

令和元年度第1回北海道精神保健福祉審議会議事録

日 時：令和元年10月15日（火）19：00～20：30

場 所：札幌市中央区北2条西7丁目

かでの2・7 730研修室

畑島課長	<p>本日は大変お忙しい中にもかかわらず、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。それでは定刻となりましたので、ただ今から、令和元年度第1回北海道精神保健福祉審議会を開催いたします。</p> <p>私は冒頭の進行を勤めさせていただきます障がい者保健福祉課精神保健担当課長の畑島でございます。どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>会議開催にあたりまして、保健福祉部竹内技監から挨拶をいたします。</p>
竹内技監	<p>北海道保健福祉部技監の竹内です。北海道精神保健福祉審議会の開催にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。</p> <p>委員の皆様におかれましては、本日大変お忙しい中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、日頃から本道の保健医療福祉行政の推進にあたり、格別のご協力をいただいていることに対しまして、深く感謝を申し上げます。</p> <p>本日、本年度第1回目の開催ということで、議題といたしましては、次第にありますように北海道における精神医療の状況、胆振東部地震後の精神保健活動、DPA T体制整備、ギャンブル等依存症対策、この4項目を中心に、ご審議いただければと思っております。つい先日には、台風19号そして先月は台風15号が本州に上陸いたしまして、関東や東北地方などを中心に本当に甚大な被害をもたらしたばかりですけれども、近年本当に毎年のように道内を含めて、各地で大規模で大規模災害が発生しておりまして、DPA Tあるいは心のケアなど、災害時の精神的支援の重要性がますます高まってきております。また、ギャンブル等依存症対策基本計画が本年4月に閣議決定をされ、体系的な依存症対策が求められているところでありますけど、道といたしましても、有識者による推進会議において有効な対策について検討し、道の推進計画を策定して、体系的な依存症対策を取り組むこととしております。</p> <p>本日はこれらの重要なテーマについて、委員の皆様の専門的な立場から、忌憚のないご意見あるいはご提言などをいただければと思っておりますので、どうぞ今日はよろしくお願いいたします。最後に精神保健医療福祉施策の充実に向けまして、今後とも皆様のご支援ご協力を賜りますよう、重ねてご依頼申し上げ、開会の挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。</p>
畑島課長	<p>ありがとうございました。本日の審議会の出席者についてでございますけれども、ご手元の出席者名簿のとおりでございますけれども、北海道医師会の藤原副会長様が、所用により急遽、出席できなくなった旨のご連絡がございましたのでご報告させていただきます。</p> <p>また本日は、委員15名中12名の委員の方にご出席いただいております、審議会が成立したことを報告いたします。</p> <p>続きまして、今年6月の道の人事異動に伴いまして、事務局職員が若干変わっておりますので、ご紹介させていただきます。まず、本日、所用により欠席させていただいておりますけれども、お配りの資料に記載のとおり、当課の廣島医療参事が交代をしております。続きまして精神保健グループの、瀬下主幹です。</p>
瀬下主幹	<p>瀬下でございます。どうぞよろしくお願いいたします。</p>
畑島課長	<p>以上2名、事務局交代しておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>続きまして、配付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、当審議会の根拠規定、続きまして資料1、資料2-1、資料2-2、資料3、資料4-1、資料4-2、という順番でお配りさせていただいておりますけど、不足等ございませんでしょうか。</p> <p>それでは、早速ですけれども、これより議事に入らせて頂きますが、本日の終了予定時</p>

刻につきましては、概ね 20 時 15 分くらいの終了を目処とさせていただきたいと考えております。円滑な議事の進行にご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の議事進行は久住会長のほうによりよろしくお願いいたします。

久住会長

皆様こんばんは。本審議会の会長を仰せつかっております、北海道大学の久住でございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。それでは早速議事次第に沿いまして進めていきたいと思っております。まず、議題 1 でございます。北海道の精神医療の状況についてということで、事務局のほうから説明をお願いします。

榊原主任

それでは北海道の精神医療体制の状況等について説明いたします。まず資料 1 をご覧ください。この資料は、医療法による基準病床数と、平成 30 年度の精神保健福祉資料に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です。

まず、1 の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 29 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、1 万 7, 1 1 6 床となっております。これに対し、本年 4 月 1 日現在の既存病床数は 1 万 9, 1 3 7 床となっております。全道で 2, 0 2 1 床が超過している状況にあります。なお、昨年の既存病床数は、1 9, 2 3 8 床であり、昨年から本年にかけては減少しております。

