

佐賀県地域医療構想

平成28年3月



目次

構想の基本的事項	1
1 策定の趣旨	
2 基本理念	
3 期間	
構想区域の設定と医療提供体制の現状	3
1 構想区域の設定	3
2 構想区域の患者の受療動向	4
3 医療提供体制の現状	6
(1) 施設数の現状	
(2) 病床数(一般病床・療養病床)の現状	
(3) 県内バランスの現状	
(4) 有床診療所の現状	
(5) 在宅医療の現状	
人口の推移等	14
1 人口の推移	14
2 高齢者世帯の状況	16
医療需要の見通し	17
1 医療需要と必要病床数	17
(1) 医療需要と必要病床数	
(2) 病床機能報告と必要病床数の比較	
2 慢性期と在宅医療等の医療需要	22
3 主要疾患の医療需要	25
(1) がん	
(2) 脳卒中	
(3) 急性心筋梗塞等	
平成37(2025)年に向けた施策の方向性	32
1 病床機能の分化・連携の推進	33
2 地域包括ケアシステムの構築	34
3 医療従事者の確保・養成	35
4 指標	37
推進体制	39
策定経過	41

1 策定の趣旨

地域医療構想は、団塊の世代が全員後期高齢者となる平成 37（2025）年を念頭に、病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに医療需要と必要病床数を推計し、将来の医療提供体制の構築に向けた施策の方向性を示すものです。

平成 26（2014）年の第 6 次医療法改正で、新たに都道府県に策定が義務付けられ、第 6 次佐賀県保健医療計画（平成 25（2013）年度～29（2017）年度）の一部と位置づけられます。

第 6 次医療法改正...平成 26（2014）年に医療法、介護保険法等 19 本の医療・介護関連の法律が「医療介護総合確保推進法」として一括改正。

第 6 次佐賀県保健医療計画...平成 25（2013）年度から 29（2017）年度を計画期間とする佐賀県の保健医療行政の基本方針であり、医療提供体制のみならず、疾病予防なども対象としている。

2 基本理念

佐賀県では、平成 27（2015）年 7 月に「 - 佐賀県総合計画 2015 - 人を大切に、世界に誇れる佐賀づくりプラン」を策定し、「人を大切に、世界に誇れる佐賀づくり」を基本理念に掲げ、政策を推進しています。

医療・福祉分野についても、「医療提供体制の充実・強化」「地域包括ケアシステムの構築」を主要な取組としています。

地域医療構想は、平成 37（2025）年を見据え、「人を大切に」「佐賀で支える」を基本理念とし、病院完結型の医療から地域完結型の医療、キュアからケアの視点を持ち、将来にわたり効率のかつ質の高い医療提供体制と、地域包括ケアシステムの構築に取り組みます。

また、医療と介護の連携強化を図るため、平成 30（2018）年に医療計画と介護保険事業（支援）計画の同時改定を行うこととなりますが、地域医療構想は、医療関係者のみならず、介護保険を担う介護保険者、市町、介護事業者の参画のもと策定しており、平成 30（2018）年を待つことなく、医療と介護の連携の視点を強く盛り込んだものとなっています。

地域包括ケアシステム...地域の実情に応じて、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。

介護保険事業（支援）計画...介護保険を運営する介護保険者が、介護サービスの見込み量などを、3年を1期とする介護保険事業計画で定め、都道府県は、その計画の円滑な実施を支援する介護保険事業支援計画で定める。

3 期間

地域医療構想の期間は、平成28（2016）年度から平成37（2025）年度までの10年間とします。

構想区域の設定と医療提供体制の現状

1 構想区域の設定

地域医療構想では、構想区域ごとに、必要病床数等を定めます。この構想区域は、現行の二次医療圏、老人保健福祉圏域と同じく、以下のとおりとします。

構想区域	構成市町
中部	佐賀市、多久市、小城市、神埼市、吉野ヶ里町
東部	鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町
北部	唐津市、玄海町
西部	伊万里市、有田町
南部	武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町



二次医療圏...地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な区域。

老人保健福祉圏域...介護給付対象サービスの種類ごとの量の見込みなどを定める地理的な区域。

2 構想区域の患者の受療動向

入院患者の受療動向は、構想区域ごとに特徴があります。中部、北部、南部は、区域内の住民が区域内の医療機関に入院している割合（域内完結率）が高く、圏域としての完結性が見られます。

東部は、福岡県（主に久留米）との間で、東部の急性期患者が久留米に入院し、福岡県の慢性期患者が東部に入院している相互補完関係がみられます。西部は、南部への一定の流出、長崎県（主に佐世保県北）からの一定の流入が見られます。

患者の受療動向は、基幹病院の配置や交通アクセスなどに左右されますが、今後ともこの受療動向は、大きく変わらないものと思われま

			医療機関所在地											
			佐賀県					他都道府県						
			中部	東部	北部	西部	南部	福岡・糸島	筑紫	久留米	有明	北九州	佐世保県北	県央
患者 住所 地	佐賀県	中部	6,319	132	20	0	129	47	0	147	16	10	0	0
		東部	105	1,796	0	0	0	34	33	409	11	0	0	0
		北部	84	11	2,619	0	22	72	0	0	0	0	0	0
		西部	49	0	46	1,405	204	15	0	0	0	0	57	12
		南部	286	23	0	40	3,358	17	0	11	0	0	0	47
	他 都 道 府 県	(東京)区中央部	11	0	0	0	0							
		福岡・糸島	27	47	35	0	0							
		筑紫	13	124	0	0	0							
		朝倉	0	31	0	0	0							
		久留米	100	634	0	0	0							
		八女・筑後	13	34	0	0	0							
		有明	45	20	0	0	0							
		北九州	19	0	0	0	0							
		佐世保県北	19	0	36	146	35							
県央	10	0	0	0	83									

			医療機関所在地											
			佐賀県					他都道府県						
			中部	東部	北部	西部	南部	福岡・糸島	筑紫	久留米	有明	北九州	佐世保県北	県央
患者 住所 地	佐賀県	中部	92.6	1.9	0.3	0.0	1.9	0.7	0.0	2.2	0.2	0.1	0.0	0.0
		東部	4.4	75.2	0.0	0.0	0.0	1.4	1.4	17.1	0.5	0.0	0.0	0.0
		北部	3.0	0.4	93.3	0.0	0.8	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		西部	2.8	0.0	2.6	78.6	11.4	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2	0.7
		南部	7.5	0.6	0.0	1.1	88.8	0.5	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	1.2

医療機関所在地ベースの流入率

		医療機関所在地					
		佐賀県					
		中部	東部	北部	西部	南部	
患者 住所 地	佐賀県	中部	89.0	4.6	0.7	0.0	3.4
		東部	1.5	63.0	0.0	0.0	0.0
		北部	1.2	0.4	95.0	0.0	0.6
		西部	0.7	0.0	1.7	88.3	5.3
		南部	4.0	0.8	0.0	2.5	87.6
	他 都 道 府 県	(東京)区中央部	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
		福岡・糸島	0.4	1.6	1.3	0.0	0.0
		筑紫	0.2	4.4	0.0	0.0	0.0
		朝倉	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0
		久留米	1.4	22.2	0.0	0.0	0.0
		八女・筑後	0.2	1.2	0.0	0.0	0.0
		有明	0.6	0.7	0.0	0.0	0.0
		北九州	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0
		佐世保県北	0.3	0.0	1.3	9.2	0.9
県央	0.1	0.0	0.0	0.0	2.2		

3 医療提供体制の現状

(1) 施設数の現状

病院数は、厚生労働省医療施設調査によると、平成26(2014)年10月1日時点で、108施設となっています。人口10万人当たりの病院数は12.9施設であり、全国平均の6.7施設を大きく上回っています。

一般診療所数は、厚生労働省医療施設調査によると、平成26(2014)年10月1日時点で、684施設となっています。人口10万人当たりの診療所数は81.9施設であり、全国平均の79.1施設を若干上回っています。

一般診療所のうち、有床診療所数は、厚生労働省医療施設調査によると、平成26年(2014)年10月1日時点で177施設となっています。人口10万人当たりの有床診療所数は21.2施設であり、全国平均の6.6施設を大きく上回っています。

しかし、有床診療所数は、近年、減少傾向が続き、平成27年10月1日時点では、168施設となっています。

病院...20人以上の患者を入院させるための施設(20床以上)を有する医療提供施設。

診療所...19人以下の患者を入院させるための施設(19床以下)を有する医療提供施設を有床診療所、患者を入院させるための施設をもたない診療所を無床診療所という。

病院・診療所数の推移

	平成25年10月1日			平成26年10月1日			平成27年10月1日		
	病院数	診療所		病院数	診療所		病院数	診療所	
		有床	無床		有床	無床		有床	無床
県計	108	185	507	108	177	507	108	168	515
中部	39	78	237	39	75	233	39	67	231
東部	14	19	82	14	19	84	14	19	84
北部	18	27	77	18	25	75	18	24	81
西部	12	18	42	12	17	44	12	17	45
南部	25	43	69	25	41	71	25	41	74

平成25年、26年厚労省「医療施設調査」、平成27年「佐賀県医務課調」

(2) 病床数(一般病床・療養病床)の現状

一般病床と療養病床数は、平成27(2015)年10月1日時点で、一般病床8,520床、療養病床4,764床の合計13,284床です。

厚生労働省医療施設調査によると、平成26(2014)年10月1日時点で、人口10万人当たりの病院の一般病床数は769.2床(全国平均703.6床)、人口10万人当たりの病院の療養病床数は、522.6床(全国平均258.2床)、人口10万人当たり

の診療所病床数は311.7床（全国平均88.4床）を上回っています。

病院の病床数は、ここ数年概ね横ばいですが、診療所の病床数については、有床診療所廃止や、無床診療所への転換などにより、近年、減少が続いています。

一般病床…精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床。

療養病床…長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。保険の適用は、医療保険適用の医療療養病床と、介護保険適用の介護療養病床にわかれる。

平成25年10月1日(厚労省医療施設調査)

	病院			診療所			合計		
	一般	療養		一般	療養		一般	療養	
県計	6,433	4,344	10,777	2,275	407	2,682	8,708	4,751	13,459
中部	3,061	1,307	4,368	976	151	1,127	4,037	1,458	5,495
東部	747	851	1,598	237	38	275	984	889	1,873
北部	888	631	1,519	277	85	362	1,165	716	1,881
西部	484	530	1,014	224	53	277	708	583	1,291
南部	1,253	1,025	2,278	561	80	641	1,814	1,105	2,919

平成26年10月1日(厚労省医療施設調査)

	病院			診療所			合計		
	一般	療養		一般	療養		一般	療養	
県計	6,423	4,364	10,787	2,214	389	2,603	8,637	4,753	13,390
中部	3,121	1,267	4,388	935	151	1,086	4,056	1,418	5,474
東部	707	881	1,588	237	38	275	944	919	1,863
北部	858	661	1,519	269	85	354	1,127	746	1,873
西部	484	530	1,014	222	53	275	706	583	1,289
南部	1,253	1,025	2,278	551	62	613	1,804	1,087	2,891

平成27年10月1日(佐賀県医務課調)

	病院			診療所			合計		
	一般	療養		一般	療養		一般	療養	
県計	6,385	4,412	10,797	2,135	352	2,487	8,520	4,764	13,284
中部	3,083	1,305	4,388	859	114	973	3,942	1,419	5,361
東部	707	891	1,598	237	38	275	944	929	1,873
北部	858	661	1,519	267	85	352	1,125	746	1,871
西部	484	530	1,014	222	53	275	706	583	1,289
南部	1,253	1,025	2,278	550	62	612	1,803	1,087	2,890

(3) 県内バランスの現状

佐賀県は、特定機能病院や地域医療支援病院などが、県内にバランスよく分散配置されています。

また、脳卒中や心筋梗塞など「待てない急性期」に対する医療アクセスも良好です（p27～31 参照）。

県そのものがコンパクトであり、地理的に極端な条件不利地域がないこともあり、県全体として、医療提供体制は良好であり、これは今後も守らなければならない佐賀県の良さの一つです。

拠点機能等の指定等の状況（平成28年3月現在）

特定機能病院 高度な医療を提供する能力をもつ病院として、厚生労働省の承認を受けた医療機関	佐賀大学医学部附属病院
地域医療支援病院 他の病院・診療所と一定の紹介率・逆紹介率を保つ等地域医療の確保のために必要な病院として、都道府県の承認を受けた医療機関	佐賀県医療センター好生館 NHO佐賀病院 NHO東佐賀病院 唐津赤十字病院 NHO嬉野医療センター
がん診療連携拠点病院 地域におけるがん診療の拠点として厚生労働省が指定した医療機関	佐賀大学医学部附属病院 佐賀県医療センター好生館 唐津赤十字病院 NHO嬉野医療センター
救命救急センター 高度な救急医療を提供する第三次救急医療機関	佐賀大学医学部附属病院（高度） 佐賀県医療センター好生館 唐津赤十字病院（地域） NHO嬉野医療センター（地域）
認知症疾患医療センター 認知症の鑑別診断や専門医療相談ができる拠点として都道府県が指定した医療機関	佐賀大学医学部附属病院（基幹） NHO肥前精神医療センター（地域） 嬉野温泉病院（地域） 河畔病院（地域）
総合周産期母子医療センター リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる医療施設として都道府県が指定した医療機関	NHO佐賀病院

(4) 有床診療所の現状

佐賀県医師会が平成27(2015)年5月に県内の有床診療所を対象に行った調査によると、有床診療所のうち入院患者を受け入れていない有床診療所が45施設(施設数の25%、有効回答の31%)・538床(病床数の21%、有効回答の25%)にのぼり、そのうち、何らかの形で再開の見込みがあるのは、7施設・118床しかないとわかりました。

