

## 第3回香川県立丸亀病院整備検討委員会 議事録

1 日時 令和8年1月27日（火）19:00～20:50

2 場所 香川県庁本館12階 大会議室

3 出席者（敬称略） ※下線はオンライン参加

### （1）委員

久米川委員長、上田委員、岡崎委員、佐藤委員、星川委員、真鍋委員、森委員、  
吉村委員

以上8名

### （2）事務局

#### <病院局>

井元病院局長、渡邊県立病院課長、橋本政策主幹、藤井課長補佐、野口主任、  
谷本主任

#### （県立中央病院）

高口病院長、丹羽看護部長、遠山事務局長

#### （県立丸亀病院）

伊藤病院長、和田看護部長、近藤事務局長

#### <健康福祉部>

河本障害福祉課長、山下副課長、畑本課長補佐  
高橋医療政策課長

#### 4 議事要旨

(事務局)

資料1-1、資料1-2を説明。

(委員長)

本委員会の意見書の骨子を作っていただいた。次回の会が最後となるため、今回はこの骨子をもとに、少し手直しをしていきたいと考えている。

#### 資料1-1【1ページ】

(委員長)

まず、資料1-1の1ページについてはどうか。よろしいか。

(委員了承)

特に問題ないようである。

#### 【2ページ】

(委員長)

「2 丸亀病院整備検討委員会における議論・検討」の  
「(1) 丸亀病院が担う役割(公立・民間病院の役割分担)について」  
の、総括部分の文章を読み上げ。

この文章についてはどうか。よろしいか。

(委員了承)

次に、下の表(【主な役割と民間病院の実施状況】)についてはどうか。

(委員)

精神科救急情報センターの民間病院での実施状況に×がついているが、これは、民間病院に委託されていないからである。委託先が民間病院であったとしても、運用は可能だと考える。

また、結核に関しては、民間病院には対応力があまりないと思うがどうか。

(委員長)

結核の治療は、別に手術をしているわけではない。

(委員)

すごく精神症状が悪くて、他病院に移せない結核の症例は、我々も数年に1回経験するが、他の人と交わらないような形で入院させる。

(委員長)

他の患者と隔離して部屋に置いて、6 か月ぐらい薬を飲んでいるだけである。

(委員)

許可を得ておらず、違法状態であることにはかなり抵抗がある。

(委員長)

特別な治療を行うものではないという理解でよろしいか。昔みたいに肺を潰すような治療はしていないと思う。

(委員)

設備的に、陰圧室の整備が必要ということである。

(委員長)

つまり、そういった設備だけの問題ということである。

この表の記載については、問題はないということではよろしいか。

(委員了承)

### 【3 ページ】

(委員長)

3 ページについてはどうか。

(委員)

(医師等の確保・育成) について、①若手医師養成の重要性のうち、2 番目のポツについて、丸亀病院がへき地の扱いということか。

(委員)

地域枠の制度上、高松市以外に4年間配置しなければならない。県立精神科病院が、もし丸亀市ではなく高松市にあった場合は、地域枠医師の配置調整が難しくなる。

(委員)

文章自体はこれで良いと思うが、地域枠の9年間の義務年限のルールは、現在、診療科と関係なく決まっている。しかし、初期臨床の2年が終わった3年目の後期研修で、精神科を専門分野に選んだ者については、残りの7年の義務年限について特例的な措置を設ける必要があるのではないかと前回の本委員会で申し上げた。それを含んでいることが読み取れるのであれば、このままでいい。

(委員)

公的病院でなければならないということであるが、仮に丸亀病院が高松市に移ると、高松市以外にある公的病院が少なくなってしまう。

(委員)

精神科を専攻した場合は、残り7年間で精神科医師としての修行が積める病院を回ることになるが、公的な精神科病院がへき地に無いと、制度が上手く回らなくなる。

(委員)

基本的に高松市以外でというのは、香川県のルールであると思う。

(委員)

今回、精神科を選んだ場合には例外を認めるルールを作っていただきたい。

(委員)

地域枠は、地域偏在を解消するための制度であり、全国ルールとして、地方に配置することが決まっている。

(委員)

丸亀市が医師不足のへき地であり、高松市がすごく余っているかと言われると、現実的ではない。例えば、小豆郡がそういった地域に選ばれることは理屈に合っていると思うが、丸亀市は香川県の真ん中の地域であり、そこで地域偏在の解消のようなことは、杓子定規であり、現実に即さない。

