

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3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3回）
議事次第

日 時 平成27年6月9日（水）10:00～12:00

場 所 厚生労働省 共用第8会議室

議 事

（1）今後の業務の在り方について議論

（2）その他

○森心の健康支援室長 それでは、時間となりましたので、第3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。

本日、司会進行を務めさせていただきます精神・障害保健課の森と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、本日はお手元にマイクを用意させていただいておりますが、御発言の際にはマイクのスイッチを押していただき、御発言が終わりましたら、いま一度マイクのスイッチを押して、切っていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

本日は、自殺予防総合対策センターの松本副センター長にも御出席をいただいているところでございます。

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「誰も自殺に追い込まれることのない社会」を実現する上で、国、地方公共団体、関係機関、民間団体等の役割のイメージを図であらわした資料でございます。

資料2、こちらは第1回、第2回の検討会にて御発言いただきました御意見等をこちらでまとめさせていただいた資料でございます。

資料3、こちらは田中アドバイザーに御提供いただきましたアンケート調査の資料でございます。

参考資料といたしまして、6月2日に参議院厚生労働委員会で決議されました「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」を参考として添付させていただいております。

以上でございます。過不足等ございましたら挙手によりお知らせください。

それではまず、事務局より、簡単ではございますが、資料1と資料2について御説明させていただきます。

○尾崎課長補佐 精神・障害保健課の尾崎でございます。

それではまず、お手元にごございます資料1のほうから御説明させていただきたいと思っております。

本検討チームでは、自殺予防総合対策センターの業務のあり方等について御議論いただいているところでして、第1回、第2回については、幅広い参加者の方から、幅広い観点から御意見いただいたところであります。本日、業務のあり方についてテーマごとに議論を深めていただくに当たって、この大綱に掲げられている、上の四角にございます「誰も自殺に追い込まれることのない社会」を実現するための各主体、国、センター、自治体、その他関係者の役割分担について、まずはイメージの共有を図っていただければと考え、資料1を作成いたしました。

資料1に、まず、自殺対策に取り組む主体はさまざまあるということで、左側にイメージの図を描いているところでありますが、右側の一番上に「地域の主な役割」を整理させていただいております。現場レベルでは、自殺対策に参画または取り組む主体として、地域の住民、それから地域で活動する民間団体、企業、市町村などというのがあるところでございますが、ここでは関係者がネットワークをつくって連携し、協働しながら自殺対策

を推進していただくのがその役割であろうということで整理しております。

次に、真ん中の段の2番目の枠囲みでございますが、「都道府県等の主な役割」ということで、これも大綱に掲げられておりますが、ここでは地域の実情に応じた対策を推進いただくために、地域自殺予防情報センター、精神保健福祉センター、都道府県・政令市というのが、先ほど申し上げた地域のバックアップをするために、例えば広域の関係主体間の連携調整とか広域の自殺対策の企画立案実行を行うのがその主な役割ということで整理しております。

一番下でございますが、ここではさらに国と自殺予防総合対策センターの役割を整理しております。自殺予防総合対策センターについては、真ん中の段の都道府県等をバックアップするとともに、国で講じる総合的な自殺対策を支援するために調査研究、情報発信、それから都道府県の企画立案支援のための研修などを実施する役割を担っているところでございます。それから、厚生労働省など関係省庁については、国全体の自殺対策を総合的に策定し、政策間の連携・実行を行うのがその役割と考えております。

なお、その政府における業務移管については、これから関係法案が国会で審議されるということで、法案が成立して厚労省へ移管された場合、これまで内閣府が行ってきたのと同様に、厚労省においても、幅広い関係府省の調整について、自殺総合対策会議といった総合的な観点からの調整機能も引き継ぐということになっていまして、今後、厚生労働省になっても政府全体として一体的、総合的に自殺対策に取り組むこととなっておりますので、参考までに申し上げます。

以上が、資料1の概要でございます。

続きまして、資料2のほうに、先ほど御紹介しましたが、これまで第1回、第2回でいろいろ御意見いただいたところですので、テーマに沿ってこれまでの議論を整理させていただきました。

1ページ目から2ページ目にかけてが、まず総論の「センターの役割」について整理したもので、その後、3ページ目以降が、各論で「情報発信」「調査研究」「研修」「政策提言」「ネットワーク民間支援」といった自殺予防総合対策センターが実施している業務ごとに整理し、最後に「体制」についての御意見も出たので整理しております。1ページ目から順番に、簡単でございますが御説明させていただきます。

「センターの役割」についてでございます。そもそも自殺予防総合対策センターの主な取り組みについては、第1回に松本副センター長から御説明させていただいたとおり、各種取り組みを進めているところであります。

右側に「検討チームにおける主な意見」を類型化して整理しております。

まず一番上でございますが、「これまでの活動の評価」については、評価いただいている意見、それから厳しい御意見というのが分かれているところでございます。少ない人員、予算の中でやってきていることについて評価いただいていたり、下から2番目のように、心理学的剖検についての厳しい御意見といったところもある状況でございます。

なお、厳しい御意見については後ろのほうにも書かせていただいておりますので、後ほど御説明させていただきます。

次に、「幅広い分野との関係」について御意見が出ております。代表的なものを簡単に御説明しますと、精神医療領域の強みに加えて、多様な領域からの取り組み方法の発信が必要という御意見。それから、これまで中心であった精神保健の分野は今後も重要、それをベースに置きながら居住支援、就労支援という総合的な視点で捉えることが重要。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ったもの、両方が必要。それから、精神保健のみにとらわれない幅広い領域と現場の実践と連携をした包括的、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。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が求められるといったことで、幅広い分野との連携強化を進めるべきといった御意見がございました。

この点については、幅広い分野との連携が必要という観点はおおむね共通しているかと思いますが、後半で議論を深めていただくに当たっては、自殺予防総合対策センター自身が幅広い分野を全て担うものなのか、CSPと幅広い分野の関係機関とが連携すべきものなのか、もしくは地域における連携というのを後ろから後方支援すべきものなのか、それをどう考えるべきかということを論点としながら御意見をいただければと思います。

2 ページ目が「自治体との関係」を整理しているものでございます。地域自殺予防情報センターの指導、監督をCSPは行うべきといった御意見。限られた人員、予算の中で効果的なものは何かというのをちゃんと整理して情報提供すべき。自治体からの御意見としては、センターというのが自治体と直接関係するところとは考えていなかったという御意見。それから、自治体のシンクタンクになってほしいという御意見。満遍なく、どの自治体でも、どの都道府県でもしっかり取り組んでいくことを可能とするような中心機能を果たしてほしいという御意見、グッドプラクティスの紹介というのは単に紹介するだけでなく、専門家から見てどういうことが重要だという説明も加えた上で情報提供いただきたいという御意見。自治体にとってはどうやったらいいかわからない部分があるので、その企画立案を補助、支援したり、データがあってもどう判断したらいいかわからないといったことを支援してほしいということ。それから、CSPと地域自殺予防情報センター、行政担当の情報交換の場を設定すれば、その後の関係が恒常的になり、自治体は利用しやすくなるのではないかという御意見。また、ほかにはPDCAサイクルの中心的な役割を担うべき。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。それから、独立性を担保して実効性のある対策や正しい手法、根拠に基づいた対策を開発、普及していくことが重要といった御意見がございました。

これについても、後ほどの議論に当たっては、CSPの支援対象というのは直接的にその市町村、基礎自治体まで支援することなのか、もしくは地域自殺予防情報センターへの指導とか情報提供を通じて間接的な支援を行うのか、そういったような観点を中心に御議論いただければと思います。

続いては、3 ページ目からCSPで行っている取り組みの各論に入りまして、まず「情報発信」についてでございます。

左側の取り組みというのは割愛させていただきます。

右側の「検討チームにおける主な意見」ということで、「警察庁統計関係」について幾つか御意見をいただいております。3次元、4次元のクロス集計を出したり、地域の自殺実態に即した対策を推進できるよう、全ての市区町村に集計分析を行った結果を提供すべきという御意見がございました。

続いて、「マニュアル等ニーズを踏まえた情報発信」をすべきという観点からの御意見を列挙しております。今、申し上げたとおり、現場でどう使うかというマニュアル的なものを求めているという御意見。戦略研究で得られた知見を自治体レベルで実行化できるようなマニュアルを作成してほしい。地域の対策モデルをパッケージとして提示してほしいという御意見。少し下に参りまして、どういう介入をするとどういう効果があるのかといったエビデンスに基づいた実践をつくり上げる拠点があるといいという御意見。先ほども少し触れましたが、エビデンスを説明しないとなかなか政策に反映できないので、シンクタンクになってほしいということ、科学的根拠を提供することが大事という御意見がございました。下のほうに行きますと、自殺を皮切りに支援の横のつながりをつくる中で、既存の人材にどういう知識を付与するとコーディネートができるのかという視点で情報発信をしてほしいという御意見。あとは、自治体単位のセンターとCSPとが定期的に情報共有したりする場があるといった御意見が「情報発信」に絡めてございました。

「情報発信」の最後の「メディアとの関係」ということで、メディアを通じて国民に働きかけるのは大事ですが、加えて、2つ目でございますが、誤情報が出たときに必ず正すといったような正しい情報を発信し直すという役割も必要なのではないかという御意見をいただいたところでございます。

以上が「情報発信」についての御意見でございます。

続いて、「調査研究」について、「これまでの調査研究の評価」を4 ページ目に整理してございます。1つ目では、これまでの実績は評価でき得るという御指摘があり、心理学的剖検についても非常に成果を上げているという御意見。一方、3つ目のように、心理学的剖検は新しい知見が得られず、政策展開にも結びつかなかったのではないかと御意見、両論あったところでございます。

続いて、調査研究に関して「ニーズを踏まえ、政策につながる学際的な調査研究」という観点からの御指摘を列挙しております。精神科領域の担当者だけでなく、福祉、労働等さまざまな領域に広がる仕組みが必要。総合的な政策を企画立案し調整するための基礎調査を行うシンクタンク機能がないので必要。それから、先進例などのデータ、政策の提示、情報提供をする機能も必要と、それをCSPで担うべきという話。それから、調査研究を行うに当たって人材確保を中長期的な視点で行ったり、新たな部門を設置したり、大学関係機関に機能を委託する部分があってもいいのではないかと御意見があったところで

