

わかりにくい点や文意が不明な点については、各構成員に確認いただき修正しています。

○椿座長 それでは、定刻を既に過ぎておりますので、ただいまから、第6回「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」を開催いたしたいと思えます。

本日、暮れに御参集いただいたこと、心から感謝申し上げます。

まずは、事務局から、オンライン会議での発言方法、それから、本日の委員の出席状況について説明いただければと思えます。よろしくお願ひします。

○高橋大臣官房参事官 それでは、御説明いたします。

発言方法につきましては、御発言される場合には、通常の会議のように挙手をお願ひいたします。オンライン画面で座長に確認いただき指名していただきますので、指名に基づき御発言いただきますようお願ひいたします。

御発言の際には、Zoomのマイクのミュートを解除して御発言いただき、御発言終了後は、再度マイクのミュートをお願ひいたします。

続きまして、本日の委員の出欠状況でございますけれども、本日は中山委員から欠席の御連絡をいただいております。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

議事に入ります前に、第4回の有識者会議でいただいている意見について、今回、準備ができているものについて、事務局のほうで整理いただきました。各委員には事前に送付いただいておりますので、厚生労働省のほうからは簡潔に御説明いただければと思えます。よろしくお願ひします。

○高橋大臣官房参事官 それでは、御説明いたします。

第4回で江澤委員からいただきました、大綱での取組について、進捗状況を定量的に示すということにつきまして、「資料3 自殺総合対策大綱における施策の実施状況」という形で整理してございます。第4回のときにお示したものに加えまして、右側、これまでの取組の成果という定量的な要素という欄を設けまして、そこに実績値などを記載しているところでございます。こちら、また御説明いたしますと大部になりますので、説明につきましては割愛させていただきます。

また、SNSまたは電話の相談等の実際の状況、事例につきましてもお求めいただきましたが、こちらにつきましては、各団体の皆様方に御協力いただきまして資料を用意しておりますが、資料の内容に鑑みまして、委員の机上配付資料ということで、構成員限りの資料として配付しておりますので、御理解いただければと思えます。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

資料3に関しては、実績値が入っているということ。

それから、取扱注意の資料があることに関しては、構成員の方々、基本的に御確認いただければと思います。どうもありがとうございます。

それでは、早速、本日の議事に入ります。

本日の議事ですけれども、大綱見直しに向けて関係団体等からのヒアリングの第2回目を行いたいと考えております。本日は、議事次第に記載しましたとおり、4名の方から発表いただき、意見交換したいと思います。

それでは、早速ですけれども、関係団体等からのヒアリングに入りたいと思います。

関係団体等へのヒアリングにつきましては、日本精神神経学会 張賢徳様。NPO法人自立生活サポートセンター・もやい 大西連様。NPO法人BONDプロジェクト 多田憲二郎様、竹下奈都子様。SNS相談コンソーシアム、NPO法人あなたのいばしょ 大空幸星様の順番で行います。

関係団体の皆様に関しては、御多忙にもかかわらず、本有識者会議に御協力をいただき、心から感謝申し上げます。ヒアリングは、それぞれの方から資料を10分程度で説明していただきまして、その後、質疑を10分程度行えればと思います。

なお、御発表の4名の方々におかれましては、大変お忙しいと思いますので、それぞれ発表が終わりましたら御退席いただいても結構でございますので、よろしく願いいたします。

まず最初は、日本精神神経学会自殺予防に関する委員会委員長の張賢徳様より御意見をいただきたいと思います。それでは、張先生、よろしく願いいたします。

○日本精神神経学会自殺予防に関する委員会委員長 張氏 ありがとうございます。精神神経学会の張と申します。本日は、このような機会を与えていただきましたこと、学会を代表してお礼申し上げます。ありがとうございます。

では、これから画面共有させていただいて、お話を進めさせていただきたいと思います。

精神神経学会の中に自殺予防に関する委員会というのがございまして、そちらの委員長を務めています張と申します。学会員は、これから御紹介するように、日本で一番大きな精神科の学会組織として、歴史は120年に及びます。精神医学領域全体の研究や研修を深め、精神医療の発展に寄与することを大きな目的としています。現在の会員数は1万9000人余りで、日本で精神科医を名乗るドクターのほとんどが、この学会に入っています。そういう組織であります。

その中で、毎年、電磁学術集会が行われ、自殺予防に関する研究発表や活動の報告がなされてきているわけですけれども、中に自殺予防に関する委員会というのがありまして、そちらの構成員で、今回、この私のプレゼンに際し、委員の皆様からも意見をもらってまとめたものを、今日、発表させていただきたいと思います。

まず、前提となる大きな認識ですけれども、自殺というのは、どんなに突然に見える自殺でも、その人なりのプロセスがあると考えられています。多くの自殺で、このような図

式が当てはまると考えられます。入り口としてはネガティブなライフイベント、途中段階ではサポートが得られるかどうか。残念ながら十分なサポートが得られない状態が続いてしまうと、プロセスが進行していつてしまっていて、最終段階では多くの方が精神医学的な診断がつく状態になり、特にうつ病、うつ状態の介在が非常に大きな役割を果たすと医学的には考えられていて、うつ病という病気は、その病気の特性や症状としてネガティブ思考が非常に強くなったりして、自殺プロセスが加速されてしまうと考えられています。

最終段階の辺りでは、圧倒的大多数の方が精神医学的な診断がつく状態だったということは、世界的な認識として、今は考えられています。これは、世界の主要な国々で行われてきた心理学的剖検という手法を用いた地域調査、地域調査といえますのは、あるエリアを選んで、そのエリアで1年間に発生した自殺者全数を調べるような調査なのですけれども、1950年代以降、世界の幾つかの国々でそういう調査が行われてきて、多くの調査でこのような共通した結果が得られています。

それをWHOが主要な研究をまとめて発表しているわけですがすけれども、診断がつかないというのはたった3%しかいないという状態で、多くの方で診断がつく状態だったということが分かっています。これは、主たる診断、1個だけ取ったときの円グラフなのですけれども、1人の患者さんに複数の精神科診断がつくというのは日常臨床でよくあることで、それを重複診断と言うわけですがすけれども、そういう重複診断を許せば、うつ病、うつ状態が過半数を占めるということが言われています。

例えば、物質関連障害というのは、精神医学ではアルコールや薬物依存のことを指すわけですがすけれども、アルコール依存症の方の自殺リスクが高いというのは、精神医学では古くから知られてきたわけですがすけれども、アルコール依存症の方で死にたい気持ちが強まるのは、多くの場合はうつ状態が併存しています。

また、統合失調症でも、幻覚・妄想がとても有名な症状ですがすけれども、もう一つ、余り知られていないでしょうか、抑うつ状態というのもよく起こりまして、そういう中で自殺が起こるということは、臨床ではよく知られてきました。

パーソナリティ障害の中でも、例えばボーダーラインパーソナリティ障害の方がオーバードーズをしたり、リストカットをしたりするときというのは、多くの場合、抑うつ状態になっているということは、日常臨床でよく知られています。

このように、精神医学的な介在が最終段階では非常に重要になってくるわけです。

もう一度、プロセスの図に戻っていただいたときに、どのステージでも自殺予防というのは大きく関わってきていて、例えば社会的なサポート、あるいは家族からのサポートが得られると、このプロセスから脱出していくことができるし、最終段階では、私たちのような精神科医が非常に重要な役割を演じるということが分かっているわけです。

どの立場の方も、どのステージに置かれても、自殺予防というのは非常に重要だということがお分かりいただけたらと思います。アプローチとしては、大きく2つに大別できると考えています。

1つは、出口の辺りから入っていくハイリスクアプローチ、医学モデルとも呼ばれてきました。例えば、最もハイリスクの方というのは自殺未遂をされた方ですけれども、そういう方に医学的な治療を行いつつ、どうして自殺行動に至ったのかということを考えながらソーシャルサポートを考えていくという、出口のほうから入っていくハイリスクアプローチ。

一方で、ネガティブなライフイベントや取り巻く環境、あるいはソーシャルサポートの辺りから考えていくポピュレーションアプローチ、公衆衛生モデル、コミュニティモデルとも呼ばれてきましたけれども、その方向から入っていくアプローチがあると思っています。

十分な予算や十分な人員があれば、多方面からいろいろなアプローチや協力してやっていくというのが理想だろうと考えていますが、今日は精神科の立場からお話しをさせていただきます。精神科臨床では自殺予防の最後のとりでであると、多くの精神科医は認識していて、私たちのふだんの仕事そのものが自殺予防につながっているという自負と責任感を持って、日々、臨床の仕事に当たっています。

しかしながら、現実的な難しさも痛感しているのが実情で、現状の例として、ここに挙げてみました。

まずは、自殺ハイリスク者の同定が非常に難しいのが実情です。日常臨床で使える精度を持った予測スケールというものが、いまだ開発されていません。これは日本だけでなく、世界的にそういうふうに認識されていて、どの方が本当に自殺のリスクが高いのかということ、高い確度で見極めていくというのがなかなか難しい。

ですから、2番目に書いたように、危険性を広く取るということは重要なのですけれども、そうすると安全性は高まるのだけれども、そうやって選ばれた対象者を誰がどのように見守るのか、非常に難しい問題が出てきますし、例えば、危険だから、本人の意に反して入院させる。そうせざるを得ない局面もあるのですけれども、ずっと入院させておくのか、ずっと行動制限を加えるのか、非常に難しい問題をはらんでいきます。

また、3点目に挙げたように、どんなに注意していても防ぎ切れない自殺があるというのは実情で、今、申し上げたように、入院の措置を取って、鍵のかかる保護室などで観察を行っていても、その中でも起きてしまう自殺があるというのが現実です。24時間見守る体制というのは非常に必要だというのは認識しているのですけれども、実際問題、そのようなシステムというのはなかなか難しいということがあって、それも大綱の改定に際して、課題や要望として別紙で資料1（3）の中にリストアップさせていただいたわけですけれども、そのような難しさを感じています。

4点目として挙げたのは、精神科医療だけでは解決し得ない心理・社会的な諸問題に対して、どういうふうなアプローチをしていけばいいのか。連携を取っていくことが必要なのですけれども、そういうことが日常臨床の中でスムーズに行えるような体制というのが望まれています。

次が、自殺が残念ながら起こってしまったときの法的問題です。これによって、ハイリスク者を避けるような萎縮医療を助長しかねないということが懸念されていまして、これについても、学会として折に触れ考えてきているわけですが、この辺りを制度として何か模索できないかということをお次の課題として考えています。

続きまして、自殺を予防した事例というのは、私たちの日常臨床ではたくさんあるはずなのですが、その評価が十分なされていないという問題があります。

また、次に挙げたのが、精神科医の技能向上。これは、現在進行形ですと行ってきたわけですが、それを引き続き、学会としてもっと普及させていく必要があると考えています。

これまで実施してきた学会としての取組とその課題です。主な取組につきましては、内容としては、学会組織としての教育や研修ということになります。それは、資料1(2)としてまとめさせていただきました。

今後の課題としては、教育の分野では、引き続き、会員の教育や研修の普及を高めていくということと、一方で、これまで行っていることがどれだけ成果をもたらしているのか、効果の検証ということをしていかないといけないのですが、これは率直なところ、現在の時点ではまだまだ不十分ですので、今後の課題として考えています。

