第６回地域医療構想に関するＷＧ	参考資料1-3
平成２９年６月２２日	

佐賀県における地域医療構想調整会議の進め方

（厚生労働省「第6回地域医療構想に関するWG」説明資料）

平成29年6月22日

佐賀県健康福祉部医務課

日野　稔邦

１　佐賀県地域医療構想の概要

２　佐賀県地域医療構想フェイズ1の取組

３　佐賀県地域医療構想調整会議の進め方

1　佐賀県地域医療構想の概要

2　佐賀県地域医療構想フェイズ1の取組

3　佐賀県地域医療構想調整会議の進め方

【前提】佐賀県の医療提供体制の現状と課題

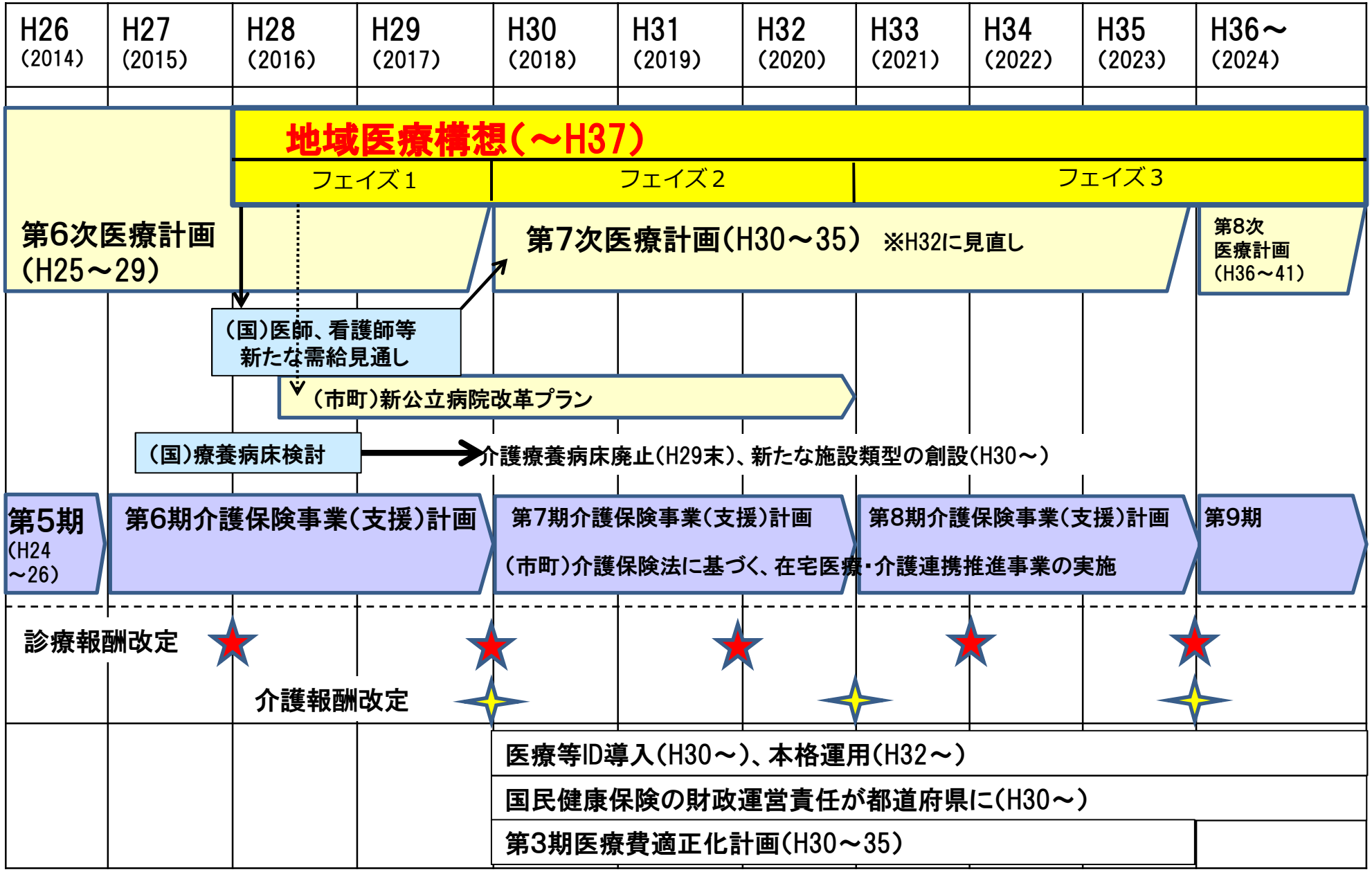
○　医療機関、病床の数や、基幹病院の配置など、医療資源・医療提供体制は全国と比べて良好。
○　「待てない急性期」へのアクセスがよい反面、3次救急への負担、在宅や施設での看取りに課題

佐賀県の現状（特徴）	課題
医療機関数、病床数など医療資源は全国平均より上 ○人口10万人当たりの医療機関数（H26） 病院　　12.9施設（全国6.7施設） 有床診療所21.2施設（全国6.6施設） ○人口10万人当たりの病床数（H26） 病院の一般病床769.2床（全国703.6床） 病院の療養病床522.6床（全国258.2床） 診療所の病床数311.7床（全国 88.4床）	医療資源は豊富であるが、療養病床の割合が高い。 →　療養病床の在り方の見直しを踏まえ、医療、介護、住まいの確保の適切な役割分担
基幹病院（大学、好生館、NHO嬉野、唐津日赤等）が分散配置、「待てない急性期」へのアクセスが良い ○60分以内に対応可能医療機関への搬送人口カバー率 くも膜下出血　人口96.1%（九州84.7%） 急性心筋梗塞 人口99.0%（九州95.2%）	アクセスの良さが裏目に出て、3次救急に対する負担が、他県より集中。 自宅等での看取り率が低い。 →　3次と2次の役割分担。 自宅や施設での「看取り」率向上
訪問診療提供可能な診療所数等は全国平均より上だが、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅への訪問が多く、純粋な居宅への訪問は多くない。 ○同一建物への訪問診療指数　173（全国1位） ○居宅への訪問診療指数　66.5（全国36位）	提供基盤はあるので、有料老人ホームやサ高住など高齢者の「住まい」と、医療・介護サービスを結びつける地域包括ケアを、市町ごとに構築する必要。

