

自殺対策官民連携協働会議

第1回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）

自殺対策推進室

第1回自殺対策官民連携協働会議 議事次第

日 時：平成25年9月3日（火）10:00～12:00

場 所：中央合同庁舎第4号館12階共用1208特別会議室

1. 開 会

2. 内閣府挨拶

3. 議 事

○自殺対策官民連携協働会議について

○自殺総合対策大綱における施策の実施状況について

4. 閉 会

○田邊内閣府自殺対策推進室参事官　まだお見えになっていない委員の方いらっしゃいますけれども、定刻になりましたので、ただいまより第1回「自殺対策官民連携協働会議」を開催いたします。

本日は伊達副大臣から御挨拶をいただく予定ですが、公務のために途中からの出席となる旨、御連絡を受けております。

また、数名の方がおくれていらっしゃいますが、議事を進めていきたいと思っております。

本会議の座長でございますけれども、樋口委員にお願いしたいと存じます。それでは、以降の進行を樋口座長にお願いしたいと思っております。よろしくお願いたします。

○樋口座長　皆様おはようございます。御無沙汰をいたしております。

今回この会議は、これまでの推進会議から装いを新たに「自殺対策官民連携協働会議」という形で再出発するということになりまして、私も推進会議でお役御免かなと思っておりましたが、あと1期2年はやれと言われまして、非力ではございますが、努めさせていただきますので、どうぞ御協力よろしくお願したいと思っております。

これからの議事でございますが、皆様のお手元に議事次第があると思っております。

まずは自殺対策官民連携協働会議についてということで、資料の説明を事務局からお願いたします。

○田邊内閣府自殺対策推進室参事官　資料1「自殺対策官民連携協働会議の開催について」でございます。

自殺総合対策会議が持ち回りで開催されまして、7月26日付で決定されたものでございます。この資料で本会議の開催の趣旨、構成、議事の公表等が定められておりまして、この中で2（4）で座長代理の規定がございますので、後ほど座長から指名をお願いしたいと思っております。

別紙の2枚目では21名の委員の皆様の名簿。3枚目にはオブザーバーとして参加いただく関係省庁の担当課長、参事官と自殺予防総合対策センター長の名簿が記載されております。委員の皆様におかれましては後ほど意見発表とあわせて自己紹介をお願いいたします。

本会議の開催につきまして、事務局といたしましては3月の月間の前とか、あるいは9月の週間の前など、そういった機会に開催することを考えております。

簡単ですが、資料1の説明は以上でございます。

○樋口座長　ありがとうございました。

今の協働会議についての説明でございますが、何か質問はございますでしょうか。よろしゅうございましょうか。

なお、議事録等の公開については資料にありましておきですが、会議についても原則は公開で進めていくということでよろしゅうございましょうか。

（「異議なし」と声あり）

○樋口座長　ありがとうございました。では、そのようにさせていただきます。

続いて「自殺対策官民連携協働会議の開催について」に基づく座長代理の指名でございます。

ます。

座長代理を本橋委員にお願いしたいと考えております。本日、実は本橋委員は御欠席でございまして、あらかじめ本人の御意思の確認はさせていただいております。指名される場合にはお引き受けするという回答を得ております。出席は次回以降になると思いますが、本橋委員を座長代理とすることについて御異議はございませんでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして自殺総合対策大綱における施策の実施状況についてということで、事務局から説明をお願いいたします。

○田邊内閣府自殺対策推進室参事官 資料2「自殺総合対策大綱における施策の実施状況」でございますが、この資料は大綱における自殺を予防するための当面の重点施策の実施状況を項目別に整理したものでございます。大部な資料でございますので、構成のみ簡潔に御説明させていただきたいと思っております。

まず1ページ目からでございますが、自殺の実態を明らかにする取り組みが記載されております。

2ページ目の中段以降から、2の国民一人一人の気づきと見守りを促す取り組み。

4ページ下段にまいりまして、ここから3の早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する取り組みの記載です。

7ページの下段からは、4の心の健康づくりを進める取り組みが記載されております。

10ページ下段で、5の適切な精神科医療を受けられるようにする取り組み。

11ページ下段からは、6の社会的な取り組みで自殺を防ぐ取り組み。

17ページ中段から、7の自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ取り組み。

そして、8の遺された人への支援を充実する取り組み。

18ページにまいりますと、9の民間団体との連携を強化する取り組みが記載されております。

構成のみの説明ですが、資料2の説明は以上でございまして、続きまして資料3にまいります。「警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等」でございます。

御案内のとおり、平成24年は平成9年以来、15年ぶりに自殺者が3万人を下回っておりまして、この資料3の1ページ目の中段の表にあります。平成25年につきましても7月までの累計では1万6,517人と平成24年より190人、率では1.1%減となっている状況でございます。

これを月別に見ますと、1月は前年同月との比較で179人増でしたが、2月以降は平成24年を下回って、7月現在では累計では去年を下回っている状況でございます。

2ページ目と3ページ目では、7月の都道府県別の数字が整理されておりますが、この中で特に3ページの下段を見ていただきますと、前年同月との比較で増減数と増減率の上位5県が整理されております。数で見ますと愛知、広島等の増加幅が大きくなっている一

方で、大阪、兵庫等の減少幅が大きくなっています。率で見ると広島、徳島等の増加率が大きい一方で、高知、大阪等の減少率が大きいという状況になってございます。

資料4は平成25年度自殺予防週間の概要が記載されております。自殺予防週間につきましては平成19年度に開始されて、今回で7回目でございます。1として実施期間、2として実施事項が記載されておまして、3ページ目にまいりまして、4のその他で第1回のブロック会議の開催と地域自殺対策コーディネート研修の実施というのが記載されておまして、この2つの項目については今回から新規で実施されるものでございます。5では関係省庁の取り組みを整理されております。

資料の説明は大変簡単ですが、以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、この自殺総合対策大綱における施策の実施状況ということで、中身までは大部で御紹介いただけませんでしたけれども、アウトラインを示していただきました。これに関して何か御質問とか御意見がございましたらいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。清水委員、どうぞ。

○清水委員 質問というのは具体的な施策の中身についてもということですか。

○樋口座長 それで結構だと思います。後ほど御意見は皆様からいただきますので、とりあえずは今の大綱に関しての何かこういうところはどうなっているかという進捗状況に関しての質問がありましたらお願い致します。

○清水委員 私の資料の中に具体的な質問事項を盛り込んできたのですが、それは自己紹介のところでお話をすべきか、それとも今やるべきか。

○樋口座長 では、それは自己紹介のところでまとめていただきましょうか。

ほかにはいかがでしょうか。それでは、自己紹介を兼ねて御意見を、単なる自己紹介ではなくて、今のことも含めて、御意見も含めていただきますので、その中で頂戴することにいたしまして、きょうは21名のうち20名の委員の方に出席していただいております。

推進会議から変わりました、推進会議のときからのメンバーもいらっしゃいますし、新たに加わられたメンバーもいらっしゃいますので、自己紹介を兼ねて、そして、最近のいろいろな活動のことについての御意見というようなことでお願いしたいと思います。

20名いらっしゃいますので時間がかなりタイトでございます。およそ一人当たり3～5分の間という持ち時間を頭に置いていただきまして、お願いできればと思います。

五十嵐委員は少し遅れて来られるということでございますので、まず五十音順で足立委員から早速お願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○足立委員 私は日本弁護士連合会の元副会長ということでございますけれども、平成21年に日弁連の副会長をいたしておまして、その中の1つのプロジェクトとして自殺対策ワーキンググループというものがございまして、その座長を務めさせていただきまして、それ以降、ずっと座長のまま現在に至っているわけでございます。その関係で今回のこの会議にも参加させていただいているわけでありまして、日弁連としてはこれまでの間、い

ろいろなシンポジウムとか、日弁連最大の大会であります人権大会とかで自殺問題を取り上げまして、弁護士としてどういうふうにこの自殺対策に取り組めばいいのかということを探してまいりました。

一番問題は連携というところをごさいます、それを目的に毎年いろんな相談会、シンポジウムを開催しております。ただ、本年度は単なる連携という抽象的なかけ声ばかりで一体どうなんだということをごさいます、今年度10月に各弁護士会、市町村の主立ったところを集めまして、若者の自殺対策に絞った形で何らかの連携を考えようではないかということでシンポジウムを予定しております。

資料で暮らしとこころの相談ということで、これは自殺対策に合わせて弁護士会と法テラス、後援は総務省、厚労省、内閣府からいただきまして、全弁護士会、都道府県全単位会で実施することになっております。ただ、毎年これも年2回ほどやっているのですけれども、検証を毎回やっておりますが、地方単位会によってまだ連携ができていない。弁護士会だけの相談で終わっているということがありまして、ここをどうすればいいのか。今回10月のシンポジウムでは上手にうまくいっているところと、うまくいっていないところを集めまして、これからの問題に対する解決策を考えていきたいと思っております。

簡単ですけれども、自己紹介を兼ねて現状をお話させていただきました。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして小澤委員、お願いいたします。

○小澤委員 皆さんおはようございます。初めまして。日本司法書士会連合会の常任理事に就任しました小澤といいます。静岡出身でございます。よろしく申し上げます。

私は6年前、連合会の理事をやっております、そのときは、平成18年の貸金業法改正にも深く関わらせていただきました。多重債務問題には、全国青年司法書士協議会の時代から携わってきたものであります。そして、ちょうどそのとき、内閣府から、この自死問題対策に取り組むということで、お話をさせていただいたこともあります。その後、私は地元の静岡県司法書士会の副会長をずっとやっていたものですから、静岡県においてもこの問題にも積極的に取り組んでまいりました。

私は司法書士なものですから、長く多重債務の問題にかかわってきたという経緯もありまして、事務所で自死問題に関する御相談を受けることがいまだに非常に多うございます。従いまして、この問題は、非常に大変な問題だということはずっと認識しておりました。

司法書士会としましては、今、中央でいろいろなシンポジウム等々の企画をしているところをごさいますけれども、地域によって司法書士などの法律家とそのほかの専門家の皆様との連携が非常にできているところとできていないところ、まだまだばらつきがあると実感しておりますので、連合会としては、ネットワークの一員として、これまで以上に、皆さんの力になれるような形でやっていきたいと考えているところをごさいます。

