

第5回医療審議会保健医療計画部会 議事要旨

日 時：平成19年10月30日（火） 10：30～12：00

場 所：ひょうご女性交流館 3階301会議室

出席委員：山中 弘光（兵庫県医師会副会長）
中村 肇（兵庫県病院協会会長）
吉田 耕造（兵庫県私立病院協会会長）
坪井 新一（兵庫県歯科医師会常務理事）
足立 理秋（兵庫県町村会会長）
大森 綏子（兵庫県看護協会会長）
石井 昇（神戸大学大学院医学系研究科教授）
梅谷 健彦（社健康福祉事務所長）
石川 雄一（神戸大学医学部教授）
西尾 久英（神戸大学大学院医学系研究科教授）
欠席委員：東 和夫（兵庫県薬剤師会会長）
太田 正幸（兵庫県精神科病院協会顧問）
柴生 進（兵庫県市長会前副会長）

次 第

1 開会

2 兵庫県健康生活部長あいさつ

3 議事

（1）

資料に基づき事務局から説明を行った。

質疑応答

4 疾病5事業について

委 員：へき地医療の概念はどのようなものなのか。へき地として認められない地域でも、医療資源が乏しく、例えば医師が確保しにくいという問題がある地域もある。へき地という概念を広くとって対策を講じていただきたいが、どのように考えているか。

事務局：へき地に関しては、離島等のへき地六法を原則として考えているが、今回の医療計画の中には5事業の中の一つとして、へき地医療というのが医療システムとして構築をするということで、この部分についても、へき地の医療拠点病院を含めて、それぞれの医療機能調査の上で記載をしていきたい。

従って、全県を網羅する形で、圏域単位で基本的には考えていきたいと思っている。

委員：結局、実際のへき地と医療過疎地という問題があると思うので、へき地でなくても特殊な医療の過疎地というものが、かなり兵庫県で問題になるのではないかと思う。

委員：計画の推進については、実は、多くの課題で二次医療圏だけでは話が完結しないということが、如実に出てきており、圏域を越えた連絡会等を、もっと活発にしていける必要があると思うので、そういう場を設けていただきたい。

事務局：圏域を越えた、あるいはそれぞれの圏域が連携した検討体制のことについては、今回、4 疾病 5 事業で特に言われているが、従来の二次医療圏域にこだわらず、弾力的で現実に即した連携体制を作っていくということが、一つの大きなテーマになっている。それを実現させるためには、今、二次医療圏域ごとに圏域健康福祉推進協議会で議論していただいているが、その協議会を合同で開催するなどということが、現実問題として必要になってくると思われる。それは、4 疾病 5 事業にこだわらず、それ以外の分野においても、地域で考えていく時に、それぞれ弾力的な枠組みでもって検討できる仕組みを作っていかなければ本当に実現できないと思っている。具体的にはこれからの話になるが、いろいろな枠組みについて考えていきたい。

委員：産科（周産期）の初期救急については、これまでは産科の診療所と病院との病診連携を中心にしたシステム作りを行ってきた。ところが最近、妊娠しているかどうかわからない、あるいは一回も受診したことがない妊婦が、救急隊に運ばれてどこへ行ったら良いかわからない、という事態が起きており、この一つが最近の奈良の事例ではないかと思われる。そういった意味で、産科の初期救急をそろそろ位置付けておかないと、救急隊との連携をどういうネットワークで行うかという事が、今のところ全くない。それを従来の周産期のシステムの中で実施するなら、見直しも必要になってくると思うので、そのことについて付け加えていただきたい。

委員：反論するわけではないが、今委員の言われた産科の初期救急という概念が、少しわかりにくいのではないかと思う。

かかりつけ医がいるのが普通だが、社会の変化の中で、奈良のような事例が生じているだけである。現在、救急本来そのものの初期、二次、三次、という概念も、これから先いけるかどうか、別の課題がある中で、そこに改めて産科について初期を作るとするのは、非常に複雑になるだけで、よくないのではないか。それよりも、産科医等が減少しているという中でシステム構築を考えるべきであって、診療所と病院の連携などを考えるべきではないかと思われる。

