

(第1回)
自殺未遂者・自殺者親族等の
ケアに関する検討会
議 事 録

第1回 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会議事次第

1. 日 時 平成18年12月21日(木) 15:00～17:00
2. 場 所 三田共用会議所 3階 大会議室(A・B会議室)
3. 議 事
 - ①開 会
 - ②中谷障害保健福祉部長あいさつ
 - ③構成員紹介等
 - ④座長選任
 - ⑤我が国における自殺の現状について
 - ⑥関連の厚生労働省科学研究について
 - ・ 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究
 - ・ 自殺対策のための戦略研究
 - ⑦その他
 - ⑧閉 会

○鷺見課長補佐 それでは、委員の先生は何名か遅れられているようですけれども、定刻となりましたので、ただいまより第1回自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会を開催いたします。構成員の皆様方におかれましては、御多忙のところ御出席いただきまして誠にありがとうございます。

私、座長が決まるまでの間、進行役を務めさせていただきます精神障害保健課の鷺見でございます。よろしく願いいたします。

まず、資料の確認をさせていただきますと思います。

1枚目が議事次第。

資料1が、開催要綱。

資料2が、構成員名簿。

資料3が、「我が国の自殺の現状等」。

資料4が、伊藤先生から提出していただいております「自殺未遂者・遺族ケアに関する研究について」。

資料5が、平安先生から提出していただいております「自殺対策のための戦略研究の成り立ち」。

最後に、「自殺対策基本法」をお付けしております。

資料の不足、乱丁等がございましたら事務局までお申付けください。

それでは、会議の開催に当たりまして、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長の中谷よりごあいさつ申し上げます。

○中谷障害保健福祉部長 障害保健福祉部長をしております中谷比呂樹でございます。この検討会を開催するということが決まりましたから、各委員の皆様へのお願いに参上いたしましたところ、快くお引き受けいただきましてまず御礼を申し上げます。

また、本日は年末の大変お忙しい中を、少し足場の悪い会場までお越しいただきまして、これにつきましても御礼を申し上げます。

そこで、会議を呼び掛けた者として、私たちが何を期待しているのかということ率直に冒頭で申し上げたいと思っているわけでございます。

御案内のとおり、自殺の問題は大変な問題でありまして、年間3万人を超える方々が命を失う。こういう状況を受けまして、昨年7月の参議院厚生労働委員会におきまして決議が採択されたところでございます。そして、更に自殺対策基本法が成立をし、本年10月から施行されております。

この自殺の問題を私が考えるに、医学、医療の問題に限らず、やはり社会の問題ということを考えながら対策を進めていかないとだめであると思っておりますので、まさにこの自殺対策基本法によりまして内閣府が中心となって各省庁がそれぞれの力を出し、そしてそれを政府全体でまとめ上げて総合的な対策をするんだということでありまして、来年5月を目途に自殺総合対策大綱というものを策定することとなっております。

この中には、自殺未遂者に対する支援ですとか、自殺者の親族の方々に対する支援、こういうことについても盛り込まれることとなっております。この検討会におきます論議というのは極めて大切なものであると思っております。

一方、厚生労働省はやはり保健、医療、福祉の専門エージェンシーでありますので、そういう観点からの対策は非常に重要だと思って一生懸命やっております。私たちはまずはどういうことをしたいのかという専門家の方々の御意見を聞こうというので研究班を設けているところでございます。自殺未遂者、自殺者遺族等へのケアに関する研究でございます。この研究班におきましては、遺族の皆様などに対してどのような専門的な支援が必要なのかということについて今、研究を進めていただいております。本年スタートで3年計画で進めておるところでございます。

この専門家の方々による研究をどうやって社会に応用していくのか。私たちは、今日このテーブルを囲んでおります実際に現場で自殺されました遺族の方に接しておられる方々のお知恵は非常に重要だと思っております。研究班とここの検討会の相互のやり取りの中でソフト面、それからそれを広げていく仕組み面、この両方についての論議を私たちはしていきたいと思っているわけでございます。したがって、研究班とこの検討会は屋上屋ではありませんで、こういうやり取りをしながらいい仕組みといい中身をつくっていききたいというのが私たちの希望なのでございます。

そしてその枠組み、時間的なフレームでありますけれども、研究班は今も同時並行で進んでおりまして、その結果を受けながら論議をするという形になりますので、これから大よそ1年かけまして、逆に言えば来年度の末くらいまでに行政施策や民間団体による支援の方策についての御意見を提言として取りまとめていただけたら私たちは大変ありがたいと考えております。

そこで、これが私たちの希望なのでありますけれども、今日はキックオフの会議でございます。本日は、自殺対策に関しましてこれまでの経緯を事務局から説明をさせます。それから、現在進めております研究の進捗状況につきまして、それぞれの責任ある立場の方々からブリーフィングを伺うということでございます。これをきっかけといたしまして、これから1年を超えるスパンになりますけれども、お知恵を拝借しながらいい中身、そしてそれを皆様方が社会で応用することによりまして自殺を私たちは防ぎたい。そして、仮に自殺された方の場合にあっては遺族の方々へのケアを十分したい。こういう気持ちで臨んでいきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○鷲見課長補佐 それでは、次に事務局を紹介させていただきます。

新村精神・障害保健課長でございます。

染谷医療観察法医療体制整備推進室長でございます。

そして私、先ほど紹介させていただきました鷲見でございます。

私の左におりますのが黒木精神・障害保健課主査でございます。

よろしくお願いいたします。

続きまして、本検討会構成員の皆様から自己紹介をいただきたいと思っております。お手元の資料2に検討会構成員名簿がございますので、そちらを御参照ください。

なお、清水新二構成員につきましては少々遅れるという御連絡をいただいておりますが、西原構成員におかれましては少し遅れているようでございます。

五十音順に、伊藤構成員からお願いをしたいと思います。

なお、本検討会におきましては原則公開のため、検討会の審議内容は厚生労働省のホームページに議事録として掲載される予定でおりますので、あらかじめ御了承いただきたいと思います。

それでは、伊藤構成員よりよろしくお願いいたします。

○伊藤構成員 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部の伊藤弘人と申します。今回、資料4に基づきまして、今年度から始めました研究について御紹介を申し上げたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○五十子構成員 五十子敬子と申します。尚美学園大学総合政策学部の教授をしております。グリーンケア・サポートプラザなどでもいろいろと勉強させていただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

○上田構成員 私、エイズ予防財団に勤務しております上田と申します。私は以前、精神保健研究所に勤務しているときに、自殺に関する研究班に携わらせていただきましたし、あるいは自殺対策支援ページ、「いきる」の立上げに参画した経験がございます。現在はエイズということで必ずしも直接タッチしておりませんが、少しでもお役に立てばということで参加させていただいております。よろしくお願いいたします。

○川野構成員 国立精神・神経センター精神保健研究所の自殺予防対策センターの方におられます川野と申します。よろしくお願いいたします。

○斎藤構成員 私は、日本のいのちの電話連盟の常務理事の斎藤でございます。たまたま自殺予防学会の理事長をしております。よろしくお願いいたします。

○清水（新）構成員 奈良女子大学の清水でございます。以前にも厚生労働省の科研の方で自殺対策の関係の研究をしてまいりました。

○清水（康）構成員 こんにちは。NPO法人自殺対策支援センターライフリンク代表の清水と申します。隣の清水さんは清水先生で、私は清水さんになるかと思うんですけども、現場で感じていることはいろいろありますので是非その声を国の施策に反映させていただくように発言させていただければと思っています。よろしくお願いいたします。

○西田構成員 分かちあいの会あんだんての西田と申します。5月に仲間と埼玉県の越谷の方で分かちあいの会を立ち上げて遺族の分かちあいの場をつくっております。

それから、仕事としてはあしなが育英会というところに勤めていまして、遺児や遺族のケアに6

年くらい携わっているものでございます。よろしく申し上げます。

○町野構成員 上智大学法学研究科の町野と申します。刑事法をロースクールで教えておりまして、こちらの仕事とは直接関係はないように思いますが、もともと犯罪被害者に対するケアの問題、DVの場合の被害者の対応の問題、それから臓器移植に関係いたしまして遺族についてのグリーフィングの問題、それらの問題について接する機会がありまして、この問題も非常に重大な問題だと思っておりますので、どうか皆さんよろしくお願ひいたします。

○平田構成員 静岡県立こころの医療センターの平田と申します。つい6月までは千葉県の精神科医療センターというところに勤めておりまして、主に精神科救急医療の実践を行ってまいりました。日本精神科救急学会の理事も務めておりまして、この分野の活動、研究には大変興味がございますので参加をいたしました。よろしくお願ひいたします。

○平安構成員 横浜市立大学精神医学教授の平安と申します。今回は厚生労働省の自殺対策のための戦略研究で救急介入班のチームリーダーをしております。救急の中で自殺企図を行って搬送された方々は、次に自殺既遂をする確率が非常に高くなりますので、ケースマネジメントをすることによってその方々の再企図を防ぐために支援していくといった研究をしております。

