

平成 25 年度 第 2 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録	
日 時	平成 26 年 3 月 26 日(水) 19 時 30 分から 21 時 00 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、高井 佳江子、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【五十音順、敬称略】
欠席者	恩田 清美
開催形態	公開（傍聴者 3 人）
議 題	1 専門部会の報告 (1) 第 1 回専門部会の報告 (2) アンケート調査及びヒアリング調査結果 (3) 第 2 回専門部会の報告 2 専門部会報告事項についての意見交換 3 26 年度検討スケジュール（案）
決定事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第 1 回及び第 2 回専門部会の決定事項と検討内容について報告。 ・ 引き続き専門部会で精神疾患を合併する身体救急患者の救急医療体制について検討し、次回の救急医療検討委員会で報告書として提出。
議 事	<p>1 専門部会の報告</p> <p>(1) 第 1 回専門部会の報告 (平安委員) 第 1 回専門部会について報告。</p> <p>(2) アンケート調査及びヒアリング調査結果 (事務局) アンケート調査及びヒアリング調査結果について報告。</p> <p>(3) 第 2 回専門部会の報告 (平安委員) 第 2 回専門部会について報告。</p> <p>2 専門部会報告事項についての意見交換</p> <p>(平安委員) 資料に書いてあることは先ほど詳しく説明したが、身体疾患と精神疾患の合併患者を受け入れた時に、身体疾患を診る一般病棟では精神疾患の対応に慣れていない。逆に精神科の病棟では身体の治療・看護に不慣れである。その壁というか、多少オーバーラップが無いとなかなか移行がうまくいかないと思う。そこをどのように整理するかが難しいところで、システム的にこうしたらここに送る、と決めることはできるかもしれないが、医師や看護の技術が施設によっても違うので、どのようにシステムと実際の受入れの齟齬を解消していくのか、良い方法があれば意見を聞きたい。</p>

(古谷委員長) 実際に対応に苦勞している病院はどのように考えているか。

(三角委員) 精神科病棟と一般病棟の間には、院内の職員の中でも極めて高い壁があると思う。身体疾患が二次、三次と非常に重症な場合は基本的に一般病床でできるだけ患者を診て、落ち着いた段階で精神病床に移そうと努力しているが、そこで壁がある。一般病床にいる間に、精神科医師にコンサルトしてコントロールすることは比較的できているが、病床を移すことが大きな壁だ。例えば、後方病院という言い方をしているが、二次、三次の病院で患者を受け入れた場合に、必ずしも院内で移すのではなく、別の精神の専門病院に移すことを考えることも大事かと思う。

(古谷委員長) 鶴見区の病病連携の転院の事を教えてほしい。

(三角委員) いわゆる鶴見区ルールを始めているが、5コールの中で、精神疾患があるから受け入れられないという事例がある程度の頻度であり、今のような問題は常にあったかと思う。受け入れるのはいいが、その後で苦勞する。院内だけでなくもっとシステムとして受入れ先が増えることを希望する。受け入れるのは問題ないが、その後が大事。患者を転院させることは、やはり壁が高い。精神科病院で精神疾患のある身体救急患者を受け入れるのは、難しい。精神状態がどんなに不安定でも、それなりの身体症状があるなら一般病床で診る必要があると思う。

