

平成 25 年度第 2 回三重県公衆衛生審議会自殺対策推進部会（概要）

日時：平成 26 年 2 月 13 日(木)

13：00～15：00

場所：三重県医師会館 会議室

委員の出席状況

出席者：齋藤部会長、伊藤委員、太田委員、小島委員、澁谷委員、鈴木(秀)委員、鈴木(誠)委員、田代委員、中山委員、西場委員、日美委員、松尾委員、吉村委員、渡部委員

計 14 名

欠席者：原田副部会長、鈴木(ま)委員、館委員、谷井委員、山本委員、和田委員 計 6 名

開会

挨拶 健康福祉部医療対策局長 細野浩

1 議事

(1) 全国及び三重県の自殺状況の動向

資料 1 について事務局（自殺対策情報センター 出口主幹）より説明

【質疑応答】

(齋藤部会長)

ただ今の説明につきましてご質問、ご意見がございましたらお願いいたします。

(松尾委員)

冒頭に出口さんのほうから警察からの確定値 408 のお話があったかと思えます。この表につきましては、平成 24 年、402 という数字であります。これはあくまでも 1 月中、警察庁が速報値として発表した数でありまして、その後も数値の精査をしており、現在のところ、確定値というよりも「概ね」という言葉でご訂正をいただきたいと思えます。

さらにまだ前後する可能性がある数字であることをご認識いただきたいと思えます。正確には 3 月の中旬ごろに警察庁を通じてまた報道等がなされるものと思っております。ご認識だけよろしくお願いいたします。

(鈴木(誠)委員)

質問ですが、自殺を完遂する時の方法についての変化とか推移とかいうものは、何か特

別なものがあるのでしょうか。それともあまり変わらないのでしょうか。

(事務局)

一番多いのは、全国的に見ても三重県で見ても、おそらく「縊首(首つり)」だと思います。時によって「飛び込み」があったりだとか、「硫化水素」があったりとか「薬物」だとか「飛び降り」などの変化はありますが、「縊首」が完遂される方では多いと思います。

(鈴木(誠)委員)

特に具体的な変化はないですか。

(事務局)

21、22、23、24年で見ても「首つり」が多くて、その次が男性では「練炭」、女性でも「練炭」がその次に分かっている範囲では多いかなと思います。

(鈴木(誠)委員)

薬物による死亡者について向精神薬を大量服薬する人が増えたとか、そういう問題はないですか。

(事務局)

数的には、内閣府が発表している三重県の薬物による死亡者数は、21年から24年まで数名単位で推移しており、24年は1名という状況です。

(鈴木(誠)委員)

薬物によるものが若干増えてきているということですか。

(事務局)

いえ、増えているわけではありません。

(鈴木(誠)委員)

増えているわけではないということですか。分かりました。すみません。ありがとうございます。

(田代委員)

女性が増えているということですが、その内訳やどういう傾向で増えてきているというのはあるのでしょうか。

(事務局)

今日お配りした21~24年のものの2枚目をごらんいただきますと男女別のグラフですが、毎年やはり前後するというのがありますが、30代がどの年も多いのはお分かりいただけるかなと思いますし、50代、60代、70代、比較的高齢の方が女性は多いのかなという

ふうに思います。

(田代委員)

どういうふうな原因でどういうふうな方法を取ってというような傾向等はつかめているのでしょうか。

(事務局)

私たちが手に入る情報では年代別の手段というのは分かりませんので、それは分からないということしかお答えできません。

(澁谷委員)

三重県と全国で自殺者数の動機別のところですが、「健康問題」の「精神」に「 」がたくさんついていますけれども、この「精神」のカテゴリーに入れられたというのは、例えば通院をしていたということに入っているのか、それとも障害者手帳を持っていると言うか、どういうくくりでこれは「精神」に入っているのですか。

(事務局)

これは警察統計でして、家族からの聞き取りや遺書等からの情報であり、手帳等で区別したものではありません。

(伊藤委員)

全国も同じような対策を取られているとは思いますが、23年と比べて全国平均ではほぼ10%自殺者が減少していて、三重県は逆に10%程度増加しているというところは、どのような枠組み設定をされているのでしょうか。

(事務局)

最近増えているところについての原因分析まではできておりません。今後そのあたりも少しずついろいろな情報を集めながら分析をしないといけないかなと思います。

(伊藤委員)

ここまで乖離していると、何かやっぱり対策に問題があるか、県独自の問題があるのかなとは思いますが、ここが分からないと具体的な対策の打ちようがないと思うのですが。

(事務局)

そういうこともございまして、現在分析できているものを、ここまで詳細な形での示し方は今回初めてだと思います。

まだ情報としてつかみきれないところもあり、情勢分析できていないのですが、一応年代別で、また理由別で分析してみて、これまで行っている対策、今後行う対策という形で整

理させていただいております。そのあたりについてご審議やご指摘いただけたらと思っています。

(鈴木(誠)委員)

これまでの議論の中で、南勢のほうの高齢者の単身者の自殺率が高いということが出てきたと思うのですが、これを見ると、南勢部はそれほど高くなく、むしろ北・中勢部のほうが増えてきているということになっているので、これまで南勢の高齢者に対する自殺対策の三重県下で行われてきたものについては一定の成果が出てきているというふうに判断できるものなのではないでしょうか。どのように考えていらっしゃるのか、そのへんをお聞かせください。

(事務局)

確かに自殺率になりますと南のほうが高かったということで行動計画も整理させていただいておりますが、今回まだクロスでの分析が十分できておりません。数で行くと確かに北勢は人口も多いので多く見えるのですが、南のほうは、実際これと原因等クロスしてみても、どういうところに課題があるのかというのは見ていかなければいけないかもしれません。

(鈴木(誠)委員)

402名とか408名という数が出ていますが、その心の症例というのは集めて検証できる態勢があるのでしょうか。

(事務局)

私たちが普段得る情報というのは、内閣府なり厚生労働省なりの人口動態調査というものになります。さらに詳しいところまで知ろうと思うと特別集計を申請して、得た情報に基づいてということになります。

(田代委員)

医療機関としても自殺を完遂するのはだいたい縊首をされた方が多いというのは分かるわけですが、保健所を通じての動機、方法等の統計を取ることはできないのでしょうか。

(事務局)

内容にもよりますが、今回のような市町別の動機などになってくると、1年後には把握できますが、タイムリーに得ることは難しいです。

(鈴木(誠)委員)

