

平成 25 年度 第 1 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録	
日 時	平成 25 年 7 月 30 日 (火) 19 時から 20 時 50 分まで
開催場所	横浜市救急医療センター3 階研修室
出席者	石原 淳、岩渕 泰子、浦井 伸子、恩田 清美、天明 美穂、西山 貴郁、平元 周、平安 良雄、古谷 正博、三角 隆彦、森村 尚登、八木 啓一、吉井 宏
欠席者	高井 佳江子
開催形態	公開 (傍聴者 3 人)
議 題	<p>1 報告事項</p> <p>(1) 25 年度事業概要について</p> <p>(2) 横浜市救急医療情報システム (YMI S) の運用状況について</p> <p>(3) 新たな二次救急医療体制の検証について</p> <p>(4) 病病連携強化支援事業について</p> <p>2 横浜市救急医療体制の検討課題</p> <p>3 部会の設置について</p> <p>4 検討スケジュール (案)</p>
決定事項	<ul style="list-style-type: none"> ・委員長は古谷 正博委員、副委員長は吉井 宏委員に決定。 ・「精神疾患及び身体疾患を合併する患者の救急搬送体制」を検討テーマに決定。 ・専門部会の設置を決定し、部会長は平安 良雄委員に決定。
議 事	<p>(事務局) 横浜市救急医療検討委員会運営要綱第 5 条に基づき、本委員会に委員長 1 名、副委員長 1 名置くことになっている。委員長は委員の互選により定めることとなっている。委員長の選出をお願いしたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委員長に古谷委員の推薦が有り、全員一致で、委員長は古谷委員に決定。 <p>(事務局) 副委員長については、委員長の指名となっている。古谷委員長、副委員長の御指名をお願いしたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・古谷委員長が副委員長として吉井委員を指名し、全員一致で決定。 <p>1 報告事項</p> <p>(1) 25 年度事業概要について</p> <p>(事務局) 25 年度事業概要について説明。</p> <p>(2) 横浜市救急医療情報システム (YMI S) の運用状況について</p> <p>(事務局) 横浜市救急医療情報システム (YMI S) の運用状況について説明。</p> <p>(3) 新たな二次救急医療体制の検証について</p> <p>(事務局) 新たな二次救急医療体制の検証について説明。</p>

(4) 病病連携強化支援事業について
(事務局) 病病連携強化支援事業について説明。

(森村委員) YMI Sの運用状況に関してだが、事業の効果が得られているという説明はそのとおりで素晴らしいと思う。また、モデル事業(病病連携強化支援事業)は該当する病院の努力によって根拠のあるデータが出たと思う。5回以上の病院照会いわゆるファイブコールに関して、救急搬送先を担保したということがとてもよくわかった。

それとは別に、今回示されたYMI Sの運用状況データをどのように解釈するかについて、事務局の考えを聞きたい。なぜかという、病院照会回数別の推移では、搬送先が1回で決まる割合が、今年度は8割近くと高くなっている。直近3か月間では、5回以上の構成比も大きく下がっているので良い傾向だということはわかるのだが、病院照会回数5回以上の救急案件に関しては、搬送先医療機関を担保しているわけだから、5回以上の構成比の変化には、YMI Sはあまり関係してないはずだ。それなのになぜ、病院照会回数2回から4回の構成比が減ったのだろうか。例えば、モデル事業の実施病院に、3回目で電話しているわけではないわけだから、モデル事業だけで減るわけではないはずだ。そこで、病院照会回数2回以上の構成比が下がっているのは、モデル事業をやっていることで、病院側がなるべく救急搬送を受けるという考えを持つことが全体の風潮となってきたのではないかと推測する。また、もう一つの要因としては、平成25年度の救急搬送件数が3か月連続で前年度よりも下回っている傾向と関係があるのではないかと思う。本来は私たちが考察しなければいけないが、明確な要因がわからなかったため、事務局に問題提起させていただいた。

(八木委員) 私が答えるのもおかしいかもしれないが、私の見解では、YMI Sが運用されてから、効率よく救急隊が運べるようになったということではないだろうか。

(森村委員) では、病院照会回数2回以上の構成比が下がっているのは、YMI Sの導入の効果という認識でよろしいか。

(八木委員) 恐らくそうだと思う。要するに、救急隊が病院選定する時に、どの病院が受けられるかというのは、YMI Sでわかる。だから、1回での受入れが早くなったと理解している。

