

平成24年度第2回新潟市自殺対策協議会 議事録

日時:平成25年2月4日(月) 13:30 ~15:30

場所:市役所本館3階対策室

出席:(委員19名:五十音順)

伊川章委員(新潟市消防局救急課)

池田伸一(新潟市社会福祉協議会)

石橋 秋美(自死遺族語り合いの会「虹の会」)

佐々木裕之委員(日本司法支援センター新潟地方事務所(法テラス))

國井洋子委員(新潟市薬剤師会)

興柁健郎委員(独立行政法人労働者健康福祉機構新潟産業保健推進センター)

後藤雅博委員(南浜病院)

佐藤佐智夫委員(新潟県経営者協会)

平哲也委員(新潟県弁護士会)

玉木尚子委員(新潟商工会議所)

富岡克隆委員代理出席:岡崎信彦(新潟県警察本部生活安全部生活安全企画課)

永井明彦委員(新潟市医師会)

早川重男委員(新潟県司法書士会)

林光弘委員 代理出席:横山孝栄氏(連合新潟地域協議会)

廣瀬保夫委員(新潟市民病院救命救急・循環器病・脳卒中センター)

本間サチ子委員(新潟いのちの電話)

水口正明委員(新潟公共職業安定所)

横山知行委員代理出席:中村協子(新潟県臨床心理士会)

四柳健二委員(新潟市民生委員児童委員協議会連合会)

(事務局7名)

野本信雄(保健衛生部長)

福島昇(こころの健康センター所長)

永井賢一(こころの健康センター こころの健康推進担当課長)

治雅史(こころの健康センター所長補佐)

青柳玲子(こころ健康センター いのちの支援室主幹)

堀努(こころの健康センター いのちの支援室係長)

中川拓也(こころの健康センター いのちの支援室副主査)

眞島理恵子(こころの健康センター いのちの支援室非常勤職員)

傍聴者:5名

1. 開会

報道機関から会議開催中のカメラ撮影要望があったことから出席委員の了解を得た後、配布資料の確認、進行に関する説明を行った。

2. 保健衛生部長あいさつ

(野本保健衛生部長)

新潟市の保健衛生部長の野本でございます。

本日はお忙しい中、お出でいただきまして、大変ありがとうございます。

「平成24年度 第2回 新潟市自殺対策協議会」の開会にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

日頃から、皆様方には、本市の精神保健福祉行政にご理解とご協力を賜り、大変ありがとうございます。この場をお借りしてお礼を申し上げます。

先日、内閣府で発表しました警察庁の平成24年度の速報値では、全国の自殺者は15年ぶりに3万人を割りました。

本市の状況ですが、24年度のデータがまだ未公表でございますが、11月までの月別データを見ますと、昨年と同月と比べまして17名少ない状況でございます。しかし、まだまだ多くの方が自殺により亡くなっている状況であり、また、大津のいじめや大阪の体罰による自殺の問題など、自殺は社会全体で取り組まなければならない大きな問題となっております。

本市では昨年3月に、委員の皆様方から多大なるご協力をいただきまして策定をいたしました「自殺総合対策行動計画」に基づきまして、関係機関・団体と密接な連携により、自殺対策の一層の強化・推進を行っているところでございます。

本日の自殺対策協議会では、「新潟市自殺未遂者実態把握調査の報告について～調査結果から見えた新潟市における実態～」と題しまして、調査結果の分析に取り組み、報告書を作成していただきました新潟県立大学の田邊直仁先生からもご講演をいただきます。今回の調査結果について研究者の立場からの深い洞察と今後の新潟市における自殺対策に反映できる貴重なご意見などがいただけるものと期待申し上げます。

また、議事におきましては、委員の皆様方から、本市の自殺対策の課題や連携のあり方など、具体的な対策について率直なご意見を頂戴したいと考えております。

今後とも委員の皆様方からのお力添えをお願い申し上げ、簡単ではございますが挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしくお願い申し上げます。

3. 議事

(1) 「新潟市自殺未遂者実態把握調査の報告について～調査結果から見えた新潟市における実態～」

(後藤会長)

新潟市自殺対策協議会の会長を務めさせていただいております南浜病院の後藤でございます。

す。

本日は、年度末にそろそろ入ろうかというとき、また足元が悪い中、たくさんお集まりいただきましてありがとうございました。

今年度2回目、最後の協議会ですけれど、今日の目玉は、司会、部長の方からも話がありましたように、自殺未遂者のフォロー研究結果がまとまりまして、その発表、報告を田邊先生の方からいただくという大変興味深い報告になると思っております。それに関しまして、あるいは他のことについても、いつもとおりの活発な意見をいただければと思います。

速報値で3万人を切るということで、おそらくいろいろな理由があるだろうと思いますが、日本全国を通して様々な取り組みが行われていることが、希望的観測ではありますが、自殺率の低下に繋がっているものと信じてつやっやっしていければと思っています。是非、今後ともご協力をよろしくお願ひしたいと思っています。

それでは、時間もございませんので、早速議事に入りたいと思います。

「新潟市自殺未遂者実態把握調査の報告について～調査結果から見えた新潟市における実態～」と題しまして、新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科教授の田邊直仁先生に説明をお願いしたいと思います。

先生のご略歴について、私の方からご紹介させていただきます。皆さんよくご存じかとは思いますが、先生は昭和62年に新潟大学医学部を卒業し、第1内科に入局されております。平成6年11月に公衆衛生学教室の助手、平成9年10月には同教室の講師となられ、11年1月に同教室の助教授、現在の准教授に就任されております。23年4月からは、新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科の教授となられ、翌年4月から学科長を務められております。また、公衆衛生学会、日本免疫学会、日本循環器管理研究協議会の評議員など、その他多数の学会にも所属されて、ご活躍されております。

皆さんご承知のように、今回ご説明いただく調査につきましては、当協議会で自殺未遂者のフォローが必要との意見を踏まえ、市から調査実施に向けた様々なハードルを乗り越えてもらい、実施することとなりました。そして、田邊先生からは、23年3月の調査の開始から、1,700件という膨大なカルテの解析に本当に熱心に取り組んでいただきました。この調査は、全国的にも大変貴重な調査報告書ということになります。本当にご苦労様でしたとしかいいようがないほど、本当にご苦労をお掛けしたなというふうに考えております。非常に立派な報告書をいただいて大変感激しておりますが、もちろん全部というわけにはいきませんが、その中で先生が大事だと思うところ、あるいはここは重要ではないかとお考えになっているところを含めてご報告をいただければというふうに思います。

では田邊先生、よろしくお願ひします。

(田邊教授)

どうも、こんにちは。田邊でございます。後藤先生、ご紹介ありがとうございました。

それでは、あまり時間もございませんので、早速ですが始めさせていただきます。本日は1時間ほどお時間をいただいておりますが、30～40分発表、質疑を20～30分くらいと伺っておりますので、この時間配分でお話させていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは始めさせていただきますが、本研究は、私どもが主体となって始めたというわけではございません。今ほどご紹介がございましたが、こちらの協議会のお考えを含めまして、市のこころの健康センターから、このような調査ができないかというようなご相談を受けたわけでございます。相談を受けて調査の計画を立てた当時、私は新潟大学にいたわけですが、その後事情によりまして県立大学に移りましたので、その後、施設間の連携ですとか、その他、いろいろな面で、こころの健康センターからもお力添えをいただき、調査終了することができました。改めまして感謝申し上げます。

この事業は、医歯学総合病院の遠藤教授を主任研究者といたしまして、今日もご出席されております廣瀬先生が現場での情報収集、及び遠藤先生については研究統括もお願いしておりました。

今ほど分析には大変な労力をというふうなお話があったわけですが、私は上がってきたデータを分析するだけでございまして、何といたしてもこのようにきちんとデータを取ってきてくださる、それをきちんと組み立ててくださる方々のお陰で、自殺の席で大変不謹慎かもしれませんが、私が一番おいしいところだけをとらせていただいたのかなと思っています。

それでは、分析した結果をお話させていただきたいと思います。

最初に、本報告書での用語の定義のほうをお話させていただきたいと思います。報告書にも書いてあるのでございますが、この未遂・既遂・完遂・未遂再受診、これは一般的によく使われている言葉なのですが、使う人によって言葉の使い方が統一されておられません。そのため、あくまでも今回はこのような意味で使ったというふうに捉えていただければと思います。

例えば、未遂は死に至らなかった自殺・自傷行為。それに対して既遂は既に死に至った自殺・自傷行為と捉えておりますが、自殺の捉え方としまして、病院に到着したときに既にお亡くなりになっていたとか、あるいは救急外来で亡くなったという方だけを既遂に入れるような方もいらっしゃるのですが、今回の場合はそうではなくて、その場ではお亡くなりにならなかったのですが、それを直接のきっかけとして数日後にお亡くなりになったという方も既遂の中に含めております。

次に完遂ですが、完遂という言葉もあまり聞きなれない言葉かとは思うのですが、今回は未遂で受診されていたんお帰りになったのですが、その後改めて自殺・自傷行為をおこなって死に至ったと考えられる。確実に自殺だというふうには確認出来ない方もいらっしゃるものですから、考えられることというふうに今日はつけさせていただきます。いったん未遂して、その後改めておそらく自殺されたであろうと思われる方を完遂としております。

未遂再受診につきましては、未遂で一旦受診したあとにその後未遂で受診する。これを未遂再受診として定義しております。

調査の概要ですが、大きく2つの調査を行っております。1つは「自殺・自傷行為のカルテ調査」ということで、先ほど後藤先生の方からもお話がございましたが、平成19年の1月から平成23年12月31日、この期間の新潟大学医歯学総合病院、以下大学病院と呼ばさせていただきますが、大学病院及び新潟市民病院、以下市民病院と呼ばさせていただきますが、こちらもおそらく自殺であろうというふうに思われる方々のカルテを全て閲覧していただくというふうな調査をいたしました。こちらにつきましては、個人情報保護法の観点から、私ども研究者がペラペラとカルテをめくるわけにはいきませんので、各病院の看護師が調査して調査票に転記するというような手続きをとっております。

