

## 第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制

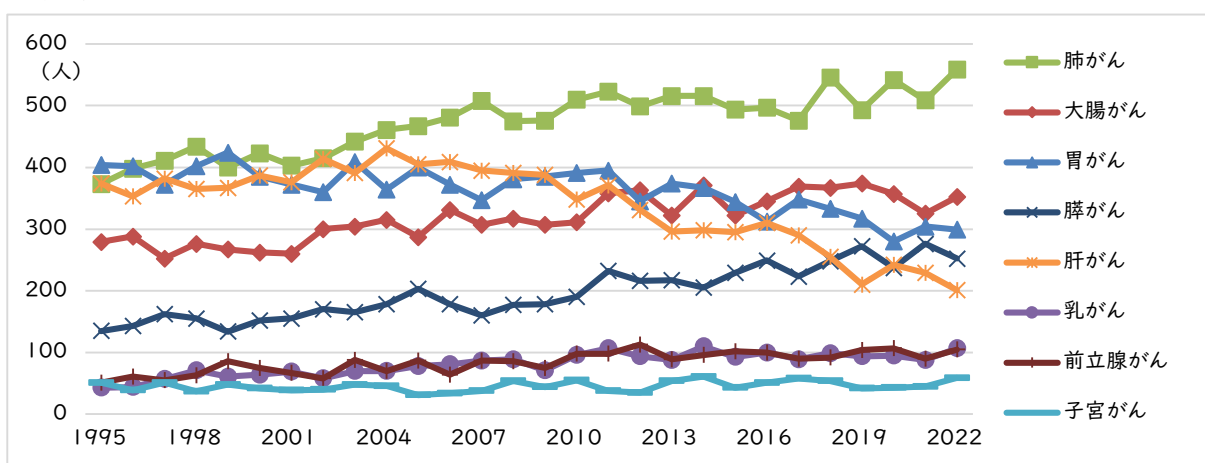
### 第1節 がん

#### I 現状と課題

##### 1. 現状

本県におけるがん（悪性新生物）による死亡者数は、2022年に2,764人。死亡数全体の約24.7%を占め、死因の第1位となっています。部位別に見ると、肺がん559人、大腸がん352人、胃がん299人となっています。

佐賀県のがん部位別死亡数の推移

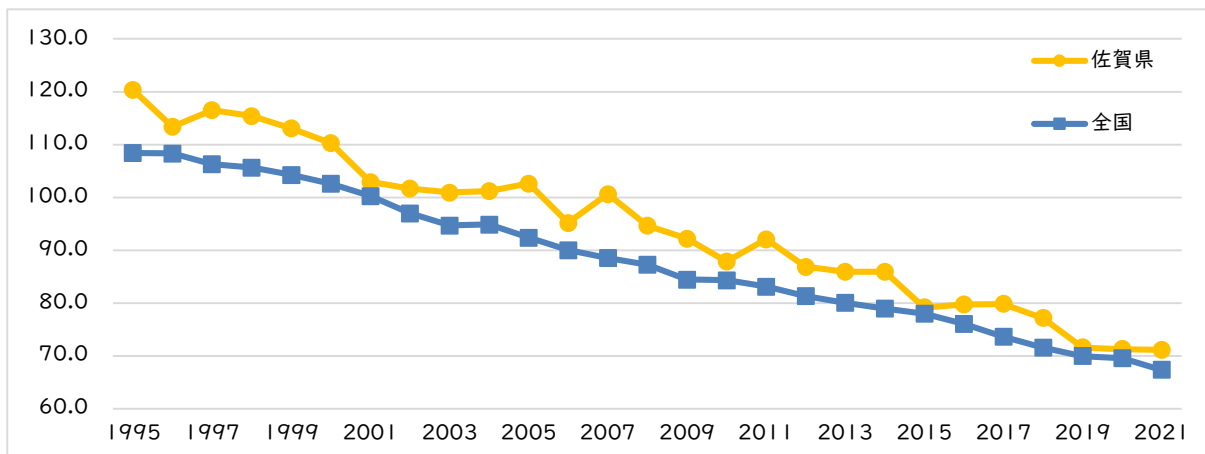


(出典:人口動態統計)

がんの75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対)で見ると、2021年に71.1となっており、2017年の79.8と比べると低下しています。全国(2017年で76.1、2021年で67.4)と比較すると、本県は全国平均に近づいてはいるものの、全国と比べて高い(2021年で全国10番目の高さ)水準で推移しています。

全国及び佐賀県のがん75歳未満年齢調整死亡率の推移

(単位:人口10万対)

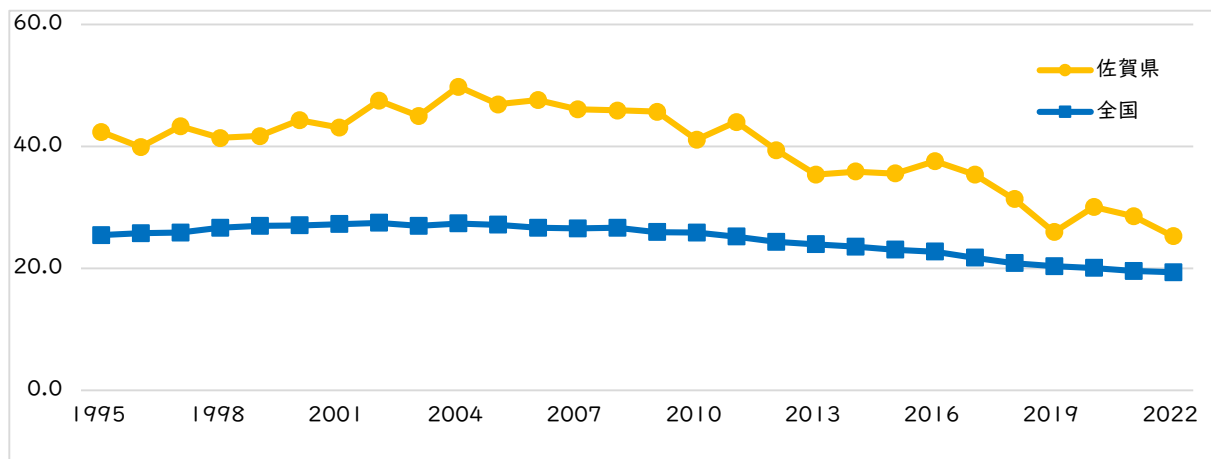


(出典:国立がん研究センターがん情報サービス)

