

第16回自殺対策推進会議  
議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）



第16回 自殺対策推進会議  
議 事 次 第

日時：平成24年6月12日（火）10:00～12:03

場所：中央合同庁舎4号館12階共用第1208特別会議室

1. 開 会

2. 議 事

- 「自殺総合対策大綱の見直しに向けての提言」について
- 自殺総合対策大綱の見直しに向けて
- 平成24年版自殺対策白書について

3. 閉 会



○樋口座長 皆様、おはようございます。時間になりました。ただいまより、第16回の「自殺対策推進会議」を開催したいと思います。本日は、朝早くから委員の皆様にお集まりいただきましてありがとうございます。

今日は始めに後藤副大臣、園田政務官に出席していただいておりますので、ごあいさつをお願い申し上げたいと思います。

では、後藤副大臣、よろしく願いいたします。

○後藤副大臣 おはようございます。大変お忙しい中、第16回になります「自殺対策推進会議」に御参集いただきまして、心から御礼申し上げたいと思います。

本来であれば中川担当大臣がごあいさつすべきであります。今日、衆議院で予算委員会を開催することになって、出席できません。私が代わってごあいさつを申し上げます。

今、自殺総合対策大綱の見直しの作業を進めているところでございます。現在の大綱の決定から5年ちょうど経過をして、色々なヒアリングを民間の団体の方々、そして自治体の方々含めて精力的に検討を進めているところでございます。

併せて、5月か6月が御案内のとおり白書のシーズンであります。今日お手元に置いてあります24年版の自殺対策白書につきましても、先の閣議で決定をされたところでもございます。

色々な流れがある中で、3万人をなかなか切ることができない1年間の自殺者、何とかまず3万人を切って、できるだけ自ら命を絶つ方がなくなっていくように、新しい大綱の中では新しい視点で検討を進めている部分もございます。

委員の先生方に活発な御議論をお願いして、簡単ですが、冒頭のごあいさつとさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○樋口座長 どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、園田政務官からごあいさつをお願いいたします。

○園田政務官 おはようございます。大臣政務官を務めさせていただいております園田でございます。本日は第16回の「自殺対策推進会議」ということでお集まりいただき、本当に私からもお礼申し上げたいと存じます。

今、副大臣からお話がありました。お一人でも多くの命を私どもとしては救いたい。そのためにあらゆることをやってみりましたし、これから更に対策の視点も新たに取り入れさせていただきながら、しっかりと国を挙げて取り組んでまいりたいと考えているところでございます。

今日は自殺総合対策大綱の見直しに向けてということで、それぞれの委員の皆様方、先生方の御意見をしっかりとちょうだいしながら、私どもとして更に強化をしていきたいと考えておるところでございますので、何とぞ忌憚のない、そしてまた精力的な御意見、御尽力を賜りますことを心からお願いさせていただきます。ごあいさつに代えたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○樋口座長 どうもありがとうございました。

なお、復興庁が設置されたということに伴いまして、本日の会議から新たに復興庁統括官付の参事官にオブザーバーとして参加していただいております。よろしく申し上げます。

それでは、お手元にあります議事次第に沿って本日の会議を進めてまいります。その前に五十嵐委員、清水委員、杉本委員、渡辺委員から要望書が提出されておまして、これについて会議の冒頭に内閣府からの回答をお願いしたいということでございますので、内閣府からお願いいたします。

○齊藤参事官 自殺対策推進室参事官の齊藤でございます。どうぞよろしく申し上げます。

会議資料とは別にございます五十嵐委員、清水委員、杉本委員、渡辺委員からの要望書といったものと、それに対する御回答といったものがホチキスでとじてございます。議事に入ります前に冒頭で御報告せよという御指示がございますので報告させていただきたいと思っております。

要望の内容につきましては、その資料をごらんいただければと存じますが、その資料の裏側、要望する内容というところでございます。

「1）経緯について」。①上記の経緯に関して、自殺対策推進室の認識はどうなっているのか、説明を求める。①というのは、「GKB47」に関する会議、前回の第15回の推進会議におけるやりとりのことございまして、御回答がその次の紙でございます。

①につきまして、細かな表現ぶりとはともかくおおむね記載していただいているとおりの認識と我々も認識いたしているところでございます。

①が二つの項目に分かれておまして、その①の後段の部分でございます。後段部分は会議の議事録の作成されている部分ではございません。会議の終了後のやりとりでございますので記録を取っていないというところもありまして正確な部分は確認しようがありませんが、私の発言部分については記載していただいているような趣旨の御発言をさせていただいたと記憶いたしております。その際、併せて会議の中でも同じ趣旨の答弁をさせていただきまされたけれども、標語そのものは既に準備を進めているために変更することはできませんが、本日の会議でいただきました御指摘を踏まえて実際の標語の使用に当たっては掲示場所等、留意してまいりたいといった趣旨の発言もさせていただいたものと記憶いたしております。

ごちゃごちゃして済みませんが、2というところが経緯の「2）会議後の報道について」という部分に対応いたしております。具体的にどの報道に基づく御指摘か、その際の一連の報道をざっと確認したところですが、直接この記事が対応するというところの確認ができなかったものですから個別に認識を示すことは難しいのでございますけれども、当時から各報道機関から推進会議におけるやりとり等についての照会がございまして、その際にはそこに記載のとおりお答えをさせていただいたとおりでございます。

具体的には、標語を決定したのは昨年11月。当室において検討し、担当大臣まで御説明をして了解いただいたものです。当時の担当大臣は蓮舫大臣でございました。

その後、11月に都道府県の主管課長会議、12月に月間の協賛、当時は予定の団体の説明

会を開催いたしまして、3月の月間のテーマ、キャッチコピー、いわゆる標語等に関して説明をいたし、ポスターの掲示等の協力を要請したところでございます。

三つ目ですけれども、有識者会議といったものがこの推進会議ということだとすると、当時の報道は違和感がある等の発言がなされたということございまして、この有識者会議で決定したという報道が確認できなかったのですが、いずれにしても有識者会議で決定したという趣旨の説明は一切していないところでございます。

続きまして、四つ目でございます。標語につきましては、様々な御指摘を踏まえて、当時の担当大臣である岡田副総理にお諮りをして、「あなたもゲートキーパー宣言!」へと、ゲートキーパーという訴求ポイントをストレートに表現する形へと変更いたしました。一連の騒動を通じて、凶らずも自殺対策を進める上で重要なゲートキーパーという言葉が注目をされる結果となったので、こういった御批判をいただいたことについては反省すべきところは反省しつつ、単にこれが言葉だけで終わるのではなくて、実際にゲートキーパーの役割やその重要性についても多くの方々に御理解いただき、ゲートキーパーの輪に加わっていただけるように取り組んでまいりたいといったことを報道からの照会に対する回答をさせていただいているところでございます。

具体的にどのような記事内容とするかにつきましては各報道機関の御判断ということになりますが、当室に照会のあった際に説明した内容につきましては、照会をいただいた記者の方々には御理解いただいたものと考えてございます。

三つ目、項目がずれてしまって恐縮です。要望内容の「2）自殺対策推進会議と政府の政策決定の関係性について」という質問でございます。

この「自殺対策推進会議」につきましては、自殺総合対策会議決定、閣僚会議の下に開催されている民間有識者の会議でございます。この開催の趣旨は、大綱に基づく施策の実施状況の評価並びにこれを踏まえた施策の見直し及び改善等についての検討に民間有識者等の意見を反映させることにあります。

そのため、これまでも自殺対策関係予算、白書、類似のプランなど、政府の最新の取組状況を随時御報告して御意見をお聞かせいただき、その後の取組の参考にさせていただいております。

ただし、個々の意思決定、政策決定に際して事前の御意見をいただくという位置づけではなく、本件に関して言えば、昨年11月に既に決定していた内容につきまして、その後、関係方面に協力依頼をして準備を進めていった。この「全員参加」というキャンペーンテーマと「あなたもGKB47宣言!」という標語について御報告をして意見を伺い、実施に際して生かしていくという趣旨で会議の場でもそのように御回答させていただいたところでございます。

最後に四番目でございます。今回の件に関する総括ということでございます。若干重複しますので重複分は端折りまして申し上げますけれども、ゲートキーパーまたは全員参加といったものをできるだけ、特に自殺対策に余りこれまで関心を持っていただけなかった

層に訴求したいということからこの標語を考案したわけですが、その後、今、申し上げたような経緯で「あなたもゲートキーパー宣言!」へと改めました。このように様々な御意見があるということに関する配慮が十分ではなかったと反省をいたしておるところでございます。今後、一層関係者との意思疎通を密にしていきたいと思います。

以上が、いただきました要望書に対する御回答でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。これについては、まだこれに対する御意見等々おありになると思いますけれども、それは改めて何らかの形でお伺いする。本日の正規の議題というのが予定されておりますので、そういうふうに御理解いただければと思います。

それでは、本日の議題に入ってまいりたいと思いますが、「『自殺総合対策大綱の見直しに向けての提言』について」ということで、これは私の方から御報告を申し上げたいと思います。

この提言は、私ども国立精神・神経医療研究センターの中に置かれております自殺予防総合対策センターにおきまして、この大綱の見直しに向けて提言をしていこうということで、関連の学会 29 学会の協力を得て、ワーキンググループを作って、昨年 6 月より活動してまいりました。当会議のメンバーでもある高橋祥友委員、斎藤委員、本橋委員にもそれぞれの学会の関連でワーキンググループに参加していただけてとりまとめたものでございます。

昨日、中川大臣室にお伺いして私どものセンターを代表して私の方から大臣にこの提言を手渡させていただきました。中川大臣の方からは、貴重な御提言をとりまとめていただき感謝を申し上げる。また、現在、進行中の大綱の見直しに反映してまいりたいという旨の御発言をいただいたところでございます。

本日は、直接この推進会議と関係するわけではございませんが、この場をお借りして皆様にもこの提言の内容を御報告して、そのとりまとめを通じて得られた貴重な専門的な知見の共有を図りたいと思いますので、お時間をいただきました。

この内容について、とりまとめに当たりました自殺予防総合対策センター長の竹島の方から説明をさせていただきます。

○竹島センター長 それでは、説明をさせていただきたいと思います。お手元の資料 1 をごらんいただきたいと思います。

まず、開けていただきまして「はじめに」のところに、この提言をまとめるところの考え方を述べさせていただいております。私どもの基本的な考え方は、大綱が公表されてから 5 年間の中で自殺対策の重要性に関する認識、自殺対策が国民的課題であるという認識を広げることは大きく進んできたと考えまして、それを更に実質的な働きになるためにはどのようにしたらよいか。また、5 年間の中で様々な学術団体も自殺対策の発展に関与してきた。その中で得られた知見をいかに大綱の見直しの中に実現していくか。そこで、各学会にそれぞれの知見を求めて、その中で、現状で出せる提案をまとめてみるようにとい



