

## 令和2年度第3回北海道精神保健福祉審議会議事録

日時：令和3年3月25日（木）18：30～20：30

場所：WEB開催（北海道庁本庁舎11階共用B会議室）

発言者	発言
森課長 （事務局）	皆様には大変お忙しい中、ご出席をいただきまして誠にありがとうございます。定刻となりましたのでただいまから、令和2年度第3回北海道精神保健福祉審議会を開催いたします。私は冒頭の進行を務めさせていただきます、障がい者保健福祉課精神保健担当課長の森でございます。どうぞよろしくお願いいたします。会議開催に当たりまして、保健福祉部廣島技監からご挨拶を申し上げます。
廣島技監 （事務局）	北海道保健福祉部技監の廣島でございます。北海道精神保健福祉審議会の開催にあたりまして、ご挨拶を申し上げます。委員の皆様には、年度末のお忙しい時期に本審議会にご出席いただき、厚く御礼を申し上げますとともに、本道における保健医療福祉行政の推進につきまして、日頃から格別のご協力をいただいていることに深く感謝を申し上げます。当審議会は、本年度第3回目の開催となります。本日は、各種計画の見直しについてや新型コロナウイルス感染症への精神保健分野の対応など、5項目の議題を各担当からご説明させていただくこととしております。本年は新型コロナウイルス感染症の感染拡大もありまして、人々の生活が大きく変化する中、精神保健福祉分野の心のケア支援などの重要性はますます高まっているところであります。本日、ご出席の皆様からも、専門的なお立場から、ご意見、ご提言を賜りますようお願い申し上げます。最後になりましたが、今後とも、精神保健医療福祉施策の充実に向けまして、委員の皆様のご支援、ご協力をいただきますよう重ねてお願い申し上げます。開会に当たってのご挨拶とさせていただきます。
森課長 （事務局）	本日は、お手元の出席者名簿の通り、委員15名中11名の委員の方にご出席をいただいておりますので、審議会が成立しておりますことをご報告いたします。次に、本年1月と3月に、6名の委員の方々に改選がございましたので、2名が継続、4名の委員が交代をされております。改めまして、委員の皆様をご紹介をさせていただきたいと思えます。マイクの確認を兼ねまして、一言いただけますと幸いに存じます。 札幌医科大学医学部神経精神医学講座主任教授、河西会長でございます。
河西会長	みなさん今晚は、会長をさせていただいております河西です。ZOOM会議ということでやりづらいかと思えますけど、たくさんご意見を出していただきますと助かります。よろしく願います。
森課長	ありがとうございます。札幌弁護士会 弁護士 阿部委員です。
阿部委員	札幌弁護士会に所属しております弁護士の阿部と申します。よろしく願います。札幌弁護士会の中の精神保健セクションというところで今リーダーをしていますので、こちらで色々と情報を得まして、弁護士会の業務の方にも生かしていければと考えていますので、よろしくお願いいたします。
森課長	次に、北海道精神障害者社会福祉事業協議会 副会長 加藤委員です。
加藤委員	北海道精神障害者社会福祉事業協議会から来ました加藤と申します。精神障がい者の事業所の集まり、団体になっております。私自身は小樽の方で、社会復帰事業に取り組んでおります。よろしくお願いいたします。
森課長	北海道医療大学心理科学部臨床心理学科准教授 河合委員です。
河合委員	河合と申します。ご紹介ありました通り北海道医療大学心理科学部、それから大学院でも教えておりますけれども、教員をしております。それから、公認心理師でもあります。どうぞよろしくお願いいたします。
森課長	北海道大学大学院医学研究院神経病態学分野精神医学教室 教授 久住委員です。
久住委員	久住です。よろしくお願いいたします。
森課長	今回より新たに就任をいただきました。北海道認知症の人を支える家族の会副会長、坂本委員です。
坂本委員	ご紹介ありました北海道認知症の人を支える家族の会の坂本と申します。初めてでちょっと不安もありますけれども、どうぞよろしくお願いいたします。
森課長	NPO札幌市精神障害者家族連合会会長 菅原委員です。
菅原委員	札幌市精神障害者家族連合会会長の菅原と申します。よろしく願います。
森課長	今回より新たに就任いただきました北海道精神科病院協会副会長 松原委員です。

松原委員	松原です。よろしくお願いいたします。
森課長	市立札幌病院院長、向井委員です。
向井委員	札幌病院の向井でございます。よろしくお願いいたします。私は3月いっぱいまで退職いたしますので、今日は最後になりますので、何卒よろしくお願いいたします。
森課長	一般社団法人北海道ピアサポート協会 代表理事 矢部委員です。
矢部委員	皆さんこんばんは。札幌市白石区で障害福祉サービスを運営しています。ソーシャルワーカーという立場と、当事者という立場で、二面性を持ちながら関わらせていただいています。どうぞよろしくお願いいたします。
森課長	医療法人社団五陵会病院看護部長 吉野委員です。
吉野委員	吉野でございます。本日、申し訳ないですけど、会議のダブルブッキングしてまして、途中で退座させていただきます。すみませんがよろしくお願いいたします。
森課長	このほか、本日は欠席されておりますが、医療法人資生会千歳病院院長 芦澤委員。1月から新たに旭川医科大学医学部精神医学講座 准教授 田村委員。今回から新たに北海道精神科病院協会常任理事 中島委員。一般社団法人北海道医師会副会長 藤原委員にもご就任をいただいております。次に道側出席者を報告させていただきます。北海道保健福祉部技監 廣島でございます。
廣島技監	廣島です。よろしくお願いいたします。
森課長	精神保健福祉センター所長、岡崎でございます。
岡崎所長	岡崎です。よろしくお願いいたします。
森課長	障がい者保健福祉課医療参事 堀でございます
堀医療参事	堀です。よろしくお願いいたします。
森課長	障がい者保健福祉課課長補佐 瀬下でございます。
瀬下補佐	瀬下でございます。よろしくお願いいたします。
森課長	私は障がい者保健福祉課精神保健担当課長の森でございます。よろしくお願いいたします。それでは、これより議事に入らせていただきますが、本日は審議終了を概ね20時30分ごろを目途としてございます。円滑な議事の進行にご協力をお願いいたします。これ以降の議事進行は河西会長にお願いいたします。河西先生、よろしくお願いいたします。
河西会長	皆さんよろしくお願いいたします。それでは早速ですけれども議事1「各種計画の見直しについて」まず事務局からご説明をお願いいたします。
唐牛係長 (事務局)	資料1について説明いたします。今資料の画面共有をさせていただいていますが、ご覧いただけてますでしょうか。では、資料1-1からご説明いたします。 まず資料1ですが、「各種計画の見直しについて」ということで、資料1-1が、第2期北海道アルコール健康障害対策推進計画についてになります。今年度第1期計画の最終年度でしたので、第1期計画を見直しまして、第2期計画を策定しております。簡単に計画の見直し部分だけ説明させていただきますが、前計画からの主な変更点としましては、性別や世代の特性に伴うリスクに対応した取組の推進、産業医と連携した職域における取組の推進という内容を追加しております。重点目標は、今までと同じ数値目標としておりますけれども、観点としては二つで、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する」、また、「アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備する」ということで、引き続き、目標を設定しております。 続きまして、資料1-2、第6期北海道障がい福祉計画についてです。今年度が第5期計画の最終年度でしたので、第5期計画を見直しまして、第6期計画を策定しております。計画の期間は、令和3年度から令和5年度までの3年間となります。新しい点としましては、「依存症対策の推進」という内容を国の指針に沿って追加しております。また成果目標として、こちらも国の指針に沿ったものになりますが、「精神病床から退院後の1年以内の地域における平均生活」というものを数値目標に追加しております。目標値としては316日以上としておりまして、これは国の指針の中で示された全都道府県の上位10%が達成している値になっております。 続きまして資料1-3ですが、北海道医療計画の中間見直しについてです。医療計画については、平成30年度から令和5年度の計画になっておりますが、中間見直しを3年ごとに行うことになっておりますので、本年度、中間見直しをしておりまして、前回の審議会においてもご議論をいただいております。説明は省略させていただきます。これ

