

第4回自殺対策官民連携協働会議 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4回自殺対策官民連携協働会議 議事次第

日時：平成27年2月3日（火）14:00～15:56

場所：中央合同庁舎4号館12階1208特別会議室

1. 開会

2. 議事

(1) 委員からのご発言を踏まえた各府省の対応

(2) 報告事項

- ・平成26年度自殺対策官民連携協働ブロック会議について
- ・平成26年度補正予算の対応について
- ・平成26年度自殺対策強化月間について
- ・委員提出資料

3. 閉会

○樋口座長 それでは、皆様、時間になりましたので、第4回の「自殺対策官民連携協働会議」を始めたいと思います。

もうことは年が明けて1カ月たちましたけれども、この会はことし初めてということですので、皆様ことしもどうぞよろしくお願ひしたいと思います。

さて、本日の出席者の状況につきまして、まず事務局のほうからお願いいたします。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 内閣府自殺対策推進室参事官の岡でございます。本年もよろしくお願ひいたします。

出席の状況に先立ちまして、官民連携協働会議構成員の変更がございましたので簡単に御説明したいと思っております。

葉梨委員から松本委員におかわりになりました。

あとは、伊藤委員から高松和夫委員におかわりになりました。

次に出席でございますが、本日は松本委員、南委員、向笠委員が御欠席の予定でございます。

渡辺委員は、10分ほど遅れると聞いております。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、先ほど紹介がありましたが、今回新しく入られました委員でおられます高松委員から一言自己紹介をお願いいたします。

○高松委員 連合で雇用対策を担当しております高松と申します。最近ブラック企業が問題化していますが、労働者の立場としては、長時間労働あるいはセクハラ、パワハラについて特に問題視しております。どうぞよろしくお願ひいたします。

○樋口座長 よろしくお願ひいたします。

それでは、本日の議事に移る前に、恐らく皆様も既に御存じのことと思っておりますけれども、先日閣議で決定されました内閣府のスリム化についてということで、少し事務局のほうから説明をしていただけるということでございますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。余り時間がございませんので、質疑を含めて15分程度ということでお願ひしたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○原内閣府大臣官房総務課長 内閣府の大臣官房総務課長の原でございます。御説明をさせていただきます。座らせていただきます。

お手元に参考資料ということで、平成27年1月27日閣議決定というペーパーがあらうかと思ひますので、それを1ページめくっていただきまして、裏側の「(3)内閣府機能の見直し」の④のところに自殺対策という記述があるわけでございます。平成28年4月に移管というふうに関議決定には記述がございます。

この閣議決定におきまして、厚生労働省に移管をするということで閣議決定がなされたわけでございますけれども、今回の閣議決定につきましては平成13年に橋本行革ということで中央省庁等の再編が行われて以来、府省横断的な政策課題が増加をして、その多くが内閣官房、内閣府に集中してきたという背景があるわけでございます。

そんな中で、やはりそれはある意味問題だろうということをごさいまして、先般与党のほうで内閣府をスリム化する、内閣官房をスリム化するというような提言がございました。その中で総論的に申し上げますと、やはり内閣官房、内閣府が国家の総合的、戦略的な位置づけといいます本来の役割に専念ができるようにするために、政策の基本的な方向性が定まってきたような課題については相対的に豊富なリソースを持っている、あるいは現場などを持っている各省に担っていただくということで、政府全体としてより強力かつきめ細かく政策を推進することができるだろうという考え方のもとで、今般の閣議決定の大本になります与党の提言が取りまとめられたわけでございます。

本件、自殺対策につきましても、皆様方の御尽力もありまして自殺総合対策大綱に基づきます取り組みの推進でありますとか自治体の御努力等々もあるわけございまして、自殺者数、あるいは自殺死亡率は減少傾向にあるわけでございます。

ただ、今なお年間2万5,000人以上の方々自ら命を絶たれる状況にあるということにはやはり変わりはないわけございまして、国としてこの政策をさらに前に進めていく必要があるわけでございます。

そういう中で、このテーマにつきましても最も多岐にわたる関係施策を所掌していただいております厚生労働省に移管をするということによりまして、同省を中心として政府一体として引き続き取り組み体制の維持、あるいはさらなる強化を図るという方向性を閣議決定で決めたということでございます。

現在、内閣官房を中心といたしまして関連の法案を今通常国会に提出すべく準備を進めているところでございます。内閣府といたしましても、この閣議決定を踏まえまして平成28年4月に予定をしております厚生労働省への移管が円滑に行われますように、我々としても必要な対応を行ってまいりたいと考えておりますので、御理解を賜りたいと思います。

一旦、私のほうからは以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの御説明でございますが、委員の皆様から御質問がございましたらいただきたいと思っております。いかがでしょうか。

では、どうぞ。

○中山委員 お願いを含めてでございますけれども、きっかけは内閣府の機能が重いからという政府側の事情だと思っておりますが、見直しの結果として自殺対策の機能が弱まったというような本末転倒なことがないように十分な配慮をお願いしたいと思います。

移管後の十分な調整機能の確保ですとか、あるいはこれからは対地方との関係が重要になってきていると思っておりますので、そういう意味で地方との関係で十分な仕事ができるような所掌、あるいは体制といったものの確保ができるように、これから具体的な御調整をされると思うんですけれども、そういうことはぜひよろしくお願いしたいと思います。

○原内閣府大臣官房総務課長 今ほどの御質問の件は、この自殺対策に限らずどのテーマでもあらゆる場所で御指摘をされているテーマでございます。

まず、調整の機能につきましては新しい総合調整の機能も今回の法律改正にのっとりまして、厚生労働省さんのほうでも必要とあれば相互調整ができるような受け皿規定を全省庁に御用意させていただくという方向で法律立案は進んでおりますので、それがまず1点でございます。

もう一点の地方との関係、あるいは体制ということでございますけれども、平成28年4月からということでございまして、平成28年度予算、これはことしの夏から冬にかけて編成作業が行われるわけでございますけれども、そこで厚生労働省さんと内閣府の間で今、示されました懸念がないように調整させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

○樋口座長 どうぞ。

○中山委員 私も昔、関連の仕事をしていましたので、ちょっと専門的なことに入るんですけども、全省的な移管の話だと思うので、ぜひ移管先の省庁においてさらに組織を充実したいといったときのスクラップ財源などについては省内だけで求めるのではなくて、全省的な視野でスクラップをしながら必要なところをビルドするとか、そういうようなこともぜひお願いしたいと思います。

○原内閣府大臣官房総務課長 多分、もともとの最初の出発点は横移動なんだろうと思えますけれども、今おっしゃられたことも大事なことだろうと思えますので、内閣府人事局も御協力いただけると聞いておりますのでやらせていただきたいと思います。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、この後、官房総務課の方は御退席されるということでございますので、以上でこの件は終了させていただきまして、議事次第に沿いまして進めさせていただきます。

まず、議事の1番でございますが、前回いただきました「委員からのご発言を踏まえた各府省の対応」ということでございます。まずは、事務局から説明をお願いしたいと思います。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 内閣府参事官の岡でございます。座って説明させていただきたいと思っております。

資料2-1をごらんください。資料2-2が前回の「委員からのご発言を踏まえた各府省の対応」ということで、それぞれ各省庁から御回答をいただいております。それで、資料2-1がその概要版でございますので、資料2-1を中心に説明をしていきたいと思っております。

まず「実態把握」ということでございまして、五十嵐委員、渡辺委員からの御発言でございます。「自殺統計の「その他無職」の項目について詳細なデータは得ることができないのか」ということでございます。

自殺統計の統計的な制約もございまして、「その他無職」についてなかなかこれ以上の詳細な分類を示すことは難しい状況でございます。ただ、その背景ということでございまして、例えば年齢とか動機別などクロス集計を行い、分析をすることでその実態が把握で

きるようにいろいろ工夫してみたいと考えてございます。

2つ目は、伊藤委員からの御発言でございます。「自殺と過重労働との関連の分析が必要ではないか」という御発言でございます。

仕事により精神病、精神障害を発病して自殺したとして労災認定された者は全部で63件で、平成24年度の93件から30件ほど減少してございます。それで、先般の過労死等防止対策推進法におきましては、国は過労死等に関する調査研究等を実施することが規定されており、同法を踏まえ関連する調査研究を実施する予定でございます。

次に「心の健康」でございます。坂元委員、田中委員からいただいております。「がん患者へのフォローやがん診療拠点病院における自殺対策の強化が必要ではないか」ということでございます。

がん患者に対しては、心理面も含めたきめ細やかな対応が必要でございます。がん診療連携拠点病院において、緩和ケアチームに精神症状の緩和に携わる医師を配置し、精神心理的苦痛へのケアを行っています。また、がん患者の心情に十分に配慮した症状の伝え方などの研修を実施してございます。

4つ目でございます。高橋委員、田中委員からでございます。「被災地における派遣職員や復興を支えている人に対して心のケアを行うことが重要ではないか」ということでございます。

被災自治体におけるメンタルヘルス対策といたしまして、派遣職員も含めた被災自治体の地方公務員に対してストレスチェック、カウンセリング、セミナーなどの事業を実施しています。

被災者の心のケア支援事業において、心のケアを担う拠点として被災3県に心のケアセンターを設置し、市町村保健師に対する後方支援、専門家による同行訪問、支援者支援等を実施してございます。

また、地域自殺対策緊急強化基金を通じて被災地での取り組みの支援や、ブロック会議において自治体や民間団体の情報共有やネットワークづくりを支援してございます。

次に、渡辺委員からでございます。「不適切な処方、診療報酬ではなく個別指導、その他行政処分に対応するべきではないか」ということでございます。

「不適切な処方」については、罰金以上の刑に処せられたときの要件に該当すると認められる場合には免許取り消し、業務停止等の行政処分の対象となり得ます。

平成26年度の診療報酬改定においては、向精神薬の多剤投与を行った際の減算規定を設けています。

あとは、「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」等、ここに書かれていますガイドラインを作成することにより、適切な処方の推進を図っています。

