

わかりにくい点や文意が不明な点については、各構成員に確認いただき修正しています。

○樫座長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第5回「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」を開催いたします。本日もよろしくお願いいたします。

最初に事務局から、オンライン会議での発言方法、並びに本日の委員の出席状況を御説明いただければと思います。よろしくお願いいたします。

○高橋大臣官房参事官 それでは、本日もよろしくお願いいたします。

前回に引き続きましてオンライン会議となりますので、発言方法について確認させていただきます。発言される際には、通常の会議のように挙手をお願いいたします。オンライン画面で座長に確認いただき指名していただきますので、指名に基づき発言をいただきますようお願いいたします。

御発言の際には、Zoomのマイクのミュートを解除して御発言いただき、御発言終了後は、再度マイクのミュートをお願いいたします。

続きまして、本日の委員の出欠状況ですが、本日は全員御出席いただいております。

以上でございます。

○樫座長 どうもありがとうございました。

それでは、議事に入る前に、前回頂戴している資料要求あるいは御質問について、今回回答いただけるものについて事務局で整理しております。各委員には事前に送付いただいておりますので、関係省庁は、口頭での補足説明がある場合、簡潔に御説明をお願いできればと思います。

まずは、厚生労働省、よろしくお願いいたします。

○厚生労働省 資料3-1-1を御覧ください。

第4回、前回、田中構成員のほうから御質問をいただいている資料などについて御用意したものでございます。資料は大部でございますので、中身についてはここでの御説明はいたしません。

2ページ目に移っていただきまして、質問書などにおきまして⑨以降の御意見につきましては、大綱の見直しに関していただいているものでございますので、この有識者会議の御議論、報告書も踏まえまして関係省庁と検討してまいりたいと考えているところでございます。

続きまして、資料3-1-2を御覧ください。こちらは、前回の会議の質疑の中で御質問等をいただいたものに関してでございます。

まず、生越構成員のほうからいただいたものに関しまして、子供の自殺予防に関しまして、大人と比べての精神障害の関連性についてでございます。

回答はそこに書いてございますが、自殺統計で見ますと、本人の精神障害の有無よりも、

学校問題、家庭問題などの環境要因が自殺原因の上位に挙げられています。それに関するデータにつきましては、資料の2ページ目に「児童生徒の原因・動機別自殺者数（男女計）の推移」をつけてございます。ここの中で黄色の部分が学校問題でございまして、その部分が最も多くなっているという状況でございます。

3ページにつきましては、年齢階級別に自殺の原因動機別を見ておりますが、その中でも特に健康問題についてその内訳を示し、健康問題の中での内訳の構成割合をお示ししてございます。赤のほうが各年齢構成の中で割合が高いもの、青が低いものでございまして、こちらを御覧いただきますと、青少年、10代、20代の鬱病による自殺は中高年の鬱病による自殺よりも少ないという状況でございます。

1ページにお戻りいただきまして、2つ目の○でございます。一方で、成育医療センターのホームページにおきましては、子供の自殺と精神疾患の関連は強いといった紹介もなされているということでございまして、児童精神の知見も完成しているとは言えない面もあるということで、今後も最新の知見を活用しつつ対策を行ってまいりたいと考えてございます。

次に、中山構成員のほうからいただいたことで、コロナ禍の分析について視点を御提示いただいたものでございます。こちらに関しましては、JSCPのほうとも相談いたしました。今後コロナ禍における自殺の動向に関する分析を当面続けていくということでございますので、その中でいただいた視点も含めて検討していきたいと思っております。

以上が厚生労働省からでございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

次に、文部科学省、よろしく願いいたします。

○文部科学省 文部科学省でございます。

資料3-2を御覧いただければと思います。

江澤先生からお話がありました、学校が脅威の場となっておればというところがございます。こちらは、6月に文部科学省でも有識者会議を開いておりましたが、もちろん学校が脅威の場となっている、学校の圧が強いというアンケートもあるというのは存じ上げておりますが、その有識者会議の際には、ハイリスクの子供たちにとっては学校が救いの場になっているという分析もありました。こういった分析も踏まえながら、それぞれの児童生徒に対応するような自殺予防対策も考えていかなければいけないと考えております。

また、SNS等によるネットいじめに関するところがございます。こちらに関しましては、警察をはじめとした関係機関との連携が重要になってくると考えておりますので、各学校現場においてもそういった連携、相談体制を一層強化していきたいと考えております。

生越先生からお話がありました、いじめ対策法上にある重大事態の調査、第三者委員会における被害者の対応というものに関して言及がありましたけれども、こちらに関しましては、今般、文部科学省のほうでも、重大事態調査、第三者委員会の在り方について、

テーマとして有識者会議を開いて、いろいろなケース、そして運用・体制について検討したいと思っておるところでございます。

また、向笠先生のほうからお話がありました自殺予防教育に関しましてですが、文部科学省としては従来から自殺予防教育の手引等々、自殺予防教育のプログラムをお示ししているところではございますが、引き続き、心の健康の保持、こういった教育の促進・啓発というものについては一層進めてまいりたいと思っております。

文部科学省からは以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

最後に、誹謗中傷への対策関係につきまして、総務省、法務省、警察庁の順番でお願いいたします。

○総務省 では、総務省から申し上げます。総務省消費者行政第二課の池田と申します。よろしくお願ひいたします。

こちら、資料3-2の江澤構成員からの御質問の2番目の部分に誹謗中傷関係のところを記載させていただいております。総務省はその次のページになります。

簡潔にということでしたので、総務省における取組としては、自殺誘引情報等を記載しているサイトへのアクセス等につきましては、ソーシャルメディアの活用に関するタスクフォースの枠組みの下での連携を追加で御紹介させていただきます。

また、違法・有害情報相談センターの設置に関して、自殺予告事案に対する対応というところはこちらで御紹介させていただいております。

総務省からは以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

それでは、法務省、よろしくお願ひします。

○法務省 法務省人権擁護局でございます。

法務省の人権擁護機関では、人権啓発活動における強調事項の一つとして「インターネットによる人権侵害をなくそう」を掲げまして、先ほど御説明の総務省様等と共同した人権啓発サイトの開設、また啓発冊子の配信等の人権啓発活動を実施しておりますほか、人権相談を受けた場合には、相談者の意向に応じまして、削除依頼の方法の助言、また削除要請といったものを行っております。

御説明は以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

それでは、警察庁、よろしくお願ひいたします。

○警察庁 警察庁生活安全企画課でございます。

警察では、インターネット上の自殺予告事案について、プロバイダ等と連携して対応しているところがございます。また、インターネット上の自殺の誘引・勧誘等に関する情報についてはサイト管理者に削除依頼を行うなど、こういった取組を行っております。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。前回の資料要求、御質問についての回答ということになっております。

また、これにつきましてはメール等々で確認していただければと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、早速、今日の議事に入ってまいりたいと思います。本日の議事ですけれども、前回予告いたしましたとおり、大綱見直しに向けて関係団体などからのヒアリングを行いたいと思います。ヒアリングは、今回、次回の2回行って、計8名の方から御発表いただく予定となっております。本日は、議事次第に記載しましたとおり、4名の方から発表いただき、意見交換ができればと思っています。

それから、早速、関係団体などからのヒアリングに移らせていただきます。関係団体等へのヒアリングは、関西外国語大学外国語学部教授の新井先生、産業医科大学産業生態科学研究所教授の江口先生、日本産婦人科医会、日本司法書士会連合会、この順番で行いたいと思います。

関係団体の皆様には、御多忙にもかかわらず、本有識者会議に御協力いただいたことを、この会議を代表して感謝申し上げたいと思います。

ヒアリングはそれぞれの方から資料を10分程度で説明していただきまして、その後、質疑を10分程度で開催いたしたいと思います。

なお、御発表の4名の方々におかれましては、それぞれの発表が終わりましたら御退席いただいても結構でございますので、よろしくお願いいたします。

それでは、先ほど申し上げましたように、第1番、関西外国語大学外国語学部教授の新井肇先生より御意見をいただきたいと思っています。

新井先生、よろしくお願いいたします。

○関西外国語大学外国語学部教授 新井氏 新井です。よろしくお願いいたします。

画面を共有させていただきます。

それでは、私のほうから意見を述べさせていただきたいと思います。10分ということですので、ちょっと駆け足になりますけれども、よろしくお願いいたします。

まず、学校における自殺予防の現状とこれからの課題ということでお話をさせていただきます。

もう十分御存じだと思いますけれども、子供たちの自殺の現状と背景について、まず確認をしておきたいと思います。これが中学生、高校生の自殺者数と自殺率の推移を示したグラフです。大人の自殺が減少傾向にある中で、子供の自殺は極めて深刻な上昇傾向を示していることがはっきりと分かるかと思っています。

小・中・高校生は昨年1年間で499人、前年に比べて100人増えるという非常に深刻な状態になりました。

30歳未満の死因を見ましても、15～29歳は5割が自殺、10～14歳、小学校4年生から中2、中3を見ましても2割を超えるという状況になっております。

子供たちの自殺の特徴です。非常に衝動性が高いということが一点。したがって、遺書等が残っているケースが極めて少なく、原因・動機の特定が難しいということがございます。それから、衝動が高まってから行動に至るまでの時間が短い。このことも自殺を防ぐという意味で非常に難しいところがあるかなと思います。

大人から見るとささいに思える動機。遺書に、統廃合に反対して自殺するという小学校5年生の男の子のケースがありました。そのようなことだけではないと思いますけれども、そのようなものが出てくることがある。

次に、死への親近性ということです。北海道の学校保健審議会の調査ですけれども、自殺や死について細部にわたって考える、あるいは緑の部分、1週間に数回、数分間、自殺や死について考えることがある。この両者を足すと、高校2年生で10.4%、中2でも7.7%、小5でも5.5%と、極めて死に近いところに子供たちがいる。思春期になって生きるということを考えはじめるが、その裏返しで死を考えるのではないか。そして、リスクの高い子ほど様々な情報に触れているということが言えるように思います。

そして、大人と異なる死生観です。「兵庫県・生と死を考える会」の調査を見ますと、人は死なない、死の不可避性については、中学生、小学生の高学年は定着しておりますけれども、人は死んでも生き返る、不可逆性については10人に1人ぐらい揺らぎが見られる。2016年、奈良女子大の伊藤先生の調査ですけれども、「死んだ人は生き返ると思いますか」、大体そう思う、とてもそう思うを合わせると、小5だと2割を超えます。中2で18%、高2で14%台という数字が出ています。そして、大人に比べて影響をされやすいという特徴があります。いわゆる自殺の連鎖が起きることがある。

このグラフでお分かりのように、急激に増える年が幾つかあります。翌年は減ることが多い。この5年ぐらいは上昇の一途をたどっておりますけれども、でこぼこがあるというところに子供たちの自殺の特徴があろうかなと思っています。

先ほど、コロナ禍における自殺の増加ということも出てまいりました。月別に見ますと、学校再開時、夏休みが縮減されて2学期の開始時の8月、さらに学校行事等がなくなり、中3、高3にとっては進路が極めて切実な問題になってくる11月あたりにピークがありました。そういう意味で、学校の状況というものの影響がないわけではないと思います。

あわせて、連鎖という観点で言うと、5月末の女子プロレスラーの方の自殺、7月末の男優の方の自殺、9月末の女優の方の自殺、これらの報道が影響を与えた可能性がある。特に8月は女子高校生が、前年度に比べて65%増という、極めて高い数字を示しています。

