

### 第3回西市民病院（市街地西部の中核病院）のあり方検討に係る有識者会議 議事要旨

- 1 日 時 令和3年1月6日（水）13時30分～15時25分
- 2 場 所 スペースアルファ三宮 特大会議室
- 3 議 題
  - （1）第2回会議の振り返り
  - （2）市街地西部において求められる医療機能及び中核病院の役割
    - ①がん
    - ②脳卒中を含む脳血管疾患
    - ③心血管疾患
    - ④糖尿病
    - ⑤認知症疾患
  - （3）市街地西部の中核病院としての地域連携のあり方
    - ①地域医療機関との連携
    - ②市民病院機構内の連携

#### 【議事要旨】

- （1）第2回会議の振り返り

（事務局より資料2～3について説明）

- （2）市街地西部において求められる医療機能及び中核病院の役割

（事務局より資料4～5について説明）

○事務局（橋本理事長）

これまで委員の皆様には大変建設的なご意見をいただき、改めてお礼を申し上げます。細かいことではなく、総合的な視点から考えていることを申し上げたいと思う。西市民病院の今後のあり方を考える上での基本的な考え方・認識という点について申し上げますと、当たり前の話かもしれないが、まずは医療環境、これは刻々と変わってくる、そして突然変わる。今後の医療環境というものはそういうものであるという認識が強いと思う。そして私の経験でもあるが、将来構想を考える時に、担当者は今ベストなものを作ろうと考えてしまう。そうではなく10年後、20年後にベストになるようなものを考えていく、そういう視点が必要だろうと思うし、特に専門家は自分の領域にこだわってしまう。そうではなく、もっと広い視点で、どれだけ広い視点で見られるかということが大事になってくると思う。そういう将来予測の不確実性というところが難しいが、先見性あるいは俯瞰性、全体をどれだけ見られるか、そして柔軟に物事を考えられるか、そういう視点で物事を考えていかなければいけないと思う。

幸い建物に関しては、これから建てる建物はかつての耐震構造ではなくて免震構造になる。免震構造というのは一種のシェルを作るわけで、耐震構造の場合には中を改変する

のは極めて難しい。壁を取り除くわけにはいかないというような構造的な問題があるが、今後作っていく建物は免震構造であるのでシェルを作り、そういう意味ではフレキシブルに物を考えられるのではないかと思う。こういう一般的な視点のもとに、地域医療機関とどのように連携するか、そして市民病院機構内でどのように連携するかということがとても大事になる。そこで何が重要かという点、もう既に色々とされていると思うが、コミュニケーションであると思う。地域、他の医療機関といかにコミュニケーションをとるか、そして機構内になるが各病院長のコミュニケーションは非常に豊かになっており、そういうコミュニケーションをとっていくことによって将来構想をより良いものにしていくと思っている。

この機構内の特に総合病院である3病院は、やはりその規模も地域性も大きく変わる。この違う3病院がこのように連携してやってきたということは、3病院の院長間で非常に協議もしており有用であると思うし、西市民病院は、近未来、これから10年後、20年後の高齢化社会、超高齢化社会の中で、地域医療がどうあるべきかということについての日本の先進モデルになると思うし、そうあるべきだと思うので、そういう日本のこれからの医療がどのようになるのかという大きな望みを、高い志を持ってやりたいと思うし、やっていくと思う。

具体的なポイントについては2つ申し上げたい。1つは救急医療、もう1つはがんである。救急医療については色々ご意見をいただいているが、やはり市街地西部における急性期中核病院である、これは当然の認識であるが、それが何をすべきかということについては、やはり救急医療の特性から2次では処理できないものもあるわけで、ただ1次、2次、3次という枠組みを簡単に変えることはできないと思うし、変えるべきではないと思う。2次の中で、いわゆる2次を超えるというか、2次の中でより高い機能を持った救急体制、これがどういうものかということが議論になるのだと思うが、そういう中でより高度な救急に対応できる、そういう施設があると思っている。

また、今回のコロナで明らかになったが、例えば中央市民病院で院内感染が起きた。そうすると、救命救急センターという大きな機能を持った病院の機能がなくなり、他の病院がそれに対応しなければならない。そういうことを考えると、コロナに限らず、色々なところで市内全体の地域医療体制の重層的な体制を組んでいかなければいけない。そういう意味で、西市民病院は重層的なバックアップ機能を持った、そういう救急機能を持つ必要があると思う。有事の場合に必要な連携をとり、地域医療を守るために一定の高度な機能を持つ必要があると思う。