この結果から、今後も有床診療所の減少は一定期間続くと思われる。

実施時期 平成27年5月
 調査方法 佐賀県医師会から各有床診療所へ文書で照会
 回収件数 143有床診療所 ※平成27年5月時点の県内有床診療所数177

	病床数(一般、療養)			休止中の病床についての意向				
	稼働	休止	自身で再開	後継者継承時に再開	当面休止	廃止見込	未回答	
中部	839	624	215	19(1)		173(16)	18(2)	5(1)
東部	195	167	28		27(2)			1(1)
北部	329	181	148		35(2)	109(8)	4(1)	
西部	235	181	54		19(1)	35(3)		
南部	535	442	93	18(1)		56(5)		19(1)
県計	2,133	1,595	538	37(2)	81(5)	373(32)	22(3)	25(3)

(注)平成27年5月末時点の有床診療所病床数 2,598

(5) 在宅医療の現状

在宅医療を提供する基盤となる在宅療養支援診療所や、在宅療養支援病院の人口10万人あたりの届出数は、平成25(2013)年7月の厚生労働省調査によると、全国平均を大きく上回っています。

しかし、藤森研司東北大学大学院教授が、平成25(2013)年度分のレセプトデータをもとに作成したSCR(年齢調整標準化レセプト比)で、往診、訪問診療(同一建物、特定施設、居宅別)の提供状況をみると、訪問診療(同一建物)は、全国1位のサービス提供状況にあります。往診や訪問診療(特定施設、居宅)については、全国平均を下回っています。

これは、在宅医療を提供する基盤は一定程度あるものの、入院受療率が高いことなどの事情により、実際の供給量は、同一建物に対する訪問診療に偏りがあることを意味します。

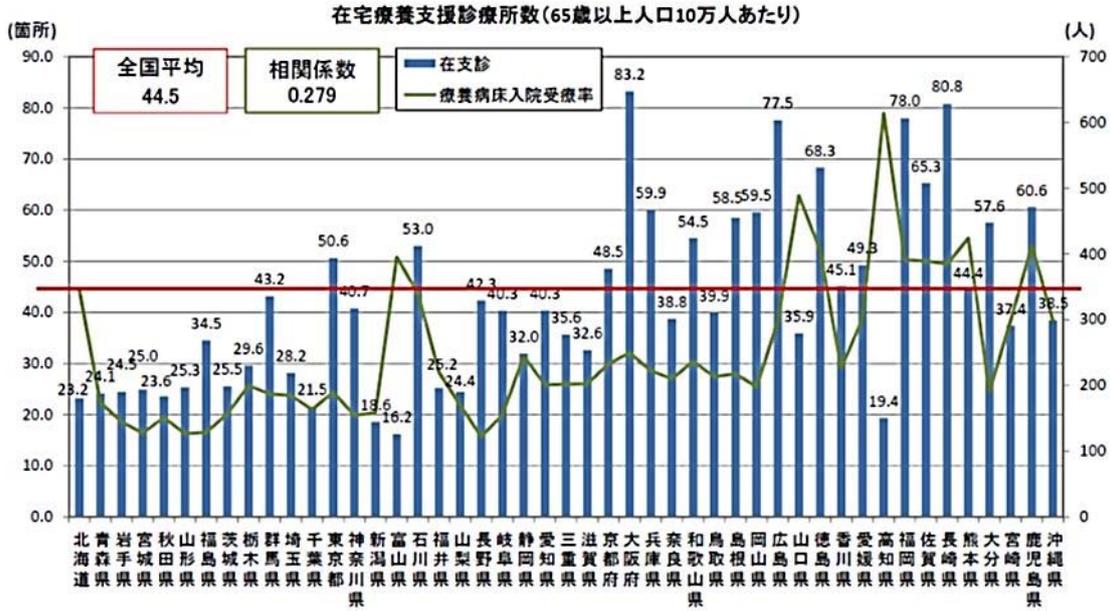
また、圏域ごとにみると、東部で在宅医療の供給量が他の圏域と比べて高いことがわかります。

在宅療養支援診療所...他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所として、地方厚生局長等へ届出を行った診療所。診療報酬上の制度。

在宅療養支援病院...在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院として、地方厚生局長等へ届出を行った診療所。診療報酬上の制度。

往診・訪問診療...医療機関へ通院できない患者の求めに応じて、患者の家などに出向いて行う医療であり、突発的な発病等に対応するものを往診とし、計画的・定期的に出向いて診察するものを訪問診療とする。診療報酬上の区別。

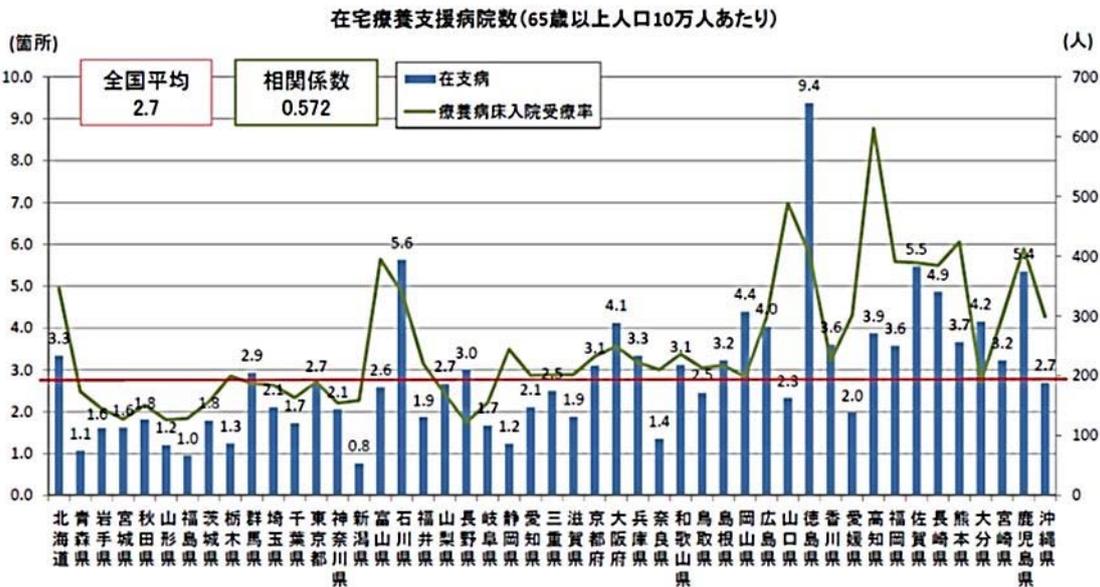
在宅療養支援診療所数



※療養病床入院受療率は、性・年齢階級調整後の値である

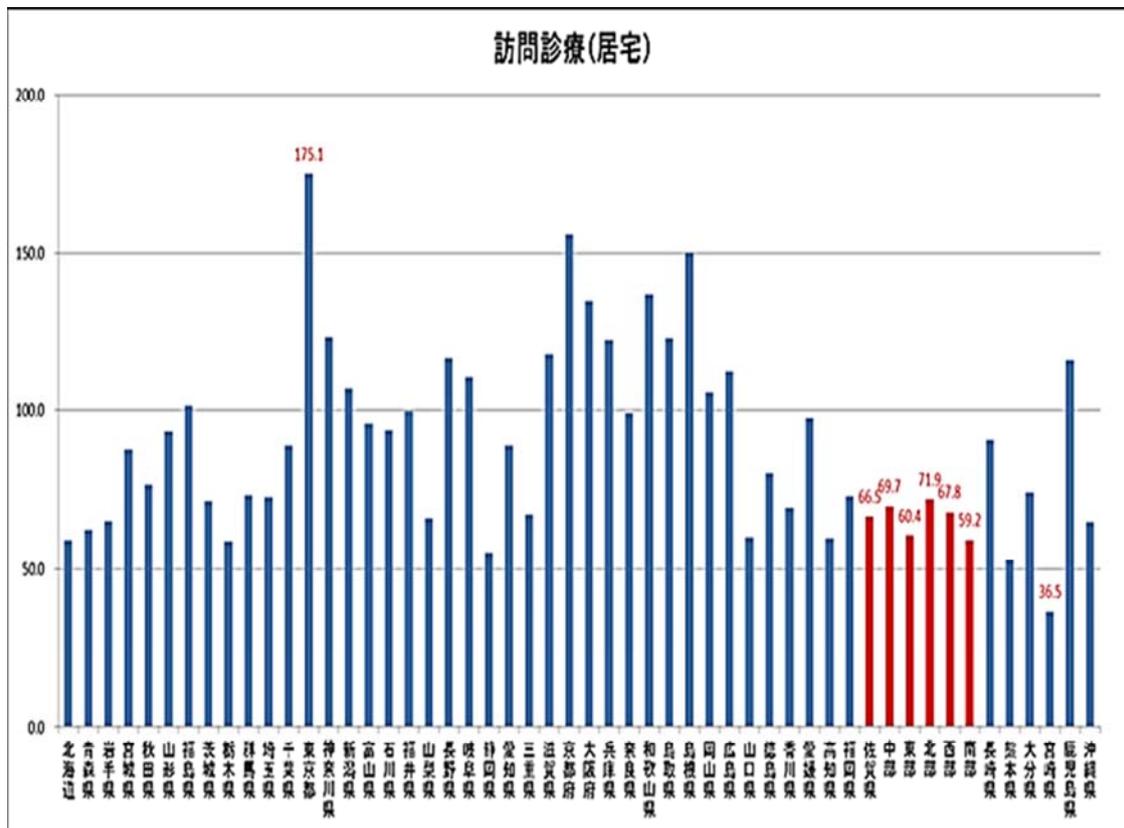
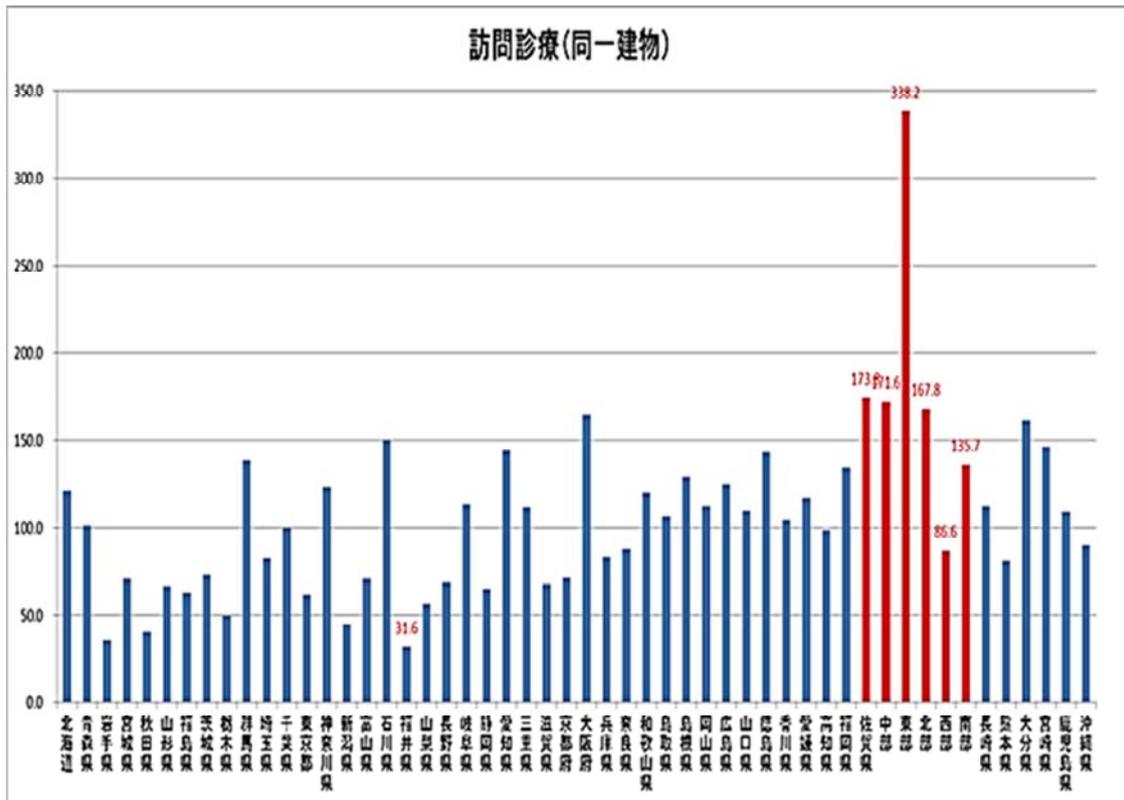
保険局医療課データ 平成25年7月
平成25年総務省人口推計

