

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 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第9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。

まずは、事務局より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お願いいたします。

○高橋大臣官房参事官 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。御発言される場合は、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御確認いただきまして指名していただきますので、指名に基づきまして御発言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まして、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についてですが、本日は全員出席いただいておりますが、南委員から途中退席されると伺っております。

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。

それでは、早速議事に入りたいと思います。本有識者会議では、新たな自殺総合対策大綱案の策定に資するために、昨年11月から議論してまいりました。また、前回は報告書骨子（案）に基づき御議論いただきました。本日の検討会では、これまでの議論を踏まえて、事務局から報告書（案）を提示してもらっておりますので、これにつきまして各委員の皆様方から御意見をいただきたいと考えております。

最初に、事務局から説明をお願い申し上げます。

○高橋大臣官房参事官 それでは、御説明申し上げます。

まず、資料全体でございますけれども、資料1が報告書の概要でありまして、資料2が報告書（案）となっております。参考資料1としておつけしておりますのは、前回、第8回有識者会議におきまして御質問いただいた件について確認し、御回答するといったものについて整理したものでございまして、こちらは事前にお送りしていることもございまして、特にこの場で御説明はいたしません。参考2につきましては、報告書骨子（案）に対する皆様からの御意見といったことで、前回御議論いただいたものについて整理し、まとめているものでございます。この後、報告書（案）を御説明いたしますが、こちらも踏まえて案を作成してございますので、適宜御参照いただければと思っております。

それでは、資料1、資料2でございます。まず、資料1につきましては、報告書（案）の概要でございますが、資料2をまとめたものでございますので、御説明につきましては資料2に関しまして行わせていただきたいと思います。

資料2、通しの番号で行きますと3ページ目でございます。

おめぐりいただきまして、4ページをお願いいたします。「はじめに」ということで、最初のパラグラフにおきましては、平成10年以降、14年連続して3万人を超える状態が続いていた我が国の自殺者数について、基本法でありますとか関係者による取組が進められてきた結果、3万人台から2万人台に減少し、自殺対策基本法が成立した平成18年と、コロナ禍以前の令和元年とを比較すると、男性は38%減、女性は35%減となるなど、着実に成果を挙げてきたとしてございます。

次のところで、しかしながら、我が国の自殺問題は決して楽観できない状況にあり、これまでに実施されてきた取組みを踏まえつつ、新たな課題に対応していくことが求められているとしております。

次のところでは、基本法において自殺総合対策大綱を定めることが規定されており、現在の大綱につきましては3度目に策定されたものであり、おおむね5年を目途に見直しを行うとされているとしてございます。

次は、政府におきましては、自殺総合対策会議において、令和4年夏頃を目途に新たな自殺総合対策大綱を策定できるよう、案の作成を行うことが決定された。

この決定を受け、本有識者会議において、現大綱に基づく諸施策の進捗状況を把握し、有識者から意見を幅広く聴取するものとされたとしております。

最後のところでは、本有識者会議での検討に当たっては、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」に向け、今後更に取り組むべき課題は何かという視点で議論を行ったということで、全6回の会議を開催し、今般、報告書を取りまとめたところであるとしてございます。

通しの番号で5ページにお移りください。「1 大綱見直しの趣旨」でございます。誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現に向けた更なる推進としてございます。

1つ目の○でございますけれども、平成19年6月、政府は、自殺対策基本法に基づき、自殺総合対策大綱を策定し、推進してきた。現行の第3次大綱は改正自殺対策基本法が平成28年4月1日に施行されたことを踏まえて策定されたものであるとしております。

2つ目のパラグラフの最初の、自殺者数は3万人台から2万人台に減少しといったところは、先ほど「はじめに」で述べたところと同じでございます。

しかしながら、依然として、日本の自殺者数は先進国の中で高い水準にあり、また、令和2年は、新型コロナウイルス感染症の影響で自殺の要因となり得る様々な問題が悪化したことなどにより、特に、女性や小中高生の自殺者が増え、総数は11年ぶりに前年を上回った。令和3年の総数は令和2年から減少したものの、女性の自殺者数は増加し、小中高生の自殺者数は過去2番目の水準となった。多くの方々が自ら尊い命を絶たざるを得ないという深刻な状況であるとしてございます。

3つ目の○でございますけれども、厚生労働大臣の指定調査研究等法人いのち支える自殺対策推進センターの分析によるとということで、ここはコロナ禍における状況について

整理してございます。コロナ禍において、「子ども・若者」や「女性」等の自殺がより深刻化したこと、過度に繰り返したり、センセーショナルな見出しを付けたりといった自殺報道の影響により自殺者数が増加した可能性等が示された。また、配偶者からの暴力、育児、介護疲れ、雇用問題といった自殺につながりかねない問題の深刻化が影響した可能性もあるとしてございます。

この後、今後の影響について、構成員間の議論をまとめさせていただいているところでございます。また、構成員間の議論においては、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響が長期化する中で、児童虐待を受けている子どもたちの訴えが届きにくい環境になっているのではないかとといった懸念や、進学してからコロナ禍での学校生活となるなど、学校行事や部活動が従来のように出来ず、横や上下のつながりを持ちにくく、子どもたちが成長していく中で、自分の上手くいかない時にSOSがだせるかなど、今後どのような影響がでるのかといった懸念が示されたとしてございます。

6 ページにお移りいただきまして、さらには、自殺対策に関する意識調査によりますと、新型コロナウイルス感染症流行以降で、心情や考えに変化があったもののうち、最も強く感じたものを聞いたところ、「不安を強く感じるようになった」、「感染症対策を過剰に意識するようになり、ストレスを感じた」との回答が多く、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響が長期化することによる心情などへの影響も見られ、構成員からは、この間の新型コロナウイルス感染症の感染拡大やコロナ対策の負の影響が否定できないことから、政府としてコロナ対策を実施する際には、自殺対策は最重要施策の1つであることを明示し、自殺対策基本法に基づき国は強い姿勢で自殺対策を総合的に策定・実施すべきであり、地方公共団体はその基本理念に従い、地域の実情に応じた施策を策定し着実に実施する必要があるとの意見があったとしてございます。

次でございますが、いずれにしても現段階では、コロナ禍が人々に与える影響を明確にすることは困難であるが、これまでの取組みを基本に置きつつ、新型コロナウイルス感染症の影響や、子ども・若者、女性の自殺者数の増加など、喫緊の課題への対応も含め、今後更に取り組むべき課題は何かという視点で検討を行ったところであり、具体的には、次の14の論点が議論に多く挙げられたということでございます。以下、1～14まで挙げておりますが、これにつきましては、番号は優先順位ではないということも書かせていただいているところでございます。

7 ページにお移りください。「2 大綱見直しに関する意見（ポイント）」としてございます。そこにあります1～14のうち、1～3を「第1 総論」において、4～13を「第2 個別施策」において、14を「第3 施策の推進体制等」において、議論の結果を取りまとめたとしてございます。

<第1 総論>でございます。

(1) 関連施策及び関係機関の有機的な連携を図り、総合的な対策を推進というところでございます。

<包括的な対応を図る関連施策との連携>ということで、1つ目の○につきましては、生活困窮者自立支援制度や孤独・孤立対策、子どもへの支援策、地域共生社会の実現に向けた取組みといった各種施策との連携を図ることにより、自殺を防ぐための包括的な生きる支援につなげていくことが必要であるといったことでまとめております。

8ページ目へお移りください。生活困窮者自立支援制度、社会福祉法改正による断らない相談支援体制づくり、孤独・孤立への対策についてでございますけれども、問題解決のための社会資源にも自殺対策と共通するものが多くあることから、これらの各施策を効果的・効率的に連携させる必要があるとしてございます。

次の○ですが、子ども・若者の自殺対策につきましては、関連施策が多岐にわたることがありますので、様々な課題に取り組むため、設置が予定されているこども家庭庁の状況も踏まえつつ、関係省庁との連携策について検討していくべきであるとしております。

次が、これら関連施策の連携の枠組みを示すことによりまして、地方公共団体で関係部署が連携しやすくなるということで、大綱の見直しにおいても、自殺対策と他の関連施策との連携の枠組みを示していくべきであるとしております。

次が、加えて、あらゆる政策の根底は人の命を守ることにあり、まさに自殺対策は政策の根底そのものであることから、社会全体で、自身の取組みが自殺対策につながるという認識のもと、連携して取り組んでいく必要があるとしてございます。

次が、<地域における関係機関の連携と体制の充実>でございます。

こちらにつきましては、真ん中にありますが、地方公共団体と民間団体の様々な相談窓口とのネットワーク化、その体系的な整備と当該ネットワークを活用した必要な情報の共有・連携の充実が必要である。地域における関係機関の連携を図るためには、地域及び地域間の関係者間の連絡・調整を担う人材の養成や配置、地域におけるネットワーク作りを行うべきであるとしてございます。

その次の○ですが、地域の関係者間の連携において、実践的かつ有機的に機能するためには、支援の対象となる方の個人情報の共有が重要であるがということで、生活困窮者自立支援制度における支援会議の枠組みの活用など、個人情報の取扱いに関する体制の整備を推進する必要があるとしてございます。

続きまして、9ページの一番上の○でございます。地域内の連携が重要であるのはもちろんのこと、自殺対策が全国で着実に推進されることが必要であるといったことで、この○の下から3行目ですが、全国的に自殺対策の底上げを図っていくべく地方公共団体や民間団体による地域横断的・総合的なネットワークづくりを進めるべきであるとしております。

続きまして、<精神科医療、保健、福祉施策との連携>でございます。

こちらにつきましては、必要とする方が精神科医療を受けられるよう、かかりつけ医及び精神科又は心療内科の医師等が、地方公共団体と連携しながら多職種でサポートする体制や、かかりつけ医と精神科等の医師の連携を進めていく必要があるとしております。

次の○は、特に子どもについてはということで、子どもの心の診療に専門的に携わる医師及び関係専門職の育成を進めるべきであるとしております。

次の○でございますが、自殺リスクの高まった方を、早めに相談につなげる必要があるということで、まだ精神科への偏見が現状も残っている中でありますので、相談窓口や、地域の様々な支援者が精神科医療と連携する取組みや、精神科への偏見をなくすような啓発を行うべきであるとしております。

