

自殺対策推進会議
第3回議事録

内閣府 政策統括官（共生社会政策担当）

第3回自殺対策推進会議 議事次第

日 時：平成20年5月22日（木） 15:00～16:57

場 所：中央合同庁舎4号館 共用第2特別会議室

1 開 会

2 意見交換

- 硫化水素による自殺の防止について
- 自殺総合対策として追加を検討すべき課題について
- その他

3 閉 会

○樋口座長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第3回「自殺対策推進会議」を開催いたします。

なお、本日は都合により、向笠委員が欠席されております。

初めに、岸田大臣がお見えになっておりますので、岸田大臣からごあいさつをいただきたいと思っております。

○岸田大臣 担当大臣の岸田文雄でございます。第3回「自殺対策推進会議」の開催に当たりまして、一言ごあいさつを申し上げさせていただきます。

本日も樋口座長を始め、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、本会議に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

我が国の自殺者数は、去年の数字も間もなく公表されることとなりますが、10年連続で3万人を超えることは必至ではないと言われております。

更に昨今、硫化水素による自殺が相次いで発生をしております。家族ですとか、近隣住民にまで被害が生じる事案も発生しており、大変憂慮すべき事態だと認識をしております。

こうした状況の中で、4月11日の前回会議におきまして、WHOの自殺報道に関する手引の周知につきまして御指摘をいただきまして、内閣府におきましては、関係記者クラブあるいは新聞社、通信社等に対しまして、改めてこの手引の周知を図ってまいりました。

更には、関係府省におきましても、4月下旬より緊急の取組みを進めております。厚生労働省、警察庁などの関係省庁におきまして、さまざまな取組みを進めてきているところですが、本日はこれまでのこうした政府の一連の対応につきまして、委員の皆様方から御意見をいただきたいと考えております。

一方、自殺の発生を防ぐために、社会全体でさまざまな取組みを行わなければならないことから、昨年6月に自殺総合対策大綱を閣議決定いたしまして、それに基づきさまざまな取組みが進められているところであります。しかし、これで十分というものではないことは当然であります。

自殺総合対策につきまして、更にどのような施策が必要なのか、どのような工夫が必要なのか、是非委員の皆様方におかれましても御議論をいただきたいと考えております。政府としましても自殺総合対策として追加を検討すべき課題につきまして、とりまとめを行っていきいたいと考えているところでございます。

是非引き続きまして、貴重な御議論、お力添えを心からお願い申し上げまして、ごあいさつとさせていただきます。どうぞよろしくお願いを申し上げます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、本日の議事に入りたいと思います。お手元の議事次第に沿って議事を進めてまいります。本日は大きくは、前半、後半2つの課題がございまして、前半は今、岸田大臣のお話にもありました硫化水素による自殺の防止についてのテーマでございます。

後半は前回からの引き続きでございますが、自殺総合対策として追加を検討すべき課題について、これまでの議論を整理したものを基に、更に追加の議論をいただくこととしております。

それでは、お手元にごございます資料等を基にしていきますが、その前に前回第2回の議事録につ

いてですが、既に委員の皆様にご確認をいただいております。この議事録を公表したいと考えておりますけれども、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○樋口座長 ありがとうございます。異議がないようですので、これをもって公表とさせていただきます。

それでは、初めに、硫化水素による自殺の防止についての資料の説明を事務局からお願いいたします。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 それでは、お手元の資料1をごらんください。硫化水素による自殺につきましては、前回第2回の会議で最近の自殺の状況として、報道の在り方について御議論をいただいたところでございます。

今回、まだ硫化水素の自殺は相次いでいるところではございますが、これまでの発生状況、主な対応状況を取りまとめております。

まず発生状況でございますが、新聞報道やインターネットの書き込みによれば、昨年3月の高松市での事案が最初と言われております。現在のところ公的な統計といたしましては、消防庁が3月27日以降に全国の救急隊が対応した事案について集計を行っております。これに基づきまして、お手元の別添参考1と2を作成しております。

3月27日以前につきましては、公的な統計資料はございません。ただ、先週、東京都の若者の自殺防止対策に関する検討会において、東京都監察医務院から資料が提出されておまして、それによれば23区内では今年に入りまして、1～3月の3か月間で8名、4月だけで20名の硫化水素による自殺があったと報告されております。

それでは、別添参考1をごらんください。3月27日以降の毎日の発生状況をまとめたものです。黄色の線が発生件数で、これは未遂のものも含んでおります。青色の線が死者数で、同時に複数の方が亡くなられた事案がありますので、件数を上回る場合がございます。

4月の初め以降、ほぼ連日発生している状況でございます。これは昨日5月21日17時現在のものですが、151件、死亡者で143名となります。このうち未遂は18件で、これまで5月6日11件の13名死亡が最多となっております。

2枚目の別添参考2は、これを少し分析したものでございます。最初に性別、年齢別に見たものですが、20代、30代の男性が全体の約半分を占めております。2番目が曜日別に見たものですが、これは消防で事案を確知した日時でございますが、金曜日が最も多くなっております。週末はやや少ない状況です。

負傷者の状況ですが、これは未遂者と巻き添えになりました家族、周辺住民の方でございます。188名の方が負傷、うち107名の方が救急車で搬送されております。全体で151件のうち住民の避難を伴ったものが3分の1の50件と報告されております。

都道府県別の発生状況はごらんとおりです。ほぼ全国で発生をしております。中でも埼玉県が16件、大阪府が14件、兵庫県が12件と多くなっております。ただ、先ほどお話ししましたように、東京都監察医務院の資料によりますと、23区だけで4月は20名という別の報告がございます。救

急搬送されないものもございますので、実際の発生件数はかなりこれを上回っているのではないかと推測されるところです。

1枚目にお戻りいただきますと、今回の硫化水素自殺はインターネットの掲示板等に詳しい方法が紹介され、それを模倣したものと考えられております。この書き込み事例につきましては、非公表資料としてメインテーブルの皆様のみ机上配付をさせていただいております。2つの例を配付しておりますが、どちらも先週のものでございます。

最近、入浴剤につきまして、販売に当たって注意喚起が行われておりますので、従来使われておりました入浴剤が手に入りにくくなっているため、洗剤と農薬という形で、硫化水素の発生方法が紹介をされております。4月までは農薬ではなくて、入浴剤が紹介されておりました。

1ページに戻っていただきます。このようなインターネットの書き込みですが、私どもが最初に認知をいたしましたのが、本会議の委員でもございます清水委員から、3月の初めに連絡いただいて知るところとなりました。

「3 主な対応状況」ですが、連絡をいただきまして、私どもとして、これは有害情報に該当するのではないかと考えまして、インターネット・ホットラインセンターに通報をしております。

4月7日には神奈川県警が掲示板の管理者に対応を依頼し、以後、各県警単位での対応が行われております。

2枚目をごらんいただきまして、4月11日には第2回の本会議で意見交換を行っていただいております。その結果を踏まえまして、18日以降ですが、WHOの自殺報道の手引につきまして、関係記者クラブの方に説明いたしまして、また在京の新聞社、通信社を訪問して、この手引の説明、周知を図ったところでございます。

4月24日には、警察庁から全国の警察に対しまして、2次被害防止についての通知が出されております。

25日になりまして、消防庁から救急活動、住民の避難誘導の対応につきまして、通知が出されるとともに、厚生労働省から、硫黄を成分として含む入浴剤の販売に当たって、未然防止についての協力依頼、また硫化水素中毒の症状ですとか、治療法についての参考情報の送付が行われております。

また、自殺予報総合対策センターのホームページの「生きる」に緊急メッセージが掲載されまして、これと相前後いたしまして、インターネットで硫化水素に関連する用語を検索した場合に、この「生きる」のページですとか、いのちの電話など、自殺予防サイトが目立つように表示される取組みが始まっております。

4月30日には、警察庁からインターネット上の硫化水素の発生方法についての情報は有害情報として、削除を求めるよう通知がされております。

5月20日になりまして、先ほどごらんいただきましたように、入浴剤に代わりまして、農薬がインターネット上に紹介されるようになっておりますことから、農林水産省から入浴剤同様、未然防止について、関係の機関に協力依頼が行われております。

以上、政府機関の取組みを中心に御説明いたしました。当初この情報の拡散を防ぐため、WHO

の自殺報道の手引の周知を図ることを中心に取り組んでまいりましたが、対応が後手後手になって拡散を防止できなかったとも考えられるところです。

特に硫化水素の発生に使用される入浴剤、洗剤の販売に対しては、当初、関係省庁との連携、情報共有が十分でなく、もう少し早い段階で対応できたのではないかと反省をしているところです。

4 といまして、今回のこの硫化水素による自殺の特徴をまとめております。まず1つ目として、インターネットとマスメディアの報道による情報の拡散です。インターネット上にはこの書き込みについては、昨年と同様であったということですが、現在ほど注目されていなかったようです。今年に入りまして何件か発生して、それが報道されたことから、非常にエスカレートしたと考えられます。

4月末以降、警察庁の有害情報指定により削除要請は行われて、以前に比べれば掲示板の件数は非常に減ってきておりますけれども、先ほどごらんいただいたように、今でもまだ新たなサイトが日々更新されるという状況が続いております。

2つ目が硫化水素を発生させる方法が、第三者に危害を及ぼす可能性が高い方法であるということです。インターネットの中では巻き込み防止のために、毒ガス発生中の張り紙まで用意をされております。このようなインターネット情報に対しては、単なる自殺方法の紹介という以上の対応が早い段階で求められたのではないかと考えられます。

