

# 自殺対策官民連携協働会議 第3回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）

自殺対策推進室

## 第3回自殺対策官民連携協働会議 議事次第

日 時：平成26年6月30日（月）10:00～12:04

場 所：中央合同庁舎4号館11階共用第一特別会議室

1. 開 会

2. 議 事

(1) 委員からのご発言を踏まえた各府省の対応

(2) 報告事項

- ・自殺対策白書について
- ・平成26年度自殺対策官民連携協働ブロック会議について
- ・委員提出資料

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、ただいまより第3回の「自殺対策官民連携協働会議」を開催したいと思います。

それでは、お手元にごさいます議事次第に基づきまして、早速始めさせていただきたいと思ひます。

きょうは会議室が広くて縦長なものですから、端の先生、こちらからもなかなか顔が見えないぐらいの距離でござひます。どうぞ大きな声で、顔をこちらに向けて御発言いただければと思ひます。

それでは、まず本日の出席者の状況と資料の確認について、事務局からお願いいたします。

○岡参事官 おはようござひます。自殺対策担当参事官の岡でござひます。

4月1日付で参事官を拝命いたしました。これからよろしくお願ひいたします。

まず、本日の「自殺対策官民連携協働会議」第3回の欠席者でござひますが、葉梨委員と向笠委員が御欠席となつてござひます。

資料の確認でござひますが、資料1～4、それと参考資料、あと委員提出資料等がござひまして、お手元に必要な資料がござひますでしょうか。もし資料等足らないものがござひましたら、事務局に言つていただければすぐに対応したいと思ひますが、よろしゅうござひますか。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、1番目の議事でござひます。前回の委員からの御発言を踏まえた各府省の対応について、事務局から説明をお願いいたします。

○岡参事官 改めて御説明したいと思ひます。

資料2-1を使ひまして御説明したいと思ひます。資料2-1の概要版をごらんいただければと思ひます。資料2-2は本文でござひまして、実際の各府省からの対応が書かれているもので、それを簡単に概要として要約したものが資料2-1でござひます。

まず、自殺総合対策大綱に沿つて、自殺対策官民連携協働会議を進めるといふ観点から、左のところに大綱の位置づけられている項目に整理してござひます。その中で、その項目に沿いながら、前回、各委員から御意見があつたものに関しまして、各省庁の対応状況について御説明したいかと思つてござひます。

まず、1つ目でござひますが、基本認識として、杉本委員と田中委員から御意見をいただいております。

1つは、自殺とか自死にはさまざまな側面があつて丁寧な使い分けが必要ではないか。あと自死等への差別的取り扱ひを撤廃するよう、国が率先して取り組むべきではないかといふことではござひますが、各省庁の対応状況といたしましては、大綱の見直しにおいても当面の重点施策の「自殺遺児へのケア充実」を「遺児への支援」に修正するなど、可能な限り配慮してござひます。

また、大綱において遺された人等に対するケア及び必要な情報提供を推進するなど、支

援を充実するなどとしてございます。内閣府においても、遺族支援に関する取り組みを紹介するなど、理解促進に努めているところでございます。

次に実態の把握でございますが、五十嵐委員から、自殺統計についてデータなどの出し方など配慮すべきではないか、あるいは活用など考えるべきではないかという御意見をいただいておりますが、自殺統計に関しましては、毎月ホームページで公表してございまして、都道府県等にも情報提供を行ってございます。

また、自殺統計の分析のやり方ということでございまして、ちょうど後から御説明したいかと思っておりますが、6月に閣議決定されました平成26年度自殺対策白書においても、本年の特集としまして、自殺死亡率の分析を簡単にしてございますので、御紹介したいと思っております。

次に、田中委員から、学校でのいじめ事件の調査委員会の設置について、文科省独自の調査委員会の設置をするべきではないかというところでございますが、平成25年成立のいじめ防止対策推進法において、いじめの防止等のための対策に関する基本理念や基本事項を定めて、学校の設置者または学校に対して、組織を設置して事実関係を明確にするための調査を行うことを義務づけたとされてございます。

その次でございますが、気づきでございまして、中山委員から、基礎的自治体においても強化月間を積極的に取り組むよう行うべきではないかということでございまして、内閣府で行ってございます自殺予防週間及び自殺対策強化月間においては、各都道府県、政令市を通じて、啓発事業や相談支援等の推進あるいは管内の関係機関、関係団体の周知について文書で依頼をしているところでございます。また、今後も都道府県、政令都市を通じて、月間、週間などを中心に啓発事業の実施や相談支援等の推進を働きかけていきたいと考えてございます。

次に人材養成でございます。

田中委員から、さまざまな要因に対する具体的な対策に関する研修・支援などを行うべきではないかというところでございまして、その状況でございますが、内閣府において、さまざまな問題に対応した多種職向けのゲートキーパー養成教材の公表とか、あるいは連携調整を行う人材を育成する研修の実施。もしくは各自治体において相談窓口の紹介やつなぎ等に重点を置いた人材養成、フォローアップ等の実施を行ってございます。

また、あわせまして田中委員から、ブロック会議、コーディネート研修のレベルアップ、スキルアップということでございまして、平成25年度より、ブロック会議及びコーディネート研修を全国6ブロックで実施してございます。本年は、実はもう先々週の金曜日でございますが、震災関連自殺に関しまして、6月20日に福島県で被災3県を対象としたブロック会議を開催してございます。この状況についても後で簡単に御説明したいかと思っております。また、ブロック会議は、昨年度の参加者アンケート結果等を踏まえて、うまく工夫をして研修効果が上がるように考えてございます。

清水委員からも、選択できるような形で研修ということでございまして、ここは田中委

員とお考えが一緒でございますので、説明は省略とさせていただきたいと思っております。

次に、心の健康でございますが、田中委員から、労働者に対するストレスチェックに関する懸念についての御意見がございましたが、ストレスチェックは労働者には受診義務を課していない、また、ストレスチェックは一次予防のための取り組みを主な目的に行うものであって、労働者の同意がなければ事業者には提供されないとしてございます。国としても、制度の趣旨の周知徹底を図りたいかと考えてございます。

次に、田中委員から、スクールカウンセラーは臨床心理士有資格者を、スクールソーシャルワーカーの配置をとということでございますが、心理臨床業務または児童生徒を対象とした相談業務について、経験を有するスクールカウンセラーに準じる者を任用できるよう要綱を改正してございます。また、任用については、自治体の裁量に委ねてございますが、臨床心理士有資格者のみを採用している自治体もあると聞いてございます。

平成26年度予算においては、スクールソーシャルワーカーの配置拡充を図っているところと聞いてございます。

次に、精神科医療というところでございますが、渡辺委員から、濫用のおそれのある医薬品「ウット」が一般の薬局、インターネット通販等で簡単に買えるのはいかがなものかというような御意見をいただいておりますが、一般用医薬品は、薬事法の改正によってインターネット等で販売が可能となっておりますが、ただし「ウット」の成分である「ブロムワレリル尿素」は濫用のおそれがあるため、原則1包装単位での販売となるなど、販売の制限を設けていることになってございます。

次の御意見でございますが、また渡辺委員から、精神科の薬物療法の多剤併用療法に関する見解というところでございまして、多剤併用療法については、平成26年度の診療報酬改定で減算規定を設けてございます。単剤大量処方につきましては、大量処方は好ましくないと考えているところでございます。

次に、社会的な取り組みでございますが、清水委員から、生活困窮者自立支援法と自殺対策の連動という御意見をいただいておりますが、生活困窮者自立支援の観点から、自治体に対する説明会等の機会を設け、制度の周知、理解に努めています。

また、生活困窮者自立促進支援モデル事業連絡会議において、自殺対策についての説明もしています。自殺対策の観点からも所管課長会議等で本制度について説明を行って連動しながらやってございます。

田中委員から、うつ病キャンペーンではなく、社会的要因を取り除き、直接自死の元を断つ施策が必要ではないかということでございまして、大綱においても社会的要因を踏まえて、大綱そのものが総合的な取り組みの推進でございますので、大綱を進めていくということが委員の御意見に沿っていく形かと思っております。

各論でございますが、うつ病等の精神疾患に限らず、内閣府においてもいろいろ背景にある問題に対応した、先ほど申しましたが、ゲートキーパーの養成教材の公表や連携調整を行う人材養成や、人材養成フォローアップなどを行ってございます。

次に、中山委員から、生きる支援のための保険制度について官民挙げて検討という御意見をいただいておりますが、生きる支援のための保険制度に関しては、制度の骨格がやや不明であるので、なかなか評価は難しいかと考えてございますが、経済的な問題で自殺に追い込まれる人への対応として、例えば大綱においては、社会的な取り組みで一層防ぐという意味において、多重債務の相談窓口の整備とか、セーフティネットの融資の充実、経営者に対する相談事業の実施等の取組を進めているところでございまして、今後も大綱を進めていることで中山委員の御懸念ということに十分対応できるような形でやっていきたいかと考えてございます。

次に、未遂者のところでございますが、清水委員から「自損事故による緊急搬送」に関する統計資料の活用状況ということでございまして、消防統計の概要や自殺予防総合対策センターで実施した分析結果等について、内閣府においても自殺関係統計マニュアルというものをつくっております、そういうものを中心に自治体向けに紹介をしております。

また、主管課長会議で統計の活用について周知してまいりたいと考えてございます。

次に、田中委員から、「未遂者への健康保険の適用について」に関して、全組合への指導と実態の把握が必要ではないかというところでございますが、厚労省の課長通知によりまして、保険者等に改めて通知をしております。今後とも課長通知に基づいて、保険者等に対する取り扱いの周知徹底を図りたいと考えてございます。

次に、遺された人への支援というところでございまして、心理的瑕疵についてというところで、杉本委員、田中委員から御意見いただいております。心理的瑕疵につきましても、損害賠償の請求を民法上一律に否定する等の立法措置を講ずることは困難であることはあるのですが、ただ、遺族の置かれた状況や支援についての理解促進に努めることは今後必要ではないかと思ひまして、特に心理的瑕疵につきましても、裁判等で示された損害賠償の程度を超えて遺族が不利益を被ることがないように、損害賠償の現状の把握と、その周知を図ることが肝要であるかと考えてございます。そのため、今までの判例等の内容について簡単に整理をしながら、どういうふうに遺族に実態をうまく周知をしていくかということが大切かと考えてございます。

次に、田中委員からでございますが、生命保険の免責期間と遺族の支援ということでございまして、生命保険の免責期間の見直しについては、法制審議会保険部会において議論されてございますが、免責期間を廃止すると自殺を助長する等の理由から、従前の規律を維持することは相当の結論になってございます。

自殺免責期間を含め、各保険商品の設計については、各保険会社の経営判断に基づいて行われているものではございます。各保険会社からは、一定程度の免責期間を設けることは、保険金取得目的で保険に加入し自殺することや、あるいは自殺を誘発・助長することへの防止に有効であると考えられること、遺族保障の提供という保険本来の役割の両者のバランスの観点から必要だと考えていると聞いてございます。

次に、杉本委員、田中委員から、自死等があった物件等の情報が掲載されているサイト

と遺族支援というところでございまして、関係省庁において、まずは亡くなられた本人や、その遺族等のプライバシーに配慮した対応を行うことが大切ではないかと考えております。

また、そのときに得た情報については、情報管理の徹底を図ることがまず大切だと思っております。本件について問題、課題につき引き続き整理する必要があると考えてございます。

