

第4回 北神・三田地域の急性期医療の確保に関する検討委員会

日時：令和4年1月7日（金） 15:30～

場所：三宮研修センター

次 第

- 1 開会
- 2 議題
 - (1) 第3回検討委員会の振り返り
 - (2) 急性期医療確保方策
- 3 閉会

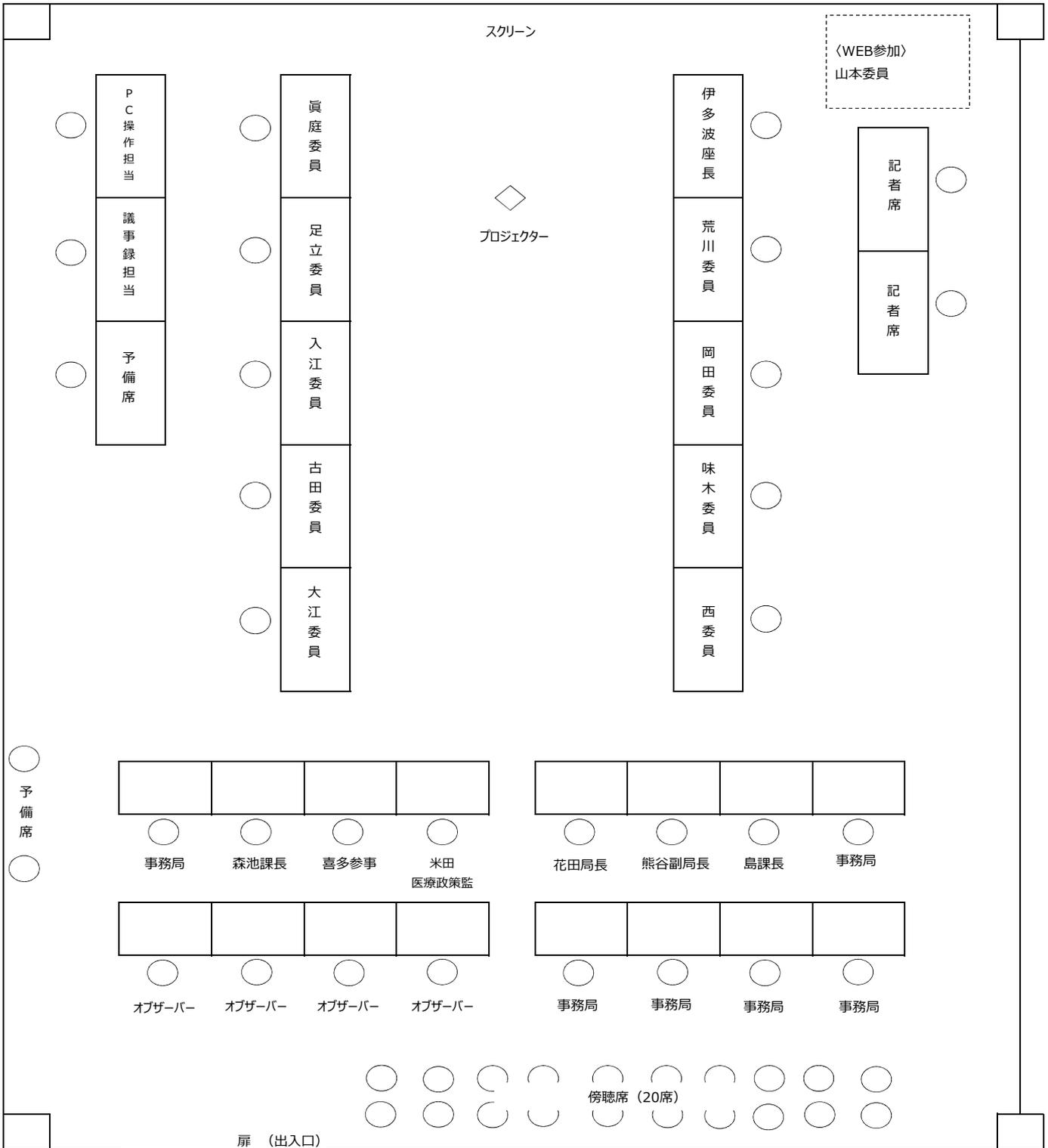
【配布資料】

次第、座席表

- | | |
|-----|---------------|
| 資料1 | 委員名簿、事務局等名簿 |
| 資料2 | 第3回検討委員会の発言要旨 |
| 資料3 | 急性期医療確保方策 |
| 資料4 | 議論頂きたい方向性 |
| 資料5 | 欠席委員の意見 |

第4回北神・三田地域の急性期医療の確保に関する検討委員会 座席表

日 時：令和4年1月7日（金）：15:30～
場 所：三宮研修センター8階805号室



第 4 回 北神・三田地域の急性期医療の確保に関する検討委員会
委員名簿

(50音順・敬称略)

氏 名	役 職
味 木 和喜子	兵庫県健康福祉部健康局長
足 立 泰 美	甲南大学経済学部教授
荒 川 創 一	三田市民病院長
◎伊多波 良 雄	同志社大学経済学部教授
入 江 正一郎	神戸市北区医師会長
大 江 与喜子	兵庫県民間病院協会理事
岡 田 孝 久	神戸市北区連合自治協議会副会長
木 村 忠 史※	三田市医師会長
西 昂	兵庫県民間病院協会会長
古 田 茂 充	三田市区・自治会連合会長
眞 庭 謙 昌	神戸大学医学部附属病院長
山 本 隆 久	済生会兵庫県病院長

◎は座長 ※は第 4 回委員会欠席

北神・三田地域の急性期医療の確保に関する検討委員会
事務局等名簿

事務局

団体名	氏名	所属
神戸市	花田裕之	健康局長
	熊谷保徳	健康局副局長
	島真一郎	健康局地域医療課長
三田市	米田義正	医療政策監
	喜多充宏	市長公室参事
	森池信夫	市長公室市民病院改革プラン推進課長

オブザーバー

団体名	氏名	所属
三田 市民病院	上田秀次	事務局長
済生会 兵庫県病院	佐藤二郎	管理局長
	前出恭宏	経営管理部長

北神・三田地域の急性期医療の確保に関する検討委員会
第3回検討委員会の発言要旨

項目	主な意見
必要な医療機能	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中、心疾患、新生物では疾患別に対応が異なるが地域完結率向上に向けた対応は必要である。新生物は基幹病院と連携しながら、北神・三田地域で対応することを明確化する必要がある。 救急医療では、医師不足による断り事案が発生しており、対応できる体制の確保が必要である。 小児・周産期、災害、新興感染症対応は、公立・公的病院が担うべき領域である。 災害医療に関しては、どこまでの機能を持つのか議論が必要となる。一定期間道路が使えなくなった際でも、適切な医療対応が出来る施設設備に加えて、地域内での医療従事者の確保を含め、民間病院との情報共有、連携を強化する必要がある。 民間医療機関との役割分担を念頭において、地域の医療体制を構築して頂きたい。特に救急は、民間病院の医師との連携を念頭に対応頂きたい。 周産期の合併症には総合的な診療能力が必要であり、統合でないと対応が難しい。 救急医療の地域完結率を上げ、地域内で安心して救急患者が受診できる体制を作りたい。
医師確保	<ul style="list-style-type: none"> 済生会兵庫県病院の現状の救急体制では、医師の働き方改革にあたって必要な医師の増員ができない場合、救急体制の縮小も検討せざるをえないことが懸念される。 新臨床研修医制度、新専門医制度、医師の働き方改革の先にあるものは、患者にとって質の高い専門的医療を提供するための仕組みである。 治療技術の進歩により医療従事者にも専門性が更に求められてきている。専門家が集まった状態での診療が、医療を提供する側としても必要である。その点では、複数の病院に医療資源が分散するより、結集し、専門性の高い高度医療が提供できる環境づくりをしてもらいたい。 災害医療や急な感染症対応を考えた場合、医療従事者が小さい病院でばらばら継続するより、しっかりとした集団・システムの中で医療を提供する方が、いざというときに瞬発力と持続性に優れている。 日本の現状を踏まえると、医師の働き方改革、増加する救急医療需要への対応、5疾病5事業の地域完結率の向上等の課題には、医師を集約して診療機能を向上させた病院の存在が鍵になる。 若い医師を確保して根付かせるには、大学と地域の病院が連携して人材を確保する必要がある。
急性期医療確保方策	<ul style="list-style-type: none"> 課題はあると思うが、両病院が一つになって、十分な病床数を確保し、新生物から心疾患等に対応する建物や設備、医師数の充実を図ることが必要と考えられる。少なくとも10年後には統合型の総合医療センターのようなものができることを期待する。 北神・三田地域は、地理的に非常に広く、交通アクセスの問題が非常に心配である。今後、高齢化が益々進む地域であり、現在の2病院体制の維持も検討を頂きたい。

