

## 平成 26 年度第 1 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 9 月 11 日（木）13：00～15：00

場所：三重県医師会館 地域医療委員会室

### 委員の出席状況

出席者：齋藤部会長、谷井副部会長、伊藤委員、太田委員、鈴木（秀）委員、  
鈴木（ま）委員、鈴木（誠）委員、田代委員、館委員、津尾委員、中谷委員、  
東委員、村上委員、森川委員、山本委員、渡邊委員 計 16 名  
欠席者：澁谷委員、西場委員、吉村委員、渡部委員 計 4 名

### 開会

あいさつ 健康福祉部医療対策局長 佐々木孝治

### 1 議事

#### (1) 三重県の自殺対策について

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)

ただいまの報告につきましてご意見、ご質問がございましたらお願いします。

(鈴木まき委員)

三重県保健所長会代表でまいりました鈴木です。

今、厚生労働省の人口動態統計と警察庁の統計の違いについてご説明していただいたわけですがけれども、先ほど警察庁の死亡場所が三重県内にあること、そして外国人の方については増えているけれども、三重県に住所地がある方の自殺の数と言うと、実は近年で見てもみましてもかなり減ってきているように統計上は見えるのですが、そういう理解でよろしいですか。

(事務局)

自殺者の詳しい国籍については、この状況だけでは判断が難しいというところですが、確かに三重県は外国籍の方が多地域も抱えておりますし、そういうところもあって数と

しては自殺統計のほうが高くなっている要因かと考えております。

(鈴木まき委員)

自殺とは直接関係ないかもしれないのですが、伊勢地域でも警察官からの23条通報で、住所地ではなくてたまたま伊勢神宮にお参りに来た方、もともと病気があってお参りに来た方が、精神の状態が興奮状態になって通報ということが時々ありました。そういうふうには旅行者と言うか、県外の方が三重県に来てということもあるのかなと思いましたので、ちょっと質問させていただきました。

(齋藤部会長)

はい、どうぞ。

(森川委員)

精神科病院会から来ました森川です。

4月から三重県立こころの医療センターに来たのですが、その前は大阪府で自殺対策関係の委員をさせていただいていたのですが、三重県の傾向として教えてください。少しずつ増えてきたのはどの年代が増えてきたのかということと、全国的に言われているみたいに10代から20代の人たちの自殺死亡率が上がってきて、高齢者は若干下がってきている、依然として高いままで三重県は来られているのか、そういう大まかなところを教えてくださいよろしいでしょうか。

(事務局)

三重県の傾向としまして、人口規模が大阪ですとか都会に比べると小さいので、1人2人でかなり差が出てくると思うのですが、若い方の自殺というものが減ってはいません。増えている傾向が一つあるということ。それと高齢者については、やはり女性が高いという傾向は同じように続いています。また、壮年期の男性も減っては来ているのですが、まだグンと下がってきているということがないので、対策を行わなければならないと考えています。

(森川委員)

増えている部分は、やはり思春期と言うか、10代の部分がちょっと増えてきている。それが微増になってつながっている、1人2人ということですか。

(事務局)

はい。

(森川委員)

はい、ありがとうございました。

(齋藤部会長)

ほかにどなたかございますか。

(東委員)

警察本部の東でございます。

先ほど厚労省の数字で出ておりましたので、警察の集計で暫定値ですが、8月の数字を申し上げます。県内ですけれども、現在、7月末で233、前年比マイナス48という結果が出ておりますので、ご参考によろしく申し上げます。

(事務局)

すみません。先ほどの年代別のものにつきましては、5番に「年代別自殺者数の推移」ということで、総数と男性・女性をグラフにして数も上げてまとめてありますので、ご覧いただければと思っております。

(齋藤部会長)

ちょっといいですか。この警察庁の人数と厚労省の人数がかなり違いますよね。25年で言いますと警察庁ですと408、厚労省ですと348です。自殺率も厚労省の統計では全国より下回っていますが、警察庁の数字では、全国より上回っている。これはどのように解釈すべきですか。この60名ほどの差は何でしょうか。外国人と考えるとよろしいのでしょうか。

(事務局)

外国人が三重県の人口の中で占める割合が高いということと、自殺統計と人口動態の大きな違いとしましては、人口動態の場合は、自殺か他殺か事故死か、それではっきり色分けができた時点で計上されてきているので、不明の場合は「不明」という形で処理をされるということも関係あるかと考えます。ですので、不明の場合は自殺として計上されてきていませんし、そこの訂正もされないというところで、数としての差があるのかなというところです。今までの自殺統計と人口動態とを見ますと、三重県の場合、特に40人、少ないときは20人ぐらいですが、差が続いているということがありますので、それはそういう読み取りの仕方の違いが出てくるのかなというふうに考えます。

(齋藤部会長)

24年は差が14で、23年に至っては9ですよね。25年に60という大きな差が出ております。ですから、その60のうち何人が外国人ですか。そのあたりをはっきりとしないといけないと思います。今回は本当に警察の統計と厚労省ではかなり違います。60と言うと

20%ぐらい違いますから、この差について、東さんいかがですか。

(東委員)

先ほど県の方も申し上げたように、不明の部分もあると思うのですが、発見地ということも出てきます。県外の方が三重県で死亡するというので、そのあたりかなと思います。あとは、警察の場合、先ほども申しましたとおり、発見地ごとに自殺と判明した時点で自殺統計原票というのを作するため、多くなっているとは思いますが。

ただ、何で去年だけ多かったかというのは、ちょっと不明ですね。

(齋藤部会長)

外国人が何人かというのはわかりますか。

(東委員)

統計はありません。

(齋藤部会長)

そうすると、県外の方が見えて、たまたま亡くなった方も含まれているということですね。

(東委員)

この読み方ですと発見地ですから、厚労省のほうでは住所地ですので。

(齋藤部会長)

どちらを見ていいかというのは非常に悩ましいところだと思います。

(東委員)

トータルしてくると、発見地と住所地ですから、どこかでこう…。三重県は発見地で多いですけど、よそは例えばどこかで少なくなっているの、全国をトータルしてみると、やっぱり1,000ぐらいずれては来ているのですが、これが不明だったり外国人になるのかなど。

(齋藤部会長)

そうですね。ですから、ちょっとそのあたりの数字がはっきり分らないと、三重県で自殺者が増えていると、はっきり言うのはどうなのかと思います。

(田代委員)

県立医療センターの田代ですが、この統計で誤差が少なかったのは22年、23年、24年であって、その前は結構誤差がある状態が続いていますので、逆にその22年、23年、24年のほうが特殊だったような気がします。

ただ、誤差の理由をやっぱり明らかにしておくことが大事だと思いますので、これから統計をする上できちっとしていただくとありがたいと思います。

(森川委員)