在宅療養支援病院数

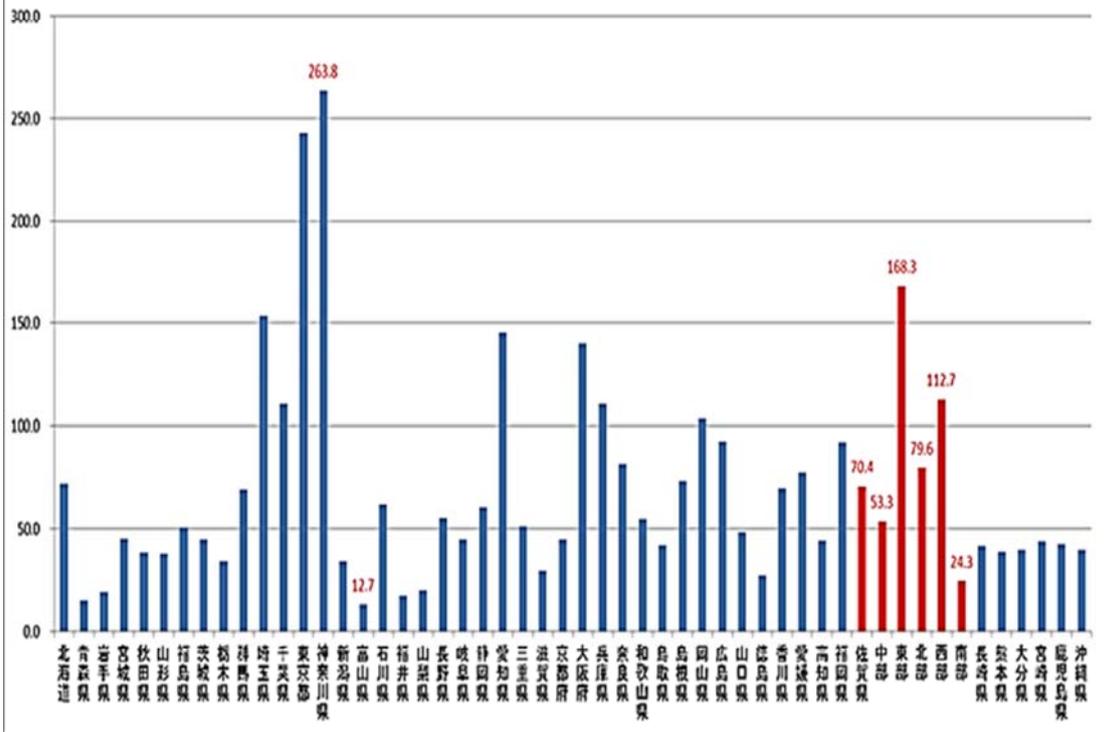


※療養病床入院受療率は、性・年齢階級調整後の値である

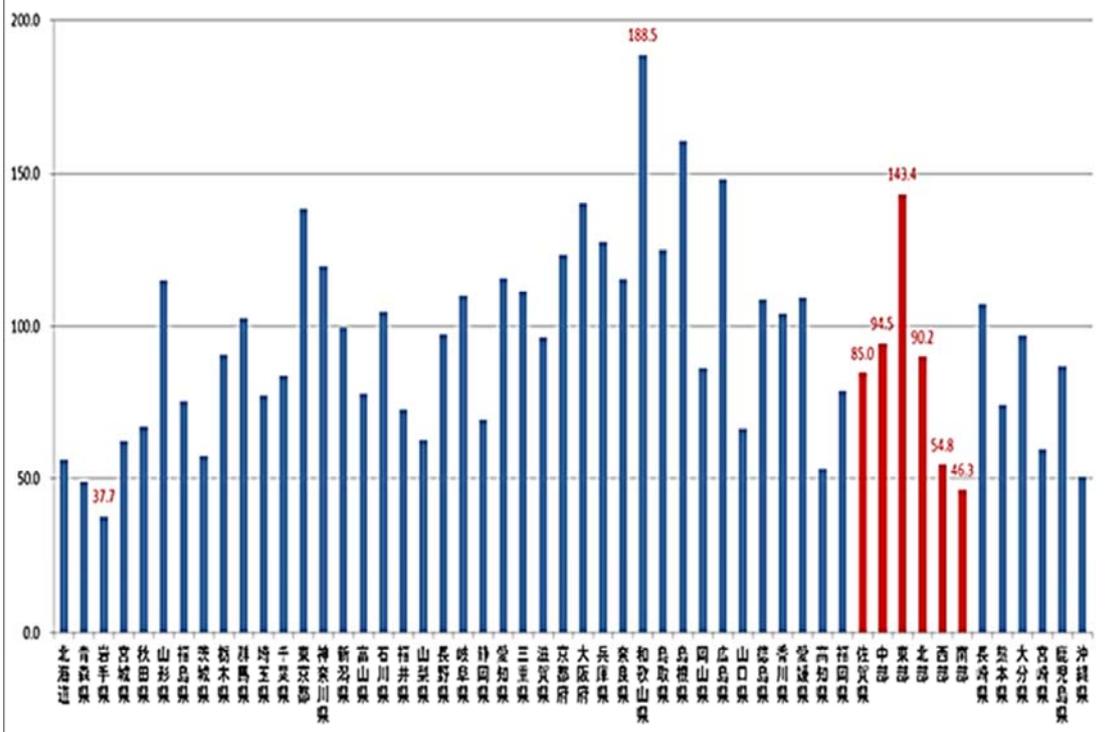
保険局医療課データ 平成25年7月
平成25年総務省人口推計



訪問診療(特定施設)



住診



人口の推移等

1 人口の推移

国立社会保障・人口問題研究所の人口推計（中位推計）によると、総人口・生産年齢人口（15～64歳）は、全ての構想区域で減少する見込みです。

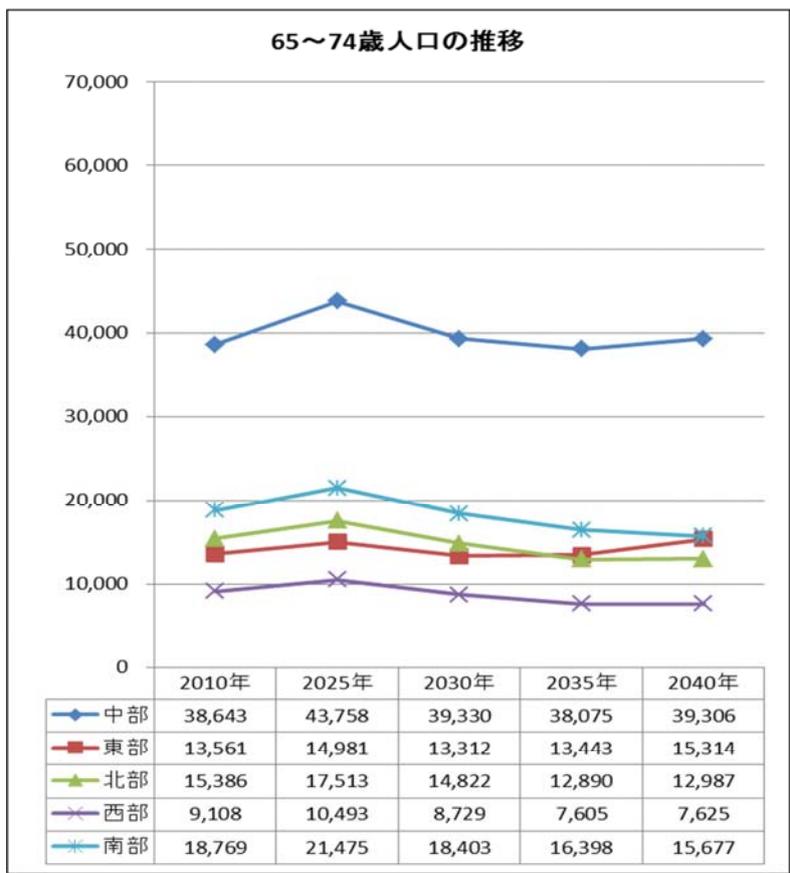
しかし、65歳以上人口については、北部、西部、南部では平成37（2025）年をピークに減少しますが、中部、東部では横ばい、微増傾向が平成52（2040）年まで続きます。また、75歳以上人口については、全ての構想区域で平成47（2035）年がピークとなりますが、その後、中部、東部は横ばい、北部、西部、南部は減少局面に入ります。人口の推移は、佐賀県の中でも、「中部・東部」と「北部・西部・南部」で異なる傾向を示すこととなります。

医療需要が特に高い75歳以上の人口は増加し、総人口に占める構成比が高まる中で、それを支える生産年齢人口、つまり医療・介護を提供する従事者の母数は減少し続けることを、今後の施策の前提とする必要があります。

人口の推移

		平成22年		平成37年(2025年)			平成42年(2030年)			平成47年		平成52年	
		人数	構成	人数	構成	増減率 (対H22)	人数	構成	増減率 (対H22)	人数	構成	人数	構成
佐賀県	総人口	849,788		774,676		▲ 8.8	744,863		▲ 12.3	713,583		680,203	
	15～64歳	517,322	60.9	428,978	55.4	▲ 17.1	408,882	54.9	▲ 21.0	387,221	54.3	359,881	52.9
	65歳以上	209,010	24.6	250,735	32.4	20.0	248,483	33.4	18.9	243,633	34.1	241,548	35.5
	うち75歳以上	113,543	13.4	142,515	18.4	25.5	153,887	20.7	35.5	155,222	21.8	150,639	22.1
中部	総人口	353,347		324,222		▲ 8.2	312,096		▲ 11.7	299,063		284,969	
	15～64歳	219,591	62.1	184,176	56.8	▲ 16.1	174,988	56.1	▲ 20.3	164,543	55.0	151,979	53.3
	65歳以上	82,733	23.4	101,232	31.2	22.4	101,526	32.5	22.7	101,040	33.8	101,334	35.6
	うち75歳以上	44,090	12.5	57,474	17.7	30.4	62,196	19.9	41.1	62,965	21.1	62,028	21.8
東部	総人口	122,310		121,484		▲ 0.7	119,634		▲ 2.2	117,350		114,679	
	15～64歳	76,702	62.7	69,591	57.3	▲ 9.3	68,575	57.3	▲ 10.6	66,552	56.7	62,817	54.8
	65歳以上	27,054	22.1	35,609	29.3	31.6	35,740	29.9	32.1	35,993	30.7	37,356	32.6
	うち75歳以上	13,493	11.0	20,628	17.0	52.9	22,428	18.7	66.2	22,550	19.2	22,042	19.2
北部	総人口	133,305		117,309		▲ 12.0	111,612		▲ 16.3	105,836		99,832	
	15～64歳	79,313	59.5	62,831	53.6	▲ 20.8	59,352	53.2	▲ 25.2	56,222	53.1	51,978	52.1
	65歳以上	34,456	25.8	39,943	34.0	15.9	38,924	34.9	13.0	37,064	35.0	35,951	36.0
	うち75歳以上	19,070	14.3	22,430	19.1	17.6	24,102	21.6	26.4	24,174	22.8	22,964	23.0
西部	総人口	78,090		70,170		▲ 10.1	67,220		▲ 13.9	64,206		61,037	
	15～64歳	46,188	59.1	37,325	53.2	▲ 19.2	35,680	53.1	▲ 22.8	34,091	53.1	32,055	52.5
	65歳以上	20,394	26.1	23,900	34.1	17.2	23,239	34.6	14.0	22,235	34.6	21,459	35.2
	うち75歳以上	11,286	14.5	13,407	19.1	18.8	14,510	21.6	28.6	14,630	22.8	13,834	22.7
南部	総人口	162,736		141,491		▲ 13.1	134,301		▲ 17.5	127,128		119,686	
	15～64歳	95,528	58.7	75,055	53.0	▲ 21.4	70,287	52.3	▲ 26.4	65,813	51.8	61,052	51.0
	65歳以上	44,373	27.3	50,051	35.4	12.8	49,054	36.5	10.5	47,301	37.2	45,448	38.0
	うち75歳以上	25,604	15.7	28,576	20.2	11.6	30,651	22.8	19.7	30,903	24.3	29,771	24.9

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月中位推計)」



2 高齢者世帯の状況

佐賀県の65歳以上の単独世帯数、75歳以上の単独世帯数は、ともに、今後増加することが見込まれています。75歳以上の単独世帯数と夫婦のみ世帯数の合計は、現在、32,390世帯ですが、平成37(2025)年には、40,104世帯になり、その後、43,000世帯台で推移しますが、単独世帯の割合が高まります。

在宅医療等の推進、地域包括ケアシステムの構築に向けては、入院患者の状態や医療提供体制のあり方だけでなく、入院患者、とりわけ高齢者の「住まい」を取り巻く環境も変わっていくことを前提とする必要があります。

	平成22年		平成27年		平成37年		平成42年		平成47年	
	世帯数	%								
全世帯数	294,133		295,111		286,352		278,932		269,880	
65歳以上の単独世帯数	26,874	9.1	30,760	10.4	35,888	12.5	37,051	13.3	37,730	14.0
75歳以上の単独世帯数	15,874	5.4	17,735	6.0	21,531	7.5	23,596	8.5	24,045	8.9
65歳以上の夫婦のみ世帯数	29,498	10.0	33,390	11.3	36,781	12.8	36,098	12.9	34,629	12.8
75歳以上の夫婦のみ世帯数	13,089	4.5	14,655	5.0	18,573	6.5	20,237	7.3	19,798	7.3

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)」(2014年4月推計)

1 医療需要と必要病床数

(1) 医療需要と必要病床数

将来の入院患者と在宅医療等の患者の総数である医療需要は、厚生労働省令に従い、平成 25 (2013) 年度の NDB のレセプトデータ及び DPC データを基にした厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」を活用し、見込みます。

医療需要を病床機能別に推計した結果、平成 37 (2025) 年には、入院患者と在宅医療等の患者の総数は、平成 25 (2013) 年から 15.8% 増加し、21,343 人となると見込まれます。

機能別には、回復期の入院患者は、構想区域ごとの人口構成や伸びの違い等から、伸び率に違いはあるものの、全ての構想区域で伸びが見込まれます。一方、在宅医療等で対応できる入院患者が、増加すると見込んでいることから、慢性期の入院患者は、全ての構想区域で 30% 前後、減少すると見込んでいます。

医療需要を見込むにあたっては、一定の患者流出入が現に存在し、また今後も見込まれる福岡県と長崎県との間で協議を行い、両県との患者流出入の傾向は今後とも続くことを確認しています。

