

平成 30 年度第 2 回北海道精神保健福祉審議会議事録

日 時 平成 31 年 3 月 13 日 (水) 19:00~20:30

場 所 かでる 2・7 730 研修室

<p>畑島課長</p>	<p>皆様、どうも、お晩でございます。 本日はお忙しい中、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。 札幌弁護士会の小西委員まだ到着されておりませんが、定刻となりましたので、ただいまから平成 30 年度第 2 回北海道精神保健福祉審議会を開催いたします。 冒頭の進行を務めさせていただきます、道庁保健福祉部精神保健担当課長の畑島と申します。どうぞよろしくお願いたします。 会議開催にあたりまして、保健福祉部竹内技監からご挨拶を申し上げます。</p>
<p>竹内技監</p>	<p>皆さんこんばんは。保健福祉部技監の竹内です。どうぞよろしくお願いたします。北海道精神保健福祉審議会の開催にあたりまして一言、御挨拶を申し上げます。 委員の皆様、本当に年度末の大変お忙しい時期にも関わらず、この審議会に御出席いただきまして本当にありがとうございます。また本道の保健医療福祉行政の推進にあたりましては、格別なる御協力をいただいていることに対しまして、感謝を申し上げます。 この審議会ですけれども、本年度 2 回目の開催となります。今回は、審議案件として「てんかん診療拠点機関の選定基準について」これを審議していただきます。 その他、報告事項としましては、北海道胆振東部地震の際の精神保健活動や、DPAT の体制整備、ギャンブル等依存症対策基本計画、そして自殺対策の取組状況のこの 4 項目を報告させていただきたいと考えております。 ギャンブル等依存症対策に関しましては、現在、国において、基本計画案に対しまして関係者会議での意見聴取であるとか、パブリックコメントの募集、こういうことを行っているところであるんですけど、道としてもその動向を注視しているところがございます。 あと、発生から半年となる北海道胆振東部地震に対しましては、北海道大学や札幌医科大学のほか、道内の医療機関、また、医療期間以外も含め本来、様々な職種の方に派遣などの被災者支援であるとか、多大なるいろんな協力をいただきました。そのことに対しまして、この場を借りて、お礼を申し上げます。 最後となりますけれども、今後とも精神保健医療福祉施策、この充実に向けまして、委員の皆様には本当に専門的な立場から、御意見、御助言などを賜りますよう、よろしく申し上げます。開会にあたっての挨拶とさせていただきます。 どうぞよろしくお願いたします。</p>
<p>畑島課長</p>	<p>本日はですね、お手元の出席者名簿というものを配布させていただいてるんですけど、この名簿のとおり委員 15 名中ですね、12 名の委員の方にご出席をいただいておりますので、審議会が成立していることをご報告させていただきます。 続きまして、ここで配布資料の確認をさせていただきます。まず、皆様方のお手元に「審議会次第」1 枚ものです。それから「出席者名簿」、「配席図」、参考といたします「当審議会の根拠規定」、資料としまして、右上の方に資料番号 1 から 5 までの番号を付けてですね、配付させていただいております資料 1 から 5 までとなっております。 配付内容は、一番上の次第に書かさせていただいてるんですけども、何か資料等で不足がありましたら、事務局の方に申し出させていただきたいんですけども、大丈夫でしょうか。もし、途中足りなければまた言っていただければと思いますので、よろしくお願いたします。 それではですね、これより早速なんですけども、議事に入らせていただきますけれども、本日の終了予定時間につきましては、おおむね 20 時 30 分の終了を目途としてと考えております。円滑な議事の進行にご協力をお願いいたしますことをお願い申し上げます。それから、これ以降のですね、議事進行は大変申し訳ございませんけれども、久住会長のほうにお願したいと思っております。どうぞよろしくお願いたします。</p>
<p>久住会長</p>	<p>皆様こんばんは。本審議会の会長を務めております、久住でございます。どうぞよろしくお願いたします。それでは早速次第に従いまして、進行してまいりたいと思っております。本日は審議事項が 1 つ、それから報告事項が 4 つ、その他となっております。まず、審議事項から始めてまいります。「てんかん診療拠点機関の選定基準案につ</p>

	いて」ということで、事務局からご説明をお願いします。
三村主査	<p>障がい者保健福祉課の三村です。よろしくお願いいたします。座って説明させていただきます。</p> <p>資料の1をご覧ください。審議事項にあります、てんかん診療拠点機関を選定するための道の基準についてでございます。まず、資料の1の「経過等」でございますが、国におきましては、てんかん診療の地域連携体制を整備するためにてんかん地域診療連携体制整備事業というものによりまして、全国にてんかん診療拠点機関の整備を進めているところでございます。道におきましても、新しい医療計画におきまして対策が必要な精神疾患の1つに、てんかんを明記したところでございまして、てんかんの診療連携体制の構築などにおいて、中心となる拠点機関の選定が道においても必要となっているところでございます。実際にその拠点機関の役割についてでございますが、2のところに記載しておりますが、1つ目としてはてんかん対策等について協議する協議会の設置・運営、てんかん患者や地域住民等への普及・啓発、関係医療機関への助言・指導ということが、主な役割となっているところでございます。3が今回ご審議いただきます、道における選定基準案でございますが、まず1つ目の基準としましては、「脳波検査・MRIが整備されている」、2つ目としまして、「発作時ビデオ脳波モニタリングによる診断が可能」、3つ目は、「てんかんの外科治療が可能」、4つ目が、「複数の診療科による集学的治療が可能」、「複数の診療科」につきましては「精神科及び脳神経外科を必須」としております。5つ目としましては、「てんかん学会、神経学会、精神神経学会、小児神経学会、脳神経学会が定める専門医が全て配置されている」と、以上5つの基準を全て満たす医療機関を、拠点機関として選定するというものになっている基準でございます。</p> <p>その基準の考え方4の方に整理してございますが、今言いました1, 2, 3につきましては、国の事業実施の基準と同様となっているところでございます。(4)の「複数の診療科」としましては、道としてはですね、てんかんの症状において精神症状を呈することもあることから、精神科を必須とし、てんかんの外科治療を行う必要があるため、脳神経外科の標榜を必須とするということで考えているところでございます。5につきましては、拠点機関の役割として求められる複数の診療科による、より高度で専門的な集学的治療が必要であるということをお察ししまして、先ほど申しました5つの学会が定めるすべての専門医が在籍しているということを経験として考えているところでございます。選定基準につきましては以上でございますが、5番のところに拠点機関の選定方法を記載させていただいております、今後ですね、決定しました選定基準に基づきまして拠点機関の役割を担う意向について公募を行い、実際に選定作業を進めていきたいというふうに考えているところでございます。以上でございます。</p>
久住会長	はい、ありがとうございます。ただいまのご説明に関しまして、質問・コメントはいかがでしょうか。
芦澤委員	千歳病院の芦澤です。拠点病院を選定する上で、北海道の中でどのくらいの数が可能かといった目安はありますか。
畑島課長	今、国のですね、要綱の中では各都道府県にまずは1か所。
芦澤委員	<p>1か所、かなりハードルが高いですね、中身を読むと。候補になる病院はどのくらいありますか。1, 2か所くらい、わからないですけど、3か所あるかな。わかりました。</p> <p>もう1つですね、拠点病院、非常に結構な事だと思いますが、裾野が非常に寂しいなと思ってますね。てんかんを診れる施設・ドクターが極めて少ないのが、現状かなと思ってるので、その裾野対策を本当はすべきじゃないかなって私は思ってます。そういったことについてどうでしょうか。</p>
久住会長	いかがですか。大切なご指摘ですね。
畑島課長	まさしくですね、地域にいけばやっぱり、先生お話しされましたとおり、診れるところが少ない、そういったところをまずは拠点機関を整備してですね、ネットワークを構築するような、そういった形で国の考え方もそういったネットワーク連携体制を組んで診療体制を構築して行きましょうという考え方もございますので、非常にそういうことが大事になってくると思います。まずはそういった意味でも1か所ですね、拠点病院を整備して行ければというふうに考えております。