次は、(2) 新型コロナウイルス感染症の影響も踏まえた支援でございます。

最初の○でございますけれども、新型コロナウイルス感染症の流行を契機に人との関わり合いや雇用形態をはじめとして様々な変化が生じているということで、自殺につながりかねない問題が深刻化したことが指摘されておりますので、新型コロナウイルス感染症の自殺への影響については引き続き分析を深める必要があるとしております。

続きまして、通しの番号で10ページにお移りください。

一番上の○でございますけれども、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の活用が有効となるということで、積極的なICTの活用も含めた必要な支援を行う必要があるということでまとめております。

2つ目の○でございますけれども、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下では、特に、自殺者数の増加が続いている女性を含め、無職者、非正規雇用労働者やひとり親等に大きな影響を与えていると考えられるため、こうした方々の多重債務問題も含めた生活困窮対策や社会的セーフティネットの拡充などの強化が必要であるとしております。

(3) 自殺者及び自殺未遂者、それらの者の親族の名誉及び生活の平穩への配慮でございます。

自殺対策基本法第9条で書かれていることにつきまして、国、地方公共団体、民間団体等の自殺対策に関わる者は、改めてその認識を徹底して対策に取り組むべきであるとしてございます。

11ページにお移りください。ここからが<第2 個別施策>となります。

(1) スティグマの解消でございます。

最初の○でございますが、自殺を社会の問題として捉え、広く関係者が連携して自殺対策を推進していく必要がある。そこで「自殺は、その多くが追い込まれた末の死である」ことを浸透させるため、自殺予防週間や自殺対策強化月間、ゲートキーパー普及時などの機会を活用し、普及啓発していくべきであるとしております。

2つ目の○ですが、相談窓口や精神科医療につなぐためには、周囲にいる方がその様子に気づく力を高め、必要な支援先へつなぐことが必要であり、この認識やこの役割を担うゲートキーパーについての啓発や周知を、年間を通じて更に推進すべきであるとしております。

続きまして、(2) 相談体制の充実と、支援策や相談窓口情報等の分かりやすい発信でございます。

1つ目の○につきましては、多様な相談ニーズに対応するためにも、メール・チャット・その他SNS等を用いたインターネット相談窓口の活用を今後も進めるべきである。その際には、ICTも活用しながら、相談者が必要とするときに効果的な対応が可能となるよう仕組みを構築することが必要であるとしております。あわせて、相談事業の認知度に関する指標も見直す必要があるとしております。

2つ目の○でございますけれども、相談体制につきましては、情報を必要とする方に届ける上で、自立に向けた継続的な支援のための具体的な手立てとして、児童福祉だけでなく、困窮支援等を含めて、ライフステージに応じた対策を検討する必要があるとしております。

最後の○でございます。非常に多くの相談が寄せられている中で、相談員について精神的なケアを実施する必要があるとしてございます。

12ページにお移りいただければと思います。

一番上ですが、＜個人事業主等への相談支援＞でございます。

労働者だけでなく、経営者、特に中小企業の経営者に対するケアも必要であるということで、経済・経営に関する相談ができる仕組みを引き続き整える必要があるとしてございます。

(3) 精神科医療につなぐ医療連携体制の強化につきましては、「1 総論」の部分と記載内容が同様でございますので、説明は割愛させていただきます。

(4) 子ども・若者の自殺対策の更なる推進でございます。

最初の○です。子ども達がSOSを出しやすい、支援にアクセスしやすい環境をつくること、また、自殺予防教育を推進することが重要であり、平成28年の改正自殺対策基本法に規定された「心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進等」については、SOSの出し方に関する教育を含む自殺予防教育を、定期的に、着実に推進すべきである。特に、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下においては、学校行事や部活動が従前より行われず、生徒たちへの心理的影響が長期的にも危惧されることを踏まえたケアが必要であることに留意すべきであるとしております。

2つ目の○は、子どもや若者がSOSを出した際に、周囲の大人が受け止められることが求められるということで、子どものSOSをどのように受け止めるかについて学ぶ機会を設けるなど、その体制の構築が必要であるとしてございます。

13ページにお移りください。一番上の○でございます。子どもや若者が安心して相談できる環境をつくるために、プライバシーが守られる環境の整備を含め、教員やスクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラー、精神保健福祉センター等、学校と行政や地域との連携ができる体制を整備すべきであるとしてございます。

2つ目の○でございますが、長野県における「子どもの自殺危機対応チーム」のような、都道府県の自殺対策担当者、教育委員会、学校と地域の支援者等とが連携して子どもの自殺対策にあたる取組みを全国展開する必要があるとしてございます。

次の○でございますが、「生命の尊さ」を感じる環境を作ることが必要であり、自分の心の危機の理解や、心の危機に陥った友達への関わり方などを学ぶ自殺予防教育を更に充実させる必要がある。また、地域において「生命の尊さ」を感じる活動にアクセスできる環境づくりが必要であり、地方公共団体が中心となって、地域の様々な考え・実情を踏まえ、生命の尊さに係る講話・相談などを行う団体等と連携して取り組む必要があるとしてございます。

次ですが、自殺統計上では、成人と比較して、子どもの自殺に対する精神疾患の影響は限定的となっているが、子どもの自殺と精神疾患の関連は強いことが示されているものもあること、また、子どもの心の診療に関する事業も進められていることに留意すべきであるとしてございます。

続きまして、児童生徒の自殺予防教育に当たりましては、児童生徒の中に自死遺児がいることや、自死した児童生徒や自死遺児などの周囲の子どもたちが精神的な影響を受けている場合があることなどを前提として実施する必要がある。また、児童生徒の自殺防止においては、自死遺児等への支援を意識することも重要となるとしてございます。

続きまして、14ページ、(5)女性に対する支援ということで、こちらは前回、骨子のときには柱がございませんでしたけれども、前回の御議論を踏まえて柱を立ててでございます。

1つ目、<コロナ禍における女性支援>ということでございます。

コロナ禍で非正規雇用労働者が多いといわれる女性が影響を大きく受けていることが推察されることや、当該環境下での配偶者からの暴力の相談件数も増加していることが指摘されていることから、NPO等の関係団体との連携も含めた相談窓口の充実や、セーフティネットの拡充が必要であるとしてございます。

続きまして、<妊娠されている方への支援>ということで、産むことを決断した妊産婦への支援については進んできているものの、決断に至っていない妊娠初期や中絶の判断をした方々への支援が不足しているということで、女性の妊娠初期の方などに対する支援を強化し、必要としている方が支援を利用できるよう、必要な情報の周知を図るべきであるとしてございます。

(6)勤務問題による自殺対策の更なる推進でございます。

テレワークが進んだことにより、ワーク・ライフ・バランスが推進された反面、労働時間管理が困難になる結果、過重労働が生じていることや、孤独感・疎外感を感じやすいという報告もあるということで、テレワークの適切な運用を含めた職場におけるメンタルヘルス対策を更に推進することが必要であるとしてございます。

次の○が副業・兼業を行う方についてでありますけれども、労働時間管理の困難さがあるということで、「副業・兼業の促進に関するガイドライン」の更なる周知、勤務時間管理の徹底について検討していくべきであるとしてございます。

(7)遺された人への更なる支援ということで、最初の○ですが、遺族の方が直面する

問題について、遺族の自助グループなどと連携しながら、必要な情報を整理・提供するとともに、心理的・法的な支援につなげるための方策や自死遺族となった際の希望に応じた初期段階からの支援、その他必要な対応について検討すべきであるとしております。

15ページにお移りいただければと思います。一番上ですが、遺族の心情を理解し、遺族に寄り添った対応が可能となるようにということで、現大綱でも規定されております「遺族等に対応する公的機関の職員の資質向上」、「学校、職場等での事後対応の促進」を図っていく際に、自死遺族の方から学ぶ機会を設けるといった取組みも必要であるとしてございます。

次の○ですが、自死遺児の中には、自身がヤングケアラーとならざるを得ない場合があります、そうした場合には、心理的なサポートに加えて看護や介護等を含めた生活面における支援を受けられるようにする必要がありとさせていただきます。

(8) インターネット利用への対応ということで、ネット上で、自殺の手段が書かれた書籍が販売されていたり、自殺を肯定するような動画があったり、あるいは大人が若者や子どもを、SNSを使って心中に巻き込んだりといった、自殺リスクを高める危険な情報にさらされている状況であるということで、サイバー空間での事件を防ぐため、サイバーパトロールや検索連動広告といったICTを活用したアウトリーチの取組みについて、引き続き行っていくべきであるとしてございます。

次が、インターネットにおける誹謗中傷が自殺の原因となったと考えられる事例が出てきているため、対策の強化について検討を進める必要があるとしてございます。

(9) 自殺報道等への対応につきましては、現在もガイドラインに沿った報道を行うよう要請しておりますが、引き続き、周知とともに、ガイドラインを踏まえた対応を要請することなどが必要であるとしております。

16ページにお移りください。(10) 自殺総合対策の更なる推進に資する調査研究等の推進でございます。

1つ目の○ですけれども、今回の議論におきましても、今後の自殺総合対策に資するよう調査・研究すべき視点が複数挙げられたところでありまして、疫学的研究や科学的研究も含め、必要なデータやエビデンスの収集を更に推進する必要があるとしてございます。

次の○でございますけれども、地方公共団体において、当該地域の自殺の動向を踏まえた対策を推進することができるよう、プライバシー保護に留意しつつ、各地方公共団体に詳細なデータを提供し、地方公共団体自ら集計をするといった方策についても検討を進めるべきという意見がある一方、自殺者及びその親族等のプライバシーの問題を踏まえ、今以上に情報利用の制限を厳格にすべきとの意見もあることから、データ利用については両方の観点から検討すべきであるとしております。

(11) その他の施策についてでございます。今申し上げた(1)～(10)において触れた対策以外の施策についても、現大綱をベースとしつつ、自殺対策基本法の趣旨を踏まえて、その充実を図るべきであるとしております。



通し番号の17ページ、ここからが〈第3 施策の推進体制等〉でございます。

(1) PDCAサイクルの更なる推進でございます。

1つ目の○、国及び地方公共団体においては、効果的な自殺対策を行うため、エビデンスに基づいた政策となるように、定量的に把握した上で取り組むことが重要ということで、新大綱に基づく施策の実施状況、目標の達成状況等を把握し、その効果等を評価する必要があるとしてございます。