うことでお願いをした経緯がございます。

31 ページをごらんいただきたいと思います。ワーキンググループを構成いたしましたメンバーを挙げさせていただいております。ワーキンググループは、公衆衛生、更には臨床精神医学、その他、精神医学の中でも各領域等から代表的な方にお入りいただいて、ワーキンググループでもって各学会にお尋ねする内容を作りまして、それを基に学会にお尋ねいたしました。

30 ページでございますけれども、今回 88 の学会にお願いしたのですが、そのうち 29 の学会からこのような提案をいただきまして、それを基にして本文を編んだところでございます。本文の内容につきましては、8 ページ以降が各学会から挙げられた提案の具体的なところを詳細に挙げてございますけれども、今日は時間の都合もございますので、その手前の要約のところに沿って簡潔に説明をさせていただきたいと思っております。

挙げられた提案は、非常に具体的なものもかなりございますので、具体的なものにつきましてはできるだけ包括的な表現を通じて、あと詳細については後ろを参照していただくという構成で考えております。

7つの要約の中に挙げさせていただいたことを挙げさせていただきたいと思います。

まず、一つ目が大綱に述べられていることにつきましては、国の取り組むこと、地方公共団体の取り組むこと等、その適用範囲を明確にしてはどうか。特に地方自治体においては、それぞれの地域において自殺の実態というものが異なりますので、それぞれの地域に合った優先課題に重点を置くこと。特に地域の自治体の強い点、対策として取り組むのにこのような長所があるという点もございますので、実施可能性ということも含めまして、それぞれの地域の優先課題に重点を置くということを推奨するという文言を明記してはどうかということが一つ目の提案でございます。

二つ目でございますけれども、自殺対策の効果を上げるためには、全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入、この三つの要素をバランスよく組み合わせることが必要ではないかということでございます。これにつきましては、平成 24 年 1 月に WHO からサクシーナ部長始め 4 人の専門家に日本に来ていただきまして、日本の自殺対策についてヒアリングを行っていただきました。その中で WHO から、この三つの選択をバランスよく組み合わせることが大事ではないか、特に選択的予防介入、個別的予防介入については、早期に効果を上げていける可能性がある一方で、日本においては特にこの二つを強化していくべきではないかという提案をいただいたところでございますので、それも受けてこの中に組み込ませていただいたものでございます。

この選択的予防介入と個別的予防介入につきましては、個別にリスクの高い人、ハイリスクグループ、あるいはハイリスクへの対応と同じ性質のものと御理解ください。

その次でございますけれども、現場の取組がよく進められるよう、自殺対策の関連学会、自殺予防総合対策センターにおける活動の経験と調査・研究を通じて得た知見の活用を支援する考え方を示す。加えて、現場の取組を支援できる科学的知見の収集が更に進むよう、

また、モデル的な取組や国際交流が進むよう、研究基盤の強化を明記すると書かせていただきました。これにつきましては、やはり現場の取組というものに、ある民間団体、例えば断酒会等が自分たちの取っている取組は自殺対策においてはどのような意味があるのかということをやはり専門家と一緒に検討する中で、より重要なことに力を注ぐことが可能になるということがありますし、自分たちが何をやっているか理解を深めていくということも可能になると思います。それを自治体レベル、民間団体、学術団体の間で話し合う機会を広げていくということ、その中で新たな研究も発展していくというようなこと、それがいわゆる研究のための研究というようなことの批判を生まない新しい研究の発展の方法ではないか。そのためにはそのような基盤も強化する必要があるのではないかと考えています。

国際交流につきましては、東アジアの諸国が社会の急激な変動の中で、韓国にしましても自殺死亡率が日本よりも高くなるという状況も発生しておりますので、同じような課題を抱えるアジアの国々で自殺対策の在り方について研究協議をし、それを国際的にも検討することは、わが国の対策の発展にも寄与することがあるのではないかと考えています。

その次でございますが、社会的要因について言及しております。我が国の自殺対策において、社会的要因という要素は大変強く指摘されてきたものでございますけれども、では、その社会的要因ということを実際の対策に落とししていくかということを考えてみた場合に、社会的要因を抱えた人で、同時にまたメンタルヘルスの問題を抱えるなど、複雑な要因を抱えている人は、先ほど申し上げました選択的予防介入、個別予防介入の対象として重要であることは間違いのないところでございますので、そのような意味で具体的かつ焦点を当てた対策を重視するという考え方で後ろの各学会で挙げられたことを整理させていただきます。

その次でございますが、メンタルヘルスの問題の位置づけでございます。メンタルヘルスの問題というと、自殺対策全体の中でごく一部であるという理解がされるのでありますけれども、我々がメンタルヘルスの問題というのをもう少しプライマリーヘルスケアの中に位置づけてということで考えております。その中で言いますと、やはりそれは共生社会を実現する、あるいは法制的な社会を実現するということの柱の一つであるという認識があると思いますので、これは国連とか WHO でもそのような認識を示されておりますので、国レベルでの保健と社会セクターの包括的な調整を必要とする重要な課題であるような認識をできれば示していただきたいということを書かせていただきました。

6 番目でございますが、地方公共団体で活動計画と活動のモニタリング計画を立てることを推奨するというところでございます。これは本橋先生も十分御存じのことなわけですが、人口 10 万単位の自殺者数は我が国の状況で見ますと 20 から 25 人ぐらいです。偶然変動でも毎年数人レベルの変動はありますので、自殺者数を毎年毎年比べて増減を持って自殺対策が進んだとか進んでいないということを使うのが非常に厳しいものでございます

し、一生懸命取り組んでいてもその翌年には増えるということもあり得るわけですので、そういうことを考えますと、自殺者数よりももう少し数の多い、かつ現場の取組が評価されるような指標というものが必要ではないか。それは例えば自殺未遂者に対する支援というものであったり、あるいはハイリスクの人たちに対する支援をどれぐらい行っているかという支援の活動といったものが一つの中間的な指標として活動の報告に用いていくことによって、現場の活動をよりよい方向に高めていくことができるのではないだろうかということでもあります。そのように自殺者数が3万人を超えているという現状でございますけれども、逆に言いますと、3万人という声がなくなってきたときに急に問題が片付いてしまったような誤解を与えてもいけない。そういうような長期的な持続的な活動にする上においても、サービスの利用の強化等を指標にしていくという考え方が必要ではないかという点でここに挙げさせていただいています。

7番目でございますけれども、少し抽象的な言い回しでございますが、いただいた提案を分類してみますと、(ア)～(キ)の7つの項目に分けることができました。逆に言いますと、この(ア)～(キ)の7つの項目に分けて分類して考えてみるということは、自殺対策の発展の上で、あるいは自殺大綱を点検してみる上で一つの資料になるかもしれないという点で7つ目の項目として挙げさせていただきました。

もとよりこの提言をまとめていくという作業につきましては、関連した学会が29学会、多くの学会に大変熱心に御協力をいただいたものでありますけれども、すべての領域を網羅しているものではありませんし、あるいは研究自体が及んでいない対象も勿論ございます。その意味で、非常に限界のあるものでございますけれども、私どもこれを機会にしまして、最後に書かせていただいておりますが、メンタルヘルスの問題への取組と連携した社会的支援は必須であるという認識の下に、更にこれを発展させるべく進めていきたいと思っております。

具体的には、また自殺予防総合対策センターにおきましても、ここに書かせていただきました学術団体、民間団体、自治体の連携について具体的な取組を一步進めていくよう現在も検討しているところでございます。

以上、簡単ですけれども、報告させていただきます。

○樋口座長 ありがとうございます。このワーキンググループのメンバーとして参加しておられました斎藤委員あるいは本橋委員の方から何か御追加等ございますか。

本橋委員、どうぞ。

○本橋委員 今、竹島先生からお話がありましたように、1年間ぐらいかけて各学会の意見を吸い上げていただいて、この最終的なものについては大変メンタルヘルスの観点からの対策についての一つのよい提言になっているという理解をしております。公衆衛生学会も特に社会的包摂をきちんともう少し理念のときに取り上げるべきだというようなこともお話しいたしましたけれども、その辺もきちんと取り上げられておまして、全体にこの中からは是非組み込むべきことについては組み込んでいただきたいというのが私の意見でござ

ざいます。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○斎藤委員 自殺問題の中で、今までこの委員会では余り取り上げられなかったというか発言もなかったと思いますが、いわゆる過労死、過労自殺の問題というのはかなり深刻な問題なのです。これは先週、衆議院の第一議員会館で250名の人たちが集まりまして、議員も自民党から共産党まで二十数名の先生方が参加しました。

実は、厚生労働省の助成を受けたこの問題についての研究がもう10年前に出ているのです。これは黒木宣夫先生でしたか、一言で申し上げますと、過労死と過労自殺は極めて近い。ただ、この数値等に関しては余り今まで報告がありません。国の統計でもありません。やはりこの過労死、過労自殺の問題というのはなかなか見えてこないというか、ことに企業城下町では、いわゆる労働基準監督署の監督の及ばないというか、むしろ遠慮しているというような実態があるのではないか。やはりこの辺を解明していくことが自殺の減少につながるという実感をしておりまして、これは今後是非御検討いただきたい、そのことを一言申し上げます。

今回の改正案で自死遺族支援の問題がまだ不十分であると思います。これはいわゆる自殺防止対策とは少し性格が違うというか、これは今後色々な議論をしていかなければいけないと思いますけれども、この問題に関して是非継続的に御検討をいただきたい、そのことを申し上げたいと思います。ありがとうございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの報告に関しまして御質問、御意見がございましたらお願いしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 少し教えてほしいのですが、この提言、非常によくまとめてくださってありがとうございます。

質問といいましょうか、実はここに限らず広く大きな問題になると思うのですが、提言の最初のところにありますメンタルヘルスの問題が国民的課題であると認識を示すという項がありますが、このメンタルヘルスという言葉はどう使ってどう理解していくのか。言い換えますと、心の健康、心の問題という言葉が非常によく使われるようになってしまって、片一方で精神疾患と心の問題とがごっちゃになってしまっている。むしろ心の問題と精神疾患とはある意味違うのだということをきちっと教える、伝えることが本当の自殺予防につながると思っているのです。うつ病で自殺しかかっている人をいわゆる心の問題ととらえてしまっで見落としてしまうということが重大なことで、私は心の問題と精神疾患とは違うということ伝えることは大事だと思っています。

そういった意味でメンタルヘルスという言葉はどう使っていくのか。先ほど広い意味で

プライマリーメンタルヘルスとおっしゃったので、それはそれで大事な概念だと思うのですが、それであれば片一方で精神疾患というものをもう一つきちっと規定して分けて考えていかないと、そこが混在、ごっちゃになってしまうと、むしろ本当の精神疾患に対する対応が薄らいでいってしまうのではないかという危惧をしておるのですが、その辺り、いかがでしょうか。教えていただければと思います。

