

官民が協働して自殺対策を一層推進するための特命チーム

(第1回)

議 事 録

内閣府政策統括官（共生社会政策）自殺対策担当



○太田内閣府自殺対策推進室次長 それではただ今より「官民が協働して自殺対策を一層推進するための特命チーム」の第1回会合を開催いたします。まず始めに、蓮舫自殺対策担当大臣から御挨拶をいただきます。よろしくお願いいたします。

○蓮舫大臣 お忙しいところすみません。お疲れさまでございます。この度は、大変お忙しい皆様方におかれましては、特命チームへの御理解をいただきまして、構成員になっていただくことを御快諾いただき、心から御礼を申し上げます。ありがとうございました。

我が国の自殺者数、依然として大変厳しゅうございます。政府としても、一人でも必要じゃないのちはないんだ、全部が全部必要ないのちなんだ、だから少しでも自ら亡くなられる方たちを少なくしていきたいとの思いで、正にこれまでも全力を挙げて取り組んでまいりました。来年は大綱が見直しをされるという一つの節目の年になります。ではどのように進めていくかという部分で、国だけではなくて、地方公共団体、あるいは民間団体、あるいは個々人で頑張っておられる方たち、より現場で頑張っておられる方たちのお知恵、お力をお借りをして、社会一体となってこの問題に取り組んで、そして少しでも自殺をなくすための体制をしっかりと作って推進をしていきたいと改めて思っております。これまで、正に現場で頑張っておられた専門性の高い構成員の皆様方ですので、それぞれのお立場からの現実的な御提言をいただき、お知恵をいただきましたら、私の元でまとめていただいて、大綱で反映されるように、そして少しでも私たちの自殺対策が前に進む、本当にそういう日を一日でも早く迎えたいと、そのためのここは正に原動力にさせていただきたいと、改めてお願いを申し上げます。短い時間で本当に濃密な議論をお願いすることになると思いますが、ぜひお力をお貸しいただきたく、改めてお願いを申し上げ、挨拶と代えさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございました。

それでは本日は第1回目の会合でございますので、構成員の皆様方から、簡単に一言ずつ抱負や自己紹介などをお願いしたいと思います。まずは中塚副大臣、お願いいたします。

○中塚副大臣 自殺対策を担当しております、内閣府副大臣の中塚でございます。本当に、御多用中のところ、特命チームに参画をいただき、また、今日御出席をいただいたことに心から感謝と御礼を申し上げます。

国民の皆様には政権を替えていただいて2年経つわけですけれども、2年前の選挙の時、年間3万人も自殺があるような、そんな国でいいのかということも、私たちは強く主張し訴えてまいったわけでございます。そういう意味で、まだ残念ながらその3万という数字を切るということには至っておりません。数々の施策は行ってきたわけでありましてけれども、そういった今まで行った施策の点検と、更には自殺対策がより一層実を結ぶように、新たな提言というものもいただくべく、本当に短い時間ではありますが、皆様方にはお願いをするわけでございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございました。続きまして、園田政務官、よろしくお願いいたします。

○園田政務官 私からも、まずは御礼を申し上げたいと思います。特命チームの皆様方、こうしてお忙しい中、お集まりをいただいたことを心から感謝申し上げます。蓮舫大臣の元で、中塚副大臣とともに、私も政務官として担当させていただいております、園田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

まさしく現場で皆様方が、それぞれ地域の皆様方の声というものが、大変大きく私どもとしては頼りにさせていただきたいという風に思っております。そういう皆様方が地域で活動されておられる知見をしっかりと私どもの施策の中に反映し、一人でも多くの方をお救い申し上げたいという、そういう気持ちでいっぱいでございますので、どうぞ皆様よろしくお願ひ申し上げます。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございました。続いて、末松総理補佐官、よろしくお願ひします。

○末松補佐官 どうもこんにちは。私からも御礼を申し上げます。私は昨年秋から自殺対策を副大臣として担当させていただいて、今年は3万人を切れるかなということで一生懸命やってきたのですが、まだ結果は出せていないと。去年はゲートキーパーということで、「気づき」、みんな気づいて自殺を止めていこうよというようなことでやってきまして、それを国民的な関心事まで高めて、何とか来年はということも含めて、しっかりと官邸の方から何とか役に立たせていただきたいと思っております。よろしくお願ひします。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございました。それでは大塚俊弘さん、よろしくお願ひします。