この平成 37 (2025) 年の医療需要を病床稼働率で除して必要病床数を算定すると、平成 37 (2025) 年の必要病床数は、県全体で 9,078 床となります。

参考として、平成 42 (2030) 年の医療需要を推計したところ、平成 37 (2025) 年から平成 42 (2030) 年にかけても医療需要は伸びていくことが見込まれます。平成 37 (2025) 年には、団塊の世代が全員 75 歳以上になりますが、「人口の推移」で示したように、75 歳以上の人口はその後も増え続け、平成 47 (2035) 年がピークとなることが、医療需要が一定期間伸び続ける要因です。

医療需要に応じた効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するためには、平成 37 (2025) 年だけではなく、その後の医療需要についても、見据えた取組が重要になります。

NDB のレセプトデータ...National Database の略であり、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称。厚生労働大臣が各医療保険者等より収集する診療報酬明細書等に基づき情報を管理。

DPC データ...診療報酬上の DPC (1 日当たり包括支払制度) 参加病院が全国统一形式で厚生労働大臣に提出したデータ。

4 機能の定義

	医療需要の推計方法	平成 27 年病床機能報告
高度急性期	医療資源投入量(患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値) 3,000 点以上	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 該当すると考えられる病棟の例...救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など
急性期	医療資源投入量 600 点以上、3,000 点未満	状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	医療資源投入量 175 点以上、600 点未満	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	医療資源投入量 175 点未満、一般病床の障害者数、難病患者数など	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

病床稼働率...高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%

医療需要と必要病床数

	医療機能	平成25年	平成37(2025)年		需要の伸び (H25→37)	【参考】平成42(2030)年		需要の伸び (H25→42)
		医療機関所在地 医療需要	医療機関所在地 医療需要 ①	必要病床数 ①÷稼働率		医療機関所在地 医療需要 ②	必要病床数 ②÷稼働率	
佐賀県 全体	高度急性期	516	523	697	1.4	523	696	1.4
	急性期	1,904	2,057	2,638	8.0	2,115	2,712	11.1
	回復期	2,473	2,790	3,099	12.8	2,915	3,238	17.9
	慢性期	3,522	2,432	2,644	▲ 30.9	2,569	2,792	▲ 27.1
	在宅医療等	10,021	13,541		35.1	14,879		48.5
	合計	18,436	21,343	9,078	15.8	23,001	9,438	24.8
中部	高度急性期	280	279	372	▲ 0.4	276	368	▲ 1.4
	急性期	843	911	1,168	8.1	931	1,194	10.4
	回復期	1,136	1,287	1,430	13.3	1,344	1,493	18.3
	慢性期	1,134	787	855	▲ 30.6	824	896	▲ 27.3
	在宅医療等	3,810	5,112		34.2	5,633		47.8
	小計	7,203	8,376	3,825	16.3	9,008	3,951	25.1
東部	高度急性期	19	23	31	21.1	25	33	31.6
	急性期	176	223	286	26.7	240	308	36.4
	回復期	324	425	472	31.2	460	511	42.0
	慢性期	776	514	559	▲ 33.8	541	588	▲ 30.3
	在宅医療等	1,645	2,783		69.2	3,168		92.6
	小計	2,940	3,968	1,348	35.0	4,434	1,440	50.8
北部	高度急性期	76	76	101	0.0	76	101	0.0
	急性期	288	295	378	2.4	301	386	4.5
	回復期	233	242	269	3.9	246	273	5.6
	慢性期	542	402	437	▲ 25.8	430	467	▲ 20.7
	在宅医療等	1,650	1,989		20.5	2,156		30.7
	小計	2,789	3,004	1,185	7.7	3,209	1,227	15.1
西部	高度急性期	23	24	32	4.3	25	33	8.7
	急性期	124	133	171	7.3	138	177	11.3
	回復期	200	220	244	10.0	231	257	15.5
	慢性期	351	250	272	▲ 28.8	269	292	▲ 23.4
	在宅医療等	930	1,187		27.6	1,282		37.8
	小計	1,628	1,814	719	11.4	1,945	759	19.5
南部	高度急性期	118	121	161	2.5	121	161	2.5
	急性期	473	495	635	4.7	505	647	6.8
	回復期	580	616	684	6.2	634	704	9.3
	慢性期	719	479	521	▲ 33.4	505	549	▲ 29.8
	在宅医療等	1,986	2,470		24.4	2,640		32.9
	小計	3,876	4,181	2,001	7.9	4,405	2,061	13.6

○慢性期の医療需要は、中部・東部はパターンB、北部・西部・南部は特例適用(地域医療構想策定ガイドラインp17~18参照)。
○北部、西部、南部がパターンBを適用した場合の2025年必要病床数は北部353床、西部196床、南部377床となる。

(2) 病床機能報告と必要病床数の比較

平成 26 (2014) 年から一般病床・療養病床をもつ医療機関は、自ら提供している病床の機能を都道府県へ報告する「病床機能報告制度」が始まりました。

平成 37 (2025) 年の必要病床数を、平成 26 (2014) 年の病床機能報告と比較すると、平成 37 (2025) 年には必要病床数に対して、急性期病床が過剰(約 3,000 床)となる一方、回復期病床が不足(約 2,000 床)するなど、全ての構想区域において、急性期と回復期の間に大きな需給ギャップが見られます。また、慢性期病床については、在宅医療等への移行を見込んでいることから、必要病床数は現在の半数強と見込まれます。

現在の病床構成と、平成 37 (2025) 年の必要病床数の構成には、著しいかい離があります。平成 37 (2025) 年の医療需要に応じた医療提供体制を構築するため、医療機関の自主的な取組のもと、このかい離を埋める必要があります。

ただし、同じ病床機能であっても、医療需要・必要病床数の算定基準と、病床機能報告の基準が異なっていることや、病床機能報告の基準そのものも毎年度修正が加えられることに留意する必要があります。また、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の施設基準を有しながらも、病床機能報告で回復期と回答していない病床数が約 400 床あることも留意する必要があります。

病床機能報告...医療機関が、その有する病床(一般病床・療養病床)の機能区分(4機能)、構造設備、人員配置等に関する項目や、具体的な医療の内容に関する項目を都道府県へ報告する制度。実務上は、医療機関は、厚生労働省が委託した民間シンクタンクに報告し、民間シンクタンクから都道府県へ報告内容が提供される。

回復期リハビリテーション病棟...脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の患者に対して、リハビリテーションを集中的に行う体制を整えた病棟であり、地方厚生局長等へ届け出た病棟。診療報酬上の制度。

地域包括ケア病棟...急性期治療を経過し、病状が安定した患者に対する在宅や介護施設への復帰に向けた医療や、在宅患者の緊急時の受入体制を整えた病棟であり、地方厚生局長等へ届け出た病棟。平成 26 年度に創設された診療報酬上の制度。

必要病床数と病床機能報告の比較

	医療機能	平成26年	平成37年	【参考】平成42年
		病床機能報告	必要病床数	必要病床数
佐賀県 全体	高度急性期	674	697	696
	急性期	5,752	2,638	2,712
	回復期	1,213	3,099	3,238
	慢性期	4,731	2,644	2,792
	合計	12,370	9,078	9,438
中部	高度急性期	187	372	368
	急性期	2,730	1,168	1,194
	回復期	437	1,430	1,493
	慢性期	1,532	855	896
	小計	4,886	3,825	3,951
東部	高度急性期		31	33
	急性期	557	286	308
	回復期	173	472	511
	慢性期	1,025	559	588
	小計	1,755	1,348	1,440
北部	高度急性期	15	101	101
	急性期	784	378	386
	回復期	238	269	273
	慢性期	683	437	467
	小計	1,720	1,185	1,227
西部	高度急性期	6	32	33
	急性期	546	171	177
	回復期	158	244	257
	慢性期	514	272	292
	小計	1,224	719	759
南部	高度急性期	466	161	161
	急性期	1,135	635	647
	回復期	207	684	704
	慢性期	977	521	549
	小計	2,785	2,001	2,061

2 慢性期と在宅医療等の医療需要

在宅医療等というと、「自宅での医療」を連想しがちですが、ここでいう在宅医療等とは、「自宅」に限らず、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設など、「現在の病院・診療所以外の場所において、提供される医療」を言います。

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要は、全国一律の算定方法により、現在の療養病床の入院患者のうち、医療区分 1 の患者数の 70%の退院と、療養病床の入院受療率の地域差解消を反映することから、県全体で 3,500 人ほど増加すると見込みます。とりわけ、療養病床から「自宅や他の施設等への移行」が、約 2,300 人見込まれます（現在の療養病床数と、将来の慢性期医療需要の差）。

医療の必要度が必ずしも高くない患者について、在宅医療等で対応することは、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築の観点からは必要です。しかし、行き場のない患者を作ることには許されません。限られた医療資源を活かしながら、住民が安心して医療を受けられるよう、医療・介護の連携、高齢者の住まいの確保など在宅医療等の整備を先行させることが重要です。

厚生労働省の「療養病床のあり方等に関する検討会」は、平成 28 年 1 月に、現行の介護療養病床・医療療養病床(25 対 1)が提供している機能を担う選択肢として、従来より「住まい」の機能の強化を中心とし、「医療を内包した施設類型」と「医療を外から提供する住まいと医療機関の併設類型」の 2 つを示しました。

現在、療養病床を有する個々の病院・診療所の選択肢としては、

- ・引き続き療養病床として、慢性期医療を提供する
- ・新しい類型に移行する
- ・介護老人保健施設、有料老人ホーム等の既存の類型に移行する
- ・あるいは複数の類型と組み合わせで移行する

等、多様な選択肢があることから、各医療機関が、入院する患者像や経営状況などを勘案して、自ら選択することが求められます。

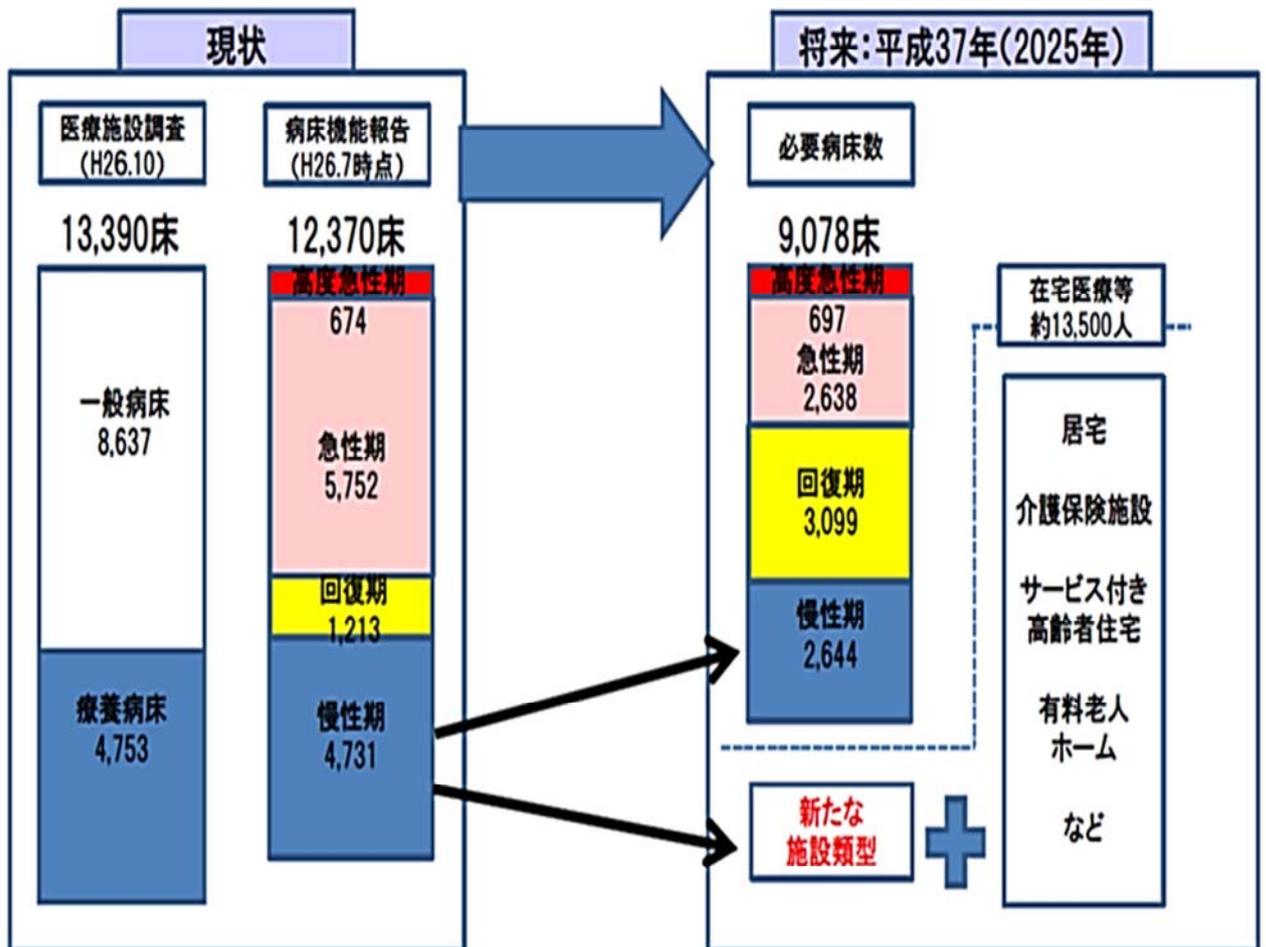
高齢者の単独世帯と夫婦のみの世帯は、今後も増加します。在宅医療等の整備を先行するためには、こうした住まいや生活支援も考えなければなりません。