久住会長	<p>はい、ありがとうございました。他はいかがでしょうか。特にございませんでしょうか。芦澤先生のご指摘は非常に重要ですので、まず1つを選定して、その後、裾野を広げるための対策を考えて行く、ということによろしいでしょうか。はい、ではそのようにお願いいたします。</p> <p>それでは、本審議会としては、基本的にはこのてんかん診療拠点機関の選定基準について、事務局の提案とおりでということを進めてまいりたいと思います。</p> <p>それでは審議事項は以上で、続きまして報告事項に移ります。①の「北海道胆振東部地震に係る精神保健活動」について、事務局から説明をお願いいたします。</p>
岡崎所長	<p>道立精神保健福祉センター所長の岡崎でございます。座ってご説明いたします。資料2-1をご覧ください。9月6日に胆振東部地震に被災しておりますけれども、この発災後1か月後ぐらいからでしょうか、私ども道立精神保健福祉センターでは主に町職員の支援をするということと、地域に北大の先生であるとか、札医大の先生であるとかが結成した、チームのほうの派遣調整については本庁の障がい者保健福祉課が主にその役割を担うということと業務分担をしております。私ども精神保健福祉センターでは、先ほど申し上げたように被害の大きかった3町に対する職員支援を行って来ております。これは、年が明けてから各3町に対して、この資料を基にですね、センターでこういったメニューで支援することができます、というような資料ですけども、その前段階として10月、11月には、町の職員の健康チェックというものをさせていただいております。</p> <p>それは口頭で説明しますが、厚真町とむかわ町に対して健康チェックの方を行っております。厚真町では合計10回出向きまして、94名の方に面接をしているということでございます。また、むかわ町の方には計5回、むかわ町本庁の方に3回、旧穂別町の方に2度向かっておりまして、82名の方の面接を行っております。ここで、要注意な方であるとか、医療機関に受診をした方が良い方については、適宜そのように指導や助言をしているところでございます。それでは資料2-1のところに戻ります。</p> <p>資料2-1ですけれども、これは3町に向けて、「3町」というのは先程申し上げた厚真町とむかわ町に加えて安平町を加えた3町ということになります。支援機関は概ね3町に対しては30年度から33年度までということと予定しています。これは、被災後3か年を経過した日のある年度まで国の災害に係る自殺対策の交付金が10/10で入るということで、この年度ということと町には示しているところでございます。方向性はここに挙げられている4つということと、内容については2の内容のところを書いてあるところでございます。</p> <p>基本的には1の「職員支援に係る打合せ」というところで厚真町、むかわ町、安平町3町の健康管理担当者とのどのような支援を町の職員の皆さんに対してやるということが良いかということと打合せをしまして、その中で今年に入ってから何回か3町に入って支援をしているところでございます。概ねですね、2番と3番の情報提供と職員面接は一緒に年開けてからは行っております。打合せはですね、厚真町に1度、むかわ町に1度伺っていて、安平町に関しては今週の金曜日15日にお伺いするということになっております。それから情報提供、職員面接の部分ですけれども、厚真町に対しては2度伺っております。むかわ町は本庁の方に1度、穂別側に1度、計2度伺っているところでございます。それから4番の「メンタルヘルスに関するスクリーニング」については、今協議している部分もありますけれども、年に1度行うストレスチェックを本来は秋にやるということもあったようなんですけども、それが延び延びになっている町もございましたので、それを活用することも含めて現在、検討中でございます。それから5「健康教育」についてですけれども、お気づきの先生もいらっしゃるかと思うんですが、安平町に対しては健康チェックを向こうから、私どもはこういったこともできますよということをおすすめしたというところはあるんですけども、結構ですということとご希望がありませんでしたので、それについてはやはり幹部の方に部下の方の健康チェックについては、こういうところを気をつけていただきたいということと「幹部向け講話」というものを11月頃だったかと思うんですけども、一度実施しているということとでございます。これは適宜、町の方たちの要望に応じて実施していこうと考えているところであります。以上でご説明を終わります。</p>
久住会長	<p>はい、ありがとうございました。「心のケア活動」を続けてやりますか。はい、では、お願いします。</p>

