

新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会

第3回議事録

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自殺対策推進室

新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会（第3回） 議事次第

日 時：平成29年1月27日（金）10:00～11:54

場 所：TKP新橋カンファレンスセンターホール 1A

開 会

議 題

1. 自殺対策関係団体ヒアリングの実施
2. 論点案について意見交換

閉 会

○本橋座長 皆さん、おはようございます。定刻の10時になりました。一部の委員、まだお越しになっていない方がおられますけれども、定刻になりましたので、ただいまから開催したいと思います。今回は、第3回の「新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会」の開催でございます。

お忙しい中をお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

本日の検討会では、自殺対策に関係する3団体に対するヒアリングを行った後、前回の検討会にて提示された論点案の前半につきまして、各構成員の皆様から論点案に対するさらなる御意見をいただきたいと思いますと考えております。

それでは、議事に入ります。

関係団体へのヒアリングは、日本精神神経学会、日本産婦人科医会、日本司法書士会連合会の順番で行います。関係団体の皆さんには、御多忙にもかかわらず、本検討会の議論に御協力をいただき、感謝申し上げます。ヒアリングは、それぞれの団体から資料を5分程度で説明していただきまして、その後、質疑を10分程度行いたいと思います。

それでは、まず日本精神神経学会の張賢徳様、御説明をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○日本精神神経学会 お時間いただきまして、ありがとうございます。精神神経学会は、会員約1万7,000人で、日本において最も大きな精神科関係の学術団体であります。その中で、自殺予防対策は、早くからいろいろな検討や取組を重ねてまいりました。特に、学会の中で精神保健に関する委員会という委員会の中でその問題を扱ってきたわけですが、私もその委員でありますので、本日、派遣されてここに参りました。よろしくお願いいたします。5分ですので、手短に要点だけお話しさせていただきたいと思います。

ヒアリング資料1の最後のページの図をごらんいただきたいと思います。多くの国の調査で、自殺時には約9割の方が何らかの精神科の診断がつく状態だったということがわかっています。一番多いのがうつ病、うつ状態であります。そのことを踏まえて考えますと、最後の段階では精神医学的な治療が非常に重要になってくるということが言えます。

このことを、私たち精神科医は日々認識して仕事を進めているところですが、私たちはそういう患者さんをふだん見えていますから、自殺プロセス図で言うと逆算式に物事を考えています。最もリスクが高い自殺未遂者が、反復によって、ついには亡くなってしまおう方を食いとめたいということで、未遂者対策ということが重要な課題になってきますし、また、その前段階のうつ病を始め、さまざまな精神科疾患に対する治療を充実させることが重要と考えます。

そして、ひとり精神科医だけで全て解決することはできませんので、他科の先生方、本日、産婦人科の先生もお越しですけれども、例えば妊産婦の方がうつ病、うつ状態になっているけれども、御本人もわからないまま、周りも病気だという認識のないまま、残念ながら自殺行動に至ってしまうということも考えられますので、他科や他職種との連携をとりながら、精神疾患の発見・治療を進めていくということも引き続き大事なことと思っ

います。

さらに、自殺プロセスを逆に見ていきますと、今度は社会的なサポートが非常に重要になってきますので、これは私たち、ふだんの精神科の治療の中でも、狭い意味での医学的な治療で完結できるものではありませんから、御家族やいろいろな社会資源を始め、サポートと連携しながら進めていくことが大事と思っています。

さらに、その前の段階、ライフイベントと書かれているところに対して、医学的にどこまで対応できるかは限界があるところですが、いろいろな職種やお立場の方々と連携しながら、プロセスが進まないように、そしてまたプロセスから抜け出せるように、精神的な知識を持って、連携や何か協力ができていけばいいと考えている次第です。

そのような概念をもとに、今回の大綱改正に向けて日本精神神経学会の委員会の中で討議した結果を2ページ、3ページで1番から12番まで、特に重要と思われることについて挙げさせていただきました。

1) は、まず、自殺で亡くなる方の実態調査。単に精神科の診断がつくだけではなくて、どのようなことがあって、どうなっていくのか、どこに効果的な介入ができたのかということを引き続き検討していくような調査・研究がぜひとも必要だと考えています。それが、ひいては現在、行われている自殺予防活動の再検討にもつながっていく、よりよいものをつくっていくことにつながっていくのではないかと考えています。

2) は、地域医療ということが、今、国を挙げての大きなテーマになっているわけですが、その中に精神科医療も組み込んでいただきまして、さっき申し上げた他領域と連携しながら十分な精神医療が供給できるような体制を、国を挙げて、ぜひ実現させていただければと思います。

3) は、適切な精神医療が受けられる体制、その実践を支える施策が必要だと考えています。

4) につきましては、若者の自殺対策で非常に重要と思われる学校との連携を進めていくことが必要と思っています。

5)、6) につきましては、職域の自殺予防対策で、産業医の先生や、あるいは昨年からは始まりました働く人のストレスチェック制度を上手に活用しまして、先ほどのプロセスで言うと、うつ病になる前の段階で精神科医も何か関与することができるのではないかと考えています。

7) は、同じく医療の分野ですが、精神科以外の先生方との連携を、そういうことが実現できる施策も含めて、ぜひ一緒に考えていただければと思います。

8) は、これも今、国を挙げて、1つ大きなテーマになっています、がん患者さんの治療や支援ですが、がん患者さんの自殺が少なくないということもわかっています。これは、日本国内の病院内で起こる自殺の実態調査の中で、約半数の方ががん患者さんであるという実態がわかっていますので、ぜひここは強力に対策を進めていくことが必要だと思っています。

9) は、いわゆる未遂者対策ですけれども、高度救命センター、3次救急につきましては、厚生労働省主導の戦略研究のエビデンスが活かされて、診療報酬の面でも対策がなされるようになってきましたけれども、実は、高度救命センターに運ばれるほどではないけれども、2次救急に運ばれる自傷行為、自殺未遂の方というのは決して少なくありません。そういう方に対する精神的なケアが十分行われているとは言えない、この現状に対しまして、一緒に考えていただければなと思っています。

10) は、被災者の心のケア。これは、前回の大綱見直しで一つの項目として挙げていただいて、大変よかったと思っています。引き続き、この支援を充実させられるように、これも一緒に考えていただければと思います。

11) は、うつ病対策だけではないですよということをぜひ強調したいと思って、挙げさせていただきました。うつ状態と広くとりますと、もともとアルコール依存症の方でも、あるいはパーソナリティ障害と言われるような方でも、自殺行動が起こるときには多くはうつ状態になっています。そのうつ病・うつ状態というのはすごく大事なわけけれども、もともとのアルコールや薬物、ギャンブルの依存のことをどうするのか。原疾患についての対応・対策も引き続き必要と思っていますので、これについてもまた対策を考えていく必要があると考えています。

最後に、12) としましては、さまざまな領域で狭義の意味での医学的な治療を超えて、私たち精神科医としても時間の限り、力の限り、協力させていただきたいと思っていますので、他領域との連携をとることによってプロセスの進行をとめたい。また、残念ながら、そういう事象が発生したときに起こる御遺族への支援につきましても、精神科医としても協力していきたいと思っています。

簡単で、ちょっと早口で恐縮ですが、以上です。ありがとうございました。

○本橋座長 どうも御説明いただきまして、ありがとうございました。

それでは、ただいま御説明いただいたことにつきまして、御意見とか御質問をお伺いしたいと思いますけれども、どうぞ自由に挙手していただきまして御発言いただきたいと思っています。いかがでしょうか。

はい。

○長瀬構成員 私は、張先生と同じ精神科医でございまして、私も学会員であります。学会の提言の全てに対して全面的に賛成でありますし、どれ1つをとっても大変重要だと思っています。

以上です。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

そのほか、いかがでしょうか。どうぞお願いします。

○鈴木構成員 インクルージョンネットかながわの鈴木と申します。もともとは臨床心理士なのですが、今、地域で生活困窮者を支える活動をしています。

お話を伺いながら、大変すばらしいなと感じつつ、地域の一軒一軒のクリニックレベル

とか、そういうところで言うと、全く追いついていなくて、質の高いクリニックや医師のもとに、どうしても地域連携が進められるところがそこしかないとなると、私、神奈川でございますので、例えば心療内科、精神科、クリニック、一見、たくさんあるのですけれども、結局連携できるところが余り多くないという地域の現状がある。

こうした全体的な質を高める部分に地域の医療が追いつくような、医師とか医療従事者、あるいはクリニックの経営体制などもあるのかもしれませんが、そういった全体の底上げをしていく取組というのは、学会のほうで計画とか実践がもしあるのであれば教えていただきたいなと思います。

○日本精神神経学会 非常に貴重な御質問、御意見、ありがとうございます。

学術団体ですから、会員の学識を、技量も含めまして、診療能力も含めて技量向上のために努めています。学会誌を発行し、また近年ではeラーニングも取り入れて勉強してくださいというPRはずっと行ってきていますけれども、会員の任意の意思に任されているところが多いのが現状であります。今、先生が言われました御指摘は私も非常に大事なところと考えているところですが、個人的によかったと思うのは、今、国を挙げて、精神科だけではなくて、どの領域のドクターについても専門医制度というものが進行しています。その専門医制度でドクターも勉強して専門医になることを目指す動向が今、始まっていますので、それはよかったと思っています。

それを標榜できるようになれば、患者さん、ユーザーの方も、どのドクターが勉強して、ちゃんと専門医をとっているということを見える化すれば、選んでいただけるかなと思っています。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

どうぞ。

○生水構成員 野洲市役所の生水と申します。

先ほど鈴木構成員のほうからお話があった地域の医療について、滋賀県においても受診をするのに1カ月、2カ月待ちというのが多くありまして、自殺企図を持たれた方をつなぐときに非常に苦勞します。ゲートキーパーをたくさん育成して手前でとめるという中で、迅速につなげることができないというのは現場でも非常に悩ましいところであって、こちらの3番で、適切な精神医療が受診されやすい体制づくりというところで、質を高めると同時に、迅速な医療受入体制というところに何か課題があるのか、もしその課題があって、どういう施策があれば解消していくのかということがもしあれば、教えていただきたいと思っています。

