

平成22年度「鎌ヶ谷市保健・医療・福祉問題協議会」会議録

- ◇ 日 時：平成22年 9月30日（木）14時～15時00分
- ◇ 場 所：鎌ヶ谷市総合福祉保健センター 4階会議室
- ◇ 出席者：下記名簿のとおり

○鎌ヶ谷市保健・医療・福祉問題協議会委員 (敬称略)

号	会長等	氏 名	役 職 等	出 欠
1	会 長	中井 愷雄	鎌ヶ谷市医師会長	出席
		石川 広巳	鎌ヶ谷市医師会	欠席
		古池 輝久	船橋歯科医師会長	出席
		小林 数夫	船橋薬剤師会	出席
		小島 英子	千葉県看護協会	出席
2	副会長	鈴木 秀承	鎌ヶ谷市社会福祉協議会長	出席
		川村 浩幸	特別養護老人ホーム慈祐苑施設長	出席
3		島岡 貞男	鎌ヶ谷市自治会連合協議会長	出席
4		藤木 哲郎	千葉県習志野健康福祉センター長	出席
		山本 穰司	鎌ヶ谷総合病院長	出席
5		稲生 哲彌	鎌ヶ谷市市民生活部長	出席
		吉村 和久	鎌ヶ谷市健康福祉部長	出席
4		石坂 ミチエ	公募による市民代表者	欠席
		山浦 正次	公募による市民代表者	出席

○事務局

氏 名	職 名	氏 名	職 名
福留 浩子	健康増進課長	小池 誠	健康増進課主査
鈴木 恵子	健康増進課長補佐	西沢 知紗	健康増進課保健師
生原 弘子	健康増進課副主幹		

◇ 会議の議題

- (1) 会議署名人の選任
- (2) 精神科医より見た自殺の危機経路～自殺予防対策の為に～
(こころクリニック船橋院長 大塚 芳克)
- (3) 保健・医療・福祉一次機能としての役割取り組みについて
- (4) 次回会議日程について
- (5) その他

事務局 : 本日はお忙しい中、足元が悪い中お集まりいただきましてありがとうございます。

定刻になりましたので、ただいまから平成22年度第1回鎌ヶ谷市保健・医療・福祉問題協議会を開会いたします、なお、本日は1号委員の石川委員、6号委員の石坂委員は都合により欠席とのご連絡を頂いております、

はじめに、お手元の資料の確認をお願いいたします。

2部構成で入ってるかと思いますが、1部目の表紙、会議次第ということで入っております。開いていただきまして委員名簿、次に座席表、設置要綱、後は審議会等の会議の公開に関する指針が入ってるかと思っております。

次に、資料編になりまして、本日の講師の資料になります「精神科医より見た自殺の危機経路」、資料1、資料2、鎌ヶ谷市における自殺者の状況、資料3、自殺予防対策という資料、資料4として救急統計よりということで、自損行為の概要が入ってるかと思われまます。

あと別途、こちらのあなたのこころ元気ですか、というクリアファイルの中に入ってるものとしまして、ひとつが去年は千葉県版のあなたのこころ元気ですか、ということでお示ししましたが、鎌ヶ谷バージョンの相談窓口の入ってる「あなたのこころ元気ですか」の小冊子、あとはうつ病家族教室「こころのSOSに気づいたら」ということで、鎌ヶ谷市で事業として取り入れてる内容。

あとは、保健所のほうで、講演で「自殺対策に取り組む僧侶の会」と講演ございましたのでその方の資料。

あとは、この名刺大のものはメッセージカードっていうことで、後ほどご説明いたしたいと思ひまして、入れさせていただきます。

以上、不足の物ございませんでしょうか、はい、よろしいでしょうか。

それではこれ以降の議題につきましては、設置要綱第6条の規定によりまして、会長が議長となりまして議事進行をすることをお願いすることになっておりますので、中井会長にお願いしていきたいと思ひます。

なお、議事録作成のためこの会議は録音させていただきますのでご了承ください。

また、この会議は公開となっております、本日傍聴のご希望

がありまして、船橋よみうりが取材も兼ねて傍聴ってことでご希望されておりますので、許可をお願いしたいと思います、よろしくお願ひいたします。

では会長、このあとよろしくお願ひいたします。

中井会長 : それでは、今日はお忙しいところ、どうもありがとうございます。

それでは早速、会議のほうに移らせていただきたいと思います。

まず、最初に会議録の署名人を選出させていただきたいんですが、事務局に一任でよろしゅうございますか。

一同 : はい。

中井会長 : じゃあ、事務局、選出お願ひいたします。

事務局 : はい、それでは会議録署名人につきましては、名簿順にお願いしてございますので、今回は、藤木委員と山本委員にお願いしたいと考えております、よろしくお願ひしたいと思います。

中井会長 : 藤木先生、それと山本先生どうぞよろしくお願ひいたします。事務局のほうで、ご説明はございますか。

事務局 : はい、よろしいでしょうか。

本日のすすめ方についてのご説明を申し上げたいと思います。

本日はまず、設置要綱をご覧頂きたいと思うんですが、第7条に参考意見の聴取という条文がございます。

今日はその条文に従いまして、昭和54年から鎌ヶ谷市の精神保健嘱託医をお願いしてございます、こころクリニック船橋院長の大塚先生から、精神科医より見た自殺の危機経路、自殺予防対策の為にと題しまして、ご講演をお願いしてございます。

で、その後、保健・医療・福祉それぞれのお立場の委員の皆様と危機経路を認識いたしまして、最悪の状態を回避するための役割等、協議させていただきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

中井会長 : それでは早速、講演のほうに移らせていただきたいと思います。

次第に従いまして、今日は大塚先生にお話を頂くことになっております、それでは大塚先生よろしくお願ひいたします。

大塚医師 : どうもこんにちは、こころクリニック船橋の大塚です、では座って。

今日は、資料にお配りしたのにすこし追加をしたスライドが、最後のほうにちょっとありますけれども、かいつまんでお話をしたいと思います。

それでは、精神科医から見た自殺の危機経路ってということで、お話をさせていただきます。

このグラフは、よく皆さんご覧になったこともあるかなと思いますが、下の白い所が、白いラインが交通事故の死亡者です、それでそれに対して、上にあります赤いラインが自殺者の数でありまして、現在3万人を越えていると、年間3万人を越えているという、そういう状況になっています、交通事故の死者の3倍以上というふうに解離があります。

それでこの資料は、精神科の診療所協会がですね、自殺防止対策で、各県内でいろいろ会員がお話をしていた、その中の資料のひとつであります。

それで、特に自殺とうつ病との関連がかなりあるだろうと、いうことで作られた資料のひとつです。

それで、この診療所協会のほうで各県内でお話していた時の主な重点としては、一般のかかりつけの先生方にですね、うつ病を出来るだけ早く見つけていただくと、いうふうなことでお話をしてきました。

