

平成 29 年度 第 1 回三重県公衆衛生審議会自殺対策推進部会

日時：平成 29 年 8 月 3 日（木）

13：30～15：30

場所：三重県津庁舎大会議室

1. 委員の出席状況

出席の委員：石垣委員、大瀧委員、岡田委員、小野委員、木村委員、雲井委員、
齋藤部会長、渋谷委員、鈴木委員、田代委員、中川委員、中村委員、
南川委員、森川副部会長、山田委員、山本委員、若尾委員 計 17 名
欠席の委員：木内委員、小池委員、西場委員 計 3 名

2. 内容

（司会）

皆さんおそろいいただきましたので、定刻より少し早いのですが始めさせていただきます。ただいまから平成 29 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します。はじめに三重県健康福祉部医療対策局長の松田克己よりご挨拶申し上げます。

（松田局長）

こんにちは。三重県健康福祉部医療対策局長の松田です。皆様には本日お忙しい中、本部会にご出席をいただき、ありがとうございます。皆様方には日頃から県民の健康づくりに関しまして、ご尽力いただいておりますことに、改めて心より感謝を申し上げたいと思います。

さて、全国の自殺者数は、平成 28 年の警察庁の自殺統計では 2 万 1,897 人ということで、7 年連続で減少しました。三重県の自殺者数はと申しますと、減少傾向でありましたのですが、平成 27 年には少し増加となりました。翌 28 年は 302 人ということで、27 年から見ますと 57 人減少したということになっています。しかしながら、昨年度より減少したといいますが、いまだ多くの方々が自ら尊い命を絶たれているという厳しい現実があることを重く受け止めなければなりません。

三重県では平成 24 年度に第 2 次三重県自殺対策行動計画を策定しまして、尊い命が自殺で失われることのない社会の実現を目指しまして、その対策の推進に取り組んできたところです。今年度がこの計画の最終年度ということで、これまでの取組の評価と、平成 30 年度からの次期計画の策定につきまして、ご審議をいただきたいと考えています。

国におきましては、自殺総合対策大綱が先だって 7 月 25 日に公表されました。自殺対策基本法の第 13 条には、この自殺総合対策大綱と、それから地域の実情を勘案しまして、都道府県レベルで自殺対策計画を定めるものとされています。本日は、この国の自殺総合対策大綱を基に策定することになります次期計画の骨子案について、ご審議をいただきたいと存じます。

また、市町におきましても、平成 30 年度までにこの自殺総合対策大綱と、それから地域

の実情および都道府県自殺対策計画を勘案しまして、市町としても、その自殺対策計画を定めるものと義務化をされたところです。本県の次期自殺対策行動計画は、市町にとっても参考となるような計画にしなければいけませんけれども、計画策定に当たっての支援も含めて、地域の実践的な取組を推進していきたいと考えています。皆様には活発なご討議を何卒よろしくお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

(司会)

それでは会議に移りたいと思います。本日司会を担当させていただきます健康づくり課の丸山です。どうぞよろしくお願いします。

審議に入る前に、本部会の設置目的についてご説明します。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付けられており、自殺対策を総合的かつ計画的に推進を図ることを目的として設置されています。

続きましてお手元の委員名簿をご覧ください。今回新たに委員様にご就任いただいた方が 7 名お見えですので、最初にご紹介させていただきたいと思います。三重県薬剤師会薬局機能推進委員会委員、石垣孝様。

(石垣委員)

薬剤師会の石垣です。今日はよろしくお願いします。

(丸山副参事)

続きまして三重県教育委員会事務局研修企画支援課班長、大瀧剛様。

(大瀧委員)

大瀧と申します。よろしくお願いします。

(丸山副参事)

三重労働局労働基準部健康安全課課長、小野紀孝様。

(小野委員)

小野です。よろしくお願いします。

(丸山副参事)

三重県市町保健師協議会幹事、木村有美様。

(木村委員)

木村です。よろしくお願いします。

(丸山副参事)

三重いのちの電話協会理事長、雲井純様。

(雲井委員)

雲井です。よろしくお願いします。

(丸山副参事)

三重県警察本部生活安全部人事安全対策課課長補佐、南川育生様。

(南川委員)

南川です。よろしくお願いします。

(丸山委員)

三重産業保健総合支援センター副所長、山田淳一様。

(山田委員)

山田です。どうぞよろしく申し上げます。

(丸山副参事)

ありがとうございます。部会設置要綱第4条に基づきまして、30年6月30日までの委員任期です。どうぞよろしく申し上げます。

では審議に先立ちましてご報告申し上げます。本部会は20名で構成されています。本日は三重県司法書士会、木内委員、三重県臨床心理士会、小池委員、三重県経営者協会の西場委員の3名の方が欠席となっています。

部会委員17名と過半数のご出席をいただいていますので、本部会が成立することをご報告します。また、本日の会議につきましては、三重県情報公開条例およ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いますのでご了承ください。

続きまして、事務局のご紹介をさせていただきます。医療対策局長の松田です。

(松田局長)

松田です。よろしく申し上げます。

(丸山副参事)

医療対策局次長の高山です。

(高山次長)

よろしく申し上げます。

(丸山副参事)

健康づくり課長の星野です。

(星野課長)

よろしく申し上げます。

(丸山副参事)

こころの健康センター所長、楠本です。

(楠本所長)

よろしく申し上げます。

(丸山副参事)

こころの健康センター副参事、大森です。

(大森副参事)

よろしく申し上げます。

(丸山副参事)

同じく主幹、中西です。

(中西主幹)

よろしく申し上げます。

(丸山副参事)

健康づくり課主幹、宮田です。

(宮田主幹)

よろしくお願いします。

(丸山副参事)

主査、池中です。

(池中主査)

よろしくお願いします。

(丸山副参事)

今回、次期計画を県とともに素案を作成いただく事業所の方を紹介します。ヘルスサービス R&D センターの**大西統括**です。

(大西統括)

よろしくお願いします。

(丸山副参事)

同じく山川です。

(山川氏)

よろしくお願いします。

(丸山副参事)

以上事務局です。どうぞよろしくお願いします。

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としては、事項書、それから座席表、委員名簿、部会設置要綱、資料の1～7と参考資料1です。本日、座席のほうに置かせていただきました資料は、第二次の三重県自殺対策行動計画、28年度の三重県自殺対策事業報告書、ピンクの冊子です。それから「こころの声を聞かせてください」のリーフレット。それから各国の取組、フィンランドの取組、1枚もの。それからファックス送信票1枚。それからカラーのパンフレット、リーフレットが3部です。お手元のほう、よろしいでしょうか。もし不足がありましたら教えてください。

それでは審議に移らせていただきます。設置要綱第6条第1項の規定によりまして、部会長が議事進行を行うこととなっています。齋藤部会長に議事をお願いさせていただきます。部会長、どうぞよろしくお願いします。

(齋藤部会長)

よろしくお願いします。お手元の事項書に従い議事進行をお願いしたいと思います。皆さんにおかれましては、議事進行にご協力をお願いします。それでは議事の1、三重県の自殺の状況についてということで、事務局よりお願いします。

(中西主幹)

資料1をご覧ください。三重県の自殺の現状について最新のデータよりご説明させていただきます。

厚生労働省の人口動態統計によりますと、平成 28 年、三重県の自殺者数は、概数ではありますが、平成 27 年と比べ 74 人減少し、全体で 265 人となっています。2 ページをご覧ください。全国と三重県の自殺死亡率は、概数ではありますが、三重県では 14.9、平成 27 年に比べ 4.1 ポイント減少し、全国平均を 1.9 ポイント下回っています。続いて下のグラフ、都道府県別自殺死亡率ですが、47 都道府県中三重県は下から 6 位となっています。

3 ページは割愛させていただきまして、4 ページをご覧ください。年代別自殺者数は、50 歳代が最も多く、次いで 40 歳代、60 歳代、70 歳代が、三重県では多い傾向にあります。平成 27 年の自殺者数では、40 歳未満の若年層は全体の 24%で、40～60 歳代は 49%、70 歳以上では 27%という割合になっています。

次のページ下段の職業別自殺者数をご覧ください。全国と同様に無職者が多く、次いで被雇用勤め人が多い状況です。

次のページ。無職者の内訳は、平成 28 年では男性の失業者が増加傾向にあります。下の原因・動機別自殺者数は、健康問題が最も多く、平成 28 年は全体の 42.6%を占めています。次のページ上段の 20 歳未満の原因・動機別自殺者数は、自殺者数の全体が少数であるためばらつきがありますが、平成 28 年は家族関係の不和、職場の人間関係、仕事疲れ、進路関係の悩みが原因となっています。下のグラフ、20 歳代の原因・動機については、健康問題が最も多く、その内訳は精神疾患が全体の 8 割を占めています。

次のページをご覧ください。年齢階級別の原因・動機別自殺者数の推移ですが、30 歳以上の全世代において健康問題が最も多くなっています。また、若年層、40 歳未満は健康問題が全体の 25%を占め、次いで経済・生活問題が 17.9%、勤務問題が 14.3%となっています。また、健康問題の内訳は約 9 割が精神疾患ということです。さらに三重県で一番自殺の多い 40～60 歳代では、健康問題が全体の 44%を占め、次いで経済・生活問題が 14.2%、家庭問題が 10.6%となっています。健康問題の内訳は、うつ病が最も多く、また精神疾患が全体の約 6 割を占めています。

