

第3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8月5日(水) 13:00~14:40

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)

伊藤姫路市連合自治会副会長

(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、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) 配付資料の確認

(2) 意見交換

(会長)

早速、委員会の議事に入りたいと思います。事務局からの資料説明をお願いします。

(事務局)

お手元の資料に沿ってご説明させていただきます。資料1をご覧ください。両病院の概要になっております。1ページは病床数、職員数、業務量を記載しておりますが、後ほどそれぞれ詳細が出てまいりますので、説明は割愛させていただきます。2ページをご覧ください。両病院の5疾病5事業等に関する取り組みでございます。

まず5疾病ですが、がんについては製鉄記念広畑病院が県指定のがん診療連携拠点病院として取り組まれています。また内視鏡センターも設置されています。脳卒中については、両病院ともTPAの対応がオンコール対応にはなっていますが、それ以外については国指定の選定条件に基づいて対応が行われています。心筋梗塞については、姫路循環器病センターが国の選定基準に基づく対応を行っています。糖尿病については、姫路循環器病センターが昨年度に糖尿病センターを開設し、複数診療科が協力して対応する体制を整えています。製鉄記念広畑病院では国の選定基準に基づく医療が行われています。精神疾患については、姫路循環器病センターが認知症疾患医療センターとして鑑別診断等を行っている状況です。

次に5事業ですが、まず救急医療については両病院とも救命救急センターに指定されています。ただし、姫路循環器病センターは循環器の専門病院ということで、心疾患及び脳卒中を中心に対応しています。災害医療については、姫路循環器病センターが災害拠点病院と兵庫DMATの指定病院となっています。へき地医療については、製鉄記念広畑病院は家島を対象としてへき地医療拠点病院に指定されています。周産期医療については、製鉄記念広畑病院が平成24年度実績で年間399件の分娩を実施しています。小児医療については、製鉄記念広畑病院が圏域の中で小児科医が常勤する入院施設が数少ない中の一つとして入院治療を実施しています。その他として、姫路循環器病センターは地域医療支援病院、協力型臨床研修病院に指定されています。製鉄記念広畑病院は兵庫県ドクターヘリの準基地病院、基幹型臨床研修病院に指定されています。以上が5疾病5事業等に関する取り組みとなってい

ます。

3 ページをご覧ください。両病院の施設概要になります。まず姫路循環器病センターですが、所在地は J R 姫路駅から神姫バスで 16 分、バスは日中は 1 時間に 1 本となっています。最寄の J R の駅は播磨高岡駅になりますが、徒歩で 24 分となりますので、徒歩でのアクセスは難しい状況です。自動車について三ノ宮駅と姫路駅の両方からの所要時間を記載しておりますが、三ノ宮駅が 1 時間 12 分、姫路駅からは 11 分となっています。土地については、姫路循環器病センターは市民病院が無い中で、市内唯一の公立病院ということで姫路市から 5.2ha を無償で借り受けています。建物については、本館を昭和 56 年に建てて以降、ほとんど手を入れていない状況であり、未耐震となっています。院内の配置については記載の通りです。4 ページは敷地について記載しています。

5 ページは製鉄記念広畑病院の施設概要です。所在地は J R 姫路駅からでは山陽電車で飾磨駅で乗り換えて 19 分となっています。山陽電車夢前川駅から南側に隣接しており、電車は日中 15 分に 1 本走っています。J R では英賀保駅が最寄ですが、徒歩では 26 分かかります。自動車では三ノ宮から 1 時間 17 分、姫路駅からは 20 分という立地状況です。土地については自己所有が 4.6ha、駐車場用地として 0.4ha を借り受けています。建物は本館を平成 11 年に整備しており、新館については 2 年前に建てられています。院内配置及び敷地については記載の通りです。

資料 2 をご覧ください。両病院の経営状況をご説明します。まず 1 ページの姫路循環器病センターの経営状況ですが、新規患者数は 5 年前と比べて 374 人と大きく増えています。また高度な手術を行っていること等もあり、入院単価で 9 千円程度、外来単価で 2 千円程度、5 年前と比べて増加しています。ただし、経常収支比率をご覧くださいと、100 を超えると黒字ということですが、黒字は確保しているものの減少傾向にあり、5 年前に比べて 4.2 ポイント減少している状況です。この理由としては、下表の経営状況を見ていただくと、新規患者、単価が増えて医業収入全体が 9 億 4 千万円程度増えていますが、それを上回って費用が増加しています。特に人件費が 6 億円増、材料費が 5 億円増と、この 2 項目で収入増が帳消しになっている状況で、当期純損益は年々減少している状況になっています。2 ページに製鉄記念広畑病院の経営状況を記載していますが、稼働病床は新館整備の時期に一過性の病床閉鎖を行われていますので、平成 22 年と 26 年の比較が新館オープン前の平年ベースとオープン後の平年ベースと考えていただきたいと思います。まず新館オープンの効果として入院患者

数が約 47 百人の大幅増となっています。救命救急センターを開設され、医療の高度化等によって入院単価も約 78 百円程度の増となっています。ただし、経常収支比率を見ると5年間と比べて1.5ポイント減と減少傾向にあります。この原因としては、下表の経営状況を見ていただくと、患者数、単価とも増えて医業収益は約 11 億円増となっていますが、新館オープンの際に職員を増やしたことと新しい施設の減価償却のために費用が嵩んで収入を上回り、当期純損益が新館オープン後は赤字状態になっています。