推進体制でございますが、五十嵐委員、中山委員から、今回の会議の役割と大綱の性質についてどう考えるかということでございますが、本会議は、大綱に基づいて連携・協働し、自殺対策を推進する趣旨で開催するものでございます。各委員の専門分野から、関係省庁を交えて幅広い御意見や御議論をいただくことで大綱の推進に資していくものと考えてございます。

本日、私も今まさに説明していることでございますが、委員より御提示されました御意見につきましては、このように各省庁に回答ということで整理していただきながら対応というのを吟味していただくとともに、きょうもオブザーバーとして各省庁には参加していただいているところでございます。

中山委員から、自治体間で互いに相談を受け合うような仕組みを、また、そのような調整基金の設置をということでございますが、現在の基金に関しましても、広域的な事業は実施可能でございます。25年度補正予算においても、都道府県連携事業分として定額を交付してございます。また、連携における広域的な相談事業の取り組みなど、その連携を通じたいろんな協力し合う取り組みについては事例集等で紹介しているところでございます。

最後でございますが、清水委員から、狭義での自殺対策を主たる目的としての事業の予算額をということでございまして、自殺対策関係予算は、大綱の当面の重点施策に基づいた事業等に関する予算を各省庁から登録いただき、まとめたものでございます。

そのような形で大綱の重点施策ということで予算を取りまとめてございます。ただ、なかなかどこまでが自殺でどこまでが自殺ではないかと難しいところがあるので、うまく整理するのは難しい部分はありますが、ただ、現行においても、例えば独立行政法人等の運営費交付金などは、小項目やそれぞれの項目には入れていても総計には入れていないなど、委員の問題意識に沿った形で、現行で工夫をしているところでございます。

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、今の御説明がございましたけれども、これに対しての委員の方から御質問、御意見がございましたら。時間が限られておりまして、20分程度になります。御意見をいただきたいと思っております。どなたからでも結構でございます。

どうぞ。お名前を申し上げられなくて申しわけございません。

○中山委員 中山でございます。

今、御説明いただいたのですけれども、特に24ページの私の前回の意見に対して、実施できるよというお話でありますけれども、これは多分誤解があるのではないかと、あるいは

はないのであればやり方を教えていただきたいと思いますと思うわけですが、まず、これは何かといいますと、例えば自治体が相談を受けるときに、相談の対象というのは基本的に自らの自治体の住民です。だけれども、住民からすると、余り近いところで行くのは嫌だというようなこともあり得るということで、互い互いに有志の自治体でお互いの住民を受け合うような形をしたらどうかというのが提案なのです。

これに対して、調整基金というのは、そうしたことをした場合に、特定の自治体に相談が集中する可能性がある。その場合、その自治体にとってみれば、自分のところの住民の相談を受けることができなくて、ほかの地域の住民の話ばかりになってしまう可能性があるとしたときに、調整弁として調整基金を持つことによって、そこからの御支援をさせていただくということができないかという趣旨なのですけれども、こういう事後で調整弁として支援をさせていただくというやり方が本当に今の仕方のできるのかということなのです。

例えばある県のある自治体を取りまとめ役としてやりましょうとした場合に、結果として他の県の他の自治体に対して支援せざるを得ないといったときに、本当に理屈をつけて、他の県の他の自治体の分まで支援をするということができるとか。そこをできるのであればやり方を教えていただきたいと思いますし、事後という点と、それから他地域の部分について自分のところで自分の県に対して要求するということができれば教えていただきたい。できないのであれば、できるように、申し上げたような形でぜひ考えていただけないかというようなことです。

それに関連してお答えの中で、広域的な事業については、今の100万の仕組みの中でできるということなのですけれども、これについても連携事業というのは、基本的に自治体間で自殺対策に対する思いというのは濃淡もあるし、優先順位もありますし、いろんな温度差がある中で、参加のハードルを下げて、そして広く参加をさせていただいて、まずは交流することで互いのレベルを高めていく、あるいは交流のウイングを広げていこうとする取組であるときに、こういった形で今の仕組みというのは基本的には、事前に事業を仕組んで、事前に優先順位の中でやる必要がないと思わない自治体のみが参加できる仕組みですので、そういう意味では、結果として今のやり方で申し上げたような事業をすると、都道府県別の通常枠の中での優先順位に不安定さがあり、事業によっては大幅に連携する自治体が減ってくる可能性があると思っています。

そういう意味で、まずハードルを下げながら参加を広くさせていただいて、そして、それによって地域レベルでの各地各地の実践的な取り組みを自治体間の自殺対策に対する思いの濃淡を乗り越えて、温度差を乗り越えて広げていこうとするときに、今の仕方だと限界があると思いますので、この点についても、ぜひ運用を改めていただけないかなと思っています。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

御意見を先にいただいて、そして、終わりにまたまとめで今の段階でお答えいただける



部分と、これから検討する部分等について整理していただければと思いますので、先に御意見いただけたらと思います。

ほかにいかがでしょうか。

渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 渡辺です。

私の意見に対する御回答のところ、少し私の意図と違ったところがあるかと思っておりますので、少しだけ追加させていただきます。

最初の濫用の恐れのある医薬品「ウット」が一般の薬局、インターネット通販で簡単に買えるのはいかがなものかということで、販売制限を設けたとされているのですが、まず1つ事実としては、インターネットを開いていただくとすぐわかるように、Amazonで12錠入り10箱とか通販で簡単に買えます。それと私が申したかったのは、このブロムワレリルに比べるとはるかに安全性が高い抗不安薬などが、しかも医師の処方においても非常に制限をかけておられるのに、こういったはるかに危険な薬が医師の介在なしで簡単に買えるという制度に矛盾があるのではないのでしょうかということが言いたかったところでございます。それが1つです。

2つ目の多剤併用療法のことでございますが、もちろん、不適切な多剤併用療法が悪いというのは当然のことでございます。私が申したかったのは、これを一律に診療報酬上で規制するというのはいかがなものかということでございます。多剤併用がどうしても必要な患者さんがごく一部おられます。それを一律に診療報酬で規制するというのはいかがなものかということをお申したかったのでございます。

不適切な処方であれば、これは診療報酬ではなくて、個別指導、その他行政処分に対応すべきことなので、不適切な処方は行政処分というのは筋ではないでしょうかということが私が言いたかったことでございます。そのあたり、修正、訂正していただければと思います。

以上です。

○樋口座長 ほかにいかがでしょうか。

五十嵐委員、どうぞ。

○五十嵐委員 五十嵐でございます。

私の実態把握のところの自殺統計について、職種や年齢等データの出し方への配慮ということで御回答いただいているのですけれども、私が特に強調したかったのは、今回も新しい自殺対策の実施状況の概要等出ておりますけれども、例えばこの資料の11ページなどを見ますと、その他の無職者というところが全体の4分の1を占めているわけですが、無職者の自殺が半分ぐらいを占めていて、年金・雇用保険等生活者の方々、浮浪者についてはどういう背景かわかるのですけれども、その他の無職者の内訳がよくわからない。そうしますと、ここにはもしかすると、仕事を失っている人たち等が含まれているとすれば戦略もまた変わってくるわけで、その他の無職者の内訳をもう少し掘り下げてほしいと

いう意味で申し上げたので、既に統計がホームページ等で公表されているとは存じ上げておりますけれども、この部分のもう少し分析を進めて戦略につなげていただきたいという趣旨で申し上げました。

以上でございます。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。

それでは、杉本委員、どうぞ。

○杉本委員 私が問題提起をさせていただきました、心理的瑕疵につながる案件ですけれども、大綱の見直しのときに心理的瑕疵については法的対処も含めて検討するということを多分おとしの夏だと思うのですけれども、今回もまた引き続き整理、検討となっているので、これをぜひ具体的に進めていただかないと、次々新しい困難な案件が出てきている状況ですので、具体的なところを教えてくださいと思います。

○樋口座長 では、一度ここで、これまでのところの質問に対して、今の段階で整理できる場所をお願いします。

○岡参事官 わかりました。まず、中山委員から、自治体間で互いに相談を受け合うような仕組みということでございますが、少し私の説明がやや口下手だったかと思っておりますけれども、今の基金はある程度都道府県が中心となって自由に使っていただきたいという部分もありまして、それぞれ都道府県に基金を造成していただいて、ある程度都道府県の自由度がある形で運用している次第でございます。

その基礎的自治体同士での連携を進める際においてどのようにしていけばいいかということでございまして、そのこの部分は、それぞれ連携をする自治体同士でいろいろ御議論いただいて、県が違う場合は、それぞれの県のところに、いろいろ基金ということで使いたいとお話ししていただいて、でも、都道府県を通じた形で連携をしていただければ、それは実質的に中山委員がお考えになっているようなことができるのではないかと考えております。

今回、都道府県に対してある一定の額、先ほど委員からも100万円と言われましたが、その部分に関して、そういう連携枠ということでお話ししてございまして、それぞれ各自治体のほうから、都道府県にそのような話を持っていった場合には、ある程度枠という考え方としてこちらのほうでもそういうことは重要ではないかとお示ししていることはございますので、比較的ちゃんとその議論に乗っていただけるものではないかと思っております。

とりあえず、これからどうすればいいかということは、いろいろ基金の使い勝手ということも含めまして、今、もう一つ、検証評価会議等で御議論してございまして、できるだけ自治体にとって使いやすいようなものになるようにいろいろ工夫していきたいと思っております。

渡辺委員のご発言に関してでございますが、厚生労働省さん、何かしらございますか。

○中崎心の健康支援室長 厚労省でございます。

渡辺委員から医薬品の販売の関係、それから多剤処方の関係、御意見いただきましたけ

れども、今ここでお答えすることはできませんので、関係する部局にお伝えしたいと思えます。

○岡参事官 あと続きまして、五十嵐委員の無職者の内訳がわからないかというところでございまして、自殺の統計、遺族の方もございまして、なかなか突っ込んで統計を集めるのはなかなか難しい状況でございまして、無職者のより細かい内訳というのは手元にはございせん。ただ、1つの統計からなかなか限界があったとしても、例えば年齢とかあるいは動機別とかでクロスで分析をあわせて見ることで、大体の絵というのが見えてくるのかなという気もいたしまして、その中で今回の自殺対策白書におきまして、いろいろ自殺死亡率ということで、そこで年齢構成とか、あるいは動機別などの分析をしておりますので、そこで合わせながら、自殺者のどういう状況なのかという実態などが深掘できるような形で今後も工夫できればいいかなと思っております。

最後に、杉本委員からの心理的瑕疵でございしますが、なかなか心理的瑕疵については、委員が御期待できるような形で進めるのは、急にはなかなか難しいものがありますが、ただ、実際遺族の方がいろいろ困った状況になっているということに対して少しでも緩和できるような措置ということでございまして、まず、我々のほうとしてもどういう状況なのか十分把握していないのではないかとこともありますので、そこからどういう対応をしていく、まずはその状況の把握というところから中心に進めていって、実態を考えていきたいと思っております。

済みません、十分答えられたかどうかわかりませんが、以上でございまして。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、どうぞ。