私が委員になったいつの部会だったか記憶が定かではないのですが、そのころに各自殺

者をエリアでピックアップして、任意にサンプルを取って心理学的剖検をやってみようというようなことをセンター長が前に言っていらっやって、そういう個別事例をいくつかサンプリングして行って、自殺に至ったケースの基本的な背景をもう少しあぶり出せないかというようなご発言があったように記憶しているのですが、そういう心理学的な剖検、家族背景とか経済状況、福祉的な状況も踏まえたものをピックアップして、全部をやることは数が多すぎてできないと思うのですが、ピックアップして心理学的な剖検をする、あるいは社会学的な剖検をするというような計画なり、これまでの実績があればお知らせいただきたいのですが。

(事務局)

心理学的剖検につきましては、平成 21 年度ぐらいまで、国立精神神経センターの自殺予防総合対策センターが国レベルでの心理学的剖検をしたいということで、三重県も協力させていただいてしまったけれども、三重県からは 2 例の方だけ協力していただくことができました。全国的にも予想よりも少なく、100 例ぐらいの方しか多分心理学的剖検ができなかったという事情がありますので、やはり亡くなった方は、私たちも自死遺族とかでたくさんの方に接していますけれども、詳しい背景とかまで聞ける方は非常に少ないというのが現状だと思います。

(田代委員)

この年末年始で結構ショッキングな自殺の方がみえました。1 人は 24 歳の女性で、もう 1 人は助かった 13 歳の男の子で、どちらかと言うと今までのタイプではなくて、親との喧嘩など何か感情的動機なのに発作的に「確実に死ぬ」方法を選ぶという、ちょっとした変化がありました。検証と言うか、きちっと「今どうなっているのか」を見る必要があると思います。どうでしょうか。

(鈴木(誠)委員)

私たち臨床心理士の場合、ケーススタディというのを毎週とか月に 1 回ずつやっていて、そこでサイコセラピーのスキルアップを図る、あるいは患者の治療状況をより改善させるための先輩からのご意見をもらうというようなことをやっているのですが、まれにやっぱり自殺してしまった例というのが出てくるわけですが、そのケースを出すのに心理療法を週に 1 回面接していますので、セラピストそのものが自分の患者を失ったということに非常に強い衝撃を受けまして、そのケースを唯一レポートにして発表できるのに例えば 5 年ぐらいかけて「やっと出せるようになりました」みたいな形で出てくるのがしばしばあ

ります。

そういうのを見ていくと、うつ状態でかかっている人の中でも自殺に至るケースをここ20年近く事例検討で毎週ぐらいやっているものですから、その数量的に、データのこうだというふうに言うことはなかなか難しいのですが、同じうつ状態と診断されている方の中でも、例えば衝動性が極めて高いであるとか、衝動コントロールが極めて悪いとか、焦燥感が極めて高いとか、過去に自殺企図があって、その自殺企図もかなり確実性の高い、例えば同じリストカットでも深さが全然レベルが違うとか、あるいはどこかから飛び降りようとしたとか、しかも回復期であって、周りがちょっと手を放しかけたところに自殺を完遂されてしまって中断になって、後に医療機関でケースを見てみると、来なくなったというのはいかなる原因でなくなったか、転院したかも分からないし、分からないわけですが、数日後、企業のほうから、あるいは家族のほうから、「実は亡くなりました」という報告を受ける。

そういうようなことを考えていくと、同じうつ状態であったとしても、例えば衝動性の高さであるとか、衝動コントロールの悪さであるとか、焦燥感の強さであるとか、単身者であるとか、過去に危険な自殺企図を加えた経験というのが、我々の臨床経験の経験値としては、こういう方は同じうつ状態であったとしても自殺のリスクが高いから、できるだけ早く医療機関によって適切な薬物療法がなされて適切なケアワークがなされるように、臨床心理士の心理療法の枠を越えていてもやっておかないと大変なことになるなというような、経験値としてはあるんですが、それがどの程度全国的に見られるものなのか、あるいは我々のやっている小さい研究会、あるいは例えば関連病院の研究会に表れてくるので、そのエリアでそういうことが起きているのか、全国的な問題なのかというのは、もう少し事例研究を通して調査していくということが重要なことというふうに思います。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

資料1の最初から3枚目ですが、上のほうのグラフを見ていただきますと、総数と男性、女性の棒グラフがございまして、平成22年が358ということで一番少なかったのですね。21年は476で、非常に極めて減ったのですが、その後23、24、25年と右上がりに来ておりまして、伊藤委員がおっしゃるように約1割以上増加している。全国的には、その間10%ほど低下していますので、その差は20%ぐらいありますね。

年代別を見ていただきますと、20代、30代が、平成22年から比べますと、どんどん上が

っていますね。左の上のグラフですね。逆に高齢者ではそれほど変わらないということですが、これについて、ここで考えないといけないのは、そもそも三重県の年代別の人口ですね。これも考慮しないと、人数だけ言ってもだめなのですね。しかし、その数字を考慮した上でパーセンテージとしてここへ上がっているのではないと思いますが、数字で見ても20代、30代、40代が上がっているのはかなり問題だと思いますし、このあたりはどう考えていらっしゃいますか。

(事務局)

正直、なぜ比較的若い世代で増えているかといったところはつかみかねております。24年の数字でございますけれども、20～40代にひょっとして何か経済的な問題とか、そういう問題があるのかなということ、これもパーセンテージと言うより数で見比べたものが内閣府特別集計を用いたものなのです。これでも一番多いのはやっぱり「健康問題」で精神的なところで、その次ぐらいに「経済・生活問題」だとか「勤務問題」というのが比較的若い世代で出ているかなということしかつかめていなくて、これ以上はこの特別集計でも限界があるところだと思っています。今後、なぜ三重県で若い世代が増えているかというのは、またいろいろな情報収集をするしかないかなと思っています。

(齋藤部会長)

全国の傾向と合致しているのですか。

(事務局)

年度が若干違うので、一概に言えないかもしれませんが、行動計画でまとめた際は平成13～17年のものと平成18～22年の5年後の比較では、全国的にも若い世代で増えているという傾向はございます。

(齋藤部会長)

それと、女性の場合は高齢者ですね。60代、70代、このあたりの数は増えていますが、その割合は年齢別の人口動態を明らかにしないと、数字だけ見ても分かりにくいところがありますので、今後ご検討いただきたい。

ほかにどなたかございませんか。

三重県は一時すごく減って、平成22年に100人以上減りまして、どうして減ったのかあまり分からないままの状態では増えています、少し平均より悪くなってしまったということでございます。ですので、皆さんにいろいろご意見を出していただきまして、何とかこの数字の上昇を止めないとまずいと思います。何かご意見がございましたらよろ

