

## 平成 26 年度 第 2 回三重県公衆衛生審議会自殺対策推進部会議事録

日時：平成 27 年 2 月 12 日(火)

13 時 00 分～14 時 30 分

場所：三重県合同ビル 401

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) 三重県の自殺の状況について

資料 2 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

(齋藤部会長)

前回の部会で外国人の人数などについて質問が出たと思いますので、事務局からその点についてご報告をお願いします。

(事務局)

川口より資料 3 によりご説明

【質疑応答】

(齋藤部会長)

ただいまご報告いただきました自殺の状況につきまして、ご質問、ご意見ございましたらよろしくお願いたします。

(西場委員)

経営者協会の西場と申します。前回、欠席させていただいて大変申し訳ありません。この動機別自殺者数のところで、健康問題、勤務問題、精神的なものがありますが、例えば会社勤めによりメンタル的な病気にかかった場合は、どちらに含まれてくるわけですか。ただ原因として企業側の責任によりメンタル的な鬱になってしまい、自殺に至ったといった場合は、この勤務問題のほうにカウントされるのか健康問題、精神的なものにカウントされるのか、そのへんはどうですか。

(事務局)

この動機は 3 つまで計上することになっていますので、おそらくそのような場合は複数で計上されていると思います。

(齋藤部会長)

他、どなたかございますか。

先ほどの自殺の警察庁の統計と厚生労働省の統計の違いですけど、平成 25 年に自殺以外で処理が 35 という数字になっておりますが、これに関しては非常に平成 23 年、24 年と一桁違うというかたちですけど、これに関してはどうしてこれだけが大きくなったのか、何かわかることはございますか。

(事務局)

そのへんの原因ははっきりわかりません。過去にさかのぼっていただくと、そのぐらい差が開いているときがたくさんありますので、むしろ平成 23 年、24 年あたりにほとんど差がなかったという方が、珍しいぐらいなのかなというふうに思います。

(齋藤部会長)

そうすると 35 は結果的に自殺だったということですか。

(事務局)

捜査の結果、このように計上された数がほとんどだと思えます。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。

(田代委員)

健康問題はずっと多いのですが、その内容に関してはわかりますでしょうか。例えばがんが多いとか、脳卒中が多いとかそういった。

(事務局)

身体の問題のほうでは、この身体問題での死亡の増減とがんによる死亡の増減のグラフに相関がみられるということで、国ではがんによる影響が大きいという分析はしています。最近その中でも少し減ってきているのは、緩和ケアが行き届いてきているのではないかと、早期から緩和ケアに取り組んでいるのではないかということも言われています。メンタルのほうでは、うつ病が一番多いとなっています。

(田代委員)

メンタルに対してですが、飲酒との関係もかなり高いと思ったのですが、その相関はあるのでしょうか。

(事務局)

実際に心理学的剖検ですとかそのあたりのデータで見ますと、やはり飲酒をされている方が 21% と出ていましたし、特に男性の方の場合は直接そのときに飲酒をされていたという方ももちろんですが、亡くなる半年ぐらいの間に何らかの飲酒問題を抱えていたというデータが多いということが報告されておりました。

(東委員)

この原因・動機というところですが、我々のところでは検死とか自殺で遺書等があるとき、そういっ

たものを分析して我々が計上して、先ほども申し上げていただいたように複数チェックしますので当然合計の数は合いません。これは大まかに書いてありますので、我々が細かく分類する方法を具体的なかたちで申し上げます。まず家庭問題ですが、これは親子関係の不和、夫婦間の不和、家族の将来を悲観して、あとは介護疲れなどを家庭問題ということで計上しております。次に健康問題です。体・身体の病気の悩み、精神疾患の影響、身体障害の悩みなどというのを健康問題として計上しております。続きまして経済・生活問題ですが、会社・事業が不振だった、失業した、負債、生活苦、このへんを経済・生活問題として計上します。勤務問題は仕事で失敗をした、こういうのが遺書とかで明らかになったときです。仕事で失敗をした、職場の人間関係に悩んだ、仕事にもう疲れたとか、具体的にあれば勤務問題にも計上します。次に男女問題です。これは失恋、結婚を巡る悩み、不倫の悩み、などが明らかになったときです。あと学校の関係です。入試や進路に関する悩み、学業の不振、教師・学友との人間関係、あと去年はなかったと思うのですが、いじめもここに入っています。その他としては孤独感とか誰かの後追い自殺とか、犯罪が発覚するのを逃れるために自殺するとか、これら具体的なもの以外をその他ということにして計上しております。この細かい分類としては以上です。

