

## 平成29年度第2回北海道精神保健福祉審議会

開催日時：平成30年1月30日（火）19：00～20：30

開催場所：かでる2・7 7階 730研修室

### 1 開会

（障がい者保健福祉課 澤口課長）

皆様方には大変お忙しい中、出席いただきまして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「平成29年度第2回北海道精神保健福祉審議会」を開催します。

私は、冒頭の進行を務めさせていただきます、保健福祉部で精神保健を担当しております課長の澤口と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、会議の開催に当たりまして、保健福祉部の山本技監から御挨拶を申し上げます。

（山本技監）

こんばんは。北海道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、一言御挨拶申し上げます。

委員の皆様には、大変お忙しい中、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、本道における精神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、昨年10月に本年度第1回目の会議を開催し、本日は第2回目の開催となります。

北海道医療計画の見直しに当たりましては、精神疾患に関する分野につきまして、当審議会に計画部会を設け、これまで直江部会長のもと、集中的に御審議いただいたところですが、その後、パブリックコメントや地域説明会を経まして、先週開催されました第7回目の計画部会において、取りまとめられた計画の議案について、本日は審議計画を含め御説明させていただきますので、御審議の程、よろしくお願いいたします。

また、本日は、同じく本年度の見直しを予定しております北海道自殺対策行動計画や北海道障がい福祉計画の原案の他、昨年12月に策定いたしました北海道アルコール健康障害対策推進計画の成案等についても併せて御報告させていただく予定です。

本日も専門的な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、北海道としましては、平成30年度からスタートする新たな計画のもと、精神障がいを持つ方々が安心して生活できる社会の実現を目指し、引き続き必要な施策の充実・強化に努めて参りますので、委員の皆様におかれましては、今後も道の施策に対し、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。

本日はよろしくお願いいたします。

（澤口課長）

ありがとうございました。

本日の審議会でございますけれども、ただいままだお二方見えられておりませんが、後ほど遅れて出席するとの御連絡をいただいております。

条例の規定に基づきまして、全委員15名中現在は8名でございますが、それでもなお半数以上の方に

出席いただいているということで、規定上、審議会が成立していることを御報告申し上げます。

ここで、配布資料の確認をさせていただきます。

まず、次第、出席者名簿、配席図、審議会の全委員の名簿、答申議会の根拠となる規定、それと資料でございますけれども、資料1、資料1-1、資料1-2、資料2、資料2-1、資料2-2、資料2-3、資料3、資料3-1、資料4、資料4-1、資料5となっております。

非常に量が多くなっておりますので、順次説明する段階において確認を取っていただきまして、不足等ございましたら、随時事務局にお申し出いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これより議事に入らせていただきますが、本日の終了予定時刻につきましては、概ね20時30分の終了を目途としたいと考えております。

円滑な議事の進行に御協力をお願いいたします。

これ以降の議事進行につきましては、久住会長をお願いいたします。

よろしくお願いいたします。

## 2 議事

### (1) 「北海道医療計画（原案）」について

(久住会長)

皆様こんばんは。ただいま御紹介いただきました北海道大学の久住でございます。

本日は、様々な計画の見直しがございます、盛り沢山でございますが、どうぞよろしくお願いいたします。

審議事項が1つ、それから、報告事項が4つとなっております。

まず、審議事項から進めてまいります。

それでは、最初の「北海道医療計画【原案】」についてでございますが、この審議会の下に、計画部会を設け、直江部会長のもと、これまで集中的に御審議をいただいたところでございます。

事務局からの説明の前に、まず部会長であります直江委員から審議の経過について、御報告いただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

(直江委員)

まず、資料1をご覧ください。

北海道医療計画については、平成30年度から新たな計画を策定するというので、私が部会長を務めさせていただいた審議会の計画部会において、5疾病5事業のうち、精神疾患の分につきましては検討してまいり、前回のこの審議会でも部会の取りまとめた素案について、御審議いただいたところです。

その後、資料1の(2)の検討経過に記載しておりますが、昨年12月5日から本年1月5日まで道民へのパブリックコメントを実施し、今月の22日の第7回部会におきましては、パブリックコメントで提出された意見等について、検討を行い、計画案を取りまとめたところです。

パブリックコメントの意見や計画案につきましては、後ほど事務局から説明いたします。

前回もお話しした通り、部会では、本審議会の委員の皆様に参加していただき、また、専門の委員の方々も加えて、計7回に渡り検討してまいりました。

精神疾患等15の多岐にわたる領域につきまして、計画に記載するというので、毎回違うテーマとなりましたが、毎回活発な議論をいただきました。

参加された委員の皆様におかれましては、ありがとうございました。

今後のスケジュールは、2にあります通り、2月5日に開催される総医協の地域医療専門委員会、3月の北海道医療審議会の審議を経まして、決定する予定となっております。

内容につきましては、事務局から説明いたします。

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、引き続き事務局から御説明をお願いいたします。

(障がい者保健福祉課 小林主査)

障がい者保健福祉課の小林といたします。

私からは、精神疾患の医療計画案について説明させていただきます。座って説明させていただきます。部会の委員に就任していただいた委員の方につきましては、先日開催した部会での説明と重複いたしますが、ご容赦いただければと思います。

医療計画につきましては、10月16日に開催しました前回の審議会に、部会で検討した素案をお示したところです。

その後、10月30日に開催されました医療計画全体を議論する場であります総医協地域医療専門委員会に提出しております。

また、12月5日から1月5日までの間には、道民意見提出手続、パブリックコメントを実施したほか、道内6箇所において地域説明会を実施しております。

パブリックコメントの結果につきましては、本日、資料1-2として配付させていただいております。

まず、パブリックコメントの意見の概要と道の考え方について御説明させていただきまして、その後、案の説明をさせていただきたいと思います。

それでは資料1-2をご覧くださいと思います。

北海道医療計画精神疾患素案についての主な意見となっております。

まず、1つめですが、精神疾患の医療連携体制についてということで3つ意見がありました。

1つ目は、精神科救急・身体合併症に関する御意見で、「精神科救急や身体疾患を合併した患者等の状況に応じた休日・夜間を含め、24時間365日、提供できる体制を拡充してください。」という御意見。