次のページの市町村別自殺者数については、9 ページをご覧ください。平成 27 年と比べ、平成 28 年に増加した市町について黒星印が付いています。平成 28 年は、比較的人口規模の小さい市町で若干増加しています。一方、四日市市、桑名市、松阪市で減少しているという傾向です。以上で説明を終わらせていただきます。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。ただいまのご説明について、何かご質問がありましたらお願いいたします。議事録の作成をする予定ですので、発言のときにはマイクを使用させていただいて、お名前をおっしゃっていただけるようによろしくお願いします。何かありますでしょうか。

(田代委員)

県立医療センターの田代です。自殺者で失業者が増えた傾向があるのですが、それまでいろいろ対策をして減ってきた上で、失業者がまた増えてきている原因があるのでしょうか。

か。それから、数値には出ていないですけども、20歳代や10歳代の若い子の自殺というものが気になります。4ページの表の中でも20歳未満とが少し増えてきているので、何か分かるところがありましたら教えていただきたいです。

(中西主幹)

1つ目の質問の失業者が原因として、割合として増えているということの、続きのご質問をもう一度お願いしてよろしいですか。

(田代委員)

失業者が増えた感じがあります。失業者の対策や失業支援とかで減ってきたのではないと思っていたのですが、再び増えてきたのは何か理由があるのかということです。対策の中で雇用率が上がって失業者が少なくなった、経済が改善することで自殺は3万から2万に減ってきたと思うのですけれども、また増えた印象があります。何か雇用関係などで問題が起こって増えたのではないかと思いました。

(中西主幹)

その点については少し詳細にまた調べてみます。把握していません。申し訳ありません。2点目の10代の自殺の人数ということに関しましては、人口動態統計の5歳刻みの統計しれないのですが、全体的には男性は変わらないのですけれども、女性のほうが2人増えている状況になっています。27年の状況としては、0～10歳まではなく、10～14歳で男性が1人。15～19歳で男性が6人、女性が3人という形の自殺者数という状況になっています。

(田代委員)

若年者の増加は精神的な問題と思うのですが、いじめの問題とか、環境の問題で増えたのかを知りたかったのです。

(中西主幹)

理由が警察統計のほうから、やはり家族問題の不和。10代が家族関係の不和で、あとは学業の不振が主な原因になっています。あと、もう少し＝ある点＝では、今後の取組としては、その10代の方に、いかにSOSを出していくかという部分と、医療に適切に早期につながるということで、教育委員会とともに対策を進めていきたいとは考えています。

(齋藤部会長)

はい。また後ほど質疑応答のお時間もありますので、先に進めさせていただきたいと思えます。それでは議事2です。第二次自殺対策行動計画の進捗状況について事務局からお願いします。

(宮田主幹)

健康づくり課の宮田です。座って失礼します。資料2をご覧ください。こちらは、三重県自殺対策行動計画に基づいた取組ごとに、自殺対策に関連する事業について、平成28年度の取組状況や、29年度の取組についてまとめさせていただいています。たくさんの方がありますので、一番右端に通し番号を付けさせていただいています。また、事業欄の網掛けの部分につきましては行動計画の評価指標ともなっています。

次に資料 3 をご覧ください。資料 3 のほうは、自殺対策行動計画の全体目標および資料 2 の網掛けとなっていた 18 の評価指標の目標値と達成状況です。こちらの資料の網掛けをしている部分につきましては、表の左下に記載があるとおり、各年度の実績を足し込んだ累積値となっています。達成状況につきましては表の右下に記載があるとおり、A から E までの 5 段階で評価をしています。

それでは平成 28 年度の進捗状況について、各取組方針から抜粋して 4 点ほどご報告させていただきます。資料 2 をご覧ください。資料 2 の、まず 1 点目、若年層の取組です。通し番号の 1 をご覧ください。スクールカウンセラー等活用事業です。28 年度は小学校 334 校、中学校 156 校、高等学校 36 校、合計 526 校にスクールカウンセラーを配置し、また、スクールソーシャルワーカーは昨年度より 1 名増加の 9 名配置をされています。

それでは資料 3 をご覧ください。上から 2 つ目に、公立小・中・高等学校スクールカウンセラー配置校割合とありまして、平成 28 年度の実績は 96.4% です。目標値を達成しているため、評価は A 評価となっています。

それでは 2 点目。資料 2 のほうをご覧ください。資料 2 の 3 ページの通し番号 22 をご覧ください。中高年層の取組としては、アルコール依存予防治療があります。事業としては、アルコール関連問題啓発フォーラムの開催。2 つ目が、三重県アルコール健康障害対策推進計画の策定。人材育成。また、こころの健康センターでの依存症相談等を実施しています。

資料 3 に移り、評価指標としては、上から 4 つ目にある眠るためにアルコールを用いる男性の割合があります。平成 28 年、県民健康意識調査を実施しており、そちらの結果のほうでは、19.8% と目標値を切りましたので、こちらも目標達成の A 評価となっています。

続きまして 3 点目。遺族支援についてご報告します。資料 3 をご覧ください。遺族支援につきましては 4 項目の評価指標を置いています。1 つ目のリーフレット配布箇所数ですが、平成 28 年度は 503 カ所と、目標値の 500 カ所を超えています。資料 2 の 43 番になります。資料 2 の 43 番からと資料 3 の遺族支援も併せてご覧ください。情報提供としましては、リーフレットを 503 カ所、28 年度は置いています。目標値が 500 カ所でしたので達成状況としては A 評価となっています。

また、4 つ目の人材育成、研修受講者数も、同じく目標値を超えていますので、A 評価となっています。

2 つ目、3 つ目の電話相談件数、面接相談件数は、それぞれ目標値は達成しておらず、電話相談件数につきましては資料 3 のとおり、計画策定時より変わらないため C 評価です。面接相談件数につきましては、策定時より増加をしているので B 評価となっています。ただ自死遺族相談については、こころの健康センターだけではなく、民間団体ガーベラ会でも実施していますので、ガーベラ会では相談者のニーズに合わせて個別に対応している状況があります。

4 点目。関係機関、民間団体との連携について。こちらも資料 3 をご覧ください。資料 3 の下から 3 つ目、4 つ目が民間団体との連携の評価指標となっています。まず 1 つ目の指標

として、民間団体と連携して、自殺対策事業を実施した県・市町数ですけれども、平成 28 年度は 14 カ所でした。平成 25 年度に 22 カ所と増加をしていましたが、26 年度以降年々減少をしています。評価としては B 評価となっています。

また 2 つ目の自殺対策実施事業数、こちらのほうも、先ほどの実施した県・市町数と同様に、平成 27 年度以降減少していますので B 評価となっています。この減少している要因として考えられる点は、自殺対策事業が、当初基金事業で始まり 10 分の 10 の国補助であったものが、平成 27 年度より交付金事業となり、市町の負担が 2 分の 1、また 3 分の 1 というように、県・市町の財政負担が必要になったことです。これらにつきましては、30 年度中に市町の自殺対策計画の策定が義務付けられたこと、計画に盛り込まれた事業に対して交付金が交付されることから、県としても計画策定の支援と併せて、事業の実施についても取組を進めていただけるように進めていきたいと考えているところです。

計画の進捗状況の総括としましては資料 3 の右下をご覧ください。まず全体目標であります自殺死亡率、こちらにつきましては、人口動態統計が概数ではありますが、平成 28 年、14.9 と、目標値を達成できる見込みです。その他 18 の評価指標につきましては、半数、9 指標が A 評価となっています。また 4 指標が「策定時より改善」の B 評価、2 指標が「変わらない」と C 評価。3 指標が「計画改訂時より悪化している」の D 評価となっています。第二次計画の進捗状況については以上です。

(齋藤部会長)

進捗状況と評価指標の目標値というのは、これからですか？

(宮田主幹)

資料 2 と資料 3 を併せてご説明しました。

(齋藤部会長)

そうですか。はい。ただいまの説明に対してご質問ありますか。

(田代委員)

県立医療センターの田代です。アルコール依存予防指標に関して、眠るためにアルコールを用いる男性の割合が平成 23 年は 24.3%、それから平成 28 年が 19.8%と、意識調査で減りましたが、それと予防事業等の効果関連があったのかが分かりません。どういうことが男性が眠る為にアルコールを飲まなくなったということにつながったのですか。

(宮田主幹)

県としても、昨年度障害福祉課になりますが、アルコール健康障害対策推進計画というものを作り、各課のほうでさまざまな取組を進めているところです。依存症の相談は、ここの健康センターでもしているの、数としては少ないとは思いますが、いろいろな分野からいろいろ重層的にアルコール依存に対しての啓発や相談、支援に携わるような支援の方の人材育成などをしながら、総合的に取組をしていきたいと思っています。

(田代委員)

酒を飲まなくなった人が減ったのかが気になります。人口構成的に飲酒する男性の割合

が減り、結果として睡眠でのアルコール依存が減ったのではないかということです。それから、治療をしていて、アルコール依存症の人たちに介入をすると、リピート率というか、1回退院してまた戻ってくるまでの期間が長くなります。きちんと介入すると、飲酒に対してコントロールができる印象を感じます。そういうことはこの数字には出てこない気がします。この事業と評価が相関していない気がしたので質問しました。

(宮田主幹)

県民健康意識調査のほうでは、飲酒量についても質問項目を置いて調査をしているところです。現在、手元に持ってきたのが28年度、昨年度の分の報告書しかありませんが、5年前の23年度にも実施しています。23年度と28年度で比較できるものにはなっています。今の時点では、比較して増えたか減ったかということは分かりませんが、データとしては飲酒量は調査を取っています。