( 齋藤部会長 )

ありがとうございます。他にどなたかございますか。

一昨年は男女ともに少し減少傾向にあるということですが、この資料の年代別というところで先ほどご報告の中にありましたが、60歳代、70歳代の女性が年々増えており、男性においても60歳代から増えています。このあたり県としてその理由や今後の対策を考えていらっしゃるのでしょうか。

( 事務局 )

60歳代、70歳代が増えてきているということで、今まで計画の評価指標にも、眠るためにお酒を飲む男性の割合を減らすというのがありますので、働いていらっしゃる方等中高年の男性に対しては、アルコール絡みの啓発などを中心に行ってきたので、働き盛りの方たちはやや減少してきているということかと思えます。今後はそれよりももう少し後の年代になりますので、退職前にライフプランセミナーのようなものを各事業所さんでもやっていただくことも多いと思えますが、そういうところに退職後のメンタルヘルスの問題を取り入れていただけるように、産業保健スタッフへの働きかけをしたりとか、また健康保険や国保に入る場合も多いと思えますので、保険者との連携もいいのかなというふうにも思えます。また女性では、先ほども60歳代をきっかけに70歳代、80歳代になると身体的な動機もぐっと増えてくるということから、その年代は何かしらお医者様にかかっている方が多いのかなということをおもいます。今までもかかりつけ医への研修等はやっておりましたけれど、それ以外にもこの年代の女性が足を運ぶことが多いところ、例えば薬局だとか美容院とか、そういうところとの連携も効果的な取り組みに入ってくるのではないかと考えているところです。

( 森川委員 )

その年代の数が増えているからと言って、その年代が増えているかどうかというのは、この数だけではわからないと思います。人口、実は60歳代、70歳代は団塊の世代がどんどん増えてくるので、母数が増えれば要するにその中の自殺死亡者数がどうかですよね。というふうに比較してもらったほうが、国ではそういうのを示しておられたように思うのですが、そのへんでは実際に増えているのかどうか。もともと女性の60歳代、70歳代というのは、昔から若干下がったにしても高いままできている。むしろ10歳代、20歳代の女性のほうがだんだん上がってきているというのが最近の流れだと思いますが、そのへんはいかがでしょうか。

(事務局)

率まではちょっと把握してなくて申し訳ないです。ただやはり先が生おっしゃられるように、母数が団塊の世代が上がってきているので増えているというところはあるので、その結果、増えてくるのは言えることだと思うのですが、ただ今までの三重県の対策として、女性にというところが今まで手を伸ばせていなかった部分ではあるので、先ほども言ったように今後、何らかの対策というものが必要になってくるのかというふうに考えております。

(齋藤部会長)

年代における率も今後、検討していただくということをお願いしたいと思います。

これに加えてですが、特に男性におきまして40歳代、50歳代かなり自殺の数は減っていますが、これも率を見ないとはっきりしたことは言えないかもしれませんが、ただ50歳代においてはかなりの勢いで減少傾向にあると思います。失業率との相関というのは何か関係ありそうですか。また、経済指標でわかればお願いします。

(事務局)

三重県の経済指標の部分では失業率等が落ち着いてきているというところから、40歳代、50歳代の自殺者が減ってきているということは一つ言えるかと思います。

(齋藤部会長)

またその資料を、次回付けていただけるとありがたいです。

自殺死亡率の話ですが、厚生労働省の資料と数字と、警察庁の数字はかなり違いますよね。三重県においては警察庁の数字が全国平均より高いということで、厚生労働省においては低い。三重県にいらっしゃって不幸にして亡くなる方が結構いらっしゃって、外国人の方も結構いらっしゃるということもあるのでしょうか。どちらを信じていいのかということですね。どちらのグラフを信じていいのかなというか、三重県でこういう会を開いているわけですから、取り敢えず三重県民の純粋な数字が欲しいんですよね。ですから県外の方は除く、また外国人も除く。この35名の中で本当に自殺でお亡くなりになった方は数字として挙げていただく。これが正しい数字だと思うのですが、そのへんに関して何かございますでしょうか。

(事務局)

