

平成24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（概要）

日時：平成24年8月9日（木）

13:00～15:00

場所：三重県医師会館 中会議室

委員の出席状況

出席者：齋藤会長、原田副会長、谷井委員、計18名

欠席者：吉村委員、筒井委員 計2名

開会

挨拶 森岡 久尚 医療政策総括監兼次長

委員・事務局 自己紹介

1 議事

(1) 全国及び三重県の自殺の現状について

資料1について事務局（こころの健康センター井上所長）より説明

(2) 平成24年度の自殺対策の取組について

ア 平成24年度の自殺対策の取組について

資料2（1ページ）について事務局（健康づくり課 升田主査）より説明

イ 自殺対策情報センター事業について

資料2（2ページ～最終まで）について事務局（こころの健康センター 田邊主査）より説明

【質疑応答】

齋藤会長：議事1，2に関して、ご意見があればお願いします。

齋藤会長：24年度の新しい事業の計画というのは、資料にある行動計画のことですね。

升田主査：はい、新規事業は、そうです。

齋藤会長：それは、去年から引き続きですね。

升田主査：はい。

(3) 次期自殺対策行動計画の策定について

資料3について事務局（健康づくり課 升田主査）より説明

【質疑応答】

鈴木（ま）委員：自殺対策の行動計画についての最後の21ページのところで、

事務局より地域のネットワークがこの推進体制の中心という
ような形でご説明があったんですけども、確か22年度の終わり
頃にこの地域ネットワーク会議を各保健所で作ってほしい
というかそういうようなことが当時の健康づくり室と保健所
長会議の中で協議があって、その中で地域でそれぞれのやり
方があるので、このメンバーですね、ネットワークの会議に
入るメンバーのこととか、あとはその会議自体も新規に新し
く作ってもいいし、いろいろな例えば地域の精神保健福祉の
連絡会議に併設する形だったり、地域職域連携推進協議会に
併設する形であったり、それは各保健所に任せるといような
お話でいただいたかと思うんです。なので、伊勢の場合は
ですね、もともと、平成16年、17年にまだ自殺対策基本法
ができる前に自殺対策のことについて特化してまず話し合
いをするような会議があったんですけども、やはり他のいろ
んな会議とメンバーがかなり重なっていることとか、なか
なか集まりが難しいということもございまして、結局16年、
17年に集まって話し合いの機会があったんですが、18年度
から健康づくりの会議に自殺問題のことについても加えて
会議をしていくという形で整理をしまして、そこからずっと
きているという歴史もありまして、22年度にネットワーク
の話もあったので、23年度に地域の市町にも関係機関にも
そういうお話をしたうえで、伊勢では現在健康づくりの会
議にこの自殺のネットワークというのをもくっつけてやって
いるというような状況なんです。なので各保健所によって
22年度末のお話からそれぞれの取り組みでやっているか
と思うんですけども、この図でみるとどうもそのネット
ワーク組織のメンバーをこの図のとおりにもた新たに
つくらなくてはいけないのか、あとその評価とかもこれ
も地域で全てやっていくというお話なのか、その辺が
疑問に思いましてご質問させていただきたいと思
います。

黒田課長：先ほどご質問あった件は私の方も聞いてお
りまして、私の方、当時その保健所長会等で話したのは、
わざわざいろいろな会議があるのに、もう一つまた新
たに作って形骸化するようなことがあってもいけない
のでという議論があったと聞いております。それで最終
的にまた保健所長会とかに改めてご依頼というか、確
認させていただきたいと思っておりますけれど、現時
点で私の認識も、この表にあるような消防から警察
から全ての方がメンバーに入っていて、新たに自殺
対策のために形成するというのも大変だと思いますので、必

ずしもこういう全てのフルメンバーということは必要ないかとは思っております。ただこの件は少し保健所長会と私どもの基本的な認識というか、きちんと認識を固めてからご相談させていただきたいと思っております。

