

令和6年度神奈川県精神科救急医療調整会議

令和7年3月18日（火）

スマートレンタルスペース belle 関内 601

1 開 会

- ・傍聴希望なし
- ・出席委員の紹介
- ・戸高委員及び扇山委員の欠席報告

2 議 題

(1) 令和6年度の精神科救急医療体制の状況

- ア 神奈川県のパ察官通報の状況について（資料1-1）～（資料1-5）
- イ 精神科救急医療情報窓口の状況について（資料2）

（山口座長）

山口でございます。よろしくお願ひいたします。

本日は年度末お忙しいところご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、委員の皆様のご協力によりまして、スムーズに議事を進めていきたいと思ひますので、お願ひいたします。

では最初に本日の議題（1）

令和6年度の精神科救急医療体制の状況のア、神奈川県のパ察官通報の状況について、事務局説明をお願ひいたします。

ア 神奈川県のパ察官通報の状況について（資料1-1）

（「資料1-1」に基づき、事務局から説明）

（山口座長）

はい、ありがとうございました。

事務局から説明がありましたが、ご質問、ご意見があればお願ひいたします。ご発言する際に、リモートで参加の委員はリアクション機能の挙手ボタンを上げてください。はい、京野先生、お願ひいたします。

（京野委員）

現場でやっている立場からすると、これもいつも言われていると思うのですがけれど通報数と、診察実施数がかなり乖離しているっていうのは問題かなと思ひます。結構、23条に

上げたけど、何かあまり乗らないで、ソフトで来るってケースが結構あるんですが、実際自傷他害の方が多いんですね。どういうときに乗らないかっていうと、何かその時、警察は保護したけど、何か落ち着いちゃっているみたいな。だけど実際は本人は自傷したりとか、他害しているのに、その時点で落ち着いていると乗らなくて、ソフトになってくるってことは結構あるんですよ。それはちょっとやめていただきたいなっていうふうに思っています。

もう一つ、警察の立場からすると、上げてても、何か乗らないなら上げないみたいなことなんでしょうね。当院みたいな救急外来をやっているところだと、結構救急で過量服薬とか自殺関連で来る人がたくさんいるんですけど、でもうちの病棟も空いてないし、困ったと。じゃあ23条乗せようかと思って警察を呼んでも、なかなか保護してくれない。なぜかっていうとやっぱりそれは行政が結局23条乗せてくれないから、「うちはもう、ちょっと保護できません」みたいなことを言われちゃうこともあるので、ぜひ通報して診察実施を増やしてほしいなっていうふうに思っています。

あともう1点なんですけど、医師の働き方改革、ここで言うのもちょっとどうかと思うんですが。夜間とか深夜とか診察開始までの平均時間6時間、8時間かかっているってことがありますよね。6時間もかかるのであれば、わざわざ夜間と深夜に分けないで、夜間の分は深夜にするとかですね、深夜の3時ぐらいのケースは日中でもいいんじゃないかなんて、そういうふうに思ったりもするんですが。そのあたりの制度の見直しもしていただければと思います。以上です。

(山口座長)

はい、ありがとうございます。いかがでしょうか。行政の方でお答えは。

(事務局)

はい。ありがとうございます。まず診察を実施する判断というところですけども、23条通報いただいた際には、各自治体の方で調査をして措置診察をする要件があるのか、精神症状があつて自傷他害のおそれがあるのかどうかというところを、調査をさせていただいています。その上で、診察を実施するかどうかというのを、各自治体で判断をしております、こちらは4県市それぞれで判断をしながら実施をしているというようなところになっています。

調査をしているときに、ご本人さんの状態が落ち着いているというような状況もありますけれども、その時の状況に加えて、普段の様子などもご家族などから調査をして、総合的に判断をしているというようなかたちになっています。

また、措置診察というところの判断については、基本的に4県市がそれぞれ判断をしているというような形になっておりますので、基本的には判断としては同じ基準というか、要件で判断をしているところですけども、それぞれで少し状況に差が出ているというような状況になっています。

また、診察の時間というところですがけれども、夜間、深夜の時間帯を合わせてというようなところでお話もいただいたところです。こちらについては以前からご提案もいただいているところというふうに思っておりますけれども、基幹病院の方に受入体制の確保を委託をさせていただいているというところもあって、夜間、深夜とそれぞれ分けているというようになっていますけれども、いただいたご意見も踏まえてどういった診察体制が取れるのかというのは4縣市の方で検討させていただければというふうに思います。

(山口座長)

他にいかがでしょう。

(田口副座長)

県立精神医療センターの田口ですけれども、判断の基準に私はばらつきがあるんじゃないかと思うんですね。資料1-2から5まで見ると、横浜市が著しく低いわけですよ、31.1%。これじゃ横浜の警察やる気なくすのもしょうがないなと思ったりもするんですね。せっかく通報しても、診察に繋がらないで、先ほど京野先生が言ったように、そこから結局はソフト救急っていうか、ソフト救急にさえも乗らずに直接病院の方に依頼が来たりとか、困ったところからですね。そんなこともあつたりするので。

やはりしかも、4時間もから6時間近くも行政で診察するかしないか議論するって、本当になんかすごく無駄なんじゃないかと。だったら早く診察に回ってくれて、医師が専門的な判断をすることの方が、警察官にとっても、当のご本人にとっても。

それは、そのときに、落ち着いていたとしても、前後でどうなるかなんて、はっきり言って行政の方にわかるんですかっていうふうに思ったりもするので、ここでこんなに時間をかけるぐらいだったらもっと迅速に、そんなに細かい情報を聴取しても、それがそんなに診察に生きているかっていうと紙っぺら1枚に来る情報ですから、そんなに時間をかけて調査してこれだけなのかなっていうふうに思ったりすることもあつたりするので、やはり、措置診察の結果、措置不要になればそれでいいわけなのですから。本当に、3割っていうのは、これは私はおかしいというふうに思います。

半分ならまだ、それでも少ないなと思いますけれども、やはり、そうすることで、適切な迅速な治療に繋がらないっていうこと自体の問題性っていうのを、特に横浜市には認識していただきたい。措置診察になるのはよろしくないみたいな、誤った考えを持っている行政の方がいらっしゃるかのように仄聞しておりますけれども、それは私は間違っていると思っています。なので、迅速に診察につなげる、そしてできるだけ専門家の判断は仰いでいただく。明らかに、例えば、何でしょうか家庭内の口論の中で起こったとか、精神障害の既往が全くないとかですね。明らかにこれは、精神障害は疑われないっていう場合は、もちろん外していただいてもいいかもしれないのですけれども、そうでない場合はやはり、診察に回すってことは大事だと思いますので、これは前回も申しましたけれども、ぜひそこを横浜市