3つ目が、使用される製品の特徴ということで、硫黄入りの入浴剤。これは薬局薬店でしか購入できない医薬品ではありますが、販売に当たっては特に規制のない一般薬品ということです。通信販売も行われております。洗剤は塩化水素が含まれておりますけれども、濃度が低いため劇物には該当しないものです。ドラッグストアで普通に購入できます。

石灰硫黄合剤という農薬も、農薬として届出だけで販売に当たっての規制はなく、ホームセンターで売っているものです。また、それぞれ特定の商品が紹介されておりますけれども、代替品があるということで、どこでも簡単に入手できて、製品そのものには特に何の欠陥がないということが一つの特徴でございます。

説明は以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。この間の硫化水素による自殺の件数と調査、できる範囲のことを情報にまとめていただきました。これがすべてではないのかもしれませんが、明らかになっているだけで151件という件数でございますし、とにかく今回の特徴としては、若い20～30代のいわゆるインターネット世代といったところに多数発生しているという特徴がございますし、また用いる薬剤が入浴剤、更にはそれが農薬と移ってきているということ。

今朝のニュースでも農薬を、これは硫化水素というよりは、農薬を飲んで自殺を図って嘔吐して、塩素ガスが発生して周りの人にも影響が出たというニュースでございました。あれは熊本だったと思います。そういったいろいろな影響が及びつつあるようなところもございます。

ただいまの事務局からの報告でございますが、これをめぐりまして、しばらく皆様の御意見、あるいは更にこういうことをやっておくべきではないかといった御意見をいただきたいと思っております。

いかがでございましょうか。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 今、高橋参事官の説明の補足になるかもしれませんが、私は今日資料を用意してきましたので、それを使って簡単にお話をさせていただきたいと思います。

この「第3回自殺対策推進会議 清水康之 配付資料」というグラフの入っている資料です。今、高橋参事官から説明があったとおり、私も結論から言えば、今回の件について、政府の対応は、かなり後手に回ったのではないかと考えております。ただ、その後手になったことを責めてばかりもいられない。今回の事態は余り予測できなかったというか、初めてのケースでもあろうと思いますので、その意味で対策が遅れてしまったことは、ある程度仕方がないと思います。

ただ、今後の対策を考えていく上では、なぜ遅れたのかということをしっかり検証する必要がある。検証した上で、結論的に言えば、「現場の声」がしっかりと対策に速やかに反映されるような仕組みをつくるべきだと考えています。

そうした意味もありますので、私の知る範囲での経緯になりますが、これまでの経緯をおさらいさせていただきたいと思います。

先ほど高橋参事官の説明の中でもありました。私自身は3月4日の段階で、厚生労働省の有識者会議がありましたので、そこで「こういう情報が今ネット上にあふれている」と。それで「全国各地でどうやらこの硫化水素を使った自殺が起きてきている。だから、早めに手を打った方がいいのではないか」ということを呼びかけさせていただきました。

ただ、私自身の反省を含めて言うと、ここまで自体が大きくなるとは思っていなかったので、資料を提供して、「私たちは対策を議論するだけではなくて、実務的に動いていきませんか」という呼びかけにとどめたというか、その時点ではそこまでしませんでした。

しかし、この会議が終わった後くらいから、硫化水素自殺の報道も連日なされるようになり、インターネットを見ていくと、かなりそのホームページのアクセス件数も、コメントの書き込み件数も伸びてきていましたので、それで今度は内閣府に、これは本格的に対策を取っていかないとまずい状況になるのではないかと考え、3月11日にメールにて御連絡させていただいた次第です。

ただ、内閣府でも動いていただいたということでここに記載がされていますけれども、つまりインターネット・ホットラインセンターに通報して、有害情報としての削除を要請されたのだと思いますが、結果的に有害情報の指定に至ったのは4月30日でした。

この間に一体何があったのかということです。ここをもっと短縮させて、現場の声が上がって、すぐに本格的な対策の実施につなげていくことができなかったのか。そうした反省、検証をする必要があると思います。

それに、声を上げていたのは実は私だけではなくて、東京都の監察医務院でも、この硫化水素自殺が全国で相次いでいるということ、私の記憶が正しければ2月だったと思いますが、2月の上旬とたしかお話しされたような気がします。既に察知して、京都とたしか大阪だったと思いますが、そちらの監察医務院とも連絡を取り合って、対策が必要だとの声をあげられていたそうです。

というのも、なぜ硫化水素による自殺が立て続けに起きているのかを調べたら、インターネットのホームページにたどり着いて、こういう情報が出ていると。これは、配付資料としてお配りしてある参考3ですが。先ほど高橋参事官の説明の中で出てきた資料ですが、こうした情報がもう既に2月の段階でキャッチされている。これは削除依頼をかけるべきだということで、それで警察庁に通報したと聞いています。これは定かではないので是非、東京都の監察医務院に政府の方から確認していただきたいと思います。

整理しますと、2月の段階で東京都の監察医務院から声が上がっていて、3月の段階で民間の自殺対策に関わる我々のところからも声が上がっていた。しかし、それが4月の下旬にならなければ、本格的な対策にはつながっていかなかったということです。これが経緯だと思います。

では、その3月から4月の間に何が起きたのかということと言いますと、この自殺者は東京都と言うと4月に20人亡くなったと、東京都監察医務院の資料からみてとれます。全国的な報道で言いますと、全国三紙、朝日、毎日、読売の朝夕刊、東京地方版も含みますが、それとNHKの報道は4月に急増しています。2～3月が2～3件であったものが4月に107件ということです。

更に言うならば、先ほどのホームページの2ちゃんねるのスレッドですけれども、これも4月にさらに増えている。1～2月が1～2件だったものが3月に8件、4月は33件と膨れ上がっているのです。

これにはどのような因果関係があるのかということ、勿論検証しなければわかりませんが、私たち現場の実感からすると、硫化水素の自殺が発生したということが報道されて、報道の中でインターネット上に硫化水素自殺の手段が載っていると。それを見て自殺を図ったようだということが報道で伝えられる。伝えられたことによって、恐らくインターネットで検索して、ホームページにたどり着く人たちもまた増えて、増えた中で自殺する人が増える。自殺する人が増えると、今度はまたマスコミが報道する。そうした悪循環に陥っていったのではないかと感じがしています。これが数値的な経緯です。

続いて、資料の1枚目の「(2)自殺者(東京23区内)の属性について」についてです。確かに硫化水素の自殺対策を考える上では、その手段に注目する必要もありますが、私はそれ以上に、一体どういう人たちがどういう理由で亡くなっているのかという、その属性や要因についてもっと目を向ける必要があるのではないかと考えています。

先ほどの消防庁の資料の中には、こうした属性、年代はありましたけれども、職種や要因というものが書いてありませんでした。東京都監察医務院の資料によると、これを見ていただくとわかるとおり、20代では19人いて、19人のうち6人が無職。30代においては7人いて、7人が無職。合計32人、1月から5月9日までで32人いる中の無職者が13人です。

ですから、その対策を考えるときに、例えばホームページ上に就職案内とか、若者の心の悩み相談案内とか、そうした情報を掲載していくということの方が、命の大切さをメッセージで発信するといったことをするよりも、もしかしたら有効かもしれないのです。

一体どういう人たちがどういう理由で亡くなっているのかということをもっと検証して、当事者の声を聞くということだと思えますけれども、当事者の声を聞いて、その声がやはり対策に反映さ

れるような、現場の対策に関わっている人の声が反映されるような、あるいは当事者、自殺しようと思っている人たちの声が対策に反映されるような、そうした仕組みづくりをしていくことが、この自殺対策の根幹に関わることなのではないかというのが私の結論です。

2 ページ目の方に、緊急的な対策と長期的な対策が書いてありますが、私が今お話ししたことが長期的な対策、総合的な対策という部分です。今回の対応について、とにかく検証する必要があるだろうと思います。

あとは自殺の実態に関するさまざまな情報を対策に活かせるようにする。これは東京都の監察医務院にもありますし、警察庁でも取っているわけですから、そうした情報をしっかりと対策に活かせるような仕組みをつくるということです。

場合によっては、監察医制度というのを検視官制度、これはニュージーランドとかオーストラリアで、死から学ぶことによって、同じような形の死が繰り返し起きないようにするための制度です。要するに、検死を司法捜査の目的だけでなく、公衆衛生のためにも役立てるという方向に制度としても持っていくことが、長いスパンで見れば自殺対策に必要なのではないかと思います。

あとはもろもろ思い付く範囲で書いてみましたが、話が長くなりますので、これは後で目を通していただくということで割愛させていただきたいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。ただいま清水委員から、この間の取組みの遅れに関する分析が必要との視点からの御発言がございました。ほかの委員の方で、追加あるいは御意見、御質問等がございますでしょうか。

私が1つ付け加えておきたいのは、今のその無職というのは確かに大きな問題だと思います。この無職の方がどういう背景で無職なのかということも、なかなかそれを明らかにすることは難しいところがあるかと思いますが、そこまで踏み込んだ分析をしておく必要があるのではないかと思います。

私たちがしばしば出くわすものは、引きこもって家の中にずっといて、1日中ほとんどインターネットを見ている人です。その人たちは仕事がなく失職しているというよりも、仕事に出ていくところに至らない。外へ出るのが怖いとか、そういうことでずっと引きこもっている人がいる。そういう人なのか。あるいは本当に仕事をしたいのだけれども、仕事がなく切羽詰っているのか。その辺りも含めた分析が必要だと思いました。

