

自殺予防総合対策センターの業務の
在り方等に関する検討チーム
(第2回) 議事録

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する
検討チーム（第2回）
議事次第

日 時 平成27年5月27日（水）13:00～15:30

場 所 霞ヶ関コモンゲート西館
（霞山会館ビル）37階・霞山の間

議 事

- （1）関係者からのヒアリング
- （2）今後の業務の在り方について
- （3）その他

○森心の健康支援室長 それでは、定刻になりましたので、「第2回自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チーム」を開催いたします。

私は、精神・障害保健課と森と申します。本日の進行役を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、議事に先立ちまして、今回ヒアリングに御協力いただく皆様の御紹介をさせていただきます。

京丹後市市長の中山泰様です。

○中山市長 中山です。きょうはよろしくお願いいたします。

○森心の健康支援室長 京都府立医科大学特任教授の本橋豊様です。

○本橋特任教授 本橋です。よろしくお願いいたします。

○森心の健康支援室長 岩手医科大学特命教授の大塚耕太郎様です。

○大塚特命教授 大塚です。どうぞよろしくお願いいたします。

○森心の健康支援室長 NPO法人抱樸理事長、奥田知志様ですが、まだちょっとおくられているようでございます。

本日は、医政局医療経営支援課長、佐藤構成員の代理として医政局医療経営支援課、片岡政策医療推進官に御出席いただいております。

また、和田アドバイザーからは御欠席との連絡をいただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、議事を進める前にお手元の資料について確認させていただきます。

資料1、こちらは中山市長より御提供いただいた資料でございます。

資料2、こちらは本橋先生より御提供いただきました資料でございます。

資料3、こちらは奥田様より御提供いただきました資料でございます。

資料4-1から4がございまして、それぞれ4-1が佐藤アドバイザーから、4-2が清水アドバイザーから、4-3は田中アドバイザーから、4-4は森川アドバイザーから事前に御意見をいただいたものとなります。

参考資料といたしまして、参考資料の1は前回お配りさせていただきました「検討のスケジュール」。

参考資料の2、こちらのほうも前回お配りさせていただきました「自殺予防総合対策センターの活動について」でございます。

また、資料番号はございませんが、自殺対策の関係者へのお聞きしたポイントについての回答といたしまして、こちらにつきましては大塚様より本日いただいた資料でございます。

なお、委員からの申し出により、一部机上配付のみとなっている資料もございますので、傍聴の方は御了承ください。

第1回検討チームの議事録は、現在修正を御確認いただいている最中ですので、机上のみの配付とさせていただきます。

以上でございます。過不足等ございましたらお知らせください。

それでは、今回ヒアリングに御協力いただきます皆様に、現在取り組まれている自殺対策の概要、自殺予防総合対策センターとのかかわりを踏まえながら、その現状に対する御意見、または今後担うべき役割やそのために具体的にどう取り組むべきかといった今後の在り方などについて御意見を伺いたいと思います。時間の関係上、各10分以内でお願いしたいと思っております。

なお、御意見等をいただいた後、まとめて意見交換の時間を設けたいと考えております。

それでは、中山市長よろしくをお願いいたします。

○中山市長 ありがとうございます。きょうはお呼びいただきありがとうございます。

それでは、早速させていただきたいと思います。10分をめで、10分以内でさせていただきます。

まず、我々自殺対策としてさせていただいていることなのですが、考え方としては行政というのは福祉にしても産業にしても教育にしても医療にしても何にしても人の命を守る、あるいは人の生活を支えるというのが共通のミッションであるということからしたときに、直接命を守る対策である自殺対策というのは行政、福祉の尊い原点だというような思いの中で、自治体独自としてもさまざまな相談体制の整備ですとか、職員全員ゲートキーパーになろうとか、あるいは各種の啓発広報などをやらせていただいているのですが、多分ここにお呼びいただいたのは、他の自治体の仲間とともに自殺のない社会づくりを目指させていただいているというような点が大きいのかなと思う中で、そちらのほうの取り組みを中心にさせていただきたいと思います。

自分たちが取り組んでいくのだけど、自殺対策自体、本格的に全国的に取り組み始めたのもまだ日が浅いという中で、お互い連携してやっていくということは政策の伸び代もあるのではないかな。あるいは、思わぬ政策の落とし穴をお互いにカバーし合うということなので、きょうお見えの清水さん代表のライフリンクの全面的な御支援をいただきながら、さまざまな情報交換とか研修とか要望活動とかをさせていただいているところでございます。

それで、いろいろなことをさせていただいている中で問題意識としてずっと思っていたのが、きょうのポイントは2番目、3番目のことだと思いますので、早速そちらのほうに移りたいと思うんですが、ずっと持っている問題意識の一つに私が出させていただいた資料の18ページに、いつもいろいろ要望させていただいているのですが、例えば官民連携協働会議というのが政府のもとにあるわけで、それにも入れさせていただいているんですが、そういった活動を年に2～3回お呼びいただいているいろいろなことを言わせていただいています。

ただ、年に2～3回なので、例えば自殺対策といったときに複合的な要因によって自殺に追い込まれるんだというような中で、さまざまな分野の対策を有機的に組み合わせながらやっていくことが欠かせないということなのだと思いますが、そういう意味で政策課題は

非常に各分野で多いはずだと思うのですが、年に2～3回の会議でそれを言ってどういうことになるんだということで、恒常的にこういった施策の検討をするような場がぜひ欲しいというようなことを問題意識としてずっと言わせていただいているところでございます。

そんな中で、これは問3に直結するんですけれども、次に2番目の自殺予防総合対策センターさんとかかわりということです。これは辛口になって申しわけないのなんですけれども、対策を熱心に行われる自治体に幾つか確認もしました。したところ、結論的には現状は余りない、あるいはありませんというようなところばかりでありました。

例えばある自治体は、センターさんは調査研究、検証をしているところと理解しており、自治体と直接関係するところとは考えていない。また、相談支援業務がないため通常のかかわりはないというようなお話だったり、研修についても自治体を対象にするのは年に1～2回、2～3日缶詰で学問的な部分を中心なので、現場にいてやるという面での効用という点で疑義があるというようなお話ですとか、あるいは医療面が主で経済、家族など社会面を包括した捉え方の形になっていないので参考になりにくいですというお話ですとか、そういうようなことでありまして、センターの御任務自体本当に懸命にさせていただいて感謝の限りではあるんですけれども、ただ、現実的に自治体との関係に限ってはそういうことで、かかわりが結果として余りないというような状況であると思っております。

今後期待するところということなわけですけれども、これは本当に大いにあるんです。大変ありまして、これから自殺対策は国を挙げて真剣にやっていくということの中で、申し上げましたようにさまざまな分野が複合的にかかわって対策としてやらなければならない。これは精神的な部分ももちろんそうなんですけれども、経済的な事業をどう支援するか。中小企業対策、あるいは金融対策、保健対策、教育、法務、福祉、いろいろな分野でいろいろなことをしないとイケない中で、そういう総合的な政策をどう企画立案していくか。どう調整していくか。これを助けるためのシンクタンクの機能が今、政府の中には事実上ない。各省ばらばらではだめだ。総合的にシンクタンクの機能が欲しいというときに、そのための基礎調査をしていただく機能ですね。

これは、例えばいろいろな関連する統計を集計して分析をして類型化して提供していただいたり、あるいはそれを自ら分析をして各分野での政策の形で提示をしていただくような、そういう機能がぜひ地域としてはセンターに加わって欲しいということでもあります。

もう一つは、同じことなんですけれども、国策としてということだけではなくて都道府県、市町村の政策をバックアップしていただくために、民間も含めた先進例などのデータ、あるいは政策というものの提示、情報提供というものをいただくような機能が政府の中には欠けているので、そういった機能をぜひこのセンターで担っていただけないかと望んでいるところでございます。

そして、国、地方、民間、合わせていわゆるPDCAのサイクル、プラン、ドゥー、チェック、アクションをして、自殺対策全体で各分野を横断的にしていく上での事務的に支える中心的な役割をぜひ担っていただきたいというふうに期待をしているところであります。

これについては私の資料の21ページにもありますけれども、ライフリンクさん中心にさまざまな皆さんが発起人になって学会ができたわけです。これは、さまざまな分野でかわり合いながら考えていこう、行動していこうという学会だと理解していますけれども、このような学会と連携をして、より一層全体的なPDCAが多層的に厚いものになっていくような、これを支える機能であってほしいと思いますし、先ほどの官民連携協働会議のようなもののもとに部会を置いて、それを常設的に検討する場の事務局のような機能もしていただければありがたいと思うし、官民の総合的な議論を支え、手をつないでいく役割にしていきたいと思います。

そして、最後にそのためにはどうしたらいいのかというふうに我々なりに思うことは、組織を是非拡充していただきたいと思うんです。国のスクラップ・アンド・ビルドの議論を超えて、政府全体でやらないといけない、やっていただきたいと思います。

自殺対策は最重要課題、平成24年の全国市長会も資料の最後につけていますけれども、全国市長会の決議というのは年間5～6本しかないんですね。大体、地方分権とか消費税とか、その手のものですが、その中に入れていただいたくらいに自治体サイドも最重要に捉えている課題が自殺対策でありますので、それに見合うシンクタンク、あるいは総合調整の機能を支える企画立案、調査の機能をぜひ担っていただきたいと思います。そして、それによって地方の各都道府県、各市町村の自殺対策の組織をネットワーク化していく中心になっていただくような形でぜひお願いしたいと思います。

最後に1分くらいで終わりたいと思いますけれども、これから自殺対策というのは今でも1日70人前後の方が追い込まれて亡くなられているということからしたときに、この10年間の大きな取り組みの中で、やる気のある自治体を支える基金などの支援策というものは出てきたと思うんですけれども、ただ、やる気はあってもなかなかプライオリティーがお金をつけてやるところまでは十分にできないような自治体に、必要最小限のところはどの自治体についてもナショナルミニマムとしてやっていただくための支援の在り方というのが問われているときに、資金的な面もそうなんですけれども、さまざまな指導をする支援、資金以外の面で支援をするような中央の体制をぜひしっかりと法整備も含めてお願いしたいと思っています。

また、法整備ということからすると、私は地方自治の立場でほかの仲間の自治体から怒られる面もあるんですけれども、これは自治体でぜひ計画策定の義務づけをしていただいてもいいように私としては思っておりまして、基本的にはどの自治体もしっかりと計画を持って取り組みをする。そして、それを支える組織が国にあって、その中心にこのセンターがいていただくというような形でぜひお願いしたいと思います。

ちょうど10分くらいで終えさせていただきます。ありがとうございました。

○森心の健康支援室長 中山市長、ありがとうございました。

続きまして、本橋先生よろしくお願いいたします。

○本橋特任教授 それでは、お話をしたいと思います。事前にいただいていたポイントに

沿ってお話をしたいと思っております。

まず、自殺対策の私自身のこれまでの取り組みについて、私自身は公衆衛生学を専攻する学者という立場からこれまで地域、あるいは職域の自殺対策の研究と政策提言を行ってきたものでございます。今後、総合的な自殺対策を一層推進していくためには、精神保健のみに捉われない幅広い領域と現場の実践と連携をした、真に包括的かつ総合的な自殺対策を地域ベースで推進していくことが重要であると私自身は考えております。

そして、求められているのは学際的、国際的、総合的な観点、地域における自殺対策の強化の観点、科学的エビデンスを現場の実践と政策にすぐに展開できる公衆衛生学の観点、民学官の連携強化による対策の展開といったような観点であると考えております。

これまで自殺予防総合センター等のかかわりということで、いろいろな会にお呼びいただいて私自身参加をしてきた経緯がございますけれども、その中でもとりわけ科学的根拠に基づく自殺予防対策推進コンソーシアムの準備会というものに参加させていただいたことがあります。私自身は日本公衆衛生学会という学会の理事をしておりまして、そこで精神保健、自殺対策の担当理事ということがございますので、その立場で参加しているということでございます。それから、昨年のWHOの世界自殺レポート等々、いろいろなニュースレター、それからこのようなものについては送付を受けて情報提供を受けているということでございます。

これまでの取り組みの中でセンターの役割というようなことが今、一番問題だと思っておりますけれども、私自身は学者の立場からいうと、自殺予防総合センターが幾つかの研究をやっていて、先ほどもちょっと研究中心で実践に結びつかないというような御意見もございましたが、私自身も基本的にはそういう印象を強く持っております。とりわけ、自殺予防総合対策センターが重視していた心理学的剖検研究について、私は前から思っていたことについて少し述べさせていただきますと、この研究は随分熱心にやられていたんですけれども、私自身はこの研究そのものはセンターが重視していたにもかかわらず、厳しい言い方をすれば自殺対策に関する新しい知見というのは全く得られず、新たな政策展開にも結びつかなかったのではないかと考えております。