実際、今までであれば基本的に、診療所等でお産をしていたが、それが減ってきてい

るという実態の中で課題が別の面から出ている、と私は捉えており、改めて産科まで初期・二次・三次という体制を作ると救急隊に対して非常に混乱を招くであろう、と思われる。どういう条件があったとしても、救助隊の能力が上がっていけば適切な病院選択ということが基本的にはできるであろう。

ただ、今の課題は、受け入れる医療機関の側に問題が出てきているので、むしろ、受け入れる体制をどういう形で作るか、その地域であれば絶対ここで受けられる、そこが駄目だったら先程の二次医療圏域を越えた中での連携で受け入れる という体制を作っていく方が良いのではないかと、という意見を持っている。

委員：現場では今、未検診妊娠者の問題が実際に起きている。

何が原因かという、貧困、つまりお金がないから受診していないということである。また、受け入れる現場で今、非常に困っていることは、感染である。エイズを持っているかもしれないなど、いろいろな感染の問題があり、受け入れ可能でも、医療者自体の感染も然りだが、他の妊婦への感染ということを考えて時に、非常に怖いと現場では言っている。救急を受け入れる体制の整備ということも一つは要るだろうが、母子保健の範疇になるかと思うが、妊娠したら必ずどこかに受診する、という仕組み作りをどこでやっていったらよいかということ、現場で働いている者としては不安に思っている。

事務局：ご指摘のあった産科の救急についての方向性だが、昨今、新聞紙上で搬送に関して、医療機関側が対応不可能であるという現実を踏まえて「拒否」という表現をしたり、約2時間も当該病院に収容するまでかかったということが報道されている。

そういう意味から言うと、今回の計画の中でも、ある一定の扱いをする必要があると考えている。

ただ、初期救急という表現をされたが、未受診の方について、未受診で妊娠しているかどうかということがまず始めの分岐点になるので、陣痛なのか腹痛なのか、あるいは性器出血がある場合にどういう扱いをするのかは、救急の問題と関連したところがある。

救急医療機関を受診した上で、妊娠が確定して、それから後、それに対応するのにどこへ搬送するのかというのは、病院間の連携になると思われる。そういう意味では、周産期医療システムと救急医療情報システムが連携するような形で解決したいと思っている。

委員：病院名は、原則的に公表するということが、現在の医療機能類型案に基づき病院名を二次医療圏域単位で記載すると、0という圏域があり、そこに住んでいる人たちは、「自分たちは一体どのように医療を受けたら良いのか」という心配が出てくると思う。疾病・事業ごとに柔軟に圏域を設定するのであれば、2次医療圏域のまま表に出すのはいけないと思う。

現実としては、0が急に1になるとは考えられないし、基準を下げるか、区域を広げ

るか、そのどちらかなので、考慮していただきたい。

事務局 : 4 疾病 5 事業について、基本的に圏域を越えて、実態に応じた弾力的な対応というのが、一つの大きなテーマになっている。疾病・事業ごとに連携する圏域、また、圏域ごとにそれぞれの機能を持つ医療機関名を明示し、位置付ける。
また、県民に公表する際には、県民から見てもわかりやすい説明をすることが非常に重要だと考えている。

委員 : 実際に、脳卒中とか急性心筋梗塞の場合、一定時間内に兵庫県内のあらゆる地域の人が行ける体制はできるのか。
県民の方々が心配しておられるのは、「我々はここに住んでいるが、急性心筋梗塞を起こしたら行ける病院あるのか？」とか「脳卒中を起こしたら間に合う時間内に行ける病院があるのか？」ということであり、そういう事を具体的に「この地域の方は、ここここに、行くところがある」ということを示してあげるのが一番だと思う。

事務局 : おっしゃるとおりで、具体的には約 1 時間という搬送時間 アクセスの時間を想定している。さらに具体的に言うと、県北西部については、むしろ鳥取中央病院の方が近い場合がある。あるいは丹波についても、福知山の方が近いという実態もある。隣接圏域は、県内だけではなく、県外の隣接圏域も含めて、1 時間程度のアクセス時間という方向で検討したい、というふうに考えている。

