

第2回精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ

日時 令和2年10月2日(金)

16:00～

場所 AP新橋4階Dルーム

○児島精神・障害保健課精神医療専門官 定刻になりましたので、ただいまから「第2回精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」を開催いたします。本日の司会進行をさせていただきます精神・障害保健課の児島と申します。

会場及びオンラインで御出席いただいている構成員の皆様方におかれましては、貴重なお時間を確保いただきまして誠にありがとうございます。本日の会議は、新型コロナウイルス感染症拡大予防の観点から、オンライン会議システム Zoom を活用しての実施とさせていただきます。

それでは、本日の構成員の出席状況について報告させていただきます。全構成員のうち、会場にお越しいただきました構成員が5名、オンラインでの御出席は5名となっております。個別の参加状況については座席図を御確認いただければと思います。また、松本構成員におかれましては、遅れてオンラインで御出席いただく予定となっております。

本日の資料を確認させていただきます。会場に御出席いただいている皆様におかれましてはタブレットの資料を、オンライン参加の皆様におかれましては事前に電子媒体で送付させていただきました資料をそれぞれ御確認ください。

資料は、座席図、議事次第、資料1「精神科救急医療体制整備に係る基本的事項(その2)」、資料2「精神科救急医療体制整備事業等調査(案)」、資料3「杉山構成員(日本精神科救急学会)提出資料」、参考資料1「精神科救急医療体制を整備するための手引き」、参考資料2「開催要綱・構成員名簿」、以上となります。資料の不足等ございましたら、事務局にお申し付けください。

また、傍聴の方については、同様の資料を厚生労働省のホームページに掲載しておりますので、そちらを御覧いただきますようお願いいたします。

続きまして、オンラインを含めた本日の会議の進め方について御説明させていただきます。御発言いただく際には、会場及びオンラインいずれの構成員におかれましても、挙手をお願いいたします。オンラインでの御参加の構成員におかれましては、カメラは常に写る状態にいただき、発言しない時にはミュートにして、発言する時のみミュートを解除いただきますようお願いいたします。本日はチャット機能の使用は予定しておりませんので御了承願います。冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきますので、報道関係の方につきましては、撮影を終了いただきますようお願いいたします。事務局からは以上となります。

ここからは、藤井座長に議事進行をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○藤井座長 よろしく申し上げます。それでは、早速議事に入らせていただきます。

本日の進行ですけれども、事務局の資料説明のあと、杉山構成員からも資料を御説明いただき、その後にまとめて質疑の時間を設けたいと思います。

まずは、議事1「精神科救急医療体制における基本的事項の整理」について、関係する資料に基づき、事務局から御説明をお願いいたします。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局、課長補佐の友利でございます。私の方から説明させていただきます。

まず、資料 1「精神科救急医療体制整備に係る基本的事項(その 2)」を御覧ください。右下にページ数が記載されておりますので、そちらのページ数に基づきまして資料説明をさせていただきます。

1 ページ目、こちらは前回もお示ししました精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のイメージ図でございます。

2 ページ目を御覧ください。こちらでも前回のワーキングでお示しをしておりますが、各種指針、報告書を整理をした精神医療全体の提供体制のイメージ図です。

3 ページ目を御覧ください。精神科救急医療体制整備事業の全体図をお示しをしているものでございます。

4 ページ目を御覧ください。こちらが本ワーキングにおける議論の進め方ということで、前回これらの論点に沿って幅広く御意見を頂いたところです。

5 ページ目を御覧ください。ここから、今回のワーキングの資料として御説明させていただきます。前回、第 1 回のワーキングで構成員の先生方に幅広く御意見を頂いたところでございますので、項目を分けて整理をしてございます。

まず最初に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制の位置付けの確認ということで、大きな御意見を頂いております。

次に、課題の整理及び検討ということで、精神科救急に係る対象者像、精神科救急医療圏域の設定、地域における相談体制、6 ページ目ですが、精神科救急外来と精神科救急入院の役割、精神科医療施設の役割、身体合併症対応、かかりつけ医との連携、そして精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能、その他という形で御意見を頂いております。

5 ページ目に戻ってください。それでは、最初に救急医療体制の位置付けの確認というところですが、3 番目のマル、太字で記載をしておりますが、既存の精神科救急医療体制整備事業の枠組みの手前の段階の対応、いわゆる危機に至る前の地域保健の段階での対応を強化していく必要があるのではないかという御意見を頂いております。具体的には、地域の支援者やかかりつけ医の訪問や往診、訪問診療等が充実すること、そして地域の支援者が連携すること、こういったことにより、緊急的な入院に至る手前で、入院ありきではない支え方を検討できないかという御意見を頂いております。

次に、対象者像についてでございますが、こちらは幅広い方を対象にした方がいいのではないかという御意見を頂いております。

圏域の設定についてですが、2 番目のマル、地元の医療機関での対応が望まれるけれども、現状、医療機関が偏在する中で、どういように取り組む必要があるのか協議が必要であるということ。次のマルですが、日常的に面会に行ける医療機関ということを考えると、二次医療圏域内で医療を受けられるべきではないかといった御意見もございました。最後のマルですが、ただ、圏域の設定は地域の実情に応じて実現可能な方法で整備をして、

地域で対応できないということであれば、広域で対応する必要があるという御意見を頂いております。

地域における相談体制についてでは、受診前相談のシステムについても重要だという御意見を頂いております。具体的には、精神科救急情報センター、24 時間の精神医療相談窓口が現在ございますけれども、地域によって運用状況が異なっているという課題もございますので、情報センターや相談窓口の設置の考え方や危機介入の程度等について、具体的に調べていく必要もあるのではないかと御意見を頂いております。

6 ページ目を御覧ください。外来と入院の役割についてです。まず、診療所についてですが、診療所の中には休日・夜間診療を頑張っているところもあり、精神科救急のほうについても、診療所としても協力をしていきたいという御意見を頂いております。

そして、この精神科救急医療体制整備事業の大半を占めている輪番制の医療機関についての課題ですが、昨今の働き方改革という現状があり、例えば指定医がその日、救急で当直の勤務をした場合、翌日には外来診療ができないという状況もございます。そうしますと、輪番体制の維持をすることも困難ではないかという現状、課題を頂いております。また、精神科救急入院料を算定しているような病棟であっても、24 時間 365 日、多様な所からの受入れに対応する場合は、その業務量に対して人員が不足しているという御意見も頂いております。

次に、精神科救急医療施設の役割等についてです。1 つ目のマル、身体合併症の対応については、精神科医療機関の多くは精神科単科の医療機関でございまして、なかなか身体合併症について受け入れることが困難な実情があるという御意見を頂いております。一方、一般の科から見た場合、やはり精神合併症の対応に苦慮することがあるということで、例えば搬送先の決定に困った事例はないか等々について、可能な限り実態も把握する必要があるのではないかと御意見を頂いております。次のマルですが、一般と精神科、お互いを支援する連携システムも考えていいのではないかと、その 1 つの例として、ICT の活用があるのではないかと御意見を頂いております。

続いて、精神科救急医療体制連絡調整委員会についてです。1 つ目のマル、各地域の資源の把握、見える化といったことを進めることで、具体的な連携方法を作る必要があるということ、その上で、この委員会の役割が大きいのではないかと御意見を頂いております。ただ、委員会は年に 1 回から数回程度の開催で、コンセンサスを得る程度で留まるところもございますので、やはり自治体、自分の地域の精神科救急医療に関する評価について、一定の基準を設けてはどうかという御意見を頂いております。そこに関連して、常時対応型については、24 時間 365 日断らずに対応している実績を含めた評価基準に基づいた考え方も推進するべきではないかと御意見も頂いております。

それでは、次に 7 ページ目を御覧ください。平成 28 年度の障害者総合福祉推進事業の中で、この精神科救急医療体制整備事業の課題について、調査研究を行ったものでございます。そちらの報告書の中に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神

科救急医療の基本的な考え方・理念が、コンパクトにうまく記載されておりましたので御紹介をさせていただきたいと思います。2 番目のマル、太字の部分でございます。精神科救急医療の最も基本的な理念として、利用者や当事者の地域生活を前提に、万が一危機的な状況に陥った場合に即応できる医療資源として明確に位置付ける必要があるということ、そして、精神科救急医療の本質としては、空白地帯の許されないセーフティーネットとしての役割が求められていて、単に即応型の危機介入機能のみではなくて、地域全体を公平にカバーして、かつ医療外の資源とも連動して、あらゆる危機状況に対応する必要があるという形で、基本的な理念がうまくまとめられておりましたので、こちらで御紹介させていただきます。

次、8 ページ目をお願いいたします。8 ページ目以降では、精神科救急に関連したデータを幾つか提示をさせていただきたいと思います。まず、この 8 枚目のスライドですけれども、630 調査が出典になっておりまして、令和元年度の人口と精神科患者数、都道府県別、そして入院医療を除いた数についてプロットをしております。そうしますと、ある程度一定の相関関係が、人口と全患者数に見られるといったような傾向がございました。

次は、精神科救急医療体制整備事業における時間外の人口万対の受診件数と入院率を比較したデータになっております。こちらは厚生労働科学研究、出典に記載しておりますけれども、厚生労働科学研究の「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」を参考に、こちらのほうで記載をしたデータになっておりまして、都道府県によってばらつきがあるという状況が分かるかと思います。

次、お願いいたします。こちらが精神科救急医療体制整備事業における時間外の受診件数と人口をプロットしたものになっておりまして、8 ページで御説明しました入院患者数とは反対に、相関関係は見られずに大きくばらつきがあるという傾向がございました。