	で資料1の説明は以上です。
河西会長	ありがとうございました。皆さんからご意見はありますでしょうか。私の方から質問ですが、例えばアルコールなどの場合、「国の指針等により修正」ということで今説明を受けましたが、4月から新しいものが計画通り動き出すということだと思うのですが、例えば、「性別や世代ごとの」とか「産業医と連携した」というのは、実際にこれらを進めて行く方々と、すでに実務に関する話し合いなどは済んでいるということでしょうか。
松野主査 (事務局)	松野と申します。この計画の策定を中心に担当していたんですけども、4月以降の具体的な取組については、詳細まではまだ詰め切れておりませんが、第2期計画の具体的な取組に沿って、各関係機関や関係課がそれぞれどのところを担当するか、整理はしております、その内容をもって、それぞれ取り組んでいただくと。進捗管理が第1期計画ではちょっと不十分な点がございましたので、第2期計画につきましては、推進会議を開催しながら、進捗管理をして評価をしていくことを、しっかりやっていきたいと考えているところです。以上です。
河西会長	はい、わかりました。皆さんからご質問とかご意見はいかがでしょうか。
坂本委員	認知症を支える家族の会の坂本と申します。勉強不足なんでしょうけれども、収監されている人たちが出られたときには、保護司の方が監視するという制度がありますけれども、障がい者の精神医療の方が、社会にでられたときに、1年間ぐらいの（支援が）今あるという風に聞いておまして、どの方が担当になるのかということをお聞きしたいなと思います。
河西会長	事務局からでもよろしいですが、精神科病院を退院された方という広い意味でも構いませんのでご返答いただくか、あるいはせっかく様々な委員の方がいらっしゃるのをご助言いただければと思うのですが。
瀬下補佐 (事務局)	事務局でございますけれども、今のご質問の趣旨は、病院から退院された方をどのように支援していくのかということでしょうか。
坂本委員	そうですね。たまたま近い方がいらっしゃって、企業の人少し困っていることがありまして、今こういう話がありましたので、この機会にお聞きできればなと思います。
瀬下補佐 (事務局)	概略だけお答えをさせていただければと思いますけれども、個人個人でいろいろとケースはあるかもしれませんが、一般的には、各地域の保健所で支援を行うという形になりますし、今特に精神障がいのある方々の地域移行ということで、道でも精神障がい者地域生活支援センターというものを設置いたしまして、精神科病院と地域の相談支援事業所などと連携して、地域定着に向けた支援を進めているという状況ですので、保健所なり、或いはそのような支援事業所にご相談をしていただくというのが通常かなと思っております。以上でございます。
坂本委員	ありがとうございます。
河西会長	個々のケースとなりますとここでは詳細なお答えは不可能だと思いますが、会議が終わった後に事務局の方々と相談いただいて、支援につながるようになさってください。ピアサポート協会からも矢部委員がいらっしゃいますが、これだけの情報だと難しいかと思いますが、もちろんピアサポート協会も使えますね。
矢部委員	はい、そうですね。
河西会長	その他、計画の見直しに関しては何かありますでしょうか。
矢部委員	矢部です。資料1-2の北海道障がい福祉計画の中の、令和5年度成果目標の国の指針と道の目標が同じ数字で妥当なのかというところが少し気になったのですが、ご説明を加えていただければと思います。
河西会長	事務局お願いします。どういう考え方なのかということですね。
唐牛係長 (事務局)	事務局です。（精神病床から退院後の1年以内の地域における平均生活日数について）国の指針と道の目標と確かに同じ値になっているのですが、全国的に、全都道府県の上位10%が達成している値を目標にするということで、道においてもそれを踏襲させていただいて、今の目標値としているところです。ちなみに、北海道は、現在も316日で、ちょうど目標を達成している状況になっておまして、現状維持以上を目指していくということを目標に設定しております。
矢部委員	説明ありがとうございます。理解しました。
河西会長	他にはいかがでしょうか。
加藤委員	北海道精神障害者社会福祉事業協議会の加藤です。基本的な部分なのかもしれないん

	<p>ですけれども、資料１－１のアルコールの重点目標の現状値なのですけれども、成人の飲酒とかは、健康診断のときのアンケートとか、いろいろなところから、こういった割合が見えてくるのかなと思うんですけど、未成年者の飲酒率は、課題とか問題があると思うんですけど、どうやって数字を出しているのかなと思ひまして。</p>
松野主査 (事務局)	<p>現行の第１期計画の策定のときに調査をしております、全数の中学校高校ではないのですが、その中から抽出した学校に対して、未成年者の飲酒率について北海道で独自の調査を実施しています。当課だけでやっている調査ではなく、他の課と調整しながら当時から調査をしております、第２期計画の策定と調査時期がずれていたために、今回の計画策定では新たな調査をして数値を盛り込むということはできなかったのですけれども、このあと、来年度か再来年度おそらく調査されるのではないかと思います。</p>
加藤委員	<p>基本的には何かしらの母体に対する自己申告のようなものなのではないでしょうか。</p>
松野主査 (事務局)	<p>調査票です。</p>
加藤委員	<p>補導された数といったものとは違うのですね。</p>
松野主査 (事務局)	<p>そういったものではないです。</p>
加藤委員	<p>数字を出すには難しい部分があるかと思ひまして。ありがとうございます。</p>
河西会長	<p>他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。一旦ここで終わりにしまして、次の議事「自殺対策の取組状況について」事務局からご説明をお願いします。</p>
唐牛係長 (事務局)	<p>自殺対策の取組状況について、資料２に沿って説明させていただきます。</p> <p>まず、資料２の「１ 令和２年における自殺の状況について」です。いろいろ報道もされておりますけれども、自殺者の総数は、全国的には昨年から９１２人増加しております、北海道で見ますと昨年から２１人減少してはいるんですけども、６月以降は昨年よりも増えている月が多い状況になっております。自殺死亡率、１０万人当たりの自殺者数で見ますと、全国は１６．７、北海道は１８．１となっておりまして、北海道は昨年より減少はしているんですけども、全国の値よりは高い値になっております。また、男女別で見ますと、全国・北海道ともに、女性が増加しております、男性は減少しているという状況になっております。また、年代別で見ますと、全国は４０代以下、７０代以上で増加しており、道では２０代以下、７０代以上で増加している状況になっております。また、原因・動機別で見ますと、全員の原因・動機がわかっているわけではないのですが、わかっている方の原因・動機別で見ますと、全国では、原因・動機の割合に大きな変動はないように見えております。道では、経済・生活問題の割合が少し減少しているように見えております。</p> <p>続きまして、「２ 市町村自殺対策計画の進捗状況について」ですが、現在、自殺対策基本法によりまして、市町村でも自殺対策計画の策定が義務づけられております。これまで道では、道立保健所ですとか、精神保健福祉センターで、市町村支援をしてきておりまして、直接計画作成を支援をしたりですとか、意見交換会をするなどして、計画策定の支援を行ってきたところでございます。現在の策定状況を見ますと、道内１７９市町村のうち、策定済が１４７で、この３月末までに策定予定が５ありまして、令和３年度以降策定予定というところが２７あります。引き続き、支援をしていきたいと思っております。</p> <p>次に、「３ こころの健康ＳＮＳ相談事業」についてです。令和３年度から、自殺リスクを抱えた方からの相談に、より対応できるようにするために、ＳＮＳを用いた相談体制を構築したいと考えております。ちょっとＬＩＮＥの問題がありまして、開始時期など未定になっているところではありますが、事業内容として予定していますのは、ＳＮＳ相談の実施ノウハウのある事業者の方へ委託をして実施をしたいと考えております。ＳＮＳ相談を入口としまして、必要に応じて、精神保健福祉センターですとか、保健所での相談につなげていけたらと考えております。</p> <p>次に「４ 自殺総合対策モデル事業」を、第３期北海道自殺対策行動計画の重点施策の一つとして、令和元年度から実施しております。内容について精神保健福祉センターの岡崎所長からご説明をお願い致します。</p>
岡崎所長 (事務局)	<p>精神保健福祉センターの岡崎でございます。</p> <p>それでは、「06-2 別紙自殺総合対策モデル事業イメージ」という資料をご覧ください。それでは資料映写をお願いいたします。これがこのモデル事業の概念図ということになります。この事業は資料２にも載っておりますように、北海道の第３期行動計画の</p>

中に組み込まれているものによって行われている事業ということになります。別海町における自殺対策の下に六つの骨子と書いてありますが、これは岩手県で先行している久慈地域モデルというのがあるんですけれども、それに基づいて、この六つの骨子で事業を進めております。これまで別海町で行われてきた取組をそれぞれの骨子にあてたものが書かれておまして、それと、その右に書いてあります、別海町自殺対策行動計画と組み合わせる形で、事業を展開しているところでございます。

次のスライドをお願いいたします。これが、皆さんのお手元の資料「06-3 別紙自殺総合対策モデル事業」というものの、2枚目のスライドということになります。次のスライドをお願いいたします。スライド3ですけれども、これが総合モデル事業の目指すところということで、この三つを目標に現在進めているところでございます。今回のこの別海町をモデルとして、全道・全国に成果を発信していきたいと考えております。次のスライドをお願いいたします。先ほど六つの骨子ということをご説明しましたけれども、これまで行っている事業をそれぞれ骨子に当てはめたのがこのスライドということになります。次からがそれぞれの骨子で、具体的にどのようなものやってるのかというスライドになります。