しかし自殺という問題は、必ずしもうつ病だけではありません、それで今日は、そういう精神疾患についての、自殺との関連についてお話をしたいと思います。

それでこれは全国の統計で、平成15年ちょっと古いですけども、千葉県の自殺者の数としては、万対ですね22ということで、全国平均が23・4かと思いますが、そういう点では比較的自殺者の少ない県だというふうになります。

それで一般的にですね、自殺っていうのはどういうところであるのかということで、国によりどうも一定の率があるというふうに、デュルクハイムっていう方が言っています。

それで自殺の数は男性のほうが女性より多いと、それから独身独居の人のほうが既婚子孫あり、家族家庭があるという人よりは多いと、それから無宗教、プロテスタントの人がカソリック、ユダヤ教の人よりも多い、それから個人主義者が多い、恐慌社会変動のあるときが多くなる、逆に戦災時は少なくなる、それで軍人の中では下士官が多いだろうと、いうふうに言われております。

しかし実際に統計を見ていると、日本の場合ですが、独身独居の方の自殺よりは、むしろ家族のいる方の自殺のほうが多いというふうなことがあります。

それから、男性に関しては非常に女性よりもですね、2・3倍多いということになりますが、あとで話にも出るかと思いますが、ちょっと鎌ヶ谷市はそういう点では女性の自殺が、県の他の地域より少し多いというふうな統計が出ております。

それで実際に国別の自殺ということですね、あ、その前に自殺のタイプとしては、自己中心型というふうなもの、それから集団中心型というものと、それからアノミー型というふうに、こんなふうに分けているものがあります。

それで自己中心型っていうのは、集団から離れて疎隔されてるというふうなもの、逆に集団中心型というのは集団に取り込まれていると、過剰適応なんていう言葉になりますけれども、集団に非常に親近感を持ってですね、のめりこんでいるとそういう中での自殺、それからあとアノミー型と言って、規範がなく自由に放任されている中での自殺と、いうふうなそういうこともあると言われております。

それで、実際に国別のもの、統計でありますけれども、日本が非常に高いです。

ロシアとかハンガリーとか、コーカソイドと同じように自殺率が高くなっております、これは文化的なものもあるのではないかと、いうふうに思われますが、そこら辺どんなところなのかということ。

それから今、ヨーロッパで赤字の国があります、それでピッグスっていうふうになっておりますけれども、スペインとかイタリアとかギリシャとかですね、そちらのほうは逆に自殺は非常に少なくなっています、これはどんなふうなことを意味しているのかなと、いうこともちょっと想像、いろいろできるかなと思います。

それで、わが国の年間の自殺者総数でありますけれども、戦後1960年以前にですね、一度自殺のピークがあります、これは高度成長の始まるちょっと前なんではないでしょうか、朝鮮争乱があつてすこし復興が始まったところでありまして。

それからあと、もう一つ大きくなってきているのがバブル期、この赤で少し塗りつぶしてありますけれども、その前のところ、ですから非常に高度成長が進んでいく中で自殺が増えてると。

それでバブルのところでも一時減ってきているのが、バブル崩壊とともにまた急激に増えているということがあります。

それで最近の特徴としては、女性の自殺が比較的そんなに多く、

急激に多くなることはないんですけども、最近女性の自殺も少し増えてきていると。

このように戦後好景気であっても、自殺者ってのは確実に右肩上がりで増えてきていると、いうふうに見たほうがいいのかなどというふうに思います。

それで今度は、年代別の自殺者数でありますけれども、男性が多いんですが特に4・50代ですか、50代の男性の自殺が特に多くなっています。

それから最近の特徴としては少し若い方、20代・30代の方が少しずつ自殺が増えてきているかなというふうなことで、社会の変化と少し関係があるのかどうか、この不況の影響がどういう形で出てるかっていうのが、少し見て取れるのかもしれない。

それであとは若い方の自殺ですけども、数としてはそんなに急激に増えてるようには見えませんが、小学生の自殺であるとか、中学生の自殺っていうようなことがあります。

それからあともうひとつは、子供さんたちがですね、生徒学童の方たちが自分を傷つけるような、自傷行為っていうのが案外広がっていると、それでも愛称も出来て、リスカ、リスカっていうふうなこと言ったりですね、そのように自分の手首を切るような、これは女性だけじゃなくて男性にもそういう行動が見られたりして、そういう傾向っていうのはどういうふうに考えたらいいかっていうのも、問題であろうかと思えます。

それでそういう自傷傾向っていうのが、また自殺に結びつく裾野を作っているのかなというふうに思います。

それで自殺者を事後的にです、どんな精神状態にあったのかなっていうことで振り返ってみると、気分障害ということ考えたほうがいだろうと、いうふうに思われるような方、あるいは受診をしていて診断がそのようについてる方と、いう方が3分の1くらいあるという。

それからあとパーソナリティー障害っていうのがあります、これは特に自傷傾向の強い方、衝動的な方が診断をつけられていることが多いと思いますので、そういう方が左側の13パーセントというふうになっております。

それから意外と多いのがアルコール関連であります、物質関連障害ということで、薬物依存の方たちが意外と自傷行為を起こすと。

それからよく見逃されるんですけども、統合失調症の方、この方は比較的自殺の危険が高い、うつ病に次いで高い疾患であります、そのようなこと。

それからあと、最近いわゆる診断として増えてきているのは、左の上のほうの適応障害というふうに考える、職場環境の悪化とかですね、過労に関連するような中で、適応障害、それでこれが遷延しますとうつ病であるとか、時には急激なストレスがさらに加わって、統合失調症様の反応を起こすと、いうふうなそういうこともあったり、あるいはアルコールにとにかく問題解決をしばらく託してですね、結果的にアルコール依存症になり、酩酊時の異常行動というふうなことで自殺に結びつくような、そういうケースも増えてくるかなと、きているかなというふうに思います。

それで自殺をどんなふうにかえたらいいのかということで、精神科医としてですね、自殺を考えた時にどういう因子が絡むだろうかということで、ちょっと一覧表にしてみました、一覧にしてみました。

それでひとつは、病気による自殺傾向っていうのがあります、疾病によるもの、それからご本人の生育の中でですね、自分を傷つけるような傾向がどれくらいあるかと、それからもうひとつは自殺の危険率が高まる時期っていうのがあると、いうふうなことがあります。

