令和４年度第１回北海道精神保健福祉審議会　議事録

開催日時：令和５年２月 14 日（火）18:30～20:30
開催方法：WEB（zoom）開催

河谷課長	それでは、皆様には大変お忙しい中、ご出席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４年度第１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医療担当課長の河谷と申します。どうぞよろしくお願いいたします。会議の開催に当たりまして、保健福祉部技監の人見からご挨拶を申し上げます。
人見技監	北海道庁の保健福祉部技監の人見でございます。令和４年度第１回北海道精神保健福祉審議会の開催に当たりまして、ご挨拶を申し上げます。本日はコロナ禍の中、また年度末もだんだん押し迫っている中でお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。また、皆様方には日頃から北海道の精神保健福祉行政の推進につきまして、多大なご貢献・お力添えをいただいておりますことに、この場を借りまして改めまして、お礼を申し上げたいと思います。ありがとうございます。 本日は、北海道の精神医療の現状、それから自殺対策の行動計画、ギャンブル等依存症対策推進計画の改定などがございますので、この７項目につきまして、議題を各担当からご説明させていただきます。 この新型コロナ感染症の影響、かなり長期化して参りました。この間、もう３年になりますけども、精神科の病院、それから障がい者の施設、それからグループホームのような小さな施設まで大変なご苦労を、普段のケアのほかに、治療のほかに、大変なご苦労をいただいて参りました。そんな中で今後はコロナの見直しがあるんですけども、このコロナの影響というのが非常に懸念されるところでありまして、今後、精神保健福祉法の一部改正法も公布されておりますので、益々、この分野の対策をしっかり進めていくことが重要であると思っております。 最近、保健所長会のメーリングリストなどを見ておりますと、やはりコロナが一旦落ち着いてきた中で法の改正もございましたので、精神保健の分野のことが随分とディスカッションされて、今後どのように対策をしていくべきか、各地の先生たちが意見を戦わせるようになって参りました。コロナが落ち着いた一方で、やはり精神のほうは長いスパンでの仕事になって参りますので、引き続きのご協力をいただければと思います。 本日はご出席の皆様、それぞれの立場から報告に対しまして、ご意見・ご提言をいただければと思っております。最後になりますけども、今後とも、北海道の精神保健、医療福祉施策の充実に向けて、皆様のご支援・ご協力をいただけますよう、重ねてお願い申し上げます。本日は、よろしくお願い申し上げます。
河谷課長	本日の審議会の出席者につきましては、お手元の出席者名簿の通りでございまして、

	委員15名中9名の方にご出席いただいております。よって審議会が成立したことを報告いたします。 　今年度、第1回の精神保健福祉審議会となりますので、改めまして、出席者名簿の順に委員の皆様をご紹介したいと思います。お願いですけれども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。よろしくお願いいたします。 　改めまして、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	河西です。よろしくお願いします。
河谷課長	医療法人資生会千歳病院　院長　芦澤委員は、本日ご欠席となってございます。 　札幌弁護士会　弁護士　阿部委員でございます。
阿部委員	弁護士の阿部と申します。よろしくお願いします。
河谷課長	北海道精神障害者社会福祉事業協議会　副会長　加藤委員でございます。
加藤委員	よろしくお願いします。
河谷課長	北海道医療大学　客員教授　河合委員でございます。
河合委員	河合でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
河谷課長	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　久住委員でございます。
久住委員	久住でございます。よろしくお願いいたします。
河谷課長	北海道認知症の人を支える家族の会　副会長　坂本委員でございます。
坂本委員	坂本です。よろしくお願いいたします。
河谷課長	ＮＰＯ札幌市精神障害者家族連合会　会長　菅原委員でございます。
菅原委員	菅原です。よろしくお願いします。
河谷課長	今回から、新たに委員にご就任いただいております、旭川医科大学医学部精神医学講座　教授　橋岡委員でございます。
橋岡委員	旭川医科大学の橋岡と申します。皆様、何卒よろしくお願い申し上げます。
河谷課長	北海道精神科病院協会　常任理事　中島委員につきましては、19時15分頃からの出席予定と伺っております。 　市立札幌病院　院長　西川委員は、本日ご欠席でございます。 　一般社団法人　北海道医師会　副会長　藤原委員でございます。
藤原委員	藤原です。よろしくお願いいたします。
河谷課長	北海道精神科病院協会　会長　松原委員は、本日ご欠席でございます。 　一般社団法人　北海道ピアサポート協会　代表理事　矢部委員でございます。
矢部委員	北海道ピアサポート協会の矢部と申します。どうぞよろしくお願いいたします。
河谷課長	医療法人社団五稜会病院、看護部長の吉野委員でございます。
吉野委員	吉野でございます。よろしくお願いします。
河谷課長	次に、道側の出席者をご報告させていただきます。 　北海道保健福祉部技監　人見でございます。

人見技監	人見でございます。よろしくお願いいたします。
河谷課長	障がい者保健福祉課　医療参事　堀につきましては、所用により欠席してございます。 障がい者保健福祉課　課長補佐の半沢でございます。
半沢補佐	半沢です。よろしくお願いいたします。
河谷課長	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。
河谷課長	議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきたいと思います。事前にお配りしておりますけれども、資料の次第、そして審議会設置根拠法令(抜粋)、そして出席者名簿、資料１としまして北海道の精神医療の状況について、資料２といたしまして第４期北海道自殺対策行動計画(案)について、資料３としまして第２期北海道ギャンブル等依存症対策推進計画(案)について、資料４としまして措置入院等の運用マニュアル等について、資料５としまして北海道におけるＤＰＡＴの体制整備について、資料６といたしまして、てんかん診療二次診療施設の選定について、最後に、資料７としてカラー刷りですが、昨年成立しました精神保健福祉法の一部を改正する法律の概要等についての資料、となってございます。資料は以上でございます。 それでは、これより議事に入らせていただきますけれども、本日の会議の終了予定時間につきましては、概ね 20 時を目途としたいと考えております。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につきましては、河西会長にお願いしたいと思います。河西会長よろしくお願いします。
河西会長	はい。審議会の会長を務めております河西です。よろしくお願いいたします。 それでは盛りだくさんで時間もありますので、早速、議事に入らしていただきたいと思います。まずは議題の１、「北海道の精神医療の現状について」ということで、事務局からご説明お願いします。
唐牛係長	はい、説明いたします。精神保健医療係長の唐牛と申します。よろしくお願いいたします。今から、画面を共有させていただきます。 まず、資料１の「北海道の精神医療の状況について」です。各種統計のデータから医療の状況について、データを示しております。まず、１番目として精神病床の状況についてですが、北海道では、医療法に基づきまして全道一円を単位として、精神病床の基準病床数を定めております。平成 29 年度の北海道医療計画の見直しに伴いまして、国から示された算定式で算定した結果、道内の基準病床数は１万 7116 床となっております。既存の病床数は１万 8926 床となっておりまして、既存病床数が基準病床数を超えている状況にございます。 次に、精神科病院の主な状況についてです。こちらは 630 調査という毎年６月 30 日時点の調査からのデータを示しておりますが、北海道内に存在する病院、精神病床を有する病院は 118 病院ございますけれど、この調査については、そのうち回答が得られた 103 病院のみに係るデータとなっております。以下説明して参ります。 まず、精神科病院数と精神科病床数、在院患者数についてですが、精神科病床数は 630

