

# 第 4 回 自殺総合対策の在り方検討会

平成 1 9 年 2 月 5 日 ( 月 )

内閣府 政策統括官 ( 共生社会政策担当 )

## 自殺総合対策の在り方検討会（第4回）

日時 平成19年2月5日（月）14時00分～

場所 中央合同庁舎4号館 共用第1特別会議室

### 議事次第

- 1．開会
- 2．意見交換
  - 高齢者の自殺対策について
  - 子ども・青少年の自殺対策について
  - その他
- 3．閉会

#### <配布資料>

- 資料1 第3回自殺総合対策の在り方検討会における主な意見
- 資料2 自殺総合対策のイメージ図
- 資料3 自殺対策の検討の枠組み
- 資料4 個人を取りまく主な関係者等の概念図
- 資料5 高齢者、青少年の自殺の特徴
- 資料6 職業別自殺者の現状
- 参 考 第3回自殺総合対策の在り方検討会議事録

中村座長 定刻になりましたので、第4回の自殺総合対策の在り方検討会を開きたいと思いをします。

今日は、河野委員がご欠席ですが、それ以外の先生方はご出席いただいて、どうもありがとうございます。

では、いつものように最初に、既に参考という形でお手元にお配りしてあると思うのですが、第3回の自殺総合対策の在り方検討会の議事録、多分、先生方には、一度、目を通していただいていると思いますので、これで公表という形にさせていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

(異議なし)

中村座長 では、そうさせていただきます。

本日の議題ですけれども、いつものように前回の検討会でいただきました主な意見、資料1という形でまとめてございます。これに対して、1つ、清水委員から、これに加えてほしいというご意見が書面で出されていましたが、それは後で加えることにして、そういう形で前回の主な意見ということで、これを参考になさりながら、また今日のご議論をお願いしたいと思いをします。

まず、前回もお示ししましたけれども、自殺総合対策のイメージ図、その他検討の枠組みの案、前回これについてもいろいろご意見をいただきましたので、少しそれに基づいて、事務局の方で手直しをさせていただきました。

そこで、事務局の方、新しい資料についてご説明をお願いします。

高橋参事官 それでは、資料2と資料3についてご説明をさせていただきます。

まず、資料2の自殺総合対策のイメージ図でございますが、先ほど座長からお話がありましたように、前回、検討会で皆様からいろいろ意見をいただきました。それを踏まえ、修正をいたしております。

また、前回の検討会の中で、資料1にもありますように、自殺対策は、地域づくり、社会づくりでもあるという視点を盛り込むべきではないか、また、一般の市民にも当事者意識を持ってもらうためのわかりやすいものとすべきであるなどの意見をいただいています。この点につきましては、このイメージ図とは別の資料を作成したいというふうに考えておまして、現在、事務局の方で検討しております。次回の検討会に、その資料については提出させていただきたいと思いをします。

それで、このイメージ図の主な変更の箇所でございますが、まず、ハイリスクに至る要因として、思春期、更年期などの身体的要因もあるのではないかというご意見をいただきました。これにつきましては、年齢という自殺の危険因子の一つでもございます。社会的な取組では対応できないというものでありまして、そのほか性別ですとか性格など個人的な属性ということで、健康な状態の左下の吹き出しの中に、メンタルヘルスに影響する個人的な属性ということでまとめております。

また、コミュニティモデルは、1次予防から3次予防のすべてを対象としているので、ハイリスクの状態にだけ矢印が向かうのはおかしいのではというご意見をいただいております。前回の資料も、ハイリスクの状態にだけ働きかけるということを意図したものではございませんでしたが、コミュニティモデルが自殺のリスクにかかわりなく、広く一般市民を対象としたものから、ハイリスクな状態にある者などさまざまな問題を抱えた方、さらには自殺者の遺族等

を対象とするということを明確にするために、その主体ごとに矢印を3本に分けて示しております。また、メディカルモデルの矢印も、同様の趣旨で主体ごとに、真ん中のハイリスクな状態と自殺者というところの2つの方向に矢印をつけております。

それから、真ん中のハイリスクな状態のオレンジの丸の中ですが、強いストレスを受けた状態という方も加えております。また、健康な状態から、さまざまな要因のストレスを受けて、自殺のリスクが右へ行くほど高まっていくという連続した変化をあらわすということで、中央の両方向の矢印を、健康な状態の青から自殺という状態の赤までの色の変化をグラデーションであらわしております。

それからもう1点、真ん中の自殺対策の対象となる人に対する各モデルからの働きかけの矢印とは逆向きの白抜きの丸い矢印ですが、これは以前の検討会でも、現場からのフィードバックが重要であるという意見もいただいております。各モデルの取組は固定的なものではなくて、随時、各施策の効果を評価し、それに基づき施策の見直しを行っていくという柔軟性を持ったものであるということを示すための矢印でございます。

次に、めくっていただきまして、資料3の自殺対策の検討の枠組みでございます。これは、緑色の字で前回の第3回における主な意見を追加しております。それで、表の修正箇所といたしまして、前回の会議で、自殺未遂者に対する支援がポストベンションかインターベンションかというご議論がございました。それで、インターベンションというのは、今まさに起こりつつある自殺の危機に介入して自殺を防ぐことということでありまして、ポストベンションとは、自殺や自殺未遂が生じてしまった場合に、家族などの周辺の人々に及ぼす心理的な影響を少なくする対策ということでございます。例えば、自殺未遂者を自殺の危険性が高い方というふうにとらえて、再び自殺行為に及ぶことのないよう精神科の治療を受けさせるですとか、退院後に地域の精神保健サービスが受けられるようにするという精神医療的なアプローチは、インターベンションというふうに言うことができますが、また一方で、自殺を凶ったものの幸い救命された方に対して、家族や周りの者が見守りをする。また、それが期待できないのであれば、保健師ですとか民生委員が見守り活動を行うという公衆衛生的なアプローチは、ポストベンションというふうにもとらえられると考えられます。この自殺対策基本法の具体的施策で、9項目ありますけれども、それぞれプリベンション、インターベンション、ポストベンションときちっと対応しているわけではありませぬので、これにつきましては座長とも相談いたしまして、心の健康保持に係る体制の整備のところ、プリベンション、インターベンションと中間に位置しているように、この自殺未遂者に対する支援のところも、インターベンションとポストベンションの中間に位置するというところで、境界を真ん中に入れております。

説明は以上でございます。

中村座長 ありがとうございます。

今の説明について、何かご質問がございましたらどうぞ。ご意見でも結構ですけれども、よろしゅうございますか。

(発言する者なし)

中村座長 そうしましたら、もちろんこれはずっと基本にしていきますので、お気づきのときにまた、これについてのご意見をご自由に言っていただくことにして、次に進みたいと思います。

これを基本にして、本日の議題に入るんですが、前回もお伝えいたしましたけれども、今回は高齢者、それと子ども・青少年、一応、ライフステージで分けて議論しようということですよ。

ので、本日は高齢者と、それから子ども・青少年というふうにして議論していただきたいと思  
います。

そこで、まず、今日の議論の参考のためにと、事務局がまた資料をつくっていただきました  
ので、その説明をお願いします。

高橋参事官 それでは、本日の高齢者、子ども・青少年の自殺対策の議論のための参考資料  
ということで、資料4の個人を取りまく主な関係者等の概念図、また資料5といたしまして高  
齢者、青少年の自殺の特徴、それから資料6といたしまして職業別自殺者の現状、この3つの  
資料を用意させていただきました。それぞれについて、説明させていただきます。

まず、資料4の個人を取りまく主な関係者等の概念図でございます。

この1枚目は、中高年の概念図でございます。前回の会議で提出したものです。この中に、  
職場におきましては、労働組合、企業の経営者も大きな役割を果たすというご意見をいただき  
ましたので、その2つを加えております。

1枚めくっていただきまして、2枚目が高齢者ということで、関係者の概念図をまとめてお  
ります。高齢者につきましては、退職後という想定で、職場という自殺対策の場がないという  
前提でございますので、家庭と地域という2つの場を想定しております。この中で、介護保険  
制度ということで示しておりますのは、今年度からすべての高齢者を対象として、介護予防事  
業という形で行われております。うつ病等の高齢者を把握し、保健師が訪問して、相談、指導  
する取組ということが進められておりますので、うつ病の早期発見、早期治療という自殺対策  
を進める上で期待できるものではないかということをお考えまして、特に介護保険制度というも  
のを明示しております。周りの関係者も、中高年との違いということについては、地域福祉の  
担い手として高齢者福祉センター等が追加になっているところであります。

めくっていただきまして、次が青少年の概念図でございます。青少年については、30歳未満  
という想定でございますけれども、有職者については職域としての対応ということが考えられ  
ますので、前回、中高年の場でご議論いただいております。そういう意味で、自殺対策の場と  
しては、学校、家庭、地域という3つの場を想定しております。学校の中の養護教諭などと、  
それから学校の外にあります学校医を一まとめにして、職域保健に対して、学校保健の関係者  
という形でくくっております。また、関係者としては、子ども専用の電話相談ということで、  
いのちの電話にチャイルドラインというのを加えております。

それから、資料5、6でございますが、前回の会議の中でも各世代の客観的なデータに基づ  
いて議論すべきではないかというご指摘がございましたので、今日の参考資料として用意いた  
しております。

まず、資料5でございますが、これまでの自殺の調査・研究成果、また文献データを精神保  
健研究所の方から提供いただきまして、高齢者、青少年それぞれの特徴ということでまとめて  
おります。中高年につきましては、次回の会議でまたご議論いただきたいと思っておりますので、次  
回に提出を予定しております。

まず、高齢者の自殺の特徴ということで、5つ挙げております。

自殺者の約4割は高齢者であるということ。それから、高齢介護者の3人に1人が「死にたい  
」ということを感じているということでございます。これについては、参考資料としてアン  
ケート結果を添付してございます。それから、高齢者の自殺未遂者、また自殺者については、  
うつ病が大きな原因であるということ。それから、自殺の前兆によって、内科医等が受診して  
おりますが、精神科医を受診して、うつ病の治療を受けるという方はほとんどいないというこ

とです。また、高齢自殺者の多くは家族と同居しているということで、単身生活は全体の5%以下であるという調査結果もございます。

このような特徴を踏まえ、高齢者の自殺対策については、うつ病対策というのが中心になってくると考えられますが、内科等の一般医でうつ病を検知し、必要に応じ専門医につなげていくにはどうすべきかという観点、また、実際、多くの方が家族と同居しているということ踏まえると、家族だけには頼れないのかなということで、地域の中で、例えば先ほどの介護予防事業等の地域活動の中で、ハイリスクの方をどのようにして把握し、治療につなげていくにはどうすればよいかという観点がポイントになってくるのではないかとこのように考えられます。

