

地域医療対策特別委員会会議録

平成25年 1 月23日

場 所 第3委員会室

平成25年1月23日(水曜日)

午前10時0分開会

会議に付した案件

概要説明

福祉保健部、総務部、警察本部

1. 本県における自殺の現状について
2. 自殺対策連絡推進体制の整備状況について
3. 自殺対策における人材育成の取組について
4. 自殺未遂(企図)者支援について
5. 本県における自損行為による救急搬送人数について
6. 宮崎県の自殺の現状

協議事項

1. パブリックコメントにより提出された意見に対する委員会の考え方について
2. 条例案及び条例案の名称について
3. 委員会報告書骨子(案)について
4. 次回委員会について
5. その他

出席委員(12人)

委員	長	田口雄二
副委員	長	十屋幸平
委員		福田作弥
委員		井本英雄
委員		山下博三
委員		黒木正一
委員		二見康之
委員		清山知憲
委員		渡辺創
委員		鳥飼謙二

委員 重松幸次郎
委員 有岡浩一

欠席委員(なし)

委員外議員(なし)

説明のために出席した者

福祉保健部

福祉保健部長 土持正弘
福祉保健部次長 安井伸二
(福祉担当)
部参事兼福祉保健課長 大野雅貴
医療薬務課長 郡司宗則
障害福祉課 就労支援・精神保健対策室長 中西弘士
健康増進課長 和田陽市

総務部

消防保安課長 厚山善光

警察本部

生活安全企画課長 山内敏

事務局職員出席者

政策調査課主任主事 黒田裕司
政策調査課副主幹 山口修三

田口委員長 ただいまから地域医療対策特別委員会を開会いたします。

まず、本日の日程についてであります。お手元に配付の日程(案)をごらんください。

本日は、福祉保健部、総務部、警察本部においていただいております。本県における自殺の現状について、兵庫県を訪問した際の警察統計等を利用した詳細なデータをいただきましたので、本県版の説明をお願いしております。次に、兵庫県や奈良県でも喫緊の課題として取り組ま

れていました市町村における自殺対策連絡体制の整備状況等について、本県の状況を御説明いただきます。次に、自殺対策では、保健師や市町村職員を初め、さまざまな職種の方を研修し、人材を育成することが大事であります。自殺対策の基金や自殺対策行動計画に基づき、これまでの人材育成の取り組みについて説明をお願いしております。さらに、自殺対策については自殺未遂者等ハイリスク者の支援を重点的に行うことが重要でありますので、本県の取り組み状況についてお伺いしたいと考えております。

次に、委員協議として、まず初めに、パブリックコメント等に対する委員会の考え方について御協議いただきます。次に、それを踏まえた条例案の修正及び条例案の名称について御協議いただきます。本日は、2月定例会での上程を目指しております条例（案）について最終的な決定をすることとなりますので、御協力をよろしくお願いいたします。次に、これまでの委員会調査等を踏まえ、委員会としての提言等をまとめた報告書を作成いたしますが、委員会報告書骨子（案）を作成しておりますので、御協議をいただきます。

本日は、このように取り進めてよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 それでは、そのように決定いたします。

では、これから執行部の説明に入ります。執行部入室のため、暫時休憩をいたします。

午前10時2分休憩

午前10時4分再開

田口委員長 委員会を再開いたします。

本日は、福祉保健部、総務部、警察本部にお

いでいただきました。出席者につきましては、時間の都合もありますので、お手元の配席表で紹介にかえさせていただきます。

それでは、早速、説明をお願いいたします。

土持福祉保健部長 おはようございます。福祉保健部でございます。

今、委員長のほうからお話ございましたように、本日は、警察本部、総務部から関係課が出席しております。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、本日、御指示のありました項目をそれぞれの資料の表紙の目次に記載しております。まず、資料1をごらんいただきたいと思います。福祉保健部からは、本県における自殺の現状といたしまして、自殺者の状況と地域別の状況、自殺対策連絡推進体制の整備状況、自殺対策における人材育成の取り組み、自殺未遂者支援について説明をさせていただきます。

なお、本日は説明いたしません。宮崎県自殺対策行動計画 第2期の計画でございますけれども、まだ策定作業中でございますけれども、昨日の常任委員会のほうで御説明いたしましたので、お手元に配付をさせていただいております。後ほどごらんいただきたいと思います。

それから、資料2をごらんいただきたいと思います。これが総務部からの資料でございます。これが総務部からの資料でございます。本県における自損行為による救急搬送人数について説明をさせていただきます。

資料3でございますが、こちらが警察本部からの資料でございます。宮崎県の自殺の現状といたしまして、そこにありますとおり、自殺の動機や自殺未遂者の状況等について説明をさせていただきます。

説明につきましては、それぞれ担当課長、室長から説明をさせますので、どうぞよろしくお

願いたします。私のほうからは以上でございます。

中西就労支援・精神保健対策室長 私のほうから本県における自殺の現状等について御説明をさせていただきます。

資料1の地域医療対策特別委員会資料(福祉保健部)という資料でございます。資料の1ページをお開きいただきたいと思います。1の本県の自殺の現状についてであります。まず、(1)の自殺者の状況の自殺者数の推移をごらんいただきたいと思います。厚生労働省の人口動態統計によりますと、本県の自殺者は、平成9年以降15年連続して300人を超えておりまして、19年の394人をピークに3年連続で減少し、22年は307人となっておりますが、23年は312人となったところでございます。

次に、2ページをお開きいただきたいと思います。の自殺死亡率の推移ですが、平成23年の人口10万人当たりの自殺死亡率は27.7と、22年の27.1に比べまして0.6ポイント上昇しております。下の棒グラフにありますように、秋田県、岩手県、新潟県に次いで全国で4番目に高くなっております。

次に、3ページをごらんください。(2)の年代別自殺者数の状況ですが、まず年代別では、60歳代が19.2%と最も多くなっております。次いで50歳代が18.6%、70歳代が18.3%を占めております。これらを合わせますと全体の56.1%となっております。また、男女別では、男性は50歳代と60歳代がともに46人とピークになっておりまして、女性が50歳代から徐々に増加いたしまして、70歳代の22人がピークとなっております。男性の30歳代から70歳代までの自殺者数を合計しますと190人となっております。全体の60.9%を占めております。

次に、4ページをお開きいただきたいと思います。(3)の保健所圏域別の自殺者の状況です。

の自殺者数の推移ですが、下の表の平均という欄をごらんいただきたいと思います。過去10年間の自殺者数を平均した数値ですが、宮崎市保健所管内 宮崎市が96.9人と最も多くなっております。次いで都城保健所管内が66.1人、小林保健所管内が47.5人となっております。この3圏域で県全体の6割を占めております。また、過去10年間の平均自殺者数が平成14年の数値を基準としまして上回っている圏域といたしましては、高鍋保健所管内が34.4%増と最も多く、次いで高千穂保健所管内が8.9%増、都城保健所管内が6.6%増となっております。また逆に、平成14年の数値を基準として1割以上低くなっている圏域につきましては、日南保健所管内のマイナス14.2%、日向保健所管内のマイナス11.2%となっております。なお、この割合は平成14年を基準にしておりますが、平成14年の自殺者数が極端に少なかった場合などには割合が大きく出ることがございますので、絶対的な増減を示すものではございません。

また、5ページをごらんください。の保健所圏域別の自殺死亡率の推移ですが、下の表の平均の欄をごらんいただきたいと思います。この平均は過去10年間の人口10万人当たりの自殺死亡率を平均したもので、人口規模により率の変動の振れ幅が極端に大きくなるなど、適切な比較が難しい場合もございますが、過去10年間の平均を見ても、小林保健所管内が57.6と最も高くなっております。次いで高千穂保健所管内、中央保健所管内、都城保健所管内の順で高くなっている状況でございます。

次に、6ページをお開きいただきたいと思います。2の自殺対策連絡推進体制の整備状況に

ついて御説明いたします。本県の自殺対策につきましては、県と関係団体・機関が連携を図りながら、それぞれの立場でさまざまな取り組みを総合的に展開しているところであります。その中でも、主に民間団体が中心となっておりますのが(1)の自殺対策推進協議会でございます。地域における自殺対策の推進体制として関係団体・機関等のネットワークを構築しております。まず、の宮崎県自殺対策推進協議会は県レベルのネットワークでありまして、平成20年6月に、県内の医療、労働、福祉、教育等の関係団体・機関の委員の皆様により構成され、発足したものでございます。同協議会には、実務者レベルで、児童生徒、高齢者などの5つの部会が設置されておりまして、分野別の取り組みについても検討が行われております。次に、

の保健所圏域別の自殺対策推進協議会につきましては、平成18年に小林保健所圏域で最初に発足して以来、平成23年度までに宮崎市保健所を含む全ての保健所圏域において発足しているところでございます。また、の市町村別の自殺対策推進協議会につきましては、列記しておりますが、宮崎市、都城市、えびの市などの8市町村において市町村単位のネットワークとして発足いたしております。

次に、(2)の宮崎県自殺対策推進本部につきましては、全庁を挙げて自殺対策に取り組むため、平成19年11月、知事を本部長とする庁内の横断的な組織として設置したところでございます。

次に、7ページをごらんください。(3)の宮崎県自殺対策行動計画の策定ですが、平成21年2月に、県自殺対策推進本部と県自殺対策推進協議会が共同で、行政と民間が連携しまして自殺対策を推進するため、行動計画を策定してお

ります。まず、の行動計画(第1期)の概要ですが、実施期間は平成20年度から24年度までとなっております。また、平成20年6月に県自殺対策推進本部において掲げました「平成28年までに平成17年の自殺死亡률을25%減少させる」との目標を考慮し、当面の数値目標といたしまして、昨年の平成24年の自殺者数を300人以下とすることを目指しております。この数値目標は厚生労働省の人口動態統計を基準としておりまして、平成24年の結果が公表されますのは、中間の公表といたしましては本年6月ごろを考慮しております。次に、の宮崎県自殺対策行動計画(第2期)の策定ですが、第1期の行動計画の推進期間が平成24年度で終了いたしますので、新たな行動計画を今年度中に策定することとしております。本日は、お手元に策定中の宮崎県自殺対策行動計画(案)の冊子をお配りさせていただいております。後ほどごらんいただきたいと思っております。