○日本精神神経学会 済みません、私個人の回答になります。全部調べているわけではないので、個人的な考えとしてお聞きいただきたいのですが、1つは、現状、精神医療を受診される患者さんの数が国全体で多いという事実があります。これは、厚生労働省の3年ごとの患者調査でも、今、精神医療を受診される方が100万人を超えているという現状で、この精神神経学会の会員である1万7,000人だけでは、十分適切に時間的なことも含めて対

応していくということが、現実的になかなか難しいところがあります。

ですから、それはクリニックの問題だけではなくて、私がいるような総合病院の精神科でも、毎日、通常の診療に来られる患者さんの数が非常に多い中で、急に新しく飛び入りで患者さんを受け体制がなかなか難しいところがあって、初めて来られる患者さんに対しては1時間ぐらい時間をとって、少なくとも30分ぐらいは時間をとって、しっかりお話を聞いていくということが必要だと思われる現状で、予約制を引いておられるような医療機関などにおいては、その1時間をぱっと入れるということが正直難しいところがあるというのが現状で、改善策はどうすればいいのかということがすぐに思い浮かばないので、済みません、現状だけの報告になります。

ただ、それは各医療機関、ドクターの考えに任されていて、通常、来られる患者さんの診療の中でも、急な新しく来られる患者さんを受け医療機関もありますので、それがさつき鈴木構成員も言われました、特定の医療機関にどうしてもそういうことが偏ってしまうという傾向があるのも事実で、そこはまた精神神経学会の中でも、対応については、また今後考えていきたいと思っております。

○本橋座長 どうぞ。

○田中構成員 全国自死遺族連絡会の田中です。

全体的には大変すばらしいなと思って、10年前よりはすばらしく進歩したなというか、私たちの心に寄り添っているなと思っています。

ただ、私は、実際にいろいろな相談を受けまして思うことは、私、宮城県ですけれども、診療所、クリニックで受診して、そして未遂をした。そして、搬送される場合は大きな病院に搬送されます。その後に、診療所、クリニックのどこにかかっていますかと言われて、何々クリニックと言ったとき、そこにはもう二度と行かれないという現状があって、連携されていない。未遂を繰り返すほど、行くクリニックがなくなっていくところがあるのですね。その辺を、大きな総合病院と診療所、クリニックの連携をどのようにお考えかなと。そこがなければ、未遂者を救うことはなかなか難しいのかなと思っていますので、よろしくお願いします。

○日本精神神経学会 ありがとうございます。これまた大変非常に重要な御指摘をいただきました。

これまた個人的な回答としてお聞きいただきたいのですけれども、先ほど申しました自殺行動、自殺未遂行動がその後の自殺の強いリスクになるということがよくわかっていますので、一度、自殺行動があると、担当するドクターも注意していきます。

ただ、その注意をして、今後診療していく中で、救急の対応が受けられる体制を持った医療機関なのか、個人のクリニックで夜間の対応が難しいのかななどによって、また、その後十分な治療を考えたときに、うちでこのまま受けられるかどうかという判断が違ってくることになって、今、御指摘いただきました、クリニックによっては、一度そういうことがあったら、うちではもう診られませんということと言われる医療機関があるのも事実だ

と、私も認識しています。

そうすると、患者さんがその後、適切な医療を継続して受けるときに大変困難を感じられるということも承知していますので、それは精神医療全体に精神神経学会が学術団体の親学会として、またしっかり考えていかないといけない問題だと認識しています。

○本橋座長 どうもありがとうございました。皆さん、活発な御討議をいただきまして大変ありがたいのですけれども、時間も限られているものですから、精神神経学会のヒアリングについては、これで終了させていただきたいと思います。

それでは、次に、日本産婦人科医会に対するヒアリングを行いたいと思います。岡井崇様、御説明をよろしく願いいたします。

○日本産婦人科医会 きょうは、妊産褥婦、妊婦さんと産後の方の自殺というのは、思っていたより多いということを中心にお話をさせていただきたいと思います。

日本産婦人科医会では、従来、母体死亡をいかに減らしていくか。それから、生まれた赤ちゃんが脳性麻痺になるという事態を減少させようということで、相当力を入れて活動してきたのですが、妊産婦さんのケアに関しては、どうもその身体的な問題に偏り過ぎていました。すなわち、精神的な障害ということに対するケアが不十分であったということ、三、四年前から日本産婦人科医会全体で気づき始めまして、この二、三年は妊産婦さんのメンタルヘルスケアに力を入れて、これから実際に産婦人科医療の現場でどういうふうにやっていくかということ、研究・調査をしているところであります。

そして、その流れの中で出てきたのが自殺の問題ですが、自殺というのは、先ほど話がありましたように、うつ病、うつ状態ということが非常に関連が深いというか、それが根本的な問題でありますので、妊産婦さんの精神的な問題をケアするということと、自殺の防止ということは大変強いつながりがあるということでございます。

それで、1枚めくって下さい。今まで妊産婦さんの自殺の統計というのは余りしっかりしたものなかったのですが、昨年、順天堂大学の竹田教授と東京都観察医務院の引地さんらの研究で、上の棒グラフを見ていただければわかるように、出血多量とか妊娠高血圧症で亡くなる患者さんに比べて、自殺で亡くなる患者さんのほうが多いということがわかってきたわけです。

その下のグラフで見ると、妊娠中、うつ病という診断、これは観察医務院のデータだけで、本当のカルテとかは全然見られませんので、概略の分析しかできませんが、うつ病が35%あります。産後のほうは、さらに多くなるのです。産後はうつ病になりやすい。これは昔からわかっているのですけれども、最初からうつ病と診断されていた人、産後うつ病の患者さん、それから、ほかの精神疾患、統合失調症とか、全部合わせると、半分は精神障害ということが自殺の原因になっていると言えます。

もちろん、「無」と書いてあるところも、しっかり調べれば、うつ状態にあったとか、いろいろなことがわかってくると思うのですが、これはあくまでも観察医務院のデータということで、こうなっています。

次のところを見ていただきますと、これは先ほど申しましたように、病死というほかの身体的な疾患に比べて自殺のほうが多いのが分かります。年齢で見ると、出産数との関係で見てもらえば特にわかるのですが、30歳以上でふえています。年齢が進んでいるほうが自殺する率が高いということになります。

次のページをめくっていただきますと、自殺の時期が出ています。妊娠中は妊娠2カ月というときに多いのです。2カ月というのは、妊娠に気がついた初期です。妊娠と診断されたときだと思うのですが、ここには妊娠された方の背景、生活状態とかの問題があると思うのです。望まない妊娠で、まさか妊娠とっていなかったのに診断されて、とてもショックを受けて、自分の将来を悲観的に考えてとか、今のは一つの例ですけれども、そういういろいろな社会的背景とか生活基盤の問題等があって、自殺される方が多い。うつ状態になっていくというのは、後のほうじゃないかと考えています。

それで、産後うつ病を発症するのは1カ月、2カ月なのですが、病気を発症してから一、二カ月の間に自殺に至ってしまうという感じですかね。4カ月も多い。これはばらつきもあるということでもあります。

次のページを見ていただきますと、これは外国との比較です。イギリス、スウェーデンを挙げていますが、下に書いてある赤の数字は、出生10万人に対して、どれぐらい自殺があるか、これは、妊産褥婦ですね。イギリスは世界でも最も低いほうですけれども、比べると、日本は4倍近く、3倍以上高いのですね。普通の妊産婦死亡率というのは、ほとんど変わらない。日本も世界のトップクラスにあるわけですが、こういうところからも、妊産婦さんの精神的な問題に対する私たちの取組は、ちょっと不十分であったかなということを感じている次第であります。

次のページを見ていただきますと、最初に申しましたように、妊産褥婦さんというのは、比率を考えると自殺する率が高いのですね。東京の統計ですけれども、女性の自殺の中の3分の2ぐらいは妊娠している女性やお産した後の女性が自殺しています。そこにも書いてありますが、妊産褥婦さんは産婦人科に健診に来ているわけです。医療機関にかかっているにもかかわらず、それだけの自殺者がいるということは、私たちがそういうことに対するケアをきっちりしていなかったという結果ではないかということで、医会全体でこれからしっかり取り組もうということを考えている次第であります。

次のページは、まとめで、今、言ったことですけれども、大阪でも統計をとったのですが、大阪の率も人口で計算してみますと東京と余り変わらないという数字が出ています。

次に行きます。次は、児童虐待のほうからも自殺の問題が出てきます。最初のグラフは、児童の虐待死と心中。心中というのは、お母さんが子供と一緒に子供さんを巻き込んで自殺してしまうということです。心中の数は、第5次の虐待防止の委員会のころが一番高くて、そのときにはこれも先に言ったほうがいいのかもしいませんが、次のページを見ていただくとわかるのですが、児童虐待で亡くなる子供の年齢は0歳が一番多い。0歳の中でも最も多いのが0カ月です。生まれてすぐです。そのときに児童をあやめるといふか、虐

待死させているのはほとんどが実母です。

ですから、お母さんのケアというのはとても大事だということですが、そんなことで、平成21年ごろに産科医療に対して相当な行政的な支援があったのです。それによって多少は下がってきているのですが、最近、また並行状態になっているということです。

次のページに、さっき申しました児童虐待という目で見たら0歳児が多い。0歳の中でも0カ月が多くて、実母が虐待の主になっているということが記されています。

次のページを見てもらいますと、虐待の加害者が実母だった事例と子供の死亡の関係で、心中と心中以外と分けているのですが、心中以外というのは、もちろん暴力的に児をあやめてしまうわけですが、心中はお母さんが一緒に亡くなってしまう。その心中例では、精神疾患がある例が、心中以外の虐待死と比べると多いですね。