なお、これはカルテ調査でございますので、ご本人にお話を聞くわけにはまいりませんから、後ほどお話ししますが、例えば薬を大量に飲んで受診されたという方が結構いらっしゃるわけですが、このような方が本当に自殺を目的として大量な薬剤を飲んだのかどうかということまでは、残念ながら確認ができませんでした。そのため、自殺・自傷行為と書いてありますが、本当に自殺を意図して受診されたのかどうか分からないという方々も含まれているということをあらかじめご説明させていただきたいと思います。その人たちが、例えば大学病院を受診されたあとに、今度また自殺未遂、あるいは自殺をされて市民病院を受診することもございますので、個人情報は一元的に管理しなければいけない。それで、市民病院の個人情報につきましては、倫理審査の了解を得まして、倫理審査の結果よろしいということで、大学病院のほうで一元的に管理させていただき、同じ人がまた何回か受診されたかとか、こういったことを管理するようにしております。

もう1つの調査は、「死亡小票調査」というものです。死亡小票と申しますと聞き慣れない方もいらっしゃると思いますが、お亡くなりになったときに、死亡診断書とか死体検案書といったものが医師から発行されます。これを統計上取り扱うために転記して報告するといった書類でございます。この死亡小票の調査を行いますと、どのような方がどういった死因でお亡くなりになったかということが、公的に報告されている分については把握できるということになります。こちらは、厚生労働省の許可のもと行っております。申請して許可が下りた期間が平成19年から22年12月31日ということで、1年間短い期間になっております。そのため、ここからあとに未遂で受診された方については把握できません。この期間にいったん未遂で受診され、その後亡くなったという方は、死亡小票の調査で把握できるようになっております。

ただし、病院からの個人情報の持ち出しが大変厳しくなっておりますので、こちらの大学の倫理委員会、市民病院の倫理委員会の許可の下、お名前までは持ち出すことができませんでしたので、生年月日の情報を保健所に持ち出して、この期間に同じ生年月日で亡くなった方のリストを死亡小票から作って大学病院へ持っていき、お名前等々をつき合わせまして、同一人物であるかどうかを確認するという手続きをおこなっております。個人情報の取り扱いが非常に厳しいこのような病院で個人情報をきちんと守るためにこのような手続きを踏んだ上で調査を行っているということをご理解いただければと思います。

先ほどのお話したものをもう少し詳しくお話しすると、こちらが分析対象者の概要ということでございまして、各病院を既遂、未遂で受診されたという方のカルテ調査例がこれだけございます。既遂で受診されたという方が190例ありまして、未遂で受診されたという方が1,511例で、既遂の中では重複はありませんが、未遂の中には重複が結構ございます。人数としましてはもっと少ないこととなりますが、回数で数えますと1,511回の未遂による受診があったということでございます。大体年間300前後の未遂、あと既遂が30～40回くらいということで、合わせますと年間330～350くらい、大体330前後で推移しております。

既遂例、未遂例のカルテ調査につきましては、合わせますと1,701例、この全期間のものを使って分析しております。しかし、その後、未遂者がお亡くなりになったかどうかという調査、未遂後に改めて自殺等々、その他病気で亡くなった方もいらっしゃいますが、お亡くなりになったかどうかといった調査は、平成19年から22年までの受診例について行っております。この期間に、小票調査で

44人の死亡を確認しております。未遂者の中からその後お亡くなりになった方が44人、内一人が新潟市外の住所の方でございましたので、死亡率の分析から除いておりますが、新潟市民が43人。そのような方々を対象としまして、初回の自殺未遂後にどれくらいの方がお亡くなりになったかという死亡率の分析を初回の自殺未遂時に新潟市に住んでおられた、あるいは死亡時の死亡小票の住所が新潟市であったという方757人について、こちらは、例ではなく人になっております。重複なしです。こちらについて分析を行っております。

また、自殺が差し迫っているというような情報、リスク要因を把握するために、最終回の自殺者の情報を用いて、その後どういった人がどれくらい自殺されたのであろうかというような分析を、最終回の自殺未遂時または死亡時に新潟市在住であった731人の方を対象にして分析を行っております。未遂後にお亡くなりになられた方です。1回未遂で受診されてその後お亡くなりになった人が死亡小票で把握された44人、この中には新潟市外の自殺者お1人を含んでおりますが、この死因の内訳をお示しいたしますと、約半数強が死亡小票上は自殺となっております。その他、自殺ではない、「外因死」と私たち専門用語でいうのですが、病死ではない死亡に、転倒、溺水、窒息、中毒という方がおられます。小票の情報をよく見てみますと、この方は自殺か他殺か事故か不明の方々なのですが、よくありますのが、例えば建物の外に落ちて倒れていたとか、あるいは、川の中等で溺死されているのが見つかったというふうに、見つかった方が多くて、おそらくこの方々も自殺なのだろうというふうに推測して、今回の調査対象者の中の「外因死」の方々は「自殺疑い」というふうに、このあと取り扱って分析いたしました。

自殺未遂後の死因別死亡率、未遂後の追跡期間が長い方では3～4年とか、もっと長い方もいるのですが、短い方では数日といった方がおありまして、人によって追跡期間が一定いたしませんので、追跡期間の平均をとってみますとだいたい2年くらいの追跡期間となります。

年間人口千人当たりの死亡率で見えますと、全死因で30弱です。男性の死亡率が高いと。一番多いのが先ほどご説明いたしました自殺を含めた外因死ということで、年間人口千人の自殺未遂に対して20人弱くらいの方が、おそらく自殺だろうという外因死で亡くなる、このような結果でございました。やはり男性のほうが女性よりも多いということになっています。千人の自殺者がいらっしまったとしたら、その後1年間に20人弱の方がもう一度自殺をされて亡くなってしまうという数字でございます。

これがどれくらい多い数字なのかということをつかり易く表示するために、新潟市の全市の平均的な死亡の状況と年齢を調整するという方法を用いまして、比較してみた結果がこちらでございます。新潟市の平均的な死亡状況に比べて、何倍自殺未遂者は死亡しやすいかというグラフでございますが、全死因で見まして7倍～8倍くらい、自殺未遂で受診された方は、普通の新潟市民の7倍～8倍くらい死亡しやすいという結果でございます。やはり特に危険性が高いのは、自殺という形でお亡くなりになる危険性ですが、これは当然といえば当然だとは思いますが、いったん自殺未遂で受診された方が、その後自殺という診断でお亡くなりになる危険性は普通の新潟市民の約60倍、大変高いリスク、危険度であるというふうにご理解いただけるかと思っております。

それでは、最初に、性・年齢と未遂・既遂・完遂との関係についてお示ししたいと思います。追跡調査からではなく、カルテ調査の結果からなのですが、今回受診したときの未遂例、あるいは既遂

例の中の男女の構成割合を見ております。未遂例は約7割が女性、これに対して既遂例、お亡くなりになってしまったという方は65%が男性であったということでございます。年齢別に未遂者の性の構成を見てみますと、若いほうでは女性が多く、中高齢では男性が多い。年齢構成を見てみますと、未遂例では40歳未満が約65%となります。こちらに書いてありますのは報告書の記載ページの番号でございますので、後で必要でしたらご参照いただければと思います。それに対しまして既遂者の年齢構成を見てみますと、66%が40歳以上です。未遂と逆転しておりまして、中高齢者のほうが既遂例では多いこととなります。

それでは、未遂者を追跡調査したら、どれくらいお亡くなりになるのか、あるいは未遂後再受診されるのかという頻度を比較してみましたところ、完遂する頻度は男性が高いわけです。統計学的には、ぎりぎり有意に至っていないのですけれど、女性の完遂率、要するに未遂で受診された後にお亡くなりになってしまうという頻度は、これに比べまして、男性のほうが、2倍以上死亡する危険度が高いというふうになっております。自殺完遂により亡くなられるリスクが高い。それに対して、未遂後再受診するのは、圧倒的に女性のほうが多い。いったん未遂で受診された場合に、その後本当に自殺されてしまうのは男性が多くて、未遂を繰り返すのは女性が多いという結果になります。年齢で見ると、未遂を繰り返すのは若い人が多い。それに対して本当にお亡くなりになってしまう、再度の自殺行為によってお亡くなりになってしまう方は、中高齢者が多いという結果でございます。この未遂を繰り返すような人たちが、本当に死亡、自殺を完遂しやすいのかどうかといったことを見てみますと、必ずしもそうではない。未遂を繰り返す方々というのはやはりその後も未遂を繰り返すというようなことが多い。何度か未遂で受診されたというような方は、その後も未遂を繰り返すけれども必ずしも完遂には至らない場合が多いということが予後調査の結果から分かっています。

以上のような点をまとめますと、性・年齢との関係でございますが、カルテ調査の結果から、既遂者では男性、未遂者では女性の割合が高い。中高齢者の未遂者には、男性の割合が高い。未遂者は40歳未満、既遂者は40歳以上が多いということ、また追跡調査の結果から、男性及び中高齢者で完遂のリスクが高い、本当にその後お亡くなりになってしまうリスクが高い。それに対して女性、若年者では未遂の再受診のリスクが高い。女性若年者に多い未遂を繰り返す者では、未遂の受診率が高くなりますが、完遂率が特に高くなるわけではない。このような状況を踏まえまして、自殺未遂で受診された方の中で本当に完遂するということを予防したい、支援を行っていきたく考えた場合、対象者等としては中高齢者、特に男性の方々をターゲットにしていくのが、本当に危険な人たちに対して手を差し延べていくということに繋がっていくのではないかと考えております。