なお、今回の改定に当たりましては、昨年8月に国のほうで閣議決定されました自殺総合対策大綱を踏まえるとともに、これまでの対策に加え、市町村が地域の実態を分析した上で、民間団体等と連携しながら、地域の実情に応じたきめ細やかな対策を展開することなどを盛り込むこととしております。

次に、(4)の「自殺ゼロ」プロジェクト推進事業の実施についてであります。県では平成20年度から、普及啓発や相談支援、人材育成等の自殺対策の推進を図るため、「自殺ゼロ」プロジェクト推進事業を実施してまいっております。概要といたしましては、中ほど以降に掲げておりますが、予算額といたしましては、24年度当初予算で記載をしておりますが、7,821万4,000円でございます。内容といたしましては、

の基盤づくり、 の普及啓発の推進、 の人材育成の強化、 の相談窓口の設置、 として自殺未遂者、遺族への支援の5つの柱を中心に、総合的な自殺対策の推進を図っているところでございます。また、今年度からは改善事業といたしまして、「地域の絆づくり強化事業」を実施しておりまして、新たに民間団体への補助金を創設いたしまして、自殺対策としての地域の絆づくりに資する民間団体の活動を支援するとともに、市町村への補助金についても拡充を図ったところでございます。今年度は民間団体6団体が実施をしていただいております。居場所づくりとか個別訪問などの事業、さらには6市町村の人材育成事業等に支援を行っているところでございます。

なお、「自殺ゼロ」プロジェクト推進事業につきましては、平成21年7月から国の交付金を活用いたしまして、宮崎県地域自殺対策緊急強化基金を設置いたしまして、継続して事業を推進しているところでございます。

次に、8ページをお開きいただきたいと思っております。3の自殺対策における人材育成の取り組みについて御説明をさせていただきます。まず、(1)の専門職に対する人材育成ですが、医師、看護師等の専門職に対し、自殺の危険を示すサインを早期に発見し、相談や治療につなげるため、研修に対する支援を行っております。表にございますとおり、平成23年度実績といたしまして、県医師会や県薬剤師会、県看護協会など、会員等を対象とした研修が実施されたところでございます。

次に、(2)の電話相談窓口の相談員の人材育成ですが、県が設置しております自殺防止電話相談に対する研修を実施しているほか、NPO、民間団体の電話相談員の養成等に対する支援も

行っております。

次に、(3)の地域における人材育成ですが、保健所や市町村などにおいて民生委員や社会福祉協議会職員などを対象に自殺対策のキーパーソン いわゆるゲートキーパーも含みますが を養成するための研修会を開催いたしております。表の2番目にございますとおり、特に市町村が主催した研修会では延べ1,382名の参加があったところでございます。

次に、9ページをごらんください。4の自殺未遂者支援について御説明いたします。まず、(1)の連携体制の充実の の小林保健所の取り組みですが、小林保健所では平成23年3月から、自殺未遂者等への支援体制の構築に向けまして、モデル的ではございますが、救急医療機関に搬送された自殺未遂者に対しまして保健師を派遣いたしまして、御本人と、また家族と面接、電話、訪問等の支援を行っているところでございます。事業開始からこれまでの支援実績といたしましては、自殺未遂者事例20件に対しまして延べ28件の訪問支援を行うなど、自殺未遂者やその家族等への支援を行っているところでございます。次に、 の宮崎県医師会等の取り組みでございます。現在、県医師会と共同で、救急医療機関と精神科医療機関との連携体制の構築に向けた検討部会を設けまして、救急医療機関に搬送された自殺未遂者への支援について検討を行っていただいているところでございます。

また、(2)の研修会への支援ですが、市町村等が実施します自殺未遂者支援関係者に対する研修会の開催に対しましても、支援を行っております。

次の(3)の相談窓口の充実ですが、自殺未遂者等を初めとして、深刻な悩みを抱える方に

対する相談窓口としまして、平成23年3月から、NPO法人に加えまして、新たな自殺防止電話「ライフネット宮崎」を県直営で開設いたしまして、年間を通じて相談ができる体制は一応整備できたところでございます。

なお、「ライフネット宮崎」の運営に当たりましては、県が、看護協会、臨床心理士会及び精神保健福祉士会に委託いたしまして、1回線ではありますが、2名体制で相談に当たっていただいているところでございます。

最後に、資料といたしまして、「こころの電話帳」というものを配付させていただきました。県内162機関の皆様の相談窓口として御協力を得まして、作成をいたしました。市町村を通しまして、県内の住民の方々、全戸に配布を行っておりまして、今後とも周知を図っていきたくと考えております。

私からの説明は以上です。

厚山消防保安課長 消防保安課から、本県における自損行為による救急搬送人数について御説明いたします。

資料を説明する前に、お断りしたいことがございます。まず、資料の数値に関しましては、自殺や自殺未遂かどうかという区分けで集計した統計はなく、消防統計上、事故種別ごとに統計をとっておりますが、その中で、故意に自分自身に傷害等を加えた事故というくくりの自損行為に該当する救急搬送を集計したものであるということでございます。したがって、数値には自殺や自殺未遂の事案も含まれていると考えますが、一方で薬物の乱用等の自殺や自殺未遂とは考えにくい事案も含まれていると考えられますことから、あくまでも参考資料としてごらんいただきたいと思いますと考えております。

それでは、資料2の1ページをお開きくださ

い。消防本部ごとに、管轄する市町村と人口、平成23年中の救急搬送人数を記載しております。救急搬送人数のうち、先ほど御説明した自損行為による救急搬送人数をさらに傷病程度別に集計しております。消防本部別で見ますと、救急搬送人数の最も多い宮崎市消防局で187人の搬送となっており、おおむね救急搬送人数の多い消防本部の順で自損行為による搬送人数も多くなっております。ただし、自損行為による搬送のうち死亡の数は西諸広域行政事務組合消防本部が最も多い16人となっております。表の一番下をごらんください。全体計で見ますと、平成23年中の救急搬送人数は3万7,451人で、そのうち自損行為による救急搬送が429人となっており、このうち63人の死亡を除く366人が自損行為による負傷者であり、自殺未遂を含む人数と考えられます。

消防保安課からは以上でございます。

山内生活安全企画課長 警察本部の生活安全企画課長でございます。よろしく願いいたします。

資料の御説明の前に、警察で把握する自殺者等につきまして御説明いたします。まず、自殺者についてですが、警察では、届け出等により人の死亡を認知いたしますと、犯罪捜査の一環としてまず検視を行います。あわせてさまざまな視点から捜査を行いまして、その結果、遺書等があり、自殺と判断できる場合にのみ自殺者として計上しております。また、宮崎県内で取り扱った御遺体については、出身地や国籍に関係なく、宮崎県の自殺者として計上しております。

次に、自殺未遂者につきましては、行方不明者の届け出や警察安全相談、あるいは現場臨場等において自殺のおそれのある方を保護したり

救助した事案のうち、警察本部に報告があった件数を計上しております。

それでは、自殺の現状につきまして、資料3に基づき順次御説明いたします。1ページ目の図1をごらんください。まず、自殺者数の推移であります。本県警察が取り扱った自殺者数は、平成6年に昭和60年以降最低となる216人まで減少いたしました。その後、増加に転じ、平成12年に最高の412人になりました。その後、自殺者は300人から400人の間で推移し、平成23年は338人となっております。ちなみに、平成24年中はさらに31人減少し、307人でありました。全国では、平成15年に3万4,427人を記録して以降、緩やかに減少傾向にありました。また、平成10年以降14年連続して3万人を超えておりましたが、先日の警察庁の発表のとおり、平成24年の自殺者数は前年比2,885人減少の2万7,766人となっております。

次に、同じページの図2をごらんください。年齢階層別の自殺者数の推移でございます。50歳以上の自殺者が常に高水準で推移しております。

次に、男女別自殺者数につきまして、2ページの図3をごらんください。男女別自殺者数は、男女ともほぼ横ばいの状態で推移しておりますが、近年、男性の自殺者数は女性のおおむね2.5倍となっております。自殺者の男女比につきましては、図4にお示ししております。男性の自殺者は全体の約7割を占めております。

3ページの図5をごらんください。男性の年齢階層別自殺者数の推移を示したグラフです。男性の65歳以上と50歳代の自殺者は高水準を横ばいの状態で推移しております。

図6は、女性の年齢階層別自殺者数の推移を示したのですが、女性の自殺者数は各階層と

もおおむね横ばいの状態を推移しております。そのうち65歳以上の自殺者が高水準で推移しております。

次に、自殺の動機についてですが、4ページの図7をごらんください。自殺の動機は、例年、健康問題、経済社会問題、家庭問題の順で上位を占めています。なお、平成19年に警察の自殺統計分類の改正が行われまして、自殺の原因・動機について複数計上することとなったために、それ以前の統計とは単純比較できませんが、健康問題は常に自殺の原因・動機の上位を占めております。

同じページの図8をごらんください。これは、平成23年中の自殺者338人に関する原因・動機の内訳と、さらに健康問題の詳細をあらわしたグラフです。338人とありますけれども、原因・動機が特定できたのはそのうちの278人で、60人は不詳となっております。また、原因・動機が複合している場合には3つ以内を計上しておりますので、自殺者数と原因・動機の件数は一致しておりません。健康問題が自殺の原因・動機の約38%を占めており、その原因・動機のうち、鬱病と身体の病気が全体の約8割を占めております。

次に、5ページの図9をごらんください。職業別の状況です。例年、無職者が全体の5割前後を占めております。そのうち無職者と主婦を合わせた198人の年齢状況につきまして、同じページの図10に示しております。60歳代以上が全体の約6割を占めております。

次に、平成23年中に本県で自殺した無職者のうち60歳未満と60歳以上に区分し、それぞれの自殺の原因・動機を6ページの図11、図12にお示ししております。図11では60歳未満の無職者75人とありますが、原因・動機が特定できたのは

そのうち63人で、12人は不詳となっております。また、図12では60歳以上の無職者123人とありますが、原因・動機が特定できたのは97人で、不詳が27人となっております。これらのグラフからわかりますように、無職者の原因・動機では健康問題が最も多く、その内訳を見ますと、60歳未満の自殺者では鬱病が、60歳以上の自殺者では身体の病気がそれぞれ多くを占めております。