	調査では1万7847床、1万人あたりの病床数は34.4床となっておりまして、全国の24.8床に比べて多い状況となっております。また、道内の精神科病院在院患者数は1万5290人で、人口1万人あたりでいうと、29.5人となっておりまして、全国の21.0人に比べて高い状況となっております。 　次に、在院期間別の入院患者数ですが、１年未満の入院患者数を見ますと、北海道は41.8%、全国は 37.5%となっておりまして、全国と比較して、１年未満で退院されている患者さんの割合が多い状況となっております。 　次に、入院形態別の入院患者数ですが、医療保護入院、家族等の同意による入院ですけれども、医療保護入院による患者数が入院患者全体の 41.4%となっておりまして、全国49.8%に比べて低くなっております。また、任意入院、ご自身で同意して入院された任意入院の患者数ですが―入院患者全体の 56.0%となっておりまして、全国よりも高い状況となっております。 　次に、疾病別の入院患者数ですが、全国と同様に、統合失調症・統合失調型障害及び妄想性障害が 42.4%と最も多くなっておりまして、次に症状性を含む器質性精神障害、次に気分障害の順となっております。 　次に、精神保健福祉法に基づく通報等の状況ですが、自傷他害の恐れがあるとして、精神保健福祉法に基づいて通報が行われた場合の通報の件数、また診察の件数、入院の件数については次の表の通りとなっておりまして、北海道全体で見ますと通報や届け出の件数が合計で1292件、そのうち診察の必要がないと認めた方の数が1191件となっております。全国で見ますと、通報の件数は2万5701件で、そのうち診察の必要なしと認めたものが1万5064件となっております。 　次に、心神喪失者医療観察法に基づく処遇の状況についてです。まず入院処遇についてですが、令和4年3月31日の時点での、入院処遇中の方が23名となっておりまして、入院先の医療機関は令和4年4月1日の時点ですので、北海道に入院医療機関がない状態でしたので、県外の医療機関に全員が入院されている状況となっておりますが、こちらの※書きで記載しておりますが、令和4年4月から、北海道大学病院附属司法精神医療センターが稼働されておりまして、6月末現在では14名の方が入院されていると伺っております。 　次に通院処遇の状況ですが、通院処遇中の方が16名で、指定医療機関数が56となっております。 　次に、ご参考として精神科病院の休床数について、北海道精神科病院協会様からいただいたデータをもとに示しているものになります。精神科病院協会に加入されている、病院のみのデータになっております。これは一覧としてお示ししておりますが、医療圏ごとに、休床している病床がどれくらいあるかっていうのを、データとして示しております。資料1の説明は以上になります。
河西会長	ありがとうございました。ただいまのご説明に関して、何かご質問などありますか。はい、阿部委員お願いいたします。

阿部委員	最初の精神病床の状況のところで質問だったのですけれど、今北海道でも超過していて、今増やさない努力をされているのかなと思うのですけども、これ、減らすための対策というのは何か取られているのでしょうか。
唐牛係長	北海道としまして、今、特に減らすために特別な取り組みというのをしている状況にはないですけれど、医療計画の方で、基準病床数を超えている状況というふうにお示ししておりまして、新たな開設や病床の増加について、ご相談があった場合には基本的には対象外というふうにしております。その結果、平成29年時点で1万9316床ありましたところ、今、1万8926床になっている状況にございます。
河西会長	中島委員が、今、会議に入られました。コメントをいただけますでしょうか。
中島委員	ちょっと質問です。措置診察の件ですけれど、通報の数に比べて、北海道は措置になった例が少ないと思うのですが、都道府県で随分差があると思うのです。それはどういうふうに考えてますでしょうか。
唐牛係長	はい、今のご質問の件ですが、前々より、北海道の措置診察率が低いということは、こちらの審議会でもご指摘いただいていたところでして、保健所のほうからはまず、警察官通報のうち、明らかに、要件に該当しないような通報もあるのではないかといったご意見もいただいております。また、確実にこれが原因だというところまで特定できていないところでして、今後も実際の通報の事例について収集して、それが保健所の判断も、警察の判断も含め、その判断が妥当だったのかっていうことも含めて、確認作業を今後行っていく予定としております。
中島委員	措置入院のガイドラインっていうのができましたけども、全国に措置入院のガイドラインがあるはずなのですけども、ガイドラインは、厚労省が雛形を作って、各都道府県が作ったと思うのです。 そうであれば、各都道府県が措置診察の割合っていうのは大体同じようになるのではないかなと思っているのですけど、それがなってない理由っていうのは、何かあるのでしょうか。
唐牛係長	はい、ありがとうございます。ガイドラインについては、また資料4でもご説明したいと思うのですが、現状北海道ではガイドラインは、まだ完成してない状況にはあるのですが、判断としては基本的にガイドラインに沿って、適切に判断をしているものと考えてはおります。ただ、実際、個々の事例を見ていった時に、どれだけガイドラインに沿ったものができているかというのは、今、全部把握はできていないところなので、今後確認をしたいと考えております。
中島委員	わかりました。どうもありがとうございました。
河西会長	中島先生、今、議事の1番で、北海道の精神医療の現状のところです。 北海道の病床数は、精神の病床数が基準病床数より多いということに関して、減らす努力はしているのかという、札幌弁護士会の阿部委員からの質問でした。これは減らすべきだということが前提での、弁護士会の委員からの質問だと思うのですけれども、精神科病院協会のほうから何かコメントすべきところはありますか。

中島委員	各都道府県が病床を減らすっていうこと自体が、それはおかしいのではないかなっていうふうに思いますけど。民間病院っていうのは経営もありますので、それを勝手に都道府県が減らすとなったら、重大な問題になるのですけど、道の方が減らすっていうこと自体が、変だなっていうふうに思いました。
河西会長	精神医療施策のところで常に問題になっているところで、今日の会議だけでは、皆さん全員が納得に至るような議論は難しいと思うので、個別にやっていただくか、また或いは、間に道庁の担当課が入っていただくということでお願いいたします。あとはいかがでしょうか。吉野委員お願いします。
吉野委員	はい。ではこの精神科病院の休床の件なのですけれど、809 床ほど、休床している所があるのだなと思ったのですが、その理由なのですけれど、人口が少ないっていう所もあるのかなと思っていて見ていたら、札幌市も結構休床している所があって、もし、道のほうで休床の理由とか、何か知っていることがありましたら、教えていただければと思いました。
唐牛係長	すみません、札幌市内の状況が細かく個別に把握できていない状況にございまして、回答になるかわからないですけれども、地域や病院によっては、その患者さんの数が少ないという所もありますし、また医師の数が不足していて、という所もあるというふうに承知しております。
吉野委員	はい。具体的に休床っていうことは、その他のことは、よくわかってない感じなのですね。今の状況では。
唐牛係長	個別に理由まで把握できていませんので、患者さんが少ないからという所もあれば、医師が足りずに継続できないっていう所も一部あるのかなとは思っております。
吉野委員	わかりました。
中島委員	中島です。今のお答えですけど、患者さんが少ないから休床が多いとか、そういうことではないと思うのです。それと医者が少ないからといって、ベッドが減るとかそういうわけではなくて、やっぱり一番大きな問題は、看護師の数が足りなくて、看護求人が取れないから、休床になっているというようなことが多いかなと思っております。
河西会長	矢部委員、どうぞ。
矢部委員	質問ではないのですけれども、630 調査を毎回出していただいていて、前年度と、どれぐらい変わっているのかなっていう比較ができた方が、病床数に関しても変化が分かるかなと思ったので、そういった作り方が今後できれば、ありがたいなと思った次第です。以上です。
河西会長	ありがとうございます。ちなみに、この 630 調査に回答しなかった所は、常に回答をしていない所なのでしょうか。それとも、たまたまでしょうか。そういうところがはっきりしないと、経年的な変化を見るのも難しいのですけれども。例年どうなのでしょうか。
唐牛係長	回答率としては例年同程度となっておりまして、毎年回答されない所もあれば、たまたまという所も一部あるという形で、今細かいところまで、ご説明できる資料がございませんが、そういった状況となっております。

