

## 第2回 姫路における県立病院のあり方に関する検討委員会議事録

1 日時 : 平成27年6月29日(月) 13:00~14:50

2 場所 : 姫路・西はりま地場産業センター601会議室

3 出席者 :

### (1) 委員

#### (行政)

河原姫路市医監、仲西中播磨健康福祉事務所長、大橋龍野健康福祉事務所長

#### (医師会)

空地姫路市医師会長

#### (医療機関)

向原県立姫路循環病センター院長

橘製鉄記念広畑病院院長

#### (住民代表)

伊藤姫路市自治会連合会副会長

#### (外部有識者)

邊見県参与・全国自治体病院協議会会長、守殿県病院協会会長・神戸赤十字病院顧問

石川県民間病院協会会長・石川病院理事長、谷田ホスピタルマネジメント研究所代表

#### (大学)

藤澤神戸大学医学部附属病院長

#### (病院運営主体)

佐藤兵庫県病院事業副管理者、田中製鉄記念広畑病院理事

#### (委員外委員)

井上たつの市・揖保郡医師会長、岡本中播磨県民センター長

### (2) 事務局

#### (兵庫県)

西村兵庫県病院事業管理者、米田病院局長、田中病院局企画課長、

元佐病院局企画課副課長、津志病院局企画課企画調整班長

## 4 議事

### (1) 委員外委員のご紹介

### (2) 配付資料の確認

### (3) 意見交換

(会長)

早速、委員会の運営に入りたいと思います。まず、先日、国の社会保障制度改革推進本部から発表されました、2025年の必要病床数推計結果について、事務局からの状況説明と意見交換を行いたいと思います。よろしくお願いします。

(事務局)

資料1を使って説明させていただきます。資料1の別紙として、6月15日付けの県医務課記者発表資料を付けさせていただいております。国が2025年時点で病床数を全国で15～20万床削減するという内容の報道がありました。社会保障制度改革推進本部は内閣総理大臣を本部長とする推進本部ですが、その専門調査会が2025年の必要病床数の推計結果を発表しました。この推計結果について、県としての見解を記者発表しています。国の推計では、兵庫県は2025年時点で病床が過剰となり、2割未満の削減が必要となるとされています。この推計は、2013年の入院受療率に2025年の性年齢階級別人口を掛けて、病床利用率で割り戻すということで算定していますが、必要病床数を算定する為に以下の措置を講じるということで、地域の事情を反映していない、機械的な推計となっているので問題があると結論付けています。その措置というのは、推計の問題点として、1点目は診療報酬点数の175点未満は一律に在宅医療の需要と位置付けて、必要病床数の算定対象外としていること、2点目は療養病床の入院患者のうち、医療区分1、これは喀痰吸引回数が1日8回未満など、比較的軽微な患者に区分される方についての7割は一律に在宅医療の需要と位置付けて必要病床数の算定から外していること、3点目は、その他の療養病床入院患者については、入院受療率に都道府県によって地域差があることから、一律の割合で地域差を解消させようということで、在宅医療に振り替えていくということで病床の削減を図っていること、以上の3点については在宅医療の収容量について何ら示しておらず、病床削減ありきの推計になっていることが問題ではないかということです。

4点目として、都道府県間の患者の流入、流出の状況は2013年固定となっていること、これらの4点のように機械的な推計になっているという結論です。

まとめとして、県においては、2025年の必要病床については、各都道府県が策定する地域医療構想において定めることとしており、今後、2次医療圏域毎に委員会を設けて、地域の医療関係者や保険者及び患者・住民の意見を聞くなど、きめ細かく検討を加えた上で、構想区域ごとに高度急性期、急性期、回復期、慢性期という機能別の必要病床数を定めることとしています。

これは知事の記者会見で国への反論として示されたものです。これを踏まえて、1ページに戻っていただきますと、県における全体評価は、先ほどの県医務課作成の資料の通りとなっています。専門調査会の試算結果の表を記載しておりますが、現状として2013年の姿は全国で134.7万の病床があります。その内訳は、一般病床が約100万床、療養病床が約34万床となっています。これについて、昨年度スタートした病床機能報告で機能ごとに分けると、トータルで123.4万床となっております。134.7万床との差は未集計などがあるためですが、その内訳は高度急性期が19万床、急性期が58万床、回復期が11万床、慢性期が35万床となっています。機能分化をしないまま高齢化を織り込んだ場合の2025年の姿は152万床ということで、12%程度病床が増えることとなります。これを在宅化を進めることによって、29.7～33.7万床を機械的に在宅に振り替える形で2025年に必要な病床数、目指すべき姿として115～119万床としています。

今回の検討に関連して、事務局でも推計を行いました。この推計結果に出ている試算結果は事務局で試算したものではなく、厚生労働省が都道府県ごとに示している数字を用いています。2(1)で、兵庫県においては2025年の一般病床の必要病床数は概ね現行規模とされています。2013年の一般病床数は414百床、2025年の必要病床数で慢性期を除いた数字を入れると総計で医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの2つありますが、医療機関所在地ベースは患者の流入流出が各医療機関で現行通り行われている前提で行っている試算です。これが406百床ということで、2013年の一般病床数から800床ほど減りますが、ほぼ現行並です。患者住所地ベースは、全患者がそれぞれの2次医療圏域の中で入院するとして推計したのですが、これが416百床となり、現状よりも200床、病床が増えることとなります。

2ページの(2)を見て頂きますと、現行病床の機能別分類との比較を見ますと、兵庫県においては高度急性期病床は今後も拡充の必要があるとされています。また、医療資源投入量の低い急性期病床については、今後、回復期病床への転換が国から求められています。表中の病床機能報告結果が、昨年度の姿となりますが、高度急性期が53百床、急性期が282百床、回復期が45百床という形になっています。これが2025年の必要病床数で見ますと、医療機関所在地ベースでは高度急性期が6百床増の59百床、急性期が1万床減の182百床、回復期が120百床増の165百床となっています。患者住所地ベースでは、さらに高度急性期が増加しており、8百床増、急性期は96百床減、回復期は124百床増となっています。このような国の調査会の資料を踏まえると、今回、検討委員会でご議論いただく姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合再編による新病院については、中播磨及び西播磨医療圏域における中核的な医療機関として高度急性期及び急性期についても高度急性期に近い部分を中心とした病院を目指していることから、今回の専門調査会の試算結果が大きな影響を及ぼすことはない結論付けております。