- 両病院が個別の建替えでは、多額の資金を要する一方で機能は不十分なままである。また、統合しなければ、国や県の支援がなく経済的に非合理的でかつ医師確保も出来ない。両病院ともつぶれるのを待つようなものであり、再編統合をしないと市民にも不利益が大きい。
- 連携の2案は、疾患等によって対応する病院が遠くなる場合があり、両市民に不便を与える。
- 再編統合の場合の新しい病院の場所は、それなりの広さを確保することが必要である。誰もが行きやすいということにはならないかもしれないが、交通アクセスを保つことが課題である。
- 現状維持、機能分担・連携のパターンは色んな議論を踏まえて今更ありえないと思う。再編統合について、どのようにして良いものを作るかを議論する必要がある。
- 効率性や合理性から再編統合案がよいが、統合まで5事業5疾病の継続をどのようにするかが課題である。
- 両圏域とも病床過剰であり、再編統合の場合は新設の病院と跡地医療を含めた病院の病床数の合計が、現在の合計の568床未満となることが求められる。また、地域の病院と連携して完結する機能、域外の病院と連携して完結する機能を、回復期機能を含めて整理し計画を立てるべきである。
- 再編統合は、回復期を含めた形で検討する必要がある。回復期が無ければ急性期が詰まる。
- 再編統合の一案として北神・三田の両地域に病院を設置し、人材確保は一元的に行う方法は考えられないか。ハードと医師確保の問題を切り離し、状況に応じた役割分担を行うことは考えられないか。
- 病床移動と残債への対応は引き続き確認が必要だが、再編統合が他のパターンより優れている。
- 人材が力を発揮するには建物設備の更新も必要なため、今後の病院は時代にあわせた対応が行え、その際に工事により診療を停止しない予備的なスペースを確保する必要がある。



急性期医療確保方策

2022年1月7日

目次

急性期医療確保方策の検討

- (1) パターン別の概要（再掲） …P, 2
- (2) 現状維持（再掲） …P, 3
- (3) 機能分担・連携（再掲） …P, 4
- (4) 再編統合（再掲） …P, 6
- (5) 急性期医療確保方策の検討 …P, 7

急性期医療確保方策における参考資料

- ・北神・三田地域に必要な医療機能 …P, 1 0
- ・病床の圏域間移動 …P, 1 2
- ・地域医療連携推進法人の概要 …P, 1 3
- ・北播磨総合医療センターの事例 …P, 1 4
- ・加古川中央市民病院の事例 …P, 1 6
- ・病院事業債（特別分）[再編・ネットワーク債] …P, 1 8
- ・地域医療介護総合確保基金の活用 …P, 1 9
- ・2病院の患者の通院手段について …P, 2 0
- ・地理的条件 …P, 2 1

急性期医療確保方策

(1) パターン別の概要 (再掲)

- 急性期医療確保方策のパターンを大きく「現状維持の場合」「機能分担・連携の場合」「再編統合の場合」に区分して整理。

現状維持の場合

済生会兵庫県病院

三田市民病院



病床数：268床
医師数：56名

病床数：300床
医師数：76名

機能分担・連携の場合

済生会兵庫県病院

三田市民病院



病床数：268床
医師数：56名

病床数：300床
医師数：76名

再編統合の場合

済生会兵庫県病院

三田市民病院

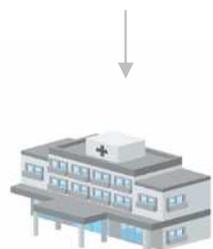
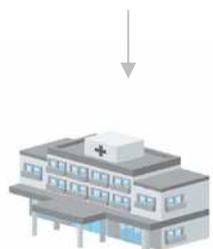


病床数：268床
医師数：56名

病床数：300床
医師数：76名

現状

将来案



病床数：268床
医師数は現状と同程度あるいは減少

病床数：300床
医師数は現状と同程度あるいは減少

診療科や機能の分担



病床数：268床
医師数は現状と同程度あるいは減少

病床数：300床
医師数は現状と同程度あるいは減少



病床数：400~568床
医師数：132名+αを想定

検討を行ったパターン

- 両病院とも現状規模を維持する場合

検討を行ったパターン

- 診療科別連携
- 機能別連携

急性期医療確保方策

(2) 現状維持（再掲）

既存建物を継続利用

現状

済生会兵庫県病院



病床数：268床
医師数：56名

三田市民病院



病床数：300床
医師数：76名

既存建物を継続利用



病床数：268床

医師数の見込み		
増加	維持	減少
	△	○



病床数：300床

医師数の見込み		
増加	維持	減少
	△	○

利用者や病院の経営に与える影響

	済生会兵庫県病院	三田市民病院
①医療機能・医師確保の視点	<ul style="list-style-type: none"> 若手医師などの常勤医師を増員し、新専門医制度や医師の働き方改革に対応できれば、医療機能を充実し、医療需要の増加や救急医療への対応が可能だが、増床が出来ない現状では、268床や300床規模の中規模病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保が困難。 	
②施設整備の視点	<ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合は約151億円が必要となる（築30年を経過）。 令和2年度末時点で現施設の残債が39億円あり、資金準備がないため、建て替えは困難。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 ※ 当面の診療機能を維持するには、大規模改修により約50億円が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合は約169億円が必要（築26年を経過）。 令和2年度末時点で現施設の残債が34億円（令和6年度償還終了予定）。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 ※ 当面の診療機能を維持するには、大規模改修により約72億円が必要。
		<ul style="list-style-type: none"> 神戸・阪神両圏域ともに既存病床数が基準病床数を超過しており、病床の増床は許可されない。
③経営への影響の視点	<ul style="list-style-type: none"> 医療需要増に対応できるだけの医師を確保することができれば、収支改善が見込まれる。 地域周産期母子医療センターは不採算医療であり、公的支援が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療需要増に対応できるだけの医師を確保することができれば、収支改善が見込まれる。
④交通アクセス	<ul style="list-style-type: none"> 病院の現在の利用者にとってアクセスの利便性に変化がない。 	

整備費については、兵庫県立丹波医療センターの整備費における1病床あたり費用（2016年以降の建築費指数の上昇を加味）に病床数を掛け合わせて試算

急性期医療確保方策

(3) 機能分担・連携 ①診療科別による連携（再掲） （診療科の一部集約と医師の相互派遣）

既存建物による科別連携

現状

済生会兵庫県病院

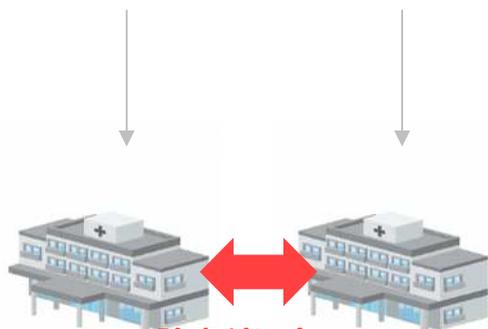


病床数：268床
医師数：56名

三田市民病院



病床数：300床
医師数：76名



診療科による
連携

病床数：268床 病床数：300床

医師数の見込み（2病院計）		
増加	維持	減少
	△	○

※個別病院の医師数は集約結果による

既存建物を継続利用

利用者や病院の経営に与える影響

	済生会兵庫県病院	三田市民病院
①医療機能・医師確保の視点	<ul style="list-style-type: none"> 医師の集約により、十分な医師を確保することができる診療科については、必要な医療提供体制を確保することができ、医療機能の充実が図られるとともに、働き方改革に対応が可能。 医師の集約によっても十分な医師を確保することができない診療科については、医療機能は現状と変わらず、医師の確保の課題が残る。 268床や300床規模の中規模病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保が困難。 診療科の一部集約では、合併症への対応や複数の診療科にまたがる患者の対応が困難。 複数の診療科にわたる対応が困難であり、専門医を目指す若手医師の確保のための体制が不十分。 	
②施設整備の視点	<p><再掲> 現状維持と同じ</p> <ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合は約151億円が必要となる（築30年を経過）。 令和2年度末時点で現施設の残債が39億円あり、資金準備がないため、建て替えは困難。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 ※当面の診療機能を維持するには、大規模改修により約50億円が必要。 	<p><再掲> 現状維持と同じ</p> <ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合は約169億円が必要（築26年を経過）。 令和2年度末時点で現施設の残債が34億円（令和6年度償還終了予定）。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 ※当面の診療機能を維持するには、大規模改修により約72億円が必要。
	<ul style="list-style-type: none"> 連携する診療科の構成によっては、新たな設備投資が必要となる。 	
③経営への影響の視点	<ul style="list-style-type: none"> 集約する診療科によっては、一方の病院は収支改善、一方の病院は収支悪化の可能性がある。 診療科を一部集約することにより、合併症への対応ができず、患者の受け入れが制限され、収支が悪化する可能性がある。 	
④交通アクセス	<ul style="list-style-type: none"> 症例によっては、一方の病院の現在の利用者が他方の病院の通院になる可能性があり、交通アクセスの利便性に変化が生じる。 	

整備費については、兵庫県立丹波医療センターの整備費における1病床あたり費用（2016年以降の建築費指数の上昇を加味）に病床数を掛け合わせて試算

急性期医療確保方策

(3) 機能分担・連携 ②機能別による連携 (再掲) (現状規模のまま急性期と回復期を分担)