飲酒している男性の割合を28年度のみご報告させていただいてよろしいでしょうか。20歳以上の男性で、飲まないという方が32%、月に1度以下という方が11%、月に2~4回という方が11%。週に2~3回が9%。週に4~6回が7.9%。毎日飲むという回答が27%となっています。

(田代委員)

毎日飲む人の中には睡眠に使っている可能性があると考えられます。頻度が多い人は眠るために飲むという可能性があります。頻度の高い人が昔と今でどのぐらいの割合かが分かると、どのぐらいの人がお酒で眠るかを評価できるのではないかと思います。

(宮田主幹)

そうですね。

(星野課長)

手元に資料がないので、また後で報告させていただきたいのですが、眠る前にお酒を飲んでいるかどうかという調査をしていますので、ある程度数字が出るかと思しますので、すみません、また後日報告させていただけたらと思います。

(齋藤部会長)

続きまして議事3です。次期三重県自殺対策行動計画。次期三重県自殺対策の骨子案。これは関連する内容ですので併せて報告します。

(宮田主幹)

はい。それでは次期三重県自殺対策行動計画の策定について、資料4をご覧ください。まず計画の位置付けと趣旨です。4行目の辺りから、前回の二次計画は自殺対策基本法の第4条の規定に基づき、地方公共団体の責務として取り扱われていきました。平成28年4月に自殺対策基本法が一部改正され、その第13条に都道府県は自殺対策計画を定めるものと規定されました。次期計画は法的根拠の下に策定をすることになります。

2番目。新たな計画の策定方針です。国の自殺対策の指針を示す自殺総合対策大綱は、おおむね5年をめぐりに見直すこととされています。今年が改訂の年度となっています。この

新しい大綱が先週の7月25日に発表されたところです。本日の参考資料1として、この新しい大綱を配布させていただいていますので、参考にご覧ください。三重県の次期自殺対策行動計画は、この発表されました大綱および三重県の自殺の実態、それからこれまでの取組状況を勘案して策定することとします。

3つ目。策定に向けた進め方です。次期三重県自殺対策行動計画策定ワーキングを設置し、ワーキングにおいて原案を策定します。この原案について自殺対策推進部会で議論をしていただきまして、計画案として取りまとめます。この計画案は親会である三重県公衆衛生審議会に報告という流れになります。

裏のページをご覧ください。こちらは計画策定のスケジュールを記載しています。8月の欄をご覧ください。本日の第1回自殺対策推進部会では次期骨子案をご審議いただきまして、骨子案については10月に議会に報告を行います。その後、9月、10月のワーキングで中間案を作成し、10月の第2回自殺対策推進部会でご審議をいただき、12月に議会に中間案を報告、そしてパブリックコメントを頂きます。年が替わって1月にはワーキングで最終案を作成し、第3回の部会でご審議をいただき、3月の三重県公衆衛生審議会への報告、議会への最終案を報告、次期計画を公表するスケジュールとなっています。

策定のスケジュールについては以上になりますが、新しい自殺総合対策大綱について簡単ですが資料5と参考資料1でご説明します。

まず参考資料1をご覧ください。参考資料1の1枚目は概要になります。こちらの概要の下線がある部分につきましては旧大綱からの主な変更箇所となっています。ポイントとしましては、第1としまして基本理念が新しく追加されました。また、第3の基本方針に包括的な支援や関連施策との有機的な連携が追加され、「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現へ向けた取組をはじめとした各種施策との連携を図ることとされています。第4の当面の重点施策ですが、今回追加されたものは、下線があります。1、7、11、12の4項目です。6番目につきましては旧大綱では精神科医療とありまして、今回は保健と福祉が追加されています。重点施策につきましては下段に詳しい項目が記載されています。

抜粋してご説明しますと、重点施策ポイントの7番目、「社会全体のリスクを低下させる」。こちらのほうでは、引きこもりや児童虐待、性暴力、生活困窮者、一人親家庭、性的マイノリティに対する支援の充実、妊産婦への支援の充実、自殺対策に関する居場所づくりの推進が盛り込まれました。また、11としまして、子ども・若者の自殺対策をさらに推進するとして、いじめを苦しめた子どもの自殺予防、学生・生徒への支援充実、SOSの出し方に関する教育の推進、子どもへの支援の充実、若者への支援の充実などが明記されています。

次に12。勤務問題による自殺対策をさらに推進する。こちらのほうでは、長時間労働の是正、職域におけるメンタルヘルス対策の推進、ハラスメント防止対策、この3項目が追加されました。

それでは参考資料1の9ページをご覧ください。9ページの上から7行目。こちらのとこ

ろに重点施策の扱いについて記載があります。「当面の重点施策は、あくまでも国が当面集中的に取り組まなければならない施策であって、地方公共団体においても、これらに網羅的に取り組む必要があるということではない。地方公共団体においては、地域における地域の実態、地域の実情に応じて必要な重点施策を優先的に推進すべきである」という記載があります。

では参考資料 1 の表紙に戻ります。上の表の第 5。自殺対策の数値目標についてです。自殺死亡率を、今回国は先進諸国並みの現在の水準まで減少させることを目指すようにしました。今、説明しているのは、この参考資料 1 の表紙の部分になります。こちらの上の表の第 5、自殺対策の数値目標、こちらになります。自殺死亡率を先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指しています。点線の枠内に参考として各国の自殺死亡率がありますが、高いところだとフランスが 15.1。低いところでイタリアが 7.2 となっています。平成 38 年までに、この先進諸国の現在の水準までということで、目標値を 13.0 以下と掲げ、減少率としては 30%以上となっています。今までの大綱の目標値は 20%以上の減少でしたので、減少率は大きくなりました。

それでは資料 5 をご覧ください。資料 5 ですけれども、こちらは左側が自殺総合対策大綱、右側が二次計画、現行の章立ての比較表になっています。大綱のほうで網掛けとなっているものは旧大綱からの変更箇所です。下のほうに「現大綱」からと書いていますが、こちらは「旧大綱」からということでミスがありますので、訂正をお願いします。旧大綱からの変更箇所です。

めくっていただきまして 3 ページです。こちらからの資料につきましては、先ほどの比較表をさらに詳細にしています。一番左側に大綱において旧大綱からの変更になった箇所を抜き出して置いています。真ん中のところは第二次三重県自殺対策行動計画の記載内容、そして一番右側は見直しの視点を記載しています。全ては確認ができませんので、また次の骨子案の審議の際にもご参考にしていただけたらと思います。説明は以上となります。よろしくをお願いします。

続きまして、ヘルスサービス R&D センターのほうからのご説明がありますのでよろしくをお願いします。

(大西統括)

続いて、骨子案。議事 4、資料 6 からになります。次期計画の骨子案についてご説明をさせていただきます。NPO R&D センターの 大西と申します。

初めに、私どもは今回、もう一人、畑中、3 名で参加させていただく予定でしたけれども、体調不良により 2 名で参加させていただくこと、お許しいただきたいと思います。

資料 5、その次の資料 6 のほうをご覧くださいと思います。資料 6 は、計画の骨子案として大きなスライドとなっています。これまで、各担当課からのご説明をいただきましたけれども、この資料 6 は新しい資料、データと申しますよりも、ここまでのところを 1 つまとめるような形となっています。私どもの作業としましては、先回の計画、第二次計

画に基づきまして、新しいデータを、まずは図表を置き換えること、そしてそこからより深めた分析ができるところを分析していく、そして今回新しい、今回の改訂でお決めいただきます骨子に基づいて進めていこうという流れのところでは、いくつかの代表的な図表のご説明をさせていただきたいと思っております。

まず最初は、1、全国の自殺の傾向を示しています。これは、総数と、それから男性および女性について、年次、バブル後に急増はしましたけれども、こここのところ、その自殺率が下がっているということ、再掲となりますけれども示させていただいています。

2番目の図表ですけれども、全国の性・年齢階級別自殺率の推移は、男性では50代、それから20代が過去30年弱の推移としまして増加傾向が示されました。また女性では、先ほど委員よりご指摘いただきましたように、20代が増加傾向を示しているところが注意したい点かと思っております。

続いて下の3番目、三重県の自殺の傾向として、自殺死亡率の推移が低下をしてきています。ここ20年ほどは全国を下回った死亡率で低下をしていますけれども、27年度のみ全国値を上回って、このような推移が起こっています。三重県も下がったけれども全国も下がっています。では三重県と全国はどのように違うか、三重県の特徴は、こうしたところがこれからの期間、深めたいと考えている分析ポイントです。

次、4番目。三重県の性別・年齢調整自殺死亡率および年齢階級別自殺死亡率の推移です。男性と女性をお示しさせていただいています。こちらは、県および本日は資料の中に含まれていませんけれども、市町別のデータとしますと自殺数は絶対数が少なくなりますので、率だけを見ますと変動が非常に大きく不安定になります。そのためにベイズ統計というものを用いて、期待される値に比べて、これを比較しやすいように統計処理を行いますけれども、この値です。男女とも低下傾向にありますものの、先ほど申しましたような注意すべき年代があります。

6番目は、三重県の同様の図表が続きますが、先ほどセンターのほうから、これよりも詳しい、そして多様の図表を示していただいていますので、繰り返しますけれども、その中での代表的な図表とお捉えいただければと思います。全年齢階級別の自殺者の割合で、男性および女性に分けて自殺が多い年代というものを見ています。

