

平成29年度第1回北海道精神保健福祉審議会

開催日時：平成29年10月16日（月）19：00～20：30

開催場所：かでの2・7 7階 710会議室

1 開会

（障がい者保健福祉課 澤口課長）

皆様にはお忙しい中、ご出席いただき、誠にありがとうございます。

定刻より若干早いですが、皆様そろいましたので、ただいまから「平成29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、道庁の保健福祉部で精神保健を担当しております澤口でございます。

会議の開催に当たりまして、保健福祉部技監の山本から御挨拶申し上げます。

（山本技監）

こんばんは。保健福祉部技監の山本でございます。

北海道精神保健福祉審議会の開催に当たり、御挨拶申し上げます。

委員の皆様には、お忙しい中、当審議会に御出席いただき、厚くお礼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、日頃から格別の御協力をいただいていることに、深く感謝申し上げます。

当審議会は、本年度第1回目の開催となりますが、今回は審議事項が1項目、報告事項が2項目の予定となっております。

まず、本年度が計画の最終年度となります、「北海道医療計画」につきましては、精神疾患に関する分野に関し、本審議会の下に設けた計画部会の中で、これまで見直しに向けた議論を集中的に行っていたところですが、本日は、この部会で取りまとめられた計画の素案について、ご審議をお願いしたいと考えております。

また、同じく本年度に最終年度を迎え、新たな計画の策定に向けて別途検討が進められている「北海道自殺行動計画」や、本年度内に新たに策定を予定している「北海道アルコール健康障害対策推進計画」についても、これまでの検討状況や原案の概要などについて、御報告させていただきます。

本日も専門的なお立場から、闊達な御意見、御提言を賜りますよう、お願い申し上げます。

最後になりますが、本年度は、多くの計画が見直される節目の年に当たっていることから、道といたしましても、これまでの取組を十分に検証・評価するとともに、引き続き、必要な施策の充実に努めてまいりますので、委員の皆様におかれましては、今後も、道の精神保健医療福祉施策に対し、御支援と御協力を賜りますようお願い申し上げます、開会に当たっての御挨拶とさせていただきます。

本日は、よろしく願いいたします。

（澤口課長）

本日は、お手元の出席者名簿のとおり、委員定数15名中13名の委員の方に御出席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御報告申し上げます。

ここで、配付資料の確認をさせていただきます。

次第、出席者名簿、配席図、全委員の名簿、当審議会の根拠規定、そして、資料といたしまして、資料1、資料1-1、資料1-2、資料1-3、資料1-4、資料2、資料2-2、資料2-3、資料3、資料3-1、資料4とがあり、次第にも資料の名称と番号を記載しておりますので、御確認ください。

なお、確認の上、過不足等ございましたら、事務局にお知らせください。

それでは、これより議事に入らせていただきます。

本日の終了予定時間は、概ね20時30分を目途と考えておりますので、円滑な議事の進行に御協力をお願いいたします。

これ以降の議事の進行につきましては、久住会長をお願いいたします。

2 議事

(久住会長)

ただいま御紹介にあずかりました、北海道大学の久住でございます。

本日はよろしくをお願いいたします。

本日は、1つの審議事項と2つの報告事項がございます。

まず、審議事項から進めてまいります。

最初は「北海道医療計画【素案】」についてですが、この審議会の下に、計画部会を設け、集中的に御審議をいただいているところです。

事務局の説明の前に、部会長であります直江委員から審議の経過について、御説明をお願いします。

(直江委員)

直江でございます。

資料1をご覧ください。

北海道医療計画については、今回、平成30年度からの新たな計画を策定することになり、この計画のうち精神疾患について、この度、素案を取りまとめました。計画策定の趣旨や素案の内容については、後ほど事務局から説明しますが、私からは、資料1の「2 検討状況」についてお話しします。

計画の精神疾患関係につきましては、私が部会長を務めさせていただき、この審議会の部会において検討してまいりました。

部会委員については、資料1-3の名簿のとおりです。

今回は、統合失調症やうつ病、躁うつ病、認知症といった多様な精神疾患ごとに現状や課題、必要な施策などを書き込むこととなったため、本審議会の委員7名に加え、専門分野の委員にも加わっていただき、検討を行ってまいりました。

検討の経過については、表のとおりですが、本年の7月6日に第1回部会を開催した後、個別の精神疾患ごとに部会を開催し、検討を重ね、今月の2日の第6回部会で素案を取りまとめて、本日の資料1-2としてお手元に配付しております。

内容につきましては、事務局から御説明します。

(久住会長)

ありがとうございました。

続きまして、事務局から説明をお願いします。

(障がい者保健福祉課 小林主査)

部会長にお話いただいたとおり、本審議会から7名の委員に部会委員として審議いただいておりますので、重複する点もあると存じますが、御了承ください。

まず、医療計画制度について御説明させていただきます。

資料1-1をご覧ください。

スライド1の医療計画制度の「趣旨」ですが、医療法に基づき、都道府県が地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るために策定するものです。

これに基づいて、医療提供の量、具体的には病床数を管理するとともに、質の高い医療を受けられる体制、医療連携体制を、また、医療安全の確保を図るための体制を整備していくというものです。

これによって、医療機能の分化・連携を推進し、急性期、回復期、在宅医療に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される地域完結型の医療を推進していくという趣旨となっております。

「今回の計画策定のポイント」ですが、医療計画の計画期間は10年間で、中間年の5年目で見直しを行うサイクルとなっており、現在の計画は平成20年に策定して25年に改訂し、29年までを終期とする計画となっております。