○中山委員 中山です。

私の説明が届かなかったと思うのですけれども、今、参事官はできるというお話なのですが、本当にできるかどうか、これは非常に疑問です。というのは、最初、何も計上せずに、相談をしてしまった事後に事後補填として本当にできるかどうかということが1つの要素としてあるのと、もう一つは、一番大切なのは、私のところは例えば京都の京丹後市ですけれども、ほかの県のほかの自治体の部分について私のところができるのか。それはそうではなくて、ほかの県のほかの自治体が要求してくれと思うのですけれども、そのときに、ほかの県のほかの自治体がやったのは、他の自治体の方の相談分なのです。自分の自治体の住民に対する相談ではないのです。そういったことができるのかどうか。事務的に非常にそういうややこしい事務があればもう嫌だということで、その動機のところでも分後退をするということになると思えますし、いずれにしても、できるのであればスムーズにできる仕方をぜひ支援していただきたいなと思っております。

一般的な交流事業のあり方としても、繰り返しますけれども、最初から事業量を同定して、そしてぎちぎち優先順位をつけて要求をしていくというやり方でもって築いていくというのは、最初、濃淡が自治体にあると言いましたけれども、参加のハードルをまず低く

してもって、大勢入ってきてもらって意義を感じてもらって、それから施策の熟度が高まってくればそういうような局面というのは出てくると思うのですが、施策の最初の段階では、なかなか全国的な交流事業の施策の最初の段階では、意義をそこまで思っていない自治体にいかに意義を感じていただくかというところから始めないといけないというところで課題があるところを乗り越える仕方として申し上げているということです、ぜひ御理解をいただきたいなと思います。

あと1点、こういうやりとりは、5カ月に1回なのです。だけれども、5カ月に1回を繰り返していれば次第に任期も終わりますし、首長ですからかわるかもしれない、御担当の方もかわるかもしれない。なので、私は部会を置いて、継続的に密に審議をしていく機会を持った方がいいのではないかとということで提案をさせていただいているのですけれども、その点についても、この場があるからいいのではないかとのお話ですけれども、ぜひほかの方もおっしゃられましたように、再質問、再回答をお願いするようなことというのはたくさんあるのだと思うのですけれども、それが本当に5カ月に1回の公式な場でいいのかというのが疑問なので、その点についてもよろしくお願いします。

○樋口座長 それでは、またそのあたり、御検討いただくことにいたしまして、とりあえずほかの御質問がございましたら。

どうぞ。

○宮野委員 質問ではございませんが、薬剤師会の宮野と申します。

先ほどの渡辺委員からの発言に対し御回答、即答を厚生労働省がなさらなかったのですが、6月12日から一般用医薬品1類までもインターネット販売可能になっております。私たち薬剤師会は最後まで反対してきたわけですけれども、実際にはこういう状態になりかねないことも予想しておりました。要指導医薬品は、原則1人1包装単位、対面で、そして書面等で情報提供し、医薬品を提供しています。また濫用のおそれのある医薬品についても同様な販売が望ましいと思っておりますので、また厚生労働省と一緒にしっかりやっていきたいと思っておりますので、御理解をお願いいたします。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。

それでは、後ほどまだ後半の時間で各委員からの御発言いただく時間もございますので、この今のことに関しまして引き続き御質疑があればお願いいたしますが、とりあえず次の議題に進めさせていただきたいと思います。

次の議題は報告事項でございまして、まずは自殺対策白書、先ほど話に出てまいりました自殺対策白書について、これも事務局のほうから御説明をいただければと思います。

○岡参事官 自殺対策白書の概要をごらんいただければと思います。お手元にありますか。2ページをおひらきください。自殺の現状でございます。

自殺者数でございますが、14年連続で3万人を超える状態にありましたが、24年に15年ぶりに3万人を下回りました。25年も2万7,283名ということで3万人を下回っております。

3ページ目、右でございますが、自殺死亡率でございます。人口10万人当たりの自殺者

数でございますが、これも自殺者数と同様の傾向にございまして、平成10年に急上昇しましたが、23年まで高い数字が続いておりましたが、24年、25年と21.8、21.4に低下してございます。時間の関係もございまして、ちょうど自殺死亡率ということが今回の自殺対策白書の特徴でございますので、それを中心に説明したいかと思っております。

16ページまで飛んでいただきまして、第2節の特集でございます。この特集で自殺死亡率の分析をしてございます。

第2図でございますが、平成9年～10年において、自殺死亡率がぼんと跳ね上がってございますので、平成9年をベンチマークとした形で、それぞれの年齢構成別に寄与度を計算しております。今まで自殺死亡率を寄与度で見たことはございませんので、初めての試みではないかと思っております。これを見ますと、平成9年～平成10年に自殺が跳ね上がっておりますが、その場合、高齢者、また中年及び若い人も含めてですが、全般に自殺死亡率が上がっていることが見受けられます。

推移でございますが、ずっと高い水準でいきましたが、全体の自殺死亡率が低下するに連れて、50代、60代の寄与が小さくなっているのがわかります。特に50代に関しましては、平成23年以降はマイナスの寄与度ということになってございます。マイナスということは、平成9年よりも自殺者数が減ってきているということでございます。

16年以降は、30代の寄与度は増大していますが、ただ、最近では低下傾向にございます。寄与度分析でございますが、寄与度というのをより詳細に見ていった場合、それぞれの年齢ごとの自殺死亡率と、及びその年齢の全人口に占める割合、そういうふうに2つに分けることができまして、それぞれ年齢構成要因と自殺死亡率要因というように言っておりますが、その要因はどうなったかというのを分解したのが第3図、第4図でございます。特に、60代、50代において自殺死亡率が下がっている傾向みたいなものを見ていくと、第3図は人口構成比で見えてございますが、60代は一貫して増大してございます。もちろん、日本全体が高齢化に伴って人口構成比が増加しているということがございます。

一方、下の第4図を見ていきますと、60代の自殺死亡率そのものは、減少というか小さくなっていてございます。平成21年度以降はマイナスの寄与度になってございます。そういたしますと、60代の寄与度が減っていますが、自殺死亡率そのものでいくと落ちてはいるのですけれども、年齢構成比が増大していることに伴って落ち方の幅が緩やかになっている、そのようなことがわかります。

50代でございますが、50代を同じように見ていきますと、人口構成比は全体に高齢化することに伴って50代の構成比は低下してございます。また、50代の自殺死亡率を見ても低下してございますので、人口構成比及び死亡率、両方の寄与がマイナスになっておりますので、あわせて2つ低下しているということでございます。

30代でございますが、30代の人口構成比の寄与は一定でございます。一方、自殺死亡率も最近では下がりつつありますが、ずっと概して一定でございますので、その分、30代の寄与というのが16年以降増大していると考えられます。

次のページが要因による分析でございます。平成19年以降分析しているのは、それ以前とは実はカテゴリーの考え方が変わってきておりますので、同じ比較できるというところから、19年から見てございます。それを見ますと、主な自殺死亡率の主要な要因というのは、経済生活問題と健康問題による自殺者の割合の低下によるものだということがわかります。

特に、経済問題に係る1つの示唆として第12図を少し書かせていただいておりますが、この12図の赤と青、それぞれの点線の部分は、がんの有病率を年齢ごとにプロットしたものでございます。線になっているのは、自殺死亡率のプロットでございます。自殺死亡率は何かというと、病気の悩みによる自殺死亡率でございます。特にうつ病等ではなくて身体の病気による自殺死亡率でございますが、これを見ますと、がんの有病率と病気の悩み、身体の病気による自殺死亡率は、両者のグラフの形状はおおむね類似してございます。

そういたしますと、すなわち、がんというものがきっかけとなって自殺に追い込まれるというような状況がある程度あり得るのかなというのが1つの示唆でございます。がん患者に対する緩和ケアというのが病気の悩み、特に身体の病気による自殺を予防する対策として重要ではないかということを示唆する絵と考えてございます。

次の19ページでございますが、これは少し毛色が変わりまして、市町村の人口規模と自殺死亡率というものを考えたものでございます。これを見ますと、人口の少ない市町村ほど自殺死亡率が上がっているというような傾向が見受けられます。25図、26図、同様な傾向が見られるかと思えます。

それについて少し詳細に分析したのが20ページでございます。これのベンチマークは、全国の平均をベンチマークとしてございます。それぞれで人口規模別に年齢の寄与度分析をしております。5万人未満の市町村というのは、ここで上の部分に、上というのは自殺死亡率で寄与度のところでプラスになってございますが、5万人未満のところでは全国平均よりも自殺死亡率が上回っているということを意味いたします。

これを見ますと、人口5万人未満の市町村では、80代以上、70代、60代が全国平均よりも寄与度が高まって、それが全国平均よりも自殺死亡率を押し上げているというようなことが見受けられます。それについて、先ほどと同じように、人口構成比とそれぞれの年齢ごとの自殺死亡率の寄与度を見たものでございます。

上のところが年齢ごとの自殺死亡率でございますが、概してですが、70歳代、80歳以上で人口規模が小さくなればなるほど、自殺死亡率の寄与が大きいということがわかります。

31図でございますが、これは人口構成規模が小さくなれば、年齢が高くなるほど人口構成比、すなわち高齢化が進んでいることがわかります。

その次のページでございますが、同じように人口規模、原因・動機別で見たものでございます。これを見ますと、人口5万人未満では、概して健康問題というものの寄与が大きいと考えられます。健康問題は、いろいろございますので、より詳細に見たものが第34図でございます。そういたしますと、健康問題の中で青色の部分、すなわち身体の病気につ

いてというところの寄与が全体で大きくなってございます。それが、5万人未満都市では、身体の病気というのはプラスに効いていまして、逆に30万人以上では、マイナスになっている。そういうことを考えますと、人口規模が小さくなればなるほど、5万人未満の市町村で病気の悩みによる自殺死亡率を高めているということがございますので、これらの都市は先ほど見たように、高齢者自殺割合というのは高まっている中で、例えば高齢者向けの医療サービスの充実等が重要ではないかということが示唆されるものであると考えてございます。

分析編に関しての主なトピックは以上でございます。

あとは59ページ以降で自殺対策の基本的な枠組みと実施状況ということで簡単に整理してございます。

自殺対策白書については以上でございます。

○樋口座長 平成26年度の自殺対策官民連携協働ブロック会議の報告もお願いいたします。

○岡参事官 資料4をごらんください。よろしゅうございますか。

自殺対策官民連携協働ブロック会議、福島で行いました、その概要でございます。そもそも、ここでこういうブロック会議を開いた経緯とございますが、ちょうど震災関連の自殺者、特に1月、2月において福島でふえていたこともございまして、我々のほうでも、私の前任の参事官であります、福島県に行って、いろいろ議論、お話をしながら、やはり何が福島県として必要かというお話を伺ったところ、他の被災地においてどのように自殺対策を行っているのかということについて、いろいろ広く知恵をいただきたい。また、人手不足等もあるので、それをどういうふうになくしているのかということも知りたいという問題意識がありましたので、それも踏まえた形で、今回、官民連携ブロック会議ということで、特に自殺対策を直接行われているような、それぞれ県においても保健所レベルで職員とか、あるいは民間のNPOの人たちをお呼びいたしまして、それで例えば宮城県や岩手県、あるいは青森県などの自殺対策の進めている実際の状況についてレクチャーをいただきながら、後半部分で、自分たちは今何ができるかという観点でいろいろ研修という形で御議論いただいて、それをまたそれぞれの現場のほうに持ち帰っていただいて、いろいろ特に被災地の各地域でやっているような取り組みというのを十分自分たちの地域のところ、特に福島県のところにおいて活用していただくというのは、そういうことを念頭に置きながら今回のブロック会議というのを開催させていただきました。

