

第 13 回兵庫県医療審議会保健医療計画部会 議事概要

日 時：平成 24 年 10 月 19 日（金） 13:00～14:50

場 所：兵庫県医師会館 6 階会議室

出席委員：赤松 路子（兵庫県薬剤師会会長）
石井 敏樹（兵庫県精神科病院協会会長）
大森 綾子（兵庫県看護協会会長）
岡本 英樹（兵庫県町村会理事）
小澤 孝好（兵庫県医師会副会長）
守殿 貞夫（兵庫県病院協会会長）
北野 美智子（兵庫県連合婦人会会長）
小澤 修一（神戸赤十字病院院長）
西尾 久英（神戸大学大学院医学研究科教授）
丸尾 猛（県立こども病院院長）
村上 英夫（兵庫県歯科医師会副会長）
欠席委員：杉村 和朗（神戸大学医学部附属病院院長）
中西 憲司（兵庫医科大学学長）
豆田 正明（兵庫県市長会理事）

次 第

1 開 会

2 兵庫県健康福祉部健康局長あいさつ

3 議 事

（1）部会長・副部会長の選出について

部会長に小澤孝好委員、副部会長に守殿貞夫委員が選出された。

（2）兵庫県保健医療計画の改定について

資料に基づき事務局から説明を行った。

< 質疑応答 >

資料 1 兵庫県保健医療計画の改定の概要について

委 員： 「2 改定の視点」(3)に『地域医療活性化センターの整備』とあるが、具体化しているのか。

事務局： 地域医療活性化センターについては、平成 23 年度地域医療再生計画の基金を活用し、神戸大学近辺、衛生研究所の隣に埋蔵文化財研究所を解体して建設予定であり、現在設計中である。同センターの主な機能としては、研修施設をそこに建設し、各地域の医師、看護師をはじめとした医療人材の育成及びブラッシュアップのための様々なプログラムを実施することと、若い人材を同施設に集め、地域医

療に従事する人材を育成する仕組みを構築するため、各大学、医師会、各公立病院、県立病院等の関係者で議論する運営協議会の立ち上げなどを進めている。

委員：先般神戸大学の資料の中にこの『地域医療活性化センター』の文言があったが、それまで存じていなかったのではお伺いした次第であった。

資料5 疾病・事業ごとの圏域の設定について

委員：最初の頁の「2 疾病又は事業ごとの圏域の設定について」において、2次救急医療圏域は13圏域で、『2次救急医療圏域において病院群輪番制の整備』といった記載されているが、A3版の参考資料では、救急医療について黒い太枠で3次ブロックの構成地域を囲んでいるためかもしれないが、病院名が記載されていない。これは3次ブロックの構成地域であるから病院名を記載していないのかとも思ったが、単に抜けているのか。

事務局：ご指摘の件については抜けているだけである。救急医療に関しては、3次救急ブロックの中心となるのは救命救急センターである。現在、全県で救命救急センターは7ヶ所、それに加えて、3次的救急医療を行う病院が今3ヶ所ある。これらの医療機関に合わせて、現在7圏域のブロックを構成している。神戸圏域においては神戸市立医療センター中央市民病院、阪神南・阪神北圏域（阪神圏域）に関しては兵庫医科大学と県立西宮病院、東播磨・北播磨圏域（東播磨圏域）に関しては県立加古川医療センター、中播磨・西播磨圏域（西播磨圏域）に関しては、姫路循環器病センターが救命救急センターに指定されている。中播磨・西播磨圏域については、製鉄記念広畑病院が新たに指定される予定である。但馬圏域に関しては公立豊岡病院、丹波圏域に関しては、実は救命救急センターがないため、県立柏原病院において3次的な役割を担うということで、平成20年度に計画をさせていただいたが、未だ立ち直っていない状態で、課題の残るところである。淡路圏域に関しては、今度県立淡路病院を救命救急センターに指定する方向であるので、参考資料の太枠に関しては、救命救急センターのブロックと考えていただけたらと思う。

委員：私が気になったのは、小児救急医療や周産期医療の欄に県立こども病院がこの参考資料に記載されていない。これは2次保健医療圏域についての資料ということで、県立こども病院は3次救急医療に対応している病院だから外されているのか。

事務局：参考資料に記載されてあるのは、これは平面図だけであり、非常に中途半端な内容であるが、小児救急を含む小児医療に関しては、2段構えで考えており、ここに記載しているのは、小児科に専門医がおり、ある程度重症患者の受け入れや入院治療の対応を行う病院についてブロックごとに分けて記載している。また、

