

第 6 回 自殺総合対策の在り方検討会

平成 1 9 年 3 月 9 日 (金)

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6回）

日時 平成19年3月9日（金）10時00分～

場所 中央合同庁舎4号館 共用第4特別会議室

議事次第

1．開会

2．意見交換

自殺総合対策の在り方検討会の取りまとめ方針について

その他

3．閉会

< 配布資料 >

資料1 第5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 自殺対策の検討の枠組み

資料3 自殺総合対策の在り方検討会の取りまとめ方針（骨子）

参考1 第5回自殺総合対策の在り方検討会議事録

参考2 委員から提出された追加意見

中村座長 定刻になりましたので、始めたいと思います。

おはようございます。朝からありがとうございます。

きょうは、第6回の自殺総合対策の在り方検討会ですが、五十里委員がご欠席、鷓養委員がちょっと遅れていらっしゃいます。本当に皆様ご出席いただいてありがとうございます。

いつものように最初に議事録の確認をさせていただきます。いつも申し上げておりますが、内容は既に確認していただいていると思いますので、この形で公表いたしたいと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。

では、そうさせていただきます。

続いて、議論に入りますが、まず前回いただきました第5回的主なご意見が資料1という形でまとめてあります。それから、資料2としては、これまでいただいたものを枠組みの中でまとめています。かなりたくさんのご意見が回を追うにしたがって、こうやってまとまっていくのが見えますけれども、これをご参考になさりながらきょうの議論をしていただきたいと思います。

きょうは、前回もお伝えいたしましたように、いよいよ報告書のまとめに入っていかなければなりませんので、それを念頭に自殺対策の目標など、総論部分を中心に議論をいただきたいと思っています。

お配りするのが遅れて、きょうになってしまったようなのですが、前回までの意見を踏まえて、報告書の取りまとめのイメージを事務局がまとめておりますので、まず事務局から資料説明をお願いいたします。

高橋参事官 それでは、資料3に基づきまして、自殺総合対策の在り方検討会の取りまとめ方針（骨子）について、ご説明をさせていただきます。

これまでの検討会でのご意見ですとか、皆様からいただきました資料、メモ等から前回ご議論いただきました取りまとめ方針の項目に沿いまして、書込む内容を箇条書きで整理したものでございます。これをきょうご議論いただきまして、それをもとに報告書という形でまとめていきたいというふうに考えております。

骨子案につきまして、事務局の方から委員皆様にご意見をいただきました。たくさんのご意見をいただいたものですから、十分対応できていない部分もございます。また、第3のところ、主な施策例というところにつきましては、ちょっと本日の会議には間に合いませんでしたので、次回までに整理をしたいと思っております。

最初、まず「はじめに」というところでございますが、ここにつきましては、我が国の自殺の状況ですとか、これまでの自殺予防対策の概要、またそれらが十分な効果を上げてこなかった理由、本検討会の開催の経緯ですとか、自殺対策の基本的考え方についてカッコの中に記載されておりますようなことを書き込んでいきたいというふうに考えております。

特に、自殺対策の基本的な考え方といたしましては、机の上に配付させていただいております前々回の会議で提出させていただいた自殺総合対策のイメージ図というところに基づきまして、いわゆるメディカルモデルとコミュニティモデルという2つのアプローチを関連づけて進めることが重要だということを書いていきたいというふうに考えております。

第1が、自殺対策の基本姿勢ということでございます。当初の案にございました多少内容が重複しておりましたので、皆様のご意見を踏まえて1つにまとめております。最初がまず自殺

の背景・原因ということで、自殺の原因は非常にさまざまであって、複雑な心理過程を経てということであるということと、直前にはかなりの方が精神疾患の状態にあるということであり
ます。

それから、自殺を考えている人の特徴としては、周囲の人に相談をしたり、精神科医等の医療機関を受診したりすることは非常に少ないということですが、何らかのサインを発していることが多いということが言えるということです。

そういうことを踏まえた自殺予防の基本方向ということで、1つは、こういう精神的に追い詰められる前に、追い詰められないように社会的要因へ働きかけをしていく。そのためには制度ですとか慣行といったものの見直しが重要である。

また、そういう問題を抱えた人に対する相談体制の整備と相談先の存在の周知が必要であるということでございます。

2番目が、その追い詰められた結果、精神疾患の状態になった方に対して、それを確実にうつ病等の治療につなげていくということが重要。それには、国民一人ひとりの役割が重要であるということでございます。

そういった自殺のサインを発しているということに早く気がつき、それを精神科医などの専門家につなげ、日常生活の中で見守っていくと。また自分自身でのセルフケアと言いますか、発見、相談ということも重要であるということでございます。

こういうことをやっていくためには、自殺のサインがどういうものか、またそれに気づいたときにどう対応したらいいかということの啓発ですとか、その前提として自殺や精神疾患に対する偏見を減らしていくとか、正しい知識を普及していくことが重要であるということです。

また、受け入れとなる医療体制、相談体制の整備も合わせて整備していく必要があるということでございます。

その次のパラグラフですが、今の社会、誰もが精神的不調に陥る可能性があるということで、自殺対策というのが一部の人のことの問題ではなくて、すべての国民の問題として認識する必要があると。そういう自殺対策を進めていくことが、一番下の「共に支え合い、全ての人が生き心地がよい社会の実現」に資するものであるという形を考えております。

次に、こういった自殺対策を進めていく配慮事項と言いますか、進め方として6項目整理しております。

1番目が、実態解明とその実態に応じた施策の推進ということで、まず実態解明に合わせて、効果があると考えられることから積極的に取り組んでいく必要があると。また中長期的な視点で、継続的にやっていく必要があるということが1点目でございます。

2点目が、自殺の各段階に応じた取組みということで、事前予防、自殺発生の危機対応、事後対応という3段階に応じた施策、特に事後対応というのがこれまで十分になされてきていないということで、この重要性を認識して取り組むべきであるということです。

3点目が、関係機関・団体との連携ということで、自殺というのは先ほども申しましたように、複雑な原因背景を持った事象ということで、それぞれの問題解決に役立つ地域の資源の相互の連携が不可欠であると、このためのネットワークの形成というのが重要であるということです。

4点目が、プライバシーの配慮ということで、実態解明、また遺族支援等をやっていくには、そのご本人、また遺族のプライバシーに十分配慮する必要があるということです。

5番目が、施策の重点化ということで、今回の提言の中でも、報告書の中でもたくさんの提案をいただくこととなりますが、これをすべて実施していくということはなかなか難しいという意味で、効果的なものに重点化して実施をしていく。また、その効果を見ながら逐次見直しを行っていくことが重要であるということでございます。

6点目が、マスメディアへの期待ということで、自殺の報道にはいい面とまた悪い面両方あるということで、WHOのガイドラインも参考にしながら、メディア自身がこの自殺報道の在り方について検討することを期待するという形で結んでおります。

第2が、世代ごとの自殺の特徴と自殺対策の基本方向ということで、これは、前々回までに2回に分けてご議論をいただきました。青少年、中高年、高齢者、各世代にわたりまして、世代ごとの自殺の特徴と基本的方向ということでまとめております。

青少年につきましては、基本的方向としては、ハイリスクアプローチとともに、良好な人格形成を促すということが、自殺予防の入口の世代として重要であるということでございます。特に、学校における自殺予防教育ですとか、事後対応ということの重視が必要ではないかということでございます。

中高年につきましては、現在自殺が急増した後、非常に高い自殺率のまま推移しているということで、高齢者への移行に従って、高齢者の自殺問題が深刻化する恐れがあるという世代であるということで、この世代については社会的要因に対する取組みと合わせてうつ病ですとかアルコール依存症等の中高年に多い精神保健の問題の予防対策の充実ということが必要ではないかということです。

次のページが、高齢者でございますが、特徴としては、自殺の原因、背景としては、健康問題が多いということで、精神的な健康と身体健康の両方を高める取組みというのが重要ということで、高齢者についてもうつ病というのが原因として多いということで、うつ病対策の充実と社会的取組みとしての生きがいづくり、孤立を防ぐという意味で、生きがいづくり、仲間づくりの推進が重要であるということを書いていきたいというふうに考えております。

第3が、総合的な自殺対策として推進すべき事項ということで、自殺対策基本法の9項目に沿って取りまとめをしております。

最初が調査研究の推進等ということで、それぞれの項目につきまして、どういう観点で、どういったことを進めていくかということをもとめております。

1点目の調査研究につきましては、やはりまず自殺対策を進める前提として、実態の正確な継続的な把握が重要ということで、例えばそういう精神保健学的研究だけではなく、社会的、経済的な観点からの調査等々必要とされる調査研究の内容について記述をしております。

2点目が、教育活動、広報活動を通じた国民の理解の増進ということで、自殺問題を進める上でやはり国民の理解の上に進めるということが自殺対策を進める上での大前提であるということで、さまざま媒体、いろいろな活動を通じて、自殺対策についての理解を進めていくということでございます。

次のページをめぐっていただいて、3点目が、人材の確保ということでございます。

それにつきましては、まず早期発見、早期治療ということに対応するために自殺のリスクの高い人を最初に発見する機会の多い人ということで、WHOのガイドラインにもゲートキーパーという表現を使っておりますけれども、こういった役割を担う人として、学校であれば教師。職場であれば産業医等の産業医保健スタッフ。また、地域であれば、プライマリ・ケア医とい

うかかかりつけ医の方の研修、養成が重要であるということと、またさまざまな相談機関に対する相談担当者の自殺予防に対する知識を持つということも必要であるということで、幾つかの人材の対象を挙げております。

また、医療関係につきましても、現在自殺の危険性のある人も、あまり精神科での治療を受けてないわけですが、今後、そういった方が治療を受けられるようになるためには、やはり精神医療体制の充実ということが必要ということで、そういった形での人材育成についても触れております。

4点目が、職域、学校、地域における心の健康の保持にかかる体制の整備ということで、このストレス要因の軽減、ストレスに対する適切な対応など、心の健康保持・増進というのがやはり一番重要ということで、それぞれ職域、学校、地域における体制整備について考え方を述べております。

5番目が、医療提供体制の整備ということです。

冒頭にもありましたように、うつ病対策というのが、やはり自殺予防に実際に効果を上げており、やはりこれが重要であるということで、この適切な治療を継続的に受けられる体制ということで、まず最初が国民への啓発、2点目が一般医ですとか保健師という非常に接する機会が多い方の精神疾患に対する知識、技術の向上ということと、合わせて人材育成のところにもありましたように、精神医療体制の充実と言いますか、質の強化ということも図っていく必要があるということでございます。また、救急医療と精神科医への、最後のポツでございしますが、その整備が必要という形をとっております。