2つ目は、うつ病に関する御意見で、「うつ病は、発症させない社会的な環境の整備も必要で、早期発見・治療の体制や社会復帰への制度も拡充してください。」という御意見。

3つ目は、「認知症は、早期発見も重要です。「認知症疾患医療センター」の整備など、早急に体制を充実してください。」という御意見がありました。

この御意見に対しては、右の欄のとおり回答する予定となっております。

精神科救急については、「地域の実情に応じた円滑な受入が図られる体制となるよう検討することとしております。」ということで、これは医療計画の案に記載している内容となっております。

うつ病については、「計画で、内科等かかりつけ医への研修等や職域関係者に対するうつ病の正しい知識の普及等に取り組むこととしています。」ということで、これも計画に記載させていただいております。

認知症につきましては、「「認知症疾患医療センター」の整備を進め、地域の福祉・介護関係者との連携の促進や、介護職員に対する研修等により認知症の知識普及を図ることとしております。」ということで、これも計画に記載されている内容になります。

これにつきましては、素案と意見の趣旨が同様と考えられるということで、「B」として整理させていただいております。

2 ページ目になりますけれども、2 と 3 と 4 につきましては、てんかんに関する御意見となっております。

2 としましては、「てんかんの患者数については、9, 000 人となっておりますが、てんかんの有病率は、約 0. 8% ということで、あまりにも小さな数字であると思われます。この齟齬についてはどのようにお考えでしょうか。」ということなのですけれども、これにつきましては、「てんかんの患者数については、平成 26 年に厚生労働省が実施して公表した患者調査に基づいて、現在把握している数値を記載している。」ということで、一方、未受診の患者さんを含むてんかんの有病率については、「厚生労働省は約 0. 8% と推定しているということです。こうした認識のもと、計画では、未治療のてんかん患者の方やその家族への普及啓発等を通じ、適切な治療につなげる等の取組を実施していくこととしております。」ということで、「D」ということで素案に取り入れなかったものとなっております。

3 については、てんかんについて、地域における診療連携体制の構築の具体化に向け、国の事業の活用や、道独自の事業の実施など、積極的に進めていただきたいという御意見でした。

これに対しては、「てんかんにつきましては、今回の北海道医療計画に初めて記載することとなったもので、地域における診療連携体制の構築が大変重要であると認識していますということで、今回いただいた具体的な事業等の御要望につきましては、今後の取組を進めていく上での参考とさせていただきたい。」ということで、これは素案を修正しておりませんが、今後の施策の進め方等の参考とするものとして、「C」として整理させていただきました。

4 番目に、「素案にてんかんについての記述が記載されたことについては、私ども当事者にとっては、非常に力強いものです。ありがとうございます。最終案にも引き続き明示されますよう強く要望いたします。」という御意見でした。

こちらについては、「北海道医療計画におきましては、御要望のとおりてんかんを含め、多様な精神疾患に対応する取組をすすめるとともに、医療提供体制の構築について記載をすることとしております。」ということで、これは「B」ということで素案と意見の趣旨が同様に考えられるものとして整理させていただきました。

最後に、精神疾患の圏域設定について、「圏域設定の考え方では、高度で専門的なサービス提供についても、第二次医療圏を単位とすることを目指すべきです。とりわけ、認知症対策を推進するためにも、「認知症疾患医療センター」を拡大する計画と合わせて、二次医療圏全ての圏域での対策を求めます。」ということで、これにつきましては、「精神疾患の圏域設定を地域で受診できるように第二次医療圏単位とすることとしておりますけれども、北海道の広域性を考慮して、より高度で専門的な医療サービスの提供につきましては、第三次医療圏を基本に道央圏を三分割した 8 圏域体制としているものです。認知症疾患医療センターの設置については、本道の広域性等や医療資源、地域バランスに配慮して整備することとしており、ご意見も参考にしながら認知症対策を推進してまいりたい。」ということで、これは「C」ということで、素案を修正しておりませんが、今後の施策の進め方等の参考とするものとして整理させていただきました。

続きまして、医療計画の案について説明いたします。

資料については 1-1 になります。

中欄が素案ということで、備考欄に変更の理由等を記載しております。左が案になります。

案につきましては、前回、本審議会で御審議いただいた素案を元に、パブリックコメント等の御意見をもとに修正することとしておりましたが、さきほど御説明させていただいたとおり、パブリックコメント

の御意見を元に、直接、案の修正をするものではありませんでした。

変更箇所につきましては、データなどの更新と、22日に開催した本審議会の計画部会の際に、各委員の方々からいただいた御意見をもとに文言修正を行ったものとなっております。

それでは、素案からの変更点について、御説明させていただきます。

ページについては、現段階の全体の医療計画のページを付しておりますので、31ページから始まっています。

31ページの精神科医療機関数については、素案では昨年4月1日の数字を使用していましたが、今回、昨年10月1日の数字に変更いたしました。若干、総数が増えております。

次に32ページの1年未満入院者の平均退院率につきまして、厚生労働省が毎年実施しております630調査という調査を取りまとめた精神保健福祉資料の平成27年度の数字が公表されましたので、その平成27年度の数字に変更いたしました。