委員 : アクセスの時間がやはり大事だと思う。圏域というのは行政の都合で分けているのであって、日本は例えばアメリカに比べると非常に狭いし、細かく切ってしまうよりは、もう少しざくっとした形で切って、例えば、 地域の人たちにはこういう病院がある、という提示の方がいいと思う。
圏域をもう少し大きな範囲で示し、ここだとこういう病院がある、という示し方が良いと思う。
兵庫県という範囲の考え方ではなくて、鳥取県や京都府など、丹波のように京都の福知山の方が近いということもあるので、もう少し他府県とも協調した形でやっていく方が、そこに住んでおられる住民の方は安心されると思う。

事務局 : ご指摘のとおりで、とにかく住民の方々が不安にならないようにというのが、非常に大きな要素だと思っている。
ただ、今議論いただいている圏域については、保健医療計画の中に、「二次医療圏を弾力的に」という命題があるので、検討の段階では、こういう形で表現するしかないので二次医療圏域単位で記載させていただいているが、県民の方々にお示しする折には、「ここは無い」というようなことがないようにしていきたいと思っている。

委員 : 現実として、丹波地域の住民は福知山に行っており、鳥取の近辺では鳥取に行ってい

る。

ただ問題は、脳梗塞にせよ、急性心筋梗塞にせよ、急性期の状態で救急搬送されるが、医療の病院前という状況の中の協定が実際にいるのかいないのか、最近はその辺が少しずつ緩くはなっているが、京都府や鳥取県など他府県でも、医療計画を作っていくときに関係してくると思うので、その調整をどのようにやるか、事務局サイドとして基本的に検討していただいたら良いのではないかな、と思っている。

結局、脳梗塞や心筋梗塞ということになれば、基本的には救急搬送も関わってくる。特に、新しくできた血栓溶解の t-PA などは明確にしておかないと、病院は確保できている、そこへ行く手段云々を加味して考えなければならない。

今回せっかくデータを取っていただいたが、救急に関して、データの的には、診療科ごとの対応が地域別に書いてあるだけであって、救急に専従する医師がどれだけいるのかなどのデータがいると思う。そういうデータなしで計画案を書いても、多分意味はなさないであろう。

また、脳梗塞・急性心筋梗塞というのは、いわゆる救急医療の範疇に含まれるので、そこを含めた中で今回、一部その 4 疾病 5 事業というところを見直すのであれば、そこを入れていかないと、全然意味をなさないのではないかな。いわゆる周産期とか小児救急とかいう話だけの一部を取り上げて、一番一般的な救急の流れのベースラインがしっかりしなければ、専門診療科との連携ということが、むしろ出来ない。

データを整理していただいて、その中で、こういう点が欠けている、欠けていることに対してどのように補完していくのか、将来に向けてどうしていくのかということがなければいけないと思う。

昨年度に作った計画の一部の見直しだという事だが、実際に医師不足による偏在化というのが起こっている点の分析だけは、きちんとしておいた方が良いと思う。

事務局 : ご指摘の点は、救急セクションとこれからよく詰めて議論をしていきたいと思う。

委員 : 資料には、三次救急・二次救急のことが書いてあるが、一番大切なのは初期救急だと思う。

今、神戸で一番困っているのは、初期救急が無いことで、そのために、二次救急が初期救急の 85%まで引き受けている。二次として役に立つのは、15%しかない。初期救急に妨げられて、二次救急医療が成り立たない現実がある。それさえしっかりしたら、体制が整うが。二次救急システムが今、初期救急がないために、崩れつつある。そういうところも、もう一度検討していただきたい。

委員 : 少し細かいことだが、資料で脳卒中の回復期に多くの病院があがっているが、これは回復期も維持期も、入り混じっている。

こんなに多くの回復期の病院は無い。維持期のリハビリをしている病院が含まれており、脳卒中の回復期のリハビリをしている病院は、この中で数えるほどしかない。そこを少し区別してもらいたい。

委員 : アンケート調査なので、あくまでも「回復期リハをやっている」と言えば、入ってしまうということである。今回の調査データを、実際にどう評価するかが、非常に難しい。

公表していいものと公表できないものも一部あるかもわからない。公表するときに、先の話だが、それぞれの病院の了解などを取らないといけないのではないか。「できます」と言っていた病院が、突然出来ないということになれば大変な話になると思う。