最後のスライドは、今まで言ってきたことですが、妊娠中の合併症の頻度、ここにあるグラフはイギリスの統計ですが、日本の統計では、妊娠高血圧症と産後の出血とかと変わらないぐらいの頻度と教科書に出ています。だけれども、イギリスはその倍ある。イギリスはそれだけうつ病の患者さんが多いわけじゃないのです。診断をきちんとやると、こうなる。日本は診断が抜けているから、自殺も防げないで、自殺の数も多くなっていったということだという認識で、私は妊娠中から妊婦さんの精神的な問題に対して、これからもっと精力的にといいますか、力を入れてケアしていきたいなと考えているところであります。

以上です。ありがとうございました。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいまの御説明に対して、御意見、御質問をお伺いしたいと思います。どうぞ自由に御発言いただきたいと思います。

○清水構成員 NPO法人ライフリンク代表の清水と言います。

1つ、事実関係の確認をさせていただければと思ったのですが、東京都における女性の自殺率の御説明のときに、東京全体の女性の自殺の3分の2が、この妊産婦にかかわっているというような聞こえ方を私、したような気がしているのですけれども、これはあくまでも女性の自殺率と周産期の自殺率の比較ですよ。ですから、一般の女性の自殺率よりは、実は周産期の女性の自殺率のほうが低いということですね。

○日本産婦人科医会 一般の女性の自殺の3分の2ぐらいは、妊娠している間か産後1年の間に自殺されているということです。

○清水構成員 いえ、それは正しくないと思います。女性の場合、周産期よりも中高年のほうが人数的にも確実に多いので、私が御説明するのもあれですけれども、これはあくまでもそれぞれの年代、年齢階級における女性の自殺率と周産期の女性の自殺率の比較の表。

○日本産婦人科医会 私の言い方が分かりにくかったのだと思いますが、率の問題です。

○清水構成員 そうですね。ですので、東京都の女性の自殺者数の3分の2が周産期ということではないはずですよ。

○本橋座長 あと、周産期の自殺率は分母が違って、女性の人口10万というのが出生なのかということで、妊産婦関係とか出生にかかるものは全部出生でとることが多いので、これは分母が違うということも少し注意する必要があると思います。

よろしいですか。

○清水構成員 その上で、私、2点御質問させていただければと思ったのが、1点がその前のページ、つまりスウェーデンとイギリスとの比較がありますけれども、そもそも日本人の女性の自殺率とスウェーデンあるいはイギリスの女性の自殺率も、かなり差があるところだと思いますので。

○日本産婦人科医会 妊産婦に限らずということですね。

○清水構成員 はい。妊産婦は、特にその差が大きいということの御指摘なのか、その点について。

○日本産婦人科医会 私は、全般の自殺の話は余り知りません。あくまでも妊産婦さんの話として統計をとっているのですけれども、スウェーデンと日本では女性の自殺率がどれぐらい違うのかというのは、皆さんの中に、よく知っている方がいらっしゃるのではないですか。

○清水構成員 日本の女性の自殺率は、世界でも2番目、3番目とか、非常に高いので、周産期の日本人の女性の自殺率も当然高くなるものかなと想定すると、このスウェーデンやイギリスの周産期の女性と、ただ比較するということがどうなのかなと。そもそも日本人の女性が、スウェーデンやイギリスの女性の自殺率よりも相当高いはずなので。

○日本産婦人科医会 その場合、どういう関係で、どういう背景があって自殺しているかということはわかっているのですか。日本人は、スウェーデンと比べて自殺が多い。何が問題でそういう状況になっているかということはわかっているのですか。

○清水構成員 日本人の女性全体ですか。これは、警察庁が出している原因・動機別のデータがあって、それは自殺の原因を究明するためにとられたデータではありませんので、あくまでも捜査の過程でわかってきたことを自殺と判断したときの原因・動機として提示しているにすぎませんので、どこまで信頼性が高いかということとはわかりません。ただ、いずれにしても、ある程度参考になるようなデータはあるということだと思いますので、これが特にそういう比較はされていないということとはわかりました。

もう一点、非常に重要な、私も非常にびっくりしたのですけれども、その前のページで自殺の時期。妊娠後2カ月目に多いということは、これは翻ると、0次予防的な妊娠等に関する教育を、もっと学校とつながりがあるうちに積極的にやっていくという必要性を私自身も感じたのですが、そのあたりはどういうふうにお考えでしょうか。

○日本産婦人科医会 それは、自殺が多いことに限らず、重要なことで、日本ではそういう性教育がおくれているというのは大変な問題であり、それを質す様に文部科学省に働き掛けていますが、その教育が不十分なために、例えば高校生で妊娠しちゃったとか、そういう望まない妊娠、妊娠するつもりはなかったのに診断されたというときのいろいろな心

の問題・葛藤で、一気に自殺に走ってしまうということが、こういうことになっているのではないかと思います。

○清水構成員 ありがとうございます。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○渡辺構成員 精神科診療所協会の渡辺です。

興味深いデータ、ありがとうございました。ちょっと先生、教えてほしいのですが、この幾つかのところで精神疾患ありとかなしという言葉が出てきましたが、ちょっと確認ですけれども、ここで言う精神疾患なしというのは、多分、診断がついていない、すなわち精神科医療機関につながっていないということでございますね。

○日本産婦人科医会 はい。

○渡辺構成員 なので、実際には、もしそこで精神科医療機関を受診していたら、何らかの精神科的な診断がついた可能性は残っている。

○日本産婦人科医会 おっしゃるようなことでございます。

○渡辺構成員 そういったことを含めると、今、清水さんがおっしゃったように、0次予防的な、妊娠するということによってどういう精神状態になり得るか。そういった予防教育といった教育的なこともとても重要だなと思いました。

以上です。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

時間の関係で、あとお一人ぐらい、可能であればと思いますけれども、よろしいでしょうか。

では、どうぞ、堀井構成員。

○堀井構成員 いのちの電話の堀井ですが、私も精神科医としてちょっとお聞きしますが、この妊娠時あるいは産褥期、出産後の精神障害が多いのは、統計的にも多いのですが、この間の自殺予防的な運動・活動を深めていくとしたら、どういうことを考えられているか、幾つかもし御提案があればお聞きしておきたいです。「おぎゃっと21」運動というのがありますね。子育て支援事業として各県・各地域で「おぎゃっと21」運動というのをされていると思うのですが、全国組織的なものも考えられているのかどうか、その辺のお考えをちょっとお聞きしておきたい。

○日本産婦人科医会 社会的にそういうサポートをしていくということももちろん大事ですが、産婦人科医療としては、妊娠中にチェックすれば、産後うつになる人の相当部分を検出できるということがわかって、これはイギリスの統計ですけれども、それをやっているということを考えています。妊娠中にテストをして、そこからハイリスクの人を抽出する。その後、ケアをまめにやっていけるので、危ない状況では、今も精神科の先生にお願いしていますけれども、それで大分違ってくるのではないかと思います。

○堀井構成員 妊娠がわかった時点で、産婦人科の段階で、あるいは保健所なども関連し

て、そういうスクリーニングテストのようなものをどんどんやっていく。それに関与してことが有用ではないかと私も思います。

○日本産婦人科医会 今、考えているのは、妊娠初期と中期・後期1回ずつ、3回は、そういうことをケアするためのチェックリストのようなものをつくってやっていこうと。

○堀井構成員 そのチェックの後に、より専門家と結びつくような配慮が要りますね。その辺も考えた上でされるということですね。

○日本産婦人科医会 その点数が何点以上であれば精神科の先生と協議するとか、そういう話まで、今、そういう体制をとろうということをやっている最中です。

○堀井構成員 ありがとうございます。

○本橋座長 それでは、時間も迫っておりますので、産婦人科医会の先生方、本当にありがとうございます。

最後になりますが、日本司法書士会連合会に対するヒアリングを行いたいと思います。小澤吉徳様、御説明をお願いいたします。

○司法書士会連合会 日本司法書士会連合会常任理事の小澤と言います。よろしくお願います。

当会では、平成18年に自殺対策基本法が制定されてすぐから、自死問題対策委員会等を設置し、活動を続けてまいりました。それまでに、多重債務の問題に全国的に取り組むようになっていたものですから、いわゆる経済苦を理由とした自殺者の遺族の方々などの支援というのは、全国的な規模で多くの司法書士が日常的に対応してきた経緯がございます。借金の問題は、必ず法律家による解決ができる！という強い信念を持って取組を続けてまいりました。なお、先般の貸金業法の改正、これも平成18年でしたけれども、その成果も一定程度認められているというのは御案内のとおりだと思いますが、まだまだ課題も多いと認識しているところでございます。

当会の取組としては、自死問題には、法律家だけでは対応できない、取り除くことのできないさまざまな要因があると認識しておりますので、医療の関係者の皆様と合同の相談会を実施するなどの活動を継続してきたわけでございますけれども、日々、いわゆる連携、顔の見えるネットワークの重要性を認識しているところでございます。そんな考えに基づいて、ヒアリング資料3に記述した意見を述べさせていただきたいと思っております。

現場では、私もそうですけれども、いわゆるハイリスクな方々からの相談を受けた場合には、医療機関などに紹介するというのを多くの司法書士が当然に行っていると思います。しかし、現在では、いわゆるコーディネーターというものが不在でございまして、その対応というのは支援者の力量に任せられている面が現実にはあると思いますが、このような状況では、まだまだ実践的な取組の推進ということではつながっていないのではないかと認識を持っております。ですので、ここに書かせていただいておりますように、都道府県及び政令指定都市内の福祉事務所・保健所等にコーディネーターを配置してはどうかという意見でございます。

コーディネーターの原則的な役割というのは、このように考えております。地域内のさまざまなゲートキーパーからハイリスク者の情報を得て、個々のハイリスク者の状態に応じた支援、寄り添い型支援であるとか、必要な窓口への同行支援、アドバイス型の支援、さまざまあると思いますけれども、こういった地域内のつなぎ役としての中心的な役割を果たすということでございます。コーディネーターは、多職種の専門職能者が業務の中でハイリスク者と出会った場合に、専門職能者からの要請に応じて、そのハイリスク者に対する必要な支援を協働で行うというイメージを考えております。