ほかの委員の方はいかがでしょうか。渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員

今のお話に似ておりますが、前から私がよくお聞きしておりますことで、硫化水素で自殺された方々が精神科医の通院歴があったかどうかを是非知りたいと思います。我々、精神科の現場で若い人の、よくある自殺未遂というのはオーバードーズ、大量服薬が多いのですが、その大量服薬をする人たちの延長線上にある方々なのか、はたまた、今、樋口座長がおっしゃったように、全く医者にも来られないような引きこもり、全く医者にも現れないような人たちなのか。そこのところの区別が非常に重要なのではないかと思います。

○樋口座長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 東京都の監察医務院が出している資料ですけれども、これは検死のときに遺族から聴き取りをして、その情報をまとめたものになります。精神科受診歴ありが 11 名と聞いています。32 人のうちの 11 名です。ほかの 21 名は病歴不明ということになっています。ですから、こういう情報はあるのです。

○樋口座長 ありがとうございます。ほかの御意見、御追加はございませんか。

高橋（祥）委員、どうぞ。

○高橋（祥）委員 清水委員の意見と同じところと、若干違うところがあります。

私も話を聞いていて、インターネットだけが悪者ではないという感じはいつもしています。例えば、新奇な自殺の方法で死ぬ人が出てくる。これは数年前のインターネット自殺でもそうでした。今回の硫化水素自殺もそうです。それを、方法を非常に詳しく、図や写真入りで解説して頻繁に報道する。そして、それがまた新たな自殺の発生を呼んでしまって、また報道も増える。それによって新奇な方法への関心をさらにかき立ててしまう。言わば死の悪循環が起こってしまうと思います。そのときに、インターネットだけが問題ではなくて、既存のメディアが果たしている役割もあるのではないかということは以前から指摘してきています。1980 年代半ばに起きたパラコートによる自殺や殺人のときもそうでしたし、いじめ自殺のときもそうだったと思います。

そこで、いろいろな手を打つことは大変大事ですけれども、メディアに対しては、こういうようなことが起きるたびに、地道にこちらの側から毎度、繰り返し働きかけていく必要があると思います。それとともに、起きていないときにも定期的に働きかけていく必要があります。そのようなやり方しかないのではないかと思います。無理やりメディアに規制をかけること自体はかなり難しいですし、それでは、ここでメディアコードと一緒に考えてつくりましょうといっても、その場では関心を持ってくれても、また忘れ去られてしまう恐れがあります。やはり、ある事件が起きるたびにこういったことを指摘すると同時に、定期的にメディアに正確な情報を伝えていくのが一番重要なのではないかと思います。

オーストリアのウィーンで、地下鉄の自殺が非常に増えた時期があります。そのときに、WHO が勧告しているような提言をオーストリアの自殺予防学会が提言しました。自殺を増やしてしまいかねない報道の仕方もあるし、自殺を防ぐような報道の仕方もある。それについて提言を出したらメディアが応えてくれて 1980 年代半ば以降、かなり自殺が減りました。けれども、そのときだけで終わりにしないで、オーストリアの自殺予防学会は、メディアがどのように自殺を報道するのかということを見続けていったのです。今回だけで終わりにするのではなくて、こういうことが、勿論、ほかの新しい何らかの形の自殺の方法は次々に必ず出てきますので、その都度、相当粘り強く訴えかけていかなければいけないのではないかと。一時期だけ大きく取り上げると、またそれが火に油を注ぎかねないこともあるという点についても考えておく必要があるようにも思いました。

○樋口座長 ありがとうございます。ほかに御意見はございますか。

斎藤委員、どうぞ。

○斎藤委員 私ども、日本自殺予防学会が緊急アピールを出したのが 4 月 18 日です。遅過ぎたか、

実は、この時期は最も硫化水素による自殺が多発していた時期でして、それだけに、この緊急アピールを各マスコミ、関係機関に送りましたが、実はWHOの自殺報道の手引き、日本語に訳したものを添付しました。こういうものがあることすら知らなかったという反応がかなりありました。ですから、マスコミに対するこの種のアピールは、こういう事件が起こるたびにきちっとしていかなければいけない。やはり、これは積み上げていくしかないような思いがしますが、そういう反応を見ておまして、私は何かもどかしいといえますか、むなしいといえますか、そういう思いをいたしております。

それから、清水委員の御説明で、こうした自殺を図る若者たちの背景が無職という項目が多かったということですが、先ほど樋口座長が言われたように、私は引きこもりの若者たちの治療と自立支援という組織の世話役をしておりますが、実は、この引きこもりの若者たちの自殺率はそう高くないのです。ただ、それこそインターネットがすべてというような生活をしておりますから、この種の情報に非常に感度が高いといえますか、そして、非常に暗示を受けやすいということは言えると思います。ですから、3分の1というのはむしろ低い方だと私は思いますけれども、ただ、暗示を与えるという意味では、若い世代が多いということはどうもなげける思いがいたしております。

少し感想を申し上げました。

○樋口座長 五十里委員、どうぞ。

○五十里委員 愛知県も、少々遅いかもかもしれませんが、4月24日に愛知県の県政記者クラブ加盟20社に対しまして、WHOの自殺報道の手引、それから、ただいまの日本自殺予防学会の緊急アピールを添付して、報道への配慮を求める文書の発信をさせていただいております。

しかしながら、そういう中でも、ラジオなどのいわゆる報道によると、WHOの手引はあるけれども、それを紹介した上で、しかし、報道しますということをやられますと、これはまだまだそういう働きかけは必要なのではないか、継続的に働きかけることが必要なのではないかということを感じております。

○樋口座長 五十嵐委員、どうぞ。

○五十嵐委員 私は職域におりますので、職域の労働者の自殺の背景からすると、やはり、若者の硫化水素の自殺の現状というのは、ある意味、すごく奇異に感じるところがございまして、あえて自分で張り紙を張って、そういうエネルギーがあればもっとというふうに一般的にも考えてしまうんですが、やはり現実からすぐ短絡的に逃避するといったようなことが、もし、あるとすれば、先ほど清水委員がおっしゃったように、そこで命の大切さを述べても間に合わないわけです。

むしろ、硫化水素による自殺はすごく簡単に、美しく死ぬるイメージが、多分、多くの人が持っているのではないかと思います。実はそうではないといったような、亡くなった後が醜いとか、そこを報道するかどうかは別ですが、少し違う視点での、インターネット世代に訴える何か別の手段を、正攻法でいきますと、これは本当にイタチごっこで、何か原因になるものをなくしても、また次なるものを考えていくということで、恐らくわあっと練炭からこの硫化水素に行くというのは、楽に死ぬる、楽に現実から離れていくといったものが実はあるのではないかと。感想でしか

ありませんけれども、そういうものがあります。

職域の世代などの背景は、もっと悲壮感に満ちていたり、すごく大きな苦しみがありますが、やはりそこは非常に次元が違うことを感じますと、少し違うアプローチを考えていくことも大事ではないかと思いました。

○樋口座長 ありがとうございます。ほかにはございませんでしょうか。

事務局から何か御発言はございませんか。

○柴田内閣府自殺対策推進室長 先ほど高橋参事官からも説明申し上げましたけれども、今度の対応の際にはなかなか迷うところなどもありまして、結果的にはいろいろと対応が遅れてしまったこともあったのではないかとということでもあります。

今日、いろいろお話を伺いました。例えばマスメディアへの対応についても、我々だけがやろうとしたところがございます。私どもは、例えば厚生労働省や内閣府の記者クラブにも御説明申し上げ、また、報道機関本社の方にも直接お願いに行くようなこともしましたけれども、やはり、例えば、今、五十里委員がおっしゃったように、都道府県を通じて各都道府県の記者クラブにもお願いするとか、そういうことを考えてもいいのではないかと、今、お話を伺ってございまして感じた次第であります。

それ以外に一番悩んだのは、硫化水素の発生に使う物質が、普通、それだけで使えば何の問題のない物ですから、それをどうやってコントロールするのかというところが、正直言って非常に迷いました。例えば薬などであれば、かなり強い薬の場合にはそれ自体にいろいろ気をつけなければならぬので、使い方など気をつけなければなりません。今回は日常ありふれた物だったため、例えば売場の制限を考えてくださいということをお願いしていいものかとか、そういうことも迷ったところがございます。

それから、インターネットの情報について、ここにありますようなことで私どもも削除をお願いしましたけれども、実際には、何が有害情報か、非常に線引きが難しいところが現実でありまして、実際にインターネットのホットラインセンターなどでも、ぱっと決めて、ぱっと対応するところがなかなか難しかったところもきっとあったのではないかと。表現の自由とか、そういう問題もきっとあったのかもしれない。けれども、今回はやはり第三者に広く危害が及ぶような事案だったということもありますから、そういうことも踏まえて、もう少し今回の事案を、今日いただいた御意見も踏まえまして、もう少しこういうことをやればよかったのではないかと、これを整理してみまして、また皆さんにも御批判いただいて、今後このような同種の事案が起こったときの教訓にしていきたいと思っております。

最初でしたので、もたもたしたところもあったかもしれませんが、次に活かしていきたいと思っておりますので、また御指導いただきますように、どうぞよろしく願いいたします。

○樋口座長 それでは、本日の前半の硫化水素自殺関連の議題はこの辺りにいたしまして、後半の議事に入っていきたいと思っております。

後半は、前回あるいは前々回から検討してきております、自殺総合対策として更に今後、追加を検討すべき課題を皆様から意見をいただいて、それをまた事務局の方で整理をして、更にそれをも