委員 : 特にこのことについてきちっとする場合、急性期とか、資料に候補病院の選定方法について、「国が示した指針」と「兵庫県での基準案」というのを書いているが、これでしっかり選んだのだと反論が無いように、専門の所で了解を取っておいてもらわないと、後で「何故うちが含まれていないのか？」というような意見が必ず出てくる。また、自主申告であれば、いくら勝手に「できる」と言っても、本当にできるのかという心配もあるので、その点、地域の医師会や専門の委員会の意見を伺って、そこが本当に可能か、確かめておく必要があると思われる。

事務局 : データについては、先程ご指摘されたように、アンケートで丸が付いた項目、回答のあった項目を、まず機械的に積み上げた。

この後、それぞれ各圏域で地域の医師会の先生方も入っていただいている協議会、圏域健康福祉推進協議会で、具体的に、一つ一つの病院の機能について、検討を加えていただいた上で、最終的な形としての整理をするという方法を取っていきたいと考えている。

11月から12月の頭ぐらいにかけて、各圏域での検討をしていただこうとスケジュール的には考えている。

今回のアンケート調査の中で、「これは保健医療計画に書くことがあります」ということで、各病院についての了解は、基本的には得ている。しかしながら、最終どうするかについて、必要な部分について検討しなければならないが、公表する際には、再確認あるいは了解という手続きを取ることも必要だと現在考えている。

委員 : 資料の「計画における医療機能、個別医療機関の明示方針」で、救急医療に関しては「救命救急センター、休日夜間急患センターの名称を計画に記載」とされている。計画素案を見ると、救命救急センター等として、救命救急センターの5ヶ所と、県立柏原病院、県立淡路病院が記載されているが、神戸大学附属病院も、この中には当然入って然るべきだと思うが、今回のデータも含めその辺についてご検討いただいて、計画の中に入れていただいた方が良いと思う。

というのは、神戸地域としては、基本的に大学病院は、三次的救急医療機関として位置付けされているので、「救命救急センター等」と書いてあるので、いかがと意見を出させていただいた。

事務局 : 一応、救命救急センターというのは、国の指定を受けた三次のものを基本にしているが、神戸大学附属病院の取り扱いについては、少し協議させていただく。

医療法に基づく医療機能の情報公開について

委員 : 保健医療情報システムの医療機関の医療機能の情報公表、ということだが、これはある程度、考えも進んできているか。

事務局 : これは医療法の改正に基づき、医療機関が診療情報も含め、54項目を開示し、それを県が集めて、県民の皆さん方に開示をするものである。

今の考え方は、今年度は基本情報、つまり所在地・診療科目等の基本情報の9項目を、今年度中に開示するというので、現在、広域災害救急医療情報システムの中に組み込む形で、システム開発を行っている段階である。

併せて、各医療機関に対して、その基本情報の収集の依頼をする方向で今、調整をしている状況である。

委員 : 非常に項目が多い。申し出になると、言いたい者は言いつ放しで、いっぱい出してくる所と出してこない所がある。それと実際に、そういう情報だけ出されても、患者に本当に役に立つのか、ということがあるため、実際に、どう検索するか、また実際に役に立つような形で、それと客観的な情報が載るように、例えば、医療機関が自主的に申告する、となっているが、医師会かどこかを間において、本当に有用な客観的な情報を重点的にするというようなことを考えていただきたい。

委員 : 兵庫県の広域災害救急医療情報システムの中に、ということになると、一般の人も見られることは見られるが、一般県民には少し分かりにくい気がする。やはり県の医務課のホームページから入るか、今言われていたような医師会等の連携したところから入るべきだと思う。

たまたま今のシステムがあって、かなりの救急医療機関等が入っているから、良いといえば良いが、やはり今回、考えるべき医療情報の提供という観点からすれば、少しずれるのではないかと思うが。

