

平成28年度 岡山市精神保健福祉審議会

日時：平成29年1月11日（水）

午後1時30分～3時30分

場所：保健福祉会館9階 機能回復訓練室

1 挨拶 保健福祉局審議監 岡崎

本日は、大変お忙しい中、岡山市精神保健福祉審議会にご出席いただき、まことにありがとうございます。また、委員の皆様方には、日頃より精神保健福祉行政に対し、多大なるご理解とご協力をいただいておりますことをこの場をおかりしまして厚くお礼申し上げます。

さて、当審議会は精神保健福祉に関する事項を総合的な観点からご審議いただくもので、今年度はちょうど委員改選の年に当たり、今年度初めての開催となります。議題としては2点、岡山市の自殺対策計画策定と精神保健福祉行政の動向についてを予定しております。

1点目の自殺対策計画の策定につきましては、昨年3月の自殺対策基本法一部改正に伴い、市町村においても自殺対策基本計画の策定が義務づけられたことによるものです。本市においても現在計画策定に向けて作業を進めておりますが、今回は計画の骨子案をお示しし、ご意見をいただきたいと思います。また、今後の計画策定の過程においても、当審議会にお諮りしたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

2点目の保健福祉行政の動向につきましては、皆様ご承知のとおり、現在国において平成30年度の精神保健福祉法改正に向け、議論が行われているところでございます。また、今年度は相模原の事件や精神保健指定医に対する行政処分等がございました。これらを踏まえ、国の動向、本市の状況などをご報告させていただく予定です。どうぞ委員の皆様方から忌憚のないご意見をいただきますよう、よろしくお願いたします。

2 委員の紹介及び会長・職務代理の選任

○事務局 岡山市精神保健福祉審議会について説明。会長・職務代理の選出

会長 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 山田 了士委員

職務代理 岡山県精神科病院協会 武田 俊彦委員

3 議事

(1) 岡山市自殺対策計画（仮称）について

○事務局 資料1-1～資料1-3について説明

平成10年に全国の自殺者が3万人を超えて以降、長い間3万人台が続いている中、国の対策として平成18年に自殺対策基本法が成立し、翌年には自殺総合対策大綱

が出される。その後、平成21年には、地域における自殺対策力を強化するために都道府県を対象に地域自殺対策緊急強化基金がつけられ、翌年岡山市でも健康市民おかやま21の取り組みの一環として、基金を活用する。

平成21年には、岡山市自殺対策連絡協議会を設置し、各関係機関や地域団体と情報交換をしたり、街頭キャンペーン等を展開。

平成24年には、国の自殺総合対策大綱の見直し、平成28年3月には自殺対策基本法の一部を改正する法律が施行され、それに伴い市区町村に「自殺対策基本計画」の策定が義務づけられ、本市でも策定する運びとなる。

①岡山市の自殺に関する現状

○事務局 資料1 図表1～9を説明

自殺に関する統計には、人口動態統計と警察庁の自殺統計の2種類あり、いずれも厚生労働省がホームページで公表しており、そのデータをもとに資料を作成

【図表1】

全国の自殺死亡率は、平成10年に前年の18.8から25.4に急上昇、以降平成15年の25.5をピークとして高い水準が続く。平成22年以降は低下を続けており、平成27年には18.5となっている。

岡山県では平成11年の22.2をピークに大体20前後で推移し、平成23年以降は低下していたが、平成27年については若干数値が上がっているという状況。

【図表2】

政令指定都市移行後の岡山市の自殺死亡率の推移と全国、岡山県の推移を比較したもの。

岡山市は、全国、岡山県の数値を下回る形で推移をしており、平成23年以降低下傾向にありましたが、平成27年については若干増加し16.9となっている。

【図表3】

岡山市においては、自殺死亡率と同じように自殺死亡者数も平成23年以降低下傾向にあったが、平成27年は前年に比べて18人増加し、120人となる。

【図表4】

岡山市における過去5年間の自殺者の年代別構成割合をあらわしたもの。

50歳未満と50歳以上が半々ぐらいで推移していたが、平成27年は50歳代から70歳代の割合が増えている。一方で、20歳代に関しては、ほぼ変化がなし。

【図表5】

年代別自殺者数の推移ですが、警察統計の数値となっているため、図表3は人口動態統計の数値のため、人数に若干の差がある。自殺者数の総数は平成23年以

降、平成26年まで減少。年代別内訳を見ると、40歳代から60歳代では平成26年度まで減少傾向が続いている一方で、20歳代では毎年20人前後で推移。年代によって推移が異なる。

【図表6】

自殺原因・動機別の推移です。

複数該当ありとなるため、総数が自殺者数の数よりも増えている。警察統計では、自殺の原因・動機としては健康問題が一番多く、次いで経済・生活問題、家庭問題で大半を占めているが、さまざまな問題が自殺につながっている。

【図表7】

職業別の推移です。

男性では5年間を通じて被雇用・勤め人が多く、女性では主婦や被雇用・勤め人が多いことがわかる。

【図表8】

自殺者における自殺未遂の有無ですが、自殺未遂経験のある方が相当数いることから、再度自殺を図る可能性が高い。また、男性より女性のほうが再度自殺を図る可能性が高いという傾向がわかる。

【図表9】

平成22年から平成25年までの性・年齢階級別自殺者数の岡山市と全国の比較。市の自殺者数につきましては、毎年変動がかなりある。安定した数値とするために過去5年間の合計人数とした。網かけの部分が全国に比べ多く、主なところでは、男性では20歳代前半と40歳代が全国値より高く、女性では60歳代後半が多い。

○会 長 はい、ありがとうございました。

それでは、今のご説明についてご質問ありますか。

○委 員 図表2を見ると、岡山市は平成23年と平成27年が突出しているが理由はあるのか。

○事務局 自殺にいたる要因としてはさまざまあり、具体的にこれが引き金となっているという要因まで把握することは難しいところである。

○会 長 そのほかいかがでしょうか。

岡山県は全国でも長い間自殺に関しては少ないほうからベスト5でずっと維持してきた。このところ全国平均がだんだん下がってきており、岡山県も下がってはいるが下がり方が少なく、去年は少し上がってしまったため追いつかれてしまっている。増加したのは、たまたまのものなのか、何か要因があるのかと