う少しブラッシュアップする作業でございます。

まず、資料の説明をお願いしたいと思います。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 それでは、お手元の資料3をごらんいただきたいと思います。

冒頭の岸田大臣のあいさつにもございましたように、昨年の自殺者数が前年を上回って推移していることもございます。また、今回のような硫化水素による自殺が相次いでいることを考えまして、大綱に定められた諸施策の推進に加えて、やはり自殺の発生そのものを防ぐ施策をより強力に進めていく必要があると考えております。

そこで、第1回、第2回の会議におきまして、委員の皆様方に自殺総合対策の課題についていろいろ御意見をいただいております。今回、皆様からいただいた意見を基に、自殺総合対策として今後、追加、充実を検討すべき課題につきまして、現在の大綱に位置づけられている施策以外のものを中心に、当室においてとりまとめを行ったものでございます。

関係省庁とは一つひとつ調整したものではありませんので、未定稿という形で提出をさせていただいております。今回と、また、時間によりましては次回も含めまして本会議で御意見をいただきまして、政府としての追加・充実策のとりまとめのベースとしていきたいと考えております。

各項目全部を御説明いたしますと時間が足りない場合もございますので、1項目ずつ御説明させていただいて、御意見をいただければと思います。

まず「(1) 市区町村の取組を推進するために何をすべきか」でございます。

現在の大綱では、当面、都道府県、政令指定都市の取組を念頭に置いておりまして、市区町村の取組は次の段階といたしますか、体制が整ってからと考えております。そういう中で、委員の皆様からは、やはり地域の自殺対策を進めるに当たっては、住民に一番身近な基礎的自治体であります市区町村の取組を推進する必要があるという指摘をいただいております。

そのためには、まず市区町村ごとの自殺者数の統計データが十分ではないということから、市区町村ごとの自殺の実態がわかるようなデータの提供が必要と考えられます。そのため的手段として、例えば警察の自殺統計原票は、現在、発生した都道府県しかデータ化されておりませんので、例えばそれに市区町村のデータを加えることによりまして、市町村ごとの自殺の状況を明らかにするということや、人口動態統計調査についても地域の自殺対策連絡協議会で随時に情報を提供できるような目的外使用について、包括的な承認を得るなど、手続の簡素化も考えられるのではないかと思います。

また、市町村の自殺対策担当部署も、前回の会議で御報告しましたように、3分の2の都道府県でしか把握されていない状況ですので、市区町村の自殺対策担当部署の設定を進める必要があると考えられます。

③でございますが、警察の現在の自殺統計でも、警察署単位の把握は可能となっておりますので、現在の既存のデータで対応できる地域については積極的な提供も考えられるということで、今までの議論の中で、この3点を整理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、第1回、第2回の会議の議論のまとめという意味で課題を整理していただいております。

すが、全部で 11 項目、そこにまとめられております。その一つひとつについて、今日はできるところまでやってまいりたいと思います。残ったものは次回とさせていただきます。

まず「(1) 市区町村の取組を推進するために何をすべきか」というテーマで、ここに 3 点まとめられておりますが、これに関連してのさらなる御意見の追加、あるいは御質問等をいただければと思います。いかがでございましょうか。

本橋委員、どうぞ。

○本橋委員 これまでの取組みの状況をよくまとめていただいたと思います。

まず第 1 に、統計のことについては、ここに書いてありますような①と③は是非進めていただきたいと思っております。

あと、私から少し追加的に御意見を申し上げさせていただきますと、例えば市町村というのは、小さなところだと、やはり予算や人材が非常に不足しておりますので、担当部局を決めることがとても大切だと思いますけれども、なるべく市長、あるいは高いレベルで関わっていただくことがまず必要だと思います。

それから、実際には都道府県に比べて、今、お話ししたように、予算や人材が非常に不十分ですので、実際には都道府県の担当の方が、市町村の実際の担当部署の方を適切に支援するようなそういった支援の仕組みをつくらなければいけません、そういうことが必要ではないかと思っています。

第 3 番目としては、これまでは市町村の取組みというと、ヘルスといいたいでしょうか、保健所が中心ですけれども、実際に基礎自治体では、保健所と福祉事務所、こういう保健と福祉の連携は極めて密接にできるので、その辺のところを、保健と福祉の連携を緊密に取った上でいろいろ進めていくことが必要ではないかと思っています。

○樋口座長 ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。

斎藤委員、どうぞ。

○斎藤委員 私の資料に添付をしましたが、先週から今週にかけて、埼玉県の志木市と東京都の杉並区で、それぞれ「自殺予防週間」、そして「自殺予防月間」、この 2 つの催しがありまして、これはうつ病を防ぐという講演会を、小学生を対象に、中学生でもいたしました、命の大切さについての話を子どもたちに聞かせる。絵本作家が作り出した絵本を読み聞かせる。こういう画期的な催しをいたしまして、先生方あるいは子どもたちから大変いい反応が返ってまいりました。

それから、杉並区は図書館で、自殺予防というよりも、生きるための 50 冊の本を展示する。これも前例のない企画で、この志木市と杉並区の試みは一つのモデルとして、今後、注目してよろしいかと思っています。多少、参考の文献を添えましたので、これは是非ごらんいただきたいと考えております。

○樋口座長 ありがとうございます。斎藤委員からの資料がお手元に配付されております。

斎藤委員、資料に関しての説明はそれでよろしいですか。

○斎藤委員 結構です。

○樋口座長 わかりました。ほかにはいかがでございましょうか。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 先ほどの私の発言の追加といたしますか、同じ内容にもなりますが、やはり統計のデータです。警察庁のデータ、人口動態のデータ、あるいは監察医務院のデータ。これは警察庁のものになるかもしれませんが、そうしたものが対策に速やかに活用できるような仕組みを制度としてしっかりつくるべきだろうと思います。

恐らく、後で事務局からの説明になるのかと思いますけれども、今、自殺が増えているのは都市部です。東京、大阪、埼玉、神奈川、兵庫ですとか。あと、内閣府の意識調査を見てみると、20歳代、30歳代で自殺を本気で考えたことがあるという数値が高くなっている。

それでは、一体、何で都市部で増えているのか。どういう理由で、どういう人たちが亡くなっているのか。どういう職種の人たちなのか。あるいは若い世代、20歳代、30歳代は何に生きづらさ、息苦しさを感じているのか。どういう支援があれば、死ではなく生きる方の選択ができるのかということをもっとしっかりと分析していかないと、冷徹にそこは解析していかないと、こうだろうと思ってやっていることが、もしかしたら全然ターゲットに、ハイリスク者に当てはまっていないかもしれないので、だれがどういう理由で亡くなっているのか、それを解明し、ターゲットが絞れるような形で対策を講じていくことが重要だろうと思います。

私は東京都の自殺総合対策東京会議という会議のメンバーでもありますし、あと、新宿区の担当者の方たちと、この前も自殺対策のテーマで意見交換させていただいたのですが、口をそろえているのが、やはり実態がわからないから啓発しかできないということです。特に新宿区などでは、特徴のある街ですから、どうやら若い女性、あるいは外国人の自殺が多いみたいだということは何となく聞いてはいるけれども、実態がわからない。だから、対策を講じたいと思っても、そうした人たちがどういう立場で、どういう職種で、どういう理由かまではわからないので、どうしても啓発にならざるを得ないと言うのです。

東京都も同じようなことをおっしゃっていました。都市部以外では自殺対策をやって、かなりターゲットが見えてきている中で対策を講じて、自殺者が減ってきている。でも、都市部ではなかなか同じようなやり方をやろうと思っても、ターゲットが見えないので啓発しかできない。

ですから、これは実態の情報はあるので、くどいようですけども、そこが私は自殺対策において最も重要なところだと思うので、是非、これは仕組みとして、実態の情報が対策に活かせるような方向に持って行っていただきたいと思います。

○樋口座長 ほかには御意見はございませんか。

高橋（信）委員どうぞ。

○高橋（信）委員 ②に関係してきますが、先ほど本橋委員から、担当官の支援とか、保健所及び福祉の分野とも足並みを揃えてという意見がありましたが、職域関連では、労働基準協会や安全衛生協会で、メンタル問題とか相談窓口、ネットワークなどについて協議することがありますので、例えば精神保健福祉協会と、そういうところが連携し一緒に活動を進めるといことも加えていただいたらよろしいのではないのでしょうか。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。

途中ですが、ここで岸田大臣が所用のために退席されます。

どうもありがとうございました。

○岸田大臣 どうもありがとうございました。またよろしく申し上げます。

(岸田大臣退室)

○樋口座長 それでは、続けます。(1)の課題でございますが、ほかの御意見はよろしいでしょうか。

本橋委員、どうぞ。

○本橋委員 最後にもう一点だけ、これは秋田県の取組みのことでいろいろお話ししたのですけれども、大きなところと小さな町で違うとは思いますが、秋田県の事例で言えば、やはり住民の方たちが主体的に参加できるようなプロジェクトみたいなものが成功しております。大きな都会でどういう形でできるのかどうかはわかりませんが、やはり大都会でも住民参加型のいろいろな取組みがどこかの視点にあった方がいいのではないかとということでございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、(1)のところはとりあえずここまでにいたしまして、(2)の課題に移りたいと思います。先ほど来の硫化水素自殺の話も関連してくるのですが、インターネットを通じた自殺防止のために何をすべきかというテーマです。それでは、事務局から説明をお願いしたいと思います。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 (2)のインターネットを活用した自殺予防というテーマですが、先ほど硫化水素自殺への対応でも御説明いたしましたように、現在、例えばYahooとかMSNという検索サイトでは、硫化水素自殺に関連する用語で検索いたしますと、画面の一番上の見やすいところに自殺予防総合対策センターのホームページや、いのちの電話のホームページという自殺予防サイトが表示される取組みが行われております。また、いのちの電話ではインターネットのメール相談というものも現在行われております。