本県では、特に、肝がん死亡率が高く、部位別の75歳未満年齢調整死亡率(2021年)は、減少傾向にあるが、全国でも9番目と高い水準が続いており、粗死亡率(2022年)においても、全国で7番目に高い水準が続いております。

全国及び佐賀県の肝がん粗死亡率の推移

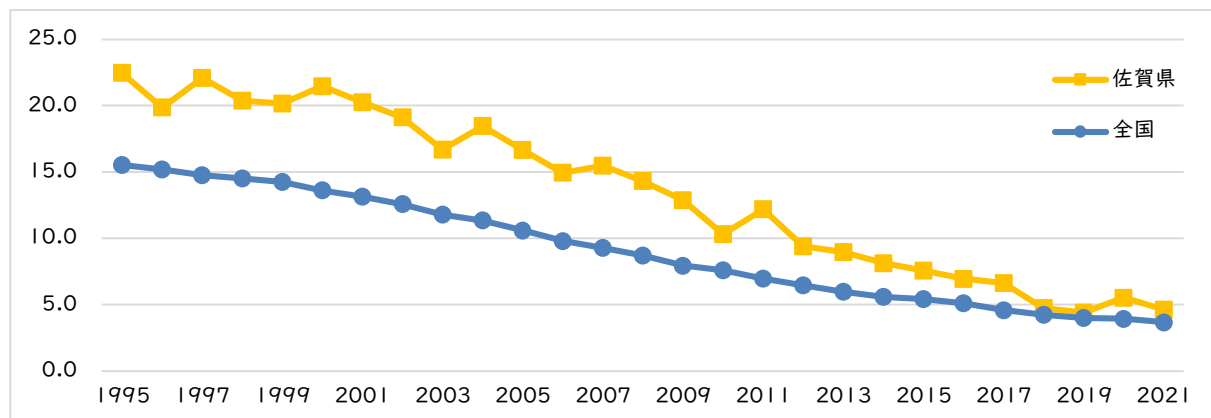
(単位:人口10万対)



(出典:人口動態統計)

全国及び佐賀県の肝がん75歳未満年齢調整死亡率の推移

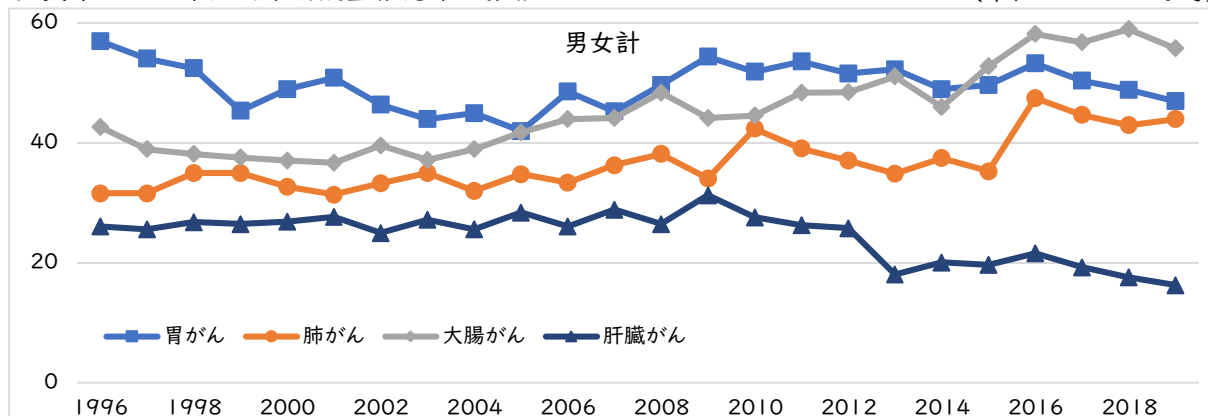
(単位:人口10万対)



(出典:国立がん研究センターがん情報サービス)

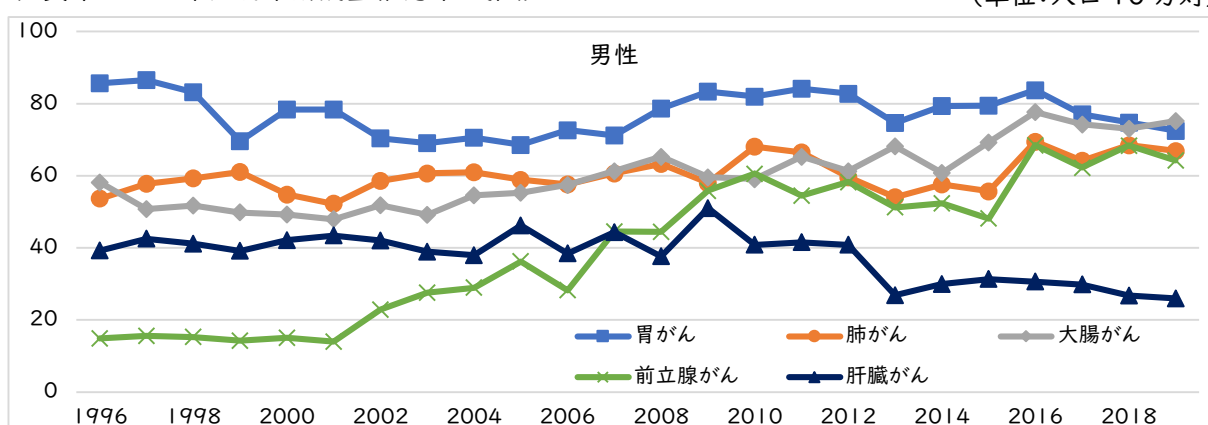
本県におけるがんの年齢調整罹患率(人口10万対)は、2019年の状況を見ると、部位別では大腸がん(55.8)が最も高く、ついで胃がん(47.0)、肺がん(44.0)、肝がん(16.3)の順となっています。

佐賀県のがん部位別年齢調整罹患率の推移 (単位:人口10万対)