こういうことは研究ベースでも学会とかでも言いにくいことなのでなかなか言いませんけれども、いわゆる銅鉄法と我々は学者の世界で言いますが、銅でやったことを鉄でやって、その次は亜鉛でやってというような、既にわかっていることをだめ押しをしてもしようがないわけで、この心理学的剖検研究は既に30年くらい前からやられていて、一般集団に比べてうつが非常にハイリスクである。それは当たり前のことで、その次に必要なことは、例えば同じうつの人で自殺する人としない人がどういう社会支援的な影響、あるいは社会経済的な影響があるかということをはっきりとしないと対策には結びつかないわけです。その視点は、完全に欠けていると思います。

研究のデザインそのものもやはり難しいと思いますし、心理学的剖検研究そのものが疫学を専門とする私の立場からいえばやはり大変本質的な限界を抱えていて、それに10年間

くらい固執しているというのはいかなるものかというのが、厳しい言い方ですけども、私自身の公衆衛生学者としての意見でございます。やはり現場に役立つ研究をしないといけないということであれば、現場の実践から離れた研究というのは現場から見放された研究ということで意味を持たない。これは、実は精神保健研究所の福田先生のホームページを見ていたらそのように書かれていて、全くそのとおりだと私は思ったんですけども、心理学的剖検研究についてはまさしく福田先生が述べられたこういう研究である可能性が非常に強いと私自身は思っておりますので、この辺も含めてやはり研究所の評価をきちんとしないといけないんじゃないかと思います。

それから、自殺予防対策総合センターの取り組みを向上するために具体的にどうしたらいいかというようなことがポイントとしてあるのですけれども、自殺予防総合対策センターというのは精神保健を中心とした自殺予防の考えを中心に運営されてきたというのは誰もが認められることだと思います。これは、設置された母体が国立精神神経医療研究センターという中でございまして、さらにスタッフもこのセンターの中の人材が中心であるため、どうしてもその組織の機能というのはその出自と母体に意識的、無意識的に拘束されます。それは、個人の能力以外の問題ですね。その辺のところに、やはり精神保健中心の取り組みから逃れられないということがあるんだろうと思っています。この辺を十分考える必要があるのではないかと。

それから、自殺対策は精神保健を中心に進めてきた。私自身も当初は精神保健中心にもちろんやっているわけですし、今もやっておりますけれども、これは自殺予防の学術的な面、それから対策の面の歴史的な経緯のためであると考えますが、自殺対策基本法が9年前にできたときに、その理念の中でこの方向性というのは乗り越えるべきであるということが書かれているわけです。要するに、精神保健中心ではなくてももう少し幅広い分野で対策を行わなければいけないということが理念にも書かれておりまして、この方向性を乗り越えなければならない。

さらに、精神保健中心の対策はグローバルスタンダードであると捉えることは不適切であると私は考えておりますけれども、多くの医学関係者、あるいは精神学の関係者の方々もそれはなかなか認めたがらないということがございます。

それから、WHOは権威ある機関と思われておりますし、私自身もそれは認めるものでございますけれども、WHOの自殺対策、あるいはそのレポートを見てもわかるのですが、基本的にはWHOというのは健康と医療にかかわる組織ですので、その組織の目的に縛りがあるためにやはり健康や医療の枠組みを超えた自殺対策としての総合的な視点というのがないんですね。世界の自殺レポートを私は昨年見ましたけれども、そのことは強く感じております。

それはやはり上と同じで、組織の目的とか機能に縛りがあるために踏み込めないんだと思います。それは先ほど中山市長が言われた、もっと広範な社会政策としての自殺対策という視点は、WHOですらそれは乗り越えられない。これは、もうしょうがないことだと思います。

このことは、実は添付の文書で私がことしの4月に出した資料2の2枚目にあるところですが、WHOの限界、それから我が国の自殺対策の取り組みとその先進性のようなことを書きましたので後でお読みいただきたいと思います。WHOの限界性みたいなことは私自身はそうように捉えております。

日本というのは、世界の自殺対策の中でやはり「世界標準」と信じられているこれまでの取り組みを乗り越えた新たな枠組みを示すことができる、展望を示すことができる唯一の国だと、私は現時点ではそのように思っております。

今後の自殺対策の推進においては、地域での取り組みの一層の推進が一番重要でありまして、改定された大綱の中でも地域における自殺対策の推進ということを一番強調されておるわけですが、その地域における自殺対策を推進させるためにどうしたらいいのかというとやはり基礎自治体レベル、中山市長や京丹後市長も含めると一番よくわかりますけれども、基礎自治体レベルの自殺対策を直接的、積極的に支援する推進の拠点を設けること。そして、それにより自殺対策の機能の強化を図る。そして、継続的な財政的枠組みを措置する。そういう枠組みを構築していくことが、政策的には不可欠ではないかと考えております。

そして、今後このようなこれからの取り組み、自殺対策の一層の取り組みを向上させていくためには、ぜひとも以上のような基本的な観点を理解した上で改革を進めていただきたいと私自身は考えております。そのためには、自殺予防総合対策センターの組織体制を一新して、ぜひ新たな構想のセンターを設置していただいて取り組んでいただければと思っております。

大体10分でございますので、以上でございます。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

続きまして、大塚先生よろしくお願いいたします。

○大塚特命教授 日ごろから大変お世話になっております。それでは、早速ですが、お話をさせていただきます。

私自身は現場でやっているものですので、1ページに書いたように実際には精神科の医療、特にハイリスク者ケアをやっていますし、現在被災地における心のケアや支援ということの実務をやっております。毎週水曜日は、実は沿岸に相談日で行っております。

「学術活動等」はそこに挙げたように、そういう現場の活動をもとにガイドラインに反映したりということで、2ページの3枚目の日本精神神経学会の精神科領域向けの手引きのほうはセンターのほうにもかなり多大な御協力をいただいて精神科領域に広げることができた内容になっております。

ほかには病院内の自殺予防とか、そういうものもあるのですが、研究実務面では本橋先生もかかわっていたのですが、NOCOMIT-Jの研究、ACTION-Jの研究などにもかかわりながら、あとは3ページにあるオーストラリアのメンタルヘルス・ファーストエイドというプログラムを日本に導入することに取り組んでおりますので、これをもとにした内閣府のゲート

キーパー養成研修プログラムも策定に加わってまいりました。

実際は精神科医なのですが、地域活動も実際にしておりまして、そこに挙げたように地域の中での自殺対策に加わってきておりましたので、4ページにあるようにさまざまな人材養成プログラムとか、5ページにありますように災害後は災害の中でも自殺対策というものが重要でしたので、そのような対策に取り組んでいるというところがあります。

5ページになりますが、そういう現場でやる上では6ページのところから書いてあるのですが、実は地域で実際に自殺対策に加わる人たちとしてやはり地域精神保健の従事者が役割を担っているというのは何十年にもわたってきているので、この人たちの活動というのは非常に重要で、今どんどん精神科領域の患者数やその健康損失の割合というものを見ても今後10年、20年先にもこの問題に取り組んでいかなきゃならない。

この中で一番不幸な問題は、やはり自殺というところもございます。ですので、やはりハイリスク者ケアということは重要なのですが、(7)に書いているように体制を強化するための体制というのはまだ十分ではないという現状もありますので、実際はここに労力がかかりかかるわけですね。自殺というのは生きるか死ぬかの非常に重大なイベントの発生ですので、やはりコストをかけてでも推進していくということが望ましいのですが、加えてハイリスク者対策というのは生活保障などのさまざまな制度を活用していくという面もあります。ですので、この埋まらないところで苦労している方々もいて、7ページにあるようにさまざまな制度運用など、こういうことの拡充も必要だというふうに現場で感じています。

対策を実施する上で、地域では引きこもってかかわれない人にどうしたらいいのだろうとか、さまざまな直接的な支援の質問があり、このような課題を現場では一つ一つ解決しながら対策を進めていかなければならないということがありますので、専門家でもハイリスク者への支援と地域のアプローチに精通していかなければいけないということがあるのですが、もう一方で対策は包括的な活動を組み合わせていかなければならず、即効的な対策ばかりではないので、途中で課題が変わって抜け落ちてしまわないような対策というのも現場では感じておりますので、長期的に取り組む体制を整備していくことが現場でまずは感じているところです。

そのような中で「自殺予防総合対策センターの現状について」ということで、こちらはお世話になるばかりで何とも言えませんが、やはりかかわりについてというところではホームページなどでさまざまな自殺対策のトピックスをアップデートして確認したり、研修に参加して自殺対策のポイントについて確認できる。私などは岩手の田舎に住んでいるものですから、こういうことをやっているんだなということを確認したりということもありますし、やはり学術団体でさまざまなところで関連でコンソーシアム、先ほど本橋先生も挙げられていましたが、そういう中でも全体で協働していくという姿勢はこれまではなかった取り組みだったと思っていて大変評価しています。

取り組みの中で役立ったことですので、構築したノウハウを研修によって提供していて、

実務者の方はとても親切ですので、実は対策では現場の実務者にはそこは非常に重要なところで、やはり重要な視点を共有して活動に生かしてくれるという面はあるんじゃないかと思います。

それで、やはり役立つ上で今の活動は現状で大切なことでさらに強化していかなければならないということは多分皆さん誰もが感じるところで、予算があればホームページなども、例えばオーストラリアなどでは実は予算を二十数億円かけてサイトをつくったりということがあるので、そういう基盤があればさらにできることも多いのだろうとはちょっと感じているので、この辺は外側の枠組みなんだと思います。

それで、在り方についてということで9ページにまいります、私自身が感じていることでは事業の組み立て、自治体の事業支援という中ではやはり研修で自治体の職員というのは異動が多い方もありますので、研修の機会はこれからも大事なのですが、総合的なものに加えて実効性がある対策の支援ということが必要になっております。

また、研修などもできれば実務に入る手前のかかなり早い4月とか5月に組んでいったらいいんじゃないかとも思ったりしますので、そういう時期は検討してもいいんじゃないかと思います。

また、いろいろな活動に当たっては普及啓発などというのも非常に大事なのですが、民間団体とか学術団体なども招集して講演やイベントなどの実施も、さらに以前よりも活動がどんどん社会的にも広がっていますので強化していかなければならないという対策は予算組みのところだと思うので、これは厚労省のほうを考えなければいけないとは思っています。

あとは、グッドプラクティスの紹介は自治体からの紹介だけではなくて専門家が重要だということ、こういうところが重要だという講義も加えたらさらによくなるんじゃないかと思っています。

研修会の中では総論的な内容をさらに実践的に住み分けをしていくのですが、職種別の研修をさまざまされているのですが、実際の活動ではチームとして活動することも多いので、チームアプローチなども今後は活動の焦点に当てていくとよろしいのではないかと思います。

それで、今も挙がっている精神保健分野以外の補完ということですが、やはりさまざまな領域との連携調整機能を強化していくということでは、活動に見合った実働の専門家や実務者を拡充するということがないと、なかなか現場のセンターの方も非常に御苦労で燃え尽きてしまうのかなとも思っています。

実際に、これからさまざまな関係の省庁や団体に対してのアプローチもさらに広げていくという面では、出前レクチャーなどで一層顔の見える関係づくりは地域でも同じようなことですので、さらに一層やっていかれるといいんじゃないかと思っています。

なかなかどうやったらいいいかわからないこともありますので、企画立案などを補助、支援していただいたり、あとはさまざまな自殺対策のサーベイランスはかなり重要なところで、どうそのデータを判断したらいいかということやはり専門家の見地が必要になり

ますので、そこと連携した機能強化が必要かと思っております。

研究推進の体制としては、やはりさまざまな正しい研究のマネジメントや実施体制を強化していくということが重要ですが、その意味では実務者も中長期的な視点で人材確保されたり、さまざまな領域との学術交流や新たな部門の設置なども一つじゃないかと思えますし、これまで政権がやられていた多施設共同研究のノウハウなどはかなり移行してもよろしいんじゃないかとも思っておりますし、研究成果をどう生かしていくか。または、大学関係機関への機能委託など、WHOなどで今までやっているようなこともあっていいんじゃないかと思えます。

一方で、私自身ここは大事だなと思っているのは、実は「独立性の担保」というのも非常に重要で、社会のムードがそういうふうにあったとしてもやはり間違えることもあるかもしれないので、そういう面ではきちんと独立性を担保して実効性のある対策や正しい手法や根拠に基づいた対策を開発、普及していく。それで、こういうことが重要だということをやっていただくということも大事だと思っています。