研究の領域では、国の戦略研究が一度行われたわけです。そして、その成果が通称ACTION-Jという戦略研究の中で、自殺未遂者の支援に対して効果があるという成果が上がって、診療報酬の制定につながった好事例があります。そのときには多くの精神科医が協力して行ったわけですが、残念ながら、それ以降、エビデンスを確認するような大規模な調査研究が行われていませんので、これも精神神経学会としてできることは何かということをお考えながら取り組んでいきたいと思っています。

連携としては、診療他科、内科や外科の先生たちとの連携や、あるいは医学の分野を超えた他領域との連携活動をさらに活発化していくことが必要だろうと認識しています。

それを踏まえて、今後の大きな方向性として挙げたのがこれになりますが、従来から認識されてきましたし、既に行われてきているものも含めているのですが、まず1番目としては、ハイリスク者の同定とケア。最もハイリスクなのは自殺未遂者ですから、救急現場で精神科以外のドクターをはじめ、医療スタッフとの連携をますます活発にしていけないといけません。

また、他科との連携です。例えば、うつ病、うつ状態の方がダイレクトに精神科に来てくださるということが、初診の段階では少ない。最初は内科の先生や、女性の場合は婦人科の先生のところにお相談に行くということは、実際、臨床のデータとして出ていますので、他科の先生にメンタルの問題について知識を共有していただいて、連携していくという活動をもっと広げていけないといけません。

もうちょっと入り口に近いところでは、精神保健福祉センターとの連携を強化していかないとはいけません。臨床のサイドからはそういうふうにお感じしています。さっき申し上げたよ

うに、狭義の精神医学の治療だけでは対応し切れない自殺リスクの方がいらっしゃると思いますので、心理・社会的な問題も含めて、地域の精神保健センターとの連携というのが非常に重要であると認識しています。

2点目に挙げたのが、精神科医療へのアクセスの向上。これも地域のシステムとして構築できないかということを考えています。

3つ目、精神保健福祉センターをはじめとした社会資源の相談機関との連携を強めていかなければいけないと思っています。

4つ目としては、他領域との連携。学校現場や職場との連携を強めていかなければいけない。

5番目として挙げたのは、自殺予防のためのゲートキーパーやこころサポーター養成などの事業に対して、精神科医として協力していけることをもっと増やして活発化していかないとはいけないと考えています。

6番目に挙げたのは、精神科医の技能向上、これは学会としては最重要課題ですけれども、引き続き取り組んでいかなければいけない。

7番目としては、研究活動にも注力していかなければいけないと考えています。

この大きな方向性を基に、現行の当面の重点施策を基に、今後5年間で学会として取り組むべき課題や、国全体にお願いしたい要望としてまとめさせていただきましたのが資料1（2）になります。

これが最後のスライドですけれども、自殺に関与するファクターというのは裾野が非常に広いと考えています。最初にお見せしました自殺のプロセスの図というのは、ライフイベントから始まっている図をお示ししたわけですが、さらに裾野が広がって、周産期から、家庭の問題から、学校の教育の問題から、あるいははじめの問題から、多くのことが関わっていると思っています。この認識を基に、精神科医の役割として、もちろん日々の診療は絶対頑張らないといけないのだけれども、自殺予防に関しては、このプロセスに示したものの全体が自殺予防の臨床だという認識の下に、精神科医が関われるところには積極的に関与していかなければいけないと考えている次第です。

御清聴ありがとうございました。

○椿座長 どうもありがとうございました。

ただいまの張様の御説明に対して御意見いただきたいところなのですが、自殺対策の大綱改定に向けて、今後5年間で取り組むべき課題・施策ということに関しては、資料1（3）をつくっていただいたところなのですが、少し時間の問題はあるのですが、これについて少し補足で説明いただくことは可能でしょうか。

○張氏 では、画面を共有させていただきます。

御覧いただけますように、現行の当面の重点施策に沿って追記させていただいています。順を追って申し上げます。

1番目、地域レベルの実践的な取組への支援を強化するというところですが、現

行では、地域自殺実態プロフィール、政策パッケージということが挙げられているわけですが、警察等が発表する自殺の粗データを、各自治体でローデータ自体を分析できるような体制をつくっていただくことが重要じゃないかと思っています。それを要望させていただきます。

2点目としては、地域の実情を踏まえたガイドラインの策定をお願いしたいと思っています。「望みます」という表現が多いのですけれども、望みつつ、精神科医も関与できるところは関与していきたいと考えているとお読みいただければ幸いです。

続きまして、地域自殺対策推進センターへの支援ということで、市町村単位で専門職の自殺対策の職員の配置を充実していただくことを望んでいます。

続きまして、ハイリスク者を地域でケアするシステムの構築が必要だと考えています。

2番目の国民一人ひとりの気づきと見守りというところですが、書かせていただいたのは、SOSの出し方に関する教育の推進ということが、今、掲げられているわけですが、それを自殺予防教育の推進というふうに、呼称変更も含めお考えいただいて、全体の教育ということを考えていただければと思います。子どもだけではなくて、大人の側のSOSを受け止める教育が必要だということの追記を望みます。

もう一つは、うつ病等についての普及啓発の推進と掲げられているわけですが、うつ病はもちろん一番大事だと精神科は認識しているわけですが、WHOの円グラフでお分かりのように、対象はうつ病だけではありませんので、精神疾患並びにメンタルヘルス全般についての普及啓発の推進というふうに変えていただければと思います。

続きまして、3番目、調査研究の項目ですが、これは先ほど申し上げましたように、大規模な国際レベルでの介入研究ということが非常に重要だろうと思っていますので、それができる体制をお願いしたいと思っています。

続きまして、データですが、ビッグデータの分析ができるような体制をつくっていただきたいと考えています。

続きまして、子ども・若者の問題については、文部科学省のいじめ重大事態調査との連動調査が必要だろうということと、心理学的剖検やポストベンション研究の再開を望みますと書かせていただきました。

4番目、人材の確保、養成につきまして、専門職の養成について、厚生労働省と文部科学省の連携強化を望みたいと思っています。

また、自殺対策に関わる大学の教育講座等教育機関の設置を望みます。自殺予防の講座が必要だと考えています。

また、学校の先生たち、教職員の自殺対策専門職の人材養成を望みたいと思っています。

ゲートキーパーにつきましては、地域でのゲートキーパー研修というのは多く行われてきているわけですが、大事なはその継続性だと思っています。コアになるような、より高度の知識を持った人材育成、そのコアメンバーが継続的な研修を行っていただけるような体制、コア・ゲートキーパーの養成を望みたいと思っています。

続きまして、5番目の心の健康を支援する環境整備につきまして、これは学校だけではなくて、職場、地域、学校、3つに関わる全てのこととして、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの整備を望みたいと思っています。

続きまして、大規模災害時における心のケアについてですけれども、大規模災害時の心のケアの、精神保健福祉的トータルな継続性を持った支援と、あと、現在、コロナの状況を災害時と同様に捉えていただいて、災害関連メンタルヘルスの研究が必要だと思って、その実施を望んでいます。

続きまして、6番目、適切な精神保健医療福祉サービスにつきまして、幾つか書かせていただきましたが、自殺企図者の対応、多職種連携への報酬加算の必要性を感じています。

また、精神保健医療福祉サービスのいろいろな職種の人に関わるための報酬加算も必要だと思っています。

また、精神科受診に対して迅速なアクセスが実現されるようなシステムの構築を望みます。

遠隔診療、アウトリーチの体制整備が必要だと認識しています。

また、災害時のサービス持続性を高める仕組みづくりが必要だと認識しています。

続きまして、ハイリスク者対策ですけれども、これは精神科医を含め、医療従事者の技能向上対策を学会組織としても引き続き推進してまいりたいと思っています。

続いて、自殺リスクが高い入院患者さんに24時間付き添いできる看護師の配置を望みたいと思っています。

続きまして、7番目、社会全体の自殺リスクを低下させることにつきまして、1つ目はメディアに対する自殺予防リテラシー教育の実施を追記していただきたいと思います。

続きまして、孤立・孤独者への支援を追加することを望みます。

続きまして、妊産婦への支援については、母子への支援だけではなく、父親への心理教育を含めた対応についても追記していただきたいということと、両親だけではなく、その親族の育児休暇等も取れるような体制を望みたいと思います。

8番目、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ項目ですけれども、地域の拠点機能を担う医療機関の制度化を望みたいと思っています。具体的には、国の医療計画や診療報酬制度にそれを明記していただきたいと思っています。

続きまして、医療圏域ごとの拠点機能を担う医療機関の整備推進を望みたいと思っています。

続きまして、包括的な未遂者支援の強化のためには、救急を受ける病院に、3次救急だけではなくて、2次救急でも、精神科医やPSWのチームが配置されるよう望みたいと思っています。

次が、未遂者の治療・ケアに関するガイドラインの普及や研修の拡充を望み、また学会組織としても努めたいと思っています。

続きまして、医療従事者自身のメンタルヘルス対策の拡充にも努めていきたいと思っています。

います。

9番目、遺された方々への支援に関して、御遺族に対する医療保健福祉のケア体制の整備を望みたいと思っています。

次が、御遺族とともに事後の振り返りを行い、遺族ケアと今後の自殺予防に資する機会をつくっていくことを学会としても考えて取り組んでいきたいと思っています。

10番目、民間団体との連携強化につきましては、当学会と各種民間団体との双方向性の連携をより一層深め、広げていくということを今後も図っていききたいと思っています。

11番目、子ども・若者の自殺対策ですけれども、幾つか書かせていただきました。先ほどと重複しますが、大人の側のSOSの受け止め方教育ということが必要だということと、SOSの出し方教育ということ、自殺予防教育というふうに広く呼称変更も含めてお考えいただければと思っています。

児童思春期精神科医療の人材育成・支援体制の強化をお願いしたいと思っています。

続きまして、全学校への自殺予防に対応できるスクールカウンセラーの配置、精神科医の学校医、あるいは精神科医がコンサルタント的な役割を果たせるような体制を望みたいと思っています。

また、教師に対してゲートキーパー教育を義務化することも必要ではないかと思っています。

チーム学校の推進。

あとは、インターネットやSNSの適正使用に関する教育。

文部科学省と厚生労働省の連携も望みたいと思っています。

最後、12番目の勤務問題による自殺対策を推進するということですが、職場衛生管理者の自殺予防に関する教育の受講義務化をしていただいたり、産業保健センターに産業精神保健を専門にする精神科医を配置していただいたり、職場オンラインコミュニケーションを推進していただくということが必要だと考えています。

すみません、ちょっと長くなりましたが、以上、御説明させていただきました。

○椿座長 どうもありがとうございました。御要望のほう、確かに承りました。

それでは、これから少し意見交換ができればと思います。有識者の皆様方で、ただいまの張様に関して、御意見があれば、ぜひよろしく願いいたします。

根岸委員、よろしく願いいたします。

○根岸委員 ありがとうございます。

御発表の中の10枚目の大きな方向性のスライドの(3)の各種相談機関との連携のところでお伺いしたいのですが、私たちも相談を受けて、例えば自殺リスクがかなり高い相談者で、子どもで虐待でとか、かなりトラウマがあってというときに、この地域だったらどういうところにつなげていったらいいのか。医療的なニーズが高いだろうと私たちが受け止めたときに、学会のほうで、精神保健福祉センターと、この地域であればこういうところ、全部というわけにはいかないですが、特にリスクの高い場合に、トラウ