河西会長	わかりました。全て同じように揃わないと、難しいところがあると思いますけれども、提示の仕方について、もし可能な方法があればご検討下さい。 あとは、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。 そうしましたら、次ですけども、議題の２番の「第４期北海道自殺対策行動計画(案)」について、事務局から説明をお願いします。
唐牛係長	はい、ご説明させていただきます。 資料２の「第４期北海道自殺対策行動計画(案)」についてです。今、北海道では第３期北海道自殺対策行動計画に基づいて、自殺対策を進めておりまして、今年度で第３期計画が終了になりますので、令和５年度から令和９年度までを、計画期間といたします第４期の計画の策定を進めているところです。計画の中身の検討については、北海道自殺対策連絡会議のもとに部会を置きまして、ご検討をいただいてきたところでございます。 まず、計画の趣旨についてですが、本道の実情に応じた自殺対策を、総合的かつ効果的に進めるための基本的な方向や、具体的施策を定めるものとしておりまして、自殺対策基本法に基づいて策定が義務づけられているものとなります。 次に、北海道の自殺の現状についてですが、まず自殺死亡率や自殺死亡者数の推移については、こちらのグラフが自殺者数・自殺死亡率の推移になります。平成 21 年以降、減少が続いてきましたが、令和３年には増加に転じているところです。ずっと、自殺死亡率は全国の値を上回っている状況にございます。自殺死亡率は人口 10 万人当たりの自殺者数を示しておりますが、令和３年には 17.5 となっております。 次に、性別の自殺者数を見ますと、男性が女性よりも多い状況がずっと続いており、青い線が男性で、オレンジの線が女性ですけれども、男性が多い状況が続いておりますが、女性の自殺者数が令和２年に増加しまして、令和２年・令和３年と第３期計画策定時を上回る数になっております。 次に、年齢階層別の自殺者数を見ますと、この年代を 10 代、20 代、30 代から 50 代、60 歳以上とまとめてみますと、10 代から 20 代では近年増加している状況にございます。 自殺の原因・動機別の構成割合で見ますと、北海道も全国も同様で、健康問題、経済・生活問題、家庭問題の順で多くなっております。 このような状況を踏まえまして、第４期計画の案では、現状を踏まえた主な課題として、こちらに掲げている４点を記載することといたしております。 まず一つ目が、子供・若者の自殺対策です。令和３年には 20 代、20 歳未満の自殺者数が、データが公表されている範囲で過去最多となっておりまして、子供・若者の自殺が深刻な課題となっております。 次に、女性の自殺対策です。女性の自殺は先ほど申し上げたとおり、令和２年・３年と第３期行動計画開始時を上回る水準となっております。 三つ目に、コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえた対策ですが、感染拡大下では様々な方が影響を受けたと考えていることを踏まえて、対策を講じる必要があるとしております。

	四つ目に、地域ごとの格差を是正する対策についてですが、本道では地域ごとの自殺死亡率に約２倍程度の開きが見られますので、うち、各地域における、取り組みの格差を是正するような対策を行っていくこととしております。 次に、自殺対策の基本認識と基本方針についてですが、この計画は国が令和４年 10 月に閣議決定した自殺総合対策大綱を参考にして作っておりまして、大綱の中で、基本認識、基本方針に追加された部分も、道の計画でも追加することとしております。その内容としては、新型コロナウイルスの影響を踏まえた対策の推進、また自殺者等の名誉及び生活に配慮するという方針に追記しているところです。 次に、主な施策として、これが計画の実際の具体的な取り組み内容の部分になりますが、もともと(１)から(11)までの重点施策を掲げておりました。今回、国の大綱も踏まえまして、新たに 12 番として女性の自殺対策を推進するという項目を、新たに立てることといたしました。(１)から(12)までの具体的な取り組みの内容のうち、一部を抜粋したものがここに記載されておりますが、今回の改定では、特にこれを新しくやっていくという大きく打ち出したものっていうのがあるわけではないのですけれど、国の大綱の中で、今まで自殺対策に位置づけられていたものの、北海道では自殺対策に位置づけられていなかったような施策を自殺対策として位置づけていく、あと、この中で関係する施策を管理する箇所にきちんと記載して、今までの取り組みをきちんとやっていくっていうことを中心に改正案を作っております。 また、推進体制としまして各施策の検証・評価について、可能な限り定量的な指標を用いて実施するという記載を新たに追加いたしまして、計画の中に記載されている取り組みが確実に実施されるように、定量的な指標を用いて、評価を行っていきたいと考えております。 最後に数値目標についてですが、この計画の数値目標としては、第３期のときから同じ数値目標を置いておりまして、令和９年において自殺死亡率 12.1 以下、自殺者数 600 人以下ということを目指すこととしております。説明は以上になります。
河西会長	ありがとうございました。皆さんから、ご質問やコメントはございますか。
中島委員	若年者の自殺者数が増えたということですけど、その要因として、例えばコロナの関係とかそういったことがあるのでしょうか。そのような分析とか、されているのでしょうか。
唐牛係長	国の分析も参考にしながら、北海道でも可能な限りコロナ禍の影響というのを分析はしてみたのですけれど、これだというものが示されている状況ではないです。明確に原因がわかってはおりません。国の方でも、明確にいえることは、コロナ禍で増えたというのは確実にありますけれど、それが何の影響なのかっていうのは、引き続き分析をしていくことになっております。
河西会長	はい、ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。
坂本委員	現実、いろいろな施策の中で、私どもの介護をする立場で、何件か、そういう介護の中で逼迫した、自殺までも試みたっていう人もコールセンターの方に入っておりますので、

