

第1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8月28日(金)

16:00～

場所 AP市ヶ谷8階ルームA

○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1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しております。

それでは、本日の構成員の出席状況について御報告いたします。全構成員のうち、会場にお越しいただきました構成員が4名、オンラインでの御出席は6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。

それでは、本日の資料を確認いたします。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「精神科救急医療体制整備事業に係るワーキンググループ」開催要綱・構成員名簿、資料2「精神科救急医療体制整備に係る基本的事項」、参考資料「精神科救急医療体制整備に関する指針について」、以上です。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いたします。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、カメラは常に映る状態にしてください、発言しないときはミュートにして、発言するときのみミュートを解除する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。

それでは、本日が第1回目のワーキンググループですので、事務局側から一言御挨拶をさせていただきますのですが、障害保健福祉部長と精神・障害保健課長が現在、社会保障審議会障害者部会の終了後、本会場に向かっているところですので、到着後に改めて御挨拶をさせていただきますと思います。

冒頭の頭撮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きますようお願いいたします。

では、議事に入る前に、資料1の本ワーキンググループ開催要綱の3.(4)において、座長は構成員の互選により選出し、座長代理は構成員の中から座長が指名することとしておりますので、まず、座長を決めたいと思います。構成員の皆様、いかがでしょうか。

○来住構成員 藤井構成員にお願いできればと思います。

○児島精神・障害保健課精神医療専門官 承知しました。事務局からも、国立精神・神経医療研究センター、地域・司法精神医療研究部の部長で、精神障害者の医療・保健・福祉に関する幅広い学識経験をお持ちの藤井構成員を推薦したいと思っております。

○友利精神・障害保健課長補佐 藤井座長でよろしいでしょうか。

(異議なし)

○児島精神・障害保健課精神医療専門官 ありがとうございます。では、本ワーキンググループの座長を藤井構成員に務めていただくことといたします。では、今後の議事進行については藤井座長にお願いいたします。

○藤井座長 本ワーキンググループの座長を務めさせていただきます国立精神・神経医療研究センターの藤井です。よろしくをお願いいたします。

それでは、議事に入る前に、本検討会の開催要綱の 3.(4)に基づき、私から座長代理を指名させていただきます。座長代理は、辻本構成員にお願いしたいと思います。辻本構成員、よろしいでしょうか。

○辻本構成員 私であれば、務めさせていただきます。

○藤井座長 よろしくをお願いいたします。それでは、早速、議事に入りたいと思います。まず、議事 1「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考え方について」です。関係する資料に基づき、事務局から説明をお願いいたします。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。精神・障害保健課の友利と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。

まず、資料 1 ですが、開催要綱・構成員名簿がお手元にありますので、御覧いただければと思います。それでは、資料 2 に基づき、精神科救急医療体制整備に係る基本的事項について、御説明をしていきたいと思っております。資料の 2 ページを御覧ください。まず、このワーキングは、「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下、開催をしておりますので、この検討会の趣旨について、まず簡単に御説明いたします。そもそも、平成 29 年に取りまとめられました「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築の理念が示され、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じた関係者間の重層的な連携による支援体制の構築に向けた取組が進められているところです。このシステムの構築に当たり、関係者による連携支援体制の更なる促進が必要であることから、この検討会が開催されるということになっております。

今年 3 月に第 1 回を開催し、これまで 3 回の検討会を開催しております。この検討会については、令和 2 年度内に取りまとめを行う予定としております。構成員については、お示ししたとおりで、今回のワーキングについては、本検討会の小阪構成員、長谷川構成員、藤井構成員、山本構成員からも本ワーキングに御出席を頂いております。

次のスライドは、この検討会での精神医療に求められる医療機能についての主な意見を整理したものです。3 つ目の○に記載されていますが、精神科医療体制整備の在り方として、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者の危機への適切な支援の在り方、地域を基本とした精神科救急の体制整備、そして身体合併症の体制整備についても意見が出されております。

次のスライドをお願いします。こういった意見を踏まえて、2 番目の対応方針です。精

精神科救急医療体制整備に関する課題が数多く指摘されたことを踏まえ、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を図ることを基本的な考えとした上で、精神科救急医療体制整備の在り方について、このワーキンググループを開催することとなりました。ワーキングのスケジュールとしては、本日、8月に第1回を開催し、おおよそ12月頃までの予定としております。そして、報告をまとめ、親会の検討会へ報告をする予定としております。

スライドの6は、本ワーキングにおける議論の進め方です。後ほど、また詳しく御説明いたしますが、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について確認をした上で、2番目の○、精神科救急医療体制整備を取り巻く課題の整理、検討を行いたいと思っております。その上で最後の○ですが、精神科救急医療体制整備の更なる充実に向けた諸制度への反映の方向性を取りまとめ、報告を取りまとめたいと考えております。

次のスライドをお願いします。それでは、ここで精神保健医療福祉の制度の大まかな動向について御紹介いたします。スライドの8は、法制度のこれまでの改正の経緯をまとめたものですので、御参考にしていただければと思います。次のスライドでは、平成16年からこれまでの検討の経緯について、主なもののみ示しております。次のスライドから詳しく説明いたします。平成26年に大臣告示として、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が取りまとめられており、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を、大きく4つ掲げております。1つ目が、精神病床の機能分化に関する事項、2つ目が、精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項、3つ目が、医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項、4つ目が、その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項ということで、4つまとめております。

次のスライドをお願いします。続いて、平成29年、これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会が開催され、その中で、新たな地域精神保健医療体制のあり方に関する分科会が開かれました。そして、この分科会の中で、1の(1)を赤枠で囲っておりますが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の理念が示されたところです。

次のスライドがイメージ図になっております。1番目の○に、このイメージ図の説明を記載しております。精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加、就労ももちろん含めますが、地域の助け合い、そして教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築の理念を、平成29年にお示したところです。こういった経緯を踏まえ、冒頭に御説明しました親会の検討会が開催され、スライドの13が、第1回検討会の意見を取りまとめたものになります。こちらは御参考までにお示ししております。

次が、第6期障害福祉計画に係る基本指針の見直しについてです。2番目の基本指針見

直しの主なポイントの1つとして、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を示しております。

次のスライドが、2018年度から実施されております第7次医療計画の精神疾患についてお示したスライドです。第7次医療計画においても、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を大きな柱にしており、このシステムの構築を進めるためには、右側の箱に記載しております多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築が大切であると考えております。

次のスライドをお願いします。一番下に参考1、2と記載しておりますが、参考1が医療計画の通知、参考2が、先ほど御紹介したこれからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書で、この2つの通知と報告書を1つの絵にまとめたものになります。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医療の提供体制をイメージしたものです。こちらも参考までに掲載しております。

次に、精神科救急医療体制整備に係る諸制度の紹介をいたします。スライドの18の諸制度①ですが、精神保健福祉法の第19条の11で、都道府県においては、精神科の救急医療についての体制整備の努力義務が課せられております。そして、先ほど御説明した、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、大臣告示があります。次のスライドをお願いします。精神科救急医療体制の整備に関する指針を参考資料で掲載しておりますが、こういった指針もあります。具体的な予算事業として、精神科救急医療体制整備事業がありますが、こちら制度の1つとして位置付けをしております。最後に、医療計画、精神疾患についての通知もあります。

次のスライドをお願いします。ここから、精神科救急医療体制整備事業について御説明をしていきたいと思っております。スライドの21が、精神科救急医療体制整備事業の全体像をお示した図になっております。予算としては17億円、補助率が2分の1で、自治体の予算事業となっております。

スライドの22が、精神科救急医療体制整備事業における各機関の役割、事業の要綱を抜粋したものです。主なものを御紹介いたします。まず、精神科救急医療体制連絡調整委員会等です。この委員会においては、黒字でハイライトしておりますが、精神科救急医療圏域ごとの精神科救急医療体制の状況について評価・検証を行うこと、身体合併症の体制についても整備をすること、圏域ごとの精神科救急医療体制について関係者間の相互理解、連携体制について検討することという役割を担っております。次は、精神科救急情報センターです。こちらは、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能を担うセンターになっております。原則、24時間、365日対応できるよう整備するものとしております。次は、24時間精神医療相談窓口です。こちらは、特に休日、夜間における精神障害者、家族等からの相談に対応するための窓口になっております。必要に応じて医療機関への紹介や受診指導を行い、こちら原則、24時間、365日の体制をとることとしており、特に休日、夜間は確実に対応できるものとする位置付け

ております。

次のスライドをお願いします。それぞれの医療機関の役割を御紹介したいと思います。病院群輪番型は、複数病院の輪番制による当番制の病院です。次に、24時間、365日同一の医療機関で対応するために位置付けられた常時対応型、外来によって救急患者の医療対応を行うことができる外来対応施設、最後に、身体合併症の患者に対しても医療提供ができる身体合併症対応施設と、主にこの4つがあります。

次のスライドをお願いします。こちらが、本事業の都道府県別の状況を示した表になっております。都道府県別に、精神科救急医療圏域数、先ほど御紹介したそれぞれの機能の医療機関、常時、輪番、合併症、外来という形で整理しております。こうやって見ますと、常時対応型を位置付けて体制を組んでいる所もあれば、輪番型で体制を組んでいる所もありますし、合併症、外来対応についてもこういった状況になっており、都道府県においてばらつきがある状況があります。スライドの25は、本事業の補助イメージを図にまとめたものです。