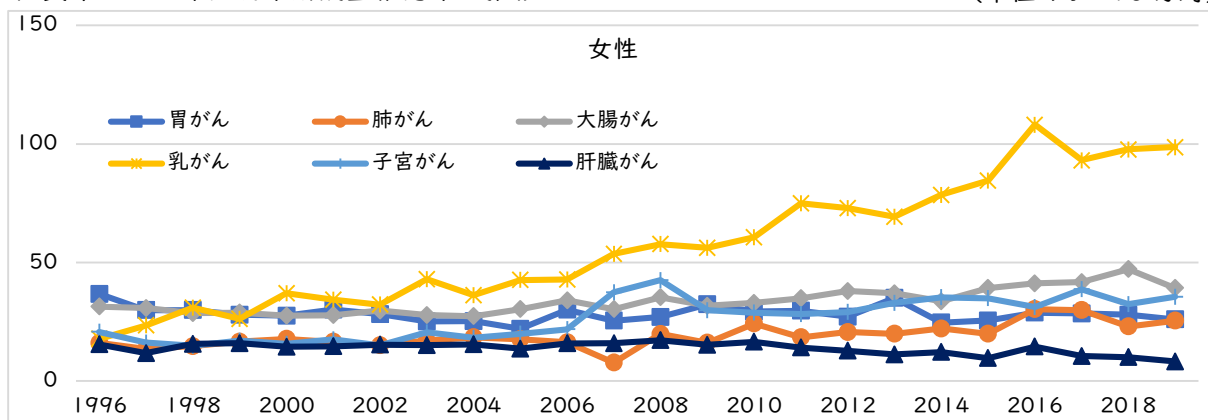
(出典:全国がん登録、地域がん登録)

佐賀県のがん部位別年齢調整罹患率の推移 (単位:人口10万対)



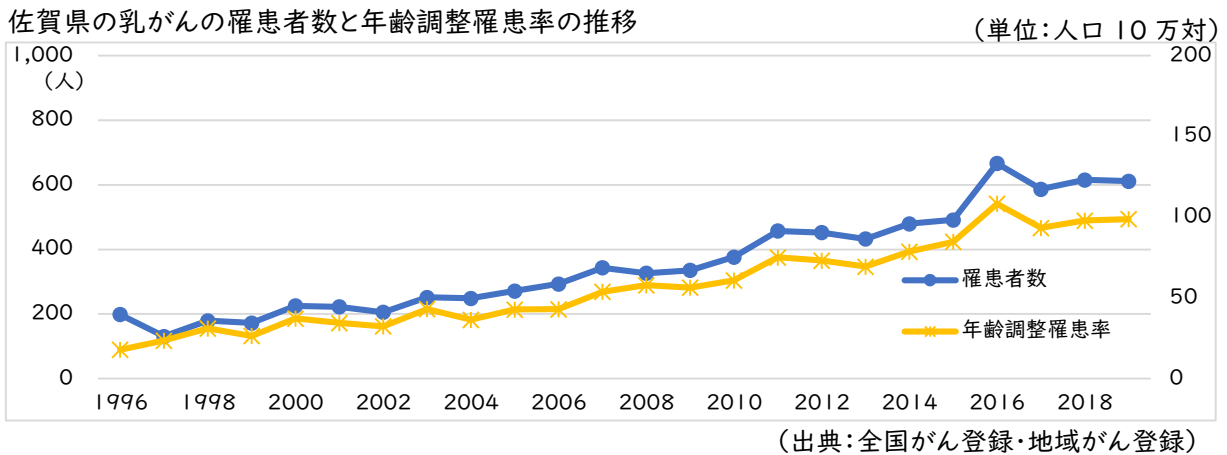
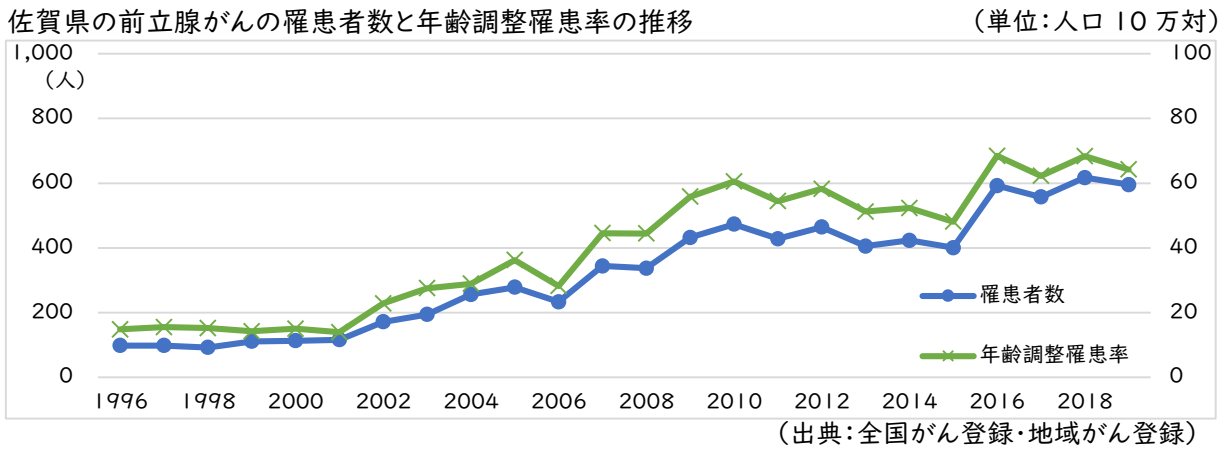
(出典:全国がん登録、地域がん登録)

佐賀県のがん部位別年齢調整罹患率の推移 (単位:人口10万対)



(出典:全国がん登録、地域がん登録)

男女別の状況では、男性は前立腺がん(64.3)、女性は乳がん(98.7)の増加が顕著となっています。



予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙(受動喫煙を含む。)、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など、様々なものがあります。

中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子となっていることが知られています。本県における成人の喫煙率は、2020年度で16.0%(男性26.1%、女性7.7%)となっています。

また、本県は長年にわたり、肝がんによる死亡率が全国的にみて高位にあることから、ウイルス性肝炎対策をがん予防の一環に位置づけ、重点的に取り組んでいます。

そのほか、がんの原因となるウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス(HPV)、胃がんと関連のあるヘリコバクター・ピロリ、ATL(成人T細胞白血病)と関連するヒトT細胞白血病ウイルスI型(HTLV-I)などがあります。

これらの対策として、子宮頸がんの罹患率の高い年齢層(30~44歳)を対象としたHPV併用検査、県内の中学校及び特別支援学校に在籍する3年生を対象としたヘリコバクター・ピロリの検査や除菌、妊婦を対象とした妊婦検診(血液検査)によるHTLV-Iの感染検査等を実施しています。

県内の医療提供体制は、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院(佐賀大学医学部附属病院、佐賀県医療センター好生館(以上中部保健医療圏)、唐津赤十字病院(北部保健医療圏)、

国立病院機構嬉野医療センター（南部保健医療圏）が地域診療の核となり、地域の医療機関と連携して医療を提供しています。

SCRデータ(2021)

