

資料8 臨床研究

北海道における自死遺族支援 ～「自死遺族の会全道ネットワーク」との協働～

北海道立精神保健福祉センター

○高澤 加代子 舘巖 晶子 木村 睦 加藤 真司
松木 亮 岡崎 大介

1. はじめに

我が国の自殺者数は平成10年をピークに年次推移では減少傾向にあるが、いまだ累計は2万人を超えている。北海道においても、国と同様の減少傾向にあるとはいえ、自殺死亡率は全国平均を上回っている。道では毎年900人余りが尊い命を自ら絶っている状況にある。

国の「自殺総合対策大綱（旧大綱）」及び道の実情を踏まえ、北海道では平成20年11月に「北海道自殺対策行動計画」を策定し、現在は第三期（平成30年～34年）と続いている。

北海道立保健福祉センター（以下、センター）ではこの計画にのっとり、各自殺対策事業を展開している。本稿では自殺対策事業の中の自死遺族支援について、とりわけ自死遺族の組織育成を目的とした「自死遺族の会全道ネットワーク」（以下、全道ネットワーク）との関わりについて振り返り、民間団体との協働の意義や今後の課題について報告し、遺族支援を行っている機関と協働の可能性を共有したい。

2. 自死遺族支援事業

センターにおける自死遺族支援はおおむね3つに分けられる。

(1) 個別相談（平成30年度実績）

- ① 来所相談 26件（うち新規8）
- ② 電話相談 17件

(2) グループ活動「自死遺族のための交流会」（平成30年度実績）

- ・家族を自死で亡くされた方 第1火曜日 13:30～15:00
実施回数10回（震災のため1回中止） 延べ69人 実数18人
- ・子どもを自死で亡くされた方 第3火曜日 13:30～15:00
実施回数4回 延べ14人 実数7人

(3) 組織育成 「全道自死遺族交流会ネットワーク会議」（平成30年度実績）

道内の各自死遺族の会が、自立した個別性の高い活動を継続するため協議・情報交換の場を確保し、ネットワーク組織として全道的な活動交流の機会を保証することにより、組織化を醸成することを目的とした会議。

内容：各自死遺族の会の活動報告及び情報交換

全道自死遺族交流会（以下、全道交流会）の企画運営

実施回数3回 出席者6団体 延べ36人 実数13人

3. 道内7つの自死遺族の会と北海道における課題

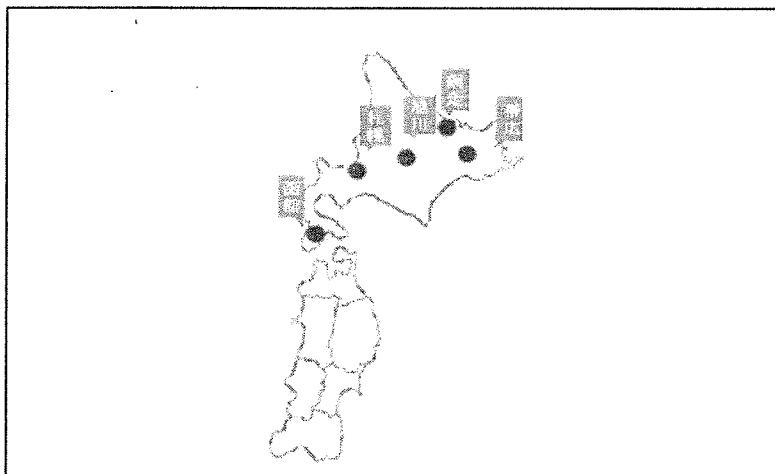
自死遺族の分かちあいの会は、「集い」「ミーティング」といった名称で呼ばれる。会により多少の違いはあるが、概ね、遺族同士が集まり、互いに体験を聴きあうことで、遺族の孤立を防止し、心の癒し等、精神的な健康を保つことを目的としている。

平成31年4月現在、北海道には当センターが把握し、関わりを持つ自死遺族の会は7団体、5地域にある。

自死遺族の思いを語る集い「癒しの会」	札幌市
分かちあいの会・ネモフィラ	札幌市
自死遺族のための交流会	札幌市
そよ風の会	帯広市
自死遺族のつどい「道南わかちあいの会 あかり」	函館市
自死遺族のための「わかちあいの会 With (ウィズ)」	網走市
旭川自死遺族わかちあいの会	旭川市

札幌市内には当センターの事業も含めて3団体あり、帯広市、函館市、網走市、旭川市に各1カ所が活動している。

広い北海道に5地域にしかなく、わかちあいの会に参加するために、自家用車で片道2



時間をかけて来られる遺族も存在している。北海道の面積や、毎年増え続ける遺族のことを考えると7団体、5地域はあまりに少ない。

4. 全道自死遺族交流会（全道交流会）

全道規模での交流会を行うことで、点在する自死遺族の会が交流と連携をはかり、お互いを

刺激し成長を得る場となり、新たな癒しの場が増えることを目的としている。内容は、午前中は自死遺族支援のための講演会や体験を語るシンポジウム、午後は各地から集まった遺族での分かち合いが行われる2部構成になっている。広く道民に自死遺族に対する支援や遺族の思いを伝えることで、自死遺族当事者のためばかりではなく、地域における自殺対策の一助にもなっている。

4. 「自死遺族の会全道ネットワーク」（全道ネットワーク）

平成22年に初めての全道交流会に参加した各地の自死遺族の代表は、翌年から「全道自死遺族交流会ネットワーク会議」（以下、ネットワーク会議）に出席するようになった。その中で、道の予算配当終了を見込み、民間主導の組織化が検討された。

自立した個別性の高い活動ができるとともに、相互に連携・協力した中で、全道的な交流の機会が担保されるよう協議・情報交換をすることを目的として集うことになった。「自死遺族の会全道ネットワーク」と名付けられ、わかちあいの代表者とそこを支援している道・市の保健所や当センターがつながりをもって協働している。全道ネットワークの代表者は、自死遺族の会から選出されており、当センターは全道ネットワークの一構成団体として、適宜、事務的なサポートを行っている。

5. 全道ネットワークとセンターの協働

平成 22 年 9 月に初めての「全道自死遺族交流会」（以下、全道交流会）を開催した。道は平成 22～25 年度の間、国からの「地域自殺対策緊急強化基金」による予算の裏付けがあり「北海道自殺対策フォーラム」を行った。その企画の一部として、全道交流会が組み込まれており、センター主催で、全道の自死遺族の会代表者を全道交流会へ招へいしていた。そのため、全道交流会に予算執行と、センター職員のマンパワーを重点的に注ぐことが可能であった。しかし、ネットワーク会議では、基金の終了後の全道交流会の継続が心配されていた。全道的な交流の機会を担保できるようネットワーク会議では、全道交流会を継続させるための工夫について話し合いを重ねるようになった。その結果平成 26 年に民間団体である全道ネットワークが始動することとなった。全道ネットワークとセンターが連名で通知を行うこと、遺族の会の代表者が分かち合いの会のファシリテーターを行うこと、講演やシンポジウムとして登壇すること等、全道交流会の独自開催を模索した。次第に全道ネットワークが、センターに代わって主催になることを検討し、平成 28 年度から全道交流会は全道ネットワークが主催するようになった。状況に応じてセンターは後援や共催となるが、センターからの予算執行はない。平成 30 年度末では通算 11 回開催、平成 31 年度は 2 カ所での開催が予定されている。