もう1つはがん治療についてである。がんの治療というのはこれから10年後、今も診断あるいは治療のコンセプトはすでに変わりつつあるが、大変ドラマチックに今後のがん治療のあり方は変わってくると思う。その中で地域医療を担う中核病院としてどうあるべきかということについては、1つは通院が困難な高齢者のがん治療、それはやはり地域の中に、近くになければいけない。そういう意味で高齢者をしっかり診られるがん治療

の拠点であるべきだと思うし、もう1つは治療法の進歩に従って、通院しながら仕事に行っている、そういう患者が多くなる。これが遠くの病院に行って治療を受けて仕事をするというのは大変難しくなるので、通院しながら仕事ができるということについていえば、やはり地域に中核病院があり、そこで治療を続けることができるということが必要になると思う。そういう意味で、西市民病院のがん治療における拠点としての役割というのはあるし、しっかりその辺を認識した上で今後の体制を考えていかなければいけないと思う。

まとめると、医療の進歩は極めて早い、そして突然大きな変革が起こる。そういう中で将来どうあるべきかということを考えていかなければいけないわけであるが、そのためには、非常に予測不可能な部分もあり、機構内の病院、4病院でしっかり連携をとり、当たり前ながら、協調とうまく連携、機能分担。そしてまた、他の病院ともしっかりコミュニケーションをとって、連携あるいは機能分担できるところは機能分担してやっていきたいと思うし、そういうことをしていけば、西市民病院も日本の地域医療のモデルになるような病院になれると思うし、またなっていくべきだと思う。

#### ○事務局（花田局長）

健康局では、神戸市内の新型コロナウイルス感染症対応を行っており、3月3日に市内で感染者が出て以降、どこの都市も一緒であるが、感染拡大防止と医療提供体制の確保に取り組んできた。特に、この今の第3波が、第1波、第2波と比べて何倍もの感染者が出ているので、我々として一番痛感しているのは、医療提供体制を守ることが最も大事だということである。今回のコロナ対応を行う中で特に感じたのが、3次救急と高度急性期医療をこのような状態になった時に補完するような病院が必要ではないかということである。今回だけではなく、このコロナが終わりアフターコロナになっても、パンデミックまでいなくても、どうしてもやはりコロナのような感染症に対する対応ということが出てくると思うので、その中で申し上げたいことが2点ある。

1点がスタッフの問題である。特に重症者が増えた場合にベッドがあっても、ご存じのようにそれに対応するスタッフがいなければ重症者の受け入れができないということになる。現在でも重症者用ベッドはかなり飽和状態にきているという中で、重症者の対応ができるような、高度な集中治療に対応できるようなスタッフを、中央市民病院や神戸大学医学部附属病院と同じクラスではなく、いざとなったらその少し下くらいのことができる医療を普段から提供する必要があるのではないかなということである。

同じような視点になるが、今度は医療の補完である。今、中央市民病院、神戸大学医学部附属病院、それと災害医療センターで重症者の対応していただいているが、コロナの重症者の対応をすれば、それに対応して3次救急や高度急性期医療ができなくなっていく。今そのぎりぎりの線に来ている。同じ話かもしれないが、もしもそうなった時にそういう方を、もともとの3次救急ほど十分ではないかもしれないが、受け入れることが可能なく

らの病院の位置づけ、補完機能が必要ではないかと思う。できれば皆さんにご議論いただきたいが、西市民病院でそれだけの機能を担うべきではないかと私は考えている。

もう1点は立地的なことである。西神戸医療センターも市民病院として近くにあるが、少し西に偏っているので、長田区ではあるが、全市で見ればほぼ真ん中くらいに西市民病院がある。それと、今回のパンデミックのような非常事態での医療の提供の際にはやはり市民病院である。その中核的な役割を果たすには、まず市民病院の3病院がカバーし、民間の病院と連携していくようなことにならざるを得ないという状況である。現在までのコロナ患者の受け入れも市民病院の3病院で半数は受け入れているという状況である。

今回のことを経験して本当に繰り返しになるが、いざとなった時に高度急性期、3次救急の補完的な役割を果たせるようなことを念頭に置きつつ、普段の医療提供体制もそれを基本にして考えていただければというのが今のコロナ対応をしている私としての考え方である。