(古谷委員長) 救急を沢山受け入れている病院ではどうか。

(八木委員) 根本的なところは、本当の精神疾患の患者より、パーソナリティ障害のような患者の方が病院に迷惑を掛けている。薬物多量服薬で来る患者のほとんどがパーソナリティ患者。入院後、夜中に退院させろと言ったり、暴力をふるったりする人はほとんどパーソナリティ障害。本当の意味での精神疾患の患者はそんなにいないし、いたとしても興奮して暴れたような人は警察官通報で意外とスムーズにいつている。もう一つは、アンケート結果の中で、精神科の病院のアンケートを見ると、かかりつけ患者の情報の問合せがあった場合、対応できるという回答が72%あるが、救命救急センターで受けた際には、ほとんどの患者のかかりつけ医はわからないし、一番多いのは普通のクリニックにかかっている患者が多いので72%をあてにできない。かかりつけではない患者に対応してくれるかという、日中にかかりつけ患者であれば36%が相談に乗ってくれるが、夜間でかかりつけ患者でなければ、ほとんど対応してくれないという精神科の病院の状況が問題だと思う。フラストレーションが溜まるのが、状態がほとんど回復して点滴だけの患者の受入れを精神科の病院に拒まれ、困ってしまうことだ。精神科の病院の受入れの現状をなんとかしてほしいと言うのが本音である。

(古谷委員長) 三次救急では無い立場の医療機関ではどうか。

(平元委員) 問題は精神科が併設されていない病院がどうかという事だと思う。当院みたいに精神科病棟が無い病院だと、薬物中毒患者でも一晩位は診るように、リストカットの患者でも受けるようにしているが、次の日にどこにお願いするかが問題。クリニックにかかっていたらそちらに行ってもらいたいが、クリニックでは対応できないと言われる。そういう時に本当に患者を帰していいのか。そこで何か起こった場合に、専門家のコンサルトを得ないで帰して、また同じことが起こったらどうするのか、という思いがあり、最近患者を受けなくなった。もう一つ、救急隊の話もある。心療内科にかかっている患者が最近多くなり、精神科と言っても睡眠薬・抗うつ剤などを少量飲んでいる人でも、「精神科へ通院中の患者」という風に言われると、受入れを拒否するような空気がある。どこまでを精神科の患者としてみなすのか。暴れるような精神科の患者は受け入れる所があると思う。単なる心療内科の患者が精神疾患患者として入ってくる時にどうするか。精神科の無い病院としては、翌日きちんと診てくれるところがあれば、受け入れることができる。一晩くらいなら暴れても抑制して、診ることができる。精神科医の山口先生にもお願いしたが、精神のことは県と市と一緒にやっているから、市単独では難しいと言われている。

(古谷委員長) 看護の立場ではどうか。

(岩渕委員) 今は現場にいないが、一番困るのは、本当の精神科の患者はそんなに困らないが、八木委員が言ったようにパーソナリティ障害や暴言・暴力は困った。以前勤めていた病院ではすぐに警察を呼んでいた。警察を呼んで制止してもらったが、薬で患者を鎮静したこともあった。ナースたちは、慣れているというか、断ってはいけないから仕方がないという感じである。眼鏡を殴られて、ガラスが目に入ったことがあり、恐怖を覚えた職員がいたことはあるが、男性職員で固めるなどの対策をした。ある程度は診るが、その先の受入れ先がないというのが現実。ケースワーカーがいろんなところに電話を掛けて、同じグループの精神科のある病院に運ぶことが多かった。市内で、身体症状が良くなったら受け入れるということが決まっていると良いと思う。

(浦井委員) 急性期の病院で精神疾患の患者も受けていたが、一般病棟も空いていると急患が入る。HCUのように看護が手厚ければ診ていられるが、精神科の入院病床を持っていないと、次の日にどうするかが問題。医師にとっても負担。どこが受けてくれるかわからないし、知っているところでもなかなか受けてくれない。公立病院だから、もう少しそこで診てくれなどと言われて、患者に治療が必要だということになかなか焦点が当たらなかった。

(古谷委員長) 転院先のシステムがあれば、もう少し、一般病院でも頑張れるのではないかという話が多いように思うが、その辺りのシステムは特にならないのか。

(平安委員) グループ間とか、強く連携している病院があれば、その中だけで患者が動いている。行政として、患者搬送のシステムは作りやすいが、患者受入後は病院間に任されているから、無いのではないか。