○大塚構成員 長崎県の長崎子ども・女性・障害者支援センターの所長をします大塚と言います。聞きなれない職場でしょうけれども、中央児童相談所と婦人相談所と身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所に精神保健福祉センターが全て一緒になったという機関で、私は5機関の所長を兼務している精神科医師です。ですから、虐待防止リボンもあれば、DV防止リボンも胸につけているわけです。

○蓮舫大臣 ワンストップですね。

○大塚構成員 私は長崎県の自殺対策連絡協議会のワーキンググループの一つであります自殺対策専門委員会の委員長をしています。長崎では、県民一人ひとりにゲートキーパーの役割の一部を担っていただくような体制づくりや、弁護士や司法書士と精神保健分野の連携など、われわれは、通称「誰でもゲートキーパー作戦」と呼んでますが、いろんな事業を展開してきました。ただ、長崎では自殺者の実数は少し減ってますが、自殺率で見ると全然減ってません。やはり自殺の要因というのが非常に複層化しておりますので、一つのことをやってもなかなかうまくいかないと感じています。それと、精神科医師として感じることもなのですが、うつ病についてを色々なところで話をしますが、どこで「初めて聞く」という人がまだまだ多いんです。やはり徹底して情報を住民レベルまで伝えていくこと、それが大切だなと感じています。また一方で、子どもたちへの教育に関してですが、「いのちを大切にできる教育」はなされてますけれども、僕らもいのちは大切にしないと教えられてきましたけれども、やはり人生色んなことがありますので、うつ病になったときとか、多重債務を抱えたときに、「いのちを大切にしないと駄目だ」としか教わってないと、人は自分のことを「いのちを大切にできない自分は駄目な人間だ」と思ってしまうと、更に自殺に傾いてしまうのではないかと思っております。「いのちが大切にできなくなったときにどう対応するか」という、危機管理教育みたいなものやっつけていかないといけないと感じているわけです。何から始めていいかわからないが、やれることは全部やろうという姿勢で、長崎県では進めてますので、そういった現場での意見等をお話しできればと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございました。では、続きまして、乙武洋匡さん、よろしくお願ひします。

○乙武構成員 乙武です。よろしくお願ひいたします。この度は、特命チームの構成員として選んでい

ただきまして、誠にありがとうございます。感謝しております。

僕は昨年3月まで小学校で教員をしていたんですけども、そのとき担任していたクラスの教室に大きな模造紙を貼ってまして、そこに僕が筆で大きく「68億分の1」と書いていたんですね。それは当時の世界の人口だったんですけども、「みんなはこの世界に68億人もいるうちのたった1人でしかない。でもそのたった1人の代わりを務めることはできる人は誰もいない。君たちは一人ひとり、かけがえのない存在なんだよ」ということをずっと伝えてきました。そのメッセージが彼らに届けば、自分のことを誇りに思い、自らのいのちを粗末にしてしまう、そんな子はなくなるのではないかな、そんな思いで指導してまいりました。

もちろん今大塚先生もおっしゃったように、自殺というのは本当に様々な多岐にわたる原因があるので、それこそうつ病であったり、経済的な事由であったりということがあると思うのですが、私自身は特に若年層の、また、子どもたちのいじめによる自死など、すごく心を痛めておりまして、その辺りに対して積極的に発言、また勉強を深めていければなという風に思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございました。それでは、佐々木常夫さん、よろしくお願いいたします。

○佐々木構成員 4年前までは普通のサラリーマンをやっていたんですが、4年前に私の家族の本を出してから、5冊、出す度に売れまして、今80万部出しております。一番最初に書いた家族の話は、私の3人いる子どもの一人が、自閉症という障害を持っていて、家内が途中で肝硬変とうつ病で40回の入退院を繰り返して、3回自殺未遂をしているんです。最後の自殺は普通なら死んでたんですけども、たまたま見つかって助かったんですね。そういうこともありまして、人は、家族は、社会はという問題意識がありまして、もう少しギスギスしない、温かい社会にならないかなということを考えて、そういう意味も含めて本を書きました。年間3万人の人が自殺するうちの半分ぐらいの人が実はうつ病などの精神疾患によるものじゃないかと言われてます。私の経験から言いましたら、うつ病で自殺未遂した人はその10倍いるんじゃないかと思えます。一番多いのはリストカットなんですけれども、しょっちゅうやるんですね。だからちょっと間違うと死んじゃうんですけども、たまたま見つかったり、ためらい傷であったりでたまたま自殺がああ程度で済んでいるというようなことじゃないかなという気がしています。