ございます。

そのほか下には学術的なエビデンス、実践の集約をするべきという御意見。後半のほうに入りますと、ほかの関連施策にどう自殺対策を連動させていくのかといった施策研究が必要ということ。それから、政府、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べきではないかという御意見がございました。ほかには児童相談所の学術調査というのがございましたが、こういった個別的な研究をもっとふやしてほしいという御意見。あと、自治体支援の観点から、その課題を重点化した上で研究・研修活動を展開してほしい。それから、各地域で起きた問題に対して、ほかの地域が回答するフォーラム的なデータベースを構築するなど、そして、センターはそのコーディネート役として抽出された問題群を分析して、次の政策課題に結びつけるといったようなことをすべきではないかという御意見があったところでございます。

この点に関しても、後ほどの御議論で、センターみずから幅広い分野に関する調査研究を直接行うのか、関係機関と連携して調査研究を行うのかといった観点から御議論いただければと思います。

続きまして、「研修」についてでございます。

「研修」についての「これまでの評価」も、有用との評価、それから学問的・医療的内容が中心で参考にならないとの評価、2つあったところでございます。

今後の「ニーズを踏まえた研修」に当たって必要だという御意見として、具体的な解決ができる相談先につなぐような人材を育成してほしいという御意見。それから、アセスメントや支援ニーズの把握、ケアの重要性をちゃんとわかって、実施スキルが蓄積されていないのでそれらを底上げできるような研修をすべきという御意見。それから、地域では直接的な支援への質問があるので、そこに答えられるような研修のニーズがあるということです。それから、自治体のほうで例えば講師を紹介するなど専門的見地から実効性のある対策を行えるように側面的な支援が必要ではないかという御意見がございました。あと、実際の活動の中ではチープアプローチということも、そういう活動が多いので、今後はそういう活動に焦点を当てて研修を行うべき。冒頭と重なりますが、直接サービスのスキルを高めたいという意見や、陰性感情をやわらげるための研修についてのニーズが高いといった御意見があったところでございます。

「研修」関係の最後でございますが、「地域におけるノウハウの蓄積」に関する御意見が幾つかございました。これはセンターというよりか、自治体の職員のほうがどんどん異動して、なかなか経験が蓄積されないという課題がありますという御意見がございました。あと、地域自殺予防情報センターと定期的な情報共有や、スキルに関しての新たな情報を得られる機会が定期的にあるなど、先進的な施策に対して切磋琢磨できる仕組みがあるといいといった御意見もあったところでございます。

この研修に当たっての後ほどの御議論の際には、全国の全ての関係者に対してセンターみずから人材育成をするのか、地域自殺予防情報センター等を通じて間接的に人材育成

をすべきなのかといった観点を念頭に置きながら御議論いただければと思います。

続きまして、「政策提言」に関する部分でございます。

「検討チームにおける主な意見」としまして、「幅広い観点からの政策提言」というのが全国で求められていたということで、小見出しとしては一つにまとまっております。省庁を超えた包括的な政策立案をできるようにしてほしいといったこと。それから、幅広い分野の関係者との連携強化が必要なのですけれども、その幅広い分野の総合評価とか、何が自殺予防につながっていくのかといったような分析に取り組んでいただきたい。それから、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べき。下のほうに、PDCAを回すための中心的な役割を担うシンクタンクになってほしい。その下にございますが、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となってほしいといった御意見がございました。下のほうには、長期的な視点の観点から自殺対策の政策研究を行うべきということ。それから、政府や市区町村の自殺対策を検証・評価して、日本の自殺対策のチェック機能を果たすための研究を行ってほしいといった御意見があったところでございます。

以上が「政策提言」に関してのものでございまして、続きまして、「ネットワーク民間支援」に関しての意見をまとめたものでございます。

小見出しは4つほど分かれておりますが、1つ目の「メディアとの関係」については、メディアを通じて働きかけることが重要。それから、冒頭もありましたが、誤った情報については正すべきといった御指摘がございました。

「民間との連携」については、いずれも民間を含め、民間同士を自殺防止という観点でつなぐことができるようにすべきといった御意見がございました。

また、ほかの「研究機関との連携」をすべきといった御意見もございました。

最後の小見出しでございまして、「幅広い分野における取組の推進」という観点で幾つかございました。政策間の現場での連携方法に関するエッセンスを抽出して、マニュアル化してほしいといった御意見。それから、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って、縦割りの施策に横串を刺すべきといった御意見がございました。また、ハイリスク者のケアには、多職種チームによるチーム医療とか、地域ケアへの連携が重要といったような幅広い観点も必要で、医療だけでなく、生活保障など周辺領域の支援の拡充など、さまざまな制度を活用していく必要があるという御指摘がございました。それから、関係領域の対策についても、関係領域のほうでどのようにやったらいいかという企画立案を補助・支援すべきといった御意見、精神科領域からリスクアセスメントの方法を生活困窮者、就労支援等のほかの領域にも提案していくべきといった御意見、医学あるいは公衆衛生学だけではなく、経済、政治、弁護士さん、法的分野や福祉の関係者、そういったところの幅広い対策を強化できるような仕組みを支援していくべきという御意見がございました。一番下のほうにも、教育の中での問題、高齢社会の中での問題というところもかかわってきますといった御意見がございましたので、情報発信、人材育成の仕組みをそ

ういった観点からもやるべきといった御意見がございました。

この「ネットワーク民間支援」についても、センターみずからがどういったところまでネットワークの構築、民間支援を行うのかといった観点から、後ほど御議論いただければと思います。

最後ですが、「体制」についても幾つかございました。

「人員体制」については、現在の人員、予算が限られている中で、これ以上の取り組みは無理だったのではないかという御意見。それから、そもそもどこまでがセンターの役割なのかをちゃんと考えるべきといった御意見。それから、予算が足りないのであれば、ちゃんと働きかけるべきといった御意見がございました。あとは、自殺予防総合対策センターの人員は現在、併任がたくさんいるという状況で、その状態のままでいいのかという御指摘。それから、自殺予防総合対策センター自体が長期的な視野を踏まえて今後の日本の自殺予防対策を進められるような人員配置や権限を与えてほしいといった御意見。それから、自殺予防総合対策センターの組織体制を一新して、新たな構想のセンターを設置すべきではないか。長期的雇用も視野に置いた人材確保が必要ではないかといったことが「人員体制」についてございました。

続いて、「専門分野」についての御指摘としては、センターの人員の属人的な専門性でこれまで専門性が確保されていましたが、それでは目標が達成できないのではないかといった御指摘がございました。

最後に、「連携体制」についてでございますが、総合対策の視点に基づく社会科学系の研究者の部門設置、学術交流をしてはどうか。それから、センターが独立性を担保すべきといった御意見。最後、センターが直接支援をするのは非現実的で、民間団体、自治体をバックアップするべきではないかといった御意見があったところでございます。

駆け足でございましたが、以上でございます。

○森心の健康支援室長 それでは次に、田中アドバイザーより御提供いただきましたアンケート調査の資料について御説明をお願いいたします。申しわけありませんが、時間の都合上、5分程度でお願いいたします。では、お願いいたします。

○田中アドバイザー 青森県立精神保健福祉センターの田中です。

お手元の資料3を見ていただければと思いますけれども、今回、私たちは、精神保健福祉センターは全国に69あるのですが、今回の検討チームの参考資料としての目的で、自殺予防総合対策センターの研修、講演・講義、調査研究、統計資料、刊行物の有益性、今後の要望に関してアンケート調査を行いました。回収率は資料のとおりです。

先ほど、尾崎さんのほうから組織図の説明をしていただいたのですが、私たち全国の69精神保健福祉センター、都道府県立あるいは政令指定都市立なのですが、私たちは行政の本庁と、あるいは保健所、各福祉機関、さまざまな機関との連携を持っている施設ですので、その69のセンターの意見を集約した形で資料をつくらせていただきました。

ちなみに、先ほどから何回もお話に出ている地域自殺予防情報センター、実はほとんど

の都道府県はこれが精神保健福祉センターに所属しています。私ども青森県立精神保健福祉センターにも地域自殺予防情報センターが各センターに所属しているのですが、非常に職員、スタッフの常勤、非常勤の差があります。ちなみに、私たちの青森は非常勤1名でやっています。こういう事情も一言つけ加えます。

駆け足ですけれども、少し資料を説明させていただきます。順番に1ページから見ていただければと思います。

まず最初は、「精神保健福祉センターおよび地域自殺対策情報センターが、自殺予防総合対策センターから受けた支援」、1番目は研修へ私たちが参加した頻度ということで、「3回以上参加」が74%と非常に高い割合ですし、「とても役に立った」が高い86%です。

あるいは、下の「自殺総合対策企画研修」ですけれども、「3回以上参加」が43%、2ページ目に行っていたら、有益度は87%が「とても役に立った」と。

2ページ目のマル2の「心理職自殺予防研修」は3回以上が少し少ないのですが、参加された方々は非常に役に立ったという有益度。

マル3の「精神科医療従事者自殺予防研修」、3回以上の割合は少ないのですが、有益度は高い85%。

そして、「自殺予防のための自傷行為とパーソナリティ障害の理解と対応研修」、これは松本先生がやられているのですが、こういう参加割合で、やはり非常に有益度が高いという結果が出ています。

続いて、3ページ目に行っていたら、1-2.で自殺予防総合対策センター職員の行う講演あるいは講義の招聘頻度、これは実は主に私たちの精神保健福祉センターに来ていただいて、行っています。私たちのところに招いて来ていただいているという形です。非常に回数が多くて、3回以上、2回、有益度は非常に高い98%という形で出ています。これは松本先生、あるいは川野先生がほとんどやっただけで、こういう非常に多岐にわたる講演あるいは研修をやっただけで、皆さん、見ていただければと思いますけれども、「かかりつけ医うつ病対応向上研修」、このあたりは自殺予防の包括的な研修で、次の段落といいますか「自傷行為を自殺予防につなげる」以下、「自殺念慮と自殺未遂者の対応 ～自傷行為へのアセスメント～」、こういう非常に実践的な講義、講演あるいは研修をやっただけで、

自死遺族支援の講演も多くやっただけで、これが3ページ目から次の4ページ目にかけて、自死遺族支援の非常に基本的なところから対応についてこういうこともやっただけで、次の段落は「地域における自殺予防対策」、こういう事業の案をつくっていくモデルを提示していただいて、その実践の形を教えている。

