

第４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１２月１１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 大変お待たせいたしました。ただいまから第 4 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の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。なお、松本構成員については、用務のため遅れて参加いただく予定となっております。

それでは、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、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「報告書(案)」、資料 2「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整備」、資料 3「杉山構成員提出資料」、参考資料「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 HP に掲載しておりますのでそちらを御覧いただくようお願いします。

続いて、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、発言しないときはミュートにして、発言するときにミュートを解除するようにお願いいたします。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。

冒頭の頭取り撮影はここまでとさせていただきますので、報道関係のカメラは、撮影を終了いただく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。それでは議事に入らせていただきます。本日の進行ですが、まず最初に杉山構成員から御説明をいただきます。続けて、事務局から約 15 分で御説明を頂いたあと、残りの時間は、全て報告書の取りまとめに向けた議論の時間とさせていただきます。それでは、資料 3 に基づき杉山構成員から御説明をお願いいたします。

○杉山構成員 はい、杉山でございます。発言の時間を頂きまして、藤井座長、大変ありがとうございます。今日は最終回ですが、初回から最終的に何を議論するかということで、諸制度の連動という課題があったと思いますが、それに向けた話題と言いますか、その辺

をちょっと提示させていただいて、今日の議論の最終的な取りまとめに対する議論の参考にしていただければと思います。

これは何を発表するかと言うと、次にいっていただいて、アンケートを行っております。ここの席に座っております私は日本精神科救急学会を代表してということで、ちなみに隣にいる来住先生は副理事長であります、アンケートをさせていただきます。この会で何度か話題になった診療報酬改定による精神への影響ですね。特に救急医療体制整備事業に対する影響とか、地域包括ケア体制に対する影響とか、そういったものについて調査をしたので御紹介させていただきます。次、お願いします。

これが改定の内容で、これは第1回るときにもお出ししています。救急入院料には2割、60床という制限が掛かったもので、実際に発動されるのは令和4年からになります。はい、次にいってください。アンケートですが、今年の5月に行った47都道府県20政令都市を対象としてFAXによる迅速な回答を求めたものです。非常に関心が高く83.6%の回答率が得られています。この高さは実は同時にアンケート①、下にありますが、COVID-19の対応を自治体でどのように行っているかというのを同時に質問したので、かなり回答率が良かったということです。このアンケートは表題に書いてあったと思いますが、②ということになります。次に行ってください。

まず（精神科救急医療体制整備事業の）概況について尋ねて、どうでしょうかというざっくりとした質問です。「特に問題はない」、「何とか機能している」で8割を超えています。ですから何とかなっている所が多そうですね。「課題が多い」が13%です。はい、次お願いします。片や措置入院の運用はどうでしょうかと聞きますと、これもほぼほぼ似たような回答ですね。少し救急のほうが円滑ですが、ほぼほぼ同じような状況にあります。はい、次お願いします。今回の先ほどお示したキャップ制ですが、知っていますかという質問で、これは聞いている相手が自治体の方なので、医療機関ではないので知らないだろうと思ったのですが、23%の方が知っていらっしゃるということで、大分関心が高いのではないかと学会では分析しています。はい、次、お願いします。そういった救急入院料が自治体の中にありますかと、存在していますかというところで、7%の自治体には救急入院料のようなものはありませんということでした。はい、次お願いします。

そういった救急入院料を有す医療機関は、必ず事業に参画していますかという質問。これは100%でした。はい、次お願いします。参加している場合は、どういった役割を担っているのでしょうかということで、これは本来であれば救急入院料ですから、「常時対応型」にならなければいけないというのが筋だと思いますが、それがたった21%であります。ほとんどが「病院群輪番型」という形の参加になっています。これは今日の報告書にもちらっと出てきますが、そこは連動していないということの1つの根拠になるのですが、これをどのように整理していくかというのが課題になるのかと思います。はい、次お願いします。救急入院料の貢献度を聞いたものです。これはなかなか評判が良くて、「きわめて大きい」と「大きい」を合わせると90%以上になるのです。やはり、なくて

はならないということで、結論付けてもよろしいかと思えます。

はい、次お願いします。もし、診療報酬改定により制限が掛かった場合、影響は大きいでしょうかという質問ですが、これは見てのとおり7割が「きわめて大きい」、「大きい」ということで、恐らくここまでの回答ですと、今回の改定が加わったときは、地域医療の崩壊がかなり差し迫った状況と自治体の方は認識されている、と解釈してよろしいのではないかと思います。はい、次お願いします。

さらにもうちょっと全体の地域包括ケアシステムですね、この会の親会のテーマですが、そちらに対する影響はどうでしょうかということも聞いています。やはりこちらも「きわめて大きい」、「大きい」ということで、救急システムほどの影響はないにせよ、やはり全体の地域包括ケアシステムに対しての影響度はかなり大きいということで、やはり大きな国策である地域包括ケアシステムに対して少し良い影響にはならない可能性があるということを示しています。そのこともあって、ちょっと制度の連動というものは、やはり課題ではないかということになります。はい、次お願いします。

これはちょっと別のアンケートになりますが、私は厚生科学研究をやっていて、その中の橋本先生がやってくれたものですが、これは全国の救急隊、消防に聞いたものです。n数はかなり多いです。全国から御意見を寄せていただいています。次、お願いします。この救急活動にとって、精神科の疾患というのはかなり困難だと言われていますが、傷病者の搬送を円滑化するためにどのようなものを皆さん望みますかということ聞いたのですが、やはり、人気というか要望が高いのは、精神科医療施設の中に身体科の医者がいるというのが一番です。総合病院の精神科もかなり要望が高い。メディカルコントロール協議会に精神科も出てきなさいというのも高いと。その中にあって救急入院料というのはかなり高位置にあって、やはり求められている医療資源と言えらると思います。ちなみに精神科救急情報センターというのは、救急隊の方は余り必要だとは思っていらっしやらないようで、もうちょっと役に立ってもらいたいという激励の意味かと思えます。そういう結果でした。

スライドはここまでなのですが、もうちょっとしゃべります。こうしたアンケート結果を受けて、学会は10月に学術総会を開いてこれについて議論をしたところ、やはりいろいろこれについては提言をせざるを得ないだろうということで、学会提言という形で声明を出しております。このままでは地域医療の崩壊とか包括への影響というのが懸念されるし、そもそもの制度変更については、やはりエビデンスを持った形で議論するべきではないかということ声明の中に載せています。

今日は最終日ですのでちょっとだけしゃべりますが、学会として原点回帰といいますか、この会議の中でも大分認識として重要ですねということで、だんだんそうなっているとは思っています。重要なことなので1つ申し上げますが、この会は「にも包括」の親会というのがある、その中の分科会の位置付けになっています。つまり、全体システムの中の一部であるという位置付けです。救急というのはその言葉のとおり、局所的な状況を指してい

ると。片や包括システムというのは包括ですから全体を指している。ということで、両極にあるかのように思われがちなのですが、恐らくは同じものを指すだろうということです。

つまり、ワーキングの初回に救急の定義は何ですかという御質問があって、それは当然のように危急な事態ですと、学会もそう認識していますというお話をさせていただいて、やはり全体の中の一部、ピンチのときですねという話になったのですが、ただし、救急の立場から言わせていただくと、そこに一生懸命ケアを入れていくというのは大事ですが、その前にそうならないようにすることとか、トリアージをしていくこととか、あるいはそれを社会全体で取り組んでいったりとか、介入の仕方に医療ないし医療外の資源も含めて全体で予防していくことは非常に重要だという、それをもって精神科救急医療体制と呼ぶのだというのが学会の基本的な立場で、そこがちょっといつも混乱するところではあります。

ただ、学会としては、もともと最初からそういう立場でいる。つまり同じものを指しているのではないかということ、やはり再認識すべきではないかと思います。その証拠と言ってはなんですが、この後提示される救急のイメージ図というのが新しいものが出てくると思うのですが、その図が地域包括ケアシステムの図にだんだん似てきているのです。あの図の全体は、すなわち地域包括ケアシステムではないかと理解されるような図にだんだんなっているということもあります。それが1つ認識として重要です。