事務局 : 全医療機関から情報を収集しないといけないが、その場合に当然、今の情報システムに加入していない医療機関もあるから、紙ベースも含めて、まずは情報収集をする。そして、その収集した情報を、どういう形で県民に提供するのか。その方法を考えた場合、今の情報システムを活用して、県民の方がインターネットを介入する形で、という方向が一番効率的で分かりやすいため、その方向で検討している。情報収集に当たっては、医師会にもご協力いただきたいので、よく相談のうえ進めていきたい。

委員 : 今、システムがあって、実際にやっていく場合の経費節減になる、という意味合いも含めてだろうが、医療提供全般の情報を出すのだから、場所はやはり違うところに設

定されないといけないと思う。

これは、情報のある程度選択的に提供できるものを作ろうという話であり、いろいろな情報を公表していくことになれば、その医療機関の機能評価まで本来は進めるためのワンステップだと思われるが、そこまでいなくても、最低ライン、この地域にこういう専門診療科とかこういう所があるというような情報提供であり、後は個々に、県民自身が自由にその医療機関とコンタクトした上で選択していくことになる。ワンステップとしては、最低ラインの情報提供だけでいいと思う。その次の段階では、病院・診療所等の機能の情報提供となるが、そこでは、医師会等との調整などを考えないといけないと思われ、基本的には情報を提供していくWEBサイトを、広域災害救急医療情報システムに持っていかない方がよいと思う。

事務局：今の議論の一つは、情報のエントリーがどこから入るかという問題である。

今、県のホームページを見てもらうと、いろんな入り方があり、広域災害救急医療情報システムは県のフロントページには出ていない。そのストラクチャというか、入り方の構造は変えるつもりである。また、今回のこの情報開示は、救急医療の医療機能も包含しているものである。

もう一つは、医師会との関係である。当然、ご協力いただき、リンクを貼る形になるかと思う。また、医師会だけでなく、県民の方が触れやすい情報のところに、どんなところに貼ればいいのか、とそういった意見はいただきたいと考えている。

精神医療について

委員：精神医療だが、光風病院を中心とした精神科救急体制については現在も稼働しておりイメージできるが、資料1の「主な内容・変更点」の「精神医療」に記載の「診療所の参画による精神科初期救急体制の整理検討について」は、どういう方向でどういう役割を精神科の診療所の先生方に担っていただけるのか、それとともに保健所の体制とどのように組み合わせていけるのか、ということが、少しわかりにくいので、もし可能であれば説明をいただきたい。

事務局：精神科救急医療体制については、資料に記載されているように、今年の10月から新体制がスタートしている。

これについては、17～18年度、2年間かけて新しい精神科救急医療システムについての検討を委員の先生方に行っていただき、今年の3月末に、今後の課題も含めて新しい精神科救急医療システムについて報告を頂戴している。

それに基づき、今回整備したのは、いわゆる自傷他害のある患者等についての救急の入院医療の必要な方である。初期に薬を調整して欲しいとか外来受診で安心をしたいという患者についての、いわゆる一次救急については未整備のまま、今回、新体制をとっている。

委員会の報告の中でも示されているが、これについては、たくさんの医療機関と先生方のご理解が必要であり、県下一体的に進めるためには診療所協会の先生にも是非ご

理解をいただきたい。委員である診療所協会長からも、「精力的にそうしていくべき」というご発言があり、病院協会は勿論だが診療所協会の先生方にもご理解いただいた整備検討が必要である。

具体的には今後のことだが、いわゆる退院促進にあたり、病院から出られた患者が、自傷他害があるほどではないが、身近に時間外に対応していただけると、退院促進の制度などをより利用しやすい、ということで、一次サービスを整えて一次・二次・三次を整備したい、と報告はまとめられている。

委員：精神科の救急というのは非常に特殊なものであり、それが退院促進とか病床削減ということで出てくると、一般の救急のところへ回ってこられた場合に、いろんな意味で問題が出てくると思うので、この点、充分に対策を考えていただきたい。

遠隔医療について

委員：遠隔医療という側面は、ここには全くうたわないのか。

例えば、ある郡部に住んでいる場合、一番に行くのは、この回復期リハをやっている病院になり、脳卒中であっても心筋梗塞であっても救急のところには行かない。そうなった時に、遠隔が出来ればそこで治療が可能になるのに、と思ったこともある。もう一つは、できれば市町村単位で、定期的に意見交換できる連絡会議みたいなものを持っておくと、例えばこういう患者は「まず 病院に行く。」などと決めて共通認識しておくことができる。住民の方は、非常に多くの情報を持っており、脳卒中でも3時間以内に治療することなどはご存じである。そうすると、どこに行けば良いのかということ、住民は非常に不安に思っている。