既存建物による機能別連携

利用者や病院の経営に与える影響

現状

済生会兵庫県病院

三田市民病院



病床数：268床
医師数：56名

病床数：300床
医師数：76名

急性期と回復期に機能を分担



機能による
連携

病床数：268床

病床数：300床

既存建物を継続利用

医師数の見込み			
	増加	維持	減少
急性期担当	○		
回復期担当			○

	済生会兵庫県病院	三田市民病院
①医療機能・医師確保の視点	<ul style="list-style-type: none"> 急性期担当病院は医師を集約でき、一定の医療機能の充実が図られるとともに、医師の働き方改革に対応が可能。 医師の集約によっても十分な医師を確保することができない診療科については、医療機能は現状と変わらず、医師の確保の課題が残る。 268床や300床規模の中規模病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保が困難。 回復期担当病院は、新専門医制度の基幹病院になり得ないため、若手医師の確保は困難。 いずれかの病院が急性期機能を担った場合、268床や300床の急性期病床では、将来の急性期医療需要に対応することが出来ない。 	
②施設整備の視点	<p><再掲> 現状維持と同じ</p> <ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合は約151億円が必要となる(築30年を経過)。 令和2年度末時点で現施設の残債が39億円あり、資金準備がないため、建て替えは困難。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 <p>※当面の診療機能を維持するには、大規模改修により約50億円が必要。</p>	<p><再掲> 現状維持と同じ</p> <ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合は約169億円が必要(築26年を経過)。 令和2年度末時点で現施設の残債が34億円(令和6年度償還終了予定)。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 <p>※当面の診療機能を維持するためには、大規模改修で約72億円が必要。</p>
③経営への影響の視点	<ul style="list-style-type: none"> 急性期担当病院では、患者数増加による手術室の拡張や医療機器の整備などの設備投資が必要となる。 回復期担当病院では、療養環境の改善、リハビリテーション機能の充実などの設備投資が必要となる。 <p>※医療機能によって建て替え費用、改修費用は異なる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 急性期担当病院は、医師確保により患者数が増加すれば、一時的な収支改善が見込まれる。 若手医師の確保に課題が残るため、中長期的には安定経営に課題がある。 回復期担当の病院は診療単価の低下によって収益が減少し、建物設備等の固定費用や残債への対応が困難になる。
④交通アクセス	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院を担うことになる病院の現在の利用者はアクセスの利便性に変化がない。 回復期を担うことになる病院の現在の利用者はアクセスの利便性に変化が生じる。 	

整備費については、兵庫県立丹波医療センターの整備費における1病床あたり費用(2016年以降の建築費指数の上昇を加味)に病床数を掛け合わせて試算

急性期医療確保方策

(4) 再編統合（再掲）

再編統合により新病院建設

現状

済生会兵庫県病院



病床数：268床
医師数：56名

三田市民病院



病床数：300床
医師数：76名



病床数：400~568床
医師数：132名+α

新整備後

医師数の見込み		
増加	維持	減少
○	△	

※ 特定機能病院の基準を参考に急性期の中核機能を担う病院として400床以上を想定

利用者や病院の経営に与える影響

	済生会兵庫県病院	三田市民病院
①医療機能・医師確保の視点		<ul style="list-style-type: none"> 病床の再編、診療科の再編、新設などにより、若手医師など常勤医師の増員が見込まれ、医療需要の増加や救急医療への対応ができる（北播磨総合医療センターの場合、統合前と比べ、救急車による入院対応数は約2.5倍、手術を伴う急性期症例数は約2倍）。 医師の集約および増加により、対応可能な診療科が増加する（北播磨総合医療センターの場合、13診療科が増加）。 設備及び病床面積等、患者の療養環境が既存建物より改善される。 医師を集約することができ医師の働き方改革に対応できる。 病院規模を両病院より拡大することにより、多くの診療科を備え、症例数の豊富な魅力ある病院となることで、新専門医制度に十分に対応できる。 医療圏域が異なるため、病床移動には厚労省との協議が必要。
②施設整備の視点		<ul style="list-style-type: none"> 新病院を整備する場合は、約225億から320億円（整備費のみ）が見込まれる。 既存の建物の条件に制約されることなく、新たに必要な医療機器を整備することができる。 現施設の残債として令和2年度末時点で済生会兵庫県病院は39億円、三田市民病院は34億円があり、現施設の有効活用の検討等が必要。
③経営への影響の視点		<ul style="list-style-type: none"> 医療需要増に対応できるだけの医師を安定的に確保し、診療単価の向上が実現すれば、収支改善が見込まれる。 北播磨総合医療センターや加古川中央市民病院などの先進事例では、収支が改善している。 現病院の残債の処理が必要になる。 統合病院が公立病院等で、病床を削減した場合、財政措置が有利な再編ネットワーク債等*が活用できる（地方交付税措置が25%から40%になる）。 一定の条件を満たせば、厚労省からの補助金を受けることが可能。
④交通アクセス		<ul style="list-style-type: none"> 設置場所によるが、両病院の現在の利用者にとってアクセスの利便性に変化が生じる。

整備費については、兵庫県立丹波医療センターの整備費における1病床あたり費用（2016年以降の建築費指数の上昇を加味）に病床数を掛け合わせて試算

* 新公立病院改革プランに基づき行われる公立病院等の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備について、その実施に要する経費について有利な財政措置（病院事業債（特別分）が講じられる。また、地域医療構想の達成に向けた医療機関の整備に関する事業は地域医療介護総合確保基金による国からの財政支援を受けることが出来る。

急性期医療確保方策の検討

(5) 急性期機能確保方策の検討

－：同等
 ○：現状維持と比べて相対的に有利である
 △：状況によって有利・不利のどちらにもなりうる

・ 下記表の－○△は、現状維持に対する相対的な有利不利について各委員のご意見を基にまとめたもの。

	現状維持	機能分担・連携（診療科別）	機能分担・連携（機能別）	再編統合
医療需要 医師確保	<ul style="list-style-type: none"> 若手医師などの常勤医師を増員し、新専門医制度や医師の働き方改革に対応できれば、医療機能を充実し、医療需要の増加や救急医療への対応が可能。 268床や300床規模の病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保が困難。 <p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建て替えでは多額の資金を要する一方で機能は不十分なままとなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の集約により、十分な医師を確保できる診療科は、医療機能を充実、働き方改革への対応が可能。 医師の集約後も十分な医師を確保できない診療科は、医療機能は現状と変わらず医師確保の課題が残る。 268床や300床規模の病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保が困難。 合併症への対応や複数の診療科にわたる対応が困難。【10ページ参照】 専門医を目指す若手医師の確保の体制が不十分。 <p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建て替えでは多額の資金を要する一方で機能は不十分なままとなる 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期担当病院は医師集約により、一定の医療機能の充実、医師の働き方改革に対応が可能。 医師の集約後も十分な医師を確保できない診療科は、医療機能は現状と変わらず医師確保の課題が残る。 268床や300床規模の病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保が困難。 回復期担当病院は、新専門医制度の基幹病院になり得ず、若手医師の確保は困難。 いずれかの病院が急性期を担った場合、268床や300床の急性期病床では、将来の急性期医療需要に対応することが出来ない。【10～11ページ参照】 <p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建て替えでは多額の資金を要する一方で機能は不十分なままとなる 	<ul style="list-style-type: none"> 若手医師など常勤医師の増員が見込まれ、需要の増加や救急医療への対応が可能。 医師の集約および増加により、対応可能な診療科が増加。 患者の療養環境が既存建物より改善。 医師を集約することができ医師の働き方改革に対応可能。 多くの診療科を備え、症例数の豊富な魅力ある病院となることで、新専門医制度に十分に対応可能。 医療圏が異なるため、病床移動には厚労省との協議が必要。【12～13ページ参照】 <p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師の働き方改革、救急医療需要への対応、5疾病5事業地域完結率の向上等には医師を集約して診療機能を向上させた病院が鍵となる。 周産期の合併症には総合的な診療能力が必要であり、統合でないと対応が難しい【10ページ参照】 十分な病床数を確保し、新生物から心疾患に対応する建物や設備、医師数の充実を図ることが必要【11ページ参照】 地域の病院と連携して完結する機能、地域外の病院と連携して完結する機能を、回復期機能も含めて整理すべき。
施設整備	<ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合、済生会兵庫県病院で約151億円、三田市民病院で約169億円必要。済生会兵庫県病院は資金準備がないため建て替えは困難。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 神戸・阪神両圏域ともに既存病床数が基準病床数を超過しており、病床の増床は許可されない。 <p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建替では国や県の支援がなく経済的に非合理的。【18～19ページ参照】 	<ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合、済生会兵庫県病院で約151億円、三田市民病院で約169億円必要。済生会兵庫県病院は資金準備がないため建て替えは困難。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 神戸・阪神両圏域ともに既存病床数が基準病床数を超過しており、病床の増床は許可されない。 連携する診療科の構成によっては、新たな設備投資が必要。 <p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建替では国や県の支援がなく経済的に非合理的。【18～19ページ参照】 	<ul style="list-style-type: none"> 建て替えを行う場合、済生会兵庫県病院で約151億円、三田市民病院で約169億円必要。済生会兵庫県病院は資金準備がないため建て替えは困難。 現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 神戸・阪神両圏域ともに既存病床数が基準病床数を超過しており、病床の増床は許可されない。 急性期担当病院では手術室の拡張や医療機器の整備などの設備投資が必要。 回復期担当病院では療養環境の改善、リハビリテーション機能の充実などの設備投資が必要。 <p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建替では国や県の支援がなく経済的に非合理的。【18～19ページ参照】 	<ul style="list-style-type: none"> 新病院を整備する場合、約225億円から320億円（整備費のみ）の見込み（両地域に病院設置の場合、2病院合計で320億円必要） 既存の建物の制約を受けず、必要な医療機器を整備可能。 現施設の残債があり、施設の有効活用の検討等が必要。 <p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 新規の病院と跡地医療を含めた病院の病床数が現在の各病院の病床数未満となる必要がある。【12～13ページ参照】 （統合による建替では国や県の支援が得られ経済的に合理的。）【18～19ページ参照】