(古谷委員長) 救急処置をした後の転院先としては、精神科単独の病院を探すのか。それとも合併症も診られる総合的な病院を探すのか。

(三角委員長) 5 コールの中で、精神疾患を合併している受入困難事例については、精神科を合併していない患者であれば、輪番制を取ってスムーズに後方病院と連携を取っているが。精神疾患がある場合は、鶴見区ルールの輪番制に乗せることはやっていない。後方病院に対して非常にお願いしづらいケースのため、一般病院に受入れを依頼するのはハードルが高い。

(森村委員) 我々の病院では、元となる身体疾患が良くなるまで診る前提ではあるが、患者の精神状態だけが大きく問題になる場合は、精神科の病院を優先的に探し、精神疾患も治療しながら、リハビリもする必要がある場合は、双方の機能のある医療機関への転院を考える。おそらく救命センターを持っている病院の場合は、そのようにしていることが多いと思う。ただ、精神科病棟を持っていない二次救急の病院をどう扱うかだが、どちらの症状がメインかによって転院先が変わってくると思う。それと、専門部会の報告の補足だが、精神疾患を合併する身体救急については、色々な課題はあるものの、ルールは決めないといけないだろうというところであるが、本来はフローチャート、アルゴリズムを作るのが一番良いという話をした。アルゴリズムにあるような、こうだったらこうしようなどと最後の定義付けが今後の議題かと思う。プレホスピタルの視点から見た際に、救急隊へのプロトコルが絶対に必要となると思う。身体救急の重症度を評価することが先であって、それを守った上で精神を見る必要があるという事を主張した。プロトコル無しで、病院の応需情報だけで判断してしまった場合、その辺のプロセスをスキップして、精神疾患を合併しているなら今日はA病院だ、などと判断してしまうと良くない。更に、プロトコルをシステム化し、救急隊が順守して我々が質を担保する際に、医師にとってもハード面とソフト面のセーフティネットが必要だろうと思う。いくらこのように決めても、もし処置が困難だった場合にどうするか。現場で精神的な疾患に慣れていない人がどう対応すれば良いかといった際に、オフラインでマニュアル、オンラインで精神科医師の相談窓口などが必要、といった議論があったということをつけ加えておく。

(委員長) 市民や有識者の代表としての意見はどうか。

(高井委員) 各委員の御意見やアンケート調査結果の中でも、患者を受け入れるのは良いがなかなかそこから移せないという意見があるが、救急では1次から3次で引き受けるシステムがあるが、そういった形で、精神疾患を合併する身体救急患者を受け入れた後、患者を移せる仕組みを輪番制みたいに、鶴見区ルールのように市全体で作って、スムーズに移行できるシステムを横浜市が仲介して作ったら良いのではないかと。個別の病院で連携するには、立場があって難しいのではないかと。市民の感覚として感じた。精神疾患を合併する患者に限らず、救命救急で受け入れても、出ていけないためにベッドが塞がって、次が受け入れられずに困っている病院はいくつもある。後方でスムーズに受け入れていただける病院があれば随分受入れが違うのではないかと。それを横浜市としてやっていただけないかと。

(古谷委員長) 横浜市の見解はどうか。

(事務局) まさに具体の策については、専門部会などで議論いただきたい。救急医療検討委員会でこのテーマを選んだのは、横浜市としてしっかり取り組まねばと思っている姿勢の表れだと考えていただいて、具体の策は今後の専門部会で検討していただきたい。

(吉井委員) 医療の立場とすれば、精神科と一般の医師と一緒に診るのが原則だと思う。病診連携では、まずかかりつけ医がいる。最終的にはどこで受け入れるかではなく、かかりつけ医にどういうタイミングで患者を帰すか。病診連携ではそれが原則なので、そこを中心にやっていかねばならない。身体の救急疾患のある精神疾患患者という観点からすると、身体を治療して救急の時期が終わると、これ以上救急の治療の必要が無いのだから、かかりつけ医に帰すのが原則。それを探してどのタイミングで帰すか。治療するときの立場からすると、鎮静と抑制をどうするか。それは避けて通れない。それを考えつつ一般病床で診る。できれば精神科の医師も関わって、そういう治療をする。そういった連携する形に持っていけないかというのが課題だと思う。