ただ、インターネット上の状況を見ますと、そういう予防サイトに比べますと、自殺方法など、いわゆる自殺サイトの方の情報が氾濫しているといえますか、予防サイトは数もそれほど多くありませんし、検索をしてもなかなか上位には上がってこないという状況でございます。

また、硫化水素の発生方法もインターネットから入手しているように、自殺を考えている人は、多くの情報をインターネットから入手しているとも考えられます。

今日の添付資料にもございますが、内閣府で実施しました意識調査の中で、自殺サイトを見ている人というのは、全体としては1.9%と非常にわずかですが、やはり今までに自殺を考えたことがある人というのは、より高い割合で自殺サイトに対するアクセスをしているということもわかっております。

こういったことを踏まえまして、どういった対応が考えられるかということですが、今、自殺予防サイトと言われるものは、民間団体または個人の方ですとか、大学の先生が運営されているものがございます。そういったさまざまな自殺予防サイトを一覧できるような自殺予防のポータルサイトといえますか、そういうものが構築できれば、自殺予防サイトにうまくつないでいけるのではないかと考えられます。

現在の検索サイトで行われている取組みも、暫定的なものとして行っていただいておりますが、

このような予防サイトのポータルサイトがあれば、今の取組みも継続しやすいと考えられます。

また、自殺の背景にありますさまざまな問題に対する相談窓口というものも紹介されておりますが、検索機能がないものが多いということで、なかなか的確な相談窓口を探すのは難しい状況になっております。この相談先の検索機能を強化することによりまして、自殺を考えている人が適切な相談窓口や相談先にアクセスしやすくなるのではないかと考えられます。

3つ目で挙げましたが、インターネット上の予告事案につきましては、現在、通報に基づいて、警察が発信者情報の開示を受けて、予防措置を講じる取組みが行われております。昨年1年間でも120件の情報開示を受けて、対応が取られているところです。

ただ、掲示板の中には、やはり予告までは至らないまでも、さまざまな死にたい気持ちの告白と見えますか、書き込みが数多く見られます。そういう書き込みも含めて、例えば予防サイトや相談先を紹介していく介入方法と見えますか、対応方法が考えられるのではないかと見えますか、ということでございます。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。「インターネットを通じた自殺防止のために何をすべきか」というテーマで、そこに3点まとめいただいておりますが、この点につきましての追加はございますか。

斎藤委員、どうぞ。

○斎藤委員 「いのちの電話」は、従来電話相談だけでありましたけれども、2年前からインターネットによる相談を受付けております。電話相談は、もはや若い世代、ことに青少年が利用してこず、極めて利用度が低いということです。

そこでインターネット相談を始めましたら、7割までが若い世代という結果が出ました。しかも、自殺に関わる相談が、電話相談に比較して1.5～2倍。つまり、自殺問題に相性がいいというか、訴えやすいということです。

ただ、インターネット相談は、対応するのに大変な労力と人材を必要としますので、返事をするまで数日かかる。それで自殺が防げるかという批判をいただくのですけれども、ただ、インターネットや電話相談に、いわゆる救急救命的な期待をすることはできない。そして、何か救急救命だけが自殺防止のすべてであるかのように考えるのは間違いだと思います。やはりインターネット、電話相談というのは、予防的な意味があるということを強調したいと思います。

電話相談については、今、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」を通して、月1回実施しておりますけれども、その前は12月の初め1週間だけだったのですが、月1回にするようになって、稼働率が2倍になりました。これは非常に効率がいいということで、今後とも続けていきたいと考えております。

○樋口座長 そのほかにもございますか。

花井委員、どうぞ。

○花井委員 ②番目と関わるのかと思いますが、相談窓口はさまざまな形があつていいと思いますが、例えば夫がどうもうつ病にかかっているのではないかと心配したときに、家族の人がどこに相

談したらいいのだらうというときがあります。そういうことも含めまして、医療機関や介護事業所を検索する「WAM NET」があります。市町村ごとに探すことができます。同じように例えば精神科の先生たちと連携して、そういうものが自分の身近にあることがわかるようなホームページができないだらうかということ意見を述べておきたいと思います。

○樋口座長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 自殺対策において、インターネットの問題というのは、死ぬ手段の方が生きる手段よりも簡単に検索できてしまうということだらうと思います。具体的に商品名まで出てきて、どれぐらいの量でどう混ぜればどう死ぬのかという情報が簡単に入手できてしまう。

その一方で、例えば引きこもりの子もそうかもしれません。あるいは労働の問題や多重債務の問題を抱えたり、精神の問題を抱えたり、そういうものを複合的に抱えている人は、その人が必要としている支援策を探すのに相当苦勞するのです。情報が縦割りになっていたり、あるいは分野ごとの壁に阻まれて、当事者のために整理されておらず、一元化されていない。ですから、インターネット上で死ぬ手段よりも生きるための手段をより容易に検索できるような仕組みをつくる必要があるのではないかと思います。

その意味でいうと「② 様々な相談先の検索機能の強化」ということですが、今、いろいろな相談窓口をデータベース化して、その人に合った相談窓口をすぐに見つけるような「相談窓口の検索サイト」をITの専門家と一緒につくっているところです。イメージ的には、不動産の物件検索のようなものです。何県にいるのか、何線沿線で見ているのか、どういう間取りなのか、料金は幾らなのか、ベランダが必要なのかとか。あれは細かく詳細検索と簡易検索と分かれています、自分のニーズを入力するとざっと間取りが出てくる、あれです。

同じようにして、自分が今、どういう問題を抱えているのかということをクリックで選んでいくと、その相談に乗ってくれるところの専門家や行政の窓口がぱっと出てくるという仕組みを今、つくろうと思っているわけです。オープンは9月を目指しています。これは私たちだけでつくろうと思っているわけでもないので、事務局を努めても全く構いませんが、そうしたものを1つ、相談窓口のポータルサイト、検索サイトのようなものをつくれば、そこにいろいろな方たちが登録して、参加することによって、データベースがより充実したものになりますし、1つ共通の相談窓口検索サイトとか、相談ドットコムとか、そういう名前の共通のホームページのアドレスを入手すれば、それをぺたぺたいろんなところに貼っていくことによって、「あなたの必要としている支援策は簡単に検索できますよ」とか、もっとわかりやすいキャッチーなコピーを付けていろんなところに貼っていけば、それこそインターネットの先ほどの掲示板みたいなのにどんどん貼っていけば、生きるか死ぬか迷っている人たちがああいうところにたどり着いているわけなので、簡単に生きる支援が見つかるのであれば、そちらを検索してみようかなと考える若者も少なくないと思います。

ですから、是非この②は、我々だけでやるのはもちろん限界があるので、それこそ関係者が力を併せて一体となって進めていく価値があるのではないかなと思います。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

いろいろ貴重な御意見とアイデアも幾つかいただいているようでございます。またこれを整理し

ていただければと思います。

それでは、次の3番目に移らせていただきます。3番目は「精神科医療を充実するために何をすべきか」でございます。事務局から御説明をお願いします。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 (3)でございますが、現在の自殺総合対策大綱の自殺予防の1つの柱として、自殺の背景にあるうつ病等の精神疾患を早期に発見して、専門家である精神科医につなげていくという取組みが進められているところです。精神科に通っていても、残念ながら自殺を止められない場合があるわけですが、この精神科医療を充実するという観点で、このような通院歴がある自殺者の症例研究を精神科医療の充実のために役立てることができるのではないかと。1回目、2回目の渡辺委員からの御指摘でございます。

○樋口座長 この点につきまして、ほかにもあろうかと思いますが、御意見ございますか。

渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 今のとおりでございます。ただ、このことは、我々精神科医側が自殺に対してもっともっと見識を深めていくためのことであります。今の自殺予防にすぐ役立つということではございません。

現在の自殺予防にすぐ役立つということであれば、やはり非常に自殺念慮の高い方、あるいは自殺企図されたが、幸い未遂で終わった方を、いかにきちんと精神科医療の中でサポートできるかということになると思います。

その点で申しますと、少なくとも大阪府の現状では十分なことはできません。というのは、やはりそのレベルの方が来られると、少なくともその方にきちんと何がしかの理解をしていただいて、それなりの手だてをするためには、1時間、2時間は絶対かかるわけです。ところが、今、診療所で1時間、2時間の時間をとれるところは絶対にありません。

こう言ったら非常に卑近な話になってしまいますが、それでしかも8,000円とかそこらの金額ですから、診療所は全部つぶれてしまいますし、しかもその間の患者の診察は、全部ストップしてしまいます。まず、今の診療所、多分病院でも同じではないかと思えますけれども、対応はし切れないのが現状だろうと思います。

では、どうしたらいいかということですが、たとえ昼間であっても、自殺未遂をされる方というのは救急事例だと思います。そういった意味では、精神科の救急という概念を、何も夜だけとか、休日、日曜日ということだけでなく、昼間であっても救急事例ということで、どこかきちんとした救急センターのようなところで対応できるようにしなければいけないと思います。特に自殺未遂ということであれば、身体的な合併症もあるだろうし、いろいろな意味で入院と外来とのコンビネーションも必要になってきます。