医療区分...療養病床における医療の必要性の度合いを示した診療報酬上の制度。区分 1 から 3 の 3 段階が設定され、区分 3 が最も重い。

慢性期・在宅医療等の医療需要の伸び(再掲)

		平成25年	平成37年	需要の伸び
佐賀県 全体	慢性期	3,521	2,432	▲ 30.9
	在宅医療等①	10,021	13,541	35.1
	訪問診療分②	5,305	6,467	21.9
	老健入所者③	2,917	2,917	0.0
	①-②-③	1,799	4,157	131.1
	小計	13,542	15,973	18.0
中部	慢性期	1,134	787	▲ 30.6
	在宅医療等①	3,810	5,112	34.2
	訪問診療分②	2,006	2,451	22.2
	老健入所者③	1,267	1,267	0.0
	①-②-③	537	1,394	159.6
	小計	4,944	5,899	19.3
東部	慢性期	775	514	▲ 33.7
	在宅医療等①	1,645	2,783	69.2
	訪問診療分②	1,100	1,578	43.5
	老健入所者③	270	270	0.0
	①-②-③	275	935	240.0
	小計	2,420	3,297	36.2
北部	慢性期	542	402	▲ 25.8
	在宅医療等①	1,650	1,989	20.5
	訪問診療分②	913	1,014	11.1
	老健入所者③	440	440	
	①-②-③	297	535	80.1
	小計	2,192	2,391	9.1
西部	慢性期	351	250	▲ 28.8
	在宅医療等①	930	1,187	27.6
	訪問診療分②	429	481	12.1
	老健入所者③	240	240	0.0
	①-②-③	261	466	78.5
	小計	1,281	1,437	12.2
南部	慢性期	719	479	▲ 33.4
	在宅医療等①	1,986	2,470	24.4
	訪問診療分②	857	943	10.0
	老健入所者③	700	700	0.0
	①-②-③	429	827	92.8
	小計	2,705	2,949	9.0

- 人口構造の変化とNDBデータ等から将来の医療需要を見通し、必要病床数を機能別に推計。
- 2025年における「効率的で質の高い医療提供体制」に向けて、急性期等から回復期への病床機能の転換、高齢者住宅等を含む在宅医療の基盤整備を、10年程度かけて合意形成を図り、推進。
- 「病院完結型」から「地域完結型」に向け、医療・介護の連携、必要となる人材確保などに取り組む。



病床機能報告は、未報告医療機関があるため、現状の病床数とは一致しない

3 主要疾患の医療需要の推移

医療需要全体は、平成 42(2030)年までは着実に伸びることが見込まれますが、主要疾患の伸びを示すと次のとおりになります。

(1) がん

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」に基づく推計(以下、ツール推計)と国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一氏による推計(以下、石川氏推計)の2つの推計を示すこととします。

2つの推計は、ツール推計がレセプトデータを基にしているのに対して、石川氏推計が患者調査を基にしていることや、推計の基礎となる調査年次などの違いはありますが、両推計ともに、平成 37 年に県全体で今後のがん入院患者は、1割程度増加するとともに、平成 37 年がピークとなることを示しています。

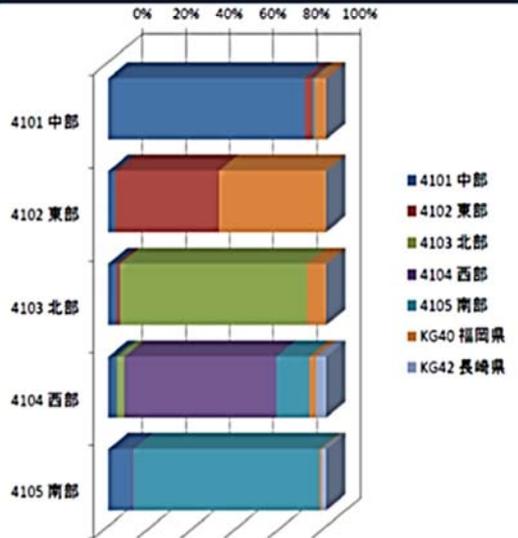
厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計					
(人・日)					
	平成25年	平成37年	平成42年	H25→37	H25→42
中部	353	372	367	1.05	1.04
東部	—	21	22	—	—
北部	118	120	117	1.02	0.99
西部	11	13	13	1.18	1.18
南部	136	143	142	1.05	1.04
県全体	618	669	661	1.08	1.07

国立がん研究センター・石川ベンジャミン光一氏による推計 https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/					
(人・日)					
	平成23年	平成37年	平成42年	H23→37	H23→42
中部	424	469	472	1.11	1.11
東部	142	169	172	1.19	1.21
北部	174	180	177	1.03	1.02
西部	104	108	107	1.04	1.03
南部	221	225	222	1.02	1.00
県全体	1,065	1,151	1,150	1.08	1.08

また、患者流出入の状況を見ると、東部ではがん患者の半数近くが福岡県(主に久留米圏域)に入院していますが、東部と久留米は、相互補完関係にある圏域であり、今後とも東部と久留米の連携が地域医療の観点から重要であることがうかがえます。また、西部でも一定数が南部に流出しているおり、圏域間の連携が必要です。

がん患者流出入の状況(2013)

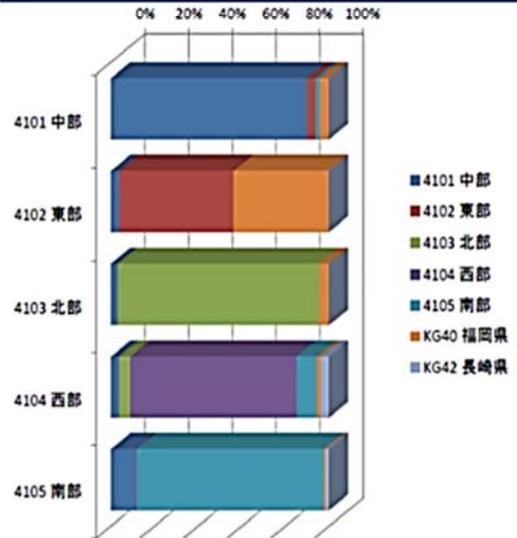
肺がん



合計 / 総件数	医療機関二次医療機関名							
医療機関二次医療機関名	4101 中部	4102 東部	4103 北部	4104 西部	4105 南部	KG40 福岡県	KG42 長崎県	総計
4101 中部	4,106	162			50	240		4,558
4102 東部	48	677				700		1,425
4103 北部	54	22	1,173			120		1,369
4104 西部	47		41	810	177	34	56	1,165
4105 南部	292			22	2,316	27	56	2,713
総計	4,527	861	1,214	832	2,543	1,124	112	11,213

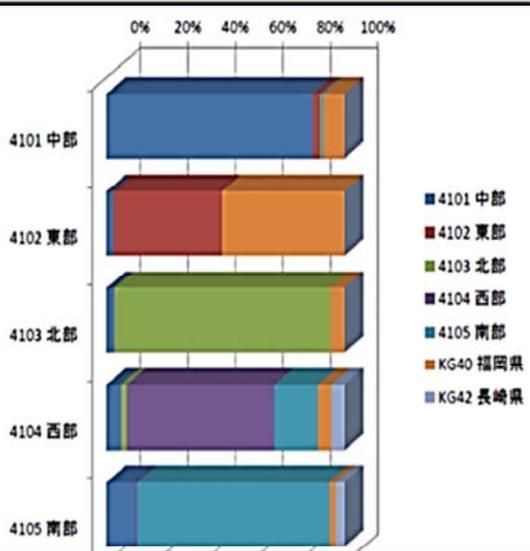
出典：厚生労働省提供「受療動向可視化ツール」

胃がん



合計 / 総件数	医療機関二次医療機関名							
医療機関二次医療機関名	4101 中部	4102 東部	4103 北部	4104 西部	4105 南部	KG40 福岡県	KG42 長崎県	総計
4101 中部	2,643	110			63	127		2,943
4102 東部	36	498				414		948
4103 北部	37		1,363			54		1,427
4104 西部	31		43	639	78	16	31	838
4105 南部	169			16	1,360	17	21	1,563
総計	2,913	608	1,326	655	1,496	628	52	7,483

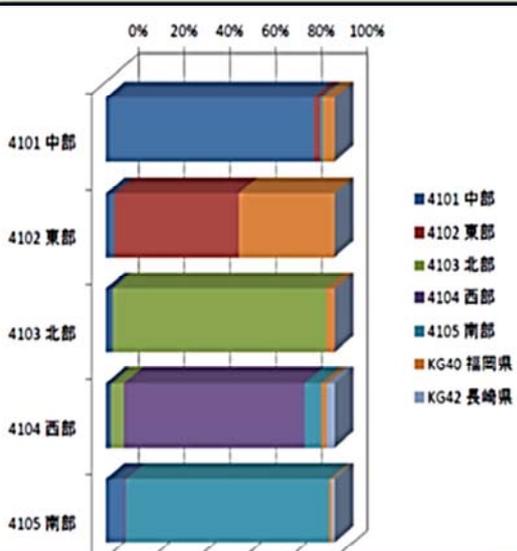
肝がん



合計 / 総件数	医療機関二次医療機関名							
医療機関二次医療機関名	4101 中部	4102 東部	4103 北部	4104 西部	4105 南部	KG40 福岡県	KG42 長崎県	総計
4101 中部	2,309	106	18		30	269		3,032
4102 東部	35	567				636		1,238
4103 北部	32		806			56		924
4104 西部	35		14	353	104	32	31	569
4105 南部	132			17	1,301	45	56	1,611
総計	3,023	673	818	370	1,435	1,058	87	7,144

出典：厚生労働省提供「受療動向可視化ツール」

大腸がん



合計 / 総件数	医療機関二次医療機関名							
医療機関二次医療機関名	4101 中部	4102 東部	4103 北部	4104 西部	4105 南部	KG40 福岡県	KG42 長崎県	総計
4101 中部	3,630	116			45	201		3,992
4102 東部	32	472				363		867
4103 北部	46		1,432			54		1,532
4104 西部	23		55	775	71	24	33	981
4105 南部	146			23	1,679	22	21	1,891
総計	3,877	588	1,487	798	1,795	664	54	9,253

(2) 脳卒中

脳卒中については、平成 37 (2025) 年に 2 割程度の入院患者の増加が見込まれます。増加は、平成 42 (2030) 年まで続き、その後、北部、西部、南部では需要は減少局面に入ると見込まれます。

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計					
(人・日)					
	平成25年	平成37年	平成42年	H25→37	H25→42
中部	109	127	133	1.17	1.22
東部	11	15	16	1.36	1.45
北部	32	45	46	1.41	1.44
西部	23	26	27	1.13	1.17
南部	58	64	67	1.10	1.16
県全体	233	277	289	1.19	1.24

国立がん研究センター・石川ベンジャミン光一氏による推計 https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/					
(人・日)					
	平成23年	平成37年	平成42年	H23→37	H23→42
中部	325	403	424	1.24	1.30
東部	109	153	161	1.40	1.48
北部	147	167	173	1.14	1.18
西部	88	101	105	1.15	1.19
南部	193	211	219	1.09	1.13
県全体	862	1,035	1,082	1.20	1.26

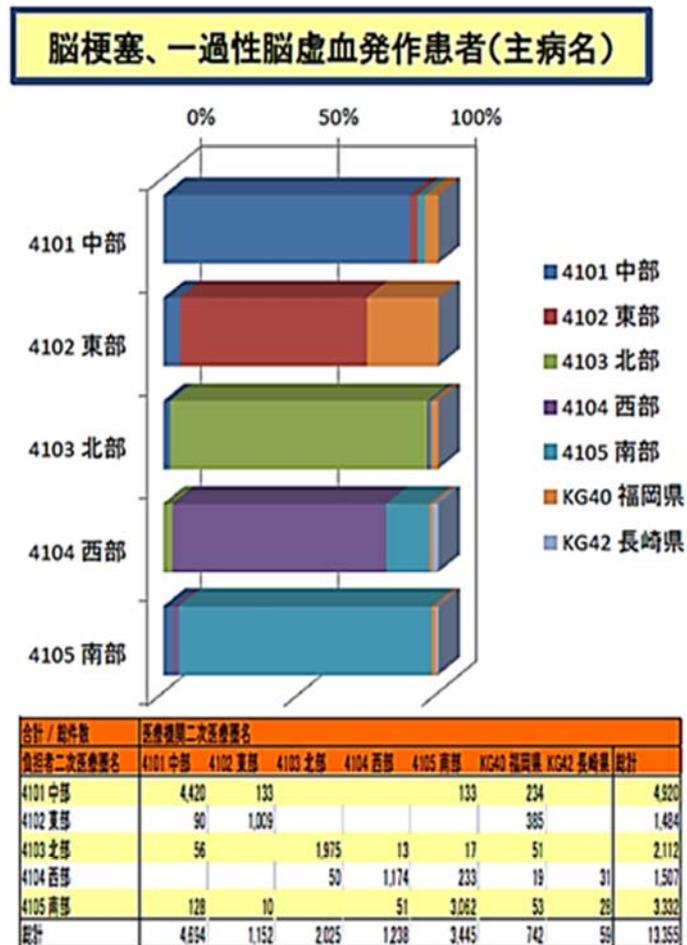
患者流出入の状況を見ると、東部地区では福岡県（主に久留米）、西部区域からは、南部区域への流出が見られます。