○竹島センター長 済みません、若干私個人の意見に入りますけれども、よろしいでしょうか。では、そこのところは、まとめる立場にありました私個人の意見も含めて御紹介させていただきたいと思います。

先ほど私がプライマリーヘルスケアとして申し上げたのは、いわゆる WHO の示したプライマリーヘルスケアの意味でございまして、ヘルスの問題に関しては社会の基盤、社会の安全、安定な基盤を含めてのプライマリーヘルスケアということを上げたわけです。えてして私がここでより共生社会を実現する国家的課題と書かせていただきましたのは、この場の議論も聞かせていただいております、メンタルヘルスの問題が診療報酬の課題精神医療改革の課題というところに限定されがちな話になっていることを危惧したという点であります。

もう一つ、実態として申し上げますと、様々な社会の中の、先ほど本橋先生からもお話もありましたけれども、社会的包摂の問題もございまして、例えばホームレスの中でも精神疾患の有病率は恐らく東京の一地域では 60%、あるいは 3分の1 ぐらいが知的障害の人たちであるというようなデータが出ております。

恐らくほかの地域でも調査をしていったら似たような状態が出てきて、サービスへのアクセサビリティの低さ、利用可能性の低さというものに関して、メンタルヘルスの問題は重要な大きい影響をしていると思います。そのようなもう少し幅の広い意味でメンタルヘルスの問題をとらえてほしい。単に診療報酬、精神医療改革という厚生労働省だけの話にしないでほしいというのが一番の原点として書かせていただいていることとさせていただきます。それゆえにここではメンタルヘルスとして書かせていただきました。

そういう意味では、ここで使っているメンタルヘルスは精神疾患を含めて、更に精神健康の状態で著しくその人の人生に影響を与えてしまうような事象、障害も含めてここでは使わせていただいております。

先生のおっしゃるとおり、医療としての厳密性、医療としての厳格に治療を確立するというよりはもう少し幅広い意味で使わせていただいております、先生の言われていることは認識しながらここでは書かせていただいているつもりでございます。ありがとうございました。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 精神科医療の分野からの提言ということで、非常にその分野に関しては充実した内容になっているのではないかと感じました。特にリスクの高い人たちへの介入の強

化であったり、あるいは研究のための研究にならないように現場と連携を図りながら研究を進めていくのだというような点に関しては非常に共感するところでもありました。

ただ、その一方で自殺対策基本法に基づいて作られる大綱ですから、当然、自殺対策基本法がうたう「自殺総合対策は社会づくりである」という観点が根底にくるべきであって、そうした意味で精神科医療の分野の内容についてはこうしたものを盛り込みつつ、ただ、それ以外の社会的な対策、社会づくりとして対策をどう進めていくかといったところに関しては、もっと別の観点からの意見も幅広く聞きながら強化していく必要があるのではないかと感じます。

○樋口座長 ありがとうございます。

竹島センター長、コメントはございますか。

○竹島センター長 そのとおりだと思いますので、特にコメントはございません。

○樋口座長 ほかに御質問はありますか。

高橋委員、どうぞ。

○高橋（信）委員 なかなか貴重な提言をありがとうございました。

この中の2番なのですが、三つの全体的予防介入と選択的、個別的と三つのジャンルに分類されていまして、その後者二つが大切だということはよく理解できました。決して軽んじているわけではないと思いますが、全体的予防介入、これもここにありますとおりに啓発とか教育という問題は差別することなく合わせて重点的に進めていただきたい課題だと思います。というのは、一人ひとりがゲートキーパーであると言いながら、例えば私どもの社員は傘下に5万人近くおりますけれども、そういうところで気付いたときでも一般の人はどうしていいかということがほとんどわかっていないというのが実情です。以前、この場でもお話ししましたが、学校教育でそういうことを教えられたか、あるいは研修をしたかという、まずほとんど皆無に近い。文部科学省からはそういうカリキュラムというのは大学などは繰り返し入れるのは難しいということでしたけれども、そういう基本的な問題を合わせて進めるということをお忘れずにやっていただければと思います。

○樋口座長 よろしいでしょうか。ほかには。

五十嵐委員、どうぞ。

○五十嵐委員 ただいまの高橋委員の御質問とも多少関連すると思うのですが、私も2のところの全体的予防介入のところを強化する必要があると思っています。色々な様々な保健政策を考えるときに、確かにハイリスクアプローチというのは、それはそれで意味があるのですが、全体的なポピュレーションアプローチの方がむしろ全体の意識を正の方に持っていくアプローチとしては有効というようなエビデンスも出ています。そうすると、まずは目先のまず3万人を切るというようなところはハイリスクアプローチでいいと思うのですが、長期的に日本の自殺を減らしていくとなると、かなり小さいうちからの0次予防の視点を入れるべきだと考えます。私もこの中の学会の幾つかに所属しておりまして、理事の立場でも提言をさせてもらったものが、きちんと反映されてお

り、報告書としては大変よくまとめていただいで感謝いたしますが、これをまた一つのエビデンスとしながらも、ストラテジーとしては中長期的な視点でこの大綱の見直しをしていくということが結果的には功を奏するのではないかと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。よろしいですか。

竹島センター長、何かありますか。

○竹島センター長 1点だけそれについて申し上げたいと思います。

恐らく、今お示しになった0次予防または1次予防という観点になっていきますと、自殺予防と名づけるのか、例えば子どもであれば色々な心配事があったら相談するという行動を身に着けていくことになっていくのかということところが挙がってきまして、恐らく全体的予防介入も幾つかの階層に分けて考える必要があるのかなとお話を伺いながら考えておりました。

私どもがここに書きましたのは、先ほど申し上げましたWHOから日本に訪問していただいたときのレポートの中にも、日本において今後強化する方向としては選択的予防介入、個別的予防介入という問題提起も受け、またそれは各学会からいただいたレポートの中にもその点が色々繰り返され述べておられますので、そこをまとめますと、やはり効果的に組み合わせるといふところに落ち着くのかなということを書かせていただいでおまして、五十嵐委員のおっしゃっていることと私の受けていることに違いは余りないと認識しております。

○樋口座長 ほかにはありますか。

どうぞ。

○高橋（信）委員 済みません、先ほど斎藤委員から過労死問題と過労自殺問題という御指摘がありました。そして企業の問題についても関心を高めるべきであるという趣旨の御発言だったと思います。私は経団連の推薦委員として来ておりますが、実は企業をひとくくりにして、大体この問題は言われがちだと思っています。企業経営者の中にも様々な人がいます。そして企業の特質、これは大小もありますし業種もあります。また社業として脱法行為すれすれのことをやるところもありますし、また心の健康をサポートする専門スタッフもいないということなど、一口に企業といっても中はかなりバリエーションに富んでおります。それを見据えて対応を考える必要があるのではないかと思います。

したがって、総論としては、この問題に目を配るといふことは大事なことですけれども、相当な数の企業がありますので、企業特性を考えながらこの対策を講じていただいたらより有効ではないかと思います。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。ほかにはありますか。

どうぞ。

○杉本委員 最近自死という言葉が随分使われるようになってきていると思います。勿論、色々な御意見があり、批判もあつたりすることは承知してはいますけれども、その辺りは今

回はどんなふうな扱いになるのか教えていただきたいと思います。

私は遺族と関わる人が多いのですけれども、そもそも自殺は一体何なのだったのだろう。遺族の方から言うと過去形になりますということで、自死、自殺をどんなふうに理解して、どんなふうにとらえるかということが先ほどの五十嵐委員の0次対策では啓発的なところで非常に大切な部分ではないかと思います。

やはり一般的には個人の選択の結果である。結果を予測しての選択であるというとらえ方がまだまだ非常に強いので、その辺りを改善していかないとなかなか自殺対策は進まないのではないかというのが実感です。

○樋口座長 今の点について、竹島センター長、自死とか自殺という言葉のところでは、この中では検討した部分がありましたら。

○竹島センター長 検討させていただいた点につきましては、29ページをごらんいただきたいと思います。用語の問題は、この提言の最終案を作りましてシンポジウムを開催したときに御遺族の方からその問題提起がございました。自殺という用語なのか、自死という用語なのかということでございます。

それにつきまして、そのシンポジウムの席で発言のあった専門家の意見、その後の内部の検討等を考え合わせますと、今、用語としてあくまで我々がここでまとめたのは、学術団体としてのまとめでございます。そこの中の中で見ると、自殺という用語を使うのか、自死という用語を使うのかということについて、学術団体としての意見を申し上げられるだけの情報を我々は十分には手にしていない。更にその中でそれぞれの用語については歴史があるということを考えますと、自殺や自死という言葉の成り立ちを研究し、国民の間で十分な議論を可能とする基盤の整備が必要であろうと。我々のあくまで学術団体が連携しての提言のとりまとめという段階ではこのように述べるのが一つの誠実な態度ではないかここに書かせていただいております。

○樋口座長 それでは、そろそろ時間が次の議題へ進みたい課題がございますので、一応ここでただいまの提言に関しての議題、議事は終了とさせていただきますと思います。いただきました非常に貴重な御意見がございまして、あくまでもこれは専門の学会集団の中から出てきている提言ということであって、清水委員の言われたような広い社会基盤の観点から、当然そういうものを総合したものが大綱には反映されていくと理解しておりますが、その中の専門集団、特に精神保健に関係する専門集団からの提案という位置づけでこれが提出されたということでございますので、引き続き御検討いただければと思います。

それでは、次の議題に進ませていただきますが、「自殺総合対策大綱の見直しについて」、最も基本的な中心課題でございます。そして、併せて平成24年版の自殺対策白書ができ上がったということでございますので、この両方の説明を一括して事務局の方からお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○齊藤参事官 それでは、私の方から御説明させていただきます。

資料として、資料2、資料3を使って前段の「自殺総合対策大綱の見直しについて」、資



料4、5として白書、概要を配付していますので、後段はそれで説明をいたしたいと思えます。

まず、資料2をごらんください。前回の推進会議におきまして、大臣の下に特命チームを開催して、関係団体等からのヒアリングを進めておりましたという御報告をいたしまして、その際、第2回目までの御報告をさせていただいたと記憶しております。

その第3回目以降の御報告から申し上げます。第3回目として1月26日に、その回は全国精神保健福祉センター長会、保健師さん、看護師さんたちの団体であります日本看護協会から代表の方をお招きいたしましてヒアリング、意見交換をさせていただきました。

精神保健福祉センター長会より、睡眠キャンペーン、ゲートキーパーの育成等の活動についての御報告があって、引き続きこういった取組をしっかりとやっていく必要があるのだという御発言がありました。

看護協会より、地域において保健師さんなどが中心となって自殺対策に取り組んでいる事例などの紹介があって、こういった各地の取組を更に強化または支援をしていく必要があるといった御発言がございました。