何回も申し訳ありません。繰り返しになりますけれども、例えば山梨県の樹海であれば警察庁の数字が増えます。それで私が勝手に思ったのは、25年はお伊勢参りの方が多かったから、外部から来る方が多くてという、そういうことは別にはないですか。奈良県の場合だと、天理でおちばひろいで来たときに結構精神疾患の方がたくさん来られていて、いろいろなことが起こることもあって。そういうことはないのかなと思ひまして。

(齋藤部会長)

事務局のほうでそのあたりを、この差に、どういうものが入っているのか、もう少し詳しく調べていただけると助かります。

ほかに何かございますか。

(田代委員)

地区別の死亡では、伊勢よりも鈴鹿、四日市とかの北勢のほうの数が多かったような印象があるので、お伊勢さんというわけではないような気もしているのですが・・・。

(齋藤部会長)

そうですね。これを見ますと鈴鹿とか津、松阪は特に増えておりますので、ひょっとすると外国人の方が結構交じっているのかなという感じがしますね。

ところで、去年より平成26年は減っているということですが、この7月までの数字は、全国とは比べられないのですか。

(事務局)

全国のものも出ています。1月が2,066で、2月が1,865、3月が2,302で、4月が2,216、5月が2,255、6月が2,056、7月が2,012、8月が2,163とこれが全国の数字速報値になっています。

(齋藤部会長)

パーセンテージ的にはどうですか。三重と比べて。

(事務局)

増えているところというのがむしろ少ないぐらいで、減っている都道府県が多いです。7月で見ますと、増えているところとしましては東北のほうですとか・・・。

(齋藤部会長)

平成 26 年は 20%以上減っているじゃないですか。

(事務局)

増減で行きますと、全国で 12%…。

(齋藤部会長)

そうすると、全国よりも減っているということですか。

(事務局)

そうです、三重県の場合、29.4 減ですので、そこから行くとかなり低い状態だと思います。

(齋藤部会長)

その理由までは分からないでしょうか。

(事務局)

はい。

(齋藤部会長)

ほかにいかがでしょう。

今年の数字は減っているということで、少しホッとしておりますけれども。

それでは、まだあとございますので、次に「第 2 次三重県自殺対策行動計画の取り組み状況」につきまして、事務局よりご説明をお願いいたします。

## 資料 2 について事務局（健康づくり課 川口主幹）より説明

### 【質疑応答】

(齋藤部会長)

ただいまの御報告につきまして御意見、御質問がございましたらよろしく願います。

(館委員)

三重県司法書士会からまいりました館と申します。よろしく願います。

若年層のところ、情報としてどういう状況かということで伺いさせていただきたいのですが、携帯とかネット対策事業ということがここに記載がございますので、これに関連して、例えばメールとか、SNS（ソーシャル・ネットワーク・サービス）ですか、ああいうところで学生同士が返信しないといじめと言うか仲間はずれにされていくというよ

うな、精神的な、社会的な問題があるかと思います。

聞いた限りでは、ある地域では9時以降はそういったことを禁止するようなことをして効果を上げているというような地域もあるそうですので、三重県下でそういう状況がどうなのかというところをお伺いさせていただきたいと思います。

(事務局)

こちらが把握しているところでは、三重県下では今のところそういった体制を取っているところはありませんが、もし教育委員会さんのほうで何か詳しい情報があるようであれば教えていただきたいと思います。

(中谷委員)

教育委員会研修企画・支援課の中谷です。

私どもは教育相談という形で今日はまいりまして、教育相談という形でさまざまな悩みを抱えている子の面接をさせてもらっているところです。その中で個別にSNS等で悩む方の面談をさせてもらってはおりますが、教育委員会全体としてこういう対策を取っているとか、そういったことに関してお答えできる用意をしておこなったものですから、ここでとどめておきたいと思います。申し訳ありません。

(谷井委員)

三重大学の精神科の谷井と言います。副部会長を仰せつかりました。力不足ですが、よろしく願いいたします。

今の携帯電話に関しまして、実は津市内の中学生を対象にした、前任の岡崎教授の時に調査を行ったことがあります。やはり携帯に依存する割合の多い子のほうが精神的な不健康度が高いというデータが得られていまして、それを学校と教育委員会等に報告してフィードバックしたことがあります。最近具体的な事例もあるものですから、またそういった調査も含めて行ってみるところから始めてもいいのかなとは思っています。

ただ、大学の研究のマンパワーが今のところそこまで至っていない状態ですので、何らかの形でまたそういった継続的な試みが行われるといいかなとは思っています。

(鈴木誠委員)

三重県臨床心理士会の鈴木です。

二つの点についてコメントをさせていただきたいと思いますが、今、谷井先生がおっしゃられた携帯電話のSNS等々について、なかなか手放せない人の情緒的な脆弱性があるということです。携帯電話はメールであるとかチャットであるとか、分離不安に対するト

レランスの低さ、耐性が低いものですから、メールを一旦区切ることが分離不安にある程度耐えて翌朝まで我慢するという事です。そういうトレランスが低い方が見捨てられ不安だとかを喚起されやすく、その見捨てられ不安から、衝動的になってということとは考えられることなので、一定の調査研究は価値のあることだと思います。それが一つです。

二つ目ですが、スクールカウンセラー事業等々を普及させていくことが、若年層の自殺予防にどれぐらい実効性があるかということについてのある種の提案なのですが、臨床心理士会がたくさんスクールカウンセラーを出しているのに、あんまりスクールカウンセラーが役に立たないみたいなコメントだとちょっとまずいかなとは思っていますが、実際問題として、若年層、特に思春期・青年期の中心的な心性と言うか、ライフサイクル上の課題は、自立と依存の葛藤からいかに自立していくかということなのです。

そうすると、最も深刻な心理的な苦悩を抱えている人たちは、依存できないものですから、つまり依存するという事は子どもっぽい振る舞いをする事なので、多くの最も深刻なケースは、カウンセラーのところに来ないのです。むしろカウンセラーのところに来られるという人は健康な退行と言うか子ども返りができて、健全な依存心を持ち得る子どもたちであって、スクールカウンセラーが相手をしている、あるいは教育相談センターみたいなところにカウンセリングに来ると言うことは、一定モチベーションがあって、健全に人に依存できる発達水準にある子どもたちなのです。突然自殺を完遂してしまうような子どもたちというのは、この自立と依存の葛藤のさなかで自立しなければならないと強迫的に思っていて孤立して行って、誰にも依存できない子たちなのです。そうすると、スクールカウンセラーの普及そのものが、そのまま子どもたちのカウンセリングの機会が増えて若年層の自殺予防にそのまま結びつくかと言うと、非常に微妙な問題があろうかと思うのです。

これは統計データがないので印象レベルや、あるいは同業の愚痴として聞いているので、どこまで実証性があるか分かりませんが、愛知県の臨床心理士会のスクールカウンセラーの危機管理のコーディネーターを担当している理事が私の研究会の仲間において、何か学校内で自殺や自殺未遂があると危機管理として臨床心理士のチームが入るのですが、ほとんどやっつけてしまっている子たちはノーマークなのです。カウンセリングに来ていないのです。つまり、カウンセリングに来れる子たちは何とかなるけど、最も深刻で完遂してしまうような子どもたちというのは、カウンセラーのところにも来れないし、よく来れて先生が何



