

令和 2 年度第 3 回北海道精神保健福祉審議会部会でいただいた御意見
及び追加意見等と対応方針案

(1) 北海道医療計画の見直し素案（本体）について

※前回部会で回答済の内容は、網掛けにしております。

分野	委員	御意見	対応方針案
精神疾患の総患者数	向井委員	○アルツハイマー認知症などの患者数について、数字だけが独り歩きして気分障害やアルツハイマー認知症は減っているという印象を与えてしまわないよう、なぜ減ったのかの根拠や、前のものとは比較できないということを記載したほうがよいのではないか。	○ご指摘を踏まえ、患者調査に係る注意書きを追記しました。
	久住委員	○向井委員が言われた通り、えっ、と思うような数字なので、扱いは注意したほうが良いと思う。	
	内海委員	○（認知症の）総患者数が減少してるというのは実態をどうしても把握していないと思う。アルツハイマーの薬は長期処方が可能で、ほとんどが3ヶ月処方等になっているため、数字が独り歩きしないように、なぜこのようになっているのかという考察の部分も含めて、ただし書きや注釈があったら良いと思う。	
	中島委員	○アルツハイマー病だけでなく、気分障害やアルコールも数字が減少しており、他の疾患でも大分誤差があるので、その前のものと全く比較はできないということで、明記したほうが良いと思う。	○データがないことから、医療計画に盛り込むのは困難と考えております。また、高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画においても、医療の診断ベースの情報を盛り込むことは予定しておらず、困難と考えております。 ※なお、レビー小体型認知症を含む F02 に分類される認知症は、患者調査では、各原因疾患（G31 等）に分類されており、患者数の算出は困難。
	内海委員	○レビー小体型認知症の患者数がわかるのであれば、国とは違う形で付記として記載できればより有用なデータになるのではないか。	
	直江部会長	○1 ページに、主な疾患別で気分障害や統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害が多くなっていると書いてあるが、一方で、気分障害の患者数は減っているということだったが、これで問題ないか。	
			○過去と比較して増えているという趣旨ではなく、他の疾患と比較して患者数が多いという趣旨で「多くなっている」との記載にしていることから、このままの記載とさせていただきたいと考えております。

高次脳機能障がい	西村委員	○高次脳機能障がいの説明書きを削除したことについて他の病気では説明していないためとのことだが、高次脳機能障がいはなかなか理解してもらえないということがあるので、一緒にしなくてもいいのではないか。	○本文に記載いたしました。
	生駒委員	○確かにまだ十分高次脳機能障がいについての知識が行き渡っている状況ではないと思うので、何らかの説明はどこかに入れていただくのがいいのではないかと思う。	
退院率	加藤委員	○数値目標の退院率について、道として数値目標を出すのがまずは大事だと思うが、地域ごとで大分違いがあるかと思う。道でくってしまうと、誰も自分の地域の危機感あまり感じないのでと思うので、圏域ごとの退院率や目標値も書けば、各圏域ごとに遅れているのか進んでいるのが比較でき、より数値目標を上げてくのに、研究意識がそれぞれ高くなるのかなと思う。	○退院率の目標値は、現在、同時並行で策定している北海道障がい福祉計画の目標値を使うこととしており、障害福祉計画については全道一円の目標を定めることで進めているため、目標値を圏域ごとに出すのは難しいと考えております。 ○ただ、圏域ごとの実績が、ReMHRAD（精神保健福祉資料）に出ているため、今後対策を進める中で、目標値と比較して、各圏域の状況がどうなのかを意識しながら、進めていきたいと考えております。 ※参考資料 4 として、圏域ごとの値を添付いたしました。
地域移行	医療審議会	○精神障がい者の地域移行に関する取組が、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム構築」と大きくなってきているが、「ピアサポーター」や「当事者の自助グループ活動」の充実などについて、1 センテンスでもいいので記述できないか。	○精神障がい者の地域移行促進については、本年度策定作業中の障がい福祉計画において具体的な取組として位置づけ、ピアサポーターの活動等について記載しているため、医療提供体制の計画である医療計画では素案どおりの記述としたいと考えています。
PTSD	池田委員（北海道精神科病院協会会長）	○PTSD の「現状」の記述について整理が必要。原文では、「災害・犯罪・事故等によって直接的に精神被害を受けた者」が全て PTSD になるような書きぶりである。実際は「精神被害を受けた方 = PTSD 発症」ではなく、一定の時間をおいて PTSD が発症するし、もちろん、発症しない人もいる。また、「精神的後遺症に罹患」も表現がおかしい。このため、2 段落目については、「～身体被害（物理的外傷）はなくても災害・犯罪・事故等によって直接的に精神被害を受けた者も多数に上ると考えられ、その中には持続的な精神的後遺症が残り、重度の PTSD（外傷性ストレス障害）になる者も少なくありません。」などの文章にしてはどうか。	○ご指摘を踏まえ、修正しました。