そういった意味で、やはり行政がそれなりの救急システムをつくっていただいて、夜とか日曜日だけではなくて、昼間であってもこういった事例はそこできちんと時間をかけて対応できるようなシステムをつくっていただくことが大事ではないかと思えます。そういったところへ、我々精神科医が担当を決めて出向いていくといったものが一番現実的ではないかと考えております。

○樋口座長 ほかに御意見ございますでしょうか。

高橋（信）委員、どうぞ。

○高橋（信）委員 精神科の先生方と産業医との関係ということで申し上げたいんですが、休んでいる方が復職するとき、せつかく医療の管理下にある方が、戻るときのちょっとしたはざままで自殺されるということが時々経験されます。

したがいまして、精神科の先生方から、より具体的にどういう戻し方をしたらいいですよというアドバイスが欲しいということです。産業医サイドは、そういう情報を欲しがっています。

守秘義務の問題があったり、あるいは本人に言ったんだけど、本人が伝えなかったということがありまして、本来救えた命が救えなかったのではないかと思われる事例があります。

したがいまして、行政主導でもよろしいんですが、先生方の集まりを企画するというアプローチも期待したいところです。そういうアクションをいろいろな地域、職域、あるいは医療関係者の中でやっていただけたらと思います。

これについては、学会の関係者にも期待したいところが大きく、今後いろいろなところで訴えていきたいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。この点について、私からも一言だけ発言させていただきます。

これをどこまで明らかにすることができるかというのは、なかなか困難なところがあるかと思いますが、通院歴がある場合も、現在治療を受けていて、なおかつ自殺に至る事例もあるでしょうし、ある時期までは通院していたけれども、途切れてしまっていて、自殺をされている方もあると思います。

そういった中身といいますか、もしも継続されていて、なおかつ自殺するということになる、これは医療の質の問題を考えなければいけないことになりまして、途中で途切れているとすると、それはいかにして継続するシステムをつくっていくのか。あるいは何が継続できなく、困難にさせているのかという分析が必要になってくると思いますので、そういう事例の検討の中には、そういった項目も是非加えていただければと思います。

ほかにはいかがでございましょうか。

では、渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 先ほど少し申し忘れたのですが、もう一つ、今、樋口座長が申されたような、通院されている患者が実は危ないケースというのは、多々あります。ところが、それはすぐ入院というわけにはなかなかいかない。本人も入院というのは、非常に抵抗がある場合もありますし、何とか外来でフォローしたい。だけど非常に危ないというときに、やはり医者だけでサポートするということはできません。ただ、それをすべて家族がサポートするというわけにもいきません。そういったとき、やはり地域としてサポートしていただきたいのです。

その地域の窓口となるのがどこになるのか。今のシステムであれば、保健所ではないかと思いますが、保健所がそれだけの機能を果たせるようなシステムになっているのか、それだけのスキル、レベルがあるのかどうかということも是非御検討いただきたいと思います。もし保健所がそういったサポートをできる機能があれば、我々主治医として危ない患者がいた場合には、保健所に連絡し、

主治医、家族、その地域一体となってサポートするといったシステムをつくるべきだろうと思います。

○樋口座長 高橋委員、どうぞ。

○高橋（祥）委員 渡辺委員の最初のコメントにつけ加えるといいますか、内容としては同じことだと思いますが、未遂に及んだ人は、今後適切なケアを受けられないと、実際に将来自殺してしまう非常にハイリスクの群であることは当然です。このハイリスク群に対する働きかけに関して、厚生労働省が戦略研究でいろいろ調べていますけれども、この未遂に及んだ人は、適切なケアを受け続けられるかどうかというシステムづくりというのは非常に重要な点だと思います。

予算もマンパワーも乏しいというのは日本だけではなくて、どこもそうなのでしょう。アメリカなどでは、非常に高度な精神科医療が受けられるように思われるかもしれませんが、それは裕福な人に限られます。管理医療体制ですから、ある程度の期間しか治療を受けられないとか、非常な制限がある中でやっています。

未遂が起きて、その直後に助けるということは当然大事なんですけれども、それ以降、その人に長期的に働きかけて、欠けているスキルをどうやって育てていくのかとか、地域におけるケースマネジメントをどうやっていくのかということが課題になると思います。ハイリスクの人をそのままにしておいてはいけないという意味では、この点はないない尽くして何もできないということではなくて、「今、ここで」何ができるのか、今後は是非考えていかなければいけない点だと思います。

○樋口座長 五十里委員、どうぞ。

○五十里委員 今の精神科救急の話で、一般的な話になってしまいますけれども、やはり精神科救急は、今、どこの都道府県でも大きな課題の1つになっています。その一番大きなものは、やはり指定医の確保というのが非常に難しい、そういう点で、精神病院協会あるいは診療所協会の皆様方にも大いに御協力していただきたいと思います。

恐らく、今、たらい回しといいますか、周産期そういうことがかなり脚光を浴びておりますけれども、これから更に精神科救急のところが大きくなるのではないかと思います。

それと、やはり保健所で、愛知県でも昨年の4月から、このいわゆる相談事業を全保健所で進めておりますが、やはりそういう医療機関との連携を更に密にして、しっかりその対応をできるように、なかなか保健所だけでも十分すべて解決するのは難しいものですから、大いに連携は必要だと考えております。

○樋口座長 ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、3番の課題はそれぐらいにして、次の4番目に移らせていただきます。4番目は「有職者の自殺防止のために何をすべきか」というテーマでございます。事務局からお願いいたします。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 有職者、働く人の自殺防止というテーマは、現在の大自殺総合対策大綱の中でも、心の健康づくりの一環として、職場におけるメンタルヘルス対策の推進、例えば「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が定められておりますけれども、これの普及啓発といった内容が盛り込まれております。第1回、第2回の会議で、職場のメンタルヘルス対策の

提案を数多くいただいておりますので、全部で 12 項目ありますが、簡単に御説明したいと思えます。

①ですが、近年、業務上の精神障害による労災事案が増加しております。これの情報収集と分析を過労自殺といいますか、業務上の精神障害による自殺の予防に役立てようというものでございます。

②ですが、家族を含めたメンタルヘルス対策、例えば休業中の家族によるサポートといったことも重要になってまいりますので、労働者だけではなくて、家族を含めたメンタルヘルス対策を推進する必要があるということでございます。

③ですが、前回の会議においてメンタルヘルストレーナーの養成ということについて少し指摘がありました。メンタルヘルストレーナーに限らず、産業医ですとか、衛生管理者というメンタルヘルス対策の中核になる者の育成が必要になるのではないかと考えられます。

④ですが、これも前回御指摘をいただきましたけれども、職場のメンタルヘルス対策、取組みは進められておりますが、その状況が十分に把握できていないという御指摘もございました。そういう意味で、現状把握とそれを含めた対策の推進というものが必要ではないかと考えられております。

⑤ですが、最近の労働形態の多様化ということに対応したメンタルヘルス対策の推進ということで、直接職場の産業保健スタッフが実態を把握できない派遣労働者ですとか、業務委託の労働者についての対策の推進が必要ではないかということです。

⑥ですが、職場のメンタルヘルス対策の推進について、ボトムアップだけではなくて、やはり企業のトップへのアプローチが重要という御指摘をいただいております。

⑦ですが、先ほども御意見をいただいておりますけれども、やはり休業中の労働者、また休業中の労働者が職場復帰するときに非常に危険が高まるということで、休業中の支援、また職場復帰に伴う自殺防止の観点から、職場復帰支援の好事例を普及啓発して自殺防止を図ることが重要ではないかという御指摘でございます。

⑧ですが、いわゆる労働者に当たらない人、一人親方等の個人事業主、また失業中の方のメンタルヘルス対策としては、地域保健と職域保健との連携で推進を図る必要があるのではないかという御指摘です。

⑨ですが、やはり近年、雇用形態が多様化していることが、働く人の自殺者の統計も、職種については、現在、調べられておりますけれども、例えば正規雇用か非正規雇用かといった観点での統計資料、実態把握が今、なされておられませんので、そういったことも今後の実態把握の中で必要になってくるのではないかということでございます。

⑩ですが、中小企業のメンタルヘルス対策の取組みが遅れているということから、地域での労働者のメンタルヘルス対策を進めていく拠点の整備が必要ではないかということでございます。

⑪ですが、いわゆる事業場外資源、EPAの活用の促進ということでございます。

⑫ですが、自殺防止の観点からも、長時間労働の抑制と仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）を推進していく必要があるということでございます。

説明は、以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。この項目に関しましては、1回目、2回目とたくさんの御意見をいただいたところがございますが、今、12点ほどにまとめていただいております。御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

五十嵐委員、どうぞ。

○五十嵐委員 ①～⑫までたくさんの項目を出していただいて、とても網羅されているように見えるのですが、やはりこういった項目のすき間をだれが埋めていくのかというところが実際一番大事だと思います。先ほど来、中小企業の問題ですとか、地域で休職している人たちのケアということで、職域と地域の連携という話が出てきましたけれども、それはもう随分前から言われていることなんです、実際これが余り機能していない実態があります。

職域からアプローチしたいと思っていても、やはり職域は民間で雇用されていますので、職域から地域の方に働きかけるというのは、なかなか難しいので、では、そのすき間をどういう立場の人で、どういう職種が埋めるかというところを考えたときに、先ほどメンタルヘルス対策を推進する産業医や衛生管理者が中核となってとありましたけれども、本当にそれでいいのかどうかというところも検討していただきたいと思います。

