

令和5年度宮城県精神保健福祉審議会精神科救急部会

1 日時

令和5年11月9日(木) 午後6時30分から午後7時30分まで

2 場所

宮城県行政庁舎9階 第一会議室

3 出席者

(1) 委員

岩館敏晴 部会長、岡崎伸郎 委員、角藤芳久 委員、久志本成樹 委員、清水充 委員、鈴木陽 委員、高階憲之 委員、富田博秋 委員、原敬造 委員、武藤浩二 委員、渡辺徹雄 委員

(14人中11人出席)

(2) 代理出席

〔宮城県警察本部生活安全部生活安全企画課〕

平間貴成 課長補佐(赤間博之 委員代理出席)

(3) 事務局

〔保健福祉部精神保健推進室〕

村上靖 精神保健推進室長、八巻直恵 技術副参事兼総括室長補佐、

松本賢治 総括室長補佐

〔精神保健推進班〕菅原美帆子 技術補佐(班長)、戸刺徹 主任主査(副班長)、

成田廉 主事、笠原優花 技師、江上貴章 主事

〔復興・危機管理部消防課〕

佐藤康幸副参事兼総括課長補佐

〔消防班〕及川一己主任主査(班長)、菊地正隆技術主査

4 開会

(事務局)

ただ今より、「令和5年度宮城県精神保健福祉審議会精神科救急部会」を開催いたします。

5 委員紹介・会議の成立について

(事務局)

本日御出席いただいております委員の皆様を御紹介させていただきます。部会長岩館敏晴委員でございます。部会長代理角藤芳久委員でございます。ここからは名簿順に御紹介いたします。赤間博之委員の代理で平間課長補佐でございます。岡崎伸郎委員でございます。

久志本成樹委員でございます。清水充委員でございます。鈴木陽委員でございます。高階憲之委員でございます。富田博秋委員でございます。原敬造委員につきましては出席の回答をいただいておりますが、まだ見えておりません。武藤浩二委員でございます。渡辺徹雄委員でございます。

なお、島村委員、門間委員の2名につきましては、事前に欠席の連絡を受けております。どうぞよろしくお願いいいたします。

続きまして、会議の成立について御報告申し上げます。本部会は14名の委員で構成しております。本日は現時点で10名の委員の御出席をいただいておりますことから、精神保健福祉審議会条例に規定する定足数を満たしており、会議が成立しておりますことを報告申し上げます。また、本部会は、県の情報公開条例に基づき、公開が原則となっておりますのでよろしくお願いたします。

本日の報告事項とされております救急搬送実施基準に関しましては、県消防課が所管する精神科専門部会を中心に検討が行われてきました。本審議会精神科救急部会においても、令和元年度に委員の皆様から御意見をいただき、精神科救急並びに精神身体合併救急、あるいは精神疾患、身体疾患の判別困難な救急症例について、現場から医療機関への搬送を円滑にする目的で、この度、搬送実施基準（案）が作られました。

本日は委員の皆様、搬送実施基準（案）の内容につきまして、御報告させていただきたいと考えております。

それでは、これより議事に入りますが、精神保健福祉審議会条例の規定により、以後の進行は岩館部会長にお願いたします。

岩館部会長よろしくお願いたします。

6 報告事項

（岩館部会長）

部会長職を務めさせていただきます、岩館です。この部会だいぶ久しく開かれてなかったので、皆さん、本当に久しぶりだと思いますけれども、お忙しい中お集まりいただき本当にありがとうございました。今回は報告事項として、救急搬送実施基準精神科の改正案について、設定されておりますので、限られた時間ですけれども、活発な御議論をよろしくお願いたします。

では、最初に、事務局の方から救急搬送実施基準改正案について御説明をお願いいたします。

（事務局（消防課））

それでは消防課より御説明させていただきます。

救急搬送実施基準の精神科改正案について御報告させていただきます。

これまでの精神科専門部会で出された主な意見を御説明させていただきますので資料1

を御覧ください。

まずは4年ぶりの救急部会となりますので、救急搬送実施基準について御説明させていただきます。

1 救急搬送実施基準の概要について、(1) 策定の背景・目的ですが、救急搬送実施基準につきましても、救急搬送における受入医療機関の選定困難事案が全国的に社会問題化したことを背景とし、平成21年度に消防法が一部改正され、受入医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、現状の医療資源を前提に消防機関と医療機関の連携を強化、傷病者の状況に応じた適切な搬送・受入体制を構築することを目的として、都道府県に策定が義務づけられました。