精神疾患と未遂・完遂の関係について、お示したいと思っております。25ページに書いてございますが、カルテ調査の結果から、自殺未遂で受診された方々の約70%に精神科の受診歴がございます。今現在、治療中という人も60%くらいいらっしゃいます。先ほど申し上げましたように、この調査はカルテに書いてあることしか分かりませんので、カルテに記載されていない情報は分らないわけです。そうしますとここで70%とか60%と申しておりますが、残る30%、40%には、カルテに記載されていないけれど、要するに自殺未遂で受診されたときに「わたし、精神科にかかったことがあります」というふうに答えてはいないけれど、実際にはかかったことがあるという人が当然含まれているのです。そういった方々を考慮に入れますと、7割以上の方が、精神科の受診歴があるのではな

いかというふうに思われます。精神疾患、特にうつ病とかが自殺と非常に密接な関係があるということは広く知られておりますが、やはり今回の結果からも、自殺未遂の背景には精神科疾患の関与が非常に高いということがわかりました。その疾病の内訳ですけれども、やはり一番多いのはうつ病を含む気分障害、気分障害の中にうつ病が含まれております。全体の35%くらいにうつ病の受診歴があるということから、70%となっている精神科受診歴のある方の半分くらいはうつ病の受診歴があるということになります。

それでは未遂者の追跡調査の結果から、治療中の精神疾患があるという方々は完遂に至りやすいのだろうかということを調べてみましたところ、必ずしもそうではないということが分かっております。特にうつ病があるからといって、いったん受診された後に再度自殺行為をおこなって完遂するというリスクが高いということではありませんが、うつ病が安全というわけではございません。一番最初にお話しましたとおり、いったん未遂で受診されたということ自体が非常にリスクが高い要因である。そうすると自殺未遂に至るといったことにはうつ病は強い関係を持っておりますが、いったん自殺未遂で受診された方は、精神疾患があろうがなかろうが、非常にリスクが高い、精神疾患が背景にない方でも、やはり自殺未遂で受診された方については、きちんとした支援を行っていく必要があると思っております。着目されますのは、うつ病以外の精神疾患に星印がついておりますが、この方々は実は完遂する率が高い、疾病別に見てみますと、「統合失調症および妄想性障害」と書いてございますが、情報を見てみますと、55人のほとんどが統合失調症です。あるいは「神経症性、ストレス関連性、身体表現性障害」、更に詳しく中身を見てみますと、多いのはPTSDとか不安神経症とか、あるいはパニック障害、行動障害、こういったものが多い。このような人たちは、いったん未遂で受診された後に完遂するリスクが特に高いというような結果が出ております。

従来、自殺対応予防の観点におきましては、うつ病がメインになってきたのですけれども、それ以外の精神疾患にもやはり目を向けていく必要があるということです。未遂者の中にこういった人たちがどれくらいいるのかと申しますと、先ほどのグラフの再掲みたいなものになりますが、一番多いうつ病の次に多いのが「神経症性、ストレス関連性、身体表現性障害」。「統合失調症および妄想性障害」も比較的多いというふうなことでございますので、未遂者の中の頻度も比較的多いこのようの方々に対するサポートが今後重要になってくるのではないかと思います。

次に自殺・自傷行為の手段と未遂・既遂・予後との関係でございますが、手段を見てみますと、既遂者で圧倒的に多いのは縊首、いわゆる首吊りでございます。また墜落、飛び降りが次いで多い。それに対して未遂者では薬物が一番多くて、次いで切刺、次にお示ししますが手首の切刺の人が多く。明らかに手段によって既遂者と未遂者に頻度の差があるわけなのですが、既遂者で縊首や墜落が多いということは確実性が高い手段をやはり選んでいる、それだけ本気度が高い人たちが入っているのではないかなというふうに思っておりますし、未遂者では切刺が多いというのは、実は先ほど申し上げましたように、単なる薬物乱用者が今回の調査では捉えられているだけかもしれないということです。自殺を本当に意図した人たちがこの中にどれくらいいたのかについては、残念ながら分からないということでございます。

服用薬の内訳としましては、処方薬が多くて、精神神経作用薬あるいは精神病の薬が多いということで、おそらく背景に精神疾患歴のあるものが多いということをお示ししましたが、このこと

が反映されているものと思っています。未遂者では手首の切刺が大半、既遂者では特に首が多いということでございまして、やはり既遂に至った方はそれだけ本気度を持って切刺についてもおこなったのではないかというふうなことがここで推察されます。未遂者の追跡調査を行ってみましたところ、先ほど未遂者で一番多かった薬物ですとか手首の切刺、この方々は必ずしも完遂率は高くはないと。先ほど申し上げましたようにやはり本当に自殺を目的として薬物を服用したのではない方々も含まれているのかもしれない。それに対して切刺、薬物の服用者特に、手首の切刺の方々は、未遂の再受診率が高いことがわかっております。すなわちこのような方々は未遂を繰り返すことが特徴なのではないかなと思います。いわゆるリストカッターとよくいわれるものが今回も裏づけられたということでございます。このような方については、より深刻な行為に至らないよう、前の段階でストップできるようにすることが大事なのかなと思われました。

次に、同居者・配偶者・家族関係・世帯の状況等でございますが、カルテ調査の結果から未遂者の約7割には同居者がいる。これは日本人あるいは新潟市に同居者がある方が非常に多いわけですので、この自殺者の特徴、未遂者の特徴というわけではございませんが、未遂者には同居者がいる方が多いのは、今後予防を考えていく上で重要なことだろうと思います。ちなみに同居者がいるから、あるいはいないからといって自殺の完遂に至るリスクには差がございません。いようがいまいが、完遂に至るリスクは変わらないということなのですが、今回着目しましたのは受診時に同行者がいたかどうか、同居者の有無にはリスクの差がないのですが、同行無しに受診された方のリスクが高いということが分かっております。すなわちこれは人知れず未遂行為を行ったということを表しているのではないかと、このようなことに至る前に同居者が早めに気づくということが重要なのではないかと、いうふうに思っております。

配偶者の有無です。配偶者の無い方が未遂者の5割近くいるわけなのですけれども、配偶者が無いということが自殺の完遂に至るリスクと関係している。配偶者が無いほうが完遂に至りやすいということです。よく女性よりも男性のほうが配偶者が亡くなった場合にガクッとキやすいとか、女性は配偶者がいなくなるとちょっと不謹慎な言葉ですが、元気になる人が多いとか言われておりますが、必ずしもそうではない。特に統計学的に明らかな差が出ていたのはむしろ女性の方でありまして、配偶者無しの自殺リスクが高い。人数的な関係その他から男性の方に星はついておりません。すなわち男性では統計学的には明らかに差があるという結果ではありませんでしたが、男女共に配偶者無しで完遂リスクが高いということについては差がなく、同じ傾向であると考えております。配偶者の無い理由の中で何が一番リスクが高いかと申しますと、やはり死別のリスクが高い。また未婚についてもリスクが高いということになっています。特に高いのは死別ですが、未婚もリスクが高い。離別については、配偶者有りまたは不明といった方々と完遂に至るリスクはそれほど変わらないという結果でございました。やはり例えば、不仲な夫婦が別れてかえってほっとしているのかもしれないし、そういったことで離別はそんな高いリスクではなかった。死別が圧倒的にリスクが高かったという結果でございます。

後もうひとつ、家庭問題があるというふうな未遂受診の時にお答えになった方々で、その後完遂されるリスクが高いという結果でございました。内訳を見てもみると親子間の不和といったものが非常にはっきりとした形で出ている、親子間の不和があったと答えた方は、無いと答えた方より圧倒的

に完遂する頻度が高いということです。親の側が亡くなるのか、子の側が亡くなるのか、これは非常に難しい問題なのですが、これについては情報が無いのでなんともいえないのですが、年齢で見てもみますと25～39歳の方で、親子の不和があると亡くなるリスクが高いし、65歳以上の方でもやはりそうである。おそらくこちら(65歳以上)の世代は親の世代で、若い方(25～39歳)なのかなと。65歳以上は、さらに高齢の親の子の世代である可能性もありますが。いずれにせよ、親であっても子であっても家庭問題、親子間の不和といったものが、その後完遂に至るリスクを表しているのではないかとこのように思っております。

次に、健康保険等と予後の関係についてです。なんで健康保険が出てくるのかと、疑問に思われる方もいらっしゃると思うのですが、実はこの健康保険というのは、どういった職業についておられるか、あるいは職業についておられない方では、家庭の中の主な職業が何であるかといったことをある程度表しているわけで、例えば中小企業が多い政府管掌保険、その後協会けんぽに変わりましたが、こういったところとか、あるいは自営業とか非常に不安定なアルバイトとか農家の方々などが多い国民健康保険、こういったところでリスクが高くなっているのかもしれないと思って分析したのですが、そのようなことはございませんでした。ということで主な職業の状況はさほど完遂リスクには関係していない。それに対しまして、生活保護を受けているという方は、完遂リスクでは統計学的には有意ではありませんでしたが、完遂のリスクは高い傾向が出てきました。また未遂再受診のリスクは統計学的にも有意に高いということでございまして、生活保護を受けていらっしゃる方々は経済的な問題が背景にあるわけですが、このような方々では、統計学的にははっきりしませんが完遂のリスクが高い可能性があり、未遂再受診については、はっきりとリスクが高い結果になっておりました。