	佐賀県				
	中部	東部	北部	西部	南部
がん診療連携拠点病院集学的治療体制	132.5		108.5		104.3
胃癌の内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)	130.0	52.5	88.1	84.9	99.6
胃癌の内視鏡的粘膜切除術(EMR)	161.8		261.6		
大腸癌の内視鏡的手術	162.6	41.1	86.9	131.9	148.1
乳癌の根治的手術	121.4	25.7	101.5	41.2	87.0
肝癌のマイクロ波凝固法等	146.9	45.9	167.1		87.2
放射線治療	120.2		54.5		85.8
がん性疼痛緩和の診療体制	53.0	12.0	175.8	53.9	91.9
がん診療連携の体制(計画策定病院)	80.1		144.6		81.3
がん診療連携の体制(連携医療機関)	94.4	45.4	108.7	54.3	171.5
がん患者のリハビリテーション	81.6	39.6	87.8	36.1	66.1
禁煙指導の診療体制	151.2	163.4	161.9	283.4	219.8

(出典:医療計画作成支援データブック)

緩和ケアに関する県内医療機関の体制等(2021)

	佐賀県				
	中部	東部	北部	西部	南部
緩和ケアチームのある医療機関数	6	2	0	1	2
緩和ケア病棟を有する病院数	5	2	0	1	1
緩和ケア病床数	94	35	0	18	20
入院緩和ケアの実施件数(2020)	538	525	13	0	0
がん性疼痛緩和の実施件数	*	78.625	*	45	12.75
外来緩和ケアの実施件数	4	4	0	0	0
末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	121	38	29	24	7

(出典:NDB)

※SCR:性・年齢調整標準化レセプト出現比

レセプト数を全国の性・年齢人口で補正・標準化したものであり、全国平均であれば100となる

NDB:ナショナルデータベース(レセプト情報・特定健診等情報データベース)

一定数以下のものはルールにより非表示

## 2. 課題

### (1) がん予防

がんの予防には、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣の改善やがんに関連するウイルスや細菌の感染対策等が重要であり、バランスの取れた取組が必要です。

肝疾患対策は着実に進んできていますが、肝がんによる死亡率はいまだ全国でも高い水準にあり、引き続き肝疾患の理解啓発、肝炎ウイルス検査陽性者に対する精密検査受診についての勧奨などが必要であり、特に職域におけるさらなる取組が課題です。

がんの早期発見・早期治療につなげるためにはがん検診の受診率向上及び精度管理の充実が必要不可欠ですが、本県におけるがん検診の受診率は全国平均よりは高位であるものの、更なる受診率向上に向けた取組が必要です。市町における精度管理の取組は進んできていますが、職域におけるがん検診については精度管理体制の整備が必要です。また、対策型がん検診ではないが、広く市町で実施されているがん検診（例：前立腺がん検診〔PSA 検査〕）についても、関係機関と連携し、効果検証を行いつつ、検診 受診率向上のための広報、精度管理等の検討が必要です。

### (2) がん医療の充実

これまで、がん診療連携拠点病院と他医療機関との連携体制を構築し、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの提供に努めてきたところであり、これらの取組をさらに進めていく必要があります。

また、県民のがん治療の選択肢を広げるために、2013年5月に本県に開設された「九州国際重粒子線がん治療センター（サガハイマツ）」で行われる重粒子線がん治療や、有効な治療法でありながら公的医療保険の適用がないがん先進医療の普及及び推進を図る必要があります。

国において、全ゲノム解析等を推進するため2019年12月に「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」が、さらに、がん・難病にかかる研究・創薬等への利活用を推進するため2022年9月に「全ゲノム解析等実行計画2022」が策定されました。本県においても、国におけるがんゲノム医療の体制整備を踏まえ、がんゲノム医療の推進体制に参画していく必要があります。

また、国においては、小児がん拠点病院等の整備に関する指針の改定により患者の適切な集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップの関する適切な連携体制整備を盛り込むなど小児・AYA世代のがん対策への対応が強化されており、本県においても、県内医療機関と小児がん拠点病院等との連携促進を図っていく必要があります。

### (3) がんとの共生

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活していく中で、必要な支援を受けられる環境を整備していくことが重要です。そのため、患者及び家族等に対する相談支援及び情報提供の充実、就労を含めた社会的な問題に対する支援体制の充実が必要です。

2	目標と施策
---	-------

佐賀県がん対策推進計画(第4次)においては、①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実、②患者本位で持続可能ながん医療の提供、③がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指し、重要施策を

- ・科学的根拠に基づくがん検診受診の推進
  - ・がんと診断された時からの緩和ケアの推進
  - ・就労支援を含めた社会的な問題への支援(サバイバーシップ支援)体制の充実
- として、取組を推進することとしています。

本計画においても、がんの分野についてはこれを踏まえて取り組むこととし、次に掲げる施策体系表のとおり、8つの個別施策の効果・進捗を、14の効果指標と7の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

※効果指標:目標を設定する指標

検証指標:現状把握を行う指標

《施策体系表(ロジックモデル)》





《数値目標》

【分野アウトカム】

	指標	現状	目標
1	全がんの75歳未満年齢調整死亡率 (国立がん研究センター資料)	【本県】71.1【全国】67.4 (2021年)	—
2	全がんの5年相対生存率 (国立がん研究センター資料)	【本県】63.5【全国】67.3 (2012-13年診断例の集計)	—

【中間アウトカム】

	指標	現状	目標
4	全がんの年齢調整罹患率 (全国がん罹患モニタリング集計)	【本県】334.9【全国】361.9 (2013年)	—
5	肝がん75歳未満年齢調整死亡率 (国立がん研究センター資料)	【本県】4.6【全国】3.7 (2021年)	4.0未満
6	対策型がん検診である5つのがん について、発見時の上皮内がん及び 限局がんの割合 (がん登録に基づく集計)	【本県】胃 58.6%【全国】58.7% 【本県】大腸 54.5%【全国】58.2% 【本県】肺 38.6%【全国】35.6% 【本県】乳 65.3%【全国】63.5% 【本県】子宮 77.1%【全国】74.8%	—
7	がんゲノム医療パネル検査実施件数 (県調査)	64件 (2022年)	—
8	入院緩和ケアの人口10万人当たり 実施件数 (NDB)	県全体 65.7 中部 153.2、東部 10.2、 北部 0、西部 0、南部 0 【全国】138.4 (2020年)	—
	1年以上自施設に所属するがん診療 に携わる医師・歯科医師の人数(初 期臨床研修医を除く) (がん診療連携拠点病院現況報告)	72.6% (2023年)	90%
9	【再掲】入院緩和ケアの人口10万 人当たり実施件数 (NDB)	県全体 65.7 中部 153.2、東部 10.2、 北部 0、西部 0、南部 0 【全国】138.4 (2020年)	—