全県的な位置付けとして、県立こども病院と2つの大学病院に関しては、小児科だけではなく、整形外科、脳外科といったあらゆる小児科の疾患に対応できる専門の医師がおられるので、小児の中核病院ということで、全く別な位置付けとなっている。そのため、この記載の上に、立体的に書けば県立こども病院と2つの大学病院の3病院が位置付けられている、ということでお考えいただけたらと思う。

委員：説明のとおり考えるが、少し統一性が取れていない。例えば、神戸大学医学部附属病院は周産期医療のところでは入っているが、小児救急医療のところでは出していない。参考資料の中の整合性について、どのような目線で作られているのかが分かりにくかったので質問させていただいた。

事務局：保健医療計画では分かり易いように記載させていただきたいと思う。

資料6 - 1 精神疾患の計画への記載について（素案）

資料6 - 2 在宅医療の計画への記載について（素案）

委員：精神科救急医療の問題であるが、資料6 - 1の8頁に記載されている課題で『(3)精神科初期救急医療体制の対応時間や場所が限られており、その拡充が求められている』それから、『(4)一般科(身体科)救急医療と精神科救急医療の連携がシステムとして機能するように体制をさらに充実させていく必要がある』それから『(5)身体合併症、児童・思春期、アルコール・薬物依存等、専門的な精神科医療を提供する医療機関の数が少なく、充実が求められている』とあるが、その対応として、11頁の「精神科救急・身体合併症」のA~ウで、身体疾患を合併した精神科救急患者に対応する医療機関ということで記載されているが、これが実際にどれだけあるかが問題である。2次救急でも3次救急でも、大体精神科の患者は入院がなかなかできず、例えば自殺未遂という場合でも、いわゆる自傷行為といった身体傷害が加わる。そうした患者の全ては、一般病院に搬送されるが、その後の受け皿がない。それに、精神科病院に相談しても対応してもらえない。精神科救急の医療情報センターも一般病院からの問い合わせは受け付けない。こうした実態が2次救急病院輪番群や、メディカルコントロールにおいても問題となっており、様々な協議会等は開催されているが、13頁の(2)医療対策のAのところ、『(エ)身体合併症を有する患者の治療を行う医療体制の整備を図る』と記載されているが、実際にはこれがない。一般病院においても、精神科病棟を有する病院が減少しており、殆ど神戸大学医学部附属病院ぐらいしかない状態である。神戸市立医療センター中央市民病院でも病床が減り、もう殆ど受け入れていないし、県立光風病院も身体疾患を有する患者は殆ど受け入れていない。こうした中で実際どうしたらいいのかと思う。計画で書かれていることと、実際に行われていることとは違っており、むしろ減っている。「必要である」と記載しておきながら、そういう病院が減り、精神科病院でも対応する、といいなが

ら出来ていない。具体的には、むしろ悪化しているということ、計画の中で課題として残しておくべきである。

委員：委員のご意見のとおりで、目標についても入院に関するもののみで、身体合併症や精神科救急といった内容がないことに非常に違和感がある。重要な問題だと思うので、対応について考えていただきたい。確かに総合病院の精神科も次々に減少しており、資料を見ると、精神科を標榜している総合病院は結構あるようだが、入院等の対応に関しては、難しいという病院も多いのではないかと思う。今後医療体制を整備する上では、こうした課題を踏まえ、計画においても目標等を設定すべきである。

委員：資料6-1の精神疾患対策と、資料6-2の在宅医療についてである。精神疾患対策において、資料6-1の1頁に認知症高齢者数が増加しているということが現状として挙げられ、課題や推進方策として「認知症支援体制の整備」ということが位置づけられている。しかしながら、高齢者の認知症は、地域で見るという視点から、在宅医療にも位置づけるべきではないかと思うので、ぜひ資料6-2の在宅医療についても、認知症支援体制について記載していただきたい。それから、資料6-1の13頁で、『認知症のサポート医の養成』について記載されているが、現在厚生労働省では、「認知症認定看護師」も位置づけていると思う。専門的に認知症について学ぶ看護師が、全国で262名、兵庫県内でもかなりの数があるので、こうした看護師の育成・活用についてぜひ位置づけていただきたい。

また、資料6-2の2頁の主な指標で、訪問看護事業所数が444施設であるとの説明があった。これは、みなし指定により診療所等において訪問看護を実施する数も入っているのではないかと思うが、実際の訪問看護ステーション数は377施設であり、その内、270施設が訪問看護ステーション連絡協議会に入っている。みなし指定分も含めて位置づけるのかということも含め、明確にしておくべきである。