**(会長)**

ありがとうございました。2週間前に政府の方から発表された医療制度改革推進本部の必要病床数推計結果ですが、新聞の記事などを見ますと、20万床多いということで削減ということが出ていましたが、実際に一つ一つ見ていくと、今の説明のように受け皿の無い在宅医療に全部行ってしまうということですが、どなたかご質問、ご意見はございませんか。

**(委員)**

健康福祉部の方の話かもしれませんが、専門調査会の報告に対する県の見解について、他の都道府県からもこういう意見は出ているのでしょうか。

**(事務局)**

他府県の状況は把握しておりません。

**(委員)**

国も県も言いつ放しになってしまっていてもどうかと思いますが、この件について県は厚生労働省と議論されているのでしょうか。県の見解を出して終わりですか。

(事務局)

医療行政の話になるので、健康福祉事務所で何か情報は把握されていないでしょうか。

(委員)

把握していません。

(会長)

日本医師会がすぐに反応して、これは病床削減ありきであって、本来、ガイドラインはその時に必要なものの推定であると言って反論しています。

後の議論でも、これと関係する議題が続きますので、頭に入れていただいて次の議論に移っていきたいと思います。

次に議題2、中播磨と西播磨における医療の現状の説明を事務局からお願いします。

(事務局)

それでは、資料2から11を通して説明をさせていただきます。まず資料2をご覧ください。中・西播磨圏域の将来人口推計ということで、まず人口ベースの推計を行っています。今後、トータルで減少が見込まれるものの、高齢者人口は増加後、高止まる推計になっています。上段が中播磨圏域のデータですが、平成22年から20年後の平成42年を見ますと、全体としては人口が約1割減少する推計ですが、年齢層別の内訳を見ますと、75歳以上人口は58千人から91千人と約1.5倍、155%の増となっています。

下段は西播磨圏域のデータですが、平成22年から平成42年では83.9%と約2割弱減少する推計ですが、中播磨圏域と同様に75歳以上人口では35千人が49.5千人と139%、約4割増えることとなります。

こちらが国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口からの資料となります。

資料2を踏まえて、入院患者の推計を行ったものが資料3となります。

1 ページが中播磨圏域の入院患者推計、2 ページが中・西播磨圏域全体の入院患者数の推計を行ったものです。この資料は平成 23 年の国の患者調査の入院受療率に先ほど見ていただいた年齢構成ごとの将来推計人口を乗じています。中播磨圏域について、まず総数を見ていただくと、平成 22 年の入院患者数 1 日当たり 68 百人が、平成 42 年には 82 百人ということで約 2 割の増加となります。人口は減少傾向にありますが、高齢者、特に 75 歳以上が増加するということが患者数は今後も一定の増加が見込まれると推計しています。

特に高齢者に多い疾患である「循環器系の疾患」、骨折など「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「呼吸器系の疾患」などの疾患は 3 割近い増加が見込まれています。この傾向については 2 ページの中・西播磨圏域の合計で見ましても、西播磨は人口の減少傾向が大きいことため中播磨に比べると伸び率は小さいですが、総数は 17% の増加となっており、入院患者数は増えていくと推計しています。資料 3 については以上です。

資料 4 をご覧ください。医師数の状況ですが、2 年ごとに行われている「医師・歯科医師・薬剤師調査」によりますと、人口 10 万人当たりの医師数は直近の平成 24 年で全国平均が 237.8 人、兵庫県平均もほぼ全国並みの 237.9 人となっています。圏域ごとを見ますと、神戸、阪神南は全国平均を上回っていますが、その他の圏域は全国平均値を下回っている状況です。特に西播磨圏域は全圏域の中でも最も医師数が少なく、10 万人当たり 153.2 人と全国平均の 64.4% となっています。

資料 5 をご覧ください。中播磨圏域のみですが、D P C 参加病院の疾患分類別の月平均患者数のシェアを記載しております。姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院はそれぞれ得意とする診療科目が異なっております。そのため、統合再編した場合、両病院の強みを活かした総合型の病院になるということと、新病院が整備された場合も、圏域内の医療提供体制に大幅な影響はないのではないかと考えております。

各病院のシェアを見ていただくと、姫路循環器病センターは循環器系、神経系で非常にシェアが強く、一方で製鉄記念広畑病院は腎・尿路系、外傷系のシェアが非常に高くなっています。表にはこの 2 病院を合計したシェアも記載していますが、他の病院を大きく抜くような状況にはなっておらず、圏域の医療提供体制が大きく変わるようなことはないのではないかと考えております。

資料 6 をご覧ください。一般病床の入院状況を圏域別に示したものです。左の区分が患者

の住所地、上段の区分が施設の所在地となっています。例えば、神戸市在住の患者が尼崎市の病院に入院された場合は 2.5%の中に入ることになります。この表を見ますと、破線で囲んだ箇所ですが、西播磨圏域の患者が、主に姫路市だと思いますが、中播磨圏域の病院に入院されている割合が 24.4%ということで、他圏域と比べても最も高くなっています。ちなみに県内での 2 番手は、阪神北の患者が阪神南で入院している 13.5%ということで、約 2 倍の開きがあります。