それで、日時でございますが、先ほど少し説明いたしました、先々週の金曜日の6月20日に福島県でやってございます。参加者でございますが、被災3県の行政、民間の自殺対策関係者で38名ほど御参加いただきました。前半部分でそれぞれ有識者からの「東日本大震災から3年。今後の自殺を考える」ということで、福島医大の先生お二人に、今の福島の置かれている状況について、あるいは被災地での自殺予防について川野先生から御講演いただきました。

そして、午後から被災地の自殺対策連携人材育成研修ということで、陸前高田市、名取

市、野辺地町の自治体から、実際の自分たちのやっている取組についていろいろ御報告いただきまして、その後、彼らも含めましてグループワークということで、それぞれ参加者6グループに分かれて、自分たちで今何ができるかという視点のもと、被災地の課題とか取組みについて検討していただいております。

グループ分けに関しましては、それぞれ公務員だとかNPOだとか地域だとかが偏らないように、ばらつきを考えながらグループ分けしてやってございます。各グループから発表された主なテーマというのは、支援者に対する支援というのも重要ではないか。あと、相談のネットワークづくりをうまくやっていくことが重要だとか、そのような話をいただいております。

私もこれに参加いたしました。総括といたしまして、被災地での現場で直接自殺対策に取り組んでいる行政、民間の担当者が一堂に会するという事で、福島県を初めとする被災地の状況や取組みについて情報を共有し、担当者同士の連携の強化が図られたと思います。なかなかこういう取組というのは、余り頻繁に起きるものでもない聞いておりますので、そういうところでしっかりと連携していくことで、その日だけではなくて、また被災地の現場に戻っても、いろいろ実質的なネットワークというのが活用して連携が図られていることを期待しているものでございます。

グループワークにおいては、それぞれもともと現場に行くとき実際自殺対策を率先してやられているリーダー格の方が来られているということもございまして、短時間でお願いした割には、すごく活発な御議論などがいただいたものだと思っております。今後、また担当者同士でより具体的な取組みや今後の方向性というのがそれぞれ話し合われていくと、いろいろ実質的な現場レベルでの自殺対策という部分では大きな前進になっていくのかなと考えてございます。

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。

ただいまの自殺対策白書の概要版の報告と、そして、連携協働ブロック会議についての報告でございました。この2つにつきまして、御質問あるいは御意見がございましたらお願いしたいと思います。

どうぞ。

○田中委員 全国自死遺族連絡会の田中でございます。

私、藍の会という自助グループをやっています。ブロック会議に参加いたしました。連絡会の代表ではなくて、自助グループ、わかちあいの会の代表としても参加させていただいたのですけれども、昨年度もブロック会議にも参加させていただいたのですけれども、毎回思うことは、やはりメンタルに偏っているなということが一番思います。

そして、大変残念だなと思ったのは、福島から民間団体の報告が1個もなかったということで大学の教授の発表でして、これについても研究発表、大学の教授さんたちなので、研究とか、そういうのがデータとかが多いのですけれども、そのデータを出したものに



いてどのように対処していくのかというのがなかったということが私としては非常に残念だなど。内容としては、よかったのかもしれないけれども、でも、人材、人選というか、そういう意味では物足りなさを感じて、私としては全然スキルアップになっていないのではないかなと、一向に具体的な対策に進んでいかない。

そして、白書の中でもそうですけれども、今回のブロック会議でもそうですが、ほとんどが過疎地。名取市は宮城県、そうではないですけれども、過疎地が多い。青森県の野辺地町というのは、私は青森県出身ですけれども、非常に少ない過疎地です。本当に少ないところです。そして、陸前高田のところもそうです。本当に過疎地のところで高齢者がほとんどで、若者とか、そういう働き盛りの人たちのところはほとんどいない状況の中での対策だとすると、仙台市とかの都市には何の役にも立たないかなと私自身は思って、いつも思うのですけれども、こういうところの発表はほとんど過疎地の報告なのですね。宮城県の震災後のシンポジウムとかやられるときも、必ず女川町とか、東松島市とかというところで、非常に人口の少ないところで、そして、高齢者が多くて若者がほとんどいないというか、過疎化が進んでいるところがほとんどで、人選についても昨年度もお願いしたのですけれども、もう少しブロック会議のところで震災でいえば、青森県の野辺地町がなぜ入っているのかなと思いましたし、そこに福島県の、福島県は宮城と東北3県の中で特殊な事情を抱えていると私は思っているのです。震災がまだ終わっていない、原発問題があるので現在進行形で震災が進んでいるという状況の中での報告が全くなかったのは非常に残念で、それが岩手県、宮城県よりも福島県が年々、1年、2年、3年と関連自死がふえているというところにあるのだけれども、それについては何もなかったなと思っていました。今後もしこういうことをやられるのであれば、もう少し両方取り入れて、過疎地のところもいいけれども、都市部もとり入れた形で、教授の話もいいけれども、教授の話を踏まえて受けて、それをどういうふうに具体的にやっていくのかという団体とか、そういうところの報告も欲しかったと思っています。よろしくお願いします。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。

どうぞ。

○坂元委員 先ほどの自殺の概要の説明の中の、疾病の中で、いわゆるがんの寄与率が上がっているという問題が指摘され、ここに対して非常に懸念をもっているのですけれども、先ほど小さな人口規模の町に行くと高くなるというのは、例えば端的に言えば、がん診療連携拠点病院みたいなものがないとか、そこへのアクセスが悪いとか、そういう問題があるのではないかという懸念です。がん診療連携拠点病院、これは厚生労働省の所管だと思うのですけれども、その許可要件の中に、恐らくがん患者の自殺対策とか、をどのようにやっているかというのが明記されていなかったのではないかと思うのです。もし、このいわゆる自殺の中にがんの寄与率が今後上がっていくということであれば、これは大きな懸念ですね。今までかなりうつ病とか精神疾患というものに対してはかなり対策をとって一生懸命やってきたのですけれども、このがんということが問題になるならば、がん診療連

携拠点病院、これは国が認める場合と都道府県が認める場合の2種類あると思うのですが、そこにおけるがん患者の自殺対策のあり方の強化とか、見直しとか、そういう施策をしっかりやるべき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 どうぞ。

○田中委員 それについて思うことがありまして、遺族と多く接している中で思うことがありまして、そういうがんの告知が非常に盛んに行われて、がんの告知が広まってきて告知される場合が非常に多いと聞いていますけれども、そのときに受け入れられない、自分が死んでいくことに対して受け入れられない、そのフォローが少ないかなと思います。自分の死を受け入れていく、家族も含めてそれを受け入れていくというところのフォローが全く手薄なのではないかなと思って、がんの告知とともに、そういうところも同時にやっていただきたいと思っております。そうすることで防げる死はたくさんあると思っております。

○樋口座長 ほかに、事務局からありますか。

どうぞ。

○岡参事官 済みません、まず田中委員からいただいた御意見でございます。

とりあえず、できるだけ我々もブロック会議というのを、自殺の実際対策をやられている方がうまく活用できるような形でしていきたいと思っております、それは委員の問題意識と全く一緒ではございます。

ただ、今回簡単に説明いたしますと、問題意識のところ、特にきめ細かくブロック会議をやるという意味において、特に福島に関係する被災地における自殺をどう考えるかというのは大きなテーマとしてございまして、その中で、実際に自殺対策で何をすればいいか、県庁の人がおっしゃっていたのですが、なかなかどうすればいいか悩んでいるところがございましたので、その意味において、特に他の県においてどういうことがされているかという、1つの事例、参考になればいいかなと思いたしましたので、あえて他県のいろんな自殺対策のことについての報告を中心にさせていただいたという経緯はございます。

野辺地のことに関しましても、ちょうど野辺地町傾聴ボランティアというのをやっております、自殺対策において、よく人の話を聞いてあげるとというのが1つのテーマになるかなというのがございますので、そこら辺のところ、1つの福島県さんのいろんな活動をされている方の気づきにもなればいいかなと思いたしましたので、お呼びした次第でございます。

あと具体的な進め方というので、まずはこういうネットワークというのはかなりしっかり進めていかないといけないかと思っております、それができた、ある程度きっかけになったということはすごく大きな意味だと思っております。また、具体的などころにおいて、なかなか人材が不足をしているという話もございましたので、特にNPOなどを活用しながら連携しながらいろいろ自殺対策を進めているような、そのような陸前高田市さんとか、そ

ういう市に少しお願いすることで、そういったものが1つのきっかけになればいいかなど。そういうようなこともありまして今回こういふことにした次第でございます。

あと、がんとの関係でございますが、実は第12図と後半の部分の第34図のところは、特に実際どこまで、年齢ごとに分けていないので、連携の仕方がどうなっているか我々は分析してございませんが、ただ、むしろ、あくまで示唆であるのですけれども、この場合、まさに先ほど田中委員がおっしゃられたように、がん患者に対してどういうふうにケアをしていくという、きめ細かい対応をしていくということが重要ではないかという意味の示唆でございます。

その意味において、特にいろんな施設とかという意味ではなくて、むしろ、その1つ前のちゃんとがん患者に対するケアというのが自殺予防にとって重要ではないかなというところがここのインプリケーションだと考えてございます。

済みません、以上でございます。

○樋口座長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 ライフリンクの清水です。

6月20日のブロック会議のことでお伺いしたいのですけれども、そもそも論になるのですが、福島で自殺で亡くなる人が今ふえている。どういう人たちの自殺のリスクが高まっているのかということ把握できているのでしょうか。

つまり、限られた財源や人的資源を使って、効率的、効果的に対策を推進するためには、当然問題の正しい見立てが重要になるわけですけれども、その問題の見立てとして、どういう人たちの自殺のリスクが今高まっているのか。だから、どういう人たちに対してどういうケアをする必要があるのかといったような、そういう実態を踏まえた対策の立案というものが不可欠だと思いますので、その実態の把握がどこのあたりまでできているのか。いろんな当然ハードルはあると思いますので、どこまでできているのかということも率直にお伺いできたらと思います。

それに関連して言うと、中越の震災の後に新潟県が報告書を出しましたね。どういう人たちの自殺のリスクが高まったのかということをもとめた報告書の中には、喪失体験をした人の自殺のリスクが高まっていったと。しかも、復興住宅に移ってから、むしろ自殺率が高まっていったということも分析として行われているわけなので、そうした過去の分析等も踏まえながら、また現状の実態の解明に努めながら、効果的、効率的な対策をぜひ進めていただきたいと思います。なので、質問に立ち返ると、実態の把握、どういう人たちの自殺のリスクが高まっているのかとか把握できているのか、その点を伺いたいと思います。

○樋口座長 どうぞ。それに対してはよろしいですか。

○岡参事官 実は、なかなかいろいろ原因、動機別とか見ても、なかなか実態としてうまく福島だからというのは出てこない部分があることは正直あります。ただ、まず、しっかりと福島県の特に被災者の置かれている状況を考えますと、例えばその中に原子力災害関

連の被災者もいれば、津波関連の被災者もいる、あるいは仮設住宅でいろいろ長くなっている部分もある。そういう意味において、また賠償金をもらっている方もいればもらっていない方もいる。いろいろ多様な方がおられる中において、それぞれ、その人たちをなかなか全体として意識を共有していくというのが、話を聞きながら、例えば分かち合うというのはなかなか難しい部分があるのかなと思ひまして、その意味において、今回も傾聴ボランティアというのは、ちゃんと彼らは福島県の被災者の置かれている悩みというのを共有できて、してあげるといところがやはり自殺対策という意味においては大切なのかなと考えている次第でございます。

