

第3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11月13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3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、山本構成員は、諸事情により出席が難しくなりましたので、開催要綱に基づき、山本構成員の代理者として、全国精神保健福祉相談会 副会長で、埼玉県精神医療センター療養援助部部長の塚本構成員代理人に御出席いただいております。また、松本構成員については、用務のために到着次第、参加されて17時40分過ぎに退出される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の方向性」、資料2「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書(素案)」、参考資料「開催要綱・構成員名簿」となります。資料の不足等が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く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。よろしく申し上げます。

○藤井座長 それでは、議事に入らせていただきます。開始時刻は15分遅れての開始になりますので、確認ですが、終了時刻は18時15分よろしいでしょうか。

○友利精神・障害保健課長補佐 はい、結構です。

○藤井座長 ありがとうございます。本日の進行ですが、まず事務局から、資料1に基づき、前回の振り返りと自治体の調査結果について御説明をいただいた後、質疑の時間を10分程度設けたいと思います。その後、事務局から資料2の報告書案について御説明い

ただきまして、残りはまとめて質疑の時間としたいと思います。

それでは、資料1「精神科救急医療体制の方向性」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 事務局の精神障害保健課課長補佐の友利です。よろしくお願いたします。それでは、資料1を御覧ください。4ページですが、第2回ワーキンググループでの主な意見と整理です。地域で安心して暮らしていくためには、セーフティネットが必要であり、危機等の際に質の高い医療を提供できる体制は必要である。そして、諸制度が有機的に連動していることが肝要であるといった御意見を頂いております。そして、最後のマルの所ですが、圏域についても具体的な御意見を頂いておりまして、受診者の流入・流出データを加味しながら検討する必要もあるのではないかと御意見が出ております。

5ページです。1番目は、受診前相談を含めて地域で支えていく視点がよいだらうと。そして2番目は、危機に介入するチームを市町村でコーディネートして派遣するといった仕組みも検討してはどうかという御意見を頂いております。4つ目ですが、医療機関を受診するまでに精神科救急情報センターを介する必要はなく、救急医療施設へつながることができるという体制が望ましいのではないかと御意見を頂いておりますが、一方で、救急情報センターを介しないと病病連携や受け入れる医療機関を探せないという実態も御指摘を受けております。7つ目は、常時対応型ですが、ある程度の指標や条件の設定によって質を担保し、地域での責任や公的な役割を果たせるような位置付けについても整備をしてよいのではないかと御意見を頂いております。下から3番目は輪番型についてですが、こちら体制を把握することで役割を発揮できると考えられ、身体合併症への対応も課題であるといった御意見を頂いております。その上で、精神科と他科がお互いに対診等により支援し合う仕組みも必要ではないかと御意見を頂いております。

6ページは、第6回の精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに係る検討会の構成員から頂いた御意見になっております。御参考までにお示ししております。

ここから、アンケート調査の結果について簡単に御報告をいたします。調査の概要ですが、精神科救急情報センターと24時間精神医療相談窓口の業務の実施状況についてアンケート調査を行っております。回答数ですが、都道府県及び指定都市67か所のうち、51か所の方々から回答を頂いております。

次に、24時間精神医療相談窓口の設置の有無と実施状況についてですが、24時間精神医療相談窓口は、70%の自治体が設置しておりました。設置していた26の中の割合を見ても、相談窓口と精神科救急情報センターと一体となって実施している自治体が69%で、約7割という現状でした。そして、相談窓口の設置機関について、右下のグラフで示しています。公的病院や民間病院、精神保健福祉センターなどに多く設置されております。

次に、相談窓口の状況ですが、担当者は精神保健福祉士と看護師が多いという結果にな

っておりました。相談の件数ですが、直近3か月が3万6,000件余りであり、そのうち当事者が全体の64%を占めておりました。相談内訳ですが、「精神症状に伴う健康障害の相談」が最も多く、次いで「生活環境に関する相談」といった内訳になっておりました。

続いて、窓口の状況についてですが、相談窓口から医療機関等への相談をすすめた件数は約6,000件、医療機関に直接連絡をした件数が1,700件でした。そして、精神科救急情報センターへ相談を進めた件数が約300件、直接連絡した件数が270件ということで件数が少なくなっていますが、その理由は、一体的に運営している自治体が多いためと推察されております。そして、「精神科救急情報センター又は医療機関等へ紹介しなかった理由」についても聞いておりましたが、「話をしているうちに相談者が安心したため」といった理由が多くありました。そして、「紹介を試みたが繋げられなかった理由」についてですが、「緊急性がないと判断された」あるいは「相談者が紹介を拒否したため」が同程度ありました。

次のページ、窓口の役割についてもアンケートを取っておりますが、業務としては医療機関への受診、紹介や受診指導、症状緩和を目的とした相談、受診調整といったものが多い結果になっておりました。

ここからは、精神科救急情報センターについて聞いております。設置の有無と実施状況についてですが、設置率が9割といった傾向になっておりました。設置機関は、公的病院が最も多く、次いで精神保健福祉センター、輪番制の民間病院といった順になっております。

14 ページ、精神科救急情報センターの状況ですが、担当者については、精神保健福祉士と看護師が多い結果になっておりました。相談件数は約1万4,000件、当事者が全体の半分程度で、家族の方が2割ちょっとという結果となっております。相談の内訳ですが、「精神症状に伴う健康障害の相談」が最も多く、次いで「希死念慮等の行為に伴う相談」といった形で続いておりました。

続いて状況についてですが、医療機関に紹介できなかった理由についても聞いていますが、「医療機関側において受け入れられる状況になかったため」、「相談者が紹介した医療機関を拒否したため」といった傾向が見受けられました。そして、医療機関に紹介しなかった理由は、「話をしているうちに相談者が安心したため」あるいは「かかりつけ医に受診することになったため」といった傾向がありました。そして、救急情報センターの役割についてですが、先ほどの相談窓口と、ほぼ似たような形で、「受診指導を行っている」とか、あとは精神科医との連携についても意識をして取り組んでいることがうかがえました。

ここからは、精神科救急医療体制連絡調整委員会についても、アンケートで聞いておりますので御紹介します。委員会の参加メンバーは、上から消防機関、精神科病院協会、警察、救急医療施設の担当者、救急情報センターの担当者、精神神経科診療所協会、医師会といった順で多くの出席が確認されております。

17 ページは、協議の内容です。最も多いものとして、受入体制に関することや関係者間の連携や運営ルールといったことが協議の内容として多く見受けられました。ただし、下のほうを見ますと、例えば外来対応施設の役割や指定、身体合併症対応施設の役割や指定、精神科診療所の役割に関する事などは、少ないという結果になっておりました。

圏域の設定の状況についてもアンケートを取っておりますので御紹介いたします。精神科救急医療体制の圏域の設定については、二次医療圏や精神医療圏をベースに置きながらも、各地域の状況に応じて圏域を統合したり、分けたりしている傾向が確認されました。詳細は、「その他の回答」の自由記載を御参考にしていただければと思います。

次は、都道府県と指定都市の共同状況についてです。回答が得られた 16 指定都市のうちの 14 指定都市は、都道府県と共同で実施している状況でした。精神科救急情報センターについては、医療機関に設置している割合が多く確認ができました。以降が、自由記載になっております。

21 ページの 2 番目の○ですが、精神科救急医療体制整備事業が円滑に機能するために、アンケートの自由記載で聞いております。1 つ目のポツですが、自治体の取組例の記載がありましたので御紹介させていただきます。全県一区体制であり、精神科病院の数も限られているため、医療機関同士の顔の見える関係が従来からある。精神科医療救急体制の 24 時間化についても平成 27 年から始めていて、患者受入拒否の事態が生じないための合意形成を丁寧に行った経緯があるということです。そして、問題が発生した場合には、その都度、関係機関と情報共有をして課題を解決した上で、年 1 回の委員会において課題と解決について共有・協議をしているという自治体がありましたので、御紹介いたしました。以上、資料 1 について事務局から説明をさせていただきました。

○藤井座長 ありがとうございます。それでは、これから 10 分程度、質疑の時間を設けたいと思いますが、御意見や御質問があれば挙手をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

○杉山構成員 杉山です。実は、平成 28 年に推進事業というのがあって、そちらで同じような調査を行っております。そのときの報告書が私の手元にあるのですが、今日の新しい現状のデータと当時と、何か変動と言いますか、こういった傾向になってきたとか、そういったものは吟味されているのでしょうか。