その中では、対策への助言や関係機関と協働的にアプローチしながら対策を実施したり、いろいろなここは大変だねという補強が必要なところの介入領域を探索しながら、現行の社会保障も含めた領域で支援の在り方をさまざま、こういうことは必要だよというのを提言されるというのは現場には役立つことじゃないかと思っております。

最後になりますが、やはり日本はまだまだ自殺率が高率な国で国家的な課題で、先進諸国でも10年、20年と活動を継続させている現状ですので、自殺対策で現場が動きやすくなるような機関として非常に期待しています。

そのためには、やはりそれなりの予算を計上したり、人材を確保したりということもありますし、これまで培ったノウハウを一層広げるために体制が補強、強化されてなお一層役立つ機関となっていいただければと願っております。

それでは、全くの勝手な御意見ではございましたが、これで失礼いたします。ありがとうございました。

○森心の健康支援室長 大塚先生、ありがとうございました。

続きまして、奥田様よろしく願いいたします。

○奥田理事長 私は、北九州でホームレスの支援をずっとやっております奥田知志と申します。きょうは現場側というか、そういう立場で少しお話をさせていただきます。

ただ、私は今までの全体の政策の流れとか云々ということについて余り深くはかかわってきておりませんので、ちょっととんちんかんな話になるかもしれませんが、よろしくお願いします。

私たちの団体は、NPO法人で抱樸と言います。北九州で主にホームレスの支援をしておりますが、今は生活困窮者であるとか子供たちの支援、さまざま領域が広がって行って、その中に共通項として自殺のリスクというものがいつも伴っていた。特に、やはりホームレス状態の方々においてはそのリスクが非常に高かったということです。

1988年から活動しまして今27年が過ぎましたが、路上から自立された方も2,700人になりました。自立も9割を超えていますけれども、私たちが非常に固執してきたのは自立後の生活が継続するか。このところでありまして、今のところこの2,700人、病気でお亡くなりになるとか云々というのは当然ありますけれども、94%が生活継続しているところですよ。

特に自殺とのかかわりでいうと、ホームレスの問題も自殺の問題も当初は個人の問題だと思われた時代があったと思います。自己責任ということで非常に追いやられた時代がありました。

しかし、1988年の自殺者3万人突破というちょうど同じ年にホームレスの数が激増しておりまして、全くこれは社会的な問題であるという認識を持たされました。この自殺3万人という数とホームレス急増という同根の問題であると思います。

そうすると、私は余りたくさんことは言えませんが、個人へのかかわりだけではだめでやはり社会、そういうものを想定した総合的なものでないとだめだということになります。

「自殺対策として実施していること」は基本的には巡回の相談でありまして、今風に言うところのアウトリーチというんでしょうか。野宿の人はなかなか相談には来ませんので、自ら出かけて行って訪ねて回る。足で稼ぐしかない。人海戦術ですね。そういう中で、大体毎年実数でいうと500人程度の対応をしておりまして、実数30人くらいは自殺云々ということに対応する。これは人数ですから、件数でいうと1人の人が2回、3回、5回となりますので相当なパーセンテージになっていくということです。

それから、自立後の生活サポートですが、我々はハウスレスとホームレスは違うという概念に立っていましたので、物理的、経済的な問題であるハウスレスという状態から、自立ができてその後にもホームがないという関係の貧困、つまりホームレスという困窮に対してどう取り組むのかが大きな課題でありました。孤立状態が続く限り、リスクは下がらないというのが我々の観方でありました。

ですから、当然看取りまでやるということになります。私は実は牧師ですから、27年たちますとこの頃はお葬式ばかりやっています。しかし、葬儀の場所が現在生きている人たちにとってはある意味、非常に大きなアプローチというか、生きるとは何かということを考える場所にもなります。

さらに、最近「生笑一座」という一座を組みました。できて2年なのですが、全国26公演、子供が3,500人、大人が4,000人、聴衆が見てくださいました。これは、かつてホームレス状態にあって、なおかつ死にたいという日を経てきた当事者が、子供たちに対して「助けてと言っていていい」という話と、「生きてさえいれば笑える日がくる」ということを伝えます。私も学校でよく講演をするんですけども、実際にホームレスに関する講演をしても私自身はホームレスをしたことがないんですね。やはり当事者の言葉、実際にその死線を越えてきた人たちの言葉が子供たちにとって非常に大きなインパクトになっているよ

うに思います。

資料の中にも、子供たちの感想を少し2枚目のところで入れました。読売新聞の夕刊で紹介された記事などもありますが、上の「J(3)年」というのは中学3年生の女の子でしたけれども、「私もこの15年間辛いことが沢山ありました」。この子は15歳だと言うんですけれども、この15年間という生まれてこのかたずっと苦しかったということを書いている。私は新学期がくるのがこのごろ非常に恐ろしくて、新学期のたびに子供が助けてと言えないまま死んでいく。何という国だと思っています。

ただ、それは一方では大人が助けてと言わないからだということもありまして、やはり大の大人が助けてと言ったら助かったという話を今、全国でして回っているところです。

ただ、ホームレスの支援はアウトリーチ型の相談支援から始まって食料支援、居住支援、就労支援、さまざまなことをやりましてワンセットになります。ホームレスというと家がないということだけが象徴的に描かれますけれども、決してそうではない。やはり状況が変わらないと結論は一緒ですから、路上においても死んだほうがいいと思っている人を例えば治療したとしても、再び路上に戻すんだったらそれは同じ結果を生み出す。

やはりそこに居住支援、就労支援云々というものがついていかないとだめだということで、総合的でかつ継続的な支援が必要です。ホームレス支援というと「自立支援」と一般的に言われますが、私たちは「人生支援」などという言い方もしております。ホームレスと自殺が同根の問題であるならば、自殺予防も当然そのように総合的なものにならざるを得ないと思います。

そこで、センターの在り方についての意見を述べます。上で言いましたように、自殺予防も当然ながら総合対策であるべきだと思います。これまで精神保健の分野が中心に担ってこられたと思うんですけれども、これが今後も大事だと思います。我々も、現場で最終的にはお医者さんと相談します。病院と連携するというのは非常に大きなポイントですので、ここは不可欠だし、「まず目の前のその人をどう支援するか」という仕組みが大事です。その最も大きな受け皿が医療的ケアであると思います。

しかし、そうしつつも就労支援等を含めたような総合的な展開が必要だ。「センター」が担う「総合」の中身」として、WHOも絶対ではなかったということをさっき学んだんですけれども、私はWHOの健康とは何かという言葉が好きで、単に病気でないとか弱っていないということだけではなくて、肉体的、精神的、そして社会的に満たされている。この3つだとWHOは言っているようなんですけれども、特に社会的に満たされているということであると、やはり社会の側が問われなければならない。個人の問題で終わらせてはいかん。例えば、ホームレスにおいても社会復帰を支援するというけれども、しかし復帰したい社会か。そもそも、そんな社会に戻して一体問題が解決するのか。この問いが我々の27年間の問いでありましたので、社会の場、地域の場をどう変えるかということをしなない限りは同じものに戻していくことになると思います。

そこで、私の勝手な認識なのですが、10項目ほどセンターの役割というか、範疇がある

かと思います。まず、「精神医療的ケア」「心理的ケア」は当然のこととして、さらに「経済および生活基盤の安定確保」、特に住まいの問題などというのは自殺対策で言われてきたのだろうかということです。

それから、「社会参加確保」ですね。特に自尊感情、つまり「助けてもらえるというところのありがたさ」はあるんですけども、自己有用意識、「自分が何かの役に立っているか」ということに関する体制が整っているのかという点です。生笑一座は、やはりホームレスという、かつて助けられた人たちが今度は役割を果たしていくということで、本人たちが非常に生き生きしているというのがおもしろいところなんですね。

あとは「情報収集と提供」で、これは当事者に対しても当然情報が要りますし、支援者にも要りますし、政策当局にも要りますし、または市民全体にも要る。あとは、地域ごとの政策立案とその実施の支援にぜひ力を入れていただきたいと思いますが、やはり地域によって課題が大分変わると思うんです。都市部と地方は違うと思いますので、そのあたりですね。

それから、地域資源の活用ということ、連携システムですね。特に民間活用というのをどう考えるか。私はセンターのサイトをよく見るんですけども、相談先のところをクリックすると大体公的機関、あるいはそれに類するものが出てくるんですが、余り民間の機関が出てこない印象です。確かに、公的なものに民間の名前をどこまで載せられるかというのはあると思うんですけども、もうちょっと民間資源を使ったほうが私は総合的になるんじゃないか。あるいは、これまで自殺の予防にとっては分野外だと思われていた民間団体とどうコミットするか。そこに、やはり可能性を見出せるように思います。

あとは、「相談体制・地域づくり」です。ただ、これは相談所をいっぱいつくってもだめで、現在世の中相談所だらけになっていますので、大本でいうと助けてと言える地域・文化みたいなものをどうつくるかということです。

あとは人材育成、それから民間団体の育成ですね。それから、「自殺予防に関する政策研究」をどんどん進めていただく。ただ、それは統計的なもののみならず、やはり実践の集約というものが不可欠だとも思います。

「一方で「センター」が総合的であると言う意味」ですけども、「観点としての総合」というのと「実施としての総合」というのと2つがあると思うんです。

ある意味センターが総合的な観点を持つということにおいて、この10点程度が最低必要だと思います。

しかし、実際にセンターが担う部分とは別に、地域の受け皿なりを支援することによって受け皿としての部分を如何に総合化するかということがあると思います。「実施としての総合」というのはこのことです。特に、私は実はこの春から実施されました「生活困窮者自立支援法」などにかかわっていましたので、「生活困窮者自立支援法」とか「地域包括ケア」とか「子どもの貧困」とか、さまざまな施策が並行して進んでいますが、この自殺の分野で総合、総合といっても、またぞろそこに全部の機能を持ったものを別に作ると

というのは、難しいと思うんです。

それよりも、さまざまに先行して、もしくは並行して走っている施策にどう横串を通していくかという、そここのところの有機的な結合をやるのか。そして、センターというものがそういうものを担えるのかというようなことが、私にとっては正直、生活困窮者自立支援法にかかわった者としては思うところです。生活困窮者自立支援法の議論の中で自殺予防は、弱かったと思います。経済的困窮のところに特化されている印象がありますが、経済的困窮の後ろにとにかく、その先にやはり自殺はある。

ですから、そここのところを政策的にどうするか。今回、厚労省が担当されるということになりましたけれども、厚労分野、あるいは厚労の一部部分にとどまることなく、担当は厚労省だけれども、やはり守備範囲は人間そのものだ、社会そのものだということはどう担保できるかが大事だと思います。

さらに、「民間の活用」に私は期待したいと思うんです。民間をいかに活用するか。これまで自殺対策においては、やはり公的機関の印象が非常に強かったです。あとは、やはり病院ですね。民間というのは病院が多かった。それだけではなくて、さまざまな分野で活動しているNP0とかボランティア団体等々も含めて、民間の種々の活用をどうするかが大事だと思います。

民間サイドも実は気がついていないんですね。自分の範疇に、実は自殺の問題は含まれているということがわかっていないんです。それが相互につながることによって非常に大きな枠組みに変わっていく。民間の人権団体とか、さまざまな支援団体の意識化ということも非常に大事だと思います。

「その他（あったらいいなと思うこと）」は、病院でもなく自宅でもないような地域の「住宅つきケア」、これは「ケアつき住宅」ではなくてケア中心の仕組みに住宅がついているイメージです。現場でよくあることは、どうしても対応が、あるいは本人の決断が遅きに失するということがあります。そうすると長期入院になる。そうではなくて、早期入院、早期退院の仕組みをこういうケアつきの住宅、もしくは住宅つきのケアみたいな仕組みを組み合わせることによってできないか。そんなことを、北九州では考えています。

あとは恒久財源の確保、これは予算の問題ではなくて予算を裏づける財源をどこにするのかという話をやはりきちんとしておかないと、単年度の予算でやっていくと私は風向きによっていろいろ変わっていくと思いますので、大本の財源をどう考えていらっしゃるのかというのは逆に聞いてみたいと思いました。

これまでの対策にずっとかかわってこられた皆さんには、本当に敬意を表します。これまでのことをベースにしながら、さらに総合的拡充をされるように私は心から願っています。以上です。

○森心の健康支援室長 奥田様、ありがとうございました。

それでは、これより40分程度意見交換に入らせていただきます。お手数ではございますが、挙手の上、御発言をお願いいたします。

なお、アドバイザーの皆様のご意見書につきましての御説明、意見交換は後半に行いたいと思っておりますので、まずは今、御発表いただいた御意見に関する意見交換を中心によりよろしくお願いいたします。どなたかございませんでしょうか。