この間から厚生労働省の「こころの健康政策構想会議」というところで活動させてもらってまして、要するに精神疾患の方とその家族を支えるための運動なんですけれども、精神疾患というのはおよそ800万人ぐらいいるらしいんですけども、家族をいれたら約3000万人近い人たちがそのことで苦しんでいて、いつも死の恐怖というか、何か起こるんじゃないかと、心配の種を持っているんですね。私のちょっとした経験ですけども、それを少しでも役に立てれば良いかなと思っております。よろしくお願いいたします。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございました。

では、続きまして、改めてこの特命チームの趣旨につきまして、事務局から御説明させていただきます。

○齊藤内閣府自殺対策推進室参事官 自殺対策推進室参事官の齊藤でございます。よろしくお願いいたします。それでは、私の方から、これまでの自殺総合対策大綱の見直しの流れ、それから本特命チームの設置の趣旨、今後の進め方などについて御説明いたします。

平成19年6月に閣議決定されました自殺総合対策大綱には、いわゆる5年後の見直しの規定が

ございます。これに基づきまして、5年後の来年6月を目指して、現在改定作業を進めているところでございます。具体的には本年3月1日に、閣僚レベルの自殺総合対策会議におきまして、来春を目途に新しい大綱の案を作ること、それから、それに向けて有識者の会議である自殺対策推進会議において意見を聴くと、そういう2つの方針を確認したところでございます。その方針に基づきまして、その後推進会議を4回開催していただきまして、大綱の見直しに関する有識者の方々の意見を整理していただきました。その内容につきましては、後ほど座長である樋口先生より御報告をいただくということになってございます。今後その推進会議の意見も踏まえまして、新しい大綱の策定作業に入っていくわけですけれども、この新しい大綱が真に効果的なものとして策定をされて、その所期の目的を達成して、一人でも多くの方々のいのちを救うことができるようにするためには、政府、地方公共団体、関係団体、民間団体など、それらが協働して自殺対策を一層推進していく、そういう風なものにしていく必要があると考えてございます。そのため、政務三役を中心とする特命チームを設置いたしまして、その場にその協働のパートナーである地方自治体ですとか、関係団体、民間団体などの関係者をお招きして、直接意見交換することを通じて、今後の協働の方向性、それから政府が担うべき役割、そういった辺りを検討していく、それがこの特命チームの設置の趣旨でございます。

従いまして、今後の進め方につきましては、その主な協働のパートナーであります団体の方々をお招きをしてヒアリングをし意見交換をするといったようなことが中心になっていこうかと思えます。これはあくまでも事務局の案でございますけれども、例えば日本医師会ですとか、日本弁護士会連合会、日本司法書士会連合会、更には日本看護協会ですとかそういった関係の団体の方、その他地方公共団体でも自殺の問題に非常に積極的に取り組んでいただいている団体が多々ございますので、そういった団体、それから更には民間の団体で地域で活動されて自殺対策を進めてらっしゃる方々、そういった方々をお招きしてはどうかと考えてございますが、いずれにいたしましても、具体的にどういったテーマ設定をして、どういった方々をお呼びして意見を交換するのか、そういったことを含めてこの場でメンバーの皆様で御議論いただければと存じます。

それから、併せてヒアリングだけではなくて、例えば現場の取組を直接見て現場の方々と意見を交換するような機会を持てればどうかという風なことも考えてございますので、その辺りも含めてメンバーの皆様方で御議論をしていただければと存じます。