全道交流会での協働

開催年度(開催地)	開催主体(協働の形)	開催内容
平成22年度(札幌・24名) 平成23年度(札幌・35名) 平成24年度(札幌・31名) 平成25年度(札幌・29名)	<全道ネットワーク発動前> センターがフォーラムに各自死遺族の代表を招へい 自死遺族の会は実態調査に協力 講演会で体験談を発表	「北海道自殺対策フォーラム」 主催、企画、運営、予算執行、事務局
平成26年度(札幌・79名) 平成27年度(札幌・49名)	全道ネットワークとして発動 企画・運営 全道ネットワークとセンターが連名にて通知	主催、予算執行、事務局
平成28年度(旭川・74名) 平成28年度(札幌・36名)	企画・運営 体験談発表 全道ネットワークとセンターが連名にて通知 分かち合いの会のファシリテーター担当	旭川市保健センターと共に旭川の会立ち上げサポート センター職員が講師派遣、兼任事務局
平成29年度(札幌・89名) 平成30年度(網走・45名) 平成30年度(札幌・47名) ・平成30年度札幌は、分かち合いの会のみの開催	企画・運営・予算全般 全道ネットワークとセンターが連名にて通知 講演、シンポジスト、分かち合いの会のファシリテーター担当	後援・兼任、事務局 網走大会でのセンター職員がシンポジスト派遣
平成31年度(帯広、札幌予定)	企画・運営・予算全般	共催、事務局

6. 自死遺族の会の広がり～協働によって成し得たこと

全道ネットワークが主催となって、全道交流会を行うようになり、平成31年3月の全道交流会が6回目となった。それまで札幌市内で全道交流会を開催していたが、平成28年に、初めて札幌以外の地域である旭川で開催された。

「旭川に自死遺族のわかちあいの会が欲しい」という旭川の当事者の要望と、それに応える旭川市保健所のサポートがあった。その流れで、旭川市保健所とセンターが連携、全道ネットワークと協働して、初の地方会を開催するに至った。多くの旭川市民に足を運んでもらい、マスコミの反響も得ることができた。全道交流会は盛況に終わり、旭川でのわかちあいの会の誕生に花を添えた。

平成30年11月には、網走市での開催となった。「網走では既に自死遺族の会が活動しているが、活性化したい」という、自死遺族の会のメンバーからの要請があった。網走市保健センターや網走保健所の多大なる協力を得て、地元の遺族と各地から集まった全道ネットワークが協力し、準備から運営までを行った。潜在していた自死遺族以外にも、医師や保健師などの地元の支援者にとって有意義な交流会となった。

平成31年10月、帯広市内での全道交流会が予定されており、既に、全道ネットワークのメンバーが中心となり、準備がすすんでいる。

7. まとめと今後の課題

現在のような、自死遺族会の広がりや全道ネットワークとセンターとの協働がなければなかったものと思われる。センター主催から、全道ネットワーク主催となった経過は民間

団体と行政のお互いのメリットを生かすことが可能であったと考えられる。

センターのような行政が関与することは、予算化しての事業の実施、専門知識・技術の提供、他の行政機関との連携などが行いやすいメリットがある。特に導入期においてはこれらのメリットを活かした基盤づくりは効果的であったと思われる。一方で、転勤による担当者の短期間の変更、行政の考えの押しつけになりやすい、予算付けがなくなると関与が薄くなる等のデメリットがある。民間団体である自死遺族の会が主体性を持つことは、当事者が支援者になることを意味する。そのため、当事者ニーズを理解し、会の企画運営に当事者の意思を反映することができる。また、強い動機をもって外部への働きかけが期待でき、法令に縛られない、柔軟な考え方をもつことができる。また、地元ならではのネットワークを持っているため、地元の資源情報にも精通している。

今後の課題としては、広い北海道で自死遺族のグループが増え、輪が広がって行くように働きかける必要があるだろう。センターと全道ネットワークがつながり続けていくことは、新しい支援の広がり種をセンターが見つかる可能性があると思われた。これからも全道ネットワークの一員として、寄り添い支援を続けて行きたい。

(令和元年6月7日 東北・北海道精神保健福祉センター研究協議会で発表)

依存症により非自発的入院となった症例の変遷 ～過去5年間の検証～

北海道立精神保健福祉センター

○石山沙奈恵 柳瀬忍 原田幸治 細道亮文
射水英郎 東端萌李 岡崎大介

1. はじめに

平成 26 年施行のアルコール健康障害対策基本法をはじめ、ここ数年で複数の依存症関連施策が施行されている。平成 28 年には刑法等の一部を改正する法律及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律が、平成 30 年にはギャンブル等依存症対策基本法が施行され、アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症に対する関心はますます高まっており、今後、依存症の診療件数増加が予想される。このことに伴い、北海道における依存症症例の変遷を検証すべく、精神医療審査会で扱った入院届のうち、過去 5 年間に依存症で非自発的入院となった症例について調査した。調査結果及び考察について報告する。

2. 方法

平成 26 年度から平成 30 年度までの 5 年間（平成 26 年 4 月～平成 31 年 3 月）に北海道の精神医療審査会で扱った医療保護入院者の入院届（以下、入院届）を対象とした。そのうち、主たる精神障害（以下、主病名）が依存症（ICD-10 における依存症候群 F1x. 2 及び病的賭博 F63. 0）で医療保護入院となった症例の件数、医療保護入院が必要と判断された理由（以下、入院要件）、従たる精神障害（以下、従病名）の有無等について調査した。

3. 結果

主病名が依存症で医療保護入院となった症例の件数は表 1 の通りである。表 1 の () 内は、従病名が無く依存症のみで医療保護入院となった症例数を示している。どの年度も F10. 2（アルコール依存症）が圧倒的に多く、酩酊やせん妄等による興奮状態のため医療及び保護を要すが、本人の同意が得られず医療保護入院となった症例が多かった。5 年間を通して見ると F10. 2 に次いで多いのは F13. 2 であり、その大半はベンゾジアゼピン系薬物（主に睡眠薬）依存症であった。F15. 2 は全て覚せい剤依存症で、平成 26 年に 2 件認める F16. 2 はいずれも危険ドラッグ依存症であり、F18. 2 は概ねシンナー依存症、F63. 0 は概ねパチンコ依存症であった。その他の依存対象は、F11. 2 が麻薬、F12. 2 が大麻、F14. 2 がコカインであり、いずれも調査期間の 5 年間に 1 件ずつしか認めなかった。F17. 2 と F19. 2 が主病名のものは 0 件であった。

表 1：入院届のうち主病名が依存症の件数

	H26	H27	H28	H29	H30
F10.2	102(59)	117(62)	100(50)	107(51)	94(44)
F11.2	0	0	0	1(0)	0
F12.2	1(1)	0	0	0	0
F13.2	4(1)	0	4(1)	3(2)	1(1)
F14.2	0	0	1(0)	0	0
F15.2	0	1(1)	1(1)	0	1(0)
F16.2	2(1)	0	0	0	0
F17.2	0	0	0	0	0
F18.2	1(1)	1(0)	1(0)	3(1)	1(1)
F19.2	0	0	0	0	0
F63.0	1(1)	1(0)	1(1)	1(0)	1(0)
計	111(64)	120(63)	108(53)	115(54)	98(46)
入院届総数	4739	4937	4974	5199	4788