脳卒中については、発症後、2 時間以内に専門的な治療が可能な医療機関への救急搬送が必要となります。年 10 症例以上の診療実績がある D P C 病院へのアクセス時間を見ると、くも膜下出血では県内の 96% の人口が、また脳梗塞では県内の 99% の人口が、1 時間以内に到達可能と見込まれます。

九州全体では、くも膜下出血の場合、人口の 84.7% が 1 時間以内に到達可能であることと比較してみると、佐賀県は、脳卒中についての医療提供体制は確保されていると言えます。

しかし、死亡を免れても、脳卒中は後遺症が残ることがあり、平成 25 年国民生活基礎調査によると、要介護者の介護が必要となった理由の第 1 位は脳血管疾患（脳卒中）であり、要介護者全体の 21.7% を占めます。また、要介護 4・5 では、30% 以上が脳血管疾患を理由としています。

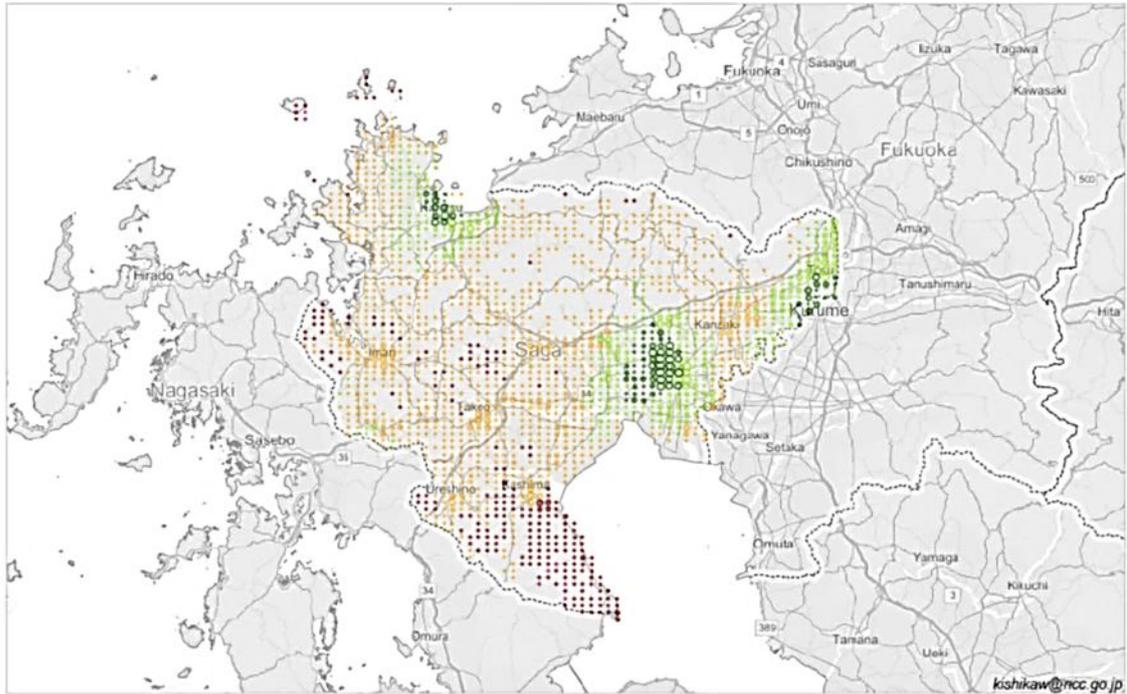
脳卒中の入院患者の伸びは、脳卒中リハビリテーションの需要の伸びや、在宅医療等や介護需要の伸びにも結びつくと考えられます。



出典:厚生労働省提供「受療動向可視化ツール」

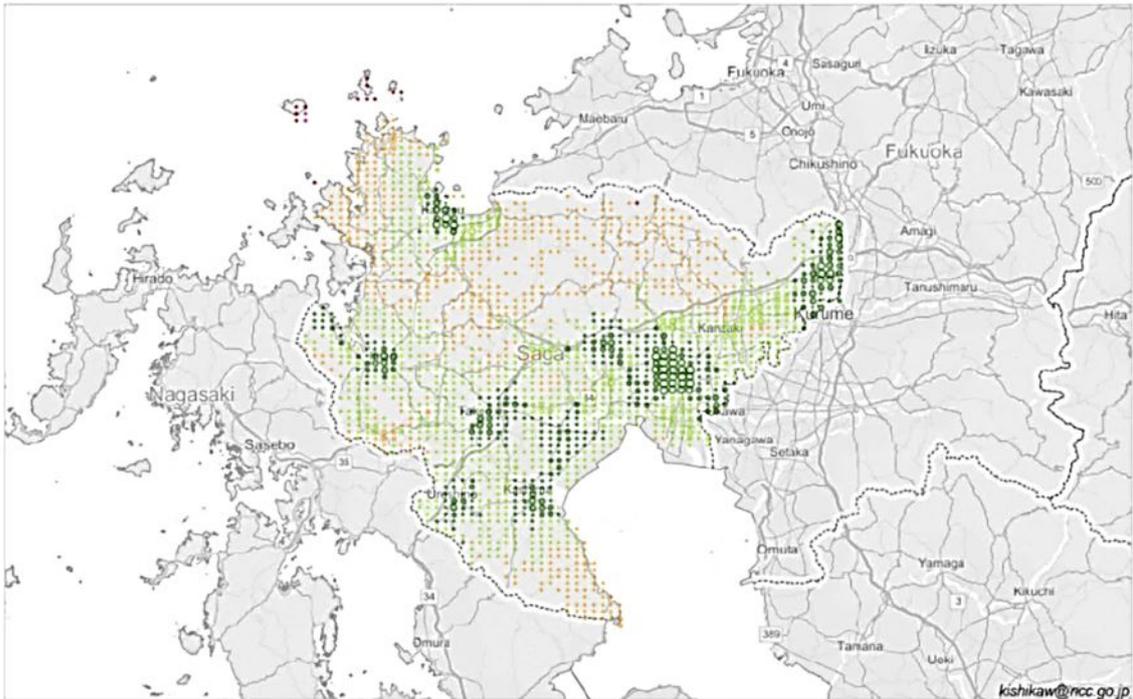
運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県 41佐賀県	2次医療圏 All	市区町村 All	有料道路利用あり		傷病分類			
			15分以内	30分以内	010020<も頭下出血、破裂..	60分以内	90分以内	90分超
			人口	184,337	285,873	350,955	33,305	296
			カバー率	21.6%	55.0%	96.1%	100.0%	100.0%



運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県 41佐賀県	2次医療圏 All	市区町村 All	有料道路利用あり		傷病分類			
			15分以内	30分以内	010060脳梗塞	60分以内	90分以内	90分超
			人口	470,653	297,734	85,196	1,003	180
			カバー率	55.1%	89.9%	99.9%	100.0%	100.0%



(3) 急性心筋梗塞等

急性心筋梗塞については、ツール推計では技術的に不可能ですが、石川氏推計で急性心筋梗塞・狭心症・心不全を合計した需要の伸びをみると、平成 37(2025)年に 2 割程度の入院患者の増加が見込まれます。増加は、平成 42(2035)年まで続き、平成 47(2040)年以降減少に入るものと見込まれます。

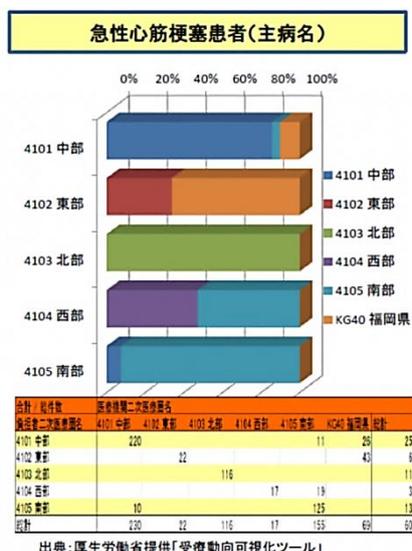
国立がん研究センター・石川ベンジャミン光一氏による推計 https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/					
(人・日)					
	平成23年	平成37年	平成42年	H23→37	H23→42
中部	136	168	176	1.24	1.29
東部	43	60	64	1.40	1.49
北部	58	65	68	1.12	1.17
西部	35	39	41	1.11	1.17
南部	77	83	86	1.08	1.12
県全体	349	415	435	1.19	1.25

患者流出入の状況を見ると、東部地区では福岡県（主に久留米）、西部区域からは、南部区域への流出が見られます。

急性心筋梗塞について、年 10 症例以上の診療実績がある D P C 病院へのアクセス時間を見ると、狭心症・急性心筋梗塞ともに県内の 99%の人口が、1 時間以内に到達可能と見込まれます。

九州全体では、急性心筋梗塞の場合、人口の 95.2%が 1 時間以内に到達可能であることと比較してみると、佐賀県は、急性心筋梗塞についての医療提供体制は確保されていると言えます。

しかし、急性心筋梗塞等の入院患者の伸びは、心臓リハビリテーションの需要の伸びに結びつくだけでなく、在宅復帰後においても、基礎疾患や危険因子の管理など、継続した長期の治療が必要となることから、入院治療を行った医療機関とかかりつけ医の連携の強化などがより必要となります。



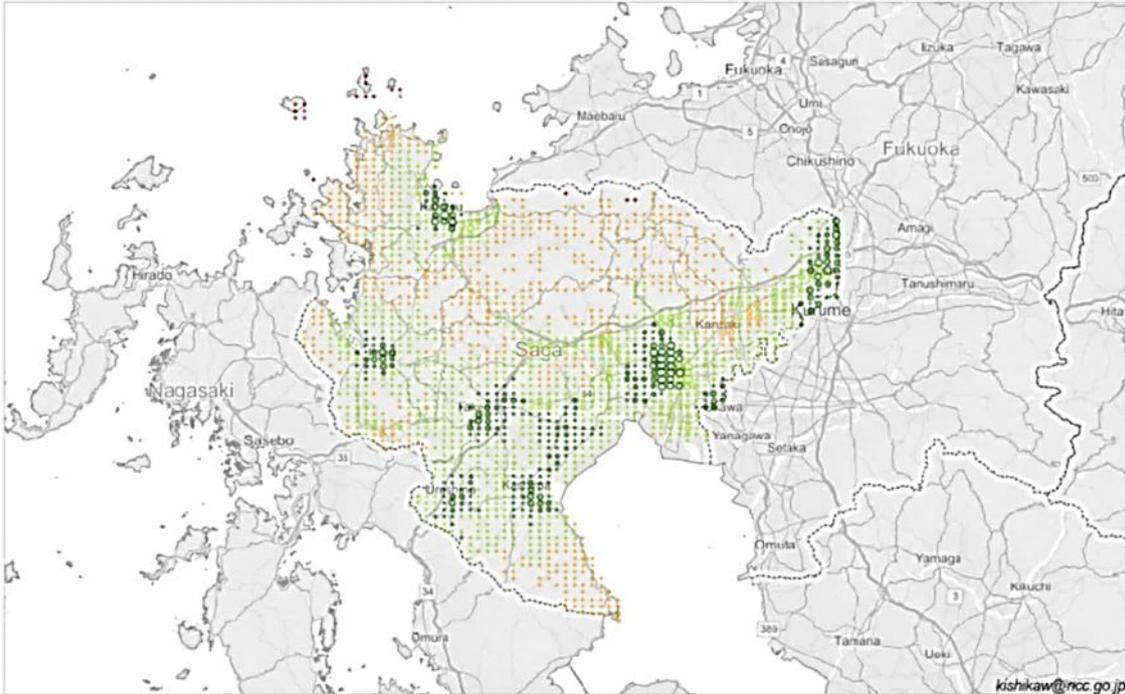
運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県
41位 筑県

2次医療圏
All

市区町村
All

	有料道路利用あり		傷病分類 050050 狭心症、慢性虚血性...		
	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	377,513	354,859	121,211	1,003	180
カバー率	44.2%	85.7%	99.9%	100.0%	100.0%



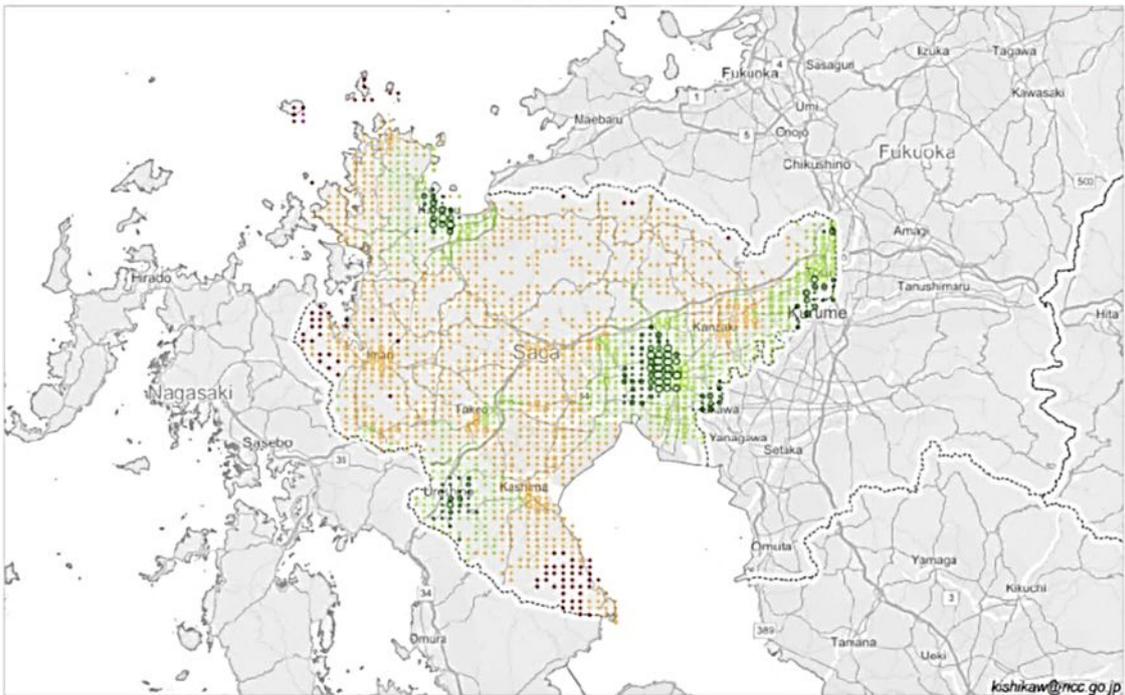
運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県
41位 筑県