高齢者特有の要因ということで、3点ほどまとめております。

身体的負担ということでは、これは警察庁の統計で自殺の原因・動機というのを調べておりますが、高齢者につきましては7割が「健康問題」というふうにされております。この健康問題のうち約8割が、体の病気による病苦ということでございます。それから、高齢自殺者の90%以上の方が自殺の前に身体的不調を訴えて、85%は入通院による治療を受けていたという調査結果もございます。高血圧症等の慢性疾患による継続的な身体的苦痛が、うつ病の引き金となり自殺につながるというふうに言われております。また、独居老人よりも家族と同居されている老人の自殺が多いということで、同居家族への看護、介護の負担をかけることへの遠慮があるというふうに言われております。また、喪失感、孤立としては、近親者との死別、生きがいの喪失などに直面することが多く、その強い喪失感から閉じこもりがちとなり、うつ病に至るというふうに考えられております。

それから次に、1枚めくっていただきまして、青少年の自殺の特徴でございます。

これは、4点ほど、特徴ということでまとめておりますけれども、自殺者数は、全体としては数は少ないわけですが、将来ある「いのち」が自殺によって失われるということは非常に大きな問題であり、自殺予防の入り口の世代として重要な世代ではないかというふうに考えられます。特に、自殺未遂歴は、将来の自殺行動につながる可能性が高いということで、青少年の自殺が少ないということだけで重要性が低いとは言えないというふうに考えられます。子ども・青少年の自殺については、非常にタブー視されることが多く、調査への協力が得にくい、また、数も少ないということで実態解明が進んでいないということで、なかなか高齢者のような具体的な特徴を挙げるができないというふうに言えます。それから、これは特に自殺の傾向ということではなく、最近の傾向として、携帯電話の普及により有害情報に接する機会が増加していると言われていると思います。

特有の要因ということで、青少年といたしましても、20歳未満と20歳代では多少違いがあるということで、まず20歳未満の子ども特有の要因ということで幾つかまとめております。数は、全体の2%にすぎないということですが、死因の順位は、この世代の中では自殺が上位を占めております。

次に、警察の統計では、この世代でも「健康問題」が3割、それから「学校問題」が2割というふうになっております。子どもの健康問題といたしましても、高齢者の場合はいわゆる病苦が8割以上を占めるわけですが、子どもの場合、健康問題につきましては精神障害が大半でありまして、年齢が若くなるにつれまして、この精神障害の割合が高くなりまして、この世代では健康問題のうちの約4分の3が、精神障害というふうになっております。それから、先ほど高齢者では、うつとの関係が深いというふうに言われましたが、子どもの場合、精神障

害との関連性は低いということでございます。心理社会的な未熟さにより衝動的な行動をしがちということで、発達途上ということもありまして、問題に対する解決能力が未熟である。また、外部からの影響については、プラスの意味でもマイナスの意味でも、影響を受けやすいというふうに言われております。

次に、青年ということで、20歳代の方の特有の要因ということで、自殺率はそれほど高くはございませんが、死因ということでは、この世代の第1位が自殺であります。

これも、原因・動機は、警察の調べですが、「健康問題」が3割という形です。このうち、約6割が精神障害ということとなっております。この精神障害についても、うつ病よりも統合失調症、妄想性障害、パーソナリティ障害、摂食障害との関連性が強いというふうに言われております。それから、高齢者でも孤立ということが言われましたが、青少年の場合でも、インターネット自殺の背景に、孤独化、孤立化ということが指摘されております。

こういった青少年の特徴を踏まえまして、自殺予防の入り口世代として、青少年全体に対する自殺予防教育を始めとしたプリベンション、それから自殺が発生した後の学校等での対応に重点を置いた対策というものが重要ではないかというふうに考えられます。

それから、続きまして資料6でございます。これは、警察庁の統計資料をもとに、クロス集計したものでございます。

1が、まず職業別、年齢別の自殺者数です。特に、職業別では無職者が、3万人のうち1万5,000人強を占めておるということで、自殺者全体の約半数を占めております。もちろん、高齢者が多いわけですが、20歳から60歳未満の無職者も約8,000人ということで、無職者全体の約半分強を占めておるということです。

それから、20歳から60歳未満の自殺者2万人の約4割が無職者という方で、これらの方は、自殺時点では無職ということですが、健康上の理由で仕事をやめたりとか、失業状態であったという方が、かなりの部分、含まれるのではないかというふうに推定されます。

それから、次のページですが、職業別、原因・動機別の自殺者ということで、遺書があった方だけの統計資料、集計でございますけれども、遺書を残された方は全体の3分の1程度の1万360人ですが、借金、生活苦などの経済問題については全体では2割強ですが、下の職業別のところを見ていただきますと、自営業、それから管理職・被雇用者では4割という形で割合が高くなっている。健康問題は、全体では約5割ですが、主婦・主夫では約7割、無職者では5割強ということ。自営者、管理職・被雇用者では、健康問題の割合は2割程度ということでございます。

この警察の原因・動機につきましては、ご承知のように、今年から小項目が実態に合わせて整理されるとともに、この原因・動機も、複合している場合には3つまで計上するようというところで、これまでの問題点を解消するという方向で改善が図られているところでございます。

事務局の説明は以上でございます。

中村座長 ありがとうございます。

では、今の資料を参考になさって、いろいろとご意見をお願いします。

今日は、2つのステージについてですが、最初にまず高齢者の方から入りたいと思いますのでお願いします。

高齢者については、今の資料で説明がありましたように、うつ病が大きな原因とか、単身かと思いましたが、むしろ家族と同居している人の方が多いとか、それから介護をしている方が3分の1ほど「死にたい」と思っているとか、ある意味ではこの年齢独自の問題もあ

るように思います。

そこで、高齢者への地域の取組ということを中心にして、この間、私も東京新聞で拝見しましたけれども、秋田で地域の対策を実践しておられます本橋委員、それからもう1方、五十里委員に地域での保健福祉行政、それから介護保険制度、そのようなことで、お2人に最初に議論のきっかけをつくっていただきたいと思いますので、まず本橋先生からよろしく願います。

本橋委員 本橋でございます。

それでは、時間が限られておりますのでご説明したいと思いますが、その前に、皆さんのお手元に、この「自殺対策ハンドブック」というのを今日は置かせていただきました。2月10日発売なんですけれども、出版社の方に申しまして、今日の議論に間に合うようにということで、地域だけではなくて、職域とかのことについてもきちんと専門家の先生に書いていただいております。また後ほど、ごらんいただければというふうに思います。

それでは、早速資料に基づいて、高齢者の自殺対策ということをお話ししたいと思います。

タイトルとしては、「地域における実際予防対策 秋田県の事例から」ということをお話しいたしますけれども、主として、秋田県は高齢化の進んだ地域ですので、対策としては中高年ですけれども、やはり高齢者の対策がかなりのウエートを占めているということでございます。

1 ページ目の下に、秋田県の自殺率が、日本全体で比べても非常に高い、それから世界的な自殺率に比べても高いということがおわかりになるかというふうに思います。

2 枚目のところに行ってくださいますと、これは先ほど事務局の方からご説明がありました高齢者の自殺の特徴をそのとおり書いたものですが、秋田県の場合は高齢化が進んでおりますので、実は自殺者の約5割が高齢者でございます。先ほどのご説明があったんですけども、私どもの地域のフィールド研究で、幾つかさらに追加的な知見としてご説明申し上げますと、「あなたの家族や知人で自殺した人がいますか」というような質問をいたしますと、農村部でございますけれども、地域の中で約4割近い方が「はい」というふうにお答えになります。このことは、自殺というものが高齢者にとって非常に身近な問題であり、しかも、話題にしたくないというような話題であるということを示しております。

また、住民の方に、「自殺についてどのように考えていますか」という質問をいたしますと、高齢者ほど、「自殺のことはあまり考えたくない」と考える方が5割ぐらいおられますけれども、それが最も多くて、それからまた「恥ずかしいこと」と答える方も、高齢者になるほど多くなるということで、高齢者の対策を進めていくときに、やはり自殺の問題をきちんと話すことができる、あるいは恥ずかしいことととらえないような意識の変容というものが大切ではないかというふうに、私どもの調査から言えるかと思えます。

さらに、自殺予防に必要なことというような調査を地域で行いますと、高齢者の場合、「家族の人間関係の改善が一番必要だ」というふうに答える方が多いです。これは、先ほどの同居している家族で高齢者の自殺が多いということともかかわることで、対策として、やはり家族の人間関係を改善するようなことへの支援というものをいろいろ考えていく必要があるのではないかということを示唆しているというふうに思います。

2 枚目のところはそれで、あと、具体的な自殺対策の取組ですけれども、3 ページ目のところに行きまして、秋田県の自殺対策の経緯ということを時系列で書きましたけれども、秋田県の場合は1999年ごろから自殺対策を本格的に進めましたが、それに当たっては、この問題に取り組もうということで、非常に県知事がやはり大きな役割を果たした。そして、2000年、2001

年ぐらいから実質的な自殺対策を始めましたけれども、当初は地域の啓発活動であるとか相談窓口をネットワーク化しよう、あるいはモデル市町村というところをつくって、そこに県の方から支援をしよう、こういうことからスタートしております。当初は、自殺という問題を言葉で示すのは時期尚早ということで、当初は「心の健康づくり」ということでずっと啓発を進めていたんですが、3年たちました2004年3月に、公式に全戸配布のリーフレットで「自殺予防」という言葉を初めて県として住民に示した。そこに至るまで、大体3年ぐらいの啓発が必要であったというふうに考えられます。その後、健康づくり条例のようなものを秋田県は制定いたしましたけれども、モデル市町村でかなり強力な介入をやりまして、その効果があらわれてきたのが2004年ぐらいでございます。そして、2005年には、そのモデル事業をさらに拡大するというので決定しております。

後で、自殺予防のモデル事業のことをお話いたしますけれども、いろいろな対策をやっておりますが、小さな地域でモデル事業を拡大していくということが、実はやはり非常に大きなことではないかというふうに考えております。

3ページの下のところですが、秋田の自殺対策、どんなことをやったかということで、推進の原動力になったものということを書いておりますけれども、1次予防、2次予防、あるいは事前の予防、危機への介入、それからポストベンションのところも始めておりますけれども、当初は、ここでは「ヘルスプロモーションアプローチ」というふうに書いてありますけれども、1次予防中心の対策から始めている。それから、特徴としては、やはり市町村の自律的な活動を支援するというモデル事業に力を入れたということだと思います。それから、地域のさまざまな人たちがネットワークを形成して行って、自殺対策にかかわっていくということを重視したということ。それから、秋田ではさまざまな民間団体の方たちが積極的に関与しておりますけれども、こういうような住民参加、それから秋田大学がかなり側面からモデル事業を支援したというような専門家の積極的な関与というの、やはりかなり重要であるというふうに考えております。