か変化を見抜けるかどうか。勿論、先生にも依存しないわけです。小学校5、6年から始まる思春期・青年期で中2、中3、あるいは高校生ぐらいまで続くわけですが、大人に依存するというのはよっぽど安心した大人との信頼関係が構築されていないと依存できないわけです。

そういう人たち、依存できる人は誰かに頼ったり、病院に行ったり、相談センターに行ったりできるわけですが、健全な自尊心と健全な依存心が発達するような養育環境になくて、深刻な精神的な苦痛に追い詰められた子たちというのは、誰にも依存できずに完遂してしまうということがある。それに対して何か予防的な効果をスクールカウンセラーが発揮できるとすれば、保護者への研修ではないと思うのです。なぜかと言うと、心ある保護者は、あるいは子どものことをきちっと見ている保護者は、その健全な依存心だとか子どもの健全な大人に対する依頼心だとか自尊心は成長しているものですから、そういうお父さん、お母さんは大丈夫なのです。むしろそういうところに来られないようなお父さんやお母さんのもとで育った子どもたちで精神的に追い詰められて、依存もできないという子どもたちが完遂してしまうのです。

そうすると、唯一スクールカウンセラーがそこで何か役割を果たすことができるとすれば、教師の日常的な業務のコンサルテーションをして、教師の観察力や感受性を上げて、教師が一人で抱え込まずに追い込まれないように、あるいは知らないうちに見て見ぬふりをしてしまうようなことにならないように、教師のサポートをするためのスクールカウンセラーという事業の意味づけがあるとすれば、そこは自殺予防の効果がスクールカウンセラー事業の普及に価値があるかなと思うのです。ただカウンセリングだけに自殺予防を求めても、若年層、特に思春期・青年期は難しいと思います。以上です。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。

ほかにかがでしょうか。

ネットの話ですけど、以前に県の教育委員会主催でネット依存対策の委員会に参加させていただいたのですが、その際いろいろアンケートを取って、いわゆるネット依存症と言うのですか、生活リズムが不安定になり、抑うつ傾向が強くなるなど、谷井先生がおっしゃったように、精神的に弊害が出ているということもあるようですので、今後も県教育委員会で引き続き検討いただくといいのではないかと思います。

(谷井委員)

ちょっと話が変わるのですが、昨今の自殺率の低下が主に失業率の低下によるのではないかという、以前、井上先生が三重大学でいろいろ自殺の研究をされて、私も一緒にしていた関係でこういった部会に加わらせていただいているのですが、その統計を全国的に調べても、三重県で調べても、やはり完全失業率との相関がしっかりついているというのが、ほぼどの報告でも一定しているというのは事実なのですが、こうなると逆にまた経済状態がどうなるかによって不安が生じるわけなのですが、それは置いておいて、外国人の問題でもしかしたらその部分が増えているとすれば、自分が見かけると言うか患者さんとして接する方はやはり経済的に困窮している方が結構いらっちゃって、そういう中でセーフティネットがどう働いているかとか。

あと、県の事業で、去年はかなりの病院に通訳をつけたのですね。医療的なポルトガルとかの通訳をつける事業をしていただいて、三重大学は自前で雇っているのですが、そういった中で実はどういう現象が起こったかと言うと、精神科を受診する方が増えたのです。我々がかなり関わるようになって、そういう問題を聞くようになったということもあるのですが、この就労対策等で外国人対策とかそういうものは多分自殺にも関係してくる可能性があるものですから、何か考慮されているかどうかをちょっと教えていただければと思います。

(事務局)

この第2次三重県自殺対策行動計画の中では、外国人に対する対策というのは特になくて、対策の中にも考えてはいないのですが、確かにそのあたりの対策も必要なのかなと感じています。

(齋藤部会長)

外国人に対する対策を取っているところは、全国的にもあまりないのですか。

(森川委員)

浜松市さんが確かその母国語での電話カウンセリングをしていたと思います。アンケートも取って。あそこはやっぱり海外からの労働者が多いので、無視できない状態らしくて。多分たくさんアンケートとか調査結果を出されているとは思いますが。

(事務局)

今、浜松市の話がございました。外国人が多いのは確か群馬県とか、そういったところが一番多かったというふうに記憶しておりますので、一度そういったところの自殺対策という側面から確認ができれば、資料を得たいと思います。

それから、先ほど通訳というお話もございましたが、今、副部長がおっしゃった、精神科につながるというのは、想定しておりませんでした。通訳の配置については他部局でやっております、そういう自殺対策という側面からも非常にメリットがあるということをお聞かせいただきましたので、またそこを確認できればと思いますので。ありがとうございました。

(齋藤部長)

外国人の数を把握していただいて、きちんと対応していく必要があると思います。

(鈴木誠委員)

三重県臨床心理士会では毎年国際交流財団から依頼があって、在留外国人でカウンセリングを希望される方のために、通訳がいてカウンセラーがいてという、ちょっと複雑な構造ではあるのですが、そういう事業が毎年行われていて、数としても正確な数は覚えていませんが、ある程度の実績が積み重なってきているように聞いております。

(齋藤部長)

いかがでしょうか。

話は戻りますが、鈴木先生にお伺いしたいのですが、突然子どもさんと亡くなられた方のお話をされましたが、スクリーニングテストのような、事前にキャッチできるような手段はないのでしょうか。

(鈴木誠委員)

スクリーニングというふうに考えると質問手法になるのですが、その質問手法というのは嘘をつける前提なのです。そうするとそういうのはすり抜けることのほうが多いです。むしろそこで何か訴えてくる子どもたちというのは、案外カウンセリングへの敷居というのはそんなに高くなくて、担任の先生へいろいろ相談とかクラブ顧問への相談というのは割と敷居が高くない子どもたちが、例えば文章完成法なんかでちょっとそれらしいことを書いてくる。例えば死について「私は死にたいと思う」みたいなことが書いてあると、学校の先生がとっつきやすい。ただし、そういう子たちというのは、クライニング・フォー・ヘルプと言うか、「助けて」と言える子どもたちであって、健全な依存心や健全な自立心や健全な自尊心がある程度育っている子どもたちというふうに思います。

ですから、それは非常に難しいのです。何回か聞いていますが、ほぼノーマークなのです。後追い自殺をどうやって食い止めるかとか、罪悪感に基づいて自傷行為になる子どもたちをどうやって防ぐかという事後の介入になるのですが、事前の介入となると、よほど

観察力の高い、感受性の高い教員を日々サポートする体制、感受性の高い教員というのは疲れ果てる教員ですから、それだけ感性が高いということはいろいろなことをキャッチしすぎることなので、バーンアウトするリスクの高い教員でもあるので、そういう教員を日常的にサポートするような体制を作っていくって、そういう教員が「何か変だ」というのをキャッチするということのほうが現実的かなと思います。