森下主査	<p>精神保健グループの森下と申します。よろしく申し上げます。私の方から資料2-2につきましてご説明をさせていただきます。座らせていただきます。</p> <p>資料2-2「心のケアチーム活動」についてでございます。前回です、審議会でもこちらの「心のケアチーム活動」についてご報告をさせていただいておりますので、その後の状況の報告ということでさせていただきます。</p> <p>道としましては、9月6日の震災後ですね、DPATの先遣隊として、岩手県と秋田県の先遣隊のチームに派遣をいただきまして、その後ですね、緑ヶ丘病院の北海道DPATチームが9月14日までDPAT活動をされた後ですね、それ以降の被災地における住民の方、職員の方などに対する心のケアの必要性があるというような現地からの声もありましたので、心のケアチームの成人に対応するチームと、子どもに対応するチームとして、心のケアチーム活動を9月15日から開始をしているところでございます。</p> <p>チームの編成としましては、精神科医師、子どもの心のケアチームにつきましては、児童精神科医の先生に入らせていただいております。コメディカルとしては看護師、心理士などの医療従事者の方、あと、業務調整員が3名体制ということで、チーム編成を組んで支援を行っております。協力医療機関としましては、心のケアチーム、成人のチームは、北海道精神保健福祉センターのほか、北海道大学様、札幌医科大学様、北海道医療センター様など7か所の医療機関のご協力を得て、11月30日まで大人の心のケアのチームは活動をいたしました。子どもの心のケアにつきましては、同じく北海道大学様、氏家こどもクリニック様、黒川メンタルクリニック様など計10か所の医療機関にご協力をいただいて、現在も活動を行っているところです。派遣体制としまして、心のケアチーム、成人の方ですがこちらは9月15日から開始をしまして、11月30日をもって活動の方を終了させていただいております。子どもの心のケアチームは、現在も月3回程度、要望がありましたら現地の方に派遣をいたしまして、活動を行っているところです。平成31年3月まで活動の予定でございます。</p> <p>これまでの活動実績になりますが、平成31年2月末現在の数になります。心のケア、成人のチームにつきましては、実30件延べ43件の相談対応を行っております。相談内容につきましては、ご参照願います。子どもの心のケアチームにつきましては、実48件延べ60件の相談に対応しております。3月は3月20日が最終日の活動日になっております。それ以外としましては「子どもの心のケア」の一環としまして、現地の被災地の保育士、保護者向けの講話なども8回開催をしております。こちらの心のケアチーム活動終了の後はですね、成人チームにつきましては、苫小牧保健所の方で通常の平常時の精神保健活動が行われおりますので、保健所の方に引き続き平常時の活動で対応をさせていただいているところです。子どもの心のケアチームにつきましても、3月で活動を終了するというので、協力医療機関の方とも現在確認をして調整を行っております。私の方からは報告は以上になります。</p>
久住会長	はい、ありがとうございます。ただいまのご説明に関しまして、質問・コメントはございますでしょうか。はい、どうぞ。
矢部委員	北海道ピアサポート協会の矢部です。ちょっと確認というか聞いてみたいことだったんですけど、こないだ大きな余震があったときに、なんかその臨時的に入られたとか、活動したってということがあったのかどうかだけ聞いてみたいと思いました。
岡崎所長	ご質問ありがとうございます。臨時に入ったということは無いんですけども、あれがいつでしたっけ20何日、21日でしょうかね、その後に厚真町の方に25日に伺っていてですね、それからむかわ町の方には24日と25日ですかね、月曜日と火曜日、今月のすぐですね、の方に伺っています。きっとどんな様子かというのは伺いたいと思う、ということなのかなと思ったんですけども、やはりその9月6日のことが職員の方でも少し蘇ってしまって、また同じような苦しいとか忙しい状況になると辛いなという気持ちにはなりました、っていうような声はありました。ただ、その一方で、9月6日の揺れとは全然違ったので、このくらいはまあ何ともないというか、もう大分慣れてきたというような発言をされた職員の方もいらっしゃいました。
畑島課長	あと、子どもの心のケアに関係にいきますと3月まで継続して派遣体制を組んでいるところではあるんですけども、やはり今年に入ってから1月、2月というのは実績が無かったんですけども、先般の余震の関係でですね、先週の土曜日ちょっとむかわ町さんの方からですね、派遣お願いしますということでやっぱり余震の後に、派遣の

	希望ありまして派遣したという実績がございます。
久住会長	よろしいですか。他にはいかがでしょうか。お願いします。
小西委員	こういった方々の中には、3月末以降のケアが必要な方もいらっしゃると思うんですけども、そういった方々の引継ぎ等はどうなっているのでしょうか。ケアの引継ぎ等はどうなっているのかなと思ひまして。
畑島課長	引継ぎに関しましては、子どもの心のケアの方につきましては、まず1点目、もしそういう方が医療が必要だということになれば、札幌の医療機関の代表者の方にちょっと連絡を取っていただくようなことで今ちょっと話を調整を進めております。それとも1つ、道のコードモックルの方でも、事業をやっている部分がありますので、そっちの方に引き継いでいければなというふうには考えております。それと大人の方につきましても、医療が必要な方は地元の医療機関のほうにお願いして、そういった方を優先的に受け入れてくださいという形ですね、お願いというのはしてございます。
久住会長	よろしいですか。他にはいかがでしょうか、ございませんか。 はい、ありがとうございます。それでは次に移りたいと思ひます。2番の北海道におけるDPAT体制整備について、これも事務局からご説明お願いします。
森下主査	それでは資料3に基づきまして報告をさせていただきます。北海道DPAT体制整備につきまして、今年度の取組の状況と今後のスケジュールについて一覧を作成させていただいております。平成30年度におきましては、検討会議を合計3回開催しております。本来であればですね、9月14日にこちらの検討会議を開催予定でしたが、9月6日に胆振東部地震がありましたので、9月14日が急遽中止という形になりまして、実際は3回の開催という流れになっております 今年度は5月から検討会議を開催しております。こちらの中では30年以前の検討経過のあたりを委員の皆様と振り返りを行いまして、その後、国の動きとしまして、国の活動要領及び活動マニュアルについて、事務局の方から情報提供をさせていただいております。平成30年5月29日から31日は、DPAT事務局が開催いたします国のDPAT研修へ都道府県担当者が出席をしております。平成30年11月9日に検討会議の2回目を開催させていただいております。協議事項としましては、DPAT派遣体制の案についてを事務局から提案させていただいております。北海道のDPAT設置要綱案及び活動マニュアル案あとは道主催の派遣チーム向けの研修案というところの協議事項を挙げていますが、実質的にはDPAT派遣体制案と道の設置要綱案及び活動マニュアル案の上記2点について主に協議をさせていただいております。 3回目の検討会議は、平成31年2月8日に開催をしております。このときには、2回目に設置要綱案を提示させていただきましたので、そちらに関するDPATの設置要綱について委員の皆様にご了承をいただいております。また、DPAT活動マニュアル案を改めて委員の皆様へ活動マニュアルの詳細、具体的な内容をですね皆様へ提案をしてご協議をさせていただいたところです。4回目といいますか、年度が変わってしましますが、平成31年4月の予定でですねまた検討会議を開催させていただきまして、3回目の検討会議で活動マニュアル案に対していただいた様々なご意見を反映させた、DPAT活動マニュアル素案の方を提案させていただいて、ご検討いただく予定になっております。 最終的には、平成31年6月辺りまでには北海道版のDPAT設置要綱・活動マニュアルの整備を目途として、今取り組んでいっているところであります。平成31年度の検討会議につきましても、引き続き検討会議の開催をいたしまして、都道府県が主催しますDPATチーム員向けの研修があるんですが、そちらの研修についてもですね検討会議の方で今後、検討していければというふうに考えております。以上です。
久住会長	はい、ありがとうございます。ただいまのご説明で何か質問・コメントはいかがでしょう。では、今後、札幌市や北海道で、そのような講習会を企画していくということですか。
森下主査	一応、構成委員には札幌こころのセンターの鎌田先生も入っていただいているんですが、札幌市も含めた形ですね北海道としてそちら、そういった研修の企画と実施というものを来年度は少し検討を、はい、させていただきたいと思っております。
久住会長	はい是非、お願いします。よろしいでしょうか、ありがとうございます。 それでは、次に移ります。3番のギャンブル等依存症対策推進計画について、事務局からご説明をお願いします。

中川主幹

障がい者保健福祉課精神保健グループの主幹をしております、中川と申します。私からはギャンブル等依存症対策の国の基本計画に関しましてご説明をさせていただきます。座ってのご説明をご了承いただきます。