今、ほかにも日本うつ病学会とか、日本精神・神経学会の方で評議員等をしております。よろしくお願ひいたします。

○平山構成員 平山でございます。自死遺族ケア団体の全国ネットの代表をしております。また、グリーフケア・サポートプラザの理事長、それから精神科医として臨床に携わっております。そのほか、聖学院大学の人間福祉学科で教員として働いております。

○渡邊構成員 青森県立精神保健福祉センターの渡邊でございます。青森県での自殺予防活動に取り組んでおりますが、県の立場としてのみならず、地域住民の立場からの意見なども述べさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

○鷲見課長補佐 それでは、次に座長の選出に移らせていただきたいと思ひます。

座長は構成員の互選により決めることとしております。どなたか御推薦いただけませんでしょうか。

○渡邊構成員 上田構成員を推薦いたします。

○鷲見課長補佐 他の構成員の方、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○鷲見課長補佐 ありがとうございます。それでは、上田茂構成員を御推薦いただきまして構成員の皆様方に御賛同いただきましたので、上田構成員に座長をお願いしたいと思います。

それでは、上田構成員、座長席にお移りいただけますでしょうか。

以後の進行につきましては上田座長をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

(上田構成員 座長席へ移動)

○上田座長 上田でございます。ただいま座長に推薦いただき、また皆様方から賛同いただきましたが、私、先ほどお話をしましたように必ずしもこの分野での専門ではありませんので、少し自信がないところがございます。しかしながら、この会議には実際に取り組まれている方、あるいは専門家の方、それぞれこのテーマについて熱心に考え、そして取り組まれる方がいらっしゃいます。是非皆様方のいろいろな御意見をまとめて、そして自殺対策基本法等で自殺未遂者あるいは自殺親族等のケアは大きな課題でありますので、何とか具体的に一つの方向が出せるように、私なりに努力していきたいと思ひます。また、皆様方の御指導、御協力をいただきながら進めてまいりたいと思ひますので、どうかよろしくお願ひいたします。

それでは、これから議事に入りますが、1点だけお願ひがございます。私は座長を務めさせていただきますが、私の座長の補佐役としてこの分野でも大変専門でいらっしゃいます平安構成員をお願いしたいと思います。皆様方よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○上田座長 ありがとうございます。それでは、平安委員よろしくお願ひいたします。

それでは、これから議事次第に従いまして議事に入らせていただきます。それぞれ今日予定されておりますが、まず初めに事務局より資料の概要説明をお願いします。事務局、よろしくお願ひします。

○黒木主査 よろしくお願ひいたします。資料3に沿って説明させていただきます。

まず資料3の2ページ目でございますが、「我が国の自殺死亡の推移」がグラフとなっております。御存じのように、平成9年から10年にかけて3万人を超えまして、その後、3万人の辺りをずっと推移している現状がございます。

この数が国際的に見てどのような位置にあるかについて次の3ページ目となっております。国際的には、G8の中でロシアに次いで高い水準となっております。

その自殺の原因、動機がどのようにについては、警察庁の統計から見ることができます。警察庁の統計では、最も多い原因となっているのが健康問題、その次に経済・生活問題と続いております。この警察庁の統計は、今後見直していくと警察庁から聞いております。

このように日本では自殺が多いという状況が続いているのですが、5ページ目をごらんください。これまで、厚生労働省が中心となりうつ対策を中心に自殺対策に取り組んでまいりましたが、現在までのところ、自殺は減少してきておりません。そのため、平成17年7月に参議院厚生労働委員会で「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされました。この中で、自殺対策につきまして総合的に取り組むべきだと決議がなされました。この最後の5番目のところに四角で囲んでございますが、こちらに自殺をした人の遺族や、自殺未遂者に対して支援を行うべきであるということが盛り込まれております。

この決議に基づきまして、次の6ページ目をごらんください。内閣官房副長官の下に自殺対策関係省庁連絡会議が設置され、ここで政府がどのような自殺対策に取り組んでいくかということを昨年議論し、昨年の12月26日に「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」を取りまとめました。

この資料の8ページ目と9ページ目になりますが、自殺未遂者のケアと、自殺者の遺族等のケアにつきまして、厚生労働省が中心となり検討を行うこととなっております。

こうした政府の取りまとめに沿って、厚生労働省や関係省庁が自殺対策に取り組んでおりますが、今年の通常国会にて6月に議員立法で自殺対策基本法が成立しました。これが10ページ目となっております。10月28日に施行されました。この法律自体は、参照資料をご覧ください。この基本施策の中において、7番目と8番目に線を引いておりますが、自殺未遂者に対する支援や、自殺者の親族に対する支援が盛り込まれております。

そして、11月に内閣府に自殺総合対策会議が設置されました。こちらが11ページ目です。会長が内閣官房長官となっております。関係省庁から大臣等が参画している会議となっております。

こちらの会議の中で自殺総合対策大綱の案を作成することとなっておりますが、現在この作業を内閣府で行っていると聞いております。この中においても、7番目と8番目で自殺未遂者に対する支援と、自殺者の親族等に対する支援が盛り込まれることとなっております。

現在、内閣府で大綱作成を行うこととなっておりますが、厚生労働省においてはこの検討会にて自殺未遂者に対する支援、自殺者の親族に対する支援につきまして議論を進めてまいりたいと思っております。以上となります。

○上田座長 ありがとうございます。この検討会の要綱といたしますが、目的は資料1にありますし、先ほど中谷部長の方からもお話がございました。皆様方、これまでの御経験や、お考えもあるでしょうし、そのことについてお話を伺いたいのですが、とりあえずは議題の5の現状、それから6の科学研究、ここをそれぞれ御説明していただいて、それに対する御質問をしていただき、今日は一応5時までを予定しておりますが、その残った時間の中で皆様方の御意見もいただいて進めたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

皆様方はもう既に御承知かと思いますが、ただいま事務局の方から資料3に基づきましてこれまでの現状といたしますが、経過の御説明がありました。何かこの説明につきまして御質問ございますか。

○清水（康）構成員 私は、内閣府の「自殺総合対策の在り方検討会」のメンバーでもあるのですが、大綱案は来年の6月をめどにまとめると聞いています。先ほど中谷さんのお話でも5月ということでしたが、ここの検討会の提言といたしますが、議論したことをまとめるのは来年度の末ということですね。てっきりここで議論されたことが大綱の方に反映されていくのかと私は思っていたのですが、その辺りの関係というのはどういうことになっているのでしょうか。

○上田座長 その点についてお願いいたします。

○鷲見課長補佐 ありがとうございます。自殺大綱につきましては先ほど御説明させていただきました。

したとおり5月から6月にかけて大綱というものが策定されると聞いております。

それで、これにつきましての中身に先ほど御説明しましたとおり、自殺未遂者の関係、それから親族等のケアに関する関係も柱として盛り込まれることとなります。ですので、大綱の具体的な中身を充実させるというのがこの検討会の役割かと思っております。

この大綱の中にどこまで盛り込むことができるのか。できる限りの範囲で、私ども基本方針などについては盛り込みたいと考えておりますが、更なる肉付けというか、具体的な実践的な内容について今後この検討会で詰めていただいて、来年度末までにそうしたものを出したいというのが私どもの考えというか、お願いというか、そのような状況でございます。

○清水（康）構成員 確認させていただくと、大綱の中に盛り込まれている遺族支援、未遂者支援の方向性を踏まえた上でこちらで肉付けをしていくということですね。

○鷲見課長補佐 そこは当然そのようになると思います。この辺りにつきましてはまた内閣府の方、そして内閣府の委員の先生方などもうまく連携をとりながら、具体的な中身というものをきちんと詰めていきたいと思っております。あくまでも大綱というのは政府全体で取り組むものですので、その一翼を私ども厚生労働省、そして先生方の検討会が担っているという認識であります。

○上田座長 よろしいですか。そうしますと、そういう大綱の動きも見ながらこの場でもいろいろ話題にするというか、意見をいただきながら反映するというようなことを考えていきたいと思います。ほかにございますか。よろしいでしょうか。では、また御質問がありましたら最後にいただきたいと思っております。

西原さんがいらっしゃいましたので、自己紹介をお願いします。

○西原構成員 大幅に遅れてしまいました。自殺防止センター東京の西原由記子でございます。

○上田座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、議事に従いまして「関連の厚生労働省科学研究について」のうち「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」と「自殺対策のための戦略研究」がありますが、まず初めに伊藤構成員から自殺未遂者・自殺遺族等へのケアに関する研究についての御説明をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○伊藤構成員 それでは、資料4に基づきまして御説明申し上げます。

先ほど中谷部長から御紹介がありましたように、本年度から厚生労働科学研究としまして自殺未遂者・遺族ケアに関する研究を開始いたしました。まだ今年度から開始した研究ではありますが、この機会に進捗を御紹介申し上げるとともに、先生方の御意見を是非伺いをして進めていきたいと思っております。

