

佐賀県の二次医療圏に生じる医療供給に関わる問題点と課題

勝田 和典

(北九州市社会福祉協議会)

(2019年12月12日受理)

Problems and Challenges Related to Medical Care Provision in Secondary Medical Areas of Saga Prefecture

Kazunori Katsuta

Kitakyushu City Council of Social Welfare

(Accepted: December 12, 2019)

Abstract

To identify challenges of Saga Prefecture's medical care system, the current demand for and provision of such care in various communities of the prefecture were analyzed based on the information published by the Japan Medical Association Research Institute and <Saga Prefecture Regional Medical Care Vision>.

Among the 5 secondary medical areas of Saga Prefecture, 4 lacked sufficient services, and their patients used secondary medical areas in other communities. In the eastern part of the prefecture, a large number of patients used the adjacent Kurume Medical Area of Fukuoka Prefecture; however, in this area, there is no institution providing advanced medical care. Advanced treatment hospitals and institutions providing wide-area advanced emergency care are only located in the central part of Saga Prefecture. On the other hand, the number of beds for advanced acute care is markedly higher in the southern part of the prefecture, based on the <Saga Prefecture Regional Medical Care Vision>.

Thus, the number of hospital beds is sufficient, regardless of their usage, but the medical care system for treating road traffic injuries, stroke, heart diseases, and other conditions that may occur is insufficient in many areas of Saga Prefecture.

キーワード：佐賀県二次医療圏、地域医療構想、地域連携システム

Key words : Secondary Medical Areas, Regional Medical Care Vision, System of cooperation in community

I 緒 言

わが国の医療供給体制は医療法に基づき基準病床数を管理してきた。しかし、本格的な高齢社会を目前に、医療や介護サービスの提供体制を整える仕組みとして、2014（平成26）年に成立した地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律により地域医療構想が制度化された。

地域医療構想¹⁾は、都道府県が主体となり当該地域の実情を加味して、2025年に必要とされる病床数を高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能の4つの医療機能ごとに推計したうえで、病床機能の分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現しようとするものである。これは病床の地域偏在を是正することを目的として、病床過剰地域の公的医療機関等の開設や増床を認めず病床規制を行ってきたこれまでの医療計画とは異なる仕組みである。また、この地域医療構想の策定においては、現状の分析や計画の立案を行うための協議の場といわれる構想区域が設定されている。多くの都道府県では各区域の面積、人口規模、交通アクセス等を考慮して構成した二次医療圏を構想区域として設定している²⁾³⁾。

しかし、効果的な医療の提供体制の実現には統計データの正確な読み取りとともに、地域の医療資源の実際を加味する必要がある。なかでも、高齢化や人口減少が進む地方においては単一で医療需要に応えることは難しく、隣接する都道府県に頼らざるを得ない状況にある。

そこで本研究は、人口約83.3万人、高齢化率約28%（2015年現在）、5つの二次医療圏をもつ佐賀県の医療需要と供給に関する問題点や課題を明らかにすることを目的とした。

研究方法は、医療計画の見直しの必要性を示した全国の二次医療圏の現状及び、佐賀県の医療需要と医療供給体制の現状、生活習慣に起因する脳卒中・心疾患対策の実際、地域医療連携の仕組みや普及・啓発のための取り組みをレビューした。そして現状や問題点、課題を把握し、問題点や課題が発生する要因について、厚生労働省、都道府県、日本医師会総合政策研究機構が公表している文献、通達文書や情報を二次利用して分析した。

更に、実名の医療機関名は用いずに、病院種別や病床機能に用いられる用語で表し、医療機関が特定されないように配慮した。

II 佐賀県の二次医療圏の現状

1. 人口の推移

2015(平成27)年の佐賀県の人口推計は表1のとおり、約83.3万人、高齢化率は約28%である。2010（平成22）

年は人口が約85万人、高齢化率が24.5%であったが、この5年余りで約1.7万人の人口減少と、3%以上の高齢化率の上昇が見られている。また区域毎の人口は、中部区域が約34.9万人、東部区域が約12.5万人、北部区域が約12.9万人、西部区域が約7.5万人、南部区域が約15.5万人である⁴⁾。