(齋藤部会長)

疾病的に言いますと、小児ではあまりよく分からないじゃないですか。

(鈴木誠委員)

高校生ぐらいになると、スキゾエピタルかスキゾペニーの初期症状だと思いますし、中学生ぐらいとか小学生高学年ぐらいだと、片方がボーダーラインチャイルドみたいな、ボーダーライン心性を持っていて、それに感応してしまった感応精神病状態になってしまったお友だちと一緒に死んじゃうとか、というボーダーライン心性のほうが強いかもしれません。

(谷井委員)

今、先生がおっしゃるように、中学生に対する調査をしたときに、自傷行為等も聞いているのですが、やはり匿名を本当に完全に条件づけることによってそれは表明してくれる子供たちはいましたし、実際それが精神的健康度といろいろな意味でその要素と関係しているというのはほぼ明白なんですけど、やはりそういったものを他者からどうキャッチするかというのは非常に難しいかもしれません。自傷行為であれば、例えばリストカットの痕とか、そういう中でも小学校の先生ぐらいから上がってくるケースが結構あると聞いていますので、そういったすでに自傷された方に対する、同意にはなりますけれども、ケアとかはしていてもいいのかなという印象はありますけれども。

あと、個人的な思いも多少あると思うのですが、オーストラリアとかに研究調査で行った際に、非常に自傷行為等に大きな冊子が作られていて、教員向けに研修が行われているのです。だから、一般的な疾患予防の考え方を適用すると、知識が病気を防ぐという考え方がありますが、同じようにそういった知識を提供することによって自傷を、ひいては自殺も防ぐことが一つの啓発の意味も含めてつながっていくのではないかなというので、そういった啓発活動について、報告をいただいているのは方向性としてはいいのかなと思いました。

(齋藤部会長)

いろいろご意見をありがとうございました。

それでは、こういったご意見を踏まえまして平成 26 年度事業計画及び自殺対策情報センター事業についてご説明をお願いいたします。

**資料 3 について事務局（健康づくり課 川口主幹）より説明**

**資料 4 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）

ありがとうございました。

ただいまの報告につきましてご意見、ご質問がございましたらお願いします。

今回、26 年度の自殺未遂者支援ということで詳細を検討中ということでございますが、皆様のそれぞれの分野に関係してくることもたくさんあると思いますので、今後この自殺未遂者支援を進めていくにあたって参考となるご意見、ご提案がございましたら、ぜひご発言いただければありがたいと思います。

（田代委員）

自殺未遂者支援のことなのですが、医療センターに自殺企図の患者さんがみえて、繰り返してみえるんですね。みえた方に精神科のほうに紹介して薬の治療も受けているのですが、繰り返し来院される、救急車で搬送されるということを繰り返しています。

精神科の先生も大変なのだと思うんです。一生懸命やってもやっぱりなかなかその患者さんに伝わらなかつたりするとか。

今、メンタルパートナーとかいろいろ支援される仕組みを作っているのですが、やはり精神科の先生にきちっと評価していただいて、そこをメンタルパートナーに情報を流してチームを作るとか連携をきちっとして対応する対策が要るのではないかと思うのです。

今ここは急性期の病院から精神科へ紹介するという形で一応連絡するというところまではできたのですが、さらにもう一步進んだ対策が要るのではないかと思います。

（齋藤部会長）

今、総合病院の救急のお立場からご意見をいただきましたが、何かほかにごございますか。

（舘委員）

先ほどの御発言に続いて、例えばそのメンタルパートナーに情報を提供して、それから

地域で支えるというふうにすると、その地域で誰がメンタルパートナーなのかという情報がおそらく今はないと思うのです。このデータを見ると、養成人数のデータというのがございますが、誰がメンタルパートナーかというところの情報提供と、このあたりの情報をどういうふうにも有効に使うかというところが、これからの課題になってくるのかなと思います。

ですので、そのあたりの今後の方向性を伺えたらというふうに思います。よろしくお願いいたします。

(事務局)

メンタルパートナーの件なのですが、おっしゃるとおり、メンタルパートナーというのは知識の普及啓発ということで広めてきたという経過がありますので、名簿の管理というのはなしで、変な言い方になりますけれども、やりっぱなしの研修という形で、その知識を持っている方が広がることによって、誰もが気になる方に声をかけて見守っていこうじゃないか、話を聞いていこうじゃないかという形で広げてきた経過がありますので、なかなかそのメンタルパートナーさんをおっしゃるとおりどなたがメンタルパートナーなのかというところでお知らせすることは難しいかと思えます。

ただ、研修を受けていただいた方につきましては、研修を受けていただいた方に3点セットという形でエコバッグとクリアホルダーと、今回も入れさせていただいております、この「こころの健康だいじょうぶ」というものを相談機関のリストですとかうつ病についてとか載っているものがありますので、少なくともそれを持っていらっしゃる方はメンタルパートナーだというふうに思っていた方がいいのかなと思いますが、ただ、そういう役割を発揮してくださいねということを出して啓発してきているわけではありませんので、そここのところのいわゆる医療機関ですとか関係機関が使いやすい資源としてのメンタルパートナーということに関しては、やはりこれから今までの評価も含めて考えていく時期なのかなというふうに考えております。

(鈴木誠委員)

今のお話で行くと、メンタルパートナーはケースマネジメントをすとかケースワークをすというところまで求めてしまうととても大変なことになってしまうので、自殺を完遂してしまう人の多くは未遂者で、多分精神科医療に一旦乗るけれども、そこからドロップアウトしてしまう方々だと思うのです。

例えばスクールカウンセラーで行って行って自傷行為があつて精神科に紹介したが、す

ぐ親が「精神科に行くのは体裁が悪いから」とか、御本人がそういう安定した他者との信頼関係が築けないものだからドロップアウトしてしまう。そうすると、気がつくとも医者に行っていないという話になって、またもう一回やるみたいなのになっている。

そうすると、スクールカウンセラーが週1回ぐらいの役割でやるのは何かと言うと、「ちゃんと病院に行ってる？」とか「お医者さんに不満があるんだったら、お医者さんにちゃんと不満を言ったほうがいいよ」とか、週1回でそういうマネジメントをするのがやっとなんですね。

そうすると、重要になってくるのは地域におけるケースマネジメントをどこが担うかになってくると思うのです。これは地域の保健所の保健師さんなのか、あるいは精神科のPSWの方なのか、あるいは地域の基幹病院のMSWの方なのか、とにかく常時ドロップアウトしていないかとモニターしていくような仕組みを作っていないとなかなか難しいのかなと思います。以上です。

(鈴木まき委員)

