

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。

○椿座長 こんにちは。それでは、定刻となりましたので、ただいまから第7回「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」を開催いたしたいと思えます。

まずは、事務局からオンライン会議での発言方法、本日の委員の出席状況の説明をよろしくお願ひいたします。

○高橋大臣官房参事官 それでは、御説明いたします。

オンライン会議の発言方法についてでございますけれども、御発言される場合は、通常の会議と同様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まして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ひいたします。

御発言される際には、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。

本日の出欠状況でございますけれども、明石構成員は中座されるということ、朝比奈構成員、山口構成員につきましては途中で退席をされるということをお伺ひしております。また、南構成員、中山構成員におかれましては途中から参加ということをお伺ひしております。

以上でございます。

○椿座長 それでは、早速議事に入らせていただきます。本日の議事は、これまでの意見の取りまとめを踏まえて、論点の整理ということを行ってまいりたいと思えます。これまでの会議も既に用意していただいたのですが、事務局にてこれまで皆様からいただいた意見について整理するとともに、「検討の視点」というものを作成していただいております。前回と前々回は関係団体等のヒアリングで非常に活発な議論ができたために、この種の論点に関する整理の議論が十分できなかったために、今回はこの内容を中心に進めさせていただきますたいと思えます。

それでは、最初に事務局のほうから今後の有識者会議の進め方も含めて、今日用意いただきました資料の説明をよろしくお願ひいたします。

○高橋大臣官房参事官 それでは、資料について御説明いたします。

まず、資料1「進め方」というものを御覧ください。これまで3回会議を実施してきたところでございまして、令和4年、今回1月28日が第7回ということでございまして。座長のお話にもありまして、ヒアリングを大分充実した形でやりましたので、従来から1回会を追加して開催したいということで考えているものでございまして。以上が資料1の説明でございます。

続きまして、資料2は「これまでのご意見のとりまとめ」ということで、これまで3回実施してきた中で、各構成員の方々から御意見をいただいたものにつきまして、大綱の柱に沿って整理したものでございまして。基本的には各委員から御発言いただいた御意見を掲

載していくという形で整理をしてございます。一つ一つの御説明は省略させていただきたいと思いますが、構成上7ページからが前回おつけしていたものと特に変わっている点でございまして、ヒアリングを2回実施させていただきましたので、ヒアリングに御参加いただいた皆様からいただいた御意見について、こちらも大綱の柱に沿って整理をしているというものでございます。以上が資料2の御説明でございます。

続きまして、資料3は「見直しに向けた検討の視点」ということで整理をしてございます。こちらにつきましては、これまでの会での御議論、御意見などを踏まえまして、事務局において整理をさせていただいたものでございます。1つ目、令和2年に増加した女性の自殺について、どのような取組が必要か。2つ目、増加傾向にある児童・生徒の自殺について、どのような取組が必要か。3つ目、自殺防止に関する相談体制の拡充を進めてきているところではございますが、質や量の観点からさらに大幅な拡充をし続けるという難しい課題がある中で、どういった対応が考えられるかという点でございます。次の点が、電話やSNSによる相談窓口を設けてきたが、それにつきましてさらに必要とされる方にどのような形で情報を届けることができるかといった点についてでございます。その次が、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための方策について、どのような取組が必要かという点。その次は、残された方々への支援としてどのような点に取り組んでいくことが必要かという点でございます。下から2つ目、インターネット上の自殺関連情報の対策、あるいは自殺報道への対応について、厚生労働省、JSCP共に報道機関の要請などしたりしておりますけれども、そういった自殺報道の対応について、さらにどういった取組が必要かという点。以上、挙げておりますが、そのほか検討することが必要な点がございましたら、そういった観点についても御議論いただければと思っております。

本日、基本的にこのような観点を中心に御議論いただければと考えているところでございます。

続きまして、資料5につきましては、第4回有識者会議の際に山口構成員のほうからいただいた御質問に対しての資料として御用意をさせていただきました。資料5の1ページ目の上のほうに指摘いただいたことをまとめさせていただいておりますが、「若者の自殺が増えたことにより、身近に自殺者が出るという経験をしてしまったのではないかと思う。自殺者の属性別で、周りのどういった層に影響するのか、丁寧に分析する必要がある。」といった御指摘でございました。こちらのほうはなかなか難しい御指摘でございまして、直接クリアになるものではないわけでございますけれども、後ほど御説明する資料6、意識調査を行っている中で、関連する項目について整理させていただいたものでございます。

1ページ目の左側のほうを御覧いただければと思いますが、この意識調査の中で、周りで自殺した人が「いる」と答えた方についてお聞きしたところ、「いる」と答えた方の割合につきましては、数が2,009のうち671名、33.4%の方が「いる」と回答されました。

そのうち、「いる」と回答された方の中で、自殺した人との関係を見たのが右側でございます。そちらにつきましては、「同居の親族以外の親族」というのが229名、11.4%と最

も多く、続いて「職場関係者」「友人」「同居の親族」といった順になっているところがございます。

2 ページ目を御覧いただきまして、周りで自殺をした人がいると答えた方が亡くした当時、利用した支援内容が上でございます。下につきましては、周りで自殺した人がいると答えた方が亡くした当時、知っていれば利用しなかった支援内容ということでございます。こちらのほうは、多い回答としては、灰色の「特に利用していない」といったものが回答としては多く、次に「心の健康に関する専門家への相談」といった形になってございます。

下のグラフのほうで、知っていれば利用しなかった支援内容としては、「特に支援を必要としていなかった」という回答が多いわけでございますけれども、実際利用した支援内容と知っていれば利用しなかった支援内容を比べていただきますと、「心の健康に関する専門家への相談」や「電話やSNSの相談」「自死遺族の集まり」といった支援について、利用しなかったという回答が高まっているところがございます。

3 ページのほうは、同様の質問について、同居の親族を亡くした当時についてのアンケートであります。4 ページ目のほうが同居の親族以外の親族を亡くした当時についてのものでございます。いずれも回答の傾向としては同様の形になってございます。知っていれば利用しなかった内容の回答につきまして、先ほど御説明したとおり、いろんな専門家への相談、SNSとかの相談といったものを利用しなかったという回答が高まっているところがございます。こういった支援などの情報を整理し、必要になったときに届ける、あるいは手にすることができるといったことが必要なのではないかとこのところが読み取れるところではないかと思うところがございます。

以上が資料5でございます。

資料6につきましては、今、資料5で御紹介させていただきました意識調査についての資料でございます。こちらのほうは、全体につきましては参考資料という形でおつけしているものでございますが、そのうち概要として整理をさせていただいたものでございます。冒頭でございますが、この意識調査、自殺に対する認識、理解度の実態を把握し、今後の施策の参考とすることを目的に実施したものでございます。実施期間は8月で、回収サンプル2,009とありますが、調査の対象として調査票を投げましたのは4,000ということで、そのうち回収できているのが2,009ということでございます。

主な調査結果を御覧いただければと思います。左側、自殺対策に関する事柄の周知度ということでございます。「内容まで知っていた」「内容は知らなかったが言葉は聞いたことがある」というのが、青いあるいは水色の回答でございますけれども、こころの健康相談統一ダイヤルにつきましては、5割の方が「知っていた」あるいは「聞いたことがある」といった回答をしているところがございます。続きまして、よりそいホットラインは、3割程度が「知っていた」「聞いたことがある」といった回答。予防週間・月間につきましては、35%弱が「知っていた」あるいは「聞いたことがある」といった回答をいただいているところがございます。

2 ページのほうは、身近な人の「うつ病のサイン」に気づいたとき、専門の相談窓口を勧めるといった回答をされた方は7割と高くなっているところでございます。

次が、身近な人から「死にたい」と打ち明けられたとき、どう対応するのがよいと思うか聞いたところでございますけれども、多いのが真ん中ぐらいにございます「ひたすら耳を傾けて聞く」というのが38.3%という形であります。1 ページの周知度のところでゲートキーパーにつきまして、「内容まで知っていた」あるいは「言葉は聞いたことがある」を合わせると12%ほどでございますが、2 ページ目、今、説明してございます「死にたい」と打ち明けられたときの対応ということで、「ひたすら耳を傾けて聞く」というのが多くなっております。そういった意味では、ゲートキーパーが果たしてもらいたいと期待される役割、ゲートキーパー的なことについては、皆さん、やるべきこと、対応しなければいけないというふうに考えているということがこの回答から読み取れるのではないかと考えております。

性別で見ますと、女性のほうがその回答をする割合が高く、年齢別で見ますと、若い層のほうで高まっているという状況でございます。

3 ページにお移りください。左側です。悩みを抱えたときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり、助けを求めたりすることにためらいを感じるかという設問につきまして、「そう思う」「どちらかというと思う」という回答をされた方は38.8%。グラフでは青と水色の部分でございます。前回調査と比べますと、「ためらいを感じる」というふうに答えた方が8.1%減っているという状況でございます。

下の棒グラフを御覧いただければと思いますが、「自殺しようと思ったことがない人」「自殺しようと思ったことがある人」というものを比べますと、「自殺しようと思ったことがある人」のほうが、ためらいを感じるという割合が高くなっているという状況でございます。

3 ページの右側に行ってくださいまして、相談や助けを求めることにためらいを感じる理由について聞いたところ、多いのが「家族や友人には相談したくない（できない）から」というのが多くなっております。その次が「自分の悩みを解決できるところはないから」、続きまして「専門家に相談するハードルが高く感じるから」といったものになってございます。

こちらに棒グラフが3つありますけれども、総数と自殺を考えた経験の有無ということで2つ分けておりますが、自殺を考えた経験、黄色の棒グラフのほうが全体的に高いという回答になっているところでございます。

