

第 7 次佐賀県保健医療 計画に記載する地域医 療構想について

第1 地域医療構想フェイズ1の総括

1 現状

地域医療構想は、団塊の世代が全員後期高齢者となる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）ごとに医療需要と病床の必要量を推計し、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。

県は、2016年3月に全国で最も早い段階で地域医療構想を策定し、2016～17年度をフェイズ1と位置づけ、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、医療・介護の計画同時改定を見据えた各種体制・場づくりに取り組んできました。

具体的には、医療機関が「自院の立ち位置」を判断できるよう、県独自に病床機能報告のダイジェスト版を作成・提供した他、地域医療構想調整会議のみならず、医師会、病院協会、有床診療所協議会等と連携した意見交換会、研修会を2年間で約50回以上開催し、多くの医療経営者等と、人口減少社会に対応した医療提供体制構築の必要性や、医療機関が抱える課題の共有に努めてきました。

また、2016年12月に県独自に「佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領」を決定し、特定機能病院と地域医療支援病院の大幅な機能転換と、医療機関の実質的な統合について、調整会議事前協議事項とするなど、協議ルールの確立に努めてきました。

この結果、医療機関の統合3件、機能転換に関する協議2件が整うなど、全国に先駆けて具体的な協議が始まっています。

2025年の病床の必要量と病床機能報告の推移を比較すると、表1のとおりです。病床の必要量の算定基準と病床機能報告の報告基準が異なることや、病床機能報告は一つの病棟に複数の病期の患者が入院しているものの、病棟単位で最も多く入院している病期の患者にかかる機能を報告しなければならないことから、単純な比較はできませんが、高度急性期と急性期の合計は減少傾向、回復期は増加傾向、慢性期は減少傾向にあり、病床の必要量に向かった収れんが進んでいます。

ただし、需要については、2025年がピークではなく、75歳以上の人口がピークとなる2035年から40年ごろにピークを迎えます。このため、病床の機能分化・連携を進める際には、この需要のピークを見誤ることなく、対応する必要があります。

2025年に向けて訪問診療が大きく伸びますが、今後の療養病床から介護医療院等への転換により、訪問診療の必要量は変動します。また、佐賀県では、自宅への訪問診療は、訪問診療全体の20%弱であり、多くは有料老人ホームやグループホーム等で行われていることが特徴です。

回復期の見通しについては、病床機能報告等を活用した分析が必要です。病床機能報告の回復期に、急性期・慢性期病棟のうち地域包括ケア入院管理料算定病床と回復期への転換について調整会議で協議が整った病床を加えると、表2のとおりとなり、圏域ごとに病床の必要量に対する充足率に差があることがわかります。ただ、急性期病棟の中に、平均在棟日数が22日を超える病棟が相当数あることから、医療機関の自主的な取組により必要な病床数は確保できるものと考えています。

(表1)

病床の必要量と病床機能報告の比較									
	医療機能	2014 (構想策定時)	2016 (直近)	2025 (病床の必要量)		医療機能	2014 (構想策定時)	2016 (直近)	2025 (病床の必要量)
佐賀県 全体	高度急性期	674	199	697	北部	高度急性期	15	15	101
	急性期	5,752	5,803	2,638		急性期	784	758	378
	回復期	1,213	1,761	3,099		回復期	238	238	269
	慢性期	4,731	4,615	2,644		慢性期	683	679	437
	病床合計	12,370	12,378	9,078		病床合計	1,720	1,690	1,185
	訪問診療	4,847	0	7,610		訪問診療対応	890		1,245
	老健施設	2,917	0	2,917		老健施設対応	440		440
	介護医療院	0	0	832		介護医療院対応			101
(参考)在宅等合計	7,764	0	11,359	(参考)在宅等合計	1,330	0	1,786		
中部	高度急性期	187	106	372	西部	高度急性期	6		32
	急性期	2,730	2,707	1,168		急性期	546	498	171
	回復期	437	776	1,430		回復期	158	158	244
	慢性期	1,532	1,422	855		慢性期	514	464	272
	病床合計	4,886	5,011	3,825		病床合計	1,224	1,120	719
	訪問診療対応	1,932		2,936		訪問診療対応	429		711
	老健施設対応	1,267		1,267		老健施設対応	240		240
	介護医療院対応			259		介護医療院対応			133
(参考)在宅等合計	3,199	0	4,462	(参考)在宅等合計	669	0	1,084		
東部	高度急性期		8	31	南部	高度急性期	466	70	161
	急性期	557	433	286		急性期	1,135	1,407	635
	回復期	173	278	472		回復期	207	311	684
	慢性期	1,025	1,035	559		慢性期	977	1,015	521
	病床合計	1,755	1,754	1,348		病床合計	2,785	2,803	2,001
	訪問診療対応	755		1,612		訪問診療対応	841		1,106
	老健施設対応	270		270		老健施設対応	700		700
	介護医療院対応			62		介護医療院対応			277
(参考)在宅等合計	1,025	0	1,944	(参考)在宅等合計	1,541	0	2,083		