ですね、特に低いのが。考えていただきたいというふうに思います。

(山口座長)

はい。それでは横浜市中村課長、お願いします。

(横浜市)

はい、横浜市中村でございます。昨年、このようなご指摘をいただいたところの中で、私の方でいくつかちょっと調べてみたところなんです。実際ですね、6年度と2年度等で比べたときにですね、やっぱり不実施にする理由としまして、他害要件で不実施にしているのが増えているという状況があります。

実際その中で、個別のケースなんかも私も見させていただいたんですけども、「措置入院のガイドライン」にありますのは、いわゆる他害行為となりますと、いわゆる刑法犯に該当するかどうか、そういったところを判断するというところの中で、やはりその明らかに刑法犯にまでは至っていないような案件の通報が上がっているというふうなのは、散見されているところになります。この案件を例えばですね、除いた、或いは通報に上がらなかったとすると、それだけで6ポイントぐらいは変わってくるのではないかなというふうな試算をしているところではあります。

ただ、警察としては、やはりその精神症状というところで、そのまま家に帰せないという中で、通報に上げているっていうふうな案件もある中で、そのあたりを警察とどういうふうに話をしていくか、このあたりは引き続き、話し合っていきたいというふうに考えているところでもあります。

(山口座長)

他はいかがでしょうか。多分医療側からすると、4県市で足並みがそろっていない。

警察は神奈川県警一本ですから、多分通報は警察署によって違うということはないと思うんですが、これだけ4県市で診察上げてくる件数自体が違うということは、4県市の足並みがそろっていないというふうなことで、多分医療者が思っていると思うんですが、それはいかがでしょうか。

(横浜市)

横浜市中村でございます。実際ちょっと、私ども警察行脚をさせていただく中で、区役所とかそういったところと話をする中では、警察官の担当が変わることによって、特に上司が変わることによって、やっぱり上げるべきだっていうふうなご判断をされる方が多いっていうふうな話は聞きます。ただやはり、そのあたりは、県警も異動する中で、基本的にやっぱり横浜市は厳しいというふうにお声なんかもいただくのも事実でもあります。そこは真摯に受けとめて、具体の案件から今後の対策を考えていく、そこは私どもとしても、やらさ

せていただいているところでございます。

(山口座長)

他に何かいかがでしょうか。先生方もよろしいですか。

1回、基準を横浜市は変えてみたらいかがかと思うんですけど、そうすれば、答えが出ると思うんです。要するに他の県市に基準を合わせて、実際に措置診察をやってみて、結果として措置が少なかったんですというのであれば、先生方は納得されると思いますが。

そうではない段階で絞っているということに対して、違うのではないかということ、先生方申し上げたいと思うんです。その辺はやってみれば答えが出ると思いますが、いかがでしょうか。

(横浜市)

他県市がどのような判断基準、基本的には国が「措置入院のガイドライン」というのを示しておりますので、そちらに沿ってやっているのではないかと思いますけども、そこは他県市と事例の交換等もしながら、そういうときにどういうふうに判断しているかというのは、やるというのはあるかなと思っております。

先ほども申し上げましたが、やはり実際見てみると、比較的その刑法に当たらないようなところで上げているようなものもあつたりするところ、そこはちょっと我々としては、なかなか難しいのかなと思っておりますけれども。

(山口座長)

そうすると、基準は変わらんという理解ですか。

(横浜市)

そういった意味では、ちょっと他県市における事例等を、いわゆる実施、不実施の事例等を、うちでやった場合にどうなるか。そういったところは、ちょっと他県市に情報等いただかなければならないかと思っておりますけれども、そういったところから、ちょっと考えられればと思います。

(山口座長)

委員の先生から他にいかがでしょうか。京野先生いかがですか。

(京野委員)

現場として、患者さんにとってもやっぱり自傷他害、やっぱり措置入院でしか入院できない方が結構いらっしゃるんですね。それは、私ひきこもり相談とかもしているとすごく思うんですけど、だからやっぱり自傷他害をもっと広くとってですね、刑法に抵触するかどうか

かとかってというのはあまり考えずですね。患者のために、もうちょっと広くとってやってくれたらいいかなと私は思います。

(山口座長)

先生方、他にはいかがでしょうか。辻野先生いかがですか。はい。

委員の方としては、そのような意見が強かったということを含んでいただいて、きちんとした対応をしていただきたいということでもよろしく願いいたします。

リモートで参加の先生方、何かご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

はい。それでは先に進ませていただきます。

次に、精神科救急医療情報窓口の状況について、事務局説明をお願いいたします。

イ 精神科救急医療情報窓口の状況について (資料2)

(「資料2」に基づき、事務局から説明)

(山口座長)

ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明に、ご質問ご意見があればお願いいたします。よろしいでしょうか。

はい。それでは先に参ります。

次に議題の(2)です。「基幹病院の病床活用の取組について」事務局お願いいたします。

(2) 基幹病院の病床活用の取組について (資料3) (資料4)

(事務局)

こちらの行政の説明の前に、基幹病院の先生から「基幹病院の現状について」ということでもご提案をいただいておりますので、まず資料3のご説明の方を先生の方からお願いできればと思います。

(山口座長)

はい、じゃあ先生お願いいたします。

(「資料3」に基づき、辻野委員から説明)

(辻野委員)

済生会横浜市東部病院の辻野です。

いろいろ、医師の働き方改革とかですね、なかなかちょっとその指定医の確保とか基

幹病院で救急当番時に待機していても、結局、待機しているだけで依頼がないとか、そういったところが増えてきつつある中で、実際に基幹病院の病床の運用状況っていうのはどういふふうになっているのかというのを、私の方で、各基幹病院の先生方にご協力いただきまして、データを出させていただいたのが資料3の一番最後のページになります。

これ空床率、空床数と空床率、基幹病院全体でのデータなんですけど、それを見ますと2023年度だけなんですけれども、平均で38.7%空床率があると。

多い月だと50%ぐらい、半分近くは空床だったりするっていうことを考えるとですね、これちょっと効率的に運用されているのかなというところが1点。

あとですね、我々、実際にこのシステムベッドを確保するために、自院の患者さんに本当は保護室とかで入院が必要な方とかいても、このシステムベッドを確保するために、他の病院にお願いしなければいけないなんていうようなことも出てきている状況で、もう少し柔軟な運用ができないのかなというのを、ちょっと皆さんにご検討いただけたらなと思いついて、このデータを出させていただきました。