既に厚生労働科学研究では、自殺の実態に基づく予防対策研究が平成16年度から行われてきました。また、平安構成員がリーダーのお一人となってお進めになられている自殺防止対策戦略研究も17年度から開始されているという状況でありまして、私たちの研究を開始した経緯はこのような研究を進める過程で遺族ケアにつながる方策や未遂者ケアにつながる方策を検討する研究の必要性が指摘されていたことに始まります。今年度10月からは、先に事務局から御紹介がありましたように、自殺予防総合対策センターが設置され、関係者の御努力によって成立した自殺対策基本法も施行されています。

次に2枚目、3枚目にまいります。このような自殺対策の進展の中で、当研究班では当初まず未遂者や遺族の方へ自殺対策に関するどのような情報が必要なのかを明らかにすることから開始をいたしました。すなわち、内容やタイミング、または伝える方法などをどのようにすればよいかという検討であります。また、情報を求めている未遂者、遺族ケアの関係者は大変多様でございまして、御本人、御家族や御友人、そして医療提供者、警察や救急隊員の方々も関係いたします。

このような検討を進める過程で、既に先進的なお取り組みをなされている事例を伺うことができました。枚数がないので、回覧とさせていただきますけれども、クリアファイルになっていて必要な情報をファイルすることができるものであります。

都道府県としましては、青森県や岩手県、秋田県などがリーフレット作成して既に配布を始めていらっしゃいます。また、清水構成員のライフリンクの皆さんが、情報が身近に保管されるという意味でクリアファイルにまとめたものを9月10日の自殺予防デーで御披露いただき、大変触発されました。

このような過程で始まった当研究班は、その後、遺族ケアに関する研究と未遂者ケアに関する研

究を並行して進めることになりました。

それでは、遺族ケアについては分担研究である川野構成員から説明いたします。○川野構成員 それでは、代わりまして私の方から遺族ケアの部分について御説明申し上げます。

めくっていただきまして4ページのところに「自死遺族ケア研究の必要性」ということで4点挙げられております。まずよく言われている通説とも言えますけれども、1つの自殺に対してその周囲には何人もの強く影響を受けられる方がいらっしゃるということで、その御遺族という方は本当にたくさんいらっしゃるということが1つあります。

第2点ですが、その中でも特に自殺ということをめぐるのはさまざまな条件が絡まりまして、いわゆる正常悲嘆ではない複雑な悲嘆、悲しみを受ける方がいらっしゃる。その予防と治療でありますとか、あるいは精神身体的な健康の維持ですとか、あるいは社会的な問題が絡んできますので特殊な支援が必要であるという点が挙げられます。

第3点は第2点とも結び付くことですが、自殺をめぐるそのことが御遺族の方からなかなか発信することが難しい、あるいはつらいというようなこと。人と分かち合うということがなかなか難しいということ。そのことが、逆に必要な情報が届かないということと関わり合っているということで、その背景には御遺族が特殊に感じられるさまざまな心理的な経験でありますとか、二次被害でありますとか、あるいは偏見といったような問題があると考えております。

第4点は、少し特殊なこれまでの3つとは違うトーンになりますけれども、実は自殺対策というもの通常プリベンション、インタンベンション、ポストベンションというふうに分けるという理解がありますが、逆に言うとそれらは相互に深く関わり合っているわけですが、その意味で自殺対策を進めていく上で遺族を支援していくということの重要性、あるいは御遺族が果たし得る役割ということは非常に大きく、例えば自殺予防相談センターの方で取り組んでいる心理学的剖検といった研究を進める上でも御遺族の協力ということは不可欠ですので、この2つはあるいは3つのポストベンショ、プリベンション、インタンベンションといったものを切り離すべきではなく、それぞれが相互に深く関連づいているという意味でも自死遺族ケアの研究を進めることの重要性はあるのではないかと考えております。

1枚目めくっていただきますと、現在当研究班が取り組んでおります遺族ケア研究の全体像を少し図式化しております。ちょっと見にくい形になっておりますが、5ページにあります図式でまず黄色く色付いている三角形が御遺族を表しているわけですが、大きな薄い三角形の方が正常悲嘆、いわゆる親しい者を亡くした人が通常経験するようなプロセスというものがあるわけです。

その中で、先ほど申し上げたような特殊な経験あるいはある種の条件が結び付いたときに正常悲嘆のプロセスをたどらない方たちのことをここでは危機群と呼ぶとして濃い三角形で表していますが、全体の薄い三角形の中に専門的な支援を必要となさる方と、それから正常悲嘆の見守りやサポートが必要な方たちとがいらっしゃるというふうはこの三角形で表しています。

更にその外側に点線の三角形で表現していますが、申し上げましたように分かち合えない、言い出しにくいというような自死特有の状況の中でケアを受けていない方たちがいらっしゃる。

このように御遺族の理念を理念系ですけれども、大きく3つに分けてみる。そうすると、それぞれに必要なサポートというもの機能がして出てくるのではないかとというような図式です。正常悲嘆群の方へは青い丸で書きましたように正常悲嘆への見守り、サポートといったものが必要で、そのところは本日構成員の方々の中にもいらっしゃいます自助あるいは支援グループといった方たちの力が必要になってくる場所でもあります。

あるいは、危機群というところに関しては、より専門的な支援、特に心身の健康を含めた、より専門的な支援というものが必要になってくる場所があり、ここはやはりメディカルな部分などが必要になってまいります。

更にその外側にある現在ケアを受けていない御遺族に対してどのように情報を提供していけばいいのかというような問題も出てまいります。

このような正常悲嘆へのサポート、専門的な支援、あるいは更に現在ケアを受けていらっしゃらない方たちへの情報提供といったところから我々の研究は進めておりますが、これらの全体を推進地域で推進していくエージェントとして各地域の精神保健福祉センターというものが位置づくとして、そこを中心に地域で活用できるケアガイドラインというものが最終的にできていけばよいのではないかとというような方針で4つの研究、つまり自助グループの状態、情報提供の方法、精神保健

福祉センターに対しては研修案の作成、それから専門的支援についての整理も含めた上で全体的なケアガイドラインというものを整えることで地域での遺族支援というものが推進できていくのではないかという形で、本研究は自殺予防総合対策センターの下に進めているという状況でございます。

1枚めくっていただきますと、6ページ目には現在各地域で先進的に進んでおります遺族ケアの状況をおおよその様子がわかるように概念図でお示しいたしました。ここに青森、秋田、岩手、宮城といった東北の先進の取り組みなどを書いておりますけれども、もちろんそれ以外の地域でもさまざまな取り組みがございます。この日本地図の方が色分けしてございますが、濃い青があるところは自助グループ、支援グループがあって直接のケアに取り組んでいらっしゃるというふうに私どもが把握している都道府県でございます。やや薄いブルーの方はそれ以外の、例えばシンポジウムですとか研修会を開催している、あるいは今後そういうグループを立ち上げる準備があるという形で何らかの動きがある都道府県、それから白いところは私どもが未確認のところでございます。これらの情報は先日、自殺予防総合対策センターと国立保健医療科学院と共同で開催されました自殺対策企画研修に御参加いただいた現場担当の皆様からお聞きしてまとめたものでございます。

全国ではさまざまな取り組みがあるというのが、このようにホットライン、講習会あるいはさまざまな支援グループが立ち上がっているところ、そのグループ同士の連携があるところなど、現在多様な取り組みとはいえ、まだまだ活動が動いていないところもあるというような実態が見えるかと思えます。

もう一枚めくっていただきますと、7ページ目には先ほど本研究班が取り組んでおりますうちの精神保健福祉センター職員へ向けて第1回の研修会を開催いたしました。これに関しましては清水構成員、渡邊構成員にも御助力いただきまして、この研修会を開きながらよりよいモデルを開発することに取り組んでいるところでございます。都道府県における遺族支援・ケア活動においては精神保健福祉センターの役割が大きいというのは先ほど申し上げたとおりですが、モデル開発ということで11月24日、25日に開催いたしました。全国都道府県、政令指定都市から55名の方たちに御参加いただきましたので、かなりの地域をカバーした研修会になりました。

いわゆる自殺の問題から遺族支援、あるいは実際に必要なもの、あるいはワークショップのような形でどんなメッセージが必要かというようなことも含めて、かなり広範のプログラムを試してみただけですけれども、感想としては自死遺族ケアで御遺族の心を重視することの必要性であるとか、実際にどう動いていくべきかというためのワークショップあるいは相互の連携といったものについて肯定的な評価をいただいたというような経緯でございます。

以上で、伊藤部長の方に戻したいと思います。

○伊藤構成員 この研修会には平山先生にも講師として来ていただいており、ほとんどすべての皆様に御協力いただきながら企画運営をしています。

続きまして、未遂者ケアの研究に関して御説明をいたします。次のページであります、大きく3つの柱で研究を進めています。既に戦略研究において未遂者へのケースマネジメントや専門家との連携に関する研究は進められていますので、当研究班では先行している研究の補完をするという形で研究を実施しています。