もう1つ言うと、県立中央病院の精神科の医師の確保がすごく難しいのであれば、是非ともそこにその枠を設けるべきだと感じたが、いかがか。

(委員)

精神病床がある公的病院としては、みとよ市民病院や西香川病院があり、基本的にはそういったところに行っていくことが地域枠の役割である。

(委員)

ただ、これは後の議論ではあるが、仮に、県立中央病院の中に精神科を設ける場合、精神科医師の確保が極めて難しいと議論されているため、柔軟な対応が必要ではないかなと思う。

(理事)

もちろん、いろいろな手立てを考えなければならない。しかし、地域枠で必ず精神科が選ばれるわけではなく、また波があるため、基本的には、派遣する大学医局と十分相談しての話になるかと思う。また、寄附講座という形でも来ていただいております、いろいろな手立てを考えたい。

(委員)

地域枠で精神科を選んだ時に、例えば県立中央病院に行かなければならないと捉える者もいれば、高松市に残れるから精神科医を選んで県立中央病院に行きたいという者もいると考えられ、両方の力動が働く。それは、全ての科でやれば歪んだ形になるかもしれないが、今ここで検討すべきは精神科のことであるため、柔軟なルールがあっても良いのかなと思う。

(委員)

地域枠の本来の役割を、十分に考えて検討する必要がある。

(委員長)

これは原則ということであり、柔軟に対応可能かなと私は思っている。そういう、将来的な話ということでもよろしいか。この3ページの文言については特に問題ないか。

(委員了承)

#### 【4ページ】

(委員長)

4ページについてはどうか。

(委員)

3ページの記載と合わせてであるが、「③専門研修」の、公的な病院の精神科が必要ということと、「④丸亀病院の役割」として、丸亀病院にこういった機能があることは事実であるが、公的な病院でなければできないということではない。精神科の指導医や、精神保健指定医がいれば、民間病院でも、精神科専門医や精神保健指定医は基本的に取得可能である。ここに関しては、公的な精神科病院がないと困るということではないため、誤解がないようにしていただくと良いかなと思う。

(委員長)

この文章だけであれば、現在、丸亀病院も行っているという読み方をすることで、よろしいか。

(委員了承)

次の、「⑤民間病院の貢献」についてもよろしいか。

(委員了承)

次に、新興感染症、災害医療については、「感染拡大初期には、丸亀病院がコロナ患者受入れに活躍した」と記載があるが、どの程度活躍したと言えるのか。「受入れに応じた」程度ではないか。

(委員)

初期にはなかなか行くところがなかったが。

(委員長)

その下の結核病床については、結核病床が必要であるということで、良いかもしれない。

(委員長)

〔 「(2) 県の精神医療上の課題(精神身体合併症への対応)について」  
の、総括部分の文章を読み上げ。 〕

この文章についてはどうか。よろしいか。

(委員了承)

下の表(【現在精神病床を設置している総合病院(2次・3次救急医療施設)】)についてはどうか。よろしいか。

(委員了承)

その下、【委員からの意見】についてはどうか。

(委員)

(精神身体合併症患者の受入れにおける県立病院に求められる役割について)の2つ目のポツの「生死にかかわる身体症状を治療できないため」はもう少し医学的な文章にしてはどうか。「高度な身体的治療ができないため」でどうか。

(委員長)

それでよろしく願います。

3つ目のポツ「自分の子が」について、委員、よろしいか。

(委員了承)

次に、(精神病床の経営について)の1つ目のポツについて、「全国の総合病院の精神病床は経済的な理由で減少しており」とあるが、そうなのか。

(委員)

そう言われている。診療報酬が他科と比較して低いため、経営上はお荷物になりがちであるという検討がなされている。

(委員長)

「精神身体合併症対応病棟は基本的に赤字となっている。」は、そうなのか。回生病院の先生は、少しそういったニュアンスのことを言われていた。

(委員)

一つの病棟単位で黒字赤字を計算することは基本的に難しいと思う。会計がそういうふうにはできてない。

(委員長)

「精神科医療は不採算医療であることから」という部分は言い過ぎだと思う。不採算医療であれば、民間病院が精神科医療をやれないことになってしまうため、この文

章も考えてもらいたい。その後ろ、「民間病院は公立病院よりもシビアに経営している」の部分、ここは確かにシビアな経営をしているのだと思う。

その下、「県立病院だからこそやれることをやって結果として赤字であれば、」の文章については、こういった発言はあったと思うが、文言を変えた方が良い。

#### 【6 ページ】

(委員長)