今、連合会で企画しているものの1つは、たまたま私の高校のときの同級生が映画監督をやっております、「カミハテ商店」という自殺の問題を取り上げた映画をつくったもの

ですから、その上映会も兼ねての市民公開型のシンポジウムであります。主演の高橋恵子さんという女優さんなどにも来ていただいて企画ができればと考えているところでございます。

とりあえず、自己紹介ということで、この程度でよろしく願いいたします。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして栗林委員、お願いいたします。

○栗林委員 初めまして、栗林と申します。日産自動車に所属しております。

今回から初めて参加させていただきます。前任はJFEスチールの高橋委員ですけれども、私にかかわらせていただきます。

メンタルヘルスを専門に担当しております。きょうは最初からすごく具体的な話で申しわけないので、初回ということもあってもし的外れなことを言っただけひ御指摘願いたいのですけれども、企業として活動していることをヒントにというか、自殺対策にどのように取り組んでいくべきかというところの資料になればいいなと思っております。

きょうお話したいのは、趣旨は2点ありまして、1つは企業の活動範囲内においては、いわゆるメンタルヘルスケア活動そのものが、取りも直さず自殺予防対策活動になっているという点が1点。

メンタルヘルスケア活動は、これからお話する主に6つの枠組みで活動すれば、ほぼ全体を網羅しているのではないかと。それが2点目。それについて少しお話をさせていただきたいと思っております。

資料をめくっていただきまして、パワーポイントのページ数でお話を進めたいと思っております。下側の2ページですけれども、これは上のグラフが毎年の自殺者数。申しわけありません。実数は控えさせていただきます。それから、メンタル不調による休業者の発生率です。千人率で示したものが下側のものです。相関があるとは言えないがと書いたのですけれども、今朝、計算をしてみましたら R^2 でコンマ75ぐらいの相関がありましたので、このコメントは撤回して、それなりに相関があると言いたいと思っております。ここからもメンタルヘルスケア活動をしっかりやることによって、自殺者を減らしていくことができるだろうという1つの根拠になると思っております。

自殺者を少し分析してみました。弊社内の事案です。3ページの上側のグラフが出勤している状態でやってしまったか、あるいは赤い部分は休業中だったかというところ。78%が出勤状態。そのところをさらに分けると、メンタルの所見ですとかメンタルの歴を持っている人が濃い青の22%、薄い青が56%が歴がないだとか、そんなことは一度もなかったということで、意外とこの56%というところが多いなというのが私の感想でありまして、つまり、もともと追い込まれた末のというところはよく理解できるのですけれども、かなり入口のところで止めておかないとまずいなということが、このグラフから読めるのではないかと思っております。

4ページ、動機でありますけれども、プライベートの問題が多いというところがありま

すが、業務も22%。これは白書のデータにも出ています被雇用者のデータの分類とほぼ同じぐらいの傾向になっておりますので、特に大きな特徴はありません。

2つ目の趣旨であります6つの枠組みというお話をしましたけれども、5ページにありますように、まず1つはストレスチェックがやはりベースになっております。これには大きく2つの目的があって、意外と本人が自分のストレスに気づいていないというところがありますので、セルフケアという意味で客観的なデータで自分がどれぐらいストレスを受けているかということを知ることと、これも結果が悪い場合はドクターから相談カウンセリングを受けませんかという誘導メールを勧めるような有機的な仕組みをつくっております。

2つ目の目的がラインケアでありまして、データを組織分析することによって、少しストレスの高い職場には私が実際に職場に出向いて行って、少しマネジメントの改善をリコメンドしていくという作業をやって、職場でのストレスをいかに適正にしていくかという活動をしています。

研修は層別と言ってもいいのですけれども、目的別。マネージャーとストレスを受ける側という一般層向けという研修をやっていきます。復職プログラム、それから、メンタルの問題というのは人事労務問題に発展することが多いものですから、その労務問題もメンタルチームで対応をしております。

1つずつ、具体的にごく簡単に紹介させていただくと、ストレスチェックは6ページにありますように、こんな指標で見ることができまして、1つの特徴はストレスを受けた結果、その人がどうなっているかということと、マネジメントとしてコントロールできる要素として下側のオレンジ色の8つの指標がわかるように、マネージャーにわかるように示しているのと、もう一つは一番下の自殺リスクもはかっておりまして、ここに引っかけた人に対しては1週間以内に緊急個別フォローをするという仕組みを一応、企業内で持っております。こんなデータを使っております。

2番目の相談カウンセリングにつきましては7ページにありますような、主訴から始まってどんなことを相談しているかというようなデータもとれるようになっておりますので、こんな使い方をしています。

職場のストレスを適正にするという意味で8ページの職場改善活動というところで、少しストレスの高そうな職場を私が選んで、まず管理職にヒアリングをするということと、一般層の意見を聞くというところから、そのギャップに問題があるということが多いものですから、マネジメント改善のリコメンドをするという活動で職場のストレスを改善しております。この結果、翌年のストレスの状態はかなりよくなっていることは検証できています。

4つ目の研修ですけれども、上側が管理職、下が一般層というところと、左右に分かれているのが部下をケアするという意味合いとセルフケアという意味合いです。マネージャー本人もきついで、セルフケアの要素も入れることが1つのみそであります。それから、

ここ2～3年赤字で書いてありますが、ストレス耐性向上。心を強くすることを1つのテーマにして、マネージャーにも一般層にも研修をやっております。なぜかという、下にありますようにある時期、ある事業所で戻ってくる人たちがなぜ不調になってしまったかという分析をしたデータでありまして、これは分析する前までは職場の要因が多いのだろうと置いていたところ、意外と性格要因によって不調になってしまった人が多いものですから、心を強くするという活動をやらなくてはいけないなと思ったのが2010年ころであります。

それに基づいて11ページにありますように、心の強化活動ということで、マネージャーはタイプ別のマネジメントですとか、ポジティブマネジメント。ヘルスケアはアサーションから始まって認知行動療法の簡単な部分から。これからはマインドフルネスですとかレジリエンスという領域にまで、少し従業員を教育していこうということでもあります。

復職プログラムに関しましては、とにかく再発を防止するという意味合いから十分回復してから戻るといふことと、戻ったならば手厚いフォローをすることに重点を置いております。弊社の場合、リハビリ出勤なしです。とにかくフルタイムで働ける状態に戻ってから復職をするということをやっております。

4つ目のアスタリスクで書いてありますように、長期休業者・繰り返し休業者は復職前にリワークを推奨するというのが、1つの大きなポイントになっております。そのリワークは最近、世の中で大分普及してきました。弊社でデータをとって見たところ、13ページにありますようにリワークをして戻った人と、リワークをせず戻ってしまった人のその後の追跡調査の結果は、明らかにリワークを経た人は元気に働いているというところがあります。

労務問題としては、とにかく職場は自分で解決しようとするなど。早く気づいて専門家につなげといふ、そこに特化させることがポイントだと思います。そのかわり3にありますように自殺防止ですとか、訴訟になるようなことだけにはするなという取り組みが必要なのではないかと思っています。そのかわり人事は産業医は大変なのですけれども、全てのことを取り扱う。そんなような分担にすることによって、問題を潜在化させないといふことがうまく言っていると思います。

そんなようなことで活動していきますと、17ページにありますようにメンタル疾病者が減っているということですか、18ページの再発者が減っているという成果を出すことができますので、メンタルヘルスケア活動がそのまま自殺対策につながっているのではないかということでもあります。

ありがとうございました。

○樋口座長 ありがとうございました。

続きまして、齋藤委員、お願いいたします。

○齋藤委員 齋藤でございます。

まず、今月は10日が世界自殺予防デーということですが、これは実は国際自殺予防学会

が最初に提言をいたしました。WHOの提言という一部誤解がありますけれども、最初は国際学会でございます。

ことしそのIASPと呼んでおりますが、国際学会から文書が来ておりまして、ここに英文と日本語に訳したものを掲載いたしました。それを受けて私が日本の学会の世話役として国内向けに文書を出しました。

まず、この国際学会の提言はスティグマといいますか、不名誉のそしりこそが自殺予防の大きな妨げである。ここには自死遺族支援の方々もいらしておりますけれども、私は自死遺族支援とそれにかかわる大勢の人材が、日本における自殺予防のあり方を大きく変えたと思っております。それは、自殺にかかわる不名誉といいますか、それこそ差別、偏見を取り除いていく。そういう努力をしてきたことを私は大変大きな評価をしております。それは国際学会でもことし初めてこういうメッセージを出したわけです。

さて、国際学会のもう一つの提案は、この自殺予防の日に世界全体でサイクリングをして、全部で足すと4万キロにしていこうという余り具体性のない、しかし、非常にわかりやすい提言をいたしました。

実は私は日本の自殺予防学会といのちの電話を代表しておりますけれども、いのちの電話は既に50団体ございますが、そのうち唯一英語のいのちの電話、英語で相談ができる機関がございます。この英語のいのちの電話はことしちょうど40周年を迎えますけれども、十数年前から5月は欧米では自殺が多い月です。この5月の初めに皇居を1周するマラソン、歩いてもいいのですが、マラソン大会をする。これには各国の大使館も協力をしてきて、外国人グループがとにかく皇居を1周するわけです。皇居を1周することによって献金をして、お金を出して、それを自殺予防のために使おうというキャンペーンなのです。これはまさに国際自殺予防学会が提言しているサイクリングを乗り継いで自殺予防をキャンペーンしていこう。これは同じような発想だと思うのです。

自殺予防というのはどうも物々しくなるというか、暗くなるというか、事柄からそれは当然でありましょうけれども、私はそういう形で和やかにというか、それこそ笑顔をもってこの活動に参加するということ、こういう雰囲気は日本には必要ではないかということを痛感させられております。

さて、ことしの自殺予防学会は秋田でございます。既に400名の参加が見込まれておりますが、恐らく500名にはなるかと思えます。レジュメがもう届いております。これは自殺予防学会と日本いのちの電話連盟の共催でございます。ことしは多様な自殺予防のあり方を模索するということでございます。田邊参事官、清水さん、高橋委員も講師として、賓客としてお越しいただくことになっております。大変感謝をしております。

もう一つ、実は私は30年前に青少年健康センターという、ひきこもりの若者たちの自立支援をする新しい組織をつくりました。この組織でクリニック絆という若者のための自殺予防の相談電話をつくりました。ちょうど1年になりますけれども、若者の自殺が減っていない。このことを私のこれからの大きな課題として努めていきたいと考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続けて坂元委員、よろしくお願いいたします。

