

官民が協働して自殺対策を一層推進するための特命チーム

(第2回)

議 事 録

内閣府政策統括官（共生社会政策）自殺対策担当



○村木自殺対策推進室長 副大臣、補佐官は間もなく着くと思いますが、定刻でございますので、始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

ただいまから「官民が協働して自殺対策を一層推進ための特命チーム」の第2回目の会合を開会いたします。

始めに、蓮舫自殺対策担当大臣からごあいさつをいただきます。

○蓮舫大臣 今日は関係者しかおられませんので、自殺対策がこの国の喫緊の課題、大きな大きな課題だというのは、皆さんと共有をしているところでございます。政府としても国だけではなくて、地方自治体、民間の団体、あるいは本当にこの自殺対策に共に取り組んでくださっている方たちの声を真摯に受け止めながら、効果的な本当に数を減らしていく結果を出すための取り組みをしたいと思ひまして、今回、特命チームを設け、今日からヒアリングを始めていきます。

今日は、日本医師会の御専門の皆様方に御無理を言ってお時間をいただき、お越しをいただきました。佐々木さんからも前回、第1回目を行ったときに、うつ病と自殺の関係、あるいは実際に大塚さんが診療されていて、医療現場における連携の在り方とか、精神疾患に対する国民の皆様方の理解も含めて、それと自殺につながる因果関係の高さというものの問題提起もなされましたので、現状、あるいは解決の方向性があるのであれば、今日は示唆をいただき、いろいろな部分で御議論をいただき、一つの私どもの重要な参考にさせていただければとお願い申し上げます。

○村木自殺対策推進室長 それでは、議事に移らせていただきます。大臣からもお話がございましたとおり、団体ヒアリングの第1弾ということでございます。日本医師会から今日は4人の先生方にお越しをいただきました。まず、先生方から御説明をいただきまして、その後意見交換をしたいと存じます。

大変短い時間で恐縮でございますが、4人の先生方から併せて25分くらいをめどに、この時計で3時半くらいまでをめどに御説明をいただければ大変助かります。よろしくお願いいたします。

○三上日本医師会常任理事 資料の順番に説明させていただきます。

最初は高橋先生からお願いいたします。

○高橋日本医師会精神保健委員会委員長 資料1をごらんください。うつ病対策と精神科医療について説明いたします。

1番、うつ病というのは、決してまれな病気ではありません。統計にもよるのですが、一生の間にうつ病にかかる率は10人に1人とも言われています。もっと多いという調査結果もあります。

2番、図に示しましたように自殺が起きる前に何らかの精神科診断に該当する率というのは、極めて高いのです。その中でも特にうつ病が自殺と密接に関連しています。

3番、うつ病の三大症状には、気分や感情の症状、思考や意欲の症状、そして身体に表れる症状があります。一般の方はうつ病になっても、自分がうつ病にかかっている認識が持たないということがよくあります。そのために最初から精神科を受診する人は決して多くありません。特に眠れない、食欲がわからない、あるいは疲れやすいといったさまざまな身体症状でもって、現実にはどの科にかかっているかという、うつ病だから精神科かという、決

してそうではないんです。

4番、うつ病になった人が一番先にどこに受診しているかということですが、最初から精神科に行っている人は6%に満たない。心療内科を併せてもせいぜい10%以下です。ほとんどのうつ病の患者さんは初診の段階では、精神科を専門としない、地域でいつも自分の体を診てもらっている、かかりつけの先生のもとに受診しています。ほとんどの場合が身体の症状を訴えてですね。

5番、うつ病対策が自殺予防につながるかというような疑問がよく出てくるんですけれども、きちんとうつ病を診断して、治療に乗せるということで、自殺予防の効果が出たという例は幾つもあります。そのうち日本の例とスウェーデンの例を2つ挙げてあります。新潟県東頸城郡松之山町での高齢者を対象とした取り組みがあります。新潟県は自殺率が高い県のひとつですが、その中でも特に高齢者の自殺率が高いということを問題にして、1980年代の半ばから対策を始めています。

まずスクリーニング検査をして、うつ病の高齢者の治療を始めました。高齢者は、特に精神科に対する抵抗が強いのです。ですから、どうやって治療を始めたのかというと、地域で活動をしている内科の先生を通じて治療をしていきました。精神科医もその内科医にアドバイスをするんですけれども、あくまでも内科医が治療の中心となったそうです。そして、また大変重要な点は保健師がこのハイリスクのうつ病の患者さんをしばしば訪問しました。もう一点、地域の人が年を取って働けなくなったら、生きている価値はないという考え方をする傾向が強かったというところに働きかけて、保健師さんが地域住民に対して、お年寄りの問題であったとしても早い段階で適切に問題を見つけて対処すれば、十分に問題は解決できると、啓発活動をしていったということです。この3つの柱でもって高齢者の自殺率を下げることができました。

スウェーデンのゴットランド島では、その地域でかかりつけ医に対して、うつ病に対する啓発、生涯教育を進めていきました。そうしたところ、この地域における自殺率が減ったということが報告されています。これは非常に世界的にも有名な調査活動ですね。こういう例が幾つもあります。

そこで日本医師会の取り組みに関してですが、かかりつけ医に向けたうつ病・自殺予防のマニュアルを2004年にまとめまして、それを日本医師会の会員全員に配って、その年の医学部の卒業生にも配っています。2008年に改訂版も出ています。これを使って、日本医師会で研修会を開催し、また、現在、全国の医師会等の研修会でも活用されています。

6番、うつ病の治療についてです。うつ病の治療には2つの車の両輪がありまして、薬物療法と心理療法です。今ではSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）、SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）といった新薬が登場してきました。私が研修医だった30年くらい前ですと、抗うつ薬は非常に副作用が強くて、使いにくく、専門医しか使えないというところでしたけれども、比較的副作用も少なく、効果も同じように上がる。ような薬が最近では出てきました。

もう一つは心理療法ですね。認知行動療法とか弁証法的行動療法。この2つが大きな柱になります。

ところが、しばしば我が国では、うつ病治療は薬物療法に偏っているという批判があります。ただ、これは現場の精神科医として見ると、かなり安易な批判と考えられるところもあ

ります。というのは、十分な心理療法を実施しようとしても、適切な診療報酬体系になっていないという問題もありまして、なかなか十分な時間や人を割けないという現実があります。

一つ例を挙げると、精神科医の数も不足しています。国のレベルで自殺予防対策が進んだと言われているフィンランドなどを見ますと、人口比における精神科医の数は日本の3倍くらいあります。ですから、そういった問題も背景にはあります。

今後の課題ですけれども、うつ病に対する正しい地域を一般の人々、医療関係者全般に広めていって、偏見を減らすということが必要です。先ほど言いました、うつ病のゲートキーパーは精神科医というよりは、むしろかかりつけ医の先生ですので、医療従事者を対象として、うつ病に関する生涯教育を実施する必要があります。