次に、7ページの図13をごらんください。これは、平成21年から平成23年までの3年間の月別の自殺者の認知状況でございます。例年、3月から自殺者がふえ始め、7月、8月をピークに、その後、徐々に減少しています。その原因、理由についてはよくわかっておりません。

最後に、本県警察で把握した自殺未遂者の状況につきまして御説明いたします。7ページの表をごらんください。平成23年中は33人の方を発見し、自殺を思いとどまらせております。また、そのうち24人の方に自殺防止対策を行う窓口機関等を教示しております。教示できなかった9人につきましては、即時入院されたため、教示する暇がなかったり、本人や家族が教示を拒否された方たちです。窓口機関の教示を行い、さらに本人等から同意を得ました13人につきましては、氏名や住所などの情報を福祉保健部の障害福祉課に通報しております。なお、平成24年中は20人を発見し、20人全員について自殺防止対策を行う窓口機関等を教示しています。さらに、本人等から同意を得た8人につきまして、本人の情報を福祉保健部障害福祉課に通報しております。以上でございます。

田口委員長 執行部の説明が終了いたしました。委員の皆さんの御意見、質疑などお受けいたします。

清山委員 総務部の資料2なんですけれども、本県における自損行為による救急搬送のデータで管轄別の数字がありますけれども、小林市のほうは32件中16件が死亡ということで、致死率が物すごく突出して高いんですけれども、これに関して背景は御存じですか。

厚山消防保安課長 先ほど御説明したとおり、救急搬送の件数ということで統計をとっておりますけれども、西諸広域消防本部管内を見ますと、32件中16名死亡ということですが、自殺に伴う背景等々については消防のほうでは把握しておりません。

清山委員 これは誰かが分析しなきゃいけないと思っているんですけれども、致死率が圧倒的に高いので、原因としては、この管内で自損行為と認識されていない数がかかなりあるのか、それとも本当にこの管内の人たちの致死率何て言うのか忘れましたが、男性のほうで未遂に対して死亡に至る確率が高いと思うんですけれども、本当にそれがこれだけ西諸あたりで高いのか、誰かが分析しなきゃいけないんじゃないかなと思います。ほかの地区よりも異常に高いので。自損行為と認識して消防に上げるのは医師ですか、それとも消防隊ですか。

厚山消防保安課長 消防統計では、あくまで消防のほうで通報を認知して病院等に収容する、その数を統計しておりますが、その過程で救急隊のほうで聞き取りなりできた分について、いろんな事故種別がございますけれども、故意に自分自身で自分に加えた傷害と認められる状況がある分について、自損行為の事故種別として統計は上げているというものでございます。

清山委員 消防が上げているということですね。

厚山消防保安課長 あくまで消防統計につい

ては消防サイドの統計になりますので、消防のほうで上げておる数字になります。

清山委員 これ、明らかに不自然なので、その辺、ぜひどなたか、担当課はわかりませんが、調べていただければなと思います。小林、西諸の自殺率はずっと変わっていないので、やっぱりこういった突出したデータは背景を調べる必要があるんじゃないかなと。

次に、警察のほうに伺いたいんですけども、自殺と認定するのは現場検証に当たる警察が行うという理解でよろしいんですか。

山内生活安全企画課長 そのとおりでございます。冒頭に御説明申し上げましたように、人の死亡の届け出があった場合に、まず検視を行いますけれども、その検視とあわせてさまざまな視点で捜査を行います。その方の犯罪性の有無をまず見るために、犯罪捜査の一環として捜査を行います。その結果、御遺体の状況とか、一番は遺書、そういったものとか、あるいはもろもろの状況によって自殺と判断できるものを計上しております。

清山委員 去年開かれた警察医総会で長崎の法医学の名誉教授の先生が講演されていましたが、北警察署で私も拝聴したんですが、そこで発表された内容で、犯罪死の見逃しで一番多かった死因として自殺であったという話がありましたけれども、自殺と認定する中に犯罪死が含まれているケースが割合的に一番多い、そういう話がございましたし、あのとき出されたケースでも、まさかと思って尿検査をしてみたら薬物反応が出て、そこからさらに捜査を進めたら犯罪死が背景にあったということなんですけれども、今後、4月から、いわゆる死因究明二法というのが施行されていく中で、多分、司法解剖とか警察署長の責任で行われるように

なると理解しているんですけども、その辺は変化があるんですか、この4月から。

山内生活安全企画課長 まず、第1点の自殺の中に犯罪死があるんじゃないかというお話ですけれども、平成19年以前にはそこら辺の統計のとり方も判断も曖昧でした。今、自殺に計上しておるのは、明確に遺書その他で判断できる場合のみ自殺と計上しております。状況から自殺が推定されるものであっても、明確に判断できない場合には不詳その他に計上しております。

それから、二法のお話が出ましたけれども、非常にありがたい話で、きちっとやるべきと思いますが、自殺に限らず、検視 犯罪死の判断するに当たってもろもろの、先ほど申し上げましたように、捜査を行います。例えば、委員がおっしゃったように、薬物検査とか血中のもろもろとか、もちろん御遺体の状況を含めて、その他、法科学的な検査とか、最近ではCTを撮ったり、もろもろのことを含めて捜査をやって、その上で判断しているという状況でございます。

清山委員 また詳しく伺っていきたく思いますけれども、2点目に最後に警察のほうに伺いたいのは、警察のほうで把握している自殺未遂者数が33名ということで、最初に総務部のほうで説明があった自損者 自損行為を行って救急搬送された方の中から死亡者数を除いた数と著しく数が違うんですけども、警察の把握方法というのは、これはどういう把握方法で把握された数を33名とされているんですか。

山内生活安全企画課長 先ほどの説明の中で御説明申し上げましたけれども、いろいろな相談とか警察安全相談、行方不明者の届け出、それから現場臨場 今まさに自殺しようという人がいる、そういう現場臨場等で警察官が自殺

しようとしている人を保護・救助した事案について、警察本部に報告があった分を計上しております。といいますのが、救助しましたけれども、そのまますぐ病院に搬送された、接触する暇もなかったというようなときには、報告が来ない場合もございますので、実数はこれよりも若干多いのかなというふうにしておりますが、統計のとり方として従来そのようにしておりますので、御理解いただきたいと思えます。

清山委員 救急搬送して自損者と消防が認めた場合において、警察には情報が行かないんですね。これ、消防保安課長に伺いたいんですけども、自損者と認められた方々に関してはどこかに情報提供するようになっているんでしょうか。

厚山消防保安課長 救急隊のほうで119番等を受けて現場へ行った上でいろいろ観察を行うわけですが、その場合、その観察状況、応急手当ての状況等を収容先、医療機関に引き継ぐということになっております。その中で、特に明らかに自損で重篤な患者、あるいは警察に通報していいような内容については、警察のほうにも一部通報しておるという状況でございます。システム的には特に定まったものはございませんので、救急隊の救急業務の中でそのときの状況に応じて対応しておるということでございます。

清山委員 であれば警察に通報するようになっているんですね。そうしたら、429名引く63名引く薬物のオーバードース等で運ばれた人たちや非常に軽症な方を除いた数で警察に通報した人というのは、この33名に入っているという理解でよろしいですか。

厚山消防保安課長 そこまでの具体的な数字は把握しておりませんが、そのときの状態で各消防本部のほうで判断して、警察に通報

すべき内容については通報しておるといふことだと考えております。

清山委員 警察のほうでは33名把握して、相談窓口の教示やら県への情報提供を行っているということで、やはりその後のフォローが重要だということで、後々のフォローにつながっていると思うんですけども、自損で運ばれている方の数というのが死亡者の背景に物すごい数いるので、そうした方々はその後どういうフォローをされているのかというのがこれからではちょっとわからないですね。警察のほうは、この33名で相談窓口と県への情報提供という数が出されていますけれども、一方でこっちではこの人たちが一体その後どうなっているのかというのが全くわからないので、その辺はちょっと調査する必要はないんですか。どなたか……。総務部と福祉保健部で別になっていて、どこが実際責任持って まずこの質問にどこが答えていただけるのか、よくわからないんですけども。

和田健康増進課長 私、こちらに異動になる前に小林保健所長をしておりまして、小林で一部、対策に携わっていた経験から 正確な答えになるかどうかわかりませんが、まず、消防で救急搬送されて病院に行っている方と警察で把握されている方は全然違うんじゃないかという印象を持っております。あくまでも警察のほうは、先ほど言われたように、現場で自殺しようとした人を見つけているんですが、消防隊のほうは何かあって治療が必要だと思った方を病院に運ばれていますので、特殊な例を除いて、警察が把握した33名と救急隊が運んだ数が一致しているというのはほぼないんだろうと、特殊な例しかないんだろうと思っています。病院に行かれた方は、病院で重症の方はきちんと

治療をすることになるんですが、軽症の方は帰されますので、恐らくそれがどういう背景でどうなったのかを確認していないと思っています。特に重症な方なんかは、例えば農薬を飲んだとか、そういうのが把握できる場合は病院がそれなりに対応するんですけども、病院からそれを報告するシステムもあるわけではないので、全国でも自殺未遂者の対策というか、救急搬送される中に相当数の割合で自殺未遂とか自殺既遂の方がいらっしゃるということが問題になっていて、救急病院でその方のフォローをどうするかということは研究レベルとかでされておりました、実際、現在、小林保健所管内でも、病院と保健所と精神科病院とかで連携として未遂者の対応をされているのではないのかなというふうに思っております、その辺を今後どのようなシステムにのせていくかということは検討課題になっていると、私の経験では考えております。

中西就労支援・精神保健対策室長 補足をさせていただきますが、自殺未遂者の実態というのがなかなかわかりづらいという話で、実は宮崎市が昨年10月に未遂者について44機関の病院を対象に調査を直接されております。その中で、10月中に救急告示病院や精神科病院など15施設で45名の患者を受け入れたという結果が出ております。こういう形で今、消防との連携とが必要なんですが、現場での状況というのは、今のところ、そういった調査でやはり定期的に行っていないと把握しづらいという状況ではないかということで、宮崎市が12月20日にこの研修会をした中で課題として浮き上がったところでございます。

清山委員 ありがとうございます。小林保健所でこの間、聞いたところ、本当に少ない数し

かフォローに回っていなかったもので、やっぱり今後の検討課題なのかなと思って、多分、医療機関側でも、うやむやなまま自宅に帰すというケースは相当あると印象として持っているので、ここをどうしていくのか、今後考えていただきたいと思います。