	介護する者、そういう人も本当に困っている状況であるっていうことも、皆さんに認識していただければなと思っております。
唐牛係長	今回の概要の資料には記載できなかったのですけれど、今回の見直しの中で、介護者の方、北海道ケアラー支援計画なども作っておりますので、ケアラーへの支援という項目も、新たに記載させていただきました。その記載に基づいて、対策をしていければと思っております。
河西会長	自殺対策はどうしても、今でも精神障害とか精神保健の方に偏りがちで、主管する担当の部署も役場で、そういうところに偏っているところがありますが、今、坂本委員が言われたように、高齢者とか認知症の方の自殺企図は非常に深刻な課題です。日本でもどこでもそうですが、自殺の 30%以上は 60 歳以上の方なので、かなり量的な問題もあります。 ただ一方で、高齢介護とか、そういう役所の部署もそうですし、あと地域の方もそうですが、そういうところからの自殺予防の研修依頼というのはほとんどないというのが実状です。だから積極的に企画をしていただき、道でも精神保健福祉センターでも、或いは私ども札幌医科大学でも結構なのですけども、是非ご依頼をかけていただければと思います。以上です。
藤原委員	これはよく分からないのですけれども、この自殺は、表の面ですね、減っている(2)のところで。自殺者数は、一部減っているのですけれども。これ大綱を掲げたから減るものではないと思うのですけれども。どうして減っているのだろうと、何が良かったのだろうと、何故ここで増えたのだろうとか、そういうことは分かっているものなのですか。
河西会長	すみません。河西が代わりに答えます。私は道の自殺対策のアドバイザーやっておりまして、専門的に自殺対策をしていますので代わりにお答えします。 藤原先生もご存知のように、日本はやっとマイナンバーが動き始めましたけれど、それが保健・医療と全く紐付いていません。日本では保健・医療をレジストリして分析するという仕組みが全くないものですから、北欧などとは異なり、因果関係を調べることができません。先程、中島先生が言われた、COVID－19 の影響はどれくらいなのかということも本当はわからないのです。ちょっと言い方が悪いですが、分かったようなつもりで勝手なことを言っている研究者や専門家と称する人も結構いるのです。 もちろん自殺総合対策大綱ができて、全国全ての市区町村のレベルまで、自殺対策行動計画を策定することが義務化されまして、それで行政が対策を打たなければならなくなったので、全ての行政が 1 ミリでも 1 センチでもした結果、自殺が減ったというふうに一般には信じられていますけれども、そこに科学的な検証はされていません。経済が良くなったからと皮肉を込めて言う方もいますが、一部は当たっているかもしれません自殺の動向について、科学的な検証が難しいというところが、日本の抱える根本的な問題だというふうに私自身は思っているところです。以上です。
藤原委員	はい。ありがとうございました。
河西会長	矢部委員、お願いいたします。

矢部委員	すみません。施策のところの(５)番の⑥番に、ＳＮＳを活用した自殺対策の推進っていうところがあると思うのですけれど、前回も、そこに触れさせていただいたのですけれど、今回、そこの項目の中に子供・女性・コロナっていうふうに書かれていますけれども、さっきホームページから入ってみたところ、すぐ、たどり着くことができないようなところにあるのです。どういうような形で、ホットラインに繋がっていくのかといったところを、道の方でも、再度検討していただいた方がいいのではないか、というふうに感じていました。以上です。
河西会長	ありがとうございます。これは検討可能でしょうか。 行政のホームページは企業と違い、なかなか欲しい情報にたどりつくのが難しいという面はあると思うのですが。
唐牛係長	私達の方でもホームページの掲載方法については、ちょっと検討させていただきたいと思います。 ＳＮＳ相談の窓口を、新たに令和３年度から作っているのですけれど、その広報の仕方についても、例えばツイッターを使うなどの方法も行っておりまして、そういった方法も使いながらですね、ホームページに載せるだけではなく、皆さんに届くように、何かしらの対応はとっていきたいと思っております。
河西会長	菅原委員お願いします。
菅原委員	札家連の菅原です。施策の中の４番目、適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする、というところがあるのですが、この具体的な施策が、たいして具体的に私には思えないのですが、かかりつけの医師等の資質の向上と精神科医療・保健・福祉等の各施策の連動性の向上って書かれているのですが、もう少し具体的な、お話を聞かせていただきたいと思いまして、ご質問いたします。
河西会長	これは大事であり、難しいご質問だと思うのですが、いかがでしょうか。
唐牛係長	ここの項目ですが、すみません。今、詳細な資料がないのですけれど、具体的な中身としては、例えば、かかりつけ医の資質向上と書いてありますが、かかりつけ医を対象とした研修、鬱病対応力向上研修というのを実施しておりまして、そういった研修を実施することによってかかりつけ医の方から、精神科医療にも繋がるように、そういった資質の向上という部分を進めていきたいと考えております。 またそれ以外では、保健所単位で自殺対策の会議などを設けているのですけれど、そこに精神科医療の方も、保健福祉、様々な分野の方が入っていただく中で、連携をとれる関係性を作っていくことも、行っていきたいと考えております。
河西会長	法律ができて大綱ができたときに、今、菅原委員が指摘されたようなことが書いてあって、自殺対策の推進をきっかけに、精神医療が改革されるような後押しを厚生労働省がしてくれるのではないかと、私も期待したのですけれど、あまりそういうことでもないのですよね。 ポンチ絵が出てきて、イメージみたいなものが出てくるのですが、なかなか画期的な施策は無く、結局、それぞれの自治体や関係者が、工夫して自殺対策や精神保健の活動を

	担っているように私には感じられています。やはり、良いモデルを持っている所や作った所が、それを他の人たちと共有していくということで改革が進められていくしかないのかとも思っています。ありがとうございました。 あとはいかがでしょうか。吉野委員、お願いします。
吉野委員	はい。子供の自殺対策のところなのですけど、多分、急に自殺というよりも、おそらく10代の子達は、不登校になったりというようなところから始まりますので、学校とのタッグとかも考えていると思うのですけど、そこを支えている家族自体もすごく困っている状況があったりとか、そういうところからアプローチをしていかなきゃいけないだろうと思うのですけど、具体的に学校側や家庭側であるとか、こういったメンタルヘルスの問題を抱えている子供たちに対応するのに、どのように連携を組んでということを、考えていることが何かありましたら教えてください。
唐牛係長	この計画の中では、すみません、ここには、あまり細かいことは書いてなかったのですけれど、児童生徒の方への様々な施策、記載しておりまして、例えばスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーの活用も含めて、今回、スクールソーシャルワーカーの活用については追記をしたのですが、スクールソーシャルワーカーの方に入っていただきながら、その地域との繋ぎも含めて支援していくという部分ですとか、あと保護者の方も含めた、相談窓口の体制確保ということなどについても記載しております。
吉野委員	はい。わかりました。ただ、なかなか家族の方とかも、じゃあ実際にどのような人たちが支援に入っていくのかとか、家庭に入っていきにくいなどあるので、そこら辺、スクールカウンセラーの方も、うちの病院とかで思春期の子供達を見ていますので、繋がってはくるのですけども、結局、そこからスクールカウンセラーをこちらで紹介するというか、「病院行ったほうがいいですよ」というようなことを紹介することになると思うのですけれど、具体的にもう一歩進んだアプローチをしていかないと、救うのが難しいのかなというふうには思います。
河西会長	少し補足をするとですね。この中の久住委員、河合委員もそうですが自殺対策の行動計画の部会があって、その前にワーキンググループもあって、この会議とも重なる方が入っておられます。 それで児童・思春期のところも、あとご家族のほうともそうですけれども、かなり議論されていて、それで北海道全体でスクールソーシャルワーカーの数が極端に少ないとか、そういう課題はずっと出ています。ただ、それを一気に道庁の人達が、何とかするとかということにはなりません。ただ、そういう課題は、随分話し合われているところです。 あと札幌市は政令市なので別枠ですけれども、そうは言っても、北海道の中に都市部と郡部が入りまじって、ものすごい数の地方公共団体があるので、なかなか、それを包含したこの行動計画を作るということは至難の業です。一方で、自殺というのは、私の考えでは精神保健福祉の行き着く最悪の悲劇的なシナリオであり、問題としてそこに集約されているのだということを考えると、自殺対策の行動計画に関する議案を、この議事次第の７つのうちの１つとしてこの１時間半の中でやること事態にかなり無理があると思