それではスライド13をお願いいたします。今年度行った実績がスライド13でございます。今年度は新型コロナウイルス感染拡大のためなかなか現地に出向くということが難しかったんですけれども、ナンバー3とナンバー5については中標津保健所が、実際に参画しているものです。それから、私どもが現地に出向いたのはナンバー7のところ、本庁の皆さんと私ども精保センターでお伺いしましたし、ナンバー10と15については、道の自殺対策のアドバイザーである河西会長にも、ご出席・ご参画いただいているところでございます。次のスライドをお願いします。16についても、15と同じ日ですけれども、河西教授と私の方で、別海町長に現在の進捗等を説明をしているということがあります。ナンバー19については、私どもの職員が、中学校の方に出向いて、講演会を実施しています。ナンバー21と27ですけれども、ゲートキーパー研修を行っていますが、これは、リモートで研修を行っています。それから23「啓発グッズ」と書いておりますけれども、ギャラリービューになさっていたら見ていただきたいのですが、このようなチャームを札幌医科大学で作成いただいております。このチャームなんですけれどもモデル事業で開催した研修等でお配りをさせてもらっていますので、ここに掲載しているものでございます。

それではスライドに戻っていただけたらと思います。ナンバー24ですけれども、1月から2月にかけて、別海町の町民意識調査というものを実施しまして、3000人対象で1300人回収しております。現在このデータを解析中でございます。

それではスライド16に移ってください。2年目の成果と課題ということで今年度の成果と課題について示しているところです。ゲートキーパー研修は、先ほど申し上げましたように、リモート開催もしまして受講者数をふやしているところです。それから事例検討会を今年度初めて実施しまして、このような成果が得られたのかなと思っております。それからロードマップを作成しまして残り来年度まで1年間なんですけれども、この時期までにこのようなことを今やってみようというような共通認識ができているところです。また、先ほども申し上げましたように町民意識調査を実施しましたので、これからの対策の方向性についても示していけるものなのかなと考えております。今後の課題はここに挙げているところで、やはり、新型コロナウイルス感染症に対する影響であるとか、それから別海町での取組の定着化等々がこれからの課題なのかなと考えております。

それでは次のスライドをお願いします。来年度に向けてというスライドです。ゲートキーパー研修なんですけれども、今年度・昨年度実施できなかった積み残しが実はありますので、Webを活用するなどして回数を増やしていこうと考えております。事例検討会も今年度に引き続きまして、複数回行っていきたいと考えております。今年度、自死の既遂事例を取り上げましたので、そういったことも通して、町で自死遺族支援ができるようにということも考えております。町民意識調査結果については、町民の方にご協力いただきましたので、それを還元する場を設置していきたいということも考えておりますし、先ほど課題で申し上げたような、別海町における対策の定着化であるとか、医療機関とのネットワーク整備なども進めていきたいなと考えております。私の説明は以上でございます。

河西会長	ありがとうございました。道全体のこと、モデル事業のご説明と続きましたが、皆様から質問やご意見はありますでしょうか。
------	---

矢部委員	<p>矢部です、よろしいでしょうか。資料2の2ページ目の「3 こころの健康SNS相談事業」のことで、お伺いしたいんですけども、とてもこういう事業は必要な事業だと認識をしていて、その中でなかなか社会資源に繋がれない人の自殺者層が増えているのかなというふうには認識しているんですけども、このような形で委託をされるということではあるんですけども、道のほうでは、どのようなLINEを使ったものがありますよという周知をされていくのかとか、それも含めて委託をされていくのかとか、お伺いしたいと思いました。</p>
河西会長	<p>大事なお意見だと思いますが、いかがでしょう。</p>
唐牛係長 (事務局)	<p>ありがとうございます。周知の方法についてですけれども、道でもYouTubeですとか、Twitterですとか、そういった広報媒体も持っておりまして、Twitterとか結構フォロワー数も多かったりもしますので、そういったところを使って、若い人にも届くように、広報をしていくことを考えております。それ以外に一般的な方法ではありますが、ポスターの作成ですとか、できれば学校だとかSNSを使う方が多そうなどところにも配布できるように、できればなというふうに考えております。以上です。</p>
矢部委員	<p>ありがとうございます。本当になかなか繋がらなくて亡くなっていく方が多いと思いますので、頑張っていただければと思います。</p>
河西会長	<p>事前の打ち合わせで、私のほうで懸念を申し上げたのは、SNS相談にしても、電話もそうなんですけれども、どういう方が対応して下さるのかということなんです。適切なトレーニングを受けた方がやってく下さるのであればよいのですが、そうでないと困るので委託する団体の資質なども確認をしてくださいということをお願いしました。</p> <p>他にいかがでしょうか。</p> <p>つい最近、自殺の実態データが出たばかりですが、報道されているように女性と未成年の自殺、中学生・高校生・大学生の自殺が非常に増えています。女性が80人増え、前年度より1.3倍くらい増えたのですが、1年間でこれだけ女性の自殺が増えたということは、おそらく近年、なかったのではないかと思います。中学生・高校生の増加についてもすぐになんとかしなければならぬという状況です。そこで、なるべく早く施策を動かしていかなければならないところが、道の自殺対策連絡会議が書面開催になってしまいました。具体的な施策がすぐに動くよと思います。</p> <p>あとは、今週、札幌市の精神保健福祉審議会が久住会長の元で行われていて、そこでも申し上げたのですが、現状で、感染拡大のほうに人手がとられてしまって、自殺が増えているのにも関わらず、自殺対策を動かしていくほうに人材が回らない、業務が回らないということが起こっています。東日本大震災のあともそうでした。先ほどの岡崎所長の話されたモデル地区事業は淡々と動いていて、割と関係者の方がオンライン会議で意見を交換する機会もありなんとか動いているところはありますが、それでもまだまだというところなんです。</p> <p>追加で、前にも申し上げたのですが、別海での取組は、北海道の歴史上では初めての本格的な地域自殺対策の介入事業となっています。もちろん町役場が中心ですが、コンセプトをきちっとみんなで合わせて断片的にはではなく面でもって総合的に動いているという感じです。ネットワークというところには、行政の二つの組織名があるのですが、上部組織があって、実務で動く組織があって、町には細かいネットワークがあって町全体がネットワーク化するというイメージです。町を変えていく、町のメンタルヘルスリテラシーを上げていくことで自殺を防ぐということで、そのコンセプトは町長や副町長とも共有されています。</p> <p>私の方から道庁のかたがたにお願いですが、広域の北海道において、パンデミックになってしまうと、ZOOM会議すら開くことができないということが長く続きました。セキュリティ対策が必要ということで、結局、別海と精神保健福祉センター、道庁、札幌医大でオンライン会議をやるにも、なかなかできないのです。道立保健所が別海町の役場と協働してやるにも、中標津保健所から根室までわざわざPCを含めて機材一式を取りに行かないとオンライン会議ができないようで、非常に非現実的です。パンデミックで、感染予防のために人が動いてはいけぬ、だから遠隔で会議をやらなければならない、しかしそれができないということで、地域自殺対策がストップしてしまったのですが、これが、精神保健福祉センターでも道の保健所でもなんともならない部分だと思うし、この審議会の中でもなんともならない部分だと思いますので、道の上部の組織でそういった問題を扱っていただいて、スムーズに遠隔会議ができるようにぜひ上部会議</p>