(1次、2次、3次の役割分担について) についてはどうか。

(委員)

3つ目のポツ、私が「やる気はあっても」という表現をしたのかもしれないが、他の項目と書きぶりを合わせる観点から言わせていただくと、大学病院は身体の3次救急病院であり、身体症状が1次の患者は運ばれて来ないと聞いている。「広範な救急対応には限界があり」がそういう意味だとすると、「大学病院は身体的に3次救急病院であるため、広範な救急対応には限界がある」というふうをお願いしたい。

(委員)

大学病院は、本来精神科もその立てりだと思うが、実際にはそうになっていない。精神科は特殊性があり、高度で難しい医療はマンパワーが必要であるが、大学には男性の看護師があまりいないこともあり、なかなか対応できる精神疾患が限られている。大学病院の精神科は身体科と乖離しており、身体合併症の人が行くときに困るという話につながる。表現として、大学の医療は3次救急という表現で全部を括っていいのか、少し微妙ではある。

(学長)

身体的な手術などの高度なことはできるけれども、身体的に軽くて精神的に重い患者は受けられないということである。

(委員長)

そういったニュアンスで、修正なしということでもいいのではないかな。

(委員了承)

4つ目のポツ、「2次救急病院の数は多いが」のところはどうか。

(委員)

連携が一番大事であり、これでいいと思う。

(委員長)

次の、(医師確保と人材育成について) はこれでよろしいか。

(委員了承)

【7ページ】

(委員長)

「(3) 今後の医療需要について」  
の、総括部分と、その下、【現状分析等】の文章を読み上げ。

この文章についてはどうか。よろしいか。

(委員了承)

【委員からの意見】についてはどうか。

(委員)

県内の民間・単科精神科病院の病床稼働率は93%が正しいかどうかはお確かめいただきたい。また、以前は全国1位だったが、直近のデータは富山県に抜かれて2位になっている。

(委員長)

全国順位の箇所は削るということで。

(委員)

4つ目のポツ、「ただし、民間病院であれば」の文章は、意見書でここまで踏み込むのは失礼かと思う。

(委員長)

該当箇所は削っていただきたい。その他の部分はこれでいいかと思う。

【8ページ】

(委員長)

ここからは方向性に関することであるため、皆さんの意見を聞きたいと思う。

「3 整備検討委員会での意見を踏まえた検討の方向性」の  
「(1) 現在、丸亀病院が担っている役割に関する検討」  
のうち【総論】の文章を読み上げ。

「地域医療の充実が進んでいる」と記載があるが、どうか。「民間病院で一定対応している現状がある」ぐらいでいいのかもしれない。

(委員)

民間病院としては、充実させようと努力をしているが、言い切るのはどうか。

(委員長)

では、「民間病院でも一定対応している現状がある」という程度の記載とする。その他の文章はよろしいか。

(委員了承)

次に、【各論】について、精神科救急は論点①となっているがどうか。

(委員)

お聞きしたいが、精神科救急病院であろうとすると、精神科の医師は何人必要になるのか。

(委員)

基準で言うと、精神科救急病棟、俗にスーパー救急と言われる病棟には3人の医師を配置することになっているが、3人では回らず、もう少し多くいないと疲弊して辞めてしまうため、それ以上の配置をしている病院がほとんどである。

(委員)

総合病院の場合は、当然内科や外科の先生も当直しているが、それとは別に、精神科の医師が毎晩いないといけないのか。

(委員)

スーパー救急の場合は、精神保健指定医が常時対応する必要があるため、当直ではなくとも、精神保健指定医がオンコールですぐに駆けつけるという体制が必要である。

(委員)

3人以上とおっしゃったが、現実的に、何人が必要か。

(委員)

同じスーパー救急であっても、医療機関によって配置が違うため、一概には言えないが、大体60床で、4、5人の医師が必要と思う。勤務時間内の全てをその病棟で詰めて、外来はしないというわけではなく、外来もしながら関わるという体制で、4、5人以上は必要と思う。

それと、当直体制についても、精神保健指定医が、通常の当直か、オンコールで入る体制が求められるため、基準より数が必要となる。毎日毎日、同じドクターが当直するわけではない。

(委員長)