○友利精神・障害保健課長補佐 そちらについては、今回の議論を参考に、詳細については御意見を頂きたいと思っております。

○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。

○辻本構成員 ちょっと軸がずれるかもしれませんが、今はコロナ禍で、そういう中で感じていることなのですが、今後のことも考えて、外国人対応などで、現場では非常に苦労していることが多いことをお伝えしておきます。精神科救急の中で通知文や、その辺がうまく回っていないなど、幾つか聞いております。今回の会議で、そのあたりがうまく反映されていないのでコメントさせていただきました。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。コメントということで承りました。ほかにいかがでしょうか。それでは、資料2です。精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書(素案)について、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 それでは事務局から、引き続き御説明します。資料2の「報告書(素案)」を御覧ください。1 ページの目次ですが、構成として、1.「はじめに」があり、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の位置づけと考え方」ということで、2つの項目があります。(1)基本的な考え方の整理、(2)対象者で構成しております。3番目に、精神科救急医療に求められる体制ということで、4つの項目があります。(1)地域包括ケアシステムにおける危機などへの対応、(2)受診前相談、初期救急医療、(3)第二次及び第三次救急医療、(4)救急医療体制整備の調整・連携という項目を立てております。4番目に、今後の取組ということですが、今回は、今後の取組については記載をしております。今回の議論を踏まえて、今後の取組についてまとめたいと考えております。

2 ページ、1番目の「はじめに」ですが、前段として、これまでの精神保健医療の施策について触れております。下から2つ目のマルですが、地域包括ケアシステムの構築に当たり、親会である検討会で議論している中で、精神科救急医療体制整備に係る基本的事項の整理の必要性や当該体制における医療機関の機能と確保等に関する課題が指摘されましたので、3ページの1番上の行ですが、検討が必要といった経緯があり、本ワーキンググループを開催し、この取組について報告書を取りまとめるという経緯が記載されています。

4 ページ、2番目、精神科救急医療体制の位置づけと考え方です。(1)基本的な考え方の整理の2つ目ですが、精神障害を有する方などの「地域生活」を基本とした整備は重要であるということが打ち出されております。3つ目は、精神科救急医療体制には空白地帯の許されないセーフティネットとしての役割が求められ、4つ目の「必ずしも入院医療を前提としない」という基本的な考え方のもと、地域の実情に応じて当事者視点に立った整備を行う必要があるということをまとめております。また併せて、入院医療を含む精神科救急医療の機能も重要であり、このシステムにおける救急医療体制整備については、3つの意義として、①急性増悪・急性発症への即時、適切な介入による機能低下の予防、②長期在院の防止、③多様な精神疾患への対応体制の構築を記載しております。

5 ページ、1つ目は、精神障害を有する方などの負担に配慮したアクセスのしやすさが重要であり、保健医療福祉の切れ目のない提供体制の構築が求められるとしております。その中で、各自治体の責任として、こういった整備を図ることが重要であるという御意見をまとめております。

(2)の対象者については、2つ目に、対象者の具体として、日本精神科救急学会の定義の記載とともに、様々な入院形態の入院による治療を要する方、23条に規定する警察官通報により受診に至った方、受診前相談、障害福祉サービスの利用や外来受診等による対応を要する方など、幅広い対象者が想定されるという御意見をまとめております。加えて

次に、全体として高齢化が進む中で精神症状と身体症状の両方を有する方への対応も必要であるという記載も付け加えております。

次のページ、3.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に求められる体制です。前回のワーキングでも示しましたが、下のイメージ図(素案)をそのまま文章にしたものです。2つ目に、精神科救急医療圏域の設定に際しては、圏域の人口規模に合わせながらアクセスを考慮し、24時間365日、当該圏域内に、①身近なところで対応できる医療機関が存在をする(受診前相談、初期救急医療)とともに、②この医療機関(①)では対応できない場合の後方支援等も可能な医療機関がきちんと存在する(第二次・第三次救急医療)ことを最低限の要件とするという記載をしております。

次のページ、(1)地域包括ケアシステムにおける危機等への対応ということで、具体的に記載をしております。1つ目に、まずは普段接しているかかりつけ精神科医・かかりつけ医や訪問看護、保健所などの関係者に相談できる体制を、平時より構築していくことが重要である。さらに、夜間・休日診療を輪番制で対応する外来診療所を整備する視点も重要となるという意見をまとめております。2つ目は、住み慣れた地域で支援が受けられるように、行政等が地域精神保健チーム(CMHT)などを編成して対応することも想定されるだろうという御意見をまとめております。次は、精神医療相談窓口を活用できるように整備しておくことも重要です。更に、必ずしも入院医療を前提としない場合、障害福祉サービスにおける短期入所(ショートステイ)の活用も支援の選択肢として視野に入れる必要があるだろうということをまとめております。

(2)受診前相談、初期救急医療です。アの「受診前相談の体制整備」には、大きなものが2つあり、精神医療相談窓口と精神科救急情報センター、それぞれの役割についてまとめております。8ページですが、精神医療相談窓口については、十分な広報が行われていること、多様な相談に対応ができること、必要時に関係者ときちんと連携ができること、そして、緊急の受診や入院が必要な場合の連携や連絡先がきちんと確保できているといった役割が期待されているとまとめております。

4つ目に、精神科救急情報センターは、入院あるいは緊急受診の要否に関する適切な判断ができること、救急隊や警察等々の緊急連絡にもきちんと対応できること、救急情報センターからの相談も含めて身体合併症を有する事例に対応できることとまとめております。次に、これらについてはきちんと地域の実情に応じて様々な状況に対応できる体制を整えておく必要があるということを記載しております。

それから、下から2つ目のマルには、先ほど紹介したアンケートの結果に基づいた記載をしておりますが、より迅速に救急医療施設での医療の提供が必要な方へ対応する観点から、相談窓口、救急医療情報センターを一体的に運営することも考えられるのではないかという記載をしております。最後に、精神科救急情報センターにおける対応状況を、先ほどのアンケートを見た場合、緊急の受診が必要と判断した事例であっても、結果的に紹介できなかった事例が一定程度ありましたので、そういう場合には、連絡調整委員会の役割

になりますが、課題の把握に努めるとともに解決策を検討することも重要であるという御意見をまとめております。

イ「初期救急医療の体制整備」です。1つ目に、身近なところでの対応が重要であり、かかりつけ精神科医による診療、往診や訪問看護による対応ができるような体制整備を行う必要があるという御意見をまとめております。2つ目、夜間・休日の外来を担う輪番型の病院ともきちんと連携を図り、輪番型の医療機関の負担軽減にも資することが考えられるのではないかと記載しております。

また、初期救急医療を担う医療機関の役割については、大きく3つまとめております。かかりつけ精神科医等が時間外の診療に対応できること、ニーズに応じて往診や訪問看護が可能であること、診療を行った上で入院の要否に関する判断を行うことという3つを記載しております。

10 ページの(3)第二次・第三次の救急医療について記載しております。最初の四角囲みの所に、第二次・第三次の共通の役割を記載しております。1つ目は、初期救急医療を担う医療機関の後方支援を行い、原則、対応要請を断らないこと。2つ目は、様々な入院形態にきちんと対応できること。3つ目は、身体合併症への対応が可能であることという記載をしております。こういった機能について、地域の基幹的な医療機関で一元的に果たすことができる場合もありますし、医療機関の間での連携による面的な整備によって果たす場合もあります。それぞれ地域の実情に応じて機能を果たしていただきたいということで記載しております。

次に、ア「常時対応型精神科救急医療施設の役割と整備」です。2つ目に、業務量に対して十分な人員が得られていないことが課題として指摘されております。

次のページ、1つ目ですが、常時については求められる対応を質・量ともに十分に検討して、求められる役割・機能を果たすことに適当な医療施設を、都道府県がきちんと指定することが重要であるといった御意見もこちらに記載しております。3番目は、常時については重症例や困難事例対応、そして退院後の地域連携を含めた包括的な対応が求められるのではないかと御意見もまとめております。

イ「輪番型精神科救急医療施設」について記載しております。1つ目、輪番型は、医療体制整備事業において、かなり多くの数を占めておまして、やはり輪番についても整備については重要であるという御意見を頂いております。また、同一圏域内に常時対応型がある場合については、きちんと役割分担、あるいは連携を図っておく必要があるという御意見もまとめております。2つ目に、輪番においても、24時間365日対応しているような施設も存在するため、そういった場合について自治体は地域の実情、需要を鑑みつつ、医療機関の体制に合わせた指定が求められるのではないかと御意見もまとめております。

次は、働き方改革に伴いまして、輪番体制の維持が困難となる地域が生じる可能性も指摘をされております。こういった状況を踏まえて、指定病院の精神科救急医療への参画を促すとともに、都道府県においても医療機関の状況を定期的に把握することなどを通して、