マとか虐待のときに連携がどの程度取られているのか。

そういう連携が精神保健福祉センターなりと取られていると、そういう方がいたときに紹介してつなげていける。非常にありがたいところだと思うのですが、その辺りの現状と方向性を伺えるとありがたいです。

○張氏 ありがとうございます。

現状につきましては、正直なところ、学会としては教育や研修を主たる目的としてやってきましたので、臨床に直結するようなガイドラインや、何か今お話しされたようなマップを作成するということは、現時点ではありません。けれども、方向性としてお示したように、学会を通じて、そういう必要性を会員に知っていただいて、各地域で考えていただくような方向性を示して、一緒につくっていくことをサポートするようなことは必要だと認識しています。

○根岸委員 ありがとうございます。

今、おっしゃられた、まさにマップのようなものがあると非常にありがたいと思います。引き続き、よろしく願いいたします。ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

続きまして、生水委員、よろしく願いします。

○生水委員 御説明、どうもありがとうございました。

野洲市でも、生活困窮者支援を行う上で精神科医療との連携というのは非常に重要です。大変お世話になっています。ただ、初診を受けるに当たっては、一、二か月ぐらいかかるということで、迅速に受診することができないということに大変苦慮しているところです。この解決方法がもしあるのであれば、教えていただけますでしょうか。

あと一点です。自殺未遂者の支援としまして、滋賀県では自殺未遂者の再企図防止支援事業としまして、地域の圏域内の救急告知病院を受診された自殺未遂者、またその御家族の方に対して、病院が個人情報提供の同意を得た上で保健所に伝えまして、保健所が市町自治体に連絡して支援につなぐという仕組みがございます。野洲市でも、年間七、八件の方がつながれてこられます。こうした仕組みというのは、全国的にあるものなのでしょうか。その点を教えていただければと思います。

以上です。

○張氏 ありがとうございます。

1点目の精神科診療での初診の問題、2点目の未遂者のケアの問題につきまして、両方とも、まず結論的には、全国的に統一されたようなシステムというのではないと私は認識していて、初診の問題につきましても、今、御指摘のように、初診まで1か月待ち、2か月待ちということが現実にあるのは認識していて、学会としても、そこは問題だろうと認識しています。それをどうするのかということ、各地域ごとにそれぞれの先生方や、あるいは学会組織だけではなくて、診療所協会や病院協会の先生方が中心になってつくられている地域もあって、現状としては、各地域でエリアごとに、そのエリアの先生方が協力し

てやっています。

問題があるということは学会としても認識しましたので、先ほどと同じ回答になってしまいますけれども、学会として問題点を会員と共有し、解決に向けて、各会員が我が事、自分のこととして考えてもらうように一緒に考えていきたいと思っています。

未遂者の支援につきましても、これは行政が非常に大きく関わっていただくところになるのですけれども、保健所が介入して、例えば精神科の医療につないでいただいたり、あるいは生活困窮という背景があることには、医学的な治療だけでは対応できませんから、必要な支援をしていただく、コーディネートしていただくということが非常に重要になってくるのですけれども、そのコーディネートの役割ということが、各地域の実情というのものもあるでしょうから、違ってくると考えています。そこは個人的な意見ですけれども、行政も介入していただかないと、なかなかうまくいかないということがあろうかと思っておりますので、各地域で考えていかないといけないかなと思っています。よろしいでしょうか。

○生水委員 ありがとうございます。

○椿座長 それでは、引き続き、伊藤委員、よろしくお願いします。

○伊藤委員 よろしく申し上げます。張先生、お話ありがとうございます。

資料1(3)のほうにコア・ゲートキーパーというキーワードが出てきましたので、もう少し聞かせていただきたいのですが、今、地域で厚労省のゲートキーパー養成研修テキストの内容を中心に、一般市民も含め、ゲートキーパーの養成がなされているかと思えます。このコア・ゲートキーパーは、どういった職種の人に、どういった内容の研修を行って育成・養成していくことを想定されているのか、既にそういった取組があるのかなど、お聞かせ願えますでしょうか。

○張氏 ありがとうございます。

これは、何か定まった、もう既に行っているということではないのですけれども、一番大きなのは、各地域での継続的なゲートキーパー養成研修ということを、そのコアメンバーが行っていけるような体制ということが必要だろうと思っていますので、コアメンバーの方にはアドバンスレベルの研修を用意して、その研修を受けていただく。その前提になるのは、精神保健福祉関係の何か有資格者が対象になるのが現実的には望ましいかなと思っていますけれども、ごめんなさい、まだ明確に何か学会として基準をつくったりしているわけではなくて、ちょっとアバウトな言い方なのですけれども、構想を持っているという、現段階ではそういうところになります。よろしいでしょうか。

でも、そういう存在が必要だと思っていて、その背景には、ゲートキーパー研修というのはいろいろ行われてきたのですけれども、大事なのは継続性だろうということが学会でも議論として出てきましたので、それを担保するための仕組みとして、1つとして、コア・ゲートキーパーということを考えました。

○伊藤委員 ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

引き続きまして、田中委員、よろしく申し上げます。

○田中委員 ありがとうございます。田中でございます。張先生、よろしくお願いいたします。

私たち全国自死遺族連絡会として、何度かデータを出した中で、通院していて亡くなっているケースが非常に多いと考えています。その辺りの薬物との関係とか治療薬との関係についてお聞かせいただきたいということと。

もう一つ、ハイリスク者、未遂者に対して、私が自死に至った人たちのケースを聞くと、救急車で搬送されて、薬物などは胃洗浄などして、まだ動けない状態でも即退院の形にして、その後のケアが全くなされていないということと。あとは、精神科に通院している人の未遂者が非常に多いと思うのです。診療所、クリニックに通っていながら、救急搬送された後に、救急病院のほうから通院している診療所、クリニックさんに報告が行くのですが、それでも、そこで診療拒否をされてしまう。未遂をするような人は診られない。入院設備がないので責任を持ってないとおっしゃる。

そこで、私も宮城県のほうで、診療所クリニック協会と入院設備がある病院との連携が何とかうまくできないかということをご提案しているのですが、先生のお考え、いかがでしょうか。学会としての御意見もお聞かせいただければと思います。

○張氏 ありがとうございます。いずれも非常に重要な指摘をありがとうございます。

まず、治療のお薬との関係につきまして、これはまだ具体的な計画には至っていないのですが、実はこの委員会の中で意見も折に触れ、出てきていて、一度きちんと調査しないといけない。実際、薬物療法を行って行く中で、抗うつ薬で少し賦活、刺激的な作用があつて落ち着かなくなつて希死念慮が出てくるということは現実問題としてありますので、一体どれぐらいの頻度でそういうことが起こっていて、どういう対応がなされているのかということは、学会としても一度しっかり調査すべきだろうという意見は出ていますので、これは次の5年間の中で、まず学会としてできる調査はしてみたいと思っています。お薬については、そういうことになります。

続きまして、未遂者の対応につきまして、まさに田中さん御指摘のとおり現状があるのだと私も認識しています。きちんと対応できているエリアや精神科医もいるのですが、学会としても非常に問題だと思っていますのは、今、田中さんが言われたように、リストカットしたら診ませんとか、オーバードーズしたら診ません。それは、精神科医療として問題があるということは強く認識していますので、学会として、考えの発信と、現場としては精神科診療所協会の先生方と、精神科病院協会の先生方との連携づくり。地域のそういうシステムをつくっていかないといけないということは強く認識しています。それも次の5年間でできる取組を進めていきたいと思っています。

ありがとうございました。

○椿座長 どうもありがとうございました。

続きまして、山口委員、よろしく申し上げます。

○山口委員 張先生、ありがとうございました。山口です。

張先生もしくは学会員の先生方の御意見等があれば、伺いたいと思います。

児童精神科に関して、人材の育成や支援体制強化の必要性が要望等にありましたが、児童精神科の医療機関の中には、入院施設を持っている医療機関もあり、入院治療をしている子どもたちの学校教育の中断という問題もあると思います。

小中学生であれば義務教育であり、高校生であっても入院治療による教育的な空白は、退院後、学校に戻るときの心理的なハードルを引き上げてしまっていることもあると相談の場で受けることもあります。当然、この問題は精神科の医療機関に限ることではありませんが、治療を行いながら学校教育を継続していくということに関して、児童精神科の入院施設を有する病院などの現状がどのようになっているのか、また、学校復帰の際にどのような問題や課題を持たれているのか、教えて頂ければと思います。

○張氏 ありがとうございます。すごく大事な御指摘をいただきました。

私の知る限り、学会全体として、私の所属する自殺予防に関する委員会ではない、児童思春期の部会でもしかしたら議論がなされているのかもしれませんが、入院中の子どもたちの教育に関して、非常に重要だと、今の御指摘で私も認識しました。一般的に小児科では、長期入院のお子さんたちに対して教育を行う医療機関が昔からあるわけですが、精神科においてもそれは必要だと今、認識を新たにいたしました。現状、すぐお答えできることは私の中では持っていないので、ちょっと調べさせていただきたいと思います。

○椿座長 どうもありがとうございました。

張先生、非常に多角的な側面で提言・要望をいただいたところです。私も終わってからコメントさしあげたいと思うのですが、松井委員、申し訳ありません。気づかずに恐縮でした。

○松井委員 すみません、コメントです。

非常に分かりやすい話を張先生、どうもありがとうございました。

最後の児童を預かっている病院なのですが、病院によっては、その中で学校教育、義務教育をやっているところも既にあります。だから、これが大きな広がりになってくれば良いなと思っております。

以上です。

○張氏 ありがとうございます。

○椿座長 松井先生、どうもありがとうございました。

私のほうのコメントは、ヒアリング資料1（3）について、可能ならば、張先生、現状の問題、こういう状況が問題なので、このくらいの強化が必要である。実は、地域の連携に関して、コーディネートすべきもの、マネジメントすべき体制があって、いろいろなところをつながなければいけないというのは、これまでのヒアリングでもいろいろ出てきているかなと思っているのですけれども、現状の問題があって、こういう状況で、これくら

いの整備が必要である、こういうことが不足しているので、これくらいの体制が必要であるという形での学会のポジションペーパーといいますか、そういうものを改めて私どもに出していただけると、非常に具体的に大綱に反映できるのではないかという感覚もあるのです。

今日、非常に貴重なことをたくさんいただいたのですが、資料1（3）の部分に関しては、そういう形で包括的にまとめていただけると、私ども、大変ありがたいと感じたところです。エビデンスも、海外との比較、あるいは地域間の比較、これは我々のほうが考えなければいけないのかもしれませんが、もし先生方の中でそういうことが分かれば、ぜひお願いしたいと思います。

また、学会として、専門家の中でのガイダンスドキュメントとかガイドラインをこういう構想でつくるということがあれば、逆に我々としては、それを基にいろいろなことができるのではないかというふうに期待しているところですので、大変恐縮なのですけれども、先生にもそういう形で、追加で私どもに御意見を頂戴できればと思います。お忙しいと思いますけれども、ぜひそうしていただくとありがたいと思います。よろしく願いいたします。

○張氏 はい。

○椿座長 それでは、有識者の委員の皆様方からもたくさん意見を頂戴できました。先回同様、時間管理ができていなくて恐縮なのですけれども、続きまして、NPO法人自立生活サポートセンター・もやい理事長の大西様をお願いしたいと思います。大西様は、内閣官房・孤立対策担当室の参与もお務めになられております。