7番目は男性と女性に分けた性・年齢別の割合を男女で比べている図表です。

8番目は死因の順位ですが、特に若い世代の死因の第1位を占めるということが大変大きな事柄です。何とかこの部分を少なくしなくてはならない、こうしたミッションを、本計画も持っているように思います。

9番目は職業別の割合です。先ほど失業者の割合が少なくなっていない、多いのではないかというご指摘も頂いていましたけれども、これは円グラフですけれども、どの職業別でも全体的に少なくなっています。無職の方が多いのはありますが、そこだけとびきり増えている、または減っている、というところでもなく、全般的に減っているというのが傾向です。

その傾向は、次の10番の性・年齢階級別自殺者の職業割合でご覧になっていただくことができます。男性は50代までの労務作業、60代以降では自営業、年金雇用保険者が多く、女性は主に無職が多いですけれども、60代主婦、70代以降では年金雇用保険者が多いです。

それから11番、すみません、この辺りはいくらか説明も簡素に行っていたと思いますが、11番、自殺の原因・動機は、23年から28年にかけて健康問題が第1に多いところですが、これもやはりこの5年間で傾向が大きく変わったかというところ、全般的に減りました。特に、経済だけが減ったとか、または健康だけが減ったとか、そうしたところでもないように思われます。そのことは全国と比べても、全国の傾向としても同様です。

12ページは、12番の市町別の自殺発生数の年次推移となりますけれども、これは新しい図になります。ここで行わせていただきたいと考えていたところは、いわゆるホットスポット、自殺発生が多い箇所があるだろうか、また、発生したときに、その地域、また周辺地域で自殺率が多くなるという現象が起こっていないだろうか、これを確認させていただいた次第です。結論としては、そのようなホットスポット、特に多い地域ということにははっきりはしませんでした。ここで、そのようなホットスポットを探したいがために、あえて率ではなく絶対数でこの地図では示させていただいていますけれども、人口が多い津市、それから四日市市では当然と言ってよろしいかと思います。多いものの、松阪市、鈴鹿市と、人口が多いところが色濃く出ていますが、特にリーマンの後にここで増えたとか、そういった傾向は明らかではありませんでした。また、こうした市町別の考察は、これからも深めていきたいと思っています。

13番は、三重県の保健所管轄別の、標準化死亡比です。この13番が男性、および次が女性となっていますけれども、おそらく分析とすると市町別のほうが地図として見やすいのではないかと思います。これからの施策展開を考えていきますと、保健所単位というのは有益かと思いますが。男性の保健所別の様子を見てみますと、若い世代、10歳から39歳まで、30代までのところだと、松阪、伊勢、伊賀、尾鷲、熊野。下のほうの、南のほうの部分が相対的には高かったです。若い10代では四日市も高かったです。

14の女性のほうはスキップをさせていただきます。

ここから第二次計画について、簡単に評価と課題をまとめさせていただきます。詳しい、指標を用いた評価は、先ほどの資料3でご報告いただいているところでもありますので、それに加えるような形になります。全般的評価としましては、死亡率は19年に10万人当たり20.1から28年は14.9に減少しています。これは、良い、ポジティブに捉えてよい結果だと思います。

課題としましては、若年者においてスクールカウンセラーの配置などが効果的に働いていると思われるので、今後はそれらの活動を定着させることです。また、中高年層におきましては目標に達していない指標もありますので、継続した指標のモニタリングとその改善が必要になろうかと思っています。高齢者の自殺も多く対策が必要かと思っています。関係団

体、民間団体との連携、そして市町事業はまたこれからが本番になってこようかと思いませんけれども、この充実が求められるのではないかと思います。

次のページには、赤っぽいグラフで目標値の設定とあり、目標値を書いています。平成 38 年度には、基準年を 27 年度としまして 30%以上減少し 13.0 以下にする、こちらが全国になりますけれども、三重県におきましては 13.0 と、これが基準年から見まして 32%の減少となります。まず、このように設定してはいかがかと、県の方と方向を定めさせていただいているところです。これまでのところを確認しまして、以下、骨子案です。

骨子案は、第二次計画を基に新しく作っています。これもやはり、1つ前の資料 5 で、分かりやすく、大綱と、それから前回の第二次計画との照合表を矢印で書いていただいていますので、どの部分が増えて整理されたかということが、これで見比べてご覧になっていただきやすいと思います。

この骨子案では下線の部分が新しく加えた部分です。1 ページ目は、経緯は前回から 29 年、そして 30 年の改訂予定というものがありましたので、ここを追記させていただきました。ページ数としては、今が 17 ページになりますけれども、その次の 18 ページでは、計画の期間を新しくさせていただきました。続いて 19 ページは、先ほど赤っぽいグラフでお示しさせていただいたところですが、目標値について書かせていただきました。

20 ページは、次期計画におきましては、保健所の管轄地域と、それに加えて市町別の状況の記述を加えさせていただきたいと考えています。大綱にも示されているところを、この次期計画には加えて、第 3 章では基本理念と、それから基本認識、そして基本方針、ここを明確に書いた上で取組を記述していきたいと考えています。

第 4 章では今後の取組としまして、ここまでの会の議論の中で、世代別の取組ということが評価されているところでもあります。①番として子ども・若者、そして②番として中高年、③番として高齢者層。また、(2)となりますけれども、うつ病などの精神疾患を含む対策の他、自殺支援者、そしてハイリスク者の支援、がん患者、慢性疾患、そして遺族支援、これらをしっかりと記述をしていきたいと考えています。

少しはしょってご説明をさせていただきましたが、①のところなどは、産後のうつ対策、妊産婦への支援というものも新しい部分です。しっかりと取り組めるように、行動計画をご提案して進めていきたいと思っています。

続いて 2 番、地域特性。3 番、関係機関・民間団体への連携。そして 4 番目ですね。自殺対策を担う人材の育成です。これは資料 2 でも進められましたスクールカウンセラーの他、ピアサポーター等も進められているところではありますけれども、この人材養成は非常に重要な事業かと思しますので、これを進めていけるように記述を深めます。

次、5 番目は、この項目自体新しく追加をご提案するところです。大規模災害です。

大規模災害時の被災者への支援です。ここも会でご議論を、検討を重ねられているところでもありますので、支援者のスキルアップ、それから隊員へのストレス対策、これらを骨子に含めさせていただきました。

以上、この骨子に基づきまして、委員から先ほど来よりここの分析はどうか、なぜ、アールコールは、失業者については、いくつかのご意見、ご指摘を頂いていますので、極力利用可能なデータを集めて分析を深めて、良い計画づくりを進めさせていただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。大綱が新しくなつて、三重県も新しく自殺対策行動計画を策定するということであり、非常にたくさんの内容ですので、ここでなかなか議論を尽くしていくと思ひますけれども、できるだけご意見、ご議論いただければと思ひます。今までのところで何かご質問ありますでしょうか。

(田代委員)

自殺する方たちは、確実に死を選ぶ方と、ためらつて何回か繰り返すうちに亡くなる方がみえます。このデータ自体は亡くなった方のデータで、まだ生きていて自殺を繰り返しているデータではありません。病院、救急で来て、入院させたり外来で帰した方を精神科の病院に送るのですけれども、入院した方は患者さんの同意を得て行政にも連絡して見てもらうようにしています。四日市行政に連絡したときには、2回とか3回とか、その後も患者さんに会つて経過がどうなつているかを見ていくことができるのですが、他の地域に連絡したときに窓口が、例えば自殺企図だけでも育児ノイローゼで子育て支援のほうの窓口に行つてしまつて、そこで消息が消えていつてしまいます。患者さんの経過が消えてしまいます。自殺企図を繰り返すリピーターの人の情報がなくなつてしまいます。そういうような死にたくはない、助けを求めている患者さんの情報を得るために、各地域の窓口を統一してもらつて、自殺企図の人は統一した窓口にて全体をマネジメントしながら見てもらつてデータを集めて、それを資料にして役立ててもらえるといいのではないかと思ひます。

(齋藤部会長)

それでは一つ一つ論点がありますので、委員の方々にご検討いただければと思ひます。まず、この行動計画骨子案の第1章です。基本計画の目標ということですが、4番です。18ページです。これにつきまして何か特にありますか。5年間の計画で。幸ひ、平成27年度は全国を上回つてしまつてどうなのかと思つたのですが、28年度はかなり顕著に自殺率が低下しまつて、ほつとしているということだと思ひます。この減少を維持していく必要がもちろんありますし、限りなくゼロに近づけていく必要があるわけですが、先ほどのご説明でよろしいでしょうか。一応、33年度は14.3ですか。30%減らした13.0。よろしいですか。またご意見がありましたらお願ひします。

(岡田委員)

三重大の岡田です。数字として減らしていきましようということは当然私も賛同するところですが、取りあへず大綱に出ているので、これに沿つてやつていくということが当然私たちの義務ということで十分理解はできますが、この数字の設定が、妥当性が何なの

かというところは一切説明がないわけです。それを 30%減らしましょうというところに関しても、それは非常に賛同はできるのですけれども、その妥当性はどこにあるのかというところの議論が全然なければ、非常に苦しいのではないのでしょうか。特に、田代先生は、そこら辺に関してはかなりいろいろ懐疑的なご意見があるとは思うのですけれども。これに反対するわけではありません。これは方針として非常に正しいと思います。だけど、それを実践していく現場の人間として、この数字の妥当性をきちんと一度議論して、それを共有しておく必要は絶対にあると思います。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。この数字はどういうふうに出てきたのか、もう少し詳しく教えてください。

(山川氏)

