

平成24年度
自殺総合対策東京会議
会議録

平成25年2月18日
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○高野課長 そろそろお時間となりました。それでは、皆様、大変お待たせいたしました。ただいまから、平成24年度自殺総合対策東京会議を開会させていただきます。

本日、お集まりいただきました委員の皆様方には、ご多忙中にもかかわらずご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

私は、東京都福祉保健局保健政策部自殺総合対策担当課長の高野でございます。議事に入りますまでしばらくの間、進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、亀井委員、西原委員、坂本義次委員については、所用のためご欠席とのご連絡をいただいております。

また、須永委員につきましても所用のため欠席で、代わって、東京連合会の杉浦賢次副事務局長においでいただいております。

堀米委員につきましても所用のため欠席で、代わって、東京都中学校長会松岡孝明生徒指導部長においでいただいております。

坂本健（たけし）委員につきましても所用のため欠席で、代わって、原田美江子板橋区保健所長においでいただいております。

加藤委員につきましても所用のため欠席で、代わって、中村利夫健康課長においでいただいております。

前回から委員の交代がありましたので、新しく委員になられた方をご紹介いたします。

一瀬信介委員でございます。

山田雄飛委員でございます。

小林治彦委員でございます。

澤本尚志委員でございます。

相浦亮司委員でございます。少しおくれていらっしゃるようでございます。

前田秀雄委員でございます。

当会議の副座長でございました、福祉保健局技監の桜山委員の後任の前田委員に副座長を引き継いでいただきますので、よろしくお願いいたします。

相浦委員、ご出席になりましたので、相浦委員でございます。

それでは、お手元の資料の確認をさせていただきたいと思っております。まず、本日の会議次第でございます。資料1としまして、自殺総合対策東京会議委員名簿。資料2が、自殺総合対策東京会議幹事名簿。資料3が、自殺総合対策東京会議設置要綱。資料4が、自殺総合対策大綱。資料5が、東京における自殺総合対策の基本的な取組方針。資料6が、東京の自殺の現状。資料7が、東京における自殺対策の取組状況。資料8が、東京における自殺総合対策。資料9が、自殺総合対策東京会議分科会実施状況。参考資料1として、平成24年度の自殺総合対策事業実施状況。参考資料2が、

平成24年度都における主な自殺関連施策について（総括表）。参考資料3が、平成24年度地域自殺対策緊急強化補助事業区市町村。参考資料4が、平成24年度地域自殺対策緊急強化補助事業民間団体。参考資料5が、＜例示＞時点に応じた自死遺族・遺児の支援ニーズと課題。参考資料6が、＜基金事業＞荒川区自殺未遂者調査研究事業報告書。

このほか、各委員などから提出いただいている資料といたしまして、1番目が、清水康之委員からの新聞記事の写しほか、2番目が、斎藤委員からの「青少年健康セミナーの授業」ご案内。3番目が、障害者施策推進部からの精神科医療地域連携モデル事業。4番目が、一瀬委員からの過量服薬防止・自殺予防関連資料。5番目が、相浦委員からの厚生労働省東京労働局発表の監督指導結果について。資料は以上でございます。ご確認いただけましたでしょうか。

続きまして、川澄福祉保健局長よりご挨拶を申し上げます。

○川澄局長 東京都福祉保健局長の川澄でございます。東京都自殺総合対策東京会議の開会に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。委員の皆様方には、日ごろから東京都の保健医療福祉行政にご協力をいただきまして、厚く御礼を申し上げます。また、本日はご多忙中にもかかわらず、当会議にご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

我が国の自殺による死亡者は、平成10年に3万人を超えて以来高どまりの状況が続いておりましたが、警察庁の公表によりますと、平成24年の自殺者数は、2万7,766人で、15年ぶりに3万人を下回りました。東京都におきましても、同様の傾向でございまして、24年の自殺者数は、前年の3,100人から2,760人に減っております。これまで関係機関・団体が一丸となって取り組んできた成果が少しあらわれてきたのかなというふうに思っております。

都におきましては、自殺者に占める割合が高い若年層への対策や自殺リスクが高い自殺未遂者への支援などは大変重要な課題と考えておりまして、本日の議題にもなっております。幅広い分野からお集まりの皆様には、忌憚のないご意見をいただきたいと存じます。

自殺には、さまざまな原因や背景があることから、個人的な問題としてのみ捉えるべきものではなく、社会的な取り組みが必要だというふうに考えております。自殺対策を社会全体の取り組みとしてさらに推進するために、今後ともご協力のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○高野課長 ありがとうございます。

川澄局長は、公務のためこれで退席とさせていただきます。

○川澄局長 すみません、失礼します。よろしくお願いたします。

○高野課長 それでは、議事に先立ちましてご連絡をいたします。ご発言の際には、マイクのボタンを押していただきオンにしてからお話してください。また、発言終了後は再

度ボタンを押してマイクをオフにさせていただくようお願いいたします。

それでは、大野座長、よろしくをお願いいたします。

○大野座長 大野でございます。

それでは、これより報告事項に入りたいと思います。今の局長のご挨拶にもありましたように、自殺者数は15年ぶりに3万人を下回ったとの公表がありました。いまだに多くの方が自殺をされている状況にあり、高どまりとなっている自殺者数を減らすために、さらに各方面の力を結集して、効果的な自殺対策の推進が課題となっております。

本日の会議が実りのあるものとなりますよう、皆様に忌憚のないご意見・ご提案をお願いいたします。多くの委員の皆様からできる限りご発言をいただきたいと思いますので、議事の進行にご協力をお願いいたします。

まず一つ目の自殺総合対策大綱の見直しについて、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○高野課長 それでは、お手元の資料4をご覧ください。表紙を1枚めくっていただきまして、A4横、自殺総合対策大綱（見直し後の全体像）をお開きください。平成19年に策定されました、自殺総合対策大綱は、平成24年8月に見直しが行われたところでございます。誰も自殺に追い込まれることのない社会を目指し、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図ることが課題として掲げられました。また、自殺総合対策における基本認識についても一部見直しが行われました。従来の大綱では、自殺は追い込まれた末の死、自殺は防ぐことができる、自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを発していると限定的に記載されていましたが、新しい大綱では、自殺はその多くが追い込まれた末の死、自殺はその多くが防ぐことができる社会的な問題、自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多いと、より正確な記述に改められました。

これまでは、自殺総合対策の草創期ということで、どの地域においても同じような施策が行われてきましたが、今後は地域の実情に応じて対策の有効性や効率性、優先順位などを検討し、身近な地域においてそれぞれの実情に応じたきめ細かな対策を講じることが必要であるとされました。

第2の自殺総合対策の基本的な考え方におきましては、若年層への取組の必要性・重要性が大きく記述されたほか、新たに自殺未遂者についても記載がされました。また、国、地方公共団体、関係機関、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進すると記載されています。誰も自殺に追い込まれることのない社会を実現するためには、国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業、国民が連携・協働して国を挙げて自殺対策を総合的に推進することが必要で、そのためにはそれぞれの主体が果たすべき役割を明確化・共有化した上で、相互の連携・協働の仕組みを構築することが重要であるとしています。

第3の7におきましては、新たに自殺未遂者について記載がされたところでございます。また、この中で、救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実や家族等身近な人の見守りの支援の充実により、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための対策の強化について記載されております。

第4の数値目標のところでございますが、平成28年までに自殺死亡率を17年と比べて20%以上減少させることを目標とすることについて変更はございませんでした。大綱については以上でございます。

なお、資料5として、東京における自殺総合対策の基本的な取組方針を配付させていただいております。これは、自殺対策基本法及び自殺総合対策大綱を踏まえて、関係機関、団体の連携協力を強化し、それぞれの役割を踏まえながら、より効果的かつ総合的に自殺対策への取り組みを推進することを目的として、平成21年3月に策定されたものです。自殺総合対策大綱の見直しが行われたことや東京の自殺の現状も策定時から変化しているため、今後、取組方針の改定を予定しております。改定に際しましては、東京会議において自殺の現状やこれまでの取り組みを踏まえて議論された委員皆様方の意見を参考にさせていただきたいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。以上でございます。

○大野座長 ありがとうございます。

今、ご説明ありましたように、国の自殺総合対策大綱の見直しが行われ、自殺総合対策の現状と課題として、地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策への転換が掲げられました。若年層への取り組みの重要性が大きく記述されておりますし、また、新たに自殺未遂者に対する対策についても記載されました。行政や関係団体、民間団体等の取り組みの連携・協力の必要性も指摘されております。事務局から説明のありました資料4に関しまして、ご質問等がございましたらお願いいたします。

また、ライフリンクの清水委員におかれましては、大綱の見直しにかかわっておられたと聞いております。新しい大綱につきまして、何か補足がございましたらご発言をお願いいたします。

○清水（康）委員 一言。この新しくなった大綱の副題に「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して」というものが掲げられました。これは、大綱の見直しの議論の中で、盛り込むべき内容は様々あるだろうけど、大綱のエッセンスを一言に凝縮させると、この言葉に尽きるんじゃないかということで、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」。これをあらゆる角度から取り組んでいくということが自殺総合対策なんだということで盛り込まれました。その意味で、東京都のさまざまな施策も「誰も自殺に追い込まれることのない東京」を目指す、東京をつくるというその意志のもと、さまざまな関係機関が連携していくべきと思います。

○大野座長 ありがとうございます。非常に重要な骨格になるお話だと思います。

特にご質疑ございませんでしょうか。

(なし)

○大野座長 それでは、2番目の報告事項の東京の自殺の現状についてに入りたいと思います。

まず、事務局から説明をお願いいたします。

○高野課長 それでは、お手元の資料6をご覧ください。東京の自殺の現状について、平成23年の各種データを紹介させていただきます。表紙をおめくりいただきまして1ページ目でございます。自殺者と自殺死亡率の推移で、全国と東京都のグラフでございます。いずれも平成10年に急増して以降、高どまりで推移しているところがございます。自殺死亡率につきましては、人口10万人当たりの自殺者数でございます。

引き続きまして2ページをご覧ください。こちらは、性別・年齢階級別の自殺者数でございます。男女とも自殺者数が最も多いのは40歳代で、女性は男性に比べて全体に占める若年層、30歳代までの割合が高くなっております。