4 ページの左側は、不満や悩みやつらい気持ちに耳を傾けてくれる人がいるか聞いたものでございます。その中で「実際に会って、個人的に相談できる人がいる」という回答が69.7%でございました、一番下「いない」というのが16.5%ございました。「いない」という方について、どういった属性かというのを見たのが右側でございます。男性と女性を比べると、男性のほうがその回答をした割合が高く、年齢層で見ますと、年代が高くなる

につれて割合が高くなってございます。

性別と同居の有無で見てみますと、同居のないほうが「耳を傾けてくれる人がいない」という回答をしている割合が高まっているという状況でございます。

続きまして、5ページは、自分自身の「うつ病のサイン」に気づいたとき、利用したい専門の相談窓口についてでございます。最も多い回答をしてございますのが水色の部分で、精神科や心療内科の医療機関というのが最も高くなってございます。年代別で見ますと、青のところでかかりつけの医療機関（精神科や心療内科を除く）といったものが全体的に高くなっている傾向がございます。

6ページの左側は、自殺を考えた経験があるかということについての設問でございます。こちらについて、令和3年の回答としては27.2%という回答でございまして、過去の調査と比較すると、ちょっと高まってきているという状況でございます。

左側のグラフの真ん中辺りにあります直近1年以内に自殺を考えた経験というのを御覧いただきますと、令和3年のところでは9.5%といったことで、これまでの調査の中で最も高い状況にあるという状況でございます。

下のほうに横棒の棒グラフがございまして、その中でも特に20代と20代女性のところで「自殺したいと思ったことがある」の割合が高いという状況でございました。

6ページの右側でございます。自殺を考えたとき、どのようにして思いとどまったかということで、最近1年以内に自殺を考えた経験がある方に対して、どのようにして思いとどまったかと聞いたものでございまして、「家族や恋人など身近な人が悲しむことを考えた」といったこと。あとは「我慢した」といったこと。続きまして、「他のことで気を紛らわせるように努めた」といった回答の順番になっているというところでございます。

7ページ、自殺報道に関する設問の関係でございます。左側、自殺を扱ったどのような報道に関心があるかを聞いたところ、「有名人の自殺に関する報道」といったものが26.6%と最も高くなっておりまして、前回調査と比較しますと12.7ポイント増加しているというところでございます。

右側に行ってくださいまして、自殺を扱った報道についてどう感じるかを聞いたものでございますけれども、全体の中では「自殺の原因を探るために遺族などにしつこく取材しているのが不快」といったものが53.1%と最も高くなっているところであります。

この棒グラフは3つございまして、一番上が「全体」、その下にありますのが「自殺未遂の経験無」、下が「自殺未遂の経験有」というものでございましてけれども、自殺未遂の経験がある方というので見ますと、「自分も『死にたい』という気持ちを強く感じた」というのが11.0%、「身近な問題であると感じた」というのが38.4%と、全体よりも高い割合となっているといった結果となったところでございます。

8ページは、新型コロナウイルス感染症流行以降、最も強く感じた変化について聞いたものでございまして、回答として最も多かったのは、青の「不安を強く感じるようになった」でございます。

その下、最も強く心情や考えの変化を感じた時期について聞いた設問でございますが、これは2020年3月から4月頃といったことで、感染の拡大の第一波の時期といったところでございます。

続きまして、9ページにお移りいただければと思います。今後求められる自殺対策ということで、アンケート調査をいたしました。そこに書かれている設問に関して回答いただいているわけでございますけれども、この中で最も回答として多かったものが「子どもや若者の自殺予防」、その次が「一緒に自殺する者を募ったり、実際の手段を教えたりするネット上の書き込みなどのネットパトロール」といったもの。続きまして「さまざまな悩みに対応した相談窓口の設置」といったことで、これまでの有識者会議の中で子供の問題やネットの問題といった御指摘もいただいております、そういったものと問題意識としては共通する部分があるかというふうに受け止めております。

10ページのほうにお移りいただきまして、今後求められる若者向けの自殺対策といったもの、ここに掲げているものについて問うております。この中で「悩みを抱え込まず周囲に助けを求めることを学ぶ教育（SOSの出し方教育）」というのが一番多かったところでございます。続きまして「子どもが出したSOSに気づき、受け止めるための教員や保護者に対する研修の実施」といったこと。「ネット上での誹謗中傷に関する対策」といったものが続いております、こちらのほうもこれまでこの会議でいろいろ御指摘いただいている事項と重なる部分があると考えているところでございます。

以上が資料6の御説明でございます。

続きまして、資料8は「自殺者数の最近の動向」ということでございます。21日に令和3年の自殺者数、速報値を公表いたしましたので、御紹介させていただくものでございます。表の一番右側、赤枠で囲っているところで「合計」というのを御覧いただければと思いますが、令和3年速報値で2万830ということでございます。全体で見ますと、令和2年と比べますと251名減少といったことになってございます。

男性、女性で見ますと、令和2年と比べますと、男性が240人減少、女性が11人減少といったことでございますが、こちらについては速報値でございますので、引き続き確報値が出た段階でこの数字がどうなるかといったことに注視が必要だと考えているところでございます。

最後に資料7の御紹介をさせていただければと思います。資料7については日本精神神経学会のほうから提出をいただいたものでございます。前回、日本精神神経学会にはヒアリングに御参加いただきまして御説明をいただいたところでございます。その際、座長のほうから現状の課題を踏まえてこれぐらいの強化が必要だといったもの、学会としてのポジションペーパーを可能であれば提出してほしいという御依頼をされまして、それに対応する形で改めて学会のほうから提出をいただいた資料でございます。ですので、こちらの中身については私のほうから御説明は特にいたしませんけれども、今後御議論いただく際に、こういった意見も踏まえて有識者会議として御議論いただければと考えているところ

でございます。

資料についての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。

いろんな質問に関しましては、後ほどの議論のところで行うということにいたしたいと思います。

残りの時間につきましては、まず意見交換ということが非常に重要だと思います。

その前に、これまで委員の先生方から提出いただいた意見書を説明していただく時間を取れなかったということがございますので、まずは3人の委員の方々から意見書の御説明をいただきたいと思います。資料が提出されておりますので、1人3分程度で簡潔にお願いできればと思います。

最初に伊藤委員、よろしく願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。伊藤です。

資料4-1を御覧ください。補足的に御説明いたします。昨今もオミクロン株の感染拡大に伴って、地域の自治体のゲートキーパー研修や総合相談会とか、こういった計画をされていた自殺対策事業の実施の中止がいまだに起こっています。こういったこと自体を避ける必要があると考えます。

感染拡大を問わずに、地域において必要な自殺対策が実施できるようにするためには、ICTの活用が不可欠なわけですが、現大綱においてはICTの活用というのはアウトリーチのみに記載されているところでございます。あらゆる事業、ここに書いてある啓発、人材育成、相談支援、居場所活動等でICTを活用するのは前提かと思えます。そのように大綱にも記載いただきたいですし、さらに、ICTを活用するだけではなくて、事業実施データを蓄積しながら効果検証を行って、それらの検証、研究による成果を実践に還元していくように、根本的に変容していく必要があると考えております。

以下4つ、具体的な要望をさせていただきます。

最初に、ゲートキーパーの育成の強化と後方支援の強化。地域で市民を含め様々な人を対象にゲートキーパー研修が行われているわけですが、一般市民と保健師さん、あるいは医療スタッフのような専門職と一緒に研修を受けることも見受けられます。例えばアメリカのワシントン州では、医療、福祉、心理職のような専門職が州から承認された自殺予防のトレーニングコースを受講する必要があると法的に定められております。職種によってトレーニングの時間とか頻度とか内容もそれぞれ異なって定められています。日本の地域におけるゲートキーパーの研修の内容も対象ごと（職種・役割ごと）に構造化して研修を開発したり、それに伴う研究なども行っていく必要があると思います。

また、養成されたゲートキーパーを支援するようなスーパービジョン等の仕組みも推進していただきたいと思っております。

2番、3番に関しましては、このとおりでございます。

4番に関しましては、ウェルテル効果に関しては現大綱でも既に記載がされております

が、マスメディアのみが対象として記載されてございます。確かに報道機関向けのWHOの手引は、十分ではないですけれども以前よりは浸透してきているように思います。ただ、報道ではないエンタメのコンテンツとかそういったことにウェルテル効果が起こるということはもう分かっていることですし、そもそも言葉の由来になっている『若きウェルテルの悩み』も小説ですし、日本でも江戸時代から起こっています。

一方で、個人とかグループがメディア化して、テレビや新聞、ラジオのようなマスメディアのように影響力を持つようにだんだんなっています。そういった意味では、WHOがもう一つ出している手引、クリエイター向けに出している手引に関しても認知度は非常に低いですし、表現の自由の観点からクリエイターの方からも批判的な声もありますので、そういった方々と対話を進める場やワーキンググループをつくったり、研究を進めていただきたいと思います。ですので、大綱においても報道機関、マスメディアだけではなくような記載の仕方を要望いたします。

以上になります。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。

それでは、引き続きまして田中委員、よろしく願いいたします。

○田中委員 田中でございます。

時間が限られていますので、早速説明に入らせていただきます。大綱見直しの資料として、連絡会として意見書3通、今回三木構成員との合同意見書1通を提出しているところでございます。

