

平成 2 8 年度第 2 回北海道精神保健福祉審議会議事録

日 時：平成 2 9 年 3 月 2 8 日（火） 1 9 : 0 0 ~ 2 0 : 3 3

場 所：札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 かでる 2 ・ 7 7 3 0 研修室

澤口課長	<p>皆様、本日は御苦勞様でございます。年度末の忙しい中、また夜分にも関わらず御出席いただきまして、本当にありがとうございます。まだ御一方来ていないようですが、定刻となりましたので、只今から平成 2 8 年度第 2 回目となります、北海道精神保健福祉審議会を開催したいと思います。</p> <p>私、冒頭で司会進行を務めさせていただきます。道庁保健福祉部で精神保健を担当しております澤口と申します。よろしくお願いいたします。会議の開催に当たりまして、北海道保健福祉部の山本技監から御挨拶を申し上げます。</p>
山本技監	<p>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、一言御挨拶を申し上げます。</p> <p>委員の皆様には、年度末のお忙しい中、本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、日頃から格別の御協力をいただいていることに、深く感謝を申し上げます。</p> <p>当審議会は、本年度第 2 回目の開催となりますが、今回は報告事項、5 項目となっております。まず、来年度、計画期間の最終年を迎えます、「北海道医療計画」及び「北海道自殺対策行動計画」について、次期計画策定に向けた検討が必要と考えていることから、検討のための組織や策定スケジュールなどをお示しするほか、3 月 6 日に開催されました、『北海道自立支援協議会「地域移行部会」』で報告が行われた、「入院患者の地域移行に向けた状況調査結果」に関する情報提供や、現在検討が進められております、「北海道アルコール健康障害対策推進計画（仮称）」の策定状況、そして最後に、「北海道認知症疾患医療センター」に関する情報について、御報告させていただく予定です。本日も専門的なお立場から、関連な御意見、御提言を賜りますよう、お願い申し上げます。</p> <p>最後になりますが、精神保健医療福祉を巡る状況が目まぐるしく変化する昨今、道といたしましても、引き続き施策の充実に向けて取り組んでまいりますので、委員の皆様におかれましては、今後も、御支援、御協力をいただきますようお願い申し上げます。簡単ではございますけれども、開会にあ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。</p>
澤口課長	<p>ありがとうございました。本日は、お手元の次第の裏に書いてあります出席者名簿のとおり、名簿上は 1 5 名中 1 2 名ですが、現在 1 1 名の参加を確認させていただいておりますので、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、配付資料の確認をさせていただきます。次第と名簿、配席図。それ以外に資料といたしまして、5 部ございます。資料 1 「北海道医療計画の見直しについて」、資料 2 が「北海道自殺対策行動計画の見直しについて」、資料 3 が「精神科病院入院患者の地域移行に向けた状況調査結果について」、資料 4 が「北海道アルコール健康障害対策推進計画策定状況」、資料 5 が「認知症疾患医療センターについて」ということでございます。それと最後に、リーフレット 1 枚、カラー刷のものが配付されていると思います。もし、不足あるいは落丁等見つけた場合は、随時事務局の方に御連絡いただければと思っておりますので、よろしくお願い致します。</p> <p>それではこれから、審議会を開催してまいります。本日の終了予定時間につきましては、概ね 2 0 時 3 0 分頃を目処としておりますので、円滑な議事の進行等について、御協力をお願いしたいと思います。なお、これ以降の議事進行は久住会長にお願いしたいと思います。よろしくお願い致します。</p>
久住委員	<p>本審議会の会長を仰せつかっております、久住でございます。どうぞよろしくお願い致します。</p> <p>それでは早速、次第に沿って進めてまいります。本日は審議事項はなく、報告事項のみということでございます。</p> <p>まず 1 番目の「北海道医療計画の見直しについて」につきまして、事務局から御説明をお願いします。</p>
河谷主幹	<p>精神保健グループの河谷と申します。私から、「北海道医療計画の見直しについて」ということで、御報告をさせていただきたいと思っております。着座にて御説明をさせていただきます。</p> <p>北海道医療計画でございますが、平成 2 0 年から 2 9 年度ということ、1 0 年間の計画期間ということ、平成 2 4 年度には大きな見直しが行われております。前回の見直しでは、皆様も御承知かと思っておりますが、精神疾患を加えました 5 疾病 5 事業ということ、計画を体系化しまして、この中で精</p>

<p>河谷主幹</p>	<p>神に関する医療連携体制の構築というものを計画に位置づけたところでございます。現計画は、平成29年度が最終年ということで、平成30年4月から新たな計画がスタートするという予定でございます。今日時点で国から示されている情報と今後の道の計画策定に向けた動きについて御報告したいと思います。</p> <p>それでは、お配りの資料1でございますが、2枚めくっていただいて、資料1-1をご覧ください。こちらは、昨年12月に国が公表いたしました医療計画の見直し等に関する検討会における主な意見、という資料でございます。精神疾患に関する医療提供体制に関しましては、資料の中の12ページから13ページをお開きいただきたいと思います。こちらの方に記載がございます。主なポイントを申し上げますと、(5)の①、医療計画の見直しの方向性というところでございますが、あるべき精神保健医療福祉体制の構築に向けて、精神障がい者の方が地域の一員として自分らしい暮らしをすることができるように、障害福祉計画等との整合性を図った計画とすることなどとされております。障害福祉計画につきましては、現在第4期ということで、第5期の計画は2018年から2020年の3カ年ということでございまして、医療計画とリンクするといった形を予定しております。②の具体的な内容ということでございすけれども、長期入院患者の地域生活への移行に向けて2020年・2025年の精神病床における入院の需要、そして退院後の地域移行に伴う利用者数の目標の明確化、それに基づく計画的な基盤整備、それと、精神障がい者にも対応した地域包括ケアシステムの構築、それと多様な疾患ごと、統合失調症ですとか、うつ病、そううつ病、認知症、児童思春期精神疾患、依存症などでございますけれども、こうした疾患ごとの役割分担、そして連携が推進できるように各医療機関の医療機能を明確にしまして、医療提供体制を構築していく、といった内容が柱となっているということでございます。こうした見直しの方向性を踏まえました国の医療計画の作成指針が3月末ということで、今週中だと思いますけれども、示される予定と伺っております。道では、この国の指針を踏まえて、地域の実情に合った新たな北海道医療計画を策定する必要がございますことから、精神疾患に関しましてこの審議会を活用させていただいて、作業を進めさせていただきたいというふうに考えております。</p> <p>計画策定の具体的な進め方について御説明したいと思います。戻っていただきまして、資料の1で2枚目になります。北海道精神保健福祉審議会 医療計画部会委員構成の考え方(案)ということで、事務局の案をお示しさせていただきたいと思っております。道の計画の策定に当たりましては、国の指針をベースに協議事項となる医療機能に対応した機関・職種から部会委員を選任したいというふうに考えております。具体的には、本審議会15名の委員の先生がいらっしゃいますけれども、数名の方をコアの委員ということで選任させていただきまして、協議内容に応じまして審議会委員とは別に外部の臨時委員ということで委員を選任いたしまして、都度会議に御出席いただいて検討を進めていきたいというふうに考えております。参考までに下の破線で囲んだところがございますけれども、こちらは平成24年度の見直しの時の委員構成のイメージでございます。3という表がございますけれども、具体的な委員構成ということで、太枠になるところがコアとなる委員ということで、審議会から4名、外部から3名、合計7名をコア委員とさせていただいております。そして、協議する医療機能の区分、(1)から(6)ということでございすけれども、これは縦に見ていただければと思いますが、こちらの方はそれぞれ8名から12名で会議を開催して、議論をいただいたところでございます。今回も国の指針をベースとして24年度の考え方ということで、検討を進めてまいりたいというふうに考えております。</p> <p>いずれにいたしましても、今後国から示されます指針に基づきまして部会設置に向けた事務手続きを、事務局の方で進めさせていただきまして、後日委員の皆様にお知らせしたいというふうに考えております。以上でございます。</p>
<p>久住会長</p>	<p>ありがとうございます。只今の御説明に御質問はありますでしょうか。具体的な指針が出ていないので、抽象的な話でありますけれども、いかがでしょうか。</p> <p>今、お話がありましたように、実際の国の指針が出ましたら、それを踏まえて事務局で部会設置に向けた手続きを進めていくということでございます。後日事務局からその内容について、各委員宛てにお知らせをするということでございますので、それでよろしいでしょうか。ありがとうございます。</p> <p>それでは、この件はこれで終わりにしまして、次に2番目の「北海道自殺対策行動計画の見直しについて」ということで、事務局から説明をお願いいたします。</p>
<p>中田主査</p>	<p>道庁障がい者保健福祉課の中田と申します。私の方から資料2に基づきまして、「北海道自殺対策行動計画の見直しについて」、説明をさせていただきます。すいませんが、座らせていただきます。</p>