つまり、労働者30人未満のところは、産業医の共同選任義務がありましたけれども、これも実際は機能していないということでなくなってしましまして、メンタルヘルスだけでなく、健康管理の面でも、法律から漏れている中小企業、零細企業はあります。

そういったところを、では、地域の先ほど保健所という話もありましたけれども、保健所の例えば保健師も非常に少なくなっている現状があるときに、やはりそういった人材的な部分をどういう人たちが支えていくかというところを、この項目に沿って、実態がどういう形で動いていったらいいのかというところを是非検討すべきかなと思います。

企業の中には、大企業です。ここにいらっしゃる高橋委員のところもそうですし、私のところもそうですが、中に産業医、保健師が常駐しているところは、国が提示された指針の中でかなり積極的な動きがあり、うつ病から自殺を起こさないというリスクマネジメントとして、企業は大きくとらえているんですけども、やはり中小、零細企業にそこまでそういったところに費用を割く余力があるのかというと、なかなかそうではなく、そういう人は早く辞めていただくとか、そういったところが現状です。

ですので、やはり地域保健と職域保健の連携をただ机上の空論だけでなく、本当にどういう視点でやっていけばいいかというところを考えるべきかと思えます。

あと、企業にいまして、自殺が一番興発する時期というのは、復職の時期もそうですけれども、職場で早く見つけて、早く医療機関に送るところが非常に大事で、その2か所だと思います。やはり職場で早期発見、早期対応ということを考えますと、やはり職場の風土づくりも非常に大きくて、これも業種によっては、例えばIT関連企業などは、実態を聞きますと本当に驚きます。企業の1割ぐらいが病院にかかっているような企業もあると同僚などからも伺っておりまして、業種によっては、かなりシビアな問題を抱えているところがあります。そういうところにも産業保健職がいるのですが、その風土まで変えていくようなところまで力がないといったようなところがある

ので、産業医、衛生管理者だけでなく、保健師、看護師といった人材の投入と育成といったところでも是非、項目立てというよりも、この出された 12 項目をいかに解決するためにそういった視点で考えていただくという点で、意見を申し上げました。

○樋口座長 ありがとうございます。そのほかにはいかがでしょうか。

高橋委員、どうぞ。

○高橋（信）委員 ただいまの五十嵐委員の意見に少しつけ加えさせていただきます。

ここの⑦番にあります休業中の方の復職支援の問題です。その際の法的な問題で解決していただきたい面がございます。

例えば職場復帰のときに、半日勤務が結構ですとか、リハビリ出勤をお願いしたいということと言われることがあるのですが、そのときに、事業者が命じると、業務扱いとなり、そこで何かあると、いわゆる安全配慮義務違反が問われかねないという懸念があります。せっかく徐々に作業に慣らさせるとか、元の職場の雰囲気を提供したいと思いながら、やむなくとどまっているという面があります。

一部の病院では、リハビリのための作業療法などを行っているところもありますが、そこでも、費用負担をどうするのかとか、スタッフをどう起用するのかという問題が出ています。そういった要件をいい方向に考えていくという姿勢が大事だと思います。

○樋口座長 ほかにいかがでしょうか。

花井委員、どうぞ。

○花井委員 先ほどの五十嵐委員の御意見とも関係してくるかと思うのですが、中小企業の中で健康管理を担当する人を置くこと自体が難しいので、外の機関との連携ということをもう少し強く出してもいいのではないかと考えております。

例えば地域産業保健推進センターなどがもう少し積極的に働きかけて中小企業事業所との連携を、多分御努力されていると思いますが、より強めていただきたいと思います。中小企業では担当者を置けないので、そういう公的な機関との連携が非常に重要になってくるのではないかとということです。

それから、⑫番とも関係しますが、長時間労働もそのとおりですが、もう一つ、パワハラ、セクハラを職場から根絶していくことを社会的に推進することも是非とも入れていただきたいと思います。長時間労働とパワハラが一緒になって、うつに追い込まれて、自殺という例も結構多いと聞いておりますので、そのことも自殺防止のための 1 つの課題として挙げていただければと考えております。

○樋口座長 ありがとうございます。そのほかにはいかがでしょうか。

渡辺委員、どうぞ。

○渡辺委員 今、産業精神保健絡みの話がいろいろ出ましたので、1 つだけ。

おっしゃるとおり、この産業精神保健は、特に企業の産業医の先生方、精神科に通院されている場合では精神科の医者との連携というのは、本当に大事なことは当然なわけです。ところが、その連携がなかなかうまくいかない、もしくは少ないということの背景がどこにあるのかということも少し考えていかなければいけないと思います。

勿論、1つは、精神科医にそういった産業精神保健を専門にする医者が少ないとか、産業精神保健の見識が乏しい精神科医がまだまだ多いということがあって、これは我々精神科医の中でもっともっとこれから勉強していかなければいけない、啓発していかなければいけないところだとは思いますが。

しかし、現実問題難しいのは、やはり時間とコストの問題であります。やはり、保健診療という枠の中で、なかなか企業の担当の方と直接お話をする時間であるとかが持てませんし、それは10分や15分で済むことでもありません。では、その辺りのコストの問題をだれがどう見ていくのかといったことが、やはりきちっとシステム化されていかないと、本当の意味での充実にはならないのではないかと考えております。是非その辺りも検討していただければと思います。

もう一つ、これはもう少し先の長い視点になりますが、今、産業精神保健はどうしても早期発見、早期治療、復職支援云々という、言わば二次予防、三次予防の話になっております。でも、本当はその前に一次予防の話があるということをやはりきちんと認識しておかなければいけないと思います。病気にならないようにしてもらおうというのが一番なわけで、自殺の背景にあるうつ病とよく言われますが、うつ病の背景にある職場環境なり、社会環境なりという問題を是非忘れないでいただきたいと思えます。

具体的に言いますと、その本人の適正に合わないような仕事をさせてしまうとか、そういった適正といったようなものを全く考えないような状況で仕事をしてもらって、それでうつ病になって、早期発見というよりは、そうならないようにする一次予防のところへもっとエネルギーを使う方がいいのではないかなと考えております。

○樋口座長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 今の渡辺委員の意見と、先ほどの五十嵐委員の意見に関連することなんですけれども、項目のすき間であったり、あるいは専門家同士の溝であったり、こういうところをどう埋めていくのか。制度として、どうやってそういうすき間がないようなものにしていくのかというのは、自殺対策においては非常に重要なことだろうと思えます。

保健師とか産業医、あるいは精神科医といろいろ専門家の話が出てきましたけれども、皆さんやはりそれぞれの持ち場でかなり手いっぱいな状況です。

例えば(1)の市区町村の取組みを推進するということにも関わってくるんですけれども、自殺対策の担当部署を設定するだけでなく、自殺対策コーディネーターみたいな、積極的にいろいろな専門家であったり、あるいは官と民だったり、すき間を埋めていくつなぎ役となるような人材を養成すべきだと思います。そのコストを、だれがどう負担するのかということに勿論なっていくわけですが、そういう人たちがいないと、この縦割りだったり、専門家同士の溝であったりというのは、なかなか埋められないだろうという実感があります。

我々は、自殺対策のつなぎ役と思って活動していますが、その中でも、やはりそこは痛切に感じるところです。相談を受けている方たちは、やはり相談を受けることに手いっばいだし、精神科医の方は患者さんに手いっばいだし、弁護士は弁護士でクライアントにと。そこを、それぞれの努力でつながりなさいと言ってもなかなか難しいので、「つなぐこと」をコーディネートする役割の人

たちをもっともっと世に放つべきというか、いろんところで仕事ができるような仕組みをつくっていく必要があるのだろうと感じています。

あと1点。たしか介護コーディネーターという制度ができたということを最近新聞か何かで見たんですけど、これは厚生労働省に関係することですか。

○厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長 ケアマネージャーですか。

○清水委員 ケアマネージャーではなくて、介護をコーディネートする、ケアマネとは違う新しい役割を担う介護コーディネーターというのができたと聞いたのですが。

すみません。何かと思い違いをしているのかも知れませんが、要するに、これまでの専門分野を持った専門家というだけではなくて、その間をつないでいく人材が必要なのではないかということです。

○樋口座長 本橋委員、どうぞ。

○本橋委員 ⑧番のところと関係するんですけども、職域と地域の連携とかというときに、何が一番問題になるかという、個人情報保護法が非常に厳しくなっているものですから、多分職場での一人ひとりの個人情報で、特にメンタルの問題というのは非常にセンシティブなものですので、これが職場の方からきちんと地域に情報が共有できていないということが一番難しいところで、この辺はいろいろ厚生労働省なりどこかで、どうやって地域と職域でそういう個人情報の問題をうまくクリアーして、情報を共有できる仕組みをつくるかという制度的なものを考えていただく必要があるのではないかと思います。そこがかなりネックになって、やはり連携がうまくいかないというところがあると思います。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

どうぞ。

○柴田内閣府自殺対策推進室長 前回も厚生労働省に聞いてよくわからなかったので、もう一回御説明いただければと思います。今日、これについていろいろ議論がありましたけれども、地域保健と職域とのつなぎといいますか、連携ということで、その施策として具体的にどのようなことをやっているのかというのを1回御紹介いただければと思います。

○厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長 地域、職域の連携につきまして、一般論でございしますが、都道府県及び二次医療圏に地域・職域連携推進協議会が設けられまして、それぞれ保健所なり、労働局、あるいは監督署が参加して、いろいろ地域の取組みを進めているというのが一般的でございまして、本省におきましても、そういう職域と地域保健のための会合が設けられているところでございます。

実際に、メンタルヘルス施策について、地域と職域の連携がどうなっているかという点につきまして、具体的に説明できる事例はございません。今後の課題といたしまして、ここの今後の課題についても述べられておりますが、職場復帰の支援につきまして、今まで我々でも手引を作成して、それを推進してきたところですが、やはりこの会議等でもいろいろ御指摘されているとおり、やはりもうちょっと地域との連携を進める必要があるだろうと思います。当然のことながら、先ほどの高橋委員の御指摘などもあるわけでございますので、そういった面で、今年度、職場復帰の支援の

手引の見直しを進めたいと考えております。

その中で、例えば当然省内では、我々だけではなくて、精神・障害保健課にも入っていただきますし、リワーク事業をやっている職業安定局にも御参加いただく。あと、地域を代表して、保健所長会からも委員をお願いして、そういった面ですきまを埋められるような取組みを今後したいと思っております。

この検討会は、私ども直営ではないのでございますが、中央労働災害防止協会というところに委託事業をしておりますので、その一環として、中災防の委員会として取り組んでいただく。それは当然私どもに返ってきてまして、行政としての手引として位置づけたいという予定をしているところです。現在まで十分だったかと言われると、なかなか辛いところがあるのでございますが、御指摘を踏まえて、そういった面で一步前進をしたいと考えています。

○樋口座長 どうぞ。

○厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長 現実には、保健所における今の精神保健活動というものは、1つは、統合失調症を中心とした社会復帰の支援が、精神においては、まず一番大きな仕事があり、一方で、その相談、つまり医療へのつなぎをどうつけるかという、早期発見あるいは精神保健相談という形での対応が中心になってきたわけでありまして。

今、問題になっているケースの場合は、おおむね医療の管理下に置かれているわけで、そうなった場合には、今まではどちらかという、地域保健はその役割を少し後ろに引いている状態になるわけです。その方が、例えばその地域で生活をする上で、いろいろなほかのサポートが必要になってくる場合、例えば障害者自立支援法による対応が必要であれば、市町村が窓口になってくるということで、実は社会復帰についても、保健所よりも市町村の相談件数が増えている現状にあります。そういう面で、どういう役割を地域保健が担うのかということが、包括的な言い方で職域と地域の連携というのは進めるべきだと思いますけれども、現実的に、ではどうしていくのかという問題になりますと、どういうケースを受け渡してもらうのか。先ほど、制度的な仕組みの話もありましたけれども、そういうことを考えていく必要があるのではないかと御指摘を踏まえながら、今、いろいろと検討しているところでございます。

いずれにしても、職域と地域がどうやって連携するかという、何かの場をつくるということについても、今後進めていく必要があると認識しております。

○樋口座長 五十里委員、どうぞ。

○五十里委員 都道府県からでございますけれども、地域・職域連携推進協議会の現在の愛知県の実況を申し上げますと、いわゆる職域での活動、あるいは地域での活動をそれぞれ情報交換し合って、共有しようというのが一番のねらいになっております。

以前から、なかなか地域と職域の連携というのは、やはり職域というのは、どうしても国の直接の関与ですので、なかなか情報がつかめなかったということなのですけれども、やはりその連携会議を進める中で、地域のさまざまな事業を職域の人も活用していただく。職域のいろいろな活動に地域も参加するということが、今、ようやく始まりかけた段階ではないかと思っております。

それから、その会議を担当しているのは、愛知県の場合ですと保健師です。その保健師が、やは

り今回の自殺対策を1つの契機にして、愛知県の場合は、保健所の非常に厳しい財政的にも、いわゆる人員削減も非常に合理化が図られている中で、やはり私どもとして、母子保健とか、さまざまな事業が市町村主体になる中で、保健所の大きな役割というのは、やはり精神保健です。その精神保健をどうやって充実させるかという契機に、この自殺対策を使わせていただいて、ほかの仕事をスクラップして、この精神の専属のグループを保健所につくる。そういうことが1つ可能になりまして、一番のねらいは、自殺対策も勿論やるんですけれども、やはり精神保健をどうやって充実させるかという、それにうまく乗っからせていただいたというところが1つございます。

ですから、先ほど、だれが地域の中でコーディネーターになるかということですが、やはりその地域の問題は、その地域を一番知っている保健師がやはり大きな役割を担うのではないかと、私個人的にはそう思っております。

○樋口座長 ありがとうございます。まだまだ御意見をいただきたいところがございますが、大分時間が迫ってまいりましたので、残りの課題や今日のことも含めて、次回、更に引き続き検討をさせていただきますと思います。

今日提出されている資料等につきまして、事務局から何かございますか。五十里委員から提出されている資料は。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 その前に、今日、事務局から資料2、「都道府県別の自殺者数」につきまして、前回の会議で11月までの類型について御報告したところですが、それ以前の状況がどうなっているのかというところで御指摘をいただきまして、18年の各都道府県別の自殺者数と19年11月までの数字と、前年同月の差、増減を取ったものをお配りさせていただきました。詳しくは、間もなく19年の自殺者数がまとまると思いますので、そのときに御説明させていただければと考えております。

3枚目の資料を見ていただきますと、前年同月で減少の月を薄い青で塗らせていただきました。これをざっと見ていただきますと、やはり大都市部では、1年間を通じて前年を上回る傾向が続いてきたところがございますが、年の後半は、やや減少傾向のところも見られてございます。

逆に、年間を通して減少傾向が見られる東北、九州の方は、年間を通してやはり減少傾向がうかがえるところがございます。

また詳しい分析や年間の数字が出ましてから、改めて御報告させていただきたいと思います。

○樋口座長 それでは、今日提出されている資料で、五十里委員から提出された資料の説明をいただけますか。

○五十里委員 貴重なお時間をいただきまして、ありがとうございます。

全国衛生部長会で、4月25日～5月20日まで、会員にアンケートを取らせていただきまして、国、各省庁への要望というテーマでとりまとめをさせていただきました。この項目立ては、大綱の柱立てになっております。特に要望の多かったものにつきましては、ゴシックで強調させていただいております。

先ほどから、今後の充実検討課題の議論に入っているわけですが、大体今回の全国から寄せられた要望の半分以上が、課題の中に入っておりまして、最初の1番目の自殺の実態を明らかに

するところから、先ほどから出ております項目が要望として出てきております。

詳細を申し上げるのは省略させていただきますけれども、来年度あるいは今年度でも結構ですけれども、各省庁の皆様方が、今後いろいろ要求されるとか、予算要求など、いろんなところに御活用いただければと思います。あるいは是非ひとつこういうことに力を入れていただきたいという御要望をさせていただきたいと思います。

非常に多くの意見が出されておりますので、ひとつよろしくお願ひいたしたいということでございます。

○樋口座長 ありがとうございます。ほかの清水委員と斎藤委員からの資料については、追加の説明はよろしいですか。

斎藤委員、どうぞ。

○斎藤委員 先ほどの(3)精神科医療のところ、通院歴のある自殺者についてお話が出ましたけれども、これは私どものフリーダイヤル自殺予防のちの電話でも、未遂歴、通院歴が圧倒的に多いわけです。これは、横浜市立大学の救急救命センターの統計でも、全く私どもと同じ統計結果が出ました。

ですから、これはまず精神医療の問題でしようけれども、それだけではなくて、やはりコミュニティレベルでこうした未遂者、通院はしているけれども、自殺願望が非常に強い人たちをどうサポートするかということは、大変大きな課題だということを実感しました。

これは事務局作成のものですが、ここに色刷りに統計がございます。大変貴重なデータだと思いますので、是非ごらんいただきたいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。それでは、ほかにはよろしいでしょうか。

大体時間となりました。まだまだ御意見がおありだと思いますが、先ほど申し上げましたように、次回これを継続して進めてまいりたいと思います。

それから、本日の議題に関しまして、更に追加的に何か御発言の内容がございましたら、来週の5月29日木曜日までに、そのメモを事務局へ提出していただきますようお願いいたします。

事務局から何かございますでしょうか。

○柴田内閣府自殺対策推進室長 各省にもお願ひしたいのですが、例えば施策を予算上用意しているとか、いろいろあると思います。あるけれども、もしかしたら有効に動いていないこともあるかもしれない。動いていれば、今日みたいな議論というのは出ないわけですから、それぞれのところでやっていることで、もしうまく動いていないことがあるのであれば、今日せっかく現場の方もいらっしゃるわけですから、率直に話をさせていただいて、どう直したらいいかということで議論をしていただくと大変ありがたいと思います。予算で用意しておりますとか、施策で用意しておりますというだけだと、それが動かなかつたら、何も意味がないわけですから、是非そういう発想でここでの説明なり、意見の開陳をしていただければと思います。

○樋口座長 事務局から、連絡事項ございますか。

○高橋内閣府自殺対策推進室参事官 次回の会議でございますが、6月19日木曜日、午後5時から開催を予定させていただいております。今日の議題の続きとして、自殺総合対策として追加、検

討すべき課題を御議論いただく予定をしておりますが、詳細につきましては、改めまして、事務局から御連絡させていただきます。

○樋口座長 それでは、本日の会議はこれで終了させていただきたいと思います。どうもお疲れ様でございました。