2つ目の○ですが、個別施策を検討するに当たっては、できるだけ客観的な指標で検証できるようにするという視点を持つことが重要ということと、ICTの活用による集積データを活用した個々の政策評価も実施すべきであるとしてございます。最後のところに施策の担当府省を明記するとともに、PDCAサイクルにおける補助的な評価指標を盛り込み、定量的なデータで評価することが考えられるとしております。

3つ目の○ですが、地域における自殺対策を推進していくためには、地域の特性や課題に応じ、都道府県自殺対策計画等に基づくPDCAサイクルの構築・定着を支援し、実践的に解決していく枠組みを作ることが必要である。引き続き、自殺対策推進センターが、いわば管内のエリアマネージャーとして、JSCPの支援を受けつつ、管内の市町村を取り巻く環境に適した自殺対策の改善・最適化を図ることが求められるとしております。

(2) 数値目標の設定でございます。

自殺対策の推進に当たっては、適切な成果を基に対策の評価を行うことが重要であると書いてございます。

次のページに行っていただきまして、18ページでございます。一番上の○でございますけれども、現大綱におきましては、当面の目標として、先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、令和8年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少させることが目標とされている。令和2年の自殺死亡率は16.4であり、平成27年の自殺死亡率18.5から11.4%減少しているという状況でございます。

これを踏まえ、最終目標は、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現である。しかしながら、現状においては、令和8年を期限とした数値目標には届いていない。したがって、まずは、令和8年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少させることとしている現大綱の数値目標を継続することとし、目標の達成に向け、国、地方公共団体、企業、学校などの関係者が取り組んでいくべきであるとしております。

そして、「おわりに」ということで、今後、政府においては、本報告書を最大限尊重し、自殺総合対策大綱の見直しを講じることを期待するとしてございます。

19ページは構成員の名簿、20ページはこれまでの会議の開催経過を整理してございます。

そして、今、申し上げたことをまとめたのが資料1で、基本的に大綱見直しに関する、真ん中にありますのは柱立てでありますとか、その中でポイントとなるようなことについて整理し、まとめたものでございますので、説明のほうは割愛させていただきます。

以上でございます。

○椿座長 御説明ありがとうございました。

有識者の委員の皆様方の意見を的確に取りまとめていただいたと思いますけれども、ぜひこの報告書（案）につきまして御意見がある方は挙手をお願い申し上げます。時間も限られておりますので、簡潔にお願いできればと思います。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、生水委員、よろしく願いいたします。

○生水委員 ありがとうございます。野洲市の生水です。

報告書（案）を踏まえまして意見を述べさせていただきます。

通し番号の5ページの大綱見直しの趣旨の3つ目の○についてですけれども、有識者会議でも議論がありましたように、コロナ禍において社会福祉協議会が実施します特例貸付を受けて生活が支えられた一方で、多額の債務を抱えることになりまして、そのことが自殺問題に影響があるのではないかとといった懸念があるので、このことを加えていただきたいと思います。

2つ目、8ページの5つ目の○ですが、地域の関係者間の連携において、支援会議の枠組みの活用を入れていただきましてありがとうございます。関係機関の有機的な連携が、実践的かつ有機的に機能するためには、アセスメント、そしてケースワークによって、支援のつなぎ、そして役割分担が必要であるところから、対象者の個人情報の共有の仕組みを整備することが求められています。生活困窮者自立支援法の9条に規定されました支援会議には、個人情報の取扱いにおいて守秘義務規定を整備し、構成員間で本人の同意なしに支援対象者の情報共有が可能としております。また、28条には漏えい等の罰則を規定しております。ぜひとも、この支援会議をうまく活用して、関係機関が安心して有機的な連携が図れるように取組を推進いただければと思います。

次、12ページの精神科医療につなぐ医療連携体制の強化の3つ目の○ですが、滋賀県では、自殺未遂者の再企図防止支援事業として、保健所管内で救急告示病院を受診した自殺未遂者と家族に対して支援を実施しております。自殺未遂者及び家族の同意を得て、保健所、市町自治体につないで継続的な支援を行う仕組みです。このような取組も踏まえて、全国的に自殺未遂者支援を強化・推進することは重要ですので、項目に挙げていただいて本当によかったと思います。

最後に、17ページ、PDCAサイクルの更なる推進の3つ目の○につきまして、「地域における自殺対策を推進していくためには」の後に地域自殺対策推進センターの役割が挙げられておりますが、「JSCPの支援を受けつつ」とするだけではなくて、JSCPが果たす役割として、JSCPが保有する集積・分析したデータ等を迅速かつ的確に地域自殺対策推進センターに提供することと、また研修の実施などを含めまして、JSCPが地域の自殺対策推進センターに対してどのような支援をしていくのか、その役割も併せて記載することが必要ではないかと思えます。

以上です。ありがとうございました。

○樁座長 御指摘ありがとうございます。

評価のコメントと、少し追記が必要ではないかというコメントであったと認識しました。この点につきまして、もちろん追記が必要というふうに生水委員からあったコメントについては、記述の仕方を少し事務局と調整した上で検討させていただければと思いますけれども、生水委員、よろしいでしょうか。

○生水委員 よろしくお願いいたします。

○樁座長 どうもありがとうございます。貴重なコメントありがとうございました。

続きまして、根岸委員、手が挙がっております。根岸委員、よろしくお願いいたします。

○根岸委員 ありがとうございます。

通し番号の12ページ、(4)子ども・若者の自殺対策の更なる推進の1つ目の○のところです。前回の会議で発言させていただいたことでもあるのですが、改正された自殺対策基本法の立法趣旨に照らすと、今の「SOSの出し方に関する教育を含む自殺予防教育を、定期的に」という表現については、「SOSの出し方に関する教育を含め、定期的に」といった形に修正する必要があると思います。

少し詳しく御説明しますと、自殺予防教育の重要性については、私自身もその認識しておりますし、皆さんも合意するところだと思います。ただ、文部科学省が平成29年度に全国の学校を対象に実施した調査によると、自殺予防教育を実施していた割合が全体の約1.8%にとどまってしまっていたということで、その主な理由が、自殺予防教育を実施するためには、これは前回の資料にも記載されていたと思うのですが、保護者等の合意形成が必要とされているということがあったようだというので、それで、自殺予防に資する、しかし、保護者等の合意形成を必要としない事業として、SOSの出し方に関する教育のことが改正された自殺対策基本法に盛り込まれた。それが立法趣旨だったということで認識しております。

ですので、SOSの出し方に関する教育を自殺予防教育に含めるとしたときに、元の木阿弥になりかねない。つまり、保護者等との合意形成がハードルとなって、SOSの出し方に関する教育までもが止まってしまうかenneないと思いますので、あくまで立法趣旨に基づいた表現にする必要があるのではないかと考えてのことです。

私からは以上です。

○樁座長 御意見ありがとうございます。

むしろSOSの教育というものを実効化するために、ここの部分をあえて自殺教育を含む自殺予防教育とはしないほうが、実質的に進むのではないかという御意見だと思います。これにつきましても、記述の詳細は少し私どものほうで検討させていただきますけれども、そういう形で進めるということですのでよろしいかと思ひます。

どうもありがとうございます。

○根岸委員 ありがとうございます。

○樁座長 引き続きまして、伊藤委員、よろしくお願いいたします。

○伊藤委員 伊藤です。

今、根岸委員がおっしゃってくださったことと同意見だということ、さらに加えたことがあります。13ページの一番下の○の項目です。学校において自殺予防教育を行う際に遺児の方がいらっしゃることを前提にしますという記載がございます。その2つ上の「児童生徒の自殺が増加している現状を踏まえ」という項目において、「生命の尊さ」を感じる環境を作るの下に、自殺予防教育の中に、生命を大切に、尊重する心を育む道徳教育を含むという記載がございます。ただ、そういう予防教育の文脈の中で、生命の大切さについてお伝えすると、当事者からすると、自分は死にたいと思っているけれども、生命をないがしろにしているとみんなに思われているのかであったり、御遺族や御友人を亡くしているようなお友達もいますので、そういった方が生命をないがしろにしたのかと感じ得ると思います。

そうしますと、先ほどの遺児がいることを前提に実施することや、スティグマを経験するという項目と矛盾するように思われますし、そもそも国内外で自殺予防教育が行われていましたけれども、多くが根岸委員が言ったようなSOS出し方教育、援助性行動の促進であったり、ストレスコーピングや自殺のサインについて話しているものであって、文科省の「学校における自殺予防教育の導入の手引」についても、生命の尊重教育というのは自殺予防教育の中じゃなくて、その下地づくりの教育として位置づけられていますし、現基本法、現大綱においても「生命の尊重」という記載は自殺予防教育の文脈で記載がございません。

もちろん、これはほかの委員からあった意見だと思うのですが、ほかの項目と少し矛盾するところや、現大綱とか法律に矛盾するところもあると思いますので、表現について少し御検討いただきたいと思います。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。

伊藤委員から御指摘ありましたけれども、これは有識者会議で実際に出ていた意見ではないかと推察するのですけれども、もし差し支えなければ、中山委員、今の点に関連して何か御意見があれば、よろしく願いいたします。

○中山委員 ありがとうございます。

私が言わせていただいたことに関連だと思うのですけれども、今、伊藤先生がおっしゃっていることはそのとおりだと思いますし。自殺予防教育の文脈で位置づけるかどうかということも御指摘のポイントの一つだったと思いますけれども、僕は、そこは結びつけなくても全然いいと思うのです。命の尊さを伝える環境を子どもたちの周りにどう張りめぐらせて、適切な形でいくかということで、自分はその下の部分の教育と教育外の社会との接点があるとしたときに、社会との接点の中で生命の尊さについて触れられる様々な環境に適切にアクセスすべきだというのが、僕の場合はどちらかというと力点が強いです。

それから、教育の中でも、予防教育とリンクさせると、おっしゃっておられるような話

にもなると思うので、そのところはおっしゃるとおりだなと思います。

○椿座長 どうもありがとうございます。

逆に、今の先生方の御意見を考えると、ここの部分の「生命の尊さ」を感じる環境教育自体は問題ないけれども、それが自殺予防教育というか、一般的な教育の中としたほうがいいかもしれないという意見でございますね。これは、どうしましょうか。私、事務局と調整させていただいて、最終的な意見の取りまとめをさせていただきたいと思っておりますけれども、第1案は今、言ったような修正はあり得るだろうと感じました。