中田主査

資料2ということで、現在の北海道自殺対策行動計画は2期目でございます、こちら平成24年に策定されておりまして、25年から29年までの5カ年計画となっておりますので、来年度が最終年というふうになり、見直しの作業に着手する必要があるということです。昨年、自殺対策基本法が改正されまして、これを受けまして、本年中に国の自殺総合対策大綱が見直されることとなっておりますけれども、この大綱につきましては、道計画策定の際の拠り所になるものでございますから、主にこの大綱の見直しに係る概要について触れさせていただきつつ、その他に市町村計画の策定義務化、あとトップセミナーというものがございまして、こういったものについて、全体の新たな自殺対策の流れ・概要につきまして、説明させていただきます。

1ページ目になりますが、こちら1番上の国（自殺総合対策大綱）と書いてございますけれども、現在の自殺総合対策大綱につきましては、平成24年の8月に閣議決定されたものでございまして、概ね5年を目処に見直しを行うとされておりますことから、本年夏頃に改定が予定されております。この新たな大綱と同時期に、計画策定ガイドラインなるものが国から示されまして、自治体で作る計画の策定に当たって、中身の詳細がわかるガイドラインが同時期に明らかになる予定になっております。次の段になりますが、自殺総合対策推進センターと書かれておりますが、こちら国立精研内におかれております名称でございます、このセンターの中では様々な取組をしておりますけれども、計画に関するもので言いますと、自治体支援が主な役割になっております。こちらでは全国の全自治体の実態を把握、分析いたしまして、地域の特性に応じた政策パッケージというものを立案して、地域自殺対策推進センター、これは北海道では精神保健福祉センター内に置かれておりますが、この地域自殺対策推進センターを通じまして、各自治体へ政策パッケージを提供していくことを主な仕事としております。3段目になりますが、都道府県計画と書いてありますけれども、平成29年度はこの国の大綱の見直しを受けまして、全都道府県で計画の策定若しくは見直しを行うこととなります。その下の市町村につきましては、法律に基づく計画策定の義務化を受けまして、国の大綱、そして都道府県計画に基づいて、平成29年度から30年度の間に市町村の方で計画を策定しなければならないというふうになっております。平成29年度につきましては、市町村についてはモデル市町村というものがある、これが先行的に計画を策定することとなっております。この策定を踏まえまして、ほとんどの市町村では30年度に策定することとなるかなと思います。このモデル市町村につきましては、現在国による公募が行われておりまして、全国で5箇所から10箇所程度の市町村が選定されるということです。道内の市町村に対しては現在照会中でございます。さらに一番下にトップセミナーと書いておりますが、こちらは全国の各都道府県で開催しなければならないイベントとされてございまして、各都道府県の市町村長、首長を筆頭として市町村担当者、関係団体等を対象として行うものでございまして、各市町村の方々に、自殺を巡る様々な状況でありますとか、自殺対策に関する理解を深めていただくことを目的に開催するものでございます。このトップセミナーにつきましては、本道におきましても来年度中に開催しなければならないということで、首長を対象とするイベントということもございまして、北海道での開催に当たりましては、1箇所に全て集めるのか、ブロックごとに分けて実施するのか、現在のところ未定ですけれども、何とか29年度内には開催にこぎつけたいというふうを考えております。こちら、主催は厚労省と開催地の都道府県、そして民間団体で自殺対策に取り組んでいるNPO法人ライフリンク、東京の団体ですけれども、こちらの共催になります。

次のページが自殺総合対策大綱策定までのスケジュールということになってございまして、今現在、在り方検討会ということで、国の方で検討会を設けまして、現在5回目まで会議が開催されております。昨日、報告書骨子案が出されたばかりの状況で、5月にはパブリックコメント、夏頃には大綱が閣議決定されるというスケジュールになっております。

次のページになります。3ページ目です。現在大綱の見直しに向けまして国で検討会議が開催されておりますが、論点案を中心とした議論が進められておりました。こちらが国で議論されている論点案になるのですが、大きく5項目ございまして、1と2と5が総論的な内容、3と4が各論的な内容となっております。次のページ、4ページ目になります。下の方にポツが二つございまして、関連施策との有機的な連携を図っていった自殺対策を推進していくというところで、生活困窮者自立支援制度だとか、地域包括ケアシステム、こういった各種施策との連携を図ることで、自殺を防ぐための包括的な支援につなげていくということと、妊娠婦への支援、産後うつの問題などもございまして、自殺対策という視点から今後母子保健事業との連携を図っていくべきではないかといったような論点が出されております。6ページ目に、これは各論的な内容となりますが、若者の自殺対策ということと、7ページ目の過重労働をはじめとする