それによりますと、北海道は73.0%で、全国平均の71.7%を上回ることを確認いたしましたので、それに併せて、本文も修正を行っております。

同じページでは、治療抵抗性統合失調症治療指導の実施医療機関と、認知行動療法の実施医療機関について、北海道厚生局が公表している数字を使用しておりますが、素案で使用していた昨年7月1日現在の数字を、今回、直近の平成30年1月4日の数字に置き換えております。

それによりますと、治療抵抗性統合失調症治療指導の実施医療機関が若干増加し、認知行動療法の実施医療機関数については同数となっております。

33ページになりますけれども、高齢者人口の推計の数字を修正するとともに、若干の文言修正を行っております。

34ページになりますが、自殺対策の現状について、素案では、「自殺の背景にはうつ病をはじめとする精神疾患が関連することが多いといわれています。」という記載でしたが、部会の御意見で、「自殺の背景に精神疾患が関連することは事実であり、また、医療関係者でも、このあたりの認識が弱いという現状もあり、この認識を変えていくためにも案に記載のとおり「多いことが知られています。」という表現にすべき」との御意見をいただきましたので、変更することといたしました。

36ページになりますが、「発達障がいを持つ者」を「発達障がいを持つ人」という表現に変えました。別に策定を進めております北海道障がい福祉計画では、このような場合は、者ではなく人という表現をしておりますので、これに合わせたものとなっております。

また、丸の3つ目については、素案では、「発達障がいを背景とするひきこもりを防ぐため、的確な早期診断と適切な医療的支援が必要です。」という記載でしたが、同様にこれについては、発達障がいを背景とするのはひきこもりだけではないということで、「ひきこもりなどの二次障害を防ぐ」というような表現にしております。

39ページについては、「精神障がいのある者」という表現を「精神障がいのある人」という表現に変えております。

また、39ページの上の表につきましては、住民の健常状態等に記載がある入院後3ヶ月時点、6か月時点、1年時点での退院率は、先ほども出てきた精神保健福祉資料により、平成26年度の現状値を記載していましたが、平成27年度のデータが公表されたということで、平成27年度の数値に置き換えております。

41ページについては、さきほど、36ページで御説明した変更と同様の内容となっております。

以上、医療計画案について御説明をいたしました。

(久住会長)

ありがとうございました。

直江委員から何か補足はございますか。

(直江委員)

特にありません。

(久住会長)

それでは、ただいまの説明につきまして、御質問・コメントはいかがでしょう。

疾患が大変多岐にわたっていて、御苦勞だったと思うのですけれども、ありがとうございました。

それでは、提案のあった医療計画案につきましては、原案通り決定したいと思います。

### 3 報告

(1) 「第3期北海道自殺対策行動計画（原案）」について

(久住会長)

次からは報告事項となります。まずは、北海道自殺対策行動計画原案につきまして、事務局から説明をお願いします。

(障がい者保健福祉課 中田主査)

障がい者保健福祉課精神保健グループの中田と申します。

自殺対策を担当しております。よろしく願いいたします。

私の方から、第3期北海道自殺対策行動計画原案につきまして資料2、資料2-1、資料2-2、資料2-3で御説明させていただきます。

すみませんが、座らせていただきたいと思います。

本年度、見直しを予定しております北海道自殺対策行動計画につきましては、これまで、専門の検討会議の中で御議論いただき、先々週、原案を提出させていただいたところでございます。

まずはこれまでの検討状況につきまして、資料2で説明をさせていただきます。

まず、概要になりますけれども、計画の根拠としましては、自殺対策基本法の規定により、都道府県計画の策定が義務づけられているところです。

計画期間としては、これまでの計画と同様、5年間、30年度から34年度までということで、これは、国の自殺対策の指針であります「自殺総合対策大綱」というものがございしますが、これも5年ごとの見直しがされておりまして、それと合わせた形となっております。

道計画の原案につきましては、概要が資料2-2、本文が資料2-3となっております。

後ほど、そちらの方には触れていきたいと思っております。

続きまして、2の検討状況でございますが、検討組織としまして、北海道自殺対策連絡会議という連絡組織がございしますが、その下に計画部会というものを設置させていただき、部会長として河西委員にお願いして、これまで検討を進めてきたところです。

これまで、検討会議につきましては、4回ほど開催し、票に示している開催状況となっております。

そして、その間に11月から12月にかけてパブリックコメントを実施し、それを経て、素案を修正し

て、先々週の1月18日の会議において原案をお示したところです。

この会議の中でもいくつか御意見をいただき、さらに内容を修正したものが、本日お示した原案となります。

表の一番下の右に先日の会議においていただいた意見の主なものが載せてあります。

素案の中で、「自損行為による救急出動数」の数値目標があったのですが、数値目標として掲げることとしていたものを「自損行為による救急出動数と自殺者数との関連性が明確ではないのではないか」という御指摘があり、こちらについては数値目標ではなく、参考数値・参考資料としました。

その他、自殺対策における司法の関わりを明記するよう御意見があったことを受け、自死遺族の方々の支援に係る取組の中で、意見の趣旨を明確化したところです。

今後のスケジュールは後ほど触れさせていただきまして、次に資料2-1、こちらがパブリックコメント等による意見取りまとめ結果の概要となります。

パブリックコメントにつきましては、昨年11月28日から12月27日までの1ヶ月間実施しました。延べ29件の御意見をいただきまして、個人が22、団体が7となっております。

その他に地域に出向き、説明会を実施しております。

こちらは12月14日の北見から始まり、1月11日の釧路市まで合計6ヶ所で説明会を実施し、この中では延べ2件御意見をいただいたところです。

この御意見を受けまして、その下にある「意見を受けて素案を修正したもの(A)」につきましては、15件、「素案を修正していないが、今後の施策の進め方等の参考とするもの(C)」としましては、10件、「素案に取り入れなかったもの(D)」が6件という区分をしております。