例えば、それが20床ぐらいで、一般的な精神科の外来をやっていないということであれば、もう少し減らせるのか。

(委員)

これはまた全然違う論点であるが、20床でやると破壊的に経済効率は悪くなる。当直医は同じだけ必要であるため、5、6人という体制を崩せない上に、収入は3

分の1であり、赤字がものすごいことになる。

(委員長)

次に、その下、精神科救急情報センターについては、先ほども話があったが、丸亀病院には精神科救急情報センターという役目があったということである。

(委員)

同じような制度で、障害福祉課から日本精神科病院協会香川県支部が引き受けている、相談窓口の制度がある。やることは違うが、よく似た制度として運用が可能なように感じるが。

(事務局)

精神科救急情報センターは、医療機関等の調整に対しての制度であり、日本精神科病院協会にお願いしている制度は、一般の方からのご相談ということで、少し役割が違うところはある。

「実施主体も含め」という部分は、全ての自治体で公立病院が担っているわけではないことから、引き続き公立病院が担っていくのが良いのか、あるいはその他の可能性があるのか、そういった点について検討する必要があるということで記載している。

(委員長)

「空床1、2床程度」の部分はどうか。

(事務局)

現状、丸亀病院にお願いしているのが2床ということである。

(委員)

丸亀病院の稼働率からすると、空床が多くあるため、30人ぐらいは余裕がある。それが現実的ではないにしても、3人、5人と入る余裕があると思われる。

県立病院で確保するというよりは、県全体で空床が必要ということが本質だと思う。この文章に込められた思いは、やはり民間病院は、裏切るんじゃないかと、最後に頼りになるのは公立、公的病院だというニュアンスで言うと、こういった文章で良いかなと思う。

(委員長)

「民間病院とともに」、という文章にするか。

(委員)

いや、丸亀病院が担ってこられた役割であり、これ自体が、おかしいというふうには思わない。この表現で、良いかと思う。

しかし、議論としては、民間病院にも予算措置をして、それで空床を確保しなさいと言われると、やれるとは思う。同等の機能を維持していくこと自体は可能と思う。

(委員長)

ただ、それだけの費用がかかるぞと。

(委員)

それは、丸亀病院にも費用が発生しているため、同等だと思う。

(委員長)

できればそういったところは、公的病院が担って欲しいという形でよろしいか。

(委員)

それが微妙であり、民間病院でスーパー救急をやるということは、24時間断らない医療をやっているということであり、そこに補助金は入っていないが、空床を確保している。

そういったことからすると、本当に、その補助でなければできないというものではないように思う。ただ、2床は絶対に空けとしましよという県の意向があるのであれば、それは予算措置をするべきと考える。

(委員長)

そういうニュアンスでということよろしいか。

(委員了承)

「②受入困難患者」についてはどうか。

(委員)

民間病院が何でもできますと言うつもりはないが、そもそもこの受け入れ困難患者とは、医療ベースなのかどうか問題である。要するに、精神科においては、医療の中で処遇されるべきではない人が結構混じってくる。

精神科の入院歴があれば精神科に紹介されるけれども、職員を刺すようなことがあったとして、その対応は丸亀病院だから可能で、民間病院ができないということではなく、医療全体として難しいため、入院の適用、治療の適用についてしっかりと決めることが大前提だと思う。

それがしっかりとできるのであれば、丸亀病院も我々民間病院も、医療の中の単なる受入困難患者であれば受入可能であるが、治療の対象ではない人たちは受け入れができないことは、主張せざるを得ない。何でもかんでも受け入れて医療が破壊されることは困る。

(委員長)

ということなのであれば、文章としてはこれでよろしいか。

(委員了承)

次、論点になっている結核患者については、陰圧の病床が必要だという面において、県立病院で対応すべきではないかということよろしいか。

(委員長)

「③精神保健福祉行政等」が論点③とされているが、どうか。

(委員)

もし県立病院があるのであれば、当然行政に協力をするのが当たり前であるが、民間病院も協力をしなければ回らない状況であるため、精神科精神保健指定医はすべからず協力すべきかと思う。

(委員長)

「鑑定、医療観察法に基づく医療などについては、民間においても確実に協力いただけるよう、何らかの方法を検討すべきではないか。」とあるが、どうか。

(委員)

これはどういう意味か。

(事務局)

国の事務である鑑定、医療観察法に基づく医療について、仮に県立病院で対応ができないということであれば、民間病院にも御協力いただけるよう、何らかの方法を検討すべきではないかということであり、少し文章が足りていなかった。

