

平成20年度第1回自殺予防対策推進協議会議事録（概要）

平成20年8月7日（木）

時間：15時～17時

場所：県庁舎大会議室

1 委員の出席状況

出席の委員：齋藤委員（会長）、岡田委員、谷井委員、井上委員、太田委員、栗原委員、
鈴木委員、服部委員、内田委員、田畑委員、永戸委員 計 11名

欠席の委員：齋藤委員（副会長）、小西委員、和田委員、山崎委員、原田委員、宮原委員、
伊藤委員、吉村委員 計 8名

ワーキンググループメンバー 3名

2 開会 あいさつ

会長 齋藤 洋一委員

3 議題

（1）話題提供 「自殺対策の現状と課題」

講師 自殺予防総合対策センター センター長 竹島正氏

- ・自殺とは「その結果を予測しつつ、自ら意図して自らを殺す行為」と高橋祥友の著書にある。自殺者の中には明確な意思を持ったと十分に確認することが難しい場合もあるが、広い意味で自殺行動と捉えるような解釈が一般にされている。
- ・自殺対策に取り組む理由は、「自殺者数の増加」「早世の大きな原因となっている」「社会に与える影響が大きい」「自殺企図者、遺族への支援は重要な課題である」「自殺対策の効果が確認されてきた」、他に自殺総合対策大綱に挙げられている「自殺は追い込まれた末の死」「自殺は防ぐことができる」「悩みを抱えながらもサインを発している」ことが背景に挙げられている。
- ・自殺予防対策について世界共通の方法があるわけではないが、健康関連領域とそれ以外の領域による革新的、包括的な多領域からのアプローチが必要とWHOは述べている。
- ・警察庁の自殺の概要資料によると、平成10年の急増した以降、平成19年は平成15年に次ぐ人数が自殺で亡くなっている。年齢階級別では、20代・30代の自殺死亡率の増加が気になる。
- ・警察庁の統計は発見地で集計されたものであり、自殺者は必ずしもその地域の住人とは限らない。その年に発見された自殺であって、その年に発生した自殺ではないものも含まれる。年齢および職業不承の部分を除いた場合、県によって自殺者数と自殺率に差がある。特に差が大きいのが山梨県である。山梨県は樹海があり、古い自殺体が発見されて、自殺者数、自殺率に差を生じている可能性がある。
- ・18年までは原因・動機別分類は「遺書あり」の自殺に関して主たる原因・動機を1つ選択して集計していた。19年からは3つまで計上している。主たる要因を1つ選ぶということは、その分類が地域や担当者によって異なる可能性があり、特定の原因・動機

が他の県と比べて多い、少ないといった読み方をするのは慎重にあるべきである。

- ・原因・動機別の分類というのは1つが表にでたら、必ず後ろに隠れるものが出る。その限界を踏まえるならば、警察の資料は、自殺の実態をマクロに捉える上でたいへん貴重な資料である。
- ・警察庁データは、犯罪の捜査を目的にした資料をもとに、生活安全の観点から、また自殺予防の観点から提供しているものである。
- ・遺書ありの自殺の原因・動機を見た場合に、遺書を残した人と残していない人では、自殺の背景が異なっている可能性がある。
- ・年齢階級別では、若年成人の自殺増加が少し気になっている。1月～5月の硫化水素自殺ので、警察庁の公表によると500名以上ぐらいの方が亡くなっており、20代～30代の成人である。
- ・自殺者数は全体に減少傾向にあるが、若年層の自殺死亡率の上昇傾向は、注意深く見ていかなければならない。
- ・わが国の自殺死亡率は、長期的には人口10万対15～20で推移しており、世界の中でも高い。それが1998年にさらに高くなった。中高年の自殺死亡の急増が注目されたが、幅広い年齢層で高いという実態がある。諸外国と同様、自殺の背景には精神障害の事例が多いと考えられる。
- ・うつ対策に本腰を入れて取り組みを始めたのが平成15年、16年の自殺対策である。平成17年になって参議院で自殺対策をもっと総合的かつ効果的に進めるべきだという決議が出て、平成17年9月には内閣府を中心として自殺対策関係省庁連絡会議が設けられた。翌年になり議員立法で平成18年6月に自殺対策基本法ができ、以降は自殺対策基本法に基づいて取組を推進していくことになった。
- ・社会全体で取り組むというのが、自殺予防対策の大綱を見ると全部で9つの柱があり、全部で50位の項目が挙げられている。自治体では全て均等に取り組むには無理がある。自殺のリスクの高い人に対して重点をおいた取組ということが必要ではないか。
- ・リスクの高い人は、大綱の中の青少年、中高年、高齢者と分けて書いているのを参考にできる。
- ・自殺対策の取組状況は法律ができ、自殺対策連絡協議会はほとんど設置され、自殺対策にかかる予算も全部付いている。準備はできたが、何にウエイトを置くか、何に重点を置いて取り組んでいくかが重要である。
- ・都道府県・政令指定市の取組状況については今年の3月に調査し、ホームページにも掲載している。自治体が自殺対策に積極的に取り組むには、自治体間で共通した取組を浮かび上がらせる必要がある。自治体独自のものもあるが、全国で共通しているものもある。重点項目別では、自殺の実態を明らかにするは比較的少なく、心の健康づくりを進める、国民一人ひとりの気づきと見守り、啓発、社会的な取組で自殺を防ぐ、が多い。
- ・自死遺族支援は、啓発関係が先行している。対面相談に関しては予定中というところが多い。取り組む上での困難を見ると、担当職の経験が不足している、自死遺族の実態が把握できない、十分な人数の担当者を当てるのが難しい等が挙げられている。自死遺族支援は、遺族の方と直接会う機会を増やしていくことが大切である。
- ・最後に関係する自殺予防総合対策センターの業務についてお話をしたい。自殺予防総合