渡辺委員 イメージをつかみたいので、不勉強な質問で恐縮なんですが、各部からいただいていたデータを見ると、例えば宮崎市と東諸県郡合わせて1年間で115人ぐらいの方が平均的には自殺するというデータが出ているかと思うんですが、消防のデータを見てみると、そのうち自損行為があつて死亡に至ったという数字は宮崎市消防局管内では15名しかいないということになっています。差し引き100名ぐらいの方というのは救急搬送されなくて亡くなっている。自殺という認定がされているということだと思うんですが、警察が一番わかるのかもかもしれませんが、自殺された方々の多くの、115ぐらいのうちの100ぐらいの割合というのは完全に亡くなった状態で見つかつて、救急搬送されないで後の処理に入っていくのが大半だというふうに認識をさせていただいていいんでしょうか。

山内生活安全企画課長 警察が自殺と認定するのは、検視、その他捜査結果ですが、病院に搬送された後、亡くなる場合もありますし、もちろん現場で亡くなっておられる方もいらっしゃいますので、その統計はとっておりません。

渡辺委員 イメージで、数字の整合性がとれなくていいんですが、福祉保健部でも結構なんですけど、今、私がお話ししたような理解で大体自殺というのは発見されて、その後いろいろな遺体の扱いも含めて進んでいくというふうに理解をしていいんでしょうか、どうでしょうか。イメージがなかなかつかみづらくて。

山内生活安全企画課長 委員おっしゃったとおりだと思います。御遺体があって、届け出があって、やる場合もございますし、搬送された後に亡くなったという場合も当然、検視いたしますので、そういう形になります。

渡辺委員 もう1問だけ、雑駁な質問になりますが、最近の発表でも、いろんな国の対策とか都道府県の対策等も含める中で自殺者数が減少に入ってきたというふうになっておりますけれども、実際、現場で取り組んでいる皆さんのところで今取り組んでいる対策がそれなりに有効に機能してきて数の変化に結びついてきているのかどうか、ちょっと大きくくりな質問になりますが、実際、担当課の皆さん等の現状認識とお考えを少し伺いしたいと思います。

中西就労支援・精神保健対策室長 資料として自殺対策行動計画というのをつくっておりますが、その中に一部そういう視点で書き落としをさせていただいております。6ページをごらんいただきたいと思います。6ページの1の「本県における自殺対策の課題」の中の4行目に、大きく総括的に表現をさせていただいておりますが、これまで取り組んできた総合的な自殺対策は、県民や多くの団体・機関において自殺対策のためのさまざまな取り組みがなされるようになるなどの一定の成果が見られたと。「自殺ゼロ」プロジェクトという事業を平成20年から立ち上げまして、それぞれ県民の方々に対する普及啓発、それから地域での民間団体を含めたボランティアの活動の方々がそれぞれの地域での自殺に対する認識、それから活動というものである程度の評価があったものと理解をしています。県が基本的に中心になって旗を振ってきた結果、ある程度数値的なものも出てきたであろうと。

しかし、その下に課題として掲げておりますが、どうしてもやはりまだ300名の方々が県内で亡くなっていらっしゃる。第1期計画は5年間やりました。その課題をこういった形で7つほど掲げさせていただいております。その中で一番最初に、地域の絆づくりなど地域に密着したきめ細やかな取り組みということで、市町村単位の基礎自治体の皆様のほうに、住民に近い、悩み苦しんでいらっしゃるの方々に対してより近いところで、より対策をお願いできないかという形でこういった切り口でさせていただきました。

その右側に今後の第2期行動計画における重点施策ということで、項目立てとして同じような形なんです、市町村単位での実情を分析

私たちがイメージしておりますのは、県の県民意識調査もこういう行動計画に当たって、全県で4,000名ほどなんです、やってきて、その分析でやっているんですが、やはり地域の住民の方々、できたら町村であれば全員に心の健康アンケート調査を実施いただいて、その中で課題を抽出してきたものをぜひできたら市町村長さんみずからが行動計画という形で各住民の方々にフィードバックしていただいて、その対策として一人でも多くの方の命を救っていく、そういう流れの中で進めさせていただこうと思っております。

渡辺委員 意見にしますが、実は何カ月か前ですが、鬱の息子さんがいらっちゃって、親御さんが自殺したりするんじゃないかと心配されて、御連絡があって、担当課からこの「こころの電話帳」をいただいて、実際に持っていってお渡ししたら、何ともない状況にいると少し考えればいろんな相談窓口はあるんじゃないかと思いがちなんですけれども、当事者の方は、そ

れがたまたま目に触れたりしない限り、考えてみればそうだったというのがなかなか気づかないという面もあるかと思いましたので、これが非常に役に立ったという例を1件、肌で感じましたので、また頑張ってください。よろしくお願いいたします。以上です。

鳥飼委員 福祉保健部では、予防とか、いろんな施策、政策をやっていくところかなと。それでも自殺をされる企図の方がおられれば、救急搬送するのが厚山課長のところの担当になってきて、それで結果的に自殺まで至ってしまったというときに警察本部が出ていっていただいて、自殺に至った原因なり、犯罪にかかわるものがあるんじゃないかとか、そういうふうなことになっているのかなと。三者の連携がしっかりとれるのが今後減少につながっていくのではないかなというふうに思うんですが、そこで、初歩的な質問で恐縮なんですけれども、まず警察本部からお尋ねをしたいと思うんですが、自殺を認定するといえますか、人が死んだ場合は、これが自殺か他殺かということで警察が捜査をする。その際に必要があれば検視官といえますか、ドクターになるんだと思うんですけれども、そこが検視をされるということなんです、ちょっとわからなくて、検視の体制が不十分じゃないかなという議論があって、充実しますということでの本会議の答弁があったようなんですけれども、現状はどんなふうになっていますか。

山内生活安全企画課長 検視の体制についてのお尋ねですけれども、昨年から強化いたしまして、今、検視官室というのを捜査一課内につくっております。室長以下8名体制で、室長と警部補の担当が毎日勤務で、警部1、警部補1の2人1組で3交代制をとっております。これ

が全県下をカバーしているという状況です。そしてまた、検視は検視官が全てやるんじゃなくて、各警察署の捜査部門が必ず臨場いたします。そして、鑑識と捜査部門と両方あわせて実態を、自・他の問題ないのかどうか、そういったところをしっかりと見ていくということになります。以上でございます。

鳥飼委員 医師でないといけないということはないんですね、そこにかかわる者というのは。

山内生活安全企画課長 室長以下検視官は医師ではございません。警察官でございます。それなりに国の教養とか 検視官になるための教養がございますので、専門的な教養を受けた者が警察本部の検視官室に配置されているということでございます。

鳥飼委員 大西君という同級生がいて、個人的なことで恐縮なんですけれども、検視の仕事をしている 大西医院を開業しているんですが、部外との関係というのはどういうふうになるんでしょうか。

山内生活安全企画課長 検案医師の方のお話だと思いますけれども、検視の結果、もちろん最終判断は医師の判断を仰ぐということになります。医師のいろいろな角度から専門的な立場で見ていただいて、歯医者さんでありますとか、あるいはいろんな先生の方々に現場で、また死亡診断書の作成も必要になりますので、必ず先生には御臨場いただくということです。もちろん、検視というのは、法制上は一次的には警察官の業務になっておりますので、警察が行うものは検察官に報告して、その後、検察官の指示を受けて代行検視という形でやっております。

鳥飼委員 ありがとうございます。初歩的な質問で失礼しました。

自殺の年齢階層別とか書いてあるんですが、

自殺の動機で、例えば警察本部の資料3の4ページでいいますと、338人の動機は健康問題が180人の38%ということで、その38%の内訳は鬱病が45%で身体の病気が39%ということで、鬱病と身体の病気が大半を占めるということなんですけれども、そういうことで分析をしておられますけれども、自殺の動機を断定していくというのはどういう手段といえますか、例えばサラ金で困っていた、この人は経済的な理由だとかいうのはどんな定義づけをもって調査されるんですか、断定というか。

山内生活安全企画課長 自殺の原因・動機の断定といえますか、判断でございますけれども、一番はまず遺書がある場合ですね。遺書にさまざまなことが書いてあります。そのほか、生前の故人の行動、その他もろもろの これ以上はいろいろ捜査の手法にかかわる部分もございますので、詳細は申し上げられませんが、負債の状況でありますとか、いろいろな身体の通院の状況でございますとか、そういったもろもろを総合的に判断して、今は3つ以上で自殺統計では計上しておりますけれども、原因・動機に1つというのはなかなかないわけございまして、複合の原因がございますので、3つを挙げているということでもあります。

鳥飼委員 ありがとうございます。やはり家族に事情を聞いたりとか、友人に聞いたり、そういうことで判断をされるということだろうと思いますが、先ほどの自殺未遂者の状況で一番最後に書いてありますけれども、これはどちらかといったら本務ではないようなところの業務ということになるのでしょうか。そんな言い方をしたらちょっと失礼ですけれども、生活安全企画課は県民のいろんな相談を受けていただくところなんですけれども、そういう捉え方と

いうのはおかしいですか。

山内生活安全企画課長 警察は本来業務が個人の生命・身体の保護という大きなものがございまして、もちろん本来の業務というふうに捉えております。目の前に自殺で命を落とされるおそれの方がいらっしゃる場合には、全力を挙げて保護し、救助するというのが警察の役割の一つだろうと思っております。

鳥飼委員 大変失礼しました。総務部のところなんです、自損行為ということで、自殺が大半だろうというふうに思いますけれども、名前は忘れましたが、何とかの曲線というのがありまして、4分程度で搬送すれば死亡が防げるとか、急激に生存の可能性がなくなっていくという何とかの曲線というのを聞いたことがあるんですけれども、この中で言いますと、いろいろ数字が出ましたけれども、今、問題になっております消防力の整備基準 消防職員といえますか、消防署員の絶対数のところにも一定程度関係があるのかなと。連絡を受けても搬送できない場合もあったりする。おくれて到着する。電話を受けて現場まで行って、それに時間がかかるとか、そして医療機関に搬送することなんですけれども、絶対数が少ないというのも関係があるのではないかなという感じもするんですけれども、もちろん分析はしておられないと思いますけれども、そんな見方もあると思うんですけれども、どう考えられますか。