次に(2) 宮城県における策定状況ですが、当県におきましては平成23年6月に本基準を施行し、同年7月から運用を開始しております。その後、平成24年度から現在まで個別の分野ごとに検討し内容について改訂を行ってまいりました。

次に(3) 基準の概要とフローについてですが、左の表のとおり第1号分類基準から第6号受入医療機関確保基準に分かれており、各基準の概要につきましては、御覧の表のとおりとなっております。次に右のフロー図になりますが、こちらは119番通報を受け出動し、救急隊が現場到着した後の流れについて御説明させていただきます。救急隊現場到着後、まずは救急搬送実施基準第3号観察基準により傷病者の観察を行い、第4号選定基準に基づきまして第2号に記載の医療機関リストから医療機関を選定し、第5号伝達基準に基づき傷病者の状況を伝達します。こちらが救急搬送実施基準における基本フローです。

次に進みまして、(4) 救急搬送実施基準における精神疾患の扱いについてですが、現行の救急搬送実施基準においては、精神疾患疑いを「検討中」としております。

続きまして、2「精神疾患疑い」に係る救急搬送実施基準の策定について御説明します。

(1) 検討組織ですが、消防法により、都道府県は実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送や受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会を組織するものとされており、宮城県におきましてはその法律上の協議会を県医療政策課が主催する救急医療協議会として定めております。実施基準の見直しにつきましては、実施基準の改正案を救急医療協議会へ諮り、意見・了承をいただくこととなります。改正案の策定にあたっては、救急搬送実施基準検討会にて検討を行います。なお、疾患によっては専門部会を開催し、関係医療機関、消防機関の御意見をいただくこととしております。(2) 精神科専門部会の開催状況及び主な意見ですが、第1回(平成27年11月)では、22時から9時までの時間帯で精神疾患に対応できる医療機関が空白状態である。はっきりとした意識障害だけでなく、JCS-0でも髄膜炎であった症例もあるので精神疾患を疑ってもまずは救急で診るべきであるとの意見がありました。第2回(令和2年2月)では、精神身体合併症疑いの定義を整理する。軽度の精神症状を有する身体合併症患者への対応が必要であるとの意見がありました。第3回(令和5年5月)では、安定・不安定について明確な基準を設けるのは難しいことから、救急隊が精神科の介入が必要なさそうであると判断されるものを安定とする。意

識障害があると判断した場合には、精神状態が不安定な身体合併症、あるいは判別困難の医療機関リストに收容依頼を行い搬送するとの意見がありました。第4回（令和5年9月）では、意識障害がある場合、精神科の通院の患者だったとしても精神科ではなくすぐに救命救急センターへの搬送を考えてもらいたい。第1号分類基準に「精神疾患の既往のある意識障害」を追加する。また、精神科における内因性疾患とは統合失調症や双極性感情障害を指すため、精神身体合併症の定義「内因性疾患」を「身体的内因疾患」へ変更すること。身体合併症を伴わない緊急性の無い精神疾患における対応も議論してほしい。精神科における基準が作られた後も現状に応じ見直しを行うことも必要との意見が出されました。資料1についての御説明は以上になります。

続きまして資料2の精神科専門部会案について御説明致します。資料を御覧ください。

資料2の救急搬送実施基準改正案のページ番号4をお開きください。こちらの第1号分類基準におきましては、精神疾患疑いにおける項目名を、精神身体合併症、精神疾患の既往のある意識障害あるいは判別困難に分けまして、それぞれの定義を枠外下部に記載しております。

次にページ番号25をお開きください。第3号観察基準の6精神身体合併症、精神疾患の既往のある意識障害あるいは判別困難では、精神疾患の既往がある傷病者において、身体的内因疾患や外傷等を合併した場合、「精神状態が安定している身体合併症」と「精神状態が不安定な身体合併症」及び「精神疾患の既往のある意識障害」に分けました。また、興奮・昏迷などにより原因が精神疾患由来なのか身体疾患由来なのか判別が出来ない場合の「判別困難」に観察基準を分けております。