三重県の自殺対策行動計画に挙げている指標は、厚生労働省の人口動態統計を基に作成をしていますので、こちらに従って変化を見ていきたいと思っています。

(谷井副部長)

一点、気になったのですが、県外から例えば平成 25 年、19 名と書いてありますが、計算すると全部で 60 になるのですが、三重県の人県外に行って亡くなる方もいるはずですよ、だからこれ厳密に言うと三重県に来て亡くなる方引く、三重県から他府県に行かれて亡くなる方が 19 というイメージではないのでしょうか。

(事務局)

厳密に言えばそういうことが入ってきますので、この数ははっきりと確定した数ではありません。ただこの数字の出し方としまして、警察庁では居住地と発見地の 2 通りの出し方をしていますので、発見地のほうから居住地を引いた数をここに挙げさせていただいていますので、それから多少ずれることはあると思いますので確定の数ではありません。

(齋藤部長)

ありがとうございます。数字としては一応、厚生労働省の数字で考えるということですね。

他、どなたかございますでしょうか。

もし何かございましたら後でよろしくお願いたします。

続きまして、第 2 次三重県自殺対策行動計画の進捗状況につきまして、事務局よりご説明をお願いします。

資料 4、5 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】

(齋藤部長)

ありがとうございました。ただ今のご報告につきましてご質問、ご意見ございましたらよろしくお願いたします。

平成 27 年度の新しい取り組みはこの伊賀のモデル事業ということでよろしいですか。

他何かございますでしょうか。

(事務局)

はい、そうです。

(齋藤部長)

山本委員、どうぞ。

(山本委員)

資料4でも報告されています認知症のサポーターであるとか、メンタルパートナーの養成等をされていて、目標どおり順調に人数は確保されていると思うのですが、実際に受講された後、このような養成資格を得られた方についてのフォローについてもう少し詳しくお願いしたいのですが。

(事務局)

メンタルパートナーのフォローアップ研修というかたちで、メンタルパートナーの研修を受けていただいた方々について、実際につなぐためにはどういうふうにやったらいいのかということ、ロールプレイを中心に練習する内容で企画しまして、昨年度からメンタルパートナー指導者フォローアップ研修を実施しています。今年は伊勢保健所管内のほうでさせていただいているところで、今後なかなかスタッフの確保の部分ですとか必要なところがありますので、やり方につきましてはまた検討も必要なところもあろうかと考えております。

(山本委員)

認知症のサポーターはどうですか。

(事務局)

認知症サポーターの養成のほうは、数はもう目標を達成しているのですが、国のほうが平成 29 年度までに 16 万人養成するという、新たな目標を立てることになったというふうに聞いています。詳しい数ところまでわかりませんが、現在も養成した認知症サポーターさんは、各自治体などで自由に活用しているようです。このかたちは特に変えるというふうには聞いていませんが、養成自体は引き続き実施していくことになったと聞いております。

(田代委員)

平成 27 年度の自殺対策の取組になるのですが、高齢者層、それからうつ病が増えてきていて、医療サイドは詳しく注意して見えています。見ていても病気を苦にして突然自殺する方がみえます。うつ病とか認知症とかかわかっていれば十分配慮をするのですが配慮をすり抜けてしまう高齢者層に対してのリスク評価みたいなものが必要なのではないかなと思います。はっきりアルコールとかうつ病とかかわかっていればそれに対しての目が向けられるのですが、そこからすり抜けた人に対して救いの手を伸べないと、数が減らないのではないかなと思います。

(事務局)

ありがとうございます。このご意見をちょっとまた持ち帰って対策を検討していきたいと思います。今すぐどうということはわかりませんので、またいろいろとリスク評価方法を調べてみたいと思います。

(谷井副部長)

前委員をされていた井上先生を中心に、高齢者の病苦での自殺者の状況を検討したことをまとめたことがあります。10 年ぐらい前の三重県のデータ、10 年ぐらいフォローしたデータなので少し古いのですが、女性がやはりその当時から多くて、病気の中身が先ほど悪性腫瘍の話が出ましたが、悪性腫瘍の

割合は10%に満たない程度でした。9割方が慢性疾患でした。慢性疾患も長期にわたる例えば整形外科疾患、循環器疾患、内科疾患等多岐にわたっていたのですが、そういった方が中心に高齢になっていくという割合が女性に多いのを含めて自死にされたということがあったものですから、そういった情報と  
いうかそれは井上先生が既に発表されているのですが、世界的にもそういった状況はある程度あるとい  
うことが言われているものですから、情報をフィードバックしてかかりつけ医等のプライマリー等にお  
伝えしていくことは、病院と病診連携の中で考えていく、そういった予防医学的にいくとやはり病気の  
情報がある程度広く伝えていくということも必要なのかなと、今の議論を聞いて思いました。