対策センターの業務は6つの柱が平成17年10月に示され、これに基づいて要項を決めて、情報発信、調査研究、研修、ネットワークがある。ホームページ「いきる」については9月10日にリニューアルした。「自殺対策の基礎知識」を刊行し、硫化水素自殺に対して緊急メッセージを掲載した。メディアカンファレンスを6月～8月に3回開催し、高橋祥友先生に自殺、WHOのメディア向けのガイドラインの話を6月にしていただき、7月には自殺予防総合対策センターの松本室長から青年期の自傷のことを話した。3回目は記者から報道の経験、取材の経験ということを話していただいた。メディアカンファレンスの目的は、記者の方々に情報発信することが、より質の高い記事を書くことにつながっていくこと、記者の方々と自分たち相互の学び合いである。

- ・今年力を入れているのがアルコールの問題をもつ人の自殺予防である。アルコールの問題はあまりにも過少評価されている。他にはインターネットを利用した自殺予防の取組、法医学と公衆衛生と精神保健の連携による自殺の実態把握、人口動態の分析、4つの研修である。
- ・自殺予防と遺族支援のための基礎調査については、世界的にも、自殺で亡くなった方のご遺族等にお話を伺う心理学的剖検という方法が重視されており、WHOの西太平洋地区の研究の中でも重視される取組になっている。これを我が国で行っていくには遺族ケアが大切である。
- ・17年度実現可能性調査、18年度にパイロット研究を行った。19年度は全国で調査を実施するための基盤をつくり、20年度は本格的な調査ということで、三重県を含めて多くの都道府県/政令指定市に協力をお願いしているところである。
- ・自殺対策は何かというと“生きる、生ききる”ことの支えと思う。
- ・保健福祉サービスの対象となる人達、あるいはその利用が阻まれている人たちを大切にしたい。
- ・高齢者を対象にした公衆衛生的アプローチは、北東北とかでやられている、うつスクリーニングや、高齢者の生きがい対策が好事例である。保健所で行っていた、循環器疾患やがんの予防で、教育する内容がうつとか心の健康になった。基本的な手法としては健康教育、健康相談である。これにプラスして、地域の中でさらに孤立している高齢者に対してのアウトリーチ的な取組が必要と思う
- ・自殺対策は、新たに何かをしなければいけないというものではなくて、今まで我々がやっていたことを掘り下げてみることで、自殺対策はたくさんその中に入っている。そこに気づいていくことである。それがたぶん一番長続きする対策になるのではないか。つまり今までの地域保健活動の品質向上運動がすなわち自殺対策でなる。既存の資源やネットワークの活用こそ大事ではなからうか。

【 質疑応答 】

(崎山所長)

- ・警察庁のデータが、他県との比較には好ましくないということだが、厚生労働省のデータもやはり他県比較に意義を持たせてはいけないのか。

(竹島先生)

- ・(自殺率の)高い県、低い県というのはいろんな事情がある。推測だが、高くなってしまったことがさらに何かを引き寄せている可能性もある。自殺が群発するということが報告されているが、地域の中でも新たな小さい群発がおこっている可能性も否定できない。自殺死亡率の低い県では、遺族ケアをきめ細かにしていくことが、予防に役立つかもしれない。
- ・三重県がなぜ低いのかは、簡単には言えない。

(齋藤会長)

- ・個人レベルでの対応が非常に大事だということをお話していただいた。アルコールというお話が出ており、確かにアルコール関連でお亡くなりになる方もいる。自殺イコールうつというイメージが国民の間に出ており、臨床場面におくとやはり統合失調症の自殺がかなりあるのではないかと思う。御教示いただきたい。

(竹島先生)