昨年、ギャンブル等依存症対策基本法が成立・施行されたということに関しましては、昨年10月の当審議会においてもご説明を申し上げたところでございますが、その際も同様に基本法の概要についてはお話をさせていただきました。資料の4-1ということで改めて用意しておりますので、今一度ご確認いただきたいというふうに思います。ただ、前回もお話ししておりますので割愛をさせていただきますので、今後、その概要の中で課題というふうになるものは、この中で8番の計画についてでございます。

法律ではですね、国に対しまして総合的かつ計画的な対策を推進するため、基本計画を作成するということをご義務づけているところでございまして、都道府県に対しましては、国の基本計画を基本とした推進計画、これの策定に努めるということが求められているところでございます。道では現在ですね、カジノを含みますIR整備について観光部局のほうの所管ではございますけれども、検討がなされているところで、ということは皆さんもご存知のことかというふうに思いますが、依存症対策を所管する保健福祉部といたしましても、現に精神保健福祉センターあるいは保健所などにおきまして、ギャンブル等依存症に悩む方々の相談対応を行っている、相談を受けていることからですね、道としての推進計画を策定していこうということにいたしました。

現在、国ではですね、基本計画の策定が進められておりまして、3月6日、つい先日ですけれども開催されました当事者の代表者ですとか、関係事業者、専門家などからなります関係者会議、この場においてですね初めて国の基本計画の案が提示されたところでございます。その概要がその資料の4-2になります。資料の4-2をご覧くださいと思うんですけども、本編がですね116頁にわたる非常に大冊なボリュームになっております。概要版でもですね、非常に文字が細かくて見づらくて恐縮ですけども、それだけ多くの内容が盛り込まれた基本計画というふうになっております。この基本計画を見ますと、大きく分けて、第一章のギャンブル等依存症対策の基本的な考え方と、それと第二章の取り組むべき具体的施策、これの二本立てというふうになっております。

第一章はさらに4項目に分かれておりますが、1つ目がギャンブル等依存症問題の現状ということで、ここで国のほうが現状というふうに使っているのも、データに関しましては、久里浜医療センターが委託を受けて実施をいたしました疫学調査の結果、その結果で成人の0.8%が依存症が疑われる者というふうなデータを用いているところであります。それから2項目目が、ギャンブル等依存症対策の基本理念ということですが、ここで記載されている3点はいずれも元々の法律の中でですね基本理念として掲げられているものを再掲しているものでございます。発症・進行・再発の各段階に応じた適切な対応ということすとか、依存症が様々な社会問題を引き起こしているといったことから、そうした多重債務、貧困などの問題に関する施策と有機的に連携をする、あるいはその他のアルコールや薬物依存、他の依存症と有機的に連携をするといったことへの配慮についてうたわれているところであります。

3項目目はギャンブル等依存症対策基本計画の基本的事項ということで、推進体制につきましては国ではですね、内閣官房を本部長としました本部を設置して、各省庁に横断的に渡って国全体で取り組んでいく体制というふうになっております。それから基本的な考え方というのがPDCAサイクルによる不断の取組の推進、様々な機関の連携・協力による取組の推進、重層的かつ多段階的な取組の推進、という構成でございます。4つ目がギャンブル等依存症対策の推進に向けた施策ということで、国のほうで行うものと都道府県で連携しながら行うものという両方がありますが、ギャンブル等依存症の対策、あるいは依存症の正しい理解そうしたものの普及啓発を図るために5月14日から20日までを啓発週間として積極的に広報を行っていく、これも法律の中で記載されている内容ですし、それから冒頭で申し上げた全都道府県で努力義務というふうにはされているところではございますけれども、全都道府県で推進計画が策定されるように促進を図っていくというところが、基本的な考え方というところでまとめられているところです。

ここまでは計画の中では6ページ程度で収められていて、残りの110頁が次の第二章の取り組むべき具体的施策ということでまとめられているものでございます。第二

章でございますけれども、これも7項目に渡って構成されております。第1項目目が関連事業者の取組ということでございますけれども、これは中身につきましてですね、競馬・競輪・オートレース・モーターボート競争、それからばちんこなどですね、ギャンブルの種別毎に事業者における取組というものが、50頁ぐらいに渡って計画の半分近くのボリュームで、掲載されてるところでございます。

各ギャンブルの種別毎ではありますけれども、作りはどれも共通していて、この4項目がそれぞれのギャンブルの種別毎にどのように取り組むのかといったところが、うたわれているところです。まず広告宣伝の在り方はですね、異常に射幸心をあおるようなものにならないように指針を策定していくといったこと、それからアクセス制限、現在もですねアクセス制限というのは行われておりまして、本人の同意あるいは家族からの申告でですね入場の制限をすることはできるんですけども、それでは十分ではないというところからですね、個人認証システムあるいは顔認証システム、こうしたものの導入が今検討されているところでありますし、さらには施設内に現にATMが設置されているところが多いんですけども、これについては31年度中に全てを撤去していくという方向が検討されているところであります。相談・治療に繋げる取組ですとか、依存症対策の体制整備というところをギャンブルの事業者に対して取り組むような義務付けをしているものでございます。

2項目目は相談・治療・回復支援というところでございますが、まず相談支援につきましては、相談拠点の整備、あるいは多重債務や消費生活での相談を受ける窓口において体制を強化し、早期にギャンブル等依存症の対象者を派遣し、また、適切な支援に繋げていくということで規定されているものであります。また、治療支援としましては、ギャンブル等依存症対策の治療拠点となる機関を整備していくとともにですね、専門の医療機関の整備を図っていくというところで治療支援を行っていくと。北海道に関しましては現に拠点機関、それから専門医療機関もすでに選定を始めておりますし、現在も随時ですね、拡充をしていくというところで取り組んでいるところであります。

それから民間団体の支援ということで、あるいはギャンブル等依存症に限らないんですけども、依存症に関しましては医療機関における治療はもとより、自助グループなどに繋げていくということが非常に有効だというふうに言われておりますので、自助グループを始めとした民間団体への支援・育成を図っていくということが、計画の中に盛り込まれております。さらには、社会復帰支援ということで、ギャンブル等依存に伴って生活困窮に陥る、あるいは、犯罪を犯した受刑者等に対して効果的な指導あるいは就労支援を行っていくということが、計画の中に盛り込まれているところでございます。また、非常に重要な取組ではあります、予防の教育・普及啓発ということで、なかなかギャンブル等依存症を認めたがらないですとか、そもそもそうした治療・回復が図られて早期に対応すれば通常の社会生活を取り戻すことができるといったところが、なかなか道民に知れ渡っていないというところがございますので、シンポジウムやイベントなどを通じて正しい知識、窓口の場所を普及啓発していくとともに、学校教育においても学習指導要領に依存症の問題というものが新たに取り上げられて、こうしたギャンブル等の取り上げることで正しい付き合い方といいますか、そうしたことをですね学んでいくことが、必要だというふうになっております。