更に、精神科医療の一層の充実を図る必要もありますし、うつ病で自殺の危険の高い人を適切にフォローアップして、支えていくというシステムも必要であると思います。これも後でもう少し詳しく説明がありますけれども、かかりつけ医と精神科医の間の地域における紹介のシステム、連携のシステムを整備することも重要だと思います。

以上です。

○渡辺日本医師会精神保健委員会委員 精神科診療所協会の渡辺と申します。よろしくお願ひいたします。この資料（資料2）に沿ってお話をさせていただきます。

今、高橋先生からもお話がありました、自殺予防とプライマリ・ケアということですが、WHOが2000年に自殺予防の手引きというのを出版しております。自殺をした人の40～60%は自殺する以前の1か月間に医師の下を受診していたことを研究の結果が示しております。しかし、その多くは精神科医ではなくて一般医の下を受診しているということもわかっています。自殺した人の大多数が精神保健の専門家に受診せずに、最後の行動に及んでいるということがわかりました。したがって、プライマリ・ケアの場において、精神障害を早期に診断し、専門医に紹介し、適切な治療を実施することは自殺予防の重要な第一歩となるということをWHOが提言しております。

一般医と精神科医の連携における自殺防止のポイントを4つのステップでまとめてみました。

まず最初は、精神的変調をきたしているにもかかわらず、医療機関を受診していない市民の方に、まずは医療機関を受診してもらうようにする。主に啓発的な活動が必要。

2段階目、一般医・かかりつけ医、プライマリ・ケアの先生方を受診した患者さんの中で、うつ病を始めとする精神障害の者がかかりつけの先生方がまずは見落とさないということ。

3段階目、一般医・かかりつけ医を受診した患者さんの中で、自殺念慮のある者、あるいは自殺企図などにより救急医療を受診した人たち。こういった人たちを精神科医療機関につないでいただくこと。

4段階目、精神科医療機関を受診した自殺念慮の強い患者さんに対して適切な精神科医療を我々が提供できること。

こういう4段階に分かれると思います。

一般医・かかりつけ医の先生方には、今のポイントの2番目と3番目、見落とさない、つなぐというところをお願いするわけですが、実はそこはなかなか簡単なことではありません。一般医におけるうつ病診療の課題ということをまとめてみました。

うつ病というのは、実は診断が困難であります。特に一般医の先生方においては、正常範

囲の抑うつ反応かうつ病かの区別が難しい。と申しますのは、かかりつけの先生方は一般の市民の方々の一生をずっと見ておられます。そうするとライフサイクル上、あるいは日常生活上にいろいろと困難なことがあって、日常生活に伴っていろいろな落ち込みがあるわけです。例えば御主人が亡くなった、あるいは息子さんが試験に失敗した。そういった日常生活上における困難。それに伴う当たり前の落ち込みが当然あるわけです。当たり前の落ち込みなのか、それがもううつ病レベルに至っているかどうか。この区別はとても難しいわけです。

例えば御主人が失業して落ち込んでいます。これは当たり前のわけです。ところが、その落ち込みがうつ病のレベルに至ってしまっていることもあります。ここの区別はとても難しい。そういった意味で一般の先生方においては、特に病的な落ち込みなのか、当たり前の範囲の落ち込みなのかの区別はとても難しいことになります。

それから、治療の導入が難しい。うつ病は名前こそ有名になっておりますが、本当のところの病態は一般の先生方、あるいは市民の方々に御理解をいただいております。したがって、精神科医療の必要性が分かりにくい。例えば失業して落ち込んでいる場合、仕事がないから落ち込んでいるのに、何で医者に行かなければいけないのか。御本人も医療が必要だと思えない。周りも失業して落ち込んでいる方を医者に行かせようという発想にならないんです。そういった難しさがあります。

もう一つは、精神科医療への不安がまだまだ強いところがあります。

さらにうつ病というのは治る病気ではあるのですが、実はなかなか簡単に治るとも言えないところがあります。治療困難例も少なくありません。常に自殺の危険性を伴っております。そして、うつ病の場合には、まず休養を取ってもらう。休んでいただくということが一番重要なポイントであるということは昔から言われているわけですが、昨今なかなか休めない。

例えばお勤めになっておられるサラリーマンの方が来られて、うつ病だからまず1ヵ月休んでくださいと言っても、1ヵ月休むと私はもう会社を首になります、生活が成り立ちませんというような方が多くなりました。となると、何とか休ませずに治療をしていかなければいけない。非常に際どい治療をしなければいけないという状況もあります。

こういったこともありまして、一般医におけるうつ病診療は実は難しく、危険を伴っています。したがって、精神科専門医と密接な相談・連携システムの構築は不可欠であろうと思います。

今度は、連携を受ける方の精神科医療側の課題をまとめてみました。精神科医療は希死念慮のある患者さんを治療していくわけですから、うまくいかなければ自殺につながります。すなわち精神科医療自体が自殺予防の行動であると言ってもいいかと思います。となりますと、自殺予防、連携医療として適切な精神科医療を提供できる仕組み、我が国の医療制度がこういった仕組みになっているかどうかという問題になります。

お金の話になって非常に恐縮ではありますが、現在の保険診療報酬上の評価の現実はこうなっております。まず時間をかけての診療が困難です。先ほど高橋先生もおっしゃっていましたが、実は精神科医にとって唯一の技術料である通院精神療法。これは30分までは330点、3,300円です。30分を超えても4,000円ということです。1時間かけて話をしても4,000円。再診料などを加えても4,700円ですべてなんです。部屋代、事務員、看護師、その他給与、これで賄うことはまず不可能です。したがって、時間をかけての診療は構造的に不可能であります。

それから、きめ細かな対応が困難です。例えば自殺念慮の強い方には、2日か3日おきには来ていただきたい。顔を見せてほしいわけですが、実はこの通院精神療法は週に1回しか算定できない。1週間内に2回、3回来られたら、これは再診料のみしか請求ができません。

家族への説明などもとても大事ですが、家族への説明などには評価がありません。

また、会社関係者、学校関係者などへの対応も全く評価がありません。全くのボランティアでやらなければいけない。こういった状況になっております。

更に、うつ病などの患者さんは、その背景としてはさまざまな生活の問題、あるいは心理的な問題を抱えておられます。そういったことから、精神保健福祉士や心理士といった人たちの関わりがとても重要になるわけですが、心理士、精神保健福祉士の関与に対しても実質評価が全くありません。評価がないということは、医療機関としては、そういった人々を雇用するという事はとても難しいことになります。