引き続きまして3ページ目でございます。自殺者の年齢構成でございます。全国と東京都の比較でございます。30歳代までの若年層の割合が都におきましては32%を超えておりまして、全国に比べて高くなっているのが特徴でございます。

引き続きまして4ページをごらんください。年齢階級別・性別自殺死亡率でございます。10歳代後半から40歳代の女性の死亡率が、都は全国よりも高くなっているのが特徴でございます。都の男性の自殺死亡率は、20歳代前半と50歳代後半で突出して高くなっております。

引き続きまして5ページ目でございます。年齢階級別自殺死亡率の推移でございます。男性と女性のグラフでございます。10年刻みで変化を示してございます。30歳代までの若年層で自殺死亡率が上昇していることが見てとれます。50歳代からは男女とも減少傾向にあるのが見られます。男女とも20歳代の上昇が特に大きくなっております。

引き続きまして6ページ目でございます。年齢階級別の死因でございます。第3位まで掲載してございます。10歳代後半から30歳代の死因の第1は自殺で、特に20歳代では約6割が自殺で亡くなっている状況でございます。

引き続きまして7ページ、職業別自殺者数でございます。全国と都の比較でございます。全国、都とも被雇用者・勤め人とその他の無職者が大変多く、全体の半数を占めています。都は国と比べて年金・雇用保険等生活者の割合が低くなっているのが特徴でございます。

引き続きまして8ページでございます。自殺の原因・動機、性・年齢別の階級別でございます。下のほうのグラフをご覧ください。全国、東京とも健康問題が最も多く、続いて経済、家庭問題となっております。自殺においては、原因・動機がわからないケースも多く、そのために不詳の割合も多くなっているのが特徴でございます。

9ページをごらんください。手段別自殺者数でございます。圧倒的に首つりが多く

なっております、続いて飛降り、その他と続いております。

引き続きまして10ページをご覧ください。自殺未遂歴の有無別自殺者数の割合でございます。男性と女性でございます。男性は年齢による差は小さく、多くても10%代が自殺未遂歴がある状況となっておりますが、女性におきましては20歳代、30歳代では、40%を超え、若年層で高い傾向でございます。

11ページをご覧ください。都が平成21年に行った自殺実態調査報告書の自死遺族に関する調査の結果からでございます。身近な人が亡くなられて遺族となった直後の希死念慮、「あった」と回答された方が26%ございました。また、②番のほうでございますが、心身の変化での医療機関受診の有無についてでございますが、身近な方を亡くされて心身に不調を来し医療機関を受診した方、29%の方が「あった」と回答をしております。

最後の12ページでございます。区市町村別の自殺者数・自殺死亡率でございます。左側が自殺者数、右側が自殺死亡率でございます。21年からの3カ年の平均を記載させていただいております。自殺者数を見ますと、規模の大きい自治体の自殺者数はやはり高い傾向が見られますけれども、自殺死亡率につきましては、必ずしもそうでないような状況でございます、やはり地域による特性というものがあらわれているのではないかとこのところが見てとれるところでございます。

東京の自殺の現状につきましては、以上でございます。

○大野座長 ありがとうございます。東京都では、自殺死亡率が最も高いのが、50歳代後半の男性ですけれども、若年層の自殺者の割合が全国よりも高いこと、そして10歳代後半から40歳代の女性の自殺死亡率が高まっているといった特徴が見られるようです。

ただいまの説明につきまして、何かご質問がございましたらお願いをいたします。よろしいでしょうか。

これ、その他の無職者というのは、私いつも気になるんですけども、これそれ以上の情報ってないんですよね。

○高野課長 なかなか詳細はわかりにくい状況でございます。

○大野座長 ありがとうございます。または何かございますでしょうか。よろしいですか。

(なし)

○大野座長 それでは、次に3番目の東京における自殺対策の取組状況等に入りたいと思います。事務局からご説明をお願いいたします。

○高野課長 それではお手元の資料7をごらんください。東京における自殺対策の取組状況についてご報告をさせていただきます。

まず、表紙をめくりまして1ページ目でございます。区市町村におけるネットワークの構築状況でございます。自殺対策の会議等の構築状況ということでございます。

庁内、庁外いずれかのネットワークを構築しているものが区部で20カ所、市町村部で5カ所、合計25カ所となっております。

2番目でございます。ゲートキーパー養成実績でございます。平成19年度から養成を始めまして、23年度までで3万7,816人の養成を達成してございます。

引き続きまして2ページ、3、うつ診療充実強化研修をご覧ください。こちらは、一般診療科の医師を対象とした研修で、精神疾患の疑われる患者を速やかに精神科につなぎ、自殺の防止を図ることを目的としています。19年度から開始いたしまして平成23年度末までの実績が32地区医師会での実績がでございます。

続きまして4番目、3ページでございます。東京都自殺相談ダイヤル「こころといのちのホットライン」の実績でございます。こちらは、自殺専用の電話相談でございます。平成22年度から開設してございます。この電話相談は聞くだけにとどまらず、必要に応じて専門機関へのつなぎを行う。また、緊急の場合には、消防・警察等への通報も行うというのが特徴でございます。22年度は、4,747件でございましたが、23年度からは時間を翌朝の朝まで延長したこともございまして、年間で1万3,011件ということで、大変たくさんのご相談をいただいている状況でございます。

引き続きまして4ページの5番、自死遺族の集い実施状況でございます。大切な方を亡くされた自死遺族の方が安心して自らの悲しみ、苦しみに向き合う場を提供する「わかちあいの会」を、東京都におきましては西多摩保健所において実施してございます。奇数月に実施しておりまして、毎回四、五人の方がご参加いただいております。NPOの職員2名の方にファシリテーターを担当していただき、西多摩保健所保健師、それから都立多摩総合精神保健福祉センター職員等が対応して自死遺族の支援に当たっているところでございます。

引き続きまして5ページ、区市町村が実施する自死遺族の集いでございます。東京都以外にも足立区、日野市でも同じような分かち合いの会が行われております。また、こちらには掲載してございませぬけれども、民間団体におきましても都内で五、六カ所の団体が分かち合いの会を実施している実績がでございます。

引き続きまして6ページ、地域自殺対策緊急強化補助事業の取組実績でございます。平成21年度に開始されました基金事業におきましては、平成21年度は1件でございましたが、22年度、23年度とその数は増えまして、24年度はただいま実施中でございますけれども、区市町村が48カ所、民間団体も21カ所が取り組んでいただいております。さまざまな特色ある取り組みが行われているところでございます。具体的な事業内容につきましては、参考資料の3に、区市町村の状況、参考資料の4に、民間団体の状況が記載されておりますので、後ほどご覧いただければと存じます。

続きまして7ページ、地域における先駆的取組事例でございます。まず、世田谷区

の自殺対策協議会によりますハイリスクアプローチ部会の取組でございます。こちらは、1ページおめくりいただきまして8ページでございますが、「服薬情報提供書」を用いた薬局と医療機関との連携による未遂者支援ということでございます。薬局において、自殺のハイリスクが疑われる方と相談関係を築き、主治医との連携によるチームアプローチを図り、「服薬情報提供書」を活用して情報の共有、連携を行い、ハイリスク者を支援するというものでございます。また、薬剤師会とは共催のゲートキーパー研修を実施したりと、ハイリスクの方に対するさまざまなアプローチが行われているところでございます。

引き続きまして10ページでございます。地域における先駆的な取組の事例で、荒川区の自殺未遂者調査研究事業でございます。こちらは、平成23年度から行われているものでございまして、救命救急医療機関等を受診、または、区が把握した自殺未遂者の現状を明らかにし、未遂者支援のあり方及び支援体制の課題や広域的な取り組みの必要性を提言するものでございます。区が把握し、本人から同意のあった自殺未遂者の方32事例におきまして、訪問や面接等により具体的な支援を行い、調査の分析等を行ったものでございます。調査・分析は、NPO法人ライフリンクに委託して行われました。こちらに関しましては、皆様のお手元のほうに参考に冊子を配付しておりますので、後ほどご覧いただければと思います。参考資料の6でございます。

引き続きまして、地域における先駆的な取組。足立区の、「こころといのちの相談支援事業」でございます。足立区は、全国的に見ても非常に先進的な取り組みが行われている自治体でございまして、さまざまな取り組みがこれまで行われてきております。特徴的なものとして、13ページをお開きください。②当事者に対する支援策。アといたしまして、「雇用・生活・こころと法律の総合相談会」という取組がございます。足立区内では、失業者や年金生活者の自殺が特に多いことが明らかになっていることから、こうした方を対象にした相談会を複数の専門分野の相談員が連携して、ワンストップで行う相談事業を行っており、ハローワークとも連携が進んでございます。

引き続きまして、足立区の取組でございますけれども、15ページの下の方をご覧くださいと、様々な取り組みが、足立区では行われてきたところでございますが、平成23年の足立区の自殺者数は、警察署統計によりますと前年より40名減少し、割合では21.9%の減であったそうでございます。全国的に見ても非常に対策の効果があらわれてきた自治体ということで各方面から注目をされているところでございます。

引き続きまして、17ページでございますが、同じく足立区の平成24年度パーソナルサポート事業というものでございます。目的のところでございますが、地縁・血縁が薄い都市部では、その人を気遣い支援につなげる人がいないと、複数の悩みを解決することができずに悩み続け、自殺に追い込まれてしまう可能性が高まるというこ

とで、様々な生活上の困難を抱える自殺念慮のある区民に対して、パーソナルサポーターによる寄り添い支援を行いまして、さまざまな新たな一歩を歩み出す援助を行います。自殺に追い込まれない「生き心地の良い社会」をめざすというものでございます。

事業内容といたしましては、パーソナルサポーターが各種相談窓口に同行して支援、心療内科への同行や法テラスへの同行などを行って、一人ではなかなかできないことをサポーターとともにいき、支援をしていくというものでございます。実施している状況でございまして、資料を一つおめくりいただきますと、18ページの図の下に、一部支援の結果が出ておきまして、問題の解決の糸口が見つかり、徐々にではあるが、主体的に取り組めるようになっていっているようでございます。また、仕事をしながらその未遂歴のある方、自殺念慮のある方、当事者グループの集まりに参加して交流ができるようになったということで、少しずつ効果が上がっているところでございます。