(事務局)

ありがとうございます。ぜひそのような機会があればありがたいなというふうに思いますので、何か  
そのフィードバックの仕方とかどこまで可能なのかなとか、ぜひ先生のご意見を聞かせていただきながら  
進めていけたらいいかなと思います。

(齋藤部会長)

吉村委員お願いします。

(吉村委員)

ちょっとお聞きしたいのですが、この伊賀地域の支援モデル事業というので、未遂者支援のイメージ  
ですが、本人、家族の同意がありという場合には支援に入れるのですが、この同意なしの方が対象外に  
なっているので、たぶんこちらのほうがまた自殺をされる確率が高いような気がするのですが、こちら  
のほうは何かお考えがありますか。

(事務局)

これはあくまでもイメージということで書いてはありますが、未遂支援者検討会を次回第2回目を開  
くのですが、同意がない、取れない方には同意なしに情報提供等には行えませんので、モデル事業として  
は取り敢えず外させていただいて、そこから開始というふうに思っています。これから進めていく中で、  
関係機関の方々からいろんな意見が出てくると思いますので、その都度、議論しながら対象についても  
検討していくことになるかなとも思います。

(齋藤部会長)

館委員どうぞ。

(館委員)

これもお伺いしたい点なのですが、最近どうも子供の不登校が増えてきているということのようです。  
睡眠障害を引き起こすというような状況もあるようですが、その点と自殺対策に関する何か取り組みと  
か情報共有がなされているのかどうかお聞かせ願いたいと思います。

(事務局)

今日は教育委員会の中谷委員がご欠席ということで、中谷委員のほうから教育センターでの教育相談

の現状を少し把握させていただいてきたところです。教育相談の内訳としては不登校とか性格に関する  
こと、行動関係、進路関係、・・関係、セクシャルハラスメント、その他教育上の問題という分け方をし  
ていらっしゃるようで、この中でまたいじめの關係の相談であればこちらへ再計というかたちで挙げて  
いるということで聞いています。今年度、平成 26 年度の 1 月末現在で、全部で教育相談として 6,769  
件の相談の内、不登校の相談は 2,863 件あったそうです。かなり多いですけど、その内自殺のところ  
ではいじめに着目しているのでその数も聞いたのですが、いじめの相談件数としては 1 月末現在で 147  
件ということで、いじめというところに入れるのはそんなに多くはないということで、情報共有自体は  
しております。

( 齋藤部会長 )

鈴木委員どうでしょうか。

( 鈴木 ( 誠 ) 委員 )

館委員のご質問についてですが、不登校と自殺というのはそんなに直接的なつながりはあまり見出せ  
なくて、むしろ不登校の間は学校関係者等が関与するので、その間はまだ人間関係、援助の關係が途切  
れることがほとんどありません。ただ不登校から引きこもりに移行するケースは、あるいは引きこも  
りで不登校だったケースは極めて高い確率だと思うのですが、そうすると学年齢を超えて引きこもって  
いる場合、学校の援助は途切れてしまいますし、残されているのは地域の保健所なんです。引きこもりの  
ケースの大半が、ここで先ほど援助の同意あり、なしということが問題だというふうに言われましたが、  
引きこもりのケースの場合、家族もご本人もものすごい無力感に圧倒されているものですから、援助を  
求めるという動機がきわめて低くなってしまっていて、社会的關係から隔絶して行って、結果、感覚遮  
断のような状態が長く続いて、結果、精神病状態に陥って、その結果、その内の何%かが自殺という選  
択を取る場合もあるかもしれないけれど、そこまで辿り着くまでには結構な時間がかかるし、援助がぶ  
つぶつに切れて行って結果そうなるということのほうが多いと思われます。