しくお願いします。

(鈴木(誠)委員)

前回のこの委員会でもちょっと発言させていただいたことなのですが、啓発事業というのはかなり行き届いていって、多くの人たちにとってうつ病と自殺とか精神疾患と自殺ということはかなり関連性があるということは、知識のレベルでは広がっていているのは事実ですよ。

その一方で自殺者数そのものが、全体としては減っているにしても、三重県下では増えているということは、知識としては知っているが、それが生活の知恵として、「あの人、気をつけてあげなきゃいけない」というようなレベルにまでは行っていないというふうに解釈が可能だと思うのです。

例えば私はプライベートにサイコセラピーや組織コンサルテーションを提供する私設の相談室を運営しているわけなのですが、私自身の経営者と出会う件数そのものがそんなに多くないので、私の経験がどれくらい一般化できるかどうかという問題があるという前提で少しお話しすると、経営者の方々もこういう研修会に出て行って、うつ病は非常に問題だから、あるいは従業員のメンタルヘルスに気をつけないといけないというのは知っている。心ある施設によっては、年に1回心人間ドックみたいなものやってみようみたいなことをなされ始めている。

しかしながら、よくよく聞くと、その経営者の方とか人事管理をされている方が実はすごいオーバーワークで、もうちょっと簡単な面接ですら、この方はうつ状態であり、医療機関での受診が必要だと判断できるぐらいのレベルだけど、「私は大丈夫なのだ」と。「私は大丈夫だけど、部下は休職中で困っているのだ」という、そういう知識としてはその方々も十分ご存じのはずで、でも、これがご自分の問題として自分がうつ状態で、むしろ軽症状態で何とかキープしているということの自覚がない、そういう経営者や管理職がみえる。

そういう経営者や管理職から見ると、「ちょっとうつ状態で、休みます」というのは、何かこう、「うつはいいよな。すぐ休めるから」みたいな、「従業員はいいよな。休めるから」みたいなふうになってしまっていて、経営者や人事管理をする方々にとってのうつ病や自殺に対する知識というものが、実質使えるようなものになっていないというような現状があるのかというふうに思うのです。

このへんをどういうふうに、具体的な知恵があるわけではありませんが、この落差の間

題が、多分いろいろ対策を練って啓発はしていくのだけれども、その啓発だけではいま一つこの自殺の増加あるいは自殺を減少させていくことにうまく行政の施策が実現していかないということと、何か関連があるのではないかなというふうに日ごろ実感しております。以上です。

(齋藤部会長)

実際に、頭で分かっているにもかかわらず具体的な対策を取れない、三重県のような地方ですと小さな企業が多いですので、経営者協会とか商工会議所等で経営者自身の認識を変えないと難しいものがあると思います。

(西場委員)

企業側のメンタルヘルス対策については、大企業ではかなり進んでおりますが、中小企業においては、その余力もなく、予防策、メンタル不調者の復帰支援等々、組織的な取組みが十分に行われていないのが現状であります。

皆さん方にはお配りしておりませんが、5年ほど前に『メンタルヘルス対策ガイドブック』を作成し会員さんにお配りし、また人事労務の担当者の会合にカウンセラー協会の太田先生をお招きしお話を頂いた事もございます。

私どもと致しましても、今後メンタルヘルス対策を経営上の重要課題の一つとして、特に中小企業にも組織的な取組みが十分行われますよう、セミナー等を開催して参りたいと思います。

(齋藤部会長)

何かございますか。

(伊藤委員)

今ふと思ったのですが、先ほどの中小・零細企業ということなのですが、私の認識で行くと、健康診断等は自己負担ないし会社負担で保険適用外ですので、相談もそうですし健康診断もそういう状況でやっていますよね。補助ってありましたっけ？市町から健康診断等に補助ってありましたか。会社負担、自己負担ですよね。そこは、大企業さんであれば、そういったセラピストやメンタルヘルスには手厚くできるでしょうけど、そのへんはどのようにお考えでしょうか。中小・零細に対するそういったメンタルヘルスに関することとか、あと健康診断ですね。健康診断を受けさせない会社も中にはあるとは思いますが、そこに対する補助等はまったく考えられていないのか。予算はついていないはずなのですが、今後もつけるつもりはなしということなのでしょうか。

(事務局)

健康診断と言いますのは、特定検診のことでしょうか？

(伊藤委員)

特定検診じゃなくて、普通の健康診断、年に1回、いわゆる健康診断です。

(事務局)

いわゆる健康診断ということであれば、それぞれの保険者で行うことになっていますので、特に健康づくり課で補助を考えているということはありません。

(伊藤委員)

ですので、会社で負担できないところは「勝手に行け」と、多分言っていると思うんですよ。例えば35歳以上とか、または若年層に対する、20歳ぐらいの方は健康だから行かなくてもいいとかというふうになっているとは思いますが、そのへんも救ってあげてことを考えないと、先ほどから若年層の健康問題がどうのこうのあるにもかかわらず、そこには手をつけないというのはちょっと違うのかなと思うのですけれども。

(事務局)

ご指摘ありがとうございます。職場のメンタルヘルスは非常に重要と考えています。このあと資料2で、まさにその原因別ということではないかもしれませんが、行動計画を少しアプローチ別に整理した中で、一応小規模事業所に対する資料も、メンタルヘルス対策に係る指導の促進等やっていますので、あとで担当のほうから少しあわせてご説明したいと思います。

(齋藤部会長)

そういうことでよろしいでしょうか。

それでは、議事を進めていきたいと思います。議事2ということで、事務局よりご説明をお願いいたします。

(2) 第2次三重県自殺対策行動計画進捗状況について

資料2にそって事務局(健康づくり課 川口主幹)より説明

【質疑応答】

(齋藤部会長)

ありがとうございます。今の報告についてご質問、ご意見がございましたらお願いいたします。

(鈴木(誠)委員)

2点ほどございます。

一つは、自死遺族の支援の啓発の仕方なのですが、どういうふうなところにリーフレットを置いたりしているのかというのがまず1点目なのですが、まず順番にお聞きしたいと思います。

(事務局)

自死遺族のリーフレットに関してですが、各役所の窓口ですとか、窓口だけだとなかなか手に取りにくいところなので、中で協議をしていただきまして、トイレなどのさりげないところに置いてあると取りやすいということで、そういうところに置いていただいております。この間、人権センターのほうに伺いましたら、人権センターさんはトイレのところに置いていただいております。そこが主なところであります。