その下に主な意見をお示ししておりますが、この中では、Aの「意見を受けて素案を修正したもの」の主なもので、「当面の具体的施策の「二次医療圏ごとに重点施策を定めて対策を推進」という項目を設けており、資料2-3の本文の22ページになります。

22ページの中ほどに「③ 二次医療圏ごとに重点施策を定めて対策を推進」とございますが、こちらは文書だけ記載し、その下の表はなかった状態でした。

今回、御意見をいただき、自殺総合対策推進センターで集計された「地域自殺実態プロファイル」を参考に、こちらに二次医療圏別の特性ということで自殺の特性を載せております。

この下の米印で注意書きしておりますが、空欄のところにつきましては、概ね北海道全体の特徴と同様の傾向を示しており、北海道全体の特徴については、6ページの「(7) 自殺の主な特性」に丸々項目を追加しました。こちらが北海道全体の自殺の主な特性ということです。

自殺者が多い順番に上位5区分を載せております。

同じように先ほどの22ページで二次医療圏別の区分、特に「他の地域で見られないような特性」、「北海道全体の特性」として見られる特性を載せ、二次医療圏ごとに対策を推進していく形を取らせていただきました。

資料の2-1に戻り、先ほどの「意見を受けて素案を修正したもの(A)」のところ、「当面の具体的施策の「(4) 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」の施策にがん患者や難病患者に対する支援について盛りこんでほしい。」という御意見をいただきましたので、こちらを加えております。

こちらは、資料2-3の16ページ中ほどにあります「④ がん患者等に対する支援」で丸々一項目追加したところがございます。

また資料2-1に戻りまして、その下の「自殺死亡者数等の数値目標である「自損行為による救急出動数」については、最新の統計資料に基づいて修正すべき。」では、この数字の元となる消防白書が、まだ最

新版が出ておらず、1年前の数値を用いて素案を作成したのですが、12月で新しい数値が出まして、新しい数値に置き換えております。

これは資料2-3の26ページにあります。

最新の数字にし、さらに先ほどの検討会議での御意見を踏まえ、数値目標ではなく参考指標として整理しております。

再び資料2-1に戻っていただきまして、区分Bはなく、区分Cになりますが、「素案を修正していないが、今後の施策の進め方等の参考とするもの」ということで、主なものとして4項目挙げております。

「地域（市町村）レベルでのきめ細やかな、実効性のある取組が必要」であるとか、「定数的な目標設定のほか、「一度死を考えた人が生きていて良かった」と感じられるような、自殺対策の質を確認することができるような評価軸が必要」ではないか、あと、「既存の相談電話等の普及啓発とさらなる充実が必要」、「大学や専門学校等と事例の共有・検討を通じた連携を模索すべき」ではないか、そういった御意見をいただいております。

続きまして、資料2-2になります。

こちらが、パブリックコメント、それから、検討会議での御意見を踏まえて、見づらいかもかもしれませんが、下線を引いてあるところが追加したり修正したりしているところでございます。

「1 計画の趣旨等」の上から4枠目「自殺対策の基本認識」の「全国的なPDCAサイクルを通じた対策の推進」については、国の大綱に準拠して項目を変えたらよいのではないかという話で、元々「PDCAサイクルを通じて地域の取組を推進する」というものだったのですが、このような形で変えさせていただきます。

その下の枠の基本方針のところ、一番下に「役割の明確化と連携・共同の推進」ということで、元々この役割の明確化の関係は掲載されていたのですが、その上の方にある「実践と啓発を両輪として推進する」の中に含まれていたものですから、これを一つの別の項目立てにして設けたほうがよいのではないかと御意見で別立てにいたしました。

それから、「2 当面の重点施策」の（4）で、先ほど申し上げました「④ がん患者等に対する支援」を新たに設けております。

さらには、ずっと下の方に行きまして、「3 数値目標」のところ、「自損行為による救急出動数」で、これは最新の数値にするとともに、参考資料としたということでございます。

それから、ちょっと戻って、資料2-1のところ、書いてはいないのですが、「E」として素案に取り入れなかったものが6つございます。

例えばどういうものになるかということですが、自殺対策基本法の条文が記載されているところで、その条文をこんなふうにしたらどうだろうかという御意見があったのですが、条文ですのでいじることができないということがあったり、あとは、取組の項目をもっと簡素なものにしてはどうだろうかという御意見があったのですが、簡素にしてしまうと中身がわかりづらくなるということで、これについては採用しておりません。

それから、最後に資料2にお戻りいただきまして、一番下の「今後のスケジュール」のところでございます。

この原案につきましては、2月下旬に予定されている道議会に報告しまして、成案については3月中旬を目処に作成し、3月下旬に開催が予定されております北海道自殺対策連絡会議（親会議）への報告を予定しております。

4月からは新たな計画に基づく対策を推進することになります。

私の方からは以上でございます。

(久住会長)

ありがとうございます。

それでは、検討会議での部会長をお務めいただきました河西委員から何か追加はございますか。

(河西委員)

追加ではないのですが、事務局と一緒に作業をさせていただいて難しいと思うのは、この最初の資料に「計画根拠」と書いてありますけれども、法律があって、その法律の解説である自殺総合対策大綱があって、そこで都道府県は義務としてやらなければいけないということがあるので、国の正式な文書というものをどうしてもそのまま使わざるを得ないことがあり、そうすると北海道の独自性というものが出せないという問題があります。

例えば、札幌市も同時にこういう作業をさせていただいているのですが、札幌市の場合は、少し独自性が出せるということと、大都市という、均質な都市の中での対策計画となりますが、北海道の場合、独自性を出そうと思っても、道内には中核都市もあれば小さな市町村もあるので、なかなか自殺対策を進めるといっても、文書の中で一律に記載することが難しい状況にあります。