厚山消防保安課長 御指摘の点につきましては、具体的な分析までは至っておりませんが、通常の救急搬送業務でいえば、そういった委員御指摘のような重大な事案の発生は、昨年中しか私、経験がございませんけれども、そういった事案の報告、把握はございませんので、それぞれ各消防本部は努力されて救急業務に当

たっているというふうに認識しております。ただ常に、消防の装備を含めまして、整備というのは充足していかなければならない課題でございますので、各市町村ともその点では限られた環境の中、財政状況を含めて、人員も含めて努力されておる中で、今のところ特段の問題等の発生はないというふうな認識はしております。

鳥飼委員 市町村でということになるんですけども、それをバックアップしていただくというのが非常に大事ですし、やはり機動性をどう確保していくかというのは大事ですから、常に議論と申しますか、指摘と申しますか、そういうことをお願いしておきたいと思っております。

そこで、福祉保健部にお尋ねをいたしますけれども、先ほども小林の死亡者が多いじゃないかという出されまして、西諸からこの自殺対策を始められたんですけども、自殺のことについて取り上げることを嫌がるという申しますか、そういう風土と申しますか、意識というのが、県民、いろんな行政機関含めてあったというふうに聞いているんです。ですから、そこをどう払拭していくのかというのが大事ではないかなというふうに思っているんですけども、これは非常に個別的で恐縮なんですけれども、例えば福祉保健部の資料1の6ページに宮崎県自殺対策推進協議会ということで、民間があつて、保健所の協議会があつて、市町村別、県ができてということなんです。最も早く自殺対策が進んでいる小林市に推進協議会というのがない理由というのは何か聞いていらっしゃいますか。

中西就労支援・精神保健対策室長 6ページの(1)の に書いてありますが、平成18年に小林保健所管内に最初に発足いたしました。このときの状況をお聞きしますと、市町村も当然、

一会員というか、その当事者として、保健所が段取りしますが、小林市も含めて保健所管内の全てがこの協議会の中に入って自殺対策を進めていくという方向性が出ましたものですから、今でもそうですが、小林保健所は広域というか、市町村との連携も十分図られていますので、今のところ、申しわけありませんが、小林市だけがこれに載っていない状況ですけども、協議会としては小林保健所がリーダーシップをとって全体をやると。ただし、小林市としましては、対策協議会というのはございませんが、庁内推進機関という位置づけで今は整備をされ、協議会という名称ではございませんが、庁内推進ということで進められているというふうに聞いております。

鳥飼委員 余り長くなるといけませんけれども、そういうことで機能しておるならば挙げていただくとかされたほうがいいのではないかと。この間もこの委員会で小林保健所へ行っているお話を聞いて、高原の民間のほうで活動している方とか、小林の保健師さんも来ていただいている意見交換をしましたけれども、それなりにやっておられるのかなと思ったんですが、ここに書いてなかったものですから、ちょっとお尋ねをしました。

もう1つ、次の8ページに人材育成の取り組みについてというのがあります。先ほどの自殺の原因のところでは鬱病とか健康ということで、鬱病は社会的な課題になっているんですけども、この間、テレビで見たことを言って恐縮なんですけれども、例えば理美容師さんの例が放映を どこで取り組んでいるのか忘れましてけれども、お客さんが月1回行くわけです。えらい元気だった人が無口になっているなどかいうようなことで、こうしたらということで、い

わゆるゲートキーパー役を果たしていただいたというふうになると思うんですけども、そういうところで研修会の実施といいますか、いろんな取り組みをされて、そこでチェックといいますか、自殺予防につながっていくということで、やはり今一番大きいのは鬱ということと、あと経済問題かなというふうに思っています。お答えがあればお答えを聞きたいと思いますが。

中西就労支援・精神保健対策室長 8 ページは、申しわけないんですけども、委託事業として県が御支援をさせていただいている機関での実績というふうに掲げさせていただきました。今、鳥飼委員が言われたように、みずからそういった、例えば歯科医師会もそうですし、いろんな任意団体も含めて、御自身で活動ゲートキーパー的な役割をされているところも広がってきております。ただ、申しわけございません。これは委託事業ということですので、全てを網羅している資料ではございませんので、御了解いただきたいと思っております。

鳥飼委員 いろんなところにいろんな団体が入ってもらおうというのは非常に効果があると思うんです。例えば、先ほど言った6ページの宮崎県自殺対策推進協議会の中にといいことで、労働団体が入ったり、教育機関が入ったりとか、飲食店の組合が入ったりとか、そんな感じで入っていただくということが底辺を広げるということにつながっていくと思っておりますので、今後、御努力をお願いしたいと思います。済みません。長くなりました。

中西就労支援・精神保健対策室長 鳥飼委員が言われた部分で、宮崎県自殺対策行動計画の4章の部分からということで、ページでいいますと8ページから、それぞれ段階的な部分と対象者別にしておりますが、全ての関係機関がみ

ずから取り組む、みずから行動する中身を全て御表明いただいております。こういった中で、年何回か、推進の進みぐあい等を、協議会等で全員集まっていたいただきまして、みずからを評価していただくというような形で進めさせていただきまますので、宮崎県自殺対策行動計画を今後の一つの指針として、宮崎県としては各団体とも協力しながら進めていきたいということでございます。

福田委員 鳥飼委員の質問に関連するんですが、自殺防止対策の人材育成、これについて私は昨日、生々しい、自殺された方の内容に触れる機会がございましたので、考えたんですが、私は小林保健所でもこういうお尋ねをしたんですが、今、委託してそういう人材育成をされているというお話がございました。健康問題に次いで経済問題が非常に大きいんですね。しかも、経済問題で自殺する方は、昨日までは元気いろんな事業をやっておった方がある日突然自殺に至るわけでした、家族も周りも非常に影響が大きいと思うんです。

そこで、きのう私が見た案件からしまして、小林で申し上げましたが、経済問題の相談に乗れるような人材育成が手薄ではないかなということを考えております。例えば、事業に行き詰まって、なかなか相談ができない。事業に行き詰まるということは金融機関ですね。金融機関としては、そういう行き詰まった方に対しては回収の方針を立てて厳しく当たると思っています。その段階でいろんな方策を、事業を閉鎖するとか、あるいは累積負債を解消する手だてとか、いろんな手だてを比較的相談しやすい人材が研修会等で養成されている中にはいないかなとは思っているんですが、その辺はどれくらい養成されておるのでしょうか。経済問題対

策に対するいろんな相談に乗れる人材。

中西就労支援・精神保健対策室長 一つの事例になるかもしれませんが、多重債務の対策ということで、経済だけではない部分があるんですが、県の総合政策部の中に宮崎県多重債務対策協議会というのを設置されておりまして、そこに弁護士とか司法書士とか、いろいろ相談のできる方々の協議会がございまして、かなり今、無料相談も含めて、毎月、相談体制を整えられているというふうに聞いております。自殺対策と多重債務の部分というのが十分連携されているかという話がありまして、昨年7月に、弁護士さん、司法書士さんを含めた形で、いわゆるワンストップ 県内一斉相談という中でそういったところの経済に関する自己破産のやり方とか、そういうものを含めて私たちがコーディネートさせていただきまして、そういうワンストップでの御協力もいただきました。今のところ、そういった中での御協力をさせていただく中で、弁護士、司法書士に関しましては、その団体のほうに依頼をしているという状況でございます。ですから、具体的に自殺対策として人材を養成ということまでは行っていないのが現状でございます。

福田委員 最近、私がこの管内で見ました3つの案件は、全部、経済案件です。その段階まで行っていないんですね。残念ながら行っていない。本人は例えば、本当に生々しい事例がありますが、自分の生命保険を負債整理の原資に充てるとか、そういう考えでやられたと思うんです。本当に有為な人材が一瞬にして亡くなる。そういうふうに体制が整っているとおっしゃいますが、3人のケースから見ますと、全くそういう形跡がないんです。ぜひ、そういう相談がしやすい 例えば弁護士会とか多重債務の問

題をおっしゃいましたが、多重債務も当然あります。多重債務の方は案外、自殺されていませんね。案外うまくいっている。事業をやっている方の自殺のケースが多いですね。小林保健所管内でもやっぱりそういうお話がございました。ぜひ、取っかかりを 通り一遍の相談じゃなくて、実際にこういう手続をする方向でということを手を差し伸べることが私は自殺防止対策につながっていくのではないかなと。

そういう面では、もう一つ統計のとり方で、どういう職業別の自殺者が出ているのか、これも欲しいですね。警察が立派な資料をつくっておられますが、職業別等も欲しいものだなと、こういうふうに考えておりますので、ぜひ全県挙げて汚名返上をやっていく必要があると考えておりますが、いかがでございますかね。

土持福祉保健部長 いろいろな視点からのといいますか、自殺の原因についてはあるというふうに考えております。委員おっしゃいましたように、経済問題が大きなウエートを占めていることは確かでございます、確かにそれに対する相談機能が十分かと言われると、いろんな問題があるかもしれないとは考えております。そういうことで県といたしましては、先ほど説明いたしましたように、自殺対策本部を設置いたしまして、全庁的にこれについては取り組んでいこうというふうに考えておりまして、ただいま御質問のありました件につきましても、私どもでどうこうということはできませんので、また商工のほうにも十分そういった点での対応ということを、そういう機会を捉えて申し入れていきたいというふうには考えております。

福田委員 どうぞよろしくお願いいたします。

井本委員 この問題は私は大きな問題だと思います。やっぱり大きな原因の一つですから、

これに対してこちらは経済対策なんか何もできませんすわと言われればそれまでなんだけど、今言ったように、商工観光労働部あたりときちっと連携して、どんな切り口があるか私もわからんけれども、相談という形でもあるのかもしれないけれども、経済問題で亡くなる方が多いということは無視できんことですから、はっきり何か向こうからもそういう政策を出してもらおうなことをやらないかと私は思います。よろしくをお願いします。

十屋副委員長 前回、我々委員会として奈良県のほうに行かせていただいて、詳細な話も含めてデータをお渡ししたと思うんですが、それに対する県としての分析はどのようにお考えですか。あのときは物すごく細かなところまで調べられたり県としてはやって、今度、国と連携しているんな対策を打っていくというような話も出たんですけれども、そういうことが宮崎県でできるのかできないのか、そこ辺を含めてお話を伺いたいんですが。