その他、興味ある所見がいっぱい出ているのですが、季節、曜日、時刻がどうもその後の完遂リスクと関係していそうです。具体的には夏に未遂をおこなった方々の完遂リスクが低くて、秋におこなった方は、リスクが高い。月曜日に未遂をおこなった方々は完遂をするリスクが高い。あとは夕方に未遂を行った方はその後の完遂のリスクが高い。このような点が今回の分析から浮かび上がってまいりました。精神疾患等には季節変動・時刻変動等があるものもございまして、そういったことがもしかしたら関係するのかもしれない。今後そのような背景については検討が必要ではないかと思っております。

以上まとめですが、自殺未遂者では死亡リスクが非常に高いということが裏づけられたということ。40歳以上の中高齢者、特に男性の未遂者の自殺予防対策が重要なターゲットになるのではないかと。未遂例の約7割に精神疾患受診歴があり、自殺未遂には精神疾患の関与が非常に強い。ただし、その後の完遂リスクを精神疾患があることによって高めているわけではない。ただし、疾病別にみると統合失調症とか、あるいは神経症性、ストレス関連性、身体表現性障害では完遂リスクを特に高めている可能性がありますので、未遂者における頻度もさほど低いわけではないというふうなことでございまして、今後の対策のひとつのターゲットポイントになるのではないかと思っております。手首を切るとか薬物の服用者は未遂を繰り返す方のサインである可能性があって、より深刻な行為に発展させないようにすることが重要である。

受診時同行者無しにおいて完遂リスクが高い。人知れず未遂行為をおこなっている方では、そ

の後本当にお亡くなりになってしまうリスクが高い可能性を表しているのではないかと考えておりますので、そのようなことについて早期に気がついてあげることが大事なのではないかと考えております。配偶者無し、特に死別の方、あるいは親子間で不和があるという方では、完遂リスクが高いということも着目すべき点だと思います。今後、予防策を考えていく上では、生活保護を受けている方では未遂再受診リスクが明らかに高く、完遂リスクも高い傾向にある。1つのサポート、支援の対象者になる場所ではないかと考えております。今後の検討課題としては、秋、月曜日、夕方の未遂者で完遂リスクが高いということをごさいます、大変興味ある結果でございますが、慎重に解釈していかなければいけないと考えております。

以上です。ありがとうございました。

(後藤会長)

田邊先生、ありがとうございました。

1,700例の分析ということでしたが、本当にわかりやすくまとめていただいたと思います。自殺既遂の一番の要因に先ずあげられるのは自殺未遂だということは、ほとんどここにご出席の方々の常識になっていることだろうと考えておりますが、未遂者の内訳ということですが、特に新潟市における実態をここまで詳細に分析いただいたということは今後の指針として非常に役立つというふうに思いつつ聞いていました。この後、報告に関して質疑に移りたいと思いますが、その前にこういうデータを基に市の方では今後これを生かしてどのような対策を考えておられるか、そのあたりをお聞きしたうえで質疑に入りたいと思います。事務局いかがでしょうか。

(事務局 永井課長)

こころの健康推進担当課長の永井と申します。よろしく願いいたします。座らせて説明させていただきます。大変お忙しい中、この調査結果をまとめていただきました田邊先生に深く感謝を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

新潟市では、今回の調査結果により、リスクが高く強化すべき点が明確になりましたので、効果的に自殺対策を推進していきたいと考えております。新潟市の自殺対策としまして、今後の方向性、具体的な対策としまして、5点ほど上げさせていただきます。特に資料は用意していませんが、ご了承ください。

まず初めに、昨年10月より開始いたしました自殺未遂者の相談支援事業でございます「こころのちの寄り添い支援事業」でございますけれども、自殺未遂者の専門相談員を1名から2名に増員しまして、支援の充実を図っていききたいと思います。

2番目としまして、こころの健康センターでは、年間50回ほど研修会・講演会を開催したり、講師として出かけていっていますけれども、この調査結果からリスクの高い要因などを重点的に踏まえまして、精神疾患の正しい理解と対応や、自殺防止の必要な知識など周知啓発に取り組んでいきたいと考えております。

3番目といたしまして、過量服薬の課題の解決や、精神科医療と相談機関との円滑な連携が必要なことから医師会、薬剤師会と連携を深めまして、対策を検討していきたいというふうに考えております。

4番目といたしまして、昨年3月に委員の皆様から多大なご協力の下に策定いたしました、「自殺

総合対策行動計画」でありますけれども、この行動計画にありますように、悩んでいる人に気づきましたら声をかけ、話を聞いて、必要な支援に繋げ、見守るという一連の自殺防止の行動をとっていただけますよう市民を始め、特にリスクの高い人に接する機会の多い関係機関・団体などの職員に重点を置くなどいたしまして周知啓発を図っていきたいと思っています。

最後になりますが、5番目としまして、関係機関・団体との実務者レベルでのネットワーク会議をほぼ毎月、年10回ほどおこなっております。また、いのちを守る超連続勉強会を年4回ほど開催しているところでありますけれども、そのような形で密接な連携を図っているところでありますが、この調査の結果を踏まえまして実務者レベルでも、ネットワークにおきましてタイミング良く適切な関わりができますように、また機動力のある支援体制の構築に向けた連携のあり方や方向などを検討していきたくと考えております。

私からは以上でございます。ありがとうございました。

(後藤会長)

ありがとうございました。

市のほうとしてはこれまでの対策に引き続きプラスアルファしていくというような感じだと思います。それでは質疑のほうに移りたいと思います。本当に一番大きいのは、自殺未遂をされた方が、通常の場合の60倍の既遂率になるという点だろうと思います。欧米のほうのいろいろな調査によりますと20倍という場合もあったり、40倍という場合もあるのですが、そのなかでも非常に高い結果というふうに出ております。その内容に関しては、どうも中高年の方の未遂が非常に危険であるということが明確になってきたのではないかと思います。

私も精神科医ですが、この会議のメンバーとしては、精神科医は福島所長を入れれば4人入っております。今日の出席者は2人となっておりますが、まさに精神医療の担う役割というのはより明確になってきたなというふうな感じを受けます。最近も、私自身非常にそういうことを改めて反省しなければいけない事例がありまして、なおさらこの調査結果は身につまされるものがございます。

そういうことも含めまして、配偶者が無いとか、生活保護であるとか、要するに社会的弱者であったり、援助が届かない人たちはやはりリスクが高い、非常に精神的な臨床からみても、それにびったり合致し、また今までいろいろここで検討されてきた社会的な要因に関してもそれに合致するような調査結果だと認識し、改めて襟を正すべきことだというふうに感じております。

それでは、自由にご質疑を受けたいと思います。15分ほど時間があるかと思います。いかがでしょう。廣瀬委員、共同研究者ですので補足をお願いできますか。

(廣瀬委員)

新潟市民病院の廣瀬です。田邊先生、本当にどうもありがとうございました。とても我々臨床医ではここまでの分析はできないと思うのですが、非常に多岐に渡りかつ我々救急医療機関にいると現実的なゴール、自殺未遂の患者さんのゴールというのがほとんどみえないのが現実となっております。実際、新潟市で自殺により亡くなられる方のおそらく8割くらいは、病院ではないところで亡くなっておられるので、今回の調査で死亡小票との突合というところが、さっき後藤先生がおっしゃったような他の海外での調査よりも高いリスクを掘り起こしているのではないかと思います。非常に価値のある、たぶん日本でも例の無い調査になったのではないかと思います。

ひとつ事務局へ質問というか要望なのですが、結果はおそらく大きくは変わってこないだろうと思いますが、死亡小票との突合期間が残念ながら調査期間よりも短くなっていて、対策というよりは、少し調査の精度を上げることに繋がるのではないかと思います。できれば死亡小票の突合期間をもう少し延長していただいて、各カルテ調査の期間の間に自殺を図ったという患者さんの経過観察期間といたらなんですが、予後の調査期間を同じにできれば、死亡リスクというのが、もう少し明確になると思います。今の調査だと初期の調査の方のカルテの調査期間の最後のところで、自殺未遂の方との調査期間が少しずれてしまっているところがありますので、できればそうやっていただけると、より調査が精緻になるかと思うのですが。その見通しはいかがでしょうか。

(後藤会長)

事務局のほういかがでしょうか。

(廣瀬委員)

厚生省の許可とかいろいろあるのだと思うのですが。

(事務局 永井課長)

死亡小票の閲覧につきましては、厚生労働省の許可が必要になりますので、その手続きをいたしまして調査をしたいと考えております。

(廣瀬委員)

是非お願いしたいと思います。

もうひとつ、これは田邊先生には膨大なデータを検討されているので、難しいことかもしれませんが、感覚的なことで結構なのですが、新潟市ではこの調査の頃よりも、いわゆる急患センターが相当充実してきています。特に整形外科の受診体制が、かなり急患センターがよくなっているということがありまして、先ほど話題にでていましたリストカットの例などが、市民病院の救急外来ですと、正確な数字はありませんが、おそらく大分減っていると。おそらく急患センターの整形外科の方を受診している方が増えているのではないのかと推定しているのですが、そうすると薬物の大量服用、おそらく意識障害を伴うので、救命センターとか、それなりの病院に運ばれる例が多いと思うのですが、手首は救急車でなく直接行く例も結構多いし、急患センター等にいく例が今後も続くのではないのかと思うのですが、その辺りのリスクの評価といえますか、急患センターですと、みんな当番で当然やらざるをえないですし、なかなかフォローアップがさらに難しくなるのではないのかと思うのですが、そういう面でもし何か対策というか、何かお考えがあればそのリスクなどについて教えていただきたいと思います。

(田邊先生)

そうですね。なかなか難しいところだとは思いますが。ただ、最初のほうにお示ししたのですが、行為別には見ていないのですが、未遂で2病院を受診される例はちょっとこのごろ減ってきたのかなあというのはあるのですが、未遂、既遂を含めた件数は年度的には、そう多くは減ってきておりませんので、どれくらいの方々がそちら(急患センター)の方に流れていったのかというのは、中身を見てみないとわからないかなと思います。