輪番体制の充実を図っていくことが望ましいのではないかという記載をしております。

11 ページ、ウ「身体合併症対応体制」についてです。1 つ目、身体合併症対応については、単科の医療機関を指定する場合がありますし、そういった機関がない場合については、複数の医療機関の連携について対応する場合が想定されます。12 ページの 2 つ目に、具体的にということを書いてありますが、対象となる疾病に対応できる医師が、お互いの医療機関を行き来しての対診であったり、電話等々で助言を行うことが考えられるということで、取組の事例についてもワーキングの中で御意見を頂いております。そして、そういった医療機関の連携を促進するための負担軽減の 1 つとして、ICT を活用するといったものも選択肢の 1 つとしてあるのではないかという御意見も頂いております。

(4)精神科救急医療体制整備の調整・連携です。1 つ目は、人材、施設、組織などの資源を把握し、見える化をして、連携方法を具体的に作っていくことが都道府県では重要であるという御意見をまとめております。2 つ目ですが、こちらは先ほどのアンケートの結果を参考に記載しております。協議内容は、圏域の設定や医療施設の指定、体制の整備等の多岐にわたることが現状で分かっております。ただ、具体的な内容を見ていくと、制度の振り返り等をしたり、既存の制度が中心となる場合が多く認められており、回数についても年 1 回から数回の開催といった状況になっておりますので、精神科救急医療圏域ごとに設置した検討部会において、一定の評価基準に基づいて、自分の地域の精神科救急医療に関する評価を行う必要がある。このような観点から、地域における体制整備事業に係る具体的な指標に基づく評価の仕組みが必要であるといった御意見をまとめております。

次に、連絡調整委員会については、全県的な体制の確保の在り方、そして、一般の救急医療体制とも相互の連携を図ることが重要であるといった御意見をまとめております。3 つ目、繰り返しになりますが、精神科救急医療体制については、空白の地域があることは許容されず、セーフティネットとしての役割が求められております。最後ですが、そのため、常時対応型施設では対応しきれない場合を想定することも重要であり、そういった場合には公的医療機関等が対応できるようにすることも選択肢の 1 つとして勘案し、整備をする必要があるという御意見をまとめております。以上、事務局から報告書の素案として御紹介いたしました。

○藤井座長 ありがとうございます。それでは早速、議論に移りたいと思います。素案についてはかなりボリュームがありますので、少し分けて議論に移ればと思います。最初に「はじめに」から「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と考え方」の辺りまで、冒頭のところで御質問、あるいは御意見等がありますか。

○松井構成員 いろいろたくさんあるのですが、これは非常に凸凹のある文章というか、リーフレットのような気がします。3 ページに、厚生労働省は今後、本報告書に基づき、精神障害にも対応した云々と書いてあります。ということは、もう少し練ったものを最終的に報告書として出していただきたいということが、まず 1 つあります。

4 ページ、2 番の(1)の 4 つ目のマルです。これはよく分からないのですが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進における精神科救急医療体制では、「必ずしも入院医療を前提としない」と。結局、入院も必要になるから一生懸命やっているというのも一つありますし、地域包括ケアシステムの構築推進自体は入院を前提とするものではないのですが、そこで、この書き振りが何とも引っかかるのです。例えば、精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築推進においては、必ずしも入院を前提としないと。一方で、精神科救急医療体制整備では、入院もあり得るという書き方ではないと、後に精神疾患によって事態の不利益が差し迫っている状況という定義が出てくるので、非常に不思議な印象を持ちました。ここの書き振りを少し検討していただきたいというのが、まず 1 つ目です。

それから、先ほど救急学会の話が出ていましたが、5 ページの(2)のマルの 2 つ目に、対象者の具体としては、日本精神科救急学会が「精神科救急状態」と定義するとあります。すなわち、結局、精神症状の急性増悪などにより、家庭等において対応することが困難な差し迫った状況ということはよく分かります。ただ、ここで精神医療の関与が必要な状況というのが救急なのではないかなという気がします。

その下の、「これらの状況として云々」ということは、いろいろなものが混じって入っているの、文としては不要かなという気がしました。

5 ページの一番下のマルにしても、なお、精神科救急医療体制は「必ずしも入院医療を前提としない」というように、何度も何度も同じ文章が出てくるので、ちょっと読んでいて、くどいような印象を持ちました。以上です。

○藤井座長 ほかに御意見はいかがですか。

○来住構成員 「はじめに」の部分ですが、精神科救急のあり方について、「どこに向かおうとしているのか」について明確に書く方がよいのではないかと思います。精神科救急のあり方を議論する時、精神科医療と福祉の問題とが混在した議論となる難しさが有ります。精神科救急の目指す方向のポイントは 2 つだと思います。1 つは、いかに一般救急に統合していくのかということ。精神科救急を特殊なものとして考えず、いつでもどこでも精神科的な危機には介入できるようにすること。それは一般救急同様に、119 番からのダイレクトに、ウオークインでもワンストップで対応できること。もう 1 つは、精神科救急医療は、人が地域で生活していく上での基盤となるものであること。「にも包括」は、どんな方でも地域で生活できるようにすることなので、精神科的 SOS にいつでも対応できることが、基盤として必要であること。そこを明確に記載頂いた方がよいのではないかと思います。以上です。

○藤井座長 ほかにいかがですか。

○塚本構成員代理人 6 ページの精神科救急医療体制のイメージ図を見ますと、精神障害にも対応した地域包括ケアにおける危機等への対応は、かかりつけ医がするというポンチ絵になっておりますが、「にも包括」の中の救急医療体制の位置づけの根本として、まず

危機介入はかかりつけ医がするのだと。その上で、救急医療体制で補完するのだというのは明確に書いていただきたいと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。

○佐々木精神・障害保健課長 事務局ですが、途中ですみません。精神・障害保健課長の佐々木です。来住構成員からいただいた御指摘の2つのうち、後者については地域生活の中での体制ということで、今回のコンテクストに沿っていると、私としても思っていますが、前者の一般救急に統合すべきだという御指摘については議論のあるところではないかと。先ほど松井構成員からも御指摘がありましたように、差し迫った状況の中で精神医療の関与が必要であるという話がありましたので、必ずしも一般救急との統合というのは、どういう形がイメージできるかは分かりませんが、なかなか議論としてはしづらい点もありますので、その点は少し御議論が必要かなと感じたところです。以上です。

○藤井座長 長谷川構成員、挙手をいただいていたでしょうか。

○長谷川構成員 6 ページの図の、かかりつけ精神科医のところにも、時間外診療とあるのですが、救急の多くは日中の時間内に危機介入や救急になるような状況があると思うのです。ですから、「時間外」としないで、時間内というか、日中の対応のレベルを上げるというか、そういうような試みが必要ではないかと思います。また、実際に日中の対応をしている所が多いと思いますが、更に日中の対応をして、時間外の対応にならないようにレベルを上げることが必要だと思います。

○来住構成員 公精協の来住です。先ほど佐々木課長から御指摘いただいた点ですが、第2回のまとめの中にもあるのですが、必ずしも精神科救急情報センターを介さずとも、患者さんが直接病院に行ける、子どもから高齢者までの多様な問題をワンストップで解決することが必要なのではないかと。119番からでも病院に直接来られたらよいと思うのです。わざわざ救急指令（119番の受け手）が精神科救急情報センターに相談せずとも機能する方が迅速に対応できます。6ページの図では消防や警察は、精神科救急情報センターに連絡して、情報センターから受診する医療機関の調整をおこなうこととなっています。しかし消防、警察、地域の関係機関から病院に搬送するという、情報センターバイパスした直接受診を増やした方が、より患者サイドに立っていると思うのです。制度が成熟する前は、情報センターの役割は甚大で大きいのですが、制度が成熟すると要らなくなると思います。最後は情報センターの機能は本当に小さくなってよいのではないかと思います。例えば岡山県の場合は、情報センターを介する危機介入というのは精神科救急の1割にも満たない現状があります。精神科救急ニーズには情報センターを介して行うとすると、先行する都道府県の足を引っ張ることになると思います。この点、よくやっている都道府県を伸ばす施策であってほしいと思います。

○佐々木精神・障害保健課長 来住構成員の御指摘に対する回答ですが、多分、そういったダイレクトなものがベストというかどうかというのは、本当の地域の実情に応じて変わるところがあるかなと思っています。そこはもう少し観念論的なものではなくて、本来