資料3をご覧ください。患者数の内訳を示しています。姫路循環器病センターについては循環器の専門病院として神経内科、循環器内科、心臓血管外科の3診療科で入院、外来とも患者数のほぼ8割を占めています。2ページは製鉄記念広畑病院の状況ですが、ほぼ全ての診療科のある総合型の病院です。ただし、姫路循環器病センターが得意とする神経内科、循環器内科、心臓血管外科については十分では無い状況になっています。3ページは両病院の患者数を単純に合算したものですが、基本的に精神科と呼吸器関係の診療科を除くと診療科が揃い、理想的な総合型病院に近い形になるのではないかと考えています。5ページをご覧ください。救急患者数の推移を示しています。まず姫路循環器病センターでは神経内科、循環器内科、心臓血管外科で85%を占めていますが、合計を平成24年と26年を比較すると4.9%減少しています。これは合併症患者の増加によって循環器の専門病院では救急として受け入れ難い状況があるためと考えています。6ページは製鉄記念広畑病院の推移ですが、平成25年から救命救急センターをスタートして以降は、基本的に救急科で受け入れています。病院全体では2年前と比べて8.4%の増となっています。7ページは両病院の合算ですが、合計で13千件程度の救急患者を受け入れている状況です。9ページは診療科目別の手術数の推移です。姫路循環器病センターは心臓血管外科の手術で5割以上を占めている状況です。平成24年と26年を比べると17.4%の増となっています。製鉄記念広畑病院の推移を見ますと、外科、整形の外科系手術件数で約6割を占める状況です。合計数を見ると新館整備等で入院患者数は増えていますが、病床数が15.3%増えている中で手術件数は2.2%の微増に留まっています。11ページは両病院の合算です。13ページをご覧ください。こちらは入院中の患者が自病院で標榜していないような診療科の医師による診療が必要な場合に別の医療機関で保険診療を受けた対診等の件数を示しています。両病院合計で年間400~500件発生している状況です。姫路循環器病センターでは腎不全や前立腺肥大、骨折、緑内障、白内障といった合併症への対応が出来ていない状況です。製鉄記念広畑病院ではPET-CTなど自院で

行えない検査・診察、循環器系の外科的な処置が必要な場合に他病院にお願いする状況になっています。

資料4をご覧ください。両病院の地域別の患者割合です。病院ごとに入院・外来に分けて整理しています。平均の欄を見ていただくと、姫路循環器病センターは姫路市内の患者が概ね3分の2、製鉄記念広畑病院は少し多くて4分の3程度となっています。一方で両病院とも西播磨圏域から2割弱の患者が来られています。また、姫路循環器病センターは県内唯一の循環器の専門病院ということで他圏域、特に東播磨、北播磨圏域を中心に1割を超える患者が来られている状況です。

資料5は両病院の職員数を示しています。姫路循環器病センターは医師51人、製鉄記念広畑病院は72人、看護師はほぼ同数で365人、381人となっています。事務の人数が大きく異なりますが、姫路循環器病センターは病院局が県立病院全体の本部として資金管理や財産管理、人事を行っているのに対して、製鉄記念広畑病院は病院内にそういった機能が全てあるということと、姫路循環器病センターは委託で行っている業務を直営で行っていることなどが理由です。

資料6は医師数の推移です。1ページの姫路循環器病センターの状況を見ていただくと、内科医は平成24年度の2名が27年度は0名となり、様々な合併症への対応が十分ではない状況になっています。また、循環器内科、脳神経外科についても一定の医師数は確保していますが、3年前と比べると減少傾向となっています。糖尿病については昨年度に糖尿病センターをオープンし、4名増となっています。製鉄記念広畑病院の推移を見ていただくと、麻酔科医が平成24年度の6名が27年度は2名となり、4名減となっています。救急医については救命救急センターをスタートして25年度に9名、翌年度に10人となっていますが、27年度は3名減って、現在は7人の体制で3次救急を行っているのが現状です。県内他圏域の3次救急と比べると医師の体制は十分ではない状況になっています。3ページは両病院の合計です。平成27年度時点で合計127人、うち専攻医は17人となっています。

資料7は看護師数の推移です。両病院とも平成24年度から26年度まで増加傾向で、一定の確保はできていますが、今後、高度医療を提供するにあたってさらに確保する必要があります。また、製鉄記念広畑病院は新館オープンに際して看護師不足によってICU8床が未稼働となっています。

資料8は大規模県立病院との比較です。両病院の病床数を合算すると742床ですので、7

月にオープンした 730 床の県立尼崎総合医療センターと比較しています。延床面積は姫路循環器病センターが約 27 千㎡、製鉄記念広畑病院が約 37 千㎡、尼崎総合医療センターが約 77 千㎡となっています。敷地面積は姫路循環器病センターが約 5.4ha で姫路市からの提供、製鉄記念広畑病院が約 4.9ha、尼崎総合医療センターが尼崎市から無償で提供を受けて約 3.7ha という状況です。医師数は両病院合計で 128 人、尼崎総合医療センターは 262 人、このうち専攻医は両病院合計で 17 人に対して尼崎総合医療センターは 99 人という状況です。看護師、薬剤師、放射線技師など技術職員については記載の通りです。手術数以降の項目は病院の機能、機器の状況です。両病院を合計すると概ね尼崎総合医療センターと同数になりますが、無菌室や感染症病床、精神病床は両病院にはありません。機器については PET-CT や SPECT-CT、内視鏡手術支援ロボットなどが欠けている状況です。