佐賀県地域医療構想は、必要病床数以外にも指標を設定

施策区分		取組方針	指標
1 病床の機能の分化・連携	医療需要の変化に対応した病床機能の確保	○急性期病床等から回復期病床への転換 ○療養病床等から介護保険施設やその他、施設への転換 ○高度急性期病床、がん診療連携拠点病院等基幹病院の機能確保 ○「待てない急性期」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	必要病床数 ピカピカリンク加入率 （H26　15% →H30　27%）
	診療情報の共有などによる連携の推進	○ピカピカリンクなど情報共有システムの普及・定着、利活用推進 ○医療等IDを的確に把握した既存システム等の機能強化の検討 ○地域連携パスの普及、地域連携室の活用などによる情報の共有化 ○市町・郡市医師会単位での連携拠点、グループ化の定着	
2 地域包括ケアシステムの構築	医療・介護等連携・ネットワークの構築	○在宅医療・介護支援センター、地域包括支援センターの機能連携強化 ○地域の関係機関、宅老所やボランティアも含めたネットワークの充実 ○市町の在宅医療・介護連携推進事業の着実な実施 ○退院調整ルールなど医療・介護の連携を促進するルール・関係づくり	在宅医療連携拠点数 （8→H29　8か所） 退院調整ルール運用数 （0→H30　20市町） 訪問看護利用者数 （H25　5.7人 →H29　12.1人） 病院等看取り率 （H26　82.8%→H30低下）
	在宅医療の基盤整備	○市町・郡市医師会単位での連携拠点、グループ化の定着（再掲） ○介護施設等における「看取り」の推進（再掲） ○訪問看護の必要量の確保 ○訪問歯科診療、口腔ケア、訪問薬剤管理指導の普及 ○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	医療従事者の確保・資質向上	○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 ○修学資金貸付等を活用した不足診療科における医師確保 ○看護師養成所の安定的な運営に向けた支援 ○理学療法士、作業療法士、訪問看護師など、需要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 ○看護職員等のキャリアアップの支援等	需給見通しを第7次医療計画（H29作業）で定め、指標化
	医療機関の勤務環境改善	○医療勤務環境改善支援センターの運営によるきめこまかい支援 ○病院内保育所の設置・運営など医療従事者の勤務環境の改善支援	看護職員離職率 （H26　7.5%→H30低下）看護師養成所県内就業率 （H26　64.8%→H30上昇）

佐賀県地域医療構想は、構想期間を3期に区分



1　佐賀県地域医療構想の概要

2　佐賀県地域医療構想フェイズ1の取組

3　佐賀県地域医療構想調整会議の進め方

佐賀県地域医療構想フェイズ1（平成28～29年度）の取組実績

フェイズ1の取組	平成28年度の実績
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	○地域医療構想調整会議を県全体・圏域単位ともに年2回開催 ・ 病床機能報告整理、急性期の度合いを測定し得る項目などを提示（8月） ・ 県全体会議については、資料、議事録（全文）を県HPで公開 ○個々の医療機関が、地域医療構想の趣旨、各種制度改革の流れを理解し、自院の立ち位置等を判断できるよう、関係団体と連携し、以下の取組を実施。 ・ 佐賀県病院協会総会（5月）、有床診療所協議会総会（6月）、佐賀県医師会研修会（10月）、佐賀県介護老人保健施設大会（11月）における県による講演 ・ 佐賀県病院協会主催による医療圏単位の懇談会（2025年戦略を考える集い）の実施（11月～12月） ○在宅医療・介護連携を円滑に促進する利用者情報共有ツール（カナミックシステム）の県内利用「標準ルール」の検討会の設置（6月）と、ルール作成（10月）
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	○佐賀県地域医療介護総合確保基金事業検討会を、佐賀県地域医療介護総合確保促進会議に改組し、医療計画、介護保険事業計画の共通課題を検討する場を設置。 ○平成27年度に設置した「医介PT（医務課、長寿社会課、地域包括ケア室による連絡調整）」を、継続的に開催し、情報を共有。
平成37（2025）年に向けた各種施策の芽だし	○平成28年度から以下の新規事業を実施 ・ 慢性心不全診療機能強化モデル事業：慢性心不全患者について、退院直後の患者の状況をモニタリングし、慢性心不全の診療体制を強化 ・ 看取り普及啓発事業：介護施設を対象に施設看取りに対応できる職員を育成

	主な内容
平成28年度 病床機能報告結果	○病床機能の推移 ○非稼働病床の現状 ○病院の機能別概況（平均在院日数、病床利用率、入棟患者、退棟先） ○有床診療所の機能別概況（平均在院日数、病床利用率、入棟患者、退院先） ○救急車の受け入れ状況 ○具体的な医療の内容（手術総数、全身麻酔手術総数、疾患別リハビリテーション料、がん、脳卒中、心疾患） ○病床機能報告整理 ○急性期の度合いを測定し得る項目
平成27年DPC調査と 今後の医療需要	○MDC別患者数 ○がん、脳血管、心疾患患者数 ○平成26年患者調査を基にした疾患分野別の入院需要推計 ○平成26年患者調査を基にした循環器系疾患の入院需要推計 ○平成26年患者調査を基にした外来患者の需要推計

【調整会議資料】非稼働病床の現状

○ 非稼働病床は、一般病床755床（約9%）、療養病床145床（病床数の約3%）。
○ 有床診療所の非稼働は、昨年度から約140床増（有床診療所病床数の約28%）。
○ 非稼働病床のうち公的医療機関について、非稼働が継続する場合は、理由を確認し、正当な理由がない場合には、地域医療構想調整会議、県医療審議会で意見を聴取し、必要な措置を講ずる。

	病院				有床診療所			
	一般病床		療養病床		一般病床		療養病床	
	許可病床	非稼働病床	許可病床	非稼働病床	許可病床	非稼働病床	許可病床	非稼働病床
中部	2,914	35 (10)	1,160	17(15)	762	239	114	25
東部	733	55 (55)	865		186	39	38	
北部	854	36 (36)	643	72	247	123	61	17
西部	484	30 (30)	476	9	188	72	53	
南部	1,257	19 (0)	1,025	3	511	107	62	2
	6,242	175(131)	4,169	101(15)	1,894	580	328	44

※非稼働のカッコ書きは、公的医療機関

【調整会議資料】病院の機能別概況①（平均在院日数・病床利用率・入棟患者）

○　各機能の病床利用率は80％台であるが、急性期と回復期を入院基本料別にみると、違いがうかがえる。
○　回復期については、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、15:1でそれぞれ異なる機能を果たしており、今後、転換を行う医療機関が、自院が回復期の中でもどのような機能を果たすかをイメージする必要がある。

	病床数	平均在院日数	病床利用率	新規入棟患者の実数（H27.7～H28.6）				構成（%）		
					予定 院内転棟	救急	その他	予定 院内転棟	救急	その他
高度急性期	199	5.7	84.0	10,682	3,868	5,786	1,028	36.2	54.2	9.6
急性期	4,735	14.9	80.0	92,972	51,665	13,590	27,717	55.6	14.6	29.8
7:1	2,787	13.2	84.6	65,324	39,494	7,318	18,512	60.5	11.2	28.3
10:1	1,337	17.8	74.2	20,495	9,164	4,971	6,360	44.7	24.3	31.0
13:1	140	24.1	83.5	1,780	718	562	500	40.3	31.6	28.1
15:1	313	37.4	68.1	1,906	731	213	962	38.4	11.1	50.5
回復期	1,112	53.6	80.6	6,097	5,058	521	518	83.0	8.5	8.5
15:1	178	59.4	85.2	932	337	262	333	36.2	28.1	35.7
包括	202	26.3	70.2	2,036	1,601	255	180	78.6	12.5	8.8
回リハ	599	71.9	84.9	2,489	2,480	4	5	99.6	0.2	0.2
慢性期	4,256	153.4	87.8	8,902	6,397	819	1,686	71.9	9.2	18.9
全病院	10,302	26.3	82.5	118,653	66,988	20,716	30,949	56.5	17.5	26.0