もう1つはシステムを作っていく中で、精神の領域にあっては医療という要素が常時関与している必要があるだろうということです。それは平時であっても、緊急時であっても、医療というものに裏打ちされたシステムでないと、やはりうまくないのではないかと思います。もちろんいろいろな形で、医療外の対応も含めて全体で対応していくという考え方が大事だということには、当然それは賛成ですが、やはり全体として医療というものを、しっかりと科学に裏打ちされた形で政策を組んでいくことが必要だというのはやはり大事なことで、学会としてそこは重視していますということをしっかりと発言して、今日は最後ですので、発言を終わらせていただきたいと思います。長時間ありがとうございました。

○藤井座長 杉山構成員、ありがとうございました。御質問等は事務局の御説明の後に、まとめてお受けしたいと思います。それでは引き続き、資料1に基づいて事務局から御説明をお願いします。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局の友利です。それでは、資料1と資料2に基づいて御説明いたします。まず、資料1「報告書(案)」の1ページを御覧ください。目次になりますが、1.2.3.について前回のワーキングでの指摘を踏まえて、記載の修正をしております。こちらの1～3までの説明については、資料2のイメージ図で御説明いたします。今回、新しく加わったのが、4.「今後の精神科救急医療の体制整備に係る取組」ですので、こちらについては、資料2の説明後に御説明いたします。

それでは、資料2を御覧ください。次をお願いします。こちらが、「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整備」の基本的な考え方についてまとめたものです。1番目の○です。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は、精神障害者や精神保健(メンタルヘルス)上の課題を抱えた者等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の1つであり、入院医療の提供のほか、同システムの重層的な支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭に置きつつ、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが重要である、という基本的な考え方をはじめに記載しております。

そして、ここから「精神科救急医療の提供に係る機能分化」について御説明します。こちらは、機能分化についてここで概要を説明し、詳細については、その次のスライドで説明いたします。まず、機能分化についてですが、大きく3つに分かれます。「平時の対応・受診前相談」、「入院外医療の提供」、そして「入院医療の提供」に分かれております。

平時の対応・受診前相談は、3つ記載しております。1番目は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応の充実ということで、保健所や保健センターからの訪問、精神科医療機関と保健所等の協力体制、相談体制の構築、障害福祉サービスの活用で、それぞれ記載をしております。2番目に、精神医療相談窓口の設置と充実。3番目に精神科救急情報センターの設置と充実ということで、平時の対応・受診前相談について記載をしております。

次に、入院外医療の提供です。こちらも3つ記載しております。かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応できること。2番目に、相談者のニーズに応じて往診、訪問看護が可能であること。3番目に、診療を行った上で、入院の可否に関する判断を実施できることということで3つ記載しております。

そして、入院医療の提供も3つ記載をしておりますが、はじめに、前提として※のところに記載しております、入院医療の提供については、地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合や、あるいは、医療機関間の連携による面的な整備により果たす場合も想定しております。

この前提を置いた上で3つあります。1番目が平時の対応、受診前相談、入院外医療の後方支援の実施、そして、原則、対応要請を断らないこと。2番目に措置入院、緊急措置入院への対応が可能であること。3番目に身体合併症、これは新型コロナウイルス感染症の対応も含みます。これらへの対応が可能であることということで3つ記載しております。

そして、青印の国について御説明します。国は精神科救急医療体制整備事業の充実等と指針の改正の検討を行い、精神科救急医療体制に係る評価指標の検討及び提示を行う。それを踏まえて、上の都道府県、黄色の枠のところで、都道府県は精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価、そして、地域の実情に合わせた体制整備を推進していくということで、機能分化について記載しております。

次に、「身体合併症対応の充実」という観点からも報告書に記載しております。身体合併症の対応を充実する観点から、都道府県等において精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図るために、2 つイメージ図を記載しております。左側の図から御説明いたします。精神科救急医療施設と右側の一般の救急医療施設が、お互いに対診、訪問・電話等による助言等を行う。ICT の活用も検討しつつということになります。こういったことを行いながら、精神科救急医療の提供現場における連携の促進を図ることを記載しております。

そして、右側の図は、精神科救急医療連絡調整委員会等と右側の一般の救急医療体制における会議体が、お互いに救急医療体制の検討の場に参画して、身体合併症対応における課題の共有、そして解決策の検討等を行うということで記載しております。

最後に、「当事者、家族の参画」について記載しておりますが、誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるよう、都道府県等における精神科救急医療体制連絡調整委員会や圏域ごとの検討部会に、当事者や家族が参画していくことが期待されるということを出しをして記載しております。

それでは、次のスライドをお願いいたします。先ほどの機能分化の部分について、こちらに詳しく記載をしております。まず、下の方から御説明いたします。イメージ図の中の緑の輪の部分が平時の対応ということで記載しております。具体的には、アクセス上の利便(当事者、家族に身近なところ)を考慮した対応が必要であるだろうと。そして、青い輪の中に記載しておりますが、かかりつけ精神科医等による診療や訪問看護の提供等も充実をさせていく。そして、保健センター、保健所における地域精神保健や、茶色の輪ですが、障害福祉サービス等の充実、活用が今後一層求められていきます。緑の輪の外側にありますシルバーの輪の部分で、受診前相談と入院外医療の提供。そして、上の矢印で入院につながっていきますが、入院医療の提供という順番で記載しております。

受診前相談の部分は、精神科救急情報センターでの受け入れ先の調整や精神医療相談窓口での相談対応。緑の輪とも一部重複しますが、こちらの保健所、保健センターについては、主に危機時の対応をするという意味で訪問支援の充実と位置づけをしております。その上の入院外医療の提供は、かかりつけ精神科医等による時間外診療、往診、訪問看護、外来の輪番制など、そういったことで夜間・休日の診療にも対応できることを期待するというように記載しております。

一番上は、入院医療の提供ということで、輪の中に記載しております病院群輪番型、常時対応型、身体合併症対応施設ということで3つの医療の施設について記載しております。こちらは、先ほど御説明したものと重複しますが3つあります。入院外医療の提供を担う医療機関等への後方支援、措置入院・緊急措置入院への対応が可能であること。そして、身体合併症への対応が可能であること。前提としては、連携による面的整備を含むという形で、医療機能について、こちらのイメージ図に示しております。そして、一番上の※のところに記載しておりますが、この精神科救急医療体制については、精神科救急医療体制

連絡調整委員会及び精神科救急医療圏域ごとの検討部会できちんと協議をした上で、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ことで記載しております。

それでは、資料 1 の報告書(案)に戻っていただき、4 の今後の取組の御説明をいたします。15 ページを御覧ください。4.「今後の精神科救急医療の体制整備に係る取組」ということで、国、都道府県等、精神科医療機関、一般医療機関、障害福祉サービス等事業者及び当事者、家族、それぞれについて記載しております。

まず最初に、(1)の国です。1 番目の○は、精神科救急医療体制の整備に必要な諸制度による手当てを行う。そして、この救急医療体制の整備を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画との整合も図ると記載しております。

そして、3 つ目の○、最後の行ですが、精神科救急医療体制に係る評価指標について検討して都道府県等に提示をする。次の○は、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針。そして、精神科救急医療体制の整備に関する指針についても改正等を検討するということが記載しております。最後の○は、精神科救急医療体制の整備について、その状況を確認していくために、適宜、検討の場を設けて、進捗状況をフォローアップし、更に必要となる取組についても検討していくことが望まれるということで、国の対応について記載をしております。

次に、(2)都道府県等について御説明いたします。都道府県等は、本報告書に記載されている事項に基づいて、現在の精神科救急医療圏域の設定や精神科救急医療施設の指定の状況について、今一度、改めて点検を行っていただきたいと考えております。そして、今後、国により示される精神科救急医療体制に係る評価指標を踏まえて、体制の整備状況について改めて整理をした上で、その指標に基づいて管轄下の体制の状況を定期的に評価し、必要な対応を行うことが求められます。

次のページです。なお、この場合については、この整備を推進するに当たり、精神科救急医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会をきちんと活用して推進する必要があります。そして更に、精神科病院等の関係団体や精神科医療機関の協力が不可欠でありますので、日頃からこれらの関係機関との連携体制を構築する必要があると記載しております。