鈴木（ま）委員：評価については？

黒田課長：評価についても、今のところそれぞれの地域でエビデンスに基づいてきちっとした評価というところまではできておりません。ただ先ほど事務局から説明がありましたけど、例えば今自殺死亡率を目標数値に掲げ、目標数値に対して私どもいろいろ施策を打っていくんですけど、例えばABCという3つの施策があった時にそのABをやったことによって自殺死亡率が減少したというのは、たぶんそれは検証がなかなか難しいと思いますので、目に見えるというか例えば精神疾患とかうつ対策をやることによって、その患者さんがこれだけよくなったとかそういったような検証は可能なのかというように思いますけど、そのあたりの全体の評価というのは私どもの方でやるのかなというようには思っておりますけれど、そこも含めて、もう一度こちらの方できちんと整理させていただいて、保健所長会等で改めてまたご議論させていただきたいと思っております。

鈴木（ま）委員：保健所によっていろいろ違い、企業がたくさんあるところだと、企業と保健所と中心に進めているところもありますし、伊勢のように企業が少ないところだと市町が7つありますので、そこと医師会等の関係団体と協議をしながら進めてますので、また保健所長会でそのへんを詰めて話ができればと思っております。

黒田課長：いずれにしても、この表の中の労働とか警察とかそういったところと連携はする必要があると、そういう認識は持っていますけれど、必ずしも全てのネットワークの組織きちんとかこういう形式でというところまでの認識には至っておりません。もう一度そこは整理させていただいてご議論させていただければと思っております。

鈴木（ま）委員：正直、地域・職域連携推進協議会に乗せていくというような、そういうイメージで最初健康づくり課（室）さんもお話されていたので、松阪のように精神保健福祉連絡会にのせているところだと警察や消防が入っているんですけども、伊勢の場合は入っていないです。健康づくりと地域・職域連携推進というところで作っていますので、ちょっとばらつきがあります。またそこは少し詰めてどういう方針で県としていくのかというところは、今後、話をしていかなくてはいけないかと思っております。

鈴木（誠）委員：2つ質問があります。1つは、自殺の動機として一番大きい健康問題についてなんですが、下位の分類があるかどうかです。つまり不治の病でそれを苦にして自殺するとか、難病でそれを苦にして自殺するとか、介護で疲れて介護の介護による自殺だとか、あるいは心気妄想とか心気症的なものによって自殺するとかという、下位分類があるのかどうかによって対策の効き方もだいぶ変わるのかと思います。例えばHIVとかがんとかであれば、その段階で拠点病院があって、カウンセリングとか家族支援もわりと手厚いものがあるんですけど、それからもれているものがあるのかないのかという点が1つです。もう1つは、自殺を完遂されたときの方法と、方法というのは具体的にどういう方法が一番多くて、その統計データはどれくらいあるのかということです。というのは、いわゆる自傷行為の失敗とか自殺未遂の失敗で結果自殺が完遂されるというのはどのくらいの割合としてあるのかということがわかれば、自殺未遂とか自傷行為の患者さんに対するサポートを手厚くしていくとかなり効果的な援助が組み立てられるんじゃないかなと思うからなんですけど、その辺を教えてください。

井上所長：まず、動機についてですが、健康問題が一番多いということなんですけども、年代によって警察庁が毎年発表している統計には、全国ですけども下位分類があります。今ちょっとデータがないんですが、うつ病といわれている方が健康問題の中で半分近く、15,000人中の6,500人位はうつ病というふうに警察は特定している。各年代20代から60代、70代まで、まんべんなくといいますか、比較的ひろく分布しております。それから高齢者の方、特に70代とか80代の方をみてみますと、70代で半分くらいの方、それから80代以上で3分の2ぐらいの方が身体問題とか身体障がいを苦にしてと。そのちょっと半分とか3分の2というのが正確ではないかもしれませんが、高齢者の方は身体問題を苦にしてという方が多いということです。それから毎年大体1,400名くらいの方が警察庁の方では統合失調症というふうに特定されています。それも20代から60代くらいまでまんべんなくというか、ですから統合失調症と特定される方で、おそらく罹病期間が長い方でも自殺のリスクというのはあるのだろうと考えます。それ以外にもおそらく、パーソナリティ障害とかという方は具体的には、下位分類にはなかったと思いますが、アルコールとかそういう方も30代から50代くらいまで人数は、はっきりとは覚えておりませんがいらっしゃいます。というのが、