そのほか、全て説明すると長いものですが、最後にですね、ローマ数字で6の実態調査というものが記載されているところであります。厚労省においては今後ですね、先ほどの久里浜の調査結果だけじゃなくて、法律の中でもですね、計画につきましては、3年ごとに見直していくと、見直しにあたっては実態調査を行って、実態調査の結果を踏まえて、新たな計画を策定していくというふうになっておりますので、厚労省においては、多重債務、こうしたギャンブル等依存症に伴う問題なんかの実態把握や児童虐待も含めて、そうしたところの実態調査、それから消費者庁ですとかあるいはギャンブルの事業者においても実態把握に取り組んでいくということが計画の中に記載されているところでございます。国の基本計画についての概要については、以上でございます。

北海道としましても推進計画、国が基本計画で都道府県が推進計画というふうなことなんですけど、資料の4-3をご覧くださいなのですが、推進計画を策定していくということでお話ししましたが、今後、まさに今、基本計画を基本として作ってい

	<p>くものですから、国の基本計画の策定状況を踏まえながらになりますが、今後推進計画を策定していく、その体制としましては関係機関の協力を得ながら、この推進会議の設置要綱が資料でございますけども、3条の構成機関にあります関係機関の協力を得ながらですね、ここで色々なご意見を賜りながら計画案を作っていく、審議を重ねてですね、計画を策定していくというふうに今後進めてまいりたいというふうに思いますし、その際には、また皆様からご助言やご指導を賜る場面もあろうかというふうに思いますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。私からの説明は以上とさせていただきます。どうもありがとうございました。</p>
久住会長	<p>はい、ありがとうございます。何かご質問、コメントはいかがでしょうか。芦澤委員、何かございますか。先ほどのてんかんの話以上に、裾野をどう広げていくのかも大きな問題だと思うのですが、いかがでしょうか。</p>
芦澤委員	<p>大変恐縮ですが、私はギャンブル依存症等を診ているドクターがあまりない中の貴重な一人です。実は、こういう重厚長大な計画が出たとしても、実はどれほど、実効があるのかが本音です。そもそもギャンブラーをスクリーニングできてない。300万から500万人にいますと言われてはいますが、世界で最もギャンブル依存症が多いんだけど、だいたい医療化できていないです。GAという自助グループがありますが、そもそもお金のない人たちなので、病院に行きたがらないです。GAに直接行って良くなった人も多いです。北海道は先進地域でして、センターでG研（ギャンブル研究会）というグループ療法をやっています。なかなか先進的な取組もあるので北海道は比較的良好な環境にあると思います。裾野づくりは非常に厳しいです。やる人がいないです。いかに裾野を広げるかが一番の課題だと思います。</p> <p>借金してギャンブルをしていたらギャンブル依存症等ととっていいと思います。借金そのもの問題がありますが、借金の工面に問題が出てくる場合があります。少額の横領の人たちは、実はギャンブルの人がかなり混ざっていると思います。犯罪という見方だけでなく、ギャンブル依存症等の見方をした方が社会的に意味を持つと思います。江戸時代も富くじ禁止令とかギャンブル禁止のこと色々やっていましたが、実効性は難しいのが現状だったようです。ギャンブルとどう付き合うかだとか、ギャンブルっていったい何なのかっていうことを学校教育で教えるのも大事だと思います。全面的に禁止するのは難しいと思いますね。</p> <p>宝くじってギャンブルだって皆さん思いますか。GAの人たちは、ギャンブルとしてやらないっていう方針ですね。韓国も結構ギャンブル好きな国で、日本のパチンコの台がメダルチギというメダルの改造台で随分向こうに渡ったそうですけれども現在は全面禁止になりました。いろいろな社会問題、政治問題があったそうです。ただ、世界中でギャンブルとどう付き合っているのか、日本は実は一番ギャンブルの多い国であるということ認識すべきじゃないかなと思います。でも、ギャンブル障害をすべて医療化して診ていけるのかはなはだ疑問です。非常に医療につながらないですね。私だって一応専門と名乗りながらポツポツ来る程度です。アルコール依存症100万人っていられていますけど、その何倍もいるのにも関わらず、医療につながっているのは非常に少ないという難しい現実があるように思います。</p>
久住会長	<p>はい、ありがとうございます。いかがでしょうか。</p>
矢部委員	<p>自助グループのことを少し聞いてみたいですけど、精神のほうで自助グループをやっている結構効果があるというふうに思っているんですけど、自助グループの経済的支援の部分でどれくらいの支援があったりするのかによったり、なんか広がっていくのが変わっていくのかなっていうふうに思っておりますがどうなんでしょうか</p>
芦澤委員	<p>自助グループは、ギャンブルに関する自助グループは、12ステップグループなので、一切の支援を受けられないという12の伝統というのがあります。だから、経済的支援ができないのです。</p>
矢部委員	<p>ここに書かれている資料の4-2の民間団体支援の自助グループをはじめとするはまた違うのですか</p>
芦澤委員	<p>それは、中間施設というようなものですね。ワンデーポートというのが横浜にありますけど、そういったところで応援っていう意味だと思います。</p> <p>ギャンブルの自助グループは、全国的に見てもGAを指すことになると思います。直接的に自助グループGAを応援することはなかなか難しいと思います。GAは、他のいかなる団体からも援助を受けない原則があります。宗教や政治に利用されないよう自ら</p>