○坂元委員 坂元でございます。

私は全国衛生部長会という会から出席しております。全国衛生部長会といいますのは、47都道府県20政令市の保健医療福祉行政の責任者の会でございます。そこから出席させていただいております。

自殺対策に関しましては、それぞれの自治体がいろいろな施策を展開しておりますが、各自治体の共通的な問題としましては、1つはやはり貧困ということが、自治体としてはその自殺対策として絡んでくる問題だと思っております。特に貧困対策の中におきましては、生活保護の問題、生活保護からの就労における問題等々あります。自治体としては現在、国と一緒に自立支援センター、大体全国で10カ所ちょっとだと思うのですが、川崎市にもその1カ所があるのですが、そういうものを設けて生活保護者の自立支援に向けた活動をしております。

1つの理由としましては、生活保護者の自殺率というのは、そうでない方に比べて非常に高いという統計的データもありますし、特にその生活保護者の中での自殺というのは若い層に多いという特徴がありまして、やはり就労支援との関係は切っても切れないと考えております。

もう一つ、生活保護を受給していない貧困層もあります。特にセーフティネットの1つである国民健康保険が支払えないという層に対しての施策も現在、いろいろな自治体で相談事業や減免等を展開して、特に医療にかかれないような人を生じさせないことも、1つの自殺対策につながるものとして展開しているところでございます。

もう一つの柱としましては、やはり救急医療でございます。自治体としては非常に救急医療は悩ましい問題でありまして、自治体として病院にいろいろお願いをしているのですが、特に自殺者、自殺企図者の救急医療への対応というのは大きな問題です。なかなか救急病院に受け入れてもらえないという大きな問題があります。この辺も自治体としては断らない救急病院、精神科と身体的な救急病院との連携のあり方ということも、各自治体いろいろな施策をもって努力しているところでございます。

今後とも皆様方のお知恵を拝借しながら、各自治体いろいろな自殺対策を展開していきたいと思っておりますので、ひとつよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、次に清水委員からお願いいたします。

○清水委員 NPO法人ライフリンクの清水です。

自殺対策に取り組む民間団体の1つとして、自殺対策推進会議から引き続きこの会議にも参加させていただくことになった次第です。

私自身あるいはライフリンクの紹介に関しては、きょう配っていただいているリーフレットに任せるとして、私からはこの自殺総合対策大綱における施策の実施状況について、具体的に6つほど御質問させていただこうと思っています。

事務局から事前に資料を送っていただいたので、全て目を通すことができました。ありがとうございました。新しい自殺総合対策大綱には御承知のように副題が掲げられていて「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して」というものになっています。つまり社会づくりとして、地域づくりとして自殺対策を総合的に進めていく。その具体的なメニューがこの大綱の中に盛り込まれているということだろうと思います。

政府の大綱における役割としては、やはり現場の活動をいかに後押ししていくか。現場で自殺対策に取り組むさまざまな関係者がいかにそれぞれの力を発揮して、自殺対策に取り組める条件を整備していくかということなのだろうと思います。その観点から6つ御質問させていただきます。

1つ目が、これは大綱の項目で言いますと「自殺の実態を明らかにする取組」ということに当たるわけですが、今、警察庁から内閣府に自殺統計が毎月提供されるようになりました。あれが非常にそれぞれの地域の自殺対策の底上げに貢献しています。ただ、残念ながらまだ十分には活用し切れていないのではないかと思います。それは今、公表されているデータはちょっと見づらいのです。自治体ごとに縦にずっと列が並んでいて、横に項目がそれぞれ記載されて公表されるということですので、なかなか市区町村の現場の担当者の方たちは、そうしたデータを表に落とし込むとか、あるいは計算して合算して公表するというのはなかなかしづらいところがありますので、これは国がやるのか都道府県がやるのかは別にして、市区町村の担当者が自分たちの地域の実態をしっかりと把握できるように、それを対策に生かせるような後押しをぜひ①の1)、2)で書いてあるような形でやっていただけたらと思います。これが1点です。

2点目が、これも「自殺の実態を明らかにする取組」にかかわる部分なのですが、加えて自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐという項目にもかかわる部分です。

今、全国各地で自殺未遂者支援、かなり手探りな中で進んできていると聞いています。先日も大阪府が電話で行った都道府県と政令市の自殺未遂者支援状況の調査が記事に載っていました。ただ、多くの自治体の方たちは、自分たちの地域でどれぐらい自殺未遂者がいるのかわからない。ですからどういう形で未遂者支援をしていいのかということもなかなかつかみづらい状況がありますので、これは繰り返し、さきの推進会議でも申し上げてきたことなのですが、ぜひ自損事故による救急搬送のデータがあるわけですから、これをしっかりと未遂者支援に活用できるような何らかの手立てをとっていただきたい。これは秋田市で先駆的に昨年度から自殺未遂者のデータを救急本部と保健所で連携してとり始めていると聞いていますので、ぜひそうしたことも参考にしながら未遂者支援に生かせるように、関連データを活用していただきたいと思います。

あとは救急病院にも未遂者に関する情報が蓄積されています。それぞれの自治体から何

人ぐらい搬送されているのか。その年代、性別、さまざまなデータが蓄積されていますが、これも残念ながら共有されることはほとんどありません。ですからこれもぜひ国から自治体、病院に呼びかけて、守秘義務がかかる形でデータ化して、それをぜひ未遂者支援に活用していただくような手はずをとっていただければと思います。

時間がないのでざっといきますけれども、3番目は「未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」ということで、全国の取り組みを広く紹介するというものであったり、未遂者支援に必要な、未遂者から支援の了解をとるためのフォーマットも今、幾つもそれぞれの現場で模索的につくられているのですが、それをぜひ汎用化できるような、「こういうものを使って未遂者支援をやれるよ」という、そういうバックアップ的な情報提供をしていただくことが必要なのではないかと思います。

④は「適切な精神科医療を受けられるようにする」。これで言いますと、全レセプトデータを提供する厚労省のデータベースがありますね。あれを活用して、それこそ過量服薬や薬漬けの背景にあるとされる多剤処方している医療機関、あるいはいろんな複数の医療機関から薬を集めている患者を特定して、何らかの対策を打つ。そうしたことの根拠にしていいただければと思います。

⑤は「報道機関に対するWHO手引きの周知」です。これも「社会的な取り組みで自殺を防ぐ」という項目の中に入っていますけれども、先月、女性歌手の自殺がありました。かなり過剰なと言っているほどの報道が、特にテレビを中心にあったと思います。これは一昨年5月にも女性タレントの自殺に関する報道が過剰にあって、その後10日間で自殺がぐっと増えたということがありましたので、ぜひ今回に関しても日別で、これはデータがあるわけですから、ぜひ検証をしていただいて、明確な因果関係までは証明できませんけれども、可能性があるということの示唆はぜひしていただければと思います。

最後6つ目のところですが、若者の自殺対策。これは自殺のゼロ次予防として大綱の中に「生活上の困難、ストレスに直面したときの対処方法を身につけることへの支援」ということがうたわれましたので、ぜひこれを子供たちへのいじめの対策の枠ではなくて、これは議論の中でも文科省さんと大綱を煮詰める中で、改定に関しての議論の中で、これはいじめに限らず、生活上のさまざまな困難やストレスということで議論はあったかと思えますので、ぜひこれも具体的に進めるべく検討していただけたらと思います。

きょうなかなか時間がもしないようであれば、後日改めてで構いませんので、ぜひ打ち返しを内閣府が窓口になってしていただければと思います。

最後1点だけ。先ほど自殺予防学会のことで私も参加させていただくということがありましたけれども、私は協賛企業との絡みで自費で参加させていただくことにしておりますので、そのことは誤解のないようにと思います。ありがとうございました。

○樋口座長 ありがとうございました。

それでは、質問が6項目ございますようですが、時間の関係でこれは改めて後ほどまた回答していただくことにして、とりあえずは自己紹介を進めさせていただきます。

杉本委員、よろしくお願いいたします。

○杉本委員 NPO法人全国自死遺族総合支援センター、通称グリーフサポートリンクの代表をしております杉本と申します。よろしくお願いいたします。

全国自死遺族総合支援センターは、自死遺族のサポートにかかわっている個人とか団体で緩やかなネットワークを組んで、意見や情報の交換をして、質的にも、量的にも遺族支援の拡充をはかろうということで2008年1月に発足した団体です。

会員の構成では約半数強が自死遺族当事者で、あとは専門職、行政職、民間ボランティアなど、本当にさまざまで、それぞれの持てる力を発揮して、総合的な遺族支援となるように活動しております。私たちは遺族支援にはいろいろな力が必要と考えております。

私自身はもともとは全く畑違いの、クラシックのピアノを弾いていた人間です。ところが、1984年、今から30年近く前ですけれども、夫を非常に短い闘病で亡くしました。幸いなことに直後から四谷の上智大学の中で行われておりました死別体験者の分かち合いに参加する機会がありました。当時としては先駆的な取り組みでした。そこで私は初めて死別の悲嘆、いわゆるグリーフとか悲哀、喪の作業そして悲嘆を支えるグリーフケアといった概念に出会いました。

私はそれまで死別後の悲嘆やそれに伴うさまざまな困難というのは100%個人で対処すべきと思い込んでおりましたが、非常に苦しいそのプロセスに社会の関与があり得るということを当時知ったことは大変大きな意味がありました。メンタルな面に限られていた傾向は否めませんが、それでも周囲の理解や支えがあるから、自然な表情を表し悲嘆に向き合い困難に対処する力が出てくるという意味も学びました。多くの方々に助けていただいたことはとてもありがたいことでしたし、その後の遺族サポートの活動、自殺対策の活動に私がかかわる原点となりました。

当時はターミナルケアとかホスピスケアの黎明期でした。病気を診るだけではなくて、死別後も、そして家族も含めた全人的なケアという新しい流れの中で、グリーフケアに出会ったということです。また詳細は申しませんが、身内の自殺や自殺念慮などもあり、私の場合は個人的な体験がこの活動に関わってきた動機となりました。