すみません、中山委員から、別途、手も挙がっていたと承知しているのですけれども、中山委員、よろしくをお願いします。

○中山委員 引き続き。この間、官民の相談ネットワークの話ですとか、今の生命の尊さの部分ですとか、いろいろな意見を言わせていただいて受け止めてくださいますと、本当にありがとうございます。

1点、ちょっとお願いしたいと思っているのが、コロナ対策との関連の部分で、6ページの6行目以下の数行にかかる部分です。自分自身の問題意識は、累次の場で申し上げていますように、今、内閣を挙げて、国を挙げてコロナ対策をしている。これ自体を否定するものではありませんけれども、コロナ対策の中で特に人流抑制が経済抑制につながって、特定業種の経営とか雇用に直結してきている経過があるわけですから、こういったことが自殺に幾分なりとも影響を与えているということは、僕はあると思っています。

それが明確なデータ分析までは必ずしも十分でないとしても、例えば秋の懇談会での一定の資料がありましたように、少なくともその可能性というか、一定の蓋然性が否めないということであれば、それだけでも内閣として、政府としてしっかり受け止めて、このことを明確にしながら、自殺対策にさらにその趣旨を加えてやっていくという姿勢が大切ではないかなと思っております。コロナ対策は必要なことで、いいわけですが、内閣を挙げてやっている。その副作用がひょっとしたら出ているかもしれないということであれば、それを謙虚に受け止めて、しっかり自らの責任として書き込んで、前向きな責任として書き込んで、そして自殺対策をコロナの対策に一連、一貫するものとして位置づけてやるのだということを出していく。

コロナ対策を何であれだけやるのかということ、命に関わるからで、同じように命に関わるから一生懸命やっていたのが、他方で命に影響が出ているのであれば、それはその可能性を謙虚に受け止めて、しっかり明記してやっていくということが必要ではないかというスタンスなのです。それで、6ページの6行目以下に書いていただいているのですけれども、因果のつながりが少し弱い表現にどうしても見えてしまう。したがって、例えば、1つは、6行目に「この間の新型コロナウイルス感染症の感染拡大やコロナ対策の負の影響」とありますが、感染症の感染拡大と並べるのであれば、例えば人流抑制等のコロナ対策とか、人流抑制・経済抑制のコロナ対策とか、そういうコロナ対策の中でより絞ったほうが分かりやすいなと思う部分と。

もう一つは、政府としてコロナ対策を実施する際には、例えば、こういった負の影響を一体的に受け止めて、自殺対策を最重要施策の一つとして、より一層、施策の充実に努めるとともに、自殺対策基本法に基づき云々みたいな感じで、これはあくまで例えばですけれども、負の影響を一体的に受け止めるとか、あるいはコロナ対策の重要な一貫であるという観点も加えつつとか、そういう、より因果が明確に分かるような。因果というのは、対策と対策間の因果ということですからけれども、分かるような表現をしてやっていくということが、コロナ対策に真剣に向き合うという意味でも必要じゃないかなと思うので、その点は、「構成員からは」と入れていただいて全然構いませんので、ぜひお願いしたいなと思います。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございました。

まず、この部分の前段に関して、コロナ対策の中でも、人流抑制と経済抑制等のコロナ対策という形のものを具体化して、それから、負の影響が否定できないことからというのが、その場合に、もちろん可能性と書いていただいているから構わないと思うのですが、コロナ対策自体の否定にはならないような配慮を少しした上で、そこを具体化することと。

それから、今のお話ですと、コロナ対策を実施する際には、自殺対策は最重要施策の一つであることを明示しという、ここをもう少し。

○中山委員 そこをもう一度繰り返しますと、政府としてコロナ対策を実施する際には、こういった負の影響を一体的に受け止め、自殺対策を政府の最重要施策の一つとして、より一層施策の充実に努めるとともに、自殺対策基本法に基づき云々。

○椿座長 負の影響自体はまだ実証されていないと思うのですが、負の影響自体の可能性ということはあるかもしれないですけれども、この部分はまだ実際にコロナ対策自体の影響というものをどのぐらいエビデンスとして考えられるかどうか。可能性の段階でも、そういうことをある程度入れるということですね。

○中山委員 はい。必ずしもデータの的に十分な分析に及ばなくても、そこは可能性があるということを謙虚に受け止めながらやっていく姿勢というのが、対策には必要ではないかなと思うので、そこを含んだ、いい表現にさせていただいたらありがたいなと思います。

○椿座長 自殺対策が政府の最重要施策の一つであるということは、もう事実として構わないのではないかと私は思うのです。コロナの政策が、どちらかというと公衆衛生政策が重要視されているわけですが、それが逆に、まさに中山委員おっしゃっていただいたとおり、そこに副作用的なものがあるであろうということは、私自身も容易に推測するのですが、それが具体的にどのレベルである、どの程度であるかということが今、見えていない段階でどこまで書くかという、そのレベル感のように私自身は感じたのですが、

○中山委員 おっしゃるとおりなのですからけれども、政府の最重要施策なのですから、

そこもあって、最重要施策と言いながら、コロナも最重要施策。コロナも自殺対策もとしたときに、一方で、国民から見ると、コロナ対策はあれほど内閣を挙げて、閣僚も何人も置かれて、連日対策が練られて、対する経費も兆円単位で投じてやっているわけですね。自殺対策も最重要なのですけれども、施策のメニューも昔に比べると本当にやってくさっていて、真剣にやってくさっていることは心から感謝しますし、それはそういうことなのですけれどもね。

他方で客観的な目で見たら、例えば補助率をさらに上げていくことがどうなのかとか、あるいは今回の報告書に書いていただいたような様々な施策を、政府として予算をつけて本気でやれば、まだまだ余地はあると思うのですね。定性的には最重要なのだけでも、それを量にしたときの幅はまだまだあると思う中で、コロナのことを言及して一定の背景に持つ中で、政府も自殺対策に、予算の物量も、体制の物量もさらに考えて加えてほしい。それによって、1人でも将来亡くなる方が少なくなるような環境を、今こそ、コロナとの関係でも本当に真摯に分析しながらやっていくという姿勢が大切じゃないかなという思いで、この表現は大切じゃないかなと思っているのですけれどもね。

○樫座長 なるほど。自殺対策はというところとか、むしろコロナ対策が重要であると同時に、自殺対策も最重要施策の一つであるというニュアンスを入れていく。要するに、コロナ対策自体は直近、政府の中で非常に議論されているけれども、むしろ自殺対策は最重要施策というか、むしろ今の中山先生の意見を伺うと、自殺対策もという感じで、こちらにもきちんと政府が目配りをするということをもっと強くする表現として、そういう印象も少し持ちました。

○中山委員 一体的とか一連的とか一貫のとか、自分の中ではそんなイメージなのです。

○樫座長 コロナ対策がどういう副反応、経済的には非常に経済を冷え込ませたということの数字は出ているので、そういうことも含めて総合的にというところが、むしろ今、中山委員のおっしゃり方と、一体的にというニュアンスが出てくるといいということですね。そういうものを両者がきちんとお互いに関係して見ていくことが重要だと聞こえました。

○中山委員 座長おっしゃるとおりです。それで誤解のないようにということなのですけれども、一体的、一連的なものに関わらず、自殺対策は重要なので、それにコロナ対策の一体的なものが基礎として重要なところに乗ってくるイメージなのです。

○樫座長 むしろ、自殺総合対策は常に一貫して政府としてやっていただかなければいけないことであるという大前提の上で、今般のコロナのことが起きた段階で、どういうふうな配慮をすべきかという記述ということですね。コロナの政策が現在進行形で大変強く動いている中で、どういうふうに文章を考えていくかということがあるのですけれども、私、事務局と少し調整させていただいて、今日、どういう素案にするかということについて、最終的には私の責任になると思うのですけれども、一度見ていただくことも含めて調整させていただければと思うのですけれども、よろしいでしょうか。

○中山委員 ありがとうございます。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。非常に本質的な問題で、難しい問題。逆に、コロナ政策というものがある中で、どういう書きぶりにするかというのが非常に悩ましいなと思ったところです。どうもありがとうございます。

○中山委員 ありがとうございます。

座長、最後。僕は、ここを指摘するほうが、コロナの側も全然違和感なく、前向きに受け止めていただけるのではないかと思うので。

○椿座長 コロナ対策が今後、公衆衛生中心から、経済とか一般的なものとの調和ということを求めてくるであろうということは、私も容易に推測するところなので、それが推測のレベルだということが非常に申し訳ないのですけれどもね。ただ、今、中山委員のおっしゃっていること、非常によく分かるので、少しこれも調整させていただいてと思います。恐縮です。

○中山委員 ありがとうございます。

○椿座長 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。よろしく願いします。

3つほど気になった部分について意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、11ページの<第2 個別施策>の(2)の1つ目の○のメール・チャット・その他SNS相談のところについてですが、表記内容というよりは、今後の相談を受ける側の改善についてのお願いという形です。チャット相談等については、インターネット上でも、つながりにくいとか相談を全然受けてくれないとか、いろいろわさが広まっているようですが、誤解を恐れずに申し上げますと、例えば住所や男女別、AIで年齢、悩みの相談など、個人情報だけ取られて相談には乗ってくれないというのと。あとは、死ぬほど苦しい、今すぐ死にたいのだという相談をしても放置状態で、変な言い方ですけども、情報だけ取られていると感じる人もたくさんいるようなのです。

なので、電話相談もSNS相談も、最初はAIでもいいと思うのですけれども、1回でもいいし、一言でもいいので、人間が対応する仕組みを作っていただきたいと思っています。数が多くて大変だということは重々承知してのことですが、相談機関の周知をしていくのであれば、それを信じて相談する側が放置されてしまうということは、誰も僕のこと、私のことの相談に乗ってくれないとなって、さらに追い込まれてしまう可能性が非常に高いかなと思うので、周知するからには、きちんと人間で。人に追い込まれている人がほとんどだと思うので、AIもちろん大事ですけども、人間が1回でもいいので対応していただきたいと思っています。ぜひよろしく願いいたします。

もう一つは、同じ11ページですけども、下のほうです。相談を受ける職員の精神的負荷が大きいと考えるため、各相談機関において、当該職員に対する精神的ケアを実施する必要がある。この部分の精神的ケアの表現を変えていただきたいと思っています。もちろん、支援する側の支援が必要だということは十分承知しています。私自身も相談を受ける側として、それは十分承知していますけれども、相談する側からするとこういう声が聞こ