	うのです。 　この２月の段階で、本会議が令和４年度第１回となっており、しかも一度だけですから、会議のやり方を考えないと充分な議論ができませんし、これを議論するだけでも１時間位使ってしまっています。ちょっとそのこと自体に無理があるではないかと思いました。この計画は確定するまで話し合う機会は、もうないのでしょうか。 　事務局のほう、いかがでしょうか。
唐牛係長	はい、すみません。事前に会議の時間を設けられなくて申し訳なかったのですけれど、今回の計画につきましては、２月議会にかけ報告しまして、３月に策定ということになりますので、この審議会の場でご議論いただくっていうことは、今回の計画策定については難しいのですけれど、計画運用する中で、また審議会の中で自殺対策の状況については、毎回報告させていただきたいと思いますので、その中でご意見をいただければと思っております。
河西会長	むしろ運用面でご協力いただいて、大綱の中身、行動計画の中身をよりよいものにするというところは、この審議会委員全員の責務というか、努めだと思っていますので、ぜひ皆さんで、よりよい形を作っていきましょう。 　矢部委員いかがでしょうか。
矢部委員	今の話を受けつつの意見なのですけど、吉野委員の話を聞いていて、子供のケアの部分の(10)のところですが、子供だけじゃないっていうところは、ご家族の話が出ていたと思うのですけれども、ここ６番を追加するなりして、家族への支援の充実みたいな形で追加していく、明文化していくことが大事なんじゃないのかなというふうに感じたので、その意見でした。すぐの反映は難しいというのも理解しました。
唐牛係長	ご家族への支援については、ご指摘のように、子供・若者対策の部分には記載はしていなかったのですけれど、他の項目の中で、この概要版の中では出てきていないのですが、他の(５)の「社会全体の自殺リスクを低下させる」の中で家族を含め支援者への支援ということで、家族会の開催だとか、地域で関係各種、各関係機関が連携して支援を行うこと、訪問支援なども含めて記載しておりますので、その記載に基づいて、対策をしていけたらと思っております。
河西会長	はい、よろしいでしょうか。そうしましたら、一旦ここで、１回ここで終わりにしておきまして、また後で振り返ってご質問いただくことはできますので先に進めます。 　次は、議題の３です。「第２期北海道ギャンブル等依存症対策推進計画(案)」について、事務局から説明お願いします。
松野主査	障がい者保健福祉課の松野と申します。よろしくお願いいたします。 　こちらにつきましては、資料の３によりご説明いたします。現在、第１期の推進計画に基づきまして、各種取り組みのほうを行っているところですけれど、こちらも、自殺のほうの計画と同様、今年度が計画の周期でしたので、第２期推進計画の策定を進めて参りました。 　この計画の趣旨ですけれども、本道の実情に即した体系的なギャンブル等依存症対策

を推進するため、施策の推進状況やギャンブル等依存症の現状と課題を踏まえまして、発症、進行及び再発の各段階に応じた取り組みを実施するために、本計画の策定をしていきます。

ギャンブル等依存症対策基本法第 13 条に定める都道府県計画に位置づけられまして、令和５年度から７年度までの３年間の計画期間になっております。

５の現状のほうになりますけれども、(１)に通院及び入院の推移ということで、棒グラフで示したとおりですが、増加の傾向というふうになっております。(２)にはギャンブル等に関する相談延べ人数の推移ということで、道立の精神保健福祉センターと保健所などで受けている来所や電話、メールによる相談の延べ人数の推移ということで、数値を載せております。平成 30 年度、令和元年度のほうは増加をしていたのですが、令和２年度の数値は少し減っておりまして、新型コロナウイルス感染症の影響等で減少しているのかなというふうに思います。(３)はギャンブル等依存症が疑われる方ということで、多くは相談とか治療のほうには結びついていないという状況です。国が令和２年に行った調査があるのですけれども、過去１年以内のギャンブル等依存症が疑われる方の推計から、本道の成人人口で当てはめましたところ約９万８千人という計算になりました。(４)が行政機関における相談件数の状況ですけれども、令和２年、保健所などの依存症の相談件数が 3086 件のうち、ギャンブル等に関するものが 314 件で、10.2%ぐらいです。精神保健福祉センターが 614 件のうち 241 件ということで、大体 37.6%というような状況になっております。(５)のその他の支援機関の状況ですが、対応できる医療機関が 37 ヶ所、専門医療機関が５カ所などとなっております。(６)の北海道の取り組み状況としましては、精神保健福祉センターにおける支援として、相談支援だとか治療プログラムの実施、当事者・家族組織の育成・支援、保健所・市町村・医療機関などへの技術支援等を行っております。また、地域の保健所における支援としましては相談支援や普及啓発など、それぞれ行っているところです。

６の課題ですけれど、「ギャンブル等依存症対策基本計画令和４年変更」ということで、こちらは国の計画ですけれども、こちらを踏まえました対策を推進するとともに、本道の実情に応じた対策を推進する必要があることから、記載の通り(１)ギャンブル等依存症問題の現状や課題の普及啓発、(２)若年者の対策、(３)相談支援体制の充実、(４)医療提供体制の充実、(５)回復社会復帰支援、(６)連携協力体制の構築ということで、それぞれ推進していく必要があります。

資料の２枚目です。裏側のほうにありますけれども、計画の基本方針としましては、現在の計画と同様に、(１)から(４)ということで、ギャンブル等依存症に関する正しい知識の普及、誰もが相談できる相談場所と必要な支援につなげる相談支援体制づくり、医療における質の向上と連携の促進、ギャンブル等依存症で悩む方が円滑に回復・社会復帰するための社会づくりとしまして、４つを掲げております。

８の施策のほうにつきましてはこちらが現在の計画と同様ですけれども、１発症予防一次予防、２進行予防の二次予防、３再発予防の三次予防、４共通という体系で、それぞれ具体的取り組みを行うこととしております。第２期の推進計画で新たに追加した主な