基本法ができてから、さまざまなことをここにいらっしゃる先生方、省庁の方々も本当に試行錯誤をしながら続けてきたと思うのですけれども、先ほどから出ておりますように自殺は、不名誉で恥ずべきことというような世間の一般的な受け止めというのは非常に根深いものがまだまだあると思います。大切な人を亡くした時の悲嘆<グリーフ>というのは人間としての自然な反応です。ポストベンション・事後対応と言うと早く終わらなければいけないと思われがちですが、決してそうではない側面があります。それぞれのペースで、十分に涙を流すこと、悲嘆に向き合うことが大切です。それを経てこそ、その人らしい人生の再構築に向かうことができると思います。にもかかわらず、不名誉で恥ずべきことが起きた家族ということで、それぞれのグリーフに向き合うことが妨げられていること

が非常に大きな問題です。自死、自殺への正しい理解が引き続き遺族支援における基本的な大きな課題ではないでしょうか。

そのような中で、現在、自死・自殺に関する表現の問題があります。3点要望を出しておりまして、きょうの資料にも出させていただいております。

1つは昨年の自殺総合対策大綱見直しにおいて、自殺に関する基本認識のところは丁寧に見直されたにもかかわらず、「自殺は防げます」というような安易な、ある意味でステレオタイプといいたいまいしょうか、そういった表現がまだまだ使われているということは、遺族にとってももちろんとても苦しいことでもありますし、また、自殺対策全体にとっても正しく理解するということが妨げになっているのではないかと思います。

一方で二人称の死、大切な人の死を表現するときには、自死遺族または自死遺児という表現がかなり一般的になっております。いまだに自殺者遺族という言葉が使われているという現実もありますので、ここはぜひ改めていただきたいと思っております。

また、島根県などで行われている自殺を全て自死と言いかえることに関しては、いろいろな議論が出ております。自死という表現を望む遺族の声があることは十分に理解されなければなりません、遺族の中にもいろいろな思いがあり疑問の声もあります。自殺について考える際には、遺族の問題だけではないという観点は重要です。多くの自殺未遂者、特に若い人たちの自殺が大きな問題になっているときには、慎重に扱っていかねなければいけないのではないのでしょうか。大切な人を亡くした痛みがわかる立場だからこそ、そこは慎重に考えてほしいという遺族の声もたくさんあるということで、参考資料を配付させていただきました。

もう一点、多くの自殺がやはり30～50代であるということ。男性であるということから言って、遺された子供たちの支援が昨年の大綱の見直しでも取り上げられたにもかかわらず、まだまだ具体的には進んでおりません。本当にこれは喫緊の課題です。私たちもようやく自殺対策緊急強化基金をいただきながら、本年1月より東京都内で大切な人を亡くした子供たちのサポート活動を始めました。全国的にも少しずつ広まっているのですけれども、なかなかいろいろな困難を抱えておりますので、ぜひこの点は国としてもサポートしていただくことをお願いいたします。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして杉山委員、お願いいたします。

○杉山委員 日本労働組合総連合会、連合の杉山でございます。よろしくをお願いいたします。

限られた時間でありまして、少し連合として取り組んでいる取り組みの簡単な紹介と、問題意識だけ述べさせていただいて、自己紹介にかえたいと思います。

連合においても年に1回、期間を定めて自殺防止ダイヤルということで無料の電話受付の取り組みを行っておりまして、これは日本産業カウンセラー協会と連携しながらやらせ

ていただいておりますが、非常に短い期間でありますけれども、多くの問い合わせと申しますか、相談事が来ておまして、こういった相談窓口を日常的にしっかり整備していくことの重要さというのは毎年感じているところでございます。

それ以外にも日常的と申しますか、年間を通じて労働相談の無料窓口を連合では開いていますので、そういったところでも自死、自殺とは直接関係ない事柄も含めてですけれども、やはり相当追い込まれた状態の方々の相談もそういったところで受けつけて、最悪の事態を未然に防いでいくというような取り組みをさせていただいております。

そういった取り組みの傍らで、自殺をされた方、自死された方の遺族の方々の取り組み等々を含めまして、きょうお集まりの先生からいろいろ勉強させていただいているのですが、我々連合として持っている大きな問題意識としては、自殺に至る前の予防をどれだけしていくかというところが、働く者の集まりである労働組合ですから、中心かなと思っています。

その中でも特に考えていますのは、働く現場を原因とした自死、自殺。これをどう防止していくか。何年か前に若い方が過重労働と申しますか、非常に過剰な労働の末に自死された事件もございました。最近では使い捨て企業だとか、いわゆるブラック企業と言われているような報道もいろいろされているようなこともあります。そういったところに共通しているのは、労働時間のルールが守られていない。働かせ過ぎるところが非常にあって、無理に働かせられることが原因でメンタルヘルス疾患になったり、鬱病になったりということ契機にして、最終的には最悪の事態になっていってしまうことがあるのではないかと考えています。

そういった意味では、連合として今、考えていますのは、最近、政府の中でも日本再興戦略等々の中で規制改革、規制緩和、グローバル化など、いろいろなことが言われていますけれども、それらもちろん重要なことかもしれませんが、1人の人間がしっかりと働き続けられるような環境も片方で整えていくことが重要なことなのだろうと思っています。

そういった意味では皆さん既に御承知のことかもしれませんが、日本の働く労働法制の中に、労働時間の上限規制が実はないというのを御存じでしょうか。36協定というもので規制はできますが、結び直せばある程度青天井で働かせることも可能になっているということ。そういった中で先ほど冒頭申し上げたような事象につながっていることはないだろうか。あとは特に省庁の方は余りとられていないと思えますけれども、有給休暇というものもありますが、日本では50%もとれていない。働くことに上限がなく、権利である休みも十分にとれていない。そういったものが本当にきちんとできたときにどれだけ予防に効果があるのか。こういったものはしっかりと見ていくことが必要ではないかと認識しているところです。

そういった意味では、具体的なところでは労働時間、先ほど申し上げたような上限規制の問題ですとか、労働安全衛生と申しますか、健康に働き続けられるためのルールづくりを今後も求めて、取り組んでいきたいと考えているところでございます。

最後につけ加えさせていただきたいと思うのは、先ほどから出ていました貧困の問題、若者の問題等々ありますけれども、やはり連合としてそうしたものが現時点の問題だけではなくて、将来、長いレンジで考えたときに今ある若者もしくは働き方としては、いわゆる非正規と言われている人たちへの取り組み、これが直接的ではないかもしれませんが、こういったところでしっかりとした対応をすることが、将来の最悪の事態を少しでも防いでいくことにつながっていくのだろうと考えているところです。

そういった意味ではぜひ今後とも非正規の人たちが例えば正規へ転換できるとか、処遇が上がって安心して暮らしていけるような、働き続けられるような取り組み方針を今後とも連合としても進めていきたいと思っていますので、ぜひきょうお集まりの皆さんの御理解が得られればと思います。

簡単ですが、自己紹介にさせていただきます。ありがとうございました。

○樋口座長 ありがとうございました。

それでは、続きまして田中委員、よろしく願いいたします。

○田中委員 全国自死遺族連絡会の田中でございます。

2008年に全国自死遺族連絡会を立ち上げて、参画させてほしいということで6年間ずっと要望をしてきまして、やっと実現かないまして大変感謝しております。そして、皆さん御存じない方もいらっしゃるかと思います。どのような団体なのかわからない方もいらっしゃるかと思いますので、簡単に説明いたします。

自死遺族による、自死遺族のためのネットワーク。全国に個人会員、遺族だけの個人会員が47都道府県1,600名以上現在おります。そして、その会員が全国いろんなところに立ち上げている自助グループ、いわゆる遺族当事者本人の会というものがあまして、その活動が21都道府県36カ所、私も宮城県で6カ所開催しております。そして震災の遺族の子供を亡くした親の会もやっております、宮城県内、実は毎月16回開催しております。そのほかにも、それぞれに私も含めてですけれども、会員の自助グループが分かち合いに偏らずに、分かち合いのほかに遺族ができる自死予防ということもやっております。私自身もそういうふうにはやっております、年間1,000件以上の精神科の相談とか、いろんな総合的な相談を受けております。

こういうふうになると、遺族だけで排他的な団体であるとか、いろんな批判を受けたりしますけれども、そうではなくて、連携という形では弁護士さん、司法書士さん、民法の教授さんや社会福祉士さん、さまざまな方々と連携をいただいて総合支援をしております。

そして、私たちが今までずっと望んできたことは、予防活動もそうなのですが、自死遺族支援もそうですが、心のケアに偏っている。いわゆる防止活動も鬱病キャンペーン、それも大切なことだと思います。精神科医療の問題も大変大切なことで、そこが最後の最後のセーフティネットだと思いますけれども、鬱病に至らない社会をつくっていく。普通の人間が鬱的な症状にならない対策もやっていかなければいけないのではないかと思います。それを今まで要望してきました。

具体的には私たちが見た限りで言えば、余りそこには力を入れていないように感じます。いろいろなことがありました。いじめがありました。過重労働がありました。こんなことがありました。鬱症状になりました。鬱病になりました。病院に行ってください。これが対策だと中心を担ってきたのではないかと考えております。そこをぜひもう一度再考を願いたいと思っております。

それと遺族支援についても、心のケアというのはそれぞれに自助グループもやっております。いろんなところでやっておりますけれども、国には国のやるべきことがあります。具体的な支援が欲しいと思います。遺族をまず心以前に傷つけない対策。遺族を傷つけているものがたくさんあります。それは自死というものに対する差別的な法律というか、商法にもあります。自殺は故意の死であるから保険は免責期間が長くなるとか、心理的瑕疵とか、さまざまな問題があります。そこを具体的に解決していただきたい。その支援が欲しいと思っております。

それから、さまざまな議論があるかと思っておりますけれども、自殺から自死へということで鳥取県と島根県は公文書を変えるということで、ことし決定されました。私は非常に嬉しく思っております。もちろん遺族にもさまざまあると思っております。しかし、私は年間1,000件以上の相談を、遺族以外の相談も受けていますが、心理的に落ち込んでいる場合は自殺という文字や言葉を聞くと死にたくなりますという人が大多数です。そこにふらふらとひかれるように、誘われるような気持ちになってしまいますという精神科に通っている人たちも、たくさんそういう声があるということも皆さんに知っていただけたらと思います。