私の御説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

- 太田内閣府自殺対策推進室次長 それでは、ただ今の事務局の説明を踏まえまして、自由に御意見をおっしゃっていただければと思います。
- 大塚構成員 先ほどもちょっと言いましたけれども、自殺の要因というのは非常に複層化していますので、あらゆることを色々やることが重要だと思います。例えば、精神科医として感じるのは、先ほど佐々木先生が精神障害者とその御家族の話をされましたが、一般にはまだまだ精神科の病気が“不名誉な病気”だと思われております。例えばうつ病って単純に説明しますと、ストレスフルな状況になると、脳の中で不安を抑えるセロトニンとか活動性を高めるノルアドレナリンを沢山使ってしまう、脳がバッテリー切れになった状態がうつ病なんです。使い過ぎた携帯電話と一緒に、スマートフォンが何で早くバッテリーが切れるかという機能が多からいですよね。うつ病も、不名誉な病気ではなく、エネルギーを使い過ぎだからなる単純な病気であるにもかかわらず、精神的に弱い人間がなる病気、くよくよ考えてたり悩みを溜め込むとなる病気だと、間違った理解がされています。また、多重債務に関しても、いのちで償うほど不名誉なことではなくて、整理をしな

一回やり直しができるんだということが余りにも知られていないと思います。このような正しい情報を分かっている人を、徹底して、色々な場面で増やしていくしかないのかなと思っております。長崎では「誰でもゲートキーパー」と、こういった非専門家や一般向けの色々な場面に対応した複数の手引きを作っており、それらを配るだけじゃなくて、手引きの使い方を説明できるインストラクターを養成して、色々な企業や高齢者の支援をする包括支援センターの職員など、色々な立場の人を対象に手引きの使用方法に関する説明会をやってますけれども、やっぱり初めて聞くっていう人たちがまだまだ多いのです。より多くの人々に情報を伝えるようにローラー作戦でやらないと自殺者はなかなか減らないのではないかと思います。

○蓮舫大臣 来年の大綱の案の策定に資するという目的はもちろんあるんですけども、ちょっと議論をするときに、違う意味で違う提言をいただきたいなど。被災地3県においての自殺対策を、相当我々は厚生労働省と連絡を取りながら、地域自殺対策緊急強化基金を第三次補正予算で上積みしながら、やらせていただいております。震災が発災して、これまでの間は前年同月比では、母数も違うということもありますけれども、自殺者数は減っています。これはやっぱり、まだ抑制できていないだけの段階で、おそらくここから違う形での特別な支援が必要になってくると思います。それというのは、大塚先生がおっしゃった、いわゆる被災地外の一般的な伸び率の高まっている心の病との併せ方の対策、これは違う意味で御提言をいただければと思っています。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうぞ。

○乙武構成員 先ほど齊藤参事官の方から今後どういった方、どういったジャンルの方を勉強会としてお呼びしてヒアリングしたら良いのか、その辺りもというお話があったんですけども、その例として、先ほどは精神科医の方であったりとか、弁護士の方であるとか、そういった例が出ましたけれども、僕が考えているのは、信仰と自殺ってどういう関係があるのかなと。つまり、日本というのは、なかなか信仰心がそこまで篤くない、それぞれ自分が篤く信仰している宗教があるという方が少ない国なのかなという風に思うんですね。これだけ先進国の中でなぜ我が国だけここまで自殺率が高いのかということを考えてときに、もしかしたら何か関わりがあるのかなと。もしかしたらないかもしれないですけど、僕はあるのかもしれないと考えておまして、もしその辺りを何か研究されている方がいらした場合は、お話を聞いてみたいなという風に思いますし、かといってその関連関係が分かったところで、国としてこの宗教を信仰しなさいということは言えないので、それに代わるものとして、どんな対策があればそれに代わるものになるのか。

○蓮舫大臣 何ができますかねえ。

○乙武構成員 それが親の愛ということで代わりになるのかとか、そういったアプローチも実際有効なんじゃないのかなということちょっと勉強してみたいなという思いがあります。

○蓮舫大臣 そこは樋口先生、どうですか。

○樋口座長 良いですか、私は特命チームではないんですけども。

○蓮舫大臣 良いです、良いです。

○樋口座長 今のコメントを先に言わせていただくと、実は宗教との関係、特にキリスト教との関係は昔からよく言われてきて、キリスト教国は自分のいのちを自分で絶つことは許さないというのがあるんですね。それで、そういう関係があるのかなと思っていたのですが、韓国が最近ものすごい勢いで右肩上がりです。自殺が増えて、とうとう日本を抜きました。で、韓国は御承知のようにカトリックの国なんですね。「えっこれはやっぱり余りキリスト教と自殺の関係はないのかな」という風に考える一方で、韓国の先生に伺ったら、韓国のキリスト教、カトリックというのはちょっと違うん