中西就労支援・精神保健対策室長 昨年、議会のほうからも資料をいただきましたが、12月末に自殺死亡率低位検証調査という形で奈良県がまとめられたということがありまして、中身を読みまして、私たちも熟読させていただきましたが、やはり現場で確認したほうがいいということで、実は先週、職員2名が奈良県のほうに行って、奈良県と奈良県の精神保健福祉センターでいろいろ聞き取りをさせていただきました。まず分析として、今までなかった発想ということで御説明を受けまして、酒類販売量とか、世帯の平均貯蓄額とか、それにかかわる自殺死亡率ということで、すばらしい分析 私たちが一番聞きたかったのは、その分析をされた結果、では奈良県としてどうアウトカム、帰結

をしていくのか、そこを一番聞きたかったということで行ったんですが、なかなかそこはこれからであるということで、その回答は得ることができませんでした。ただ、確かに参考になることのできましたので、十分こういった資料を検証させていただき、研究させていただこうと思っております。

先ほども言いましたけれども、当県も、ちょっと時間をいただきますが、分析という視点では平成17年に奈良県庁と同じような意味で、県民所得、完全失業率、離婚率、自己破産率という統計をある程度出しまして、そこと自殺率、全国の状況ということで過去比較をさせていただいております。結果として、一定の関連性は推測されましたが、それぞれの要因での確定的なものをどうアウトカムするかというところではできませんでした。

それで、さらに次の平成18年2月に、西諸が高かったものですから、西諸の住民の心の健康調査という形で、精神保健福祉センター、宮崎大学、国の三者で心の健康調査ということで、自殺願望の高さというものを視点に、要因として出てきたのが、家庭内ストレス、経済的な不安、人間関係の悩み、そういったものプラス大きくクローズアップされたのが、西諸の地域で特筆で出てきたのが自殺に対する許容度、自殺はやむを得ないという部分と相談することの恥ずかしさ、この2点がかかりこの調査の中で出てまいりました。その中で、先ほども言いましたように、18年から小林保健所を中心に西諸地域を自殺対策ということで先駆的にやっただきました。

その後、調査といたしましては、県民調査をしましょうということで、22年3月、24年5月、これは第2期行動計画に向けての県民の状況と

ということで県民意識調査をさせていただきながら、今回の宮崎県自殺対策行動計画というものを策定いたしました。先ほどの資料の6ページと7ページで、課題を捉えて今後の当面取り組むべき、4年間の計画ですけれども、そういったもので一人でも多くの方の自殺を少なくゼロにするということを含めて、そういった方向性でやっていく。そのバイブルとしてこの行動計画を大切にしながら、多くの県民の方々に周知を図っていききたい、そういう方向性で頑張っていきたいと思っています。

十屋副委員長 ぜひ頑張ってもらいたいと思います。

それから、もう1点、先ほど渡辺委員からあったんですけれども、「こころの電話帳」が有効に活用されたということで大変よかったと思うんですが、では、悩まれた方はこれを持っていなかったということの逆のまた裏づけにもなるわけですね。そうしたときに、市町村を通じて全戸に配布するということがあったんですけれども、具体的には例えば自治会を通してやるとか、そうした場合には自治会に入っていない家庭はどうするか、そのあたりはどういうふうに配られるんですか。

中西就労支援・精神保健対策室長 その部分につきまして、マスコミの方からも御意見をいただきましたけれども、私たちとしては、窓口としては市町村には必ずございます。それと保健所、そういった地域の窓口でやらせていただくということで今のところ整理しております。

ただ、先ほど言われた公民館単位でお配りする自治会に入っていないと届かない可能性がありますので、そこあたりは市町村のほうにもう一度協力を得まして、通常の当然、県民が受け取るべきものとして、再度、配布をお願いします

という形で、やはり全戸に行くような、それともう一つは、民生委員の皆さんに御協力をいただいて、その住民として自治会に入っていられない方については、地域の民生委員の協議会等をお願いをして配布する、そういった方法で全戸に配布していく努力をしていきたいと思っています。

十屋副委員長 正直言って、郵便局のダイレクトメールでやったら、お金はかかりますけれども、全戸に行くんです。もう一つは、ただお配りするんじゃないくて、大事に持っておきたいみたいな、もう少し質といいですか、そういうものでやることも一つ考えないといけないのかなと。確かに今おっしゃったように、経費的なものを考えると今言われたような形をとらざるを得ないのかなとは思いますが、命の重さを考えたときに、何年かに1回ぐらい、40万世帯ですか、そのくらいあったときに、掛け算して60円か65円かぐらいで配ればそれも一つの考え方かなというふうに思っていますので、これは意見ですので、回答は要りません。

井本委員 細かいことで申しわけないんですが、「ライフネット」というのは生命保険会社であるんだよね。これはいつごろつくったんだっけ、名前は。

中西就労支援・精神保健対策室長 23年3月です。

井本委員 できたばかりだ。「ライフネット」というと、このごろテレビで見るものね。ちょっと考えにやいかんかもしれんね。

田口委員長 ほかにございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 それでは、ないようですので、これで終了いたします。執行部の皆さん、御苦労さまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時38分休憩

午前11時40分再開

田口委員長 委員会を再開いたします。

まず、1のパブリックコメント等に対する委員会の考え方についてであります。パブリックコメントについては、委員会としての考え方をホームページに掲載することになりますので、本日御協議いただき、決定したいと思います。

資料1をごらんください。パブリックコメントについては、昨年12月14日から本年1月15日までの33日間実施したところです。あわせて広く御意見をいただくため、県や市町村、関係団体等への文書照会を行ってまいりました。その結果、パブリックコメントの受け付け数は2件ございました。また、西都市、西米良村、木城町、県医師会からそれぞれ意見をいただいております。事前に、パブリックコメントの内容と委員会の考え方(案)については配付しておりますが、いただきました意見を御紹介いたします。

資料2をごらんください。資料2の1ページをお開きください。「条例全体が当たり前のことを書いているだけではないか。改めて議会を通して条例として定める意味が見出せない。この内容の条例を制定しても地域医療の現場が変わるとは思えない。この条例に関与している議員、県職員の実績づくりにしかならないのではないかと懸念している」という趣旨の御意見です。

続いて、2ページをお開きください。「条例制定によって、本県が地域医療の崩壊から脱却して、県民みんなで支え合う医療が実現されれば素晴らしいことだと思えます。ただ、この条例制定によって何をしていかなければならないか

を具体的に検討し、着実に実行していくことが重要であると考えております。痛ましい医療事故が絶えません。県民みんなで支え合う医療の実現を目指す上でも、医療関係者の資質の向上を強く望むものです。不確実な医療を支えるためには、患者、家族と医療関係者との信頼関係が作り上げられることが大切です」という趣旨の御意見です。

次に、3ページをお開きください。「延岡市のものとの比較だが、県の条例も細かく踏み込んだ内容とすることはできないのか」という趣旨の御意見です。

次に、4ページをお開きください。「条例全体において曖昧な表現しかないが、より具体的に定めたほうがわかりやすいと思う。例えば、延岡市の地域医療を守る条例の(1)かかりつけ医を持つように努めること、(2)診療時間内にかかりつけ医を受診し、安易な夜間及び休日の受診を控えるよう努めること」という趣旨の御意見です。

続いて、資料3をごらんください。市町村からの意見です。1ページをお開きください。西都市からいただいた4つの御意見です。1つ目が前文の表現について、2つ目が、要綱(案)に記載してあります医療資源と医療従事者の整合性等について、3つ目が、2の基本理念の関係団体に医療系の教育機関が入っていないのではということについて、4つ目が、2の基本理念において、「いつでもどこでも必要な医療サービスが受けられる医療体制を」という表現について、災害時等を考えると現実的ではないという趣旨の御意見をいただいております。

次に、木城町からの御意見です。3ページをお開きください。7の保健及び福祉との連携について、「終末ケアを含めた在宅医療の充実をお

願いたい」という趣旨の御意見です。

次に、4ページをお開きください。西米良村からの意見です。3の県の責務について、「山間僻地の医師確保については、県からの医師派遣制度についての文言を県の責務の中に盛り込んでいただきたい」、次に、8の医療機関相互の連携体制の構築について、「山間僻地における医療環境は、県境に接する市町村では、医療に関しましても、市町村間の医療機関同士での協力が行われているが、県同士で県が率先して体制づくりについての方策等を条例要綱案に盛り込むことはできないか」という趣旨の御意見です。

資料4をお開きください。県医師会からの意見です。2の基本理念について、次に12の財政上の措置について、記載のような御意見をいただいております。

最後に、資料5をお開きください。パブリックコメントに対する委員会の考え方を一覧に整理したものです。このような形でホームページに掲載することになります。市町村などからいただいた御意見については、後日、委員会の考え方を書記のほうから御連絡させたいと考えております。

説明が長くなりましたが、パブリックコメント等に対する委員会の考え方(案)について御意見等はいかがでしょうか。

渡辺委員 わからないので教えてください。西都市の意見のところの3番目の医療系の教育機関は入れなくてもいいのかというのは、これは入れてもいいんじゃないですか。「等」によって制約されるものがそんなにいろいろ出てくるのかどうか、私、よくわからないというのと、西都市の1番の意見については、これはもしかしたら清山委員に説明してもらったほうがいいのかもしれませんが、私、読んでも、こう直し

たらどうかといっている趣旨が余りよくわからないので、特段の意味が背景にあるんだったら、ちょっと教えてもらえたらと思ったんですが。

清山委員 表現をというところは、産科、小児科とか、診療科を限定したくないというようニュアンスかなと受けとめたんですけれども、それ以外は私もよく理解が及びません。

黒田書記 まず、医療系の教育機関を入れてもいいんじゃないかという御意見に対しては、2ページのほうに回答案を示しておりまして、「県、市町村、医療機関、県民等が一体となり」の「等」の部分に医療系の教育機関も含まれておるということで、原文どおりさせていただきたいと考えております。

また、1は、清山委員が言われた、産科、小児科等を特定したくないという御意見だと私も思います。奨学資金を貸与することで医師確保に努めており、将来解消される見込みのある診療科という御趣旨かなと考えますが、産科、小児科が将来解消される見込みは特に調査では聞いておりませんので、原文どおりの表現とさせていただきたいということで回答(案)として御提示させていただいているところです。