資料 7 をご覧ください。救急医療体制と課題ということで、県の保健医療計画から記載しています。まず、両圏域とも 2、3 次の体制が十分ではない状況になっており、(1) の中播磨圏域を見てみますと、体制としては 1 次は姫路市の休日夜間急病センター、歯科医師会口腔保健センターと在宅当番制ということで対応されています。2 次については、姫路市の病院群輪番制ということで 19 病院 1 診療所、小児については小児救急輪番制ということで 2 病院で対応されています。3 次救急については、姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院、小児については県立こども病院の体制になっています。課題としては、医師不足などの影響により、後送輪番を辞退する病院や救急患者の受け入れが困難となった病院が増えているということです。また、2 次の救急医療体制の維持が困難と成っており、圏域外の搬送を余儀なくされ、搬送時間も増加傾向にあるということで、ご参考として平成 26 年 10 月時点で 12 病院、19 診療科が後送輪番を休止中であると伺っています。3 次救急については重症外傷患者や消化管出血など消化器系の救急患者受入体制が不十分であるため、早急な体制整備が必要であり、医療圏域を超えた広域での検討も求められている、というような課題が記載されています。

(2) の西播磨圏域につきましては、1 次の体制は揖龍休日夜間急病センター、宍粟市夜間応急診療所、相生市、赤穂市、宍粟市、赤穂郡、佐用郡各医師会の各在宅当番医制ということになっています。2 次については病院群の輪番制として 6 病院、小児については 3 病院の輪番制、3 次については中播磨と同様の体制となっています。課題としては、2 次救急の受入態勢の強化のために勤務医の確保がとにかく必要ということと、併せて中播磨圏域との連携の維持・強化を図る必要があるということになっています。

資料 8 をご覧ください。救急の状況を裏付ける資料になりますが、重症以上の搬送人員数のうち受入病院の決定までに 4 回以上照会を要した人員数の割合をグラフにしたものです。

平成 25 年を見ていただくと、3.4%が全国平均です。6.9%が全県平均、7.9%が中・西播磨圏域合計の平均、9.5%が中播磨圏域の平均です。中播磨圏域を全国平均と比べると約 2.8 倍になっています。

資料 9 をご覧ください。全国の救命救急センターの現況を記載しています。(1) の病床数別の設置状況を見ますと、全国の救命救急センター設置病院の約 3 分の 1 が 700 床以上の病院となっています。全体の 266 病院のうち、教育機能も持っている大学病院を除いて、都道府県立、政令市立、中核市立に絞ってみると、合計 33 病院で 700 床以上は 14 病院、600 床以上 700 床未満は 8 病院となっており、600 床以上で 7 割を占める状況になっています。なお、都道府県立病院は政令市・中核市に立地する病院のみとしており、救急の専門病院は除外しております。

(2) の医師数をご覧ください。救命救急センターの専従医師の平均は全国で 9.6 人、専門医が 4.9 人となっています。姫路循環器病センターの数字は入っておりませんが、これは循環器の専門病院のため、救命救急センターは救急の専門医師ではなく、各診療科の医師が救急対応しているためです。製鉄記念広畑病院は専従医師が 7 人、うち救急科の専門医師が 4 人となっています。

(3) の重篤患者の受入件数ですが、全国の平均受入件数が 956 件で、姫路循環器病センターはほぼ平均並みの 938 件、製鉄記念広畑病院は平均を約 2 割超える 1,158 件を受け入れている状況となっております。

資料 10 をご覧ください。全国の政令市、中核市における中核病院の病床数を記載しております。DPC 参加病院に限っておりますが、病床数は各病院のホームページ等で確認した数値です。市内で最大の病床数を持つ病院を記載したうえで、その他 500 床以上の病院を記載しております。例として札幌市をご覧ください。最大病床数は北海道大学病院の 946 床、その他、厚生労働省が大病院と定義している 500 床以上の病院が 7 病院ございます。姫路市の状況は 2 ページをご覧くださいなのですが、人口が 50 万人強、最大病床数は姫路赤十字病院の 555 床、その他に 500 床以上の病院は無いという状況です。

ご参考までに岡山市の主要病院の立地状況を地図上に記載しておりますが、半径 1.5km の円を描きますと、比較的狭い地域で 700 床を超える複数の病院と 400 床、500 床規模の数病院が狭い地域に立地していますが、役割分担や連携を進めることで地域全体で医療を支える



体制が構築されているという状況になっています。

同じ 1.5km で姫路市の状況を描いたものが次のページです。岡山市よりも市域全体に広がっていることがご覧いただけるかと思えます。

資料 2 から資料 10 までを踏まえまして、課題として事務局で整理させていただいたものが資料 11 になります。まず 1 の患者数の推移ですが、西播磨医療圏域では現状で高齢化が進んでいることもあり、どの診療科も概ね平成 37 年をピークに減少していく見込みになりますが、姫路市を抱える中播磨圏域では平成 42 年まで延び続ける見込みになっています。このため、両圏域の合算でも平成 22 年から平成 42 年では全体で約 2 割の患者数の伸びが見込まれ、特に循環器系、呼吸器系の疾患については約 3 割と大幅な増加が見込まれる状況になっています。

次に 2 の医師数の偏在ですが、全国平均、県平均と比べて中播磨、西播磨圏域における医師の数は非常に少ない状況になっています。特に西播磨圏域は県内で最も医師の少ない圏域でありますことから、県西部において教育・研修機能を備えたマグネットホスピタルを整備し、若手医師が定着できるような仕組み作りが求められていると考えております。(3) の姫路地域周辺の高校について病院局で聞き取りを行った結果ですが、医学部への進学者数は多いのですが、地元に戻ってくる医師が少ないことが課題の一つではないかと考えております。

2 ページをご覧ください。3 の西播磨医療圏域の入院患者の流出状況ですが、先ほども見えていただいた表ですが、入院患者を見ると西播磨医療圏域から中播磨医療圏域への流入が 24.4% と県内でも最も高くなっています。このことから西播磨医療圏域から中播磨医療圏域、特に姫路市に一定、依存しているような状況ではないか、また入院患者にとっては両圏域は一体的な圏域として捉えているのではないかと考えられます。

4 の救命救急センターですが、姫路市内には 3 次機能を持つ病院が製鉄記念広畑病院と姫路循環器病センターの 2 病院ございますが、数少ない救急医や病床という医療資源を 2 病院で分散していることから、全国の救命救急センターと比べて医師数、院内後方ベッドの数が少ない状況ではないかと考えております。