いうところはまだわからないのかもしれないが、そういった状況で何かご意見は。

- 委員 この統計からではないが、死亡した方の家族構成例えば、家族がいるのか、単身者なのかとかという統計はあるか。
- 事務局 警察統計の中には同居の家族の有無という項目があり、同居家族がいる方のほうが自殺率は高い傾向にある。
- 会長 社会的サポートを受けているかどうかというデータはあるか。
- 事務局 その項目については、資料がない。
- 会長 わかりました。ほかにありませんか。
- 委員 図表9の15歳が多いですよねというか、35、40と65と。子どもさんは受験の年とか、65以上は経済的な理由の部分で年金生活が苦しくなってくるとかが理由にあるのかなと思うが、そのあたりはどうでしょう。
- 事務局 図表6で原因・動機別の推移、図表7で、職業別というのがある。男性でいうと40代の方が多い、職業別をみると被雇用・勤め人が多くこの点では一致しているようにも思うが、原因をみると経済状況であるとか勤務の問題が多いかという、勤務の問題なんか逆に少なかったりもする。なかなか原因が特定しづらい。現在わかっている資料の中で、これが岡山市の原因というののがつかみ切れていないのが現状。
- 委員 先ほど、同居家族がいる方が自殺は多いということでしたが、同居家族が病気になったり、高齢化したりと介護等が負担になってということも考えられるのではと思いますが、そういった点ではどうでしょうか。
- 事務局 国が発行している自殺白書をみると、やはり高齢者の方の自殺が昔はかなり多かったが、それがどんどん下がってきている。介護の負担というのは介護保険制度等が導入され、幾分か軽減はされているのではないかと思う。
- 会長 いろんな要因考えられますが、年齢階級別に見ると、平成26年までの5年間、図表9だと先ほどのように男性の場合は40歳代が多いが、図表5の年代別自殺者の推移を見ると、図表9には平成27年の人数は入っていないが、もっと年配の方のほうが増えている。若干見る年代とか見方によって違いがあるが、これから策定していく上に当たって、どちらに重点を置いていくか。どちらも大事だと思うが、若い世代がというのは特にゆゆしきことだろうなという印象はある。このあたりも含めて検討していただきたい。
ほかにありませんか。
- 委員 統計について、警察統計というのは基本的に死亡者が運ばれて、総合病院で検視をするなり、それをするとき警察官がその状況の近くにいる人から聞き取

って書くというものです。運ばれた際に、誰も報告者がいなければ基本的にわからないというものなので、不詳が多いというものだと思います。

- 事務局 警察官が自殺として認識し、捜査され、原因とかも分類されたのが統計として上がってきている。
- 委員 もう一つの人口動態統計はどのようなものか。
- 事務局 死亡届をもとにまとめている。
- 委員 誰が自殺と判断するのか。
- 事務局 死亡診断書を作成した医師になる。
- 委員 死亡診断書の場合は医師が自殺と記入しなければ自殺になっていないということですね。
- 事務局 はい、そうなります。
- 委員 自殺にしてしまうと、不都合が起こる場合もあると思うため、実質的な自殺よりはかなり少ない値が出てくるのでは。
- 事務局 そういったことは考えられる。また、警察統計自体が外国人も含まれた数字になっているため、そこでも数字が若干変わってくる。
- 委員 統計の特性を確認したかった。それぞれの統計に特徴があり、どこまで正確にやってるかという問題もありますね。ありがとうございます。

②岡山市自殺対策計画骨子(案)について

- 会長 次に議事の②に移ります。岡山市自殺対策計画骨子(案)について、事務局から説明をお願いします。
- 事務局 資料2-1をご覧ください。

計画の趣旨・目的から基本理念までをまずは説明します。計画策定の趣旨・目的です。先ほども説明しましたように自殺対策基本法の制定から10年が経過し、各地域で取り組みが進んでいる。全国的には3万人を超えていた自殺者が徐々に減少しているという状況になっている。

本市の自殺者数は年間100から150で推移している。岡山市においても全ての市民がかけがえのない個人として尊重され、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現に向けて、市を挙げて自殺対策に取り組んでいくために、本計画を策定する。

計画の位置づけですが、自殺対策基本法第13条第2項に基づき策定するとともに、「健康市民おかやま21(第2次)」の基本理念の一つでもある「市民の健康を支え守るための環境整備」を実現するための行動計画の一つとして位置づける。

計画期間は平成30年度から平成34年度までの5カ年計画と現在は考えている。

基本理念については、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指して、自殺対策を生きることの包括的な支援として捉え、実施する。基本理念については、国の自殺総合対策大綱や改正自殺対策基本法、それから第2次岡山県自殺対策基本計画においても同様の基本理念を掲げており、本市においても、この基本理念を採用しているが、今回委員の皆様方にその部分についても是非ご意見を賜りたい。

- 会 長 これまでのご説明につきまして、何かご質問がありますか。
計画は5カ年ということですね。元号が変わるかもしれませんが。
- 委 員 骨子の「推進の方向性」は、国の自殺総合対策大綱でいうと当面の重点施策の9つと考えればよいか。
- 事務局 はい。後程説明させていただこうとは思いますが、推進の方向性については、自殺の大綱の項目立てと一緒にしている。
- 会 長 基本理念のほうですかね、事前に皆様に補足資料が届いていたと思います。この資料に市の考えが明記されていると思いますが、ご意見ありますか。
- 委 員 「『誰も自殺に追い込まれることのない社会』の実現」に、副題をつけませんか。もう少し具体的に何か見えるような。岡山市として、こういうところへ重点を置くとか、こんなのがあってもいいのかなど。
- 事務局 他の政令市等でも既に計画を立てている自治体もある。その中には副題をつけ、こういったものを中心に頑張っていこうというようなものを打ち出しているところもあり。ご意見があれば是非伺いたい。
- 会 長 わかりやすい副題があるのはいいかと思うが、今たちまち何かご意見ありますか。
- 委 員 今すぐには思いつかないが、「自殺に追い込まれない社会の実現」って、具体的にどんな社会なのかイメージがなかなか湧きづらい。もう少し何かあったほうが、市民の皆さんにも、こういうことを目指しますよというのがわかりやすくなるのでは。
- 会 長 もう少し対策がわかりやすいような具体的な副題があったらいいなということですかね。
- 委 員 私も言葉としては難しいですが、研修を受けた際、胸落ちした文言というのは、結局自殺の数として出てくるのは氷山の一角で、水面下にずっとたくさんリスクを持った方がいる。死に至ってしまった人も本来は死にたいけども本当は生きたい、生きたいという、ポジティブな部分を大切にするような支援を。自殺者数を減らすというだけではなく、生きているつらさの辺が何かの支援やいろんなことで改善できるんだという文言が、数を減らすんじゃなくて、

死なせない状況の環境なり整備という言葉があったのが頭に残っている。

自殺者の数を減らすというところが頭にすっとかすめるので、それをもう少し補強するようなことがあると、やはりみんなで取り組まないといけないというのが理解できるような気がする。

○会 長 わかりました。とにかく自殺に至るまでの間にどこかで踏みとどまれるような、具体的な空気づくりみたいなものというか、そういうこともありますよね。

○委 員 そうですね。それは以下に出てくると思いますが、理念のところでは、どうも氷山の上のところがかすめるということが表現したかった。

○会 長 貴重なご意見として、これから検討をするに当たり、いろいろまた考えていければと思う。何かわかりやすい副題とかということについて各委員でご意見ありましたら、次回にでもお教えください。