次にページ番号26をお開きください。こちらの第4号選定基準の8では、精神状態が不安定な身体合併症、精神疾患の既往のある意識障害あるいは判別困難と、精神状態が安定している身体合併症の2種に分けた医療機関の選定について記載しております。また、精神科医より緊急に精神科医療機関への搬送が必要と判断された場合における対応と、精神医療相談窓口に関する内容を記載しております。

医療機関リストにつきましてはページ番号18をお開きください。こちらの医療機関リスト9では、精神状態が不安定な身体合併症、精神疾患の既往のある意識障害あるいは判別困難を（1）精神状態が不安定な身体合併症、精神疾患の既往のある意識障害あるいは判別困難と、（2）精神状態が安定している身体合併症に分け、それぞれの医療機関リストとしております。（1）の医療機関リストについて御説明させていただきますと、こちらの医療機関につきましては、救急告示病院更新に伴う申出書内、標榜科名に精神科が記載されている医療機関及び標榜科名に関わらず受け入れ可能と御回答をいただいた代表医療機関について記載しております。次に、（2）精神状態が安定している身体合併症につきましては、医療機関リスト10の救急告示病院ならびに病院群輪番制参加医療機関の中で、応需可能と御回答をいただいた医療機関を記載しております。

資料2についての御説明は以上になります。

続きまして資料3について御説明いたします。資料を御覧ください。こちらは救急搬送実施基準検討会精神科専門部会における消防からの現場での意見をまとめたものです。消防からは純粋な精神疾患による救急対応に苦慮していると報告があり、対応をいただきたいとの要望がありました。

本日はその要望に対し、まずは消防の現状を御報告いたします。

1 身体合併症を伴わない精神疾患について、読み上げさせていただきます。精神的に不安定や落ち着かない、眠れないといった理由で救急要請されることがある。かかりつけ医に連絡するも受け入れてもらえないことが多い。かかりつけ医と呼べるのは実際にはあまりいない印象である。平日夜間や土日祝日に照会する病院が事実として無い。救急隊は患者さんが病院に行くのを控えますという意味表示がない限り、何としても病院を探さなければならない。去年も8時間ぐらい救急車の中で病院が決まらなかった事案があった。行政の相談窓口と情報共有していて、要請があった場合は搬送、不搬送に関わらず各課に情報提供して解決策を探っているが、患者本人が引っ越しなどの結末になる以外解決したことがなく、非常に対応が難しい。以上が消防からの意見になります。

続きまして専門部会を踏まえての消防課としての事務局対応を御報告致します。

2 事務局としての対応ですが、身体合併症、精神科の既往のある意識障害あるいは判別困難に該当しない精神疾患の応需をお願いしたいと精神科専門部会より依頼されたことから、本救急部会にて消防の現状を報告させていただきました。続きまして、精神科専門部会の案を救急搬送実施基準検討会にて付議し、身体合併症、精神疾患既往のある意識障害、あるいは判別困難の項目追加についてお諮りした後に、必要に応じて協議を行っていく予定です。

資料3の御報告は以上となりますが、あわせまして今後のスケジュールについて申し上げます。まずは来週14日に開催する救急搬送実施基準検討会にて精神科専門部会案を付議させていただき、御承認いただけましたら12月21日開催予定の救急医療協議会で案を付議、御承認をいただきましたら本年度中に改正通知を各関係機関へ行い、改正となる予定です。

救急搬送実施基準の精神科改正案における御報告は以上になります。

(岩館部会長)

どうもありがとうございました。事務局から説明ありましたが、この内容について御意見御質問があったら挙手をお願いいたします。いかがでしょうか。

はい、岡崎委員。

(岡崎委員)

確認をしておきますけれども、資料2の実施基準の案の18ページに、新しい病院のリストがございますね。(1)、精神も不安定で身体合併症があるという方を優先的に。そこに、10ぐらいの病院があって、この中でいわゆる救命救急センターを持っている病院が、私の

認識だと東北大病院、仙台医療センター、私がいる所。あとは仙台市立病院、それから県南中核もそうだったかな、あと大崎市民、石巻赤十字というぐらいだったですかね。それでよろしいですか。そのことをどこか欄外かなんかに、星印かなんかで書いていただけるとわかりやすいと思います。これいわゆる三次医療機関なので、もう相当重症の身体疾患傷病でも運んで何とかできる病院だということがすぐわかるということと、それから精神科の病棟を持っているところがどこかという、それが仙台の中の4つという認識でいいですね。それから病棟、精神科の病棟病床がないけれども、精神科は標榜している、あるいは常勤の精神科医がいるという病院だともう少し枠が広がって、たまに精神科医がいなくなったり、着任したりいろいろなんですけども。というあたりを、星印とかで書いていただけると、すぐこれらの病院のアクティビティがわかるような気がしますので、いかがでしょうか。