	ところで、国の基本計画令和４年変更で新たに追加された点を踏まえまして、道の第２期推進計画にも同様のものを追加しまして、資料の赤字の※印で記載の部分となっていますが、１の発症予防の(１)教育、広報等による普及啓発の推進の１つ目の○。ギャンブル等依存症の正しい知識や相談窓口等の普及啓発のところに、※印で競馬などの公営競技のインターネット投票などですね。「オンラインによるギャンブル」のリスクに関する正しい知識の普及啓発というところを盛り込んでおります。それから(３)ですね。不適切な誘引の防止、ここの１つ目の○。関係事業者の自主的な取り組みのところに、インターネット投票におけるアクセス制限の強化を入れております。それから２の進行予防の二次予防ところの(１)相談支援の１つ目の○。相談支援体制の充実のところ。それから少し下に下がって、４の共通の(１)連携協力体制の構築の２つ目の○。再掲になります、相談支援体制の充実。ここの２カ所は、市町村における相談支援体制の充実等の支援ということで、こちらを盛り込んだところになります。 ９の推進体制は、推進会議におきまして本件の取り組みの成果と課題を、定量的な指標を用いて実施しまして、道関係部局で構成する、ギャンブル等依存症の対策の庁内連絡会議を開催しまして、ギャンブル等依存症の現状等について共通認識を持ちながら、施策・事業の展開に向けた協議を行うこととしております。また、地域におきましては、関係機関で構成する連携会議を設置しまして、相互に協力しまして、具体的な施策を推進するということとしております。 10 の重点目標のところは、主なものですが、現在の計画同様としておりまして、①がギャンブル等依存症に関する知識の普及を徹底して、将来にわたるギャンブル等依存症の発症を予防。②として、ギャンブル等依存症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整備というふうにしております。③がギャンブル等依存症対策の基盤整備の３つとしておりまして、下の表にちょっと書いてありますが、記載の通りそれぞれ指標や目標値ということで設定をしているところになります。 最後に 11 の目指すべき姿は道民の健全な生活の確保を図り、「安心して暮らすことのできる社会」の実現ということで、現在第２期推進計画の案ということで、取りまとめているところになります。説明は以上になります。
河西会長	ありがとうございました。皆さんご意見はありますか。これも法律に基づく都道府県の計画の策定という話です。
中島委員	８番、施策の中で学校教育等における指導の充実って書いてあるのですけども。昨今、ゲーム依存とかネット依存とか、そういうような中学生や高校生が来るのですけども。実際、その学校のほうで、こういったゲーム依存とかネット依存に対してどういうような教育をしているのか、その辺のところ、何か知っているところがあれば、教えていただきたいと思います。
松野主査	はい、事務局です。ゲーム依存やネット依存に関しましては、このギャンブル等依存症には含まれておりませんので、具体的にその件に関しての記載というのは、計画の中にはございませんが、ギャンブル等に関しては、学校の指導要領が改正されまして、ギャン

	ブル等依存症についても指導を行うという形で、すでに実施されることになっておりまして、それに基づいた取り組みを教育現場では行う形になっております。ネットやスマホの依存に関しても、おそらく、そちらの相談とか困っているっていう声は、おそらく学校現場では、そちらが大きいかなというふうに思いまして、推進会議等でも、そのような議題・話題はすごく今回取り上げて、結構意見が出たところではありまして、その現状というところでは、消費生活センターなどで、具体な相談等を受けるなど、あと様々なリーフレットや出前講座のような取り組みもされているということを、情報提供いただきまして、そちらを共有しているような状況になります。
中島委員	わかりました。ありがとうございます。
河西会長	他はいかがですか。よろしいでしょうか。 では、次の議題のほうに参りたいと思います。次は議題4「措置入院等マニュアルについて」です。先程、中島委員からもコメントありましたけど、こちらに関して、改めて資料4を使って説明していただきますので、事務局お願いします。
唐牛係長	資料4について説明いたします。「措置入院等の運用マニュアルについて」ですが、まず、これまでの経過としまして、平成29年度末に厚生労働省から措置入院の運用に関するガイドラインと、地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインが発出されまして、その後、道としても検討会議やワーキンググループを立ち上げまして、検討を行って参りました。退院後支援に関するガイドラインについては、令和2年4月1日から運用開始しております。一方、措置入院の運用に関するガイドラインの北海道版のものにつきましては、まだ議論がまとまっていない状況でして、継続して議論を行っているところにございます。 今後の方針ですが、国のガイドラインの内容のうち、法定受託事務に当たる部分は、運用方針編として国のガイドラインに沿った形で作成をしまして、道の運用実態を踏まえた具体的な内容についてはマニュアル編という形で、2つに分けて策定することを検討しております。また議論の中で、警察官通報の適正化というのが課題の一つとして挙げられておりまして、そのため、現在検討しているワーキンググループから、警察官通報のありかたについて検討する部門を切り離して、別途、ワーキンググループなどの会議体を新設することも検討しております。 また先程、中島先生からのご指摘でもありましたけれども、過去の個別の通報事例については、保健所や警察における対応が、妥当だったかどうかも含めて確認を行うために、今後調査を実施する予定としております。 この資料の説明は以上になります。
河西会長	はい、ありがとうございました。この件に関していかがでしょうか。
久住委員	この議題については、昨年の審議会でも意見を出して、議事録も確認してきましたけども、事務局の回答は、令和4年度内に運用マニュアルを策定すると、おっしゃっていたのですが、結局また1年経って、来年度にやりますという話です。この辺り進んでいない理由を、まず、教えていただけますか。

唐牛係長	今年度も、書面開催にはなりますが、ワーキンググループを開催しまして、マニュアルの国が示している内容については、法定受託事務であるのもあって、国で変更する余地がない部分もございますので、そういった部分は、先に策定するという方向で書面ではありますけれど、ワーキンググループで検討はしてきたところですが、やはり、そこの中でも意見が、例えば警察官通報の部分について解決されなければ、先に議論が進めないような、意見も出ている状況でして、なかなか議論がまとまっていない状況にございます。ただ、早期に策定しなければいけないというのは、ご指摘のとおりだと思いますので、できるだけ早く策定できるように進めていきたいと考えております。
久住委員	それから、今後の対応方針の３番目に、過去の個別の通報事例について保健所や警察の対応の妥当性云々、今後の調査を実施する予定と書いてありますが、保健所の実態調査は令和２年度にもやっていますよね。確か２年前の審議会でも、結果の概要を聞かせてもらったような気がするのですが、あの中にも、本当に適切に診察までいっているのか、診察にいく前の段階で、勝手に判断されてしまっているのではないかということを示唆する結果があって、非常に重要なデータだと思ったのですが、またやり直すということですか。今後、調査を実施する予定と書いてありますが、前の結果の詳細な分析はどうなったのでしょうか。
唐牛係長	ご指摘の通り、以前令和 2 年度の審議会のときに、その前の調査の結果を示しておりまして、今回、今後やろうとしている調査は、その時に判断が妥当ではないのではないかと考えられた通報が複数ありますので、その通報について詳細を確認していくということをしたいと思っております。あの時は保健所から、個々の通報について、概要を提出してもらって、それをもとに精神保健福祉センターのほうで分析もしていただいてその結果をお示ししたんですけれど、概要だけの提出でしたので、実際に通報を受けたときの処理票だとか、具体的な細かい内容について再度確認して、本当に適切ではなかったのかっていった部分も含めて、確認をしたいと考えております。
久住委員	先ほど河西会長もおっしゃっていられましたし、確か昨年も同じことを言っておられたと思うのですが、年１回のこの年度末の開催だけでは、こういうことが繰り返される可能性があるので、やはり年度の前半期に、今年度はこういうことをやりますという議論をして、年度末に報告というのが、本来の形だと思います。なぜ、昨年ぐらいから、年１回開催になってしまっているのですか。
唐牛係長	はい。すみません。コロナ禍になった後からだと思うのですけれど、年２回、以前はやっていたのが年１回になっているのは、ご指摘の通りでして、ご指摘踏まえまして、今後、年２回できるように検討していきたいと思います。
久住委員	はい、せっかく審議会の委員の先生方は貴重な意見をあげてくださっているので、道としても真摯に取り上げていただきたいところです。以上です。
河西会長	すみません。これ、私にも責任があると思うのです。私、会長ですので。2020 年に感染拡大して、対面で開催するのを躊躇されて、ずるずるしているうちに１回になってしまったのが、そのまま踏襲されていると思うので、今、こうやってオンラインでできる状