#### ●座長

今のお二方のご意見を踏まえ、これから議論に入っていきたいと思う。

#### ①がん

#### ●委員（河原委員）

がんについては、仕事との両立、職業についても重要な要素になってきている。精神科の充実度にも関係してくるが、心理的、精神的なケアというのは今がん治療の基本になっていると思うが、将来的に精神的な面、あるいは心理的な面の治療あるいはケアはどのように考えているのか。

#### ●座長

国立がんセンターは割と昔からやっているが、腫瘍精神科というのもあり、なかなか専門家はあまり育っていないが、そういうことも必要ではないかという話である。

がんは大変多く、3人に1人が亡くなり、2人に1人がかかるという時代であるので、一番先に出てきており、一番先に考えないといけないうことだろうと思う。今、西市民病院にはがんセンターはあるのか。

#### ○事務局（有井院長）

がんセンターは持っていない。拠点病院になるためには必須だと思うが、今は放射線治療がないのでその資格がない。要件を満たしていないので、そういうモチベーションがみんな上がってこないと思うが、放射線治療ができるようになれば当然その方向性に自ら行くと思う。

緩和ケアチームをようやく作り、加算を取れる体制で緩和ケアチームができて、今はそ

ちらが多い。

●委員（成田委員）

がんの治療が様々になってくる中で、患者がどういう治療を、例えば、外来で治療するとか、仕事をどうするかとか、様々なことが選択できる幅が広がってくると、そこに相談に乗れる、専門的対応ができる看護師の育成は、精神的な支援も含めて非常に大事だと思っているので、ぜひがんの専門性の高い専門看護師や、様々ながんの治療に関する認定の看護師も色々とたくさん出てきているので、ぜひ計画的に育てていただき、患者の相談支援に適切にのぞんでいただけるとより良いのではないかと思っている。

○事務局（有井院長）

おっしゃる通りだと思う。がんは非常にコアな疾患であり、これからますますそういう疾患になっていくわけで、やはり患者の生活圏の中の病院でコアな部分が完結できるような、そういう意味ではしっかりと化学療法ができ、放射線治療もできる、お住いの生活圏で全て一応は完結できる体制を整えたいと思う。今、おっしゃったような専任の認定看護師も当然必要になってくると思うし、就労支援ということもいるのではないかと思う。地域で標準的ながん治療を完結できるような体制が必要だと思っている。

●委員（安井委員）

歯科の立場からであるが、周術期口腔機能管理という言葉がだいぶ定着してきて、この資料の中にも記載があったが、西市民病院では院内歯科で全て完結されているように思う。中央市民病院ではがん以外の心臓血管外科や呼吸器、整形など、全身麻酔下で行うような手術の周術期口腔機能管理を市内の歯科医院に出していただき、中央市民病院の歯科ではリスクのある患者の周術期口腔管理をやっていただくような形になっている。病院歯科の方では、我々としてはできるだけ 2.5 次や 3 次など高度な歯科医療をやっていただきたい。あまり周術期口腔機能管理に手を取られていると困るので、その辺りをやらせていただきたいと思う。

もう 1 つがんの化学療法であるが、化学療法の中で最近ビスフォスフォネート製剤ががんの化学療法でよく使われる。以前は骨粗しょう症だけの問題だけであり、1,000 人に数人程度の顎骨壊死が起こっていたが、最近はそのような注射製剤を使うことにより、100 人に数人の高いレベルで顎骨壊死が起こる。顎骨壊死というのは口腔内が不潔であると余計に発生することが多いので、できるだけそういうものを使う前に、歯科と連携していただくような体制を作っていただきたいと思う。

②脳卒中を含む脳血管疾患

●委員（河原委員）

脳卒中のところは、西市民病院を応援するような形で神戸市に頑張っていたきたいことは、これはあくまでも医療のことを中心に書いているが、後方病院ではなく後方施設、介護あるいは福祉関係の施設が次に控えているわけで、その辺りとの連携対応である。地域の医療機関との連携はもちろん大事であるが、地域の開業医、施設等との連携も大事であるので、この辺りは神戸市が所管している他の部局になるかもしれないが、介護担当部局、あるいは認知症、認知症も地域との連携で医療機関以外にも福祉施設が絡んでくるので、その辺りの他の部局との調整をしていただき、西市民病院、あるいはこの地域の医療機関全体を応援するような形でしていただければありがたいと思う。