引き続きまして、19ページの日野市の自殺対策でございまして、日野市におきましては、地域の実情に応じた自殺対策が推進されており、全国初の市長提案による自殺対策の条例が策定されています。こうした条例を踏まえまして、基本計画の策定に向けた取組みなどをはじめ、積極的に自殺対策が行われているところでございます。

引き続きまして、20ページをごらんください。民間団体における取組事例でございまして、こちらは、NPO法人自殺対策支援センターライフリンクが24年度の自殺対策緊急強化補助事業を活用いたしまして、就活生の「自殺念慮（生きづらさ）」に関する実態調査を実施されておきまして、就職失敗が原因とされる自殺者が急増している背景を明らかにし、若年世代への効果的な自殺対策を模索することが目的とされておきまして、事業内容といたしましては、都内の大学生や大学院に通う就活生への聞き取り調査などが実施されることになっておきまして、ただいま実施中でございまして、今後、こうした調査の結果は非常に参考になることが期待されるところでございまして。

引き続きまして、21ページでございまして、同じく民間団体における取組事例でございまして、NPO法人のBONDプロジェクトによる支援一体型、生きるチカラ再生事業「ハイリスク回避プログラム」の開発でございまして、いろいろな課題を抱える生徒に対しまして、学校の授業等で使用できる「ハイリスク回避プログラム」の開発を目指すものでございまして、BONDプロジェクトが昨年度行った10代を中心とする女性を対象とした自殺念慮調査では、自殺の念慮を感じている人の割合が高いことが把握報告されておきまして、こうしたことから若年層に生きる力を与える方法として「ハイリスク回避プログラム」の開発に取り組まれているところでございまして、まだ開発中でございまして、今度こういった取組みの成果が期待されるところでございまして。

引き続きまして、22ページをご覧ください。日本医科大学による「自殺対策に係

る精神科診療支援事業」でございます。こちらは、精神科のない二次救急医療機関と日医大との連携により、二次救急医療機関に搬送された自殺未遂者、自殺のハイリスク者に対する支援を行うものでございます。二次救急医療機関から依頼がありました場合に、コーディネートができた際につきましては、日医大の精神科スタッフが二次救急に出向いて本人同意がある場合に限りますけれども、診察等を行い、地域等の支援、精神科の医療へのつなぎということをしていくものでございます。ただいま実施中ということでございまして、また、こういった事業の実績も参考になるところでございます。

続きまして24ページをご覧ください。民間団体における取組事例で、大切な人を亡くした子どもとその家族のつどいでございます。大切な人を亡くした子どもが自由に安心できる雰囲気の中で、気持ちを表現することができるように、わかちあいの会を行うものでございます。医療機関と連携をして、医療機関の中で実施するということが特徴でございます。こちらのほうも開始されたところございまして、今後またこうした取り組みの成果が期待されるところでございます。

東京における自殺対策の取組状況につきましては、以上でございます。

○大野座長 ありがとうございます。東京における自殺対策のさまざまな幅広い事業の取組状況、東京都における自殺総合対策、そして分科会の実施状況について報告いただきました。

ただいまのご説明につきまして何かご質問等ございましたらお願いいたします。

近藤委員、お願いいたします。

○近藤委員 東京都医師会、近藤です。今の説明の中で、日野市とか足立区の取り組みを伺いながら資料6の最後の21年度からの3カ年の自殺死亡率を見てみると、やはり日野市の条例までつくっていただくと、これは明らかにこの3年間でも減ってきているのだなということがわかりますし、それからたしかこの間の東京都福祉保健医療学会の中でも、このわかちあいの事業が発表されていて、事業が終了してしまう地区もあたりとか、それからリピートで何回か繰り返して来られる方のことの課題とそれから初回のときの個別相談をどこまで深くやろうかという課題が発表になられていて、各地区でまた参考になるのかなと思った次第です。

以上でございます。

○大野座長 ありがとうございます。何かご発言、事務局からございますでしょうか。

○高野課長 事務局のほうからでございますが、東京における自殺対策の取組状況に続き、東京都における自殺総合対策の概要につきまして、説明させていただきます。

それでは、お手元の資料の8でございます。東京都におきましては、自殺総合対策東京会議を平成19年7月に設置し、取組の3本の柱といたしまして、普及啓発・教育、早期発見・早期対応、遺族支援ということで取り組みを進めて参りました。こちらの3本の柱につきましては、そのまま自殺総合対策東京会議の分科会とも連動して

ございまして、お手元の資料9でございますけれども、ご覧いただきたいと思えます。平成24年度の自殺総合対策東京会議の分科会実施状況でございますが、各分科会とも1回ずつ実施をし、普及啓発・教育におきましては、若年層の自殺対策について議論が行われてました。若年層の自殺対策におきましては、今後、ライフスキル教育の重要性などについて指摘がされたところでございます。

また、早期発見・早期対応分科会におきましては、地域における自殺未遂者支援について議論が行われまして、やはり地域との連携、救急医療機関と精神科の連携等の重要性が指摘されたところでございます。

続きまして、遺族支援分科会におきましては、個別支援とグループ支援、それから自死遺族・遺児支援について議論が行われました。遺族支援に関しましては、グループ支援だけではなく個別支援の重要性が指摘されました。取り組みがまだ進んでいない自死遺児に対する支援についても、今後力を入れていく必要性等について指摘がされたところでございます。

事務局からは以上でございます。

○大野座長 ありがとうございます。近藤委員からは、積極的に取り組んでいるところでは成果が目に見えて上がっているようだというご指摘をいただきました。

それでは、議事に入りたいというふうに考えております。本日の議題は、1番目が若年層対策について。2番目が地域における自殺未遂者支援について。3番目が自死遺族・遺児支援についてであります。今、事務局からご説明いただいた分科会の話と連動するところでございます。東京都におきましては、今後、東京における自殺総合対策の取組方針の改定を予定していらっしゃるということです。その参考になりますように、今の東京都の自殺の現状を踏まえて、今後、自殺対策として特に力を入れていくべき方向や施策等についても積極的にご意見をいただければと思います。

議事の進め方でございますけれども、まず、都の幹事から議題に関連する事項について情報提供をいただきたいと考えております。この東京会議は、東京の自殺の現状を踏まえて、行政や関係機関、民間団体などが自殺対策についての共通認識を持ち、連携してそれぞれの主体の取り組みを行うということで、東京全体の自殺対策を推進していくという目的を持っております。本日の議題にかかわる対策がさらに進みますよう、より効果的な取り組みについてご意見をいただければと考えております。多くの委員の皆様からできる限りご発言をいただきたいと思えますので、議事の進行にご協力をお願いいたします。

それでは、1番目の議題、若年層の自殺対策についてに入りたいと思えます。それでは、福祉保健局の高橋保健政策部長からご説明をお願いいたします。

○高橋部長 では、若年者対策としての東京都の取り組みの実例を1例ご紹介したいと思います。参考資料の1をごらんください。「自殺防止！東京キャンペーン」の実施というふうに、右のほうに書いてございますが、このキャンペーンの実施の一環といた

しまして、真ん中ぐらいのところに③シンポジウムと書いてございます。昨年度9月10日に都民ホールのほうで、「若者の自殺対策を考える」というテーマでシンポジウムを実施しております。自殺対策に取り組まれる各方面の方々によりますトークセッションとそれから内閣府の自殺対策キャンペーンソングであります「あかり」などを歌っていただきましたミニライブなども同時開催いたしまして、300名を超える都民の皆様にご参加いただきまして、大変好評であったということでございます。左のほうの下に写真が載せてございますが、これがその当日のシンポジウムの様子でございます。

シンポジウムにつきまして以上でございます。

○大野座長 ありがとうございます。

次に、教育長指導部の主任指導主事からご説明をお願いいたします。

○酒井主事 失礼いたします。教育庁指導部の主任指導主事、酒井と申します。本日は、学校で児童・生徒の心のケアを図る人材として、資料はございません。申しわけありません、口頭での発表とさせていただきます。児童・生徒の心のケアを図る人材。また、教員とは異なる専門性を持った人材といたしまして、当教育委員会が公立学校に配置しておりますスクールカウンセラーについて情報提供をさせていただきたく貴重なお時間を頂戴いたしました。

今年度、平成24年度公立の配置状況でございますが、公立中学校は全校の631校、公立の小学校は327校、都立高等学校は100校の合計1,058校に臨床心理士を配置いたしまして、児童・生徒や保護者へのカウンセリングを初め、学校の教育相談体制の充実に力を注いでいただいているところでございます。スクールカウンセラーは、この臨床心理士が各学校に全ての学校共通でございますが、週1回1日7時間45分、年間35回勤務することになっております。平成24年度の今、配置校を数字で申し上げましたが、中学校は全校ですので100%でございます。小学校は約25%への配置になっています。高等学校は、53%の割合となっております。このスクールカウンセラーは、子供たちの心のケア、特に自殺等に関しましては、その予兆とか悩みとか、そういったものをきちっと受けとめてくれる心の専門家でもありますので、長年、区市町村教育委員会や各学校からは、小学校や都立学校にも全校配置を実現してほしいという長年の要望が寄せられてきているところでございます。当教育委員会といたしましては、こういった要望に少しでも応えようと順次配置校をふやしてきておりましたが、来年度、平成25年度予算案では、全ての公立小学校及び都立高等学校にも配置するのに必要な経費を計上しているところでございます。スクールカウンセラーの配置校では、スクールカウンセラーが教員と連携しまして、いじめや不登校などの児童・生徒の問題行動について、児童・生徒に対して直接カウンセリングを行ったり、保護者の方の子育てに関する悩みに対するカウンセリングなども行っております。また、児童・生徒理解に関する教員へのコンサルテーションなどに

も積極的に取り組むことで、各学校の教員一人一人の教育相談技術の向上と学校全体の教育相談体制の充実に寄与していることとっております。全ての公立小・中・高等学校へ配置が実現いたしますと、配置校全てで臨床心理に高度な専門性を持ったスクールカウンセラーの活用が図られることとなります。このことで児童・生徒のさまざまな悩みの解決に向けた対応が充実して、自殺など重大な事案発生の未然防止に寄与できるのではないかと期待しているところでございます。

以上、情報提供でございます。

○大野座長 ありがとうございます。

それでは、青少年治安対策本部の坂田青少年対策担当部長からご説明をお願いいたします。

○坂田部長 青少年治安対策本部青少年対策担当部長の坂田でございます。本日は、青少年治安対策本部が行っております、青少年の健全な育成、これによりまして自殺防止ということを図るための各種施策についてご説明申し上げます。