そのほかの意見としましては、高齢者問題への取組。ここに書かせていただいているとおり、言うまでもなく、この超高齢化社会ということでございますので、地域で孤立される高齢者は生きづらい社会になっております。こういった現状に対する具体的な施策が必要なのではないかという意見です。

そして、依存症問題への取組も不可欠であろうと思われれます。ギャンブル、アルコール、インターネット等のさまざまな依存症の問題がクローズアップされていますので、こういった方々への対策も具体的に必要なのではないかということでございます。

最後になりますが、いわゆる過重労働の勤務問題に対する対策について、メンタル問題を抱えた被雇用者に対するリ・ワークのための業務を行うことを、国の支援事業として、より積極的に取り組むことも検討すべきであると考えております。

以上でございます。

○本橋座長 簡潔に御説明いただきまして、大変ありがとうございました。

それでは、ただいまの御説明につきまして、何か御意見、御質問があればお受けしたいと思います。いかがでしょうか。

どうぞ。

○生水構成員 何度も申しわけございません。野洲市役所の生水です。よろしく申し上げます。

こちらのコーディネーターの役割というところで、地域内のさまざまなゲートキーパーからハイリスク者の情報を得て、支援者間でつながり合うという中で、個人情報の取り扱いについて、どのように検討されているのでしょうか。また、支援者同士でかなりセンシティブな情報の取り扱いになるかと思うのですが、その際に、課題として同意がある場合と、同意がない場合ということがあるかと思うのです。

私も現場でやっている中で、自殺を防ぐ観点においては、同意がない方のほうがハイリスクの方であって、こういったときに個人情報の提供や情報収集をして支援者間同士で情報共有できる仕組みが必要ではないかと考えているのですが、このあたりも含めてお話いただければと思います。

○司法書士会連合会 ありがとうございます。

現在は、このようなコーディネーターという制度はおそらくないと思います。現在の現

場では、顔の見えるネットワークの中での情報提供ということだと思いますので、そのような具体的な問題が生じているということは、私の知る範囲ではないのですが、もしこのような制度を構築するということであれば、生水さんがおっしゃられた、そういった個人情報の問題というのは非常に大きな問題ですので、それも含めて検討する必要があると考えております。

○本橋座長 どうぞ。

○田中構成員 田中でございます。

大変すばらしいなと思ってお聞きしましたけれども、コーディネーター役として、司法書士会としてはどのような人材というか、お考えでしょうか。

○司法書士会連合会 ありがとうございます。

ここに案として書かせていただいているのは、保健師さんとか精神保健福祉士さんなどがよろしいのではないかと、今の段階ではそのように考えております。

○本橋座長 もしも追加があれば。

○田中構成員 ありがとうございます。

私、そこにぜひ社会福祉士、ソーシャルワーカーを入れていただきたいなと思ってますので、よろしく願いいたします。

○司法書士会連合会 ありがとうございます。

○清水構成員 ライリンクの清水です。

コーディネート機能を地域の連携の核として出せる、あるいは円滑に連携が進むようにコーディネート機能を地域、地域に設置するというのは、私もとても大賛成ですが、これは具体的に例えば東京だと何人ぐらいのコーディネーターが必要だという想定での御提案か、もしあれば。

何しろ、コーディネート機能というのは、都道府県・政令市レベルというよりは、本当にそれぞれの市区町村あるいはもっと地域、地域で必要になってくる部分もあるかと思えます。もちろん、それは階層を分けてもいいと思うのですが、この想定されているコーディネーターというのは、大体、何人ぐらいをそれぞれの都道府県・政令市に設置するという想定なのか、もしそうした試算があればお聞かせいただければと思います。

○司法書士会連合会 申し訳ありません。まだそこまで具体的に検討しているわけではございませんので、逆にどのぐらい必要か知りたいと考えています。

○本橋座長 どうぞ。

○田中構成員 私、宮城県ですけれども、宮城県でみやぎの萩ネットワークとあって、多分、清水構成員も御存じだと思いますけれども、前、内閣府のときも御提案したことがありますけれども、ああいう感じだと、それぞれの専門家二、三人程度。司法書士、弁護士、社会福祉士、社会保険労務士とかカウンセラーさんとか保健師さんも含めて、今、私

たちは38名ほどで宮城県全体をコーディネートするという感じでやっています。東京都は規模が大きいので、それぞれの専門家の人数だと思いますね。というふうに私たち宮城県ではやらせてもらっています。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

それでは、松本構成員。

○松本構成員 精神神経学会と産婦人科医会の方々は、学会として、あるいは医会としてどういう取組をするかというお話であったかと思うのですけれども、この資料を見せていただきますと、司法書士会として何かをされるということではなくて、ご提案ととらせていただいでよろしいでしょうか。

○司法書士会連合会 ありがとうございます。

今回の意見は、そのような側面もありますけれども、もちろん、司法書士会もこのネットワークの中で一つの役割を担わせていただくというつもりです。

○松本構成員 精神科専門医が受診された方を診る。産婦人科医会の方は、妊娠を契機にして精神疾患を患った方をどうフォローするかというお話。例えば、司法書士の先生に相談されに行く方で、自殺企図につながっていくような事例というのはどういうものがあるのでしょうか。

○司法書士会連合会 冒頭で若干申し上げたつもりだったのですが、経済苦で借金を整理したいという相談、そのようなケースが一番多いのではないかと考えています。

○松本構成員 先ほどの説明の中で地域との連携というお話でありましたけれども、そういう方が相談に来られたときに、個人情報という壁もあると思うのですが、それをどこかに、司法書士の先生が相談するというのもおかしな話ですけれども、みんなで情報を共有して、その人を救うというネットワークみたいなものは、今のところないのでしょうか。

○司法書士会連合会 各地には、様々なネットワークが存在していると思います。私は、静岡なのですが、静岡県司法書士会と静岡の精神保健福祉士さんの会など、会同士のつながりもありますし、現場でも合同で相談会を実施したりというつながりはございます。それは、全国共通だと思います。

○本橋座長 それでは、渡辺構成員。

○渡辺構成員 このコーディネーター役ということは、私も本当に大事だと思っています。実は、司法書士会さん、非常に熱心にいろいろな相談会をされて、大阪では司法書士会の相談会と精神科医の相談会を同じ場所でやったことがあるのです。司法書士会に来られた方で借金の相談などでメンタルな問題があると、すぐ隣の我々のブースへ、逆に精神科のほうに相談に来られた人の背景に借金問題などがあると、司法書士さんのブースでということやって、非常に有効だったと思います。それは、たまたま一緒にやったからできるのであって、ふだんの日常の中でそれはできないわけですね。ふだんの日常の中でそうい

った連携をとっていかうと思うと、このコーディネーター役が必要になってくると思うのです。

よく精神科医療にいかにつなぐかと言われるのですが、精神科医療につないだら精神科医療が最後じゃないわけで、その精神科医療に来られた患者さんが、その背景に生活の問題、福祉の問題、家族の問題、借金の問題、さまざまな問題を抱えておられる。それを精神科医療機関、全部で対応することはできないわけです。逆に言うと、そのネットワークの中へ、また戻っていただかなければいけない。そうすると、コーディネーター役というのはとても重要になってくると思います。こういったコーディネーター役をぜひ行政なりで準備していただきたい。

それがうまくいくと、例えば先ほどの精神科医療機関待ちが一月、二月かかるというときに、そのコーディネーター役がどこの医療機関であれば、きょうすぐ医療が受けられるといった情報も持ってもらう。そういった役割がとても重要だろうと思っております。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

五十嵐構成員から。

○五十嵐構成員 東京工科大学の五十嵐でございます。

産業保健が専門で、保健師の育成にもかかわっておりますけれども、一番下のところの論点3に対して中小企業の問題を指摘されていて、私もここは大変重要だろうと思っておりますが、今の労働安全衛生法では、従業者50人未満のところは産業医の選任義務はありませんし、当然、保健師などもなかなかかかわれないところですね。

ここで書いていらっしゃるメンタルチェックの意味をお尋ねしたいのですが、今、ストレスチェックが始まっております。そもそもこのストレスチェックは内閣府の自殺対策推進会議が発端ですが、ここでおっしゃっているメンタルチェックというのは、そのストレスチェック制度のことをおっしゃっているのか、あるいは日々の日常の中で何かあったときに、そういった産業保健サービスが届くようなシステムそのものを御指摘なのか、どちらかお伺いしたいと思います。

○司法書士会連合会 それらを含んだイメージで、今回は意見を述べさせていただきます。

○五十嵐構成員 両方、総合的なのということですか。ありがとうございます。

○本橋座長 はい。

○黒田構成員 連合の黒田ですけれども、同じ部分で、後段にリ・ワークのための業務となっているのですけれども、これは中小零細・自営業者での業務でどういうものになるのか、お聞きしたいと思います。

○司法書士会連合会 例えば、借金を抱えて、うつ病になられてしまった方の相談というのを今も受けておりますが、この方のように、一旦仕事を離れて、その後にもまた職場に復帰するといったケースも多いかと思っておりますので、そういった方に対する支援を私は

イメージしております。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

では、生越構成員。

○生越構成員 日弁連の生越です。

コーディネーターのお話は、私も非常に重要だと思っています。ただ、もう先生方の御意見、いろいろ出たので、現実システムとしてどうするかということです。ですから、まず人材の育成をどうするのかというのは非常に問題だと思うのですね。つまり、地域のどういう資源があるのかわかって、かつ、ちゃんと精神医療のことも、法律のことも、福祉のこともわかる人材を育てなければいけないですね。かつ、現場の保健師さんなどは、今はぱんぱんで、こんなコーディネーター役ができるのかというのがなかなか難しい問題ですので、予算をどうしていくかということを実際に走らせるためには、真剣に考えなければいけないのではないかと思います。

ぜひとも実現すればいいなど。弁護士としても、例えば事件が起きたときにドクターとの間をつないでくれる人、ないしは福祉との間をつないでくれる人というのがいれば、我々も効率的に業務ができますし、かつ支援されている人の自殺のリスクを可能な限り減らすことができると思います。