あとは、いろいろな啓発のものを配る時に入れさせていただいて、そのもらった人が心当たりのある方に渡していただけるような形で、間接的に届くような形を今考えて渡させていただいております。

(鈴木(誠)委員)

もうちょっとピンポイントにやったらどうかと思うのですが。例えば救命救急センターの入り口にあるとか、あるいは葬儀屋さんのところの待合室にあるとか、自死(自殺)を不名誉と考える方々がまだまだたくさんみえて、なかなか公の場所に出て来られない方がみえるんですが、葬儀屋さんは必ず関与するわけですし、救命救急センターで死亡が確認されたりするわけですから、そういうところのほうで啓発としてはより効果的なものができるのではないかと思います。

(事務局)

実際に葬儀会社をお願いしてお話もさせていただいて、ご同意をいただいて置いていただけと思ったのですが、実際まだ傷が生々しい時なので、それでやはり葬儀場のイメージとしてちょっと置けないということでお話をいただいているんです。同じような形で、やはり葬儀場、火葬場に置こうにも、置いていただけるようお願いはしているんですが、実際のところやはり難しい。と言うのは、葬儀・火葬場のほうも、スペースとして置くところがなかなか手狭だったり、そういう問題もあるというのが大きいというふうな状況です。

(鈴木(誠)委員)

なるほど、事情はよく分かりました。

二つ目は、認知行動療法についてなんですが、心理療法の専門家として少し注意を喚起しておきたいと思うのですが、認知行動療法というのは、今、我が国においてはトレンドで、何にでも認知行動療法という傾向がございますが、もうすでに出ているエビデンスとしては、重症のうつ病には認知行動療法は無効であるというエビデンスは出ていますし、慢性のうつ病に関しても認知行動療法はエビデンスがないというふうになっていますし、これまでエビデンスがあるとされてきた疾患についても、経時的にそのフォローアップをしていくと、認知行動療法というのは言われるほどエビデンスがないということが明らかになっているのが国際常識だと思うものですから、特に認知行動療法に関して特化するのではなくて、もうちょっと丁寧に人と接するという、非常にベーシックな話なのですが、そういうところにされたほうがいいのではないかなというふうに思います。そうしないと認知行動療法に対して過大な期待を多くの方々がしてしまうと、結果、それにまた失望するとすると、そこでまたさらに自殺への一步を先に進めるということになりかねないので、ちょっとそのへんはあまり認知行動療法に過大な期待をさせないような方向に進められたほうがいいのではないかなと思います。

(齋藤部会長)

メンタルパートナーですけれども、目標の数字は達成されていますが、実際にどうですかね。具体的に有効に作用しているのでしょうか。そのあたりの印象をお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。数については把握のしようがあるのですが、実際にどういうところに役立ったかというのは、なかなか難しいところです。

知識普及ということでとにかく広げようと思ってきたのですが、実際に受けられた方の反応を聞いた中で、特に理容師さんとか美容師さんでこの研修を受けていただいた方々からは「普段と違うなという時に話をし、ゆっくり係わりを持つという視点を持てた」という反応がございましたので、根を張りつつある、種がまかれていて、それぞれのところで広がりつつあるのかなというのが感触としてはございます。

(齋藤部会長)

実際、数だけではだめなので、それでどれだけ実効性が上がるかというのが大事だと思います。このフォローアップ研修ですが、どんなことをされているのですか。

(事務局)

実際にメンタルパートナーと指導者に対してフォローアップ研修を開催しました。今まではメンタルパートナーが正しい知識を持っていただくということだったのですが、実際にそのメンタルパートナーが相談に乗るなどの、初期対応ができるよう、情報提供の仕方や疾患の特徴などの講義などを行っています。そして今回は、ロールプレイの時間をかなり入れて、実践できるような形にしています。

実際、指導者がこれから地域でどのような展開にするかということについては、まだ始まったところですので、こちらも状況を見ながらどのような研修を提供していったらいいのか検討していくことが今後の課題とっております。

(齋藤部会長)

実例をご紹介していただくとかロールプレイをして、実際に活動していただけるような方を一人でも養成していただくとういことです。

(事務局)

追加ですけれども、メンタルパートナーについては、今年度、民生委員が3年ごとに改選ということで、今年度その改選の年に当たりまして、2,220名の方が新しく民生委員さんとなられたわけなのですが、その新任民生委員さん全員にメンタルパートナー養成研修をさせていただきました。また、次年度以降、アンケート調査等させていただいて、評価につなげていきたいと思っております。

(齋藤部会長)

先ほどのデータに戻りますけれども、男性に関しては20、30、40代あたり、50代はちょっと減っているのですが、そのような働き盛りの方が年を経るごとにどんどん増えていきますよね。やはり職場でのきちっとしたサポート態勢が必要だと思うので、本日は経営者協会の方も出ていただいておりますので、企業には自らの問題だと受け止めていただくような形で、やっていただくといいのかなと思います。

あと、女性の関しては、30代、40代も多いですが、高齢者が特に多いですね。60代、70代が結構多いので、介護関係、例えばケアマネの方とか介護士などにも受けてもらって、より実効性が上がるようにしていただきたいと思っております。

メンタルパートナーをどういう方を対象にするかというのは非常に大事だと思いますし、その内容はロールプレイもいいですし、症例をみんなで共有するということもいいですから、そういう形でやっていただければどうかと思います。

(鈴木(誠)委員)

今の齋藤先生のご意見に全く賛成なのですが、訪問介護ヘルパーさんたちというのは、非常に家族が苦勞している現実を目の当たりにして、その家族の様子というのを定期的に見る機会がある方々であって、訪問介護ヘルパーさん自体の労働が非常にヘビーであるということも考えると、また余分な仕事を増やすのは気の毒だとは思いますが、でも、一番そういう介護疲れによる自殺ということ考えた時に、最も身近に家族の変化を目の当たりにできる人々なので、そういう方々を中心にメンタルサポートというトレーニングを組んでいくのは、かなり私も有効だと思います。

それともう一つ、先ほどお伺いするのを忘れたのですが、産後のうつ病によって自殺をするであるとか、乳幼児の育児中にこういう自殺をなさってしまうお母さんというのは、今上がっている、この女性が増えてきている中でどれぐらいの割合なのかというのは、何か把握されている情報があれば教えていただけますか。

(中山委員)