きょうの資料なのですけれども、実は3と4が足りません。送らなかつたのかなと思っておりますが、3番と4番まで本当はあったのです。ないので残念だなと思っております。

私たち遺族としては、遺族がみずから活動している人たちがたくさんいます。地元の遺族の声をまず聞いていただきたい。それがなかなかうまくいっていません。山口県で遺族の会をやっている人がいますけれども、名前を出してここは記録上はカットしてもらって構わないですが、遺族が岩国市で会をやっているのですけれども、御夫婦で話し合いに行きまして、死にたくなりましたと言っていました。山口県と話をして。差別的に上から目線で勉強しなさいあなたたちは。もっと勉強しなさいということを経営担当の人から言われた。1年以上も会をやっているのですが、それが現実です。どこもそうです。私みたいに変な話、強いというか、たたかればのし上がっていく人間だけではないので、やはり一生懸命声を出そうとしている遺族をまずつぶさないでもらいたい。活動をしようとしている人たちをまずつぶさないでいただきたいと思っております。

自助グループ、本人の力を引き出して、そこが支援だと私は思っております。遺族にもエンパワーメントはあります。遺族も自分の力で歩こうとする力を引き出してあげると、いわゆるハイリスク者と言われる人たちは少なくなると思っております。せつかく遺族の声を上げ始めてきました。ぜひ皆様に御理解をいただいて、地元の遺族の声がもし上がりましたら、ぜひ聞いていただいて、無視をしないで聞いていただいて、何を望んでいるのか

ということをお願いいただければと思います。そして、それが実現すれば必ず対策につながる。具体的な減っていく対策につながると私は思っています。

私はこういうふうに見えていろんなことを言われますけれども、宮城県の対策委員もやっています。仙台市でもやっています。角田市というところでもやって、宮城県では3カ所で実は対策委員をやらせてもらっています。実際にそこでは確実に減ってきていることも皆様に御報告したいと思います。ぜひ遺族の声を皆さんに聞いていただけたらと思います。そして、それを対策にぜひ生かしてもらいたい。私たちの大切な家族の命をぜひ生かしてほしいという遺族がたくさんいます。それをまず聞いていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、伊達副大臣がお越しになりましたので、途中でございますけれども、ここで御挨拶をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○伊達副大臣 おはようございます。自殺対策担当の内閣府副大臣の伊達忠一でございます。

第1回自殺対策官民連携協働会議の開催に当たりまして、一言御挨拶を申し上げたいと思います。

我が国の自殺者数は昨年15年ぶりに3万人を下回りました。しかしながら、まだ深刻な状態であることは変わりなく、今後も自殺総合対策大綱に基づいて、さまざまな施策を推進する必要があると認識しております。本会議は国をあげて官と民が連携し、協働し、自殺対策を推進するため、従前の自殺対策推進会議を改組し設置されたものです。

委員の皆さんにおかれましては、さまざまな主体の連携、協働による総合的な自殺対策の推進に向けて忌憚のない御意見を賜りますよう、心からお願い申し上げ、私の御挨拶とさせていただきます。御苦労様でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

伊達副大臣は御公務のため、ここで退席をされます。どうもありがとうございました。

(伊達副大臣退室)

○樋口座長 それでは、引き続きまして中山委員からお願いいたします。

○中山委員 京都府京丹後市の中山と申します。この会に入れていただきまして、ありがとうございます。

私のところはいろいろこの関係分野の関係者の皆様がおられる中で、自治体の首長としては1人だけだと思うのですが、何で入れていただいたかという、多分、資料を出していますが、いのちささえる真心あふれる社会づくり市区町村協議会。これは別名自殺のない社会づくり市区町村協議会と言うのですが、これを2年前、平成23年のちょうど今ぐらいの時期に立ち上げて、ライフリンクの清水さんおられますけれども、連携もいただきながら今、257の自治体の皆さんと連携をしてこの会をしているわけですが、その世話役をさせていただいているという立場ゆえかなと思っております。

なので、何でもかき上げて、今の状況は何で、そして要望も含めて御報告を
かいつまんでしたいと思いますが、私は自治体のこういう立場なのですが、自殺対策とい
うのは本当に大切な、非常に重要な、地方自治に限らず、国のほうも含めて大きな重要な
課題であると改めて認識しているところなのですけれども、きょうも各省の皆さん大勢、
各分野から来られておりますが、それぞれの行政分野というのは共通して言えば人の命を
支えたり、人の生活を支えたりというのが全部行政に共通することだと思う中で、自殺対
策というのはまさに社会の仲間の命を守る対策直接そのものです。としたときに、私は本
当に行政の大本というか、命を守る福祉というか、福祉の原点に厳然と横たわる対策こそ
が、この自殺対策ではないかと思うのです。

その根本の重要性を受けとめながら、もとより自殺は個人の問題ではなくて社会全体の
問題だと言ったときには、まさに住民に寄り添って仕事をする地方公共団体としては、そ
の任務の原点にある。原点にある任務としていの一に真剣にやらなければいけない課題
であると、私は自覚をしております。

なにかかわらず、いろんな取り組みがこれまでからあるわけですが、だけれど
も、行政や社会の真正面に据えて政府もやっておられますか。やってこなかった。やって
こなかった。少なくとも平成18年まではそうだと思うのですが、やってこなかったことの
積み重ねの結果として、気づかないうちによく見てみれば目線の及ばぬ足元で毎日毎日、
そして年間を通じれば3万人近い皆さんが亡くなられているという現実は今、直面してい
るのではないかと。

うちの資料の18ページは、全国市長会の決議に去年していただいて、全国市長会の決議
というのは年間6本ぐらいしかやらないのです。最近だと原発とか震災対策とか、とても
大切な対策です。消費税とか地方分権とか、そういうような日ごろから重要な対策に係る
ものについて決議するのですけれども、去年はこの自殺総合対策の抜本的充実を求める決
議ということで、京都市市長会が書いて、そして近畿を通して、全国で決議をしていただ
いたぐらいに、静かに真剣に盛り上がってきている。今、我々の会も1,700の自治体のうち
250、最初は120だったのですが、それが250まで来て、首長さんもすごく関心を持たれてお
れる課題として今、位置づけられていると思っています。

その決議の中にもありますように、社会の土台が気がつかないうちに蝕まれつつある。
そういう状況ではないか。幾ら社会福祉や社会保障と言ったって、社会の目線の足元では
3万人の方が亡くなっているわけです。ここを真剣に政府も、もちろん地方自治体も
受けとめて、真正面に据えてやっていただきたいと思うし、やっていただく動きがますます
本格化してきたこの間かなと思っています。

余り時間がないので要望っぽい話をするのですけれども、私は今、この全国市長会の決
議の中にもありますし、清水さんのライフリンクさんと一緒に要望をしているのがこの中
にも入っていますが、ぜひ、自殺対策の基金を数年前からつけていただいて、これを地方
自治体が活用させていただいていますけれども、この恒久化はぜひともお願いしたいなど

思います。

各自治体ともこれを有効に活用しながら取り組みを進めているということなのですが、重要だというふうに自覚しているのだったら、なくてもやるではないかという議論も一方であると思うのですけれども、他方で自治体も財政が非常に厳しい状況の中でどうしていくかというときに、いろんなスリム化の努力をする中で自殺対策の予算というのはなくなっても、例えば相談事業とか啓発事業が中心になってきている現状の中で、直接的に困る人から声が上がる性格のものでないから案外切られやすいというところがあって、そういう意味で独自でやれと言われたときにどこまでできるかというのは、なかなか不透明なところがあるので、今、対策が大切だという状況の中でぜひとも恒久化はお願いしたいと思っております。

もう一つは、これも一番最後のほうにつけておりますけれども、自治体のネットワークです。相談のネットワークをぜひ国が音頭をとっていただいて、調整基金のようなものも持っていただいて、そして例えばAという自治体が相談窓口を持っていたときに、それは住民の皆さんの相談を受けるわけですが、評判になればほかの自治体の住民の皆さんも相談を受けに来られます。そういったときにこの分野というのは、ほかの自治体だからといって相談を拒むなということをやっていますけれども、だけれども、自治体的な受益者負担の原則から言うとはほかの自治体の住民の皆さんに自分のところの税金を使ってやるんだというのが理屈だけでいうと残るとというのが一方でありますし、住民の側から立っても、こういう問題というのは人によっては、あるいはケースによっては近くの知っている人との関係で近所に相談に行くのは嫌だと。ほかの少し離れたところで相談をしたいという場合もあると思うのです。そういう意味でも自治体の相談窓口がお互いに受け合えば、いろんなメリットも出てくるということで、お互いが他自治体の住民の方であっても受け合えるような全国のネットワークができるような音頭をぜひ国にはとっていただいて、それで相談者のアンバランスを調整する調整面としての基金みたいなものを持っていただきながら、ぜひこれは御検討いただきたいというふうに、内閣府はじめ政府をあげて検討いただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

最後に一言。いつも私が思うのは、自分の資料の一番最後につけているのですが、奄美のお取り組みで、多重債務のことで助けられたという方から奄美市に届いた年賀状があるので、私は余りこれはじっと見ないので、いつも涙ぐんでしまうので、行政としてはやはりこういうお手紙が1枚来るだけでほか1年間、極端に言えばどんなことをしてでも、このはがき1枚だけで物すごく意味があるということではないか。こんな手紙をもらえるような行政を日本をあげて、国や地方をあげてやっていくようになれば、すばらしいなと思っておるところであります。

少し長くなりましたけれども、ありがとうございました。

○樋口座長 ありがとうございました。

それでは、続きまして三上委員、お願いいたします。

○三上委員 日本医師会の三上でございます。

私は内科医ですけれども、大阪府で精神科病床173床の総合病院の理事長をしておりまして、日本医師会では常任理事として精神保健を担当いたしております。内閣府の会議にも自殺対策推進会議の早期から参加をさせていただいております。

日本医師会ではこれまでに自殺予防マニュアル等を発刊し、16万5千人の医師会員全員に配付をするなど、また、かかりつけ医うつ病対応力向上研修会の開催でありますとか、内閣府の自殺対策キャンペーンでありますDVDの作成あるいはポスターの配付等について協力をさせていただいております。

日本医師会では今期、精神保健委員会の中で「子どもと働き盛り世代へのメンタルヘルス対策のあり方～災害被災者へのアプローチも含めて～」を会長諮問として検討いたしております。また、精神保健委員会にはこの会議の委員であります高橋委員を委員長として、本橋委員、渡辺委員に参画していただいております。