6番目が、自殺発生回避のための体制の整備ということで、危機に陥った人にどのように社会的支援を講ずるかということで、うつ病の方の把握、また健康問題ということで、病気に苦しむ人の精神医療提供のための体制づくり等々を記述をする予定でございします。

次の12ページ、自殺未遂者に対する支援ということで、これは自殺未遂者の再企がやはり一般の方よりも多いということで、入院時、または退院後での地域での見守りということが重要ということを書きたいと思っております。

8番目が、自殺者の親族等に対する支援ということで、これは直後の事後対応ということとしばらくたってからのグリーフケアとっておりますけれども、分かち合い等の自助グループ等による遺族支援、この2つが重要ではないかということを書いております。

9番目が民間団体の活動に対する支援ということで、前回この検討会でご議論いただきましたが、これまでの自殺対策の部分はかなりの部分、民間団体に依存しているということで、この民間団体との連携が不可欠、それを支援していくための地域の実態に応じた側面的な支援ということが重要であるということを書いております。

次が、第4が、きょうの議題でもございますが、目標設定及び推進体制ということで、骨子案で意見をいただいておりますけれども、きょう改めてご議論いただくということで、項目だけを挙げさせていただいております。

自殺対策の数値目標の在り方。国及び地方公共団体における推進体制の在り方。施策の評価・見直しについての考え方。大綱の見直しの考え方等についてご議論いただいて、それをまとめていきたいと思っております。

私の方から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。

これをもとに議論いただくのですが、もし今の説明についてご質問がございましたら先にちょっとおっしゃっていただきたいと思います。

特におありになりませんか。意見でなくて質問。もし質問がございましたらならなければ、もちろん途中でまた思いついたらご質問なさっても結構ですので、では、議論の方に入りたいと思います。

実は、このメンバーの中で、恐らく私が一番の素人だと思います。これを見ておまして、やはり専門用語その他、やはりどうしてもカタカナ用語があるのです。これは避けられないことかもしれないのですけれども、国民全体で考えようという提言をしていきたいと思いますので、精神医学、心理学などの用語の中で、ちょっとこんなふうに関けるなと思うところは、わかりやすい言葉にしていくということにしたいと思います。ご専門の方のお力をお借りしたいと思いますので、その点をよろしくお願いいたします。

では、最初に、きょうは第1の基本姿勢のところとそれから今事務局が申しましたように、第4の目標設定と推進体制、これを主として議論したいと思っております。

まず、1番の自殺対策の基本姿勢についてという部分で、ご意見をお願いいたします。

どなたからでも、高橋先生。

高橋祥友委員 その前に、「はじめに」のところでちょっと意見があるんですけども、よろしいですか。

中村座長 はい、もちろん、それも含めて。

高橋祥友委員 「はじめに」のドットの2番目なんですけれども、それらが十分な効果を上げていない理由として、カッコして入っていますが、このカッコの最初のところ、「自殺問題の捕らえ方を見誤り」、これは、私は文言がきつ過ぎると思います。ここまで断定はできないと思います。十分な効果を上げていないという理由をカッコの中に入れるわけですから、これは要らないと思います。

さらに、「個人の問題として疾病対策に重点が置かれ」、これも不要だと思います。むしろ疾病対策に重点を置くというのは、自殺予防の1つの大きな柱ですから、これはこの提言でも後で出てくる問題ですから、これも抜いた方がよろしいと思います。

それから、もう1つ、「総合的な自殺対策の視点が乏しかった」、これはいいと思うんですけども「自殺に対する国民の偏見が強いこと」とありますが、自殺の前に精神疾患も入れて、「精神疾患や自殺に対する」とする方がよろしいと思います。以上です。

中村座長 ありがとうございます。

もちろん「はじめに」も含めて、この総合的な部分についてご意見をお願いいたします。

どうぞ。

河野委員 お願いします。このイメージ図を見ながら感じたのですが、その「はじめに」のところと基本姿勢にもかかると思うのですが、先ほど事務局のご説明の中で、年代別のところでは、いわゆるハイリスクの状態だけではなくて、その前の段階、この図で言えば、健康な状態といったところも重要なこととして書いていただくということでしたので、この「はじめに」とか、基本姿勢の中に、そこをもうちょっと強調していただければありがたいと思います。

例えば、生きがいづくりとか、それからストレスコーピング、つまりストレス対処法、ストレス耐性の向上とかといったようなことを、もうちょっと前段のところ、入れていただければありがたいと思います。

中村座長 わかりました。積極的な部分をということですね。

ほかにいらっしゃいますか。樋口先生。

樋口委員 私の方は、2ページの自殺を考えている人の特徴というところで、これはこれまでにあまり正面から取り上げなかった点が1つ抜けていたと思いますので、そのことも踏まえて、ちょっと追加をしていただくといいかと思いました。

どういうことかと言うと、うつ病の話はもうさんざん出てきているのですが、身体疾患、慢性の体の病気で重篤なもの、例えばがんであるとか、エイズであるとか、それから最近問題になっているのは、腎不全で透析を長期間受けている方などの自殺率が10倍ぐらい、一般の方よりも高いですね。それに対する対応、対策というのが十分でない。

がんに関しては、サイコオンコロジーという領域で少し広がりを見せつつありますけれども、まだ心理的なケアとか、そういうものが十分行われていない。絶対数では多くないのかもしれませんが、そういうリスクという意味で、非常に高いものだと思います。そういう点で、1つは、今までの資料2の中に、それを入れてなかったのも、それを資料2の中の医療提供体制のところだと思いますが、そういうところに少し書き込んでいただく必要があるかと思いました。

そして、その関連で、今の自殺を考えている人の特徴のところのさまざまな事情というところに、例えばですが、その中に、ここはいじめとか介護疲れ、子育て云々がありますが、この1つとして重篤な慢性身体疾患というようなものを加えていただくことが必要ではないかと。そのことは、これはきょうの議題の中からはずれておりますけれども、その後の方で出てまいります11ページのところの(6)自殺発生回避のための体制の整備等の中で、黒ボツの3つ目、「病苦に苦しむ人に対する」というのがございます。この「病苦」という言葉はむしろさっき言ったような「重篤な慢性身体疾患に苦しむ」という表現の方が妥当のような気がしますので、その辺も検討していただいて、ここに加えていただければと思います。以上です。

中村座長 わかりました。

どうぞ。

天本委員 自殺の背景・原因のところ、現状で高齢者が4割ということで、非常にリスクが高いんですけども、これから高齢者が急速に増えてくると、それから社会的な背景が、今までは同居が多いわけですけども、これからは逆の現象も十分予測されるので、この背景・原因の中にやはり高齢者の問題をきちんと位置づけて、対策としてもその対策というものは重要だろうと、これからふえるわけですので、よろしく願いしたい。

中村座長 わかりました。

どうぞ。

本橋委員 「はじめに」のところ、先ほど高橋委員からも出ましたけれども、最初のところの文言は私も高橋先生の言われるように文言をもう少し整理した方がいいだろうというふうに私も思います。

それとここの十分な効果を上げていない理由として、私のように地方にいる人間としては、国としてはいろいろつくったんですけども、実は地方公共団体のレベルですと、秋田であるとか、東北では熱心にやっているんですけども、ほかの県ではあまり熱心に広がらなかったということがあって、要するに中央のレベルではかなり指針のようなものができて、それが十分に地方公共団体のレベルまでうまく広がっていかなかったと。

その背景としては、自殺率が高いところは熱心にやるんですけれども、総体的に自殺率が低いところは、それはあまり熱心にやらなかったという背景があって、特に大都市部で、あまり熱心でなかったということがやはり全体として自殺率が十分に効果を上げなかったという背景ではないかと思しますので、その辺のところを少し書き込んでいただきたいと思います。

中村座長 よくわかりました。

鵜養委員 今の先生方のご意見は最もだと思いました。

それから、自殺を考えている人の特徴のところ、さまざまな事情というところで、「いじめ・虐待」というのが最初に来ているんですけれども、いじめと最初に来てしまうと、いじめだけが非常にクローズアップされてしまうという気がします。実は、いじめという言葉は非常に独り歩きしていますけれども、対人関係における悩みというのが非常にやはりあると思います。ですから、そのあたりまで含めて書いていただくとよいと思います。いじめというともうそれで短絡的に子どもというふうになってしまうと思いますけれども、そうではないのではないかと思います。

それから、もう1点、自殺予防の基本方向のところの項目ですが、その中で、後ろの方には実は書いてあるんですけれども、自殺者が出た後、未遂の場合にはご本人も含めて、周囲の方へのケアという、そういうポストベンションの部分というのが、逆に自殺予防というものにつながるんだということをこっちにも書いておいていただけるとありがたいと思いました。

中村座長 わかりました。

はい、どうぞ。

清水委員 2点あるんですけれども、1つは、「はじめに」のところ、ですけれども、もっと理念を前面に出した表現の方がいいのではないかなと思います。自殺対策というのは、生きていくことを支援することなんだと。自殺総合対策というのは、「生き心地のいい社会」をつくっていくということなんだという、その理念を前面に出すべきではないかと思ひます。

あと高橋さんの先ほどのご指摘ですけれども、大体こういう「自殺問題の捕らえ方を見誤り」とかきつい表現を書いているのは私だったりするんですけれども、結果的に総合的な自殺対策の視点が乏しかったということが浮き彫りになればいいわけだろうと思うので、ご指摘のとおりの表現を整理する必要があるのかなと私も改めて、自分で言うておきながら思ひました。

あともう1つが、基本姿勢なんです、ここについては、研究よりも実務重視でいくんだという、そういうアクションリサーチ、アクションをベースにしながらリサーチでわかってきたことをどんどんアクションに還元していくということの姿勢をもっと明確に出すべきではないかと思ひます。

研究ももちろん重要なんですけれども、「自殺対策のための戦略研究」などで、5年かけて10億円を費やして、今実際に研究が進められているわけですから、これまで著しく足りなかったのは、実務の部分で、実務を推進していくという部分が足りなかったわけなので、そのあたりについての明確な表現をここに盛り込むべきではないかなと思ひます。

中村座長 わかりました。

ほかにいらっしゃいませんか。

天本委員 自殺を考えている人の特徴で、介護疲れという形で、介護する側のことが書いてあるわけなんですけれども、やはり先ほども言ひましたように、高齢者ということでの老化による、役割喪失感とか、そういう高齢者自身の問題をきちんととらえた方がいいかなと思ひました。