国のほうで目標値を 10 年間で 30%下げるというものが出ています。今回、三重県はどうしようかと考えたときに、27 年が高くて 28 年が低くて、ばらつきがあり、どちらをベースに 30%下げるかということを議論してきました。今回については 27 年、高いほうを 30%下げるということで提案しています。その妥当性についてですけれども、過去のデータをもとに 10 年後を推計して、どれくらい下がるかということを見たときに、おおよそこれくらいになるというものがあっていて、それと大きく離れていないので、この値を設定しています。

(大西統括)

すみません、補足をさせていただきます。先ほど参考資料の 1 で海外の自殺死亡率を紹介していただきましたが、国の目標値の 30%というものも、議論としては「エイヤ」と決めたところが大きいかと思います。それでは、これからやっていかなければならないところだけでも、実際に現場としてもやっていけるのか、このところは未知のところもあります。私も、この目標値に関しましても、国内外の文献を調べさせてもいただき、過去の資料ですけれども、各国の取組というものを一つ参考資料として本日は資料に付け加えさせていただきました。

先ほど、参考資料の 1 のところで海外のものがあると申しましたけれども、フランスの 15%が先進国の中で最も高い部分です。あとは 13%以下ですので、そのくらいはいけるのではないかということです。その 13%というのは、現状と比べると 30%マイナスになるけれども、そこまでやっていけるのか。これを見た中で、各国の取組を少しご説明させていただきます。カラーの 1 枚刷りのものです。フィンランド、それからニュージーランド、そして英国、そして韓国の取組ということ、この 4 カ国を載せさせていただきました。このうちフィンランドとニュージーランドだけ、この場ではご説明させていただきたいと思います。

フィンランドも 1990 年代までは、自殺死亡率は人口 10 万人当たり 30 を超えて、日本よりも高い、世界でもトップクラスの自殺率の国でした。ここからまずしっかりと自殺が起

この状況を調べようと、心理学的な解剖と、小さい字で恐縮ですが、取組実施の流れのところにあります。ここからどうしようかということをしっかり詳しく調べていこうということで、そういったプログラムの策定をしまして、そこからそれぞれに対する介入対策ということを立てられ、進められてきました。それぞれについては、例えば医療職に理解をいただく、また、包括的なプログラムを作成する、また、うつ病の治療を確立し、またガイドブックを作成する。ガイドラインを作成する。そして国民にそれを周知すると、このようなことが行われたわけです。

これだけ申しますと、あまり特別なこと、日本でも行われていることかもしれませんが、これらをデータ収集、そして評価、改善を繰り返す、いわゆる PDCA と言ってよいでしょうか、それを繰り返すことによって、10年で10%の人口率を低下して、現在では日本よりも下回ります。1990年は30であったものが2002年、すみません、ここで示しているのは古いデータになりますけれども、21%に減らすことができたところです。

ニュージーランドも、ここは、ニュージーランドの資料のほうではっきりと書いてありましたけれども、エビデンスのないところでエビデンスを作るということです。どのくらい減らせるかということは、まだまだ先行研究、医学的な知見も整っていないところではありますけれども、やっていかなければならない。それで、ということが書かれているところでした。1995年から2006年の10年間の間で10%減らすことができたという成果が得られています。

どの国も、なかなかもちろん対策は困難があります。そして死亡率を下げているというのは、日本でも見られますけれども、これらの先進国でも見られている世界的な傾向でもあります。韓国はまだ増えているのですが。その原因は、文献的にはこれという決め手はまだないものと私も認識しています。それを探っていくところは、先ほど委員からのお答えのところは十分にできないところかと思いますが、これらの先進国の例を見てみると13%ぐらいは頑張ったらいくのではないかと。30%というのは大きな率ではありますけれども、まだベースとして高いわが国として、30%に行くべきではないかと、こうしたところで「エイヤ」と決めたというところが実際ではないかと思いますが。どのように決めたかということは、先ほど山川のほうからご報告申しました国の基準なのでということになります。以上です。

(森川副部長)

病院会の森川ですけれども、岡田先生のご意見で、根拠になるかどうかは別として、平成10年の三重県の自殺死亡率25.4から平成28年の16.8というのは、実は33.9%減していることになります。これで次、32にするという妥当性についてはできませんが、少なくともこの年間ではそれぐらい減りました。この年数は計算してみないと出ないのであれですが、そういう意味では無茶ではないかもしれません。無茶だとは思いますが、過去においてそれだけ下がったので、目標設定するのはいいのではないかと一つ思いました。

もちろん、今現在、この自殺死亡者数の率が減っているのは、厳しい専門家の見方をすると自然減ではないかという意見もあります。いろいろ対策をしているけれども、これまでの過去において3回山があるのですけれども、それは自然に下がっていくペースに入っている可能性もあるので、対策がうまくいった可能性はあるけれども、それを具体的に検証する方法が、今、お話しいただいた全ての国においても実は検証されていないという現状の中では非常に難しいのですけれども、ただ、減ってきているという現象があるというところだと思っています。

(岡田委員)

いいですか。最初に事務局のほうに確認ですけれども、一つ、私がコメントをさせていただいた最初の転機になるのは、元になるデータの説明のところ非常に、悪く言えば不適切な設定になっている可能性があるという感じの捉え方をされそうなコメントが入っていたと思います。

おそらくですが、結局、専門職の人たちが、いかにも常識的のような雰囲気での自己主張を言うというところで歪曲するのをなるべく避けたいところはあるのですが、今までの自殺対策のところをいくと、南九州と北東北は一時期すごく減ったということが、非常にマスコミで公表されて活気づいた時期があったのですが、対策をすると、結局それが数年後にまた増えるというリバウンド現象が出てきているということがあります。見てみると、やはり10年に1回ぐらいリバウンドのような形が出てきているということも考えていって、これは自分が正しいと思っているわけではないので、そういうところも含めて考えていかないといけないのではないのでしょうか。

そういう点でいったら、先ほど、ベースになる数字が平成26年度、27年度でかなり数字が違ってきているところで、27年度になったということ自体が、少し基準になる妥当性という点では非常に問題があるのではあると思います。減らすということに関しては、あくまで目標であって、それが達成できるかできないかということは二の次になりますので、基本的に基準値をしっかりしてほしいということです。

あと、この数字は自殺完遂者の数字です。自殺完遂者の統計の取り方がどうなっているかということを確認していかないとはいけません。それはなぜかという、警察統計で取っているわけです。警察統計の取り方はどうなっているのかという、先ほどの話にもある、心理剖検的なことも警察が導入している地域もないわけではありません。ただ、ベースが何かという、ほぼ、精神科病院あるいは精神科医療施設にかかっている場合には、まず司法検死のほうからきちんと文書がこちらに届いてきます。それで、ある程度書式が決まっていて、それでこちらがレポートを出すことで、大体精神障害者かどうか分かってくるわけです。

実はこれは数年前に書式が変わっています。変わるとどうなるかという、その判定が変わってくるということは非常に考えられることになります。ここの計画の骨子のベースが完遂者ということであれば、私自身も、警察のほうのデータは非常に信頼度の高い調査

方法をここ数年でとってきていると思いますので、それに関しては一番信頼性が高いだろうと思います。ただ、これは他組織の統計依存ということになりますので、その点は十分に確認していかなければ、警察あるいは統計を取る部署が変わるだけで、がらっと変わってくる可能性があるのではないかと思います。そこをきちんと確認しておかないと、目標を立てるときの前提となるデータの妥当性の精度の問題と、その後の統計の取り方の継続性というものはっきりさせておかないと、結局子どものいじめと、いじめ対策のデータの取り方でかなり変わってきたというところも、非難の対象になるようなところで一番の問題になった数字の取り方になってくるというところですよ。そこは十分に明記しておいたほうがいいのではないかと思います。

それと、これは全然違うのですが、ある市町に関しては、自分のところは非常に自殺が多いからということで、結構独自に啓発をされているところもあると思うのですが、先ほどの説明ではスポットが見つけれなかったということで、これまで言われていることと全く違う結果になったわけです。ある特定の地域で自殺が多いということで、数年前から言われています。この会議でも、県庁のほうからそういう数字のニュアンス的なことは出されていたと思うのですが、先ほどの説明だと地域差がないと理解してよかったですでしょうか。

(大西統括)

ご指摘ありがとうございます。地域差がないという点、最後の点についてお答えをさせていただきたいと思います。ここの地域差、統計的なばらつきがあるかと申しますと、これはないとは申せません。地域差というものはあろうかと思いますが、申し訳ありません、これは、ご説明の仕方が悪かったと思いますけれども、波及していく、ここが多くなって、そこから、ではその点から広がっていくという感じでしょうか、波及が形式的に減るのかという点で、それがはっきりしなかったものの、多い地域と、それから少ない地域の差があるということはあると思います。そのようにご理解をいただければと思います。多い地域、少ない地域の差というものはありますが、ここの点で特に多いから、その地域が、隣接した地域などに波及をしているようなホットスポット、そういう意味でのホットスポットがあるかというところは、はっきりしませんでした。定性的な評価になりますけれども、そういったところになります。

続けてもう少しよろしいでしょうか。先ほど基準年というものは、確かに 27 年度と 26 年度、28 年度も変わってまいりますので、妥当性が重要ということも理解を改めて心掛けたいと思います。では何年度が基準かということは、これはなかなか解、答えというものは難しいと思います。現在、国のほうからも出されている、今年度は 7 月だったでしょうか、それぞれ県別のプロファイル、また市区町村別のデータが集まったプロファイルというファイルが、今年度は配布されるそうです。