次に 3 ページの全国の同等規模の政令市、中核市の比較として整理しております。先ほど資料 10 で見ていただいた札幌市から那覇市までの状況を集計した表になります。縦軸が市

内の最大病床規模、横軸が市内の 500 床以上の病院の数になっています。姫路市は 500 床以上 600 床未満が最大病床で、500 床以上の大規模病院はこの姫路赤十字病院のみですので、太枠で囲んだ 4 団体に含まれます。この表を見ていただくと、全国の同等規模の政令市・中核市と比較した場合に、充実した医療提供体制や教育・研修や研究を行うことが可能となるような大規模な総合型の病院が不足しているのではないかと考えております。事務局からのご説明は以上です。

## (会長)

ありがとうございました。資料 2～11 まで、人口動態、患者動態、救急、医師数、政令市・中核市の医療状況等との比較などを説明していただきました。資料が多いので、意見交換は資料順に進めて、最後に全体をまとめてということにしたいと思います。

まず資料 2 について何かございますか。20 年後に中播磨は人口が約 1 割減って、西播磨は約 2 割減りますが、お年寄りは 2～3 割増えるということです。よろしいでしょうか。

資料 3 に移ります。全体の患者数、疾患系ごとの患者数の推計です。人口は減るけれども高齢者が増えるので、疾患は増えるということです。この推計であれば、病床が余るということはないという推論だと思います。よろしいでしょうか。

資料 4 は医師数です。西播磨が全国平均に比べて 64.4% しかなく、大きい病院はあるのだけれども、医師数が少ないということです。マグネットホスピタルを作らないと医師が集まらない。医師が集まらないと結果として地域医療に支障を来たすのではないかとということだと思います。

資料 5 は、2 病院が統合した場合にどの程度のシェアになるかということです。消化器系であれば、2 番手の製鉄記念広畑病院と 8 番手の姫路循環器病センターが統合しても、姫路循環器病センターは担当医師もあまりいないのでほとんど増えず 2 番手のままになります。呼吸器系も同様です。循環器系は姫路循環器病センターのシェアが多く、製鉄記念広畑病院は少ないという形です。眼科は製鉄記念広畑病院が昔から診療していますが、姫路循環器病センターでは眼科は診療していないのですか。

## (委員)

姫路循環器病センターでは糖尿病センターを開設した時に眼科を設置しましたが、外来診療が週に半日だけです。

## (会長)

神経は、元々脳神経センターがありましたから、姫路循環器病センターのシェアが高く、製鉄記念広畑病院を足すと少し増えるということです。パーキンソン病や認知症などが増えていますので、シェアが多少増えても問題ないのではないかと思います。外傷系もあまり変わりません。耳鼻科、女性生殖系、筋骨格系、血液系、内分泌系など少し増えるものがあったりもあまり変わりません。

## (委員)

この資料は姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の現在の状況を示したものだと思いますが、統合して新しい病院ができた時にはどんな機能を持たせるかによって周辺の500床未満の病院は影響を受けるのではないかと思います。将来の統合病院にどんな機能を持たせるかということが、周辺の病院の先生方が最も知りたいところだと思います。

## (会長)

この点はこの委員会で色々と議論していただかないといけないと思います。確かに1足す1が2にはならない、おそらく新病院効果とか、また、場所によっては吸引する可能性などいろいろあると思います。赤穂市民病院も外来も増えて計画より早く黒字化しました。そういうことがないと新病院を作る意味も無いでしょう。

次に資料6の一般病床の入院状況ですが、ここが一番問題で、西播磨から中播磨への流出が24.4%、4人に1人が地元で治療を受けていないということです。宍粟であれば姫新線、赤穂であれば赤穂線が姫路エリアに向かっていますので、こういう結果になっているのだと思います。病床機能報告制度を踏まえて、あるいは地域医療包括ケア病棟とか新しく出来た制度を見て、第7次医療法で2次医療圏の見直しをすると国は言っています。

次に資料7ですが、これも大きな問題になっている救急医療体制と課題です。姫路地域の

救急が手薄だということが報道で大きく取り上げられたことがあります、大きな病院でも受け切れていないという状況があります。

#### (委員)

会長があげられた例は平成 19 年に救急患者を姫路市内の病院に搬送できずに市外に搬送している途中で亡くなった件ですが、このような状況になる前は姫路の救急医療体制も、大きな病院は苦しいところもあったものの、ある程度安定した状況にありました。2次後送輪番も 365 日ほぼ全てが埋まっていたのですが、新臨床研修医制度が始まって中小病院の医師がどんどん少なくなって救急が受けられなくなり、後送輪番体制から抜けていった状況になりました。状況は少しは改善していますが、今も平成 16 年以前の状況には戻っていません。先ほどのご説明にあったような厳しい状況が続いています。

#### (会長)

かつては姫路と尼崎は病診連携のモデル地区と言われていました。全国の医師会から見学に来ていたこともあったのですが、医師が少なくなって、それがうまくいかなかったということもあるのかもしれませんが。

#### (委員)

救急は受け入れの絶対数を増やさないと意味がありません。いくら新病院が 3 次救急をすと言っても、麻酔医が 1 人しかいなければ同時に 1 件しか受けられません。市内の民間病院も含めて受入件数を増やす体制作りもしなければいけないと思います。神戸市内でも中央市民病院、神戸大学、災害医療センターなどありますが、どこも同時には 1 人～数人しか受けられません。

#### (委員)

私は 3 月まで豊岡病院組合にいましたので、豊岡の状況をご紹介したいと思います。受入照会回数が 4 回以上というデータについて、豊岡の状況も調べてみましたが、豊岡消防の管内で 0%、南但馬消防で 0.35%でした。実は豊岡病院で全ての救急を受けている訳ではなく、