【調整会議資料】病院の機能別概況②（退棟先）

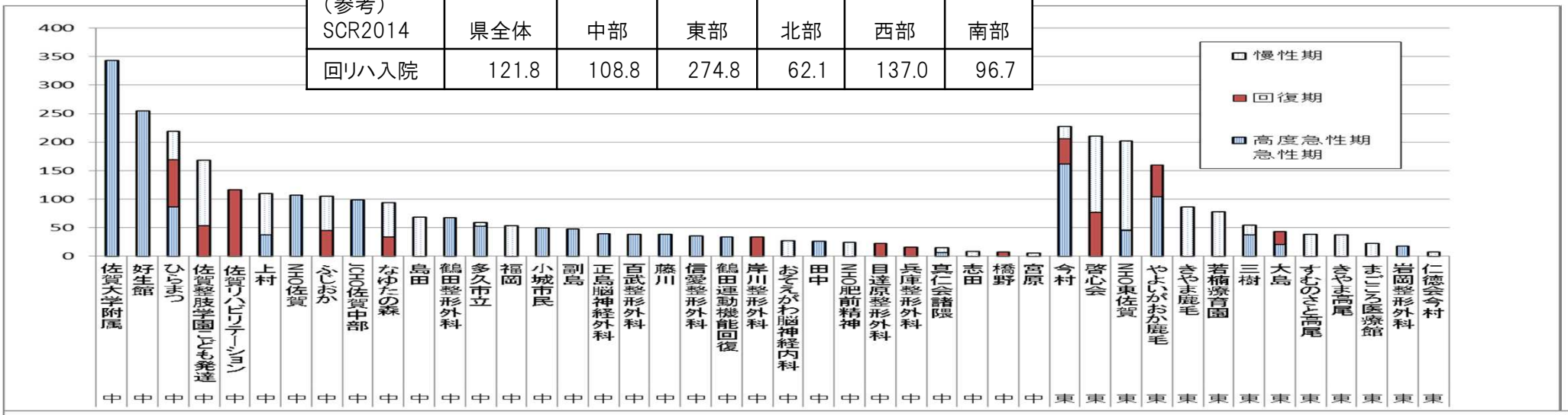
○ 退棟先をみると、7:1、10:1の場合、転棟・転院・家庭復帰が多いが、13:1以降は介護施設への退棟が増加。
○ 家庭と施設を合算した在宅復帰率でみると、急性期と回復期では、約75%であるが、慢性期は死亡等の割合が高まる。

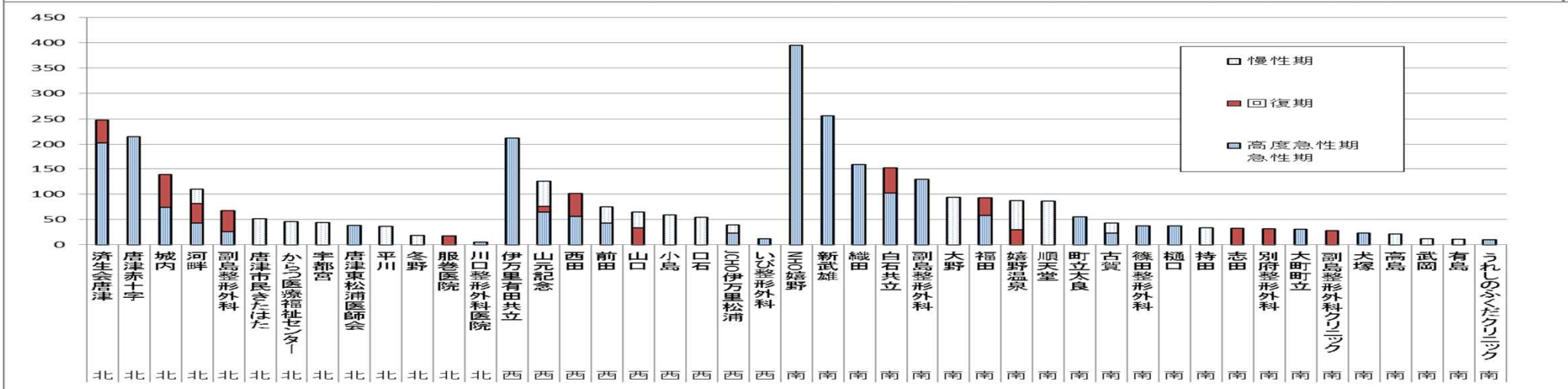
	退棟患者の実数（H28.6）							構成（%）				
		院内転棟	転院	家庭	老健	特養有料等	終了他	院内転棟	転院	家庭	施設	終了他
高度急性期	896	679	39	133	0	3	42	75.8	4.4	14.8	0.3	4.7
急性期	8,318	1,041	741	5,815	104	340	277	12.5	8.9	69.9	5.4	3.3
7:1	5,876	673	578	4,277	34	165	149	11.5	9.8	72.8	3.4	2.5
10:1	1,630	261	119	1,065	29	88	68	16.0	7.3	65.3	7.2	4.1
13:1	147	18	13	62	20	23	11	12.2	8.8	42.2	29.3	7.5
15:1	362	25	23	184	21	62	47	6.9	6.4	50.8	22.9	13.0
回復期	518	50	54	307	26	66	19	9.6	10.4	59.3	17.7	3.7
15:1	74	13	6	32	6	12	5	17.6	8.1	43.2	24.3	6.8
包括	164	15	13	111	2	12	11	9.1	7.9	67.7	8.5	6.7
回リハ	243	22	27	136	17	40	1	9.1	11.1	56.0	23.5	0.4
慢性期	751	74	76	260	28	97	216	9.8	10.1	34.6	16.6	28.7
全病院	10,483	1,844	910	6,515	158	506	554	17.6	8.7	62.1	6.3	5.2

【調整会議資料】具体的な医療の内容①（H28.6疾患別リハビリテーション料）

○　高度急性期・急性期（特に7：1）病院においても、早期からのリハが相当数実施されていることが伺える一方、回復期病棟におけるリハは少ないことから、今後の医療需要に応じたリハの提供が可能か注視する必要がある。