あと、もうひとつ、リスクの点からリストカッターを放っておいていいとは決して申せませんが、リストカッターは、未遂再受診は非常に多いのですが、完遂のリスクはそんなに高くない。またリス

トカット等で未遂を繰り返すというのは、完遂リスクがどちらかというと低い若い女性に多かったような印象です。そのため、リストカッター自体、非常に対策すべき重要な行為ではあるのですが、自殺の完遂という点からは、リスクをそれほど上げているわけではないので、完遂予防にむけた対策・支援のターゲットとなる未遂者を2病院の受診者から抽出しようとした結果として、急患センター等を受診されたリストカット例などが若干抜け落ちがでて、完遂予防という点からは大きな影響はないのかなというふうに思っております。決して放っておいていいというわけではございませんが。

(廣瀬委員)

逆にいうと、精神医療に繋がっていない例はそんなには多くなく、精神科の受診歴の多い患者さんが多いということが、今回の結果からはある程度わかったということでしょうか。

はい、どうもありがとうございました。

(後藤会長)

他にございませんでしょうか。

この調査はもともと廣瀬委員の所属する市民病院の救命救急センターあるいは救急車で多くの未遂者を運んでいる消防局の方から、この後みんなどうなるのだろうかという心配がここへ提出されて、部会を立ち上げ検討され、このような調査をスタートさせたように記憶しています。そういう意味で、消防局の伊川委員はいかがでしょうか。お聞きになってみて。

(伊川委員)

1つ目は、この分析対象者の数ですが、去年から比べますと、23年と24年で救急搬送する人がずいぶん減った、1割以上減ったのですが、うちの搬送件数と実際にここに分析対象者数として挙がっている数が案外連動していないなど、今見て思いました。

それと、廣瀬先生からもお話があったのですが、リストカットの方は実際結構いらっしゃって、事実ただ切っただけというのは、普通の外科の当番等に運んでいる例も実際に多いです。ただそういう方というのは大抵1回、2回やると、2回目は結局それをしたためなのかどうか分かりませんが、精神科に受診して薬をもらう。2回目はリストカットもするけれども薬もついでに飲む、というケースが結構多いかなという気はずっとしてまして、実際にこのデータを見ていると確かにそれを反映しているなど感じました。以上です。

(後藤会長)

はい、ありがとうございました。

他に何かございませんでしょうか。ご遠慮なく。

先ほどもちょっとお話をしたのですが、本当に精神科医療が果たす役割は大変大きいと改めて感じています。特に過量服薬、未遂を繰り返す場合の過量服薬はほとんどが処方薬だということですね。ですので、これはやはりある程度処方量とか、使い方というものをかなり医療の側で考えなくはいけないことだろうというふうに感じています。

それから、臨床実感と全く一致しているのですが、単なるうつ病だけではない、いわゆる神経症、あるいは人格が絡んだもの、それから身体表現性障害というふうに出ています。その身体症状というものに非常にこだわったり、それで繰り返しいろいろなところを受診する等、そういった性格を兼ね備えたうつ病の方というのは、既遂あるいは未遂に関しても多い、しかも治療しにくいということ、

私たちも非常に実感しておりますので、今までの多分いろいろな勉強会というのはうつ病を主にやってきたと思うのですけれども、もう少し別な形というものも、やはり先ほど事務局のほうが言いましたように、より一歩進んだ啓発普及ということが必要になるのではないかと。それから、家族関係の問題がここで非常にクローズアップされて、これはおそらく疾患を抱えた場合、あるいは身体疾患を抱えた場合等に出てくる問題ではないかと。これはそのまま介護問題とか障がい者福祉のところにつながるのだろうとは思っているのですが、もしかすると、これは他ではあまり明確に出ていない部分なので、非常に新潟的な文化背景というものがそこにあるかな、というふうに少し考えました。

田邊先生、その辺りはいかがですか。親子という問題に関しては。

(田邊教授)

そうですね。親子関係の中身までは詳しく書いていないものですから、何とも言えないのですが。あと、ここでしかやっていない調査なものですから他の地域のことは残念ながらわからない。比較できないので難しいのですけれども、やはり親子関係、ただ単に親子の仲が悪いというだけではなくて、背景に結構リスクが高い健康問題、それも自分の健康ではなくて、例えば親の健康といったことも、もしかしたらあるのかなというふうに、私もやっていて印象としては感じていますが、残念ながら裏づけはありません。申し訳ございません。

(後藤会長)

そういう意味では親子のこととかになりますと、民生委員あるいは社協というところになりますと、四柳委員いかがですか。

(四柳委員)

民生委員連合会の四柳と申します。

今、後藤先生から言われましたが、民生委員といたしましては、この度の調査結果は、今後の私どもの活動を考えた場合、非常に的が絞れたと申しますか、非常に手がかりができたと感じております。今後の活動に大いに活かしていけるものと考えています。

(後藤会長)

はい。是非よろしくお願ひします。

中高年というのと、その親子関係、それから精神科受診歴、この辺りが非常に大きなファクターだというふうなことになるかと思ひます。こういった傾向について電話相談をされている「新潟いのちの電話」の本間委員、何かご意見等ございませんでしょうか。

(本間委員)

私ども電話相談では、声といいますか訴えをお聞きしているのですが、裏づけとかはないのですが、私どもが気づいているのは夫婦関係よりも親子関係を訴える方が多くいるということです。いろいろな精神的な病気とか悩みとかを抱えたときに、親がそれに対して理解を示してくれないという訴えがととても多いことです。先ほどの未遂の話と関連するのですが、比較的年齢の若い女性が母親に理解されないといひますか、そういう訴えがととても多いというのが実感です。その他、本当にいろいろな病気の受診歴の方が多くというのも、私どもに電話をくださる方々の印象です。

(後藤会長)

はい、ありがとうございました。

薬物の過量服薬に関しては、先ほど事務局のほうも薬剤師会との連携ということを挙げられていましたけれども、國井委員、その辺りはいかがでしょうか。

(國井委員)

はい、新潟市薬剤師会の國井と申します。よろしく申し上げます。

田邊先生、ありがとうございました。

過量服用に関しましては、薬剤師会として在薬確認をなるべくするようにしております。どうしても処方に残っている薬が多いものですから、どこまで正直にお話して下さるかどうかは確実には分かりませんが、年齢層も幅広く、それこそ子供から大人まで男女を問わず薬局というのはいろいろな方に利用していただいておりますので、在薬の確認や薬剤師が少しでも「気づき」ができたらということで、「気づき・つなぎ」ができるような薬剤師を目指しています。

他には、先ほども親子関係・夫婦関係の話がありましたけれども、今は在宅の方にもいろいろ取り組みを進めています。在宅では今、老々介護が多くなっています。うつの患者さんもいますので、何ができるというわけではないのですが、少しでもお話を聞いてあげるといことも視野に入れて対応しております。薬剤師会は今、そんなことを考えながら動いております。

(後藤会長)

はい、ありがとうございました。

そういう頻回の未遂、あるいはリストカット等々ですね、臨床上かなりお会いになっているのではないかと思います。臨床心理士会の横山委員の代理の中村委員いかがですか。

(横山委員代理 中村氏)

臨床心理士会の中村と申します。

興味深い発表、ありがとうございました。是非、臨床心理士会で臨床心理士のみんなとこの情報を共有したいというふうに、今改めて思いました。非常に興味深かったです。

リストカットを繰り返す人たちに、過量服薬が同時に出てくることが多いというふうなことは、臨床的にみてもその通りだなとお聞きしていました。また、何回もリストカットする人は、完遂率がそう高くないと先生もおっしゃっていましたが、臨床としてもそう考えていたのですが、つい最近、あまり心配しなくていいだろうと思っていた方が完遂というか、そういうことがあったので、やはりその辺は非常に注意深くお会いしていかないといけないのだなということを感じています。

ありがとうございました。

(後藤会長)

はい。ありがとうございました。

本当にその通りだなと思います。田邊先生も強調されていましたが、決してそこを見なくていいという意味ではなく、比較の問題であるというふうにご理解いただければと思います。

時間も少なくなってきましたが、自死遺族語り合いの会「虹の会」の石橋委員、この調査結果に関して、どんなふうなご感想をお持ちでしょうか。

(石橋委員)

自殺を繰り返される方がかなり多いということで、やはり自殺に繋がらないように、みんなでゲートキーパーの役割を果たしていければいいなというふうに思っています。「虹の会」は2か月に1回

の開催なのですが、自殺者が減ってはいるのですけれども、ここ最近では参加者が増えているような状況になっています。やはり、いろいろなところで「虹の会」の紹介をしてもらったりしていますので、そういう場があるということを知っていただけているのかなというふうに感じています。

(後藤会長)

はい。よろしくお願いします。

先ほど、廣瀬委員からも言われましたが、今後市民病院にも精神科病棟ができます。それから、寄り添い支援事業も始まっているわけで、できればそういう対策なりができていったときに、この未遂者の既遂率がどういうふうに移移していくのかを見ていくことにより、私たちの対策が本当に届いたかどうかということが、初めて分かるのではないかと思いますので、是非厚生労働省に交渉して、今後も予後調査といえますか、フォローアップのほうを続けていけるように切にお願いしたいと思えます。

他に議事もございますので、また後でご質問等がございましたら、後のほうで出していただければと思います。次に移らせていただきます。

続きまして、議事(2)です。「平成24年度 新潟市自殺総合対策関連事業 実施状況」について事務局、ご説明お願いいたします。

(事務局 青柳主幹)