(委員)

医療観察法に関しては、我々ももう既に鑑定入院や、指定通院に協力させていただいていると思う。

(事務局)

民間病院には既に御協力いただいているということで承知している。

(委員)

「確実に協力いただけるように」は、民間病院が何かごねているように捉えられてしまう。

(事務局)

表現を改めさせていただく。

(委員長)

民間病院に引き続き協力をお願いしたいということによろしいか。

次は、「④医師等の確保・育成」であるが、どうか。

(委員)

これは、根本的に文言が間違っていると思う。大学が基幹病院で、民間病院が協力病院という関係だけではなく、民間病院も基幹病院の機能があり、実際に精神科専門

医を多く育成している。協力する側でもあり、される側でもあるため、正確な文章に直していただきたい。

(委員)

初期臨床研修と、精神科専門医と一緒に書いているため、変になっている。初期臨床研修の場合は、将来精神科に行く、行かないに関わらず、2年間の初期臨床のうち、2か月間の研修を民間病院にも受けていただいている。それと、精神科専門医を取るための医療機関とはイコールではない。正しく分けて書けば、それだけのことかなと思う。香川大学も、もちろん協力していく。

(委員)

まず初期研修に関しても、高松日赤病院も、回生病院も、いろいろところが初期研修の基幹病院であり、精神科が無いところは、精神科のある病院で1か月か2か月研修を受けている。公的な病院だけではない。

(委員)

初期臨床研修で基幹病院という言葉が無く、そもそもは、研修指定病院だったと思う。基幹と連携があると、そういう意味の基幹なのか。その辺の用語も正しくお願いしたい。

(委員)

研修という意味では、総合病院の中の身体合併症のような精神科と、ここで言う単科精神科病院も、両方が絶対に必要だと思う。純粋な精神科疾患は、総合病院の中ではみられない場合があり、地域の中には両方が必要であるため、2つをきっちり並列して書いたほうが良いと思う。

(委員長)

そういった表現にさせていただくということでお願いします。次の検討委員会で、そういった文章に変わっているかどうか、確認させていただく。

次に、「⑤新興感染症、災害医療」について、論点④であるが、ここでもやはり陰圧の病床が必要だということによろしいか。

(委員)

在宅の、認知症で徘徊する高齢者のように、なかなか難しい方をとってもらっている。

(委員長)

結局は、陰圧の病床が必要だということによろしいか。

(委員了承)

次の、災害時の医療、論点⑤についてはどうか。

(委員)

これも文章がわかりにくい。丸亀病院と、こころの医療センター五色台が災害拠点精神科病院として指定されているが、これは、丸亀病院がやめるということなのか。

(事務局)

そこも、今後丸亀病院がどうなっていくかが不明な中であり、今後どうなっていくかによって、改めて検討する必要があるのではないかとということで記載している。

(委員)

災害拠点精神科病院が多くは必要ないように思うが、1か所では災害時の対応力としては弱く、複数ある方が当然機能しやすいと思う。そういった考え方で検討すべきだと思う。

【10 ページ】

(委員長)

〔 「(2) 丸亀病院に関する検討」の文章を読み上げ。 〕

「県民医療最後の砦として」ではなく、例えば、「県立病院が他の医療機関が行えない医療を担うという観点に立てば」ではどうか。最後の砦と言われると、大学病院も頑張っている。

県立病院が行うべき医療は、経済的にも、医療内容にとっても、他の医療機関が行えないような医療を担うという観点に立てば、「現行の単科精神科病院の運営をそのまま更新、維持することは、困難な状況」と。この部分についても、これが最終的な意見になってしまうため、何か違う表現が良いと思う。

(委員)

この文章は直したほうが良いと思う。何故かというと、「持続的・安定的な医療を提供し続けるという観点に立てば」とすると、その下の文章も、今のままであまり変えずに続けたほうが良いととれなくもない。「民間病院も含めた県全体の精神医療行政においては、具体的に言うと、民間病院では行えない身体合併症をもっとやらなければならない状況があるため、今のまま維持することは、よろしくない、困難じゃないか」と、そういった文章にしたほうが、(3)に続けやすい。

(委員長)

そういった文章でどうか。そうしたほうが(3)に続けやすいと思う。

(委員了承)

次、「(3) 精神身体合併症への対応に関する検討」ということで、1つ目のポツの文章はよろしいか。

次に、2つ目のポツについてはどうか。

(委員)