このように自殺リスクの高い患者さんへの対応を考えると、現在の保険診療報酬体系では十分な精神科医療を提供しがたいという状況になっております。

最後に一般医・精神科医連携を構築する課題をまとめてみました。

まず、未受診者の医療機関の受診を促す。一般市民の方々に対して、うつ病などの正しい知識の普及啓発が必要です。うつ病は非常に有名になっておりますけれども、実は名前だけが有名になっていて病態は正しく認識されていません。例えばどんな講演会でも一般の方にうつ病と知っていますかと問うと皆さん知っていますと手を挙げられる。次に失業して落ち込むという当たり前の落ち込みとうつ秒の落ち込みの区別が分かりますかと聞きますと、だれも分からないんです。うつ病は実際に名前だけが有名になっていて、その病態はほとんど皆さん御存じない。

二番目には、一般の医療関係者の知識の向上も必要です。医療関係者においても実はまだうつ病の病態を正しく理解されていない方が少なくありません。一般医、医療関係者、こういった人たちに正しい精神科医療の知識を持っていただきうつ病というのはどういう病態であるのを知っていただかなければいけません。それが分かっていたら、なぜうつ病に薬物療法が必要かということも分かっていたらと思います。

3番目、地域における一般医と精神科医とのネットワークづくりが必要になってきます。特に顔の見える関係。それを地域の中でつくっていくということが大事なので、群市区医師会レベルでのネットワークづくりが重要だと思います。

更に、精神科受診への抵抗の軽減。これは一般の方々への啓発、偏見をなくすという運動が必要になってくると思います。

最後に、適切な精神科医療を提供できるように、医療環境、診療報酬制度といったところを整備していただければならないと思っております

以上です。

○三上日本医師会常任理事 日本医師会の三上でございます。資料3をごらんください。

一般医・かかりつけ医等の自殺対策の取組みとして、日本医師会における取組みを中心に紹介させていただきます。

2枚目、現状と課題が書いてあります。近年、うつ病の多くは中高年の男性、働き盛りの方が多くなっておりまして、特に大都市圏に多くなっているという現状がございます。

3枚目、自殺の動機として、うつ等の健康問題が多いわけですがけれども、うつは身体症状

が出現することが多いため、患者の9割以上が、初めに精神科以外の医師、内科等のかかりつけ医にかかっています。このため、かかりつけ医が早期に発見し、精神科医との連携によって、早期に治療することが大事だと考えております。このようなことから日本医師会においては、かかりつけ医に対するうつ対策、自殺対策を中心に取組んでおります。

資料にありますように、自殺予防マニュアルを2巻発刊し、日本医師会全会員とその年の医学部卒業生全員に配布いたしました。第2版については机上に置かせていただいております。が、

また、うつ・自殺対策をテーマに研修会を二度開催いたしております。平成19年には、地域医療における自殺予防研修会と銘打ちまして、政府の自殺総合対策大綱における医師、医師会の役割や各地域等における先駆的対策を参考に、地域医師会における自殺予防に向けての取り組みを促進することと、かかりつけ医に対する啓発を目的に開催いたしました。

自殺予防の基礎知識やプライマリ・ケアにおけるうつ病の診断と治療について講演を行い、9枚目にありますように、それぞれの地域等における自殺予防の先駆的取組についてシンポジウムを行いました。

平成20年の開催には、日本医師会かかりつけ医うつ病対応力向上研修会と題しまして、こちらも同様の目的ですが、厚生労働省のかかりつけ医うつ病対応力向上研修事業実施要綱に定められるカリキュラムに基づいて行っております。

基礎知識編、診断編、治療編、連携編ということで、特に連携編では富士モデル事業の概要やかかりつけ医の立場、精神科医の立場から講演を行いました。

机上に置かせていただいておりますが、これらの研修会につきましては、それぞれ講演記録集を作成し、日本医師会全会員に配布いたしております。

更に平成20年7月に座談会を開催し読売新聞の全国版に紙上採録として掲載いたしました。この座談会の詳細な内容につきましては、平成20年の研修会講演記録集に掲載しております。

内閣府の睡眠キャンペーン、自殺予防週間への協力として、全会員への啓発ポスターの配付、啓発DVDへの推薦メッセージ、全会員へのDVD配付、日医ニュースにおける周知等を行っております。

今期の日本医師会では、精神保健委員会（プロジェクト）を設置し、諮問事項「うつ・自殺対策における具体的対応の提示」について、鋭意検討いたしております。今日お見えの先生方には、委員としてご参画いただいております。

地域医師会における先駆的な取組みとして、静岡県富士市、富士市医師会等において実践されている富士モデル事業を紹介させていただきます。この富士モデル事業は内閣府の睡眠キャンペーンのモデルとなったものでございまして、睡眠キャンペーンと精神科医への紹介システムが大きな柱になっております。うつにおける身体症状はいろいろありますが、特に不眠はほぼ100%出現いたしますので、不眠に着目した事業となっております。

睡眠キャンペーンは、娘から父親に、「パパ（お父さん）、ちゃんと寝てる？」等と不眠を切り口とした明確なメッセージを伝えることを特徴としております。テレビでもCMを流しておりますが、併せてポスター、リーフレット等も作成し、啓発しております。

もう一つはかかりつけ医と精神科医との紹介システムについてですが、うつ病患者は不眠、不定愁訴を訴えて外来を受診しますので、これにどのように対応するかということで、2週間以上、毎日眠れない場合、また、睡眠薬を使用しても効果が不十分である場合は、うつ病



の可能性を考慮し、専用の紹介状でチェックをして、精神科医へ紹介するようにいたしております。23 枚目にその紹介状を示しております。

今後の取組みとして、うつをテーマにした啓発ポスターを作成し、来年1月20日号の日医ニュースに同封のうえ、日本医師会全会員に配布する予定としております。これは自殺対策強化月間に向けての取組みとして行うものでありまして、細川貂々さんが描かれたコミックエッセイである、『ツレがうつになりまして』のイラストモデルを使わせていただきました。

以上でございます。

○河崎日本医師会精神保健委員会委員 日本精神科病院協会の河崎でございます。

資料4を見ていただければと思います。私は今日は救急医療の現場における自殺対策がどういう状況なのか。あるいはそこにどういう問題があるのかという部分について、発言をさせていただきます。

1 ページ目の下のグラフ、これは平成21年中の救急自動車による事故種別の搬送人員が総数で約468万人ございました。そのうち、いわゆる自損行為、これは自殺企図者と考えていただいているかと思いますが、それが5万2,630人。全救急発動の1.1%がこういう方たちを搬送したということでございます。

これはその下のグラフを見ていただきますと、平成10年ごろから少しずつ増えてきていた。この柿色のところでございますが、やはり増えてきている。ただし、全体の中でのパーセンテージは1.1%程度で、横ばいであるというデータでございます。

