

診療科目・医療機能・病床規模について

(検討状況と今後の課題の整理)



1 保険診療データ分析の実施と結果の反映

萩市民の保険診療データ(国民健康保険・後期高齢者医療レセプトデータ)を匿名化し、分析を実施

- 年齢別・性別の傾向が近いことから、現データに含まれない 社会保険患者の医療機関受診動向を補完
- ・疾病別・重症度別の受診先医療機関の分析により、<u>萩医療圏</u> 外への流出傾向(市内完結率)を把握
- ・年齢別・疾病別の患者数割合と萩市の将来人口推計に基づき、 将来の推計患者数を算出 など
 - □ 中核病院が持つべき「診療科目・医療機能・病床規模」の 検討に必要な、客観的な根拠を提供

● 市外流出患者の分析と受入対応の検討(資料3)

第3回検討委員会にて提示した救急搬送データ分析に、国民健康保険・ 後期高齢者レセプト分析結果を加え、市外流出患者数が多い(市内シェア 率が低い)疾患を抽出

	区分	市内完結率が低く、両症	病院シェアの多い疾病
入院	高度急性期	新生物(悪性腫瘍など)	筋骨格(関節症など)
	急性期		循環器(脳梗塞など)
	回復期		損傷(骨折など)
外来			腎尿路 (腎不全など)

他の疾病の傾向や、現在両病院で受入困難な実情などを 踏まえ、中核病院での対応について個々の検討につなげる (受入強化または他医療機関との連携など)

<参考> 萩医療圏域内で受入対応できていない実情等

- 1 地理的要因(救急搬送など)
 - ・須佐、田万川地域は益田医療圏、旭(佐々並)地域は山口・防府医療圏へ流出
 - ⇒ 住民の利便性からも他の医療圏での患者受入(連携)が現実的
- 2 萩医療圏内で対応できる医療機関がない(専門医不在など)
 - ・専門医数の絶対数が少なく、専門医の確保が困難な(高度な)疾患
 - ⇒ 他医療圏の医療機関との連携を模索
 - ・医療が提供できても採算が取れない疾患(治療機材が高額、症例数が少ないなど)
 - ⇒ <u>市民のニーズや流出データを基に、費用対効果を考慮した検討が必要</u> 例)がんの放射線治療、緩和ケア病床 など
- 3 萩医療圏である程度提供できるが、一定程度市外の医療機関へ流出
 - ・病院(専門医)の治療実績などの理由で、患者の選好が影響する疾患 (緊急性が高くなく、患者自ら他圏域の特定医療機関を選ぶなど)
 - ⇒ 市内医療機関との連携で紹介患者を増やすなど、受入実績を増やす

2 診療科目の検討

●経営統合時の診療科目

- ・「現行の診療科を基本に検討する」(中核病院の基本的な方向性)
- ・現在の両病院の診療科目と、経営統合時の医師配置見込(資料4)などに 基づき、効率的な診療体制を検討 など
 - ✓ 両病院の統合により診療科が増えることで、複数科医師による連携・ バックアップが可能となるなどの、プラス面での効果を考慮
 - ✓ 医療機能の設定や、最終的な機能集約の方向性も見据えながら、 萩市民病院と都志見病院側のどちらに、どういった診療科目を 設定するか、検証
 - ※施設の物理的な制約もあるため、「2施設の活用方針」と並行して、議論

●将来、中核病院として地域で必要とされる診療科目

・中核病院として求められる医療機能と整合を図り、今後追加的に 必要と考えられる診療科目の設定について、検討(例:麻酔科、糖尿病血液内科(糖尿病)、腎臓内科(人工透析)など)

✓ 市民からのニーズや両病院や連携する医療関係者等の意見を 踏まえ、対象となる専門医の確保対策も含めた、対応を検討

3 医療機能の検討

●経営統合時の医療機能

- ・経営統合時の医師配置見込などに基づき、中核病院設立時の医療機能を 検討(資料4「再掲」)
- ・各WGで示された方向性や、市民などから寄せられた意見などへの対応など