- ・国が自殺対策に総合的に取り組むとき、精神保健のことがあまり重視されてしまうと社会的な取り組みに対する国民全体の関心が高まらないという見方があったかもしれない。精神保健のことはあまり言わずに、社会全体の取組というところを強調したのかもしれない。最初の段階はそれでよいかもしれないが、自殺対策に具体的に取り組むということになれば、リスクを抱えている個人、集団に対するアプローチはどうしても必要である。精神保健医療福祉の領域で言えば、退院促進で退院した方が自殺に至るということの無いようにするきめ細かなケア、まさに精神保健医療福祉の改革と自殺対策はつながるものだと思う。
- ・英国の取組は、手段で20%、対象で20%という目標の細分化をしている。自殺の手段で言えば、過剰な薬剤の摂取で起こる自殺を20%減少させるということで、処方薬のボトルを小さくするということを実行している。大綱では、精神疾患を代表する意味で「うつ」を入れたと思うが、そのときに「うつ病」と書いたために、他は構わないような印象を与えてしまった問題は大きい。

(齋藤会長)

- ・20代、30代に最近自殺者が増えているという統計がある。これに関してはどうか。

(竹島先生)

- ・20代、30代の硫化水素自殺が大きな課題になり、大綱の改正でも検討されている。若年者はコミュニケーションの方法が変わってきている。ネット世代の自殺関連行動と予防について、インターネット等を取り入れた実態を踏まえた対策、研究や検討をしていく必要があると思っている。

(井上委員)

- ・2点教えていただきたい。1点は、私は自殺既遂のほうから今まで検討し報告をしている。最近、横浜市立大、岩手医大等は自殺未遂のほうからも報告されている。三重県でも自殺未遂という立場から検討していくということが話題に上っているが、マンパワーは少ない。精神科のマンパワーが少ない県の対策や、具体的に自殺未遂者への対策をどうしていくか、救急と連携してタイアップして対策している内容等をご教示いただければと思う。近年、自殺が都会で割合が上がっていて、大都市ではどういうふう要因を

調べて対策しているのか等、今後仮に三重県で自殺が増えたときの参考に教えて欲しい。
(竹島先生)

- ・1つ目の自殺未遂者への支援には、そんなにいい答えがあるわけではない。救急、消防とか警察も一緒だと思うが、次の事例、搬送されてくる方、あるいは次の事件に対していつも備えて手元を空けておかないといけない仕事である。空けておくためには、前に来た方を別のところに移していくことが必要になる。自殺未遂者の心のケアという時間をかける要素のものが出てくる、時間軸の違うものが入ってくるのが一番難しい問題ではないか。相談機関とのネットワークということが考えられる。熊本の精神科病院協会等で行っている取組も重要な事例ではないか。
- ・都市部の中では、横浜市、埼玉県などの取組から方向がみえてくるのかと期待している。自殺予防総合対策センターとしても大都市のモデル的事例を明らかにしていきたい。

(2) 報告事項

1) 中部圏自殺対策連絡会議について

(資料2について小野室長が説明)

2) 平成19年の自殺の現状

- ・資料3・4について崎山所長が説明
- ・平成19年警察統計について内田委員より紹介

3) 自殺予防と遺族ケアのための基礎調査

(資料5について安保専門監が説明)

【意見交換】

(齋藤会長)

- ・わかちあいの会を運営されての印象は？

(事務局)

- ・「この会はどんな会なんだ。どんな方が、どんな場所で、どんな話をするのか、どうしても喋らなければならないのか」等、この場に出てくるまでにはとても様々な思いを持ち、出てくるまでに大変だということを実感している。話をして傷口が広がるということについてのケアをもう少しきちんとしてお帰りいただくべきというのが反省である。一生涯自分が抱いて死ぬまで持っていかなければいけないと思っていた色々な思いを話すことができた、感謝の言葉を言って帰る人もいた。グリーフケア、自死遺族のケアについてまだまだ不勉強で、これから遺族と一緒にいるんな方の協力を得ながら進めていく段階である。

(竹島先生)

- ・調査のことで少しだけ追加をしたい。自殺予防総合対策センターとしては、死因の10位以内の死に対しての取組として実態把握をするのだと。調査についてはご遺族自身が調査を望まれることがある。なぜ死んだのかずっと気になっており、調査が遺族ケアに資する面がある。大都市で調査への協力がだんだん動き始めた。

(齋藤会長)

- ・三重県が良い方から3県目ということで、例えば秋田県になるとその倍ぐらいである。

37.5 ということで、かなりの差があり、緯度の問題等も言われるが、それであれば北海道が1番右にくるといふ単純な発想もある。この点についてはどうか。

(竹島先生)