川越町の保健師の中山です。

主に自分は今、20代、30代、40代のお母さん方と接する機会があるのですが、それこそ母子手帳を取りにみえた時に、「今回の妊娠は希望してですか？それとも希望されていないですか？」というアンケートをいつも取らせてもらっているのですが、本当にここ数年でやっぱり「希望して妊娠しました」という人に比べ、「そうじゃなかった」という人の人数も何となく、今、数字でお伝えすることができないですが、ちょっと増えてきたかなという現状と、あと、やっぱり「今、妊娠したことで不安がありますか？」という質問もあるのですが、「不安がある」というところに該当される方も非常に最近多くなってしまっていて、その中でもその妊娠のことについて不安を抱えていると言うよりは、経済的なことですかパートナーとの関係、DV等で悩まれて妊娠をされる、そして出産をされるという方も、川越町はだいたい200ぐらいの出生数なのですが、1～2割ぐらいみえます。

その中で、その方々が出産された後ですが、やっぱり状況としましては、非常に波がある中での子育てということで、今も何人か係わらせてもらっているのですが、本当にお母さんのその気分によっては「もう死にたい」ということも口にされますし、そういった時には民生委員さんと協力して、それこそ毎日誰かが訪問して様子を見るという形で、本当に自殺される「1」と自殺しない「0」というのは全然数字もまた違って来るかと思えますので、そうした中で活動はしているのですが、ただやっぱり本当にケースも増えてきていますし、そういった中で1人の人に係わらせていただくと本当に時間も取るという中で、

これからも多分そういった方が増えていく中でやはり何か、いつも自分たちは本当に現場では、ケースが出たらそのケースに対しては一生懸命行けるのですけれども、何かもうちょっと手立てとしてあったらいいなあというのは少し思いつつ、というような現状です。

(事務局)

最初のメンタルパートナーの養成につきましては、部会長、それから鈴木(誠)委員のご指摘を踏まえまして、少し今回出てきた分析を基に、対象者の声かけについては検討してまいりたいと思っております。

それから、産後のケアの関係につきましては、医療対策局では直接所管してございませんけれども、子ども・家庭局のほうでまさに来年度、少子化対策ということで県が非常に重点としてやっていく中で産後ケアをやっていきますので、今日いただいたご意見などもお伝えして、検討してもらえるようにしていきたいと思っております。

(齋藤部会長)

よろしく願いいたします。

(鈴木(誠)委員)

ちょっと今のことと関連するのですが、英国では「乳幼児観察セミナー」という対人援助職に対するトレーニングがございます。私もそのトレーニングを受けたことがあるのですが、週に1回、生後まもなくのご家庭に1時間訪問をして、そしてその1時間の母子の様子を観察して、その観察記録を後に持ち寄って専門家同士でディスカッションして、その母子の交流だとか、憧れのフラストレーションだとか、そういうものの精神発達がどれぐらい順調なのか、うまく行っていないのかということを行う訓練ですが、私も1年間やりました。

相当大変な訓練ですが、ただ、これがロンドンのほうでは妊娠中の時期からそのお母さん(観察対象)を探さないといけないのです。その妊娠中の時期から母親教室などに行って、赤ちゃんを観察させてくれる人はどこかにいませんか、みたいな形でやっていった時に、概ね保健師さんたちがハイリスクのお母さんを紹介していただいて、虐待ハイリスクも含めてなんですが、ハイリスクなお母さんのご家庭に我々心理士だとか医師だとか小児科医、看護師、保健師だとか幼稚園の先生だとかが週に1回観察して、そしてこちらは一方で乳児の心の発達を学ぶ、母子関係の発達を学ぶ。一方で、週に1回、定期的に外部の人が入ることによって、閉塞状況にある母子養育状況に対して風穴を開けていく。ですから、何も相談を受けたりすることではなくて、ただ観察をするという行為なんですが、そ

うすることによって我々のスキルというのは、私の経験から言っても格段の差が出るぐらいの観察力や洞察力ができます。

そうすると、保健師さんとか看護師さんとかお医者さんとか小児科医とか、あとソーシャルワーカーだとかヘルパーさんだとか、ジャーナリストだとか文化人類学者だとか、そういう何かを観察して研究をする人たち、福祉医療の人たちなどの訓練にもなっていくし、同時にその援助にもなっていくということがちょっと構造化されてきているところもあるので、そのへんの方法論なども導入されていくと、単に養成は養成、援助は援助というふうに切り分けるのではなくて、人を養成するプロセスそのものが援助になっていくというようなことを、発想として取り入れていってもいいんじゃないかなというふうに思います。方法論としては、「ワークディスカッションメソッド」か、もしくは「乳幼児観察セミナー」というふうな名前がついています。

(齋藤部会長)

またご検討ください。

(事務局)

ありがとうございます。

母子保健の分野につきましては、子育て支援課と連携を取りながらやっていきたいと思っておりますし、市町のほうでは「こんにちは赤ちゃん訪問」ということで、保健師が家庭訪問市町によっては、エンジンバラを用いて産後うつ病の観察に重点を置いた訪問もしておりますので、それら母子保健分野と連携を取りながらやっていけたらと思います。

(齋藤部会長)

それでは、議事を進めさせていただきたいと思います。

議事3に移らせていただきたいと思います。「三重県自殺企図者支援実態調査結果」について、事務局よりご報告をお願いいたします。

(3) 三重県自殺企図者支援実態調査結果の報告

資料3について事務局(和田主幹)より報告

【質疑応答】

(齋藤部会長)

ありがとうございました。三重県における自殺企図者の実態調査の報告と、その方々を

どのように医療に結びつけるか、支援していくかという案が提案されました。

まず、はじめにこの調査の報告書の概要につきましてご質問、ご意見等がございましたら、よろしくお願ひいたします。

(伊藤委員)

今後の取り組み、要するに支援体制の基盤整備と今後の取り組みの方向性なのですが、この適切な服薬管理ですね。我々薬局薬剤師は、これはもうすでに仕組みとしては存在しています、薬担規則で残薬の確認というのは、向精神薬に限らずほぼ義務化されておりますので、そういった仕組みはございます。ただ、前にもお話しさせてもらいましたが、それが意図的に薬を持って行こうという方に対しては何の効力も発揮しないというのが、麻薬マターの会議をしまして、それがほぼ一致した意見になりました。

例えば今晚自殺しようと思っている方がその気になれば、1日で100錠、200錠の向精神薬を持つことは可能ですので、ちょっとこのへんは厳しいのかなと思います。前にお話ししました保険のほうでというのも、やはり同日に集めようと思えば薬は手に入るものですので、それも本当にやろうと思う方には現実的ではないかなと思います。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。実際、一番多い手段としては過量服薬が調査として上がっておりますので、その対応は早急に考えないといけないですね。