10	拠点病院等における就労相談の実施件数(県調査)	82件 (2022年)	2016年より増加 (2023年)
----	-------------------------	----------------	----------------------

【個別施策】

指標		現状	目標
11	喫煙率 (県民健康意識調査)	総数 16.0% 男性 26.1%・女性 7.7% (2016年)	総数 14.2% 男性 21.2% 女性 6.1% (2029年)
12	協会けんぽ佐賀支部被保険者で 35歳以上の生活習慣病予防健診受診者の肝炎ウイルス検査受検者数(県調査)	—	10,000人以上 (2024~2029年)
	職域における肝炎ウイルス検査陽性者の精密検査受診率(県調査)	71.8% (2018~2021年)	80% (2029年)
	C型慢性肝炎等で治療費助成を受けた県民の、肝疾患定期検査費助成事業の助成利用率(県調査)	34.4% (2022年)	50% (2029年)
13	対策型がん検診である5つのがんについて、がん検診受診率(国民生活基礎調査)	【本県】胃 54.4%【全国】48.0% 【本県】大腸 46.8%【全国】45.9% 【本県】肺 54.4 【全国】49.7% 【本県】乳 50.0%【全国】47.4% 【本県】子宮 45.3%【全国】43.6% (2022年)	5つのがんそれぞれについて 60% (2029年)
	対策型がん検診である5つのがんについて、がん検診の精密検査受診率(地域保健・健康増進事業報告)	【本県】胃 88.5%【全国】80.8% 【本県】大腸 77.2%【全国】71.1% 【本県】肺 87.5%【全国】83.7% 【本県】乳 94.9%【全国】89.5% 【本県】子宮 77.2%【全国】74.8% (2020年)	5つのがんそれぞれについて 90% (2029年)
14	がんゲノム医療の推進体制に参画する拠点病院数(県調査)	2施設 (2023年)	2施設 (2029年)
15	「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」で求める、薬物療法・放射線療法に携わる専門医療従事者を	4施設 (2023年)	4施設 (2029年)

	配置する拠点病院数 (がん診療連携拠点病院現況報告)		
16	口腔ケア研修の受講者数 (県調査)	104人 (2022年)	累計600人 (2024~2029年)
17	「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」で求める、緩和ケアに携わる専門医療従事者を配置する拠点病院数 (がん診療連携拠点病院現況報告)	4施設 (2023年)	4施設 (2029年)
18	就労相談窓口がある拠点病院数(県調査)	4病院 (2023年)	4病院 (2029年)

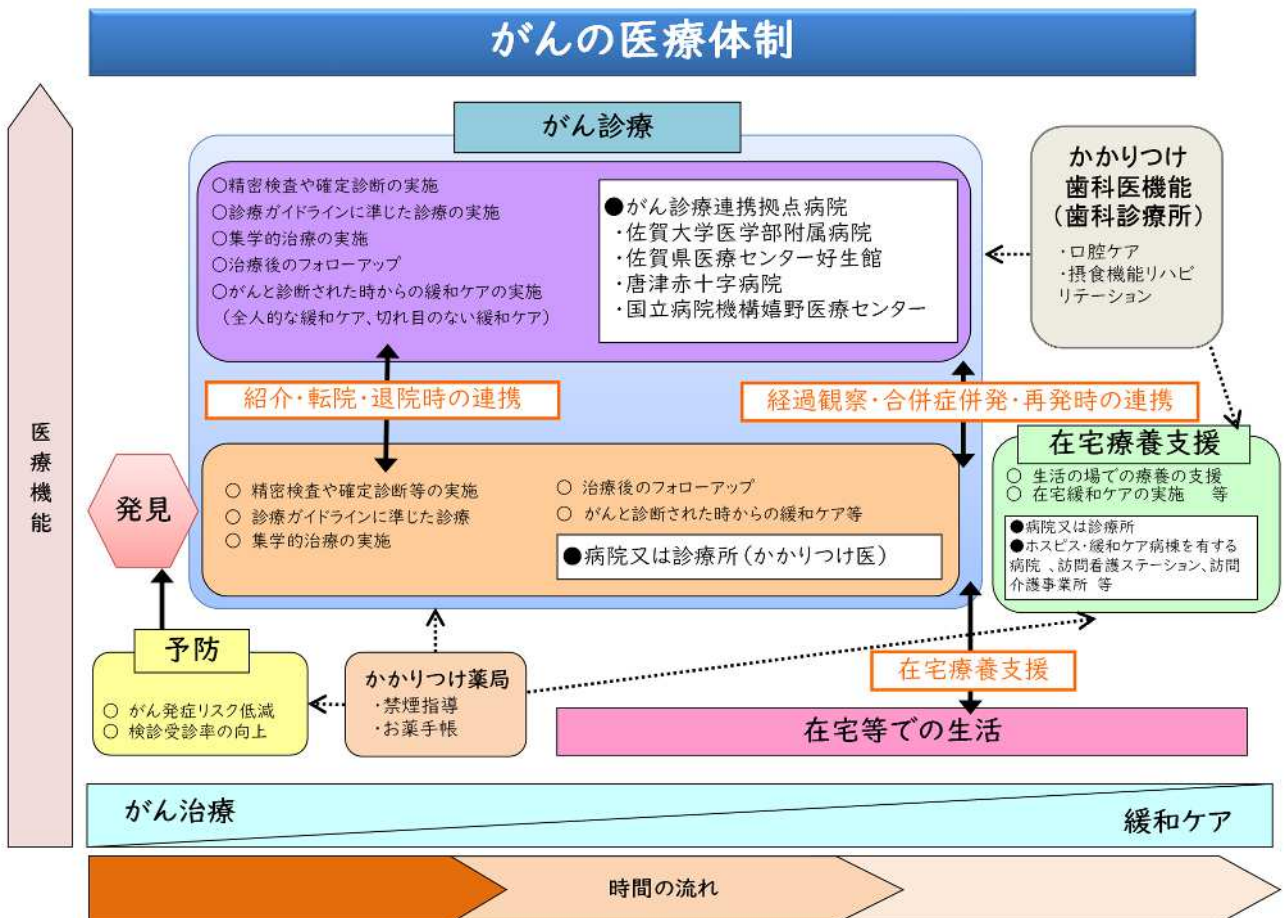
3 必要となる医療機能			
	予 防	医 療	療 養 支 援
目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減</li> <li>・科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施、受診率向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査や確定診断等の実施</li> <li>・診療ガイドラインに準じた診療の実施</li> <li>・患者の状態やがんの病態に応じた集学的治療の実施</li> <li>・がんと診断された時からの緩和ケアの実施</li> <li>・がん治療の合併症の予防や軽減</li> <li>・治療後のフォローアップ</li> <li>・各職種の専門性を活かした、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん患者・家族の意向を踏まえた、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること</li> <li>・在宅緩和ケアの実施</li> </ul>
求 め ら れ る 事 項	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がんに係る精密検査の実施</li> <li>・がん検診の精度管理への協力</li> <li>・敷地内禁煙等、たばこ対策への積極的な取組</li> </ul> <p>【行政】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町におけるがん検診の実施</li> <li>・がん登録の情報の利用等を通じたがんの現状把握に努める</li> <li>・要精検者が確実に受診するよう連携体制を構築</li> <li>・県における、健診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組の検討</li> <li>・県における、科学的根拠に基づくがん検診の実施に関する市町への助言</li> <li>・禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙防止等、たばこ対策の取組</li> <li>・感染に起因するがん対策の推進</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診断・治療に必要な検査が実施可能</li> <li>・病理診断や画像診断等が実施可能</li> <li>・患者の状態やがんの病態に応じた集学的治療が実施可能</li> <li>・がんと診断された時からの緩和ケアの実施</li> </ul> <p>【がん診療連携拠点病院】</p> <p>上記に加え、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態に応じた集学的治療及び緩和ケアが実施可能</li> <li>・セカンドオピニオンが受けられること</li> <li>・相談支援の体制確保、情報収集・発信、患者・家族の交流支援</li> <li>・仕事と治療の両立支援・就職支援、就労継続支援の取組の周知</li> <li>・緩和ケアチームの整備、外来緩和ケアの実施、全人的な緩和ケアの提供</li> <li>・合併症の予防や軽減のため、周術期の口腔管理を実施する院内の歯科や歯科医療機関との連携</li> <li>・地域連携支援体制確保のため病院間の役割分担の推進、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等との連携</li> </ul>	<p>【医療機関等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん疼痛等に対する緩和ケアが実施可能</li> <li>・がん診療機能を有する医療機関等との連携が可能</li> <li>・医療用麻薬が提供可能</li> </ul>
医 療 機 関 の 例		<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん診療連携拠点病院</li> <li>・病院又は診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院又は診療所</li> <li>・薬局</li> <li>・訪問看護ステーション</li> </ul>