まず、先に3通の意見書の説明をさせていただきます。時間もないので、ざくっと行きます。まず、自殺対策基本法があつての大綱ですので、大綱の見直しもまた基本法に沿った形で対策を講じなければならないと思っています。自死遺族の当事者団体としては、今回の見直しに当たり、自殺対策基本法の第9条「自殺対策の実施に当たっては、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の名誉及び生活の平穩に十分配慮し、いやしくもこれらを不当に侵害することのないようにしなければならない」を重要課題といたしました。これまでこの第9条が軽視されてきたと思われるからです。

基本法ができ、大綱が策定された頃の議事録から分かることがあります。2009年より警察庁は、それまでよりも自死遺族等の事情聴取から得た情報の範囲を広げての新たな原票を警察庁統計、厚労省の統計、白書への掲載、プロフィール作成と、地方自治体への提供の実現のために、自殺対策推進室、民間団体である指定法人などに提供を実施しているわけですが、2008年当時の自殺対策推進会議の議事録に残されていますが、警察庁が原票データは個人情報保護、プライバシー保護の観点から何もかも提供することはできないというふうに述べて難色を示していたわけですが、なぜか2009年1月から項目を追加した警察庁の原票の運用が開始されていることが議事録として残されています。

自殺対策基本法の第9条を守るなら、家族の自死直後から行われる事情聴取の遺族の原票の提供範囲を、遺族に断りもなく広げ、さらに公開することで起こる弊害などを想定し、



提供範囲や公開と非公開にするべき情報など、もっと時間をかけて議論することが必要だったのではないのでしょうか。自殺を防ぐためなら家族を亡くした遺族の情報が遺族に断りもなく公開されているということは、理由にはなりません。第9条を守ることが、事故物件サイトの問題やSNSの誹謗中傷、遺族への不当な請求などを牽制することにも効果的ではないのでしょうか。

遺族支援がハイリスク者としての位置にあるなら、こうした基本法第9条を守る対策を取ることで基本法第19条の自殺発生回避のための体制につながり、基本法第21条の親族等の支援につながるのだと思います。基本法に沿った大綱の見直しを望んでおります。

詳細については意見書3通、たくさんありますので、御覧になっていただければと思います。

次に、三木構成員との合同の意見書について述べさせていただきます。これについては三木構成員のほかに協力者の名前も下のほうに連ねておりますが、御協力いただきながら作成させていただきました。これも見ていただくので、ざくっと説明します。

内閣府から厚生労働省に移管後、自殺対策を総合的に推進することに停滞が生じているのではないかと、透明性を持って政策決定が行われているのか、科学研究は十分に成果を上げているのかという検証が望まれます。自殺対策を中長期的、総合的に推進することが失われている気がしますので、自殺対策白書の構成を見直すことを望みます。また、疫学・統計研究と事例・臨床研究という方向から科学的な研究を打ち出すべきであり、また、新型コロナウイルス感染症の世界的流行下において自殺対策の推進体制がどのように毀損されたかの分析も必要と思われまます。

社会的対策と精神保健対策の協働による脆弱な集団へのアプローチは必須です。自殺対策基本法20年に向けての検証作業を開始してほしいと望んでいます。それには、第三者による公平な検証作業を進め、次の20年における大綱見直しは、その成果を踏まえた見直しを望みます。

説明ですが、1、脆弱な集団への介入戦略を明記し、社会的対策と精神保健対策の協働を推進すること。2、自殺対策の基本方針に、ジェンダーセンシティブな対策に取り組むことを挙げる。3、児童・生徒の自死の防止のための大人へ教育研修の実施。4、自死の連鎖を防止するための研究の推進。5、児童・生徒の自死の事例分析に取り組むこと。6、多職種による相談会の普及とそのための連携調整を担う人材の配置。7、相談活動の体制及び効果に関する実証的研究及び円卓的な話し合いの場の設置。8、自死の実態分析を進めるための2つの研究、すなわち疫学・統計研究と事例・臨床研究を同時に推進すること。9、自死未遂者への医療現場や地域保健における支援の強化。10、自死遺族の主体性と人間性の尊重。11、自死遺族による活動や自死3番、4番の持続可能性の確保。こちらも詳細については資料を御覧いただければと思っております。

早足ですが、よろしく願いいたします。

以上でした。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、続きまして、中山委員、御説明をよろしくお願いいたします。

○中山委員 今日はこのような機会をありがとうございます。

冒頭、厚労省をはじめ、関係省庁の皆様や指定法人のJSCPの皆様には日頃懸命な御活動をしてくださって、心から感謝申し上げます。

我々自治体は、もちろん行政資源に一定の制約もある中で、とても大切な自殺対策に向き合うことを真剣に引き続きやっていきたいと思う中で、こういった政策形成の機会をいただいたり、あるいは特にJSCPの皆様には積極的な統計的なデータ、自治体ごとのいろんなデータ分析を御提供いただいている、これはもちろんいろんな大切な御配慮を引き続きいただきながらということはあるかと思うのですが、同時に結果として統計的なデータ、属性とか分野に分けながら自治体ごとに出していただく。これを受けて自治体の自殺対策というのは本当に進んできていると感じておりまして、自殺を減らしていく、なくしていくこの施策のために引き続き大いにサポートしていただきますように、どうぞよろしくお願い申し上げます。

それに関連しますけれども、資料として出しておりますが、ぜひお願いしたいのが、1つ目、自治体の相談窓口機能。これは対策の最前線、生命線ではありますが、この機能強化のために、自治体間もそうですが、民間の皆様の様々な大切な窓口が今、展開されておられるわけですが、このネットワーク化です。これを個別、いわゆるゲリラ的ではなくて、体系的な整備をできれば国サイドの音頭取りの中でしていただければ。

自治体の担当者は必ずしも専門家ばかりではありませんので、多機関との連携とか支援、自治体相互、あるいは民間の皆様と日常的につながっておくことで、いざというとき機動的な対応もしやすいですし、加えて、オンラインでネットワークがつながることで日常的にいろんな機関間での情報交換ができてくるということは、相談機能の地力をさらに強く、厚くしていく。そういう総合的な対応力の向上に構造的につながっていくことになると思うので、ネットワークの取組をぜひ。今ある自治体とか民間の機能をどう生かすかということですので、ぜひしていただければありがたいと思います。

2つ目に書いておりますのが、これも相談機能の向上に関わる話ではあるのですが、司法書士連合会の濱田様が前々回おっしゃってくださっておりましたが、特にハイリスクと思われる方への御支援を一層丁寧に多角的にやっていくというのが、いざというとき特に必要になってくるわけですが、このための専従的なコーディネーターの配置を全国的に本格的に。それをどこに置くのかというのはいろんな御議論をしてくださったらいと思うのですが、民間に置かれながら、自治体とも申し上げたようなネットワークでつながる仕組みを併設しながらとか、あるいは自治体に置くのか。具体はこれからにしても、全国的にこういった方々の配置が展開されればすばらしいと思います。

3つ目、「生命の尊さ」に関する諸啓発、相談機能の本格的な充実をと書いておりますのが、これも前々回、新井先生のほうがおっしゃってくださった児童・生徒の自殺の増加

傾向の背景の一つに、死生観の在り方が若い世代で変化というか、壮年、シニア世代との違いがありますよというお話をいただいたわけですが、これについては若い世代の自殺念慮の根っこに関わる話だと思うので、いろんな形で教育の中、あるいは民間の皆様の相談体制の中で道徳的、哲学的、あるいは宗教的な背景も持ちながらの御相談。例えばお寺の方がやられたり、教会でやられたり、いろいろあると思うのですけれども、そういった窓口との連携も含めて、ただ個別の団体自体への勧誘につながるようなところはうまくシャットアウトしながらも、でも、命の尊さの根っこに関わるような多彩な価値観との触れあいというものにつながるような環境を若い人たちにというのも必要だと思うので、道徳的、哲学的、あるいは宗教思想的な背景のある価値観を持ちながらご相談窓口との連携も音頭を取ってやっていただければいいのではないかなと思います。

私は一京丹後市長の立場で申させていただいています。他方で、同時に全国の300以上の自治体の皆様と「自殺のない社会づくりの市町村会」というものを10年ほど前から構成しているのですが、たまたま幹事役をさせていただいて、今回のこのことは他の自治体の皆さんに何か諮ったわけではないのですが、日頃他の自治体の皆さんとのやり取りを通じて大切と思うようなことを今日は書かせていただきました。

以上、どうも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。

大変いろいろ有益な意見を頂戴できたかと思います。これから委員の皆様方に関する意見交換に移りたいのですけれども、冒頭に御説明したとおり、事務局が整理した「検討の視点」というのがございます。これについて意見をお願いできればと思います。今後の論点ということを具体的にしていければと思っていますところ。御意見がある方は挙手をお願いいたします。時間も限られておりますので、できるだけ簡潔をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。生水委員、よろしく申し上げます。

○生水委員 御説明いただきまして大変勉強になりました。先ほど委員の方々からお話しいただきました御意見を踏まえまして、大綱に反映していただきたいことを踏まえてお話ししたいと思います。

1点目、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための対策についてという論点がありますが、これにつきましては、医療と自治体等の支援窓口が迅速、適切に連携できるように、個人情報に関する取扱いをしっかりと整備することが必要ではないかと考えます。ぜひこのところは反映いただきたいと思います。

2点目、前回もお話をさせていただいたのですが、医療につきましては、1か月、2か月待ちの初診の現状を踏まえまして、迅速に医療受診ができる体制整備を図ることと併せまして、伊藤委員の御意見にもありましたように、今、コロナ禍において精神不安定な相談者の方々が御家庭におられますし、増えているところです。例えばオンライン受診、オンラインカウンセリング、こうした活用を推進することが必要ではないかと考えますので、様々な場面でオンラインの積極的な活用をぜひとも入れていただきたいと思います。