急性期医療確保方策の検討

(5) 急性期機能確保方策の検討

—：同等
 ○：現状維持と比べて相対的に有利である
 △：状況によって有利・不利のどちらにもなりうる

	現状維持	機能分担・連携（診療科別）	機能分担・連携（機能別）	再編統合
経営への影響	<ul style="list-style-type: none"> 医療需要増に対応できるだけの医師を確保できれば収支改善が可能。 地域周産期母子医療センターは不採算医療であり、公的支援が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> 集約する診療科によって、一方の病院は収支改善、もう一方は収支悪化の可能性。 診療科を一部集約することにより、合併症への対応ができず患者の受け入れが制限され、収支が悪化する可能性。 【10ページ参照】 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期担当病院は医師確保により患者数が増加すれば、一時的な収支改善が可能。若手医師の確保に課題が残るため、中長期的には安定経営に課題。 回復期担当病院は診療単価の低下によって収益が減少し、建物設備等の固定費用や残債への対応が困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療需要増に対応できるだけの医師を安定的に確保し、診療単価の向上が実現すれば、収支改善が可能。 北播磨総合医療センターや加古川中央市民病院などの先行事例では、収支が改善。 【14～17ページ参照】 現病院の残債の処理が必要 一定の条件を満たした場合、財政措置が有利な再編ネットワーク債や厚生労働省の補助金等が活用できる。 【18～19ページ参照】
	<p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建替では国や県の支援がなく経済的に非合理的。 【18～19ページ参照】 個別の建て替えでは多額の資金を要する一方で機能は不十分なままとなる。 	<p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建替では国や県の支援がなく経済的に非合理的。 【18～19ページ参照】 個別の建て替えでは多額の資金を要する一方で機能は不十分なままとなる。 	<p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の建替では国や県の支援がなく経済的に非合理的。 【18～19ページ参照】 個別の建て替えでは多額の資金を要する一方で機能は不十分なままとなる。 	<p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 複数の病院に医療資源が分散するより、結集し、専門性の高い高度医療が提供できる環境づくりが必要。 災害医療や急な感染症対応を考えた場合、医療従事者が小さい病院であれば継続するより、しっかりとした集団・システムの中で医療を提供する方が、いざというときに瞬発力と持続性に優れている。 再編統合の一案として北神・三田地域に病院を設置し、人材確保は一元的に行う方法は考えられないか。 (医師集約や補助金等の利点が得られず実現が困難)
交通アクセス	<ul style="list-style-type: none"> 病院の現在の利用者にとって交通アクセスの利便性に変化がない。 【20～21ページ参照】 	<ul style="list-style-type: none"> 症例によって一方の病院の現在の利用者が他方の病院の通院になる可能性があり、交通アクセスの利便性に变化。 【20～21ページ参照】 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期担当病院の現在の利用者は交通アクセスの利便性に变化がない。 回復期担当病院の現在の利用者は交通アクセスの利便性が变化。 【20～21ページ参照】 	<ul style="list-style-type: none"> 設置場所によるが、両病院の現在の利用者にとって交通アクセスの利便性が变化。 【20～21ページ参照】
	<p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 今後、高齢化が益々進む地域であり、現2病院体制の維持も検討いただきたい。 	<p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 疾患等によって対応する病院が遠くなる場合があり、両市民に不便を与える。（反面近くなる場合もある） 	<p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 疾患等によって対応する病院が遠くなる場合があり、両市民に不便を与える。（反面近くなる場合もある） 	<p>（委員のご意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> 新しい病院の場所は、それなりの広さを確保することが必要。 交通アクセスを保つことが課題。 北神・三田地域は地理的に非常に広く、交通アクセスの問題が非常に心配。

參考資料

北神・三田地域に必要な医療機能

5 疾病 5 事業への対応
(第 3 回検討委員会資料および委員意見より)

5疾病5事業等	医療機能
新生物	<ul style="list-style-type: none"> 高度な治療が必要な場合や希少がん（血液・子宮など）の場合は、がんの基幹病院と連携し、地域内で対応すべき主要な症例（大腸、肺、胃など）は地域完結率を高める。 低侵襲の放射線治療や手術、化学療法など集学的な治療が必要。
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> 現在、主となり対応している恒生病院と連携しながら、増加する医療需要への対応が必要。 連携により医療需要に対応するため、合併症にも対応できるよう脳神経外科を有する総合的な急性期病院となることが望ましい。
心疾患	<ul style="list-style-type: none"> 一刻を争う急性心筋梗塞等は現状以上に地域完結率を高めることが望ましい。 大動脈解離などの心臓疾患外科症例についても地域で対応できることが望ましい。
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> 専門の診療科がないことや、医師不足による断り事例が発生しており、将来需要を踏まえ救急搬送の受け入れ体制の強化が必要。 地域で救急医療の完結率を上げ、地域内で安心して救急医療を受けられる体制を整備。 民間病院との連携を踏まえた対応が必要。
小児救急・周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> 小児入院患者、新生児、ハイリスク分娩について広域的な役割を担う。 地域における小児・周産期における救急患者を受け入れる役割を担う。 周産期の合併症に対応するため総合的な診療能力が必要。 若い世代が安心して暮らすための地域において必要な医療機能であり、不採算であっても確保すべき。
災害医療	<ul style="list-style-type: none"> 主要道路の寸断や停電が生じて、地域で一定の期間、適切な医療対応ができる施設・設備を整備。 医療従事者の確保を含め、地域の民間病院との連携強化が必要。
新興感染症	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナなどの新興感染症は、公的病院として担うべき医療。 施設・設備、人材を確保し、地域で現状以上に対応すべき。

北神・三田地域に必要な医療機能

北神・三田地域における医療機能のあり方 (第3回検討委員会資料より)

- 推計1日平均入院患者数(表1)のうち急性期にある患者では、北神・三田地域において、2020年の467人からピークの2035年の527人へと60人増加する見込みである。特に消化器、呼吸器、循環器、神経系の疾患が大きく増加する事から、対応が必要である。
- 救急搬送推計(表2)では、2020年の3,558件からピークの2040年の4,620件へと年間1,062件の増加が見込まれることから、救急受入体制の強化が必要である。
- 推計1日平均入院患者数(図1)のうち急性期にある患者は、済生会兵庫県病院(268床)が2020年の145人/日から全体のピーク時の2035年には146人/日、三田市民病院(300床)が2020年の237人/日から全体のピーク時の2035年には260人/日になると推計される。2病院合わせた1日平均の急性期の入院患者数は2020年の382人/日から2035年のピークには406人/日になる。
- 現状の地域完結率を前提にすると+24人/日の急性期患者への対応が求められることから、医師確保などの体制強化が必要である。

将来推計需要(北神・三田地域)

表1: 推計1日平均急性期入院患者数(疾患別) ※疾患分類は値が大きい上位4分類を個別表記

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
消化器系疾患 肝臓 胆道 膵臓疾患	101	108	112	114	113	109
呼吸器系疾患	61	68	73	76	77	76
循環器系疾患	50	55	59	61	62	61
神経系疾患	43	47	49	50	50	48
その他計	212	221	226	227	224	216
新生物(再掲)	111	116	120	120	118	114
合計	467	499	519	527	526	510

↑60人/日

表2: 推計年間救急搬送件数(中等症以上)

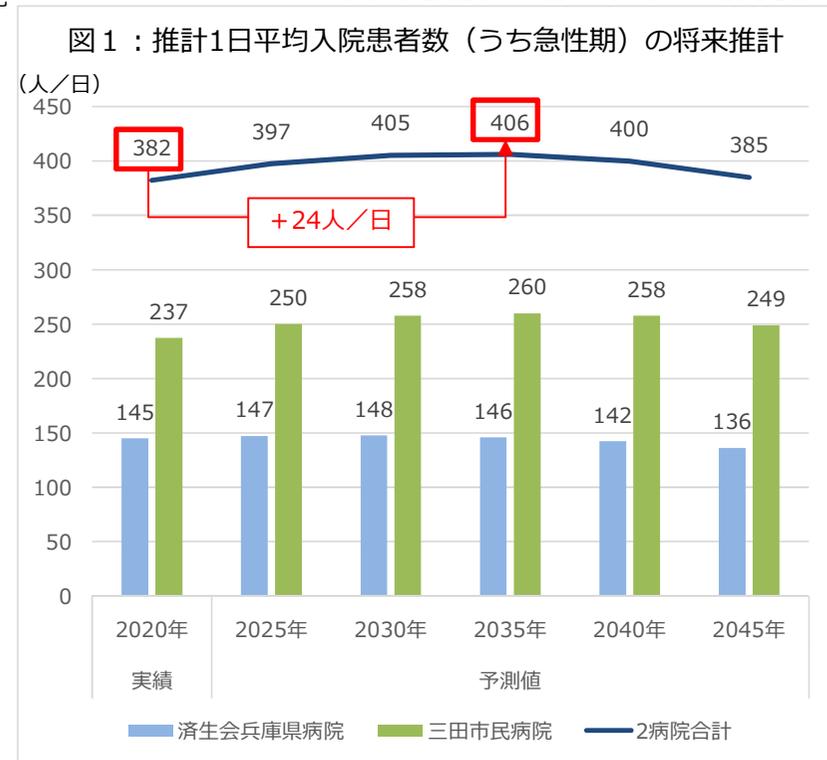
	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
脳卒中	329	368	406	433	449	447
心疾患	210	236	263	280	287	285
その他疾患	3,019	3,289	3,580	3,776	3,883	3,851
計	3,558	3,894	4,248	4,489	4,620	4,584