では、猪飼先生からお願いします。

○猪飼アドバイザー 自殺について今4人の方からお話があったと思うんですけども、いずれもまさにより総合的な対策が大事だというようなお話が続いたと思います。

そうなったときに、自殺対策の大綱にありますように、誰もが自殺に追い込まれない社会ということを考えた場合、その対策というのはもう自殺のためだけの対策ではないと、多分皆さん同じようなことを異口同音におっしゃったと思うんです。

そのときに、奥田さんのほうから少しさらに突っ込んだお話があったかと思いますが、それぞれの方に伺ってみたいのは、その意味では新しい社会づくりのための一つの重要なインデックスとして自殺という現象を使うということでもあると思いますけれども、そのときに自殺対策ということで実際にある種、ひとまとまりのものをどうやって切り出していくかということが、恐らくセンターの役割を考える上ですごく大事だと思うんです。

そこで、重ねてお伺いしたいんですけども、自殺というものに引き寄せて考えたときに、どこまでを総合というふうに考えるかということの御意見を皆さんに伺ってみたいと思います。

○森心の健康支援室長 それでは、中山市長から順番にお願いいたします。

○中山市長 ありがとうございます。非常に重要なことだと思いますが、我々の打ち出し方としては自殺のない社会づくりをやっていこうということなのですけれども、それは命が一番大切にされる。一人一人の命に向き合って、命が一番大切にされる。そして、生き心地のいい社会づくりをしていこうというような文脈とセットで自殺対策というようなことを出して、どちらかというと社会づくりというものも同時に出しています。

ですから、自殺対策といったときにまず対症療法的な、分野はもちろん精神、それから精神分野だけではなくて経済の分野だったり、申し上げたようなさまざまな分野なんですけれども、対症療法的な対策と、対症療法的というのは応急的というような面もあると思うんですが、そうじゃなくて社会づくり、社会の体質として命を、あるいは生きるということを支えるセーフティーネットが見えるもの、見えないものも含めて、国民の社会の在り方も含めて、社会の体質みたいなものも含めて、温かい社会づくりをしていこうというような文脈で、セットで打ち出しているんです。ですから、そういうことを出していくということも大切じゃないか。

直接的なお答えになっているのかどうか、そういうニュアンスのお問い合わせというふうに受けとめたんですけども。

○猪飼アドバイザー 重ねてよろしいですか。

例えば、以前伺ったところで、これは足立区の話なんですけれども、足立区などでは自殺対策をするということを通じて、実はさまざまなタイプのまちづくりに関する政策であ

るとか、福祉的な政策というもののある種ひな形というか、基本的には同じアプローチになっていくというようなところがある。

そういう意味で、自殺対策をすることが基礎自治体の政策を鍛えていくというか、そういうことにすごく重要な役割を果たし得るんじゃないかという議論を私は見聞きしたことがあるんですけども、この点は中山さんいかがでしょうか。

○中山市長 それは基本的に同感させていただくのは、思想の部分と対策の部分とあるんですけども、まず思想として自殺対策をするというのは先ほど申し上げたような意味で一人一人を大切にしていくなのだ。それは社会の原点じゃないですかという部分を、自殺対策をすることで他の施策に波及もしながらやっていく。

そのことでもそうだし、もう一つは対策をさまざまな総合的な角度からすることによって、それが他のさまざまな施策の視点なり手法として敷衍していくような部分というのはあると思いますので、そういう意味でいろいろな意味で自殺対策にしっかり取り組んでいくということが、地方創生がまさに日本中挙げて求められているときなので、地方創生をしていく、あれはどちらかというと前に向かっていく動きだと思うのですが、そのセーフティーネットとして自殺対策というのは地域横断的に大切ではないかと思います。

さらにもう一つ言うと、あと1年半、2年すれば消費税も上がってくるといったときに、そのときの危機管理として、万一消費税が上がって格差が広がってくるようなことがあったときの危機管理としてのセーフティーネットづくりというのは、いろいろな面で早いうちからやっていかないといけないといったときに、自殺対策というのは非常に大きなセーフティーネットの根幹だと思うので、それを政府、国としてしっかりとそのときにもにらみながらオールジャパンとしてやっていくことはとても大切じゃないかと感じます。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

続きまして、本橋先生お願いします。

○本橋特任教授 それでは、猪飼先生の質問に対して、これはなかなか難しい問題なんですけれども、自殺対策の基本理念は何かというときに、最近私が出しました『よくわかる自殺対策』にも書いたんですが、1つは人間の安全保障という考え方があって、これは日本の外務省とかがかなり熱心に国連の中でやっていますけれども、まさしく自殺対策というのは人間の安全保障の一環であるというぐらいのことを考えると、精神保健だけではない。

あるいは、リスクファクターエpidemiologyと我々は言っていますが、研究で何か個人のリスクを見つけてそれを防げばいいんだという発想がWHOの自殺対策を読むとくるわけですが、疾病モデルとリスクファクターエpidemiologyから脱却せよと私は一貫して言って本にも書いていることです。

これに対する対策として、我々公衆衛生でいうと新しい公衆衛生学でヘルスプロモーションの考え方というのがあるんですけども、ヘルスプロモーションの考え方というのはリスクファクターエpidemiologyから脱却するもので、社会動員的に全ての政策を健康

というところに合致させていくという考え方ですね。

実はこの新しい公衆衛生学、ヘルスプロモーションの考え方は私も20年前から言っていますけれども、WHOなどはWHOのヘルスプロモーションの部門がほとんどスクラップされてしまって、今や自殺対策の中でそういう考え方が余り出てこないんですね。

そういう意味では、では社会政策として何をやっていくかというときに厚労省としてできることは何なのかということ、これはまた皆で考えていかなければいけないことでもありますけれども、例えば平成18年、19年、20年、日本の自殺対策、特に中年の男性の自殺率はその後減ってくるわけですが、これに対して何が効いたかという、相談窓口であるとか啓発はもちろんなんです、一番多く効いたと思われるのはやはり利息制限法の改正だとか、法制度の問題ですね。これによって、経済的に追い詰められていく中年の男性が減っていった。

だから、うつ対策も最後のところでは先ほど奥田さんが言ったように大切なんだけど、精神医学というのは自殺対策の中で重要ではありますが、一つの分野としてやっていく。それで、トータルで見たときに、例えば法制度面の改正みたいなものが20年以降の自殺率の減少にかなり効いている。最近、経済不況が死亡率に影響するかというような本が出ていまして、それを読むとすごくよくわかるんですけども、リーマンショック以降の世界の自殺対策の中で社会保障政策をきちんとやった国とそうではない国で自殺率が全然違って来る。例えば、こういうデータを示されるわけですね。

では、我々が自殺対策をやっていくときに、マクロの経済政策にどうかかわっていくのかということとはできないわけですが、ただ、我々ができるのはそういう考え方でもってこういうことをやっていかなければいけないということを、まさしく連携の形で学術的エビデンスを出して、政策用のエビデンスを出して働きかけていく。例えば、他省庁の法務省であるとか、そういうことはできるわけです。それができたがために、19年以降のいろいろな利息制限法の改正などに伴って中年男性の自殺率が減少してきたということは言えると思うんです。

ですから、確かに総合的な自殺対策をやっていくときに、では厚労省としてできることとできないことはもちろんあるけれども、まさしく横の連携だとか、省庁を超えた形での政策の展開をどうやっていくかということの枠組みをつくっていく。そのためには、行政の現場の方たちの御努力も必要だし、例えば研究センターの中でも政策研究の中で、ではこういうことをやっていったらそういうような縦割りが打破できて新しいことにチャレンジできる。そういう仕組みというのが、多分必要なんじゃないか。

一つ一つの立場の方たちは、それぞれのところでできることをもちろんやればいい。大きな流れの中で見ていったときに、どういう理念で自殺対策を進めていくか。その中で総合的かつ横の連携をして大きな政策的な流れをつくっていくということが、これまでも例えば利息制限法の改正のところでもできたわけですから、これからもやはりこういうことができていくんじゃないかと私は結構楽観的に考えている部分があるんです。実際には、

大変難しいことだと思いますけれども。

確かに先生が言われるように、なかなか総合的にやっていくというところで、では例えば自殺対策の当事者たちはどこまでやるのかというのはなかなか難しい問題ではあります。

ただ、狭いところに閉じこもっているだけではだめなので、まさしくそういうような大局的な枠組みの中でどう進めていくか。空回りしちゃだめですけども、地に足のついた現場での実践を踏まえて、大きな大局観に沿って社会全体を巻き込んでいくような形に持っていくというのがやはり必要なのではないかと考えております。以上でございます。

○森心の健康支援室長　ありがとうございます。

続きまして、大塚先生お願いします。

○大塚特命教授　御質問ありがとうございます。

対策のコアなところの内包というのは、やはり死に追い込まれる人たちを救えるものは何でも対策なわけだとは思っています。

ただ、その外縁は先ほど言ったようにさまざまなそこを取り巻く制度の問題だったり、法の問題だったり、死を選ばざるを得ないというのは憲法で保障されている安心して生きられる権利というのが脅かされるというところがあるわけで、そこには立脚しているので、そうすると社会全体の問題では当然あると思うんですね。ですので、死を選ぶ人の対策のところはそこが内包になるのですが、外縁とその接点のところ、外縁と接点になるところはやはり対策としてかかわる領域なんだと思っています。

そうすると、社会の中で取り組むことの大事さというのは災害とかもそうなのですが、いろいろな健康とか安心して暮らせる前提条件が社会全体では揺らぐという場合もある。そうすると、それはほかのところの保障とか何かの対策で格差がないようにしていかないと、例えば自殺で追い込まれる人がふえたり減ったりというのは格差が生じるということでもありますから、そこは外縁の接点のところに対策として取り組んでおかないといけない。

ただ、その外縁のところまでやるかどうかというのは、これは外縁の接点のところが必要であるということはあるし、かかわってはいるというところだと思うのですが、対策で実際にやるとしたら、やはりそれを地域全体なり国全体なり市民全体なりが一緒に取り組んでいくということが大事なので、それは地域づくりだったり、皆で共通のメッセージの中で取り組んでいくというところがかかわっていくので、やはり一人一人につながるものなんじゃないかと思います。

ただ、一方で対策というのは一人の人が死を選ぶ。追い込まれる。そのことに対して、個の特性に合わせてケアをしていかなければいけなかったり、地域も個の実情に合わせていろいろな支援を展開しなければならないということがありますので、どこまでが対策かと考えるのと合わせて、やはり現場のニーズに合わせて支援をしていかなければならないので、どこまでやるかというときにはそれを広く考えてあげなければならない地域もあれば、そうじゃなく現行で回る状態のところもあるので、実際に現場で対策をする者としてはそういうふうを考えています。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

続きまして、奥田先生お願いします。

○奥田理事長 確かに、とても難しいところですね。総合と言い出すとわけがわからなくなるということになりかねない。で、全然違うんですが、私はホームレス云々できて、2002年にホームレス自立支援法という法律ができて、それから13年後に今度は生活困窮者自立支援法という法律ができた。今回の法律によって、ホームレスはそれに内包されるということになったんですが、やはり危惧するんですね。ホームレスという言葉が実際に消えていく中で、生活困窮者自立支援でホームレスというコア部分というか、柱がはっきり見えるか。

私は、やはり切り口ははっきりしておいたほうがいいと思います。だから、一気に自殺予防をまちづくりなんて言い出すと、では町内会と何が違うのかという話になりかねない。だから、私はホームレス支援もそうですけれども、やはり復帰したい社会かと問いながらも、まずプライオリティーの第1は目の前のこの人のことをどうするのが第一のことであって、その上で社会がある。

対個人と対社会という2方面の戦略を立てる。しかし、この対個人と対社会は順序のある同一性の課題だと思います。対個人がやはり先行しないと、もう死のうかなと思っているその人が第1のプライオリティーにならないと、多分第2の課題というか、対社会というのはぶれてきてしまう。変な政策論議だけで終わっていくという気がしてなりません。ですから、やはりそこところは順序のある同一性というものが大事であると思います。

一方で、では自殺対策の中で具体的に言うと就労支援をやるんですかという話になると、できないと思います。やってもいいんですよ。全然やってもいいんですけども、ただ、今回の生活困窮者自立支援法もそうだし、労働局のこれまでの体系もそうだと思います。ハローワークもあるわけですから、これをどう使うかが大切です。ただ、一方でやはり国の制度は対象者を限定してしまいます。これが、やはり制度の性だと思います。特に、給付を伴うような制度になると確実にそうになって、誰が対象者かというところの線引きの議論になってしまう。

ですから、自殺予防というところから対象者となった人がいわゆる外縁部にいて、先ほど先生がおっしゃった外縁部に接するところで、他制度の資格じゃないけれども、他制度の認定につながるかどうかというのが具体的には勝負なんだと思います。