2. 二次医療圏と地域医療構想における構想区域の設定

佐賀県の二次医療圏⁵⁾は表1のとおり、すべて地方都市型で東部、西部、南部、北部及び中部の5つの区域で構成される。

表1 佐賀県の二次医療圏の現状

二次医療圏	人口数(万人)	高齢化率(%)	地域タイプ
佐賀県	83.3	28	—
中部区域	34.9	26	地方都市型
東部区域	12.5	25	地方都市型
北部区域	12.9	29	地方都市型
西部区域	7.5	29	地方都市型
南部区域	15.5	30	地方都市型

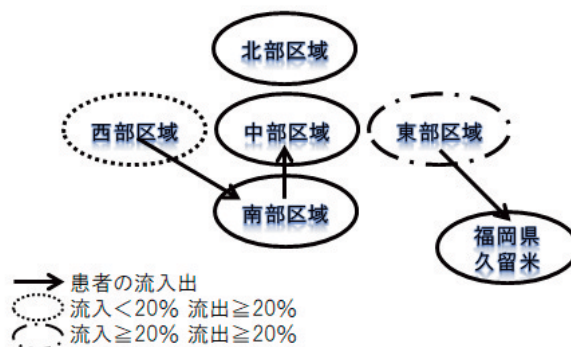
出典：日本医師会総合政策研究機構（2017）. 地域の医療提供体制の現状・都道府県別・二次医療圏別データ集2017年度版

二次医療圏は老人保健福祉圏域と同じに区分される。中部区域とは佐賀市、多久市、小城市、神崎市、吉野ヶ里町、東部区域とは鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町、北部区域とは唐津市、玄海町、西部区域とは伊万里町、有田町、南部区域とは武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町である。

また、この二次医療圏を地域医療構想における協議の場としての構想区域として設定している⁶⁾。

3. 医療需要と医療提供体制の動向

患者の流入出について図1に示した。患者の流入出は2012（平成24）年では、人口10万人以下で入院患者の圏域外への流出割合（以下、流出率という）が20%以上、



出典①：厚生労働省（2012）. 医療計画の見直しに関する都道府県説明会資料（1）

出典②：佐賀県（2016）. 佐賀県地域医療構想

図1 佐賀県の入院患者の流入出の状況

圏域内への流入割合（以下、流入率という）が20%未満の状態にある区域が西部にある⁷⁾。西部区域は南部区域への流出及び長崎県からの流入が一定量あるとされ、これらの動向は今後も大きくは変わらないとの見方が示されている⁸⁾。

中部、北部、南部区域は区域内完結型の医療を呈する。東部区域は福岡県の久留米医療圏への急性期患者の流出率は17.1%、慢性期患者の流入率は22.2%、また、福岡県からの慢性期患者の流入量も多い⁹⁾。

また、脳卒中、虚血性心疾患の医療需要は、今後10年間は増加の傾向にあることを見込んでいる。また、現在の急性期医療の供給体制について、くも膜下出血患者で96%、脳梗塞患者で99%、急性心筋梗塞、狭心症で99%の人口が、1時間以内に医療機関への救急搬送が可能とされ、今後10年間は増加の傾向にあるとも見込んでいる。現在、これらの疾患の主な受け入れ先と考えられる高度急性期の病床数は、県全体516床、中部区域280床、東部区域19床、北部区域76床、西部区域23床、南部区域118床である¹⁰⁾。

4. 医療機能別にみた医療需要の現状

2015（平成27）年の病床機能報告を基に医療機能別にみた区域毎の病床数は表2のとおり、県内全体で高度急性期558床、急性期5,415床、回復期1,555床、慢性期4,310床である。区域毎では中部の高度急性期103床、急性期2,663床、回復期763床、慢性期1,361床、東部の高度急性期0床、急性期441床、回復期173床、慢性期744床、北部の高度急性期15床、急性期726床、回復期223床、慢性期708床、西部の高度急性期0床、急性期498床、回復期158床、慢性期451床、南部の高度急性期440床、急性期1,087床、回復期238床、慢性期1,046床である¹¹⁾。

表2 佐賀県の医療機能別にみた病床数

	佐賀県	中部	東部	北部	西部	南部
高度急性期	558	103	0	15	0	440
急性期	5,415	2,663	441	726	498	1,087
回復期	1,555	763	173	223	158	238
慢性期	4,310	1,361	744	708	451	1,046