入院届全体のうち主病名が依存症の割合を算出した結果、概ね 2%程度で推移していた（図 1）。依存症で医療保護入院となった症例の従病名の有無は概ね半数ずつであり、従病名の内訳は他の F1 疾患、認知症、気分障害、知的障害が多かった（図 2）。他の F1 疾患としては、F1x. 3（離脱状態）、F1x. 4（せん妄を伴う離脱状態）、F1x. 0（急性中毒）が多く、認知症と気分障害は、それぞれ F00（アルツハイマー型認知症）、F32（うつ病）が大半であった。図 2 の「その他」には、F2 や F4 等、様々な疾患が含まれるが、どの年度においても認められたのは F60. 3（情緒不安定性パーソナリティ障害）であった。

4. 考察及び今後の課題

主病名が依存症で医療保護入院となった症例の90%以上はF10.2であり、他の依存症で非自発的入院となる症例は少数であることが明らかとなった。

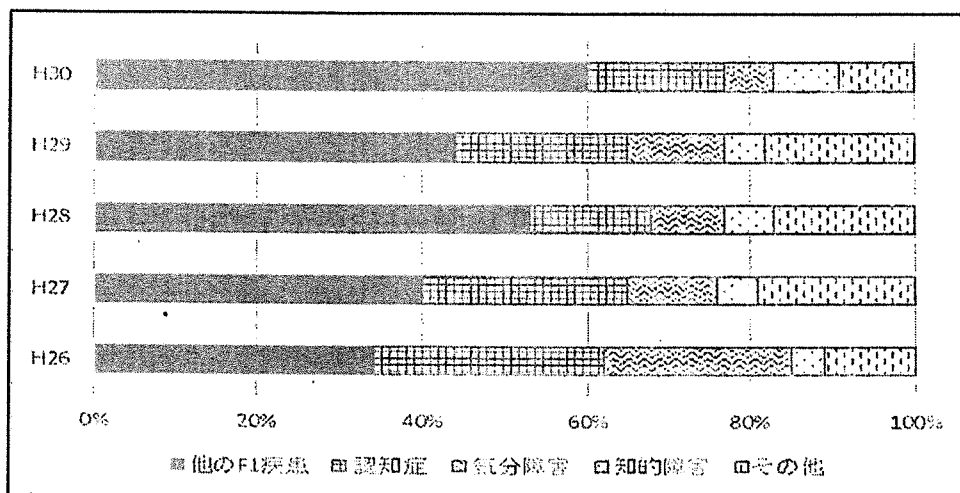
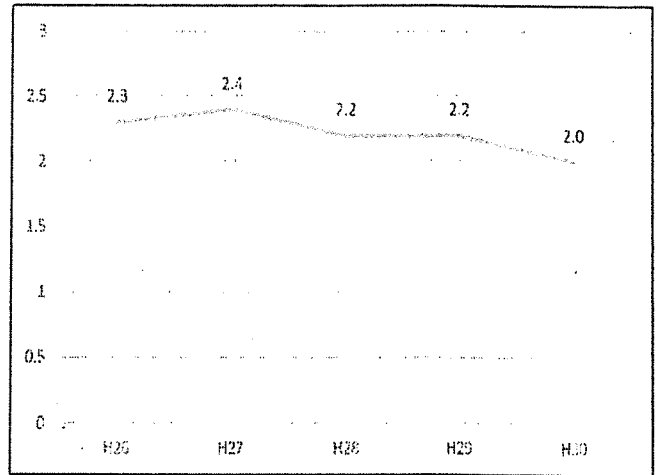
従病名を有する症例の入院要件を見ると、概ね従病名に対する医療及び保護のための入院であると考えられた(例:従病名がF1x.7で、幻覚妄想状態で入院治療が必要と判断されたが、本人の同意が得られず医療保護入院)。従病名が無い症例においても、入院要件を含め診断書全体の記載を見ると、精神運動興奮状態やせん妄状態で入院治療が必要と判断されているものが多く、総じて、入院要件は従病名を有する症例と同様の傾向であった。しかし、従病名が無い症例の中には、少数ながら依存状態のみが入院要件となっている症例も見受けられた。

依存状態のみが入院要件の症例では、依存状態からの脱却のために入院治療が必要と判断され、本人がその必要性を理解できず同意が得られなかったため医療保護入院となっているが、このような症例の非自発的入院の是非については賛否あり、議論の余地がある。そもそも「依存状態」は、非自発的入院の要件として認められるかという点だが、「依存」も精神症状の一つと考えれば、幻覚妄想や興奮等の精神症状を有する症例と同様に、非自発的入院の要件とする考え方もできる。一方、依存状態からの脱却のための入院治療は、本人の入院治療に対する意欲(=入院治療への同意)があつて成立するものであり、非自発的入院は不適切である、という考え方もある。

北海道の精神医療審査会では、主病名がF1x.2かつ従病名が無い症例でも非自発的入院を認めているが、東北・北海道精神保健福祉センター所長会等で、北海道とは異なる基準を設けている精神医療審査会の情報を得た。例えば、重大な健康障害が起きているため依存状態を放置できないと判断されれば、主病名がF1x.2での非自発的入院を認めているところがある。この場合は、身体合併症の記載を含め、診断書全体からその内容が読み取れることが条件とされるがこれはプロセス依存であるF63.0には適応しにくいと考えられる。また、主病名 図2:従病名の内訳 発的入院を認めず、従病名の記載を必須としているところもある。他の都府県・市の精神医療審査会における判定基準を踏まえて、北海道でも基準等について検討し、整理することが今後の課題の一つと言える。入院届全体のうち主病名が依存症の件数や割合は、ここ5年間で増加していなかったが、平成30年に統合型リゾート施設実施法が成立し、北海道はカジノ誘致の候補地となっており、今後、F63.0を中心に件数が増えていく可能性がある。また、今回は調査対象としなかったが、年齢、性別、居住地を調査することで更に検証できることがあると考えられ、今後も今回のようなデータの集積・調査を継続していきたい。

(令和元年10月22日 全国精神保健福祉センター研究協議会で発表)

図1:入院届全体のうち主病名が依存症の割合(%)



薬物問題を持つ人の家族を対象にしたワンデイ・セミナーの試み

— 家族・当事者・関係者と展開した5年の振り返り —

北海道立精神保健福祉センター

○木村陸 加藤真司 高澤加代子 舘巖晶子

松木亮 東端萌李 岡崎大介 田辺等(北星学園大学)

1 はじめに

薬物問題、ことに違法薬物使用の場合、家族は相談先にも苦慮し、孤立状態で悩み、問題への対応に疲弊する。私たちは、平成15年から薬物問題に関する家族学習会を開催してきたが、平成26年度より、それまで3回に分けて年に2クール行っていた学習会を1日に集約し、「ワンデイ・セミナー」として、年に4回(初年度は2回)行うことにした。家族への心理教育とともに、家族同士の交流を深め、孤立感を軽減し、エンパワーすること、それにより、当事者の回復に向けた適切な関りを促進することがねらわれた。道内遠方から参加する家族にも、1日で集中的に学習、体験できることは効率的と考えた。構成は、かつて当センターで行った統合失調症家族へのグループを用いた心理教育¹⁾を参考にした。

5年の展開を振り返り、家族から得られた自由記載のアンケート結果などから、その効果を考察する。

2 ワンデイ・セミナーの概要

(1) プログラムの内容と流れ(表1)

医師の講義により薬物依存症について学び、回復当事者の話によりその体験を知り、各々の講義の後の小グループで家族同士が悩みを話し合っ交流を深め、全体の大グループで体験を共有しながら、現在苦慮している問題への対応策などを皆で探る。最後に1日の体験を振り返って気持ちを分かち合い終了するという流れになる。