(森村委員) YMI Sという一つの因子だけで説明して良いということか。

(事務局) YMI Sの効果については、病院選定の効率化の一つの因子であり、今

回の結果全てに効果を発揮したものとは言えないかもしれない。しかし、YMISにより、病院のリアルタイムな患者受入情報や病院への救急隊の搬送状況などがわかり、病院選定の際に有益な情報が救急隊へ提供されるようになりました。また、定量的なデータとしてはお示しできないが、YMISへの情報提供をする中で、病院側の救急搬送受入れに対する意識変化があったことも一つの要因ではないと考える。病院照会回数と救急搬送件数の関係性などについては、今後も分析していきたいが、現時点では、詳細な分析結果はできていない状況だ。

(森村委員) 救急搬送件数の減少が与える影響に関しては、もう少し考察しなくてはいけないと思っている。

(三角委員) 現場滞在時間の推移についてデータで示されているものを見ると、YMISを運用開始してから現場滞在時間が短縮されるかと思ったら、逆に時間が延びている。病院が早く決まる割には、現場滞在時間が長くなっているのは、救急隊員が現場で様々な処置をしているからだと思うが、現場滞在時間が長くなったために良くなったことはあるか。例えば、生存率が良くなっているなどのデータがあれば教えてほしい。

(森村委員) 私も前年度の救急医療検討委員会で現場滞在時間の延伸について指摘した。恐らく原因は患者の高齢化だと思う。現場で、病歴を聞き取る時間が長くなるなど、救急隊員が苦勞しているというのが、要因として大きく占めているのではないかという推論を申し上げたことがある。しかし、これは推論の域を出ていないので、本当に調べるには、現場で救急隊がどれくらい時間、何の処置をしているのかを調査しなければならない。おそらく、現場での処置が関係していると思う。

(平安委員) 病院照会回数別の現場滞在時間のデータがあるのか。

(事務局) 救急隊の現場滞在時間のデータは、照会回数別のデータ分析は行っていない。

(平安委員) 病院照会回数5回以上の案件の現場滞在時間が延びているのか、あるいは1回で決まる案件でも現場滞在時間は延びているのかが重要。もし、病院照会回数1回の現場滞在時間が延びているのであれば、三角委員が言う、救急隊の現場での処置というファクターが影響していると思うが、その点について教えてほしい。

(事務局) 現場滞在時間は全体的に延びており、病院照会回数別に見ても、1回も5回も延びている。先ほど、森村委員から御指摘があったとおり、患者の高齢化が関係しているようだ。高齢化に伴って、現場での傷病者の聞き取りや色々な確認事

項などをより丁寧に行う必要があり、全体的に現場滞在時間が延びている状況に繋がっていると思う。

(三角委員) 処置をして時間が延びているなら、症状が軽い人も重い人もいると思うが、どのような救命処置をしているか分析してほしい。聞き取りで、時間が掛かっているのであれば、聞き取らなくてもいいように、患者情報について特別に記載されたシートを作成して運用するなど、細かい話やバックグラウンドを聞くだけでなく、別の方法で情報を得る。そうすることによって現場滞在時間を短くできるとか、次の対策が立てられると思うので、是非、分析をしていただいて教えてほしい。

(平元委員) 救急医療の現場にいる立場としては、救急隊の搬送時、患者だけ搬送されても困る。患者の家族がどこにいるか、施設からの搬送であれば、施設の連絡先や家族が来るかなどの情報がほしい。

最近、独居の患者も多く、「御家族は、誰か連絡取れますか、誰か来られますか」といった独居の高齢者の家族等への連絡について当院では看護師が聞き取りをしている。患者を病院に搬送するだけで、聞き取りをしなくて良い体制になれば良いが、カルテを作る際に、どなたかが患者の保証人として一緒に付き添ってもらおうというのが現状という中では、患者の高齢化が進むことで、患者情報の聞き取りの影響が時間に出ていると思う。

(森村委員) 今の視点は非常に重要なことだと思うので、是非進めた方が良くと思うが、現場滞在時間が延びる原因が高齢化に伴う様々な聞き取りの時間とするならば、その中身を類型化しなくてはいけない。例えば、診察に時間を要しているのか、緊急度判定に時間を要しているのか、色々な医療への同意を取るために時間を要しているのか、病歴や薬の服用歴などの診察以外の医療情報について聞き取るのに時間を要しているのかなどに分けて対策を立てるべきだ。