3点目は、中山委員から先ほど御意見がありました。医師や医療ソーシャルワーカーの方が借金、失業などの生活困窮状況、また、ひきこもり等の孤立の状況を把握されれば、適切に生活困窮者支援の窓口につなぐことができるように、地域において医療、自治体、多機関の機能的なネットワーク体制を構築することを大綱に規定することが必要ではないかと思えます。

最後になりますが、自殺対策というのは、生活困窮支援をしている中でも、全ての相談において生きる支援のベースとなりますので、この大綱においては強いメッセージをぜひとも入れていただいて、国民、本当に困っている皆さんの心に響くようなメッセージを入れていただくことを願っております。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。具体的な意見、ありがとうございました。

いかがでしょう。松井委員、よろしく申し上げます。

○松井委員 日本精神科病院協会の松井でございます。いろいろなお話を伺った上で、私は日々臨床でうつの方とか自殺未遂の方を診ていますので、その立場で話をさせていただきます。

まず、子供たちについてですが、5月の新井先生のお話の中でも、1割強の子供たちが死んでもまた生き返ると思っているというアンケートを見てびっくりしました。ゲームとかアニメの影響も大きいのだと思うのですが、そうだとすれば、今度は国が主導して自殺予防のアニメ、あくまでも変な刺激をしないように注意をした上で、特に死んだ生き物は戻らないということを強調するような啓発のものをつくってはどうかと。こういうのを子供に見せて教育するということが必要ではないかと感じました。

子供のことでですから、幾らカウンセラーを増やしたとしても、実際に子供の自殺が増えているということで、どの程度の実効性があるのかということは疑問だと感じております。これも以前お話をしたのですけれども、子供たちがスクールカウンセラーのところに行くというときに、出たり入ったりするところを見られるとからかわれるということが時々あるようです。実際には行きたくても行けない子供たちがいるということはよく分かっていた上で、例えば時間外であるとか、状況によっては、授業中、ほかの子供たちが見えないようなところでカウンセリングルームに行くということができるような仕組みができないかと考えております。

これも以前お話ししたことですけれども、小児専門の精神科医があまりにも少ない。これは需要と供給の関係もあるのですが、こういう専門家につなごうと思っても、1か月どころか、3か月待ちだと言われることもまれではありません。国が政策として児童・思春期を専門とする精神科医を育成することが必要ではないかと考えております。私自身も児童・思春期の専門ではないのですが、精神科医全体に対しても特に児童・思春期に対する理解を求めるような講習会をつくる必要があるのではないかと考えております。

一気に話をさせていただきます。

次に、精神科に関する問題です。精神科医がもう少し自殺対策に積極的に協力できるような仕組みをつくる必要があるかと思って今回聞いておりました。本日の資料5においても、知っていれば心の専門家に相談したかったという人が多かったにもかかわらず、敷居が高いというような結果も出ておりました。これは精神科に対する偏見というのが非常に大きいと感じております。我々の仲間、精神科医がクリニックを開業するときにも、ほとんどは精神科クリニックではなくて、心療クリニックと名乗っているということがその実態を反映しているのではないかと感じます。これについても精神科に対する偏見をなくしていくということは国の大きな責務ではないかと考えております。

幾らうつ病の講習会を開いたとしても、かかりつけ医の先生方のための講習会をやっているのですが、一度講義を聞いたぐらいの先生、非専門の先生がSSRIなどを処方するだけにとどまっているということもあるようです。国が本気で自殺の再発を防ぎたいのであれば、うつ病の専門医である精神科につなぐために、精神科の重要性を少し国民が理解をしていただくようにしたほうが良いと思っております。

続きまして、自殺未遂をした方が救急病院に運ばれた後どうなるか。私が大学病院に勤めていたときは、自殺未遂で骨折したり、身体的な問題が解決した場合には精神科に移っていました。精神科医でその後のフォローをしていたのですが、現在、市中の救急病院に運ばれた方たちはその後どうなるかという、精神科には紹介されず、そのまま帰されるのです。結局、なかったことのようにまたおうちに帰るのですが、これはあまりにも手落ちだと考えております。これに関しましても、自殺未遂をした方に対しては、精神科に対して相談する、コンサルするという仕組みをつくるべきではないかと思っております。

もう一つ、自殺対策センターというものがあるということを知ったのですが、私はこれをよく知らなくて、どの程度精神科医が関与しているかということに今回興味を持っております。こういうところにも精神科医はみんな協力をしていくという心積もりは持っておりますので、そういうこともお考えになってほしいと思います。

最後です。労働者の自殺というものが問題になっておりますが、それだけでなく、零細企業とか中小企業の経営者が自殺するということがよくあります。聞くと、大会社と違って自営業の方が例えば仕事が立ち行かなくなると、設備投資や人件費などの借金を返せなくなった場合に、もう死ぬしかないと考えている人が意外とおられます。これは皆さんよく御存じで、生命保険目的での自殺というのは免責になるということは知っていても、ネットの中でうつ病などの精神疾患があればお金が下りると書いてあるのがあるという方がおられて、それで自殺を考えたなどという方がおられます。大企業ではなくて、立ち行かなくなった中小企業の経営者たちの自殺を防ぐということも何らかの方策が必要ではないかと思っております。

長くなりましたが、以上です。

○椿座長 どうもありがとうございました。精神科の寄与等も含めて、中小企業も含めて多種多様にコメントをいただけたと思います。

明石委員が14時に一時中座と伺っているのですけれども、明石委員、今、コメントすることがあれば優先的にお願いできればと思います。

○明石委員 御指名いただきましてありがとうございます。都合上、一時中座させていただきます。

特に皆さん方の意見をお聞きしてこれだということは、我々はありませんけれども、最近、ここに書かれていますように、SNSとかインターネット、我々古い人間ではなかなか分かりかねる使い方というのが、今後の自殺対策についてはかなり影響が大きいのだと思っています。そこら辺も踏まえてそういった対策をぜひ濃いめに立てていただければと思っています。

以上でございます。ありがとうございます。

○椿座長 SNSに関しての処方ということでございます。どうもありがとうございます。

それでは、また委員の皆さん方の御意見を頂戴したいと思います。続けていただければと思います。向笠委員、よろしく申し上げます。

○向笠委員 向笠でございます。

私は福岡県の臨床心理士会の中で、自殺等が起こった小中学校に実際的に緊急支援という形で心のケアに入っていくという活動をしております。2002年には既にその活動が福岡県内で動き出して、もちろん全国的にも自殺の後の心のケアという形で心理職の人間が入るということが動いておりますけれども、これはひとえに大きく急性ストレス反応が全体にかかっているところに、心のケアで生徒や保護者、学校にというところでサポートをしていくわけですが、しばしばいじめ等でいろんなニュースが出てきますが、自殺の件で中学校に緊急支援に入っていくところで、全体の割合としていじめ自殺という形で出てくる割合はそれほど多くございません。

では、それ以外のところで理由は何かという、当然のごとく何が理由で起こったのだというところで大きく地域全体を巻き込んで流言飛語が出てくるという非常に厳しい状況に入って、そのためにチームを組んで心のケアをやっていくという姿になっていくわけですが、それらを考えますと、なぜ子供が自殺をしたのだということを理解することが非常に難しいという経験をしております。その中で考えていきますと、当初の新井先生もおっしゃいましたように、心のケアというよりは、SOSの予防教育を子供たちに授業枠できちんと入れるという方向を出していただきたい。それはなぜかという、これが理由でどうしてもやむにやまれない自殺を選んでしまったというところより、なぜか分からないというところ、分からないということを持ちこたえていくことの重荷をみんな経験していくわけですが、それ以前に教育を行うことで、例えば小学校3年生から1年に1回、小学校の45分授業、もしくは中学校・高校の50分授業を1回1人の子供が受けていけば、小1からすれば9年間、小3からいけば7年間、7回1人の子供が予防教育、SOSの出し方教育を受けていくというところで、非常に教育的な意味があるのだらうと思います。

なぜ今、それを一番強く思うかという、このコロナの状況で子供の発達段階で本来享

受すべき修学旅行や運動会、全体で横のつながりを得る、上下のつながりを得るというチャンスが大きくそがれています。そのために学校自体でソーシャルディスタンスということを打ち上げているわけです。これは発達段階を考えると、とても異常事態であるわけです。これらの子供たちがだんだん成長していくときに、どれほど自分のうまくいかない、SOSのことを出せるだろうかというところの危惧が非常に大きく、なおかつ教育的にそこをどう補えばいいかというところが、恐らくしばらくの段階、このコロナの問題というのは引き続けるだろう。

そういうことを考えますと、ぜひ文科省の中の教育という形で、1年間に1回、SOS出し方教育というところを子供たちの中に入れて教育してほしい。彼らが同じ授業を1年間に一遍ずつ受けることで、どこかで自分のSOSを出すということ、教育の中で得た知識を使えるようにしていただきたい。それを非常に強く思う次第です。

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。この会議でもかなりいろいろな議論、意見があったところですが、文科省の政策も含めて提言いただいたと思います。

いかがでしょう。朝比奈委員、よろしくお願いします。

○朝比奈委員 朝比奈です。ありがとうございます。生活困窮者をはじめとする相談事業で働いております。よろしくお願いいたします。

まず、女性の自殺について、せんだっての有識者会議でヒアリングがありました妊娠初期の対応について、ぜひ取り上げていただきたいと思います。孤立した状態で予期せぬ妊娠に遭遇した女性たちはお一人で大変悩み、産むという選択をすれば母子保健にもつながっていきませんが、その手前のところで大変悩んでおられます。具体的にどのようなサポートがあり得るのかという情報も十分に届いていない状況で、場合によっては出産当日を迎えてしまうといった場合もあります。この辺りについてぜひ御検討をいただきたいというのが1点です。