中村座長 ほかにいらっしゃいませんか。

河野委員 天本先生のおっしゃられたカッコの中なんですけれども、「孤独」も入れていただいたらどうか、どの世代も、「孤独」は問題になっていると思いますので…。それが1つ。

それから、「はじめに」のところの、自殺予防対策の概要の、「効果が上がらなかった」という論議のところなんですけど、確かにメンタルヘルスの指針とか、いろいろな立派なものができるのですが、具体的な推進がもう一歩といったところが問題かなと感じております。もう一歩踏み込んで、実践的な方向に持って行っていただくとありがたいかなと思います。

中村座長 はい、わかりました。ほかにいらっしゃいませんか。

ここは、基本的なところですので……。

これ、きょうお配りしたので、後でまた、パラパラなさりながら、いろいろお考えで、議論を進めていただきたいので、もし後の方でまた「はじめに」にこんなことが必要だとか、そういうことを思いつかれたら、また後でもおっしゃっていただきます。

むしろ、第4のこの目標設定と推進体制の具体的なところ、今も具体策というお話がたくさん出ていましたので、こちらについて先生方のご意見を伺っておくのがとても大事だと思いますので、議論まだちょっと短いかもしれませんが、特にご意見がないようですので、そちらに移らせていただきます。今、申しましたように、また前の方で、お気づきになったらご意見をおっしゃってくださって結構ですので。資料では、13ページにあります、目標設定と推進体制、これについて、ご意見をお願いしたいと思います。

天本委員 4ページに施策の重点化という項目があるんですけれども、それとここがある意味では結びつかなければいけないと思うんですけれども、施策の重点化というのがあまりにも抽象的で、優先順位としてどういうことをきちんとやるかということが、ファジーで、具体性がないのではないかと。それがあってこそ数値目標化とか、何年のスケジュールがどうだとかということにつながるのではないかなと思います。

中村座長 この重点化というところがファジー過ぎるとおっしゃるんですか。

天本委員 そうですね。

中村座長 何を重点化するのかということをもっとここで議論した方がいい。

天本委員 はい。後のところでは、それぞれのいろいろな今まで皆さんの意見による課題が入ってはいますけれども、その中で施策の重点化をどうするんだということがちょっと不鮮明過ぎるかなと。

中村座長 わかりました。それはとても大事なことです。

はい、本橋先生。

本橋委員 今、ご指摘のあった点はまた後で十分論じていただくんだと思うんですけれども、ちょっとこの数値目標のところについて少し先に意見を言わせていただくということで、これにつきましては、多分、「健康日本21」で厚生労働省が2000年に出されたものの中では数値目標は出されているわけです。その後のいろいろな地方公共団体の中では、秋田県であるとか、北東北のところはかなり数値を明確に出しているところがありますし、あるいはそこは非常にファジーなところでやっているところもあるんですけれども、諸外国のいろいろなこのようなプログラムを見ても、やはり原則は数値目標を明確にしているところが多いと思います。

したがって、1つは、その国の「健康日本21」の整合性もありますので、中間評価等のこともあると思いますので、その中で、この大綱の中でもどういう形で示すかというときに

あまりファジーではなくて、やはりこれまでの取組みを踏まえた上で、今後どうすべきかという明確な数値目標をある程度示すと、これは例えば厚生労働省でやっている戦略研究においてもきちんと介入をやって、20%なり何なりの数値目標を設定しておりますので、研究と実際の施策とは違うとは思いますが、その辺のところにつきましてはやはり国としてはきちんとした明確な目標を示した方がいいのではないかとこのように思います。以上です。

中村座長 高橋先生。

高橋祥友委員 その点について、本橋先生に質問です。あと清水さんも意見があると思うので、そのあたりを質問したいんですけども、具体的に数値目標といったときに、どういうあたりを考えていますか。自殺率とか自殺者の数でもいいんですけども。本橋委員と清水さんにお聞きしたい。

本橋委員 具体的に言えば、これは「健康日本21」では、数で示しています。トータルの数を2万2,000なり何なり減らすということですので、これは率で示すか、字数で示すかという議論は多分あるんだろうと思うんです。アメリカの「ヘルシーピープル」なんかは1%かそのくらいを減らすというような率で示しているんですけども、日本の場合には数値で示しているということがこれまでありますので、私自身は秋田県の場合も数の減少ということを示しておりますので、具体的な数値をどこに持っていくかという議論はまた別にあるんですけども、数の減少ということを示した方が、私はいいのではないかと思います。

というのは、1%の減少というのは、実際に日本全体でどれくらいなのかということをやったり国民に見えにくいんですよ。ですから、大都市で実は自殺率が低いというのが、率は低くても実数は多いという現実がありますから、やはり数でこれくらい減らすという数値目標をむしろ示された方がいいのではないかと私は思います。

高橋祥友委員 本橋先生ご自身の個人的な考え方でいいので、そのあたりをちょっと聞きたかったんです。

本橋委員 個人的には、私は数で示した方がいいというふうに思っております。

高橋祥友委員 具体的な数についてはいかがですか。

本橋委員 恐らく今年は、数がやや減少傾向にあるというふうに私は聞いておりますけれども、実のところ、「健康日本21」の数値というのが今後達成されるかどうかはなかなか微妙なところだと思うんですけども、その辺も含めまして、2010年に、2万2,000という数値目標だったと思いますけれども、そこのところは少し見直しが必要な部分もあるのかなみたいに個人的には思っております。ですから、それはやはりもう少し議論をして、今私がこの数値だということ言うのではなくて、議論の中で出てくるべき数字だというふうに思っております。

中村座長 清水さん、どうぞ。

清水委員 私は、「健康日本21」の掲げている数値をそのまま持ってくるべきだろうと思います。それはもう政策的に一貫して国として取り組む指針を示したものがあって、それを継続してやっているわけなので、それはあえて変える必要はないと思います。

高橋祥友委員 この点について、議論をぶつけ合うわけではなくて、いろいろな意見があるということを紹介したいために言っているんです。たしか樋口先生が最初の会合のときに指摘されておりました。我が国の自殺者数は1998年から急増しているのですが、単にそれ以前の、97年の前の段階まで戻して、それでおしまいとするのはまずいと樋口先生は指摘されたと思います。私も同意見です。

まさに「健康日本21」の数値目標はそこなんです。これは非常に重要な問題でして、WHOの専門官とこの点について話をしました。

そこで、私は指摘自殺率というのがあるのかというのを聞いてみたのです。ある国にとって、このくらいのところまで自殺率を下げる事ができればよいのかというような質問をしてみたのです。

例えば、自殺者数を交通事故の死者と同じくらいの数までに減らすとか、あるいは世界の自殺率、人口10万あたり今は12~13ですか、そのあたりまで落とすことを目標とするのかと聞きました。去年の10月に自殺予防総合対策センターに来られたベルトローテ先生なんですけれども、今のその国の一番ターゲットとなる年齢層にまず働きかけるというのです。日本でしたら中高年の男性ですね。その自殺率を半分減らすことをまず目標にして、それができた段階では、ほかで高いピークがあったら、次にはそこを減らすことを目標にするというのです。そういうふうな形でやっていくんであって、決してどの程度まで下げたらおしまいというふうな目標設定ではないという考え方だったんですね。

ですから、これは意見としてお出ししますので、具体的な目標を決めるのもいいんですけども、何年までの短期・中期的目標とあと長期的な目標というのを少し考えていった方がいいのかなと。

あまり私個人としては、整合性の問題もあるんでしょうけれども、「健康日本21」にこだわってしまうのも問題だと思います。私も委員だったんですけども、あれでは高すぎるとずっと言っていたのに、いつの間にか、あの数字だけが独り歩きしています。委員はみんな反対したんですね。ところが、最後はあの数字というふうになってしまったので、私はあれにあまりこだわる必要はないというふうに考えているんですけども。

中村座長 はい、どうぞ。

本橋委員 私自身、世界の健康政策のこの数値目標を設定するのはどうしているのかということのいろいろな研究もしていたものですから、補足ですけども、アメリカの2010という中に、その数値目標をどう設定するかという考え方が書いてあって、1つは、いわゆる予測値を設定して理論的に考えましょうというやり方があるんですけども、それは相当結構難しいです。

現実的には、この「健康日本21」もそうだと思うんですけども、過去そこまで下がったことがある値を設定するのが一番妥当であるというのが1つ結論として、いわゆる健康政策をやっている方たちの1つのコンセンサスだと思います。

ですから、理想として、半減するであるとか、それは目標としてあって構わないんですけども、理念として、ただ、現実の社会の問題として設定していくときに、本当にそこに10年後に下げられるのかといったときに、少なくとも過去においてその値があったということであれば、それは現実としてあり得るだろうというかなりファジーな部分もあるんですけども、それが1つの非常に薄弱であるけれども、1つの根拠になっているということを最後にお伝えいたします。

中村座長 高橋先生。

高橋祥友委員 もう1点、本橋先生に質問があるんですけども、1%の減少とさっきおっしゃいましたっけ。

本橋委員 それは、アメリカだったと思いますね。

高橋祥友委員 1%って変ですね。

本橋委員 1%じゃないです。人口10万対1ポイントという、訂正いたします。

高橋祥友委員 それならわかります。はい、どうも。

中村座長 どうぞ。

天本委員 地域特性というものがある中で、国がこの数値目標を出した場合、目標数値というものがあまりにも画一的な形で地方が動くことの問題はないのか。この辺はどう考えたらよるしいんでしょうか。

例えば、世界の中でも日本は日本独自でやらなければいけないと同じように、日本の中でもそれぞれの地域特性の数値目標の掲げ方というのは違うのでは。その辺についてちょっとご意見お伺いしたいと思います。

中村座長 高橋先生。

高橋祥友委員 私の知っている限りでは、国のレベルで自殺予防対策を始めるといったときに、何年という、ある程度の期間、5年とか10年というふうな計画を立てて、そのうちで20%というのはよく出てくるんですね。

先ほど本橋先生が指摘されたのと同じなんではしょうけれども、とりたててはっきりした根拠があってどうこうではなくて、2割ぐらいならば何とかなるだろうぐらいな形を出しているのだと思います。あまりはっきりとこういう意味があるから、20%減少だというふうなのは私はあまり見たことはありません。

そういうような形ですと、天本先生がご指摘になったように、各地域でそのくらいの下げ方というふうな形ですと、非常に高い県もあれば低い県もあるわけですから、参考になるかなと、今お話を伺っていたんですけれども。