（参考）SCR2014	県全体	中部	東部	北部	西部	南部
回リハ入院	121.8	108.8	274.8	62.1	137.0	96.7



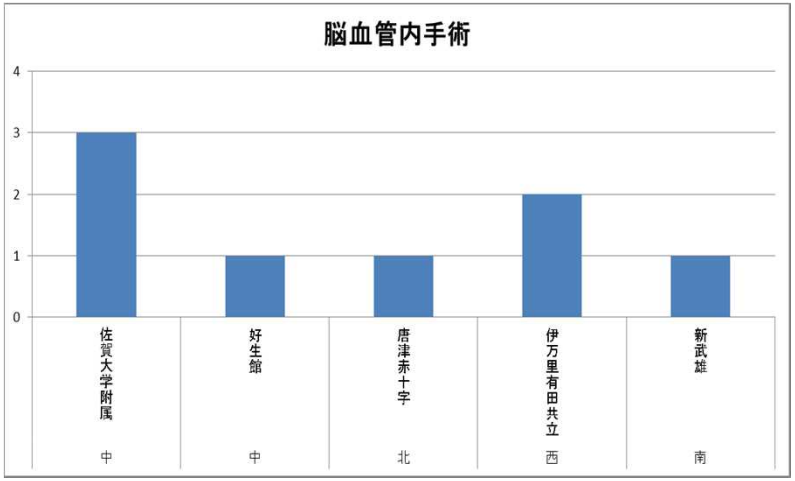


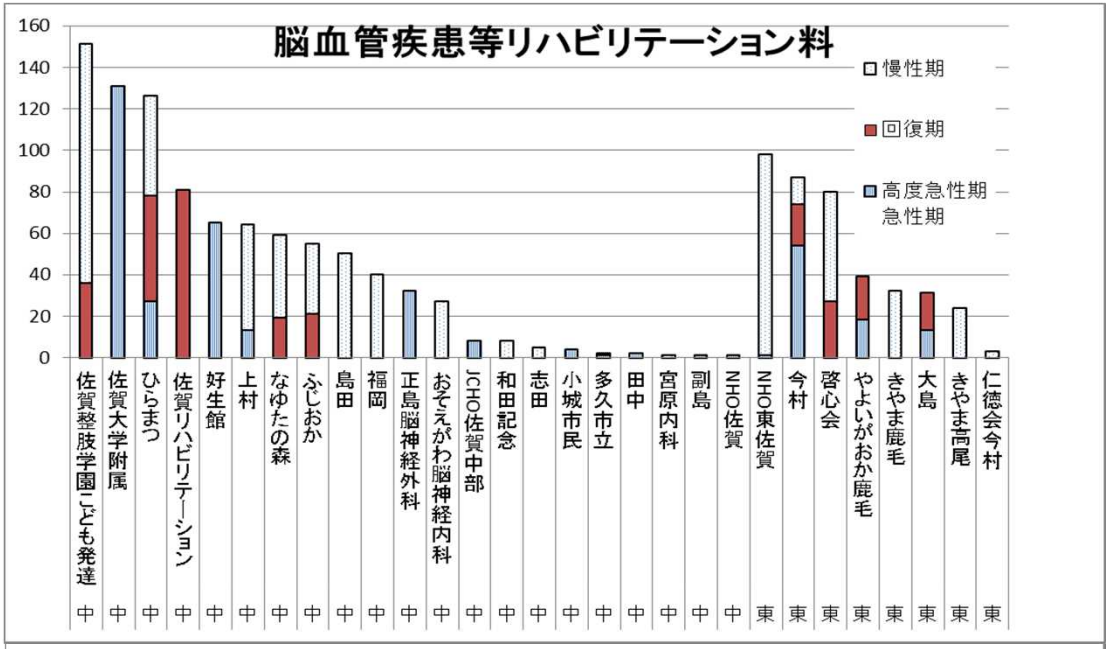
病床機能報告事務局が整理した「病床機能報告集計ツール」を基に作成

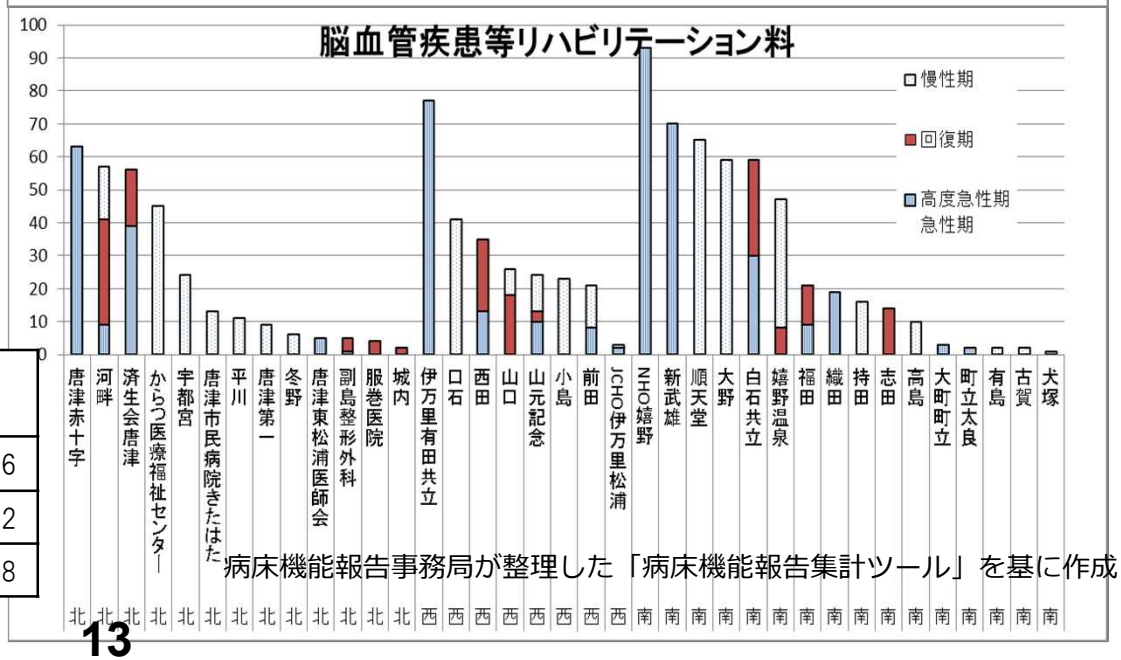
【調整会議資料】具体的な医療の内容②（H28.6　脳卒中）

○　県内の96%の人口は、くも膜下出血発症後、60分以内に年間10症例以上対応実績がある医療機関へ搬送が可能であり、また、東部医療圏の患者は久留米医療圏でも一定数受療していることから、一定の診療体制は確保されている。

○　<u>脳卒中は、介護の原因疾患第1位であり、急性期から一貫した流れのリハが求められる</u>。







（参考）SCR2014	県	中部	東部	北部	西部	南部
tPA	113.7	143.4	44.2	54.5	151.3	129.6
パス・第1入院	114.4	174.9		117.5	122.5	64.2
パス・第2入院	108.0	139.5	72.4	89.8	114.1	81.8

病床機能報告事務局が整理した「病床機能報告集計ツール」を基に作成

【調整会議資料】病床機能報告整理

○　病床機能報告は、報告項目が多岐にわたり、病床機能を把握するうえで有益である一方、項目が多岐にわたっているため、医療経営者や事務部門からみても、手軽に自院の状況を他院と比較することは困難。
○　地域医療構想を推進するうえでは、自院の立ち位置を医療圏内の他院と比較しながら、判断することが重要であることから、県独自に、平成28年以降、救急医療の受入状況、入院患者数等のデータをまとめ、「病床機能報告整理」とし、広く提供することにより、自らの立ち位置を判断できる環境を整える。
○　情報量は、経年変化の検証可能性、有益性、情報量の増によるわかりにくさのリスクも加味。

報告区分		項目
病院	施設票	○救急医療機関の指定状況（3次、2次、救急告示） ○救急医療の実施状況（休日・夜間・時間外受診患者延べ数、救急車受入件数） ○退院調整部門の設置状況 ○入院患者数（新規、延べ、退院） ○入棟前の場所、退棟先の場所　など
	病棟票（機能別）	○入院基本料・特定入院料 ○入院患者数（新規、述べ、退院）、入棟前の場所、退棟先 ○重症度・医療・看護必要度　など
有床診療所		○有床診療所の果たす役割 ○入院患者数（新規、延べ、退院） ○往診、訪問診療を行った患者延べ数 ○救急医療の実施状況（休日・夜間・時間外受診患者延べ数、救急車受入件数）　など

医療機関	市町	許可病床数		医療機能別許可病床数					平均在棟日数	病床利用率	救急医療機関指定			救急医療の実施状況				
		一般	療養	①高度急性期	②急性期	③回復期	④慢性期	⑤休棟等			三次救急	二次救急	救急病院告示	休日に受診した患者延べ数	うち、直ちに入院	夜間・時間外に受診した患者延べ数	うち、直ちに入院	救急車の受入件数
		許可病床数	許可病床数															
佐賀大学医学部附属病院	佐賀市	545	0	46	499	0	0	0	12.3	72.5	○		○	1866	663	3757	1413	2923
佐賀県医療センター好生館	佐賀市	450	0	38	397	0	15	0	9.5	91.1	○		○	3937	662	8669	2425	2954
独立行政法人国立病院機構佐賀病院	佐賀市	292	0	18	274	0	0	0	12.1	72.0		○	○	1170	414	2251	980	1185

