せですね」と、よく言われることがあります。それは、泣いてばかりいられるから。私は泣いていられなかったと、泣いていられない遺族もいます。さまざまな借金問題、相続問題、いろいろな手続きが何もわからない、いろいろな問題が降りかかってきて、とにかく葬式の日から泣いていられないという方もいます。その支援をするべきではないか。そのあとに、やはり心の問題ももちろん必要です。

なので、やはり国に対してできること。今は何かごちゃごちゃになっているような気がしまして、国に対しての要望ですが、去年も出させていただいて、これも出させていただいているのは、国ができるべきことがあると思うからです。

(福島大臣 入室)

国ができること、そして地方行政ができること、支援団体ができることというふうにあると思えます。それをやはり別々に、自分たちができることをやっていって連携していくというのが正しいので

はないか。より一層充実して、迅速に対応できるのではないかと考えております。

そして、ここにいろいろな提案をさせていただいております。竹島センター長のご説明のようなアンケート調査についても、提案させていただいております。遺族支援の窓口についても提案させてもらってまして、今は保健センターや精神保健福祉センター、すべてが保健、精神、心、メンタルというところにつながっております、遺族支援もです。そうではなくて、メンタルだけでない遺族支援に関しての総合支援というものでは、やはりワンストップサービスの総合窓口の設置などを私たちは望んでおります。

分かち合いの会も、行政がやるとここに書いてあるとおりのいろいろな問題が起きてくるので、我々も含めた遺族も含めた民間団体に任せてほしいと私は考えております。行政はやはり異動などもあります。そしてもとの個別相談、心の個別相談はこちらに保健師さんがおりますけれども、そういうことをやっております、そこに遺族が行きます。そこと遺族団体とか、いのちの電話さんとか、いろいろところで実施されていますけれども、そこと連携しながら実施していくという形が、分かち合いの会というか、心のメンタルな部分に対しても重要なのではないかと考えて提案させていただいております。

そして、今年、このピンクのチラシを9月4日にこの辺で配布しました。大変過激な内容で誠に申し訳ありませんが、メンタルなうつ対策になっている。今の自殺予防対策がうつ対策、うつ予防対策になっているというところが、私たちは非常に問題だと思っています。うつになるには原因があるわけで、社会的な要因だと言いながらうつ対策に偏っているのではないかと私たち遺族は考えております。社会的な要因であるならば、もっともっと社会的な要因を考える対策をしていただきたい。

うつ予防対策になっていて、もちろんそれも大事ですけれども、私どものデータでは、3年前に遺族の中で聞いたときに、実は医者にかかっていたという人が4割でした。今は6割強です。実はお医者さんに行っただけで亡くなっているという人は年々増えております。

それはなぜでしょうか。医療機関にかかる人がますます増えていると思います。受診率は高まっていると思います。ですが、増えているという現実があります。それをやはりもう一度考えていただきたい。社会的な要因だ、要因だと言いながらうつ対策になっているということは、個人の精神疾患にしまっている傾向があるのではないかと私は考えております。

ですから、社会的な要因だと国がうたっているのであれば、社会的な要因、もちろんうつ対策も必要ですし、心のメンタルな部分も必要ですけれども、今の国もそうですし、地方の対策会議もそうですが、ほとんどがメンタルな部分だけに偏っている委員になっていると私は考えております。そこに、やはり社会的な問題をいろいろな考えられる人たちを入れてほしいと考えております。

後ろの方にありますが、先ほどのアンケートの調査もそうですが、医療関係者に対して遺族は非常

に疑問を持っておりますので、医療関係者が調査に来ることに関しては抵抗があると思います。私のところに今700人、800人会員がおります。その中のほとんどの方がそういうふうに言っております。

そして、先ほど竹島センター長にも申し上げましたが、アンケート調査の目的が見えない。はっきりと明示していただきたいのです。そうすれば、協力するという遺族はたくさんいます。それは、私は声として聞いております。こういうアンケート調査だけれどもどう？と言ったら、目的が見えない。自分の声がどこでどういうふうに使われて、こういうことで自殺予防に使われるということを明記していただければ、幾らでも協力したいという方はおります。