次期計画からは、計画期間が6年間となり、在宅医療等に関する事項は、3年ごとに調査、分析等を行い、必要に応じて見直すこととなります。

ポイントの一番下にある通り、介護保険事業（支援）計画等の他計画との整合性の確保が求められております。

次にスライド2の「医療計画の策定に係る指針等の全体像」について御説明します。

医療計画に関しては、国から、スライド左側に記載されているような方針・指針が示されており、これらに基づき医療計画を策定することとなります。

右側を見ていただくと、疾病・事業ごとの医療連携体制とあり、ここの「がん」から「精神疾患」までを5疾病、救急医療から小児医療までを5事業と位置付けており、精神疾患の部分について、当課が担当し、今回、部会で審議していただいております。

スライド3の「現行の医療計画（5疾病・5事業及び在宅医療）の医療連携圏域」についてですが、医療計画においては、基本的な単位となる二次医療圏や三次医療圏のほかに、疾病・事業ごとの状況に応じて「医療連携圏域」を設定することとなっております。

三次医療圏は道南から釧路・根室までの6圏域、二次医療圏は南渡島から根室までの21圏域となっており、現行の医療計画では、精神疾患については、基本的には二次医療圏単位で、精神科救急は三次医療圏のうち、道央を3分割した8圏域で対応しております。

スライド4は後ほど改めて説明しますが、国の指針で示された精神疾患に関する項目です。

指針の主な変更内容というところに記載がありますが、今回の計画では、精神疾患の現状等を個別具体的に明記するというところで、中段の精神疾患の種類に記載しております統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症等の精神疾患の現状に関して、患者動態、政策動向、医療提供体制に関する検討課題に関する事項について記載されるとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する事項についても明記されました。

スライド5の「疾病・事業ごとの協議の場」についてですが、下の図にありますとおり、5疾病5事業

ごとに、地域保健専門委員会から周産期医療検討委員会まで個別に協議され、北海道総合保健医療協議会、略して、総医協の地域医療専門委員会で取りまとめ、医療計画全体の協議が行われることとなります。

精神疾患につきましては、資料に記載のとおり精神保健福祉審議会で、具体的検討は部会で行うこととなっております。

次にスライド6の「医療計画の策定等の流れ」についてです。

図にあるとおり、スライド5でお話しした北海道総合保健医療協議会の地域医療専門委員会での協議を経て、最終的には、知事から医療審議会への諮問・答申を行った上で策定することとなります。

下の流れでいいますと、現在は、計画素案という時点であり、後ほど、改めて御説明しますが、この後、パブリックコメントを経て、計画案となり、医療審議会の諮問答申と進んでいくこととなります。

スライド7以下は、精神疾患の医療体制ということで、厚生労働省の会議資料から抜粋したものです。

概要としては、先ほども少し触れたように、一つ目に「精神障害者の方々が、地域の一人として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す」こと、二つ目に「総合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する」ことを掲げています。

精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築については、それぞれ、図のようなイメージとなっております。

スライド8は、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」のイメージですが、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進することとしております。

具体的には、後ほど、素案にも記載しておりますが、図の左の方に、多様な精神疾患等ごとに地域精神科医療提供機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、都道府県拠点機能を担う医療機関ということで、各医療機関の医療機能を明確化することとなっております。

スライド9と10については、多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化ということで、先ほどの医療機能について記載をしております。

スライド11は医療計画指針の主な変更点をまとめたものです。

計画に位置付ける疾病等が15領域に明記されたことと、精神疾患に係る医療機能として、多様な精神疾患等ごとに、さきほどの地域精神科医療提供機能、地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能を掲げ、地域の実情に応じて柔軟に設定するとされています。

また、医療機関名についても、スライド9の表にもありましたとおり、多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う医療機関名を記載することとなります。

以上、医療計画制度の概要について説明しました。

続きまして、精神疾患の医療計画素案について御説明します。

資料1-2をご覧ください。

この資料については、左の欄に新たな医療計画の素案、中の欄に現行の医療計画、右の欄に備考として、修正内容等を記載されております。

この素案については、今月2日に開催した第6回目の部会で検討いただいた際の各委員からの御意見を踏まえて修正したものとなっております。

備考欄の冒頭に記載しておりますが、先ほど御説明したとおり、精神疾患に関しましては、国の指針の大幅な改正により、構成も変わりましたので、新旧を対比させて表示することが難しいため、最小限の下線表示等に対応させていただいております。

なお、素案で下線を引いている部分については、現計画の記載内容から追加変更のあったものです。

まず、「現状」については、冒頭に各精神疾患の患者数や精神科病院の状況など共通の現状など、今回個別に記載することとなる統合失調症、うつ病・躁うつ病などの個別の領域に共通と考えられる点を記載しております。

最初に、患者数のデータについて、厚生労働省が実施した平成26年の患者調査の数字から記載しております。

なお、現行の計画では、平成17年と平成23年の対比といったように、過去との対比の形をとっておりましたが、ご覧の通り、平成23年と平成26年の数字を比較すると減少しているなど、この患者調査については、調査年によってばらつきがみられるようなので、今回は直近の数字を記載するにとどめることとしました。

次に道内の精神科を標ぼうする病院数、診療所数について、道の調べによるものを記載しております。

2ページになりますが、18行目までは現行の計画から個別の領域に共通と考えられる事項について、直近の数値に修正するなどして記載しております。

共通事項の後、個別の領域について現状を記載しております。

現行の計画にも個別の疾病等に関する記載がありますので、新たな計画にも現計画に記載しているものを生かしつつ、必要に応じ修正を加えて記載しております。

また、新たに記載することになった領域もありますので、その領域については全く新たな記載となっております。

なお、6行目の「者」に下線がついております。これについては、ちょうど右側の7行目に対応する記載があり、現行では「方」となっておりますが、今回の医療計画全体で、このような時には「者」という表記に統一することになりましたので、申し添えます。