その中で産業保健の立場から、あるいは学校保健の立場から、産業医、学校医におけるメンタルヘルスに対する資質の向上も必要ではないか、また、かかりつけ医と産業医、学校医との連携等が大切ではないかという御意見も多く出ておりますが、一方で、連携を推進するための財政的支援が十分でないという議論もございますので、ぜひその辺のところは御配慮いただきたいと思います。

医療機関同士の連携につきましては診療報酬上の手当がございますけれども、産業医、学校医との連携につきましてはそういった評価や連携を進めるための仕組みが全くないということもございます。

もう一つは、被災地の心のケアの問題ですが、ちょうど今週のNHK連続テレビ小説の「あまちゃん」が一昨年の東日本大震災の話から始まっておりまして、記憶が鮮明によみがえったわけですけれども、昨日、被災者健康支援連絡協議会が久々に開催されました。この被災者健康支援連絡協議会は東日本大震災直後の4月だったと思っておりますが、第1回が開催されまして、日本医師会の会長を代表に各団体及びこの会議と同じように総務省、復興庁、厚労省、文科省、環境省などが参加をして会議をしているわけですが、昨日、その中で被災地3県からの御報告を受けましたけれども、やはり心のケアについてはまだまだ対策が十分ではなく、追いついていないという意見も出ておりました。

厚生労働省から平成26年度予算の概算要求が出ておりまして、東日本大震災からの復興に向けた主な施策の中で、被災地心のケア支援体制の整備に18億円が要望されておりますけれども、被災地に設置した「心のケアセンター」において、訪問相談や医療の提供支援等、心のケア体制の整備等の支援を行うということでございますが、自殺総合対策大綱の中にごございます「適切な精神科医療を受けられるようにする取組」あるいは「早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する取組」の中に、「精神科を専門としない医師等に対し、うつ病診断能力の向上を目的に『かかりつけ医等の心の健康対応力向上研修会事業』を実

施」すると書いてありますが、10ページにあります「大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」の中にはそういった取組がないということで、被災県からはぜひとも被災地の心のケアについては、「かかりつけ医等の心の健康対応力向上研修事業」と連動していただきたいという要望も出ておりましたので、この場を借りてお願いしたいと思います。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして水谷委員、お願いいたします。

○水谷委員 日本臨床心理士会監事の水谷と申します。今回初めての出席です。よろしくお願いいたします。

勤務先は品川区になりますけれども、臨床心理士会の理事を経て現在監事ということでございます。

臨床心理士は、やはり死ということを思う方と接することが多い職種であろうということから、まさにゲートキーパーとしての役割というものを日々の仕事の中でしっかり自覚をして、そして、その役割を担っていくことが求められていると痛感しているところでございます。

本日、資料を配付させていただきましたので、そちらを含めて御説明させていただきます。

お話にも出ておりました緊急強化基金等も活用させていただきながら、配布資料にありますこういったリーフレット等を作成して、周知に努めています。そして、少しでもそういった声を拾い上げてつなげていけるようにと考えているところでございます。

また、電話相談事業も実施しております。昨年度まで「定例の電話相談」、震災がございましたので、「震災のこころの電話相談」、そして「自死遺族ライン」という3本の電話相談をやっておりましたが、それぞれ週1回程度という形でした。今年度はそれを全て1本にして、定例化して平日、午前、夕方ずっと受けられるような形に事業を拡充しているところでございます。

もう一つは、ゲートキーパー養成です。私の勤めております品川区でも保健部門が中心となりまして管理職、職員、教職員、民生委員といろいろな層を対象にゲートキーパー養成研修を実施させていただいておりますが、臨床心理士会としてはゲートキーパー研修の講師の養成研修という形で実施を昨年度から始めております。その資料を次のページにつけさせていただいております。臨床心理士会、また、一人一人の臨床心理士としても、さまざまな関連領域、自殺予防のネットワークチームの一員として、少しでもその役割を果たせるように、今後とも活動については充実をさせていきたいと考えております。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして南委員、お願いいたします。

○南委員 読売新聞東京本社の南でございます。

私もここにいらっしゃる何人かの方々と同じように、前身である推進会議から引き続き参加させていただいております。古くは最初に自殺の問題が社会的に大きく取り上げられて間もなく、厚生労働省のもとで最初は個人の精神保健というレベルで自殺対策の会議が国としては開かれたわけですが、その当時からずっと一貫してかかわってきたのですけれども、そういう立場からしますと、昨年1年間、15年ぶりにこういう数字になったということは大変感慨深いもので、この間、会議の場が厚生労働省の個人の精神保健というレベルから、社会をあげて全国民がかかわる内閣府を舞台とする大きな会議になり、しかも基本法ができて大綱がつくられてという、そういう段階をずっと踏んできたことを思い返しますと、本当にできることを一つ一つ関係する省庁、関係者の方々が努力されて、本当に地道にやってこられた結果だなということで感慨深く思います。

その一方で、私ども報道なのですが、やはりなかなか先ほども御指摘いただきましたように、生のニュースとして知名度の高い方の自殺の問題を伝えたりするときに、配慮が十分でなく、その後引き続き群発自殺みたいな状況が起こってしまったりすることも反省としてはございます。

あと、私ども紙の媒体や画像だけでなく、最近ネットの時代ですので、ネットを通してみれば本当にさまざまな心ない中傷ですとか差別、自殺を考えている人に、それを止めるのではなくて、肩を押してしまうような情報さえたくさん出ているというような、この情報という問題をメディアは専門として扱っている立場として、また、国民もこれだけ情報が爆発的に、誰にでも手にとれる時代になった以上、その情報というもののあり方をこの問題と関連づけてよく考えないといけないということを、日ごろから強く感じております。なかなかこうすればいいという方法はないのですが、これまで積み重ねてきたような関係者の方々の御努力を私どもメディアとしてはそれをつなぐような、連携ということに向けて働いたり、国民に本当に知ってほしいと思うようなことを発信する、それから、先ほどの奄美大島の話ではないですけども、いい話をもっと発信することもメディアとしては必要なのかなということを、常日ごろ思っております。

私自身は現在、一昨年から医療部というところで医療報道にかかわっておりますので、最後に一言医療ということで申し上げますと、何度もこういう会議では繰り返されておりますように、自殺はもちろん精神保健の問題だけではないというのは言うまでもないのですが、最終的にその心を病んだ方々が精神科医療に最後のセーフティネットといいますか、そこに行く。あるいは医療全般です。鬱病の初診は精神科医ではなくて耳鼻科とか内科が非常に多いと言われておりますので、医療全般でこのところは支えるわけですけども、最近の報道から私がつくづく感じているのは、やはり医療が制度的に、特に精神科医療の中で短時間に多くの人数の患者さんを診なければならないような医療の制度になっていて、どうしても一人一人の要望に丁寧に応じるだけのゆとりがないと言うのでしょうか。本来でしたら精神障害を抱えている患者さんの助けとなるべき向精神薬とか抗不安薬みたいな

ものが逆に依存状態などを生んで、むしろ危機を高めてしまっているような部分があることを非常に深刻に感じております。そのあたりは医療ということから1つ申し上げておきたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、宮野委員お願いいたします。

○宮野委員 日本薬剤師会、団体として初めて構成員となりました宮野と申します。よろしく願いいたします。

私たち薬剤師が自殺防止対策において果たすことのできる役割というのは、非常に大きいと感じております。資料のスライドはその意識を高めるために、日本薬剤師会が都道府県薬剤師会に発信したスライドでございます。

役割は大きく2つございます。1つは過量服薬防止に関する医療的な対策の貢献であります。主にスライドのほうはそちらの意識を高めるための、周知徹底のためのスライドになっています。これは厚労省で自殺、鬱病などの対策プロジェクトチームを立ち上げまして、過量服薬への取り組みをスタートさせていただきました。その中で22年9月に出された答申で薬剤師を活用せよという提言が含まれました。その背景には先ほど南先生もおっしゃいましたが、薬物依存患者の原因物質として向精神薬の占める割合が非常に増加している。向精神薬の過量服薬と自殺の関連が指摘されている。自殺既遂者の半数が精神科医療を受けていて、その多くが自殺時に向精神薬を過量服薬していることが実態調査で判明しております。

多くの患者さんが医療を受ける過程で最後に接するのが私たち薬剤師であり、薬局薬剤師からその薬が手渡されています。過量服薬のリスクの高い患者さん、あるいは服薬を自己判断で中止している患者さん、選んで服用している患者さんなど早期に見つけて、適切な医療に結びつけるための重要な役割を担っていると感じております。薬剤師が日常業務をよりきめやかにすることで、過量服薬や薬物依存を未然に防いで、自殺予防につながると考えて取り組んでいます。

もう一つは、自殺予防のゲートキーパーの一員としての役割でございます。内科、整形外科などからも向精神薬が非常によく処方されておりまして、その服薬の説明のときにそういうゲートキーパーの一員として任務をしているのですけれども、そのほかに一般用医薬品の睡眠改善薬などの相談や販売に携わることが多くございます。そのときに前回もたくさん買っていかれたのになどという患者様、消費者の方に立ち会うことがございます。来局の患者さんに眠れていますかというわかりやすい言葉をかけて、気づきのきっかけを提供しております。必要であれば受診勧奨をさせていただきまして、精神科医療の適切な医療が届いていないと考える患者様に対して声かけをし、かかりつけ医や専門医療機関、また、各種の相談機関へのつなぎを適切に行うことができる職種だと思って取り組んでおります。

その中でカラーの長野県薬剤師会の冊子を見ていただきたいと思います。熱心に取り組

んでいる薬剤師会の1つでございます。先ほど各種の相談機関へのつながりが大切だと申し上げましたが、自殺を防ぐ相談機関と薬剤師が日ごろから連携して、身近な支援ネットワークをつくっていくためにこの冊子を利用させていただきたいと思い、つくられたものです。日ごろから関係を構築していれば、薬局を訪れた方に対して薬剤師として不安を抱いた際にとるべき対応について相談を行うこともできるということで、リストをつくらせていただきました。こういうことを全国の薬剤師会でも取り組むために、日本薬剤師会として支援しているところでございます。よろしくお願いいたします。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、向笠委員、お願いいたします。