それからもう1点、質問であるが、西市民病院で神経変性疾患に対応しているとある。神経難病は脳血管疾患も含むが、神経難病と考えて良いのか。この問題の出し方が医療計画の5疾病中心に考えていると思うが、いわゆる難病医療については神経難病も含め、他の消化器系の難病もあるが、この辺りは西市民病院として何か立ち位置みたいなお考えはあるのか。

○事務局（有井院長）

今明快な考えは持っていない。当院では神経難病はそれほど扱っていないと思う。今は神経内科医が1人しかいないので、恐らく中央市民病院に依存している部分が多いのではないと思う。10年先であるので分からないが、今はやはりこういう先端的なというか、難病に関しては連携で中央市民病院に依存している状況である。

●委員（細谷委員）

財団及び神戸リハビリテーション病院でも、西市民病院から流れてくる患者は非常に多く、どうしても施設に行っておられるし、リハビリテーション病院に限っても、その後の介護との連携も、脳卒中や脳神経に関しては非常によくできていると考えている。脳卒中協会がしっかりしていることもあると思うし、書いておられるこの医療機能体制を継続されれば問題ないと評価している。

●委員（河原委員）

追加の質問であるが、地域包括ケアシステムの中で医療、介護、住まい、生きがいなど色々と連動していくわけであり、神戸市全体で1つの検討会なのかもしれないが、今この地域包括ケアシステムの検討状況や実施の状況はどうなっているのか。

○事務局（花田局長）

地域包括ケアの専門部会を持っており、神戸市の医療監が座長で、その中に医師会や介護関係の施設の協会や老健協会、あとはケアマネージャの会などで一緒に検討を大きな会議として行っている。

その中に医療介護の連携する部会を設けたりして、具体的には例えば入退院の時の連携シートを作ったりするなど、そういった具体的な検討を行いながら更に医療と介護の連携を図っている。その中で出てきた問題点については、さらにワーキンググループを作ったりして、具体的に取り組んでいっているというような状況である。

●委員（平田委員）

ご存じのように脳卒中・循環器病対策基本法が一昨年に成立し、だいぶ遅れているが、各都道府県に協議会が置かれ、脳卒中学会と循環器学会が原案を作って、いわゆる急性期から慢性期、在宅に至るまでの体制整理を進めるようなチームができ、それが厚生労働省の下で来年度から動き始める。地域包括ケアやリハビリ、介護など全てを含めたメンバーで、各都道府県で均てん化していこうということになっていくので、当然神戸市も体制を整えていき、そういう形で進んでいくと思う。

その中で、西市民病院がどこまで脳卒中に関して役割を担われるかが非常に重要になってくる。いわゆる一次脳卒中センターということで対応されると思うが、例えば血栓回収は全部されるのか、先ほどあったように難病のてんかんとかそういうところまで踏み込まれるのか。全部やるとなると、それこそ中央市民病院と同じ機能を持たないといけないと思うので、その辺りの整理が大事かと思う。

救急医療とがんをポイントとして柱に置くのであれば、循環器疾患や脳卒中に関してどこまで地域の中で役割分担をして、西市民病院はどこまでを担うのか整理しておいた方が良いのではないかと思う。血栓回収まで本当にしないといけないかという、個人的な意見としては役割分担した方が良いのではないかと考える。

●座長

今の話に関して、救急医療でいう2次+αのような感じである。私は前に2.75次といたら、2.5次以下で良いのではないかというご意見もあった。今の話のように市全体でやるのであれば、脳卒中の地域連携パスのようなものはこの地域にあるのか。

○事務局（有井院長）

ある。

●座長

診療所や他の病院、施設、それから最後は介護等を含め、流れ、ネットワークができる就非常の良い。それをずっと作ろうとしているのか、もうできているのか。

●委員（平田委員）

今後法律に基づいて作ることになる。神戸市は今までもされており、パスもあるし、体

制もかなり整っておられると思う。従って西市民病院が今後将来構想を進められる段階で、脳卒中や循環器を3次にどこまで近づけるかという議論が必ず出てくると思うので、発言させていただいた。

○事務局（有井院長）

そこは我々としても一番デリケートに考えているところである。問題はこの病院が活躍するのは10年先、20年先、30年先、40年先だということである。その時の例えば脳卒中の医療提供体制がどうなっているかということも、それなりに予測して動かないといけない。現状が20年、30年と続くとすれば、それほど積極性は要らないのかもしれないがそこは読みづらい。