一方で、学校が休みになったり、活動が縮減されたりしたことによって、家庭等に居場所がない子が学校の中で支えられるという状況が薄くなったということもあると考えております。

自殺が起きると、いじめが原因で自殺というように、単一の原因で捉えられがちですけれども、私も何度か背景調査をやってきた経験からは、それだけに原因を持つていくことは非常に難しいと感じています。様々な要因が複雑に絡み合っている中で自殺ということ

が起きてしまうと思っております。

警察庁調査による平成21～30年の自殺の原因・動機の累計を見ますと、小学生に関しては男子、女子とも家庭の問題が極めて大きい。中学生になりますと、女子の場合は家庭の問題と学友との不和という人間関係を引きずりながら、学業の問題が3番目に来る。男子の場合には、学業の問題がトップに参ります。いじめについては3.5%と3.6%ということで、比率としては極めて少ないということです。

そして、高校生になると状況が随分変わります。女子の場合には鬱病、その他の精神疾患が上位2項目になります。男子の場合には鬱病が3位で、学業不振、その他進路に関する悩みが上位2項目になっています。

これは文科省の調査で、私たちが分析したものですけれども、学校の問題、家庭の問題、そして個人的背景としては鬱に関わるような精神的な疾患の問題、と言ったものが大きく影響している。友人関係のトラブル、いじめで孤立感を深める、あるいは学業成績が不振になって喪失感から自尊感情の低下を招く。家庭環境の問題も極めて大きい。そして、精神科治療や支援を必要としている子も少なくない。特に高校生は顕著だと思われれます。

自殺の行動化の要因を見ていくと、非常に強いストレスが何らかの状況でかかっている。そして、孤立感が強まる。負担感というのは、周りに自分が負担になっているのではないかという感覚です。自己肯定感が下がって自殺願望が起きてくる。そして、そこに自殺行動を促し得るような潜在的な能力、自傷行為を繰り返して自分の体を傷つけられる。あるいは、虐待を受けていて、自分の身を守る、そういう気持ちが持てない。自分の身や心の安全を保とうという意欲がなくなったときに自殺行動が起こるのではないか。ジョイナーというアメリカの研究者の意見を借りておりますけれども、そのように思っています。

学校における児童生徒の自殺予防の方向性と課題です。

既に御存じのように、自殺予防には3段階、未然防止としての予防教育、危機介入、そして事後対応における周囲の人に対する心のケア、これらがあると思います。

学校の生徒指導・教育相談という観点でいいますと、開発的・予防的な生徒指導・教育相談として、未来を生き抜く力を育む自殺予防教育。そして、問題解決的な生徒指導。危機に陥った、問題を抱えた、リスクの高い児童生徒に直接介入をして、水際で自殺を防ぐ。そして、事後の心のケア。これが学校の中で、自殺予防に関して、生徒指導・教育相談において、もちろん関係専門機関との連携を取ってですけれども、求められているところだと思います。

この予防教育と危機介入というところについて、今日は皆さんに、残りの時間、短いですけれども、話をさせていただきたいと思います。

まず、自殺予防教育についてです。2014年に文部科学省から、私も委員を務めております有識者会議のほうで『子供に伝えたい自殺予防』というのを出しました。この中の柱は、自分の、そして周りの友達への心の危機に気づく。これには子供自身だけでなく、教職員が気づくということもあります。そして、危機に気づいたら援助を求める。この2つを柱に、

文科省の自殺予防教育プログラムを展開してまいりました。

まず、安心安全な学校環境をつくる。そして、子供たちが相談できるような雰囲気、環境、体制を整える。そのために教育相談体制をつくり、アンケート等を実施する。そして、下地づくりの授業として、生と死の教育。ストレスマネジメント。学級、集団づくり等、が挙げられる。レジリエンスを育むという一つの目標を持ちながら、現在行われている授業を自殺予防の観点から見直してみる。そのうえで、自殺予防教育を貫く二つの目標を直接ターゲットにした核となる授業を、中学生、高校生の段階で各学年で1度ぐらい、学活や総合的な学習の時間で行う。そんなふうに考えてまいりました。

そのような取り組みを提唱してきた中で、前回の自殺総合対策大綱において、子供の自殺が減らないということから、SOSの出し方に関する教育を推進するということ、努力義務として示された。これは先ほどの援助希求的態度の促進ということに当たるのではないかと。そのように私たちは位置づけています。未来を生き抜く教育として、SOSの出し方に関する教育を含めた自殺予防教育プログラムをこれから進めていくということです。

特に視点としては、現実と非現実の区別を認識させる。多様で豊かな人間関係に触れる。多様性を認め合う。自己肯定感・自己有用感を高めて、自分を大切にす気持を育む。絆づくり、居場所づくりを進める。そして、レジリエンスを育むという観点で、特に困ったときには相談をする力を子供たちに身につけさせるということを中心に考えております。

そして、全ての児童生徒を対象に自殺予防教育を展開すると同時に、リスクの高まった子供たちに、家族に次いで身近なところにいる教職員がどう気づき、関わるのかということが自殺予防で極めて重要であると思っております。

これにつきましては、2009年に出しました『子どもの自殺予防』で各教職員に周知徹底したのですけれども、残念ながらまだ十分には浸透していない。

危機にある子供たちへの関わりということで、TALKの原則。特に、絶望的な気持ち、危機に陥っているとき、視野狭窄に陥った子供たちの話をしっかりと聞く、この姿勢とスキルを先生たちに持っていただくということが極めて重要だと思います。そして、一人で抱え込まない。相談を受けた教員が安全を確保するために、一人で抱え込まず、組織的に対応していく。このことも極めて重要だと思います。そして、SOSを出しなさいという以上、SOSを出された側がそのことをしっかりと受け止める。そのためには、子供たちが相談する、したくなる、そのようなことに値する信頼できる大人に、私たち自身が学校で、家で、地域でなっていくことが重要だと思います。

教育相談的な観点で、傾聴のスキルのトレーニング等も教職員研修でしているわけですが、まだまだ不十分なところがあるかと思っております。

関係機関にSOSを出しなさいとも言っています。そのときに、実際に子供たちがそういうところに行って、どんな関係機関かということを知り、そのような学習を通じてSOSを出したくなるような、そのような学びの機会も必要かと思っております。そして、学校の教職員も、このような機関について、どこにあって、何ができて、何ができないのか、お互いにお互

いの専門性を尊重しながらパートナーシップを取っていくことが大事だと思います。

学校の中に、相談しやすい体制と雰囲気をつくる。そのためには、養護教諭、スクールカウンセラーが子供たちの前に出て話をするというのも、来室動機を高めるという意味で大事だと思います。そして、先ほど申しましたように、多角的な視点を生かした児童生徒理解と支援をしていく。このような組織がどの学校にもあるわけですが、なかなか実効的に機能しない。

心理的安全性。こんなことを言ったらみんなに迷惑をかけるのではないか、あるいは心配性だと言われるのではないか。もしも、自殺の危険が高まっているということではなかったらどうしようと、なかなか意見が言えない。そういう状態にならずに、空振りになってもいい、気になったことがあれば周りの先生に相談ができるという心理的安全性を学校組織の中につくっていくことが大事だと思っています。

関係機関との連携についても、顔の見える環境をつくるということで、同じようなことが言えるのではないかと考えています。

自殺予防対策の具体化に向けての課題です。全ての児童生徒に自殺予防教育を実施していく上での体制整備として、今も全国を10ブロックに分けて教職員研修を私たち有識者会議のメンバーが進めているわけですが、これを拡充していく。そして、特に小学校、中学校の児童生徒の場合には家庭の問題が大きい。したがって、保護者対象の普及啓発を、学校ということではなくて、保健所や精神保健センター等が学校と協力しながら進めていくことが必要だと思います。

学校は本当に今忙しい。コロナで一層忙しくなっています。ですから、改めて何かをやるというよりも、今ある授業を見直していく。例えば高校の保健体育では新しい学習指導要領で「心の病」の単元が入りました。これを担当の保健体育の教員と養護教諭、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー等が協働的に授業をつくって子供たちに伝えていく。授業者としての経験が、自殺予防に関する理解を深め、SOSを受け止める力の向上にもつながると思います。

医療等の関係機関との連携が大事で、授業を実施するとき、特に核になる授業を行う場合には、事前・事後のアンケートを取ってフォローアップをしていくことも大事だと思います。学校においては養護教諭が果たす役割が極めて大きい。これが一つのポイントになるかと思っています。

最後に、リスクの高い児童生徒を支えるための体制整備。子供がSOSを発信できる多様なチャンネルをできるだけ用意する。これが大事だと思います。

そして、リスクの高い子はリスクの高い子に発信する。したがって、子供たちに危機の中でSOSを自分が受けたときにどう大人に伝えるのかという力、態度を育むことが必要だと思います。

そして、繰り返しになりますが、大人がSOSを受け止める力を向上させる。したがって、教職員研修、プラス、保護者対象の普及啓発が極めて大事になる。共感的理解と同



時にICTを活用した客観的な理解も進める。

この両者を重ね合わせて子供たちの危機に気づいていく。そのような体制をつくっていくことが重要だと思っております。

あらゆる段階において、社会に開かれたチームとしての学校を実現していくために、関係機関との連携体制を整えていく。そのためには、連携の要となるコーディネーター教員を配置するなど、ヒューマンパワーの確保も自殺予防において、学校という観点からは、とても重要になってくるのではないかと考えております。

以上、駆け足になりましたけれども、学校の自殺予防について私の考えているところです。

○椿座長 新井先生、どうもありがとうございました。適切な現状把握とともに、学校において、あるいは保護者を巻き込む関係団体、連携を強化するという課題、適切な施策について御提言いただいたことに感謝申し上げます。

それでは、ただいまの新井先生の御説明につきまして、御意見あるいは御質問等がありましたら挙手などをお願いいたします。よろしく願いいたします。

生水先生、よろしく申し上げます。

○生水委員 御説明どうもありがとうございます。野洲市役所の生水と申します。大変勉強になりました。

2点教えていただきたいのですが、先ほど自殺の要因としまして家庭環境が大きいというのがありましたけれども、ここのいわゆる世帯属性などのデータはあるのでしょうか。例えばひとり親家庭、低所得、もしそういうものがデータとしてクロスで分かれば教えていただければと思います。

2点目ですが、困ったときに相談をする力を身につけるといふことにつきまして、現在の小学校、中学校、高校等で、教育としてどれぐらいこれが実施されているのか。もしそのデータが分かりましたら教えていただければと思います。

それと、この場合、具体的にどのような教育プログラムが、例えば必須課題として教育に組み込まれる必要があるのか、あるいは、具体的にこういった授業があればということをお教えいただければと思います。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。

新井先生、よろしく申し上げます。

○新井氏 まず、家庭環境のことですけれども、クロス集計をしたようなデータを私は手元に持っておりません。文科省のほうで自殺の実態を把握するときには、個人が特定されないような形で、学校からは匿名でデータが上がってきておりますので、把握しきれない事情があります。

ただ、背景調査などをしてきた経験で言うと、家庭環境が今おっしゃったようにひとり親だったり、あるいは経済的に非常に困窮したりしているというのが直接関わっているよ

うな印象は、私にはあまりありません。むしろ、親が子供を支え切れるかどうか、親子の絆という問題のほうが大きいかなと思います。データがなくて、もしかしたら御指摘のようなことがあろうかと思えますけれども、現段階ではそのように答えさせていただきます。