中田主査	<p>勤務問題による自殺対策といったところが特出しされておりました、こちらは新たな大綱の中で重点施策的な位置づけがされると思います。道の計画策定に当たりまして、十分考慮すべき問題となる可能性が高いと思っております。</p> <p>9ページ目、資料2-1になりますが、こちら北海道計画の見直しのスケジュールになっております。具体的には国の新たな大綱、こちらが示されてから動き出すという格好になると思いますが、検討の時間が十分とれなくなるという恐れもございますので、大綱が出されるよりも少し早めに、国から出された情報をもとに、予定を前倒して検討を開始する可能性があるということを申し添えさせていただきます。計画の見直しに当たりましては、前回の道計画策定の際の検討組織でございました、「北海道自殺対策連絡会議」の「計画部会」というものがございまして、こちらで御検討いただくこととしております。それが、次の資料2-2になりますけれども、こちらが計画部会の設置要綱になります。裏面を見ていただくとおわかりいただけると思いますが、従来、大学研究機関のところで札幌医科大学医学部神経精神医学講座が含まれておりませんでしたので、このように加えさせていただきますと、河西委員の御意見を伺いながら計画の策定の検討をさせていただきたいというふうに思っております。その他の構成メンバーにつきましても、河西委員の御意見を伺いながら随時変更等を加えていきたいと思っております。河西委員におかれましては、来年度、札幌市の自殺対策計画の見直しにおいても中心的な役割を果たされる予定と聞いておりますので、二重の関わりということになって何かと大変かと思いますが、道にとりまして是非とも御指導・御支援いただきたいと考えておりますので、今後個別に御相談させていただければ幸いです。よろしく申し上げます。</p> <p>戻っていただきまして、夏以降のスケジュールについては記載のとおりなのですが、11月ぐらいには素案を作りまして、来年2月には原案を審議会でお示しさせていただきますと、途中パブリックコメントなども行いながら、3月には完成させたいというスケジュールで考えております。</p> <p>私の方からは以上でございます。</p>
久住会長	<p>ありがとうございました。河西委員、何か追加はございますか。</p>
河西委員	<p>事実関係に関しては特に付け加えることはないのですが、毎回言っていることですが、先ほどの論点を見ていただいてもわかるように、現在自殺総合対策推進センターというところで進めている自殺対策には「精神保健」という言葉がありません。精神保健という言葉がなくて自殺対策をやっているところは世界でも日本だけだと思いますので、そのあたりが大丈夫なのかなといつも思っております。</p> <p>そういった問題はさておき、今、お話ありましたように、札幌市の方は既に動いております。明後日木曜日に第2回目の部会がありまして、ブレインストーミング形式でもって、大体4回ないし5回の中で、10テーマから8テーマを扱って、一つの一定の枠の中にブレインストーミングの結果を入れていくという形です。今まではあまりやってなかった形で会議を進めて作っていくという予定となっておりますけれども、ブレインストーミングができる素地として、札幌市の方で様々な社会領域を代表する方の委員を選んでいただいて、かつその委員は、その領域を代表している、組織として動ける方であるとか、しっかり意見を主張できる方という形で、札幌市で選んでいただいたようです。そういうものをベースにして思いっきり2時間ぐらいブレインストーミングをやっていただいて、それで作っているという感じです。</p> <p>北海道においては、札幌市みたいに凝集された大都市というわけではなくて、全体を扱うわけですから、策定はより難易度が高いのかなと思っております。こういった感想めいたことしか言えなくて申し訳ないのですが、今のところはそういうふうに考えているところです。</p>
久住会長	<p>札幌市と北海道で、それぞれ棲み分けをしながら進めていかなければならないと思いますが、よろしく申し上げます。</p> <p>只今の御説明も含めまして、質問、コメントいかがでしょうか。</p> <p>こちら大綱が出た前後からとなるということですが、少し伺いたいのは、札幌市の場合は地域がかなり凝縮した形で進めていくことができますが、先生がいらした横浜、神奈川県とは違う環境である、北海道のような広域なところで、進めていく場合には、どういうところがポイントとなりますでしょうか。</p>
河西委員	<p>私にやりなさいと言われたわけではないので何とも言えないのですが、大都市は札幌市にお任せでいいと思います。地域の中核都市モデルと小都市モデルというか、割と小規模な市町村モデル、そういう組み合わせで複数のモデル地区といいますか、モデル都市を作らなければいけないと思います。</p>

河西委員	<p>道でもいきなり始めるわけではなく、現在うまく進行しているのが、北海道では北見地区と南渡島地区でやってる自殺未遂者ケアモデルです。そのうち北見はかなり全体が調和してうまく回っている感じがするので、そういったものを現在もやっていて、経験値として道の中で増えているところなので、手がかりはあると思います。ただ、小さい市町村モデルはおそらく全然ないと思うので、そこが難しいところでしょうか。難しいとは言っても、北東北ではそういうものはいくらでもありますし、私も実地で色々なところを歩いて見せてもらっているの、いい形のノウハウをいただいて展開していくということはできます。たぶん、岩手県の久慈地域は日本で最上のモデルを持っていると思います。話が飛びますが、東日本大震災の後で、岩手県だけ自殺がそれほど増えないで留まっているのはそのおかげだと思いますが、岩手県で話を聞くと、市町村モデルを作っても、それを岩手県内に広げていくのに時間がかかっているようです。いいモデルがあるとわかっていながら、なかなか行政の縦割りで広がっていかないということがあられるわけですから、それをいかに広げていくかという工夫が、北海道みたいな非常に広大な都道府県では必要になるかなと思います。</p> <p>なんで、そんな細かいことまで言うのかといいますと、今回の大綱改定に関しては、ここに書いてあるように、地域ごとの特性とか、PDCAサイクルで評価するということが入っておりますので、いいことをやったからOKではなく、やりっぱなしは許されません。そういうことやるとまた、昔の北海道みたいに民間団体が出てきて、北海道は駄目だと言って大声で言い散らしたりされるので、そうなる嫌だなと思っています。着実にモデル地区で獲得した成果をいかに広げていくか、そういう先のことも考えていかなければいけないかなと思っています。漠然としてすみません。</p>
久住会長	<p>ありがとうございました。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、よろしく願いいたします。</p> <p>次の報告事項になりますが、3番目の「精神科病院入院患者の地域移行に向けた状況調査結果について」、事務局から説明をお願いします。</p>
岡村主査	<p>私、在宅の方を担当しております主査の岡村と申します。資料3につきまして御説明したいと思います。座ってお話をさせていただきます。</p> <p>資料3ということで、「精神科病院入院患者の地域移行に向けた状況調査結果について」、御報告させていただきます。この調査につきましては、道の自立支援協議会の地域移行部会というところで、こういう調査があった方がいいんじゃないかというお話がありまして、それで調査を行うという流れになりました。この調査につきましては、道の独自調査ということで行ったものです。内容としましては、精神科病院に長期入院、在院期間1年以上の方の精神障がい者の状況を把握しまして、今後の基礎資料にしようとするため、平成28年の11月1日現在を調査時点として、道内の精神科病院、札幌市内の精神科病院を除く形で調査を行ったものです。その調査結果については以下のとおりとなります。なお、札幌市内の方につきましては、本来ですと、道の方で一括して行くべきところ、今年度に限りまして、札幌市の方でも今後の次期障害福祉計画の策定に向けての準備ということで、類似の調査を行っておいりましたので、札幌市内の精神科病院につきましては、札幌市の方にお任せをしまして、そちらから情報提供をしていただいた形で行うという棲み分けで行ったものです。この資料3に書かれているものについては、あくまで札幌市以外にある精神科病院の方の状況ということで、よろしく願いいたします。</p> <p>まず、調査対象先ということで、道内84の精神科病院の方に調査をかけた上で、この集計を3月6日に行いました。第2回目の地域移行部会にかけの関係がありましたので、3月1日までの時点のもので集計をしました。調査票の回収ということで59の精神科病院から回答がありましたので、回収率につきましては約70%となっております。調査結果ということでいきますと、まず病院での入院患者ということで、在院期間1年以上の状況です。59の病院のうち、5つの病院につきましては休床中ということでしたので、患者が入院していると回答があったのが54病院ということになります。この病院全てに在院期間が1年以上の入院患者がいるということになっておりまして、最も少ないところだと1人、最も多いところだと261名と回答がありました。この54の病院の合計ということで全入院患者6,351人がおりまして、うち在院期間1年以上が3,574人ということで全入院患者に占める在院期間1年以上の割合は56.3%という状況となっております。続きまして、在院期間1年以上の入院患者がいる場合のその情報ということで、性別や年齢などについて聞いております。まず、アの性別ということで、在院期間1年以上の入院患者3,574人について、男性が1,459人、女性が2,115人ということになっております。続きまして、イの年齢です。年齢構成につきましては、男性、女性で分けまして、それぞれこの表に書かれているよう</p>