とっかかりとしては、診察方法の的確化として、救命士の再教育や訓練を進めれば良いと思うが限界があると思う。時間短縮のためには、他都市(岐阜県)がトライアルしているような、何の薬を飲んでいるのかをカードにして、救急隊員がバーコードで読み込むと、服用薬の情報が出てくるような仕組みが必要。この仕組みには、病院の外来で同意を得た上で、カードに自分の薬の情報を入れておく必要があるが、それだけで、時間は短縮できる。また、医療行為への同意も同じで、電子媒体をうまく使い、ITを活用することもひとつのアイデアかと思う。同じ時間を短縮するにしても、いくつか対応策があると思うので、御検討いただきたい。

(天明委員) 現場滞在時の処置に時間をかけて労力を注ぐことも必要なことだとは思いますが、救急車が出動している間に、困っている人が出ていないかどうか心配だ。

いざという時に出動できる救急車が足りなくて、救急現場に行けなくて困るようなことはないのか。

(事務局) 平成 20 年ごろに現行の横浜市の救急システムになった。緊急度の高いものに対しては、消防隊を出動させたり、救命活動車を出動させたりして、空白の時間帯を減らす努力はしている。先ほどから話に出ているように、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯があるため、接遇という意味で隊員には丁寧な対応を指導している。色々な誤解を招く恐れがあるので、どこまで必要なのか、難しいところではあるが、きちんと御説明をして、理解を得てから救急搬送するという形を取っている。

今後、救急現場での処置について精査していくことが必要だとは思う。救急車の台数は、人口を基準に決められている。しかし、人口の増加に伴ってというよりは、高齢者の増加に伴って救急件数が増えている。在宅医療が中心となっていることから、終末期の高齢者は救急車での対応になることが多く、そうした状況を勘案して、救急隊の増隊を考えていかなければならないとは思っているが、対応が追いつかないのが実情だ。

(浦井委員) 救急隊の様々な処置により現場滞在時間が長くなることはあると思うが、別の要因も考えられるのではないか。病院側の立場としては、救急患者の搬送が集中するなどして、あと 10 分後なら受入可能だから待ってほしいというような、病院側の受入れの時間が影響していることもあると思う。その辺についてどう考えるか。

(事務局) 現場では、病院への受入確認の時点で、「今は処置が多忙だが、もう少しで落ち着くので待てれば受入可能」というようなやりとりはある。しかし、それがどれだけ現場滞在時間に影響しているかについて分析した具体的な数字は出ていない。

(吉井副委員長) 現場滞在時間に関しては、データによると高齢化の影響が大きいとなっているが、そのデータは統計学的な処置をしていないと思う。例えば、平均値だけでなくSD(標準偏差)を出し、プラスマイナスのSDの重なり具合で有意差が判断できる。今後は、そうしたデータの示し方が必要になってくると思う。

どこかで聞いたが、東京都の現場滞在時間は横浜市よりも延びているらしい。東京都としても社会的な問題になっていると聞いた。以前よりも、現場滞在時間が10分以上延びているとのことだった。現場滞在時間の延伸には、様々な要因があるので、これからは更に細かい分析が必要になってくると思う。

2 横浜市救急医療体制の検討課題

(事務局) 横浜市救急医療体制の検討課題について説明。

(古谷委員長) 今年度の委員会の検討課題を「精神疾患及び身体疾患を合併する患者の救急搬送体制」にすることについて、事務局からの提案があったが、皆様から御質問、御発言をいただきたい。

(恩田委員) 精神疾患患者が身体的な合併で救急搬送されるケースについては、健康福祉局こころの健康相談センターから説明があったような体制で対応していただけたと思うが、救急現場で問題になっているのは、身体的な症状の方が先にあり、救急搬送されて来たら、実は精神疾患があって救急病院で診るのが難しいというケースだと思う。

「検討にあたっての参考資料」の113ページに、身体合併症医療体制として、「精神科に入院中で、精神疾患及び身体疾患の両面から入院治療が必要な場合に対応する転院体制」と書いてあるが、現在、この逆バージョンの政策や体制にはないと思う。

前回、前々回の委員会の中でも、搬送困難事案に対して病病連携による退院、転院などの出口問題については検討してきたが、今回は、軸足を精神、身体の両方に置いて検討していくのか、どちらか一方に置くのか確認させていただきたい。すなわち、「精神疾患が先にありきで身体疾患が搬送されてきた場合、福祉分野との連携によって、その後の出口をどうするか。」という精神に軸足を置いて検討をするのか、逆に、「身体疾患によって救急で運ばれてきた人が、実は精神疾患を合併していた場合その後の出口をどういう体制で整えるか。」という身体に軸足を置いて検討をするのか、それとも、医療と福祉の連携と、身体疾患と精神疾患の両側面から検討をしていくのか。