天本委員 そうすると割合ということだと、そういう形で振り分けやすいと。実数ということになると、なかなか振り分けにくいと考えてよろしいですか。

高橋祥友委員 ですから、国全体としては数でも出せると思うんですけれども、地域で言ったら大体そのくらいでと考えるとかがでしようか。

中村座長 斎藤先生。

斎藤委員 私は、2万2,000というのは、これはもう非現実的な、1つの期待だと思うんです。ただ、今さらこれを引っ込めるというのも何か格好がつかないような思いもするんですけれども。

ただ、もう少し統計的に予測はできないもんでしょうか。目標は目標だけれども、少し統計的に予測をすると。

例えば、ここ2、3年でも自殺の世代別のピークというのは少しシフトしているわけです。これは相談にあらわれた数値もそうですけれども、むしろ高齢者と言っても若年、例えば30代がある意味で、1つの危機的な状況というか、その辺の数値をもうちょっと分析すると、見えてくる部分があるんじゃないかなというふうに思うんですけれども。

そして、それに触発されているのかどうか。20代の増加もまだ低いけれども、やはり目立つわけですね。ですから、ターゲットをきちんと踏まえることが、ただ全体としての減少じゃなくて、やはり高橋委員がおっしゃったように、それぞれ世代別のターゲットをきちんと絞ることも1つの戦略かなというふうに思いますが、いかがでしようか。

中村座長 本橋先生。

本橋委員 先に、今齋藤委員のことについてのコメントをさせていただきますと、アメリカの例ですと、かなり年代とそれから人種差も含めて書いています。日本の場合でも、秋田県の場合は年代ごとに一応目標を全体的に設定しています。

だから、「健康日本21」は全体のだけだったと思いますので、その辺のところは今の齋藤委員のご指摘を踏まえて、もう少し細かく設定するというやり方があってよろしいかと思えます。

あと統計数理的に予測するというのは結構難しいことがあるものですから、実際のところ世界各国の健康政策で数値目標を設定するときも、アメリカなんか90年代のときはそういうふうにやっていたようなんですけれども、その2000年の見直しのときはどうなのかあまりはっきり書いてないんですけれども、どちらかと言うと先ほど言ったような根拠に基づいた、あまり根拠を明示しないで多分やっているというふうに変わっています。

というのが1つ、コメントです。

もう1つは、天本委員の意見に対してですけれども、1つは、国として全体としての目標を設定して、その後の地方公共団体、都道府県レベルの目標等につきましては、この5、6年のところも現状それぞれの都道府県の自主性に任せて多分設定してきております。そのときに実際の実務といたしましては、都道府県の担当者の方々は国のものを見て、大体それに従ってやっています。

秋田県の場合も、私は秋田は非常に高いので、4割ぐらい減少というふうにかなり主張したんですけれども、やはり行政の方は、国に見習った方がいいだろうみたいなニュアンスがあって、やはり3割減少ぐらいに落ち着いています。

例えば、都市部の場合はどうなのか。低いところではどう設定したらいいのかという個々の議論がございますので、それは都道府県全体として設定していただくということで、ただ日本全体のこれを見ながら考えてくださいということで私はよろしいのではないかというふうに考えております。

中村座長 どうぞ。

齋藤委員 警察庁の統計は、かなり前から精神疾患だけではなくて、病苦、恐らく苦痛を伴う慢性疾患だと思えますけれども、それが原因の自殺の数値が非常に高いわけです。その辺は、樋口委員がさっき指摘されたわけで、世代別だけじゃなくて、疾病別の自殺に関する研究はぜひ必要であると。それも1つの世代別だけではなくて、疾病別の対策があり得るかなということ、やはりこれは精神医療だけではなくて、やはりいろいろな内科初めいろいろな治療の分野で自殺予防ということは、これはもう絶対に必要であると。そういう認識を私どもは今持つべきであるというふうに考えます。

中村座長 どうぞ。

清水委員 その数値目標を設定する上で、考慮すべき数値として、1つ、97年から98年にかけて自殺者が8,000人急増しているわけです。それまでは2万人台前半で推移してきたものが、社会構造の変化なりいろいろな環境の変化が恐らく深くかかわっているだろうと、その急増につながっているんだろうということが1つ考慮すべき点としてあるだろうと思えます。

あと警察が出している統計の中で、経済生活苦というのが8,000人ぐらいいるわけです。これは、まさに社会的な要因が背景に深くかかわっているというふうに見られるわけであって、ここの部分の数値をどうするのかということがやはり目標設定するときには考えた方がいいのではないかと思えます。

中村座長 どうぞ。

鵜養委員 その目標設定ということを考えましたときに、例えば青少年というのは数としては非常に少ないということになるわけですが、それを同じパーセンテージでという目標設定では、これはおかしいと思うんですね。

特に、小学校、中学校ぐらいの学齢期のお子さんというのは、自殺ってやっぱりあっちゃ困るというふうに思う部分もあります。そうは言っても当然起きてはきますけれども、そういうところで一律のパーセンテージとかではなく、先ほどの年齢別とか、さまざま条件別の設定というのが必要ではないかという、そこも十分検討していただきたいということです。

それから、数少なくてもやはり青少年に対する自殺対策というものについてやはりこの内閣府の委員会できちんと取り上げていただくことというのは、すごく大事で、実はこれは文科省だけに任せてしまうととても困るというふうに私は思っています。

いわゆる予算基盤とかそういうことを考えたときに、やはり文科省だけがそういうことに対応していこうとしていこうとしたときには、なかなか苦しい部分というのがありますので、国としての総合対策というところからもやはり青少年、特に子ども、そういうところも重点目標として1つ掲げていただくとありがたいと思います。

中村座長 ありがとうございます。

はい、どうぞ。

天本委員 どちらにしろ目標設定を決めるというのは非常になかなか難しいことでしょうかから、走りながらモニタリングをする。走りながら研究を伴う、要するに政策をいろいろ出すわけでしょうかから、その有用性についてモニタリングし、やはり長期、中期、短期という形で、まず短期からモニタリングしていくとか、何かそういう並行した研究というものをぜひ盛り込んでいただければなと思います。

中村座長 今回の特徴としては、研究と実践とを両輪にしていこうという基本的な姿勢が多分この会にあらにあると思いますので、そういう提言にはなると思えますね。

中桐委員 私の出身が労働組合なので、少しアバウトかもしれませんが労働運動では国民運動という形で実施し、そのときのターゲットは高く設定します。あまり細かく整合性を重視するのではなくて、先ほど高橋さんも指摘されましたが、半減させるぐらいにしたらどうだという大きな目標を出して、そこから皆さんのモチベーションも高まると考えます。

ここであまり整合性にこだわると春闘の賃上げもそうですが2万円要求をしてやっと1,000円しか上がらない。もちろんここは専門家の会合ですので、あまり変なことはいえないと思いますが、5年後なり10年後までに、全国民が参加してそれぞれの分野で半分させるには、今のターゲットはこのぐらいとしないと、オリンピックで金メダルを幾つ取るかではないですが、国民的な運動をやっていくんだという決意からすれば、半減とか50%減ぐらいのことを言っても何もおかしくないというふうに私自身は思います。

中村座長 どうぞ。

高橋信雄委員 皆様のご意見を聞いていて思いましたことですが、実現可能なレベルを積み上げていくということは大事なことだと思います。私も門外的な立場がありますが、労働災害などを考えますと、あまり高邁な目標を掲げますと、途中でそれが駄目になった時点で、集団的に失意に陥るような現象が起きることがあります。

したがって、ロングタームでは、今の中桐委員がおっしゃったような半減とかを5年、

10年というスパンで考えてもよろしいかと思いますが、そして統計学的な推定という話も出ましたけれども、重点となるポイント、領域または年代、地域で違うと思いますが、それを積み上げていくと、各年、または中期的にどのぐらい減らせるかなと、あるいは実現可能レベルかという視点で設定するといいいと思います。

それが(3)にある評価の見直しや、施策、戦略の考え方とか、そういうことに結びつくのではないかと思います。

中村座長 どうぞ。

南委員 皆様のお話を伺っていて、目標の設定の仕方が難しいということを改めて感じました。実現可能性ということも考慮しなければいけないのはもちろんのことですけれども、やはり国民運動として進めていくことも必要だと思いますので、数値目標にこだわり過ぎると、それが果たせなかったときには、ということにもなる。私も中桐委員のご意見に近いのですが、少し大きいものを掲げてもいいのかなという気がいたしました。

それと、先ほど、樋口先生が言われたことと、ダブるんですけれども、私も取材などを通して身体疾患のことを痛感しております。先ほど腎透析とおっしゃったんですが、慢性腎不全などによる中途失明者の自殺は実は多いんだそうです。それを報道で大きくしないでほしいということも言われたことがあります。肩を押すことになるので。多分そういうことをきちんと調査すると、かなり身体疾患との関係がわかるのではないかと。それからそういうことがわかってくれば、こういう施策をとれば、このぐらい減るんじゃないかというような見通しも少し明確にできるのかなというような気がいたしました。

中村座長 どうぞ。

樋口委員 もう既に委員の方から指摘されたことで、重なるかもしれないのですが、やはり目標設定、実現可能な目標設定というのは、確かに必要だと思います。達成できない目標を掲げて、非常に無力感に陥るといったことがあります。

ただ、やはり短期目標と言いますか、5年とか10年の目標とそれからもっと長期の目標というのを設定しておかないと、実現可能な目標、例えば平成9年、10年のレベルに戻ったら、それは戻すことが可能な数値ですよ。けれども、戻ったらそれで自殺対策の問題というのは、終了いたしましたといって、もう国も一切そこから手を引いてということになると、これは元も子もないと言いますか、やはり自殺の問題というのは、人間が社会で生きている限りはついて回る問題で、それをいかに一人でも、1%でも減らしていくかという努力はずっと永続的にやるべきだというふうに思いますので、ぜひ長期的な目標としてはかなり大きな目標を掲げていただくのがいいのではないかと思います。

中村座長 そうですね。ですからそれはもう本当に1人でも少なくということを目指しては、けれども、当面、これをというそういう書き方になればいいんでしょうか。

ほかにいらっしゃいませんか。

今、目標のことについてかなりご議論がありまして、大体方向は見えてきたかなと思いますので、そのほかのことについてもご意見をいただきたいと思います。

重点化というところが一体何なのかちょっとわからないじゃないかというご意見もありましたけれども、その辺についても、そういうウェーブづけ、どこに持っていったらいいかということについてもちょっとご意見をいただけたらと思います。

