

第10回 自殺対策推進会議議事概要

1 日時：平成22年6月22日（火）10：00～12：00

2 場所：中央合同庁舎第4号館共用第2特別会議室

3 出席者：

【委員】樋口座長、五十嵐委員、市川委員、斎藤委員、清水委員、杉本委員、高橋（信）委員、高橋（祥）委員、三上委員、南委員、向笠委員、本橋委員、渡辺委員

【内閣府・事務局】松田自殺対策推進室長、太田自殺対策推進室次長、加我政策参与、加藤内閣府自殺対策推進室参事官

【オブザーバー】森末警察庁生活安全局生活安全企画官、石井金融庁総務企画局政策課補佐、米澤総務省大臣官房企画課企画官、佐々木法務省大臣官房参事官、磯谷文部科学省初等中等教育局児童生徒課長、福田厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長、鈴木厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長、大村農林水産省農村振興局農村政策部農村計画課長補佐、高橋経済産業省中小企業庁小規模企業政策室小規模支援二係長、白井国土交通省総合政策局安心生活政策課政策企画官、竹島自殺予防総合対策センター長

4 概要

○ 大島副大臣あいさつ

昨年に比べ4月の自殺者数は大幅に減ったが、5月は若干減り幅が狭くなったので、より一層自殺対策を進めていかなければいけないと決意した。

3月を自殺対策強化月間として対策を打ったほか、100億円の地域自殺対策緊急強化基金を造成するなど、政府として自殺対策に取り組むことで、自殺に対する関心はこれまでも増して高くなっている。

市区町村別の自殺に関する基礎資料を発表することによって、地域自殺対策緊

急強化基金を有効に活用できるようになってきており、年間自殺者数が3万人を超えるのをどうしても減らしたいと考えている。

戦争が国際政治の失敗であるとすれば、自殺者が減らないことは国内政治の失敗であると考えており、自殺者数が高止まりしているということは、決して幸福な社会ではないということだ。対策について、ぜひ皆様に活発な御議論と取組をしていただきたい。

本日は菅内閣になってから初めての自殺対策推進会議である。菅内閣では「一人ひとりを包摂する社会」の実現を目指しており、全力で対策に取り組んでいくので、皆様のお力添えをお願いしたい。

たまたま昨日、地元の駅に降りたら、3月の自殺対策強化月間のときのパンフレットが置いてあった。こうした取組も非常に良い、大切なことかと思う。

○ 泉大臣政務官あいさつ

菅総理大臣が最小不幸社会という話をした。誰しもが最大幸福を望める時代ではないが、そのような中で不幸の最小化をしていくことを、防波堤としてとらえてしっかりやっていかなくてはいけないと思っている。恐らく、菅総理大臣もそのような思いの中での発言ではなかったかと考えている。

自殺の状況は、数字上は随分改善してきているが、まだ取り組まなくてはならないことは多数あると思う。これまで我々が蓄積してきたデータの活用等も含めて、更に皆様と協力し合って実際に改善に資することができるような対策を作っていきたい。

先日も、大島副大臣とともに、新橋駅で貸金業法改正の広報活動を行った。6月18日以降どのような展開になるのかということにも注視していかなければならない。

我々は消費者の担当の政務三役でもあるので、消費者の立場から多重債務者問題にも取り組んでいきたいと思うが、金融庁や厚生労働省と共にしっかりとセーフティネットを張る努力をしてまいりたい。

○ 第 9 回会議の議事録公表の承認及び事務局提出資料説明

- ・樋口座長より、第 9 回議事録の公表を諮り、出席委員了承。
- ・事務局より提出資料について説明が行われた。

○ 委員からの主な発言

【議題 1 平成 22 年版自殺対策白書について】

- ・報道との関係で自殺が多かった日という項目を見ると、やはり報道の工夫が必要。また、ネットがかなり影響を与えていると思うので、ネット社会にどのようにこれから対応していくかということも考えなければならない。
- ・フィンランドの対策はメンタルヘルスを中心にやり始めはしたものの、そこから途中でパブリックヘルスの方にむしろシフトしていったというのが特徴ではないか。心理学的剖検に関して言うと、確かにかなり社会的な要因というのは遺族の方から聞き取りをすると見えてくる部分もある。ただ、社会的な多重債務、失業や生活等に比べると、メンタルな部分というのは出てきづらい。フィンランドにおいても、10 年間の国家プロジェクトの最初の年に行った心理学的剖検というのは、検証した結果、実はあれは余り効いていなかったというのが報告書として上がっていたのではないか。
- ・フィンランドは、基本的には当初はメンタルヘルス対策を中心にやったのだが、その後は地域づくり型のような総合的な対策にシフトしたと思っている。フィンランドの場合、5 年ぐらい前に行ったときも国家的な取組はもうやらないということをやっていたので、日本の方が国家的な取組ということでは先に進んでいるという認識を持っている。
- ・フィンランドは産業保健においても非常に先駆的な活動をしている。
- ・フィンランドについて、自分が聞いた範囲ではメディカルモデルとコミュニティモデルを最初からかなり強力で連携させていったと理解している。要するに、メディカルモデルは心理学的剖検の結果、自殺者の 80%がうつ病、アルコール依存症、あるいはうつ病とアルコール依存症の合併だった。また、自殺者の 4 分の 3 は男であった。適切な治療を受けていないということがあったので、うつ病の早期発見と適切な治療、アルコール依存症対策を大きな柱とした。コミュニティモデルについては、国立福祉保健研究開発センターが中心になって、一般向けに、困ったときに助けを求めるとは極めて適切な対応だということ強調し、同時に、精神疾患に対する偏見を減らすことも行った。メディカルモデルとコミュニティモデルを組み合わせることがとても大事である。さらに、フィンランドの専門家たちは、きちんとした方針を立てたら、10 年単位ぐらいの長期的な取組で見えていく必要があるということ強調していた。