大西様、よろしく願いいたします。

○NPO法人自立生活サポートセンター・もやい理事長 大西氏 よろしく願いいたします。皆さん、こんにちは。聞こえますでしょうか、大西です。事務所で後ろの音が入ってしまうかもしれないですが、気にしないでください。よろしく願いいたします。資料を画面共有しながらお話ししたいと思いますので、ちょっとお待ちください。

私、今、御紹介いただきましたけれども、ふだんもやいという団体に活動しております、そこは生活困窮者の支援をやっているNPOなのですが、そこから見えてきた自殺総合対策への提案ということで、今から簡単に御説明させていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

もうちょっと厚めに御紹介的なものをしますが、ふだんは日本の貧困問題、格差の問題に取り組むということで、年間4000件ぐらい生活困窮者からの相談をお受けしたり、あと、住まいのない方がアパートに入るための連帯保証人の引受け、延べ2400世帯をやったり、緊急連絡先を900世帯やっていると。あと、認定NPO法人では、全国で唯一、不動産仲介の免許を持っていたり、居場所系の孤独・孤立への対応ということで居場所づくりをやったり、政策提言したり、主にそういう事業をやっています。

我々、困窮者の支援で、何で自殺の話で今日話すのかというのは、ちょっと後で出てく

るのですけれども、生活というのをある程度線というか、面で考えていて、生活が苦しい方が御相談に来られたら、まずお困り事、生活の基盤をどうつくるのか、生活保護申請のサポートだったり、相談支援があって、住まいのない方であれば住まいを得るための支援というものがあって、居場所系の事業、孤独・孤立、地域の中で暮らしていくというところがあって、この中でほかの様々な関係機関とも連携しながらというところで支援していく。

プラス、それだけではなくて、そういう方が生きづらくないような社会をつくらなければいけないというところの政策提言だったり、社会的発信とか、点というよりは線だったり、面ということで貧困問題というものに取り組んでいます。

コロナの話で、ここから関わってくるのですが、去年の2月以降、相談が急増して、事例もたくさんあるので、後で御紹介しますが、一番分かりやすいものは何かと思ってグラフをつくってきたのですが、これは毎週、うちの活動の中の一つで食料品の配布の活動というのがあって、路上で新宿の都庁の下で食料品の配布をしているのですが、去年の4月は100人ぐらいの方が来られていたのが、11月20日は408人になっていて、直近でも350から400人ぐらいの方が来ていて、赤枠のところは緊急事態宣言が出ていた時期なのですが、この間は多いのです。例年にないぐらいの規模で困窮の相談人数が増えている。

我々はもともとフードバンク系の団体ではないのですが、困っている方がたくさん来るので何とか対応しなければということでいろいろ拡大していますが、下のほうに書いたのですけれども、若者とか女性の姿がすごく目立つ。それは、昨年の上自殺者数が公開されましたが、そこで若者とか女性のしんどさみたいなものがある種出ていましたが、そこを現場のレベルでも感じているというのと。

相談の内容の事例的なところを少し御紹介すると、もちろんこれはプライバシーへの配慮から一部変えたり、複数の事例を組んでいたりするのですが、若い方の相談が今、すごく多いのですね。ここに書いているのですけれども、希死念慮、自死念慮を持たれている方の相談というのが、もともとあるのですけれども、コロナですごく増えているというところが大きな特徴としてあります。もちろん、我々は貧困問題というのがテーマですので、自殺予防の活動、自殺対策の活動として看板を掲げているわけではありません。

なので、生活困窮者の支援として、彼らは相談に来たり、食料品の配布に来たり、チャットの相談だったり、メールでの相談だったりに来るのですが、背景にいろいろな課題がある中で、喫緊の問題としてお金をどうしよう、生活費どうしようとかもあるのですが、希死念慮を抱えているというところが、正直、今、結構大きなウエートになっているというところがあります。

これは、本来は失業とか住まいの問題とか、あと暴力の問題といった方への相談支援ということをもともとやっていたのですが、実際のところは、希死念慮を抱えた方に、当然生活困窮などの背景もある。これはいろいろなところで言われていることですし、現場レベルでもそのとおりかなと思うのですけれども、この2つ目がすごく重要かなと思うのは、

希死念慮を抱えた方の最初の相談先にうちがなっていることもある。これはうちだけじゃないはずですね。生活困窮者の支援というのは、ほかのNPOだったり、いろいろな相談機関、DVの相談をやっているところ、いろいろなところが最初の入り口になっているというところが、実は極めて重要なのではないかなと。

ここからちょっと御提案的な話になっていくのですけれども、正直、どの窓口が最初の入り口になるか、実際には分からないですね。御本人が希死念慮を抱えていても、問題の発掘、本人の訴えとして、一番最初にそれが出てくるかどうかというのは一概に言えないわけですから、何となくネットで見たとか、記事を見つけたとか、テレビで報道されていた。相談してみよう、検索してみよう。Twitterで有名な人がつぶやいていて、フォローしていたら流れてきたから、そこでつながったという感じで我々のようなところにつながることが多いので、どこも入り口になり得るのですね。

我々も、そういう状況の方が来たら個別に対応したり、必要な機関にリファー、おつなぎしたりするのですけれども、正直、特別に連携体制を取っている機関とか相談先は実はないのです。組織同士で何か連携したり。今日、委員でいらしている方の中にも個別に連携させていただいている団体さんもあるのですけれども、本当に個別のレベルでやっているというのが正直なところですよ。

それが、変な話、生活困窮者の支援をやっている団体としてはすごく怖いのです。個別のつながりの中でしか、うまくリファーできていない。また、公的機関におつなぎするにしても、官民の連携・協力は薄いということを書きましたけれども、けんもほろろと言うと大げさかもしれないですけども、窓口に行ったら余り対応してもらえなくて、どうつないでいいかわからないとか、そういった事例には事欠かないので、支援分野の枠組みを超えて、どこが入り口になっても実際おかしくないし、もうなっているので、どこが入り口になってもちゃんと対応できるような大きなチーム、ワンストップやネットワークの形がとても重要じゃないかなということ現場レベルではすごく感じています。

現場の危機感として、こういったものがないと、対応することに怖さを感じますし、その方に適した対応がきちんとできているのかどうかということも含めて、視点として必要かなということをおもってまして、ある種リファー先でもあるのですけれども、リファーマンでもあるというところで、我々の団体というのはそういう場所にいるということで、我々のところに相談に来られる方が当然いらっしゃる。必要な方には、各分野の支援機関、公的機関、民間を含めておつなぎをするわけですけども、ここに書きましたが、個別につてや人脈をたどって支援機関におつなぎしている状態。

仕組みとして、リファーやネットワークづくりができていくわけではなく、そこに公的資金も基本的に入っていないという認識で我々はいまいます。もしかしたらそういうものがあるのかもしれませんが、そういった公的資金が入ったネットワークやリファー先のつながりの中に、僕らは少なくとも入っていないということです。多分、都内で困窮者分野では一番大きな団体・NPOの一つだと思うのですけれども、そこがそういうつながり先に困って

いるというところがあるのと。

逆に、リファーを受けることもございます。ほかのところ、特に各対策のダイヤルだったら、いろいろな相談機関、公的機関から、生活困窮のこの部分、住まいの支援のこの部分、居場所づくりのこの部分にということで、当事者の方をおつなぎいただくことがあります。それは大歓迎なのですが、現状では、各支援機関から個別に来る状態です。個別に来るのは全然いいのですが、個別に来るということは、その支援機関Aでは、A担当の〇〇さんはこういう対応ができて、違う××さんだとできないかもしれないということが当然あるわけですから、そこに何らかの仕組みをつくっていくということがとても重要なのではないかと現場レベルでは感じております。

ここまでのまとめとしてお話しすると、希死念慮を抱えた方がどの支援機関に相談するかというのは、正直分らないですね。実際にもいろいろな場所に来てると御認識いただいたらなと思います。我々のところは自殺対策という看板を掲げていないですが、コロナ以前から、死にたい、消えてしまいたいということを訴える方の相談がたくさん来ていますし、コロナでそれがすごく強まっています。

我々は比較的規模があって、人脈とかリソースがある団体なので、何とかおつなぎできたり、個別に対応できるのですが、そうじゃない地域の支援組織というのはすごくたくさんあるだろう。そこは、行政がきちんと捕捉できていないような小さな草の根の組織も含めて、どの支援機関に相談が来ても対応できるような体制、仕組み。人材育成もそうなのですが、それ以上にいわゆる現場の対応を大きくしていく必要があるということと、そういった現場レベルで顔が見える関係になっていくこと。また、それにちゃんと予算や枠組みがついて対応されるということがすごく重要なことと、「大きなチームを作るには？」というところにそれを書きました。

適切につなぐ、伴走するということで、これは御提案というか、1案なのですが、つなぎ支援に特化したチームをつくるみたいなこともありかなということを思ったりします。それぞれの相談機関ごとに、質の違いとか、得意分野の違いとか、いろいろなものがあるので、安心してつなぐためには、ここの団体はこういう活動をやっているのは知っているけれども、余り信頼できないからつなげないとか、いろいろな事情があることは理解しつつも、全体の底上げをしていく。

そのためには、こういう状況の方が相談に来ました。うちの団体だけでは対応できません。対応できないな。どうしよう、つなぎ先に困ったという団体が相談できるような機関や機能や組織があると、それはすごくいいな。各支援窓口のバックアップができるような仕組みにちゃんと予算が投下されるということがあると、自分の専門分野と必ずしも一致しない相談が来たときにも安心して対応できるのではないかなということを感じております。

ここからは少し概念的な話ですが、御紹介いただいたように、内閣官房の孤独・孤立対策室の政策参与というのをやっている関係で、今日も孤独・孤立対策室から参加している

メンバーがいるかと思うのですけれども、ちょうど今、重点計画をつくっていて、年内に発表というか、決定されるということを書いていますが、この孤独・孤立というものを、先ほど張先生もお話しされていましたが、自殺対策の中にも入れていただきたいということはもちろんそうなのですけれども、かなり隣接しているというか、接している点が正直多いかなと思っております。

それは、例えば同じ厚労省の中でも、地域福祉の文脈とも似ている部分がありますし、なので、ここからここはあっち、ここからはあっちとならずに、横断的にそれぞれがリンクしながら、計画づくりだったり、予算だったり、様々なモデル事業だったり、そういった取組があればいいなというのを率直に思うところです。

ここに概念的な話で申し訳ないですが、溺れている人がいるときにということを書いてみたのですけれども、よくあるのは、どう助けるかということもそうですし、教育とかを含めた溺れない力をつけるとか、予防みたいなのところもそうなのですけれども、実は、こういう考え方が大事なのではないかなというところで、溺れても困らないようにするみたいなのところで、例えば水温を上げるとか、水深を浅くするとか、助けてもらうのを当たり前にする。

これは、短期的にはなかなか成果が見えづらいことかもしれないのですけれども、地域づくりとか、我々の社会の在り方みたいなのところというのは、いろいろな支援機関がたくさんあるとか、何となく自治型の地域組織みたいなのをもっと機能すべきとか、草の根の市民活動みたいなのをもっと活性化するみたいな、孤独・孤立の文脈というのは、どちらかというところ寄りか考えてもおもしろいかなということも思っていたり、そういう形で、もっと広く、生きるための支援ということですから、日本社会の在り方は、自殺対策にとどまらないダイナミズムがある考え方だと思うので、それを大綱・対策の中にどれだけ生かせるかということはあるのですが、理念として共有していくことが大事かなと思っています。