先ほどの田代先生の繰り返し自傷行為をする方というのは、例えばパーソナリティ障害の方などは自傷行為を繰り返すということもありますし、精神科を受診していたとしても、なかなかそこもそれをやれるというのも非常に治療も困難で難しいという面はあると思います。

そういう困難な患者さんについては、保健所でも連絡をいただきますので、保健所とか、あとそのお住まいの市町村の保健師とか、あとは地元の警察とか、消防も救急車をたびたび呼ばれたりとか、そういうこともありますので、そういう関係者が集まって地域でケア会議と言いますか、そういうのは今でも開いておりますけれども、なかなかそういう努力はしても、それをしたからすぐにそういう効果があるとか、ピタッとそういう行為がなくなるということもなかなか難しいという現状があります。

保健所では、精神保健福祉法に基づいてそういう精神科の疾患がある患者さんに対しての相談や支援、または精神科にまだ受診していない方であれば受診勧奨ということはおこなっておりますけれども、なかなか先ほどの未遂者支援事業につきましても、まずその救急病院で自傷行為をした方の精神科受診の率を上げていこうというふうになりますと、まず救急病院でそういう対象の方をどこまで拾い上げていくかと言いますか、そして精神科に紹介していくためのシステムと言うか、そういう体制づくりも、病院内でのその仕組みづくりが必要だと思いますし、また精神科ですと、予約で1ヵ月先、2ヵ月先までいっぱいとい

うような状況の中で、そういった緊急度が高い方、23条ほどのものではないとしても、ちょっと緊急度が高い方に対して枠と言いますか、そういうものがどこまで設けることができるかということと、あと、もう少し保健所でつなぎ役を頑張ってもらいたいということだと、やっぱり保健所のほうも専門職の人員の増員とか専門の職員の配置とか、そういったことも必要になってくるかと思っておりますので、そういったこともやはり県全体で検討が必要なのではないかというふうに思っております。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

今回これが新しい事業としては一番大きな事業ですね。それで、この支援のここですね、「自殺未遂者支援事業（仮称）の取り組みについて」というところを皆さんにごらんいただきたいと思うのですが、これは田代先生のところのような総合病院に企図者が来院され、そこで相談支援が必要な人に対してケースワーカーが本人の了解を得た上で支援事業を実施し、必要な場合精神科のほうに受診をしてもらう、あるいはその他関係の方に紹介をして支えていくと。そして未遂者に既遂に至らせないという構想なんですね。

これにつきまして、まずこの図に関しまして何か御意見がありましたら。

(森川委員)

もともと私は精神保健福祉センターにいて、69センターの自殺対策理事をしていた関係で、全国の自治体がどれだけ救急と連携しているか調査したことがあるのです。それが大体全国で21の自治体・政令市・都道府県が何らかの形で救急に搬送された自殺未遂者に対してサポートをするとしていました。私がいた堺市のほうは、警察と消防と救急で日勤帯、昼間しか応じませんが、支援の同意が得られた方に対して情報がもたらされて、ケースワーカーが連絡、あるいは心理士が同行することもあります。その人の問題を洗い出して解決するまでずっと付き合っていく。

結論として一番効果的だったのは、結局、関係を切らずに、その人を孤立させないということが非常に大事で、そのために精神科医であるのかどうか、評価には精神科医は必要なのですが、フォローするにはPSWあるいは心理士だったりとか、いろいろな多職種でやっていくことで、精神科医がこんなことを言うと叱られますが、忙しいですね、やっぱり。数も少ないし、限られた外来の中でするのは非常に限界があると思うので、いろいろな機関が入ることで、だけどポテンヒットにならないように、重層的にみんなが関わっていくようにしていくと効果があるのではないかと。



救急の研究で横浜市立大学の河西千秋先生が「ACTION-J」という研究をされていて、私が奈良医大にいるときにも協力をしたのですが、『The Lancet Psychiatry』という本に出たのですが、やはり精神科医につなげて、ただ紹介状を書いて精神科につなげるよりも、その後そのケースに対して定期的に連絡を取っているほうが再企図率は下がるという、そういう論文を世界で初めて出されたんですが、やっぱり関わりを大事にするということがいいと思いますので。

やはりでも、堺のときもそうですけど、最終的には拒否される方のほうに亡くなっている方が多いのです。そこをどうするかという問題はあるのですが、そこをどうつないでいくか、僕らは拒否されていても、何ヵ月後にもう一回連絡を取って、嫌われても手紙を書くとか、そのようなアプローチの仕方はしていたんですけど。

(齋藤部会長)

そうすると、堺の救急病院にそういう方が運ばれますよね、そこにどなたが出向くのですか。

(森川委員)

「いのちの応援係」という係があって、そのPSWですね。

(齋藤部会長)

保健所に所属しているのですか。

(森川委員)

それは本庁にそういう係を作ったのです。自殺対策の係を6人ぐらいのメンバーでずっと関わっていくというのを。初めは警察とだけだったのですが、それを消防とやって、そうやっている間に大阪府が全域で警察との連携をしようと。それは警察なのですが。今は消防(救急)ともやっているのですが、ただ、救急の件数がちょっと上がってこない。ちょっと堺独自の問題点があって、堺市は84万の人口にもかかわらず、3次救急がないという特徴があって。市立病院を建て直したらできるのですが。なので、2次救急にはあんまり過量服薬の人が運ばれていなかったということがあって、ちょっと連携が足りないのですが。

ただ、調査の中でさいたま市さんなんかは、ちゃんと救急に運ばれた自殺未遂の人が希望した場合には、どこかに入院できる。ベッドをバックベッドで用意したりとか、これは市が金を出していますが、そういう形でやったり。ただ、お金がやっぱりついてくる問題があるので、いろいろあるとは思いますが。ちょっと雑駁になってしまいましたけど。

それで、救急に来て同意が得られたら、翌日出向いて行って、本人と面接をして、何が困っているか、大体経済的なことが多いので生活保護につなぐことが多いのですが、借金問題であれば弁護士さんにつなぐとか。で、そのつなぐときについて行くのです。行ってねと言ったら行かないので、こっちが予約を取って一緒について行って説明をする。クリニックにも一緒に行って説明をするというふうにして、漏れないようにしているというのが特徴なのです。

(齋藤部会長)

大阪府にそういうチームがあるのですか。

(森川委員)

大阪府の場合は保健所に下ろしました。そのケースは。堺市の場合は市役所に作ったのですが、大阪府の場合は各保健所にその窓口を作って、警察が自殺未遂を把握したケースは、同意が得られたら翌日に保健所に連絡を取って、それは警察の場合になりますけれども、救急でやっている場合も多分その連絡が入っている。

ただ、問題はやっぱり夜間帯に多いので、本当は夜間に使いたいということが多いですね。どうしてもニーズとしては。

(齋藤部会長)

そうすると、三重の資料では救急医療機関ですけど、ここに警察の窓口も入ってくるのですね。

(森川委員)

警察がやっているところは、大阪府と大阪市、堺市になるのですが。

(齋藤部会長)