そのほか、市の考えについて何かご意見はございませんでしょうか。

では続きまして、推進の方向性と重点対策について、事務局からご説明を。

○事務局 資料2の後半の部分になります。推進の方向性及び具体的な施策それから重点対策について説明します。

推進の方向性ですが、9項目挙げております。自殺対策の取り組みを体系立てる上で、国の自殺総合対策大綱で示されている「自殺を予防するための当面の重点施策」の分類と合わせている。これについても、岡山県の自殺対策計画等もちらの分類を採用しており、岡山市でもこの分類でまとめている。

推進の方向性に合わせ、現在庁内各課、他の関係機関と連携しながら現在取り組んでいる事業をまとめたものが、資料の2-3です。少し長くなりますが、かいつまんでご説明します。

1 自殺の実態分析

先ほど自殺に関する統計を出していますが、今後施策を展開する上で、より効果的な対策とするために、自殺に至る原因それから背景、経過等につきまして多角的に把握し、市民の皆様にも周知するような形で努めます。

現在実際行っている事業、取り組み、担当課、それから担当課と連携している団体、概要と記載している。

2 市民一人ひとりの気づきと見守りの促進

自殺については一見特別な人の出来事のように考えられますが、ストレスを感じる機会も多い現在では誰もが出会う可能性のある問題として市民に啓発し、自殺予防について理解をより深めてもらえるように努力をしていきます。

具体的な取り組みとして、自殺予防週間や自殺対策強化月間における自殺予防

キャンペーン等において、こころの健康に関する普及啓発活動をさまざまな団体とともに進めています。人とのつながりがある地域社会の形成を目指し、愛育委員さんであるとか栄養委員さん、それから民生委員、児童委員の方々のボランティアによる地域の声かけ等を進めていきます。また、学校現場におきましても、子供がともに成長し合う学級集団づくりも推進しているところです。

3 早期対応の中心的役割を果たす人材の養成

自殺に至るまでに人はいろいろなサインを出しています。自殺の危険を示すサインに気づき、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門の相談機関につなぎ、見守る役割を担う人材等の養成が必要です。具体的な取り組みとしましては、窓口相談等を担う関係課や関係団体、市民に対してゲートキーパー養成の研修を実施します。また、心の病は身体症状があらわれることも多く、かかりつけ医を受診することも多いことから、かかりつけ医のこころの健康対応力向上を医師会とともに進めてまいります。

4 こころの健康づくりの推進

自殺の原因となる、さまざまなストレスについてストレス要因の軽減や適切な対応などにより、心の健康の保持・増進に努めています。また、悩みを抱えた方が躊躇なく相談できるように、職場、地域、学校における相談体制の整備を進めていくことが必要です。具体的な取り組みとしては、市民に対してストレスへの対処方法や睡眠の重要性など、心の健康教育を実施するとともに、市民自らが地域のイベント等で啓発などをしていくことも進めます。また、世代に応じた取り組みとして、職域における過労死等の防止に向けた啓発やアルコール依存症予防教室の実施を通して自殺のリスクの軽減に努めたり、また教育現場における、さまざまな相談支援を進めます。

資料番号2-7になります。

5 適切な精神科医療を受けられるようにする

自殺未遂者は、自殺行為に至る前に鬱状態であることも多く、その場合、精神科を受診する人よりも、かかりつけの内科等を受診する方が多いと言われています。本人や家族、周りの人が精神科等の専門医療への受診相談がしやすくなるような取り組みが必要であるとともに、身体科と精神科が適切に連携できるような体制を整備することが必要です。具体的な取り組みとしましては、身体科救急病院からの相談に精神科病院が24時間365日対応する身体・精神合併症救急連携事業を進めたり、一般医療機関・アルコール専門病院のネットワーク化を進めます。

6 社会的な取り組みによる自殺の防止

自殺の背景は先ほどからも出ましたように、さまざまな背景があります。問題を抱えた方が適切な相談機関の存在を知らないために十分な社会的支援を受けられないことがないよう、相談窓口の一層の周知を図ることが必要です。具体的な取り組みとしましては、ページ番号の資料2-8、2-9に記載しているような相談体制の整備と周知を図ってまいります。

7 自殺未遂者の再度の自殺企図防止

「自殺企図歴」は「自殺の重大な危険因子」であると考えられており、自殺企図を繰り返さない支援が必要となっています。具体的な取り組みとしては、自殺未遂者の搬送先となる救急病院との連携を進め、自殺未遂者に対し相談先などを紹介するなど継続的な支援を行うことや、自殺未遂者や自死遺族など自殺ハイリスク者への支援を進めます。

8 遺された人への支援

自殺者の遺族は自責の念を抱きやすく、鬱病などの精神疾患を患う可能性があると言われていています。そして、後追い自殺の危険性も指摘されており、自死遺族支援が必要となります。具体的な取り組みとしましては、自死遺族の方がお互いに体験や思いを自由に語るができる場の開催や、専門相談窓口を設置して、その周知を図ることなどを行います。

9 民間団体との連携等

自殺に至る原因はさまざまであり、社会全体で自殺対策を進めていく必要があります。関係機関や民間団体等の連携強化を強めていくことが必要となっています。具体的には各機関、団体でさまざまな取り組みを推進していただき、自殺対策協議会の中で情報交換を行いながら包括的な支援を進めていくこととし、ここに記載しています。

次に重点対策について説明いたします。

○世代ごとのアプローチ

岡山市の現状でも先ほど説明しましたが、自殺はあらゆる世代で実際は起こっているものです。効果的な自殺対策を進めるためには、まずは自殺の原因や実態の把握に努めるとともに、世代の特徴に応じた対策を推進することが必要と考えています。

○関係機関のネットワークの整備

自殺の要因はさまざまであるため、適切な相談機関につながり解決が図られるよう、相談機関の連携・ネットワーク体制が重要と考えています。今回の計画策定に当たりまして、相談窓口がさまざまあることがこちらでも把握できておりますが、各課で受ける相談内容が自殺と関連するのではないかという認識がま

だ各課とも十分というふうには言えないということもわかりました。相談機関が連携していくことで相談者を適切な窓口で紹介したり、相談機関が連携し、支援していくことで自殺防止につながっていくものというふうを考えています。

○自殺未遂者等ハイリスク者支援

自殺未遂を図った方は、自殺企図を繰り返し、自殺に至る危険性があります。再度の自殺行為を防ぐことがまず必要と考えています。また、自殺者の遺族の後追い自殺の危険性も指摘されており、自殺未遂者と同様、ハイリスク者として支援をする必要があると考えています。

説明は以上になります。

○会 長 ありがとうございます。推進の方向性と重点対策と一緒にご説明いただきました。これに対してご意見、ご質問ありましたら、お願いしたいと思います。

○委 員 6の社会的な取り組みによる自殺の防止ということで、私たちも生活支援のほうで寄り添いサポートセンターというのを運営している。そこに今相談に来られる方というのは、若い人がだんだん増えてきている。当初は、高齢者の方たちが多かったが、だんだん若い人が増え、それも精神に障害がある方が増えている。そういった中で、その人たちをケアするのにネットワーク会議を定期的には開催しながら、例えばフードバンクの方たちとか、きずなの方たちとかと連携をしながら、まず住むところを確保したり、食べ物を用意したりしている。それから、すぐ必要な公共料金を払えてない人たちには応急的な貸し付けをして料金を払ったり、そういうような展開もしていますが、やはりネットワークがうまくできるかどうかで、その人が救えるかどうかにかかってくるのかなと感じている。