私の周りでは700～800人おります。それも、全国です。仙台市だけではありません。そういう意味で、やはりアンケート調査に精神保健福祉センターとか、保健センターとか、偏ったところの調査になりがちなのでそういうことになるのではないかと。集まらないということになります。

遺族のほんの一部です。精神保健福祉センターとか、分かち合いの会に来るのもそうですし、私は700人、800人、1,000人つながっても、遺族の会にはそんなに来ていません。ここに書いていますが、手紙、ファックス、メール、電話などで対応させてもらっています。本当に心の問題を考えるのであれば、遺族支援、自殺予防、三次予防としてハイリスク者であるととらえて国が考えるのであれば、やはり24時間365日、遺族支援の受付体制を整えるべきです。そうしなければできません。

私は24時間365日休みなく受付相談をしております。夜中に起こされることももちろんあります。それは、遺族は突然、夜中に本当に死にたくなるほど悲しくなることがあります。そうしたときに、5時で終わりの場所だけではどうにもならない。いのちの電話さんなどもありますが、24時間やっているところは少ない場合もありますし、夜はほとんどつながらないという現状も今のところまだあります。それができなければ、下手に例えばやっていますよ、助けますよ、ここに来れば助けますよと言っておいて電話番号を公表してやったときに、ここに行ったら助けられる、助けてもらえると思って電話して、そこでツーツーとか、電話に出ないとかとなったら、もっと追い込まれることになってしまいます。

そういう人がたくさん私につながってきています。どこに電話してもだれも助けてくれなかった。誰も聞いてくれなかった。アンケート調査だけされたとか、あとは担当者がいません、留守電というふうになって、どこに行けばいいんでしょうかと泣きながらかかってきた人がたくさんいます。それはどうしてかと私は思います。

私は主婦なので素人です。それでも個人で今までで2万件、3万件以上やっています。受付相談、手紙相談、メールです。それができます。それで、私一人ではもちろん専門的なことはできませんので、ここに書いてありますが、さまざまな人たち、弁護士、司法書士という方たちにももちろんお手伝いをしてもらって連携をとらせてもらっております。そして、私たち素人にはわからないさまざまな

相談がありますので、それはもちろん専門家につなげていくということで、皆さん無料で快く相談に応じてくれている方々がたくさんいます。

そういうところを、やはり国に考えていただきたい。国がやれるべきこと、地方行政がやるべきこと、民間団体がやるべきことという連携をとって是非やっていただきたいと思っております。

私はここに呼んでいただいて大変うれしいと思いますが、ここまでは大変長くて3年かかりました。私は、お願いして、お願いして、お願いし続けて、20回、30回お願いして、やっとここにたどり着きました。これは私の本当の気持ちです。私の後ろに700人、800人の会員がおりまして、「田中さん、頑張って行ってきてね」と言われました。「やっと国に対して要望を述べられる時がきたね」と、皆さんから今朝たくさんメールいただきました。そのぐらい私にとっては大変な道のりでした。このことを皆さんに知っていただきたいと思います。ありがとうございました。

○樋口座長 どうも田中様、ありがとうございました。全国の700人、800人の遺族の方の連絡会を立ち上げて精力的に活動され、また今日は非常に率直ないろいろな御提案、御提言もいただいたように思います。ありがとうございました。

それでは、最後の方でございまして、自死遺族支援ネットワークRe代表の山口和浩様より御意見をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○山口氏 今、御紹介にあずかりました山口と申します。よろしく願いいたします。

自己紹介として、今日は遺族の一人としてこの場所に参加をさせていただきましたが、私は15年前に父親を自殺で亡くしております。私は父親が亡くなったときの第一発見者でもあります。時間が経っても未だに消えない当時の気持ち、先ほど平谷さんや田中さんから幾つか話が出ておりましたが周囲の言葉や態度からの苦痛も含めさまざまな想いを抱きつらい思いをすることもありました。