	況になっている中で、1回で済ますっていうのは、そもそも不正常なことであって、令和５年度の体制は、早急にご検討いただいた方がいいと思います。 それからあと、多分、この追い込まれた１月２月で、相当スケジュール調整が難しいことになっていると思うので、年２回とか、或いは 2.5 回とか、３回っていう前提であれば、もうちょっと上手く会も運営できるのかな、というふうに思います。私も責任の一端がありますので、事務局を責めることはできないのですけども、令和５年度は、会長が変わると思いますので、今のうちから、ご検討をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。 はい、それではガイドラインは、よろしいですか。中島委員はいかがですか。何かコメントありますか。
中島委員	札幌市では措置入院のガイドラインができているのですけども、実際、措置入院は臨床現場では有るので、保健所の通報とか、色々検討するのも大事でしょうけども、実際、措置がもう動いているわけなので早目に、まずは作ったほうがいいのではないかなという意見です。
河西会長	わかりました。国のガイドラインは変えようがないので、どうにもならない部分もあると思うし、過去の調査とか、色々なものがくっついてきているので、全体のワーキングも先に進まないと思うのですけど、うまく切り分けてやっていきましょう。 もし必要であれば、あとでご質問いただきたいと思いますので、次に議題５にいきたいと思います。議題５は、「北海道におけるＤＰＡＴの体制整備」です。事務局から、ご説明お願いいたします。
唐牛係長	はい、資料５について説明いたします。「北海道におけるＤＰＡＴの体制整備について」報告します。まず、令和４年 12 月末時点での北海道ＤＰＡＴの体制ですが、統括者として３名、統括者になっていただいております。また先遣隊として４チーム登録をいただいております。また北海道ＤＰＡＴでは 10 医療機関と協定を結んでいる状況でございます。 研修について、今年度の研修についてですが、ＤＰＡＴ事務局が主催した研修には、今年度、参加者はいない状況です。北海道ＤＰＡＴ研修として、集合とウェビナーで開催をいたしまして、14 医療機関 38 名の方にご参加をいただいております。 また、大規模地震時医療活動訓練というのは内閣府主催で、ＤＰＡＴだけでなく、ＤＭＡＴ等も含めまして訓練が実施されておりまして、こちらにも、二つの先遣隊から７名の方と訓練コントローラーとして統括者１名に参加いただいております。 今後２月 23 日になりますが、北海道ＤＰＡＴ調整本部と設立訓練というのを実施する予定としております。今年度は、実際の災害に対応するための取り組みに重点をおいて行って参りました。今後につきましては、今後予定している訓練後に新たな先遣隊の募集に向けた検討を行うとともに、令和５年度は、先遣隊を含めた隊の増加を中心として、体制拡大を目指したいと考えております。説明は以上になります。
河西会長	はい、ご意見ありましたらお願いします。いかがでしょうか。

	では、次の議題にいきたいと思います。次は議題6「てんかん診療二次医療機関の選定について」、事務局からお願いいたします。
唐牛係長	資料6について説明いたします。「てんかん診療二次医療機関について」ですが、北海道では、令和元年度から札幌医科大学附属病院と協定を締結しまして、「北海道てんかん地域診療連携体制整備事業」としまして、てんかん治療医療連携協議会や、てんかんフォーラムの開催、てんかん手帳の策定、作成等を行って参りました。令和3年度の協議会におきまして、地域のてんかん診療の拠点として、クリニックなどの医療機関と道内3医育大学の間を結ぶ医療機関として、二次診療施設が必要であるという議論になりまして、二次診療施設を選定することを決定いたしました。この決定に基づきまして令和4年度、協議会の中で決定を受けた候補機関リストを基に、二次診療施設への認定承諾依頼を行いまして、現在31の医療機関から承諾を受けて、てんかん診療の二次診療施設としてリストを作成し、ホームページに掲載しております。二次診療施設の役割ですが、こちらの図で見ていただくと一次診療施設は、最初に相談を受けるような施設になっておりますが、二次診療施設では、一次診療で対応困難な方への診察や一次診療をされる際への助言、一次・三次診療との連携を取るような医療機関を考えておりまして、例えば、てんかんの専門医がいらっしゃる医療機関ですとか、実際、てんかんの診療を行っていらっしゃる医療機関の中から、協議会で候補者リストを作って、そこから承諾をいただいたという形になっております。そのリストが次の紙に示しておりまして、現在、ここに掲載の31機関がてんかん二次診療施設として、承諾をいただいているところです。今後また、これを増やしていく予定で、今、検討を進めているところです。以上です。
河西会長	はい。今のご説明に対して、ご意見や質問はいかがでしょうか。特にございませんか。よろしいですか。
坂本委員	すみません。坂本ですけれども。 何か個人的なことになったら失礼かなと思いながら、ちょっと知り合いの方で、てんかんの方がおりまして、今現在服薬をしておりますが、薬というのは、生涯、ずっと飲み続けなければならないものなのでしょうか。お医者さんの方もおられますので、ここでちょっとお聞きしたいと思います。
河西会長	ご回答いただけるでしょうか。それでは、本来、そこは委員会のマターではないと思うので、詳しくは医療機関でご相談いただくとか、或いはそうですね、どこでご相談していただいたらいいですかね。精神保健福祉センターでもよろしいでしょうか。私の方から言いますと、てんかんは発作型とか、あと病型で、様々な種類がありますので、一概には言えません。それからタイプによっては一定期間服用して、ずっと長く発作が抑止されていることを確認できましたら、治療終了できるっていうこともありますけれども、とにかく個別に大分違いますので、ご確認いただいた方がいいと思います。すみません。ちょっと個別の件に関して、この委員会でお話するマターではないと思うので以上です。
坂本委員	ありがとうございます。
河西会長	他にはよろしいでしょうかね。そしたら次の議題の方に移りたいと思います。

	次の議題は７番目ですね。精神保健福祉法を改正で、これもまた大きな課題になりますけれども、また説明をお願いいたします。
唐牛係長	はい、資料７について説明いたします。昨年の 12 月半ばに、障害者総合支援法等の一部を改正する法律が公布されまして、一部、交付日に施行された部分もあります。 また、一部は令和５年の４月１日施行で、大部分は令和６年の４月１日施行となっております。その内容のうち精神保健福祉法に関連する部分について、簡単にご説明させていただきます。 まず、ちょっと細かいですが、この概要資料の中で言いますと、１番の③の部分が精神保健福祉法に関連する部分でして、都道府県や市町村が実施する精神保健に関する相談の対象者に、精神障害者だけではなくて、精神保健に課題を抱える方も追加されることとなりました。また３番、精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備という観点で、主に３点改正されております。 まず一つは、家族等の同意によって入院する医療保護入院の制度についての見直しです。今までは家族がいらして、家族が意思表示を行わない場合には、市町村長では同意ができず入院はできないとされておりましたが、今回の改正で、家族が意思表示を行わない場合には市町村長が同意すれば、医療保護入院が行うことが可能となりました。また、医療保護入院の医療機関を定めることとされまして、入院中、一定期間ごとに入院の要件を満たしているかどうか確認を行うこととされました。具体的な期間については今後、省令で定められる予定となっております。 また２番目として、市町村同意による医療保護入院者を中心にして、入院先の病院に外部の者が訪問し、必要な情報提供を行うという「入院者訪問支援事業」というのが創設されました。また、精神科病院での虐待防止の取り組みについても記載されました。もう少し概要説明いたしますと、まず一つ目、精神保健に関する課題を抱える者が、相談の対象となるという部分ですが、市町村では精神保健に関する課題が、子育て・介護・困窮者支援など分野を越えて顕在化している状況にありまして、精神保健に関する課題は複雑多様化しており、大量に困難を抱えている事例もあるということで、精神障がい者のほか、精神保健に課題を抱える方についても、相談の対象として包括的な支援の確保をすることが明確化されました。精神保健に課題を抱える者の具体的な内容については、今後定められる予定となっております。 次に医療保護入院の見直しについてですが、先ほど説明した通り、家族が意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意によって医療保護入院を行うことは可能となりました。それ以外には、例えばＤＶなどを行っている家族がいた場合、その者は同意の対象から除かれることとなりました。 また、入院するときには、精神障がい者のご本人に書面で「入院措置を取ります」ということなどを通知することとなっておりましたが、その通知先に家族等が追加されるほか、通知事項に入院することとなる理由が追加されることとなりました。 また、医療保護入院だけではなく、措置入院患者についても、退院支援を行う相談員を