※病床数の推移は、病床機能報告。「参考在宅等合計」のうち訪問診療の2014は、2013のデータ、2025は介護医療院転換調査等。

(表2) 回復期の今後の見通し

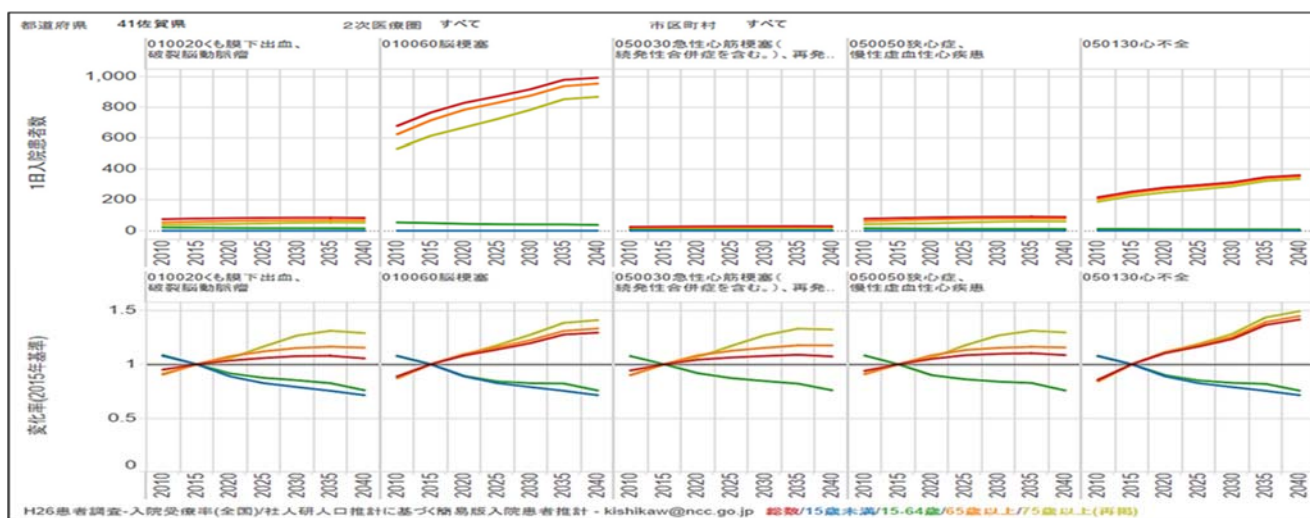
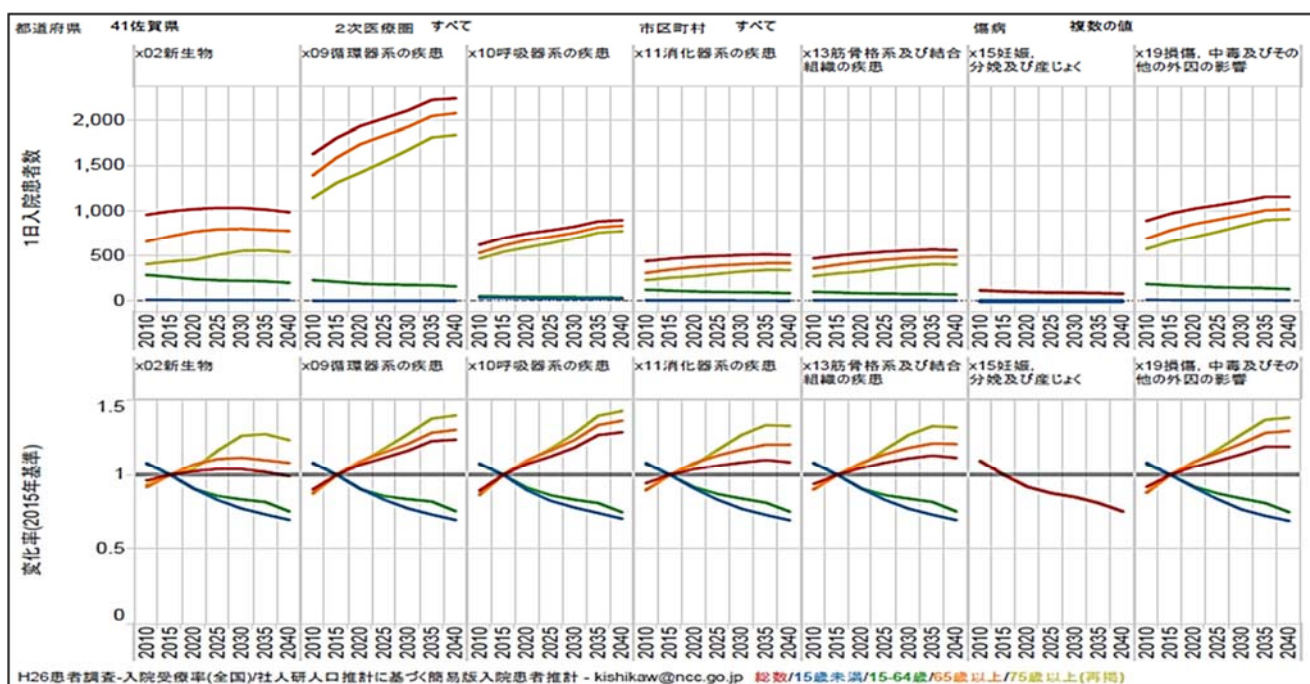
	①2016病 床機能報告	②地域包括 ケア入院管 理料	③分科会 協議済み	④合計	⑤2025必 要量	④/⑤	(参考) 急性期のうち 平均在棟日 数22日超
中部	776	69		845	1,430	59.1	347
東部	278	54	54	386	472	81.8	64
北部	238	23		261	269	97.0	
西部	158		40	198	244	81.1	60
南部	311	24	72	407	684	59.5	221
県計	1,761	170	166	2,097	3,099	67.7	692