発達障がい	○発達障がいの「課題」の「切れ目のない一貫した支援を提供する体制」という表現は適切か。	○ご指摘を踏まえ、策定作業中の障がい福祉計画と同様の記載に修正しました。
認知症	○認知症の「現状」中、「平成 37 年」と言う表現はそのまままでよいのか。	○「令和 7 年」に修正しました。

(2) 北海道医療計画別表 7 の見直し方針案について

※前回部会で回答済の内容は、網掛けにしております。

分野	委員	御意見	対応方針（案）
	中島委員	○ 児童・思春期精神疾患／発達障がい（心理師数） —児童思春期や発達障がいであれば心理師が必要だと思うが、実際その医療機関でその心理師が何人配属されてるのかといったことも届けてくれた方がわかりやすいのではないかと思う。	○ご指摘を踏まえ、追加しました。
	中島委員	○ 依存症 —アルコール依存症だったら集団療法をやるとか勉強会をやるとかそういったことも必要かと思う。	○ご指摘を踏まえ、集団療法について追加しました。勉強会については、院内スタッフへの勉強会という趣旨と考え、他の領域とのバランスの観点から反映していませんが、ご意見をいただければと思っております。
	三國委員	○ てんかん —てんかんという診療を考えると、精神科の先生はもちろん診療されているが、例えば小児科の先生が圧倒的に多い。そうすると A 1 よりは A 2 の方がはるかに実態としては多いが、そこに何も制限がなくて手挙げになると、かなり混乱するのではないかと危惧する。	○ご指摘を踏まえ、診療科を追加しました。
	内海委員	○ 認知症（基幹型認知症疾患医療センター） —C の都道府県の連携拠点機能のところ、認知症だけは認定しないと記載されているが、基幹型の認知症疾患医療センターが C に位置するもの。国においては、各都道府県に 1 ヶ所は基幹型に準ずる拠点を置くべきであるという議論がなされていることから、北海道でも、計画に記載すべきではないか。	○道としても整備に向けて取組の検討を進めていきたいと考えていることから、ご指摘を踏まえ、基幹型を含め、区分を記載する方向としました。
	内海委員	○ 認知症（画像診断が実施できる施設） —A 2 の鑑別診断実施できる施設の条件において、実際に現在センターには認定されていないけれども、センターと同じような診断機能を持っている病院というのは結構あるので、画像診断を連携した医療機関でできるという条件を加えてはどうか。	○ご指摘を踏まえ、追加しました。

西村委員	<p>○認知症（かかりつけ医研修受講について）</p> <p>—かかりつけ医研修を受けた医師がいる病院等も別紙 2 には入っているということでしょうか。</p>	<p>○現行の別紙 2 は手挙げ制のため、研修を受けた医師が入っているかどうかは把握できておりません。</p>
黒川委員	<p>○児童・思春期精神疾患（小児科標榜医療機関の追加）</p> <p>—児童・思春期精神疾患のところでは、A 1 に該当するところに、発達障がいと同じように、思春期精神疾患の診療を行う小児科標榜医療機関がいると思う。</p>	<p>○ご指摘を踏まえ、診療科を追加しました。</p>
生駒委員	<p>○高次脳機能障害（リハビリの追加）</p> <p>—高次脳機能障害のところではリハビリテーションという言葉がないというのが非常に違和感がある。高次脳機能障害についてはリハビリは社会復帰を図る上で非常に重要なものとなっているので、例えば、すでに書いてある記載に準じて考えると、A 1 を精神科標榜機関とリハビリテーション科標榜機関、A 2 を、高次脳機能障害に対するリハビリテーションが実施できる、B 1 をリハビリテーション科病棟を有する等になるかと思う。診療報酬上の制度の点でも、高次脳機能障害でリハビリが重要であるということが認識されていると思うので、そういうところを医療計画にも反映していただければと思う。</p>	<p>○ご指摘を踏まえ、要件を追加しました。</p>
内海委員	<p>○依存症（ゲーム依存症）</p> <p>—お子さんたち、若者たちのゲーム依存が、最近非常に多くなっているんだろうと、今後本当に増えていくんだろうと思う。そうした場合、一般の方たちがここに駆けつけるとか、医療機関同士ここに紹介すればとかという情報が欲しいと思う。</p>	<p>○今回は、今の医療計画の中間見直しであるため、疾患の区分については、現状をまず踏襲したいと考えています。ゲーム依存については、国においても検討会を立ち上げ検討を進めている段階で、いずれは何らかの方法が示されると考えられることから、次回の改定の際に盛り込めるかどうかといった形で考えていければと思っています。</p>
高橋委員	<p>○全体（検査機能）</p> <p>—検査として認定されているかどうか、実質的にその検査と同等の検査機能を有しているかどうかというのを医療者としては一番知りたい。具体的には、例えば画像検査であれば C T や M R I のみならず、R I 検査ができるかどうか、或いは、それに付随して脳波検査ができるかどうか。心理検査に関しても、公認心理師の資格を持っていても、必要な検査ができない方も実はたくさんいらっしゃるため、例えば、発達障がいであれば、統合失調症との鑑別であれば、操作がきわめて複雑なロールシャッハができるかどうか、或いは高次脳機能障がいであれば、操作が複雑な一部の失語症検査ができるかどうか</p>	<p>○ご指摘を踏まえ、要件を追加しました。</p> <p>画像検査について、認知症の箇所に記載いたしましたが、他の領域にもまたがるようでしたら、その旨ご意見いただけますと幸いです。</p> <p>心理検査について、御指摘のあった検査のみ記載しましたが、他に必要な検査について、後意</p>