資料 9 は議題を追加した専門医制度の変更の動きをまとめたものです。専門医は学会が認定した医師のことで、学会認定専門医、学会専門医とも呼ばれています。これまで各学会の独自基準で専門医を認定していますので、患者から分かりにくいということがありました。また、医師の地域偏在、診療科偏在が依然として解消されていないことから、中立的な第三者機関として日本専門医機構が創設され、専門医制度を学会ごとではなく標準化して医療の質を担保する、専門医が都市部と地域の病院をローテーションするプログラムにする、新しい基本領域として総合診療医を設定するという 3 つの見直しが行われています。この新たな専門医制度が平成 29 年度から開始され、19 の基本領域のうちいずれか一つの専門を取得することを基本としています。また、養成にあたっては大学病院等の基幹病院と連携した病院群を構成して実施する、養成数は研修体制を踏まえて設定する、とされています。3 ページをご覧ください。19 の基本領域のうちいずれかの専門医を取得し、その後にサブスペシャリティを取得するという 2 階建ての制度設計になっています。具体的には、基幹病院がプログラムを作り、責任病院として連携病院と病院群を作るイメージになっており、基幹病院、連携病院とも所定の指導医数、症例数の確保が必要となっています。しかし、4 ページに外科の新専門医制度を記載していますが、指導医 1 人につき専攻医は 3 人を超えない管理体制とする、専攻医 1 人につき 3 年間で 500 症例を確保するという要件があります。このため、大病院でも一定の専攻医を確保するためには相当数の指導医や病床数の囲い込みが起こって、中小病院が新専門医制度の基幹病院になるのは事実上困難だと思われます。その結果、専攻医の大病院志向が強まり、中小病院が独自に専攻医を確保することが極めて難しくなると予想

されています。まとめてとしては、県立病院でも内科や外科など主要な診療科について基幹病院となって十分な専攻医を確保するためには、一定規模を有する大病院とすることが不可欠であり、そのことが中・西播磨地域全体の医師確保に寄与するものであると考えています。

資料 10 は資料 1～9 のまとめとなっています。まず 1 の両病院の施設の（1）建替整備時期ですが、先ほどご説明したとおり、姫路循環器病センターについては本館整備後 34 年経過しており、耐震基準を満たしていないため、早期の建替整備を行うこととしています。一方で製鉄記念広畑病院は本館整備後 16 年、新館については整備後 2 年とあたらしいことから、この資産の有効活用を図っていく必要があります。（2）の公共交通機関のアクセスですが、両病院とも JR 姫路駅を定点とすると公共交通機関で概ね 20 分程度です。ただし、姫路循環器病センターはバスの運行本数が日中は 1 時間に 1 本、製鉄記念広畑病院は山陽電車が 15 分に 1 本で乗り換えが 1 回となっています。

2 の両病院の経営状況については、特殊事情を除けば現時点の経営状況は悪くはありませんが、近年、医業収入の伸びに対して人件費、材料費、減価償却費など医業費用の伸びが上回っています。姫路循環器病センターですと平成 22 年度を基準として、そこから伸びをグラフ化してみますと、赤色が医業費用、青色が医業収入ですが、収入の伸びを超えて費用がどんどん膨らんでいるという状況です。製鉄記念広畑病院は薄い青色が医業費用、オレンジ色が医業収入の伸びですが、こちらも費用の方が伸びの傾斜がきついという状況です。改善のポイントとしては、医師・看護師の確保、特に医師については両病院へ医師を派遣している神戸大学とのさらなる連携が必要とされるとともに、若手医師を集めるためにも魅力的な病院作りを行う必要があるのではないかと考えています。

2 ページをご覧ください。3 の医療提供体制の（1）診療機能、①診療科について、両病院の患者数、手術数、医師数を見ると、姫路循環器病センターは循環器の専門病院として循環器内科、心臓血管外科、神経内科等を強みとしています。一方で製鉄記念広畑病院はほぼ全ての診療科を標榜する総合型の病院ですが、循環器疾患にかかる医療は十分でないという状況です。現状をみますと両病院とも不足する診療科があるということで、合併症等に十分に対応できないこともあることから、入院中の患者を他病院で診療してもらっているような状況も生じています。両病院を統合した場合、各診療科が揃った総合型の病院となり、合併症等にもしっかりと対応することが可能になると考えています。

3 ページをご覧ください。②の救急患者、手術への対応について、姫路循環器病センターは

合併症への対応が十分でないため、救急患者の受け入れが困難な状況になっています。平成 24 年度と比較して救急患者の受け入れが 5 %程度減っています。製鉄記念広畑病院は常勤の麻酔科医が平成 24 年 4 月と 27 年 4 月を比較して 4 人減っていることもあって、手術件数は病床数の伸びに比べて伸び悩んでいる状況です。

(2) の救命救急センターの状況については、前回もご説明したとおり、同一圏域内で 2 病院それぞれが救命救急センターを運営していることから、救急医が分散配置されていることと、両病院とも不足する診療科が存在することから、県内他圏域と比べて十分な救急対応ができていない状況です。下段の表は県内の救命救急センターの救急医の人数を調べたものですが、災害医療センター、神戸市立中央市民病院は 30 床と 50 床で救急医はそれぞれ 18 人、尼崎総合医療センターはオープンしたばかりで年間受入重篤患者数に数字は入っていませんが、救急医は 21 人、兵庫医大は 17 人、県立西宮病院は 8 人、加古川医療センターは 14 人となっています。姫路循環器病センターは前回もご説明したとおり循環器の専門病院のため、各診療科の医師が救急対応を行っています。製鉄記念広畑病院は 7 人、公立豊岡病院が 14 人、県立淡路医療センターが 2 人という状況になっています。製鉄記念広畑病院を年間の重篤患者受入数が近い公立豊岡病院と比べると、公立豊岡病院は倍の救急医が配置されています。現在、両病院とも救急医の確保が十分でない中で救急対応を行っており、今後、高齢化の進展によって増加が見込まれる救急患者への対応が非常に困難な状況ではないかと思われれます。両病院が統合した場合には診療科の揃った総合型の病院となり、院内の後方病床も含めた救急機能の大幅な向上も可能になるのではないかと考えています。

4 ページをご覧ください。平成 27 年度版の姫路市消防の年報の数字を見ますと、10 年前に比べて救急の出動件数が 15%程度増えています。今後も高齢化が進む中でこの件数が減ることはないのではないかと考えています。