続きまして、第4回目として3月27日に、この回は分野を変えまして、日本弁護士連合会、日本司法書士会連合会より代表の方にお越しいただきまして、それぞれ御発表いただいて意見交換したということで、分野は主として多重債務、それよりも少し広く貧困問題などの観点からそれぞれの取組状況、特に相談支援等の取組状況についての御報告がございました。

それぞれの団体からは、まずこういった法律の専門職の方もしっかり自殺対策を担っているといったことを大綱では明記していただくことがそれぞれの団体、またはそれぞれ所属する会員の方々の方がより積極的に活動に参加するために必要であるといった提起がございまして、それぞれの分野だけに限らず、特に心の問題などの方々との連携が非常に重要だということで、その連携を支援するようなことを考えてほしいといった発言があるところでございます。

引き続きまして、第5回目として、つい先日ですが6月4日に第5回目のヒアリングを開催して、その回は地方自治体の代表ということで京都府の山田知事にお越しいただきまして、京都府の取組、併せて山田知事は現在全国知事会の会長をなさっていますので、広く都道府県の立場からの御提言をいただきました。

山田知事からは、京都で取り組んでらっしゃる京都府自殺ストップセンターの取組についての御紹介があって、色々な社会資源を融合させるための一つのやり方として、物理的にセンターを設置してそこに色々な分野の方が出張って、そこで住民の方々の問題を包括的に解決していく取組をやっているという活動がございまして、やり方は自治体によって色々あると思うけれども、そういった包括的な支援というのが自治体では重要だと思っているので、そういった取組についての支援を国が考えるべきであるといった御発言がありました。

併せて、自治体がそういったそれぞれの自治体の現場のニーズをしっかりと踏まえた対策を講じるためにも、情報の提供というのは国もしっかり更にはやってほしいといった御発言があったところでございます。これがまずその経緯のところにあります官民協働特命チームのその後の活動内容でございます。

官民協働特命チームでは、そういったいわゆる中央組織の代表の方に来ていただいて、どういった協力ができるかというような論点からの議論をしていますので、それだけではなかなかそれぞれの現場で活動されている方々の声が十分に聞けないのではないかという意識を持ちまして、それとは別に資料の一番下でございますけれども、民間団体のヒアリングといったものを開催いたしました。

これは5月23日に東京都で東日本分、翌週31日に大阪で西日本分といったことで、各都道府県から地元の民間団体を御推薦いただきまして、その方々にお越しいたごいで自殺対策担当の政務の方々がヒアリングに出席して直接御意見を伺うということをしてまいりました。

詳細につきましては議事録も含めて今整理中でございますが、当日の資料、議事録なども後ほどホームページで公開するというような手はずになってございますけれども、簡単に申し上げますと、それぞれ集まった団体が非常にバリエーション、千差万別色々な活動をされておりまして、ひとくくりにはなかなかできないのですけれども、分野として申し上げますと、まずは職域拡大といえますか、特に先ほど話題に出ましたけれども、3月の全員参加の取組などを通じて、これまで自殺対策に関係をしていただいていたようなところも含めて大分職域の拡大をしたということで、薬剤師会ですとか、司法書士の方はずっとやってらっしゃいますけれども、タクシー協会、理美容協会、そういったところからはそれぞれ自分たちの職業特性を生かしてできることがあるので、是非そういった活動も自殺対策の一翼を担っているといったことを大綱レベルで位置づけていただくと、現場の取組が更にそれぞれの分野で全国に広がるのだという御発言だったり、いずれにしてもこういった直接現場で活動されている方々の取組をしっかりと伺いする機会はなかなかこれまで持っていなかったものですから、こういった取組を継続的に実施してほしいといった辺りは西日本でも東日本でも多く聞かれたところでございます。

併せて、先ほど杉本委員がおっしゃっていました言葉の問題につきましても非常に多くの問題提起をいただきまして、まさにそこをどういうふうに丁寧に書いていくのかというのが恐らく当初、現在の大綱はそこまでなかなか思い至らずにぱっとやっつけて書いている部分は多分あると思いますので、今回見直しに当たってはそういった方々の意見もしっかりと反映させて、丁寧な書きぶりになるようにという意見交換がなされたところでございます。

これがその一番下にあります民間団体のヒアリングに関するもので、最初に申し上げましたように、詳細な資料はまた追ってホームページで公表させていただきたいと思っております、今しばらくお待ちいただければと存じます。

続きまして、この資料の下、そもそもこの資料なのですけれども、先日6月8日の金曜日に閣議前に「自殺対策総合会議」、官房長官を会長とした閣僚レベルの会議を開催いたしまして議論した際の資料をそのまま流用しているものでございまして、まさに次の説明はその金曜日の「自殺対策総合会議」についてでございます。

会議では、閣議前の20分間という限られた時間ではございましたが、今、申し上げたような、ここに書いてあります、まずは本推進会議におきまして施策の実施状況をフォローアップして次の大綱に盛り込むべき事項について整理していただいた。その後、特命チーム、また民間団体のヒアリングなどを通じて新たな大綱の論点が大分明らかになってきたので、それを一旦自殺対策担当大臣が整理いたしまして、それを閣僚の会議で報告するといったことをいたしました。

今後、その提示をされた論点または閣僚会議後には、まさにこうして推進会議を開催させていただいていますし、それ以外のチャンネルも使って色々な論点の追加等もなされると考えておりまして、そういったものを含めて具体的な大綱見直しの内容を検討していこうといった会議でございますので、資料を一つ次に進みまして、資料3の下に当日、自殺対策担当大臣の方から閣僚会議に御報告をした、それまでのヒアリング等で得られた提起をされた意見等というところを簡単に御説明させていただきます。

この構成としては、まず総論、世代別考え方、各論、3ページ目に枠組みと書いてありまして、大きく大綱の枠組みに沿った形で提起された意見を整理しています。

個別にはこの施策の内容等についてはまだ論点整理という段階なので盛り込んでいませんが、推進会議ですとかヒアリングで提起されたもの、まさに検討の視点という意味ではすべて拾い上げたつもりでございます。

簡単に1の総論から申しますが、まずは「生きやすい社会」というのが大綱で目指す社会でございます。若干それに関しては目指す社会として余りにも抽象的かつ危機感が薄いのではないかな等の指摘をいただいております。色々な困難を抱えて危機的な状況に陥っても自殺を選択することがない、そういったことに追い込まれないように支援が届く社会を目指すべきであるということが提起されている。

先ほどの三層構造の介入のところとも恐らく同じ議論になるのだと思いますけれども、特に0次予防といった予防の観点ではなくて、それ以上に自殺対策というのはどこまでが自殺対策なのか。特に後ほど白書の説明の中で出てきますけれども、やはりこの間の経済的な要因、または社会構造の変化、そういったものが自殺のリスクを考える上で決して避けては通れないという中で、射程として経済対策など、そういったものが自殺の増減要因としてあるのだと、またはそういったところからしっかりやるのが、先ほど五十嵐委員おっしゃったように中長期で対策を講ずる上では当然土台になっていくということも提起されております。

これは色々な方々から提起をされています、効果をしっかりと把握して効果的なものを重点的にやっていくのだと。または重点的にということでは若干的予防介入のところをない

がしろにするのかなどという御懸念が出てくるかもしれませんが、そうではなくて、そういったことも当然実施しつつ、限られた資源をどういうふうに優先順位を付けるかという視点の提供だと思っていますが、そういったことも論点として盛り込んでございます。

四つ目は、まさに先ほど竹島オブザーバーから説明があったとおりのことでございます。

官民連携の会議をやっている一つの問題意識として、メニューは相当網羅的に今の大綱でも形成されているわけですが、その実施に当たって、各実施主体の連携というまだまだ不十分だという意識は皆さんお持ち、また提起をさせていただいているので、そういった辺りも総論の視点として盛り込んだところでございます。

併せて、これも本推進会議によく問題提起をさせていただいているとおりでございまして、実態または地域の状況別の対策。それに向けて、これまで内閣府を中心にモデル事業をやる、または内閣府でいけばグッドプラクティスを普及するとか、そういったところまでは内容的にはまだまだ不十分かもしれませんが、実施しているところですが、今回特にもう少しわかりやすく、実際の特性別、大まかなグルーピングごとに標準的なプログラムなど示したらどうかといった問題提起がなされているところでございます。これが総論の部分です。

世代別の考え方のところは、御承知のとおり、今現在は若年、中高年、大きくりに分けてそれぞれ定性的に書いてあるところでございますが、もう少し具体的に書いたらどうかという話と、併せてこの間、若年の問題、特に昨年から今年にかけて若年層の問題というのは非常に大きく動いている、または危機感を強めているところでございますので、そういったところもポジティブに強化していく必要があるのではないかと。

または、次のところもそうですけれども、若年だけではなくて、失業、経営失敗、多重債務等の経済問題の部分をしっかり当面の対象として書く必要があるのではないかと。または未遂者の問題も提起をされているところでございます。

次のページ以降が分野ごとでございまして、ごらんいただければこれまでの会議での提起の内容が反映されていると御確認いただければと思います。

1 と言えば各省または自治体、民間団体等が有する情報をしっかりと集約して対策に生かすようなことをやっていくべきである。

2 のところで今も議論ができましたけれども、言葉としてリスクマネジメントみたいなことを書いていませんけれども、またはライフスキームみたいなことは書いていませんけれども、まさに生活上生じる困難やストレスに適切に対処する方法を身に着けるような教育だとか、または大学などにおいてもそういった取組を推進すべきだといった問題。本日も資料を配付させていただいておりますけれども、性的マイノリティの問題もしっかりと論点として掲示しているところでございます。

過労自殺の問題は先ほど提起がございました。過労というところまではまだ実はこの論点が入っておりませんが、特に先ほど高橋先生からも企業は千差万別だというお話がありましたが、特にここでは今の段階では大企業とそれ以外、比較的規模の小さい企業、

雇用形態としての正規と非正規といった問題を提起させていただいているところでございます。例えば精神医療の分野でいけば、本会議で提起のあった過剰投薬の問題なども論点として掲げさせていただいております。

3枚目でございます。今申し上げたような色々な機関の連携という話、併せてこれも本会議でも何度か御議論いただいたマスメディアの問題についても、こういった形で更にマスメディアの取組を促していくのかということで、その方向性を論点として掲示しているところでございます。

8番の「遺された人に対する支援」ということで法的、経済的支援も視野に入れるべきであるといったことも掲げさせていただいております。

あとは端折りますけれども、例えば先ほどの言葉の問題で4ページ目でございます。幾つかこの会議でも提起があったところ、具体的に自殺と自死の問題に関しては、自殺遺児のところでは自殺遺児といった表現になっているわけですが、それは自死遺児に改めるべきではないかというその他の留意事項として論点を掲げたところでございます。

今、申し上げましたように、こういった論点、これまで提起されてきた論点を基に、会議では自殺対策担当大臣からの御報告の後意見交換をし、最終的には会長である官房長官の方から、「本日整理されたこの論点を基に、今後大綱の見直しがしっかりとした内容となるように、閣僚リーダーシップを発揮して検討を進める」といった御指示があったところでございまして、それを受けて、言わばそれをキックオフといたしまして、大綱の具体的な内容の検討に入っていくという状況でございます。