4ページ目に行きますと、秋田県の自殺予防対策の柱が5つあるんですけれども、この中で情報提供、啓発、相談体制の充実のあたりは、1次予防、2次予防といいたいまいしょうか、事前予防と危機への介入のところでございますけれども、3番目はうつ病対策ということで、これは高齢者だけではないですけれども、やはりうつ病対策をかなり柱に高齢者の対策を進めていったということがあります。それから、予防事業の推進と書いてあるのは、先ほどちょっとお話をいたしました自殺予防のモデル事業をやっている町を6つほど選定して、その地域で大学もかなりかかわって強力で推進したということです。

このときに、高齢者、主として中高年の住民を対象に、うつのスクリーニングのようなことをやって、さらにハイリスク者に個別指導するというような、いわゆる2次予防的なアプローチもっております。大体5,000人の町で1%くらいの方が対象になるとすると、大体50人ぐらいの方をフォローしたいわけですが、実際にはさらにその50人のうちの10人から15人ぐらいしかフォローできないんですが、こういうようなハイリスク者への個別指導をやっていることも、結果的には自殺予防、自殺対策に効果があったというふうに考えております。

4ページ目の下から、1次予防、いわゆる事前予防の幾つかのリーフレットを示しておりますけれども、4ページ目の下は平成17年度に行われたキャンペーンです。このポスターをつくってキャンペーンをやる、さらに相談窓口をフリーダイヤルで確保するというようなことをやりまして、平成17年10月から12月にこのキャンペーンをやった結果、12月には自殺者数が減少し

たという実績があります。ですから、さまざまな形でのキャンペーンをやるということは、実際に効果があるというふうに考えられます。

5 ページ目の上の方のリーフレットは、実は先ほどお話しいたしました、初めはなかなか「自殺」あるいは「自殺予防」という言葉は入れられなかったんですけども、平成16年3月に初めて「自殺予防 心はればれ運動」という形で、「自殺」という言葉を住民に対して行政として示したということがあります。

ただ、この言葉を使うときに、いろいろな心理的な抵抗があるだろうということで、秋田県の県花であるフキノトウというような、そういう優しいイメージキャラクターを使って、心理的な抵抗感を弱めようというような意図もございます。

5 ページ目の下は、このリーフレットをあけますと、メッセージとして書かれていることは、地域だとか職場だとか家族、家庭の場で悩みを抱えている人たちは、医療機関、あるいは相談の窓口、「ふきのとうホットライン」と書いてありますけれども、こういうところに行ってください。さらに、うつの症状としては、心の症状と体の症状がありますよというようなごく簡単なメッセージでございますけれども、こういうことをやったということがございます。これによって、実際、相談窓口の相談件数が増加しております。ということで、住民の周知によって、相談窓口へのアクセス数が増加するということが認められました。

その次でございますが、6 ページ目に参りますと、メディアによる啓発活動ということで、このメディアとの連携ということもやはり重要だというふうに考えておまして、メディアにはさまざまな功罪があるということはこれまでも議論がありましたが、秋田県の啓発においては、むしろメディアのよい面を使って積極的な啓発を進めてきたという経緯があるかというふうに思います。県の広報番組で県知事がテレビ出演したとか、それからNHKのクローズアップ東北であるとかクローズアップ現代に秋田県の取組が取り上げられて、非常に効果があったということがあります。こういうことも、やはり手法としては、メディアとの連携によって適切な情報を住民に提供していくということも、大変大切なことだというふうに思います。

6 ページ目の下でございますが、相談体制の充実ということで、悩みを抱えた高齢者、あるいは中高年でございますけれども、相談窓口の一覧表をつくりまして、電話番号とその開設時間が書いてある。これを1枚、先ほどの全戸配布のリーフレットと同時に配っているわけですが、こういうことによって住民に悩みの相談窓口を周知するということが、これは何回かやっております。

7 ページ目でございますけれども、地域の高齢者の自殺対策というときには、その地域でやはり自殺対策のネットワークをつくっていくということが大切になると思います。これは、ネットワークの一つのイメージ図でございますけれども、当初は健康づくりというようなことで言っておりますけれども、保健だとか医療にかかわる人、それから社会福祉にかかわる方、教育委員会であるとか、あるいは警察、消防、商工会議所、マスメディア、大学、ボランティア、こういう方たちが地域でまず協議会をつくって自殺対策を推進していくということを、実はモデル事業をやっている町でも行いました。

7 ページの下ですけれども、これはうつの早期発見・早期治療につなげるということで、医師会と連携いたしまして、「一般医のためのうつ病マニュアル」と書いてありますが、主として地域の開業医の内科の先生ですね。先ほどもご指摘がありましたけれども、まず体の訴えというものをきちんと正確にとらえて、うつの治療につなげていくということが大切だろうということで、内科医の方が、うつと思われる高齢者の方が来たときに、適切な診断と簡単な治療

ができるということ、これは医師会の方に研修したと。これによって、より早期にうつの方を見つけていこうという相談体制でございます。

8ページ目でございますが、これは実際に秋田県の中で自殺率の低下に効果があったんですけども、市町村のモデル事業というのをやったわけでございます。ここの中では、生きがい対策のようなこと、それからハイリスクアプローチ、うつであるというふうに考えられる方を早目に見つけて個別に相談していくという事業をやりました。それから、世代間交流の場づくり事業ということで、子どもと高齢者の交流を図るであるとかの交流事業ですね。それから、さまざまな地域で高齢者が孤立しないように、いろいろな生きがいづくり事業というのは既存の事業を踏まえてつくっております。仲間づくり事業も同じでございます。

平成18年には、秋田県内9つの市町村でこのモデル事業をしておりますけれども、来年度はさらに5つの町村をふやして、秋田県は現在、合併いたしまして25市町村だったと思っておりますけれども、来年度は14市町村ということで、半数以上の市町村でモデル事業を進めていくと。実際に、私どもが体験した中では、このモデル町のような取組をふやしていくことが、一番地道で現実的な自殺率を減らしていく地域の効果的な一つの方法ではないかなというふうには考えておりますので、これは予算も伴うことでございますけれども、やはり地道に継続的にやっていくということが必要だと思います。

8ページの下は、平成13年から16年に行いましたモデル町、これは合併前の市町村の図ですけども、オレンジ色のところでいろいろ強力な自殺対策をやった。その結果、どういうことが起きたかという、9ページの上でございますけれども、介入いたしました約4万4,000人の6つの町では、3年間の強力な自殺予防の介入によって、大体半数ぐらいに自殺率が統計学的に有意に減少したという結果が得られました。一方、その周辺の青い地域なんですけれども、介入を強力に行わなかったところでは自殺率は変わらなかったということで、小さな地域ですけども、きちんと強力な自殺予防の介入をすることで、自殺率が半減するということがエビデンスとして得られたということでございます。

9ページの下ですけども、これはまとめになります、秋田県でやってきたことは、この在り方検討会でもいろいろご指摘がありましたメディカルモデルとコミュニティモデルをうまく組み合わせているということが大切であるというふうに思いますが、まさしく秋田県の場合には、高齢者の対策に対して、うつに対する理解の増加と、地域の自殺に対する偏見の除去であるとか信頼感を醸成するというようなこの2つのアプローチをうまくやった結果、モデル町では自殺者数が減ったというふうに言えると思います。

最後の10ページ目のスライドですけども、これは我々研究のレベルで、今お話ししたことをどういうふうにか考えるかということですが、下に書いてあります住民のうつ病や自殺の知識を改善するということは、これはメディカルモデルにつながってくることでございます。それと、もう一つ、ソーシャル・キャピタルと書いてありますのは、地域での人々の地域に対する信頼感を醸成するであるとか、偏見を除去していくということですね。これが、実はコミュニティモデルの目指す一つの大きなところであろうというふうに考えておまして、この2つが、結局、自殺の1次予防の場合には、相談機関であるとか医療機関への早期のアクセスを改善するというにつながっているのではないかなというふうに思います。

以上を踏まえまして、ここの資料ではないですけども、私自身、高齢者のこの対策の中で重要なことを1分くらいでちょっとまとめさせていただきますと、まず資料3の自殺対策の検討の枠組みの提言のところにはめ込むべき事項として、事前対応、プリベンションのところ

は、家族関係の改善へのいろいろな支援を行政的にできる部分がある分についてはきちんとすること。それから、自殺を恥と考えるような偏見を変えるためのいろいろな啓発をしていくこと。それから、世代間交流を含めて地域の交流の活動を強化していくこと。生きがい対策を強化すること、こういうところが事前対応としては重要ではないかと。

2次の自殺発生への危機の対応のところでは、さまざまな場面でうつスクリーニングを行い、早目の発見につなげること。それから、かかりつけ医の機能を強化することですね。それから、介護、福祉の現場で、そういう人たちが危機に対処できるようなスキルを身につけること。それから、保健師さんなどが訪問指導をきちんと行うというようなことが大切ではないか。

事後対応につきましては、残された親族へのケアということで、これはその程度のことしか私はお話しませんが、やはり重要であろうというふうに思います。

以上、簡単でございますけれども、秋田県の経験を踏まえて、地域での高齢者の自殺対策に必要なことを述べさせていただきました。どうもありがとうございます。

中村座長 どうもありがとうございました。

多分、いろいろご質問、ご意見がおりと思うんですけれども、五十里委員のお話を伺ってからまとめてと思いますので、よろしくをお願いします。

五十里委員 それでは、私の方から2点ほど発言させていただきたいと思いますが、まずその前に、今、本橋委員の方からお話がございました秋田県の対策というのが、1つ、都道府県の中でも一番進んでいるというか、いろいろされておりますので、私どもとしまして、来年度、取りかかれるものから進めていこうということを考えておまして、秋田県の事例は、いかにそれをそれぞれの都道府県の地域性を考えてアレンジして進めていくかということが、我々の一つの宿題ではないかと思えます。今後、自殺対策を推進するに当たりましては、現在実施されております各種の行政施策の中で一体何ができるのかと、一度、検証なり検討することが、まず必要ではないかというように考えております。

私の資料の1をごらんいただきたいと思います。

まず、第1点目でございますけれども、高齢者に対する自殺対策としまして、1つの事例として、高齢者の支援策であります介護保険制度、先ほど事務局からの説明がございましたが、特に介護予防事業につきまして、今後、一層力を入れる必要があるというように考えておまして、ご紹介したいと思います。

ご承知のように、介護保険制度でございますけれども、介護者の負担軽減と介護サービスの向上などを目的に、保険制度として平成12年度から始められております。対象者の増加、特に要支援、要介護1が急増いたしまして、サービスの活用が進み、保険財政が急激に膨らんできましたことから、軽度の方が重症化しないよう、介護予防、これを重視することになりまして、昨年4月から市町村事業として、地域支援事業、介護予防事業が創設されております。