次、お願いいたします。精神科医療相談窓口への相談件数と、そこからの精神科救急情報センターへの紹介率ということで、御参考までにお示しをしております。こちらでも都道府県によってかなりのばらつきがございました。ただ、これによって更に議論を深めようといった場合には、なかなか手元に必要なデータがございませんので、第 1 回のワーキングでも御意見がありましたように、この相談窓口、救急情報センターについては、少し突っ込んだアンケートをして、現状をもう少し把握をした上で議論をした方がいいのではないかという御意見も頂いております。

次、お願いいたします。こちらは各都道府県の人口万対の時間外の入院件数をお示ししております。こちらも出典は先ほどと同様、厚労科研を参考にお示ししたものでございます。平成 22 年の中央値が 1.26、平成 30 年度が 1.71 という形で、年々少しずつ増加傾向になっていることが傾向として分かるかと思います。

13 ページ目ですが、こちらで論点をまとめております。大きく 2 つございます。上の 2 つですが、まず 1 つ目のマル、受診前相談、危機に至る前段階での支援の強化についてですが、地域精神保健における相談、かかりつけ精神科医等による診療、訪問診療、往診、

訪問看護による対応、そして障害福祉サービス等を活用した支援、こういったものの役割や機能について、具体的にどのようなことが求められるかというところを論点に置いております。そして、この受診前相談と 24 時間の精神医療相談窓口、精神科救急情報センター、外来対応施設、救急医療情報センター、精神科以外の他科の医療機関との連携について、どのように考えるかということで御意見を頂きたいと思っております。

2 番目のマルです。こちらについては現在、精神科救急医療体制整備事業におきまして、精神科の救急医療体制の整備が行われているところでございますが、外来対応施設、常時対応型、病院群輪番型、身体合併症対応施設それぞれにおいて、どのような役割や機能が求められるのか御意見を頂きたいと思っております。そして、この利用施設の役割や機能を考えた上で、都道府県、指定都市においては、どのように精神科救急医療体制を整備すべきかという論点もございます。ちなみに、第 1 回のワーキンググループでは、精神科救急医療施設の設置について、指標や評価に基づくべきといった御意見もございまして、委員会の役割がますます重要と指摘されております。

最後のマルですが、先ほども申し上げましたが、24 時間精神医療相談窓口や精神科救急情報センター等々について、都道府県、指定都市に対して調査を行うこととしてはどうかという形で論点をまとめております。調査内容につきましては、資料 2 を用いて後ほど御説明をさせていただきます。

14 ページ目を御覧ください。これまでの第 1 回の構成員の方々の御意見と論点をまとめたものが、こちらのイメージ図、素案としてお示しをしております。

ただ、緑の枠で囲っておりますけれども、まずは精神科救急医療体制連絡調整委員会等で協議をして、地域の実情に合わせて体制を構築する必要があるという前提がございます。下のほうの輪っかを見ていただきますと、緑の輪っかの方が受診前相談という位置付けになっております。そこから必要に応じて、外側にありますシルバーの輪っか、相談窓口、外来、輪番で対応するという流れを記載しております。そして、入院が必要な場合には、上のシルバーのリングのほうに移動しまして、常時対応型、身体合併症対応、病院群輪番型で入院の対応をするという記載をしております。そして、必要に応じて精神科救急情報センターが間に入って役割を担うということも記載しております。それぞれで他科の医療機関との連携も入ってきておりますので、右側に他科の医療機関という図を追記しております。

最後、15 ページのスライドをお願いいたします。先ほどイメージ図でお示しをしておりましたものを文字で起こしたものになっております。左から右に時間の流れ、下から上に重症度・緊急性という矢印を引いて、それぞれの流れの中で記載をしております。受診前相談から障害福祉サービス、そして初期救急医療、外来対応、入院対応、在宅での生活に向けた調整ということで、一連の流れを文字で起こしたものになっております。

資料 2 を御覧ください。24 時間精神医療相談窓口と精神科救急情報センターについてのアンケート案を作ってみましたので、簡単に御紹介させていただきます。

まず、Q1 の 24 時間精神医療相談窓口についての内容を説明させていただきます。1 番目で窓口の設置状況、次に窓口の設置機関、何箇所設置をされているか、次に実施状況、こういった方が窓口の担当者をしているのか、そして具体的な相談件数です。

2 ページ目に移っていただき、相談内容の内訳が分かるようなものがあるか、ない場合は相談内容はこういったものがあつたのか、そして精神科救急情報センターに紹介した件数、次は精神科救急情報センターへ紹介しなかった、あるいは紹介することができなかった理由についても記載をしております。そして、相談窓口の業務にあたってマニュアルが整備されているか、あるいは必要な研修があるかということ聞いております。精神科救急情報センターについても、基本的には今申し上げた内容を聞く予定にしております。

4 ページ目ですが、Q3 の連絡調整委員会について、開催頻度や参加構成のメンバー、そして自由記載になりますけれども、(3)で運営にあたって困っていること、(4)で体制整備事業が円滑に機能するためにこういった課題があるのかということで、こちらは少し幅広に御意見を頂きたいなと思っております。事務局からは以上でございます。

○藤井座長 はい、ありがとうございます。質疑は後ほどまとめて受けたいと思います。今、御質問がある方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いいたします。大丈夫でしょうか。

それでは、続きまして杉山構成員から御説明をお願いしたいと思います。提出資料に基づいてお願いいたします。

○杉山構成員 よろしく申し上げます。日本精神科救急学会の杉山でございます。私はこのように発言の時間を頂きましたが、特に意見を申し述べるというよりも、皆さんの御議論のネタになる資料を提示するという事で御理解ください。先ほどもちょっとデータが出ましたが、学会等でそういったデータを取り扱って調査等しております立場から、これまでの議論に資するものを選択してこちらにお持ちしましたので、私見を述べるというよりも、そういったものを皆さんに御提示して議論のネタにさせていただくということで御理解ください。よろしく申し上げます。

ページ番号がないので、次という言い方で進めます。これは前回から出ています議論の進め方です。3 つの構成になっていて、今日私が提示するのは、この 2 つ目のマルの課題の整理及び検討という部分でして、議論の種となるようなものを提示したいと思っております。1 番目のマルについては、かなり総論的なものになりますので、例えば急性増悪時や急性発症時に必要だとか、あるいは長期在院を抑止する機能であるとか、先ほど基本的な考え方というところで推進事業の例が出ておりましたが、そういったところに含まれていますので、よろしいかと思います。

では、2 番目について説明いたします。このままですと課題がたくさんあるように見えますので、その下の矢印ですが、私のほうでここを 4 つのコンポーネントに分けて御説明しようと考えました。次をお願いいたします。

まず、ニーズの把握からです。これは先ほど同じものが出たのですが、精神科救急医療

体制整備事業については、毎年その実績を厚労科研のほうで分析しています。横軸に時間、人口万対受診件数というものを取って、縦軸にそのうち入院した方がどれぐらいいらっしやったかというグラフです。都道府県によって非常にばらばらですという御説明があったのですが、もうちょっと深掘りしてよく見ると、人口万対受診件数が多い県はアクセス数がかかなり高いということになります。アクセス数が高いということは、比較的軽症でも割と受診をされるということになります。ですので、軽症者がたくさん受診するので、そのうち入院する方もそれほど多くないという形になります。それが右下のトリアージの緩い群、軽症例が多いというものに当てはまります。逆に、左上は受診アクセス数が余りないのですが、受診をする方は非常に入院する率が高いということで、ほぼ入院という状態になって初めて受診をしています。トリアージの厳しい群、重症例が多いということで、その両極端の中に中間的な取組をしている都道府県があって、大体その曲線の上に並んでくると分析されます。

これはどういうことを示しているかということ、縦軸掛ける横軸が一定ということで、中学生ぐらいの算数になると思いますけれども、そういうことを示していて、縦軸掛ける横軸は何かというと、人口万対時間外入院件数になりますので、都道府県によって対応は多様ではあるけれども、その部分はほぼ一定という形になります。

次をお願いします。それを理解した上で、年次推移でどうなるかということになります。これは先ほども出ていましたけれども、ここ 10 年ぐらいで、人口万対入院件数というのは 1 から 2 に近い数字に徐々に増えてきています。微増ではあるのですが、1 から 2 なので、ほぼ倍近く増えていることになります。ニーズの評価について、まず定量評価、どれぐらいの数があるかということの評価を、こういったことで数字的に理解できることになります。

次をお願いします。定量評価をまとめますと、年間の人口万対時間外入院数というのは割と安定した指標であって、僅かに増加傾向にあるということでした、中央値は 1 から 2 の間になります。ちなみに、私が診療している静岡県東部は、大体人口が 100 万ぐらいと考えると、今の数字が 1.74 ですから、170 人ぐらいの年間の入院があるという計算になります。当院では年間の入院数は 160 でした、非常にぴったりくる数字なので、こういった分析の仕方は、比較的信憑性があるのかと考えています。

次をお願いします。数が分かったところで、ニーズというのはどういった性質があるかを考えてみたいと思います。これは難しくて、一番簡単なのは、病状が重いからということになります。そこに吹き出しで書きましたけれども、症状が重いから入院させてほしいということだけではなくて、実は行動因子、いろいろ行動を起こしてしまったからということとか、あとは家族因子、時間帯因子、治療関係因子という 5 つの軸で、これはレーダーチャートというグラフですが、いろいろな理由で救急になるわけです。例えば、症例 A ではどの因子が主だったというような、これは例えの話なのですが、症例 A と B ではこんなに違っていてというような形になって、1 つの軸ではなかなか評価できないというのが、



精神科救急の事例の特徴と言えるかと思います。

次をお願いします。厚生労働科学研究では、まず時間外の受診を 500 例ぐらい調べてみました。その中で状態像がどうだったかということを集約すると、大体この 16 の状況に分かれました。これに大体はまってくるということです。