	<p>を律している団体です。会場費の便宜を図るだとか、公的な広報活動に GA の活動を紹介するのがよいと思います。そもそも GA の数が少ないので、会場に行く交通費がかかります。交通費の便宜を図るのも重要なことだと思います。当事者のお金ない人が GA にたどり着くのは困難です。お金がないのですから行かないです。交通費の便宜を図るだとか、そういった 1 人 1 人の医療化するためのサポート体制をつくるのが重要だと思います。医者にかかっても回復できません。自助グループに行かないとまず無理です。行っても回復できるかわからないという面もあるのです。失敗を繰り返しながらも患者と付き合っていくことがたぶん大事だと思います。</p> <p>ギャンブル等依存症対策基本法は沢山書いてあり、網羅的すぎて分かりにくいというのが本音です。優先順位をつけて実効性のあるサポートをしていくべきだと思います。私は GA に行くための交通費の便宜が今苦しんでいるギャンブラーに一番必要だと思います。</p>
菅原委員	<p>家族会の会長をしておりますが、相談でご家族の方から同居してない精神障害者、当事者がお金の無心はかなり多くて高齢のお母さんからの相談が多いのですが、お金を渡さざるを得ないというような状況が続いている方が多いんですね。で渡さないとか何か犯罪行為をしてしまうのではないかっていう、家族の心配がそこにあるんですけども、そういった相談の時に、私はお金を渡すことによってさらにあのギャンブルとかアルコールに費やしてしまうので、とにかく渡さないようにすることをまずは私の方からはお話するんですけども、その先が本人は医療に行きたいとか思っていないから、非常に困難さを極めてまして、家族だけではどうにも解決ができない状況なんですけど、そこへの支援というのは何かあるんでしょうか。もしあるとしたら家族会としてもそういったことをあの知識として知っておいて、そういったご相談に対して、対応していけるんじゃないかなと思うんですけど、いかがでしょうか。</p>
芦澤委員	<p>家族の自助グループにギヤマノンというのがありますので、まずはそこに行って問題を分かち合う。解決はしないけど、そのつらさを分かち合うということが大事だと思います。</p>
菅原委員	<p>ありがとうございます。</p>
久住会長	<p>他にいかがでしょうか。かなり実践的なディスカッションです。</p>
小西委員	<p>ギヤマノンって北海道内にどこどこにあるんですか。</p>
芦澤委員	<p>あまりないですね。ちょっと私も、あの旭川と札幌にはあります。あとどれだけあるか、ちょっと私も把握できていないです。そんなに家族の会とは関わっていないので。ネットで調べればすぐに出ます。</p>
久住会長	<p>他にいかがでしょうか。めったに専門家がいる会はございませんので、これを機会に、何か伺っておくことはないでしょうか。</p>
岡崎所長	<p>数はちょっと申し訳ありません、わからないですが、札幌市以外の方であれば、家族相談を精神保健福祉センターでお受けしています。それからギヤマノンではなくてですね、精神保健福祉センターでやっていた家族グループがあったんですけど、自立していただいてカトレア会っていうものを月に 2 回エルプラザでやっていて、月 2 回ともですねセンターの職員が組織育成という形で、支援しているということでございます。</p>
中川主幹	<p>ギヤマノンもあくまで保健所なり、そうした活動の中で把握してる範囲でございますけども、今把握しているのは 7 か所、札幌に 3 か所、旭川、帯広、釧路、滝川に 1 か所ずつあることは把握をしているところであります。それとあと今センター所長から言ったカトレア会も含めて、全部で 8 つということまで把握しております。その他、ご本人の GA ですね、ギャンブラーズアノニマスですけども、これも把握をしている範囲でございますが、15 の会場があるということまでは把握しております。札幌が 4 つ、その他、釧路と浦河で 2 か所ずつ、その他に各 1 か所ですが、函館、室蘭、苫小牧、北見、帯広、小樽、千歳に 1 か所にあるという、我々が把握できていないところがあるかもしれませんが、今のところ把握しているのは、今の 15 会場があります。</p>
久住会長	<p>はい、ありがとうございます。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございます。引き続き、また、進めていくということで次に移りたいと思います。次は、自殺対策の取組状況について、これも事務局からお願いします。</p>
吉澤主査	<p>精神保健グループの吉澤と申します。私のほうから、自殺対策の取組状況について説明させていただきますさせていただきます。座って説明させていただきます。資料</p>

	<p>5をご覧ください。1番の市町村自殺対策計画の進捗状況についてです。平成28年の自殺対策基本法の改正によりまして、市町村においても自殺対策計画の策定が法に位置づけられたところでもあります。道においては、市町村自殺対策計画策定の推進のために平成30年6月に、道内の市町村長を対象としました北海道地域自殺対策トップセミナーを帯広市で開催したほか、道立保健所及び精神保健福祉センターが市町村支援をしまして、直接支援や意見交換会の開催、先行する他の市町村の取組や国のほうが策定しました地域自殺対策実態プロファイルの情報提供など、様々な方法で市町村計画策定を支援しております。</p> <p>そして、平成31年2月末時点の策定状況につきましては、次の表のとおりとなっております。道内179市町村中で策定済みが30の市町村、今月末までに策定する予定の市町村が106、来年度以降43となっております。なお、国においては、都道府県は平成29年度まで、市町村は平成30年度までに自殺対策計画を策定するように指示してきておりましたが、平成30年度は全国各地で災害などが多発することを受けまして、遅くとも平成31年度までに自殺対策計画を策定するようとの事務連絡を発出しております。北海道におきましては、引き続き未策定の市町村に対し、所管保健所や精神保健福祉センターの技術支援によりまして、計画策定をするようにして指導していくところでもあります。続いて、2番目の自殺総合対策モデル事業については、精保センター所長の岡崎所長のほうから、説明させていただきます。</p>
岡崎所長	<p>それでは引き続きまして、2自殺総合対策モデル事業についてご説明いたします。北海道では、第3期これは今年度30年から34年度までの5か年の計画ですが、北海道自殺対策行動計画の重点施策の1つとしまして、地域ごとの格差を是正するための対策を推進することとしております。この取組として、道内の医療機関や相談支援機関と社会資源が乏しい地域において、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、これをNOCOMIT-Jという通称ですけど、この成果及びこの研究の前段階として行われていた岩手県の久慈地域における久慈モデルという自殺総合対策があるんですが、その成果に基づいた複合的・総合的自殺対策を試行的に実施しまして、その成果の他地域への普及促進を図ることといたしました。</p> <p>このモデル事業ということになります。この本事業は北海道が実施主体としまして、北海道自殺対策推進アドバイザーである札幌医科大学医学部神経精神医学講座の河西教授の助言のもと、私ども道立精神保健福祉センターの技術支援及び札幌医科大学神経精神医学講座の協力によって実施をします自殺予防対策で、社会の多領域が複合的・多元的な連携によるネットワークを構築し、行政と地域住民相互の人と人とのつながりを増強するとともに、自殺の一次、二次、三次予防と精神疾患へのアプローチ、職域へのアプローチ、このネットワークとこの5つのアプローチを合わせた6つを軸としました包括的な自死対策を行うものでございます。今年度、別海町をモデル地域に選定をしていて、来年度からの本格的実施に向けまして、現在検討を進めているところ、準備を進めているというところがございます。</p> <p>また、資料にはありませんけれども、もう1点、自殺の未遂者支援についても、北海道の第3期計画の中では、拠点医療機関を整備するということが盛り込まれているんですけれども、その1つとして、ご協力というレベルなのかもしれませんが、札幌医科大学のほうで、今年度、自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業という厚労省の事業を受託され、昨日常広にて研修を行ったところでございます。この研修の中で私も出向きまして、北海道における自殺未遂者施策のこれまで、というようなことで研修の中でお話をしてきたところでございます。以上私の説明が終わらせてもらいます。</p>
久住会長	はい、ありがとうございます。いかがでしょうか。
吉野委員	<p>すいません、ちょっと教えていただきたいのですが、この自殺総合対策モデルの中身なんですけど、当然、予防からとかだと思んですけど、事後ですよ、事後の起こった後のご家族に対する専門的な介入モデルとかそんなこともこの総合モデルの事業の中に含まれてるのかってことをお聞きしたいのと、もしそういうのが結構、医療機関でいると、なんていうんでしょう、そういうようなことが起こった家族、うつになったら治療はあるんだけど、結局その回復しきれなかったりとかっていうところもあったときに、この自殺で、家族の自殺とかで亡くした方のご家族自身に対しての何らかの介入がすごく必要だろうというふうには思っているところもあったので、そこらへん何か専門的な研修があるのだとか、どんなモデルを使って介入してい</p>