私は、1999年から自殺の問題に関わるようになりました。それは、自殺者が初めて3万人を超えたという報道を受けてのことでした。当時、私は大学生で自殺が増えるということは、私と同じように父親もしくは母親を自殺で亡くす子どもたちも増えるのではないかということのをあしなが育英会の職員や大学生と話をしながら、一緒に何かできないかということで活動を始めたのが1999年になります。

本日、皆様のお手元の方に『自殺って言えなかった。』という本を配付させていただきましたが、それが2002年11月に実名で体験を綴り単行本として出された書籍の文庫本です。2000年の4月に当時学生数人で『自殺って言えない』という文集を出しました。そのときには、だれ一人として名前を公表することもできない、自分たちが生活をしている場所も明かすことができない状態でした。それは、周囲から一体どんな目で見られるのか、もしくはどういった反応があるのかという恐怖心に近い思いが非常に強かったというのが正直なところです。

そういった中で、2001年12月には国としての自殺防止対策を求めるという陳情を行った際に初めて実名を明かしたという経緯があります。自殺に問題に関わるようになって10年が経ちますが、自殺予防や遺族支援に関して、まだまだ課題や問題は多々あると感じながら活動をしています。

ただ、その中で1999年、私がこの活動に携わったときから比べれば、多くの関係者の皆様の継続的な努力、より良い対策を目指すという思いが様々なところから伝わってきます。また、取組みの中で少しずつではありますが、自殺に関する認識が変わりはじめていること、実際に取り組みとして広がり始めていることなど、それぞれの分野や地域で活動されている関係者の皆様に感謝を申し上げます。そして、それぞれの委員の皆様が感じ、考えている事等を一部であるかもしれませんが今日この場所であげられたことも私にとっては大きな意味があったと思っています。

それでは、長崎県を中心に行っている自死遺族への支援活動中から感じていることや、提案等幾つか紹介したいと思います。

私たちの会の活動自体は2ページ目にありますので、御参照ください。

3ページ目を見ていただきたいと思います。枠組みの現状として、先ほど田中さんからもお話が出ましたが、遺族支援もメンタルな面が先行しているように感じています。それは、分かち合いの会もそうですし、実際に関わっている行政が保健所や精神保健福祉センターが中心であるために、心理的な面が先行しているように感じるのかもしれませんが。結果的に生活全般に関する支援、司法や行政手続に関するサポート等が分断されているのではないかと感じています。

また、窓口自体がそれぞれの支援策・制度に固執をしていて、御遺族自身が必要な支援を受けるには、それぞれの窓口で自分で足を運ばなければならないことや、窓口のたらい回しに遭う等、窓口で翻弄されてしまっている面もあるように感じます。

そのためにも包括的かつ総合的な視点を踏まえながら、それぞれの分野だけに固執した支援にならないようなコーディネーター的な人材の育成、もしくは窓口の意識の変化を期待していきたいと思っています。

続いて4ページ目ですが、これは私自身が考える遺族支援の枠組みを表したものです。私が考えている遺族支援としては、1つは心理的もしくは精神的なアプローチ、それは遺族の集いや専門的なカウンセリング・医療というものがあるかと思っています。それと同時に、2つ目としてそういった心理的な支援をきちんと受けるためには安定した生活を送ることが絶対的なものとして必要になるのではないかと思います。こうしたことから、生活安定に向けた社会資源の活用や情報提供等にも力を入れていただければと思っています。3つ目は「社会化」という表現をしております。相談機関、相談窓口にはすでに多種多様な支援があるはずですが、それが十分活用されていない、もしくは窓口にいる担当者が誰なのかによってどの支援が使えるかが大きく分かれてしまうところ