後ほどの意見交換では、更に現在ここまで進んできたというのを前提に、更にこういったことを具体的に検討すべきなのかといったところを中心に提起いただいて、それをこなしていくというやりとりを進めたいと思っております。

併せて、関連の動きといたしまして、今、申し上げたようなヒアリング以外に実は民主党、与党の方でも自殺対策の問題は非常に重点を置いて取り組んでいただいている、具体的には4月から社会的包摂プロジェクトチームといったプロジェクトチームが立ち上がりまして、自殺対策の分野では担当大臣や総理大臣としてこれまで御参画いただいた鳩山由紀夫議員ですとか菅直人議員、自殺対策担当でいけば岡崎トミ子議員ですとか、厚生労働大臣だった細川律夫議員、長妻昭議員などが顧問として参加されていて、会長の福山哲郎元副長官も自殺対策に精力的に取り組んでいただいております。

こういった方々を中心に、第1回のときの会長のごあいさつにもありましたが、今後、大綱の見直しに向けて党として意見を集約して提案していただけるということで議論が進んでいって、本当に精力的にやっていただいて、毎週木曜日を定例日としてヒアリングをされたり、政府の取組を聴取したりということをやっております。

5月中は白書の閣議決定があったものですから、与党の機関でございますので、その審査などに随分時間を割いていただきましたが、6月に入ってよいよ前回は提言の骨格となるようなたたき台のようなものを御提起された。余りしゃべると、多分後で清水

さんが資料を配付されているので、オブザーバーで参加されていますので清水さんの方からもう少し具体的な御説明があるのかもしれませんが、党の方でも新たな大綱のこういったところを検討すべきだといったものが大分形になってきているようでございまして、詳しくは後ほど清水さんにお譲りいたします。

これが前座部分で後ほど意見交換で更に深めていただきたいものでございまして、後段の白書の説明も併せてやらせていただきたいと思います。

概要と本体を配付しています。まず、一番重要なことは、資料に23年度と書いてあることとおやっと思われるかもしれません。これが24年版の白書でございます。と申しますのは、法律に基づいて1年間実施したことを国会に報告するドキュメントでございまして、主として23年度に実施したこと報告するものですからこういったタイトルになっていますので、これはあくまで最新でございます。

皆さん御承知のとおり基本法が平成18年にできまして、今回これで6回目の白書ということになります。基本法では我が国の自殺の概要、政府が講じた対策の実施状況に関する報告を国会にせよという規定がございまして、それに基づいて本体の目次を見ていただきますとわかりますとおり、第1章として自殺の現状、2章、特集を飛びまして、第3章として自殺対策の実施状況といったことを整理しております。

そこに第2章としてこの自殺対策の枠組みですとかその動向、併せて今回は特集として自殺統計の分析といったものを盛り込んでございます。今回の説明は実は前回1月下旬に本会議を開催していただいて以降の動きをまとめて御報告させていただきたいという趣旨でございまして、その間、平成23年の確定値がまず公表になりました。併せて連休中には意識調査、3年に一度程度やっているものでございますが、それを公表いたしまして、そういったことも盛り込んだ白書となっていますので、そういったことを含めて説明させていただこうと思います。

第1章の自殺の概要というところでございます。もう色々な形で断片的には情報を把握されているかもしれませんが、まず2ページのところで、確定値として平成23年1年間の自殺者数は3万651人となりました。男性が2万955人、女性が9,696人でございます。グラフをごらんいただいてわかりますとおり、ここの2年間は若干の減少傾向といったことで、後ほど分析のところでもう少し詳しくこの辺りは御説明しますが、政府といたしましてはこの間の対策の効果が徐々に表れつつあるのかなと考えているところでございます。

今回の白書の特徴として、ページを少しくっていただいて10ページ目でございます。御承知のとおり、年齢ごとの自殺死亡率というのは大分違います。そんな中で現在先ほども触れましたが、政府として注目しているものの一つに、近年の若年層の動きがあります。ここで掲げているグラフは、総数、男女でどれでもいいのですけれども、平成10年の自殺死亡率、それぞれ年齢階級ごとの自殺死亡率を100といたしまして、その後の自殺死亡率の推移を年齢階級ごとにグラフ化しているものです。これで何がわかるかということ、平成10年から率としてどういった動きをそれぞれ年齢階層がたどっているかというのがわか

ります。全体のところを見ておわかりいただけると思いますが、一番上のピンクは20代、その下の茶色が30代、その下が40代ときれいになっていまして、20代、30代、40代というのは平成10年を起点とすると自殺死亡率が高まっている。厳密に言うと、40代というのはゼロ、つまりほぼ同水準に戻っています。

それ以外、または20歳未満ということになると数字が非常に少ないので振れ幅が大きくなってしまっているという要因がありますが、それ以外の50代、60代といったところはきれいに率としては低下傾向にあるといったことがわかります。後ほど分析のところが出てきますが、その間、人口の高齢化といったまた別の要因もございまして、それぞれの自殺者数で見た場合にはこれほど増や減というのは顕著にならないのですが、率で見るとこの間のそれぞれの年齢階級ごとの動きというのは非常によくわかるかなと思っていまして、これから何を我々は見ていくかということ、やはりこの期間、若年層のリスクといったものが高まっていて、今回大綱を見直すに当たってはそういったところをしっかりと意識してやるべきではないかということを考えているところです。したがって、先ほどの論点ペーパーにもそういった趣旨の論点が盛り込まれているところでございます。

よく取り上げられる数字でございます。15ページです。図1-13のところに学生・生徒の自殺者数の推移というのがございまして、23年で1,029人ということで、グラフを見てわかるとおり、徐々に高まっていて、いよいよ23年は1,000人を超えたということでございまして、この辺りも先ほどの問題意識と軌を一にするわけですが、新たなリスクとして具体的に認識するべきであると考えています。

それ以降は先ほど申し上げたように確定値ベースのもので最新のものが整理されていますので、適宜御参照いただくとして、時間の都合もありますので、その先に説明を移りたいと思います。

38ページ以降、第2章でございます。この部分は白書の必要的記載事項かどうかは別にいたしまして、自殺対策の枠組み、法律または大綱の理念、この分野、政府の動きは非常に早いところがあって、類似の政策パッケージ、枠組みなどもその間追加されているので、そういった動きを整理しているところでございます。

今回、御説明すべきところとして43ページ、確かに本日の会議の議題そのものでございますが、大綱を見直すということに当たりまして、現大綱に基づく取組の実施状況に関する認識を簡単でございますが整理してございます。エのところ。現大綱で9項目、48の施策を設定している。様々な対策を実施し、概観すると総じて積極的に取組が進められてきたということで、後ほど本会議で議論しました資料を添付いたしております。特に既存資料の利活用ということに関して、この間、警察庁の御協力によって内閣府の方に警察庁で把握している個々の自殺に関する自殺統計原票のデータがそのまま提供されるようになり、それを詳細に分析する準備が整ったということがあります。

政策分野については人材養成の分野でそれぞれの分野の相談、そういったものが大分広がってきたという認識を書いております。

他方で、一方のところではすけれども、まだまだそういったデータに関しては基本的な準備が整ったという段階にとどまっています、それを政策に具体的にどう生かしていくのかというところまではまだ到達していないということがございまして、関係機関が保有するその他の統計資料を参照しての自殺要因分析、未遂者の実態解明、背景となる社会制度・慣行の見直しなどについては取組が遅れておる。したがって、次の大綱においてはそういったところを具体的にどう進めるのかといったところができるだけ明らかになるようにしていきたいと考えております。これがこの時点における政府の認識を整理したものです。

その次、この大綱期間中の大きな動きとして、地域自殺対策緊急強化基金がございまして。その大まかな動き、このグラフがわかりやすいので簡単にござらなければと思います。45ページの第2-1図～第2-3図までを通じて、設置当時、補正予算で年度途中でございまして、21年度、22年度、23年度のそれぞれの事業メニューごとの割合でございまして。

一目しておわかりいただけるとおり、設置当初21年、補正予算で年度途中執行という色々な事情もございましたが、やはり普及啓発が46%を占め、市町村、末端への補助もまだまだ広がっていないというような状況でしたが、2年目、3年目ということで普及啓発の割合は今23年度計画ベースでは20%を切っている。他方で、市町村補助も順調に伸びていっている。これは余り正式な資料にはなりませんけれども、我々が各都道府県の担当を集めて担当課長会議でも毎回すべての市町村で基金が設置されているからには何とか自殺対策に取り組んでほしいとできるように、各都道府県の方で管内の市町村を督励してほしいと再三お願いしてございまして、そういったことが徐々に効果を表しているのかなと考えてございまして。

大きな動きとして、その隣の47ページでございまして。先ほどグッドプラクティスの推奨などやっていると申し上げておりましたが、今回、実は事例集ということで、少しこれまでのグッドプラクティスの普及よりも踏み込んだ内容の事例集をまとめました。実は卓上に事例集も配付いたしております。できたてほやほやです。これまでそれぞれ基金でどの事業をやられているのかといったことをまとめて、色々な形でフィードバックをしているわけですが、なかなかそれを見てすぐにではまねしてみようかなというところまでいかないというのが実情でございまして。それはやはり例えば白書のコラムだと1ページとか半ページとか、事例集でも普通に役所のフォーマットで作れば1ページ程度の無味乾燥な資料になってしまっていて、既にアイデアをお持ちの方は当然なくともできる。何かやらなければいけないという方はそれを見たところでなかなか具体の事業まではたどり着かない。そういったことが問題だなということに思い至りまして、今回は特にこういった取組は参考になってすぐにでも興味を持って始めてほしいというものに関しては詳細版ということで6ページぐらい割いて、それぞれの取組について実際にプロジェクトの中心となっている方に記事を書いていただく。どういうふうに取り組んで、どういうところを工夫したのかといった辺りも含めて、できる限りまねをして始められるような事例集にし



ようということをやってみました。

更に実施に当たって悩みがあれば照会していただけるように、その方の連絡先も記載して、是非これを基に具体的に取組を始めてくれという形で事例集を作成したところでございますので、白書ではそういったことをやっていますよという紹介記事も併せて掲示したところでございます。

時間がかかりますのでこの辺りにして、その次の話題に移らせてください。先ほど申し上げた意識調査であります。白書 56 ページ以降です。これは今年の 1 月に我々自殺対策推進室の方で実施をしたいいわゆる世論調査型の意識調査でございます。サンプル数が 3,000、有効回答は 2,017 といったもので、自殺対策に関連する国民の現時点における意識を確認するための調査でございます。