それから、困ったときに相談する力を育む。これは先ほど申しましたように、例えば日常的な教育活動でいじめのアンケートをしますよね。アンケートをしっ放しではなくて、その後に全ての子供たちに、仮に1人3分でも5分でもいいから面談をしていくというような取組をしている地域あるいは学校があります。

そうすると、子供たちは自分の危機を見つめながらアンケートに困ったことがあったら書く。そして、その困ったことを書いたら先生たちが拾い上げてくれる。これも特定の子にやってしまうと、誰がいじめられていると書いたかがわかってしまうので、時間的に難しいのですけれども、全部の子に聞くという姿勢で面談をする。そのようなことを日常的にというのは、学期に1回でも行えば、やれているほうだと思います。現実的には、全員となると年に1回ぐらいかもしれませんが。そうやって、子供たちに相談すると気持ちが高くなるということを体験させる。

自殺予防教育をしている学校というのは、名前を出さないでやっているというところでは、5割近くは何らかやっていると思います。そのときに中心になるのは、ロールプレイ等をして、自殺という言葉を出さずに、危機に陥ったときにどんなふうに相談するのか、それを受け止めるのかというようなことをかなり多くの学校でやっておりますし、私は関西におりますけれども、加古川市は全市の小学校、中学校でやっております。それから、神戸もかなりの学校が取り組んでおります。兵庫県は小中高、年間3時間の教育プログラムを教育委員会で作って、モデル校をつくってパイロット的に実施し、それを広げているという段階です。

必須の授業ということでいいますと、私は危機に気づくという点で、保健体育の授業の保健の部分を活かせると思っています。小学校・中学校にはストレス対処、高校には心の病という単元がありますから、そこについては保健体育の先生と養護教諭が組んで授業をつくっていく。さらに、学活もしくは道徳の時間等で、ロールプレイなどを中心に相談する力を育む授業を2年間に1回ぐらいでいいから実施する。できれば1年に1回、どこかに組み込んでやっていくことが最低限必要なのではないかと考えております。

以上です。

○生水委員 体感するという授業が一番大事なのかなということによく分かりました。ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

それでは、3名の先生方から手が挙がっておりますので、最初に中山先生、よろしくお願いいたします。

○中山委員 京丹後市の中山でございます。先生、どうもありがとうございます。

僕からは純粋な質問なのですが、5ページの特徴のところ、子供の死生観です

が、僕は死生観というのは最後の踏ん張る力で大事なところだと思っているのですけれども、それで子供の死生観、死んだ人は生き返るとありますが、生き返るという意味ですけれども、生まれ変わるという意味なのか、あるいは死んだ肉体が、あり得ないことですが、再びということなのか。そして、これについて4ページに大人と異なると思いますが、この数字を高いと見ていらっしゃるのか、低いと見ていらっしゃるのか、その辺のことを教えてくださればと思います。

○新井氏 大人に比べて高いと見ております。伊藤先生の調査の別のところで、死を怖がる子ほど希死念慮が低いのです。

生き返るというのをどう捉えているのかということ、肉体が不滅だとは思っていないのです。魂が続くというような輪廻転生のような感覚です。

私が背景調査をしたときに、私が死んだらこういうアニメーションを仏前に供えてくれるというケースにあたったことがあります。ネットで配信されていたアニメで、殺されたり、自殺をしたりしても別の人間に生まれ変わって、朝、新しい人生が始まる。今、そのような類いのゲーム、アニメーションがかなりある。あるいは、本でも生まれ変わって新しい人生が始まる。もしかすると、今の人生が非常に苦しい子がそのようなことを考えて死に行ってしまうということが、レアですが、あり得るのではないかと。こんな死に方をしたら必ず生き返るというマニュアル本があって、そのとおりに自殺をしてしまった子もいると聞いております。

以上です。

○中山委員 ありがとうございます。

生き返るから死んでもいいという単純なことでもないかなと思うのですが、宗教的なところに及んでの価値観をどう超えさせていくかということも大切になってくるのではないかなと。これは個々の宗教というより通底するところの価値観ですが、そんなことも大切かなと思って聞かせていただきました。ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

ほかに2名の先生方から手が挙がっております。

伊藤先生、よろしく申し上げます。

○伊藤委員 伊藤でございます。新井先生、お話をありがとうございました。

学校関係者、19ページにお示しいただいた地元の関係機関の職員向けにゲートキーパー教育をしていくことは大切だと思うのですが、彼らが死にたいという対応に困るということもあるのではないかなと思います。

関連して、22ページの最後にお示しいただいた、「教育委員会による学校へのサポート体制の整備（専門家チーム）」とございますけれども、これについてももう少しお伺いしたくて、学校から自殺の対応に困った際に、後方の支援のようなものを想定されていて、連携以外のこともやるのか、リスクの評価や介入についての助言などもできるようなものなのか、これが既に始まっているものなのか、今後の話なのか、その辺りをもう少しお伺い

できますでしょうか。よろしく申し上げます。

○新井氏 これは自殺というところに限っていないのですけれども、学校は対処が難しい問題になったときに、大阪府などはカウンセラー、ワーカー、場合によってはロイヤー、これをチームとして投入して学校のケア会議を進める。

自殺に関して言うと、例えば自殺未遂をした子が学校復帰してくる、あるいは家庭から非常に希死念慮が高いという情報が入って、学校には通っている。そのときに学校がどうそれに対処すればいいのかということが手探り状態になりますし、先生たちは極めて不安になる。そのときにスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、あるいは精神科医、精神科医が学校に来るといのはなかなか難しいのですけれども、あるいは学識経験者等が集まって、ケア会議を持つということです。そこでリスクの判定もし、通院歴等があれば、そこからの情報も得て、学校ができるだけ不安を少なくした状態で、家庭と連携しながら、こういう対応を学校にいる時間はしていくという方向性をもてるようにする。そのようなことができるためのチームと考えております。

家庭との連携が取れない場合もありますので、その辺についてはソーシャルワーカー等の活用も重要なと思います。

○伊藤委員 ありがとうございます。

私も教育委員会からも相談を受けることがあるので、教育委員会も困ってしまいますので、そういった外部アドバイザーも踏まえて後方支援されていくということですね。ありがとうございました。

○椿座長 多くの方から手が挙がっているのですけれども、時間が限られているので、最後に江澤先生、御質問をよろしくお願ひいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

貴重な御説明をありがとうございました。時間が押しておりますので、1点だけお伺いしたいと思います。

資料の最後から2枚目のスライドで、「医療等の関係機関との連携」がございしますが、特に学校医や精神科の医療機関との連携が重要だと思っておりますけれども、先生がお考えになっている具体的なイメージがあったら教えていただければと思います。よろしくお願ひいたします。

○新井氏 実は、「教師が知っておきたい自殺予防」の中で、校医さんは健康診断等のことを中心でやっていますから、内科医や小児科医を町なり市なりの医師会で当てはめていることが多いようですが、できれば、心療内科医とか精神科医が校医として入るということも考えてほしい。各校にというのは数的に無理ですので、市教委単位でスクールロイヤーが入るように、スクールメンタルドクターという言い方をしているのかどうか分からないのだけれども、学校が困った問題があるときに校医さんとして精神科医等に来てもらうというような体制をつくれないうだろうか、と思っています。

都会だと、ある程度精神科医や心療内科医もいるのだけれども、地方に行ってしまうと

確保が非常に難しい。ですから、少し広域でも、精神科医の方に相談したいというときに、校医というふうにはならなくても嘱託医として相談できるような方の人材確保ができるといいなと思っております。

○江澤委員 貴重なアドバイスをありがとうございます。また、医師会のほうでも検討していきたいと思えます。

ちなみに、私は高校の学校医をしておりますけれども、学校医として精神科医が1人いらっしゃるので大変ありがたいと思っております。そういったことも調べながらまた検討していきたいと思えます。ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

まだまだ意見が尽きないのですけれども、最後の意見交換のところで、今、手を挙げられている先生方、御意見をいただければと思えます。よろしくお願ひします。

すみません。私のほうの不手際でございまして、意見交換の時間が最後にあるので、逆にここで少し時間を取ってもいいと事務局から伺いました。

それでは、新井先生、もう少し御対応いただければと思えます。

向笠委員、よろしくお願ひいたします。

○向笠委員 向笠でございます。

貴重な資料等をありがとうございます。

今、緊急支援活動で、もう15年以上にわたって小中学校の自殺・事故を含めた活動をしておりますが、やはり予防教育の重要性を非常に強く感じております。特に小学校から中学校ぐらいまでの期間に関して、先ほどいろいろなチャンスを使ってこういう形で予防教育をとる御意見をいただきましたが、トータルで年間どれぐらいの予防教育の位置づけで子供たちに教育を入れていくと効果があるのだろうかというところを非常に知りたいところです。

小学校で1年間に何回すれば6年間で何回受けられるということの反復性で教育が入ってくると思うのですね。そのところで、これぐらいの回数で予防教育をすれば大丈夫ではないかというところの大方の回数と教育の内容、目安を教えてくださいと非常にありがたいのですが、よろしくお願ひします。

○新井氏 非常に難しい問題で、しかも、今学校が極めて忙しい。環境教育、情報教育、○○教育というのが70以上あるわけです。そこに入れていくのは極めて難しいところがあります。

それで、先ほど申しましたように、私、仙台市で自死予防のためのプログラムづくりに関して研究協力者になっていますが、一つは、今やっている授業の中で自殺予防につながるものを洗い出していく。そこに、自殺という言葉を出すという意味ではなくて、先生たちがこれは自殺予防につながっているという意識を持って授業をやっていくというのがまず一つです。

その上で、2つの柱です。危機に気づこう。危機に誰でも陥るよということを小学生、

中学生も含めて、自殺という言葉を出さなくても学ぶ。そして、そのときには相談することが大事なのだということを伝える。この2つを年間最低というか、最低といってもそれぐらいしか取れないのだけれども、例えば小学校4年生ぐらいから学活あるいは総合的な学習の時間等で2時間、相談する、危機に気づく、この2つを発達段階に応じて中身をだんだん濃くしてやっていけば、そのぐらいでいいのかな。そのぐらいでというのは非常に不適切な言い方でしたけれども、そのぐらいしかできないのではないかと思います。さいたま市では、自殺予防教育を中学校3年間で学年1回ずつやっています。

○向笠委員 北九州市でもやっていますよね。あそこは集中的に教育委員会がスクールカウンセラーを使って教育をやっています。ただ、回数的に、教育なので入っていかなければいけないという問題が大きいと思うので、やはり2時間ぐらいだというのはよく分かります。

○新井氏 先生がスクールカウンセラーと組みながら自分で授業をつくっていく。年に1回でもいい。学年全体で考え、そこに養護教諭やスクールカウンセラーが入る。授業づくりをすることが、実は危機に陥ったときの子供のSOSを受け止める教職員の力を向上させる。そういう意味でぜひ最低年に1回、自殺予防に関する教育を先生たちがやってくださるといいな、そういうことを伝えられる時間をもてるといいなと思っています。