開 会	
11:00~	講義1「薬物依存症の理解 —回復に向けて家族にできること—」
12:10	講師 北海道立精神保健福祉センター所長 岡崎 大介
昼 食 (会場で全員一緒にお弁当をいただきます)	
13:00~	小グループ1
13:40	「講義1を聞いて—考えたこと・聞いてみたいこと—」
13:40~	講義2「薬物依存からの回復 —私の転機—」
14:30	講師 北海道ダルク スタッフ2名
コーヒータイム (15分)	
14:45~	小グループ2
15:20	「講義2を聞いて—考えたこと・聞いてみたいこと—」
休 憩 (10分)	
15:30~	大グループ「回復をどう助けられるか」
16:20	コンダクター 北星学園大学社会福祉学部教授 田辺 等
16:20~	シェアリング
17:00	コンダクター 北星学園大学社会福祉学部教授 田辺 等
~17:15	アンケート記入

表1 平成30年度第4回のプログラム

(2) 参加者の状況
定員は家族20名、当事者、関係者各5名とした。当初、家族が本音を話しにくくなることを危惧して、当事者の参加は考えていなかったが、家族から当事者を同伴したいとの希望があり、当事者も、家族か関係者との同伴で参加可能とした。これまでの参加家族は、実109名(83家族)、延べ312名、1回平均17.3名である。当事者は延べ21名、関係者は延べ82名で、1回平均各々1.2名、4.6名であった。

家族の紹介元は、保護観察所(29%)やナラノン(11%)、ダルクなどの回復支援施設(7%)で全体の半数近くとなる。当センターの外来相談でセミナーを案内するケースも28%を占めるが、外来相談そのものが保護観察所や回復支援施設からの紹介が多いことを考えると、関係機関、自助グループとの連携が大切な役割を果たしているといえる。参加した関係機関も25機関にわたり、保護観察所や回復支援施設、医療機関のほか、当事者が通う福祉事業所スタッフや弁護士の参加もみられた。

109名の家族の参加回数は、1回が約半数、2~3回が1/4、残り1/4がそれ以上となっている。当事者との関係では、母親が60%を占め、父親が25%、配偶者(妻)が8%、残り7%が姉妹、娘、伯母などである。また、家族が共通理解をすることが重要と考え、夫婦や複数家族での参加を奨励しており、51名25家族は夫婦(両親)や親子(当事者の母と姉など)などでの参加である。参加者の居住地域は、実人数では6割が札幌市内、4割がそれ以外の道内であり、延べ人数では、7割が札幌市内、3割がそれ以外となる。

3 運営上の留意・工夫、改善してきたこと

守秘には最も配慮した。スタッフに守秘義務があることを案内に明記し、参加者はアノニマスネーム

の名札をつける。会場掲示からは薬物の文言を外した。グループでは手元でメモは取らず、特記すべき発言は、A4紙にサインペンで参加者に見えるよう書き留める。毎回、冒頭で、話を外に持ち出さないルールを確認するようにした。守秘に関しては、家族からも指摘を受けることがあり、その都度改善した。

小グループは、7名程度とし、参加回数、男女などが偏らないよう予め設定した。配偶者や処方薬依存など、立場や使用薬物が異なる少数派の家族が孤立しないよう考え配置した。

当事者に関しては、回復当事者との貴重な出会いの機会と考え、講師である回復当事者との小グループを作ったが、大グループの際に彼らの発言が家族の強い関心を引く場面を何度か体験する中で、当事者の意向を確認しつつ、当事者にも家族のグループに加わってもらう機会を作った。これにより、グループ内で家族と当事者とのより密で活発な交流が可能となった。

小グループでは、スタッフのグループ運営の力量が試される。時に家族から「職員が沢山話しすぎていた」「うまく交通整理してほしい」などの指摘も受け、力不足を痛感させられる。家族は休憩時間も惜しむように語り合うが、スタッフは、新しい参加者や逼迫した問題を抱えている家族など、必要な人に焦点が当たり、十分話せるよう、また、立場の違う家族などが取り残されないよう気を配る。

大グループは、グループサイコセラピーと依存症をともに専門とする講師にコンダクトを依頼している。スタッフが、各小グループの話題から取り上げてほしい課題をホワイトボードに挙げるなどしているが、家族自らアドバイスを求めて話し出すことも多い。コンダクターの促しで、ほかの家族はそれに関連する各々の体験、そこから学んだことなどを話し、これに当事者の意見が加わることで、より深い検討が可能になる。刑事施設や保護観察所など、現場を知る関係者からの正確な情報にも助けられる。

最後のシェアリングでは、1日の感想などを一巡するが、関係者には、何が役に立ったかを具体的に話してもらうようにし、スタッフは家族をエンパワーするリフレクションを心がけている。

セミナーは当初、平日の同じ曜日に実施していたが、多くの方に参加機会を提供する意図もあり、平成29年度からは開催曜日をなるべく変え、年1回は土曜日に開催することとした。

4 アンケートの自由記載から

アンケート(回収率75%)から、具体的な感想が書かれた記述を抜き出してみた。

医師の講義に関しては11の記載があり、「専門的知識が聞けて良かった」「家族としてどう向き合うか考えさせられた」など正しい知識が得られ、それにより改めて考えさせられたという内容であった。

当事者の講義については20の記載があり、「生の声」「リアルな体験」が聞け、「感動した」、「息子と重なり」「親としての対処に参考になった」という感想が、感謝とともに記載されている。「焦らず希望を持ちたい」と回復の可能性を感じたと思われる記述もみられた。

グループワークに関しては30の記載があり、「共通の悩み、問題を抱えている方々と」「隠さず話せ」「聞いてもらい」「一緒に考える」ことで、「心構えを確認でき」たり「具体的な関り方も知れて」役に立ったという回答が多い。また、「共感でき」「自分だけじゃないと実感」し、「励まされ」「希望につながるように思った」、「自分だけで考えている時よりも心が安らげるようになった」など、希望や安堵を得たという記述が多くみられた。

セミナー全体を通しての感想は45あり、「色々なことを聞き目標が少しできた」「参加するごとに心が落ち着く」「気持ちの整理がつく」「希望があると感じる」「心が強くなれそう」「不安はあるが一つずつ勉強する」「自分のために参加する」など多様な表現で、希望や安堵感だけでなく、冷静に自分や状況を見つめる落ち着き、覚悟のようなものを感じさせる記述がみられた。

また、全体を通し「回を重ねるごとに」などの言葉が多くみられ、複数回の参加の有効性が示唆される。

5 おわりに

5年を通し、家族同士が支えあい、当事者、スタッフを含めた関係者がともに薬物問題への対応を考える場に、グループが成長してきた実感がある。しかし、アンケートに書かれていない家族の声もある。

特に、1 回だけ参加した家族の今は、気になるところである。また、本セミナーが道全域をカバーしているとは言い難い状況があり、今後、道央圏以外での開催を検討することなどが課題と考える。

註1) 遠藤雅之・田辺等「心病む人への理解」星和書店(1994)

(令和元年10月22日 全国精神保健福祉センター研究協議会で発表)

資料9

北海道立精神保健福祉センター技術指導及び技術援助実施要綱

1 目的

北海道立精神保健福祉センター（以下、センター）は、関係機関が行う精神保健福祉事業が効果的に推進できるよう、センターが行う技術指導及び技術援助（以下、技術支援）要望書に基づき、専門的立場から支援を行う。