本橋委員 事務局の書かれたこの施策の重点化というところは、どういうふうに見るかとい

うことなんですけれども、1つは、自殺対策基本法の中に示された9つの施策の柱がありますが、これはどれを重点化するというのではなくて、この9つは絶対にやらなければいけないことをございまして、その下にぶらさがってくる個別の施策については、これからの議論だと思います。その中で、特に最初の何年かはここにやりましょうというような重点化というのはあると思います。

それは具体的な施策の議論の中で、どうするという話が出てくるんだというふうに考えております。

中村座長 もしよろしかったら、その辺の議論もちょっとしていただきたいと思います。

天本委員 自殺予防の基本方向として、やはり治療につなげることが重要だということで、医療の役割というのはやはり大きいという位置づけだろうと思います。

例えば日本医師会としての使命として、かかりつけ医の養成とか、それはできると思うんですけれども、どうしても医療保険で対応できない政策的にやってほしいということで、ここにも出ておりますけれども、救急のところの部分、それから救急のあとのフォロー体制とか、そういう政策的なことはぜひやっていただきたいし、それから高齢者の中での自殺との周辺のうち状態の対策というものはやはりかなり特化した形で、後期高齢者のふさわしい医療という中に位置づけをしていただきたいというのが医療の側からの意見でございます。

中村座長 どうぞ。

河野委員 (2)の国及び地方公共団体における推進体制の在り方ですけれども、今、生活習慣病対策、メタボリックシンドローム対策などで、厚生労働省を中心に検討されていますけれども、地域・職域連携といったようなものも、生活習慣病対策だけではなく、メンタルな面と一緒に国として、あるいは地方公共団体としてやっていただくようなことにすれば、先程来、慢性的な身体疾患が自殺と関わりが大きいとの意見もありましたので、それこそトータルにケアが可能と思うのですけれども、いかがなものでしょうか。

中村座長 このあたり、医療の関係の方で、何か、今のご提案について何かおありになりますか。

天本委員 その医療のかかわりのところを。

河野委員 医療のかかわりというよりも国、地方公共団体の医療・保健といったようなものの体制がそれぞれ疾患ごとに構築されていることで、切れている面があるんじゃないかと思えます。総合的に推進していただくと、効果が出やすいのではないかという意見です。

天本委員 これは医療する側においてもやはり専門分化していたという反省のもとにいろいろな意味で、総合診療というかかわりが、かかりつけ医機能として非常に重要だという反省のもとに、例えば心のケアというものも、特に高齢者の場合、心身の相関が非常に強いわけですから、そういう相互的な対応というのは、医療の現場でも行われております。

ただ、今、ご指摘のあったように政策として、例えば医療保険と介護保険もこれもかなり一体的な形で、要するに健康管理する医療保険と自立を支援する介護保険、これはセットなわけですので、そこがやはり政策的に、制度設計ももちろんですけれども、監督する横断的な対応というものは非常に求められていると思います。

特に、それは国としてもそういう対応が今迫られているし、特に地方が現実にはいろいろな意味で介護保険もそれから後期高齢者医療制度というものも県とか市町村が保険者ということになっておりますので、末端に行けばいくほど、縦割りですので、そこでの相互的な対応、特

にヘルスの方との疾病との対応というもの、これは連動しているわけですので、ここでも言われているような一次予防、二次予防、三次予防の重要性というのは、いろいろな文章の表現としてなっておりますので、そういう意味で、疾病だけではなく、そういうヘルスの方から、あるいは介護につながる横断的な対応というのは、これは非常に重要だろうと思いますので、その主張は文章化していただくことが大切だろうと思います。

中村座長 どうぞ。

鵜養委員 今、末端に行くほど、担当というのは縦割りになっていてというお話をいただきましたけれども、そのあたりのことで、今回内閣府というところでこういうふうな大綱づくりをするというのは、すごく大事なところで、前からの議論の中にもありましたけれども、どこかのセクションに、これが担当されるのではなく、ある程度包括的なところでのそれぞれの自治体でも施策をつくっていく必要があるというお話があったと思います。

それで、私は今回、実は恐らくはほかの委員の方たちは、以前から厚生労働省絡みの検討会でずっとやってこられたというのがあると思うんですけれども、私は教育代表という学校代表みたいなところで、ちょっと今までおなじみがないところで参加させていただいていますが、実は学校というところは、変な言い方をしますと、私の目から見ると、役所の最先端の窓口みたいなところがあります。

ちょっと誤解をされると困るんですが、すべての問題というのが学校に持ち込まれるということなんです。

1人のお子さんにかかわっている親御さんのことを考えると、例えば親御さんが精神疾患であり、だから子どものケアができないような状況がある。あるいは、生活に困窮していて、いわゆる生活保護を受けなければいけないような状況にある。あるいは、そういう中で、学校の先生というのがいますので、先生方自身がいろいろ抱えている問題もある。それで、子どもということを通じてしか地域につながっていけない親御さんというのもたくさんいます。

実は、さまざまな福祉政策もそうなんですけれども、申請しない限り援助は受けられないということになっていますが、その申請の窓口すら知らない。どうやって申請していいかわからない方というのは、結構たくさんいます。

今、日本の子どもたちは、私の知人では、徴兵制なる徴学制みたいなものだということを使う人がいますけれども、ちょっと崩れてはきましたが、学区みたいなものがありまして、そういうところですべての子どもたちというのは、一定年齢になると、就学通知が来て学校に入るということになるわけです。

そうするといろいろな問題が、さまざまな問題が本当に学校に持ち込まれて、学校の先生というのはケースワーカーじゃないかと思われるような仕事を随分しています。

ですから、そういう意味で、そういう学校というところの特徴を見るにつけても、いろいろなそういった施策というものがうまくつながり交流し、そういうところで包括的な見方ができる部署がぜひ必要になってくると思いますので、そのあたりのところをどう織り込んでいただけるか、それをちょっと検討をお願いしたいと思います。

中村座長 本橋先生。

本橋委員 その推進体制の在り方のことですが、今、鵜養委員からもありましたように、やはり今回のこの自殺対策の検討会においても、この内閣府が総合的な視点から施策をリードするところが大切だというふうに思っております。今後の推進体制の在り方について、国の役

割、それから地方公共団体の役割があると思いますが、具体的な施策のところはかなり地方公共団体の部分があるんですけども、国につきましては、総合的な視点から言えば、他省庁、いろいろな省庁があるこの国の中で、その連携体制をきちんととるとのことだと思いますけれども、単に調整だけではなくて、具体的に国のなすべきこと、それから地方のなすべきことについてかなり具体的に実行可能性のあるような清水委員の意見で、プロジェクトチームのような形ですけれども、そういう形のチームなりなんなりを内閣府の中につくっていただいて、国のレベルでは総合的視点で実際に大綱を実現していくような組織をつくっていただくと。

そしてさらには、基本法にありますようなモニタリングを政府はするわけですが、地方公共団体等で実際にその施策が行われているかどうかを国としてはきちんと見ていくと。地方公共団体にあっては、具体的にどうやって施策を進めていくんですかということを中心に実現に向けて実行できるような体制というのを、実行部隊をかなり明確にした形でつくっていただくように指導していただくなり、その体制をつくっていただくということが大切ではないかというふうに思います。

中村座長 今のプロジェクトチームということに関しては、一応、自殺予防総合対策センターという形でできているわけですね。まだ研究から始めるということもあるかもしれませんが、ここが一種のそういうことのきっかけかというふうに思うのですが、樋口先生、そのあたりいかがでしょうか。

樋口委員 私は、さまざまな取組みがいろいろなレベルで行われてしかるべきだというふうには思っております。

ですから、清水委員から提案されているような、そういう対策推進チームとか、そういうのがあってもいいし、ただ考え方としては、我々国民全体として自殺の問題に取り組もうという、そういう今から雰囲気をつくっていく状況にある中で、これはやっていいけれども、これはやっちゃいけないとか、これよりもこれの方がいいんだという、比較級を使い始めると、中が分裂してきます。これは絶対にやめるべきだと思います。

だから、さっきの研究よりも実行という、それは研究と同時に実行することが大事だという表現を使っていけないと、結束力が非常に弱くなっていくと思います。この点は頭に置いておくべきことではないかと。

したがって、今、自殺予防総合対策センターというのは、別にこれは研究所にできたというよりは、センターにできたものであって、研究を行うためのセンターということの位置づけではありません。たまたまその建物としては研究所というところに置かれていますけれども、中でやることは、結局は、正確な情報を収集して、いかにその情報を広く国民の皆様が発信していくかという役割が最も大きなところでありますので、そのための情報をきちんと収集するためには、さっき言ったようないろいろな実態調査とかということもその中には含まれております。

機能としては、そういうことなので、これはこれで1つの役割を十分これから果たす。むしろもっと強化して、実行力を伴ったものにしていくべきだというふうに私は思っております。

中村座長 どうぞ。

清水委員 本橋さんの話と樋口さんのお話を絡めてなんですけれども、センター、自殺予防総合対策センターが担っている役割というのは、現状においては調査研究、あと自治体で行われている先進的な取組みを情報収集して、それを発信していくということだろうと思うんです

ね。

ただ、いろいろな省庁間とか、あるいは民間団体との連携をして、具体的な施策を実現させていく、実行に移していくという部分は著しく欠けているわけであって、これはほかのプロジェクトチームのような推進役を担っていく組織が必要だろうと。

一つ例をあげると、きのう「いのち」という自殺予防総合対策センターのホームページを見て、この内閣府の検討会についてちょっと調べようと思ったんですけども、日々更新されていく「お知らせ」のところには、厚労省の検討会のことはいろいろ載っているんですね。議事録が載せてあったり、委員からの提出資料が載せてあったりなんかして、詳細に。でも、この内閣府の検討会のことは開催されている事実すら載ってなくて、いろいろ調べてみると、リンクのところにかろうじて、内閣府自殺対策室というのがある程度で、実際に機能をしてないわけですから、つなぎ役としての。

ですから、それは民間と繰返しになりますが、民間と行政とをつないでいく、あるいは行政の各省庁をつないでいく、そうした役割を担った組織が必要で、これはやはり内閣府でこうした検討会ができていくということは、まさにその必要性を認識した上でできているわけですから、内閣府の中にそういうプロジェクトチームをぶらさげていただくのがいいのではないかなと思います。

そういった意味も込めて、きょう私、配布資料として持ってきたんですけども、この具体的なプロジェクトの中身については、ちょっとあとでぜひ目を通していただくことにして、要は確かにこれとあれというふうにして、全部できればいいんです。でも、それはやはり重点施策として、何か優先順位をつけていかなければならないときに、既に行われている民間団体のさまざまな取組みをてこ入れしていくというやり方で、自殺対策を浸透させていくということの方が恐らく研究重視でこれまでやってきたような形でやるよりも、啓発ということも含めて、国民運動にしていくということも含めていくと、そちらの方が恐らく有効なのではないかというふうに思いますので、樋口さんがおっしゃっていることはわかるんですが、でもそれはこれまで明らかに民間団体の実務の支援というのはなかったわけですから、予算も全然ついてなかったわけですから、そちらに重きを、少し比重的に移していくということの考え方でやっていくべきではないかと思うわけです。