【調整会議資料】急性期の度合いを測定し得る項目

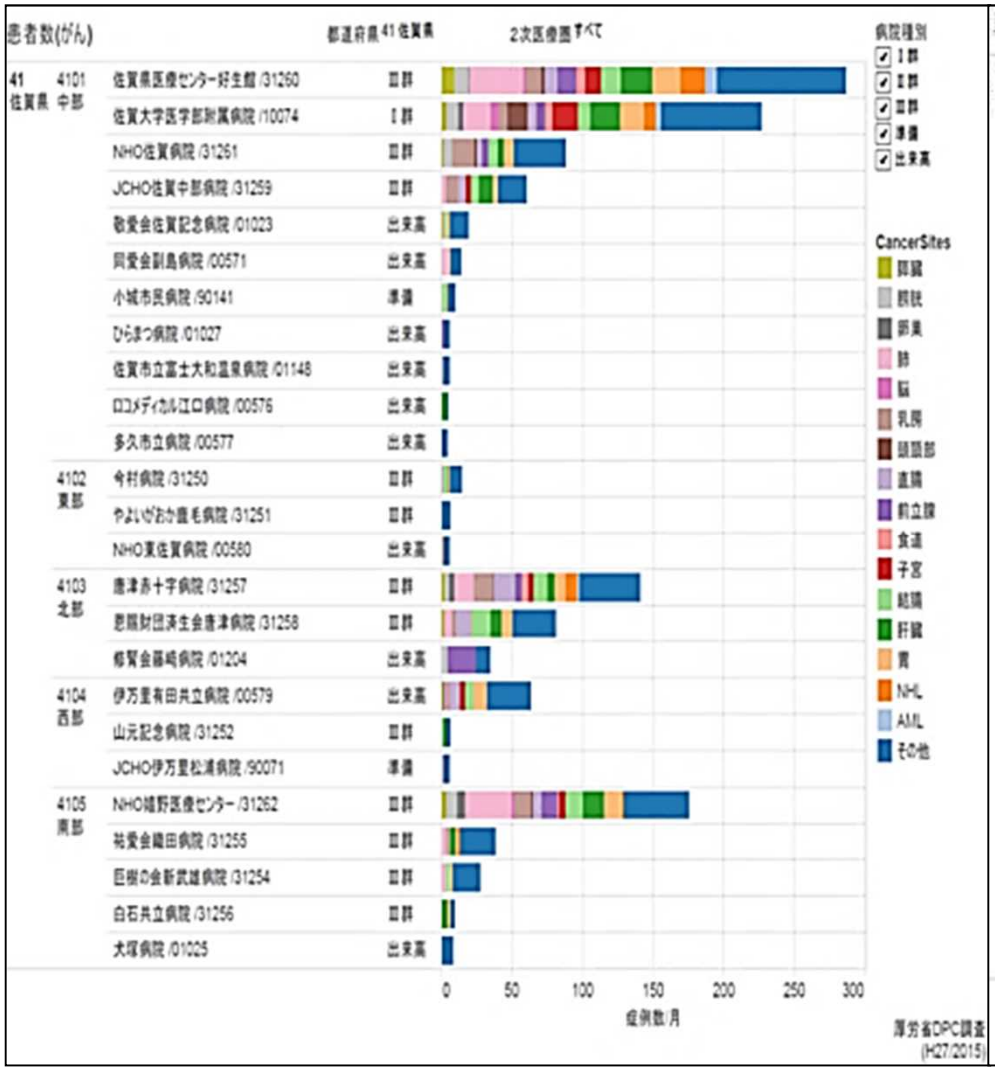
○ 病床機能報告データをもとに、厚生労働省研究班により「急性期の度合いを測定し得る項目」が整理。
○ 報告データをスコア化したものであり、データそのものの不備や、未回答項目の補正は行われていない。
○ 全国平均を1.0とした場合の自院の状況がスコア化。1床あたりのスコアであり、ケアミックス病院は低くでる傾向。

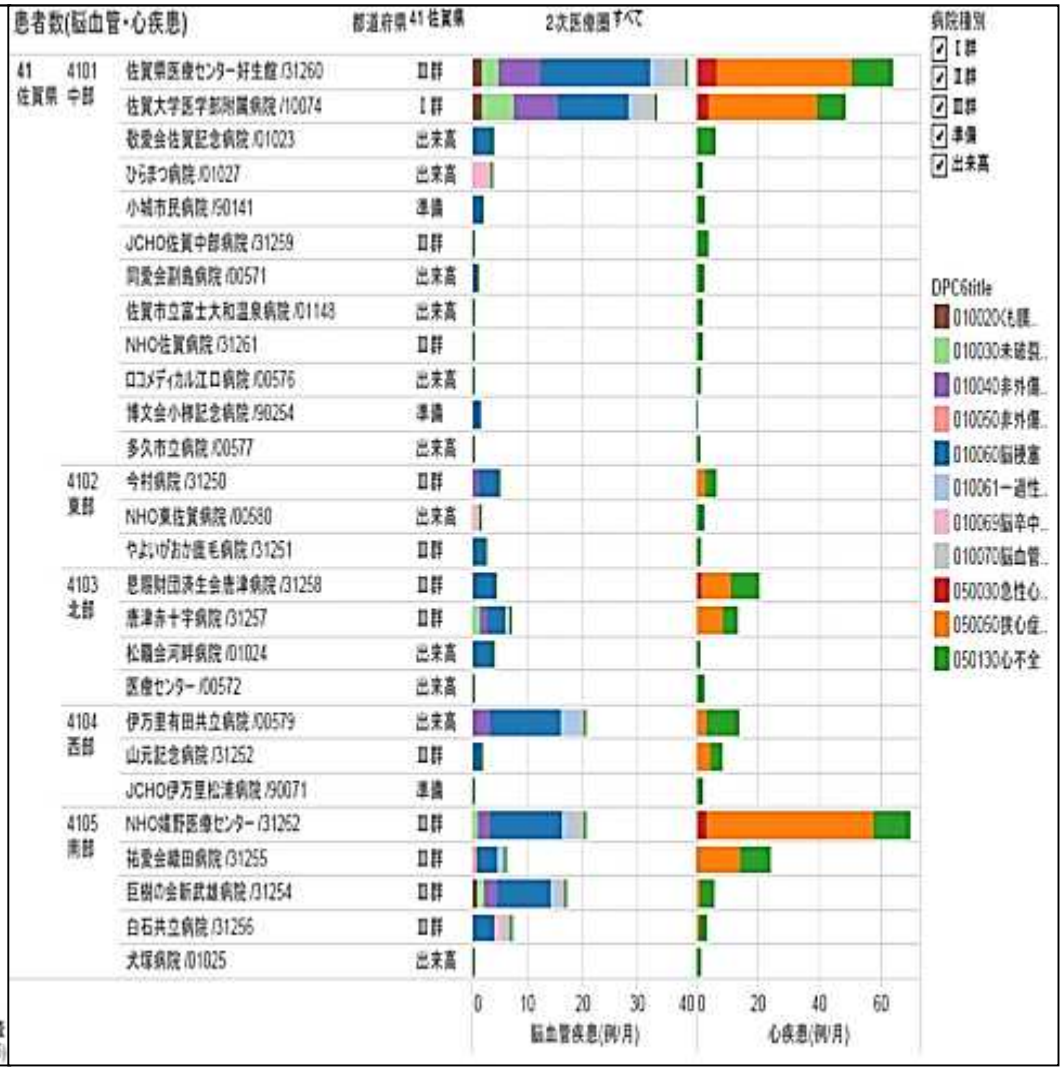
		項目
人員 構造 設備	職員配置	看護師、助産師、薬剤師、臨床工学士
	入院患者・救急医療の状況	新規入院患者数、救急の予定外入院数、退棟患者数、救急車受入件数など
	医療機器	CT、MRI、PET/PETCTなど
	院内保有設備	ICU、HCU、SCU、NICU、GCUなど
医療 内容	総合入院体制加算	全身麻酔手術件数、悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、分娩件数など
	手術の実施状況件数	総手術件数、胸腔鏡下手術、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術
	がん、脳卒中、心筋梗塞等	がん患者指導管理料、超急性期脳卒中加算など
	重症患者・救急患者	ハイリスク分娩管理加算、経皮的心肺補助法、夜間休日救急搬送医学管理料、救急医療管理加算、中心静脈注射など
	早期からのリハビリ	心大血管疾患リハ、脳血管疾患等リハ、運動器リハなど
	入院料	特定機能病院入院基本料、救命救急入院料など