ですから、自殺予防の方でこの人は支援が必要だと認定した人が、隣の制度の中でまさに対象者であると読みかえられるか。共通パスみたいなものですね。共通パスみたいなものをもっと拡充しないと、やはり日本の制度は縦割りで、すぐ横にこれも使えばもっとよくなったのにそれを結局わからないまま、その中だけでとどまってしまうということになりかねない。

例えば、就労支援を今まで担当してきた部署に関しては、まさに希死念慮を持つ方々という部分の認識とか、アセスメントの仕方とか、プランニングの仕方の中に自殺予防とい

う感覚がどこまであったのか。そのつなぎ先を持っているかというのは、やはり勝負だと思います。

だから制度的には共通パスみたいなものがやはり必要だと思います。それをどう担保していくかというのは、きちんとした仕組みをつくらないと現場は混乱するだろうと思います。

ただ、私たち現場サイドで言うと、やはりこれが自殺の云々で、これがホームレスの云々で、これが就労の云々でというのは余りなくて、私たちは伴走型支援ということをずっと言っているんですけども、伴走型支援には大きく個別型伴走支援というまさに1対1の伴走をベースにしながら支援していく。これが基本となります。しかし、一方で総合型伴走支援は、自立を目指しているA君だったらA君、これにかかわるあらゆる部署が一堂に集まって彼のプランについて話し合う仕組みです。そこで、彼は実は自殺念慮を持っているということになれば、そこは自殺予防の会議にもなるということなので、今、大体6者会議といってホームレス分野で言うとハローワーク、ケースワーカー、伴走支援者、我々ですね。それから地域のキーパーソン、就労先の担当者、そういう方々が集まって彼のプランをどうつくるかということを現場ではやっているんです。

だから、そういう仕組みは大きな話と具体的にはそういう多分野の人が集まって1つのプランをつくるといういうことをやれば非常に総合的になる。単純だというふうにも思っております。以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございます。ほかにございますか。

では、お願いします。

○高橋アドバイザー　この会は自殺予防総合対策センターの業務の在り方の検討の会だと思って来ているのですが、前回と今回の話を聞いていて違和感を覚えているのが現状です。特に、センターに対して極めて否定的な意見があるのは、私は本当にそうなのかという気がしています。

今から思い出して、2009年の秋に自殺対策総合対策センターの開所式があって、そこに行ったとき、私は大変驚きました。日本が国としてこのセンターをつくるというので、開所式に行きました。

しかし、現状は国立精研の精神保健部のところにセンターの看板をつけたただけでした。これで国のセンターなのかと思って驚いたのを、話を聞いていて思い出しました。

それから、9年ですね。どれだけ充実したかという、極めて貧しいといいますか、前回松本先生もお話になっていましたけれども、人数も予算もきわめて限られたものでしかありませんでした。

私はその頃防衛医大に勤めていたので、すぐ近くでセンターのこの9年間を見てきました。私自身の感想を言うと、よくこれだけの人数、そして限られた予算で9年間頑張ってきたなということです。ですから、あれもできない、これもできないという意見の前に、あれもしてきた、これもしてきたというのがこの9年間ではないかと感じています。

よく地域の自殺対策の立案についての研修会などに行くときに私は言うのですけれども、

ぜひ地域の関係者の皆さんが集まって自分たちの住んでいる地域で何が起きているのかということをお話し合ってください。そして、地域で自殺予防に関して何が一番問題なのかと優先順位をつけてほしい。そこから、限られた人員とか予算の中で何ができるのかを考えて、自殺予防対策を地域で進めていくというのが一つの考え方なんだと私は考えています。

それが全くセンターにも当てはまるので、私はこの9年間、松本先生や竹島先生、そしてほかのセンターのスタッフの皆さんもできる限りのことをやってきたと思います。一体あれ以上のことができたのかというのを疑問に感じながら前回と今回の意見を拝聴していました。

ですから、きっとこの質問を厚労省にすると、その質問に答えるためにこの検討会をしていると言われると思うのですがけれども、自殺予防総合対策センターが厚労省の中でどういう役割を果たすべきなのかということに非常に興味を持っています。

例えば今日の意見の全てをセンターにやれと言ったら、とてもじゃないですけども負担が大きくなり過ぎてしまって、今の人員では私はできることではないと思います。ですから、センターにどういう役割を担わせるべきなのか。そして、どこまでがセンターの活動の範囲なのかということをお考えた上で話し合いをしなければ、それこそ世直しまでやれというようなことになってしまいます。それを今のセンターのメンバーに担わせるということは本当に可能なことなのかどうかと思いながら聞いていました。一言、つけ加えた次第です。

○中山市長　ありがとうございます。

私は、先ほどはああいうふうにして申し上げたわけですがけれども、今のお話に関連して申し上げたいのは、この間、センターの皆さん、その体制でとりわけ医療面を中心に懸命な取り組みをしていただいたんだろうと思いますけれども、他方で今、我々のところは300近い団体の皆さんと連携しながらしているんですが、地方が真剣にやってやろうとしているときに、むしろ今の体制を充実していただいて、そしてさまざまな分野の取り組みもできるような体制に、これも政府全体の問題としてぜひしていただきたいという思いを込めて申し上げました。

その中でお話があった、何を地方がやるのか。地方で限られた予算の中でさまざまに考えてやってくれということで、それはそのとおりですがけれども、地方の声としては今こういうことがというと、やらないといけないんだけど何をどうやっていいかわからない。それで、やろうとしたときに、仮にいろいろあるにしても、どういふようなことをどういふ自治体がやっているのかということすらしっかりとデータとしてはわからない。そして、それをやることによってどういふ効果があるかわからない。

どういふ効果があるかわからないということはどういふことかということ、地方自治体の中でさまざまに当面对処しないといけない課題というのはいっぱいあるわけですね。いっぱいある中で、今度は自前の負担もしろといったときに、プライオリティーをどう持ちながら首長まで説明していくかということがあるわけですね。そのときに、データもないし、

何もない中でどう説明していいかわからないから、やる気があっても具体的な施策につながらないということがあるんですね。

なので、それを支援する民間のライフリンクさんを初めさまざまな皆さんがいろいろな情報を集めて提供していただいて、それを皆で共有して、そして少しずつその輪を広げていっているんですけれども、こういうペースではとてもじゃないけれどももたないということで、国としてさまざまな分野でさまざまな調査をしていただいて施策を出していただいてやっていくような機能というのは、センターなのかどうなのかというのは議論があると思うんですけれども、ただ、シンクタンクとして少なくともそういう機能が政府全体の中でさまざまな分野を統合しながらあるべきだ。

それで、今度厚労省において移管をしてやられる。そのセンターがあるということからすると、やはりセンターにおいて今の体制を充実していただきながら、ぜひこれは国の大きな問題、課題として地方も真剣に頑張りますのでやっていただきたいという思いで申し上げたところでございます。

○森心の健康支援室長　ありがとうございます。ほかに、何か御意見等はございますか。

自殺予防総合対策センターについては前回の資料でもちょっとあるんですけれども、センターに担っていただきたいと思っているところにつきましては情報発信、調査研究、政策提言、ネットワークの民間支援ですとか研修のところを総合的にやってくださいということをお願いしているところでございます。

予算的には非常に額は少ないんですけれども、5,000万円程度をこの9年間ずっと手当てをしてきたところでございまして、それなりに当省としては相当センターとしては御努力いただいているという感想がございます。

ただ、組織の関係もございまして精神神経センターにあるということもあって精神医療、最初は自殺対策そのものがうつ病を防いで自殺を防ぐみたいな形で始まっておりますので、その方向から始まっているという点は否めないのですが、さまざまな取り組み、自殺の総合対策大綱などもできておりますので、それを見ながらセンターの活躍、御活動も進められてきたと思っているところでございます。

民間の方々でそれなりにまだ御不満もあるでしょうけれども、少ない予算、少ないチームの中では頑張っていると考えているところでございます。

○藤井障害保健福祉部長　今のお話はこの検討会、この検討チームもそうですし、私も別にこれは誰を批判するとか、今の体制のセンターのパフォーマンスについて何をどう批判するとか、そういう観点でやっているわけではなくて、通常のどんな政策もPDCAサイクルを回そうとしたときに、今この時点で内閣府から私ども厚労省のほうに来年度から移管をされるという前提に立ったときに、ではこのセンターが当初予定をしていた関係者が考えていたようなことが機能として、役割として果たしているかどうかというところを議論して、何が足らざるところであるのか。その足らざるところを補うというか、今後強化をしていくためにはどうすればいいか。

それは、もしかしたら先生がおっしゃっていただいたような今の体制が余りにも不足しているということであれば、ではその体制をどうしていけばいいのかとか、そういう議論をしていただくための検討チームだというふうに私ども理解をしているというか、そういう観点からの検討をお願いしているわけでございます。

そういう意味では、私どもとしても今、室長が申し上げましたように、これまでの私どもがお願いしていた予算、あるいは体制でもって松本先生以下、仕事をさぼっているとか、そんなことを考えているわけでも感じているわけでもありませんで、それは皆さんもそれぞれのところで一生懸命やってきていただいた中で、それでもやはりいろいろこういうところが足りないんじゃないとか、あるいはもっとこうすべきだとか、そういう意見を前回も今回もいただいているというふうに私どもは認識しているところでございます。そういう観点からの御議論をいただければありがたいと思います。

○森心の健康支援室長 それでは、清水先生お願いします。

○清水アドバイザー 日本の自殺対策の方向性としては、これは基本法や大綱に書かれているとおり個々のリスク者、あるいは個々のリスクに対してのみならず、地域、社会に対して働きかけを行っていくということになっているわけですが、そうした際にはまさに奥田さんがお話されたことでもありますけれども、当然さまざまな施策を連動させてやっていく必要がある。あるいは、さまざまな相談機関の連携を図った上で対策を推進していく必要がある。

このさまざまな施策を連動させて、地域づくりとして自殺対策を進めていくという日本の自殺対策においてこのセンター機能を果たすべき自殺予防総合対策センター、一番必要な力というか、一番必要な能力というか、機能というか、それが何だとお考えになるか、ぜひ伺いたいんですけれども。

○森心の健康支援室長 それでは、今度は本橋先生からお願いします。

○本橋特任教授 先ほどもちょっと述べたんですけれども、自殺対策について私自身は大綱ができてこの9年、まず第1期というのはやはり啓発であるとか、それから体制の整備ということでやられた。それから、実態の解明というようなこともどの程度解明できたか。私は先ほど高橋先生が言われたけれども、批判したのではなくて、科学的に見たときにそれがどうだったのかということをやはりきちんと総括しなければいけないということ、きょうはあえて厳しい言い方をさせていただきました。

実は、私自身がかかわっていた戦略研究について私も言いたいことはあるんです。戦略研究は私自身も関わっていたものだから言えない部分もありますけれども、やはり学術的な面からいえば私自身は批判されるべきはきちんと批判した上で総括をして次につなげていく。そのときに人が足りないのであれば、人をどうつなげていったらいいのか。あるいは、そういう研究分野が適切であったのかということも含めて、きょうの議論等を含めてぜひ考えてほしいと思っています。

それで、今の御質問についていえば新しい段階に入ったということで、やはり次の大綱

のところでも書かれていますけれども、いわゆる啓発であるとか、原因究明だとか、実態を解明する。これは引き続きあつてしかるべきだけれども、それよりもむしろ現場、先ほどもちょっとお話ししましたけれども、国で旗振りするというよりはやはり自治体、あるいは基礎自治体のレベルで、ではどれだけ活動が推進できているかということが、結局総体としての自殺対策の強化につながる。そのために何をしたらいいのかということを我々は考えなければいけないし、例えば基礎となるべきセンターについてはどのような研究が求められているのか。それは、先ほどもちょっとお話ししたようにリスク中心の研究だけではだめだろうというのが私の最大の批判であったわけですが、それは批判したということではなくてさらに次の段階に進んでほしいということがあるからそのようにしたわけです。

あくまでも地域での自殺対策をどう強化していくかというために施策を展開すべきであるし、その中で医学、あるいは公衆衛生学だけではなくて、経済であるとか、政治であるとか、職種でいえば弁護士さんであるとか、司法書士さんであるとか、その他福祉の関係の方であるとか、さまざまな方たちが連携をして現場の対策を強化できるような仕組み、そしてそれを支援していくのがやはり国の大きな役割だと思います。それは現実的な支援、財政的な支援もありますけれども、実際の現場が活動できるような拠点的なものをどうやって支援していくのかということを国としては考えていく段階に達していると思います。

そのときに、やはり総合的な取り組み、あるいは政策科学としてどういうふうに研究していったらいいのかということのほうがこの新たな段階では大切なのではないかと私自身は考えております。