あわせて、もう一つの事業として日常生活支援事業というのがあり、判断能力が低下している方たちの生活支援を実施しているが、そのなかでは後見人の問題がでてくる。自殺対策という中でも取り上げていけない部分があるのではと感じた。

○会 長 ありがとうございます。やはり若い人というのは、大体30代とか。

○委 員 そうですね。30代、40代がやはり多いですね。それから、施設を出て、すぐ18、19、そういう方たちも多いですね。

○会 長 親御さんのサポートが十分でなかったり。

○委 員 そうですね。やはり施設をどうしても18になると出ないといけない。そのなかで連携が多分これから必要になってくるのかなと思う。

○会 長 私たちは精神医療をしているが、そういったネットワークのこととか、きずな

さんとか、いろいろある支援機関が利用できるということをなかなか思い至らないことが多いものですから、そういうのがもう少し表に出てくるとわかりやすくなってありがたい。

○会 長 こういう点について、いかがでしょうか。

社会的な取り組みということで、あと判断能力が低下した人は精神障害だけではなく、いろんな高齢者の認知症の人も含めてということですが。

○委 員 1点だけ、いいですか。

○会 長 どうぞ。

○委 員 今の関連ですが、結構居住というものも厳しくなるケースがある。最近では身寄りのない、あるいは身寄りが少ない団塊の世代の方々が長期間住んでたアパートが古くなって、もう壊すからといわれて出る。そういう際に公営住宅、市営住宅、県営住宅に応募されるんですが、連帯保証人がいないということで、これが困っておられるケースも多々出てきてるんですね。そういう最後のとりでの的なところというか、ここに行けば大丈夫だと言えるような部分をもっと利用しやすくする、そういったようなこともすごく重要なことかなと思う。そこを諦めてしまうということにならないようにしておくというのも一つのこととしては要るのかなと。

それから、さっき原因の分析のところ、どの世代がどういった原因でというようなことはクロスで分析をしていかないと、対策が有効なものとしてはなりにくいのかなというのは少し感じました。

それから、実際に既存の社会資源って山ほどある、岡山はすごく多いんですが、それぞれがそれぞれ頑張ってる形なので、なかなかうまく活用とかつながりを持ち切れないというところも大きい。意識的にそういったものをつないでいく仕組み、例えば居住であれば居住支援協議会とか、そういった仕組みを市の中にも持っていくというようなことも、間接的ではあるけども自殺対策の一環にもつながっていくんじゃないかなという気がする。

○会 長 ありがとうございます。たくさん社会資源があつて、逆に言うとたくさんあり過ぎて何かわからないというか、知らないような、しかもたくさんあつて、実はそれを知って利用させていただくと非常に助かるというようなこともあると思う。

居住に関して、特に何かそれに特化したサポートしてるような社会資源というのは、今のところはあるんですかね。

○委 員 岡山は先ほどの生活困窮者自立支援事業の中の任意事業である一時生活支援事業をやっており、その関係でホームレス支援きずなさんのほうに相当数のその

日泊まれないとか住居がなくなってしまったという方のサポートが受けられる体制をとっている。岡山市としては頑張っているが、近隣市でやってないところが多いため、岡山市にいない方というのはなかなかサポートし切れないというようなことも起こっている。全体的に県全体として、そういった取り組みを広域で取り組んでいく必要があるのかなというのは感じている。

それから、民間で保証の支援をしている、おかやま入居支援センターというような形の活動も我々のほうでしている。岡山は本当にさまざまいろんな活動が最後のセーフティーネットの部分ではできているが、それが伝わっているかどうかということも含めて、まだまだこれからかなという感じはする。

○会 長 ありがとうございます。だから、当事者の人たちだけでなく、支援する人たちにとってもわかりやすいような形ができればいいなというところですね。そのほかいかがでしょうか。

○委 員 お金が要る話になりますが、資金的なものはちゃんと裏づけがありますか。例えば、講習会だったりとか新しい人材を雇うなんてことになってきたりすると、何となくお金に関する裏づけというのは、ある程度それはあるんでしょうか。それとも、既存のものをみんな手弁当で何とかやっていこうという話なんですかね。

○事務局 予算的なところは今すぐに何かこれがありますというものはない。今あるものについて、挙げている。今後については、もちろん必要なものから各課で検討していくという、ちょっと大まかなご説明にはなりますが、これで必ずこの基金とかこのお金が当たるものがありますというものは、今のところは持ち合わせておりません。

○委 員 ありがとうございます。というのは、先程言われたような感じで、ネットワークというものはたくさんあり、例えば精神科医療で社会復帰していただくのは、たくさんネットワークはあるんですが、余りにもあり過ぎて把握できないという現実もある。また、年々変わっていくというのもあるので、誰かがやりきちっとエスコートしていきなり何かしていくようなシステムがないと、円滑に使えないのでは。ある一定の人しかわかってないというようなことになってしまいかねないんで、何かそのネットワークを上手に生かすようなシステムが要るのではないかと思う。つなぐだけじゃなくてですね。それは要るかなというのはあります。

それからもう一つ、ハイリスク者対策で、未遂者対策をするわけでしょう。未遂者対策をするときに救急学会、救急専門医の先生たちが今いろいろされている。研修もその一つにあると思うが、その研修を助けるとか、あるいはもう少し

しその研修を受けられるような人たちを増やしていくであるとか、そういうことをしようとする、どうしてもお金が要るのではないかと思ったりするわけです。

1つ、一番問題なのが、救急から精神につながるのすごくハードルが高くて、偏見の問題とかいろいろあって、つながらない。だから、その問題をどうするかという、これ、大きな目標で、これは大変なことだと思うんですが、そこは何とかちょっと頑張ってもらって、我々も頑張るんですが、何とかつないでいただきたいというところです。

○会 長 ありがとうございます。ネットワークに関しては何かの形、ホームページをつくるかになるとちょっとお金の問題も出てくるかもしれないが、わかりやすい媒体何でも、とにかくせつかくある社会資源が無駄にならないようにということは大だし、我々も本当にそういうのが欲しいというふうに思っているところ。そこはまた検討しておきたいと思いますが。

救急に関しては、ほかに何かありますか。日本救急看護学会とか救急医療学会の研修はたくさんやっておられるような、私も時々講師で行くんですけど、岡山市立市民病院なんかでも今年もやりましたね。学会が主催でやりますので、学会のお金で独自でやってますけど、行政のレベルではやってはいいですね。