まず①とあります、冒頭でお話をいたしました情報提供の内容や方法の開発であります。

第2は次のスライドでも引き続き御紹介をいたしますが、②としまして希死念慮者の方への対応の方法に関する調査であります。

第3は③としまして、これらの成果を参考にしながら自殺未遂者のケアのガイドラインを作成していこうというものです。これからの研究の進捗につきましては、自殺予防総合対策センターへ報告しながら進めております。本日は是非先生方の御意見をお伺いしたいと思っております。

次のページ、最後であります、先ほど2番目で御紹介をしました希死念慮者への対応に関する調査でございます。これは先ほど平安構成員も最初の御説明でおっしゃっていましたが、未遂者の方というのはその後また自殺企図をするリスクが高い。そして、その背景には希死念慮、自分が死にたいと思われる方が少なくないということが一般的に言われております。これまでの先行研究では、自殺された方々は亡くなる前に医療機関に通院していることが多くあります。それは内科であったり、いろいろな科であったりするわけですが、医療機関にいらっしゃるということが言われております。医療機関において希死念慮を持つ患者さんに接することは少なくないのです。

そこで、この研究の目的は、医療機関における現実的な対応を調査しまして、今後自殺対策への

示唆を得ようというものです。

調査対象は、約500の病院の内科救急診療科及び精神・神経科の医長を予定しております。今、臨床で現実にはどのような対応をなさっているのか。その対応には、臨床に根差した英知が含まれていると考えられます。調査により、希死念慮を持つ患者さんの頻度、または自殺をしないようにとどめるために、ご本人へ伝えている具体的なメッセージを伺うことにより、これからの自殺対策への示唆が得られればと願っております。今月の初めに当センターの倫理委員会で承認を受けましたので、現在調査を急いで準備をしているところであります。

以上が、自殺未遂者・遺族ケアに関する研究班の現在の研究の進捗状況でございます。

○上田座長 ありがとうございます。こちらの検討会との関連ということで、それぞれの研究についての御紹介がございました。まず何か御質問はありますか。

○平田構成員 今の伊藤先生の最後のスライドですけれども、これはこれから行う研究ですね。

○伊藤構成員 そうです。

○平田構成員 調査対象がちょっと狭いかという気がするのですけれども、例えば現在全国各地にもものすごい勢いで広がっている精神科のクリニックの先生方ですね。日精診、診療所協会などに問い合わせるとこの分野に非常に熱心な先生方がおられると思います。

それから、精神科の救急医療の現場でどれくらい自殺未遂者、あるいは希死念慮を持っている人がアクセスするのかということも、頻度を調べる上では有効ではないかという気がいたしますので御提案をいたしたいと思います。

○伊藤構成員 どうもありがとうございます。対象医療機関をどのように考えるかは議論して参りまして、当面精神科病床を持っている病院にいたしました。その意味で、平田先生がおっしゃられた救急の病棟は対象になっていますが、診療所は今回のデザインではまだ入っておりません。今の御提案を伺いまして、これからの調査を改めて考えていきたいと思います。どうもありがとうございました。

○上田座長 ほかにございますか。

では、清水さんどうぞ。

○清水(康)構成員 多分、この後のディスカッションのところでももう少し詳しくと思っているのですけれども、問題提起も含めて3点申し上げます。

1つは、遺族支援に関してです。私は、「遺族支援」というふうに自分では使うんです。余り「遺族ケア」という言葉は使わない。なぜかというと、遺族の方々はケアされる対象というふうに見られることに対して非常に違和感を持つ方が多くて、実際に遺族の人たちが必要としているのはケアというよりも、ご自身が持っている回復力を発揮させることのできる場だと思うんです。確かに、中には川野さんが御説明くださった三角形の頂点のように「ケアを必要とされている方々」もいるんですけれども、基本的には遺族の方々はある支援を必要としていて、それは自分自身で自分自身をケアするための場だと、その場づくりを社会の支援として求めているのではないかということを感じたというのが1点です。

それから、4ページの「自死遺族ケア研究の必要性」で「心理学的剖検と遺族ケアは車の両輪」とありますが、これは「車の両輪である」ということなのか、「両輪にすべき」ということなのか、この文章のニュアンスとしてどちらかなのかはわかりませんが、私はいろいろ現場の方たちから話を聞いていると、心理学的剖検に対しては遺族の方々はかなり違和感をお持ちです。まず調査方法しかり、あるいはそもそも心理学的剖検という用語自体、疫学的調査に対しての違和感を持っている御遺族の方が実際に多いというのが実情だろうと思います。

ですから、これは現状ではうまくいっていないのではないかというのが私の認識で、むしろ心理学的剖検よりも自殺の対策に直接的につながっていくような予防対策調査みたいな社会的な調査が必要なのではないでしょうか。それに対しては遺族の方も、自分の体験を語ることによって実際に対策が動いていくんだという感覚を持ちながらお話をしてくださる。また、お話をすることができると思うので、疫学的な観点からよりも社会的な対策につなげていくような観点に立った調査が必要なんだというところで認識を持っていく必要があるのではないかということが2点目です。

3点目は未遂者の部分ですけれども、今回は医療の観点からということになるかと思えます。ただ、医療を入り口としない部分での未遂者の支援というのもたくさんあるので、是非参考人の方とかを呼んでいただいて、多重債務者支援に関わっている方とか、あるいは労働の現場にいらっしゃる

る方、これは医療と重なってくる部分はありますけれども、過重労働といった観点からも未遂者あるいは念慮者への支援というものはしていけるだろうと思いますので、是非そういう部分を盛り込んでいただければと思います。以上です。

○上田座長 かなり基本的な御指摘で、ケアに関する検討会となっていますので、これはかなりやり取りがあると思いますが、とりあえずこの時点では清水さんの方から基本的な御指摘があったということで預らせていただきながら、折に触れてこれに関する御意見をいただきたいと考えておりますが、よろしいでしょうか。

また最後の方に議論をする時間を設けますので、それではもう一つの戦略研究につきまして、平安委員の方からお願いいたします。

○平安構成員 資料5をごらんになっていただきながら説明させていただきたいと思います。

そもそも戦略研究とは、御存じの方もいらっしゃると思いますが、厚生労働省によって平成17年度に開始された研究です。戦略研究は研究結果を出すことが求められ、もともとこういう結果を出しましょうということが示されていて、それに伴った研究計画ができて、その研究に参加したいという研究者が参加している研究でございます。

これまでのさまざまな科学研究などの助成と違いまして、ある程度枠組みが決まっていて、きちんとした条件の下で研究をして、その研究が社会に役立つものであるかどうかということを検証しながらやっていくということでもあります。

平成17年度は自殺対策と糖尿病に関して戦略研究がスタートしました。私どもの自殺対策に対する研究の中には2つの研究の柱がございます。1つが地域に対する介入研究、これは資料に目を通していただければよろしいのですが、慶応大学の野先生を中心としています。地域にさまざまな自殺予防対策をしていくことでその対策をした地域と、通常どおりの地域活動をした地域で差が出るかどうかということを経験の中で検証をする。したがって、きちんとした対策、プログラムが本当に実効性がある、今後政策としてやっていく上で社会に役立つものかどうかということを経験的に検証するということとなります。

救急介入の方でも同じ目的で行うということですが、先ほど来お話がありますように、自殺未遂を行った方というのはその後、自殺既遂をしてしまう確率が高くなる。いわゆるハイリスクということになります。現実に自殺を行った方々を検証してみますと4割近い方が過去に自殺未遂の経験があったということも言われておりますので、やはり自殺未遂者に何らかの関わりをしていくことによって次の自殺を防ぐということが一つの戦略的な方向ではないかということで本研究が行われています。研究の実施に関しては、研究グループ以外にもさまざまな委員会を設けて支援をいただいております。

次のページをお願いします。私どもは救命介入研究班について今日は御説明させていただきます。研究参加施設は2ページ目のおりなのですが、現在14の大学を中心とした救命センター、あるいは救命救急センターを持つ関連の病院ということで、約20の救命センターがこの研究に関わっております。同一の研究計画、いわゆるプロトコルに基づいて介入研究を行っております。それ以外にも、研究者以外をサポートする団体としまして日本救急医学会あるいは日本総合病院精神医学会等の学会に協力していただいております。3ページ目でございますが、救命センターがなぜこういった自殺企図者あるいは自殺未遂者に対して一つの窓口になるか。先ほど清水さんから、別な入り口も当然あるのですが、自殺企図者にとって救命センターというのは一つの関わりを持つ窓口になるということでございます。自殺企図を行われた方で当然そのことによって非常に致命的な企図を行った方は救命救急センターへ搬送されます。そして、救命医によって蘇生されて回復する。場合によっては、残念ながらその場で亡くなってしまう方もいらっしゃる。先ほどもありましたように当然御家族がいらっしゃいますので、そのときには遺族ケア、私たちは病院ですのでケアという言葉をあえて使っておりますが、後でまた御説明しますけれども、ここも一つの窓口になると考えております。