先ほどの繰り返しになりますけれども。以上でございます

○森心の健康支援室長　ありがとうございます。

大塚先生、お願いします。

○大塚特命教授　私は1つには絞れないので先ほど話したとおりなんですけど、実際やる上では高橋先生も言ったんですけれども、やはりどのぐらいの予算があつてどのぐらいやるかということと現実的な対応というのがちょっと変わってくるというところは実際に実務でやはりあると思うんですね。

というのは、人がこのぐらいいればこのぐらいやる。私の話も最後はそういう話だったんですけれども、やりたいことは、大切なことはどの人も非常にわかっているんですが、それを実行するためにはまず予算をどうするかということで、実は自殺対策基本法が出たころよりは対策の幅もすごく広い領域になってきているというのもあるので、実は私自身も実務でやっていけばそうなるので皆さんもそうだと思うのですが、カバーする領域も非常に広いですし、やることも非常にふえているというところがある。そうすると、やはり拡大するというのが私にはちょっとニーズを吸収できないというところもあるので、そこら辺はどちらかというとセンターの問題というよりは、センターの外側のところで厚労省がどのぐらい予算をつけてやっていくかというところを拡充させていったほうが現場の

ニーズには応えられるのかなと思います。

それで、いろいろな調整とかも一つのことを実施するためには頭から落とすんじゃなくて、結構現場の人と丁寧に話していかなければいけないというところがありまして、これはかなり人が何回も会ったりということがあるので、これからどんどん接点がふえていく。そうすると、やはり一人でやれることは限られていまして、人がいないとやれないというところもあるので、何が大事かということもあるのですが、私はどのぐらい拡充させていくことができるのかというところで、日本の対策の中でも死を選ばざるを得ない人がいて、実際にそれで遺族の方は悩まれたりとか、もちろんそのことの手前のところで非常に悩んでいる人たちも多いので、社会保障上は最重要な問題で、この人たちを救えなければ何のために社会保障があるのかという思いがするので、ここは足りなければどんどんふやしていってほしいというのが多分地域のニーズでもあるんじゃないかと思うので、まずはその予算を拡充させていく必要があるというところが前提じゃないと、大変な業務なので私自身もほとんど年間で休む暇がないんですが、そういう日々を実務者が送らざるを得ないところがありますので、非常にそこは実際の予算を厚くしていくという思い切ったかじ取りも必要で、そこがあつての話かと思っています。

○清水アドバイザー 先ほどの高橋さんのお話も、大塚さんのお話もわからないわけではないんです。

というのも、民間段階で自殺対策に取り組んでいる人たちも休みがなかったり、忙殺されています。一生懸命、皆、頑張っています。ただ、努力を評価するとか、努力を検証するための会議ではないと思いますし、どうあるべきかというところを私はしっかり議論すべきだと思っています。

例えば、この研究センターができたのも10年前の参議員の厚生労働委員会での決議が根拠になっているんですね。この決議というのはどうやってできたか。これは民間団体が国会議員に働きかけて、それで国会議員が超党派で決議を採択した。その後の法律もそうです。ちなみに、予算もそうです。必要であれば、それは我々が、我々というのは民間団体だけじゃありません。国民が中心になって政治に働きかけ、もちろん厚労省にも働きかけ、予算を取ったり体制をつくっていかばいいと思います。

実際にそういうふうにして自殺対策は進んできたわけなので、その自殺対策の中で誰が頑張っているとか、頑張っていないとかじゃなくて、どうあるべきかということを私は徹底して議論すべきだと思うので、そういう意味でこの後の奥田さんと中山さんには何が必要なる核となる力なのかというのをぜひ伺いしたいと思います。

○高橋アドバイザー 要するに、長期的にどこに目標を置くのかというのは大変大事なんだけど、現実には何ができるのかということも一緒に考えておかないとどんどん上滑りしてしまう。また10年たって同じようなセンターの在り方の検討会というのが開かれて、この10年間何もやってこなかったじゃないかというような話を繰り返すのは目に見えているんですね。理想と現実のどちらも考えながら、「今、ここで」という発想で進めてい

かなければならないと思います。

ですから、現実には予算を増やすといってもそうは増えないと思うので、必要だから増やせといって増やしてもらった。でも、その規模も大体たかが知れていると思うんです。その中で、現実的にセンターに期待できる役割は何なのかということも同時に議論しないと、全く議論が上滑りしてしまって、絵に描いた餅のような議論になりかねないと私は心配しています。

○中山市長 今の現実なんですけれども、現実には政府全体の問題としてこれから考えたときに、政府が真剣になればどんな拡充でも私はできると思うんです。

まずそこで、これまでとこれからと違い得るのは、これまでは内閣府の調整機能があって、そして厚労省があった。厚労省の機関としてのセンターだったという構図が今度変わって、まさに内閣府の調整機能も厚労省が持った上でセンターが位置づけられるとしたときに、センターに対して期待される機能もこれまでと違って、内閣府が持っていたような機能を支えるためのセンターとしての在り方はどうかということになるので、そもそも厚労省の枠の中を超えて政府全体の自殺対策の組織を支えるセンターとしてどうあるべきかが議論されるべきなので、そういうことからすると現実の幅も視野も土俵が広がってきているということを前提に、地方からもぜひそれはお願いしたいと思います。

それから、続けて清水さんの問いに対する期待される中心ということですが、そのまず基本的な考え方からいうと、10年間、法ができて全体として国も地方も真剣になってやられて、センターも真剣になってやられていたわけですが、国もやられた。民間もやられた。

でも、地方は基本的には裁量の部分なんです。裁量の部分でやらせていただいているわけですが、それを支える制度も国も真剣になってやっていただいたのだと思います。

それで、さっきの話とちょっとかぶるんですが、やらないといけないというふうにはプライオリティーも持ちながらやっている自治体を支援するような形はできてきていますので、そういう意味での自治体の対策というのは10年前より上がっていると思います。

だけど、やれていない自治体もまだたくさんあると思います。ということは、10年前よりも格差が対策に出ているわけですが、他方でこの分野、依然1日70人に及ぶ方が亡くなれるといったときに、まさに憲法、基本的人権、最低限の生活権、こういったことに深くかかわる課題で、こんなに地域間で格差が出ていいのかというようなことも一遍オールジャパンで振り返らないといけないと思うんです。

そういう状況の中で、さらに今度は財政的にも今までは全額基金ということだったんですが、一部負担をせよということになってくると、根拠が持てない自治体にとっては、よりおざなりになってしまう。やる気のあるところはまたやるということで、より格差が広がってしまうということがいいのかというのがあるので、私はこれはナショナルミニマムとして、どの自治体も地域横断的に最低限のことはやれる法制度だったり、それを

支える予算だったりというのはぜひお願いしたいと思うんですね。

国民にとって、住む地域によって命を支えるセーフティーネットに違いがあっているのか。どの地域に住んだとしても、最低限の中位以上のセーフティーネット、命を支えるセーフティーネットは受けられるように、満遍なく自治体の対策が普遍的にあるような形の制度づくり、法整備も含めてやっていく必要があるときに、その中心に厚労省のセンターをデータ的に支えるとか、シンクタンクとして支える。それから、調整機能としてももちろん支えていただきながら、全国の地方自治体のそういうようなセーフティーネットセンターをネットワークしていただく中心にあって、資金的にも、また指導というような意味でも中心になって満遍なく、1,700 のどの自治体も、どの都道府県もしっかりと取り組んでいくことを可能とするような、その中心になるような機能をぜひお願いしたいと思います。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

では、奥田先生お願いします。

○奥田理事長 私も、先ほど佐藤先生のお話を聞いて頭の中は確かに混乱しまして、国全体の自殺対策をどうするのかというような話もやはりあって、具体的にセンターの在り方というところ、非常に混乱しているというか。私はやはりセンター機能として2つあるように思います。いや3つかな。まず1つは、これはちょっと語弊がある言い方かもしれませんが、センターが直接性を持つというのは物理的にも無理だというふうに考えているんです。

全国に1カ所、各地に一カ所センターがあったからとて、実際に例えばきょう死にたいと言っているところに関してどうアプローチするか。これは、多分無理でしょうと。だから、センターが支援という枠で何をするかという、やはり実際の地域の現場で動いている自治体や民間団体をどう支援するかという間接的もしくは中間的支援組織として拡充されるべきだし、民間支援団体がセンターがあることによって活動が拡充したとか、連携ができたとかというようなことが進めばいいと思います。だから、そういう意味では、直接性に関してはある意味断念せざるを得ない。間接的もしくは中間的なものでセンターが現場をバックアップするというのが、まず第1だと思います。

第2は、やはり政策ですね。私は政策の議論を、これは政治的なマターも含めて、現実的な政策も含めて政策提言をするべきだと思います。できれば机の上の政策議論じゃなく、そもそも私はアドボカシーというのは「代理的提言」だというふうに日ごろ考えているので、当事者の代理者として、代理的に提言していくことが大事です。

2で終わってもいいのですけれども、第3としてやはり研究というのがあるかなと思います。ただ、研究に関しては多分いろいろな大学や学際機関が相当進んだものを持っているでしょうから、そのあたりとの連携ということでもいいのではないかな。

そして実践に即還元できるような研究というものをどのようにすすめるのか。各自治体でどのようにそれを実施するのか。ただ政策の実施という点ではセンターが実権を持って

いるわけではないので、実際に動くとなると国なり何なりというレベルで動いていくんでしょうけれども、それにしても「支配しないこと」は大事だと思います。政策実施において現場を支配しないということは、私は大事だと思います。やはりホームレス対策を見てもそうだし、困窮者対策を見ても、やはり帳面消しでやっているところがある一方で、それを利用してどんどんやっていくところの差が物すごく開いていく。かといって、それは余り強制力を持ったところで実があるかと言われるとなかなか難しい。

だからこそ現場を支援するような、こんなふうによつたらまさにさっきの成功事例みたいなものも踏まえながら、もしくは民間でこんなことをやっているところがあるよ。うちでもできないかというようなつなぎみたいなのでも現場を元気にしてやる。そういうふうなスタンスが私は大事だと思います。制度になると、別に現場の市役所の役人が悪いなどということは全然ないですよ、私は本当に熱心にされている方をいっぱい知っていますが、ただ、やはり今回の生活困窮者支援を見ても、構成メンバーが役所の中で終わっている自治体があれば、構成メンバーが一般のところまで含めた支援調整会議をやっているところもあるという物すごい違いがある。

ただ、役所の中にとどまっているところには、ここではこんなことがされているよということを誰かが紹介しないと、いつまでたってもそのままだということですね。

だから、形だけで終わらせないためには、私は支配しないというスタンスはとても大事だというふうに、ちょっと蛇足ですけども思いました。以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございます。

時間の関係がございまして。御意見はまだまだおありでしょうけれども、後ほどまた議論の場を持ちますので、ここまでということで次の議事に進みたいと思います。

自殺予防総合対策センターの今後の業務の在り方について議論を進めていきたいと思えます。それでは、お手持ちの資料4のところですね。それぞれのアドバイザーの方々から御意見をいただいておりますので、簡単にこちらのほうを御提出いただいた方から御説明願いたいです。

まず、佐藤アドバイザーからお願いいたします。

○佐藤アドバイザー　先ほど来から先生方から、総合対策としての展開についてご発言がありました。私自身が精神保健の担当者として自殺対策が始まったときからそのポジションの中で自殺対策を展開してきております。

どうしても自分が所属している母体の枠組みに縛られて対策を発展させてきているというのがあって、自殺対策を総合対策に展開するという命題について精神保健の担当者がこの自殺対策の中核で運営しているのかというのをずっと自問自答しながら事業を進めてきたと思います。

総合対策として工夫してきたことは、地域の福祉、教育、労働、また民間団体の活動家の方に一堂に会していただいて一つのテーブルについていただく、うちの地域の中でどんな活動が自殺対策として必要だろう。一つの場を設定して、それぞれの領域の方が精神の

問題だというふうに捉えずに、自分の領域の中に自殺対策があるんだということを共有をして帰っていただく。こういうことが、地域の中でやっている総合的取り組みの工夫です。

しかしながら、事業を進めてきている中で、それだけでは総合的な自殺対策としては足りない(という思いがありました)。先ほど、さまざまな施策の横串という意見がございました。ちょっと私のメモから離れて申しわけありません。いろいろなコメントを聞きながら私自身の中でいろいろな思いがあふれてきました。自殺の担当者は出てきてくださいと言われて対応させていただいた際に、どこの所属かと聞かれて精神保健担当ですと答えたらちょっとびっくりされたというエピソードもありました。