2 ページの上のスライド、これは同じように平成21年中の急病という形で搬送された人員は約286万人いらっしゃいます。そのうち精神系の病気、いわゆる精神疾患として搬送されている方たちが12万8,000人程度、4.5%程度。ですから、我々精神科の救急現場、あるいは一般救急現場には大体年間こういうくらいの方たちが搬送されてきているということでございます。

そういう状況の中で下のスライドでございますが、現在の医療体制における問題点。かなり簡単に簡略化して書いておりますが、一言で申し上げますと、日本の救急という現状の中では、精神科救急の体制と一般救急の体制がございます。その中で精神科救急の体制というのは、精神疾患の症状が急性に増悪をなされるような方たちを対象としているわけでありまして、一般の救急医療体制は身体的な疾患でございます。例えば自殺未遂の方たちは、多くは救急医療の体制、一般の救急医療の方へ搬送されるわけですが、現実的には一般の救急医療機関の中に、精神科を有している医療機関はほとんどないということでございまして、ここが一番の大きな問題点でございます。つまり精神科と身体科の連携による受入れ態勢の整備。これが非常に喫緊の課題ではないかと思っております。

3 ページの上は、一つのイメージ図として示しております。つまり患者さんが発生をしたと。これが精神的な問題であれば、右下の方の精神科の救急医療体制の方に運ばれます。しかしながら、精神疾患を持っていながら自殺を図られるというような場合には、この真ん中のいわゆる救命救急センターをトップとした、いろいろなレベルの一般の救急の方に運ばれるわけです。そこで身体的な治療が落ち着くと、もう一度、後方の精神科医療機関の方に運ばれる。

あるいは最も重要なのは、そういう身体科での処置を行う医療機関と精神科での処置を行う医療機関が本当にうまくここで連携を取れる体制をつくり上げていくのが極めて重要な

ですが、現状の日本の状況では、ほとんどこれはいま構築はされていないというところが大きな問題点だろうと思います。

下の方に、一般の病院の精神科における身体合併症を持った精神科救急の患者さんへの対応を3点挙げておりますが、今日の課題は2つ目の「自殺を図り、救命救急センターに搬送された精神疾患患者への対応」だろうと思っております。

4 ページ、上の方は済生会の横浜市東部病院の吉邨先生のデータをお借りいたしました。この病院に平成20年度及び平成21年度の2年間に救命救急センターに2,581例の患者さんが搬送されたわけです。そのうち自殺未遂の患者さんが154例あった。つまり6%であります。この6%の154例の方がその後どういう転帰をお取りになったかということです。この病院に併設をされている精神科病棟に転棟なされたのが24%、残りの76%の方は直接退院をなされたり、あるいは他の一般科の病棟の方に転棟をなされたということで、つまりこれが先ほどの先生方の御意見にもありましたが、この後のフォローがしっかりと精神的に行われていないのではないかというところが問題だろうと思っております。

5 ページ、上の方に実はデータを示しておりますが、これは平成22年におけます自殺者の自殺未遂歴があるかないかによって、その自殺者の方たちの男女別、年代別の図を示したものでございまして、すべての年齢階級で自殺未遂歴がありの方は女性が多いわけですが、特に女性の20代、30代では45%以上の方が自殺の未遂歴があったということでございます。

○蓮舫大臣 未遂歴というのは、どこまでのことを言うのですか。

○河崎日本医師会精神保健委員会委員 はっきりと自殺を既遂なされた方を振り返ってみて、その人が以前に自殺未遂がおありだったのかどうかという形で見ておりますので、例えばストカットとか。

○蓮舫大臣 思ったということだけではなくて、自傷的な行動を伴っているという未遂ですか。

○河崎日本医師会精神保健委員会委員 そうです。実際に自殺企図を図られたということでございます。ですから、特に女性の場合には、こういう年代の方たちには一度、自殺未遂歴がおありだと、その後、極めて危険度が高いということだろうと思っております。

そういう意味で下のスライドでございまして、こういう自殺未遂者の再度の自殺を防ぐためには何が大事なのかということでございます。やはりこういう方たちが社会復帰をどういうふうに果たしていかれるのかということまでを視野に入れなければいけない。これは先ほども申し上げましたように、自殺未遂歴の方は1年以内に自殺の既遂に至るリスクが高いということは、統計的に報告をなされています。

6 ページ、自殺未遂の方のケアが自殺の再企図を防ぐために行われるということでございますので、現実的なゴールとすると、地域ケアを利用した社会復帰。こういうことが現実的なゴールであろうと。そのためには身体的治療と精神医療の導入にプラスして、自殺未遂者や家族の方たちへのさまざまな支援が必要になると思います。これを行うには、チーム医療、いわゆる多職種、多くの職種の人たちが参加をした、そういうチーム医療が地域の中で実践されていくということが極めて必要だろうと思います。

最後に、こういうことをまとめた提言を書かせていただきました。

1 番目、一般救急で自殺未遂として搬送されてきた患者さんへ、救命センター等での精神科医がしっかりと関与できる体制を是非つくり上げていかなければいけない。現状はほとん

どうこういうことは、特殊なところ、特別なところでは行われていても、日本全国という部分で見ると極めて、まだまだ乏しいということは過言ではないと思います。

2 つ目、精神科救急体制と一般救急体制。これは常に連携を取りながら、自殺未遂あるいは自殺を図った人たちへ関わっていくということが必要かと思います。

最後に、退院等で地域へ戻った際に、地域の中でしっかりと支えていく地域ケアシステム。これをどういうふうに構築をしていくか。この3つの点が救急というところの切り口で、自殺の方たちへの対応を考えた際に重要なものであらうと思っております。

以上でございます。

○村木自殺対策推進室長 ありがとうございます。

それでは、4人の先生方の御説明を踏まえて、これから意見交換に移りたいと思います。御自由にどうぞ。

○大塚構成員 長崎県のこども・女性・障害者支援センターといたしまして、精神保健福祉センターや児童相談所が一緒になったところで所長をしています、精神科医の大塚でございます。

かかりつけ医と精神科の連携に関しまして2つほどお尋ねします。

両者の連携の強化に関して地元でいろいろなことをやっていますが、かかりつけの先生方は精神科のうつ病の診断とかを難しいものだと考えて、余り参加されない方もおられます。その点、富士モデルは、不眠だけに注目してもらって、かかりつけ医の先生方が取り組みやすい働きかけという点ですごいヒット作だと思っています。私の出身である長崎大学精神神経科学教室はWHOの国際協力センターでしたが、WHOはCIDIという構造化面接を開発していますが、これは非専門家でも診断できるように、患者さんに対して「2週間以上眠れないことがありますか？」といった決まった質問しか聞いてはいけない診断システムですが、このような診断システムでも結構うつ病は診断できます。ある意味、かかりつけの先生方にうつ病の診断は難しいのではなくて、簡単だよと、そういうアプローチも必要だと思います。