しかしながら、いま、中田さんから解説していただいたように、例えば数値目標のところ、自損行為で出動する件数が多いということは必ずしも悪いことではないのではないかという御意見を救急・消防の代表の方からいただきました。一般的には、研究の中では自殺者数と急患等を合わせた数で自殺関連行動としてアウトカムすることが多いのですが、現場の感覚とか、もう少し先を見据えた見方をすると、確かに多ければ悪いわけではないということは言えます。自損行為の方の8割は救急を呼ばないという事実もありますので、例えばそういったところを参考値として示していただいたことは、おそらくどこの都道府県でもやられていないと思います。

あともう一つは、がんに関しては、自殺対策基本法が出来た後、がん対策基本推進計画の中でがん患者の自殺予防という考え方が新しく出てきて、それをいち早く取り入れた形になっているので、これも一つ北海道としての高い見識を出せたのではないかなと思っております。

また、文書化は難しいですが、独自性というところでは、既に北海道の自殺対策事業として未遂者支援に取り組んでおり、かなり具体的、先進的な取組を実施していますので、現在は行動計画案の段階ですが、計画が出来上がった後には、実際の取組の中でより北海道らしさを出していくといった方向性で、道の事務局の方々に工夫していただければ、何とか自殺対策を推進していけるのではないかと考えております。

長くなりましたけれども以上でございます。

(久住会長)

ありがとうございました。

河西委員には大変御尽力いただきました。

改めて御礼申し上げます。

いかがでしょうか、この自殺対策行動計画案につきまして、御質問・コメントいただけますでしょうか。

河西委員にまとめていただいた通りだと思います。北海道は非常に広域で、焦点が絞りづらい中でこの計画案をまとめていただきながら、一方で、地域ごとに特性を出していくプロジェクトを進めておられますが、今後はそれを検証していただければと思います。

どうもありがとうございました。

(2)「北海道アルコール健康障害対策推進計画」について

(久住会長)

それでは、続きまして、「北海道アルコール健康障害対策推進計画」につきまして、事務局から説明をお願いします。

(障がい者保健福祉課 菊地主査)

障がい者保健福祉課の菊地と申します。依存症対策支援を担当しております。

座って説明させていただきます。

資料3をご覧ください。

これまで、北海道アルコール健康障害対策推進計画の策定につきましては、本審議会において進捗状況をご報告しておりましたが、昨年12月に本計画が決定しましたのでご報告します。

まず、1ですが、策定の趣旨にありますとおり、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ました。

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まして、道と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してまいりました。

なお、計画の根拠としましては、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の計画の期間ですが、平成29年度から32年度の4年間としておりまして、国の基本計画の終期と合わせております。

3の策定日ですが、昨年12月19日となっております。

検討状況になりますが、策定にあたっての検討組織としまして、平成28年11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」を設置しまして、その下に計画部会を設置し、計画の策定作業を進めてまいりました。

検討経過にありますとおり、推進会議は3回、計画部会は6回開催しております。

それぞれの会議での主な議題を記載しておりますが、アルコール健康障害の発生から進行、再発予防と一次予防から三次予防までの各段階に応じた予防対策について、丁寧に御議論をいただき成案に至ったところです。

計画の概要につきましては、資料3-1となっておりますが、本日、計画書の製本が納品されましたので、資料番号等はしておりませんが、資料として配布をさせていただいております。

また、昨年10月の本審議会において、飲酒運転等をした者に対する指導等についてご意見を頂戴しておりました。計画書の11ページをお開き下さい。

11ページ中段の「(3)飲酒運転をした者に対する指導等」の現状にも記載しておりますが、飲酒運転や、虐待、暴力等の背景にアルコール依存症の問題が潜んでいる可能性があること、また、アルコール依存症が自殺の危険因子のひとつであるということから、これらの行為をした者に対して、必要に応じて適切な支援を展開していくという趣旨になっております。

御意見を頂戴しました箇所は、次のページ、12ページの具体的取組の丸の2つ目になります「○暴力・虐待・自殺未遂等をした者に対する指導等」です。

文言として「自殺未遂」だけではなく、自傷、自殺念慮を含んだ「自殺関連行動」として広げて述べてはどうかという御意見を頂戴しておりました。

本御意見につきまして、前述の推進会議にて御検討いただいたところ、自殺未遂等の「等」の中に広く自傷行為や自殺念慮等の関連問題も含めているということで、趣旨としては同様であるとの見解に至っております。文言修正までは至りませんでした。

ただ、こちらの具体策につきましては、自殺未遂や自傷行為、自殺念慮等の他、暴力や虐待等の何らかの行動により、他の施策や支援等の取組において把握された方々に対して、アルコールの問題が潜んでいれば適切な支援につなげていくという趣旨での取組をすすめてまいります。

また、全体の今後の計画につきましては、本計画の積極的な周知をすすめ、アルコール健康障害に対する正しい知識の普及啓発に努め、計画に基づきまして、市町村、医療機関、関係団体との更なる連携を図りながら、各種取組を推進してまいります。

報告については以上になります。

(久住会長)

ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、何か御質問・御意見はいかがでしょうか。

特にございませんでしょうか。

(3)「第5期北海道障がい福祉計画(原案)」について

(久住会長)

では、続きまして、「第5期北海道障がい福祉計画(原案)」について事務局から御説明をお願いします。

(障がい者保健福祉課 宮坂主任)