中村座長 樋口先生。

樋口委員 それを私も全然否定するつもりはありません。ただ、こっちはもういいよと、自殺予防総合対策センターなんて意味ないからやめちゃえよ。その分を全部こっちへ持ってこい。そういう発想になると、これは絶対にうまくいかないだろうという、それだけは申し上げます。

中村座長 高橋先生、どうぞ。

高橋祥友委員 ちょっと離れてしまうかもしれないんですけども、WHOのガイドラインなどを見ても、かなり理想なことが書いてあるんですね。そこで、いつも冒頭とその最後に書いてあるんですけども、このガイドラインをもとに各国の実情に合わせて、社会文化にも合わせて、あと予算ですとか、人的な資源もよく考えた上で、その地域に合ったものをつくってくださいという考え方なんですね。決してガイドラインのすべてをすべての国や地域で完全に実施しろとは言っていないのです。

内閣府に何かモデルをつくって、そこから国から、地方にこれをやりなさいというふうな形がいいのか私には疑問です。むしろそこにいけば、一種のモデルはいつでも提示してくれてい

て、地方から相談を持ちかければいつでも相談に乗ってくれると、それが内閣府であろうが、自殺予防総合対策センターであろうが、私はいいと思います。しかし、あまり縛りをかけて、これをやれというのは問題でしょう。最低限これだけはやってくださいよという形はいいんですけども、地域の実情に合っていないことを無理やりやらせようとする、やはり動かないという部分が絶対に出てきますので、最終的にどの部分までやるのかというのは、各県だとか地域に委ねる部分があって、当然いいと私は考えています。

中村座長 その辺いかがでしょうか。

どうぞ。

鵜養委員 今の高橋委員のお考えはもっともだと思います。本当に地方自治体ごとに予算規模も違いますし、人的資源も違いますし、いわゆる交通機関等のいろいろなそういう条件も違いますので、一律に同じことと言うとかえってできないことがたくさんできてしまったり、逆に全部ができることだけを言うと、非常に何て言うか、荒いものになってしまったりすると思いますので、だからやはりこの大綱の中で、総合的なところで、これだけはこのところをどこを押さえるかということがすごく大事なのではないかなと思います。

中村座長 どうぞ。

本橋委員 私がこの前お配りした本の中にも書いているんですけども、国と地方の役割というのは、お上が何かをやるという発想は私はこの自殺対策の中にはないと思いますので、そのようにいろいろなところで書いております。ですから、国の果たすべき情報提供であるとか、制度面でのものをやる、それから全体としての旗振り役としての国の役割というのは、私はあると思いますので、そのこのところにつきましては、どこでやるかということを中心に決めていただいてやると。

もちろん参画と連携ということで、やはり当事者たちが自主的に取り組んでいくということのをうまく支援していくというのがこの自殺対策の1つの基本だと思いますので、それはもう高橋委員、それから鵜養委員が言われたように、地域、あるいは市町村で自主的にやる取組みを誰がどう支援していくかと。国は、国から何か施策を下ろしていくという発想はやはり基本的には私はないものというふうに思っております。

中村座長 ほかにいらっしゃいませんか。

中桐委員 現実に、5年でも10年でも結構なんですけど、進めていく場合に、国、自治体、両方かかわってもらわなければいけないんですけど、それには必ず予算がいるわけです。予算がないと何も動かない。地方から見れば、その予算は逼迫している財政状況の中で、国が出してくるのかという問題もきちんとしておかないとうまくいかない。

これまでの経験では、例えば行政の縦割りで問題があったので委員会をつくったものとして食品安全委員会があります。当時、狂牛病の問題で、農水省と厚労省が関係省庁ですが、お互いの縄張りをなくした委員会方式にしましょうということで、内閣府に設置した。残念ながらうまく機能しているとは思っていませんが。

しかし、清水さんもおっしゃったように、何らか形で、内閣府にコントロールするものがないといけないと思います。

もう1つは、一昨年、アスベストパニックになったときに、関係閣僚会議をつくって、大臣が集まって決めて、それに省庁の専門家が集まって、関係する法律をどんどん変えていくということで、ごく短い期間にたくさんの法律改正ができ一応の体制ができました。ですから、関

係閣僚に年に何回か集まっていただいて、チェックをするなり、次年度予算のことを検討するなり、そういうような機能もあった方がいいという気がします。

中村座長 どうぞ。

天本委員 研究のところはどうしてもやはり国というレベルで推進していくということが、地方ではまずほとんど予算どれも取れませんし、できない。ただし、具体的なサービスモデル的なところはやはり一生懸命なところ、とにかく首長さん次第ですので、一生懸命やっている介護の問題もそうなんですけれども、非常に先進的なモデルはいろいろ提示できると思うんですけれども、やはり研究のところをしっかりと国が押さえていただきたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

中村座長 どうぞ。

河野委員 今、天本委員のおっしゃっていた研究は、国としてやっていただくことを望みたいと思います。また、国は、地方公共団体に対しても、それぞれ自主的にやりなさいということだけではなくて、モデル的なものをお示しいただくと、それぞれの地方公共団体では、活動しやすくなり、推進力になるかと思ひます。

中村座長 ほかにいらっしゃいませんか。

高橋信雄委員 キーワードとしては出ております、地域、職域、学校の連携等ということについて述べます。

国の役割とか地方でという議論ですが、それぞれの機能は必要だと思ひますが、特に大事なことは、地方の、いわゆる地縁のあるところ、そこで今話がいろいろ出ていますさまざまな問題を関係者が集まって、話ができるような場ができるといいと思ひます。結論から言うと、ここでも地域の実情や課題を把握して、それを年度単位なのか、中期的なのか、それは任せるにしても、いわゆるPDCA、問題を把握して、そこで何の対象を重点的にやるかということを考えてらよろしいと思ひます。

そのときの視点として、幾つか大事な点があります。

1つは、私ども事業所は大体6割以上が中小事業所です。すると事業所の中でいろいろな課題が出ていますが、そういうものに専門的に対応できるスタッフを抱えるということは大変難しいと思ひます。そのために、行政組織であるとか、民間組織、そういうところと連携をなるべく壁を取り払ってやっていただくということが大事だと思ひます。

それから、先ほど鶴養委員から制度の問題や手続という問題が出されましたが、これもことほどさように、いろいろな課題がございます。経済的な問題、病苦の問題ですとか、医療制度にうまく乗れないとか、相談がしたくてもどこへ行っていいかわからないということです。そういうときにコンタクトできるようなところ、いろいろな資源があるんだよということを周知してもらえるとありがたいと思ひます。

特に、ハイリスクなケースが生じた場合には、専門家が絡んでも、どこでどういう形で連携するかというのを悩むケースがあると思ひますね。そういう機能の整備も含めて、自治体や場合によってはブロックを決めてお考ひいただくといいと思ひます。

中村座長 どうぞ。

河野委員 今、高橋信雄委員のご意見を伺いながら思ったのですが、(2)のところ、国及び地方公共団体とありますが、職域は地方公共団体ではないので、職域における推進体制の在り方という意味で、職域を追加した方がよいのではないかと思ひますが、高橋委員いかがでしょ

うか。

高橋信雄委員 ああ、そうですね。

河野委員 ここがちょっと抜けてしまった。

高橋信雄委員 特に、30代から50代の男性が多いということですから、職域にいる人が多くいます。おっしゃるとおりだと思います。

中村座長 国、地方公共団体だけでなく、職域が必要ということです。清水委員が先ほど樋口先生とのやり取りの中で、研究か実践かとおっしゃった。むしろ具体的にNPOなどで、民間で動いている人たちをもっとネットワークしていかなければいけないというご意見が基本におありになったと思うのですけれども、具体的にやっていくときの、公共団体、職域、民間団体の関わり方についてはどう考えたらいいでしょうか。

清水委員 ネットワークを組んでいくというのも当然そうなんですけれども、まず存続できるような支援をしていくということですね。

もう今は、この前発表させていただいたとおり、各団体、あるいは個人個人のやる気に任せて、活動を継続させているというような状況なので、限られたお金があって、それを有効に使うということなのであれば、そうしたもう既にやる気があって、現場で活動している方々がいらっしゃるわけですから、そうした方々がもっと継続的に活動を推進していけるような、後方支援をしていく必要があるだろうということですね。

ですから、存続していくための支援が1つと、あとその団体なり個人が、必要としている連携というのがやはりあるわけで、行政側がどういった、社会的な資源をその地域で持っているのかというのを行政がちゃんと整理をして、そのときにこれは民間団体に対してだけではないですけれども、いろいろな社会資源に対してですけれども、こういった問題があったときには、ここにとか、多重債務があったときにはここにとか、労働の問題があったときにはここにとか、そういうフローチャートみたいなものをしっかりつくってあげることが重要なんじゃないかと思います。

そうじゃないと、つながりたくてもつながれない。どこにつながっていいかわからないということだろうと思うので、そのフローチャートをつくりつつ、あと前々から議論として出ていた各都道府県には自殺対策室みたいなものをつくって、今回の資料には、たしか担当部署を決めるといふふうにしてあったかと思うんですけれども、担当部署を決めるといふのでは、これまでも障害福祉課みたいなところが担当部署だったりとなっているので、担当部署を決めるといふよりは自殺対策を推進していく部署を新たに設けると、そこが地域のつなぎ役となって、民間団体を支援したり、あるいはほかの関係機関とのつなぎ役を担っていくというようなことにしていくべきなのではないかと思っています。

中村座長 そうですね。ここの推進体制のあり方については、もう大体よろしいですか。(2)について今皆さんのご意見が出ていると思うんですけれども。特に、何か。

天本委員 きょう、お集まりの中で、いろいろな民間とか、我々医師会とか、それぞれの団体もここに集まっていると思います。これはここに書いてある推進体制というのが、いろいろな意味で行政のかかわりなわけですけれども、ある意味で我々がやることもきちんと意思表示しながら、例えば日本医師会とすれば、かかりつけ機能の充実というのは、我々自らやっていたらいけないと思いますし、多分高橋先生などは専門医としての、そこでの役割をどうシステム化するとか、そういう民間団体とすれば、積極的に今までいろいろとご発言になって