もう一つは薬物療法についてですが、先ほど日本の精神科医療が薬物療法漬けだと言われていますが、私はむしろ薬物療法がきちんとなされていないケースの方が多様な気がします。かかりつけ医の先生に簡単な診断のシステムと初期の薬物療法の徹底をすれば、かなりの方がきちんとした治療を受けられるのではないかと考えています。

医師会として、連携がうまくいくために一工夫とか、何かされているのでしょうか。かかりつけ医の先生の中にはうつ病への関わりに消極的な先生も多く、また、精神科の先生たちも忙しくて協力ができないということが、地域ではよく見られるのですが、何か具体的にイメージはございますでしょうか。

○高橋日本医師会精神保健委員会委員長 その話もよく出てくるのですけれども、単に照介システムをつくっただけでは済まない。特に富士モデルや大阪のGPネットなどで言われている点ですが、顔の見える関係づくりをすごく皆さんが強調しています。かかりつけの先生から精神科医に紹介するというシステムとか、紹介状をつくっているだけではなくて、定期的に症例の検討会をすとか、直に精神科の医師と精神科医外の医師がよく顔を合せて、すぐに気楽に相談できるという関係をつくっておかないと、システムをつくっただけでは動かないということ聞きます。

また、うつ病の薬物療法については、どこまでかかりつけの先生にお願いするのも見極めないと、長期にわたって重症の患者さんを専門でない先生が抱えてしまう危険性もありますので、そういった点も重要になってきます。いずれにしても大切な点は、ごく気楽に何かあったらこういう患者さんについてはどういうふうに対応したらいいのだろうか、すぐに相談できるような関係づくりが大切だと考えております。

○大塚構成員 我々は大臣や副大臣も構成メンバーである特命チームですので、我々に対する御提案とかございませんか。顔が見える関係というのは、私らも地域でやっていますけれども、結局意識の高い先生たち同時で頑張っている場合が多そうな気がします。我々が精神保健でやってきたこと、うつ病の早期発見、早期治療は確実に自殺対策、自殺の減少につながるの、あらゆるデータが示していると思いますが、それがやれている場所が精神保健の領域だけだったから減らなかったわけですから、これまでの実践を精神医療・精神保健以外の領域に広げるためにはどういったことを国が考えるべきだと思っておられるのでしょうか。

○渡辺日本医師会精神保健委員会委員 おっしゃるとおりだと思います。試みということと言いますと、我々の地域では、新しい試みとして、精神科診療所の周りの一般科の先生方に精神科診療所に来てもらって、勉強会をしたりしています。そうしますと、精神科診療所を見てもらえて、身近に感じられるんです。そういったことで顔が見えて、しかも精神科医療が身近に感じられます。こういった動きがもっと増えていくといいと思っております。

先ほどもおっしゃいましたように、うつ病の診断がもっとわかりやすく簡単で、しかも的確にできなければいけない。先ほどの当たり前の落ち込みとの区別は、なかなか一般の先生方も区別ができないので、大阪府での研修では睡眠がとれているかどうか。それまで好きだったことが楽しめているかどうかの2つに絞って、これが1週間、2週間と続いている場合には、当たり前を通り越している可能性がありますよといった説明をしております。

当たり前を通り越しているというのはどういうことかということ、心理的レベルを超えて脳の機能の障害にまで至っている。セロトニン、アドレナリンなどの障害にまで至っているということです。だから、薬物療法も必要になってくる、休息も必要になってくるんですよと、内科の先生方にわかりやすい説明をするように心がけております。

研修の方法を我々が工夫することも重要ですが、もう一つは、一般科の先生方にそういう研修を受けに出てきていただくということが重要です。一般科の先生方のところに精神科の患者が行かれていますのですが、一般科の先生方の中にはまだ精神疾患の人は来ていないと言われる方が少なくありません。それは気が付いておられないのだと思います。そういった方々は研修会に出てこられないのです。したがって、研修会に出るということは何らかの形で、促進していただけるような取組みが必要になってくると考えます。

特に今度精神疾患が4疾病5事業に加えられ、医療計画を立てなければいけなくなってくるから、地域における医療計画を立てる際にかかりつけの先生方、他科の先生方はうつ病の研修を受けることを制度化していくのがいいのではないかと、個人的には考えております。

○河崎日本医師会精神保健委員会委員 今の課題に関してですが、精神科医と一般科、精神科以外のドクターとの間でお互いに内容や状況をその地域の中でしっかりと理解し合うことが一番基本だろうと思います。実は医師研修制度が新しくなったときに、精神科が必修科目になりました。

ところが5年後の見直しのときに残念ながら、これは選択必修といいまして、必ずしも必

修ではなくなってしまうわけですから。これを是非もう一度必修化をして、精神科を卒後2年間に必ず勉強するんだ、経験をするんだという若い先生方をしっかりと養成をしていくことによって、ある程度、中長期的に精神科医と精神科医外の先生方とがお互いにその垣根をなくしたり、あるいは理解し合えるという土壌づくりには非常に貢献するのではないかと思いますので、是非その辺りはよろしく御検討を願いたいと思います。

○三上日本医師会常任理事 今の医師臨床研修制度の問題についてですが、必修科目が7科目から3科目に減ってしまって、精神科での研修が選択必修になりました。しかし、レポートは出さないとはいけません。研修医の方々のお話を聞くと、精神科を回らずにレポートだけ出すということですので、そこにも不整合があります。できれば、1か月なり必修科目に入れていただけるとレポートも出せるし、実際に経験ができますので、いいのではないかと思います。

○蓮舫大臣 実際に医師になった方は、そういうふうには何らかの形で義務づけをやった方がいいと思いますが、医師になろうとしている学生さんはどうなんですか。学生さんに対する教育。

○三上日本医師会常任理事 現在は以前と違って教養試験がありますし、しっかりとシステマティックになって、かなりレベルの高いモデルカリキュラムがありますので、そのような中では精神科医療については十分な教育ができていると思います。

○蓮舫大臣 ということは、そこで十分な対応がされていなかった学生さんたちが一番最初に診療報酬の高い内科医になっている場合に、そこで患者が止められているという実証的な数はあるのですか。つまり、そういうのが義務づけられていない教育課程で医師になった世代と、義務づけられて医師になった世代の分水嶺というのでしょうか。内科医だけでもいいですけども、それによって対応が違うといいますか。ヘルプ率が違うというか。

○三上日本医師会常任理事 臨床研修が必修化されて、スーパーローテーション形式になってから日がまだ浅いため、その方々のうち多くは開業されているわけではなく、大学で勤務医をされている確率の方がずっと高いです。