障がい者保健福祉課の宮坂と申します。

私からは、第5期北海道障がい福祉計画原案のうち、精神保健福祉に関連する事項について、資料4を元に御説明させていただきます。

では、座って御説明させていただきます。

まず、1の概要について御説明します。

第5期北海道障がい福祉計画は、障害者総合支援法第89条第1項に基づきまして、都道府県障害福祉計画として策定されるもので、今回の第5期計画については、平成30年度から平成32年度までの3年間の計画期間としております。

計画策定に際しては、従来から道が障がい者施策の基本方針としております「希望する全ての障がい者が安心して地域で暮らせる社会づくり」を目指すとともに、精神保健の分野においては、障がいの原因となる疾病等の予防や治療の推進、適切な保健・医療の提供ができるよう体制整備を行うことを併せて趣旨としております。

推進項目としましては、従来から都道府県が取り組んできた精神障がい者の地域移行・地域定着の施策をより一層押し進めるため、国の基本指針において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すという大きな柱が設けられたことから、本道もこの国の動きに倣いまして、内容を作成しております。

まず、資料裏面3の図をご覧ください。

これは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」のイメージ図です。

図をお示ししておりますが、国からは、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、関係機関の

重層的連携により精神障がい者の支援を行う体制として説明されており、また、この協議の場を各障害保健福祉圏域と各市町村に設置するよう指示をされているところです。

このうち、障害保健福祉圏域分につきましては、道立保健所17ヶ所において実施をしております「精神障がい者地域生活支援センター事業」において、基本指針の趣旨に合った関係機関等の協議会を既に設けているため、来年度以降も必要に応じて事業内容を改定しながら、これまでの取り組みを継続する考えです。

一方、市町村分については、現時点で、道内の市町村の大半が精神保健に特化した協議の場を設置していない状況となっております。

そのため、今後は、先行する市町村等を参考としながら、各道立保健所を通じて設置支援に取り組みまして、平成32年度末までに全市町村における協議の場の設置を目指す方針です。

以上が「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」についてです。

その他の精神保健に関する項目につきましては、概要にも記載しましたが、第4期計画の記載内容と従来の施策を今後も継続し、各疾病の患者や障がいの当事者等に向けた支援体制の整備、また、精神保健に関する啓発活動を引き続き進める考えです。

次に、いま御説明した内容に関しまして、2の数値目標について御説明します。

本計画におきましては、精神保健に関する3つの数値目標を設定することとされております。

そのうち、1つ目の数値目標は、精神病床における入院後3ヶ月、6ヶ月及び1年時点の早期退院率です。

これは、第4期計画でも設定しておりました入院後3ヶ月及び1年時点での早期退院率に今回の計画から入院後6ヶ月時点の退院率を新たに加えたもので、道といたしましては、障がい者施策に係る北海道自立支援協議会等での協議を踏まえ、いずれも国が示した数値を道の目標値として案に盛りこみました。

なお、資料4及び資料4-1の計画原案には、直近のデータとして備考欄に平成26年6月末時点の数値を記載しておりますが、今後、平成27年の数値に置き換えることを検討しております。

参考までにお伝えしますと、平成27年6月末における数値は、3ヶ月時点が59.4%、6ヶ月時点が79.3%、1年時点が87.2%となっております。

次の2つ目の数値目標は、今回の計画から新たに設けられた精神病床における65歳以上と65歳未満の1年以上長期入院患者数です。

この数値目標につきましては、平成30年度からの新しい北海道医療計画における精神科基準病床数と連動しますので、本審議会の部会における協議を経て決定された内容を反映させました。

なお、これら2つの目標に関する来年度からの具体的な取組についてですが、先ほども触れました精神障がい者地域生活支援センター事業を中核としまして、長期入院患者の退院に向けた支援や地域定着支援を実施することで、達成を目指すという考えです。

最後に3つ目の数値目標である保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置についてですが、これは推進項目の部分で御説明しました全圏域・全市町村への設置について、具体的な数値に置き換えて目標に盛りこんだものです。

数値目標につきましては、以上です。

本計画におきましては、昨年の12月から今年の1月9日までの1ヶ月にわたってパブリックコメントを実施しまして、現在は来月開催される道議会第1回定例会への提出に向けて準備を進めているところです。

以上、大変手短ではございますけれども、第5期北海道福祉計画案のうち、精神保健関連の事項について

て御説明をさせていただきました。

私からは以上です。

(久住会長)

ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、御質問・コメントいかがでしょうか。

(4)「北海道の精神医療の状況」について

(久住会長)

それでは、次に「北海道の精神医療の状況」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 松本主任)

道庁障がい者保健福祉課の松本と申します。どうぞよろしく願いいたします。

座って説明させていただきます。

私からは、資料5「北海道の精神医療体制の状況」について御報告いたします。

医療法による基準病床数、平成27年度の精神保健福祉資料より精神科病院の状況、そして、精神障がい者に関する通報等を取りまとめたものについて御報告いたします。

まず、「1 精神病床の状況」についてですが、道では、医療法に基づき、全道一円を対象として、精神病床の基準病床数を定めており、平成24年度に行われた北海道医療計画の見直しに伴い、算定した結果、道内の基準病床数は、18,967床となっています。

これに対し、今年の10月1日現在の既存病床数は19,316床となっておりまして、全道で349床超過している状況にあります。

なお、既存病床数は、年々減少していることから、超過病床数につきましても減少してきております。

次に「2 精神科病院の主な状況」についてですが、これは、精神保健福祉資料、平成27年度のいわゆる630調査を基に作成したものです。

「(1)精神科病院数、精神病床数及び在院患者数等」についてですが、この表については、北海道と全国を比較する構成となっております。

人口1万人当たりの病床数及び在院患者数ともに、全国値に比べ3割ほど高い状況となっております。

なお、精神科病床、在院患者数については、全国・本道ともに、数値としては年々、減少傾向にあります。

次に「(2)在院機関別入院患者数」ですが、これは先ほどの(1)の表の在院患者数を入院形態・入院期間ごとで分けをしたものです。

表は、細かい分類になっていますが、在院期間1年未満と1年以上として区別しますと、北海道におけるそれぞれの割合については、1年未満が38.0%、1年以上が61.9%であり、ほぼ全国平均となっております。

