

平成 27 年度第 1 回三重県公衆衛生審議会自殺対策推進部会議事録

日時：平成 27 年 9 月 10 日（木）

13 時～14 時 30 分

場所：三重県合同ビル 401 会議室

(司会)

ただいまから平成 27 年度第 1 回三重県公衆衛生審議会自殺対策推進部会を開催いたします。
はじめに、三重県健康福祉部医療対策局長の佐々木よりごあいさつ申し上げます。

(佐々木局長)

三重県健康福祉部医療対策局長の佐々木でございます。

本日はお忙しい中、本部会にご出席いただき、ありがとうございます。

皆様方には、県民の健康づくりに関して、日々、ご尽力いただいておりますことに対しまして、心より感謝を申し上げます。

任期切れに伴いまして、新たに委員と任命させていただいております。6 名の新委員様、ご就任いただきお礼申し上げます。また、14 名の委員様は引き続きとなりますが、皆様どうぞよろしく願いいたします。

さて、警察庁の統計によると、平成 26 年における全国の自殺者数は 25,374 人と、10 年ぶりに 3 万人を下回った平成 23 年から、4 年連続して減少しています。一方、三重県の自殺者数は 23 年から 3 年連続して増加していましたが、ようやく一昨年より 52 人減少の 356 人となりました。また、自殺率も 21.8 から 19.1 に減少するなど、よい傾向となっています。

しかし、先日 18 歳以下の自殺者は長期休暇明けに多いというニュースもあり、全国的に若年層の自殺対策が重要視されています。後程ご説明いたしますが、三重県においても若年層の自殺率は増加傾向にあります。

来年度は、第 3 次三重県自殺対策行動計画策定に向けて、現計画の評価を行う年であることも踏まえて、本日は計画の進捗状況を報告し、今後の取組につきまして、ご意見を頂戴したいと考えておりますので、活発なご討議を何卒よろしく願いいたします。

(事務局)

それでは、審議に入る前に本部会の設置目的等についてご説明いたします。設置要綱 1 条にありますとおり、本部会につきましては、三重県公衆衛生審議会の部会として位置づけられておりまして、自殺対策の総合的かつ計画的に推進をはかることを目的として設置されております。

委員につきましては、お手元の「委員名簿」のとおりでございます。名簿の順にご紹介させていただきます。（順次紹介）

なお、三重労働局の伊藤委員と三重県看護協会の渡部委員は本日ご欠席となっております。

委員の先生方、何卒よろしくお願ひいたします。

審議に先立ちまして報告申し上げます。

本部会は20名で構成されております。

本会議につきましては部会委員18名と過半数のご出席をいただいておりますので成立しております。

また、本日の会議につきましては、三重県情報公開条例及び審議会等の会議の公開に関する指針に基づきまして公開となっておりますので、ご了解いただきますようよろしくお願いいたします。

では、資料の確認をさせていただきます。あらかじめ送付させていただいた資料につきましては、事項書と出席者名簿、資料1～資料7、それと第2次三重県自殺対策行動計画の冊子でございます。それと、本日お席に座席表と資料2については1ページの平成26年警察庁の自殺者数に誤りがありましたので、修正版を置かせていただいております。その他、「三重いのちの電話平成26年電話相談活動について」という資料、研修会の案内チラシが3部、そしてピンクの「平成26年度三重県自殺対策事業報告書」です。

資料の不足はございませんでしょうか。

7月1日に委員の改選が行われて初めての部会の開催になりますので、設置要綱第5条1項の規定により部会長及び副部会長の選任に移りたいと思います。ご推薦、立候補等ございますでしょうか。事務局案として、部会長を齋藤洋一先生、副部会長を森川将行先生にお願いしたいと思いますが、皆様いかがでしょうか。

(異議無しの声)

それでは齋藤先生、森川先生どうぞよろしくお願いいたします。

部会長が選任されましたので審議に移らせていただきます。設置要綱第6条1項の規定により、部会長が議事進行を行うことになっておりますので、齋藤部会長に議事をお願いさせていただきます。

(齋藤部会長)

お手元の事項書に従い議事進行を行いたいと思います。

皆様には短時間で審議いただくこととなりますので、議事進行にあたりご協力をお願いします。

それでは、事項書(1)三重県の自殺の現状について、事務局より説明をお願いします。

(事務局)

「三重県の自殺の現状について」説明させていただきます。資料の2をご覧ください。

ご存知の方も多いと思いますが、自殺統計には①厚生労働省の「人口動態統計」と②警察庁の「自殺の概要資料」の2種類があります。①については、国内日本人のみ、住所地を基に死亡時点で計上したものです。年報は今回、平成25年分の確定値となります。②については、外国人を含む総人口を対象としているため、①よりも数が多くなります。ニュース等で報告される自殺者数は警察庁の自殺

統計が用いられます。警察統計は発見地・発見時点のものになります。②は毎月公表されており、平成 26 年分が最新となります。また、自殺の原因・動機等は警察庁の統計で把握することができます。今回の資料は、警察庁から提供を受けた「自殺統計原票データ」に基づいて内閣府が加工作成している「地域における自殺の基礎資料」をもとに作成しています。

下の表は自殺者数・自殺死亡率の年次推移です。平成 8 年～平成 25 年までの三重県と全国の自殺者数、自殺死亡率の推移を示したものです。平成 10 年に大幅に増え、三重県では 4 5 2 人、全国では 3 万人を超え、大きな社会問題となりました。警察統計によると平成 24 年に自殺者数が 3 万人を下回り、3 年間減少していますが、依然として 2 万 5 千人を超える自殺者があります。

下のグラフをご覧ください。平成 8 年～25 年の人口動態統計による自殺者の推移です。上が三重県のもので、三重県の自殺者数の年次推移は、平成 10 年に急増 (+65%) 以来 11 年連続して 400 名前後でしたが、平成 22 年減少 (-17%) し、以降 350 人前後で推移しています。平成 25 年の性別割合は、男性は 245 人で全体の 70%、女性は 103 人で全体の 30%です。

2 ページ目をご覧ください。「2 全国と三重県の自殺死亡率の年次推移」のグラフです。

三重県の自殺死亡率は、全国平均を下回っており、全国と同じような傾向で推移しています。

同じページの「3 都道府県別自殺死亡率」のグラフをご覧ください。平成 25 年の都道府県別自殺死亡率です。上段のグラフは人口動態統計によるもの、下段のグラフは警察庁から提供を受けた「自殺統計原票データ」に基づいて、内閣府が加工作成している「地域における自殺の基礎資料」によるものです。警察庁の統計は発見日・発見地によるものですが、内閣府が作成する統計は複数あり、今回は自殺日・居住地のものをあげています。三重県は 47 都道府県中、人口動態統計では下から 10 位、「地域における自殺の基礎資料」では下から 20 位となっています。