今後も、行政処分の要件に該当する医師及び歯科医師に対しては、医道審議会の意見を聞いた上で適切な行政処分を実施するよう努めていくとさせていただきます。

あとは、薬物ガイドライン等の策定や関係団体等に周知し、認知行動療法の普及に努め

るなど、向精神薬の適切な処方推進の取り組みを行っていきたいと考えています。

次に、中山委員からでございます。「生きる支援のための保険創設について、官民挙げての検討をすべきではないか」ということでございます。

生きる支援のための保険制度に関しては、制度の骨格が不明であるので評価は難しいところはございますが、モラルハザードの問題が生じることが容易に想像され、保険制度として制度設計を行うのはなかなか難しいのではないかと考えています。

経済的な問題で自殺に追い込まれる人への対応として、例えば自殺総合対策大綱においては「社会的な取組で自殺を防ぐ」などで、「多重債務の相談窓口の整備とセーフティネット融資の充実」「経営者に対する相談事業の実施等」の取り組みを進めているところでございます。

ページをおめくりください。「遺された人への支援」ということで、7番と9番と同種の意見でもございますのでまとめて御説明したいと思っております。7番は田中委員、9番は杉本委員でございます。「自死遺族の自助グループ等への支援と連携を進めるべきではないか」「遺族支援は、長く続けていかなければならない課題ではないか」ということでございます。

基金等を通じて、自死遺族のための分かち合いの会の運営等の支援を実施しています。また、ブロック会議においても自死遺族の分かち合い等についての活動報告や、支援や連携についての意見交換を実施しています。

自殺の防止等に関する民間が行う事業について公募を行い、採択された事業について財政支援を実施しています。自殺防止対策事業費補助金でございます。自助グループ等の民間団体におかれましても、採択された場合には活動に対する財政支援を実施してございます。

また、杉本委員の9番でございますが、1つ目のポツは田中委員のお答えと重複するので省略させていただきます。

2つ目で、精神保健福祉センターや保健所等で遺族も含め精神的ケアや相談を実施しているところであり、引き続き適切に必要な相談支援を行うよう周知していくと考えています。

8番でございます。杉本委員から「心理的瑕疵に関する取り組みを進めるべきではないか」ということでございます。

遺族に置かれた状況や支援についての理解促進に努めていまして、遺族が不利益を被ることがないように、損害賠償の現状把握とその周知を図ることが肝要であることから、内閣府において過去の裁判例を今、収集していまして、法的な考え方や損害賠償等の現状を整理するための調査を今、実施しているところでございます。

結果につきましては、自死遺族等のための情報提供を行うための判例集として取りまとめて公表することを考えてございます。

最後に、「推進体制」の10番でございます。中山委員からでございますが、「都道府県

の枠を超えた連携事業について弾力的な運用が重要ではないか」というところでございます。

広域的な事業については都道府県連携事業分として定額を交付しているところでございます。また、連携による広域的な相談事業の取り組みについて事例等で紹介してございます。

交流という視点では、ブロック会議の中で地域や官民のバランスに配慮したグループにより、意見交換や情報共有を行っているところでございます。

高橋委員、本橋委員からでございますが、「自殺の状況に関する分析について多面的なアプローチが重要ではないか。自殺対策、例えば基金の効果について分析を進めていくことが重要ではないか」ということでございます。

今後の調査や分析手法については、委員から御指摘されたような視点を持ちながら白書等でいろいろ進めていきたいと考えてございます。

また、委員の先生方もいろいろ御知見などをお持ちだと思いますので、それらの情報共有をさせていただきながら進めていきたいと考えてございます。

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。

ただいまの説明でございますが、各省庁の担当者もいらっしゃいますので、何か御追加、補足等がございましたら今の説明についていかがでしょうか。よろしいですか。

そうしましたら、委員からの御意見を踏まえた各省庁の対応ということで今、説明がございましたが、これに関しましての御質問あるいは御意見がありましたらどうぞお願いいたします。

では、田中委員どうぞ。

○田中委員 全国自死遺族連絡会の田中でございます。

心理的瑕疵の判例等を今、調べているところだということですが、それをつくって皆さんにということなのですけれども、弁護士や司法書士の方々と何年も活動をしてきて感じたことは、民事の場合は和解が多く判例が少ないので和解の事例も集めていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 ありがとうございます。今、確かに判例はどのようなものがあるかというのはかなり前広に我々としても調べてございます。それで、和解の事例というのがどこまで固まったものがあるかというところは、どこまで調べるかはわからないところがあるのですが、少しそういう視点も広げながらできる範囲でやっていきたいと思っております。

○田中委員 弁護士などで自死遺族支援弁護士団とか、私たちの差別問題権利保護研究会とかの弁護士さんたちで和解の事例は数多く、年間50件ほど私たちのところでもやっていますので、ぜひ参考にさせていただきたいと思っております。その資料は出せると思いますので、どうぞよろしく申し上げます。

○樋口座長 では、その辺もよろしくお願ひしたいと思ひます。ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、中山委員。

○中山委員 2つあるうちの後半だけ、前半のほうはまた後のところでやりたいと思うのですけれども、10番のほうです。これは、2回から3回のもので全然進展がないんですね。それで、前にいただいた議論に対して私は前回申し上げたことを繰り返しますが、確かに今の形で一定のことはできるんですね。だけど、これはやりたいことからすると極めて限定的だというのは前に申し上げたとおりです。

というのも、御回答はブロック会議の分を除けばまず各自治体で事業をやるんだというふうに事前に積み上げて県にお願いしてやればということなのですが、問題はそれだと自殺対策を優先順位の一定の位置に位置づけて大切にしている自治体の規模以上には広がらない。そこを問題にしているんですね。

他方で、今、求められていることは、日本中の自治体に何かやってほしいということだと思います。3万をようやく切ったということなのですが、まだ2万5,000、6,000というようなオーダーで亡くなられているといったとき、日本中でやらないといけません。今、問題意識を持っている自治体だけでいいのかということをお聞きしています。

だから、大切なのはプライオリティー、自殺対策のプライオリティーが高くない自治体も含めて、まずどこかが無計上で事業を計上して、ただでいいから、負担がないから参加してよという形をとりながら参加のハードルを下げていく。下げて交流をどんどんしていく中で、なるほど、自殺対策というのは大切だなという理解がどんどん広まっていく。そのことによって、その自治体もいずれ自前で計上していく。プライオリティーを上げないといけないということで、自前で計上していく。こういう動きにつなげていかないといけないと思うんです。

そのためにこれを言っているんです。自前で計上しろと言ったらプライオリティーをそれなりにもっているところしかやらない。取り分け次年度以降は自治体の一定の負担が3分の1とか求められるようなことになると思うのですけれども、なおさらなんですね。プライオリティーの高くない自治体はやらないんです。やっても小規模なんです。それをどう突破していくかということが求められているときに、これを言っているんです。それに答えていただきたいと思います。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 自殺対策の取り組みが広くいろいろな市町村に広がっていくということに関しましては、我々もそのスタンスには立っております。それで、実際に基金ですね。この5年間ほど基金をやっていますが、全国約8割の市町村でもう既に実施されていて、だんだん我々ブロック会議などに参加させていただくときに、自殺対策という試みがそれぞれの市町村において重要なものだと考えていっているというふうな感触は受けているところでございます。

ただ、その手法でございしますが、やはり国で予算ということである以上、どのようなものに対してその事業を使っていくかというのがある程度見えてこない、なかなかそこが少し不明瞭な中で予算化するというのは難しいかと思っております。むしろ、例えば各市

町村が基金などを使ってすごく自殺対策を進めていって、その優良な事例をお見せしたり、あるいはブロック会議等、もしくは日ごろの行政におけるいろいろな連絡などにおいてその効果を示していくことによって徐々に広がっていくということが一番大切なことかと考えてございます。

その中においては、その8割の市町村において実施されていくというのは、中山委員の感じでいくとややまだまだということかもしれませんが、地道に広がっていているものではないかと我々は考えてございます。以上でございます。

○樋口委員 中山委員、どうぞ。

○中山委員 その御見識を問うているんですけれども、今のペースでいいのかということですね。前から真剣にやっているんじゃないですかと問うているんですけれども、それは地道には広がっていると思うのですが、それで十分かということがあると思うし、それに対して事例集ということですが、見るだけでわかるかということですね。あるいは、事例集があっても関心がないところは見ないんじゃないかと思うんです。

だから、それを多様な手段で、もちろんブロック会議も事例集も素晴らしいと思います。それは効果が上がっていると思いますけれども、他方でそれだけでいいのかということも問うているんです。もっと多様な形でいろいろなところで交流をしていくような事業が積極的に自治体主導であって、そういうような交流事業をしやすいような仕組みをつくっていくことで効果は加速すると思うんです。

そのときに、27年度に対する認識としてとても重要なのは、今度は3分の1の負担が出てくるんです。これは、余計、自主的にはやらなくなりますよ。ここをどう考えるかですね。そのための提言も後ほどさせていただくんですけれども、そこを真剣に受けとめていただきたいと思います。

○樋口座長 それでは、そこはまたこの後の議論も続くとも思いますので、少しほかのことでお手を挙げていらっしゃる方で、では渡辺委員、清水委員、どうぞ。

○渡辺委員 渡辺です。精神科医療のところですが、私が申したかった「不適切な処方とは診療報酬ではなく個別指導」というところは、「診療報酬ではなく」というところに実はウエートがあったのですが、行政処分を厳格にするという御回答だけになっております。

改めまして、「診療報酬ではなく」というところですが、やはり患者さんの状態によっては多剤が必要な場合もまれながらあるということでございます。多剤併用を防ぐということで、むしろそういった患者さんへの処方が制限されるという危惧もあるということでございます。

御承知のように、診療報酬でこういったことが規制されているのは精神科だけでございます。例えば、内科で糖尿病や高血圧の患者さんの血圧がとて高いときに血圧の薬は3種までですとか、糖尿のお薬は3種までですなどという制限はないわけでございます。したがって、診療報酬で規制するというのはどうも筋が違うのではないかと。これは医師の裁量権の問題で、必要に応じて医師が処方できるようにすべきであって、本当に不適切なも