幸い助かって回復した方々は退院していく、あるいは転院していくということになるわけで、もちろんうちに帰られる方もいらっしゃいますが、退院後も私どもの方でさまざまなお助けをする、あるいは支援をするということを考えております。この右下にありますようにもちろん危機介入ということを行っていくわけなのですが、私たちは精神科医ですので精神医学的な評価を行って精神科的な治療に結び付けます。あるいは心理社会的、先ほど御指摘のあったような経済的な問題であ

りますとか、医療以外、医学以外のところも可能な限り評価をしていく。

これが、ケースマネジメントと言っている言葉でございます。つまり、ケアでもない。ケア以上のことをしよう。ケアであれば単純に治療をしてそれでおしまいという考え方もありますが、それだけでは全然足りない。上にありますように、私どものところは4、5年前からこういった自殺予防に関しての研究を開始しまして、さまざまな形できちんと医療をして、かかりつけの先生がいらっしゃるればそこにちゃんと情報を伝えたり、あるいは医療にかかっていない方は紹介したり、あるいは私ども自身で退院後も診たりということをやってまいりました。現実にはそういった努力をしている病院も、あるいは救命センターもあるのですが、日本の自殺者はもちろん減っておりません。やはり医学だけあるいは医療だけでは足りないということもありまして、このケースマネジメントを複合的に医療以外のところもサポートするという手法が大事ではないかということで、こういった研究になっております。

この中で横浜市立大学附属病院の救命センターの特徴的なところは、救命センターに現在2名精神科の常勤の医師がおります。ここは救命センターですからいわゆる救急の蘇生をする現場に精神科医がいて、実際に救命蘇生も一緒に行っておりますし、患者さんが目が覚めた段階で精神医学的な評価をしたり、あるいはもちろん精神療法等の精神的な治療を行ったり、初期から介入していくということをしておりますが、プラスしてその後のケースマネジメントもするというところでございます。

次をお願いします。これは繰り返しになりますけれども、救命センターで介入を行う理由はいくつかでも医学とか研究の視点から見た観点が1つです。それから、その後のケースマネジメントに直接つながられる。要するに、タイムラグが非常に少なく済むということが利点かと思えます。こういった利点を述べておるわけですが、直接御本人からお話が、しかも専門家が聞くことができるというのがもう1つの利点です。それから、直接本人に対して介入ができる。そして、まさにそれを科学的に解析することによって、次の未遂者に対して、より効果的な方法を検証することができるということが言えます。

次をお願いします。5ページ目です。では、実際に何をしていくかということなのですが、介入手法というものがございます。さまざまな精神療法的な介入手法がこれまでも行われてきたのですが、現在のところ、これをやればよいという決定的なものはまだ見つかっておりません。これは非常に特殊な領域でもありますし、研究者の数も多くありませんので、自殺未遂を行った方に、これをすればもう二度と自殺未遂は起きないという効果的な方法は基本的にはまだわかっていないという現状がございます。この理由は右に書いてあるようなことで、それぞれ研究デザインもばらばらですし、症例ももちろん限られた患者さんに対しての効果ということになりますから、1つの施設だけではなかなか難しいと言えます。

6ページ目です。では、実際にこれまでどんなことがされてきたかということで、私どもは過去のケースマネジメントの報告、これは医療だけではなくてさまざまな公衆衛生的なモデルあるいは民間団体が行ってきたようなことを踏まえて、確実にできそうなものを考えてみました。

将来的には7ページですけれども、救命センターで今までも当然自殺企図の方がいて、自殺未遂の方がいて、家族がいて、当事者の方病院との関係というものがあったのですが、それをもう少し拡大して、救命センターを中心としてケースマネージャーがいて、その方を担当する精神科の先生、あるいは内科の先生、ほかのさまざまな社会資源等々をして包括的にサポートをしていける仕組みをつくるべきではないかというのがこの研究の趣旨になります。

8ページ目は研究の概要ですけれども、図のような流れで研究が進んでおります。

次をお願いいたします。そのほかにもこの研究をすることによって、ここに書いてありますようなさまざまな項目が調査できますので、将来的に今後役立つような情報が得られるのではないかと考えております。

次の10ページには、研究の倫理性について書いてあります。救急で送られてきた自殺未遂の患者さんに対して、ケースマネジメントをする方とそうでない方に分けるということの倫理性をかなり問われましたが、ここに書いてあるようなことで倫理委員会等には了承をいただいております。通常介入群の方にも現在精神科医療の中で行われているよりは、もっと質の高い精神医療を行った上でかかりつけ医への逆紹介だとか、そういったことは当然行うわけです。

ただ、ケースマネジメントをすれば必ずしも自殺未遂が確実に防げるんだということは実証され

ておりませんので、もしかしたら頻回にいろいろなことで来ていただくことが逆に負担になるとか、そういうことももしかしたらあるかもしれませんが、あくまでも試験ということでございます。この辺の倫理性に関しては倫理委員会で検討いただきました。

更に11ページ目は、病院とは言ってもこういったケースマネジメントをする中ではさまざまな公的な団体等との連携が必要ですね。私ども横浜に関しましては、神奈川県横浜市のさまざまな精神保健福祉医療機関とは既にこの研究に関しまして直接御説明をさせていただいて協力をする事の許可をいただいております。

最後の12ページ目は補足ですが、先ほどありました遺族ケアの一つの窓口として救命センターでの取り組みを行っています。あえてここではケアという言葉を使っていますが、ちょっと字が小さくて申し訳ないのですが、残念ながら既遂された、あるいは搬送されたけれども助からなかった患者さんの遺族の方にはこういったパンフレットをお渡しして、家族の方から申し出ていただく。ですから、申し出ていただいてから私どもがお話をお聞きしたということですが、これはケアでいのかなと。パンフレットを渡すというのは支援の一つかもしれませんが、そういったことの窓口となっていけばいいということで今、研究を進めている状況です。

駆け足になりましたが、以上です。

○上田座長 どうもありがとうございました。

ただいま自殺対策の戦略研究について概要、内容のお話がありましたが、何か御質問はございますか。

○平山構成員 3ページと7ページとの関連性でございますけれども、この研究が退院と転院というところでこの図は終わっているわけですが、実際に臨床をやっている立場からですと、病院や大学病院から送られてきて、過去に自殺未遂歴がある。そして、それを見ているうちにまた何回も未遂をするというケースがかなりあります。

ですから、これは大変かもしれませんけれども、御研究の中に追跡調査ですね。すなわち7ページの精神科クリニックや内科のかかりつけ医あるいは家族の方々に対して今どうなっているのかということできれば追跡調査をしていただくといい。大変だと思いますけれども、現場からはそういうような感じがいたしますが、いかがでしょうか。

○上田座長 平安委員、いかがでしょうか。

○平安構成員 ありがとうございます。先生の御指摘のとおりで、この研究自体が追跡を行いながらの研究ということになっていきますので、ケースマネジメントを行う方々に関しましては救命センター退院後定期的に来ていただいて、あるいは来られない場合は電話とか郵便物等で御本人と直接お話をするようになっております。ですから、そのときに例えば主治医の先生となかなかうまくいかないとか、そういった場合は、こちらからかかりつけ医に連絡することも含まれております。

○平山構成員 こういうものを一つのモデルケースとして、各病院と、それからかかりつけ医あるいはクリニックの臨床医とのアフターケアといえますか、今どういうふうになっているのかということの情報交換を将来していくと、かなり防げるというか、可能性が出てくるのではないかと思いますので、よろしく願います。

○上田座長 平安委員、よろしいでしょうか。

○平安構成員 ありがとうございます。

○上田座長 これは、1,120人を最大3.5年フォローされますが、関係者や、社会資源等のかかわりはいかがですか。

○平安構成員 そうです。目標は1,150人ですけども、その半数がそういったいろいろな介入をしていく群で、残りの半数は通常どおりといえますか、今までどおりの医療の中で行われるグループということになりまして、一生懸命介入したグループで自殺予防ができるのであれば、再企図の予防ができるのであれば、それは実効性があるのではないかというようなことを調べたいというのが目的でございます。

○上田座長 ありがとうございます。それでは、斎藤さんどうぞ。

○斎藤委員 自殺予防、そして遺族、未遂者へのケアといえますでしょうか、こういうことは欧米では前から実施され、先行的な研究がたくさんあるわけございまして、私はこういうことがどうして日本では今まで行われてこなかったのかといういらいだちを感じておりましたけれども、こういう包括的な一つの指針を出されたということに関して高く評価申し上げたいと思います。殊に自殺のサ

イコロジカル・オートプシーといいたまいますか、これは自殺予防に関してこういうデータがあつてこそ初めていろいろな予防策を立てることができるわけで、大変期待をいたしております。

そこで2、3小さな質問ですけれども、スケールを用いた評価とありますが、実はこれは私どものうちの電話でも30年前から幾つかメジャーをつくつて実施したことがあるんですけども、なかなかきちんとした評価が出ないということで今はしてはおりませんが、これは何か一つのモデルをおつくりになるのか。殊に健康QOLとありますが、これは自殺問題に特定して何かQOLに関する研究があるのかどうかですね。大阪大学の学生から自殺者遺族に関してQOLの研究をしたいという問合せがありまして、多少欧米では先行研究があるんですけども、こういう研究がどこまで可能なのか。