警察からそのチームに連絡をして、チームがそこへ出向くと。

(森川委員)

堺市の場合は。病院の場合は病院に出向くということです。チームを作っていて、大体2人をペアにして、行ってという形にしているのですけれども。

ただ、どこもやっぱり人をつけられないということがあるので、それをいろいろな予算を流用しながら、大阪府は保健所が来て担ってやるというふうにはしています。

(齋藤部会長)

そうすると、未遂者の既遂は実効性として減ったのですか。

(森川委員)

そうですね、ご存じのとおり自殺未遂が減ったのには何の効果があったかというのは評価が非常に難しいのですけれども、まだ今後、下がったと言ったら上がるかもしれないのですが、平成21年から始めて200人前後だったのが、今は160人ぐらいになりました。下がり始めは遅かったのですが、40人ぐらい減りました。

(齋藤部会長)

先生のご印象としては、効いているなど。

(森川委員)

そうですね。少なくとも例えば年間40~50の紹介があって、その40を自殺で亡くさなければ、40防げるわけです。そうするとその分は減る。だから、初めは5%ぐらいしか減らした感はなかったのですが、やっぱりつながっている人だけは死なないようにすることは、減少の理由ではあります。でも、やっぱり拒否する分をどうするかというのは非常に問題があって。

(齋藤部会長)

今のこの仕組みの図をごらんになって、何かご意見はございますか。

(森川委員)

基本的によく一般的に取られている構図だとは思いますが、ただ、支援体制をどうするかについては個々の負担があるので、一番いいのは本来業務にちょっと乗っかるような形で、漏れがないようにつないでいけるのが一番いいと思うのですが。先ほども言いましたけど、やっぱり相談、「行ってね」では行かないので、そこですね。同行するか、予約の日を作るか、その日に行かなかったらまた本人に連絡を取るか、ちょっとやっぱり念入りに関わらないといけないというのはあると思います。

すみません。ちょっと長くしゃべりすぎて。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。

警察の東さん、今、堺の話で、警察の方にも結構関わっていただいているみたいですが、そのあたりはいかがでしょうか。

(東委員)

警察が取り扱う部分で、自殺未遂と言うとやっぱり医療機関から連絡が入ることが多くて、一番初めに自殺未遂を誰が把握するかということですね。大体が医療機関から連絡をいただくことが多かったと思うのですけれども。家族からの110番とかで、例えば自殺

に及んだけれども、家に行ったりするともう病院へ行っているとか、そういったことが多いので。

(齋藤部会長)

病院に行かずに、そこで終わるケースもあるのですよね。

(東委員)

そうですね。

(齋藤部会長)

病院に行かないケースに関してフォローしていくことも必要と思います。

谷井先生、何かございますか。

(谷井委員)

今、森川先生のお話をお聞きして、本当に具体的に誰が、例えばここで曖昧だなと表を見て思ったのは、「ソーシャルワーカー等」と書いてあって、あと「保健所等」と書いてある。ある意味、「逃げ」と言ったら失礼なのですが、本当は負担がかかるので予算立てや担当者のいろいろな育成とかそういうのも含めて真剣に取り組まないと、この事業そのものが実効性を持つのは難しいのかなと、今の話を聞いて思いました。

ただ、警察の皆さんも、自分が関わったケースではしっかり関わっていただいて、いろいろ現場を見ていただいて、相談に乗っていただくようなこともされていますので、やはりそういったところからうまく皆さんの連携で何か出発点、勿論、医療機関、救急等も含めて、ソーシャルワーカーは病院が雇って病院のために動く人、そういうような動きをやはりどうしてもしてしまうので、今のお話を聞いて、公的なものを県が何かの目的でもって雇うと言うか、そういうようなシステムが必要なのかなと思うのですが。

(齋藤部会長)

この三重のシステムには、森川先生がおっしゃったようなチームがないわけですが、そのへんは事務局としてはどうなのですか。

(事務局)

ありがとうございます。今回提示させていただいている支援は非常にシンプルと言うか、簡単な流れでの御紹介しかございませんけれども、事務局のほうでは、森川先生がおっしゃったチーム、いわゆる多職種連携みたいなところを、保健所が一つの軸、医療機関の連携もまた一つの軸としてあると思っているのですが、その地域の中でそういった見守りの体制、ほうっておかない体制というのができないかなとは考えておまして、この次のス

トップで少し関係機関が明らかになるような、そういった構図というのでも描いていきたいなと思っています。

あと、またその構成要素としては、ここではまだちょっと明確になっていませんが、やはりその地方自治体というのも当然いろいろな関わりもあると思いますので、入れていきたいと思っていて、先行事例なども踏まえながらさらに精度を高めていきたいと思っています。勿論、いきなり最初から完全な完璧な姿はなかなか難しいかなと思っていますので、そこはまたこの「支援方法の検討」というところで書かせていただいていますように、具体的にどんなことがあるかなというのでも議論しながら作り上げて、また試行錯誤を繰り返しながら仕組みを構築していきたいと考えております。

(齋藤部会長)

まず総合病院の救急の先生方に、システムをご理解いただいて、まずは自殺未遂者を発見したら、このルールに乗せていただくことが必要だと思います。また、精神科医のほうとしては、病院会などでそれをどう受けるかという議論もしないといけないと思います。

あと、先生がおっしゃったようにフォローアップですよ。ただつないだだけ、医療機関に行っただけじゃなく、それをどういうふうに定期的にチームとしてフォローしていくかということ。

他、何かございますか。

大体このような流れと言うか、今後、警察や消防の機関にもご協力をいただければいいと思います。そのあたりも膨らませて、あと実際に堺や大阪のほうでされていますが、一度見ていただいて、もう少し成果が出てくるような形でスタートしたいと思います。また、精神科に通院されていてもなかなか難しい方もいらっしゃるの、やっぱり精神科の先生と総合病院の先生方とのコミュニケーションが大事だと思います。

自殺未遂者の支援事業につきまして、いろいろ少し詳しくご意見をいただきましたけれども、ほかに何か26年度計画につきましてご意見がございましたらお願いいたします。

(鈴木誠委員)

森川先生に教えていただきたいのですが、堺市の自殺対策チーム、多職種混成チームがあるのですよね。多職種混成チームになってしまうと、しばしば虐待のケースカンファレンスがそうであるように、情報交換しました、はい、終わりと言って、そのまま誰がどういう対応責任を持ってどういう関わりをするのかという、責任と役割が不明確になってしまって、ただアリの的な情報交換が会議では行われて、終わりということが割と多くな

ってしまうと思うのです。そういうふうには陥らずに実効性のあるドロップアウトしない枠組みを作られたように聞こえるのですが、その場合のチームの責任とかそれぞれの役割定義の明確化とか、いろいろな工夫があったように思うのですが、そのへんをもう少し教えていただけると。

(森川委員)