(古谷委員長) 他にも意見はないか。

(天明委員) 一般市民なので状況がわかっていないかもしれないが、施設から施設への転院も問題にしているが、ヒアリング結果によると、医療従事者への教育みたいなところもあって、個別対応も必要と現場は感じているのではないかと。精神疾患というところの全体を把握することと、患者個人の個別性を把握することも大事か

と思う。個別性にどれだけ理解がいくかは、何かツールがないと難しいのではないかと。患者家族がこう言っているなどもの情報もあるが、普段、患者を診ているかかりつけ医が表現したものなどがあれば、受入れに余裕が出てくるのではないかと思った。

(古谷委員長) 他にはどうか。

(八木委員) 個人的なアイデアだが、うつや統合失調症の患者は、そう処置に困らない。合併症の対応ができる病院が引き取るからだ。一番困るのは、精神科ではない、パーソナリティ障害などだ。一般の救急病院で何を恐れているのかというと、この患者を帰していいのかということだ。帰宅させた後、何か患者に起こった時に責任を問われるのが怖い。当院は精神科があるから、必ず精神科医に診てもらっている。精神科医の診断をもらえるから、どんどん患者を帰宅させることができる。二次救急病院で困っているのは、そういった精神科医のサポートだと思う。横浜市内には、色々な病院がある中で、専門家のお墨付きがあれば患者が帰宅できる。自殺の再企図をするかどうかは別の話だが、精神科医から精神疾患ではないというお墨付きがもらえれば、安心できる。サポートがなければ精神科の既往があるだけで拒否してしまう。そのような救急病院へのサポートをすれば、多くは解決するのではないかと。

(古谷委員長) 今のお話は、専門医の電話相談などという理解で良いか。

(八木委員) 電話だけでは解決できないと思う。往診してもらって解決する仕組みが必要ではないか。

(古谷委員長) 今の話について、マンパワーを含めてどうか。

(平安委員) マンパワーの話に尽きる。当然、大学病院や総合病院など、ある程度の規模がある病院が往診すれば良いという話になるが、当院でも手一杯なので、どこからどこまでいけるかといった問題がある。毎日行くのか、そういうことが起きて呼ばれた時に行くのか。非常勤のような形で手伝っているところはあるが、毎日行くのは難しい。医師数との問題。開業医が交代で行ってもらうのが一番数的には多いが、そこはまた違った問題があるかと思う。全体のシステムの中で、精神科の病床を持っているところは必ず参加するなど、行政がコントロールしていけば、その中で回っていくかもしれない。

(八木委員) 他の方々には知らないかもしれないが、救急医は消防の司令センターに24時間365日詰めている。市内の救命救急の医師が救急隊員に指導している。それ

を考えると、精神科でも実現できない話ではないのではと思う。

(平安委員) いわゆる精神科のみの救急であれば、横浜市を含めた4県市で、登録した医師を、派遣して法的な対応をするシステムができています。合併症などで身体的な救急に入った精神科の患者を評価するシステムはできていない。そこまでするとなると仕組みを作らなければならない。精神科だけの救急であれば、システムはある。精神と身体を合わせると、数も増えるので、そこをどう対応するか。