次に 2 の精神科病院の主な状況についてですが、これは平成 30 年度の精神保健福祉資料を基に作成いたしました。(1) の精神科病院数、精神病床数及び在院患者数等についてですが、この表は、北海道と全国を比較したものとなっております。人口 1 万にあたりの病床数、在院患者数ともに、全国値に比べて割合的に多い状況となっております。次に (2) の在院期間別の入院患者数ですが、これは、先ほどの (1) の表の在院患者数を入院期間ごとで分けをしたものとなっております。表は、細かい分類になっておりますが、在院期間 1 年未満と 1 年以上で区分しますと、北海道におけるそれぞれの割合は、1 年未満が 38.4% 1 年以上が 61.4% であり、ほぼ全国平均となっております。

続きまして 2 ページ目をご覧ください。(3) の「入院形態別・疾病別の入院患者数」の状況についてですが、こちらも先ほどの (1) と (2) の表の在院患者の数とリンクしております。最初の表は、措置入院及び医療保護入院等、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て、措置入院と医療保護入院の割合が低く、任意入院者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、下の表となりますが、北海道は、割合の高いものから、F 2 系疾患で 44.6%、F 0 系疾患で 29%、F 3 系疾患で 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 ページ目をご覧ください。3 の精神障がい者等に関する通報等の状況についてですが、まず、(1) 精神保健福祉法に基づく通報等について、こちらは、平成 29 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、自傷他害のおそれがあるとして行われた通報件数については、合計で 2,607 件となっており、このうち、警察官からの通報が約 7 割を占めております。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理等についてですが、こちらの資料については、医療観察法を所管している厚生局及び法務局の資料を基に作成しました。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となっております。

アの入院処遇についてですが、入院処遇の対象者は、平成 31 年 3 月末で 19 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で入院処遇中の方が多く、平成 31 年 3 月末では 11 人であり、入院処遇が 5 割以上となっております。また、イの通院処遇につきましても、平成 30 年度末で、通院中の対象者は 31 人となっております。通院処遇の方が通院する道内の指定通院医療機関数については、本年 8 月 1 日時点で 65 となっております。

最後に 4 ページ目の資料ですが、こちらは、各道立保健所に対し、精神科病院の休床数調査を行い、その結果を第二次医療圏ごとに取りまとめたものとなっております。本年 8

	<p>月 1 日時点における道内精神科病院の休床数は、札幌市内分を除き 581 床となっております。以上で終わります。</p>
<p>久住会長</p>	<p>はい、ありがとうございます。ただいまのご報告について、何かご質問・コメントはないでしょうか。私の方から 3 ページの一番上 3 (1) ですが、自傷他害のおそれがあるとして、通報の件数と、それから実際に要診察と認められ、診察を受けて最終的に措置で入院したという過程があると思うのですが、元から北海道の札幌市も通報の割に非常に要診察あるいは実際の措置入院数が極端に少ないということを指摘されてますし、全国的にも非常に地域差があるということで国のガイドラインが出されておりますけれども、北海道の実態として、それについてのマニュアルの作成状況はどうなっているかっていうこと、実際に通報が多い割に要診察になってる人が少ないですけど、これ本当に診察の必要がなくて、こんなに数が減ってるのかということについて、どのように考えておられるか教えていただけますか。</p>
<p>吉澤主査</p>	<p>ご質問ありがとうございます。北海道における措置入院等運用マニュアルについてです。これまで、平成 30 年度に 1 回、今年の 4 月に 1 回、検討会議を開催しております。ただ、今年 4 月の会議において、一度道としての素案を提案させていただきましたが、各地域及び各保健所の実態を把握した上で、北海道としてのマニュアルの素案を検討すべきという厳しいご指摘を受けまして、現在どのような項目を調査把握するのか、各保健所の所管課長の方々と調査内容を協議するワーキンググループを立ち上げているところです。初回を 11 月 1 日に予定しまして、各地域の実態を確認する調査表の内容や素案の改正点を協議し、今後、各保健所への調査を実施し、集計結果を分析し、改めて検討会議に提案できる案を作成しまして、来年検討会議を開催して今年度中に措置入院の運用マニュアルを作成する予定であります。あと、通報に対しまして、調査により診察の件数が少ないという件についてでございますが、やはり警察からの警察通報が一般的でございますが、保健所職員が通報に基づき出向いたときに、よくよく話を聞くと、精神障害者の自傷他害の通報にはあたらな一般的な通報で診察が必要でなかった場合、親族と連絡がとれまして、親族からの医療保護入院のさせる可能性が非常に高く、措置には至らなかった事例、あとは本人から入院治療の同意がとれた場合がございます、調査の結果必要がないという件数が、このような形になっているかということで分析しております。</p>
<p>久住会長</p>	<p>すると、不必要な通報が行われているということですか。</p>
<p>吉澤主査</p>	<p>それも含めて、措置入院のガイドラインで警察からの通報の内容を把握しつつ、警察とも協議して、ガイドラインの内容を決定していこうと考えているところです。</p>
<p>久住会長</p>	<p>絶対それが必要だと思われまますので、是非よろしくお願ひします。他にはいかがでしょうか。特にございませんか。それでは、議題 1 はこれで終了いたします。続きまして、議題 2 です、北海道胆振東部地震に係る精神保健活動についてということで、事務局から説明お願ひします。</p>
<p>吉澤主査</p>	<p>私から北海道胆振東部地震に係る精神保健活動について、を説明させていただきます。資料 2-1 をご覧ください。こちらの資料については、前回、前々回と説明資料に使用しました心のケアチーム活動についての最終版というところです。昨年の大地震発生後、最初の約 10 日間は岩手県、秋田県及び北海道 DPAT 活動を行いまして、その後、被災による精神的ケアと避難所生活の長期化に伴う心労等、心のケアを必要とする方々の相談支援を行うため、心のケアチーム活動を開始したところです。チーム編成、協力医療機関及び派遣体制については、前回報告時から変わりがございませんでしたので、詳細の説明は割愛させていただきます。派遣体制のところに記載しておりますが、初期段階では、心のケアへのニーズが高く、毎日現地への派遣、徐々に復旧が進むにつれまして、心のケア支援ニーズが少なくなりまして、毎日、週 2 日、週 1 回と回数がだんだんと少なくなり、被災 3 町との協議の後、心のケアチームの常時派遣は 11 月 30 日で終了、以降は随時対応へと、子どもの心のケア班については、月 3 回の派遣体制を継続しておりましたが、12 月以降、支援ニーズが少なくなりまして、こちら 3 町との協議により、3 月で派遣を終了し</p>