この辺は資料を見ていただければと思いますが、公的な支援の拡大はもちろんですし、いろいろな民間活動を幅広く支えていくことによって、それぞれの地域、それぞれの支援組織、自殺対策という看板を必ずしも掲げていないところにも既に相談が来ていて、それぞれ対応している、もしくは対応に困っている。そこにどうサポートしていくのかということを経験として考えていく必要があるということで、私の話はざっくり終わりたいなと思います。

どうもありがとうございました。

○椿座長 大西様、どうもありがとうございました。

委員の皆様方、いかがでしょうか。御意見あるいは御質問あれば、よろしくお願ひします。

生水委員、よろしくお願ひします。

○生水委員 何度もすみません。

大西さん、どうもありがとうございました。お顔を拝見して、元気が出ました。

大西さんの御提案なさいました公的予算をつけていくべきというご意見につきまして、私も予算はとても大事だと痛感しておりますので、全く同感です。そこで、予算規模を具体的に把握できるためにも、もやいさんの人員体制や、予算規模を教えていただければと思います。お願いします。

○大西氏 ありがとうございます。

うちはボランティアメンバーもたくさんいるので、有給スタッフ自体は12~13人なのですけれども、ボランティアメンバーが100人近くいて、予算規模は、今年コロナでちょっと広がっているのですけれども、1億3000~4000万円ぐらいの規模で活動していますが、基本、寄附です。9割以上が御寄附で、全部自主事業になります。なので、制度外の事業を基本的にはやっている形になります。

事業自体は、コロナでいろいろ変化もあるのですけれども、困窮者への相談支援とか同行支援だけじゃなくて、まさに保証人とか、葬送、お亡くなりになった場合の対応とかも含めて、結構幅広く活動は行っています。公的にやるのだったら、考え方を全く変えなければいけない部分はあるかなと思うのですけれども、こういうふうに自主的な財源でやっているからこそ、自由に行動できる、活動できるという部分があるのですが、逆に寄附が集まらなると支援ができないというところもあるので、その難しさはあるかなと思います。

○生水委員 ありがとうございます。やりがい搾取にならないように、きっちりとしていくのも大事かと。私は、予算の必要性は痛感しておりますので、ありがとうございます。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございました。

続きまして、田中委員、よろしくお願いします。

○田中委員 田中でございます。大西さん、ありがとうございます。

ちょっとお聞きしたいことがあります。公的支援の件は大賛成で、実は宮城県で1人で頑張っておられていた困窮者支援というか、居場所づくり、シェルターも含めて女性・男性と、本当に頑張っていた社長さん、十何年もやっていた方がいらっしゃって、もう続かなくなっておやめになってしまったのですね。1人で頑張るには限界があるのだろうなと感じました。非常に残念に思ったところなので、公費は非常に大切かな。公的資金が少しでも入ればなと思っているところです。

それと、いつも感じていますが、貧困者を少なくするための対策というのは、どのような対策をお考えでしょうか。ぜひお聞かせいただければと思っています。もちろん、困窮している人への直接の支援は大事ですけれども、それから脱出するための対策とか支援です。ぜひお聞かせいただければと思います。

よろしく願いいたします。

○大西氏 ありがとうございます。

まず、宮城の活動が縮小してしまったのはすごく残念ですけれども、今、NPOとかの活動は社会的にもすごく評価され始めましたし、こういう国のヒアリングを受けたりという機会も増えたのですけれども、NPOとか市民社会全体で考えると、高齢化も進んでいて、担い手不足の問題がすごく顕著で、本当に地域ですごく大事な活動をしている団体が、資金不足だったり、特に公的な資金がつかないことによって撤退してしまったり、縮小してしまっているという状況がすごく広がっているのです。そこはもう一回、地域づくりをどうするのかというのは、自殺対策の文脈でもきちんと取り組んでいただきたいなという事は思います。

我々の団体のゴールと言うとあれなのですが、出口というのは正直余り捉えていません。我々は、アパートを失わないとか、その地域で安定して暮らしていける。実は、病気や障害がある方とか高齢の方とか、就労がなかなか難しい場合もあるので、居場所づくりとか地域の社会参加みたいところを我々もつくりましますし、地域のそういったところと連携しながら、その方の生活の質とか安心・安全みたいなものを何とかつくっていくというところで頑張っているかなというところです。

過度に就労のバイアスがかかることによって、変な話、余りよくない労働環境のところでは仕事しなきゃと追い詰められて、よりしんどい思いをしてしまったり、何度も壁にぶち当たって戻ってきて、そのために傷ついていく。特にメンタル的に削れていくという状況を我々、見てきているので、そこは我々は就労支援みたいなことをあえてしていなくて、そうじゃなくても安心して居られる場所とか、相談相手、伴走相手になるみたいところを意識しながら活動しております。

○椿座長 どうもありがとうございました。

ほか、ございますでしょうか。いずれにせよ、地域の共助機関のハブとなるような公助の仕組みと申しますか、それをサポートする仕組みというものが非常に重要だという御指摘をいただいたと思います。

申し訳ありません、根岸委員、よろしくお願ひします。

○根岸委員 大西さん、いつもありがとうございます。

コメントというか、私も前々回、申し上げたように、生活困窮者自立支援だったり、大西さんがやっている孤独・孤立対策といった関連施策と連動をとということを、この大綱の枠組みでもきちんと示すということで、この相談の実務的な大西さんがおっしゃられたようなネットワークというか、形もそうですし、国のほうで示すことによって地域でもやりやすくなると思いますので、実務を踏まえて、関連施策との連動ということは意識して、今回の大綱改定にも反映させることが大事かなと思いました。

以上です。

○椿座長 根岸委員、大変重要な視点、ありがとうございました。先ほど申し上げましたように、その種のハブになるような部分というのも非常に大切だと、私自身も認識したところです。

大西様、本当に今日はどうもありがとうございました。

○大西氏 どうもありがとうございました。

○椿座長 続きまして、NPO法人BONDプロジェクト総括の多田憲二郎様、事務局長の竹下奈都子様にプレゼンをお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいいたします。

○NPO法人BONDプロジェクト総括 多田氏・事務局長 竹下氏 よろしくお願いいいたします。

○竹下氏 資料のほうを共有させていただきます。

10代20代の生きづらさを抱えている女性の支援をしています。「聴く。伝える。繋げる。」の3つを軸に、2009年よりNPO法人での活動を行っております。

街頭やネット上でのアウトリーチの活動から、LINE、メール、電話、対面での相談。そこから必要に応じて保護とか同行支援、自立支援を行っております。最近では、男女問わず、30代までの方を対象とした掲示板なども始めました。

こちらが昨年度の相談件数になるのですがけれども、相談の背景などで言うと、心の状態とかメンタルヘルスの不調とか、それに伴う自殺念慮を抱えている子どもとても多いです。背景は様々なことが重なって複雑化されてはいるのですがけれども、家族のことで悩んだり、家族とうまくいっていないという背景は非常に多いです。女の子たちの言葉として、今で言うとコロナの影響でと訴える子というのは余りいないのですがけれども、話を聞いていくとコロナの影響であるというのはとても大きくあると思っています。

横浜で相談室を開室しており、そこで面談を受けたりなど、コロナ禍だからこそ居場所作りにも力を入れています。相談を通して必要に応じて一時保護をし、自立準備のための中長期保護や、ステップハウスでの自立支援も行なっています。

今回、自殺を防いだ事例としてお話しさせていただくのですがけれども、1例目が、以前、BONDプロジェクトのシェルターで保護していた子だったのでありますが、保護して自立支援の後に一人暮らしをしていた女性で、しばらく落ち着いてはいたのですが、対人トラブルや妊娠・中絶経験などから精神的に追い詰められてしまって、再び不安定な状態になってしまいました。自分のことが許せなくなり希死念慮も強くなっていったのですがけれども、その子から深夜の時間帯に、死のうと思って漂白剤を飲んだという連絡がありました。ペットを助けてあげてほしいとか、銀行の暗証番号も書いてきたとか、玄関の鍵も開けっ放しにして出てきたと訴えていました。

泣きながらで、漂白剤を飲んでしまっていたので、吐きながら話していて、詳しく聞き取りたくてもなかなかスムーズにできなかったのですがけれども、詳細が分からない中でも命を守らなければいけないという状況であるということは強く感じていたので、居場所を特定して救急車を呼べるように冷静に聞き取りを続けました。本人は、心境の部分を話したがっていたので、それを遮ってしまうと連絡が途切れてしまう可能性、心配があったので、気持ちの部分聞くということも同時進行で行いました。情報を拾っていくと、家から少し離れた公園にいることが分かって、その場を動かないように説得して、消防のほうへ連絡して救急車を呼んだという状況でした。

通報の後、救急車で運ばれて、警察も介入し、ICUにも入り数日間入院し、その後退院したのですけれども、退院はできたけれども、不安定な状態には変わりなく。一人暮らしの家で過ごすことが危険な状態だということもあって、その子自身も家庭環境がよくなかったり、頼る人がいなかったという状況だったので、再度、BONDのほうで保護して見守りを行ったという子がいました。

2例目は、精神疾患とか難病等を抱えている10代後半の子なのですけれども、その子は希死念慮もそうですし、虐待も訴えていました。医療機関とか福祉機関にはつながっていたのですけれども、それ以上の支援や次のステップにうまくつながらなくて、家から離れることができないまま、日に日に希死念慮が増していたという子でした。LINE相談や電話での聞き取りの後に、面談を行ったのですけれども、面談後に、家には帰らずに、今日はこのまま自殺するつもりで出てきたと本人は訴えていて、どうしようかと考えたのですけれどもね。

本人の体の状況から、医療や福祉体制が整っている場所でないとな生活が難しいということもあって、おうちを出る準備をしてから出られるようにしようと説得はしたのですけれども、かたくなに帰ろうとせずに、もうこの後死ぬという状況で本人は訴えていて。車椅子から突然立ち上がってホームに行こうとしたり、私たちスタッフを振り切って車道に飛び出ようとしたりといった状況でした。

パニック状態になったりということもあったのですけれども、気持ちを落ち着けて引き止めて、その他の方法が双方合致しなかったこともあり、その日は親族に引き渡したのです。その後、役所や医療機関とやり取りをしながら、今後の生活に向けて調整を今している最中ではあります。

また、私たちは基本的にその子と会うことを目標にしているということもあるのですけれども、例えばいろいろな被害のトラウマを抱えている女性で、自己肯定感も低くて、生まれてきてはいけなかったという気持ち、希死念慮が強い子とか、自殺予定日を決めている子というのも多いので、そういった子に関しては、会いに行ったりしています。自分のために会いに来てくれる人がいるということが、生きていることに対しての肯定感につながるということもあり、面談後、生きてみようと思うという声が聞かれることもあります。

コロナ禍の影響で言うと、これも10代後半の子だったのですけれども、親と不仲の中、どうにか距離をとりながら実家で過ごしていた子が、コロナの影響で自宅以外の居場所がなくなったり、仕事もなくなってしまい自立への道がすごく遠のいてしまった。それで追い詰められてしまって、練炭自殺を一緒にする相手を見つけて上京してきてしまったんですね。その際に、私たちのほうにも連絡があったので、その相手と会う前に面談しました。自殺すること、相手に会うことを止めて一時的に保護して、一度地域の支援につなげようとするのですけれども、うまくつながらなくて、再度、東京へ出てきてしまいました。その際に、本人からまた連絡があって、再び保護して、自立支援を経て、現在は一人暮らしをしているという状況の子です。