(古谷委員長) 救命救急センターには精神科がいると考えていいのか。

(平安委員) 救命救急センターを持つ病院に精神科があればいるが、救命センター内に精神科医師が活動する病院は非常に少ないのではないかと。

(森村委員) おそらく現実的にはそのようなシステムは難しい。理想だが。高井委員が言ったようなものを推し進めるべきかと思う。専門部会でも意見が出たが、もっと患者の様態を類型化すべきである。実際、重症救急で身体が重症であれば、精神の有無を問わず3次救急が診ることになる。一番問題なのは、ちょっと切ったり飲んだりして、メンタルもあるけど傷もあるような場合に、どうやって搬送をアルゴリズム化するか。その中でかかりつけ医との関わりがどの程度あるかということを見据える。かかりつけ医をどう定義するかが難しいが、わからない場合はネットワーク化してどこかが代わりに診るなど、初期治療が終わった段階でどこへ移すかをグルーピングするのが良いのではないかと。そうした場合、転院のための調整業務が発生する。医師が出向いて調整するのがベストだが、難しければ、調整業務をシステム化しておけばスムーズに行くのではないかと。まずは類型化をすべきであるということをご提案する。

(八木委員) 精神科の患者の大部分は、家族がまともに付き添ってくれない。家族がいたとしても関わりを持ちたくないという場合が多い。そうすると、かかりつけ医がいても、翌日に一人で行かせるしかない。何らかのネットワークで、車で運ぶシステムなどが良いかもしれない。かかりつけ医などは、患者受入れ時にはほとんど分からない。患者はいろんな病院に通っている。輪番で病院を決めて、翌日にどこかへ連れて行ってくれるシステムがあれば良い。

(古谷委員長) 話の内容としては繋がってくるが、専門部会第2回の報告で、課題に対する報告として6つ挙げていただいているが、この辺の事について意見や質問はあるか。また、平安委員から何か追加はあるか。

(平安委員) プレホスピタルでどこにどう行ったかを評価し、類型化して、どこに

搬送するかということ、インホスピタルでは、受け取った患者を治ったらどうするか、専門家との関係をどうするのかということの、どこから手をつければいいのかということが出てくる。類型化はできたが、内部の事情が整っていないので待ってくれ、ということでは困る。どちらを先に、あるいはどの項目を重点的に先にやっていくか、ということ議論しなければならない。

(古谷委員長) 今の話を含め、この課題に対する対策ということで、今後また専門部会で議論していくという理解で良いか。それについて、「このところをもう少し議論してほしい」とか「意見を取りまとめてほしい」ということをお願いすればよいか。

(事務局) 資料に関する補足説明。

(古谷委員長) 南共済病院精神科の休床に関しては「いつまで」ということでなく、「当分」ということか。

(事務局) 当分の間だと聞いている。

(古谷委員長) 今後の専門部会で検討することの提示をいただいているわけだが、これについて何かあるか。

(岩渕委員) これに対してというよりも、それ以前の問題だが、連携がとれていないということは、要は精神科の方も一般救急の方も意識改革が必要だと思う。救急の場合、精神科のある病院では大丈夫なのだろうが、それ以外のところで精神科の患者を怖がって受けないというところには、そこに精神科医が行って出張講義を行うとか、あるいは精神科がその間にもう少し連携をとるような、何かしらの会合を設ける必要がある。今後、精神疾患を合併する身体救急患者は多くなると思うので、医療機関には、世の中の進み具合を理解してもらうということが必要と思う。今、医療安全ができていない施設へ看護協会が出張講義を行っている。感染などもやっているが、それが結構功を奏していて、専門家がいなくても何とか世間並みになってきたという現状がある。

(古谷委員長) 今、紹介いただいた出張講義というのは、病棟の看護師に行うのか。

(岩渕委員) 院内全体に行うので、ナースもドクターも、いろいろな職種の人がいる。誰が聞いてもいい、というようにしている。

(平元委員) 精神科病棟も持っていて救急も受けているような病院と、精神科単科

の病院とでは、救急に対する温度差もある。精神科だけの患者であれば、極端な話、抑制しておけば良い。身体症状の重い人は身体を優先で治療すると思うが、身体症状の軽い人で「これなら帰せる」という人を帰すのかどうかというところで、受入れができない。この問題はやはり救急車をスムーズに受け入れられるか、ということが論点。翌日どこかが、輪番でもいいが、どこかが見てくれるということであれば安心だと思う。そういうところを作ってくれば、二次救急の病院で精神科を持たなくても、一晩くらい頑張れると思う。そういう体制を作ってくると一番ありがたい。