のであったら、それは行政処分、行政指導で行うべきではないかということでございますので、そこを御理解いただきたいと思えます。

それからもう一点、その文章の最後の「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供」のところをよく出てくるのですが、「認知行動療法の普及に努める」という言葉がございます。もちろん、認知行動療法の有効性については私も十分承知しているところがございますが、少なくとも認知行動療法の対象になる方と向精神薬、抗うつ薬の対象になる方というのはやはり違いがございます。そのあたりを、全てが認知行動療法で治療できるんだという誤解を与えてしまうような話の進め方になると、これはかえって危険なところもございまして、そのあたりは少なくとも厚労省の関係者の方々は御理解をいただきたいと思っております。

今、逆の偏見といえますでしょうか、認知行動療法が余りにも強調されてうつ病になられた方が、考え方のゆがみがあったからだとか、考え方が悪いからうつ病になったんだというような誤解、偏見にもつながっているところがございます。そのあたりは、ぜひ気をつけていただきたいと思っております。

○樋口座長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 ライフリンクの清水です。

先ほどの中山委員の質問に関連してですけれども、そもそも内閣府としてこの広域連携していくということの意味はあるというふうに捉えていらっしゃるのでしょうか。もしそうであれば、広域連携しやすい枠組みをつくってあげる必要があるだろうと思えます。今のこのあり方でやると、やはり市区町村が広域連携しづらいということになっていきますので、それを変えるか。あるいは、もしブロック会議を通してということであれば、ブロック会議は年に何回やっていたらいいのでしょうか。後で報告があるんだと思えますけれども、年に各地域でたしか1回ずつですよね。しかも、参加人数は極めて限られていますね。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 限られているというか、関係者をかなり呼んでいて、30人、40人、50人くらいなのですが、そのそれぞれの市町村のキーパーソン、もしくは都道府県のキーパーソンの方なり具体的に自殺対策に携わっている方をお呼びしております。

○清水委員 今、資料を見ているんですけども、関東で63人の参加者、市町村、保健師等が26人、これは関東に何自治体あるんですけども。相当な数ありますよね。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 基本的には都道府県の人が多いかと思うのですけれども。

○清水委員 いずれにしても、もし広域連携する意義があり、それをこの基金ではなかなか促進するような形がとれないのであれば、もっと頻繁にブロック会議を開催し、希望者が全員参加できるような状況をとるべきだろうと思えますが、いかがでしょうか。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 基本的に連携ということにつきましては、実は基金においても都道府県において連携枠ということで、別にそれ以上ふえても構わないんですけども、あえて連携枠というところを都道府県にお示しすることで連携をしてくださいと

ということで、常に県を通じてそういうことを促すことはやっております。

それで、うまく連携をしてその効果が広がっていくということに関しましては我々もそれは望ましいかと思っております、基金の中の制度的な制約がある中において、国の予算でございますので何に使ってもいいというものではございません。その中において、都道府県なりに、そういうことをより促すようなことを、連携枠100万円なりをつけることによって実はそういうことが広がるような仕組みというものは考えてございます。

それと、ブロック会議に関しましては希望者を募っているということでございますが、ブロック会議だけではなくて、例えば全国自殺対策主管課長等会議というものがございまして、その中においても適宜その連携の重要性というのは伝えていきたいかと思っております。

○樋口座長 どうぞ、清水委員。

○清水委員 1点、今の点に関連して御質問したいんですけれども、そうするとその枠は実際どれぐらい使われていますか。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 我々は、見込みの枠として100万円と都道府県に言っています。

ただ、この基金の場合は都道府県で基金をつくっている関係上、彼らがそれよりもっといいと思ったら広げていただいても、我々としてはだめだと言うつもりはありません。むしろ、その枠ということを示すことによってそういう連携をしたらまずいのかなというような変な誤解がないようにしたいかと思っております。

○清水委員 実際、その連携のために額としてどれぐらい使われているんですか。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 今その連携の額が幾らか手元にはないので、数字で幾らかというのはちょっと難しいんですけれども、むしろ我々としては中山委員からもいろいろ御発言がございまして、しっかり都道府県にも連携というものが大切なんだということをしかりと示したいと思っております、そういうふうなことにしております。

○樋口座長 では、どうぞ。

○厚生労働省 厚労省でございます。

先ほど渡辺委員から精神科医療、5番の関係で御意見をいただきましたので少し補足させていただきます。

お手元に、資料2-2という資料がございます。「委員からのご発言を踏まえた各府省の対応」というペーパーでございますけれども、その5番のところ、中ほどの「現時点における対応状況」の2つ目の段落のところでございます。真ん中の後方から「平成26年度診療報酬改定において」ということで書いてございますけれども、「専門医が患者の病状等によりやむを得ず行った場合には減算の対象から外すなど、個々の状況に配慮した規定としている」ということでございますので、御理解いただきたいと思います。

また、認知行動療法の啓発については今後十分配慮して行ってまいりたいと考えております。以上でございます。

○樋口座長 それでは、五十嵐委員どうぞ。

○五十嵐委員 先ほどの中山委員の質問にも関係してくるところでございますけれども、先ほどのブロック会議の出席者を見ても保健師が非常に多く出席しているわけですが、保健師の活動に関しましては日本看護協会も、保健師の現在での取り組みの一番のミッションは自殺対策であるという姿勢も出しておりますし、大学の基礎教育でも保健師教育の中で現在の保健師活動の大きな役割としては自殺対策であるということを経験教育の中からもうたって、国家試験にはそれに附随する問題も出ております。

そういった保健師の使命というふうに各県、それから都道府県、市町村の保健師も思っているわけですが、それぞれの地方自治体ごとでの活動になりますと非常に無駄も出てきたり、あるいは連携することで非常に包括的な取り組みができるのだろうと思えますし、先ほどの中山委員の御質問に対して、約8割の市町村自治体でやっているということですが、これだけ第2次の自殺総合対策大綱が進んでいるにもかかわらず、やはり全都道府県、自治体で取り組むべきで、そこに大きな国の方向性というのがきまないと、もちろん役割として保健師なども持っているわけですが、ほかの事業もたくさん下りてきているわけで、優先度がどうしても下がってしまう都道府県もあるということだと思えます。

ですので、ブロック会議に関しましても興味のある意識の高いところは来るのでしょうけれども、そうでないところもあるとすれば、やはりこの運営の集客の問題、横断的な展開の仕方、それから予算に関してもそうなんです、もう少し柔軟に、またその方向性をきちんと示す上で、人材も含めて進めていっていただきたいと思っております。以上です。

○樋口座長 ほかにいかがですか。

では、杉本委員どうぞ。

○杉本委員 全国自死遺族総合センターの杉本です。

複数の自治体に協力というか、一緒に仕事をさせていただいておりますけれども、自治体によって移動のサイクルが非常にまちまちな気がいたしております。自殺対策は全くこれまで経験のない職員が担当になることも珍しくありませんし、やはりある程度期間をかけてじっくり取り組んでいかなければいけないテーマですので、その辺は長い期間担当しているところもあることを考えますと、何か工夫の余地はあるのではないかと思いますので、ぜひお考えいただきたいと思えます。

○樋口座長 そのほかにいかがでしょうか。

では、どうぞ。

○高松委員 連合の高松でございます。

前任の伊藤の発言に関連する御質問でございますが、過労死等に関する調査研究をされるということですが、具体的にどのようなスキームでされるのか、教えていただきたいと思えます。

○樋口座長 どうぞ。

○厚生労働省 厚労省の安全衛生部でございます。

こういった労災認定された事案につきまして分析をしまいるというようなことで、去年の11月1日に労働安全衛生総合研究所というところに過労死等調査研究センターが設置されております。この中で、来年度から本格的にそういった分析や研究ということをしてまいりたいと考えております。

○樋口座長 よろしいでしょうか。

坂元委員、どうぞ。

○坂元委員 がんの緩和ケアの中で、自殺対策を進めていくというのは非常にいいことだと思っております。

1点、もし可能ならばつけ加えていただきたいのが、現在、国の方針で地方自治体は地域包括ケア推進という形で、今後患者さんを在宅医療看護という形で長期間見ていくこととなります。当然、そういう中にはいろいろな疾病、例えばがんの患者さんも入ってくると思いますので、この地域包括ケア推進の中に1つ自殺対策の研修とかを加えていただけたらと思います。これは、お願いです。

○樋口座長 そのほかはございませんでしょうか。

どうぞ、清水委員。

○清水委員 これは渡辺委員に質問というか、確認をぜひさせていただければと思います。

私は、この精神科の処方に関しては厚労省の方針に賛成なんです。というのも、この不適切な処方というのはそもそもこれを取り締まるわけじゃないですけれども、監視する仕組みというのは今ありますか。私は、不適切な処方ほどの程度かは別にして、かなりあるんじゃないかと今でも思っています。

ただ、それは御本人がセカンドオピニオンでも求めない限り、それが不適切か否かということがわからないわけですね。だから、こういう仕組みである一定の歯どめをかけなければならないと考えるようになったのではないかと思うんですけれども、今の処方においてこれは不適切だというふうに判断する枠組みというのはあるんですか。

○渡辺委員 それは、精神科だけの話ですか。

○清水委員 薬を処方するのは精神科医だけじゃないですよ。ということは、ほかの医療も、医師も含まれるということです。

○渡辺委員 少なくとも精神科医療にかかわらず、全科において条件は同じだと思います。全て不適切かどうかという判断は、行政指導なりそちらでやられているということだと思います。

○清水委員 向精神薬等の薬物に関しての処方について、不適切だということの判断ができる枠組みというのは今ありますかということです。

○渡辺委員 不適切だと思って出している医者はないと思います。したがって、不適切かどうかを判断するのは診療報酬であればレセプトチェックであり、あるいはそれ以上のものであれば行政指導であると思います。それは、全科同じだと思います。

○清水委員 ですので、それは医師に任されているということですよ。

○渡辺委員 全ての科でそうです。

○樋口座長 そろそろ時間ですので、次の議題に移りたいのですが、どうしてもこのマターで何かこれだけは発言したいということがありましたらお一方と思いますが、よろしいでしょうか