	<p>で具申していただきたいと、精神保健福祉の関係者が困っているという話を上げていただければと強く強く望みます。</p> <p>ほかに皆様からご意見、あるいは、同じようなご経験があれば、共有していただければと思うのですけれども。</p>
<b>吉野委員</b>	<p>さっき河西先生もおっしゃったように、本当に20代以下の、当院でも思春期ストレスケア病棟もあるものですから、10代の患者さんが多いんですけど、10代の特徴として、強く感じているのが、理由のない希死念慮なんですね。とにかく、何か原因があるというわけではなく、ただ死にたいという気持ちに襲われていることがすごく多いなという風に思っていて、どうケアしていくかな、というところを苦労しているところなんですけど、SNSの相談事業って10代であるとか、そういうところのターゲットにはすごくいいツールだなと思っているんですけど、たぶん、この人たちって助かる方法ってまずあんまり見つけられなくて、多分自殺の方法であるとか死ぬ方法をたくさん探してるところが多いんですけど、そういう中で、こういったSNSとかで引かかる方法であるとか、助かる方法は探そうとしないと思うので、死ぬ方法を見つける段階で引かける方法って何か考えているのかな、とか、その辺がどうなのかなというふうにして聞いてたんですけどいかがでしょうか。</p>
<b>河西委員</b>	<p>かなり難しいご質問なので私のほうでお答えをまずしたいと思います。確かに常に死にとりつかれているような若者はたくさんいます。確かにつながりにくいとは思いますが、そういう人たちは、ネットとかスマホを駆使しています。例えば、Yahooは会社に理解があって、自殺に関する検索をすると、まずは支援ツール・支援組織が上のほうにくるようになっていきます。</p> <p>それから、ここにいらっしゃる委員は、皆さん対人支援従事者だと思いますので、従事者としては、自殺は予防できるという強い信念を持っていただければと思います。確かに、自傷行為などを頻回に繰り返しますし、一見理由がなく見えますけれども、その根っこというのは、吉野委員もご存じのように、生育環境とか、過酷な人生の歴史とか、そういうところにありますので、そこまで深掘りしたり、遡って行けば、受け止めるところからしか始められないかもしれませんが、それでもそこから始めることができます。あきらめないで私たち支援者はやっていきたいと思います。</p> <p>他にありますか。岡崎所長、地域の支援という観点でもよいのですが。</p>
<b>岡崎所長 (事務局)</b>	<p>吉野委員がおっしゃった危惧も、そういった危惧があるのだろうなと私もそうなのかなと思ったんですけども、なかなか、誰に相談していったらいいのだろうとか、そういうことをお考えの若い方というのも多くいるのももちろん思いますので、こういうところに相談するところがあるんだよっていうようなことを啓発していく、そのこと自体はとても大事なことだと思いますし、そのツールが例えば、本当に身近な方じゃなくて、そういう相談を、いつでも夜でもしてもいいんだよとか、そういうようなことが増えていくということも、いいのかなというふうには私は考えています。以上です。</p>
<b>河西会長</b>	<p>例えばいのちの電話の場合、多くのところで相談員の高齢化が課題となっていますが、例えば、デンマークのコペンハーゲンでの電話相談事業では、臨床心理の資格をとるための要件に、電話相談に対応するというのがあります。だから、日本とは全然違って、とても多くの若い方が相談員をしています。日本でもそうなれば若い方のコールを若い方が受け止めやすくなるかもしれないと思います。</p>
<b>岡崎所長 (事務局)</b>	<p>岡崎です。もう1点よろしいでしょうか。私はもう若者世代ではないのでそうでもないんですけど、やはり若い方っていうのは、電話に全然慣れてないというか、LINEとかSNSでのコミュニケーションが主になってるんだろうなというのが一つと、それから、すぐに反応が欲しいっていうような特徴もあるんだろうなと思うんですよね。だから、どこか相談場所に、例えば明日出向いてとか、そういうことではなく、今、すぐ返事が欲しいとか、そういったことで、こういうSNS相談っていうのが、なされているんだろうなっていうことも考えております。以上です。</p>
<b>河西会長</b>	<p>ありがとうございます。</p>
<b>矢部委員</b>	<p>すみません、少し話したくなっちゃったので一言だけ、よろしいでしょうか。吉野委員がさっき理由のない自死っていう話をおっしゃっていた時に、僕自身も当事者の1人として、その感覚ってすごくわかるものがあるんですよね。なんかそういうときに、何を求めているのかって本当にわかってくれるとか、優しさだったりとか、あたたかさだったりとか、自分が安心できる居場所みたいなものを、そういうのが、その時に欲してるなっていうふうにしたのが1点と、これは施策とか関係ないかもしれませんが</p>

	<p>も、そういう同じような経験をした仲間みたいなのっていうのも、やっぱり存在としては、支えになるなっていうふう思ったので、ちょっと一言だけお伝えしたいと思いました。以上です。</p>
河西会長	<p>ありがとうございました。私たちはモデル事業を持っているので、今のご意見も踏まえた形で、よい形を作っていたきたいと思います。ありがとうございます。</p> <p>続きまして、議事の3番です。「北海道におけるDPAT体制の整備について」事務局からまず説明をお願いします。</p>
松野主査 (事務局)	<p>それでは、資料3をご覧くださいと思います。画面共有をさせていただいております。令和2年度の北海道DPAT体制の整備状況ということでまとめておりますが、まず一つ目ですが、昨年の4月、DPATチーム登録意向確認を行っております。これは昨年度、令和元年11月に北海道DPAT研修を開催しております、その研修を受講していただいた医療機関の方を対象としまして、DPATチーム編成の意向確認ということを行いました。その結果ですけれども、10ヶ所の医療機関の方から、登録の意向ありますということで回答いただいております。その後の協定締結の作業につきましてはすぐ対応ができずに経過をしております、新型コロナウイルス感染対策の業務等でなかなか作業ができずにおりました。この後、協定締結は対象となる医療機関に協定を依頼予定としております。</p> <p>次に二つ目のところですが、DPAT統括者打合せということで、DPAT推進会議という会議があるんですが、その会議の開催前に、今後のDPAT体制の推進に関して、お二人の統括者にご意見を伺うということで、打合せの実施を計画いたしました。これも新型コロナウイルス感染症対策等があって、結果としては書面でご意見を伺う形式でさせていただいております。その後、また感染症の影響で推進会議の開催をしなかったもので、統括者のお二人からいただいたご意見につきましては、大変恐縮だったんですけれども、事務局としての考えをすぐ回答できずに経過しまして、先日書面開催といたしました。推進会議の開催にあたって、こちらの方も書面にて結果報告をさせていただいたところです。</p> <p>三つ目ですが、DPAT事務局主催の研修受講です。この研修は、従来は、集合研修で開催をされていたものだったんですけれども、コロナの影響で、今年度、e-learningとオンライン形式による机上訓練での研修会開催となりました。そのため例年よりも多数の受講が可能となっております。先遣隊研修につきましては事前の受講希望調査がありまして、これはDPATチーム登録意向ありと回答していただいた10ヶ所の医療機関に照会をしました。その結果6ヶ所の受講希望の回答があったんですけれども、そのあとの研修会の案内本通知がありまして、最終的には、北海道大学病院病院と、市立釧路総合病院の二つの医療機関のみなさまが受講ということになりました。受講者数は資料の通りとなっております。ほかに技能維持研修とか事務担当者研修とかそういった研修を受講してきました。それからDPAT事務局に確認しましたところ、令和3年度も今年度同様の形式により研修開催を予定しているということをきいております。</p> <p>最後四つ目ですが、DPAT推進会議ですが、これも感染症の影響等ということで、3月に書面により開催いたしました。DPAT体制整備状況、チームの登録意向確認結果、北海道DPATチーム編成の考え方、来年度の北海道DPAT研修のプログラム案について、お示しをしてご意見を頂戴しているところになってございます。説明は以上です。</p>
河西会長	<p>ありがとうございました。ご意見はいかがですか。</p>
久住委員	<p>久住です。よろしいですか。コロナの影響で非常に大変だというのは重々承知をしておりますけれども、やはりお話を伺っていて、アクションが遅いような気がします。これは先ほどの河西先生のお話にも重なりますけれども、全国の研修はもうオンライン、eラーニングで技能訓練まで実施しているわけですが、北海道ではDPAT研修を札幌市で1回実施しただけで、それ以外のところでは多分実施されていないと思います。北海道は広域ですから、もうちょっと参加者の裾野を広げる必要があると思いますし、前もグズグズしているうちに、胆振の地震が起こったということもありました。今後、コロナ禍で何か災害が起こる可能性も十分あるので、もうすこしスピードアップして準備を進めるべきではないかと思います。意見です。以上です。</p>
河西会長	<p>ありがとうございました。事務局からコメントできる場所はありますか。</p>
松野主査	<p>担当の業務の進捗等の管理が難しかったということで、結果としてこのような状況と</p>