次に、体制整備に当たっては、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を基本的な考えとすることから、都道府県、そして市町村についても、平時の当該システムにおける対応や受診前相談の充実を図る必要があります。具体的には、先ほどのイメージ図でも少し触れましたが、保健所、市町村保健センターにおいて、精神障害を有する方等及び地域住民の危機に対して迅速に訪問して、当該者の意思を尊重した支援を行うとともに必要な医療につなげることが期待されるだろうと。これらの取組に当たっては、精神科医療機関の協力を得て、精神科救急医療体制の充実を図る必要があると記載しております。

身体合併症の対応については、連絡調整委員会だけではなく、一般の救急医療体制の会議体との意見交換を行うことも更なる充実につながるだろうと記載しております。都道府



県の最後の○は、精神科救急医療体制が、精神障害を有する方等をはじめ、誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに精神医療を受けられる体制となるよう、委員会、そして圏域ごとの検討部会に当事者や家族の参画を求めていく必要があるだろうと記載をしております。

(3)精神科医療機関ですが、都道府県等との連携の下、精神科救急医療体制への積極的な参画が求められます。そして、精神科救急医療体制での対応だけではなく、かかりつけ精神科医として、日頃の診療に加えて、精神障害を有する方などが危機等の状況に陥った際にどのように対応してほしいかを十分に把握し、時間外診療や往診等を含め可能な限りの対応の充実を図るべきであると記載しております。

次のページです。入院医療を提供する施設については、セーフティネットとして機能が果たされるよう、委員会等の場を通じて、病院群輪番型施設、常時対応型施設が互いの役割分担を整理することや連携強化を図る必要があります。次は、精神科診療所についてです。積極的に精神科救急医療体制整備に加わり、夜間・休日における入院外医療の提供を輪番制で取り組むことや、保健所、市町村保健センターの訪問の際に医療の立場からも支援等に取り組むべきであると記載しております。最後は、身体合併症対応の充実です。こちらについては、対診、訪問、電話等による助言等を行う取組が可能となるような体制整備を図るべきである。そして、一般の救急医療体制における会議体へ参画をして、身体合併症を有する方への対応に関する課題に係る検討に取り組む必要があると記載をしております。

(4)一般医療機関です。こちらについても、先ほどの身体合併症対応と重なる部分がありますが、対診、訪問、電話等による具体的な支援を実現し、お互いに支援し合える体制の構築を目指す必要があります。そして、次の行ですが、こちらにも精神科救急医療体制連絡調整委員会などの精神科救急医療体制整備の場に参画して、身体合併症を有する方への対応に関する課題に係る検討に取り組む必要がある、と一般医療機関にも記載をしております。

次は、(5)障害福祉サービス等事業者です。次のページの一番上の○になりますが、危機等の状況下であっても入院を要しない場合などには、医療と福祉の連携の下、障害福祉サービス等における緊急対応や電話相談、ショートステイ(短期入所)等の活用も支援の選択肢となり得る。そして、保健、医療と連携しながら、危機等の状況に応じられる体制を構築する必要があると記載しております。

最後の(6)当事者、家族についてです。こちらについては、精神科救急医療体制が精神障害を有する方等をはじめ、誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるように、委員会や圏域ごとの検討部会に参画していくことが期待されるということを記載しております。以上、今後の取組について御説明いたしました。事務局からは以上です。

○藤井座長 ありがとうございました。それでは、報告書の取りまとめに向けた議論に移

りたいと思います。まず、先に御説明いただきました杉山構成員、あるいは事務局の説明、又はこれまでのワーキングでの議論を踏まえて、御意見、御質問等ありましたら挙手をお願いしたいと思います。長島構成員、お願いします。

○長島構成員 長島です。まず、ごく単純な用語の使い方の要望です。報告書(案)の 11 ページ目のアの「病院群輪番型施設の役割と整備」の 2 行目に、「医師・看護師」とありますが、看護師とすると准看護師や保健師等が含まれないので、これは全体を示す「看護職員」という表記がいいのではないかと思います。

次に、16 ページの上から 2 行目、「精神科病院等の関係団体」とありますが、これは精神科の診療所の団体もあるかと思いますが、そこは明記して、「精神科病院、診療所等の関係団体」とするのがいいのではないかと思います。それから、16 ページの下から 11 行目、「誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに精神医療」とありますが、ここは「必要なときに適切な精神医療」と、「適切」というものが加わったほうがいいのではないかと思います。これは、資料 2 の 2 ページの一番下も同じです。

次に、考え方の所で指摘いたします。杉山先生の資料でもありましたが、財源。例えば診療報酬などに関して国が手当てを行うことも重要かと思いますが、15 ページの国の取組の所には、「必要な諸制度による手当て」という書き方があるのです。例えば、そこに診療報酬、あるいは補助金等の費用負担とか財源の手当てというものが含まれるのか。できれば、そこもきちんと明記したほうがいい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。松井構成員。

○松井構成員 日精協の松井です。まず、前回の報告書について、デコボコと表現したことをお詫びいたします。今回見せていただいたものは当事者の目線も入っていて、非常にいいものだと感じました。4 つほど指摘をしたいことがあります。

1 つ目は、先ほど杉山先生がおっしゃったことなのですが、診療報酬で突然 2 年間の猶予をもって病床削減というような話が出たようなのですが、今回診療報酬の話が出たので言いますけれども、余りにも早すぎるのではないかという気がいたしました。少しずつ変わっていくのであればいいのですが、突然ポンと今回でということに関して、非常に危機感を感じている人たちもいるように感じました。

2 つ目は、第 1 回目のときに私が医師の働き方改革のことについて、輪番型の病院が困っているという話をしたのですが、これは輪番型だけではなくて常時対応型も同じだと思うのです。夜勤帯に精神科救急の患者さんを受け入れてしまった場合、その医師が翌日に外来もできなくなれば病棟の管理もできないというのは、非常に大きな問題ではないかと思うのです。例えば、2 時間夜起きて、夜間従事をしたのであれば、例えば次の日は 2 時間仕事を短縮するというような工夫をしてくださらないと、これは大変な問題になるのではないかという気がいたしました。これをうまくやらないのであれば、輪番群の病院どころか、他の科の病院も困るような状況になると思います。

もう1つは、精神科に限らないことなのではございますけれども、先生が大学などから民間病院にパートで来られます。もし、この先生が夜間に対応してしまうと、やはり次の日に大学で仕事ができないということになり、これも困るのです。このような働き方に関して、看護師の場合は夜勤専従というシステムがあるのです。これは何かというと、他の常勤で勤めている病院で72時間、勤務いっぱい働いたとしても、別の病院に夜勤として行く場合は、カウントが別になっているのです。そういうことも参考になさって、医師の働き方を検討していただきたいのが2点目です。

3つ目は、御存じのとおり精神科の病院では、世の中の流れに従って、入院医療から地域生活中心の動きにだんだんシフトしています。ところが、精神障害を伴った方たちに短期で退院していただくには努力が必要なのです。これは常時対応型に限らずなのです。輪番型の病院においても、PSWや地域連携室の職員など、たくさんの職員を依然として抱えなければならない。にもかかわらず、例えば医療保護入院の退院支援委員会などが開かれるのですけれども、こういうことに対しての手当ては全くありません。職員数は10年ぐらい前に比べるとどんどん倍増していつているのですけれども、診療報酬は定額のままで続けられており、このまま精神科の診療体制を続けるのは、非常に困難な状況が続いているように思います。今日、診療報酬の話をして良かったのか悪かったのかは分かりませんが、最後ですので指摘をさせていただきます。

もう1つは、先ほどの友利課長補佐からの資料2の、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整備の下の図に、「身体合併症対応の充実」と書いてあります。それから、先ほども医療機関が身体科、精神科と一般科が連携しなさいということが出てきたのですが、実際には平成24年に出た「精神科救急医療体制の整備に関する指針について」の中には、精神科と身体疾患に対応する内科等の両方を有する医療機関の整備の話と並列モデルというのは出てくるのです。この中には、「都道府県は、精神症状と身体症状のそれぞれについて、入院医療が必要な程度の患者に対して医療を提供できる医療機関(身体合併症対応施設や精神科を有する一般医療機関)を圏域ごとに整備するのが望ましい」とあります。これは医療機関だけではなくて、やはり都道府県の責任においても整備をしていただきたいと思います。以上です。