全体の6割に過ぎません。但馬に出石病院という医師数3人の50床の病院があるのですが、ここで夜間、休日も救急を受けています。どうして受けられるのかというと、手に負えなければ豊岡病院が確実に受けてくれるという安心感があるからです。重症の患者は直ちに豊岡病院に送りますが、中核となる救急を断らない医療機関があれば周りの医療機関もそこを信じて受け入れられる構図ができるのかなと思います。中・西播磨の3次救急は姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の2病院に分かれていて、姫路循環器病センターに搬送された患者が消化器の疾患を持っておられれば処置が困難ですし、反対に製鉄記念広畑病院に運ばれた患者が循環器の疾患を持っておられれば処置が困難です。そういう意味では、そこに行けば全て受けられる病院を持つことで、地域全体の救急の受け入れを改善できるのではないかと思います。

#### (会長)

ありがとうございました。次に資料9、10について何かご意見はありますでしょうか。特に無いようでしたら、資料11についてご意見はありますでしょうか。患者数、医師の偏在、患者の流出、病床数、他の政令市・中核市の大規模病院との比較が課題としてあげられています。

#### (委員)

初期研修の制度についてはいろいろと問題があって、さまざまな意見も出ていますが、今暫くはこの制度が続きます。研修医が大学に戻ってくる割合が45%程度で、大半が大学外で研修される状況で、姫路近辺の学校を卒業されて医学部に入っておられる方が多くおられるので、初期研修の時は姫路市内に帰ろうかと考えている人も多いと思いますが、初期研修の枠を大きく取れる病院が少ない。今は病床数が多ければたくさん研修医を取れる状況ですので、ぜひ中途半端ではなくて総合的に魅力のある研修病院ができることを大学として切に望んでいます。皆さんご存知の専門医機構が来年から動き出しますので、今19の基幹学会がプログラムを作っていますが、プログラムを各自治体病院だけで作るのはまず無理です。大学が中核となって病院群を作って連携しないとプログラムが作れないですし、後期研修医が取れなくなるという状況です。いかに魅力あるプログラムを作るかという中で、魅力ある病

院群でないと後期研修医を取れなくなります。大学だけではなく、病院群として魅力ある病院がたくさんある方が、後期研修医の方々が専門医を選んだ時にそれらのプログラムを選択されると思いますので、その人たちを地域に留めるかということにつながります。ぜひ総合力のある力のある病院が中核都市にあれば一番我々としても有難いと思います。

#### (会長)

ありがとうございました。医師を養成する側の立場からのご意見でした。

#### (委員)

今は大学のトップが若手医師にどこその病院に行きなさいと言っても、良い病院でないと答えはノーです。良い病院ならイエスと返事が返ってきます。神戸市の中央市民病院、今度出来た県立尼崎病院が救急を頑張られているのは、研修医が集まり、且つその研修医が後期研修医として病院に残っているからです。中央市民病院では研修医と後期研修医を合わせると200人程度おられるのではないのでしょうか。その人たちが救急医療のパワーになります。そういう方向で行くべきだと私は思います。

#### (委員)

姫路の研修医の状況を少し説明させていただきたいと思います。今言われたように、魅力ある研修プログラムは大変大事だと思いますし、大きな病院があればそれに越したことはないと思いますが、姫路の病院で研修をしたいという方もおられるのですが、定員の設定がかなり少ない。姫路の病院あるいは人口の規模からするとかなり少ない状況がずっと続いています。希望される研修医を断らざるを得ない状況が続いていました。最近、県の調整枠が出来て、それを少し姫路に回していただいたことで増えましたが、まだまだキャパシティからすると今でも受け入れは可能な状況です。医師会で市内の初期研修医に全員集まっていたら意見交換する機会を持っていますが、姫路あるいは近郊の研修医の方はこちらへ帰ってきて地域の医療を支えたいと言ってくれていますので、姫路市にぜひたくさんの研修医が来てもらえるような状況になれば、医師数不足も徐々には解消されるのではないかという気はしています。医師会でも、是非そういう研修医枠が増えるように、姫路市内の病院にはそれぞれ

れすばらしい特徴がありますので、その病院同士が研修医を相互に乗り入れし、姫路市みんなまで育てていくというシステムが出来ればと思って取り組んではいるのですが、なかなか現実にはなりません。こういう新病院ができればそういうことにも参画していただければありがたいと思います。

#### (会長)

マグネットというか研修群、病院群というのが大事だと思います。東京の小田急線沿線に東海大学や聖マリアンナ医科大学など5つほど私立大学がありますが、全部相互乗り入れて、どこでも単位が取れるようになっています。卒前教育からやっていますので、卒後の研修のマッチングも一緒にしています。

#### (委員)

西播磨からの意見を述べさせて頂きたいと思います。医師数が全国平均の60%しかない、患者の24.4%は中播磨に流れている、というデータですが、これが問題なのかどうか。新しい病院ができてこの数字は変わらないのではないかと。その辺りを問題だとあげておられますが、これがどう改善するのかというイメージが分かりにくいのでご説明をしていただきたいと思います。

#### (事務局)

事務局として一方的に問題、課題だということでデータを出しているのではなくて、資料11の3に書いていますように、歴史的に見ても中播磨、西播磨は一体でありますし、流入・流出の関係でも西播磨から中播磨に24.4%来られているので、これは両医療圏域は一体的な医療圏域として捉えているものと思われると書いておられますが、今後の新病院のあり方を考える上で、中播磨、西播磨、それぞれ別々で考えるのではなく、一定、一体的に考えるべきではないかということでこの数字を事務局として出ささせていただいておられます。

#### (委員)

医師数が少ないのでなんとかしろ、といつも言われているのですが、少しでも改善するの

かどうか。その点をお願いしたいと思います。

### (会長)

おそらく生活圏としての流出は、24.4%をさらに超えると思います。買物をするにも赤穂にデパートはないですから。みんな姫路に来ています。宍粟や佐用もそうだと思います。買物客だと50%以上になるのではないのでしょうか。日用品、生鮮食料品はそうでもないでしょうが、電化製品など少し大きな買物や娯楽になるとみんな姫路に出ているイメージがあります。患者だけは行くなという訳にはいかない気もします。