続けて発言させていただいてよろしいでしょうか。先ほど援助の同意を得られない場合、この対象外  
がおそらく自殺の可能性が極めて高いですし、子供たちのアンケートで誰にも相談する気はないとい  
うのが 25%ぐらいあったように思うのですが、この子たちが自殺を完遂する可能性が極めて高いように思  
います。たまたま愛知県の臨床心理士の理事で、学校で自殺等の事案が発生した場合に、愛知県で発生  
した場合に即応する臨床心理士がたまたま私どもの研究会のメンバーで、そのメンバーの相談を受けて  
いるのですが、多くの場合、初発で自殺を完遂するというのが未成年の場合そうです。自殺という結末  
から類推する疾患というのはある程度ある場合もありますが、ほとんどノーマークで疾患そのものを見  
出せなくて不明。こういう言い方が適切かどうかわかりませんが、健常者の自殺というようなものにな  
っていて、この方々はほとんど社会的な關係から途絶えている。学校においても、こういう援助を求め  
ない人たちが、あるいは援助を求めることができる健全な依存性を有していない人たちが、自殺を完遂



してしまうというふうに考えていくと、それぞれ援助機関にかかっている、医療機関であるとか福祉機関にかかっている人たちはそれはそれでフォローはできるけれど、一旦かかったけれどドロップアウトしてしまった。前回の・・・この会議で森川先生がおっしゃったように、ドロップアウトしてしまってその間援助を求めているが故に、・・・を出してないが故に放置されているケースが最もハイリスクだと思います。最もハイリスクなところの部分に対して、何がしかの事業を打っていかないと、この事業の並びはとても美しいし、たくさんの事業が並んでいてそれぞれの効果というのは期待できると思うのですが、ここからドロップアウトしてしまった人たちのほうがハイリスクだと考えると、ここにはまる人たちは完遂するリスクが低いということを考えると、ちょっとパフォーマンスとしてはどうなのかなというふうには思います。

(田代委員)

同じことなのですが、同意なしというのは本当にリスクが高いと思います。虐待に対する対策と同じかなと思っています。ですから虐待と同じような対応をつくっていかないと、それは一番危険なところを放置するかたちになると思います。

(齋藤部会長)

森川委員どうぞ。

(森川委員)

拒否の件ですけれど、これはおそらく一番最後に残ってくる課題になるんです。大阪でも例えば警察を介して、自殺未遂で警察が関与してそのときに同意した人が10人の月があったのですが、実際にその次の日に電話をかけて支援に応じますかというところ5人しか応じないんです。やっぱり次の日になったら気が変わったり、あるいは警察官に言われたらサインはしたけれども支援は必要ないと言って、やっぱりおっしゃるとおりに拒否している群という方が、たぶんリスクは非常に高い。けれども自殺未遂者対策を全体に進めていく中で、やはり同意した人だけでもまずはやっていく。その次に先生がおっしゃったみたいに、それをどうしていくのかというのは課題だと思うのです。先ほども思春期の授業の中でもありますけれど、助けを求める、求めているんだということと、助けを求めているのはどこに連絡したらいいのかというのを授業の中で教えていって、メンタルヘルスリテラシーを高めていくというのが一つの方法と、先生がおっしゃったみたいに不登校ですね、不登校の方々に対して、私も本当にやってくれるといいないつも思っていることは、やっぱり義務教育の間です。また、基本的に、高校で脱落した後に全く関与してもらえないのです。ですからやめた方に定期的に連絡を取るとか、相談先がこういうところがあるという情報が本当にあって欲しいなと思って、堺のときから思っていたのですが、やっぱりこれはまだ実現できなかったのです。管轄が違う。高校になると県になる。だから我々がいた時は市だったので、そこの壁が超えられないとかいう問題があるのです。本当に情報があるだけでもいいのです、基本的に。だから引きこもりで相談に来られた方も平均、引きこもって6～7年ぐらいして

から来ます。だいたい相談に来るのは、それまでどこに相談していいのかわからなかった。先ほどおっしゃるように恥ずかしいから相談できないというようなこと。もしかしたらあと1年、2年見たら動き出すかもしれないという中でズルズルいってしまうというがあるので、やはり拒否をされる方々に対して何かの連絡ですね。向こうは拒否をするのだけれど、やっぱり定期的に。私どものほうも一応同意を一旦得た人は、やっぱり拒否されても3か月ぐらいはすごく連絡を取るようにはしていました。ひと月に1回とか。でももう今、調子がいいので、ぱちっと切られてしまうのですが、携帯の留守電に何か言葉を残したりとかというようなことはしていたのですが、やっぱり一番最後に残ってくるのは拒否をする、拒否する自体がもしかすると本当に症状なんだと思うのですけれど、そこが一番の課題かなと思っています。