○事務局 こころの健康センターでハイリスク者対策を実施している。その中でハイリスクの一つとして救急外来に運ばれる患者さんがハイリスク者と考え、その患者さんたちをケアされる救急の現場の看護師さんとか救急の先生方の研修会というのを毎年行っている。何回かやりましたが、なかなか日中にはできない。夜に行ったとしても、なかなか救急の先生方が参加してくださるとというのが結構難しい状況にはある。しかし、今後どのようにかして、その先生方や救急の現場の看護師さん、きっと未遂をして運ばれてこられる患者さんの対応にいろいろお困りのことじゃないかなとは思っておりますので、そういうスタッフの皆様がきちっと自殺未遂の方に対応できるように研修のほうは必要かなとは思っている。

○会 長 よくわかりました。ありがとうございます。これは救急病院の巡回訪問もされてる。

○事務局 そうです、はい。

巡回訪問は市内9病院に実施している。それは救急外来でお困りのことが最近あったかどうかとかというような情報をいただくために、うちのスタッフが病院のほうに出向いている。

○会 長 はい、わかりました。そういった取り組みもしていただいているということですね。確かに未遂者の再度の自殺企図防止というのは大事なところだと思う。そのほかにご意見をこの際ですから、いろいろと挙げておいていただいたらと思うんですが。

○委 員 1点だけいいですか。

○会 長 どうぞ。

○委 員 言葉の使い方とか、それから相談の受け方とか、あるいは自殺未遂をされて救急に来たときの医師の言葉ですね、もう次は助けないよとか、そういうふうな言葉は結構後々その方にとっては次は確実に死ぬ方法を考えようとかと考えちゃうときもある。我々も破産の相談とかを受けたときに、この人とこういう関係を続けてるともうどうにもならないよというか、それしか方法がないような回答の仕方をしてしまうと、その方にとって命にかえてもということになってくると、自殺されてしまうケースもあったりする。

相談を受ける側の中心的な役割を果たす人だけがよくなってもだめで、実際に自分の言葉が相手に対してどういう影響を及ぼしていくのかというあたりを広く多くの方々が理解していく、そういう相手を思いやるスキルというものを高めていく作業もしていかないと、なかなか厳しいのかなという気がする。特にそういうリスク要因のある方と接することのある専門職とか行政の方々に関しては、そこを相当厳しく、あるいは相当丁寧にスキルアップをしていかないといけないのかなというのは感じているところ。

○会 長 いかがでしょうか。直接その企図者に対して、未遂の人に対して接することになる専門職の人、いろいろとそういったちょっとした言葉遣いとか、本当に企図した後とか非常に興奮状態になったり、形なしになったりはするわけですけど、そのときに受け取る言葉というのは実際我々が思っている以上に非常に大きな衝撃を持ったり、強い力を持って伝わったりすることがありますから、気をつけないといけない。救急現場の医師、看護師も10年前と比べると今はものすごく変わってきて、そのあたりは非常に煩慮的になって、我々精神科医でも親切にというか、言い方はおかしいですけども、そういう方が多い印象がありまして、これはまただんだんと改善していくんじゃないかなという気はいたしますけど。それでも、まだまだいろいろ改善するポイントはあろうかと思えます。

ほかにはいかがでしょうか。

○委 員 今のことなんですが、お二人が言われたように、家族の方も病院に行ったときに、信頼してた主治医から心ない言葉を受けたときに、家族自身も鬱に、ご本

人さんとともになってしまうというケースもあるようで、やはり言葉って、とても大切だなと思う。私自身も家族に当事者がいるから、とても気を使って対処するようにしている。だから、現場の方はそういうスキルを持っていただいで対応していただけたら、そこでとどまる方がいらっしゃるかどうかわからないけれども、自分のことを受け入れてくれたという安心感とかが生まれるので、とても最初に出会ったところとかは大切かなと感じている。よろしくお願ひいたします。

- 会 長 ありがとうございます。それは精神科医も含めてということですよ。
- 委 員 そうです。皆さんが当事者と話をするときとか対応するときの態度とか言葉だと思ひますね。敏感に察知しますし、とてもデリケートなものですから、少しのことで傷ついて自分を追い込んでしまう。できるだけ心を広く優しくしていただけたら。受け入れられたといったら、やはり安心感が生まれるかなと思ひう。私の身近な家族会の方も今ちょっと傷ついてる方もいらっしゃるし、つい最近、私もちよっと心ない言葉で、もう大丈夫と言ってしまったら、まだだわよと言われてしまい、なかなかぐさっと来たものは根が深くて、すぐには癒やされないよう。
- 会 長 はい、わかりました。そういった点もちよっと注意して……。
こういう対策にも盛り込んでいけると思ひます。ありがとうございます。
じゃあ、そのほかいかがでしょうか。まだご発言のない方もいらっしゃいますけど。民生委員の立場からいかがでしょうか。
- 委 員 私たちは、地域で活動しているので、電話がかかってくる。その中にも、「死にたい」という訴えもあるが、会ったことがある人であれば電話でも対応できるが、会ったことがない人に対応するのは難しい。私たちがそういうつもりでなくても、相手が傷つくこともあるので。他の民生委員さんにもできるだけ会って話すよう伝えている。実際会うと、ああ、この人はこういう人なんだなというのがある程度わかってくるので、そうすると次は電話で話しもできる。私たちが専門家ではないため、話を聞いて必要なら医師や保健師につなぐこともある。
- 会 長 ありがとうございます。そうやって聞いてくださることが何よりもいいことだと。
- 委 員 その人にとってはね。だけど、やはり会わないといけないということ。1度か2度会ってないと、電話だけでは対応したらいけないと、委員同志では話をしている。言葉というのは難しいと思ひう。
- 会 長 ありがとうございます。民生委員さんたちのご努力もあってということもあり

ますから、それもネットワークの一つとして、いろいろご協力引き続きいただければと思う。

そろそろ時間も参りましたので、じゃあここはここまでとしておきまして、あと②のその他のところがありますが、何か事務局からありますでしょうか。

○事務局 もう一つ、一緒に検討いただきたい件があります。先ほど計画期間について簡単にご説明させていただきましたが、一応今予定しております平成30年度から平成34年度の5カ年ということで、この計画を遂行していくような形になります。あと、資料2の一番下のところに書かせていただいています、計画期間を通じて過去5年間の自殺死亡率の平均値から10%の減少を目指すということで目標値を掲げさせていただいています。

これにつきましては、国も10年間で自殺死亡率を20%以上減少させるということを目指しています。今回岡山市は5カ年の計画ということもありますし、先ほどもありましたが、市の単年の自殺率では年によってかなり変動が大きいということもありますので、5カ年の死亡率の平均というものをとって5カ年後には10%を減少させるというようなことを目標に置いて計画に取り込もうと思っています。これにつきましても、この流れで皆様方のご意見をいただけましたらと思っています。