スライドの26が、令和元年度の本事業の都道府県別の事業費の内訳です。青の斜め線の病院群輪番型の占める割合が、全国的に多い傾向があります。スライドの27は、630調査、日本全国の入院形態別の患者数を都道府県別でお示ししたものになります。こちらは、赤の斜め線と赤のばってんのグラフ、医療保護入院と任意入院の占める割合が、全国的に見ても多い状況が分かるかと思えます。参考までに、黒の線でそれぞれの都道府県の精神科病院の数もプロットしております。次のスライドをお願いします。本事業における入院形態別の患者数を都道府県別で示しております。こちらについては、救急の事業になっておりますので、やはり措置入院と医療保護入院の割合が多いことが分かるかと思えます。スライドの29は、人口10万人当たりの精神保健指定医数をお示ししたものです。西日本に指定医が多い傾向が分かるかと思えます。スライドの30は、都道府県別の人口を示したグラフになっております。これまでの26から29までのスライドのグラフと比較しながら見ていただくと、それぞれの県の特徴というか動向が少し分かりやすくなるということで、参考としてお示ししております。

次のスライドをお願いします。医療機関の区分ごとの救急医療体制整備事業を担う機関の数をお示ししております。病院群輪番型と常時対応型では、大学附属病院、総合病院以外の病院が担っている傾向があり、外来対応施設については、主として診療所が担っている状況になっております。次のスライドをお願いします。24時間精神医療相談窓口の対応状況ということでお示ししております。24時間精神医療相談窓口に相談があった件数のうち、約9割は電話相談のみで対応ができており、残り1割が、精神科救急情報センターに紹介が行き医療機関を紹介されているという現状があります。ただ、左上の障害者の方から右下の精神科救急情報センターにも約4万件、直接相談が行っている現状がありますので、この相談窓口と情報センターはどういった役割分担が必要なのか、それぞれの機能を少し明確にする必要があるのではないかと考えております。

次のスライドをお願いします。精神科救急情報センターにおける医療機関への紹介状況をお示した表です。こちらは、2017年度の厚労科研の調査を基に作成された表になっております。アンケートの結果では、精神科救急情報センターにおいて医療機関を紹介したのは、合計で1万件ありましたが、精神科救急事例と判断しても医療機関を紹介できなかった事例が562件確認されている結果になっております。

次のスライドをお願いします。こちらが、精神科救急医療体制整備に係る圏域の設定状況です。都道府県における精神科救急医療圏の設定について、2次医療圏よりも多く設定しているのは、緑のグラフの千葉県のみでした。そして、2次医療圏と同数の所はオレンジのグラフの青森県、大阪府、鳥取県、島根県、徳島県という状況で、それ以外の自治体においては、2次医療圏よりも少なく設定しているという現状があります。

次のスライドをお願いします。輪番型と常時対応型の稼働状況をお示ししております。年間の精神科救急受診数別医療機関数は、夜間・休日のみですが、左の輪番型については半数以上の医療機関が受診件数については10件以下、右の常時対応型については約半数が100件以上という受診件数になっております。

ここから、精神科救急医療体制に係る調査研究について御紹介いたします。まず、スライド37の①ですが、精神科救急医療圏域についてです。右半分のグラフを御覧ください。1精神科救急医療圏域当たりの病院数をお示ししております。圏域に医療機関がないという所も多く、あっても1つという所があり、課題の2、3番目の○に記載しておりますが、それぞれの圏域における医療機関の偏在についても十分に考慮をした上で、圏域については考えなければいけないのではないかと示唆がされております。

次のスライドをお願いします。②で精神科救急医療の確保について整理しております。左のグラフ、入院形態別の対応可能病院数割合ですが、青の印の常時対応型について、措置・緊急措置入院の対応可能な割合がどれぐらいあるかといったところで、100%ではなく93%という状況があります。当番日の状況については、常時対応で不定期と回答している割合が3割弱あり、回答なしも同様に3割程度あります。ですので、課題に記載されておりますが、自院の役割について正確に認識できていない実態も見られており、やはり常時・輪番それぞれの概念の浸透も不十分で、実態と合致しない可能性も指摘されております。

次のスライドをお願いします。③として、精神科と一般科の両方が同一機関で診療できる合併症対応医療機関の割合がどれぐらいあるかを、左のグラフでお示ししております。同一機関で合併症の対応ができると回答した自治体については、約半数が対応ができると、ただ、その状況を見ますと、その7割が全県対応として指定されており、一部の医療機関に負担が集中しているような状況もあります。そして、右のグラフですが、精神科と一般科の連携により合併症の対応をしている自治体がどれぐらいあるかも聞いております。23%、16の自治体が、精神科と一般科の連携により合併症の対応をしていると、逆に言うと、それ以外については、なかなか対応が進んでいないという状況があります。自治体に

おける身体合併症の体制整備についても、やはり課題があることが示唆されている結果となっております。

これまでの整理と論点です。スライドの 41 の記載は、これまで御説明したものをそのままサマライトしたものになっておりますので、こちらは説明を割愛いたします。次のスライドをお願いします。矢印の下の論点について御説明いたします。まず、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における精神科救急医療体制の役割ということで、1 番目の○、今後どのような体制整備が求められると考えられるか。2 番目の○で、精神科救急医療における対象者像についてもどのように考えるか。これらを検討課題と考えております。

次に、精神科救急医療体制整備の基本的事項です。精神科救急医療体制の整備については、精神保健福祉法により、都道府県に努力義務が課せられておりますが、更なる整備の推進を図る観点から、医療機関やその他の関係諸機関との関係についてどのように考える必要があるか。さらに、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を構築する上でも、精神科救急医療体制連絡調整委員会が果たす役割についてもどのように考えるか。これらが論点になるのではないかと考えております。次の○ですが、精神科の救急医療圏域の設定についてで、これまで申し上げましたように、やはり現状における資源の偏在の事情についても考慮する必要があることが示されておりますが、では、圏域の設定で考慮すべき事項についてどのように考えるか。検討課題として挙がると考えております。3 つ目の○は、常時対応型、病院群輪番型について、それぞれの医療機関が果たすべき役割についてどのように考えるのか。4 つ目の○は、身体合併症対応の在り方について、その役割についてもどのように考えるか。これらが検討の課題として挙がっております。最後の○ですが、24 時間の精神医療相談窓口や精神科救急情報センターの役割など、地域における相談体制についてどのように考えるかを考える必要があります。

次のスライドですが、論点について簡単にイメージ図を作成しております。1 番目、精神科救急の対象になる方としてどういった方が考えられるのか。左上の圏域の設定についてどのように考えるのか。そして、この整備事業を考えたときに、一番下ですが、委員会の役割の整理、機能強化についても考えなければいけないだろうと。真ん中の常時対応型、輪番型の役割の明確化、身体合併症対応の在り方。右上の相談体制のそれぞれの機能の整理。こういったものが課題として挙がってくると考えております。

次のスライドをお願いします。こちらは冒頭に御説明したものですが、改めて議論の進め方について確認をいたします。まず、これまで、こ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の位置付けについて御説明をいたしましたので、この説明を踏まえた上で、御議論を進めていただきたいと思います。その中で、都道府県による精神科救急医療体制整備についても考える必要があると考えております。

2 番目の○です。精神科救急医療体制整備全体を取り巻く課題の整理・検討が必要になってきます。その中で、精神科救急医療の地域における需要、圏域の設定の考え方。2 番



目のポツで、精神科救急における対象者像、そして急性増悪時の危機への対応の在り方ということで、3つの三角を記載をしております。まず、医療によらない相談体制、あるいは医療を含めた相談体制も論点になるだろうと。そして、救急外来、救急入院の役割、精神科救急医療施設のそれぞれの役割、身体合併症対応、かかりつけ医との連携。こういったものが課題として挙がってくると考えております。さらに、精神科救急医療体制整備事業の課題として、連絡調整委員会の機能、都道府県又は指定都市の責務とも関わってきますが、この委員会の機能についても考える必要があると考えております。

上2つの○を考えた上で、精神科救急医療体制整備の更なる充実に向けた様々な制度への反映の方向性を取りまとめるという形で、報告書をまとめたいと考えております。

次の参考は、医政局の救急医療体制の体系図をお示ししております。こちらは参考として御覧いただければと思います。事務局からの御説明は以上です。

○友利精神・障害保健課長補佐 それでは、ただいま障害保健福祉部長が少し遅れましたが参加いたしましたので、一言御挨拶を申し上げたいと思います。

○赤澤障害保健福祉部長 障害保健福祉部長の赤澤です。構成員の皆様方におかれましては、新型コロナウイルスの御対応などがあり大変御多忙な中、本ワーキンググループに御参集いただきまして誠にありがとうございます。精神科医療救急体制の確保ですが、精神保健福祉法第19条の11において、都道府県は、夜間又は休日の相談対応、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保するといった話をはじめ、地域の実情に応じて体制の整備を図る、それに努めるとされているところです。精神科救急医療の体制整備につきましては、精神障害に対応した地域包括ケアシステムを構築する観点から、必要なときに必要な医療を受けることができる、そういう精神科救急医療体制の確保が大変重要なものになっていると考えているところです。