です、本来のヨーロッパのカトリックと。どう違うのと言ったら、やっぱり儒教が基になっているような、それと混ぜ合わせたようなものなので、独特なんですよということを言われたので、ひょっとするとまたその仮説も甦るのかなと思ったりしています。それはコメントなんですけれども、その辺りはより大きな問題だと思いますし、我々の推進会議の中で、宗教の話題というのは出ていません。むしろ、それとある意味では近いのかもしれないですけども、いかにその人を支えるか、心理的にですね。そういう悩みを持った人に対して周りの人はどれだけ優しく支えられるかということに共通したところがあるのかなと。必ずしもそれは宗教ではなくて、優しさですよ。周りの人たちの優しさ。それがあるとないのとで、随分大きな何らかの苦しみを、あるいは経済的な問題を抱えた人も、そういう支えがあって自殺に至らないで済んでいるというケースが沢山あるんだと思います。そういうコミュニティをどうやって作るかというのは一つ大きな課題ではないかと思っています。

○蓮舫大臣 一ついいですか。おそらく今の「支え」と同時に、もう一つ、「広げない」ということもあると思うんですね。韓国のケースは分からないんですけども、今年に入っても韓国では有名な韓流スターが相当自殺してます。日本も、今年5月にある有名な女性の若手のタレントさんが自殺をしました。去年の秋から会議のところに警察がデータを出してくださるようになって、市町村単位で何人その月に亡くなったのかというのが分かるようになりました。経過を見ていくと、比較が全部データで出るようになってるんですが、毎月の率を見てみると、やはり影響力のある方が亡くなってメディアで報道されればされるほど、やっぱり因果関係がある。EUなんかはメディアとの紳士協定ができてますので、その部分の学説的な議論もできてますから、日本も緩やかにはできてるんですけど。支える人を広げると同時に、そうじゃない人たちへの影響力を最低限に抑えるというのは、これはぜひ私の思いで大綱には反映したいと思っています。逆に言うと、佐々木さんのように、御本を書くことによって思い止まる人もいるでしょうし、良い意味でのメディアのハレーションと、そうじゃない不必要な部分での抑え方というのは何ができるのかは、ぜひ逆に発信力のある方たちなので考えたいと思います。

○大塚構成員 マスコミに関しては、韓国は韓流スターの自殺もほとんど報道しないけれども、まだまだ日本はしますよね。あの辺はやっぱりもっと徹底していかないといけないのじゃないかな。

○樋口座長 推進会議の中で話題になったのは、今の点に関して言いますと、ある意味ではメジャーなところは、かなりWHOのガイドラインがしっかり入っていて、それなりにコントロールできているのだけれども、結局今はネットとか、それからそれ以外のメディアというものに関して十分なことができていない。特にネットになると、これはどうそれをコントロールできるのかという辺りは大きな問題だというのは議論された点ですね。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 まだ御報告優先で、後で御説明をお願いします。佐々木さん。

○佐々木構成員 先ほどちょっと韓国の話が出ましたが、日本は横ばいですよね。この間イギリスの方が来て講演を聞いたんですけども、イギリスは20%自殺が減ったという報告がありました。それは精神疾患とすぐ絡んでいて、病院に来てから患者を診るのではなくて病院に来る前の対応を重ねることによって精神疾患の自殺が減ったという報告があったんですよ。それはすごいなあと思ったんですが、じゃあ各国別にどういう風にどうなっているのか、増えているのか減っているのか、日本の中でも増えているところがあるのか減っているところがあるのか、それは私は何も情報が分かりませんから、そういうのを勉強するのも一つの手かなという気がします。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 色々とお出しいただいた意見を踏まえて、事務局の方でどういうと



ころからヒアリングするのにかまた御相談させていただきますが、時間の関係もありますので、続きまして自殺対策推進会議におきましての、大綱の進捗状況と御意見をいただきました。その御報告を樋口座長からよろしくお願ひします。