○向笠委員 福岡県のスクールカウンセラーをしております臨床心理士の向笠でございます。推進会議からそのままお引き受けをさせていただいております。

福岡県臨床心理士会では、児童生徒の心のケアという形で学校を揺るがすような大きな事件、事故があれば、緊急支援という形で学校を後方支援するという活動を立ち上げております。前回の推進会議のときにも資料をお渡しし、今回もお持ちしたかったのですが、今ちょうどデータを集計しているところで、実際の緊急支援の数がこの10年間で180を超え、児童生徒の自殺がその25%を占めております。ですから10年分で実際、年に4～5人の自殺もしくは自殺未遂の緊急支援を行うというのが現状でございます。データがきちんと整理がついたときには出させていただこうと思うのですが、このような状況で幸いに自殺総合対策大綱のところで、児童生徒の子供の心のケアに対して緊急支援をということの御検討をなされ、その一文が入ったことは幸いとは思っておりますが、実はこのように我々の県ではチームで入るといような状況で使うところが実は非常に少なく、数人のスクールカウンセラーが医療モデルのような形の個人面談という形で、自殺後にケアが入っていくことのほうが多いようでございます。

平成25年にいじめ防止対策推進法があたりました。いじめ自殺という問題が特化したように出ておりますが、実際的にいじめという形の自殺が明確にわかるということは非常に少なく、子供の自殺がわからない、理由がわからないということのほうが数から言えば多うございます。

その中で、いじめ防止対策推進法の第三者委員会等が出てきますが、それは必要なことであって、事後対応の重要性は2つございます。1つは当然明記されているのは原因究明、予防です。それと同時にもう一本、心のケアということが特にいじめ自殺が明確に出た場合は重要でございます。もちろん理由がわからない子供の自殺も同じでございます。ですが、かなりセンセーショナルな扱い方をされるので、原因究明だけが優先され、チームで学校コミュニティ全体を扱わなければいけないほどの事案の心のケアをなかなか入れない状況が起こるのではないかという危惧が1点ございます。

もう一点は、実は統計上で私の探し方がまずかったのかもしれませんが、この福岡県でスクールカウンセラー業務は高校以下は使いますが、主に緊急支援のデータは中学校まで。

小中学校を扱っております。このデータを見ようとする19歳以下の数値はわかるのですが、なかなか15歳以下の数値を、19歳になると大学生が入るのです。高校までは18歳なので、15歳以下ですとこれは中学校くらいまでの数字として把握することが可能です。なので、私はどこかで見た記憶があってデータを探すのですが、この15歳以下のデータをぜひとも教えていただければありがたいと思っております。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、次でございます。山崎委員、よろしくお願ひします。

○山崎委員 全国理容連合会よりまいりました山崎です。私は茨城県の理容組合もやっております。

私どもといたしましては、平成22年の秋に自殺防止対策事業に協力できるのではないかとということで、県のほうに御相談した経緯がございます。皆さんも御存じのように、私たち理容業としましては1人のお客さんに約1時間前後の時間がかかります。そういった中でお客さんと作業をしながらいろんな会話をします。そういった中でお客さんの悩んでいること。家族にも話せないようなこともよく耳にします。それと同時に非常にリピーターが多いということも、職業柄そういうところでもあります。

そういった中で、私ども茨城県組合としましては平成22年度秋、23年にかけて自殺防止ということで気づき、つなぎ。私たちは素人なものですから特別なことはできません。お客さんの話を聞いてやる。そういったことでふだんと様子が違うなということ。そういったときに話を聞きながらつなぐ。この点であれば協力できるのではなからうかということでスタートしたのが最初でございます。

そういった中、全国理容連合会としましても昨年、24年度にゲートキーパー宣言をし、47都道府県に協力依頼をした。そういった中できょうは厚労省の方もお見えですが、私どもは毎年衛生週間を設けて、衛生講習会を開催しております。衛生講習会とあわせてゲートキーパー養成講習会を実施した。そういう中でこれまでに47都道府県のうち、43都道府県でこの養成講習が終了している。現在2万5,000人以上の組合さんがゲートキーパーのサポーターといいますか、そういう中で御協力いただいている。また、そういうふうな中でありまして、受講して勉強したという中でも自分は非常にこれは重荷になる、負担になるということで、これには協力できないというような組合さんが若干いるのも事実です。そういう中で気づき、話を聞く、つなぐということであれば、別に私どもが何を構えてどうするというのではなくできるのだろうということで、現在この制度を続けて協力しているのが現状です。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、渡辺委員、よろしくお願ひします。

○渡辺委員 渡辺です。前の推進委員会のおときの委員です。

私は精神科の診療所をやっております。昨年の平成24年までは大阪の精神科診療所協会の会長をしておりました。昨年から日本の精神神経科診療所協会の会長をさせて頂いております。

今、精神科の診療所は全国的には三千数百ぐらいあると言われていますが、今、日本の精神科診療所協会に属している診療所は1,600ぐらいで、半分程度です。ただ、地区の診療所協会に属している協会員、地区には属していて、まだ日精診には入っておられない地区会員は2,400~2,500あると思われまます。

我々の自殺対策に関する調査を少し御紹介させていただきます。本日資料として提出いたしました資料に少し目を通していただければと思いますが、まずあけていただきまして4ページのところ。実はこれは埼玉県精神科診療所協会で行われた調査であります。過去5年間、平成19年から平成24年までに埼玉県の精神科診療所へ通院している患者さんが自殺されたとき連絡があったときに、次の5ページにありますような報告要旨を出していただく。自殺された方の性別、来院の初診日、最終診察日、死亡日、初診時年齢、死亡時年齢、身体疾患があったかどうか、診断、通院状況、生活状況、自殺企図の既往、過量服薬の既往、自殺の場所あるいは方法、自殺との連絡、そういったものを自殺された患者さんが通っておられた診療所から提出してもらおうということで集められました。

6ページにありますように、5年間で235例の自殺ケースが集まりました。

7ページを見ていただきますと、自殺された方の初診時年齢は平均で見ますと大体40歳前後、男女平均年齢より大体40歳前後でございます。そして自殺された年齢を見てみますと、その下のグラフにありますように30代の方が一番多いというデータでございました。

8ページの右上にいきまして、平均年齢で見ると40~45歳ぐらいということでしたが、人数の割合でいきますと30代の方が一番多い状況でした。

通院状況を見てみますと、定期的に通院されている方が74%ぐらいあります。定期的に通院されている方でも自殺の危険性が高いということがあらわれております。

9ページ、自殺された方はどのくらい通院期間があったか。自殺されるまでの通院期間ですが、1年未満の方が33%、3分の1ぐらいとあります。ただ、見ていただきますとわかりますように、5年以上通院されている方でも35%ぐらいの方が自殺されていることがあらわれております。

10ページ、今の通院期間が1年未満の方、通院されて初診されて割と早い時期に自殺されてしまった方なのですが、F2というのは統合失調症圏内の方。F3というのが気分障害、躁鬱病圏内の方なのですが、下のグラフにありますようにF2、統合失調症圏内の人では1年未満の方の自殺者が割と少なく15~16%、一方、F3、気分障害圏内の方におきましては1年以内の自殺者が39.7%とかなり多いことが読み取れます。気分障害の方は最初がかなり危ない。一方、統合失調症圏内の方におきましては、むしろ慢性期に多いのではないかと推測ですが、就労できないような環境の問題。そういったことがあって統合失調症の患者さんの場合には、むしろ慢性期に自殺の危険があるのではないかと推測

されます。

11ページも非常に衝撃的なデータだったのですが、診療所を最終的に受診された日から自殺までの期間なのですが、実は1週間以内が一番多いという状況でありました。12ページ右上にグラフにしておりますが、1週間以内、2週間以内、3週間以内、最終受診日から早い時期に自殺が起こっていることがここで読み取れます。

13ページに最終受診日からの自殺までの期間を診断別、統合失調症圏内、気分障害圏内、そしてF6は人格障害圏内で分けております。やはりこういったF3で自殺、1週目が非常に多いことがわかっております。

身体疾患のみに関しては、特別余り多いということでもありませんでした。

診断は15ページ、16ページの右上に分けておりますが、確かにF3、気分障害の方が多く50%なのですが、F2、統合失調症圏内の方も25%ある。もう一つF4、F6、人格障害の方も15%ある。人格障害、統合失調症の方の自殺をいかに防ぐかということも、これからの大きな課題ではないかと思っています。

あとは同居者あり。これは母数の問題もありますので一概に何とも言えません。

17ページに自殺企図の既往のある方が35%、18ページに過量服薬の既往のある方が25%ということでした。

19ページに自殺の連絡がどこからありましたかということなのですが、警察からというのが59.6%なのです。ただ、逆に言いますと40%は警察から連絡がなかったということなのです。これも1つの特徴かと思えます。

自殺の方法と場所は、従来言われていることとそんな大差がなかったことだと思います。こういったことを踏まえまして、私からのお願いといたしましょうか、要望ということですが、私ども自殺大綱にありますように、適切な精神科医療を受け取れるようにする取り組みというのが、自殺大綱の5番にあります。我々精神科診療所、精神科医療機関としては、ぜひ適切な精神科医療を提供できるような医療環境を整備していただきたい。先ほど他の委員からも少し出ましたような、時間をかけて診察したいと思っても診察できないような状況もあります。そういったことも含めて適切な精神科医療を提供できるような医療環境の整備をお願いしたいと思っております。

例えば先ほど出ました1週間以内に自殺が多いということですが、ということは1週間以内に再診させてもらわなければいけない。3日後にいらっしゃい、4日後にもう一回診察に来てくださいということなのですが、今の診療報酬上は通院精神療法は1週間に1回しかとれないというかたい縛りがあります。あるいは自殺される方はいろいろ生活の問題、経済的、環境的な問題を抱えております。ところが、通院された患者さんに診察後にPSWが幾らかかかわっても、PSWがかかわったことに対する報酬は全くありません。そういったところもぜひ考えていただきたいと思えます。

それから、連携が必要だと言われております。その通りだと思います。ただし、医療間だけの連携ではなくて、いろんな行政あるいは企業、学校、福祉機関との連携が必要にな

ってきます。そういったときの連携に対する報酬的な担保も一切ありません。こういったこともぜひ考えていただきたいと思います。

もう一点お願いなのですが、先ほど言いました自殺が起こったときに、これが自殺か他殺か事故かわからないときは警察から連絡が来るのです。しかし、はっきりした自殺のときには連絡が来ません。これは非常に我々としてはつらい情報ではあるのですが、自殺が起こったときにはぜひ診療所、医療機関に連絡をいただきまして、我々がきちんと反省、検討できるような仕組みにさせていただきたいと思っております。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