幾つかの項目に関しては新聞などで取り上げられたので御承知かもしれませんが、簡単に御説明いたしますと、まず自殺者数の周知度、第 2-13 図、14 年連続して 3 万人を超えているといった厳しい状況をどのぐらいの方が知っているかという質問でございます。全体としては 65%の方が知っているという御回答でございますが、特に我々注目しているのは、やはり年齢ごとに大分顕著でして、若い方だと 5 割にとどまっているといったことで、先ほど申し上げたように数字として徐々に増えているとかといったことがあってもまだまだ自らの問題として認識をされるという状況には至っていないということもございまして、こういったところをどういうふうにアプローチしていくのかというのが一つ課題かと思っております。

端折りますが、一番多く取り上げられていたのが 59 ページ、第 2-17 図でございます。今まで本気で自殺をしたいと思ったことがありますかという質問に対する答えでございます。これについては、70%の方が「ない」。それに対して 23.4%の方が「ある」と答えてございます。前回の調査ではこれは 20%を切っていたということで、その際には国民の 5 人に 1 人近くが今まで本気で自殺を考えたことがあると丸められたものがある。今回丸めるとすると、4 人に 1 人が思ったことがあるということで、非常に自殺の問題が厳しい状況になっているということが表れていると思います。

併せて注目すべきはそのグラフの下側の年齢別のところでございます。この回答を年齢別に切ったときに、20 代、30 代、40 代、50 代、60 代、70 以上となっておりますけれども、今までということで人生を蓄積していきますので、本来であれば年齢が上がれば上がるほど蓄積度合いが高まっていくということのような気もいたしますが、この中で一番多く「ある」と答えたのは実は 20 代ということでございます。28.4%が「ある」と答えたということになって、この辺りも大変注目している。

60 ページでございます。では、こういった方々、どうやってその問題を乗り越えたのかという次の問いに対する答えでございます。複数回答でございます。家族、友人、職場の同僚など身近な人に悩みを聞いてもらったのだといった方が約 4 割。気を紛らわしたというのが 4 割。休養を取るというのが 18%。医師、カウンセラーなど専門家に相談した、弁

護士、司法書士など、そういった悩みの下となる分野の相談にしたがこういった値となっていて、まさに周りの方々が果たし得る役割といったものがこういった調査からも大分確認ができていますのでこの分野、悩みを抱えた人々の周りの人が何とかそれに気付いて対応していく、または支えになるということが重要だと考えているところでございます。

駆け足になりますが、61 ページの下からでございます。メディアの関係です。先ほどの論点にも載せたとおりでございまして、メディアの問題は我々も関心を持ちつつもなかなか問題意識が広く浸透していかないという分野かもしれません。編集上、メディアの部分のグラフは前に掲載したのです。54 ページです。四つの質問。新聞、テレビ、マスコミの報道に関する影響について国民がどのように感じているかということでございまして、自殺手段、方法などの詳しい報道がそれをまねた自殺を引き起こすとか、有名人の自殺など大々的な報道、いわゆる連鎖自殺を引き起こす。自殺の危険を示すサインやその小規模企業の対処方法、相談窓口などを合わせて報道することは自殺防止に役立つ。自殺を美化して描くことは自殺を促す。

それぞれ半数以上の国民は、やはりメディアの影響というのを非常に認識しておりまして、こういったところをメディアの自主的な取組を促す数字として非常に重要だと考えているところでございます。この辺りが意識調査の概要でございまして、この意識調査も実は卓上に配付してあるはずでございます。

大分私に与えられた時間が迫ってまいりましたが、分析のところを簡単に御紹介したいと思います。67 ページ以降でございます。先ほど申し上げたように警察庁の協力をいただいて、ようやく内閣府自殺対策推進室の方でも今年から3万件の自殺、その個別のデータの分析が可能になったということで、できるだけ今後詳しく分析をしていって、必要なインプリケーションを引き出していきたいと考えてございます。

その取っかかりと申しますか、まずは昨年の動向について分析をしてみたものでございます。図1にありますように、昨年の特徴は何と言ってもこの4～6月、特に5月、6月の増の部分でございます。まずその前提として、月別自殺者数の数字をまた別途配付いたしておりますが、それを見ても明らかですが、ここ数年徐々に自殺者数が減少するという傾向が続いていると認識してございまして、特に22～23年の年初にかけては、その減少傾向が続いていたと考えております。それが4～6月にかけて増加に転じ、その後7月以降、再度元のトレンドに戻っているというのが全体の大きな流れかと考えています。それを少し具体的に確認しようと思って分析したのがその次のページ以降でございまして、69ページの図3の21年、22年、23年それぞれの原因・動機別の自殺数を分解してみますと、経済生活問題、23にかけては健康問題の減少が著しいといったことで全体の減少を牽引している。

更に図2に戻っていただくと、年初の1～3月にかけては同じ傾向、つまり健康問題、経済・生活問題が対前年同月の減を大きく牽引しているということでございまして、同じグラフですのでついで見えていただくと、年末にかけての減少のところも同じようにすべ

て要因で減っているとはいえ、健康問題、経済・生活問題が大きく減少に寄与しているといったことをございます。それが4、5、6、特に5月のところでは大きく増加に転じているということで、これを少し具体的に分析していこうということをございます。

まず、経済・生活問題、勤務問題のところからございます。これまでの減少傾向を牽引した経済・生活問題を分析してみますとまずわかることというのは、主として男性中心ということをございまして、この次のページでは男性の経済・生活問題に関する内訳を整理してございます。

見ておわかりのとおり、債務問題が年間を通じて大きく減少に寄与している。そのほかの要因も一様に基本的には減少しているわけですが、5月、6月に関しては、倒産・事業不振、失業・就職失敗、生活苦辺りが増加したことによって全体が増加しているということをございます。

次に勤務問題をございますが、勤務問題は逆にそれほど明確な傾向がなくて、特に5月ではすべての要因で増といったところが大きく増に寄与してございます。

では、これは何なのかといったことで、経済や勤務をございますので、その要因を考えられるものを少し確認していくという作業をしまして、まずは地域的な偏りがあるかといったことを調べました。その結果、それは特になかったということがわかったということで、全国的な契機の状態を確認しようということをやったのが図6でございまして、景気動向指数、マインドという意味では消費者態度指数のうちの暮らし向きや雇用環境などの指標を基に推移を比較してみるとそういったところの相関が非常に強いと確認ができたかなと思っっているのが図6と7でございます。

続きまして、家庭問題のところをございます。これは逆に男性、女性、どちらかに偏っているということではなくて、男性も女性もということをございまして、男女合わせてグラフを作ってございます。

家庭問題ですと経済問題以上に個々の家庭の事情というのがあるかと思っますので、1～3月にかけても対前年増に寄与しているものと現に寄与しているものがあるところがあります。ただ、4、5、6月辺りは多くの要因が増加ということで、家庭の問題、特に親子、夫婦、その他の家族などの関係の不和、家族の死亡などというところが増加の要因となっている。念のため申しますと、家族の死亡のところ、我々も5月に大きく寄与ということで震災の影響があるのかなということを確認いたしましたけれども、それほど地域的な偏りがない、その家族の死亡に関しては8～10月にかけての増ということもありまして、その辺りを見ても直接震災の影響で震災により家族を失った自殺という因果関係ではないのではないかと考えたところをございます。

併せて、家族の問題に関しては、年齢階級別に分けてみますと、この5月の増に関しては比較的若い世代の方が多いという特徴があります。5月で言うところのベージュですとかブルーのところは20代、30代をございますので、その辺りが5月の増に寄与しているということが見て取れますので、再度マインドなどとグラフを重ね合わせてみますと、暮

らし向き、特に消費者態度指数のうちの暮らし向き指数などと動きは非常にいい。消費者のところでも一番マインドをできるだけうまく把握しようと試行錯誤している指標でございますので、それぞれの方々の暮らし向きの中でどういう気持ちであるかということが比較的うまく把握できる指標だと考えていますので、それとの相関ができるということ。

その次、健康問題でございます。これは全く別のピクチャーでございますが、図 11、それ以外のところに関しては男性も女性も減しているところがほとんどなわけですけれども、5月に関しては女性の健康問題が圧倒的に目立つという結果になってございます。全体で109増のうちの104が女性ということで、ある意味6月に関する通常の男女割合からすると女性の割合が高くなるということで、この健康問題を分解したのが図 12でございます。

それぞれの健康問題の内訳で見ますと、5月で見ただけであればと思いますが、104のうちの身体のところはその上の緑ですが、その下のうつ病、統合失調症、アルコール依存、その他の精神疾患、その辺りが104の中で非常に大きな割合を占めているということ。6月に関して言っても、うつ病、統合失調症などの割合が大きくなっているということが確認されたということでございまして、その次の76ページに文章で書いてございますけれども、女性におけるうつ病の年齢別に見ていくと、5月には20歳未満と60～69、80以上のすべての年齢層で増加。6月は20～49と比較的若い層、5月に引き続き増加。5月には増加が見られなかった10～69に関する増加に転じているという傾向が確認されましたということで、そのページの下の方に書いてございますけれども、これも震災の影響なども考慮いたしまして、地域的な偏りを確認しましたらそういったものは特に見られないといったことで、日本全国広い範囲でそういったストレスフルな状況が生じたのではないかと考えてございます。

全体をまとめまして77ページの(2)でございます。夏以降は、最初に申し上げましたように22～23年年初の傾向へとそれぞれの減少の寄与度なども戻っておりまして、全体が先ほど申し上げたように提言傾向の中でこの4～6月というところが東日本大震災またはその影響が経済的、社会的に日本全国に広まったことによって一時的に自殺リスクを高めたということではなかつたろうかと考えてございます。

いずれにしても、まさに先ほど申し上げたようにやっと数字がいじれるようになったばかりで、とりあえずここまでできたということでございますので、更に分析を進めていきたいと考えているところでございます。

その次、第3節、もう大分時間を超過しているので簡単にやります。ライフステージごとの傾向を少し整理して、先ほど論点の中でも言いましたけれども、世代別というところで若干簡単に書いてございますけれども、まだまだ踏み込みが甘いといったこともありますので、性別、年齢別に見ていくと、やはりそれぞれごとに非常に傾向が違うといったことの確認でございます。こういった問題意識も大綱見直しに反映させていきたい。

もう一つ、トピックスとして81ページ、高齢化の部分でございます。先ほど見ていただきましたように、平成10年以降、特に高齢者の自殺死亡率の減少傾向は顕著でございます。

ただ、人口構成が高齢化をいたしておりますので、言って来いで自殺者数という意味ではそれほど顕著な減少にはなっていない。ただ、対策の効果とかそういったことを論ずる上で、では自殺者数が減っていないから取組の効果がないのかとなってしまうと、その間自殺死亡率が著しく減少してきたという事実を見誤ってしまいますので、そういうこともあって高齢化の影響を把握してみようと取り組んでみたのがここでございまして、グラフを見ていただくとわかりやすいです。