たところでございます。前回の審議会においては、2月末時点の数字でご報告をしているところでございますが、子どもの心のケア班が、3月に2回活動を行いましたので、延べ22チーム、延べ60件の相談を行った旨のご報告をさせていただきます。

先ほど、お話しさせていただきましたが、3町との協議によりまして、心のケアチーム活動については、終了となりましたが、引き続き、管轄になる苫小牧保健所が各町と連携・協議を図りながら、支援ニーズに応じた活動を継続しております。4月から9月までの間に、被災町住民向けとして、仮設住宅入居者支援、心の教室や相談会、定期訪問などで33回、現地に出向いております。また、子どもへの支援の面では、派遣協力いただきました道立子ども総合医療・療育センターが5月から8月に被災3町への定期的な訪問を行っており、続きまして支援者支援という面では、道立精神保健福祉センターが、現在も継続支援をしているところがございます。その支援者支援の取組については、道立精神保健福祉センターの岡崎所長から説明いたします。

岡崎所長

道立精神保健福祉センターの岡崎でございます。私のほうからは、被災地自治体職員支援についてご報告いたします。資料2-2をご覧ください。1の概要のところですが、私どもは特に被害が多かった厚真町、安平町、むかわ町、以下3町についての職員たちを対象に支援を行っているところがございます。支援期間は、昨年度から今の予定では、令和3年度までを予定しております。この支援につきましては、町の健康管理担当者及び保健師、また、道立苫小牧保健所、障がい者保健福祉課との連携協同により活動しております。5ぽつ目のところですが、毎年度取組に関する評価を実施し、発災3年を目処に、中長期の活動を評価して、今後どのような支援をしていくのかということを考えていきたいと考えております。

2番の実施経過で具体的などのような支援をしてきたかについて、ご報告いたします。No.1からNo.6の取組をしております。1つ目は職員支援に係る打合せということで、3月に1回程度、町の健康管理担当者であるとか町の保健師と打合せを我々と保健所の方と3者でどのような支援をするのか打合せをやっておりまして、現在まで各町5回から10回実施しているところがございます。2番の情報提供というところですけど、1つ目の丸ですが、3町共通としましては、私どもセンターであるとか保健所に対して、電話相談の機会があるとか、来所の機会もありますよというようなことで、連絡先と体調の気づきを記載したリーフレットを職員面接時に配付したり、職員トイレにも掲示できるような形のものも作成し、配付をしているところがございます。また、発災1年後ということもありますので、記念日反応が出るということは、先行の自然災害でも分かっておりますので、それを1年を前にした今年の8月、リーフレットにしまして、それを提供しているということ、それから期間が経るに従って、飲酒問題というのにも出るということが言われておりますので、そういったものもリーフレットを作成しているところがございます。