参考資料を1、2、つけさせていただきました。また後ほど、ごらんいただきたいと思います。

この事業でございますが、要支援、要介護になるおそれの高い方、これは高齢者人口の5%程度を想定しておりますけれども、これを特定高齢者といたしまして、運動器の機能向上のほか、うつ予防・支援としまして、主に訪問型の介護予防プログラムが実施されております。このプログラムは、うつのおそれがある、あるいはその状態にあり、通所サービスの利用が困難である方が対象になりまして、保健師などが訪問し、生活機能に関する問題を総合的に把握した上で、必要とされる相談、指導を行うものでございます。

しかしながら、この予防プログラムを実施している市町村、愛知県でございますが、平成18年11月末に調査いたしましたところ、11の市町村、17.4%にとどまっております。全国も、これは昨年9月の調査でございますが、まだ事業が始まって間もないこともございますけれども、20%になっております。

それで、3の介護予防事業の課題でございますように、事業が進まない要因としましては、特定高齢者の把握が不十分でございますが、5%の目標に対して、国が行いました昨年9月の調査では、まだ0.21%と低調であることが挙げられております。特定高齢者の把握方法には、老人保健法における基本健康診査の機会がございますが、そのほか、参考資料2につけさせていただきます。1枚はねていただくと、表5がございますけれども、これは平成18年2月に、総合的介護予防システムについての研究班がまとめましたマニュアルからの抜粋でございます。左側の把握ルートのところをごらんいただきますと、当事者、住民、民間、行政、関係機関別に整理されておりましたので、参考までにつけさせていただきます。さまざまな方法がございますが、まだまだ実施主体である市町村で十分検討されていない、あるいは活用されていない、そういうような現状でございます。

また、高齢者の選定でございますが、資料1の方へ戻っていただきたいと思っております。特定高齢者の選定には、基本チェックリストによりまして、本人から申告がございますが、選定基準で振り分けることとなります。この基準が厳しいという指摘もございまして、また、運動機能などの身体的な項目に該当しない場合は介護予防事業を受けられないということから、厚生労働省もこのことを重視しまして、選定基準をこの4月から緩和する予定と聞いております。今後は、一層把握が進むように努力することが求められておりました、事業目的に沿った展開を図る必要があると考えております。

それから、4の活用という点でございます。基本チェックリスト、これはちょっと資料をつけていなくて申しわけございませんが、これには本橋委員が平成15年にまとめられた「市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定ガイド」、この中から選択されたものと考えておりますが、「毎日の生活に充実感がない」など5項目の設問がございます。この情報の活用を図ることが重要ではないかというように考えております。また、介護予防事業関係者に対する研修を実施することなどによりまして、自殺予防へつなげていくところを一層強化することも必要ではないかというように考えております。

それから、2点目でございますけれども、資料2をごらんいただきたいと思っております。

ちょっと先ほどの高齢者のところから外れまして申しわけございませんが、先般、前回検討会で発言させていただきました内容につきまして、もう少し具体的に組織の在り方について申し上げたいというように思います。

まず、自殺対策連絡協議会でございますけれども、医療、職域、教育等の種々な分野の方々に構成されまして、私どもとして方向性のご意見をちょうだいするとともに、それぞれの分野で対策を実践していただくものというように考えております。この自殺対策連絡協議会につきましては、年度内に半数の都道府県で設置される予定でございます。

それから、2の庁内組織でございます。従来から、行政の危機管理という観点から、あるいは重要事項に関する課題には、しばしば知事を本部長、関係部局長を構成員といたします対策推進本部というような組織が設置されております。例えば、愛知県で申し上げますと、食の安全・安心推進本部だとか、あるいは市町村合併支援本部だとか、そういうような本部を設けているわけでございますが、通常、下部組織として幹事会とか、あるいは作業部会、そういうよ

うなものを設けて、いわゆる庁内挙げて対策に一丸となって取り組む、そういうような体制をとるものでございます。

前回、国の内閣府のように、都道府県も知事直轄の組織あるいは事務局の必要性のご意見もございましたが、都道府県では国の省庁ほどの独立性はないのではないかとというふうに考えておりました。むしろすべての部局が知事直轄と言えるのではないかと考えております。法律が成立いたしましたして、大綱に沿って知事のリーダーシップが発揮できる体制が整備されますならば、行政としての自殺対策も進むものではないかというように考えております。また、さまざまな啓発活動の重要性が指摘されておりますけれども、都道府県民運動というのか、あるいは国民運動、そういうような啓発の広がり、これがやはり一番大事ではないかというように考えております。

ちょっと繰り返しの意見で申しわけございませんが、以上でございます。

中村座長 どうもありがとうございました。

今、お2人から、非常に具体的なお話がありました。それから、先ほど事務局からも、幾つか資料が出されておりますので、それもあわせていろいろご意見を、どうぞご自由にお聞かせいただきたいと思っております。よろしく願います。どなたからでも結構ですけれども、いらっしやいませんか。

どうぞ。

樋口委員 本橋先生に伺いたいんですが、これは前にも伺ったことがあるかもしれないんですけども、今、先生の秋田県のお話も伺って、小さな地域の中での対応と申しますか、モデル的な対応をしていって、それを積み重ねて広げていくことが、最も強力な自殺防止対策につながるであろうという、実際にそういう経験をされてきたわけですが、こういったモデル事業を、今度は例えば東京だとか大阪だとか名古屋という大都市の中で、同じように展開できるかどうか。それから、とにかく人口が、けた違いなところでございますので、そういうところで行うとすれば、どんなポイントを押さえておくことが重要なのか、先生のお考えを少し伺わせていただければと思っております。

中村座長 どうぞ、本橋先生。

本橋委員 どうもありがとうございます。その問題は、大変重要であるというふうに認識しておりますが、秋田県の経験は確かに農村中心の対策でございますので、都市部に行ったとき、確かに東京であるとか大阪であるような何十万人、何百万人というときに、秋田県でこれまで実績を積み重ねてきたような取組というのは、直ちにそちらに広げることは難しいと思っております。

ただし、例えば1,000万人全体を対象にするということではなくて、東京でも葛飾であるとか江戸川であるとか世田谷であるとか、それでも数十万人の単位でございますので、さらにそれを保健所単位であるとかに分けて、全部を初めから網羅するということは難しいので、できるところから始めて広げていくということが、まず1つではないか。それから、大都市は啓発活動であるとか、その辺を効果的に進めていくことが、やはり一つのポイントになるのではないかとということと、農村部では高齢者は、医療へのアクセスということから考えると、お医者さんであるとか医療機関が少ないんですが、大都市部というのは、やはり医療機関が非常に充実しておりますので、そういう意味での医療機関の活用というのが、農村部よりもっと効果的にできる可能性を秘めているというふうに私は思いますので、農村と都市は一律にはできないんですが、農村のノウハウをうまく利用して、都市に適用できるような形をこれからつくっていくことが必要だというふうに思います。

樋口委員 ありがとうございます。

中村座長 ありがとうございます。

ほかにいらっしゃいませんか。

どうぞ、天本先生。

天本委員 これからの高齢者の場合に、家族構成がかなり変わってくる、要するに老老夫婦、単身老人が非常にふえてくるということは、希望が持てるのかどうなのかというものと、もう一つは、要するに家族と同居していないけれども、多様な住まいというか、集合住宅での生活、そういう環境変化、あるいは東京多摩市などの呼び込み老人といったような形での大きな環境変化、そういうようなことで家族構成というものが相当これから変化する中で、どういう対応、あるいはどういう研究が必要なのかということと、それから、私も昔、認知症の検査のときに、認知症の出現率というのは、世界各国、大体同じぐらいの割合だったんですけども、神経症、うつというのは非常に表面化されず、非常に低い数値で出てきてびっくりしたというか、それは日本の高齢者の特徴というか、互いに我慢すること、自分を抑えることでといったような特徴ではなかったかと思うんですけども、これからはやはり今のオールド・オールドと、その前のオールドの人がこれから高齢者に来ると、要するに、多少、高齢者でも、育った時代というのが大きく違うということでの群が、メンタルヘルスという面においてどういうことが考えられるのかなということと、この介護予防は、もう全く機能していないです、現場では。認知症のチェックリストは、3つか4つかな。うつの場合でもあれなんですけれども、なかなかそれで、これは我々かかりつけ医の問題なのか、あまりにも項目を欲張って、口腔、それから身体機能、いろいろなものを入れ過ぎて、あまりにも簡単でということ、結局、薄っぺらく、なかなかうまく引っかかってこないのかなというのが印象でございます。特に最初の方、後の方は意見として。

中村座長 本橋先生、どうぞ。

本橋委員 簡単にお答えいたしますけれども、1つは、家族構成が今後いろいろ変わってくる中で、どういうふうに対応したらよいのかというご質問だというふうに思いますけれども、先ほどの事務局のご説明があったんですけども、高齢者の中で、同居している方でいわゆるストレスの多い方が多いというご説明、これは一般に言われているところなんですけれども、我々が農村部でやっている研究でも明らかなんです、ちょっと誤解がありまして、大体、同居している方の1割ぐらいの方が、かなりストレスを感じているんですね。残りの9割の方というのは、それほど大きな問題はない。ですから、同居している方すべてに問題があるというのは、結構、誤解の部分がありまして、そのうちの対象者の1割ぐらいの方について、見ていく必要があるだろうと私は考えています。ですから、同居している高齢者がすべて具合悪いということではないんですね。そのところが、1つ、ポイントだと思います。

ご指摘のように、ひとり暮らしの方がむしろ気楽ではないかみたいなのところもある部分があるんだというふうに思うんですけども、農村では農村で、例えばひとり暮らしの方については、どういうふうにしてその方を周囲からサポートしていくかというような、地域の人と人とのつながりをどう確保していくかみたいな生きがい対策ですね。これは、農村の場合にはかなりつながりが密接でございますけれども、都市部の場合ですと、例えば今ですと生涯学習であるとか趣味のいろいろなサークルであるとか、そういうコミュニティというよりちょっと別のところでのつながりを強化していくことで、かなり高齢者の生きがいに対策としてつながるのではないかと私は考えています。ですから、単身といいましょうか、おひとり暮らしの高齢

者がふえてきた場合には、やはり家族のサポートというよりは地域全体、あるいは都市全体の中でのサポートを強化していくということが、1つ、対策になるのではないかと思います。

2番目の世代の違いというか、世代が違うことによってその問題が変化するかということでございますけれども、これは例えば団塊の世代の方が、今、だんだん高齢化になられていった場合にどうかとか、そういう問題だというふうに思うんですけれども、実証的には、実はまだその辺のデータを私はとっておりませんので、どうなるかということあまり言うべきではないなというふうに思うんですが、当然、世代が変わることによって、いわゆるストレスの受け方みたいなものが変わってくるというふうには予測されますけれども、その辺のところは今後の課題ということになるのではないかと思います。