↑1,062件/年

※小数点以下の取り扱いにより、図表内の内訳数値の合計と表記の合計が一致しない場合がある。

2病院の推計1日平均入院患者数(うち急性期)の推移予想

※うち)急性期とは、DPC請求の対象病床に入院する患者



※当スライドの1日入院患者数には、労災保険、自賠責保険、自費による入院患者は含まない

病床の圏域間移動

- 病床の圏域間移動は原則として行うことが出来ないが、以下に該当する場合は病床移動を行うことが可能。
 - ①医療法第30条の4第10項に基づく特定の病床等に係る特例（図1）
 - ②医療法第30条の4第12項に基づく地域医療連携推進法人に係る特例（図2）

図1: 医療法第30条の4第10項に基づく特定の病床等に係る特例

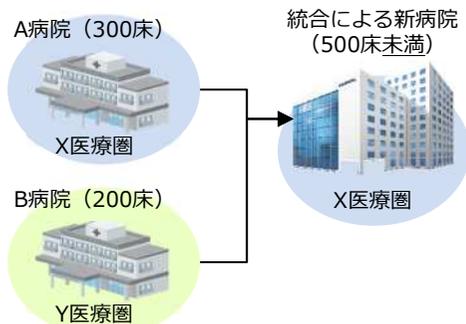
【概要】

都道府県は、医療計画の公示後に以下に掲げる事情があるときは、病床過剰地域であっても、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た上で、病院・診療所の開設・増床等に係る許可を行うことができる。

【特例事情】

- 急激な人口の増加が見込まれること
- 特定の疾患に罹患する者が異常に多くなること
- 山間地、離島等の交通条件に恵まれない地域において、病院の病床又は診療所の療養病床の確保が必要になること
- 過疎・病床偏在の場合であって、特定の要件を満たすこと
- 二次医療圏を超えて病院等の移転が行われる場合であって、特定の要件を満たすこと
- 複数の公的医療機関等を含めて医療機関の再編統合を行う場合（二次医療圏を越えて行う場合も含む。）であって、特定の要件を満たすこと
- 医育機関に附属する病院等の病床であって、当該二次医療圏以外の区域において当該機能を補完することが著しく困難であること

公的医療機関等を含めた再編統合の場合



【特例の要件】

- 公的医療機関等を含めた再編統合であること。
- 再編統合後の複数の医療機関の病床の数の合計数が、再編統合の対象となる公的医療機関等を含めた複数の医療機関の病床の数の合計数に比べて減っていること。
- 公的医療機関等と民間医療機関との役割や機能の分担、業務の連携等を踏まえた再編統合を行うこと。

図2: 医療法第30条の4第12項に基づく地域医療連携推進法人に係る特例

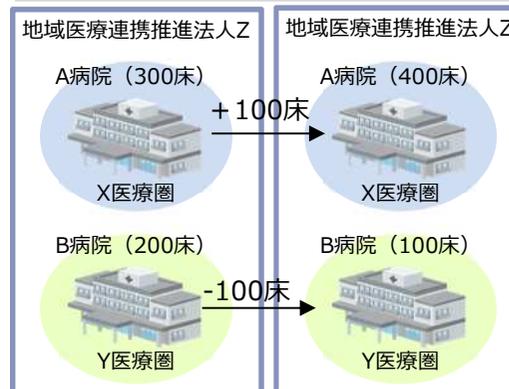
【概要】

都道府県は、医療計画の公示後に、地域医療連携推進法人の参加法人から病院・診療所の開設・増床等の許可申請があった場合、地域医療構想の達成を推進するために必要である等の要件を満たすものであれば、病床過剰地域であっても、許可を行うことができる（厚生労働大臣への協議は不要）。

【地域医療連携推進法人の概要】

地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針（医療連携推進方針）を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人を都道府県知事が認定（医療連携推進認定）する制度。地域医療連携推進法人には、介護事業等を実施する非営利法人も参加することができ、介護との連携も図りながら、地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を果たすことが期待されている。

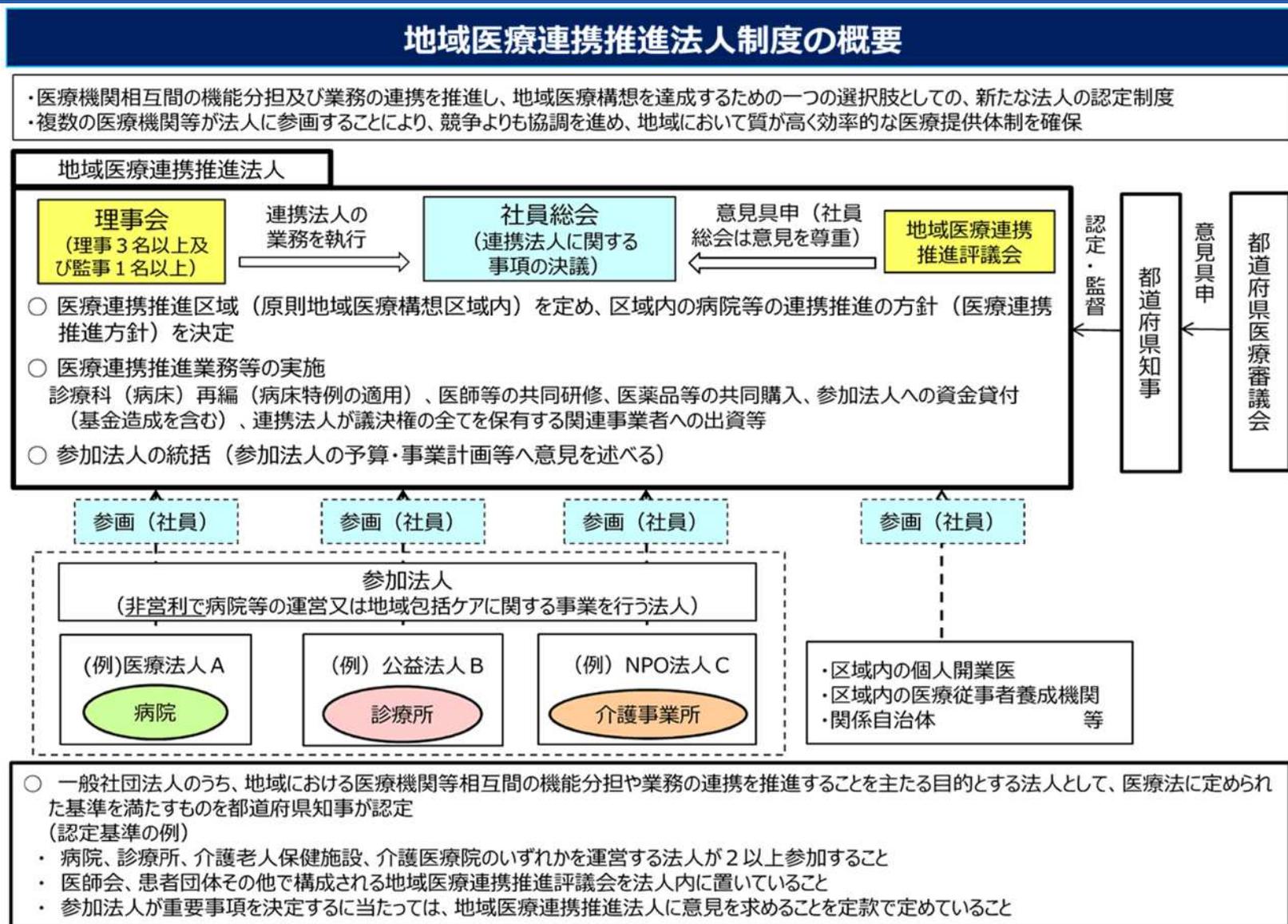
地域医療連携推進法人の場合



【特例の要件】

- 地域医療構想の達成を推進するために必要なものであること。
- 病床数の合計が増加しないこと。
- 病床数の合計が減少する場合には、医療連携推進区域における医療提供体制の確保に支障を及ぼさないこと。
- あらかじめ地域医療連携推進評議会の意見を聴いた上で行われるものであること。