それで、そういう障害の特性っていうのがあるわけですが、それからそれに加えて、人間は社会的な存在でありますから、その社会的な関係の中で、疾患の回復を遅らせたりですね、あるいは益々本人にハンディキャップを負わせるようなですね、そういう因子っていうのがあります。

それで、そういうものが絡み合って絶望をきたしての自殺、生きる希望を失ってということですけども。

ある面自殺というのは、ひとつの生き方であるかもしれない、困難な事態を乗り越えるための、最後の手段として自殺があると、いうふうなことも考えられるかなと思います。

それでもう一方で、最近自死という言葉がありますが、本にも自ら死を選ぶというふうなことで、新書版の本に自死をした人の遺書が残ってる、記録がですね本になって出版されたりもしてますけれども、自死というふうな考え方も時には。

それでその中でですね、自分を傷つけるのではなくて怒りを他

に向けると、いう中で何とか抜け道を探そうというようなことで、他害の問題があります。

それで、この他害のことが非常に強調されていきますと、逆に精神障害者に対する偏見が増えてくると、それで以前のような隔離型のですね、精神医療っていうようなことが出来上がったたりもするわけですが、そういう他害の問題が影にあります。

ですからうつ病の方とか、あるいは感情障害、躁うつ病の方なんかの他害っていうことが、意外と隠れているというふうなことも、病気の性質上そういうものもあるかなど。

少し詳しく、ちょっと個々の項目について書きましたが、それぞれ病気の診断とともにですね、自殺の危険率というのがありません。

大うつ病、これ非常にメランコリー型のですね、自分を責める傾向の強いうつ病、大うつ病っていうふうに言います、時に精神病状態、幻覚とか妄想とかも持ったりするようなことがあります、そういうところでの自殺の危険が15パーセント、躁うつ病の方もそれに近いようなかたちで、それで統合失調症の方が10パーセント、あとアルコール依存症、薬物依存の方、人格障害の方。

それで最近クリニックで、病院にいた時と違いまして、この8年くらいクリニックで診療をやっていますが、そこで良く見かけるのが発達障害であります、成人型の発達障害、それで特に小学校とか中学校で診断されないで、でもどうも変わった子だなあと、発達が少しでこぼこしてるなあというふうに、発達でこぼこなんていうふうに小児科の先生は言ったりするんですが、そういう発達の問題がすこし絡みながら、うつを引き起こしたり、適応障害を持っていたりと、それでそういう中で突発的なですね、激しい自殺行動、ぽっと思いついたような自殺に走るというふうな、そういうこともあります。

あとは側頭葉てんかんとか、ちょっと治療的に難渋することも多いかなというてんかんでもありますけれども、精神運動発作を起こしてその間の自殺の危険があるということでもあります。

それでまあ、障がいの特性としてはそういう時にどういうことがあるのかということで、衝動性が高まりやすいものであるとか、意識の解離、変容がある、幻覚妄想であったり、時には薬物を使用していると、いうことで自殺をするときのですね、薬物の使用つ

ていうのは非常に多いです。

それで特に、治療をしていて向精神病薬を使いますが、抗不安薬、抗うつ薬も使っておりますが、そういう中で薬物を使いながら、かつ自殺を図るというふうな、そういう薬物を使用しながら自殺行動にいくということもあります。

また、アルコールも非常に多いです。

それからあとは、社会的な要因もありますけれども、その病気に対する偏見であるとか、周囲家族、特に家族の拒絶とかですね、そういったものも意外と自殺の引き金にもなりうるかなと、いうことでありますね。

それからあと、病気がいろいろ重なるといことがあります、精神疾患にかかるというときにも、身体的な疾患が長く持病を持っていて、それがなかなかいい予後を生んでいないと、いい結果になってないっていう、そういう中で精神的に追い詰められるということもあって、疾患が重なるといこと、重症度が非常に高く再発再燃を繰り返すというふうなことで、自殺を助長するということもあると。

それからあと、生活のしずらさというのがあります、統合失調症にかかっている方とか、あるいは発達障害の方っていうのは、普段の日常生活、他者とのコミュニケーションとかですね、社会的生活をしていく上で、日々生活のしずらさっていうのを感じます。

それからあと、発達障害の方は自分自身のことに関して、うまく理解することができなかつたり、とらえられなくて容易にパニックをきたしたりとかしますんで、社会的なそういうハンディキャップを負いやすいということで、そういう生活のしずらさからですね、追い詰められるっていうことがあるかなと。

それで、最終的には状況の理解であるとか、問題の解決能力がどれぐらいあるかというところが、病気によっていろいろ特徴があるということ。

それからあと、促進の因子としては死別があります、配偶者の死別なんていうのは非常にリスクが高くなるといいます、ストレスとしては非常に高いものであります。

それから、それと同じように役割の喪失、それから解雇であるとか失業であるとか、経済的な損失、困窮ということがあります。

それからあとは、経済的な困窮ということも昔から言われてお

りますけど、精神障害を抱えた方が生まれると、一家の没落が始まるってというようなことも言われたり、経済的な困窮と非常に結びつきやすい病気であります。

それでそういうことで精神的な問題っていうのは、こういう問題と隣りあわせでいつも考えていかなきゃいけない、対応を迫られるかなというふうに思っております。

それからあとは薬物への依存とか、乱用っていうことがあって。

あともうひとつ、対人関係を壊していくようなですね、問題を引き起こすような傾向っていうのが障害によってあります、それでこれは例えばうつ病の方の離婚率よりも、躁うつ病の方のほうが離婚率が高かったりですね、やっぱり配偶者に与えるストレスの問題とか、それから家庭内の暴力の問題であるとか、そういう他害性の問題っていうので、追い詰められる要因っていうのがそれぞれ出てくるかなと思います。

それからあと、最近はやっぱり社会変動が非常に大きいですから、特にこの間の政治の変化もありますが、社会がずいぶん変わってきているという中で、それからあと戦後家族のシステムがどんどん壊れてきています。

子どもの教育に対しての、家族の負担っていうのが非常に大きい社会であります。

それでそういう中でまた家族がそれぞれ、お母さんも仕事に出たりとかですね、仕事に借り出されながらようやく家庭を保つてると、家族を保ってるっていうふうな家庭が増えてますので、家族システムが壊れてきています。

それから、自分を傷つける子どもさんが増えてきているっていう中に、非常に家族の中での罪悪感を抱えて育てているような方が、多いのかなっていうふうに思いますが、そういう自尊感情っていうのが、ずいぶん壊されている子どもさんたちが多いのかなと思います。

それでそういうのが、自傷傾向っていうふうにして現れるわけですけども、人格の未熟な方、十分に生長しきれてないっていう方がいらっしやいます。

それでクリニック開いてまして、性的な虐待であるとかですね、家庭内のそういう家族の無理解とか、本人の希望を踏みにじるようなですね、普段の日常生活のあり方っていうのを、聞かされることがずいぶん増えたなっていうふうに思いますが、そういう