まず原因・動機についてです。それから完遂する方法ですけども、日本人で一番多いのは、縊首、首つりなんですね。どの年代も多いと思います。若い方ですとおそらく、一酸化炭素中毒という方もいらっしゃると思いますし、縊首が一番多いというのがどの年代でもあると思います。ですから例えば世界的には、自殺にアクセスできないような方法、例えば GUN・銃が手に入らないとか、農薬が手に入らないようにするとかいうことも言われていますけども、日本ではなかなかその方法は難しいという面があるんだろうと思っています。自殺未遂とか自傷行為というのも松沢病院の林直樹先生とかは、例えば過食とか、それから薬物乱用とかいうのも最初はイライラを解消するためとかいうためにやったのが、だんだんそれが生きるために行動がエスカレートしたりとか、より過激な方法とか、生きるためにもその行動をやっているんだとか慢性自殺という表現をされたりということもありますので、そういう少しでも身体に害があるような傷をつけるような行動に至らないで済むような支援というのは必要なのかと考えています。それから慢性疾患だとか HIV とかということについてですけども、病気によって自殺率の高い疾患というのはございます。特にがんの中でも、頭頸部の咽頭とか、喉頭部のがんの方は自殺死亡率、自殺率が高いということもありますし、腎疾患とかで人工透析しているような方は、自殺率が高いというのがある。それ以外にも慢性関節リュウマチだとか、SLE とかそういう慢性的な自己免疫疾患だとか、あと脳梗塞・脳出血とかで後遺症があったり痛みがあったりとか、糖尿病とかで慢性的な制限があるとかですね、そういうのは、やはり高齢者の自殺との関係もあると思いますけども、慢性的であったりとか、機能障がいがあったりとか、日常生活上の苦痛がある方というのは自殺死亡率が高いと、そうではない方と比べて自殺の危険率が高いという報告はあります。

鈴木（誠）委員：ありがとうございます。そうすると健康問題の半数以上が精神疾患もしくはうつ病をとりまく精神疾患によって引き起こされているので精神疾患に対する対策が手厚くされているというふうに考えていったらいいわけですね。それともう1つ、首つりというのは、一番自殺としても完遂率が高い方法だと思うんですけど、こういう人たちの過去に自殺未遂の既往というのは、どのくらい確率としてあったかというようなデータはあるのでしょうか

井上所長：それについては、ちょっと私は正確なデータはないんですけども、田代委員とかいかがでしょうか。

田代委員：今の話の中で、医療面で統計をとろうと思うんですけども、診断名

とすると例えば切傷であったりとか、服薬での中毒であったりという病名になって、統計をとろうと思った時に自殺企図というのが入ってこないんですね。正確な数字というのはまず得られない。救急外来にみえる患者さんは女性が多いです。でも女性の場合には、服薬とかリストカットでまず全身状態は安定して、まず死ぬことはない。で、中高年の男性ですね、中高年の男性は、首つりであったりとかですね、農薬であったりとか確実に死ぬ方法をとってくる。電車への飛び込みだりとか。ですから再発率じゃなくて、もうその人が蘇生しても、直ちに死ぬことはなくても、また数日でなくなるとか。助かっても寝たきりでとかまた自殺をもう1回企てることもできない状態になることが多いです。ですので、その首つりとかという状態のとき、中高年は確実に死ぬ方法をとるですけども、家族に聞くと、数日前は普通にしていたとか特に表面に出てこないんですね。ですから家族にとっては突然に自殺されてしまうという状況です。今、メンタルパートナーとか言われていましたけども、その突然に死なれる前の、ちょっとおかしいなと思った時に相談できる環境というのはすごく大事じゃないかと思っています。