二次医療圏	医療機関施設名	合計P	職員配置	入院患者・救急医療	医療機器	院内保有設備	総合入院体制加算関連	手術の実施状況	がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	救急医療の実施、重症患者への対応	早期からのリハビリテーションの実施状況	入院料の算定状況	【参考】H27合計P
中部	佐賀県医療センター好生館	58.40	6.26	8.41	1.66	1.17	7.55	4.76	5.19	13.67	5.61	4.12	59.21
中部	佐賀大学医学部附属病院	55.66	6.75	6.97	1.99	1.33	7.09	4.49	3.64	11.96	5.58	5.84	54.37
中部	独立行政法人国立病院機構佐賀病院	42.01	5.67	7.04	1.66	1.33	5.75	1.14	2.03	8.81	4.48	4.09	39.60
中部	独立行政法人地域医療機能推進機構 佐賀中部病院	33.80	4.28	6.69	1.17	0.00	4.14	1.16	3.16	6.07	5.85	1.29	35.52

【調整会議資料】平成27年DPC調査・がん、脳血管、心疾患患者数

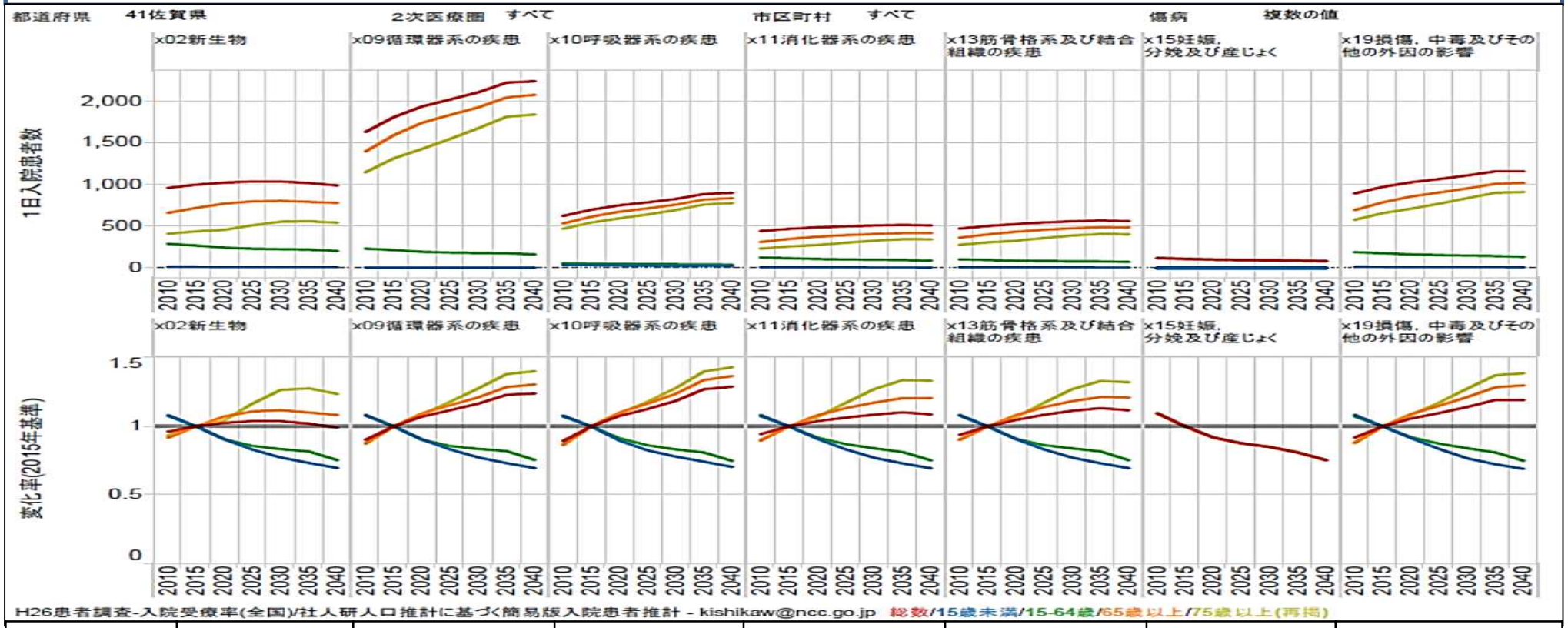
○　3大疾患については、各医療圏において基幹病院をはじめ、診療体制が一定程度整っていることがうかがえる。





【調整会議資料】平成26年患者調査を基にした疾患分野別の入院需要推計

○ 新生物は概ね横ばいであるが、循環器系、呼吸器系、損傷その他外因は、2040年まで伸び続ける。
○ 2015年から2035年の伸び率を圏域別にみると、中部・東部の伸び率が高く、北部・西部・南部の伸び率が低い。



2015→2035	新生物	循環器	呼吸器	消化器	筋骨格	妊娠	損傷
県	1.02	1.23	1.27	1.10	1.13	0.81	1.19
中部	1.06	1.27	1.31	1.13	1.17	0.78	1.23
東部	1.31	1.42	1.47	1.24	1.27	0.89	1.36
北部	0.96	1.15	1.19	1.04	1.07	0.82	1.12
西部	0.97	1.17	1.21	1.06	1.08	0.83	1.14
南部	0.96	1.12	1.16	1.02	1.05	0.76	1.10

【参考】佐賀県地域医療構想調整会議におけるデータ活用・情報共有に関する発言

○日野医務課医療支援担当係長
　調整会議、あるいは分科会に出席していない病院だとか有床診療所の方にも等しく情報提供しないと、それはイコールフィッティングにならないので、それは私どものほうから全部の病院と有床診療所にデータを送付するということです。ただ、私どものほうから、ここから間違えるとまた誤解のもとになるので申し上げるんですけれども、じゃ、私どものほうから、どこそこ医院さんは、これは急性期じゃなくて回復期ですよねということを言うつもりは全くありませんので。あくまでも医療機関の皆さん方が、自分たちの立ち位置を10年後に向けて判断するための一つの素材という形で提供させていただきたいというふうに思っています（平成28年8月2日）。

○古賀構成員（武雄杵島地区医師会長、佐賀県病院協会会長）
　よく調べていただいておりまして、本当に地域ごとのですね、検討するときに非常に役立つかと思いますけれども、もう1つ突っ込んで、この病床、病棟別の医療機関じゃなくて、やはり地域ごとでの病床別の機能をはっきりさせるような、このデータでもある程度はうかがえるところですけれども、そういう調査も今後、お願いしたいと思います。どうもありがとうございます（平成28年8月2日）。