全国・本道ともに、入院患者数は減少しており、また、1年以上の入院患者数が減少していることから、1年未満の入院割合が増加傾向にあります。

続きまして2ページをご覧ください。

「(3)入院形態別・疾病別入院患者数」の状況です。こちらも先ほどの(1)と(2)の表の在院患者の数とリンクをしています。

最初の表は、措置入院・医療保護入院等、入院形態別の入院患者数となっておりますが、北海道は全国に比べまして、措置入院と医療保護入院の割合が低く、任意入院の割合が、高くなっている状況にあります。

また、疾病別の患者の割合については、下の表になりますが、北海道については、割合の高いものから、「F2 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害」の46.7%、「F0 症状性を含む器質性精神障害」の27.0%、「F3 気分（感情）障害」の10.9%の順となっております。この傾向は、全国と同様の状況となっており、本道における過去の推移につきましても、全国と同様の傾向となっております。

続きまして、3ページをご覧ください。

「3 精神障がい者等に関する通報等の状況」です。

まず、「(1) 精神保健福祉法に基づく通報等」ですが、こちらは平成28年度の衛生行政報告例という、厚生労働省の資料を元に作成したものです。

これによりますと、北海道で、自傷他害の恐れがあるとして行われた通報件数については、合計で2,008件となっております。このうち警察官からの通報が7割以上を占めております。

この傾向につきましても、全国と同様の状況となっており、本道における推移につきましても、全国と同様の状況で推移しております。

続きまして、「(2) 医療観察法に基づく処遇等」についてですが、こちらの資料については、医療観察法を所管している、法務省の資料となります。

数字については、医療観察法に基づく処遇等が始まった平成17年からの累計の数字になっています。

アの入院処遇について、入院処遇の対象者は、平成29年3月末で23人、現在の入院処遇先については、すぐ下の表のとおりとなっており、東京都の国立精神・神経医療研究センターと神奈川県久里浜医療センターで入院処遇中の方が多く、平成29年3月末では20人（86.9%）であり、この2医療機関における入院処遇が8割以上となっております。

また、通院処遇につきましても、平成28年度末で、通院中の対象者は40人となっており、こちらの数字につきましても、増加傾向にあります。

通院処遇の方が通院する道内指定医療機関数については、平成29年3月末では58となっており、こちらも増加傾向にあります。

以上で私の説明を終わります。

(久住会長)

ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、御質問・コメントいかがでしょうか。

最後に医療観察法病棟の話がございましたので、若干コメントさせていただきます。毎年、20人から25人くらいの入院処遇の対象者が北海道で発生しているのですが、その下の表を見ていただくとわかるように、全国の各県に北海道の対象者の入院治療をお願いしているという形となっております。

御存知のように北海道だけが、医療観察法病棟が整備されていないという事態になっています。

道内対象者の入院先としては、国立精神・神経医療研究センター病院がかなりの数を占めているのですが、退院前には、社会復帰に向けて周到な準備がいらいますので、センター病院の統計によると、北海道の入院者とそれ以外の地域の入院者では、北海道の方の在院日数が長くなっております。

外泊等につきましても、多くの職員が付き添って行われる上に、やはり遠隔地であるとなかなかその調

整もうまくいかないことが多いようです。今度の北海道医療計画にも記載されてあります通り、北海道に医療観察法病棟を整備することは、喫緊の課題であると認識しているところでございます。

(河西委員)

今日の会議は、医療計画、いまの精神医療の状況・現況、医療観察法病棟の話と、割合大きな話がありました。

医療計画など、国の指示のもとに取組を進めるという考え方もわかるのですが、医療を支える肝心の医者確保は私たちも苦戦しているところでもあるため、この審議会で医師確保に関する話題はこれまで出されたことがあるのか、また、そういった内容を話し合うことは可能なのかということも含め、教えていただきたい。

(久住会長)

いかがですか。私の記憶ではあまりないような気がします。

(河西委員)

やはり計画を実行することになると、医師や看護師など、医療専門職の確保がなされないと絵に描いた餅になりますし、新たに医療観察法を立ち上げることになると、神奈川での経験では、かなり医者を寄せていかなければいけないとか、人材確保しなければいけないというところで、やるべきことは色々あります。取組の土台になる人材の確保について議論が出来るのであれば、早めに議論しておく必要があるのではないかと思った次第です。

(障がい者保健福祉課 澤口担当課長)

これはどちらかというと、精神保健福祉の施策を全体的に議論していただくために条例で設置をしている、いわゆる審議会という形になっておりまして、過去は全部調べているわけではないので、記憶でも定かではないのですが、医師確保の関係について具体的に色々議論をしたということはあまりなかったのではないかなと思っていますところでは。

北海道は、医師確保の問題については、かなり危機感を持って、古い時期から色々取り組みを進めているところでは。

特に地域偏在が多いということで、もちろん地元の医育大学さんの協力を得たりして取組を進めてきたところではございますけれども、その医師確保の面だけでいいまして、医師会等と北海道と色々議論をする会を作らせていただいております。

北海道総合医療対策協議会というものがありまして、その総医協の中で色々な部会等も含めて医師確保のための対策とか、あるいは、協議会というのを作って色々な対策を進めていると。

その部分では、全ての医師ということですので、精神科の医師等も含めた形で総合的に議論をしていただいているという形になっておりまして、この審議会ではその部分の議論というのはあまり活発にされたということはないかと思っていますところでは。

(久住会長)