それから、最後にケアグループについて御案内のリーフレットがあります。今、私どもも各地でケアグループの立ち上げをしてはおりますけれども、まだそれこそ初めて試みておるわけでいろいろ混乱がありまして、これは是非研究班でもつくつてマニュアルづくりというか、一つのガイドラインをどこかでおまとめいただけないかという期待を持っております。とりあえず、このようなこととさせていただきます。

○平安構成員 ありがとうございます。サイコロジカル・オートプシーとかケアグループに関しましては、私のところは多少副次的な問題ですので伊藤先生の研究班の方での問題が大きいかと思はれます。

2番目のスケールを用いた評価に関しましては、私どもの研究の内容でございますのでお答えいたします。あくまでも警察の報告ではありますけれども、健康問題ということが先ほどありましたように一番多い自殺の原因になってはおります。健康状態を把握するスケールがございますので、それが本当かどうかということを検証する。あくまでもこれは副次的な問題でありまして、これだけのフォローアップ、経過観察をしていく中で幾つかのものも一緒に調べましょうということの一つでございます。

もちろん欧米ではそういった先行研究はありますし、健康度の悪化というのは精神疾患があれば精神疾患の状態も悪化させますし、その他、健康が悪くなれば仕事もできない。二次的にさまざまな問題とも関連してまいりますので、大事な評価ではないかと思はれます。これはQOLを調べる尺度はたくさんございますし、先行研究もありますので、その中で実効性のあるものを用いるということに決めさせていただきました。

ただ、自殺危険予測に関しましては、自殺者の場合は実際に希死念慮の強さというものが実行した場合、あるいは致死率とかなり相関があるということも言われていますので、本当に自殺をしたかどうかということ調べる上では一つの根拠です。それだけではないと思はれますけれども、一つの根拠として科学的なものを少し残さないといけなかなということに入れてはおります。

ただ、患者さんに対して、あるいは対象者の方に対して負担をかけるような質問とか、負担をかけるような時間がかかるようなものでありますと、かえって逆効果になりますので、それはかなり選択した中でやらせていただこうと考えてはおります。以上です。

○渡邊構成員 この間、自殺予防総合対策センターの開所式にWHOのベルトロートが講演して面白かったのは、東南アジア、カナダ、幾つかの国々の1,000例くらいを集めて、一方は通常の未遂者のフォローアップをした。それで、もう一方は月1回くらいだったと思はれますけれども、15回、毎回家庭訪問をして次の2つの言葉を伝えた。1つは「こんにちは」「御機嫌いかがですか」ということと、もう一つは「何か困っていることはありますか」、その2つを徹底して聞いたということです。それで、かなり有意な形で再企図が減少していたという報告があつたんですけども、そういうような家庭訪問なども先生は考えていらっしゃるのでしょうか。

○平安構成員 ありがとうございます。これはデザインの段階では非常に私たちとしてもやりたかつたんです。

ただ、これは予算と人の数、それから家庭訪問をするための資源も含めて、今回は見送りました。本来はそこまでやりたいところなのですが、今回の中では現実的にできなかったというのが実情でございます。

○清水(新)構成員 私も2003年に自殺研究班の研究の一環として、全国の精神保健福祉センターと救命救急センターの全国調査をしました。そのときに、やはりそこら辺の領域の活動が非常に重要だということを感じました。そういった意味で、当時からするとこの研究計画でもう少

しきちんとしたアウトカムが出ることに對するすごく大きな期待を持っております。非常に大事な領域で、いろいろな入り口があると思うんですけども、ここはしっかり医療だったら医療という自分の持ち場を固めてアウトカムを出していただきたいと思ひます。そこから学ぶものはいっぱいあるのではないかと思ひます。

それから、実は構成員の皆様と認識を共有しておきたいことなのですが、7ページ目の図で地域の包括的なサポートシステムというものが一応は指摘されていて三角の矢印があるわけですが、これはあくまでもトライアルスタディですけども、その結果を解釈というんでしょうか、評価するときにはここが非常に重要だと思ひます。医療の中でしっかりとアウトカムを出していただきたいという期待が1つですが、合わせてそれを評価するときには医療の中だけで完結した評価ではなくて、それがこうした地域の包括的なサポートシステムとか、医療と他の社会システムとの関係の中で評価をされていくべきかと思ひます。

ですから、仮にトライアルで余りいい結果が出なかったと思っても、ひょっとしたら実はこちらのいい地域の側の資源とか、連携とか、その辺のものが効いているということは、実は日本における黎明期の新潟県のああいふ地域介入研究を見ると、結局メディカルサービスだけではないですね。ソーシャルサービスが組み合せて初めて高齢者の自殺というのは劇的に減ったわけですね。ああいふ黎明期の研究調査から学ぶものも多いと思ひますし、先ほど渡邊先生がおっしゃったのは多分そういうこととも関連していると思ひますが、やはり地域あるいは社会的な環境の中で医学的な支援とかケアというものが意味を持つていくというのが新潟県の事例、そして今、青森とか秋田などがやっている地域介入研究のレッスンだと思ひます。

今回の場合も、うつ対策の方の研究などを大野先生たちはやっていたらいいですね。それとのリンクも考えると、やはり地域的あるいは医療を取り巻く他の部分の変数をどう読み込むか。これは、もちろんデザインとしてはできないと思ひます。ただ、解釈するとき、評価するときにはそういうものが一つあるぞということを目に置いていただいて、少し評価のところで工夫をした解釈をしていただければと思ひますし、私たち自身もそういうメディカルセクターだけでこの問題を考へて評価するのではなくて、これは法律の趣旨でもありますけれども、全体の中でできるだけ評価というものを議論していきたいと思ひます。

○上田座長 ありがとうございます。

では、部長どうぞ。

○中谷障害保健福祉部長 清水先生はちょっと遅れて来られたので、私はそれに類することを冒頭言ったのですが、私よりうまく言っていたいてありがとうございます。感謝いたします。以上です。

○上田座長 これまでの議論で、この問題が医学だけではなくて社会的な視点も重要だということがありました。今、清水さんからかなり基本的な整理をしていただきました。そこをどどのようにトータルで考へていくかということは非常に大事だと思ひますし、この辺を議論していただいて整理していく必要があるのではないかと私も思ひました。ほかにございますか。

それぞれの立場の方に参加していただいてこれからケアといひますか、その支援についての方向を出していきますが、今後の検討の一つのたたき台といひますか、あるいはかなり有機的につながるところもございまして、そういう意味で今日は2つの研究班の御紹介をしていただきました。今の2つの研究班の説明につきまして、特に何かありましたら御質問を受けましても、よろしいでしょうか。

○伊藤構成員 斎藤構成員が先ほど、ケアグループをつくっていらっしゃる過程で混乱が起きているという御指摘をされましたが、具体的にどのようなことを指していらっしゃるのでしょうか。

○斎藤構成員 どこでも立上げは初めてですから、未経験というか、それこそいわゆるグリーンケアの専門家と言われる人でもサバイバーケアについては未経験である。その辺からくる混乱もありますし、具体的には仙台で幾つかのグループが連携したとありますけれども、連携というのは聞こえがいいんですが、やはり混乱があるわけですね。それはお互い未経験で、どこが悪いということではなくてコーディネートに何らかの問題があったというふうには思ひます。ですから、ファシリテーターの役割とか、立ち上げる場合のこの種のケアグループの在り方に関して何らかの一つのガイドラインが欲しいという思ひでおります。

清水さん、西田さん辺りはその辺は今いろいろ検討をなさっていると思ひます。

○清水（康）構成員 今回の斎藤さんのお話の補足で言うと、混乱があったというのは具体的に言うと、自死遺族支援のグループに自殺以外の病気とか、事故とか、そういう形でご家族を亡くされたご遺族が参加してきてしまって、それで自死遺族の方々がなかなか分かち合いができなかったというケースが「仙台のちの電話」が立ち上げたところであったんです。自殺で家族を亡くされた方々というのは、自殺に対する偏見におびえてご自身の体験を語れないということがありますから、だからこそ同じ体験をした自死遺族同士による分かち合いが必要なわけですね。ところが、そこにほかの方が入ってきてしまって、それでなかなか分かち合いができなかったということはあったということです。

ただ、これは斎藤さんのおっしゃったとおり初めてのケースだったということが1点と、あとは西田さんなどと連携しながら私たちが立上げ支援をするときには必ずファシリテーター養成講座というのを受けてもらって、しっかりとそうした基本的なルールを御説明して、かつ立上げの最初の時期には我々が実際にその会に入ってファシリテーションをしっかりと、ファシリテーションをしていく中で会の中心メンバーになるような人たちにファシリテーター養成講座を受けてもらいつつ、その実務もしっかりそこで学んでもらうというか、身に付けていただくという手法を取っているのですが、そうでないところもあるということです。もちろんマニュアルを行政というか、研究会でつくるといってもやるべきだとは思いますが、私も含めて西田さんが中心になってやっていらっしゃる事例もあるので、是非そういうところも参考にさせていただければと思います。