岡村主査

な構成というふうになっておりました。うち高齢者ということで、私どもの方で70歳以上ということで区切らせていただきましたが、これで見ますと、男性合計1,459人665人で、45.5%を占めております。また、女性につきましても2,115人中1,317人で、62.3%を占めているというのが見えてきました。

次のページに行かせていただきます。ウ疾患です。この3,574人の方の疾患状況ということで整理をさせていただきました。最も多かったのが7番の「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想型障害」という部分で1,991人おりました、全体の55.7%を占めている状況となりました。次に認知症関係ということで、これは下の項目の1、2、3の合計になりますが、926人おりました、26%を占めている状況となりました。右側の部分に参考ということで、札幌市の状況についても記載させていただいております。こちら、道の方と札幌市の方、比較しますと、同じように札幌市の方も「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想型障害」の部分が最も多い状況となっております。続きましてエの入院形態です。入院形態につきましても、道の方でもこれでいきますと、任意入院が最も多く2,654人ということで74.3%を占めている状況となっております。以下、医療保護入院が続く形となっております。参考ということで札幌市の状況を付けておりますが、札幌市には任意入院と医療保護入院が大体バランスがよいということで、任意入院が49.3%、医療保護入院が45%という状況となっております、ここの部分が道との間で違いが出ております。

次のページに行かせていただきます。オということで在院期間です。この在院期間につきましても、道の方では最も多いのは「⑤5年以上～10年未満」が675人ということで、全体の18.9%を占めている状況となっております。参考ということで、札幌市の方も付けておりますが、札幌市も同様に、「⑤5年以上～10年未満」が646人で23.5%と最も多い状況となっております。カの出身市町村名ということで、住民票所在地ということで、書かせていただいております。病院から出てきている情報を見ていきますと、1年以上の入院患者の傾向としましては、精神科病院の所在地又は近郊市町村を出身とする方が多い傾向がありました。ただ、病院によっては、全道それぞれの地域から入院患者が集まっていることもありますし、道外から来ているということもありました。出身市町村例ということで、例1から例3まであげさせていただきました。例えば例1の道東の精神科病院ということでいきますと、ここに入院患者143人、在院期間1年以上47人おりました、出身市町村名ということでいきますと、帯広市が39人いる状況となっております。あとは十勝管内の町村から8人、こういうような例があったような状況となっております。参考ということで最後に一つポッチを付けているんですが、出身市町村で多い上位5ヶ所ということで、今回調査票の回収率が100%になっておりませんので、その調査の回答のあった地域がある地域に固まっている場合もあつたりしますから、何とも言えない部分はあるのですが、とりあえず回収した調査票の中から見ていった場合でいきますと、岩見沢市が295人、苫小牧市が279人、以下芦別市、旭川市、小樽市などという形で人数の多い状況が見えてきました。

今回のこの調査は、一つはどんな状況かというのを把握するためのきっかけづくりみたいな感じがありまして、どちらかという、それぞれの病院の実態とか状況を把握するというのが中心となっている調査になっております。札幌市の方も類似の調査を行っておりまして、先ほど御説明した際には次期障害福祉計画の策定に活用するための調査ということもありましたので、札幌市は私どもと共通している部分はありますが、踏み込んである部分の調査もありまして、例えばなぜ地域移行に行けないのだろうかという、その原因を調べる部分、あと地域移行するのならどういったところに移って暮らしたいのだろうかとか、そういう点まで踏み込んで聞いている部分もあります。障害福祉計画におきましても、今回の医療計画の見直しと同様に、国の方で今基本指針の見直しを行っておりまして、近々示される話を聞いているところです。それが示されましたら、各都道府県は計画策定ということで第5期の障害福祉計画の策定に当たっていくこととなります。その際に、一つ基本指針の中で出てきている話としましては、精神障がいに対応した地域包括ケアシステムの構築という部分が触れられておりまして、その部分への対応としましては、こういう長期の入院患者さんをいかにして削減させていくのか、また退院率ということで入院後3ヶ月や6ヶ月、1年とかの方の退院率について目標値の設定とかというのが今後出てくる話となっていきます。また今後、私どもが行った調査をどうしていくか、単発で終わらせないということが必要となってきます。この計画策定に向けて、今後目標値の設定をしていく関係もありますし、市町村も同様の計画を作っていく関係で、そこら辺で集めた情報を市町村なりにフィードバックしていくということも今後問われていくと思います。そのため今後、この調査項目で足りない部分とか、あと必要な部分とかというものを自立支援協議会の地域移行部会などとも協議、調整などしまして、より必要性の高い中身の項目などを盛り込んだ計画にしていくことが必要ということで、今後それを進めていくことを考えております。

以上の説明となります。

久住会長	ありがとうございました。ただいまの説明で御質問・コメントございませんでしょうか。
矢部委員	<p>北海道ピアサポート協会の矢部です。よろしくお願いします。</p> <p>自分も以前、高齢者の方の施設で働いていた経緯があるところから、少しお話を聞いてみたいと思っただころなのですが、実際に精神科の方で長期に入院されている方が多くなってきているところで、高齢化で地域に戻れない方も多いいと思っております。先ほどおっしゃっていたように、札幌市のニーズ調査、具体的に何故戻れないのかといったことがあったと思うのですが、医療計画の見直しの資料にもありましたが、こちらの12ページの方にも書いてある、地域移行をしていく中で、精神障がいがある方が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができる、ということがすごく重要だと思っております。本当は病院の外に出るのが望ましいとは思っておりますけれども、その方にとってはそこが安心した、病院が安心して生活する場所になっている可能性もあると思うので、一概にその地域移行にというふうにはつながらないのかもしれないですが、その家族であったり御本人さんのニーズをしっかりと確認していくことが大事なのかなというふうに感じました。</p> <p>すいません。感想でした。</p>
久住会長	ありがとうございます。河西委員。
河西委員	<p>今の御報告を聞いていますと、大事なデータがたくさんあるとは思っておりますが、自分自身は神奈川県藤沢市で慢性開放病棟の患者さんを、本人が希望するかぎり全員、退院を支援するという活動をしておりました。その時の経験から思うことは、数を提示して目標値を定めても、なかなか物事は動かないのではないかと思います。退院して地域で生きていくという患者さんの思いがないと、そもそもこれは動きませんし、そういう思いに対応して動くためには、精神科病院や近隣の医療機関、保健福祉施設が単なる退院支援以上の技術的なものを持っていないと不可能です。数とか数値とか、各市町村での計画を立てるということ自体に時間もかかるし、具体的なものがなければ、なかなかことは進んでいかないのではないかと懸念します。そういう意味では、先ほど言った、地域で生活したい気持ちを患者さんに持ってもらえるような働きかけをして、それを病院が支援していくといったリカバリー概念が普及していますよね。北大は統合失調症のリカバリーに力を入れていらっしゃるの、そういった技術的なものをこうした会議を通じて道の施策の中に広げていけることが大事だと思います。ポトムを上げていくとか、患者さん個人個人のニーズに合わせた具体的な取組というものを張り巡らせていかないと、行動計画といっても実際には前に進まないのではないかと思います。いかがでしょうか。</p>
久住会長	逆に伺いたいのですが、総論はさておき、藤沢の病院ではどのような感じで進めたのでしょうか。地域の病院と大学の特性というのはだいぶ違うと思うので、まず参考に伺いたいです。
河西委員	<p>リカバリーという概念がはやる前の1990年代の後半の話です。今のリカバリーでは、患者さんが目標を言います。例えば一見荒唐無稽な目標でも、例えば大臣になりたいとか、アイドルになりたいとか、そういうことを言ったとしても、それを尊重し、自己実現を図っていくための支援をしていきます。90年代当時の取り組みは、退院したいということのを少しでも患者さんが思っていたら、「いいですね」と言って、実現していくための支援を病棟スタッフ全員参加で取り組みました。まずは患者さんの意思を確認します。御家族がいらっしゃれば御家族にも必ず全員にお会いします。病状をさらに良くするために治療も見直します。しかし、今は当たり前ですが、症状があっても生活していくことができればよいのだということで、患者さんの生活技能、社会機能の評価をした上でリハビリを入れていくことをしました。</p> <p>結果、開放病棟の6割ぐらいの患者さんが退院し、その後はチームで訪問看護をしたりとか、病院長の理解のもと、往診料いただかないで訪問看護付き添いという形で私も家を継続的に訪問しました。そうして最初は手厚い支援ですが、あとは徐々に自立性を高めていくという活動をやっていました。</p>
久住会長	<p>私たちのところでは、なかなかそういった総合的なことはできないのですが、一つには、色々と生活に支障が出てくる原因は、決して幻覚とか妄想のせいではなくて、むしろ生活に必要な認知機能がうまく働かないために難しいのだらうと考えます。そういうわけで、私たちは認知機能に焦点を当てて、日常生活でどういうことに困っているのか、それがどういう認知機能に関連しているのか、そして実際に客観的な所見をとって見て、その認知機能を回復するためにはどういう方法があるかという切り口でやっているということです。これは大学だけではなくて、地域の皆様にも還元できるようにと考えて、認知リハビリに特化してやってみたいという希望のある病院の患者さんには、一時的に大学に通っていただいてリハビリす</p>