3 ページ目をご覧ください。「4 自殺者数の月別推移」です。上段のグラフは三重県、下段のグラフは全国のもので、平成 26 年における月別自殺者数は、全国でも三重県でも 3 月が最も高くなっています。

同じページの下をご覧ください。「5 -①人口動態統計による年代別自殺者数と自殺死亡率の経年変化」のグラフです。全国の平成 7 年から平成 25 年までの推移をみています。

上段が全国の自殺者数、中段が男性、下段が女性です。

昨年度の当部会において、60 歳代、70 歳代の女性の自殺者数が増えているというのは、母数自体も増えているので、母数の中の自殺者数、自殺死亡率で比較してはどうかということ、最近では 10 歳代、20 歳代の自殺が増えてきているという傾向があることをご指摘いただきました。

そこで、自殺死亡率の年代別の自殺死亡率の経年変化をグラフにしてみました。4 ページ目をご覧ください。全国の自殺死亡率です。上段が総数、中段が男性、下段が女性です。

年代別の自殺死亡率をみると、全体的には 40 歳以上では低下傾向にあり、ここ数年は 20 歳代、30

歳代も低下傾向にあります。また、20歳未満では平成10年以降おおむね横ばいの状態です。

同じページの下段をご覧ください。「5-②三重県の年代別自殺者数の経年変化」をグラフにしたものです。上段が全国の自殺者数、中段が男性、下段が女性です。自殺死亡者数は、全体的にやや減少傾向にあります。

5ページ目は、三重県における自殺死亡率の年代別の自殺死亡率の経年変化をグラフにしたものです。三重県の自殺死亡率の推移をみると、全体的には50歳代以上では低下傾向にあります。ここ数年は20歳未満と30歳代、40歳代は横ばい傾向にあります。また、20歳代では増加傾向にあります。(20歳未満の男性は、平成25年の自殺死亡者数は8人、自殺死亡率は4.7と少し増加しています)。

同じページの下段をご覧ください。三重県の「6-①職業別自殺者数」の経年変化をみたものです。職業別自殺者数は、全国と同様無職者が多く、次いで被雇用・勤め人が多くなっています。平成26年では、男女共に、無職者が前年より減少しています。

6ページ目をご覧ください。三重県の「6-②職業別自殺者数」のうち、最も自殺者の多い、無職者についての内訳を経年的にみたものです。平成26年の職業別自殺者数の無職者内訳では、男女ともに年金・雇用保険等生活者が増加傾向にあります。

同じページ目の下段をご覧ください。三重県の「7原因・動機別自殺者数」のグラフです。平成19年より、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としたため、原因・動機特定者の原因・動機特定別の件数の和と原因・動機別自殺者数は一致しない状況です。男女ともに健康問題が最も多くなっています。推移としては、健康問題、経済・生活問題が減少してきていますが、女性では健康問題が増加傾向にあります。

下の表は特別集計による「原因・動機別自殺者数」です。特別集計では、健康問題の内訳がわかるようになっています。男女ともに健康問題のなかでも精神的なものが身体的なものよりも割合が多くなっています。

7～8ページ目をご覧ください。「8 年齢別・原因・動機別自殺者数」です。これは平成26年単年のものです。左側が全国のもの、右側が三重県のもので、全国、三重県ともに20才代～60才代においても精神的な健康問題の割合が一番多くなっています。70才代以上では、全国、三重県ともに身体的な健康問題の割合が一番多くしめます。平成25年は、三重県の30才代は全国に比し家庭問題の割合が高く、その内訳では夫婦関係の不和が最も多く、次いで家族の死亡と子育ての悩みの割合が多いという特徴がありました。平成26年の結果では、どの年代においても全国と同様の傾向がみられました。

9ページ目をご覧ください。「9 市町別自殺者数」平成25年と平成26年を比較したグラフです。全体では、平成25年の自殺者総数は387人、平成26年は339人と、平成26年の方が減少していま

す。この値は警察庁の統計 自殺日・居住地によるものであるので、1 ページ目の警察庁統計 発見日・発見地の数よりも少なくなっています。

市町別の内訳をみると、津市が 58 人と最も多く、次いで四日市市、松阪市の順となっています。川越町や亀山市、大台町、南伊勢町、名張市、尾鷲市、紀北町、熊野市においては、平成 26 年の方が自殺者が増えたという結果でしたが、その他の市町においては減少しています。(人口規模が異なるため、率でみた場合には異なる結果となります。自殺死亡率でみると尾鷲・熊野地域の市町において、自殺死亡率が高い状況です。単年のデータではなく、5 年累計等で経年的な変化を追う必要があります。)

最後に前回の部会で質問のあった「完全失業率と 40 代～50 代の自殺」との関係について報告させていただきます。資料はございません。(手持ち資料として、表 1・2、図 1～6)

収入に関わる部分が自殺に関わるのではないかということを検証するために完全失業率、自殺者数、自殺死亡率、標準化死亡比 (SMR) のデータを集めました。完全失業率は、毎月 4 万世帯に居住する約 10 万人の方の月末 1 週間の就業・失業状況を調査して算出しています。

なお、三重県内 29 市町別の信憑性のある完全失業率のデータを集めることができませんでしたので、今回は、三重県保健環境研究所の指導の下、2014 年の 47 都道府県別の完全失業率と 45 才～54 才の男女の自殺者数・自殺死亡率・SMR (標準化死亡比) との相関を分析しました。

スピアマンの順位相関係数を用いて分析した結果、完全失業率と 45 歳～54 歳男性の自殺死亡率との間にゆるやかな有意な相関が認められました。2014 年以外は把握できておりません。

以上で、自殺統計について説明を終わります。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。それではただ今の説明で何か質問やご意見はございませんか。

(館委員)

三重県司法書士会の館でございます。よろしく願いいたします。

先ほどのご報告にありました、資料 2 の 9 ページ、市町別の比較データということで拝見させていただいたのですが、この南部の東紀州の数がなかなか減らないというよりは増加しているというような傾向があるようです。この東紀州は今、自殺対策の防止のネットワークとか結構盛んに活動されている地域だと思います。三重県司法書士会も、実際にその活動に参加させていただいているわけですが、その効果といいましようか、そのあたりの実状を少し説明していただければと思うのですが。

(事務局)

今、ご指摘いただきました東紀州、尾鷲、熊野地域の自殺については、数としては他の地域と比べて少ないですが、率で見たときに高い地域です。熊野、尾鷲地域では関係団体とのネットワーク会議を年 2 回開催していると聞いております。単年のデータだけでは率の変動が大きいので 5 年累計の自