(事務局)	<p>いうことは大変申し訳なく思っております。来年度以降につきましては、北海道DPA T研修もオンラインで開催をするということを考えておりますし、広域ですので北海道においてはそういう形での開催が適してるかなと思っておりますので、そういった形で進めていきたいと思っております。</p>
河西会長	<p>ありがとうございます。この感染拡大で大災害が起こると本当に大変なことになると思います。</p> <p>eラーニングにするにしても、オンライン研修にするにしても、中央の事務局から配信されるということですか。</p>
松野主査 (事務局)	<p>ここに書いてあるのは、国のDPA T事務局主催の研修でしたので、国の事務局が主催になっていただいて全国をオンラインでつないだという形です。来年度も、国のDPA T事務局の研修は同じ形で計画をしていると確認しておりますので、また対象となる医療機関にはご案内を周知して多数参加していただけるような調整ができればいいかなと思っております。また、北海道DPA T研修も同様の形がどれだけできるかは、これから調整したり検討しなきゃいけないんですけども、講師の方はDPA T事務局の先生方にもご協力いただきながら、調整していきたいと思っております。以上です。</p>
河西会長	<p>オンデマンドではないですね。</p>
松野主査 (事務局)	<p>はい、そうです。</p>
河西会長	<p>そうすると、一つの日程だと、参加できない方もいらっしゃるかもしれませんね。ほかにはいかがでしょうか。</p>
岡崎所長 (事務局)	<p>精神保健福祉センターの岡崎です。河西会長がオンデマンドかどうかというお話されていましたがけれども、技能維持研修の統括者研修や、事務担当者研修はオンデマンド研修だったという風に記憶しています。</p>
河西会長	<p>ありがとうございます。道庁の方から情報提供をお願いします。ほかにはよろしいでしょうか。それでは次は議事4、「措置入院等の運用マニュアル等について」です。事務局からご説明をお願いします。</p>
唐牛係長 (事務局)	<p>資料4になりますが、措置入院等の運用マニュアル等について、ご説明させていただきます。</p> <p>まず、マニュアルについてですが、措置入院に至るまでの運用のマニュアルと、措置入院後の退院後支援のマニュアルの二つありまして、措置入院のほうは、国のガイドラインに沿った運用マニュアルとする方向で検討を進めてきたところです。退院後支援マニュアルは、すでに検討いただいて、昨年の4月1日に、策定・施行をしているところです。</p> <p>今までの主な経過としましては、平成29年度に国から、ガイドラインが発出されまして、平成30年度と令和元年度に検討会議、ワーキンググループを開いて検討して参りました。その中で、措置に至るまでの通報の部分について、実態調査が必要ではないかという話もありましたので、通報の部分の実態調査を実施したところです。その結果については後ほど、岡崎所長から説明をいただきます。次に、令和2年度ですけれども、4月1日に退院後支援マニュアルの運用を開始いたしました。また、様々ご意見をいただいておりますが、通報までのあり方については、道警と協議させていただきたいということで申入れをしているところでございます。コロナの関係もあって、なかなか大変の打合せや、WEBも難しいということで、打合せができていないんですけども、今後協議を進めていく予定でおります。</p> <p>現在、措置入院の退院後支援マニュアルはできているんですが、運用マニュアルはまだ策定できていないという状況ですので、今後の検討方向としましては、国のガイドラインを基本にマニュアルを検討したいと思っております。23条通報のあり方については、それもマニュアルに含めるべきではないかというご意見もいただいていたんですけども、道警と検討・協議しながら、そちらは別途、適切な運用を図ることとしたいと考えております。その理由については、何点が記載しているんですけども、措置入院の運用に係るガイドラインは、基本的に法定受託事務に関する処理基準というふうになっておりますので、国の示した方向性とずれるような方向性を示すことは難しい状況になっておりますので、国のガイドラインをベースに策定する必要があるかなと考えております。</p> <p>次に、4の措置入院の退院後支援に関する運用マニュアルの運用状況ですが、昨年施行されて以降の運用状況を各保健所に確認いたしました。退院後支援の同意の確認を行</p>

	<p>った患者数は 35 人になっておりまして、新規の措置入院件数が 39 件ですので、おおむね多くの割合で確認ができていのかというふうを考えております。こちらの資料の説明は以上です。</p> <p>続きまして、岡崎所長から実態調査についてご説明いただければと思います。</p>
<p><b>岡崎所長 (事務局)</b></p>	<p>精神保健福祉センターの岡崎でございます。それでは、資料 4 別紙をご覧ください。どうもありがとうございます。</p> <p>それでは、平成 30 年度中の警察官通報に関する実態調査の結果についてご説明いたします。次のスライドお願いいたします。</p> <p>北海道では厚生労働省が平成 30 年 3 月に発出しました措置入院の運用に関するガイドラインを踏まえた北海道版マニュアルの作成作業を行ってきましたけれども、なかなかその意見がまとまらないということもありまして、ガイドライン検討会議ワーキンググループの意見を受けまして、昨年 1 月に道立保健所、26 保健所を対象に実態調査を行っております。回収率は 100% で、すべての保健所から回答をいただいております。主な調査内容はここにご覧の通りでございます。次のスライドお願いします。</p> <p>通報された方の転帰について示したスライドでございます。1 年間で 23 条通報は 515 件ありまして、要診察が 46 件、診察不要が 467 件、保留が 2 件となっております。要診察 46 件のうち、要措置と判断されたものが 33 件、措置不要が 13 件でございます。措置不要となった 13 件のすべてが他の形態でその後入院となっております。診察不要となった 467 件ですけれども、その後、他の入院形態で入院されたものが 257 件、入院なしは 210 件となっております。要診察となったもの、診察不要となったものを合わせまして、他の入院形態での入院となったものが 270 件でございます。そのうちの入院形態はご覧の通りの件数ということになっております。この結果ですけれども、下にまとめて書いてありますが、通報全体の 8.9% である 46 件が要診察でございました。措置診察の結果、要措置となったのは 71.7% で、通報全体の 6.4% となります。他の入院形態で精神科入院していたのは 270 件だったんですけれども、これは通報全体の 52.4% に当たるものです。次のスライドお願いします。</p> <p>通報内容関係ということで、通報内容で自傷他害の有無についてクロス集計をしております。それが表 1 になります。自傷行為あり・なし・不明、他害行為あり・なし・不明で、クロス集計しているんですけれども、自傷行為・他害行為のいずれもありではないもの、なしか不明ということなんですけれどもこれが 104 件ありまして、そのうち、いずれもなしというものが 92 件ありました。これは警察からの通報書から読み取れるもの読み取れないものというような形で判断されてるものだと思いますが、全通報の 2 割程度が法 23 条通報の要件を満たしていない可能性があります。次のマルですが通報内容における自傷他害の有無と事前調査における自傷他害の有無、これが表 2・3・4 ですが、表 2 を見ていただければいいと思うんですけれども、「いずれかが有」なのか、「いずれも有以外（なしか不明）」かでクロス集計をしています。そうしますと、通報で「いずれかが有」であった 411 件のうち、保健所による事前調査でも「いずれかが有」とされたものは半数に満たない 200 件ということでしたので、警察による自傷のおそれ、他害のおそれの評価と、保健所による評価の間には乖離があることが示唆されます。次のスライドお願いします。</p> <p>先ほど、診察不要とした被通報者のことについて、257 件、他の入院形態で入院ということなんですけれども、その診察不要がどのような理由だったのかということ調査しております。この下にどのような理由であったかが分けられているんですけれども、これは基本的には、下で四角で困っております、措置入院の運用ガイドラインの①が主治医等見解、②が精神障害の根拠なし、③が自傷他害なしというように、これに準拠した形になってまして、それにプラスして、すでに入院しているものという分類と、逮捕等されていて、司法的な対応になっているというものに分けております。そうしたところ、どの理由であっても、既に入院というものの以外は、半分くらいは他の入院形態で入院になっているということでございます。その 257 件の入院形態別の内訳がその下にまた分かれて記載してあります。次のスライドお願いします。</p> <p>先ほども申し上げたところでございますけれども一定程度が措置入院以外の形態で精神科病院へ入院しておりました。精神科病院に入院していた 257 件のうち最も多いのは医療保護入院で、193 件、75.1% ということでございます。それから先ほど診察不要となった理由が精神障害の根拠なしというものが 59 件ありまして、そのうち、他の入院形態で入院されてるものが 24 件、ありました。一見、精神障害の根拠なしって言われると、どうして精神科病院に入院してるのかなと私も疑問に思いましたので、それがどのようなもの</p>

であるかというのを少し下に記載をしております。通報時に精神障害の診断がなされていたものは19件で、その内訳は、F0が2件、F2が8件、F3が4件、F4が1件、F6が1件、F7が5件、F8が1件、G40（てんかん）が1件ということでありました。これは重複があります。措置診察不要とした具体的な理由、これは自由記載をしておりますので、私の方で少しカテゴライズしております、「調査時において精神症状が明らかではない」というようなカテゴリと、「精神症状と自傷他害の関連が乏しい」というようなもの、それから「措置診察の対象とならないと考えられる精神障害、具体的には知的障害F7、発達障害F8、パーソナリティ障害F6というものに分けられるのかなと考えております。この3点に分けたんですけれども、この3点は、以下の点で、ガイドラインや法令と異なった運用がなされているのではないかと考えています。1ポツ目、ガイドラインでは保健所の調査時点だけではなくて、警察官が通報に際して把握した被通報者の具体的言動を含むとしております。2ポツ目、ガイドラインでは、精神症状と自傷他害のおそれの関連がない場合を措置診察の決定をする場合として想定していないということです。これは、一つ前のスライドの下の近くに書かれているものなんですけれども。それから3ポツ目、これは法令の方なんですけれども、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第28の2の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」というものが厚生省告示でなされているんですけれども、この中に、自傷行為または他害行為のおそれの認定に当たって、その病状や状態像はこういうものだということが示されているんですけれども、その中に、「知能障害」というものや、「人格の病的状態」というものが示されておりますので、知的障害やパーソナリティ障害についても、措置入院の対象となる病状や状態像であることはあるということになるかと思えます。次のスライドをお願いします。