3番の職員面接ですが、厚真町と安平町については、こども園の職員を除く全職員を対象に、医師と保健師がペアになりまして、健康管理における面接を行っておりますし、むかわ町については、衛生管理者が選定した職員に対して、面接を行っております。それぞれ、この方は要注意だなということであるとか、あとで出てきます職域でのストレスチェックで高ポイントになった方に対する職員面接ということも行っているところがございます。それは継続、現在までしておりますし、安平町については、来月から継続者については、二回目の面接ということをご予定しております。

続きまして、4番のメンタルヘルスに関するスクリーニングと事後支援というところですけど、3町については、ストレスチェックを活用しているところですし、むかわ町につきましては、先日PTSDの簡易スクリーニング、3項目のスクリーニングという簡易なものがありましたので、これを全職員を対象に行っておりまして、それで陽性になった方5名ほどいらっしゃったんですけど、その方に対しては職員面接を行って、PTSDと診断できるのではないかとこの方については、医療機関に繋げていくという予定になっております。5番目の健康教育というところですが、メンタルヘルスについての講話やリラクゼーションの訪問の紹介となっております。これも発災1年付近から重点的にやっているということがございます。厚真町については、2日に分けて計5回ですね、全職員さんの方には参加していただきたいということで、一度で全員を集める方式ではなく、各課で順繰りできていただくという形で5回に分けて、1回30分の講話を行いました。安平町の

ほうは、昨年度1度ですね、2度目として8月に行っております。これも2日に分けて1回90分のを4回行っております。むかわ町については、11月と書いてありますけれども、これは誤記で今月10月に行いました。これは穂別地区とむかわ地区で1日ずつで、どちらも2回ずつということで1回90分の講話を行っているところでございます。

次は、6番のリラクゼーションスペース設置ですけれども、昨年発災時には、作業療法士が欠員だったのですが、今年の1月に充足されましたので、その作業療法士が中心となりまして、リラクゼーションスペースを設置しております。これは5番で申し上げた健康教育の場に設置していたりであるとか、3番での職員面接と合わせて設置したりとかで、どのようなことをやってるかという、リラクゼーションの体験とかストレッチ方法をご紹介したり、それから作業療法士のホットパックやハンドマッサージを行ったりしているところでございます。以上が今までの経過ということですよ。

3番の今後のことですが、現在、各町の事情に合わせて支援の企画しているということですが、申し上げたように少し違いはあるのかなと思っております。2つ目ですが、長期的な職員支援の必要というのは、東日本震災であるとか熊本地震で引き継がれておりますので、何らかの形で長期的には継続していかなければならないのだらうなと思っております。一方で、精保センターのマンパワーというのはさほど多くはないということもありますので、地域や障がい者保健福祉課と相談しながら効率的な実施をしていきたいなと思っております。以上でございます。

久住会長

ありがとうございます。ただいまのご報告にコメントいかがでしょうか。

矢部委員

質問というか聞いてみたいなのかなと思っておりますけれども、資料2-2のリラクゼーションスペース設置の中にストレッチ呼吸法とWRAPというのが入ってきて、実際にWRAPをこういう災害現場で取り入れるっていうのをあまり聞いたことがなかったのですけれども、どういう効果だったのか、参加された方の雰囲気だったり感想だったり聞いてみたいというふうに思いました。

岡崎所長

ご質問ありがとうございます。申し訳ありません。どのような効果があったのかということについての評価というのは、まだできていないなというふうに思っています。意見についてもアンケートとかとっているわけでもないの、今、いいご質問だと思って思いましたので、担当者のOTですけれども、現に聞いてみようと思っております。

久住会長

他にはいかがでしょうか。他にございませんでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは議題3に移りますけど、北海道におけるDPAT体制整備についてということで、事務局からお願いします。

森下主査

精神保健グループの森下と申します。資料は3の資料になります。DPAT体制整備に係る取組と今後の進め方について、ということでDPAT体制整備につきまして、平成30年度から、検討会議において、本格的に検討を始めてまいりました。そのことから平成30年度の検討状況と検討結果を踏まえて、令和元年度どのように進めていくかということについて、ご報告させていただきたいと思っております。平成30年度は検討会議を3回開催しております。検討内容は、具体的な項目につきましては、表のほうに記載をしているところでございますが、主にですね、平成30年度につきましては、DPATの設置運営要綱とDPAT活動マニュアルにつきまして、主に皆様と検討させていただいた経過がございます。検討結果についてですが、北海道DPAT設置運営要綱案の承認をいただいたことと、北海道DPAT活動マニュアル案につきまして、次年度も引き続き協議を行っていくということになりました。2つ目の黒ぽつですが、北海道DPAT体制整備の推進ということで、やはり北海道広域でございますので、先遣隊の設置は必要だろうというふうに委員の皆様からご意見をいただいているところでございます。また、北海道としても北海道DPATのチーム編成を行っていくという方向性が出されました。今後の検討課題としまして、DPATと心のケアチームとの棲み分けについての協議が必要となりまして、次年度以降、検討をしていくことになったところでございます。2つ目の今後の進め方につきまして、今年度のDPAT検討会議の開催日と検討内容を記した表になります。第1回目は5月に開催しております。このときは北海道のDPATマニュアル案についてと統括者についてとあります