検討の視点の中に子供たちのこと、相談体制の拡充のことが取り上げられていますが、私は各種電話相談、SNSを通じた相談などにも関与させていただいておりますけれども、相談窓口があればそれでいいかということではなくて、場合によっては気持ちの吐き出し、整理というところで落ち着ける方もいらっしゃいますが、孤立、その先の自立ということに向けて継続的な支援のための具体的な手だて、それからBONDプロジェクトなどからも御報告がありましたけれども、10代後半以降の子供たち、若者たちのショートステイのような仕組み、そうした具体的な手だてがないまま相談を繰り返しているという方も多くいらっしゃいます。継続的な支援も含む出口の体制整備、拡充が重要だと思っております、この辺りにつきましては、児童福祉だけではなくて、困窮者支援も含めたライフステージにわたる切れ目のない体制整備が必要だと思っておりますので、ぜひその件についても盛り込んでいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○椿座長 どうもありがとうございます。妊娠初期のハイリスクの女性の皆様方に対する

配慮、それから各種相談から出口、実際にどういう形に出口の体制をつくっていくかということまでの整備について頂戴いたしました。

田中委員から手が挙がっております。田中委員、よろしくお願いします。

○田中委員 田中でございます。

先ほど松井委員がおっしゃったことについて、私、前にも意見を申し述べたことがありますけれども、自殺未遂者が緊急搬送されて、その後、診療所クリニックにかかっていた患者さんなどは、そのまま救急病院のほうから診療所クリニックのほうに通報、患者さんが未遂しましたよという話が報告されるのですが、そうすると、診療所クリニックのほうでは責任が取れないということで診療を拒否するというのを、ここ十何年ずっと聞いているわけです。なので、ぜひ診療クリニック協会と入院設備のある病院、救急医療を担うような病院と連携をしていただきたいと思いますと思っているのです。そうしないと、未遂を繰り返せば繰り返すほど行く場所がなくなっていってしまうのです。治療を受ける場所がなくなっていってしまう。

あとは、精神医療の問題でいろんなことを聞いているのですが、特別なのもかもしれないですけれども、入院中に死にたいとか未遂を起こすと強制的に退院という病院も少なからず。私が知っている限りでは宮城県、長崎県とか、いろんなところから聞こえています。実際私はその相談を受けたこともあります。土曜日の夜にレロレロ状態で今、病院を追い出されたという人もいたりして、そうすると、どのようにも対応できないのです。もちろん、病院で暴れたりということもあるのかもしれないですけれども。自殺未遂を病院の中でしたとか、死にたいとかそういうことを言う患者さんほど、いろんな連携を取ってサポートをしていただきたいと思いますと思っているところです。ぜひ連携をして患者さんのために何が一番大切なのか。未遂を犯した人は本当にハイリスク者なわけです。その人をサポートしてほしいと思っています。

先ほど松井委員もおっしゃいましたけれども、車椅子ですぐ退院させて、それで終わって、そうやって亡くなった人も数多く知っています。なので、その後、家族とも一緒にサポートしていく体制を整えてほしいなと思っているところです。

それと、今、向笠委員もおっしゃったことですが、いじめが少ないとあれしましたけれども、私の関わっている中ではいじめ、体罰、行き過ぎた部活の指導などもあって亡くなっているケースが非常に多いと思います。私自身はカリフォルニアのほうの遺族ともつながっていますが、向こうのほうでは子供の自死が起きたときに学校は隠さない。自死があったということをちゃんと子供たちに伝える。その後にグループでケアをしていくという体制を取っているようでした。

日本では実際はほとんど自死だということを伝えず、病気だとか、事故だとか、転校したということもあって、なぜ亡くなったかと子供たちは知らされていないのです。でも、子供たちはある程度世間的なもので分かっているのです。大人は隠しているのだ、学校は隠すのだということで、なおさら子供が心を痛めているケースも私はたくさん相談を受け



ています。だから、できれば学校で隠さずに、自ら亡くなったのだということも伝えつつ、その後のサポートをしっかりしていくということをぜひ文科省にさせていただければなと思っていますところでは。

そして、権利として義務化された第三者調査委員会、いじめの有無にかかわらずその調査委員会を設置しなければならないと。何があったかを知るために。それが再発防止につながっていくということで、文科省がせっかく義務化されたというか、遺族が拒否しなければということなのですけれども、その辺りも遺族に拒否させるような説明の仕方ではなくて、葬儀の前に行かないで、葬儀が終わった後に調査委員会の設置とか保護者説明会について御説明をしていくというふうにすれば、調査委員会の設置なども割と割合が上がっていくのではないかなと。文科省の大臣が、何百人も亡くなる中で1割ぐらいしか調査委員会が開かれていない、非常に残念だとおっしゃっていたことを一度テレビで拝見したのですが、何があったかを知るために、再発防止のためにも隠さず調査委員会など。調査委員会というのは非公開でできるはずなので、ぜひそういうことをしていただきたいなと思っていますところでは。

以上です。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。今の田中委員の話は、最初の松井委員の話とも非常に整合的な部分があったかと思えますし、いじめに関しては、カリフォルニアみたいに、どういう形で学校のいじめということについて、きちんと遺族の方に配慮した上で進めていくかということの提案だったと思います。

先ほど田中委員の意見書に関しては、三木委員が共同でお話しになっていたかと思えますけれども、三木委員から手が挙がっておりますが、何か意見があればよろしく願います。

○三木委員 先ほど田中委員からも御説明がありましたように、共同で話をしましてあのような提案をさせていただきました。その中で脆弱性を認めるグループへの介入ということも非常に重要であると。コミュニティーケアであるとかハイリスクだけではなくて、脆弱性のグループというのは言わば社会的弱者であって、ハイリスクまで行かないけれども非常に危険があるというものを想定しております。

私は精神神経学会にも所属しております、自殺予防委員会の委員でもございますので、先ほど事務局から御説明がありました資料7の学会からの要望書を拝見して、その中にもいろいろ記載されておりますが、先ほど向笠委員からもございましたが、小学生とか小さい子たちがSOSは出しているのですね。出しているのだけれども、それを受け止める側の教育、大人の教育が足りない。それをどう受け止めるのかというところが問題ではないかと。自殺予防教育は小学校とかでも行っていくべきでしょうし、それを受け止める側の大人の教育なり対応ということも非常に重要ではないかなと思います。

大学生の自殺というのも非常に多いのですけれども、私もこの話を聞いてちょっと驚いたのですが、健康管理センターとか相談室というのは、国立大学の場合は一応義務づけら

れているけれども、私立大学では決してそうではないと。設置されていないところが30%ぐらいあったり、そういう対策が打たれていないところも非常に多いということを知りまして、そういう格差があるということは非常に問題ではないかなと思います。これは文科省等の問題にもなるかなと思いますが、その辺りのことも大綱に盛り込むべきではないかなと思います。

自殺未遂者の件に関しては救急で入院させて、あまりお金の話をするのは何ですけれども、救急の場合は非常に枠が取れるのだけれども、それが2日目、3日目になると取れなくなるということで、すぐ出されてしまうというケースが多いわけです。そして、結局、元のクリニックに戻されたり、私のところなどにも大量服薬をして、朝薬が抜けたのでそのまま来ましたというような方が結構いらっしゃいますが、では、そういう人をクリニックでどうやって診ていくのかというと、非常に難しい。私のところが断ってしまったら行き場所がなくなってしまうので、そういう方でも私は診てまいりますけれども、クリニックによっては、大量服薬とかリストカットなどをしたらもう診ませんよと言って放り出してしまふところもあるわけです。でも、どこかがそれを引き受けなければならない。そのためにはある程度そういった方に対して多少点数をつけるなりハイリスクという形でフォローする。一応、大綱の中も拠点病院という形で書かれておりますが、そういった自殺未遂の方のフォローということも非常に重要ではないかなと思っております。

クリニックでのことですが、先ほど松井委員からお話でしたが、精神科病院というのは敷居が高くて受診しにくいところがあって、クリニックに流れてくる。その中でも精神科と言うとまだ偏見があって、心療内科なりメンタルクリニックというところに多くなるのかなというところがあります。この辺りは我々ももう少し啓蒙していかなければならないと考えております。

大体以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございました。かなりいろいろ参考になる意見がまとまって、医学系というか、精神科医系にはあったかと思えます。

根岸委員、お待たせして申し訳ありません。よろしく申し上げます。

○根岸委員 ありがとうございます。

論点に出ている自殺防止の相談体制の拡充、量が限られる中、どう担っていくかというところにも関連するかなと思っております。今、田中委員や松井委員、三木委員がおっしゃられたように、自殺未遂もそうですし、私たちの相談体制も、先ほど朝比奈委員がおっしゃったように、つないでいく必要があるケースがあると。自殺未遂もそうだと思うのです。搬送されて、その先、次につなぐ必要があるのだけれども、現状はそのつなぎ目が切れ目になっている、あるいは断絶しているということが課題の一つかなと思っております。それがゆえにもう一回相談せざるを得ないとか、そこでつないでいけば、もしかしたら違う展開になっていたところを、そのつなぎ目が切れ目になっているところが課題なのだなと捉えています。