的にはデータで整理すべきだろうと思います。御指摘については、当然、尊重させていただいているところですが、具体的には、8 ページの下から 4 つ目のマルの中に、より迅速に受診するために直接つながるパターン、情報センターを介さない場合も想定されると書いておりますので、当然、これは地域の実情に応じて選択していただくことも視野には入りたいと思っています。いずれにしても、一般救急と統合すべきというところとは少し、話としてかみ合うものではないと感じています。

○藤井座長 今の御議論をもとに、「はじめに」の所や、「救急医療体制の位置づけと考え方」のところでは、今までの御議論を基に記載を整理していただくということをお願いしたいと思います。最初のところは、どこに向かっていくのか分かるようにということでしたが、ここは当事者の視点とか、そういうところも必要になってくるかなと思いますが、この辺りは小阪構成員、何か御意見はありますか。

○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。まず、拝見してうれしいなと思ったことがあって、基本的な位置づけと考え方として、入院医療を前提としないと盛り込んでいただいて、それは基本的な考え方として、そのために「必要な体制整備を地域の実情に応じて行うことが概念として含まれていて、精神科救急医療体制は総じて当事者視点に立った整備が行われることは重要である」と示していただいていることは、大変有り難いと思うところです。

付随して、6 ページにあるイメージ図ですが、多分、報告書等の文言よりも、こういったイメージ図がこの先いろいろな場面で引用されたり、実際に地域で目にすることが多くなり、関係機関や関係者に浸透していくことになるのではないかと思います。ここで、「にも包括」の基本理念である、精神障害があっても地域の一員として、安心して自分らしく暮らすことができるための精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループである本会を踏まえて、このイメージ図内に訪問型の精神科救急医療体制を明確に位置づけてほしいと思います。

精神科救急が必要とする方が来る、自ら助けを求める、家族からの SOS を待つという考え方だけではなく、出向いて行くということ。SOS を出すには、そこまで当事者や家族は本当に限界まで抱えていますので、やはり限界まで抱えると非自発性入院等を引き起こすことになってしまいますので、それを防止するためにも受け身でなく、出向いて行く。

例えば、地域精神保健福祉チーム等の訪問対応、アウトリーチ対応を、このイメージ図内に明確に位置づけていただいて、必ずしも入院医療を前提としないと掲げていただいている理念を、理念だけではなく、具体的な体制整備の 1 つとして明示していただいて、住み慣れた自宅等で初期救急等の必要な治療が受けられる、そのようなイメージを、この先にもつなげていくために図の中に入れてほしいということを申し上げたいと思います。

○藤井座長 それでは各論的なところですが、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に求められる体制というところに入りたいと思います。こちらで図の記載も含めて、特に(1)(2)の辺りで御意見、御質問等ありますか。

○杉山構成員 1つ、質問のようなことになってしまうかもしれませんが、確かに、この精神科救急医療というものの全体で考えたときに、少し曖昧な要素が何点かあって、そもそも精神科救急なのか、精神科救急医療なのかというところもあり、先ほど来住先生から、福祉も医療もという全体でという話があったのですが、名前自体は精神科救急医療と一括されていて、医療の話なのではないかというようなイメージもあります。その辺が難しいところで、もしかしたら医療外対応もあるとは思いますが、やはり精神に関しては医療がやはり参画しないといけないというところも多々あるわけです。その辺の整理が幾つか難しい点があります。

もう1つは、いつも迷うのですが、先ほど長谷川先生から、夜間・休日の話が出ていて、確かにおっしゃるように平時の対応を上げて（高めて）、救急に至らないように事前に防止するという考え方は全体論としては正しいです。こちらにも7ページ辺りに、平時からしっかりやりましょうということは、しつこく書いてあるので、それはそれで合っていると思います。その中に、平時というのは夜間ではなく日中からしっかりやりましょうという、含みという意味では正しいと思うのですが、この事業の要綱や精神保健福祉法の19条の11には、精神科救急医療というのは時間外だというような定義があるなど、その辺が少しそろっていないということがありますので、そういった1つ1つの要素の定義というものをしっかり決めたほうがいいのではないかとすることが幾つかあるのではないかと。ここで明確な答えがあるならお答えいただいても、もちろんいいのですが。

もう1つは、塚本さんが言っていました、かかりつけ精神科医というものが今回出てきていて、これも基本ですね。基本的な平時の対応事項というものも幾つか今回のキーワードとして出てきているので、かかりつけ精神科医というものも新しい言葉なのか、古くて新しいような言葉だと思うのですが、定義としてはなかったかなと思いますので、そういったことを少し意識していった形というのは、今回のワーキングで1つ新しい発見になるかもしれないので、ちょっとそういったところは、何か明確な意見を言えなくて申し訳ないのですが、感想のような形で申し訳ないのですが、気付きましたので発言させてもらいました。

○藤井座長 ありがとうございます。この点に関して定義等については、事務局から何かありますか。

○友利精神・障害保健課長補佐 その点も含めて、是非、御議論いただきたいと思っています。親会の検討会でも、もちろん医療について今後議論をしていきますが、まさに今回の精神科救急医療のワーキングについては、受診前相談についても重要であるという貴重な御意見を頂いていますので、そこが親会と、このワーキングとの接点というか、重なる部分ですので、親会の医療の部分でも御議論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。ほかにいかがでしょうか。

○小阪構成員 5ページ目にお示しいただいている(2)の精神科救急医療体制整備における対象者の所なのですが、②です。日本精神科救急学会が、精神科救急状態を定義してい

る「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」というのは、私も同意できますし、そのとおりだと思いますが、「例えば」以降の措置入院や緊急措置入院等々の表現ですが、この例示は、非自発性入院を心象づける文言になっているようにお見受けしました。そもそも「にも包括」に紐付けられた当 WG では、精神障害があっても安心して自分らしい暮らしができるという基本理念に基づいた体制整備であることを鑑みますと、非自発性入院はそもそも矛盾しうる形態、安心とは逆方向であるということに改めて留意していきたいと思います。よって、精神科救急医療体制整備においては、非自発性入院とならずに済むように、継続したあり方検討が求められる等々の何か補足文書等があったほうが、本検討会の概念に矛盾しないのではないかと思います。

意図としては、緊急時にも非自発性入院とならないような体制整備という観点を付け加えて、当事者や今現在の当事者に限らず、この先精神科を受けえる国民の安心を担保していけるように、そのようなあり方へ波及的に変革して行ってほしいということになります。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

○松本構成員 ありがとうございます。今の御議論というのは、6 ページ以降の 3 ポツについても範ちゅうに含まれているのでしょうか。それとも後のほうになりますか。

○藤井座長 明確に区切っているわけではないのですが、今は、3 番の体制の所の前半部分辺りを念頭に議論を進めたいと思っています。

○松本構成員 そうであれば、7 ページの(2)の所の続きで、8 ページの精神医療相談窓口の役割や、次のマルの精神科救急情報センターの辺りのくだりになります。先ほど、事務局が 24 時間精神医療相談窓口の役割ということで、アンケートの結果を共有していただきました。そこで発現申し上げればよかったのかもしれませんが、資料 1 の 12 ページに、24 時間精神医療相談窓口の役割という回答結果があります。26 の回答があります。上から 2 番目に、精神障害者等の症状緩和を目的として相談に応じているという都道府県の回答が 21 あります。実は新潟県としては、21 に入っています。この目的と相談に応じていると回答は申し上げたのですが、実際どうかと申しますと、実は、県民の皆様から 3 分ぐらいでここを紹介されたなど、なかなか話を聞いてもらえなかったようなクレームを頂いているのもまた事実です。これは 1 例ですが、要はイエスかノーかと言われると、「はい」なのですが、その中身というか、どこまできちんとできているかということには、やはり差が出てしまうということで、1 つの事例として申し上げたということで、この修文等のお願いではないのですが、やはり実態としてはそういうところがあります。何でなのかということや、やはり現場と議論していますと、スーパーバイジングが欠落しているとか、マニュアルや研修が脆弱だということも浮かび上がってきます。実際に、この窓口の役割として対応するには、その背景として研修や実態を強化する、若しくはそういうことが大事だという意識、そういうものが必要になると考えています。今回の調査結果と、ここに求められているということは、そのとおりだと思いますが、その背景にそういった

詳細なものが必要になってくるということ意識していただくか、もしできれば少しそういうことも1行、2行入れていただくということを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。ほかにいかがでしょうか。