#### 4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

		中部	東部	北部	西部	南部	計
肺がん	専門的ながん診療	35	13	11	7	19	85
	緩和ケア	58	33	38	18	39	186
胃がん	専門的ながん診療	78	35	25	16	43	197
	緩和ケア	68	39	39	18	44	208
大腸がん	専門的ながん診療	55	22	14	9	30	130
	緩和ケア	68	43	39	17	43	210
乳がん	専門的ながん診療	8	5	2	3	5	23
	緩和ケア	44	26	34	14	24	142
子宮がん	専門的ながん診療	10	2	5	4	6	27
	緩和ケア	27	20	30	11	23	111
肝がん	専門的ながん診療	66	28	28	9	40	171
	緩和ケア	71	35	42	18	43	209

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。



## 第2節 脳卒中

### I 現状と課題

#### 1. 現状

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

脳梗塞は、脳血管の閉塞や狭窄により神経細胞に血液が十分に行き届かなくなるもので、脳卒中の7割以上、脳血管疾患死亡者数の約6割を脳梗塞が占めています。また、脳出血は脳の細い血管が破綻し出血するものであり、くも膜下出血は脳の表面の脳動脈にできた脳動脈瘤が破綻し、脳の表面を覆うくも膜の内側に出血するものです。

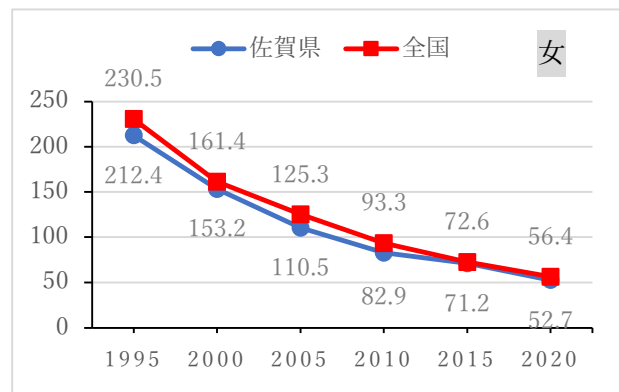
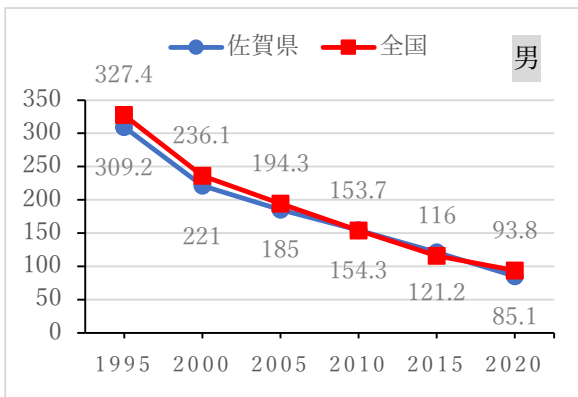
本県における脳血管疾患の年齢調整死亡率は低下しており、死亡者数は減少傾向となっています。

脳血管疾患による死亡者数は、2021年に679人で死亡数全体の約6.3%を占め、死因順位の第4位となっています。

死亡者の年齢階層をみると、男性が60代頃から増え始め80代にピークを迎えるのに対し、女性は80代から急増し90代がピークとなっています。

死亡率(人口10万対)を見ると女性のほうが男性よりも若干高く、二次保健医療圏ごとでは、男女ともに、北部、南部で高く、東部、中部で低くなっています。

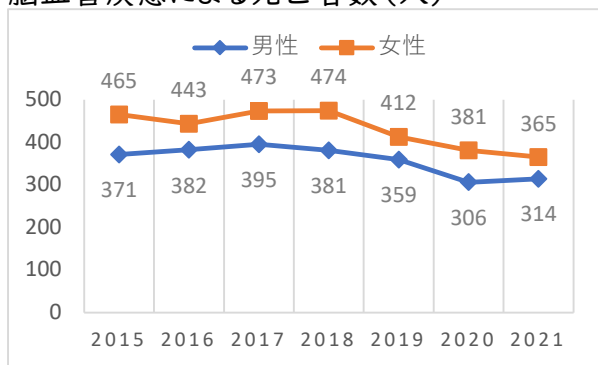
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)(2015年モデル人口)