メンタル面では、まだ不安定な部分もちろんあるので、LINEとかメールとか電話、面談を通して見守りを引き続き続けています。

事件が起きる前とか被害に遭う前の支援がとても大事だと思っていて、その入り口の部分はネットパトロールとかSNS相談だと思っているのですけれども、基本的には被害に遭う可能性のある女性に対しての声かけを、この画面の右下のように行っています。その中で、若年女性に近寄ろうとしている加害になり得る大人の投稿とかアカウントというのをとても多く目にします。

このスライドの左下ですけれども、これも自立支援の相談所とか、そういった名目でサイトがつけられているのですけれども、DM、個人のやり取りになると、旅立ちたいなら処理します。無痛でいけますとか。こういったやり取りになります。こういったDMとか個人のやり取りになってしまったら、私たちのほうは介入できないので、その前の段階でどうにか抑止できる対策をと思っています。私たちも、それぞれ通報というのも行っているのですけれども、ガイドラインや法律上、なかなか削除対象にならないというケースもあって、削除されずに野放しになっている部分も多いです。

この画面の右側は、愛知県警のサイバーパトロールの画面ですけれども、先日、愛知県警の方とお話しさせていただきました。このようにサイバーパトロールをされていて、危うい投稿に対して声かけをしていらっしゃると思います。警察のほうから声がかかるというのが、正直一番抑止になるので、このような取組が全国的に広がればいいなと思っています。アカウントを削除する、しないかに関わるガイドラインというのも、もっと現状に見合ったものに変えていく必要があるのではないかと思います。

最後に、先日、精神病院の医師の方、ワーカーの方から連絡があって、自殺未遂等で入院している10代の女性のことで相談がありました。希死念慮が強くて行動に移してしまうと、医療的には拘束したり、抗精神薬を増やすという対応になる。医療に限界があるということで、BONDに介入してほしいというお話でした。症状としての処置ですとか治療はできるけれども、必要なのは生きる力、気力を取り戻すための人とのつながりですとか、居場所がとても大事だとおっしゃっていました。

その女の子とも、私たちも、お話しをさせてもらったのですけれども、四肢拘束をされた状態でいつもどうしているのと聞いたら、テレビとかもないので、ずっと天井を見て死にたいと思っていますと言って、確かにすることがないと、そういうふうなことも余計考えてしまうのかなと思いました。、医療としては、命の安全が第一優先なので、確かに仕方がないことだと思うのですけれども、退院後とか、その後の支援を含めて、生きる力を取り戻せるように、医療機関のほうともさらに連携して取り組んでいけたらいいなという事は考えています。

以上です。ありがとうございました。

○椿座長 現場からの貴重な意見、どうもありがとうございます。

それでは、委員の皆様方、何かコメントあるいは御質問いただければ幸いです。

山脇委員、手が挙がっているかと思えます。山脇委員、よろしくお願ひします。

○山脇委員 連合の山脇と申します。貴重なお話、どうもありがとうございました。

連合でも、電話あるいはLINEの労働相談を受けております。最近は女性の相談が多く、女性が置かれている状況の厳しさを改めて痛感しています。特に、BONDプロジェクトの皆さんは、アウトリーチの取組をされていることに心から敬意を表します。

今日お話を伺って思ったのは、相談する側が気軽につながる体制をつくるということに加えて、相談を受けていらっしゃる皆さんの精神的なケアで、何かお手伝いできることはないのかという点です。相談を受けている皆さんは、相当な御負担を精神的にも受けているのではないかと思います。例えば相談を受ける皆さんのケアをするような窓口ですとか、あるいは専門家の方々にアクセスできるような手助けなどNPOの方々が何らか必要とされているのかどうかを伺いたしたいと思います。

また、女性支援をしている団体はまだまだ少ないと思えますので、ほかの団体との連携、あるいは法律の専門家の方々とネットワークの強化とか、財政面を含めてご要望をお聞かせいただければなと思ひます。

よろしくお願ひいたします。

○椿座長 よろしくお願ひします。

○多田氏 よろしくお願ひします。

ここの中でも連携されている方もいるのですけれども、先ほど、うちの竹下のほうから言った医療関係もそうですし、おっしゃっていたスタッフのメンタルケアに関しては、うちが心がけていることは、徹底的に情報を共有します。あと、コロナ禍でも、こういったオンラインの形でもミーティングを必ず密にするということを大事にしています。相談してくれる方は、基本的に1対1の関係になりたがるのですね。そこで相談を受ける側も疲弊してしまうということはよくあることなのです。

そうならないように、窓口として話しやすい窓口を彼女たちが選んでくれるのは構わない。けれども、その後の相談のお話は共有するという。それは、相談してくれる子たちにも必ず伝えていることで、その辺りを徹底して、今のところは大丈夫です。ただ、うちの場合だと、相談を受けてくれる側のスタッフも年齢が若い子たちが多いので、時に関係性によっては、相談側といろいろあることもあるのです。だから、余り感情的にならないような感じで、竹下もそうですし、みんなでフォローしながらやっているという感じなのです。

医療のほうの連携というのは、我々が何か医療行為をできるわけでは全くないので、ただ、彼女たちの心の居場所的な感じで、特に、今、竹下のほうから話した女性は10代中盤の子なのですけれども、特に重い子なのです。そういった子に対して、医療と違った側面で何ができるかということをお医者さんのほうもすごく考えてくださっていて、BONDプロジェクトとしては、空いている時間の相手ができればいいのかなということもすごく感じているのです。なので、連携を引き続きよろしくお願ひしたいなと思ひています。

○椿座長 どうもありがとうございました。

引き続きまして、朝比奈委員、よろしくお願ひします。

○朝比奈委員 ありがとうございます。

竹下さん、多田さん、ありがとうございます。いつもお世話になっております。

2つお伺ひしたいことがあります。

1つは、困窮者支援をはじめとして、各自治体に生活支援のための相談窓口が用意されていると思うのですが、私も困窮者支援の窓口に座っている立場として、実際の窓口の対応の仕方とかアプローチの仕方が、若年の特に女性にはなかなかマッチしていないのではないかなと思うことがあります。皆さんがつなぎ先として各機関に働きかけをするときに、若年女性に特化して、どんなことに配慮が必要かとか、どの辺を私たちが丁寧に受け止めていかなければならないとか、その辺り、少しアドバイスがあればいただきたいのが1点と。

それから、前回のこの会議で産婦人科の先生に御報告いただいたのですけれども、若年の女性の妊娠の初期に自殺リスクが非常に高くなる。もちろん、予定していない妊娠ということも含めて、混乱とか。それから、この先の生活の見通しに対する、もしかしたら絶望とか、いろいろなことがあろうかと思うのですけれども、その辺り、BONDで関わっていて、どんなことが見えているかということがあれば教えていただければと思います。

よろしくお願ひいたします。

○多田氏 まず、窓口ですけれども、うちの若年の女性の場合だと、対応してくださるのは女性のほうがいいかなということがまず1つ。ただ、すごくよく対応してくださる方もたくさんいるのですけれども、中にはそうではない方もいるので、何ですかね。

○竹下氏 先日も20代前半の子と面談して思ったのですけれども、シングルマザーの子だったので、その子も生活困窮で大変な状況の子でした。ですが相談には行ったけれども、そこでその先になかなかうまくつながらないという子だったので。

その子と実際に会ってお話しして思ったのは、自分の状況をうまく説明できないというのはもちろんなのですけれども、見た目とか雰囲気とか、その子が発する言葉から、全体的に困っているように見えづらい、分かりづらいというのがすごく大きいなと思っていて。なので、端的に聞くと、こうしたらいいよ、これで大丈夫だねという形で相談が終わってしまうというのがすごくあるなと思っていて。こちらがどんどんアンテナを張って介入していかないとぶつ切りになってしまうなと思いました。

あとは、相談窓口で対応できる分野とか範囲というのはそれぞれあると思うのですけれども、異なる相談であっても他を案内したり繋げたりですとか、フォローしたりコーディネートできるような体制がもっとできていれば、スムーズにその子も支援につながるのということはずごく感じました。

○多田氏 あと、予期せぬ妊娠なのですけれども、これもうち、よく相談があることであるのです。そこで、もともと希死念慮を抱えている子だったり、そういった気持ちが高ま

ってしまうというのはもちろんあるのですけれども、もう一つ怖いのが現実逃避するのです。逃避するというのは、実際妊娠はしているのだけれども、知らず知らずのうちにおなかが大きくなったみたいな感じなのです。でも、そこでも気づかないぐらいですか。

ちょっと前だと、おなかが大きくても路上に立っている子たちがいたので、彼女たち、よく話すのですけれども、産み落としみたいな状況になって、その後、赤ちゃんはまた別のところに引き取られて、お母さんたちはまた路上に立つみたいなのというのが結構あったのですね。なので、妊娠については、うちも病院に相当行っているね。

○竹下氏 そうですね。産む選択をするとすると、いろいろな支援がついてくるのですけれども、中絶するとなった場合と、あとは、悩んでいる期間のフォローとか支援体制がなかなかないなのをすごく感じていて、特に10代の女性とか若年の妊娠とかで言うと、選択肢もすごく狭まっていく中で一緒に考えたり、決断するまでの時間がない中でどちらの選択になっても大丈夫なように一緒に行動したり、同行したりという部分がすごく抜け落ちていると感じているので、その辺の支援体制がもっと強くなったらいいなと思います。

○多田氏 我々の役目ではあるのですけれども、当然、窓口に行くということは、もう決断したということなのですね。そうじゃなくて、決断する前のごちゃごちゃしている気持ちのときというのは、すごく大事で不安定なときなので、その時間を寄り添ってもらえるような人であったり、団体であったり、窓口も本当はそうですね。そういったものがあると、とても助かるなと思いました。

○朝比奈委員 どうもありがとうございました。

○椿座長 どうもありがとうございます。よろしいでしょうか。

それでは、多田様、竹下様、本当にどうもありがとうございました。

○多田氏・竹下氏 ありがとうございました。

○椿座長 それでは、次に移らせてください。最後に、SNS相談コンソーシアム、NPO法人あなたのいばしょ理事長 大空幸星様、よろしくお願いたします。

○SNS相談コンソーシアム、NPO法人あなたのいばしょ理事長 大空氏 よろしくお願いたします。大空と申します。皆様に配布させていただいたものがインターネットに公開されるということなので、この場ではちょっと違う、もう少し詳細な資料を共有させていただきながらお話ししたいと思います。

今日は、我々の活動以外にも、SNS相談コンソーシアムについても話せということですので、そこも後半触れつつ、まずは我々の取組についても少し御紹介したいと思います。詳細については、ホームページを見たら分かるところは省かせていただきますが、我々、NPO法人あなたのいばしょは、24時間365日のチャットで相談を受けているNPOになります。死にたいといった相談が多いですけれども、虐待、DVとか、また例えば聴覚障害者とか吃音があって、電話では相談しづらいのですという方も多く相談に来られています。

日本財団の電話リレーサービスのようなものも始まっていますけれども、電話リレーサ

ービスで聴覚障害をお持ちの方が御自身の深刻な悩みを電話で相談できるかという、なかなか難しいわけで、そうした方にとって、このチャットやSNSというのは非常に重要なツールになっているのだと思います。