統合失調症については、入院患者の地域移行に関する現状と記載し、今回、新たに国の指針で盛り込まれた治療抵抗性統合失調症治療薬に関する記載を追加しております。

続くうつ病・躁うつ病から4ページの依存症にかけては、現行の計画に個別の記載があることから、これを基本として、必要に応じ修正を加えて記載しております。

4ページ35行目の外傷後ストレス障害については、新たな記載になります。

外傷後ストレス障害については、記載にあるように災害・犯罪・事故等に関連が深いということで、現状ではその点を中心に記載しております。

また、高次脳機能障がいについては、現行計画に記載されている事項を高次脳期の障がいの項目として記載しております。

摂食障害とてんかんについては、新たな項目となりますので、部会の御意見や国の指針等をもとに現状について記載をしました。

次の精神科救急・身体合併症については、現計画に記載されている事項を基本としまして、数字を現状の値に更新しております。

自殺対策については、現計画に自殺の現状に関する事項がありますので、数字を現状の値に更新しております。

災害精神医療については、新たな項目となります。

道の現状について、災害等が発生した場合の災害派遣精神医療チーム（D P A T）に関する現状を中心に記載をしております。

5 ページになりますが、医療観察法については、現行計画に項目を立てて記載をしておりますので、その記載事項を基本として引き続き記載し、数値を現状に合わせて修正しております。

以上が現状の記載となります。

次に6 ページになりますが、こちらは「課題」となっております。

こちらも現状と同様に最初に共通する事項、その後、各領域の課題について記載しております。

統合失調症については、国の指針の記載事項などを踏まえ、先ほどの統合失調症の治療薬の普及を想定した記載を追加しております。

続くうつ病・躁うつ病から7 ページ3 1 行目の依存症に関しましては、現計画に記載されている事項を基本としまして、現状に合わせて修正しております。

なお、依存症のアルコール依存症に関しては、別途アルコールの計画を策定することとなっておりますので、その課題認識を記載しました。

7 ページ3 3 行目の外傷後ストレス障害については、新たな記載になりますので、先ほどの現状に合わせて課題を追加しております。

また、高次脳機能障がいについては、現計画にも高次脳機能障がいの項目として記載しており、診療体制の充実を図ることも重要であるということで、現行の記載を基本として追加をしております。

摂食障害とてんかんについては、新たな項目となりますので、部会の御意見や国の指針等をもとに、先ほどの現状を踏まえて新たな記載をしております。

次の精神科救急・合併症については、現計画に記載されている事項を基本としまして、部会での御意見も踏まえて必要な修正をしております。

自殺対策については、現計画に記載されている課題を基本としておりますが、これについても別途自殺対策に関する計画を策定することとしておりますので、その課題認識を記載しております。

災害精神医療については、新たな項目となりますので、さきほどの現状を踏まえ、災害発生時の課題について主にD P A Tに関する課題を中心に記載させていただきました。

医療観察法については、現計画に記載されている事項を基本として、新たな計画においても引き続き課題を記載しております。

9 ページからは「必要な医療機能」に関する記載です。

指針では、必要な医療機能として、地域精神科医療提供機能、地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能が示されておりますので、その基本的な内容を道の計画に記載しています。

「地域精神科医療提供機能」については、記載のように患者本位の精神科医療の提供、多職種協働による支援、地域の保健・医療・福祉・介護等の関係機関との連携協力を行う機能としております。

「地域連携拠点機能」については、丸の3 つめまでの地域精神科医療提供機能に加えて、医療連携の地域拠点の役割、情報収集発信の地域拠点の役割、人材育成の地域拠点の役割、地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たす機能としております。

「都道府県連携拠点機能」については、同じく丸の3 つまでの地域精神科医療提供機能に加えて、医療連携の都道府県拠点の役割、情報収集発信の都道府県拠点の役割、人材育成の都道府県拠点の役割、地域連携拠点機能を支援する役割を果たす機能としております。

これらの機能を担う具体的な医療機関については、後ほど出てくる医療機関の公表で今後整理する予定です。

10ページについては、「数値目標等」です。

現計画においては、北海道障がい福祉計画で設定した目標値を使用しており、北海道障がい福祉計画も今年度見直しを行うこととしておりますので、引き続き障がい福祉計画で記載する予定の目標値を中心に記載しております。

また、認知症疾患医療センターの整備については、8圏域の整備目標を達成したことから、新たに医療機関数の整備数を目標としております。

また、現行の計画にあった乳幼児健診におけるアセスメントツールに関する資料は、一定の効果があつたということで今回の目標からは削除しております。

10ページの中程以降となりますが、「数値目標等を達成するために必要な施策」についてです。

これも、先ほどの現状・課題と同様に、まず共通事項を記載し、その後、各領域についてそれぞれ記載しております。

今回、資料1-1で御説明したとおり、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すということで、国の指針で新たに盛り込まれましたので、共通事項として記載を追加しております。

精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムに関しては、北海道障がい福祉計画でも記載することになっており、この記載については、別途道で作成する障がい福祉計画との文言と整合性を図って記載しております。