谷井委員：今のデータに関して、少し発表していて、井上先生とかと一緒に研究したんですけども、高齢者の場合、さっきの年齢のデータ、構成の話で少し補足みたいな形で言わせていただきますと、普通の年代の自殺率というのは、男性1、女性2ぐらいの割合なんですけれども、三重県の場合は、高齢者になると男女比が逆転します。逆転して女性が多くなるのですけどもかなりの率で、病苦が原因です。そのデータをみますと慢性疾患が9割以上で、重篤な疾患、がんとかは1割未満なんですけれども、母数が違うということが1つあるのと、り患年数が違うもんですから、必ずしもそれがその疾患が、さっき井上所長がおっしゃられたように慢性関節リュウマチとか糖尿病とかも自殺があるんですけども、母数がかなり多いものですからその辺をちょっと慎重にみななければいけないということがあると思います。それからあと中高年で気をつけなきゃいけないデータと私が思っているのは、9ページの補足なんですけれども、9ページのデータ、全国区をこれ、日本だけじゃなく三重県も大体同じ傾向だと思うんですけど、中高年の50歳以降、60歳これ急増しますね。この部分のデータの主役が男性です。女性はほとんど変わっていない。

そのことが、非常に重要なことだと私は思っています。その性差に関する事で、そこはやはりふまえておかないと、自殺対策のポイントがずれちゃうんじゃないかと。さっきも申しあげましたように、

中高年は男性です。この世代は。さらに老年人口になると女性です。そこに対するケアをやはり注意していくというのが、1つの世代間のポイント、理解につながるんじゃないかと思います。

原田副会長：ちょっと先ほどの議論から離れますけども、5章の計画後の推進体制というところで、名前が「地域自殺・うつネットワーク組織」というふうになっていますね。これは確かにうつは自殺とは非常に心気性が高い精神障がいですけども、これをこう並立的に並べたというのは何か意図があたりなんでしょうか。例えば、自殺ということ全般を取り上げる場合と、うつに重点を置く場合とでは、アクションやってくる時の主体がかなり変わってくる、力点の置き方が変わってくるというふうに思うんですね。ですので、これをわざわざこういうふうにした何か意図があたりなのかということが1点です。それからもう1点は、今日の先ほどの議論の関係なんですけれども自殺ってすごくアームスが多いですね。ですから首つり自殺で死んだ人は表に出るけども、死なない人はでないわけです。そしてそれは相当の数に上ってる。予防ということ考えると表にでないけどかなりいる、そういう人をどうするかということを考えないと予防にならないと思います。そのあたりをどうお考えなんでしょうか。

黒田課長：まず1点目のですね地域自殺中点のうつネットワークということですね、副会長おっしゃった力点が違うということ、そこは認識はしているんですけど、その表現も含めてこういう名称の名前という先ほどもちょっと鈴木委員の方からお話ありましたように必ずしもこのためにだけ組織を作る必要があるのかという議論にも通じると思うんですけど、自殺の中で、やはり精神疾患とかうつとかそこに対する対策というのは、行政とか医療というそういう面からは何らかの対策はうっていけるかなというようなことも含めて、この名称をつけたとき、私の聞いているところでは、自殺対策とうつ、精神疾患そういったもの含め対応していく何等かの組織をそれも地域ごとにですね、今保健所単位でいきますと9地域ございまして、そういったところで何等かの対応をしていく、やはり横の連携が必要じゃないかということを書かさせていただいたということです。副会長おっしゃったようにもう少しそこは精査というか、力点が違うということも認識しております。もう少しそこは整理させていただきます。それともう1点のその表に出ない人をどうするかということですね、私もそこは具体的にどう対応していったらいいのかということですね、この会も含めてですね、あとワーキング等もございまして、当然そここのところは何らかの対応をしてい