久住会長	<p>るということを始めております。というわけで、生活に根ざして、どのようにして社会に戻っていただくかという観点からでなければ、なかなか難しいのかなと思っています。</p> <p>ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。</p> <p>直江先生はいかがですか。</p>
直江委員	<p>総合病院によって特徴があると思いますし、レベルが様々あります。自分のところでは目一杯診ている患者を、更に地域に出すのにどれだけのエネルギーが必要かということにもなります。そうではなくて、初めて退院しようということでも地域に出る患者さんがどれだけいるか、そういう様々なものがありますので、一概に全て地域移行というのは難しいのではないかと思います。それから地域の支援的なものとか、行政など様々なもののレベルが違いますので、一概には言えないと思いますが、今、久住会長言われた、認知機能というのは今非常に重要だと思っております、私のところでも少しバックスJみたいなものを始めております。今は、どのようにしたら地域で支えることができるか、地域でどれだけ長くいることができるかということや、レベルに応じたできることを少しずつつやっていると。それぐらいだと思います。</p>
久住会長	<p>ありがとうございます。</p> <p>池田委員いかがですか。</p>
池田委員	<p>この調査結果をこれからどう生かしていくか、活用していくかというのが今後のポイントだと思うのですが、この結果から地域移行を進めていけるのか、どう前進させるのかということ、なかなか難しいところです。今回の結果の中で、パーセンテージが示されておりますが、70歳以上で男性45%、女性62%と、高齢者が非常に高率になっているということで、部会の中でもそのあたりの対応が大事だということでした。1年以上の入院患者の非常に大きな割合を占めている、あるいは増えてきているということがあって、これはやはり、生活施設というか、開放的な施設を強化・充実させていかなければならないのではないかとこの考え方のもと、そういった点から今後、部会では絞って検討していったらどうかという話がありました。それはその通りだと思うのですが、なかなかそれを現実的に実現させていくというのは難しいところはあるんじゃないかなと思っております。先ほどの地域ケアシステム、それから患者さんのニーズの話も、これが基本であり、大事なことだということはその通りなのですが、ケアシステムの充実がなければ、いくら患者さんのニーズがあっても地域に出ていくことはできません。そのあたりを噛み合わせていくというか、いくら患者さんのニーズが強くあったとしても、ケアシステムそれ自体が充実されていないと、貧困な状態であれば考えられることではないですし、そのあたりは表裏一体というか、いかに一体化させていくかということが、一つポイントになってきているのではないかと思います。やっぱり若い人たちはどんどん退院をするし、そもそもそれほど入院もしないです。今は色々なことが発展してきていますから、かなりのところで各病院、積極的に地域移行をやっていると思います。</p> <p>先ほどの道内の在院期間1年以上が入院患者さん56.3%というのは、これが北海道の実態を表しているとするれば、全国レベルとは10%ぐらいの開きがあり、北海道は進んでいるということになります。全国では3分の2ぐらいでしょうか、65%ぐらい。それから見れば、今回の結果は非常に少ないパーセンテージになっているので、何だか北海道随分進んでるなと印象を与えます。でも、これは協力病院が70%ですし、札幌の病院が含まれてないので何とも言えませんが、いずれ全体的な調査結果というのは出てくるでしょうから、それを見たいと思っています。そんなところでよろしいでしょうか。</p>
久住会長	<p>ありがとうございます。</p> <p>芦澤委員はいかがですか。</p>
芦澤委員	<p>統合失調症中心のグループ活動を院内と院外で各一つ、二つのグループ活動を当事者研究とリンクして行っています。長期入院患者の退院促進、地域でのサポートにどのくらい効果があるかは、これからだと考えています。</p> <p>それから、認知症疾患医療センターを併設している関係上、認知症が非常に多い病院です。認知症は本人の意思だけではなくて、地域や家族の経済負担も含めた問題です。結論から言うと、入院している方が安上がりで、医療も受けられ、目も行き届くだけのスタッフの配置があるという状況が改善しない限り、地域移行は非常に厳しい面があると思います。施設に入る方が、自己負担が多くかかることが沢山あります。こういう実態は知らなければいけないわけですが、あまり指摘されていないと思います。長期入院ができない医療事情から家族は泣く泣く施設に入ることを承諾する場合もあります。在宅という美名の元に追い出されるのがどれだけ良いことなのかということは、考えなければいけないと思っています。在宅におけ</p>