次のスライドは措置入院に関して、苦勞した事案というのを保健所のほうから自由記載でいただいております。それを抜粋して整理をしています。まず、警察に関する事案というのと、医療機関や措置診察を行う医師確保に関する事案の二つにまず分けて、警察に関する事案については、1つ目、警察から強い入院要請があるんだということで苦勞するという、2ポツ目、通報時の状況ですね、警察官職務執行法の下での保護をしている状況で通報するというのが、ガイドライン上でもベースになっているんですけれども、そうでないものがある程度あるというようなことで苦勞しているというようなこと、それからこの調査でも示唆されておりますけれども、警察による精神障害を疑うとか自傷他害というものの判断が難しいというような実態で困ることが寄せられました。2丸目が、医療機関や措置診察を行う医師確保に関する事案ということなんですけれども、1ポツ目は、精神科救急の課題ということで、措置入院のシステムに限らないようなご意見なんですけれども、精神科救急の輪番病院が指定病院等ではない場合の調整が困難であるとか、それから二次医療圏内に輪番病院がないということです。これは少し補足しますと、北海道では21の二次医療圏があるんですけれども、そのうちの10には輪番病院がないということでありました。それについては、道ではどうしているかというと、遠隔支援病院というものを知事が指定しております、それを活用できるのかなと思うんですけれども、そのあたりの運用に課題があるのかなと考えています。また、入院機関に受入条件があるんだというようなこともありました。指定病院等の分布に関する課題については、これもマニュアル作成とはまた別の次元の話なのかなと思いますが、なかなか近隣の病院に措置入院させることが難しいので、それについての負担が大きいというようなことでございます。それから措置診察を行う医師の確保に関する課題というものであるとか、それから措置診察の要否についての関係機関間の考え方の相違ということで、保健所の考え方と、医療機関での考え方が、食い違いがある部分があるというようなご意見もありました。それでは次のスライドをお願いします。

最後がまとめのスライドなんですけれども、課題を3点にまとめてみました。一つ目は、措置入院に関する精神保健医療体制に係る課題ということで、先ほど指定病院の分布のところでも申し上げましたけれども、マニュアル作成と直接の関連はないのかもしれませんが、精神科救急に関する課題とか、指定病院等の分布に関する課題などがあげられています。この課題については、地域関係者、指定病院等を含む精神科医療機関や精神保健指定医と課題を共有しまして、要措置と判断された方の受入であるとか、措置診察に先生たちの協力を得るような取組が必要ではないかと考えます。2つめが、北海道版マニュアルの記載に関わる課題なんですけれども、先ほど、ガイドラインや法令と少し食い違いがあるような運用がなされていることが示唆されるということだったんですけれども、今後のこととしまして、マニュアルへの具体的な記載内容については、ガイド

	<p>ライン等に沿った記載にするのかこれまでの運用に即した記載にするのか等検討が必要であるというふうにまとめてみました。これは、私が何を危惧しているかということ、マニュアルができたはいいけれども、それに基づいてするのが、なかなかその地域としては難しいということがあると、せっかくマニュアルは作られてもあまり意味がないものだと思いますので、中央がトップダウンで行わせるものではなくて、地域が実行可能な範囲で、ガイドラインをベースにしたような内容にするべきなのではないかということを考えております。3つ目の丸ですけれども、通報及び診察の要否に関する考え方などグレーゾーン事例の課題ということで、警察と保健所、それから、保健所と医療機関で、考え方が違う部分があるというような調査結果になっておりますので、その辺りの関係機関間の考えをすり合わせていく作業が必要であるという風にまとめてみました。その場合ですが、下の行に書いてますが、場の設置にあたっては、どういった圏域ごとに設置すべきなのかについても検討が必要だと思います。例えば全道レベルとか、精神科救急ブロックは8ありますのでそのブロックごとに設けるであるとか、二次医療圏単位なのか、保健所が措置通報を受けますので保健所単位なのか、例えば全道レベル&amp;二次医療圏とか、その二つ設けるべきだという考え方もあるかと思うんですけれども、どういった圏域ごとに設置すべきなのかについても検討が必要なのかなと考えました。</p> <p>以上、長くなりましたが、説明を終わります。</p>
河西会長	<p>ありがとうございました。26保健所の協力、回答率100%というデータを集めており、次の議論のためにとっても大事なデータになると思います。ご意見はいかがでしょうか。</p>
久住委員	<p>久住です。よろしいですか。実態調査は、かなり詳細に調べて分析していただいたので、大変参考になりました。ご存知のように、北海道、札幌市もそうですけれども、通報の数がすごく多いにもかかわらず、診察の数が少ないですし、実際の措置入院の数も少ない。それはなぜなのかということがずっと問題になっていたわけですが、一部その原因がわかるような調査結果になっています。また、若干驚くような結果、要は、自傷他害がともに無しなのに通報されているとか、或いは、警察側と保健所側の解釈が合っていないというような内容も含まれていて、よくきちんと報告していただいたと感謝をいたしますが、やはりこれをすべて今後に生かさなければならぬのではないかと思います。私の質問は、前段の報告についてで、道警本部に話し合いを申し入れているけれども回答待ちとのことですが、自傷他害の定義が道警と保健所でずれているというのは相当な問題で、早急に解決すべきと私は思いますけれども、いつごろ申し入れて、いまだに回答がないということなんでしょうか。</p>
瀬下補佐 (事務局)	<p>事務局でございます。今岡崎所長からご説明いただいた調査結果を踏まえまして、年明けにかけて、まず一度、道警に申入れを行ったところでございます。コロナ対応で、対面での打合せが難しいということでしたので、文書のやりとりしようということ、こちらから文書を発出しております。で、確かに久住先生ご指摘のように回答は来ていないということでございますけれども、これにつきましては、道警と再度協議しまして、今の予定では、週明けにまず1回目の対面の打合せを行う予定としております。以上でございます。</p>
久住委員	<p>もう一つよろしいでしょうか。今後の検討方向をまとめていただいたのですが、印象で申し上げて申し訳ないのですが、かなり詳細な調査結果が出た割にこちらの今後の検討方向は随分あっさりしています。事務局内では、この調査結果に基づいて、きちんと今後の方向性に関するすり合わせは行われているのでしょうか。</p>
瀬下補佐 (事務局)	<p>事務局でございます。詳細調査いたしまして、精神保健福祉センター岡崎所長を中心として分析をしていただきましたので、この結果を踏まえまして、主として通報の関係の調査ということもありましたので、これを携えまして、まず通報のあり方について、道警の方と協議をしていくのが一点、そして、調査結果報告にもありました通り、措置入院に関して苦労した事案等々も調査してございますので、それを含めて、道版のマニュアルの検討をしていくということで進めようとしております。以上でございます。</p>
久住委員	<p>よろしくお願ひします。それから、調査でも指摘されたように、保健所が、措置診察不要と判断した中に、必ずしもガイドラインや法令と異なる運用がなされている事例も含まれているようですから、そのあたりもしっかり検討していただきたいと思います。以上です。</p>
瀬下補佐 (事務局)	<p>事務局でございます。この調査結果につきましては、今後、措置入院のマニュアル等を検討する検討会議、或いはその前段のワーキンググループといったところにも提示を</p>

	いたしまして、検討していきたいと考えております。以上でございます。
河西会長	<p>ありがとうございました。元々、対人支援職とはいえ違う視点でもって仕事をしている人たちなので、見解が合わないのは当然あると思います。だからこそ、マニュアル作ったらそれでOKということにはならないと思います。模擬事例などを使って、ワークショップというか、しばらく勉強会をしないと、本当に定着していかないのではないかと思います。ロードマップを作っているいろいろなことをしていくことを考えてもよいのではないのでしょうか。事務局いかがでしょうか。</p>
瀬下補佐 (事務局)	<p>事務局でございます。はい。ご指摘の通りかと思えます。地域によっては、地元の保健所と地元の警察との間で勉強会・学習会というのを開いて、その通報のあり方等を検討している事例もございますので、こういった事例を、全道で取り組むようにすることも、今後の協議の中で考えて取り組んでいきたいと考えております。以上でございます。</p>
河西会長	<p>ありがとうございました。会議にいらっしゃる警察の管理職の方と、現場の警察官と全然認識が違うこともあり、いろいろ課題はあると思います。他にはご意見ありませんでしょうか。</p> <p>では、最後の議題になりますけれども、「精神保健医療分野の新型コロナウイルス感染症に対する対応状況について」になります。事務局からご説明をお願いします。</p>
唐牛係長 (事務局)	<p>資料5の「精神保健医療分野の新型コロナウイルス感染症に係る対応状況について」ご説明させていただきます。まず1つ目ですけれども、4月に「北海道における新型コロナウイルスにかかる入院調整の留意事項」ということで、下に記載されているフロー図を各医療機関にお示しさせていただいたところです。基本的には、精神科病院に入院中の方などで、感染された方がいたときは、精神病床とコロナ病床を有する病院から順に入院調整をしていきますということ、また、クラスターが発生している場合で、入院調整が難しい場合は、精神科医療機関内で診ていただくこともあり、その場合は、感染症のスタッフの応援ですとか、資材の提供をします、ということ、基本的なフロー図を示したところです。</p> <p>また、11月には、こちらを再周知させていただくとともに、医療機関の皆様へ、感染防止策と体調管理を徹底してくださいというお願いと、あらかじめマニュアルを作成するなど、感染者ですとか、疑い患者が発生した時に迅速な対応に備えてくださいというお願い、また、感染が疑われる発生したときは迅速に管轄保健所へ連絡をお願いしますというお願いをさせていただいたところです。</p> <p>続きまして、道が取り組んでいることとしましては、クラスターが発生した施設・宿泊療養施設において、精神保健福祉センターが、こころのケア活動を行っております。その実績等については、後程、岡崎所長から説明いただきます。</p> <p>3番目ですが、集団感染が発生した場合の支援事業ですけれども、様々、事業ありまして、医療チーム派遣事業ですとか、ナース派遣事業、介護職員の派遣事業など、用意しておりまして、応援職員をできるだけ派遣できるように、事業の整備はしております。今、北精協さんの方で、派遣できる医療機関のリストの作成ということにも取りかかっているところです。精神科はなかなか派遣が難しいという部分もあると聞いておりますので、今後、北精協さんの取組も進めていながら、協力してやっていけたらと考えております。</p> <p>最後に説明いたしますが、精神疾患を有する感染症患者さんについて対応が難しかった事例などを保健所から集めましたので後程説明させていただきます。</p> <p>また資料には書いていないんですけれども、先日、ワクチンの優先接種について、重い精神疾患を有する方も優先接種の対象にするというような通知が国から出ております。その詳細な内容は今後示される予定ですがそういう状況になっておりますので、状況を共有させていただきます。</p> <p>続いて岡崎所長から、クラスター施設・宿泊療養施設での心のケア活動についてご報告をお願いいたします。</p>
岡崎所長 (事務局)	<p>道立精神保健福祉センターの岡崎でございます。資料5別紙1をご覧ください。ありがとうございます。「新型コロナウイルス感染症クラスター発生施設及び宿泊療養施設こころのケアについて」という資料です。そうしましたら、次のスライドをお願いします。</p> <p>精神保健福祉センターによるこころのケア実施施設ですけれども、クラスター発生施設は12施設、それから、宿泊療養施設ですが、これは、北海道の6つの三次医療圏にそ</p>