その意味において、今回ブロック会議でいろいろ福島県の自殺対策、直接現場でやられている方にいろいろお集まりいただいて、そういうきめ細かくそれぞれの悩みというのを聞いてあげることが自殺対策の迂遠かもしれませんが、1つの解決になるのかなと思ひましてブロック会議という形で進めてきた次第でございます。答えになっているかどうかわかりませんが、済みません。

○樋口座長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 今、参事官のおっしゃられたこと、物すごく重要だと思っていて、つまり、福島の場合は被害状況も、あるいは補償を受けている状況も違うので、なかなか共感して分かち合うということが難しい現状があるというのは、我々もそういうふうに思っています。

なので、いろんな状況が違う人たちに対してでも、それぞれにしっかり傾聴していくということは大事だと思うのです。ただ、私が先ほどお話しさせていただいたのは、そういう広くあまねく地域全体に対してのいわゆる心のケアということとは別に、実際に亡くなっている方が福島ではふえているわけですから、これはこれまでの従来のデータの収集の仕方だけでなく、場合によっては、御遺族の方たちに協力を呼びかけて、同じようなことが繰り返されないようにぜひ対策を打っていききたいのだと、そのためにはお話を聞かせていただけませんか、個別の調査ということもぜひ検討していただけたらと思います。遺族の方の中には、自分の悲しみが、あるいは自分の大切な家族の命がほかの人の命を守るために役立つのであればとって調査に御協力してくださる方は少なくないと思うのです。ですので、とりわけ福島の場合に関しては、調査をあらためてするというぐらいのことも含めて、実態の把握、検討いただければと思います。

○樋口座長 高橋委員、どうぞ。

○高橋委員 2つあるのですけれども、1つは、自殺対策の実施状況の概要の分析です。先ほど人口の小さい市町村で自殺率が高いというような説明がありましたけれども、これは当然人口の小さい市町村だと農村部が多いのだろうし、高齢化率が高いので自殺率が高くて当然だろうなども聞いていたのですが、今後、次の会の分析のときには、高齢化率と、あとアルコール消費量、脳血管障害の率、そして経済的要因といったような面からの分析をつけ加えてもらいたいと思ひて聞いていました。

もう一つ、ブロック会議についてなのですけれども、先ほど参事官も、福島における自殺が多要因、いろんな原因があつてしているのだというお話でしたけれども、えてして福島の自殺が起きると、原発事故だけで説明されるというふうな風潮がありますので、そのあたり、ブロック会議でメディアに対してそのあたりのことはどういうふうに取り上げられたのかということ。それが1つの質問。

あともう一つ、これもブロック会議でぜひ聞きたかったことなのですけれども、現在でも全国から被災地に派遣職員、地方自治体の職員が送られています。その中には、岩手などだと一昨年、ほかの県から派遣された職員が亡くなるというようなことも起きているのです。ですから、派遣されてきた職員たちの心や体の健康をどういうふうにする、そんなような対策まで話題に出ていたかどうかということがあったら教えてください。

○樋口座長 では、参事官からお願いします。

○岡参事官 まず、清水委員からでございますが、やはり福島県の自殺対策、まずは福島県に中心になっていただくことが重要ななと思っております。ただ、我々も別にそれに対してきっちりと福島県と協力して連携しながらやっていきたいと思っております。

高橋委員からでございますが、まず、ブロック会議のほうでメディアに関しましては、やはり我々は特に記者会見をもともと予定していたわけではなかったのですが、急遽終わった後に記者会見などの場を設けるよう要求されて記者会見をやった次第でございます。そのときには、しっかりとバランスよく説明したつもりではありますが、やはりメディアの方々は、高橋委員がおっしゃったようなことを中心に聞かれる傾向があったのかなという感じは感想として見受けられました。

それと派遣職員のことについて大丈夫なのかということに関しては、派遣職員という話はなかったのですが、被災者を支援する者は公務員なのです。支援する者のいろいろメンタルケアということに対してかなり厳しい状況に置かれているという説明は、研究者の先生からございました。やはりそれぞれもともと被災者から直接的にいろいろな要求を受けることによって、なかなか心理的なそのようなプレッシャーというのを強く感じて、それでなかなか厳しい状況に置かれているというのがその背景にあるように聞いてございます。

あと、ほかのとりあえず白書の分析でございますが、まずはことしはこういうテーマでやりまして、また来年度以降、どういう感じにするか考えていきたいと思っておりますが、我々も手薄なところがございまして、もしそういうことに関していろんな分析の成果とか、あるいは先生方がされている分析があれば、また広く教えていただければ、我々としても幸いかと思っております。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

そのほかに御質問、御意見はございますでしょうか。

○田中委員 今、高橋委員から、派遣されてきた職員がというところで御発言があつたのですけれども、実際はそういう方もいらっしゃいますけれども、派遣された職員によるパ

ワハラによって、地元の建設関係者が亡くなっているという事実もあって、これから裁判とか起こそうかという方も何人かいらっしゃいます。そういうところも含めて、派遣されてきた方と職員と地元のかかわっていく業者さんとの関係性というか、こんな田舎でとか暴言を吐いて、今まだ調停中でこれから裁判なので細かくは言えませんが、そんなことをして2～3人亡くなっている方はいらっしゃるのです。建築関係者の社長さんとか副社長さん関係です。そういうことも皆さんに知っていただけたらと思っております。

そのあたりも派遣された側の職員の心だけではなくて、地元の人たちも大変言葉も違う中で疲弊しているというか、頑張ってる方もいっぱいいるので、そのあたりもきちんと考えながら被災者支援ということを考えていただけたらと思っております。

○樋口座長 本橋委員、どうぞ。

○本橋委員 本橋でございますけれども、地域の自殺対策のところ、先ほど自殺対策白書でかなり詳細な分析が出たので、これは大変貴重なデータだと思っております。

私が言いたいのは、例えば人口規模で5万以下とそうでないところでは違いがあって、過疎地が多い、人口5万未満のところ、自殺率の減少が高いというようなデータ、これは大変貴重なデータですけれども、それはもう一つ言うと、今後の地域自殺対策緊急基金がどうなるかということ、中山委員のいろいろな要望書にも書かれているのですが、次年度以降も基金の確保というのは、私は必要なことだと思っておりますけれども、そのときに、今、自殺対策の検証評価会議等で基金の効果の検証等も行われていますけれども、その中で、例えばどのような基金が必要であったか、それから、人口規模の大きなところでどうして効果がないのかということも含めて、次年度以降の地域の自殺対策を検討するときに、例えば人口規模の大きいところではどういった方がいいのかというようなことを学識者を含めてもう少し検討していただくようなことで、ぜひ自主的に都道府県に基金を出すだけではなくて、国としてこういう施策のほうが有効であるとか、あるいはどういう形でやると大都市部、都市部における自殺対策に有効な可能性があるのかということもなかなか検証は難しいのですが、その辺も含めた形で、次年度以降の地域の自殺対策の推進に役立てるように、ぜひ白書のデータをもう少し詰めていただけないかと思っております。

以上、要望でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

ほかにはございませんでしょうか。

渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 渡辺です。

この統計のところで、平成25年における職業別自殺者数の構成割合というのがあるのですが、これで見ますと、数年前の自殺対策推進会議でも私は少し指摘させていただきましたが、とにかく無職者というのが半分近くを占めているわけです。

その無職者の中身を少し細かく検証することが自殺対策において大事になってくると思

うのですが、1つは、年金・雇用保険など生活者というのは24%とあるのですが、雇用保険生活者というのは、雇用保険は失業中の方と理解していいわけですね。そうしますと、失業中の方がまず何パーセントぐらいあるのか。年金と雇用保険の内訳を教えてくださいませんか。

また、年金に関しても障害者年金というのがあると思うのですが、障害者年金を受給されている方が何パーセントぐらいあるのかということも知りたいところであります。

そして、その右横にある失業者4.5%というのは、この失業者というのは、では、失業しているのだけでも、雇用保険が切れてしまった方と理解してよろしいのでしょうか。

もう一つ、その上にあるその他の無職者というのは、その他の無職者というと、結局どういう方なのか。年金ももらえず、雇用保険ももらえないという方になるので、ここにもう少し焦点を絞っていく必要があるのではないかと思います。どんな方か少し実態を具体的に教えていただければと思います。

○樋口座長 先ほど、これは五十嵐委員から御指摘があったところでありますけれども、今、すぐにわかりましたら、わからなければ後ほどまた改めてで結構ですが、いかがですか。

○岡参事官 実は自殺統計は限界がありまして、実はこれ以上ブレイクダウンするのはなかなか難しい状況でございます。わかる話で申しますと、先ほどの年金・雇用保険等の生活者の中には、雇用保険などをもらっている人が入ってございます。

もらっていない人は失業者というところに入ってございます。その他の無職者というところにおいては、これ以上はなかなか統計の限界でございますので、ブレイクダウンすることは難しいというところでございます。

○樋口座長 渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 年金の内訳ぐらいはわかりますでしょうか。障害者年金の方がどのくらいあるかというのはどうでしょう。

○岡参事官 それはわかりません。

○樋口座長 それでは、どうぞ。

○坂元委員 自治体にとって、生活保護事務を所管しておりまして、これはいわゆる最後のセーフティネットという位置づけなので、無職者の中に占める生活保護者の率というものはある程度わかるのではないかと思います。例えば生活保護者の中で自殺が非常に多ければ、本当にセーフティネットとして機能しているのかどうかとか、そういう問題もありますのではと思います。少なくともその辺は調べれば多分わかるのかなと思いますので、よろしく願いいたします。

○樋口座長 伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 伊藤です。

今の白書の職業別自殺者数の分析について、私からもぜひお願いしたいと思っております。やはりその他無職者のところに離職後どれぐらいで入っていくのか、失業者で入った

後、何年間で無職者のほうに入っていくかわかりませんが、いずれにしても、どの時点かまでは労働者であって、そこから移行している人というのはかなり入っているというように想像するのが普通だと思います。

今回、この通常国会が閉まりましたけれども、過労死等防止対策推進法というのが大変過労死の痛ましい、こういった方々の非常に努力の上に法律ができたということもありまして、この中で調査研究は国の役割として行うこととされていますし、まず、それを踏まえて法制上の措置と財政上の措置をとることということになっていますので、統計の限界というのはあるのかわかりませんが、それではなかなかこれ以上先にいきませんので、さらなる分析をお願いしたいと思います。

1つ、労災認定の労災補償状況について27日に出たばかりなのですが、そこで見ましても、自殺数は減っているというように出ているのですが、支給決定では自殺が減っているとはなっているのですが、よくよく読んで見ますと、達成困難なノルマが課されたとか、複数で担当していた業務を1人で担当するようになったとか、上司とのトラブルがあったとかということを経由している申請というのがかなりふえていたりしますし、こういった自殺と過重労働と、あるいは業務のやらせ方といったことについて関連がかなりありそうですので、ぜひとも予算編成に間に合うような形で分析を行っていただきたいと思っています。