家庭の中が、大分殺伐としてきているところがあるのかなというふうに思います。

それであともうひとつは、医者の方としてはですね、自殺の行動にいたる危険な時期ってのがそれぞれありまして、これは病気の初期、それから病気の一番症状の激しい時、それから治療を始めた時っていうのも、これまた自殺の危険がある非常に慎重にやらなければいけないという、特に最近うつ病によって自殺を助長するなんていうことも報告ありまして、抗うつ薬の使い方に関して、厳しく言われるようなことがあるんですけども、抗うつ薬を使うことで自殺衝動を高めてしまうと、いうふうな危険性があるんだということは、気をつけなければいけないことかなと思います。

それからあと回復期、これも統合失調症とかですね、自分の病気に気がつき始めて自分の生活のしずらさに直面した時に、良くなった時に自殺を図るというふうなそういうこともあって、精神的にはいろんな時期に自殺のことを心配しながら、かかわっていかなければいけないなというところがあります。

それで最終的には意識野の狭窄がかなり起きてるだろうと、ですから自殺をした方の精神状態を事後的に評価すると、かなりいろんな問題があるんだろうと、それでこのような段階に入ってしまった時ってのは、なかなか踏みとどまらせる、介入をするってのはなかなか難しいところがあります。

たとえば回復期に、突然ぱっと自殺をされるなんていうのは、ちょっと予測がつかなかったり、時には順調に回復してるかななんていうふうに、医者の方がかえってどうも見ていたりとかですね、そういう自殺のリスクを少し甘く見ているようなこともあったり、非常に難しい場面が多いかなと。

それで実際に精神保健福祉法では、自傷他害のおそれがあったら強制的な県知事命令での入院が出来ると、いうふうになっておりますけれども、実際に行われるのは病状の激しい幻覚妄想状態の時とかですね、そういう精神病状態において、そういう強制的な措置入院というふうな判断がされますけれども、なかなか回復期に自傷自殺のおそれがあるからということで、強引に踏みとどまらせるというのは案外手が届いていないと言いますか、なかなかそんなふうなところで行動を止めることはできないことが多いだろうと。

それでまあ自殺に関する共通点として、シュナイドマンが少し心理的な傾向について分析をしたのがありましたので、ちょっと入れました。

それでまあ最近、これまでもちょっとお話しましたけれども、自身を傷つける傾向についてということで、私ちょっとこれ個人的な意見ですけれども、最近の社会の風潮っていうのを少し書き出してみました。

それで特に、少年法が変わって厳罰化が少し進んでおります、それでそういう中ですね、子どもに対して果たしてどんなふうになり大人が接しているかということで、非常に自由であるとか、個人主義っていうことを重視すると同時に無視すると、ネグレクトするというふうな問題。

それから自己責任を与えて法を厳罰化するというので、対処しようとしていた傾向が何年前にありましたけれども、それで果たして問題が解決するのかということがあります。

それからもうひとつクリニックを開いて、社会でやっぱり生活しづらくて、精神科のクリニックを受診する方ってのは、どんどん増えてるんですけども、とてもニーズに対応しきれないような状況で、何ヶ月も診察を待ってもらうなんていうふうな、そんな事態も既に起きているかなと思います。

それでまあそういう中で、発達障害の方、適応障害をきたしてる方、それから未熟な大人ですね、どうも問題解決をする力がついてない、それでいて大人扱いされていると、いうふうに思われるような方とか、虐待の被害者であるとか、なんかそういう方が増えてきてるかなと。

それでそういう、その人たちが増えてくるもうひとつの問題としては、自分はなんだろうかというふうなもの、自分自身は何ものぞというふうなですね、認識があまり出来てないような、またそういうものを求めながら、自分自身がどうしていいかわからないと、いうふうに放り出されてるような若者も多いのかなと思います。

それでそういう点では、成長に必要な他者や社会の不在っていうのが徐々に進んでいるのかなと、それでそういう中で若者に見られる乏しい自己肯定感、自分はこれでいいんだというふうな思いが少なかったりですね、それから携帯とかインターネットで、ちょっとささやかな励ましとかを求めてですね、携帯をお守り代

わりにしながら寝てる、なんていう若者けっこういるんですね、それでそういうふうに、その肌の触れあうようなですね、感覚っていうのが普段の生活の中で、ずいぶん乏しくなっているのかなと、それでそういうことでそういう若者の状況とですね、生き抜くために求められるそれぞれの認識力であるとか、表現力、伝達力とかですね、問題解決力っていうのがあんまり十分に伝わっていないなど、それで自分を責めたり、自分を卑下するというか、自分自身をおとしめることで、何か周りとの距離を保つていこうとかですね、つながりを持とうとか、自分の居場所をつくろうなんていうふうに、つい考えがちな若い人が増えてるのかなっていうふうに思います。

それで自殺予防のために、じゃあどういうことがあるのかということ、これはもう大雑把に全部思いつくものちょっと書いて見ました。

それで短期的なやっぱり対策と、長期的な対策っていうのを考えなきゃいけないかなと、それからあと病気っていうことを考えた時に、どういう病気とかですね、そういったものをどうやって防ごうかと、事態が深刻になるのをどうやって防いであげたいのかと、そのためにできることはないのかっていうことがあります。

それからあとは、こう一旦精神疾患を抱えた時に、どんなふうに地域で支えるか、どのように関わりながらということでは、チーム医療って書きましたけれども、まだまだこれが出来ているというふうには、とてもとても思えない現状があります。

それで地域でケアするっても、一体どこがどのようにしてケアしていくのか、っていうところでもある1箇所のところでは責任を持ってケアする、なんていうことはできるのか、というと実際は出来ないかなと思うんですね。

それでいろんな職種の人に関わってもらわなきゃいけないけれども、そういったこともどこまで出来ているのかということでもあります。

それから自治体の支援体制、これもまたどこまで出来ているのかなと、それで今日のお話の最後のほうにちょっと触れたいと思いますけれども、こういうそのいろんな職種の力を合わせながら、対策を考えなければいけないのかなっていうふうに思います。