○蓮舫大臣 実証として出ていないんですね。今、精神科医の人は医師の何%ですか。

○渡辺日本医師会精神保健委員会委員 1万5,000人くらいですから、6%くらいです。

○蓮舫大臣 つまり一般医と精神医をつなげるというのはよくわかるし、救急の場において、そこをうまく流してあげる。あるいはどちらが先なのかというのをシステマティックにするのはわかるのですが、全体の6%で果たして本当に現実的にそれができるのか。開業している場所でいったら、恐らく都心部が多いでしょう。それで僻地において、精神科医さえもないところにおいて、ある種の意識、どちらかというとな精神科医に対する周りの目が、残念ながらまだ進展していないところにおいての課題。恐らくそこは幾つか段階を経て、同時にやるのだったら、どういう形でやるかというブロック単位で提案をしていった方がいいんですか。

○河崎日本医師会精神保健委員会委員 先ほど渡辺先生がおっしゃったように、今回その4疾病5事業に精神科医療が入ったというのは、すごく大きなチャンスだと思いますし、そのことによって、その地域も医療計画の中に必ず精神疾患に関しての医療体制を組み込まなければいけないということになりましたから、それが一つの突破口にはなるのかなと。

ただ、今、大臣がおっしゃっておられますように、かなり地域差があるわけです。都市部

とそうでないところで精神科医がどれだけ偏在しているのかという問題がございますので、逆にこの解決策は一体どうすればいいのか。

○蓮舫大臣　しかも診療報酬がこの体系ですから、はっきり申し上げて、成り立たないわけでしょう。

○河崎日本医師会精神保健委員会委員　そうです。

○蓮舫大臣　かと言って母数が少ないわけですから、医師会をもってしても、大きな声にはならないわけでしょう。

ただ、佐々木さんから1回目に聞いたときに、うつへの対応で家族の理解のある人たち。私はそれもまだ少ないと思っています。アプローチはいろいろな方向があるのですが、そういう地域性とか偏在されたところにおいての最もいい方法は何らかの形で考えないと。医師会として、今まで取り組んだことがありますか。

○三上日本医師会常任理事　遠隔医療ですとか、精神科の問題は身体救急と違って、基本的にはある程度時間的余裕があります。心筋梗塞や脳卒中と違って、少し距離が離れていても対応が可能だということがありますので、僻地におきましても、遠隔医療についてはかなり期待が持てると思います。

○大塚構成員　僻地は、私は離島で勤務歴があります。人口5万人くらいのところに精神科医が2人いれば、何とかできるのは間違いないですが、結構タフな仕事でした。

ですから、やはり精神科医だけではできないから、かかりつけ医の先生の協力が必要です。それで医師会として、その多くのかかりつけ医の先生にうつ病対策に参画していただけるように、せっかくなつくられたこのマニュアルを、関わりを避けているような先生にも読んでもらうような仕掛けをするには何が必要だと考えておられますか？医師会でやっていただければ、それが一番ですが、国がどういうことを応援すれば、さらなる事業展開が期待できるかという御提案をしていただくと、多分先に進むような気がするんですが、どうですか。

「こんなシステムがあったらいいな」というご意見ははよくあるけれども、具体的にどうしたらいいのかとというご提案をしていただきたい。さっきも言ったように、富士モデルはあそこまでシンプル化した試み、渡辺先生がやっておられるG-Pネットなど、そういったのは効果があるわけでないですか。それをもっと広く全体にかかりつけ医の先生が研修していただけるような仕掛けというのは何かないのでしょうか。

○三上日本医師会常任理事　日本医師会の中に生涯教育制度がありますが、これは基本的には任意のもので、モチベーションの高い方はすごくたくさん勉強されるわけですが、そうでない人は先ほどあったように、研修に来ないということになりますので、この生涯教育制度の価値が非常に高まってきて、インセンティブが働くようなことがあれば、かなりの方が研修に参加されるのではないかと思います。

○蓮舫大臣　インセンティブですね。自治体が何かどこかで取り組んでいないんですか。精神科医にそのほかの専門医の方が来ていただいて、お互いに相互理解を進めるというような、そこを促していくような取組は、例えば自殺基金でそういう事業をやっているということはありませんか。

○齊藤自殺対策推進室参事官　恐らく今、言ったような形のものは、まだまだ手が付いていないと思います。どちらかというと基金で今やっているのは、救急の分野では、救急のところの連携に関するモデル的な事業は大分手が付き始めていまして、恐らくそういったことを

やっていけば、一般的な周辺の一般医の方の連携のための事業とか、そういうところも広がっていきと思いますが、今の段階ではそういったことは余り聞いていないです。

○末松補佐官 関連ですけれども、何時間話をしても4,000円だと。そこは非常に診療報酬問題があるというお話でした。患者さんというのは精神的なショックを受けて、経済的なショックも受けたりしてなっていて、そういったお金がかかることに対して、ひょっとして影響があるかもしれない。そういった場合に自殺の基金で、何か関連で補助できるような形というのはつくりえないのかと。診療報酬そのものを変えらるとなると大変な話になってしまいますからね。

○佐々木構成員 先生方にお聞きしたいのですけれども、資料1のうつ病と自殺の関係に、うつ病で自殺をした人が30%と書いてあって、これは年間3万2,000人の方が死ぬわけですから、うつ病で1万人の人が自殺をしたということになりますね。では、うつ病は何人いるのか。

一説によると、通院しているのは70万人と言う人もいれば、400万人いると言う人もいますが、要するに100万とかそういうオーダーの人がいて、その中で自殺をする人は1万人いた。自殺をして1万人が結果的には亡くなるんですけれども、未遂で終わった人は、私がこの間申し上げたのは多分10倍くらいいるのではないかと思っておりますが、それでも数万人かそこらの人ですね。

アルコール依存症がその下に書いてありまして、17%。アルコール依存症にかかって亡くなった方がこれくらいいるということですが、アルコール依存症は何人いるんだということになりますと、200万人くらいいるという話ですね。200万人のうちアルコール依存症のために亡くなった人は大体40%くらいと言われております。その中で自殺をした人はこれだけですね。

要するにうつ病という大きな問題の中で自殺の問題を検討するということですが、例えば私の家族の場合は必死になって、さっき言われたことが全部わかった上で、最高の精神科の方に付いてもらってケアをしても、3度、4度と自殺をするわけです。たまたま助かりましたけれども、最後は普通だったら死んでいたんですが、助かったんです。たまたま娘が見つけたから助かったんですけれども、一生懸命最大限のことをやっても死ぬ場合もあれば、何もしなくても生きている人もいます。水をかけるわけではないですけれども、ここに書いてあることをきちんとやっていけば、本当に減るんだろうかというのが私の疑問です。