事務局：計画上にも遠隔医療について資料2の医療計画素案のP106に記載している。これまでも、旧五色町で遠隔の在宅医療のモデルを実施していただいているし、今後、がんセンターと県立柏原病院の間で、CT画像を遠隔地に転送して治療計画を作成するというのも、モデルとして実施しているところである。基本的には、広めていく方向で記載していきたいと考えている。

学校保健について

委員：学校保健のところ、変更の主な内容に、「児童生徒の生活習慣病に関するリスクファクターの現状を記載」とあるが、主として、やはり生活習慣病に特化してまとめていくのか。前段ではメンタルヘルスや性教育も入ってくると思うが、具体のところでは少しそこが薄いと思われる。

事務局：学校保健については教育委員会の所管部分との調整が必要となってくる分野だが、生活習慣病は今、非常に大きく言われているので、このような記載をさせていただいているが、これに特化する・限定するという趣旨ではない。

要約版を作る時に少し書きすぎている部分があるので、誤解のないようにしていきたい。

在宅医療、在宅ターミナルケアについて

委員：在宅ターミナルケアのところで、今後の推進方向として、「24時間体制で在宅での看取りが出来るチーム作り」と「県民に対する啓発」というのがある。天寿を全うされる場合「看取り」ということでいいと思うが、重要なことは「看取り」でいいということ、一般の人がそれで了承してくれるか、ということである。社会的なコンセンサスを充分にして、「看取りでいい」という社会的コンセンサスを何とか啓発していただきたい。

事務局：今、おっしゃったことが、これから在宅を進める上での、一番大きな課題になってくるのではないかと思う。
ただ、「在宅で」という意識があっても、それを実現できないような住環境があったり家族環境があったり、また、意識があると思う。意識の部分について、どれだけ理解を進めていくか、ということが、在宅ターミナルケアチームの仕組みを作るのと同じか、それ以上に必要なことだと思っている。
ただ、その施策として、どれだけ効果があるのかという議論もあるので、それらも含めて、新年度以降の施策として議論していきたい、と考えている。

委員：非常に難しい問題で、表現を誤ると「お年寄りには医療はいらない」という間違った受け取り方をされる場合もある。

委員：在宅ターミナルケアについては、普及しているところでは患者の希望に添うことができるが、郡部ほど難しいのではないかと思う。
というのは、やはり意識の問題で、患者様は「自分が住み慣れたところで」とおっしゃるが、周囲がそれを許さない。普及に関しては、家族や患者の意識の変革というのにも必要だが、地域に「そうなれば施設に入る」という意識が固定化しているような感じがあるので、周囲の自治会を通すとか婦人会を通すとか、そういうきめ細かな活動をしていく方がよい。また、在宅支援診療所のドクターの意識を変えていかないと難しい、と思う。
資料に在宅支援診療所の診療所名をホームページに明示する案が記載されているが、訪問看護ステーションの名前は入れられないだろうか。

事務局：まず、訪問看護ステーションの話だが、これは明示して駄目とかこれは良いとかいう話は全然無い。但し、そういう名前を公表することについて、了解を得るという手続きは、当然必要になってくるので、その辺の相談をさせてもらった上で、可能な限り、情報はホームページで公開させていただきたいと思っている。
それと在宅ターミナルケアの普及の話だが、非常に大変な作業や苦労があると思うの

で、ぜひとも力と知恵を貸していただきたい。

委員：先程、在宅医療やターミナルといった話が出てきたが、多分、福祉施設との関係が絡んでくるのでは、と思われる。それはここには書き入れるべきものではないかもしれないが、先程の看取りという話にも絡んでくるが、看取りの流れの中で、施設、在宅から現実には、救急搬送されてくる。施設・在宅関係の医療施設が、基本的には、24時間365日対応できないことから、救急医療と福祉との連携を課題として取り上げて、今後どのような流れに行くのか、もし取り上げるところがどこかにあれば記載してはどうかと思う。