殺の率というものを算出しているところです。自殺予防総合対策センターが公表している 昭和 58 年から平成 24 年の 5 年累計のデータによると熊野、尾鷲地域は自殺死亡率の高い地域です。2008 年から 2012 年の値を見ると、女性の場合、自殺死亡率や標準化死亡比というのは、2003 年から 2007 年、前の 5 年よりも率としては低下してきています。それは熊野市、尾鷲市、紀北町、御浜町においても同じような傾向があります。紀宝町は自殺死亡率が上昇傾向となっております。今後もこのような情報を提供していけたらと思っております。ありがとうございます。

(田代委員)

県立医療センターの田代です。

6 ページにある、無職者の内訳で女性の年金・雇用保険等生活者ですけれど、平成 26 年が急に上がっている状態があって、総数でも押し上げています。その理由に関して何かありますでしょうか。

(事務局)

その理由については把握できておりません。

(齋藤部会長)

他、いかがでしょうか。

(西場委員)

経営者協会でございます。

動機別自殺者数の中に勤務問題、健康問題の精神的とございますが、例えば勤務がもとでメンタル的な疾患にかかっていき、そして自殺した場合、これはどちらにカウントされていくのでしょうか。勤務がもとで精神的な疾患にかかってしまい、そして自殺に至ったという場合は、勤務問題から精神的疾患になったということで、健康問題として挙げられるのか、勤務問題としてカウントされるのでしょうか。

(東委員)

警察本部の東でございます。

原因・動機というのは、自殺を警察署のほうで把握したときに、一つの自殺につきまして 3 つまでチェックを入れますので、数としては自殺総数よりは多くなります。先ほどのような場合ですと、両方にチェックを入れさせていただくことになります。家族、遺族からの聞き取り結果とか、遺書の記述内容とか、そういったものを判断しまして、わからない場合は不詳にしますが、そういったことで概ね確認できるものを原因・動機として計上させてもらっています。以上でございます。

(齋藤部会長)

いかがでしょうか。

(田代委員)

自殺の原因・動機に精神的とありますが、その精神的というのは精神科に受診しているということ

で決めているのか、それともただ家族からの話とかで「ちょっと心が病んでいた」というのも含めて捉えているのでしょうか。

(東委員)

先生のおっしゃるとおり両方です。受診歴があればもちろんですが、家族の人から最近ちょっとふさぎ込んでいたという情報があるなどは入れる場合もありますので、両方とお考えください。

(田代委員)

「ちょっと具合悪かった」と言えばそうなるということですね。

(澁谷委員)

6ページの上の図の無職者の内訳ですが、生活保護受給者は年金・雇用保険等生活者の中に含まれているのか。あるいはその他に含まれるのか。それはおわかりになりますか。

(事務局)

確認でき次第お答えさせていただきます。

(齋藤部会長)

他、ございますか。

最初の司法書士さんのお話で、東紀州、特に尾鷲などは倍ぐらいに増えていますが、動機別にはわかりますか。

(事務局)

動機別自殺者数が確認できる資料のなかに、内閣府が作成している特別集計というものがあります。内閣府に申請し、特別集計の生データを取り寄せることができれば、動機別に集計することは可能だと思われま。今回は、内閣府が加工した特別集計の資料を取り寄せ統計としていますので、原因別、動機別に地域差は把握できておりません。

(齋藤部会長)

県別にはデータ出ていますよね。細かいところまで調べられるといいかもしれないですけどね。

(事務局)

市町別よりももっと詳しくということでしょうか。

(齋藤部会長)

市町単位でいいですが。何が理由なのかが知りたいということです。

(事務局)

内閣府から取り寄せた市町別特別集計では確認することができます。この場ではお示しできませんので、後日議事録とともに送付させていただきます。

(齋藤部会長)

20歳代だけですが、男女ともに増加傾向にあることの原因は考えられますか。

(事務局)

すみません。少しお時間いただきたいと思います。

(齋藤部会長)

口頭でおっしゃった完全失業率と自殺死亡率との相関ですが、この数字はかなり有意差があるということでしょうか。

(事務局)

1に近いほど強い相関があると言われていいますので、今回の0.32は、保環研の方に確認したところ、統計上緩やかな相関があるということになります。

(岡田委員)

統計の話ですが、スピアマンランクでしたか。ピアソンでしたか。

(事務局)

ピアソンではなくて、スピアマンのほうです。

(岡田委員)

対象者数はどのくらいですか。

(事務局)

4万世帯の10万人分の全国の完全失業率のデータです。

(岡田委員)

横軸は何でしたか。

(事務局)

横軸は全国の男女別の自殺者数と自殺死亡率と標準化死亡比です。

(岡田委員)

縦軸は何ですか。

(事務局)

完全失業率です。

(岡田委員)

結局、相関を取るときには縦と横の関係で、スピアマンなので違うのですが、基本的にこうなればいいわけですね。そのときの母数がスピアマンランクだと30ぐらいでも相関出てきます。だから10万で0.3ということで行くと、おそらく統計的に意味があるかないかという、すごく詳しくされていいんですが、数がもともと合わない統計をしているかもしれないので、そういう点で行くと10万ということで行かないほうがおかしいかもしれません。1度ご検討いただいた方がいいのかなと思います。

この市町の話で、東紀州の自殺率が高いということだったのですが、介入アプローチというのはいつ

頃からやったのでしょうか。東紀州は積極的にネットワークをつくっているという話ですけど、いつ頃からされているのか教えてください。

(事務局)

三重県では、モデル事業を実施したのが平成 21 年度からです。

(岡田委員)

21 年度。そうすると例えば自殺率の高い北東北などは、介入をした直近の 2～3 年は非常に減るんです。介入した後に数年間は減るけれど、その後また元に戻る。あるいはそれ以上に増えるというリバウンドみたいな感じになっています。それをどう解釈するのかというのは人それぞれ解釈の仕方は違いますが、介入が原因調査の一つのまたファクターになるということもあり得るということで、市町のデータを出すのであれば、介入してからどのくらいなのかということも見た方が、今、増えているから問題というよりは、数年前の介入が数年間は良かったんだけど、結局その後、自殺を行うまでの期間を延ばしてしまったという、それだけの結果ということもあるのかもしれないので、データを出すのであればもう少し長い期間の方がいいのかもしれないと思いました。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。

他、いかがでしょうか。

(事務局)