統合失調症については、現計画で記載されているものを基本に、国の指針で盛り込まれた治療抵抗性統合失調症治療薬に関する記載を追加しております。

続く、うつ病・躁うつ病から依存症に関しましては、現計画に記載されている事項を基本としまして、必要に応じて修正しております。

なお、アルコール依存症については、別途計画の施策の要旨を記載しております。

12ページ21行目の外傷後ストレス障害については、先ほどの現状、課題を踏まえた施策について記載しております。

また、高次脳機能障がいについては、現計画の記載事項を基本として、必要な施策の追加をしております。

摂食障害とてんかんについては、先ほどの現状・課題を踏まえ、部会の御意見や国の指針等をもとに普及啓発に向けた取組を中心に記載をさせていただいております。

次の精神科救急・合併症については、現計画に記載されている事項を引き続き記載しております。

自殺対策については、現行の記載内容を基本に、別途、道の自殺対策の計画がありますので、その要旨を記載しております。

災害精神医療については、先ほどの現状・課題を踏まえ、災害時に備えた関係機関との調整やDPATの資質向上に向けた取組などを記載しております。

医療観察法については、現行の計画の記載事項を引き続き記載しております。

次に、医療圏域の設定についての記載です。

現計画では、二次医療圏を基本とし、精神科救急・身体合併症、認知症については、三次医療圏を基本に道央を3分割した8ブロックで対応しております。

新たな計画でも引き続き二次医療圏を基本として、高度で専門的な医療に関する地域精神科医療提供機

能や地域連携拠点機能については、精神科救急での8ブロックで対応することとおります。

これについては、医療機関の公表で対応することとします。

14ページの医療機関等の具体的な名称については、別途整理する予定です。

また、8、9、10は、精神疾患に係る歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーションの役割について記載しています。

それぞれ道の担当部局において関係機関等からの御意見を聴取して検討しており、その結果を踏まえて記載しております。

今回、新たに訪問看護ステーションの役割を記載しております。

病院の訪問看護については、本文の中で触れております。

素案の内容については以上です。

最後に、今後のスケジュールについて御説明します。

先ほども少し触れましたが、この後、今年30日に総医協地域医療専門委員会で素案を審議することとなり、パブリックコメントを実施し、来年1月に第7回部会と本審議会で原案の審議、2月上旬の総医協地域医療専門委員会、3月の医療審議会を経て、本年度中に計画が告示される予定となっております。

私からの御説明は以上です。

(久住会長)

ありがとうございました。

非常に膨大で、内容も多岐に亘っています。

かなり大変だったと思いますが、直江委員、何か追加はありませんか。

(直江委員)

特にありません。

(久住会長)

では、ただいまのご説明について、御質問やコメントなどはありませんか。

(西村委員)

資料1-2の14頁「8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割」についてですが、認知症のある高齢者というのは分かりますが、後段では「認知症要介護高齢者に対しては」とされています。

高齢者に限らず、認知症の方はそのような傾向があるので、「高齢者」という表記は削除した方が良いと思いますが、いかがでしょうか。

(障がい者保健福祉課 河谷主幹)

「認知症要介護高齢者」という表現については、検討させていただきます。

(久住会長)

他にはいかがでしょうか。

(矢部委員)

内容以前の話になってしまいますが、資料1－3の計画部会の委員名簿の中に当事者が入っていないのはどのような理由からなのでしょう。

(障がい者保健福祉課 小林主査)

医療計画の策定に当たりましては、国の方の計画に関する指針というものがあまして、協議の場のメンバー構成についても記載があり、例示を参考に委員の選定を行っております。

当事者の方が含まれていなかったため、今回、このような委員の構成となりました。

(久住会長)

矢部委員、いかがでしょうか。

(矢部委員)

国の例示にも含んでいいような記載でしたので、聞いてみました。

(障がい者保健福祉課 澤口課長)

私から補足させていただきます。

このような計画の場合は、当事者の方が思っていること、考えていることをある程度汲み取った形で課題を認識し、その方々の意向にも沿った形で施策を取り組むのは、基本的な考え方であると我々も思っております。

そういった意味では、例えば、当事者の方や施設の方の意見を聞いていますが、実際に当事者の方につきましては、年に数回、意見交換をさせていただいております。

本日も回復者の方と意見交換をし、これは年中行っていることではありますが、そういった意見交換で内容を含めて、現状と課題をこの計画で認識をさせていただいております。

すでに病気が回復されている方については、頻繁に出席いただき、部会の中で意見を言っていただくことは可能だと思いますが、現に疾患を持っている方で、これだけ頻繁に部会を開催すると、かなり負担が生じます。

そのため、現状としては、今の意見交換の中で現状や課題を認識し、要望がある施策については、一緒に検討をして、今回このように素案を整理させていただきました。

もう少し協議をする場、あるいは、見えるような形にすることは、我々としても、今後の課題として認識しているところです。

(久住会長)

ほかにはいかがでしょうか。

それでは、一部ご指摘のあった箇所につきましては修正を検討いただき、その上で、また決定したいと思っております。

それでは、報告事項に移ります。

3 報告

(1) 「北海道自殺対策行動計画（素案）」について

(久住会長)

まず、「北海道自殺対策行動計画（素案）」について事務局から説明をお願いします。

(障がい者保健福祉課 中田主査)

道庁障がい者保健福祉課で自殺対策を担当しております、中田と申します。

北海道自殺対策行動計画の素案について御説明させていただきます。

本年度、見直しを検討している「北海道自殺対策行動計画」は、現在2期目で、次期は3期目になりますが、これまで検討会議で御議論いただき、先週、素案のたたき台を御提示したところです。

本日は、その概要版を使って御説明しますが、まず、これまでの検討状況について御説明します。

資料2をご覧ください。

まず、初めに「1 概要」ということで、この行動計画の根拠ですが、自殺対策基本法第13条に都道府県計画の策定が義務づけられております。

計画期間は、これまでの計画と同様に5年間で、平成30年度から平成34年度までです。

国の自殺対策の指針であります「自殺総合対策大綱」も5年ごとに見直しされており、これに合わせる形となっております。

計画素案の概要、資料2-1については、後ほど御説明します。

次に「2 検討状況」ですが、検討組織として、北海道自殺対策連絡会議「計画部会」があり、河西委員に部会長をお願いしております。

この部会の設置要綱については、資料2-2に添付しておりますので、後ほど御参照ください。

これまで検討会議は3回開催し、ご覧のような開催状況となっておりますが、直近では10月10日に開催し、ここで素案のたたき台をお示したところです。

ここで様々な御意見を頂いておりますので、お示した素案から後日修正し、再度お示しして、御意見を頂くことを考えております。

資料2-3の今後のスケジュールにつきましても後ほど御説明します。

それでは、資料2-1の素案の概要を御説明します。

この素案は、現行の第2期計画をベースとし、新たな自殺総合対策大綱を踏まえて策定しました。

まず、「1 計画の趣旨等」について、「計画策定の趣旨」ですが、本道の自殺者数は、近年減少傾向にあるものの、依然として900人あまりの方が自殺している状況にあります。

