

中核病院形成検討WGキックオフミーティング（課題・論点整理）意見とりまとめ

資料4

WG名称	主な意見	中核病院が提供する医療の検討事項（たたき台）		調整（協議）が必要な事項	
		内容	時期※	調整（協議）項目	関係者（団体）等
救急（災害）	<p>▶救急患者を萩のどこの病院も受けずに、山口・防府に送り出すことは、なるべく避けたい。萩の救急医療は365日中核病院で対応するつもりで。</p> <p>▶<u>医師のマンパワー不足。</u></p> <p>▶統合後は、なるべく早い時期に1箇所に集約すべき。</p> <p>▶医師の働き方改革で時間外の勤務制限が発生することも視野に。</p> <p>▶救急当番時の医師は内科・外科の2名体制が望まれる。</p> <p>▶当直体制は、医師のみではなく、看護師、コメディカル職の体制も検討すべき。</p> <p>▶比較的多い疾患で他地域に患者が流出している疾病は、萩市で完結できるように。稀なケースで対応が困難な疾患は山口など3次救急へ。2次救急で受け入れなければならないものはカバーできる体制を。</p> <p>▶災害医療は今後も行う。</p>	<p>▶救急患者を萩のどこの病院も受けずに他圏域へ送り出すことは、なるべく避け、365日、中核病院で対応するつもりで萩の救急医療を担う。</p> <p>▶<u>統合後、なるべく早く救急医療に対応する場所を1箇所に集約する</u></p> <p>▶比較的多い疾患で他地域に流出している疾病は、萩地域で完結できる体制をつくる。症例が少なく対応困難な疾患は3次救急対応など、他の医療圏との連携を図る。</p> <p>▶<u>災害医療は、現在の都志見病院の機能を継承</u></p>	<p>①</p> <p>①&amp;②</p> <p>①</p> <p>①</p>	<p>▶内科、外科2名体制が可能か、必要医師人員を検討。医師不足への対応（働き方改革）救急対応は、内科、外科2名体制。もう一方の病院は病棟対応の当直医という体制を検討</p> <p>▶<u>救急輪番体制について、医師会と確認・調整</u></p> <p>▶<u>今後の救急体制を輪番制の在り方を含めて検討</u></p> <p>▶看護師等の体制も検討。救急の人員配置と関連し、回復期、地域包括ケアとも調整が必要</p>	<p>必要人員等は、事務部門（両病院、中核推進室）で資料作成</p> <p>医師会</p> <p>医師会</p> <p>地域包括ケアWG</p>
小児・周産期	<p>▶産科医は全国的に不足。中核病院が産科医の派遣を受けることが出来るかどうか大きな課題。</p> <p>▶<u>分娩件数は減っているが、妊婦の高齢化に伴い、異常分娩の率は上昇している。</u></p> <p>▶<u>新生児医療は、現在の小児科医2名体制で対応可能な疾病の範囲を検討。扱う疾病の範囲を拡大しても、今以上の小児科医の確保は困難と思われる。</u></p>	<p>▶<u>新生児への医療について、小児科医2名体制で対応が可能な疾病（低血糖、黄疸など）は提供を検討。（人工呼吸器装着など集中治療室レベルの疾病は、山口日赤など他圏域へ）</u></p> <p>▶<u>産婦人科医は、小児と同様に複数名体制が望ましい。</u></p>	<p>②</p> <p>①</p>	<p>▶調整すべき項目を含めて、医師会（小児科、産婦人科）との協議が必要</p>	<p>医師会</p>