あと、もう1点加えてご検討いただきたいところとしては、空床確保料に関しても、医療費は年々上がっていく中で、ずっと変わらない状況だと思うんですね。やっぱり病院経営自体でも、我々いわゆる総合病院の中とかでも精神科の病床使用率とか、稼働率とか、やはり採算も結構上の方から言われてくるところもある中で、やっぱりその辺ももう一度ご検討いただきたいなと思いついて、今日はご提案させていただいた次第です。よろしく願いいたします。

(山口座長)

はい。辻野先生ありがとうございました。基幹病院の委員から課題が示されましたがこれを踏まえて事務局説明をお願いいたします。

(「資料4」に基づき、事務局から説明)

(山口座長)

はい。ありがとうございました。

基幹病院の病床をより活用するため、令和7年5月末まで試行を行っているというようなことです。質問やご意見があればお願いいたします。

はい、田口委員お願いします。

(田口副座長)

はい。我々の病院でも、他の病院でもそうだというふうに聞いておりますけれども、12月下旬ぐらいからかな。1月、2月には非常に基幹病院へのシステム入院が増えています。

何が起こったんだろうと思うぐらい前半は本当に少なく、空床がもう埋まらなくてど

うしまししょうっていうような状況だったのが、急にフェーズが変わって増えてきて、その背景にこういうことがあったんだなっていうのを知って、そうなんだと思ったところなんですけども。

こういったことっていうのが、我々基幹病院側にも情報として来ていましたか。来てないですよ。だから、行政が何をやっているのか、さっぱりわからないっていう。すごく不思議だ。やる気になれば患者が来るんじゃないかと思って、何なんだろうってすごく不思議でした。

逆にですね、我々からしてみると、我々やっぱりそれぞれ病院の経営って非常に厳しい問題を抱えているんですね。それに対して、やっぱり行政のちょっとした匙加減でこんなふうに変えられるとは、正直、本当になんていうか、憤りのようなものを感じるところがありまして、そういうところも踏まえて、やはりもうちょっと基幹病院なり、病院側とそういったことの意見交換というか情報を、こちらの情報も受け取って欲しいし、行政で考えていることも伝えていただきたいなというふうに思います。

先ほど辻野先生もおっしゃったように、救急の空床確保料の額なんて本当に微々たるもので、何の役にも立ってないですよ。それでシステムの空床を確保するって言われたら、それこそ、コロナ病床ほどとは言いませんが、もうちょっと額があってもいいんじゃないのっていうふうに思ったりします。うちはとにかく、5床も6床も空いたりするときがありますので、16も抱えていますから、すごく大きいんですね。

それとやっぱり、昨今の流れからいって、本当に指定医の確保っていうのも難しいっていう、特に総合病院の方は大変だと思うんです。ですから、システム病床の数がどうかってことを検討するっていうことも考えていただいて、本当にやっとなら検討していただけるのかなっていうふうに見通しができて、よかったと思うんですけども。

同時に、今の基幹病院の機能の仕方で、それぞれの特徴を生かして、無駄にですね、指定医の人が、来ない救急のために当直をするというようなことで、現場でそうすると結局、翌日の診療にも、それぞれ影響があるわけですから、特に指定医の少ない総合病院は大変だと思うんです。そういうところが行き詰まらないようなかたちで、本当に基幹病院の機能別な活用の仕方っていうところまでも、踏み込んで考えていただけるとありがたいなと思っています。以上です。

(山口座長)

はい。ありがとうございます。赤塚委員。

(赤塚委員)

診療所協会の赤塚です。今、田口先生がおっしゃられたようなことで、実際今の行政がどのように考えて、柔軟に運用するとか、こんなふうに対策をとるのは実際これがどういうふうに病院で伝わって、病院がどういうふう感じているのかっていうところをお聞きした

かったんです。そういう点で今、田口先生おっしゃってくれたように、行政ではこういうふうに計画を立てていながら、現場には何も伝わっていない。で、いきなり何かわかんないけど増えちゃったみたいなので、困っているのかなと思うので、ぜひ現場の意見をもっと言って、お聞かせいただければと思いました。

(山口座長)

はい、ありがとうございます。いかがでしょうか。

(神奈川県)

神奈川県の白石です。すみません貴重なご意見ありがとうございます。我々も、今の空床のことに関しては、情報を精神医療センターの方からも色々聞いたりだとかしております、4県市でのシステム会議の中で検討しながらやっているんですけども、確かに今おっしゃられたようにですね、実際にこういう運用を試行するっていうこと自体の、基幹病院への周知でというところが欠けていたのかなっていう部分ありますので、そのためのこういう調整会議っていうところもあるのかもしれないんですけども。そこに諮る以前に、そういう情報提供が、今後どういうかたちでできるのかとか、そういうところをしっかりと考えていきたいと思います。

先ほど先生おっしゃられたように、病院の経営の関係だとか、空床確保料のお話もありました。こういうところに関しても、昨今の物価高あるいは診療報酬の改定だとか、そういうところも勘案しながらですね、考えていけるように検討していきたいと思いますので、引き続きご協力よろしくお願ひしたいと思います。

(山口座長)

はい、ありがとうございます。他に基幹病院の先生方、いかがでしょうか。

はい、京野委員。

(京野委員)

先程ですね、困難例と合併症例を総合病院につてことなんですけれど、確かにお気持ちはよくわかるんですが、我々はあくまでも精神科救急をやっている精神科医なんです。ですので、本来、私東京なんかで精神科救急やっていたんですけど、東京の例だと都立とかが全部夜は受けるんですが、例えば何かこう体の問題あるケースは、あらかじめERとかで検査を受けて、それで除外してから乗ってくるんです。

ただ、ここの場合は、なんかちょっと身体の問題がある、インシュリン使っているとか癌がある、すると単科は断る。そしたら総合病院に依頼するみたいな感じですよ。これなんかすごくそういう意味では下請けというかですね、何か上澄みを取られた、汚れ仕事をしているような気持ちになっちゃうんですよ。だから、非常にこれ来たときから、このシステ

ム間違っているんじゃないかなと思いつながら、ただやむを得ずやっているという状況なんですけど、それでも頑張って待機していても全然患者来ないし、来るときはよく 20 時半とかにですねごり押しでやってきて、我々 22 時半まで帰れないとか、やっぱりシステムにすごく問題があるかなと思います。

あと、我々も教育機関ですね。色々なその典型的な統合失調症の人とか症例とかを、やっぱり専攻医で育てたりしている。それで症例もほしいわけですから、そういう複雑困難例ばかり送られても、症例回らないですし、基本的に難しいところがあるので、制度設計から考え直して欲しいというのは、私 10 年ぐらいここで働いていますけど、非常に違和感なシステムだなと思っています。以上です。