83 ページに二つグラフがあって、平成 2 年と平成 22 年に関して、比較しています。平成 2 年の人口構成のまま自殺死亡率が平成 22 年の率になったらどうなのであろうかという試算でございまして。試算した結果、男性も女性も実績値より下回るといったことで、数字で見ますと、男性、女性合わせて 4,600 人程度、平成 22 年の人口構成のままであった場合には自殺者数は少ないはずであるということで、その間、逆に言うと 4,600 人ぐらいはまたこの間 1 万人くらい自殺者数が増えていますので、1 万人のうちの 45% ぐらいは人口高齢化の影響というのものもあるのかなと考えてございましてというのが分析編でございまして。

もう終わります。最後、第 3 章は先ほど申し上げたように大綱に基づいて昨年 1 年間に政府が取り組んだことの報告でございまして、各省が取り組んでいただいたことが整理されているものでございまして。今年の新たな内容だけぱっと御説明しますと、108 ページでございまして。いわゆる第 6 分野、社会的な取組で自殺を防ぐ取組ということでございまして、地域における相談体制ですとか、多重債務相談、失業者相談とかそういったところのメニューのところでございまして、今回特に関連の政策分野として社会的包摂の枠組みの中で「よりそいホットライン」という事業が今年の 3 月 11 日から開始されております。ここにありますように、このダイヤルに電話をすると、それぞれの抱えている問題ごとに対応していただいて、必要があれば同行支援まで射程に入れたプロジェクトでございまして。これは昨年度から始まりましたが、本年も引き続き実施しておって、こういったことが自殺対策と銘打っているわけではないですけれども、自殺対策の関連の施策として非常に重要なインフラであるということの紹介をしているということ。

最後に、昨年の 1 年間の一番大きなトピックスとしてやはり東日本大震災があるわけで、内閣府、被災 3 県でそれぞれ色々な取組があります。そういったことをコラムとして紹介しているのが 21 ページ以降でございまして、コラム 3 では内閣府、コラム 4 は岩手県、5 は宮城県、6 は福島県と、それぞれの取組をコラムとしてまとめて紹介をしているということでございまして、これは冒頭申し上げましたように、先週金曜日の閣議で決定いたしました国会に報告したところでございまして。

ということで白書の説明も兼ねまして前回推進会議を開いていただいた以降の政府の発表なども併せて御報告をさせていただいたところでございまして。

長くなりましたが、私の説明は以上でございまして。

○樋口座長 ありがとうございます。大変膨大な資料の説明をやっていただきました。それでは、この後、是非ただいまの説明に関しまして御質問あるいは御意見ございましたら

らお願いしたいと思います。

坂元委員、どうぞ。

○坂元委員 先ほど自殺総合大綱見直しに関する意見ということで、閣議で配られた資料ということですが、その中の総論で、「生きやすい社会」ではなく「自殺に追い込まれることのない社会」を目指すべきだということに関して一つ申し上げたいと思います。今、各自治体で非常に問題になっているのは孤独死の問題です。いわゆる自宅で1人で亡くなっていた。その中には、自殺とは言えないけれども、現場の救急隊員によると医療も食べることも拒否して餓死状態に近い状態で亡くなっていたという方が結構いるとのこと。これは言葉は悪いかもしれませんが、積極的自殺ではないけれども、かなり消極的な自殺に相当するのではないかと思います。つまり、誰にも救いを求めずに明らかに病院にも行かない、食べるものもないということ、こういう死が結構自殺の背景にはかなりあるのではないかと思います。表面に出てくる自殺だけではなくて、やはり今後自殺大綱を見直す上において、この孤独死の問題をもう少し突っ込んで、その中にはかなり追い込まれて消極的な形で誰も救いを求めずに死んでいくという場合があるので、そこに目を向けていただきたいと思います。

なぜかという、例えば人口動態上、川崎市の場合1,300人近くが毎年自宅で亡くなっている。そのうち、いわゆる変死がどれぐらいあるか実態は調べられないのです。なぜかという、国の方が在宅で看取りをやった数を公開しないので、そこから差っ引いてどれだけの方が自宅で看取られずに死んだかということが出てこないのです。そういう点も含めて国の方でも在宅医療とか在宅介護ということもやっていく中において、いわゆる孤独死と自殺の関連も今後しっかり調べていってほしいと思います。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。ほかにありますか。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 資料3の見直しに関する意見なのですが、1点非常に違和感がある部分があって、それが総論の●の二つ目、「経済対策等により経済社会情勢を好転させることが自殺対策として不可欠であるという視点を盛り込むべき」という、私はこれは自殺対策の目指す方向とこの部分に関しては真逆ではないかと思っていて、つまり、景気が悪化したぐらいでは死なずに済む、自殺せずに済むような社会を目指すということが自殺総合対策の理念として在るのではないかと考えています。つまり、経済社会情勢を好転させることが重要ではあるけれども、それが不可欠ということになると景気が悪化するたびに人が死ぬという社会を容認することになるわけで、でも決してそうではないと、その意味で、この記述に関しては是非再考いただければと思いました。

あと白書に関してもいいですか。

○樋口座長 どうぞ。

○清水委員 これまで提出された白書の中で一番出来がいい白書になっているのではない

かと思っています。特に事例集です。こういうものがあると自治体がそれぞれの地域で対策を進めるときに非常に参考になる。ただ、1点お願いがあるのは、各事例の人口が載っていないです。市区町村の方たちと話をすると、同じ県内の同じ都道府県内の違う人口規模の自治体よりも、県をまたいででも別の件であっても同じ人口規模の自治体の事例を知りたいという要望が非常に多いです。ですから、そういう意味もあって人口規模がどれぐらいなのかというのは対策を進める上で非常に参考なデータになると思いますので、そうしたものも今後こうした事例を記載するときに併せて盛り込んでいただくのがいいのではないかと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。

五十嵐委員、どうぞ。

○五十嵐委員 大変多岐にわたってまとめていただいてありがとうございます。

資料3の総論のところですが、前も申し上げたことがあると思うのですが、自殺対策の基本的な理念はリスクマネジメントとかセーフティネットの構築の視点がほとんどだと思うのですが、今の分析結果などを聞きましても、やはりマインドが非常に大きく自殺に、特に抑うつ感につながっているとすれば、総論の最初ところの自殺に追い込まれることのない社会というのは勿論そうなのですが、もう少しハッピーファクターという視点もいれるべきではないかと思います。同じ経済状況でも例えばギリシャなどは全然自殺をする人はいないわけです。そうすると、先ほどの清水委員の御意見にも絡んでくるとは思うのですが、政府のビジョン、安心して住める社会というような、困っている人をうけとめていく、安心感みたいなものが根底にないと、なかなか小手先のセーフティネットだけでは1次予防につながらないと思うのです。国民全体が閉塞感の中、不安の中にうつ病が発症している。ハッピーになれないというようなところをずっと感じていまして、そういうウェルネスを強化するような違った角度からのアプローチも必要ではないかと思います。御検討いただくと幸いです。

以上です。

○樋口座長 ほかの方はいかがでしょうか。

若年の方に対してのかなり意識をしていく必要があるという今回ここは一つのポイントかと思いますが、これに関連して何か御意見はございますか。もうこれで尽くされているか。あとはメディアに関連することでは南委員、何かコメントはありますか。

○南委員 済みません、メディアの自殺報道が非常に大きな影響があるということは以前から指摘されていたところで、各メディアの自主的な取組を持たれるところも大きいのですが、何年か前に比べると少しずつ自殺に対する報道の仕方もWHOの勧告とかそういったものも受けて各メディアが真摯に取り組んでいるということは言えるのだと思います。

特に若年のところは本当に深刻で、0次予防のお話にもありましたけれども、命を大切にとか、命の教育とかと色々なところで色々な取組があるのですが、恐らく子ども

というのは景気とか世の中で起こっていることとは勿論関係はするでしょうけれども、戦争の中でも子どもが元気に育つという言葉があるように、生きるということに対しては生物学的なエネルギーを本来子どもというのは持っているものなのではないかと。若年の自殺というのは、特に子どもとか年代によっても違うのだと思いますけれども、特に近年は就活に絡んだ自殺とか、若年でもかなり丁寧な分析が必要になっていると思うのです。

高齢者の対策が手ぬるくていいという意味ではまったくございませんけれども、若年のところに関してやはり今後力点をきちんと置いて、医学的、社会的といいますか、色々な方向からきちんとした分析をしていく必要があるかなという印象を持ちました。後半は感想みたいなことで申し訳ありません。

○樋口座長 ありがとうございます。

向笠委員、どうぞ。

○向笠委員 スクールカウンセラーの範囲でいきますと義務教育の中で小学校の自殺はもう実際に出現しています。小・中学校の義務教育の範囲で自殺に対する命の教育をどういうふうにするかという問題があります、現場に入っておりますと、積極的に子どもが理解できるような教育プログラムが動いているという状況は経験しておりません。つまり、それほど命をどういうふうにとらえるかということを経験して教育することが難しいと考えられているのか、もしくは何かが起こった後にしか対応しない。今回緊急支援チームを各県に置くというふうに記載されておりますが、削除この緊急支援チームはどこを指すのかなと自分の状況で考えながら思いますので、やはり起こった後という後手の状況というのが現実の状況です。指針として、もう少し積極的にどこをどういうふうに教育するのかというところが、決して道徳の時間だけを使っただくものが教育というものではございません。特に小学生の自殺というのは起こっております。中学生もございます。それが少数なので、19歳以下の横ばい状況の中に入っておりますが、確実にここに影響している子どもたちはいますので、現場にいると現実が非常に遠のいているという印象を持ちます。

また、メディアのことなのですが、長年子どもたちの緊急支援で義務教育の学校には入っております。福岡県で緊急支援が入ったときの10年前では、メディアでは子どもさんのインタビューで顔が出ていました。それが今では運動靴ぐらいの程度にメディアは規制しただけようになって、確かにきちんとしたガイドラインの内容で動いていらっしゃる印象を持っておりますが、これはしかるべき一般大手のメディアであって、メディア報道という名前を出せないのが大変難しいのですが、大手の新聞ではなく様々な媒体を通じたメディアがございます。そのメディアの関係のところでは、いまだに学校全部の子ども家の門戸のドアベルを鳴らしインタビューを取るというような行動をされているのが現実なので、メディアの基準に乗っかって動いて規制されているところ以外のところの部分は、ほぼ10年以上前の緊急支援を動かした時代とそう変わらないという差が実際的には温度差として感じております。

以上です。



○樋口座長 ありがとうございます。ほかには御意見ございますか。

三上委員、どうぞ。

○三上委員 資料3の総論のところですけども、全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入の三つの対策を効果的に組み合わせるということは確かに必要なことだと思いますが、その上の段落に対策の効果を評価して、効果の高いものを優先すると書かれております。一般的にポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチであれば、費用対効果からすると圧倒的にハイリスクアプローチが効果的であると言われておりますので、恐らく短期的には個別的予防介入のようなものが重視されるのではないかと思います。