次をお願いします。その次の年に、入院したケースについて調べたら 1,500 例ぐらい集まったのですが、今度は 18 カテゴリに増えて、そこに赤で示した依存症とかレスパイトというものがカテゴリとして 2 つ増えたので、大体こうしたものに救急事例とか入院事例とかが集約されるだろうと、ニーズの性質がここでもちょっと分かってきました。

次をお願いします。もう 1 つの切り口として、先ほど五角形を出しましたが、ちょっとこの五角形は軸が違いまして、医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性、治療の可能性という 5 つの軸で各症例を分析しました。これは先ほどの 500 例のケースですが、一番外側の赤い五角形、これは非自発入院といって、医療保護入院であるとか措置入院であるとか、御自身の同意によらない、患者さん御自身の同意によらない入院となってしまうようなケースは、そういった項目の該当率が非常に高い、つまりこの五角形の面積が大きいということです。

逆に、入院にならなかった方々は、真ん中の青い五角形になりますので、こういったものの該当率はやはり低かったということです。真ん中に示している黄色の五角形は、自発入院といって任意入院なので、自分の意思で入院された方になりますので、こういった形でニーズは捉えにくいものだけれども、重症度に反映した評価ができる、可視化できるということまで分かりました。

次をお願いします。ちなみに、次の年に調べた 1,500 例を、入院したケース、救急だけではなく昼間も含めて入院したケースというのはどのぐらいの重症になるのでしょうかということを調べました。救急入院で入院した方々の全体像という理解になると思いますが、ほぼ大きな五角形になりますので、やはりある程度の重症度を持った方々が入院されているという実態が分かりました。

次をお願いします。ということで、ニーズの定量、定性評価を行ったところ、定性のほうでは 5 軸評価などを行うと、多様ではあるけれども一定の集約は可能であったということです。状態像としては 16 とかのカテゴリに分けられそうだと。重症度の評価は、ある程度は可能であるけれども、一般科でやっているような医療・看護必要度といったような個別の正確な評価というものは、今のところ制度も評価法もないので、現時点では難しいけれども、大まかな評価は先ほど示したとおりということになります。

次をお願いいたします。2 番目の対応体制です。そのニーズを踏まえて、ではどのように対応するかという話です。ここはたくさんの要素があると思います。圏域や相談体制をどうするかとか、受診をどうするか、入院をどう考えるか、合併症はどうするかといういろいろな要素があって課題山積というところです。

次、お願いします。これはちょっと古いものになりますが、私の学会の前任者、前理事

長の平田先生という千葉県精神医療センターのセンター長の先生がお調べになったものです。その楕円型が、精神科救急受診をされた全体像で、重症度に応じて、外来だけで済んだ1次というものが76%ぐらいで、2次、3次と分かれています。任意入院、医療保護入院、赤い所が3次になっていて措置・緊急・応急と書いてありますが、そういったケースになります。それぐらいのボリュームで、患者さんが構成されていたという図です。

その真ん中に引いてある横線なのですが、線より下については普段の医療サービスで対応したもので、線より上については行政のシステムとして対応したということです。つまり、整備事業のほうで対応したと。そのどこに線が引かれるかということ、やはり3次になってしまったら行政の医療システムで対応すべきだろうということなので、そこに線が引かれます。各カテゴリーの患者さんがどれぐらいいたかというのを調べていくと、大体こんなふうなボリュームになるそうです。実測してもこうだったということです。どういう体制を整えていったらいいのかというのが分かりやすいのでお示ししました。

次、お願いします。今のは受診件数なのですが、受診ケース外に電話相談というニーズが恐らく10倍以上あると思われます。当院でも電話相談をやっていますが、件数としては10倍、20倍ぐらいだと思います。それぐらいの膨大な数がある、ただ電話で何とかなってしまえば受診までする必要がないので、そこは重要な介入ということになります。やはり、同じ所で線を引いて、線より上については行政サービスとしての電話対応でいいでしょうし、それより下は通常の医療サービスの中での相談で対応するのが現実的な対応になるのではないかというふうに、イメージとしてここでお示しできるかと思いましたが御紹介させていただきました。

次、お願いします。対応体制の課題というのは、本当に多様にあって、一つ一つ説明をしていると、きりがなくて時間もないので、前回も言ったのですが、この整備事業の中で手引きというものを作って、一度出したことがあります。それぞれの要素について、こういった在り方がいいのではないかというような提言をしたりしました。今日は、ちょうど参考資料1に付いていますので、各項目がどうなっているかは、そちらを参照していただくと載っていますし、先ほどの基本的な考え方についても、こちらから引用されていて、こういったものに集約されているという御紹介です。

次、お願いします。例えば圏域の話があったのですが、これはなかなか難しいのですが、何かというと、人口が多い所が白くて、人口が少ない所がより緑になっていますが、それに対して病院が今どれぐらいあるのかという地図です。こういったものをイメージして、医療体制が人口規模に相応して、しっかりあるのかないのかみたいなイメージができるわけです。もうちょっとしっかりと流入流出といったものを加味して、一般科でやっている地域医療構想といった形で、学問的に検討されないといけないということなので、もし整備をするということであれば、こういったアプローチというのが必要になるだろうということで、これは試みに病院の位置と規模を示しただけですが、こういった取組が必要になるかなということです。これも科研がやっていることで、1例にな

ります。

次に、後は合併症が必ず問題になるので、それもちよっと話しますが、基本的にはここに書いてあるように、お互いが補完することになります。精神科と一般科は分かれていて、総合病院と言いつつ精神科だけがないというような施設はいっぱいあるわけです。精神科単科というのたくさんあります。ですから、おおよそ分かれた感じになっていて、もちろん一緒になっている所もあるのですが、そういったことだとお互いに補完をしていくしかないだろうということです。

次、お願いします。今週、ちょうど精神科の大きな学会があって、一般科と精神科の連携のためにどういった取組が素晴らしいかという発表が4人の先生からありました。それぞれ優れているのです。ただ、これをそのまま真似してやればいいということではないのです。できるもの、できないものがあるのです。こういった好事例というものを皆さんの中に提示して行って、これ一つ一つが解、ソリューションとして提示され、それぞれその地域に応じた解を、どれがうちの地域では適しているかを拾い上げて、いっぱい解を示すということです。

次、お願いします。そして、こんなふうに地域の中で、どの解がこの地域に適しているかを、協議の中で、うちの地域ではこれとこれとこれがいいのではないかみたいな形で、こういったパズルを組んで、隙間のないパズルを完成させていくことで、対応体制を作るというイメージが合併症の中では必要ではないかと。それは単に、資源を埋めておくだけではなくて、こちらには熱意とか信頼とかが入っているのですけれども、そうしたものが当然必要で、そういったもので隙間を埋めましょうというようなイメージになります。1つの考え方として御紹介いたします。

次、お願いします。3番目は諸制度の協調的連動です。これは前回もちよっと言いましたけれども、やはりこのワーキングの中では、ここが肝になると思います。地域包括ケアというものを実現するのであれば、それに関連するこうした制度が全てユウキ的に連動して協調していないと、なかなか実現できないということです。代表的なのはこの3つになるとと思いますが、今のところ余り連動できていないと言わざるを得ません。

各制度の各論、ここでは3つずつ示していますが、各論それぞれを見ても、各論同士がほとんど一致できない状態になっています。前回、来住先生がおっしゃっていましたが、常時対応施設と救急入院料は連動するべきであるという御意見が出ていましたが、今のところは、それがうまくできていないので、そういったことを考えていく必要があるのではないかと思います。

次、お願いします。これはその中の1つの例ですけれども、救急入院料に関しては、今回診療報酬の中で制限が掛かっている、このことはこの会を進めるに当たっての1つのきっかけにもなったと認識していますが、こういったことがあります。やはり、地域包括ケアを進めるのであれば、制限的な動きというのはちよっとどうなのだろうということは、どうしてもここで考えざるを得ないし、指摘せざるを得ないことになろうかと思います。

整備事業の事業費もちよっといろいろあって、推進の方向なのだろうかというところがちよっと疑問視されるような動きもありますので、そういった制度全体がみんな同じ方向を向いていただきたいということはあります。

次、お願いします。診療報酬の話は、実はこの会の親会である「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」でもしっかりと書かれています。真ん中ぐらにちよっと小さくて読みにくいですが、「診療報酬改定により」という所に同じことが書いてありますので、救急の議論をするこのワーキングでは1つの論点になろうかと思います。

次、お願いします。これは一般科の入院サービスと精神科の入院医療サービスを並べたものです。やはりこれを見ても、一般科では各疾患の回復過程に応じた、重症度に応じたいろいろな入院の在り方というものが、バラエティに富んだ形でそろえられておりますが、精神科の場合、どうしてもそろっていない感じがします。これは入院だけを取り出したものなのですが、地域包括ケアをやろうというのであれば、包括ですので、全て包括的というのであれば、中抜けになっているような状態というのはおかしいだろうということは当然言えるということでもあります。これは入院だけを取り出していますけれども、入院外の医療サービスでも、ちよっとここが不足しているとかというものは、もしかしたらあるかもしれないと思いますので、より包括的にどうなるかを考えるべきではないかということになります。

最後のスライドです。協議の場です。いろいろ資源を整えていって、協議をして、それが有効にいかされるようにと、過剰でもなければ不足でもないという形で協議をするというのが多分考え方の基本ですが、今のところあるのが、精神科救急医療体制整備事業に関しては、連絡調整委員会がほぼ稼動しています。似たような協議の場が3つぐらい想定されていて、措置入院の運営委員会というのも、座長の藤井先生が措置入院に関してはいろいろ手引きを出されたりとあるのですけれども、そういった中で協議の場というのは少しずつ進んでいるような気がします。この名前はいろいろあって、これは静岡県の名前をたまたま出したのですが、こういった名前でやっています。地域包括ケアシステムにおける協議の場というのも盛んに議論されていますが、この3つがばらばらではまずいので、例えばこの3つぐらいはしっかりと有機的連動が起こるような形で、協議の場というものが設定されないといけないのではないかと思いますので、一応こんな考え方も重要ではないかと思われます。学会からの見解ということで御提示させていただきました。