そういう中で、昨年来から開いてお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関する検討会では、先ほど事務局から説明させていただきましたが、そういった様々な課題が指摘をされている状況です。そのため、本日、このワーキンググループを開催させていただくことにしたわけでございます。先ほども事務局方から説明をしましたように、本年12月をめどに取りまとめて親会に報告をするという、そういう意味で非常に短い期間でタイトではありますが、委員の皆様方におかれましては様々な立場から活発な御議論を頂きまして、精神科救急医療体制の充実により、精神障害者の方々が地域でより良い生活ができる社会を実現してまいりたいと考えておりますので、何とぞ御指導を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。それでは、先ほど資料2に基づきまして事務局から説明いただいた件に関して、構成員の皆様方から御意見あるいは御質問等を頂きたいと思っております。発言に際しては、時間も限られておりますので、2、3分をめどに簡潔にお願いできればと思います。いかがでしょうか。

○長島構成員 よろしいでしょうか、長島です。

○藤井座長 長島構成員、お願いします。

○長島構成員 日本医師会常任理事の長島です。私は、整形外科医で精神科医ではありませんが、救急災害医療を担当しております。その意味で、精神科以外からの一般的な見方ということで意見を申し上げさせていただきます。

まず対象は、精神障害の救急医療ではなくて、精神障害や精神疾患がある方、ある人の救急という見方をすべき。地域包括ケアシステムというのは、人、住民の暮らしですから、したがって、人の暮らしという視点から見ると、対象は精神疾患の悪化だけではなくて、当然、身体合併症や外傷など、これは幅広くその方の暮らしの危機に当たるものとするべきかと思います。その視点から見ますと、精神科からは身体合併症対応という考えですが、一般救急から見ると、むしろ精神合併症対応というので苦慮しているというのが非常に多いと聞いておりますので、ここの実態把握が必要かと思います。例えば、消防本部等において、精神と身体の合併症の方で搬送先の決定に困っているというような事例がないかと。あるいは、救急学会等にその辺の聞き取りをするということ。あるいは逆に、精神科救急情報センターとか相談窓口で、身体合併症のために困ったことはないか。あるいは5百数十例、医療機関を紹介できなかつた例がありますが、その要因について分析が必要かと思います。

実際に、そういう意味で、人、生活全般に対応するためには3種類の連携が重要になってくるかと思います。1つ目は、精神科医療機関の連携で、入院していた所から遠く離れた所へ退院してくるという可能性もあるかと思うので、入院元の病院とその地域の精神科医療機関との連携をどうするか。そこで何か不安なり問題が起こったときに、例えば入院元の病院と連携ができるのかということ。2つ目が、一般的な救急病院との連携ということです。これが、先ほど言った身体合併症若しくは精神合併症対応ということで極めて重要かと思います。両方が同時に診られる施設が理想的ですが、現実的には対応が難しいという場合は、両方の所をどうやって連携させていくか。その場合には、お互いに支援し合うという制度が必要ではないか。一般の所に精神合併症を持った人が受診された場合に、精神科の先生がそこを何らかの形で支援する。逆の場合は、一般救急の先生が精神科の医師を支援するというので、その連携システムを確立していく。3つ目が、やはり地域です。多職種連携、これをどのようにしていくかということかと思います。

この3つに関しては、やはり地域の特性に応じてやる必要があるもので、そのためにまずやらなければいけないのは、各地域における精神科救急に関わる人材、施設、組織などの資源をきちんと把握して、マップ作成などをして、それをきちんと見える化していくこと。それがどのように具体的に連携できるのか、連絡方法なり窓口なり担当者なり、会議でしっかり具体的な連携法を作っていくこと。そのためには、精神科救急医療体制連絡調整委員会などの役割が大きいかと思います。それから、地域の資源が当然乏しければ、広域対応というのを考えるべきかと思います。

具体的な実現のためにもう1つ重要なのがICTの活用です。医療連携、多職種連携に

は、今、地域医療連携ネットワークとか多職種連携の ICT がかなり実現しているので、これを上手に使うということと、医師と医師の支援という意味では、遠隔医療がかなり進んできていますので、それを上手に使う、しっかり支援してあげるシステムを考えていくというの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 日本公的病院精神科協会、岡山県精神科医療センターの来住と申します。長島先生の意見に全く賛成です。精神科救急の定義が不確かになっていると思えます。救急のモデルは身体科にあると思えます。24 時間 365 日、どんな問題でも、どんな年齢でも、子どもでも大人でも、在宅にいる人でも、総合病院で困っていらっしゃる場合でも、福祉施設で困っている場合でも、もちろん僅かに措置入院でも。精神科救急は措置診察・入院の話だけではないのです。地域で起きている、総合病院を含むいずれの場所でも起きている急を要するメンタルヘルス上の危機の問題に、きちんと 24 時間 365 日対応できているかということ。そんな病院を、あるいはそういう仕組みをどのように作るのかが課題だと思います。私は、そんな精神科救急は実現可能であると思えます。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。

○松本構成員 よろしいでしょうか。

○藤井座長 お願いします。

○松本構成員 新潟県の福祉保健部長をしています松本です。県の立場から参加をさせていただいております。もうすぐ退室しなければならないので、まとめて意見を述べさせていただければと考えております。正に、長島先生、来住先生がおっしゃっていたように、地域で起きている問題に、いかにスピーディに、どのような時間帯でも対応できるかというところ、県内を 24 時間 365 日という目で見ますと、なかなか対応が厳しいという状況が見られておまして、どういう体制をやっていくべきかということには非常に苦慮しております。一方で、この 10 年、20 年というスパンで見ますと、先ほど事務局から頂きましたように、制度設計の充実ですとか現場の御努力により、随分状況は改善しているかと思えますが、いまだに課題が残っている状況かと思えます。

先ほど事務局から頂いた資料の調査研究という所の②のスライドに、自己申告と役割の認識が一致していないのではないかという問題提起がありましたが、県の立場で現場との調整をやっていると、この役割をお願いしますと明確に、県庁から各病院の先生に明示的に調整をするのは、なかなか難しいところがあります。やはり現場の方に行政からお願いをするのは、おっかなびっくりというか、なかなか厳しい部分もあります。その中で、このようなギャップも生まれているかと思えます。

しかし、県としましても、先ほど来住先生がおっしゃっていましたが、新しい体制を作っていくとなると、長島先生がおっしゃるように、どうしてもいろいろな領域での横断的な連携となりますので、行政のほうも調整に汗をかいていきたいと思っております。今回、議論して取りまとめということで方針を定めていくと思えますが、可能な限り具体的

に、またデータ等に基づいて、県のほうで地域で何をすべきなのか、方針を示していただいて、これをやるのですと。ここまで合意をしましょう、地域でこういう体制を作りましょうということ、なるべく具体的に落とし込んで合意というところまで行ければと、行っていただければ、すごく行政の現場としても地域と対話しやすいのかと考えております。正に来住先生がおっしゃっていた地域で最も困っているのは何なのかということに根差して御議論を進めて、そちらのほうに参画をしていければと考えております。どうぞよろしくをお願いします。

○藤井座長 ありがとうございます。行政のお立場からの困り感も含めて御発言いただきました。ほかの構成員の皆様、いかがでしょうか。杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 では、発言させていただきます。まず、自分がどういう立場かを簡単に説明します。日本精神科救急学会という学会を代表して来ております。このワーキングと全く同じ名前が付いておりまして、それについて学術的に議論している会です。普段は病院に勤めています。私事ですが、平成 23 年にやはりこの精神科救急医療体制に関する検討会が厚生労働省で開かれたときも参加しております。そのときは確か、先ほどから議論になっています合併症の話が主だったと思います。それはまた後ほど申し上げます。また、学会の活動としては、先ほど事務局から提示されたデータ等がありますが、そういうものも学会で手掛けていると、そういう立場におります。

ここでまず最初に申し上げたいのは、最初に議論の進め方というのを提示していただいています。6 ページか 44 ページだったと思います。まず、議論の進め方として、この会は、上位概念として親会として地域包括ケアシステムというのがあるので、そこにやはり関係するような議論をしなければいけない、そういうポリシーに基づかないといけないと思うのです。その中で救急がどういう役割かというのをまず明確に示すということで、学会の理念について、そこはしっかりと御説明したいと思います。

地域包括ケアの中での救急というのは、専ら急性増悪時の対応ということになっていきます。いざというときに信頼できる医療機関に掛かる、正にそのとおりなのですが、そのほかにも、急性増悪のみならず急性発症等があります。あと、もう 1 つ学会として大事にしているのは、救急医療を推進すると、そこに大きな人的資源を投入したり、ハイスペックで治療するというのが今のトレンドなのですが、そのことによって長期入院の防止化が図れるというエビデンスがあります。つまり、脱施設化が推進されるということです。それが学会のもう 1 つの大きな考え方となっていて、それが正に地域包括ケア体制の一番大事にしているところではないかと思っておりますので、まずそのことを申し上げたい。