それでは、このあたりにさせていただきまして、次の議題に移らせていただきます。次は、報告事項ということになります。「平成26年度自殺対策官民連携協働ブロック会議について」ということで、あるいは続けて「地域における自殺対策の推進」、そして「平成26年度自殺対策強化月間」、資料3、4、5に基づきまして事務局から御説明お願いいたします。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 まず、済みません。その資料の前に、貴重な情報として参考資料1をごらんいただければと思います。平成26年年間の累計自殺者数ということで、速報値が1月に生まれて2万5,374というふうに着実に減少しています。対前年比で7%減ということ、まず簡単に御報告しておきたいと思っております。参考資料1ですが、また詳しくはこれを見ていただければと思います。

それでは、資料の説明にいきたいと思いますが、まず資料3をごらんいただければと思います。「平成26年度自殺対策官民連携協働ブロック会議について」ということでございます。それぞれこの秋から冬にかけて、全国6ブロックでブロック会議を開催しました。それで、参加者数ということで先ほど清水委員からもお話がございましたが、括弧でくくられている方でございますが、この参加者というのは都道府県と相談しながら都道府県から推薦があった方々などに参加していただいております。

それで、次のページをごらんになっていただければと思いますが、今回ブロック会議ということがございまして、それぞれ6ブロックはどのようなテーマでどのような議論をしたいかを各ブロック、都道府県なり市町村なりに聞いてテーマを決めているんですが、共通テーマとして今回若者に対する自殺対策の取り組みということの一つの共通テーマといたしましてブロック会議を開催させていただきました。それで、それぞれそのテーマに沿いながら、別にそれ以外のテーマで議論をされている場合もあるかと思いますが、ブロックで議論が進められています。簡単に、そのブロック会議での議論の模様を御紹介したいと思います。

1つ目で関東ブロックでございますが、これは11月7日に開催されました。それで、まず活動報告をそれぞれ茨城県、NPO法人、神奈川県司法書士会などの話を聞きまして、そこで参加者からグループワークということで議論をして、それでその場で口頭でどのような議論だったか、どういうふうに意識が共有できたかということをそれぞれ発表していただきました。

そこで、主な話といたしまして、例えば関東ブロックにおいては都市部で課題となっている若年層への対策については行政だけの対応では限界があつて、実態を把握しているNPO

との連携が重要というようなお話がありました。また、学校や教育委員会との連携の重要性などもそこで御指摘されてございました。

次に、中部ブロックでございます。中部ブロックは、11月13日に行われました。そこで、グループワークでどういう議論があったかと申しますと、自殺を企図する相談者はそれに至るまで複雑な背景を有しているため、行政や民間団体に抱え込むだけではなくて、両者が広く連携して解決のための糸口を見つけていくことが重要じゃないか。あとは、精神保健の専門家が直接学校に出向いて自殺予防教育のための授業を行っている試みをやっているらしいのですが、このような試みというのは生徒がそのような専門家になじむということ、顔なじみになっていくということもあるのかもしれませんが、すごく生徒が精神保健の専門家への相談を持ちかけやすくなったというような声がありました。

次に、近畿ブロックでございます。11月21日に開催されました。その中でグループワークでございますが、若年層、特に学校教育の中での自殺予防教育が重要である。それで、それぞれの教育の現場の実態に合わせて、各学校が行政やNPO等が作成した教材やメニューをうまく選択して使っていくことが重要じゃないかという話がありました。また、自殺対策のための民間での人材確保はかなり重要でなかなか難しい。確保のためのノウハウも含めて、民間同士の連携が重要になってくるというようなお話がありました。

次に、中国・四国ブロックでございます。これは、11月28日に開催されております。その中でグループワークでございますが、若者対策は行政やNPO任せにするのではなくて、若者自身がその担い手となることが重要じゃないかというような意見がありました。若者にとっても、自殺対策を自分自身の問題として捉えるよい機会になったというような話がありました。あとは自死遺族の方からも、当事者の声を聞く大切さを指摘されて、行政と自死遺族が連携を図り、対策を推進していることが重要だというふうな御指摘がありました。

次に、九州・沖縄ブロックでございます。12月5日に開催されました。その中でグループワークでの議論でございますが、若年層はメールやSNS等のコミュニケーションになじんでいるので、そのような特性を考慮した相談手法が効果的じゃないかということです。あとは、日々接している地域の人たち、例えば商店街の人たちをうまく巻き込んで早期に自殺企図者というか、そのような存在を気づいてうまく専門家につなげていけば、すごく効果的なんじゃないかというようなお話がありました。

最後に北海道・東北ブロックでございますが、グループワークでございまして、このようなブロック会議で他の自治体の優良事例について情報共有することが有効だ。ただ、市町村も地元の周辺の自治体といわばミニブロック会議をつくって、きめ細かく情報共有や他の自治体から刺激を受ける仕組みをつくるのが大切じゃないかと、そのような御意見がありました。

ブロック会議についての御説明は、以上でございます。

続きまして、資料4でございます。「地域における自殺対策の推進」ということでござ

いまして、26年度補正予算として要求額と書いてありますが、まだ国会は上がっていないかもしれませんが、補正予算として25億円要求してございます。

それで、目的でございますが、我が国の自殺者数は近年減少傾向にあるものの、依然として予断を許さない状況であることから、「若年層向け自殺対策」や「経済情勢の変化に対応した自殺対策」「その他地域の実情に応じて強化すべき自殺対策」について、地方の自主財源とも組み合わせつつ、実践的・効率的な取り組みを行う事業として要求してございます。

「事業例」としましては、「若年層向け自殺対策」といたしまして、若年層に対する訪問相談事業、若年層向けの相談窓口の設置などを考えてございます。

あとは、「経済情勢の変化に対応した自殺対策」として、精神的ケアとも連携した経済・生活問題等に関する相談会の実施、経済・生活問題に関する相談窓口の設置などでございます。

それで、先ほど中山委員から負担のことがございましたが、特に若年層向け自殺対策ということに関しましてはまだまだ予断を許さないということが特にありますので、そこに関しては国が全額対応するようなスキームで考えてございます。

最後に資料5でございますが、「平成26年度自殺対策強化月間について」でございます。平成27年3月1日～3月31日と、3月を自殺対策強化月間としてございます。今回は、21年度から数えまして月間としては6回目ということになります。3月というのは毎年自殺者数がふえている月でもありますので、その意味においてしっかりと強化をしていかないといけないという意味で月間にしてございます。

今回、実施として何をいたしますかということ、まず全国一斉相談ということでございまして、自治体や民間団体による期間中の相談の実施ということでございます。それで、それぞれ日本弁護士連合会、日本司法書士連合会、日本臨床心理士会等、武井委員、小澤委員、水谷委員に関係のあるところはいろいろお願いしたいと思っておりますが、その協力依頼でございます。あとは、全国一斉こころの健康相談統一ダイヤルというものを実施したいと思っております。

2つ目でございますが、「正しい知識や相談支援に関する情報の普及啓発」ということでございます。ことしはインターネットを活用した広報で、内閣府においても自殺対策推進室の特設ページというものを開設する予定でございます。その中で、テーマは「そのつながりが、誰かを助ける」ということで、いろいろ中身のコンテンツで密着ゲートキーパー、ゲートキーパーはどういう方なのか、その素顔とか、それぞれ有名人の一言メッセージ、「言われて元気になった一言」などをその特設ページに掲げたいと思っております。

あとは、ポスターをそれぞれ関係機関に配布・掲出したいと思っております。次のページにどういうポスターを考えているかということをつけてございますが、「あなたの力で救える『いのち』があります」ということで、このような形でポスターを作成したいと思っております。

初めのページに戻っていただきまして、あとは協賛団体への呼びかけなどを考えています。

3つ目といたしまして政府広報ということで、インターネットテレビや、それからラジオ「Weeklyニッポン」などについて自殺対策の現状なり、地域の取り組みなり、啓蒙などをしていきたいと思えます。

その他、関係省庁、協賛団体において取り組みを実施していきたいと思っております。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。

それでは、ただいま資料の3、4、5の説明がございましたので、これに対しましての御質疑、御意見をいただきたいと思えます。いかがでしょうか。

杉本委員、どうぞ。

○杉本委員 最後に今、御説明がありましたポスターの件ですけれども、先般あちこちに見本というか、送っていただきました。それを拝見しまして、実は多くの遺族の人たちがとてもつらい気持ちになっておられるのではないかとすることを申し上げたいと思えます。

「あなたの方で救えるいのちがあります」とありますが、「あなた」というのは二人称単数ですね。「あなた」という個人に救いなさい、救ってほしいと呼びかけている。そうしますと、亡くなった人の一番身近にいた人たち、「あなた」に代表される親であるとか、配偶者であるとか、子どもであるとかは、身近にしながら救えなかったとただでさえ責め続けているところに、国によってさらにだめ押しというか、お墨つきといいますか、非常に打ちのめされた気持ちでいる方が多いのではないかとすることを申し上げたいと思えます。

何人かの今、支援活動にかかわっている遺族の方たちにも意見を伺いました。反応はまちまちです。必ずしも遺族の方たちは同じ気持ちではないんですね。何でもない、いいじゃないかという方があることも事実です。でも、体調を崩すほどに苦しんでいる人たちがいることも事実です。

先ほど心理的瑕疵のことで御説明がありましたけれども、多くの心理的瑕疵の案件を扱っている自死遺族支援弁護団の弁護士からも、心理的瑕疵の背景にあるのは、自殺は個人の選択であり、個人の責任だという、そこに背景の全てがある。家族の責任であり、個人に帰着させるそのこととの闘いの連続だというふうな御意見をいただいております。

実質的にその損害賠償を認定する決定を肯定してきたのは、社会全体に蔓延する、自殺をするのは本人が弱いからである、自殺の原因をつくり出した親が悪い、とめられなかった配偶者が悪いという自己責任論であり、家族責任論ではないかという御意見もいただいております。

この文言は、平成22年に全く同じ文言が同じく内閣府のポスターで使われました。そのときも、遺族の方たちから意見がいろいろ出て、私も何かの席上で申し上げた記憶があるんですけれども、なぜ同じ文言を今回採用されたのか。その経緯も、ぜひお聞かせいただ

きたいと思います。

救うという言葉には、いろいろな意味があります。魂の救済というような次元のこともあり、そもそも人が人を救うことができるのかというような根源的な議論にも発展する、とても大きな意味があると思いますので、このポスターが全国津々浦々、3月の自殺対策強化月間に張られることは今から非常に苦しい気持ちがしております。