以上でございます。

中村座長 ありがとうございます。

ほかにご意見はありませんでしょうか。

今、ちらっと、介護予防事業は働いていないみたいなことをおっしゃったんですけれども。

天本委員 制度として始まったばかりであるということと、要するにそのデータ、先ほどもご報告がありましたように、予測よりもかなり低調だということ、特定高齢者が、例えば身体運動機能のチェック自体においても予測と相当ずれがあるわけで、特にそこで介護予防事業、地域包括支援センターなどの業務が、あまりにも多くいろいろなものを期待し過ぎて、本来は在宅介護支援センターというものがあって、それからさらに予防事業が加わったわけですが、本来はこの在宅介護支援センターが、地域のおひとりの老人とか老老のいろいろな意味での精神的なフォローアップをする、あるいはいろいろな訪問してという、その事業がむしろ後退するような状況になっておりますので、まだまだこの介護保険制度自体におけるメンタルヘルスというよりも、身体機能、生活機能という方が中心になっているかなというふうに思います。

ですから、このくくりとして、地域のところで介護保険制度というのは、このような枠組み自体、非常に現実離れしているかなということと、それから制度とすれば、これはどのようにかかわるかかわりませんが、地域における医療のかかわり、あまりにも介護保険だけに入っておりますので、高齢者、後期高齢者医療制度といいますのが、平成20年からスタートします。これは、75歳以上を対象とした高齢者にふさわしい医療という中で、もし本当に自殺が多いとなれば、そこに対する何かの対策というものは、むしろ高齢者医療制度の中に盛り込んでいく。当然、在宅医療、かかりつけ医機能の中に、1次予防、2次予防という意味での専門医への連携ということは、全般的に要求されることですが、ここの中で介護保険制度というのは、あまりにも大きくくられ過ぎているかなというのが、私自身、診療を行っている実体験でございます。

中村座長 なるほど。

どうぞ。

五十里委員 先ほども報告させていただきましたけれども、いわゆる予防重視の方へ大きく転換させるとか、そういうことに対しては、非常に現場としては混乱するところがあって、やはりその趣旨をいかに 国も今、躍起になってデータを出したり、あるいはモデル事業を出したり、いろいろ啓発にも非常に力を入れておりますので、私ども都道府県としても、やはり市町村と一緒にあって、さまざまな実証方法を提供して、市町村がとりやすい、そういう対策を何とか進めていけば、もう少しこの事業も拡大していくのではないかと思います。

て、これは今、私どもの大きな課題になっております。

中村座長 ほかにいらっしゃいませんか。

今のそういう制度もありますけれども、先ほど本橋先生が、かかりつけ医にうつ病診断をと  
いうことをおっしゃいましたけれども、樋口先生、ご専門の立場から、そのあたりは何か。

樋口委員 これは、天本委員の方が専門でいらっしゃるとは思います、私は以前にも発言さ  
せていただいておりますけれども、やはり1つは、特に高齢者の場合に、先ほど本橋先生が言  
われましたように、精神科に対する抵抗感は非常に強い。若い人よりも、もっと強いですね。  
したがって、幾ら精神的に自分が苦しい状況にあったとしても、まず精神科を受診するという  
ことが非常に少ないという、これは特に日本の特徴だと思うんです。

したがって、それは一方では、精神科とか精神疾患とかというものに対する偏見だとか、そ  
ういった長い日本の歴史が引き起こしてきたものだから、これは長い時間をかけて変えてい  
かなければならないんですけれども、すぐにこれが変えられるわけではない。そういう状況の中  
で、やはりかかりつけ医の果たしていただく役割というのは、非常に大きいものがあると思  
います。

ところが、残念ながら、今までなかなか、例えば体のことに関して診てくださった先生が、  
少し一歩踏み込んで心の問題をちょっとでも触れていただくと、随分、話がどんどん出てくる  
だろうと思うんですけれども、やはり大変患者数が多くて、1人にかかる時間が非常に限られ  
ているという今の診療体系の中では、なかなかそこは厳しい環境であるというのも、私たちは  
十分理解しております。

ですから、我々としては、できるだけ簡便な、本当にスクリーニングに役立って、1分間で  
も大体それで情報が入ってくるような仕組みを、やはりかかりつけ医の先生方に提供する工夫  
をしなければいかぬなと思っております、それに関連して、本橋先生に1つだけ確認させて  
いただきたいんですが、先生はここで「一般医のためのうつ病マニュアル」をおつくりになっ  
て、こういうことを行ったことで、その効果というのがどの程度、どういうふうにあらわれて  
きたのかということ、ぜひお教えいただきたいと思っております。

中村座長 どうぞ、本橋先生。

本橋委員 まず、この「一般医のためのうつ病マニュアル」を作成したのは、私ではなくて、  
秋田県の医師会なんです。秋田県の医師会の先生は、大変熱心にやっておられまして、このほ  
かに研修会もやっておられます。

実は、秋田県の自殺率がやや減少傾向にあるということで、このような事業がどういうふう  
に本当に効果があるかということ、医師会の先生にいろいろご相談して、ぜひ評価していただ  
きたいというふうに私は常に申し上げておまして、次年度ぐらいにぜひ県の医師会と協働  
してその辺をやりたいと思っております。今のところは、そのデータがないんです。ですから、その  
辺のところをきちんとやらないといけないというふうに思っております。

中村座長 どうぞ。

天本委員 日本医師会としても、その認識は非常に強く持っております、かかりつけ医  
機能の中にメンタルヘルスというもので、6月末には日本全国の実際の臨床かかりつけ医の方  
々にお集まりいただきながら、この秋田とか、あるいは熊本などが、いろいろな意味で医師会  
と精神科、病院、産業医、それから県、いろいろな意味でシステムイズされた対応をされてい  
るので、そういう事例を入れながら、今回おまとめいただくものを全面に出しながら、そして  
日本医師会でやることにおいて、あとは各地区医師会で同じような形での普及活動ということ



あとは、ほかの資料4とか資料2に関しての私の意見というか考えみたいなものは、提出資料の中に盛り込ませていただいたので、そこに代えさせていただきたいと思います。

以上です。

中村座長 ありがとうございます。

どうぞ。

齋藤委員 本橋委員に伺いたいんですが、実は、自殺多発県は東北が多いわけですが、南というか太平洋側では、唯一、宮崎県が非常に高い。全国、たしか6位だったと思います。

実は、1週間後に、県が中心になりまして、自殺対策のシンポジウムが開かれることになりまして、私も行く予定にしております。宮崎県の問題は、東北と同じような状況があるかと思いますが、まず過疎の問題、それから意外とアルコール依存症が高いとか、その辺の問題は十分気づいていらっしゃるわけですが、何か取組について、先生の方に情報がおありでしょうか。先生のモデルが非常に有効な地域とか、その辺は伝えてありますけれども、先生の方で何かそういうリソースがあるかどうか。

中村座長 どうぞ。

本橋委員 宮崎がこれから非常に熱心に取り組もうということは、私も聞いております。私も4月に、宮崎に実は行ってはいますけれども、今のところ、秋田のモデルであるとか、こういうものが有効ですよということは、実は宮崎の方にもお伝えしておりますけれども、恐らくそういう意味では宮崎も、我々のやってきたようなことを中心に、多分やっていかれるのではないかと、その程度の情報しかなくて、大変申しわけないのですが。

齋藤委員 そうですか。ありがとうございます。

中村座長 ありがとうございます。

まだご意見があるとは思いますが、子どもの方も今日はぜひやりたいと思いますので、今度は青少年の方に移らせていただきます。もし、まだご意見がおありでしたら、申しわけございませんが、また事務局の方にお伝えください。よろしくお願いします。

子どもの場合、この図にもありますように、やはり学校ということが一番大きな問題になると思いますので、まずはスクールカウンセラーのご経験がある鵜養委員に、それからこれは文科省の方で、子どもの自殺というのは大きな問題ですので、それについての検討会があると伺っています。それで、高橋祥友先生がその座長をしていらっしゃるということですので、鵜養委員と高橋委員にまず最初にご意見を伺いたいと思います。よろしくお願いします。

鵜養委員 よろしくお願いいたします。

実は、大分前に2回目の会合で配布させていただきました「学校における自殺対策」という資料が、過去の2回目のところに入っておりますので、それをご参照いただけたらというふうに思っております。

最初のところに、現在の学校状況ということについて少しまとめさせていただきましたけれども、実はコミュニティ、地域社会というものが、特に都市部を中心としてかなり崩壊してまいりまして、そういう中で学校の担う役割というものも、昔に比べて随分変化してきたということが言えるかなと思っています。

今の学校教育というのはなかなか大変で、家庭教育の中で、過去でしたら当然身につけてくるべきことを、身につけないで入学してくるお子さんたちが随分たくさんいるということも言われています。「学級崩壊」という言葉がよくありますけれども、小学校の低学年における学級崩壊は、成立したものが崩壊するのではなく、学級未成立状態ということも、教育界ではよ

く言われています。本当に喧嘩の体験がなくて、小学生になる子どもたちが、全く喧嘩するという経験を持たずに来る。それで、小学校に入ったスクールカウンセラーが何をやっているかといったら、喧嘩のレフリーをせざるを得ないというところから始まる。例えば、小学校1年生ぐらいで、何か友達に言われて悔しかったということで、たまたまそのスクールカウンセラーさんのところにあったバランスというかなり重い、上に乗ってバランスをとるような器具、それをいきなり持ち上げて、相手に投げつけようとした子がいて、「ちょっと待った」というところで、そこで、「顔から上は狙わない」とか「物は使わない」とか、そういうようなところから始まったという話も聞いています。

それから、自分の親御さんに気持ちを受けとめてもらえないお子さんというのが非常にふえていまして、これは数年前なんですけど、NHKの教育テレビが開局40周年の記念事業として、お正月にNHKチャイルドラインという子ども電話相談みたいなことをやったことがありますけど、そのときにも出てきました。本当に「これから野球の試合に行くの」ということを言いたいがために電話してきたお子さんとか、そういうことがありました。

それから、問題解決のスキルを持っていなくて、非常に狭い視点でしか物事の判断ができないお子さんが、かなりふえているということがあります。

それから、これは最近目立つことなんですけれども、家でいい子、学校で集団行動ができない子というのがとても多くなっています。学校が「うち」化してしまうというか、家の中でよそ行きになっているというお子さんが、かなり出てきています。

そして、もう一つは、地域社会の崩壊の中で、誰にも声をかけてもらえない子どもたちというのがかなりいて、挨拶もしてもらえず、叱ってもらえない子ども、虐待されていても誰も助けてくれない状況、それから親御さんの方も非常に未熟な状態で親になってしまって、誰にも相談できない状況というのがありまして、学校だけが子どもの存在を受けとめてくれる、それから子どもの親ということで、やっと親という立場で学校につながれて、お母さん自身がまるで子どものように、学校の先生にどこかで保護されているというようなこともよく出てまいります。