出典：佐賀県（2016）. 平成27年度病床機能報告

また、医療機能別の人口10万人対病床数は表3のとおり、佐賀県全体で一般病床数（以下、一般という）767床（偏差値：53）、療養病床（以下、療養という）529床（偏差値：63）、回復期リハビリテーション病床（以下、回復リハという）56床（偏差値：50）、地域包括ケア病床（以下、地域包括という）54床（偏差値：49）、区域別では、中部区域は一般884床（偏差値：58・県内シェア：48%）、療養374床（偏差値：56・県内シェア：30%）、回復リハ43床（偏差値：47・県内シェア：32%）、

地域包括46床（偏差値：48・県内シェア：36%）、東部区域は一般566床（偏差値：44・県内シェア：11%）、療養705床（偏差値：71・県内シェア：20%）、回復リハ64床（偏差値：51・17%）、地域包括107床（偏差値：59・県内シェア：30%）、北部区域は一般667床（偏差値：48・県内シェア：13%）、療養514床（偏差値：62・県内シェア：15%）、回復リハ52床（偏差値：49・県内シェア：14%）、地域包括18床（偏差値：43・県内シェア：5%）、西部区域は一般642床（偏差値：47・県内シェア：8%）、療養703床（偏差値：73・県内シェア：12%）、回復リハ96床（偏差値：58・県内シェア：15%）、地域包括80床（偏差値：54・県内シェア：13%）、南部区域は一般808床（偏差値：55・県内シェア：20%）、療養661床（偏差値：69・県内シェア：23%）、回復リハ63床（偏差値：51・県内シェア：21%）、地域包括48床（偏差値：48・県内シェア：16%）である¹²⁾。

今後の入院患者の推移を踏まえて2025（平成37）年には、急性期病床は約3,000床が過剰になり、慢性期病床は約2,000床が不足することが予測されている¹³⁾。

表3 佐賀県の医療機能別の人口10万人対病床数

	佐賀県	中部	東部	北部	西部	南部
一般（床）	767	884	566	667	642	808
偏差値	53	58	44	48	47	55
シェア（%）	—	48	11	13	8	20
療養（床）	529	374	705	514	703	661
偏差値	63	56	71	62	73	69
シェア（%）	—	30	20	15	12	23
回復リハ（床）	56	43	64	52	96	63
偏差値	50	47	51	49	58	51
シェア（%）	—	32	17	14	15	21
地域包括（床）	54	46	107	18	80	48
偏差値	49	48	59	43	54	48
シェア（%）	—	36	15	5	13	16

出典：日本医師会総合政策研究機構（2017）. 地域の医療提供体制の現状・都道府県別・二次医療圏別データ集2017年度版

Ⅲ 佐賀県の地域医療連携への取り組み

2025（平成37）年を見据えて、佐賀県診療情報地域連携システム（以下、ピカピカリンクという）のシステム構築とその普及、地域連携クリティカルパスの導入やICTの活用等を用いて対策を講じること¹⁴⁾を目指している。

ピカピカリンクとは、複数の医療機関での患者情報の相互利用、共有を目指すシステムで2010（平成22）年から取り組まれている。同システムは患者情報を開示できる施設、患者情報の閲覧が可能な施設が登録されてお

り、開示施設13施設、閲覧施設336施設である（2018（平成30）年9月末時点）。そして、同システムは佐賀県内のみの連携に限らず、福岡県久留米医療圏のくろめ診療情報ネットワーク協議会「アザレアネット」の他、福岡県の八女・筑後圏域の八女筑後医療情報ネットワーク協議会「八女筑後医療情報ネットワーク」とも相互接続の実現が目指されている。アザレアネットへの参加施設で、ピカピカリンク内の患者情報の閲覧可能の施設には、久留米圏域内の病院8施設、診療所14施設が確認された¹⁵⁾。

Ⅳ 佐賀県の医療需要と供給の現状と地域医療連携の実際の検証

佐賀県は、県内の中部、北部、南部の区域においての患者の流出入の割合が流入率20%未満、流出率20%未満に留めることができている。県内完結型で医療需要に応える形で提供体制が整えられている。これにより脳卒中や虚血性心疾患などの急性期にある患者のアクセス条件が整えられていると考えられる。一方で西部区域は、急性期機能を担うと予測される一般病床数が県全体の偏差値：53に対して、偏差値：47の割合にあり、これは患者流入率が20%未満、かつ流出率が20%以上の状態になる要因の一つではないかと考えられた。また東部区域は、一般病床数が偏差値：44、療養病床数が偏差値：71の割合にあり、これが慢性期患者の流入率も、急性期患者の流出率も20%以上の状態になる要因と考えられた。このため患者が県境を越えて、福岡県の筑紫野医療圏からの慢性期患者の流入と同じく福岡県の久留米医療圏への急性期患者の流出が見られるという特色になると考えられた。