現実にはあるようです。それぞれの窓口の質を今よりも一段、二段と上げていただくことはもちろんのこと、支援策があるにもかかわらずそこにたどり着けない、もしくは相談を求めることをよしとしない文化や風習、地域性等にもアプローチが必要だと感じています。もともとある支援の枠に対して、どういう道筋で支援のステージまでたどり着けるのか、たどり着くための情報提供や啓発に対しても継続的な対策として考えることが社会の問題として考えるなかでは必要なものだと考えています。また、継続的な情報提供や啓発は、結果的に遺族への支援や自殺予防のだけでなく、長期的には偏見の改善にも役割を果たすことができるだろうと考えています。

続いて5ページ目ですが、これは私が勤めている精神科病院のデータですが少し紹介させていただきます。初診時に近親者、友人等の身近に自殺者がいたとする受診患者の割合は全患者の10.5%、この10.5%のうち20歳未満が28.2%でした。これは、御遺族が急性ストレス反応や、うつ病エピソードから受診につながっているようなケースが実際に存在していることがこの統計からもわかるかと思えます。うつ病対策の一つの効果として、精神科病院に対しての壁は少しずつ低くなり、心の不調からの受診につながりやすくなっているとも言えるかと思えます。これまで精神科病院は自殺予防という形での関わりが議論されることが多かったのですが、この統計からも精神科病院が御遺族のサポートを行う上でのひとつのきっかけの場所となる可能性というのも意味しているだろうと考えております。

ただし、実際には悲嘆反応なのか、急性ストレス反応なのか、精神科疾患としての症状なのかといった議論の必要性はあるかと思えますが、実際に遺族も精神科病院に受診しているとするならば、これまでの疾患理解や症状に対してのアプローチだけではなく、遺族に関する理解やサポート体制も期待したいと思えます。そのためには、精神科医だけに負担を強いるのではなく、心理士による専門的なカンセリング的アプローチの強化、もしくはPSW等によるソーシャルサポートの強化等も含めて、他職種での役割分担・役割強化を改めて検討していただきたいと思っております。

6ページ目ですが、こちらも重複をするかと思えます。さまざまな支援がある中で情報を必要とする人たち、支援を何かしら受けたい、どこかに相談をしたいと情報を欲している人に対して、きちんと情報が届くような仕組みづくりを、社会負担としてやっていく必要があるかと思えます。

また、時系列的に支援を考えたとき、亡くなった直後に必要な支援と、時間がたって必要になる支援があるかと思えます。「遺族支援」とひとくくりにされることが多いのですが、時系列的に見たときに必要となる段階に応じた支援というのはどういったものがあるのかという整理をして、なおかつその支援のステージや枠組みにきちんとつながるような道りをサポートしていくということも大切な視点であるかと思えます。併せて、家族の中であっても思いというのは異なるはずで、300万人の遺族が現存すると言われる中で、300万人の感じ方、思い、関係性があるかと思えますので、個

別性に対する理解と配慮は言うまでもなく必要なこととなるはずですが、うつ病対策でも同じですが、「受診をすること」が目的でないのと同じように、「遺族の集いにつながる事」だけが目的ではないと思います。遺族の集いも一つのツールであり、様々なツールを用いながら遺族であってもひとりひとりが社会の中で生きることや、暮らすとうことのためにサポートをしていくことが「支援」の大きな目標なのではないかと考えています。

7ページ目ですが、「自殺予防」という言葉に対して、御遺族は両価性があると思います。私自身もそうでしたが、防ぐことができると言われることによって、防げなかった自分が責められているように感じてしまう。何か悪いことをしたから減らせ、減らせと言われてるように感じてしまう面があります。その反面、同じようにつらい思いをする遺族は一人でも減ってほしい、もしくは同じように苦しんで亡くなる人が一人でも減ってほしいという面もあります。遺族が抱える自殺予防に対する両価性は「自殺予防」偏重の中で生きづらさを感じている可能性もあることを是非知っておいていただきたいと思います。