それで今日、鎌ヶ谷総合病院の先生も来ていらっしやいますし、

医師会の先生方もいらっしゃるんで、これは一般科の先生方と、やっぱり精神科医がどんなふうに関わらなきゃいけないかなというところで、ちょっと患者さんの診察がどんなものかということで、症状、例えばうつ病の症状で睡眠障害ってのがあります、それでこれ、患者さんが自ら困ってるんですっていうふうに訴える比率とですね、実際にあるものと、医師が聞き出すものとの差がどうもこれだけあるんだと、それでうつ病の方がですね、受診をされてきて、肩こりなんていうのがあるかどうかなんて聞くんですけども、ほぼ90パーセント、100パーセント必発かなと思うんですが、肩こりの自覚なんてなかなかしてないですね、むしろこののが当たり前、それでそんなすっきりしたなんていうことは、もうこの何十年間かついぞなかったというふうなね、そんなとこでこってるのが当たり前っていうふうになったりして、気がつかなくなってきてる。

それで頭の痛いのを抱えてる方もこれだけいるんですけれども、医者が聞き出すとそれの3倍くらいいると、いうふうなことがありました。

それで精神的なものになりますと益々これが訴えとしては少なくなって、これは内科の先生にお話してるのと、それからそこでさらに聞き出してみるとこれだけということでもありますけれども、どうも意欲がないとか楽しくないとかですね、まあ性生活の話なんていうのはなかなか診察場面でもしないかなと思うんですけれども、インポテンツの話であるとかですね、そういったものも聞き出すと相当出てきます。

それからあと仕事の能力の低下っていうのも、つい元気そうだとそんなに能率も落ちてなくやれてそうだなと、特に診察場面では患者さんも気張ってますから、非常にしっかりとしたですね対応をしようとして、こちらが聞いてあげないとなかなか引き出せないっていうふうなものがあります。

それで下手に聞くとなんか患者さん傷つけないかなっていうことで、かえって遠慮して聞かないですましちゃうと、いうふうなことにもなりかねないわけで、そういうことで仕事の能率が落ちてるとかですね、ミスが多くなったなんていうこともできるだけ聞きだせるようなね、そういう診察ができるといいのかななんていうふうに思います。

それでこういう点で仮面うつ病なんていう言葉が、もう20年

ぐらい前に少し出たかなと思いますが、まあどんなふうに考えるかということですが、うつ病の軽症なときというのは、精神的なものよりもむしろ身体的な症状を多く訴えると、それでだんだんと精神症状、特に意欲の低下とかそういうのがつらい問題としてなってくると、患者さんが自ら精神科のほうを受診するというふうなことで、患者さんがどこを選ぶかでですね、だいたひ患者さんの判断に任せているのが今の現状かなというふうに思うんですが、最近この一般科の先生とですね、精神科との連携っていうことを考えてお話しをしているなかで、ちょっとこれはうつなのかなということ、自分たちでちょっと抗うつ薬使ってみただけどうまくいかないと、いうふうなことで精神科を紹介してくださるといふふうなことも、最近は増えてきております。

まあそういうことで、それで新しい抗うつ薬も出てきて比較的副作用が少ないかなと、いうふうにされてる薬が最近、SSR、SSRIはじめですね、お薬が出てきてまして、それで一般科の先生がずいぶん使われることも増えてるかなと思うんですが、なかなかやっぱり向精神薬ってというのは、使いづらいなあというふうに思われることが多いんじゃないかなと思います。

それで現在、精神科医が行われている日常診療以外ですね、自殺予防活動ってどんなことがあるかなということ、書いてみるとなかなか寂しいものでありまして、うつ病対策に関してですね、一般科の先生方を対象にした講習会を実施したりとか、あと富士市で「お父さん眠れてますか」キャンペーンってのをやりまして、ポスターをいろいろ貼ってですね、それでちゃんと眠れてると、それでこの不眠症ってというのは、単なる眠れないっていうそういう病気があるのではなくて、いろんな悩みとかいろんな精神的な疾患を抱えた中で、不眠ということが出てくるわけで、それでその元の病気の治療をしないとイケないっていうことであります。

それでそういう中にはうつ病ってのが多いです、あと下にあるアルコール関連問題ですね、飲酒習慣ができて、その中でさらに眠れないというふうなことが起きてくるという、アルコール問題が陰に隠れてる場合もあつたりします、それでまあそういうのを少しお話しをするということと。

あと最近産業医としてですね精神科医へのニーズが非常に高まっています、職場の精神保健とかですね、そういうことが非常に今

大きな問題になってまして、患者さんに聞くと職場で何人かが歯が抜けたみたいですね、やっぱり精神的な疾患で休んでるんですと、それで自分がその仕事をですね、肩代わりしながらやってるけど、今度はいよいよ自分の番みたいで怖くなって、精神科に早めに来ましたっていうふうなね、ことを言われたり。

それからあと残業時間とかですね、しっかりと自分で残業時間を管理したりして、一月に50時間越えた時は要注意だとかですね、80時間越えたらもう医者診察を受けるとかですね、嘱託医の診察を受けるとかですね、そういった健康チェックをしなきゃいけないんだけど、まあ職場のほうから声をかけてもらえる場合はいいですけども、そうでないと一人ひとりがそういう健康管理をしなればいけないと、いうふうなちょっとそういう雇用状況になってるところもあるのかなと思います。

それで最後のほうになります、これはお手元の資料にはないです、今日ちょっと作って来ました。

それで自傷の連鎖っていうのをやっぱり食い止めると、それでこれが自殺企図を防ぐ長期の対策になるのかなと、いうふうに思います。

それで先ほどお話ししてきたように、児童生徒の自傷行動っていうのがかなり隠れてあります、手首に本当一筋二筋、鱧（ハモ）の筋切りじゃないですけども、かみそりで薄くですね、切ってその血を見ながらほっとした、なんていうふうなことをね、言う若い人ってのが多いんですね。

それであとは非常にイライラして、問題がいくつか山積して困ってしまった時、どう解決していいかわかんない、人付き合いの悩みとかですね、そういうのであの人から嫌われちゃったら自分どうしようか、なんていうことがクラスの中ででもですね、グループからはじかれるとか、そういった中でその自分を傷つけたりなんていう、そういう行動に走る若い人がいたりします。

それからあと、まあそういうのでおしなべて見ていきますと、例えば拒食症なんてのがあります、太ることを恐れてですね、やせ始めて今度は逆に食べられなくなってしまうという、体の異常が出てくるわけですけども、そういう自分の体形に対する見方、自分を変えなきゃいけないみたいですね、どうして変えるのかというところで、ひとつのやっぱり見栄えは良くなるなんていうことがあるんでしょうけれども、またそういうことを考えなけれ

ばいずらくなってる世の中なのかなと、いうふうにも思いますがこういう拒食症であるとかですね、あるいは美容整形なんていうのがかなり一般的に行われる、それでタトゥーって言いまして刺青をしたりとかですね、そういう昔だと少し踏みとどまるなあと思うようなものが、どんどんなくなってきてるっていうふうなそういう状況になります、もうテレビを見ればバスケットボールの選手の腕を見ればですね、もう刺青してる人がNHKのBSで朝から見られるわけですね。