あともう 1 つは、3 つ目ですが、医療計画の中に、多様な精神疾患への対応体制というのがあったと思います。そちらについても、救急医療を進めますと本当にニーズが多様でありますので、そういったところにも資することができるというのが精神科救急の 1 つの売りと言いますか、大事なところだということになります。

続いて 2 番目に課題の整理となっています。ここで先ほど来データが示されて、主に整

備事業が各地でばらばらだということが課題に挙がっていたと思います。これはずっと学会でも、もう何十年來議論をしてきて、何十年は長いですが、もう十数年来議論していて、いつもこうなのです。いつも地域によってばらばらであると。

それがいけないのかどうかということなのですが、ある意味、精神科救急医療体制というのは地域の実情に応じてという前提が入っています。そうすると、新たにシステムを構築していくわけではないので、ここに新しく拠点を作りましょうとかそういう話ではないので、既存の資源を集約していった機能的にやっていくということになるので、対応としてはばらばら、多様になってきます。ですので、ある程度必然ということなのですが、それにしても課題は多くてばらばらなので、この辺の課題については、平成 28 年だと思いますが、実は障害者総合福祉推進事業というところで、この整備事業をどのように考えるべきかという手引を作成したことがあるのです。その中で、対応はばらばらであっても理念的統一を図っていかうではないかということ提言しています。その中で、この辺の多様性とか不均一というものについては、一定の答えを出したつもりでおります。

それから、既に課題の中に入っています対象者像とかニーズとか、それに対する資源とか、先ほどマップを作れという話もありましたが、こういったものも今、私どもでやっています厚生労働科研の中で随時進めているところです。

課題の中に書いていない大きなことが 1 つあって、3 つ目の○の所に「諸制度」と書いてあるのですが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進に資するような形で、諸制度がやはり合理的に連動していないといけないということがあります。そこがやはり大事ななと思っていて、1 つの大きな課題だろうと思います。具体的に言うと、先ほど来からある整備事業、医療計画、診療報酬制度です。その辺がしっかりと連動しているのが 1 つの課題になります。その統一化を図っていく、同じ方向を向いているということがやはり必要になり、そこには現状で大きな課題があると認識しておりますので、そちらも 1 つ課題ではないかと思います。その上で、3 番目の諸制度への反映の方向性の取りまとめにつなげていくというのがこの会の一同の使命ではないかなと、学会の立場としては思っています。

先ほど来話が出ている合併症の話は、また各論になります。長島先生がおっしゃったような実態調査ですとか連携の仕組みの例とか、どうやったらうまくお互いが尊重し合っていけるのかというようなお話は、これまで私ども大分悩みましたので、たくさん取組がおりますので、その中で、時間があればですが御説明したいと思います。一旦、ここで切ります。

○藤井座長 ありがとうございます。学会のほうでも随分と検討を進めていただいているということで、制度をどのようにしていくかということも含めて御発言いただいたかと思っております。いかがでしょうか。

○松井構成員 よろしいでしょうか。

○藤井座長 お願いします。松井構成員。

○松井構成員　こんにちは、日精協の理事をしている松井です。先ほど長島先生から御意見がありました身体合併症に関する問題なのですが、これは非常に実は大きな問題です。それで、私たちも山之内班の分担研究班という中で、数年前に身体合併症に関する議論をしました。各地域によって、一般の救急病院と精神科病院がどうやって連携しているかというのは、ばらばらでした。名古屋のやり方、大阪のやり方、鹿児島を取組、それから私は福岡なのですが、福岡のやり方と、それは違うのですが、お互いに協力し合うような仕組みをそれぞれが作っているという実情が分かりました。ただ、当時、どうしても救急車が長くとどまってしまう理由の1つに、精神疾患があるということではなかなか受入先がないということがあったのです。ところが、福岡でも実情は、精神障害あるいは精神的な問題を持った方が身体科の救急病院に行こうとしたときに、なかなか受入先がないのです。ご存じのとおり、日本の場合、精神科病院の多くは単科の精神科病院でして、身体合併症を受けることはなかなかできないという実情があります。それで、この問題に関しては、先ほど杉山先生からはちょっと別問題だということではあったのですが、非常に大きな問題としてやはり捉える必要があるだろうとっております。

それから、杉山構成員からスーパー救急の学会の立場でお話いただいたのですが、私は日本精神科病院の協会を代表して来ておまして、その大半はスーパー救急を持っていない病院です。杉山先生の所のように、きちんとスーパー救急で24時間365日できる病院もあるのですが、多くの精神科はなかなかそうはいきません。それで、輪番を通して精神疾患があった場合に受け入れるということをするのですが、身体合併症を持っている方に関しては、我々の輪番の病院であれスーパー救急の病院であれ、なかなか受け入れることができないというのが実情です。これは、やはりきちんと考えていかなければいけない問題ではあるとっております。取りあえず一旦、そういうお話をさせていただきます。

○藤井座長　ありがとうございます。ほかの先生方、構成員の皆様、いかがでしょうか。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員　よろしいですか。私は、全国の精神保健福祉センター長会を代表して参加しているので、保健福祉と行政の立場になった発言になると思います。行政的なことを言いますと、精神保健福祉法という枠組みがあって、そこはやはり一般科の合併症とは違ってくるところがあると思います。精神保健福祉法の措置入院でも、自治体によって法の運用がいろいろされています。精神科救急でも、先ほど杉山先生が言われたように、地域差文化はやはり避けて通れないという課題だと思います。とすると、今年度いっぱいという枠組みの中でどこまで救急システムとしてまとめていくかを考える必要があると思います。根本的なところまでやると幾らでも掘り下げられるということを見ると、やはり包括ケアシステムの中での精神科救急の在り方をまず基本として押さえて、そこから今後より広げていくような形にしないと、なかなかまとまらないのではないかと今は考えております。

法律運用の差異、精神科の病院の数、クリニックの在り方、都会か田舎か等々、自治体によって背景が違うので、今回は地域包括ケアシステムという理念の中で、どれだけの救

急の枠組みを決めていけるのか、そういう話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。ほかの構成員の皆様方、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 長谷川です。私は診療所協会から参加しています。私たちが考えているのは、CMHT コミュニティメンタルヘルスチームを地域に登録制として立ち上げることです。医療機関や事業所や相談支援事業所や訪問看護チームでいろいろな得意分野があるかと思うのですが、それらの人たちが、そのチームにその地域その地域で登録をしておきます。何か危機介入が必要な事例が発生した場合に、それをトリアージする行政で構成員を選んでチームを作って、派遣するというシステムです。危機介入に当たっては、登録したそのときのチームはケースごとによって違うと思います。危機介入を脱した時点でケア会議の構成員が変わって、危機介入的なチームは解散するということで、地域定着を図る、地域定着のチームに渡すということです。また、各自治体によって登録するというので、その地域での病診連携や、福祉の事業所と医療機関の連携も進む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。CMHT、コミュニティメンタルヘルスチームですね。チームを作るというのは、地域の中の病院であったりとか診療所であったりからチームの構成員を出して作って行って、そのチームで対応するというイメージでしょうか。ありがとうございます。また新しい提案をしていただきました。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で、私は市町村の職員ですが山本と申します。よろしくお願いします。「にも包括」ということで、先だての親会で、今後、市町村を単位として、また精神保健の領域の組立てを考えるということになってくるかと思っています。今、私は現場が埼玉県の飯能市です。そこは人口が8万人弱の、自治体で言うと標準的なサイズの自治体なのかなと思っているのですが、その現場で困っているのが、やはり急性増悪、興奮状態であるとか、緊張状態の方であるとか、自傷行為や自殺企図がある方について、地元の警察から市町村の福祉に引き継がれることも多々あります。そのときに、スムーズに近くの医療につなぐことができない現状です。そこが一番御本人も困るでしょうし、御家族の方も本当にもう必死で困っていらっしゃる。我々市町村の職員としても、バックアップとして医療導入のルートがない状況に陥ったときに一番困ってしまう。医療にも保健所にさえもつながらない場合、市町村では住民対応を断ることはしないので受け皿を探す。私のような精神保健福祉士の配置がある市町村は全国的にはまれですから精神科救急医療の仕組みを使うことも慣れていない。仕組みを知らない市町村もあるのではないのでしょうか。これが現場実践から切実な問題だと思っています。

難しい話は私は分からないのですが、一般救急と比較すると、救急隊が到着するのは平均で8分ぐらいだと、医療につながるのには40分ぐらいだと聞いたことがあるのですが、私は埼玉県の市町村で精神保健福祉士として相談支援を実施しておりますが、急性増悪のケースに精神保健相談で介入すると、日中に訪問支援し対応するケースであっても精神科医療につながるまでに何時間も時間がかかり、輪番病院での受け入れができず、ようや