○山元構成員（佐賀県病院協会理事）
　それで、私たちも病院としましても本当に必死になって、自分らの立ち位置を考える必要があるというふうに思いますので、これからも共有化できるようないろんなデータを各医療圏でぜひ進められるように、討論の土俵に出してきてもらってから、それでみんなが共有化できるようにしていければいいかなと思います・・・（中略）・・・やはりお互いが行政との連携をし合いながらやっていく必要があると思いますので、よろしくお願いいたします（平成29年6月8日）。

○池田議長（佐賀県医師会長）
　私から調整会議の議長として各医療圏の分科会の座長の皆様にお願いでございますが、既に機能転換に向けた具体的な動きを始めている医療機関もございますので、医療圏ごとに必要な協議を進めていただくようお願いいたします。特に、人口減少のスピードが早く圏域規模が小さい西部と自己完結率が高い北部は、圏域全体として見れば他の圏域と比べて早目の判断が求められますので、よろしくお願いいたします。
　また、郡市医師会、病院協会、有床診療所協議会の各会長におかれましては、会員への情報提供や研修会の開催など、それぞれの団体運営の中で情報を共有し、各医療機関が自主的に判断できる環境を整えていただきますようお願いいたします。昨年度は病院協会が中心となって圏域ごとの懇談会を開催していただきましたが、今年度も医療機関の関係者が率直に意見交換できる機会を各地域で設けていただきたいと存じます（平成29年6月8日）

1　佐賀県地域医療構想の概要

2　佐賀県地域医療構想フェイズ1の取組

3　佐賀県地域医療構想調整会議の進め方

平成28年度佐賀県地域医療構想調整会議の協議結果

県全体	協議概要
第1回 H28.8	○H27病床機能報告結果　※県独自に代表的指標を整理した「病床機能報告整理」を提示 ○新公立病院改革プラン、療養病床の見直し等について報告
第2回 H28.12	○「佐賀県地域医療構想調整会議の協議の取扱要領」を協議、決定 ・特定機能病院、地域医療支援病院が機能変更する際、病院統合は、会議で事前協議を義務付け ・その他、県、会議構成員、医療機関は、必要に応じて協議を申し出ることを明文化 ○療養病床の見直し、第7次医療計画の策定等について報告

圏域（構想区域分科会）			協議概要
第1回 H28.8 ～9	共通		○第1回親会議の結果報告
	個別	北部	○唐津市民病院きたはたの現状、今後の方針
		西部	○伊万里有田共立病院の現状、今後の方針 →　ケアミックス化について意見交換、ケアミックス化の検討について再考を求める意見が出された。 →　現時点で、ケアミックス化していない（地域医療支援病院として急性期機能を維持）。 ○JCHO伊万里松浦病院の移転関係 →　JCHO本部マターとして、十分な説明はなかった
		南部	○町立太良病院の現状、今後の方針
第2回 H29.1 ～2	共通		○第2回親会議の結果報告 ○各市町、介護保険者から在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況報告
	個別	東部	○やよいがおか鹿毛病院・きやま鹿毛病院の統合
		南部	○新武雄病院・大町病院の統合 →　地域完結、他の医療機関との連携で、懸念や説明不足の意見も出されたが、新武雄病院から地域との連携を重視するとの発言等もあった。

佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領

○ 平成28年12月に調整会議において取扱要領を決定（関係者の合意重視）。
○ 「協議を要する事項」と「協議を行うことができる事項」を明確化。

平成 ２８ 年 １２ 月 １５ 日
佐賀県地域医療構想調整会議決定

佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領

医療法第３０条の１４に基づく協議について、佐賀県地域医療構想調整会議運営要綱第６条の規定に基づき、以下のとおり定める。

第１　地域医療構想調整会議において協議を要する事項

（１）地域医療支援病院及び特定機能病院の医療機能の大幅な変更等

地域医療支援病院及び特定機能病院は、地域における中核医療機関としての役割が期待されていることから、医療機能の大幅な変更等を予定している場合には、地域医療支援病院等の開設者又は管理者（以下「開設者等」という。）は、変更前に地域医療構想調整会議において、変更の趣旨、変更後の医療機能等を説明することとする。

医療機能の大幅な変更等とは、回復期機能・慢性期機能を有しない地域医療支援病院等が新たに回復期機能・慢性期機能を有することや、従来有していた回復期機能・慢性期機能の病床を増床するなど、地域の医療機関との機能分化・連携に影響を及ぼすおそれがあるものを指す。

（２）医療機関の統合

医療機関の統合は、地域における医療提供体制に影響を及ぼすおそれがあることから、統合を予定している医療機関の開設者等は、統合前に地域医療構想調整会議において、統合の趣旨、統合後の医療機能等を説明することとする。

統合とは、複数の医療機関の廃止届と新たな医療機関の開設許可申請が、実態として、一連の行為として行われるものをいう。

第２　地域医療構想調整会議において協議を行うことができる事項

（１）医療機関の求めによる協議

医療機関は、自らの医療機能の大幅な変更等に伴い地域の他の医療機関の理解を求めることが必要と判断する場合には、医療機関の開設者等は、変更前に地域医療構想調整会議において、変更の趣旨、変更後の医療機能等を説明することができる。

（２）県の求めによる協議

県は、地域医療構想の達成を推進するために必要があると認めるときは、医療機関に対して、地域医療構想調整会議に出席し、説明するよう求めることができる。

（３）地域医療構想調整会議構成員の求めによる協議

地域医療構想調整会議構成員は、地域医療構想の達成を推進するために必要があると認めるときは、関係する医療機関が地域医療構想調整会議において説明・協議を行うよう、県に求めることができる。

第３　その他

（１）具体的な協議の場

本要領に基づく具体的な協議の場は、各構想区域に設置する地域医療構想調整会議分科会とする。

（２）関係者の責務

地域医療構想調整会議構成員、医療機関の開設者等は、医療法第３０条の１４の規定及び佐賀県地域医療構想の趣旨に沿って、誠実に対応するものとする。

平成29年度佐賀県地域医療構想調整会議の進め方（H29.6.8調整会議決定）

○　平成28年12月決定の「調整会議取扱要領」に基づき、特定機能病院・地域医療支援病院が転換する際の事前協議、医療機関の統合の事前協議、転換予定医療機関からの事前説明などの他、圏域ごとの課題と今後の方針を協議。
○　平成29年度は、加えて、第7次医療計画策定の年度にあたることから、医療計画に盛り込む5疾病・5事業・在宅医療ごと（分野ごと）の医療連携体制の構築についても、協議を行い、医療計画に反映。

4月　5月　6月　7月　8月　9月　10月　11月　12月　1月　2月　3月

親会議

1回（6/8）
・病床機能報告結果
・DPC調査、患者推計等
・29年度の進め方等

2回目
・地域医療構想フェイズ2（30～32年度）の方針協議

構想区域分科会

1回目
・病床機能報告結果
・転換予定医療機関からの説明、協議
・新公立病院改革P策定済み病院からの説明
・分野ごとの医療連携体制協議①

2回目
・転換予定医療機関からの説明、協議
・地域医療構想フェイズ2（30～32年度）の方針協議
・分野ごとの医療連携体制協議②

3回目
・転換予定医療機関からの説明、協議
・その他

医療審地域医療部会（参考）

1回（7/13）
・6次医療計画の評価、検証
・分野ごとの医療連携体制調査結果
・7次医療計画の構成案協議

2回目
・7次医療計画骨子案協議

3回目
・7次医療計画素案協議

4回目
・7次医療計画原案協議

地域医療構想フェイズ2(30～32年度)の施策の方向性(H29.6.8調整会議決定)