この窓口自体、1日700件程度の相談が寄せられておりまして、月で申しますと2万件近い相談が毎月寄せられている状況になります。

また、全体について少し御紹介しますけれども、我々、役割として「マイナス」から「ゼロ」へということを定義していきまして、自殺の相談をやっている中で、1つ直面する壁としては、我々は本当に相談者の役に立っているのだろうかというところだと思うのですね。結局、相談者のほとんどは根本的な問題解決を求めているわけですがけれども、我々相談窓口というのは、少なくとも根本的な問題解決はなかなかしない、できないわけです。

我々は、あくまで傾聴をベースとした、自殺を予防する相談窓口であると定義している中で、まず、人間の状態をマイナス、ゼロ、プラスに分けて、自ら命を絶ちたいという方をマイナスの状態と定義したときに、問題が解決して、これから一生懸命頑張るぞというプラスの状態の前に、取りあえず明日も生きてみます、取りあえず、今日は死ぬのをやめておきますというゼロ、すなわちフラットな状態があるはずなのです。我々は、このマイナスからゼロの状態まで持っていくのが役割だと。ゼロからプラスは問題解決も含めたところですがけれども、これは地域の様々なリファーマーにつないでいって実現していくところであるという整理の仕方をしていきます。

我々の仕組みについて簡単に申し上げますと、相談者はLINEやTwitterのSNSではなくて、チャットで相談に来ます。ウェブチャットです。独自にアルゴリズムのようなものがあって、相談を分別していきます。要は、自殺リスクの高い人と低い人、それからDVとか虐待のうち、リファーマーしなければいけないほど非常に切迫した状況にある方、こうした方々を振り分けていくのです。比較的自殺リスクの高い人からの相談というのは、世界20か国を含めて600人程度おりますボランティアの相談員がリモートで対応していきます。自殺リスクの高い人、リファーマーをしなければいけないほど深刻な状況にあると考えられる人については、資格を持っていたり、相談支援経験のある我々の有給の職員が20名程度おりますけれども、対応していく。

また、こうした有給の職員がボランティア相談員のスーパービジョンも含めた技術的な支援をしていくと同時に、先ほども少し話に出ましたけれども、相談員同士のメンタルサポートというのも、様々な形でボランティアさん同士で行う小さなコミュニティができ上がっているという状況です。

チャットを選んだ理由について簡単に述べさせていただきます。御承知の方が多いと思いますけれども、子どもや若者は今、電話を使いません。これは今年の9月に総務省が出した数字ですがけれども、御覧いただいたら分かるように、固定電話はとうとう0分になりました。去年は0.4分までであったのです。1年で0分に減りました。対して、SNSはこれだけの比率のものがあるわけです。子どもや若者たちは、日常生活の中でコミュニケーショ

ンを行う上で、SNSというのは必須なわけです。今、生まれたときからSNSがあるデジタルネイティブの世代ですから、そうした子どもや若者に対して、まだ電話で相談してくださいということを行っている。

そうした当事者目線とのギャップがある中で、我々は子どもや若者の自殺が増えてきてしまったのではないかという考え方をしておりますので、今の子どもや若者たちの生活習慣、文化、そして慣習に合った手法ということで、チャットを選んでいます。

まだ、在外邦人からの相談についても今年の7月から受けておりまして、今日御参加の団体の方々を含めて、何団体かで外務省と連携しております、在外邦人、140万人いるそうですけれども、死ぬ理由の2番目が自殺ということで、彼らからの相談というのもこれまで2000名程度受けてきているという現状です。我々、全てリモートで対応しておりますし、相談が最も増える夜の10時ぐらいから朝方にかけては、海外に住んでいる日本人の相談員が対応しておりますので、その相談者が住んでいる国に関係なく相談を受け付けることができるという体制でやっております。

こうしたデータの分析も進めているのですが、今日はちょっと時間がありませんので、ここでコンソーシアムの話に移っていきたくと思いますが、SNS相談コンソーシアムということで、具体的に組織化しているわけではなくて、私のほうから、ライフリンクさん、BONDさんをはじめ5団体にお声がけをさせていただきまして、こうした形で定期的集まって話し合いの場をつくらう。

様々な背景があります。例えば、いろいろな切り口から取れるのですが、応答率と言ったときに、我々のあなたのいばしょの応答率は6割です。6割というのは、相談者から返信が来るタイミングで返せたものを算入していく。ただ、我々は1週間以内には全ての相談に返答するのです。ですから、応答率の基準を1週間以内とした場合、応答率は100%になるわけです。ただ、1週間後に返信しても、その返信はほとんど返ってきませんから、応答率には算入すべきでないというのが我々の考え方。ただ、団体さんによって違うわけです。応答率というのは、ほかの団体と比較して初めて意味があるわけですが、そうした基準が曖昧で、そもそも比較ができない。

また、先ほど大西さんからの話も少しあったのですが、団体間の連携というのはなかなか取られていないところがあるのです。例えば、相談について、我々のチャット相談、SNS相談というのは、日本のメンタルヘルスのほとんどリアルタイムに近いようなものが日々集積されている、貴重な生のローデータが集まる場所。すなわち、これをしっかり解析して対策に生かすことが必要なのだけれども、例えば、ある1週間のうち、我々の相談が物すごく突出して多くなった。だけれども、それはほかの団体はどうだったのか、ほかの相談窓口さんがどうだったのか、比較しないと何も見えてこないわけですね。その比較するツールとか場がこれまでなかった。これはつくらなければならないということで、こうしたものをつくらせていただいた。

また、先ほどBONDさんからもありましたけれども、リファーをしていくことも当然多々

あるわけですね。こうしたリファアーをしたときに、特定の団体さんは警察庁とホットラインがある。特定の団体さんは消防庁とホットラインがあるかもしれない。だけれども、それはほかの団体は同じことをやっても、なかつたりするわけです。これは、当然1つの団体に突っ込んでいくよりも、ある程度同じことをやっている固まったところで、集合体でそうした行政との連携を含めて、リファアーのルートを含めて開拓して運用していくというのが必須であろうと、大前提としての集合体として、こうしたコンソーシアムをつくらせていただいている。

それから、これも先ほどBONDさんからもありましたけれども、今、SNSの中で、まさにさっきの御紹介にあったような話が野放しになっているわけです。イメージしていただくと、座間の事件の白石が、何の対策も取られていなくて、うじゃうじゃと今でもいるわけです。そうした状況の中で、1つの団体さんがSNSの事業者さんに、もう少し改善してくれとか、通告・削除してくれと言っても、これはなかなか動かないわけです。そうした課題感というのをほかの団体さんも感じておられるところだと思います。そこで、これは将来的な話ですけれども、しっかりとコンソーシアムで固まって、SNS事業者に対してしっかりと要望していくことを想定している。

ただ、一番は情報連携というところですが、これはもちろんそれぞれの団体さんで歴史があって、それぞれの団体さんでポリシーがあって、運営体制も違いますから、一概に明日からデータを全部連携しようという話では全くなくて、そこは丁寧な対応を積み重ねていって、なるべく早期にチャット、SNS相談の中では、ある程度情報連携していけるような形をつくっていきたいと思っておりますし、今日、国の行政の方もたくさんいらっしゃる中で申し上げるのはすごく心苦しいのですが、例えばヤングケアラーみたいな新たな問題が出てきたときに、その対処法がSNS相談をやりようということぐらいしかないわけです。

そうすると、SNS相談とかチャット相談みたいなものがどんどんこれから出てくると思うのです。電話相談がまさに同じ状況、歴史をたどってきたと思います。一度画面共有を閉じさせていただいてお見せしたい。見えにくいと思いますけれども、これは今年、東京都が何回か子どもたちに配った紙です。15個の電話相談窓口の番号が書かれています。このどれかに相談してくださいというわけですね。これを見て、大人たちはどれに相談したらいいか、よく分からないと思います。まして、電話を使わない子どもであればなおさらのことだと思います。

こうした状況を避けるために、チャット、SNS相談の中でしっかりと相談の質と安全性というところも、座間の事件もありましたから、担保していく上で、こうしたコンソーシアムのようなもので質や安全性の担保。そこに入っていることが担保になるとか、新たな窓口が出てきたときに、もしくは国が新たなSNS相談窓口をつくらうといったときに、しっかりとそうしたコンソーシアムの中に入らせていただくとルートができるような体制にあらかじめしておくためにも、それぞれの団体がおのおのやっていればよいという話ではなくて、

そこは理念はもちろん違いますけれども、目指すべき社会像は同じだと思っておりますので、集まってやろう。

それをほかの団体さん、様々な思いもある中で御賛同いただきまして、本当は2か月に1回、3か月に1回ということだったのですけれども、それぞれの団体の事情もありますから、少なくとも3か月に1回程度はオンラインで集まって、会話をして、そこは厚労省さん、もしくは場合によっては内閣官房の孤独・孤立対策担当室に入っただいて議論している。具体的な始動についてはこれからですけれども、そうした集まりが一応できたぞということについては御報告させていただきたいと思えます。

最後に、僕から申し上げたいのは、僕も自ら命を絶とうと何度か考えたことがある、今、23歳の大学生ですけれども、こうしたNPOをやって、支援活動をやっているわけですね。僕が苦しかったときに、国や民間の支援団体が自分の存在に気づいていたかと思うかどうかと答えると、それは思わなかったわけですね。国や民間の支援団体が自分の存在に気づいていなかったらう。今、振り返ってみたら思うわけです。特に、子どもや若者については、かなり強い危機感を抱きながら、我々活動しておりますけれども、ぜひ子どもや若者の自殺について、皆さん、本当に取り組んでこられたことに対する物すごい敬意を表したいと思うのですけれども、そうは言っても、数字で見ると増えてきたわけです。

まずは、新しい施策を云々言う前に、これまでの施策がなぜ効かなかったのか、これまでの施策で、ほかの世代の自殺が減る中で、どうして子どもや若者の自殺が増えてきてしまったのか。その検証をまずやらなくてはいけないと思うのです。今日の会議だって、申し訳ないですけれども、平均年齢は物すごく高いと思えます。こうした中で、どうして子どもたちや若者たちのことが言えるのか、僕は怖くてしょうがないです。僕も分かりません。今、23歳ですけれども、中学生が何を考えているのか、日々、子どもの相談を受けていても分かりません。

ですから、どうかもう一度、子どもたちや若者の目線に立って、本当にこういう紙を配っているのかとか、LINE相談をいろいろな自治体がやりますけれども、1人1台端末、GIGAスクール構想の端末で、フィルタリングをかけていますからLINEが使えない自治体がほとんどです。もしくは、SOSの出し方教育と言いますけれども、SOSと言っている時点でスティグマを強化していないか。

スクールカウンセラーを増やすのはいいですけれども、この30年間でスクールカウンセラーの数は200倍に増えてきたわけです。その間、子どもたちの自殺は3.6倍に増えたわけですから、その背景にある、スクールカウンセラーに行っているのは恥ずかしいというスティグマを、まずは自分たちの施策で生んでいないかというのを効果検証した後に、初めて新たな施策が出てくる。これが僕は望ましいと思えますので、ここはぜひお願いしたい。生意気を言って本当に申し訳ないですけれども、子どもや若者の自殺は物すごい危機的な状況だと思いますから、そこはぜひ委員の皆様にも御議論いただきたいなと思えます。