委員：訪問看護事業所数については、事務局で確認をお願いします。

先ほど委員からご意見のあった認知症について、精神疾患対策に入れるのか、それとも在宅医療に位置づけるかどうかについてご意見を伺いたい。5疾病5事業において、認知症を精神疾患の中に位置づけることについては厚生労働省が示しているのか。現場としては、在宅医療の中に位置づけることが現実的であるのか、それとも両方に入れることが望ましいのか。

委員：認知症といっても症状は様々である。精神科医師の立場からすれば、認知症は脳の疾患であると考えている。ただ、「精神科＝入院」という発想には誤解がある。認知症の中には、物忘れの症状だけで、自宅で生活しながら認知症状を改善していける患者もいる。精神科医療において問題となる認知症は、徘徊、暴行や不潔

行為といった問題行動のある BPSD の患者についてであると思う。このような患者は、在宅での対応というのは難しいと思う。そうした患者が精神科病院等で必要な治療を行った上で、在宅で再び生活できるようになることが最も望ましいが、退院後にどう対応していくかについては、精神科病院だけで対応することは難しく、介護老人保健施設や特別養護老人ホームといった介護施設、また在宅のかかりつけ医などを含めて、総合的に考えなければならない。

委員 : 保健医療計画のスキームの中で、精神医療対策に認知症に関する部分を入れるのか、それとも在宅医療の方に入れるのか。あるいは両方という考え方もあるが、数値目標の設定等についても関係してくるので、検討が必要ではないかと思う。厚生労働省からはどのように指示されているのか。

事務局 : 国の医療計画作成指針では、精神疾患の中に認知症を位置づけるという方向性が示されている。

委員 : 国の医療計画作成指針において、在宅医療の中では認知症についてはどのように記載されているのか。

事務局 : 在宅医療においては、認知症の支援体制について詳細には出ていない。国の指針では精神疾患で位置付けられている。

委員 : **しかしながら**現実には違う。私の友人にもいるが、精神疾患で入院して、気の毒なほど自分を失ってしまう場合がある。自宅で生活できれば、もっと自分らしい生き方ができていた者が、入院をきっかけに自分らしさを失うことが現実ではないかと考えたときに、認知症の体制については、精神疾患と在宅医療の両方にまたがって計画を作成した方が県民にとって望ましい姿なのではないかと思う。現実を踏まえ、兵庫県からそうした体制を発信してほしい。

委員 : 両方に記載するという対応は可能なのか。

事務局 : 国からは作成指針が示されているが、地域の実情を大事にするということを基本としている。ご指摘の点については、今後詳細を把握し、ご意見をいただきながら検討していく必要がある。両方に記載するということになれば、おそらくそれぞれの項目で具体的にどこに力点を置くのかを検討し、全体の記載のバランスをとった上で、計画に記載することになるので、検討させていただきたい。

委員 : 在宅医療に関しては、認知症の対応をなくしてはありえないと思う。

委員 : 先ほどの意見の補足になるが、認知症で精神科治療を受ける患者は、かなり重

症の方が多く、軽度の方は最初に受診に来て、その後は在宅で対応できることが多い。特に地方では、受診後、在宅での対応が可能となっている。しかしながら、入院治療が必要なのは、在宅での生活が無理な症状の場合である。施設でも対応が無理な方は在宅では当然無理である。症状にも段階的なものがあり、認知症そのものは悪化しても、在宅で対応することも可能である。目標の中に、「認知症患者の2ヶ月以内の退院」という項目があるが、退院後の対応として、介護施設、在宅といった部分が重要な要素となる。精神科病院だけ努力して改善するものではないと思う。実際、我々の精神科病院でも、退院できるまでに症状が回復しても、介護施設で受け入れてもらえないことがある。そうした患者が在宅で生活すると、家族が仕事を辞め、四六時中見守りが必要となるが、現実それも困難で、結果的に長期入院になる例がある。病院だけではなく、介護施設やかかりつけ医の先生方と連携していかなければ解決できないと思う。

委員：精神科医療については素人であるので詳細は分かりかねるが、重度の認知症患者であれば、自身が認知症であるという認識すらしないような存在になり、何も気にならないかもしれないが、初期の認知症の場合、どうしても精神科への受診を躊躇する患者もいるのではないかと思う。一般病院・診療所では物忘れ外来を実施しているところもあるので、初期症状の段階であればそのような専門外来を受診しながら、在宅医療で対応していくという方法もある。そういう意味で、物忘れ外来を積極的に推進していくということも必要ではないかと思う。