○樋口座長 事務局、いかがでしょうか。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 まず、今回の自殺総合対策大綱においても、基本的には自殺は個人の選択の結果ではなくて社会が追い込んだものなんだというのが自殺総合対策大綱の基本的な理念の中に入っていて、そこは杉本委員のお考えと我々とそれほど差異がないんじゃないかと思っております。

その中でポスターの件でございますが、我々も内部でいろいろ考えながらやったんですが、今回杉本委員のお話を伺いまして、かつてこの言葉を使ったことがあったときに、いろいろそのような苦しい思いをされたというお話も伺いまして、この「あなたの力で救える『いのち』があります」という言葉をどうするかということは、少し内部で再度検討したいかと思っております。

○杉本委員 ということは、このポスターが全国に張られることがないかもしれないというふうに考えてよろしいですか。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 絵は変わらないかもしれませんが、その言葉ですね。絵全体の構造は変わらないですけども、先ほどの言葉の「あなたの力で救える『いのち』があります」というフレーズは差しかえたいと考えております。どういう言葉にするかとかはありますが、そこは今、伺ったのでどうするかというのはあれですけども、きちんと対応していきたいと思っております。

○杉本委員 おっしゃられたように、個人で対応するのではない、社会皆で考えていくんだということが「あなた」という言葉ですりかえられることがないように、ぜひそこはお考えいただきたいと思います。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 この言葉は使わないようにしたいと思います。

○杉本委員 お願いします。

○田中委員 田中です。全国自死遺族連絡会は日本で唯一の自死遺族の全国団体で自死遺族二千何百人登録していますけれども、この文言よりは「死にたい気持ちに寄り添って」という文言だけはやめてもらいたいと思っております。

死にたいわけではないんです。死ぬほどに追い込まれた末の死であると思うので、いろいろなところで「あなたの死にたい気持ちに寄り添って」と、結構よくあるんですが、こちらのほうが遺族は、いや、死にたかったのではないんだというふうに思っているんで、変えるとしても、そういう言葉だったらまだ「あなたの力で救える『いのち』があります」のほうが私は遺族としてはいいかと思っております。

ポスターの文言はそのままでいいと思います。

○樋口座長 五十嵐委員、どうぞ。

○五十嵐委員 杉本委員がおっしゃったように、この会ではたびたび自死遺族の方に配慮した文言というのが議論になっていたかと思うんですけれども、やはり私もこの「あなた」という二人称に問題があると思っていまして、自殺対策基本法に基づくと先ほど岡参事官がおっしゃったように「社会全体の」ということをおっしゃっているわけですので、やはり社会全体で救える命があるんだというような、もっと国民一人一人がちゃんと意識を持って皆で支え合っていくというニュアンスのある温かい言葉にしたほうが私もいいと思っていますので、ぜひ御検討いただきたいと思います。

○樋口座長 ほかにはいかがでしょうか。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 資料4の予算の関連のことで、3点お伺いしたいと思います。

1点目は、政策誘導という意味で若年世代、あるいは未遂者への支援には10分の10、これまでどおり補助という政策誘導的な形で助成率を変えるというのは、私はこれはいいと思うんです。

ただ、その一方で中高年の男性の自殺のほう率が率、人数ともに依然として多い、高いわけなので、若年世代のほうがか確実に下げ幅が小さいということですが、依然として日本では圧倒的に中高年の男性による自殺が多いので、そうした人たちへの支援も全額補助という形にすべきじゃないかということが1点です。

あともう一点は、補助率の話はここには出ていませんけれども、それに関連して啓発が2分の1になりますね。これも、これからの自殺対策というのは地域レベルの実践的な取り組みを中心とするものに転換を図るんだという新しくなった大綱の意図するところでもあると思うので、確かに啓発ばかりやっている自治体を実務に動かすためには政策誘導的に助成率を半分にするということも、私もこれは賛成する部分もあるんです。

ただ、先ほど参事官もおっしゃられていたとおり、まだ2割の自治体は何もやっていないということなので、恐らく最初に取り組むのは啓発事業なんですよね。ですので、例えば1回目の啓発事業に関しては10分の10補助する。ただし、2回目以降は半分に減らすといったような、もう少し丁寧な負担率の検討もぜひしていただきたいということが2点目です。

3点目は、北陸のある県で遺族支援をやっていらっしゃる民間団体の方から連絡があって、来年度以降はその遺族支援に補助できないというふうに県から言われた。というのも、国からもうお金がなくなるからだという説明を受けたらしいんですね。遺族支援の場合は、私の理解が正しければ国が4分の3負担するというので、実際負担は4分の1なわけですが、そうするとその北陸のある県は4分の1すら負担しない、する気がないという意思だと思えます。ですので、そういうことがこれからいろいろな地域で起きかねないので、ぜひそこは自治体に対してそういうことが起きないように強く働きかけを改めていただければと思います。

それで、場合によっては基金の残りを被災者支援にのみ使うというようなことで今、決定されているのかと思いますけれども、恐らく被災者支援だけでは使い切れない部分もあると思いますので、その基金の残りを自治体の負担分に充てるということもぜひ御検討いただけないかと思います。以上、3点です。

○樋口座長 事務局、お願いします。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 まず負担の話でございますが、先ほど中高年の自殺対策というのがかなり大どころであるので、対応をもっとしっかりしていかないといけない。特に全額負担をしないといけないので、国が負担をすればいいじゃないかという話でございます。中高年の自殺対策は着実に減ってはきていますが、今後もより一層自殺を減らすためにはそこは大切だと思っております、その上におきまして今回負担ですね。なかなか額というものがある中においていろいろ調整があったわけでございますが、4分の3を国がかなり持っているという形で今、調整をしてございます。ですから、ほかの並びから考えてもかなり国の負担は大きくて地方の負担が軽い形で、そういうことを考慮しながら制度設計をしているところでございます。

あとは、啓蒙活動に関してきめの細かいということでございますが、これも実はいろいろ今までの議論の中で、特にいろいろ基金への効果などについて御検討いただいていた会議の中においても、普及啓発ということに関しましては使い方がばらばらになっているんじゃないかということで、まずは清水委員がおっしゃられるように普及啓発からよくわからなくて始めるところが多くて、そこのところはかなり一巡しているんじゃないかというところもあります。

あとは、本当にどういう使われ方をしているんだろうというような普及啓発の使い方もありますので、ある程度、自己負担ということを入れることによって、より効率的な何が必要かというようなものに使われていくということも含めまして、少し普及啓発のところを重くしている5割負担という形で検討しているところでございます。以上でございます。

○樋口座長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 御指摘いただいている部分はもちろんそれを前提として、まだ2割の市区町村は何も事業をやっていないわけですね。その2割は、恐らく最初にやるときは啓発からやるんじゃないか。ですので、最初の啓発事業に関しては全額、2回目以降は半額というようなこともぜひ検討していただけないかということです。そうでないと、やっていない2割はもう置き去りにされるということになりかねないので、そういう工夫を御検討いただけないかということです。

あと1点、3点目の先ほどの部分について御回答をお願いします。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 先ほどのところにおきまして、確かに2割はっていないんですけれども、普及啓発ということに関しては都道府県が自分の管区内で全部普及啓発をしているということで、2割していない市町村があつて、都道府県はずっと自分の管轄で普及啓発をしているということもありまして、ある程度、直接市町村が普及啓発を

しないところにおいても都道府県なり、もしくはその補完ですね。市町村と都道府県の役割の中において、都道府県の普及啓発の中でかなり進んでいるんじゃないかと思っております。

それから3点目のところでございますが、確かに都道府県が本来、我々のところで見ますと4分の3を国が持って4分の1は地方負担でございますので、その分だけ全く予算がなくなるというわけではないのですが、どういうふうに都道府県が各市町村に指導しているかというのは我々が十二分には把握できていないんですけれども、ただ、全国自殺対策主管課長等会議というのがございまして、その中でしっかりと交付金の説明の際においてそのような懸念がないように、しっかりと都道府県に対して説明していきたいと考えてございます。

○樋口座長 それでは、どうぞ中山委員。

○中山委員 今のことに関連してなんですけれども、その認識なんですね。都道府県だけで足りるんですかということです。市町村行政は何もしなくていいんですか。それを聞きたいんです。

都道府県の普及啓発事業で、市町村を絡めるものと直接住民に対してするものがありますけれども、もちろん直接住民に対してするものは広い都道府県の中でのワン・オブ・ゼムとして市区町村民も接することはあると思います。それで十分ですか。市町村と絡めるものは、市町村はやる気のある市町村しか絡んできませんから、やる気のないところは放っておいていいという今の御説明ですけれども、それだったら広い都道府県の中で市町村単独事業はやらない市町村の住民に対しては都道府県がやるのを待つのみで、それで足りるという御認識ですか。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 我々のほうとしても、しっかりと都道府県のほうもある面では市町村でばらつきがある中において、例えばやる気のある市町村は都道府県が自由にしておいても進んでいくんでしょうけれども、そうでないところに関してはやはり都道府県がしっかりと指導していく形で進めていかないと実効性がなかなか上がらないのではないかと思っております。

そういう意味において、いろいろな各種都道府県に対する会議のときにおいては、しっかりと都道府県のほうから市町村に対して、特に自殺対策に対して余り積極的でないところに関しては積極的に対応するように、我々としても働きかけをしたいと思っております。

○樋口座長 では、時間が迫ってきていますので手短にお願いします。

○中山委員 都道府県を中心にしていただくのはいいんですけれども、では市町村が市町村間で交流をしようとする事業については、とにかくそれはする必要はないということの御認識でよろしいわけですね。あくまでも都道府県中心でやるんだと、自殺総合対策大綱でもしそうならばそれをはっきり出してほしい。そういう政府の姿勢に対してどうだということで、パブリックコメントをするなり何なりしてやっていただくとかですね。

市町村は、真剣になってやろうとしているわけです。それを促してほしい。合理的な仕

組みの中で、促す仕組みがあってもいいんじゃないかと思うんです。それを、都道府県もしっかりやっています。だけど、それで足りているのかということなので、それは受けとめてほしいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。何かコメントありますか。よろしいですか。