いずれにしても、我々としては地域で標準的な急性期医療はある程度完結させたい。そしてその地域で弱いところがあればそれを埋めることも我々の、市民病院としての仕事で、標準的医療と隙間を埋めるという意味では、あの地域の脳卒中診療に弱点がないかといえば、弱点はあると思う。そこは地域として埋めていかないといけないという気はする。ただ、高度な、先鋭的なところは、中央市民病院に任すべきだと思っている。明快に答えられないが、今のイメージである。

○事務局（橋本理事長）

日本全体で医療資源が限定された中で、どういう風に役割分担していくかについては、例えば脳卒中はコンプリヘンシブストロークセンターが中央にあり、リージョナルストロークセンターの開業医の先生方でヒエラルキーを作っていく。例えばリージョナルセンターで血栓回収するかというとそうではなく、例えばt-PAという血栓を溶解するための薬を点滴しながらコンプリヘンシブセンター、中央に送るというようなことをやっていくので、リージョナルストロークセンターで最後までやる必要はない。これは中央へ送るために点滴で血栓を溶解しながら送っていく、つまりそこで時間のロスがない。そういうシステムを構築していけるし、またそういう形を作りつつあるので、役割分担については将来どんどん変わっていくのだと思う。

それともう1つ救急医療の2.5次や2.75次というのは、個人によって解釈が変わってくる。やはり今の医療体制の中では1次、2次、3次という分けがあるので、ニュアンスの問題であるが、2次の中で2次ではあるけれどもより高度な部分をやっていくというような表現の方が良い。2.5次、2.75次というと、その違いは何なのかというところで議論が紛糾してしまうので、私は分けについては原則的なところで分けをした上で、その中でより高次なものを対応するという表現の方が妥当だと思っている。

●座長

病院完結型の医療から地域完結型医療が国の方針でもあるので、今の話で私はある意

味納得した。

### ③心血管疾患

#### ●委員（平田委員）

ここに書かれているような方向性で良いのではないかと思う。やはり10年後、20年後、心不全がパンデミックになってくるので、地域で心血管患者をどう診ていくかというところで、それが今後の診療体制や医療体制の一番中心になってくると思う。ACSや急性心筋梗塞などはかなり予防が進んできているので、症例数はかなり減ってきていると思う。現在も各急性期の病院は緊急カテーテル検査や治療が減ってきているのが現状である。

そういうことを考えると、地域に根差した病院であって、なおかつ地域である程度慢性期まで完結するリーダー的な役割を担っていただくというところで、心不全に重点を置いていただき、心臓リハビリテーションや、心不全療養指導士認定制度も今年から始まるので、看護や地域の方々のまとめ役を担っていただき、地域の心不全診療を引っ張っていただくということが1つの大きな重要なテーマになると思う。

あとは、心臓血管外科は考えておられないような内容になっているので、それ以外のところはできるだけのところを、標準的な緊急医療体制をしていただくということで良いのではないかと思う。

#### ●委員（細谷委員）

我々回復期リハビリテーション病院でも、心臓リハビリテーションの回復期をどこまでやるかというのは非常に大きな話題になっている。急性期で途切れると患者はまた再発するということになるので、どれだけ連携を取るかは大きな課題であるが、全く同じことが呼吸器にもいえる。

慢性閉塞性肺疾患の急性増悪の肺炎であるが、そういった方に呼吸器リハビリテーションが必要で、両方合わせて内部障害患者に対するリハビリテーションというのは非常にホットな話題であるが、まだまだやられていない。リハビリテーション病院を見ると、圧倒的に脳神経と運動器であるので、今後我々が進むべき道はそこだと思う。

そういうことから、急性期の病院の先生には音頭をとっていただいて、生活、外来、訪問リハビリテーションのようなどころまで、包括的に良いプログラムを組んでいただくことが必要だと思う。将来ビジョン検討委員会で循環器内科のあり方を書いておられるそのものだろうと思う。

少し蛇足であるが、先ほどがんのところでは緩和療法の話がされていたが、心不全や呼吸器不全は緩和ケアが大切であるので、そこも含めた大きな包括性を持ったケアが進められるということを付け加えさせていただく。