・自殺と関連が深いだろうと言われているのは年齢である。アルコールの問題、失業等の経済的な背景による問題とも言われている。しかし、1つひとつで全て説明がつくというものではない。秋田も上がり始めたのはかなり以前で、1番高くなってからもかなり時間が経過している。増えていくところのプロセスと高くなってから後のプロセスは違う可能性もある。秋田や青森の取組はかなり組織立っており、自殺対策だけに限らず将来何かに生きてくるものなのではないと考えている。

(崎山 所長)

・データの上げ方に、地域性や県民性は出るのか？

(竹島先生)

・実際に報告される中で低めに出るとすれば、警察庁のデータと厚生労働省のデータの差が大きいという現象として現れるだろう。

(3) 協議事項

1) 今年度の自殺予防対策について

ア 取組の概要について

イ 二次予防への取組について

(資料6・7について事務局より説明)

【 質疑応答 】

(齋藤会長)

・二次予防でのモデル的取組について、65歳以上の特定高齢者はフォローできるが、65歳以前の人に関してはどう考えるか？

(事務局)

・既存の介護予防事業の中で考えているので、対象は特定高齢者65歳以上ということで考えている。

(田畑委員)

・地元の保健所です。中高年や若年者を対象にとも考えたが、妙案が出ずに終わっている。示唆やヒントがあれば教えて欲しい。

(竹島先生)

・うつに限らず、もう少し柔軟に対応を考えていった方がよい。

(井上委員)

・精神疾患に罹患した患者が最初にかかるのはプライマリーケア医にもかかっているという報告がある。欧米でもその点からの対策もあり、医療機関全体に協力を求めていく必要がある。本検討における対象は65歳以上の方にされているが、上手くいけば65歳未満の方にも活かせるところは十分あるのではないかと考える。

(竹島先生)

・家族は高齢者の自殺では重要な要素かもしれない。家族関係、家族の問題が高齢者の方の場合大きいと思う。

(齋藤会長)

- ・介護予防事業で陽性者を介護予防のプログラムに乗せていくとなるとプログラムの内容は具体的にはどういうふうを考えているのか。

(事務局)

- ・今後、検討していく。

(齋藤会長)

- ・最近はうつ治療に運動療法が非常に有効だというエビデンスが出ている。これは認知症にも有効だと言われている。孤立させないということは大切でプログラム内容を十分検討していただきたい。

2) 三重県自殺対策行動計画(仮称)について

(資料 8 について事務局より説明)

【 質疑応答 】

(鈴木委員)

- ・説明の中に民間団体との連携という表現がなかったがどう考えているのか。会の運営には年間 500 万円ぐらいの費用がかかっている。助成金が出ている県が多いが三重県としてはどう考えているのか。

(小野室長)

- ・三重県の計画は国の自殺総合対策大綱の中に書かれていることを否定するものではない。予算削減の議論の中で難しい状況だが、社会福祉協議会等と話し合いをして検討していきたい。

(鈴木委員)

- ・社会福祉協議会との話し合いについて具体的に教えて欲しい。

(小野室長)

- ・他府県は社会福祉協議会から助成が出ているという話を聞いている。三重県の社会福祉協議会からは出ていないので、私どもから話をしていきたい。

(谷井委員)

- ・厚生労働省の科学研究の中で予防的な世代別の取組として津市の教育委員会との連携を行っている。啓発が中心。高齢者については志摩地区への介入等を通して手掛かりが得られるとよい。この中で精神科医との連携も必要。

(竹島先生)

- ・事前予防、危機対応、事後対応と 3 つの世代でマトリックスになるのではないか。いのちの電話の取組は世代と関係がない取組と考えるとわかりやすい。

(田畑委員)

- ・県が関係機関の力を借りるというより、皆で取り組む方がよい。
- ・2030 年には、75 歳以上の後期高齢者が倍になり、生産年齢人口が 2 割減少すると言われている。自殺問題についても長期的な見通しのもと、短期計画も作っていった方がよい。

(齋藤会長)

- ・ 一般医と精神科医の連携推進という点で、未遂者については救急の医師と精神科の医師の連携が必要だと考えるがどうか。

(岡田委員)

- ・ 当医療センターで精神科医師は一人しかいない。かつ予約診療である。救命救急センターに運ばれてきてもすぐに相談できない。

(齋藤会長)

- ・ 慢性的に県内の精神科医師が不足している。精神科医のみではなかなか十分、臨床場面に対応しにくい。ケースワーカーが 24 時間電話対応を行っている。ケースワーカーにもこの協議会に参加してもらえるとよい。

(井上委員)

- ・ いのちの電話の活動は非常に大切だと感じている。
- ・ 自殺への身体疾患との関連で身体科の医師達との情報交換も進めていくべきと感じている。
- ・ 啓発活動を行うのに自殺が多い月は 3 月～7 月 (春～初夏)、自殺の多い曜日は月曜日ということ報告もある。これに向けて何か取り組めるとよいのでは。

4 その他

報道取材 - 伊勢新聞