地域医療連携推進法人の概要



※令和 3 年 10 月 1 日現在、29 法人が地域医療連携推進法人として認定されている。

北播磨総合医療センターの事例

- 北播磨総合医療センターは平成25年に小野市民病院と三木市民病院の統合による新設病院である。
- 100床当たり医師数（図1）では、統合前の15.4人から21人（+136%）増加し36.4人となり医師確保が行えている。
- 統合により、急性期症例数（図2）は年間3,417件（+47%）の増加、うち手術を伴う急性期症例数は年間2,625件（+94%）の増加、救急車による入院患者数（図3）は年間1,156件（+154%）増加した。
- 経営状態では、経常損益および繰入前償却前損益においても黒字基調になるなど改善が見られる（図4）。

北播磨総合医療センターの事例

統合前後の指標の変化

統合前

(H24年時点)

小野市民病院



病床数 : 220床
医師数 : 約27名
診療科数 : 15

三木市民病院



病床数 : 323床
医師数 : 約55名
診療科数 : 19

新整備後

(R1年時点)



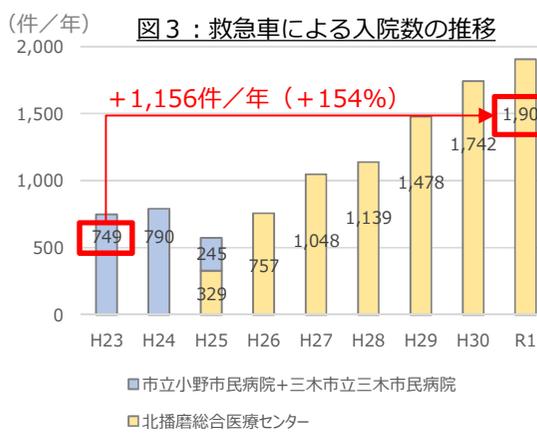
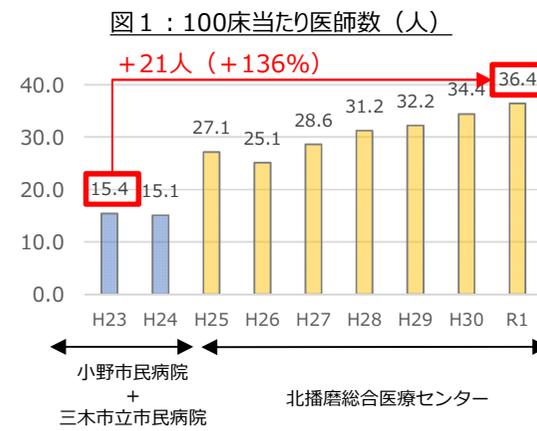
※H25.10月に開院

病床数 : 450床
医師数 : 約163名
診療科数 : 34



地図 : Google map

小野市民病院の跡地は、回復期の医療機関として活用。
三木市民病院の跡地は、特別養護老人ホームとして活用。



北播磨総合医療センターの診療科目

- 北播磨総合医療センターの前身である三木市民病院の診療科数は19、小野市民病院の診療科数は15。
- 北播磨総合医療センターは機能強化と医師増員により34診療科。

診療科	三木市民病院①	小野市民病院②	①+②計	北播磨総合医療センター
内科	○	○	○	
総合内科				○
老年内科				○
消化器科／消化器内科	○	○	○	○
循環器科／循環器内科	○	○	○	○
腎臓内科				○
糖尿病・内分泌内科				○
神経内科／脳神経内科	○	○	○	○
呼吸器科／呼吸器内科	○	○	○	○
血液・腫瘍内科				○
緩和ケア内科				○
リウマチ・膠原病内科				○
ペインクリニック内科				○
外科	○	○	○	○
整形外科	○	○	○	○
脳神経外科	○		○	○
消化器外科				○
呼吸器外科				○
形成外科		○	○	○
心臓血管外科	○		○	○
乳腺外科				○
産婦人科	○		○	○
小児科	○	○	○	○
小児外科		○	○	
麻酔科	○		○	○
放射線科／放射線診断科	○	○	○	○
放射線治療科				○
病理診断科				○
皮膚科	○		○	○
泌尿器科	○	○	○	○
耳鼻咽喉科／耳鼻咽喉・頭頸部外科	○	○	○	○
眼科	○	○	○	○
リハビリテーション科	○	○	○	○
救急科				○
精神科／精神神経科	○		○	○
歯科口腔外科				○
診療科数	19	15	21	34

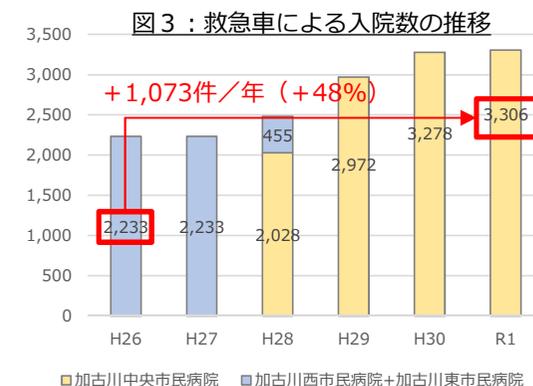
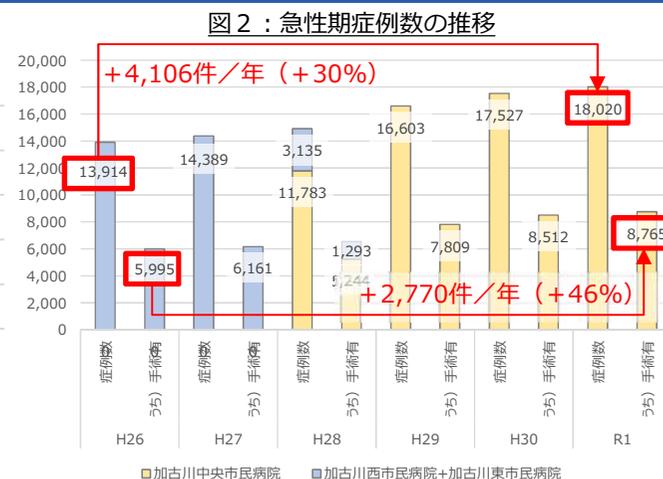
※／がある場合、左：三木市民病院および小野市民病院の標榜診療科、右：北播磨総合医療センターの標榜診療科

加古川中央市民病院の事例

- 加古川中央市民病院は平成28年に加古川西市民病院と加古川東市民病院（旧神鋼加古川病院）の統合による新設病院である。
- 100床当たり医師数（図1）では、統合前の23.6人から14.5人（+61%）増加し38.1人となり医師確保が行えている。
- 統合により、急性期症例数（図2）は年間4,106件（+30%）の増加、うち手術を伴う急性期症例数は年間2,770件（+46%）の増加、救急車による入院患者数（図3）は年間1,073件（+48%）増加した。
- 経営状態では、統合前と比較して経常損益および運営負担金繰入前償却前の数値について大幅に改善がなされている（図4）。

加古川中央市民病院の事例

統合前後の指標の変化



出所 : 医師数及び収支の推移 総務省 公営企業年鑑より作成 (※医師数は公営企業年鑑の100床当たり医師数から計算) 救急車による入院及び症例数の推移 厚生労働省 DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」より作成

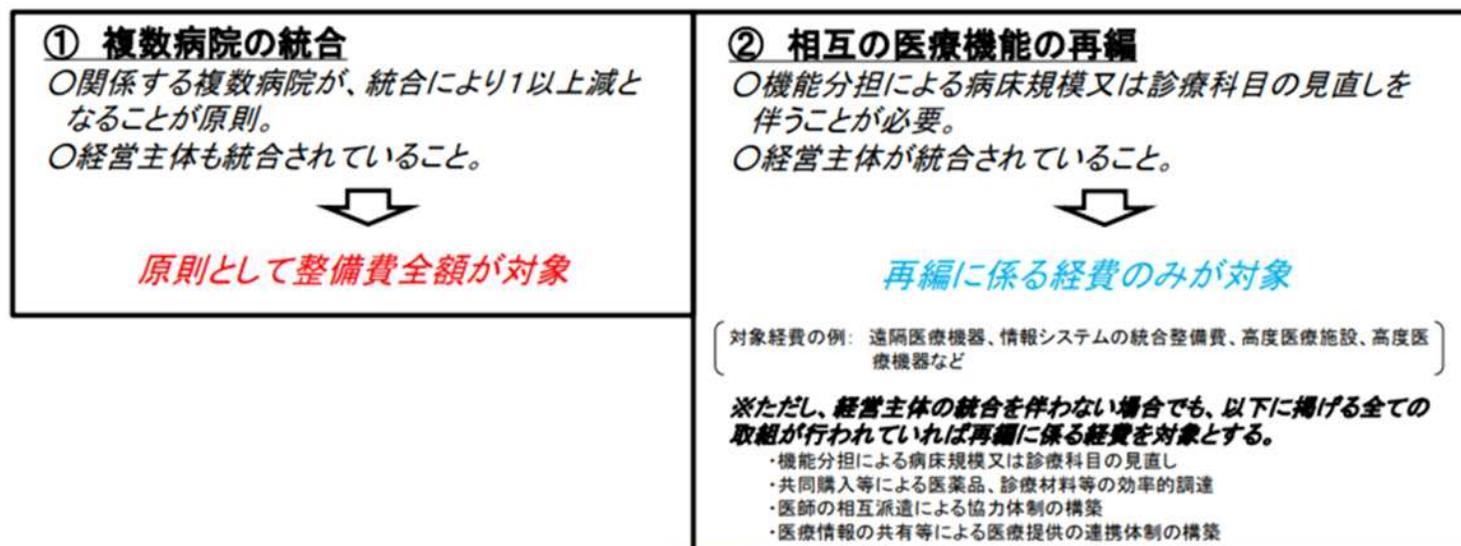
加古川中央市民病院の診療科目

- ・ 加古川中央市民病院の前身である加古川西市民病院の診療科数は23、加古川東市民病院の診療科数は13。
- ・ 加古川中央市民病院は機能強化と医師増員により33診療科。