(平安委員) 精神科病床は一般の身体科病床ではない。看護配置も医師配置数も薄い状況だから、身体科、特に救命医師から診て身体的治療の必要がない患者であれば受入れに問題はないが、身体の治療も入院レベルで必要となると、精神科の病床というのはそういった基準の医療になっていないのが現状で、受入れは難しい。だから診療報酬も低い。病院としては標準的な身体治療ができないから精神科病床、という安易なところもある。ただ精神科に関しては専門的な治療をする。あくまでもそれは体が元気な、精神科にだけ問題がある人に対する治療だから、その体制でできるということ。そういったことが現状としてある、ということ踏まえて、身体的なことも受け入れるところに何らかの手当をするように求めるということであれば、それは行政なり、システムの中で看護師を増やすとか、医師を増やすのは大変だろうから内科の先生が週何回は来られるようにするという体制にする。そういったところまで行けば、受け入れる方も「点滴ぐらいなら」とか「もうちょっと頑張らって呼吸管理くらいまでは」という施設も増えてくるかもしれない。現状では精神科病床というのは、市大だろうがみなと赤十字病院であろうが、通常の精神科病棟であれば、単科の精神科病床と基準は同じ。ただ、精神科救急を取っているところは、それなりのものがあるので比較的受け入れができる。そういった状況であるということがひとつ。それから、医療従事者への教育というのも大事で、救命センターや救急病院の看護師や医師は非常に勉強していて、精神科のことも学会でやっていて、理解はだんだん底上げされている。しかし、その逆は非常に難しい。精神科の医師や看護師に身体科の方も勉強してくれというのはハードルが高くなってしまふ。身体の方は多岐にわたるので、一つの病気だけではない。全部の病気を受け入れなければならないのか、となってしまう。さっき言ったように、どこまでを身体科の医師がやって、どこまでなら精神科の医師・看護師ならできるだろう、というレベルをお互いに合わせていく作業は同時にやらないと、絵は描いたものの、うちでこのレベルは受け入れられないという話が当然出てくる。

(森村委員) 同じ大学の教職であるという立場から、平安委員にはずっとお願いして、精神科の医師にも身体科救急をずっとやってもらっていた。ただやはりフィットしない部分があつて、今はおそらく休止していると思うが、ある一定の期間、身

体科を全部は診なくていいと思うがそういう情報交換は必要。当院では、必ず1人は精神科医が救命センターに常駐している。実際には、初期診療を一緒にやらなかったとしても、常に身体救急の重症度の変わり目を見ている。そうすると完全にイメージが共有できるようになる。こういった交流は特効薬にはならないが、後から効いてくる漢方のようにじわじわと効いてくる話だと思うので、そのようなことも盛り込んでいったらいいと思う。あと、学生の教育も含めて、精神科に行こうがどこに行こうが、今後はこういったことがあるということを、若いうちからやっておくことも非常に大事だと思う。

(古谷委員長) そろそろ取りまとめをしていかななくてはいけないが、今までお話しいただいたことの中で、やはり転院先をなんとか作り上げていかななくてはいけないのではないかという話、それから精神科医のいない救急病院等でどのようなことが困っているかという中では、やはり医師に相談をしたいという話があった。どういう風にシステムを作っていったらいいか、それからスタッフを含めた教育、精神疾患に関する教育あるいは身体疾患に関する教育のレベルアップをどのようにしたらいいか、という話が出ている。今後また専門部会で話してもらい、報告をもらう形になる。今後のスケジュールを議題の中で挙げている。それについて事務局から説明をしてほしい。