2 対象

- (1) 道立保健所
- (2) 中核市及び保健所設置市（旭川市・函館市・小樽市）
- (3) 市町村（但し道立保健所経由）
- (4) その他

3 実施方法

各機関から提出された要望書（別紙1）をもとに協議の上、技術支援を決定する。

保健所等とセンターは、事業の目的・目標を共有して事業に取り組むこととし、センターからの職員派遣は原則1回とするが、地域特性や事業の進捗状況等を勘案して支援方法を決定する。

また、市町村については、管轄保健所支援を前提とし、市町村と管轄保健所が協議の上、管轄保健所による要望書（別紙1）の提出を求める。

なお、その他関係機関については、当センターが行うコンサルテーションの結果等により技術支援を決定する。

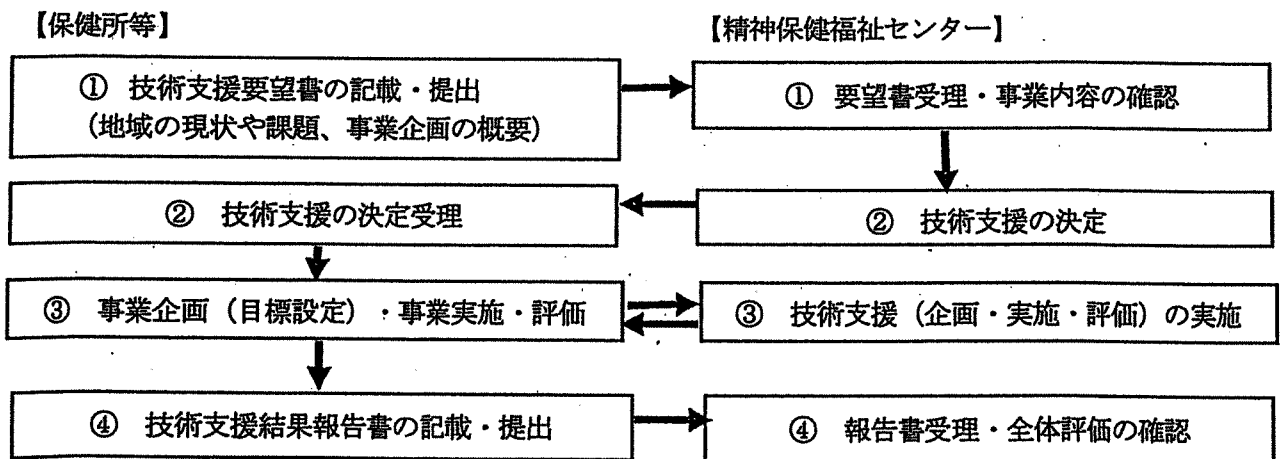
4 支援評価

センターは、より有効な技術支援が提供できるよう、概ね1カ月以内に「技術支援結果報告書」（別紙2）の提出を求め評価を行う。

5 予算

道立保健所主体の技術支援に係るセンター職員旅費については、原則、センターが負担する。

6 業務フロー



附則

この要綱は、平成22年 3月24日から施行する。

この要綱は、平成23年 3月15日から施行する。

この要綱は、平成25年 2月20日から施行する。
この要綱は、平成26年 2月26日から施行する。
この要綱は、平成29年 2月 3日から施行する。

資料10

自殺総合対策モデル事業実施要綱

第1 目的

自殺の多くは、経済、生活、健康、家庭問題など様々な悩みが複雑に関係し、心理的に追い込まれた末の死であると考えられ、個人の問題として片付けられない社会的要因が背景にあり、本道においては、年間900人あまりの方々が自ら尊い命を絶つという大変な深刻な状況にある。

自殺は社会の努力で避けることのできる死であるとの認識のもと、失業や多重債務、健康問題、家庭問題といった社会的リスクを減らす取組、信頼できる人間関係づくりなど自己肯定感を高めることができるような取組を同時に推進し、また、他の関連施策との連携を強化しながら取り組むことが必要とされている。

道では、第3期北海道自殺対策行動計画の重点施策の1つとして、地域ごとの取組の格差を是正するための対策の推進に取り組むこととしていることから、道内の自殺死亡率が高い別海町において、「自殺対策のための戦略研究・複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究（通称：NOCOMIT-J）」の成果等に基づく複合的・総合的自殺対策を試行的に実施しながら、地域の自殺率を減少させるモデル事業を構築するとともに、当該モデル事業を道内各地へと拡大していくことで、北海道全体の自殺率を減少させることを目的とする。

第2 事業の概要

地域での活動を包括的に展開するため、北海道自殺対策推進アドバイザーの助言をもとに、6つの骨子（※1）を取組の基本とし、既存事業と新規の事業による事業構成、さまざまな人、組織、場を活用した地域づくりの視点に基づく対策、地域診断を反映し、時間軸に沿った活動計画を構成し、ネットワークと人材養成に着目して、人が人を支えることを大切に、地域全体に包括的なセーフティネットを広げて、支援が直接届くような仕組みづくりを構築する。

※1「6つの骨子」：岩手県久慈保健医療圏で、行政と医療機関が連携してコミュニティモデルとメディカルモデルを組み合わせて、ネットワークを活用して行われている包括的な自殺対策（久慈モデル）における対策の骨子。具体的には、ネットワーク構築、一次予防、二次予防、三次予防、精神疾患へのアプローチ、職域へのアプローチの6項目を指す。

第3 実施主体

北海道

第4 事業内容

6つの骨子を基本に、介入地域（町）の自殺対策行動計画に基づく事業等に北海道（障がい者保健福祉課、北海道立精神保健福祉センター、町を所管する中標津保健所）が協

働して取り組むと共に、新たな課題や対策の検討、実施、評価の一連の活動を行う。

【6つの骨子】

ア ネットワーク構築

地域における総合的な自殺対策を実践する上で、地域の実情に合わせて対策のあり方を構築し、地域づくりに必要となる関係機関ネットワークの構築

イ 一次予防事業

幅広い対象への普及啓発活動。一般住民や地域のキーパーソンなどに対して、自殺対策や精神保健に関する正しい知識の普及

ウ 二次予防事業

相談や訪問等の支援、うつスクリーニング、見守り活動等。うつや自殺念慮を有するハイリスク者の自殺の危険性を早期に発見し、適切な介入や、スクリーニング活動を通じた自殺対策に関する普及啓発 等

エ 三次予防事業

包括的な自死遺族支援。自死遺族に対する支援体制を強化し、悩みに応じた相談窓口等の紹介や必要に応じて、精神面（うつ状態等）への支援 等

オ 精神疾患へのアプローチ

物質関連障害・統合失調症等精神疾患患者へのアプローチ。医療機関との連携強化、自治体やNPO法人等で実施している既存事業や地域の自助グループとの連携体制を築く 等

カ 職域へのアプローチ

勤労者、離職者へのアプローチ。事業所、産業医等とのネットワークによる取り組みやハローワーク等での支援の実施等

第5 事業の推進体制

上記事業は、地域のニーズを反映しているかどうかを確認するため、「別海町自殺対策推進協議会」や「別海町自殺対策庁内連絡会議」における意見等を踏まえ、「北海道地域自殺対策推進センター」において、活動の方向性を定期的に評価・検証、事業に関する中間評価等を設定し、推進するものとする。

また、事業の進捗状況等については、「北海道自殺対策連絡会議」に報告する。

附 則

この要綱は、平成31年3月15日から施行する。

平成8年1月19日付け健医発第57号厚生省保健医療局長通知

最終改正：平成25年4月26日

精神保健福祉センター(以下「センター」という。)は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)第6条に規定されているとおり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行うとともに、精神医療審査会の事務並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。)第53条第1項及び法第45条第1項の申請に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行う施設であって、次により都道府県(指定都市を含む。以下同じ。)における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない。