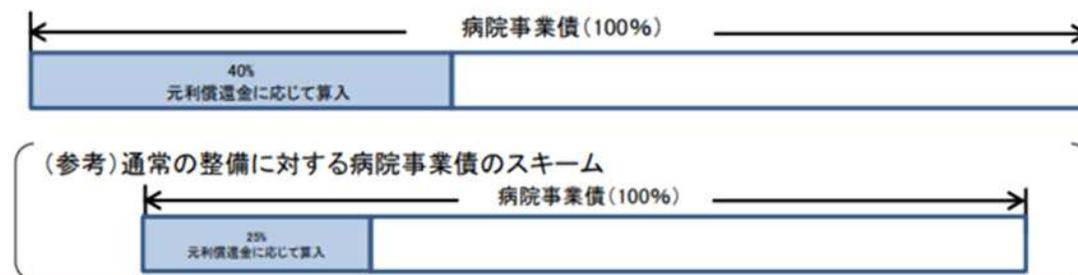
診療科	加古川西市民病院①	加古川東市民病院②	①+②計	加古川中央市民病院
内科	○	○	○	○
総合内科／総合診療科				○
消化器内科	○	○	○	○
循環器内科	○	○	○	○
腎臓内科				○
糖尿病・代謝内科				○
脳神経内科				○
呼吸器内科	○		○	○
腫瘍・血液内科				○
血液内科	○		○	
腫瘍内科	○		○	
リウマチ科／リウマチ・膠原病内科	○		○	○
外科	○	○	○	○
整形外科	○	○	○	○
脳神経外科	○		○	○
消化器外科				○
呼吸器外科				○
形成外科		○	○	○
心臓血管外科		○	○	○
乳腺外科				○
産婦人科	○	○	○	○
小児科	○	○	○	○
小児循環器内科				○
小児外科	○		○	○
麻酔科	○	○	○	○
放射線治療科／放射線診断・IVR科	○	○	○	○
病理診断科	○		○	○
皮膚科	○		○	○
泌尿器科	○		○	○
耳鼻咽喉	○		○	○
眼科	○		○	○
リハビリテーション科	○	○	○	○
救急科	○		○	○
精神科／精神神経科	○		○	○
歯科／歯科口腔外科		○	○	○
診療科数	23	13	26	33

病院事業債（特別分）〔再編・ネットワーク債〕

- 再編・ネットワーク化に係る公立病院の施設・設備の整備費について、複数病院の統合又は相互の医療機能の再編を行う場合、病院事業債（特別分）を措置し、その元利償還金の3分の2を一般会計からの繰入れ対象とするとともに元利償還金の40%について普通交付税措置を講じる。
- 通常の病院事業債では普通交付税措置の対象が25%だが、再編・ネットワーク化に関する場合は40%を普通交付税措置に出来る。
- 再編・ネットワーク化では、再編を通じて基幹病院へ医師配置の集約を図ることにより、医師の働き方や勤務環境の改善、医師の研修や派遣拠点機能の整備を進め、地域で医師確保に繋がることが期待されている。



病院事業債の特別分の対象：元利償還金の40%を普通交付税措置〈特別分〉



例：100億円の整備費の場合
 普通交付税措置は、通常の病院事業債は25億円、病院事業債の特別分では40億円であり15億円の差が生じる

地域医療介護総合確保基金の活用

- ・ 地域医療構想を推進するため、地域医療介護総合確保基金により財政支援（国：2/3、都道府県1/3）。
- ・ 令和2年度に予算事業として措置された「病床機能再編支援事業」を、令和3年度より、新たに地域医療介護総合確保基金の中に全額国費（国：10/10）の事業として位置付け。
- ・ 統合後の病院では、再編統合に伴い必要となる施設・設備（一体的に行う宿舍・院内保育所含む）整備費が対象。
- ・ 統合前の病院では急性期から回復期への転換に要する費用、建物や器機の処分に係る損失、職員の退職金などが対象。
- ・ また、統合後に引き継がれる残債の利払い費や病床規模を一定以上縮小する場合の補填等が対象。

1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 (令和3年度予算額公費350億円)

- A 再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費
- B 再編統合と一体的に行う宿舍・院内保育所の施設整備費
- C 急性期病床から回復期病床等への転換に要する建設費用
- D 不要となる建物（病棟・病室等）・医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失
- E 早期退職制度の活用により上積みされた退職金の割増相当額

例：再編統合に伴う新增改築

1床当たりの補助基準額 5,500千円 補助率1/2

2. 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業 (令和3年度予算額全額国費195億円)

①「単独医療機関」の取組に対する財政支援

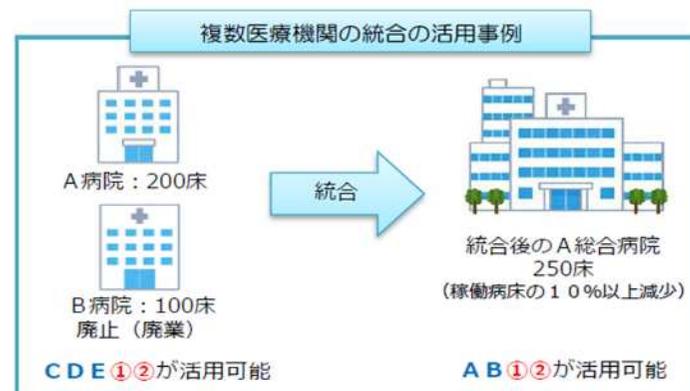
病床数の減少を伴う病床機能再編をした医療機関に対し、減少する病床数に応じた支援

②「複数医療機関」の取組に対する財政支援

（ア）統合に伴い病床数を減少する場合のコストに充当するための支援
 ※関係医療機関全体へ支給し、配分は関係医療機関間で調整
 ※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
 （イ）統合に伴って引き継がれる残債を、より長期の債務に借り換える際の利払い費の支援

※①②ともに稼働病床の10%以上減少することが条件

例：病床稼働率に応じ病床減少1床当たり 1,140～2,280千円



上記の活用事例の場合

- 1に係る補助金
再編統合に伴う新增改築
 $5,500千円 \times \text{新病院}250\text{床} \times \text{補助率}1/2 = \mathbf{687,500千円}$
- 2に係る補助金
②「複数医療機関」の取組に対する財政支援
 $2,000千円 \times \text{減床数}50\text{床} = 100,000千円$
重点支援区域指定により上記 $\times 1.5\text{倍} = \mathbf{150,000千円}$
補助見込額合計 = **837,500千円**

(備考)

- ・ 補助基準額等は令和3年度の兵庫県の基準。
- ・ 2に係る補助金の単価2,000千円/床は、一般病床の推計全国平均稼働率81.4%を参考に助成額を概算にて設定した。

2病院の患者の通院手段について

- 済生会兵庫県病院の患者通院手段では、自家用車が78%、バス・電車が9%、自転車・徒歩が5%、タクシーが2%、無料送迎バスが6%となっており、自家用車による通院が最多となっている（図1）。
- 三田市民病院の患者通院手段では、自家用車が75%、バス・電車が14%、自転車・徒歩が7%、タクシーが3%、その他が1%となっており、自家用車による通院が最多となっている（図2）。