(3) の西播磨医療圏域や県内他圏域の患者も踏まえた体制整備については、両病院とも西播磨圏域から 2 割程度の患者が来られています。姫路循環器病センターは県内唯一の循環器の専門病院として県内その他の圏域、特に東播磨や北播磨圏域から 10 人に 1 人以上の患者が来院されています。そのため両病院が統合した場合、西播磨医療圏域や県内のその他圏域も俯瞰した上での診療機能や整備場所の検討を行う必要があると考えています。

(4) の医療従事者については、①の各診療科専門医に関しては、両病院とも医師確保が困難な状況になっています。姫路循環器病センターは内科系医師、製鉄記念広畑病院は麻酔

科医、内科系医師となっています。新病院においては中・西播磨医療圏域の中核的な病院として医療を担っていくにあたって、主に両病院に医師を派遣する神戸大学との、医療機能や必要な診療科に係る医師派遣等の協議など更なる連携を行っていく必要があります。②の救急医については、大学派遣での対応が困難ですので、今後両病院を統合し、全ての疾患に対応できる救急医療を目指す場合に、救急医やそれを支える若手医師を集めるための魅力的な病院作り、これは機能であったり、研修内容であったり、整備場所ですが、これを行う必要があります。③の看護師確保については、両病院とも一定できてはいますが、より多くの看護師が近年必要になっているため、製鉄記念広畑病院ではICU8床を閉鎖している状況です。今後、両病院を統合して診療機能の向上を目指していく中で更なる看護師確保を図る為の魅力的な病院作りを、これは機能や研修内容や整備場所ということになりますが、行う必要があります。

最後に4の専門医制度の見直しを踏まえた対応については、先ほどご説明したとおり、平成29年度に専門医制度の見直しが行われることとされていますので、中・西播磨圏域においても新専門医制度における基幹病院となり得る病院が必要です。中・西播磨圏域に若手医師を安定的に確保するためにも、内科や外科など主要な診療科において基幹病院になり得る指導医や症例数の確保を新病院で図っていく必要があります。先ほどご紹介したとおり外科の基幹病院の要件は、指導医1人につき専攻医3人まで、専門医は1人につき500件以上の症例を確保するという厳しいものになっていますので、その確保を図っていく必要があると整理しています。

事務局からの資料説明は以上です。

(会長)

ありがとうございました。両病院の診療機能、診療体制の現状と課題、あるいは経営、さらに19番目の専門医として新しく発足した総合診療専門医を見据えて、今後、若い先生方の動向等も考えてなくてはならないということで、専門医制度の資料も説明していただきました。

資料10がまとめになっていますので、この資料を中心に皆さんからご意見をいただきたいと思います。

まず、今の説明についての質問はありますか。

(委員)

単純な質問ですが、資料 10 の公共交通機関からのアクセスというところで、製鉄記念広畑病院の場合は J R 姫路駅から公共交通機関で 19 分となっていますが、山陽電車の姫路駅からではなく、J R 姫路駅から計っているのはなぜでしょうか。

(事務局)

定点を決めて計るために、姫路の中心である J R 姫路駅から計っています。

(委員)

ということは、J R 姫路駅から山陽電車姫路駅までの徒歩での距離も含まれているということですね。

(事務局)

今回は製鉄記念広畑病院と姫路循環器病センターを比較するために、姫路の中心である J R 姫路駅から計っています。委員ご指摘のとおり、J R 姫路駅から山陽電車姫路駅まではの歩行時間は、検索ソフトでの計算結果を用いています。

(委員)

山陽電車のホームページを見ますと、山陽電車姫路駅から夢前川駅まで乗換えを含めて 11 分となっています。また、姫路循環器病センターも J R 姫路駅からバス乗り場まで何分かかかるというのが前提ですね。

(会長)

実際は資料の時間よりも近いということでしょうか。

(委員)

そうですね。

(事務局)

両病院とも同一の検索ソフトを使って、同じ条件で定点からの必要時間を計算しています。

(委員)

資料4での地域別患者割合で、中・西播磨圏域の市町別の割合が書かれていますが、姫路市も広いので、もう少し細分化したデータは分かりますでしょうか。

(事務局)

市域より詳細なデータは承知しておりません。

(委員)

それが分かるような資料はないのでしょうか。

(事務局)

現時点では病院で統計を取っていませんので、対応が可能かどうか調べてみます。

(委員)

製鉄記念広畑病院については、姫路市の患者さんは南西部中心で山陽新幹線から北は少ないと思います。

(委員)

かなり偏りがあると考えた方がよいということですね。

(委員)

診療科目別の患者数が示されています。製鉄記念広畑病院では産婦人科の患者さんがかなり多く入院されていますが、分娩数は分かりますでしょうか。

(事務局)

資料1の2ページに記載しておりますが、25年度の実績は399件です。

(委員)

両病院の対診件数が記載されていますが、姫路市外にはどの程度出ているのでしょうか。

(事務局)

姫路循環器病センターの詳しい数字は今出ませんが、市内の病院に行っているケースがほとんどだと思います。

(委員)

製鉄記念広畑病院も、大学病院に行っているケースはありますが、多くは市内だと思います。

(会長)

救急や手術があまり増えていないことに驚きました。製鉄記念広畑病院は新館を建てたり、ドクターヘリの準基地病院になったので増えたのかと思っていましたが。

(委員)

ドクターヘリは、それほど手術患者が来るというわけではありません。転落事故や家島の患者さんが多いので、手術が必要な患者がヘリで来られることはあまりありません。

(会長)

資料の手術数は、青本（社会保険研究所刊「医科点数表の解釈」）では、内科医がやるような内視鏡的ポリテクトミーやP C Iなども保険点数としては手術に含められていますが、それらも入っているのでしょうか。

(事務局)

手術室で行った手術の件数です。

(委員)