そういう意味でも、これは前の大綱でも未遂の場合の複合的なケースマネジメントや、民間団体等におけるコーディネーターの配置というところは記載されていましたが、やはりそこがまだ課題として残っている部分だと思いますので、朝比奈委員や中山委員の資料にもありましたが、あるいは伊藤委員が書かれていた後方支援というところもそれに共通する部分なのかなと思います。そうした自殺防止の相談体制というところを考えたときに、つなぎ目が切れ目にならないような体制をきちんと担保していくということが、先ほど皆さんがおっしゃられた最もハイリスクと言われる自殺未遂をされた方への支援もそうですし、ほかの。自殺というのは、御存じのとおり、いろんな問題が絡んだ相談が多いので、そういう意味でつなぎ目が切れ目にならないような。具体的にはコーディネートする機能や、後方、バックアップの機能ということを確認に打ち出していけると。それは、私もこれまでの会で申し上げさせていただいた関連施策、生活困窮者支援や孤独・孤立対策と連動することも含めて整理することが必要かなと思います。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。共助から共助、あるいは共助から公助や医療にシームレスにつなげるような何らかの体制が必要。

これは中山委員から指摘されたこととも関係するかと思いますけれども、中山委員、手が挙がっておりますが、ぜひよろしくをお願いします。

○中山委員 改めて機会をいただいてありがとうございます。

僕は大綱の話ですけれども、自殺対策は国・地方を通じて、行政あるいは政治も含めてですが、本質的、本格的な重要性を持つ対策だと思うのです。このことをもっともっと強く強く指摘してほしいわけです。同時に、それを支える予算の本格的な充実についてもしっかりと何らかの形、直接的に指摘してほしいなと願っています。

というのも、そもそも論なのですが、私が言うのはおかしな話ですけれども、生きる思考、生きる念慮を前提に成り立っているというのが人の社会で仮にあったとしたときに、自殺念慮の広がり方いかんによっては、これは定性的には社会の成り立ちにも影響を及ぼす分野だと思うのです。そういった本質的なことがあるとともに、同時に今、国、地方自治体を通じて現実の施策を見てみると、産業にしても、福祉にしても、教育にしても、何にしても、結局、根本的には人の生活を守るとか、最終的には人の命を守る。コロナは典型的ですね。命を守っていくというのが政治・行政を通じて通底する政策の根本にある大切な価値観だとしたときに、自殺対策というのはまさに命を守るそのものだといつも思うのです。

命を守る福祉の中心にあるのが自殺対策だと。大切な我々の社会の仲間が生きる念慮を見失わざるを得ないほど社会的に追い込まれているのだということであれば、社会がしっかりと対策を取っていくというのが福祉の非常に重要な根本だと思うのです。憲法に関わる意味も持つ自殺対策だと思うときに、大綱の中でもっともっと強く書いてほしいなと思います。

それは時勢的にも2025年に万博があるわけですが、大きなテーマが「いのち輝く未来社会のデザイン」ということかと思えますけれども、「いのち輝く」ということです。まさに自殺対策というのは、こういった「いのち輝く未来社会」の前提になる、少なくとも広大な、真剣な裾野の広がりをつくっていかないといけないし、それを支える柱でなければならぬのがこの自殺対策の広がりだと思います。そういったことに向けていく上でも大綱の中で位置づけてほしいなと思います。

1つ紹介すると、平成24年頃だと思うのですが、全国市長会の決議、国に対するいろんな要請をする決議、市長会の決議としては年間5～6本なのです。原発だったり、地方分権がどうだったり、そういうのが多いわけですが、24年の5～6本の1つに自殺対策を入れていただきました。何が言いたいかというと、やるべきいろんな行政、全国的に課題が多い中で、自殺対策というのは濃淡を持ちながらそれぞれの自治体によってされていると思うのですが、根っこのところはとても大切だというふうにとどの自治体の首長さんも思っていると思います。もちろん、いろんな仕事があるからということなのですが、それを支える例えば予算とか、あれだったりというところの一押しをどういただけるかということだと思います。

今、自治体は計画づくりが法律によって義務規範になったということで、前進だと思うのですが、今度は計画をつくるだけではなくて、計画に書かれていることがその地域の中でいろんな皆さんとつながりをいただいて本当に展開されて、そして地域に住む住民の皆さんが生き生きと生きる喜びとともに、笑顔あふれる地域づくりにつながっていく、そういうことにつながる大切な大切な基礎になる。行政の中で一番重要なことの大きな一つが自殺対策だと思うので、そういう大きな思想を、予算もちゃんとやってくれということとともに、この大綱にぜひ入れてほしいと思います。

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。もし社会の質、クオリティーというものを考えるとすれば、まさに自殺というものはそのトップに位置づけられる。そこが増えているということは、社会のクオリティーが低下しているということだと思いますので、本来最も重要なものであると私自身も思うところです。

江澤委員、お待たせしました。

○江澤委員 ありがとうございます。資料に沿って幾つか意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、参考資料の66ページにお示しがございますが、「自殺したいと思ったことがある」という今回調査における割合が27.2%と、前回の平成28年10月よりかなり高まっています。

68ページのほうでは、今までに本気で自殺したいと思ったことがあると答えた547人のうち、最近1年以内に自殺を考えた経験がある方が34.9%。これは前回の平成28年10月に比べると非常に跳ね上がっています。今回の調査期間が新型コロナ対策の緊急事態宣言下における調査であったということも影響しているかもしれませんが、非常に緊急事態である、

危機的な状態であるという認識を国民的に共有することが重要ではないかと思っています。

もう一点、74ページに自殺未遂の経験。先ほどの547人のうち自殺未遂の経験ありが13.3%。特に若者世代に多い傾向が出ています。これはこれまでの調査と同様かと思えますけれども、この辺りのハイリスク者への対応が極めて重要であろうと思います。

相談支援体制整備の充実は当然進めていくことでありますが、一方で、自殺念慮や自殺未遂の経験者の多くは相談をしないという実態もあります。したがって、不幸に自殺ということが起きたときには、周りの方は突然とかなぜと思うことがしばしばこれまでもございました。したがって、本人のサイン、あるいはかすかなサインを周りの人が気づく、そして相談支援窓口につなぐということが初めの一步だと思っています。

したがって、例えば市民フォーラム、あるいはマスメディアでいろいろ特集を組むなり、いろんな方法があるかと思えますので、まずは今、我が国の自殺対策の現状においては、他の国と比べましてもある意味では危機的な状況にあり、そこを共有した上で、ぜひそういった対策、あの手この手を使って国民的に共有していくことが重要ではないかなと思っています。

資料6の5ページに、かかりつけ医と精神科や心療内科の専門医に関することがお示ししてございます。特に高齢者になるとかかりつけ医を持っている割合が高く、そして長くかかっている方が多いので、このような結果になるのは当然かと思えますけれども、今、令和4年度の診療報酬改定の議論が行われておりますが、その中にはかかりつけ医と精神科医や心療内科医が連携して患者さんの指導を行うという方向性が1点。もう一つは、救命救急医療における自殺企図者において、生活上の課題の確認とか退院に向けたアセスメントを充実するような方向性が出ておまして、これは私も非常に賛同しているところでございます。

こういったことを踏まえて、全国の都道府県医師会におきましても長年行ってきたものがかかりつけ医うつ病対応力向上研修。これは経年的に繰り返してきております。

それから、毎年日本医師会で行っていて、毎年9,000人ぐらいの医師が受講するかかりつけ医機能の応用研修がございまして、こういった辺りも利用して、今後特にかかりつけ医と精神科あるいは心療内科の連携ということにもう少し重きを置いて、医師会としても取り組んでいきたいと思っているところでございます。

資料6の7ページ右下の図のところ、自殺報道について、「自殺方法や原因などをもっと知りたいと思った」「自分も『死にたい』という気持ちを強く感じた」というところが、自殺未遂の経験あり・なしで大きく差がついている部分でございます。したがって、最近はこういった報道も以前と比べて改善というか、対応をテレビ局のほうもいろいろ考えていただいて以前よりは好ましい報道になっていると思えますけれども、毎回そういった報道の後に連絡先みたいなものが出るのですが、それに加えて、先ほど申しましたように、国民で分かりやすく共有できるような取組というののもまだまだできるのではないかなと思っています。

資料6の10ページで、今回一番トップが「SOSの出し方教育」というのが示されています。特に子供の自殺というのは、大人の、あるいは社会の責任だと思いますので、子供を守るということは、大人や社会の本当に大きな責任だと思いますので、こういったことについて、先ほど複数意見がございましたけれども、関係省庁の皆様におかれましても、とにかくいろんな手段を使って子供たちがSOSを出しやすい、あるいはアクセスしやすい、そういったものをぜひ考えて取り組んでいただいて、我々医師会としましても協力できるものはいろいろ御協力させていただきたいと強く思っておりますので、お願いしたいと思っております。

最後に、先ほど意見もございましたが、根本的には人を大切に、人を想いやる共生社会というものをどう成就していくかということが極めて重要な視点だと思いますので、当然こういった教育も含めていろんな場で共有できる部分がまだまだあるのではないかなと思っておりますので、そういったことも含めて。今後においては、今こういった状況、コロナ禍でもございますから、踏み込んだ具体的な対策をいろいろ行って、今後はそれを見直していけばいいと思っておりますので、これまでにない施策を期待しております。

以上でございます。

○樺座長 どうもありがとうございます。コロナ禍においてソーシャルディスタンスが増加しているということに関して、今回起きている意識の急変ということが、コロナ禍だけのものなのか、アフターコロナにおいてもそういうことが継承してしまうのではないかということについて、私自身も考えるところがあります。SOSの出し方教育、自分自身が少しでも普段と違うようなことがあったときに、その状態においてカウンセラーの方々や医療に容易につながる、偏見なくつながるといことも皆さん方、先生方からいただいたと同時に、周りが気づくということも必要なのだということをお指摘いただいたと思っております。最初にはしょってしまってお礼して恐縮です。