○蓮舫大臣 恐らくそれは、答えが今、出ないと思いますけれども。

○高橋日本医師会精神保健委員会委員 大変重要な点ですが、自殺の危険は1回で終わるのは極めてまれです。繰り返し繰り返し、自殺の危機が襲ってくるので、どうしても長期的なケアをするシステムをつくらなければいけないんです。それがなかなか長期のフォローにつながらないというようなシステムとしての不備があるというのが、日本の精神科医療の特徴であると思います。

例えば12月初旬に台湾と韓国と日本の自殺予防の会議があつて台北に行ってきましたが、台北などは自殺未遂者のサーベイランスシステムが整備されています。自殺未遂があると統計に載せて、ずっとフォローアップできるのです。韓国の先生とか私などは、韓国や日本だと個人情報の保護や本人の自己決定権などの問題があつて、なかなかこのサーベイランスシ

システムをつくるのは難しいなという話をしていたのですけれども、そういったような形で未遂があった人をきちんとフォローアップするというのは、自殺を予防するとても重要なシステムだと思います。厚生労働省が3年計画で戦略研究をして、自殺未遂者の長期フォローアップについて調べています。それが今年の3月に終わっていて、現在解析中ですけれども、そういった辺りでも結果が出てくると思います。

同じ種類のWHOの研究では、きちんとフォローアップをされた人たちの方が自殺率は、フォローアップしない群に比べて6分の1くらいに減っています。私は今の日本のやり方が有効ではないというのではなくて、十分ではないと考えています。世界でいろいろな知見が出ているわけですから、そういったことをきちんと十分にやることによって、まだ改善の余地は残されていると考えています。

○大塚構成員 治療をしている人でも自殺があるわけですから、治療をしていない人は更にリスクが高いというのは、今の時点では、学問の世界でもそう言えるんですか。

○高橋日本医師会精神保健委員会委員 少なくともさっききちんと対照群を設定してフォローアップした調査では、効果が出るということは言えると思います。

○乙武構成員 そういう意味で言えば、このデータにあったように、精神科医までたどり着けずに自殺をされている方がとても多いという点について、私はすごく興味深さを覚えました。先ほど渡辺先生もおっしゃっていたように、うつ病という言葉、その病気自体は有名になってきたものの、まだまだ自分との距離というのはすごくある病気だと思うんです。

ですから、患者の立場になってみると、つまり、もし私がうつ病にかかったらということ考えたときに、それが身体症状になって出てきても、すぐに精神科にかかろうとは思わず、どこか体が悪いのかなと思うし、きっと認めたくないという思いが一番強いのかなと思うんです。ですから、一般的なアピールとして、「うつ病にかからないようにしようね」というアピールよりも、「実はこんなに多くの人がうつ病になっているんですよ。」「何人に1人はなるような病気なんですよ」という、いかに身近なものなのかというアピールをした方が、実は数を減らす上では有効なのかなということ、今日お話をお伺いして感じました。

○蓮舫大臣 全くそのとおりで、素朴な疑問ですけれども、65%の人が最初に内科医に行っているわけですね。乙武さんが言ったように、うつ病は一般的に認知度が高くなっているのに、内科医はここで何らかの行動は取ってくれないものでしょうか。待合室にポスターを張るとか、2週間寝られなかったら、ここでなくて精神科ですとか、現実的でない話ですか。顧客の話だから。

○中塚副大臣 待合室にポスターを貼ってもらっただけでも、大分変わるのではないのでしょうか。貼ってもらえれば、きっとその診療所のドクターだって。

○蓮舫大臣 誘導するということですね。

○中塚副大臣 そういう人が来ているかもと。

○村木自殺対策推進室長 今、非常に医師会はその御協力をいただいて、予算がない我々に代わってポスターなどを医師会の方で貼っていただいたりしています。ただ、どの取組みもまだまだ途上ということなのかもしれません。

○蓮舫大臣 そもそも内科医と精神科医で、今3万人のこれだけの自殺がいて、うつとの関係がものすごく濃厚だという科学的データが出ていて、学会が国際的にもやられていて、にもかかわらず、診療報酬以外に協力関係がうまくいかないのはなぜですか。



○佐々木構成員 面倒くさいからではないですか。

○河崎日本医師会精神保健委員会委員 1つは、診療報酬上は精神科以外のドクターが、例えば患者さんを診て、これはうつ病の可能性があると。そういう人を精神科医に紹介をすると、通常の紹介よりもまだ加算をもらえるという診療報酬の仕組みは4年前に出ているのですが、それは本当に微々たる加算であったりとかいうようなところはあります。いわゆる診療報酬上だけでは、なかなか誘導できるようなものではないと思いますが、その辺りが自殺対策に重要なのだという国としてのメッセージ、あるいは厚労省としてのそれに対する評価みたいなものは、もう一度考えるべきだと思います。

○蓮舫大臣 どれくらい活用されていて、どうなっているのかというのは、厚労に質した方がいいですね。

○渡辺日本医師会精神保健委員会委員 もう一つは、精神科医療のキャパシティの問題があります。内科の先生方がちょっと怪しいぞと思って、ちょっと診てくださいと言っても、精神科医療機関の方が今はいっぱい、なかなか診られない。そういうところも垣根になっているというのはあります。

○末松補佐官 国際的に自殺対策先進国などは、さっき大臣が言われたように1万6,000人と26万人でしたか。その割合は多いんですか。精神医の連携はうまくいっているんですか。そういったデータは国際的にありますか。

○渡辺日本医師会精神保健委員会委員 数からいくと、やはり精神科医の割合は、日本は少ないです。

○高橋日本医師会精神保健委員会委員長 フィンランドは国のレベルで自殺予防対策を実施して、自殺率を30%下げることになっています。ところが人口比で見ると、フィンランドでは日本の3倍くらいの精神科医がいるというのも事実です。

○末松補佐官 精神科医を増やすという動きが必要となるのですか。

○大塚構成員 いろいろシステムがあるからですね。イギリスなどはGPが診るわけですからね。専門医というのは専門しか診なくて、国によって制度が違うので、なかなか比較は難しいのかもしれませんが、総合的に精神医療に対する資質が少ないのは間違いないと思います。要するに、そもそもこれだけ病床が多いのも安上がりだからでしょう。精神科特例などもあるし。

○村木自殺対策推進室長 よろしいでしょうか。大分時間は迫ってまいりましたけれども、是非ここはというところがありましたら。

○三上日本医師会常任理事 私は内科医ですけれども、病院が総合病院で精神科もありますが、やはり患者さんを内科から精神科に紹介するときには、少し抵抗があります。国民の精神科医療に対する偏見もまだまだあり、うつに対してはかなり偏見が減ってきましたけれども、統合失調症のイメージが精神科診療にはありますので、精神科への受診を勧めたときにも、内科で何とか薬をくださいということがかなり多いです。