子どもたちへの教育的アプローチの強化」ですが、10年、20年という長期的に考えたときに、自殺や遺族に関する偏見、精神疾患に関する誤解や偏見をきちんと変えていくためには、子どもたちに対する教育的アプローチが必要になると思います。

それは、仮に子ども自身が悩んだときに最初に相談するのは多くの場合は友人だろうと思います。そう考えると対処等も含め子ども同士できちんとそういった会話ができるようになることは、自殺を予防することにもつながるものと思います。また、子どもたちが5年後、10年後に家族を自殺で失う、友人が亡くなるということがないとは言いきれず、だからこそ早い段階からの教育的アプローチも強化してもらいたいと思っています。ただ、教育的アプローチでは発達段階に応じた配慮をしながらやっていくことも必要になるかと思っています。

遺族の集い、遺族の分かち合いの会と言ってもさまざまな場所、それぞれの特徴があります。ご遺族と同じようにそれぞれの特徴があるということを理解しつつ、ご遺族の多様なニーズに対してこたえられるよう、支援策としての質の確保はもちろんのこと、量の確保に向けてもサポートしていただければと思っています。

最後になりますが、遺族支援についても様々なニーズに応えられるような総合的な視点と取り組みとして今後進んでいくことを願います。

早口になってしまい申し訳ありませんが、これで私の報告を終わりたいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。自死遺族支援ネットワーク R e 代表の山口和浩様からお話をいただきました。長崎県での活動を基盤にした大変実践的なお話、そしてその中から課題として見えてくるものを整理していただきました。支援の在り方の問題、その支援の枠組みへの筋道が非常に大

事であるというようなこと、総合的な対応、そして同時に個別性をきちんと理解した対応をとるべきであるというようなこと。最終的には、生きる、暮らすということへのサポートが重要であるといった御指摘だったと思います。どうもありがとうございました。

それでは、時間が残り少なくなっておりますが、これまでの3名のお話を踏まえて、委員の方々からの御意見、御質問等がありましたらお願いをいたします。

では、どうぞ。

○杉本委員 3人の方々、遠くから来ていただいていろいろお話をしてくださってありがとうございます。ありがとうございました。

時間がないので、手短かに1点だけ伺います。竹島センター長のところで全国の自死遺族支援の実態の調査をされて、それを発表されたものを拝見しました。かなりいろいろ試行錯誤ながら進んでいるということがわかりましたが、その中で、各都道府県の担当者の方たちが、遺族の実態がわからないということと同時に、意見交換の場がない、意見交換ができないということをかかなりたくさんの方たちが挙げられていました。そのことに対して、私も本当にそのように思いますが、今後どのように進めていくことができるのか、少し伺うことができたらと思います。

○樋口座長 どうぞお願いします。

○竹島自殺予防総合対策センター長 御質問、ありがとうございました。

先ほど申し上げたことと少しつながるかもしれませんが、遺族ということが表に出されたときに、今までの自分の接し方から離れて、別の接し方をしないといけないのではないかとか、そういうことで動きにくくなるということはあると思います。ですから、その部分は、我々としてももう少し、担当者の方が動きやすくするよう取り組んでいかなければいけないと思っております。

私は以前に精神障害者の家族会の活動を支援してきたことがありますが、やはり、御自身が精神障害者の家族であるということに縛られてしまう。もともと自分が社会人であって、こういう生活をしてきた個人であるということから離れて、その家族という部分がすごく強くなってきてしまう。その中で、こちらも動けなくなるという面も結構あるのではないかと思います。

今、御指摘いただいた点につきましては、私ども自殺予防総合対策センターの中でももう一度よく議論をして次のステップに生かしていきたいと思っております。ありがとうございました。

○樋口座長 どうぞ。

○田中氏 少しだけ宮城県の実例を述べさせていただきますと、宮城県も仙台市も遺族支援の団体は会議に全員入っております。私ももちろん入っております。そして、宮城県全体に連絡協議会というのを立ち上げております。