○向笠委員 貴重な御意見をどうもありがとうございました。

○椿座長 引き続き、田中委員、よろしく申し上げます。

○田中委員 田中でございます。新井先生、ありがとうございます。

ちょっとお聞きしたいと思って先ほどから考えていたのですけれども、私、仙台市に住んでいまして、仙台市とか、この東北近辺は私がほとんど、いじめとか指導とか体罰における自死の問題に関わって第三者調査委員会の遺族の代理人などをやっているのですけれども、その中では思うのは、子供たちはSOSをたくさん発信しているのです。アンケートなども非常にまめに、仙台市などは年に4回アンケートを取っているところが大多数あります。

その中で、SOSを出しているのにもかかわらず、また仙台市は調査委員会もたくさん開かれているので、すばらしい報告書、再発防止に向けての提言なども報告書の中で示されているわけですが、なかなか守られない。文科省のガイドラインもあるのですけれども、それを守られていない。それが学校現場だけでなく、教育委員会もそうなのです。それをどう見るか。

私たち仙台市民が一番悩んでいるのは、組織がすばらしく立派なものできている。学校の体制も、いじめ専門教師なども各学校に1名ずつ配置されて、すばらしい組織づくりにはなっているけれども、それがどうも生かされていないという現実があるのです。

私たちも悩んでいるのですけれども、どのようにしたらそれが浸透していくのか、もし何かお考えがあればぜひお聞かせいただきたいと思っています。よろしく申し上げます。

○新井氏 自殺予防教育を進めているところというのは、今、仙台市も出ました。加古川

市も神戸市も自殺事案があつて、かなり深刻な状況が起きた後に手を打たなければならぬというので展開している。当事者意識を持てれば、取り組みが随分変わってくると言うことだと思います。でも、同じ仙台市でもかなり広いですから、当事者意識を持てている学校と持てていない学校がある。これをどれだけ当事者意識を持ってやれるかというのが1点。

教育委員会に関しては、もちろん全域をカバーしているわけです。人も変わりますよね。だから、当時、例えば危機対応で入った指導主事なりがいて、そのときのことを非常に痛切に感じていれば随分そこで熱量が大きくなる。ですから、当事者意識を持てるように、どれだけ先生たちに働きかけるか、教育委員会の指導主事間で引継ぎをしていくのかということがすごく大事だと思います。

それから、学校は本当に忙しいと思っています。それで、もしかすると、あつてはならないのだけれども、リスクが高いかな、どうかなと思ったときに、リスクが高い、何とかしなければということを中心に言って、周りの先生を巻き込んで事に当たっていくということが迷惑をかけることになるのではないか、あるいは自分がその生徒を指導しているうえで、そのような状況に陥るのは自分の指導力が足りないのではないかという感覚で、なかなか情報を共有してみんなで当たっていくということができない。

子供にSOSを出せ、弱音を吐けと言っている以上、先生たちも弱音を吐いて、周りに助けてよと言っていく。そのときに、学校のヒューマンパワーには限りがあるので、先ほど申しましたように、嘱託医のような形で精神科医の方が入っていける、あるいは教育委員会にいるスクールカウンセラーのスーパーバイザーが入っていける、学校はそれを受け入れる、そういう関係をどれだけつくることができるのかなという、組織の中での、また組織間での心理的安全性みたいなものが必要なかなと思っています。具体的な説明にならなくて申し訳ないのですけれども、以上です。

○田中委員 ありがとうございます。大変参考になりました。

○椿座長 それでは、最後に松井委員、よろしくお願いいたします。

○松井委員 ありがとうございます。

先生方の御質問の中でも大分出てきたのですけれども、今日、先生のお話を伺っていて驚いたのが、10～15%の小中学生が死んだ人が生き返ると思っているということでした。

これは、先生も御指摘のとおり、ゲームとかアニメでまた次の回で出てくるということで、そういう気持ちを持っているのが一つあるのと、各家族化が大きな要因の一つではないかと思っています。

自分のことで申し訳ないのですけれども、うちの母が死んだときに、うちの子供たちはおばあちゃんは帰ってくると思っていたのです。お盆のときに帰ってくると思ったら、本当に帰ってこなかった。そのときに初めておばあさんが死んだということを実感したのです。こういうインパクトのあるような教育をしていかなければいけないのではないかということの一つ私は感じております。

それと、やっとならば高校で自殺に対する教育を国を挙げてやるようになったということですが、やはり小中学生が死んでいることを考えたら、これは小学校の段階で義務化をしないと子供たちの自殺は防げないように思いますので、その辺も先生、またこれからよろしくお願いいたします。

以上です。

○新井氏 御指摘のとおり、私は家庭環境の要因が非常に大きいと思っております。今日はそこまで踏み込めなかったのですけれども。

かつては、大家族で、家で年寄りが亡くなった、葬儀も家で挙げる。葬儀を家で挙げるということももうめったにない。むしろ、死というものを子供たちから遠ざける傾向がある。その一方で、ゲームやテレビでいろいろな死が子どもの前にもたらされる。子供が死について正しい知識、そしてある意味死というものを恐れつつ、恐れるというのは畏怖しながら豊かな死のイメージを持つという意味ですが、宗教的な意味ではなくて、お盆で先祖のことを考えると、死というのがどういうものなのかということを生き物を飼うなどして考えていく、そういう機会を家庭の中でも、学校の教育の中でも、生と死の教育という形で、内容を精査しながらですが、持つことが必要なのだろうなと思っております。

今、子供たちは、人が生まれ、育ち、老い、病み、死んでいくというのを間近に見ることができない。それをどうやって、自然な状態では見えない中で、子供たちに体感させていくのかということがこれからの自殺予防の大きな課題でもあると思っております。

以上です。

○松井委員 ありがとうございます。

○椿座長 新井先生、本当に貴重な意見、それからどういうふうに我々が進むべきか、連携も含めて、あるいは学校教育の中の非常に多忙な先生方をどういうふうに科目を構成して自殺予防教育を進めていくかということについて、これは具体的にもう実現する方向を考えるべき問題だと私自身も思いました。本当に今日はどうもありがとうございました。

続きまして、産業医科大学産業生態科学研究所教授の江口尚先生、よろしくお願いいたします。

○産業医科大学産業生態科学研究所教授 江口氏 よろしくお願いいたします。産業医科大学の江口でございます。本日は貴重な機会をいただき、ありがとうございます。

画面を共有させていただきます。

先ほど新井先生のほうが学校だったのですが、私のほうからは職場のメンタルヘルスということで、職場における自殺対策の課題について、主にメンタルヘルスの立場からお話をさせていただければと思っております。

本日のキーワードですけれども、事前に事務局から産業衛生の観点からということだけでいただいております、私自身が課題と感じている働き方について、昨今のコロナ禍でかなり変わってきております。そういった中で、日々、研究をしながら、かつ、私は実務としても産業医をやっておりますので、そういったところで感じるところをお話しさせていた



だければと思っております。

先ほど新井先生のお話を聞いていて、学校と職場はかなり通じるところもあるのではないか、相互作用的なところもあるのではないかと思っておりますので、そういったところもまたいろいろと意見交換をさせていただければと思っております。

大きく本日の課題と感じているキーワードはこちらになります。まず、ダブルワーク、副業・兼業の課題ということで、なかなか労働の状況が把握しづらくなっているということ。

あと、ひとり親の世帯ということで、ダブルワークともつながってくるのですけれども、そういったところが増えてきている。ひとり親は経済的にきつことが以前から言われているところですが、そのことが職場でのメンタルヘルスにも影響してきているのではないかとこのところがございます。やはり、女性、非正規雇用、サービス業、昨年度自殺者が増えた理由としても挙げられておりますが、そういったところも関係してきています。

新たな課題として、リモートワーク・孤立、孤独・職場のつながりということも課題としては挙がってくるかと思っております。

喫緊の課題として、パワーハラスメントの問題。

あとは、小規模事業場の問題。それを踏まえて過労自殺の問題ということで、そういったところについてキーワードを持ちながらお話しさせていただければと思っております。

勤務問題が原因。この点については、先生方は既に御案内のとおりだと思っておりますけれども、1997年から98年にかけて増えているものが最近ちょっと減ってきているということもございます。主には景気の動向とか、そういうマクロな話もあるのですけれども、最近下げ止まってきているところがございます。

勤務状況については、おおよそ1割ぐらいというところがありますが、昨今、メンタルヘルスの問題というのは報道等でもよく取り上げられますし、過労自殺の問題も月に数回程度は社会面で見えるような状況でございます。そういった中で、私たちのほうからの感覚として、SDGsの文脈にももちろん職場のメンタルヘルスというのはつながってきますし、最近ですと大企業についてはコーポレートガバナンスということで、従業員の健康といったところにも配慮が求められる中で、メンタルヘルスケア、職場の問題というのは、過労自殺のケースとかを読んでいると、人権の問題として取り扱っていくことが大切ではないかと感じています。ただ、それをどうして「人権の問題」という強い調子で訴えていく必要があるのかということについては、後ほど少し御説明をさせていただければと思っております。

ダブルワーク、副業・兼業の課題ということで、一つは、一つの仕事では収入が賅えていないから副業をしているという方が労働者調査では出ております。そうしますと、ポジティブな要素、よく新聞紙上で語られているような新たな経験を積むということもあるのですが、やはり多くの方は収入が少ないので無理をされているところがございます。

私自身も産業医として関わっていましたときに、例えば夜勤専門でやられている方々は、なかなか日中、我々産業保健職とも関われないということで、そういった方がかえって健康状態としてはハイリスクだったりするということがございました。また、昼間には例えば親の介護を抱えているということもおありになったり、いろいろな事情で夜勤専門、兼業をされている方もいらっしゃいました。

ただ、我々産業保健職の立場からすると、複数の会社で働かれている状況というのはなかなか把握しづらいということもありまして、その点も今後、脆弱な方々が兼業・副業をされているということで、よりサポートが必要になっていくのではないかと考えております。

ひとり親世帯についても同様のことが言えて、世帯収入が低い状況があるということで、ちょっと表現が迂遠な形で恐縮ですけれども、非正規雇用で高いスキルを求められないような仕事の方が多い。そうすると、こういった方々に対して、特に中小企業さんであったり、現場で仕事をされていることが多いということで産業保健サービスがなかなか届きにくい環境にいらっしゃる場所がございます。私自身も意識的にそういった方々への面談をしているのですが、やはり我々の目の前に来られる方々というのは正社員の方が多いというのが実感でございます。産業保健サービスが届きにくい非正規職員の方々のほうが、先ほどのダブルワークの話とも関連してきますが、より心身の健康上、脆弱な方も多いというところがありまして、そういった方々にサポートが必要になっていくのではないかとこのところがございます。

あとは、小規模事業場の問題はかねてから言われております。産業保健職についての健康管理に関するリソースが不十分というところがありますが、そこに対して地域産業保健センターというところの活用も求められておりますが、その活動内容に制限があったり、なかなか御本人たちからの相談というの少ないというところもございます。

今後の課題としては、事業場が小さくなればなるほど、地域保健との連携というところもさらに今後検討していく必要があるのではないかと。今でも地域・職域連携ということが言われていますが、地域保健と連携して小規模事業場の経営者さんたちに対するアプローチが必要ではないかと思っています。

小規模事業場においては、ガバナンスが不在というところで、ある面、経営者さんのお考え一つでメンタルヘルス不調になった方々がフォローされるというところもあります。一方で、経営者の方々から、やめろと言われると、労働者にとってはそれ以上抗し切れないうところもありますので、いい面もあるのですが、悪い面が出てきがちなガバナンスが不在な部分について、地域保健とか社会的な資源をうまく活用しながら、さらに経営者さんたちのメンタルヘルスケアに対する啓発を進めていくことが大切ではないかなと思っています。