1 センターの目標

センターの目標は、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで、広範囲にわたっている。

この目標を達成するためには、保健所及び市町村が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるよう、積極的に技術指導及び技術援助を行うほか、その他の医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係諸機関(以下「関係諸機関」という。)と緊密に連携を図ることが必要である。

2 センターの組織

センターの組織は、原則として総務部門、地域精神保健福祉部門、教育研修部門、調査研究部門、精神保健福祉相談部門、精神医療審査会事務部門及び自立支援医療(精神通院医療)・精神障害者保健福祉手帳判定部門等をもって構成する。

職員の構成については、所長のほか、次の職員を擁することとするが、業務に支障がないときは、職務の共通するものについて他の相談機関等と兼務することも差し支えないこと。

なお、ここで示す職員の構成は、標準的な考え方を示すものである。

医師(精神科の診療に十分な経験を有する者であること。)

精神保健福祉士

臨床心理技術者

保健師

看護師

作業療法士

その他センターの業務を行うために必要な職員

また、その職員の中に精神保健福祉相談員の職を置くよう努めるとともに、所長には、精神保健福祉に造詣の深い医師を充てることが望ましいこと。

3 センターの業務

センターの業務は、企画立案、技術指導及び技術援助、教育研修、普及啓発、調査研究、資料の収集、分析及び提供、精神保健福祉相談、組織の育成、精神医療審査会の審査に関する事務並びに自立支援医療(精神通院医療)及び精神障害者保健福祉手帳の判定などに大別されるが、それらは極めて密接な関係にあり、これらの業務の総合的な推進によって地域精神保健福祉活動の実践が行われなければならない。

(1) 企画立案

地域精神保健福祉を推進するため、都道府県の精神保健福祉主管部局及び関係諸機関に対し、専門的立場から、社会復帰の推進方策や、地域における精神保健福祉施策の計画的推進

に関する事項等を含め、精神保健福祉に関する提案、意見具申等をする。

(2) 技術指導及び技術援助

地域精神保健福祉活動を推進するため、保健所、市町村及び関係諸機関に対し、専門的立場から、積極的な技術指導及び技術援助を行う。

(3) 人材育成

保健所、市町村、福祉事務所、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う事業所等その他の関係諸機関等で精神保健福祉業務に従事する職員等に、専門的研修等の教育研修を行い、技術的水準の向上を図る。

(4) 普及啓発

都道府県規模で一般住民に対し精神保健福祉の知識、精神障害についての正しい知識、精神障害者の権利擁護等について普及啓発を行うとともに、保健所及び市町村が行う普及啓発活動に対して専門的立場から協力、指導及び援助を行う。

(5) 調査研究

地域精神保健福祉活動の推進並びに精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等についての調査研究をするとともに、必要な統計及び資料を収集整備し、都道府県、保健所、市町村等が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるよう資料を提供する。

(6) 精神保健福祉相談

センターは、精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難なものを行う。心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、認知症等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する。センターは、これらの事例についての相談指導を行うためには、総合的技術センターとしての立場から適切な対応を行うとともに、必要に応じて関係諸機関の協力を求めるものとする。

(7) 組織育成

地域精神保健福祉の向上を図るためには、地域住民による組織的活動が必要である。このため、センターは、家族会、患者会、社会復帰事業団体など都道府県単位の組織の育成に努めるとともに、保健所、市町村並びに地区単位での組織の活動に協力する。

(8) 精神医療審査会の審査に関する事務

精神医療審査会の開催事務及び審査遂行上必要な調査その他当該審査会の審査に関する事務を行うものとする。

また、法第38条の4の規定による請求等の受付についても、精神保健福祉センターにおいて行うなど審査の客観性、独立性を確保できる体制を整えるものとする。

(9) 自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定

センターは、法第45条第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の申請に対する判定業務及び障害者総合支援法第52条第1項の規定による自立支援医療（精神通院医療）の支給認定を行うものとする。

4 その他

(1) センターは、診療機能や、デイケア、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービス等のリハビリテーション機能をもつことが望ましい。診療機能及びリハビリテーション機能をもつに際しては、精神医療審査会事務並びに自立支援医療（精神通院医療）費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の判定を行うことから、その判定等が公正に行われるよう、透明性及び公平性の確保に配慮する必要がある。

(2) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）による地域社会における処遇については、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、地域精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、センターにおいても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