が、現在、統括者が道立精神保健福祉センターの岡崎所長が、北海道として統括者1名が登録をされているところでございます。広域な北海道で統括者が1名ということではなかなかやはり活動が難しいところもございまして、複数統括者を任命できるというようなところで検討していたところでございます。DPATの編成案ということで、DPATの編成と先遣隊の設置について、事務局から提案をさせていただきまして、ほぼほぼDPATを編成していくというような方向性で今進めているところでございます。第2回目が、10月7日に開催したところでございます。この回では、北海道DPAT設置運営要綱及び北海道DPAT活動マニュアル案ということで協議をしております。統括者の登録について、北海道DPAT研修について、今後の予定について、ということでこの4項目について、検討をしたところです。北海道DPAT研修会をですね、今まで北海道としてはDPAT研修会の開催は行ったことが今までなかったもので、北海道としては始めて行う研修会を11月23日土曜日に開催する方向で、今進めております。第3回目の検討会議を年が明けた1月から2月に予定しているところでございまして、第3回目の会議ではDPAT研修の結果報告、北海道DPATのチーム編成、令和2年度の予定について、というような議題を予定しているところでございます。下の白丸の検討内容についてですが、設置運営要綱及び活動マニュアルにつきましても、検討会議として承認をいただいたところでございます。今後、道としまして正式に決定手続きを進めまして、関係機関に通知をしていきたいと考えております。また、DPAT北海道の統括者についてですが、設置運営要綱に基づきまして、複数名任命することとし、新たに今年度、DPAT統括者の研修を受けられた北海道大学の成田尚助教を任命いたしまして、検討会議で了承を得たところでございます。DPAT研修につきましては、2枚目に付いております別紙プログラム案により、実施をするということで検討会議でも承認をされたところでございます。後日、関係機関に開催案内を発出予定というふうにしております。今年度は、研修の初年度の開催ということもございまして、いろいろな機関の方にももちろん受講していただくのが望ましいところでございますが、今年度は、精神科を標榜しております病院医療機関の方にご案内をさせていただきまして、受講のほうをお勧めしていきたいと考えております。以上になります。

久住会長

はいありがとうございます。ご質問、コメントいかがでしょうか。これも早く作らなきゃとあって、去年は会議の日が地震に見舞われたということもあって、早く体制を整えた方がいいじゃないかなと思うんですけど。これ、いつ頃、案内が回るんですか。DPAT研修の。もう1か月前ですけど。

森下主査

なるべく今週中に発出を思っております。

久住会長

はい。他にはいかがでしょうか。はいどうぞ。

河西委員

この会議の検討委員会のメンバーなんですけど、会議の時にいろいろと事務局のほうとやりとりして、その後札幌医大でも来ていただいて話をし、そこでの話をさせていただくことなのですが、第2回の検討会には出られたのですが、他には出られていない状況で、簡単に言うと、大事なことが割とささっと決まってしまうのが心配だという話なんですけど、11月の検討会時には、そこまでは道の体制整備なので、道立病院とか道のセンターもそうなんですけど、そういうところを中心に整備をしていくのだろうという話になっていたのが、そうはいつても北海道内いっぱい病院がある中で、道立の例えば、向陽ヶ丘病院とか、緑ヶ丘病院、そういうとかばっかりに、うちの大学もそうですが、負担が来るのはなかなか厳しいだろうと、そうしたら広げるべきだと話になったのですが。

その流れとしては私は好ましいとは思っているんですけど、例えば今日いらしていませんが、旭川医大の千葉教授とか3医育大学もあることもあったりとか、精神科病院協会は今日、池田会長がいらっしゃっておられますけど、それぞれの団体としてどういうふうに参加していくのかとか、そういうところの根回しって言ってしまった水面下みたいになりますけど、根回しじゃなくてももうちょっとしっかりと話し合いがあったほうがいいんじゃないかなというのを意見しました。

やっぱ医育機関は、今は久住先生と私がこの会で2人ですけども、教育っていうのもあったりとか、もちろん診療もありますし、地域貢献業務とか、わりと複数のことをやっている中で、災害起こったときに、ここの医育機関はどうやってやるかというところで、