出典:人口動態統計特殊報告

脳卒中の患者数は、75歳以上人口の増加に伴い2040年まで増加することが見込まれます。特に脳梗塞の患者数は2015年と比較して約1.3倍に増加することが見込まれ、患者数の約9割が75歳以上です。

### 脳血管疾患による死亡者数(人)



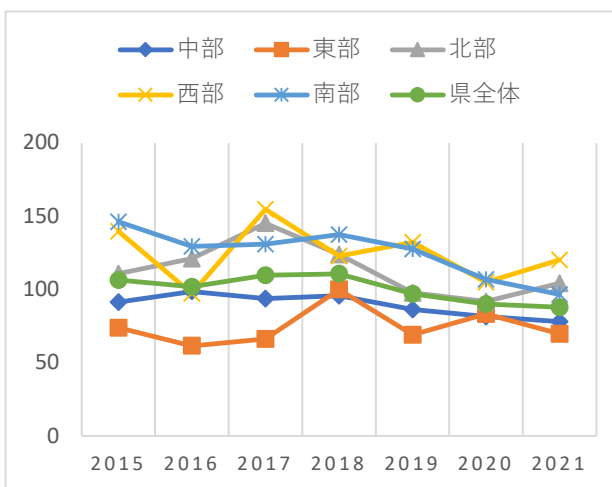
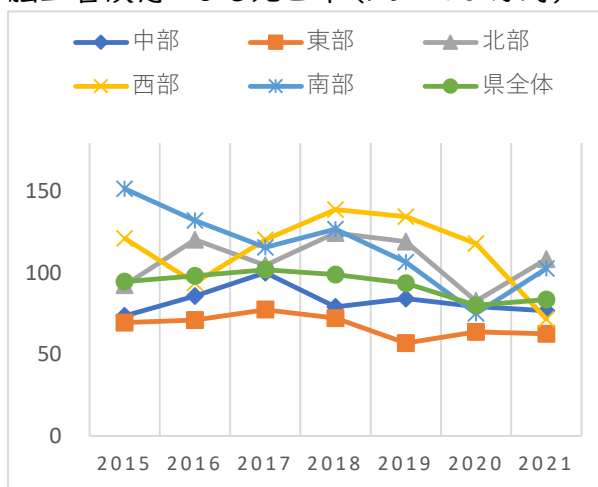
出典:人口動態統計

### 脳血管疾患による死亡者の年齢階層

	20歳未満	20~30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	合計
男性(人)	0	2	9	21	37	72	110	63	314
割合(%)	0.0	0.6	2.9	6.7	11.8	22.9	35.0	20.1	100
女性(人)	1	0	3	6	13	35	137	170	365
割合(%)	0.3	0.0	0.8	1.6	3.6	9.6	37.5	46.6	100

出典:人口動態統計

### 脳血管疾患による死亡率(人口10万対)



出典:人口動態統計

本県の脳卒中の医療提供体制は、t-PA 療法(※1)、血管内治療、外科的治療等の「急性期の専門的医療を包括的に行う医療機関(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、済生会唐津病院、伊万里有田共立病院、新武雄病院)」が存在するほか、各二次保健医療圏において、t-PA 療法等の一般的な急性期医療が実施できる医療機関や、急性期を脱した後のリハビリテーション医療に対応できる医療機関が多く存在します。

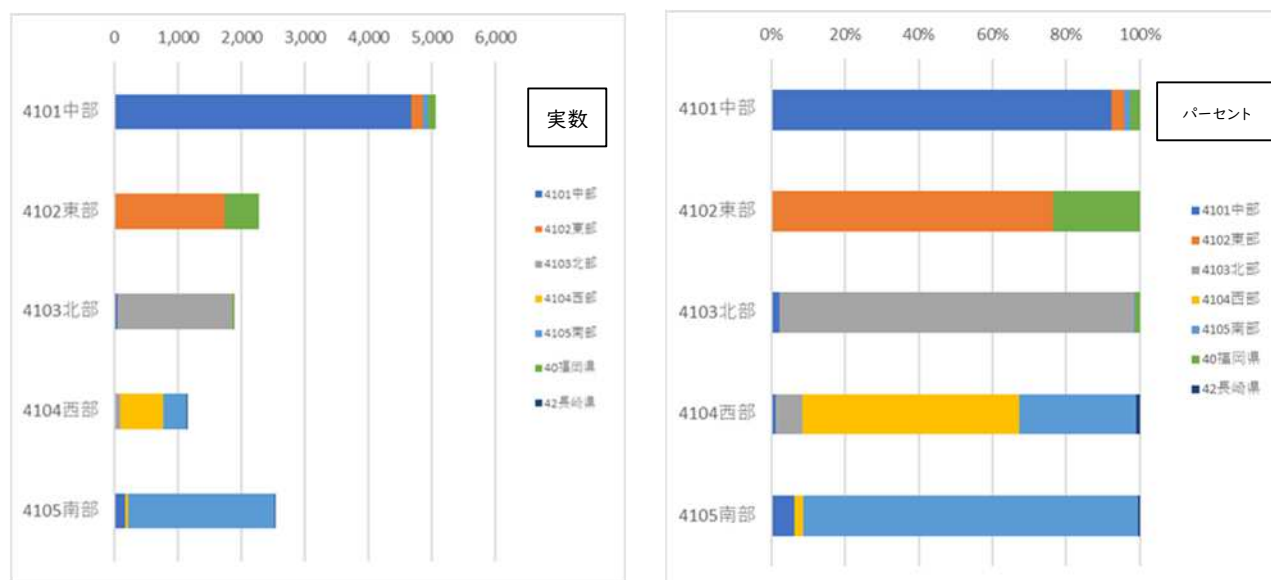
医療圏ごとの患者の受療動向を見ると、中部・北部・南部は域内完結率が高い一方、西部は南部へ、東部は福岡県への流出が見られます。