(事務局 (消防課))

はい、消防課で消防班班長をしております及川と申します。御意見ありがとうございます。いただいた意見を踏まえまして、見やすさについては検討させていただきたいと思います。

(岩館部会長)

よろしいでしょうか。精神科の病棟があるところははっきり分かっていると思うのですが、外来をやっているところとか、あるいは精神科医はいるけど外来はやってない、リエゾンだけやっているとか、結構病院ごとで違うので、細かいところまではなかなか難しいかなという気はしますけどね。精神科医もパートが行っているだけか、常勤がいるかもまた病院ごとで違ったりするし、年度ごとにもまた違ったりするので、その辺も気にしながら作った方がいいかなとは思いますが、とりあえず病棟があるぐらいは、そんなに変わらないと思いますが、精神科医がいるかないかというか、結構年ごとに変わるので、そこまでは出さなくていいような気は、私はしますけどね。

他に御意見御質問ございますか。よろしいでしょうか。

(岡崎委員)

はい、追加です。なかなか年ごとにこれを更新していこうとして情報を集めるのは、骨が折れるのですけれども、いわゆる一般病院の精神科の病棟、病床あるいは常勤の精神科医がいるかないか、あるいは精神科標榜しているかどうか。あるいは岩館部会長が今おっしゃったように、精神科はあつて精神科医もいるんだけど、院内のリエゾンだけに特化しているとか。あるいは昨年からそのように院内リエゾンだけに特化する形にして、病棟を減らしましたとか。いろんなことが今、全国的にも起きている。ですから、現時点でこうだということは、押さえておいたほうがいいんですけども、2年に1回ぐらいはですね。現状はどうなっているかっていうのはチェックをしていた方がよろしいのではないかと思いますね。油断すると役所とか消防が知らないうちに精神科医がいなくなっているということもある

ようなので、情報は常日頃更新していた方がいいと思いました。

(岩館部会長)

よろしいでしょうか。

(事務局 (消防課))

ありがとうございます。今回、精神科のことに限らず、他の基準に関しても定期的に見直す予定です。アンテナを高くして、情報収集をしていきたいと思います。ありがとうございます。

(岩館部会長)

他に御質問、御意見ございませんか。

(富田委員)

すみません、東北大学の富田ですが質問よろしいでしょうか。

(岩館部会長)

どうぞ。

(富田委員)

私、記憶にある限りでは、以前にこの部会に参加したのが大分前のことになり記憶が飛んでいるようです。資料3にある救急搬送実施基準に関する専門部会の名簿がありますが、このメンバーは、今までの検討に関わった先生ということで、このメンバーについて任期はどうでしたでしょうか。来年度以降もこのメンバーになるということでしたでしょうか。

(岩館部会長)

事務局回答をお願いします。

(事務局 (消防課))

はい、資料3の裏面の名簿につきましては、直近の本年9月に開催されました第4回会議の委員になっております。ですので、今後、仮に同様の専門部会を開催するという事になれば、委員の先生方が変わる可能性はあると思います。

(岩館部会長)

富田先生よろしいでしょうか。

(富田委員)

資料3の救急から出てきている意見というのは、これは最近の意見なんでしょうか。最近でも平日夜間に照会する病院が事実としてないということでしょうか。今は県立精神医療センター中心に受けていただいているという理解だったのですが。

(事務局(消防課))

はい。資料3の消防からの意見につきましては、本年5月の第3回、本年9月の第4回で消防からいただいた意見を記載させていただいております。

(岩館部会長)

比較的新しいということですよ。こういう会議に出ていると、やっぱり現場の意見と、我々が考えているので、結構齟齬があると言いますか。

精神科以外の他の科も含めた会議でも、結構こういう現場では大変だという声が、実際今までも上がっているのは事実なんですね。資料3の現場からの声は我々からすると非常に頭が痛いというか、耳が痛い話なんですけれども。ただ、現場の救急隊もこういうことで困っているというのも一方の事実だろうと思います。その辺は今回の搬送基準ができたことで、どの程度改善されるかというのを見ていく必要があるかなというふうに思っています。よろしいでしょうか。