※時期 ①統合時点（2病院体制）、②統合から数年後（1箇所に機能集約時点）

中核病院形成検討WGキックオフミーティング（課題・論点整理）意見とりまとめ

資料4

WG名称	主な意見	中核病院が提供する医療の検討事項（たたき台）		調整（協議）が必要な事項	
		内容	時期※	調整（協議）項目	関係者（団体）等
へき地	調整中				
がん	<p>▶統合後の医療機能の中で、「がん拠点病院（地域がん診療病院）」は維持すべき。</p> <p>▶統合後、消化器系のがんであれば相当程度の症例に対応できるが、肺がん、泌尿器系・婦人科系・頭頸部（耳鼻科系）のがんは、専門性を持った医師が増員されない限り、一部を除き手術は困難。</p> <p>▶放射線治療を再開する場合、専門の医師や技師等の確保が必要であり、治療機材も整備しなければならない。</p> <p>▶統合後には、年間1,000件近くの化学療法案件を扱うこととなり、病床のみでなく、看護師や薬剤師の確保が必要。</p> <p>▶拠点病院と開業医とが連携して治療にあたる「地域がん連携パス」については、実際の運用が煩雑であるため、医師会の先生方とも連携を図り、協力頂ける方を増やしたい。</p> <p>▶緩和ケアについては、患者さんの想いを十分に引き出す上でも、穏やかな環境の中でケアすべきであるから、統合後には緩和ケア病床の確保や、臨床心理士など有資格のコメディカル確保を望む。</p>	<p>▶がん拠点病院の機能維持・充実（消化器以外の症例への対応、地域連携の強化、緩和ケアの充実等）</p> <p>▶放射線治療の再開（専門医の確保、機材整備が前提）の検討</p>	<p>①or②</p> <p>②</p>	<p>▶地域がん連携パスへの参画</p> <p>▶緩和ケア病床の確保（臨床心理士等の確保）</p> <p>▶放射線治療等の、がん症例に係る他の医療圏への流出状況（データ）による採算性試算</p>	<p>医師会</p> <p>事務局（中核病院・コンサル）等で検証</p>
透析	<p>▶腎臓内科の専門医を確保してほしい。専門医がいれば、新たに腹膜透析を取り扱う等、市外流出患者を呼び戻すことも可能。</p> <p>▶市民病院に個室が1床あるが、コロナには対応できない。施設集約時に感染症に対応した施設整備の検討を。</p>	<p>▶当面の間、2病院で現状のまま行う。</p> <p>▶感染症（コロナ）に対応できる環境（個室）の整備について検討。</p> <p>▶腹膜透析（専門医の確保が前提）</p>	<p>①</p> <p>②</p> <p>①or②</p>	<p>▶慢性期病床廃止時の入院透析患者</p>	<p>医師会</p>

※時期 ①統合時点（2病院体制）、②統合から数年後（1箇所機能集約時点）

中核病院形成検討WGキックオフミーティング（課題・論点整理）意見とりまとめ

資料4

WG名称	主な意見	中核病院が提供する医療の検討事項（たたき台）		調整（協議）が必要な事項	
		内容	時期※	調整（協議）項目	関係者（団体）等
健診	<p>▶ 1箇所に集約する方が効率的でよいが、現在の体制のまま、2病院で受けている件数を1つの病院で受けることは非常に困難。</p> <p>▶ 外来の隙間で検査を行っており、どちらか一方に集約するとすれば、外来と健診とで機能分化する、もしくは診療科を寄せ、外来の隙間を大きくしないと難しい。</p> <p>▶ 健診は絶対に必要なものだが、臨床を優先させるのはやむを得ない。中核病院における診療科目等の方向性が決定してから、健診をどう集約できるか検討するようになるだろう。</p> <p>▶ 健診専用の施設ができれば理想だが、新しく機器やスタッフを揃えるのは難しく、それより他に費用を回した方がよい。</p>	<p>▶ 現状の範囲で引き続き取り扱う。</p> <p>▶ 中核病院全体の方向性を踏まえ、可能な限り機能集約を行う。</p>	<p>①</p> <p>①or②</p>	<p>▶ 外部に委託している子宮がん検診と眼底写真検査について、中核病院の医療機能次第では、引き続き医師会へ協力を依頼。</p>	<p>医師会</p>
地域包括ケア	<p>▶ 地域包括ケア病棟として地域に提供すべき機能は、「レスパイト」、「各種管理の必要な患者への対応」、「ポストアキュートのリハビリ」、「軽症のサブアキュート対応」と多岐にわたっており、こうした多面的な課題には、公的使命を帯びた中核病院が機能を持って対応しないとけない。</p> <p>▶ 回復期リハビリテーション病棟を中核病院で機能を持つべきか検証が必要。</p> <p>▶ 訪問看護のマンパワーが足りず、広域に対応できていない。</p> <p>▶ 在宅診療を行う診療所やかかりつけ医等への後方連携は重要。医師会ともしっかりと話し合った上で、「地域医療支援病院」や「在宅医療後方支援病院」を検討。</p>	<p>▶ 地域包括ケア病棟（レスパイト、各種管理の必要な患者への対応、ポストアキュートのリハビリ、サブアキュートへの対応）としての病床・機能の確保</p> <p>▶ 訪問看護の充実</p> <p>▶ 在宅医療等との地域連携の強化</p>	<p>①</p> <p>①</p> <p>①or②</p>	<p>▶ 訪問看護の連携</p> <p>▶ リハビリの連携強化に向けた課題整理</p> <p>▶ 地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟の採算性試算</p> <p>▶ 地域包括ケア病棟の確保</p> <p>▶ 在宅診療等の後方支援</p>	<p>都志見病院・県看護協会（訪問看護ステーションあぶ）</p> <p>リハビリ：両病院</p> <p>事務局（中核病院・コンサル）で調整</p> <p>医師会</p> <p>医師会</p>

※時期 ①統合時点（2病院体制）、②統合から数年後（1箇所に機能集約時点）