三重県の、また各市町における多さ、少なさということを考える上では、比較可能というところが大きいかと思いますので、比較ができるところというのを今後考えていくとい

うことは一つのお答えになろうかと思えます。また、今年度他の地域でも計画策定を進めているところですので、他都道府県の動向を見ながら、そして県の考え方もお聞きしながら基準の設定というものを改めて行わせていただけないかと考えています。

また、窓口のことを先ほど、警察統計、それから重要な統計で分かることをご教示いただきました。先ほど、田代委員のほうからも最初にご指摘を頂きましたところで申させていただきますかと思ったのですが、各組織、また、地域で、いろいろな有意義なデータというものが集まってこようかと思えます。私どもが見られているのは国から集められたもの、また、県のこころのセンターで集められているデータを見ていますが、より地域のほうでどのような取組をされているか、また、その情報・データがあるかということをお聞きして回らねばならないかと思っています。今年度の、私ども、持続させていただいています事業におきましては、県内の地域でのヒアリングも承っています。また、そうした事業、データの所在などをご指示いただければ幸いです。以上です。

(森川副部長)

岡田先生からちょうどいい問題提起していただきました。病院会の森川です。基準についての例ですけれども、ある自治体は、その年数、過去3年間の平均を基準にしたりとかしてやっています。単年ではやっておられないという事例があったということの情報提供です。

それと、この12番目の三重県の市町村別自殺発生数の年次推移の統計のところ、実は、本当は言おうと思っていたのですが、ちょうど今、先生にご指摘いただいたので。以前から問題になっていますけれども、人口が少ないところの統計解析をするときには単年でしますとすぐ年度の差が出るので、国の、確か昔の解析もそうだったと思うのですがけれども、例えば、3年、3年、3年で区切って出す、あるいはもう少し長い区間で区切るようにしないと、本当の意味でのスポットを見つけられない可能性があります。できましたら、やはり、人口・年齢の分布も解析に入れて、モディファイして、修正をして出していただいて、本当にそういう地域がないのかということを出していただけたらというふうに思いました。

(大西統括)

重要なお指摘をどうもありがとうございました。努めたいと思います。

(齋藤部長)

ありがとうございます。なかなか難しいのでしっかり進める必要があります。それでは続きまして第3章ですね。第3章に行ってくださいまして、20ページですね。自殺に対する方針。まず基本理念ですね。こちらはいかがでしょう。よろしいですか。それから2番ですけれども、自殺に対する基本認識ですね。下線のところが変わっていますね。新しく付け加えられた部分です。変わっているところです。実践的な取組を地域レベルで、取組を推進。よろしいでしょうか。

3番ですけれども、基本方針です。「生きることの包括的な支援を推進する」ということです。「関連施策と有機的な連携を強化して進める」。それから21ページです。「対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる」と。

「対応の段階」とはどういう意味ですか。

(宮田主幹)

対応の段階といいますのが、資料のほう、参考資料を見ていただいて。参考資料の5ページになろうかと思います。対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させるということで、対人支援、地域連携、社会制度のレベルというものが一つ。それから事前対応、自殺発生の危機対応、事後対応。等の段階ごと。このレベルがあります。

(齋藤部会長)

大綱の5ページから取っているということですね。よろしいでしょうか。今、基本方針をみてきたのですけれども、次、第4章ですね。「対象を明確にした取組」。「世代別の取組」。「子どものSOSの出し方に関する教育の推進」。「いじめを苦しめた子供の自殺予防」。「学生・生徒への支援の充実」。「知人等への支援」。「学校等での事後対応の促進」。「妊産婦への支援」。中高年層においては、「長時間労働の是正」、「職場におけるメンタルヘルス対策の推進」、「ハラスメントの防止対策の推進」です。よろしいですか。

三重県の現状を勘案して、何か工夫した文章というか項はあるのでしょうか。全体見させていただいて、事務局の案としてですね、後で良いので。全ての世代に共通する取組では、「適切な精神保健医療福祉サービスの提供」。「未遂者支援の強化」であるとか、「家族等の身近な支援者に対する支援」ですね。「ハイリスク者支援」。「がん患者・慢性疾患患者に対する支援」ですね。あとはずっといきまして3番ですね。「関係機関・民間団体との連携」。「精神医療、保健、福祉等の連動性の向上、専門職の配置」。どうでしょうか。なかなかここで一つ一つやっていくのも大変なのですが、何か特にここはというところはありますか。ここは変ではないかとか、どういう意味なのかなど。

(岡田委員)

特定機能病院の有床精神科の課長としての意見ですが、多分四日市、田代先生も同じだと思うのですが、多分救急病院は未遂者の対応が非常に多くなってきて、完遂者はほとんど来ないというところだと思います。未遂者の対応ということで、どうしたらいいのかということで、一応、未遂者支援ということで書いていただいて、こちらとしても非常に助かるというか、これであるべくいい形に持っていただきたいという希望があります。ですが、四日市の話で情報が集まっているということに対して、非常に僕としてはびっくりしたところですよ。実は、うちは現段階で自殺未遂者というものが入院患者さん全体の中の2割弱になっています。その情報を、個々の症例として、特定の症例では保健所との共有ということは津保健所とやるということがありますが、実は個人情報保護法が変わり、そのデータを集めるだけで非常に高い規制がかかってきます。

これは、研究機関としての、アカデミアとしての情報集約ということに対する制約が非

常に強くなります。そして、当然医療機関というのは、医師として、あるいは医療関係者全てになるでしょうし、医師法や医療に関する守秘義務に関わってきます。行政もまた個人情報保護法で、そのデータを集めることが非常に難しくなります。個々の事例で、必要であれば、個々の正義に従って情報提示ということはできます。しかし、それを集める段階で非常に高い規制がかかってくるということが、今年度からの現状になってきます。

昔はうちの教室でもやっていたことは何かというと、特定の熱意ある医師が、この会議に参加して、そのデータを使って英語の論文を年間何十本も書くということもやっていたのですが、現実今の段階でそれができるのかということ、行政のハードルの高さ、研究機関のハードルの高さで、おそらく連携をしてある程度やらないと駄目で、ヒアリングという形の印象操作であれば、それはどうにでもなるでしょう。それは、いくらでも私も言えるのですが、自分の印象、直感というものが、どの程度県全体の自殺未遂、完遂に影響するのかということに関する、これはかなり偏りがあるのではないかとということで、心ある有識者としては、あまり言わないほうがいいということが実情だと思います。むしろそれをヒアリングで取っていくというのであれば、かなり偏りが無い形でやっていかないといけないと思いますし、未遂者の支援ということを具体的にどう考えていくのかは非常に現場としては切実な問題です。うちの病棟は、自殺未遂に対する対応で、現有の精神障害者に対する治療が後回しになることも多々あります。これが三重県の現実だと僕は思っています。四日市の場合は、また少し別な形だと思いますし、精神科病棟がないということで、また別の形のご苦労があると思うのですが、ここに関しては非常にナーバスかつ一番の重要なところだと思います。

うつ病患者さんに対する適切な治療とか、いろいろ精神障害者ということになってくると、2つの意味が出てきます。それは、基本的に自殺を行うという直前の精神病理的な状態というのは健常ではないということから、あえて言えばうつ病になるだろうという一つのカテゴリカルな問題が出てくるのが一つです。あともう一つは、うつ病というものを対策すれば、当然、一番有効的に自殺者を減らすことができるという、これはどう考えても、あるいは海外のデータを見ていると、うつ病を適切に対応したから自殺が減ったという数字は出てくるのですけれども、それが国民生活や、あるいは三重県民生活の向上に寄与できるかということ、また別次元になるわけです。数値目標の達成と、QOLの向上というところでは十分分けて考えていかないとはいけません。

そういう点でいくと、話を元に戻しますけれども、四日市と大学というところでいくと、今度、未遂者に対する対応で非常にエネルギーがそがれています。一般診療に対しても影響が出てくるぐらいのことが非常に辛くなっています。大学は大学特有の専門職員というものが経営上の問題で、なかなか得ることができず、結局誰がやっているのかということ、医者がやるということで、非常にマンパワー的にも疲弊している実情があります。支援者対策ということをどうにか行政レベルで濃厚かつ有効な、合理的なものを達成していただければ、私たちとしても非常にそれには参画できるのではないかと期待を

しています。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。支援者対策ということでご意見いただきました。

(星野課長)

貴重なご意見ありがとうございます。前回の計画のときからも支援者支援ということを書かせていただいています。今、保健所のほうでもモデルでやらせていただいたり、地域性があるので、それぞれ各保健所に応じた形でという形で整理をさせていただいているところです。本日頂きましたご意見のほうはしっかり聞かせていただいて、また何ができるのかというところを話し合う必要があるのではないかと思います。ありがとうございます。

それと、先ほどいろいろご意見を頂いた中で、自殺の数値目標についていろいろご意見を頂きましてありがとうございます。こちらのほうの指標につきましては、警察のほうではなくて人口動態統計のほうで比較をさせていただいています。

基準になる数字については、いろいろ悩みまして、一番、本来であれば一番いい数字が出れば、そこからもっとということがあるのかもしれないのですが、一番いい28年度をすると、30%を国に合わせると10.43などというそういう数字は、少しかなり非現実的ではないかというところもあり、国が基準にしている年度と合わせさせていただいたというところがあります。それでまた変更する必要があるのかどうかということは、また中で持ち帰って検討したいと思いますが、できれば国との比較ができるというところで、そこで収められたらというところで書かせていただいています。

(岡田委員)