これ実は他の整形外科とか、他の科でもどんどん搬送基準ができていて、精神科だけが確か決まらないでずっと長年棚上げ状態になっていたんですね。なかなか進まなかったのは、精神科が先に診るのか、一般科の方が先に診るのかという、その問題で暗礁に乗り上げたような形だったと思うんですけれども。今回消防課の方でかなり頑張っていたと言いますか、ある意味精神科の方の意見を通していただいたと言いますか、身体的な問題があれば、そちらを優先的に診ていただくという、そういう形になったかなというふうに思います。それから、きちんと二次医療圏ごとに具体的な病院名があがったというところも、今までになかったことだなというふうに思っています。今回のこの基準ができたということは、かなり前進かなというふうには思っています。

他に御意見御質問ございますか。よろしいでしょうか。それでは、この報告についてはこれで終わりにしますが、よろしいですか。まだ言い足りない方いたらどうぞ。

それではないようですので。続きまして、議題のその他の方に入りたいと思います。続きまして、その他ですが、令和6年度精神科救急医療体制整備事業について、事務局から報告をお願いいたします。

(事務局(精神保健推進室))

令和6年度の精神科救急医療体制整備事業について説明をさせていただきます。はじめに参考資料の1を御覧ください。現行の精神科救急医療体制及び事業の実績をまとめたも

のでございます。1 ページ目、病床につきまして、輪番病院と精神医療センターにより、また精神科救急情報センター、相談窓口についても24時間365日切れ目のない体制ということで実施をしてございます。次ページ以降に令和4年度までの十か年の実績を記載してございます。

次に参考資料の2でございます。令和6年度精神科救急医療体制整備事業についてという題名で、現在事務局で検討している内容になってございます。今後さらに調整をしてまいります。途中経過ということで御報告を、その他の議題とさせていただきます。1の現状は、参考資料の先ほど御覧いただいた1と同様ですけれども、民間医療機関と連携をした県内26病院の病院群輪番型による精神科救急医療体制ということで実施をしてございます。事業につきましては、宮城県医師会と宮城県立病院機構への委託ということで行っております。図を御覧ください。精神科救急医療確保ということで記載しておりますが、土曜日の日中は当番の1病院、日曜日祝日の日中は当番の2病院を確保し、通年夜間は精神医療センターが病床2床を確保するというので実施をしてございます。

2番の令和6年度精神科救急医療体制案についてでございます。現状の運用は、変更は考えてございません。病院群輪番型を基本といたしますが、特に土曜、休日の日中時間帯で当番病院において対応困難となった場合に備えるということで、常時対応型ということで病院を指定ができないかなということで考えてございます。輪番制と常時対応型の併用による体制ということを検討してございます。資料の一番下になりますが、常時対応型の要件を記載しております。国の実施要綱に定めがあります。この要件を満たす医療機関が常時対応型の指定を希望するという場合、県において指定を検討したいというふうに考えてございます。

次に3番、裏面になります。今後の運用についてです。これまで輪番体制については、宮城県医師会への委託契約に基づきまして、宮城県精神科病院協会様に医療体制調整事務ということで、当番病院の調整と当番表の作成を行っていただいております。この度、協会様から業務の継続が難しいということでの申し出がございました。このため、当番病院の調整と当番表の作成を来年度県で行う方向で調整をさせていただきたいというふうに考えてございます。具体的には令和5年11月から12月、今月から来月にかけて、県内の医療機関に県から病院群輪番型として本事業の医療体制に参加するかどうかということの意向調査をさせていただきたいと思っております。この際、合わせて先程申しました常時対応型についての意向調査もさせていただきたいと思っております。意向確認の結果を踏まえまして、2月頃から参加する医療機関に対し、令和6年度の当番病院の調整の依頼をしたいというふうに思っております。今現在、2か月ごとに当番表を作成していただいておりますが、できましたら半年分程度まとめて作成できればということで、記載のようなスケジュールで調整をしてまいりたいというふうに考えてございます。次のページが常時対応型を入れた場合の、当番表のイメージということで今回提示をさせていただいております。事務局からの説明は以上でございます。