松本委員、お待たせしました。恐縮です。よろしくお願いいたします。

○松本委員 長野県保健・疾病対策課で自殺対策を担当しております松本と申します。よろしくお願いいたします。

先ほど中山委員さんから行政の取り組みの中で自殺対策は根本的なところだということで、私もまさにそう思っております、皆様に御協力いただき、長野県で「自殺対策推進計画」を策定し、知事を座長にした「子どもの自殺対策プロジェクトチーム」も設置して、いろいろ対応しております。

長野県では、独自の「子どもの自殺危機対応チーム」において、専門家の皆様に様々なアドバイスをいただき、ハイリスクの子供たちを支援していくといったことをやっております。まさに先ほど中山委員さんからもお話がありましたが、いろいろやろうとするとどうしても経費等がかかってきますので、予算についてぜひ大綱に入れて欲しいというのは、私としてもぜひお願いしたいところです。私が思うのは、地方はなかなかお金もない中でやるのですが、人材のところは都会とか人が多いところと比べるともしかしたら少し少ないのかなというところがありまして、予算も交付金などで財政支援をしていただいております。

ますけれども、全国となるとなかなか難しいかもしれませんが、地方がいろいろ事業を行おうとする際に、そういった人的な支援というものもぜひお願いできればと思っております。

以上です。

○椿座長 地方に関して人的支援ということですね。どうもありがとうございます。

山口委員、退席の時間があるということを伺っております。大変恐縮でした。山口委員、よろしく願いいたします。

○山口委員 山口です。よろしく願いします。

まず、事務局から説明がありました資料5に関して、スライド3番、4番は注意が必要です。スライド3番、4番では身近なところで自殺があった場合、支援を必要としない人たちが多くと捉えられてしまうかもしれませんが、実際には支援を必要とまではしていない人たちが多くだけであって、支援を全く必要ないものであると誤解をしないようにすることも大切だと思います。

遺族支援の活動をしていると法律の専門家への相談ニーズなどは、もう少し多いと思っています。遺族の集まりなどで関わっていると、もう少し早い段階で法律の専門家につながっていると悩みや問題がこじれずに済んだと思うケースなども見受けられます。この辺りを考えると、支援情報が早く正しく御遺族に届くような仕組みとなるような取組みを大綱の中でもより強化をしていくことを考えて欲しいと思います。

もう一点、子供たちの問題に関してです。どうしても子供たちの自殺を防ぐ観点の話題が増えますが、遺された子供たちに対しての支援の在り方は、大綱にきちんと盛り込んでいく必要があるはずで。

例えば親など家族、身内を亡くした子供たちの中には、その子供自身がヤングケアラー化せざるを得ないようなケースもあり、そうしたケースでは心理的なサポートだけではなく、制度的なサポートも必要なはずで。

また、家族等を亡くした子供たちに対しての支援の在り方と、例えばいじめ等で同級生を亡くした子供たちへの支援の在り方とは異なることもあります。共通する支援と異なる支援の2つの視点から考えることが必要だろうと思います。これをやれば全てうまくいくというような具体的な支援策までは持ち得ていませんが、もう少し子供たちに対しての支援の在り方を丁寧に検討して欲しいと考えています。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。子供たちの支援という一言で申し上げましたけれども、2つ、実際の御家族の場合と違うということも含めて御指摘いただきました。

山脇委員、よろしく願いいたします。

○山脇委員 こんにちは。連合の山脇でございます。よろしく願いいたします。改めまして皆様の日頃からの真摯な御対応に敬意を表したいと思っております。

私のほうからは2点ほど延べさせていただきます。1点目は勤務問題に関する自殺対策

の推進の観点です。御存じのとおり、就業者が全人口の半数以上を占める中において、職場におけるメンタルヘルス対策、あるいはハラスメント対策が重要な役割を担っている、あるいは担うべきことは、今日においてもいささかも変わらないものと考えております。私どもは労働組合の立場として、引き続き、皆様にも御指導いただきながら、主体性を持って取組を行っていかねばならないと考えているところです。

また、今般起こりましたコロナ禍における環境変化の一つとしてテレワークの導入が急速に進展しました。テレワークは、ワーク・ライフ・バランスに資する側面がある一方で、長時間労働あるいは不適切な労働時間管理につながりやすいということに加え、ヒアリングの際に江口先生のほうから御指摘いただいているとおり、孤独感あるいは疎外感を感じやすいということが指摘されております。こうしたことを踏まえますと、テレワークに関する適切な導入あるいは運用について、今回の大綱の改正においても未然防止の観点から触れていただく必要があるのではないかと考えています。これが1点目です。

もう一点は、社会全体の自殺リスクの低下に関連して、生活困窮者へのセーフティネット融資の充実についてです。現大綱の中では簡単に「セーフティネット貸付の充実を図る」という簡潔な記載にとどまっており、具体的なところは書かれていません。

先般、清水代表から御報告いただきました「コロナ禍における自殺の動向」で示されているとおり、総合支援資金、住宅確保給付金、緊急小口資金といった生活支援は、自殺の増加を抑制する効果が一定程度見込まれるということです。今回改定に当たっては、こうしたものについて政策効果が高いということをうたっていただければどうかと考えます。また、社会的セーフティネットの拡充とともに、生活融資の要件緩和など必要な施策の充実につなげるという観点で記載をいただけないかと考えているところです。

私のほうからは以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。テレワークの進展、あるいは生活困窮全般に関する取扱いということを御指摘いただいたところです。

佐合委員、よろしく申し上げます。

○佐合委員 いのちの電話の佐合でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

自殺報道について今までも御指摘がありましたけれども、現場からお話しさせていただきます。自殺の報道の在り方ということで、2020年と2021年ではかなりの違いを感じていました。2020年では有名人の自殺が大きく取り上げられ、いのちの電話に相談される方は、報道を自分に引き寄せて身近なこととして、死にたいということをお話されることが多く見られました。昨年2021年のときの相談の中では、亡くなられた女優さんのことに対する感想という少し距離を置いた反応が多かったようです。相談される方々は報道に大変敏感に影響されるのかなと前年度の違いから感じております。

今回も報道機関から今の報道の在り方についてという問合せも来ております。引き続き相談の在り方についての発信も続けていただきたいと思います。

2020年の緊急事態宣言のときに、いのちの電話で休止を余儀なくされたセンターが13セ



ンターにも上り、一体どこのセンターがやっているのかと問合せをされた方がおられました。また、今回も感染拡大によりまん延防止等重点措置も取られていますので、やはりどこか休んでいるところはないのかという問合せも来ております。

そういった意味では、先ほど御紹介いただいたアンケートの説明にもありましたけれども、2020年の緊急事態宣言が出され、新型コロナ禍の中、センターの体制が整わない中で開始した毎日のフリーダイヤルは、ささやかではありますがお役に立ったのかもしれませんが。また、メディアで報道していただいたおかげで応募者が増えて、次年度ももう少しお役に立てるかもしれません。

2021年の受信件数も約52万件を超えることができたことを御報告させていただきます。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した。メディアの取組の影響も含めて御報告いただきました。ありがとうございます。

田中委員、手が挙がっていると伺っています。よろしくお願ひします。

○田中委員 たびたびすみません。田中でございます。ちょっと付け加えたいことがあって、すみません。

最近、私が自死遺族として受ける相談の中で、難病とがんの告知を受けて、その後、心理的なサポートを受けられずに、それを苦しめてかどうかわかりませんが、病院の中で亡くなっていったり、自宅に帰って亡くなっていったりということがかなり増えている気がするのです。難病の告知もがんの告知も今は進んでいるかと思うのですが、そこに心のサポート、心理的なサポート、家族も含めて支えていく人のサポート、支援の在り方などを考えていただければ、そういう人たちの命が救われるのではないかなと思っています。それが1つです。

マスコミ報道についてですけれども、新聞、テレビやネットなどでの報道も規制がそれなりにというところは納得するところではありますが、国のレベルでホームページなどに方法などを詳しく書いていたりして、割と簡単に検索できる場所に載っています。変な話、「縊死」とかの書き方ではなく、首つりとか焼身とか鉄道飛び込みとか、結構詳しく書いています。そういうことなども配慮していただいて、もちろん公表するなというわけではないですけれども、一般的に簡単に目につくところに配置されているのはどうかなと思っています。そういうのは国だけでなく地方自治体の市町村のホームページにも載っているところがあります。そんなに大きな市町村ではないですが、ホームページに方法などが詳しく載っているところがありまして、そういうことにも配慮していただきたいなと思っています。先ほど申し上げましたけれども、白書などにおいても配慮しながらというところをしていただけたらなと思っています。

先ほど山口委員がおっしゃった遺児の支援についてですが、私もずっと考えていまして、遺児は年齢が様々で、幅広いと思っています。未成年、幼稚園、まだおなかにいるときから遺児になってしまうという子供たち、また、18歳以上、20歳以降に遺児になっていくケ

ース、大学生活の中で遺児になっていくケースもあったり、それぞれの年齢に応じて支援内容、求める支援、必要とする支援が細かに違うと思うのです。そういうところでは遺児の支援は心だけではなくて、そういう具体的な支援の内容をきめ細やかに決めていってほしいなと思っているところです。

以上です。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。先ほどの山口委員の意見に対する補足とともに、民間の情報公開というよりは、パブリックのほうの情報公開の問題ということが出ていたかと思います。