以上です。

○本橋座長 御意見ということでよろしいですか。

それでは、時間が大分押しておりますので、ヒアリングにつきましてはこれで終了させていただきますと思います。各団体の皆様、本当にありがとうございました。御退席いただいて結構でございますので、よろしく願いいたします。

(ヒアリング団体 退席)

○本橋座長 それでは、次の議事に入りたいと思います。

前回、各構成員の皆様方からいただきました御意見につきまして、事務局で整理しております。その資料の説明の後に、各構成員の皆様から、論点について、さらなる御意見等を伺いたいと考えております。

それでは、まず事務局からの御説明をお願いいたします。よろしく願いいたします。

○厚生労働省大臣官房参事官(自殺対策担当) それでは、事務局の方から、今日御用意しました資料1から4を御説明いたします。

まず、資料1ですけれども、前回、皆様方から論点1から5につきまして、いただいた御意見を論点案ごとに整理したものです。これにつきまして、前回もお話ししましたように、「昨年の自殺対策基本法の改正の趣旨や自殺に関する推移を踏まえまして、今後更に取り組むべき課題は何か」という観点を基に精査していただければと思います。

論点案の1つ目が、「関連施策の有機的な連携を図り、総合的な自殺対策を推進」。2つ目が、「地域レベルの実践的な取組の更なる推進」。3つ目が、「若者の自殺対策の更なる推進」。4つ目が、「過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進」。

5番目が、「PDCAサイクルの推進、数値目標の設定」。これらにつきまして、前回も御意見いただいておりますので、本日もまた御意見いただければと思っております。

次に、資料2でございますけれども、こちらはこの検討会の進め方ということで、第1回のときに年度内に報告案を取りまとめいただければというお話もしておりましたけれども、これまでの議論の展開を踏まえまして、新たに4月に開催の予定をさせていただいております。それで、次回も論点案を踏まえまして御議論。3月の5回目にでき得れば骨子案、4月の6回目に報告書案を出させていただければという感じで考えております。

次に、資料3ですけれども、こちらは自殺者数の最新の統計です。毎年1月に警察庁の自殺統計に基づきます自殺者数の速報値を公表しております。先週の金曜日に公表したのですが、平成28年の年間の速報値ですけれども、全体で2万1,764人ということで、前年の27年よりも2,261人減少、減少率は9.4%ということで、これは昭和53年に統計をとり始めて以来、最大となっております。平成10年から3万人台が続いておりましたけれども、近年、減少傾向ということで、今年は22年ぶりに2万2,000人を下回っているという状況です。

男女別に見ましても、男性は7年連続減少、女性が5年連続減少しております。女性の方は6,747人ということで、自殺統計をとり始めた昭和53年以来、最も少なくなっております。

続きまして、資料4でございますが、こちらは「地域力強化検討会中間とりまとめの概要」という3枚組の資料でございます。こちらですけれども、自殺対策とも関連する施策の動向としまして、参考としてお配りしております。昨年6月に閣議決定されましたニッポン一億総活躍プランにおきましては、地域共生社会の実現に向けた取組を行う旨がうたわれております。これを踏まえまして、昨年7月に厚生労働省内に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を立ち上げておまして、10月から現場の方や学識経験者の方から構成されます地域力強化検討会を4回にわたって開催しまして、昨年12月26日に中間とりまとめが出されております。

この中間とりまとめでは、高齢者、障害者、子どもなど、全ての地域住民が抱える様々な分野にわたる生活課題を解決するために、地域の課題を住民が我が事に変えていくような働きかけをする機能、例えば小学校区域など住民に身近な圏域で、縦割りではなく地域の課題を丸ごと受けとめる場、主として市町村の関係機関が連携するための中核を担う機能といった包括的な支援を行うための体制づくりを市町村が行うことなどについて提言されております。

それで、厚生労働省としましては、この報告も踏まえまして、今国会に提出を予定しております介護保険法改正において社会福祉法を改正しまして、地域福祉の理念や市町村におけます包括的相談支援体制づくりについて盛り込む方向で準備を進めております。こうした地域共生社会に向けた取組は、自殺対策基本法の総合的な自殺対策とも関連が深いと思われまますので、参考として紹介させていただきます。

簡単でございますが、説明は以上でございます。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

ただいま説明がございました。これにつきましてはごらんいただくということで、きょう、残りの時間につきまして、論点についてさらに意見を深めるということでお話をいたしました。実はヒアリングのほうが当初の時間より少し長引きましたので、きょう、1つの論点につき15分程度と考えているわけですが、論点3ぐらいまでで恐らく時間切れになってしまうかもしれませんが、検討会が1回ふえましたので、一つ一つの論点について皆様方から十分御意見を伺うようにしたいと思います。

早速、意見の交換のほうに移りたいと思うのですけれどもね。

○松本構成員 議論の前に資料について質問等をさせていただいてよろしいでしょうか。

○本橋座長 では、結構でございます。はい。

○松本構成員 資料3の自殺者数の推移で、随分少なくなっている。減少したからよかった、よかったではなくて、ピークの際に限らず、自殺者が多かった時の理由というのは分析されているのでしょうか。本日の資料にはないですが、年齢別にそれぞれ自殺の理由の分析がされているのかどうか。若い方の自殺の数というのはなかなか減っておりませんので、その辺の分析がどうか。

それと、都道府県ごとに対策をされていると思うのですが、その対策による効果というのを分析されているのか。今日は、恐らく出ないと思いますので、次回以降にその辺を示していただければ、今後の論点の整理、あるいは今後の対策に役立てられるのではないかと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

○厚生労働省大臣官房参事官（自殺対策担当） 整理いたします。

○本橋座長 どうぞ。

○渡辺構成員 今回の質問に触れるのですが、いわゆる50歳代に自殺が多いという自殺の後発年齢というものがありますね。団塊の世代の方々が50歳代のときに、ずっと自殺が多いわけですね。今、それを見てもみますと、団塊の世代の人たちが65～66を過ぎてきて、自殺の後発年齢を過ぎてきたとも見られるわけですが、いわゆる自然減ですね。自然減というところがかかなりあると思うのですが、そのあたりも含めて、今の自殺が減った理由というのを少し分析していただければと思います。

○本橋座長 よろしいでしょうか。

そうしましたら、御意見を踏まえまして、次回のときにある程度のデータとかを示していただくということかと思ひます。

それでは、戻りまして、各論点について、皆様方からさらなる御意見を伺いたいと思ひしております。時間が大変短くて大変恐縮でございますけれども、なるべく多くの構成員の意見をお伺ひしたいと思ひているということ。それから、構成員同士の皆様方の意見交換をなるべく尊重して進めさせていただきたいと思ひます。

それでは、まず論点1でございますけれども、資料1に、先ほど御説明がありましたよ

うに、「関連施策の有機的な連携を図り、総合的な自殺対策を推進」ということで、構成員の皆様方の前回の御意見を集約させていただいているわけですが、このような構成員の方々の御意見の要約、そして、さらに追加して、こういうものがあつたらいいのではないかと御意見の追加、あるいはさらなる御意見をいただければと思います。これも構成員の皆様方から自由に御意見をいただきたいと思ひます。

清水構成員。

○清水構成員 ランフリンクの清水です。

論点1の関連施策の有機的な連携という部分にかかるところですけれども、先ほど岩井参事官から、この地域力強化検討会の中とりまとめの概要の資料配付もありましたが、この論点案の中には、生活困窮者自立支援制度や地域包括ケアシステムなど各種施策との連携を図ることとあります。まさに今、社会がどんどん多様化する中で、現場で起きる問題というのは複雑化・複合化しているわけですね。既存の仕組みあるいは制度だけでは対応し切れない問題がどんどん起きているという現実がありますし、他方、地域の社会資源もかなり限られている現実もあります。

つまり、現場の問題はどんどん複雑化・複合化している中で、限られた社会資源、これは予算や人材も含めてですけれども、それで対応していかなければならないという状況にあるわけです。そうした中で、自殺対策と地域包括ケアシステムと生活困窮者自立支援事業というのは、向き合っている問題の中で重なりも多々ありますし、社会資源の側でも多々重なるところがある。ですから、いかにこれを連動させて、効率的・効果的に地域、地域の支援策を充実させていくかということが本当に大きな課題になっていると、私自身も思っています。

そこで、3点。これは、今回の大綱の改定に際してやるべきなのか、それとも厚労省のもっと大きな枠のところでやっていただくべきなのか、それは私のほうでは判断できませんが、いずれにしても3点、ぜひやっていただきたいと思ひていることがあります。1つは、それぞれの制度だったり、事業だったりの理念や実務において、一体何が共通しているのかということの整理ですね。あるいは自殺対策、生活困窮者自立支援事業、地域包括ケアシステムの共通点と、それぞれの独自の取組は一体何なのかということの精査をしていただきたいというのが1点。

その上で、2点目ですが、それらを一体どういうふうにして連動させていくのか。これは、制度上、仕組み上の枠組みの整理を、ぜひしていただけたらと思ひています。すぐに制度をがっちゃんこしようということは当然無理なので、将来的にこういう形でということでもいいと思ひますが、ビジョンを示していただくべきじゃないかというのが2点目です。

3点目は、具体的に連携というものが地域、地域でどのようにして行われているのかという、その事例を多く提示していただきたいと思ひますし、あるいはそれぞれの我が事・丸ごとでもモデル事業を募集すると聞いていますし、あるいは自殺対策でもモデル事業を募集する。そのモデル事業を募集する際にも、できればこうした将来的に連動させるべき

制度をうまく連動させていこうとしているところに、モデル事業をしっかりとやっていただくとか。

あるいは、交付金の交付に関しても、そういう多機関の連携、関連施策との連動を積極的にやっているところに、より自治体の負担率を下げあげるとか、そういうインセンティブも働かせる中で、ぜひそちらのあるべき連携・連動のほうに誘導していただけたらと思います。