ちょっとこういう文化的なものっていうのは、どうなのかななんていうふうにも思うんですけども、なんとも難しいものかなというふうにも思いますが。

それからあと自傷、自殺企図、やっぱりこれを食い止めるためになんだろうかということで、ようするに手首を切ったりとかですね、その薬を飲んで、ちょっと過量に飲んでですね、病院に運ばれるとか、そういう行動に出る、自殺未遂を行う方っていうのがいるわけで、それでこういう人たちをどこで止めるか、食い止めるかということでは、精神科の医者の方にもまだまだ手が回らないと、時には精神科の医者が出してる薬を飲んでですね、救急のほうに担ぎ込まれるなんていう患者さんもいるわけで、そういう点で各医療機関同士がですね、どんな連携をして食い止めていったらいいのかっていうことでは、医者の中でも考えていかなきゃいけないかなというふうに思います。

それでこういう先ほども自殺の危機経路でお話しましたが、いろんな因子が関わってきますので、それを全て医療でまかなえるのかという問題があります。

それでやはりこれ多くのところでですね、やっぱり自分を大切にしているっていう、それでまた人を大切にしているんだというふうなやっぱり教育なりですね、そういう運動っていうのがどんどんと展開されていかないと、踏みとどまるものを作ることはできないのかななんていうふうにも思います。

それでもう一方で具体的にですね、これは本当出来てないんだろうなと思うんですけど、たまに鎌ヶ谷総合病院のほうから、うちの患者さんが薬飲みましたよと、それで治療しましたっていうことで、診療情報提供書っていうのを頂いて非常にありがたく思うんですけども、こういうふうにその救急現場でですね、主治医のほうに今のこういう状況があるんだと、いうことを元の主治

医のところにですね、情報を流してくれるようなことも、本当お忙しい中で申し訳ないんだけど、していただくと医者の方もさらに自殺企図をですね、防ぐようなかわりってのがしやすくなるかなっていうふうに思いますし、もし精神科にかかっていない方で、例えば風邪薬を大量に飲んだなんていうのが、初発の自殺企図だったりすることがあります、それでそういうことで日常あるお薬とかですね、そういったものを過量に飲んだりした場合にも、精神科の医療機関にもうすでにかかる必要があるんだろうと思うんで、そういうところでも医療の連携がもうちょっと出来たらいいかなと思います。

それで最後はそういう自殺の背景、自傷行為にいたるもの複数の因子がからんでいます、それで特に子供さんが親への遠慮っていうのが非常にあります、家族の中で自分の居場所をどうやって作ろうかっていうことで、必死に考えながらですねやっていますから、よく虐待で親への愛着があるからっていうことでですね、虐待の事実よりも親と一緒に暮らすほうが、いいだろうっていう判断をされたりするなんていうのが、ニュースでちょっと出たりします、それで子供さんそこまで虐待をされながらも、親と一緒にいようということ、最終的には自分を責めながらですね、親にそういう仕打ちをさせるのは自分が悪いんだと、いうふうに思いながら生きているっていうことも、そういう方もいらっしゃるわけで、そういういろんな因子をですね、早くつかんで対応を考えると、いうことをしなければいけないかなと思います。

それで今日最後に、ちょっと言い訳みたいになりますが、精神科医療の現状っていうことで、まだまだ解決できてない問題があります、それで戦後の問題としては収容型の医療構造っていうのを作ってきました、それで現在精神科のベッドが全国で34万依然あるんですね、刑務所が10万足らずだと思うんですけども、それでまあそのなかで全て閉鎖病棟で、鍵のかかるところで患者さんを管理しなきゃいけないのかっていうと、決してそうではありません。

それで既にこの何十年間かけて、開放科医療っていうのを進めてまして、鍵のないところで患者さんを治療していくというふうな、それが長期入院だろうと治療を続けていくんだと、いうふうなことで努力をしてきてるわけですけども、病院から外に出そうとすると、実際はホスピタリズムにどっぷり浸かっております

から、いまさら社会での生活についていけないと、もう切符を買うのすらわからないなんていうのは、これ20年、30年前にです。ね、精神科の病院を改革する中で、患者さんに社会の生活をね味あわせようということで、リハビリテーションでことを必死でやりましたけれども、今もそれが益々進んでいるというふうなのが現状かなというふうに思います。

それでまあそれを支えてるもう一方で、医療費が、精神科は特に民間が精神医療を担うと、いうことを戦後結核の療養所は国立でやるけれども、精神科のほうは同じような療養所体制で私立の医療でまかなえと、いうふうに国策で決まりましてそれがずっと続いております。

それで結局、長期入院の方たちの社会的入院というのが問題になりましたけど、退院をさせて生活をしてもらえるような環境を、社会の中に作ることは失敗しています。

それでそういうことで、相変わらず長期収容型の医療構造に時にはなってしまうなど、というのが現状であります。

それからもう一方では各科で言われてますけれども、医師不足はかなり深刻です。

それで実際に医療を必要としている人たちに対して、即医療を提供できるかっていうと、もうそうではなくなっている。

それでクリニックがいっぱい出来てますけれども、実際にもう予約を1か月2か月先を待ってもらってですね、診察をしてもらうというふうなことが、現実的なものになってきてます。

最近ちょっと新聞で、精神科の医者が患者に薬ばかり出して、ろくな治療してないじゃないかと、いうふうな批判がなされたりして、いろんなところから議論が出て新聞の紙面をですね、にぎわすことがあったかなと思いますけれども、予約を無しでやっているところではですね、1日の新患の希望がですね、10名とか12・3で、10名を越えるようなことがしょっちゅうあると、それで新しく精神的な問題抱えた方が、10人来たらどうなるのと、もう5人を越えたら医者の中、いっぱいになっちゃうんじゃないかなと思うんですが、それでもそういうふうに予約をしないで診ているお医者さんというのは、とにかくできることをやろうと、いうことで治療しているのが現状かなというふうに思います。

それでまあそういうことで社会変化、非常に変わってきてます、

病気も統合失調症は非常に軽くなってきているというふうに言われます、軽くなってるとか表に出ることが少なくなって、裏にこもってることが増えてると、いうふうに考えたほうがいいと思いますけども、そういう疾病構造っていうのもずいぶん変わってきて、それに対応できる医療体制はまだまだできてないなというふうに思います。

それでちょっとマスコミの論調とかですね、ちょっと厚生労働省の情報の流し方が、どうなのかなというふうに思うことが多々あるんですけども、まだどこかで特定のスケープゴートを作ってですね、悪いところを作ってそこを叩けば、なんか問題が解決したようなですね、そういうことに流れるような風潮っていうのが、まだあるなというふうに思います。