ケースワーカーを決めてしまうので、ケースワーカーはものすごいストレスですけど、逃げられないのですね。もうその人は自分のケースなので、ちゃんとその人の問題を、例えば五つあれば1個潰す、2個潰す、最後に潰せないのは本人のストレス耐性の弱さと家族の不和、病気が治らない、身体疾患を含めて。この三つが大体最後まで残って、これが大体長引く原因になるのですけれども。担当者を決めていきますので、どこかに振って逃げるというのではなくて、結局その人が全部ケースワークしないといけないのですね。マネージメントをしないと。ケースマネージメントになるので、弁護士さんのときもついて行くし、もう本人が自分で身体科に行けるようになったら、その身体科を受診した後にその結果報告を電話してきてもらったり、全部その人が確認をやっていくと。だけど、1人だと潰れてしまうので、必ず2人ペアにしていると。

ほかの自治体によく研修でしゃべりに行ったりしても、「うちはそんな贅沢なことにはできないね」と言われてしまうのですが、けども、その中で大阪府さんなんかは保健所でそのケースワークをする方（PSWとか）を中心に、いろいろな予算がつく人をそこに置いたりしてやっています。だから、やっぱり要の人は絶対要と思うのです。ケースワークの要の人。そうしないと、多分多職種でやったときに、じゃあこれはあなただから、あなただからと、じゃあそこだけやって終わりになってしまったときに情報の共有はどうなるのかということになるので、やっぱり要が、情報を統括する人が要と思うのです。

(鈴木誠委員)

ケースワーカー一人当たり何人抱えるのですか。

(森川委員)

ケースロードということですよ。それがまだ読めないところが読めないのですよ。結局断っていったりもするので、今まで多分5年間でもう200ぐらいは行ったと思うのですが、200のうちで現在も続いているのは多分どれぐらいでしょうか、100は絶対ない、5、60ぐらいですか。チームなので、一人当たりにすると単純にやると10数名ということになりますかね。限界点が分からないというのが課題だったのです。どこまでこのペースで

行けるのか、いつも恐れているのです。月に大体警察からでも 10 件ぐらい来るのですが、それでもやっぱり継続を希望するのは 5 件ぐらいだったりということがあるので、やっぱり結構漏れていきます。そこが課題なのです。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。

それでは、時間も迫ってきておりますので、議事の(2)の各団体における取り組みということで、まだご意見をいただいていない委員さんで、お伝えされたいことがございましたら、ぜひお願いいたします。

## (2) 各団体における取組について

(鈴木秀昭委員)

三重いのちの電話協会の鈴木でございます。

私どもでは 2 本の電話を使って、059-221-2525 番ですけど、電話相談による自殺予防ということで、世の中にはいろいろと誰にも相談できないで一人で悩んでいる人が結構たくさんみえまして、私どもの 2 本の電話は、午後 6 時～11 時まで 1 年 365 日、お正月もお盆もかかわらず全部やっています。

ところが、常に話し中でありまして、ということは、もう 365 日かかりっきりなんですね、開局時間は。それで、大体一日に相談できる人は 20 名、ひと月大体 600 名ぐらい、年間で 7,000 なんぼという電話を取っているわけですけども、そこでお互いに顔も知らない、名前も知らない、知らない者同士が本音で話し合う。話し合うと言うよりは、私どもいのちの電話の相談員の方が一方的にお聞きするという、気の済むまでしゃべってくださいという形でやっているわけですけども。

それなりに多分効果はあるのだらうと思っておりますけれども、ただ、私どもが今抱えている問題は、相談員になられた方が、もう私どもも開局 15 年近くになるので、だいぶ高齢化してきまして、家庭の事情で、親が病気になられたとか、それから自分も老・老介護の老の片一方とか、そんな状態にもう、ねえ、太田先生。

そういうことで、大変悩んでおります。ということは、今、相談員をやろうという方が大変少なくて、今、8 期生までの方で実際は 200 人近くの方が資格を持ってみえるのですが、実際に活動しているのは 60 人ぐらいの方が 365 日手分けして頑張っています。どなたかお近くでいらっしゃる方の中で、「そういうことなら、相談員を私もやってもいいよ」と

おっしゃる方がいましたら、ぜひ御紹介をしていただきたいというのが目下の最大の悩みであります。どうぞよろしくお願いいたします。

(太田委員)

子どもは、企業様、官公庁様にお邪魔をさせていただいたりしながら、どちらかと言えば予防対策、メンタル不調に陥らないための予防対策という形に関わることが多いのですが、自殺に関しては主にポストベンションという形のことが多いと思います。従業員の方が自殺をされた場合、周辺の人にメンタル不調が起きているということで、支援依頼が入ることがあります。

市町にもお邪魔をしているのですが、例えば全員カウンセリングというようなことを市単位、町単位でされる場合に温度差として私が感じているのは、保健師さんがちゃんと配置されているところは非常に関心度が高いので、予防ができるなということがあります。

だから、先ほどからも保健師さんの役割というのが非常に大きく、呼びかけていただくことによって他の支援機関とつながっていくということが大きいのではないかなと思っております。

ただ、働いている方々も、「うちの会社では今年5人自殺者を出しているのだけど、太田さん、関わってもらいましたか」と、こういうふうに言われるのですが、未然にキャッチできた方というのはないということが現実で、亡くなられた後に周辺の人に関わるということが多いです。

若者への支援ということですが、私もかかわりがあるのですが、子どもたちの描いた絵とか字とか、作品に関心が深い先生方、あるいはスクールカウンセラーとして学校へ行って、直接子どもたちに関わっている人たちが、日記とか作文とか、子どものつぶやきをとらえて、誰かにつないでいただくことによって、つなぐ人が専門家であれば何とか未然に防止ができるなというようなことが多いかなと思っております。

そういったことで、直接的になかなか援助するということが難しいと毎年感じているところです。以上です。

(谷井委員)

ありがとうございます。今ちょっと齋藤先生の代理で司会をしています。

それでは、産業ということでそちらの労働者の分野でしょうか、労働局の伊藤委員のほうから何かございませんか。

(伊藤委員)



三重労働局の伊藤でございます。

私どもの取り組みは、資料2の裏側ですね。中高年層を対象ということでやっております。労働衛生の中において職場のメンタルヘルス対策というのは非常に重要視しております。ご承知かと思いますが、本年6月に労働安全衛生法の一部改正の法律が公布されて、これはまだ施行日は決まっておりますけれども、改正の項目の一つに「ストレスチェック制度の導入」ということがございます。これは、労働者に医師、保健師等による心理的な負担の程度を把握するための検査、これをストレスチェックと言っておりますが、これを実施することが義務づけられるということでございます。

ただし、労働者数が50人未満の事業場は当分の間努力義務となっておりますけれども、こういった検査が義務づけられ、さらに検査の結果、一定の要件に該当する労働者から申し出があった場合は、医師による面接指導を実施することが義務づけられるということ、またその面接指導の結果に基づいて医師の意見を聞いて、必要に応じて就業上の措置を講じることも義務というようなものでございます。