(山口座長)

はい、ありがとうございます。他はいかがでしょう。

では、リモートで出ております須田委員。ご意見ございますでしょうか。

(事務局)

入ってはいらっしゃると思うんですが、須田先生、音声聞こえてますでしょうか。いらっしゃらないのかもしれないですね。

稲田先生もまだお越しになっていらっしゃらないです。

(山口座長)

では、稲本委員いかがでしょう。

(稲本委員)

北部病院の稲本です。今日来て、最初に田口先生と最近増えていますよねっていうような話を、ちょうどしていたところで、こういうことやってくれていたんだって初めてわかったと。やっぱり、これはもうちょっと早くこういうことやっていますっていうのをお知らせいただいたらよかったのかなっていうのが、1 つあります。それから、総合病院なので体の悪い人が来ちゃうのはしょうがないなっていうのはあるんですけど、うちはですね ER があって、この、横浜市の方が過量服薬で運ばれてきて、その後暴れていると。だけどうちの行政ベッドと横浜市ベッドだけが空いていて、ER の中でずっと見ていることができなくて、そういう時に横浜市ベッドが使えると、すごくありがたいなと思うんですけど、今のシステムだと患者さんの家族に一旦外に出て、横浜市の救急医療窓口に連絡して、うちに来ていいか確認してくれっていうような、何か二度手間のこととかもやっていたりするので、そういうのはもうちょっとフレキシブルになると、もっと使い勝手がいいのかなと思います。

でも、色々と考えてくださっているかなっていうのがよくわかったので、これからもよろしく願いいたします。

(山口座長)

はい。ありがとうございました。リモートで出ております齋藤委員、いかがでしょうか。

(齋藤委員)

失礼ながら、その県の取組みのことは存じ上げておりませんでした。

それから、先程、京野先生がおっしゃった合併症のことなんですけど、総合病院なんでね。それはわかるんですけども、夜間に合併症の患者が来てもですね、なかなか身体の救急対応ができないこともあるので、ちょっと困るという点はありますね。

それから、川崎市のこと言うとあれなんですけども、ご存じのようにシステムベッドが今2つしかなくてですね。それで、やっぱり急に一般床、一般床というか、隔離室以外の患者さんが、不穏になってですね。いけないのはわかるんですけども、システムベッドを使うってことがあるんですけども、それをね、何とか空けるようにはしているんですが、なかなか工面ができない時がありまして、その辺はすいません、川崎市の問題だと思うんですけど。結構それで難航して、結局、受け入れが低くなっているところはあります。

それは何とかこちらで、あと数年かかるけど、システムベッドを増やそうというふうな努力はしています。ちょっと話がバラバラですけど、そんなことですね。以上です。

(山口座長)

はい。ありがとうございました。

川崎市は何かご意見ありますか。齋藤先生のご意見に対して。

(川崎市)

すみません、川崎の谷です。齋藤先生、いつもお世話になっております。

今後、今そのようなお話をいただきましたので、我々と相談しながら進めさせていただければと思いますので、よろしく申し上げます。

(山口座長)

では辻野委員、何かございますか。

(辻野委員)

他の先生方からも出ている意見で、ちょっと重複して恐縮なんですけども、精神科救急で措置の方って、大体は他害で自傷の方が少ないと思うんですよね。

自傷の方はどうなっているかっていうと、重篤な飛び降りとか自殺企図して、京野先生、稲本先生、我々のところの集中治療室に入って、それで身体だけ良くなったらもう退院っていうわけにはなかなかいかなくてですね、その後はもう、措置以外で、実際皆さんのところの病棟で受け入れていることが多いんじゃないかなと思うんですけど、そういう精神科救

急システム以外の救急にも対応している現状もあって、まあ、あの繰り返しなんですけど、そういった意味でもこのシステムベッドをもう少しフレキシブルに運用できるといいのかなとは思っております。以上です。

(山口座長)

はい、ありがとうございました。他には委員の皆様ご意見ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。はい。

新しい取り組みを評価するけれど、早く教えてくださいというふうなことでしたので、引き続き、基幹病院をはじめとした受入病院の病床の有効的な活用ができる精神科救急医療システム運用について、検討を進めていただきたいと思います。

では続いて、議題(3)「神奈川県 の措置診察のあり方」について、事務局説明をお願いいたします。

(3) 神奈川県 の措置診察のあり方について (資料5)

(「資料5」に基づき、事務局から説明)

(山口座長)

はい、ありがとうございます。

すみません、ちょっと教えていただきたいんですけども、2人の医師の意見が分かれて不要措置になったケースってどのぐらいあるんですか、年間で。

(事務局)

はい。今、令和5年度、昨年度1年間で診察をした結果、2人の先生の判断が揃わなかった事案というのが、まだ全て確認ができていないんですけども、4縣市合わせると60件を超えております。

内訳としては、先程お話をしたように受入病院の先生が不要措置というふうに判断をした場合と、逆に受入病院の先生が要措置と判断したもの、分かれておりますけれども、件数としては60件を超えているというようなところになります。

(山口座長)

はい、ありがとうございました。事務局から説明ありましたが、質問やご意見があればお願いいたします。

はい、辻野先生お願いします。

(辻野委員)

措置の判断が2人で異なるケースとして、例としてこういう何か恣意的なところばかり挙げられていますけども、昨今実際に患者さんも多様化してまして、本当に判断に迷うケースもあるんですよね。だからこれ、必ずしも恣意的な判断だけではなくてですね、そういったところも検証して、その上で、今のこのモデルのままでいいのかどうか、メリットで見ると確かに挙げられますけど、じゃあ、どっちがより患者さんにとって不利益、利益が大きいのかっていうのも、やっぱもう1回検討して欲しいかなと思うところでもあります。以上です。

(山口座長)

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

措置診察を大体1,000件やって、60件というところと0.6%ですよね。6%、失礼。それをどう解釈するかということだと思いますけども、他に先生方、ご意見いかがでしょうか。

お願いします。田口委員。

(田口副座長)

検証されるってということなんですけれども、受入機関側のドクターが、この人入院されると困るからそうしましたとか、或いは施設基準を満たすためにしましたっていうような回答を得るってことはないと思うんですよね。仮にそういう意図があったとしても、それはどういうふうにして検証しようと思ってるのか、ちょっと教えていただけないでしょうか。

(事務局)

はい。まず先程もお話をさせていただいた通り、今4県市で2人の先生の判断が異なる診察結果というのは、60件を超える数が出てきているというところを確認しております、診察をした2人の先生それぞれに診断書を書いていただいておりますので、その診断書の内容というのも行政の指定医の方で改めて精読をした上でですね、その時の判断っていうのがどうだったのかというのを見ていこうということで進めております。