(3) その他、センターは、地域の実情に応じ、精神保健福祉の分野における技術的中枢として、必要な業務を行う。

センター沿革及び精神保健福祉関係年表

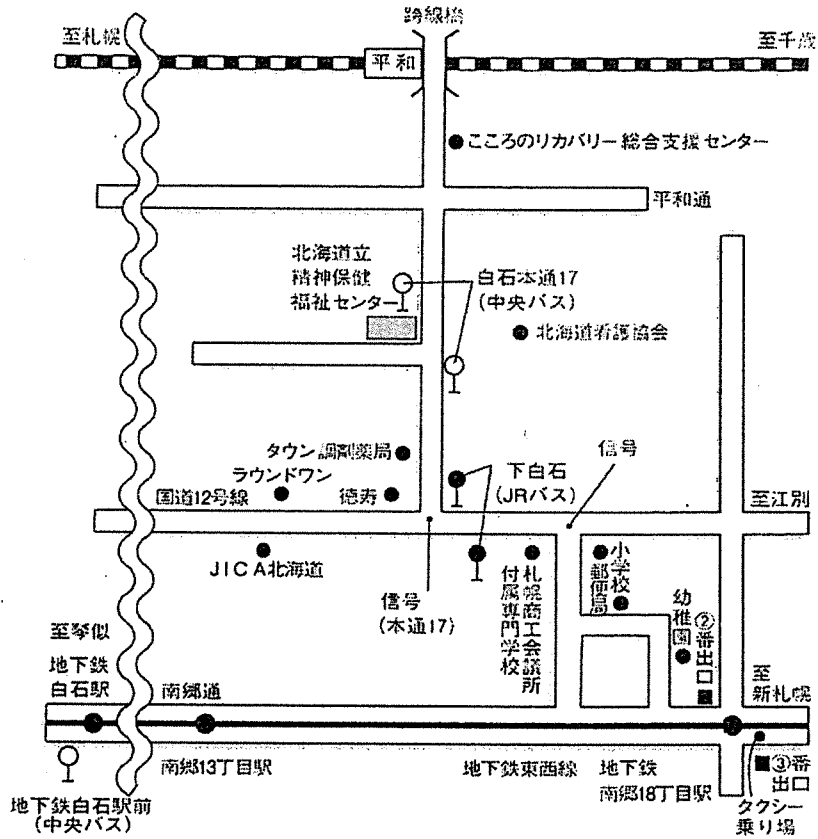
年 代	センターの動き	その他の動き
1950 (昭和25年)		・精神衛生法公布
1951 (昭和26年)		・国立精神衛生研究所設置
1953 (昭和28年)		・北海道精神衛生協会発足
1958 (昭和33年)		・北海道精神病院協会発足
1964 (昭和39年)		・ライシャワー駐日米国大使刺傷事件、警察庁から厚生省に対し、法改正の意見を具申
1965 (昭和40年)		・精神衛生法改正 ・精神衛生センターの設置、保健所の業務に精神衛生が加わる
1966 (昭和41年)		・道内に断酒会が結成 ・保健所における精神衛生業務について（公衆衛生局長通知）
1967 (昭和42年)		・北海道精神障害者家族連合会結成 ・道内の保健所に精神科嘱託医が発令、精神衛生相談開始 ・「本道における精神衛生対策の推進方策について」を知事から北海道地方精神衛生審議会に対して諮問
1968 (昭和43年)	・北海道立精神衛生センター開設（*以下センター） ・初代センター所長中尾仁一（衛生部長事務取扱）（S 43. 4. 1） ・2代目センター所長吉川萬雄（S 43. 4. 9）	
1969 (昭和44年)	・定例公開事例検討会、移動センター開始 ・社会復帰学級生活部門開始（～1996） ・家族（学習）会開始（～1973）	・精神衛生センター運営要領について（公衆衛生局長通知）
1970 (昭和45年)	・保健所への技術援助（事例検討会）を開始 ・回復者クラブ活動を開始	
1971 (昭和46年)	・3代目センター所長兵藤矩夫（保健予防課長兼務）（S 46. 4. 24） ・4代目センター所長黒田知篤（S 46. 5. 19）	・北海道断酒連合会結成
1972 (昭和47年)		・全道の保健所に精神科嘱託医が発令 ・道内で市町村単位の地域家族会ができてはじめる
1974 (昭和49年)	・思春期家族グループワークを開始（～1979） ・家族（学習）会が自助グループとなる	・精神科作業療法、精神科デイ・ケアが社会保険診療報酬で点数化
1975 (昭和50年)	・就労グループ開始（～1982）	・保健所にて社会復帰相談指導事業開始 ・道内で共同作業所・共同住宅ができてはじめる
1977 (昭和52年)	・社会復帰相談指導事業（精神保健）担当者会議開始（～1995）	・道内でAAミーティングが開始
1978 (昭和53年)	・酒害相談指導事業（アルコール研修・集団療法・相談）開始（～1983）	・札幌に青十字サマリヤ館開館
1979 (昭和54年)	・研究調査部が新設され、1課3部体制となる ・社会復帰学級作業部門開始（～1996） ・社会復帰学級就労部門開始（～1982） ・関係機関との懇談会開始	
1980 (昭和55年)	・職場主との懇談会開始	・道内の保健所に精神障害者家族教室ができてはじめる
1981 (昭和56年)	・思春期家族学習会開始（～1983）	・北海道精神保健職視事業開始
1982 (昭和57年)		・老人保健法成立 ・保健所にて老人精神衛生相談事業開始
1983 (昭和58年)	・回復者クラブが自助グループ（すみれ会）となる ・5代目センター所長垂水治（S 58. 4. 1） ・アフターケアグループ開始（～1996）	・札幌マックおよび札幌マックハウスができる ・北海道精神障害者回復者連合会発足 ・道立春更リハビリテーションセンター開設
1984 (昭和59年)	・酒害特別対策開始（～1988/1991～再開）	・北海道ほけ老人を支える会結成
1985 (昭和60年)	・心の健康づくり推進事業開始 ・痴呆性老人相談指導者事業開始（～1998）	
1986 (昭和61年)	・6代目センター所長伊東嘉弘（衛生部長兼務）（S 61. 11. 1）	・国立精神・神経センター設立（国立精神衛生研究所廃止）
1987 (昭和62年)	・精神保健業務保健婦等研修会開始（1996～精神保健福祉業務研修会保健婦等コースに改称） ・7代目センター所長遠藤雅之（S 62. 5. 27）	
1988 (昭和63年)	・法改正に伴い北海道立精神保健センターと名称変更する	・精神保健法施行 ・全道の保健所にて保健所保健福祉サービス調整推進会議開始

年 代	センターの動き	その他の動き
1989 (平成元年)	・思春期精神保健対策事業開始 思春期親の会の開始	・老人性痴呆疾患センター事業実施要綱について (保健医療局長通知)
1990 (平成2年)	・心の電話開始	・札幌デイ・ケアセンター設立
1991 (平成3年)	・青年期親の会開始	・保健所にて心の健康推進モデル事業開始
1992 (平成4年)	・ギャンブル研究会開始	・総合病旭川赤十字病院と市立釧路病院で老人性痴呆疾患センター事業開始
1993 (平成5年)	・こごみの会開始 (摂食障害当事者の援助グループ)	・保健所にて性に関するこころの悩み相談事業開始
1994 (平成6年)	・青年グループカウンセリング開始	・札幌にてNAミーティングができる
1994 (平成6年)	・ギャンブル研究会家族ミーティング開始	・回復者クラブリーダー養成研修会開始
1994 (平成6年)	・「センターだより」が「精神保健福祉ジャーナル北海道」として221号から紙面印刷	・道立保健所7ヵ所に主査 (精神保健) が発令
1995 (平成7年)	・法改正に伴い北海道立精神保健福祉センターと名称変更する	・札幌ACの集いができる
1995 (平成7年)	・摂食障害を考える家族の会開始	・精神保健福祉法施行
1995 (平成7年)	・地域精神保健福祉対策促進 (社会復帰情報提供) 事業開催	・精神障害者保健福祉手帳交付開始
1996 (平成8年)	・精神保健福祉センターあり方答申	・障害者プランの策定 (厚生省)
1996 (平成8年)	・精神保健福祉業務研修会事務担当者コース開始	・道が精神科サテライトクリニック事業開始 (本別町 国保病院)
1997 (平成9年)	・北海道精神保健福祉社会資源マップ初版発行	・北海道精神保健協会が道に委託され精神保健福祉ボランティア講座開始
1997 (平成9年)	・新しく臨床研究 (デイケア事業) 開始	・精神保健福祉センター運営要領について (保健医療局長通知)
1998 (平成10年)	・北海道立精神保健福祉センター開設30周年記念講演 & シンポジウム (公開事例研究会)	・カトレア会 (ギャンブル依存症者家族の自助グループ) ができる
1999 (平成11年)		・北海道庁の組織機構の改正 (保健福祉部～担当障害者保健福祉課となる)
2000 (平成12年)	・有珠山噴火保健医療救護センター内に精神保健班「心のケア班」を設置 (H12.3.31～12.8.27)	・札幌市精神保健福祉センター設立
2001 (平成13年)	・精神障害者ホームヘルパー講習会開催 (道・センター)	・自助グループ『ヨベル』が作業所を開始
		・精神保健福祉士法施行 (1998年から精神保健福祉士国家試験開始)
		・道立保健所機構改正 (26HC、21支所)
		・介護支援専門員実務研修受講試験実施
		・精神保健福祉法等一部改正法公布
		・地域福祉権利擁護事業開始
		・成年後見制度が成立
		・精神障害者ケアガイドラインにより、各都道府県でケアマネジメント施行事業開始
		・精神障害者訪問介護 (ホームヘルプサービス) 試行的事業実施
		・保健所及び市町村における精神保健福祉業務について (厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)
		・北海道託老連絡協議会設立
		・精神障害者の医療保護入院等のための移送制度施行
		・介護保険法施行
		・道立保健所機構改正 (26HC、14支所)
		・社会福祉法制定
		・痴呆介護研修事業の実施について (局長通知)
		・ストーカー防止法制定
		・児童虐待防止法施行
		・改正少年法成立
		・市町村精神保健福祉関係職員特別研修にセンターが全面協力 (H13・14年度)
		・厚生省：精神障害者ケアガイドライン第2版発行
		・厚生省と労働省が「厚生労働省」に統合
		・大阪・池田小学校児童殺傷事件発生
		・10代・20代を中心とした「社会的ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動ガイドライン (暫定版) 作成、「ひきこもり」についての相談状況調査報告書 (厚生科学研究)
		・高次脳機能障害支援モデル事業スタート (北海道・札幌市等全国10箇所)
		・北海道立精神保健福祉センターのあり方に関する検討報告書 (H13.12)