自殺対策は孤立化の予防であったり、生活困窮者の課題であったり、ある意味、市や県の政策そのものであるとも考えられ、本当に横串の要が精神保健の部署で良いのかという思いもありました。とはいえ、そんなことを言ったら政治そのもの、施策そのものが自殺対策になってしまい、かえって始めようがなくて、地域にいる担当者は自分の持ち場の切り口、上り口からいかにさまざまな方とつながっていくかということが現実的と思えます。このような段階にいます。

私の提出メモにも書きましたように、自殺対策が余りにもうつ病対策に偏っているのではないかという意見もあります中で、自殺対策の初期の頃は、やはり精神保健の担当にとっては自殺対策、社会問題をどのように取り組んでいけばよいのか悩みました。うつ病の早期発見と対応によって治っていく(社会に復帰する)という仮説は大変ありがたい仮説でした。早期発見は終着ではありません。そこからのスタートで、それぞれの方の生活支援を継続させていくためにはそれこそ福祉の制度、就労、住む場所、借金を負っておられたらその関係の弁護士さん、消費関係の専門の窓口、いろいろな人とつながっていくという、その視点からの総合化であったと思っています。

そうした思いを踏まえまして、自殺対策総合センターに今後求められることについてですが、地域での展開がさらに広がっていくように、さまざまな領域、例えば、ライフサイクルの中では、教育の中での問題もありますし、高齢社会の中での問題もありますので、さまざまな領域の中で自殺対策を担う人材養成が必要です。そして、自治体のさまざまな領域が主体的にかかわっていくよう情報発信であったり、人材育成には仕組みが必要ではないかと思っています。また、これまで自殺白書では、さまざまな関係省庁による対策のまとめが編集されておりますけれども、こういったものの総合評価であるとか進捗状況、あるいはこういった姿になっていくのが自殺予防につながっていくのかというような事業の効果検証・分析に取り組んでいただけたらありがたいと思います。また、センターの組織体制としてですが、専門職の分野を広げ、多様な領域のスタッフによる運営の工夫をし現実的な総合化の工夫と考えます。以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございます。

続きまして、清水アドバイザーお願いします。

○清水アドバイザー　私自身は、2つに分けてお話したいと思います。1つは、この自殺

予防総合対策センターが担うべき役割についてです。2つ目が、そうした役割を基準にして考えたときに現状をどう捉えるべきか、どう評価すべきかという評価の点ですね。

「本来の役割」ということでいいますと、自殺対策大綱にあるとおり、日本の自殺対策の目的というのは「誰も自殺に追い込まれることのない社会」、これを実現することですから、私は自殺予防総合対策センターというのはそうした目的のもと、最低限、以下の2つの役割を担うべきだと考えています。

1つは、これも大綱がうたっていることですが、地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策への転換を図るための推進力になるということです。具体的に3点あります。

1つは、各市区町村がそれぞれの地域の自殺実態に即した対策を推進できるよう自殺の統計、これは警察の統計であったり、人口動態であったり、国勢調査であったり、こうしたものの集計・分析を行い、それを全ての市区町村に提供するということです。これは、ルーティンワークとしてできることだと思います。

実際にどういう内容になるかという、その次のページと、次の次のページに、これは前回の会議でも配らせていただいたものなのですが、例えば既存のデータを活用するだけでこれぐらいのことが既にできてしまうんですね。これは、我々のライフリンクのスタッフが5分でやります。エクセルでマクロを組んでいますので、これは5分でできてしまいます。

それぞれの地域の自殺者、単なる男女別、年代別の内訳のみならず、同居人がいるか、いないか、職業別、原因・動機別、自殺の企図、手段、曜日別、時間帯別、未遂の有無別、これを発見地ベースではなくて住居地ベースでもできるんですね。

さらにこれに重ねていくと、今お話ししたのがA3の部分ですけれども、国勢調査と重ねてみるとそれぞれの年代掛ける性別の同居人のありなしの自殺率まで出ます。これがA4の縦長のデータになっていますけれども、足立区のデータを持っているわけですが、そうすると人数で多い年代掛ける性別掛ける同居人の有無別はどこか。では、その人数で多いところの自殺率はどうなのかといったようなことがすぐにわかるわけです。

さらに言うと、内閣府に特別集計を依頼すると、仮に例えば20代の男性の同居人のない人に自殺が多いといったときには、ではその20代の男性の同居なしというのは学生なのか、それとも無職なのか、それとも働いている人なのかということまでわかるわけです。

地域の自殺の実態というのは、既存のデータを活用するだけでかなりわかってきますので、こうしたものを少なくとも全ての市区町村にしっかりと提供して、そうした地域の実情に応じた対策をそれぞれで進めてもらえるような、そういうデータの提供をすべきだろうということが1点です。

私の本資料のほうに戻らせていただきまして、2点目としては地域の自殺実態を類型化して、それぞれの類型に対する地域の対策モデルをパッケージとして提示するということです。例えば、同居人のいる無職の高齢者の自殺、高齢女性の自殺が多い地域であると

か、あるいは同居人のいない失業者の中高年男性の自殺が多い地域であるとか、あるいは同居人のいない学生の自殺が多い地域など、地域、地域によってこういう特性が見られるところもないわけではない。ですから、これは類型化してそれぞれの類型に応じた支援策をパッケージとして提示するというのも重要だろうと思います。

さらに、3点目でいいますと地域自殺予防情報センターというものがあります。先ほど奥田さんから、センターというのは直接性を持つのは無理で間接的にというようなお話がありましたけれども、私もまさにそう思っていて、だからこそこの自殺予防総合対策センターもその支援、指導する対象として地域自殺予防情報センターというのがあるわけですが、これも財源も少ないし、マンパワーももちろん少ないということはもちろん限界としてあるわけです。

ただ、いずれにしてもそうした役割分担をしっかりと、地域自殺予防情報センターに関しては市区町村に対して実務的な支援を行えるようにするというのもあわせて重要だろうと思っています。それが、大きなくりの1つ目です。

2つ目は、日本の「自殺総合対策のPDCAサイクル」、これを機能させる政策拠点となるということです。これも、具体的にいうと3つあります。

1つは、長期的な視点に立って自殺総合対策に関する政策研究を行うということ。これは、自殺対策がどういう方向に向かっていくべきなのか、そうした長期的な視点に立った方向性を示す研究が必要だろうと思います。

2点目は、自殺対策と関連施策との連動性を高めるための政策研究を行うということですね。まさにこれは繰り返しのいろいろな方がお話をされていますけれども、縦割りの施策に横串を刺すための研究です。自殺対策が生活困窮者自立支援とか、あるいは地域包括支援とかと並行であるというよりはやはりくくる役割を担うのだらうと思いますので、ほかの関連施策、既にもう実施されているいろいろな施策があるわけですから、そこにどう自殺対策を連動させていくかといった施策研究も必要だろうと思います。

3つ目が、政府や市区町村の自殺対策を検証・評価して具体的な改善策を提示することですね。まさに、チェックの部分を担当すべきだろうと思います。これが、私が考えるこのセンターの本来担うべき役割ということです。

それに対しての評価ですけれども、私自身の活動を通して見えてくるセンターの現状ということでいうと、今、私がお話ししたどれ一つとっても十分にできているものはないというふうに私自身は感じていると言わざるを得ません。

もちろん、いろいろな形で努力されていて、いろいろな分野で成果を出していらっしゃるというのはよくわかります。ただ、本来であればこのセンターというのは、個々の民間団体とか自治体が既に行っていることや、やれることを並列的にやるのではなくて、やはり日本の自殺対策を総括するような、統括するような活動を行うべきだと思います。

ですので、これは財源をどうするんだとか、マンパワーをどうするんだ。もちろん、それはあります。ただ、基本法とか、あるいは決議のときもそうですけれども、それも含め

て私は自殺対策として担うべき、やっていくべきことだと思っていますので、限られた財源で最大限の効果を上げるべく、しっかりと抜本的に私はこの体制業務を見直すべきだろうと思います。

最後に1点だけ、私自身はこの自殺予防総合対策センターが国立精神神経センターに看板を掲げた。私は、感動しました。というのも、それまで自殺は個人の問題とされてきたものが、そこで初めて国が取り組むべき課題になったんです。その決議、その根拠となった決議、これがなければ今、自殺対策がどうなっていたかわかりません。

自殺対策が、国の責務だというふうになった、そのことを初めて訴えたのがこの10年前の参院厚労委の決議であり、それに基づいてこの予防センターはつくられたと私は認識していますから、今までやってこられた方たちへの敬意というのはもちろん忘れてならないのは当然のことです。

ただ、だからといってそれでよしとするのではなくて、これからまた先、さらに進めていかなければならない自殺対策において、在り方についてはやはり私は見直すべきだと思っております。以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございます。

続きまして、田中アドバイザーお願いいたします。済みませんが、時間の関係がありますので、なるべく短目に簡潔にお願いいたします。

○田中アドバイザー　田中です。資料4-3を見ていただきながら、簡単に説明させていただこうかなと思います。

きょうもいろいろな先生方からいろいろな御発言があったので、私もこういう自殺予防総合対策センターがどこにウエートを置くかということはやはり大きな問題だと思うんですけども、私たちは従来のこのセンターの研究業績、活動実績、あるいは研修に関する実績、前回の会議でお伝えさせていただいたとおり、私たちいろいろなデータ、資料を情報という面で利用していくということで考えますと、いろいろ恩恵をこうむってきたという面では評価でき得るものかと考えております。

自殺の実態の調査、いろいろ心理学的剖検の研究成果というのも本橋先生のコメントにもありましたけれども、いろいろな面で利用でき得るものでしたし、あるいは自殺の実態に関しては人口動態統計に基づいた二次医療圏ごとの資料というのもやはり非常に有益な資料だと思いますので、その辺では非常に評価でき得るものだと考えますし、これからも継続してやっていただきたい。調査研究の分野に関しては、こういった意見です。

あるいは、「情報発信」「政策提言」に関して簡単に考えたことで1のところですけども、従来の厚生労働省の戦略研究、非常に大規模な調査、NONCOMIT-JとかACTION-Jがあったと思うんですけども、こういう研究成果を情報発信、実際に私の立場としましては地域でどうそれを活用できるか、どう利用できるか、やはりその研究結果だけではなくそれを実用的に生かす方法が私たちは余りわからない。つかんでいないという面で、こういう研究成果を実行できるマニュアルと私は簡単に書きましたけれども、現状の資源

ではこういう形でこういう方々がこういうふうに行うとすればうまく実現できますよという面を普及啓発していただきたいと思います。

一つの例ですけれども、ACTION-J、自殺未遂者に対するケースワーキングが有効だというデータが出ています。これはかなりハイレベルといいますか、総合病院でのいろいろなケースワーカーの方もいらっしゃるし、精神科医がもちろん救急の現場にいらっしゃる。あるいは、コメディカルのスタッフがかなり潤沢にある中での研究結果、有効性、特に6カ月間未遂者に対する支援をすれば非常に有効だという結果なんですけれども、いろいろな面でそのとおりの組織が地方のいろいろな医療機関、行政機関にあるわけではありません。ですから、そういう成果を現状のスタッフではどう実行できるのかという現実的な方策をちょっと提示していただきたいと思いますという気がいたします。それが、お願いしたいことです。

2番目は少し政策提言の部分だと思うんですけれども、2012年にこういう精神神経誌に「自殺総合対策大綱の見直しの提言について」で、ここでこのセンターの方々、スタッフが皆さん書かれている全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入、とりわけこういう選択的な予防介入、個別的な予防介入を強化するというのもここで情報発信していきたいというふうに書かれていると思いますので、実際にその後のいろいろなセンターの研究を見させていただいていると非常に選択的、あるいは個別的な調査研究は非常に多くなってやられているのかなと思うんですね。

私もいろいろ全部見させていただいていると、特に今年度の2月の「児童相談所におけるこころの健康と支援のための学術調査」、こういう非常に個別的な調査は有効性が高いと思って私は読ませていただいて、これを生かしていきたいと考えているところです。こういう個別的な研究も、やはりふやしていただきたいという感じがします。

3つ目は、私自身が少し感じる疑問点というふうにも考えていただければと思うのですが、児童生徒、学校の現場でのそういう予防対策についてということでもちょっと考えた点です。こういう自殺予防教育も含めて、どうも今まで厚生労働省ではなくて文部科学省がかなりいろいろな提言をされてきているかと思うんです。いろいろな学校の現場での実際のマニュアルの面も含めて、文部科学省がかなり主導的な面だったと思うんですけれども、やはり今後センターに、厚生労働省のほうにこういう自殺対策ということが移管されるとしたら、少しこういう政策立案、あるいはその実行機能といいますか、そういう政策をつくっていく、あるいはそれを発信していく機能を少しこのセンターが担っていくべきかと考えるところです。