○長谷川構成員 先ほど杉山先生から、救急は医療が絶対に必要というのは私もそう思います。7 ページにショートステイのことが出ていますが、この福祉のショートステイの場合に、福祉だけでは、非常に調子が悪い人に対応するのは、医療がなければ難しいかと思うので、やはりここで福祉と医療の連携ということも必要だと思います。ですので、このような重症例のショートステイを引き受けるような福祉のグループホームなどは、その2つ上のマルの CMHT(地域精神保健チーム)に登録しておいて、その中で医療とうまく連携していけば、うまく回っていくのではないかと思います。

○藤井座長 具体的な御提案をありがとうございます。

○来住構成員 長谷川先生の御指摘の点に追加の意見です。長谷川先生のおっしゃるとおりだと思うと同時に、障害福祉サービスのショートステイでの解決を別立てで書いてあることの意味は大きいとも思います。精神科救急として受診されても、任意入院でちょっと休んでいただくというのは、本来は医療ではなくて、ショートステイとして困難な環境から離れて休むことができる場所につながることができれば解決するわけです。すなわち医療だけで解決せずに、他のサービスときちんと連携して解決することができる精神科救急の形は必要なのだろうと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。

○来住構成員 もう1つ発言したいことがあるのですが、「にも包括」が何を指すのかについても、意識の確認をしておきたいと思います。慢性の精神疾患をお持ちで、地域で生活されている方が、何とか地域で生活を続けることが可能となる仕組みが「にも包括」であることには異論はないと思うのですが、私はもう1つ、意識する必要があることがあると思います。

先ほど、一般救急との統合と申しましたが、そう考える理由があります。医療計画の5疾病5事業との関係で精神科救急を位置づける必要があると思うのです。周産期での精神的危機のときに、精神科救急きちんと役割を果たして適切な治療がおこなわれ、母子保健につなげることができること。5疾病5事業の小児医療で言うと、児童虐待という状況への介入について、精神科救急医療に受診された時に児童福祉と連携して、必要な児童福祉対応ができているのか。今日的な課題にも精神科救急によりワンストップでサービスができることが有るべき姿だと思います。従来課題に対応するだけではなく、精神科があったからこそ、「他科の先生方」も「他の領域の支援者」も「当事者」も助かったとなること、あるべき精神科救急の姿だと思うのです。ですので、是非、その5疾病5事業、それから在宅医療も当然ですが、それらを意識した精神科救急になっていくような書きぶりを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。

○来住構成員 ワンストップサービスとして機能するだけの力量を精神科救急が持つようになってほしいのです。

○藤井座長 この辺りは、佐々木課長、よろしいでしょうか。

○佐々木精神・障害保健課長 そうですね、例えば、ここの文章だと、身体合併症を有する方の連携ということで記されているように、今、いただいた御指摘を踏まえて、何かしらの反映を検討したいと思います。ありがとうございます。

○藤井座長 ありがとうございます。あと、「にも包括」は慢性の方だけではなくて、精神障害の有無にかかわらずというところがありますので、そことも通じるのかなとお聞きしました。ほかにいかがでしょうか。松本構成員、お願いします。

○松本構成員 新潟県の松本です。今の、正に5疾病5事業の所がすごく重要な御指摘だと思いますが、県の立場で5疾病5事業で医療計画を見直していく際には、かなり膨大な論点を洗うことになるので、今回、医療計画の中間見直しもあるのですが、なかなか精神の領域で県として何をすべきなのかが若干分かりにくいところもあるのかなと感じています。5疾病5事業との連携や、この精神科の救急体制整備事業と医療計画の連携など、この辺りに関して何をすべきなのかということのを少し明確に書いていただくと、県の立場では取りつきやすいかなと感じています。どうぞよろしくお願いします。

○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。杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 今、資料が出てきたので御紹介しますが、松本構成員が先ほどおっしゃられていた受診前相談で、対応する者の研修やマニュアルなどの知識、バックアップ等の助言体制を、先ほど申し上げたように、平成28年のときに調査しています。医師の応援体制・助言体制があるかどうかということのを聞いたときに、情報センターでは81.6%、相談窓口では86.2%の「助言体制あり」という結果があるなど、対応マニュアルがどれぐらい整備されているかについても、両方とも80%を超え、それから対応技術についての就業前研修の義務化があるかということについては余り高くなくて4割ぐらいということになっています。ですので、そこそこはされているけれども、この二段構えの情報センターと窓口については、このすみ分けはどうなっているのかということ、いつも大議論になっているのです。そういったことの整理も含めて、ここの質の担保というのはやはり大事だと私も思っています。一応、そういうことがありますので、御紹介させていただきました。

○藤井座長 貴重な情報提供をありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。求められる体制の前半の所で、初期救急や、「にも包括」における危機への対応の辺りは、地域保健とも関係すると思うのですが、この辺りは塚本構成員代理人から、何か自治体の立場で御意見はありますか。

○塚本構成員代理人 やはり「にも包括」が、入院をせずに地域生活を支援していくということが1つのテーマだと思うので、そうすると、小阪構成員もおっしゃっていましたが、



「非自発的入院事例でなければ救急医療の対象ではない」という医療者側のパラダイムシフトの転換をいかにしていくのかというのは1つの大きなテーマなのかなと考えています。

○藤井座長 ありがとうございます。それでは、この求められる体制の所の後半部分の第二次救急医療・第三次救急医療、あるいは救急医療体制整備の調整・連携の辺り、この辺りの所で御意見はありますか。

○松井構成員 質問なのですが、二次救急と三次救急をもう少し具体的に分けたほうがいいように思います。例えば、一般救急の場合では救急で来ても、ある程度のことではできるといのは何か第二次救急のような印象を持っていて、高度の医療技術を有するような医療機関でないとできないというのは第三次救急のような感じがするのです。でも、精神に関しては、余り二次救急、三次救急という分け方が私はちょっとしっくりこないのですが、皆さんはどのようにお考えなのでしょうか。

○藤井座長 こちらは、事務局からお考えはありますか。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。実は、この初期救急、二次救急、三次救急という言葉は、精神の医療計画の中でもう既に使われています。松井先生がおっしゃるように、精神科医療においては一次、二次、三次という考え方が明確に定義されているわけではありませんが、医療計画等々、諸制度との連動も図る上で、今回、医療計画に記載されている文言を使っています。この点については、構成員の方々から御意見を頂きたいと思っています。

○藤井座長 ありがとうございます。今の松井構成員の御意見に関して、来住構成員、お願いします。

○来住構成員 全県一区でやらないと、受けられないような事例というのはあると思います。どう定義付けるかですが、例えば当院で見ていると、辺縁系脳炎、自殺企図後でドレーンが入ったまま転入院例、医療機関内での暴力の問題で入院の受け手がないなど、多軸で整理をする必要があります。これらは二次医療圏の中では吸収することができない群となると思います。精神科医療の体制整備をするときの課題として重症度の定め方について命に関わるかどうかという1軸だけでは整理が付かないという問題があります。しかし命に関わるかどうか、その切迫度というのは1つ重要であり、他害が切迫ないしコントロールが難しいときも重症の指標となるでしょう。精神科だけでは対応しきれない身体疾患が基礎にあることも重症の1つの指標だと思います。このように複数の軸で整理し、全県一区で解決するほかない領域があると考えます。以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。松本構成員、お願いします。

○松本構成員 県としても、今の来住先生が正におっしゃっているような、精神科的な病態だけで、一次、二次、三次というよりは、やはりちょっと受けられないという医療機関が二次の中で出てきたときに、最後の砦として受けていただけるという主旨が非常に重要で、正に、来住先生が触れていらっしゃったような暴力が絡んでいるとか、ほかの社会的要因が絡んでいるとか、辺縁系脳炎など、恐らくかなりレアなものなどが本当に入ってく

る。二次の場合、「ちょっとうちでは」というようなことになったときに、県内で全く受け手がなくなってしまうということがないようにという主旨だと思います。最後の砦というものとして、是非、重要だという定義を置いていただきたいと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。松本構成員は、お時間が限られていると伺っていますので、この後半の所、常時対応型の施設の役割と整備や輪番型の医療施設の役割と整備等々のことも含めて、追加の御意見がありましたら先に承っておきたいと思いますが。