○会 長 はい、そしたらその計画期間と計画の目標ですけれども、ご説明ありましたが、ご意見のある方いらっしゃいますか。

計画期間は平成30年から5カ年間ですね。平成30年、括弧の西暦入れたほうがいいですね。さっきもちょっと言いましたけど。

○事務局 わかりました、西暦を入れます。

○会 長 号が変わると思うので。それと5カ年ということと、計画の目標が過去5カ年の自殺死亡率の平均値から10%の減少をこの間に達成するということですね。

○委 員 すみません。その5カ年の間に、例えばこの推進の方向性とか重点対策とか、それぞれにこの年度までにはここをクリアするとか、こういうネットワークをつくるか、何かそういう具体的な計画を個々に設けられるということになるのでしょうか。それとも、5年間この計画に沿って、それぞれやりましょうというふうなことになるのでしょうか。

○事務局 各事業につきましては、毎年実績という形で年度年度でずっと数字はとっています。例えばゲートキーパー養成であれば、何人養成していくというようなものについては年度年度で確認はしていこうというふうには思っておりますが、この自殺対策の計画の目標値としては、この大きな目標を1つ挙げさせていただけたらと思います。

○委員 ただ、結局その5年間が終わった後も、岡山市としてはこのような、例えばこういうネットワークを構築できたので、今後もこの調子でもっと減らしていこうというふうになっていくことが多分目標だと思うんですよね。ですので、5年間取り組めばいいということではなくて、先ほどから出ているネットワークならネットワークで、こういう形で整いましたというふうにして、後の世代というんですかね、に引き継げるようになったらいいかなと感じました。

○会長 はい、ありがとうございます。

よろしいですかね。じゃあ、ご意見として伺っておきたいと思います。

目標は10%減というのは、これは数字的にはいかがでしょうかね。先ほど、ただ数を減らせばいいというものではないというご意見ありましたけれども、それは当然もちろんそうですが、結果として減るということになればいいということであって、あくまで対策は重点対策のネットワークづくりであったり、アプローチであったり、世代ごとのアプローチであったりするわけですが、でもとりあえずその数字のある程度の見通しも必要でしょうかね。先ほどの資料1、統計でいくと、10%減というのは決してそんなにむちゃな数字ではないということでしょうかね。

○事務局 はい。今のところ単純平均ですが、平成23年から平成27年の5カ年平均で計算しますと、大体17.18ぐらいの数字になります。これを5カ年で10%ということになりますと、単純に計算しましたら大体15.46とか、数字で置きかえると15.46とするのか、15.5とするのか、そこは少し何かでまた検討したいと思っております。

○会長 ということだそうですが、いかがでしょうかね。なら、もう15%にしたほうがいいんじゃないとか、そういうご意見もあるかもしれませんが。去年増えちゃいましたから、それがつながらないように減らしていかないといけないわけですけど。今日これで決定するわけではないので、議論の進む中でご意見とかありましたら、またいただきたいと思います。

ということで、この期間と目標については、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○会長 はい、ありがとうございました。それでは、この②の岡山市自殺対策計画骨子(案)についてというところは以上ということにいたしたいと思います。これからいろいろと議論していったら本当に有意義なものがつくれていけたらと思いますので、皆さんどうぞご協力のほど、よろしく願いいたします。

それでは、(2)の精神保健行政の動向についてということに移りたいと思います。

事務局のほうから、またお願いいたします。

○事務局 精神保健福祉審議会ですので、今回は例年とは違って自殺の対策についての岡山市のこれからの動きについて議論していただくというのが主なテーマですが、精神保健福祉審議会というタイトルの会なので、精神保健福祉全般に関することに関しても多少現時点で押さえておくべきものは押さえておくべきではないかということから、残り時間で現状の報告をさせていただいておこうと思います。

精神保健福祉に関してはご存じの委員の方も多いと思いますが、来年度、平成29年度に精神保健福祉法の改正があるのではないかなと言われており、それから平成30年度には診療報酬改定もありますし、介護計画、医療計画など、福祉もですね、さまざまな計画などが一気にだっと変わっていかうとしている状況があります。そのたたき台をつくるために資料3にあります「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」というのが、ちょうど1年前ですね、平成28年1月から始まって、今6回目が終わったぐらいのところ、この検討会での議論をもとに法改正及び福祉制度などの改正が、それから医療制度の改正が行われようとしているので、そのことを簡単にお話しして終わろうと思います。

ただ、話が進んだらわかるんですが、この検討会の話がこの7月の末にはもう取りまとめを出せと言われてたのがまだ出ていないという、いろんなことのために延び延びになってきていて、それのお話を少し追加しておく必要があると思ってます。資料3-1というやつが、この検討会が始まる時に出了された、こんなことを検討しますよというタイトルです。形として、そのページの真ん中の下にあります、①医療保護入院等のあり方分科会と②新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会の2つに分けて話をして、それからまた親会でまとめて話をするということを考えていたようです。

①のほうは精神保健福祉法の改正を目指す分科会で、もう一個のほうは地域ケアシステム全般を考える、そういう検討会という予定でした。一番下のスケジュールに書いてあるように、当初は平成28年1月から議論を行い、分科会における議論の整理を経て、同年夏頃、これが7月を予定していたらしいですが、これを目途に意見を取りまとめを行うつもりでした。

その次のページが、その少し後に出たやつで、例えばこんな内容の議論をする予定で、医療保護入院に関して多少、内容については移送、その次が退院促進、その下にあるのが処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方というのは、要するに前の法改正で積み残しになった代弁

者であったり、そういった類の役割をどうするかという話で、例えば病床の機能分化であったり、アウトリーチやデイケアの話であったり、病床数の話であったりということが検討されるかなということになっていました。

結局延び延びになったのは、1つは4月の熊本震災。これは7月には無理で多分9月ぐらいになると言っていたら、7月の末に相模原の事件が起きたため、それからどンドンズれ込んで、結局今月1月にこの検討会の中で3回、もう1回目はあって、来月多分取りまとめが出るという話になっていきます。

資料3-3にあるのが、資料3-3から12までのあたりが最近のこの検討会の論点をまとめたものです。ここで長く話をするつもりはないですが、一応現在の論点はこんなふうになっているという資料ですので、お持ち帰りいただいて、もし余裕があったら見ていただければと思います。要するに医療保護入院について、この検討会では当初よりは少し突っ込んで議論をしています。

それが最終的に法律の改正に取り上げられるかどうかは別にして、検討会の委員もかなり問題意識を持っていて、資料3-3、資料3-4、資料3-5のあたりを見ていると、5つの論点で医療保護入院制度をどう考えるか、同意のあり方についてどのように考えるか、医療保護入院に必要性・妥当性をどのように審査すべきか、それから移送を含む医療へのアクセスを確保するための手段について、どのように考えるか、あと入院中の患者の意思表明支援について、いわゆる「代弁者」のあり方も含めどう考えるかという、そういう議論をしているようで、医療保護入院制度そのものが必要かどうかというところまで一応議論しているようです。資料3-4のところにあるのは、資料3-4の下ですね、それからその次のページ、資料3-5にかけて書いてある中身は、要するに今は医療保護入院というのは家族等同意というものがあって、家族の誰かが同意をしないと医療保護入院が成立しないというは法律ですが、それ、そのままでもいいのかという、平成25年の法改正について、もう一回見直す必要があるんじゃないかという議論を一応しているようです。