(事務局) 精神疾患を中心とした救急医療体制は、既に福祉部門の方である程度の体制が作られているが、身体疾患に軸足を置いた方の救急医療体制はこれまで体制が作られていないので、今回の委員会では、身体に軸足を置いて検討をしていただきたいと考えている。

(八木委員) 確認だが、先ほど事務局から身体合併症医療体制について、体制参加病院の確保病床数について説明があったが、今後この委員会で、その病床数を増やしていこうということなのか。

(事務局) これから部会が設置ということになれば、具体的な議論がされていくと思う。今年度は色々な課題を出して、政策としてどう結びついていくか。直接的に受け入れる病床数の確保ということになるのか、連携ということになるのかなどについても御議論していただきたいと考えている。

(岩渕委員) 現状では精神科の病院との連携は全くできていない。このような状況で良いのか。例えば私は3月まで臨床にいたが、身体症状が良くなった時に、精神科に行く場合には、行き先を病院で探してから転院させるという状況が続いている。そのような時に公的な仕組みにおいて、後方病院をアナウンスしてもらえる仕組みはないのか。

(事務局) 現状では、病院同士が個別に連携して御対応いただいていると思うが、公の体制として後方病院を案内するような体制はないと思う。

(岩渕委員) 専門部会のメンバーだが、救急を受けている現場の人たちが一番困っているのだから、そういう人たちが部会のメンバーに入ることが良いと思う。

(吉井副委員長) 今回の精神科救急の問題だが、精神科の医師からすると身体合併症をどう治療するか、救急の医師からすると精神科の疾患を持っていて、それと一緒にどう治療するかということで、すれ違いがある。市大附属市民総合医療センター、済生会横浜市東部病院、市立みなと赤十字病院もそうだが、精神科と救急の両方を持っているところに部会に入ってもらって、実際に、精神疾患及び身体疾患を合併する患者が来た時に、同じ病院の中での役割分担や連携して治療を行うことなど、非常に参考になると思う。だから、精神科単科や救急病院、もちろんこれからは福祉も含めて、医師会の診療所の医師なども加わる形の部会で進めてもらおうと、意外とすんなり検討できるのではないかと思う。

(平元委員) 私の病院は精神科病床がない。最近、心療内科の診療所が多くなってきているが、日中に薬を処方して、夜間は診療所に医療スタッフは誰もいないという状況である。その診療所に通院している患者さんが、夜に薬物を多く飲んだり、リストカットしたりして救急搬送されてきた場合、当院でも身体処置はできるが、精神科のケアをせずそのままにしまった場合、また同じようなことが起こらないかどうか精神科の専門の方に意見を聞きたい。恐らく、一般の救急病院では一晩泊めて様子を見るのではないか。例えば、家族に付き添わせておくとか、抑制しておくとか。当院も一晩だけならば受け入れられると思う。ただし、翌日、確実に精神科の病院で診てもらえるということであればだが。翌日の受入先があれば精神疾患を持っている身体患者の受入れを嫌がることはないと思う。

実は、当院でも、醤油とタバコを飲んで自殺ができると思った方が来たことがある。胃洗浄して話をしたら、しっかりしているので大丈夫だと判断し、病棟でフリーにさせておいたところ、数日後に病院の屋上から飛び降りてしまったという経験がある。そういうケースがあったため、スタッフから、「精神科の治療ができないので、精神疾患を持つ患者を受け入れるのは問題だろう。」と言われる。正論でもあるので、無理して受け入れるように言えない状況がある。今は、リストカットくらい

は対応しているが、その場合でも御家族がいるとか、付き添いがいるというような状況の基に受け入れている。しかし、そうではないケースもある。

精神科病床がない病院の立場としては、「この方は帰宅させて良いのか。」「翌日かかりつけの精神科に行くように言ったが、ちゃんとしてくれるのだろうか。」という不安があり、どこまでを責任持てば良いのかという問題もある。そこで、救急でいったん受け入れた患者を、翌日、精神科で診察してもらってから、「問題ない。」ということで帰せる体制ができれば、現場としては助かる。しかし、そういう精神疾患のある患者さんでも、脳卒中だとか骨折だとか、身体的な症状が起こった場合は、よほど精神疾患が重症な患者でない限り、病院の中で暴れるということはない。これに関しては、一般的な治療法さえ、きちんとできていれば対応できると思う。