以上です。

○椿座長 大空様、貴重な意見、どうもありがとうございました。どの視点に立つかということは、全く基本的な問題だと思います。どうもありがとうございます。

委員の皆様方、何か御意見あるいは御質問あれば、よろしくお願いします。

松井委員の手が挙がっています。よろしくお願いします。

○松井委員 大空様、今日はどうもありがとうございました。

同感だと思って聞いておりました。最後におっしゃったスクールカウンセラーの問題です。前々回のこの会議の中でも言ったのですけれども、学校でカウンセリングルームに行くということで、みんなからばかにされたり、からかわれたりする子どもたちがいて、現実的になかなかそれが使えないという事実があります。だから、それをスティグマの問題として捉えて教育するほうがいいのか、あるいはちょっと別の建物といいますか、別の時間といいますか、その子どもたちが相談しやすいような環境をつくるということは考えていくべきだと感じました。

どうもありがとうございました。

○椿座長 ありがとうございます。

いかがでしょう。

○大空氏 それは、教育で文化をつくと前提すれば、文化か制度かという話になってくるだろうと思うのです。まさに、今、松井先生がおっしゃったところ、全く同感です。まずは、両方ということになるのでしょうかけれども、文化より先に制度としてつくっていくべきところは大きいにあると思うのです。それは、平成7年のときには、スクールカウンセラーが154か所しかいなくて、昨年は3万550か所に配置されているわけです。増やすという前に、まずそのスクールカウンセラー、もちろん掛け持ちしているところはたくさんあるでしょうから、そうしたスクールカウンセラーさんのルートを含めて。

これは、我々、チャットであれば、見られるのが恥ずかしいというスティグマを排除できているわけですから、これだけたくさん相談が来るわけですね。スクールカウンセラーさんとのつなぎのところにそうしたチャットやSNSを活用してもいいと思いますし、しっかりとコンソーシアムを含めて、チャットやSNSのリファーマー先にスクールカウンセラーがあってもいい。そういう経由の仕方をしてもいいと思いますので、文化をやっていくと、当然教育現場に物すごく負担がかかっていくと思いますし、あらゆる社会問題の解決のときに教育という答えに行き着くのはどうかなと僕は思っていますので、まずは制度で、今あるリソースの中でやるべきところはあるかと思います。

○松井委員 ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

続きまして、向笠委員、よろしくお願いします。

○向笠委員 前回のところで新井先生が、パワーポイントで自殺予防教育のことを御説明なさいましたけれども、随所に各地で少しずつ、子どもたち、小学校の中学年から中学校にかけてSOSを出す教育。それから、先ほどの御説明でも、それを自殺予防教育として位置

づけるという案も出ましたけれども、これは少なくとも文科省が自殺予防教育の冊子をつくる。それから、ある程度の先生方にそれをアナウンスするということで止まっているので、カリキュラムの中に、前回もおっしゃっていましたが、1年に1回やれば、小学校4年にスタートすれば、4、5、6、中1、中2、中3とSOS教育が定着する可能性は十分にあるわけですね。

そこにスクールカウンセラーなり、保健の先生なり、現在学校にある人材を使って教育していくというところで十分に可能だろうと思うのですね。各県の教育委員会は、スクールカウンセラーを束ねるというポジションになっているので、そこにどういうふうなSOS教育をするか、自殺予防教育まで進むかというところの目標を持った落とし方をスクールカウンセラーに研修で落とししていくという形であれば、必ず1回は入っていく。

その若いうちに入っていく教育がどれぐらいに定着するかどうかというのは、まだ分かりませんが、先ほどの10代後半から20代にセンターに入ってという方々が自殺未遂を起こしていくところは、そこぐらいの人たちが必ず全員入っていくという教育の形を定着させていくことが、私は非常に重要だとかねがね言っているのですけれども、なかなかそこが進まない。その方針ですね。特に文部科学省は、自殺予防教育、その前は緊急支援、そういう冊子を出すというところまでは、全国一斉に各公立の小中学校に出していますけれども、その先の形のを、今、まさに進めたいと切に願っているところで、大空さんの御意見に関して深く賛成いたします。

ありがとうございました。

○樫座長 どうもありがとうございます。よろしいでしょうか。まさに大空様の意見に賛同いただいたと認識します。

朝比奈委員、手が挙がっていると思いますけれども、いかがでしょう。

○朝比奈委員 ありがとうございます。

大変様々な、深い指摘をいただいたかなと思っております。

とりわけ、子どもたち、若者たち、当事者に近いところにいる人たちの声をどういうふうに吸い上げていくとか、政策に生かしていくかという具体的・現実的なアイデアというのでしょうか、どういうアプローチがあり得るのかということについて、もう少し御意見をいただければと思うのですが。

○樫座長 大空さん、よろしく申し上げます。

○大空氏 ありがとうございます。

我々、チャット、SNS相談窓口の立場からすると、まずはその声というのは何も加工されていない状態の生の声になるのです。教育委員の先生方が発言されたりということがいろいろあると思いますけれども、それはその方の人格を通してのものになりますけれども、チャットやSNSのテキストデータは、うそをつかない、生の本当のローデータになりますから、そこを、まずは例えばPDFのペーパー形式でもいいと思うのです。これは、我々も早稲田大学の先生とかデータサイエンティストの方も入って、常に自然言語処理を使いな

がら、いろいろなワードマップを使ったりという形でデータの可視化をやっているのです。

ですから、データの可視化というところで、毎月、ペーパーベースで、こうした相談が子どもたちから増えている。我々は単語ベースで見ることが多いのですが、こういう単語が頻繁に使われるようになった。それも、対前年比と比べたりとか、そういう形でも始めていけばいいかなと思っております。今年度は、実は我々、その可視化をする特設のサイトをオープンする予定で、今、動いております、そこはぜひ行政の方、地方自治体の方も含めて、ちょっと参考になるような、オープンデータとしてできるだけ公開していきたいと思っております。

○朝比奈委員 ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

田中委員、よろしく申し上げます。

○田中委員 大空さん、ありがとうございます。大変貴重な御意見、ありがとうございます。

私も高齢者なので何とも言えませんけれども、孫たちの年代からの相談も受けているところがございますが、お聞きしたいことと私の考えをちょっと述べたいと思うのですけれども、まず、カウンセラーさんの対応については、学校ごとに非常に格差があると思っていて、全く活用されていない学校もあれば、カウンセラーさんが来るときは朝から晩まで、びっしり予定が入っていて、親子での相談を受けている学校もあるのです。そこは校長先生の采配というか、そういうものが非常に反映されているのかなと思っております。日本でもうまく活用されているところもあるので、そこが浸透していけばいいなと思っております。

私、チャットってよく分からないのですけれども、ちょっと使ったことがあるのですけれども、質問などがされるような感じがするのですね。SNS相談の場合、何歳ですか、男ですか、女ですか、いろいろな質問項目がたくさんあるのですけれども、あなたのいばしょさんのところでは、どの程度の質問かということが1つと。

あとは、なかなか対応してもらえない場合が、電話相談もそうですけれども、ほかのSNS相談、行政もそうですけれども、つながらないわけじゃなくて、非常につながりにくいということが全般的にあるわけですけれども、それを改善していくためにはどのようなことが必要だというお考えを持っているかということをお聞きしたいと思います。

よろしく願いいたします。

○椿座長 大空様、よろしく申し上げます。

○大空氏 田中さん、ありがとうございます。物すごく重要なポイントかなと思います。

まず、いわゆるチャットボットのようなことをおっしゃっておられるのかなと思います。我々では、相談の一番最初はチャットボット、すなわち自動的に質問して、それに対する回答をもらって、また次の質問をする。これを自動化してやっているのです。我々、8問

程度の質問を今、チャットボットでしております。確かに機械的だと捉えられる可能性もあるのですが、例えば、質問に対する返答の一番最初は「ありがとうございます」とか、受け止めの言葉を必ず入れる返答にしているのです。ですから、次から次へと質問、回答、質問、回答というよりは、質問していただいて、そうだったのですね。ありがとうございます。そして、次のこれはどうですかというリアルに近いような会話、口調になるようにテキストを加工しています。

この目的は、次の応答率とか、そういうところに関係してくるのですが、全部リモートでやるとか、時差を使ってとか、新たなアプローチでやっても、相談が増え続けて、応答率がどんどん低下している状況なのです。全ての相談窓口がそうだと思いますけれども、何でつながらないんだ、偽善者だとか、いろいろなことを言われながら、殺害予告もありながら、みんなやっているわけですが、これは決して相談窓口が悪いわけではなくて、我々の責任なのですが、そうした状況もある中で、自殺リスクの高い人の応答を一番高めるべきだと我々は考えていますから、最初はボットを使って、リスクのある程度の洗い出しをしていく。

また、チャットの場合は、ボットと会話するという行為をすることによって、自分の悩んでいる問題を書き出すのです。そして、それをもう一回読み返せるのです。これだけで、実はその後、生身の人間とつながらなくても、何か書いていたら自分の悩んでいることが分かってスッキリしましたという人たちが一定数、常にいらっしゃるわけです。ですから、なるべく機械式と捉えられないように、人間的な温かみを含めた自動化というのをやりながら、応答率というのは上げていくしかないのかなと。

ただ、我々の試算だと、今のペースで増え続けていくと、相談員が10万人いても足りないのです。ですから、これは相談窓口を拡充するというのもう当たり前の話であって、議論するようなところでもなくて、もっと源流の予防へのアプローチというものが政策的にも必要だということで、我々、孤独対策とか言ってきているのですが、とにかく源流へのアプローチをこの自殺対策の中でもぜひ議論していきたい。最下流の拡充というのは当たり前の話だぞというところを御議論いただければ幸いかなと思います。

○椿座長 どうもありがとうございます。

引き続きまして、生水委員、よろしく申し上げます。

○生水委員 大空さん、本当にありがとうございました。教えていただく言葉に大変感銘を受けました。

なぜ子どもの自殺が増えているのか。今までの取組みの検証が必要だということにつきましては、私もそのとおりに思います。そのために、今回、大綱の見直しにおきまして、ご指摘の検証方法について検討が必要だろうとは思っていますので、ぜひともこの辺りも大綱見直しの中に入れていただければと思います。

どうもありがとうございました。

○椿座長 ありがとうございます。ぜひ反映させていただければと思います。

ほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、大空様、貴重な御意見ありがとうございました。感謝申し上げます。

本日もヒアリングで非常に有益な話とディスカッションができました。そのために、既に予定していた時間が過ぎてしまったところです。基本的には、今日もヒアリングのみで、この有識者会議を終了しなければならないこと、大変残念ですけれども、そう感じます。

事前に前回から、伊藤委員、田中委員、それから今回、中山委員から資料を頂戴しております。大変申し訳ないのですが、これにつきましても、次回、ぜひ御紹介いただく。今回、一応ヒアリングが終了しましたので、次回の有識者会議の論点の整理、その他もろもろしてまいりたいと思いますので、ぜひそのときに御紹介いただければと思います。

それでは、事務局から連絡事項をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○高橋大臣官房参事官 次回ですが、1月28日13時から15時に、本日と同様、オンラインで開催したいと思います。これまで委員から御提出いただいた資料につきまして御説明いただいた上で、これまでの意見の整理、論点の整理などを行っていきたいと考えております。

今回と同様、各委員の皆様から資料を提出される場合は、1月24日までに事務局に提出をお願いできればと思います。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

2回にわたるヒアリングでかなりいろいろな議論ができたかと存じます。なお、各有識者会議の先生方もいろいろな御意見があるのではないかと思いますので、次回は、むしろそういう形で議論していきたいと思います。

本日の有識者会議はこれで終了したいと思います。どうもありがとうございました。