それは資料3-5の上の検討の視点の大きい丸のところ、上のところであったり、その下の同意者に求められる機能・役割はどのようなものかというあたりに家族等同意というものがどうあるべきかということが書いてある。今のままの家族等同意でいくか、それから市町村長同意このままでいくかというようなことが資料3-5の下のスライドに書いてあったりします。

それから資料3-6のあたりでいくと、これは医療保護入院に関して必要性・妥当性をどのように審査すべきかというので、ここは従来の退院支援委員会

それから精神医療審査会などのあり方とか、資料3-6の上のスライドの4つある黒丸の、一番下の黒丸なんか見ると、精神医療審査会の審査結果について、例えば退院請求では「入院または処遇が不相当」との審査結果となる割合が4%と。定期病状報告の場合は、「入院継続不要」となる割合は0.1%ですから、要するに病院が出したら全部通しというのが今の現状ということもあります。そういうのを含めて精神医療審査会をもう少し見直したらいいのではないかということが出てきていたり、資料3-7では医療保護入院に関して移送ということはどうするかという話題があり、資料3-8から3-9にかけては、さっき少し申しました「代弁者」についてのことが書いてあります。

そういうことを議論していますが、今の時点でこういう議論を経て、恐らく平成29年には何らかの法律の改正が行われますが、どういうことになるか僕もわからないというのが現状で、今こういう検討がされていて、もうすぐ取りまとめが出るという以上のことは今日は余り申し上げないほうがいいんだと思っています。

それから、資料3-11、12は、さっきの多機能分科会のほうの話で、これが地域包括ケアシステムというものが今医療全般、それから認知症などの介護保険で国が進めている施策で、医療と介護を一体化して、医療と福祉を一体化して提供していきましよう。もうそれは安くあげようということも少しどうもかいま見えるんですけども、でもそういうふうな形で地域で医療と福祉、介護を住民に十分提供していけるようなシステムを目指すというのが国の方向性です。それを精神科の医療、福祉の範囲でも実現しようというのが、この考えていることです。

それが平成30年度において、医療計画であったり、福祉計画であったり、介護計画であったり、それから診療報酬といったものに反映されるのではないかと思われていて、そのためにはもう平成29年度中にさまざまなことが進められていく必要があるので、今急ピッチでいろんな制度や法律に関する検討が行われているところで、これもその一つです。

そういう形で、普通に話が進もうとしていたところに起こったのが、次の資料3-13、資料3-14のあたりなんですけど、資料3-13は7月の相模原事件の検証検討チームの報告書、この概要版を写したものです。全部は説明しませんが、注目されているのは、例えば真ん中の2の右側ですね、退院後の医療等の継続支援の実施のために必要な対応というので、あの殺傷事件、殺害、傷害の事件を受けて、今回の取りまとめ、報告の中では、措置入院中から都道府県知事が退院後支援計画を作成することや、措置入院先病院が退院後支援ニーズア

セスメントを実施し、それを市町村長に伝達すること。それから退院後は退院後支援計画に沿って保健所設置自治体が退院後支援全体を調整することなどが検討されていて、患者情報に関して自治体間で共有する、もしくは伝達することの法的な整合性を持ったものを制度としてつくろうというようなことをしています。

ですから、さっきの検討会の結論として法改正が起こるはずだったものが、この相模原事件が起きたこと、検証検討チームがつくられて、この報告書が出た。そして措置入院の内容もしくは措置入院の退院後のフォローアップに関する情報の共有などに関して法改正や通知による改正が行われるんじゃないかなというふうに言われていて、これが少し時間がかかっている部分のようです。岡山市のことを少し伝えておくと、資料3も重要なんですが、相模原事件が起きてから幾つかの自治体では措置入院後の患者さんに関してフォローアップする体制をつくろうというふうに動き始めているところもあります。鳥取なんかがそうです。それから、この事件の前に既に淡路の事件があったのをご存じでしょうか。退院後の患者さんが殺人事件を起こしました。それを受けて兵庫県が今年度の4月から既に全圏のフォローアップチームをつくり、措置入院の患者さん、退院後のフォローを始めています。

岡山市はどうかというと、資料3-14の上が岡山市の措置の通報の件数それから入院件数などのグラフで、どんどん増えています。通報に関しては、警察官通報とそれから矯正機関の長の通報が増えていて、入院も増えていっています。岡山市は今退院後何かしているかということと実はやっていて、これは数年前から別に誰かに叱られたわけでもないんですけども、やはり措置の通報後のフォローは重要だなということになりまして、入院者ではなくて被通報者、だから措置流れも含めて入院になった人もならなかった人も、一応岡山市が責任持って、ある程度フォローすると。ちゃんと医療につながっている場合とか、どこかの機関にちゃんとつながっている場合はもうフォローアップはそこで終了にするという形で、全例のフォローを始めていて、そんなに濃厚にやってるわけではありませんが、ある程度の動きはもうやっていて、自分たちで言うのも何ですけども、それなりの成果を上げているというふうに考えております。それからもう一つ、全然関係ないような話題ではありますが、そういう検討会や検討チームが行われている横で、昨年度、聖マリアンナ大学の病院で精神保健指定医というものに関しての不祥事が起こりました。レポートの不備もしくは捏造っぽいものがあったというものですが、一病院で終わったのかと思っていいたら、厚労省が全国調査をやって、どうも怪しい指定医を引っ張り出しをす

るということをご間取りました。これもさっきの相模原事件の犯人が措置入院をしていただけですが、その措置の入院時の診察を担当した指定医のうち1人がこの処分された指定医だったとかということも実はあったりもしました。そのため、ますます話がややこしくなりましたが、最後から2番目の紙の中にあるように、全国で89人の指定医とその指定医の指導医が処分されました。指定医を剥奪されて、多分医業停止ももうすぐ指導があると思います。

これをわざわざ出しましたのは、これは厚労省とその指定医の問題なんですけれども、当初は処分された指定医がやった指定医としての行為のことはもう問わないと言っていました、厚労省もそれじゃまずいと思ったのか、何とかそれは確認する必要があるということになりまして、各自治体に処分された指定医を指導していた指導医については、指定医としての仕事を行っていた場合、それが適切に行われたかどうかを確認しろというふうな依頼が来たので、今やっているところなんです。

それがその次のページのもので、①から⑨まで緊急措置入院、措置入院、医療保護入院からだと9項目ありますが、その9項目に関して、その89人の指定医がやった仕事を確認するということが今やっています。①、②、③、④あたりが、⑤までかな、今ほぼ済みつつあるところで、岡山県は実は県内に2人、その指定医の指導医が2人だから4人ですね、4人の先生方が処分を受けたので、その仕事の確認というのを今させてもらっているところです。これも来年度の精神保健福祉法の改正について多少の影響を及ぼすのではないかなというふうに思っております。