(山口座長)

田口委員、今の回答にはいかがですか。

(田口副座長)

なかなかちょっと。ただ、私自身は1回措置診察で、私は要措置で診断名も確か違ったと思うんですけど、受入医療機関の先生は措置不要で医療保護にしています。

あと、それ以外の要素として私は違和感を感じたのは、もう措置診察じゃなくて、入院診察なっているんですよね。その病院の先生たちも、入院を前提に生活歴からすごい詳しく聞

いていて、こっちは措置診察して来ているので、そんな情報いらないんじゃないかなと思いつつ、何か面接長いなと思っていたら、医療保護入院するための準備で聞いてんだなっていうのがあって。

さっき、措置不要になって医療保護入院になったときにもう 1 回に診察するから二度手間になるって言うけれども、措置診察と入院時面接違うものなんです。判断するのは、もちろん診断も考えますけれども、やっぱり自傷他害があって、措置の入院が必要なかどうかを判断する診察であって、そこでそれをされると、何か違うなっていうふうに思うことがあったんですね。

なので、赤塚先生もおっしゃるように、診断書を読んだだけでは、そんな背後にある人はわからないと思うんですけども、例えばその診断が違うのか、どういうところで判断が違ったのかっていうところは、診断書の中に書いてあることから比較して、何かわかることがあるのかどうかっていうところから、まず見ていくしかないと思うんですね。

恣意的にしたのかどうかは、絶対これは本人にヒアリングして、してもわかんないかもしれないけど、聞かなければそれはわからないことだと思うので、難しいんじゃないかなというふうな印象を持っています

(山口座長)

はい、ありがとうございます。他には、委員の先生方何かご意見ございますか。

はい、じゃ赤塚委員。

(赤塚委員)

2、3年前までは、それこそセンターに詰めて、この行政指定医を10年ぐらいちょっとやっていて、その時の経験から言うと、田口先生がおっしゃったように診察が長いんですよね。さっき言ったように、入院のための診察みたいな感じで長くなってしまうので、こっちは本当措置かどうかの判断だけしようと思って行っているのが、1時間ぐらいかかってしまったりとかっていうのもあるんですけど。

それと同じように最初に診察までの時間が5時間だ8時間だっていうのは、結局行政側が色々調査するっていう中に、すごいこの細かい診療情報提供書まで求めてくる感じで。それこそ、病歴が全部そこで完成するぐらいまでにして、それで初めて措置の診察に上げてくるっていうところで、その時間がかかっているのも、これが関係すると思うんですけど。

デメリットに1つ入ってくると思うんですね。診察が長くなるのと、診察までの時間がかかるっていうのがすごくあるので、結局、診察するときには患者さんがもう落ち着いてしまっているというかも、5時間も6時間も食べずに飲まずにいたら、それじゃ誰だって元気がなくなるのは当然なので、そういう点のその実際の診療についてのデメリットっていうのも、ここに入れてもらった方がわかると思うんですよね。

(山口座長)

はい、ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。

事務局は何かご意見ございますか。

(神奈川県)

すみません。私も、昨年から業務に携わらせていただいて、過去からの歴史だとか経緯だとか、色々勉強させていただいたんですけども。神奈川モデル、非常に良いというかですね。取組みだとは思いますが、一方で、今のお話の最初にあった、国の行政指導監査で毎年毎年、これ4県市が指摘され、そのために言い訳じゃないですけど、しているっていう現状があるわけですね。

で、我々としてはこれを適正診察にしたいって思っているわけではないんです。で、要は逆に言えば神奈川モデルは決して、国が言っている不適正なことをやっているわけじゃないっていうことを、逆に理論的なもので我々が今後もやっていく、或いはこれを検討することによって、やっぱり国が言っている適正診察が正しいんだよねっていうことになれば、そういう方向にも舵切らなきゃいけないわけで、我々はそういう意味では今の段階ではそういうかたちで、お知恵を借りたいっていう部分も当然あります。

今、先生おっしゃられたように、決して神奈川県の指定医の先生方がですね、恣意的なことをやっているっていうことを思って、言っているわけではないってことは、ご理解をいただきたいなというふうに思います。

ですので、我々はですね、もう毎年毎年同じ指摘をされていますから、どちらに転ぶかっていうこともありますけども、神奈川モデルでいくのであれば、理論的にこれは正しいんだということを、ちょっとお知恵をお借りできたらと思います。

(山口座長)

はい、ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。

榛澤委員、お願いします。

(榛澤委員)

神奈川県精神障害者連絡協議会の榛澤と申します。

この中で当事者は僕だけなので、ちょっと一言お伝えしたいのは、お医者さんの方も、行政の方もたくさんいらっしゃるの、よく日本は措置入院や医療保護入院など強制入院が多いと聞きます。もちろん強制入院というのは、本人の意思を無視して強制的に入院させる制度で、この強制入院というのは、なるべく頼らずに減らす努力というのをやっぱりして欲しいって僕は思っています。僕は強制入院されたことはないんですけども、安易に強制入院っていうのを、日本はやっぱり強制入院が多いんだとしたら、必要以上に強制入院に頼りすぎるんじゃないかと、やっぱりそこは本当に何か、陳腐な言い方ですけど、人権的に考えて、

そういう当事者の人権を守るってことは、やっぱりこのメンタルヘルスとかの社会全体のその人権に対する事の1つとして、やっぱり、日本は何か人権意識が薄いとか、いろんな面でその差別とかがある国なので、そこは本当に慎重に考えて欲しいということ、当事者の1人として願っております。よろしく願いいたします。以上です。

(山口座長)

はい、ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。

はい、じゃあ田口委員。

(田口副座長)

すみません、田口です。何度も申し訳ないんですけど、今さっき、そういう恣意的なことが行われているっていうことを前提にやっているわけじゃないとおっしゃったんですけど、厚労省が指導しているのは、もう受入病院の医師がやっていること自体がまずいと言っているわけですよ。それは、恣意的であるかどうかなんかわかんないけど、やっぱり利害関係じゃないですけど、あるわけじゃないですか。自分ところで引き受けるかどうかなんだから。

それを、しかも措置するかしないかっていう、強制入院にするかしないかっていう判断を、当該病院の医師がやるってこと自体がもうアウトなんですよ。だから、恣意的かどうかを調べるっていうこと自体が、ある意味、意味がないっていうか、だめなんですよ。