パンフレットをお渡ししていると思っておりますが、県がもちろん入ってまして、その中で遺族支援の

連絡会を立ち上げて定期的に会議を開いております。そのときはオブザーバーとして遺族が何人入ってもいいということで、私も何人も連れて行ったりします。一緒に行ってもらって、いろいろな会議やいろいろな機会に県も一緒に、市も一緒にとりかかるとか、まだ市はそこまでいっていませんが、宮城県は非常に積極的に会議とか連絡会に入ってきていていろいろな話をします。

遺族はどのようなことが大事なのか、どういうことを望んでいるのかということで入ってまして、宮城県は遺族支援に関しては非常に先駆的に進んでいると遺族自身の私が思っております。それは非常にいい形で、今は自死遺族だけでなく、「大切な人を亡くした人へ」というパンフレットがありますが、それはグリーフケアの中に自死遺族を位置付ける自殺者の遺族という点では、やはり窓口などに置くとパンフレットを取りにくい。ですから、「大切な人を亡くした人へ」というパンフレットだと割と手に取りやすいということで、その中にももちろん自死遺族の支援の分かち合いも入って、そして電話相談など、個別相談などもしていますよ、何時から何時までで、そこに電話番号も全部載っています。

そういう取組みを宮城県はしております、ほんの少しですけれども、宮城県がお金を出していただいて、3万部刷りまして全県配付という形にして、私たちに中身は決めさせていただきました。もちろん被害者支援センターとか、ターミナルケアさんとかも入っておりますが、こういう形を是非全国に広めていただければと思っております。

○樋口座長 それでは、五十嵐委員どうぞ。

○五十嵐委員 3名の方の貴重なお話ありがとうございました。

最初の平谷さんにお伺いします。私の所属は産業保健ですが、同じ保健師の立場として大変興味深くお話を伺いました。現在、保健師の資格教育を改定するような時期にきておりまして、この自殺対策を危機管理として、行政保健においても、産業保健においても、いろいろな場でコーディネーター役になる人材として、教育を考えております。田中さんのお話でも保健師としての役割のお話が出ましたが、保健師が自殺対策の予防から自死遺族様への対応なども幅広くやっているメリット、つまり、保健師の専門性として病気だけでなく生活全般を見るという特性や、あるいは集団をとらえる特性など、保健師が自殺対策のキーマンになって動いているメリットを伺わせていただきたいと思いません。

○樋口座長 どうぞ、お願いします。

○平谷氏 ありがとうございます。先ほども言ったように、相談を受けたときに、例えば体の相談だけではなく心の相談であったり、借金の問題であったり、その相談からいろいろな問題が出てきます。そうすると、関係機関に私たちの方でつなげることもできますので、そういった意味では住民と直接触れ合うことが多い私たちはそういう意味でもいいのかなとは思っています。

ただ、実際はかなり業務もハードで、先ほど田中さんがおっしゃったように、私も担当とは言え、他の業務で出ていることもあったりするので、そうなるにせつかく相談に来た方が相談を受けられなかったり、もちろん保健師は担当だけでなくだれかいることにはしておりますが、自分が継続して関わっている方もいます。以上のような状況もありますので、各地の保健師も是非増やしてほしいと個人的には少し思います。

また、1年目とか2年目の新人の保健師とかは、なかなかそういう相談にきてもずっと対応できるのは難しいので、学生のころからそういった相談対応の辺りも充実した教育をしていただければ、よりのいいと感じたりします。

○樋口座長 それでは、もう1方かお2方ということで、渡辺委員どうぞ。

○渡辺委員 私は精神科の診療所をやっていますからメディカルモデルの方ですが、先ほど遺族の方々からお話が出ましたうつ病対策に偏りがちということに関し、我々精神科医療の側でもかねて申しておりますように、うつ病対策だけで我々が引き受けてしまうと余りにも荷が重いということがあります。

その意味では、うつ病対策としても、こういった自殺問題、うつ病対策を総合支援の中に組み入れていただきたい。総合支援対策の中に、その医療も1つの支援として位置づけていただきたいと思えます。