### (事務局)

姫路とも近くて規模もそれほど変わらないということで、岡山との比較が出ていますが、大きく異なるのは医学部を持つ大学が2つもあるということです。姫路にはありません。若い医師にとって必要な研究マインドを育てるという病院が姫路に必要ではないかと考えています。そういうことがないと、いい医師はなかなか地方に残らないと思いますし、そういう若い医師に来ていただいて、「この病院は研究もやっているのか」ということになると、帰ってきたり、そこに残ってくれたりということがあのではないかと思います。

### (会長)

岡山の場合、市内の病院はほとんど岡山大学人事のような形になっていますから、ホールディングも大学主導でやろうかというようになっています。大学病院がホールディングをやっているのかどうかという難しいところですが、ゆるやかなホールディングという形に落ち着きつつあります。総務省は県立病院、市立病院がホールディングに入るのを反対していたのですが、広島県の湯崎知事が広島大学と一緒に広島県立大学をホールディングに入れたいということで直訴状を書きました。その次の日から総務省の考え方が少し変わって、緩やかなホールディングであればいいということのようです。首長選挙でこういう病院を作りたいと言ったのに、ホールディングがそういう医療機能は要らないということになると民主主義の根幹を覆すのではないかとというのが総務省の今までの見解でしたが、緩やかなものであればいいということになりつつあります。どれだけ増えていくかということは今後の課題



だろうと思います。

今回の資料は、読んでいくと納得できる資料が多いのですが、問題は委員が言われたように、患者の動向が大きく激変するかどうか皆さんの心配されているところだと思います。

西播磨の医療を担われている代表として、委員から何かございませんか。

### (委員)

初めて出席させていただいて、分からないこともあったので、皆さんのご意見を拝聴しておりました。私も前から分かっていたことですが、西播磨圏域から中播磨圏域への患者の流出、特に救急車の流出が非常に多いということです。10年前から指摘されていましたが、現在まで改善できていないということがあり、皆様にご迷惑をかけていると思っております。他の先生方からも言っていただきまして、少しは肩の荷が下りたと思っております。中播磨、西播磨は行政の関係で今は別々の地区になっていますが、元々一つであったということが非常に大きいと思います。ただ、その中でも医療資源が非常に少ない西播磨もある程度何とかしないとイケないと思います。二つの病院が一緒になって、マグネットとして強力な病院が出来た時に、逆に姫路への流入が多くなるのではないかと。患者側にとってはプラスなのですが、それを食い止めるように西播磨にももう一つのマグネットを作るべきだろうと思っております。行政の方でももう少ししっかり考えていただきたいということもありますし、西播磨にとって貴重な医療資源である赤穂市民病院をもう少し活用するような状況というのも皆さん方に考えていただくということもあるのではないかと思っております。

だんだんと話は広がっていくのですが、やはりできるだけ西播磨に近いようなところで統合された病院を作っていただく、もしくは、アクセスの非常にいい状態の病院を作ることと考えていただく必要があります。如何せん、空と道路しかないというようなところで、何とか活用の方法を上手に持っていただくことを委員の皆さんにお願いしたいと思っております。やはり700床程度の病床ができると、我々にとっても、患者さんにとっても非常にいいと思います。ただ、中播磨、西播磨の住民は、大きければ何でもいい、風邪引きでも重症でも何でも受診するということがないように、行政主導で患者の区分けをし、患者さん自身の判断できっちりとわきまえていただくことも必要ではないかと思っております。

## (委員)

私はこの地域医療構想についてずっとウォッチしてきましたが、資料2にある人口推計を信じるかどうかが一番大きな話だと思います。高齢者の人口が若干増えながら推移するという点はそれなりに信じることができるのですが、問題は生産年齢や若い人たちの移動も含めて、地域創生と絡めて、どのような街を姫路市が作られていくのか、あるいは播磨をどういう街にされていくのかが非常に重要なポイントだと思っています。それに先立って、インフラとしての医療や教育、特に医療がどうあるべきかを考えてみますと、今の地域医療構想や、別で進んでいる公立病院改革プランであるとか、そういったものはどちらかというところインフラを大分整理してしまうようなイメージがあります。地域包括ケアシステムのように医師会を中心とした足腰の強さを求めることはいいのですが、高度急性期や急性期に非常にドラスティックな改革を求めていくのではないかと。そうすると地域のコアになる部分が弱ってしまうのではないかと。従来そのままの医療機関の状況で、国のやり方で将来を迎えていくとなると、どこの病院も何割か病床を削減したり、何床か回復期に変えたりということになって、弱ってしまうのではないかと気がしてなりません。そう考えると、地域の医療がおかしくなることにブレーキをかけるには、こういう機会に相当大きなインパクトがあるように構想を作った方がいいのではないかと。本日、たくさんの資料を拝見して、せっかく作るのであれば、中播磨、西播磨、場合によっては北播磨など周辺地域にインパクトを与えるような医療機関を作ることが、地域にとってはプラスになるのではないかと。印象を持っております。

## (会長)

ありがとうございました。総合的なお考えでした。

## (委員)

よく言われていることですが、2025年に向けて各圏域の医療構想が検討されはじまりました。この際、中播磨と西播磨の両圏域は一体化して地域医療構想を考えて、その中核病院として新病院、あるいは姫路赤十字病院、姫路医療センターなどコアになる病院と、その次のランクというか、急性期、回復期、ケア病棟、療養型病床を持つ病院が圏域で何かシステムを作

るちょうどいい機会だと思います。これから計画を作って新病院が出来るのが 2025 年に向かうちょうど中間辺りだと思いますが、その時期を目指して、何か新しい日本で初めてという形の連携体制を作るべきではないかと思います。