それはだから、このままでいこうっていう方向じゃなくって、私はやっぱりこの方向を、適正診察を促進するために、そっちに是正するためにどうするかってことで考えていかなければいけないと思います。

あとですね、デメリットのところ、治療関係に影響する可能性ある。これはですね措置診察をした医者が担当することは絶対させませんから、病院は。これはデメリットとして挙げる必要はないと思うんですけども。

なので、ちょっと先ほど言われた方向性はちょっと違うとも思ったので、すみません意見させていただきました。

(山口座長)

他にはよろしいでしょうか。

措置診察自体が2人でやるということは、分かれる可能性もあると。逆にある程度の分かれがないと、かえっておかしいかなという感じもしないでもありませんので、その辺を含めまして、今後措置診察のあり方について引き続き検討していくというふうなことです。次回の会議などでも、検討状況を報告いただければと思います。

では続いて議題の(4)「精神科救急における身体合併症の課題」について、事務局説明をお願いいたします。

(4) 精神科救急における身体合併症の課題について (資料6)

(「資料6」に基づき、事務局から説明)

(山口座長)

はい、ありがとうございました。身体合併症の課題について、事務局から説明いただきました。身体合併症定員事業、身体科病院から精神科救急医療システムのつなぎなど、身体合併症の医療体制のあり方について検討の場を設けたいと提案がありました。

次年度、本会議の部会として身体合併症医療体制検討部会を設置してよろしいでしょうか。質問とかご意見があればお願いいたします。

それでは、はい、京野委員お願いします。

(京野委員)

当院は10床身体合併のベッドがあるので、一番そういう意味で関わっていると思うんですが、病院の連携、大変結構だと思うんですけども、10床は結構空いていますので、先に地域連携による転院調整を行うよう促すよりも、空いているんだったら使ったらいいんじゃないかなと思います。当院としても、積極的に患者を受け入れたいと思っています。

あとは、行政での転院の必要性のトライアージを行うって、それは行政でトライアージって多分無理だと思うんですね。当院も昨年度からですね、とりあえず受けて、もう入院の必要性がなくてもまず受けて、入院で問題なければ翌日退院転院するっていうかたちに改めていますので、もうちょっと迅速に依頼していただいていた方がいいんじゃないかと思います。そして10床がパンクするような状態で、やっぱり受け皿がないってなった場合に、病病連携も進めていただく。

せっかくあるのですね、使っていただいた方がいいのかなと。病院経営上も非常にありがたいと思いますし、おそらく単科病院も助かるんじゃないかと思っています。以上です。

(山口座長)

先生としては、じゃあ検討部会は、とりあえずはいらぬのではないかというご意見。他にはいかがでしょうか。榛澤委員、お願いします。

(榛澤委員)

僕は、この合併症、身体の病気と精神疾患を持っている方が、非常に苦しんでいるということを感じるのは、旧滝山病院で、非常に重い身体合併症のある方たちが、あそこに放り込まれて、非常にひどい虐待を受けたりとかっていうことで、すごく僕はこの件について関心を持つようになったんですけども。

僕は、社会がこういう身体合併症、ベースに非常に重い障害のある方を、厄介者にしてい

るような社会、行政とか病院も、なるべく受け入れたくないところが多いんじゃないか、全てじゃないにしても、非常にそういう何か厄介者として、旧滝山病院があんだけひどい病院ってことわかっていて、あそこに患者を送り込んで、ひどい状態だった。

その背景の1つに、重い身体合併を持った精神障害をお持ちの方が、なかなか適切な治療を受けられなかったり、受ける体制ができてない。それでこういう事業を始めたとは思うんですけども。

やっぱり、特にあそこは透析ができるっていうんで、以前、僕は神奈川県役所の方に、2、3年前ですけども、神奈川県内に透析治療ができる精神科病院というか、精神科の治療と透析できる病院、両方があるかって聞いたら、2、3年前になかったと聞いて今はあるのかどうかちょっと、今でもないのでしょうか。

それとも、今後やっぱりそういう病院間の連携だけじゃなくて、1つの病院で、そういう透析など重い身体疾患と、精神科の治療、両方受けられるような病院を、やっぱり作らなきゃいけないんじゃないかってことと、やっぱりその、地域に住んでいても、身体的な例えば車椅子の方とか、いろいろその治療が難しい方が、その身体的な治療が、高度な治療が必要な人が、なかなか病院に受け入れてもらえないとか、入院、転院ができないとかっていうのを、よく当事者仲間でも聞くので、何とかそういう状況を変えていただきたいと思っております。以上です。

(山口座長)

榛澤委員。そのことも含めて検討部会を作りたいというふうなことだと思うんですけども、それに関してはいかがでしょうか。

(榛澤委員)

そうですね。僕はやっぱり、それを解決するためには、社会による、やっぱり本音と建前があって、本音ではそういう患者をなるべく受けたくないとか、厄介者だなみたいな、そういう思いが僕はやっぱり、もちろん、治療に非常に手のかかる人達かもしれないけども、滝山病院だって認知症の方が結構入院していて、誰でもなり得るといって、誰でもああいうところに、病院に送り込まれて、そういうひどい虐待や治療を受ける可能性がある。

みんな他人事じゃないっていうふうに、もちろん、お医者さんとか、行政の人とか、今健康な人は、或いは他人事のように考えているかもしれませんが、誰でもああいうところに放り込まれる可能性があるっていうことを自分事としてとらえる。どんなその大変な状況にある人たちも、やっぱり自分もそういう可能性があることを踏まえながら、本音の厄介者に思わないような、そういうサービスとか、意識を変えていくことも大事なんじゃないかと思えます。

(山口座長)

榛澤委員よろしいですか。部会を作ることにしてはいかがですか。

(榛澤委員)

やっぱりそういう部会を作って検討する中で、ただ、そういう患者救わなきゃいけないよねみたいな、表面的なその綺麗事だけで進むような検討会だったらいけないと思います。やっぱりそこは、本音の議論、ある程度本音の議論をしないと、全ての本音と言っても、もちろん言えないんでしょうけど、ただ、そういう背景というか、精神障害者が30万も入院したりとか、やっぱり、病院に放り込んどけみたいな、その野放しにするなだとか、そういう社会防衛思想とか、そういう精神障害者がこの社会の中で排除されるような存在であり、まして身体合併症の病気があれば、余計厄介者として言われてしまう。

そういう、その一般市民とか行政とか、お医者さんのところの中にある本音もちゃんと踏まえてやらないと、ただ綺麗ごとだけで何かやっても、本当に成果の出る事業にならないんじゃないかって僕は思いますが、いかがでしょうか。

(山口座長)