く夜中になってにやっと遠方まで搬送し常時対応型につながる、標準的な人口規模の飯能市でさえこのようなことが少なからず毎年、数回はある。埼玉県は夜間救急システムがあるので、所管の保健所職員は救急事例について本人に対面することさえしないこともある。保健所からなら 40 分ぐらいで到着できる距離ですが、救急システムの当番職員が飯能にお見えになるのに警察署で 3 時間ぐらい待たされたこともある。その辺りも含めて、今後、「にも包括」の仕組みの中でというと、先ほど 43 のスライドかと思うのですが、全国の自治体、市町村というと政令市から人口数千人の村まで、人口規模も大きさもまちまちですが、このグレーの枠の手前の段階の支援、いわゆる地域保健に当たる部分をどのように強化していけるか、全国の市町村の「保健」領域のほうでどのように強化するかということが課題であると感じているところです。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。救急をどこまで救急と考えるかというところにもつながるかなと思うのですが、医療アクセスの問題に非常に課題が多いというところと、危機に至る前の保健の段階での対応をしっかりと強化していく必要があるということだったかなと思います。小阪構成員、当事者の立場から御意見がありましたら、お願いしてもよろしいですか。

○小阪構成員 藤井座長、ありがとうございます。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と申します。私からは、当事者性を持った立場から少し意見させていただければと思います。

私がここに参加するに当たって、自分たちのネットワークで障害福祉サービスをしている人や、医療において当事者性を持って支援をしている人たちに、精神科救急医療体制整備についてどう思うのかということ、事前に聞いて回りました。その中で、1 つ根本に据えてほしいなと出てきた意見ですが、私たちは我がこととして本当に考えられるのですが、是非、構成員の皆さんにも、自分の家族が、自分の子供が今の精神科救急医療体制の中で果たしていいのかということ、根本に据えていただければと思います。その文脈で申し上げますと、1 人の基幹相談支援センターに勤めている当事者の相談支援専門員が、こういう象徴的なことを言ってくれました。私の家族がもし精神科救急にかかって入院するとしたときに、面会に行けない病院への入院は、そこは譲れない。絶対に日常的に面会に行ける医療機関に、救急であってもかかってほしいということです。現行に合わせて申し上げますのであれば、せめて二次医療圏内で緊急医療は精神科であっても受けられるべきだと思います。彼は続けてこのように言っていました。精神的に困難なときに、家族と会えるということの大切さです。やはり危機的な状況なので、そういうぬくもりと実際に触れられるかということは、とても大事です。彼もそこはとても大事だと言っていました。

続けて、43 ページの資料で言うと、灰色の四角の上の部分です。是非、往診や訪問診療などについて、大きくクローズアップしてほしいなと思います。先ほど山本さんがおっしゃってくれたように、危機的な状況というのは不安感が強まるなどというところがあるのですが、例えば 24 時間精神医療窓口でいきなり知らない人と電話で話す、知らないど



ここに遠くへ連れていかれてしまうことの患者さんの負担、御家族の負担、あるいはそこに搬送するのも実は家族がするなどという現状があるかと思うのです。そうではなく、地域のかかりつけの人やかかりつけの医療機関が往診できるようなこと、それを診療報酬上も評価するようなこと。あるいは、そういう連携の取組というところから、緊急的な入院になる手前で、入院ありきでない支えというものを検討できないかと思います。私からは以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。我々、みんな自分ごととして考えなければいけないという、最初の出発点のところから教えていただいたと思います。

大体、皆さん御発言いただいたと思うのですが、それぞれの構成員からの御発言に対してでも、また事務局に対しての御質問でも結構ですが、追加で御発言はありますか。来住構成員、お願いします。

○来住構成員 すみません、来住です。今の山本構成員と小阪構成員の意見を受けて発言します。ご指摘の点はとても大事だと思います。追加して発言すると、要は精神科救急情報センターを介さないと精神科救急医療が成り立たないというのではまずいと思います。119番の救急車でもすぐ行けるし、相談支援事業所からでも、直接電話してもすぐ行ける。そのように本当にいつでもかかれて、かつそれが入院を前提とせずに、緊急に診察が受けられて、一旦、地域に戻れる。場合によっては入院もできる。そういう精神科救急であることが必要。このように良いものに向かっていっている地域、病院の精神科救急は、さらに伸ばして今以上の形を作っていくことが必要であり、伸びることが可能な設計がいると思います。ただ、地域によっては、それがなかなか困難な状況である。そのような地域では事業の中で、精神科情報センターや枠組みにより作らざるを得ない。ですから、あるべき姿は、精神科救急情報センターを介するだけではなく、多様な所からダイレクトに24時間365日、ワンストップで問題が解決、あるいは問題の整理ができるということなのではないかと思います。これが1つ目です。

もう1つは、精神科も変わらなければならないということです。精神科は体が診れないから、仕事の範囲を限定するのでは、もう先がないと思います。加えて言いますと、今回の新型コロナのことですが、精神科でも対応が必要です。例えば当院では新型コロナの外来を開き、精神科重症の新型コロナの方の入院を受けいれています。しかし新型コロナを診るに当たってG-MISの登録をしようとしたら、精神病床は、当初は登録除外だったので。これは多分、精神科医療は医政局管轄でないので振り分け番号がなかったのではないかと。地域医療構想の医療機関番号を持たないので、番号発行を得るのに2か月掛かりました。新型コロナにかかろうが、メンタルヘルス問題が危機の状態の時には、どんな状況でも受診できるには、役所の課、部、局を越え対応できることが、これからの精神科医療には求められているのだろうということを、事務局にお伝えしておきたいということ。これが2つ目です。

最後に3つ目として、5疾病・5事業における精神科医療以外の領域とも協働する精神

科救急が必要です。。周産期のメンタルヘルスの問題、小児の被虐待・自殺企図、何が起きてあそこに行けば解決できるということが、精神科救急だと思います。暴れていることを解決するというのではないのです。人が生きていく上で必要なものが精神科救急であるはずで、ですから、そちらの方向の伸ばす議論と、いわゆる精神症状故の自傷他害の問題への況対処ができていない状況での標準化についての議論とは分けて整理をして、事務局で対応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。長谷川構成員、お願いします。

○長谷川構成員 今のお二人のお話を受けてですが、やはり医療機関や建物にその人を合わせるのではなく、その人にケアを合わせるという視点から見たら、先ほど私も申し上げたようなコミュニティメンタルヘルsteamのように、その人の地域、その人がアクセスしやすいような所でチームを組んだり、往診や訪問看護ができる所を入れてチームを組んだり、その人がかかりやすいような形でチームを組んで、危機的な状況から出たらまた解散し、柔軟に対応するのがいいと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。何か箱物を作るのではなく、柔軟性のあるというか機動力のあるチームで対応するという事かなと思いました。

ほかにいかがでしょうか。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 聞こえますか。お話を聞いていると、皆さんのおっしゃることはそのとおりで、精神全般に通じる話題になっていると思います。このWGが「にも包括」の下部組織とすると、親会の「にも包括」がどういう方向性であって、どういうまとめ方をして、今、どういう段階であって、そこと救急の問題をどうリンクさせていくのかが大事だと思います。時間が今年いっぱいなので、その辺を向こうさんがどう思っているかを知りたいです。私どもが全然違うことを考えたり、私どもが向こうのことを取り込んで時間を使うのも何なので、その辺は厚労省や事務局はきちんと整理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。事務局はいかがでしょう。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。ありがとうございます。正におっしゃるとおりです。「にも包括」の親会では、これまで3回議論をしています。「にも包括」全体のイメージ像、精神保健の関わり、障害福祉サービスやそういったところの関わり、相談体制の機能というところで、今、順に議論をしているところです。これから精神障害者の方の住まいの在り方や、地域においてどうやったら継続してその方が生活ができるのか、障害福祉サービスの観点や住まい地域の観点からなど、そういったところからも議論を深める予定です。そして、更にこの救急のワーキングの報告書を踏まえて、「にも包括」における救急医療を含めた医療全体についても、今後、議論する予定にしています。

今回の救急ワーキングですが、先ほど来、構成員の方々に見ていただいている43枚目のイメージ像の所が分かりやすいのかなと考えています。このグレーで囲っているものが、精神科救急医療体制整備事業を表していますが、ただ、これはあくまで事業の枠組みです。

それを越えたところで、圏域、いわゆる精神科救急医療、もちろん医療も含まれますが、そういったものも範ちゅうに入っています。

その中で、進め方の案という所を、今一度、確認をしていただきたいのですが、精神科の医療全体もそうですが、その中でも特に今回については精神科救急医療の全体像について、御意見を頂きたいと考えています。なかなか整理をするのは難しいと思いますが、精神科救急医療の需要の考え方、圏域の設定の考え方、こういったことについても、こういったものが考えられるのか、御意見を頂きたいと思っています。

さらに、救急医療に対してはどういった相談体制が考えられるのか。これはこの精神科救急体制事業の中に含むものもあるかと思えますし、これまで構成員の先生方から御意見を頂いている、その手前の保健グレーゾーンの所の議論もあるかと思えます。そこは明確に分けることはできないかと思えますが、ただ重要な議論だと思えますので、こちらでも議論いただいて、親会でも引き続き検討させていただきたいと思っています。

○藤井座長 ありがとうございます。辻本構成員、よろしいですか。杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 今、整理していただいて、主に医療サービスだということではあったのですが、学会の立場として言うと、まず精神科救急とはという定義がないと先ほど言われてしまったのですが、学会できちんと定義をしています。精神疾患によって自他への不利益が差し迫っている状況を、精神科救急状態と定義しています。ですので、身体やであるとか、精神、メンタルであるなどという区別をしていませんので、そこをまず御紹介させていただきます。