○樋口座長 ありがとうございます。このような機会を持っていただきまして、発言させていただくことに感謝申し上げたいと思います。私自身は精神科医でございまして、この推進会議には、前回の大綱ができた時から加わらせていただいて、丸5年になるということになります。自殺対策というのは、正に5年前に基本法ができ、大綱ができ、本格的な取組が始まったという風に言えると思いますがけれども、考えてみますとまだ5年という、歴史としては非常にまだ短い状況でございまして。大綱を基に国を挙げて、そして自治体、それから民間、それぞれ色々なところで対策を打ってきた、全体の印象としては、私はその結果として数字の上では3万人を切るというところには至っておりませんが、かなり自殺に対する関心というのは、5年前に比べると随分高まってきているという風に思っております。特に、平成21年だったと思いますが、地域自殺対策緊急強化基金が作られまして、これが都道府県に実際に具体的な施策を打てるようにということで行われた、これがかなりその地域地域でのそれぞれの対策に助けになったのだらうと思っております。しかし、残念ながら3万人を超えているという状況が今も続いているわけですが、今後大綱の見直しをする中で、これまでの過去5年間で取り組んできたところで不十分だったところ、欠けてるところ、それから一方では、私は有効であったことについて整理することが重要と考え、その作業を推進会議で行ってきました。3万人という風に見てしまうと確かにそうなんですけれども、さっきおっしゃったように、地域によって、あるいは取組によっては、減ってるんですね。一番端的に言われるのが、秋田のことがよく話題になります。長崎のことも話題に出てまいります。そういう、個別に見ていくと、対策を打つことによって、やはり数も率も減るという、そういうことがあるので、それをしっかりと捉えていくということが大事なんだろうという風に思っております。

先ほど御紹介がありましたように、今年の6月から7月にかけて、4回ほど大綱の改定に資するような意見出しをするようにということで、推進会議の方々に御意見を頂戴いたしました。その中身はかなりボリュームがありまして、とてもここで全てを御説明することはできないのですが、お手元に多分配られていると思われる資料の2でしょうか、推進会議における意見と書いてあると思います。その中で、この表は後ほどまた御覧いただきたいのですが、どういう風に作られたものかという、大綱の項目が一番左側に書いてありまして、大綱の本文がその次の内容、そして、取組としてどんな取組を行ったかという欄がございまして、そして今回、6月から7月にかけて推進会議での意見出しというのが一番右の欄に書かれたものがございまして。それをこれからちょっとまとめた形で、とても一つ一つを紹介するのはとても時間が足りませんし意味がないと思いますので、いただいた御意見を大きく分類してみますと、一つは個別分野ですね。例えば、学校におけるか職場におけるか、そういう個別的な分野に関するものが一つございまして。それから二つ目は自殺のリスクが高いグループというものに関する意見出し。こういうグループはより要注意が必要であるという、そういうことが一つ。三つ目は推進体制とか実施主体間の連携ですね。主に自治体とか、あるいは医師会と地域圏ですとか、色々な意味での連携に関する意見がございました。それをこれからそれぞれ説明させていただきます。

まず個別分野ということに関しては、具体的には3つほどに整理することができました。一つは、先ほどから話題になっています精神科を始めとする医療、精神保健に関するものでございました。二つ目は職場のメンタルヘルスですね。これは非常に大きなテーマでございまして。それからそれに

関わる労働者あるいは労働者を取り巻く環境に関するもの。三つ目は子どもに関するものということで、先ほど来ここでも話題になったものでございます。

まず、精神科を始めとする医療、あるいは精神保健に関するものとして、例えばどんな意見を頂戴したかと言いますと、例えばかかりつけの医師に対する精神疾患に関する研修。これは随分このところ進んできたわけですね。最初に、受診してくる、相談に来るのは、実は精神科医のところではなくて、かかりつけの、主に内科の先生のところであるというところから、内科の先生にいかん精神疾患あるいは自殺ということについて認識していただくかということが大事だということ啓発活動が行われ、それはかなり進んできたと思います。それに加えて、やはり例えば救急医療の救急隊員であったり、それから学校の学校医、それから保健師、こういった医師以外で医療に携わっているコメディカルと言いましょか、そういったスタッフについても研修を行う必要があるだろうと。医師だけが常に対応しているわけではないわけですから。

それから二番目は、一般・救急の医師が精神科の受診を患者に勧めた場合に、積極的に精神科医療につなげていくための仕組みが必要であるということが言われております。これは要するに、何らかの介在する、例えば看護師なのか保健師なのか、あるいはソーシャルワーカーなのか分かりませんが、かかりつけのお医者さんが、御本人に「あなたはちょっと心配だから精神科に行った方がいいよ」と言っても、それだけだと行かないことが圧倒的に多いんですけれども、それはやっぱり精神科に対する敷居が高いとさっき言われていることにつながるものだと思います。そこを介在して、少し相談に乗りながらつなげていくという、そういうことが必要ではないかと思います。