よろしければ、先程質問をいただいた件について説明させていただいてもよろしいでしょうか。

20 歳代の自殺者数、自殺の動機・原因について説明します。これは平成 26 年単年のものです。三重県においては、20～29 歳代で 37 名の方が自殺をされています。動機・原因の内訳で、最も割合が高いのが『健康問題』で 15 名、その細かい内訳をみますと、「病気」の悩みを理由としています。次に多いのが『勤務問題』とで 7 名、細かい内訳をみると「職場の人間関係」、「仕事の疲れ」、「仕事の失敗」の順になっています。次に多いのが、『男女問題』の 5 名です。細かい内訳をみると「失恋等」を理由としています。続いては『学校問題』の 2 名です。細かい内訳をみると「入試に関する悩み」や「学業不振」を理由としています。平成 26 年以外の年については把握できておりません。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

どうして増加傾向にあるかを知りたかったので、また次回でも結構ですのでお願いいたします。

(森川委員)

精神科病院会の森川です。

昨年ですか、会議のときに死亡者数だけだと傾向がわからないので、自殺死亡率も出してくださいということで、出していただいて非常によかったと思います。一つ私が気になっていたのは、数だけ

で見ていると 80 歳以上の方々というのがあまり減っているような印象を受けてなかったのですが、きちんと計算してもらい、どうしても三重県全体でやると N 数の問題で、ちょっとした数値で跳ね上がるのでこぼこが出ますけれど、80 歳以上はだんだんと減ってはきているということが読み取れたのでよかったですと思います。基本的にこれは全国とあまり変わらなくて、男性はやはり 50 歳代と 80 歳以上、そして女性は 80 歳以上というところがわかりやすかったのでよかったですと思います。ありがとうございました。

(鈴木 (秀) 委員)

9 ページの市町別の自殺者数が出ているわけですが、これを出すときはいつも自殺率もどこかへ一緒に合わせて出していただくと、それだけ重要地域がよくわかっていいと思います。データは持っているんですが、今回出さなかっただけですよね。

(事務局)

市町によっては 1 年間の自殺者が少数またはゼロの場合もあるので、単年の自殺死亡率を算出し比較しても正しいものとはなりません。次回は 5 年累計でまとめたものを出せるようにしたいと思います。ありがとうございます。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

続きまして、2 番の第 2 次三重県自殺対策行動計画と進捗状況につきまして、事務局からご説明、よろしく願いいたします。

(事務局)

健康づくり課の川口より説明させていただきます。

委員の交代もございましたので、簡単に三重県の自殺対策行動計画の概要を説明させていただきます。資料 3 をご覧ください。

三重県自殺対策行動計画は、自殺対策基本法および自殺総合対策大綱に基づき三重県が策定したもので、三重県の状況に応じた施策を総合的かつ計画的に推進するための基本的方向や重点を置く取組などを示したものです。

平成 20 年度に策定した第 1 次計画では、人とひとのつながりで「生きやすい社会」の実現をめざして、さまざまな主体で自殺対策に取り組んできました。第 1 次の計画期間中に、自殺対策を推進するための事業の増加や、相談窓口の充実等が図られ、県内において自殺対策に取り組む基盤が整えられました。そして平成 24 年度の自殺総合対策大綱の見直しを契機としまして、本県を取り巻く社会の変化に応じた自殺対策を総合的に計画的に推進する目的で、「第 2 次三重県自殺対策行動計画」を改訂しています。計画の推進機関は、平成 25 年度から平成 29 年度の 5 年間です。

構成ですが、第 1 章の「計画の基本的な考え方」では、「尊い命が自殺で失われない社会」の実現

をめざして、人口動態統計における平成 28 年の自殺死亡률을 16.1 以下にするという目標を設定しています。

第 2 章の「自殺の現状と課題」では、県の自殺死亡률은全国と比較して低く推移しているものの、年間 400 人前後の水準が続いていることや、県内の自殺者数、自殺死亡률に地域差があることなどの課題を記載してあります。

第 3 章「自殺対策の方針」では、自殺対策における基本的認識や対象を明確にした取組、地域の特性を考慮した自殺対策の推進等の取組方針を示してあります。

第 4 章「今後の取組」では、自殺対策の方針に基づいて、世代別など対象を明確にした取組や、地域特性を応じた対応、関係機関・民間団体との連携、人材の育成、情報の収集と提供についての取組を示しています。

第 5 章「計画の推進体制と進行管理」では、県民、学校、関係機関、民間団体等の果たすべき役割を示すとともに、年度ごとに本部会において評価を行い、計画の進行管理を行うことが記載してあります。

次の資料 4 をご覧ください。

評価指標に関連する県の取組状況をまとめたもので、平成 26 年度の内容及び実績が記載してあります。時間の関係でまたお時間のあるときに見ていただければと思いますので省略させていただきます。次に計画の進捗状況について説明いたします。資料 5 をご覧ください。

計画の評価指標と目標値の一覧表です。黒く囲んである列に平成 26 年度の実績値が記載してあります。色の付いている項目は、累計値で見る項目で、数字の下には目標値に対する現在の達成率を括弧内に書いてあります。右から 2 列目の達成状況に○がある項目は、既に目標値を達成した項目です。まず、公立小中高等学校スクールカウンセラー配置校割合ですけれど、平成 27 年度当初にもう今年の数値が出ていまして、それが 90%となっています。ほぼ達成できるとの見込になっています。今後は中身の充実や質の向上を図っていくというふうに聞いています。

次に眠るためにアルコールを用いる男性の割合については、5 年毎の意識調査で把握している指標です。来年度がその調査年となっていますので、現在まだ不明です。

上から 5 つ目のメンタルヘルス対策取組事業場割合の伸びが、やや少ないかと感じています。

その下の認知症サポーター養成数とメンタルパートナー養成数は、既に目標を達成しています。

そしてその下の、かかりつけ医等うつ病対応力向上研修受講者数は現時点で 69.8%であり、今年度と来年度の 2 年間で 163 名の受講が必要となり、目標達成が少し難しい状況かと思えます。

自殺未遂者支援における人材育成研修受講者数については、今年度、未遂者支援モデル事業に関連して研修会を行いました。既にそこで 150 名以上の方が受講していただいていますので、達成をしています。

自死遺族のためのリーフレット配布箇所数は、平成 27 年度になってからお寺とか教育機関等に協力を依頼した結果、記載してある数よりも少し増えまして、7月現在で 443 機関、88.6%の協力を得られています。

自殺対策情報センターにおける自死遺族電話相談件数と面接相談件数が少ないですけれど、自死遺族支援サポート会「ガーベラ会」という民間団体への相談件数が月約 10 件で、年間約 120 件程度あるとの報告を受けています。

下から 4 つ目の民間団体と連携して自殺対策事業を実施した県・市町数が約半分となっています。この理由として取り組みをしている保健所及び市町に偏りがあることが考えられます。地域によっては自殺対策に取り組む民間団体がほとんどない市町等もございますし、それぞれ別々に活動していることも考えられます。