もう一方、五十嵐委員、お願いいたします。

○五十嵐委員 済みません、海外出張で少しおくれでして、大変失礼いたしました。

私は東京工科大学医療保健学部の産業保健実践研究センター長を仰せつかっております五十嵐千代と申します。前回の推進会議から引き続きましての委員でございます。

私は産業保健を代表して、この会に参加させていただいておりますけれども、日本産業衛生学会といたしまして、約8,000人からなります産業研スタッフや研究者が集まっております理事をやっておりまして、また、その中で産業看護部会という部会があります。保健師等の看護を行っている職種の会長を仰せつかっております。また、産業分野だけではありませんで、地域や産業、学校等を含めた保健師の保健師連絡協議会の委員もしております、いわゆる対象者のファーストラインを仰せつかっており、そこに対応する看護職の代表としても、この会に参加させていただいております。

その中でも私の特に専門とします産業看護の分野では、最近の動きといたしまして、これは平成22年から厚生労働省でも検討されておりました、職場でのメンタルヘルスに対する労働安全衛生法の改正の動きの中で、一旦政権が変わって廃案になっておりますけれども、また再度それについて厚生労働省とこの学会の理事との意見交換なども最近させていただいております。それは働く人が我が国では約6,000万人おりますけれども、大企業ではかなりメンタルヘルスの対策は進んできているのですが、3,500万人と言われている中小企業におきましては、なかなかメンタルヘルスが推進されていない実態があるということで、その中で労働安全衛生法での健康診断の中でメンタルヘルスの、特にその中でストレスチェックしていくというような議論がただいまされております。

ただ、ストレスの気づきといたしても、やはりそれには運用によってはいいところもあれば悪いところもあるということで、専門職としてそれをどのように生かしていったら、かつ、最終的には職場のメンタルヘルスにいい環境、一次予防にどうつなげていくかといったようなところを、専門職としても検討が始まっております。

働く環境は厳しい状況が続いておりまして、その労働安全衛生法の改正といたしても、そこに入ってこない派遣労働者の問題ですとか、あるいは健康診断の報告義務がない労働

者数が、先ほど言った中小企業等にあらわれます労働者数が1事業所で50人未満のところ等はなかなか法律で網羅されてこないところで、まだまだ産業保健分野での働く人のケアというところで、地域連携なども含めて政策が望まれるところだと思っております。

そういった中で私の大学や東京大学等と連携いたしまして、このたび厚生労働省からの費用の応援をいただきまして、メンタルヘルスの一次予防のリスクアセスメントツールの開発ということで、専門職がない労働現場におきましても、自分たちの職場でそのメンタルヘルスに関するリスクをみずからチェックをして、そしていい労働環境につなげていくといったところの研究も始まっております。そのような中で働く現場におきましては、自殺対策は鬱病対策ということの理解のもとでさまざまな学会等でのシンポジウムや研究会もたくさんされておりますけれども、先ほど言いましたように、まだまだそれが推進されていない中小企業が非常に多いということで、どのような仕組みの中でそこをカバーしていったらいいのかということが、今回の自殺対策大綱においても非常に大事なことでないかと思っています。

また今後ともどうぞよろしくお願ひいたします。以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

皆様の御協力のおかげで、時間内に見事に21名の方から自己紹介と御意見をいただきました。まだまだ御追加の御発言もおありかと思ひますけれども、時間的にほぼいっぱいになってしまいましたので、本日の議事は一応これで終了とさせていただきます。

○中山委員 全体の運営の話なのですが、冒頭、参事官からこの会議は年間2回ぐらい、多分9月と3月の週間と月間の前後ぐらいのイメージでおっしゃられたと思うのですが、せっかくの会議なので全体の会合は2回とか3回にしても、例えばさまざまな分野の対策の検討ですね。これは大綱があるということだと思ひますけれども、あるからよしということではなくて、例えば民間の皆さんとか、あるいは自治体から見てももっと掘り下げてほしい各省の対策があると思ひます。

きょうもいろんな御意見がいろんな分野で出たと思ひますが、これをどうするのかということからすると、例えばこの会議のもとに部会を幾つか置いて、そして日常的に問題意識も吸い上げていただいて、各省で検討していただくような体制の中で、例えば法制的な問題もあると思ひし、予算的な問題もあると思ひるので、それを予算の前の時期に1回開いて、そして確認をして予算要求をするとか、制度の要求をするとか、そういうようなことがないとせっかく官民の連携と言っているわけですから、全国的な動きにしようということなので、例えば間に入るときには国もあるけれども、自治体もあると思ひます。自治体で入っているのは首長的なことで言うと私しかいない。でも大切なのは都道府県とか市町村がどういう取り組みをしているのか。どういう問題意識を持っているのか。それを国とどういうふうに関連してやろうとしているのか。そして民間の皆さんとどうやっていくのかということが大切なので、それを検討するような体制をぜひ部会みたいなイメージなのですが、置いていただくことをぜひ御検討いただければありがたいという意見

でございます。

○樋口座長 この点については、事務局から何かございますか。

○杵淵内閣府自殺対策推進室次長 官民連携協働会議につきましては、官民の連携の協働を進めるための仕組みとしてつくるという形でつくらせていただいておりますので、官民連携協働を進めるために必要なことを進めていくという認識でございます。他方、行政サイドのいろんな仕事のやり方として、アドホックにいろんな形で課題を設定した上で進め出すということが今のところまだございませんので、まずは御意見を承りながら、必要に応じた対応をしていくことになるのだろうと思います。

途中お話に出てきましたうちの、特にこの連携協働会議をつくるに当たりましては、国レベルでこれだけ多くの方に来ていただいて、どうやって連携協働という話になるのだろうか。とりあえずいろんな立場の御意見を言うていただくことになってしまうのかなという問題意識を持ってございました。

他方、とは言いながら、こういう形でいろいろお話をいただきながら、それぞれがどういいう仕事に取り組んでいるのかということをもっと知っていただいて、その中でそれぞれ既にやられている方もいらっしゃるわけですけれども、また新たな連携協働のためのスタートのつながりの場にしていいただければいいかなという思いがあります。

もう一つ、地域レベルでの連携協働が大事なんだというお話がございまして、これにつきまして先ほど予防週間のところの説明でも申し上げましたとおり、ブロック会議という形でブレークダウンした形にしつつ、より具体的な課題で連携協働を模索していただくような取り組みをしてみようという形で今、考えているところでございます。このあたりにつきましてはそれぞれお取り組みいただいている方々から、そういったものもあるんだという形で御支援、御指導いただき、あるいは直接かかわっていただければと思っております。

きょういただきました御意見につきましては、直ちに、これまでも言われていてなかなか対応できていないものも含めていろいろございましたので、この場で直ちに御回答というのは難しいかと思っておりますし、そうした案件ごとによってどういう形でやっていくかというふうになっていくのかなと思います。

目安として年2回と申し上げましたけれども、自殺対策の状況が急激に悪化するとか、特定の対策が必要だということになれば、特に連携協働という観点から必要だということであれば、随時連携協働のための会議でございますので、開催を考えることもあると思います。直ちに部会、分科会をつくるというところまでは全然考えてもおりませんでしたので、今ちょっとそれについて直ちにそうあるべきですとかいうふうには申し上げられないと思います。どちらかと言えば、何か具体的な問題設定があった中で考えていくべきことかなと思いますので、きょういただいた御意見なども踏まえながら、引き続きいい形に進められるようにしていきたいと思っておりますし、もちろん、そういう意味で会の設定自体は大勢の方を集めるのでできませんけれども、委員の御立場から御意見を随時内閣府にお寄せ

いただくことはもちろんできますので、そういう形でお願いできればと考えるところでございます。

○中山委員 直ちに部会とか分科会ということでもなくとも、今お話になったようなことではあると思いますけれども、我々も言い放しで終わって、個別の話は個別の各省とどうぞということではなくて、これは真剣な問題として申し上げて、ただ、まだ申し上げていない問題もたくさん持っています。同時に最初の大綱の進行状況ということで、それについては意見の中でということであるので、なかなか言い足りないこともたくさんあると思うのです。なので、それらを受けて検討する。それは部会なのか分科会なのかどうなるかはわかりませんが、それはありようを考えていただければいいと思うのですが、いずれにしても検討を各省の中で、我々も入る形もあれなのですが、少なくとも言わせていただいて、そういう場などをぜひ御検討いただければありがたいと思います。前向きな話だと思いますので、ぜひよろしくお願いたします。

○樋口座長 清水委員、簡単にお願いたします。

○清水委員 これまでも自殺対策については「大綱のあり方検討会」から「推進会議」があって、そしてこの会議が3代目になるわけですがけれども、これまでの経緯も踏まえて言うと、私も中山委員のおっしゃったことに大賛成で、つまりここで発言したことがどういうふうにして対策に還元されていくのか、そこが不透明なままで、私は先ほど問題提起させていただいたときに、未遂者の情報の共有ですね。これは前回の推進会議の場で何回か申し上げているのです。それがどういうふうに検討されて、それがどういう結果になったのかということは適宜フィードバックいただかないと、我々は国民を代表してこの会議のメンバーになっているわけなので、それをちゃんと我々の責任を果たせるだけの仕組みをぜひ整えていただきたいと私も思います。

○齋藤委員 この3年間で自殺の数がかなり激減したわけですがけれども、この解析という背景について、国立精研の「生きる」で4月の時点ではたしかコメントがありましたが、非常に控えめなコメントで、その後、この辺の分析をなさっているのかどうか。今でなくて結構ですがけれども、データなどお教えいただきたいと思います。

以上です。

○樋口座長 それでは、ただいまの御意見を事務局でも検討していただきまして、今後の進め方の中で御検討いただければと思います。

きょうは長時間にわたりまして、ありがとうございました。事務局から次の予定のアナウンスをお願いしたいと思います。

○田邊内閣府自殺対策推進室参事官 次回の開催でございますけれども、平成26年、来年の1月下旬から2月下旬の間ということで追って調整させていただきますので、よろしくお願いたします。

以上でございます。

○樋口座長 それでは、本日の会議はこれにて終了させていただきたいと思います。どう

も御協力ありがとうございました。お疲れ様でした。