○会長 はい、ありがとうございました。精神保健福祉法と指定医の関連のお話をご説明いただきました。いろいろな事件が重なって、物議を醸したわけですけども、何かご質問とか。

○委員 1つだけいいですか。

昨日の山陽新聞に2020年度を目標に長期入院を3.6万人減少させるという計画が上がってましたが、岡山もこれに取り組むという話になるんだろうと思います。今岡山市内だったら、どれぐらいの人数が対象になるんですか。

○事務局 正確にはわからなくて申し訳ないんですが、あれはたしか1年以上を長期入院と捉えていましたから、岡山市内の恐らく1年以上が40%ぐらいいらっしゃると思います。

○委員 ありがとうございます。

○会長 よろしいでしょうか。

○委員 先ほどの説明で、病院へ巡回に行かれるとか言われていましたが、ご本人さん

が入院中で、何か公衆電話の横にメモとか置いてあって、本人は退院したいから、こころの健康センターに電話した。けれども、ご家族の方はまだまだ退院はもうちょっと先だなと思っていた。そういったときにもご本人の意向で訪問されるのは、やはり通報してきたご本人さんが対象なんですよね。

○事務局 少し話が恐らく混乱しているので整理してご説明させていただこうと思います。精神科へ入院中の患者さんがみる公衆電話の前に貼ってある紙は、入院中の患者さんが当然の権利として持っている退院請求をする権利を行使するためのものです。連絡先は、岡山市のこころの健康センターです。岡山市のこころの健康センターは2つの側面を持っていて、片方は入院中の患者さんを適切に地域に退院して戻ることの支援をするというお手伝いをする役割と、それから精神医療審査会というものがあまして、これは主に強制入院の正しい、正しくない、今適切に行われているかどうかを見るべき第三者機関の事務局というのをやっています。

ですから、これは本人が退院したいと電話してきたら、はい、わかりましたと何週間か以内に話を聞きに行って、正式なディスカッションの上で、この入院は適切かどうかということをも市長に具申するという、そういう役割を持っています。そこに書いてある紙は岡山市のこころの健康センターの精神医療審査会の事務局としての紙だと思います。ただ、うちはそれとはまた別に地域移行支援、退院支援、入院中の患者さんをおうちのほうに帰る手伝いするということを基本的にずっと大事な仕事としてやっていますので、もし、こころのセンターに電話をかけたら、もうどんどん喜んで会いに行って話を聞くつもりですし、家族の方がまだ早いと言っても、いや、本当に早いかなどという、まず患者さんの意見を第一に聞きますので、ご家族ともけんかになるかもしれませんが、それでもやはり退院に向けて動いていくというのがうちの方針です。

もちろん家族と本当はけんかなんかしませんので、一緒に話を聞いて、どうしますかという協力する体制にももちろん入っていくつもりなんですけど、まずはご本人の意図が大事です。ただ、うちがいつも苦労しているのは、本人が退院したいと電話してくれないことです。うちが勝手に会いに行って退院したくないですかと聞いても、いや、もういいですみたいな人のほうが圧倒的に多いというのが今の精神科病院の現状です。

○委員 わかりました。ありがとうございました。

○会長 よろしいですか。もちろんさっきご紹介いただいた資料にも精神医療審査会で、私は強制的に入院させられたんですけど、不適格だ、退院したいといって退院請求した。しかし、実際に退院していい状況ですというふうになったのは

4%しかなかったと、さっき太田先生ちょっと言われましたけども、意外と少ないんだというところ、そこがいろいろまた問題になったりするんですけど、それと、また別の問題とかがあるということですね。

○委員 通常あったら聞いて審議をしてくださるということですね。

○会長 そういうことですね。よろしいでしょうか。

精神保健福祉法が改正するというのは、入院の形態が変わって、特に医療保護入院がひよっとしたらなくなってしまふかもしれないとか、いろいろ極端に言うとなんかあると思うんですけど、これ、やはり精神医療全体をかなり大幅に根本からかなり構造を変えていこうというか、そういう大きな動きの中で動いているということでしょうか。

○事務局 いや、残念ながら、例えば厚生労働省は精神保健福祉法を大きく変えたくはないわけなので、できればこそっと変えたいというのが本音だと思いますから、今回も当初は代弁者のようなものを少しつくるかどうかであったり、家族等同意や市町村長同意、入院時の同意ですね、に小さな何か手入れをしようぐらいにしか思ってなかったんじゃないかと思うんですけども、結局措置入院にある程度の何か制度の変更をせざるを得ないことになってますし、医療保護入院にももう少し何とかしろという声があるようですから、当初の予定ではもう少し僕たちから見て大きな変化がある可能性はあります。

○会長 はい、ありがとうございました。

そのほかには何かご質問がありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会長 じゃあ、(2)の精神保健行政の動向というのは以上で終わらせていただきます。

次の(3)のその他は、事務局から何かございますか。

○事務局 それでは、長時間にわたりまして皆様方のご意見をいただきまして、ありがとうございました。今後、委員の皆様方のご意見をもとに、またたたき台、計画の素案の作成を進めてまいろうと思います。また、素案作成に当たりましては、また委員の皆様方にご相談させていただくことがあるかもしれませんので、またそのときにはご協力方よろしく申し上げます。

次回の審議会につきましては、冒頭で計画のスケジュールをご説明させていただきましたように4月から5月頃の開催ということで、また日程調整等をさせていただきますように思います。よろしく申し上げます。

○会長 はい、ありがとうございました。

一応これで本日の審議予定の項目、全て終了いたしましたけれども、全体通じ

て何かご質問とかありましたらお願いしたいと思います。特に私不手際で重点対策のところをもうちょっと質疑をいただいたほうがよかったのかもしれないんですけども、よろしいでしょうか。3つの重点対策で、世代ごとのアプローチというのと関係機関のネットワークの整備というのと自殺未遂者ハイリスク者対策、それぞれご意見はあったと思うんですが、この3つの重点対策ということで、皆さん特にご異論ございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 はい、ありがとうございます。じゃあ、ほかにご質問がなければ、それでは委員の皆様方におかれましては、本当にお忙しいところ、ご協力ありがとうございます。私の議事進行はこれで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

○事務局 どうもありがとうございました。

それでは閉会に当たりまして、保健管理課長、森峰からご挨拶申し上げます。

○森峰課長 本日はありがとうございました。長時間にわたり貴重なご意見をいただきました。岡山市は社会資源はあるんだが、それが伝わってないのではないかとか、それからまた言葉の使い方によって受ける方に大きな影響があるとかという実質的なご意見いただきましたので、そこら辺を次回の4月か5月に行います素案のほうに反映させていただきたいと思います。また、その後は10月ということで、今後はちょっと頻繁に会議をさせていただくようになります。特に4月、5月、何かと皆さんお忙しい時期かと思いますが、ご協力のほう、よろしく願いいたします。本日はありがとうございました。