この点、文部科学省と厚生労働省の少し省庁を超えた関係がやはり必要な部分かと感じましたので、これからこういうセンターにも少し権限を多く持っていただくべきかを感じているところを書きました。

率直にいろいろ思いついたままですけれども、従来この自殺予防総合対策センターは私が精神保健福祉センターの立場で考えてみますと、前センター長の竹島先生といろいろな

面で私たちはかかわらせていただきました。竹島先生は、私たちの精神保健福祉センターの集まりにもよくいらっしゃったんですね。先ほどからちょっと議論は出たと思うんですけども、恐らく自殺予防総合対策センターは現場からちょっと遠い立場にいらっしゃる。となると、現場を私たち精神保健福祉センターというのは割とよく知っているといえますか、かかわりが濃い場所だと思います。そういう面で、竹島先生はそういう現場、要するに地域の活動とか行政との関係、あるいはいろいろな機関と濃い関係を持っている私たち精神保健福祉センターでの実際の活動とつながりたいんだろうと思って、私も竹島先生の活動とかを見させていたっていました。

恐らくそういう意識も今は持たれていると思いますので、いろいろな面でこういう現場の、特に地域での自殺予防の活動を実践している私たちみたいな場所、機関といろいろな面でつながって、より実効性のあるものといえますか、より現実的な面を酌み取っていただければという願望も込めてお伝えさせていただきたいと思います。以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

それでは、続きまして森川アドバイザーお願いいたします。

○森川アドバイザー　私からは、お手元の資料1枚になります。きょうは、前回お話をしたことと今日お聞きした中で感じることもちょっと重なること、それからきょう聞いた中でまた感じたことを少しだけ追加してということになります。

既にセンターがやられていないのでこういうことをしたほうが良いという話ではなくて、私が思うセンターとしての期待、やったらこういうことは期待したいなと思うことを書いてあるという前提でお聞きください。

まず「○」の2点目ですけれども、ナショナルセンターとしてどういうことかということだと、やはり各地の対策推進、または国としての対策推進に向けて科学的な根拠、推進なんだけれども、先ほど市長はそれに根拠がなければ地域で進めていく優先度を立てるですとか、そういう話のときにもなかなか自治体の中でそれを推進していく上での難しさがあるとおっしゃったと思うのですけれども、その根拠をつくるということを支援するとか、実際の根拠を提供する活動というのは非常に重要なのではないかと。限られた人員、予算の中でどこに重点的に資源を投入していくかと地域も考えていくときに、やはり今、効果的なものはこれであるとか、そういうことに関する情報をきちんと提供していくというのは、今後長期的に必要なようになってくることかと思います。

そういうことも含めて、実際の自殺予防対策の機能強化に向けた措置ということを踏まえて組織的、戦略的にどういうふうにセンターというのはこれからあるべきかということを考えていくというのは重要かと思います。

その上で、先ほどから自治体はということがあったのですけれども、地域だとか自治体の支援をしていくこと、施策を推進していこうというときにどういう支援を望んでおられるのか。そもそも、その自治体のニーズということを把握していくということもやはり重要かと思います。その中でセンターとしてできる部分、一番センターの強みを発揮して支

援できる部分に注力していくというようなやり方が必要になってくるのかなと感じます。

次の「○」、自治体の体制整備への貢献というところです。と一口で、私もいろいろ考えた中で2点ほど考えたんですけども、多様な機関、組織の中でのニーズの探知能力と、いろいろなところの支援につなげる力を底上げするというところ、そこはやはり求められてくる観点かと思います。精神保健だけではなく、もちろんいろいろな機関とのつながりの中で対策を進めていく。

ただ、ではこちらの制度で受けて隣の政策のところを持っていったらそこでは理解が得られないとか、こちらの窓口で受けたら本来だったらそのニーズはこちらにつながなければいけないんだけど、そこがうまくつながらないとか、そういうことにならない。あらゆる機関で自殺予防という観点からの介入ということの必要性と、それを探知するような力、ほかとつながるための力というのをどういうふうにつけていくのかというところの底上げというのは、これからますます求められてくるかと思います。

そういうことの延長で横断的な支援体制を整備するというところ、その現場での実現の方法論にやはり資するような研究的なとか、方法論の開発であるとか、実際に各地でやっている方法の介入の手法とその効果に関する検証であるとか、それこそこちらの地域ではこういうことをやっている、こちらの地域ではこういういいことをやっているよということに関しては、具体的にどういうことをやったらどういう効果が出て、だからこういうことだったら割と一般に普遍化してほかの地域でも展開できるのではないかなというようなエビデンスに基づく介入手法の普及みたいなところはすごく重要なのではないかなと思っています。

次の「○」は、先ほどから何回もお話がありましたけれども、内閣府でやっている幅広いような関係機関との連携の体制が今度厚労省の中に入っていく。それで、センターとして多くの省庁や機関、民間との総合的な連携という体制、そもそもそういうものをセンターの活動の中でしっかりと位置づけていく必要はあるのだろうかと思います。

いろいろ申し上げてしまっているんですけども、現実には私たちが、では私の所属している機関で何ができているとか、そういうことも含めて振り返ってみますと、できることというのは限りがある。

ただ、やはりどなたかもお話をしていたように、一生懸命やっていますだけでは説明が付きません。しかも、1人、2人、3人増員を図ったとして、では総合的なものを全てセンターができるのか。そういう話でもきつくないでしょうから、自殺予防対策というもののまず地域のスキームとその実施状況とか、そういった全体の中で、ではその課題の中でセンターはここに重点的に注力できますよ、支援できますよというセンターの強みをしっかり地域のここに還元していきますというようなことをアピールできるような図だったり、実際の仕組みがつくれるといいのかなと思いました。以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

それでは、これから今後の自殺予防総合対策センターの在り方について皆様に御議論し

ていただきたいと思います。

なお、時間的にこの会議室は15時30分には空けないと次の会議の予定が入っていると聞いておりますので、20分弱になります。皆様から御意見をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

最初に資料を御提出されていない高橋先生、何かございますか。または、どなたか御意見ございますでしょうか。

○猪飼アドバイザー 私は資料を提出しておりませんので、口頭で申し上げたいと思います。

私が、これから申し上げるのは2点です。1つは、きょうゲストで来られている方のお話を伺っていて私が考えるのは、もともと考えていたことにすごく近いお話をされたと思うのですけれども、まずスタート地点として考えるべきこと、これは1点目ですが、まず目的、目標をどこに置くのかということが何より大事だということなんです。

中山さんから、自殺をさせないということが根幹なのだ。まさに一丁目一番目なのだというお話がありましたけれども、ここはやはりすごく大事なところだと思うんです。誰もが自殺に追い込まれない社会というのは、例えば政策目標として先進国平均まで自殺が減ればそれでいいかということではないということの意味しているはずです。先進国平均まで減ればいいという目標でやるのであれば、実はいろいろな方法があり得るかもしれないわけです。あるいは、何か一つのやり方をすごく突き詰めることによってある程度結果が出るということが起こり得るわけです。

だけれども、誰もが自殺に追い込まれないというような意味での非常に抜本的な改革を進めようということをもし考えるのであれば、おのずと対策は総合的にならざるを得ないはずなんです。旧来からメディカルアプローチやコミュニティーアプローチということ言われてきておりますけれども、両方が必要だということ自体は総合性ということを考えれば自明なわけで、その総合性というもののなかで何がそのセンターにできるかということを考えなくてははいけない。

きょうのお話を伺っている限り、センターの方は従来本当に御努力されてきたと思います。センターの会議の中でも、プレゼンテーションの中でも、本当に限られたマンパワーの中で御努力されたんだということは私などもすごく思うのですけれども、一方でこれはある意味、属人的、つまりそこにどういう専門性を持っている人がいるかということで、その方ができることをやるというようなことだったと思うんですね。それは結局のところ、自殺対策というのがどういうレベルで行われなければいけないかということの前に、やはりもう少しある意味リアリスティックだったと思うんだけど、できることは何かということで繰り返されてきた対策だったと思うんです。

ただ、それでは今の話の中でずっと出てきていることですが、本当の意味での対策にならないわけです。我々は、対策大綱の中でもっと大きな目標を掲げているはずなんです。そうだとすれば、それに向かって進んでいく。センターの中で、例えば労働問題

の専門家の方もおられることになるかもしれないし、もちろん精神科医の方もおられる。それぞれが専門性の中でお仕事をされるのは、ある意味当然なわけです。そのこと自体はそれでいいわけけれども、それは何のための自分の専門性なのかということが問われながら仕事をする。そういうことが、前提としてどのようなセンターをつくるにしてもそれが必要になるということがまず1点です。

もう一つ、とはいえ、これは高橋先生が御指摘されたことでいわゆる上滑りということ、ではどのくらいの予算が実際にそこにはつけられて、実際に何ができるかということには現実的な制約があるかもしれない。それは大きな予算がつくかもしれないし、そうじゃないかもしれない。そういう中でどういうことを考えていくかといったときに、一つ優先的に対応すべきこととして、まず政策提言ということ考えたときに今の大きな流れというのは、中山さんも言われていたと思いますが、基礎自治体レベルでのそれぞれの取り組みの中からこれから我々の自殺対策の決め手になるものなどが出てくる可能性も高いですし、さらに言えば地域ごとに自殺のありようが違い、使える社会的なリソースも違うという条件の中で、違う姿でどちらも正解というか、そういうようなものが出てくる。だから、これが分権的に対策が行われる場合の対策のあり得る姿なわけです。

それで、これはセンターに例えば常勤で勤めているような方であれば現場にはいないわけです。その方が、現場で闘っている方たちの仕事をさばくようなことができるか。そういうことがそもそもふさわしいかということとはよく考えなくてはいけなくて、そういう形での政策、そういうことをさばきながら政策提言をしていくというようなシンクタンク機能というのは、恐らく分権的な社会においてはそれほど有効ではない。

では、どういうふうなことをすればいいかということ考えたときに、やはりデータベースなんですね。1つは清水さんが言われたように、まず情報提供をきちんと自治体に対してできるということだけれども、もう一つあるのは先ほど来話があったと思いますが、今、明示的に対策という形で看板を掲げて進めようとしているような自治体というのはおよそ100くらいだと伺っています。実際にやっているかどうかはともかくとして、ただこれ例えば1,600を超える基礎自治体に広がっていくということ考えたときに、本当に意欲はあるけれども、何をやっていいかわからない。こんな事例があるんだけど、どうすればいいかわからないという個別の問題の一つ一つ、制度設計から一つ一つで転んでいくわけです。

そのときに、その問題を共有化して、しかもそれにセンターがお答えをするということではなくて、別の取り組みをしているところでこういう答えの出し方をしたよというところが、それに対して私たちのところはこうしたよという応答を返していく。そういうようなある種のフォーラム的なデータベースというものを構築するというのが、恐らくこういう問題を解決する上で私の考えではいい方法なんだろう。それをセンターはある種コーディネートする役割として仕事をしながら、ただ単に各地域で行われていることをつぶさに観察するということなのではなくて、そこから抽出された問題群をベースに情動的

に少し縮減されているわけです。その縮減された情報をベースにしてそれを分析していくというようなことがあれば、さらにそれを二次的に次の政策の課題に結びつけていくことも可能になるかもしれない。

これは、ヒントとしてはこういったシステムというのは日本の中で現時点ではちゃんとしたものがないわけですが、オランダの在宅ケアのビュートゾルフというシステムがあります。NPOなんですけれども、こちらでやっていることというのは実はケアをチームごとに登録していったって、それが常に問題が出てきた場合にその問題を投げかける場として機能するような、そういうフォーラムを持っているんですね。

こういうようなものをうまく活用していったって、恐らくそういうものの拠点ということであればひとまずできるし、もし予算がついて大きなことができるようになっていくのであれば、そこに分析力というものをどんどんつけ足していけばいい。そういうふうに私などは考えます。

一つのアイデアということですが、そういうことで横串という話がずっとありますけれども、横串をシステムタイズすることなんです。これは、一つの道なのではないかと思います。以上、2点です。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

ほかにどなたかございますか。時間もございますので、あとお一方いかがですか。よろしいでしょうか。

それでは、皆様ありがとうございました。予定より少し早いですが、第2回で予定していた内容については一通り終わらせていただきます。本日の皆様の御意見等を踏まえまして、今後の自殺予防総合対策センターの業務の在り方について議論いただけるような資料を事務局にて作成の上、次回はそれをもとに御議論いただきたいと思います。

次回の会議の日程でございますが、6月9日、厚生労働省の省内の会議室を予定しております。

以上をもちまして、「第2回自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チーム」を終了させていただきます。どうもありがとうございました。