それでは、そこは引き続き検討を加えていただきたいと思います。

では、時間がございますので次の議題に移りたいと思います。この後は、今回も委員の皆様から資料の御提出をいただいているものがありますので、それについての御説明をいただきます。およその時間でございますけれども、お一人当たり5分程度で御説明をいただければと思います。

それでは、小澤委員からよろしくをお願いします。

○小澤委員 日本司法書士連合会の小澤です。

「ベッドサイド法律相談事業」についての資料をお出ししております。福岡県司法書士会での取り組みなのですが、2009年より試験的实施をしております。福岡市の精神保健福祉センター主催の会議において救急救命センター福岡大学病院からの問題提起によりアウトリーチの必要性を認識し、行政、医療機関、司法書士会の連携で始まったものでございます。2012年、平成24年より本格的な実施をしております。

法律相談の運用状況でございますが、2014年の11月末までで支援実績が60件、派遣先が17施設というところでございます。

事業の概要としましては自殺未遂者支援としておりますが、それは限定ではなく、未遂者でなくても、救急救命センターでなくても、メンタル的に弱っていて自ら問題解決に踏み出せない人に対しても支援を行っているようです。地域のメンタルクリニックや消費生活センターなどからの相談も多いようでございまして、依存症の関係の支援も行っているようでございます。

相談員につきましては、いのちの電話の方や、福岡大学の衛藤先生の講義を受けたメンタルヘルスの研修を受けた方が名簿登録をしております。費用については法テラスの利用、あるいは利用できない場合も分割可という形でやっているということです。

また、法律相談だけではなく生活保護の動向支援等のつなぎ支援も行っているということでございます。以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、齋藤委員よろしくをお願いします。

○齋藤委員 お手元に配っていただきましたように、来年の5月に初めて国際自殺予防学会のアジア地区大会を開催いたします。これは、日本自殺予防学会と日本いのちの電話連名が連携をいたしまして開催ということでございます。

実は、もう40年ぐらい前から日本でこの学会を開催しないかという要請がありましたけれども、当時はまだ学会員が100名前後ということでとてもこれをお受けするほどの実力がなかったと言うべきでしょうか。現在、実は学会の会員は500名を超えまして、いのちの電

話の組織も全国で6,000名の相談員が活動しております。こうした組織の広がりをもさらに活性化するというか、学会員や相談員を勇気づけるというか、そういう目的を持って日本での開催を決定いたしました。学会員がふえたということで、非常に優れた研究が毎年の学会の総会等で提出をされるようになりまして、自殺予防に関する優れた知見が集積されてまいりました。

ただ、海外の学問的な成果については、まだ十分私どもの国に共有されていない。こういう反省を踏まえまして、初めて国際学会を開催ということになりました。ここにおられる先生方にもこれからいろいろな形で御協力をお願いしたいと思っておりますけれども、たまたま来年は自殺対策基本法が制定されてちょうど10周年になりますので、このことも覚えて日本における自殺対策をさらに活性化することを意図いたしております。まだ十分なデータができておりませんが、いずれ皆様のお手元にお届けしたいと、こんなふうに願っております。

それと、私が3年前にクリニック絆という相談活動を始めてちょうど満3年になります。このクリニック絆の大きな特徴は、普段は電話相談員、心理士がこれを受けておりますが、土曜日の午後は精神科のドクターがこれに対応する。それはやはりかけて相談をしてくる人たち、つまり自殺願望を持つ人たちは圧倒的に既にどこかで治療を受けている。治療を受けているにもかかわらず、なぜ自殺願望を訴えてくるのか。これは分析をしてみますと、決して今、受けている治療が適切ではないということもあります。そういう苦情もありますけれども、むしろその間、次のアポイントまで待つことができないというか、非常に不安を覚えている。

そういう自殺願望を持つ、しかも治療を受けている患者を支えるという意味で、これは大変意味のある相談活動であると考えております。まだ3年ですから、利用者もそれほど多くありません。これをさらにPRしたいと願っておりますので、先生方のお知恵を拝借したいということでこのポスターを添えました。

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、続きまして清水委員。

○清水委員 私のほうからは、資料3点になります。

まず1点目が、私たちは「日本自殺総合対策学会」というものを昨年の9月に設立しました。この問題意識としては、自殺対策の最前線の現場と、自殺対策の研究と、あとは自殺対策の政策立案、これが今、余り連動できていない、連動性が低いということで、もっと自殺対策の現場の最前線のことを研究の対象になり、研究の成果が政策に反映され、政策が現場を後押しする。さらには、その現場の取り組みが検証、評価され、またそれが政策に反映されていくという自殺対策におけるPDCAサイクルをしっかりと確立するということを目指してこの学会を立ち上げました。

この会議に参加されている先生方にも多数御協力いただいているところで、3ページ目

にその発起人のリストを載せてあります。合わせて50人ということで、自殺対策の現場で活動している実務家と、いろいろな分野で研究にかかわっていらっしゃる研究者の皆さん、さらには自殺対策議連の中心メンバーの方々や阿部長野県知事、あるいはさまざまな自治体の首長の皆様、中山市長にも御参画いただいて、この50人が中心になって今一つ一ついろいろなプロジェクトを進め始めているところですが、これも来年、まさに基本法から10年、基本法の策定にかかわった中心メンバーがこの発起人にもなっていますので、来年に向け大きくいろいろな活動を広げていきたいと思っていますところでは。

2点目の資料は私自身のものではなく、自殺対策を推進する議員の会によるものなんですけれども、3ページあります。1ページ目が、安倍総理にこの財源の確保に関して行われた緊急要望の資料です。2ページ目が、「若者自殺対策に関する緊急要望」です。3ページ目がその緊急要望を根拠としたヒアリングということで、私はこの議連のオブザーバーをさせていただいているので、内閣府の皆さんと一緒に議員もこの予算の確保に動いてくださったということをお示しするという意味で資料に含めさせていただきました。

私の資料の最後のページですけれども、これは鹿児島県で今月10日、来週火曜日になりますが、実は研修会を開きます。これは、主催が自殺対策を推進する議員の会、あとは日本自殺総合対策学会、自殺対策全国民間ネットワークと3者の主催で、鹿児島県に共催していただいて鹿児島県の市長会と鹿児島県の町村会に後援いただいております。

やはり自殺対策を地域づくりとして進めていくためには行政のトップの理解が非常に重要だろうということで、この研修会には首長さんに声をかけて鹿児島県下の市町村の7割を超える自治体及び首長の皆様が御参加いただく予定になっています。総勢100人以上で、鹿児島県の保健所や県警、消防、鹿児島市の消防本部とか、あるいは民間団体の方たちも含めて丸1日かけてこの研修会をやろうということで動き出しました。

これは鹿児島県でまずやってモデルをつくって、その後、自殺対策議連の皆様の地元の都道府県で開催して回るということはこの1年、2年、来年度末までにはやろうということで動いているものです。皆さんにもいろいろな形で御協力いただくことがあろうかと思いますが、よろしく願いいたします。以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、武井委員お願いいたします。

○武井委員 日本弁護士連合会の武井でございます。

私の資料の2番からいきます。先ほどちょっと御紹介ありました「暮らしとところの総合相談」ですが、大分これも定着してきまして実施弁護士会数は26年3月が49、40を超える会が実施するようになっています。

それから協力者ですが、臨床心理士さんとか保健師さん、これも半分近い会、あるいは半分の会が参加してもらっています。ただ、これまでこの協力者のお礼については各弁護士会が負担していたのですが、日弁連としてはこの協力者の参加をぜひふやしたいということで各弁護士会への補助金を予算化してふやすように努力しております。

それから、各地域で自治体や他職種の専門家とやはり弁護士、弁護士会が連携していくということが大切だと思っています。前回の議事録がきょうついています、その24ページ以下で御紹介していますのであえて繰り返しません、「弁護士・弁護士会による自殺対策のこれから」という、正式には「第2回全国自殺対策ネットワークづくりに関する全国協議会シンポジウム」の報告集ということですが、これを活用して取り組んでいきたい。

できればこれを一般に公表して、ぜひ皆さんにも見ていただきたい。この場におられる方はもちろん前回お配りしたわけですが、広く市民の皆さんに見ていただきたいと思っただけですが、ちょっと会のいろいろな事情でそれができないので、日弁連の担当している会員に言っていただければ活用できるようになっております。

それから、ネットワークづくりに関しては東京都の課長さんと懇談したり、あるいは今後も各自治体や関係団体の皆さんと懇談をしていきたい。今年度は第3回のこのネットワークづくりの会ですね、シンポジウムもできればやりたいということで既に日程と場所は押さえてありますので、あと中身をつくって開催するように企画中であります。

それから、弁護士のスキルアップについては日弁連でも各弁護士会でも検証を実施しております。自死遺族の問題について、生命保険だけでなくいろいろな問題についてライブ研修といたしまして東京会場で実施して、東京だけでなく各地でテレビで配信して見られる。しかも、今でもそのeラーニングで登録すれば配信を受けられて見ることができるということで研修を実施しております。

最後に、前回ちょっと申し上げた弁護士自身の自殺対策のためのメンタルヘルスなんです、統計をもう一回確認してみますと、やはり少ない年で8、多い年で14、しかもこれは統計上出ている数字ですから実際にはもっと多い可能性があるわけですが、弁護士の自殺者があります。つい去年の秋、私の身近な人も自死されたので、その会員の同僚たちから試験的に事情を詳しく聞いたりというようなことも始めております。御遺族から直接聞くところまではなかなかまだ聞いていないのですが、少なくとも周りの同僚などから話を聞いて事情を把握したい。

具体的な対策として現在考えておりますのは、弁護士のためのメンタルヘルスの相談窓口を設置していきたい。実は、首都圏とか大阪などでは既に相談窓口がありまして、全国の会員から見ると過半数の会員はそういうところでカバーされているのですが、ただ、ほとんどのところではまだそういう相談窓口がない。また、あってもなかなか弁護士はそういうところには相談に行かないという問題があるので、全国をカバーする体制をどうつくっていくか。あるいは、どうやってそこにつなげていくかということは今後検討していきたい。