その下の民間団体と県または市町が連携した自殺対策事業数は目標数を上回っていることから、地域差があることが推測されます。

そして一番下の自殺対策情報センターのホームページアクセス数については、例えば市町や関係機関に現在は毎月、自殺統計をメール送信しているんですけれど、ホームページに掲載したことを連絡することでホームページを開き、他の情報なども併せてみてもらえるような工夫等もしていく必要があるのではないかというふうに考えています。進捗状況についての説明は以上です。

引き続き、平成 27 年度自殺対策の取組についても説明させていただきます。資料 6 で説明いたします。

健康づくり課と自殺対策情報センター事業について主だったところだけ説明いたします。

まず、中高年層対策です。先ほども説明しましたとおり、メンタルヘルス取組事業場の割合が少し伸び悩んでいます。大きな企業は今年の 12 月よりメンタルヘルスチェックが義務付けられるということですが、50 名未満の小さな事業所では少ない人員で忙しい中、時間的にも経費的にもメンタルヘルス対策を行う余裕がなかなかないというふうに聞きます。そこで協会健保さんの協力を得まして、メンタルヘルス対策への取組の勧奨を行っています。協会健保では特定保健指導のために毎月約 15 名の保健師で 200～300 社程度を訪問しているそうです。その際に管理者や社長と会うことが多いということで、健康づくり課で作成した PR 用のチラシを活用していただき、取り組みを進めてもらえるように話をさせていただいていますし、事業所の集まる機会には PR のお話をさせていただいています。また希望すれば無料でメンタルヘルスに関する出前講座も行っています。

次に高齢者層のうつ対策とかかりつけ医等うつ病対応力向上研修では、開業医に関心を持ってもらい受講者数が増加するように、齋藤先生のほうにも、部会長にもご助言をいただきまして、精神科医による講義ばかりではなく総合診療医の医師による講義で、かかりつけ医がよく出会う事例や、知っておくべき知識についてなどのお話を今年度は予定をしているところです。

自殺未遂者支援モデル事業については、あとで説明させていただきますので飛ばします。

次に関係機関、民間団体との連携のところでは、全ての保健所と市町で実施されるよう必要性を説明し、協力を求めていくとともに、既に存在する団体に自殺対策にも取り組んでもらったり、草の根的な活動をしている団体の取り組みが発展するような支援を行うなども重要だと考えています。そして三重県自殺対策強化事業補助金事業では、本年度は 20 の市町と 12 の団体に対して補助を行っています。

資料 7 をご覧ください。先ほど飛ばしました自殺未遂者支援モデル事業について説明します。前回の部会では、自殺のハイリスク者である自殺未遂者に対し、様々な機関が連携し適切な支援を図ることにより、自殺未遂者の再企図防止に向けた切れ目のない支援体制づくりを行うことを説明しました。事業のイメージとしては、自殺企図で救急医療機関に搬送された未遂者のうち、関係機関の支援が必要と思われる方について、病院から病院へ、または病院から地域機関へ連携を取り合い、しっかりと繋ぎ、またケア会議を設けて支援方針などについて話し合っていくというものです。実施地域は伊賀保健所管内で、昨年度中に未遂者支援検討会を 2 回開催し、事業開始に向けた現場の実状把握や課題の抽出などを行いました。また未遂者に面接しアセスメントを行う救急医療機関の医療ソーシャルワーカーなどに、アセスメントシートの使い方などの研修を自殺対策情報センターが行いました。そして 4 月から個別ケアを開始しています。開始当初は、伊賀保健所管内にある 3 つの救急医療機関のうち 1 箇所だけで開始しましたが、7 月になっても対象者が出てこないため、8 月から対象病院を 3 箇所、全ての救急医療機関に拡大して実施し様子を見ているところです。また前回の部会で支援者が安心して支援できるよう、精神科医に意見を求められる体制が望ましいとのご助言をいただきましたので、精神科医にアドバイザーを依頼し、必要時に支援できる、相談できる体制を整えました。裏面には事業のイメージなどが記載してあります。参考にご覧ください。以上、平成 27 年度の取組についての説明を終わります。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。議事の 2 と 3 をご説明いただきました。ただいまのご説明に何かご意見、ご質問等ございましたらよろしく申し上げます。

(田代委員)

県立医療センターの田代です。

資料 3 の計画の内容で自殺死亡率を 16.1 以下に下げるという目標が掲げてありますけれど、そうすると地域差があって、津、四日市、鈴鹿、松阪の多い数を減らさないことには、率は下がらないのではないかと思います。

今、自殺未遂の支援に対する企画を上野でしていますけれど、実際、上野でも、上野での自殺者が重症となると上野で取ってくれなくて、県立まで搬送されてくる状況にあります。この自殺未遂者

支援をしっかりとやるならば、例えば津ですとか、もうちょっと自殺者の多いところではないと結果が出ないのではないかと思います。今、上野でされていますけれど、地域をちょっと考えてもらうほうがいいのではないかと思います。

(事務局)

自殺未遂者支援モデル事業ということで、今年度からスタートをして半年経ったわけでございます。実施地域については去年からどこでやるかということで、いろいろ検討してまいりました結果、まず伊賀でということで始めさせていただいたところでございます。先生ご指摘のとおり、人口の多いところで行うというのが当然、必要性は重々承知しておりますが、今年度モデル的に伊賀でやらせていただいたその状況も踏まえながら考えて行くこととしています。当然これには県だけの思いではできませんし、地域の医療機関のご協力とか保健所、市町との連携といったものが必要になってまいりますので、そのあたりも含めてまた、伊賀の状況も見ながら広げられるところから広げていきたいというふうに考えております。

(田代委員)

ありがとうございます。

本当に自殺というとてもむなしい思いがあります。モデル事業には連携がすごく大事になると思います。実際にいい企画をしながら対象患者が得られないと結果が出ないので、早く結果を出すために、検討していただきたいと思います。

もう一つ、各機関がいろいろな企画していますが、健康づくり課がして、他がしていてというときに、各機関の情報が共有化されているのかちょっと不安に思います。お互いに各機関の持ついろんな情報をデータベースみたいなものを共有化すると、「こういう状況だな」ともっと把握できるのではないかなと思います。

(事務局)

今のモデル事業をやっている中では関係者間で情報共有させていただいていますが、他地域までというのはできていませんので、また自殺未遂者支援検討会でも相談しながら進めさせていただきたいです。

(岡田委員)

三重大学精神科の岡田です。伊賀地区の未遂者対策への個別ケアというところに関してなんですが、具体的にどういうことをされているのかちょっとお伺いしてもよろしいでしょうか。資料7の1ページの(3)の未遂者への個別ケアということで、管内というのは伊賀になるんですかね。1救急医療機関で開始したという。