○藤井座長 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。最終回ということで、いろいろな御意見を頂きましてありがとうございます。今回、診療報酬のことについていろいろと御意見が出ております。御存じのとおり、この診療報酬については別途議論する場があります。我々は、当然今回の御意見、御議論を妨げるという趣旨ではありませんけれども、頂いた御意見については、また担当部局とも連携してお伝えしながら、今後の検討課題とさせていただきたいと思っております。

そうした中で、本文中に具体的な対策や取組、要は診療報酬などという記載をするのは今回は差し控えさせていただきながら、ただ我々は十分意識としては持っていますし、ま

た、前回の改定に関わる御指摘は私自身にも頂いているところです。その辺りを踏まえて、今後の取組の中で検討させていただきたいと考えております。以上です。

○藤井座長 ほかに御意見等がありますか。山本構成員、お願いします。

○山本構成員 全国精神保健福祉相談員会の山本です。今、診療報酬のお話が出ましたが、先ほど長島先生がおっしゃったように、私も「手当て」について気になっておりました。行政のサイドでは、今年度の精神科救急医療体制整備事業補助金の減額査定の問題があります。今の佐々木課長からのお言葉の中に、補助金についても「手当て」に含まれるという理解でよろしいか、確認させてください。

○佐々木精神・障害保健課長 手当ての中に、補助金も念頭に置いております。以上です。

○山本構成員 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 公精協の来住です。まず 16 ページの(3)精神科医療機関の所ですけれども、輪番と常時対応型の連携強化の件について書いてあります。そこに前段の所には書いてある常時対応型の役割を記載いただけたらと思います。そこにはその地域が対応し切れないものをきちんと受けきることと、圏域の拠点型の機能を果たすべく対応することを書いていただいたほうがいいと思います。

それから、少し前の都道府県の所ですが、都道府県が点検作業と見える化を行うことが、今回の大きなポイントになると思うのです。都道府県がリーダーシップを果たし、見える化を推進するには、精神科救急に関して、輪番も常時対応型も、病院ごとの機能、実績を定期的に評価、確認して、あるべき姿に近づけるべく対応することが必要だと思います。

○藤井座長 では、また後ほどお願いします。ほかの構成員の方、いかがでしょうか。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 細かいことになってしまうのですが、保健所と市町村の保健センターという言葉が、あちこちに書かれています。救急でない日頃の精神保健福祉活動、例えば 16 ページの上から 8 行目に、「保健所や市町村保健センター」と書いてあるのですが、ここに精神保健福祉センターという名前を入れてもらえないかなと。というのは、にも包括の中で、精神保健福祉センターの位置付けと精神科救急の中の精神保健福祉センターの位置付けが、何か違うように思えてくるのです。にも包括の下部組織としての報告書であれば、この保健所、市町村保健センターと同じ並びに精神保健福祉センターの活動も書いていただけると有り難いです。

例えば、最初の 7 ページの辺りや 16 ページのにも包括に合わせるのであれば、日頃の活動として、保健所や市町村保健センターと精神保健福祉センターを同じ書きぶりにしていただきたいというのが 1 つです。すべての精神保健福祉センターが精神科救急に熱心に取り組めているとは言い切れませんが、精神科救急の最前線で活動している精神保健福祉センターも数多くあります。

それから、これも詳しく分からないのですが、市町村の保健センターと書くのが

いいのか、市町村と書くのがいいのかというのも、にも包括と合わせた書きぶりのほうが統一性があるかと。最後の図で、精神科救急医療体制のイメージの「包括に似ている」と書かれたような所や、その前のポンチ絵は2つとも、にも包括の表現に合わせていただけると有り難いと思います。細かくて申し訳ありません。

○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。来住構成員、続きをお願いします。

○来住構成員 国のところにある、臨床指標についてです。臨床指標として現在使われているものは、精神科救急入院料を届出する時の様式にある項目のみだと思います。その内容の改定をお願いしたいと思っています。本検討会で議論されてきたように、総合病院や他科との連携、受け入れる病院が見つかりにくい困難な患者さんをきちんと受けることが必要です。そういう意味で、総合病院からの転入院数や紹介数、あるいは刑務所や警察での紹介受診、入院数、児童福祉施設・児童相談所からの紹介数は数値として出た方がよい。現在の様式は行政機関からの紹介件数を書くことになっているが、数値のカウントが曖昧になっている。どこからの紹介や連結を増やすべきなのかということ意識した項目を定めていただけたらと思います。

私の立場からですと、障害者機関設や児童福祉機などからの紹介入院は、大事な将来伸ばすべき領域であると思います。指標はあるべき姿に近付ける具体的なものにしていただけたらと思います。

2つ目は、「精神科救急の検討会」と、「にも包括の親委員会」をつなげるためにも地域医療支援病院の活用の在り方を検討していただきたいです。地域医療支援病院には、現在のところ、精神科病院で指定を受けている所はない。しかし今こそ、地域医療支援病院として精神科病院が機能するということが、求められている状況ではないかと思うのです。地域医療支援病院に精神科病院が指定されないのには理由があります。紹介率、逆紹介率の基準はクリアできる病院はある程度あるのです。あとは、集中治療室が設置できないから認可されない。解剖室と細菌検査室がないから取れない。この3つが理由だと思います。これら3つを精神科仕様に置き換えることができれば地域医療支援病院に精神科病院もり、地域の中でのニーズに対応する病院に育つ可能性があると思います。

私自身の提案ですが、例えば集中治療室を有することという規定の代わりに、精神科救急病床を持つ、あるいは常時対応型精神科病院であることなどを条件をつけて、ICU問題をクリアしたらどうかと思います。それから、解剖室を必置とするかどうかは、お任せしたいと思います。精神疾患は、10代、20代で75%が発症する病気で、早く介入して慢性化を防ぐという事実からいうと、若い年齢に対応しているのが精神科病院ともいえます。そういう意味では、解剖室は必ずしも病院内におかなくてもよいのではないかと思います。また自病院で持つのか、大学病院病理解剖室と連携して対応するなど、連携により解決すればと思います。

細菌検査室ということだと思いますと、精神科に求められているのは新型コロナを含めて、

新たな感染症が広がったときも、回避せず対応ができることだろうと思います。精神科では特別な肺炎の治療を行うわけでない。なので細菌培養は自院で行えなくとも外注できればよい。例えば PCR 検査ができるなど現実的な施設基準に置き換えてもいいのではないかと考えます。地域医療支援病院になり、その圏域の精神科救急に責任を果たしていく。他科同様にきちんと地域の中で位置付けられる形にしていくことが必要と考えます。以上です。

○藤井座長 具体的な御提案を頂き、ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。長谷川構成員、お願いします。

○長谷川構成員 小さいことですが、7 ページのアの「保健所や市町村保健センターからの訪問等」と、10 ページの下から 2 つ目の○、「なお、この前提として」、「密な連携を行うことのできる体制」について書かれています。この連携についての中に、できれば御本人が参加する形のケア会議を開催するというようなことを入れていただければと思います。それが必要だと思いますので。

それから、7 ページに、市町村が中心となって行う自宅などへの訪問診療を、「危機等の状況に応じて行政が、地域の精神科診療所等の精神科医等の協力を得て、自宅等への訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し」とあります。このチームは、多分その地域地域で登録制になるかとは思いますが。そこから精神保健センターなどが、今回の事案にはこのチームでというような形で、ある程度選ばれたりするのではないかと思います。登録しているような所も含めて、日中の対応力を上げるような研修を企画していただけないかと思いました。夜間・休日に救急ケースになるようなことを防ぐために日中の対応力を上げる必要があるかと思うので、そのように考えました。よろしくお願いします。

○藤井座長 御提案ありがとうございます。ほかに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 今まで、精力的に御議論を頂いた部分は、我々も非常に勉強になりましたし、改めて行政としての精神救急整備の課題・論点を認識する機会になりました。感謝申し上げます。また、行政の立場からの様々な苦勞などについて発言差し上げた点について、縷々反映等を頂きありがとうございました。

恐らく事務局では検討されているのではないかと思いますのですが、今まではここを明確におっしゃっていなかったもので、1 つお願いがあります。何かと申しますと、今回の取りまとめに関しては、今、正に見直しの最終段階にある県の障害福祉計画の中に、反映可能な県はたくさんあると思っています。ですので、これがまとまった暁には、是非通知のような形で都道府県にお知らせを頂いて、可能な範囲で 4 月から始まる障害福祉計画に反映いただきたいという趣旨で投げてくださいのも御検討いただいてもいいのではないかと、県の立場としては考えています。