参考資料2でございますが、左側でございます、自殺を防ぐ社会環境の醸成方策としまして、こちらのほうで、不健全図書類の指定、フィルタリングサービスの告知・推奨、インターネットゲームに関する家庭のルール作りを行っております。こちらのほうは、青少年が有害情報、この有害情報という中には、自殺を誘発ということも入っておりますので、有害情報に接することを防ぐためのルールづくりを行っております。また、右のほうでございますけれども、相談・支援体制の項目で、6番目から8番目でございますけれども、青少年治安対策本部では、ひきこもりサポートネット、こどもネット・ケータイヘルプデスク、それから若者総合相談「若ナビ」を運営しております。このうち18歳以上の若者を広く対象といたしまして、平成21年から若者総合相談「若ナビ」を実施しております。この事業では、18歳以上30代までの若者の悩みを分野を限定せず広く受けとめております。相談のツールといたしますと、電話及びパソコン、携帯電話によるメールなどがございます。また、24年度からは、カフェに相談員が出向いての予約制面接相談なども本格実施をしております。

平成23年度の述べ相談件数は、7,419件でございます。電話相談が8割以上を占めております。こちらのほうは総合相談でございますので、名称のとおり相談内容は多岐にわたります。例えば社会人であれば職場での人間関係について、学生であれば、大学生活や就職、将来についてなど様々でございます。相談内容によっては、専門機関を紹介するなど、関係機関とも連携しながら対応しております。今まさに自殺しようとしているとか、直接自殺に言及するような相談は少ないと聞いておりますけれども、日々の生活におけるやや漠然とした悩みの相談が多いと聞いております。ただ、悩みを抱えた若者が早目に「若ナビ」に相談しまして、相談員と一緒に気持ちを整理することで、問題が深刻化することを未然に防ぐという面はあるものと考えております。

以上で報告は終わります。

○大野座長 ありがとうございます。さまざまな都の取り組みをお話をいただきました。

それでは、続きまして、本日、参加されている委員の方々から資料提供をいただいております。若年層に関連しまして、ライフリンクの清水康之委員から提供いただいております、「若者の自殺深刻化について」のご説明をお願いいたします。

○清水（康）委員 東京都においては、若年世代の自殺の割合が全国平均より高いというお話がありましたが、全国規模で見ても若年世代の自殺は、実は深刻化しています。

1998年に日本の自殺が急増して、それ以降、中高年以降の世代の自殺率はなだらかに減少してきているわけですが、実はこの20代、30代の自殺率に関しては、98年の自殺の急増以降もなお、上昇を続けている状況です。20代に関しては、98年から比べて30%。30代でも20%ふえている。若年世代の自殺の問題というのは、まさに全国的な問題であり、それをある意味、先どりする形で、東京都で若年世代の自殺は深刻化しているのだろうと思います。

こうした若者の自殺の増加の背景には、大きく三つの要因があると考えています。一つは、そもそも生きる意欲を持ちづらくなっているということ。「生きる意味の不況」というようなことで表現される研究者の方もいらっしゃいますが、若年世代の中には、なぜ自分が生きていかなければならないのか、生きる意味がわからない、もう生きるのをやめたいという感覚を持つ人たちがふえてきているということがまず一つ。

二つ目は、今の若年世代が社会に出たときに、深刻な壁に直面するようになっていくということです。就職難ということもありますし、その就職した企業に入って1年目から即戦力としての働きを求められ、過労に陥るということもあります。なかなか実社会で「居場所」や「出番」を持ちづらい。そういうものを得づらくなってしまっている。若者の受け皿が社会の中で失われていっているということもあるんだろうと思います。

さらに三つ目が、そうした困難に直面したときに、これは社会の中で「居場所」や「出番」を見つけられないということもそうですし、あるいは死にたいという衝動が込み上げてきたということもそうですし、あるいは職場で理不尽な要求されたというようなこともそうですけれども、何か困難に直面したときに、どう対処すればいいのかという、まさにライフスキルが十分に備わっていない。そうしたものを育てていない若者がふえてきていると、そういう印象も受けています。

自殺対策という意味では、この三つをやっていかなければならないんですけど、ただ、雇用の問題とか、あるいは、生きるモチベーションの問題というのは特効薬があるわけではありませんし、広い意味での自殺対策ではやらなければならないけれども、なかなかこういう地域のレベルでやるというのは難しいのではないかと思います。東京という地域のレベルでやるべきこととしては、まさにその若者たちにライフスキ

ル、何か困難やストレスに直面したときに対処する能力を身につけさせてあげるといふこと。これは、新しくなった大綱にもはっきりと書かれている部分で、命の大切さを教えるだけでなく、困難やストレスに直面したときに対処する能力を学校とつながりのあるうちからちゃんと教えてあげよう。学校を出た後、身につけようと思ってもそうしたものが身につけられる状況にはないので、学校とのつながりがあるうちに、実社会に出たときに、大人になったときに困難に直面したらどうすればいいのかという、そのノウハウ、スキルを身につけさせてあげるといふことが重要なんだろうと思います。

このことは、普及啓発・教育分科会の中でも議論がありましたし、これに関しては、足立東高校で既に先進的な取り組みをされていたり、あるいは先ほどご紹介があったNPO法人BONDプロジェクトが、今プログラムを開発している。モデルとなる取り組みはできてきているので、後はいかにこれを広くほかの学校にも広げていくのか、その広げていく戦略をぜひ立案していく必要があるのではないか。その立案がこの東京会議に求められているのではないかというふうに思います。

○大野座長 ありがとうございます。貴重なご意見だと思います。

続きまして、いのちの電話の斎藤委員から「青少年健康センターの事業について」資料をご提供いただいております。ご説明をお願いできますでしょうか。

○斎藤委員 斎藤でございます。青少年健康センターというのは、実は30年前に東京のいのちの電話が余りにも青少年問題が多いということで、独立した精神科を中心とする、そしてデイケアとか、そういう役割を含む別法人をつくったわけです。これは、ひきこもりの若者たちへの自立支援が中心ですけれども、昨今の若者の自殺が逆にふえているという状況の中で、より自殺についても強調しようということで、ちょうど1年前の3月に始めたのがお配りしたクリニックきずなです。これは、要するに丁寧な相談を受けようと。クリニックではもちろん治療はしますけれども、このクリニックきずなは、精神科のドクターも治療ではなくて相談を受けようと、こういう新しい試みでございます。その結果として、実はまだちょっとPRが不十分で1年間で160件から170件ぐらいです。これからどんどんPRをしたいと思っておりますけれども、これはいのちの電話を含めて、この種の相談に寄せられる自殺問題は利用者が既にどこかの精神科で治療を受けている人たちなんです。受けているにもかかわらず、なぜ、ある意味でインテイクは素人ですけれども、なぜかけてくるか。それは、別に精神医療に対する不信ではなくて、やっぱり十分聞いてもらえないという、そういう不満というか、そして自殺念慮というものは、治療を受けようと受けまいと、やっぱりそういう思いというのは絶えないわけですね。ですから1週間単位で治療を受けるその合間になって落ち込んだときにサポートをする、支援をする、そういう趣旨でございます。

その中には、やはり医療側の問題というか、例えば投薬一つとっても、同じような

種類のピン剤をどっと出したりして、それをやっぱり専門家の医師から聞きましてね、やはりこれは投薬側の問題があるというようなコメントがあったり、これはまあ一つのセカンドオピニオンを伺うということですね。やっぱりこういう機能が大切であろうかと思えます。ただ、ちょっとPRに苦勞しておりますので、皆様のお知恵を、またご支援をお願いしたいと思えます。

以上です。

○大野座長 ありがとうございます。これも非常に貴重な取り組みだと思います。なかなか相談できない、外来には行くんだけど、十分相談できないという方たちをどう支援するか。電話、そしてまたは場合によっては、地域でこういう相談ができればというふうに思えます。

これまで都における施策や民間団体の取り組みなどについて情報提供をいただきました。このようなことを参考にしながら、若年層の自殺対策についての意見交換をしてまいりたいと思えます。なお、東京の自殺の現状の中で、東京都においては若年層の自殺者の割合が高いという報告があります。若年層の自殺対策は重要な課題となっております。効果的な施策につながるよう建設的・積極的なご意見をいただければと思えます。いかがでしょうか。

今、ライフリンクの清水康之委員から、学校での取り組み、若者の取り組みをお話しいただきましたけども、きょう私立中高協会、同じ清水委員がご出席になっていらっしゃるんですけども、何かご意見いただけますでしょうか。

○清水（哲）委員 清水でございますが、大分違う清水でございます。私立学校としても昨今のこの18歳以下の話でございますけれども、非常に頭を痛めております。ただ、お隣の清水委員の意見は、非常に重要だと思っております。というのは、この自殺の問題の場合には、最終的には個別的な対応が図られるということになりますけれども、しかしその背景を考えますと、日本はなぜこんなに自殺が多いのかというところまで当然行きますし、70年代後半から始まりました個人化の流れというのはどうしても私は見逃すことができない。その中で子供たちが育ってきているということが、実は非常に大きな問題ではなかったかと思っております。世界は今、「リブトゥゲザー」「ともに生きる」ということを教育の一番のスローガンに掲げて、さまざまな取り組みをしております。日本は「生きる力」というふうな言い方をしますけれども、僕は「ともに」ということがすごく大事だと思っております。ですから各私立学校でも「ともに生きる」ということを考えています。誰とともに生きるのかというと、自分とは異なる人とともに生きるということなんです。簡単に言えば、39人の自分と異なる意見を持つ友達とともに生きるわけです。そういうふうな中で、意見の違いの中で自分の意見を言ったり、中にはけんかしたり、もしかしたら取っ組み合いになることもある、そういう中でこの子供たちは力をつけていくんだと思うのですが、暴力はいけませんけれども、しかしそこら辺がどうも途中でみんなぷつと切