鳥飼委員 西米良村の分なんですけれども、県境の部分、ここは何か考慮できないかなという感じもして、確かに県のほうでというのはあるけれども、現実、県境に住んでおられる方は、例えば五ヶ瀬だったら熊本に行ったり、西米良も熊本ですけれども、あるから、何かできないのかなという感じは受けました。これは施策の中でやっていけば済むことではあるから、入れなくてもいいのかなという気はしますが、ちょっと気になりましたので。

黒田書記 鳥飼委員の御発言にありました他県との連携については、回答(案)で、他県と

の連携の重要性については当委員会としても認識しているところですよという表現にしているんですけども、他県との連携を条例に盛り込むということについては、他県との調整とか、そういったことも委員会として必要ではないのかということもあります。あくまで県の条例であるということで、今回、委員会としては重要性は認識しておりますが、いただいた御意見については実際に執行する県の関係部局にお伝えしますという表現にさせていただいているところですよ。

清山委員 回答(案)なんですけれども、全体的にちょっとつれない感じがあるんですけども、私、気づかされたのは、一般の方からの意見で資料2の3ページ、4ページあたりは、もっと踏み込んだ内容とか、より具体的に定めたほうがいいと書いているんですけども、4ページの回答(案)の一番下のほうに書いているように、「医療資源を地域の財産として大切にするとともに、医療従事者との信頼関係の構築に努める」というのは確かにややかたい文章で、曖昧、抽象的なのかなと思って、そういうところを具体例を例示するというのはやっぱり難しいのかなと一つ思ったことと、2点目は、医療資源という表現に関して2つ、西都市の2番と医師会からありましたけれども、ここも柔軟に表現をやや対応することというのはできないかなと思ったんですけども。

田口委員長 具体的に案はありますか。

清山委員 医療資源というと、確かに一般的に、医療機器、医療資材、ハード面という印象を受けたりするので、医療従事者を含む医療資源とか わからないですけども、医師会のほうは「医療連携他職種」と書いていますけれども、広く、医療関係者ですかね。

渡辺委員 西都市の逆バージョンで、前に「等」とつけて、後ろに医療資源と残したらいんじゃないですか。狭い範囲だけにしてしまうといろいろ課題が残るんじゃないかと思うので、医療資源という言葉を残しながら……。

田口委員長 医療従事者等の医療資源というように表現の仕方。

渡辺委員 事務局からの答弁案にあるように、いわゆる物理的な資源と人材的な面の両方を含むという答弁になっています。両方を含めて表記して「等」とつけて、後、医療資源というふうにすれば、イメージというか、具体性が湧くんじゃないのかなと。

清山委員 余りに全部修正なしなので、一つぐらい柔軟に対応したというところを表現だけでもしておくとうかがいなと思って、ただ、ほかの委員の意見も伺いたいと思いますが。

井本委員 医療資源は、医療従事者とあれと2つしかないのかな。その2つに限定していいのか。

黒田書記 医療資源については、物的な意味と人的な意味、両方含めて医療資源というふうにしています。

鳥飼委員 制度的なものは入らないんですか。例えば、乳幼児医療制度とかいろんな制度をつくり上げてきていますが、そんなのは入らないのか。

黒田書記 狭義の意味ではその2つ、広義の意味ではそういったものも入るといような理解でつくらせていただいております。具体的なという表現については、かかりつけ医とか安易な時間外受診と書いてありますように、法制上可能ではありますので、御協議いただければよろしいかと思えます。

井本委員 具体的に言えばどうしても狭くな

るわけね。

鳥飼委員 答え全般なんですけれども、具体的に丁寧につくっていただいたほうがいいかなと。清山委員言ったように、ちょっとそっけないと。例えばここに書いてある、病院勤務医とか一般の人からといただきますが、医者から来たのかもしれないけれども、厳しい勤務環境がと書いてあるし、実際そのとおりだから、その辺も同意をしながら、条例の中でこうなっていますよということで、丁寧な答弁といただきますか、答えを書いていただいたほうがいいかなと思います。

田口委員長 市町村から来ているものはパブリックコメントではありませんので、直接に返すということになります。公開はしません。

清山委員 私が言い始めたので、意見として出しておきますので、後は、委員長、副委員長に一任したいと思います。いろいろ検討の上でこのままでよければ……。

渡辺委員 委員会としての考え方を示すという意味では、例えば条文の中ではうたわなくても、説明の中で医療資源についての考え方をもう少し厚目に書いて、こういう趣旨が狙いですと。

井本委員 医療資源はこれだけじゃないんじゃないか、ほかにもあるんじゃないかということを見込んで我々はこうしたんだというようなことを書いて……。

田口委員長 鳥飼委員からもいただきましたような意見で、もうちょっと丁寧にいくような形でよろしいですか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 ありがとうございます。それでは、先ほど皆さんからいただきました御意見でパブリックコメントや各市町村への回答は修正

をした上で出したいと思っております。それを委員会の考え方と決定してよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 ありがとうございます。異議なしということですので、そのように決定いたします。

パブリックコメント分については、後日、県議会のホームページに掲載いたします。

次に、協議事項2の条例案及び条例案の名称についてであります。本日御協議いただき、決定したいと思います。

資料6をごらんください。要綱案を条例案の形にしております。条例案について御意見等はいかがでしょうか。

井本委員 「こと」というのは全部取っていったんですか。

田口委員長 全部ではありませんが。

井本委員 県議会でやる県のことなだから、防災条例のときには、県に対しては、「しなければならぬ」と断定されたんです。県に対してぐらいは、「しなくてはならぬ」と言ってもいいんじゃないのかと。「ものとしなければならぬ」と言ってもいいんじゃないの。

田口委員長 それは今まで何度も議論したところでもありますけれども……。

井本委員 議論したんだけど、それでだめだったから。東京都の災害防災条例で有名な人がいたものだから、その人に聞いたときにそういうことで、県に対してぐらいは、「しなくてはならぬ」としなきゃならぬのじゃないのと言われて……。

福田委員 基本理念の「こと」は余り抜けていない。残っているところがある。

田口委員長 全部じゃないですよ。1条、2条と、こういうところの「こと」を削って、(1)

(2)(3)の部分で「こと」を残しています。

福田委員 いじりだしたら切りがない。

井本委員 実際同じようなことなんだろうけれども、「するものとする」と「しなければならない」は。

福田委員 正副委員長に一任せんと切りがない。

井本委員 一任してこんなふうになったんだろう。

田口委員長 今までずっと協議をしてきた結果、いろいろいただいた御意見を……。

井本委員 そうかな。協議したけれども、結局はもとのままになっているんじゃないの、前文だって。

福田委員 「この条例に関与している議員、県職員の実績づくりにしかならない」と。シビアだな。異議なし。正副委員長一任。

田口委員長 もちろん、他県の条例なんかも十分参考にしながら、こういう形になっておりますので、うちのだけが実績づくりというようなことではありませんので。

井本委員 題名は何ですか。ほかのところは違う題名があるわけ。

田口委員長 すぐこの後に今からします。次の項目に入ってよろしいですか。御一任いただいたということによろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 ありがとうございます。

次に、条例の名称について御協議いただきたいと思います。資料7をごらんください。他県の条例名等が載っておりますので、これを御協議いただきたいと思います。今までずっと、地域医療に関しましては、「地域医療を守り育てる条例」というふうに記述してまいりましたが、場所によっては地域医療を守る条例等々ありま

すので、最終的に決定したいと思いますので、御意見をいただきます。

鳥飼委員 この間、県のホームページを見ていたら、地域医療支援機構をつくっておられて、あのときに宮大の池ノ上先生と金丸先生のところに行ったんです。あの人の講演にもあったんですが、地域医療応援団というような表現をしておられて、「地域医療を守り育てる条例」というのはわかるんですけども、何かぴたっとこないなというような感じがして、そういう名称を入れるとすれば愛称の中になるのかなという気がするんですけども、宮崎県地域医療応援団条例とか、そんなのも県民には訴えやすいんじゃないかなという気がして、ちょっと話したところです。

田口委員長 県民に親しみを増すためも含めて、応援団という声もありましたが、皆さん、ほかに御意見ございますか。

井本委員 我々はどうしたって予算措置できない立場でもあるし、罰則も設けられんような条例なんだから、宣言条例に近い、「ものとする条例」というか、宣言条例だから、「基本」という名前を入れたらどうでしょうか。

田口委員長 確かに、府中市あたりは基本条例になっていますね。

井本委員 一種の計画みたいなものですわな。

福田委員 余り文章が長くてもいかんわな。どこか削ればいい。

井本委員 お任せします。

田口委員長 今まで仮称でしたが、ずっと「宮崎県の地域医療を守り育てる条例」という形で進めてまいったんですが、私ども正副委員長がずっとこれでやってまいりましたので。

井本委員 多数決でいこう。

鳥飼委員 一任します。

田口委員長 一任ということであれば、表題にしておりました「宮崎県の地域医療を守り育てる条例」ということで私たちはいきたいと思っているんですが、これでよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 ありがとうございます。それでは、条例の名称を「宮崎県の地域医療を守り育てる条例」ということで決定いたします。

条例（案）につきましては、2月定例会中に政策条例検討会議開催を求め、会期中に上程できるよう提出させていただきます。条例の上程が決まった際は、正副委員長のほうで記者会見を行いたいと考えております。

それでは次に、協議事項の3の委員会報告書骨子（案）についてであります。A3判の資料8をごらんください。正副委員長で作成いたしました委員会報告書の骨子（案）を記載しております。

の調査活動の概要につきましては、当委員会の調査事項に基づきまして、1の地域医療を守る条例（仮称）について、2の地域の絆づくり、心の病等についての2つの章で構成し、それぞれごらんいただいておりますような項目に分けて、調査の内容、委員会としての意見等について記述することとしております。

の結びでは、当委員会の調査活動を総括し、地域医療対策や地域の絆づくりの推進に係る提言、条例（案）策定までの活動経過等について改めて記述したいと考えております。

骨子（案）の詳細につきましては、黒田書記より御説明させていただきます。

黒田書記 急ぎますので、しばらく御辛抱ください。御説明いたします。

A3判の地域医療対策特別委員会報告書骨子（案）をごらんください。まず、の調査活動

の概要についてであります。前書き、調査活動の経過としまして、地域医療対策の一層の推進を図ることが求められることを述べ、地域医療を守るための条例の必要性を、次に地域社会の現状認識を述べ、地域の絆づくりや心の病に対しても一層の推進を図ることの必要性を整理し、当委員会として、地域医療を守る条例（仮称）に関すること、地域の絆づくり、心の病等に関することを調査事項として決定したことと、これまでの委員会の活動経過について述べたいと考えております。