と申しますのは、我々のところに最終的に来られた自殺企図の患者、うつ病の患者は、いっぱい生活苦、その他の背景を持っております。そういったことは医療だけで対応できないわけです。そういった方を、その総合支援の中にむしろ我々からも紹介させていただく。そして、ワンストップでその方にとって必要な支援をネットワークングさせていただく、そういったファシリテートできるようなセンター機能を是非、各地域につくっていただきたいと思えます。我々、医療だけで生活苦まで全部を引き受けることはできないということです。

そういったことを実は今回、我々の大阪府でもそういったものをつくろうということで、民間団体が集まって弁護士、司法書士会、我々遺族の方々が集まってワンストップでサービスができるようなセンターを、せつかく今回基金ができたので、この基金を利用してつくりたいということを申し出ました。ですが、3年間という期限なので継続的にお金がかかるようなセンターはつくれないうようなことで却下されております。

ところが、我々はそういったものをつくりたいし、つくろうという人が集まっているにもかかわらずつくれないう現状があるので、基金の利用の仕方として、3年間のものなのでそういったものはつくれませんで終わってしまうというところは是非、何か一考していただきたいと思っております。以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。もう1方、どなたかもしございましたらどうぞ。

では、竹島センター長どうぞ。

○竹島自殺予防総合対策センター長 先ほど田中さんのお話にあった宮城県の実践ですが、私もこれはすばらしい事例だと考えております。次に発展できるものを持っていると思っております、私どもも先日研修で宮城県の実践を紹介させていただいたところです。

山口さんに少し伺いたいのですが、先ほどメンタルヘルスに偏りがちというお話がありました。私どもはこれは悩ましいと思うところがありまして、メンタルヘルスの立場から見ると、メンタルヘルスが余りにも矮小化され過ぎてしまっているという気持ちがあります。メンタルヘルスというのは、社会が生き生きと動くための大事な要素であり、個々人はそれぞれ異なるというところに配慮を向けていくサービスですが、そもそも小さく捉えられ過ぎているのではないかと。

例えば、英国の場合などは健康政策を国の重要な政策に持っていて、その中でメンタルヘルスも循環器やがんと同じくらい課題だと挙げているわけです。

メンタルヘルスということについて、こうあったらいいというのを聞かせただけならと思います。

○山口氏 私の方も、海外等の状況というのはやはり不勉強もあってよくわからないというのが正直なところです。

遺族に関してのメンタルヘルスとして申し上げますと、メンタルヘルスが支障を来しているのは、大なり小なりはあるというのは間違いないことと私は感じております。それは、自分自身の体験や、これまで出会ってきたご遺族たちを思い返しても言えるかともいます。

その中でメンタルヘルスにばかり目を向けると、現実の生活の中での問題へのアプローチが見落とされ、生活の安定が十分得られない、先の将来に対しての不安が付きまとうという状況になることもあり、メンタルヘルスとしてのアプローチさえもうまくいかない部分があるのではないかと考えています。

そういった意味で、支援を考える際に「メンタルヘルスも」と考えることが大切なのではないかと思います。どうしても偏りがちになってしまうということは、長崎県で活動をやっていると感じることです。メンタルヘルス以外の支援をどういう形でアプローチしていくのかをきちんと準備をした上で、また理解を示した上で、「私達の地域ではまずはメンタルヘルスから取り組んでいきましょう」といった形になることが望ましいのではないのでしょうか。

メンタルヘルス一色で物事を考えるが故に支援策の広がりにも支障となり、当事者のニーズが十分に把握できず支援に至らない可能性があることも検証していく必要があるのではないかと考えます。

十分な回答にはなりません、御質問に関する私の考えです。

○田中氏 メンタルヘルスに関しては、今の日本のメンタル精神医療ではやはり薬漬け、どうしても

2、3分の治療になってしまってお薬だけどんどん出して行って、カウンセリングはやはりお金にならない。お金をいただけないというところで、カウンセリングをしていただけない方たちがほとんどです。