#### ●委員（成田委員）

心血管疾患は、生活と医療とが密接に関係しているので、生活をいかにコントロールするかによって緊急入院や再入院などが減ってくると思う。患者の身体や生活情報をデジタル化し生活をいかにセルフコントロールできるか、どのくらい医療と看護がバックアップして患者の生活を支えつつコントロールができるかというところが大事だと思っている。デジタル化に関しては、神戸市は非常に進んでいる部分もあるので、最先端のデジタル技術を導入したような生活コントロールということも積極的に勘案されてはどうかと思う。

●委員（安井委員）

脳卒中や心血管障害、血管系の病気というのは、歯周病との関連性が非常に最近いわれている。血管内にプラークができるが、プラークの中に歯周病菌がいるといわれている。我々はどこから関与するのが良いのか、急性期からした方が良いと思うが、急性期から慢性期、家に帰られるそういう状況で脳卒中パス、あるいは心血管障害、そのような色々なところでパスに歯科も入れていただければと思う。

④糖尿病

●委員（河原委員）

西市民病院の考える将来の方向性に、長田区は健診受診率が低く、云々と書かれているが、これは病院というよりは保険者の役割である。次の議論していただきたい方向性に、神戸市、それから保険者、特定検診・特定保健指導の実施義務者は保険者であり、その意味でも保険者との連携も出てくると思うので、「神戸市、それから保険者等と連携し」という表現が良いと思う。

●座長

1つの保険者の義務である。健診受診率が低いとその所に罰則を、その点数は1点10円じゃなくて20円にしようとか色々なことをいっている自治体もあるが、ある程度患者にも権利ばかりではなく義務を付けるというような意見である。

⑤認知症疾患

●委員（山下委員）

私たち婦人会で認知症の方たちを防ぐ、少しでも遅らせるための活動として、デイサービスをしているが、やはりこのコロナの中でなかなかお会いできないとか、家の中でじっとしていると、すぐに認知症が発生してきて、私たちはそれをどのようにすれば防げるか考えているところである。電話でも良いからできるだけ話をしたり、歌は歌えないが来ていただいた時に大きい声は出さないけれども笑ったり、何か身体に刺激を与えるような感じを考えながら体操をしたりしており、コロナの時に認知症はすごく大きな負担にな

る。

●座長

コロナというものは飲食とか会話も控えてくださいと、集まること自体が危ないという事で、認知症の人たちは集まったり会話をしたり飲食をしたりして進むのを抑えたりしないといけない。なかなか難しい。

●委員（岩佐委員）

認知症の予防事業として、軽度認知障害の方を中心に音楽療法や回想法を実施していると書かれているが、具体的にどんなことをされているのか。

○事務局（有井院長）

院内で患者を集めて音楽療法をやっている。高度な認知症というのは非常に対応が難しいところであるが、軽度の認知症、あるいは予防・啓発活動に非常に力を入れている。

(3) 市街地西部の中核病院としての地域連携のあり方

(事務局より資料4～5について説明)

①地域医療機関との連携

●委員（伊藤委員）

薬薬連携としては、勉強会や色々と受け入れをやられている部分もあるが、地域包括ケア全体で考えた時に、西市民病院の患者がどこへ移行するかというと、その次の回復期の病院、施設、開業医の先生、あとは在宅というようになるが、我々に入ってくる情報は処方箋1枚である。本来なら在宅医療から全部地域包括ケアでやるのであれば、情報の共有が必要であるのではないか。情報の共有というとプラットフォームを使ってやるしかないのだろうが、できれば薬局の薬剤師は臨床をやっていないので、病院で出る薬も、開業医の先生から出る薬もほとんど同じ薬が出ているが、状態も何も分かっていないわけである。こちらで質問して色々分かることもあるが、薬は全部の患者に出ているわけで、共有できるような情報が欲しい。例えば、病院に勤めていたら、検査など色々なことを知っているが、私たちのところには処方箋1枚である。あとはどういう状態か、既往症を聞く程度である。看護師さんはデータがあると思うがこちらにはない。勉強会のような、顔を合わせられるような薬剤師同士のそういう機会をもっと広げてほしい。

●座長

病院の薬剤師と市中の薬剤師との会を開いてほしいという意見である。あるいは処方箋に検査データをつける、そういうことは大学病院などの先進的な病院では始めている。京都大学や千葉大学は3年か4年前からそのようなことをしているが、それをしてほし