すべてをゆだねられている学校で、すべての責任を問われてしまうのもまた学校という状況があります。本当に、はっきり言うと教育ではなくて子育てから、つまり子どもの親がわりから、それこそ災害時の避難所運営まで、全部学校にかかっているというのが、今の状況のように思われます。

それから、こんなことを言っただけなんですけど、政治体制の変化とか次々出される通知・通達によって学校は非常に動かされまして、10年ほどの間の学校に変革をもたらすようないろいろな施策が行われてきました。まず、学校5日制に始まり、学習指導要領の改訂があり、それからスクールカウンセラー等の学校配置があり、中高一貫教育が出てきて、学校選択制が始まり、学校評価制度が始まり、特別支援教育が始まり、そしてついに教育基本法が改正になったという状況があります。そういう常に新たな取組を求められて、成果を期待されて、そして評価されるという状況の中で、先生方の日常というのは常に多忙で、落ち着いて教育活動に腰を据えられないという、そんな実感があります。私どもがスクールカウンセラーとして学校に入ったときに、「何て先生は忙しいんだ」というのが、まず第1の実感でした。そして、学校の小規模化に伴って、教員数が減少してまいりまして、だけれども、学校運営に必要な教員の役割というのは同じ数だけあるわけです。それから、先生方は何かがあると、実は研修するというのが一番費用がかからないということがありまして、先生方を集めて講師を呼んで、研修す

るという形で対策を立てるといことがやはり多くなってくる。そうすると、日常的な学校のさまざまな業務に加えて、そういう研修ということ、先生方自身がストレスをためて、バランスを失って、うつになってしまうといことがかなり出てまいります。そういう先生方のストレスが教育活動に影響して、子どもたちに対する対応にも影響するといことが言えるかなと思います。

ですから、子どものことで、今、お話をするわけですが、そういったところで中高年のといところと非常に不可分な問題といのが学校といところにはあるとい状態でございます。

それで、子どもの自殺をめぐってといことで、実はもう1枚、資料を配布させていただこうといふうにいるのですが、今、これはお手元に配布されていないでしょうか。実は、この資料なんです、ちょっとご了解をいただきたいんですけども、私もスクールカウンセラーが過去5年間にかかわった学校における緊急支援といようなこと、これは昨年夏あたりでしたか、緊急にとったものがあります。それで、これは実は未発表の資料でございます、しかも、とても緊急にとりました資料ですので、返ってきた回答が、非常に各県さまざまな形で返ってきていて、統一がとれていないといことですので、そういう意味では公になかなかしづらい資料でございます。ですけども、参考といことで、もしよろしければ配布させていただいてといふうにいる。

よろしいでしょうか。

中村座長 では、お願いします。一応、取扱注意になっておりますので、お願いいたします。

(資料配布)

鵜養委員 実は、これはスクールカウンセラーが行った緊急支援の実態といことで、平成17年度までの過去5年間で、どんな形で学校での緊急支援にかかわったかといことが、各県これは各県の臨床心理士会を通してとった資料ですので、県名が全部入っております。そういう意味でも、これは教育委員会とスクールカウンセラーといのが非常に協力関係の中でやってきている仕事ですので、そこのところで県の教育委員会のご了解も得ていない、そういう資料かと思っておりますので、そういう意味でも取扱注意とさせていただきたいといふうにいる。

それで、ちょっと見にくくなってしまうけれども、イタリックになっていて網かけになっているのが、実は自殺といところにかかわったスクールカウンセラーさんたちのかかわりスクールカウンセラーといいまして、臨床心理士以外の方が入っていらっしゃるころもありますので、これは学校臨床心理士といわれる人たちがかわったものです。

それで、実は統計のととり方がよくわからないなといのは、「1」と書いてあるものと「20」と書いてあるものがある、例えば、もしかしたら1件といふうにかウントしたところもあるし、1つのそういうことについて20日間学校にかかわったといような形でカウントした県もあるようで、そのあたりのところの統計のととり方は非常にまちまちなので、何とも言えません。それから、東京などは「どれもあり、だが詳細は不明」といことで、あまりに学校数が多いために、そういったことが把握できなかつたり、回答が返ってこなかった県もあつたり、それから大阪は別紙とい形でここには入っていないんですけども、大阪はかなり支援チームといのができてまして、そこでの組織的な対応といのがあるので、それを一々書くのが大変なといことになっています。

網かけ部分が見にくくなってしまうので、非常に見づらいかと思っておりますけれども、お

しなべて北海道から九州、沖縄まで、ほとんどの県で自殺ということが小・中・高にまたがっており、それに対してスクールカウンセラーが何らかの形でかかわらざるを得なかったという状況であります。

私の方で、何人かのスクールカウンセラーさんたちに、自殺ということについてかかわった経験の中からどんなことが言えるかということ聞き取りましたものを少しまとめてありますけれども、自殺の背景としては、よくいじめ自殺ということだけ言われますけれども、子どもの人生の中で、その子なりの長年にわたってつくられてきた心理的負荷というのがやはりあって、そして問題解決スキルを本当に持っていないお子さんがあり、つまり、死ぬ以外にほかのスキルを持たないお子さんというのがある。そして、そういうところで追い込み要因となる事件や環境の変化がある。さらに、その自殺の際に気づかない家族とか学校の状況がやはりあるということで、自殺ということに至ってしまうというふうに考えられます。

そして、自殺事件というのが学校で起きた場合に、非常に学校としてはショックを受けるんですけれども、やはりなるべく傷を小さく見たいというような意識が働いてくる傾向があります。それから、やり場のない気持ちを、怒りとか犯人捜しという方向で出す人々がやはりかなりありまして、これは当たり前なことなんですけれども、親御さんもそうですし、それから学校の中でも、やはり犯人捜しになってしまうということがあります。それから、今いる在学生とか在職教員を何とか守りたいと思うがために、いろいろなことを学校が秘匿してしまって、その結果、後でそれが表に出てくると、「学校の対応は何だ」という感じで言われて攻撃されるということが起きてきます。それから、なるべく早く通常の活動に戻ろうとするという傾向がありまして、それで、なかったことにしてしまいたいということがあり、でも、実はそういう中で深く傷ついた人が取り残されてしまう、そんな傾向があります。

そして、予防的なかわりということなんですけれども、これはどういうふうに考えていくかということで、なかなか難しいんですが、実は私どものスクールカウンセラーも、スクールカウンセラーはポストベンションはよくやってくれるんですけども、やはりプリベンションのところではあまりかかわっていないのではないかという批判もあつたりします。ただ、自殺だけを特定したプリベンションというのはなかなかできず、いろいろな形でのサイコエディケーション的なものというのは、学校の中でいろいろな人がいろいろな形でやっていますけれども、そういうものは、なかなか数としては上がってきにくいというような状況でございます。

それで、端的に言うと、「弱音を吐いてもいいんだよ」というメッセージがやはりちゃんと伝わっていくこととか、「話を聞くために待っている人がいる」というメッセージが伝わることで、それから個々の子どもが学校生活のさまざまな局面で存在感を持てるような教育活動ができること、それから異なる見方、異なる解決方法があることを示していくような教育というのが大事ななというふうに思っています。

教師の自殺はちょっと置いておきまして、自殺者が出た後の関係者の反応、特に子どもの自殺の場合ということをもうちょっと詳しく申し上げますと、保護者の反応は、やはりご自身のそれに気づいてあげられなかったという思い、そういった思いに耐えかねて、その分、学校側に非常に攻撃的になられる方ということも多くいらっしゃいます。その攻撃性で学校側を追及していらっしゃるといえることがかなりあって、そのためにまた学校と親御さんとの間のコミュニケーションができなくなる。それから、「死」というものを受け入れられず、もう「何で????!!」という気持ちだけになってしまう。これは、本当に当然のことなんですけれども、そういう反応が当然起きてくる。

それから、教職員も同じようなことが起きまして、学校側の責任を否認したい気持ちが強いんだけれども、でも、それは許されないともちろん感じているし、それが一転して、強い自分自身の罪の意識に変わる場合もあります。それで、そういう中で「死を悼む」という感じにならず、犯人捜しになったり、原因追求型になったりしてしまいがちということがあります。

それから、周りの子どもたちも、年齢にもよりますけれども、不安が引き出されるんだけれども、言語化されることが少なく、そういう意味で大変な子どもほど、すぐには反応が出ないという状況も起きてまいります。

それから、周りの保護者たちも、これは学校へのネガティブな感情が一気に出るというようなことがあって、今までいろいろ学校について思っていたことが一気に出る。それが、保護者だけではなく地域に広がって行って、学校が地域の中で針のむしろ状態になるという、そんなこともあつたりします。そういう中で、不安・不信・攻撃性などがいろいろ出てきまして、それによって一層、関係者がストレスにさらされてしまうということがございます。

そして、関係者へのスクールカウンセラーの対応というのが、やはり私どもに課せられた一つの責任なんですけれども、これは本日の参考資料の中に、子どもの自殺に関するスクールカウンセラーのかかわり事例というのを挙げておきました。これは、実は福岡県の臨床心理士会が、学校コミュニティへの緊急支援という形で出しました本なんですけれども、その中に自殺ということにも言及していきまして、その中で、例えばどんなふうなかかわりがあるのかということで、事例として挙げてございます。これは、後でご一読いただければよいかと思いますが、やはりかなりの日数をかけて、いろいろな方にかかわっていくということが大事になってきます。

それで、私の過去のレジュメの方にも、保護者に対する、教職員に対する、周りの子どもに対する、周りの保護者に対するということで、幾つかに分けて書いてありましたけれども、やはり一番速やかに私どもがかかわらざるを得ないというのは教職員に対する対応で、保護者に対する対応をどうするかも含めて、教職員に対する対応を考えていくということがあります。それから、周囲の子どもで自殺した子どもに近い存在のお子さんたちは、かなりのショックを受けていますので、そういう人たちに対してのチェックが必要になります。それから、そういうときに、私ども臨床心理士会が、ある程度、学校にかかわらせていただいていたうまくいっているのは、県の臨床心理士会組織というのがありますので、そこでチームを組んで、そのときに学校に集中的にかかわるといえることができる。そういう形で、心配なお子さんたち、特定のお子さんたちに面接を続けていくということもできますし、それから一応、スクリーニング的に全員面接みたいなことをやってみるといえることもできてきます。

それから、一応学校が正常に復した後で、逆にごく身近な人たちの中で、また取り残されていくという形でいろいろな反応が出てきますので、そのあたりのところの注意というものが、その学校にずっと配置されているスクールカウンセラーの役割として大事になると思います。

未遂に終わったときの本人への対応というの、これは「本当に目が離せないです」というふうなスクールカウンセラーは言っています。そして、本人のみならず、保護者や担任のストレスは一方ならないものがあります。本人の安心感と主体感を回復するためには、あまり周りが心配し過ぎてもよくないし、かといって、目を離すことはできないというところで、非常に慎重にかかわる必要があるということをおっしゃっています。