○藤井座長 杉山構成員、ありがとうございました。それでは、質疑応答、議論に移りたいと思います。先ほどの事務局からの御説明と、今の杉山構成員からの御説明を踏まえて、御意見、御質問等ありましたら、挙手をお願いいたします。松井構成員、お願いします。

○松井構成員 1つ質問ですが、先ほど事務局の下さった素案という資料の15ページに「地域生活支援」というものがあります。15ページの「地域生活支援」という右側に四角枠があるのです。かかりつけ精神科医による診療というのは、病院群輪番型のことも含

めてくださっているのでしょうか。実際に最近、精神科クリニックが多いのは間違いないのですが、常時対応型も入るかもしれませんが、病院が生活支援も行っていますので、そこは含まれているかどうかの確認をしたいのですが。

○藤井座長 事務局、いかがでしょうか。

○友利精神・障害保健課長補佐 御質問いただき、ありがとうございます。事務局です。こちらはもちろん含まれていますが、精神科救急医療体制整備事業という観点から少し分かりやすく図にしており、真ん中の水色の部分が精神科救急医療体制整備事業が主に関係する部分ですので、右側の地域生活支援にはあえて特別に記載はしておりませんが、もちろん先生がおっしゃるように含まれているものでございます。

○松井構成員 ありがとうございます。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかにありますか。来住構成員、お願いします。

○来住構成員 よろしく申し上げます。事務局からのご説明について総論的な部分で御提案がございました。まず、3 ページを見ましたら、病院にかかるまでに基本的に精神科救急情報センターを介することになっていることが気になります。すなわち救急医療情報センター、119 番、この図には入っていませんが、女性相談所、児童相談所、福祉事業所、時には司法機関からでも、情報センターを介さずにダイレクトに、常時対応型医療が受けいれるというのが本来あるべき姿なのだと思います。そこからこぼれたものを情報センターが拾い上げる方が患者目線、関係機関目線に立った運用と考えるのです。精神科救急情報センターを介することをい基本とすると、利用者と医療提供者との主客が逆転しているのではないかという感じがします。

2 つ目が、いわゆる精神科救急体制連絡調整委員会一般救急の委員会・協議会を連動させなければ効果がないだろうと思うのです。例えばメディカル・コントロール協議会など、身体科救急と一緒にともに協働した精神科救急を実現するための工夫が、3 枚目のスライドには本来必要なのではないかと思います。

もう 1 つございます。2 枚目のスライドですが、疾患名が○の 2 つ目で列記されています。この表記は少し旧来の並べ方だと思うのです。すなわち疾患名を列記してどのように医療政策を動かすのかとの視点で記載する必要があると考えるのです。そのためには病名だけではなく、例えば身体科と併診が必要な周産期精神疾患を入れるとか、障害福祉計画と連動させるのであれば、発達障害など児童思春期精神疾患と入れるとか、少し病名の記載のし方に工夫が要るのではないかと思います。

最後ですが、同じく 2 枚目のスライドです。「医療の高度化や身体合併症等」と書いてある所の○の 3 つ目に、「他科との連携等による身体合併症対応」とあります。一方で身体科から見たら精神科合併症になるという話が、第一回会議で長島構成員から出ました。精神科から見たら身体合併症となるとはいえ、いつまで分けて考えるのだろうという論点です。精神科と身体科との併診が必要な疾患があるということを明確にして精神・身体合併症の対応という書きの方が、将来につながるのではないかと思います。

そういう文脈で 14 枚目のスライドに関しても、全て精神科救急情報センターから輪番ないし常時対応型に矢印が行っているのですが、そうではなくて、右の真ん中辺りにある救急医療情報センターや消防や、あるいはここに書き込まれていない女性相談所や児童相談所、福祉事業所等からもダイレクトに医療につながるよい。トリアージ機能が、マイナス面としては関所になっている部分があることを自覚したほうが良いのです。時間が掛かる、即応できない、ワンストップサービスにつながらない。それを解決する将来を見据えた図になっていくことを望みます。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。これらの図は、御意見を踏まえて、また事務局で更にブラッシュアップしていただけるという理解でよろしいでしょうか。

○友利精神・障害保健課長補佐 はい、おっしゃるとおりです。今、来住構成員から頂いた課題を基に、今回幅広く御意見を頂き、3 ページの整備事業の図、2 ページのイメージ図についても、平成 29 年や大分前の報告書等に基づいて記載をしておりますので、今回議論いただき、ブラッシュアップをして、最後のほうに提示をしております 14、15 枚目、こちらはあくまでも素案ですので、先生方に幅広く御意見を頂き、現状がうまく回るようなイメージを書いていきたいと考えております。

○藤井座長 長島構成員、どうぞ。

○長島構成員 今、正に御指摘のとおりで、精神疾患を持った人の救急ということですので、身体合併症が主になって、そのせいで相談されるとか、そのほうで救急外来を受診されるというケースも当然ありますので、その方向からのイメージは是非追加していただきたく、今の御指摘のとおりかと思えます。

もう 1 点ですが、診療報酬等の充実も重要ですが、やはり地域性がかなりあるので、全国統一の診療報酬だけではかなり対応が難しいということと、この精神科救急というのは、どうしても採算が合わない、赤字になりやすい部門だと思われませんが、民間の医療機関がなかなか参画しにくい地域性もあるかと思えます。

そういう意味では、公立病院・公的病院の果たす役割がかなり大きくなると考えています。例えば、新公立病院の改革ガイドラインにおいては、公立病院に期待される主な機能の中で、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供というのがあります。こういう不採算部門に関しては、地域における政策医療として対応する必要があります。そこで、地域によっては、民間医療機関が難しい所で、公立・公的病院の役割が非常に大きいと思いますので、まず実態として公立・公的病院が精神科救急の中でどのような役割を果たされているのか、あるいは、そういう公立・公的病院が大きな役割を果たすためには、どのような環境整備が必要なのかという観点を追加していただければ幸いです。以上です。

○藤井座長 長島構成員、ありがとうございます。佐々木課長、お願いします。

○佐々木精神・障害保健課長 精神・障害保健課長の佐々木です。来住構成員からの御指摘に、1 点だけ逆に議論を投げ掛けたいと思う点なのですが、例えば、スライド 14 に

ありますように、二重の輪っかの中に対して、医療提供体制の中にダイレクトに患者さんが来られるようなルートがあってもいいのではないかということで、そうして来られるような点については、積極的に排除したいということではないのですが、このワーキングの中での議論、先ほど杉山先生の御報告にもありますように、この外に 10 倍ぐらいの電話相談があったりとか、一方で、輪番の体制、メインは輪番の体制で組まれていると思うのですが、その中でも昨今の働き方の改革なども踏まえつつ、人員の体制の在り方とか、いろいろ疑問も出ているというところですので、この辺りについては、むしろ御議論いただいて、どちらがメインとかいうのが建設的かどうかは分かりませんが、現状を踏まえながらあるべき論として御議論いただけたらと思っているところです。

ついでにですが、先ほど長島構成員からのお話がありました公立の役割ですが、精神科の医療提供体制は、御存じのとおり、圧倒的に民間で成り立っており、例えば行政の入院であります措置入院制度も、かなりの部分、民間でやっていただいていることがあります。地域の実情によって、いろいろな役割分担はあると思いますが、精神科領域においては、かなり民間の体制によっているところはあるという前提を基に御議論いただけたら思っております。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。松井構成員、お願いします。

○松井構成員 ありがとうございます。印象としてですが、今、長島構成員がおっしゃったことは、特に身体合併症が絡んでいる場合に、どうしても民間病院が厳しいと、スーパー救急の病院でも同じだと私は感じているのですが、恐らく精神だけに関しては、スーパー救急の仕事は民間で十分回っているのではないかという印象はあります。

もう 1 つ、救急というのを、どこまで救急と捉えるのか、この前提が分からないと困るのです。例えば、輪番の病院も、日中であれば救急を受けられる所は結構あるのです。ただ、夜間になって、指定医がいなかったりスタッフが足りないということになると、これは輪番の病院では無理なのですが、日中、マンパワーがある時間でしたら、十分対応できる所はあると思いますので、恐らく自治体でそういう情報共有をすれば、輪番の病院でも十分機能すると私は感じております。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

○長島構成員 よろしいですか。長島です。今、御指摘のように、特に身体合併症がある場合には、民間病院で対応可能な地域もあるでしょうが、特に地方などにおいては、現実的なかなり難しいだろうと。その解として、民間病院が不可能であるのであれば、これは公立・公的病院というものを嫌でも考えざるを得ないだろうということで、現実的な解として、そこも候補に入れなくていいというのは、非常にまずいと思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。山本構成員も挙手されていたと思いますが。

○山本構成員 全国精神保健福祉相談員会の山本です。御説明ありがとうございます。今、合併症の話がありました。自治体で精神保健相談を行う中で医療調整を行うわけですが、一番困るのが合併症であったり、来住先生がおっしゃっていた発達障害であったり、

依存症であったりというところかと思います。

その中で、先ほどのデータで示されていとおり、医療アクセスができないと重症度が高まり入院が多くなるという点、また医療アクセスがよければ、軽症で対応ができるという話がありました。医療でのトリアージの前に医療につながりにくい方を支えていくには、ミクロ救急を担う地域保健の体制が重要なのではないかということです。地域保健を担う人材にいかに手当てができるかというところも御検討いただければと感じているところです。