自殺死亡率につきましても、国と比較して高い状況であり、非常事態はまだ続いております。

このため、「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、具体的な施策をこの計画の中で定めてまいります。

次の「計画の位置づけ」につきましては、ご覧の通りです。

「北海道における自殺の現状」につきましては、先ほど申し上げたような状況で、20代、30代、50代、80代以上で全体の5割以上を占めております。

最も高い年代が50代で、また、20から39歳においては、自殺が死因の第1位であり、若年世代の自殺者数は全体の減少率から比べても、減らない状況です。

また、地域によっても自殺死亡率に開きがあり、最も高い二次医療圏と最も低い医療圏とを比べると、

1. 7倍ほどの開きがあります。

次の「自殺対策の基本認識」ですが、「自殺はその多くが追い込まれた末の死」であり、経済問題や学校問題、様々な要因を背景に自殺が起こります。

誰も死にたくて死ぬわけではなく、追い込まれた末の死であるということを認識する必要があります。

次に、「PDCAサイクルを通じて、地域の取組を推進する」ことについては、ただ漫然と取組を進めるのではなく、毎年取組の検証評価を行い、改善すべきところは改善し、次年度に活かすシステムの中で実施をするということです。

「自殺対策の基本方針」については、4点掲げております。

1つ目の「生きることの包括的な支援として推進する」ということについては、自殺は広く社会的な問題を背景として発生するため、様々な対策をバラバラではなく、包括的に組み合わせて実施することが重要であり、そうして社会全体の自殺リスクを下げる必要があることを述べております。

2つ目の「関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む」についても、似た考え方になりますが、自殺対策の取組は、国や道、市町村、また、各制度や施策がバラバラに行われても効果が十分に発揮されないため、各主体と各施策が連携して取り組む必要があるという考え方です。

3つ目の「対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる」では、例えば相談対応などの個別に行う「対人レベル」から、法令や計画等の大きな「社会制度レベル」までを関連させて実施し、有機的に連動させることが必要だという考え方です。

それから、4つ目の「実践と啓発を両輪として推進する」というところでは、取組を実践するだけでなく、自殺や精神疾患に関する偏見がまだまだ存在していることから、「自殺は誰にでも起こりうる危機だ」という認識を広く持ってもらう啓発活動も同時に進める必要があることを述べています。

「計画の期間」につきましては、先ほど申し上げた通り5年間です。

次の「計画策定のポイント」では、この度新たに加わった項目について触れております。

最初の2点につきましては、地域における取組の推進ということで、北海道の広域性を考慮し、地域単位でしっかり取組を推進する姿勢を表しております。

そして、次は、国が最重点施策として掲げている若年者対策と勤務問題を出ししております。

最後に、現行計画では数値として示していなかった目標について、この度の検討会議での御意見を踏まえ、数値目標の設定をすることとしております。

次に「2 当面の重点施策」について御説明します。

(1) については、現行計画とほぼ同じ内容です。

(2) についても、現行計画とほぼ同じですが、新たに「③ 大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進」を盛り込みました。

北海道においても、やはり若年者の自殺は大きな問題であり、小中高だけではなく、大学等とも協力して進めることを考え、盛り込んだところです。

(3) と (4) も現行計画とほぼ同じ、(5) もほぼ同じですが、報道でも一時大きく取り上げられた産後うつの問題や、大綱の記載なども踏まえ、「⑦ 妊産婦への支援の充実」を盛り込みました。

(6) についても項目としては現行ベースですが、現在、道として自殺未遂者支援への取組を強化しており、今後も継続して重点的に進めていくことから、「① 地域の自殺未遂者等支援の拠点機能を担う医療機関の整備」、また、「③ 医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化」を新たに盛り込み、現行計画より中身を充実させております。

(7)と(8)については、現行計画とほぼ同じ内容です。

(9)、(10)、(11)は、今回、新たに追加した施策です。

(9)のポイントですが、③として、二次医療圏ごとの特性を明記し、その特性を踏まえて二次医療圏ごとに重点施策を定めることを考えております。

ここでは、国から示される北海道や医療圏ごとのデータを活用し、その特性を載せることを考えております。

それと④の、地域ごとに取組に格差が生じていることについても、格差を是正するために医療機関や社会資源の乏しい地域でモデル事業を展開し、その成果を他の地域にも広げる取組を想定しております。

(10)は若年者対策ですが、こちらでは、新たな「③ SOSの出し方に関する教育の推進」の取組を含みます。

この教育の枠組みについては、国の方から提示されることになっており、それを受けて、北海道でも取り組むことで考えております。

(11)は、勤務問題による自殺、過労自殺の問題等で、報道で大きく取り上げられていることを踏まえ、道計画でも重点施策として位置づけております。

長時間労働の是正とハラスメント防止対策について盛り込むこととしました。

次の「3 数値目標」については、現行計画でも目標自体は掲げられていますが、現在は数値目標ではなく、「自殺を考えている人を一人でも多く救うこと」という目標になっております。