大規模なときには受け入れる病院だったりもするわけですし、そういう何か災害の規模に応じてとか、こういうときにはどこの団体がどういうふうに動いているのかというシミュレーションとか、もうちょっといろんな検討したりとか検討するためにはいろんな団体と話をしたりとかをしないといけないんじゃないかと思っていて。それぞれ出てくる議題に関しては、特に反対する理由もないんですけども、わりとさっと決まっていってしまう、それで研修会がいきなり10月の検討会で来月やりますよって言われてですね、1か月先の予定なんてなかなか急に合わせることもできない中で、受けたところはどうか、お話によるとトライアウトを作って派遣できるようなメンバーをなるべく早く作っていくことみたいなんですけど、じゃあいけなかった人は今度いつ受講できるのかとかってこともないまま進んじやって、受講者の数もある程度想定して、これぐらいの人が来ますという見積も全然されていないって聞いていますけど、本当にさささっといっちゃっていいのかなとこがあって、それでそういうふうな意見を会議で言ったら道からも来ていただいた。そんなやりとりがあったこともこの会議でお伝えしておきたいと思って手を上げました。何がいいとか悪いとかではなく、コメントです。

久住会長

はい、ありがとうございます。入念な準備がいるってことは確かですけども、一方でスピード感も求められるという、両方のことをきちっとやっていかなきゃなんないということかと思えます。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。よろしいでしょうか、それでは、次の議題4、北海道ギャンブル等依存症対策推進計画等について、こちらも事務局からお願いいたします。

森下主査

資料4-1の北海道ギャンブル等依存症実態調査結果報告書案を、こちらの資料をお手元をお願いいたします。まずこの実態調査の趣旨について、ご説明をさせていただきます。道では、ギャンブル等依存症対策基本法に基づく道のギャンブル等依存症対策推進計画の策定に向けまして、有識者などで構成する推進会議を平成31年3月に設置をいたしまして、現在も協議・検討を進めているところでございます。この度、道の推進計画を策定するにあたりまして、道内の精神科標榜医療機関及び相談機関等に対しまして、ギャンブル等依存症に係る対応状況について調査し、ギャンブル等により生じている問題等の実態を把握し、道の推進計画の策定や今後の依存症対策の検討に資するため実施しました。

調査期間についてですが、医療機関及び相談機関については、令和元年7月16日から31日まで、当事者団体等については、7月26日から9月13日までに、調査対象期間については、平成30年4月1日～平成31年3月31日の間です。

続いて、調査項目とその回答についてですが、問1の貴院においてギャンブル等依存症の受診に関する年間問合せ延件数はどの程度ありますか、正確な件数を把握している場合は、その数値もお願いします。回答のあった205件のうち、問い合わせがあった医療機関の数は、69機関（33.7%）で、そのうち1～10件が54件と約8割を占めているが、最も多い医療機関では50件の問い合わせがありました。

問2の一般的な対応として、ギャンブル等依存症に関するお問い合わせがあった場合の貴院における対応についてですが、こちらは複数回答が可能となっており、問い合わせがあった場合の主な対応としては、依存症専門医療機関への紹介が最も多く、次いで精神保健福祉センター、保健所への紹介となっていました。

問3の貴院において、平成30年4月～平成31年3月にギャンブル等依存症で受診等された方に関し、患者数（通院・入院別）及び主要因となったギャンブル等の内訳を、また、ネット購入者数もわかる範囲で記載してください。通院延患者数は2,435人、うち男性が2018人、女性が417人、通院実患者数は212人、うち男性が180人、女性が32人と、男性が8割以上を占めており、年齢別では、男性は30代が最も多く、女性では、40～50代で半数を占めていました。ギャンブル等の種別では、全体でパチンコ・パチスロが83%で、次いで競馬が12%となっており、女性については、パチンコ・パチスロが100%となっていました。

ネット購入者の年齢層については、全体の割合は少ないが、年齢層は20～30代が多く、全年齢層に見受けられ、ネット購入者のギャンブル等種別については、ネット購入者は、競馬のみにおり、割合は約4割と高くなっていました。

次に、③-1と③-2について、貴院が想定するギャンブル等依存症の治療の望ましい通院治療期間と実際になされた平均的な通院治療期間についての回答についてですが、医療

機関が想定する望ましい通院治療期間は、回答のあった40件のうち、「1年以上3年未満」が最も多く、次いで「3年以上」となっており、一方、医療機関における実際になされた平均的な通院治療期間は、回答のあった30件のうち、「3年以上」が最も多くなっており、医療機関の想定よりも通院期間が長期化する傾向が見受けられます。