といいますのは、先ほど診療報酬のお話もありましたが、御存じのとおり、自治体が担う精神科救急医療体制整備事業補助金に関しても、今回多くの自治体がかんりの減額査定を受けているということで、全国精神保健福祉相談員会では、精神科救急医療体制について、懸念があることをお話しさせていただきたいと思います。いずれも精神科救急医療を含めて精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するためには、そのような財源のことも十分に御検討いただければ、地域での重層支援体制の整備はなかなか難しくなるわけで、そのことによって結果として一番困るのは、精神科医療を利用する当事者の皆さんであるかなと思っております。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。来住構成員、どうぞ。

○来住構成員 佐々木課長、コメントありがとうございます。そこを受けての発言ですが、精神科救急の将来の姿を見ようとすると、今までずっと旧来から議論してきた在宅、地域との問題を、精神科救急の中で解決するという、これは当然なのですが、それ以外に今日的な課題が2つあると思っています。それは、先ほど議論した総合病院との関係、身体との関係を融合することです。2つ目は、行政の各領域で行われている政策と連動させることです。すなわち、子どもの育ちとか子どもの虐待、あるいは母子保健やDV等々、様々メンタルヘルスに関わる施策は行われているのですが、そこへの危機介入は精神科救急の要素も強いです。これをワンストップでうけることで将来構想は立ちやすくなると思います。それを電話でトリアージするという精神科救急情報センターでは無理があると思っています。現実の問題として、岡山県の場合は、精神科救急の9割は精神科救急情報センターの外でやっています。システムの外に密接な地域連携体制を作ることが、将来の医療の姿だろうと考えています。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかに意見はありますか。

○来住構成員 ちょっとすみません。

○藤井座長 どうぞ。

○来住構成員 そういう意味でいうと、本当に精神科の将来の姿は、総合病院が先行されている姿に、どこまでついていけるかということなのです。杉山構成員が出された資料の「一般 VS 精神：病床カテゴリー比較」にあります。その部分で追加してコメントすると、地域医療支援病院とか、一般科の領域では基礎になっているような役割を果たすことが精神科病院でも施策として可能となる必要があります。精神科病院には集中治療室が



ありませんので地域支援病院の指定が取れない現状があります。地域に責任を持ち、病院機能を高めて拠点化することが精神科病院にも不可欠だと思います。一般医療の中で推進されている鍵になる医療政策の概念が精神科医療でも入ってくるように、是非融合をお願いできたらと思っています。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかに御意見、御質問はありますか。小阪構成員、今までの議論をお聞きになっていかがでしょうか。

○小阪構成員 ありがとうございます。杉山構成員の発表で、もう少しだけ教えていただきたいと思ったのが、表紙も入れて数えると多分4枚目だと思うのですが、スライドの件名が「図9 人口万対受診件数と入院率」で、単に多分人口だけではないのだろうというのが、病院につながる率と軽症率、それから下のマルの部分と上の左のマルの部分のこの違いというのは、もう少し教えていただけたら有り難いと思います。

○藤井座長 杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 おっしゃるとおりで、これはよく見ると、単に人口だけでは……されてないというのは、県の名前が載っていますので、余り県の……をするのいいかどうか分からないのですが、簡単に言うと都市部とか大都市、大都市以外ということで見えていくと、左上に来るのは福岡、東京、神奈川等なのです。大阪もやはりその辺にいますので、人口密集地では、かなり重症な方だけがぎりぎりになって受診をされるということです。大体そういった場合は、入院せざるを得ない状態というような特徴も、実はこの図から読み取れることになります。

なので、逆に右下のほうへ行くと、割と都市でない所が、アクセスについては比較的アクセシビリティを高めている、受診行動、受療行動が積極的と言いますか、救急になる手前の部分で行かれているのが、そういう特徴なのか、そういうシステムなのか、そこまでは分かりませんが、そういった傾向が読み取れることにはなります。

○藤井座長 ありがとうございます。小阪構成員、よろしいでしょうか。

○小阪構成員 ありがとうございます。私がここで少し先につながったらいいなと思うのが、精神科というのは、実際のところは、当事者からすると受診の選択肢が結構ハードルが高いのですが、ハードルが下がっている地域がどのような取組をして、ハードルを下げられていった軽症化で済んでいるのかということところは、もう少し中身を突っ込んで知りたいと思ったのです。やはり、重症化することは誰も望んでいないし、家族も望んでいないし、地域もきっと望んでいないのかもしれませんが、ここだけこのように大きな差が出てしまうのであれば、それは前段の事務局からの御説明があった公平性という点で大きな問題なのではないかと感じた次第です。

○藤井座長 御意見ありがとうございます。ほかに御意見はありますか。それでは、事務局からお示しいただいた論点に沿って、議論を更に深めていければと思います。最初の地域精神保健における相談であるとか、かかりつけ精神科医等による診療、訪問診療、往診とか訪問看護などの対応であるとか、障害福祉サービスを活用した支援等について、この

辺の役割とか機能といった辺りのことで、具体的な御提案、御意見等がありますか。辻本構成、お願いします。

○辻本構成員 地域で見ていくのはそれでいいと思うのですが、地域で治めてくれるのか、地域で具合が悪くなったら、全部救急化させて救急システムに乗せていくのか、その地域の役割は、それはケースによって違うと思うのですが、その辺はちゃんと地域で見るとは、地域の中で治めていくことをまず考えてほしいのです。具合が悪かったら医療ということではなくて、そのほかの社会的要因をちゃんとフォローするというようなことを書き込んでいってもらわないと、具合が悪かったら救急で医療となると、少し医療体制が大変かなと思いました。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。これは、先ほどの山本構成員からのお話にあった地域保健体制に係る人員体制は手厚くするところにもつながることかと思いますが、ほかの構成員はいかがでしょうか。長谷川構成員は地域で診ておられるお立場として、御意見はありますか。

○長谷川構成員 すみません。杉山先生のお示しくくださった図にもあるように、重症化する前に、外来対応とか電話対応でかなり重症化を防げているということで、私たち診療所では、精神科情報センターに夜間・休日の連絡先を届けていたり、また自分の病院で時間外で電話を受けたりしている所もありますので、今後もそういう重症化を防ぐために、電話対応とか、それからアウトリーチやデイケアなどで対応できるように、多職種連携で日中の介入に力を入れていきたいと、改めて確認をさせていただきました。

例えば、精神科救急情報センターを介すと受診が遅れるというような御意見がありましたが、未治療のケースとか、かかりつけがないような所や、かかりつけがあっても、そのときに危機介入が困難な場合があるかと思うのです。別な土地に行ってしまったとか、そこに行くのを拒否しているとか、いろいろなケースがあるかと思います。そういう場合に、例えば危機介入チームというものを地域で作っていて、CMHT のような登録をしておいて、そのときに市町村がコーディネートして、登録している所から訪問看護や医療機械やケアサポーターなどを選択して、チームを作って派遣するというようなやり方もあるかと思いました。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。論点は幾つかありますが、次の常時対応型精神科救急医療施設、輪番型施設、精神版身体合併症対応施設のそれぞれに求められる役割も重要な論点かと思います。こちらは前回、来住構成員からどのように評価していくかも含めて議論すべきということでした。先ほどの杉山構成員からの資料に診療報酬のお話もありましたが、そのことも含めて御意見がありましたらお願いします。杉山構成員、いかがですか。先ほど資料の御説明で、御意見については控えていただいたということでしたが。

○杉山構成員 ありがとうございます。その3つが連動していないという、何か批判的なものを出してしまったわけですが、やはりある程度の連動性は求めるべきかなとは思いま

す。精神科救急入院料がどうしてあんなふうになったかということの中には、やはりもう少し制度としてしっかりとほかとも連動できるような形で整えていけばというようなことも思いますと、例えば常時対応型施設というものを意識した形での診療報酬制度の在り方や、そういったものというのは、ある程度理解もしやすいし機能もしやすいし、前回、来住構成員がおっしゃっていたように、ある程度の指標、条件の設定によって、しっかりと質を担保していった、地域での責任性を果たせるというような、公的な役割を果たせるような文脈の中での位置付けが可能になってくると思います。

それに加えて、先ほど公的がどういった役割を持つとか、合併症についてかなりハイスペックでないと難しいので、そちらは公的でいくべきなのかとか、そういった議論もあったと思います。そういったことが全体像として整理されてくる必要があるというように考えますと、私は診療報酬、医療計画、救急医療体制整備事業と3つ出しましたが、そういったもので連動が必要になってくるという考え方が基調をなしていることが必要かと考えています。

○藤井座長 ありがとうございます。常時対応型が、地域との連携や連動ということを重視したものになるとすると、どのような条件が必要ということでは、何か具体的なお考えはございますでしょうか。来住構成員は、何かございますか。

○来住構成員 常時対応型は、やはり24時間365日基本的に断わらないことだと思います。かつワンストップで救急を受け入れるためには、子どもから高齢者まで幅広く対応できる、そして連携も含めて総合病院との関係を維持して、多様な疾患に対応できることが、どうしても求められることではないかと思います。

更に言いますと、常時対応型を制度が未成熟の中で先行させているところでは、先ほど杉山構成員が言われた精神科救急基準の人員よりも、圧倒的に多くの人員を配置せざるを得ないです。それでも医療事故が起き、訴訟を受けているというのが当院の病院の現状です。やはり本当に患者さん中心に安全・安心でいつでも緊急対応をおこなうには、常時対応型を作り、かつ、その人員配置基準を高めに設定する必要があると思います。