これにつきましては、平成27年12月末までに施行されるということで、職場のメンタルヘルス対策の一つの大きな柱になっていくだろうというふうに思います。

この資料2のほうで書いておりますように、「心とからだの健康維持増進推進大会」を開催する等、意識を高めていくということ、それからもう一つは、メンタルヘルス不調につながる可能性のある過重労働対策というものも取り組んでおりまして、ここに書いてありますのは月80時間超の時間外労働を行ったと報告した事業場に対して、これは自主点検をしております、こういった回答があった会社に対して、事業場へ直接行って指導していくというようなこともしております。

仕事が原因でうつ病になった、あるいは自殺したということでの労災申請がございまして、業務上と認められたケースもままございます。そういうことでこれからも労働衛生の一つの大きな柱として取り組んでまいりたいと思っております。

最後に、この対策の四つ目、一番下になりますけれども、「メンタルヘルス対策支援センターの活用」、これは昨年度までの実施結果として、今日もこちらの委員で渡邊委員がいらっしゃっていますけれども、三重産業保健総合支援センターと協力しながら進めていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(齋藤部長)

ありがとうございました。ほかにどなたかございますか。

(山本委員)

県の社会福祉協議会の山本と申します。

冒頭、資料2の先ほども第2次行動計画の取り組み状況ということで事務局のからご報告をいただきました。その関連として私どもが携わっている事業の内容についてご報告をさせていただきたいと思います。

まず若年層の部分で、地域の若者サポートステーションのお話が出ていました。これについては県内に今4カ所、県からの委託で事業をされていると思うのですが、社会福祉協議会の関連としてはそのうちの一つが伊賀市の社会福祉協議会への委託になっていて、日頃、働きたいけどコミュニケーションができないとか、また働きたいけど人間関係でどうしてもつまずきが出てなかなか長続きしないとか、そういったいろいろな働くことに対して悩んでみえる方で、特に15歳～35歳という幅はあるんですが、そういった方々について働く機会、就労に向けた支援事業をやっているというのがまず1点です。

それと、中高年層については私どもでは生活資金の貸付事業をやらせていただいております。この中に委員として入っていただいている先生もみえますが、基本的には低所得者世帯に対しての低利な利息または無利子等において資金の貸付をしています。最近どうしても目立っているのは経済的に困窮している、そういった方の借入申し込みが非常に多くなってきております。基本的には、皆さん御承知のとおり、この資金についてもやはりお金をお貸して、ただ償還してもらっただけというような内容ではありません、申請時から完済していただくまで寄り添って生活の安定が図れるように、日常的な援助も含めてやろうというような制度でございます。

それともう1点、多重債務に係る問題ですが、多重債務者、生活困窮者等については、各種の会議や研修会に出させていただいても、御本人の精神的な課題であるとか、また家族の中にそういった同様の問題を抱えた方が結構みえるということが報告をされます。

そういった中で次年度から生活困窮者の自立支援制度が発足します。寄り添い型の支援になるのですが、そのメニュー事業の中に家計相談支援というものがあって、経済的な部分での支援にも関係をしております。

あと、高齢者については、今も介護予防事業であるとか家族介護の支援の問題、高齢者の見守り支援等々、幾つかしております。残念ながら、私ども県の社会福祉協議会については直接的な事業はやっていませんが、県内の29市町すべてにおいて、そういった関連の事業を実施しています。

特に、先ほど私ども県の社協の中に民生委員さん、児童委員さんが、今、県内に 4,100 人を超える民生委員さん、児童委員さんがみえるわけですが、その事務局を預かっております。そういった、日頃は高齢者であるとか障害者、子育て、介護等をしている方の見守り支援事業のところで担っていただいているわけですが、今年度県のこころの健康センターから、メンタルパートナーの養成部分で、約 1 割の 300 名を超える方が受講されました。これまで民生委員さんとしては、自殺の問題について直接的なケースであるとか課題についてそういうケースに立ち会わなかったことがあります。それを改めて気づきという部分で講義と言うか受け止めていただいて、今後何らかの形で表れていくのかなというふうに思っています。

来年 4 月からの生活困窮者の自立支援制度、これについてはかなり社会福祉協議会としては興味を持っております。この事業については、「自殺」という観点からも自殺対策の一翼を担うのではないかと思います。これについては業界でも注目と言うか注視をしている、今そんな状況です。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

ほかによろしいですか。

(村上委員)

三重県薬剤師会の村上です。

薬剤師会としては、基本的に薬局やドラッグストアに来ていただいている方に対して早期の睡眠障害の方に声かけをさせてもらっています。要は、睡眠障害からうつ、うつから自殺へという初期の段階をストップさせるという取り組みをさせてもらって、「富士モデル」ですかね、ということで実例を上げておられるところがあるので、それをモデルにして運動させてもらっています。

ただ、そういった場合において、医療機関との連携がまだしっかりされていないので、紹介はさせてもらっているのですが、その後のことまではフォローしていないので、そういったところをしっかりとしないといけないというのは今後の課題かと思えます。

あと、専門医以外等の安易な睡眠薬や抗不安薬等の処方が多々見られますので、そういった問題点を薬局・薬剤師会側からこういった提案がしていけるのかということも問題としてあるわけです。

あと、若年層における学校の薬物乱用教室に関しても、早期の段階から薬物に対しての

知識をつけてもらって、絶対だめ、そういったものに手を出してはいけないということもしっかりと教育させてもらっています。以上です。

(齋藤部会長)

「おくすり手帳」というのがあるじゃないですか。安定剤が出ている場合があって、そのあたり、薬剤師さんからもアドバイスしていただくといいんじゃないかなと思います。

(村上委員)

要するに1ヵ所ではなくていろいろな医療機関からもらわれているということで、薬がかぶっている場合には先生に確認はさせてもらっているのですが、なかなか患者さんの訴えが、出しておいてもらいたいという訴えが強いもので、そういった場合は一緒には飲まないで欲しいということは薬局ではしっかり言わせてもらっている状況なのですが、処方そのものを止めるというところまでは行けていないという状況です。

(谷井委員)

精神科領域の保険の見直しが最近あって、10月以降の多剤併用はかなり制限が加わります。睡眠薬は2種類以下とか抗不安薬は2種類以下ということになっていきますので、そういった、また薬局等でチェックと言うか、おそらく処方制限が、我々の精神科のほうもかかってくるだろうということもわきまえた上で、そういった対策と一緒につけていけばいいかなと。

(齋藤部会長)

ありがとうございました。

それでは、本日の議事はすべて終了いたしました。

なお、本日の議事内容については事務局で取りまとめていただきまして、公衆衛生における今後の各取り組みに反映していただきたいと思います。

各委員の皆様も、疑問や意見等がございましたら、また事務局までお願いいたします。

それでは、事務局にお返しします。

## 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