次に、1の地域医療を守る条例（仮称）についてであります。（1）本県の医療提供体制の現状と課題についてとして、救急医療については、現状として、今年度、救命救急センター及びドクターヘリの運用が開始され、本県の救急医療等に大きな柱ができたこと、しかしながら、本県の救急医療はいまだ大きな課題を抱えていることを県内の実態調査などを踏まえながら述べさせていただきたいと考えております。課題として救急医療を担う若手医師の育成確保などを、提言としてはさらなる救急医療提供体制の充実を求めたいと考えております。

小児医療（小児救急医療を含む）については、現状として、夜間急病センターにおける患者のうち約半数が小児救急患者であり、そのうち約7割が軽症患者であったことの実実に触れ、課題として、小児救急医療電話相談の普及啓発、小児科医の育成確保などを、提言としては小児救急医療電話相談の周知や時間帯の拡充について述べるとともに、小児医療の普及啓発活動に当たっては、乳幼児医療費助成制度の現状と次世代以降の継続の必要性についても積極的に啓発し、小児救急医療電話相談などを利用することで安易な時間外受診の抑制につなげる

よう述べたいと考えております。

周産期医療については、現状として、本県の周産期医療は関係者の献身的な努力により全国でもトップクラスの体制を維持しているが、産科医師の高齢化や分娩の8割を受け持つ有床診療所の減少などの問題により体制の維持が困難になりつつある事実に触れ、課題としては産科医師の育成確保などを、提言としては、産科研修医手当加算の導入検討など産科医確保の取り組みや、産科や分娩施設のデータがない実態に触れ、産科医師・分娩施設の情報収集・活用などについて述べたいと考えております。

僻地医療については、現状として、県内では18の市町村が過疎地域等に指定されており、主に自治体が設置する医療施設にて医療が提供されているが、全体で常時10名以上の医師が不足している状況を、課題としては、総合医や自治医科大卒業医等の育成確保、ドクターヘリ・消防防災ヘリの有効活用、消防機関との連携強化を、提言としては、関係機関とのさらなる連携強化、大人向け救急電話相談の導入、高速道路等の整備促進などについて、美郷町や北浦診療所、奈良県などでの実態調査などをもとに述べたいと考えております。

在宅医療・介護については、現状として、在宅医療のニーズは増加し、多様化していますが、核家族化の進行や高齢者単身世帯が増加していることを、課題としては、家族の負担軽減、急変時の対応等、提言としては、在宅医療・介護サービス提供体制の構築などについて、県外調査を行いました北海道夕張希望の杜の「支える医療」の取り組みなどをもとに述べたいと考えております。

医療従事者の育成確保については、現状として、産科・小児科等特定診療科や僻地等の

医師不足、医師の高齢化などのデータに触れ、課題として、総合医、研修医、看護師の育成確保等を、提言として、国への積極的要望として、総合医の社会的位置づけの確立と認定要件に僻地の勤務経験を加えること、研修医の確保として、本県の研修医確保の障害となっている都市部に有利な激変緩和措置の廃止などをさらに強く国へ要望するよう求めるとともに、看護師確保対策として、県立看護大学生の県内定着促進をさらに強く取り組むほか、准看護師養成問題についての県医師会の要望をもとに述べ、さらに医療従事者を目指す中高生への啓発支援活動をさらに積極的に行うことなどについて述べたいと考えております。

地域医療再生特例交付金の取り組みについては、現状として、平成22年度から平成25年度までに地域医療再生特例交付金により80億円以上の予算が投入され、地域医療対策が大きく進展した事実はあるが、課題として平成26年度以降の財源確保と計画を外れている医療圏の対策を、提言として、平成26年度以降の財源確保について、国への積極的要望活動、計画圏域外の医療圏の支援について積極的に取り組むよう述べたいと考えております。

次に、(2)の県民への普及・啓発活動についてとして、健康増進の取り組み支援、医療に関する知識等の普及啓発活動、医療従事者との信頼関係の構築支援については、現状として、がん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病といった生活習慣病が死因の多くを占めている事実を述べるとともに、生活習慣病は予防・改善でき、健康増進の取り組みが医療資源の有効活用に大変効果があることを、次に、安易な時間外受診等が医師の疲弊を招いている実態はあるが、県民意識の向上などにより改善可能であり、医療従事

者との信頼関係の構築につながることを述べたいと考えております。課題としては、特定健診等の受診率向上や、医療資源、知識に関する啓発促進を、提言としては、適正な検診・健康診査の受診促進、家庭や学校などにおける予防、健康、医療教育の取り組み促進などについて、延岡市や教育委員会などの取り組み事例をもとに述べさせていただくとともに、県全体でのイベントの開催等積極的な普及啓発活動について、県が市町村、医師会などと連携し、積極的に取り組み、県全体の機運の醸成に取り組むよう述べさせていただきたいと考えております。

県民団体の育成・活性化等については、現状として、「宮崎県北の地域医療を守る会」、県南の「こども・いのち・つなぐ会」の活動内容に触れ、県民で組織する団体の活動が県立延岡病院の時間外受診の減少や県立日南病院の医師確保などに大きな効果をもたらしている事実に触れ、課題として、団体に対し現在はオピニオンリーダー育成助成補助金がありますが、今後の安定的な活動資金の確保を、提言として、さらなる県民団体の育成及び活性化、各地域の県民団体との交流促進などについて述べさせていただきたいと考えております。

地域コミュニティの構築については、現状として、超高齢化社会を迎え、少子化も進み、高齢者等通院困難者がふえていることや家族の介護力が低下していることなど、課題としては地域のコミュニティをいかにして構築するかを、提言としては、医療ボランティアの育成、関係機関の連携した積極的取り組みなどについて、北浦診療所日高医師のお話などをもとに地域コミュニティの構築の必要性について述べさせていただきたいと考えております。

次に、(3) 条例についてとして、他県におけ

る条例の制定状況や本県における条例の必要性、条例化に向けた検討について述べたいと考えております。

次に、2の地域の絆づくり、心の病等についてであります。(1) 地域の絆づくりについてとして、本県の地域の絆づくりの現状と課題については、現状として、少子高齢化や核家族化による地域のつながりの希薄化により、児童虐待や孤独死、自殺者の増加などさまざまな社会問題が顕在化していることを、課題として地域の絆づくりが必要であることを、提言として、市町村地域福祉計画の策定支援、地域で支え合う仕組みづくりについて、県営住宅における取り組み事例などをもとに述べさせていただくとともに、地域の絆の代表的な組織である自治会加入の促進について、市町村や関係機関と連携し、積極的に推進するよう要望したいと考えております。

(2) 心の病等については、調査事項の心の病等に関することとして、本県で大きな課題となっている自殺対策を重点的に調査したことを述べ、本県の自殺対策の現状と課題については、現状として全国と本県の自殺の状況を、課題としては全国でも高い本県の自殺率の減少を、提言としては、地域をつなぐ団体、人材育成として、自殺対策NPO団体の育成支援、市町村職員、保健師、ゲートキーパーなど自殺対策関係の人材育成の必要性を、市町村自殺対策推進連絡体制の構築として、市町村で体制構築がおくれている現状に触れながら体制構築支援についてを、相談体制の充実強化として、インターネットでの相談体制の構築や「こころの電話帳」の周知普及を、自殺未遂者等ハイリスク者支援として、警察・消防関係機関の連携、支援体制の構築など、自殺未遂者に対する重点的

な支援を要望し、データの収集・大学との連携として、奈良県のデータ収集活用の取り組みや秋田県の大学との連携の事例をもとに研究機関との連携体制の充実を述べさせていただきたいと考えております。

最後に、結びとして、地域医療対策は国における抜本的な対策が求められること、一方で県としても取り組みの強化を図らねばならないこと、「宮崎県の地域医療を守り育てる条例」に基づく一層の推進を図ること、地域の絆づくり、自殺対策については、市町村への一層の支援が必要なこと、県、市町村、県民等が役割を果たして連携して取り組むことが必要なことを結びとして述べたいと考えております。

以上であります。

田口委員長 説明は以上です。委員の皆様の御意見を伺います。

井本委員 調査項目が1と2にわたっているから、文章構成はこれについて説明するという形になっているわけですか。条例をつくるということと、地域の絆づくり、心の病。そのとき、いろいろ研究したものの成果をここで述べておるといことですね。これがそもそも条例に反映されているという話ではないわけ。反映されているの。（「これを踏まえて」と呼ぶ者あり）例えば、僻地医療とか在宅医療という言葉は条例の中には出てこないね。どういうところでまとめてあるわけですか。

黒田書記 条例については、在宅医療については、7の保健及び福祉との連携についての部分で整理させていただいております。夕張希望の杜の在宅医療の取り組みとか、そういったものに触れながら、予防医療とか、そういったもので7は整理させていただいております。

井本委員 ここから在宅医療までなかなか読

み取れんな。条例をつくる過程でこういうものが出てきましたよということですね。わかりました。

田口委員長 よろしいですか。では、このような形でまとめさせていただきます。ありがとうございます。

なお、報告書そのものにつきましては、正副委員長に御一任をいただき、案ができ上がりましたら、印刷のスケジュールの関係もございまずので、個別に御了解をいただくような形でお願いしたいと考えております。よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 それでは、そのような形で進めさせていただきます。

今回の委員会は2月定例会中の委員会となりますが、報告書につきましては、先ほどお話しいたしましたとおり、事前に皆様の御了解をいただくこととなります。でき上がりました報告書は、他の委員会の分と合冊して2月定例会の最終日に議場で配付することとなりますので、御了承をお願いいたします。

次に、次回の委員会についてでございます。2月定例会最終日に私が行います委員長報告の案について、これは報告書を要約したものになりますが、御協議をお願いしたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

なお、次回の委員会は3月18日（月曜日）、午前10時から行う予定となっておりますので、よろしく願いいたします。

最後に、その他で何かございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 なければ本日の委員会はこれで終了いたします。

午後 0 時23分閉会