以上です。

○樋口座長 どうぞ。

○田中委員 自死遺族連絡会の田中でございます。

今の調査とかという話を聞いていますと、もちろん詳細にわたって知って役に立てたいという気持ちももつともだとは思いますが、遺族の側からすると、その調査はどこから来るのかと云ったら、やはり任意ではありますけれども、聞き取りとか取り調べのようなどころから来るので、これ以上遺族に対して犯人のような扱いで、生まれたときから、ずっと何年にわたって小学校入って、中学校入って、どういうところに勤めていて、借金はどうかと云うところまでを遺族側に、亡くなった1人のアンケートではないので、遺族への負担ということになるので、今でも現実に4時間半とか5時間とか取り調べのようなどころを受けている人もいるわけなので、これ以上の負担はやはりさせてほしくないなと思っています。

もちろん対策もとても大事です。予防も大切ですが、遺族側への負担ということもしっかりと考えていただきたいと思います。個人情報も含めて、やはり考えていただきたいと思います。それなくしての自殺対策はあり得ないと私は思います。ぜひ国のほうも、委員の皆様方も、もちろん減らしたい一心でその気持ちはわかりますけれども、遺族の負担ということもきちんと心にとめていただければと思います。

○樋口座長 それでは、今の幾つかの御意見に関して、それから、きょう、ここまで出てきているところでまた後ほど整理していただくこともあろうかと思いますが、とりあえず



今の報告のことに関しての質疑はここまでにいたしまして、この後、委員の方々から、きょうはたくさん資料と御発言をいただく時間がございますので、そちらに移らせていただきたいと思います。

それでは、お手元に資料が配付されておりますので、その順番に従って、そして、資料の御提出がなくても、時間に多少の余裕があれば、御発言いただいている委員の方々からも御発言をいただければと思います。

それでは、まず斎藤委員からお願いいたします。

○斎藤委員 それでは、第一に、日本自殺予防学会の報告がございます。

最初国際学会についてのご案内をいたします。第7回の国際自殺予防学会アジア地区大会を2016年5月に開催予定です。この年は自殺対策基本法が施行されて、ちょうど10周年になるのです。そういうことで、この年は記念すべき年でありますから、私ども総力を上げて学会のために準備をいたしております。

殊に日本の自殺対策は各国、アジア地区では大変高い評価を得ておりますから、この機会に私どもの日本の対策について、アジアに貢献するという意味でも、ぜひ政府の協力をいただきたい、こういうことを願っております。もう場所、その他、かなり準備が整っております。

学会として、この9月に第38回日本自殺予防学会の総会を予定しております。これは北九州でございまして、中村純教授が大会長で今準備を進めております。

これは既に済みましたが、第3は広島市で、自死問題のシンポジウムがきのう開かれておりました。これは学会の直接の行事ではありませんけれども、学会を代表して私と河西千秋教授が参加いたしました。

そのほか、厚生労働省の補助事業である「自殺予防いのちの電話」の報告書とじられております。これは詳しくはごらんいただきたいと思います。

最後、青少年健康センターで「クリニック絆」と称する若年者を対象とする自殺予防目的の電話相談を始めまして、これは報告書とありますけれども、ポスターをとじただけでございます。御理解をいただきたいと思います。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、杉本委員、お願いいたします。

○杉本委員 全国自死遺族総合支援センターの杉本です。

私は、自死遺族のサポートに長くかかわらせていただいているのですが、最近の状況と、そして課題を公衆衛生の4月号に原稿を書かせていただく機会がありましたので、まとめました。

その中で、お時間がおありのときにお読みいただけたらと思うのですが、2点だけ申し上げたいと思います。当初、全く何もないところから、ほとんど何もないところから始まった遺族の支援ですけれども、やはり基本法ができ、大綱が定まって、いろいろな

ところで試行錯誤を続けながら広がり、深まりができたことは事実だと思います。課題は多々ありますが、ここはきちんと評価すべきです。

その上で今後はどんなふうにあるべきか、あったらいいかというところにステージが変わってきたと思います。その際に、自殺対策の関連で考える視点と、喪失悲嘆（グリーフ）とどう向き合うかという視点で考えることの整理が必要な時期に来ているのではないかということをお願いしたいと思います。具体的、実務的に対策としてきちんと進めるべきことと、問題解決とは別次元の、人としての在り方や価値観にまで及ぶ全人的な苦悩・葛藤としての喪失悲嘆（グリーフ）の側面です。

もう一点、現場で担当している人たちが、実感しているところだと思うのですが、日本全体の遺族の方たちの総数に比べて、いろいろな相談窓口、電話相談も、分かち合いも含めて、実際に声を上げている方の数は非常に少ないわけですね。それで、どうしても費用対効果ということが言われて、次年度以降、継続的に事業を続けることにいつもいつもびくびくしながらいるというような状況があります。

遺族支援の実態、そして、効果を数字的に図ることは難しいと思いますが、簡単に参加者の数だとか、相談の件数だけとかということではからずに、基本法の第1条にしっかりと記されているわけですから、息長くずっと続けていかなければいけない課題として、ぜひ国としてはそういった指針を示していただきたい。そうすれば、現場で活動している人たちが安心して相談活動にかかわっていくことができるのではないかということをお願いしたいと思います。

あとチラシを2点つけさせていただきましたけれども、1つ申し上げたいのは、東京都では、広域の遺族支援の事業を進めるというような方針に今年度からなっております。日野市と多摩市、隣り合っている市ですが、そこが連携して新しく始めたというところに私たちもかかわらせていただいております。やはり広い東京の中ですから、広域というか、区とか市が連携しながら一緒に進めていくということは、先ほどの中山委員の御指摘にもあったことで、やはり地元というのはもう少し広いスパンで地元を考えていかなければいけないかな。同じ東京都民であっても分断されることがないようにしていけたらいいかなと思っております。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

では、続きまして、武井委員、お願いします。

○武井委員 日本弁護士連合会の武井でございます。

とじられている1枚の自殺対策についての弁護士会の活動と題するレジユメのほかに、きょう先ほど持ち込みました「弁護士・弁護士会による自殺対策のこれから」という100ページちょっとの冊子をお配りしております。

その点について1つ申し上げたいのは、これは昨年11月30日に第2回の全国自殺対策ネットワークづくりに関する全国協議会シンポジウムというものを開きまして、その報告

書です。このシンポジウム及び報告書は、日弁連では現在自殺対策プロジェクトチームというところで取り組んでおりますが、そのプロジェクトチームの総力を上げて取り組んだ、言わば現時点での中間的な意味での日弁連の活動の集大成ともいうべきものですので、是非お目通しいただきたいと思っております。

今日に間に合わせるために相当プロジェクトチームのメンバーあるいは事務局にも無理をさせまして、やっと今日持ち込んだということでございます。

簡単に御紹介しますと、特にこの中にはネットワークづくりなどを中心として、7ページ以下に全国11の弁護士会の取り組みが報告されております。その前提としてアンケートもとっておりまして、54ページ以下に全国43、ほぼ全国の弁護士会からの自殺対策についての取り組みについてアンケート結果がまとめられております。また、自治体のほうも多くの自治体に御協力をお願いしまして、62ページ以下に70自治体から寄せられたアンケートの回答を掲載しております。

詳しい中身は御報告する時間はありませんが、ただ各地の弁護士会と自治体が、いろいろと自治体の方はどういうことを弁護士会に頼めるのか、あるいは頼んだらいいのかとか、あるいは弁護士会の方ではどういうことをやったらいいのかということをやっていることが、この報告書でよくお分かりいただけると思っております。

実は、私どもの神奈川でも、横浜弁護士会と県初め各自治体と協力してやっておりますが、神奈川県では残念ながら予算縮小という問題もあって、非常に今困っております。そういうことで、各地同じような悩みを抱えていると思っておりますが、そういう中で弁護士会あるいは自治体、そして各専門の専門家、臨床心理士さんを初め、専門家との連携を強めていくというネットワークづくりを進めていくために、ぜひこの報告書を御活用いただければと思っております。

あと1つだけ追加しますと、これは実は弁護士自身の自殺問題ということについて一言申し上げます。

必ずしも今日の統計でもはっきりしていないのですが、恐らく分析すると10人前後の、10人から多いときは十数人の弁護士が自殺していると思われれます。先ほど田中委員がおっしゃったように、遺族に直接余り聞けないので詳しいことはまだわからないのですが、これについて私たち専門家として、これをそのまま放っておいていいのかということで各弁護士会でも問題意識が高まっておりまして、当連合会でも何とかそこに着手しようではないかと、既に弁護士の自殺対策という意味での若干のマニュアルみたいなものは用意しておりますが、これをよりメンタルヘルスも含めて取り組んでいかなければいけないのではないかと問題意識が高まっておりまして、こういうことを私たち自身の問題として取り組むことによって、また私たちが専門家として他の自殺問題にかかわることにも役立つのではないかと考えておりますので、どうか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。

では、続きまして、田中委員、よろしく申し上げます。

○田中委員 田中でございます。

お手元の資料、大分厚くなりましたけれども、各省庁宛てに要望書をというか、お願いの書面をしております。それを時間もないので後でござらんになっていただいといるところでございます。その中で私が一番今回言いたいと思ったのは、大綱の中にも自助グループ支援等とあります。残された人の支援を充実するためにとということがありますけれども、自助グループ「等」なのですけれども、自助グループへの支援、連携がなかなかうまくいかないところが地方自治体においてはある。

私の住んでいます宮城県は、自助グループにもほかの支援団体、民間団体、ボランティア団体にも公平にお願いをした場合、要望をした場合は、公平に査定していただいて支援をいただいているのですけれども、なかなか遺族が自助グループをやっている、やっていない地域はしようがないと思いますけれども、自助グループがあつて立ち上げて活動して、県とか市とかにお願いして連携をしていただきたいとお願いに行つても、県の会があるからとか、ボランティア団体の会があるから、そこと県は連携しているから、遺族の自助グループは勝手にやっってくださいという返答をしているところがあつて、それはこの大綱とかの中での文言、自助グループ等支援となっているわけなので、それについてはきちんとした指導を徹底していただきたいなと思つているのです。

自助グループだけを支援してほしいと言つているわけではないのです。自助グループ等支援なので、遺族が私のように例えば活動して地元でやっつて、県とぜひお願いしたいと、広報をお願いしたいとか、そういうところに対策会議などでもぜひ参画させてくださいとか、そういう要望があつた場合は、全部全て支援、それをかなえてくださいと言つているわけではないけれども、やはりほかの団体があるから要らないと、勝手に活動してごさいという話はないのかなと。具体的に今回は県の名前も入れさせていただいたのですけれども、そこは問題かなと思つています。

なので、やはり大綱にちゃんと「自助グループ等を支援」とあることを踏まえて、きちんと自助グループへの支援、自助グループが望んだときは、自助グループへの支援を真剣に考へて、どのような連携ができるかということを検討していただきたいとと思つています。

そして、その後は御検討いただきたと思つているのですけれども、実は、平成26年2月27日提出で、国に対して、国の自殺対策や精神保健医療福祉施策を方向づける検討会の構成員の利益相反に関する質問主意書というのがあります。普通に手に入るものでございすけれども、ばたばたして提出資料として出さなかつたのですが、ここに内閣府自殺対策推進会議、内閣府自殺対策官民連携協働会議、厚生労働省精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会で、それぞれ座長を務めた独立行政法人国立精神・神経医療研究センター現総長は、国の自殺対策や精神保健医療福祉施策を方向づける重要な地位にいます。その中で、また同センター総長の贈与等報告書によると、と書いてあるのですけれども、このような事実を踏まえて、以下のとおり質問する。今後、この検討