この度、数値目標として新たに設定した目標は、「自殺死亡率」、「自殺者数」、「自損行為による救急出動数」という3項目です。

国の目標は、10年後までに30%以上死亡率を下げるというもので、北海道も同様に30%減という数字にしております。

平成28年の17.5を基準とし、10年後の平成39年には約30%減である12.1まで下げるという目標を設定しました。

また、30%減ということで、自殺者数は約600人、自損行為による救急出動数は2,000以下という目標設定となりました。

ちなみに、救急出動数は、現在、1年前の統計情報しかなく、12月には最新版が出るということですので、その際に数値の差し替えを行う予定です。

「4 計画の推進」については、ほぼ現行ベースで変わりませんが、まず、推進体制のところではPDCAサイクルに基づく対策の検証・評価、そして、次年度以降の取組の反映を図ることについて記載しております。

それでは、資料2-3のスケジュールについて御説明します。

まず、左に国の動きがございますが、国から示される予定となっている計画策定のガイドラインと自殺実態プロファイル、これは先ほど申し上げた北海道全体、二次医療圏ごと、また、市町村ごとのデータと事例集的な政策パッケージですが、当初9月中にも示される予定でありましたが、現在まで公表されていない状況です。

道の計画を策定する中で、こうしたデータを一部使用する予定ですが、まだ入手できておらず、国によると、早くとも今週中、遅くとも来週には示されるということです。

これらのデータを入手次第、素案を修正し、改めて検討会議の皆様へ資料等をお送りして、御意見を頂くことを考えております。

道の動きとして、素案の修正等については、平成29年11月末に議会の委員会報告が終わり、パブリックコメントを1ヶ月間実施します。

その後、素案を修正し、原案を再度検討会議で検討しまして、1月にはこの審議会で報告をさせていただくという予定です。

年度内にはこの計画を完成させたいと考えております。

私からは以上でございます。

(久住会長)

ありがとうございました。

概要版の説明について、簡単に御説明いただきました。

検討部会で部会長を務めている河西委員は何かございますか。

(河西委員)

中田さんが御説明されたとおりですが、少し補足すると、最初の概要のところを書いてあるとおり、自殺対策については、自殺対策基本法により地方公共団体の責務になりました。特に都道府県では、大綱が5年おきに見直されると、実質的には、それに即した形で作り直しをしないといけないため、こうして素案を作っているわけです。

都道府県の素案作りには難しさもあり、基本的には「地域の実情に応じた自殺対策を」と国は言うわけですが、その反面、「大綱に従って対策を進める」という原則もあるために、47都道府県全部が似た内容になってしまい、地域の実状の部分は飛んでしまいます。部会では、資料2にありますが、自殺対策が社会の様々な領域に関わることであるため、構成員も様々な領域から集まっています。部会では、事務局のたたき台＝素案に対して意見を集めましたが、「もう少し具体的に書き込んでほしい」、「当事者としてはわかりにくい」等の意見も出ておりますが、先ほど申し上げたように、国の大綱から大きく逸脱した書き方は行政としては難しく、そこがジレンマとなっております。

先ほど強調していただいた、資料2-1「2 当面の重点施策」の(6)については、未遂者対策の強化のため、私も久住先生にお声がけしながら、医大や北大を含め、全道で5つの病院が高いレベルで未遂者ケアを行い、診療報酬加算を請求できる準備を進めてきました。この病院数は、全国随一で、そこは北海道の強みかもしれません。

それから、それ以上に大事なものは(9)の「地域の特性に応じた対策」です。北海道ほど郡部の自殺対策が必要なところはありません。札幌は医療が集中していますが、他の市町村では精神医療が過疎であるため、そういった郡部で一体どのような対策をすれば自殺を減らせるのかということで、北海道にはモデルが必要だと考えております。そこでは地域特性の把握とそれに応じた介入が一番大事なところであり、部会でも私自身が意見を述べました。この素案の中で、「二次医療圏」だけでなく、介入のエリアを敢えて「市町村」として提示しているのは、そうした考えが反映されております。

都道府県がなかなか独自性を出しにくい中、この素案が確定した際には、北海道ならではの取組を行っていかねばならないものと思っております。

以上でございます。

(久住会長)

ありがとうございました。

それでは、ただいまの説明も含めて、御質問はいかがでしょうか。

(池田委員)

この平成39年で出されている目標値を具体的に定めた根拠というのはどのようなところにあるのでしょうか。

平成19年から平成28年に比べると、死亡率にしても自殺者実数にしても非常に激減している印象があります。

経済状況や社会的要因等はあるかと思いますが、これを全国での様々な自殺対策の効果として評価していいのかということが一つです。

もう一つは、「当面の重点施策」の(11)について、長時間労働・ハラスメントに対する対策ですが、道としては、どのような形で職場あるいは企業への介入の仕方、指導・取組の仕方を考えていらっしゃるのかということです。

(障がい者保健福祉課 中田主査)

まず、自殺死亡率のところですが、国の大綱で死亡率を30%以上減少するということが示されておりますので、北海道としても同じように30%減としております。

死亡率が1.2～1.3になると、他の先進諸国並みにまで引き下がるため、国としては他の先進諸国並みにまで引き下げたいという点から、30%減という数字を掲げています。

そうした点を北海道でも同様に国に倣って設定したということでございます。

勤務問題による自殺対策については、一つ目に長時間労働の是正のところ、例えば、「相談機関における相談内容実施体制等に関する情報の周知の促進」や「北海道働き方改革支援センターにおける相談支援の促進」等、現在取り組んでいる内容を記載しています。

ハラスメント防止についても、相談窓口の設置、職場における相談研修、職場復帰支援の取組の促進、メンタルヘルスに関するセミナーの開催等既存の取組を組み合わせ実施し、国の制度については、道も一緒に周知に努めるということを記載しています。

(久住会長)

他にはいかがでしょうか。

それでは、次の報告に移ります。

(2)「北海道アルコール健康障害対策推進計画(原案)」について

(久住会長)

次は「北海道アルコール健康障害対策推進計画(原案)」について、事務局から御説明します。

(障がい者保健福祉課 菊地主査)