(岩館部会長)

どうもありがとうございました。ただいまの御説明に対して、御質問、御意見ございましたらどうぞ。

私から一つよろしいですか。参考資料1の2ページ目、通年夜間のデータを見ると令和4年が夜間の入院が139ですよね。その内の措置入院が69なんですよね。だから、約半数が夜間救急の半数措置入院という実績。今までも措置入院が多いなと思ったんですけど、令和4年度は特に多いですね。これは何か理由はあるんですか。

(事務局(精神保健推進室))

はい、令和4年は入院対応139件のうち、措置が69ということになってございます。また、令和4年度は、県全体での措置入院の受け入れ件数170件ということになっているんですが、こちらの割合で見ても、4割程度が夜間に受けているというような状況になってございます。こちらについて、状況を仙台市さんなどにも伺ったことがありますが、理由としましては、診察を行う指定医がなかなか見つからないということが一つ大きな原因ではないかと。日中で調整をするわけなんですけれども、どうしても実際の入院の時間が夜間帯になってしまうというようなことがあるというふうに伺ってございます。それでこちらの部分が、夜間の救急の方にしわ寄せがいつているような形になっております。そういったことで、措置入院はできましたら日中時間帯に入院ができるような仕組みを考えていく必要があるのではないかなというふうに思っております。

(岩館部会長)

自宅に診察依頼の電話がかかってくるんですけど、以前は夜に来ることはほとんどなかったんですよ。それが最近、本当に夜にもう今からって電話が来て、前はこんな夜に来なかったなと思っております。警察の方もいらっしゃるんですけど、前はなんとなく夜は無理だからと言って、一晩置いていただいて、次の日の日中に改めて、措置診察をすることがあったような気がするんですよ。拘束は72時間でしたっけ。

(平間課長補佐)

24時間です。

(岩館部会長)

じゃあやっぱりしょうがないですよ。とにかくもう措置診察自体が夕方とか夜、自宅に電話がかかってきて、今からと言われる。日中だったら受けるんですけど、歳なのでもう夜はすみませんってお断りしているのです。ただ実際は、診察に行く先生が大変だろうなと思っていて。もうちょっと昼間だったらいいのですが、病院の方もやっぱり夜勤帯になると、

スタッフがいないので、なかなか受けられない。もうちょっと早く動いて、やっていただければ、夜間救急の方にまわさないで、済むんじゃないかなと思うんです。指定医が見つからないという、しょうがないんですけど。

他に御意見御質問ございませんか。原先生、どうぞ。

(原委員)

原です。今ですけど、夜間ってというのは、何時からが基本的な夜間になるんですか。

(岩館部会長)

17時。

(原委員)

17時ぐらいに鑑定で依頼くるもんね。

(岩館部会長)

正直、最近普通に来ますよ。

(原委員)

今のじゃなくてもいいですか。すみません。平日のですね、救急ってというのは、これはどんなふうになるんでしょうか。平日、救急車で時々診察をお願いできますかって来るんですけども、これは救急なんですか。クリニックにどこも診察を断られたんで、先生の方で診てくれますかって。平日の日中ですけど、来ますけども、これも救急扱いになるんですか。これはどういうふうになるんですか。

(事務局(精神保健推進室))

ありがとうございます。平日の日中につきましても、救急経由でということによって依頼があるものについては、救急扱いということになるかと思えます。医療体制の方の参考資料1の方に記載しておりましたが、月から金の9時から5時までというのは、各病院の方で対応、そういったものに対しては対応するという作りになっています。

(原委員)

括弧以外というのは、かかりつけ医が対応するということですか。でも資料に書いてましたけど、かかりつけ医がないとかね。かかりつけ医が誰か分からないとか。それからかかりつけにかけてもだめとか、いろんなケースがあるんですけども、その場合は電話が来て受けられることは受けるということですか。

(事務局 (精神保健推進室))

はい、そのような形で。基本はかかりつけの方なんですけど、そういったところがなければ、救急の方で受け入れをしていただける病院や診療所を探してということになります。

(原委員)

実はね、結構、保険証持って来なかったりするんですよ。その辺のところ、非常に困ってましてね。救急車で来るんだけど、保険証を持って来ない。中には、お金もないとか。保険証がないと実費になっちゃうんですね。実費って10割なんで、精神科は確かに初診料とかを入れても、そんな高くはないんだけど、患者さんにとっては非常に負担になる。そういうことも分かっているともうありがたいかなとは思っています。