えます。私の相談を受けるとそんなに疲れるのだということです。そんなに相談して疲れるなら、申し訳ないから相談しないほうがいいとか。例えば、想像してみてください。あなたの相談を受けると精神的に疲れるのですと言われて、ああ、ごめんなさい、相談しないほうがいいねと感じるのが普通だと思うのですね。

そうじゃなく、疲れてもいいから聞くよと、落ち込んでいる、精神的に追い込まれている人は思わないのですね。そのために、相談をしやすいようにする、相談をたくさんしてほしいと思うためには、相談をする側にそのような疲れたという情報が入らないようなところで周知してほしいとか、いろいろなことをしてほしいのです。相談を受ける側が疲れたということが分かるようなところで言うと、相談しないとなってしまうのかなと思うのです。

だから、ここに書いてもいいのですけれども、精神的ケアとか負荷が大きいという、あなたたちの相談を受けると疲れるのですという表現の形ではなく、もちろん相談を受ける側のスーパーバイザーとか、個人じゃなくて組織としての対応とか、相談を受ける側のネットワークというものが必要であるみたいな書き方に、どういう書き方がいいか分からないのですけれども、そういうふうに表現を変えていただきたいと思うのですね。それは、相談をする側の気持ちになつての表現に変えていただきたいと思っています。

もう一つは、16ページ、自殺総合対策の更なる推進に資する調査研究等の推進の箇所ですが、これは前から言っていますけれども、表に出すデータと、裏でというか、調査研究のためのデータと区分けをしていただきたいと思っています。自死者の動向がたくさん載っています。死亡方法とか細かな時間とか、たくさん載っていますけれども、それはもちろん自死の予防のために役立てたいという気持ちは分かるのですけれども、細かなデータを提供するのは構わないと思いますので、できるだけ役立てていただきたいと思いますけれども、国の機関も含めて、地方自治体のウェブサイトに掲載する範囲を決めていただきたい。

そして、その上で、裏のほうでと言ったら申し訳ないですけれども、対策に役立てるための資料とデータ等はもちろん提供していただいて、十分な調査研究、対策のために役立てていただきたいと思っていますが、そういうことがもちろん必要なのですけれども、裏のほうと言ったらおかしいですけれども、区分けをしていくような形で国が指導していただきたい。

きのう、おとといですか、個人情報保護委員会の記事が載りました。本人の同意を得ないままデータ化し、公開する行為についてということで記事が載っています。最近あったのですが、この部分は事故物件サイトの件ということも遺族の情報の件ではあるので、ここについて公開と非公開のデータということを区分けして、データの提供の実現をしていただきたいと思っています。

それから、大変余計なことだと思いますが、最後に1つだけ。13ページの2つ目の○のところ。上から2つ目で、長野県と自治体の固有名詞が出ているのですけれども、大

綱なので、ここは削除してもいいかなと思うのです。長野県と固有名詞を出さなくても、子どものこういうチームのような都道府県のというので十分じゃないかなと思っていますので、ぜひその辺りもお考えいただいて、固有名詞などは出さないようにしていただければなと思っています。

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。

最初のSNS相談で、AIとか、そういうもので自動的に行って、相談の窓口まで行かなくなってしまったということについての危惧というのは、私もそのようなことがあっては困るなと思いますし、そういう目に遭った方々が大変残念な思いをする。かえってハイリスクのほうになってしまうということも非常によく分かることです。

あと、相談員についてのケアが必要だということについて、これが一般の相談員、全ての相談員がそういうふうに精神的な負荷を感じていると取られてしまっただけでは困る。それが逆に相談する立場の人間からしたら、こういうものは困るということ。それもそのとおりかと思うのですけれども、逆に相談員についてはというのは、これが全ての相談員というわけではないわけですね。ハイリスクの相談員がいるかもしれないということが見えてくる。それは、それなりに相談員の方の中で非常にケアが必要な方もいるというニュアンスになればいいと、私は先ほどの田中委員の意見を伺いました。つまり、全ての方が、全ての相談員がそういうことになって負担を感じているというニュアンスは避けたいということかなと伺ったところです。

それから、3番目の点、これは両論併記みたいな形になっているところなのですが、まさにこの両論併記になっているということは、田中委員がおっしゃられたようなことを基本的に今後検討していくということではないかなと、私は受け止めています。

すみません、固有名詞をつけるか、つけないかというのは、長野県の実際の取組ということで御発言があったのではないかと。この有識者会議の中で御発言があって、現在の報告書は有識者会議の中での発言から主として作っているということがあるので、長野県の取組が優れた取組であるならば、それを記載することはそれほどおかしなことではないのかなと、私、個人的には思いますけれども、もちろん有識者会議全体の先生方の考え方を聞いてみたいところでもございます。

すみません、私が回答することでもないような気もするのですが、私、そういうふうに考えているということで、田中委員がおっしゃっていること、私もこれをやらなければいけないのではないかと思うことが多々あったところです。田中委員、よろしいでしょうか。私がまとめるのは僭越のような気がするのですが、それでもね。

○田中委員 いえ、大丈夫です。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。

続きまして、山脇委員、よろしくお願ひいたします。

○山脇委員 御指名ありがとうございます。

まずもって、この間の発言を踏まえて丁寧に取りまとめいただいております事務局の皆様、改めて御礼申し上げます。どうもありがとうございます。

その上で、2点ほど発言させていただきます。

1点目は、通しページの14ページの(6)勤務問題による自殺対策の更なる推進です。第7回の会議の中でも少し触れさせていただきましたが、メンタルヘルス対策、ハラスメント対策あるいは長時間労働の是正という問題については、残念ながら道半ばと言わざるを得ない状況だと思っています。こうしたそれぞれの取組を推進していくことは当然ながら、とりわけ、今もなお足元で、痛ましい過労死、過労自殺などが引き続き発生している状況を一刻も早く根絶するためにも、昨年7月に改定された「過労死等防止大綱」に基づく対策のさらなる推進が必要だと考えております。

したがって、総論的に今、申し上げたような話を入れていただくこと、特に、自殺対策と過労死等防止対策が、連携を図りながら取組を進めていくべきことを記載いただけないかというのが1点です。

もう1点は、10ページの○の2つ目、コロナウイルス感染下における影響を受けた方々の、というところです。この点は第4回会議でも発言させていただきました。現在は、2行目の「ひとり親等」の「等」のところに包含していただいていると思うのですが、コロナで影響を受けた方々の中には、フリーランスなど曖昧な雇用で働く方々がいると考えております。ぜひこの曖昧な雇用で働く方々についても、影響の大きさということを踏まえて、具体的に「等」ではなくて記述いただけないかというのが2点目でございます。

以上でございます。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。

第1点目、これも私が答えていいことかどうか分かりませんが、勤務問題による自殺対策の更なる推進というところで、過労死大綱等との連携ですね。過労死というものが非常に総論的に大きな問題ではないかということが、ここだとテレワークの導入から入ってしまったので、むしろそこに総論的に、まず過労死という問題をきちんと入れておくということ。これは非常に重要な指摘ではないかと考えます。その表現については、どのような総論的な記述にするかということに関しては、事務局と検討したいと思いますけれども、ぜひ追加させていただければと思います。御指摘ありがとうございます。

それから、「無職者、非正規雇用労働者やひとり親」というところに、雇用関係が曖昧な方々、フリーランスも含めてというお話がありましたけれども、そこも少し反映させるべきことではないかと思っておりますので、これも表現ぶりを事務局と少し調整させていただければと思いますので、貴重な意見、どうもありがとうございました。

山脇委員、よろしいでしょうか。そういう形で少し調整させていただければと思います。ありがとうございます。

引き続きまして、松井委員、手が挙がっております。松井委員、よろしくお願いたします。

○松井委員 ありがとうございます。

6 ページと 9 ページに「精神科又は心療内科」がという記載があるのですが、一応、精神科と心療内科は別なのです。それで、クリニックを開業する場合、精神科の医者が心療クリニックという名前をつけることは多いのですが、以前、私が勤務していた大学では、うつ病だと診断された途端、心療内科から精神科に紹介されてくる。特に、自殺関連の場合は最初から精神科に行きなさいと言われることが実際多かったです。

ちなみに、心療内科という科が最初にできたのは、池見酉次郎先生が九州大学で第 3 内科の中から派生した科だったのですけれども、その九州大学の心療内科のホームページを見てみると、心療内科はストレスが関係した内科系疾患が専門ですと書いてあり、さらに心身症というのは、身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関係し、器質的な異常、機能的な障害を認める病態を言う。ただし、神経症（不安障害）やうつ病（気分障害）など、他の精神障害を伴う身体症状は除外される。これは、日本精神医学会 1999 年で定義されていると書いてありました。要するに、心療内科では、身体疾患に伴って何か心理的なものが起こったときには診ますということなのですね。

また、東京大学附属病院の心療内科のホームページも確認してみたのですが、精神科との違いですと書いてありまして、私たち診療内科医は精神科医ではなく内科医です。主な診療対象とする心身症は（心の病気）精神疾患ではなく、（体の病気）身体疾患です。身体疾患があることが前提で、それがストレスになって発症や悪化している患者さんに対して心身両面から治療していく。精神疾患の場合は、精神科や神経科の治療対象となります。精神疾患のために身体症状が出現することもあります。元となる精神疾患の治療が必要ですので、この場合も精神科や神経科が専門の科となりますという記載があるのですね。

どこにでもあるような文章に載せるのであれば、精神科医又は心療内科医でもいいと思ったのですが、今回の報告書がオフィシャルなものだと考えると、心療内科を精神科の後につけるのはちょっと違うのかなという印象を持ちました。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。