一方で、心療内科という形でビルの一角で開業している診療所が増えているという現実があり、夜間休日は、診療所に問い合わせても連絡がとれないという状況で、いったん受け入れてしまうと、受け入れた病院が翌日に、精神科の病院を探すのは大変な労力。転院がスムーズできる体制について、この委員会で検討していただけると、精神科がない病院でも救急の受け入れが可能となるのではないかと思う。

(古谷委員長) 今年度の委員会の検討課題を「精神疾患及び身体疾患を合併する患者の救急搬送体制」にすることにさせていただきたい。

(全員了承)

3 部会の設置について

(事務局) 部会の設置について説明。

(古谷委員長) 専門部会の設置の提案があったが、これについて皆様から御意見をいただきたい。

(古谷委員長) 部会の設置については、皆様、御了解いただけるか。

(全員了承)

(古谷委員長) それでは委員会運営要綱により、部会長は委員長から指名ということなので、精神医学専門の平安委員に部会長をお願いしたい。

(平安委員 承諾)

(古谷委員長) 専門部会のメンバーの選定は、先ほども要望が出ていたが、部会長

と事務局に一任させていただきたいと思う。委員の選定について、その他御意見があればいただきたい。

(岩渕委員) 部会の人数だが、精神科領域の方と、一般の病院で救急をやっている方との割合が偏らないように半々が良いと思う。

(事務局) 部会長が選任された段階なので、何人にするか、どういった部門の方にするかについては、今おっしゃっていただいた御意見も含めて部会長と相談させていただきたい。

(古谷委員長) それでは、今後の専門部会で検討していただきたい課題について、御意見いただきたい。

(森村委員) 検討課題については把握したが、「救急隊と受入医療機関との連携」に関しては、専門部会と横浜市メディカルコントロール協議会との密接な連携が必要だと思う。

資料5【参考2】のマトリックスの表では、身体科救急の初期救急、二次救急、三次救急という表現は、イコール初期医療機関、二次医療機関、三次医療機関という受け入れ側の類型とあたかも一致するような数字の類型になるが、現実にはそうではない。このマトリックスはうまく作っていないといけない、緊急度を評価すること、重症度を評価すること、そして実際の搬送先を決めることというのは、別のことなので、素案を作った上で、実際に搬送する救急隊にどのように適用させていくのかは、慎重に進めないといけない。このマトリックスだけが一人歩きしないような形が良い。こんなにきれいに分かれるなら苦労しない。実際は、このような線によって仕切られるのではなく、点と色によってグラデーションとなるので、こうはうまくはいかない。そこをどう考えるかが難しい。

先ほどから岩渕委員が言われているのは、専門部会は全科的にやらないと無理だというお話をされていると思うのだが、当然、委員の中で考えられていくと思うが、特に身体救急の話をするのに、身体救急の医師なしでは話ができないし、精神科の医師なしで考えられるかということ、それは無理だと思うので、是非、両面から検討していただきたい。

(平安委員) 今回のテーマは、非常に難しい課題だと思っている。是非、委員の方々には、色々な立場から御意見や御助言をいただきたい。

「検討にあたっての参考資料」の中では、平成22年度で精神障害者が約6万人、自立支援医療申請、入退院届、精神障害者福祉手帳の申請・届出をした方等という形で把握されていると思うが、実際は横浜市だけでも3～4倍はいらっしゃるだろう。実質的に、市民の3～4パーセント、恐らく15～16万人、あるいは20万人の

方が診療所レベルで相談や受診をされているのが現状で、認知症まで含めると、かなりの数になってしまう。そういうことから、精神の疾患別に対応を考えるとより身体軸で考えた方がよい。要するに、身体救急を当然対応しないといけない中で精神の合併があった場合どうするかという形でみていく必要がある。精神障害者の身体救急をどうするかという形については、今まで精神科の中で色々議論してきたが、もう太刀打ちできなくなっている。是非、身体救急の検討の中で、「市民の方に身体救急が起きたが色々なレベルの精神障害があった」と考えていただけるとよい。