会等において利益相反関係において申告・公表する予定はないのかと。

2番目も、そういう検討会にて、国の自殺対策や精神保健医療福祉施策が方向づけられる以上、検討会構成員の利益相反関係を明らかにせずに検討会を進めることは、国民の不信感を招くことにならないのかということ、質問書を提出してあります。それに対して、安倍内閣総理大臣から御返答いただいて受領しております。これが3月7日付で受領しています。

ここにこのように書いていまして、「一及び二について」「御指摘の『利益相反関係』の意味するところが必ずしも明らかではないが、御指摘の検討会等については、いずれも会議を原則として公開し、議事録の公表を行うことなどにより運営の透明性を確保しており、適切な運営が図られていると考えている。」とあるのですけれども、この会議において、そのようなことはなかったのではないかなど、公開されていないのではないかなど思うのです。

なので、私はここに、これを踏まえて、大変申しわけないですけれども、この委員の重要な座長という地位にある方の講師料等、企業関係なのですけれども、そこにおいて公開していただきたい。そして、製薬会社等から講演とかそういうのをいただいているということについて、公開していただきたい。やはり製薬会社等に講演に行っていたということは構わないと思うのですけれども、それが透明性がないと、製薬会社等との何かがあるのではないかなど疑念を抱かれても仕方がないかなど。疑念を抱かない人もいるでしょうけれども、どうなのかなど、灰色ではないかなどと思われるところがあるので、ぜひこれについて検討していただきたい。そして、ここにおける公開を、今でもなくてもいいので、次回まで公開をしていただきたいと思っております。

精神科医療の問題も非常に重要な問題で、自殺対策においては非常に重要なところにあるわけで、そして、うつ病を治しましょう、お医者さんに行きましょうとやっている対策の中でこういうことは大変重要なことなので、別にやましいところがなければ公開してもいいのではないかなど思いますので、ぜひ公開を要望したいと思っております。ぜひよろしく願います。

○樋口座長 私のほうから、では、この件についてお答えしましょうか。

○岡参事官 先ほどの質問主意書でございますが、公開の趣旨は、この会議自体についての公開は行っているということです。なので、もちろんマスコミに対しても、事前にこの会議をやることは発表しておりますし、資料も含めて全てインターネット等、ウェブサイトで公開しているということでございまして、この会議の状況、議事録も含めて全て公開しているという趣旨でございます。

○樋口座長 田中委員の言われたのは、贈与。

○田中委員 贈与というか、講師料等ですね。

○樋口座長 これは全て既に公開されております。全て、そういうふうな規定がもうできておりまして。

○田中委員 一応ここに、その方たちが調べたので、3年間で1,240万幾らというのが出ているのですけれども、それについて、私は今後も含めてぜひ樋口総長が不透明だと国民に疑念を抱かれないように、ぜひこの会議において公表していただけたらと私自身は思っています。

○樋口座長 それは会議ごとに公表するというより、既に公表されているということで御理解いただきたいのです。調べていただければ幾らでも出てまいります。今は、例えば製薬会社が私に講演を依頼したものは製薬会社が公表するという義務を負っておりまして、それも公表されております。私どものナショナルセンターの中でそれを公表するということが既に行われておりますので、それは公開をするというのは既に行われているところでございます。

○田中委員 では、改めてここではしないということですか。

○樋口座長 はい。その都度の検討会でそれをやるというのはどうかと思っておりますが、どうぞ。

○坂元委員 いわゆる利益相反の公開についてですが、例えばこの会議でもし薬の多剤投与問題など企業活動にかかわるものに対して何か決議をするというのならばそういう公開は必要なのかもしれませんが、この会議で何の目的で利益相反について公開する必要があるかという意図が私にははっきりわかりません。例えばこの審議に加わっている人がどこかからお金をもらっている、つまり、その企業などとの関係が会議の議決に非常に重要な影響を与えるということが誰の目から見ても明らかであるということであればやはり公開は必要とは思いますが、この会議ではその必要はないと思っておりますがそこはいかがでしょうか。

○田中委員 私自身は精神科医療については非常に疑念を抱いていまして、実は実際に精神科医療、富士モデルもそうですけれども、うつ病キャンペーンをやって、お父さん眠れていますかキャンペーンをやって、きょうも資料に出しましたけれども、どんどんふえていったという経過があります。その中で精神科医療につなげばいいというものではなくて、割と安易につながれて亡くなっている人も実際には非常に、きょうもデータを出しましたけれども、田中の勝手なというか、田中のところに集まる遺族は特殊だから7割、8割なのだという方もいらっしゃいますけれども、実際は二千何百人の遺族のデータで、その中で精神科医療を受診しながら亡くなっている人が年々ふえているということも事実なので、それについて、非常に重要な責任というか、重責の中にある総長だと私は思っておりますので、そういうことを私としては何か疑念を抱かないように、私自身もそういうふうには思わないで会議にも参加したいなと思っておりますので、国民もそうだと思いますけれども、遺族も含めてそうだと思うので、もし差し支えなければというところで公開していただきたいなと思っております。

○樋口座長 五十嵐委員、どうぞ。

○五十嵐委員 今日出していただいた資料の一番最後で、今ちょっと触れられましたけれども、富士市の睡眠キャンペーンのデータがありますけれども、一番下に精神科の早期受

診は自死予防という発想はもはや正しくない、精神科治療の実態を考慮しない無責任な受診促進事業は逆に自死者をふやす可能性があるとおっしゃっている気持ちはわからないではないのですが、やはりこういう言葉だけがひとり歩きすることに産業分野としては非常に懸念を抱かざるを得ないのです。

といたしますのは、やはり労働者の特にうつ病対策においては、職場で早く早期発見、早期対応して精神科の治療に適切につなげるといことがありまして、そういうことをおっしゃっているわけではないとは思いますが、これだけの文言だけがひとり歩きすると非常に心配なところもありまして、やはりエビデンスと申しますか、ふえているというのも49から72というところをふえているかということも、人口の動態等も含めての修正もしていけないと思えますし、やはりデータを出すときの文言というのは、専門家の意見も入れながら出していかないと、非常に懸念を抱くところがございますので、発言をさせていただきます。

○樋口座長 どうぞ。

○田中委員 産業界において、職域の関係において早期発見というのは非常に大切だとは思いますが、職場においてパワハラとかいろんな過重労働とかあるところで、そういうことを全然問題を解決せずに、眠れていない、不安だということだけで精神科につながれているという人が大多数いることも事実で、それは私自身が年間そういう過労死、過労ではないですけども、いじめとかたくさん精神科医療の問題だけで、私自身、遺族ですけども、年間せいぜい900人か1,000人ですけども、そういう人たちの相談を受けながら日々感じているところで、それを例えば労働問題だったり、過重労働だったり、条件だったり、あとはパワハラの問題だったりを少しずつ解決していくと、実際は精神科の医療は要らないのです。

薬を飲まなくても大丈夫で割と解決していく場合が私の中では非常に多くて、たまたま私のところにそういう人が多く来ていると言われればそれまでですけども、問題解決しないとずっと眠れないわけです。ずっとパワハラの人が出て、パワハラされていたら全然眠れないわけだし、精神科の薬を飲んで、どんなに強い薬を飲んで抗不安薬を飲んでも、職場に行けばその人がいたら全然その職場の復帰はできないわけなので、そこら辺も踏まえて、安易につながないでくださいということを申し上げているので、ただ、樋口総長におかれては非常に重要な重責のところにおられる方なので、そこにおいては、こんなことを言っただけでは申しわけないけれども、非常に影響力のある立ち場におられる方かなと思ったので、私自身は把握していますけれども、公開していただきたいなと思っただけです。私自身は全部調べてありますけれども、なので、きょうは配付資料にはしなかったのです。

○樋口座長 それでは、御意見を出していらっしゃる委員がいらっしゃると思いますので、一通り時間の関係もあるので、そこまで行って時間があればもう一度五十嵐委員に御発言いただきます。

それでは、中山委員、お願いいたします。

○中山委員 私から大きく2つで、細かく3つなのですけれども、出させていただきます。

1つは、基金です。基金については、設置をしていただいて、本当にありがとうございます。心から感謝申し上げる次第です。他方で、補正、また応急的な措置とも見えるということで、1つには恒久的な形にさせていただきたいということで、当初予算から御承認いただくような形にできないかということが1つです。

もう一つは、先ほどの議論にも通じる話なのですけれども、都道府県の枠を超えた連携事業についての別枠化も含めた弾力的な運用をお願いできないかということでございます。これについては、自治体間の連携、広域の連携事業の意義、申し上げるまでもないわけですけれども、自治体の自殺対策、全国的には大きな時間の流れで見たときには、まだまだそれぞれ各自治体において模索している段階なので、交流することによってお互い高めあっていくという意味で意義は非常にあると私は思っているのですが、その上で、お答えとしては、従来どおり県別の基金があるので、その枠を活用すればできるというようなことなのですけれども、確かにこれでもって一定のことはできると思います。

ただ、極めて制限的であると理解をしています。というのも、今の仕組みのままだと、少なくとも自治体において事前に事業の必要性をまず同定をして、そして、その上で、都道府県も含めて自治体の中で優先順位をつけながらどうなのだとということで手続が進むはずですから、自殺対策を優先順位の一定の位置に位置づけていて、大切に思っている自治体の規模以上には広がらない。そういった自治体の施策の高み以上には高まらないというのが今の仕組みだと思います。

他方で、なぜ交流事業が大切かという、今、単独では自殺対策よりもっと大切なことがあるから、なかなかそこまで回らないのだと、あるいはそういったお願いをする上で、都道府県としておまとめになる上で、もっとほかの事業があるから、これよりもこれだみたいなことの中で、プライオリティが高くないというか、自治体としてそこまで思っていないような自治体も含めて、交流をすることで、交流に向かうハードルを下げ、とにかく参加していただくような形を整える中で、交流を通じて、ああ、なるほど大切な事業なのだ、あるいはこんなやり方もあるのだということで自殺対策を大切に思う自治体がさらに広がって、さらに優先順位を上げていくために必要なのが交流事業なので、そのためには、参加のハードルをぜひ下げてください。また、別枠化をしていただいて、そして、その中で広く参加を求めながらお互い学び合っていくような形を支援していただくような配分をぜひお願いしたいと思っています。

それから、2番目なのですけれども、生きる支援のための保険創設ということで、これも前回出させていただきます。回答もいただいているのですけれども、これは繰り返しますが、窮迫の経済的な事情のときに保険金を頼みにされて自殺を図られるという、とてもつらいケースをぜひ防いでいきたいということの上で、もちろん保険をとめるのだということも他方であるかもしれませんが、それだとさまざまな波及が、負の波及も



あり得るということで、保険をとめるということを超えて、もちろん、モラルハザードをどう防ぐかということをしつかり組み入れながら、亡くなってからではなくて、生きるために保険がおけるような仕組みをぜひということで申し上げているということでもあります。

これについても回答の中では、いやいや、今でもできますよと、多重債務の取り組みもあるし、あるいは前は小規模企業救済制度について御教示もいただいたところであるわけですが、私はこれだとまだまだこの問題を解決していく上での制度的な本格的な域には入っていないと感じています。