もちろん、もう作ってしまった県も多少はあるかもしれないのですが、せっかくまとめ

ていただいたので、可能な範囲で障害福祉計画に乗れば、47 都道府県の行政に乗っていくわけですから、是非そのような形で御検討いただきたいと考えております。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。これについては、事務局で今お答えいただくことはできますか。

○友利精神・障害保健課長補佐 御指摘いただきありがとうございます。障害福祉計画だけではなく、御存じのとおり医療計画もあり、医療計画と障害福祉計画の 2 つとも連動して計画が立てられているところです。

次期障害福祉計画は、この夏から現在にかけて、都道府県それぞれで御議論されていると聞いております。後ほど説明いたしますが、年明けの「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」に今回の報告書を報告させていただきますが、「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」の報告書そのものについても取りまとめる必要があります。「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」の報告書と今回の報告書が連動する必要がありますので、時間的に少し厳しいかなとは思いますが、ただ、報告書がとりまとめられた旨については、都道府県に案内させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○藤井座長 ほかにいかがでしょうか。山本構成員、お願いします。

○山本構成員 先ほどの来住先生と長谷川先生の御意見に対して、行政現場の精神保健福祉相談員からお話をさせていただきます。今回この報告書(案)について、私のほうから 20 人ほど都道府県の精神保健福祉相談員に確認をしてきましたが、やはり医療アクセスの話が一番困っております。例えば、妊婦さんや発達障害の方の精神科救急対応、それとパーソナリティー障害の方などが自殺企図で救命救急につながった場合ですが、その後の精神科フォローへの医療アクセスが困難であると。つまり身体合併の事例については医療連携がまだまだ十分ではなく現場で困っていると。併せて、アルコール医療では合併症がある方などについて、身体科医療や救急とどう連動していくかというところが、大変な課題になっています。

杉山先生の御報告にもありましたように、精神科救急医療が崩壊するというのは、私たち行政現場の精神保健相談、また地域の障害福祉、障害者相談支援への、バックアップがなくなるということ。当事者にとっては急性発症や急性憎悪の際に早期に適切な医療にアクセスができないということになってくる。精神科救急医療体制が確立することにより、ミクロからマクロ救急のバックアップ体制が整備されていることが、今後、市町村の精神保健相談がミクロ救急のなかで役割を取り、地域の診療所や福祉のサービスの方と連携し、にも包括システムを担っていくということとなるためには歓迎すべきところです。今回の市町村調査でも、メンタルヘルスはさまざまな保健領域の中で相当に対応できている状況でありつつ、対応に困っているという結果も出ております。その辺り市町村における精神保健基盤の整備や精神科救急医療体制によるバックアップ体制について、先ほど「手当て」の話を確認させていただいたのですが、そこは国や都道府県からの支援などしっかりとご

対応いただきたいと思っております。

それから、長谷川先生におっしゃっていただいたように、やはり人材がどう確保できるか。ピアの方の相談も始まっているとも聞いておりますので、やはり行政の精神保健を担当する者がきちんと行政施策をグリップし、ピアサポーターを活用し人材を確保するなどの仕組みづくりができるようにする。そのためしっかりと行政に精神保健福祉専門職を配置し、もしくは精神保健福祉相談員養成を精神保健福祉センターなどの力をお借りしながら実施できる体制にしていく必要があると考えております。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。小阪構成員、いかがですか。

○小阪構成員 日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構の小阪です。少し情緒的な言葉から積むことを御容赦ください。私たちの多くは、国レベルで関わりを持つ人の善意に、「人は人としてそのままに尊重されるもの」という価値観は普遍的で、もちろん制度設計に関わるような方たちは、そうした社会基盤的価値観は、こうした制度策定に関わるような方々、あるいは厚労省の方々も含め、当たり前で醸成し得ているものと信じています。

私も含めた、苦悩の末に精神科の門を叩かなければならなかった多くの精神障害当事者の方たちの、その過程で感じる、言語に尽くし難い心情を十分に汲んでくださっていて、その上でより良くなるように、精神科救急も含めた様々な政策やあり方を御検討いただいているのだとも、私たちは信じています。

どうか、その思いに応えていただきたいと思っています。

第3回の当ワーキングで示されていた対象者の具体としての例示が、非自発性入院を精神科救急の対象と示しているような心証を受けることに、私は疑義を挟みましたが、非自発性入院について、その場でその問題意識を共有し、実際に言葉にしてくださったのは、全国精神保健福祉相談員会の構成員の方だけだったように思います。「非自発性入院」、年間18万人以上の人数になりますでしょうか。「非自発性入院」という、本人が安心して受けられない可能性の高い医療のあり方、自分にとって必要な治療と思えない形での医療提供、その先にある身体拘束などの行動制限等を前提とするのではなく、精神科救急であっても、当たり前で本人の意思と同意を最大限尊重し、原則任意での医療提供、入院治療となり得るように、精神科救急医療体制のあり方を諸制度の見直しや人員配置も含めて、包括的に検討するのが、本来形ではないでしょうか。

精神科救急であるからこそ、本人が、地域住民が、国民が、いざというときに安心して受けられる医療、精神科であってほしいのです。本人の意思が尊重され、安心して同意して受けられる良質な医療、本人や国民の地域生活を支える、そのための精神科救急医療体制として、面としての整備だけではなく、質も含めた検討整備をすることが本来の国民医療整備として、必要なのではないのでしょうか。

私は、今ある何かを、誰かを批判したいわけでは決してありません。精神障害という見えないものを取り扱う中で、病気や病状に関する専門的知識を有した医療提供者側の立場



があるとするば、同時に受け手である当事者性を持った立場と、最低限 2 つの立場が存在していると思います。医療提供者側等の立場から見た現実路線を中心とした議論だけでなく、上述した 2 つ、双方の立場から、あるいは国、行政、保健福祉など、必要な関係者も含めた検討の場を設け、本来目指すべき精神科医療や精神科救急医療のあり方を示した上で、その後に、現実論や優先順位なども加味しながら、実現可能な精神科救急医療のあり方を整備、検討するあり方が、本来求められている姿なのではないかと思っています。

最後になりますが、精神科救急であっても、にも包括の理念、そしてそこに紐付いた当ワーキングである趣旨を踏まえて、作成する報告書内には精神科救急であっても、「原則は任意入院」であることを、改めてどこかに記載いただきたいのです。そのように努力してくださっている病院もあられますので、私としても一緒にするつもりはありませんが、向精神薬と行動制限で専ら解決を試みているように見受けられる精神科救急医療も多いように思いますので、そのあり方をも、見直すことにつなげていただきたいと思います。それが、当ワーキングでは残念ながら叶わないのであれば、せめて今後の解決すべき喫緊の課題としては示してほしいと切に願います。私からは以上です。

○藤井座長　ありがとうございます。サービスユーザーの立場からの検討会への期待も述べていただき、改めて身の引き締まる思いがいたしました。この検討会はシステムのところを中心に議論をしてきましたので、今御指摘いただいたような質的なところの議論は、確かに不十分であったかと思います。実際には質的なところもしっかり議論していかなくはないとは思いますが、なかなか今回はそこまで至りませんでした。これは、今後の検討課題にしていくべきところかと思います。これについて、もし御意見等がある方はいらっしゃいますか。非常に本質的なところに関わる御発言かと思いましたが。来住構成員、お願いします。

○来住構成員　人員配置のことも言っていてありがとうございます。正にそうだなと思います。今回の報告書(案)の中で人員配置の所は、常時対応型において「実際には現配置基準では足りていない」ということを書き込んでいただいたというのはよかったと思います。説明と合意をきちんと行う、行動制限を最小化していく、医療安全の観点をしっかり追求するには人員配置基準の問題は、避けて通れないと思います。発言ありがとうございました。