もう一点、へき地医療の今後の推進方向で、「へき地拠点病院等の総合診療体制の推進による地域の病院への診療支援」とあるが、「総合診療体制」というのは、へき地において基本的に総合診療体制がなかなか現実的には取れないというところが一番大きな課題であろうと思われる。へき地医療の鍵は、そこでの救急医療の体制をどう確保するのかということで、ここへ付加されるべきだと思う。恐らく、その上の救急医療の項目で、ドクターヘリの導入を含めたヘリ搬送体制などが含まれているかと思うが、へき地医療の項目でもそういうところを強調した方が良い。

委員：福祉施設では医療関係者、具体的にはナースの採用が義務付けられており、そこで看取りをする、という方向に進んでいる。

だが、実態とすれば、まだまだ福祉施設のナースの力量が、そこまでスキルが高まっていないため、すぐに救急という形を取っている。施設でターミナルを出来るような形にするために、ナースのスキルアップが必要になってきている。

施設で出来る人材育成をしていった方が良いのか、それとも、割り切った方が良いのか、というところは少し考えねばならないと思われるが。

委員：在宅や施設で、最終的にターミナルになって病院へ運ぶ原因の一つに、主治医との連絡をきっちり行っていないと、警察へ届け出て、場合によっては行政解剖までいってしまうということがあり、非常にややこしく、問題になっている。

委員：プライマリケア機能をいかに高めていくかという問題についてどのようなお考えなのか、ということと、もう一つは、急性期のリハビリテーションを重視していくということだが、その連携というか、シームレスの患者の循環というのを、どのようにイメージしているのか、ということについて、お聞きしたい。

回復期や維持期の病院名を出すだけで後は病院や医師会任せなのか、県としてもう少し主導していくのか、という2点について、伺いたい。

事務局：プライマリケアについての総合診療もそうだが、基本的な考え方は2つあり、一つは、400床程度の病院を想定しているが、「専門分化が進んだ病院におけるホスピタ

リスト」というコンセプトである。そしてもう一つが、「ファミリーフィジシャン(家庭医)」という、具体的には開業医が地域で担っている役割であり、この2つに分けて考えている。

前に述べたホスピタリストの考え方は、計画素案に明確には書けていないが、施策的には、この春から但馬の方で、「総合診療部」というのを診療部に対する形で作り、その中に ER とそれぞれの診療科(内科が基本だが、サブスペシャリティをもつのが一つの前提になっている)、ICUも含めて、総合的に対応する。

このことについては、各大学レベル(例えば福井、長崎、神戸大学)でもそれぞれ対応されているが、まだ固まったものが無く、日本で言うと学会が3つあり、そのコンセプトは、今挙げた2つのコンセプト内でゆれているということであるが、それはそれとして、我々はそういう方向で行っている。

委員 : 在宅支援の診療所の1人の先生が診るのは3人~5人ぐらいが限度だと思う。それで在宅診療をカバーできるのか、ある程度の見通しは。

事務局 : 医療計画の中にどこまで書くかだが、福祉との連携が、主なテーマになっている。在宅の場合、医療に関わるのは亡くなる2週間ぐらい前は毎日行くにせよ、それまでは、週2回ぐらいの程度でしかない。他のところは福祉スタッフが診るということになるので、そういうチームを作るということになる。現実には、ドクターが3名~4名ぐらいで、グループで診ていられるところが上手に回っている。もう一つのパターンは、病院と契約をして、緊急時にはそこへ入れるような、病院で一つのグループを作るもので、本人が休暇を取ったり、あるいは単に用事が出来たりした時は、病院にお願いするというショートステイ型の方法がある。福祉施設も、そういうグループに任せれば、同じように対応が出来る。福祉施設だけではなく、集合住宅でも高齢者のケアを売り物にした所が民間で出ているが、そういうところであれば、1ヶ所の集合住宅に行けば、効率的な在宅診療が出来るという方向がある。ただ、これは問題もあるので、明確に書けるかわからない。

委員 : 東京では、グループで往診専門診療所というのが、これから出てくると思われる。