それから、自殺対策として適切な精神科医療を提供できるよう、診療報酬体系を含めた見直しが必要であるという御意見。要するに、言ってみれば、自殺の問題を抱えた患者さんというのは、大変やっぱり時間を必要とします。だから、今のうつ病医療がよく5分間診療だという批判を浴びてますけれども、とてもそういう診療体系の中では対応しきれないということがありますので、そういうことを診療報酬も含めて検討した方が良いのではないかという御意見もございました。

それから次に、時間が大分迫ってますので次に進みますけれども、二番目の問題としましては、職場の問題です。職場のメンタルヘルスということに関しては、一つは労災に認定された、あるいは労災事案になったものの背景を十分に分析すること。これは自殺そのものについても始まっている、なかなか難しいんですけれども、心理学的剖検と呼ばれている、自殺で亡くなられた方が、どういうことがあって自殺に至ったかというそのプロセス、それからその人を取り巻く環境の問題、家族の問題、そういったものをきちんと押さえていくということが非常に重要なので、現在取り組まれているわけですが、今度は労災に認定された、必ずしも自殺するに至っていないかもしれない労災事案についても背景をきちんと分析するということ。

それから事業者がメンタルヘルスに取り組むことに、何らかのメリットを感じられるようにすること。それがないとどうしても後回しになるということなんです。

それから、過重労働による健康障害の防止はもちろん必要なことですが、それだけに限らず、最近問題になっているのは、自殺の理由というところから出てくるのが、そういう過重労働に加えて、職場の人間関係、いじめ、パワハラ、こういったものがもう一つの大きな要因として出てくるわけです。そういったところにも取り組む必要があるんじゃないかというようなことが指摘されました。

それから三番目の子どものことに関してですが、やはり子どもに何らかの悩み、困難があった場合に、相談できる場、相談する力。学校には今、スクールカウンセラーが配置されてきております

けれども、ある意味ではもっと、形式に囚われないで相談できるような仕組みというのが必要だろうということが言われています。それから、子どもの自殺が起きた時の緊急対応について、例えば市町村単位で研修会を実施すべきではないか、緊急にどういった恰好で対応するのが実質的に最適なのかですね。それから関係省庁が連携して、地域の精神科医療従事者と学校がネットワークを作るという、これもなかなか現実には難しいです、そこはハードルがあるのですが、そういうことも指摘されました。

それから二番目でありますね。今のが一番目、個別分野に関するものということに関する三つのポイントでございます。大きな二番目として、自殺リスクの高いグループに関するものとしてどんなことが出てきたかということ、本体の中でかなり詳しく触れられているんですけども、意見出しの中では、世代別に当然考えるべきである。ですから、青少年、中高年、高齢者と分けて細かく検討すべきだけれども、更に、特に高齢者の中は、高齢者で一括りにしないで、60歳代と後期高齢者に分けて検討すべきではないかと。高齢者と言っても、かなり環境や状況や身体的な衰弱の程度や、そういったものが違ってくるので、そこは分けて考えるべきだという意見がございました。それからもう一点は、性的マイノリティがハイリスク者であるということ。これはまだ一度も取り上げられていないと思います。そういう意見が出されておりました。

それから、急ぎますが、大きな三つ目のポイントでございます推進体制や実施主体間の連携の問題でございます。連携の問題に関しましては、地域包括支援センターにうつ病等にも対応できるような人員配置をすること。要するに、先ほどお話にありましたように、うつ病による自殺、その背後にはその10倍の自殺未遂があると佐々木構成員からお話がありましたように、こういったところを予め対応していけるような人を配置して、地域包括支援センターとか、地域の中にそういう仕組みを作っていく。それから地域における心の健康づくりについて、地方公共団体の役割と民間団体の役割を明確にしていくべきであろうということ。あるいは、職域からの人材を入れるなど、地域における関係者の交流・連携を促進するための方策を具体的に考えること。

こういったような意見出しが出されたわけでございます。時間がオーバーいたしました。私の個人的なコメントを最後に述べさせていただこうと思っておりましたが、これはもし時間があれば後ほどということにいたしまして、とりあえず御報告を終わります。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 ありがとうございます。非常にタイトな中でありがとうございます。