いということである。

○事務局（有井院長）

薬の情報だけではなく、服薬や臨床情報みたいなものか。

●委員（伊藤委員）

病態などがある程度分かるようでないと、これを飲ませて良いのかどうかということが分からない。家族にも教えないといけない。それと普段からそういう話をしていると、ある程度色々な情報が入ってきて、患者もコミュニケーションの1つだと思っている。薬局に行くとというのは、コミュニケーションが特徴なのだろう。たくさん来るとあの人が来ていたとか、最近は来ないとかいう話をするので、そういうものが結構役に立っていると思う。

●委員（安井委員）

西市民病院は、先ほど入院患者の分布を教えていただいたが、西神戸医療センターよりも地域密着型のように感じていた。西神戸医療センターは阪神・淡路大震災の時に開院され、それ以降、西区、垂水区、須磨区の西部の3区と歯科連携システム協議会というものを開催している。年に1回代表者会ということで私も参加し、西神戸医療センターの院長やその他の先生方にも参加していただき話をしている。それから実務者会を年に数回行っている。西市民病院でも歯科の研修会はやられていると思うが、もう少し枠を広げたようなシステムを作っていたら、もう少し我々と西市民病院が有機的につながるのではないかと思っている。

②市民病院機構内の連携

●委員（細谷委員）

このコロナ禍での中央市民病院の役割としては、救命救急を日本一にしないといけないし、高度医療もしないといけないし、その2つであったが、それに感染症が被ってきて、新しい医療計画で5疾病5事業の6事業目を新興感染症にしようということで、そうになると、中央市民病院は第一種感染症指定医療機関であるので、神戸圏域の中核病院で当然ながら3つもできるのかということになる。最初の事務局のご意見はそれもそうだと思うが、その補完的な役割をスタッフも含めて西市民病院が果たしてはどうかということとは、難しいのではないかなと思う。

1つのアイデアはその逆で、私は3つのことを中央市民病院がやらざるを得なくなっていくなら、一番歪みがきているのは標準医療、一般的な医療であり、それを西市民病院や西神戸医療センターに平時から移しておく。非常時に難しいことをやれといわれてもなかなかできないので、平時から移しておいて、治療も病棟もスタッフを含めて準備して

おくというのも1つではないかと思う。例えば、先ほど化学療法の話が出たが、西市民病院で化学療法が得意なのかは分からないが、もしそうならば、例えば悪性リンパ腫の標準治療は西市民病院で簡易で診てもらい、あるいは乳がんは乳腺外科があるので、乳腺の術前治療は西市民病院で診てもらいたいようにし、平時から中央市民病院を少し動かせるようにしておくというようなことが現実的ではないかと思う。そういうことも考えても良いのではないかと思う。

その逆は、救急や小児など政策的医療は不採算でもやらなければいけないが、ここに書いてあるようなところは、もっとメリハリをつけて、得意なところは集中してやれば良いし、そうでないけれどもやらざるを得ないところは機構全体で見るような、そういうことも考えていいのではないかと思う。イメージとしては、アイセンターとの医師の派遣みたいなところがあったが、今、西市民病院の眼科はお一人でやっておられ、その方が多分アイセンターと兼務になる。例えば、西市民病院で診られた患者で、手術や入院、検査の必要がある患者はアイセンターに送るなどのイメージで、診療全般のメリハリをつけ、経営的な側面も考えていくような持続的な考え方かと思う。

全般的にもう少し市民病院機構全体での役割分担、先ほどの感染症もそうだが、今申し上げた西市民病院の選択と集中をどうやってするかということをお考えになってはどうかと思う。医療機能は我々外部委員なので分からないが、今後、基本構想の検討があるだろうと思うので、そういうところでご検討いただければ良いのではないかと思う。どちらにせよ、この機構内の連携というのは本当に重要なテーマだと考えている。

#### ○事務局（花田局長）

今おっしゃられた1点目について、先ほどの発言の元々の私の考える経緯を申し上げますと、第1波の時に中央市民病院で院内感染が起り、中央市民病院が悪いというのではなく、3次救急がある程度制限され、高度医療も制限され、という状態になっていた。極端な話で、中央市民病院の感染症指定医療機関を外し他に持って行ってはどうかと思った。いっそのこと西市民病院に感染症指定を持って行き、中央市民病院の3次救急や高度医療から切り離せば、パンデミックが起こるようなことにはならないのではないかということを考え、市民病院機構にもご相談させていただいた。今回のコロナのような重症化するようなケースでないのであればそれは可能だが、今回のような重症化するような本当に辛いケースの場合は、普段から3次救急や高度急性期をやっているような集中治療のスタッフでないと実際に患者を診ることができないので、そうすると結局軽症だけを診る感染症指定医療機関を作ることになり、今こだわっている結果は一緒だと言われるほどと思った。結局そうすると出口がない。