それから、各種研修ではもちろんお客さんに対してメンタルヘルスのことをやると同時に、自分自身のメンタルヘルスについても研修で学んでいく。それから、会員をサポートする体制を弁護士会としてもつくっていく。さらに、司法書士会では既につくられているようですが、弁護士のメンタルヘルスのハンドブックについても今、作成をしたいという

ふうと考えております。

そういうことで、この弁護士自身の問題に取り組むことによって、また他の方々のメンタルヘルス、あるいは自殺対策にも我々弁護士自身が役に立てることがふえるんじゃないかと思っております。以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、田中委員お願いします。

○田中委員 田中でございます。

資料の最初にあるのが「みやぎの萩ネットワーク」、これは宮城県でこれから取り組んでいこうとしているネットワークです、私が宮城県に住んで活動していますのでご参考までに配布させていただきました。官民連携とよくいいますが、顔の見えない関係で、あそこに窓口があるよ、電話番号があるよというふうな感じで冊子とかつくられていきますけれども、そうではなく、完全にお互いが顔の見える関係で誰々からお願いしますというふうでつないでいこうということで、50の個人、団体を目指しております。

3月に弁護士会館で総会を開こうということになっていますが、相談機関があることを知っていただくことに力を注ぐつもりです。相談機関を知らないで亡くなる人が非常に多いということは遺族からの調査でわかっていますので。労働問題も、借金問題も、いじめの問題も、介護問題も、とにかく知っていただくということを徹底しようということでやっているネットワークでございます。参考にさせていただければと思っております。

そして、「全国自死遺族連絡会の会員による自死遺族の自助グループ」が広がりまして、今、自助グループの分かち合いだけで43カ所ほどあります。皆様に知っていただきたいと思っております。

そして、自死遺族の自助グループは自助グループだけではなくて支援グループもやっています、そのほかに法的な支援の会もやって、そのほかここにはちょっと書いていないんですけれども、広島や新潟などでも一般市民対象のうつ病の患者さんとか家族の会などもやっているところが非常に広がっております。

自死遺族の本人の会は43カ所で開催していますけれども、そのうちの3割ぐらいしか補助金はもらっていないと思います。地方自治体とは連携してやっていますけれども、補助金を申請してもいただけないところが多くて、自助グループは勝手にやってくださいよというところもあり、精神保健福祉センターで分かち合いをやっているから自死遺族たちは皆さんどうぞ御勝手に、やるのは自由ですよという感じのところも非常に多くて、遺族たちはしょうがないので自分たちで頑張って自前でほとんどやっているというのが現状です。

私のこの全国自死遺族連絡会というのも実は自前で、私の田中家の寄附でほとんど賄ってやっております。200万かかりますけれども、これは全部私の自前で、それもしょうがないかなと思って今まで何年もやってきました。

そうして、ずっと伝え続けてきましたけれども、現在のメンタルヘルス対策に関して非常に私たちは疑問を持っています、田中のところに集まる遺族は特殊だからそんなに多

いんだとよく言われますが、このグラフが現実を示しています。これは2度目ぐらいのデータ、円グラフなんですけれども、実際に年々メンタルケア、精神科医療にかかりながら亡くなっている人が増えています。

うちの息子もそうですけれども、死にたくて精神科に行ったのではなくて、生きていたいという強い思いがあって、頑張っただけで元気になって仕事もしたいという思いで対策を信じて精神科に行って、我が家は1カ月半で亡くなりましたが、そういう人が非常に多いということも皆さんに知っていただきたいと思っております。

普通の人を死に追い込まない社会、もともとのメンタルケア対策も大切ですが、メンタルケアにかからなくてもいい社会づくりをしていただきたいと思っております。別に精神科医療だけ責めているわけではなくて、もう一度見直していただきたいと思っております。自死者の多くの方が精神科に受診しながら亡くなっているというのが現実で、本当に正しい治療が行われているのか疑問です。

そして、実はちょっとお願いがあります。データに自死の原因、自殺の原因として健康問題がよく出ますけれども、健康問題というと一般の人たちは身体的な病気というふうなイメージがありますが、恐らくほとんどが健康問題というのは精神科の疾患というのか、そういうものじゃないかと私は思うんです。明らかに健康問題イコール精神疾患、精神科に通院しながら亡くなっているんだということをきちんと示したほうがわかりやすいのではないのでしょうか、曖昧な形の健康問題というふうにしてほしくないと思っております。

そして、よくデータ、今回もデータが出ていまして警察庁のデータが出ていますけれども、それも行方不明者、変死、WHOでは変死の半分は自死、自殺に数えるとなっている国もあるようですが、日本は全く数えられずに2万何千人となっています。不審者、変死の半数を入れれば10万人以上という数で、不審者、変死が15万人というデータが出ていますけれども、その辺も考慮しながらできるだけ正しい自死の人数を示していただきたいと思っております。

最後のほうの、メンタルケアに関しての「医療化と病気作り」は御参考までの資料でございますので、どうぞお時間があるときにお読みいただければと思っております。ありがとうございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして中山委員お願いいたします。

○中山委員 ありがとうございます。先ほど来御議論させていただいたので、私は2枚紙を出しているんですけれども、2枚目の一番後ろから文脈上、それから競り上がって御説明させていただきたいと思っております。

まず都道府県のお話をさせていただいたんですけれども、ぜひとも御理解いただきたいのが、都道府県はもちろすばらしい施策をしていただいているのでいいんですが、市町村が主体になって、かつ交流の事業をやっていききたいという動機があるんですね。なぜかということ、まだ対策が始まって10年弱ということで、市町村においてもどんな施策をして

いいのか手探り状態で、まだフロンティアがあるという状態だと思うんです。そうしたときに、互いの交流をいろいろな形でしていくことで、互いに刺激を受けて自分の市町村を高めていくことができる。そういうようなことの上で、施策の伸び代が交流によってまだまだあるという状態だと思うんです。

そういう意味で、市町村同士の交流をどんどん独自の中でもやっていきたいということなのですが、そういうときに今の仕組みのままだとかいう手続になるんです。まず他の市町村を探すわけですが、やる気のある他の市町村を特定して、そしてそれをその市町村に頼んで、自らの事業として県からお金をもらってくれということに頼むんですね。その上で初めてできる。すなわち、他の市町村を特定しながら、自らの事業として自らのお金を県に申請をするというインセンティブ、優先順位として一定のものを持ってやろうとするところとしかできないというので、そこから広がらないという状況です。

その上で、加えて今度から一定の自治体の負担があるということですから、それこそ自殺対策に対する優先順位の低い自治体は一層手が挙がらないということです。そういう意味で、我々の事業をするというときに負担はないよという形でまず入っていただくというハードルの低い形での交流事業というのを我々の経費として申請をしていく形が許される環境をつくってほしい。これはもちろん我々にとっても意味があるんですけども、それは広く広がっていくという意味で、国の目から見ても、都道府県の目から見てもいいことだと思うんですね。そうであればそこを配慮するような仕組み、ボースウィンなんだから、自分のところの自治体にとっても広く社会の公益にとってもいいということなんだから、その仕組みをぜひつくっていただきたいと思っております。

その上で、先ほど清水委員のお話とも重なるわけですが、(4)の①で言っていますように同じ文脈、同じ事情の中で事業実績のない市町村については一定の事業実績が加わるまで、将来のそういう一定の時期まで無償で実際の負担なくしてあげることが我々にとっても頼みやすくなる。交流がしやすくなる。相互に効果を得やすくなるということですので、それをぜひ配慮していただきたいと思います。

それから、そういうような制度的後押しということなのですが、若い人の自殺が大変多くなっているということなので、教育の現場においてもそういった生きる力を豊かに強くしていくような教育、これはそれぞれやっておられると思うんですけども、全国的にできるような、必要に応じて学習指導要領の改訂も含めた真剣な検討をお願いしたいと思います。

それから、全国に広がっていくという意味では、負担があってもやる気のある自治体をどう増やしていくかという文脈で交流のハードルを下げるとするのは先ほどのことだったんですけども、そもそも予算を獲得する最終的な決裁権者は首長さんですので、その首長の理解を進めるという意味でも、例えば内閣府のブロック会議などにおいて首長向けの研修会というのをぜひやっていただきたいと思っております。我々、首長レベルでもいろいろな働きかけを互いにするわけですが、ぜひ国からもそういうことをしていただきたい

と思います。

それから、その終局的な文脈の中で1ページ目の最後にありますように、これはぜひ全国的に極めて異常な状況を他国と比べてもということだと思えます。これを抜本的に解消していくためにも、例えば自殺対策基本法を改正していただいて市区町村にまで自殺対策基本計画の策定を義務づけていくというような検討を真剣にさせていただきたい。これはある意味でほかの首長さん方には、何を言っているんだと言われる向きもあるとは思いますが、にもかかわらずここは重要だと思えます。

今、全地方でこういう状況というのを真剣に受けとめて、2年ほど前に市長会が自殺対策の全国決議を出していただきました。市長会自身も、真剣に取り組もうということを決議に込めております。それを敷衍すれば、こういうような法律上で義務づけて、そして全国の各地でさまざまな特色に応じた計画をつくりながらやっていくという形をぜひ真剣に御検討いただきたいと思います。

それから、あと一つ簡単に申し上げます。保険の話で、これもずっとお願いをしているのですけれども、ゼロ回答、前回と同じ回答なわけですが、モラルハザードというのは十分よくわかります。わかるのですけれども、何か工夫があるんじゃないかなと思うんですね。やはり保険としては多分、広く拠出を可能として、そして保険のベースのところには国や都道府県や地方自治体から基金的に拠出をして保険全体のプールを官民でつくっていく。そして、支出をそこそこ厳格にやっていけば保険自体は経営的には成立するんじゃないかと思うのですけれども、残るのがモラルハザードということだと思えます。

それはもちろん公平性の問題、簡単に言えばということだとは思いますが、例えばそれでも完全な基準というのはないかもしれないのですけれども、例えば生活や事業の再生計画づくりというものを支援するシステムをつくって、更新ごとに再生プランを立てて、長期的に少しずつ返済していくような仕組みも併用しながら保険に組み込んでやっていくとか、いろいろな検討の端緒はあると思うのですけれども、検討すら門前のところでそもそも難しいと想像されるというようなことで門前払いされるというのは、もう少し受けとめていただきたいと思います。