事務局のいのちの支援室の青柳です。それでは座って説明をさせていただきます。

「平成24年度 自殺総合対策関連事業 実施状況報告」ということで、「資料. 1」に沿ってご説明をしたいと思います。時間も限られておりますので、重点の取り組みに限定して報告をさせていただきます。

それでは、まず1ページ目の「事業推進体制」ですが、本日、このような形で開催している自殺対策協議会及び1月29日に実施いたしました庁内の推進会議と併せまして、かねてから課題となっておりました、働き盛りの年代における自殺対策の作業部会ということで、小規模事業所のメンタルヘルス対策を中心に検討していく作業部会を立ち上げました。1月23日に第1回の部会を開催しましたが、また後ほど時間を取らせていただき、会議の概要について説明をさせていただきます。

それでは、その下に記載されておりますが、「自殺対策実務者ネットワーク会議」です。これは、関係機関との顔の見える関係作りと、機動力ある支援体制の整備を目指して会議を年10回程度開催しております。毎月夜、手弁当で4団体と市が集まりまして情報の共有化、課題の整理を行いながら、「いのちを守る超連続勉強会」を企画し、実施してきたというところです。

今年の新たな取り組みとして、このネットワーク会議のメンバーの各団体から代表を募りまして、東京都足立区の取り組みを視察してまいりました。それらの視察の内容を踏まえまして、このワンストップサービスの総合相談会をなんとか新潟市でも実施したいという参加者の思いがありまして、今、弁護士会が中心となって企画を進めているところです。なんとか総合相談窓口を今年度中の実施に向けた準備を進めております。後ほど、平委員から説明をしていただきたいと思います。と思っております。

続きまして、「資料. 1」のページ6をご覧ください。ページ6の相談支援事業です。まず、「こころといのちのホットライン」事業です。平成23年度の実績が、年述べ件数1,638件という実績でしたが、平成24年度の実績は24年の12月末現在で、1,908件と前年の実績を大幅に上回っている状況

です。これまで、1回線に対応してまいりましたが、今年度の7月以降、周知啓発を勢力的に行ってきたという経過もありまして、相談件数も増加し、電話が繋がりにくいという状況が出てまいりましたので、この2月から2回線に対応しているという状況です。

次に、その下の「新潟市こころといのちの寄り添い支援事業」です。先ほどの課長の説明、あるいは後藤会長からのご説明でもございましたが、昨年10月にこの自殺未遂者の再度の企図を防止することを目的とした事業がスタートしました。新潟市民病院と新潟大学病院との連携の中で、救命救急センターに自殺未遂で搬送され、入院した方を対象に、関係機関と密接な連携を取りながら支援を行なっているという状況です。

実績につきましてはここに記載されていますが、今現在の実人数は3人で述べ件数が55件となっております。この度、田邊先生からのご説明にもございましたが、このような形で自殺未遂者の実態調査結果もまとめ、私どもが取り組まなければいけない重点対象者も見えてまいりましたので、この結果を踏まえまして、死亡のリスクの高い対象、例えば生活保護の対象者であったり、あるいは大量服薬で何度も未遂を繰り返し、受診するという方もいらっしゃいますので、関係者の方々と連携を上げながら対象の見直しをしながら、支援を充実していきたいと考えているところです。

その他、今年度の重点事業の1つといたしまして、自殺対策協議会委員の皆様のご協力の下で策定いたしました「新潟市自殺対策行動計画」の周知・啓発があります。それにつきましては、「資料. 1-2」をご用意させていただきました。こちらの資料は、地域におけるゲートキーパー研修会の実施状況です。行動計画の本編と併せて概要版を作成させていただき、委員の皆様方にも周知・啓発のお願いということで何部か配布させていただいておりますが、資料に記載されている研修会について、ダイジェスト版を用いまして、様々な方々を自殺予防のゲートキーパーとして役割を發揮していただくよう、「気づき」・「傾聴」・「つなぎ」・「見守り」といった自殺予防のキーワードの内容を啓発してまいりました。

「資料1-2」1ページ目では、「いのちを守る超連続勉強会」においても計画の概要版の周知を行いましたし、2ページでは理容師会、そして3ページでは自治協議会、民生委員協議会や各関係機関・関係団体における各種集まりや研修会など様々な機会を活用いたしまして、取り組みをしていただくようお願いをまいりました。これらの周知・啓発は戦略的に今年度おこなってきたわけですが、次年度以降も継続して実施していく予定です。

今回の、「資料. 1」には記載はないのですが、自死遺族支援につきましても、支援用のパンフレットを現在作成しています。今年度中にこのパンフレットを完成させ、区役所の窓口やセレモニーホール、救命救急センター、消防、警察などの方々からご協力を得ながら、遺族の方々の手元に渡るようにいろいろな工夫をしながら、この事業を実施していきたいと考えております。

今年度の事業については以上です。

(後藤会長)

はい、ありがとうございました。

なお、本年度の事業については委員の方々皆さんよくご承知のこととは思いますが、何かご意見ご質問等ございましたらお願いします。よろしいでしょうか。

それでは、次の議題ですが、議事の(3)「平成25年度 新潟市自殺総合対策事業概要(案)」、こ

れについて事務局の方からご説明いただきます。

(事務局 青柳主幹)

それでは「平成25年度 新潟市自殺総合対策事業概要(案)」を「資料. 2」に沿ってご説明をさせていただきます。平成25年度自殺対策では、対策を推進するため、こころの健康センター内に設置いたしました「自殺予防情報センター」の機能を更に強化いたしまして、総合的かつ効果的な支援体制を整備していく予定です。

具体的には自殺未遂者の再企図防止事業であります「こころといのちの寄り添い支援事業」の相談員を1名から2名に増員し、自殺のリスクの高い方への支援を更に充実していく予定です。併せて、関係機関との密接な連携の中で、これまで以上に機動力のある支援体制を目指していきたいと考えています。そのほか、自死遺族支援につきましても関係者との密接な連携の中で支援体制を構築していくような形にしていきたいと考えております。

また、「こころといのちのホットライン事業」ですが、この事業につきましては、相談件数の増加に伴い、今年度電話回線を2回線に何とか増設しましたが、ここに対応できる相談員を2名から3名に増員いたしまして相談体制を強化するとともに、併せてそこで相談に従事していただいている相談員の質を高める研修等も、これまで以上に、行政といたしましてもバックアップしていきたいと考えております。

また、今年度の重点事業でもありました、実務者ネットワーク会議につきましても、更に関係団体との連携を強化し、「いのちを守る超連続勉強会」を継続して開催していく、あるいは密接な連携による機動力ある相談支援の体制、そして、今年3月に初めて実施しようということで調整しているところですが、ワンストップサービスの総合相談窓口などの開設等、事業を充実していきたいと考えております。

事務局からは以上です。

(後藤会長)

ありがとうございました。今のご報告について何かご意見ご質問ございませんでしょうか。

ちょっと私の方から。ワンストップサービスというのはこの事業の中でどこに位置づけられるのですか。

(事務局 青柳主幹)

今回のワンストップサービスにつきましては、弁護士会を中心としたワンストップサービスを計画しておりますので、自殺対策実務者ネットワーク会議の延長戦上で、このネットワーク会議のメンバーの協力を得ながら弁護士会を中心として実施していく事業ということでご理解いただければと思います。

(後藤会長)

はい。分かりました。

それと、先ほど廣瀬委員などからもご指摘のあったこの調査の継続については、可能であればどこに位置づけられるのでしょうか。

(事務局 青柳主幹)

25年度の事業概要の案の中には掲載されておりません。実は、調査研究の継続については、予

算要求はしておりません。継続して調査研究が実施できるのか、行うとすればどの時期に行うのか等、事務局でもう少し検討することが必要と考えています。現時点でいつのタイミングで継続して追跡の調査を実施していくかというような細かいところまでの詰めは行っていない状況です。

(後藤会長)

分かりました。是非検討したいということで、廣瀬委員、よろしいでしょうか。忘れないように。多分、毎年出てくると思いますので。よろしいでしょうか。

その他、何かご意見ご質問等がありましたらお願いします。

(後藤会長)

それでは、議事の(4)で、「その他」に入りたいと思います。働き盛りの年代における自殺対策作業部会というご報告がございましたし、先ほどのその総合相談窓口の話もありますので、その辺りについて事務局の方から再度お願いしたいと思います。

(事務局 青柳主幹)

それでは、「新潟市自殺対策協議会 働き盛りの年代における自殺対策作業部会について」ということで、「資料. 3」に沿って事務局のほうから若干説明をさせていただいたのちに、こちらの作業部会の部会長でいらっしゃいます興梠委員の方からも会議の概要についてご報告をいただければと思っております。

この部会につきましては、兼ねてから課題になっておりました、働き盛りの年代における自殺対策、特に50人未満の小規模事業所におけるメンタルヘルス対策について、その現状と課題を明らかにして、具体的な解決に向けた対策の検討を行うということを目的に設置しました。検討内容については、「働き盛りの年代に対するメンタルヘルスに関する課題及び対策について」、「小規模事業所におけるメンタルヘルス対策の現状と課題について」、「地域と職域の連携による働き盛りの年代に対するメンタルヘルス対策について」という、主に3つの柱を掲げまして、委員の構成といたしましては、1から11のここに書かれております所属機関から実務担当者レベルで具体的かつ実効性のある検討をしたいということで、その裏面に資料のメンバーに委員をお願いして第1回目の作業部会を開催し、検討いたしました。

今年度は1回の開催ですが、来年度以降は年に2回程度の部会の開催を予定しているところです。興梠部会長の方からどのような話し合いがなされたか、少しご説明いただければと思います。よろしくをお願いします。

(後藤会長)

興梠委員、よろしくをお願いします。

(興梠委員)