経済的な問題により、民間の総合病院で精神科のベッドが減ってきており、当県でも回生病院が厳しくなっていると。総合病院の精神病床は必要な機能であるが、不採算であり民間病院では継続が難しいため、公立病院が担うべきだという意味であれば、その通りだと思う。

(委員長)

であれば、行政が担うというよりは、公立病院とか公的病院が担う役割ではないかと思う。公的病院では難しく、公立病院に限定するものであるのか。あるいは、ある程度、規模があれば、公的病院でもできるのだろうか。

(委員)

規模というか、病床と、その病院の全体である。中小で、ある程度病床が限られたときにどこをみるかということで、身体合併症の軽症だけをみるのであれば、採算はとれるのではないかと思う。

(委員長)

診療報酬によるのだろうか。

(委員)

診療報酬によると思う。

(委員)

点数が上がる可能性は十分あるかと思う。

(委員長)

では、ここは行政というよりは、公立とか公的病院という文章にした方がわかりやすいと思うが、よろしいか。

最後、「(4) 医師の確保に関する検討」については、論点⑥となっているが、文章は記載のとおりで、それはそうなのだろうと思うがどうか。

(委員)

ここに書いてある文章だと当たり前すぎて論点にはならないが、これを論点としている意図が、もし香川大学の医学部に対する要望なのであれば、それをしっかり書いていただいたら、頑張らせていただく。

しかし、今はなかなか地域に残ってくれる医師が少なく、どれだけ地域で活躍する精神科の医師を養成できるかについては、はっきりとはお約束ができない。

県内で活躍する医師の養成と、県内の公的な医療機関への医師の派遣は、香川大学として最も重要な役割であり、頑張りたいが、100%まかなえるかについては約束できない。

(委員長)

県と大学が協力し合って、いかに精神科の医師を確保するかということだと思う。

(委員)

どこの科の先生もそうだが、自分が技術を高めるための研修施設はチェックしている。今は検索するといくらでも情報が得られるし、実際に会って情報交換もできるため、魅力的な研修システムがあるところに集まっていく。

持続可能な研修システムの形を考えずに、単に勤務医に負担がかかるだけのプログラムであるから、総合病院の精神科の医師がどんどん退職するという現状であろうと思う。

プログラムの中で研修医が保護されて、専攻医を大事に育てられるような、県全体の形が必要だと思う。例えば、当院の研修のプログラムでは、もう再来年の専攻医を締め切ろうかとしており、来たい人は早め早めに申し込んでいる。

仮に県立中央病院に精神科を設ける場合は、県立中央病院の精神科にリエゾンの機能があるということをしっかりと全国に発信すれば、やりたいという研修医は絶対いるはずであるから、その人たちを呼ぶのが何よりも良いと思う。しんどい研修やらされれば、辞めますと絶対になるため、初めからモチベーションの高い人を集めるプログラムを作るべきかと思う。

(委員長)

先日、専攻医で、香川県の精神科が枠に入っていた。

(委員)

香川県の精神科が、令和9年度のシーリング対象とされた。ここ3年間は精神科の専攻医が多く、3年間で16人か17人であった。3年間の年平均が5人を超えるとシーリングの対象となる。

(委員長)

香川県では、精神科だけがシーリングの対象になっていた。

(委員)

それは大変なことで、他の県から頼まれたりするが、その枠が全然使えないということか。

(委員長)

それは、意見書を出せないのか。

(事務局)

専攻医のシーリングについては、例年8月頃に、各都道府県から厚労省に意見書を出しているため、地域医療対策協議会の皆様のご意見も聞いて考えたい。

今お話があったのは、国の医道審議会の医師分科会医師専門研修部会が先週21日に開催された結果、基本的な方針案とシーリングの試算結果という形で示されている。試算結果ではあるが、そういう形で示されたため、正直、そんなに動くことはないのではないかとは思っている。

(委員長)

地対協から意見書を上げておく。

医師確保については、県と大学で協力して考えなければならない。

(委員)

医師の確保がベースであり、必須である。先ほどおっしゃっていただいたような、魅力的な、国内から研修医に来ていただけるようなプログラムづくりについては、大学と話をしたい。

#### 【質疑応答】

(委員長)

今までの意見を受けて、県立中央病院は何かあるか。

(事務局)