モラルハザードの問題、これは公平の問題ということだと思えるのですけれども、ただ、他方でこれを乗り越えて実現をすれば、社会で命を大切にするんだ。社会の仲間の命を守る仕組みをつくるんだというモラルは向上する。だから、単なるモラルハザードじゃなくて代替的に得るモラル、社会的なモラルというのは画期的なものがあるのではないか。

これが日本初で世界に広がっていけば、さらに一層すばらしいということになると思うので、ぜひチャレンジをしていただきたいと思います。我々もぜひ参加させていただきたいと思えます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、次に宮野委員お願いいたします。

○宮野委員 ありがとうございます。薬剤師会の宮野でございます。

私からは、お手元に配りました「心に悩みを抱えた患者の支援—ゲートキーパーとしての薬局・薬剤師」のDVDについて御説明いたします。

薬局の店頭で、「こんなにつらいならばいっそ死んでしまったほうが」などという言葉が患者さんの口から、決して死にたいわけではないのですけれども、そういう言葉を受けとめることがあります。薬剤師は、こういうときにどのような対応をとればいいのか。お薬の説明の場は人と人との、また患者と家族、患者本人とのコミュニケーションの場です。100%の正解があるわけではありません。しかし、自殺予防あるいは対人援助の観点から見れば、患者様を一方向的に叱責することや容易に励ますことは逆効果であると言われていています。

例えば、「死にたいぐらいおつらい気持ちなんですね。よかったら話を聞かせていただけませんか」などという言葉をかけ、こういう場合に希死念慮を否定せず、患者の気持ちを受けとめることが必要かと思っています。悩みを抱える患者に寄り添い、話をじっくり聞く。つまり、傾聴が有効かと考えています。

薬剤師は、患者との薬を通じた対話の中で患者の自殺リスクに気づきやすい立場と言えらると思っています。心に悩みを抱えた患者を救うために、薬剤師がゲートキーパーの役割を担うことができるというふうに自覚を持って業務に取り組んでいます。

そこで、私たち埼玉県、私が所属する薬剤師会で、ゲートキーパーに必要な知識や技術を身につけることを目標としたこちらのDVDを作成しました。平成26年の厚生労働省の薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進事業の一環として作成されたものです。気づき、かわり、つなぎ、見守りのポイントを患者さんと服薬指導を通じて学べるように作りました。

裏を見ていただきますと、DVDでは薬局で想定される事例として向精神薬の過量服薬、オーバードーズとアルコール依存症、問題飲酒を取り上げております。生前に精神科の受診歴を有する自殺者の6割が、自殺行動に及ぶ直前にベンゾジアゼピン系薬剤を含む処方薬を過量服薬したことが報告されていますし、またアルコール依存症は自殺の背景にある精神障害のうちの気分障害などについて2番目に多い精神障害であることが知られています。

このDVDは、実際の薬局において私たちスタッフが自作自演で演じたもので作りました。薬剤師会はもちろんのこと、精神保健福祉センター69機関にも配布いたしました。ぜひ委員の先生方にも見ていただいて御感想、御質問などを寄せていただければと思っています。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、本橋委員お願いいたします。

○本橋委員 本橋でございます。

1枚の冊子になっておりますシンポジウムの「知と行動の統合による自殺対策の新たな政策展開」という冊子でございます。これは、厚生労働省からいただいております厚生労働科学研究事業の一環として私ども、私は研究代表者ですが、真ん中のあたりに「学際的・

国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな施策展開に関する研究」というのを組織いたしました。今年度から3年間の予定で研究を進めております。

1枚めくっていただきますと目次がございますけれども、ここに(1)～(5)まであります各先生ですね。この方たちが主たる研究者ということでこの研究班を組織しているところがございます。このシンポジウムは初年度の成果報告シンポジウムということでこの研究班の成果を報告したものでございます。

この研究班は、趣旨といたしまして2ページ目のところに私が書いた趣旨があります。一言でいいますと、後で読んでいただきたいんですが、研究の成果が具体的な政策に直ちに反映されるような研究を目指すということで、この3年の研究機関の間に自殺対策に対する具体的な政策展開につながる研究成果を出すということを最終的な目標としているものでございます。

これにつきましては、各研究分担者の先生方の例えばバックグラウンドといたしましては、自殺統計の高度な分析による実態を可視化するような研究であるとか、経済学から見た自殺対策、それから精神保健政策から見た国際動向の展開から見た自殺対策への提言というようなことがございます。

そのような中で、具体的な研究成果につきましては後でお読みいただきたいと思いますが、実はこの研究班ではさらにいろいろな研究フォーラムという形で研究プロジェクトを広げております。

具体的に幾つか御紹介いたしますと、これは例えば地域包括ケアとの関連で認知症等を念頭に置きました高齢者の認知機能の低下と自殺に関するような研究、これは疫学的な研究でございます。それから、死因究明制度の改善のための提案につながるような政策研究、それから過労自殺の予防とメンタルヘルスの推進にかかわるインセンティブを付与する政策、どのような政策がいいかというような提案に関する研究などなど、研究プロジェクトをフォーラムという形で推進しているところでございます。

これらの研究成果につきましては、このようなシンポジウムであるとか、さまざまな媒体を通じて、国の自殺対策にもつながるような政策提言に向けて現在研究中でございますので御理解をいただきたいと思っております。

最後にもう一つでございますけれども、今年度のこの研究班から直接財源をいただいている研究ではございませんが、この研究班のメンバーが中心になりまして、ことしの3月に行政という出版社から現時点でのいろいろな政策提言にかかわる内容を研究分担者の先生方を中心に書いていただいた一般向けの本を出版する予定でございます。

『よくわかる自殺対策』という仮のタイトルをつくっておりますけれども、これもこの研究班の分担研究者の方々が参加されてつくっておられる本で、これにつきましてもこの自殺対策の研究プロジェクトというだけではなくていろいろな形での政策提言が入っている本でございますので、また出版されましたら皆様に御案内を差し上げたいと思っております。

これらの成果を踏まえまして、次年度、次々年度と当初の目的を達成するために私ども

で一生懸命頑張ってもらいますということを御紹介申し上げます。以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

以上、各委員から御説明いただきましたが、事務局あるいは本日御出席の各省のオブザーバーの皆さんから何かコメントがございましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

では、どうぞ。

○岡内閣府自殺対策推進室参事官 中山市長からいただいた御意見のところで、今まで御議論した以外のところについて簡単に考え方をお示ししたいと思えます。

我々の今の考え方ですが、まず（２）の内閣府のブロック会議において「首長向け研修会」というお話でございますが、ブロック会議は地域からの要望や需要を踏まえながら研修メニューを企画するなど、成果が上がるように工夫しているところでございます。実際、現在は実務担当者の参加者が多いというのは事実でございますので、部長や課長などの上位の職位者、意思決定者の方にも参加できるような研修はどういうものなのかを検討していきたいとは思っております。

それと、自殺対策基本法のことに関しまして基本計画を義務づけたらどうかということでございますが、多くの自治体において実際に総合計画や基本計画の中で自殺対策を位置づけているところが出てきていまして、地域における自殺対策も着実に成果を上げていると考えています。

ただ、その地域における自殺対策をどのように進めていくかというのは地域の実情に応じて決定していくべきものかなと考えていまして、一律に計画策定を義務づけるというのは今のところではなかなか難しいのではないかと考えてございます。以上でございます。

○樋口座長 ほかの省庁の方からのコメントはございますか。よろしいでしょうか。

○中山委員 今のところよろしいでしょうか。

○樋口座長 では、一言どうぞ。

○中山委員 難しい事情はよくわかるんですけども、非常に重要な事柄であることにかんがみて前向きに検討はしていただきたいと思っております。お願いでございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○樋口座長 それでは、よろしゅうございましょうか。ほかに御発言がなければ。

それでは、渡辺委員どうぞ。手短にお願いします。

○渡辺委員 田中委員からのデータもありましたので、一言だけ申し伝えたいと思えます。

確かに精神科を受診されている方の中でもやはり自殺が起こってしまうということで、精神科医としては重く受けとめなければいけないと思っておりますが、データの見方ということだけに関しては一ちょっと冷静にさせていただきたいと思えます。亡くなられた方だけを母数にしてしまえば当然こういう結果が出てきまして、それは例えばインフルエンザで亡くなった方が全部内科に通っていた。だから、内科に通うと死んでしまうというのと同

じような理屈になってしまいます。

したがって、精神科医療の有効性を問うのであれば、希死念慮を持った方が精神科へ通院して、その方たちがどうなったかというデータを出さなければいけません。そういった意味でいうと、富士モデルというのがございます。富士モデルのデータでは、内科から精神科へ紹介された患者さん155例のうち、希死念慮があった方が66例あります。その希死念慮を持った66例の方で、自殺されてしまった方は1例のみでございます。

その1例のみを母数にしてしまえば、その1例の人は精神科に行っていた。100%精神科に行っていたになってしまうのですが、希死念慮を持って精神科に行った66例のうち亡くなられた方は1例のみで、66例のうちの65例は助かっている。こういったデータも、きちんと理解していただきたいと思います。以上です。

○樋口座長 それでは、大体時間になってまいりました。

最後に、お手元に前回の議事録があると思います。皆様からの修正を反映したものを事務局からお配りしております。もし特段御意見がなければこれで確定させていただきますけれども、よろしゅうございますでしょうか。

（「異議なし」と声あり）

○樋口座長 ありがとうございます。

では、どうぞ。手短にお願いします。

○五十嵐委員 次回で結構なんですけれども、平成24年から自殺が下がってきていますが、そのあたりの検証というのがどの辺まで今、何が効いていて減ってきているのかとか、傾向とか、わかる範囲であるところで結構ですので出していただければと思います。お願いします。

○樋口座長 それは、ぜひよろしくお願いたします。

それでは、次回のこの会議の日程でございますが、これにつきましてはまた事務局と調整をいたしまして改めて御相談をさせていただきたいと思います。

それでは、本日の会議は以上で終了とさせていただきます。どうもお疲れ様でございました。