その中で、医療サービスをメインにというお話ではあったのですが、学会としては、そこに至るまでの予防プロセスも含めて重要であるという認識はもちろん持っています。先ほど来出ています「なるべく入院によらない」という文言もありますように、重症化しないためにできることをやっていくべきで、それを社会のシステムの中に、暮らしの中に組み込んでいくべきだということは、当然、我々としても重要視しています。

一般の医療の中に、病院前救護というカテゴリーがあります。主に救急車、救急隊のことを言っていますが、医療前のことを言っています。精神科にはちょっとそういう用語がなじまなかったりするものですから、我々学会では受診前相談という形で包括しています。その中に、先ほど来出ています 24 時間相談窓口や情報センター、その他もろもろの相談体制というものを一緒に資源としては置いてはいますが、恐らく全体像はもっと大きなものだろうと思っています。主に情報センターと 24 時間窓口は事業内なので、そこの在り方というものをずっと議論していますが、この 2 つが結局、要綱上機能を分けても、やっていることが似通ってしまう、地域によって全然状況が違うものですから、定義しても同じようにできない、件数のカウントの仕方が少し自治体によって何か認識が違って数字が難しくなってしまうなど、そういうことがあります。何を申し上げたいかと言うと、そういった課題があると同時に、学会としても、やはり病院前のシステムというの

は大事にしているということを一応申し上げておきたいということです。

○藤井座長 ありがとうございます。今、結構、病院に入る前というか入院前の話にも、かなりフォーカスが当たっていますが、精神科救急で求められる医療機関の役割というところでは、病院、診療所があるかと思えます。診療所はどのような役割をするのかということも、ここでは結構重要かと思えますが、長谷川構成員、診療所の役割なども含めて精神科救急における医療機関の役割というのは、どのようにお考えでしょうか。

○長谷川構成員 診療所に限って言いますと、診療所はもちろん当直などをしていないので、宿泊というような形ではできないのですが、診療所の中には土曜日や日曜日やったり、夜遅くまで診療している所もありますので、トリアージする行政が、必ずしも入院によらない医療で済むかもしれないといった場合に、対応することも可能です。また、地域によっては、診療所が積極的に救急に関わりたいというような先生方が多い所もあります。ただ、なかなか自分のほうからは言えないような診療所もありますので、是非、そういう力を引き出していただければ有り難いと思えますし、私たちが協力したいと思っています。

また、グループホームなどでショートステイを使って、入院とはちょっと違いますが、それに少し近いような形でケアしている、そのような方法を取っている所もあります。

○藤井座長 ありがとうございます。どうしても精神科救急というと病院中心の議論になりがちですが、診療所のほうでも御協力いただけるということ。あとは、今回の構成員には福祉のお立場の方が入っておられないのですが、ショートステイ等々の福祉の活用でも、精神科救急の中に障害福祉サービスの活用ということも視野に入れる可能性があるということですね。

やはり精神科救急における病院の役割は大きいかと思えますが、松井構成員はいかがでしょうか。精神科病院の役割として、どのようにお考えでしょうか。

○松井構成員 私たちからすると、精神科救急という時間帯に輪番で来た場合には、基本的には夜間輪番の病院が担当していることが多い、あるいは日曜日の日勤帯が多いのですが、普段とやることは全く一緒です。ただし、スタッフが普段に比べて少ないということです。今、一番困っていることは、働き方改革が実施されて、例えば精神保健指定医がどうしても救急のときには泊まる必要があるのですが、翌日に外来ができないということが起こってき得るのです。そうなってくると、輪番体制というものは恐らく下手をすれば崩壊してしまうのではないかと。精神科医療に関する崩壊ということは、非常に危惧をされています。数を御覧になっても分かると思うのですが、スーパー救急の病院に比べて、精神科救急に携わっている大半は輪番制の病院なのです。それで、ここをどうしたものかということが、精神科の側からすると非常に頭が痛いところだと思っています。

○藤井座長 ありがとうございます。働き方改革で働ける上限が決まっているという中で、どのような形で対応するのが現実的かというのが、非常に切実な問題としてあるということかなと思います。

来住構成員の病院はスーパー救急をされていると思いますが、常時対応でしょうか。そのお立場からお願いできますか。

○来住構成員 ありがとうございます。常時対応で行っています。スーパー救急の基準は、とてもスーパーといえるものではないことを理解いただきたいと思います。私どもの病院は入院なさっていたニュージーランドの患者さんの親族から医療訴訟をうけ対応をしています。ニュージーランド基準から見ると、私どもの病院の人員配置は2流の病院だそうです。精神科救急の状況ではマンツーマンでスタッフがつくべしといわれています。ですので、まず今の人員配置がそもそも救急にとって適切かという視点で整理が必要です。スーパーではない、最低限の配置にすぎない。そして本当にあるべき姿の精神科救急医療をやるうとすると、もっと配置密度を上げないといけないと思っています。

当院では24時間365日、今日述べているような多様な所からダイレクトで受けるということをやっていますが、実際には三交代の勤務にしていけないというぐらい業務があります。実際に一般病院の救命救急でのレジデントを終えて、私どもの病院に来た医師は、私どもの病院のほうが勤務がきついと言っています。ですので、何と言いましょうか、本当に24時間365日やろうとすると、それだけの業務量があるということが前提の議論になるのではないかと思います。精神科は寝当直というわけではないのです。ここは働き方改革のなかで医療の質を落とさずに対応するために肝となる部分です。

○藤井座長 ありがとうございます。最も人員体制が多いはずのスーパー救急病棟と呼ばれている所でも、まだ足りないというようにお話だったかと思います。その辺りは、松井構成員のお話だと、大半の病院は救急病棟を持っていないくて、でも救急対応しなくてはならないという現実と、救急病棟を持っていても、そこでも人員体制としてはまだ不十分というようにお話だったかと思います。

地域の側から医療機関に精神科救急として求める役割ということ、その観点からは山本構成員、いかがでしょうか。

○山本構成員 ありがとうございます。市町村では、主にご家族から精神症状の悪化やその対応方法に関して相談を受けると、精神科医療につなぐために、まず精神保健相談でのアセスメントでできるかできないか。この方の症状をどのように見立て、対応していくか難しいケースの場合「助言」とともに、受け皿としての受診先の確保について即時に対応してもらえる体制がまず一番にあるとよい。助言を頂いた上でどのように医療につないでいくかというアクセス。それは病院や診療所との調整もそうですし、その搬送の方法も含めての話になるかと思います。やはり、先ほど来出ている物理的な距離というのは当事者にとっても私達自治体職員にとっても相当にハードルが高いところではあるので、その辺りでアクセスの部分について、地元の先生に引き受けていただけるのが、本来一番いいはずなのですが、なかなか病院の機能や病態によって病院の選択もあるかと思います。その辺りは偏在している現状の中で、都道府県等や保健所が核となりどのような圏域設定をし、一般救急と精神科救急について仕組みを作り取り組んでいくか。また、その実際の個別支

援は市町村の保健師が精神保健相談の一環としマネジメントしていくものとして、自治体の保健師やケースワーカー、地域援助事業者の職員の支援技術つまり「相談支援の質」が出てくるところもあるかなと思います。当事者や家族にとって精神科領域の知識と技術をもって対応できる職員がいるかいないかは、医療導入時のみならず社会復帰・生活支援相談につながりまで大きく影響すると思う。その辺り、精神保健福祉士などの専門的な人材をどうやって担保していくかということも含めてシステムに実装しなければ対応できない。医療のスタッフと地域のスタッフが情報を共有したり、保健所における協議の場で地域医療システムを構築する。医療・保健・福祉等の関係者が症例を通じた研修を実施するなど人材育成ができていくといい、救急隊も含めて連携を構築し、市町村の保健の枠組みで協議の場ができると本当はいいのかなというところです。

○藤井座長 ありがとうございます。そうしますと、それは正に協議の場で話し合っていくようなことなのかなと思います。そうなりますと、事務局からの課題にもありましたが、精神科救急医療圏域の設定をどうするかということにもつながってくるのかなと思います。この辺りの考え方については、いかがでしょうか。杉山構成員はいかがですか。

○杉山構成員 やはりアクセシビリティというものは、地域ケアをやるに当たっては一番最初に出てくるような課題です。長島先生が最初におっしゃっていましたが、つまり、かかりつけにまずアクセスできて、それができないのであれば、広域も含めてしっかり考えていきたいと思いますという形を、やはり作らないといけないのです。その精神科の医療資源というものが、どこに行っても公平にあればいいのですが、なかなかそれは無い物ねだりだったりするわけなので、それをなるべくきちんとアクセシビリティを保つ形で整備していくということが1つ大事だと思います。