○上田座長 ありがとうございます。

では、平田さんどうぞ。

○平田構成員 自殺の予防ということで予防医学的に考えるのは、この研究はどちらかというと三次予防に重点があるわけですね。つまり、一度起きてしまった自殺未遂のエピソードに対して再発を予防するという立場から関わる。それに対して、一次予防、二次予防という分野への考察もどうしても必要なのではないかと思います。二次予防に関しては精神科の救急医療というものも早期発見、早期介入という意味では非常に役割があると思いますので、いずれはそちらの精神病救急システムとか、救急病院の側から見た二次予防的な介入ということも研究のテーマに含めていただきたいと思います。

それから、一次予防に関しては、これは医療の出番ではありませんで、社会経済的なファクターというものから見えていかなくちゃいけないと思うんですけども、最初に事務局から御説明があったとおり、平成9年、10年を境に自殺者が急増しているというデータがありましたけれども、これは主として経済的なバブル崩壊後の失われた10年以降、企業の中で非常にストレスの高まった中高年男性の自殺というものを引き上げていると言われているわけですね。そういう現象が明らかにあるわけですから、そういう分野に対するもう少し包括的な介入というのであれば、医学、医療だけではなくて先ほど清水さんも御指摘されたとおり、労務管理であるとか、経済学者であるとか、あるいは社会学者、社会心理学者といったような幅広い分野の専門家にも参加していただく必要があるのでないか。これも一次予防的な観点から必要ではないかという印象を持ちました。ちょっと議論を広げ過ぎてしまって申し訳ないです。

○上田座長 ありがとうございます。今日は第1回目ですし、いろいろ御意見をいただく中で方向を整理していきたいと思っております。何かございますか。

そうしますと、2つの研究班に関しては特によろしいでしょうか。では、どうぞ。

○西田構成員 遺族のケアについてもそうですし、未遂者の方への支援というか、ケアもそうですけれども、私たちが聞きたいことを聞くのか、当事者の方がどういうふうに自分の気持ちを伝えたいというか、話したい気持ちを持たれているのか。これを間違えると、私たちは聞きたいところだけを聞いて聞いたつもりになっているだけで、当事者がどういう気持ちを持っていらっしゃるのかをちゃんと受け取らないで終わってしまうのではないかというところが必ずあると思うんです。

例えば、心理学剖検と言われる調査をするにしても、いろいろアンケート項目を出しますが、気をつけないといけないのはこちらが聞きたいことだけ聞いて、繰り返しになりますけれども、それで聞いたような気分になっている。本当はもっと言いたいことがある。そのときに、非常にエネルギーが言ってみれば弱いというか、下がっている人は、目の前にいろいろな意味での専門家などと呼ばれる方が来ると、その一つの壁を乗り越えるのが非常に難しいというか、ちょっとエネルギーが要ることで、言いたいこと

を言えないところもありますので、そこら辺をどう聞いていくかというのは非常に大事だと思うんです。

そのときに、分かち合いの同じような体験をした人たちがいれば、それは非常に話しやすいという大きなサポートにもなりますので、まずは一対一で話を聞くというよりもグループで遺族の方たちが何人か集まっている中で自由に話ができる雰囲気の中で話を聞いていくということもそうでしょうし、今、隣に西原さんが座られていて、未遂者の方へのケアを是非これからというふうにお話をされているときに、例えば未遂者の方への一対一の面接であれば、更にエネルギーがいろいろな意味で低くなっているときにどれだけ話を聞けるか。面接にしても、一つはあるかと思うんです。

そのとき、未遂者の方が2、3人集まられてそういうグループでお話をされるということが可能かどうかというか、その中で少しエネルギーを得られて今までなかなか話せなかったことも話が出てくる可能性があるのかとか、そこら辺が今、思ったところなんですけれども。

○上田座長 研究を進めるに当たってその基本的なところを聞きたいということですか。あるいは、こういう点を配慮してというか、こういう視点で取り組んでほしいという要望的なことですか。それとも、少し御意見もいただきたいということですか。例えば、未遂者に対する研究をされますね。

平安さん、今の御質問に対して何かございますか。

○平安構成員 非常に大事な視点の一つだと思います。

ただ、今回に関しては病院であれば患者さんですが、対象者の方のプライバシーとか、いろいろな配慮もありますので、先ほどもありましたけれども、自助グループを紹介したりとか、ケースマネジメントの中ではそういったものはあります。

ただ、では何人かの方に集まっていたいで一緒に話しましょうと、こちら側でアレンジをしてやるということまで積極的には今回は踏み込んでおりません。それをすべきかどうかという議論までいっていないのですが、ただ、そういうことが必要であろうという方に関してはこういうグループがありますよとか、そういう形での御紹介に今の段階ではとどまっているということです。

○上田座長 大変大事な御指摘です。今日はそれぞれ研究をされる方も参加されていますが、研究をどういう形で取り組まれるか、あるいは、一定の限度の中で研究を行わざるを得ないということもありますし、今後どのように展開するか一緒に考えていく必要があらうかと思っております。両研究に関してはこれでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。5時までを予定していますが、残った時間でガイドラインの話もありましたし、冒頭部長の方からこの検討会に対する期待などもございましたので、今後2回目、3回目、どういう形で進めるか、その辺の進め方と先ほどの部長の御指摘、お考えも踏まえながら、事務局としてこの検討会に対してこういうことを期待したいというか、次のスケジュールなども含めて何かありましたらお願いしたいと思っております。それで、また皆さんの御意見をいただこうと思っております。

○鷺見課長補佐 次回以降の進め方なんですけれども、まず年度内に2回程度これから予定をしております。それで、次はまずは自殺者親族等への取り組みということで、今回は委員の先生方いろいろな分野の方に入っていておられますので、その具体的な内容について御発表いただきましてディスカッションいただきたいというのが次回です。

次々回、第3回におきましては逆に未遂者の方を集中的にやるというようなことで、またこれにつきましても今後はここの委員の方以外からヒアリングをするということも視野に入れたいとは思っているのですが、まずはせっかく入っていただいている委員の先生方から御発表、今、実際に取り組まれている中身であるとか、現状であるとか、そういったことについて御発表いただきましてディスカッションしたいと考えております。そういうことを踏まえまして、次々回以降もどういった形で進めることが妥当なのか、適切なのか。それをどういった形で最終的に来年度末にまとめるに当たって必要なかということを整理していきたいと考えております。

○上田座長 今、事務局の方で進め方についての説明がりましたが、何か御質問などがあればどうぞ。

○渡邊構成員 ライフリンクの清水構成員の最初の3つの点ですね。やはりそれはとても大事な御指摘だと思うので、私なりに思っていることとお話させていただきたいと思っております。

1つ目のケアと支援ということなのですが、私はケアというのは特に医学的な、例えば治療というのはキュアですね。キュアということではなくてケアで、でもそのケアも医学的なところだけに限

定しては考えていないんですね。むしろケアリングとかという言葉もありますけれども、気遣うとか、そういうような意味でケアというものを使っていいんじゃないかと思っているんです。英語の得意な斎藤構成員などからは是非御意見を伺いたいと思うんですが、そういう意味ではむしろ支援という言葉よりももっと何かそういう意味が入っているのではないかと。気遣うとか、気持ちを聞くという意味が入っているのではないかと思ったんです。

それから、2番目の心理学的な剖検で、私も平成9年から秋田の旧由利町に関わって、私自身は最初にそういう視点で医学的な情報が欲しいというアプローチだったんだけど、それに対する住民の抵抗というのはとても感じていました。そうではなくて、自殺とかうつとかを考えないで済むような心の健康づくりという視点で要因を把握しようという関わり方で今までやってきたんですけども、今回心理学的剖検に私も関わって、確かに言葉の問題もありますね。だから、何か別の言葉があつていいかなと思っています。

それから御遺族のケア、御遺族の気持ちをあくまでも重視した上で情報提供してもらう。その辺で、余りにも情報提供だけにこだわると、やはり御遺族の気持ちがわからなくなってしまうというようなこともあるし、両方必要かなと。そういう意味で川野構成員が両輪という言葉を使ったんだと思うんですけども、私は青森県で数はまだ少ないですが、何例か御遺族の調査をさせていただいた経験としては、御遺族が持っている違和感が私たちが関わることで少しずつ変化していく体験をしたんですね。ですから、そういうプロセスが大事ではないかと思います。もちろん私たちもすぐ学ぶことはありますし、私たちも変わっていくプロセスだと思うんです。そういうことを重視した形での関わりであれば、私は有意義ではないかと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○斎藤構成員 清水さんがおっしゃったように、確かに自殺問題を持つ人は自分がケアとか、まして治療の対象かと、そういう攻撃的な思いを持っておりますから、それはそれこそ関わりの持ち方の問題だと思います。そして、清水さんの一つの目標としては自助グループの形成でしょうか。自助グループということになれば、これはケア治療とはまた違うわけですね。けれども、そこに至るまでにやはりケアとか治療というプロセスも当然あり得るわけで、それを私は必ずしも否定してはいけないという思いでいるんです。清水さんとはちょっとスタンスが違うかもしれませんが。