国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一氏の推計による今後の疾患別入院需要は、表3のとおりであり、新生物はほぼ横ばいですが、2035年から2040年まで循環器系、呼吸器系、損傷その他の疾患の入院需要が伸びることがわかります。

脳卒中は介護の原因疾患第1位であり、急性期から回復期・介護、在宅医療までの一貫した流れによる対応が求められます。また、心疾患は再入院率が高いことから中核医療機関とかかりつけ医の連携が求められます。脳卒中、心疾患、外傷はいわば「待てない急性期」であり、救急医療と密接に関係します。

こうしたことから、本計画第 章に記載の脳卒中、心血管疾患、救急医療、在宅医療の医療連携体制は、地域完結型医療を目指す地域医療構想の達成と密接に関係します。地域医療構想が単に病床数を念頭においたものではなく、地域ごとに将来にわたり効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を目指すものであることは、この点からも明らかです。

表3



2 課題

(1) 医療機関における自院の立ち位置の判断

現在の病床機能は、各医療機関が経営方針、診療実績等を踏まえ判断したものです。個々の医療機関の将来の機能は、県が示すものではなく、医療機関が自ら判断し、決定していくものです。公立病院・公的医療機関については、それぞれ公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランの中で立ち位置を示し、調整会議分科会で協議しましたが、多くの民間医療機関においては、2018年に診療報酬と介護報酬が同時改定されたこともあり、自院の立ち位置の判断はこれからです。

人口減少・人口構造の変化は、着実に進んでいます。機能転換には、「意思決定」「準備」「実施」というステップがあり、実現に時間がかかることもあります。医療機関は、入手できる情報を最大限活用し、自らの診療圏内の人口動態や他の医療機関の動向、医療従事者確保の可能性や、地域において自院に求められている機能をしっかり見極め、自院の立ち位置を判断することが必要です。