れちゃってちょっと意見が違くと、あの人にいじめられたということだけでももう通り過ぎてしまうような、そういう学校教育をやってはならないと思っています。そういうところで学校の中でできるだけ頑張っていますけれども、学校だけで解決する問題ではないことは皆さんもご存じのとおりで、統計をとってみましても、小学6年生も中学校3年生も高校2年生も各国の比較をいたしますと、日本の子供たちが一番自己肯定観がない、自分に自信がないという状態になっている。そういうふうに育っていますから、幼稚園の時代からずっと、ともに生きる、認めてあげるという考えで育てていかないと、なかなかこの大きな問題は解決しないんじゃないかな。もちろんそれ以外にも問題点はたくさんありますけれども、少なくともこの若年層の自殺だけは何としても少なくしたいと思います。そうすると、そのような大きな視点、ともに生きるという視点でもう一度教育を捉え直さないとだめなんじゃないかなと考えています。

私立学校では、今申し上げたようなお話をいろんなところで話をしているところでございます。まとまらなくてすみませんが。

○大野座長 ありがとうございます。自殺という枠をさらに広く、ともに生きるというお話をいただきました。東京都中学校長会で、松岡様、何かご意見ございましたらお願いいたします。

○松岡委員 先ほどの酒井主任指導主事からご紹介いただきましたスクールカウンセラー中学校全校配置。これは、私ども大変助かっているところであります。多くの悩みを抱える子供たちがスクールカウンセラーを通じてかなり救われている部分があるなど。これはこれからも引き続き充実させていくべき事業と考えています。

それから私、以前、東京都教職員研修センターという部署におりまして、そこで子供たちの自己肯定観、今、清水委員からもお話が出たところですが、その研究というのをやっけていまして、恐らくこの5年ぐらいずっと継続してやっていると思うんですね。その研究をスタートする際はやはり欧米の中高生、それからアジア諸国の中高生とそれから日本の中高生の意識比較というのを基礎研究で行った際、やはり日本の子供たちの自己肯定観は非常に低いというあたりがわかりまして、いかにそこを高めていくかと、こういう研究をこの間、行ってきていると思うんですね。研究発表も幾つかあるんですが、なかなかこれが実際、学校までその成果といいますか、が届いていないというのが私も実際学校に出てみて、今、実感しているところでございますので、これは東京都の教育委員会のほうとも連携を図りながら、その研究成果というのをぜひ学校のほうに実際に生かせるような形、こういうものがとれるとさらに効果が出るのではないかな、そんなことを今考えている次第でございます。

○大野座長 ありがとうございます。

清水委員、どうぞ。

○清水（康）委員 今、清水委員と松岡委員の話を聞いていて、物すごく共感する部分が

あるんです。社会のあり方、あるいは子供たちにどう自尊心を持ってもらうか、高めてもらうかと、そういう長期的な取り組みをしなければならないというのは、全く同意見です。

ただ、同時にそうした長期的な取り組みだけでなく、やはり今すぐできることもあるわけであって、それは先ほど私も触れましたけれども、子供たちが学校から離れて実社会に出たときに、直面するリスクというのはある程度想定できるわけですよ、今、社会の中で、自殺の背景となって自殺の要因となっている借金の問題であるとか、職場の人間関係の問題であるとか、あるいは死にたいという衝動が込み上げてくるという問題とかあるわけです。そうした問題に直面したときに、どう対応すればいいのかというスキルは、やはり実社会に出てからではなく、学校とつながりのあるうちに教えてあげないと、いざそうした問題に直面した時にどこに相談していいのかわからなくなってしまう。

実は相談先があるにもかかわらず、そこにたどり着けずに若者たちが抱えている問題が深刻化し、それで自殺に追い込まれていくというケースが非常に多いわけです。加えて、私たちは大学生や場合によっては高校生たちとも接していますが、自分が助けを求めていい存在だとも思っていない。自己肯定観がすごく低くて。ですから、困ったときは相談していいんだよと。こういう窓口があるんだよって。こういう大人が話を聞いてくれるんだよという、その1点だけでもしっかりと子供たちにも伝えていく必要があって、それはただ、学校の先生に全てやらせるべきだということではなく、私の兄も学校で教師していて、ものすごく忙しい、新たに何かやれるという状態ではないというのはよくわかっているんです。

ですから、地域とまさに学校とが連携をして、NPOが開発しているそういう自己肯定観を高めるプログラム、ヘルプ、助けを求めることができるようなスキルを身につけさせるプログラム、あるいは足立東高校で実践しているプログラムなど、先進事例はあるわけなんで、そういうものをいろんな学校で地域と学校が連携してやっていく。子供たちに困難に直面したときの対処能力となるライフスキルを身につけさせていくということが必要なんではないかと思っています。

どういうふうにそれを進めていくかという、そういう道筋の議論をしていかないと、モデル的な取り組みがあります。すばらしいですねと言っているだけでは、これは対策進まないの、どうこれを広げていくのか、あるいは広げていく上課題があるのであれば、壁があるのであれば、それを明らかにして、それをどう乗り越えていくのかという実務的な議論をしていく必要があるんじゃないかと思います。

○大野座長 ありがとうございます。

高塚委員、どうぞ。まず、高塚委員にお願いいたします。

○高塚委員 高塚でございます。今、清水委員言われたご提案、各学校の方からご説明あったことは全く同意するんですが、ただ一つ私がちょっと別な角度から問題を感じて

いるものですから、二つあるものですから話していきます。

一つは、今、私は大学生とか高校生、若い人たちとこの自殺の問題について、テーマにして議論することがあるんですね。そうすると、必ずと言っていいほどこういう意見を述べる若者がいるんです。自殺は自己決定権の一つではないかと。つまり自己決定権として認めていくなれば、その責任は自己がとるべきであって、それを頭から否定していいんだらうかという考えを述べる若者が少しずつ出てきて、つまりこういう考え方、つまり自己決定権とか自己責任論というのは、今の自立社会において若者たちに私たちが強化してきた考え方でもある。それを突き詰めていくと、自殺もそのうちの一つとして認めてもいいんじゃないかという考え方を持つ若者が生まれ始めているという、ここにね。これは非常に問題のある考え方でもあるし、大人はきちんとそれを論破するだけのものを持たなければいけないと思うんだけど、ただ、若者たちの中にそういう意識を持つ人間が確実に生まれてきているということが一つの問題として我々は考えなきゃいけない。

もう一つ、私はひきこもりの問題をずっと追いかけているんですけど、5年前にも東京都にやったところ、東京都内だけで2万人近いひきこもりはいるという。それから全国調査を何回かやると、70万人いて、今また、私は内閣府の調査、追跡調査をやっているんですけども、やはり決して減ってはいない。しかもこれはだんだん年齢が高くなってきている。やっぱりひきこもりの若者たちの私はずっと追いかけて話を聞きますけども、彼らはやっぱりこんな状態で生きていてもしょうがないですよというようにことを口走る人間が出てきていますよね、年齢が高くなるほど。しかもひきこもりの若者というのは、それはあくまで現象にすぎないですから、その背景には病気があったり、障害を持っている人たちがひきこもりにならざるを得ない状況がありますけれど、約3分の2ぐらいは決してそういう病気や障害と無縁。何かというところほとんどが現代社会における組織型企業というか、そういうのになじめない、そういうのに入っていけない若者たちです。特に集団場面が苦手であったり、コミュニケーションが苦手であったり、そういうタイプがほとんどです。じゃあ、彼らに例えばソーシャルスキルを磨かせていけば何とかなるかというところ、もうそれ自体を拒否する。そういうこと自体に抵抗感を示している。今、ひきこもり対策というのは何となくいつの間にかニート対策と重ねられて就労支援のほうに全部特化していくと、やっぱりひきこもりというのは、決してニート対策、ニート支援ではカバーできないそうです。極めて心理的な問題を抱えている。そういう若者たちに対する社会的なサポートというのは、今はほとんどないといってもいい。例えばひきこもり支援団体もやはり自立支援、就労支援ということのほうにメインにならざるを得ない。いわゆる中核になっているひきこもりはそういうところにも顔を出さない。そして、年、年月がたつに従って、もうこんなので生きていても意味ないよねということをお口走る。そうすると、私は今後この層を何とか社会がしないと、ますますこういう層が自殺に走る可能

性は否定できないだろうという認識を持っているのですね。それは単に生きる力を与えるとか、あの私は先生方の言われていることはちょっと逆で、ひきこもる青年たちはむしろ自己肯定観強い人が多いです。無にしてまで自分を曲げ得てまで社会が求めるものになりたくない、そのぐらいのことははっきり言う人がいますよね。そうなってくると、やっぱり私たちがこの層というものを現代社会が求めている人格像というか、社会的な適応力とかいうものになじめない、私たちは全体からいえば約1割の若者はそういう若者たちだと思っていますけども、こういう若者たちがどんどん社会の片隅に追いやられていくような状況から本当にこれでいいんだろうかということを考えないと、この問題はそう簡単には解決策は見えていかないという気がします。

○大野座長 ありがとうございます。非常に重要なご指摘ですし、先ほどありましたその他の無職者の中に恐らくこういう方たちも含まれているんだろうというふうに思います。ただ、これはなかなか自殺対策だけでうまくいかないような、もっと幅広いもののように思います。

斎藤委員、何か。手短にお願いいたします。

○斎藤委員 清水委員、高塚委員、期せずしてご発言いただいたのは、ソーシャルスキルというか、それを学校教育でおっしゃるわけですが、私はもう学校教育では遅過ぎると。これはもうまさに幼児教育というか、家庭教育の中でまず取り組まなきゃいけない問題ですけれども、それじゃあ、親たちの教育とかそういう実態はわかりません。ですから、これはもう理念ではなくて、おっしゃることはまさにそのとおりでいいけれども、やっぱりライフサイクル全般の課題として、それぞれのやっぱり分野で、家庭を含むいろんな部署でもう一度これは考え直さなきゃいけない問題ではないでしょうか。それこそ対処能力とか、あるいはレジリエンスとか、エンパワーメントとか、そういうものは本当にもうそれこそ幼児の母子関係の中で徐々に形成されるわけですからね。やっぱりライフサイクル全般でこういう議論をする必要が私はあるだろうというふうに思います。私はひきこもりの若者たちと四六時中接しておりますからね、そう簡単にこういうパターンだとは決めつけられない、あらゆる背景がありますから、この辺はやっぱりきちんと研究をする必要があるだろうというふうに考えています。