地域依存症対策支援事業の担当をしております、障がい者保健福祉課の菊地と申します。

資料3をご覧ください。

昨年度の審議会におきまして、北海道におけるアルコール健康障害対策の総合的な推進を図るために北海道アルコール健康障害対策推進計画の策定に着手し、計画の骨子、また、策定の経過についてご報告して参りました。

その後の策定の進捗状況についてご報告いたします。

まず、「1 趣旨」については、平成25年12月にアルコール健康障害対策基本法が制定され、平成28年には国のアルコール健康障害対策推進基本計画が閣議決定されたことを受け、道としましても、地域の実情に応じた対策を総合的に進めるために、本計画を策定することといたしました。

本計画は基本法の第14条の規定に基づく都道府県計画となっております。

「2 策定の経過」ですが、策定に当たり、昨年1月に保健・医療・福祉・警察・教育分野の有識者や断酒会等の当事者団体から構成いたします、北海道アルコール健康障害対策推進会議を設置いたしまして、計画部会において、計画の策定作業をこれまで進めてまいりました。

推進会議はこれまで2回、計画部会は6回開催しております。

表の中段に計画部会の主な検討内容を記載しておりますが、発生から進行、再発予防と一次予防から三次予防までの各段階に応じました予防対策について御検討いただきました。

また、7月7日の検討会議を経まして、素案を策定し、広く道民の皆様、関係団体や市町村等からの御意見を伺うために、9月6日から10月5日の1ヶ月間パブリックコメントを実施しております。

本審議会の委員の皆様にもお送りさせていただきました。

御協力いただきましてありがとうございます。

結果としまして、意見募集のホームページの閲覧件数は294件となっております、意見募集は8件となっております。

意見の内容としましては、趣旨への賛同、従事者等に対する研修要望等が寄せられておりました。

最後に、今後のスケジュールについてですが、明日、今年度2回目のアルコール健康障害対策推進会議の開催を予定しており、先週開催しました計画部会でパブリックコメント等を踏まえて修正を行いました原案について御協議いただく予定となっております。

その後、11月27日の道議会保健福祉委員会にて報告を行い、その意見を踏まえて、最終的に計画案をまとめる予定となっております。

委員会での議論にもよりますが、年度内には策定予定としております。

また、平成30年2月頃に「専門医療機関の選定」と記載しておりますが、こちらについて説明をさせていただきます。

資料3-1の6ページをご覧ください。

「3 基本方針」の(3)医療における質の向上と連携の促進というところにあります通り、アルコール依存症の治療の拠点となる専門医療機関及び治療拠点機関を定めるとともに、早期介入や、内科等のかかりつけ医である一般科と専門医療機関の連携を推進することと基本方針で挙げております。

これを受けまして、7ページの下段の「重点目標2 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の整備」を挙げており、その数値目標②で専門医療機関を三次医療圏に1か所以上、治療拠点機関を道内に1か所以上選定することとしております。

それぞれの役割については、19ページをご覧ください。

こちらは、パブリックコメント実施時に皆様にお送りしました素案から追加した用語解説になっており、5に専門医療機関の役割等を明記しております。

専門医療機関につきましては、アルコール依存症に対する適切な医療が提供できる医療機関であり、厚生労働省が定める選定基準に基づき、知事が指定をするということとしております。

ここに選定基準等は記載しておりませんが、精神保健指定医、また、精神科専門医が1名以上いること、依存症治療のための認知行動療法等の専門プログラムを実施していること、また、各種研修の受講歴があること等が規定されております。

また、依存症の関連問題に関して、関係機関と連携して取り組むことも選定基準に定められており、こちらの用語解説にも地域の相談機関や自助グループと連携して取り組みを進めるということに記載しております。

20ページには、治療拠点機関について記載しております。

専門医療機関の選定基準を満たしていることに加えまして、道内の専門医療機関の連携の拠点として、各医療機関の診療や活動実績の取りまとめ、依存症に関する情報発信、医療機関の従事者を対象とした研修会等を開催するという役割があります。

これらについても、厚生労働省の定める選定基準に基づき、道が選定を行うこととしております。

選定の考え方につきましては、明日の推進会議において、了解を頂けましたら、要綱等を作成し、北精協、医師会、診療所協会等との協議を踏まえ、当事者や家族会等に御意見をいただきながら、選定作業を進めることとなっております。

報告については以上です。

(久住会長)

ありがとうございました。

ただ今の説明について、御質問はいかがですか。

(河西委員)

アルコール対策と自殺対策との連携はとても重要だと考えております。

原案の12ページには「暴力・虐待・自殺未遂等をした者に対する指導等」ということが書かれてありますが、それ以外では、自殺関連行動に関する内容は見られません。自殺未遂ばかりがクローズアップされる必要はなく、アルコールの問題が関与する「自殺関連行動」を対策の対象としていただいたほうが良いと思います。自殺予防対策で言うところの「自殺関連行動」とは、自殺念慮・自傷行為・自殺未遂、自殺死亡の4つを指します。

(久住会長)

貴重な御意見、ありがとうございます。

これを踏まえて、また御検討ください。

5 その他

(1) 芦澤委員からの意見

(久住会長)

それでは、次は「その他」でございますが、事務局からお願いします。

(障がい者保健福祉課 河谷主幹)

ただいま、担当より「アルコール健康障害対策推進計画」ということでご報告させていただきました。

この計画に関連しまして、自助グループ等と提携し、アルコールを含む依存症対策のあり方について、芦澤委員から御意見を頂戴しておりますので、この場で御紹介いただければと思います。

(芦澤委員)