	<p>るのかとか、実際にそういうことやってるところがあるのかとか、そういうことを教えていただけたらばなと思うんですけど。</p>
岡崎所長	<p>はい。事後予防ということですので、自殺の3次予防ということになるのだと思います。自殺の3次予防というのは、自殺の場合は亡くなってしまいますので、家族、おっしゃるように家族へのフォローということになろうかと思えます。このモデル事業、モデルの中ではですね、どのようなことをするかと言うと、実際にお亡くなりになった方のご家族に普及啓発ですね。例えば、自死遺族というふうに呼びますが、自死遺族っていうのは自殺のリスクが高いとか、なかなか周囲の人にお話ししてもなかなかその気持ちは理解ができないので、やはり先ほど自助グループの話になりましたけれども、グループで分かち合いの会みたいなものを行っている地域もありますので、そういったところ例えばご紹介するようなパンフレットを配るとか、そういうようなところが普及啓発になろうかと思えます。またその説明の中でありました、分かち合いの会自体はですね、道内にもいくつかありまして、私ども道立精神保健福祉センターでは、その全道自死遺族交流会ネットワークというような名前のネットワーク会議を実施したり、そこが主催をしている全道自死遺族交流会に対して、組織育成ということで事業を展開しているところでございます。</p>
吉野委員	<p>あのちょっと聞いたかったのが、この自死遺族の会であるだとか、そういう自助グループあるのはわかってるんですけども、やはりそういうところ行っても、私も知ってる方がいるんですけど1年経っても、1年以上経っても、やっぱり休職して仕事に復帰できないぐらいのいろんな仕事があって、やはり専門家の介入とかも必要なんだろう、でもそういった専門家が介入できるポストーションの介入ができるような、研修であるかトレーニングであるとか、そういうことがされての自助グループ以外でそういうことがあるかってことを、このモデルの中にも入っているかっていうことをどうなのかなと思ひまして。</p>
岡崎所長	<p>はい。私の知る限りですけれども、自死遺族支援というのは支援者にとってかなり難しい支援です。というのは、自死遺族の方っていうのは、その経験っていうのは、我々が想像できないほどの辛い思いをしておりますので、支援者にできる事っていうのは、ほとんどない。先ほど依存症の人を医療では治せない、というふうに芦澤先生おっしゃってございましたけど、それ以上のハードルがあるというふうに私は認識しておりますので、その支援のための研修というものは、こういうスキルをやれば、例えばおっしゃったように、1年後には回復していくはずだとかそういうものはなかなかないのではないのかなと。お互いに分かち合いをしていく中で、徐々に徐々に回復していくものなのではないかなと。</p> <p>実際に私もセンターで行なっている会に、昨年度からですね出席しておりますけれども、年単位でもなかなか回復していくのは難しいなあというのが実態なので、あまりその効果というか結果をですね、すぐに求めない方がよろしいのかと私は思っております。だから、そういう分かち合いをこういう小規模なところっていうのは、なかなか難しいとは思いますが、このモデルで分かち合いの会をそのままやるっていうのは、やっぱり小さな町だとあの人あそこに行っているみたいだよというふうに目立ちちゃったりもするんで、そのあたりどうしたらいいかって、このモデル事業の中で考えていきたいなというふうに私は考えております</p>
久住会長	<p>よろしいですか。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。</p>
西村委員	<p>認知症の抱えてる家族も、やっぱりあのそう人たちが抱えてる人たちが集まって話をすることによって、自分だけじゃないだっていうところの共感になるんですよ。いくら専門職の人がこうだよ、ああだよって言っても、家族には伝わらない部分ってすごくあるので、多分、今の自死家族の方達も同じ体験をした人が、やっぱり一番の話の場になるのではないかなっていうふうに、今先生の話聞きながら思いました。</p>
久住会長	<p>はい、ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。</p>
藤原委員	<p>この自殺対策ってよくわかんないですけどもね、ちょっと法律で決まったからあれなんでしょうけど、市町村が、それぞれ179市町村がその計画を立てる必要ってあるんですか。必要がある。これ、いろんな計画、福祉計画、医療計画、全部市町村179全部の市町村が作っているんですよ。全部の計画を。こういう計画まで、市町村に下ろされたら、市町村って計画だけで終わってしまって、本来の仕事何もしないうちに終わってしまうんじゃないかってぐらい、計画倒れがあるんじゃないかなと思うん</p>

	ですけどもね。この自殺対策って、ほんとに市町村は市町村で作っていきななきゃならないもんなんじゃないでしょうか。ちょっと基本的なところから教えてください。
岡崎所長	やはりその根本にあるのは、日本は非常に自殺の多い国であるというところにいるあるんだろうと思います。やはりそのもう1つは、自殺っていうのは、防げる死であるというような考え方も、非常に大きな柱としてはあるのではないかなというふうに思っています。それでやはり、日々の生活とリンクしてますよね、経済状況とかもあるでしょうし、生活がなかなかやっていけないとか、健康問題であるとか、あの非常に自殺対策っていうのは複合的だし、市役所の中の仕事でも、各分野分野でどこか引っかかってくるくらいの、そういうような健康課題なんだろうと思います。そうなるくと、都道府県単位とかではなく、やはり地べたというか、市町村での対策っていうのが必要だということ、国は法律で義務付けているのではないかと、私は思っております。
久住会長	よろしいですか。
藤原委員	いや僕、対策は必要かもしれないけど、計画は必要ないんじゃないかなと思います。ある程度大きな範囲でいいんじゃないかなと思って、ここで議論してもしょうがないんですけどもね。Aの町とBの町と隣の町があって、1つ1つそんなに必要なのになって、その重要性がよくわかんなくて。
岡崎所長	はい。あの、必ず各市町村1つ1つが、ではなくて、周辺の市町村が一緒になってということも認められていると聞いたことがあります。
久住会長	よろしいでしょうか。他はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。議題は以上ですが、その他については、事務局からですか。お願いします。
吉澤主査	前回の審議会のご意見でしたが、北海道の精神医療の状況の報告の時に、北海道精神病床数等について報告した時に池田委員のほうから、休床数についてのご質問を受けておりました。遅ればせながらとなってしまいましたが、今回の審議会において、その旨をご報告させていただきます。資料の最後となっておりますが、道内精神科病院の休床数について、を添付しておりますのでご覧ください。10月1日現在となりますが、休床数については、801という形でご報告させていただきます。 私のほうからは、以上となります。
久住会長	ありがとうございます。池田委員、何かコメントはございますか。
池田委員	1つあの、実質的稼働しているって言いますか、動いている病床数はどうなのかっていうことは把握していたほうが良いということと、全体としては、全国的にも共通のことですけど、ダウンサイジングっていうことを余儀なくされてきています。そういう流れがある中でこの現象だと思んですけども、1つこの休床、道内の休床数とかを見ると、地域なども出ていますけど、地域差もありますけど、これ1つ、公的医療機関、公的機関、それから総合病院精神科が撤退しているというふうなことが休床数の中に現れていて、相当これがその影響が相当効いている数値じゃないかなというふうにこれ見て改めて感じた。
久住会長	ありがとうございます。このことに関して何かございますか。よろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。その他ございますか。
芦澤委員	あんまりこの場で話すべきことかわかんないで困るんですけど、成人の発達障害 ADHD とか ASD のことなんですけども、普通に専門性とかそういうこと関係なく、一般の精神科医は皆さん看なさいいけないんですけど、自立支援医療をやはり受けやすい形になっていくといいなと思うんですけども、大体あの自立支援医療の診断書を書くと、子供ときの様子を詳細に書いてくれることが多いのですが、そもそも成人の発達障害の方々が、今までそういったことなく、成人になってから出てくるので、なかなかそのコメントを書くの難しいというふうなことがあるので、時代に沿った形で、例えばまあ心理テストで AQJ で何点以上だとか、カードで持って妥当性があるだとか、そういったことのコメントでなんとか自立支援医療が通らないかなって、ちょっと思ったもんですから、いかがなものでしょうか。
久住会長	いかがですか。
岡崎所長	判定機関は私どもなので、私が答えるしかないと思っております。他県の審査の話とかも伺ったりはしますけど、発達障害、自閉スペクトラム症等と注意欠如多動症のこの2つのことを、芦澤委員がおっしゃっているんだろうなというふうに思っております。