ちょっと政権が変わっても、まだやりかた同じようなことをやるのかなというふうに思うんですけども、それでそういうその個人に責任を負わせる社会っていうのは、これ日本の伝統としてあるんですよね、まあ軍隊なんかもかなりそういうふうなところで、人の物をつかっばらってでも自分の失くした物を補充してれば、盗まれたほうが悪いんであって、管理が悪いんであって、人の物をつかっばらってでも辻褃合わせれば、それは別に咎められないみたいなね、そんな風潮が軍隊の中にもあったなんて聞きますけれども、そのなにか問題があると、その個人に責任を負わせるっていうふうなことがどうもまだ出てくるかなと、それでこの前の細菌の耐性菌に対する集団感染をね、予防してないじゃないかということで、病院たたきみたいなのが少なされたりして、まあそれに対する反論っていうのもずいぶん出てきて、ずいぶん健全な社会になってきたのかなんていうふうに思うんですけども、こういうその個人に責任を負わせるよりも、システムとして考えなきゃいけないと、いうふうなそういう時代に今、なってきたんじゃないかなんていうふうに思います。

それからあと最後、ちょっとお話をさせて下さい、精神障害者、特に精神障害者ですね、援助に関してどんなふうに考えるかということで、一番理想的にはケア、治療するという、治すということが一番いいんですけども、実際は治しきれない、それでその時に、じゃあそのハンディとかいろんな能力障害をどうしようかと、いうことでケアをしてお手伝いをするという考え方です。

それでもうイギリスの地域医療、どういうふうにやっ

かっていう中で、キュア、ケア、シェアっていう3段階のものがあって、最後のその分かち合うというですね、障害を持ちながらノーマライゼーションの精神を活かしながらですね、地域の中でやっぱり支えあいながら生きてくと、いうふうなそういうシェアザアプローチっていうのをいよいよやっていかないと、と言うのはですね、例えば収容所型の病院で、なんで患者さんが社会復帰できないかっていうと、やっぱり病院の環境に頼ってしまう、それでまた頼ってもらわないと、治療が進まないっていうそういうジレンマがありまして、それで病院の中では良くなるけれども、社会での適応力は落ちるというふうなですね、皮肉な結果を生みだすんですね、それでそれはやっぱりケアの問題だろうと思うんです、それでそういう点ではご本人の能力であるとか、レジリアンスといって、これ抵抗力とか回復力っていうふうな意味合いを持ってるものですけども、それからそのご本人の願い、目標となるものとかですね、本人の喜びとなるような喜びに結びつくような、そういったものを基にして、ご本人なりの願望を実現できるようなそういう生活をですね、支援していくというふうな、こういうアプローチが必要になってくるんだと、それでまたそういうふうな状況にですね、どんどん社会は今変わってきているのかなというふうに思います、ただそれに追いつくだけのまだシステムなり、マンパワーがそろってないという、そういう現状があるのかななんていうふうに思います。

ちょっと忙しくお話しましたけれども、どうもご清聴ありがとうございました。

中井会長 : 先生どうもありがとうございました。

それではですね、鎌ヶ谷市におきまして、自殺の実態及び市の取り組みについて説明をいただきたいと思います、よろしく願いします。

事務局 : はい、大塚先生ありがとうございました。

大塚先生からも具体的なご提案、お話いただきましたんですけども、鎌ヶ谷市におけるというところで、自殺者の実態はどうなっているのかというあたりを、かいつまんでお話をさせていただきたいと思います。

資料の2をご覧ください、こちら資料2は一応お目通しいただきますと、内容的にはご理解いただけるかと思うんですが、鎌ヶ谷市の全体像で、この資料2の中の4ページをご覧くださいと、

平成10年からの国、千葉県、鎌ヶ谷市の状況、自殺者の状況が出ております。鎌ヶ谷市の場合は白抜きで入ってる分が鎌ヶ谷市分でございますが、千葉県、国と比較してまあ程ほどの割合で、低目にいってる時期もあるのかなとは思いますが。

ただ、やはり先ほど大塚先生のお話の中にございましたが、いわゆる千葉県下の男性、女性っていう比率、標準化訂正死亡率でみました場合、鎌ヶ谷市の場合女性の35歳以下に、やや他の地域よりも多めに自殺する人が多いという資料が県の統計の中にあるわけなんです。が、じゃあその統計の中で、現実的に鎌ヶ谷市の実態を見た場合に、何か特性があるかという部分では特に見られない、たまたま多くそこに亡くなっている方がいたという状況でした。

また資料2の1番、年齢構成に戻っていただきますと、鎌ヶ谷市の平成20年、21年自殺者45人の内訳を、個別に少し追跡してみました。

個別に追跡してみました結果、男女比としてはやっぱり男性7に対して女性は3であったということ、先生の話の中で家族と一緒にの方が、自殺してる人の割合が高いという話がありましたけども、この45人の中の家族の同居を見てみますと、市全体では家族の同居2割であるに対して、自殺者の一人暮らしは3割を超えていたというのが、ちょっと違ったニュアンスとして出たのかなと思います。

そのうちの60代以上の方が、半数を占めていたってことがございました。

あと国保加入率が普段の市の割合は3割ぐらいなんですけど、自殺された方は4割であったということ、その国保加入者のうちの、18人居るんですが、13人は受診歴をもっており受診内容はこちらの6、次の2ページの、受診中の病状っていう内容の受診歴をお持ちの方が多かった。

次に、所得の関係で見ますと、この所得無しが約4割、所得があっても年金を含んで400万円以下が約4割強で、まあ経済的には恵まれていない方が多かった。

次に鎌ヶ谷市の場合年間で多いのが、3月10月にこの2ヵ年では山があり、1週間のうちでは土曜日と水曜日に、山が出たという内容になってございます。

その他で見ますと、見方を変えた資料でいきますと違った内容

になります。あなたは十分に睡眠が取れてますかっていうのが5ページにございます、先の富士見市の「お父さん眠れてますか」と辺りのことがありましたので、鎌ヶ谷市の睡眠状況がどうなっているか比較対象で押さえてみたのが、平成13年度平成22年度の市民意識調査から見た内容です、でこれでいきますと13年度、30歳代の男性が充分取れてない、というようなことで答える方が多い状況がございますが、22年度はややそれが改善はされてはいるのかな、という数字が出ております。どうも男性の60歳代は充分睡眠が取れている、という市民意識調査から出ておりました。