予防対策として、幾つか思いついたことを挙げておきましたけれども、やはり子どもたちが学校の中で位置づけられるような教育形態を先生方と一緒に模索していくこと、それから行事

等の中で、子どもたち一人一人が自己効力感を感じることができるような援助をすること、それから弱音を吐いてもいいという風土ができること、話を聞いてくれる人がいるんだということが確認できること、そしてそういう中で、人間関係づくりというところで、例えば構成的グループエンカウンターなどをやる人もいますし、ストレスマネジメントみたいなことを学校の中でやりながら、そういう中で人と人との関係の中で支援するというを実際にやっていく人もいます。それから、ソーシャルスキルトレーニングみたいなものやったり、アサーショントレーニングみたいなものを導入したりというような人もいます。

そういう形でいろいろなことをやっていますけれども、今回、幾つか今日のために、学校における危機管理マニュアルみたいなものを見てきたんですが、学校というのは危機管理ということに関しては、外から侵入されたものに対する危機管理、つまり、外から例えば誰かが入ってきて、大阪の事件のように、そういう中で何か事件が起きることに対する危機管理、それから自然災害に対する危機感、それから何か大きな事故に対しての危機管理というようなことについてはかなりマニュアルというものがつくられるんですけども、自殺ということに対する危機管理マニュアルというのは、あまりつくられていないというのが実情です。それから、その中で心理的ケアに言及してある危機管理マニュアルはあまりないという感じで、ただ、兵庫県の県教委が出している危機管理マニュアルは、心のケアの項目がかなりあります。ここは、やはり震災があり、子どもによる殺人事件があり、それから隣の大阪府での侵入者による殺傷事件等があり、そういうところでの教訓がいろいろとあるのと、それから教育委員会の中に、いわゆる指導主事というレベルで臨床心理士さんとかそういう人がいる、そんなこともあって、こういったものができてきているというのがあります。

それから、東京都では、やはりそういった学校の中で子どもの心のケアということに関して、精神科医の方へのQ & Aというような形で、どんなことが精神的な問題として気になるかとか、どういふかわりをしたらいいかとか、そういうパンフレットをダウンロードできる形で出していたりしますけれども、ただ、そういうものが現場にどのくらい浸透しているかというところ、これはちょっとわからないという状況かと思えます。

概略、急いで申し上げます。よろしく申し上げます。

中村座長 ありがとうございます。

では、続いて、高橋先生、お願いします。

高橋祥友委員 たくさん資料を送ったら、事務局から突然電話がかかってきまして、全部説明すると思ったらしいんですけども、そういうことではありません。

私のお話しすることは、「青少年の自殺予防に対する一提言」という資料にほとんど書いてあります。これは後で詳しく読んでいただければいいと思います。今日お話しするのは、このパワーポイント、6枚の図を1枚にまとめた資料がありますね。これでお話ししますので、せいぜい5分ぐらいで終わります。

現在、文部科学省は、児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会を開いております。その流れを私の理解する範囲でご説明します。まだ最終提言は出ていませんから、あくまでもこれは私の理解している内容と考えてください。

まず、左の上の図です。先ほど、鶴養先生からもご指摘がありましたように、自殺の原因というのは、たった一つの原因では説明が付きません。たとえば、いじめが原因で自殺が起きているようであっても、その背景には性格的な問題ですとか、家族背景だとか、心の病だとか、いろいろな問題が積み重なって、最後のある出来事が自殺の引き金になってしまうということ

がほとんどです。

児童生徒の自殺予防ですけれども、未成年の自殺は自殺全体の2%です。これまで文部科学省も、子どもの自殺予防にはそれほど関心を払ってこなかったというのが現状だと思います。むしろ、子どもの自殺予防教育というようなことをすると、寝ている子を起こすのではないかというような姿勢が強かったように思います。しかし、率が低いからといって放置しておいてよいものではありません。この世代の心の健康は、一生にわたるメンタルヘルスの基礎にもなるわけですから、適切な対応が欠かせません。

自殺予防には、家庭、学校、地域社会、医療の協力・連携が必要になります。これは、どれ一つだけでも無理だと思います。特に、家庭が現在では複雑・多様化しているので、10の家庭があれば10通りの家庭があるというのが現状だと思います。そういう中で、すべて家庭にというのも無理ですし、すべて学校でというのも無理だろうと思います。

自殺予防の3段階です。これも、やはり子どもの自殺予防を考える上で大変重要で、プリベンション、インターベンション、ポストベンションですね。これは、以前からよく話題に出ていますので、細かく言う必要はないと思います。なお、3次予防とポストベンションは異なる概念です。私はあえてポストベンションという言葉を使わせていただきます。

学校における自殺予防教育について一言触れておきます。欧米では学校で自殺予防教育を実施している国があります。大きく分けて、生徒を対象とした教育、教師を対象とした教育、親を対象とした教育の3本の柱です。特に、欧米では、生徒を直接取り扱うべきだとの意見が優勢です。というのは、子どもが問題を抱えたときに誰に相談するのかということ、親でも教師でもない、同世代の子どもに問題を打ち明ける傾向が強いのです。ところが、相談された方も、どう対応していいかわからなくて困ってしまう。そうこうするうちに自殺の危機が迫ってくるということなので、生徒を対象とした教育をすべきだということです。生徒を直接対象にしても、決して寝ている子を起こすということにはならないというふうにコンセンサスが得られています。

その中ですべきことは、自殺の実態をありのままに伝える、自殺のサイン、アメリカでは、特にストレスと薬物乱用、自殺の関係も説明しています、自殺の危険に気付いたら、どう対応すべきなのかということも、ロールプレイなどを通じて教育していきます、地域の自殺予防の関連機関を子どもたち自身で調べてもらうというようなことをやるわけですね。これが、生徒を対象としたものです。

さらに、教師を対象とした教育、これが大変重要なのは、さっき鶴養先生が触れられましたけれども、子どもの自殺予防教育というのは、それを通じて教師自身のメンタルヘルスを振り返る大変重要な機会にもなるということなので、教師を対象とした教育も欠かせないと言われています。

さらに、親ですね。どうしてここに親なのかということ、やはり子どもの自殺の危険というのは、家族の病理をあらわしていることがしばしばあるんですけれども、そういったことに学校で気がついて、その段階で親に子どもの自殺の危険について説明しても、親が目前で起きている問題を否認するということが多い。ですから、こういった危機が起きる前に、親も一緒に入れて自殺予防教育をして、何かあったらすぐに対応できるんだということを示しておく必要があるのです。

これは、あくまでも欧米の自殺予防教育で、生徒、教師、親を対象とした教育がされているということですね。

左の下の図は、今、検討会で児童生徒の自殺予防について議論されたことを列挙したものです。理想的には、こういうことを全部してほしいと。例えば、実態を調べることが、当然、予防のためには必要ですし、  
、  
とあるのは、プリベンション、インターベンション、ポストベンションの点について必要なものです。それ以外にも、青少年を困むさまざまな問題に対する働きかけ、これはいじめも当然入ります。さらに、生命の尊厳ですとか、問題解決能力を高めるための教育も必要です。さらに、インターネットですとか、あるいは一般マスメディア、それをどういうふうにご利用するのか、どういうふうに分を有害な情報から守るといったメディアリテラシー教育も必要であるという話も出ています。この から まで挙げたのは、  
ともかく検討会の中で議論された内容をすべて含んでいるわけですね。

ただ、ここで問題になるのは、費用対効果の問題で、先ほど鶴養先生からも指摘されていましたけれども、ともかく学校は、今、忙しいです。ここでまた自殺予防教育だなどといったら、学校の先生方は燃え尽きてしまいかねません。そこで、人も予算も足りない中で、文科省に から まで全部やってくれというのはさすがに無理でしょうと。

そこで、大事なのはこういう から までの点ですが、せめて緊急にやってほしいことを絞ろうというのが今の段階です。それが、右の下の図に示したところなんですけれども、本当にこれでは足りないという人は多いかもしれません。しかし、せめてこれだけやってもらっても、今まで何もしていなかったわけですから、相当大きな一歩になるというふうに考えています。

これは、あくまでもまだ最終決定されたものではないですけれども、まず実態の把握ですね。本当に今までですと、いじめ自殺が1件もなしなどというのが何年も続いていた報告書が出ていますので、きちんと第三者機関が入って、今までよりも細かい背景もつかんでほしいです。例えば精神科医ですとか弁護士ですとか、報道関係者という話も出たんですけれども、第三者機関がきちんと情報をとるようにと。もちろん、ケアしながらなんですけれども、そういった実態がわからなければ、自殺予防にもつながらないということです。

そして、いろいろしなければいけないことはあるんですけれども、生徒に対する教育も、教師に対する教育もできないとするならば、まずは最低でもポストベンションをしてほしいということです。いじめ自殺だといって大きく騒がれていて、遣された生徒に対する支援、ケアが全くされていない、これは問題なので、ともかく学校の現場で最低限、今からでもすぐにしなければいけないことは、ポストベンションです。

そして、3番目に教師を対象とした自殺予防教育、これも全国一律にするのではなくて、今、一生懸命されている県がいくつかあります。例えば、奈良県ですとか長崎県だとか、いくつかあるんですけれども、そういった地域をモデル地区として、そこを支援して、その中から出てきた内容を一つのマニュアルにつくってみたりする。そして、それを全国に広げていくというようなことも考えております。

さらに、4番目は、これはすぐできることです。委員の1人の報道関係の方から、文科省のウェブサイトにも自殺予防の基礎知識をQ & A形式にして掲載しようという提案がありました。これは、誰も反対する人はいなかったもので、すぐにできると思います。

ともかく、全くないところから始めて、最初から完璧なものを望んでも仕方がないので、現状でできることから何をしていこうかということを考えているというのが現状です。

以上です。

中村座長 ありがとうございます。

今、お2人から、子どものことについてのご意見をいただきました。それを踏まえて、ほか

の方のご意見を伺いたいと思います。

どうぞ。

齋藤委員 質問です。鵜養先生から、それこそ喧嘩のできない子どもというお話を伺いまして、ちょっと考えさせられてしまったんですが、私、いのちの電話を初め幾つかの事業があるんですが、その1つは20年前に始めた不登校・引きこもりの若者たちの精神科のクリニックが中心になっていますが、治療と自立支援、これはデイケア、ナイトケアがあります。この引きこもり、あるいは不登校の若者たちの自殺率は、必ずしも高くはないんです。しかし、とにかく社会適応ができないということで、子どもが始めた例えばデイケアの一つの方法は、とにかく一緒に遊ぶというか、共同作業をするということです。というのは、社会適応ということは、やはりいろいろな葛藤を経験するというか、つまり、喧嘩の経験一つないということは、やはり遊びの中で喧嘩が出てくるわけですから、今の先生のご発言を伺いまして、それこそいとも簡単に自殺してしまうという背景には、要するに対処能力というか、コーピング・アビリティがないわけですね。