(事務局)

伊藤委員がご指摘のとおり、非常に難しいチャレンジングなところだとは思っております、本当に本気で自殺しようとする人は過量服薬をやれないことはないかなというところがありますが、今回あらためて提案させていただいていることの趣旨としては、この薬局との連携というのを考えていまして、来年度、厚生労働省のほうでも予算事業の中で薬局を起点とした、いろいろな形での健康に関する情報発信というのをやるというようなことで構想しておりますので、それにうまく連携し、自殺対策ということでも一つ適切な服薬管理というものを念頭に置きながらの情報発信なり協力関係などができないかなというふうには、現時点で考えているところでございます。またご相談させていただきたいと思ひます。

(伊藤委員)

硫化水素させる『ムトウハップ』等の販売を自粛規制し、実際こうやってドクターショッピングされる方に関しては、ちゃんと専門医の先生にかかってくださいとかいうことは

発信するのですが、この自殺企図者というところを本当に本気で防ぐためにはというところを考えると、非常に無力感を感じておりまして。そういうこともあります。うすうすみんな分かっているのだと思うのですが、なかなかそういうところがあって取り組みが進んでいかないというのが現状でございます。

もう1点、学校のほうで、「薬の正しい使い方」が去年からほぼ義務化されていますので、させていただいているのですが、やっぱり若年層に対する薬の知識という、そこに力点を置きたいなと。ですので、逆に言えば今の世代、あまりにも日本は薬がすぐ簡単に手に入りますので、今の世代はもう諦めて、若年層がそういったばかな薬の使い方をしないように教育をしていくというところに力点を置きたいという意見が結構多かったです。

(齋藤部会長)

精神科の薬で14日処方しかできないものもありますが、もっとたくさんできるものがありますので、ドクターショッピングをしなくても1日で致死量が手に入ることも可能です。そのあたりをどういうふうに考えていくのか、いろいろ仕組みが必要だと思えます。

ほかに何かございますか。

ちょっと私から1点、2ページの上のほうですが、「自殺企図者の多くは、うつ病・躁うつ病」とあるのですが、特に最近言われておりますのは躁うつ病ですね。躁うつ病は、うつ病に比べますと自殺がかなり多いです。残念ながら、型双極性障害の罹病期間のほとんどの時間がうつ状態ということで、専門の精神科医でも当初「うつ病」と診断をして、治療をしていて治療途中で躁転したというケースも多いのですね。

それぞれ治療の仕方も全然違います。うつ病は抗うつ薬が中心ですけど、双極性障害はムードスタビライザーを使います。

あと、何かございますか。

今、鈴木(誠)先生のほうから、認知行動療法が非常に強調されておりますけれども、これだけではなかなか難しいので、薬物療法、認知行動療法、ともに大事だと思います。

それでは、3-3の「自殺未遂者支援事業(仮称)の流れ」、これは案でございますが、これにつきましてご質問、ご意見がございましたら、よろしくお願いたします。

(田代委員)

救急医療機関を担当する者としては、患者さんを精神科のお医者さんに紹介する、そこまでしか実態としてできないです。そうすると、確実に精神科の先生に受け渡しをする為には、ソーシャルワーカーなどの人がきちっと身柄を確保して連れていくというところ

るまでしないと、精神科受診が確保できないと思います。

家族も精神的にまいってしまっているの、族が支援事業機関へ連れて行こうと思っても無理な状態です。その橋渡しに確実な人間を規定してもらわないと、この企画もなかなか難しいのかなと思っています。

(齋藤部会長)

県の方、いかがですか。

(事務局)

今の時点では、保健所を想定しています。保健所の保健師なりに連絡をいただき、そこから精神科受診必要でしたら精神科受診の支援をしていくというような想定しています。ただ、どこまで可能かというのは、各機関の状況に応じて検討していく必要があると思います。また地域によっては、すでにそのネットワークの下地ができているところもあるかと思しますので、それらも活用しながらやっていければいいのかと思います。

例えばリスクの判断を病院がしていただくのにどのへんの基準が必要なのかというの、先進地や他県も参考にして、検討していきたいと思っています。

(事務局)

補足ですが、おっしゃるとおり支援事業の実施機関というのが一つあって、そこにその救急医療機関さんからのつなぎをどうするかというところで田代先生のほうからご指摘がございました。ここでとりあえず医師等による説明とソーシャルワーカー等によるつなぎ連絡ということで書かせていただいておりますけれども、一方で今回の企図者調査の中でも医療機関さんの負担の大きさというのは明るみになっておりますので、ここはなるべく無理のない形で工夫を検討していきたいというふうに思っております。

(鈴木 (誠) 委員)

大昔の経験なので、今どれぐらい役に立つのか分かりませんが、私が名古屋の第二日赤に勤務していた時に、ICUの救命救急の先生と精神科の先生が懇意でいらっちゃって、とにかく救急で入ってきて精神科受診、オーバードーズだったり、あるいは精神科受診歴があったり、あるいはちょっと通常の理性を保っていない患者さんと思われる家族がいる場合に、心理士がとりあえずICUまで行ってこいと言って、そこでICUでその患者さんが直接お話ができる場合だったらお話を聞きして、あるいはご家族とお話をして、で、次のアポイントを取ってつないでいってサイコセラピーに乗せていく、そしてその精神科治療にも乗せていくという、そういうふうなシステムを取っていて。私も3年ぐらいIC

うまで行った覚えがあって、ちょっとびっくりしていたのですが、でも、一定成果が上がるものなので。

ただ、これは精神科が隣接している救急だと行けますが、そうじゃない救急だと、なかなかどこが担当するのかとなると難しいのかなと思いますが、保健所などがやっぱり一鍵になるのでしょうか。

(齋藤部会長)

総合病院でも精神科の医師が常勤で見えるところもあれば、まったくみえないところもありますし、病院ごとに対応の仕方が違ってきますね。救急の田代先生のところなども非常にお忙しいでしょうから、なるべく現場にご負担のかからない形で、でもやはり確実性を高めるような、この二つ目の四角の中ですね。これは総合病院の中でのシステムのところですが、ここをご検討いただいて、このシステムが実効性のあるものに、最終的に精神科の受診をきちっとして、それが確実に担保される形で動くという流れでお考えいただけるとよいと思うのですが...