かないといけないということは認識していますが、具体的にじゃあこの計画書の中でどういう対応、対策をしていくかというのは今後、検討していきたいと思っております。

原田副会長：これ本来は、田代先生が一番、そこの死ななかった人たちのことをよくわかって見えると思います。

田代委員：まず、重症患者、軽症患者で、軽症の方でリストカットとかそういうのは、即、精神科の先生に相談して、そのあとフォローをお願いするという形を取ってます。重症の方でもう復帰できない方は、在宅へもっていったりという形で、そのような別れ方をする。今、表にみえないというのは、そのカルテを見返した時にですねこの人は自殺企図だったのかどうかという探り方法がないんですね。診断病名でやっちゃうと他の名前、病名がついているし、全体像が把握できないから対策もできない。実際のそのカルテ上にこう自殺かなんかのコメントかなんかを残しておいて、それをずっと統計をとっていくと対策がでるかなと思います。

原田副会長：そういうことを言いましたのは、既に日本中で例えばうつ病の予防であるとか、あるいは自殺予防であるとか、何々モデルって一杯ありますよね。で、そういうモデルとこのモデルはかなり違っていると私は思います。これは、かなり包括的なモデルで、何かにフォーカスを絞ってやる場合だと、もっと関係機関が偏ってきたり、ここに書いてあるものの一部になったりしていることが多いように思うんですけども、あえてその包括的なものにしたというか何かあるのでしょうか。包括的にすると結局のところ、あまり実践的でないことが多い。なかなかその一点突破式の目標が作れなくてですね、あれこれ話をしたけどもまた終わっちゃったねということになりがちなので、どうなのかなという心配なんです。

森岡次長：この自殺の死亡率っていうのは、三重県としては県全体としてはいいんですけども、地域差があるということで、その地域差を解決するカギがこのネットワークにあるというふうに我々としてはちょっと認識してまして、これからただどのようにネットワークの方を活用して、どう地域の対策をうっていくかというのは、これから専門家の先生の意見を聞いて煮詰めていきたいという段階です。ということで、先生目からするとまだちょっとばくっとしたように写っているんだと思います。我々もそういうふうに認識してまして、どうすれば実効的になるかというのはこれから議論していきたいと思っております。

原田副会長：まあこれは標準案ということで、地域事情に即してもうちょっとモディファイ（修正）してくというようなことですね。

齋藤会長：8ページですけど、地域差の話が出たので、少し私も思ったのですが、死亡率を見ますと明らかに北低南高というか、少子高齢化、要は経済的な問題もあるいは過疎の問題もあるのかもしれませんが、全国の自殺死亡率とですね上の表でいくと22.9ですけども、熊野においてはですね26を超えているということで、桑名とか四日市はいいんですよ。それで19年から23年でしたでしたですかね、先ほど、その間に各その保健所区域で、その差というか、この地域はすごく差がありました、あるいはここはあまり変わらないですとか、その辺の統計とかございますか

森岡次長：そののところ非常に大事な視点だと思います。ちょっとそこまで分析、正直しておりませんでした。これから、そこを分析して次回お示しできればというふうに思っております。

齋藤会長：死亡率が高いところを下げるというのは当然なんですけども、三重県全体を見ると津と松阪、伊勢が非常に人口的に多いですからそのあたりで、人口としてのとらえ方も大事なのかなと思いたので。それとですね、原田先生おっしゃいまして、私がかねてから思っておりますが、やはり救急に運ばれる自殺未遂の方、その中で、その救急の先生方大多数は、よく理解はされていると思っておりますけど、非常に煩雑、多忙ですし、精神科医の相談というかコンサルがうまくいかないというケースもあると思っております。やはり精神科医と救急の担当医が、やはりもう少し連携を図って、きめ細かくそういうハイリスクの方をフォローアップしていくということが前々から僕も大事だと思っておりますので、そのあたりもご検討いただければと思います。

森岡次長：実際、先生にも昨年からちょっと相談をしていたのですが、救急の医療機関と精神科病院の方との連携について、いくつかモデルも立ち上げてやってきておりますので、そちらの方の結果の方も確認して、活用の方を考えていきたいと思っております。