その上で、2ページの5番にありますような適切な精神科医療を受けられるようにするという取組、あるいは一般医、かかりつけ医、救急医療に携わる医師の教育・研修などが書かれているのですが、直接これと関係するかどうかはわかりませんが、先ほど竹島委員から説明がありましたワーキンググループの提言の中に自殺対策の各領域で望まれる取組として専門領域についてかなり書かれているのですが、この中では多くは精神科医療に対する診療報酬上の手当てというのが書かれています。一般に診療報酬上の手当てと言いますと、財政中立の考え方が基本にありまして、どこかを削って精神科医療に持ってくるのかという話が出てくることが多いのですけれども、医療全般に言いますとすべての医療の分野で財政的に苦しく、どこを削られても苦しいという現状ですので、是非そういったところは財政中立ではなく、プラス $\alpha$ としての考え方という形でとらえていただきたいということを申し上げたいと思います。

○樋口座長 ほかにいかがでしょう。

渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 資料3の各論の5番の適切な精神科医療を受けられるようにするというところですが、ここは以前私もお話しさせていただいた、精神科医療を受けられるようにするというところを入れていただいたということで非常に喜んでおるのですが、先ほどの竹島先生の提言の中にもあった精神科医療というところにも関係してくるのですが、今、精神科医療を受診した患者さんで残念ながら自殺されてしまう方が多いのですが、そういった方の自殺の原因というのは、確かにうつ病など医療の問題があるのですが、やはり経済的、心理的、様々な複合的な問題なのです。その医療以外の部分を我々が十分対応できないというところが一番大きな我々にとってはジレンマなのです。

したがって、そこの部分を助けてもらうような支援してもらうような制度を作っていたきたいということなのです。それが先ほど竹島先生がおっしゃっていた精神科医療の中で自殺に追い込まれた人に対する支援は精神医学領域だけにとどまらず、心理社会的に様々な複合的な問題に対して集約的な支援を必要とする、ここなのです。したがって、医療をサポートするというよりも、医療の周辺にあるところをサポートしてもらうような制度を作っていたきたいということなのです。したがって、これは医療の分野では厳密に言うとならないのです。患者さんが抱えている医療以外の部分をサポートできるようなところ

を支援できるようなシステムを作っていたいただきたいということになります。

したがって、先ほど竹島先生の提言に戻ってしまいますが、そこに書かれてある前段の部分は全くありがたい話で大賛成であります。適切な支援を提供することが困難なども予想されるということで、我々が期待するのは、医療以外の部分を支援していただくというところの救急集約的自殺予防センターを期待するわけです。

ところが、ここの精神科医療のところには書かれている後半は、集約的自殺予防医療センターになっていて、このセンターでは精神科的な診断や自殺の危険性の評価の開発を進めるとともに、精神科医療従事者の自殺予防研修を実施する体制を整えるという、治療の話になってきてしまっているのです。ですから、私はむしろ患者さんの医療以外の部分をサポートして下さるような支援センターを作っていたいただきたい、それを切に要望しております。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

足立委員、どうぞ。

○足立委員 メディアの関係でございますけれども、資料3の中にも社会的な取組で自殺を防ぐというのが3ページに出てきて、メディアの自主的な取組に資するよというのがあるのですけれども、メディアの中にネットの問題がありまして、弁護士会の中でも自殺対策でネットの問題を色々やっているのですが、表現の自由等の問題がありまして、結論が出ていないというのが現状なのです。実際問題としてネットで色々な見るに堪えないようなものを出されていて、弁護士の私がそんなことを言うのもあれなのですが、規制等についてどういうふうにしていくべきなのかというのを考えなければいけないと思っています。ですので、この資料3の中のマスメディアという中にはそういうものは入っていないのでしょうか。

○樋口座長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○齊藤参事官 今ごらんいただいている3ページのマスメディアのところでは、主として典型的なというか、新聞やテレビ、雑誌そのほかの事例のことを想定しています。現在の大綱でも、それとは別にインターネットの問題というのは規定しておりますが、正直申し上げて今おっしゃったような現状でございます。

後者のインターネットの問題に関しては、まさに自殺対策だけではなくて、行政、色々な分野で実は頭を悩ませている一方で、弁護士の方も悩んでいらっしゃるからおっしゃっていただいたように、具体的に効果的な対策というところに至っていないというものでございまして、今回の大綱でその部分を具体的にどう進めるというところまでは正直踏み込みにくいとは思っていますので、ここではまさに報道に関して、特に我が国以外の進んだ取組になどについて、ぱらぱらとはWHOの話、今回の白書でも簡潔ではありますけれども、オーストラリア、オーストリアの事例などの紹介もしているのですが、そういったものを

詳しく調査するなり、それを広く発信することによって自主的な取組を促すというところはしっかりと実現していきたいということで書いています。

○樋口座長 それでは、大分時間が迫ってまいりましたので、本日の自殺総合対策大綱の見直しに関わること、自殺対策白書に関することの議論はここまでとさせていただきます、残りの時間、斎藤委員、清水委員、向笠委員から、説明資料を提出していただいておりますので、御説明をいただきたいと思います。

斎藤委員からどうぞ。

○斎藤委員 毎年厚生労働省の補助事業でございますが、「自殺予防いのちの電話」の実施報告をこのようにまとめております。長くなりますからゆっくり後でござらんいただくことにして一言だけ申し上げます。

これは毎月10日だけ、24時間体制で全国50のいのちの電話をオンラインでつないで実施する。ここに寄せられる相談の総数2万7,000件です。日常的な電話の相談の数は75万件、その中にこの2万7,000件が入っております。ことに2万7,000件については、特に「自殺予防いのちの電話」と、自殺予防ということをお頭にぶつけてありますので、かなり自殺問題に集中する。通常の電話相談の中で自殺問題は約1割。このときは3割以上を占めているというのが実情です。そして、その総数は2万7,000件、この中で実は精神科の受診をしている、投薬を受けている人たちが50%以上。そして、未遂については3割を占めている。未遂について条件を入れて精神疾患をくくりますと、やはり7～8割ぐらいまでは精神疾患という統計的な数字が出ております。

精神科の受診を受けながらなぜ自殺未遂なのか、なぜ相談をしてくるのかということ、これは色々な解釈ができるかと思いますが、私は単なる苦情ではなくて、今、受けている治療についての不安がそこにある。そこで私はもう一つ、ペラの私の文書を入れておきましたが、そういう苦情を素人が聞くのではなくて、精神科医がそういう答えを聞いて適切な対応をする。治療ではなくてむしろ相談を受けるということで、別組織、これは青少年健康センターという若者たちの自立支援の組織でございますが、この中にクリニック絆という相談室をこの2月に設けました。5～6人の精神科医が土曜の午後、4時間ほどありますけれども、そういう訴えを聞くということで新たに設置いたしました。まだPRが行き届いておりませんで十分機能しておりませんが、恐らくここには何らかの色々な貴重なデータが集まるであろうということを期待しています。

インターネット相談を始めてもう7年、全国で広がっておりますが、インターネット相談、全国で3,000件近く、そのうちの4割が自殺問題です。いつ届くか、いつ返事が来るかわからないインターネット相談で何が自殺予防かという御意見がありますけれども、しかし、自殺予防というのは決して救急医療的なものがすべてではなくて、日常的にそういう抑うつといいましょうか、気持ちをしっかりと受け止めていく、そのことが実は自殺抑止力になっている。こういう理解をしております。

最後、自殺予防学会の今年の総会についてのプリントをうっかり添付するのを忘れまし

て、これは今年の世界自殺予防の日、つまり 10 月 9 日の前の週末に新宿の東京医科大学で今年度の総会をいたします。昨年は琉球大学でいたしました。今年は東京医科大でございます。これはいずれまた御案内をしたいと思います。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして清水委員、よろしくお願ひします。

○清水委員 私、『自殺総合対策大綱』改定案、清水委員提出資料というものですけれども、裏表です。読んでいただければと思いますので細かい説明はいたしません。

今、これは自殺対策に取り組む全国の民間ネットワークの連名で公表できればという思いで調整しているところですので、これは骨子です。これから肉付けをして更に具体的なものを盛り込みながら公表したいと思っていますので、今の段階のものをひとまず提出させていただきたいと思って今日は配付していただきました。

あと 1 点、自殺報道のことで情報提供なのですけれども、朝日新聞が今年の 2 月に改訂した「事件の取材と報道」という、いわゆる取材ハンドブックがあるのです。そこには自殺報道のこともかなり細かく書いてくれていますので、是非海外の取組だけでなく、国内でもそうした先進的な取組がありますので、そうしたものも広く周知していただくのがいいのではないかと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、向笠委員、どうぞお願ひします。

○向笠委員 平成 22 年に文科省の通知から性同一性障害の子どもの教育相談等についてスクールカウンセラー及び学校関係者は対応するという通知が出ております。近年、実際に学校では性同一性障害の児童・生徒さんの対応を行っておりまして、私も仕事の絡みがあってワーキンググループで調べてみましたが、実際的に岡山大のジェンダークリニックで 1,153 名に調査をした場合に、約 28.4%、自傷・自殺未遂というパーセンテージが出ております。ゲイ・バイセクシュアル男性の 1,025 人からの回答を得られた調査によれば、全体の 15.1%。自殺未遂の平均年齢が 17 歳なのです。いずれにしても、学校の状況の中での性的マイノリティの方々の問題というのは慎重に取り扱わなければならないと理解していきまして、ずっと調べて最終的に今回出ましたワーキンググループの白書、提言の方に行き当たったという次第でございます。

やっこのような提言が出たということで非常に感謝しておりますが、実際現場においての状況というのは、このような性的マイノリティの方々のサポートをするという方向性や、もしくはサポートができるという人たちの人数は非常に少ないです。ですから、研修等は具体性を持った立案が必要だと考えております。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、以上でございますけれども、最後に本日お手元にお配りしてございます第 13

回～第15回の議事録でございます。既に皆様にお目通しいただいて修正等は加えていただいたものでございますが、これにつきまして議事録として公表するという事を考えておりますけれども、特に御異議はございませんでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、異議がないようですので、これをもって公表させていただきたいと思います。

最後に事務局から何か報告はございますか。

○齊藤参事官 1点だけございます。

お手元に白書ですとか意識調査、事例集など幾つか冊子をお配りさせていただきました。お荷物になろうかと思っておりますので、もし必要であれば後ほど郵送させていただきますので、その場合には卓上にそのままお残しいただければと存じます。当然お持ちいただいても結構でございますので、よろしく願いいたします。

併せて、意識調査、冊子だけお配りしてしまして、概要も追って別途お配りさせていただきますので、それもお持ちいただければと存じます。

以上でございます。

○樋口座長 それでは、少し時間を超過いたしましたけれども、本日の会議はこれで終了させていただきます。どうもお疲れ様でございました。