## (会長)

ありがとうございました。県立柏原病院も柏原赤十字病院と統合して、総合診療をするなど他と少し異なった形で、研修のハブ病院、マグネット病院のようにしたいと考えられています。特に地域医療の方面で、神戸中央市民病院や県立尼崎病院とは違ったタイプの総合診療医やかかりつけ医的な、全人的医療のようなことをやろうと秋田院長を中心に進めていただいています。

姫路も2病院が一緒になるだけではいけないと思います。やはりプラスアルファで、委員の皆さんが言われているように若い医師が胸をときめかして赴任してくるような病院でないと作る意味がありません。ただ大きくなったというだけでは良くないと思います。その辺りのことは、統合が承認されて計画を作る時に皆さんからのご意見をいただいて議論していきたいと思います。

他にご意見はあるでしょうか。両病院の院長はいかがでしょうか。

## (委員)

救急の話が出ましたので、救命救急センターの効果について少し説明したいと思います。救命救急センターのある病院とそうでない病院ということでは、片やセンターに救急医が泊まっている病院、片や当直医がやっている病院ということですが、当直医にはいろいろ診療科の先生がおられるため、専門外ということで受け入れを断るケースも結構多いと思います。当院もセンターができるまでの当直制の頃は半分くらいお断りしていることがあったのですが、センターができて8割くらいは受けられるようになっておりまして、救命救急センターの強化ということが、救急にとっては一番大切かと思っています。救命救急センターの強化には医師がたくさん必要ですので、研修医、後期研修医がたくさん来てくれる病院でないとなかなかしっかりと体制を維持することは難しいのではないかと考えています。

## (委員)

姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の医師を合わせると 140 人ですが、先日、県立尼崎総合医療センターの開院式に行った際に医師は 300 人と聞きました。県立尼崎総合医療センターは 1 次からの救急を ER 型で受けるということで、医師がそれ位いないと駄目だということでした。また、神戸市立医療センター中央市民病院の院長と話していると、ここも医師が 300 人程度おられて、毎日 30 人ほどが泊まっているということでした。今度の病院も救急を充実するということが使命になっていますので、医師が来てくれないことには困るなど、そういう意味でマグネットホスピタルという言葉が出てきましたけれども、そうならないと駄目なのかなと考えています。

## (会長)

他にどなたかご意見はありますでしょうか

## (委員)

勝手な意見になりますが、姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合という話で 700 床余りの規模になるのではないかと考えておりますが、プラスアルファということは出来ないのでしょうか。と言いますのは、お叱りを受けるかもしれませんが、せっかくなら、姫路医療センターもあるし、姫路赤十字病院もあるし、全部合わせれば 1,500 床になるというようなことを思っております。それだけの規模にすれば、かなりのことができるという話です。昔、たつの市長に話したことがあるのですが、市民病院の建替の際に、単に建て替えるような小さな話ではなくて、当時の 170 床に加えて、周りの病院を全部買いなさいと、全て買って 500 床規模になったらどうですかと。たつの市に 500 床の公的病院を一つ作り、いろいろなことをやるようにする、というくらいの気持ちでなかったら出来ないのではないですかという話をしたことがあります。それと同じようなことを、勝手に思っております。どうせ作るのであれば、それくらいのことまで考える余地を残しておいて欲しいなと思っております。

もう少し具体的に話をしますと、できるだけ広い土地で、いざとなれば下が電車の駅で上が病院、横がデパートですぐ横にはマンション群が立っているというように、いろいろなこ

とを考えると、人も集まるし、物も集まるのではないかと。我々としてはおんぶにだっこですから、アクセスの非常に良いところを考えていただきたいと思います。

#### (会長)

ありがとうございました。先週行われた日本病院学会のセミナーで、私が座長をした医療を中心としたまちづくりというシンポジウムに、山口昇先生や柏モデルの辻哲夫先生、熊本方式の米満先生が出ておられました。そこに、奈良県立医大のすぐ前の今井町という今井宋久ゆかりの商人町で、空き家に脳卒中の人たちを住まわせて在宅医療に行うという事例を奈良県が紹介していました。病院でやっていると回らないので、そのようにやっているそうです。柏モデルでは、1階に訪問診療や訪問看護、2階にショッピングモール、その上がオフィスや住宅と、柏の団地の半分減ってきたところでそういうことをやっています。ライト・レール・トランジット（LRT）の富山などはコンパクトシティの中に病院を作ろうとしています。買物弱者が郊外に行けないので、シャッター通りになりつつある中央商店街の中に医療と買物と住宅を置くというようなコンパクトシティもありますが、姫路はそんなに広く土地が空いているのかという問題もあるかもしれません。

#### (委員)

場所の話が出ましたので、一つお願いしたいのは、製鉄記念広畑病院が移転するとなると広畑地区の医療はどうするのかという話が出てきます。ですから、候補地として現在の製鉄記念広畑病院の場所も考えていただけたらどうかと思います。広大な土地があって電車も通っていますし、周辺の住民の方も安心できるということで、選択肢に入れていただければ有難いと思います。

#### (会長)

ありがとうございました。第1回で住民代表の委員からお話がありました。今日の議題ではありませんが、何かご意見がありましたらどうぞ。

(委員)

地域の住民の関心は非常に高く、昨日もある自治会長から「どうなっているんだ」と電話があり、場所の話まで進んでいないと答えたところです。ただ、時間が経つにつれて住民の関心も高まっており、「製鉄記念広畑病院はどうなるのか。無くなるのか」といった議論になってきています。今回はそのような議題ではありませんが、議題になった際にはそういった話もしたいと思います。

(委員)

場所の話が出ましたが、他に医療機能などいろいろなことがあると思いますが、ぜひ頭に置いておいて頂きたいのは、次の世代を支えるのは若い人たちですので、若い医師たちの視線を一番大事にして欲しいと思います。どの地域にするとか、アクセスとか、いろいろな観点があると思いますが、今後考えていく中で、いかに若い医師たちの気持ちを捉えるか、ニーズに合うか、ということが一番大事にしていただかないとどんなに大きな建物を作ろうが、彼らにマッチした部分がないとそこに惹きつけて残ってもらえません。大学の力で「この病院に行け」という時代は完全に過ぎ去っています。新しい専門医機構が作っている、最初の入口を19に絞っていますから、その19に絞った時に各医療機関で作るプログラムがいかに魅力あるかに懸かってきますので、彼らの最初の専門医の入口の彼らにとって魅力ある病院作りをぜひお願いしたい。