圏域に関して言えば、さんざん議論を重ねているはずですよ。医療計画の中にも入っていたと思いますし、この精神科救急という議論をしたときも、精神科救急医療圏域という言葉があったと思います。そういったものも国は定義付けしようとしていた時期もありますが、なかなかこれがうまくいっていないというか、現実的に設定されないということは、逆にどういうことなのかなというのは疑問としてあります。そもそも、そこをきちんと作らないと、資源の分配や役割分担やネットワークの作り方など、そういったものは難しいとは思いますが。形の上で整備をしようとするには、最低そういう考え方が要る。ただ、更に加えて、形を作っただけではなかなか難しいので、先ほど来言っていますが、理念的に、医療なので当事者のためということで、形は100%整わなくても、そこはしっかりと共通して均一化を図っていきたいと思いますという考え方は、更に必要になると思っています。

○藤井座長 アクセシビリティの問題と、精神科救急医療圏域をどう設定するかというのは、非常に重要なところだと思います。この件に関して、ほかの構成員の皆さん、御意見はありますか。精神科救急医療圏域の考え方が現在どうなっているのかという点を、事務局のほうから、もう一度御説明をお願いしてもよろしいでしょうか。

○友利精神・障害保健課長補佐 こちらについては資料の37枚目、課題の①で御説明し

ました。精神科救急医療圏域の1圏域当たりの病院数の実態を見たときに、これについては、精神科救急入院料のある病院と身体合併症に対応できる病院という形で大きく分けをしておりますけれども、やはり1圏域当たりに病院がない所も多くあります。逆にあっても1か所という所が大半を占めております。課題のほうにも記載されておりますように、精神科救急医療圏域という枠で見たときでも、医療機関の偏在がどうしてもあるという現状を踏まえ、医療機関をすぐに建てるということは、なかなか難しい問題がありますので、やはり今ある既存の医療資源をうまく見た上で、その地域の実情に応じたということではないのですが、そこによってしまうのだらうと思います。

ただ、杉山先生がおっしゃったように、とは言いつつも、やはり何かしらの理念やモデルになるようなものを示すことができないかというところで、今回、広く御意見を頂ければと思っております。

○藤井座長 もう一度課題を整理していただきました。圏域の考え方でも結構ですし、今回、圏域を考えるに当たっては、身体合併症にどのぐらい対応できるかというのも、この中に考え方として入ってくるかと思っております。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 圏域のことです。今も精神科救急をやっている医療機関は、救急だけをやっているわけではなくて、地域包括ケアのことも地域でちゃんとやっているわけです。だから、救急だけを別途考えていくのではなくて、日頃の地域との関係性を築いて地域づくりをする、それを圏域として充実させていくというのが、「にも包括」に近づくことになると思うのです。スーパー救急を持っていない精神科病院も、地域保健福祉活動をちゃんとやってくれるのだったら、現場に応じた形で救急にも参入しているということだと思っております。身体科救急の体制とは異なり、精神科としての救急システムを圏域ごとに考えていく、それには、地域保健活動としての圏域を考えていって、その延長線上に精神科救急も持ってくるという発想が、精神科にとっては大事ではないかと思っております。

○藤井座長 正に「にも包括」に通じるところで御意見を頂いたのではないかと思います。精神科救急だけを話し合うのではなく、それ以外の保健体制であったり、身体合併症というか、ほかの一般医療との連携であったり、様々な視点から協議ができるような考え方が重要ではないかということかと思っております。その点に関して、長島構成員は一般医療のお立場から、冒頭に、精神に限らず考えていくべきという御意見を頂きましたが、圏域の考え方も含めて御意見を頂けますか。

○長島構成員 これはやはり地域の実情に合わせるしかないと思います。そこで実現可能な方法で、どうしても地域で無理であれば広域でやるしかない。新しい救急病院を造るということは、恐らく極めて困難かと思うので、地域の実情に応じてやるしかないかと思っております。

○藤井座長 地域の実情がかなり違うというところで、理念を共有した上で、各論は地域でということかと思っておりますが、そのようなことでよろしいでしょうか。ありがとうございます。小阪構成員、お願いします。

○小阪構成員 これまでの議論を踏まえて、1点だけ気になると思っていたところがあります。24時間精神医療相談窓口相談した9割の人は、実際には精神科救急情報センターにつながらなかったという資料があったと思うのですが、その9割の方の属性や中身、どのような対応だったのかというところが、精査されているかどうかということです。私たちからすると、24時間医療相談窓口当事者あるいは家族等々が電話をするのは、相当ハードルが高いし、正直言って私は、こういう窓口があるというのを知らなかったです。多分、一般的にはかかりつけにまず相談してみるし、相談できなかつたらどうしようというようになってしまうと思うのです。仮にその9割の人が救急情報センターにつながらなかったのであれば、逆に言うとその9割は困ったから電話をしたのですけれども、その9割に地域の資源として既に提供されていれば、救急化しなかったのだと思うのです。なのでこの中身の精査については、とても大事ではないかというのが1点です。

あと、私たちからすると、精神科救急にかかったときには、とてつもないインパクトを受けていると思うのです。申し訳ないのですけれども、精神科救急にかかったユーザーとして、実際に医療につながった人たちの、救急医療の実際の中身が、それで良かったのかどうか。あるいは、精神の当事者からすると非常に立場性が弱いというところを踏まえた上で、もっとこうだったらいいというのを聞くということも是非、今後検討していただきたいと思います。

○藤井座長 電話相談のみとなっている9割の方が、どのような相談内容だったのか、その後どのような転帰というか、どうだったのかということも含めて、その精査と、ユーザー側の御意見を何らかの形でお伺いするようなことをしていったらどうかということかと思えます。確かに救急体制を作る上では、ユーザーの意見というのも非常に重要かと思えますので、重要な点を御示唆いただいたと思います。そのほかに御意見はいかがでしょうか。今までの議論を踏まえてでも、また新しい視点でも結構です。来住構成員、お願いします。

○来住構成員 事務局へのお願いを述べたいと思います。データに基づいた議論が是非必要だと思うのです。冒頭に長島構成員がおっしゃったように、本当はもっと精神科救急へのニーズが総合病院、精神科以外の診療科の方からあるけれども、対応しきれていない、場合によってはニーズに精神科気付いていないという現状にあります。ですから現状の診療でデータから収集できるデータは、現状追認になりかねない小さな数字のデータしか出てこないかもしれません。しかし、データに基づいて現状の整理を行うことが必須だとも思います。現在、どれぐらい精神科救急が行われているかということを経験者ごとに、病院ごとに、全国データが開示される必要があるのです。それにはナショナルデータベースしかないかもしれないです。時間外の受診、時間外の入院、どの圏域から実際に受診や入院がおこなわれているのかなど、現状認識ができるデータの整理をお願いします。それが1つ目です。

2つ目が、例えば私の病院はDPCデータ加算を診療報酬で提出しているのですが、精神



科で DPC データを提出している病院は少ない。それ故に精神科診療の現状についてデータがそろっていないのだと思います。データがないために、これから必要な医療資源の配置はどうあるべきかとの議論が極めて困難になっていると思います。データが蓄積され透明化される仕組みを精神科医療の中に整備することの実現をお願いしたいと思います。

○藤井座長 データに基づく議論をしていくべきということだと思います。松井構成員は、実際に精神科病院のお立場でデータを出すということについて、どのようにお考えでしょうか。

○松井構成員 今どれだけのデータを持っているか、私は把握していません。むしろ杉山構成員のほうがお詳しいのではないかという気がいたしますけれども、いかがでしょうか。

○藤井座長 杉山構成員、いかがでしょうか。

○杉山構成員 データを取っていきましょうというのは、多分、研究レベルではなくて、診療レベルで日々やったものを蓄積していこうという意味かと思うのです。それに関しては、今日の参考資料に付いていますけれども、実は平成 24 年に出ている指針の中に、数字を取りましょうというのが書いてあります。このときに、数字の検証をしなければいけないということが議論になって、一度決まったのですけれども、なかなか進んではないというのが実情だと思います。

ちなみに当院というか、私の所属している病院ではデータベースを取っているのですが、いろいろなことが切り口として見えるのですが、なかなかそれが一般化してないということですね、全般化してないということなのです。ですので、先ほどから出ている NDB というものを使わなければいけないのかもしれないのですが、それで全部分かるわけでもないのです、やはりしっかりとデータベースを取るべきだという話になってしまうのです。多分、藤井座長が松井先生に聞いたのは、忙しい中で病院がそこまで苦勞して入力等ができるかというお話だと思います。

ちなみに我々が学会等の活動で取っているデータというのは、今日ここに示してありますように、事業のデータもありますし、そのほかにもろもろあります。例えば身体合併症が先ほどから議論になっていきますけれども、救急のほうに全国調査を掛けて、膨大な数の聞き取りを行っていて、その中でどれぐらいの救急事案があって、うまくいったのかいかなかったのかなど、そういった切り口でいろいろなデータの蓄積はしております。まだ解析中だったりという事情もありますので、出せるものと出せないものがありますけれども、御要望でしたら、次回以降に整えてまいります。一応そういう状況があります。

○藤井座長 長島構成員から最初にお話のあった、身体科の問題で困っている事例がどのぐらいあるかということに関しても、恐らく研究事業の中で一部言えることがあるのではないかと思いますので、今後、研究事業で取っていただいているデータの解析等々も進めただけであれば有り難いと思います。そのほかにもいかがでしょうか。事務局のほうからお話があって、杉山構成員からも先ほどありましたけれども、救急情報センターと 24 時間精神医療相談窓口のすみ分けがどのようにあるべきか。完全にすみ分けるとするのは、現