	<p>ますが、北海道の判定というのは、他県に比べて厳しいほうなのではないかと、自覚はまずあります。ただしですね、やはり私もそのあたりは本も読んだりもして、専門家の先生の本も読んだりをして、自分なりに勉強しているつもりではありますけれども、やはり現症だけでは診断というのは、本来的には違って、子供の時からずっとその特性が継続をしているんだということが、診断の決め手であるというふうに書かれておりますので、やはりその部分については、わかる限り書いていただきたいというのが、私どもの認識です。ただしですね、おっしゃるように分からないということもあると思いますので、私というか、判定機関の考えとしていいと思うんですけども、やはり何も書かれていないくて、突然成人期のことだけ書かれていると書き漏れなんじゃないかと思う、そういうふうに考える場合もあるというか、考えちゃうんで、そうではなくて、詳細はなかなかわからないであるとか、聞いたがわからないとか、そういったことを記載いただくと、私どもも照会件数が減りますのでありがたいなあというふうに思っております。以上でございます。</p>
久住会長	<p>よろしいですか。ついでに私からも聞きますが、基本的な考え方として、発達障害単独であっても、自立支援は認めるということでしょうか。私自身が返された物も何件かあるのですが、二次的な精神障害がないとダメだというような解説をされることがあるんですが、そのあたりはどうなんでしょうか。</p>
岡崎所長	<p>これはあの、国のその判定要領みたいなものがありますけど、それは実はその病気で区切ってるわけではないんですよ、こういった状態像にある場合を認めますというような書きぶりになっています。という観点からですね、書類上の広汎性発達障害を示す、いわゆる3つ組ですね、自閉スペクトラム症を満たすとされるというと2になります、3つ組ですね、書類上の3つ組、それだけを丸されてもですね、それだけでは国の判定要領に当てはまる状態像が確認できないということになりますので、そういった状態像が治療で軽減したものも含めて書いてほしいんですけども、何かないかというような照会をしております。つまりそれだけでは自立支援医療の対象にはならないと考えています。</p>
久住会長	<p>ということは書き方が足りなかったということですね。わかりました、以後気をつけます。他にはいかがでしょうか。あとは事務局よろしいですか。</p>
畑島課長	<p>久住会長ありがとうございました。ここでですね、議題にはございませんけれども、事前に芦澤委員より、医療観察法ですね入院病棟の整備について、整備の動向についてですね、ちょっと教えていただきたい旨ですね連絡を頂いておりました。それで北海道大学病院さんのほうですね、整備される方向で今いろいろ進められていると伺っておりますので、大変申し訳ございませんけれども久住会長の方からちょっとご説明いただければと思います。</p>
久住会長	<p>昨年の10月1日にプレスリリースいたしました。正直申し上げまして、その時から特に新しい情報はないという現状ですが、せつかくの機会ですから経緯も含めてご説明いたします。</p> <p>ご存じのように、全国でこれまで33の医療観察法病棟が入院指定施設として整備されております。通院指定施設は、北海道は非常に豊富にあって、入院施設がない分、各病院が頑張っていて、通院施設として手を上げて頂いているということになります。たぶん東京の倍ぐらいの数が指定されているので、全国的にも非常に評価が高いのですが、残念なことに入院施設がありませんでした。毎年だいたい、20数人ぐらいの入院対象者が北海道から発生しているのですが、全て他の都府県にお願いをしているという現状にあります。</p> <p>実際に何の問題が道内対象者に生じるかといいますと、入院の長期化です。社会復帰をしてもらうことを目的に入院しているわけですが、その社会復帰の段階になった時に外出・外泊を実施するために、多数の人員や多額のコストがかかりますし、そのために社会復帰の調整も遅れ、在院日数が延びることが、いろいろな施設から報告されています。</p> <p>また、北海道の対象者が、自分の生活環境の下で治療を受けることができないという問題もありまして、かねてから北海道に入院医療機関を設置することが望まれておりました。しかし、色々な経緯があって、細かいことは申し上げませんが、なかなか実現されてこなかったという現実がございました。ただ、いずれできるだろうということで、北大精神医学教室では、これまで4人を国立花巻病院へ研修に送って、その</p>

	<p>準備だけは進めておりました。</p> <p>ただ一向に病棟ができずに、半ば諦めておりましたが、札幌刑務所隣接の国有地が利用でき、自治体病院ではなく、国の機関であれば運営できること、スタッフ確保のためには札幌開設の可能性しかないなどの事情から、北大が手を上げざるを得なかったというのが実情でございます。</p> <p>国全体の病床数が、元々の予定であった 800 床を既に超えておりました、これが 34 番目、おそらく最後の医療観察法病棟設置ということになると思います。ただ、今回、大学病院に設置されるという意味合いは非常に大きいと考えております。司法精神医学、つまり精神鑑定を中心とする精神医学には、皆さんもニュースでいろいろ大きな事件があって精神鑑定の結果を聞くと、診断が結構違っているなど多くの問題点や課題があるんですね。司法精神医学のこれからの発展も含めて、担っていける施設になるのではないかと期待して、準備を進めているところです。</p> <p>実際に現在、基本設計をしておりました、これがあと 1 か月ぐらいで終わると、本設計に入り、これはまた 7、8 か月ぐらいかかると思います。おそらく建設が始まるのは来年の今頃で、そこから完成まで 1 年半ほどはかかると思います。東京オリンピックの建設ラッシュと重なっておりますので、順調に進んで 1 年半ですから、最短で 2022 年春の開棟を目指して、現在、準備を進めているところでございます。</p>
畑島課長	<p>久住会長、ありがとうございました。それではですね、以上をもちまして平成 30 年度第 2 回目ですね審議会のほうを終了させていただきたいと思っております。本日はですね、長時間にわたりまして、ご審議・貴重なご意見をいただきまして、誠にありがとうございました。以上をもちまして、終了いたします。</p>