あともう1つ、先ほどの精神科救急の病床制限の部分ですが、移行措置がきれると病床数が多い精神科救急の病床をたくさん持つこととなる。それで本当にいいのかということです。機能分化を促進して、がつつり常時対応型で質の高い医療を展開する医療機関を設置することが目標であるとするこの基準は非常に障害になる状況にあると思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。常時対応型に関しましては、ほかに御意見はございますでしょうか。

地域では、前回も松井構成員から御説明いただきましたが、やはり輪番型が大多数であるというところで、実際に救急を輪番型で担っておられる上で、この点をもう少し改善すべきであるといったような御意見がございましたら、松井構成員お願いしたいと思います。

○松井構成員 病院によっていろいろ格差があるということは、問題になっていることだ

と思います。といいますのは、先ほど言いました日中の時間帯に救急を受けることができる病院、できない病院があるのです。それで1つは、自治体の中で、ある程度どの病院が救急を受けることができるか、どういう状況だったら受けることができるかということがはっきり分かるようになれば、救急に対して協力ができるパワーは非常に持っているのだと私は感じています。

ただし、診療報酬がという話になったときに、果たして人をたくさん加配するだけの余力があるかということは、問題になろうかというふうには感じております。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。加配というか、人を増やすのが難しいというのは、実際に人員確保が難しいのか、診療報酬上それだけの人員を確保するだけの報酬がないということ、両方でしょうか。

○松井構成員 両方ですね。

○藤井座長 ありがとうございます。長島構成員、お願いします。

○長島構成員 長島です。どうしても診療報酬だけでは非常に対応が難しいと思いますので、先ほども申しましたが、これはやはり医療計画や地域医療構想という中で、全体で考えなければいけなくて、そこでどうしても民間の医療機関だけだとその地域では無理となれば、やはり公立・公的というところを考えざるを得ないと、各地域で必要なものを作る場合に、それも考えざるを得ないだろうと思います。ただし、それは地域性があるので、各地域で考えればいいというふうには思います。

○藤井座長 ありがとうございます。来住構成員は公的病院だったと思いますが、今の長島構成員の御意見についてはいかがですか。

○来住構成員 医療計画や都道府県の施策の中で救急の枠組みを作ることだと思いますので、賛成です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかに、御意見ございますでしょうか。先ほど、杉山構成員と山本構成員から、自治体の補助金の話が出ていたかと思います。実際に今、どういう状況かということについて、辻本構成員は、補助金の減額といったところの影響など、もし御意見がございましたらお願いしたいと思います。救急事業の補助金の削減について、何か現状でお困りのことや御存じのことがありましたら。ではまず、山本構成員から、もう少し詳しく教えていただければ幸いです。

○山本構成員 ありがとうございます。自治体としては、予算要求をして、年度当初にその予算に基づいて、地元の医療機関との委託契約をしながら精神科救急医療体制整備をしています。その中で、今回、多くの自治体が減額査定を受けております。減額査定を受けるということは自治体としてはよくあることではありますが、今まさに「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築」に向けて仕組みを検討し、体制構築に向けた取組を推進している最中に、車の両輪である精神科救急医療体制整備事業について地域生活をするのに、医療の必要性というのは仕組みとしてとても重要な要素であるという前提で、このワーキングで検討が始まっているのですが、精神科救急医療体制整備事業補助金が削減さ

れたということは、そもそも体制整備以前の問題であり、方向性が危うくなるということ懸念している状況です。

○藤井座長 ありがとうございます。こちらは、杉山構成員がお示しいただいた諸制度の連動ができていないということにつながるお話だったかと思います。辻本構成員、もし付け加えていただけることがありましたらお願いします。

○辻本構成員 今の言われたことをもう一度整理しますと、地域支援と精神科救急というのは両輪なわけで、精神科救急、地域支援が充実してきたら精神科救急は数が減るというのが、そういう流れでないといけないわけです。精神科救急が減るというのは、精神科救急をやっていないのではなくて、地域支援がしっかりしてきているかもしれないわけなのです。そこは、やはりトータルで見えていかないと、本当は救急がなくなっていくほうがいいのですが、救急がしっかりしているという後ろ立てがあってこそ地域支援も充実すると思うのです。それを、地域包括を頑張ると言っているのは、救急が減らされると、地域も不安になってくると思うわけです。

ですから、全体のバランスを見て、やはり予算や人員配置、制度を考えていただきたいと、そういうところだと思います。救急情報センターの数が減る増える、救急患者が減る増えるということで、精神科救急の在り方を見てほしくないということを感じています。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。松本構成員がお入りになりましたが、松本構成員、今、精神科救急事業の話をしているところです。補助金の削減の影響について、山本構成員、辻本構成員からお話を頂きましたが、そのことについて関連すること、あるいは別のことでも結構ですが、御発言いただけますでしょうか。

○松本構成員 遅れて申し訳ありません。新潟県の松本です。今、話題になっている精神科救急医療体制整備事業の減額の影響についてですが、他県の状況まではまだ把握はできていませんが、新潟県の状況としましては、今回新潟県自体の減額自体が小さかったことと、あとは依存症の加算の部分で戻ってきている部分がありますので、現時点では断わられるとか、そういうふうな影響はありませんが、医療機関の声としましては、これ以上減額されると持たないかもしれないという声はあるという状況です。取りあえず、その点に関しては以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。来住構成員、お願いします。

○来住構成員 先ほどの発言が言葉足らずでしたので補います。公的病院に、精神科救急に対する期待を頂いたところです。非採算の部分を公的病院がやるというのは当然だと思います。ただ、精神科救急は、民間病院も多く頑張っていると思います。公的病院も補助ということに頼ることはなかなかできない。やはり経営を考えないといけない。これらを併せて考えると、やはり診療報酬の中で解決が付く部分は解決を付けた上で、それでも非採算の部分は公的病院の役割と整理してもいいのかもしれないと思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかに御意見ございますでしょうか。杉山構成員、

お願いします。

○杉山構成員 辻本先生がおっしゃったことに関連してですが、地域包括ケアシステムを推進していった、地域での予防体制が充実すると、そもそも救急自体が発生しないみたいな文脈がちょっとあるような気もしますが、実際はそうではないよと。やはり、地域で支えるシステムが充実しても、全くゼロになることはないですよね。逆に、地域の皆さんが暮らすことが実現すればするほど、救急自体に対応する体制というのはしっかり整えなければいけないということを辻本先生はおっしゃっていたと思います。そこは、みんな勘違いがありそうところで、確かに予防は大事なのですが、地域で安心して暮らすためには、やはりセーフティーネットが必要ですし、いざというときのしっかりした質の高い医療システムは当然必要ということになりますし、来住先生はおっしゃっていますが、もうちょっとしっかりした、人員も含めて、一般科に肩を並べられるような、きちんとした医療システムというのが当然必要なので、地域包括ケアシステムを進めれば進めるほど、救急医療の入院体制はより重要になるというような認識は、この会全体でできれば持っていただきたいという気がいたします。

それから、公的の話が出たので、自分の意見を言います。確かに、公的病院はいろいろ難しいことをやっていただいたりするので助かっているのですが、地域によってはなかなか、いろいろありますよねというのがあって、公的病院が近くにない、50 kmも離れている、そういうことには往々にしてありますので、どうするかというと、ごく限られた件数、年間 1、2 例公的病院に頼るみたいなことはありまして、やはり民間で、近くでやらざるを得ないことがあります。ですから、公的病院で本来やるべきレベルの医療も、非現実的なので、我々で何とかすることはやっておりますので、そういったことに対する認識というのも、社会の認識として持っていただくことも必要かと思います。民間も頑張っておりますのでというところで、松井先生にも、そういう思いがあると思いますが、そういったことを発言させていただきたかったということです。

○藤井座長 ありがとうございます。長島構成員、お願いします。

○長島構成員 もう一度、先ほどの発言を繰り返させていただきます。まず、診療報酬はしっかりと充実させるべきである。しかし、それだけでは対応できない場合もあるので、各地域において、各地域の実情に合わせて、地域医療計画や地域医療構想の中で、民間病院でもし対応できない場合には、公立・公的病院を考えるべきであるので、最初からそういうものを候補から外すという考えはやめるべきであると。

ただし、これは当然地域の実情に応じるべきで、民間病院でできるのであれば、もちろんそれがいいということです。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。民間病院が、かなり割合として多いということを踏まえての御発言だったと思います。そのほかの御意見はいかがでしょうか。松本構成員、お願いします。

○松本構成員 ありがとうございます。遅れてきたところで申し訳ありませんが、資料 1

について、県の立場から意見を出させていただきます。資料 1 の 13 ページの「論点」ということで、事務局にお示しいただいた資料があります。この論点の 2 つ目のマルですが、様々な事情が書かれております。ただ、論点のマルの 2 つ目の第 2 パラグラフ、「また」以降のその次の行で「なお」と書いてありますが、「精神科救急医療施設の設置について指標や評価に基づくべきといった意見」とあります。精神科救急医療施設の設置について、例えば実績評価や指標、基準みたいなものを、具体的な数値で作るというふうな考え方かと思います。県の立場で、前回も意見を出しましたが、個々の医療機関などと折衝をしていく、調整をしていく上で、どうしても具体的な考え方、基準というのは非常に重要になります。ですので、このような方向で是非検討いただきたいですし、この案に賛成だという趣旨であります。

ただし、医療経済学的にはと申しますか、一般論でもそうだと思いますが、具体的な基準を設定しますと、どうしても不整合というか、そういうのも出てまいります。例えば、重症度を余り勘案しないような指標を置いてしまいますと、医療経済学的にはゲーミングと言ったりしますが、軽い症例だけ集めてクリアしてしまうとか、指標を設定したがゆえの弊害というのものがあったりしてきます。また、我々地方にありますが、どうしても地方や医師が少ない地域で、東京と同じような基準をクリアできないことも往々にして起きてきてしまいますので、例えば人口当たりの指定医の数で補整するとか、地域や医師不足の地方へ配慮を行っていただくようなことも御検討いただきたいと思います。