アルコール健康障害対策基本法の会議等には出席しておりませんが、書類を通じて何か意見があればということで、意見をメールさせていただきました。

私としては、総論としては賛同しますが、具体的に何をするかということがあまりピンと来ないのが、このような文章の傾向だと思いますので、意見をさせていただきます。

北海道では、依存症について先進的なことも実施しておりますが、具体的な拠点病院や医師そのものが少ないことがあります。

そんな中、5年ほど前、田邊先生の頃の道立精神保健福祉センターや保健所が中心となり、函館や北見地域で依存症の人達を集めた「集い」を作りました。

それが元となり、函館地域ではギャンブルのグループが誕生しています。

私自身が行った研究のデータですが、河西先生が言われたように、自助グループに参加することそのものが自殺に触れなくても「孤立を防ぐ」ということになりますので、自殺問題についてもリンクして行うことができるという傾向があるように思います。

保健所等が中心となって、家族や色々な依存症の人達に来てもらう集まりを行うとよいのではないかと考えております。

予算のつき具合もあるとは思いますが、岡崎先生には継続していただきたいという提案です。

北海道は広域で過疎化傾向があり、地元だけで事業を進めるのは困難です。

そのため、どこを拠点とするかということになりますが、まず旭川を挙げたいと思います。

毎年、アルコールや薬物、ギャンブル等の市民公開講座を開催してくれるということで、思いを持っている市民がいる場所であり、また、相川記念病院のように依存症にずっと取り組んできたところもあります。

ただ、人口も多いですし、断酒会しかないため、他の自助グループを刺激していく上で大事な拠点かと思えます。

また、北見ではある程度事業が成功しているので、色々なことができるかと思えます。

それから、千歳については、札幌市と道が別の動きをしているため、札幌近郊に道の「直轄地」のような場所があるとよいかと思いました。

千歳はほとんど何もない地域でしたが、私が来てから断酒会も5～6人から20人近くまで増え、薬物依存でもNAを始めるという計画があり、GAも11月から始めるということになっています。

こうした形で色々と始まっており、道と連携しながらノウハウをどう広めたらよいかと考えております。

まずは、応援してくれる病院のある地域で、行政だけではなく、精神病院との協力で事業を行う、また、依存症全般について、家族が揃うミーティング形式が母体となり自助グループが誕生

するのがよいのではないかと思います。

ギャンブル依存は減少傾向にあり、今後はネット・スマホの依存が広がる予想があります。

アルコール依存の自助グループや断酒会も高齢化で維持するのが難しくなり、無くなった地域がたくさんあります。

これをもう一度活性化する必要があるのではないかと思います。

既存のアルコール・薬物・ギャンブル依存症の自助グループを応援していこうということもあります。

また、家族のグループを応援していこうとも思っております。

依存症の家族を応援して、世代間伝搬の負の連鎖を断ち切る可能性があるということです。

それから、先ほども話しましたが、依存症は自殺ともリンクする話ですので、自助グループに参加すること自体が孤立を防ぎ、自殺予防につながる可能性もあります。

「卵を孵す」というインキュベーターとして、アルコール依存を初め、新たな依存も含む色々な依存について、自助グループの誕生を応援するような機能を持たせると非常に安上がりで地域が活性化するということになりうるのではないかと思います。

重厚長大な策定計画ではなく、それほど大きな予算がなくても、地元で草の根的に行えることを応援していくのが大事ではないかと、私は思います。

アルコール依存症だけではなく、クロスアディクションという他の依存症との合併を起こしている方が非常に多いです。

また、IR法によってカジノの実施も出てきますし、刑の一部執行猶予による覚醒剤事犯がどんどん出てきています。

様々な依存症があり、現代社会は「依存症の時代」といえるかもしれません。

ちなみにアルコール依存症の治療をしている人数は全国的に5～6万人程度、潜在的にはアルコール依存症は109万人と推計されております。

大きなニーズがありながらもなかなか対応が行われていません。

北海道では今までも先進的な取組が行われておりましたので、継続して取り組めばさらに発展できるのではないかと思います、意見を述べさせていただきました。

(久住会長)

貴重な御意見ありがとうございました。

ただいまの御意見に対していかがでしょうか。

(精神保健福祉センター 岡崎所長)

精神保健福祉センターの岡崎でございます。

貴重な御意見ありがとうございました。

先生からいただいた御意見はその通りだと思っております。

お話しいただいたように、精保センターでは渡島圏域・北見圏域で依存症の事業について、今も技術支援という形で支援をしております。

また、今年度からは旭川市保健所でも、依存症関連の事業、おそらく先生に御紹介いただいた「集い」を始めようとしていたと記憶しております。

いままでこの技術支援については、ほとんど保健所で実施したいことを「手挙げ方式」で支援しておりましたが、こちらから仕掛けるという方法もあるかと思えます。

事業の立て付けにつきましては、本庁とも相談の上で確保していきたいと思っております。御意見ありがとうございます。

(久住会長)

芦澤先生のおっしゃるとおりだと思います。

今回はアルコール依存対策の計画ということですが、次は国からもギャンブルならびにインターネット依存対策についての指導が来るものと思えますので、ぜひ、それを見越して計画を立てていただきたいと思えます。

ありがとうございました。

以上で、こちらで用意した議題は全て終了しましたので、事務局にお願いします。

6 閉会

(障がい者保健福祉課 澤口課長)

久住先生、ありがとうございました。

御協議いただきました北海道医療計画の精神疾患に係る分野につきましては、本日素案が決定したということで、今月下旬に開催されます北海道総合保健医療協議会の地域医療専門委員会において他の疾患なども含めた医療計画全体としてお諮りすることになっております。

この審議会ですが、次回は来年1月頃の開催を予定しております。

その際には、本日お話ししました医療計画と自殺対策行動計画の原案、それから、アルコール健康障害対策推進計画については、先に進んでおりますので、その成案等を御提示する形になるかと思えます。

以上をもちまして、本日の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。