はい。ありがとうございました。

田村委員、手が上がっていますか。田村委員、お願いします。

(田村委員)

はい、こんにちは。医師会の田村です。

今のご提案はですね、私はとてもいいのでないかと思っているんですけども、リストカットとか薬物の誤飲とか大量接種とか、そういう例を示されていましたが、これは基本的にその身体合併症は急性疾患、例えば骨折であるとか、そういったことを念頭に置いているんでしょうか。それとも、例えば慢性的な内科疾患を持っている、先ほど透析の話も出ましたけれども、そういったことを念頭に置いているのか。

身体合併症っていうのが、どの辺まで考えているかちょっと教えていただけますでしょうか。

(山口座長)

はい。神奈川県いかがでしょうか。

(事務局)

はい。今お話をさせていただいている身体合併症については、疾患の内容は先生が先程おっしゃられた急性期的なものもあれば、慢性期的なものも含まれているというふうに考えています。

具体的に、受入病院の方に依頼をする疾患として、血栓ができて、そちらの方が悪化をし

ているというような案件でお願いをするようなものもありますし、手術が必要ではないかというようなことで依頼をしている案件もありますので、急性期疾患に限るとか慢性期だけを依頼するというようなかたちではなくて、精神科の単科の病院の方ではなかなか対応が難しい、身体科の治療を依頼させていただいています。

(山口座長)

田村委員、いかがでしょうか。

(田村委員)

今のお話は、ちょっとよくわからないんですけど、精神科の単科の病院でもですね、例えば血圧の治療とか、高脂血症の治療とかされてるはずですよ。

今、この身体合併症の方の委員の先生も、この会に参加させると言うんですけどね。そうするとすべての科の先生を全部呼んでいくと、大変取捨つかなくなると思いますがいかがでしょうか。

それとも、この会は精神科の先生、いわゆるこの精神科救急の、この会の下部組織としてやるので、あくまで今日ご出席の先生方だけの中で話し合うということをお考えなんでしょうか。その参加メンバーについて、どのような人選を考えているか、ちょっと教えてください。

(山口座長)

神奈川県お願いします。

(事務局)

部会の想定としましては、今、受入れのお願いをしている精神科救急身体合併症転院事業の受入病院の3病院の先生方、あと、依頼をする病院側の方からも課題をいただいておりますので、依頼をする側の病院、具体的には基幹病院の中で精神医療センターの方が単科の病院というかたちで、依頼をいただくことも多いので、精神医療センターの方。あとは、精神科病院協会の方で単科の病院の先生にご出席をいただければというふうに考えています。

部会の位置付けとしては、この精神科救急医療調整会議の部会という位置付けで考えておりますので、この会議に参加をさせていただいている構成員の先生方で検討をしたいというふうに考えています。

(山口座長)

田村委員いかがでしょうか。

(田村委員)

ちょっと、やりたいことはよくわかるんですけども、実際運用も非常に難しいですね。例えば#7119 なんかで、いろんな急性の相談があった方もですね、中には精神科の方も含まれているわけで、そこまで考えますと、いわゆる県下の救急病院の先生方全員に参加していただいてご意見を聞くというなことでもしないとですね、実効が伴わない気がしますのでこの話をちょっと医師会の方でもコミットさせていこうと思いますので、たたき台を出していただいて、私どもの方に投げかけていただければと思っています。よろしくお願いします。以上です。

(山口座長)

神奈川県これでよろしいですか。田村委員のそういう提案ですけども、よろしいですかね。

(事務局)

はい、田村先生ありがとうございます。ご相談させていただければと思います。

(山口座長)

田村委員よろしくお願いたします。
辻野委員、お願いたします。

(辻野委員)

榛澤委員がおっしゃった通りですね、精神疾患がある方で、なかなか適切な身体治療を受けられてない方って、やっぱりまだまだ少なくないのは、これは否めないところだと思いますので、そういった精神疾患のある方も適切な身体的な治療が受けられるように、どうしていったらいいのかっていうのを、精神科救急だけじゃなくてやっぱり広く検討していかなければいけないご意見かなと。

私は真摯に受けとめていかなきゃいけないんじゃないかなと思いますし、そういったことを考えた時に、精神科の病棟のある病院だけではなくて、場合によっては、今田村先生がおっしゃったみたいに、救急をやっている病院とかにもぜひ参加していただいて、みんなで検討していったほうがいいんじゃないかなと思いました。以上です。

(山口座長)

はいありがとうございます。榛澤委員、聞こえますか。

(榛澤委員)

はい。榛澤です。

(山口座長)

今の議論でご理解いただけたと思いますが、我々もきちんと考えていると。

(榛澤委員)

そうですね。本音の議論というか、その綺麗事じゃない、やっぱり精神科の治療としても、綺麗事がまかり通ったりとか、もっと根が深い問題だって、もちろんみんなわかっていると思うんですけども、やっぱり厄介な人は受け入れたくないって、そういう人間の本音というかそういうのもあって、そういうとこまで突っ込まないと、なかなか本当の意味で、そういう方たちが救われないと思うので、治療ちゃんと受けられないと思うので、よろしく願いいたします。

僕も知識が本当にあまりない中で、間違った認識とかもあるかもしれませんが、でも、みんながそういう可能性があるっていうのを踏まえて、自分事として、他人事じゃなく自分事として、捉えていただければありがたいです。はい、どうもありがとうございました。

(山口座長)

しっかり考えていただけたということですので、それを信じていただければありがたいなと思います。よろしいでしょうか。

(榛沢委員)

了解しました。ありがとうございます。

報 告 事 項

(山口座長)

それでは続きまして報告事項に移ります。報告事項(1)「令和7年度の神奈川県の実業」について、事務局説明をお願いいたします。

(1) 令和7年度の神奈川県の実業について(資料7)

(「資料7」に基づき、事務局から説明)

(山口座長)

はい、ありがとうございました。委員の先生方何かご質問、ご意見ございますでしょうか。はい、じゃあ赤塚委員。

(赤塚委員)

これあれですか、救急に関係したことだけってことですか。神奈川県はこれしか考えてないってことで、判断していいですか。

(事務局)

ご質問ありがとうございます。来年度の当初予算に上げているのは以上ということで、今回、正式には救急のみではないんですけども、本県として今回新たに提案した事業でございまして、皆様にご報告したという、そういう趣旨でございます。

(赤塚委員)

神奈川県を目指す姿で、その地域でいきいきと生活ができるとか、支援が必要になったら医療を含めて受けることができるかとあるけど、地域の精神医療を支えている精神科の診療所とか、精神科の色々な施設に関しての予算ってのはないんですか、これに。精神科病院に関係した予算ばかりじゃないですか。