何かこの流れにつきましてご意見等がございましたら。田代先生、いかがですか。

(田代委員)

そういう方向性ができれば、ガイドラインとかそのプロトコルを作って、病院の中で決まった形で動けるようになると、担当している先生も楽になるかなと思います。

(伊藤委員)

田代先生に質問なのですが、ここで見させてもらうと「救急医療機関医師等により、この事業について本人に説明する」とありますが、これは先生方にとって負担にはならないですか。

(田代委員)

その事業内容が明確な形でなっていくのであれば、それを話すことはできると思います。しかし、この案の中では患者家族が受け入れてもらえるかどうかの問題かなと思います。理解してもらって、「じゃ、お願いします」と言ってもらわないと、これは動けない形なのかなと思います。

(齋藤部会長)

基本的には精神科救急は三重県南北にございますので、緊急性の高い人はその日のうちに送っていただいたらよろしいかと思いますが、中には一晩待って翌日に行けるような人もあると思いますので、そのあたりは精神科救急に対するトリアージをどんなふうにして

いくつかというのがかなり問題かなと思いますけれども。

(田代委員)

例えば外傷で傷がある場合とかだと、もうそれは精神科の先生には送れないので、その状態で管理をするという形になります。精神科の先生がみえましても積極的になかなか介入してもらえません。そうすると入院を受け入れた科の先生が精神管理をしながら治療するという形になります。その時に臨床心理士の方とかにいていただけるとだいぶ違うかなと思います。介入をしてもらい、そのまま傷が治った段階で精神科の機関に入ってもらおうという形が取れるといいと思います。そういったところがきちっとできると、だいぶ安定して患者さんを診ていけるとと思います。

(伊藤委員)

この本人の同意が得られたものについてなんですが、同意が得られなかったものについては、支援事業を受けられずに自殺された場合、この対策はもうできないという認識でしょうか。

(事務局)

本人に連絡を取るための連絡先は個人情報になりますので、本人の同意が取れないと、こちらから連絡を取るのが難しいと考えています。ただ、可能であればすべての企図者に支援できることが理想ですので、委員の先生方でよい対策といえますか、ご意見をいただくとありがたいと思っています。

(田代委員)

同意がないとだめなので、患者さんが嫌だと言ったらずっと待つしかないです。ご家族に来てもらって、ご家族に説得してもらおう。何時間もかけて説得するということをしています。ですので、本当にその労力は大変な労力です。同意を得ないと何もできないというのが現状です。

(齋藤部会長)

精神保健福祉法においては、自傷あるいは他害の恐れがある場合は措置入院という、本人の同意がなくても警察官とかその他検察とかいろいろあるのですが、通報によって、2名以上の精神保健指定医が診察して、入院の必要ありということであれば措置入院という方法もあるんですね。ただ、これは最終手段ですので、そのあたりは県としてどのように考えていくかということは、またご検討いただけると…。

(事務局)

措置入院はハードルが高いですね。

(齋藤部会長)

最終手段ですね。ただ、本当に一人で帰すと危ないという場合は、そこで保護して通報する必要もあります。

(事務局)

通報は、現行の法律で言うと23条、第三者からの通報でありますとか、それから警察などいろいろあります。

(齋藤部会長)

他県でやっているケースはございますか。

(事務局)

県保健所がやっているというのは、あまり把握できていません。市町単位では富山県や滋賀県などでやっていて、保健センターなり役場に病院から連絡をいただいて、そこが介入していくという、今回の流れに近いものを行っています。

(齋藤部会長)

全県下でこれをやるとなると、全国で三重県が初めてということになるのですか。結構大変な労力が要ると思うのですが、これをやると本当に違ってくると思いますので、まず総合病院にご理解いただいて、特に救急に執務されている先生方やスタッフの方がご理解いただいて、その上で保健所の保健師さんなどにも協力していただいて、その上で精神科の医療機関も協力する形になってくると思いますので、調整をよろしくお願ひしたいと思います。

(事務局)

この事業は、三重県全体で一気にやるのはなかなか難しいところがございますので、いろいろな経験なりを重ねて、プロトコル、ガイドライン、その整備も念頭に置きながら少しずつ作っていきたいと思います。まずはモデル的に三重県のどこかの地域を対象にやってみて、そのトライアルの結果を踏まえて全県展開というのを考えていきたいと思っています。

(齋藤部会長)

ほかに何かございますか。

(澁谷)

「相談支援が必要な者」というところに、例として相談できる家族がないということ

が書いてあるのですが、逆に言うと、家族がいる方というのは対象外になるという意味合いでしょうか。

(事務局)

ここに記載してあるのは例でございます。家族がいてもいなくても相談支援が必要と思われる方ということですが、その基準についてはこれから検討に入っていきたいと思えます。

(澁谷)

分かりました。ありがとうございます。

(齋藤部会長)

それでは、時間も迫ってきておりますので、その他委員の皆様から今回の議題以外でご意見がございましたら、どうぞお願いいたします。

(渡部委員)

もう少し早く意見を出したほうがよかったかも分かりませんが、自殺とか自傷の方とパーソナリティーの障害との関係とかが全然出てこなかったのですけれども、そのへんはどうなのかお伺いしたいと思いました。

(鈴木(誠)委員)

パーソナリティー障害の方が自殺未遂をするという時に、さまざまな水準のパーソナリティー障害の方がおみえになるうかと思いますが、それこそクライング・フォー・ヘルプと言うか、「助けてください」と言うために自傷行為を行う場合と、本当にしがみつきたい、しがみつくとところから離れないために自殺をするとか。例えば私も面接中に手首を切られたことが何度もあるのですが、ただ、そのアセスメントのスキルだと思えます。人格障害の人の持っている衝動性とか自傷行為に向かう危険性をどのぐらいアセスメントするかということが問題であって、単に人格障害であるから自殺未遂や自殺のリスクが高いというふうに考えないほうがいいように思います。

これは、うつや双極性障害についても同じように考えられるのではないしょうか。この疾患だから自殺しやすいのは確かにそうだけど、すべて自殺に向かうわけではないという。そういう意味では、そのへんのアセスメントのスキルをそれぞれの専門分野の方々が高めていくということが極めて重要なことというふうには考えております。

(齋藤部会長)

人格障害について言いますと、なかには双極性の障害を併発されている方もみえると言

われておりますので、診断をしっかり行い、適正な治療が必要になってくると思います。

(鈴木(秀)委員)