④のギャンブル等依存症で通院された患者さんの中で、医療を自己中断したと思われる方はどのくらいの割合についてですが、通院を自己中断したと思われる方は、回答のあった22件のうち、「自己中断がない」が8件である一方、自己中断が50%を超える医療機関が同数となっている。

次に入院についてです。入院患者数の実人数についてですが、入院された方は、11名であり、うち男性が10名で、70歳以上を除く全年齢層に見受けられました。また、ギャンブル等の種別では、全体でパチンコ・パチスロが64%で、次いで競馬が27%となっており、女性1名については、パチンコ・パチスロとなっています。

③-1と③-2について、貴院が想定するギャンブル等依存症の治療の望ましい入院治療期間と実際になされた平均的な入院治療期間についての回答ですが、医療機関が想定する望ましい入院治療期間は、回答のあった23件のうち、「1月以上6月未満」が最も多く、一方、医療機関における実際になされた平均的な入院治療期間は、回答のあった13件のうち、「1月以上6月未満」が最も多く、医療機関の想定と実際の入院期間に大きな乖離はありませんでした。④のギャンブル等依存症で入院された患者さんの中で、医療を自己中断したと思われる方はどのくらいの割合についてですが、入院を自己中断したと思われる方がいたのは、回答のあった8医療機関のうち2医療機関である。

(2)のギャンブル等依存症と診断した場合、その後の主な治療や対応については、「依存症専門医療機関へ紹介」が最も多く、次いで「GAなどの自助グループへの参加勧奨」「精神保健センターへ紹介」となっております。

(3)のギャンブル等依存症と診断した方で、併存する精神障がいがあるのは79名で、「うつ」が最も多く、次いで「アルコールや薬物依存症」、「発達障がい」となっており、「その他」では、パニック障害、適応障害などが多い。

(4)の触法行為や自己破産を経験している患者の対応については、「どちらも対応はない」という医療機関が約8割を占めており、触法行為・自己破産の対応ありの医療機関がそれぞれ1割となっています。

(5)のギャンブル等依存症の治療全般に当たっての課題や困難なことがありましたら記載については、「特になし」は79名で、「ある」は34名で、主な意見は、精神科医として、ギャンブル等依存症の治療トレーニングを受けたことがないので、対応方法が分からない、問題が多く、医師一人の小規模診療所では対応できない、専門的な治療体制が必要、ギャンブル等依存症の専門治療を行うにあたっての診療報酬面での支えがないなどとなっております。

4のギャンブル等依存症対策に関するご意見等がありましたら記載くださいについての主な意見としては、専門医療機関または相談窓口のパンフレット等があれば紹介しやすい、相談窓口を広げ、早い段階で本人や家族が相談に来れるのが望ましい、当院においてもギャンブル等依存症の患者の受け入れ実績ほとんどなく、職員の疾病理解・支援技術も十分とは言えない、ギャンブル等依存症の治療・支援に従事するスタッフの養成も課題であるなどとなっております。

次に、相談機関についてです。有効回答数は516となっております。まず、1(1)貴機関の相談を受けた中でギャンブル等が関係する相談事案についてですが、相談実績「あり」と回答した機関は、約14%、相談実件数は、男性248人、女性110人、合計358人で、男女比では、男性が女性の約2倍でした。

ギャンブル等問題相談件数については、多重債務問題が相談件数の約4割を占めており、次に貧困、DVとなっております。相談してきた者は、家族が178人で約5割を占めており、本人は130人で約4割である。ギャンブル等の種別に関しては、回答のあった相談機関では、パチンコ・パチスロが全体の約7割を占め、競馬が約1割、ネット購入者は、競馬で1件ありました。