そして、「自殺対策の地域診断と事業評価」の仕方も講義していただきます。

あるいは、広くは「企業労務担当者等向けゲートキーパ研修」とか「薬物依存症の治療・対応について」というテーマでもやっただけで、

続いて、大きな見出しの2.で精神保健福祉センター、地域自殺対策情報センターが調

査研究をどのように活用しているかということですが、順番に、2-1. の「自殺の要因分析体制の確立に関する研究」は「とても役に立った」という割合が45%ですし、次の2-2. 「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」、これもやはり有益度が高いという結果が出ています。具体的な研究名を全部紹介するにはちょっと時間がないのですが、それでも、「東京都監察医務院での死体検案調書分析」「心理学的剖検」は非常に有益だったという意見も出ています。

あと、自殺予防総合対策センターの統計資料、刊行物の有益性についてです。4ページ目から5ページ目が「統計資料」、有益度は68%で非常に高い。

「刊行物」は「とても役に立った」が66%。

「ホームページ」も私たちは利用していますけれども、「とても役に立った」が64%。

「その他」の自殺対策検討会とか自殺対策モデル事業に関する評価は「とても役に立った」と、やはり評価としては非常に有益性が高いという評価を得ています。

大きな見出しの4. ですが、今後の要望。

まず4-1. 「研修」についてですが、今までのままで継続していただきたいという要望が78%。

4-2. 「講演・講義」について、5ページ目から6ページ目、「今まで通り行ってほしい」が74%です。

4-3. 「調査研究」につきまして、これもやはり継続していただきたいということで、「今のままで良い」が86%。

4-4. 「その他」について、やはりこれも継続していただきたいという要望が84%です。

自由記載で4-5. 以下、さまざまな要望を書いていたものに見出しをつけて書かせていただきました。6ページ目から最後のページにかけて「研修・講演、調査研究、情報発信」、幾つかできる限り紹介いたしますと、研修・講演、調査研究、資料、統計は自殺対策策定に有用であり、これまでと同様の研修開催、講師派遣、調査研究、情報発信を行ってほしいという意見が多数出ていますし、保健師、心理職、精神保健福祉士などの専門職従事者への研修、なかなか他の機関では行われていないというのが現状ですので、やはり継続していただきたい。心理学的剖検の分析研究、社会的因子の研究を継続していただきたい。要望として、大規模・長期前向き調査も行っていたいただきたいですし、二次医療圏域レベルの自殺統計分析は非常に有益。あるいは、事業評価、効果検証の方法をこれから教示していただきたい。世界各国の最新情報の発信をしてもらいたい。コンソーシアムという、これもセンターが開催されているのですが、こういう関係者の情報共有の場をこれからも続けていただきたい。ポストベンション事業への助言。自死遺族支援の技術支援もやっていただきたい。リーフレット等の作成、そういう資料を提供していただきたい。有効性の高い自殺予防対策開発をしていただきたい。

「政策立案」の面では、優先課題の選定をしてもらいたいとか、社会・経済的領域と連

携した政策立案、国への政策提言をしてもらいたい。

続いて、最後のページですけれども、4－6．「今後、自殺予防総合対策センターが行ってほしい事業」ということで、自由記載で意見をいろいろ出していただきました。研修への講師派遣システムを確立してもらいたい。技術支援の継続を期待する。あるいは、個別的調査研究に期待する。国への政策提言。WHO、海外の研究機関との連携、国際シンポジウムの開催。地方自治体への情報提供。いろいろな具体的な意見として、発達障害、虐待と自殺とのつながりを解明していただきたいとか、教育機関と連携した子供の自殺予防事業、若年者の自殺対策を推進していただきたい。司法書士会との連携会議開催とかメディアカンファレンス。その他、今後のあり方に関する検討会議の開催。こういう意見が出ています。

「その他意見」として、調査研究に関するものとしては、科学的エビデンスに基づいた調査研究を期待している。調査研究・統計は地域での調査を行う際、資料として非常に有効性が高い。児童相談所に関連した調査も行ってもらいたい。あるいは、震災の影響と関連した調査研究が非常に興味深いという意見です。労働、教育と関連する調査を望む。自殺の背景にある精神保健・精神医療の問題点に関するエビデンスの提供をしてもらいたい。ほかにも、人文社会学系研究者あるいは政策立案者などとの学際的な情報交換の体制をつくってもらいたい。

あるいは「自殺未遂者支援に関連する意見」としましては、自殺未遂者支援の国全体のシステムづくりもやはりやっていただきたい。

「地方自治体の自殺対策事業実施に関連する意見」としましては、これまでの地方自治体の自殺対策事業に関する質問、松本先生や川野先生にも非常に的確なアドバイスをいただいていたと、地方自治体の自殺対策事業に非常に不可欠な機能であるということで、これまでどおり継続してもらいたいという意見が出ました。

以上、全体のアンケートの総括的な考えとしては、研修・講演、調査研究、統計資料を継続していただきたい、そして、今後も包括的な自殺対策事業を継続してもらいたいという意見に集約されました。

以上、私のほうからです。ありがとうございます。

○森心の健康支援室長 田中先生、ありがとうございました。

続きまして、松本副センター長より事前に御発言のお申し出をいただきましたので、お願いいたします。

○松本副センター長 自殺予防総合対策センターの松本です。

まず最初に、私の発言の前に、先日、ソーシャルネットワークの上で私の未熟な失言のせいでライフリンク代表の清水さんに大変御迷惑をおかけいたしました。関係各方面にもいろいろ御心配いただきました。この場をかりて心よりおわびしたいと思います。

ただ、それが端緒になりまして、その後、個人的に清水さんと1時間半ほど意見交換をする機会を得ることができました。これはとても有意義だったです。もちろん、清水さん

の主張を全て受け入れることができたわけではありません。しかし、その主張の背景にある考え、思いについて理解を深めまして、自分の主張とどこが共通していて、どこが異なるのかを知ることができたと思っています。これは、今後、建設的な議論をする上で欠かせない認識であると思っています。最終的には、今後、継続的に意見交換の場をつくっていかうという合意になりまして、これは大きな収穫であると思っています。その意味では、雨降って地固まるというか、多くの方に御心配をかけたので、まずこういう状況にあるということを、この場をかりて御報告させていただきたいと思います。

その意見交換なのですけれども、私は、この間の参議院厚生労働委員会の決議案に沿った格好で率直に自分の疑問を用意して質問し、いろいろ意見交換しました。その中で幾つか気づいたことを、きょうはちょっと話をさせていただければと思っています。

まず最初に、やはり当然ながら結構共通する意見があるものだなと思いました。これは当たり前のことなのですけれども、まず共通の懸念として、内閣府から厚生労働省に移管されることで省庁の連絡機能が失われたり、対策自体が縮小されてしまうのではないか。この懸念は本当に共通しておりまして、そういう意味で、決議文の中にあります内閣府、厚労省合同の自殺対策業務移管チームの設置、あるいは厚労省内に省内横断的な自殺対策専従セクションを組織する、これに関しては本当に全く同感であると思いました。

それから、総合的、学際的に取り組むという点にも異論はございません。それは当然のことであると思っています。

それから、これからは市区町村の対策が重要という点も全く賛成です。市区町村における対策の企画立案を支援し、あるいはさまざまな社会保障制度と制度との間のはざまをつなぎ、あるいは対人援助にまつわるさまざまな困難な状況に対して技術支援を提供する。もちろん、地域自殺予防情報センターあるいはそれを擁する精神保健福祉センターが第一義的なサポートをするわけなのだけれども、さらに後ろ盾として、我々はスーパーバイズをしていかなければいけないと思っています。その構造に関しては、当然であると思っています。

それから、私どもが行っている研修会についてです。第2回の検討会では、京丹後市長の中山氏から随分手厳しい御指摘をいただきました。これは本当に悔しかったのですけれども、これは不正確な情報に基づく感想ではないかと私は思っておりまして、きょう、先ほど田中アドバイザーからの報告でも、やはり我々の努力は一定程度認められたのかなと思って、うれしく思いました。

また、清水さんとの話の中でも、やはりそういった研修は引き続きやっていく必要があるということで、研修会も大事なのだなということを認識し、これも共通していると感じました。

当然ですけれども、意見が異なる点もあります。それはたくさんあるのですけれども、時間も限られているので、きょうは2つに絞ってお話したいと思っています。

まず1つ、これはもしかすると本質的な違いではないのかもわからないのですけれども、

単に言葉の問題なのかもしれないのですが、決議文の中に、あるいはこの検討会のさまざまな御指摘の中でもよく出てくるPDCAサイクルです。それから、例えば自死遺族支援情報の一元化。このPDCAサイクルとか一元化というと、何となく私のイメージの中では中央集権的な、あるいは支配的な、そういうシステムが頭の中に思い浮かんでしまうのですね。私たちとしては、むしろ地域の独自性、あるいは地域の自立性みたいなものを外側からサポートしていく仕組みというようなイメージのほうがしっくり合って、もしかすると同じやっている作業を単に言葉の表現だけの違いなのかもしれないけれども、こういう言葉の表現の違いというのも結構大事なのかなと思っているのです。

特にPDCAサイクル、これは霞が関の官僚の先生方にもよく言われることなのですからけれども、これは見方を変えれば、こんなふうにハッパを、PDCAサイクルで頑張れと言いながらさまざまな企業戦士たちが過労自殺に追い込まれていったのではないかななどと思うと、ここでこの言葉を使うのかというような思いがございます。これが1点目。

もう一点目は、精神科医療に関することです。決議文の中にも、自殺未遂者対策というふうにして、確かに精神科医療にかかわることの記述はないわけではありません。ただ、自殺未遂者対策が重要なのは、もう改めて議論するまでもないことなのです。それは当たり前です。ただ、例えば働き盛りの男性などの場合には、過去に未遂歴がなく、一発で既遂になる人もいます。そうすると、我々は未遂のさらに上流を何とかしなければいけないわけですね。そうなってきたときに、未遂のすぐ手前にあるものとしてはメンタルヘルスの問題であると。

このメンタルヘルスの対策をどうしていくかというその各論の問題、あるいは具体的なイメージに関して、清水さんとの話し合いの中ではまだこの具体的なイメージがないのだろうと正直思いました。これは、決して私は、だから清水さんがだめなのだとか不十分なのだと言うつもりはございません。清水さん自身が活動している中に、私の知っている限りでは、精神科医の仲間が少ないなど、全くいないわけではないけれども少ないなど思っていて、そういったことが、これまでのさまざまな提案の中にやはり影を落としている部分はあるのではないかと。その点に関しては、私どもが今後も協力することができるのではないかと、何らかの形で役に立つことができるのではないかと考えています。