その意味では、最初に眠れないのがどんどん薬が増えて行って、最終的には薬を十何種類と飲んで行って、最初はただ眠れないだけなのに動けなくなったという人もたくさんいます。そういう問題を、大変お忙しいとは思いますが、やはりもう一度精神科の先生たちに国も含めて、厚労省も含めてその医療問題、医療体制問題ということを再構築していただきたいと思っております。

○樋口座長 ありがとうございます。

大変貴重な御意見をいろいろいただきました。まだまだ本当は議論を尽くしたいところですが、時間が限られてしまいました。本日のお3方のお話、大変貴重な御提案がたくさんありましたし、これはまたこの協議会の中において、これからの議論の中に十分反映させて展開していきたいと思っております。

改めてお3方に皆様、拍手をお願いしたいと思います。ありがとうございます。(拍手)

それでは、本日の議題についてはこれで終わらせていただきますが、不十分な議論でしたので、いろいろ御意見がとおりであろうと思います。事務局の方に、来週金曜日、10月16日までにメモで御提出をいただければありがたく思います。

本日、委員の方々からいただきました意見を事務局の方で整理いたしまして、更にお願いをいたしたいと思っております。

事務局から何かありますか。

○加藤内閣府自殺対策推進室参事官 基金、それからデータについて貴重な御意見ありがとうございました。難しい課題もいただきましたので、これを踏まえてまた検討させていただきたいと思っております。

それから、会議の中で御説明しませんでした。厚労省、文科省から資料を提出いただいておりますので、またごらんいただければと思います。

日程につきましては、座長と相談の上、改めて御連絡をさせていただきたいと思っております。

事務局からは以上でございます。

○樋口座長 それでは、最後に福島大臣よりごあいさつをいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○福島大臣 どうも皆さん、こんにちは。この度、自殺対策を行うことになりました。内閣府の特命担当大臣として自殺対策の担当をすることになりました、福島みずほです。

お忙しい中、委員の皆さん、そして3人の皆さん、今日は貴重な意見を本当にどうもありがとうございました。

私が言うまでもなく、この 11 年間、3 万人以上、自殺者が減ることなく増え続け、しかも今年は今までに比べても自殺者が増えている、私たちがきちんと頑張らなければいけない状況になっていると思っております。

私自身も議員連盟でこの自殺の問題を超党派で取り組んできました。今、弁護士会や、司法書士会や、あるいはお医者さんや、いろいろな自治体や、それからさまざまな NGO の皆さんや、いろいろな方たちと話をしていると、自殺を本当に一人でもなくするために何かしたいという方たち、団体も非常に増えていると思っております。ですから、私とすれば自殺対策担当大臣として、生きる支援をきちんと行っていく。自殺をされる方を本当になくすために、行政として何ができるか。しかも、今日はずらりと役所がそろっておりますので、自殺という観点からそれぞれの役所が、それぞれの行政がもう一歩踏み込んで何ができるか。そして、市民の皆さんや当事者の皆さんと手をつないでネットワークを強化することも含めて、しっかり担当大臣としてやっていきたいと思っております。

今までよりも自殺対策で一歩踏み込んだというか、この内閣は頑張っていると、命を大切にする政治の実現のために、自殺対策がやはり大きく進んだと言われるように、担当大臣として頑張っていきたいとも考えております。

また、例えば長妻厚生労働大臣とも、相談窓口の充実のために何ができるか、少しずつ話をし始めているところです。その意味で、今日は本当に遠くからわざわざ来ていただいて 3 人の方が話をしてくださり、また委員の皆さんたちも本当に気持ちを合わせて、この問題、本当に命を大切にする政治の実現に向けて一緒に頑張っていきたいと思っております。

今日は本当に貴重な意見をありがとうございました。

○樋口座長 どうもありがとうございました。大変、力強いごあいさつをいただきました。

それでは、これもちまして第 8 回の会議を終了させていただきます。

本日はありがとうございました。