	入院先の医療機関で選任することとなるなど、改正が行われております。 　次に入院者訪問支援事業の創設についてですが、これは現状課題として精神科病院で外部との面会交流を確保することは、患者の孤独感等を防ぐ上で重要でありますが、医療保護入院などの様な非自発的な入院の場合、入院医療機関外の方との面会交流が特に途絶えやすい状況にあるという課題を踏まえまして、外部の方、都道府県知事が行う研修を修了した支援員が、患者本人の希望があった場合に、病院を訪問して、本人の話を聞く、必要な情報提供を行うという事業が創設されることになりました。これは都道府県の任意事業となっておりまして、北海道で実施するかどうかは、現時点では決まっていないところでして、今後検討していくこととなります。 　また、虐待防止に向けた取り組みについてですが、精神科病院での虐待防止のための取り組みが、法令上規定されることとなりました。具体的には、精神科病院の管理者に対して、従事者への研修や患者への相談体制の整備などを義務づける、というのが一つ。また、精神科病院の従事者による虐待を発見した場合は、都道府県に通報することが義務づけられました。また、精神科病院の従事者は、通報したことを理由として、不当な取り扱いを受けないということが明確化されました。また、都道府県は、毎年、精神科病院の虐待の兆候を公表することとされました。この資料の概要は以上になります。
河西会長	はい、ありがとうございました。ご意見はありますか。 　中島委員お願いします。
中島委員	一番新しい厚労省からもらった資料があるのですけど、画面共有できますか。 （中島委員の画面を共有） 　今回の改正精神保健福祉法で、今年の４月から始まるのが入院患者への告知に関する見直しなのですが、患者さんに、入院の理由について説明しなきゃいけないっていうことになっていて、これは厚労省の案を日精協の、私、政策委員会の理事なのですけども、今、検討中で近々完成して、３月ぐらいに出る予定です。 　それと家族が虐待の加害者である場合の対応として、家族がＤＶとか虐待の加害者の場合には、その市町村長同意になるっていうことですね。それと新規申請に向けた指定医研修会の有効期間、今までは研修会に出たあとに、１年以内で申請しないといけなかったのですけども、これが３年以内に申請すればいいことになりました。これは去年、研修会を受けた先生方も対象になるので、去年受けた方々は旧来であれば、今年、申請しなければいけなかったのですが、来年、或いは再来年、３年以内に申請すればいいことになります。 　それと来年の４月から始まるのが、この医療保護入院の期間の法定化と更新の手続きということで、医療保護入院の入院期間というのが最大６ヶ月以内、最初入院した場合には３ヶ月以内に、もう一回医療保護入院が必要かどうかを検討しなきゃいけないことになっています。 　それと家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合の取り扱い。これが来年の４月からなのです。できれば今年の４月からやって欲しかったのですけど、来年からにな

	りました。 それとこの入院者訪問支援事業というのは、私、意思決定支援の厚労省の検討会に入っていますけど、これは都道府県の事業なのでしょうけど、意思決定支援の場合には、研修を受けた人と、例えばピアサポーター、二人ペアで行くっていうような話もありましたが、入院者訪問支援事業は、意思決定支援は行わないで、実際病院に行って患者さんの話を聞いてあげるっていう、そんなイメージみたいです。厚労省の地域で安心して検討会の中で議論があって、意思決定支援は病院のスタッフがやるものだから、訪問する人が、意思決定支援をするのはおかしいのではないかという話があり、結局のところ入院者訪問支援事業は、意思決定支援ではなく、患者さんから話を聞くという、そういったような限定された内容になる予定です。以上です。
河西会長	情報提供ありがとうございました。この件に関して何かありますか。 はい、矢部委員お願いします。
矢部委員	ありがとうございます。今、中島先生からもお話があった中に、ピアサポーターという言葉が出てきました。別な地域生活支援事業のほうで、障がい者ピアサポート研修が開催される運びになると思いますが、今後、ピアサポーターになりたい方というのは、多くいると認識しています。そういった中で、入院者訪問支援事業といったところも、道も、ピアサポーターとの連携を意識して進めていただけたら、大変ありがたいと感じています。以上です。
河西会長	はい、他にはいかがでしょうか。 私からですけども、障がい者施設における虐待とか暴行とかそういうものが結構報道されたりしたので、本来こういう会議体で、そういうことに関して道から説明いただいたりとか、審議したりとかですね、或いは何か、道の対策もここで聞いたり話し合ったりすることができればというふうに思いました。これもやっぱりきちっと審議会が２回とか、それ以上開かれれば、そういう時間も取れるのかなと思いました。 はい。以上で７つの議題に関する審議は終わりましたけれども、戻って何か、コメントがありましたら、この場でご確認いただけるでしょうか。よろしいでしょうか。 今日、一番大きなご意見としては、やっぱりこの審議会のあり方自体っていうところがありましたので、事務局の方でも早速検討いただいて、来年度前半には、一定の見解なり、計画というのを、お出しいただければと思いました。何かその伝達方法も工夫なさって下さい。よろしくお願いします。 それでは進行を事務局へ返します。よろしくお願いします。
河谷課長	はい。河西会長ありがございました。 本日は河西会長並びに委員の皆様には、長時間に亘りご審議いただきましてありがとうございます。本日、議事の中で自殺対策行動計画ですとか、措置入院のマニュアル、そして精神保健福祉法の改正につきましては、中島委員から情報提供などもいただいたところでございます。 ただいま会長からもお話がございましたとおり、審議会の開催のあり方につきまして

	は、次年度以降、年2回ですとか、計画的に進めるように事務局としては考えてございますので、今後ともよろしくお願いしたいと思います。 　なお、今回の審議会をもちまして、10名の委員の方は、任期満了となります。これまで、ご助言・ご協力を賜りまして誠にありがとうございました。次期の委員につきましては、今後、改めて依頼をさせていただきたいと思いますので、その際はよろしくお願いしたいと思います。 　以上をもちまして、「令和4年度第1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。本日は誠にありがとうございました。