三木委員、よろしくお祈りします。

○三木委員 直接大綱とは関係ないのですが、前回のヒアリングをやっているときに大阪での悲惨な事件が起りまして、二十何名の方が亡くなるという放火殺人事件という形になっていますが、容疑者の方は通院患者さんでしたけれども、亡くなられておりますので、もう詳しい説明はできないのですが、言わばああいう拡大自殺、自分が死んで、ほかの人も巻き添えにしたいというような電車の中での事件であるとか、この前東京大学のところでもそのような事件がございましたが、最近そういった傾向が増えているような気がいたします。

大阪の事件は本当に悲惨な事件で、残された通院患者さんがすごく困って、ショックを受けて途方に暮れているような報道があったり、取材なども受けておりますけれども、それは大阪の精神科診療所協会が引き受けるようにしてまいりましたが、なぜそういうことが起こるかという分析も必要ですけれども、今後同様の事件が起こる可能性もありますので、これは今の社会情勢も反映しているのかなと思いますが、私もどう対応していいのかはまだはっきり分からないのですけれども、亡くなられた方の御冥福をお祈りするとともに、そういったところに対する対応策を今後考えていかなければいけないなと考えております。

○椿座長 どうもありがとうございます。自殺総合対策自体がその種の社会の問題に対する間接的な対策になっているということも十分考えられますので、先ほど申しましたが、そういうよい社会をつくっていくという強い意図の下でいろんなことが進められればと思います。

生水委員、よろしくお祈りします。

○生水委員 ありがとうございます。

先ほど山脇委員の御意見の中でありました特例貸付についてですが、この特例貸付については、これのみならず、消費者金融とかカードキャッシングを合わせて借りておられる相談者が多くおられるのが現状です。令和5年1月からこの特例貸付につきましては償還が始まりますが、やはり返済が難しく多重債務に陥る方々が多くおられるのではないかと大変危惧しています。償還免除等も含めまして、多重債務対策の強化についても大綱の中にぜひとも入れていただきたいと思っております。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございました。多重債務によるリスク増、償還に基づくリスク増大の視点でございます。ありがとうございます。

引き続きまして生越委員、よろしくお願ひします。

○生越委員 生越です。

委員の皆様方から様々な意見が出ていますので、私は短くいきたいのですが、まず今回の大綱でぜひとも触れていただきたいのは、この会議の中で一度私も触れましたけれども、職場のことに限ってはダブルワーク、トリプルワークが恐らく増えるでしょうから、過労という言葉、ないしはハラスメントという言葉は一つの事業場で判断されることが多いのですが、ただ、法律が改正されまして複数職場で併せて考えるということが入りましたので、そこは触れていただければなと思います。

あと、大綱というか、大きな自殺対策に対する先生方のお話をお伺いして、これも昔、厚労省のこういう自殺対策の会議でお話ししたことがあるのですが、連携と言ったときに、これは人材と予算なのです。なので、例えば国家自殺連携士とか、名前は分かりませんが、そういう資格ぐらいはつくって、ちゃんと予算も充てて人を育てないと、例えば行政と医療と福祉と法律家とか多分野、学校、家庭もそうですが、そういうものを含めて統括してやるというのはなかなか難しいのではないかなど。皆様方が現場でどれだけ頑張られていても、それを統括するコーディネーターを国としてちゃんと育成するシステムを長期的なスパンに立って考えないと、この議論を10年後、20年後も続けているのではないかなというのが1つです。

そういう連携とかということを考えるときにどうすればいいのかということを見ると、もう一つ何か調査ができないのかなと思うのです。というのは、私は弁護士として自死遺族の方の相談を日常に受けていますので、亡くなられた方のカルテを日常的に読みます。年間どれぐらい読んでいるか分かりません。百数十ぐらい読んでいるかもしれないですが、カルテの中には様々な情報が入っているのです。そこは個人情報のお話。亡くなっているから正確には個人情報ではなく、亡くなられた方の情報なのですが、そういうものをちゃんと多分野の人間が関わって、例えば医学的な側面であるとか、児童の視点であるとか、福祉の視点であるとか、我々法律家もそうですが、様々な人が参加して、この人たちをどういう位置づけで、どういうふうな人たちが参加して、どうすれば救えたのかということのをいま一度改めて深く掘り下げることがこれから将来、10年、20年後の対策にとって有用なのではないかなど。

材料としてはあるわけですから、私も御遺族に接しますけれども、御遺族の心証を害するようなことがあってはいけませんし、当然その研究となれば、倫理の問題、倫理たる問題がありますから、そういうものをクリアしなければいけないのですが、警察の自殺原票だけに頼ってこのまま行くのはいかがなものか。もう少し精度を上げた。もちろん、警察の原票が自死対策を飛躍的に進めたことは間違いのないと思いますけれども、さらなる細か

い対策、将来に向かってずっと続けられる対策をつくるためには、そういうことも検討してみてもどうかと考えました。

以上です。

○椿座長 ある程度エキスパートの人たちというものをきちっと制度的につくっていくということが、コーディネーターという議論の中では必要だということと、それからミクロな履歴というものをかなりきちっともう少し見ていくということも含めて御提言いただけたかと思います。

伊藤委員、よろしくお願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。伊藤です。

資料3の「見直しに向けた検討の視点」というところです。女性の自殺や子供の自殺について問題提起をさせていただいております。もちろん、女性の自殺については減少していませんので、非常に大きな問題になっていますし、コロナの前から子供の自殺も増加していると。コロナの状況とか今後起こる社会的な困難、イベントというのは予測し得ないので、誰も今後の自殺の現状については予測し得ないわけですが、過去の災害とかと自殺の研究を見ていると、例えば新潟の中越地震の後、3年間の長期死亡率は、男性で減少して、女性で増加すると。東日本大震災においても、津波被害で男性の自殺死亡率が下がって、2年後に上がるという現象も起こっています。もちろんコロナと津波とか災害というのを一様に、一律に考えることはできませんが、2020年4月の自殺者数が減少するみたいな反応を見ますと、類似したようなこともあり得ると思います。

そう考えますと、前回の大纲で重点施策という形で「子ども・若者の自殺対策を推進する」とか記載されて、それは非常に重要なことだったと思っています。今回女性の自殺というのが非常に大きな問題になっていますので、それを対策していかなければいけないのはそうなのですが、女性の自殺対策を推進するような形で書いているうちに男性の自殺が増加するということが考えられるわけです。そういった意味では、女性の中で社会的に不利な立場にある方々、例えばひとり親とか非正規雇用の問題とかもありますので、そういう具体的な記載をしておいたほうがよろしいのではないかなと感じております。

以上です。

○椿座長 非常に貴重な意見かと思えます。どうもありがとうございました。

向笠委員から手が挙がっていました。気づかずに申し訳ありません。

○向笠委員 時間がないので手短かに申し上げます。1つは、先ほど田中委員がおっしゃっていたように、子供の自殺のところで「自殺」という言葉が使えないという非常に厳しい状況があるというお話も伺いましたし、私たちのほうの北と南の場所の違いでというわけではなく、実際に入っていくと、御遺族の方の御家族から「自殺」という言葉を使わないでほしいという強い御希望があるがゆえに、その言葉が使えなくなったという場合もございます。

つまり、この言葉の使い方が、ある一方のところではそういう状況があり、ある一方の

ところでは今、私たちが言っているような状況がありというところで、子供たちに入ってくる心のケア、緊急支援に入ってくる心のケアの段階がやはり厳しい話になってきている。ただ、これは自殺対策の始まりの頃に自殺が起こった後にどうするかということ非常に論議いたしましたが、1つは次の自殺を止めるための二次予防になっていくという活動があります。だから、この流れの中にSOS教育や受け手の教育が必要だということがあるという理解が必要なのではないかと考えます。

もう一点、先ほど長期的に見るといってお話でしたが、実際に学校でスクールカウンセラーがリストカットをしている子を児童精神科医と連携しながら何とか支えて、卒業していった後にどういうふうに行ったかというところで、追跡がうまく継続できた子によっては、やはり自殺企図、自殺というような状況が起こったりすることもまま聞きます。やはり長期的に。どうしても子供の場合、スクールカウンセラー等をやるときはぎりぎり高校ぐらいまでなのです。そこが。しかもリストカットという状況は非常にリスクな状況なので、そういう意味でその成人先をずっと見る、長期的に見るポジションのところが必要なだろうということは私も常々思っていて、ここで話ししている次第です。

以上です。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。今日いろいろ議論していただいたものの中のかなり具体的な問題を指摘していただいているのではないかと思います。

今日たくさん意見をいただいているのですけれども、文部科学省さんに対する対応とか、各府省さんに対する対応ということで、御質問というよりはコメントに近いものがあったかと思うのですが、これを行政のほうで分類して行って、もともと資料3がそういう形にはなっているのですけれども、さらに議論を続けていくべきことではないかと思っております。

委員の先生方、ほかに何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。非常に貴重な意見、お互いの意見を補足していただくようなコメントが多々あったのではないかと思います。さらに補足する点、あるいは論点の追加などがあればお受けいたします。よろしいでしょうか。

それでは、かなり定刻に近くなってまいりましたので、本日の議論はこの辺りで終了とさせていただきます。本当にどうもありがとうございました。

引き続き事務局から連絡事項などあれば、よろしく願いいたします。

○高橋大臣官房参事官 皆様、ありがとうございました。

次回は2月24日（木）14時から16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。本日の御議論を踏まえました意見の整理などを行ってまいりたいと考えております。よろしく願いいたします。

今回と同様、各委員の皆様から資料を提出される場合には、2月17日（木）までに事務局に提出をお願いできればと思います。

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。

引き続き様々な意見、具体的な意見等々を頂戴できればと思いますので、次回も含めてよろしく願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。