手術数に関しては、姫路赤十字病院やツカザキ病院など素晴らしい病院がありますので、

機能を増やすとか、高度化させないと増えないと思います。

(会長)

資料についての質問は他によろしいでしょうか。

それでは、次に意見や感想などお願いします。

(委員)

大きな視点からお話しすると、市内に中核病院がいくつかありますが、姫路市レベルの大きな都市にしては、言葉は悪いかもしれませんが、中途半端な気がします。資料 10 の現状と課題を見ても、診療科の配置がよく言えば機能分化なのですが、救急がこれほどの都市できちんと出来ていないことがシンボリックに示しているように、問題があるのではないかと思います。

2つ目は、現状と課題に書かれているように、患者の足し算ではなくて、統合された時の相乗効果が重要だということです。単に $1 + 1 = 2$ になるという話ではなくて、機能がいろいろなところとつながって、様々なことができるのだらうなと思いますし、そこをイメージしながら将来のことを考えないといけないと思います。

3つ目は経営のことです。今の病院経営の最大のリスクは人の問題だと思います。特に規模が大きくなればなるほど人の問題が非常に大きくなります。地域の拠点になる病院をイメージした時に、若い医師はどういった点を選択肢として選ぶのでしょうか。選んでもらうのか、惹きつけるのか、色々あると思いますが、教えていただければと思います。

(委員)

これは前回も申し上げたことがですが、今の若い医師は情報量が多く、インターネットなどであっという間に情報を得ることができます。専門医制度のこともありますが、症例を確保できない病院はまず駄目です。そうすると、ある程度の規模があつて症例が確保でき、インフラが整って、アクセスが非常にいい病院ということになります。今は非常に多くの選択肢があるので、百点満点とはいいいませんが、できるだけそれに近い病院を若い医師は選びますから、そういう病院であれば彼らが臨床研修先として目指していく訳です。それともう1点は、指導医の体制がしっかりしているということです。ある程度の病床数がないと指導医

も中堅どころはあまり集まりません。兵庫県の中で姫路市が若い医師の中でどのような位置づけにあるかという、神戸大学の医学生に関して言えば、30分で来られるとはいえ、土地柄だけで言えば多くが抵抗感を持っています。病院としてどこまで素晴らしいものを追求するかによって、例えば全国でも都市によっては、亀田総合病院は千葉県の房総半島の土地であっても病院として機能的に優れたもの、指導医がいて、ということがあれば問題ないかもしれませんが、さらにいろいろなものを追求すると、クオリティとアクセスと指導医、ある程度の症例数、これらの全てを彼らは要求しますので、それらは病院作りでは欠かせないと思います。

(委員)

昨日、広島県立病院の外部評価委員会があり、研修医の話題が出たのですが、その病院は600床で医師が約200人います。先輩医師がみんな若い医師を育てようと、これは指導医の資格を持っている人だけではなく、先輩医師みんなで医師の教育を考えて行動されているということで、フルマッチになっています。また、教育だけではなくて、救急も非常に大事だという要素も聞きました。そういうことを考えたときに、先輩の医師が200人くらいいて、若い医師を指導し、なおかつ救急で実際の現場を経験するというのが基幹病院のイメージなのかなと思いました。

(委員)

救急を最重要視するというのは、その病院のご意見かもしれませんが、それはおそらく初期研修のことであって、自分が専攻してどの診療科に行くか決めた後期研修医の段階では、救急については重要視しないと思います。最初の入口としては、救急的な、いろいろなことを経験できる体制を求める部分は、今の若い医師にはかなりあると思いますが。

ただ、ターゲットは後期研修医をいかに獲得するか。今の制度だと医者になってから3年目からですが、その人たちをいかに獲得するかです。資料にもありますが、県立尼崎総合医療センターでは、262人の医師の4割近くが専攻医という状況で病院が成り立つ訳で、そこを一番のターゲットにして、彼らが魅力あるなと思える病院作りが必須だと思います。

(会長)

今、委員が言われたことに尽きると思います。大学病院など大きな病院はどうしても紹介率が70%を超えていますので、手垢の付いていない新しい患者さんを診るという機会がありませんから、どうしても初期研修医は第一線の救急をたくさんやっている病院で一番初めのプライマリケアや蘇生などをやりたい。3年目からはやはり自分の専攻する診療科の指導医にちゃんとした基本を教えてもらいながら、レベルアップ、キャリアアップを図っていきたいということだろうと思います。亀田総合病院や飯塚病院、麻生病院、佐久総合病院、沖縄中部病院など、山の中や海辺の交通の便の良くないところにあっても、指導体制がしっかりしている病院は医師がたくさん集まっています。今の時代の流れだと言えると思います。両病院の指導医の人数は分かりますでしょうか。今分からなければ、次回教えてください。

(事務局)

手元で把握しておりませんので、次回、提示させていただきます。

(委員)

資料8で尼崎総合医療センターの現状と2病院の比較がありますが、2病院が統合された際に、医師数としてどのような人数を想定して考えられているのか。今回の資料は現状の説明ですので、将来的にはどのように想定するのか、神戸大学からどれだけの医師を送ってもらえるのかもかなり大きな問題だと思います。

(委員)

新しい病院ができると、北播磨医療センターでも尼崎総合医療センターでもそうなのですが、専攻医が増えます。県議会議員から質問を受けたことがあるのですが、尼崎総合医療センターが出来た時に周辺への悪影響はないのかという話がありました。主に増えたのは専攻医であって、専攻医は全国どこでも勉強しようかという方ですから、決してその地域から集めるということではありません。看護師についても同様です。今年採用した尼崎総合医療センターの看護師のうち、尼崎市内の出身者は2割です。神戸・阪神間が2割で、地元は合わせて4割しか採用していません。それ以外の6割のうちの半分は県外の方です。