次に、佐賀県が早急に構築を目指している患者情報共有システムは、佐賀県内の主要な医療機関が情報を発信し、いずれの医療機関においても相互利用が可能になるように工夫をされ、取り組まれていた。また、同システムは県境を越えても閲覧可能な仕組みが採り入れられていた。遠藤¹⁶⁾や小松ら¹⁷⁾の多くが患者を中心とした連携の必要や即時性を述べている。同システムには久留米医療圏にある病院や診療所の登録もあることから、県境を越えることから生じる不利益を出来る限り避けられるように、未然に情報を共有しておき、速やかな連携がなされることで東部区域の医療需要を充足させる目的があると推察された。

一方で、県内5つの二次医療圏には、自区域内での医療需要の対応が難しい区域や、急性期機能の過剰供給の状態区域、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床が整備中の区域なども存在している。また、県境を越えても医療連携ができるためのシステムの構築に早

急に取り組まれていることも伺うことができた。これによって患者やその家族、関係職者の物理的にも、心理的にも距離が遠のいていく恐れを未然に防ぐことができる効果が期待されると思われる。そのためにも連携先である医療機関の病床機能にも留意しながら協力連携病院や診療所の登録を進めていくことも必要かと考えられた。

Ⅴ 結 語

佐賀県の医療需要への対応は、県内完結型の体制と県境を越えての都道府県間連携型の体制を組み合わせ構築されてきた特徴をもっていること、広い平野部と一部に山間部をもつという地理的条件を踏まえて、患者が医療機関にアクセスしやすいように搬送手段が整えられている。島崎は人口、地勢等の特性によって多様な形態をとらざるをえない¹⁸⁾としており、佐賀県における特筆すべき対応と言える。

本研究で用いた各情報は地域医療構想による整備が始まる以前のものや、地域医療構想策定直後のものを活用したため、需要と供給の均衡が、その後どのように進められて、変化してきたか精査するに至っていないため、今後の課題としたい。

引用文献

- 1) 二木立（2015）：地域包括ケアと地域医療連携，第1版、勁草書房．p41
- 2) 松田晋哉（2015）：地域医療構想をどう策定するか，第1版，医学書院．p21
- 3) 田中滋，池上直己，遠藤久夫，今中雄一，田城孝雄，真野俊樹，河口洋行，松原由美（2006）：保健・医療提供制度，第1版，勁草書房．p23
- 4) 日本医師会総合政策研究機構（2017）．地域の医療提供体制の現状・都道府県別・二次医療圏別データ集2017年度版．
http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_636.html 2019年10月28日閲覧
- 5) 厚生労働省（2012）．医療計画の見直しに関する都道府県説明会資料（1）．
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/shiryuu_a-2.pdf 2019年10月28日閲覧
- 6) 佐賀県（2016）．佐賀県地域医療構想．
- 7) 同掲5)
- 8) 同掲6)
- 9) 同掲6)
- 10) 同掲6)
- 11) 佐賀県（2016）．平成27年度病床機能報告．

<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji/0034313/index.html>

2020年1月11日閲覧

- 12) 同掲4)
- 13) 同掲6)
- 14) ピカピカリンク (2018). ピカピカリンクとは. <http://pica2.link/> 2018年10月23日閲覧
- 15) 前掲14)
- 16) 遠藤英俊, 諏訪免典子 (2007) : 地域連携クリティカルパスの進め方, 第1版, ぱる出版. p146
- 17) 小松秀樹, 猪飼周平, 和田勝, 小松俊平, 宮本太郎, 高橋泰, 鶴尾雅隆, 亀田信介, 藤田浩二, 小野沢滋, 熊田梨恵, 蔵本浩一, 平原佐斗司, 西村周三, 大井玄, 柴田範子, 澤滋, 渡邊姿保子, 近藤克則, 香田道丸, 児玉照光, 大瀬律子 (2015) : 地域包括ケアの課題と未来 ~看取り方と看取られ方, 第1版, ロハス・メディカル. p52
- 18) 島崎謙治 (2011) : 日本の医療 制度と政策, 第1版, 東京大学出版会.