芦澤委員	<p>る老老介護の問題は深刻です。心中や衰弱死などの報道があります。本人、家族のニーズや状況を理解しないまま、ただ数合わせだけで退院させていいのかどうなのかも当然あると思います。</p> <p>慢性期の長期入院患者に話を戻します。先生ずっとここに置いておいてくれと言われますが、そんな人に対して、退院するとこんなに素晴らしいことがあるというイメージも含めて、退院についてお話をしています。退院と言っただけで病状が悪くなる人がいるのも実態です。退院するとこんなに楽しいということをお伝えながら、色々関わっていくことが、重要と思います。その人の生活習慣が入院生活そのものになってしまっているので、突然変化を伝えられるということは、それはショックな出来事です。さらに、高齢化してくると変化に適應するのがさらに難しいので、どういう人達をどういう形で地域移行するのが課題かだと思います。</p> <p>ただ数合わせの地域移行というのはいかがなものかということです。本当にその人達は退院対象なのかどうかという場合もありますので、個別性を重要視すべきではないかなと思います。長く入院している人達を退院させると点数が付くという仕組みがありますが、果たしてこのことがいいことなのかどうなのかということを考え直すべきではないかと思っています。</p>
久住会長	<p>ありがとうございます。</p> <p>病院の側からの発言が続きましたけれども、メディカルスタッフ、当事者の視点からいかがですか。</p>
西村委員	<p>たぶん本人は、やっぱり病院よりは自宅がいいと思うんですね。でも、私たち平成22年に、道の老老介護の調査をしたときに、在宅で介護している人の約50%近くが認知症若しくはその可能性があるという結果が出て、介護者自身がそういう状態にあるというところがはっきりしました。そうすると病院から退院しても、その受け皿がなければやっぱり絵に描いた餅になってしまうと思います。だから、かなり地域包括ケアということは言われてきて、在宅に戻っていく人達もいますけれども、本音のところでは、病院にいる方がやっぱり安心だという方が多いと思います。</p> <p>病院に預けるときもBPSDですごく家族関係が悪くなって、その後遺症を抱えている介護者もいっぱいいます。確かに病院の中では落ち着いているかもしれないけれども、在宅に帰ってきたときに本当に落ち着いた状態で生活できるんだろうかという不安もありますし、本当に認認介護というような状況にもありますので、やっぱり個別ケアということも必要ですし、色々な受け皿がなければなかなか在宅というのは難しいかなというふうに思います。</p>
久住会長	<p>ありがとうございます。その他いかがでしょうか。</p>
吉野委員	<p>池田委員などが言われた包括的なケアシステムを構築ということころは、すごく大事なことだと思います。その中には認知症なども多いのですが、統合失調症群もかなり多いということを見ても、そういう人達を支えているのは、大方家族なんです。日本では7割以上というのが同居していると言われていて、精神障がい者の人達と同居している家族の多くが犠牲になっていて、実際助けを求めている家族が多いにもかかわらず、助けてもらえないという状況があって、そんなことが繰り返されるとやはり家族は疲弊してしまって、結局病院にいてもらう方がよいという状況になると思います。</p> <p>私の方では今、家族支援を進めていて、やはりそういった苦労話が家族から聞かれるところなんです。受け皿の場所であるとか、本人に対するサービスということころも大事ですけども、やはりメインの支援者となっている家族に対する支援ということころは無視できないと思います。実際、診療報酬化がされていない現状にあって、家族に対する支援に入りたくても入れないという状況があるので、そういったことも考えるべきかなと思います。</p>
久住会長	<p>ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。</p>
河西委員	<p>皆さんお感じだと思うのですが、やはり疾患別に考えなければいけないし、個別性にも配慮する必要があります。そもそも、個別性に応じた医療というのは精神保健福祉の最大の特徴だと思います。ただ、最初に説明のあった国の計画、5大疾病や5事業の話がありましたけれども、これを見ていただければわかるように、例えば心筋梗塞やがんと比べると、精神疾患の部分の国の事業計画はどうでしょうか。私はこれを見ると本当に悲しい気持ちになります。他の分野では医療技術などを扱っているのに、精神科だけは処遇のことばかり書かれています。技術で世の中を変えていくということころが必要であり、精神保健もそうなのです。</p> <p>そういう意味で、施策とか枠組み作りだけではなくて、患者さんに地域で暮らしていただくための技術</p>

河西委員	<p>や、医療現場、福祉現場における技術の涵養など、そういったものが議論できるような時代にしなければと思います。また、そういう努力を私たちもしなければならぬと強く思う次第です。</p>
久住会長	<p>ありがとうございます。それでは、ちょっと時間も押してきましたので、この問題についてはまた後日討論すると思いたしまして、次に移りたいと思います。</p> <p>4番目ですね。「北海道アルコール健康障害対策推進計画策定状況について」、事務局から説明をお願いします。</p>
菊地主査	<p>依存症対策を担当しております、菊地と申します。座って説明させていただきます。</p> <p>資料4をご覧ください。第1回目の審議会において、国のアルコール健康障害対策推進基本計画の閣議決定を受けまして、北海道におけるアルコール健康障害対策の総合的な取組の推進を図るために、「北海道アルコール健康障害対策推進計画」の策定に着手したことを御報告いたしました。その策定の進捗状況について御報告いたします。</p> <p>まず、1の「北海道アルコール健康障害対策推進会議 計画部会」の設置についてですが、医療、教育、当事者関係団体等の関係員で構成しております「北海道アルコール健康障害対策推進会議」におきまして、計画部会を設置しまして、これまで3回の部会を開催しております。部会の設置要綱及び構成機関につきましては、1枚めくっていただいて、後ろの資料4-1となっておりますので後ほどご覧ください。</p> <p>これまでの開催経過につきまして、部会における議題と主たる御意見を示しております。まず、第一回目におきましては、計画の基本的な考え方を共有いたしまして、1回目の主たる意見にありますとおり、北海道の広域性に配慮した支援体制の整備を推進することを基本としまして、第2回、第3回と基本施策について検討を進めております。なお、基本施策につきましては、発生予防から進行予防、そして再発予防と、それぞれ一次から三次の予防段階に沿って検討を進めておりまして、これまで二次予防の検討までを行っております。特に取組が必要となっている対象である女性、また未成年者についての対応や、早期介入の取組について、多くの御意見をいただいております。また、二次予防におきましては、アルコール健康障害の医療提供体制についても検討が必要となるなどですけれども、今後国の方から専門医療機関の要件について提示がある予定ですので、それを受けまして検討を進めていく予定となっております。</p> <p>また、最後になりますが、今後の予定については、29年度引き続き部会の方を開催いたしまして、本会議での協議、またパブリックコメントを経まして、本年の夏頃に計画の策定を予定しております。</p> <p>以上です。</p>
久住会長	<p>ありがとうございました。いかがでしょうか。</p>
芦澤委員	<p>専門医療機関の要件というのは、どういうことが要件になるのでしょうか。</p>
菊地主査	<p>今のところは全く、本来であれば国から3月中に条件提示ということではあったのですが、まだ示されてはいないです。国において、5病院でモデルで行っているということですので、それを踏まえまして、条件を出すということになっています。</p>
芦澤委員	<p>正直なところ、私が行くところほとんど依存症の専門病院のようになります。千歳病院は、元々認知症の病院でした。でも、私が行くと全ての依存症が来て、薬物依存は、カルテベースで道内2位です。今の千歳病院では専門性の要件をほとんど満たすかどうか分かりません。スタッフはいるし、ドクターも一人いる、プログラムはこれから充実ですが、自助グループとの連携で十分やっています。成果もあがっています。だから、あまり枠組みを強くすることというのは、实际的でないと思います。</p> <p>この治療法でないとならないとか、この講習を受けていなければ駄目ですというやり方は、どうも実態にそぐわないように思いますが、全国的にはそういう形でやりたがるかもしれません。現実に即していない気がします。トップダウン形式でない、実際に診ている病院、実際にやっているドクター、実際にやっているスタッフ、ここからビルドアップするような、草の根的な依存症の治療を作っていくかといけません。全国で数万人しか依存症として医療機関にかかっていないのです。100万、200万、依存症がいると言われているにも関わらず、実際に必要な診療が行われていない。ドクターも含めて、依存症を診る人達をいかにして養成するかということと、現場でやっている人達をいかに支えていくか、増やしていくかというような方向で考える認定がいいと、私自身は考えています。</p> <p>更にもう一つ。たぶん依存症患者が多い官公庁で、それこそスクリーニングを1回やってもいいと思います。千歳は自衛隊員が多い地域で、この自衛隊の中で、断酒会、AAに行ってもらっている人は相当数</p>