いのちの電話協会の鈴木です。

お手元にこの資料が入っていますか。昨年1年間の自殺予防相談件数でございますけれども、まず一般の電話相談は、だいたい1日に20件ぐらい。私どもは午後6～11時までの相談をやっておりまして、だいたい1日に20件ぐらい。で、365日、1日も休まずにやっていますので、ですから一月600件、それで1年間、12月までの合計が8,142件ございます。

それで、次のページにフリーダイヤルというのが一月に1回、10日の日にやっています、これは24時間ぶっとおしでやるわけですが、こちらで受けた件数は664件ということで、電話をかけてくる方々にお聞きすると、非常にかかりにくいという苦情が出ておりまして、私どもも相談員の数70名足らずしかおりませんので、受けられる電話の数には限度がありまして、ちょっとかかりにくい状態の中で年間9,000件弱の電話を受けておりまして、あいかわらず、非常に多くの方々が「もう死にたい」という電話をかけてきております。

なお、この1ページ目の2番目の月別自殺傾向(死にたい気持ちの訴え)件数については、こちらが非常に死にたい人、それを表明する人の数でありまして、こちらがだいたい年間で800人強というような状況でございます、私どもは企図者とかそういう人は少なく、「自殺をしたい」と漠然と考える、あるいはその状況に近づいていく、いわゆる「自殺」ということの中では初期の段階の方々が非常に多くございますが、民間団体ですので、民間団体の強みを生かして、一番相談したい時間、夕方暗くなって太陽が西に沈むころから、ぼちぼちと自殺をしたい方々は不安になってくるようなのですが、そういう状況の中でしております。ちょうど1年間経ちましたので、参考のために今日同封させていただきました。以上です。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。

鈴木先生、どうぞ。

(鈴木(誠)委員)

三重県臨床心理士会の鈴木でございます。

お手元に資料がある先生方とない先生方がございまして。と言いますのは、この資料と

というのはちょっと協賛のお願いも含まれておりますので、関係する団体の先生方のお手元にはその資料がございます。

三重県臨床心理士会では、毎年、公開研修会というものを開催しておりまして、私どもの会員だけではなくて対人援助職に幅広く一緒に学ぶというテーマでやっております。

昨年度から、先ほど少しお話ししましたが、アセスメントのスキルレベルというのが臨床心理士の中でも非常に玉石混交になってきておりまして、非常に深刻な課題になってきているわけです。

アセスメントスキルをいかに上げていくかということが我々のテーマでありまして、今年度も名古屋大学医学部附属病院の親と子どもの心療部の岡田俊先生をお迎えしまして、『親子を支える対人援助』と。で、「親と子の関係をアセスメントする」と。これは、言葉を換えれば「介護者と介護をされる方との関係性を考える」という言葉にも置き換えることができると思いますが、その関係性をアセスメントするスキルアップをするためのレクチャーとシンポジウムを計画しております。

日時は今年の6月22日の1時から、アスト津ホールで行います。入場料は2,000円で、三重県臨床心理士会が主催しております。お問い合わせは下記のところでございます。

一応、岡田先生にご講演いただいた後、児童虐待を専門としている私どもの副会長の志村がパネラーとなり、そして実際に子育て最中の臨床心理士がパネリストになって、岡田先生とディスカッションしながら、親子関係をどうアセスメントしていくか、そしてアセスメントスキルをどうやって向上させていくかということについてのきっかけとなるような機会としたいと思っておりますので、ご協力いただける関係機関の方々のご協賛をぜひともお願いしたいと思いますし、対人援助職でこういうことに興味があるという方は、ぜひご参加いただけたらと思っております。ありがとうございます。

(齋藤部会長)

ご興味のある方はぜひご参加ください。

(太田委員)

私のほうからはお願いですが、先ほどから子どもたち、特に低年齢の段階から、こういう命を大事にする教育が大切だというようなことで、スクールカウンセラーの配置率を29年度には98.4%したいというような高い配置率が示されていますが、今年度も26年度も配置校は増えているのですが、データとしては配置校が増えているのですが、結局、1校当たりの時間数が非常に減ってきております。小さな学校だからこういう命に係わるよう

な問題が少ないということではないわけですから、1校あたりの時間減は困ります。

私は小学校でスクールカウンセラーをやっているのですが、急に「死にたい」と言ったりとか、ちょっとしたことで窓から飛び出そうとしたりとかというような状況がありますので、やはり時間数の確保と言うか、1校あたりの時間数の確保をしていただきたいと思います。もう一つは、やはり自殺は若者にも多いわけですが、どこにも所属できていない若者の支援というのは非常に難しい。それと、自殺をされる時に、仕事を持っていないというような状況も非常に多いわけで、三重県では若者サポートセンターというようなところでの就労支援があるわけですが、そういうところもインターンシップなどで経営者協会さんなどとの連携も進められてはいますが、やはりこういうようなところにもう少し力を入れていただきたいというのが私の希望です。私たち日本産業カウンセラー協会も実際に企業様とか官公庁様にはおじゃましながら、一生懸命に自殺予防のための援助サポートをしております。私としてはそういったところにも力をさらに入れていただきたいというお願いを最後にさせていただきます。

(齋藤部会長)

はい、よろしく願いいたします。

それでは、事務局から何かございますか。

(事務局)

3月は「自殺対策強化月間」ということで、皆様のお手元にこの月間中における啓発活動等の推進についての依頼文書と国と要綱を置かせていただいています。この期間中の積極的な活動へのご協力をよろしく願いいたします。

三重県での取り組みについてですが、紹介させていただきます。

三重県では毎年「自殺対策シンポジウム」を開催しています。お手元をごらんください。3月9日に人権センターで若者を対象に行います。また、この期間中に各保健所単位で庁舎内に自殺予防の啓発コーナーを作り、街頭でのキャンペーンを行ったり、こころの健康統一ダイヤルにも参加することになっております。

(齋藤部会長)

それでは、後半少し駆け足で申し訳ございませんでした。

以上で、本日の議事はすべて終了いたしました。

なお、本日の審議内容につきましては、事務局で取りまとめていただき、公衆衛生における今後の取り組みに反映していただきたいと思っております。

委員の皆様方も、疑問、ご意見がございましたら、事務局の方までよろしくお願ひいたします。

それでは、司会を事務局にお返します。

(事務局)

齋藤部会長、どうもありがとうございました。委員の皆様におかれましても、たくさんの貴重な意見をいただきましてありがとうございました。内容を踏まえまして、事業のほうを進めていきたいと思っております。

2 その他

平成26年度三重県公衆衛生審議会自殺対策推進部会開催：年2回を予定

閉会