私たち自身、もう9年間、心理学的剖検調査をやっていて痛感させられることは、いろいろな問題が自殺に関係しているのだけれども、やはり最終的な最後の共通経路は精神障害であると思っています。その精神障害の強い影響下でその行動が行われているなどということは、いろいろ異論を挟む方がいますけれども、恐らくこの心理学的剖検という調査に何らかの形でかかわったことがある人、御遺族の話を詳細に聞いたことがある方だったら、否定される方はいないのではないかと考えています。

サインに気づきましょうと言うのだけれども、しばしば御遺族の方たちはサインに気づいているのです。それで医療機関とか援助者などにあちこちお願いをしているのだけれども、これは医療の側がその期待に十分に答えられていないなど。それは人的な部分、ハー

ド面、あるいは資質とか技術という質的な部分、ソフト面といいますか、これがやはり十分ではない。

そういう意味で、現在の精神科医療のあり方が問題ないと言うつもりはありません。むしろ多くの課題があります。多くの課題があるのだけれども、その質を高めていかなければいけない。この10年間、とにかく精神科につなぎましょう、行きましょうと、いわばキャンペーン的にやってきたのだけれども、つないだ先の精神科医療の質、あるいはその精神科医療と連動する地域精神保健の援助の質を高めるためにはどのような対策をやったらいいか。この各論をやっていかなければいけない。

もちろん、清水さんもそのことには恐らく同意してくださると思って、その中で彼なりに考えたことは、例えば医学部とか、あるいは医療系の学校の卒前における教育を充実させる。それは私も重要だと思います。しかし、卒前教育だけでは到底十分ではありません。それでは不十分だということは強調しておきたいと思います。

きょうはこのような格好で共通点、それから異なる点についてざっくりと話をさせていただいたのですけれども、そういった話し合いも含め、これまでの第1回、第2回の検討会を通じて私が考えていることを2つ話させてもらって、私の話をまとめさせていただきたいと思っています。

1つは、心理学的剖検の重要性についてです。先日の検討会では、参考人でヒアリング対象者の本橋先生から、率直に言ってけちょんけちょんにけなされましたけれども、これは随分嫌な言い方に聞こえるかもしれませんが、それは本橋先生が臨床家ではないから、しょせん研究者だからそのように言うのだらうと思っています。確かにマクロの部分でいろいろあるのだけれども、少なくとも支援の現場レベルでは、自殺対策は統計に一喜一憂することではないと思うのです。やはり悩み苦しむ人との、これはちょっとヤンキー用語で恐縮なのですが、タイマン勝負と申しますか、そういうことだと私は思っているのです。そのことを熟知している援助者であれば、心理学的剖検という調査は非常にぐっと胸にこたえる。正直申し上げると、調査しながら私自身も時々痛みが走ります。自分自身が精神科医として救えなかったいろいろな亡くなった患者さんの姿が頭の中に彷彿してきます。その中で、いろいろなことを聞く中で気づくことが多いのですよ。これが私は自殺対策に役立つのではないかとと思っています。

それから、心理学的剖検のさまざまな知見は、警察データの限界も明らかにしてくれます。例えば、我々は監察医務院と連携してやっているわけなのだけれども、警察官が、これは就活自殺でしょう。これはいじめ自殺でしょう。でも、話を聞いてみると、実は生まれながらの発達障害の問題があって、その生きづらさの蓄積のプロセスがあったのだ。あるいは、これは借金だよね。でも、話を聞いてみると、早くからずっとアルコールの問題を抱えていたりするのですよ。もちろん、それだけではないけれども、それが無視できない影響を与えている。それから、男女問題とされているけれども、実は幼少時期から過酷な生活歴を持っていて、そのトラウマの影響でしょっちゅう解離症状を起こしている。亡

くなったのは20代の半ばだけれども、小学校6年のときからリストカットを繰り返しているのですよ。

そのデータで、そのことがわからない警察データも大事なだけれども、それだけに依拠して、それも10掛ける20みたいなクロス表で、どこに有意差があるかよくわからない、それだけに依拠してやっていくと、対策に関してとんでもないミスリードをしてしまうのではないか。だから、心理学的剖検とも重ね合わせながらやっていくことが必要だということです。これが1つ目。

最後のもう一つのところです。これはCSP、自殺予防総合対策センターの組織構成に関してです。確かに研究者のラインナップとしては、学際的なラインナップを実現する必要があるだろうと思っています。しかしながら、それを統括するセンター長は、やはり精神保健を専門とする医師であるべきだと思っています。

既に先ほど申し上げたように、これからはまさに市区町村の対策が重要になります。市区町村という基礎自治体の対策では、当然、その自治体の職員は苦悩する住民を直接支援する、直接サービスする局面が非常に多くなるのですよ。死にたいと考えている人、あるいは既に自分を傷つけている人たち。こういう人たちの命にかかわる支援。実際、意欲的な市町村では、もう未遂者対策もやっています。自分がかかわっているところ、あるいはかかわっていないけれども講演に行って名刺交換した保健師さんたちから、いろいろな助言を求められます。つまり、人の命にかかわる、人の生き死ににかかわる、そのようなスーパーバイズを機関として責任を持って言わなければいけないのですよ。

これは、やはりCSP自体が国の機関としてそういった助言に一定の責任性を持って応えることができなければいけないのです。だから、私は精神保健を専門とする医師でなければいけないと思っています。これをほかの分野の研究者、例えば社会学者にやらせるのかと。これはちょっと酷な話だし、かわいそうだし、申しわけない。というよりも、厚生労働省の関連機関として極めて無責任な体制ではないかと考えているわけです。

以上の2点が私の意見です。御清聴どうもありがとうございます。

○森心の健康支援室長 松本先生、ありがとうございました。

それでは、早速、議論に入らせていただきます。お手持ちの資料2を御用意の上、まず、総論になるかと思われれます自殺予防総合対策センターの役割について、時間の関係もございますので、20分程度で御議論いただきたいと思います。

なお、事務局から説明したとおり、「センターの役割」については、「これまでの活動の評価」「幅広い分野との関係」「自治体との関係」の3つの視点があると思います。

まず1つ目「これまでの活動の評価」につきましては、先ほども事務局から説明がありましたとおり、賛否両論に評価が分かれているところでございます。

2つ目「幅広い分野との関係」についてですが、CSP自身が幅広い分野をどう担うべきものなのか、CSPと幅広い分野の関係機関とが連携すべきもの、地域における連携を推進すべきもの、それぞれどうお考えかについて御意見をいただきたいと思います。

3つ目「自治体との関係」につきましては、CSPは直接的に市町村を支援するのか、地域自殺予防情報センターへの指導や情報提供を通じて間接的な支援を行うのかといった点について、その辺を中心に御意見いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

では、清水さん。

○清水アドバイザー 今回の議論に入る前に、先ほど松本さんからお話があった点について、私自身も当事者の一人ですので、2点ほど発言させていただいてよろしいですか。

まず1点は、今回の松本さんが先ほど御説明されたソーシャルネットワーク、SNS、ネット上での私自身に対する、小さくても一つの組織の代表である私、また同時に、この検討会のアドバイザーとして会議に参加する立場である私に対して、ああした公的な場で人格攻撃のような発言をされたことについては非常に遺憾に思っています。ただ、率直に謝罪をしてくださっていますので、その部分に関しては、私もこの場限りということで、あのことについての謝罪は受け入れたいと思います。それが1点です。

もう一点、先ほど松本さんから、私との意見交換の場で異なる意見の部分もあったということで2点お話がありましたけれども、私自身も松本さんと非常に有意義な時間を過ごさせていただいたと思っています。ただ、きょう、この場は私たちの意見交換についての内容をつまびらかにして、それについて皆さんに御議論いただくという場ではないので、松本さんが先ほどおっしゃられたことに関して、私なりに補足をこの場ですべきと思う点を2点だけしておこうと思います。

1つは、未遂者支援の重要性、これは言うまでもないことだというお話をされました。言うまでもないことであるにもかかわらず、現状としてはなかなか進んでいないわけですね。これを動かしていくためにどうすればいいかといったときに、政策というのは、こうすべきというその提言だけで動くわけではなくて、それをちゃんと政策につなげていく、そのことがあって初めて実効性を持つわけであって、私自身は未遂者支援の重要性は当然広く社会に理解されていると思います。ただ、それを具体的に進めていくための方法として、やはりああいう決議の中に盛り込んでいただくということが非常に重要だったのだろうと思っています。

あわせて、大学等での教育だけでは不十分だというお話をされました。もちろんそうです。もちろんそうなのですが、では、どこからやっていくのか、何をやっていくのかと具体的に落とし込んでいかないと、未遂者支援が重要だと捉えているだけで進むわけではないので、具体的に何をやるべきかといったときには、そうした教育課程でしっかりと自殺対策のことを伝えるべきだと、そのことを盛り込んでいただくように働きかけてきたというのが背景です。

最後にもう一点、PDCAサイクルに関してですけれども、これは、今の限られた財源の中でどこに人を投入するか、お金を投入するかという社会的な合意を得られない限り、施策は進まないのですね。そうしたときに、やはり実施した施策にどれだけ効果が見られたのかという検証を抜きにして対策を進めていくことは私は不可能だと思いますので、この

PDCAサイクルは当然のこととしてやっていかなければならないものだという認識を持っています。

いろいろほかにも言いたいことはありますが、それはおいおい、また別の機会だと思います。

以上です。

○森心の健康支援室長 ありがとうございました。

どなたか御意見ございますでしょうか。

それでは、こちらから御指名させていただいてよろしいでしょうか。

では、きょうは和田アドバイザー。

○和田アドバイザー 柱立てが若干うまく合わないかもしれませんが、第1点は、隣接分野との連携が非常に大事になると思うのですが、そのときに、それぞれの隣接の業務とか施策に従事している職員たちの養成研修の中に、自殺についてどのように入れていくのか。例えば、ソーシャルワーカーの養成の中に自殺ということについてどのようにシラバスに入っているのか、入っていないのかとか、あるいは、前にもお話ししましたがけれども、生活困窮者自立支援の従事者養成が本格的に取り組まれています、その中に自殺ということについて本格的な位置づけがあるかということ、ないわけです。しかし、それは内容的には非常に関連を持っているはずなので、そういうことについて研究し、あるいは問題提起をし、実際に具体的な支援もしてその中に組み込んでいくようなことは、ぜひ取り組んでいく必要があるのかなというのがまず1つです。