芦澤委員	<p>います。男職場なので、職場で飲む機会が多いからでしょう。まず官公庁から手を付けるということが、実は民間への波及効果大であると思います。自衛隊がその気になれば、私はいくらでも講演しますという話は、地元で自衛隊の方々には常々言っています。ちなみに千歳警察署で1回やりました。警察も多いですが、たぶん自衛隊の方がもう少し多いのではないかと印象があります。やはり官公庁から行くのが一番、私はいいというふうに思っています。</p>
久住会長	<p>では、道庁からやってみますか。 何かコメントはありますか。</p>
菊地主査	<p>専門医療機関につきましては、国においては、各都道府県で専門医療機関を1ヶ所以上定めるということで、都道府県47を目標にしているのですが、北海道は広大で、専門医療機関が一つということは現実的ではないということで、部会では御意見をいただいております。</p>
芦澤委員	<p>たくさん決めるべきですよ。</p>
菊地主査	<p>医療連携といったところでは、まずかかりつけ医との連携ですとか、そういったところも含めて、今後議論が必要だということは御意見をいただいております。</p>
芦澤委員	<p>専門医療機関の指定をたくさん作るべきですね。指定されればそれなりに勉強しようと思います。専門のところに送るだけでいいでは、依存症医療の不毛です。やはり、専門性ということの弊害を考えなければいけないと思います。専門というと、あたかもそこだけが診ればいいという感じになりますが、そういうことではなくて、プライマリーケアとして、どのドクターもある程度アルコールを診ていただくということがあれば、私は随分違うと思います。少なくとも断酒会の紹介だけでもいいです。自分で何もやらなくても、あなたは依存症だから断酒会行った方が良いねと、これだけでも全然違います。</p>
久住会長	<p>県の規模にもよると思いますけれども、北海道みたいな広域な場合は、このような意見も取り入れて、北海道独自のものを作っていたらいいと思いますので、よろしくお願いします。他にはよろしいでしょうか。</p> <p>それでは最後の5番目にまいります。「認知症疾患医療センターについて」、事務局から説明をお願いいたします。</p>
山谷主幹	<p>高齢者保健福祉課の山谷と申します。お世話になっております。私の方から資料5ということで、認知症疾患医療センターの関係のお話をさせていただきます。座って説明させていただきます。</p> <p>道庁の方では、認知症関係の施策は高齢者保健福祉課の方で所管しておりまして、認知症疾患医療センターの設置の方針について、本審議会の方で御協議いただきまして、決定してきたという経緯になっておりまして、次期医療計画の策定に向けて、センターの設置方針を一部見直す等々、御議論をさせていただきたいというふうに考えております。</p> <p>認知症疾患医療センターと標題に出ておりますけれども、認知症施策の現状について本日は簡単に説明させていただきます。まずは、表紙の下の方、右下に2ページと書いておりますけれども、国は大きいところでは新オレンジプランということで、それに基づいて各種施策を進めております。では実際にどのような手段を使ってということになりますと、介護保険制度の中の地域支援事業という事業があるのですが、その中で認知症対策をそれぞれの保険者、市町村になりますけれども、進めていってくださいとなっております。2ページの資料の見方なのですが、平成26年度までが左側と、平成27年度に制度改正があって、認知症施策の推進をやっていってくださいと国から示されました。括弧書きで小さく書いておりますが、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の配置などを、全ての市町村が遅くとも平成30年4月1日から実施できるように取り組んでくださいというのが、今の介護保険制度の中で国から言われているというところで、各市町村がそれぞれ今、鋭意取り組んでいるというような状況となっております。</p> <p>めくっていただいて3ページ目の上段になりますけれども、ここで医療機関の関係が出てきます。上の標題での認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員についてと書いてありますが、まず一つ大きい部分として、認知症疾患医療センター、専門的な医療機関ということで、全道で8圏域に分けて18医療機関の指定をさせていただいているところでございます。左側の黄色い部分ですが、各市町村が必ず、この認知症初期集中支援チームということで、認知症の初期段階の方を例えば専門的な医療機関につなげていくとか、地域の介護保険制度の中で見守っていくとか、その方向付けを早期の段階でするためのチームを設置してくださいとなっております。このチームの設置の要件として、国立長寿医療研究センターが実</p>

<p>山谷主幹</p>	<p>施するサポート医研修を受けてきたドクターと医療職、介護職の方がチームになって進めていってくださというのが一つと、あと様々な地域の中の認知症の関係の施策、つなぎ、橋渡し役でありますとか、認知症カフェの設置推進など、そういったところを進めるために認知症地域支援推進員というものを必ず配置してくださいということがなされております。</p> <p>認知症疾患医療センターの運営事業ということで4ページに書かさせていただいております。皆さんご承知のとおり、認知症疾患医療センターは専門的な医療機関ということで指定をしておりますが、国は現在、これは平成29年度からの図になりますが、概ね都道府県圏域で担当する基幹型という区分、概ね二次医療圏域で指定する地域型、また新しく連携型というのができまして、今まで診療所だけだったのですが、病院もこの連携型ということで指定をしてもいいということが29年度からなりました。ただ、この連携型の病院については、29年度は診療報酬の対象とならないという整理になっております。北海道は18指定しておりますけれども、全てこの地域型の医療機関となっております。これがどのように違うかと言いますと、人員配置とか検査体制で、CTなりMRIなどが自分のところにあるのか、他の医療機関から借りるのかとか、そういうところが違ってきております。道としてこのセンターに対して、運営費補助金を補助させていただいてまして、これは国の制度で、国が2分の1、都道府県が2分の1で、1圏域当たり360万ということで、複数圏域があるところについてはその360万円を割った形で補助させていただいているというような状況となっております。現在国の方は、運営費の補助金をもらわないと指定をしてはいけないというような形になっていまして、この辺がなかなか道も財政的にも厳しいものですから、この辺は方向性を改めて考えていかなければならないというふうに思っております。</p> <p>5ページ目は認知症疾患医療センターの設置ということで、現状8圏域、18の医療機関ということでこのような形で指定をさせていただいております。先ほど説明に出てきました、認知症サポート医の養成の状況とか、7ページには初期集中支援チーム員の研修の受講状況、8ページは初期集中支援チームの設置状況ということで、まだ5ヶ所ですけれども、このような形で取組を進めていっているところになっております。この初期集中支援チームなんですけど、広域的な設置も可能とされておまして、9ページに出ておりますが、十勝では大江病院が10ヶ所ほどの市町村と契約を結んで対応しているということになっております。北見とか中空知でも広域的な取組を進めていくということが出てきておまして、30年4月には全ての市町村にチームを設置していくということで、道としても様々な研修等を通して市町村支援をしているというような状況になっております。12ページから13ページは、認知症関連で北海道が今取り組んでいる事業と、28年度の実績見込み等々も整理しておりますので、後ほどご覧になっていただければと思います。</p> <p>カラーのページは終わって、後ろに2枚ほど、資料5-1ということで認知症医療センター設置方針というものを付けさせていただいております。この設置方針が当審議会の方に、平成23年度に御協議させていただいて決定した方針になります。設置方針の中で一番目の圏域の設定のところ、6つの三次医療圏を基本としつつ、面積とか人口を考慮して8圏域で指定していきましょうということが決められているということになります。このセンターの設置方針も、24年3月30日に施行して以降、一切見直しをしておりますので、先ほど説明しました認知症初期集中支援チームに対して、センターが支援していくというような文言も入っていないなど、多々現状に合わせて見直すべきところがありますので、29年度において、次期計画に向けてこの設置方針の見直しについても御協議をさせていただきたいと考えていますので、御説明をさせていただきました。以上でございます。</p>
<p>久住会長</p>	<p>いかがでしょうか。</p>
<p>芦澤委員</p>	<p>常々疑問に思っていることで、札幌市に道が物を言うという影響があるか分かりませんが、札幌市に認知症疾患医療センターがないということが一体どういうことなのかと思います。何かの話し合いで札幌で設置しないということになっているのでしょうか。札幌は人口が集中し、単に札幌だけの独立した問題でなく、北海道の要として様々な連携のできる場所、拠点です。札幌市の意見などを聞くことはあるのでしょうか。札幌市にないというのはどうなのか教えてください。</p>