様々な計画が策定されているが、実際のところ、県が全て一から指導して、新しい病院を作るようなことは不可能であるので、その殆どが既存の施設の中でどう計画を立てていくのかという問題になる。県立病院については県において整備・運営についても力を入れているし、その他の施設についても、関係者の自助努力により完成していくものである。精神疾患については患者数が増加している中で、今回新たに厚生労働省の指導の下、県において計画をまとめていくことになり、本日出された素案は未だ検討段階であると思うが、ひとつひとつ取り上げて、細かいことを言えばきりが無い。そこで、今後整備予定の県立尼崎・塚口統合病院や県立淡路病院等も含めて、既存のものを有機的に使うという視点で、余分な内容を盛り込むべきではないと思う。例えば、北播磨圏域の医療資源に課題があるといっても、だからといって直ちに大きな医療施設を作るようなことはできないので、それであれば、交通網の整備により、短時間で姫路市など近隣医療機関に出来る限り早く行けるようにする、といったようなことを将来的には盛り込んで取り組んでいくべきではないかと思う。医療圏が設定されていても、県民は情報や知識もあるので行きたい医療機関へ行く。県民が行きたい医療機関に行けるような交通網の整備が今後必要ではないかと思う。

委員：委員からご意見のあった資料6-1の13頁に記載されている身体合併症を有する患者の治療を行う医療体制の整備を図ることについては、メディカルコントロール

協議会でいつも議題になり、2次救急の現場では、非常に困っている。極論を言えば、身体合併症の患者の対応においては、2次救急医療の現場に警察官を毎日配置してほしいという要望があるほどの危険性がある状況である。まず、この点について事務局からご説明をお願いしたい。

事務局 : 私どもも重要な課題であると非常に認識しており、計画にも挙げさせていただいている。推進方策については13頁に、現段階では素案としてこのように記載しているが、従前から多くのご指摘いただいている課題である。そこで先般より、精神科と一般科の医師の間で、身体合併症患者の救急対応に関する意見交換を行う場を設け、医師会、精神科病院協会、3次救急及び2次救急医療及び大学病院の関係者のご参画をいただき、あり方について今まさに検討しようとしている。このあり方についての検討を踏まえ、今後推進方策についても出来る限り充実した形で、記載をしたいと思っているので、今後もご意見をいただきたい。

委員 : 身体合併症患者の救急に対して、本県でも参考になるような何らかの先進的な取り組みをしている都道府県はあるのか。

事務局 : 総合病院等を身体合併症患者に対応する病院として位置づけているところもある。

委員 : そうした病院では、具体的にどう対応しているのか。身体合併症患者を一人引き受けたら、全ての患者を当該病院が受け入れなければならないという話も聞いたことがある。医師や看護師が被害を受けたり、場合によっては命の危険もある。そこで警察官を配置してほしいといった要望もあるので、実際に対応をされている病院では、例えば警備員を配置しているとか、具体的な対応についてまたご報告いただきたい。

事務局 : また検討させていただく。

委員 : 次に、医療計画の中に認知症の支援体制についてぜひ兵庫県からの発信として、在宅医療の方にも盛り込むべきであるという委員からのご意見について、複数の委員からご意見があった。ご意見を聞いて、認知症といっても単に物忘れであったり、症状にも様々なレベルがあるので、国からは精神疾患において挙げられていても、現場の実情としては在宅医療での対応が重要である。これは地域、兵庫県の実情ではなく全国おしなべての実情であると思う。現場の実情を踏まえ、兵庫県からの発信としてぜひ入れていただきたいということを強調させていただく。

委員 : 非常に力強いご意見であった。事務局においてご検討をよろしくをお願いしたい。

委員 : 少子高齢化という我が国の現状は今後も止まらない。65歳以上の高齢者が現在25%であるが、今後も増加すると思う。こうした中であって、介護施設等を整備するために必要な税金を納める年齢層が減少するにも関わらず、当該施設を必要とする高齢者が増加することになる。家庭においても、介護する家族は生活費を稼ぐために働かなければならない。その間、介護サービスを利用することになるが、一部は利用者が費用を負担するとともに、残りの費用は国や県、市が助成している。しかしながら、家庭で介護する者に対して何らかの手当するような制度が必要である。介護する家族がフルタイムで勤務した場合の報酬には満たなくても、将来的にはそうした方向性になるのではないかと思う。現在の社会情勢にあっては、まずは家族を、次に地域を復活させ、最後に公助という体系が重要である。地域といっても、数千人単位を十把一絡げで一緒にでは成り立たないので、「向こう三軒両隣」による地域の復活が必要である。これは生活審議会、福祉委員会や子どもの未来会議等の他の審議会においても意見させていただき、政策体系を一貫してこの順番に変えていただいた。これは近い将来、早急に対応しなければ、税金等で賄えない事態になると思う。そのため、先ほどの委員からの意見は、認知症に限らず、より広く、全体的にも重要な視点であると思う。介護が必要な高齢者が増加する中で、誰が介護をするべきであるのか考えたときに、施設をどんどん増やせる訳ではないし、施設を増やしたとしても、施設で介護をする人材が必要である。それであれば、働きに行く代わりに、家族を家庭で介護するという生活体系を推奨し、政策的に県として取り組んでいただけたらと思う。県においてなかなか難しいということは理解しているし、夢かも分からないが、今後国全体としてそうした傾向になるのではないかと思うので、よろしく願いたい。