【議題2 地域自殺対策緊急強化事業及び地域における自殺の基礎資料について】

・今後の自殺対策との絡みもあるが、地域自殺対策緊急強化事業の計画額の21年度と22年度の内訳について、1年目は啓発中心であったが、22年度について見てみると、各事業の配分の中で自治体ごとに結構ばらつきがあって、例えば市町村に対する事業がゼロのところはまだあったり、そのようなところは強化モデルが多かったりするが、実際の足腰になる市町村に対する補助が全くゼロのところがあっていいのかどうかを議論する必要があると思う。また、対面型相談事業が目玉だったと思うが、22年度のところを見ても結構やはりこのウェイトが低い部分がある。今後現場の中での相談支援ということを見ると、対面型相談をもう少しきちんとやってもらうことを方向性として考える必要があるのではないか。

・職業別の状況のところが一番多い「その他の無職者」の内訳を教えてください。「その他の無職者」が25%と最も多いので、自殺対策を考える上ではこの人たちがどういう人たちなのかをきちんとこれから調べていくことは大事ではないか。

・鳩山政権以降、更に対策のスピードが進んできたという実感を持っている。ただ、緊急強化事業、基金の活用に関して言うと、自分の実感としては、22年度も市町村に対する補助事業が増えており、それはほとんど啓発事業なのではないか。啓発は当然やらなければならないが、一方で、啓発しかできない理由として、やはり地域の自殺の実情がよくわかっていないのではないかと。素材としては警察庁から提供されたものがあるので、これから更に地域の対策に活かすためにはどのように分析したらいいのか検討を重ねて、より市区町村レベル、地域のレベルで対策が進むように国としてバックアップしていく必要があるのではないかと。

・警察庁のデータと厚労省のデータと両方使うことによって、その地域の自殺対策というのは見えてくるのではないかと。また、自殺予防のために地域のどのようなデータを使うか、自殺だけのデータを見ていくことで何ができるかということと、もう一つは自殺と関連する危険因子を抱えている人たちがどれくらいいるのか、同時にデータ化していくことが必要なのではないかと。

【議題3 今後の自殺対策について】

・厚生労働省の自殺・うつ病対策プロジェクトチームについてお聞きしたい。定期健康診断にメンタルの項目を入れることについては、これまでかなり大きく議論されてきた部分である。この発表があった後、精神神経学会やうつ病学会、

その他の関連の学会でかなり強い反応があり、今検討しているので、そういった関連の学会からの反応を待って、十分にそれを取り入れてほしいと思う。

・睡眠のキャンペーンはいわゆる富士モデルが基になっていると思うが、今年の11月の時点では富士市の成果がまだ見えていないという話を学会で聞いたことがある。睡眠のキャンペーンそのものは良いとは思いますが、実際にその富士モデルの評価は出ているのか。また、新型うつ病など新しい病態もあるので、そうしたことも含めて検討してほしい。

・日本医師会の中に精神保健の検討委員会を立ち上げており、睡眠キャンペーンについて富士モデルを行った富士市の方にも来てもらうことになっている。その評価についても一緒にやっていきたいと思うので、いずれ発表したい。

・多重債務者に対するカウンセリング・相談のマニュアルができ、弁護士や司法書士がそれに当たるということだが、この相談マニュアルにはメンタルヘルスのチェックという視点も入っているのか。精神の専門家につながる、いわゆるセーフティネットにつながるような仕組みを是非考えてほしい。

・現場で貸金業法改正の影響がどう出ているのか、どういう対策が今、最前線のものなのかということ情報を共有するためにも、法律の専門家を自殺対策推進会議のメンバーに入れるべきではないか。

・自殺多発地帯の問題に、各都道府県でどのように取り組んでいるか、何らかの形で公表してほしい。他の都道府県にも非常に良い参考になるのではないか。

・従来から言われているように、遺族には、自責感の非常に強い時期があり、強い方がいる。3月の半ば以降から、今まで以上にとても強い反応を示される方々があったように感じた。自殺対策強化月間はとても大切なことだが、やる時には必ずそういう反応が遺族の方たちからあるのだということ認識しておくことが必要ではないか。