○松本構成員 座長、ありがとうございます。正に常時対応の所や、最後のページに4つマルがありますが、最後のページの一番上のマルの「そのため」という所の長いパラグラフの最後の所です。「このような観点から、地域における精神科救急医療体制整備事業に係る具体的な指標に基づく評価の仕組みが必要である」というように書いていただいているのですが、ここが非常に重要なポイントかなと思います。先ほど、来住先生がおっしゃったような具体的なところが、やはり行政や現場の先生方とディスカッションをしたり、ものごとを決めていく上で非常に重要になってきますので、ここに具体的な指標を置くという考え方は非常に重要ではないかと思っています。例えばですが、その前の常時対応の所との兼ね合いになりますが、先ほどの三次的なところよりも若干もっと一般的な事例になりますが、コンサルテーションリエゾン、ケアユニット精神科がないような救急病院に入ってきた自殺企図やオーバードーズの方がいらっしゃって、どうしても精神科にコンサルトしないといけないなど、内科的なアセスメントをしているとどうしても、ここは急いで精神科にかかるべきだというような医療機関からの即時対応が、我々の県ではスーパー救急病院1個のエリアにつき、月に1回ぐらいあるのです。こういうようなところが、非常に困りますし、やはり年間を見ますと、コンスタントに発生しています。年間を通して見たときに、やはり幾つか発生してくるような事例に関して、具体的な指標を置いていただいたり、考え方を示していただいたり、もちろん地方と都会ではかなり違ってくるので、そこも御配慮いただきたいのですが、是非、そういうところに具体的な数字に基づく指標なり議論を入れていただきたいと考えています。ありがとうございます。

○藤井座長 ありがとうございます。この常時対応輪番型の施設の視点に関しては、資料1の20ページ目に、各自治体のアンケートの自由記載で、指定に当たって参考にしていることという意見も掲載していますが、併せてこれも御覧いただければと思います。ほかの皆様はいかがでしょう。指定施設の指定のこと以外でも、全般的に御意見を承れればと思いますが、杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 先ほど、二次・三次の話が出ていて、学会でも二次・三次という定義がないということを知りつつ、分かれていたほうが便利なので勝手に定義づけをして使っていたという経緯があります、非公式ですが。ただ、今、医療計画の中できちんとあるという話を聞いてちょっとほっとしたというか、安心しました。学会で、やはり三次は措置、緊急措置、私の前任の平田理事長は応急まで入れていまして、それを三次と言っていました。それは、やはり行政医療にはなってくるし、危急度も高いし、行動的なリスクも高いとい

うことで、大体そういうイメージだったわけです。

医療体制については、やはりトリアージの仕組みがあるので、ある程度そのトリアージをどのようにするかということが非常に重要になるので、この二次と三次の定義というのはしっかり付けていただいたほうがよろしいのではないかなという気がします。ただ、先ほど来も出ていますが、難しいのは症状の重さなのか、行動因子なのか、それともサポート体制のせい弱性等によるものなのかという身体合併症等の事情によるのかなど、いろいろあるわけです。それは、このワーキングの2回目でプレゼンテーションしたと思いますが、そういうことを考えていくと、戻って申し訳ないのですが、先ほどからちょっと突っ込みが入っていますが、5ページの下から3つ目のマルの対象者の具体として、救急学会の定義の後ろに書いてある文章は、もうちょっときれいな書き方をしていただいたほうが、やはり皆さんが引っ掛かるところは同じだなと思いました。ここについては、どのような対象で、それをどのようにトリアージしていくのかという議論で、そのために体制にはどのようなメニューを整えていくのか、平時対応でいいのか、近くでいいのか、それとも広域でやらなければいけないのかというような合理的な分かりやすいシステムにつなげていくためには、その対象者の評価等をしっかりと付けていくために、ここの書き方をもう少ししっかりと、きれいなものが書けるといいかなと思っています。

○藤井座長 ありがとうございます。ほかに御意見、御質問も含めて、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。2点あります。1点目は、コロナの対応との関連です。先ほどから何点かメンションがあると思いますが、コロナの対応についてです。県内でやはり精神疾患の救急で、例えば新潟県は、かなり感染は落ち着いているのですが、東京に行きましたという経緯があると、精神救急の患者は引き取り手でかなり困ったことになります。それは、スーパー救急と言われる診療報酬を取っている病院であっても然りという状況です。そういうことがないように、話を繰り返してきたわけですが、やはりなかなか難しい。実は、これは平時の対応からそのような問題というのがくすぶっていて、それが顕在化しただけということもあります。今回、諸制度との連携という記載もありますが、診療報酬については主ではないということも理解をしているので、参考意見なのですが、やはりスーパー救急というような診療報酬の枠組みの病院を、是非、精神救急体制の事業なり、枠組みの中にしっかり築けるとか、連携させるなど、やはりインセンティブのところと制度的なところの裏表に関しては、かなり意識を頂きたいと考えています。もちろん、違う制度ですので完全なリンクというのは無理です。お金が絡んでくると、また違う調整ということが重々必要になるということは理解をしているのですが、意識というだけでもかなり違うかなと考えています。よろしく願いいたします。

○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 今、松本構成員がおっしゃったことに全く賛同いたします。やはり一般救急もそうですが、精神科救急も新型コロナがあろうが、災害があろうが、きちんと回すと

ということが基本だと思います。ですので、新型コロナが起きたときにはきちんと、少なくとも県立は、可能であれば常時対応型はきちんとコロナの人が受けられる、あるいは検査ができる。そして、一般救急と一緒に肩を並べて機能させるということは基本だと思います。そういうことができるということをもって、この最後の 13 ページの上辺りの実績を評価されながら、そのような施設が大きくなれる制度設計をしていただくということ、是非、お願いしたいと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。制度の連動に関しては、3 ページの所で精神科救急医療体制整備を取り巻く諸制度が矛盾なく連動することというようなことを意識するようにと書かれています。これは質問ですが、諸制度というのは具体的にどのような制度とお考えですか。事務局、お願いできますか。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。こちらについては、前回の資料ですが、今回の資料 1 を御覧ください。4 ページ目です。第 2 回ワーキンググループでの主な意見と整理という所で、「施策等の連携」という所の 1 つ目のマルです。具体的に構成員の方々からも御意見を頂いており、「地域包括ケアシステムの実現のためには、精神科救急医療体制整備、診療報酬、医療計画といった諸制度が有機的に連動していることが肝要である。」ということです。様々な制度を用いて、この救急体制についても充実を図るということを目指しています。

○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、全般を通じてでも結構ですが、塚本構成員代理人、お願いします。

○塚本構成員代理人 3 点ほどあります。これまでの議論で、アクセスの確保や、移送制度などの議論が余りされていなかったもので、今後、どう取り扱ってくるのかが気になります。

あと、身体合併症の縦列モデルの構築とか、プレホスピタル・ケアの質の向上について、例えばメディカルコントロール協議会の議題に持っていくという働き掛けも必要ではないかというように感じています。

あと、資料 1 の 1 ページの「にも包括」で、よく使われるポンチ絵ですが、この中に「救急医療体制整備事業」とか、「精神科救急医療体制」という文言が落ちていないので、どうしても構築会議などで危機介入や救急医療などが落ちてしまいやすいと思うのです。このワーキンググループのように特出ししているテーマなので、是非、ここのポンチ絵の中に位置づけていただけたらと思いました。以上です。

○藤井座長 アクセシビリティの話は、確かに移送のことも含めて、これまで特出しでは議論が行われてなかったと思いますけれども、自治体のアンケートで、資料 1 の 21 ページですが、「お困りのこと」という所に、「移送ルールがないため対応に苦慮している」という記載があります。この辺りのことでほかの構成員の皆様は、何か御意見がありますか。アクセシビリティ、医療へのアクセスの方法ですね。長谷川構成員、お願いします。

○長谷川構成員 この移送制度は、なかなか使われていないと思うのですけれども、こち

らから行くというアウトリーチをもう少し拡充させるということで、アクセスしやすいということが重要だと思います。

○藤井座長 CMHT 等の御提案を頂いているというところで、その辺りのアクセスやアウトリーチを充実させるという御意見です。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 地域に出向くということは大切なのですが、危機のときだけ地域に出向くというのは、ちょっと不健康な感じがしていて、現実的には機能しにくい部分があります。普段から訪問看護があったり、普段から往診で支えられたり、普段から障害福祉サービスの中で支えられていることを基礎において、そこと精神科医療機関が信頼関係でつながるという形でやるしかないと思います。もちろん危機のときに往診が初診であることもあるとは思いますが、マジョリティではないと思います。やはり基本は普段の生活をきちんと支えることとセットでないかと思います。

○藤井座長 松本構成員、お願いします。

○松本構成員 県も今、来住先生がおっしゃったような認識でおります。新潟県では移送制度を動かした実績がほとんどないような形で、先生がおっしゃるように、その手前の受診勧奨を含めて、ものを動かしていくほうが多いです、重要ではないかという認識です。今、新潟という地方でも同じような状況です。