(事務局)

裏面の2ページ目のほうの下の段を見ていただきますと、対象者フローチャートというのが下の右

側に書いてありますが、救急医療機関に救急搬送された自殺未遂者に関して、精神科医や他の機関に繋ぐ必要性がなかなか判断しづらいですので、愛知県が使っていたアセスメントシートを用いてチェックをしていきます。それに基づいて例えば精神科医に繋ぐ必要性が出たり、他の機関に繋ぐ必要がある場合は、病院のケースワーカーさんが中心で本人さんに口頭でも同意を取っていただいて、OKであれば関係機関へ繋がります。また、ケア会議というのを設けまして、関係機関の方たちに集まっていただいて、みんなでのこの方の支援の方針というのを考えていくということを想定しています。

(岡田委員)

これからということですね。

(事務局)

4月から行っていますが、まだ対象ケースがないため、8月から3病院を対象を広げて実施していますので、そろそろ対象者が出てくるのではないかと考えています。

(岡田委員)

一医療機関の一診療科の管理者としての話ですが、私の担当している精神科の病棟の1割の方は自殺未遂患者さんで、精神科の病棟で身体科の手術もするというようなことをかなりしています。実は苦手な分野でやらざるを得ないというところですが、先ほど四日市地域にも未遂者の患者が流れて行っているということをお伺いして思いました。実は大学病院の精神科病棟にいるときに、一番処遇困難だと思っているのは伊賀地域の方です。伊賀地域の方で困ることは2つあります。救急搬送が必要になった患者で明らかにメンタル系の問題があるとなれば、すぐ大学病院の救急部に流れてくる。これが良いのか悪いのかわからないですが、そういう流れになっているということが1点。もう一つは、ご家族のいらっしゃる高齢の方がよく来られるのですが、問題になるのがその方を地域に戻すときの窓口がわからず困ることがあります。うちの病棟にも今2人対象患者さんがいることから、こういう取り組みというのは、一医療機関として非常に心強いことですのでどんどんアピールしていただき、窓口をご連絡いただければ、大学病院なら年間2桁は確実に連絡できると思います。

(森川委員)

精神科病院会の森川ですが、この自殺死亡率を16.1以下にするというのは、大まかに言いますと50数名減らすということでもいいですか。現状から見ると、それが一つ目なんです。では計算しておいてください。それと伊賀地区の分ですけれど、だいたい始めると直ぐは入らないんですよね。こういうものは、堺のときもなかなか入らなかったです。堺のときは最初は警察経由でしたけれど、なかなか入らないんです。救急病院でやっているケースとかもいろいろなところから聞いていてあるのは、どうしても忙しくて煩雑なので、担当者がなかなか繋げることができないことが多いんです。命に絡んでいるのでそんなことができないとおっしゃることがあるので、本当はケースがあるのに繋がられてないのか、あるいはアセスメントは取ったけれど本人同意が得られなくてケースとして挙がらなか

ったのか、そのへんのところの情報があるのでしたら教えてほしいのと、もし本当に実は入院していたりするのだけれどということであれば、そこをどう繋げるのかということを検証していただけたらと思うのですが、そのへんも含めて。

(事務局)

ケースがどのあたりで繋がっていかないのかというところは、確認を取ってありますので報告させていただきます。この地域は2つ消防があるのですが、2つの消防の搬送数を合わせて、自殺未遂企図者についての搬送は、4月からの3か月間で合わせて19件ありました。その内、既遂に至ってしまったという方が9件ありました。あとは当初1カ所の救急病院から始めましたが、それ以外の病院に運ばれていたのが多かったです。亡くなった方が対象病院に運ばれたこともあり、対象として挙がってこなかったということになっています。

(森川委員)

付随して申し訳ないのですが、どうしても田舎の地区なのでだいたい既遂率の高い方法は縊死が圧倒的に多いし、縊死か飛び降りかと思うんですけどね。特に男性のほうが成功率が高いとは思いますが、この地区で例えばまだパラコートのような農薬が残っていて、それを飲まれるようなケースがあるのかどうか。もしあれば教えてください。最近の除草剤はほとんど大きな問題はないんですけど、奈良県でもそうなんです、田舎にずっと残っていてというのをまた持出してきてする方もいるので、そういった場合はそういうものに対する啓発もするという事は非常に大事だと思うんです。平成25年12月にも日本でWHOの世界自殺レポート会議があったときにもよく出ていたのは、どうしても農村地区はまずそういう農薬をしっかりと管理することということが一番大事になるというのもあるので、この地区はもうそういうことはないのかもしれないんですけど、でもやっぱり農村地区もあると思いますので、そういった農薬もあるようでしたらまた考えていただけたらなと思いました。

(田代委員)

県立医療センターの田代です。伊賀地区からの搬送でパラコートはあります。1時間で運ばれてくるので最初は意識があっても救急隊が搬送して病院に着いたときにはもうだめでした。

(齋藤部会長)

他、いかがでしょうか。

評価指標のメンタル取組事業の割合が伸び悩んでいるという報告がございましたけれど、産業保健総合支援センターの藤川委員のほうで何か、取り組みの参考になるご提案はございませんか。

(藤川委員)

先ほど事務局のほうで示されていましたが、労働安全衛生法が昨年改正になりまして、ストレスチェックというのが50人以上の事業場に義務付けられ、50人以下の事業場については努力義務と

いうことになっておりまして、今年の12月からそれが施行されるということでございます。その施行にあたりまして、法律の施行は労働局、労働基準監督署がやるわけでございますが、その周知のお手伝いを私どもスタッフがやらせていただくということになっております。ちょうどお手元に三重産業保健総合支援センターからのお知らせということで、先日ちょうど三重の労働というのに寄稿したものがございましたのですけれど、それをベースにして資料を作成させていただきました。細かいところは読んでいただければと思いますが、私どもの事業でやっておりますのは、1枚目の右側のページの3のセンター活用のご案内ということで、まずストレスチェック制度の導入実施のための事業主・実施事務従事者向けの研修会の開催ということを実施する予定でございます。(2)のストレスチェック制度の導入等に対する個別訪問支援もやっております、これは事業場の業種、規模に関わらず、オーダーがあったところにメンタルヘルス対策促進員というものがお邪魔をして、メンタルヘルス対策にいてご説明をさせていただくという取り組みです。それ以外に過重労働という部分でも関わっております、4番の地域産業保健センターというところが県内に8箇所ございます。ここでは50人未満の事業場に対して、長時間労働者に対する面接指導というものも行っているところです。めぐっていただきまして、ホームページでございます。トピックスの真ん中あたりでございますが、研修会の実施というものが県内でこれだけ実施予定ということになっております。事業者、ストレスチェック制度担当者向けに7回、産業医様向けには各郡市医師会様と協力、連携をさせていただいて9回実施をする予定でございます。それ以外に社会保険労務士会のオーダーをいただきまして、1度、ストレスチェック制度説明会を社労士の先生方に説明することになってございます。その裏面の右側のページでございますが、これは私どもの地区窓口ということで、地域産業保健センターがこれだけ出先というのが設置をされているということでございます。次の緑色のペーパーが申込書になっておりまして、この裏側を見ていただきますと、個別訪問支援の内容がわかるかと思えます。個別訪問支援はこちらという中ほどの欄に、支援を希望する事項というのがございます。ストレスチェックの導入に関するものでありますとか、あとはセルフケアでありますとか、ラインケアについて事業場に対して説明させていただくというような体制を取っております。それ以外に産業保健研修会ということで、50名以上の事業所になってしまうのですが、衛生管理者でありますとか、産業医様向けの研修会を年間105回ぐらい実施しています。メンタル関係の事業場とかの研修会がどれくらいあるのかなと思って数えてみたのですが、だいたい4割ぐらいがメンタル関係の研修会ということで実施をさせていただいているということでございます。以上でございます。よろしくお願いいたします。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