おりますので、そういうようなものも絡めた形もやはりきちんと表現した方がいろいろな意味で、ただお上に頼むということではないと思っています。

中村座長 わかりました。テーマは大体ご意見よろしいでしょうか。

天本委員 もう1つ。ほかの新健康フロンティア、戦略賢人会議というのが今やっておるんですけども、そこでも高齢者の自殺の問題とか、そういうのが取り上げられているんですね。

ですから、国として、働き盛りと高齢者の健康、安心という分科会があるんですけども、そういうものとの検討会との整合性というのはやはりきちんと、それこそ横の関係をきちんとしておいてほしいなと思います。

中村座長 どうぞ。

清水委員 同じようなことなんですけれども、多重債務者支援の有識者会議が内閣府の中にできていますよね。それでそちらでもかなり自殺の問題に絡んだ議論が行われているみたいなんですけれども、やはりそういうところとの情報交換であったり、あるいは施策の調整であったり、まさに横の、内閣府の中でも横の連携というか、そういったものが必要なのではないかなと思いますね。

中村座長 どうぞ。

樋口委員 今、天本委員が言われました新健康フロンティアの中の中高年の分科会に私は委員として出ておまして、今おっしゃいましたように、中高年のところは生活習慣病とか、それからがんとか、それと並んで1つは認知症の問題とそれからうつ対策ということでございます。

その中で、一方にこちらで取り組んでいる自殺対策の問題があって、うつと非常に関係が深い自殺ということで、自殺の問題をどう扱うかという議論がございましたけれども、その切り分けを一応はっきりさせようということで、自殺に関しては、もうこちらに一括して行って、新健康フロンティアの中ではうつ対策というところはかなりフォーカスをしよう。結果としては、もちろん自殺の問題が出てくると思いますけれども、当面对策としては、うつに対する対策というところにフォーカスを絞った格好になっております。

天本委員 よく理解できましたので、そういう全体的な認識をやはりここでもきちんと役割分担をこうしているというのを明確にしておいてほしいと思います。

中村座長 そうですね。

どうぞ。

南委員 いろいろご意見を伺っていて、考えてしまったんですが、例えば、うつ対策、ストレス対策など、それぞれにいろいろあるんですけども、それとともに、たしか初回に清水委員が言われたことだと思うのですが、3万人以上もの人が死にたくなるような社会。そのところにもものすごく根深い問題があるわけで、直接自殺にかかわらないかもしれないけれども、困っている人を救っていくとか助け合う、というような、社会的な底上げというんでしょうか、そういうものが不可欠だと思います。それをどういう形でここに出せるかというのがとても重要なことではないのか。それはもしかしたら一言で言うと、キーワードは連携ということではないのか、という気がします。例えば、医療か介護か、とか、行政のどの部局かというように、何でも縦割りになっていることが問題になるわけですけども、いろいろある試みをすべてつなぐ、リエゾンというんでしょうか、そういうような社会のつながりみたいなものが求められているのではないかと。多重債務者にしても、子育てですごく行き詰っている人にし

ても、結局困っている人が、救われるところがないということが大問題なわけで、そこはこういうふうには書き込めるのかなということを考えました。いいお考えのある方があればよろしく願います。

中村座長 どうぞ。

斎藤委員 もうそれこそ一番基本的な問題だと思うんですけども、ただそれを言い出すと、全部初めに戻っちゃうというか、個々の対策は出てこないんです。清水さんのご意見もそうだけれども。多重債務なんていうこと、これを言い始めたら、それこそ日本のシステムを変えるという議論にもなりかねないわけですよ。

清水委員 変えればいいじゃないですか。

斎藤委員 だけど変えられますか。アスベストの問題を1つとっても、やはり業界の反対も出てくるでしょうし、多重債務だったらサラ金業界の反対も出てくるし、当然政治家も出て来るし、それできますか。それは必要ないというのではなくて、私どもの課題は、託された領域の中でできることをやるのが先決じゃないかと思うんですよ。どうですか。

どうですか。

清水委員 実際に多重債務の問題は、グレーゾーン金利が引き下げられることに決まりましたし、今多重債務の支援を行政と弁護士と一緒にあって、ここに遺族も加わっていますけれども、やっていこうというふうに仕組みが変わっています。

確かに我々が個々の分野の仕組みを変えていきたいと思いますところまで、自殺の背景にかかわっているさまざまな分野にまで深く踏み込んでいくべきではないと思いますけれども、しかし考え方として、もし人が自殺に追い詰められていっているのであれば、そうした社会的な仕組みや組織までも変えていくべきだという方向性はここで明確に示さないと、ここの役割が全くなくなると思います。それこそ個々バラバラでそれぞれの施策、分野、分野ごとにやっていって、それをまとめればいだけになりますから。我々はあくまでも、自殺総合対策の方向性をしっかりと示すと、その理念を明確にするということが一義的な目的なのであって、そこは決して踏み外すべきではないと思います。

斎藤委員 今、連携のことをおっしゃいましたが、私ども、民間で相談活動をしてきまして、連携なんていうのはまず難しいですね。まず、専門機関との連携なんて、もう相手にされないです。ですから、私ども、組織の中に専門的なセクションを設けたわけです。それすら維持するのは大変ですけども、連携といえば、これは誰も反対する人はいないけれども、医療分野だって、精神医療と一般医療との連携すら非常に困難。最近、リエゾンというか、自殺予防教育とか協力関係が出てきましたけれども、だからその辺からやはり始めないと手がつかないというふうに私は思います。

南委員 ですから、私、おっしゃることは本当にそのとおりで、「連携」という言葉だけが先走っていて、本当にはできないと思うんですよ。ですから、そのできてない連携を、どうしたらできるかということ具体的に考えないと、これはせつかく内閣府がやる総合対策なので、連携、分担の在り方を明確にしたいと。常に何事でも総合的な視点、専門的な視点と言うのですが、実態が伴わないわけです。

斎藤委員 もちろん反対しているのではないんです。ただ、各論になると困難になると。その各論をもっと議論しないと。

南委員 そうですね。

河野委員 私は、南委員の意見に賛成なのですが、やはりこれは自殺総合対策の在り方というものを掲げていて、しかも住み心地のいい社会をつくろうということを、パーンと掲げているわけですから、先生がおっしゃるように具体的なものも大事なんですけども、やはり理念的なものはちゃんと明確にしておかないといけないと思います。

中村座長 高橋委員。

高橋祥友委員 理念として、それを含めることに関しては、斎藤先生はけっして反対していません。もっと具体的に、例えば連携ができる世の中をつくるにはどうしたらいいかということをもみな委員に聞いているわけで、南委員はやはりご自分の意見で、こうすれば連携ができて生きやすい世の中になるのかという意見をやはり言うてくださらないと、新聞の編集員の立場として、記事を書くということはできるでしょうけれども、やはり斎藤先生のお考えとして、やはり納得できないと首をひねってしまうことになるんだと思うんですよ。

中村座長 どうぞ。

清水委員 連携は、実際に進んでいます。精神科医と内科医の連携であるとか、あるいは弁護士もそこに入ってきて、あるいは民間の中でも、民間と遺族を支援している民間の団体と行政とか、あるいは研究者も入って、進んでいるんですよ、実際に。

ですから、ただそれはなぜ進んでいるかと言うと、1つには、それぞれの人たちはそれぞれの仕事で手一杯なので、そうじゃなくて、つなぎ役としてフリーハンドでいろいろな人たちがかかわって、必要な連携を模索して提示できるような、まさに私たちがそうした活動をしているわけですけども、そういう存在がいれば、現場の人たちというのはつながりを必要としているので、ただ自分でどこにつながっていいのかということを探したり、実際にそれを実現させていくコストを負担できるような状況にはないからつながれないだけであって、実際にこういうところとつながって行きましょう、つながっていきますよというふうにしてつなぎ役が現実にはいろいろな人たちがつないでいけば、それはもう連携はできてくるのです。

ただ、そのつなぎ役は今あまりにもいないし、そのつなぎ役に対する支援というのが欠けているということは課題としてあります。

中村座長 どうぞ。

高橋祥友委員 私の質問に清水さんが答えてくれたみたいなんですけれども、私が質問したのは南委員に対してですので、南委員の意見をお聞きしたいんですよ。

南委員 連携ということがもっと必要で、そのための方法が工夫されるべきであると思うのです。しかも、連携のレベルもいろいろあり得ると思います。職域と地域の連携も必要だし、行政の中での文部科学省領域と厚生労働省領域の連携も必要です。また、前回意見書にも書きましたけれども、医療の中で、総合病院や大学病院における精神科のように、心身の連携をはかることも不可欠でしょう。そういうさまざまな連携をそれぞれにはかることが求められているわけです。今清水委員が言われたように、かなり努力はされてきていると思うんですね。その努力をもうちょっと有効にするには何をしたらよいか、ということです。場合によってはお金と人であったり、あるいは今おっしゃったようなフリーハンドで動ける人をもっとふやすとか。こうすればいいということが私自身、明確に描けているわけではないんですが、例えばメディアとしては、情報提供によって人を集めたり国民の関心を高めるといったことではお手伝いはできると思うんです。私自身、斎藤委員が言われたことに全く反対する立場にはありません。相談業務というのが社会では本当に大きな救いになっていると思いますので、むしろ今

斎藤委員が考えていらっしゃる連携が難しいとおっしゃる、その難しさをどうやれば、打破できるのかというところを逆に掘り下げていく必要があると思うんですけれども。

中村座長 どうぞ。

本橋委員 連携の重要性については、現場で見ている立場から言いますと、斎藤委員のような状況も多いというふうには思うんですけれども、例えば秋田県の中では、かなり連携が具体的に進んでおりまして、実は今週、私、自殺対策のある委員会に出たときに、精神科医のある先生がうつで悩んでいる方のいろいろな治療をされていて、その背景にどうも経済的な問題があるようだということで、実は病院の中に、NPOの経営者の自殺をされている方をボランティアですけれども、お呼びして、医学の問題とは別に経済問題について十分相談していただいたら、治療よりもむしろその相談によって、非常にそのうつがよくなったということで、その精神科医の方からお話を聞いたんですけれども、精神科医と外のNPOの連携などということが多分1年前に私なんかは全然想像もしてなかったんですけれども、具体的にそういう連携が現場の中でできてきているんですよ。

それは1つには、いろいろな顔見知りになっているであるとか、具体的な人と人とのネットワークができていくことによってつながっていくという、これは清水委員の言われているところが実際のフィールド、現場に行きますと、かなり具現化していくんですよということで、私自身は、それは一例ですけれども、進めていくことによって、確実に広がっていくというふうに思っております。