○本橋座長 どうもありがとうございました。制度の連携というところ、新たな視点。

どうぞお願いいたします。

○朝比奈構成員 がじゅまるの朝比奈と申します。

これまでの自殺対策の議論を十分に承知しているわけではありませんので、多少重なるところがあるかと思いますが、今、清水さんがおっしゃった意見に私も同感です。私ども、中核地域生活支援センターというのは千葉県にしかない独自事業で、10年以上が経過しておりますけれども、日常的に対象を限定しない相談事業に携わっておりまして、例えば自殺未遂を過去に繰り返している方ですとか、希死念慮を強く訴えられる方、それから自死遺族の方々と出会うのがそう珍しいことではないというのが現場での実感です。

そうなったときに、先ほどもどれぐらいの体制があれば足りるのかというお話があったのですが、自殺対策のターゲットにすべきはそんなに少ない数ではないという想定をまず立てておくことが必要ではないかと思っております。

先ほど精神神経学会の先生から自殺のプロセスの図の御説明がありましたが、私が現場で相談を受けている実感ですと、ライフイベントがあったからうつ状態が強化されたということではなくて、ベースの環境としての要因、家族関係の困難であったり、地域社会からの孤立・排除といったことが重なった中での、例えば突然の妊娠の発覚とか予期せぬ事態という中で追い詰められているということですので、その追い詰められた事態だけに焦点化しては、恐らく抜本的な対策にはならない。そういう意味では、ベースとしてユニバーサルな仕組みの中に、どうやって自殺対策を埋め込んでいくかという発想が重要なのではないかと考えています。

その点では、これまで福祉の諸施策で、現役世代が使える社会支援が圧倒的に少なかった中で、生活困窮者自立支援制度は、まだ発展途上ではありますが、非常に重要な施策になり得ると思っておりますので、そうした観点から全体が組み立てられるとよいなと思っています。

○本橋座長 大変貴重な御意見、どうもありがとうございました。

どうぞ。

○鈴木構成員 今、清水構成員、朝比奈構成員から出た意見は私も本当に賛成で、このために新しく予算をつけるとか、また新たな領域を1つつくって、結局、一個一個の予算が小さくなってしまふのは非常にもったいないなと思いますので、ぜひ今あるものを充実させながら、その中に自殺対策というものをしっかりと埋め込んでいくという方向が、現実的

にマンパワーを確保していくという中では重要なところではないかと思えます。

そこに関係して、ちょっと出てきていない中で、地域で感じるのは、これだけメンタルヘルスの問題を抱えていらっしゃる方が多かったり、精神疾患をお持ちの方がたくさん出てきている中で、障害福祉のケアというのもより充実させていっていただいたり、今ある相談支援の底上げを図っていくというのが必要かなと思えます。私も生活困窮者の自立支援事業というものを自治体から受託してやっておりますけれども、大変予算が少なく、17万人のまちで相談員2人しか予算がなくて置けないのです。

それに対して、自殺のリスクの高い方、メンタルヘルスの問題をお持ちで、障害者手帳をお持ちの方などもかなりいらっしゃって、私たち、17万人のまちで1カ所で2人という人員に比べますと、障害の相談支援事業所というのは市内に10個以上あって、それぞれ何人かずつ相談員がいるという状況ですので、この部分というのは非常に重要ではないかなと思っております。精神科、心療内科といった医療の皆様と、生活困窮者自立支援制度と障害福祉の方が地域の中でしっかり連携していくということも、重点的な課題としてはあるのかなと思っております。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

それでは、杉本構成員、お願いいたします。

○杉本構成員 全国自死遺族総合支援センターの杉本です。

そもそも論は基本に戻るという意味で、とても大事なことと思えます。そもそも総合的な自殺対策を推進となっていて、自殺対策基本法では第1条に、自殺を防ぐだけでなく、残された親族などの支援も充実させていくということが最初から書いてあります。どうしてもこれからどうするということに目が向きがちで、遺族支援についてはなかなか出ないのですけれども、大切にしていきたいということを申し上げたいと思えます。

年間自殺者数が減少していると言っても、遺される方たちは必ずある訳で、遺された人の数というのは累計ではずっと増え続けているということです。また、死別後の様々な困難や悲嘆は長い視点でとらえていかなければいけないものと考えております。

先ほど、張先生の図の中にも、重大なライフイベントの大きな中に離死別がありました。さまざまな形で遺族の方たちのお話をじっくりと聞かせていただく機会を通して、過去の死別体験の影響がかなりあったのではないかと思うことがかなりあります。複数の死別、自殺だけでなく、病気もちろんあり、幼少時の死別の経験とか、その後のさまざまな困難、顧みられることのなかった悲嘆を背景に感じるが多々あります。過去の死別体験、あのときにももっと適切なケアがなされていたならば、と思うことがたくさんあり、遺族支援の視点もぜひ大切に盛り込んでいただきたいと思います。

PDCAサイクルは、確かにとても大切なことだと思っておりますけれども、遺族支援の成果を数値で表すことは非常に難しいと思えます。よく費用対効果とか言われますけれども、相談件数とか、遺族の集まりの参加者人数といったことだけではかれることではないので、もっとナラティブな面も含め、長いスパンで考えていかなければいけない分野ではないか

など思っております。数値化するための乱暴な調査ということは、断じて慎まなければならないし、誤解を与えるようなこともないようにしていかなければいけないと思います。

前回申し上げましたけれども、偏見とか差別とか無理解というものの一つの大きな根拠として、自殺が起きた不動産の心理的瑕疵の問題は、はっきり形に出ているのではないのでしょうか。心理的瑕疵を認めるということは、自殺対策基本法の本質と反していると思います。今、自殺対策基本法の本質をもう一回見直してみて、どういうふうに取り組むことができるかということをご検討していくべき時期ではないかなと思います。

遺族支援もさまざまな試行錯誤があったと思いますけれども、10年間で学んだことを生かしていく時期ではないかなと思っております。

以上です。

○田中構成員 済みません、遺族支援の話が出たので、全国自死遺族連絡会、いわゆる当事者団体、三千何百人の遺族の個人会員がいる代表としては、一言申し上げたいと思っております。

公的機関が遺族支援をやっていただくのは大変ありがたいことで、保健所などで百何十カ所、多分、全国でやられていると思います。その中で私たちが望んでいるのは、自助グループも全国に五十何カ所あります。基本法の中にも大綱の中にも、自助グループ活動支援等とありますけれども、「等」はあくまでも付録でありまして、自助グループのあるところは自助グループが主語でありますので、自助グループ支援を視野に入れていただきたい。

今までは、それが非常に欠けていた。自助グループが手を挙げて、私たちの支援をしてくださいと言っても、ほかの保健所さんがやっているところがあるので、あなたたちは勝手にやってくださいということが結構あったということですね。その辺は、基本法・大綱に述べられているように、自助グループ等ですけれども、自助グループをメインにしていきたいと思っております。支援者団体ももちろん必要ですけれども、自助グループが手を挙げているところは、ぜひと思っております。

それから、先ほど杉本構成員もおっしゃったように、公的機関は賃貸物件の問題、法的な問題にぜひ取り組んでいただきたい。連絡会が唯一、総合支援として、賃貸物件の問題も一緒にやっております。自助グループ等権利保護研究会と言って、法的な相談も受けてやっておりますけれども、現在は保健所などでやられているところは、ほとんどが心のケア、悲しみをお話ししてください。それで終わりです。

その中に、賃借物件の問題だったり、差別の問題、偏見の問題、いわゆる介護の問題、さまざまな問題が含まれているわけなので、この問題をぜひ公的機関がやっていただきたいと思っております。そこの解消に向けて頑張ってくださいというのが公的機関ではないかなと思っております。そこをなしにして悲しみだけというのは、ちょっといかなものかと思っております。

それと、死別とおっしゃいますけれども、皆さんも誰かが亡くなって生きています。家

族の誰も死なない人はいないと思います。おじいちゃん、おばあちゃん、曾祖父母、誰かが亡くなって、皆さん、生きています。必ずしも自死遺族が、誰かの死別の体験によって何か曲がった経験を持って、心のケアがされないからといって、そういうふうになったとは私は思っておりません。私も父と母、おばあちゃん、おじいちゃん、6人亡くしました。皆さん、そうじゃないですか。ここにお集まりの皆さん、それなりの年齢ですから、誰かを亡くしていると思います。

それが人間だと私は思っておりますので、そういう発言こそが、私は杉本構成員の発言には大変賛同しますけれども、そういうお考えで自死遺族を見ないでもらいたい。家族の要因とか、血族の要因という文言がよく入っていますけれども、そういうもので見ていただきたくないと思っております。

そして、個人情報、これはくどく言っておりますけれども、遺族を助けるとか助けられるということではなく、だから何をしてもいいということではなく、ぜひ個人情報保護、個人情報は守っていただきたい。助けてくださいと言った人たちを助けてください。そっとしておいてほしい人は、そっとしておいてほしいと思っております。

そして、公的機関でやるのであれば、申しわけないけれども、費用対効果は大事だと私は思っております。どこかの市は、市でやって、1年間に遺族参加者延べ人数16人だと資料として出しているのですね。でも、その同じ地域にある自助グループは、1カ月16人来ます。それはいかがなものか。それは1円も支援をいただいている。

では、なぜ来ないのかということを検討して、自助グループなどから聞いて、なぜ遺族が大勢参加するのか、リピーター率が高いのはどうしてなのかということぜひ学んでいただきたいと思っております。自死遺族支援をするのであれば、自死遺族支援の団体から学んでいただきたい、自助グループから学んでいただきたいと思っております。ぜひ大綱にも加えていただければと思っております。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

○杉本構成員 一言追加いたします。私は、さまざまな原因による死別に適切な支援が必要なことがあると考えています。そのことを過去の死別について聞かせていただく中で、感じていることを申し上げたということを追加させていただきます。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

それでは、生水構成員、お願いいたします。

○生水構成員 私も生活困窮者支援を現場でやっている中で、清水構成員、朝比奈構成員、鈴木構成員がおっしゃったことは全く同感です。そういった観点からは、市町村には地域包括支援プラン、生活困窮者支援、地域力強化、福祉計画と、それぞれ計画を立てると国からどんどんおりてきます。清水構成員がおっしゃったように、どのようにそれを連動させていくことができるのかとか、どういった予算の活用の仕方、お互いに使えるのか。朝比奈構成員が以前指摘されましたように、違う事業を突合しどのように組み合わせて活用