委員 : 先ほどの委員からの意見に関連するが、資料6-2の4頁「めざすべき在宅医療の体制」の図で、「日常の療養支援」の医療機能の中に『家族への支援』とあるが、これは委員の意見に対応するものなのか。

事務局 : ここでいう『家族への支援』は、在宅で日常生活を送れるように、関係医療機関の相談体制を整備するといったような趣旨である。

委員 : 仕事を一時休んで介護をした場合に、当該介護者に対する手当を給付することにより、自宅療養ができるように家族を支援するといった意味ではないということか。

事務局 : そこまでは意図しているところではない。

委員 : 療養型医療施設の入院患者は、自宅療養できる家族構成になっていないため、同施設への入院をやむない状態となる。今後核家族化が進めば、将来的には、実

質自宅療養がますます不可能になる。こうした課題について、もう少し現実的な例として記載いただけたらと思う。

事務局 : また検討させていただく。

委員 : 各委員から大変貴重な意見が出たが、この計画の市町、関係団体への照会及びパブリック・コメントは来年の1月ということで、非常に短期間となる。できれば部会前に事前に委員に対してご説明をいただき、円滑に部会を進められるようにしていただけるとありがたい。

参考資料1 5 疾病5 事業及び在宅医療に係る指標一覧

参考資料2 指標データ一覧

委員 : 参考資料の一覧にある指標から、PDCAサイクルに係る指標を選ぶことになるのか。

事務局 : 参考資料1に記載されている一覧が今回国から示された指標である。一覧のうち、『 』が必須指標、『 』が推奨指標であり、これらの指標については医療計画に位置付けることとされている。指標について分析したものが参考資料2である。これらの指標を全て計画に記載することとなると、構成上、非常に膨大になる。そのため、本日素案を示した精神疾患対策と在宅医療に記載してありとあり、指標の中でも主な指標を選択し、本文に掲載し、その他については、参考資料という扱いで掲載する方針で検討している。

委員 : PDCAサイクルに係る指標を選択するに当たってのインジゲーターとして、選択権は各都道府県にあるということなのか。全国共通ということなので、モディファイはできないとは思いますが、あまり無理のない指標を選択し、評価する段階で困るというようなことがないようにしていただきたい。8020運動に係る計画ではそうした指標があり、当該部会委員から指摘があったという例もあったので、よろしく願いたい。

4 報告事項

兵庫県保健医療計画への医療機関等への記載（更新）について
資料に基づき事務局から説明を行った。

5 その他

< 意見等 >

委員 : 本配布された現行計画の冊子について、先ほど事務局から終了後回収する旨説明があったが、県のホームページからダウンロードも可能であるので適宜ご利用

用いただきたい。ダウンロードできない場合は事務局に相談して入手いただけらと思う。

事務局 : 閉会前に事務局より一言申し上げる。本日は、非常に短時間の中で、膨大な資料により説明させていただき、申し訳なく思っている。先ほどの部会長からのご指摘についても十分受けとめさせていただいている。しかしながら、当計画の改定は膨大な作業となる。本日説明させていただいた精神疾患と在宅医療素案については、次期計画において新たに追加されるということで、未だ生煮えの状態ではあるが、先生方のご意見を頂戴したく、本日あえて審議をお願いしたところである。その結果、多くのご意見をいただき、私どもとしても目から鱗といった内容もあった。本日のご意見と元々ベースとしてある計画を踏まえながら、国から示された項目及び特に地域として目指すべき内容について、後から客観的に評価可能な項目を中心に、県民の皆さん、そして医療機関としての方向性を示すものにしていきたいと考えている。ご承知のとおり、限られた資源の中にあってはできないことも多い。そうした中であって、資料として示し、計画としてとりまとめていくことが我々の責務だと思っているので、各委員におかれては、今後ご多忙中、ご相談差し上げることもあるかと思うが、ご協力をお願いしたい。