○　佐賀県地域医療構想では、県独自に構想期間をフェイズ1(28～29年度)、フェイズ2(30～32年度)、フェイズ3(33年度～)に分け、それぞれのステップを踏んだ取組を意図。

○　フェイズ1においては、「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」を最重要項目とし、県医師会、病院協会、有床診療所協議会の協力を得ながら、個々の医療機関が自院の立ち位置を判断できるような情報提供、研修会、懇談会を実施。

○　この結果、機能転換を図るなど、自院の立ち位置を踏まえた動きもでてきた。

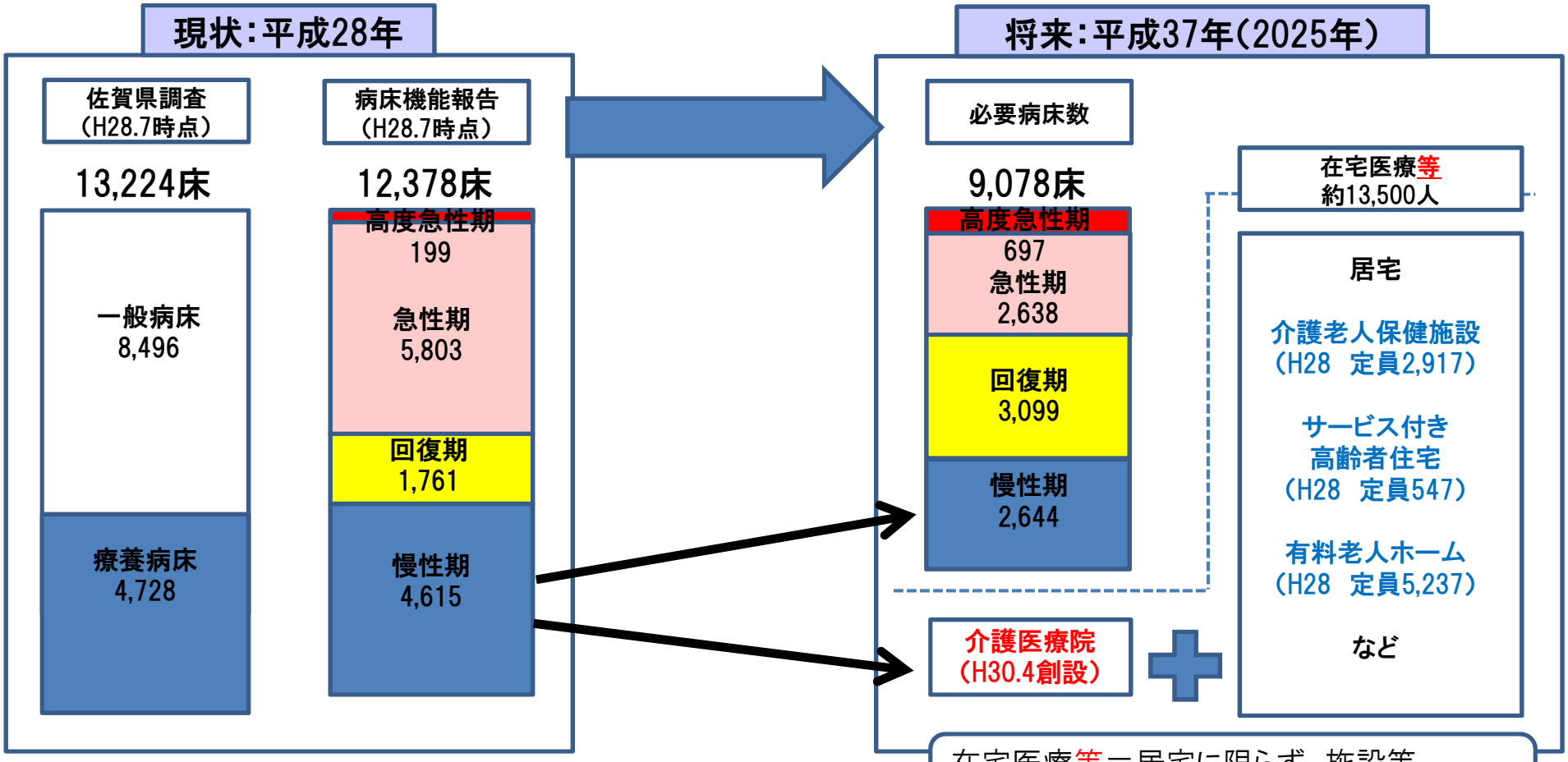
○　今後、市町立病院の公立病院改革プランに基づく取組、診療報酬と介護報酬の同時改訂を受けた転換、療養病床の介護医療院への移行などもあり、自院の立ち位置を踏まえた取組は増加することが予想。

○　一方、人口減少のペース、医療・介護の需要見通しには、地域差があり、各医療圏ごとに重点項目(視点)も異なると考えられることから、<u>県において、病床機能報告や、各種データを活用し、医療計画における分野ごとの医療連携体制の検討と一体的に、圏域ごとの課題や今後の方向性を整理</u>。

○　<u>最終的に、各構想区域分科会における協議を経て、地域医療構想フェイズ2(30～32年度)における施策の方向性を第7次医療計画に明記</u>。

【参考】佐賀県地域医療構想の必要病床数のイメージ（平成28年病床機能報告反映後）

○ 佐賀県地域医療構想で、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、「介護医療院」を含む在宅医療等の基盤整備を、地域医療構想調整会議等で合意形成を図り、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、医療機関の回答に、一部の未報告医療機関の入院基本料から推計した値を加味

在宅医療等＝居宅に限らず、施設等病院・診療所以外で受ける医療

【参考】必要病床数以外の指標の進捗

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28年度	平成30年度
15%	21% 中部　22% 東部　18% 北部　14% 西部　21% 南部　30%	27%

在宅医療連携拠点数		
平成27年度	平成28年度	平成29年度
8	8	8

退院調整ルール運用市町数		
平成27年度	平成28年度	平成30年度
0	2	20

65歳人口千人当たり訪問看護利用者数		
平成25年度	平成27年度	平成30年度
5.7人	7.6人	12.1人

医療機関看取り率		
平成26年度	平成27年度	平成29年度
82.8%	81.7%	26年度より低下

病院･診療所勤務看護職員離職率		
平成26年度	平成27年度	平成30年度
7.5%	7.3%	26年度より低下

県内看護師等養成所県内就業率		
平成26年度	平成27年度	平成30年度
64.8%	65.6%	26年度より上昇

結びに

○地域医療構想は、「天気予報」

- 「天気予報」は、予報をみた方が、行動を決める
- 予報する側は、予報精度を高め、わかりやすく伝える

○地域の特質、これまでの経緯を踏まえる（白地キャンパスに絵を書くわけではない）

- 佐賀大学、好生館、唐津赤十字、NHO嬉野等基幹病院が分散配置、一定の連携が構築
- 医療法人が介護分野に積極的に参入してきた経緯
- 人口減少が進む地域においては、地域資源も限られてくる

○医療、介護の双方を俯瞰

- 増える慢性期需要を医療療養、介護医療院、居住系施設のどこで受け止めるのか

○情報やデータを共有し、地域単位で考察

- 「データを無視せず、されどデータは決定せず」

○調整会議だけでなく、様々な機会を活用し、自己決定をサポート

- 医師会･病院協会･有床診療所協議会主催の会合、病院同士の協議