できるのかといった手法が必要なのかなと考えると、こちらの論点案1番と2番の地域レベルの実践的な取組というのは、かなり重なる部分があるのかなと思います。

特に、論点2の中での、地域の孤立を防ぐために、居場所をどのようにつくっていくかとなると、これは生活困窮者支援でもしかり、地域包括ケアシステムでもそうだし、これらと連動できるような仕組みを検討する必要があるのかなと思います。

それと論点案1に、先ほどの個人情報のこともありましたが、例えば日司連からお話をされたコーディネーター機能等を有機的に活用していくためには、自殺企図を防ぐ観点としてハイリスクな方の個人情報の提供、情報収集、また、支援者同士で情報共有できるような仕組みをしっかりと検討していく、こういった論点も挙げていただければと思います。

以上です。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

それでは、五十嵐構成員、どうぞ。

○五十嵐構成員 皆様の議論と私も全く同じ考えで、今、地域包括ケアシステムの考え方が重要になってきています。地域の健康課題を包括的にとらえ、解決していく仕組みです。その拠点となるのが地域包括支援センターで、当初は高齢者対策で始まったものです。しかし、これからは、高齢者対策だけでなく、精神保健や母子保健も入ってきます。ですので、その中の一つに、自殺対策を入れていくことが重要じゃないかなと思っています。もっとそれを突き詰めていけば、健康日本21で言っているソーシャルキャピタルという地域がつながっていく力を活かし、専門職だけが旗を振るのではなくて、地域ごとでの力で自殺が解決されるようになっていけばいいかなと思っています。

その中で1つ、現場として問題と思っていますのは、先ほど来、コーディネーターとして保健師の活用というのが出てきておりますが、そもそも保健師という職能はコーディネート機能があります。しかし、業務が非常に多岐に及び多忙になっているのが現状です。今、地域包括支援センターがかつての保健所のようなファーストラインを期待されており、保健師の選任が定められているのですが、それに対する報酬が非常に低いということで、そこに人が集まらない現状があります。ですので、先ほども議論がありましたが、その仕組みづくりと人材育成、それから、そこにどれだけの予算をつけていくかというところを包括的に考えていくことが大事かなと思っています。

以上です。

○本橋座長 どうぞ。

○田中構成員 済みません、ちょっとだけです。地域包括センターの話が先ほどから出ていますので、ちょっとだけ意見を述べたいと思います。

もともと地域包括センターは、名前のとおり地域を包括するものだと私はイメージしていたのですが、今は高齢者の支援みたいになっています。私は、そこが看板を掲げて地域包括センターと、市民が見られるようなところにあるのです。そこをぜひ充実していただいて、アルバイトとか派遣ではなくて、きちんとした専門職。社会福祉士もいます

けれども、正職員じゃなかったりして、アルバイト的に非常に賃金が安いということもあります。

そこに社会福祉士、いわゆるソーシャルワークができる人たち、社会福祉資源に精通している人も配置しながら、保健師さんも配置しながら、もし大綱に入れていただけるならば、24時間相談できるような体制づくりをそこに人材も予算もつけていただきたいと思っております。

○本橋座長 渡辺構成員、どうぞ。

○渡辺構成員 2点あるのですが、1つは、連携がとても大事なのはよくわかるのですが、連携の前提に、少し心配な人、危ない人を見つけるという、いわゆるゲートキーパー機能が本当に一番大事だと思います。今までもゲートキーパーの研修というのは盛んにされているのですが、いま一度、そこを検証していただきたいのです。例えば、失業している人が訪れるハローワークとか、生活困窮に陥った人が訪れる生活保護の担当課といったところの窓口の方々に対する研修、ゲートキーパー研修が本当になされているかどうかというのは、ちょっと検証していただきたいと思います。多分、そのあたりがちょっとまだ希薄なのではないかと思えます。

ハローワークで見落とされてしまう、あるいは生活保護の相談に行ったところで、仕方がないのでしょうが、非常に厳しいことを言われて、ますますつらくなってしまっている人たちというのがあるような印象があります。そういった意味で、ゲートキーパー研修をもう一度見直していただきたいというのが1つ。

もう一つ、先ほどから幾つか出ている個人情報保護の問題ですが、もちろん個人情報を保護するというのは、本人を保護するために必要で、大事なことだというのはよく理解しているのですが、どうも個人情報保護が前面に立ってしまって、本来必要な本人の保護ができていない現状もあるように思っております。個人情報保護があるので本人の保護ができませんという変なことがあります。なので、もう一度、本当にハイリスクの人に対する個人情報保護について、もう少し検証していただきたいと思えます。

例えば、医療機関同士の情報交換というときには、個人情報保護というものは違う、少し緩められているところもあるように思っておりますし、本当に本人の保護に必要であれば、自傷他害のおそれがあるということであれば、いま一度、個人情報保護という観点を見直す必要もあるのではないかと思っております。

以上です。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

堀井構成員、どうぞ。

○堀井構成員 地域でのつながりというのは非常に大事だと思います。包括支援システムというのは大事だと思うのですが、システムの中にいのちの電話のような相談機関、民間の協力組織のことを忘れないでいただきたいのです。今、いのちの電話は相談員が減少していて、そういう機運が減りつつあるので、それを何とかしなくてはと思っているのです。

いのちの電話などに参加してくれる人がふえたら、それが自殺予防活動に私はずなると思っています。いのちの電話だけではなく、困ったときの相談電話への支援も地域の支援システムの中で忘れないでおいてほしいと思います。

もう一つは、昨年、自殺者が約2万1,000人に減少してきていることについて、これまでいろいろなことをしてきたことの評価は、松本構成員もおっしゃっておられましたけれども、それを確認しておいていただきたいと思います。ここまで来るのに、例えば私たち精神科医はかかりつけ医とか、さっきの渡辺構成員のゲートキーパー活動とかに協力するなど、いろいろな活動をしてきて十数年たっているわけですね。それがやっと実を結んでいるという面も、私はあると思います。

そういうことが役に立っていたとすれば、それを今後さらに深めるとか広めるとか、医師だけではなく、関係者、PSWも、愛育委員とか民生委員にも広げるあるいは続けるということも視点に入れておいていただきたいと思います。そういうことも考えていただきたいと思います。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

論点1について、いろいろ御議論いただいたのですが、結果として論点2の「地域レベルの実践的な取組の更なる推進」にも随分御意見いただいたかと思ひます。1と2の違いというのは、多分より具体的な実践的な取組に対する意見というのが論点2で、1はもう少し全体的な理念にかかわることだと理解しておりますが、実際には今も随分具体的な御意見をいただいたので、多分、この次の論点整理の中には、2の「地域レベルの実践的な取組の更なる推進」にも随分入ってくると思ひます。

改めまして、この論点2について、前回の意見がほかのところに比べて、やや少ないという印象はあるのですが、今の御意見にさらに何か、この論点2について。

それでは、松本構成員、まずお願いいたします。

○松本構成員 例えば、うちの職員にストレスチェックをしました。ストレスを抱えている職員は、結構いるのですね。個人情報ですが、管理職でその情報を共有して経過を見ているのですが、特に問題はない。ただ、いろいろなものがストレスになり得る社会だと思ひます。一々過敏に反応するのもどうか思うのですが、何かしらあれば困りますので、専門医というものにどうしても頼りがちになります。ただ、専門医というのは数に限りがあります。先ほどからの話にもありますように、予約がとれないとか、いろいろな問題もある。

ちょっと視点を変えますと、例えば認知症の場合、認知症サポート医とか、いわゆる一般の人のサポーター制度というものがあります。この自殺対策は、先ほどコーディネーターという、名称はともかく、そういうのが必要であるとか、あるいはゲートキーパーの研修のお話もございました。だから、かかりつけ医を中心にサポート医の養成とか、あるいは先ほどハローワークで気づきをどうだとかいう意見があったように、市役所の職員の自殺対策サポーターの育成というのもいいのではないかと。先ほどのところで言えばよかった

のか、この地域レベルの実践的な取組というところと言うか、非常に迷ったのですけれども、そういうものは大事ではないかと思えます。

もう一つは、地域の人材の利用・活用といいますか、例えば、妊産婦においては、経験者の知恵というものが相当あるかと思うのです。今は核家族で、なかなか相談できる方が周りにいない。そういった意味では、本当にコーディネーター的な人がいて、助産師さんが、どこそこのおばあちゃんと1回話してみてもどうか助言してみてもか、そういうことも必要じゃないかと思えますので、地域での連携も含めて、サポート医、サポーター、コーディネーターの育成というものを考えていただければと思います。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

朝比奈構成員。

○朝比奈構成員 たびたび済みません。がじゅまるの朝比奈です。

事務局のほうで配付していただいた地域力強化検討会の議論に、私も構成員として参加させていただいているのですが、今回の自殺対策という観点から、大変恐縮ですが、2枚目の資料をごらんいただければと思うのですけれども、普遍的な施策の中で取り組んでいくということとあわせて、身近な地域だからこそ相談できないニードというものが確実に存在するだろうと思われまます。例えば、LGBTの問題ですとか性暴力被害の問題などは、身近な地域の中だからこそ、相談した結果、排除につながってしまうということも考えられると思います。その点が左下の点線の枠の中に入れ込まれていまして、ここも非常に重要な視点だと私自身は捉えております。

そうした観点から、この自殺対策の中で、身近な地域だけに返すのではなくて、どこの部分は特出しで考えておく必要があるのかということも十分に精査が必要かなと思いますし、そうしたアプローチの中では、先ほども御意見が出ていましたけれども、自助グループの活動というのはとても重要なファクターになるかなと思っております。