もう一点、職場の孤独・孤立の問題がリアルに存在しています。それと直接、自殺の問題が続いたケースはないのですけれども、特に新入社員とか中途社員の方々がリモートワ

一ク下において孤立を感じやすくなっているということで、海外においては新入社員に対してこのような呼びかけをしていこうとか、あとは研究ベースでも海外のほうが孤独・孤立については進んでおります。新入社員さんでメンタルヘルス不調を抱えた方々というのは、孤立感とか孤独という言葉を実際に面談の中で出されてきますので、そういった方々に対する配慮も必要になってくるのではないかと考えています。

パワーハラスメントの問題がございます。先ほど新井先生のほうからも、教員の先生方も現場が忙しいというところもございました。今、日本の職場も恐らく様々な要素があって、余裕がなくなっている状況かと私自身は思っております。パワハラをした方々に対する非難ではなくて、パワハラをせざるを得ないような職場環境になってきているという視点もあるのではないかと感じています。ですので、職場環境の面からパワハラに対する介入といいますか、そこへの啓発がより必要になってきている。職場が荒れてきていく中で、職場環境をよりよくしていくような取組は引き続き大切になってくるのではないかと考えています。

先ほど新井先生の話にもございました、職場環境というのが、パワハラにしろ、一人一人を助け合っていくネットワークをつくっていく。職場というのは恐らくセーフティネットの一つだと思っています。そこが今忙しくなっているのも、なかなかコミュニケーションを取れなくなっている。そこに対して、一人一人が良い職場環境をつくっていくのだという当事者意識を持って、経営者さんだけではなくて一人一人の労働者さんが持って対応していく。その結果、先ほども心理的安全性という言葉がありましたけれども、安心安全な職場環境をつくっていくような取組が引き続き大切ではないかなと思っています。

そうした中で、最近我々メンタルヘルスもインターセクターアプローチということを申し上げます。本日、私は産業保健の分野から出てきておりますけれども、職場の中には様々な部署が人に関わっております。そういった方々も、自殺対策も含めて意識を持っていただくことが大切です。かつ、職場環境がより複雑化、高度化しております。そうした中で、産業保健職だけでメンタルヘルス対策ができるというわけではございませんので、職場の中の多職種連携が必要になってくるのではないかと。そういった方々も、自殺という問題について、単に自殺が起こったら会社の云々という話だけではなくて、一人一人の人権を守っていくという意識が大切なのではないかと考えています。

この辺はお時間もございませんので見ていただければと思うのですが、産業保健職として職場環境をよりよくしていくことは自殺対策にもなりますし、職場がよりいい状況が続いていくことは会社そのものの持続可能性も高めていくということで、そういった文脈でも意識していただけるといいのではないかと考えています。

最後、まとめになります。最近ですと、「K字」という言葉がよく言われています。要は、いい人はよりよくなっていくのですけれども、脆弱な方々が取り残されていってしまう。その取り残される部分に自殺問題というのが一つ表出してくる部分ではないかなと思

っております。

職場の中で健康・安全の格差も広がっております。そこに対する対策も必要になってくると思いますし、自律的、お一人お一人のリテラシーを高めていくということが一方で言われていますけれども、なかなかそこが高まっていかない。先ほど小学校時代からの教育ということもございましたが、自律的と言われてもできない人もいるということを念頭に置いた対応が必要になってくるのではないかと。もちろん我々はまだまだ自殺対策についてはエビデンスも不足しておりますので、そういうところの対応です。

我々産業保健も多様化・複雑化する労働にも対応し切れなくなっていったら、そこにエアポケットが生じたところで自殺が起きてしまうということもあるかと思っておりますので、そこへの対応も必要かと思っております。

あと、産業医の量と質というところで、量の面ではある程度充足されてきているかと思いますが、そこに加えてある程度メンタルヘルス対応をしていくような、そういう質的な担保も必要になってくるのではないかと思っております。

小規模事業場に対して、さらに手厚い産業保健サービスの展開が必要になってくるというところもございます。

本日お話しはできませんでしたが、最近、アプリで民間の方々もメンタルヘルス対策ということでリアルタイムにフォローしていくような仕組みもあります。そういったところを取り込んでいくようなことができていくのではないかと。そういったことを踏まえて、自殺対策の一つのセーフティネットとして産業保健ができていくのではないかと。そこに対してできていくこともまだまだあると思っておりますので、いろいろな支援をいただきながら進めていただければと思っております。

そうしたときに、今でもまだまだ個人の問題として扱われがちな職場における自殺の問題ですが、やはり組織の問題として対応していく必要があるのではないかと。そういうところがあるかと思っております。

私のほうからは以上になります。駆け足になってしまって恐縮でしたが、御清聴、どうもありがとうございました。

○椿座長 江口先生、職場のリスク、あるいは職場環境のリスクはどうあるべきかということに関して非常に貴重な提言をありがとうございました。

それでは、江口先生の御説明に対して御意見、御質問等があればよろしくお願いたします。

生越先生、よろしくお願いたします。

○生越委員 江口先生、貴重なお話をありがとうございました。

先生が持たれている問題意識と私の問題意識が重なっているところがございまして、それは副業・兼業の話なのです。労基法上、通算するわけですから、一気に8時間を超えることになるわけですが、例えば昼間にA社で8時間働いて、夜、収入がないからB社というパターンの場合に、B社は1.25かかるわけですが、まず会社から見て本当

に1.25倍の人を雇うのかという問題と、労働者側から見て、実はA社で昼間8時間働いているのですということを本当に言うのかということが、私は実務的な感覚として非常に疑問に思っているのです。

そうすると、何が起るかという、恐らくA社で働いていることを言わないか、請負の形でやってしまうか、その2つのパターンが考えられて、これから日本の経済がどうなるか分からないですけれども、一つの職場で収入が得られない方が増えることによって、私の経験上、実はトリプルワークというのを見たことがあるのですけれども、そうなると底抜けになってしまって、かつ、状況が把握できないということに陥る危険性が極めて高いと考えているのです。

私はその辺に関する妙案は全くないのですが、厚労省の兼業・副業のガイドラインの立てつけとしては、モデルとしてはA社とB社がちゃんと協力しなさいみたいな感じですがけれども、実際はそれがなかなか難しいのではないかなと思ったりして、それについて何か先生の御意見をお伺いできればなと思います。

○江口氏 御質問ありがとうございます。

私自身も日々産業保健活動をする中で、今、生越先生が言われたように、自分は昼間はここで働いている、どうして夜間専門でやっているのかということ、あえて本人もしゃべらないですし、職場のほうもあえてそこはプライベートなことなので踏み込まないということもあります。

そういった中で、社内の中に健康管理をする人間がいると、そういった方と僕自身は面談をしながらそういうお話を聞くことが多かったのですけれども、そういうところで、今後、副業・兼業が一般化していくときには、健康管理をしていく立場で守秘義務もある程度ある中で、安心できる環境で話を聞いていって、そこで何か対応が必要な場合には、御本人の同意を得た上で、まずは本務先の会社での状況の調整であったり、場合によっては本人に働き方を提案するというところで、まずは兼業・副業をしてリスクが高い方に我々専門家と接点を持ってもらうというところがやりやすいといいますか、まずは取っかかりとしてはあるのかなと思います。

その結果、よりシステムチックにどう対応していくのかというのは、それぞれのこともあるかと思うので非常に難しいかなと思っているのですが、まずはそういった意味で、先ほど申し上げた産業保健職が一つセーフティネットになればということです。

もしくは、地域全体で見ていくということも一つあるのかなと。そこで働く人は地域に住んでいる人でもあったりするので、地域産業保健センターといったところの活用も含めて、まだまだ十分でないところはあるかもしれませんが、可能性としてはそういうところもチャンネルとしてはあるのかなと思います。

私自身もなかなか持ち合わせていないところで、しどろもどろで恐縮です。

○生越委員 ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

引き続きまして、江澤委員、よろしくお願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。江口先生、いつもありがとうございます。

2点質問したいのですが、まず、自殺予防の観点から衛生管理者の担う役割、あるいは衛生管理者と産業医の連携、小規模事業場においては健診等を扱う衛生管理者に準じた労働者が比較的いらっしゃいます。当然、先ほどおっしゃった地産保の活用という観点もありますけれども、その辺りの労働の現場において早めにSOSをキャッチできるのかどうか。先ほどの新井先生のお話で言うと、養護教諭は職場では衛生管理者になろうかと思いますが、その点の御示唆をいただきたいというのが1点。

もう一点は、産業医の量と質の御指摘がございまして、まさにおっしゃるとおりだと思いますけれども、最近では産業医の職務にストレスチェックが入っておりますが、ストレスチェックを自殺予防のツールとして応用できるのかどうか。

その2点を教えていただきたいと思います。

○江口氏 江澤先生、御質問をありがとうございます。

1つ目は私の本日の資料では不足していた点だったのですが、衛生管理者、衛生推進者の方々は、職場における産業保健職に準じたといいますか、むしろ現場を知っているという点では我々以上により専門的なアドバイスができる方だと思いますので、昨今ですと、そういった方々にメンタルヘルスケアについては衛生管理者教育とかをされていると思いますので、かつ、試験のところでもメンタルヘルスについてのお話はあるかだと思いますので、そういったところはいわゆる一般の社員さんと比べてもより関心が高い方々、知識をお持ちの方々ということはあるかと思えますし、我々産業保健をやっていると、そういった方々と連携していくことが、もし万が一職場で自殺があったりした場合とか自殺予防という観点からもあるかなと思っております。

あとは、先生が言われたストレスチェックについては、基本的に高ストレス者の面接があります。ただ、自分で申し出ていただかなければいけないという枠組みになっています。全くないよりは、もちろん高ストレス者の面談については対応のしようはあるかと思っています。むしろ、職場に安心して申し出ていただけるような、先ほどの子供のSOSではないですが、私どもが最近高ストレス者の研究でさせていただいたのが、どうやら申し出ていただきやすいような職場環境をつくれるかとか、促しであったり、そういったことも進めていくことが、ひいてはハイリスクの方に対するアプローチですので自殺対策という部分もつながっていくかなと思っています。

○江澤委員 江口先生、詳細に分かりやすい説明をありがとうございました。

現状、高ストレス者が面談を申し込まないというケースが結構現場で起きており、そこでもう介入が終わってしまうわけなので、その辺りも課題と思っています。引き続きまた御教示いただければと思います。ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

引き続きまして、山脇委員、よろしくお願いいたします。

○山脇委員 江口先生、今日はどうもありがとうございます。連合の山脇と申します。よろしく願いいたします。

最初に、先生に挙げていただいた本日のキーワードの重要性は、私も認識は一緒です。女性、非正規の問題、あるいは孤立、パワハラなど、まさに職場で起こっている課題といえ、連合としてこれらの取組を今進めているところです。

労働組合のある職場でも十分とはいえませんが、こうした取組は一定できているものと認識しております。

ただ、残念ながら労働組合の組織率が2割を切る中であって、労働組合のない、特に先生が御指摘いただいたような小規模事業場においていかに取組を進めていくのかが大きな課題であると思っております。