実的には難しいと思うのですけれども、この辺りの考え方についてはいかがでしょうか。もう少し整理していったほうがよろしいでしょうか。松本構成員はお帰りになるのですね。

○友利精神・障害保健課長補佐　そうですね。松本構成員は所用があり、途中で退室しております。

○藤井座長　辻本構成員は、救急情報センターのほうにも携わっていらっしゃったかと思えます。この辺りのすみ分けや役割分担のようなどころではいかがでしょうか。

○辻本構成員　滋賀県の場合は、救急情報センターとしてハード救急を、24時間相談窓口としてソフト救急を、同じ室内で共同しながら実践しています。やはりこの辺の看板の上げ方は自治体によって違うと思うので、役割分担の整理がどうなっているのか、今回のWGで分析までするのかどうか。言ってしまうと、行政、国がどうお金を付けていらっしゃるかで現場での使い方なども変わってくると思うので、名前だけではなく、実情はどういう仕組みでやっているのかというのを調べていくかどうか、その辺が関心事です。それぞれの自治体ごとにやり方があると思うというのと、看板の付け方がどう違うのかという辺りは、やはり調べなければいけないかなとは思っています。

○藤井座長　これも正に地域ごとに運用が違うということかと思えますが、国としての考え方は御説明があったとおりにかと思えます。長谷川構成員、手を挙げていただいていたか。

○長谷川構成員　日中の危機介入がどれぐらいやられているかということが、もし調べられたらいいなと思います。日中の関わり方とか危機介入が相当あると思うのですが、それによって夜間の救急まで行かなかつたり、救急で入院せずに済む場合もあると思います。そこはなかなか表に出てこないところではあるかと思うのですけれども、そういう日頃の危機介入が調べられたらいいなと思いました。

○藤井座長　これは救急相談窓口だけではなくて、日中となりますと、自治体のほうでの精神保健活動もかなり関わってくるかと思うのです。それは市町村のほうでデータなども出されていますか。

○山本構成員　精神保健領域、精神医療への受診の相談についての統計は衛生行政報告となりますが、私が知る限り市町村では精神保健の詳細の項目は取っていないのではないかと思うのですが、衛生行政報告などで拾えるものかどうかを、事務局に伺いたいところです。

○友利精神・障害保健課長補佐　事務局でも確認してみたいと思います。

○藤井座長　危機介入という形に特化しては、データはなかなか見られなかったように思うのですが、独自で自治体が取っている所もあるかもしれません。そういう観点も必要という御意見だったかと思えます。その他、いかがでしょうか。論点として、かかりつけ医との連携というところも出てきたかと思うのです。このかかりつけ医の連携について、長島構成員はいかがでしょう。

○長島構成員　1つは、ごく普通の一般的な疾患も診ているかかりつけ医の連携も重要かと思えます。もう1つは、精神科の診療所のかかりつけ医の連携です。そういう両面の連

携が、地域包括ケアシステムでは重要かと思います。ただ、具体的にそれをどのような形で実現できるのかということについては、検討していただければと思います。

○藤井座長 精神科のかかりつけ医というと、結構診療所に通っていらっしゃる方も多いかと思いますが。実際のところ、診療所と行政の連携というのは、診療所協会等に入っていない診療所もあるかと思うのですが、全般的にどのような状況か、長谷川構成員、御存じの範囲内で教えていただけますか。

○長谷川構成員 行政との関わりとしては、やはり困難ケースでケアマネジメントが必要なケースで、ケア会議などで行政と協力して行うこともあると思います。それは、診療所協会の中でもコメディカルがいるような、いわゆる多機能型の診療所のほうが、ケア会議などは多く経験していると思います。

○藤井座長 ケア会議を行政の方と一緒に開くことで連携促進をしているということでもよろしいでしょうか。実際に診療報酬の要件でも、ケア会議を行うというのが入っているものもありますので、コメディカルが雇用されているような診療所では、そのようなことも行われているということかと思います。あとは病院と行政の連携ということにもなりますが、来住構成員、病院と行政との連携は、どのような形で行われていますか。

○来住構成員 病院と行政との連携は必須だと思います。どんどん行政機関に病院にはいってもらい、私たち病院も訪問し、協働して仕事をすることを行っています。「いつでもお越してください、連絡を下さい」が基本だとおもいます。

あとちょっと論点がずれるかもしれないのですが、都道府県が、自分たちの県の精神科救急がうまくいっているか、通知表を付ける必要があると私は思うのです。それはそれぞれの都道府県の視点でもいいのですが、場合によっては基準があってもいいかもしれない。それを基に方向付け、医療計画の中で位置付けていくということが必要です。今までは、頑張りましょうという声掛けはあっても、本当にきちんとできているのかという評価が入ってなかったと思うのです。やはり評価抜きには次に進めないのではないかと思います。都道府県の精神科救急に関する協議会がありますけれども、岡山県で言うと年に1回開かれるだけで、コンセンサス確認ぐらいで終わりますから、それでは前に進まないと思います。

2つ目は、常時対応型に関しては厳しく定義を定めて評価をしたほうがいいと思います。資料の都道府県の実情の所に常時対応型、輪番型、合併症型などと書いてありますが、私が見るところ、これらは特に基準に基づかずに、都道府県がエイヤーで付けておられるように思います。基準を定めて、どこへ向かうのかというプランとともに推進することが必要ではないかと思います。

○藤井座長 精神科救急がうまくいっているかどうかを、医療計画の中でどう位置付けるかですが、具体的に御提案の指標などはありますか。

○来住構成員 少し考えて後に発言します。

○藤井座長 そこは課題ということで。杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 来住先生がおっしゃっていた通知表を付けるための基準ですが、28年度の推進事業の中で、正にそれを提案しています。それは事務局からまた説明してもらったほうがいいかもしれませんが、1回それを付けていただいて調査をして、報告書にも載せています。点数制になっていて、これがちゃんとできていれば何点というようなものです。それは確かにできたのですが、医療計画の中に反映させるという形は取っておりませんし、研究成果の中ですので、どういう活用をするかというのは、事務局のほうでまた御検討を頂きたいと思います。ただ、そういうものはありますということです。

○来住構成員 杉山構成員の御発言に追加します。冒頭で私が述べているとおり、やはり24時間365日どの領域に関しても、いかなる事態でも、きちんと対応できているのかということがポイントだと思うのです。ひょっとしたら数年前の評価は措置であったり、「精神障害の方の」ということであったりした可能性があると思うのですが、もう少し幅広に5疾病5事業、総合病院・他科のニーズ、福祉からのニーズ、在宅医療からのニーズというところも含む通知簿のほうがよいのではないかと思います。

○藤井座長 「にも包括」の観点からの幅広い評価が必要だという御意見かと思えます。あとは、常時対応型に関して厳しい定義をとということですが、これについて具体的な御提案はありますか。

○来住構成員 本当に24時間365日断っていないのか、実績の報告とセットで評価すべきだと思います。

○藤井座長 大分時間も差し迫ってきましたが、追加の御発言がありましたらお願いしたいと思います。小阪構成員、お願いします。

○小阪構成員 今の来住構成員の点数制と指標については、非常に有り難いと思います。まず精神科救急を受診するとき、御本人は、自己決定が非常に難しい中で、著しい不安感があると思うのです。ただ、あらかじめそういった指標がちゃんと公表されていたり、自分はこの先、救急にかかったときにどうなるのかというのが、ちゃんと想定できるという安心感は、非常に大きいと思います。

○藤井座長 ユーザーの立場からも見える化というか、指標などで通知表を公開するというのも望ましいというお話だったかと思えます。もう少しお時間がありますので、ほかにはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

今日は第1回目なので、かなりブレインストーミング的に、幅広く御意見を頂戴いたしました。事務局からお示しいただいた論点も、かなり話合いが進んだかと思えます。

まずは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制とはどうあるべきかということについてですが、「にも包括」の親会のほうでも、「にも包括」は精神障害者に限ったことではないということは明確に言われています。それは精神科救急の議論をする場合でも同じで、余り精神障害に特化しすぎず、困った人に対していかに迅速に適切なケアを提供するか、支援を提供するかを考えることが必要だということも、冒頭に何人かの構成員の方から頂き、確認ができたところです。

そのほかに地域差の大きな課題もありますので、具体のところは地域ごとに話し合わなければいけないところもあるかと思いますが、国のほうで方針を示さなければいけないところはどこかということについても、御議論を頂いたかと思いますが。あとは具体的に地域にどのようなケアの体制が必要かということに関しても、多々御意見を頂きました。

本日の議論はここまでにしたいと思います。最後に今後のスケジュールについて、事務局から御説明をお願いしたいと思います。

○児島精神・障害保健課精神医療専門官 次回、第2回のワーキンググループについては、9月下旬頃に開催したいと考えておりますが、頂いた日程などを踏まえて、事務局から改めて御連絡をさせていただきます。

○藤井座長 それでは、以上をもちまして本日のワーキンググループを閉会とさせていただきます。構成員の皆様、積極的な御議論を頂きましてありがとうございました。次回以降もよろしくお願いたします。