第2点は、ネットワーク連携を幅広くしていくということがすごく大事になると思うのですが、私はかつて、日本のボランティア活動を広げていく取り組みをしたことがあるのです。今も続いている広がれボランティアネットワークというものをつくったのですが、これは経済界、労働界、教育、マスコミ、それから実際にボランティア活動をやっている団体にも呼びかけて、つくるのは大変だったのですが、プラットホーム型でつくって、そこで意見交換をするということを繰り返していく中で、今では、例えば災害のときにはみんな協力してやれるような仕組みができていったし、それぞれの具体的な取り組みの中にそのことをどう取り込んで一緒にやるかとか、あるいは協働事業をどのようにやるかということができるようになったのです。

そこに、やがて各省庁にも来ていただいて、各省庁がその問題についてどういう取り組みを今しているのか、これから進めるつもりなのかということと一緒に協議することがだんだんできるようになってきたのです。自殺予防も、やはりいろいろな分野が常にそのことについて意識して取り組んでいくということが非常に大事なのではないかな。もっともっと広げていく必要があると思うのですが、そういう意味で、民間の自発的な取り組みのネットワークをつくることと、各省庁がそこに協力し合うような体制づくりということについても意欲的に取り組んでいただきたいというのが1つです。

第3点は、自治体の取り組みがこれから非常に重要だというのはそのとおりだと思うの

ですけれども、都市部と中山間地域はかなり違うのではないかと思います。中山間地域の場合には、自治体の取り組みと、自治体と一緒にいる国保直診の病院が自治体にはありますけれども、そこをしっかり組んで取り組んでいっている場合には相当効果を上げているのです。個別の一人一人のハイリスク者のところについての情報までみんな把握していて、それにきちんと対応していると自殺率がぐっと下がってきて、その取り組みがとまとともに水準に戻るということも今まで結構ありました。そういう意味で、どこが自殺予防の中心になるかという場合に、自治体の中の町村部については、地方自治体ということだけではなくて、国保直診のようなところと組んでやっていくことが効果を上げる上で必要だと思います。そういう意味では、自治体対応を具体化していく場合には、そのことをぜひ考えて取り組んでいく必要があるかと思っています。

第4は、自治体の取り組みそのものは、提案の中にも少し出ていましたけれども、何らかの計画化を進めていただくことを抜きにしてはなかなか進まないという意味で、いろいろな種類の計画を自治体はつくらなければいけなくなっているのですが、どこかの計画の中に入れて、それも計画として必ず取り組むようにするというようにすれば、やれるのではないかと思います。

以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

資料2に基づきまして、なるべく資料1、センターの役割についての御意見をいただきたいと思います。「これまでの活動の評価」ですとか「幅広い分野との関係」ですとか「自治体との関係」について、センターがどこまでやるべきかを中心に御意見をいただければと思います。ほかにございませんでしょうか。

それでは、森川アドバイザー。

○森川アドバイザー　今、資料2を拝見して、いろいろな役割が書き込まれているので、まず、私自身がまだ完全に整理し切れていないというのが率直な感想ではあります。ただ、今ちょっと資料1の中の図と資料2を照らし合わせて見たときに、資料1では割と後方支援的な図になっているような気がして、一方で、直接的な市町村支援ですとか、今の副センター長のお話ですと、やはり臨床の最前線の間でのニーズに応え得るところの支援スキームの重要性をすごく強調されていて、また、それが多分、今まで培われてきた活動の強みであったりするところでもあるのかなと思って、そのあたりをどう整理するか。

だから、市町村の中での具体的な支援、地域での支援のモデル的なもの。でも、モデルといっても本当に地域千差万別の中での支援の基礎的なスキームについての研究を進める中で、それがうまくいくような、どのようにしたらそれが円滑にいくかということ、精神保健福祉センターあたりでちょっと広域のところと協働しながら、各地の全体状況の推進を支援していく、そういう形なのかな。臨床に直接支援するということと、全体の中での国という限られたリソースしかないところでこ入れしていくというところの整理をもう少し自分なりに詰めていきたいなと、今、お話を聞いていて感じました。

以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

田中アドバイザー、何かございますか。

○田中アドバイザー　今の森川アドバイザーの少し補足の意見ですけれども、実際に今まで自殺予防総合対策センターの、本当に松本先生、川野先生も技術支援といいますか、私は今回のアンケート調査でもわかったのですが、全国さまざまなところに来ていただいている。そこで本当に直接的に自殺予防対策の事業化のアドバイスもやっていただいているし、未遂者支援の対策、あるいはそれと自死遺族団体への支援のあり方とか、さまざまな形で実際に今まででもやっていただいている実績があるかなと思います。

実際にそれが役に立っている。さらに、個別の質問に対して松本先生なんかは答えていただいているのですね。こういうものは、やはり非常に地方自治体、市区町村もありがたいと、これがないと私たち、事業化する実際の政策策定もなかなか難しいという意見が多く出ました。ですから、これはやはり継続していただきたい。

私は思うのですけれども、限られたスタッフで本当によく個別の質問にも答えていただいているし、実際に来ていただいている。私の青森にも昨年も2回来ていただきましたし、川野先生も来ていただきましたし、こういう技術的な面、具体的にこういうアドバイスを続けていただければ、続けていただきたいという要望です。

実際、私たちは地方のいろいろな事業を具体的に策定して行って、それを実施する。コミュニティモデル、あるいはハイリスク者のアプローチモデルというのはあるのですけれども、コミュニティモデルに関しても、松本先生は非常に具体的にアドバイスをやっていただいているかと思うのです。

私は、最近の松本先生が書かれた『精神科治療学』のリスクアセスメントとそのマネジメント、私たちはそういう技術の教育を今までしっかり受けてきたかという疑問文を提示されて、具体的にこうやれば実践的な有効性があるのではないかと書かれているのを読ませていただいて、非常に感銘を受けました。有効性の高いものだと思います。具体的な策定、技術支援をこれからも継続していただきたいというのが私の意見です。

ありがとうございます。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

高橋先生。

○高橋アドバイザー　先ほどの松本先生からの発表で、私が言いたいことはほとんど触れてくださっています。

私の考えた部分で補足をしようと思うのですけれども、第1回的时候に質問しましたが、厚労省はそもそもこのCSPをどこに位置づけているのかということがよくわからないまま来ているのが問題ではないでしょうか。もしも、例えば今まで内閣府がやっていたことを全てCSPに肩がわりさせるということを考えているのならば、これは絶対に無理ですし、反対します。非常に小さい組織できらりと輝くようなことをやってきたので、それを守って

ほしいなということを私は思っています。前回は申しましたけれども、私は9年間、非常に近くでセンターの活動を見てきて、よくもこれだけの限られた人員と予算でこれだけ幅広いことができるなというのを感じながら見てきました。ですから、その経験が無駄にしないで、それをもとにして、これからのこと、いろいろな意見もあるでしょうから、それを取り入れられるものは取り入れて、進んでいってほしいと思っていました。

調査研究とか教育、研修、これはセンターの非常に重要な役割として、この9年間もやってきたと思うのです。今回のあり方に関する検討会で出てきたのが、政策提言という部門を新たに作れという意見が出てきましたけれども、私はこれには反対です。むしろ、全国規模の調査をきちんとセンターがやって、その結果をもとに、それを厚労省の本省に上げて、本省自体がそれを検討して政策提言するというのならいいですけども、センターそのものに調査と政策提言の機能を直結して持たせるとするのは、私は反対です。むしろ中立的な調査ができなくなる可能性もあるのではないかと心配しています。何らかの意図を持った人が調査をして、それがすぐに政策提言に上がってしまうということは、かなり危険な感じがします。

ですから、私がお願いしたいのは、ある程度、人数や予算の制限があるでしょうから、その中で全国の大学ですとか研究所でできないような自殺予防に直結する調査研究、そして教育、研修、それをセンターが中心となって続けていってほしいと、このあたりですね。あくまでも、このセンターが国立精神保健研究所の中にある、その意味が私はとても大きいと思うので、いろいろな調査研究をして、エビデンスに基づく、偏りのない責任ある調査をしてほしいです。さまざまな団体が各種の調査をしています、何らかの主張を訴えるために無理やり最初から結論があるような調査をするところが多いです。でも、そういうことがあってはいけないので、CSOにはそのことをきちんと監視するような役割であってほしい。

私は、この3月に竹島先生が定年退官されたら、当然、今までやってきた副センター長の松本先生がそのままセンター長になるのだと思っていたのですけれども、なかなかならないので一体何なのだと思っていたら、実はこういうことが起きていたのかということがわかって、少し謎が解けた気がします。

以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

清水さん。

○清水アドバイザー　2点あります。

1つは、まずこの資料2のまとめ方なのですけども、「これまでの活動の評価」のところに関して言うと、私もこれは1回目も2回目も申し上げたと思いますが、努力されてきたことについての評価というのは私自身もそう思っているし、多くの方がそう思っていると思うのです。ただ、努力の評価だけで評価すべきでないと思います。本来担うべき役割に対してどれだけ役割を担えているのか、それは努力とは別の部分です。ですから、こ

それは属人的な責任というよりはその仕組みの問題だったりもするわけですが、ただ、その役割をどれだけ担えているかということの評価が私はすごく重要だと思います。その意味で私が発言させていただいたことがこの評価のところに含まれていませんので、そうした批判も含めて、ぜひここには書いていただきたいと思います。それは、私の発言から引用していただいても構いませんし、資料の中から抜粋していただいても構いませんし、必要であればこちらから追ってメールさせていただこうと思います。それが1点です。

2点目に関して言いますと、資料3の全国精神保健福祉センター長会におけるアンケート調査の結果と、前回ヒアリングに来られた自殺のない社会づくり市区町村会の代表世話をされている中山京丹後市長の評価が全く違うというのは、私はある種、非常に象徴的だと感じているのです。というのも、やはり精神保健の分野においては、研修であったり、あるいはリスクの高い人たちへどう対応するかといった個別のアドバイス、そういう役割をこれまで担ってこられて、そういう支援を受けてこられた方たちというのは、やはりこのセンターに対しての信頼もあるし、そうしたことを継続してもらいたいということなのだと思います。