はい。新潟産業保健推進センターの興梠です。

では、ご説明申し上げますが、立ち上げからの時間もなかったので、今回具体的な方略というところまではいかなかったのですけれども、配布資料のページにある方に参加していただきまして、現在、取り組んでいる事業内容等それぞれのやっていることの情報共有ということで、お話いただきました。その中で小規模事業所というのはなかなかこういった方策、施策が届きにくいところではありますが、やはり丁寧に施策を届けていくということが大事だということで、それぞれの持っているノウハウ

ウを連携してやっていこうということで話がまとまっております。

労働者の中で小規模事業所の方が特に多いわけですが、不安を持っている方が60%もいる、仕事上の不安を持っている人が60%もいるということがもう分かっておりますし、これに関してはその出口であります精神疾患に関わる労災の支給決定件数が増えているということがございますので、メンタルヘルス対策というのを更に連携して充実していくということで、先日の会議が終わりました。次からは具体的な方略ということを煮詰めていきたいと考えております。

以上でございます。よろしいでしょうか。

(後藤会長)

はい。ありがとうございました。

これについて何かご意見ご質問。はい、廣瀬委員どうぞ。

(廣瀬委員)

市民病院の救命救急センターの廣瀬ですけれども、働き盛りの年代における対策ということで、非常にすばらしい取り組みが始まったというように思ったのですが、是非ご検討いただきたいのが、一方で救命救急センターと連携をということを前面に出して始まっている「こころといのちの寄り添い支援事業」なんですけど、先ほど田邊先生の分析でもありましたように、非常にリスクの高い方は、働き盛りで、まあ男性が多いのではないかと思うのですが、小規模事業場の話も出ましたが、「働き盛りの年代における」という対策のところの事業に是非、繋がるような形にしたらどうかということです。

救命センターとの連携ということで、当院の方から6名の方にパンフレット等を差し上げたということ、先日事務局の方と相談した時にあったわけですが、そのうち具体的に繋がっているのが1名くらいだということで、特に救命センターで医療が前面に出ている中でこの事業をやっても、思ったほどの掘り起こしが進まないというところがあります。この事業と連携するような形になると、ひょっとすると爆発的に増えたりするのかもしれないんですが、医療だけでなく寄り添い支援は大事だと思いますので、是非有機的な連携ができないかないうふうに思って聞かせていただきました。以上です。

(後藤会長)

ありがとうございました。

貴重なご意見だと思います。事務局のほうご検討をよろしくお願いします。

この部会に今日出席されている、ハローワークの水口委員、それから商工会議所の玉木委員も部会委員として出席されておられますので、ご意見をいただければと思いますが、水口委員、いかがでしょうか。

(水口委員)

ハローワークの水口です。先般、1月に働き盛りの部会のほうに参加させていただいております。ハローワークの方は、お仕事を探しに来られる方の支援ということになりますので、自殺対策に直接ということではないのですが、外堀のほうからといいますか、まわりのほうから支援させていただく、自殺にいたらないよう、お仕事を確保していただくということでの支援になるかと思いますが、中高年の方、45歳以上ですとおおよそ全体の求職者の、新規ですと5分の1、それから有効中の方ですと4分の1が45歳以上の中高年の方ということになります。

先ほども中高年の方の自殺も多いということでございました。家計を担っていかなければならない

そういった年代層の方々が失業という状態に入られるということは、経済上も非常に追い詰められてしまうということになると思いますし、多重債務等またいろいろな問題も出てくるケースもあるかもしれません。先ほどの講演でも田邊先生のほうからもお話がございましたけれども、生活保護等そういった関係の自殺の方も多いいということで、出来る限りそういった働き盛りの方、若い方の自殺も多いわけですけれども、働き盛りの方に対する支援、就労支援ということでハローワークのほうはお手伝いをさせていただきたいと思っております。今後ともよろしく願いいたします。

(後藤会長)

はい、よろしく願います。

玉木委員いかがでしょうか。

(玉木委員)

商工会議所からまいりました玉木です。

商工会議所は、経営者団体でありまして、先ほどのご報告にもありましたが、中高年の男性、経営者もそこに働く方達も含めてとても多く属する関係機関だと思います。事業主が職場の安全衛生対策、企業のメンタルヘルス対策を行なうためには、どうしても経営判断が必要であります。つまり順調な企業を運営していくということで優先順位をまず上げてもらわなくてはいけない、他のことより優先である。そういう認識を持つためには、まず経営者の方がメンタルヘルス、うつ病対策そういうものを理解していただくことが、まず何より必要であると、私は昨年1年ずっとこの会議に参加してきて思いました。

では、商工会議所として具体的にどのように行動できるかということで考えますと、まずは経営者に対しての企業内メンタルヘルスの正確な知識、それを周知していただくこと。また、会報などで継続性のあるコラムを掲載していただく。まずは、経営判断としてメンタルヘルスの優先順位を上げてもらうということで行動ができるのではないかなと、委員の一人として思っております。以上です。

(後藤会長)

はい、ありがとうございました。

経営者側としてメンタルヘルスの優先順位を上げるということですが、経営者協会の佐藤委員、いかがでしょうか。

(佐藤委員)

経営者協会の佐藤でございます。

今、お話があったのは、最もなことでございます。私ども事業主の立場といたしましては、今問題となっております職場のパワハラ、長時間労働などによって精神疾患を発症するということを防止するというのは当然なことですが、中高年になりますと仕事以外の要因、例えば親の介護、子供の進学など家庭での責任も増し、いろいろ重圧のかかる年代でございます。

そうしますと、自殺の元になるうつ病などの精神疾患にならないように、あるいはなつたとしても早期に発見できるようにするにはどうすればいいかということです。やはりある程度の規模の企業になれば、経営トップ以外に職場の上司、同僚がお互いの変化に気づいてあげられるような職場環境、例えば、遅刻が多くなつたとか、あるいは身だしなみに構わなくなつたとか、そういうようなことに気づいてあげて、対応してあげる。専門の医療機関への受診をすすめるとか、あるいは家族に相談する

とか。そういった対応ができるように、従業員の皆さんを啓発するということも大切ではないかと思っております。弊会では管理監督者向けの研修などに、メンタル不全者への対応の仕方をカリキュラムの中に入れるなどしております。

こういった流れが、それぞれの企業にもできてくるといいのかなと考えております。以上でございます。

(後藤会長)

ありがとうございました。よろしくお願ひしたいと思ひます。

一方、勤労者代表として連合のほうから、今日は代理で横山委員になっておりますが、いかがでしょうか。

(林委員代理 横山氏)

今日は代理できておまして、先ほどの自殺対策作業部会にも私どもの副議長の齊藤が出ておりますから、その中で意見が反映されていると思っておりますけれども、先ほどの自殺の分析の中でも、やはり働き盛りの死亡率が高かったということ、その中で精神障害、うつとの関係が、今ほど言われましたように、長時間労働あるいはパワハラから発症しているかどうか、こういった関連性もできるならば明らかにしていただいたほうがより対策が進むのではないかというふうに思ったところです。いずれにいたしましても、新しい事業としてこの働き盛りへの対策が進むということに対して期待をしたいと思ひます。以上です。

(後藤会長)

はい、よろしくご協力をお願ひしたいと思ひます。

それでは、その他、何かご意見ご質問等ございませんでしょうか、ただ今の作業部会の説明等について。よろしいでしょうか。

それでは、もう1つ、先ほどから25年度の計画の中にも位置づけられているということだったのですが、「いのちを守る超連続勉強会」、それからネットワークを母体にした「総合相談窓口」という構想が出ております。その辺り、弁護士会の平委員の方から少しご報告はありますでしょうか。

(平委員)

弁護士会の平でございます。よろしくお願ひします。

以前からやってみようとは思っていたのですが、いろいろな専門職が待機していて、来た人に合わせて、弁護士と保健師さんが組んで相談に応じるとか、あるいは弁護士ではない組み合わせでやるとか、悩みに応じて柔軟に相談に対応できるような相談会をやりたいということを以前から思っております。ただ、なかなか実行できなかった理由は、弁護士は対応能力という面では本当に病んでいる状態の人たちには対応できないというのがありまして、そのスタッフから参加していただかなければいけないということと、それからゲートキーパーというお話がありましたけれども、本当に悩んでいる人は、恐らく相談に行く力もないし、どこへ相談にいったらいいかという考える力もないのだらうと思ひまして、どうやったらその人たちにこういう企画があるということを伝えられるのかということで、やろうやろうと思いつつ、なかなかやれないでおりました。ただ、そうやっていてもいつまでたっても始まらないので、とにかく3月にやってみようということで、新潟県の補助金を使ってやることにしました。

共催としてはいつもの自殺対策実務者ネットワーク会議の新潟市と薬剤師会さんと NPO 協会さんの協力を得ながらやる予定であります。日程としましては年度末、正に年度末ですが、3月の25日、27日、29日と3日間を予定しています。また、まとまったものを皆さんのお手元にお届けいたしますので確認していただきたいのですが、3日にしたのは、都合が合わない人が結構いるだろうということで、3日の中のいずれかの日に来てくださいということで、新潟市内の会場を今探しているところです。

皆さんにお願いしたいのは、これから弁護士会のほうから協力の要請を出させていただきますので、3日間来るのはとても無理ということもあるかと思いますが、一部でも参加していただければというふうに思います。こちら側の力を上げることにもなると思いますし、お互い何ができるかということを相互に理解する機会にもなると思いますので、是非お声掛けを受けた際にはよろしくお願ひしたいということと、チラシ的なものもお送りするかと思いますので、是非その3月の末までの間に、この人は相談に行ったほうがいいのかという方を見かけたら、是非この相談会に繋いでいただきたいと思います。すぐその場の相談会で解決できるというものではないことが多いと思いますけれども、先ほど、春先に実務者会議で足立区に視察に行ったというお話がありましたけれども、繋ぐシートといいますが、カルテみたいなものを作ってそこに必要と思われる事情を記入しておいて、その日に解決できなくても、後日専門職に繋いでなんとかしていくというようなことも考えたりしておりますので、是非よろしくお願ひします。今日はチラシが完成していないため、お配りできませんが、そういったことを考えておまして、それを手始めに来年もまたそういうことがシステムのできていくといいなということを考えております。以上です。