あと、併せて精神科救急の枠組み、若干、診療報酬のことに触れますが、診療報酬の枠組みにある人員配置は、決して高くないと現場としては考えています。他の診療科と比較すると、最低限の人員配置であるのに、精神科救急入院料算定病棟がスーパー救急と呼ばれているということが大きな問題です。できればスーパー救急という呼び名はやめたいです。この配置基準が通常の診療体制であると。本来、より良い、質の高い救急医療を実現したい。アクセスがよく、医療安全に配慮され、説明と合意を取りながら治療を行う、行動制限を最小化すると日本が選ぶなら、人員配置基準が高くないと具体化しないことを発言しておきたいと思います。以上です。

○藤井座長　ありがとうございます。杉山構成員が手を挙げていらっしゃったと思いますが。

○杉山構成員　最初にしゃべらせていただいて、ありがとうございます。加えてです。報告書に関しての状況ですが、先ほど御指摘いただいた質に関しては、正に学会としてもこだわっているところですので、今の御発言は重く受け止めて、学会内でより御指摘にそって答えが出していけるように努力していきたいと思いました。もちろんそれに関連することとしての発言にもなろうかと思いますが、今回の報告書と新しい図ですけれども、来住先生がかねてよりおっしゃっていたワンストップをしましょうということがある程度明確に示されたので、そのところはすばらしいと思っております。精神科救急の対象者というのは、やはり、かなり混乱をしておられて、ちょっといろいろ考えていくのが難しい状態に陥っているということも多いですので、アクセスのシステムは複雑であってはいけないと思います。なので、とにかくシンプルなものが必要ということになろうかと思います。

それを踏まえて、報告書の9ページですが、受診前相談のことが書いてあります。ここに四角囲みのものがあって、2つ目の○です。四角の下ですが、来住先生が救急情報センターを介さない場合というシンプルなルートもあると言っていて、それが書かれております。さらに、相談窓口と情報センターというのももちろん活用されるべきだということもあるのですが、受診前相談のメニューが2つあることがそもそも複雑だということがいつも議論になっていて、役割が違うからということではあるのですけれども、その点について今言った○の、ページでいうと4つ目の○ですかね、「より迅速に」から始まる文章で、「相談窓口と情報センターを一体的に運営することも考えられる」とあります。ここは確かにそうなのですが、地域によってはより身近な相談窓口が情報センターを兼ねているような実態が多々ありますので、そういったことも具体的に記載いただくほうがやはりいいかと思います。当事者への対応をするというのはどちらかというと相談窓口で、機関を調整するというのが情報センターということになっています。

ただ、実際には我々もやっていますが、利用者が区別して電話してくるはずがないということもあって、ここは「一体的に」というだけではなくて、やはり身近な相談窓口が情報センターの機能も兼ねてトリアージしていくことも実態としてある以上は、こういったことも含めていただければいいかなと思います。そのほうが質的にも少し上がるのではないかと思います。

それから、もう1つの指摘は、12ページです。これも先ほど来住先生が言っていました、常時対応施設というのはいかなるものかという中身をもうちょっと書きなさいということがあったと思うのですけれども、実は常時対応型施設とは何かという箇所はここなのです。12ページの上から4つ目の○、「こうして指定された」という所に2行書いてあって、ここはちょっとあっさりしすぎというか、後方支援をやるという、場合によってはあるよねというようなものと、「退院後の生活を見据えた支援等」というのは、別に常時対応型でなくても普通に皆さんやっていることなので、ちょっとここはしっかりと書く必

要があるかなと思います。

最初に診療報酬の話をしてしまいましたが、診療報酬と常時対応をちゃんとリンクさせるという話がずっとあるのですけれども、そういったことを前提に、常時対応型に求めるものとしてどのようなものがあるかというのを考えてきました。まずは、常時対応型施設であつても受診前相談機能もちゃんと兼ねているということ、これはワンストップですよ、それで外来もやると。そういった全てに対応できるというのが1つ上のランクではないかと思われれます。もう1つ、輪番制と常時対応制というか、地域によって違うと思うのですが、そもそも輪番制になっていない地域があります。そういった所では常時対応を1病院で頑張らなければいけないということなので、正に自分の地域がそうなのです。

逆に輪番制が成立している所では、輪番制をちゃんとやっていれば常時対応は要らないかもしれないとかという考え方もあるわけですよ。輪番制が成立しているのだけれども、基本は常時対応型が受けて、さらにそれに対応できなかった場合の後方支援として輪番制を置くという考え方もありますので、そういったことを常時対応型に役割を求めていくことが必要かなと思います。それから、常時対応なので高規格、多機能というものが求められると思います。これは救急入院医療ですからもともとそうなのですが、その中に先進医療とか包括的ケアとか、そういった質に関わる部分をしっかりと明記していくことは、いわゆる救急入院医療だけではなくということで、そういったものもやはり常時対応に求めていくべきかなと思います。さらには、人材育成とかいろいろなメニュー、医療観察法への対応とか災害拠点であるとか、公的事業や公的研究への協力体制など、そういったものも多機能にやっていくということです。

それから、疾患特異的治療プログラム、先ほど山本構成員からアルコールとか、いろいろな中核的なニーズ以外のニーズに対してもちゃんとやってもらいたいというのがあって、そういったことにも対応できるように各種のプログラムを持っているとか、そういったことがやはり常時対応には求められるのではないかなということで、ここの2行のあっさり文章をもうちょっとしっかりと書かれたほうが、今後の制度連動という段に進んだときによろしいのではないかなと思います。以上2点です。

○藤井座長 ありがとうございます。長島構成員、お願いいたします。

○長島構成員 やはり、当事者や家族の参画の実現が、先ほどの御指摘に対応するために極めて重要だと思います。その中で、「その意思が尊重され」と書いております。それから、「必要なときに精神医療」とありますが、質のことを言うと、必要なときに適切な精神医療ということで、やはり質あるいは適切ということがこの中に加わるのが重要ではないかなと思いますので、当事者や家族の参画が重要であるということを強調されるのではないのでしょうか。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。長谷川構成員、お願いいたします。

○長谷川構成員 先ほど杉山先生からもお話があった12ページの常時対応型の説明ですが、12ページの上から4つ目の○の所ですけれども、後方支援という記載があります。

「当該地域で受け止めきれない症例の後方支援や退院後の生活」とあります。后方支援は私たちも難しいケースで、まだ入院していないところからお願いしてケア会議に出ているようなケースもあるのですけれども、常時対応型の病院を患者さん御本人が選ばない可能性もありますので、できれば后方支援は常時対応型に限らず、アクセスや専門性等で患者さんと話し合ってお願ひするという形がよいかと思ひます。そして、できればそういう后方支援になっていただいた病院には、ケア会議に出ていただいたときに何らかの報酬があると、こちらでも依頼しやすいと思ひます。御検討よろしくお願ひいたします。

○藤井座長 ありがとうございます。今、常時対応のことも大分話題になっていますが、松井構成員は輪番型をされておられると思うのですけれども、輪番型のお立場から常時対応に求めることというのもあるかと思ひます。その辺はいかがでしょうか。

○松井構成員 輪番をやっていて常時対応に求めることは、実は余りありません。何度も指摘をしているところなのですが、やはり輪番で一番困るのは身体合併症なのです。それで二次救急、三次救急という話も出ていたのですが、結局、措置入院、緊急措置入院が三次救急であるとすれば、輪番型は常に対応できているのです。ですから、精神科の中で本当に困るとすれば身体合併症と、前回、来住構成員がおっしゃっていましたが、変形性脳炎のこととか、あとは、精神病質でどうしても1つの民間病院で対応できないということがあるときに、常時対応型にお願いしたいところなのですけれども、なかなか受けてもらっていないというのが現実です。福岡の場合、実際に常時対応型が1つもないのですが、受けてもらっていないと。実際、福岡にありませんので、現実的には福岡ではゼロです。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。山本構成員、お願ひいたします。

○山本構成員 先ほど小阪構成員からお話がありました非自発的医療導入の話なのですが、私たちは行政職であることから、自傷他害行為の際は行政処分を担う立場でもあり、医療による保護が必要な場合は、最大限の努力つまり御本人に寄り添い相談支援をする中で、御本人の意向を尊重しつつ、どうしても、やむなく非自発的な医療導入を判断するということもせざるを得ない立場でもあります。非自発的医療導入の経験のある方は、その際に経験したことへの様々な不信感などから、以後医療中断ともなることが少なくなく、私達精神保健福祉相談員は、長期予後を見通したうえで、一人ひとりの処遇に向き合い相談支援を行っています。その中で、措置診察に関しては、法定受託の事務ということになりますので、精神保健福祉相談員としてはその事務にのっとなって対応していくということなのですが、こちらについては御存じのとおり、法定受託事務でありながら地域の実情によって取組はまちまちになっており、特に措置診察計画については、指定医の確保、診察場所の確保の段階で相当な時間が掛かってしまっていると。急性増悪している状況の中で、更に調整に時間が掛かってしまうという現状を我々も憂いているところです。