	<p>わかるとありがたい。</p>	<p>見いただけますと幸いです。</p>
向井委員	<p>○全体（A 1とA 2の関係性）／認知症／気分障がい</p> <p>—例えば認知症にしても気分障がいにしても、必ずしも精神科標榜医療機関でないところでも、診療されてるところもあるのではないかと 思う。その場合に、そういうところが出てこなければ、その人たちは診 れないような、実際診てもいいのだろうが、なかなか診療しづらいのか なと思う。そうするとA 1とは別にA 2があってもいいのかなと思う。</p>	<p>○ご指摘を踏まえ、診療科を追加 しました。</p>
黒川委員	<p>○全体（A 2・B 1の区分方法の見直し）</p> <p>—A 2とB 1について、例えば認知行動療法は①で、mECTは機能 の①というのではなく、全部①②③④としてしまうなど、A 2とB 1を分 けずに、1つの項目にしてはどうか。</p>	<p>○ご指摘を踏まえ、A～Cの区分 をやめ、医療機関間の連携に資 する機能については一つの区分に まとめました。</p>
久住委員	<p>○全体（A 1・A 2・B 1の区分方法の見直し）／統合失調症</p> <p>—A 1・A 2・B 1の区別がはっきりしていないという印象。右に行くほ ど、少しハードルが上がる・絞られていくという考え方をするのであれ ば、A 1は手挙げしたところ、A 2は例えば、入院施設があって、少 し入院で治療できるところで、B 1はさらに、少し治療が難しい特殊 な治療ができるような感じ整理をすると、例えば、今、 B 1の③に入っている有床はむしろ、A 2のほうにおろしたほうが いいのかなという気がする。他の疾患も結構B 1のところの有床が入っ ていたりするため、A 1・A 2・B 1の区分の仕方について、傾斜が 一環してつくように考えるか、別の表示の仕方をするのか、その辺の 工夫が必要かなというふう感じた。</p>	<p>○ご指摘を踏まえ、全体の区分の 仕方を見直しました。</p>
内海委員	<p>○全体（A 1・A 2・B 1の区分方法の見直し）／PTSD／ 摂食障がい</p> <p>—例えば、うつ病のところでは、A 2のところはC B T（認知行動療 法）のことが載っているが、同じようにC B Tが効果があるといわれ るPTSDや摂食障がいには載っていないなど、これはどういう基準 でやったのかなと思った。公平に、段階にしていくんだったらちゃんと調 整する必要があるだろうと思った。</p>	<p>○原案では、国の指針において「認 知行動療法が実施できる医療 機関を明確にすべき」旨が記載さ れているうつ病・躁うつ病のみに 記載しておりましたが、ご指摘を 踏まえ、診療報酬上認められて いるPTSD・摂食障がいにも記載 しました。</p>
直江部長	<p>○全体（公表による影響）</p> <p>（事務局：例えば、掲載された医療機関に患者が集中し、結果、 診療が困難になるといった弊害がないかということも気にしている。その あたりもし、ご意見があればぜひ教えていただきたい。）</p> <p>—この点については、ここでなかなか議論はいかないと思うので、実際 にみている医療機関の方に個別に一度議論をされた方がよいのでは ないか。また、差別化をすることによって、本当に正しいんだろうかとい うようなことだと思う。こういうことについて、個々に相談するなり、或 いはその疾患の専門家の方で話し合うようなことについて、事務局の</p>	<p>○医療機関をリスト化するにあつ ては、同意を得た上で医療機関 の名称を掲載したいと考えてお ります。</p> <p>また、今回意見をいただいた 後に、必要に応じて領域ごとに 個別に委員の皆様にご相談する などして、整理を進めたいと考 えております。</p>