3 26年度検討スケジュール

(事務局) スケジュール案について説明。

4 その他

(古谷委員長) その他に、今回のこの議論、全体を通じてのことで何か追加で言いたいことはあるか。石原委員の市民病院では、今、新しい病院を計画しているが、今日のような話はどうか。

(石原委員) 精神科病床があるかどうか、ということはあると思うが、いわゆる急性期病院で精神科の医師が今後増える可能性はないだろう。それに加え、急性期の病院というのは身体の重症度の高いところを診て、そこが終わったらなるべく病病連携をして機能分担をしようということになっている。基本的な精神構造が、おそらく救命救急センターを持っている急性期の病院の医師は、身体の重症度の高いところを診たら、精神の有無に関わらず、なるべく次のステップでどこかの病院にお願いしたいと考えている。そこのところの受け皿となる中間地点がない。それがやはり難しい問題だと思う。精神科の医師が救急に関わっていくことが理想的で、それができれば事足りる方向に行くと思うが、今後、それはますます望めないのが現状だと思っている。当院には精神科病棟はないが精神科の医師はいるので、救急をやる医師を中心に、一般病床を含め、一定のレベルの精神合併患者も来ているはず

なので、受け入れざるを得ないし、そういう教育を進めていくしかないと思っている。切り分けという概念も大事だが、結局、全員が関わらざるを得ないので、どういったオーバーラップをしてお互いにカバーし合うのかという議論をしていくしかない。うちはここの範囲をして、ここはどこにお任せするということだと、どんどん範囲が狭まってしまうので、今まで以上にみんな関わらざるを得ない、ということとを共有しないと解決しない。

(古谷委員長) 西山先生はどうか。各区の休日急患診療所というか、一次救急の場でも精神疾患の絡みはあるのではないかと。

(西山委員) 精神疾患を合併する身体救急患者については、休日急患診療所のレベルではないと思うが、開業医のレベルではたまに診ることがある。一日の間に2回リストカットをやられたときは、精神科にお願いして受け入れてもらうということもやることがあった。とりあえず、縫合ぐらいまではやっているが、動脈まで切断しているとなると対処できない。ちょっとしたことであれば、初期救急の程度であれば注射もできるので、対応していきたいと思う。

(平元委員) これは自分の経験だが、高井委員にお聞きしたいのだが、60歳くらいの男性が「たばこと醤油を一緒に飲むと自殺できる」とインターネットに書いてあるということでそれをやってから、病院に来て、それで胃洗浄をして元気になり、病棟では自殺企図の素振りのなかった患者が、突然病院の屋上から飛び降りて亡くなってしまったことがあった。このような場合、病院の管理責任というのはどうなるのかを聞きたい。

(高井委員) 病院で自殺をされた時に、どこまで責任を負うかという問題は、その人の病態から、すぐに自殺すると予見できたかどうかというのがポイントとなる。看護記録や医師記録で細かな病態の記載があって、とてもその状態からは突発的にそんなことをするとは予見できないと診療記録から判断でき、医師や看護師の供述からもそれが予見できないということであれば責任は負わないと思う。ただ、病院の医師達だけがそう思ったということでは駄目なので、一般的に、裁判になれば鑑定人が出るので、鑑定人が「これは仕方がない、一般的には予見できない」ということであれば責任は負わないと思う。ただ、もうちょっとこうしていれば、結果的には防げないとしてもこの程度まではやっておいた方が良かったのではないかと、ということになると、その範囲での責任を負わされることはある。

(平元委員) 患者の状態は普通だった。

(高井委員) そういうことがカルテとか看護記録からきちんと伺われれば、大抵は

	<p>「予見ができなかったので防げなかった」となると思う。</p> <p>(古谷委員長) 他に何かあるか。では事務局の方にお返しにする。</p> <p>(事務局) 新年度の事務局体制について連絡。</p> <p style="text-align: right;">以上</p>
--	---