和田委員：これからワーキンググループでだいぶ汗かいてもらわなければいけないのだと思うんですけど、数値目標とかエビデンスとかいう話が先ほどから盛んに出ています。で、例えば、数値目標というのは、県全体としての自殺率でいくのか数でいくのか、あるいは、もっと細かく各年齢層といたしますか、あるいは状態ですね、無職層とか雇用者とか、そういうさらに細かく目標を設定するのか。そのへんはどうなのかということが一つ。今後の方向だとおもうんですけどね。もう一つは、先ほどちょっと原田先生も何々モデルという話をされましたけど、エビデンスということがよく出てきますけれども、いわゆる再現性のあるという意味でのエビデンスがはっきりしてる、

あるいはエビデンスレベルというのがあると思うが、どのレベルのエビデンスというものを考えておられるのかですね、対策を立てていく必要があるわけなんですけれども、その対策ごとにどういうエビデンスがあるんだということを示せるかどうかですね、これからの話だと思いますけれども、事務局の方でどんなふうにお考えになってみえるのか、ちょっとすみませんざっとした話ですが。

森岡次長：数値目標の設定なんですけれども、個人的な意見になってしまうのかもしれませんが、私としては率としてこう示すのであれば、自殺死亡率ということになると思います。それ以外の目標については、数ですね。そちらの方になってしまうのではないかとこのように思っています。アウトカムの目標というよりは、アウトプットの目標ですねそういう目標を掲げざるを得ないんじゃないかと私の方としては予測していますが、これからちょっと目標につきましては、ワーキンググループの方の意見を踏まえて、設定していきたいと思っています。それで、地域の実情にということですからそういう視点をいれている以上ですね、そういう地域の何等かの目標設定ができるようなそういう仕組みもちょっと検討していかないといけないんじゃないかというように私も思っています。それからあと、計画全般に言えるんですけども、PDCA サイクルを回していこうというのが保健医療計画等と言われてまして、なるべくなら、年ごとにですね目標数値がはっきり年ごとに出て、よかったのか悪かったのかその計画の期間中にですね、はっきりとわかるようなそういう目標を設定していくのが必要じゃないかというようには個人的には思っています。ただ具体的な目標については、まだまだこれからと思っています。

齋藤会長：他、どなたかございますか。

森岡次長：エビデンスに基づきということなんですけど、これも非常に難しく、そもそもそのエビデンス、その自殺対策全般においてですね、どういうエビデンスがある対策というのがあるのかというの、まずその確認から始まっていくんだと思うんですけども、まだその確認が、まだそのところが私の方ではまだ把握しきれていない段階でして、ワーキンググループを中心にそういうところも他県とか他の自治体のそういう対策を情報収集して今後検討していく必要があると思っています。

和田委員：ありがとうございます。数値目標というのは、評価する際にはある意味便利なんですけども、県全体の死亡者数、あるいは自殺率というような数字にしてしまいますと、先ほどちょっと会長も触れられましたけど、中北勢、人口の多いところで何とかすれば、例えば極端な言い方をしますと、東紀州の自殺者数が減らなくても県全体と

しては減ると、減ったと言えちゃうんですよね。そのへん、どういうふうに考えていくかということをごぜひ、しっかり議論していただきたいという要望です。

(4) 各団体における取組について

和田委員：私どもの方では、メンタルヘルス対策支援センターということで、各事業所の方々のメンタルヘルス担当者にいろいろ支援させていただいております。その中で、保健師あるいは社会保険労務士という資格を持った方々に、事業所を訪問していただいて、メンタルヘルスへの取組というのをどうぞやってくださいとお勧めしているんですけども、その訪問自体がその事業所の方にメンタルヘルス対策の取組が大事ですよというようなことを言って周る、それが本当に効果があるのかどうかというのをちょっと見てみたんですけども、促進員といいますか、保健師等が訪問して、その後で、メンタルヘルス取組むようになったというところは、3分の2くらいです。促進員が訪問してメンタルヘルスってこんなふうにするんですよと、いろんなガイドラインとか、取組事例もありますよとお話しても、やっぱり3分の1くらいは何もしていないという、そういうこともあるんですね。ですから、例えばこの、メンタルパートナーがあります。パートナーの方が、あるいは指導者の方が、パートナーを養成する。そのパートナーが活動するということですけども、活動がどうなっているのか、それによって地域の方々、あるいは事業所がどう変わったのかということもぜひ、できればモニタリングするようなことも検討していただければというふうに思います。