県立病院の看護師の採用試験は、周辺に大きな影響を与えないということも考え、広島県

や福岡県、沖縄県でも行っております。

(会長)

尼崎総合医療センターの医師の出身大学を見ますと、鹿児島や福島などいろいろなところから来ています。兵庫医大や大阪医大、関西医大、近畿大学など、近くの大学から来ている人も多くいるように感じました。

(委員)

現在、2病院合計の医師数が128人で、尼崎総合医療センターでは医師のうち161人が常勤医だと思いますが、今回統合予定の病院は診療科が20程度あり、今は医師数が十分でない診療科もありますので、一人ずつ入ったとしても20人くらいは常勤医が増えることになると思います。また、病院作りの中で兵庫県域だけの後期研修医がどうこうということではなく、倉敷中央病院に神戸大学から後期研修医が結構行っているように、新幹線が止まる姫路駅の立地条件を活かして全国から見て魅力ある病院作りが必要だと思います。

(委員)

私は中播磨県民センター長として、この地域の医療をしっかりと確保するという職務があります。その中で、資料6の2ページに製鉄記念広畑病院の医師数が記載されていますが、平成26年度には救急医を10人確保できていたのが、直近を見れば7人まで減ってしまっています。7人というのは本当にぎりぎりの線です。救急は激務で、医師がバーンアウトしやすい分野ですが、7人ですと週1回の当直をこなさなければならず、それだけでも激務ですが、その中でドクターヘリにも搭乗しなければなりません。本当に危機的な事態で、もしもう一人減ってしまえば救命救急センターの維持ができなくなることにもなりかねないと懸念しています。せっかく救命救急センターとしての機能が付加されたにも拘わらず、整備以前の状態に戻りかねないことを非常に危惧しております。根本的な処方箋としては、少しでも早く、機能が高く若い医師が喜んで勤めたいと思うような立派な病院を作っていただくことかと思っています。佐藤委員が先ほど言われたように、三木市民病院と小野市民病院が統合した北播磨総合医療センターでは、統合前に比べて医師数が5割ほど増えましたし、尼崎総合医療センターでも4割程度増えました。その中で専攻医が全国から集まってきており、救急を志

向する若い医師も来ています。かなり多くの救急病床を持っていますが、救急をやりたいという人が多く集まってきています。統合後の病院がこんな素晴らしい病院になるということをし少しでも早く発信して、救急をやりたいという優秀な医師がこの地に集まってくるということを何とか実現できればというのが私の強い希望です。

(会長)

ありがとうございました。今、実際に救急に力を入れておられる委員から何かご意見はあるでしょうか。

(委員)

各病院が頑張っている状況ですが、前回の資料にも出ておりましたが、まだまだ厳しい状況は続いているのは間違いありません。医療圏の病院に救急の若手の医師が来ていただけるならそれに越したことはないと考えています。姫路市プラス周辺の救急も含めて姫路市が担っていく必要がありますが、皆さんが精一杯頑張っていてやっと今の状況が支えられていますので、この先を考えるとしっかりした病院で救急の先生方がたくさんおられる方が有難いと思います。

(会長)

医師会が夜間診療所を開設していると思いますが、一次救急だけでしょうか。

(委員)

小児科と内科は365日、夜間は準夜帯も深夜帯も休み無くやっています。日曜・祝日は昼間も内科、小児科、眼科、耳鼻科をやっています。外傷など外科系の一次救急は行っていませんが、休日の昼間は整形外科の開業医の先生が輪番で診療所を開いていただいています。これくらいが一次救急としては精一杯です。

(委員)

救急の出動件数のうちかなりの割合、6～7割程度を民間病院が引き受けているのですが、引き受けるにあたって民間病院が最も懸念するのは、すぐ手術をしなければならないような

患者の要請があった場合に、それを受け入れるかどうかです。統合された病院ができれば安心してまだまだ引き受けることができるのではないかと思います。実は姫路循環器病センターや製鉄記念広畑病院も、民間病院からすぐ手術やP C I（経皮的冠動脈形成術）が必要だという時に電話をすると、今手術をやっているので引き受けられないということで断られるのですが、何割くらいの要請を断っているのでしょうか。

(委員)

製鉄記念広畑病院は2割程度ではないでしょうか。重症患者が多く来られますので、症例によっては2～3人を並行して診療することもできますが、重篤な患者さんが1人来られていけば、お断りすることも仕方ないと思います。

(委員)

今、はっきりした割合は承知していませんが、消防から数字が報告されてきますので、それを調べればお答えできると思います。どうしても処置中でお断りすることはあると思います。特に休日などは医師もコメディカルも少人数ですので、そのような時に患者が重なるとお断りすることになります。

(委員)

休日、夜間も麻酔医を確保していますし、全く受けられないということはありませんが、重なった場合には仕方ないと思います。

(会長)

救急に関しては今のままではいけない、救急医がたくさん集まった基幹病院が必要であるということは、概ね委員の皆さん全員のご意見だろうと思います。他の都市でもそのような方向になっていて、絶対に断らないという最終的な三次救急の病院がないと他の一次、二次の救急病院が安心して頑張れない。そういう病院が50万人の中核都市には必要だろうということは皆さんの意見が一致していると思います。

専門医制度で症例数などがかなりシビアになってくると思います。外科学会が一番厳しいと思いますが、外科に関しては若い医師は集約され、外科が無い病院がたくさん出てくるだ

ろうとされています。他に何かご意見はありますでしょうか。

(委員)

専門医制度については、内科もかなり大変だと思います。制度としては中小病院が基幹病院になることも可能ですが、全国的にもほとんど無いと考えていいと思います。大学病院が中心になって作ったプログラムに入らない病院は、後期研修医を取れない状況になります。外科を初めとして、かなりの規模の病院を早く作っておかないと後期研修医の確保は難しくなります。