(鈴木(誠)委員)

今、森川先生が言われたとおりだと思います。拒否することそのものが症状であるのです。これはPTSDの症状の中にも援助を拒否するという項目があると思うのですが、自殺対策の場合、援助を拒否するという行為そのものが二つある。一つは自殺を完遂するための基礎的な症状の一つであるというような認識が、新たに必要になるのかもしれないなと思いました。

(谷井副部長)

これもやはり井上先生の調べたことですが、自殺者、三重県の自殺者の家族状況はどうなっているかというのを調査したところ、ほぼ亡くなった方の大多数が家族、つまり同居人のいる方です。亡くなる方は家族内で孤立していると思われれます。しかも今のお子さんの話は必ず家族がいるわけです。その中で全くヘルプを求めないというのはあるのですが、少なくとも家族の段階では少し心配ぐらいは感じたのではないかと。例えばインターネットサイトで自殺のことを調べたとか、そういったことが全く何も知らないという家族はむしろ不自然ではないかなと思うのです。そういうことをある程度、本人には直接アプローチは拒否しているからできなくても、そういった周囲のキーパーソンに何らかのかたちでアプローチしていく方法はないかなと今話を聞いて思いました。

(齋藤部会長)

援助を拒否する方をフォローしていくのは非常に難しいのですが、来年度4月から未遂者支援モデル事業が始まるということですので、これに関しまして何か更にご意見ございましたらよろしく願います。

(鈴木(誠)委員)

このイメージを見ていると非常に網羅的に出されているなと思うのですが、ここの流れを維持するためのケースマネジメントのスキルだとか、経験値が非常に重要になってくると思います。こういうケースマネジメントの経験値とか経験みたいなものを、事例集のようにして蓄積をしていってそれを読めばHow to ができるというような話ではないと思いますが、一番難しいのはケースマネジメントだと思う

のですが、そのケースマネジメントを単に数字的にではなくて、看護記録のようなものだったり、ケースワークの記録のようなものであったりして、事例集のように集め・あとで再検討できるように記録を取っていかれたほうがいいように思います。

(事務局)

ありがとうございます。ぜひそのようにしていけたらと思っています。

(森川委員)

何回もすみません。確か、救急学会か何か、救急に運ばれた人の自殺未遂の研修会をしてくれますよね。事例研修とかグループワークとか、そういったものを使う方法も含めてですね。数は限られていると思います。年、何回開催とかになっていますけれど、堺市も1回来てもらって受けさせてもらいました。

(齋藤部会長)

森川委員、それは救急学会に要請すれば来ていただけるのですか？

(森川委員)

救急学会の日程が合えば救急の先生も当然来ますし、精神科の専門の先生も来て、ケースワークしたり、グループワークをするという一連の研修があるのですが。

(齋藤部会長)

一度、始める前にご検討いただいたらどうでしょう。

他、何かございませんでしょうか。

具体的な話ですけど、岡波病院さんのケースワーカーはどのような状態ですか。

(事務局)

ケースワーカーさんが、4人で対応していらっしゃるそうです。

(齋藤部会長)

上野病院さんと話し合いはできているということですか。

(田代委員)

最初の未遂者支援検討会の中の参加機関の岡波、上野という医療機関ですけど、実際にこの地域の相談機関には精神科を含むというふうになっています。その最初の支援検討会の中に、地域の精神科の先生が入っているのはどういうふうな……。

(事務局)

医療機関はこの管内の精神科病院としては、上野病院がございまして、こちらのケースワーカーさんが第1回目は出席していただきました。

(田代委員)

今、困っているのは、救急で運ばれた患者さんをいざ紹介しようとしたときに、責任を持って紹介で

きる医療機関がなくて、途切れてしまうことです。途切れないようにするためには支援をうける人を精神科のネットワークにつなげるようなかたちをしたいのです。ただ上野病院を中心に精神科の先生の集まりがあってネットワークをつくってもらおうとか。

(事務局)

病院同士のネットワークというところまではまだちょっと話がいていません。本当にまだ動き始めたばかりで、上野病院がこの未遂者支援検討会には出席はいただいていますけれど、救急病院からご紹介というか次へつなげるときには、もしかすると本人の希望で精神科のクリニックの場合もあるでしょうし、他の病院という場合もあると思いますので、そのへんのことも入れて相談機関、精神科を含むというふうに書かせていただいています。まだそこから先の具体的にどのようにつなげていくとか、細かいところは第2回目にもう少し詰めていくということで、申し訳ありませんが今の段階ではそこまではまだ進んでいません。