2次医療圏
All

市区町村
All

	有料道路利用あり		傷病分類 050030 急性心筋梗塞、再発...		
	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	226,596	313,076	306,875	8,039	180
カバー率	26.5%	63.1%	99.0%	100.0%	100.0%



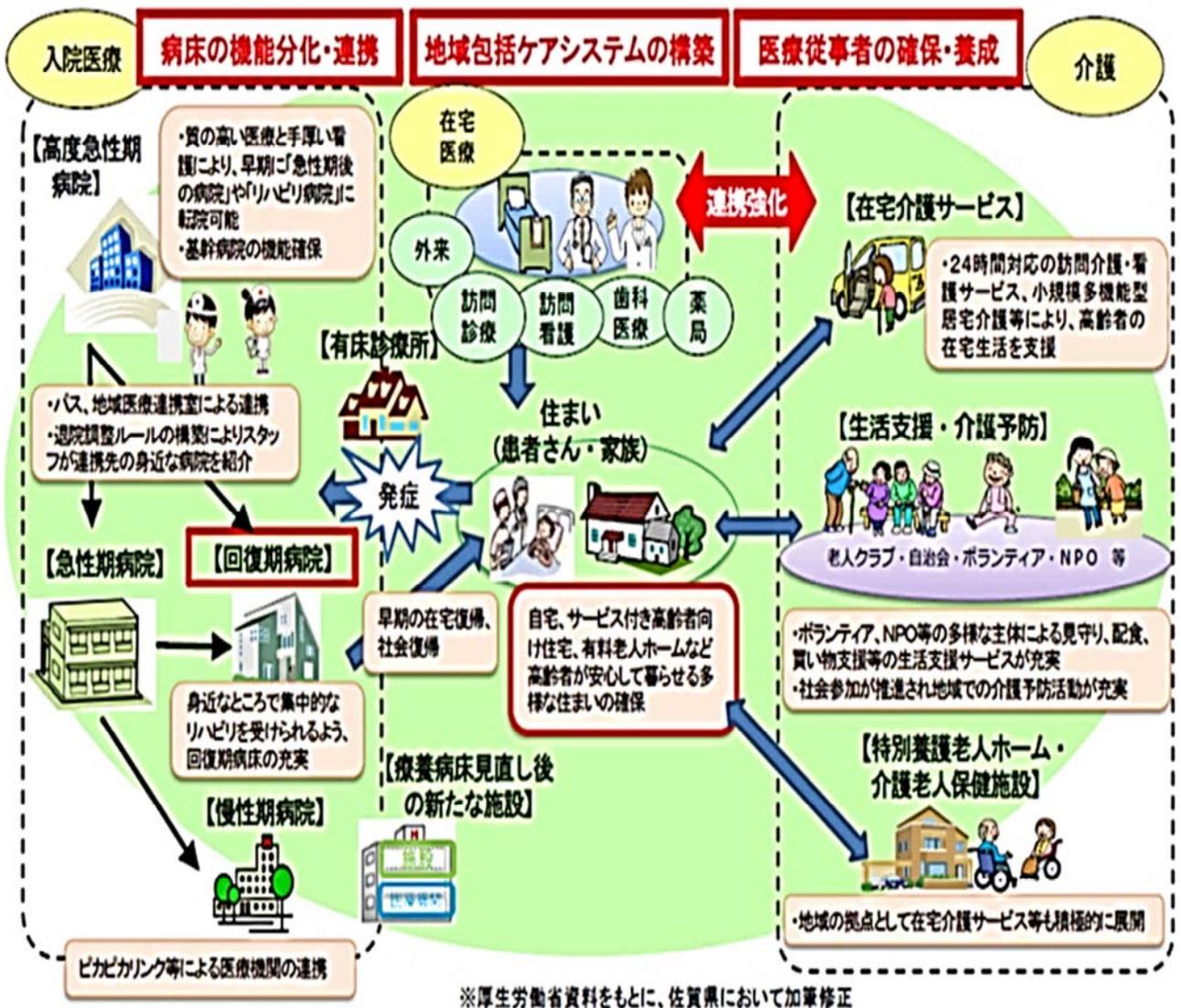
平成 37 (2025) 年に向けた施策の方向性

平成 37 (2025) 年の医療需要に応じた医療提供体制の改革に向けて、「人を大切に」「佐賀で支える」という基本理念のもと、将来の見通しをもって、足元・現場の現状をしっかりと把握しながら、施策を進めていきます。

これから目指す姿は、効率的かつ質の高い医療提供体制と、地域包括ケアシステムの構築です。そのイメージ図は以下のとおりです。

実現に向け、構想区域ごとに設置した地域医療構想調整会議分科会で作された意見は、いずれの区域においてもほぼ共通したものでした。

このため、県として3つの施策分野と取組方針を以下のとおり定めます。



1 病床の機能分化・連携の推進

(1) 医療需要の変化に対応した病床機能の確保

平成 37 (2025) 年の医療需要・必要病床数と、現在の病床構成には大きなかい離があります。

このため、病床機能報告等に基づく病床機能の基準や、医療需要が今後も変わることに留意しながら、医療機関の自主的な判断による急性期病床から回復期病床への転換、療養病床の介護施設等への転換などを進めることにより、医療需要の変化に対応した病床機能の確保を図ります。

また、機能ごと、疾患ごとの拠点病院の専門性の維持・向上を図ります。

< 取組方針 >

急性期病床等から不足が見込まれる回復期病床への転換に対する支援
療養病床等から介護保険施設やその他の施設への転換に対する支援
高度急性期病床や、がん診療連携拠点病院等の基幹病院の機能確保に対する支援

「待てない急性期」に的確に対応する救命救急体制の構築

介護施設等における「看取り」の推進・普及

回復期病床における理学療法士、作業療法士や、在宅医療等における訪問看護師など、今後の医療需要の変化に対応した人材確保

医療機関が転換等を判断できる情報提供の実施

地域医療構想調整会議などによる適切な協議・調整

(2) 診療情報の共有化などによる連携の推進

病床の機能分化を進めれば進めるほど、医療機関相互の連携の必要性は一層高まります。また、病院完結型の医療から地域完結型の医療に転換するためにも、病院と有床診療所の役割分担をはじめとする連携の推進は不可欠です。

このため、利用者に過剰な負担をかけることなく、病状に応じた転院や、在宅医療・介護サービスの提供を進めるため、医療機関による診療情報の共有化、医療・介護双方の利用者情報の共有化を図ります。

< 取組方針 >

佐賀県診療情報地域連携システム(ピカピカリンク)など、医療機関相互、医療機関と介護事業所の垣根を越えた利用者情報共有システムの普及・定着、利活用推進

「医療等分野における番号制度」の検討状況などを的確に把握した既存システム等の機能強化の検討

地域連携クリティカルパス、医療機関の地域医療連携室、ICTの活用などによる効果的な診療体制の構築に対する支援
慢性期病床等から在宅への移行を円滑に進めるための市町・都市医師会単位での連携拠点構築や、医療機関のグループ化定着に対する支援

佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）...患者の同意を得て、複数の医療機関を利用している患者情報（処方、注射、検査、画像情報など）を医療機関相互で共有するシステム。平成22（2010）年11月に運用を開始した。

地域連携クリティカルパス...診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。

2 地域包括ケアシステムの構築

（1）医療・介護など多職種の連携・ネットワークの構築

医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、地域包括ケアシステムの構築が必要となります。

このため、地域包括ケアシステムの中心的な担い手となる市町の取組を支援するとともに、医療と介護の垣根を越えた多職種連携を推進します。

医療や介護の基盤は比較的充実している佐賀県ですが、今後は、単身高齢者の増加が見込まれます。佐賀の良さである地域の絆を、活かし続けることができるネットワークを、それぞれの地域で考え、地域の良さを活かした形で、整えることが重要です。

<取組方針>

市町が介護保険法に基づき実施する在宅医療・介護連携推進事業の着実な実施に対する支援

退院調整ルールなど医療・介護の連携を促進する市町ごとのルール・関係が見える場づくりに対する支援

地域包括支援センター・在宅医療・介護連携支援センターの機能強化に対する支援

地域の関係機関、地域共生ステーションやボランティアなども含めたネットワークの強化に対する支援

退院調整ルール...患者が入院した際から、退院し在宅復帰できた際に、速やかに介護サービスを受けることができるよう、医療機関と介護事業者の連携方法について、地域で定めるルール。

地域共生ステーション…民家を活用するなど家庭的な雰囲気の中で、高齢者、障害者又は子どもを預かるなど、地域のニーズに応じた法令に基づかない福祉サービスを提供する施設。

(2) 在宅医療等の「限界点」を高める基盤整備

佐賀県は、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院の届け出数は、全国平均を上回っていますが、実際の在宅医療の提供量はそれほど多くありません。これは、人口当たりの入院・入所定員数が全国平均を大きく上回っていることも要因ですが、在宅医療そのものが県民の間に認知されていないことも一因です。

在宅医療の充実は、地域包括ケアシステムを実効性のあるものにするためには、不可欠な要素です。在宅医療の「限界点」を高めるため、訪問看護の充実を図るなど在宅医療等の基盤整備や、県民の理解促進を進めます。

また、佐賀県は在宅看取り率が全国でも低い県です。在宅や施設での看取りを進めることは、救急救命等の医療機関との適切な役割分担による医療提供体制の安定にもつながります。

<取組方針>

都市医師会単位での医療機関のグループ化、在宅療養支援診療所、かかりつけ医によるネットワーク型の在宅医療提供体制の整備に対する支援
介護施設等における「看取り」の推進・普及
訪問看護の必要量の確保に向けた体制整備に対する支援
医療機関に対する訪問歯科診療や、在宅での口腔ケアの普及、訪問薬剤管理指導の普及など現場における「医・歯・薬」連携に対する支援
在宅医療や地域包括ケアシステムに対する県民の理解促進

3 医療従事者の確保・養成

(1) 医療従事者の確保・質の向上

平成 37 (2025) 年に向けて医療需要は伸び続けますが、一方で、就業人口の減少も同時に進むことから、医療需要に対応できる医療従事者を確保することは、今後の大きな課題です。

医療機関や病床数が確保されたとしても、医療従事者の確保がままならなければ、実際には医療サービスは提供されません。そのようなことにならないように、医療従事者の確保に責任を持って取り組む必要があります。

具体的な医療従事者（医師、看護職員、理学療法士・作業療法士）の需給見

通しは、現在、厚生労働省においてその考え方の検討が進められていることから、第7次医療計画の中で具体化を図ります。

<取組方針>

第7次医療計画における医療従事者の需給見通しの提示
地域医療支援センター、寄附講座、修学資金貸付等を活用した医師確保
離島等条件不利地域における医療従事者の確保
看護師等養成所の安定的な運営に対する支援
回復期病床における理学療法士、作業療法士や、在宅医療等における訪問
看護師など、今後の医療需要の変化に対応した人材確保
看護職員など有資格者の医療現場への復帰に対する支援
看護職員のキャリアアップなど資質向上に対する支援

(2) 医療機関における勤務環境改善

安定的な医療を提供するためには、医療現場そのものが働きやすい環境であることも重要です。県内では、平成26年末時点で、医師の20.4%、看護師・准看護師の88.6%が女性です。女性が活躍できる、働きやすい職場環境とする視点は欠かせません。

志のある人材が、医療現場で働きたいと思える魅力的な職場となるよう支援していく必要があります。

<取組方針>

病院内保育所の設置促進など医療従事者が働きやすい環境整備に対する支援
医療勤務環境改善支援センターの運営による医療機関の勤務環境の改善・充実

医療勤務環境改善支援センター...医療機関における勤務環境改善をワンストップで、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポートする機関。佐賀県では、平成27年10月に佐賀県医師会に委託し、設置した。

4 指標

地域医療構想の達成に向けた施策の検証を図るため、以下の指標を設定します。これらについては、平成 29（2017）年度に実施する予定の第 7 次医療計画の策定作業の中で、見直しを図ります。

（1）病床の機能分化・連携の推進

必要病床数（佐賀県全体）

	平成 26 年 病床機能報告（ ）	平成 37 年 必要病床数
高度急性期	6 7 4	6 9 7
急性期	5 , 7 5 2	2 , 6 3 8
回復期	1 , 2 1 3	3 , 0 9 9
慢性期	4 , 7 3 1	2 , 6 4 4

出典：病床機能報告等

病床機能報告については、厚生労働省において医療機関が選択する機能の基準等について毎年度見直しがなされていることから、必ずしも平成 26 年の実態を的確に反映したものではないことに留意する必要がある。