私の経験からしても、労働組合では、いわゆるよろず相談といって、どんな相談でもいから来てくださいと言って、話を聞いてみると、相談のスタートは全然違うことなのだけれども、本質の相談が別のところであって、最後に口に出てきたのが一番心に引っかかっている問題だったということがよくあります。先生からインターセクターアプローチというお話をいただきましたけれども、どこでもいから引っかかるような仕組みをつくっていくことが重要だと思っております。

その上で、先生にぜひお伺いをしたかったのは、個人情報に関係で、知り得た情報をどこまでほかの方々と共有をすることが今のこの状況の中で可能なのか、その線引きを御示唆いただければ、と思っております。よろしく願いいたします。

○江口氏 山脇さん、非常に意義深いコメントをありがとうございます。私自身も非常に勇気づけられました。ありがとうございます。

今御質問をいただいた個人情報の点については、今、かなり精緻な仕組みが出来上がっておりまして、それを守るとというのが前提で、基本的には御本人に同意を取りながらというところがあるかと思っております。ただ、私どもも本人に自傷他害のおそれがある場合には、本人同意がなくても共有をするというところがあります。

そこまで行く前の段階はどうするのかというと、非常に歯切れが悪くなって恐縮ですけれども、健康管理の部門と様々な部門の方々が一定の信頼関係があれば、その前提に立って、非常に日本的で恐縮ですが、あうんの呼吸ではないですけれども、そういう形で情報のある程度共有しながら、もちろん御本人にも同意は取るという前提ではあるのですけれども、そこを御本人にもうまく説明をしながら進めていくことを私自身はさせていただきまして、恐らく自殺対策もそうですけれども、産業保健だけでできるものではなくて、人事であったり、労働組合という方々とうまく情報共有をしながらというところがありますので、日々の仕事の中でいろいろなコミュニケーションを取っていくことで進めていく。そこで個人情報という枠は認識しながらも、関係者でしっかりとした壁を少しぼやかしていくようなことはできていくのではないかと思います。歯切れが悪くて恐縮です。

○山脇委員 ありがとうございます。

先生がおっしゃるとおりで、あうんの呼吸というのが一番重要だと思うのですけれども、それを今日の先生のキーワードでおっしゃっていただいた地域保健との連携という中で、どう拾い出していくのかというところが今後考えていく大きな課題だと私自身は思っております。またいろいろと勉強させていただければと思います。どうもありがとうございました。

○椿座長 どうもありがとうございました。

引き続きまして、明石委員、よろしくお願いします。

○明石委員 ありがとうございます。江口先生、いつもお世話になっております。

事業者としても、メンタルヘルスにはきちんと取り組まないといけないと思っています。今、働き方が変わっていく中で、時間管理についてはもとより、どこでも働けるという新しい働き方についてはまだまだ始まった段階なので、少し事業者も苦勞するところがあります。また、メンタルヘルスを人権問題と捉えるのは、今の段階ではちょっと難しいかなと思っています。

いまひとつ、事業者として困っているのは、先ほど兼業・副業のところでも出ましたけれども、労働者の社会活動というか、要は働いている8時間は事業場内にいるから分かるのですが、残りのところの社会活動に事業者は入っていけないので、そこで何をされているのか、はっきり全部を明かしてもらわなければならないと思います。

我々は、もう少し自分自身の健康管理をそこら辺も含めてやっていただきたいと思っています。なかなかこれもうまい方策がないので、先生に一案があったら教えていただきたいのです。

○江口氏 ありがとうございます。

その点は、私自身も今回の発表で注意をしていたところで、必ずしも本人の生活全部を事業者が把握をするというのは恐らくするべきでもないですし、あとはこういう時代ですので、治療と仕事の両立支援についても、会社に病気を言いたくない人もいるということも踏まえて、御本人の価値観というところにも兼業についても関わってくるかなと思っています。

そういった意味で、先ほどの生越様の御回答ともつながってくると思うのですが、産業保健職という会社のラインとは外れたところで、かつ囑託という形であれば、外部的な要素も入れたものが入ることで、そこで会社の人と違うという安心感でいろいろ情報共有をさせていただき、もちろん産業医として御当人と接するときには社員さんとしても接しつつ、ただ、私どもは医療職でもあるので、その人全てを見つつ、本人と話をして必要なことを事業者伝えていく。その事業者にお伝えするときに全てをもちろんお伝えするわけではなくて、事業者とのコミュニケーションの中で事業者に必要な情報をお渡しできるような形にできると、御本人の価値観や会社というものが把握するべきものとのすみ分けというのが少し交通整理ができる立場にはあるのではないかなと思っています。

まだ、始まったばかりで、これからいろいろな関係団体さんとも議論していきながらと



いうことはあると思うのですが、今のところ、私自身はそのように考えております。

○明石委員 ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

江口先生、どうもありがとうございました。

恐らく様々な組織を超えた連携の枠組み、組織自体をサポートできる能力、御本人をサポートする能力、サポートされる能力が必要だと。

南委員から手が挙がっておりました。気づかずに恐縮です。南委員、よろしくお願いたします。

○南委員 事業者と労働者という問題に多少関係するので今の明石さんのお話ともちょっと似たようなところがあるのですけれど、職場の管理職の人からよく聞く話として、部下に対して人材育成的な指導のつもりで言ったことが、結局はハラスメントになるという例がどこの職場でも枚挙に暇がないほどあると思うのです。一度ハラスメントということで申立てが出てしまうと職場の空気も非常にぎくしゃくしますし、悪循環になると思うのです。これはどこの職場でもよく聞く話です。

コミュニケーションがきちんと取れていることが大前提だとは思いますが、なかなか厳しい職場の中でコミュニケーションが完全にいいということばかりは期待できないわけで、職場の空気が厳しくなればなるほど、指導とか叱責のようなことばは多くなりますし、必ずしも人材育成的な温かい目からの指導でないものももちろん入っていると思います。

ただ、管理側が指導のつもりで言っていることが裏目に出ることも少なくないのではないかと。産業保健の立場から何か提案というか、いい方法はないものかと思っています。どこの職場も皆さん困っておられることで、下の立場も、上の立場も困っていることかと思っていますので、人材育成とハラスメントという問題をどのように考えたらよいのかということで何か助言があればよろしくお願いします。

○江口氏 ありがとうございます。

今、南委員が言われたようなことは、私も産業保健をしながら、「先生、そんなことを言われたら全然指導ができないよ」という話はよく聞きます。

私自身がお話ししているときに、ただ、多くのケースで共通しているのが、一回何かが起こってそれで事態が複雑化するというケースはあまりないような気がしていて、そういう状況がある一定期間慢性的に何回かの回数あるということが、僕自身が職場で面談をさせていただいて、パワーハラスメントのケースとして感じるところです。

そういうときに、早い段階でできるというのは、例えば管理職の方々には一対一ではそういうことはしないようにして、第三者に入ってもらおうということと、あとは一回、二回似たような状況になったときに、誰かがあなたにちょっと言い過ぎですよと言えるような姿勢をつくる必要がある、それがリスクマネジメントですよということはお伝えしております。

どういうことかという、たった一回やってトラブるケースはなくて、ある程度の期間にたびたび起きているわけなので、それを誰かが止めることができれば、パワハラにもならないですということを言っています。

ただ、多くのパワハラでもめているケースは、聞く耳を持たないとか、何回言っても、逆に言うと倍返しされるとか、そういうコミュニケーションになっている方はリスクが高いので、そこら辺は、もうこういう時代なので、ある程度管理職の方々も頭と心を離してくださいとよくお話しするのですけれども、気持ちはいろいろあるかもしれませんが、ただ、職場のルールで動いているので、その辺で誰かに言ってもらいやすいようなマネジメントというか、姿勢というか、そういうのをこれからは持っていかなければ周りのためでもあるし、御自身のためでもありますよということをお伝えするようにはしています。

すみません。何かちょっとプリミティブな話になってしまって恐縮です。

○南委員 ありがとうございます。

確かに30年、40年前の、上司が部下へ物を言う言い方とは今は全く違った状況になっているということは間違いないと思います。過渡的な問題かとは思いますが、ありがとうございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

本日はまだ2件のヒアリングを予定しております。

続きまして、日本産婦人科医会母子保健担当常務理事の相良洋子様へのヒアリングに入りたいと思います。

時間が非常に切迫してしまったので、大変恐縮ですが、説明並びに質問は簡潔にお願いできればと思います。もちろん重要なことだと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○日本産婦人科医会 日本産婦人科医会の相良と申します。本日、このような機会をいただきまして大変ありがたく思っております。

早速、画面の共有をさせていただきます。

本日は、まず、妊産婦の自殺について分かっていること、及び現在の取組とその課題についてお話しさせていただきまして、それを踏まえて、新たな自殺総合対策大綱に向けて私どもが重要と考えていることをお話しさせていただきたいと思っております。

まず、妊産婦の自殺について分かっていることですが、これは2016年と2017年に発表されました2つの調査結果が基になっています。

1つは、2016年に発表されました東京23区内における妊産婦の自殺の報告です。この報告によりまして、東京23区内では妊産婦の自殺が10年間に63例あったということが明らかになりました。これは出産10万当たりになると8.7という数字になるのですけれども、日本の妊産婦死亡率として知られている数字は実は3前後の数字になりますので、我々が知っている妊産婦死亡の2倍以上の数の自殺が起こっている可能性があるということがこの報

告で明らかになりました。

もう一つの報告は、2017年に国立成育医療センターのグループが行ったものです。これはリンケージ法という方法で、死亡届と出生届または死産届を突き合わせて産後1年以内の死亡であることを確認するという方法です。この方法によりまして、2年間に102例の妊産婦の自殺が確認されたのですけれども、これらはほとんどがリンケージ法で確認されたもので、死亡届だけでは妊産婦の自殺は確認できないということが改めて確認されました。

これは、リンケージ法で確認された妊産婦死亡全体をまとめたものです。産後1年以内では自殺が28.6%を占めておりまして、妊産婦の死亡原因として最も多いものになっています。この2つの報告から、現在、日本の妊産婦の自殺は年間60～80例程度ではないかと推測されていますが、正確な数字は把握できないままになっています。

また、自殺の時期ですけれども、これは2つの報告の自殺の時期を重ね合わせてみたものです。妊娠中、妊娠2か月に一つのピークがあります。産後はいろいろな時期で起こっています。妊娠2か月と産後というのが2つのピークと考えられます。私どもは妊娠2か月のピークは、予期せぬ妊娠、産後はピークというか、ずっとあるのですけれども、産後鬱病が重要な要因と考えています。

こちらは、東京都の監察医務院で確認された自殺事例の精神疾患について見たものです。妊娠中の症例では約4割、産後の症例では約半数に鬱病の診断がついていました。実際にはこの頻度はもっと高い可能性がありますので、妊産婦の自殺の背景としてはやはり精神疾患、特に鬱病が重要であると考えられます。

これは、自殺ではなくて、産後の鬱病で子殺しに至った症例の報告です。これらの症例の中には心中未遂例も含まれておりまして、また半数以上が希死念慮を抱いているという結果です。そして、これらの症例のほとんどに育児不安というのが認められていて、産後鬱病で育児不安が強い場合には特に注意が必要と考えられます。

妊産婦の自殺について分かっていることをまとめますと、自殺は妊産婦死亡の原因として最も多いもので、従来知られていた妊産婦死亡率の2倍以上あると考えられますが、実際に正確な数字は現状で把握されていないというのが一つの問題点と考えられます。