他方、市区町村の現場で、これは都道府県も含まれますけれども、担当者の方が困っているのはリスクの高い人たちへの対応だけでなく、どうやったらほかの関係部局を巻き込めるか、あるいは、ほかの関係機関を巻き込んで自殺対策を地域づくりとしてやっていけるようになるかと、ここに物すごく課題を抱えていらっしゃるわけです。その点に関して言うと、その課題を克服すべき後方支援をするというのは私は物すごく重要なCSPの役割だと思いますが、これは地域自殺予防情報センターを経由してという意味です。

ただ、いずれにしても、そうした現場の市町村の担当者の課題は、リスクを抱えた人への対応をどうするかということだけではなく、ほかの部署を巻き込んで、ほかの関係者を巻き込んでどうやっていくかと、ここに大きな課題を一方で抱えているわけなので、地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策の転換を図るという意味では、その課題を克服する必要があります。ですから、その課題を克服するための機能、これが今、足りない。そこはしっかりとこの対策センターの重要な柱として位置づけるべきだろうと私は思っています。

以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

では、続いてお願いします。

○佐藤アドバイザー　私も2点ということで、1点目につきましては、自殺対策の軸をどのように考えるかということで、先ほど来、内閣府から厚労省に自殺対策を移管することに伴っては、資料1の中で説明されているように、各省庁を巻き込んだ国レベルの横軸は厚労省が行政として恒常的にとりますという説明がありました。その相互のもとの中で自殺予防総合対策センター、ここは自殺対策が始まったときから精神科領域の強みをもとに、私たちのいる自治体に向けて研修で人材育成、情報発信をしていただいております。

す。

これは精神科領域という強みの中でさまざまな情報提供をいただいてきて、積み上げをしてきたと思います。この積み上げをチャラにしないというか、継続していくことが一つには大事というふうに現場にいる者は考えております。積み上げていくために今後どういうことを望んでいるかということについては、市町単位の身近な単位の中で自殺対策が継続していく。この地道な継続の支援をしていくということにおいては、国のセンターと自治体にある自殺予防情報センター、ここの関係を少し仕組みとして整理していただいて、市町への情報提供であるとか技術支援について、自治体にある情報センターからさらに網の目状にネットワークが広がるようなさらなる仕組みをつくっていくことで、身近なレベルの相談支援のスキルが現場に届く。こういう次のステップが図れば良いなと思っています。

それは、あくまでも先ほど前提と言いました精神領域だけに限らない、さまざまな領域の施策を考えるという軸があった上で、精神科領域の中での軸をセンターがとっていくという構造の中で行われていってほしいなと考えております。

以上です。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

猪飼先生。

○猪飼アドバイザー 私は、このセンターでどのようなことを大方針に考えるかということについて発言したいと思います。

私自身が自殺対策の問題にかかわったり、それについて勉強するようになったりして、そんなに長いキャリアがあるわけではないのですが、そこで強く感じたことの一つは、精神科の領域でお仕事されている方々と、あるいはソーシャルワークであるとか社会運動的な立場から活動されてきたような方々との間の対立構図というか、ギャップというか、その大きさというものでした。この検討会にもその構図がある程度入ってきているような気がしております。

ただ、これは言葉の上では皆さん合意されると思うのですけれども、両方大事というのは当たり前のことであるわけです。そのときに、まずはこちらが大事とか、まずはこちらが大事という議論は、基本的には専門家あるいは領域のエゴなのであって、両方大事に決まっているというところからスタートしなくてはいけなくて、しかも、それは独立にそれぞれが行えばいいということではなくて、両方がある種一体となって行われなくてはいけないことなのだろうと思います。

その意味で、冒頭に松本先生の御発言がありましたけれども、積極的にかかわっていきたいというお話をされたこと、非常に私は感銘を受けました。これをセンターの形にきちんと反映させる。つまり、どちらかという話ではなくて、それを全体として、一体として進めていく枠組みというものを制度的に表現することが、それぞれがやることでいいことなんてないわけですから、自殺された方々、あるいはこれから亡くなってしまう可能性の

あるような危険にさらされている方たち、さらにそのご家族など関係の深い方々に、内ゲバ的なことが起こっているのは顔向けができないということがありますので、ぜひそういうものを制度的に表現する工夫をしていただきたいと思います。

その上で、私の専門のほうの話からさせていただきたいのですけれども、大きな流れとして今どういうことが起きているかについて、ちょっとお話ししたい。これは精神科領域に限らない話なのですけれども、私がこれまで研究してまいりましたことは、言ってみれば20世紀の医療、これは精神科も含むのですが、その領域の全体というものがどのように変化してきたのか、あるいは変化しなかったのかについての総括的な研究になります。そこですごくはっきりしていたのは、大体20世紀に対応するのですが、20世紀を通じて、基本的にはヘルスケアの領域というのは、より専門性が高い人たちによるケアに向かう大きな流れ。それは、在宅から施設ケアのほうに向かう流れ、例えば往診の数が減っていくとか、あるいは出産がそれまでは自宅で行われていたのが施設の中で行われるようになっていくとか、あるいは死ぬということですね。死亡も病院の中で行われるようになってくとか、そのような大きな施設化の流れ。さらに、それをつかさどっている医師を中心とするケアに向かうという大きな流れがありました。

ただ、それは日本の場合で、ヨーロッパの場合には、精神科に関しては、御存じのとおり、従来からアサイラムが発達していたということもありまして、そのような反省から、1950年代ぐらいからコミュニティーケアのような流れが出てくるわけなのですが、日本においてはその影響が小さかったこともあって、今、申し上げたような医学化というか、私は医学モデル化と言っているのですけれども、そういう大きな流れが存在していたわけです。

ところが、ここ四半世紀の動きを見てみますと、実はこの流れが反転してきているわけです。今日、いわゆる地域包括ケアだとか、要するにケアというものを地域に返していく。これは精神科領域でもいわゆる在宅への移行の問題というのが取り組まれているように、どうやって地域のほうに返していくのかというふうに問題意識が大きく変わってきている。これは、ただ単に患者を医学的な意味で上手に管理すればよいという観点で言えば出てこない考え方になります。ただ、それがなぜ出てくるのかといえ、それはケアの究極的な目標というものが医学的な意味での治癒から広い意味でのQOL、つまり生活的な価値をどうやって支えるのかという方向に向かって、そのために医療やその他のさまざまな、これまでの知識であるとか、技術であるとか、そういったものを道具として使っていくのかということに大きく問題関心が、あるいは人々の価値観が社会全体として動いてきている。ある種、それに対応する形でケアシステムが全体として大きく変わってきているわけです。

もちろん、それに先鞭をつけたのが、社会・援護局の方々であれば御存じのとおり、1970年代以降の地域福祉への流れで、それは先行的な流れとしてあるのですが、それがいわゆるヘルスケアの領域に本格的に入ってくるのは90年代以降なのです。90年代以降にケアの領域でQOLという言葉が随分使われるようになったり、そのような変化があるわけですから

ども、そういった中でどうやって当事者が健やかに、あるいは生活的な豊かさを保ちながら生きていくことができるか。そのために医学というもの、あるいは社会福祉学でも何でもいいのですけれども、そういったものどういう貢献ができるのかという観点から物を考えていく方向に進む。

今の地域包括ケア化の大きな流れというのは、実はそういう大きな潮流の中に存在しているわけです。とすると、実はコミュニティーケアも自殺対策も同じ流れの中に当然存在しているはずなのであって、したがって、地域的な取り組みを、極端に言えば、ソーシャルワークが代表なのですけれども、人々の抱える多様な問題に対応していくことへの視線というのが政策の中に反映されていかなければ、中長期的に見たときに、その政策というのは社会の大きな流れとは別の方向に行ってしまうことになりかねないと考えています。

そうなったときに、自殺対策にそれを引きつけて考えれば、地域ごとに問題のあり方が違い、これは行政的なリソースも含めてですけれども、地域ごとに利用できるリソースが違う。そういった状況の中で地域ごとに取り組んでいくということがどうしても必要になってくるわけです。人々の生活を支えようと思ったときには、そういう多様性というものを認めなければいけないわけですから、その多様性を認めながらケアしていくという観点からいけば、どうしても分権的にやらざるを得ないわけです。それを支援するということが政策として、大きな文脈として求められているのであって、それをこのセンターが直接担うべきかどうかというのは別の判断になるかもしれませんが、それを支えていくような機能が政策に必要であるということははっきりしていて、それを形にしていくということは、やはり厚生労働省に求められていることなのだろうと思うのです。

そこで、1回目と2回目のときに私が地域ごとのデータベースが重要なのではないかと申し上げたのは、天下りのこういうやり方が正しいのだということを国が政策としてつくり上げて、それを押しつけるというやり方では、実は効果が薄いわけです。要するに、定食メニューを提示しているだけですから、地域ごとの多様性に対応できないわけです。とすると、地域ごとの取り組みというものをサポートしながら、それを分析していったって、全国的にレベルを上げていくような形のアプローチをとらなくてはいけないわけです。それを進めていくために、できればセンターというものが重要な役割を果たしていただきたいと思います。

もちろん、予算のことだとかいろいろなことがあって、限られている資源の中で何ができるかということを考えれば、やれることには限りがあるのだと思いますけれども、ただ、そういう機能は絶対必要になってくるのですね。それをどこかで持たなければいけない。そこをサポートしていく、各地域がやっていることをサポートしていくという仕事を支えていく機能をどうやってつくるかという大きな文脈の中で、ぜひこのセンターをどのような位置づけにするかということも含めて決めていっていただきたいなと思います。

以上です。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

時間の関係もございますので、次の論点に入りたいと思います。

○松本副センター長 済みません。

○森心の健康支援室長 では、松本さん。

○松本副センター長 では、私もちょっとだけ発言させてください。2点ございます。

先ほど、清水さんのほうから、精神保健福祉センター長会でのアンケートと京丹後市長の前の回の検討会の感想にそごがあって、こここそがというような話がございました。私は思うのですけれども、京丹後市長さんのこの間の我々の研修会に対する感想が、自殺のない社会づくり市区町村会の意見を代表したものなのかどうかということなのです。私自身は、実はそこに加盟している幾つかの市区町村のいろいろな事業に協力したり、あるいは協議会の委員をやっていたりします。実は担当者に聞きました。そんな話は聞いていないというのが幾つか出てきて、もちろんそれは全てではないかもしれないのだけれども、その発言を市区町村の総意ととることに关しては、一定の慎重さが必要であると私は考えています。