(2) 調整会議分科会における協議の徹底

今後、2018年の診療報酬・介護報酬の同時改定を踏まえた自院の立ち位置の判断も進むことや、介護医療院への転換が進むことが予想されます。

地域医療構想は、地域完結型医療の理念のもと人口減少社会における効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するものであり、調整会議分科会において、「協議の取扱要領」に基づき、協議を積み重ねることが必要です。

(3) 不足する医療機能への的確な対応

将来、回復期の不足が見込まれますが、表2のように病床機能報告に一定の補正をかけることで、より実態に近い需給を把握することが必要です。補正については、今後とも研究を重ね、その客観性をより高めていきます。

また、回復期の中でも、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟ではその役割が大きく異なっています。地域で不足するのは、回り八病棟か地域包括ケア病棟なのかをしっかりと見極める必要があります。

第2 地域医療構想フェイズ2の基本方針

(1) 地域医療構想を進める5つの視点

これまで県は以下の視点で病院完結型から地域完結型の医療、医療需要の変化に対応した医療提供体制の構築を進めてきました。フェイズ2(2018~2020年度)においても、この視点で、関係機関の対話を重視していきます。

人口動態をベースに医療需要を推計した基本を理解

地域完結型医療の実現に向け、過去の経緯を踏まえる

増える慢性期需要に的確に対応するため、医療、介護の双方を俯瞰

情報やデータを共有し、地域単位で考察

地域医療構想調整会議だけでなく、様々な機会を活用し、県は医療機関の自己決定をサポート

(2) 今後の方向性

地域医療構想は、「病床の機能分化連携」「地域包括ケアシステムの構築」「医療従事者の確保養成」を施策の3本柱としています。今回、地域医療構想を第7次医療計画の中で再構成するにあたり、3本柱のうち「地域包括ケアシステムの構築」は「在宅医療の医療連携体制」において、「医療従事者の確保養成」は「医療従事者の確保養成」において記述することとし、ここでは「病床の機能分化連携」について記述します。

<全圏域共通>

県は、75歳以上人口がピークとなる2035年を見据え、各医療機関が、「地域完結型医療の理念」と「人口減少に伴う医療需要の変化」を共有し、自院の立ち位置を判断できるよう、病床機能報告などを活用した情報提供を引き続き進め、内容の充実を図ります。

「佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領」に基づく協議・調整を着実に進め、地域の医療関係者等の合意に基づき、医療需要の変化に対応した医療提供体制を構築します。

調整会議分科会において協議が整った新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランを着実に実施するとともに、協議が整っていないプランについては、地域医療構想を踏まえたプランとなるよう調整会議分科会での協議を進めます(P)。

医療機関が地域において不足が見込まれる回復期等や、介護医療院等へ転換する際に、施設整備等の補助を実施します。

慢性期需要に対して、医療療養、介護医療院、居宅や有料老人ホームへの訪問診療が患者の状態像に応じて提供されるよう、市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業と連携して、医療と介護の双方を俯瞰した提供体制の構築を進めます。

有床診療所については、「専門医療モデル」と「医療介護モデル」を参考にした自院の立ち位置の判断を支援します。

佐賀県診療情報地域連携システム(ピカピカリンク)や、さがんパスネットの利用促進による医療機関の情報共有や連携体制の強化を進めます。

<中部>

佐賀大学医学部附属病院(特定機能病院)と佐賀県医療センター好生館(地域医療支援病院)が幅広い分野において高度急性期・急性期を担っており、両病院は、今後、高度急性期の充実を予定しています(佐大46床 140床、好生館38床 77床)。NHO佐賀病院(地域医療支援病院)は、主に周産期医療において高度急性期機能を担っています。

3病院ともに回復期への転換を予定しておらず、3病院の役割分担と、転院先の医療機関との連携を強化することが、高度・専門医療の機能強化、地域完結型医療の実現につながります。

JCHO 佐賀中部病院、NHO 肥前精神医療センターについて記述(P)

小城市民病院と多久市立病院は、新公立病院改革プランにおいて、統合に向けた協議を進めるとしており、この進展や統合した場合の新病院が果たす役割については、今後、両市における協議を調整会議分科会において確認していきます。