また、自殺の時期は妊娠初期と産後の2つのピークがありますが、妊娠初期の自殺は予期せぬ妊娠、産後の自殺は周産期鬱病が大きな要因と考えられます。この2つに対してどういうふうに対応していくかというのが重要なところだと思います。

いずれにしても、精神障害の既往は背景要因として重要であり、特に産後の場合には育児不安が強い症例に特に注意が必要であると考えています。

次に、現在の取組とその課題についてお話ししたいと思います。まず、第1の取組として、日本産婦人科医会の妊産婦死亡報告事業というのがあります。これは、産婦人科医会の会員から報告された死亡事例について、全例を原因分析を行って報告書を出しているものですが、2010年から行われています。

この事業では、まだ自殺事例が十分把握されていないのですけれども、報告された事例

については背景要因や経過の分析が全て行われるという意味で、今後の対応を考える上で重要な情報を提供すると考えています。

第2の取組として、周産期メンタルヘルスに関する事業というのがあります。この事業の中で、私たちは妊産婦健診の際に妊産婦全例にメンタルヘルスのスクリーニングと基本的なケアを行い、必要に応じて行政や精神科とも連携していく体制づくりを行っています。

この事業は全ての妊産婦を対象にしたポピュレーションアプローチの実現を目指していき、これによってリスクのある妊産婦を早期に見つけると同時に、集団全体のリスク低減を目指しています。

この取組は、研修プログラムをつくって研修会を開催するという方法で行っていますが、今年の3月までにこの研修会を受講した方は2,400名余りに上っています。

また、現在、産後2週間健診及び産後1か月健診で妊産婦のメンタルヘルスのスクリーニングを行っている施設は90%を超えている状況で、妊産婦のメンタルヘルスの重要性についてはかなり浸透してきていると思っています。

取組の第3として、妊娠についての相談窓口を挙げたいと思います。これには、一般社団法人の全国妊娠SOSネットワーク、及び、東京都ですと妊娠相談ほっとラインというような地域の窓口があります。これは妊娠初期の自殺予防に重要な役割を果たすと思いますが、実際に自殺の相談がどのくらいあるのか、また、どのような対応が行われているのかということについては、今後検証していく必要があると思っています。

現在の取組についてのまとめです。妊産婦死亡報告事業は、自殺事例の把握は十分ではありませんが、事例検討が十分されているという意味で、今後の対応策を考える上で重要な取組と考えています。

また、周産期メンタルヘルスに関する事業は、全ての妊産婦を対象にしたスクリーニングということで、現在、既に9割以上の産科医療機関でこれが行われていますが、これを自殺予防に本当に結びつけていくためには、リスクのある症例を拾った後、これを具体的にどういうふうに対応していくかということをもう少し明確にしていく必要があると思っています。

それから、妊娠初期の自殺予防の手段として、妊娠SOSネットワークや自治体の相談窓口がありますが、実際の活動内容について今後検証していく必要があると考えられます。

このような状況を踏まえて、新たに自殺総合対策大綱の策定に向けて、私どもが重要と考えている点についてまとめさせていただきます。

まず、自殺のリスク要因に基づいた対応策が重要と思います。本日お話ししましたように、妊産婦の自殺は妊娠初期と産後の2つのピークがあります。そして、産後の自殺につきましては、産後1年以内のあらゆる時期に起こっている可能性があります。それらの背景要因としては、それぞれ予期しない妊娠と周産期鬱病が重要と考えられます。また、周産期鬱病につきましては、その半数は妊娠中に発症しているという報告もありますので、妊娠中から注意深いスクリーニングとケアが必要になります。

ということで、予期しない妊娠に対する妊娠SOS機能の検証と強化、周産期の鬱病に関しましては、妊娠期から産褥期のあらゆる時期で妊産婦のメンタルヘルスに注意を払っていくということ。特に精神疾患の既往と育児不安は自殺のリスク要因として重要と考えています。

また、具体的な体制づくりといたしまして、妊産婦の自殺予防のためには多職種が関わっていく必要があります。これらの連携をスムーズに進めていくためには、コーディネーターの存在が非常に重要です。また、本年4月に改正母子保健法が施行されまして、産後ケア事業が自治体の努力義務となり、さらにその期間が産後1年まで延長されています。自殺予防のためにはこの事業が有効に活用されることが期待されると思います。

ということで、多職種連携のコーディネーターとしての子育て世代包括支援センターの機能強化、及び産後ケア事業におけるメンタルヘルスケアの充実ということを重要な課題として考えております。

最後のまとめになります。まず、妊産婦の自殺を正確に把握するための方法を確認していかなければいけないということがあります。

また、自殺予防のためには、自殺のリスク要因に基づいた対応策が必要ですが、予期せぬ妊娠に対する妊娠SOS機能の強化、妊娠期から産褥期のあらゆる時期でメンタルヘルスケアに注意していくこと、それから、特に精神疾患の既往と育児不安に対する対応を考えていくことが重要かと思えます。

さらに、具体的な体制づくりとして、多職種連携のコーディネーターとしての子育て世代包括支援センターの機能強化、及び産後ケア事業におけるメンタルヘルスケアの充実ということを挙げさせていただきました。

駆け足になりましたけれども、以上です。御清聴、ありがとうございました。

○椿座長 相良先生、どうもありがとうございました。取りまとめも含めて、総括事項、提言事項も非常に明確だと思います。

御質問あるいは御意見等があればよろしくお願いたします。

朝比奈委員、よろしくお願いたします。

○朝比奈委員 ありがとうございます。

相良先生、ありがとうございました。

予期せぬ妊娠に対する妊娠SOSの機能の強化というところについて、非常に賛成いたします。私は生活困窮者支援を含めて相談支援の現場で働いている者ですが、家族がいろいろな意味で健康でない状況の中で妊娠が分かったときに、福祉の現場の中でそれをストレートに祝福してあげられない状況というのが、予期せぬ妊娠をしてしまった妊婦さんを追い詰めている現状というものではないかと思っています。

もちろんSOSをキャッチした後、どういうふうにしていくかという全体としてのリソースの問題も関わっていると思いますけれども、産むか産まないかという選択をどれだけ豊かな環境の中で支えてあげられるかということをもう少ししっかりと考えるとともに、私た

ち相談支援に携わる者たちも、そのことに対する感覚というものを見直して、姿勢というものを見直していく必要があるのではないかと思いました。

私からは以上です。ありがとうございました。

○椿座長 どうもありがとうございます。

相良先生、いかがでしょうか。

○日本産婦人科医会 途中がよく聞き取れないところがあったのですが、SOS機能、産むか産まないかも含めてどのような対応ができる体制をつくっていくかということでもろしいでしょうか。

ありがとうございます。

本日お話しした現在の取組の第3番目になりますけれども、これは実は私たちはあまり関わってなくて、この内容をもう少ししっかり把握して検証していかなければいけないと思っているのですが、先生がおっしゃったとおり、予期せぬ妊娠をどう扱っていくかということが一つ非常に大きな問題だと思います。これは自殺予防ということだけではなくて、予期せぬ妊娠の場合は出産した後の親子関係の問題にも響いてきますので、これは自殺予防ということとは独立した形で今後力を入れていかなければいけないと思っています。

私たちは、今まで妊娠した直後の問題に関してあまり関わってなくて、妊娠してからどうか、出産してからどうかということを生懸命やってきたのですが、その根本はやはり妊娠した直後、妊娠をどう受け止めるかということが非常に大事だと思います。本日いろいろな先生方の中で教育というお話がありましたけれども、現在、私たちは性教育みたいな形で学生さんたちに関わってきていますけれども、もっと広い意味で生きるための教育というのですか、今、産婦人科医会でも包括的な性教育という形で、今までとは全く次元の違う教育システムをつくっていかなければいけないと考えていますが、早い段階から、生きるということ、命ということ、親子関係とはどういうものか、そういったことを含めての教育ということから始めていかなければいけないと思っています。

ちょっと外れてしまいましたけれども、そんなことも考えております。

○椿座長 どうもありがとうございました。

続きまして、三木委員、よろしく願いいたします。

○三木委員 相良先生、ありがとうございました。精神神経科診療所協会の三木でございます。

妊娠初期に自殺者が多いというのは私もショッキングだったのですが、望まれない妊娠というのがあるということで、恐らく精神科にかかることはあまりないのだろうなと思うのですが、そういう方のSOSをうまくキャッチできるといいのかなと思いました。

産褥期とか妊産婦の自殺の問題というのは非常に重要な問題で、産婦人科の先生方とも協力しながら我々も対応しているところでございますけれども、特に妊産婦でいろいろなケア、サポートが必要なのはもちろんですが、重症な鬱の方の場合、薬物の使用で

すね。今までだと向精神薬は使ってはいけないとか禁忌であるみたいな形で、薬を飲めないような状況の方が結構多かったのですけれども、抗鬱薬なんかに関しては、安全とは言えませんが、注意して使える形のお薬も結構ございますので、全て駄目というのではなくて、なるべく精神科で治療を受けながらフォローしていただけるような体制も必要なのではないかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○日本産婦人科医会 先生、ありがとうございます。

本当に先生のおっしゃるとおりで、精神科の先生方とどういうふうに連携していくかというところが次のステップとして非常に重要なところです。

今日お話ししましたように、私たちの事業の中である程度リスクのある方を拾い上げることは少しずつできるようになっているのですが、その方たちをどのレベルで精神科に紹介したらいいのか問題になっています。精神科に紹介する際に、産婦の方たちは薬を飲まなければいけないのではないとか、薬を飲むと授乳ができなくなるのではないとか、そういったいろいろな疑問を持っていらっしゃるもので、最近私たちも勉強して、お薬を飲みながらも授乳もできるし、ちゃんと育児もできますよということをお話ししているのですけれども、それでも精神科に行くことを躊躇される方も多くなっています。

また、精神科の先生方は、精神科の治療としてはもちろんプロフェッショナルでいらっしゃいますけれども、産婦さんたちの生活面をどうサポートしていくかということ、育児とか、家族関係のこととか、そのことに関しては恐らくあまり慣れていらっしゃらないとか、先生方の領域外のことなのかもしれないので、そこは行政とか社会的な支援のところと連携していかなくてはいけないと思うのですね。

最後に、私、子育て世代包括支援センターのことを言いましたけれども、いろいろな方が関わらなくてはいけないので、それをコーディネートする仕組みをきちんとつくった上で、その上で精神科の先生にどこを担当していただくのかというところをもう少しはっきりさせていただくと精神科の先生方も参入しやすいのかなということを考えております。

今後ともどうぞよろしく願いいたします。

○三木委員 こちらこそよろしく願いいたします。

○椿座長 どうもありがとうございました。

相良先生、本当に貴重な御意見をありがとうございます。

時間が大分切迫してしまいましたけれども、最後に日本司法書士会連合会から、自死問題対策部会副会長、濱田なぎさ先生、お願いします。

なお本日、副会長の伊見真希先生も同席されると伺っております。よろしく願いいたします。

○日本司法書士会連合会 皆様、よろしく願いいたします。日本司法書士会連合会の濱田と申します。

私からは、当会の活動と意見を述べさせていただきたいと思います。

当会、日本司法書士会連合会というのは、全国の司法書士会を取りまとめている組織で

すけれども、当会の取組としては、全国の司法書士への啓発、研鑽支援、関連団体との連携、意見交換、学会での演題発表等行っております。学会発表につきましては、時間の関係で詳しくは述べられませんので、後で資料を御確認ください。