以上です。

○大野座長 ありがとうございます。

じゃあ、渥美委員。

○渥美委員 渥美です。この取り組みとして次の大綱が改まったことによって、次の東京都の自殺対策というのをまとめていくことに生かすという施策につなげるという意味ではやはり清水康之さんがおっしゃったようなライフスキル教育、これ別に学校の先生にお願いするということだけじゃなくて、ただ、学校という全ての人たちが行く場で、生きづらい世の中の中でも生きていけられるようなスキルを身につけさせる取り

組みをするということをやっぱり盛り込んで、それをまた東京都のこの中で地域とあるいはいろんなNPOとか、いろんな関係機関、団体と連携して進めていこうよねということは新たな施策として盛り込んでいけたらと思うんですね。

今、お話がご指摘いろいろあったもともと生きづらい世の中になっていることであるとか、とりわけ深刻な難しいひきこもりのような、自分をかたくなにむしろ肯定しているような人たち、そういうことを解決する社会的なまさに問題の解決ということが必要なわけですがけれども、それは物すごい時間もかかりますし、自殺対策だけで済むことでもないのです、やはり今の若者たち、私も話して本当に生きづらく思うだけじゃなくて、すぐ死とか、自分は必要ないということで選んでしまう。そして、まさしく本当は周りの人にどんどん助けを求めていいし、辛いんだとかいうことを言っているし、それは家族もそうだし、友達も学校の先生もそうですけど、そういう人が見つからない。そういうときに相談機関とかね、いろんな機関があることも知らない。そういう子たちにそういう社会の中に相談機関などが用意されているよ。また、そういうところに助けを求めていいんだよということを知ってもらうということ、そしてまたいろんなこれから社会に出て直面するであろう仕事を失うとか、失恋するとか、あるいは家族とうまくいかない、友達とうまくいかない、あるいはいじめに遭うというようなことのときにこんなふうに助けを求めればいいということを知ってもらうことを地域と連携して学校の中でやっていくということはぜひ盛り込んでいただきたいと思えます。

○大野座長 ありがとうございます。全体的な非常に大きいライフサイクルに関するものから具体的な対応までお話をいただきました。

東京都としましては、やはり具体的な対策をどう施策に生かしていくかというところが今ご指摘いただいたように重要だと思います。学校に関しましては、例えば私たちも認知行動療法を使った心のスキルアップというのは幾つかの学校の先生方と一緒にやっております。恐らく幾つかそうプログラムがあると思いますので、そういうものを集めていただいて、それを先ほど清水康之委員が言われたように、実際に実践していくような形にモデルとして落とし込んでいくという、そういうことが今後できていくといいかなというふうに思っております。これも非常に重要な問題ですがけれども、時間に限りがありますので申しわけないんですけど、次に進ませていただきたいというふうに思えます。

では、2番目の課題です。地域における自殺未遂者支援についてに入ります。まず、幹事から情報提供をお願いいたします。高橋保健政策部長、お願いいたします。

○高橋部長 それでは、自殺未遂者支援の一環としまして、東京都で取り組んでおります事業を二つご紹介したいと思います。参考資料の1、先ほどの参考資料1の3ページをごらんください。参考資料1の3ページの左上のところに、自殺未遂者に関する事業二つございます。

一つ目が、実態把握調査でございます。内容といたしましては、三次救急医療機関に自殺未遂者で搬送された患者様に、三次救急医療機関のほうでその後の状況を調査していただくというものでございます。聞き取り調査という形でやっていただきたいということです。自殺未遂に至ってしまったその後の生活の状況に焦点を当てまして、どんなサービスを利用していらっしゃるかと、また、どんなサービスが必要であるかというようなことを調査いたしまして、地域で必要な支援の検討に資するということを目的に実施したいというふうに考えてございます。

もう一点ですけれども、未遂者支援研修でございます。こちらのほうは、3月1日と4日の2日間にわたって実施をする予定でございます。自殺未遂者対策はなぜ必要かというようなことに加えまして、グループ討議などにも十分時間を割きまして、外部のドクターであるとか、コメディカルの皆様たちに講師として来ていただきまして、二次救急医療機関のスタッフを対象に実施する予定でございます。

東京都の取り組みとしては以上の2点でございます。

○大野座長 ありがとうございます。

それでは、次に、福祉保健局障害者施策推進部、熊谷障害者医療担当部長からご説明をお願いいたします。

○熊谷部長 ただいまご紹介いただきました、障害者施策推進部の熊谷ですが、私のほうからは、提供資料目次の3の「精神科医療地域連携モデル事業について」という、このクリップから見て横になってしまいますが、これについて若干ご説明したいと思います。

これまで資料の中で、荒川区における自殺未遂者の支援、それから日本医科大学における取り組みなどが紹介されましたが、では、地域の精神科医療機関の側はどのような対応をしているかということです。この事業そのもの精神科医療地域連携モデル事業そのものは、未遂者のみを対象とするわけではなく、圏域の精神疾患を持った方がなるべく病状に応じてタイミングよく必要な医療が受けられるというふうなことを目指した連携体制づくりものです。これは、平成22年からの2年間のモデル事業で、精神科医療ネットワークモデル事業というのを行ったわけですが、その翌年、ちょうど保健医療計画の改定の中で、精神疾患が医療計画に記載するという動きの中で、地域連携モデル事業として今年度取り組まれています。取り組みを行っているところは、南多摩保健医療圏域とそれから区部・東北部保健医療圏域の2カ所でございます。

どのようなことを行うかということ、それぞれ圏域において地域連携会議を精神科の病院や診療所のほか、保健所などにも入っていただき、まず顔の見える関係をつくることと、それから日常診療の時間帯において患者さんを受け入れると。例えば診療所で通院中の方が入院が必要な状況になった場合に、圏域の中の病院で受け入れるとか、それから保健所からの紹介に応じて受け入れるというような形でなるべくタイミ

ングよく対応でき、その地域の中で受診できる形にしていくということです。

未遂者支援との関係で申しますと、一番活用していただいたのは、荒川区かなと思います。日本医科大学で自殺企図で入院されて、ご本人の同意が得られた方には、荒川区に連絡がいったら、荒川区から保健師さんなどが来るわけですが、その保健師さんがじゃあ、地元の資源としてどこにつなぐかということになると、荒川区内には精神科の病院はないんですね、クリニックは幾つかあるんですが、そういうこともあってそのつなぎ先にこのネットワーク、もしくは地域連携のモデル事業に参画している精神科の医療機関が精神科のほうは対応する事にするのに活用していただいたというふうなこともあります。

課題としては、やはり自殺企図者の場合、しばしば体の問題を抱えており、精神疾患だけでなく身体合併症もある方のつなぎ先はなかなか見つけるのが難しいという現状などありますが、ある程度そのような連携がある中で、荒川区の取り組みをこの民間医療機関を中心とした連携の取り組みが相乗効果を上げているところがあるかなと思います。それからこの連携の事業に入っていることもあって、地元の足立区、同じく区東北部になりますが、そこでの取り組みにもかなり積極的に精神科の医療機関参画するというふうなそのようなことにもつながっているかなと思います。

来年度以降、いよいよ保健医療計画がその精神疾患医療も含んで入ってくる中で、このことは、今後、「モデル」踏まえた本格実施の事業としてさらに発展させていきたいという方向で思っております。

以上です。

○大野座長 ありがとうございます。

それでは、病院経営本部の和賀井経営企画部長からご説明をお願いいたします。

○和賀井部長 都立病院では、自殺予防というよりは、自殺を企図された方が救急で運ばれてくるというものに対する対処という形になろうかと思っております。正確な数字は今持ち合わせてはおりませんが、ある病院では救命救急に運ばれてくる患者さんの約10%が自殺企図だというようなデータもございます。そういう患者さんに対しては、自殺未遂の場合には、当然院内で各診療科だけではなく、精神科のドクターあるいは神経科のドクターと連携をしてその後のフォローしているということでございます。先ほど、社会の復帰とかそういう話もございましたけれども、当然病院の中にはMSWあるいはPSWという職種の者、医療ソーシャルワーカーがおりますので、そういう者と連携をしながらその後のフォローをしているということでございます。

病院からは以上です。

○大野座長 ありがとうございます。

今の自殺企図の話が出ましたが、自殺企図の中でも直接自殺につながるというわけではございませんが、非常にリスクが高くなる過量服薬等の問題がございます。それに関しまして、薬剤師会の一瀬委員から資料提供をいただいております。ご説明

をいただけますでしょうか。

- 一瀬委員 薬剤師会の一瀬です。薬剤師会では日本薬剤師会が、地域住民の健康の生活のために薬剤師が健康増進や疾病予防に関する啓発活動を積極的に行ったほうがいい。また、薬局が地域住民の誰もが容易にアクセスできる医療提供施設であるという特性を生かしまして、毎年いろいろな時期にテーマを決めまして薬局で強化月間を行っております。その中で昨年は2月から4月の内閣府の自殺対策強化月間、3月にあったと思います。それに合わせまして、過量服薬防止と自殺予防を、薬局薬剤師の年間カレンダーということで採用しました。

どういことをやるかといいますと、まず日本薬剤師会の本会のホームページにポスターがあると思います。「あなたの薬のこともっと知ってください」ということで、このポスターと次のページにあります年間カレンダーで薬剤師会でどういう取り組みをしている例などをホームページに載せて行います。そして、薬局のほうには、地域住民向けポスターとしてこのポスターを配り、また、テーマに関する薬剤師向けの資料を、ここには載っていないですか、もうちょっと詳しくいろいろ載りまして、各薬局でこういう対応をしようということで行っております。

本年度も、先ほど言いましたように、今回、厚生労働省のほうからポスターが参りまして、これを全体に薬局に配って啓発をしているということでございます。

以上でございます。

- 大野座長 ありがとうございます。

それでは、次に、東京都の自殺、全国でもそうですけれども。被雇用者・勤め人という方の職種の自殺の方が多いというふうに出ております。そこで東京労働局の相浦委員からご説明をお願いできればというふうに思います。

- 相浦委員 相浦でございます。どうぞよろしくお願いたします。提供資料5に、当方で昨年8月に発表いたしました、23年度に実施した過労死・過労自殺など過重労働による健康障害を発生させた事業所に対する監督指導結果をお手元に配付させていただいております。これは、業務による心理的負荷を原因として精神障害を発症し、自殺につながることもあるものですから、労働局といたしましても監督指導という形で取り組んでいるものの一つでございます。