○本橋座長 どうもありがとうございます。

それでは、清水構成員。

○清水構成員 私、2点あるのですけれども、1点が支援者への支援の強化です。当事者を支援する支援者が孤立し、疲弊し、やがてその支援力が低下していくというのはよくあることですので、支援者が決して孤立しないように、支援者への支援、あるいは支援者同士がお互いに支援し合えるような仕組みづくりの強化というものが重要だろうと思えます。この支援者の中には、家族や友人・恋人も含めるべきだと思います。

特に、若い人たちの場合は、行政や専門機関に相談に行くというよりも、家族あるいは友人・恋人に相談するというケースが多いと聞いていますので、そうした当事者の周りにはいる人たち、当事者を支援できる立場にいる人たちあるいは支援に当たっている人たち、こうした人たちへの支援の強化が重要だろうというのが1点です。

もう一点は、メディアです。自殺対策における地域メディアの重要性というものも、今回、加えるべきだろうと思えます。メディアというと、全国的な新聞やテレビを思い浮か

べる、特に関東にいとそういうふうになりがちですけれども、地域に行けば、地方に行けば、地方の地元紙が一番シェア率が高いということはよくあることですし、これは本橋座長が一番詳しいと思いますけれども、秋田では秋田魁新報社という地元紙が積極的に自殺対策のキャンペーンを行ったことによって、民間団体や行政の活動が後押しを受けて、より活動しやすくなったり、あるいは当事者の方たちに、こういう相談機関があるよ、相談窓口があるよという情報提供につながったりということで、秋田の自殺対策を推進する上で、私はすごく重要な役割を担ったと思うのですね。

こうした役割の重要性を改めて大綱の中にしっかりと明記し、それぞれの地域における地元メディアが、生きる支援としての自殺対策にどう貢献してもらえるのかということの後押しすべきだろうと思います。

逆に言うと、地元メディアだったり、そういう報道が自殺に対する誤解や偏見を助長するという自殺対策の足かせになる、あるいは当事者をより苦しめるということも現在起きている部分もありますので、そうしたものを払拭し、メディアが自殺対策に資する方向にちゃんと報道していただけるような働きかけができるような、その根拠となる項目を入れるべきだと思います。

○本橋座長 はい。

○田中構成員 田中です。たびたび済みません。

今の御意見を拝聴しながら考えていたのですけれども、私が遺族として考えることは、私も苦しくて死にたい、後追いたいと思ったこともありますので、そのときの気持ちを考えれば、自殺対策や自死の対策は派手にやるものではないと思っています。マスコミを利用して、今、キャンペーンをやっていますよ、相談していますよ、私たちはこんなですよ、減りました、ふえましたとどんどん騒ぎ立てるものではなくて、地道に本当にこつこつと、粛々とやっていくものだとは私は思っています。

その反対に、マスコミ、地元紙への掲載も大事なので、その辺の兼ね合いというのは非常に難しいかなと思いますけれども、余り派手に花火を打ち上げずに、しかも確実に粛々と、ということが難しいのですけれども、そういうふうにしていただきたいと思っています。

○清水構成員 センセーショナルに報道しないというのは、これは自殺報道のガイドラインにも明記されていることなので、自殺対策に関する報道を積極的にやるべきだということに、当然、センセーショナルにやるべきではないということが包含されていると思います。

ただ、現状において、依然として自殺に対しての誤解や偏見というのは根強くあるわけですし、さまざまな支援策や相談機関の情報を知らない人たちもたくさんいるわけなので、そういう人たちへの啓発という意味では、これはマスコミが重要な役割を占めるというのは、私は疑いの余地がないのではないかと。

○田中構成員 それはもちろんそうですけれども、やっている人が、やった、私たちがや

って、こう減ったのだというのを、地元紙だと、よく見かけるのです。結構あります。それはどうかな。本当に苦しい人が見て、ああ、勝手にやっていたらという感じですね。幸せな人たちがやっている。その辺は改良されるべきかなと思っております。

○本橋座長 ありがとうございます。

杉本構成員、手が挙がったかと思えますけれども、御意見があれば。

○杉本構成員 地域でカバーし切れない方たちがあるということは、朝比奈構成員の御意見に同感です。ただ、いろいろな取組を実験的にもやってみる価値はあるかなと思うのは、今、私がかかわっている東京の近郊のところですけども、特養の中にシェルター的な機能を持つ部屋、場所をつくれないうことで、緊急に医療機関ではないところで駆け込めるところということ。そうすると、食事の提供ができることと、24時間の対応ができるということ、特養の中に1部屋、そういう機能を持たせて、そして人を配置してということをやってみようかとしているところがあるので、これはどんなふうに行けるかということがあったので、一つの例としてお話しさせていただきました。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

いろいろ御意見、出ましたけれども、ほかにいかがでしょうか。この地域の問題につきまして。

どうぞ。

○田中構成員 私、内閣府の対策会議のときからずっと申し上げていますがけれども、個人情報に関しては非常に大切だと思っております。個人情報保護法がなぜできたか、どのようなことを目的としてできたかということを見れば、権力があるところ、情報を集められるところが簡単にあちこちに流さないということを防ぐために、保護法ができたと思うのです。だから、命を救うことは大変大切で、重要です。でも、命を救うために何をしてもいいのか。何度も申し上げますけれども、相談する側にも、苦しい側にも、悲しい人たちも選択肢はあります。選ぶ権利はあると思っております。それを尊重してもらいたいと思っております。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

はい。

○清水構成員 今の関連で言うと、田中構成員が今、おっしゃったことというのは、私も賛同する部分もあるのです。他方、先ほど来、出ている個人情報共有の問題というのは、単純に本人から同意を得られていないがゆえに、本人が同意する機会があれば同意したとしても、そういう同意をする機会がないがゆえに、相談機関同士で情報共有できないという現実もあるわけです。

例えば足立区では、本人から同意を得て、関係機関がしっかりと連携できるようにということで、いろいろな機関が共通して相談対応の記録を記入する共通の相談票を使っているのです。その相談票の最初のところに、私の相談内容を関係機関で共有しても構いませんと、当事者の方から一筆いただくような状況になっています。ところが、一筆いただ

なければ、そういう内容を共有することは当然できないわけですが、一筆いただければ、それによって共有して、関係機関が連携して包括的な支援を行うことができる。

ですから、個人情報、御本人の問題もあるし、御本人の判断というものもある。ただ、同時に、そうした同意を得られるような仕組みを少なくともつくってやっているかというレベルの問題でもあるので、これは一緒に個人情報の問題があるから共有すべきでないとか、あるいは命の問題だから個人情報を全部クリアして共有すべきだということではなくて、そこは分けをして、御本人の意思の問題と、あるいは個人情報を共有しても構わないという承諾を得るための仕組みづくりの問題と、これは私は分けて考えるべきだと思います。

○田中構成員 もちろんそうだと思いますけれども、権威ある人が、例えば医者だったり、いろいろな人たちから言われちゃうと、心が弱っているときは不本意ながら同意してしまうという場合も多々あると思うのですね。だから、私としては紙のベースが非常にいいと思って、こういう相談機関がありますよ、いつでも相談くださいね、いつでも御連絡くださいねということを徹底してほしいなど。それを渡すことによって、その人が選んで、その人がつながっていくということですね。そういう仕組みにすれば、弊害は余りなくなるのではないかと考えております。

○本橋座長 どうぞ。

○松本構成員 個人情報の保護というのは非常に大事な話だと思います。一方、我々医師は守秘義務が課せられています。弁護士さんもそうだと思いますし、いろいろな職業に守秘義務を課せられたものはたくさんあると思います。ただ、そうじゃない方もこのネットワークに入るというのを、恐らく田中さんはご心配されているのだと思います。ですから、その辺の心配がなくなるように、同意書は確かにいいのですけれども、同意書が錦の御旗になってしまう場合もありますので、情報を共有する場合、共有する人たちの間での合意事項を新たに考えるべきじゃないかと思っています。

○本橋座長 では、生越構成員、どうぞ。

○生越構成員 非常にさまざまな活発な議論がなされていて、私も非常に勉強させていただいているのですが、この2番の一番最後のところに先進事例を横展開すべきだということを書いていますけれども、例えば先ほど清水構成員からも話がありましたが、同意書をとるとして、もちろん守秘義務の問題をどうするかというのは、法整備なのか、ちょっとわからないですけれども、それはそれでやるとして。ただ、現実には走っているノウハウみたいなものがあるので、ぜひともノウハウをどこかにちゃんと、例えば白書とかでも一部されていると思うのですけれどもね。

例えば同意書レベルとか、そういう支援を具体的にしようという人が、どういうふうに情報を扱ったらいいのかという、もうちょっと詳しい情報が、今、実践されている具体的なやり方とかが共有できれば、最後のこの横展開というのはスムーズに進むのではないかと思います。

○本橋座長 どうもありがとうございました。

先進事例の横展開のところで言えば、今、私どものセンターのほうで事例データベースみたいなものをうまくつくっていきたいということで、努力もさせていただいていますので、現時点ではまだ具体的なものが出せないのですけれども、その辺も今の御意見を踏まえて、私どもも努力していきたいなと思いました。

皆様方から本当に活発な御意見をいただきまして、きょう、実は当初の予定では論点3までと思っていたのですが、1番と2番の論点で皆様方から具体的かつ非常に実りの多い御意見をいただいて、論点3以降については、次回の検討会でとさせていただきたいと思います。本日はヒアリングが3団体からありまして、時間的にも今回、後半の部分が限られたということもありまして、皆様には議論の時間が少なくて大変申しわけなかったかなと思っております。

それでは、本日の論点案についての議論は、このあたりで終了させていただきたいと思えます。

本日予定されていた議事は全て終了いたしましたので、事務局から連絡事項をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○厚生労働省大臣官房参事官（自殺対策担当） ありがとうございました。

次回は、2月22日水曜日15時から17時に開催する予定です。引き続き、個別の論点についての議論を行っていただきたいと思います。

また、事前に資料をお送りいたしますので、委員の方で別に資料を提出される方は、事前に2月17日金曜日までに提出いただければと思います。よろしくお願いいたします。

○本橋座長 それでは、時間が参りましたので、本日の検討会はこれで終了いたします。どうもありがとうございました。