2016年の病床機能報告の回復期776床に、表2の地域包括ケア病床を加えると、現時点で回復

期は 845 床が見込まれます。他に 2019～20 年にかけて複数の民間医療機関が回復期病床整備に取り組む見込みです。

仮に回復期に近い急性期 347 床が全て転換した場合でも、対 2025 年の充足率は 83.3%であり、慢性期から回復期への転換により病床の必要量を確保する必要があります。

今後とも、自院の立ち位置を判断し、調整会議分科会における協議を経た医療機関が回復期病床を整備する際には、施設整備に対する補助を実施します。

2023 年までに介護医療院等への転換は 259 床、医療療養は 826 床と見込まれます。医療療養 826 床に一般病床かつ障害者施設等入院基本料算定の 328 床と緩和ケア病棟 35 床を加えると、2023 年の慢性期の見込み数は 1,189 床となります。

介護療養病床・医療療養 25:1 を有する 11 病院に、できるだけ早期に自院の立ち位置を判断することを求め、介護療養病床等からの円滑な転換を支援します。

訪問診療の必要量は、対 2013 年比で 2020 年に 12%増、2023 年に 35%増と見込まれることから、2013 年の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 53 施設を、2023 年に 72 施設とすることを目安として、対応できる在宅医療体制を整備する必要があります。

< 東部 >

NHO 東佐賀病院（地域医療支援病院）について記述（P）

従来、高度急性期は隣接する久留米医療圏の基幹病院が提供していましたが、如水会今村病院が HCU を設置し、積極的に救急車を受け入れ、高度急性期を強化しています。

2016 年の病床機能報告の回復期 278 床に、表 2 の地域包括ケア病床と調整会議分科会協議済みのやよいがおか鹿毛病院を加えると、現時点で回復期は 386 床が見込まれます。仮に回復期に近い急性期 64 床が全て転換した場合には、対 2025 年の充足率は 95.3%であり、病床の必要量が確保されます。

今後とも、自院の立ち位置を判断し、調整会議分科会における協議を経た医療機関が回復期病床を整備する際には、施設整備に対する補助を実施します。

2023 年までに介護医療院等への転換は 62 床、医療療養は、606 床と見込まれます。医療療養 606 床に一般病床かつ障害者施設等入院基本料算定の 245 床を加えると、2023 年の慢性期の見込み数は 851 床となります。介護療養病床・医療療養 25:1 を有する 2 病院 1 診療所に、できるだけ早期に自院の立ち位置を判断することを求め、介護療養病床等からの円滑な転換を支援します。

県内で最も訪問診療が盛んな地域です。訪問診療の必要量は、対 2013 年比で 2020 年に 38%増、2023 年に 83%増と他の圏域と比較して、大幅増が見込まれることから、現在の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 36 施設を、2023 年に 66 施設とすることを目安として、対応できる在宅医療体制を整備する必要があります。

< 北部 >

唐津赤十字病院（地域医療支援病院）が、幅広い分野において高度急性期・急性期を担っており、今後、高度急性期の充実を予定しています（15 床 58 床）。回復期への転換を予定しておらず、今後、転院先の医療機関との連携を強化することが、地域完結型医療の実現、高度・専門医療の

機能強化につながります。

済生会唐津病院は、2025年まで病床機能の変更は予定していませんが、近年、脳血管疾患に対する診療体制を強化するなど、唐津赤十字病院に次ぐ急性期機能を発揮します。

唐津市民病院きたはたは、引き続き慢性期を担い、唐津市南部を中心に、地域包括ケアシステムのハブとなることを目指します。

2016年の病床機能報告の回復期238床に、表2の地域包括ケア病床を加えると、現時点で回復期は261床が見込まれます。対2025年の充足率は97.0%であり、病床の必要量が確保されます。

量的には充足していても、急性期・慢性期と比して、回復期を専ら担う基幹病院が圏域にありません。人口減少が進む中、入院患者の域内完結率が県内でも最も高い圏域であり、今後、圏域の軸となる回復期病院の在り方を検討することが必要です。