(会長)

実際に大学病院で専門医制度に関わっておられる委員からのご意見でした。

(委員)

県立病院での内科関係の専門医の検討状況について少しご説明したいと思います。先週土曜日に会合があり、情報を得ながら検討を進めているところですが、外科と同様、非常に厳しい状況です。内科領域13分野のうち7分野で恒常的な専門医研修をしなければ基幹病院になれません。これはかなりの規模の病院、症例数を持っている病院でなければ難しいと思います。基幹病院にならないと恒常的に専攻医を確保できないということになります。例えば姫路循環器病センターであれば、今のところ基幹病院になれないという状況ですので、姫路の心臓の救急を支えている循環器科の専攻医が姫路循環器病センターで募集できなくなるといったことが大きな課題になってくると思います。内科についても多くの分野で症例をたくさん持っていて、自分たちで専攻医を確保できる病院を作らないと今持っている機能も失われてしまうと考えています。

(会長)

今回の制度改正は地方創生の逆の発想な気がします。私など田舎にいるものには、非常に腹立たしい。他の産業と同じように医療も東京一極集中が進んで、地方が衰退していくような気がしています。

(委員)

病院経営の問題、専門医の問題などをいろいろ考えると、規模の大きな病院が当然必要だということは良く分かるのですが、私は病院経営についてはよく分かっていないのでお聞きします。資料 10 の 1 ページに、ここ数年間では医業収入の伸びを医業費用の伸びが上回っているとあり、経常収支比率が減少傾向になっているとあります。その改善のポイントは医師・看護師の確保であると書いてありますが、そこが我々、病院経営に関して素人の者には分かりにくいところで、医師・看護師を確保すればするほど人件費は増えるわけです。そうすると人件費の伸びを上回るだけの医業収入が増えるということでしょうか。要するに経常収支比率を良くするということは、収入を上げて費用を減らすということですから、医師・看護師を確保すれば、費用も上がるけれどもそれ以上に収入が伸びるんだということだと思います。医師一人当たりの労働生産性がそれほど高いということは、我々にも少し分かりにくいところで、何かそこが分かるような資料はないでしょうか。どの程度の経営規模が最も収支比率が良くなるのか、損益分岐点を比較した資料があるとか、その辺りの資料を病院局でお持ちではないでしょうか。

(委員)

今、手元に資料はありませんが、ご説明しますと、医師と看護師はコストでもありますが、経営資源でもあります。高度なことをすればするほど診療報酬が上がりますし、集中治療室など人の配置が一定数満たされればより高い点数が取れます。人を配置することによって、それに見合う医療を行えば、より収入が上がるというのが一般的です。

(会長)

今年 4 月に第 2 次公立病院改革ガイドラインが総務省から出ました。第 1 次公立病院ガイドラインでは、公立病院は経営が下手だとか、無駄な人を雇いすぎているとか、かなりいじめられ、人件費を抑えろとずっと言われてきていましたが、今、給与費は民間より下がっています。また、ここ数回の診療報酬改定で、7 対 1 看護やチーム医療加算とか、看護師の多いところには高い点数を付けるストラクチャー評価が導入され、人を雇わないと収入が増えないようになっていきます。今度の公立病院改革ガイドラインでは、医療の質等に重点が置かれ、人件費比率を下げろとはどこにも書いていません。どちらかというと事務職員は本庁か

らのローテーションだけではなく外部から良い人材を登用しろとか、いろいろな人事交流を
しなさいとか、今は人を雇う方が収入が良くなる、少なくとも雇わないと増収できないよう
になっています。今は医師1人が月1200~1300万程度を稼がないといけませんでしょう。医
師1人が10人程度の職員の賃金を賄っている形ですが、今の医療法では医師が指示しないと
何も動きません。医師が指示することによって、薬剤師も臨床検査技師も放射線技師も仕
事ができるわけです。今の制度では、人を増やせというのが正しい選択だと思います。

(委員)

今のお話でよく分かりましたし、おそらくそういうことなのかなと漠然と想像しておりま
した。ただ、資料を見ていると、論理的に飛躍しているので、段落と段落の間を埋めるよう
な説明をしていただければ有難いと思います。

(会長)

外部に説明する際には説明が必要かと思しますので、事務局で対応をお願いします。

他にご意見はありませんでしょうか。

(委員)

私も皆さんの意見を聞いて、基本的にはもっともだと思っています。前回は申し上げたの
ですが、極端な話になりますが1500床程度の病院を考えるとすれば、スケールメリット
も出ると思います。我々、他の病院もそれで助かる面があります。たくさんの症例を集めよ
うと思えば、サテライト機能を充実させていくということを基幹病院が思っただけか
どうかではないでしょうか。私の病院は大きくありませんが、やはり人手不足です。人を集
めようにも能力のある人は大きな病院から埋まっています。700床を超えれば700床のス
ケールメリットが出てくるでしょうし、1000床を超せば1000床のスケールメリットが出て
くると思います。比較にはならないかもしれませんが、神戸市内で多くの医師を集めている
中央市民病院の希望者がどれくらいいるのか教えていただければと思います。研修医、専攻
医の希望者がかなり増えて、振るい落とすのに困っている。そうすると西市民病院も良い状
態になってきているということも聞いていますので、経営面ではスケールメリットを高める
為にサテライト機能を整備していただければと思います。

また、症例は西播磨にもたくさんあると思いますし、それを順調に消化していくということが必要だろうと思います。

(委員)