多重債務ももちろん御本人はその限りでは救われるわけですが、保証人の問題があります。保証人についても、もちろん前回お聞きさせていただいたように、制度的に救済するような仕組みも徐々に整えられつつあるということでもありますけれども、全体的に補うということでもないし、本人の生活再建の問題もあると思います。小規模企業救済制度についても、これは保険的な掛け金に対して何倍ものお金をいただけるというようなことを相互扶助的に仕組みの中に取り入れるものではなくて、掛け金の範囲でいただけるということなので、制度的な規模に欠けるということがあると思います。

その上で、いわゆるモラルハザードの問題もよくわかります。だけれども、工夫のある基準を作りそれを乗り越えて、官も入って、何かこういう保険金ができないかという検討はしていただいたらいいと思うのです。どこまでどういう答えが出るのかというのは100点満点の答えは出ないかもしれないのだけれども、検討していただいて、今より改善をして、そして、1人でも多くの人とその仕組みも背景に踏みとどまるような形にならないかと。実際、これが本当にできれば、御本人のそういう動機で亡くなれるということは限りなく少なくなるわけですし、生活再建、家族の安寧あるいはお金を貸しておられる関係者へのしわ寄せも防止されるということで、多大な公益に貢献することができると思うので、再挑戦可能な社会的雰囲気づくりも寄与できるということですので、ぜひ御検討をお願いして実現をお願いしたいと思います。

そして、繰り返しますけれども、こういうやりとりを数か月に一度ということだと進まないのです。1日に70人、きょうもないことを願いますけれども、そのぐらいの方々が、お一人お一人の亡くなるだけでも大変悲しいですのになっているという中で、時間が大切なのです。時間が大切なのに、こんな数か月に1回のこういうやりとりでいいということでは決してないと思うので、やり方はいろいろあると思うのですが、部会的なものを位置づけて、ぜひ継続的に委員の方のさまざまな思い、課題について解決につながるような場をお願いしたいと思います。

以上です。

○樋口座長 それでは、その次は、資料の次についておりますのは葉梨委員からの提出資料で、きょうは御欠席でございますが、自殺予防マニュアルを日本医師会で、これは第3版をつくられたということで参考資料としてお出しいただいているというものでございます。

続きまして、宮野委員、お願いいたします。

○宮野委員 日本薬剤師会、宮野からの提出資料について御説明いたします。

患者の多くは処方薬を受け取る場合に薬剤師と対面するために、薬剤師は多量服薬のリスクの高い患者を早期に見つけて、適切な医療に結びつけるためのゲートキーパーとして重要な役割を担っております。

提出いたしました「官民が連携した薬剤師向けゲートキーパー研修会」は、薬剤師の介入効果を見るものでありまして、内容は青く囲った部分に示すとおりでございます。その中にありますアンケートについて、少しきょうは御説明したいと思います。

アンケートは、知識スコアと自己効力感のアンケートになっておりまして、知識スコアとは、地域の精神保健福祉士の役割、臨床心理士の役割、または精神保健福祉センターの業務、ダルクの業務などについて、薬剤師が現在どれぐらい知っているのかどうかということを事前と直前と直後に答えていただきました。

また、自己効力感を調べるアンケートに対しましては、自殺リスクの高い患者、向精神薬が正しく使えていない患者や多量服薬に対する患者、また、希死念慮のある患者に対して、それを気づいたときに声かけができるか、自信を持って服薬指導できるか、処方医に情報提供できるかどうかをアンケートいたしました。平成25年、昨年度研修をいたしました埼玉県薬剤師会では、知識スコアも自己効力スコアも介入直後に有意に高まったという変化が見られました。現在、フォローアップ調査中により、薬剤師の実際の行動の変化を追跡中でございます。さらに、同様の研修会をことし、来月、7月21日には兵庫県薬剤師会でも実施を予定しておりまして、研修会を実施するだけではなく、日々の薬剤師の業務の中で生かされるよう、自殺対策に地道に取り組んでいこうと思っております。また追って御報告できればと思っております。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

それから、資料はないのですけれども、渡辺委員、御発言を予定されているということ伺いましたが。

○渡辺委員 予定というよりも、私も聞いてきたのですが、私も少し関係している大阪の国際ビフレンダーズの自殺防止センターが非常に経済的に困っていて、電話は多いのですが対応しきれていない。しかも、今の補助金が少なくなって、これがなくなっていくともうやっていけなくなるということで内閣府に要望書を提出したということだったので、そのことを確認してきてくださいということでした。

私も知っておりますが、毎月600件ぐらいの電話相談をしております。かかってくるのは実は6,000件ほどで、10分の1ぐらいしかとれていないのです。それも最低限の人、事務員とか、最低限の人で全部カウンセラー、ボランティアでやっているわけですが、その運営費自体が苦しくて、もう補助金がなくなるとやっていけないと、ぜひここは何とか内閣府さんをお願いしてほしいという言付けでございます。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、余り時間は残っていないのですが、きょう、まだ御発言されていない方が何名かいらっしゃいまして、もし、その方々で特に何か御発言がございましたら、ぜひお願いしたいのですが、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

そうしましたら、先ほどの五十嵐委員、続けていただきましょう。

○五十嵐委員 田中委員から出された資料で、おっしゃる意味はよくわかります。なので、そのように書いていただいたほうが。つまり、安易な精神科の早期受診を防ぐとともに、やはり背景となる、特に産業現場ですと職場改善なども入ってくるのですけれども、そういったところにも、むしろ問題の解決の意図があるというようなところの表現をここに書いていただければ、なおありがたいと思います。

それに関係しまして、私のほうでも資料はないのですけれども、さきの6月19日に、これは厚生労働省から発表されるのがいいのかもしれませんが、労働安全衛生法が改正になりまして、労働者の健康診断の中にストレスチェックが入ることの法案が成立しております。私が理事として入っております日本産業衛生学会からは、個人の症状やストレスを見るのではなくて、そこから職場の一時予防のほうにつなげていくために、医者や保健師等が事業者のほうにそれを伝えていくというようなことにつなげたいというような意見書等も今まで出しておりますし、これからも作成の予定でございますので、次回のこの会議ではそれは出せると思いますけれども、いずれにしても、産業分野ではメンタルヘルス対策の一番の問題は、やはり労働環境の改善ということで、先ほど伊藤委員もおっしゃっていましたが、そういったところも働きやすさというところを、産業保健職としても支援をしていこうというようなところを考えております。

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、ごく簡潔にお願いいたします。

○坂元委員 先ほど弁護士会の方からアンケート調査をいただいたのですけれども、62ページで「自治体において自殺問題に対応する部署はありますか」との問いに「ない」という自治体が10%あるのですけれども、これは自殺対策基本法などで、自治体にとって自殺対策というのは温度差はあっても一種の責務であると思います。部署がないと答えた自治体は、多分回答者本人に誤解があるのではないかと思うのです。こちら辺は我々全国衛生部長会でも、そのような自治体が10%もあるということは徹底させたいと思います。

以上です。

○樋口座長 それでは、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 伊藤です。

1つ御質問、事務局にお聞きしたいのですけれども、私は前回から参加させていただいていますので、2月以前のことを知らないのですが、新聞を見ますと、内閣府のスリム化

方針ということで、自殺対策というのがその中にも入っていて、移管を検討するとかというような記事が出ていたのです。秋の臨時国会まで見直し案をまとめるのかという与党の考えがあるようなのですけれども、そうしますと、この会議というのは半年ごとにこの間行われてきているようなのですけれども、もう次回なくなるのかとか、今、全省庁で内閣府が調整役となって行われている体制が変わることによって、どのような影響をもたらすのか。決して後退させてはいけないと思っていますので、現時点で何か方針というか考えというのがあればお示しいただいたほうがいいのではないかなと思ひまして、お聞きいたします。

○安田次長 今の御指摘でございますけれども、自民党の行政改革推進本部でそういった議論がなされているということは私どもも承知はしておりますが、ただ、内閣府に対しまして、特段、今の段階で自民党のほうからヒアリング等を受けているわけでもございませんでして、そういった意味で申しますと、内閣府としてはまだその部分について関与していないというのが実態でございます。今後どうなるか、もちろん私どものほうで所掌の事務でございますので、推移については注意深く、種々対応していきたいと思っております。

○樋口座長 それでは、渡辺委員、簡潔にお願いします。

○渡辺委員 先ほど富士モデルの話が出たので1つだけ確認したいのですが、もちろん精神科を受診されている方が自殺されているということは真摯に受けとめようと思っております。富士モデルを一般科から精神科医を紹介するというモデル、そのために自殺がふえたというのであれば、精神科医を紹介された患者さんの中で自殺者が多数出たという数字を示していただかないと、それをお示ししたことにはならないと思ひます。

私が調べたところでは、一般科から精神科医を紹介された患者さん、定点観測で160名。そのうち60%が非常に強い自殺念慮を持っていました。ところが、88%改善されております。残念ながら亡くなった方は1例だけです。したがって、我々の持っているエビデンスでは、富士モデルは有効に作用していると考えております。そうではないというのであれば、どこにその根拠があるのか、一度エビデンスを教えていただければまた検討していきたいと思ひます。

○田中委員 わかりました。次回までに持ってきます。

○渡辺委員 紹介された患者さんの中でどれだけ自殺があったのかという話。

○田中委員 紹介されたというか、ふえていることは事実です。

○渡辺委員 それは富士市全体ですね。富士市全体ではなくて紹介された患者さんの中で自殺者が多数出たということを示さなければ、紹介が悪かったということにはならないと思ひます。

○田中委員 まだこれから詳しく出しますけれども、紹介ではなくて、精神科にもともと行っている人も含めて、やはり精神科の治療を早期発見、早期治療、早期受診をすれば自殺は減らせるという対策でうつ病キャンペーンのような、眠れていますかキャンペーンのようなことを始めたと思うのです。

私は素人だからそういうふうにとめていただいているのですけれども、ゲートキーパーなどもそのようにして、民生委員などもほとんどの人はそういうふうにして教育、研修を受けて、眠れていますか。被災地もそうですけれども、ほとんどそういうふうに戻って歩いていきます。不安ですか、眠れていますかと。それで、もともと精神科にもともと行っている方もいらっしゃると思いますけれども、でも、実際は減らすためにやっている対策なわけですね。現実には減らなければ、自殺対策は減って何ぼだと私は思っているのです。減らさなければ実際に効果があったって私は思えない。減らすためにやっているのです。

ふえてはそこに問題があるのではないかなと考えていくのが、いろいろな問題があるのかもしれないけれども、その1つとして、そういう問題も考えてくださいということによってこういうお示しをしているわけなので、それが全てだとは思いませんけれども、でも、それもあるのではないですかという感じです。実際にうちもみんなそうですけれども、精神科に行けば治るのだ、元気になるのだ、死なないのだと、死にたいと言っている人たちを、私もうちの息子もそうやってやりましたけれども、現実には死んでいる人がいますよということですね。やはり減らなければ自殺対策にならないのです。何の対策でもどんな立派な対策であっても、自分たちがどんなに立派だと思っても、減らなければだめです。減ってこそ。現実にはふえているのは事実でしょう。

○樋口座長 そのあたりは、また次回に資料を出していただきながらということにいたしたいと思います。

最後に、第2回の会議の議事録でございますが、皆様からの修正を反映したものを事務局からお配りをさせていただいております。特段御意見がなければ、これをもって確定とさせていただきますが、よろしゅうございましょうか。

(「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、次回のこの会議の日程につきましては、また事務局と調整いたしまして、改めて御相談をさせていただきたいと思っております。

事務局から何かよろしいですか。

それでは、本日の会議はこれにて終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。