原田副会長：県から予算を頂きまして、去年から若者の自殺の早期予防事業をやってきてまして、細かいことは時間の関係で省きますけども、今年度のアウトリーチ型のこころのケアチームというのを編成いたしましたしまして、今、斉藤会長がちょっと言われた、救急で、自殺で救急に入院して、だけど精神科に行きたくないという人がたくさんいます。そういう人の所へチームが出向いて、関係を作ることから治療に導入するというような試みをやり始めております。既に数ヶ月経っているんですけども、我々当初は年間数例くらいじゃないかなという、非常に甘い読みをしていましたが、もう既にその数例はとっくに超えてまして、あのちょっと言いましたけども、表に出ない、しかも確信的な自殺というのがかなりあって、その後のフォローというのが殆どされていないなということを改めて感じました。以上です。

鈴木（秀）委員：三重いのちの電話協会の方からですけども、いま現在電話

相談は毎日、365日欠かさずに午後6時から午後11時までやっております。昨年私ども開局10周年を迎えたのを機にフリーダイヤルで24時間、毎月10日だけ実行に移したわけでございますけれども、相談員の数が足りなくなってきました、いま現在8期生の方、研修を重ねておまして、この方々が現場に配置されれば、少し緩和できるかなと思うんですけれども、8期生の方は17名かな。いずれも自分のお金を負担していただいて、講習を受けていただいて、1年半、ほぼ毎週土曜日の研修を受けていただいて、相談員として取り組んでいただいてまして、しかもその間、全部自前でしかも相談員になってからも名張から来る、四日市から来る電車代も、それから全て自己負担とことで、ホントのボランティアというような状況なんですけれども、それが一部の方々には負担になっているようでございまして、有料、ギャラを払うという、そういうことは一切考えておりませんので、その辺との戦いをしているのが現状かというふうに思っております。また皆さん方のアドバイスをよろしくお願ひしたいと思ひます。

澁谷委員：三重弁護士会ですけれども、弁護士会の方では平素から弁護士相談をさせていただいてるんですが、9月の自殺予防週間に合わせまして、電話の無料相談のほうを実施する予定でおります。ちょっと詳しい日程についてはまだ未定なんですけれども、各機関にご相談に来られた方で、無料の電話相談に紹介したほうがいいのかと思われる方がおられましたら、三重弁護士会のほうに日程等問い合わせさせていただいてご相談いただければと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

齋藤会長：HPか何か載せてるんですか？

澁谷委員：HPに載せるかどうか、いまちょっと確認できないんですけれども、弁護士会のほうに問い合わせいただければわかりますので。

太田委員：日本産業カウンセラー協会では、まずこころの耳ということで、HPに電話相談、メール相談を受け付けているというのを展開しております。また自殺予防週間に先立ちまして、県内では宇治山田駅、そして近鉄津新町、津駅東口西口、また四日市駅で自殺予防週間に因んだ無料電話相談のチラシ、並びに日本産業カウンセラー協会が行なっております相談のご案内をするという取組を本年度もやりたいというふうに計画しております。詳しくはHPに載っております。

齋藤会長：本日の審議内容につきましては、事務局で取りまとめでいただきまして、公衆衛生における今後の自殺対策推進に反映していただきたいと思ひます。委員の皆様もまたご意見等ございましたら事務局ま

でお願いを申し上げます。

星野副参事：今回審議いただいた内容につきましては、次期計画でありますとか施策のほうに反映していけるように、事務局のほうで努力していきたいと思っております。

2. その他

第2回開催予定：平成24年11月8日（木）13：00～15：00
三重県医師会館 中会議室

閉会