次にページをあえていいますと7ページになりますが、先ほどいわゆるこう自殺の底辺にあるであろう、自傷行為等の話の件です。

これは鎌ヶ谷市の消防本部からの救急統計から見たものでございますが、自損行為っていう内容を資料として提供させていただきました。平成17年度から21年度までの5ヵ年分です。この5ヵ年分で見えた場合、5ヵ年で308件の件数だったわけですが、その308件中内容、概要のところがございます、首吊り、リストカット、薬物ってありますが、年代で見ますと30代が3割、20代が2割、で60代が1割っていう状況でございました。

この20代30代の内容は何かということで見ると、お話にもありましたリストカット、薬物が20代30代多かったです。

60代の内容と見ますと確実な方法ですね、飛び降りとか首吊りが多いっていう状況で、内容見ますと出ておりました。

そういったあたりでこの底辺状況にある、そういった予備軍に対してどう対処するかというのが、やっぱり我々の与えられている宿題かなと感じているところです。

そういった意味ではお手元の資料の中に入っています、名刺大の、これは一応資料として出させていただきました、こんな感じでいわゆるこう救急搬送されたところで、メッセージカードと称してこういったものを、その当事者にわかるような方法が取れないものかなと、実はこちらでは考えているところです。

これが一点目の提案の取り組みということで、具体的に入れた内容になります。

講演の中で、家庭子どもの教育というあたりに、その焦点を当

てていくあたりの話もありましたけれども、鎌ヶ谷市の取り組みというあたりでは、乳幼児期から自尊感情の醸成が大切だってというあたりのことを唱えまして、日々の活動の中に意識付けをしているということで、全数把握を目的とした母子保健活動に、力を入れてるのはまた事実でございますので、その辺をさらに力をつけていくことがひとつあるかなということと、あとは健康づくり促進のためにということで、普及啓発に力を注ぐ1次予防、ハイリスク者への支援を含めた早期発見、早期治療を主眼とする2次予防、あと普通が社会復帰と言われておりますが、いわゆるこう再発防止とか、あとは自死遺族の方への支援とかということで、3次予防の視点を取り込んだ取り組みというのが、これからはさらに求められているのかなと考えております。

資料3でこれらの考え方を基にしまして、地域における自殺対策の強化ということの、具体的な取り組みの内容を提出させていただきましたけれども、この中で地域自殺対策緊急強化基金事業というところがございます、この事業は鎌ヶ谷市の通常で行われているそういった事業のほかに、地域における自殺対策の強化の具体的な取り組みを促進したいと、そういった意味での国で設定された新たな基金事業でございまして、こういった内容を取り込んで行政の主体として、実施していきたいと考えているところで

す。そういった意味で、「気付いてつなげる命の絆」などのキャッチコピーを使用した缶バッジを作るとか、懸垂幕を作るとか、あとは腕章を作っていくとか、そういった具体的に一人ぼっちじゃないよ、みんなで一緒に頑張ろうね支えていこうねというあたりの内容でメッセージが送られるような、啓発活動を主体的に取り込んでいけるのが、行政の役割かなと考えているところです。

あとはもちろん窓口対応、窓口業務の内容で、相談事業に力を入れるべきだろうということで、いわゆる心の病のあたりでの相談事業、もしくはワンストップサービスという言葉が使われておりますが、そういった内容に繋がるような相談事業、そういったことなどもひとつの視野としては、もう少し考えざるを得ないのかなと思っております。

あとはネットワークづくり、この会議もそうですがこの会議を初めとして、あとは庁内の自殺連絡会議など持っております、庁内の関係者は最近言われておりますゲートキーパー、ゲートキ

ーパーと言われている内容の存在の人になりうる立場だということ、そういったあたりの意識的なかわりを考えていくことでのネットワークづくり、その辺が我々がやっていける内容かなと考えているところです。

福祉関係者の方などにはやはり隣同士の、隣組ということで昔は考え方ありましたが今は具体的にございませんが、それを恣意的に、意図的に作っていくような、制度ボランティアの方々を中心とした、我々も言葉上では近隣で見守りができる、人材の育成というあたりのところで、福祉活動と一緒にお願い出来ればよろしいのかなと考えております、以上です。

中井会長 : はい、どうもありがとうございました。

それでは、大塚先生のご講演に対してと、それからただ今の取り組みのお話ですね市のほうでやっておられる、この二つにつきまして、何かご質問がおありの委員の先生いらっしゃいましたらどうぞ。

川村委員 : すいません、事務局のほうにちょっとお伺いしたいんですけども、こちらの自殺予防対策の中にありますスクールカウンセラー、これは学校のほうの相談事業ってということなんですが、例えばメンタルヘルスサポーターのような人材っていうのは、育成的には何名ぐらい市はいらっしゃるのでしょうか、逆に例えば依頼した場合に、その方が例えばうちで言えば施設なんですけど、その施設のほうに来ていただいてですね、講演をしていただくとかそういうこと、あるいは相談に乗ってもらってという形は出来るものなのでしょうか。

事務局 : はい、いわゆる精神保健福祉士的な存在の役割をする方、っていう意味合いになるかと思うんですが、鎌ヶ谷市の場合は精神保健福祉士という形で常勤職員としては居ないんですね、ただその辺の役割を担う存在として、一応保健師がその肩代わりをしながら、あと内容的に必要な場合は保健所さんの精神保健福祉士さんをお願いして、補完させていただいているということで今はしていただいています。

川村委員 : はい、わかりました。

中井会長 : 他にどなたかご意見又は補足というような形でも結構でございますので、ございませんか。

では、ないようですので本日の会を一応閉じさせていただきたいと思っております、一番最後に5という議題、その他というのがござ

いますが事務局何かございますか。

事務局 : はい、本日はありがとうございました、今日は具体的に精神科の大塚先生からお話をいただきまして、で先生方も大塚先生からのご提案で、診療場面の中でこういった内容の場合は、少し気をつけて診察のほうもってお話もあったかと思いうんですが、やっぱり保健・医療・福祉の関係者の方がお集まりいただいたこの日の内容というのは、何か一緒に連動してやれませんかということでの内容になってございますので、こういったお話をいただきながらの結果として、また一連の活動展開があるかと思えます、その活動展開の結果をまた1月か2月ごろに、こういった場面の中で展開させていただければありがたいかなと思いますので、次回もまたよろしく願いいたします。

以上でございます。

中井会長 : はいどうも、それでは第1回のこの平成22年度の鎌ヶ谷市保健・医療・福祉問題協議会、閉会とさせていただきたいと思えます、どうもありがとうございました。

以上、会議の経過を記載し、相違ないことを証するため次に署名する。

平成22年10月27日

氏名 藤木 哲郎

氏名 山本 穰司