8ページの論点①のところで、「精神科救急拠点病院の空床に関しては最終的な受け入れ先として県立病院において確保する必要性を検討すべきではないか」とある。このためには、措置入院ができる精神保健指定医が数名必要であり、措置入院させる場合には精神保健指定医が必ず来なければならないということによろしいか。

そうすると、例えば何床になるかわからないが、精神保健指定医が1人しかいなければ、その人が必ず出て来なければならないということか。

(委員)

そうであるが、その機能を、県立中央病院が持つ必要があるとは思えない。

(事務局)

検討すべきではないかという表現であり、必ず持つということではないということの良いか。

(委員)

そもそも、総合病院の県立中央病院が、最後の砦としてそういった患者を受けるとは、本末転倒である。しかし、総合病院でも、医療保護入院のように、精神症状があっても同意が得られないけれど、今すぐに入院が必要な患者は発生するため、その場合は精神保健指定医が必要である。

(事務局)

恐らく、身体合併症の患者が県立中央病院の精神病床に入院する時には、精神科の医師が出ていかなければならないと思っているが、身体症状のない純粋な精神科の患者が措置入院する際も、どこもとらずに最終的にうちに来るとなった時には、必ず精神保健指定医が出なければならないのか。

(委員)

そうであるが、そもそも、その機能を県立中央病院が持つこと自体が変な話である。

それは、違うシステムを整備し、県内に空きベッドを作って引き受けることが大事と思う。

先ほどの身体合併症の件に関しては、医療保護入院等、患者の同意が得られない場合も精神保健指定医が必要になってくる。その場合には、精神保健指定医が診察して医療保護入院の必要があると判断する作業が必要であるため、そこが難しく、ハードルが高いところである。

(事務局)

措置入院が必要な時は、精神保健指定医が何名かいないといけないということか。

(委員)

措置入院の最終的な受入れだけであれば、措置診察を別の病院の精神保健指定医が実施すれば、精神保健指定医でなくても構わないが、そういったケースはほとんどない。

(事務局)

いずれにしても、身体合併症を持っている3次救急の患者に関しては、我々が絶対とらないといけないと思っているが、「必要性を検討すべきではないか」という表現は、それ以外の身体症状が軽い精神科救急患者までとらないといけないように見えるため、懸念点と感じている。

(委員長)

もし、県立中央病院が、身体合併症の病床をある程度持つということになっても、身体症状の軽い精神科患者に対する救急の機能は、無くてもいけるはずである。ある程度は香川大学にも受け入れていただいていると思う。

(委員)

医療保護入院などは、精神保健指定医の業務であるため、指定医の数がある程度いなければ回らない。1人だけであれば、その人が毎日出ていくことになり、「もうしんどい」となる可能性が高い。

(事務局)

県立中央病院は3次救急の病院であり、身体症状がない、あるいは軽い患者をどこもとらなかった場合に、最終的に県立中央病院が取らないといけないということが、一番の懸念点である。

(委員)

それはぜひともないように、今後検討するべきかと思う。

(事務局)

身体症状で命に関わる場合は絶対にとる、我々の使命だと思っている。

(委員)

「県立病院において」とあるが、これは県立中央病院においてという意味ではない。今、丸亀病院には80人は入院患者がいらっしゃるわけで、それをいきなり全部無くして県立中央病院に数床だけにすることがいいのかという話もある。県立病院が果たすべき機能、経営上の規模もあり、そういうことも含めて、今後具体的にどう再編していくかという議論の中で、議論をするべきではないかと思う。ただ、最後のセーフティネットとしては、やはり県立が担う機能ではあるのではないかということで記載している。

(事務局)

県立病院でということ、理解した。

もう1つ、9ページの論点③のところ、精神保健福祉行政等について、これについても、もし県立中央病院に精神科病棟ができた場合には、精神保健指定医が出ていかないといけないという理解でいいか。

(委員)

それはそうだと思うが、障害福祉課がどう考えるかである。

(事務局)

人数が少なくても、要請があれば出ていかないといけないということか。

(委員)

業務が回らないのに、出せとは障害福祉課もおっしゃらないと思う。皆でしんどいことをシェアしましょうということだと思う。

(事務局)

現在でも実地審査などについては、丸亀病院、民間病院の皆さんのご協力いただきながらやらせていただいている。引き続き、県立病院にも行っていただきたいという趣旨で記載している。

(事務局)