一方で、医療保護入院に関しては、正に非自発的なところですので、こちらの大きな課

題になっているのは、本人の意思決定の仕組みというところがいまだ実装されていないことと、精神医療審査会の実効性というのが自治体としての現状課題であろうと考えております。この救急のワーキングの中で議題として扱う話かどうか理解できていないのですが、大きな課題であると全国精神保健福祉相談員会としては認識しているところです。

もう一方、そのような非自発的医療導入に至らしめないような地域の取組が重要であろうということが、にも包括の中で話されていると思いますが、実は、市町村としては認知症初期集中支援チームという介護保険事業のモデルで、医療と連携した訪問支援は、既に全国的な展開がされており、事業モデルがありますので、これを実装していくためには、例えば現在、都道府県や政令市、中核市までが実施主体とされている構築推進事業を市町村にも使える事業にさせていただいて、取り組める自治体からそのような取組を始めていくとしてはいかがか。精神保健福祉法改正をして市町村が具体的に動けるようになるまでに、まだ相当時間がかかるのであれば、構築推進事業のような形で少しモデルを作りながら実装に向けていくという形としていただければよいと考えております。

市町村からすると 2025 年、大きな区切りであると思っています。また、2040 年までに地域共生社会の実現というように理念が示されておりますので、今から始めて、あと 20 年の間ということになります。今始めなければまた先延ばしになってしまう。市町村での精神保健福祉の取組は、平成 14 年度施行されており既に 28 年もたっている。にもかかわらず、未だ検討課題として残っているものであり残念でなりません。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ちょっと確認ですが、認知症初期集中支援チームを例示として挙げていただきましたが、7 ページに記載されている専門職等から構成されるチームというのがこのようなイメージでよろしいのでしょうか。山本構成員、いかがですか。7 ページのアの所です。市町村等からの訪問の所で、「自宅等への訪問支援を行う専門職等から構成されるチーム」というのは、認知症初期集中支援チームのような位置付けで考えるということよろしいのでしょうか。

○山本構成員 私がこの報告書を読む中では、そのように受け止めて読んでおりました。あと、コミュニティーメンタルヘルスチームという長谷川構成員の実践というところも含めて考えると、市町村では精神保健相談としての訪問支援という 47 条の 4 の規定で努力義務があるのですが、それについて、法改正により義務化されるまでの間、他職種による訪問支援のチームを補助事業化していくことで現実的に実装可能となるのではないかと考えてます。

○藤井座長 ありがとうございます。御指摘いただいた措置のシステムのこととか、意思決定支援等はちょっと今回、取り上げることができなかったところですが、またこれも継続の検討課題という形でよろしいでしょうか。来住構成員、お願いいたします。

○来住構成員 山本構成員が言われた部分、それから長谷川構成員も以前からおっしゃっている往診訪問の部分ですが、ここの定義が混乱している感じがいたします。と申しますのは、いわゆる行政、精神保健福祉センター等がなさっているアウトリーチ推進事業、い

わゆる治療契約が結べないなかで行政が主導して、往診をし、必ずしも入院を前提とせず治療に向けた支援をしているとこと。もう一方で治療契約の中で、受診ではなくて御本人の暮らしの場に往診し支援を届けて、問題解決をケースマネジメントを含めてやっていくということ。この二つをわけて議論しないと、議論が混線しているように思います。

往診によって精神科救急のようなハードランディングを避けることができるというのも確かです。事業では、施策として広げるには限界もあり、診療報酬の中に位置付けられ、システムの中に組み込まれる必要がある。事業は 10 年続いている、アウトリーチ事業は 10 年近く行われてますが、地域で推進できたといえるほど具体化してきていません。長谷川先生のところは幾らか実現されているという部分はありますが、より明確に進めていくためには、診療報酬の中での解決が要るだろうと考えます。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。松本構成員、お願いいたします。

○松本構成員 先生方に御議論いただいているメインストリームの話から、少し細かい話になってしまうのですが、8 ページの報告書の片仮名のエの所、「障害福祉サービス等の活用」ということで今回、記載いただいてありがとうございます。最後の 3 行、「障害福祉サービス等における緊急対応や電話相談、短期入所等の活用」ということで、新しく事業化していただいた市町村の地域生活支援拠点がセッかくあるということもあって、関係性の明確化もあると思うので、ここに正に市町村の行う事業である地域生活支援拠点としての事業があるということをテイクノートしておく、市町村も見て、このことなのだなということが分かると思います。「連携」と書くのか「を含む」と書くのか、そこは少し、ここに記載があればいいかなと思いますので御検討いただきたいというのが 1 点です。

それと、18 ページですが、一番下の(6)です。「当事者、家族」という所ですが、今、意思決定機構に関わる当事者の方、御家族の方というのが極めて少ない状況にあると記載いただいています。先ほども、やはり理念的なところ、いかに人権というか非自発性というところまで踏み込んで、きっちりとあるべき論というところをという御指摘もありましたが、やはり当事者家族からの真の声があって、そういうところが実現していくのかなと思います。やはり、都道府県のレベルですと、当事者とか家族の方がこのような行政機構とか意思決定機構の中で、効果的に問題意識等について御発言、御提言いただけるという意味では、少し経験とか、ある意味人材育成的なところも必要なのかなと考えております。経験の蓄積とか、そういう行政機構における研修というか、知識の蓄積ということに関して若干の記載を頂けないかなと考えております。

3 点目なのですが、先ほど冒頭から診療報酬に関する議論というのが幾つか御指摘があったと思うのですが、セッかく今回これだけの取りまとめを行いますし、今後、具体的な指標の議論ということもあろうかと思いますが、是非、中医協にも、セッかくのまとめを発表する等を含めて議論に資するように、この結果を持っていただきたいと思いますと考えております。以上です。

○藤井座長　ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。小阪構成員、追加でありますか。

○小阪構成員　少し質的な話になったので、私たちの中でもう一点だけ質的に関わるところで、是非この場で述べたいと思っていたことがありました。精神科救急医療を中心的に担う精神科救急入院料病棟の要件に、年間の入院患者の6割以上が非自発入院であることとあります。心ある病院が任意入院になるように、御本人への丁寧な同意等の取組を行うことで、精神科救急入院料病棟としての算定ができなくなる有り様は見直しが必要だと考えます。どうしても任意となり得ない事例は残念ながらあると思っていますが、もう少し踏み込めば非自発入院の先にある身体拘束や入院治療時における体験において、後々に精神科医療を拒否したくなる切実な当事者の思い、そうした実態もあるということを、まだまだ十分には受け止められていないのではないかと非常に憂慮しているところです。付随して、精神科救急医療の先にある身体拘束も含めた行動制限について、減少することができた実践例等がもしあれば、藤井座長やほかの構成員から是非この機会にお伺いしたいと思っています。

○藤井座長　御指名を頂きましたので。手元に資料がないので正確なことを申し上げるのは難しいのですが、実践例としては最近、病院の全体的な取組で、措置入院の方等、救急の患者さんも含む病院の中の拘束数を減らす取組で、数年で拘束率が大きく下がったという報告が学会とか論文等でもされているところです。あとは、杉山構成員の厚生労働科学研究の中でも、行動制限最小化のための中核的な戦略をどのように普及するかという取組もされていると思います。ほかの構成員の方、追加で何かございましたらお願いしたいと思います。杉山構成員、お願いいたします。

○杉山構成員　名前が出ましたので。このことは、我々医療側も平気でやっているということではもちろんないです。かなり迷って迷って、やむを得ずという形でやっているつもりです。それでもやはり人数というか、ケアする側の人数パワーの問題とか、観察の密度のこととか、あとは事故を起こしたくないという気持ちです。そういったことがいろいろ複雑にあって、いろいろ難しい事態があります。これは日本だけが悩んでいることではなくて、恐らく精神科というものがこの世に登場してから、古代からある話ではないかと思っています、それを世界中で取り組んでおります。いろいろな学者とか精神医療に関する人たちが世界中で取り組んでもなお現状ということであって、その中には、やはり優れた取組というのは報告がありますので、文献等で全部拾って、それを日本でやれないかという取組を研究の中でやってきているわけです。