また、身体科救急の中で、私たち精神科の専門医師に、「そこは協力してほしい。」「ここまでは一緒にやってもらいたい。」と厳しく言っていた方がよいし、その中で色々な方法をお互いに行っていくという形が良いと思う。先ほど平元委員がおっしゃったことも、まさに精神科医の協力が得られれば、一般病院でもある程度がなされるという状況があると思うので、それを是非、身体科救急の側から発信していただきたい。

全国的に横浜市は非常に特異な街で、精神科の立場から見ると精神科の救急、いわゆる精神障害者が何らかの自傷他害があった時に応急救護するが、その精神科救急を総合病院が担っているという、全国でもまれな、このような大都市だと唯一の自治体ではないかと思う。そういう意味では、これまでも合併症に関しては、全国平均のレベルではかなり進んでいて、自治体での評価を各県別にする、実は神奈川県はランキングで一番になる。それは、横浜市がかなり引っ張っているから。

全国の都道府県の精神科医療のシステムから言うと、神奈川県や横浜市はかなり先を行っている自治体である。それは、身体救急の先生方の理解とか協力が、他の県に比べるとかなり進んでいるからである。これを更に進めてもっと前に行こうということ。色々難しい問題もあるが、同じ市民なので、「精神疾患があるので対応が難しい。」ということでは、ある意味、差別にも繋がってくる。これだけ多くの精神疾患患者がいらっしゃるというのは、誰でもなる病気という疾患もたくさんあるということ。そういった観点から部会でも整理をして、また委員の方々からも御意見をいただきたい。

(恩田委員) 二点確認したい。一点目は、先ほど事務局から説明があった、「精神疾患の救急搬送の検討状況」という40ページの点線枠の中に、四縣市協調体制について記載について、横浜市でのこの救急の取り組みと、四縣市協調体制との位置関係、関係性はどうなっているのか。二点目は、県が5疾病5事業で医療計画を策定された時に、精神の救急も事業の中に盛り込んでくると思うが、例えばこの救急医療検討委員会で検討して色々な施策が出たときには、医療計画の中に反映されていくかどうか。

(事務局) 今の御質問に全てお答えできる立場にないので、お答えできない部分は

御了承いただきたいが、一点目の四縣市協調体制は、あくまでも精神の分野での体制の中に横浜市が参加しているもの。

二点目の医療計画への反映については、今回、御議論いただくのは、身体に軸足を置いた横浜市の独自の施策として構築したいという議論であって、議論の上で体制案ができたなら、提言として市長に提出いただき、本市の救急医療政策に直接反映させ事業化を目指すもので、特段、医療計画に反映させることは想定していない。

(八木委員) 今回の課題には直接関係しないが、将来の検討課題としてお願いしたいと思っていた問題がある。それは、病院内での暴力の問題である。今までの話を伺っていて、恐らく皆さんが心配されているのは、精神疾患を持っている患者が、医療従事者に対して、色々な暴力を振るうということで、それで受け入れられないということが大きな問題じゃないかと思う。私は、この2年ほどずっと調べているが、みなと赤十字病院では病院内での暴力が年間100例ある。医療従事者が暴力を受けたというのは、3分の1がアルコール依存症によるもの、3分の1が薬物中毒又は精神疾患をお持ちの方、残りの3分の1は何もないのだが、精神疾患に絡むところがかなりある。また、精神保健福祉法第24条の警察官通報をしても、警察も動いてくれる方と、そうでない方と色々いる。私は、年に3回ほど警察署を回って病院の事情を説明しているが、警察署によって少しずつ対応が違う。

現場では常々感じられていると思うが、適当な例ではないかもしれないが、覚醒剤による精神疾患があり、アルコールを飲んで、駅かどこかで人を殴って骨折させて留置所に入った方が、警察署で症状が悪化して病院に連れてこられて入院になると、一般に警察は法律上見ることができないということで、手錠をはずして釈放して帰ってしまう。しかし、警察署によっては各署長の判断で見えてくれたりとし少しずつ対応が違う。これに対して、なんとか各警察署で統一的に入院後もフォローしてほしいとお願いに行ったが、「それは医療側の方から、警察側に働きかけてくれ。警察だけではどうしようもない。」と言われたので、こういう委員会から、警察の方に、あるいは県の方に働きかけるということをしていただきたい。専門部会でも、少しオーバーラップするところではないかと思う。もし部会が立ち上がったなら、その辺のところも頭の片隅においてお話していただければと思う。

4 検討スケジュール(案)

(事務局) 検討スケジュール(案)について説明。

(古谷委員長) スケジュールについては、事務局案で進めたいと思う。

以上