むしろ、精神科と神経科と先生がおっしゃった。

○松井委員 神経科と書いてありますけれども、最近では神経科ということを目立つ人は少ない。

○椿座長 少ないので精神科。

○松井委員 それで構わないと思います。

○椿座長 心療内科については削除してという意見ですね。

○松井委員 座長にお任せいたしますけれども、オフィシャルな報告書としてはちょっとどうかなという感じがいたしました。

○椿座長 少し検討させてください。いずれにせよ、心療内科という言葉が厳密には違う

ということだったら、これを削って、あるいは「等」にするのは余りよくないかもしれませんが、事務局と事実関係も含めて確認させていただければと思います。

○松井委員 ありがとうございます。

○椿座長 ありがとうございます。

続きまして、向笠委員、よろしく申し上げます。

○向笠委員 ありがとうございます。いろいろ細かく子どもの自殺のことについて記載してまとめていただいて、ありがとうございます。

先ほど議論に上がった13ページ、○の3個目の文言、3行目の自殺予防教育のところ、それぞれの委員の方々の御意見で私も十分納得するところではあるのですが、そもそものSOS出し方教育の流れでいくと、あれは心の危機と言っても、いじめられてつらいとか、家族の中でひどい扱いを受けているとか、自分の心の中のつらいところを外に出せるようにやっていけるのだよということを一個一個教育していくというのが、SOSの出し方教育の流れになっています。その延長線上に、当然のごとく、自殺をSOSとして出すというふうに考えているのですが、直接的に自殺したいからSOSを出すという言葉の理解にならないように書いていただきたいというのが1つ。

そして、先ほど申し上げたように、心の危機というのは、小さいことから積み重ねていっているということなので、教育が非常に重要なので、しかも子どもは年齢が上がっていきますので、地域のサポートが非常に必要なので、この流れの内容的には私は十分了解し、納得できるのですが、3行目、おっしゃっていただいたように、直接、自殺をSOSとして出すために教育しているのではなくて、困っていることをSOSとして出せることを教育して、自殺予防の流れにやっぴいこうということが趣旨なので、そこを分かる形で書いていく。

教育の充実や必要性というのは、特にコロナ禍で、今の小学校1年生、2年生は同級生の顔を見ていないのですね。そして、横のつながりをつくるような連帯のある教育、運動会等が十分になされていないので、この数年の教育を十分しなければいけない時期になっていると考えていますので、自殺の教育と入れるのではなくて、延長線上に自殺の問題を扱っているという意味を含めた文章にさせていただけるとありがたいと思っています。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございました。

先ほどの意見とも非常に関係すると思うのですね。SOSの出し方というものは、自殺予防教育に関係なく、根幹的な、困ったことがあればサポートを受けるというメンタリティを日本の子どもたちが持っていなければいけないということだと思っているので、その辺、先ほどから何回か出ている意見と割と共通項があるなと思いつながら聞いておりました。

○向笠委員 しかしながら、最終的には自殺のSOSをそこでは出せるようになってほしいというのが、その教育の成果で出てくるというところは狙っているところでもあるわけなので、非常に難しい説明にはなると思うのですが、教育という意味では必要だと思っています。自殺をカバーする、予防するという意味では大事な内容になってくるのだろうと思

ています。

○椿座長 ありがとうございます。

これも最終的な表現ぶり、なかなか難しい部分がありそうな気がしますけれども、逆にかなり根本的な教育としてのサポートを受けるべき状況では、受けるのが正しいという教育が、子どもの中でできてくる。その上で、その延長線上に自殺予防教育のようなものがさらに特化した形であるということですね。

○向笠委員 最終的に、自殺予防教育にそれがなるんだよという理解のほうが近いと思います。

○椿座長 そういうことですね。

○向笠委員 と思います。特に、今、コロナで子ども同士の表情とか横のつながりが何もできないので、教育しかうまく全体に当てることができないのではないかという不安を、スクールカウンセラー等をやっていると実際に感じていますので、重要な状況になっていると思います。

○椿座長 ありがとうございます。

自殺総合対策の中に書き込む話の中で、もっとゼネラルな枠組みをどのように書くかというのは非常に悩ましいのですけれども、これもどこまで書き込めるか、あるいはこういうものを我々有識者会議が出したときに、これ自体は自殺総合対策ということのある種主眼に置いてやっているわけですが、出すとともに、こういう今のようなものが教育の本質のところが必要であるということの附帯的な意見等が出す段階で出せるといいのですね。

○向笠委員 でも、予防教育の中で子どもにできることが非常に少ないので、何か文章を入れたほうが。

○椿座長 先ほど、私も自殺予防教育の中でSOSの出し方と言ってしまうと、非常に実質的な機会が失われてしまうのではないかという意見をなるほどと思って聞いていたのです。

○向笠委員 SOSの出し方教育というのは、先ほど申し上げたように、いじめられているとか、おうちの中でつらい立場であるとか、些細なことでもSOSを出していいのだよというやり方を教えていくという、その延長線上にもっとシビアな状況もあれば、当然出してくれるようになるという目的で教育していくという形ですね。だから、教育としては要るのです。

○椿座長 ありがとうございます。

これはちょっと事務局と調整しないといけないのですけれども、むしろ子どもたちがSOSを出しやすい、支援にアクセスしやすい環境を作るといったSOSの出し方に関する教育を定期的に着実に推進すべきであるを先にして、それを通じて自殺予防政策を推進する、そのことが重要であるという、その辺のニュアンスの書き方だと思います。

○向笠委員 定期的に教育を入れることが非常に必要だと思います。

○椿座長 SOSを出すことが根幹で、それに対して、その上でハイリスクの教育を推進。そ

れも含めて、事務局と少し調整させてください。趣旨はよく分かりました。どの程度まで今のことを生かせるのかに関しては、委員の皆様方が合意しなければいけないかもしれませんが、今のようなことがあるということを事務局、ノートしておいてください。

○向笠委員 ありがとうございます。

○椿座長 続いて、生越委員、よろしくお願いします。

○生越委員 ありがとうございます。

私からは、まず、通しの12ページの一番下の○のSOSを受け止める側の議論というか、問題意識を少しお話ししたいのですけれども、最近、学校のいじめとか指導によって自死したという御相談が非常に多くて、たくさんの事例、御相談を聞いていますけれども、子どもたちはある意味SOSを出しているのです。何回も出しているのですけれども、結局、受け止められずに最終的には亡くなってしまうということが、事例として非常に多いと思うのです。

ただ、受け止める側、これはもちろん家庭と学校と、もう一つ言えば地域社会というものもあるかもしれませんが、学校のお話しをしますと、実際亡くなった方の事例で多いのは、教師側に時間的余裕が全然ない。正規に採用されているのではなくて、非正規の先生であったり、ないしは教師自身がうつ病などでメンタルダウンしているという状況の中で、非常に余裕がない現状がある。

あと、法律の立てつけとしては、いじめ防止対策推進法があるわけですが、特に管理職、校長先生、教頭先生のレベルの方の意識が低い場合が多くて、法律が予定しているいじめ防止とか自殺防止の機能がうまく働いていない事例で亡くなっているのですね。

もちろん、子どもたちにどう教育するかということは、先ほど来、ずっと議論していただいているわけですが、受け止める側に関して体制の構築が必要であるという大綱の記載になっていますが、ここが実は欠けてしまうと全く意味をなさないのではないかというのを問題意識として少し持ちましたので、御指摘させていただきます。

子どもに関して、次に、通しの23ページで、校医の件を私が前回指摘させていただいたのですが、お答えは「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」、マニュアルにこう書いていますよと。確かに記載は存在するのですが、じゃ、具体的にどうなのだという話になるのですね。私の問題意識を再度繰り返しますが、医師免許を持った方が子どもたちの現実の学校という場で接点を持っているのは、校医の先生が一番接点を持たれていると思うのですね。子どもの自死予防に関して、小児科のコンサルテーションのことも伺わせていただきましたけれども、また小児の精神科医療はどうなっているのだという質問をさせていただきましたけれども、窓口として一番近いのは校医さんなのです。

なので、例えば虐待の問題とかも含めて、イメージですけれども、産業医のようなちゃんとした役割を、ある種の権限を持っていただいて、自殺・自死だけじゃなくて、子どもの健康をもっとトータルに見られるような、ちゃんとした制度が必要なのではないかなというふうに回答をいただいて、感想ですけれども、感じました。

あと、通しの14ページですが、勤務問題について1点指摘させていただきたいのですが、現在、いわゆる労災の制度、心理的負荷による精神障害の認定基準の改定作業が、専門検討会が開かれているのですが、自殺予防の観点から見ても、労災が出ると経済的に安定した状態で療養できるわけですから、自殺予防に対して非常に有用だと考えられるのですが、平成23年に改定されているのですが、そのときに精神障害の悪化の業務起因性という枠組みができたのですが、残念ながら、これは恐らく適用されていないのではないかと個人的には思っています。適用された例がないということです。

実は、前の有識者会議のときに私がちょっと問題提起させていただいた記憶があるのですが、精神障害悪化の業務起因性に関して統計を取っているのかという質問に対して、統計を取っていないという回答をいただいている。実は、今回も個別で質問させていただいたら、統計がないということなのですね。ということは、恐らく平成23年にできて10年ぐらいたっているわけですが、一人も精神障害悪化の業務起因性によって救済されていないのではないかと、残念ながら疑っている次第です。この会議は認定基準の会議ではないですが、厚生労働省としては、改定作業の中で自殺予防に関しても重要ですから、真摯に取り組んでいただきたいと考えています。

私からは以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。

むしろ、今後の進め方とか情報の取り方ということも含めて、労働基準局、よろしくお願ひします。

○西川調査官 厚生労働省労働基準局で労災補償を担当しております西川と申します。

今、生越先生の御指摘の関係で、悪化の事案について分けて統計を取っていないので総数を把握していないということは事実でございますけれども、件数がゼロかということでございますと、そういったことではございません。確かに何件ぐらいあるかという全体像をお示しすることは、申し訳ないですが、できないのですけれども、ゼロではないということだけは御説明させていただきたいと思ひます。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

生越先生、今のような御説明がありましたけれども、いかがでしょうか。

○生越委員 すみません、この話をすると、私、1時間でも2時間でも話しますので、ちょっとあれなのですが。ただ、1点、どれだけ救済されているのか。特に、存命の場合と亡くなった場合とで、恐らく扱いが異なって、特に存命の場合は悪化した部分しか業務起因性を認めないわけですから、せめて存命の場合で悪化した部分で業務起因性を認める例があるとすれば、例えば実務要領とかで、どういう場合、どこまで業務起因性を認めるとか、認めないとか、1つ枠は示すべきだと思うのです。

なぜかという、発病に関しては、かなり細かく実務要領とかで記載されていると思うのです。そのところは、労基署のほうももう少し使いやすい体制というか、仕組みを厚



生労働省がちゃんとつくるべきだと私は思います。ゼロではないということは承知しましたが、統計がないので何件か分からないということなので、できれば統計をちゃんと取っていただきたいなと思います。