これまでの取組でも減ってきていて、推定曲線から算出したときにどのくらいの数字が減ってくるのかというところを本当は示していただきたかったというところではあります。それで目標に達成できないから、そこでこ入れでこを入れますという議論であれば、変更点の意味は私は素直に理解できたのですが、目標の提示と、やろうとしていることの内容が、うまく整合性が自分の頭の中で結局とれなかったということです。しかも、その基準もはっきりしないというところで、そこはきちんと明確にしていきたいと思います。数字を出して、こうやればいいというものなのか、現場としては、これは非常に期待するところもあれば、進め方によっては非常に失望します。また今までどおりに、自分たちの医療のレベルを上げるというところでやっていくということでは対応できないのかというところがはっきり出てきます。ちなみに大学は、5年前と比べて全然質が変わってきています。これはあくまで私の印象にはなるのですが、やはり、時間とともに変わってきますし、社会環境の変化、経済的問題の変化ということも含めて、個々の事例では十分理解できるのですが、全体の数字が分からないというところがあります。取りあえず今までの減衰曲線の中でどのくらいになるのかということは、後日で結構ですので見せていただきたいですし、それでうまくいくのであれば、別にそれほど難しいことはしなくてもいいのではない

かということは、正直なところではありません。

(星野課長)

ありがとうございます。すみません、それと、お時間を頂きまして、田代先生から相談窓口の件を頂いたかと思えます。確かに自殺をする人が、未遂の方が、一つの窓口で済むということではなく、いろいろなところを転々としているということはあるかと思えます。

窓口を一つにしてしまいますと、逆に届かないことがあるのではないかと思うところもあるのですけれども、実際、本日もこちらのパンフレットも作らせていただいていますように、いろいろな窓口があります。必ず必要なところに届くシステムが大事なのではないかと思ったりもしますので、そういうことを検討させていただこうかと思うのですが、よろしいでしょうか。

(田代委員)

窓口に行って、その担当の人が継続的にマネージメントをすることが必要です。担当者が横の連携を作ってもらえるようなことをしていただけると、患者さんは窓口に行きやすいと思えます。

(星野課長)

ありがとうございます。

(鈴木委員)

保健所です。鈴木です。実際、例えば入院中の患者さんが、自殺未遂者で入院中の方が退院するという段階で、例えば保健所に退院する前に連絡を頂いて、そうしますとケア会議といいます。関係者が集まって、退院後にその患者さんをフォローしていく、地域でフォローしていく体制というものは作れると思えます。個々の患者さんの話にはなりませんけれども、病院さんもお連絡を頂ければ、こちらのほうも一生懸命対応させていただきます。また、連絡を密にしていけばいいのではないかと思いますので、よろしく願います。

(星野課長)

ありがとうございます。自殺の場合は特にですけれども、一つの機関で終わるということがなかなかありませんので、本日ご意見を頂きまして、改めて連携の大切さということをし、しっかり計画のところに落とししていく必要があるのではないかと思います。ありがとうございます。

(齋藤部会長)

時間がなくて申し訳ありませんが、27年度に上がって、今年また28年に下がりました。この要因はどう考えているのですか。

(星野課長)

本日の部会では、骨子案につきまして、このような骨子でいくことについてご了解をいただけたらと思っていますが。

(齋藤部会長)

その以前に。自殺率が 27 年、28 年の自殺率です。数値目標に関連しているのですけれども、もっと最初のほうで質問すればよかったのですが、その差は、どのように考えて出していますか。

(星野課長)

自殺率の差をどう考えているかということですか。

(齋藤部会長)

自殺率が上がって下がっています。ふらついています。それを県としてはどう考えていらっしゃるのですか。

(星野課長)

なかなか自殺の率の場合は、毎回何で下がったのだとか、何で上がったのかなどと言われたときに、これが原因でこれがうまくいきました、ということなかなか説明しにくいところがあります。先ほど何年かで見るといような意見も頂いたのですが、うまく説明できるものはないのですが。

(齋藤部会長)

これら資料からは説明できないですか。

(星野課長)

はい、そうです。どこが増えたとか、どこが減ったとかということは言えるかも分かりません。原因というのはしっかりまた見なければなりません。

(齋藤部会長)

それと、先ほど私が質問させていただきましたが、県独自の、三重県の行動計画ですね。その県の特性を踏まえた何か特徴というものがありますか。ここに入れ込んだものがあるとしたら。

(星野課長)

今回の改訂につきましては、前回の計画の章立てに追加するというような形で、地域性がありますので、地域別の書きぶりをしていたりしますので、それを生かしたような形ということで書かせていただく予定になっています。実際の一つ一つの項目については、前回から今回に関して、特に新たな項目は大綱に合わせたような形になります。ただ、中身自体は、例えば若者の場合でしたら前は「若年層」という書き方をさせてもらっていましたが、若年層の年齢層が 39 歳までと、あまりにも幅が広がったものですから、今回は、「子ども」「若者」というような形で書かせていただいて、特に教育委員会との連携などをしっかりやっていきたいと思っています。

(齋藤部会長)

分かりました。ありがとうございます。質問時間もだいぶ押していますので他にあれば。

(雲井委員)

すみません、雲井ですが、先ほど岡田先生も少しおっしゃったのですけれども、やはりいろいろな原因を究明していくためには、未遂者も入れて、いろいろな数字を解析して原因究

明をしているのでしょうか。亡くなった方だけで、やはり未遂して、たまたま運悪く亡くなった、生き残ったというところがありますので、未遂者も入れて解析したらいかがかと思っただけですが、その辺りはどうでしょうか。

(岡田委員)

私はあくまで、未遂者のほうが非常に多く接しています。自殺完遂者に関しては、僕はすごく今、星野課長からのお話で、勘違いしていたのです。警察統計でやっているものだと思っていたのですが。

(星野課長)

両方あるのですけれども、こちらの指標については人口動態のほうです。

(岡田委員)

僕はその人口動態統計のほうの自殺の区分の取り方は一切知らないのです。実際警察統計と人口動態統計で実際に自殺の数が違いますよね。そこら辺よく分かりません。実は私もお伺いできれば教えていただきたいと思います。実際にどちらが正しいのかというところで、僕個人としては、自分で司法から、司法というか警察のほうからの問い合わせでは、取りあえずしっかり書くという形での協定がありますので、こちらはきちんと出しています。そういう点で自分では警察統計は正しいと思っています。ただ、人口動態統計というものはどこから取ってきているのか一切知らないで、その点に関してはお伺いさせていただければということは、今、コメントで思います。

(星野課長)

資料 1 のところをご覧ください。黄色い色を塗っている、左のほうが厚生労働省の人口動態統計と書かせていただいています、右が警察庁の自殺統計という形で表にしています。

例えば、厚労省の人口動態統計は日本人だけという形になったりしますけれども、警察庁のほうは総人口ということなので外国人の方も含まれるという形で、どうしても実数自体が変わってきます。表を見ていただくと、これは率の比較や数の比較になりますけれども、自殺する数もそうですし、率もそうですけれども、同じ年度でも警察統計と厚労省の統計の数が違うということは、下を見ていただくと分かるかと思います。28年度でいきますと、警察統計では自殺者数は計 302 になりますが、人口動態統計では 267 という形になっています。データをどちらで取っているかということは、計画のところでも表示させていただいているところです。

この表は見にくいのですが、警察統計でもやはり概数を入れますので、28年の 14.9 という数字は、字が小さくて申し訳ありませんが、右のほうに※印が書いてあって、これはまだ概数という形になります。また、確定数というものが後ほど出てきますので、この数字はまだ若干変更する可能性があります。

未遂者の数の把握ということになりますけれども、今、説明させていただいたように、死亡者につきましては人口動態などのところで数字が出てきますが、未遂者については改

めて調査をしないと把握できないという形になります。

(雲井委員)

どういう理由で自殺しようとしたかということは逆にまだ生きているから、詳しくは聞けるということではありますね。

(星野課長)

はい。どういう理由。理由ですね。

(雲井委員)

ええ。心理になるのでどう聞くかです。亡くなった方は逆に、周りからのヒアリングでしかなかなか分からないということはあるかもしれませんが。

(星野課長)

はい。未遂された方へのということですね。

(雲井委員)

むしろ未遂者に、そこを追求して聞くといういろいろな原因というものがより分かるのではないかなと思ったということです。

(松田局長)

ありがとうございます。未遂者は実は毎年調査はしていません。直近でいうと、26年に調査をした結果があります。これは1つの冊子にまとまっていますけれども、後ほどまた参考にご提出したいと思います。

(田代委員)

話が違うのですけれども、大規模災害のところですしけれども、大規模災害の訓練でDPATと他の組織との横の繋がりがある程度ありますが弱いです。実際に大災害が起きたときに、非常事態で組織が崩壊しているので、それを再構築した上でやっていかなければいけない状況です。県とDPAT隊員との連携を確認してもらいたいのではないかと思います。

(星野課長)

DPATのところですね。

(田代委員)

実際DPATは拠点病院などで活動するわけですしけれども、DPATが組織化されて組み込まれないと活動できません。そのあり方に関しても考えてもらう必要があるかと思います。

(星野課長)

ありがとうございます。検討させていただきます。

(森川副部長)

病院会の森川です。先ほどの岡田先生の質問の件のところで、警察庁統計は、もう先生もご存じのところもあって、むしろ恐縮なのですけれども、基本的に亡くなった時点で、警察官が、遺書があったりなどした場合に計上します。例えば人口動態統計は、多分、死亡診断書から。ですから、何で亡くなったかという理由はないので、単純に、死んでいる状態の中で、これは自殺だと医者が診たときには自殺になります。