いずれにしても、重症例や困難症例にきちんと対応した施設が、公であろうと民であろうと評価されるような基準ができるように配慮いただきたいと考えております。以上であります。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかに御意見ございますでしょうか。松井構成員、お願いします。

○松井構成員 先ほどの話、マルの 2 つ目に戻りますが、輪番型の病院がやはり困っているのは、先ほど話が出ましたが、どうしても身体合併症の問題が出てくるのです。それで、これに対して例えば近隣の病院とのある程度の連携が取れると、身体科の病院と連携が取れるということであれば、十分診られるような患者さんが出てくるのです。ところが、やはり精神科の医者主体の病院でしたら、どうしても合併症があるだけで取れないことがありますから、これは、地域の事情によってもいろいろ異なってくるのでしょうか、ほかの病院ともうまく連携が取れるという仕組みができることが、我々にとっては有り難いと考えています。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 今のお話の続きですが、どちらかの病院というのではなく、対診というか、往診というか、地域の病院で医者が精神科の病院に行ってくれるだとか、精神科の病院の医者が一般科に行ってくれるとか、そういうふうなシステムを作っていったら、随分みんなが楽になるのではないかなと思います。ですから、地域医療構想になるのかどうかは分

かりませんが、病院の枠に出ていくようなアウトリーチとまで言うとまた違う意味なのですが、病病連携の中でも、汗をかいて実際に医者が動いてくれると、大分それぞれが安心できると思うし、その中でネットワークができてくると思うので、そういうふうな視点も持っていただけると有り難いと思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。長島構成員、お願いします。

○長島構成員 正にその後の展開のこと、双方向性とお互いに支援されるシステムが必要であるということを申し上げました。そのときに、実際に人が動くのはかなり大変なので、今 ICT を活用すると、例えば画像なり検査結果なりというのは、相手の病院に行かなくてもかなり見られて、いろいろアドバイス、コンサルトもできるので、そういう意味で現実的な解決法としての ICT の活用ということ、現在、各地域で地域医療連携のネットワークがかなり普及していますので、それを使うと画像や検査結果がかなり見られますので、是非その活用が役に立つと考えています。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。長谷川構成員、手を挙げていただいたと思いますが。

○長谷川構成員 総合病院入院体制加算で、精神科がない総合病院に対して、診療所のほうで精神科医が往診をして、そこで診療してその病院を退院後に外来につながるケースが多くなってきていると伺っています。

○藤井座長 実際に、そういう試みをされている所もあるということですね。来住構成員、お願いします。

○来住構成員 岡山市のモデル事業でやっていますが、岡山市内の救命救急をになう 12 病院と岡山県精神科医療センターとが救急医療における身体・精神合併症事業として連携しています。精神疾患があると救命救急に救急車が搬送するのに時間がかかるという事態がありました。そこで救急科から 24 時間 365 日、精神科医療センター責任医師へのコンサルテーション電話をうけ、必要時には往診をすることをしています。診療報酬上は、他院に往診した場合、診療報酬は取れないので、事業としてやっているわけですが、その結果何が起きたかということは、まず救急車が精神疾患がある人を総合病院に運ぶときの時間がグッと短くなりました。

メディカルコントロールが救急病院に受け入れを定めるために行う電話回数も平均 1.3 回、受け入れ病院が定まるようになっていきます。さらに、精神科病院から総合病院への転院が非常に円滑になりました。逆に、総合病院から精神科への転院の数もグッと増えました。なので、一緒に働くというのは、もう必須だと思います。身体科の医師が、精神科があってよかったと思うと、連携は進むのです。相手の望むことを実現することが早道だと思います。やれば可能だと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。松井構成員、お願いします。

○松井構成員 これは個人的な話ですが、近隣の病院でどうしても認知症の方に対する対応が困ることがあって、私が行って診ているのですが、そうしますと、お互いの連携が多少取れるのです。先ほど、長谷川構成員がおっしゃったことというのは、比較的精



神科的な問題が弱くて、むしろ身体管理が必要な方は総合病院に入院なさって、精神科がリエゾンで行くという形でいいのでしょうか、やはり大暴れをしていると、例えば CK がガンガン上がってきてどうしようもないとか、別の大きな病気を抱えていて、精神科だけではどうしようもないという場合には、総合病院とか一般科の先生が応診に来てくださるというのは非常に助かります。

ただし、先ほど来住構成員がおっしゃっていたように、来てくださっても何のお金も付きませんので、なかなか他科の先生方には頼みにくいという実情があります。そういうことは、非常に今後考えていただく必要が出てくる問題だと考えております。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ICT の発展では、ICT を活用して対応できる部分と、応診をしないとなかなか対応できない部分とがあるかと思しますので、そこは IT の活用も含めて考えていく必要があるということかと思いますが、この辺り、小阪構成員はいかがですか。身体合併症のことについて、何か御意見はありますか。

○小阪構成員 私は立ち位置が多くの方とは少し違いますので、どうしても切り口が変わってしまうのですが、1 つ、議事録に残るので確認しておきたいのは、精神科救急であっても、目指すべき在り方は、非自発性入院ではなく任意入院、ほかの一般科救急と同じ在り方であるところが、まず 1 つ目指すべきものだと思うのです。ですから、杉山先生が示してくださった図などは深く知りたいなと思ったのですが、今、来住先生がおっしゃったように、総合病院と精神科が連携してくれることは、その 1 つになるだろうなと思うのです。

理想的に言えば、地域の総合病院に精神科があれば、精神にかかることのハードル自体がそもそも下がるだろうなと思うのですが、地域の総合病院で精神科と連携してくだされば、身体合併症の人も安心して地域で暮らせるだろうなと、来住先生の話聞いていて思いました。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 せっかく流れがそちらにいらっているので御紹介します。私のスライドの最後のほうにあったのですが、合併症の取組でハブ&スポークモデルというのがあって、それは関西医大だったと思いますが、救急医の先生が精神科病院を回るのです。そうしますと、すごく助かって優れたモデルということで学会で紹介されておりました。

ただ、制度上それがどこに位置付けされるかというのがよく分からなくて、皆さんの評判はどうですかみたいなディスカッションをやったときに、「関西医大は変わっていることをやっているよね」と言われるのだと言っていましたので、これが普通の形になるということは、確かに私たちにとってもプラスですので、そういったことは、制度に戻って申し訳ないのですが、そちらのほうで何か評価できるようなことがあったらよろしいのではないかと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。その他いかがですか。地域の連携というところで、杉山構成員のほうからは、1 つ問題提起というか、ポイントとして協議の場についてのお

話がありましたが、今、考えられる協議の場として、主に3つの協議の場を例示していただいておりますが、この辺りの協議の場はどうあるべきかということについてはいかがですか。ここも「にも包括」の中で考えていく上ではかなり重要なポイントかと思います。山本構成員、自治体の中で協議の場としては、救急についてお話するということと「にも包括」の関係についていかがですか。

○山本構成員 ありがとうございます。自治体では、よくよく関係機関の方から、様々な協議の場があり過ぎて、結局何をどう協議するのだという、批判を受けるところです。

先ほどあった、幾つかの機能で整理をしていって重層連携させるような協議の場の設定をしていくのが、自治体職員の役目だろうと思っております。親会のほうでも話をしているところですが、「保健」を基点にした協議の場というところ、救急の視点からしますと、都道府県が実施する連絡調整委員会が実施されて、それを地域レベルにブレイクダウンして保健所や圏域を担う自治体職員が、その地域の実情に合わせた仕組みについて協議の場を持っていく。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業では、これまでは地域移行を中心に検討した経過がありまして、保健所が中心になって地域移行を進めてきたところです。今後については、地域移行については、「障害福祉」を起点とした協議、つまり共生社会の実現に向けて市町村を中心に、暮らしや生活支援というところで住民の方と作っていくこととし、福祉を起点とした協議については市町村が担いながら、保健医療のアプローチは市町村の保健部局と都道府県の保健所や圏域による議論、また都道府県圏域では一般救急と精神科救急の双方について議論をしていくような重層化ということができていくと、将来的にいいのではないかと提案しているところです。

○藤井座長 ありがとうございます。長島構成員、お願いします。

○長島構成員 各自治体、市町村の地域包括ケアシステムに関する会議としては、地域ケア会議というものを開こうとなっていますので、そちらに精神救急の関係者、あるいは救急の関係者、精神科の関係者に是非出席していただいて、一緒にそこの中でお話して顔をつなぐというのが非常に重要かと思います。

それから、地域全体の救急や医療体制ということであれば、やはり地域医療構想会議などの中で、しっかり精神救急に関しても話題にするということが重要ではないかと思えます。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。来住構成員、お願いします。

○来住構成員 長島構成員の御意見に全く賛同です。精神科が地域医療構想から外れているので、それが実現していないのが一番大きな課題だと思っています。結局のところ、必要なのは横串なのです。岡山で言いますと、精神を管轄する県市町村の課と一般医療を管轄している課が違います。なので足並みがそろわない。その横串をさして議論して答えを出さないと、課題を確認されるだけで終わっています。ですから行政機構の中に横串をいれ、課題解決につながるようには是非お願いしたいと思っています。

○藤井座長 ありがとうございます。「にも包括」構築の際に、精神だけで話を進めるのではなく、一般医療も含めてもう少し広い範囲での横串を刺していくことが必要ということですね。

○来住構成員 一般（身体）医療の領域に精神科が入って行って、精神科医療の役割を果たせないと、結局、一般（身体）科信頼は得られないということです。主客を逆転させると必要だと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。この点に関しては、ほかの構成員の皆様いかがですか。辻本構成員、どうぞ。