これは、東京労働局管内で長時間労働等により脳・心臓疾患、脳出血とか、心筋梗塞等の疾病や精神障害、これは鬱病等の労災認定事案を発生させた事業所を対象に監督指導を実施し、法違反が認められた場合には、その是正を指導しているというものでございます。監督指導を実施した54の事業所のうち、47事業所87%に何らかの法違反が認められて、是正勧告を行ったというものでございます。

具体的な中身は、被災労働者に係るものについては、2ページに四角囲みの中で、健康診断を受診させていなかったとか、医師による面接指導等の制度を導入していなかったというような事例でございまして、過労死・過労自殺など過重労働による健康

障害を発生させた事業所については、労働関係法令違反の比率が高いということがわかったところでございます。また、被災労働者に係る健康管理体制の不備が少なからず認められたということでございます。こういった取り組みは本年度においても継続的に実施してございまして、先ほど54事業所と申し上げましたけれども、当年度はこの件数が約倍ぐらいになっているというのは今の状況でございます。これらについて8ページに対策、取り組みも少し書いてございますが、長時間労働者に対する医師による面接指導の実施を徹底するとか、衛生管理体制の整備を行う、法令順守のための監督指導を行う、多重労働による健康障害の防止運動を推進するといったような対策を講じていくこととしてございます。もちろん労働局といたしましては、職場におけるメンタルヘルスケアが非常に重要であろうということはあるまでもないことですが、企業における衛生委員会の調査審議、事業所内の体制の整備、教育研修の実施等、企業トップに対し指導しているところでございます。

また、東京都医師会様のほうにも大変ご協力をいただき、独自の取り組みが困難な事業所に対して取り組みの支援を行うメンタルヘルス対策支援センターとか、50人未満の事業所で、メンタル不調者の相談等を受けていただく地域産業保健センターの利用を促進してまいりたいというふうに考えているところでございます。

以上でございます。

- 大野座長 ありがとうございます。自殺未遂者支援に関してさまざまなご報告、資料提供をいただいております。自殺未遂者というのは、自殺を企図する可能性が高くて自殺を防止するためには、未遂者の支援が大変重要だというふうに指摘されております。委員や幹事の方からいただいた情報も参考にしながら、意見交換を進めてまいりたいと思います。どなたかご意見をいただけましたらありがたく思います。いかがでしょうか。

今もちょっとお話ありました、二次救急医療機関と精神科医療との連携について協力していただいております、東京都医師会の近藤委員、何かご意見ございましたらお願いいたします。

- 近藤委員 自殺未遂を行った人をその場で、例えば救急医療の場で助けるとかは当たり前のことなんですけど、その後きちんとフォローアップできるかということ。救急だと突然運ばれてきて、もうそこでできる限りの治療を行って、傷が癒えたら普通は退院していくわけですけども、そこで自殺未遂の方が精神面、心の面が健常でないとか、そういうところをきちんと見ることができ得るだろうかということのをこれからやっぱり課題としてやっていく必要があるかな。僕もかつて経験しましたのが、やはり助けた後、非常に元気に外来に通っていたんですが、最終的にはどう見ても自動車事故で亡くなられているのです。それもニュースによると複数名で亡くなられた経験があります。いつもちょっと心にして単純にけがだけではない、もちろん飛びおりで助かった人などもきちんと救急の面としてもフォローしながら、やはり精神科医療と

か、それからカウンセリングに結びつける必要が確実にきちんと行っていくんだということを心したいと思っています。

○大野座長 ありがとうございます。

その一方で、精神科医療ということで、山田委員、何かご意見ございますでしょうか。

○山田委員 今の近藤委員の意見の中にありましたように、実際に自殺を凶った方の後、地域で連携ということで、身体的にとにかく、私ども身体的には対応し切れないところあります。この連携の中で身体的にはもう大丈夫であるということでもそのまま帰せない、二次救の病院、三次救急の病院で帰してもいいものかどうかと悩むところというふうに聞いています。それが信頼できる連携の中で私どもの地域では受け入れるようにしています。協会としても地域でなるべく受けるという方向で考えています。信頼関係の中で引き受けた後、また身体疾患で困るということがないように、あるいは身体疾患が出たときにはまた引き取っていただく、落ちついたらまた精神で受け取るというのは流れが少しずつつづいています。まだまだ十分ではないのもよくわかっているんですけども、引き続きこの連携をとっていきたいと思っています。

○大野座長 ありがとうございます。精神科病院での取り組みでございました。一方、精神科の診療所協会のほうで平川委員、何かご意見ございますでしょうか。

○平川委員 精神科の診療所の立場でお話を申し上げますと、今二つの立場をちょっと考えていたんですけども、1点、診療所協会としては余りにも問題が大きくて、絞ってきょうお話をしようと思います。

例えば多量服薬、あるいは多剤併用のたくさんのお薬を医療機関が出しているというご指摘をよく受けます。特にそれが精神科のクリニック、いわゆるメンタルクリニックあたりから多いんじゃないかなということなんですけども、私どもが危惧しておりますのは、まあまあ東京都内に精神科を標榜するクリニックって1, 200ぐらいあるかなと思うんですけども、しかしながら東京都内にそんなに精神科医っていないんですよ。実質多分その半分ぐらいじゃないかという感覚でおりますので、正しいやはり標榜の仕方といいますか、精神科の専門医であるかどうかということはなかなかわかりづらいという現状があります。立派なホームページを見て、いっばしのことが書いてあれば、専門家だと思ってしまうということもあって、それ非常に危惧しています。もちろん協会の中でも今月もございますけども、お薬の使い方については、会の中で研さんする研修等々を行って、自浄作用といいますか、誤解がないような精神科医をやっという動きを行っております。

もう一点は、先ほど熊谷部長からご報告ありましたけども、現在、精神科の地域連携モデルという形で区東北部と南多摩医療圏で行っておりますけども、南多摩医療圏の責任者は私でございます、診療所を中心にいかに結びつけるかということをやっております。その中でもやはり最初に出ましたように、正しい情報を出したいと。東

京都には立派な「ひまわり」という情報ありますけども、どうしてもこれ大き過ぎてなかなか地域密着した手短にあって、なおかつ信頼のおける情報じゃなくなっているということで、南多摩医療圏では、全ての精神科を標榜する医療機関にアンケート調査を出しました。90あったんですけども、ちゃんと返ってきたのが40ぐらいでして、なかなかそういう点では実態がつかみにくいなど実感といたしました。その中で、南多摩医療圏の精神科医療機関のマップとガイドをつくりまして、一つは冊子として紙媒体によってつくりました。もう一つは、間もなくホームページ上でアップされますけども、誰もがネットを通じて探せるという情報をつくりました。それにも一応ですね、もちろん差別があってはいけないので「ひまわり」に載っている精神科を標榜する医療機関は一応ご返事がなかったことも含めてお書きしましたけども、やはり精神科の専門資格を持っているとか、精神科の・・・協会員であるとか、これ医師会員であるとか、あるいは精神科診療所協会員であるというように、連携に参加しているところをちゃんとクリックできるような形にして、できる限り正しい情報というものが伝わるという努力をしています。いろいろありますけども時間もないので、このぐらいで終わります。

○大野座長 ありがとうございます。いろいろな取り組みを医師会、薬剤師会、そして精神科病院協会、診療所協会がされているという。

○平川委員 その中でやっぱり個人の情報のあり方なんですね。薬剤師協会さんのおくすり手帳みたいなのが、もし誰もが見られるような形になっていけば大体の状況はつくんですけど、やっぱり普通の私、東京医師会で近藤先生のもとで、地域療養というのをやっていて、地域での24時間の一般科の情報だけでも共有できないかなということをやっております。それすらやっぱり厳しいです。お年寄りが急に急変してひとり暮らしでどういう病気かも全然わからないという状況で、できればそういう情報でも全員が見られるようなクラウドでもあればいいなと思って、それすら難しいんですけども、精神科だともっと厳しいと思うんですよ。精神科の病気だっていうことというのは、かなり守秘というのはトップのものなので、この情報が共有化できないのが非常に残念だと思っています。その辺がもし工夫できれば、もう一步踏み出し方ができるかなという印象を持っています。

以上です。

○大野座長 ありがとうございます。非常に重要なところだというふうに思います。一瀬委員、どうぞ。

○一瀬委員 おくすり手帳の話ですが、なかなか情報共有で非常に難しい事ことですけれども、一つ前から私思っていることがあるんですが、こういう例えば精神科における多重の診察、もしくは多重の薬に関して唯一わかるのは、保険のレセプトのところだと思うんですね。それも個人情報保護でなかなか難しいのかもしれないけれども、何かそういう工夫か何かができないかなと前からは思っているんですがなかなか難しい

ようなのですが、そこが医療にかんするすべての情報が集中し把握できると思います。

○大野座長 ありがとうございます。非常にその連携、個人情報の問題、非常に重要だと思います。先ほど荒川区や足立区で退院の患者さんと自治体の連携、地域の連携というのもございましたけれども、きょう板橋区の保健所長原田さんに来ていただいておりますけれども、何かご意見、お考え等ございましたら教えていただけますでしょうか。

○原田委員代理 医療機関連携ということですが、板橋区内ではアルコールの方が結構自殺のリスクが高いと。アルコール依存の方たちがそういうことで、鬱病ですとかで一般の診療科にかかった場合に、精神科の病院にきちんとつながるような連携をつくっていくということは去年から始めております。講習会を開きますと、その関連の先生方、結構集まっていただけますので、どんなことがあってお互いに何ができるかということについてかなり広まってきているかなという気がいたします。

以上でございます。

○大野座長 ありがとうございます。その場合に今ちょっとご意見がございましたけれども、情報を共有するというのと、個人情報保護という問題がすごく難しいと思うんですが、何か工夫されていることとかございますか。

○原田委員代理 工夫というほどのことはございませんけれども、やはり病院といわゆる一般の診療所の先生たちが、極力顔がつながる関係ができていると、その中で患者さんの個人情報、患者さんですから紹介するときにはそれなりのことを伝えていきますので、その医者同士の見えるいい関係というのが個人情報についても貴重な気がいたします。