コロナ禍での対応というところでは、本当に追い詰められた状態で、「生きているのがつらい」「死んでしまいたい」という言葉を発せられる方、あと、多重債務相談等自死リスクが高いであろうというような相談でなく、通常の相談の中で相談者が突然自死されるような事例もあったことから、自死リスクに関わりなく、とにかく全ての相談者に対して、声かけをしましょうということで、改めて「司法書士ゲートキーパー宣言」というものを発出して、全国の司法書士に取組を促したというところがありました。

実際に、このチラシ等を事務所のほうで掲示したことによって、司法書士が自死リスクを感じなかった相談者が、それを見て話をされて支援に繋がったというような事例も聞いています。

全国の司法書士会の取組としては、専門の部署を設置しているところ、協議会等に参加しているところ、相談会等を開催しているところは資料のとおりです。

取組事例として紹介しているベッドサイド法律相談事業は、以前、自殺白書のほうでも紹介していただきましたけれども、これはアウトリーチをかける相談事業です。自殺未遂者とか希死念慮を持っている精神的に弱っている方に対して、司法書士会が相談者の入院先に司法書士を派遣して相談を受けるといったものです。

そのような方の中には、相談窓口を案内されても、こういう相談できますよと紹介されても相談に向く気力がなく、退院後に不安感を抱えて、再企図されるような方がいらっしゃるのです。それを防ぐ目的でやっています。病院に伺うことによって、相談者だけでなく、病院の主治医、ソーシャルワーカーを交えてケア会議等を行っているところもございます。

その他の取り組みについては、後で資料のほうを御確認ください。

現状と課題としては、司法書士の業務の中で様々に課題を感じるころはあります。ただ、時間が制約された中で一番訴えたいということで、コーディネータの配置というものを挙げさせていただいております。

前回の大綱の見直しの際にも、検討会で当会から、ゲートキーパーからハイリスク者の支援に必要な団体・諸機関等へのつなぎ役として、都道府県や政令指定都市内の福祉事務所、保健所等にコーディネータを配置してくださいという意見を述べさせていただきました。それに基づいて現大綱にはその必要性について記載もさせていただいておりますし、各自治体においてもその必要性を認識して、自殺対策推進計画等に盛り込んでいただいているところもあります。

ただ、日頃支援に当たっている者としては、自治体担当者は本当によくやっただいて、相談者への丁寧な傾聴や必要な情報の提供は行ったださるのですが、一人ひとりに向き合ってコーディネートする、例えば医療機関はこういうところがありますよでは



なくて、ここから病院に電話をしましょう、私が一緒に行きましょうというようなことまで、そういう寄り添っての継続的な相談支援というのはやはりなかなかやっただけでない印象があります。

私も知り合いの行政機関の方々にお話を聞く機会があるのですが、マンパワー的にそれは無理ではないかという話になります。また、現況では、新型コロナウイルス感染症拡大の影響によって保健所等も本当に業務が多忙な中、希死念慮を抱えている方に対してどれだけフォローができているのかということもすごく懸念しているところです。

この問題で御紹介したいのが、当会の会員から寄せられた相談です。日頃からこの会員は問題意識を持っていて、例えばもう死にたいとか、希死念慮を発するような方、そういう方に対しては、自ら行政機関へ相談し、医療機関へ受診を勧め、必要であれば初回相談時の同行支援まで行っています。

ただ、親族や知人等でキーパーソンになっている方がいらっしゃらないような相談者は、行政機関の窓口とか医療機関につながった後もその会員のところにずっと相談を続ける。それは、そのような機関につながっても、核となるコーディネータの方がいらっしゃらないので、その場の相談だけで終わってしまう。病院に繋がっても、医療の問題だけで終わるからです。で、寄り添い支援を行う機関がないために、この会員がずっとゲートキーパーとしてその相談者を抱え続ける形になります。

そして、そのような相談を担い続けた結果、複数の相談者から頻繁にかかってくる電話対応に限界を感じて、現在は相談対応専用のLINEのアカウントをつくってLINEでも対応しています。面談、電話、LINE、これらを駆使して、とにかく複合的に、相談者の揺らぎを支えるという体制で取り組んでいるのですが、自分がそのような対応を続けていくことが本当にいいのかと悩んでいます。

相談者に本当に必要な支援を多角的に見てくれる専門家、行政担当者、そういう方が寄り添い支援してくれることが有益ではないかと感じているためです。

新たな大綱の策定に向けて、今後5年間で取り組むべき課題・施策としては、先ほど述べさせていただいたとおり、ゲートキーパーが相談者を抱え込まなくていいように、支援者間の支援、継続的なフォローができる寄り添い支援をどう構築していくか、具体的な仕組みを次回の大綱には盛り込んでいただきたいと思います。

コーディネータの配置も、前回、当会では下記のとおり、

1) コーディネータは地域内の様々なゲートキーパーからハイリスク者の情報を得て、個々のハイリスク者の状態に応じた支援（寄り添い型支援、必要な窓口への同行支援、アドバイス型支援）と地域内のつなぎ役として中心的な役割を果たしていただきたい。

2) コーディネータは、多職種の専門職能者が業務の中でハイリスク者と出会ったときに、専門職能者からの要請に応じて、専門職能者とハイリスク者に対する必要な支援を協働で行っていただきたい。

3) コーディネータは、自治会等の協力を得て個々のハイリスク者の状態に応じて、ハ

イリスク者が地域内で孤立することを防ぐために、生活再建・見回り等、支援に必要なマネジメントの策定を行っていただきたい。

というような要望を行いました。本当に現場にいて必要だと思うのはこのような仕組みだからです。

もう一つ、なかなか医療につながらないというところから、精神保健福祉士さんや臨床心理士さん等の同席によるアセスメントができる仕組みができないかと考えています。

法律相談を受ける際に、相談者がメンタル面で課題を抱えていると感じても、相談者自身が医療機関を受診しなければ、その後の支援に結びつきにくいです。

以前と比べて鬱とかも認知されて、一般的なものと言われているのですけれども、福岡県司法書士会で以前行った調査では、相談者で希死念慮を抱えている方が医療機関を受診しているというのは半数ぐらいしかいませんでした。

そこで、当会では法律相談時に、精神保健福祉士さんや臨床心理士さんに事務所に同席していただいて、医療機関未受診の相談者に対してもっとしっかりとアセスメントを行うことができる仕組みができないかというのを今考えています。

多職種の合同相談会はよく行われているのですけれども、個々の事務所で相談を受ける際にも気軽にそういうことができるようになれば、早期の支援やゲートキーパーの負担軽減にもつながると考えるからです。

ですので、大綱においても、上記のようなゲートキーパーからの要請に基づいて、医療機関受診前のアセスメントを行える仕組みを考えていただけたらと思っております。

以上、駆け足ですが、当会からの意見は以上のおりです。ありがとうございました。

○椿座長 濱田先生、どうもありがとうございました。

ただいまの説明に関しまして、何か御質問等があればよろしくお願いたします。

中山委員、よろしくお願いたします。

○中山委員 京丹後市長の中山でございます。

今日はすばらしいお話を聞かせていただいて、僕は共感の表明です。コーディネーターの件ですけれども、実際の現場としても大変重要なこととお話しいただいたということで、ぜひ大綱の中でより踏み込んだ具体的な仕組みづくりを御提言いただきたいなど。コーディネーターの育成だったり、そのための必要な予算化だったり、こういったことをぜひ盛り込んでいただきたいと感じながら聞かせていただきました。ありがとうございました。

○椿座長 どうもありがとうございます。御意見を頂戴したと考えました。

生水先生からも手が挙がっております。よろしくお願いたします。

○生水委員 ありがとうございます。手短にお話しします。

御説明、ありがとうございました。ハイリスク者に対するコーディネーターの配置について教えていただきたいのですが、この場合、非常にセンシティブな個人情報を取り扱うことになることと、また、情報共有と収集が必要となるかと思います。

こうした個人情報を共有する仕組みとしまして、生活困窮者自立支援制度には守秘義務

を課した支援会議というものが位置づけられております。そこで、コーディネーターの配置におきまして、生活困窮者自立支援制度との関わりにつきまして、具体的なお考えがありましたら教えていただければと思います。

以上です。

○日本司法書士会連合会 ありがとうございます。

具体的にというところまでは行きませんが、私は北九州市というところで司法書士をやっており、ホームレス支援の抱樸さんや、生活困窮者支援事業を行っているグリーンコープさんの相談員の方とも、日頃いつもお仕事をさせていただいております。

あと、うちの部員でも様々なところで活動しているものがございますので、そういった経験を参考に考えていければと思っております。

○生水委員 ありがとうございます。どうぞよろしく申し上げます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、濱田先生、どうもありがとうございました。

本日、ヒアリングで大変充実した意見交換が行われました。基本的に大綱につながる実際に具体的な提案等々も、ヒアリングの先生方と同時に有識者の先生方からも頂戴できたのではないかと思います。

ただ、予定していた時間がもう既に過ぎてしまったということで、大変恐縮ですがけれども、本日はヒアリングのみでこの有識者会議を終了したいと思っております。事前に伊藤先生、田中先生から資料を頂戴しておきまして、大変恐縮ですがけれども、これにつきましては次回御紹介いただければと思います。

いずれにせよ、いろいろな仕組みがあると同時に、自分の組織の中の仕組み、学校なり、職場の仕組みをいかに地域の仕組みにつなげるか、そういうことも含めて多々提案があって、いわゆるシステムというよりは、エコシステムといいますか、自殺総合対策全般を支えている方々がつながる、しかも、自分たちが支えるというだけではなくて、ほかの仕組みに支えていただけるという、まさに自殺の教育にも関わる、支えられる力の教育ということにも関連した意見が、学校教育だけでなく多々あったのではないかと思います。

以上のような意見をぜひ今後の議論の中で反映させていただきたいと思っておりますし、基本的に情報収集の仕組みに関してもまだかなり不備があるということも周産期医療等々で伺い、今回のヒアリングは大変充実したものであり、我々にとっても非常に貴重な情報を頂戴できたのではないかと思います。

大変恐縮ですがけれども、本日の議事はここまでとさせていただいて、事務局のほうから連絡事項をよろしく願いいたします。

○高橋大臣官房参事官 次回につきましては、12月17日の13時から15時に本日と同様オンラインでの開催を予定しております。次回もヒアリングを行う予定となっております。

ヒアリングにつきましては、日本精神神経学会、NPO法人BONDプロジェクトの橘ジュン様、

NPO法人自立生活サポートセンター・もやいの大西連様、SNS相談コンソーシアム、NPO法人あなたのいばしょ、大空幸星様の4名の方を予定してございます。

そして、先ほど座長からもお話がありましたように、本日御紹介いただけなかった田中構成員、伊藤構成員の資料の御説明に加えまして、資料としては資料1、資料2としておつけしてございますが、資料1としましては前回この会議で御発言いただいたものについて整理をしたもの、資料2につきましてはそれを踏まえて会議として御議論いただく視点としてまとめてございますので、こちらについても次回の進捗を見ながら御紹介できればと思っております。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。

今回のヒアリングの中でも有識者の先生方からいろいろな意見を頂戴できたと思いますので、それも含めて次回議論できればと思います。

それでは、今日はヒアリング中心という形になりましたけれども、大変貴重な意見を多々いただいたことを感謝申し上げたいと思います。

それでは、本日の有識者会議はこれで終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。