○清水（康）構成員 西田さんが先ほどおっしゃられたことに共通しているんですけども、受け手側がどう感じているかということに私たちはまず耳を傾ける必要があるのではないかと思います。

その意味で言うと遺族ケア、つまり渡邊さんは気遣うという意味があるんだというお話をされていましたが、主体はだれなんですか。ケアというのはだれかがだれかをケアするということですよ。私はケアする人がいるとしたら、これは遺族の方御自身が自分をケアするんだと思うんです。もちろん医療的な立場からケアする必要がある場合もありますけれども、でもほとんどの方は遺族自身で遺族の方をケアする。自らの経験を繰り返し物語ることで、辛い過去と向き合えるようになっていき、やがて回復していく。そのケアをする場をしっかりとつくっていく社会的な支援が必要なんじゃないかという観点からすると、遺族ケアという言葉に対して、もちろんそれは必要なこともあるけれども、でも大きく言うと遺族支援というくくりの中のケアになるのではないかと。ということですよ。

○渡邊構成員 主体はその方でもあり、自分自身でもあるというか、気付き、気遣うというか、間主体的な間の主体性といえますか、そういう関係だと思うんです。

○清水（康）構成員 今のことはわかったようでわからないので、それはさておき、心理学的剖検のことで言いますと、調査が必要でないと言っているわけではないんです。これは調査は必要なわけですし、そのためには遺族の方々の協力が不可欠だということももちろんわかっています。ただ、その方法ですね。どういう方法を取るのか。

1つには、さっき西田さんがおっしゃられたように分かち合いの場みたいところで語られること、自然とそれこそケアの現場で語りがあるわけですから、そうしたところに出てくる体験としての情報にしっかりと耳を傾けて、それを対策につなげていくような形にしていく。その仕組みをつくるということが一つあると思うんです。ただ、これは心理学的剖検でやろうとすると厳密性が担保されないので、当然これはだめという話になりますね。それに加えて言えば、実際に渡邊さんは青森でやられてうまくいっているというお話でしたけれども、私のところには、調査を依頼されたけれどもその内容がひどかったという声も挙がっているんです。

あとは、保健師さんが上司から言われて調査をしに行かなければならないんだけど、「2か月

前に奥さんを亡くした70代の男性のところに行こうと思っている。あんな分厚い調査項目を果たして1回で聞き切れるか不安だ、どうすればいいですか」と私のところに連絡がありました。私は遺族の方に100人以上接していますけれども、私の常識からするとなかなか考えられないことですね。まだ2か月しかたっていない方のところに保健師さん2人で行って、かなり分厚い調査項目を1回で全部聞き取ろうとしている、その試み自体が問題だろうということ。

○渡邊構成員 それは青森の例ですか。

○清水（康）構成員 青森ではないです。

もう一つのケースで言うと、調査項目がどういうものになるかということは説明を受けずに、説明してもらえずに、「とにかく国のためだ、国のためだから協力してやってくれよというふうに頼まれた」というご遺族がいました。「清水さんもその調査のことは知っているんじゃないですか」と私のところに聞きに来て、私はもちろん調査項目をつくる段階まではある程度関わらせていただきましたから、こういうものですよという御説明をしたら、「それだったら私は受けないで断ろうと思えますとおっしゃって、結局そのご遺族は断られたんですけども、そのアプローチの過程が、これはとにかく国のためになるんだから協力してやってくれよというふうに言われたなどというのは、これは理想と現場の現実がこれだけ乖離しているわけですから、もちろん「理想」の部分についても私は異論がありますけれども、実際にそういうことが現場で今、行われているということに対してどう改善を進めていくのかということとは当然必要だろうと思います。

○斎藤構成員 私は必要性和、それを担当した人のやり方とは違うと思うんです。たまたま実施した人の資質が問われるわけで、そういう手法までは私は否定できないと思います。○清水（康）構成員 でも、その手法の中に、亡くなってから1年以内ということがたしかありました。

○斎藤構成員 例えば、救急医療の現場で医療スタッフがきちんとケアをしていると、そこで遺族との信頼関係ができるんです。そういう中で、この研究は非常にいいデータが出てくるわけです。だから、1年以内であろうとそれは可能なんです。

ただし、私も経験はあるけれども、この種の経験をしていると遺族に訪問をしたら、場合によってはそれこそ塩をまかれるわけです。だから、そういう思いを尊重しない資質を持った専門家がいるということで、その研究自体を私は否定すべきではないと思います。○清水（康）構成員 1つだけ補足しておきますが、私は研究の手段というのも、研究で何を調べるのかということとあわせて極めて重要な部分だと思っております。特にこのことに関して言うと、遺族の方々のケアにもつながる調査だと言っているわけですから、手段は内容の部分と切り離しては考えられないと思います。

○上田座長 私は最初に清水さんがおっしゃられた御指摘について、基本的なことだから今後議論の中で考えましようとして申し上げました。渡邊さんからお考えがありまして、今、斎藤さんからも意見がありました。非常に大事なことですし、ケアは検討会の名称もそうですし、そこら辺の考え方などについての御指摘もあって、随分議論があると思います。

この点については整理をしないとイケないし、確かに自殺の問題というのは精神医学的だけではなくて社会的にもいろいろありますし、またいろいろな立場で参加されておられますので、それぞれのお考えがあらうかと思えます。そこで今後議論する中で、並行的になるかもしれませんが、それぞれの御意見の中で共通的なところが出てくるかもわかりませんし、ここは会議を重ねる中で折に触れて深めたらどうかと思っております。今日は皆様がいろいろお話をされて、それぞれ委員の皆様にご意見をいただく中で次回以降も議論したいと思っておりますが、それでよろしいでしょうか。

○清水（康）構成員 私も批判してばかりいて代案がないわけではないので、次回はしっかりとこういうやり方でやったらどうですかという提案を是非させていただければと思います。その資料を今回は持ってきていないので、次回に用意したいと思えます。

○上田座長 このテーマは引き続き議論するということにさせていただきます。

○伊藤構成員 心理学的剖検という言葉は、この活動を示す最も適切な言葉かどうかはこれからまだ議論をしていく必要があります。ただ、それに代わる言葉が見つからないというのも実態でして、なかなか難しいところがあります。

また、先ほど斎藤構成員がおっしゃられたように、自殺に関連する要因としてどのようなものがあるかは、これからの対策を考える上で必要だと思います。例えば北欧の場合にはナショナルポリ

シーを決める前はかなり大規模に同様の調査を行い、そのときの参加率は9割以上という大変高いものでした。国の違いもあるのでしょうけれども、必要であるというのは私もそのとおりだと思います。

忘れてならないのが2年前はこの調査の実施は難しかったということです。社会の考え方が変わり、自殺に対する考え方や意識はこここのところで本当に変わりつつある。その中でこういった調査の必要性が具体的に議論されて、昨年度は4例でありましたけれども、意義のある調査方法を開発することができたのです。伝え聞くところによりますと遺族ケアにつながっているとも伺っておりまして、それで今年度、第2年度ということで調査がされていると聞いています。また、この調査を行う課程で、遺族ケアが不可欠であるということが認識され、我々の研究班が立ち上がったというのも経緯としてあります。以上のように、研究も枠組みとして進化しているところがあり、その中で今の課題を改めて考えながらこれからのことを考えていかなければいけないと思います。そういう意味で本日の議論は大変勉強になりました。

○上田座長 先ほども言いましたように、引き続き皆さん方の御意見をいただきながら、もう少し整理というか、一緒に考えていきたいと思っております。

それでは、次回は親族に対する支援のお話をその立場の方からしていただき、そして、3回目は未遂の関係の支援について関係者からお話をさせていただくということで提案がありましたね。

○鷺見課長補佐 ありがとうございます。今、上田座長からお話がありましたように、次回はヒアリングをお願いしたいと思っております。年内に依頼する先生にはお願いをしたいと考えております。また、日程につきましては今日、実は紙を配らせていただいておりますので、今日予定がわかりになる先生方におかれましては日程調整をして事務局の方にお渡しいただければと考えております。

○上田座長 今のような形で進めさせていただいて、先ほどのいろいろな課題はきちんと折に触れて議論をしていくということで進めますが、よろしいでしょうか。次回については皆さん方に日程を書いていただいて、そこで後ほど御連絡するということですね。今日はもう5時に近付きましたのでこれで閉じたいと思いますが、何か御質問がございましたらどうぞ。よろしいでしょうか。事務局も追加はございませんか。

では、これをもちまして第1回の検討会を閉じさせていただきます。皆様方、御協力をいただきありがとうございました。また次回よろしくお願いたします。