その中には当事者の御意見を伺おうとか、トラウマというものに着目したケアをやろうとか、そういうことが当然入っていて、確かに御指摘のように、日本でもうちちょっとしっかりと浸透させなければいけないという課題は、恐らくあるだろうと認識していますので、それを現場に落とし込める形でしっかりと伝えていくというのが今回、私たちがやっている科研の宿題なのかなと思います。実際に減っていると、不必要なものはなくしていくと

いう取組も事例としては多々あるにはあります。ただ、やはり現場がバリエーションがあって、なかなか全体でという形でいくには、また別の考え方が必要だったりとかということもありますので、そういったことに日々取り組んでいるところで、これでは満足できないからもっとという形で御指摘いただいたものと受け止めます。

○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。ほかにいかがでしょうか。来住構成員、お願いいたします。

○来住構成員 必要病床数について、どこかに書いてほしいと思います。いわゆる精神科救急に必要の病床数は、病院ごとに定めるのではなくて地域のニーズにおいて圏域、都道府県ごとに定めるということで進めていくと、その地域に応じた仕組みができるのではないかなと思います。都道府県の項か、病院の項なのか迷うのですが、いずれかに書き込んでいただけたらと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。追加の御発言、御質問等はございますか。山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 来住先生の先ほどの、補助事業では限界があり診療報酬で、システム化しないと難しいのではないかとこのところに関してなのですが、保健所や精神保健福祉センターベースでのアウトリーチ事業、都道府県ベースでやっていく中では、好事例もありますが課題が出たということも認識しております。個人的には、都道府県レベルではキャッチメントエリアが大きくて、なかなか小回りが利かないというところがあるのではないかなと思います。あとは、精神科医療機関の配置状況も全国で偏在があるというのを杉山先生の資料で拝見いたしました。やはり物理的にも医療が届かない地域や精神症状により受診への拒否が強いケースなどについては治療契約がないケースが生じてくるため、行政、市町村としては責任を持って我が町のこと住民の健康保持という視点で訪問支援を実施する必要があると考えます。そこについては、やはり補助事業がなければなかなか手が出ないという現状もありますので、是非システムの1つとして、効果が出るかどうかはトライアンドエラーという形を、認めていただけるか分かりませんが、サンプルを作りながら積み上げていきたいということです。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかにございますか。来住構成員、お願いいたします。

○来住構成員 先ほどの山本構成員の意見への私の意見なのですが、なるほどと思いました。そのとおりだと思います。一方で、診療報酬で機能している医療機関と連携していかないと解決にはなかなかつながらないと思うのです。

○藤井座長 ありがとうございます。いかがでしょうか。今の議論に関してでも結構ですし、報告書全体に関して追加でございましたらお願いいたします。

○辻本構成員 すみません。

○藤井座長 辻本構成員、お願いいたします。

○辻本構成員 アウトリーチと診療報酬の関連は、今後の課題になると思うのですが、や



はり生活困窮されている方とか、広く包括に入ってくるような方々は、こちらから行政サービスをしていかないと、なかなか支援できないと思います。例えば引きこもりの問題とか、依存症の問題もそうなのですが、こちらから行かないとなかなか相談に来ない方が多いので、そういうところは行政的な事業としての支援は、現行のレポートぐらいの書き込みはしていただきたいと思います。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。ちょっと座長の立場で発言するのはよろしくないかもしれないのですが、まず今のアウトリーチのお話は、やはり診療報酬は契約が結ばれていないと頂けないというところがありますので、契約以前の方に関して、引きこもりであったりとか、その他の理由で、医療に関してはまだ受入れができていないような状況のときには、行政のほうから、例えば嘱託医の訪問とか、そういう形での訪問になってきて、そこで医療の受入れができるという御本人の意思確認ができた後に、診療報酬が付くような往診という形になるのかなと理解しています。

そのほか御意見はいかがでしょうか。もう出尽くしましたか。最終回になりますので、もし言い残したことがあれば、ここでおっしゃっていただければと思いますが、大丈夫ですか。小阪構成員、大丈夫ですか。どうぞ。

○小阪構成員 ありがとうございます。ちゃんと手を挙げて当てていただいてからの発言になっていなくてすみません。今回、医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会に、当事者や家族の参画の推奨について明確に打ち出していただいてありがとうございます。また、松本構成員から、すぐに、十分に参加した当事者や家族の方が力を発揮できないかもしれない、「人材育成」というところまで奥行きを持って考えていただいて、ありがとうございました。付随して、当事者性を持った立場の方や家族については、そうした場には複数名の配置が絶対に望ましいと思います。私も今ここで1人ですが、当事者といっても多様ですし、1人ではなかなか本当のことは発しづらいものです。

続けて1つ、精神科救急医療体制整備について、御家族の方が、私宛てに託した言葉を紹介させてください。家族の立場で、お母さんを入院させることが余儀なくなった方のエピソードです。

「私は嫌がる母を入院させました。母を半年ぐらいサポートしましたが、私の気力と体力の限界、また警察沙汰もあり、苦渋の決断でした。そのときに、私は母にとって最後の砦だったと思います。だから、私が母を入院させたとき、信じていた息子に裏切られたと思ったと思います。私は母を入院させたかったわけでもなく、裏切りたくもありませんでした。ただただ自分の限界で彼女を守り切れないと思ったから、入院が唯一の方法だと思ったから。この入院は、母にも私にも大きな傷となりました。もし、孤独で疲弊した私に保健医療福祉の方から入院以外の知恵を授かっていたら、もし即入院でなく、1日を母と過ごし、その様子を見て入院以外の方法があったのなら、入院以外の方法がもしできたらと。第二の私のような者を1%でも減らしてほしいと思っています」。

彼から私に託されたメッセージは以上ですが、彼のような思いをしっかりと受け止め、

彼やお母さんのような声を、そのときや、その後に感じられたその切実な思いをきちんと受け止めて、どのような有り様があったら安心して自分らしくという暮らしを支えるための精神科救急医療体制整備となるのか。各都道府県、精神科救急医療圏域ごとでも、その地域ごとに一緒に考えていただけるようになってほしいと思います。また同時に、必ずしも入院による治療を要さない精神科救急医療対象者も、適切に、良質に支えられるように、精神科救急医療体制におけるアウトリーチ型の更なる明示をお願いしたいところです。なお、精神科救急医療体制に関する評価指標の検討においては、その構成員に当事者性を持った立場の方を複数名配置していただきたいです。私たちに関することは、私たちも一緒に考えさせてください。今ある何かを、今ある誰かを批判する立場に立脚しておらず、私たちはより良い方向へ、それぞれの立場を超えて、職域を超えて、協働し合えると信じています。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。エピソードも交えてお話していただきました。小阪構成員は、ほとんど専門職の中で、お一人サービスユーザーのお立場で入っていただいて、本当に大変だったと思います。非常に本質に迫る御発言をいつも頂いていて、会にとって非常に有り難かったという思いがあります。全国のこのような検討の場に、当事者の方を複数配置できるようにという思いを伝えていただきました。ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。大丈夫でしょうか。では、親会への報告についても含めて事務局から御説明いただいて、これで終わりにしたいと思うのですが、この報告書の取りまとめ、親会への報告についてよろしいですか。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。親会への報告についてですが、年明け1月22日に開催予定の第7回「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」に報告することを予定しております。

○藤井座長 ありがとうございます。それでは、本日頂いた御意見については、改めて事務局で加筆修正いただいて、その上で構成員の皆様にご確認いただいて、報告書(案)として1月22日、今御説明いただいたとおり親会に報告したいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、お集まりいただいたの御議論は、本日が最後となりますので、少し時間は早いです。以上をもちまして「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」を終了いたします。構成員の皆様、4回にわたり大変熱心な御議論をありがとうございました。特にZoomで御参加の構成員の皆様、発言しづらいところもあったかと思いますが、御協力いただきありがとうございました。では、本日はこれで終了したいと思います。