でも、それがどうであるかということが大事な議論ではございません。この10年間で全国、日本各地に自殺対策にかかわるさまざまな領域の援助者がふえております。本当にたくさんふえていて、それは喜ばしいことだと思います。ですから、こういう議論をするときにはもっと広いところで議論すべきであって、一部の局所的な議論を国の施策に反映させるべきではないと私は考えております。

あと、もう一点あります。それは、先ほどの私の発表の中で、精神保健を専門とする医師がすべきだということを、もしかするとそれは精神科医療の専横ではないとか、精神医学暴走というように捉えた方がいるかもしれませんけれども、私が精神保健と言ったことに一応注目してほしいと思います。精神医学と精神保健はイコールではありません。精神科医療あるいは精神医学は精神保健の一部ではあるけれども、全てではない。地域のさまざまな社会福祉的な資源も含んだものなのだとということです。だから、私が医師と言ったのは、決して医師の専横とか医学の専横みたいなことを言おうとしているわけではありません。ただ、あえて僭越ながら申し上げさせていただければ、やはり臨床現場の場数は踏んでいるということ。もう一つは、これは非常に俗っぽいですが、対外的、社会的な説明性の問題として、命にかかわる助言も最終的にはこの人が責任を、腹をくくってやっておりますということは一応成り立つかなという部分で言っているのだということです。私は、ここで決して医学とか反医学、医療、反医療、そのような議論をするつもりはございません。

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、個別の議論に入らせていただきまして、「情報発信」「調査研究」「研修」の項目について、短いですが、15分程度で御議論いただきたいと思います。

まず、「情報発信」についてですが、「警察庁統計関係」「マニュアル等ニーズを踏ま

えた情報発信」「メディアとの関係」の観点で御意見をいただければと思います。また、「調査研究」についてですが、センターみずから幅広い分野に関する調査研究を行うのか、関係機関と連携して調査研究を行うのかといった観点があると思いますので、御意見をいただきたいと思います。

なお、警察統計の関係が「情報発信」のところで出ておりますが、現状の取り扱いといたしまして、警察庁の現況データ、統計のデータですけれども、内閣府が直接集計処理を行っているという現実がございます。内閣府から現況データを他に提供できないという取り決めが警察庁との間でなされているということでございますので、その取り扱いにつきましては、今後、厚生労働省内においてその取り扱いを検討することとなりますので、御留意願います。

それでは、何か御意見ございますでしょうか。短い時間ですが、どなたか。

では、お願いします。

○森川アドバイザー 時間の関係で途中で退席しなければならないので、1点だけ。

連携してやるか、幅広くやるかということですが、私としては、基本的にはもちろん連携してやっていただきたいなと思っています。先ほどもおっしゃっていましたが、やはり大学や学会としてやっていくもの、そこで人材育成も含めて積み上げていくべきところと、民間だったりアカデミックな個別の研究ではやり切れないナショナルセンターとしての強みが発揮できるところ、そうしたものを振り分けて、では、ここの部分はセンターでやりましょう。そのかわり、その知見とこちらの知見は後で全体として見たときに組み合わせると一定のものができるように、そういった図式の中で研究していただくことが重要なかなと思っています。

簡単ですけれども、以上です。

○森心の健康支援室長 ほかに御意見はございますでしょうか。

そういたしますと、残りの「政策提言」「ネットワーク民間支援」「体制」の項目につきましても、6つの個別の項目をあわせて御議論いただければと思います。残り時間については30分程度となりますので、どなたか御意見ございますでしょうか。

それでは、こちらからまた御指名させていただいてよろしいでしょうか。

田中アドバイザー、何かございますでしょうか。

○田中アドバイザー 今、それぞれの資料2に関しての個別の項目での意見ということなのですが、少し全体を見て私なりに具体的に話をさせていただこうかと思うのですが、松本先生のほうから今、主に2点、非常に松本先生自身のいわゆる精神科の臨床医としてのいろいろなお考えも含めて、私も非常に感銘深く承りました。松本先生は精神医学の専横性ということも非常に意識されて発言なさっていたというのは、非常に私も感じたところです。

具体的に、今いろいろな意見が出ていますのですけれども、自殺対策というのは非常に地道な調査研究の部分、あるいはこういう実態調査、やはりこれは正確さといいますか、こ

ういう積み上げはまず必要な部分ですし、CSP、でき得る限りのいろいろな面で実績を積まれたのかなと思うのです。限られたスタッフで多くのことをなし遂げていらっしやったのは間違いないかと思うのです。

私たちは、自殺対策の事業をつくっていく場合、こういう地道な、まさに現実に沿った実態調査が事業化していく一番のもとになると思いますので、これがもしなくなってしまうと、具体的な本当に有効性のある自殺対策をつくれないのではないかというのがまさに危機感としてあります。ですから、これはやはり継続していただきたい。

実際、私たちは自殺対策を実行していく立場にもありますので、こうやれば恐らく確実に自殺を減らせると。特に私たちはコミュニティーモデルで実際のこういう自殺の対策を実施している機関でもありますので、その立場から言わせていただくと、やはり地域の中で、先ほど松本先生は精神保健とおっしゃった、まさにその具体的な日々の活動が実際に実効性のある活動かなと思うのです。

私たちはセンターの立場ですけれども、私たちは医療機関でもありますし、各保健所、地域あるいは行政の保健所と連携しながらやっています。こういう地道な保健活動というのが実際の自殺をまさに減らしていく有効性ある方策かなといつも感じているところです。もとになっているのは、こういう現実に即した実態調査があるからというふうに提言させてもらおうかなと思います。これはやはり継続していただきたい。実際にこれを私たちが事業化していく、そして実行するためには必要不可欠なことかなとも思います。

民間支援のことも項目にあるので、具体的にちょっとお話しさせてもらおうと、自死遺族支援という事業があるのですけれども、実は私たち、全国センター長会は、全国各地の自死遺族支援を行っている活動団体と日々つながってしまして、日本全国でどれだけの自死遺族支援の活動をなさっている団体があるかというのも調査しました。全部で249の団体があったのですけれども、こういう個々の団体の活動も私たちはかなり情報は集約できている機関かなと思います。こういう情報もCSPで共有していただいて、また技術支援、個々の活動にも支援のお力添えをいただきたい。これを私は日々感じているところです。

具体的な私たちの地域での実際の活動、それを支えていただいているのがCSPの実態調査、調査研究、あるいはそれを技術支援していただく研修・講義ですので、これはやはり確実に続けていただきたいというのが、もう一度、今、主張したいところです。

ただ、1つ懸念としてスタッフの問題なのですけれども、果たしてこれでできるのか。今までも恐らくぎりぎりで行っていらっしやったと思うのです。今、政策提言、政策立案という話がしきりに出ています。これからの、特に厚生労働省の皆さんのお考えはまだわからないのですけれども、やはりこれは一つこういうスタッフをつくるべき。

今の参議院厚生労働委員会でも抜本的な改変という言葉が少し出ているのですけれども、やはりスタッフを確保していく、担保していくというのは必要な部分ではないでしょうか。その位置づけをCSPの中につくるのか。高橋先生が少し独立した形でというお話もあったので、私としても、やはりCSPの中ではなくて、少し別の政策提言、政策立案をしていくスタ

ップのある集団、そことCSPは非常に密につながっていただきたいと思うのですけれども、やはりスタッフのマンパワーの問題を考えると、一つそういう組織をつくっていくべきではないかということも感じている点です。

以上です。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

では、高橋先生、何かございますでしょうか。

○高橋アドバイザー 私は、先ほども申し上げたのですけれども、このセンターに政策提言の部門をつくることは反対します。というのは、やはり地味な調査研究をこのセンターは続けてきたのですけれども、その中立性が保たれなくなってしまう可能性がないのかなということを非常に心配しているのです。今までですと、自殺予防総合対策センターがやってきた調査研究、非常に精密といいますか、いろいろなところに注意を払いながら、中立性を保ってやってきたと私は考えているのです。これが政策提言機能を持った部門を新設するとなると、ある程度の方向性を出そうとして、最初から結論を出してしまうような調査が進められてしまうのではないかと非常に心配しています。

といいますのは、ここで具体的には言いませんけれども、いろいろなところで出しているデータを見てみると、まず自分たちの主張があって、それに合うようなデータを出してくる。しかし、よく精査してみると、統計的にかなり問題があったり、最初から自分たちの主張を通そうとするデータ解析の仕方をしているということも多々あります。これはよく分析すると、すぐわかるのです。そんなことがセンターで起きるとは思わないのですけれども、やはり政策提言機能というのは別であるべきだと思っています。例えば、調査研究した結果をセンターから厚労省の本省に上げて、そこでその政策立案の可能性を本省で考えると、そのようなプロセスがあったほうが、私は調査研究の中立性が保てると思っていますので、余り直に政策提言をこのセンターの機能の中に入れてしまうということは、むしろ反対を改めてしておきたいと思います。

以上です。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

では、清水さん。

○清水アドバイザー 私、2点あります。

1つは、自殺対策の現場といったときには、本当にいろいろな現場があるわけですね。医療の現場はもちろんですし、あるいは民間団体も自殺防止、自殺がより多く発生するいわゆる自殺のハイリスク地ですか。自殺防止活動をされている方たちもそうですし、あるいは電話相談で対応している方たちもそうですし、いろいろあるわけです。そのときに、24時間365日、自殺念慮を抱えた方、自殺リスクのある方の相談対応をしているいのちの電話であったり、よりそいホットラインというものもありますけれども、とりわけ夜間とか土日です。行政の窓口が開いていないとき。このときに民間団体の方たちが自殺念慮を抱えた方たちの気持ちを受けとめ、傾聴し、場合によっては緊急対応までやっているのです。

警察に出動してもらうということもあったり、救急車に出動してもらうということも本人の了解を得てはありますけれども、支援者だったら来ても構わないというときには、全国の人たちが急行していたりもするのです。

ですので、もしこのCSP及び連携の相手となっている全国精神保健福祉センターが現場を支えるということであれば、民間団体の人たちがそのように対応が困難な状況に陥ったときにどうすればいいのか。それはもちろん、研修とかもそうでしょうし、あるいはここにとにかく電話してくれ、ここにつないでくれといったようなバックアップを私はぜひしていただきたいと思います。