○椿座長 生越委員、コメントありがとうございました。いずれにせよ、今後、そういう課題があるということで、承知いたしました。

続きまして、朝比奈委員、よろしく願いいたします。

○朝比奈委員 ありがとうございます。

私からは、2点、御検討をお願いしたいと思います。

まず、7ページ、総論のところです。1つ目の○に、生活困窮者支援法や地域共生社会の施策のことが触れられていますけれども、それとつながると思うのですが、3つぐらい下の地域における関係機関の連携と体制の充実というところに、「地域において相談窓口からつなぐことができる機関がないといった課題がある」といった記述があります。これは、もちろんそうなのですが、例えば生活困窮者自立支援制度は、法改正を経て、生活の困窮だけではなくて、社会的な孤立にも焦点を当てて、相談のゴールが孤立の解消というふうに設定されています。

それから、地域共生社会の体制づくりのための重層的体制整備支援事業においても、はざまの問題に対応するための参加支援といったメニューが示される等々、孤立の解消を目指すための地域づくりといったことは、困窮者支援法や地域共生社会を目指した政策、それから地域包括ケアでも目指されていると思います。ですので、この辺りについては、相談の入り口ということだけではなくて、孤立の解消を目指した出口づくりという意味でも、困窮者支援や地域共生社会の政策、地域包括ケアを含む、それらの政策とどういうふうに生きていくための包括的な支援を目指した自殺対策の政策を重ね合わせるかという視点が必要なのではないかと思いますし、そのような記述にしていく必要があるかなと思います。

関連して、個別施策の(2)の相談体制の充実と、政策や相談窓口情報等の分かりやすい発信というところの2つ目の○に、相談体制については云々。ここに「児童福祉だけでなく」と、ぽんと出てくるのが、ちょっと違和感がありまして、一人一人のニーズに応じて、ライフステージに対応する対策ということは極めて重要な視点だと思いますので、「児童福祉だけでなく、困窮者支援等を含めて」というところは省いてしまってもいいのかなと思いました。それが1点です。

それから、14ページ、妊娠初期の問題に着目して記述していただいたことについては感謝いたします。ただ、妊娠初期と言ってしまうことで、問題が見えにくくなるのではないかなと思っております。有識者会議においても、産婦人科の先生のほうから、妊娠初期についてと、産後すぐのところにリスクが高い層があるというお話がありましたけれども、別の角度から言うと、児童虐待の死亡例の分析をした第14次報告によりますと、出産ゼロ日で虐待死をした135人の赤ちゃんのうち、88%の母親が予期せぬ妊娠だったという数字が紹介されています。

ここについて、どんな環境の中での妊娠初期であるかによって状態像が大分変わってきますので、「予期せぬ妊娠」といった文言を加えることで、その方が問題を抱え込んで孤立していくという状況が様々含まれると思いますので、そうした記述にさせていただくことを御検討いただければと思います。

私からは以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。

相談体制の出口的な部分の記載とか、そういうものの必要性。それから、具体的に「予期せぬ妊娠」というキーワードを頂戴したところです。これも表現ぶりを事務局と少し調整したいと思いますが、よろしいですか。はい。御意見、どうもありがとうございました。

続きまして、三木委員、手が挙がっています。よろしくお願ひします。

○三木委員 12ページ目ですけれども、精神科医療につなぐ医療連携体制の強化というところで、先ほど松井委員からも御指摘ございましたけれども、心療内科というのは確かに内科でありまして、ストレスから来るいろいろな症状を診るということで、一部重なっている部分はあるのですけれども、別なのかなと思います。この精神医療につなぐというのは、一番最初の時点から言われていたことで、かかりつけ医に対して、かかりつけ医向上研修とか、我々もいろいろな研修を行って、うつ病を早期発見して医療に結びつけるということをずっとやってきたわけです。

それで、ある程度自殺者数が減少してきたという事実はあると思うのですけれども、今、我々が一番危惧しているのは、精神科などを通り越して、スキップして亡くなってしまうケースが多い。その場合、相談機関であるとか、いろいろな最初に相談したところから、うまく精神科につながるなり、精神医療につなげるということが重要なのかなと感じているところでございます。

それと、精神科に対しては、どうしても偏見というか、スティグマがあって、特に失礼ですけれども、精神科病院に関しては、ああいうところは怖いみたいなイメージがまだあって、クリニックなんかだと割と行きやすいというところもあるのですけれども、ただ、標榜だけ精神科をしていて、実際は内科医であったり、ちゃんとした精神科のドクターでないというところも中にはあって、それも問題になっていて。今回、診療報酬の改定で、指定医の有無で点数がちょっと分けられるということもあって、それはそれで、また問題でもあるのですけれども、精神科にというところを「精神科を専門とする医師」という形にさせていただければいいのかなと思います。

それと、子どもに関しても、精神科というのも非常に重要な領域なのですけれども、確かになり手が少ないということと、これも専門医のところの問題になっているのですけれども、小児科で精神科を診ている先生もいらっしゃるわけで、いわゆるサブスペシャリティというところで、精神科のサブスペシャリティというよりは、小児科のほうに持っていかれてしまうのではないかという話もあって、その辺り、精神科としても小児精神科をも

っと充実させていく必要があるのではないかなと考えております。

それと、自殺企図の方はリスクファクターとしては非常に大きなものなのですけれども、今度の診療報酬の改定でも、総合病院とか、大きな病院でないとその後のフォローアップなどの診療報酬の点数がつかない。実際は、大量服薬とかリストカットなどをして病院に入院して、その次の日、帰されて、すぐに元の病院に行きなさいみたいな感じで戻されるわけなのですが、実際にはクリニックはフォローしているのだけれども、そういったところが点数化されないというところもあって、また再企図を行ってしまうということもあります。

なので、もう少しその辺りを支援機関につなぐ、支援していくということは非常に重要だと思うのですが、自殺企図というのは非常に重要なリスクファクターですので、そこを重点的に我々としても対応してまいりたいと考えております。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。

先ほど松井委員からもあったのですけれども、精神科を専門とする医師ということをもう少し明確化するということですね。

○三木委員 そうですね。精神科専門医としてしまうと、専門医になってしまう。

○椿座長 限定されてしまう。

○三木委員 精神科を専門とする医師というふうに。

○椿座長 むしろ心療内科というものを加えるよりは。

○三木委員 私も心療内科を標榜しています。というのは、精神科だとかかりにくいという方が中にはいらっしゃるわけです。それはスティグマだと思うのですけれども、それで心療内科というほうが行きやすい。会社でも、例えば保健師から心療内科に行ってきたいと言われると、割と抵抗なく行けるけれども、精神科を受診しろと言うと、それはちょっとという方が結構いらっしゃるという現状はあるのです。だけれども、精神科を専門とする医師と、大綱においてはそうするべきではないかなと考えております。

○椿座長 ありがとうございます。

それでは、その方向で少し調整させていただければと思います。ありがとうございます。

先ほど三木委員からいただいたことについても、今の案をかなりサポートしていただいている意見と、今みたいな形で少し注記が必要だということかと思いました。

続きまして、根岸委員、よろしくお願いたします。

○根岸委員 すみません、追加で短く1点だけコメントなのですけれども、いろいろな委員の方からも意見が出た、SOSの出し方に関する教育について補足させていただくと、これのモデルの一つになっているのが足立区で始められた授業で、そこでは区の保健師が学校と連携して授業を行うことになっています。それで、授業の最後に保健師が子どもたちに対して、いざとなったら私のところに相談してねと伝えるようになっています。つまり、

SOSの出し方を伝えるということだけじゃなくて、SOSの出し先と一緒に子どもたちに伝えることになっていて、実際にそうすべきだと思いますので、その点を補足させていただきました。前回の会議のときにも、連携して行うべきということで発言させていただきましたが、それも含めた補足として追加でコメントさ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す。

SOSの出し方教育というのは、まさにSOSの出し先も分かるような教育でなければならぬということですね。

先ほどのものについて、まだ自分の頭が整理できていないのですけれども、少しそういうことも踏まえて、ここの部分、かなりいろいろな意見を頂戴したので、具体的にどう直すかということも含めて、ちょっと事務局と相談したいと思います。ありがとうございます。

それでは、江澤委員、お待たせしました。申し訳ありません。よろしくお願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

私のほうからは、3点、意見を申し上げたいと思います。

まず、6ページの上段の新型コロナウイルス感染症に関する記載でございます。先ほどもいろいろやり取りがございましたけれども、新型コロナウイルス感染症は、私も自院で多数の入院患者様を受け入れておりますけれども、入院時にウイルス性の肺炎を来している人が7割ぐらい、もう一つは、血液の凝固能の亢進、血栓を作りやすくなるような病態が入院時において8割ぐらいの方に認められておまして、インフルエンザとはその辺りが大きく異なる。高齢者にとっては大変脅威的な疾患であります。その結果、2年前には想像がつかなかった2万7500人余りの方が今、亡くなっているという大変悲惨な厳しい状況になっています。そういった状況の中で、国は国策として公衆衛生の対策を重視して取らざるを得なかったというところだと思います。

ここで考えなければいけないのは、この負の影響については、そろそろ総括的に検証を行って、客観的な評価をしていかないと、もちろんエビデンスというものを求めることはなかなか難しいフィールドだと思いますけれども、できる限り客観的に検証を行って、来てほしくはないのですが、来るべき今後の新興感染症の際の備えをするということが今、重要だと思っています。したがって、そういった視点も必要じゃないかなと考えています。

続きまして、12ページの(3)精神科医療につなぐ医療連携体制の強化でございます。その○の3つ目についてでございますが、令和4年度の診療報酬改定において、自殺企図等の患者に対して、生活上の課題等を確認し、助言又は指導を行った場合に、退院時に1回に限り算定する新たな評価が新設され、歓迎しているところでございます。

一方で、その診療報酬上の評価だけでは、当然なかなか対応が難しい現状がございますので、その下のところに「積極的に精神科又は心療内科につなぐことや、地域の支援機関等につなぎ」という記載がありますけれども、大事なことは確実につなぐということが重

要なポイントだと思いますので、この辺りの積極的につなぐことの記載について、確実につなぐということも検討すべきではないかなと思っております。この辺りは、座長の先生と事務局のほうにお任せしたいと思います。