・我が国では、職域ではかなりきちんとしたことに取り組んでできていると自負しているが、課題として、サービスの届かない層もあり、うまくサービス、ケアが届くようなことをずっとやってほしい。職域だけではなく、地域の問題、あるいは分野の問題を見ても、手立てとかサービスが必ずしも均等に行き渡っていない。そのようなところに、もう少し日が当たるようなことを考えてほしい。

・これだけ国を挙げていろいろな対策を講じて、自殺者数が3万人より減らないということは、恐らくこれだけのダイナミクスを使っていろいろなことをやっても、それ以上に社会の変化、あるいは関連する要因という問題が大きいのではないか。対応の手立てを緩めず、今まで積み上げてやってきたことを、色々なところに届くようにする姿勢を忘れないでほしい。それに付随して、色々な分野の方あるいは識者の方は、激しい社会の変化をずっと見据えて、その背景に至るようなこと、育成過程の問題や家庭・地域の在り方など、そうしたこ

とを前向きに考えてほしい。効果的な、あるいは効率的な施策の運営やお金の使い方が求められるが、今、申し上げたようなことについては決して手を緩めたり、あるいは薄められたりすることのないように配慮してほしい。

・厚生労働省提出の資料につき、5つの柱の中の、「精神保健医療改革の推進」「認知行動療法」の普及等、「自殺未遂者に対する医療体制の強化」、「治療を中断した患者へのフォロー体制の確立」、「精神保健医療改革の方向性の具体化」については、是非お願いしたい。

・アウトリーチその他、非常に重要だと思うが、なぜそれができなかったかを検討して、そこを基にした政策を生んでほしい。例えば、精神科医療の質の向上とあるが、精神科医師の質の問題なのか、精神科医療を取り巻く環境、精神科医療環境の問題なのか、を是非区別してほしい。例えば認知行動療法が使いづらい診療報酬制度や、心理士やPSWを雇いづらい医療環境など、チェックしてほしい。

・自殺された方の50%ぐらいは精神科医療機関を受診、通院されていた人だというデータも出ているようだ。その人たちにうつ病が多いということだが、実は中にはものすごく色々なタイプの人がある。そこで、例えばうつ病と言われてもどんな人がいるのか、それを本当に防ぐためにはどのような対応をしたらいいいのかなど、もう少し細かい研究がこれから要るのではないか。そういった研究も進めていくような制度を作ってほしい。

・ハイリスク者対策というのはやはり自殺対策の根幹であろう。ハイリスク者の支援は、必ずしも自殺予防を標榜して行われているわけではないが、実質的に、自主的にハイリスク者の支援をしている人たちの活動のヒアリング等をこの場でやってほしい。

・何をしていくのか、そして、どのぐらい予算を付けていくのかについて、委員が意見を言えるような討議資料が出ていないことが、若干残念である。具体的にこういう政策を打ち出して、ここにはこういう予算が付いていて、これはいつから実行するのだということが具体的に見えるような会議になると、もう少し手ごたえがあるのではないか。意見は出されても、それがそのままになっているような印象を受けたので、一個ずつ進めていくことが大事かと思う。

・文部科学省の提出資料に添付されている「子どもの自殺が起きたときの緊急対応の手引き」だが、ただホームページにアップするだけでは不十分だと思う。

・金融庁の貸金業法改正に関連して、やはり根本的に日本の若者の、なかなかきちんとした生活をしていこうにも、その生活が立ちにくいような社会の現状や、それよりもっと前にどのぐらいの生活をするためにはどのようなお金の使い方をしないとイケないのか、大きな意味での教育がやはり日本は欠如しているのではないかという気がしており、そちらの方向の手立ても講じなければならな

いのではないか。

・厚生労働省のうつ病対策の資料について、利用者の一般国民が見たときにどこがどのように対応しているのかわかりにくいので、次に資料を作るときは「いのちを守る自殺対策緊急プラン」との関係も整理してはどうか。

・いのちの電話相談に寄せられる自殺問題というのは、既に治療を受けている方が多いが、それは狭い意味での精神科の治療であって、認知療法を含む幅広い治療的なものがやはり日本には欠けていると思う。英国の自殺率が日本の3分の1というのは、認知療法の担い手である臨床心理士たちの努力が大きいと思う。にもかかわらず、なぜ日本の医療では受け入れられないのか、しっかりと検討してほしい。これが自殺を予防する一番大きな決め手になると考える。

・二十数年遺族の集いに関わってきた者の実感としては、当初は遺族の集いで自分の気持ちを話す人はほとんどが女性であり、男性は自分の気持ちに向き合ったり、それを言葉にしたりすることが日本の社会ではつらい、できにくいことなのかと感じてきた。しかし、最近少しずつ変わってきてきた。長年の文化や歴史などに関係があると思うが、男性が本音、弱音でも愚痴でも何でも向き合うことができるような社会というのが、自殺対策の中でとても大事な部分ではないかと感じている。