年 代	センターの動き	その他の動き
2002 (平成14年)	<ul style="list-style-type: none"> 北海道精神医療審査会事務開始 精神障害者通院医療費公費負担・精神障害者保健福祉手帳の判定業務開始 精神保健技術レビュー2「ホームヘルプサービスを進めるために」発行 8代目センター所長伊藤哲寛 (H14. 4. 1) 	<ul style="list-style-type: none"> 改正精神保健福祉法完全施行 (精神障害者通院医療費公費負担・精神障害者保健福祉手帳の判定業務及び精神医療審査会事務がセンターに移行) 改正法施行に伴う通知 (保健所及び市町村における精神保健福祉業務要領、精神障害者居宅支援事業の実施について、精神保健福祉センター運営要領) 精神分裂病の呼称を統合失調症に変更 通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書 道立保健所における精神保健福祉業務のあり方に関する報告書 (H15. 5) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律成立 (H15. 7)
2003 (平成15年)	<ul style="list-style-type: none"> 執務室改修 (3部を1室に集約) (H15. 4. 1) 組織機構改正 (庶務課、相談部、指導部、研究調査部を庶務課、保健福祉推進部、相談研究部、地域支援部の1課3部体制に改正) (H15. 6. 1) 台風10号被災者への支援 (静内保健所) テレビ電話相談開始 サテライトクリニック参加 (中標津) 北海道心の健康づくり推進連絡協議会に2つの部会 (自殺予防部会、薬物依存部会) を設置 	
2004 (平成16年)	<ul style="list-style-type: none"> 「災害時こころのケア活動ハンドブック」作成 (H17. 3 発行) 	<ul style="list-style-type: none"> 新潟県中越地震発生 (平成16. 10. 23)
2005 (平成17年)	<ul style="list-style-type: none"> 9代目センター所長田辺等 (H17. 4. 1) 全国精神保健福祉センター研究協議会を北海道において開催 	<ul style="list-style-type: none"> 発達障害者支援法施行 (H17. 4) 医療観察法施行 (H17. 7) 障害者自立支援法成立 (H17. 11)
2006 (平成18年)	<ul style="list-style-type: none"> 佐呂間町竜巻災害に関するこころのケア活動実施 「センターのあり方」に関する協議開始 第1回北海道自殺予防フォーラム開催 (H18. 9) Eメール相談試行 	<ul style="list-style-type: none"> 障害者自立支援法施行 (H18. 4) 精神病院の用籍変更 (精神病院→精神科病院) 自殺対策基本法制定 (H18. 10) 佐呂間町竜巻災害発生 (H18. 11)
2007 (平成19年)	<ul style="list-style-type: none"> 第2回北海道自殺予防フォーラム開催 (H19. 9) 内部検討資料作成「これからの北海道立精神保健福祉センターのあり方」(H19. 9) 「心身障害者総合相談所及び精神保健福祉センターのあり方に関する報告書」取りまとめ (H20. 3) 	<ul style="list-style-type: none"> 自殺総合対策大綱策定 (H19. 6)
2008 (平成20年)	<ul style="list-style-type: none"> 北海道立精神保健福祉センター開設40周年記念講演 第3回北海道自殺予防フォーラム開催 (H20. 9) 	<ul style="list-style-type: none"> 全国精神保健福祉センター所長会「自殺予防・全国精神保健福祉センター共同キャンペーン」開始 (H20. 8) 北海道自殺対策行動計画策定 (H20. 11)
2009 (平成21年)	<ul style="list-style-type: none"> 北海道地域自殺予防情報センター設置 自殺予防普及啓発パネル貸出事業開始 相談者・支援者のためのゲートキーパー研修開催 (道内6ヶ所) 	<ul style="list-style-type: none"> 北海道地域自殺対策緊急強化基金条例制定 (H21. 6)
2010 (平成22年)	<ul style="list-style-type: none"> 第4回北海道自殺予防フォーラム開催 第5回北海道自殺対策フォーラム開催 依存症モデル事業開始 メディアカンファレンス開催 自殺未遂者支援講演会開催 東日本大震災「こころのケアチーム」派遣 「災害時こころのケア活動ハンドブック」改訂 (H23. 3) 	<ul style="list-style-type: none"> 東日本大震災発生 (H23. 3. 11)
2011 (平成23年)	<ul style="list-style-type: none"> 第6回北海道自殺対策フォーラム開催 メディアカンファレンス開催 自殺未遂者支援講演会開催 	
2012 (平成24年)	<ul style="list-style-type: none"> 第7回北海道自殺対策フォーラム開催 メディアカンファレンス開催 自殺未遂者支援研究会開催 地域依存症対策支援事業開始 (モデル事業を踏まえて) 「センターの機能検討」に関する協議開始 	<ul style="list-style-type: none"> 障害者総合支援法成立 (H24. 6) 自殺総合対策大綱見直し (H24. 8 閣議決定) 第2期北海道自殺対策行動計画策定 (H25. 3) 北海道医療計画【改訂版】策定 (H25. 3)【4疾病に精神疾患が加わり5疾病となる】

年 代	センターの動き	その他の動き
2013(平成25年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第8回北海道自殺対策フォーラム開催 ・メディアカンファレンス開催 ・自殺未遂者支援研修会開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉法の一部改正 (H25. 6) 【保護者制度が廃止される】 ・薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律成立(H25. 6) ・アルコール健康障害対策基本法成立(H25. 12)
2014 (平成26年)	<ul style="list-style-type: none"> ・メディアカンファレンス開催 ・自殺未遂者支援研修会開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・改正精神保健福祉法施行 (H26. 4) ・アルコール健康障害対策基本法施行(H26. 6) ・初めてのアルコール関連問題啓発週間が実施される(11月10日～11月16日)
2015 (平成27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物依存回復支援研究会開催 ・自殺未遂者支援研修会開催 	第4期北海道障がい福祉計画作成(27. 4)
2016 (平成28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・熊本地震DPAT派遣 ・薬物依存回復支援研究会開催 ・自殺未遂者支援研修会開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・熊本地震発生(H28. 4. 14)
2017 (平成29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・10代目センター所長 岡崎 大介 (H29. 4. 1) ・薬物依存回復支援研究会開催 ・自殺未遂者支援研修会開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺総合対策大綱見直し (H29. 7 閣議決定)
2018 (平成30年)	<ul style="list-style-type: none"> ・北海道立精神保健福祉センター開設50周年記念講演 ・北海道胆振東部地震心のケアチーム派遣 ・薬物依存回復支援研究会開催 ・自殺対策研修会開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・第5期北海道障がい福祉計画作成(H30. 4) ・北海道胆振東部地震発生(H30. 9. 6)
2019 (令和元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・北海道自殺総合対策モデル事業実施 ・北海道胆振東部地震災害に係る支援活動 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染拡大(R2. 2)

センター案内図



令和元(2019)年度
精神保健福祉センター年報
(第52号)

令和3年(2021年)3月発行

編集・発行 北海道立精神保健福祉センター
札幌市白石区本通16丁目北6番34号
郵便番号 003-0027
電話 (011)864-7121 (代表)
FAX (011)864-9546