2023年までに介護医療院等への転換は101床、医療療養病床は430床と見込まれます。医療療養430床に一般病床かつ障害者施設等入院基本料算定の86床と特殊疾患、緩和ケアの53床を加えると、2023年の慢性期の見込み数は569床となります。介護療養病床・医療療養25:1を有する4病院1診療所に、できるだけ早期に自院の立ち位置を判断することを求め、介護療養病床等からの円滑な転換を支援します。

訪問診療の必要量は、対2013年比で2020年に12%増、2023年に27%増と見込まれることから、現在の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院27施設を、2023年に34施設とすることを目安として、対応できる在宅医療体制を整備する必要があります。

<西部>

伊万里有田共立病院（地域医療支援病院）に関して記述（P）

急性期については、伊万里有田共立病院が脳卒中を、山元記念病院（社会医療法人）が心血管疾患を主に担っていますが、圏域全体で整形外科の対応が弱いため、南部医療圏などへ患者が流出しています。今後、高齢者の転倒骨折等への対応、在宅復帰を考えると、地域完結型医療の構築に課題があり、圏域全体の課題として対応が必要です。

JCHO伊万里松浦病院の松浦市への移転に伴い、現地に残る診療機能については、伊万里市とJCHOの協議を踏まえ、調整会議分科会においても確認していきます。

人口減少が進む一方、既存病床数が多いことや、医療人材も他圏域と比べて少ないことから、医療機関の役割分担や、圏域一体となった人材確保に向けた取組を早期に進めることが、他圏域と比べて必要です。

2016年の病床機能報告の回復期158床に、表2の調整会議分科会で協議が整った40床を加えると、現時点で回復期は198床が見込まれます。仮に回復期に近い急性期60床が全て転換した場合には、対2025年の充足率は105.7%であり、病床の必要量が確保されます。

今後とも、自院の立ち位置を判断し、調整会議分科会における協議を経た医療機関が回復期病床を整備する際には、施設整備に対する補助を実施します。

2023年までに介護医療院等への転換は133床、医療療養病床は180床と見込まれます。医療療養180床に一般病床かつ障害者施設等入院基本料算定36床と緩和ケア20床を加えると、2023年の慢性期の見込み数は236床となり、2025年における慢性期の病床の必要量272床を下回りま

す。介護療養病床・医療療養 25：1 を有する 2 病院 4 診療所に、できるだけ早期に自院の立ち位置を判断することを求め、介護療養病床等からの円滑な転換を支援するとともに、慢性期における医療と介護の双方の提供体制がバランスのとれたものとなるよう転換に関する情報を共有します。

訪問診療の必要量は、対 2013 年比で 2020 年に 10% 増、2023 年に 42% 増と見込まれることから、現在の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 7 施設を、2023 年に 10 施設とすることを目安として、対応できる在宅医療体制を整備する必要があります。

< 南部 >

NHO 嬉野医療センター（地域医療支援病院）について記述（P）

NHO 嬉野に次ぐ急性期機能は、織田病院（社会医療法人）、白石共立病院、新武雄病院等の民間医療機関が対応しています。

県内で最も人口減少が進み、75 歳以上人口の伸びも県内の医療圏では最も低い一方で、既存病床数が多いことや、中小規模病院が多いことから、医療機関の役割分担を進める必要があります。

2016 年の病床機能報告の回復期 311 床に、表 2 の地域包括ケア病床と調整会議分科会協議済みの新武雄病院、志田病院を加えると、現時点で回復期は 407 床が見込まれます。仮に回復期に近い急性期 221 床が全て転換した場合、対 2025 年の充足率は 91.8% であり、病床の必要量が確保されます。

今後とも、自院の立ち位置を判断し、調整会議分科会における協議を経た医療機関が回復期病床を整備する際には、施設整備に対する補助を実施します。

2023 年までに介護医療院等への転換は 277 床、医療療養病床は 637 床と見込まれます。介護療養病床・医療療養病床 25：1 を有する 8 病院に、できるだけ早期に自院の立ち位置を判断することを求め、介護療養病床等からの円滑な転換を支援します。

訪問診療の必要量は、対 2013 年比で 2020 年に 2% 増、2023 年に 16% 増と見込まれることから、現在の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 27 施設を、2023 年に 31 施設とすることを目安として、対応できる在宅医療体制を整備する必要があります。