医療の現場だけで自殺が起きているわけではありませんから、自殺のリスクが高い人たちと接する機会のある民間団体の人たち、これも全国にたくさんいますので、そうした人たちがSOSを出して、しかるべき援助を受けられるような体制を、今あるのであればぜひ教えていただきたいと思いますし、ないのであれば、それはぜひつくっていただきたいということが1点です。

もう一点は、先ほど私がお話ししたことと関連するのですけれども、やはり市区町村の自殺対策の担当者が困っていることの一つは、関係部局をどう巻き込むかということなのです。自殺対策というと鬱対策でしょう、あなたのところでしょうと、自殺対策の協議会とかを開いても孤立してしまいかねない。そうした人たちがほかの部署を巻き込んで、どうやって自殺対策をしっかりと地域づくりとして展開していくことができるのか。生活困窮者自立支援もそうですし、あるいは孤立死対策もそうですし、過労死・過労自殺の対策も法律ができましたけれども、そうした関連部局とどのように連携してやっていけばいいのか、ここについての支援というのは、あるのかもしれませんが、私自身も全国50回か60回ぐらい市区町村の研修に毎年行きますけれども、あと、民間団体、市区町村の個別につながっているところもありますけれども、そうした人たちから、このCSPや全国精神保健福祉センターから、そうしたことのアドバイスだったり適切な指導だったりをしてもらったという話は聞いたことがありません。

ですので、そうした関連部局を巻き込んでやっていく、その仕組みづくりをどのようにやっていけばいいのかというこの機能は、私はこれは、自殺対策をこれからまさに地域レベルで展開していく上で非常に重要だと思いますので、その部分はしっかりと強化する必要があります。

○森心の健康支援室長　ありがとうございました。

佐藤さん。

○佐藤アドバイザー　今、清水アドバイザーから発言があったように、今後に向けてということで、地域の中でコーディネートできる力量、スキル、これは本当に重要で、自治体の中でキーパーソンになっている職種というのがさまざまあります。それは保健師だけではなくて、消費生活センターの方であったり、困窮者支援の方であったり、力を持っておられる方がその方の力量を発揮して、関係者を巻き込んでいけます。そうした自治体で

起っている好事例をすくい上げていただいて、全国ベースで発信する、研修するというようなことをお願いしたいなと思っています。

厚労省の中に存在するセンターですので、厚労省の中にある既存の政策制度、母子保健から高齢者施策に至るまで、さまざまに自殺対策と関連する担当者がいます。これまではどちらかというと精神の担当者がセンターにつながるということが多かったと思うのですが、その線が実践でもっとさまざまにつながっていくことによって、地域の本当に身近な単位のところでのコーディネーターが育っていく。それはセンターが都道府県単位のリーダーをつくっていくとか戦略的にはさまざまあるかと思いますので、期待をしております。

以上です。

○森心の健康支援室長 ありがとうございました。

では、猪飼さん。

○猪飼アドバイザー 先ほどの話、私が申し上げたことに少し補足して、原則の話に戻させていただくことをもってかえさえていただきたいのですが、生活的価値というのは一体どうやって支えるのかという問題ですね。簡単に言うと、自殺という問題に対しても、人々の生活をどうやって整えていくかという問題の中で考えていくことが問題のすごく大きな部分になってくる。もちろん、それだけでないことは当たり前ののですが、そのときに問題になってくるのは、要するに生活ニーズをどうやって充足するかになるわけですが、その生活ニーズは一体どうやって知られるのか。実は、これは本人の暮らしの近いところに発生する情報なわけです。これをどうやってとりに行くのか、そこが問題になるから地域ケアなのですね。

その意味で言えば、実は精神科の先生、在宅ケアをされている方もおられるから人にもよるのですが、診察室の中というのは実は生活の現場からは遠いわけです。だから重要ではないということを今、言おうとしているのではありません。ただ、遠いということはどういうことかということ、構造として、今少しお話があったかもしれませんが、まさに現場という言葉がありましたが、そういうところで奮闘している方たちを主役に押し立てて、そこをどうやって支えていくかという構図の中で考えていけないということがまず1点です。

もう一つは、現時点で自殺対策に熱心に取り組んでいる自治体はまだ多いとは言えないわけです。これがある種、政策が進んでいくこと、あるいは人々が自殺対策にもっと関心を持ってくるようなことがあって、全国的に展開したときに、まさに1,600以上の自治体でもってそれぞれの取り組みが展開されるということが論理的に起こるわけです。このときに、それぞれに行われていることがどういうことなのかということを分析する能力がなければ、言ってみれば、よいケアではないけれども、回るケアというのはあり得るのです。そういうもので低位安定のような状態で、すごく劣悪なケアが実質的に実現してしまう地域というものがどうしても出てきてしまうのです。これをどうやって少なくしていくか、

どうやって支えていくかというところに、実は地域間を統合していく、あるいは交流させていく、あるいは連携させていくということの意味があるわけです。

だから、現時点では、取り組んでいる自治体が少ないこともあって見えていない論点でもあるのだけれども、今、本格的に自殺対策を進めていこうと考えているわけだから、それを進めていくということをしていくと必ずぶつかる問題なのですね。ここに対策を打つということは必要です。それはセンターがやるべきかどうかということとはまた別なのかもしれないけれども、それをやらなければいけないということだけははっきりしているわけです。もしそれが政策的にこのセンターに担わせることが可能なのであれば、それはおやりになるのがいいのではないかと思うということです。

以上です。

○森心の健康支援室長 ありがとうございました。

では、和田先生。

○和田アドバイザー 先ほども申し上げたのですが、基本的には自治体に行けば行くほど、例えば自殺対策だけという形での取り組みは非常に難しいのではないかと。今、生活を整えるというお話もありましたけれども、実際の生活をしているところで引きこもったり、見えなくなったりするような問題を抱えている人たちが今どんどんふえてきている、それに対応するようなさまざまな政策が行われるようになって、今までの例えば高齢者対策、障害者対策、子育て支援というような対象別の対応をする計画といろいろな政策はあるのですけれども、一番欠けていた部分、社会的に孤立しているとか、引きこもっているとか、そのようなことが全体に関連して、これは自殺でもあるし、困窮者支援でもあるし、あるいは地域包括ケアで目指そうとしていることもそういうところになってきていると思うのですが、そういう部分に市町村が取り組んでいく場合には、自殺という視点をそういう部分にどう持ち込むのか、一緒に取り組んでもらえるのかということが一番重要ではないかと。

そのときに、やはり自治体はかつてに比べると計画を立てて施策を実施するということがごく普通になってきているのです。そういう意味で、施策を立てるときの前提として、自治体が持っている計画の中にこれを、どの分野の計画にどのように入れるかということを実体的にしていける必要があるのではないかと。そこがちゃんと位置づけられていけば施策化されるし、評価もされるというようにつながっていくので、その辺をこれからの支援のときに、これは自治体での計画づくりや推進ということについて、国の機関がどのようにそれを支援していくことができるのかということをもっと本格的にやっていくことが必要です。

もう一つ、研究のところで、今まできちんとおやりになってきているのですけれども、自殺対策が国のレベルでいろいろな形で取り組まれています、それを、例えば5年たったら、10年たったらどんな成果を上げているのかという評価をきちんとしていくというのは、恐らくなかなか個別の大学とかでは取り組めないのではないかと思いますので、そういうプログラムの評価をきちんとするということは、ぜひこの役割として取り組んでい

ただければと思います。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

○松本副センター長 先ほど清水さんが言った市町村の担当課、本当に周囲を巻き込めなくて、それは本当にそのとおりだと思います。自治体によってその主管課の名称が障害だったり、あるいは健康対策推進課だったりするけれども、本当に役所の中で孤立しているなど。その中で、例えば首長なんかはトップダウンでやってくれるというのがあればいいなど思っているけれども、全ての自治体でそれが可能ではない。

ただ、その中で今回、厚生労働省が責任官庁となる中で、役所の中でも大きなセクションではないのだけれども、ほかの福祉系のいろいろなセクションなどをどうやってサポートしてみんなでやっていくかという孤立させない、エンパワーメントする仕組みを市町村につくっていくかということは大事な話だなと私も思っています。

あと、民間団体で、本当に直接サービスを頑張っている民間団体があるのですね。というか、多分、我々専門職だったらいろいろな責任性とか事故のリスクを考えて、そこまでやらないなというところまで突っ込んでやっているのです。それは、危なっかしきもあるけれども、でも、それがあから救われている人もいるのだらうと。それに関して、地域ごとのサポートシステムをつくっていくということは、やはり今後重要であるとは私は思っています。

最後ですけれども、先ほど清水さん、かかわっている自治体では我々のところが役に立ったというのを聞いたことがないとおっしゃいました。これは多分、我々はうっすら気づいていて、余り言葉にしなかったけれども、この数年間、自殺対策をやっている中で、地域の支援者とか研究者の中で、何となく、どっち系、非どっち系みたいな、2つの流れみたいな感じになってしまっているんじゃないか。そこのどっち系の人にはどっち系ばかり、そうじゃないところはそうじゃないところばかりとなってしまうっていて、本当にこれで自殺対策を今後進めていくのにいいのか。私は、もっともっと融合的に、まさにつなぎ合って、つながり合ってやっていく仕組みをこの検討会を機につくっていければいいと願っています。

以上です。

○森心の健康支援室長 清水さん。

○清水アドバイザー 私が言ったのは、ほかの関係部局を巻き込んで地域づくりとしてやっていくための研修としてはということだけであって、危機介入における研修については、もちろんいろいろなためになったという声も聞いていますし、実際にそうだと繰り返して私は言っているじゃないですか。

だから、どの事実を踏まえての御発言なのか、そこはしっかりと冷静に、印象論ではなくて、私が先ほど言ったのは、議事録を見ていただければそうなっていると思いますよ。だから、ぜひそこはそのような議論をさせてください。

○松本副センター長 わかりました。

○森心の健康支援室長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございますでしょうか。もうほぼ終わりの時間になってまいりましたが、どなたかありますでしょうか。

特になければ、これで第3回については一通り終わりとさせていただきたいと思います。

次回の日程につきましては、6月30日、また厚生労働省内の会議室を予定しております。

以上をもちまして、第3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。