ストレスチェックが12月から始まるということで、いろいろ準備いただいているようですが、50名未満に対して何か対策はございますか。

(藤川委員)

今のところは法施行前ということでございますので、まずは 50 名以上のところをメインに集中して行うということでございます。おそらくそれ以降という用語がございますが、この以前からメンタルヘルス対策というのは実施をしております、それは事業場の規模に関わらず個別訪問支援をしてきております。

(西場委員)

このメンタルヘルスチェックの件につきましては、私どもの会社につきましても周知をさせていただきたいと思っております。ただこのメンタルヘルスチェックはチェックをし終わって異常者が出た場合に、本人の同意を得て会社への報告とこういうことになっています。本人が「異常があるから面接指導を受けてください」と言われた場合に、本人がそれはもういいと言えそこで止まってしまうわけですね。そうすると指導が行えないということですね。せっかくストレスチェックをしたのに、本人の意識が低い。今日は基準局のドクターはお見えになっていませんが、せっかくチェックしたのにそれでおしまいというのは、それは目標のどうなんでしょうか。

(藤川委員)

スキームとしては産業医なり実施者が勧奨するということになっています。面接指導そのものの勧奨もでございます。面接指導すれば結果が事業者には報告されますし、面接指導の結果、何らかの就業上の制限とかあるのであればご意見をいただいて、それに基づいて事業者が対応しなければならないということになっております。そもそもだめだということになると、それはそこでストップとなってまいります。

(西場委員)

そこはこれを導入するにあたって、事業者の衛生委員会の方でしっかりと話し合いをしておいていただいて、制度の趣旨がスクリーニングではなく、高ストレス者を把握してうつ病に至る前に何とかしようというところがございますので、その趣旨をしっかりと労働者に説明をしておいていただいて、受けやすい環境をつくっていただくということが制度上は求められているということでございます。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

ストレスチェック、今回初めて始める制度で、非常に問題はたくさんあると思います。ただこういうことを始めるということで、企業側にもメンタルヘルスの重要性というのを理解する一つの第一歩というふうに考えて、これからどんどん変わっていくと思うのですが、皆さんのおっしゃるとおりだと思いますが、これをうまく活用できるようになっていけばと思います。

(田代委員)

すみません。ストレスチェックなんですが、「事業主が」と書いてあるんですけど、事業主は対象

になるのでしょうか。患者さんの中に、事業主で、メンタルまではいっていないんですが、自律神経症状で受診される方はみえます。そうすると労働者もそうですけれど、事業主自体もかなりストレスにかかっている状態があつて、その事業主も対象にしないとまずいのではないかなという気がします。

(藤川委員)

厚生労働省がどうか、労働安全衛生法、旧労働省系の法律でございまして、事業主はあくまでも実施義務者という位置付けになっていて、労働安全衛生法の対象からは外れております。

(田代委員)

事業主が倒れるとそれで終わっちゃう……。

(藤川委員)

そうなんですよ。そこはちょっとまだ何とも。

(齋藤部会長)

時間も押しておりますので、議事の4に移ります。

各部署の取組につきまして、ぜひ話しておきたいということがございましたら、各委員さんお願いしたいと思います。

先日、18歳以下の自殺者は夏休み明けに多いというニュースがございましたけれど、学校教育分野で何か対策等、検討していることはございますでしょうか。

(中谷委員)

教育委員会、中谷です。よろしく申し上げます。

夏休みに入ってからの方の対策に関しまして報告させていただきます。

まず8月4日に文部科学省初等中等教育局児童生徒課長から、「いじめ防止対策推進法に基づく組織的な対応及び児童生徒の自殺予防について」の通知を受け、県立学校及び市町等教育委員会に対して、その趣旨の周知徹底と、いじめの問題への対応についてあらためて点検を行いました。その後、8月20日、教育委員会としても、長期休業が終了した学期始め等の時期に、児童生徒の心身の状況や行動に変化が表れやすいことから、同じく県立学校と市町等教育委員会に対して、児童生徒の発するサインを的確にとらえるために保護者の方に協力を依頼することや、電話相談窓口の再度の周知を行いました。このように、夏季休業後も安心して児童生徒が学校生活を送れるように、体制を整えたところ です。以上です。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

いのちの電話協会さんではいかがでしょうか。夏休みの終わりの頃に相談が増えるとか、何かございますか。

(鈴木(秀)委員)

特に数字では顕著に表れていないので、夏休みの終わりに相談が多いということはありません。

いのちの電話の活動について、この時間を借りてちょっと説明させていただきたいと思います。お手元の資料の中に、いのちの電話・平成 26 年電話相談活動についてという資料がございますけれど、こちらを簡単に説明させていただきます。

まず私どもの電話相談活動は、通常電話による相談活動と、フリーダイヤルによる活動とございまして、フリーダイヤルは毎月 10 日の日、実は今日も実施日なんですけど、1 年間、24 時間、今朝の 8 時から始まって明日の朝の 8 時まで、連続で相談をしているわけでございます。今日から自殺予防月間ということで、それに合わせて 10 日の日はそのような活動をしておりますが、相談内容につきまして、簡単にご説明します。