それで先ほどのような発言を申し上げたが、普段からそういうスタッフを用意しておくというのがなかなか難しいところもあるので、一時的にはもしもの時に少しでも3次救急を担ってくれるような軽く、ということなので、委員がおっしゃったようなことも含

めて何か考えていけたらと思う。

●委員（細谷委員）

非常にこのコロナで頑張っておられて、パンデミック自体はいずれにしろ収束すると思うが、コロナは消えないので、再興感染症としてぶり返してきたり、季節性のコロナみたいに押し寄せてきたり、そうなった場合の感染症の中核病院というのは役割が非常に大きい。そうこうしているうちにまた違うパンデミックが起こるかもしれないので、中央市民病院の3つのところをしっかりと抑えて物事を考えていかないといけないが、それは今だけではなくてずっと続くという前提がいるのではないかと思う。

○事務局（有井院長）

今の議論で大いに理解できる場所もたくさんあるが、ここに臨席して思うのは、中央市民病院に一極集中的なことが多いということである。普通の一般企業ならば生産性、効率性が良くなるので一極集中、今東京に一極集中になっているが、医療の分野で一極集中というのは非常に問題が多いと思う。リスクヘッジの意味でも上手く分散しておくというのは、非常に重要なことではないかなと思うので、どのように分担するかということはあるが、重層性や補完性など一極集中に対する言葉として、それもやはり重要なことではないかと思う。

それとベースになる標準医療というのは3市民病院がしっかり持つておかないといけないと思う。そうしないと、例えば次に西市民病院が綺麗な病院になったにも関わらず、この治療は中央市民病院に行かないといけないとなれば、市民としてはコモディージーなものになぜ中央市民病院まで行かないといけないのかと思う。少なくともベースになるコモディージーはしっかりその地域で完結、それが地域包括ケアシステムの根幹だと思うが、そこはぶれずに行った方が良いのではないかと思う。医療を考えると効率性、生産性だけではなく、もっと重要なことがあると思う。

●座長

4病院の連携と分担についてはある意味贅沢な悩みでもあるが大変難しい。私の病院では何でもしないとイケないし、どこにも送れずスタッフも足りない。そういうようなところと比べると非常に贅沢といえば贅沢ではある。ただ、最後におっしゃったように、日本は効率性を追ってきてコロナで脆さが分かってしまった。全部一極集中、東京に全部何もかも集め、3密でもいけないのに政官財公法と皇室もあって教育もあって全部あるので、3～4年は絶対におさまらないと思う。

●委員（伊多波委員）

資料に地域別の患者の分布が書かれていて、これは3つの病院にアクセスが非常に便

利な人たちがそれぞれの病院に行っているということがよく分かると思う。しかしながら、中央市民病院と西市民病院の患者分布がかなり重なっているところもあり、これはもう少し詳しい分析が必要かと思うが、恐らく高次の医療を受ける人たちが中央市民病院の方へ交通費をかけてでも行っているということを反映していると思う。ある程度の医療設備が整っていても、患者はやはりより良い、より高次の医療を受けるということが一面ではいえると思う。

そういうことを考え、分担連携の考え方を見ると、高次のものは中央が担うというようなことが読み取れる。連携の中で1つ抜けているのは、小児、周産期、災害、感染症ということが書いてあるが、疾病面での役割分担というのも考える必要がある。つまり、今日の資料で地域密着型というか、糖尿病などそれほど医療技術が大幅に進歩するということは見られない疾病については、できるだけ近いところが良い、アクセスが便利なところで対応するという考え方が1つある。

他方で新生物のような場合であっても、内容によってはかなり高度な医療が提供できる、医療技術がかなり進んでいる分野もあると思う。新生物に対しては、例えば3つの病院全部でやるとしても、高次のものはやるところで集中してやるということで、1つのアイデアとしては、疾病ごとと高次の医療・医療の水準、そういう二次元で役割分担を考えることができるのではないかと思っている。

以上