最後に、13ページ、子どもの「生命の尊さ」の道德教育等の記載が○の3つ目にありますが、「生命の尊さ」の中で、人の痛みの分かる教育というのをこの中にぜひ含めていただきたいと思っています。今、ゲームに非常に興じる子どもが多いと思いますけれども、ゲームの中では人を攻撃したり、格闘するタイプのものもかなり多いと思っています。助け合うとか、支え合うとか、協力するとか、社会に貢献するようなゲームがもっと増えてもいいのかなと個人的には思っています。

そして、今、毎日、本当に大変な悲惨なウクライナの戦争の報道がなされています。この中で、日々、一般市民が何名亡くなったとか、本当に心を痛める報道が継続的に行われています。世の中で最も尊い命を人為的に奪う、この非人道的な行為は言語道断であり、何をもっても許されるものではありません。一方で、子どもの教育上、大変説明しづらい、説明のつかない事案でもありますし、こういったことの教育への影響、もちろん政治も含めて、本当に一刻も早くいい方向に解決していただきたいと思っていますけれども、現実にごこういった報道もせざるを得ない状況でございますので、そういったいろいろな国民、特に子どもたちに対する影響というのも考えていかなければいけないのかなというのは、今、非常に思っていることでございます。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

先ほどの積極的につなぐというのを、確実につなぐというのは、非常に貴重なコメントだと、私も賛成です。ありがとうございます。

それから、人の心の痛みが分かるということを書き込める余地があるかどうか。現在は、心の危機に陥った友達への関わり方という書きぶりになっているわけですがけれども、そこをうまくできるかどうかについては、ちょっと一任させていただければと思います。ありがとうございました。

○江澤委員 ありがとうございます。

○椿座長 続いて、松本委員、よろしくお願いたします。

○松本委員 よろしくお願いたします。

多岐にわたるいろいろな御意見をきれいにまとめていただきまして、事務局の方、本当にありがとうございました。

私のほうからも1点だけ、大きなことでなくて小さなことで恐縮ですが、どこかに記載があれば恐縮なのですが、通し番号の8ページの地域における関係機関の連携とか体制の充実のところ、ネットワークづくりとか、まさにこのとおりなのですがけれども、自分のこだわりで大変恐縮なのですが、こういったことをやっていくときに、ぜひ地方は財政的なこととか人的な支援をぜひお願したいことを以前述べさせていただきました。

して、人的な支援というものをもしこういう中に書き込めるのであれば、座長さんと事務局の方に一任で結構ですので、御検討いただければと思いました。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

人材の配置以上のことが書けるかどうか、これも事務局と調整させてください。御指摘、本当にありがとうございます。

続いて、明石委員、よろしく願いいたします。

○明石委員 ありがとうございます。

先ほど山脇委員の話を聞いていて、14ページの(6)勤務問題によるというところで、過重労働が問題なものですから、「勤務問題」よりも「過重労働問題」によるに変えていただいたほうが理解されるのではないかと思って読ませていただきました。事業者としても、過重労働、過労自殺等を防止する観点で対策を練っていきたいと思っております。

以上でございます。

○椿座長 どうもありがとうございます。

山脇委員の意見に関連するものと認識いたしました。ありがとうございます。書きぶりも含めて考えさせてください。

続きまして、伊藤委員、よろしく願いします。

○伊藤委員 伊藤です。

P11の一番下の田中委員が御指摘があったところで、おっしゃるとおり、当事者がこれを読まれると、少しネガティブな影響があり得るので、その点についてなのですが、実際、私どももコロナ禍以降、相談件数が増えている状況の当事者でもあるので、相談員個人というよりは、相談体制が逼迫したりしますので、非常に多くの相談が寄せられている中で、相談の体制が逼迫したり、個々の相談員に負荷がかかる場合があるから、相談機関や個々の相談員について後方支援を行うとか、個人の精神的ケアという表現よりも少し広めに支援していくみたいな表現にすれば、先ほどの田中委員の御指摘もクリアできるのかなと思った次第です。

以上です。

○椿座長 どうもありがとうございます。

いろいろそういう形の調整ができればと考えているところです。田中委員の意見について、少し考えていくということですね。ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。非常に貴重な意見をたくさんいただいているという印象なのですが、申し訳ありません、生越委員、よろしく願いします。

○生越委員 すみません、先ほど通し番号14ページの「勤務問題」という言葉を「過重労働」にしてはどうかという御指摘があったのですが、ここは言葉の使い方が非常に難しく、そもそも過重労働、つまり、ある種業務起因性があるような自殺だけを問題とすべきなのかということもありますので、過重という話をしてしまうと、そっちに引っ

張られるのではないかというのが1点と。

我々専門家は、過重労働といったときに、量的過重性と質的過重性と分けるのですね。量的は長時間労働で、質的はハラスメントの問題なのですが、分けて考えるのですけれども、一般の方がぱっと見たときに、過重労働と言ったら長時間労働だけに引っ張られないかなというのを少し危惧します。ですので、最終的には座長に一任ということになると思いますが、たしか原票がこの書き方になっていたのですかね。

○椿座長 おっしゃるとおりです。今の大綱が勤務問題という書き方でした。そこを確認してなくて大変恐縮です。

○生越委員 そうですね。もちろん御趣旨としては、使用者側のお立場としては、過重労働、業務起因性があるものに関しては取り組まれているということは十分承知しているのですが、それよりも少し広いものも含むのかなというふうには個人的には考えていますので、基本的には「勤務問題」で私はいいのではないかなと感じました。

○椿座長 どうもありがとうございます。

むしろ、項目立てとしては「勤務問題」にして、先ほどの山脇委員からの御指摘があって、過重労働問題については○印の中で触れていく。過労死大綱については、そこで触れていくという構成という御意見かと思います。これも、いずれにせよ、過労死関係の問題が最初に総論として出てくるというのは、今回、私もそれがいいのではないかなと思いましたが、今のような形でぜひ調整させてください。

引き続き、山口委員、よろしくお願いします。

○山口委員 事務局、どうもありがとうございました。

1点だけです。通し番号14ページ、(7)遺された人への更なる支援の一番下です。この点に関して、前回、発言させていただいた部分を記載いただいていると思いますが、「自死遺族となった際の希望に応じた初期段階からの支援」には、私のイメージとして、緊急的な対応ということの意味して前回発言しておりますので、可能であれば、「緊急的な支援」、もしくは「多様な支援」という形で追記し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す。

緊急的あるいは多様なという形の修飾が必要であるということですね。承知いたしました。ありがとうございます。

向笠委員、手が挙がっています。よろしくお願いします。

○向笠委員 先ほど生越委員が、12ページのSOSの受け止め方教育のことについてお話ししていただいたのですが、この文言で私、今、チェックしたのですが、既に文科省では、SOSをどのように受け止めるか等の研修を、学校の教員等に各県下の教育委員会のほうにするようにという形で動いている現状があるのです。現状を踏まえると、3行目の機会を設ける、体制の構築が必要であるではなくて、既にその体制も一応、状況的にもやっけてもかかわらず、状況が十分に機能していないというところがあるので、その改善が必要で

あるのかなと思いました。構築の研修機会も文科省は設けてあります。

○椿座長 どうもありがとうございます。

現状がそうであるということからすると、改善ないしは実効化みたいなことが必要だということですね。貴重な意見、ありがとうございます。そのようにできればと思います。

ほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

非常に多くの意見を頂戴いたしました。本日の御議論の中で、報告書の各項目について書き換えといいますか、方針的な部分に関しての意見というよりは、かなり個別の記載事項に関しての修正意見というものを頂戴したと認識しています。実際、今日、伺った中で修正が必要な部分というのもあると考えております。大変恐縮ですけれども、修正につきましては座長である私と事務局に一任いただければと考えているところです。もちろん、最終的なでき上がりに関して、有識者の皆様方、特に発言された皆様方にこういう形にしたということについては御確認いただきたいと思うのですけれども、ぜひここで私のほうに御一任いただければと思いますけれども、その種のやり方で報告書として取りまとめさせていただいてもよろしいでしょうか。特に御異論ございませんでしょうか。

(首肯する委員あり)

○椿座長 非常に貴重な意見、全ての意見が、私からしたらそのとおりでと思う意見がありますけれども、いろいろな意味の調整の必要な事項もあったかと思しますので、ぜひその上でやらせていただければと思います。それで、最終的な報告書はもちろん後日、事務局から各委員に送付することになるかと存じます。

ここで、集中的に非常に多くの意見を頂戴したことにつきましては、今日だけではなくて、一連の議論、審議に関して、私からも大変感謝申し上げたいと思いますけれども、まず、この報告書の取りまとめということに関しまして、山本局長から一言御挨拶いただければと思いますけれども、山本局長、よろしく願いいたします。

○山本社会・援護局長 社会・援護局長の山本でございます。

出席者の皆様におかれましては、昨年11月から今回の会議まで計6回でございますが、真摯に御議論いただきまして、心から御礼を申し上げたいと思います。

各方面の自殺対策の現場で活躍されている皆様の御見識から、次の5年間にどのような施策が今後さらに必要か、どのような改善や工夫が必要なのかということをしつくりと御議論いただきまして、本日、報告書について御意見を頂戴したところでございます。

新型コロナウイルスのまん延と、その長期化によって、特に女性や小中高生の自殺者数の増加が顕著となっておりますが、同時に、コロナ禍の先も見据えた実効性のある対策を講じていく必要があると考えております。私ども政府といたしましては、本日参加している各府省と連携しながら、有識者会議として取りまとめたいただいた報告書の提言内容をしっかり受け止めまして、新しい大綱の策定につなげていきたいと考えております。

引き続き、どうぞよろしく願いいたします。誠にどうもありがとうございました。

○椿座長 山本局長、どうもありがとうございました。



各委員の皆様方におかれましては、非常に御多忙の中で精力的に議論に参画していただいたこと、そしてここに報告書の方向性といいますか、まだ細部の修正ということがございますけれども、一定の方針を示すことができ、しかもそれもかなり具体的なもの。今日のコメントも、どちらかという、さらにということを求められたことが多かったように思います。私、この分野の必ずしも専門とは言えないのですけれども、非常に多くの貴重な意見をいただいたということ、そしてこういうプロジェクトに参画できて、皆様方の御意見を賜れたことに関して、座長として御礼申し上げたいと思います。

11月以来の審議、本当にどうもありがとうございました。ぜひいい方向で最終案としてまとめたいと思います。

それでは、ほぼ時間となっているという状況でございますけれども、本日の有識者会議は以上で終了とさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。