(岩館部会長)

はい、よろしいでしょうか。他に御意見御質問ございませんか。高階委員。

(高階委員)

今かかりつけ医というお話が出ましたけども、かかりつけ医の定義というのは、どのようになっているのでしょうか。

(事務局 (精神保健推進室))

かかりつけ医の明確な定義というのはないのではないかなというふうに思っております。患者さん御本人がかかりつけ医だというふうに認識している、あと病院側もかかりつけの患者と認識している、そういったところなのではないかと。

(高階委員)

おっしゃる通りだと思うんですけど、結構、患者さんと病院のギャップがありまして。もうかなり前、10年も前に受診している方がかかりつけ医だと言われても、病院としてはカルテの保存年月を過ぎていたりすると一切記録がなかったりするといったようなことがある。一番困るのは消防さんだと思うんですけども、かかりつけ医というのは、だいたいこれくらいだというのがあると、消防さんでも、かつてかかったことがある病院があるというところでは、その判断基準になるのかなというふうに思いました。

(岩館部会長)

なかなか難しい。精神科の患者さんの特徴でもあるかと思いますが、自分から会話なんかがだめな人も多いので、どこがかかりつけかというのは、なかなか定義が難しいかと思いますがね。他に御意見ございませんか。

はい、岡崎委員どうぞ。

(岡崎委員)

今のかかりつけの定義はすごく難しいことで、医療とか搬送を担う側が定義をしてしまうと、どうしても現場におられる患者さんとか家族とかから、なんでこれがかかりつけではないんだというクレームは相当出てくる。そうしたこともあって厳密な定義はなかなかできないことですし、例えばA病院からBクリニックに紹介してあって、紹介状もあって、まだ御本人はBクリニックには受診をしてないというような人が、たまに薬をたくさん飲んでしまったりしてということはあるんですよ。それはどっちがかかりつけなんだというような問題もある。前に部会のワーキングとかをやっていた時に、盛んに議論されたようなことだと思うんですよ。これはなかなか行政とか、医療を提供する側で定義は難しいので、とりあえずユーザーさんが、ここが自分のかかりつけだということをできるだけ尊重していく以外ないのではないかと、私なんかは思いますけどね。それが一番現場でのトラブルは少ないのではないかと。

(岩館部会長)

よろしいでしょうか。消防の方、どうですか。コメントありますか。

(武藤委員)

仙台市消防局の武藤でございます。今程かかりつけの話がありましたけれども、もちろん我々の方でもそういった判断をできるはずもなく、基本的には患者さんの申し出によってかかりつけというふうにお聞きしまして、病院を照会させていただくということになります。実際、照会させていただいた際に、病院の方から、受診歴はあるけれども、かかりつけではありませんと言われることは、往々にしてあるのが現実でございます。なかなかそういったことは、我々としては家族に対すると多少心苦しい部分もありますので、できればそういった御家族の心情なりを尊重していただければ、現場を担うものとしても大変助かるかなというふうに思う次第です。以上でございます。

(岩館部会長)

どうもありがとうございました。それぞれの立場というか、それぞれの事情がいろいろあって、個別のケースを言い出すとなかなか難しいですけども、よろしいでしょうか。他はございませんか。

そうするとやはり各病院で、これからアンケート調査をしてということですよ。この常時対応型というのは、これを見ると1時間以内に医師・看護師のオンコールで対応できても、これも常時対応型の要件には入るということになるんですよ。いかがでしょうか。

はい、原委員どうぞ。

(原委員)

今ですね、常時対応型というのがよく分からない部分があるんですけど。その重度の症状というのは、どういう症状を規定しているのかということが、ちょっとはっきりしてないので、何を重度というふうに規定しているのか、その辺が明確にならないと、明確にした方がいいのではないかなというふうに思いました。

(岩館部会長)

重度の症状について何か定義とかあるんですか、マニュアルとか。

(事務局 (精神保健推進室))

今のところ、これ以上の定義というのはございません。重度の精神症状ということで、今後また何かそういったものが出てくるかもしれないのですが、今のところはこれだけ、こういった記載のみというふうになっています。

(岩館部会長)