(会長)

ありがとうございました。この議論が、なかなか両方の病院とも若手医師が定着しにくいということで、補完するような魅力的な総合プログラムが必要ということで始まっています。ご意見ありがとうございました。

(委員)

一つ教えていただきたいのですが、マグネットホスピタルとよく言われます。新しい県立尼崎総合医療センターもマグネットホスピタルにすると言われていますが、結局、それは医師や看護師を惹きつけて、そこからまた派遣するというイメージがあるようにも聞いている

のですが、マグネットという言葉にそういうイメージが無いので、どういうことなのかと思っています。最初はどんどん引き付けて、充実すれば西播磨の病院にも非常勤であれ、どういう形であれ、派遣していただけるのか。そこが我々としても非常に希望するところなのですが。

#### (会長)

ありがとうございました。これは非常に大事な問題で、県立柏原病院と柏原赤十字病院の統合でもそうでしたが、マグネットホスピタルは自分のところだけ引き付けて置いておくのでは駄目で、その地域全体の医療レベルを上げるような役割が必要です。第2次公立病院改革ガイドラインの4つ目の視点はそうになっています。その具体的な機能の一つ目はローカルセンター的な専門病院。例えば姫路循環器病センターやこども病院、リハビリテーション病院などです。二つ目は僻地・離島・山村の医療を支える機能。3つ目はその地域の医療レベルが向上する、事務職も含めた研修機能。4つ目が小さな病院に対する医療職等の派遣です。

#### (委員)

尼崎総合医療センターの例で言いますと、統合が決まった後で専攻医が約7割増えています。大きな病院が出来て研修環境ができるということで、若い医師が集まってきます。また、教育の面では尼崎病院には豊岡病院を随分支援していただきまして、豊岡病院は内科系の指導医が少ないものですから、若い医師がテレビ会議のカンファレンスで指導を受けたり、あるいは尼崎病院の専攻医が豊岡病院に地域医療を学びに来られたりとか、そういったことが現に行われています。医師が集まることで地域全体に何らかのプラスになってくるということにはなると思います。

#### (会長)

ありがとうございました。県立病院の核となる病院ですので、全県下にあまねく良い医療を提供しないとイケません。これは神戸市立医療センター中央市民病院とは違う点です。中央市民病院はいくら言っても、「当院は市民のための病院だ」といつも言われてしまいます。

## (事務局)

私は岩手県の県立病院をモデルに考えているのですが、岩手県立中央病院にはたくさんの医師がいます。県立病院がいくつもあって、そこに県立中央病院から指導医と研修医と一緒に周期的に派遣するというをやっています。それができるような病院になれば、この統合新病院は大成功だと思います。医師が集まるかどうかによりますので、そこまでは今お約束できませんが、西播磨の病院に派遣できるような、そういうパワーを持った、人事を動かして医師派遣ができるような病院ができればと私自身は思っています。赴任するとなると大変ですが、ローテーションで地域の病院を回ることは医師もやってくれますから、そういうことを考えています。

## (委員)

中播磨と西播磨の医療圏は一体的に考えて頂く必要があると考えています。もともと中播磨、西播磨は一つの地域でした。県が行革の中で行政区域をもう少し小さくしようということで、阪神を南北に分け、東播磨も東と北に分けてしまった。西播磨も中と西に分けてしまったということで、きめ細やかな行政には資したのですが、医療圏域は客観的な情勢からすればやはり一つの中で考えていくことが望ましいのだろうと考えています。西播磨の各市町の財政状況や医師の確保を考えた時に、いきなり高度な機能をもったような病院を新たに作ることは難しいだろうと思っています。それから、中・西播磨全体で考えた時にこれから30年、40年、50年先に今の時期を逃して中・西播磨全体の中で中核的な機能を担うような病院を作るというのはこの今の時期を逃してもう無いのではないかと考えています。私は県民センター長として保健や医療の体制整備の責務を担う職務ですが、やはりそういった職にある者として、今回議論を深めていただいて、中・西播磨トータルで高度急性期をしっかり担うような病院が望ましいという方向で皆さんに考えていただければありがたいと思いつつながらご意見をお聞きしておりました。

## (事務局)

県議会でも、阪神北圏域や西播磨圏域の議員から、どうして自分の圏域には県立病院がないのかといつも言われています。市立病院はほとんど全てが赤字で、市の財政を大きく圧迫



しているのは医療だからです。それを県が肩代わりしてくれる訳ですからこんな嬉しいこと  
はないということです。尼崎総合医療センターは尼崎市に非常に喜んでもらっています。で  
すから、姫路市も県立病院があることを大切に思っていたきたいと思っています。また、  
それに応えられるような県立病院ができれば良いと思っています。

#### (委員)

私は前職で尼崎の新病院の統合の仕事を担わせていただいております。阪神地域は阪神  
北と阪神南に医療圏が分かれている訳ですが、新しい病院には救急と小児救急、周産期につ  
いては阪神北と南を一本で考えようということで、圏域を越えて医療を担う形にしました。  
姫路においてもそのようなことを頭に置いた上でご検討いただければと思います。

#### (会長)

ありがとうございました。本日の議題に関しては意見が出尽くしたように思います。

それではマイクを事務局にお返しします。

#### (事務局)

事務局から事務連絡をさせていただきます。第3回の検討委員会は既にご案内の通り、8  
月5日水曜日の13時から開催させていただきますので、よろしく願いいたします。議題  
は両病院の診療機能、診療体制等の現状と課題となっております。

以上をもちまして本日の会議は終了させていただきます。お忙しい中、誠にありがとうご  
ざいました。