医育機関の話が出ましたから、私からも言わせていただきます。卒後臨床研修制度が始まってから、卒業生の半分以上、約6割が医育機関以外の一般病院で研修をしているという実態があって、各医育機関に

医師が集まりづらくなっています。この4月から始まる新専門医制度でも、他の科の動向はわかりませんが、精神科に関しては、やはり都市部に集中する傾向があつて、東京都は一次募集で早々とシーリングに達して二次募集以降が止められております。基幹病院も連携病院も都心にあるというのが東京都における専門医研修の特徴ですので、結局そういうところに人が集まるということになります。北大は連携病院は全て道内各地域の基幹病院となっており、全体的に不利になる傾向があると思いますので、これはやはり道を挙げて対策を取っていかないとならない問題であります。北海道の医育機関が各地域に医師を派遣できない状況となっても不思議ではない、非常に切迫した事態となっておりますので、何らかの対策を是非検討していただきたいと思います。

(河西委員)

課長がおっしゃったことは私も知っていますし、私は地方大学の出身なので、十分状況はわかるのですが、やはり精神科の問題は、精神保健福祉法で医療が運営されているということが最大の特徴で、そういう法律が関係しない科であれば、大変であるとはいえ、何とか維持できる場所があると思います。ただ、精神科は精神保健福祉法の縛りがあるので、指定医が確保されなければ病棟自体がなくなるというところで、私の感覚ではもう破綻寸前まで来てしまっているのではないかと思います。

すでに総合病院から精神科がなくなってきている経緯もありますし、専門医制度が始まったことで、医局の歴史に照らしても、かなりの厳しい状況だと認識しています。

この会議における中心的な議事にはなり得ないことは十分理解しているつもりですが、こういった大きな計画を策定する会議では、精神保健福祉法に基づく医療の十分な提供や、医師数の確保などについて大きな課題であるところを示していかないといけないと思います。この会議から他の会議やセッションに向けて発信していかなければならず、縦割りの考え方では物事はなかなか進んでいかないのでないかという危惧があつたものですから、質問させていただいた次第です。

今日この場で議論の全て収束し、結論が出るとは思っていませんが、少し意識していただけると非常に助かるなという気持ちです。お願いいたします。

(久住会長)

貴重な御指摘ありがとうございました。

ただいまの精神医療の状況について他にいかがでしょうか。

(吉本委員)

精神病床の状況のところ、北海道は基準病床数が常に既存の病床数を超えているとの報告がありました。それと、万対病床数もかなり全国平均を上回っているという状況があつたのですけれども、分かる範囲で結構なのですけれども、現在の、あるいは、これからの道内の医療機関でいわゆる病床削減を前提に病棟の高機能化を目指したり、病棟転換の動きがあるのかという全道の状況等が分かれば教えていただきたいのですけれども。

(障がい者保健福祉課 澤口担当課長)

具体的な取組、あるいは、情報を掴んでいるわけではないのですけれども、全体の話をしみますと、国の方では地域移行を進めるということと、人口減を含めて病床を削減しなさいという形での色々な基準病床の考え方を次から次へと出してきております。

今回の医療計画以降の話でも基準病床の減少の考え方というものを国は示してきているところがございます。

この基準病床というのは、北海道の場合は、二次医療圏ではなく都道府県単位ということで、北海道全体で基準病床というのが作られるということで、いま現在は、実病床数が基準病床を上回っているのですが、北海道の場合、どうしてもやはり地域偏在という問題がありますので、この基準病床の通りにしてしまうとますます都心部、中央、あるいは、例えば札幌を中心として、旭川、函館の方に病院が流れてしまう、患者が流れてしまうということで、地域医療にとってもあまり好ましいことではないのではないかという考えもございまして、北海道といたしましては、精神科病院協会さん等ともお話をさせていただいて、できるだけ極端な減少にならないような方向での基準病床の考え方をいま現在、整理をしておりますところがございます。

その中で、なんとか地域でも精神科にかかれるような形を取っていききたいという取組を、これからますます重要なことだと考えておりますので、そういう取組を続けていきたいと考えているところです。

(久住会長)

よろしいでしょうか。

他にはいかがでしょうか。

それでは以上で、こちらで用意した議題は終わりました。

## 5 その他

(久住会長)

その他ということですが、事務局もこれを機会に何か話しておきたいことはございませんか。よろしいですか。(その他の議題なし)

それでは、事務局お願いします。

## 6 閉会

(障がい者保健福祉課 澤口課長)

久住会長、ありがとうございました。

本日、御協議いただきました、この医療計画の精神分野の分につきましては、本日、原案が決定されたということで、来月上旬に開催されます北海道総合医療協議会の地域医療専門委員会におきまして、精神分野も含めた医療計画の原案が諮られるという形になっているところがございます。

本年度の審議会の開催状況でございますが、今年は計画もあったということで、10月にも皆様にお集まりいただきましたけれども、今回はこれで報告をさせていただいたことで、一通り終了させていただいて、来年度につきましては、出来るだけ早めに1回目の開催、大体夏頃になるかと思っておりますけれども、予定をしているところがございますので、その際にはまたスケジュール等をお知らせさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

また、今日は、色々と御意見をいただきました。

特に医師確保の問題なども河西委員から出ておりましたけれども、北海道としてもこの審議会の中で計画を推進するために必要な事項については、色々と議論できることになっておりますので、改めて色々な御意見をいただいて、それを何とか施策を進めるために、あるいは、計画を推進するためにどんな取組が出来るのかということも含めて、道としても色々、検討していきたいと考えておりますので、ぜひ皆様方

からも御意見をいただければと思っているところでございますので、今後ともよろしくお願ひしたいと思ひます。

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。

本日はどうもありがとうございました。