○辻本構成員 この部会が「にも包括」の下にあるということなので、会議ばかり特化して増やしても、全体像の中での救急だということにしていけないとまた苦しいかなと思います。「にも包括」も全部、どの人たちも救急化したらどうしようかと思っているわけで、大きな枠組みは行政的にやればよいと思いますが、日々の中で救急事案、クライシスプランをどうするかとか、救急をどういうふうに使っていこうとか、日頃の状況、個別のこともそうですし、システム会議の中でも救急ワークをどういう圏域で見えていこうという、日頃の地道な作業が大事になるのではないかと思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかにいかがですか。来住構成員、お願いします。

○来住構成員 定義が大切だと思います。今回、常時対応型とか、様々な基準を定めるという議論がなされていますが、言葉の定義の問題も整理いただけたらと思います。例えば、時間外というのは何を指すのか。土曜日を通常に開けていたら、土曜日は通常なのか、時間外なのか。診療時間を 15 時までとしていたら、時間外は 15 時以降なのか。診療時間を当院では火曜日は夜 21 時までとしていますので、夜 9 時を過ぎてから時間外と登録していますが、その時間外の切り方を病院ごとでなく、定義を明確にして統計を取らないと、不確かな統計で制度設計することとなると思います。この点についてどうぞよろしくお願いします。

あともう 1 つ、資料 2 の調査の中で、「連絡調整委員会について教えてください」の所ですが、先ほどの議論を踏まえますと、連絡調整委員会が、いわゆる MC 協議会とか総合病院の救急を司っている所と連動しているかということが大切だと思うのです。アンケートの結果連動していないという結果が集まるとしても、その現実を確認する必要があると思います。この項目を 1 つ追加していただけたらと思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。定義をしっかり決めておかないと、例えば調査をしても結果の信頼性に疑問が出てきてしまうということもありますので、今回調査するときにも留意する必要がありますね。

○来住構成員 調査だけではなく、診療報酬の決め方のときもお願いします。定義を付けて、その基準に基づいてきちんとやったときに精神科救急ということにしないと、届出の仕方によって差が出るというのは避けないといけないと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。今の時間外についてですが、本事業におきましては定義をしております、休日については、朝の 8 時半から夕方の 16 時 59 分まで、夜間は平日・休日を問わず、17 時から翌日の 8 時 29 分までという形で、定義はきちんと明記した上で、本事業について実績報告を上げていただいております。

○来住構成員 そうなりますと、この実績報告もそうですし、いわゆる精神科救急の診療報酬上の時間外という区分けも同じという理解でよろしいですか。

○友利精神・障害保健課長補佐 ただ、その診療報酬の整理とは、うちの事業がきちんと連動しているかは精査が必要だと思っております。本事業でこのように定義しておりますが、きちんと運用されているかどうかというところも確認しなければいけないと考えております。

○来住構成員 ありがとうございます。

○藤井座長 ありがとうございます。調査の話も話題に出ましたが、論点の所に、都道府県及び指定都市に対しての調査の案が出ております。精神科救急情報センターや精神科救急医療施設の設置の考え方、機能等々、事務局から案を出していただいておりますが、この調査の実施に関しては御意見はありますか。今、来住構成員からも少し御意見を頂きましたが、ほかの構成員の皆さんはどうですか。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 調査いただくのはいいと思いますが、このままでいくのか、今日の会議を踏まえて、多少またやり取りの中で修正するのか、時間のこともありますし、その辺はどういうふうにお考えですか。

○藤井座長 事務局、いかがですか。

○友利精神・障害保健課長補佐 もちろん、今日のやり取りの中で反映できるものは反映して、最終的には座長と一緒に御相談をした上でアンケートを行いたいと考えております。

○藤井座長 ありがとうございます。松本構成員、お願いします。

○松本構成員 2 点あります。辻本先生が前の前でおっしゃっていた日々の努力、日々のコミュニケーションの積み上げが重要だとおっしゃっていた点は、非常に重要な点だと思います。そういう日々の積み重ねが制度的に担保されるような方法で、制度設計を是非御検討いただきたいと考えています。ただ、制度をギチギチやるのは非常に難しいのですが、例えば日々のコミュニケーションを見える化するとか、都道府県ごとの取組の差を見える化するとか、地道な取組にはなりますが、そういうことがあると、日々地元でコミュニケーションされている方も評価されるということになるのではないかと思います。

もう 1 点は、杉山先生の資料の中で、諸制度の不整合という点がありまして、診療報酬と医療計画と精神科救急医療体制整備事業の中での不整合というような御意見もあって、先ほどもきっちり要件を満たしてこそその精神科救急の点数ではないかということもおっしゃっていましたが、精神科救急医療体制整備事業の中で明確化されていくような要件が、診療報酬の要件の中にも反映されていくような連動といいますか、同じ方向を向いて、同じような基準で運用されるというような方向での制度変更の提案といいますか、そういう

ものがあってこそ、連動というふうになると思いますので、その辺りも是非、次の改定に向けて御検討いただければと、このワーキングの成果をそういうところに反映していくように御努力を頂ければと感じました。よろしくお願いいたします。

○藤井座長 ありがとうございます。もうそろそろお時間が迫ってまいりましたが、その他、御意見はありますか。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 最初、来住先生がおっしゃった資料1の最後の図で、救急情報センターを全部通してしか上がらないのかというところですが、逆に、幾つかの自治体の話を聞きますと、救急情報センターを通さないと病病連携をしてくださらないとか、病院探しができない、いわゆる救急情報センターがコンビニ化している所も幾つか聞いているので、そこが役割分担として、それは自治体ごとに違うとは思いますが、自治体に合ったやり方、要するに救急情報センターが過重にならないような、バランスの良い検討を頂きたいと思いました。

あと、やはり調査については、例えば空床確保をどうしているのかとか、合併症をどうしているのかとか、せつかくやるならば聞き込みたいこともあるので、その辺は意見集約していただけると有り難いと思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。調査に関しては、今回は余りお時間もありませんでしたので、この具体に関してはここで検討するのは難しいですが、今回お示しいただいた案については、事務局のほうは、メールで御意見を頂いてそれも集約させていただくということもできますか。

○友利精神・障害保健課長補佐 そうですね。ただ、次回の検討会までに間に合わせるとなりますと、なかなか時間がそこまで潤沢にあるわけではありませんし、今回、自治体の担当者向けに、あまり重い内容のアンケートを短期間でもお願いするのも厳しいかと思っております。座長とも相談しまして、ある程度の日数を区切って、意見を集約するような形でお願いをさせていただければと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。そのような形でよろしいですか。御意見を頂くことはできるかと思いますが、余りお時間がないということで、メール等で頂いた御意見を集約して、事務局と座長で取りまとめさせていただくということで御了解いただければと思います。よろしいですか。杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 終わり間際に申し訳ありません。先ほど、情報センターを全て介すのかといったような議論があったと思いますが、先ほどの楕円形の図で示したように、ほとんどのニーズは行政システムを通さずにアクセスしてよいというイメージでいいと思っています。ですので、決め事としてそうなっているのではなく、実状はそれでいいと。さすがに措置等は行政システムと連動させないといけないというイメージがあの図で示されていますので、それでよろしいのではないかと思います。

それから、協議の場の整理については、本当はその道の専門家である藤井座長の御意見を頂きたかったなというのは1つあります。すみません、時間も迫っておりますので、感

想ですけれども。

○藤井座長 ありがとうございます。小阪構成員、最後に何かありますか。

○小阪構成員 ありがとうございます。今回の会議で、今まで総合的にお聞きして気になった点が、来てもらう側の発想の議論が今回はとても多かったなと思っているのですが、資料上は受診前相談の部分に触れていただいていると思うのです。ここの役割が、今回の会では十分整理されなかったような気がするのですが、ここが多分非常に大事だと思うのです。そこがいかにも、正直なところ当事者からしますと、知らない所に知らない人と自分の困ったことを話すというのはとてもハードルが高いでしょうし、御家族もそこまで切迫しなければ助けを求められないというのではなくて、身近な所でいかにそこを拾えるのかというところの役割を整理する必要があるのだらうなと思います。その議論を深めたいなと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。今回は小阪構成員がおっしゃるように、システムに入った後、病院の在り方などが議論の中心になっておりましたので、受診前をどうするかということに関しては次回以降に議論ができればと考えております。

今回も幅広く御議論いただきましてありがとうございます。ほぼ時間になりましたので、本日の議論はここまでとさせていただきたいと思います。最後に、今後のスケジュール等について、事務局から御説明をよろしく申し上げます。

○児島精神・障害保健課精神医療専門官 事務局より次回の開催について御連絡させていただきます。次回、第3回のワーキンググループについては、事前に御連絡させていただいております11月13日金曜日の16時から18時に開催したいと思います。場所などの詳細については、事務局から改めて御連絡させていただきます。

最後に、事務局で1点追加事項があります。友利補佐、お願いします。

○友利精神・障害保健課長補佐 最後に、お手元の机上配布の資料で、「世界メンタルヘルスデー2020」というものをお配りしております。もう1枚、厚生労働省のホームページにも本日アップをした資料ですが、メンタルヘルスについて国民に広く関心を持ってもらい、身近なものであることを知ってもらうために、10月10日の世界メンタルヘルスデーに合わせて、今年から東京タワーをシルバーカラーにライトアップいたします。シルバーリボンの運動にちなんだカラーになっております。こちらのパンフレットにもありますように、対談やビデオメッセージなども今回企画をしておりますので、是非10月10日のライトアップに合わせて、ホームページについても御覧いただければと思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。それではちょうど時間になりましたので、以上をもちまして本日のワーキンググループは閉会といたします。構成員の皆様、御活発な御議論を頂きましてありがとうございました。