図1：済生会兵庫県病院の患者通院手段（N=373）

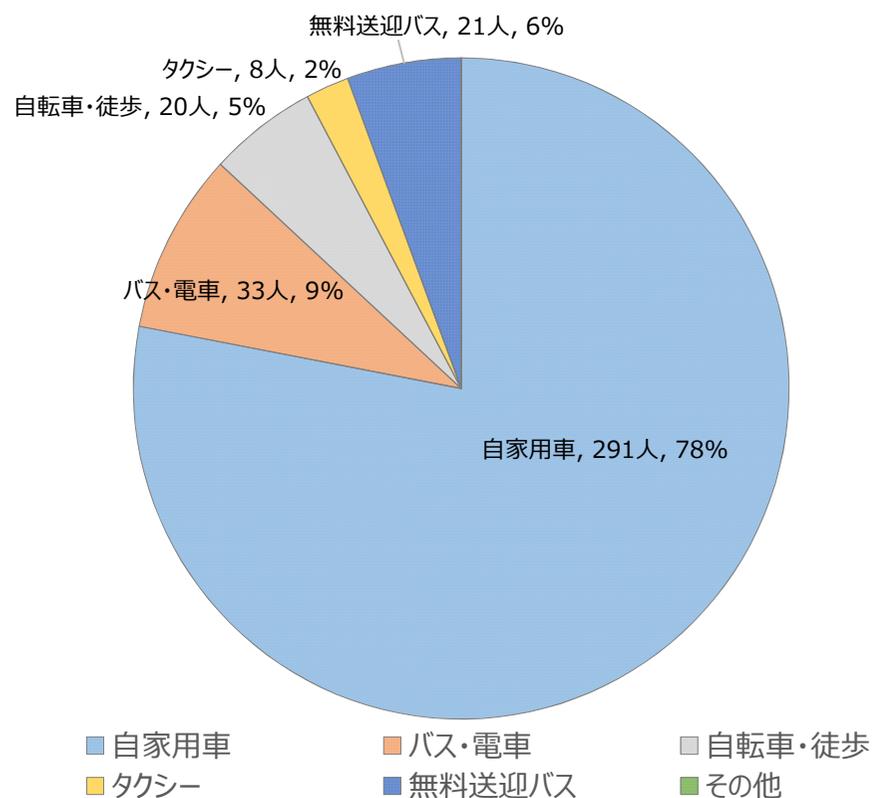
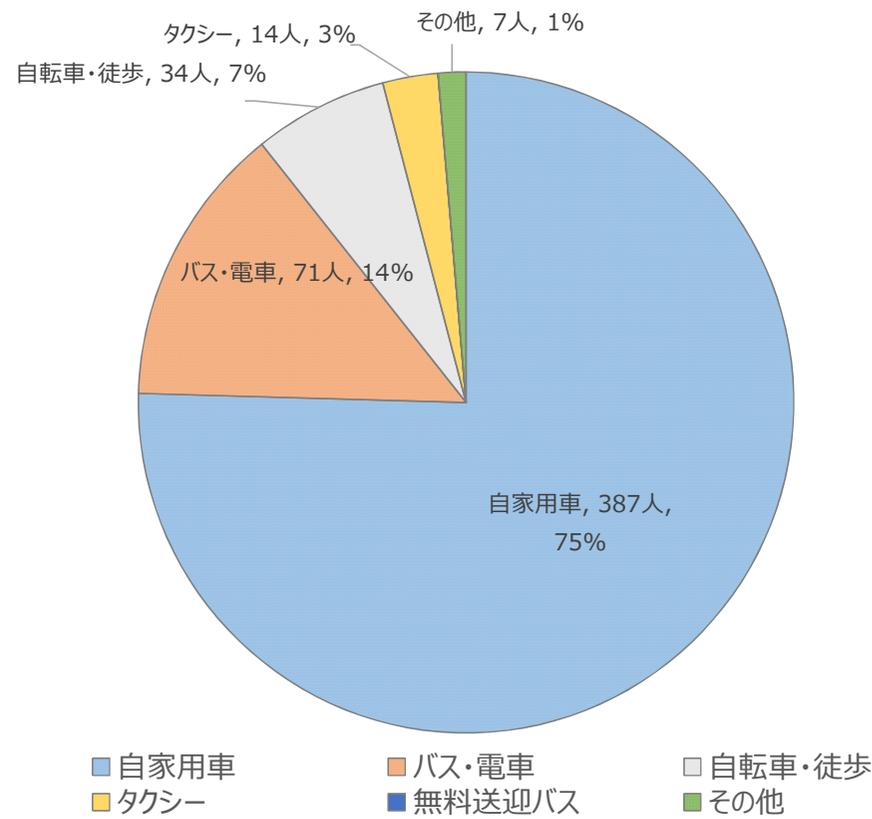


図2：三田市民病院の患者通院手段（N=513）



地理的条件

- 町別の人口分布では、三田市ゆりのき台から神戸市北区有野町有野にかけて、人口が集中している地域がある（図1）。
- 北神・三田地域の主要道路には、北神中央線（県道720号等）、有馬街道（国道176号）、六甲北有料道路（県道95号）、神戸三田線（県道15号）などがある（図2）。

図1：北神三田地域の町別人口分布について

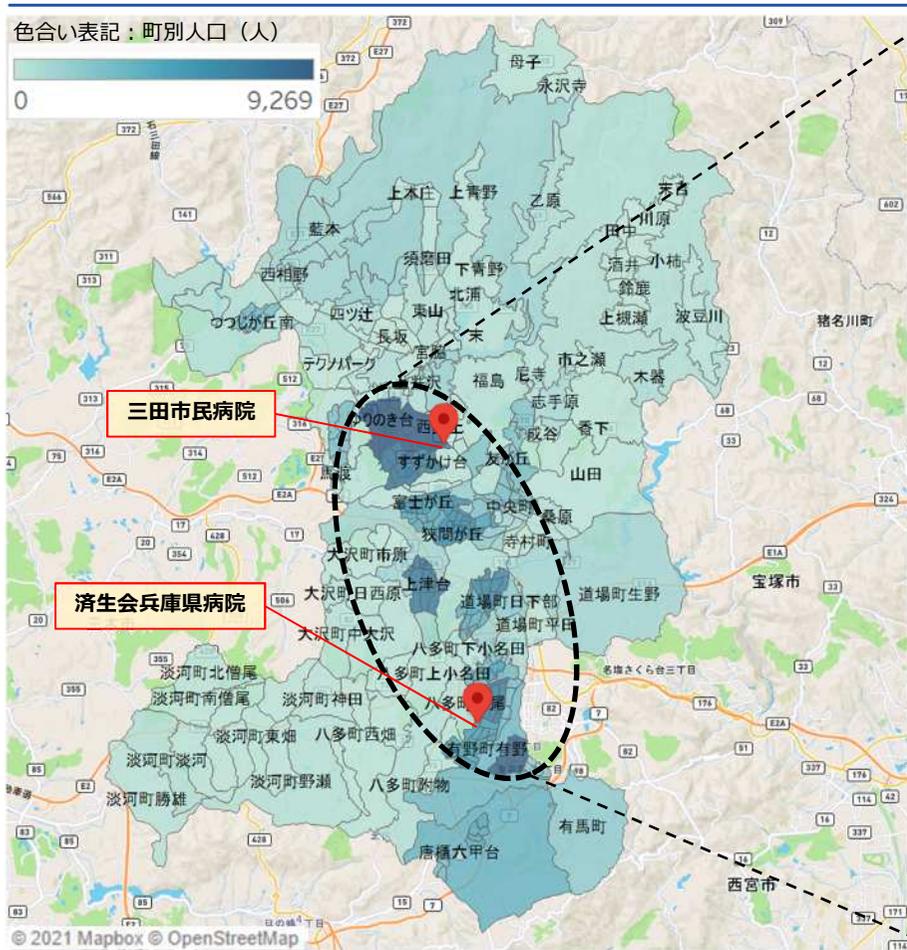


図2：北神・三田地域の主要道路
(済生会兵庫県病院から三田市民病院近辺のみ表示)



出所：図1 総務省統計局（E-stat）小地域（町丁・字等別）国勢調査結果（2015）より作成

議論いただきたい方向性（第 4 回）

1. 急性期医療確保方策において、「現状維持の場合」、「機能分担・連携の場合」、「再編統合の場合」のパターン別の利用者や病院経営に与える影響を踏まえ、「医療機能・医師確保」、「施設整備」、「経営への影響」、「交通アクセス」の視点から、どのようなパターンで急性期医療の確保を進めるべきか。
(前回の検討委員会でいただいた意見を確認の上、当検討委員会としての方向性を取りまとめ)
2. その上で、進めるべき急性期医療確保方策において、なお残る課題、更に検討すべき課題について、どのように対応すべきか。
 - ①医療機能・医師確保の課題への対応
 - ②施設整備の課題への対応
 - ③経営への影響への対応
 - ④交通アクセスの課題への対応

欠席委員からの意見

1. 急性期医療確保方策において、「現状維持の場合」、「機能分担・連携の場合」、「再編統合の場合」のパターン別の利用者や病院経営に与える影響を踏まえ、「医療機能・医師確保」、「施設整備」、「経営への影響」、「交通アクセス」の視点から、どのようなパターンで急性期医療の確保を進めるべきか。

(前回の検討委員会でいただいた意見を確認の上、当検討委員会としての方向性を取りまとめ)

- ・ 建替えに要する費用を考えると、再編統合により補助金を活用した方が合理的である。市民の税金を用いることを考えれば、経済的に合理的な再編統合が良い。また、北神三田地域で救急医療（急性期医療）を完結する体制を作ることが今回の目標であり、医師会としても望んでいる話である。医師確保、設備など、それぞれについて良くなることを再編統合に期待する。

2. その上で、進めるべき急性期医療確保方策において、なお残る課題、更に検討すべき課題について、どのように対応すべきか。

- ①医療機能・医師確保の課題への対応
- ②施設整備の課題への対応
- ③経営への影響への対応
- ④交通アクセスの課題への対応

- ・ ④交通アクセスの課題への対応について、北播磨総合医療センターや加古川中央市民病院の事例を見るとおよそ中間地点が良く、救急機能を考えれば、高速道路の利用がしやすい場所が望ましいと思う。