本来ならここで御議論をと思っておりましたが、ちょっと時間が厳しいので、どうしてもという方がおられましたら。

事務局の方から次回以降の進め方について簡単に御説明させていただきます。

○蓮舫大臣 一言ずつだけちょっと最後にいただいて。事務の話は最後にしましょう。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 分かりました。それでは、今の御報告について一言。

○大塚構成員 樋口先生も精神科医なので、医療のところを中心にお話しされましたが、医療とか保健の現場でやることは決まっているんです。僕らが今まで健康づくり事業の中で自殺者の減少に関して失敗したのは、僕らのフィールドだけでやっても、聞いてくれるお客さんは一部なので情報や知識が広がらず、効果が出なかったのだと思っております。マーケティングをやり直さないといけないわけです。我々がやってきた実践を、例えばもっと市民レベルまで、色んなところに情報が行くような仕掛けをしないとイケないのではないのでしょうか。もちろん、医療や保健分野では頑張りますよ。頑張ったとしても、医療や保健分野で救える人たちはやっぱり限られる。医療サービスが嫌いな人

たち居ますもの。私は児童相談所長でもありますが、病気のため病院を受診させるべき子たちもいるんですが、病院に行くという文化がないようなご家族もあるわけで、そのような人たちに支援をして、子どもを受診につなげる必要があるわけです。自殺対策についても、このような視点で考えることが必要じゃないかなと思います。

○樋口座長 すみません。今回はですから、本来は私たち推進会議、あるいは大綱そのものの基本的なコンセプトというのは、メディカルモデルとソーシャルモデルという二つのモデルが車の両輪になって動いていくってということで、それですと取り組んできていると。今回はメディカルの方に寄った意見出しが多かったものですからこのような報告になりました。

○蓮舫大臣 今おっしゃった意味は、ソーシャルの方につなげていくと。

○乙武構成員 今お話をお伺いして、確かにメディカルの部分であったりという部分では、今まで一生懸命やられてこられて、更にこれから間口を広げていかなければならないという意味では、やはりそこにも教育というところはすごく大きく、良い意味でのチャンスというものがあるのかなと。つまりこういう、例えば授業であったりこういう指導をしたら、今すぐ自殺を考えていない子どもたちであっても、ゆくゆく自分がそういう気持ちになったり、また身近にそういう人が出てきたときに、「あ、あの時の授業あったな」とか「こんな指導を受けてきたからこんな言葉を掛けられるな」とか、そういったことは少し大きなチャンスとして捉えて教育で何ができるかということを考えていきたいなと、そんなことを思いながら聞いておりました。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 ありがとうございます。じゃ、佐々木さん。

○佐々木構成員 先ほど職場のメンタルヘルスの問題がありました。確かにとても色んな会社で困っているんですけども、大手の会社は、あんまり死んだっていう人はいないんですね。私の会社でもうつ病は沢山いますけれども、自殺したっていう人はあまりなくて、会社で自殺が出たりなんかするととんでもないことなんです。すぐ色んな対応を打ちます。この間本を読んでいたら、「八起会」という倒産した人たちの相談に乗っている会があって、多重債務とか倒産した社長はすぐ自殺するみたいで中小企業のほうがおおいかもしれません。

○樋口座長 確かに失業率と自殺率がパラレルだというのは有名な話なんです。もう一つ言われているのは、失業というのは今まで職を持っていた人が失業するというのももちろんあります。それから「無職者」に分類されて自殺の原因の中に出てくるんですけども、無職者の中を分類しますと、病気のために無職になっている人。要するに例えば生活保護を受けている人、そういう方がまた結構な数があるので、離職、無職、そのバックグラウンドももう少し精査していく必要があるのかなと思います。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございます。大臣、政務の方からよろしいでしょうか。では事務局の方から簡単に。

○齊藤内閣府自殺対策推進室参事官 本日色々御意見いただきましたものを事務局の方で整理いたしまして、ヒアリング対象など調整を進めて、次回以降の日程をセットさせていただきたいと存じます。以上でございます。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 どうもありがとうございます。それでは大臣、一言。

○蓮舫大臣 もう大丈夫です。

○太田内閣府自殺対策推進室次長 よろしいですか。以上で第1回の会合を終了させていただきます。どうも時間がタイトになり申し訳ございませんでした。ありがとうございました。

○蓮舫大臣 ありがとうございます。