れぞれあるんですけれども、そのうち札幌の施設については札幌こころのセンターが支援されておりますので、それ以外の5ヶ所の施設で私どもで支援を行っております。スライド4をお願いいたします。

まず、クラスター発生施設のこころのケア活動の流れですけれども、クラスターが発生しますと現地に、概ね対策本部という名前ですけれども、現地での活動拠点のようなものが設けられますので、その対策本部から精神保健福祉センターにケアの要請がありまして、要請があったらその日のうちに概ねこころのケアチームは編成しているということになります。編成して連絡を取り合って、訪問する日程を調整してこころのケア活動を行うというような流れになります。初回訪問でまず打合せをしまして、ねぎらいであるとか、情報把握、管理者へ説明をします。リーフレットを提供しましてその使い方であるとか、やはりトップが組織一丸となって、これに取り組んでいきましょう、今の窮地に取り組んでいきましょうということが大事ですよとか、そういったことをお伝えして、今後の方向性について話し合いを行います。クラスター発生施設につきましては右側の矢印のところでした、週1回程度、組織への電話での定期連絡をさせていただいております。その中で、メンタルヘルスに関して調子を崩してのような方がいたらお声かけをしていただいたり、私どもへの電話相談を勧めていただいたり、そういったことをさせていただいております。それから組織としてのお困りごと、個別ではなくて職員全体にどういう取組をしていただければいいのだろうかというような組織に対する支援というものをしております。クラスターが収束しましたら対策本部の方は撤退しますけれども、（こころのケア活動は）引き続き、必要な時期まで、電話連絡を続けて支援を続けていって、先方の方から大体落ち着きましたのでこれで終了でいいですよというようなことを確認したら、こちらの方の定期連絡は終えます。ただし必要に応じて、また何かありましたらいつでもご相談くださいというようなことをお伝えして終了ということにさせていただいております。

スライド8をお願いします。これがまとめスライドですけれども、方針としては、私どもが実際に出向いて個別の方の相談に応じるというのは全道やはり広いので、なかなか難しいので、電話相談だけにさせていただいております。そして組織的なメンタルヘルスケア体制の整備ということで、組織への支援ということを主にやっているということになります。その要望の方は様々なんですけれども、必要に応じて施設ごとに対応していけばいいかなと考えております。定期連絡で個別の相談に繋がった事例は4施設6名、これは1月の時点で、こういった数値になっております。しかし、個別相談とまではいかないんですけれども、定期連絡の中で心配のある職員について対応を確認して助言する例というのも複数ありました。終了に向けては、先ほど申し上げたとおりでございます。

スライド10を出していただければと思います。宿泊療養施設のこころのケアの流れです。振興局の方で対策本部の業務を担っているわけですけれども、宿泊療養施設が立ち上がったから、その時点で、ご連絡をいただくというような形になっております。要請がありましたら、クラスター発生施設と同様に、こころのケアチーム編成し、日程を調整しまして、実際に施設に出向くということにさせていただいております。初回の中身は先ほどと同様なのかなと思います。定期連絡の方は、週2回させていただいております。これは宿泊療養施設で療養される方の回転がある程度早いということ、看護師さんも入れ代わり立ち代わりなので、週2回程度が適切なのではないかと考えまして、このようにしているところでございます。

スライド14をお願いいたします。スライド14が宿泊療養施設のこころのケア活動のまとめスライドということになります。先ほど申し上げたように基本的には立ち上げから間もなく要請がありまして支援を開始しているということになります。それから、初回打合せでは、施設担当の看護師さん二名が常駐されているんですけれども、看護師さんにメンタルヘルス支援のポイントの説明と、個別相談が必要な入所者に対するつなぎの説明行っております。精神科経験のある看護師さんもしゃるし、そうではない看護師さんもしゃるということであるとか、それからやはり看護師さんは、対面でのケアが主になりますので、宿泊療養施設で電話というのがなかなか難しいというような声も伺ったりはしております。個別の相談に繋がった事例は2施設4名ということなんです。これは1月時点です。終了については、今のところは、一旦、各地域の感染者数が減って、一旦施設の稼働が中断していくというような時期もあるんですけれども、それでも療養者が入れれば入所者が入れればすぐに支援を再開して、今でもその5施設とも支援を継続しているという状況になっております。

	<p>スライド17をお願いいたします。スライド17はクラスター発生施設と宿泊療養施設の特徴について書いてあります。概ね先ほど申し上げたところなんですけれども、クラスター発生施設の方は、施設全体を支える施設への支援というようなことを主に行っておりますし、宿泊療養施設のほうは電話相談をしてくださいますとっておりますので個人に対する支援というのが、それが両施設の相違点なのかなと考えております。</p> <p>それではスライド20をお願いいたします。現在当センターで考えている課題がこのスライドになります。クラスター施設では、施設のニーズと、センターのこのころのケアの限界というものがあるのかなということであるとか、センターが直接出向くという機会もなかなか作るのが難しいのでどこに焦点を当てると効果的な支援となるのかが見えにくいかなというようなことも課題かなと思います。それから4ポツ目としては、職員の方自身のこのころのケアに対する偏見や心理的な利用しにくさというものもあるのかなというようには考えております。それから宿泊療養施設の方ですけれども、先ほど申し上げた精神科医療の経験の少ない看護師さんがいらっしたり、それから、普段は対面でのケアをやっているというのが看護師さんだと思いますので、遠隔でのコミュニケーションが難しいというような課題はありそうです。それから、3ポツ目は先ほどクラスター施設の方でも示した課題なのかなというふうに考えています。</p> <p>21枚目のスライドをお願いします。今後の方向性ですけれども、関係者とのコミュニケーションを丁寧に、よりの確なアセスメントや支援と受援の方向性をすりあわせて、よりよい関係づくりを行っていかねばならないなと思います。それからこのころのケアに関する啓発というのも大事だなと考えております。私たちも今経験を積み重ねているところですが、その経験を共有して、対応する人材を育成していかねばいけませんということであるとか、実績を積み上げることで、介入方法等々をブラッシュアップしていきたいというふうにも思いますし、この活動を通じて、個人や組織が日常を取り戻す作業、回復を助ける支援をしていきたいというふうに考えております。説明は以上になります。</p>
<p><b>河西会長</b></p>	<p>ありがとうございました。</p>
<p><b>唐牛係長 (事務局)</b></p>	<p>すみません、あと一つ資料を説明させていただきます。すみませんが、少しお待ちください。</p>
<p><b>河西会長</b></p>	<p>相談対応のところにリテラシーが関わってきます。札幌医大でも、医療者に対するメンタルヘルスケアをやっています。メンタルヘルス・スクリーニングをして陽性となったかたと面接をと思っても、本人から拒否されたり、あるいは上司が面接を受ける機会を抑制してしまうようなところもあるように思います。</p>
<p><b>唐牛係長 (事務局)</b></p>	<p>すみません、お待たせいたしました。最後の資料になりますが、精神疾患を有する新型コロナウイルス感染症患者さんに係る対応困難事例ということで、保健所に照会をしまして、いくつか事例をまとめております。</p> <p>まず1ですけれども精神科病院でクラスターが発生した事例で、難しかった点というのを①から⑤まで挙げております。まず①ですけれども、コロナの感染受入病床が逼迫していたなどの状況があって、精神科病院内で療養が必要となって、看取りまで行った例もあるというところで、難しい点があったという話がありました。また2点目ですが、精神科病院内で、普段は行うことのないゾーニングですとかPPEの着脱などの感染防御の実践が必要となって、その技能がまだない状況で、対応が難しかったという話ですとか、院内に関する防御のための資材が不足していたという話もありました。また、職員が感染したことで勤務する看護師が不足したですとか、4つ目として、陽性者以外で、濃厚接触のない患者さんの転院の調整をするのが難しかった、また、5つ目として、先ほど資料5の最初に示したフロー図では、「院内で感染予防策を講じることが困難な場合は、濃厚接触のない方は転院させる」となっているんですけれども、感染予防策を講じることが困難かどうかという判断をするところが難しかったというような意見もありました。</p> <p>また、2ですけれども、精神科病院に入院中の患者さんが、新型コロナウイルス感染症の陽性となった事例では、もともと精神科の服薬調整のために、精神科病院に入院していた方が、コロナに感染して、ただ、新型コロナウイルスは無症状だったという場合に、感染症の治療のために、総合病院に転院をさせたんですけれども、転院後、精神状態が不安定となって、精神科治療が必要な状況の方について、精神科治療と身体治療のいずれを優先するかの判断を保健所で行うのが難しかったという事例がありました。</p> <p>次のページの3番ですけれども、新型コロナウイルス感染症で一般病院に入院中の方</p>