斎藤委員 私自身、連携についてはもう35年間努力をしてきたわけです。35年前、読売新聞が一面を割いて、私どもの事業についてご紹介いただいた。それが1つの起爆剤だったんですね。今でも頭が上がらないんですけれども、だからそういう個々の努力がやはり全国的に広がっているわけで、自殺予防シンポジウムを初め、地域ではあらゆる専門家が参画しているわけです。私もそのことを否定しているわけではないけれども、ただ、連携の難しさということを申し上げたわけで、連携自体を否定しているわけではありません。

ただ、やはり個々の私どもの託された課題をより深めていくことがこの検討会の課題ではないだろうかということをおしは申し上げたかったんです。

中村座長 どうぞ。

天本委員 時間もぼつぼつなので、総合対策のイメージ図のことをよろしいですかね。

このイメージ図というのは、かなりここはしっかりしておいた方がいいかなということで、全体を見て、高齢者のところがちょっと抜けているのを私自身感じます。

例えば、社会的要因の中でも、まず介護、看護の負担というところに入るわけですが、高齢者自身の心身、環境要因という影響が非常に大きいわけですので、そこがやはり抜けているのではないかと。メディカルモデルのところでも、救急医療の充実でも精神科救急医療体制の充実とか、ちょっと突っ込んでいただきたいし、高齢者にふさわしい医療提供における心の医療ケアの充実とか、やはり高齢者の問題、メディカルモデルの中にも入れてほしいし、健康な状態のメンタルヘルスに影響する個人的な属性の中に、4割も亡くなっている高齢者が抜けている。思春期、更年期等になっているんですけれども、むしろ高齢者が年齢とすれば最初に入るぐらいじゃないかということで、このイメージ図というのは、まずは報告書を全部読んでくれるよりは、まずこれを見ると思いますので、意見を述べさせていただきました。

中村座長 ありがとうございます。

そろそろ時間が来ておりますので、イメージ図も含めて、報告書について言っておかねばならぬとお思いのことをどうぞおっしゃってください。

どうぞ。

河野委員 この自殺総合対策のイメージ図はわかりやすいですので気に入っておりますが、一番左側の健康な状態のところには、コミュニティモデルの普及啓発という矢印が行って、横にもう一つの矢印がありますけれども、私は総合対策ということを考えてときに、健康な状態への支援といったようなものがもう一つあるんじゃないかと思っています。

例えば、先ほどから言っております生きがいつくりとか、ストレス対策とかといったような、そういうものを健康な状態に対して支援するということから始まっていくとよいと思います。

中村座長 具体的に言えば、どういう形で。

河野委員 例えば、健康な状態のところに支援という矢印を入れていただいて、そして、その内容というのが、生きがいつくりとか、ストレス対策とかといったようないわゆる健康な状態を保つためにやるべき支援というのが1つあると思います。

中村座長 普及啓発という言葉だけでなく、ここに支援という言葉を入れた方がいいということですか。

河野委員 はい。もう一つ、支援という箱をつくっていただくということです。

中村座長 ほかに何か。

どうぞ。

高橋信雄委員 この総合対策のイメージ図に話が及んだので、ちょっと皆様のご意見をお聞きしたいんですが、真中の一番左に健康な状態とありますね。冒頭に出されましたが、自身の重篤な慢性疾患や、病苦という言い方がいいのかどうか、そういう問題との区分です。私としては心の健康な状態のことをおっしゃっているのかなと思います。慢性疾患を患っても生き生きとしている方はいっぱいいらっしゃるわけですし、そういった問題は、メンタルヘルスに影響を及ぼす個人的な属性という方に明示し、重篤な身体上の慢性疾患という言い方で挙げておいた方が、対策を考えるときの気づきのためにはよろしいと思います。皆様のご意見をお聞きできたらと思います。

中村座長 どうぞ。

樋口委員 私は、先ほど慢性の重篤な身体疾患のことを申し上げたのですが、メンタルヘルスに影響する個人的な属性よりは、むしろ上の社会的要因の中の点線で囲ってあるメンタルヘルスを悪化させる、これ社会的要因になっているのを社会的という言い方よりももうちょっと広げて要因というふうにして、その中に、いろいろな経済的な困難、それから介護や看病の負担とか、いじめとかというのに並べて、重篤な慢性疾患というように、ここに位置づけた方がすっきりするのではないかというふうに思いましたけれども、いかがでしょうか。

中村座長 よろしいですか。

高橋信雄委員 はい、座りがいいと思います。ありがとうございます。

中村座長 本橋先生。

本橋委員 私は、その社会的要因の社会的というのをやはり残した方がいいんじゃないかと思っています。それは、個人の問題、社会の問題ということで、自殺対策基本法がやはり社会の問題としてとらえていきましょうということが、1つのテーマで、もちろん樋口委員が言われたように、それは要因と取りまとめても全然問題はないし、それはそれでよろしいんですけれど

も、むしろ国民に対するメッセージ性ということで、社会的ということをあえて私は入れた方がいいんじゃないかと。

それから、第2点目は、健康な状態については、確かに心の健康が問題なんですけれども、これはWHOの健康の定義等を見ても、やはり体の健康と心の健康と社会の健康、そういう広い視点で見て、その中でのメンタルな問題は確かに重要であるという意味で、ここであえて心の健康というふうに限定しないで、ここは健康な状態ということで、私はいいのではないかと、いうふうに個人的には考えております。

中村座長 本橋先生、社会的を残しても、身体疾患というのを要因の中に入れてもいいということですね。

本橋委員 個人的要因と個人的要因と分けるのがいいのかわかりませんが、例えば個人的な属性は多分用語としては多分社会的要因ではないと思いますので、社会的要因とくっつけてしまうとなかなかちょっと理解が混乱するかなというふうには思います。ですからその辺はちょっと少し考えていただく方がいいと思います。

中村座長 ほかにいらっしゃいませんか。

南委員 メンタルヘルスに影響する個人的な属性というのとこの上の点線の中とうまくまとめると今、本橋先生が言われた個人的要因と社会的要因というふうに書き分けられるんじゃないですか。高齢化するとか、個人的体系とか、家庭環境とか。

中村座長 ほかにいらっしゃいますか。

天本委員 細かいことなんですけれども、プライマリ・ケア医とか、一般医とかということで、臨床医だろうと思うんですけれども、何か言葉を統一した方がいいかなと。あまりまだかかりつけ医とか、総合臨床医とか、あまり普及して、コンセンサスを得ていない部分があるので、臨床医ぐらいが一番妥当かなというところで、言葉の統一を、ちょっと。

中村座長 それはこちらの報告書の中での言葉遣いですね。

天本委員 プライマリ・ケア医とか、そういうものが書いてあるので。

それともう1つ、先日も述べたんですけれども、ゲートキーパーというのは、最近ではゲートオープナーということで、いろいろな意味で受け入れていくんだということで、キーパーということでは門番といった入口を制限する役割ですが、オープナーはとりあえず受け入れるという形で今この言葉が少しずつ変わろうとしているということがありますので、特に、うつなんかは受け入れていくということが非常に重要かなと思ひまして、意見を述べさせていただきました。

中村座長 日本語づくり難しいと思うんですけれども、こういうのも何かパッとみんながわかる日本語があるといいなと思いますので、ご専門の方たち、よい言葉を考えていただくとありがたいと思います。

どうぞ。

鵜養委員 きょう、総合的なところでというお話でしたので、中身のところで、今後検討されればいいんですが、やはりちょっと私は学校代表ということで非常に気になっているんですが、例えば今の人材、ゲートキーパー的役割というところで、学校であれば教師というので一言で括られちゃっているんですけれども、学校の組織というのは、その教師と一言で言っても、これは何を意味するのかと非常にわかりづらいと思います。

例えば、ゲートキーパーという意味で、かわりを持つとしたら、これは学級担任だろうと

思います。それから、担任をちゃんと側面的にサポートしていける存在という意味では、やはり管理職があると思います。

それから、子どもたちがかわりやすいという、そういう意味でいろいろな弱い部分というのが出せる存在としては養護教諭とかスクールカウンセラーとかそういう存在があると思いますので、ちょっとそのあたりのところで学校に関して、全体の自殺人口は少ないかもしれませんがけれども、ちょっとその括りは大きすぎるので、その辺のところを少しご検討いただければと思っています。

それから、すみません、ちょっと宣伝になるんですけどもよろしいでしょうか。

私どもの、財団法人臨床心理士資格認定協会というのがありますけれども、そこが3月25日の日曜日に金沢で「心の健康管理」、これは毎年やっていますが、今年度のテーマは「いじめ自殺」なんですね。それで、「いじめ自殺とスクールカウンセラーの課題と役割」というのが午前中の基調講演で、東京家政大の大学院の教授の相馬誠一先生ということだそうです。午後は、シンポジウムでやはりいじめスクールカウンセラーということで、九州大学の田嶋誠一先生、東京大学の倉光修先生、立正大学の岡本淳子先生、それから福岡県のスクールカウンセラーの嘉嶋領子先生という方のシンポジウムという形になっております。

私、きょう、チラシを持ってくるのをうっかりしてしまいまして、これは財団法人日本臨床心理士資格認定協会のホームページに載っていますので、もしご関心があれば、そこにアクセスしていただくといいかと思います。よろしく願いいたします。

中村座長 どうもありがとうございました。

どうぞ。

清水委員 途中でお話しした部分ですけども、きょうの配布資料ですが、つながりを持ちながら、地域づくりとしての自殺対策を進めていくための具体的なプロジェクトとして、今提案しているものですので、ぜひ後で構いませんので、目を通していただければと思います。

中村座長 どうもありがとうございました。

ほかにいらっしゃいませんか。

では、ちょうど時間がまいりましたので、多分これを見直してごらんになると、いろいろおっしゃりたいことがまた出てくると思います。いつも申し上げておりますけれども、来週の水曜日、3月14日までにできましたら、メモをお出しいただきますときょうの意見の追加という形で入れさせていただきますので、お出してください。

次회가、3月23日金曜日午後2時の開催を予定しております。いよいよ報告書の叩き台を事務局にまとめてもらって、それに対するご意見をいただくこととなりますので、どうぞよろしく願いいたします。

資料はなるべく早く送るようにするということですので、よろしく願いいたします。

事務局は、何か。

北井審議官 特段ございません。どうもありがとうございました。

中村座長 では、ほかに何か、特に先生方からございませんか。

これで、第6回の検討会を終わりたいと思います。

どうも本当にありがとうございました。

午後12時00分閉会