県立中央病院は3次の病院であり、どういった患者さんを受けないといけないかはある程度わかっているが、それよりも軽い患者をとり始めたときに、救急に身体症状が軽症の患者が来て重症患者を受けられなくなることが、すごく懸念点としてある。こいつた懸念は、第2回の本委員会で委員からもおっしゃっていただいていた。

あまり多くの病床を持つと、何でもかんでも来ないかという懸念点があるため、病床数は意見書に書かれていないが、規模的にどうするかをこの中で検討していただければありがたい。

(委員)

やはり1次、2次救急にも精神科のベッドが必要だという議論にならざるを得ないと思う。今回の資料の委員からの意見欄にも、「3次医療機関に集中してしまうとパンクしてしまう。」と記載されているが、それはすごく大事だと思う。

(事務局)

本当に命を救わなければならない重症患者に関しては、絶対にとるべきだと考えている。そのあたり、どこかに言っていただくとありがたい。

(委員長)

今回は、特に難しい話であったと思うが、他の委員はどうか。

(委員)

第1回、第2回までの意見を上手にまとめていただいたと思う。

昭和59年からあの場所で地域医療に貢献してきた丸亀病院は、本当に貢献なさったのではないかと考える。

私ども企業もそうであるが、高松市に拠点を持って、出張所や支店があっても、やはり収支が合わないものは統合しなければならなくなっている。企業の運営において、統廃合ということは必須だと思う。毎回、同じことを申し上げているが、税金の使い道であるため、収支は絶対に考えて、一番いい形の統廃合をお考えいただくことが、この検討委員会の使命ではないかと思う。

確かに、医師不足などいろいろなことがあるが、結局私たちの企業も人手不足はあるわけであり、いろんなことをあれこれと言っていたらもう前に進まないこととなる。やったほうが早いと言うと少し言い過ぎかもしれないが、統合は大事だと思う。

(委員)

今回の会議でも、医療の実態に詳しい先生方に、県内の精神医療の今後の望ましい体制のために、県立丸亀病院をどうすべきかと議論をしていただいた結果、医療面について、あるべき姿が少しずつ明らかになってきたのかなと思う。

会計士としての立場からすると、そもそも本検討委員会は、老朽化した丸亀病院の建替をどうするかというところがスタートであったかと思う。

実際に建替えるとなると、建設の業界では100億円規模の大型案件であるとざわついていたとお聞きしており、それだけのコストをかけてやる意味があるのかということも念頭において検討していきたいと思っている。しかし、今回のまとめていただいた骨子案の中には、そういった予算面には特に触れられず、あるべき医療の姿がメインになっているように感じている。

10ページ冒頭で、「限られた医療資源」と記載されているが、同様に県の予算も限られている。委員もずっとおっしゃられているように、税金の適切な配分、効果的な使用という意味においても、本委員会で議論されてきた県立精神科病院の望ましい医療体制であれば、建替えるよりはコストがかからない、つまり税金投入を抑えつつあるべき医療の姿を実現できる内容になってきているのかなと、私は認識している。

もし可能であれば、「県の予算が限られた中で、効果的な使い方を模索した」というニュアンスを入れていただきたい。

(委員長)

そういったことも、我々の意見の中に加えていただければと思う。

(委員)

本当は病院を分散して、患者がどこに住んでいてもさっと行けるようにしていただきたい。固まり過ぎると、なかなか行けなくなってしまう。精神科の患者には、もう本当にお金がなくて、遠い病院にははじめから行けないという方もいらっしゃる。本当に、精神障害者の方の経済的な困窮は、もうすごくある。そういった状態を見てきていると、できるのであれば、やっぱり公的なところを残してもらいたい。精神障害者も、その家族も、本当に大変な思いをしているため、税金もいろいろあるが、私の考えとしては、できるならば本当に残してもらいたい。

(委員長)

他に何か委員の方から、よろしいか。

委員の皆様、ご意見に感謝申し上げます。事務局は、最終の第4回委員会に向けて、本日の議論から意見を集約していただければと思う。

これで予定していた議事は終了となるが、その他ということで、何かご意見はないか。

では、事務局からお願いする。

(事務局)

本日は、貴重なご意見賜り、感謝申し上げます。委員長がおっしゃったように、委員の皆様からいただいたご意見について、調整を進めさせていただく。

また、委員の皆様には、日程調整の上、第4回のご案内をさせていただく。

(委員長)

それでは、会議を終わらせていただく。本日は感謝申し上げます。

以上