大きな総合病院の重要性も非常に良く分かるのですが、一方で、会長からも地方創生に反するという話もありました。姫路市の医療施策を担当するものとしては、地域バランスも当然必要になってくると思っています。日本全体から見れば姫路市は小さいかもしれませんが、500 平方キロ以上ある非常に広い地域です。その中にローカルティがあります。ある程度の規模の病院がそれぞれの場所で地域医療を行われているというのも事実です。あまり一極集中して、「一将功成りて万骨枯る」ではないですが、一つだけ生き残って後は全滅というのは非常に困ります。やはりバランスが必要だと思います。大きな核になる病院ができ、それによって他の病院もメリットはあると思うのですが、一方で 200 床程度の病院がそれぞれの立場で医療を守ってもらっていることとのバランスも考える必要があると思います。

(委員)

先ほど言われましたように、姫路市の基幹病院が 5 つほどありますが、救急にしても専門的な治療をするにしても中途半端な面があります。1500 床程度の病院があればもう少し改善されるのではないかと思います。世界的にも 1000 床規模の病院へと進んでいると思うのですが。日本ではまだ 700 床程度の病院が多いですが、長い目で見れば 1000 床規模の病院が姫路市にも必要だと、民間病院でもそう望んでいる先生が多いと思います。

(委員)

この地域では基準病床に比べて 170 床不足しているという状況ですが、前回の委員会で議論されたように、これから高齢化が進んで患者が増えます。前回の資料では 2 割以上、患者が増えるということです。その中でも、循環器系で 30 数%増えるほか、整形外科系、呼吸器系でも患者数が大きく伸びるというシミュレーションになっていました。そのような分野では一分一秒を争うような重篤な症例もたくさん出てくるということです。他への影響を配慮して現状で留まっていると大変なことになります。国は費用抑制のために病床数を抑制し、在宅へ移行させるということですが、私が聞いている限りでは姫路市内の在宅医療の

体制は非常に脆弱です。このような状況では、つまるところ患者さんの行くところが無くなってしまふことになりかねないと非常に危惧しています。現状に甘んじるのではなく、質も量もしっかりと手を打っていかなければ大変なことになりはしないかと心配しております。

(委員)

在宅医療が貧弱というお話でしたので、一言申し上げておきたいと思います。確かに今後、在宅医療も含めた地域医療構想をどのように作っていくかということが大事になっています。医師会としても在宅医療の拡充に力を入れていますが、なかなか難しい面もあります。やはり地域医療構想を踏まえた上で、この統合病院を考えていかねばならないと思います。もしも製鉄記念広畑病院が別の地に移るなら、その地域の在宅医療のバックアップ機能が縮小することとなり、残された病院の活用を考えていかねばならないと思っています。

地域医療構想が遅れているということが、少し残念というか、統合病院を考える上でもネックになるのではないかと考えています。地域ごとに病床の機能の配分をどう考えていくのか、また地域のバランスが大事な視点だと思いますので、大きな病院が一つ中心に出来ればそれで姫路市の医療は万全という訳にはなかなかいかないと考えています。

(委員)

地域医療構想については遅れていますが、在宅医療についてもしっかりと需要を把握して算定していくようにと指示も受けています。この資料では両病院を合算したデータが記載されていますが、そうではなくて、新たにできる病院がどういう機能を持って、どうあることが中播磨にとって必要なのかということ考えていただきたいと思いますので、地域の状況をしっかりと調べて進めていただきたいと思います。

(会長)

確かに地域医療構想は遅れているのですが、1回目の病床機能報告がかなり慌てて実施したので現状を反映していないということで、先週から第2ラウンドが始まっています。今度は報告制度のガイドラインを10月までに出すことになっています。例えばリハビリをやっていなければ回復期病棟にはならないとか、地域包括ケア病棟はどこに入れるとかといったことです。前回は、特定機能病院、特に大学病院で全病棟を高度急性期に入れている病院が

ありました。そのように間違っ報告されているケースがたくさんあります。

(委員)

先の話にはなりますが、統合した病院では専門医を養成し、高度医療を行う病院を目指して邁進していただきたいと思うのですが、失礼ながら、現状のスタッフのままでは新病院になった時には運営上難しい点があると思います。尼崎総合医療センターが順調なスタートを切られていますが、旧尼崎病院時代に1.5倍程度のスタッフを集め、高度な医療を行うなど実績を上げられてから移行されたと思います。姫路においても、統合までに両病院とも人材を確保して、多少は赤字経営になってもスタッフを養成するという姿勢を作っていただかないと開院した時に中身がないということになると思います。

(会長)

ありがとうございます。

確かに尼崎病院は院長がこの数年間、人をたくさん集められていました。

(委員)

地域のバランスについて申し上げます。私はいろいろな地域を回っておりますが、病院が機能を向上したり規模を大きくしたケースで、地域の医療バランスが崩れるということはありません。周辺の病院も生きていますから、場合によっては環境の変化に相当の苦勞をされることはあるものの、倒産したりするケースは見たことがありません。むしろ活力のある病院ができたり、周辺にクリニックが集積してきたり、あるいは提携している病院や競合している病院の間で競争しながら機能分化が進んだり、患者の受け入れが従来よりも良くなったりして地域全体の医療が活性化することはよくあります。一方で、病院が廃院になるなど軸になる病院を無くしてしまうケースでは地域から医師や看護師がいなくなってしまうことがありますので、地域全体のバランスを大きく崩すことになりませんが、今回は無くなる訳ではありません。むしろ全体を活性化するような統合ではないかと思います。

(会長)

他にご意見は無いでしょうか。無いようでしたら、少し早いですが事務局にお返しします。

(事務局)

ありがとうございました。

第4回の検討委員会につきましては、各委員のご都合をお尋ねしておりましたが、10月一杯の開催は難しい状況でございます。また、議論の中でも出ておりましたが、地域医療構想の策定状況も少し遅れていると聞いておりますので、当初の予定からは少し遅れますが、11月以降の日程で改めて調整させていただいておりますので、よろしく願いいたします。議題は「両病院の統合再編後の診療機能と施設整備」の予定です。

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。誠にありがとうございました。