○藤井座長 来住構成員。

○来住構成員 そこで漏れた部分への対応が、今で言うとアウトリーチ事業だと思うのです。治療契約が出来ていない方への往診による介入は、行政と医療機関が一緒に動くほかにないように思います。それが御本人の人権に沿うことになると思いますので、そういう事業は別立てで、しっかり大きくする必要があると思っています。

○藤井座長 今、来住先生がおっしゃったことは、長谷川構成員のコミュニティメンタルヘルsteamのようなイメージでしょうか。ありがとうございます。

先ほど塚本構成員がおっしゃっていたのですが、「にも包括」のイメージ図は、今後、親会の検討会等でも、それを踏まえて、改編の可能性はありますか。

○友利精神・障害保健課長補佐 親会のほうでも、このイメージ図に基づいて議論をしており、このワーキングでも様々な御意見を頂いております。このイメージ図は、もともとあり方検討会報告書記載を図に落とし込んだものです。このイメージ図を変える場合には、やはり親会の検討会やワーキングなどの御意見を踏まえて、修正すべきではないかと考えております。

○藤井座長 ほかに全般的に、全体を通じて御意見等がありますか。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 このWGの活動もあと何回かで終わるのでしようけれども、私自身は今まで救急システムにいろいろ関わってきて、基本的には今回の報告書に準じた方向性や課題をもちながら、ずっとやってきたように思います。今回のWGのとりまとめが、また一

つの軸になり、今後も精神科救急システムが発展していくことを望んでいます。国が自治体に救急システムの体制を定期的に検討しろと言っているのであれば、今回「にも包括」に関連して救急のWGが組織されたという経緯だけでは残念です。より継続的・定期的に、こういうメンバーで会を国が率先して開催し、時代に合った精神科救急システムを検討していく必要があると思います。そうでないと今回だけ特別だったら、今回もいろいろな宿題や課題などが出てきたのに、このままで終わってしまったら、また持ち越しになってしまいます。やはり救急システムだけでも一本立ちするように、厚労省として、検討会を継続的・定期的に行ってほしいと思いました。以上です。

○藤井座長 長島構成員、お願いします。

○長島構成員 全般を通じてということで、4.の「今後の精神科救急医療の体制整備に係る取組」で、どのような整備をするべきかということをお願いします。全般的には、やや羅列的になっていて、これを見ても何をすればいいかが分かりにくいのです。今後の取組に関しては、まず各ステークホルダーごとに、求められること、やるべきことを整理するといいいのではないのでしょうか。つまり国、厚労省の主に環境整備と法令整備だと思います。それから都道府県、地域包括ケアシステムということですので、市区町村、各種別の医療機関、地域住民、患者・御家族が今後、それぞれどのような取組をするべきかということ、きちんと整理して書くといいと思います。

もう1つが、地域包括ケアシステムの構築において、何をすればいいかという視点でまとめるということです。親会は正に地域包括ケアシステムなので、この全般の流れだと、地域包括ケアシステムとは直接関係のないことも多いので、市区町村が地域包括ケアシステムを構築するときに、こういうことに取り組んでほしいという、この2つの視点でまとめると、具体的で使いやすくなるのではないかと思います。

○藤井座長 松本構成員、お願いします。

○松本構成員 県の行政からいたしますと、今、長島先生に御指摘いただいた点に留意していただけると大変助かります。どうもありがとうございます。

○藤井座長 松井構成員、お願いします。

○松井構成員 何度も何度もいろいろな構成員の方もおっしゃっているのですが、救急を提供する側の日精協の立場から言うと、やはり一番困っているのが身体合併症なのです。1つには、これを何とかしていただきたいと思います。連携は確かに大事ですが、杉山先生の並列モデルのような病院を、国の責任できちんと持っていただきたいと思いません。

二次救急と三次救急の違いが分からないと、私は先ほど言いました。例えば、緊急措置や措置というのは輪番制の病院でも取っています。それが三次ということであれば、多くの場合、三次救急まで輪番が取っているでしょうけれども、最初のワーキングのときにも言いましたように、身体合併症になったとたんに多くの精神科の病院は非常に脆弱な状態であることが否めないのです。ですから救急医療体制を構築する上で、そのような現状

をある程度理解していただいて、他の医療機関との連携、プラス並列モデルの病院の措置も、確か何かの中に、自治体はつくれというようなことが書いてあったような気がするのです。是非ともそこをお願いしたいということです。

それに関連して 10 ページの(3)の四角の中にある言葉を、日精協の病院として見た場合に、いろいろなことができる病院はいいのでしょうかけれども、例えば身体合併症、コロナを取らなければいけないと。確かに、取ることは理想でしょうけれども、現実的にはなかなか取れない。しかし、こういうように括弧で書かれてしまうと、これを全てしないといけないのではないかと思ってしまう病院もありますので、その辺を理解していただきたいということを主張いたします。

それから、非常に細かいことで恐縮で申し訳ないのですが、今まで出ていた体制整備事業の要綱などでは、数の多い輪番型の病院のほうが、アとして先にきていたのです。10 ページに、ア「常時対応型精神科救急医療施設の役割と整備」というのがあって、11 ページに、イ「病院輪番型精神科救急医療システムの役割と整備」とあります。今までのほかの書類を見ると、順番が逆になっているので、どこかで入れ違ってしまったのではないかと感じております。いろいろとわがままな話をしますけれども御検討いただきたいと思っております。今までの資料との整合性をお願いいたします。

○藤井座長 ほかに御意見はありますか。杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 ちょっと関連して。確かに、10 ページの四角の中には、「身体合併症に対応できる」と書いてあって、しかもコロナが入っているのです。先ほどの流れで言うと、救急医療をやる以上はこういったケースがあり、仮に受診をしたとしても、連携等によって適切に対応できるという意味であれば、それは正しいと思います。ただ、この文章をそのまま読むと、身体合併症にそのまま対応しなさいという話に読めてしまうのです。ここは二次・三次の話だと思いののですが、11 ページ以降に身体合併症対応体制と別立てで作ってある以上は、そこは分かれているというようになります。一定の身体的な課題についての対応ができるという要件は、ある程度は必要だということは分かりますが、一定水準ですね。ただ、ここで「合併症まで対応できます」と言うと、全体自体に矛盾が生じてしまうので、そこはちょっと違うのではないかと思います。松井先生と同じような意見ですが、御指摘させていただきます。

○藤井座長 事務局、お願いします。

○友利精神・障害保健課長補佐 10 ページの四角の箱のすぐ下に書いておりますが、身体合併症を含めた 3 つの機能については、1 つの医療機関で果たす場合もありますし、複数の医療機関の連携による面的な整備で果たす場合も想定されると書いておりますので、必ずしも 1 つの医療機関で対応すべきものではございません。複数の医療機関で連携して、面的な整備で果たすことも想定しておりますので、事務局から補足させていただきました。

○藤井座長 ほかに御意見はありませんか。それでは小阪構成員、松井構成員の順でお願いいたします。

○小阪構成員 8 ページの最後から 9 ページの一番上です。緊急の受診が必要と判断した事例であっても、結果的に医療機関を紹介できなかった事例ということで、相談者が紹介した医療機関を拒否したためということもあると思うのですが、私としては見過ごせません。とある女性が初めての入院のときに、関係者に自分の思いと異なる形で、自分が行きたくないと思っている病院に、危うく入院させられそうになったというエピソードを私に話してくださったのです。それは私も十分にあり得るだろうと思っています。

これは決して医療を拒否しているのではないのですが、緊急であっても、この医療機関には掛かりたくないという認知はあり得るというか、医療の助けはほしいのですけれども、その医療によって個人の尊厳を損なうところを拒否したいのです。そういうことを感じた思い、精神科医療や精神科救急を利用する立場からの思い、その立場からの医療機関評価というのは、4 ページにお示しくくださった、「精神科救急医療体は総じて当事者視点に立った整備が行われることが重要である」という位置づけと考え方である前提においては、現時点でどこで受けとめていただいているのか、どこで聞いているのか、あるいは本ワーキンググループでそうした視点はあるのだろうかというところは、とてもとても心配です。

体制整備の1つとして、精神科救急医療を提供する立場以外の、利用者となり得る立場の方たちの声をいかに反映するかという視点も、体制整備の中に切実に求められるものではないかと思えます。

また、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等に、例えばケアサポート従事者や当事者、家族等を配置するような考え方も、1つの有り様としては望ましいのではないかと思えます。

○藤井座長 確かに資料1の16ページを見ますと、家族や当事者が調整委員会のメンバーになっているケースは非常に少ないようですので、その辺りのことにも留意すべきということかと思えます。当事者の意見を体制整備に入れていくということで、御意見、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、お願いします。