警察が調べた場合には、多分前から悩んでいて通院していたなどとなった場合に数が増えてしまうのと、それが後の調査になって判明するので、年度をまたがって数字が、分かった時点で計上するので、その年度年度での数字が確定できないという問題点があります。多分、計画を立てるときには人口動態統計を使っていくという部分があるのではないかと私は思っています。

それと、原因についても死亡診断書からでは分からず、警察の場合は事情聴取をするので、そのときに警察官が上位 3 つを例えばそれが健康問題などで選ぶことができるので、当然何が原因でなったかという統計上に必要な情報がそこにあるので、警察庁の統計を使うというところがごっちゃになってしまうところがあります。実際に、3 万人を超えた、超えていないということは警察庁統計で、既に新聞紙上にダッと出ていますけれども、計画を立てるときには人口動態統計をとということだと思えます。すみません。その程度にしか。

(齋藤部会長)

それでは時間も押していますので、今後の進め方につきまして、事務局からご説明をお願いします。

(宮田主幹)

今後の進め方についてご説明します。本日、皆さまの机にお配りしましたファクスの票があるかと思えます。部会后と書かせていただきました。ファクスの送信票があるかと思えますので、本日何かご意見等ありましたら、そのファクスの送信票にご記入いただき、健康づくり課まで、8 月 10 日、木曜日までにファクスを頂ければと思えます。お願いします。

(森川副部会長)

すみません、森川ですが、なかなか言う機会がなかったので、最後に申し訳ないのですが。当院でいろいろ支援をしている子どもらの中で、若者への支援のときなのですが、いつもスクールカウンセラーという数字が出てきますが、これは公立です。私立高校があるのですけれども、いつもわれわれが支援上で困るのは、私立高校のカウンセラーは私立高校に任せられているということです。これは当然だと思えるのですが、逆に県が置きなさいと言っているけれども、何かの理由で置けていないという話をよく耳にします。その部分も、本当は県が何とかしてほしいと、何か対策方法はないのかということが一つです。そうしないと、三重県において、公立の高校に行くのと、私立高校に行くのと、その高校生の支援の質が変わるということは、長い目で見るときによろしくないのではないかと思っています。その部分の何か解決方法があるのであれば県のほうで考えていただきたいということがあります。

当院の場合、支援の中でよく出てくるのですけれども、公立高校は本当に、以前に比べてカウンセラーが充実されてきているので、そちらからの相談は減ってきているというような印象ですけれども、私学に関しては、どうも、高校によってかなり差があると感じています。

それと、自殺対策の根本的な対策のやり方で、私が数年前に東京であった世界自殺会議に参加したときにいつも言われていることは、今日もすごくいいデータを出していただいていたと思うのですけれども、突出している年齢層に対してフォーカスを絞って対応することが一番大事だと言われています。例えば、女性の60代でしたかと、男性の30代あるいは20代のところに対して、その分析ができないと対応も難しいですけれども、特にそれに対する支援なども盛り込んでいただけたらと思います。

自殺対策の専門家が常におっしゃっているのは、年齢分布を見て、性別を見て、突出しているところをまず低くするように対応する。そして数年後、効果が出たかどうかを見て、ばらつきが変わったら、今度出たところに対応していく、というふうにしていくしかない。長い目で見たときに、という話をされていました。

三重県が、先ほど、部会長からも三重県の特徴はないのかという話があったときに、三重県の特徴を踏まえて支援をしていく。いくらかデータは当然出ているので、それも参考に。特に過疎地域において孤立化が問題になるのであれば、孤立化をどうするのかとか、これは地域の保健所が非常に対応していただいているところでもあるのですけれども、そういう地域的なものも踏まえたものも入れていただきたい。これまでの取組の中で、岡田先生からもご指摘いただきましたけれども、これまでの取組で減ってはきているのだけれども、なおかつそれをやると上乗せができると思いますので、お願いできたらと思っています。長くなりました。

(星野課長)

貴重な意見、ありがとうございます。検討させていただきます。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。今、ご指摘いただきまして、対応していきます。この意見、先ほどもありましたが、ファクスでまた追加がありましたら事務局の方へお願いします。頂いた意見を踏まえまして、次期三重県自殺対策行動計画骨子案について部会長に一任していただければ、よろしいでしょうか。はい、それではそういう形で、修正案につきましては事務局で取りまとめていただいて、みなさんのほうにご連絡いたしますので。ありがとうございます。

それと時間も超過しているのですけれども、議事のその他として、議事5ですね。平成29年度の自殺対策の取組につきまして、事務局より説明をお願いします。

(宮田主幹)

平成29年度の自殺対策の取組ということで、もう時間がありませんので、簡単にご説明します。資料7をご覧ください。健康づくり課の部分についてご報告させていただきます。まず、若年層の部分につきましては、年代に応じた共通教材の作成および授業の実施ということで、こちらは教育委員会とワーキングをして作成の検討をしています。あと2つ目の教育現場への専門家による個別支援の実施というところは、こころの医療センターさんに委託して行っていますユースメンタルサポートセンターの事業となります。それから、3

のほうにいきまして、関係機関・民間団体との連携のところの、地域自殺対策強化事業補助金ですけれども、こちらのほうは、今年度申請いただいているのが、市町が 18 市町、団体が 14 カ所ということで、今年は 32 カ所交付金の申請を頂いています。健康づくり課からは簡単ですけれども、以上とさせていただきます。続きまして、自殺対策情報センターからお願いします。

(中西主幹)

自殺対策情報センターとしては、大きく、相談事業、電話相談、必要に応じて面接相談をやっています。また、電話相談については毎週月曜日に専用回線を通じてやっていますし、こころの傾聴テレフォンということで、平日 10 時から 4 時まで実施しています。傾聴テレフォンについては 4,394 件、昨年度の実績があります。そのうち自殺相談が 193 件になっています。また、もう 1 点、人材育成をしていて、自殺未遂者研修、自死遺族、相談窓口の方を対象とした研修会、スキルアップの研修会をしています。また、自死遺族についての分かち合いの会や、母子面接、個別支援という形をしています。あと、今年度は、(2) 地域特性への対応として、各保健所が開催している地域自殺・うつネットワーク会議や、市町への技術支援を通じて、生活困窮者自立支援法や、社会福祉のほうの、先ほども出てきました「我が事、丸ごと」の地域づくりに向けた取組と連携して、各地域の地域の包括ケアシステムというものを目指して、自殺のフォローアップという形の検討を始めています。

さらに、働き盛りの自殺が多いので、今日も出席していただいています、三重産業保健総合支援センターの協力を得て、定期便に気付きとか、うちのほうも先ほどのパンフレットなどという部分を発送していますし、また、3 月の自殺対策強化月間に合わせて啓発を行っていきたいと考えています。

もう 1 点、全国健康保険協会三重支部のご協力を頂き、特定保健指導の際に自殺対策のパンフレットを用いて保健指導を実施していただいています。さらに、もう 1 点問題とします、若者の自殺対策として、普及啓発を、県内 4 大学の学生に対し普及啓発をしていきたいと思いますし、県民全体としては、ストレス対処県民公開講座を開催していきたくて予定しています。以上です。

(斎藤部会長)

ありがとうございます。それでは各委員さんからということで、いのちの電話相談から。

(雲井委員)

はい。それではいのちの電話協会の電話相談の実績について簡単にコメントしたいと思います。当会では、2001 年 5 月 13 日に開局しまして、通常では 1 日 5 時間、18 時から 23 時まで対応しています。ボランティア 2 名ないし 3 名がこの時間帯、対応に当たっています。1 年 365 日、無休で実施ということで、フリーダイヤルでは毎月、フリーダイヤルということで、8 時から翌日の午前 8 時まで対応しているということです。

課題としては、やはり対応する相談員の確保がだんだん難しくなってきていると、これ

をいかに今後養成していくかということが課題になっています。以上です。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。それでは三重産業保健総合支援センターの方からよろしくお願ひします。

(山田委員)

三重産業保健総合支援センターとしましては、主に事業場に対する産業保健サービスとして、専門的な研修ですね。従業員 50 名未満の事業場につきましての産業保健サービス、いわゆる健康診断の事後措置に係る意見聴取といったものです。ですから自殺対策としては特にはないですけども、メンタルヘルス対策の研修などを常にやっています。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。以上で本日の議事は全て終了しました。今後の進め方につきましてはまたご意見いただきたいと思ひます。

(山本委員)

三重県社会福祉協議会の山本です。これまで当委員会の中でもご報告しておりますが、本日もパンフレット等の資料を配布させていただきました。お時間の関係もありますので、詳細はそれぞれのリーフレットやチラシをご覧ください。特に日常生活自立支援事業については、既に県内での利用者は 1,600 人を超えています。そういう状況です。

(齋藤部会長)

失礼しました。他によろしいですか。それでは議事を終了しました。それでは事務局にお返しします。

(丸山副参事)

はい。齋藤部会長様、どうもありがとうございました。委員の皆さまにも大変熱心にご審議いただきまして、誠にありがとうございました。本日もご協議いただきました内容を踏まえて、今後さらに自殺対策の取組や計画の策定について進めていきたいと思ひます。

本年度の部会は、あと 2 回を予定しています。2 回目は 10 月頃、3 回目は 1 月頃に予定しています。また、ご連絡をさせていただきますので、どうぞよろしくお願ひします。本日はこれにて終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。