ギャンブル等の種別ごとの問題については、競馬では、多重債務が52%と最も多く、パチンコ・パチスロでは、多重債務が多く、次いで貧困となっております。

ギャンブル等問題を起こしている当事者の年代については、男性では30~40代が多く、56%を占めており、女性では40代が多く、次いで70代となっております。

	<p>1年間で同一の案件で繰り返し相談されたものについてですが、1回だけの回答が半数を占めているが、2回以上も約半数あり、そのうち、10回以上の回答が3.9%となっており、同一案件で複数回、相談対応しております。</p> <p>ギャンブル等依存症が疑われる事案の相談にあたっての課題や困難なことの主な意見についてですが、ギャンブル等依存症の専門医療機関の情報がない、本人のギャンブル等依存であるという自覚がない事で解決に結びつけづらい、病識がない、本人に治療の意思がない場合の対応について苦慮している、GA、ギャマノン、治療可能な医療機関等の情報に触れる機会が少ない、家族は抱え込みやすく相談へつながるまでに時間を要することが多いなどです。</p> <p>ギャンブル等依存症対策に関するご意見等についての主な意見ですが、ギャンブル等依存症の対応について学習する機会が少ないため研修会があれば参加したい、基礎的な相談対応研修や専門機関を知る機会があるとよい、ギャンブル等依存症を疾病・治療対象と捉えていない方が多いと感じる、一般・関係職員に対する啓蒙を継続して実施する必要があるなどでした。</p> <p>資料4-2については、北海道ギャンブル等依存症対策推進計画（仮称）の骨子案についてです。こちらについては、これまでと同じ内容ですので、説明は割愛させていただきます。また最後の資料は、北海道ギャンブル等依存症対策推進計画骨子案と国基本計画との対比表となっております。私の説明は以上となります。</p>
久住会長	はいありがとうございます。ご質問、コメントいかがでしょうか。
芦澤委員	<p>資料4にもあるが、医療機関が少ない。</p> <p>自分は専門研修を受けていないが、ギャンブル等依存症対策の専門家といわれている。短い期間で調査をしており、大変だったと思う。</p> <p>診療報酬があれば、モチベーションも上がる。</p> <p>実態調査の4頁を見ると、相談を受けた医療機関の半数近くが「依存症専門医療機関」を紹介しており、関わっていない。</p> <p>大がかりな、いわゆる重厚長大的なものではなく、草の根的な取組を進めるよう検討すべきである。</p>
畑島課長	医療提供体制の充実ということで、要望をしていく
芦澤委員	ギャンブル等依存症患者は、依存症が疾病として認識しておらず、相談や受診につながっていない。
西村委員	家族会として、家族の人が苦しんでいることが多い。推進計画にもそのことを反映してもらいたい。回復支援施設に力を入れることが大切だと思う。
畑島課長	そのような方向で考えていきたい。
向井委員	ギャンブルの治療拠点が少ない。専門医療機関をどのように増やしていくか。
畑島課長	拠点治療期間や専門医療機関については、29年度に国が選定基準を示しており、この基準に基づいて、選定を進めることになる。
向井委員	ギャンブルという認識がないので、治療につなげるのが難しい。
畑島課長	啓蒙が大きな課題。普及啓発を広めていくことで対応していく。普及啓発セミナーを実施することとし、今年度は道内6箇所で開催する。さらに、リーフレットの作成・配布も行う。
向井委員	ギャンブル等依存症対策については、ぱちんこやJRAなどの業界も、協力して取り組むべきではないか。

畑島課長	国において、業界の取組を基本計画に位置づけている。
加藤委員	グループホームに入居している方々をあまり金銭管理しすぎると、逆にストレスを抱えることとなる。事例研究の場があると良い。 ネット課金などの問題は、昔は存在していなかった。 子どもの時からギャンブル等依存症の危険性を教えることが必要。
畑島課長	貴重なご意見について、今後の施策検討等の参考にさせていただく。
芦澤委員	施設の人との信頼関係が重要。「ゆるい、ぬるい、甘い」ではダメ。責任は本人に返すことが重要で、一緒に考えていく、一緒に困るなどを経過することが必要
久住会長	よろしいでしょうか。ありがとうございます。以上で、議題を終わりましたが、4の「その他」について、事務局からありますか。
瀬下主幹	特にありません。
久住会長	全体を通して何かありますか。それでは、私から1つ。精神科救急について、別の会議にも委員として出席しているが、話を聞いているとそれは夜間休日等のことを協議する委員会のようなものであるかと認識している。地域性や方向性が定まっていないが、夜間休日に限らず、日中、合併症を含めて、精神科救急の体制をどのようにしていくのか。
吉澤主査	精神科の救急医療については、各救急医療圏域に対し、標準的な搬送基準や方針を伝えましたが、地域での救急体制に困難があるとの回答があり、引き続き、救急所管の危機対策課と、救急搬送の基準を協議していく予定。
久住会長	そのことについて、当審議会でも報告していただきたい。
吉澤主査	ワーキングの進捗に応じて、報告させていただく。
久住会長	他には、何かございませんか。
小西委員	先ほどの DPAT の研修会について、例えば DVD に録画して、関係機関に送付することで研修を受講したなどできないだろうか
森下主査	検討してみます。
久住会長	他には何かございませんか。それでは、本日の予定議事は全て終了しました。進行を事務局にお返しします。
畑島課長	久住会長ありがとうございました。会長並びに委員の皆様、本日は長時間に亘りご審議いただき、また、貴重なご意見をいただき誠にありがとうございました。なお、次回の審議会については、来年の3月頃を予定としております。開催前には、各委員の日程調整をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。 以上をもちまして、「令和元年度第1回北海道精神保健福祉審議会」を終了させていただきます。