○大野座長 ありがとうございます。どなたかご意見ございますでしょうか。

近藤委員、お願いいたします。

○近藤委員 ちょうどこの間また、日本医師会でITの情報をどう使うかという会議の中で、患者さんの情報のあり方で議論が相当行われました。県とか地方都市によっては、中核病院のカルテを全部読み上げる機能が組み込まれています。もちろん患者さんの了解のもとですけれども、それよりは将来的には、社会保障カードとかがうまく整うときに、そこに誰が書くという課題がありますけれども、患者さんの診療情報をサマライズした要点をまとめて書く人が必要となります。やはりかかりつけ医、もしくは病気の主治医が書き込んだ形で、お薬は全ての科のものが記載されている形がおくすり手帳の理想だと思います。もちろんアレルギー情報もそうです。今、課題で僕らもすごく困るのが、おくすり手帳を、かかる診療所、かかる医療機関ごとに分けて使っている方がいらっしゃることもありまして、よっぽど深くつき合っていないと地域のかかりつけ医でも、実はあそこにもかかっている、同じ薬が出ましたと初めてわかる場合があったりします。これからの課題ですが、解決できるようにいろいろ皆で情報

公開しているところです。

○大野座長 ありがとうございます。

清水康之委員、どうぞ。

○清水（康）委員 自殺未遂者に関する情報ということでいうと、3点あります。

まず、レセプトのことに關しては、これは厚労省の中で、私の記憶では議論しているはずで、観点からすると、保険料の抑制という観点から議論されているという記憶があります。それが1点です。

二つ目は、本人からどういうふうにして承諾を得ることが未遂者支援において鍵になるんじゃないかということです。例えば秋田市では、消防本部と連携をして救急隊員が患者から了解をとる。了解をとるときには、本人の支援のために関係者が情報を共有しますという、その一筆書いてもらうということです。あるいは荒川区においては、これは日医大病院に搬送されたときに、日医大で了解をとっていただく、やはりこれもまず冒頭で最初にもう一筆いただくということです。あと、大阪の堺市なんかでは、警察の方が保護したときには警察官がご本人から了解を得て、それで関係者で情報を共有できるような体制をつくる。ですから最初のコンタクトをする段階で、いかに本人から了解をとるか、その書式をわかりやすいものをつくるかということが一つ鍵になるんじゃないかと思います。

3点目が、そういう連携を図っていく上で、その基礎情報が私まだ足りないんじゃないかと思っているんです。それはつまり、どれぐらいの人が救急で、自損で、自殺未遂をして病院に運ばれていっているのか。その救急とじゃあ精神の連携のもとでどれぐらいの人が治療を受けているのか。さらにいえば、医療と地域とのつながりのもとで支援を受けられている人がどれぐらいいるのか。そうしたことに関するデータが出てきていない。ですから荒川区と日医大病院の間では連携がうまくいっている。地域と医療の連携がうまくいっている。でも、例えば日医大病院と足立区では連携がうまくいっていないとかですね、かなりその連携ができているところはできているけども、できていないところは全くできていないという状況があるので、その全体状況を議論するための基礎情報として共有する必要があるんじゃないかと。そこである区民がある病院により多く搬送されているのであれば、その連携を強化しようというふうに、実態を明らかにすることによって、どことどの連携が必要かということもおのずと見えてくるので、その情報を共有する必要があるんじゃないかと思います。

○大野座長 ありがとうございます。非常にまた多くのご意見をいただきました。地域、医療機関の連携ということ、そして同意をとる情報を守りながら共有していくというあたり具体的にまた進めていければと思います。あと、同意をとるところでは厚労省の研究班で、救急介入に対する会議を「ACTION-J」というのがございますけれども、そういうところにマニュアルをつくって全国的に研究を進めております。そういう情報もいただいて、そして関係医療機関にお示しをするというのも一つ

かなというふうに思いました。

それでは、3番目の議題、自死遺族・遺児支援についてに入りたいと思います。まず、幹事から情報提供をお願いいたします。高橋保健政策部長、お願いいたします。

- 高橋部長 それでは、自死遺族支援につきまして、先ほどと同じ資料でございますが、参考資料1の3ページをごらんください。左下のところがございます、自死遺族支援とありまして、その真ん中のところですね、この自死遺族の集い運営研修という事業についてご紹介したいと思います。こちら25年3月と書いてございますが、6日と22日というふうに予定をしております、自殺自死をどう考えるかというような内容、また、法的な対応や支援者のセルフケアなども含めまして研修を実施いたします。講師といたしましては、自死遺族の支援に実際にかかわっていらっしゃる方々を講師にお招きいたしまして、対象といたしましては、自死遺族の集いの運営に実際にかかわっていらっしゃる方、あるいはこれからかかわろうとされている方など、広くお声かけをいたしまして、研修として実施したいというふうに考えてございます。

以上でございます。

- 大野座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、熊谷障害者医療担当部長からご説明をお願いいたします。

- 熊谷部長 私のほうは、現在、この東京自殺総合対策東京会議における遺族支援分科会の会長を担当させていただいております。資料の9のところをごらんいただけますでしょうか。それから資料の9の一番右側の遺族支援分科会の今年度の検討の状況と、参考資料の5というのをごらんいただけますでしょうか。今年度は、分科会は1回だけ行いました。そして、ここに資料の9にございますような報告のほか、検討課題として議事として、個別支援とグループの支援、それから自死遺児の支援というテーマを上げました。同時にこの国の自殺総合対策大綱がこの遺族の支援、遺された人への支援のところはかなり変わったこともございまして、一つの例示として、わかちあいの会などのグループという形式に限らない支援も考え、自死遺児、自死遺族、それから身近な友人や職場同僚など広く遺された方に、時点ごとに概ねどのようなニーズがあるのかを、お示ししました。全ての遺族が支援の対象となるわけではないというご意見もあったことも受け止めながら、必要な方がこの右に例示されているような支援課題に応じた支援が受けられることが望まれるようなことも踏まえて、個別支援やグループ支援などを進めてはどうかというふうなものの議論をさせていただきました。今回この参考資料の5というのは、あくまで一つの例示でございます。さまざまな流れをたどる方もいますが、今後その遺児・遺族の支援に当たりまして、グループ以外の個別の生活支援やそれから法的な支援なども含めた一つの整理となればと思っております。

以上です。

○大野座長 ありがとうございます。遺族支援に関しましては、分科会における議論におきまして、わかちあいの会といったグループ支援とあわせて個別支援の重要性が指摘されていると聞いております。また、熊谷幹事からご説明をいただきました、時点に応じた自死遺族・遺児の支援ニーズの課題についても参考にしながら議論を進めていきたいというふうに思います。今までわかちあいの会の重要性というものは十分認識されておりすけれども、それに加えて個人の支援、そして時点ではなくて長く支援ができるような体制が必要だという、そういう議論がされたというふうに聞いております。どなたかご意見をいただけましたらと思います。

じゃあ、清水委員、お願いいたします。

○清水（康）委員 潜在的にどれだけ支援を必要とされている方がいるかということを理解いただく上でちょっと一つ事例というか、ちょっとケースをご紹介しますけれども、この寒い冬の最中も家中のドアをあけっ放しにしないと生活ができないという遺族にこの前会ったのです。話を聞いたらお子さんが父親の自殺の第一発見者で、ドアを開けた瞬間に首をつっている父親の姿を息子は見てしまった。そのことからそれがトラウマになって家のドアを開けられなくなった。つまり開けたときに父親がぶら下がっていたということがもうフラッシュバックでよみがえってくるので、ドアを開けられないので、常にですから家のドアというドアをあけっ放しにしないと生活ができなくなったというのです。東京都の自殺で亡くなる方の6割近くが自宅で亡くなっています。第一発見者が遺族である、あるいは遺児であるということもたくさんあるわけで、そうした方たちのなかなか声が上がっては来ないんですけども、やはりわかちあいの場みたいなものをたくさんつくって、受け皿をそこに整え、さらにそこにつながった遺族の方が法的な支援やあるいはその奨学金の支援や生活支援等々につながっていくようにわかちあいを拠点にして関係者がバックアップ体制をつくるというようなことがまだまだ十分できていないところがあると思いますので、ぜひ、これは民間と行政と専門家が力を合わせてやっていく必要があるんじゃないかと思います。

○大野座長 ありがとうございます。ほかにご意見いかがでしょうか。

よろしいですか。恐らく今のご指摘非常に重要だということと、もう一つは、そういう遺児・遺族の方がどこに助けを求めていいかわからないということも多いんだろうと思います。ご家族が亡くなられたというときに、情報をうまく提供できるような仕組みも必要なのかなと。そのあたりは警察だとか、医療機関等のご協力も必要になってくるかなというふうに思います。

あと何かご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

そろそろ時間となりましたので、議事はここで終了させていただきたいと思います。委員の皆様から示唆に富むたくさんのご発言をいただきましてありがとうございます。若年層の自殺対策、地域における自殺未遂者支援、自死遺族支援、遺児支援についてさまざまなご意見いただきましたけれども、何かございますでしょうか。

若年層に関しては、具体的にできる支援を例えば学校、地域で行っていくということが大事だということですし、地域におきましては、医療機関、そして地域の連携の重要性が指摘されました。自死遺族支援、遺児支援に関しましては、わかちあいの会のような集まりと同時に個人の支援、そしてその直後だけではなくて長く支援できるような仕組みが大事だというふうにご指摘いただきました。

ほかに何かご意見ございますか。もしも、ないようでしたら、事務局から何かございますでしょうか。

○高野課長 皆さん、大変意見ありがとうございます。今期委員の任期は、平成25年3月末日までとなっております。本日の会議が最後となります。参考となる多くのご意見をいただきまして、まことにありがとうございます。

本日、配付しております資料は、お荷物になる場合におきましては、お席に残してください。後ほど事務局からご自宅のほうへ郵送させていただきます。また、お車でお越しの方は、事務局で駐車券を用意してございますので、お申しつけください。また、6時以降になりますと、この庁舎北側の入り口のみが通行可能となりますので、お帰りの際にはご注意くださいと思います。

以上でございます。

○大野座長 ありがとうございます。

それでは、本日、予定しておりました議事は全て終了いたしました。本日はお忙しい中、長時間にわたって熱心にご討議いただきましてまことにありがとうございます。

これにて平成24年度自殺総合対策東京会議を閉会といたします。どうもありがとうございました。

(午後 8時04分 閉会)