<各WGでの主な意見:資料5>

[救急] 中核病院で2次救急をほぼ受け入れることのできる体制整備

[災害] 都志見病院の災害医療拠点病院機能の継承

[周産期] 新たな産科医の確保を含めた体制整備

[がん] 都志見病院のがん診療拠点病院機能の継承

[透析・健診] 現状機能の継続

[地域包括ケア] 都志見病院の地域包括ケア病床の継承、

回復期リハビリテーション機能取得の検討

(採算性等を考慮) など

<市民などから寄せられた主な意見>

- ・不採算でも市民の命に関わる萩の医療の維持
- ・夜間・休日時対応など政策医療の維持
- ・術後のリハビリの充実
- ・専門医不足やへき地医療に対応できる総合診療専門医の確保
- ・小児・周産期医療提供体制の堅持
- ・かかりつけ医や特定機能病院との連携強化
- ・山口大学や自治医科大学との連携による若手医師の確保
- ・充分な人材確保と配置の工夫 など
- ✓ 市内医療機関との機能分担・連携の確認や、医師等の人材確保が 必要であるため、引き続き医師会や大学等との協議・調整を踏まえ、 対応を検討

● 将来、中核病院として地域で必要とされる医療機能

- ・レセプト分析結果など、データ分析に基づく方向付け(資料3「再掲」)
- ・他圏域の医療機関との役割分担や連携の促進・明確化
- ・各WGで示された方向性や、市民などから寄せられた意見への対応など

<各WGでの主な意見:資料5>

[救急]経営統合後、なるべく早期に対応拠点を1か所へ集約

[小児] 医師2名体制で診療可能な疾病(低血糖など)への対応

[がん] 放射線治療の再開(専門医や機材の確保)

[透析・健診] 可能な限りの機能集約の実施

[地域包括ケア]訪問看護の充実、在宅医療等の地域連携の強化

<市民などから寄せられた主な意見>

- ・交通アクセスも含めた利用しやすい環境整備
- ・放射線治療や入院可能な緩和ケア病床の確保
- ・高度・専門的な医療機能の獲得
- ・リモート診療の導入等、さまざまな診療が受診可能な環境整備
- ・医療の充実による魅力ある病院としての若手医師確保 など

✓ あるべき中核病院としてのビジョンの設定と、機能充実に向けた 裏付けとなる専門医確保や高度医療の提供に伴う採算性の検討 など、多面的な視点から検討を継続

4 病床規模と機能の検討

- ●現状をベースとした推計必要病床数の算出(資料6)
 - ・両病院の入院患者実績とレセプト分析に基づく将来の患者人口推計などに 基づき、将来の必要病床数(ベース案)を算出(<u>今回仮試算</u>)

萩市民病院

急性期(100床)

都志見病院

急性期 (118床) 回復期 (57床)

入院実績(疾病別など)

患者人口推計

中核病院

急性期(???床)回復期(???床)

<今回仮試算結果:資料6>

2025年度 急性期 202床

回復期 33床 (地域包括ケア病棟)

※注:両病院の入院実績に、減少基調の患者人口

推計を掛け合わせた試算のため、推計必要

病床数は、現行より必然的に減少する

☞ 今後、中核病院の持つべき医療機能の設定などによる、<u>両病院以外への流出患者の受入効果などを</u> 加味して、必要病床数を再試算

●統合時の診療科目・医療機能に基づく検証

- ・診療科目(対応できる疾患)や、医療機能(急性期・回復期)により 必要とされる病床数の算定・検証
- ✓ 診療科目・医療機能の設定を始め、医師会など関係者との協議が必要

●その他の要因の考慮

- ・一般病床中、小児専用病床(萩市民病院10床)存続の検討
- ・新型コロナウイルス感染症などの、新興・再興感染症の感染拡大による 短期的な医療需要に備えた病床の設定
 - ※今後国が示す、地域医療構想の取組に関連した感染症への対応方針を踏まえて、検討
- ✓ 病床規模や機能については、検討委員会での仮決定の後、「経営シミュレーション」による中長期的な採算性の検証などを踏まえ、「地域医療構想調整会議」などでの議論・承認による最終決定を目指す