	<p>が、精神保健福祉法上の措置入院が必要な状態となった事例がございました。困難だった点としては、管内の精神科医療機関でなかなか措置入院の受入先が見つからなかったということですか、管外の医療機関に移送することになったんですけども、患者さんの行動特性ですか、感染症治療の観点で、鎮静剤を使用することも不可能であったということもあって、結局、移送ができなくて、移送を断念したという事例もございました。また、管内の精神科医療機関で、感染症の療養後の転院受入先を探したんですけども、なかなか見つからなかったということもございました。</p> <p>また、最後ですが、在宅の精神疾患を持っている方が新型コロナウイルス感染症に感染した事例で、精神症状で暴れがある可能性があって、移送に危険が生じる可能性があったという事例も挙げられております。</p> <p>課題の提示だけで終わってしまって、解決策まで示せる状況にはないんですけども、ご紹介させていただきます。以上です。</p>
河西会長	<p>ありがとうございます。</p> <p>「暴れる」と言われましたが、文言を選んだほうが良いと思います。精神運動興奮で不穏であったとか、誤解されない表現をされたほうが良いと思います。</p> <p>今までの3つのご報告で、みなさんから何かご意見はありますでしょうか。</p>
久住委員	<p>久住です。よろしいでしょうか。保健所からの聞き取り調査で、いろいろな問題点があるということが指摘されています。一番最初に示していただいたフロー図というのは感染拡大当初に作られたもので、この1年間の経験の中でいろいろな問題が出てきているということですので、全体的に総括をした上で、フロー図等をまた作り直して欲しいと思います。さらに言えば、今、保健所側からの話が出ましたが、実際にコロナに感染した札幌市内の精神科の患者さんは、本日、向井院長もいらしてありますが、ほとんど市立（札幌）病院精神科で治療をされていました。私は同院精神科と定期的にミーティングをしていて、そこから聞くところによれば、そのほかにもいろいろな問題点、つまり受け手側から見た場合の問題点もあるということがわかりましたので、ぜひ、そちらにも聞き取りをして、問題点を抽出していただきたいと思います。例えば、このフローは入院患者さん中心になっていますけども、結構問題になるのが、外来の患者さんが、発熱や感染が疑われる状態であつ、入院を要する場合に、その患者さんがたらいまわしになってしまうという事態が生じることもありますし、或いはコロナの感染症の治療が終わって、元の精神科病院に戻そうとした時に、退院基準を満たしているにもかかわらず、なかなか受け取ってもらえないという事態が生じたりしているようです。入院の入口と出口双方に問題があるのではないかと思いますし、変異株が出てきて退院基準が変わると、また同じような事が繰り返される可能性もありますので、このあたりも整理して、もう一度、再検討していただければと思います。以上です。</p>
河西会長	<p>とても重要なお指摘ですね。向井委員何か、どうでしょうか。コメントいただけますでしょうか。</p>
向井委員	<p>では私のほうから。我々のところで、かなりたくさん患者さんを受けさせていただきまして、やはり精神的にも問題になる方がいて、特に認知症の方とかで、ゾーニングを全く理解されない方を治療せざるを得ないことがありまして、そういう方が準汚染地域で看護師さんが普通にいる防護服着ないところに出てくるというようなことがあって、そういう方を、拘束せざるをえなくなってしまうようなことが多々あったということが一つですね。それと、精神障害というのとはちょっと違うと思うんですが、人格障害なのではないかと思うんですけども、入院されることは理解はされているんですけど、入院をする場に留まることができずに、自ら脱出してしまって、一般のところに出てきてしまったという方もいて、その方は結局宿泊療養施設のほうに保健所の監督の下で移っていただいたんですけども、宿泊療養施設の中でもその中に留まることができずに出てきていることがよくあったりということがありまして、現在ですと感染症法上の罰則規定というのもあるので、そういう方について罰則というのをどういう風に適用するのかなどということも問題になってくるのではないかなと。もう一つ、精神科病院の方なんですけど、我々も最初のうち基本的なゾーニングとかなかなかできなかったりとか、1処置ごとに手洗いというのがあまり徹底されていないということが一般病院でもあったんですけど、感染症が非常に活発になってから、普通にやれるようにはなっているんですけども、ぜひ精神科の病院でも、処置ごとに一人の患者さんを診察したら必ず手洗いをするとか、普通の感染症の予防的処置は、いかなるときもやっていただくようにするのが今後はスタンダードにすべきじゃないかなという風に思ってお</p>



	ります。以上です。
<b>河西会長</b>	<p>ありがとうございました。他にご意見はいかがでしょう。</p> <p>結局、今日もコロナに始まり終わる会議でしたが、ワクチンの普及とか変異型への対応となると、おそらく2022年までこの問題はかかってくると思いますので、今いただいたご意見についてヒアリングをしたりと補完をしながら進めていただければと思います。もちろん事務局任せでなくて、私たちも考えていかなければいけないと思います。</p> <p>先ほど、岡崎先生の報告の中で、なかなか連絡をとるのが難しいという話がありましたけど、遠隔で人をつなぐようなコミュニケーション・ツールとか、セキュリティーの問題をどのように乗り越えていったらよいのでしょうか。災害はすぐにでも起こる可能性があります。事務局はいかがでしょう。廣島さんや、森課長になるのでしょうか、今お答えになれなくても課題としては認識してはいただきたいと思いますがいかがでしょう。</p>
<b>廣島技監 (事務局)</b>	<p>保健所にも、外部とつなげるようなタブレットとか、そういったものを配布する予定にもなってますし、そういった機器の整備については、徐々に進んでいっているところではあります。ただ、元々、そういった部分がどうだったかという非常に貧弱だったので、今整えているというような段階というところですので、すぐにいろんな装備がそろうということではありませんけれども、これからのいろんな事態に備えるためにはそういったものを充実させていかなければならぬと、なかなか対応はできないんじゃないかなというふうに思っております。</p>
<b>河西会長</b>	<p>はい。東日本大震災も災害対応の電話とか、いろいろなツールが発達していきましたが、今は遠隔で会議ができるようなシステムが必要ですね。災害は待たないで起きてくるので、ぜひそういう意見があることを道の上の会議に上げていただければと思います。</p> <p>5つの議題は終わりましたが、ほかに何か積み残しの課題とか、新たにご意見があればと思いますがいかがでしょう。それでは、何かありましたら、事務局にメールでご意見も上げていただくことはできると思います。進行を事務局に戻したいと思います。皆様お疲れさまでした。</p>
<b>森課長 (事務局)</b>	<p>河西会長ありがとうございました。皆さんも、本日は長時間にわたりまして誠にありがとうございました。会長もおっしゃりましたが、今日コロナに始まり、コロナに終わるというような形で行っていただきましたけれども、まさに今、対応しなければならない事案です。こういったことを、このタイミングで皆様と協議できたことは大変貴重な時間になったと思います。いただいたご意見を次の施策にしっかり反映をさせていきたいと思っておりますし、今回、なかなかZoomということでしたので、ご意見おっしゃりたかったということがございましたら、どうぞ事務局まで、メールでも、ファックスでも、いろいろな方法でお知らせをいただければと思います。それでは以上をもちまして、令和2年度第3回北海道精神保健福祉審議会を終了させていただきます。次回の開催時期等につきましては、また改めてこちらからご連絡をさせていただきます。本日はどうも、ありがとうございました。</p>