ですから、そういうことを考えると、もう自殺予防教育どころか、子どもたちのそういう資質というか、これは学校教育以前の問題なんでしょうけれどもね。ただ、この辺の問題を議論すると、もう切りがないというか、ちょっとそういうジレンマを感じるんですけれども、先生の視点として、それを自殺予防に結びつけるというのはどうしたらいいのかなという思いもします。殊に、学校カウンセラーとして、学校になかなか立ち入れない先生のいら立ちもありません。高橋委員のご意見を含めて、先生としてどんなご提言ができるか。

中村座長 鵜養先生、どうぞお願いします。

鵜養委員 非常に難しい問題なんですけれども、実は今、例えばスクールカウンセラーというのも、中学校を中心に配置されています。これは、中学校時代に問題多発しているということで、不登校、それからいじめ、そういうことで中学校を中心に配置ということになって、つまり、少ない限られた予算で一番重点配置をするのはどこかということ、そういうところになったんですが、実は学校教育にかかわっている、これは臨床心理士だけではなくて、ほかのいろいろな相談をやっている人たちみんな、共通に理解することだと思うんですけれども、やはり小学校からのかかわりがすごく大事だと言うわけです。小学校でやっている人たちは、いや、もうちょっと前からということで、最近は子育て支援というところがすごく大事だということも言われてきています。

そういう中で、やはり子どもが育っていくというプロセスの中で、それこそ地域の中でどういふふうには子どもたちは自分たちが成長していく力というものを伸ばし、そして家庭がちゃんとそれを守っていけるような態勢になり、その家庭を支援してくれる地域社会があるという形になるか、それが本当に幼いころからの子どもたちの成長・発達というところにかかってくるというのは、もうご指摘のとおりだというふうに思っています。

それで、本当に喧嘩ができないという話がありましたけれども、これはもう大分昔の話なんですけど、例えば子どもが生まれて、3カ月健診、6カ月健診、1歳半みたいな形で保健所に子どもを連れてくるお母さんたちが、その時点で「うちの子は小学校に入ったらいじめられてしまうのではないだろうか」と心配するという状況があって、それから、みんな仲よくというような考え方が主流になって、むしろ喧嘩みたいなことをさせないような風潮というのがかなりあるんですね。そうすると、本当に小学校1年生に入ったときには、鶏小屋みたいな騒ぎになるという話もあります。ある小学校の先生が、何となく兄弟喧嘩を学校に入ってから初めてや

っている感じで、1年間たって大体何となく順番が決まると、それで落ち着くという状態があると。そういうふうな状況です。でも、そういうものを、「そうなんだよね」と思って見てくださっている経験豊富な先生がいらっしゃるればまだいいんですけども、学校の先生自体が、やはりあまりそういうことを経験してこないで先生になってしまった方もかなりいるというところで、そのあたりのところが本当に大きな課題で、私はすぐに提言とか、そういうことは言えないという状況なんですけれども、ご指摘のとおり、本当に幼い段階からのそういった取組というのが、これは自殺ということだけではなく、むしろ生きていくということに関してのそういったかかわりというのが必要なのではないかなというふうに思っております。

それから、今のこととはちょっとずれるんですけども、この図の中で青少年ということで、ただ学校という形でくくってしまっていますけれども、これで大学生の部分というのがすっぱり抜けています。大学生というのは、職業があるわけではなく、それから義務教育も外れているというところで、ただ、家から離れてひとり暮らしをしている人も多く、それからさまざまなその人その人の将来に対するいろいろな思いというものがあるところで、大学生に対する対策というのもとても大事になりますし、それから高校生も、やはり義務教育段階を外れてしまいますと、なかなかいろいろなところでサポートが受けにくいことになる。地域ということを考えたときにも、高校というのは子どもが生まれ育った地域社会にはない場合が多いので、そのくくりから外れてしまいますので、そういった高校生、大学生あたりのところのことも、ちょっと含んで考えていかないといけないなということを、今日、改めて思いました。ちょっと斎藤先生のご意見につけ加えさせていただきます。

中村座長 ありがとうございます。

ほかにご意見はございませんか、子どもたちのことについて。

南委員、何かおありになりませんかでしょうか。

南委員 私も、感想みたいなことしか申し上げられないんですけども、やはり子どもの自殺は、少数でも非常に深刻な問題であるということは言うまでもありません。少子対策とか子育て支援ということがしきりに言われる中で、本当の意味で「子どもを大事にする」ということが、担保されているか、ちょっと違っているのではないかと、というような印象を、いろいろなところで受けるというのが正直のところだと思います。たとえば厚生労働省の自殺対策検討会の際、自殺で親を亡くした遺児たちの声は、本当に胸に響きましたけれども、それを周りにいる子どもたちはどういうふうに受けとめたのかななどを考えると、そうしたことには十分な手厚い対策がとられてこなかったわけです。予防と啓発の貴重な機会を逸してきたという気も致しますし、先ほど高橋先生のお話でも、欧米では子どもを直接対象とした教育をしているというお話がありましたけれども、日本では子どもを大切に、という考え方から、子どもを直接対象にしてはいけないという雰囲気で作ってきているわけです。けれども、それが、あまり的を射ていなかった部分も、あったのではないかと。いろいろな意味で、「子どもを大切に」という政策も現状把握も含め、きちんとした分析も含めて、検証する必要があると思います。そういうものがやはりまだちょっと足りないのではないかなという印象を持ちます。

この話を子育て支援などまで広げるのは不可能だとは思いますが、今行われている「子どもを大事にする」施策をしっかりと検証する必要があります。将来の生産労働人口への数合わせ的な話がどうしても多くなって、本当に子どもが置かれている現状、例えば先ほど鶴養委員が言われたようなことも含めてですが、子どもの置かれている状況の丁寧な分析が、まだ足りないのではないかと、という印象を持ちました。まとめませんが、

中村座長 ありがとうございます。  
どうぞ。

清水委員 非常に印象的なのが、この第2回目のときの資料にあります「弱音を吐いてもいいんだよ」というメッセージが、予防的かわりの中にありますね。これは、先ほど来出てきています高齢者の自殺のこともそうですし、中高年の男性の自殺にやはり共通している部分だと思うんです。なかなか弱音を吐くことができずに、助けを求めることができずに亡くなっていく方が非常に多い。学校というのは、元気であることがよしとされ、かつ、高い点をとることがよしとされる場所です。そして、小さいころからそういう価値観でずっと生きていけば、それが大人になってもやはり通じる部分があるのだらうと思います。私は、あえて自殺対策を、いろいろ細分化されていたものをぐっとひとつにくくってまとめて考えることの一つの意味というか、ヒントがここに隠されているのではないかと感じました。

あと、1点だけ補足というか、直接今回の議論とは関係ないんですけども、明日、NHKの教育テレビで、夜の8時から「福祉ネットワーク」という番組がありまして、そこで地域の自殺対策の先進事例として、鹿児島県の奄美市で行われている多重債務を苦にして自殺で亡くなる方々への支援の取組が紹介される予定です。ぜひこれはごらんいただければと思います。

中村座長 ありがとうございます。ぜひ拝見したいと思います。  
ほかにいらっしゃいませんか。

鵜養委員 先ほど、高橋先生が言ってくださいました緊急に実施すべき対策という番目のところで、文科省のウェブサイトには自殺予防の基礎知識をQ & A形式にして掲載というものがあります。それで、こういうことともかかわるんですけども、実は文科省のウェブサイトにもいろいろなものが出てはいるんですが、現場の教員というのは、多分なかなかそういうものを見ていないという状況があるんです。いろいろな通知・通達ですとか資料ですとか、学校に1部という形で来るものが結構あるんですけども、学校に1部来たものというのは、何かお蔵入りしてしまう傾向というのが結構あって、例えば東京都の相談機関一覧みたいなものも、学校に1部来ると保健室にお蔵入りしてしまって、そのまま誰の目にも触れないということがある。それから、いろいろなそういう通知・通達も、校長先生のところどまりになるというようなことが結構あると思うんです。ですから、こういう非常に大事なもので、やはり個々のクラス単位とか、そういう人たちが持っていなければ役に立たないものというのは、例えば教員数だけ配布しろとか、そういうようなことというのも物すごく大事ななというふうに思ったりしました。

高橋祥友委員 それも検討されたんですけども、要するに費用の問題なんですよ。だから、手帳みたいな形で全員に配るとかというのもいいんでしょうけれども、その中で一番費用がかからなくて、なおかつ、頻繁に新しい情報に更新できて、またいろいろなところにリンクも張れるということで、とりあえずはこういう形でウェブサイトに情報を載せようというふうな話が出ていました。

斎藤委員 関連で、今の点ですが、いのちの電話で昨年10月からインターネットカウンセリングを始めまして、まだデータが十分に出ていないものですから、次回、少し解析したものを報告させていただきたいと思います。

中村座長 ありがとうございます。

まだ伺いたいんですが、実はお約束の時間が来てしまいました。先ほどから何度も申し上げますように、ご意見がございましたら、また事務局の方にお出しくだされればと思います。

次回は、2月23日の午後3時ということになっていますので、よろしくお願いします。

これまで、最初は中高年、高齢者、子どもというふうにステージに分けて考えてきました。それについては、一応ここで終わりますして、事務局にまとめていただきます。それから、先ほど清水さんからもおありになったように、それをやったら全体ということがありますので、さらにそういうことも、これから考えていきたいと思えます。

次の会合では、特に民間団体の活動ということで、斎藤委員と清水委員からご意見を伺いたいと思えますし、それから竹島自殺予防総合対策センター長は、今日はいらしていないようですけれども、ずっとこれまでご参加くださっておりますので、そこからも資料を出していただくということにしたいと思えます。次が、第5回になるんですけれども、そろそろまとめということ意識しながら議論をしていかなければなりませんので、途中で事務局の方へお出しになる資料、その他、まとめの方向のこともお考えになったものを、いろいろご意見を伺えるとありがたいと思えますので、よろしくお願いします。

それから、南委員が前回配布してくださった資料について、何かおありになれば。

南委員 前回出ささせていただいた資料の3枚のうちの1枚、毎日新聞の記事だったと思えますけれども、片側が切れていましたので、今日、差し替え版という形で、完全な形で出させていただきます。

中村座長 わかりました。では、それはごらんください。

あと、事務局は何か。

北井審議官 ちょっとよく聞き取れなかったもので、もう一度、徹底させていただきますが、次回は2月23日の3時45分からでございますので、どうぞよろしくお願いいたします。

中村座長 すみません。3時45分だそうです。私、間違えて申しました。

あとは、よろしいですか。事務局の方、ほかにはおありになりませんか。

北井審議官 はい、ございません。

中村座長 どうもありがとうございました。

では、今日は本当にいろいろと貴重なご意見、ありがとうございました。また次回、よろしくお願いいたします。

午後 4時03分開会