私どもの通常電話相談について説明しますが、これは毎日 365 日、皆さんが家でくつろいでみえるお正月も大晦日の日もお盆の日も相談活動をやっておりまして、毎晩、夕方の 6 時から 23 時まで毎日 5 時間の電話相談を行っております。だいたい 1 日 20 件の電話を受けます。ひと月で 30 日としてほしい 600 件台を受けまして、年間で 7,000 件台の相談を現在も受けております。今年 15 周年ですので、15 年間 7 千何百の相談を受けたこととなります。最近では平成 26 年、昨年が 7,648 件で細かい数字ですけど、平成 25 年が 8,142 件、平成 24 年その前の年が 8,188 件ということで、だんだんと最近少なくなっている。どうしてかと思っいろいろ調べてみますと、1 件当たりの相談時間が長いというのが一つあります。これはもしかするとですが、携帯電話がかけ放題というのがあって、かなり長い時間かけても料金が変わらないので、長電話をしてくる人がいるのではないかとこの相談員の話がございます。それと私ども相談員の人数が少なくなっておりまして、今まで 3 人で 1 組やっていたのが、今はだいたい 2 人で 1 組ということでやっていると、電話に出られる回数が少ないために数字が減ってきているのかなと、こんなふうに考えております。

相談の概要ですが、まず相談件数。これにつきましては男女比率でいきますと、相談をかけてくるのは男性が 51.4%、女性が 48.6%で、かけてくる相談としては男性のほうが多いということでもあります。先ほど見ていると、自殺をされる方も男性のほうが多いということで、自殺に関しては男性のほうが優位というか、数字が多くなっているのではないかなというように思います。相談者の年齢別の順位としましては、男性が 40 代の方がトップで、2 位が 30 代、3 位は 50 代となっています。一方女性のほうは、一位が 50 代、2 位が 40 代、3 位が 30 代ということでございます。問題別相談件数は 1 番が保健・医療、これは後でもう少し詳しく言いますけれど 35.2%、人間関係が 17.0%、人生についてが 15.8%、家族・家庭についてが 13.0%、経済・社会についてが 6.8%ということでございます。先ほどの年齢別の相談者の数ですが、若い人の電話相談は少なくなっています。私どもいのちの電話、全国ではインターネットによる相談もやっているところもあるのですが、そちらで聞いてみると、インターネット相談は圧倒的に若い人の相談が多いということです。ただ、いのちの電話協会としては、

タイムラグのあるインターネット相談は今のところ全国的に実施しようという動きはございません。次のページにさせていただきたいと思います。今、私が申し上げていることは、右側のグラフには載っていますけれど、私からは説明としては相談から浮かび上がってくる社会問題ということで、先ほど問題別相談件数で申し上げたように、相談からうかがえるまず1番、これが35%を占めていました心の病気、体の病気の相談が多いということです。社会生活上の様々な要因から、心の不安、神経症的訴えをする人、精神の病気で治療中の人電話をかけてくる人が多くて35%を占めています。そして2番目は職場・グループ・近隣などの対人関係を深刻に悩んでいる方がいらっしゃいます。これは人間関係ということで17%を占めています。家族の扶養や介護・看護で悩んでいる方、これが3番目、4番目は生きがいや生きる目的がないといった相談が多くて、特に一人暮らしや関わってくれる人がいないなど、人生に孤独を感じている人が大変多いというふうに思います。都会ではこの4番の孤独とかというのが大変多くなっているようです。三重県の場合は4番目です。5番目は、失業中の不安、多重債務の苦しみなど経済問題が多くなっていて、いのちの電話協会が発足した15年前は、ちょうど山一証券や北海道拓殖銀行など、多くの上場会社が倒産するという時代でございまして、圧倒的に自殺する人が多くて、そこで3万人を初めて超えたわけですが、それから経済的には少し最近、落ち着いてきているということで3万人を切っている、2万4千人台ということになっているのもそういう部分もあるのかなというふうに思っております。その他は後で資料を見ていただければと思います。以上でございます。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。

薬剤師会さん、何かございますか。

(村上委員)

薬剤師会としては、自殺の気づきに力を入れています。研修会等を実施して、窓口や自宅でのメンタルサポートができるよう、薬物乱用などへの気づきを薬剤師としてできるよう取り組んでおります。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

薬物の乱用の話、非常に大事だと思います。これからもよろしく願いいたします。

ちょっと時間も過ぎております。何かこれだけは言っておきたいというようなこと。

(山本委員)

三重県社会福祉協議会です。

今日は、資料として2種類提出いたしました。まずは、カラーチラシです。このチラシは、4月から施行されております生活困窮者自立支援法に基づきます事業案内チラシですので、事業の仕組み等については、チラシをご覧いただきたいと思います。

次に、A4両面印刷の資料をご覧ください。この資料は、生活困窮者支援緊急食糧提供事業に関するものです。この事業は、県社会福祉協議会の自主事業です。先ほどの法施行を受けて、なお制度の対象外となるかたに対して、緊急の食糧支援提供を行うものです。内容については資料をご覧くださいのですが、実績を申し上げますと、7月16日からこの事業を始めてひと月半の段階でご利用者は130名を超えました。これは、当初の予想を超えています。また、利用についてはそれぞれ理由をお持ちです。職離して収入がなくなった、多重債務で手元にお金がない、病気特に精神疾患等を患って職に就けない等々、窓口にこられるかたは、片手に100円とか10円しか持っていないかたもみえます。この事業が直接、間接的に自殺予防と関連があるかどうかは現時点ではわかりませんが、生活困窮者への支援の一助としてそういった事業をしています。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

どうぞ。

(東委員)

警察本部の東でございます。

私、先ほどの生活保護受給者の関係ですけれど、調べてもらいました。確認をしましたら、年金・雇用保険等生活者の中に生活保護受給者の人は入るということです。あと7月末の時点の自殺者の警察生活安全企画課の調べで速報値ですけれど、現在233名、前年比でプラス22名です。男が168、女が65ということになっておりますので、ご参考に。以上でございます。

(齋藤部会長)

皆さん、ありがとうございました。

これをもちまして、本日の議事を全て終了いたしました。

(事務局)

先程の森川委員から質問いただいた人数について、最後に補足させていただいていいですか。

平成25年の人口で計算したところ、294名となります。平成26年の三重県の自殺者数310人に比べ26名減となり、警察統計と比べると62名減となります。きちんとした値については後日報告させていただきます。お時間をいただきすみませんでした。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

それでは委員の皆様には、進行にご協力いただきまして誠にありがとうございました。

それでは事務局、よろしく願いいたします。

(事務局)

齋藤部会長様、本日はどうもありがとうございました。

委員の皆様方におかれましても、熱心にご議論いただきたくさんご意見いただきありがとうございます。本日ご協議いただきました内容を踏まえて事業を進めてまいりたいと思います。本年度の部会は年2回というふうに予定をしておりますので、2回目は2月頃になるかと思いますが、日程が近づきましたらご連絡させていただきますのでどうぞよろしくお願いいたします。

本日はこれにて終了とさせていただきます。どうもお忙しい中、ありがとうございました。