○来住構成員 2つあります。1つ目が13ページの必要量、評価の仕組みなど、実績の部分です。ここはとても大事な部分だと思います。必要量は、地域単位での必要量ということになってくると思うので、これを病院単位に落とし込むときは、その病院の実績に応じて病床数などを考えていく必要があります。病院の大きさではなく、実績に応じたということが必要なだろうと思います。

2つ目が、連絡調整委員会ですか、救急の委員会の件です。アンケートの中で、最初に友利補佐から御紹介がありましたが、問題発生時には即応してその都度相互に情報共有し、解決するとことしか方法はないと思うのです。例えば、身体科と精神科の連携において軋轢が生じたときには、生じた問題を放置すると、信頼関係構築できず、相互不信が一気に進みます。相手方病院にただちに出向いて協議をして解決すると、翌日から連携は円滑に進みます。考え方として委員会での協議という考え方も一つではあるのですが、委員会に実効性を持たせるために、次の委員会までに問題解決を行政と病院との間で解決しておく



運営をおこなうことが、一番大事なのではないかと思います。以上です。

○藤井座長 ほかにありますか。松井構成員、お願いします。

○松井構成員 先ほどの話に戻ってしまって申し訳ないのですが、少しこだわりますが、(3)の四角の中に、もしよければ下の言葉も入れていただくようにしないと。やはり皆さんがパッと見ると、どうしてもこの3つというようになってしまいますので、「以上の機能について」という文言までも、できればこの括弧の中に入れていただくようお願いいたします。以上です。

○藤井座長 ほかにいかがでしょうか。長谷川構成員、お願いします。

○長谷川構成員 小阪構成員の意見は重要だと思うのです。やはり救急で行って入院したくない病院が当番病院だったということはあるかと思っています。私たちの所もそのような場合に、その人が入院できる病院のベッドが空くまで、何とかアウトリーチと、デイケアをデイホスピタル的に使って、もたせる場合があります。地域では CMHT とか、そういうチームを組んで、そういうようにもたせられることができれば、選択肢も増えるし、当事者のためだと思います。

○藤井座長 ほかにいかがでしょうか。今後の取組の具体的な構成に関しても、先ほど長島構成員から詳細に御提案いただきました。今後の取組について、この辺りを入れておきたい、入れるべきということがあったら御提案いただければと思います。ステークホルダーごとにやるべきことを整理するという、長島構成員のまとめ方は非常に分かりやすいと思います。今まで議論になっていないところでも、これを入れるべきという課題等々がありますか。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 私もくどいようですけれども、今回だけでは終わらないと思うのです。やはり時代に応じて変革していくということを、定期的に国が責任を持って見渡していく。「自治体ごとに違いがあって良し」と言っても、それがあって良いこともあれば改善していくこともあると思うので、継続性を持って検討していくことは入れてほしいと思います。以上です。

○藤井座長 冒頭で辻本構成員がおっしゃっていた外国人対応とか、その辺りのことも入ってきますか。

○辻本構成員 もちろん外国人もそうですし、子供の人権をどうしていくかとか、高齢者や認知症の不適応行動も精神科救急システムで対応していくのかとか、今後、まだまだ変わってくると思うので、今回で閉めてしまわずに、継続審議が必要だというようにしていただきたいと思います。

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

○長島構成員 今回、国と都道府県に求められることは現状の把握、見える化なので、それを踏まえてどうするかという次のステップが必要です。PDCA サイクルを回していくこと、国に対して、そういう制度を作るということは求めるべきではないかと思いません。以上です。

○藤井座長 先ほどの辻本構成員の御発言にも通じるのところかと思えます。来住構成員、お願いします。

○来住構成員 精神科救急体制連絡調整委員会の件です。先ほど述べたとおりですが、本当に精神科救急が変わるためには、一般救急の連絡委員会に出席することのほうが、よほど効果があるのです。精神科救急の関係者の会合では、精神科以外の新たな視点、住民サイドの視点での意見がでることは少ないと思えます。一般救急の連絡調整委員会に出ると、精神科救急にはこれできていない、精神科救急は一般救急からの SOS に答えられていないなど、やるべきことが多く見つかるのです。一般救急の領域にある課題を精神科救急で対応すること、精神科救急体制を見直すという視点抜きには、今日的な課題への対応ができるようにはならないと思えます。このような視点を報告書にどのように盛り込んでいただくのか、お願いしておきたいと思えます。

○藤井座長 ほかに、このような視点が必要とか、課題があるということはありませんか。辻本構成員、お願いします。

○辻本構成員 一つ言い忘れたのですけれども、やはりこれは「にも包括」の中での救急化システムなので、「にも包括」も進展していかないといけないのです。その中でも重要な位置付けを精神科救急は持っている。地域と救急は両輪だから、今後も両方とも同じように見直していくということで、「にも包括」と連携しながらの評価というか、課題の説明をしていっていただきたいと思えます。以上です。

○藤井座長 今、親会の話も出ましたが、こちらの議論で、親会で更に議論をしていかなくてはいけないこと、特に親会のように御議論をお願いしたいことはありますか。

○辻本構成員 一つは、精神科救急は余り特殊化せずに対応して欲しいというか、地域保健活動の連続性でもあり、医療の連続性の中でもあるのに、これだけが余り特化されて別立てになると、トータルにはならないと思うので、その辺は意識していただきたいと思えました。私からは以上です。

○藤井座長 「にも包括」の理念からしても、辻本構成員のおっしゃることは非常によく分かることではないかと思えます。杉山構成員、お願いします。

○杉山構成員 今のことと関連して、「にも包括」の全体の中での議論ということですが、6 ページに、その辺りのことが書いてあると思うのです。私どもは学会で精神科救急というものについて多方面から、それこそいつも議論しているという状態になっています。辻本先生がおっしゃったように、学会は確かに、自治体も国にも参画いただいているのですが、こういった議論はまた別のセッティングなので、非常に有意義だと今思っております。やはり学会としての議論と並行して、こういった議論は継続することに非常に意味があるのではないかと思えます。

6 ページの話に戻ると、1 つ目のマルの 2 段落目の「これらは」の所ですが、精神科救急というのは、どうも入院というイメージがあるというように書かれているわけです。しかし学会としてはそういった感じでもなくて、もうちょっと地域システム全体というか、

それこそ地域包括ケアのことを指しているぐらいに思っておりますので、この辺のイメージに関しては、親会のほうにというのが少しあります。そここのところの認識を少し近づけて、2つはほぼ一体のものだというような感じで思っております。

それから、その前にどうでしょうかと言われた今後の体制整備に係る取組について、次につながるようなお話はないでしょうかというお話があったと思うのです。今回は余り各論まで御議論されておりましたが、3 ページの一番下にある諸制度の連動については、できれば具体的なところをどのように連動させていくのかということ、もう少し詰めた形での整理をして、最終的な議論を詰めていただきたいと思います。今日は時間がありませんから、ここまでといたします。

○藤井座長 長島構成員、お願いします。

○長島構成員 一般の救急との連携・連動ということでは、私は消防庁の救急業務の在り方に関する検討会に参加しておりますが、そちらに是非、こちらの報告書等も提出していただいて、消防庁の救急部門とも連携して、連動して話を進められたらいいのではないのでしょうか。以上です。

○藤井座長 ほかに全般を通じて、追加の御意見はありますか。小阪構成員、追加はありますか。

○小阪構成員 目次の4番目の「今後の取組について」です。いつもこういう検討会に出させてもらうときには、私も当事者の人たちの何人かに、ちゃんと話を聞くようにしているのです。この方も女性でしたが、緊急で入院された方が「緊急時でも常に私の意思を尊重してほしい」とおっしゃったのです。その方は実際に尊重してもらえたと思うのです。その方が続けておっしゃったのが、「でも緊急時こそ、当事者の声に耳を傾けてほしい」と。緊急性だけを優先しないで、当事者の意思決定等をどう担保していくのかという部分の視点は、取組の所に入れてほしいと思います。

○藤井座長 ほかにいかがでしょうか。特になければ、そろそろ終了にしたいと思います。最後は、よろしいでしょうか。それでは、本日の議論はここまでにしたいと思います。最後に次回のスケジュール等について、事務局からお願いいたします。

○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4回のワーキンググループについては、事前に御連絡しておりますとおり、12月11日の金曜日、16～18時で開催したいと思います。場所は本日と同じく、この会場を予定しております。詳細はまた事務局から御連絡させていただきます。

○藤井座長 以上をもちまして、本日のワーキンググループは閉会としたいと思います。構成員の皆様、活発な御議論を頂きましてありがとうございました。