よろしいでしょうか。答える病院が重度というんですか、それとも病院でどう考えるかで、答え方が違うかもしれませんけど。いかがでしょうか。

はい、高階委員。

(高階委員)

今の重度というのは、救急車で搬送された時に我々が丸をつけていますけれども、大体、この重症入院必要とかというところと同じくらいと考えればよろしいでしょうかね。

(事務局 (精神保健推進室))

明確な基準が、こちらの常時対応型の要件についてはこれしかないのですが、実際上はそういったところで御判断いただくことになるのかなというふうに思います。

(岩館部会長)

これ読むと、入院が必要なのが前提みたいな感じですよ。医師、看護師がいて、入院料を算定しているというのだから、少なくとも入院が必要な状態の患者さんを想定しているのは間違いないですよ。よろしいでしょうか。ウェブ参加の委員の先生方で何かございますか。よろしいですか。

(富田委員)

すみません。富田ですが、よろしいでしょうか。

(岩館部会長)

どうぞ。

(富田委員)

先程の資料2の実施基準に戻って、改めて一つ気になったのですが、この実施基準に基づいて、消防の方とかが実際活用していくことになると、18ページの精神状態が不安定な患者さんの搬送という時に、例えば、栗原市立病院は現時点だとパートの精神科医が週1程度でしか行っていない状態ですし、石巻赤十字病院も現在は常勤の精神科医がいなくて、パートで週1行っているだけなのですが、この実施基準を見て救急の方がコンタクトしても、実際には精神状態が不安定だと受けられないということが多いのではないかと思います。この辺は各病院に了解を得て載せているということで、よろしいのでしょうか。

どれぐらいのタイミングで各医療機関の現状を把握して、実施基準をアップデートをしていく感じなのでしょう。大体のイメージであればこれでいいと思うのですが、実用的に使うのであれば、ある程度現状を把握して、反映させる必要があるように思います。実際、搬送実施基準に書いてあるから連絡しましたと言われても、各病院はひょっとしたら困るかもしれない。搬送実施基準には「こんなふうに乗っているのか」みたいなことになるかもしれない。そもそも、各病院はこの記載内容を把握されているのかどうかというところはどうかなのでしょうか。

(岩館部会長)

事務局お願いします。

(事務局(消防課))

消防課です。御質問ありがとうございます。今御指摘いただきましたように、精神科の病床もない、あとは標榜もしていないというところも、中にはありますけれども、まず我々としては、緊急を有する身体症状の方を一般科の方で診ていただきたいというところで、このリストがあるわけです。例えば栗原市立栗原中央病院につきましても、そういった精神病態が不安定な方を受け入れていただけますかという御質問をさせていただいて、その前提のもとに、身体科の方であれば診させていただきますと御回答をいただいたので、このようなリストにさせていただいております。救急隊の方から連絡をした時に分からないというようなことにはならないと考えております。以上です。

(富田委員)

分かりました。ありがとうございます。各病院がそのように了解して載せているのでしたら問題ないです。ありがとうございました。

(岩館部会長)

消防課の方で頑張ってください、全部了解は取ってあるということでした。よろしいでしょうか。それでは全般について、その他については終わって、今日の話の全般についても御質問、御意見ございますか。よろしいですか。

それでは以上で終わりたいと思います。事務局の方にお返しします。

(事務局)

岩館部会長、各委員の皆様ありがとうございました。

(岩館部会長)

原委員どうぞ。

(原委員)

すみません。開催の日程の件なんですけどね。基本的に精神科の外来の患者さん、2週間にいっぺん、あるいは1か月にいっぺんのペースで来られてるんで、大体2週間ぐらい前に通知をもらわないと、私のところなんかも、今日も突然出したんで、もう患者さんが苦情で、先生はどうなんですかっていうことを言われますもんでね。少なくとも最低2週間前には連絡をいただきたいと思うんですよね。そうしないと、調整がつかなくて、今私のところは2人でやっているんで、なんとかもう一人で今日は申し訳ないけど頼みますって頼んできましたけども、その辺のところ、配慮してもらいたいなと思います。よろしく願いします。患者さんを診ないで会議ばかりやってと言われるので、よろしく願いします。

(事務局)

よろしいでしょうか。

それでは以上をもちまして。令和5年度宮城県精神保健福祉審議会精神科救急部会を終了いたします。本日はお忙しいところ誠にありがとうございました。