(後藤会長)

はい、ありがとうございました。

当協議会が発足したときに、未遂者対策と相談窓口でたらいまわしにならないようにということ、多分この2つが大きなテーマだったような気がしますが、相談窓口としてのワンストップサービス化がようやく形になってきたのは、大変喜ばしいこと、それも行政だけではなく、民間団体と協力してやっていけそうだというのは喜ばしい事態かなというふうに思っています。ただ、人口80万に近い新潟市の中で1ヶ所でやっただろうかということもあるので、今後、人材と時間等が許せば、地域の中でそういうものが活かされるようになればいいなと考えています。

今の平委員のご報告について何かご意見、ご質問等はございませんでしょうか。職種、相談に対応できる能力というのは皆さんお持ちなので、ぜひ協力をお願いできればというふうに思います。よろしくお願ひします。

以上で予定した議題は終りなのですが、当協議会はいつもお出でになっていただいている委員の皆さんからせっかくの機会ですので必ずご発言をいただくということになっております。なっているという勝手に決めているみたいですが、現在、司法支援センターの佐々木委員、それから司法書士会の早川委員、それから社協の池田委員と、警察本部からの代理の岡崎課長補佐からご意見をいただいておりますので、今まで全体の感想でも、あるいはご自分のところでの取り組みでも構いませんので、ご発言いただければと思いますが、佐々木委員、いかがでしょうか。

(佐々木委員)

法テラス新潟の佐々木と申します。よろしくお願いいたします。

私どもに直接的に自殺を考えていらっしゃる方のご相談等はあまりないのですが、日頃、法的なトラブルを抱えていらっしゃる方の相談についてはサポートを行っておりますので、そういった意味で間接的に自殺対策に貢献できるのではないかと考えております。その中で今日出た議題に関連したものとしましては、自殺を考えていらっしゃる方には生活保護の方が多というお話がありました。これは前回の委員会でも確か申し上げたと思いますが、私ども法テラスをご利用いただく際に、弁護士の先生方、司法書士の先生方に何かお願いした場合、通常数十万円かかるわけですが、生活保護の方ですとその費用が最終的には免除になる、実質的に費用がかからず問題を解決できるという仕組みがございますので、是非そういった意味で生活保護の方が多ということであれば、その辺で周知をより広げていきたいと考えております。

(後藤会長)

ありがとうございました。そういうものも周知されていくというのは大事かと思えます。

早川委員いかがでしょうか。

(早川委員)

新潟県司法書士会の早川です。よろしくお願いいたします。

今までの会議の流れの中で、私がちょっと感じたことを述べさせていただきます。

田邊先生から、自殺における未遂・既遂の要因・ファクター等を分析していただきまして、本当に参考になりました。その中で、やはり精神疾患、これに起因する自殺関連というのが多いなと改めて思ったのですが、我々司法書士会としてはもちろんこちらの分野では専門外ですので、それ以外の経済生活とか社会生活におけるいろいろな悩みがあると思うのですが、それに対して対応していきたいと思えます。今までも新潟市役所並びに司法書士会館等の電話相談などをさせてもらっているわけですが、これからまた継続してやらせていただいて、この会の一員として、少しでもお役に立てればというふうに感じました。以上でございます。

(後藤会長)

ありがとうございました。法テラスとともに重要なネットワークの一員ということで、今までもご努力いただいております。

では、社会福祉協議会の池田委員。

(池田委員)

社会福祉協議会の池田と申します。よろしくお願いいたします。

自殺予防の電話相談「こころといのちのホットライン」を市から受託しておりまして、今ほど事務局の青柳さんから説明がありまして、昨年の9月くらいから非常に相談件数が増えております。かかってきた電話の内、繋がらない電話のほうが約2倍近くという形になってきましたので、急遽、協議・相談をさせていただきまして2月1日から2回線という形で対応させていただいております。親子関係あるいは夫婦の死別・離別といった、かなり危険度の高いような相談も最近入っております。それからこれはホットラインとは直接関係ないのですが、私たちが行っている事業の中で、たまたま自殺を発見したといった事例がありましたので、少しそれについて報告をさせていただきます。

実は社協のほうでは、日常生活自立支援事業という事業をやっております。これは認知症の方、或いは精神や知的の障がい者の方で判断能力が充分でない方の日常生活をサポートすることを目的として、定期的にそのお宅を訪問して、金銭管理とかあるいは福祉サービスの利用援助を行っていますが、たまたま12月の上旬にうちの担当職員が月に1回の訪問をしたところ、首を吊って自殺をされていた現場を発見したという事例がありました。それでこの方に関わる関係者の方が集まって、先般、ケース検討会議というのを開催いたしました。そこで分かったことなのですけれども、実は、近隣の方は声掛けをしていたのですが、その方は、奥さんが脳卒中で意識不明というようなことで、本人は死にたい、寂しいというような話をしていたそうです。そのため、近所の人も気にかけていて、「しっかりして」というような声掛けをしていたのですけれども、民生委員の方には繋がっていません。あるいは保健師さんがその方のところへ訪問に行って、よく電話相談も受けていたのだけれども、自殺対策の専門機関に繋がっていませんとか、あるいはこういった関係者が集まったケース検討会を今回はやったのですけれども、定期的には行われていなくて、情報共有とかそういったことはされていなかったというような反省点がありました。この地区というのは病院等の関係で精神疾患が非常に多い地区だと、そんな中で、やはり精神疾患の方に関する正しい知識とかそういったものを地区住民の方にもっと広報・啓発する必要があるのではないかと、あるいはその民生委員の方にもどこまでそういった具体的なお話、個人情報伝えていいのかというような課題を感じております。以上でございます。

(後藤会長)

ありがとうございました。

本当にそれぞれ分かっているのだけれど繋がらないという、それはいつも問題になるところで、そこを何とかしたいというのが、この自殺対策協議会のこのネットワーク会議というものの大きな目的なので、それがより細かい網の目になっていくようにということを、目標にしたいというふうに改めて思いました。ありがとうございました。

最後に、警察本部のほうから岡崎課長補佐、よろしくお願ひします。

(富岡委員代理 岡崎氏)

警察本部の岡崎と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。今日は富岡の代理でまいりました。よろしくお願ひいたします。

今日の協議会につきましては、冒頭に田邊先生から非常に貴重なご報告をいただきまして、私ども普段一線で自殺未遂事案も臨場することがありますし、当然自殺事案になりますと現場へ臨場するのですが、そんな中、ぼんやりとこういった傾向もあるのかなと思っていたところですが、今こういった結果を拝見いたしまして、改めてまたこれを参考として今後につなげていく必要があるのかなというふうに思っております。

また一方、私どもが自殺現場へ臨場すると、イキナリ型というわけではないのですが、そういった未遂予兆がなく急遽自殺に及んでしまうというような事例もございます。ご家族等からお話を聞くと、悩んでいたことは知っていたと。ただ、自殺するまでは、そこまで深くは考えていなかったというような例も非常に散見されるようなところでございます。そういった意味で、本人が不安になっている等警察には、いろいろな相談、それから事案で臨場することがございます。最近でいえば、もう全国

を騒がしているのは子どもさんたちのいじめの問題ですとか、体罰の問題ですとかいろいろなものがありますが、そういった不安要素を取り除くためにはどうしていったらいいのか、他にもDV、ストーカー、金銭的な問題、こういった相談も寄せられるところがございます。関係機関の皆様のご協力を仰ぎながら、こういった不安要素を解除していけるようなアドバイスができるよう、私どもとしても思っているところがございます。

先ほど市のほうからもお話がありました関係機関のパンフレットだとかそういったものについては、私どもも非常に活用させていただいております。いろいろなところからパンフレットをいただいているものですから、それをその相談者個人個人の相談内容によってこちらのほうがいいのではないかとというようなことを考えながらご案内を差し上げているところです。引き続き、そういった面でもご協力させていただければと思っております。

(後藤会長)

ありがとうございました。今後ともよろしく願いいたします。

その他、この会議を通してのご意見ご質問等はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、事務局のほうから何か連絡事項がございましたら。

(事務局 堀係長)

今後の会議の日程でございますが、後藤会長のほうから今年度の開催はないのではないかとお話がありました。今後の予定はありません。また、次回の開催は、今年度4月が協議会の委員の改選期になっておりますので、また時期になりましたら、各団体の委員の推薦をおこないながら委員の選任を行い、会議を進めていきたいと思っておりますので、よろしく願いしたいと思っております。

(後藤会長)

それではまたそれぞれの団体、よろしく願いしたいと思っております。

以上をもちまして、「平成24年度 第2回 新潟市自殺対策協議会」の議事を終了いたしました。

私の不手際で時間を超過してしまいました。申し訳ありません。ただ、大変熱心にご討議していただきました。そして田邊先生には大変貴重なご報告と最後までお付き合いいただきましてありがとうございました。

それでは会議を終了したいと思います。

(事務局 堀係長)

後藤先生には大変長時間に渡りまして議事進行、ありがとうございました。

お車でおいでの方につきましては、受付のほうで駐車券の無料処置をさせていただいておりますのでお寄りいただきたいと思っております。

それから、田邊先生、各委員の皆様には本当に、今日は2時間超えましたがご出席をいただきましてまことにありがとうございました。

以上をもちまして、「平成24年度 第2回 新潟市自殺対策協議会」を終了いたします。ありがとうございました。