○大塚構成員 内科の先生がもう少し、脳の病気として説明をしていただくとうれしいです。「不安を抑える物質のセロトニンを使い過ぎたから、うつになっているんだよ」といった説明です。我々精神科医がもっと、こんな説明していただくとお願いすることもポイントなんだと思います。「2週間以上眠れなかったら、うつ病らしいよ」というのも非常にわかりやすい説明です。脳の病気ではなく“心の病気”という誤った理解があるから、うつ病は根性が

ない人がなる病気というふうにみんな思うんです。

○中塚副大臣 さっき乙武さんもおっしゃっていましたが、例えば内科の先生が精神科ですねと紹介をして、行かない人もいらっしゃるのではないのでしょうか。

○渡辺日本医師会精神保健委員会委員 そういった方へどう対応するかは、とても大きな問題です。救急で自殺未遂をして、精神科に行きなさいよと言っても、ほとんどの方はなかなか行かれない。そういった方をフォローする、サポートするシステム。自殺未遂の方をサポートする自殺防止センターみたいなセンター機能を持ったものがあって、そのスタッフが全面的にその人をサポートする。コーディネートしていろいろな機関につないでくださるといふことが必要だと思います。

精神科医療機関に来てくださっても、精神科医療機関でその人の生活面から経済面など全部を見ることはできない。さまざまな問題をいっぱい抱えておられるんです。それは医者だけでは見れないので、医療以外の部分を見てくれて必要な支援をコーディネートしてくれるようなセンター機能を持った機関が是非欲しいと思っております。

○乙武構成員 でも、さっきの話ではないですけども、例えばもし私になって病院に行ったときに、かかりつけのお医者様から直接言われると受け入れがたいけれども、病院の入り口のポスターとかで、本当はここではないかも、みたいなポスターを見たら、「あれ？」と。直接言われるよりは、逆にその方が受け入れやすい気がします。

○高橋日本医師会精神保健委員会委員長 先ほどの中塚副大臣からのご質問は、内科医に対して研修をすると必ず出てくる質問です。日本の人は本当に精神科に対する敷居が高いので、精神科に受診しなさいと助言されても、なかなかすぐに首を縦に振らないんです。そういうときにどうしようかというのをブレインストームしたことがあります。誰にでもこの人の話ならば聞くという人がいるわけです。いわゆるキーパーソンですね。その人はだれかと見つけて、その人から説得してもらおうとか、あるいは信頼している地域の先生ですから、あなたと同じような患者さんを診たことがあるとか、専門の先生に診てもらってよくなったことがあると説明してもらうのが有効なことがあります。私が予約をしてあげるからと言って、患者さんの目の前で電話を取って予約してもらったりすると、先生がそこまでしてくれるならと、患者さんも頑なな態度を和らげることもあります。

もう一つは、患者さんは身体のことをとても心配しているので、まず総合病院の内科に受診をさせて、一とおり検査もしてもらって、せっかく病院に来たんだから、一旦精神科にも行ってみませんかと言われると、それでは行ってみようというようになることもあります。なお、患者さんが一番心配しているのは、いつも自宅の近くで診てもらっている信頼している先生から、見捨てられるのではないかという不安が多いのです。精神科に紹介して、よくなったら、またいつでもうちにいらっしゃいと言ってもらう。あるいは併診ですね。精神科にかかりながら、うちにもかかわってきてもいいですよという説得をすると、精神科に受診するよという助言を聞いてもらえたというような例もあります。

○三上日本医師会常任理事 今のお話は、内閣府でつくっていただいたDVDにあります、うまくいく例と悪い例という形のもので、そういったものもつくってありますけれども、つくっても見るかどうかはまた別ですので、そこが問題です。

○渡辺日本医師会精神保健委員会委員 一般の人に精神疾患を正しく理解してもらうという意味では、中学校、高校レベルでの保健教育の中で、こういったメンタル疾患をきちんと教

えていただくことはとても大事だと思います。が、若い人の死亡率の第1位は自殺であるにもかかわらず、自殺の問題、メンタルヘルスの問題、うつ病、統合失調症の問題は、中高の保健で取り上げられていないのではないのでしょうか。学生時代にきちんと教えていただくと、随分変わってくるのではないかと思っております。

○大塚構成員 オーストラリアやイギリスでは、実際に中学生くらいの若者を対象に物すごい量のコマースシャルとパンフレットを配るという事業を展開していますが、それでかなり受診も早くなったし、親御さんが病気になっても適切に治療につながるというような成果も出ています。

○高橋日本医師会精神保健委員会委員長 むしろ若い人を教育するという方が早道かもしれません。2010年に、アメリカに子どもの自殺予防について視察に行きました。アメリカの自殺予防教育で強調されているのは、必ずしも自殺に特化して、自殺予防、自殺予防と言っているのではなくて、一生の間に問題を抱えることはだれにでもあるのだから、問題を抱えたら一人で抱え込まないで、だれかにきちんと相談しなさいという点なのです。要するに、早期の問題認識と適切な援助希求ですね。この2点を繰り返し、繰り返し強調するのは。それは一生にわたるメンタルヘルスの基礎になるという考え方なのです。

○大塚構成員 命を大切にできなくなったときに、どうするかという教育ですね。

○蓮舫大臣 保健室の養護の先生とかは、そういう研修は義務づけられていましたか。

○村木自殺対策推進室長 養護の先生は当然、知識はありますね。ただ、それを子どもたちに教えるようなあれがあるかどうか。

○蓮舫大臣 学校の壁とPTAの壁と保護者が出てくるんですよ。

○高橋日本医師会精神保健委員会委員長 県によるとは思いますが、埼玉県はたしか全教員にカウンセリング研修を義務づけていると聞いています。

○村木自殺対策推進室長 普通の教員にということですね。

済みません。時間を少しオーバーしてしまいましたが、今日は大変ありがとうございました。たくさんお知恵をいただきましたので、頭の整理をして、またこのチームでよく議論をして、またお願いをしたり、いろいろとお伺いをしたり、お知恵をいただいたりということがあると思いますので、是非よろしくお願ひします。

最後に事務方から連絡事項がございます。

○齊藤自殺対策推進室参事官 1点だけ、本特命チームの議事録に関する御連絡でございます。先日の第1回目の議事録に関しましては、既に個別に御確認をいただいているところでございます。こういった会合は通常、次回の会合で確認をしていただいて、その後、確定、公表というような手順を追っておりますけれども、事務の簡素化、公表の迅速性という観点から、皆さんに個別に御確認がとれ次第、ホームページ上で公表したいと考えてございますので、よろしくお願ひいたします。

以上でございます。

○村木自殺対策推進室長 それでは、これで本日の特命チームを終了させていただきたいと思ひます。

大臣の方から何かありますか。

○蓮舫大臣 大丈夫です。今日は本当にありがとうございました。

○村木自殺対策推進室長 大変ありがとうございました。