(鈴木(誠)委員)

ケースワークやケースマネジメントについて、それぞれケースワーカーの方々がイメージが違ってきたりするんです。どこかに紹介して終わりとか、どこか連絡先を教えて終わり。これだとたぶん自殺者は減らないです。だからケースワーカーの具体的なイメージとして、その人がそこにきちんと紹介先に行くまでに付いていくという、その間のやり取りの記録もちゃんと残しておく。例えば別の機関に行くということは患者さんにとって、ものすごく不安だったりするわけですので、そういう寄り添うというか実際に行動するというレベルのケースワークが逆に必要なんだろうなと思います。

(齋藤部会長)

他、どうでしょうか。この未遂者支援のイメージ、図が載っていますが、このあたり何かございませうでしょうか。

(森川委員)

今、ご指摘があったように、精神科医が入っていないといけないとは思いますが。ケースワークはケースワーカーの方、非常に上手に動いてくれます。本当に付いて行ってくれますけれど、そのケースが明らかにクリニックにつながないといけないのか、入院をしないとけなかのリスクの評価ができないと思いますので、そこがちょっと。私が堺の時に重宝してもらえたのは、基本的にこの人は危ない、もう絶対だめだから入院。この人はもう通院レベルでも大丈夫とか、そういうふうなことのお墨付きをこの支援グループに付けることができたので、ケースワークの人たちは安心してできた。そこを私は肩代わりできていたというのがあるので、そうしないと入院したほうがいいのかもしいかなって病院連れて行ったら、入院にならなかったというケースが次どうなるのかとか、ではクリニックに行くのかというところが、おそらく精神科の先生がいたほうがより安心。だけど自殺未遂の方を診るのが得意な先生と得意ではない方もおられるので、それはちょっといろいろありますけれど、でも少なくともうつ病

かどうか判断はつくだろうし、そういう意味では専門家の先生がいたほうが良いとは思いますが。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。先生がおっしゃったのはケア会議のメンバーということですか。

(森川委員)

別にケア会議に必ず出ていないといけないことはないですが、事例が生じたときにその事例の全体的な評価ですよね。そのケースがどういうレベルなのか。もしかしたら本当に直ぐにでも入院しなければいけないものを、いつまでも経過を見ているようでは結局、見ている間に自殺をされてしまうということも起こるので、そのリスク評価が適切かどうか少なくとも意見をもらえる体制があるということが大事かなと思います。

(齋藤部会長)

ありがとうございます。ぜひ事務局で検討をよろしくお願いします。

他、いかがでしょうか。

それでは時間も迫ってまいりましたので、あと何か特にこの場でご発言されたい方はみえますか。

どうぞ、鈴木(秀)委員。

(鈴木(秀))

私ども三重いのちの電話協会では、だいたい1日に相談電話、自殺・相談電話が対応できるのが1日に20本ぐらいの電話に対応しております。どれぐらいの本数がかかってきているのかというのは、電話に出るだけでするのでわかりませんので、この前NTTのほうで調べていただいたら、だいたい1日かかってくる電話が200本。出ているのは20本の電話に出て、だいたいひと月600本ぐらいの電話に出ている。年間7千数百本の電話に出ているんですけど、その中で対応している人数は今、60名ぐらいの相談員が交代で、毎晩夕方の6時から11時までの時間帯で対応しているわけですけど、いのちの電話協会も創立してからもう12~13年経つものですから高齢化してまいりまして、だんだんと実働できる方が減りまして今、ちょうど第9回目の相談員の募集を始めたところであります。皆さん方の周りでお知り合いの方で、そういうボランティア活動をぜひやりたいとおっしゃる方がありましたら、ぜひご紹介をいただきたいと思いますのでよろしくお願いします。

(齋藤部会長)

ぜひ、皆様ご紹介をお願いしたいと思います。

他、何かございますか。

それでは活発なご議論ありがとうございました。

以上で本日の議事は全て終了いたしました。なお、審議内容につきましては事務局で取りまとめたいただきまして、今後、各取り組みに反映していただきたいと思います。それでは事務局にお渡しします。

2 その他

次期委員の推薦依頼 3月

閉会