(事務局)

はい、ご意見ありがとうございます。今回は、こちらをご説明差し上げた事業になっているんですけど、今後皆様からのご意見いただいて、必要な事業について予算化の方は当然検討していきたいと思っています。

それについて、先ほど申し上げた検討会議という場がありますので、そういった場にいただいたご意見を踏まえて、そちらについては検討していきたいという風に考えております。以上です。

(赤塚委員)

次年度はこれで決まっちゃっているわけですね。外来の地域の精神医療に関してどうなっているんですか。

(事務局)

はい。来年度の当初予算については、以上のような内容で検討しておりますけれども、当然来年度以降、来年、再来年度がありますので、それ以降についてはご意見いただきながら、当然検討したいというふうに考えております。

(赤塚委員)

措置診察の指定医について、診療所協会でも協力をしたいというように考えております。これちょっと、例えばですね、待機料がないってことも前から言っていますよね。我々、精神科の診療所も、精神科病院の方で指定医が足りないってことで、協力したいと思っています。

で、そういう意味では、やっぱり結局平日は無理ですから、休日で協力しようと思っても、待機料がなくて、ただ電話を待って、どこにも行かず、お酒も飲まず待っているという。それなのに待機料が0っているのは示しがない。

これで救急に協力しろってちょっと無理だと思うんで、それもちよっと考えてもらわないと困るなというに思います。

(神奈川県)

すみません。今お話のありました待機料なんですけども、先生おっしゃる通りだと思いますので、我々もその必要性は認識しています。ですので、あえてこの1番下のところに「検討している」ということを書かせていただきましたけれど、これ前向きな検討です。

令和8年度やるつもりで、我々行政の方も頑張って、予算を獲得に向けて頑張っていきたいと思っておりますので。

(赤塚委員)

1年間はない。

(神奈川県)

そうですね、今回申し訳ございません。報酬の方をですね、上げるところでかなりのところが割かれてしまったっていう部分もあるんですけども、ただ一方で、そういう待機料を、今までないところから始めることになりますから、例えば議会だとか色々なところに対する説明も必要になってきます。

そういうところで、我々も今一生懸命頑張っているところであるっていうことはご理解いただきたいなと思います。

(山口座長)

赤塚委員、よろしいですか。他いかがでしょうか。

県の肩を持つわけではありませんが、かなり検討していただいて、現状になったというふうなことで、さらに検討するということはお約束いただいているので、先生、1年お待ちくださいというようなところがございます。はい。他よろしいでしょうか。

では、時間も過ぎて参りましたので、報告事項(2)「依存症専門医療機関及び相談拠点」について、ご説明をお願いいたします。

(2) 依存症専門治療機関及び相談拠点について(資料8-1)(資料8-2)

(「資料8-1」「資料8-2」について、事務局から説明)

3 依存症専門治療機関及び相談拠点について（資料6）

（「資料6」に基づき、事務局から説明）

（山口座長）

はい、ありがとうございました。

ご説明ありがとうございました。精神科救急医療機関と依存症専門医療機関の連携を強化していくための依存症専門医療機関及び相談拠点の現状についての共有ということで、ご承知おきいただきたいと思います。予定された報告事項は以上ですが、その他、事務局で追加説明などありますでしょうか。

（事務局）

特にございません。

（山口座長）

はい、ありがとうございます。他に委員の皆様から、追加で何かご発言ございますでしょうか。はい辻野委員。

（辻野委員）

すみません、ちょっと提案になってしまうんですけども、やっぱりこれ1つ1つすごく重い問題ばかりで重要な問題だと思うんですけど、皆さんお忙しい中せっかく集まっても、なかなかこう結論が出ない会議ばかりを繰り返すのも、いかがなものかなと思っていました。

どれか1つに絞っても、何か結論を出すような、そういった方法も検討していただいてもいいのかなと思いましたけども、いかがでしょうか

（山口座長）

事務局何か。

辻野委員としてはこの中で、例えばどれが優先課題とかありますか、逆に。どれも優先課題なんですよ、これ多分。

（辻野委員）

1つだけでも、結論を出すのにちょっと時間がかかっちゃうのかなと思うんですけどね。

でも毎回、問題は共有するんですけど、答えは出ないっていう繰り返しているよりも、何か1つだけでも結論を出すような、そういった、何が優先かはその病院によっても変わってくるところだと思うんですけど、そういった方法も1つなんじゃないかなと思いますので、

提案させていただきました。

別に今、何か決めてほしいってわけじゃないので、またご検討いただければと思います。以上です。

(山口座長)

重要課題になるだけ答えを出してくださいというご意見ですね。

他はよろしいでしょうか。はい。田口委員。

(田口副座長)

はい。私はですね、今日の会議は過去の会議に比べると、色々なことが先に進んだんじゃないかなとか、行政の方で色々受けとめていただいて、検討していただいたことはたくさんあるんだなっていうことを感じて、初めてこの会に出席して、何か収穫があるんだっていうことを感じました。

本当、確かに1つ1つ大変なんですけど、年1回じゃなくて、例えばこういった全体の報告を1回やって間でですね、重点課題についてもう1回、会を設けるっていうふうにするのはいかがかなと思うんですけども。

なので、例えば間で1回、本当に身体合併症のこととか、救急の体制のこととか、そういった重点課題だけに絞って、1回なさるとか、あるいは1年間こういうことやりましたっていうのをまとめて聞いていると、知らなかったみたいなことが出てくるので、間でこういうことに4県市取り組んできて、今こういう時点にあるっていうような、経過報告みたいなこととか、そういうのをやっていただいてもいいんじゃないかなっていう気がいたしました。こういうふうに話が進む会議であれば、やる意義はあると思います。

過去2回は、課題だけが出ているけれど、次来ても同じことを繰り返し言っているような、そんな会議だったので、すごく来ると徒労感もあったんですけど、今日は私自身は、色々なことに取り組んでいただいている。まだ結論は出てないけど、進んでいることもあるんだなって感じましたので、皆様に、この1年間やっていただいて、感謝しています。

(山口座長)

はい、ありがとうございました。よろしいでしょうか。

それでは、今日は本当に活発な議論ありがとうございました。

今後の進行は事務局に戻します。

閉 会

(事務局)

はい。それでは座長、委員の皆様ありがとうございました。

次回の会議はですね。改めて事務局から日程調整ご連絡いたしますので、ご協力のほどよろしく願いいたします。

では、本日は長時間になりまして、どうもご参加いただきありがとうございました。

引き続き、どうぞよろしくお願いいたします。お疲れ様でした。

ありがとうございました。