山谷主幹	<p>このセンターの設置について、最近議論しているかという正直言うとしていないというのが実情です。そもそもセンターの指定が北海道知事と政令市である札幌市長が指定できるというような制度になっておりまして、札幌市の当時の考え方としては、おそらく医療機関がたくさんあるので、その中で個別に医療機関を指定することが、なかなか難しい面もあったのかなということと、やはり2分の1の補助金を持つだけの札幌市の財政問題など、総合的に考えた結果なのかなというのが、現在のところでございます。</p>
芦澤委員	<p>経済的な問題であるということですね。札幌市は経済的な視点だけでなく、行政として責任を認識していただかないと、名ばかりの地域連携となりかねないと思います。</p> <p>もう一つ、補助金をもらって認知症疾患医療センターをつくっていても、そこが本当に機能しているかどうかの監査的なことは必要ないのでしょうか。センターを名乗っていても、実際にどう機能しているのか、地域とどれだけ連携してやっているのか、そういったことの調査というのはされているのでしょうか。</p>
山谷主幹	<p>国の方から、各都道府県でこのセンターを集めた会議を必ず、連絡協議会という形で設置して、横の連携を図ってくださいというのが指示されました。恥ずかしいのですが、北海道も今年の2月、ようやく第1回目の会議を開催させていただきまして、その中で、まず現状どれぐらいの件数があるとか、どういう体制でいるとか、そういう資料は一度整理しました。今後、このセンターの集まりも開催していく中で、それぞれの病院でどういう機能を発揮していただいているとか、先生がおっしゃった地域とのつながりについて確認していきます。最近ようやく始めたばかりなので、これから駄目なところは道庁としても改善していくようにしっかりやっていきたいと思っております。</p>
芦澤委員	<p>どうもありがとうございました。</p>
西村委員	<p>認知症初期集中支援チームなんですが、今どれぐらいの数が動いていて、どれぐらいの患者さんを診たのでしょうかということと、それからどんな結果が出てきたのかということを知りたいのですが。あと、認知症地域支援推進員というものは、全道でどれぐらいの人達がいるのでしょうか。</p>
山谷主幹	<p>まず、最初のチームの状況なのですが、現状チームの中でどれだけケースを扱ったかというのは、調査しておりません。先般、製剤薬局さん主催のセンターの集まりに行ったのですが、その中で、それぞれのセンターが行っている認知症チームの28年度の実績のようなものについて、それぞれの医療機関から報告がありましたが、件数的にはそれほど多くないです。概ね6ヶ月の間で方向性を決めて終結をしていくという形となっておりますので、8ページに記載させてもらってますが、まだそれぞれの市町村でのチームは、28年度末で179のうち52というのが実情でございます。30年には全ての市町村でできていきますので、その段階から各地域の情報を把握して、可能であれば、こういう会議の場などで公表していきたいと思っております。あと認知症の地域支援推進員の配置状況、何人いるのかという御質問については、10ページの方に記載がありまして、28年の4月1日現在では28市町村で61人となっております。28市町村で何故61人かといいますと、地域包括支援センターごとに一人置くというような考え方で配置している市町村もありますので、28市町村で61人というような状況となっております。</p>
西村委員	<p>認知症の場合、なかなか病院に行くのが大変なんです。そのために、初期集中支援チームというものができあがっていると思います。全部の市町村に配置するというわけですから、その辺りをもう少し具体的に考えていただいて、何とかしてもらえればと思います。よろしく願いいたします。</p>
久住会長	<p>他にはいかがでしょうか。よろしいですか。</p> <p>先ほどの芦澤委員の御質問について、私も札幌市の担当者と呼んで同じ質問をしたことがあるのですが、お金とははっきり言っていませんでした。ただ、理由の一つには、札幌市内でたくさんの病院があるので、二つぐらいを指定するのは困難であること、裏を返せば、たくさん指定すると、市で2分の1負担するのは難しいということだったのかもしれない。それに、色々なところに視察に行った際に、問題点が色々指摘されていて、センター病院をつくっても実際になかなか機能していない現状を見て、必ずしもつくるということに前向きになれないことが2点目でした。</p> <p>それでは何をしているのかということに関しては、かかりつけ医を養成するような、むしろボトムアップな取組を3区選んで、今実際にやっているという説明でした。それは去年の4月ぐらいの話です。御参考まで。</p> <p>他にはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。</p> <p>それでは5つの報告事項については終了しました。「その他」のところですが、事務局から何かございますか。</p>

中田主査	<p>一番上に置かせていただきましたが、河西委員から御提供いただきました、シンポジウムの御案内ということで、5月13日に札幌医大で開催されるシンポジウムの御案内でございました。御参考までということにさせていただきます。以上です。</p>
久住会長	<p>補足説明はよろしいですか。</p>
河西委員	<p>日本精神衛生会というところが主催することになっています。日本精神衛生会は明治時代からある、世界でも最古のN G Oの一つです。我が国の精神保健福祉の活動を下支えしている団体で、全国でさまざまな活動しているのですが、精神保健シンポジウムというのを年間2回されており、北海道での開催は久しぶりだということで、私どもがそのお手伝いをしております。</p> <p>今回、北海道から後援名義をいただいております。テーマは書いておりましたが、そのテーマを語るのにふさわしい方をお呼びしております。内容についても私がコーディネートしておりますが、張賢徳先生は御存知のように、自殺予防の分野において世界で最もフロンティアにいる方で、自殺予防学会の理事をされています。南楨子さんは、北海道のいのちの電話の理事長をやっております。いのちの電話は、こちらも日本を代表するようなN G Oの一つです。非常に社会的な信頼も高いですが、活動の継続にはさまざまな御苦労があるということで、そういったお話もさせていただきます。あと、吉野先生は本学の教授でありますけれども、北海道で自死遺族の活動を支えていらっしゃる先生です。阪中先生も北海道の関係の方は御存知だと思うのですが、学校における生徒のための自殺予防プログラムを開発し、奈良や大阪の学校で実践されておりますが、その活動を北海道で紹介するなど、北海道の自殺対策に協力されておられるかたです。</p> <p>どうか皆様、それぞれの所属で御周知をいただけましたら幸いです。よろしく願いいたします。</p>
久住会長	<p>ありがとうございました。地元での開催ですので、是非御参加いただけたらと思います。事務局からは以上でしょうか。</p> <p>せっかくの機会ですので何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。</p> <p>それでは、本日の予定議事はこれで終了いたします。事務局お願いします。</p>
澤口課長	<p>久住会長、長々とありがとうございました。本日、色々とお聞かせいただいた内容につきましても、今後の我々の精神保健福祉医療の施策の展開に向けて参照させていただきたいと思っております。特に来年度、29年度でございますが、計画が目白押しでございます。医療計画を始めとして、今説明申し上げましたアルコール、自殺など、様々な計画が輻輳的に重なる中で、我々も策定をしていかなければならないという状況でございます。その際には、皆様方にも様々な場面でお話を伺ったり、あるいは協力をお願いしたりということもあろうかと思っておりますので、御協力いただければ幸いです。その暁には、この審議会の方でも何とか良い形で報告をさせていただきたいというふうに思っております。</p> <p>以上をもちまして、本日の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。</p>