		方はどう考えているか。	
	久住委員	<p>○全体（公表範囲・方法）</p> <p>—こういう区分は医療機関同士が連携する上で、情報としてきちっと整理されてるということは必要だと思うが、そのすべてをすべての方に見れるような形で出し切ってしまうのは本当にいいのかわかるとは、先ほどのことも含めて検討したほうがいいのではないかと。こういう資料を作って、医療機関同士の連携に有用に使うということは絶対的に必要だと思うが、その公表の仕方についてもひと工夫は必要かと思う。</p>	○ご指摘を踏まえ、別表7は患者向け（公表/患者の選択に資する情報）とし、別途、医療機関向け（非公表/医療機関間の連携に資する情報）の表を作成する方向で案を作成しました。
	内海委員	<p>○全体（公表範囲・方法）</p> <p>—これを公表する意図というか、どういう効果があるかというか、例えば自分が患者だったら何でもやっているとどこに行くかと思ってしまう。それがどういう意味かわからなければ、A1よりもA2を選んでいくというのは患者の心理としてあるんじゃないかなと思うので、こういう公表の仕方をする事での影響力やその効果を考えたときに、それがどういうことになっていくのかということを考えていた。</p>	
	高橋委員	<p>○全体（公表範囲・方法）</p> <p>—別紙4のような形は一見して機能の有無がわかるのでいいと思うが、患者さん用に提示される用と、医療者が見れる専用のサイトと分かれていた方がもしかしたらいいのではないかと思った。</p>	
追加意見	加藤委員	<p>○全体（公表範囲・方法）</p> <p>—他のご意見にもありましたが、この2つの方針に対して、患者・家族向け、専門医療関係者対象として、結果として2つの表に分けて表現されるとより良くなると思いました。</p>	
		<p>○統合失調症／うつ病／依存症等</p> <p>—資料3からも、見直し方針として、「患者の選択に資する観点」と「医療機関の連携に資する観点」の2つが挙げられております。しかしながら、分類の内容は専門性が強く、患者や家族、一般の関係者が選択の参照するには難しい内容と思われまます。患者や家族の視点で考えると、統合失調者やうつ病、アルコール等の方には、精神科デイケア（ナイトケア）が併設されているか。地域医療連携相談室等が設置されているか、そこには、精神保健福祉士が配置されているか。などが患者・家族や福祉サービス事業者が連携を行うにあたり資する内容かと考えます。</p>	○ご指摘を踏まえ、デイケア・ナイトケアの併設、地域医療連携室の設置については公表する情報として、精神保健福祉士の配置については必ずしも公表されていないと思われること等から、非公表情報として記載しました。
追加意見	岡崎所長	<p>○統合失調症</p> <p>—統合失調症については、CPMS（クロザリル患者モニタリングサービス）における登録医療機関（原則として入院を要する治療導入を行える機関）をB-1に、これまでのB-1②はA-2にというほうが良いのではないかと。（公表に同意された医療機関名がネットで公開されている）（抗精神病特定薬剤治療管理料はかかりつけ医（クリ</p>	○ご指摘を踏まえ、CPMS登録医療機関であることを要件に追加しました。

	ニック)でも頑張れば手が届くものの、CPMS 登録医療機関はかなりハードルが高いため。)	
	○ 認知症 —認知症の A-2 のところで、画像検査の話があったが、画像検査としては CT、MRI、RI 検査（認知症関連では、SPECT や DAT-SCAN)があると思う。一つの議論として、それを CT だけでも（自院あるいは連携先が）満たしていればいいのか、レベル別にするのは検討すべきではないか。	○ご指摘を踏まえ、それぞれの検査が実施できるかがわかるように修正しました。
	○ 依存症 —依存症については、記載を単に専門医療機関ではなく、種別を専門医療機関（アルコール）などすべきではないか。	○ご指摘を踏まえ、専門医療機関の記載を修正しました。
	○ 精神科救急・身体合併症 —「精神科リエゾンチーム」を有する病院（ストラクチャー指標になっている）は、手上げがあれば公表すべきではないか。（B-1 のイメージ）	○ご指摘を踏まえ、追加しました。
	○ 災害精神医療 —DPAT 先遣隊は「都道府県連携拠点」という軸にはなじまないのではないか。	○災害精神医療については、公表情報として DPAT 設置医療機関を記載することと致しました。
	○ PTSD等（認知行動療法） —認知行動療法がうつ病・躁うつ病以外の疾患にも記載すべしとのご意見があった件について、参考資料 3（※今回部会資料 3 - 6）によれば、うつ病・躁うつ病以外にも診療報酬上認められているため、その部分についてはそれぞれの疾患の A-2 に項目立てしても良いのではないか。	○ご指摘を踏まえ、診療報酬上認められている PTSD・摂食障がいにも記載しました。

以上