佐賀県診療情報地域連携システム加入率

	平成 26 年度	平成 30 年度
加入率	1 5 %	2 7 %

出典：佐賀県調べ

（2）地域包括ケアシステムの構築

在宅医療連携拠点数

	平成 27 年度	平成 29 年度
拠点数	8	8

出典：佐賀県調べ

退院調整ルール運用

	平成 27 年度	平成 30 年度
市町数	0	2 0

出典：佐賀県調べ

65 歳人口千人当たり訪問看護利用者数

	平成 25 年度	平成 29 年度
利用者数	5 . 7 人	1 2 . 1 人

出典：厚生労働省調べ

医療機関看取り率

	平成 26 年度	平成 29 年度
看取り率	8 2 . 8 %	平成 26 年度より低下

出典：厚生労働省人口動態調査

(3) 医療従事者の確保・養成

病院・診療所勤務看護職員離職率

	平成 26 年度	平成 30 年度
離職率	7 . 5 %	平成 26 年度より低下

出典：佐賀県ナースセンター調べ

県内看護師等養成所県内就業率

	平成 26 年度	平成 30 年度
就業率	6 4 . 8 %	平成 26 年度より上昇

出典：佐賀県調べ

推進体制

で定めたあるべき姿の実現に向け、医療関係者、介護関係者、行政関係者が、将来の目標と現状を共有した上で、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築を進めなければなりません。

そのため、県としては、今後とも、佐賀県地域医療構想調整会議・各構想区域分科会において、医療関係者、介護関係者、医療保険者、介護保険者、市町等と最新の情報を共有し、あるべき姿の実現に向けた進捗管理や、事業実施の過程で生じた課題の把握、効果的な施策の実現に努めます。

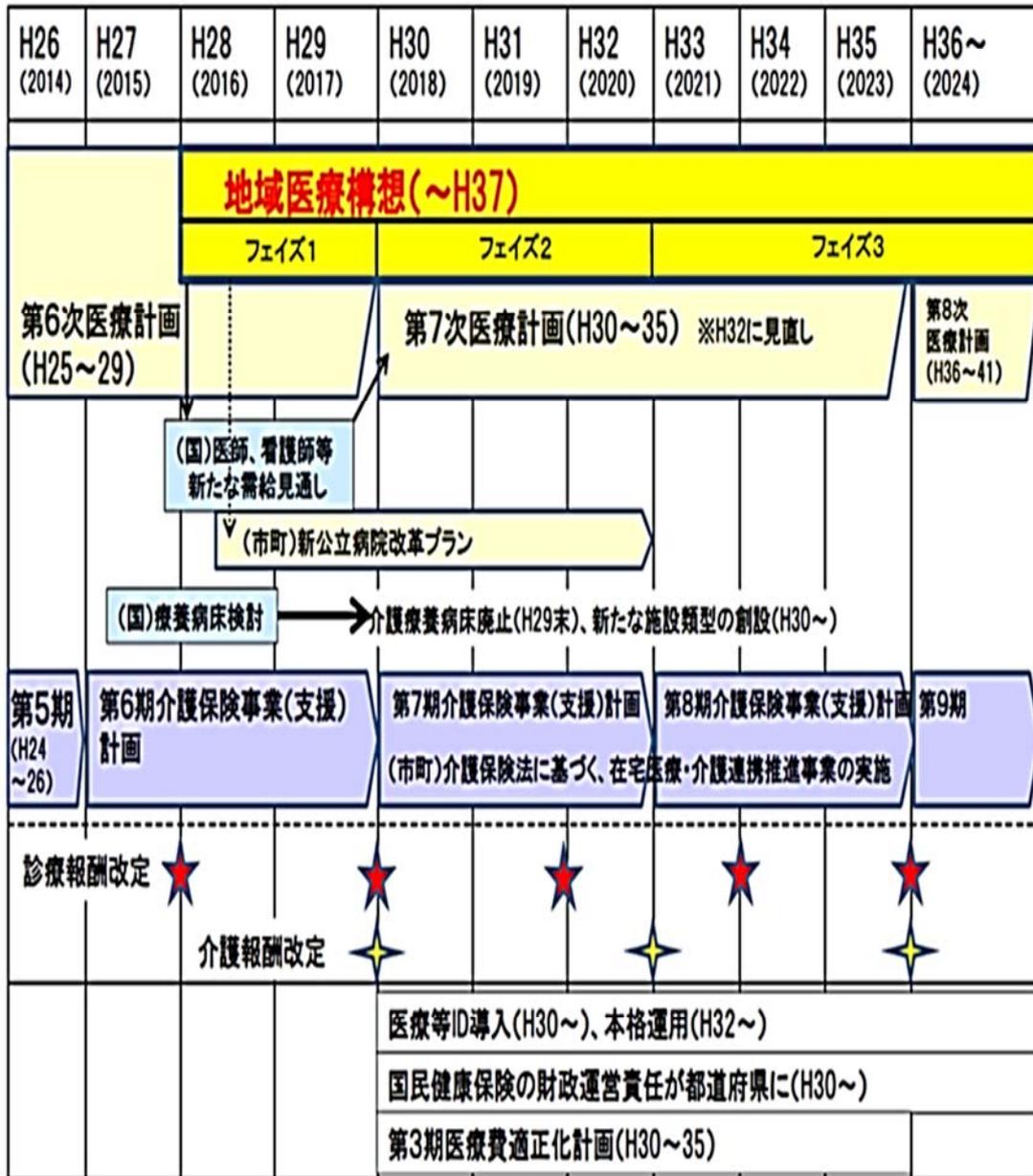
また、関係団体・機関においても、専門的知見に基づく検討を期待しています。

あるべき姿の実現に向け、平成 37（2025）年までを以下の 3 期間に分け、取組を進めるとともに、検証を行っていきます。

フェイズ 1	平成 28～ 29 年度	地域医療構想に基づく方向性の明確化、関係者間の課題意識共有の徹底 平成 30（2018）年の医療・介護の計画同時改定を見据えた各種体制、場づくり 平成 37（2025）年に向けた各種施策の芽だし
フェイズ 2	平成 30～ 32 年度	フェイズ 1 を踏まえた課題の検証、克服 平成 30（2018）年の医療・介護の計画同時改定を踏まえた平成 37（2025）年に向けた施策の強化
フェイズ 3	平成 33 年度 以降	フェイズ 2 を踏まえた課題の検証、克服 平成 33（2021）年の医療・介護の計画同時改定を踏まえた平成 37（2025）年に向けた施策の加速 平成 42（2030）年を見据えた施策の検証等

佐賀県地域医療構想調整会議...医療法第 30 条の 14 に基づく「協議の場」として、平成 27 年 5 月に設置、県全体の会議と構想区域単位の分科会で構成（構成員は p42）。佐賀県地域医療構想の検討、協議とともに、構想策定後の進捗管理等の中心的役割を担う。

2025年に向けたロードマップ



地域医療構想策定経過

- 平成27年 5月13日 第1回佐賀県地域医療構想調整会議
議長選出、副議長指名
地域医療構想策定ガイドラインの概要について
- 平成27年 7月29日 第2回佐賀県地域医療構想調整会議
佐賀県の医療需要と必要病床数の見通しについて
分科会について
- 平成27年 9月～平成28年1月 各構想区域分科会
第1回 医療需要、医療提供体制について
第2回 在宅医療、地域包括ケアシステムについて
第3～4回 意見のまとめなど
- 平成27年11月12日 佐賀県地域医療介護総合確保基金事業検討会
検討状況説明
- 平成28年 2月 1日 第3回佐賀県地域医療構想調整会議
各構想区域分科会における意見について
佐賀県地域医療構想（素案）について
- 平成28年 2月 3日 医療法第30条の4第13項、14項に基づく診療に関する
～2月19日 学識経験者の団体、市町、保険者協議会からの意見聴取
- 平成28年 2月23日 佐賀県地域医療介護総合確保基金事業検討会
検討状況説明
- 平成28年 2月26日 パブリックコメントによる意見募集
～3月18日
- 平成28年 3月28日 医療法第30条の4第14項に基づく医療審議会からの意見聴取
- 平成28年 3月30日 策定

佐賀県地域医療構想調整会議構成員名簿

県全体・親会議 議長、 副議長、 構想区域分科会座長

池田秀夫・佐賀県医師会会長	寺尾隆治・佐賀県歯科医師会会長
松永啓介・佐賀県医師会副会長	佛坂 浩・佐賀県薬剤師会会長
上村春甫・佐賀市医師会会長	三根哲子・佐賀県看護協会会長
平井賢治・鳥栖三養基医師会会長	谷口太一郎・佐賀県保険者協議会会長
森永幸二・唐津東松浦医師会会長	島 正義・NHO 佐賀病院院長
福嶋和文・神崎市郡医師会会長	志田原哲・唐津赤十字病院院長
坂田恒彦・多久・小城地区医師会会長	河部庸次郎・NHO 嬉野医療センター院長
古賀義行・武雄杵島地区医師会会長	森田茂樹・佐賀大学医学部附属病院院長
朝長弘道・鹿島・藤津地区医師会会長	樗木 等・佐賀県医療センター好生館館長
小嶋秀夫・伊万里・有田地区医師会会長	船津定見・佐賀県健康福祉本部長
山元章生・佐賀県病院協会理事	古川次男・佐賀県医療統括監
高柳和弘・佐賀県有床診療所協議会会長	久保山善生・佐賀県健康福祉本部副本部長

中部構想区域分科会 座長、 副座長

上村春甫・佐賀市医師会会長	浅見明彦・JCHO 佐賀中部病院院長
福嶋和文・神崎市郡医師会会長	佐野雅之・佐賀市立富士大和温泉病院院長
坂田恒彦・多久・小城地区医師会会長	後藤祐大・多久市立病院院長
吉原正博・佐賀県病院協会理事	田淵和雄・小城市病院事業管理者
高柳和弘・佐賀県有床診療所協議会会長	藤岡康彦・佐賀県介護老人保健施設協会会長
徳島茂樹・佐賀市歯科医師会会長	松尾安朋・佐賀中部広域連合事務局長
田中須磨代・佐賀市地域薬剤師会会長	田中 稔・佐賀市保健福祉部長
前田早知子・副島病院看護部長	北島安朗・多久市福祉課長
福田康則・佐賀市保健福祉部副理事	秋野和之・小城市福祉部長
森田茂樹・佐賀大学医学部附属病院院長	園田克秀・神崎市市民福祉部長
樗木 等・佐賀県医療センター好生館館長	平石 正・吉野ヶ里町福祉課長
島 正義・NHO 佐賀病院院長	古賀義孝・佐賀中部保健福祉事務所保健監

東部構想区域分科会 座長、 副座長

平井賢治・鳥栖三養基医師会会長	今村一郎・佐賀県介護老人保健施設協会会員
大島正親・佐賀県病院協会理事	松隈久雄・鳥栖地区広域市町村圏組合事務局長
岩田勝義・佐賀県有床診療所協議会理事	篠原久子・鳥栖市健康福祉みらい部長
古賀隆利・鳥栖三養基地区歯科医師会会長	天本正弘・基山町健康福祉課長
平岡敏郎・鳥栖三養基地域薬剤師会会長	岡 義行・上峰町健康福祉課長

中村弘子・NHO 東佐賀病院看護部長	城野 幸・みやき町民生部長
古川和久・健保協会佐賀支部企画総務部長	坂本龍彦・鳥栖保健福祉事務所保健監
貞松 篤・NHO 東佐賀病院院長	

北部構想区域分科会 座長、副座長

森永幸二・唐津東松浦医師会会長	志田原哲・唐津赤十字病院院長
宇都宮至・佐賀県病院協会理事	大野每子・唐津市民病院きたはた
岩本剛人・佐賀県有床診療所協議会理事	園田孝志・済生会唐津病院院長
松尾憲篤・唐津東松浦歯科医師会会長	吉田晃治・佐賀県介護老人保健施設協会理事
前谷逸生・唐津東松浦地域薬剤師会会長	脇山秀明・唐津市保健福祉部副部長
岩崎理佳・済生会唐津病院看護部長	中里栄介・唐津保健福祉事務所保健監
寺田美由紀・玄海町保健介護課長	

西部構想区域分科会 座長、副座長

小嶋秀夫・伊万里有田地区医師会会長	梅野一也・後期高齢者医療広域連合業務課長
藤邑俊克・佐賀県病院協会理事	井上文夫・伊万里有田共立病院院長
小嶺信一郎・佐賀県有床診療所協議会理事	山元章生・佐賀県介護老人保健施設協会副会長
下田昭則・伊万里有田地区歯科医師会会長	樋口哲也・伊万里市長寿社会課長
山下順一郎・伊万里有田地域薬剤師会会長	野中賢太・有田町健康福祉課長
松岡周子・伊万里有田共立病院看護部長	嘉川浩康・伊万里保健福祉事務所保健監

南部構想区域分科会 座長、副座長

朝長弘道・鹿島藤津地区医師会会長	中川隆治・佐賀県介護老人保健施設協会会員
古賀義行・武雄杵島地区医師会会長	大串 晃・杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所所長
真島東一郎・佐賀県病院協会理事	
薬師寺浩之・佐賀県有床診療所協議会理事	平川 剛・武雄市くらし部長
小川内充・武雄杵島地区歯科医師会会長	打上俊雄・鹿島市市民部長
古川博輝・鹿島藤津地域薬剤師会会長	田中昌弘・嬉野市市民部長
原崎真由美・織田病院看護部長	山崎ひとみ・大町町保健福祉課課長
古川和久・健保協会佐賀支部企画総務部長	山中晴巳・江北町福祉課長
河部庸次郎・NHO 嬉野医療センター院長	片淵敏久・白石町長寿社会課長
宇都宮俊徳・大町町立病院院長	松本 太・太良町町民福祉課長
上通一泰・町立太良病院院長	嘉川浩康・杵藤保健福祉事務所保健監