なお、専門的治療ができない場合でも、医療圏を超えて Drip and Ship 法(※2)等による医療機関同士の連携がとれています。

## 患者受療動向

### 流出(2021年)

大分類：脳血管障害 中分類：脳血管障害 指標名：脳血管障害患者(全体) (主傷病) 年齢区分：全年齢 入外区分：入院



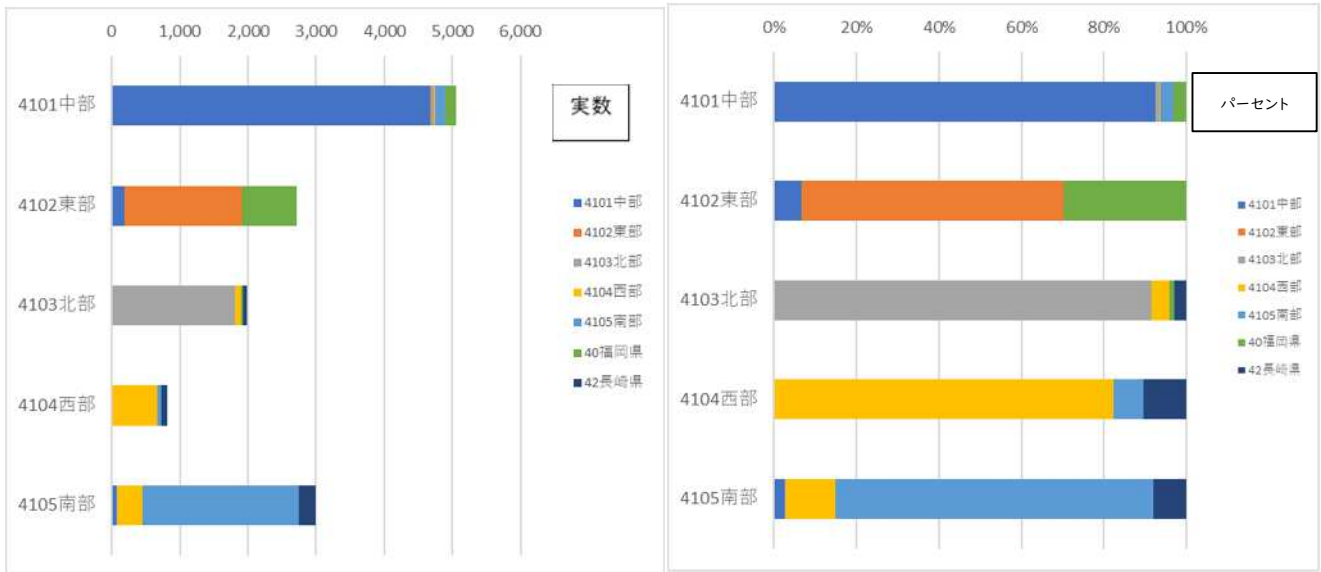
合計/総件数	医療機関二次保健医療圏名							
負担者二次保健医療圏名	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県	総計
4101中部	4,675	184			73	133		5,065
4102東部	10	1,722				537		2,269
4103北部	44		1,812		10	21		1,887
4104西部	12		84	676	365		10	1,147
4105南部	160			59	2,299		11	2,529
総計	4,901	1,906	1,896	735	2,747	691	21	12,897

出典：医療計画作成支援データブック



## 流入（2021年）

大分類:脳血管障害 中分類:脳血管障害 指標名:脳血管障害患者（全体）（主傷病） 年齢区分:全年齢 入外区分:入院



合計/総件数	負担者二次保健医療圏名							
医療機関二次保健医療圏名	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県	総計
4101中部	4,675	10	44	12	160	161		5,062
4102東部	184	1,722				809		2,715
4103北部			1,812	84	0	24	58	1,978
4104西部				676	59		86	821
4105南部	73		10	365	2,299		242	2,989
総計	4,932	1,732	1,866	1,137	2,518	994	386	13,565

出典:医療計画作成支援データブック

## 2. 課題

### ○予防

脳卒中の予防には、危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病、不整脈の早期発見・早期治療と厳格な管理が重要ですが、本県では特定健康診査の実施率が全国平均よりも低いことから、実施率の向上が課題であり、県民が特定健康診査を受診しやすい環境の整備が必要です。

### ○急性期

脳血管疾患の年齢調整死亡率は、近年、概ね全国平均を下回り、低下していますが、今後も年齢調整死亡率を低下させる取組が必要です。脳梗塞におけるt-PA療法は発症後4.5時間以内に実施する必要があるなど時間的制約もありますが、本県は各二次保健医療圏において、急性期の治療は可能な医療機関が存在します。今後は、将来の需要の伸びに対応できる診療体制の構築と医療の均てん化が課題です。

### ○リハビリテーション

脳卒中は後遺症により要介護状態に至ることも多く、急性期から維持期・生活期までの一貫した

リハビリテーション医療の提供体制の構築が必要です。また、患者がその目的や必要性を十分に理解した上での再発予防、重症化予防、生活再建や就労を目的とした多職種によるアプローチも必要です。

## ○回復期、維持期・生活期

佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）や地域連携クリティカルパスなどによる患者情報の共有等をより一層促進し、各医療機能を担う医療機関同士の連携強化を図る必要や誤嚥性肺炎等の合併症を予防するため、患者の口腔ケアが重要であることから、医科・歯科連携体制の構築を促進させる必要があります。

## 2 目標と施策

脳卒中の分野は、①県民の脳卒中の発症予防に努め、②発症した場合は早急に急性期医療を受けることができ、③一日でも早く日常の生活に復帰できることを目指します。

高齢化に伴う患者数の増に対応すること、また、医療機関同士のネットワークの構築が重要であることから、重要施策を、

- ・県内各二次保健医療圏の基幹となる急性期の医療機関を確保すること
- ・脳卒中患者においては、地域の医療機関が連携し、患者の状態を踏まえた適切な医療及び介護サービスを継続して提供できるよう脳卒中地域連携パスも活用しつつ、急性期の病態安定後、機能回復や日常生活動作の向上を目的とした集中的なリハビリテーション医療の実施が有効であると判断される患者には速やかにリハビリテーション医療を開始し、回復期に切れ目なく移行できる連携体制を構築すること
- ・維持期・生活期にかけて、患者の状態に応じた、生活機能の維持及び向上を目的とした医療、介護及び福祉に係るサービスを提供するとともに、リハビリテーション医療を十分に実施できる体制を維持すること
- ・佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）や ICT 技術を活用した遠隔医療や地域連携クリティカルパスによる患者情報の連携を進め、医療者の労務環境の改善や業務の効率化、患者自身の自己管理等へつなげるためのデジタル技術の積極的な活用を推進すること
- ・脳神経診療科と循環器診療科との連携を推進すること

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、9つの個別施策の効果・進捗を21の効果指標と36の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

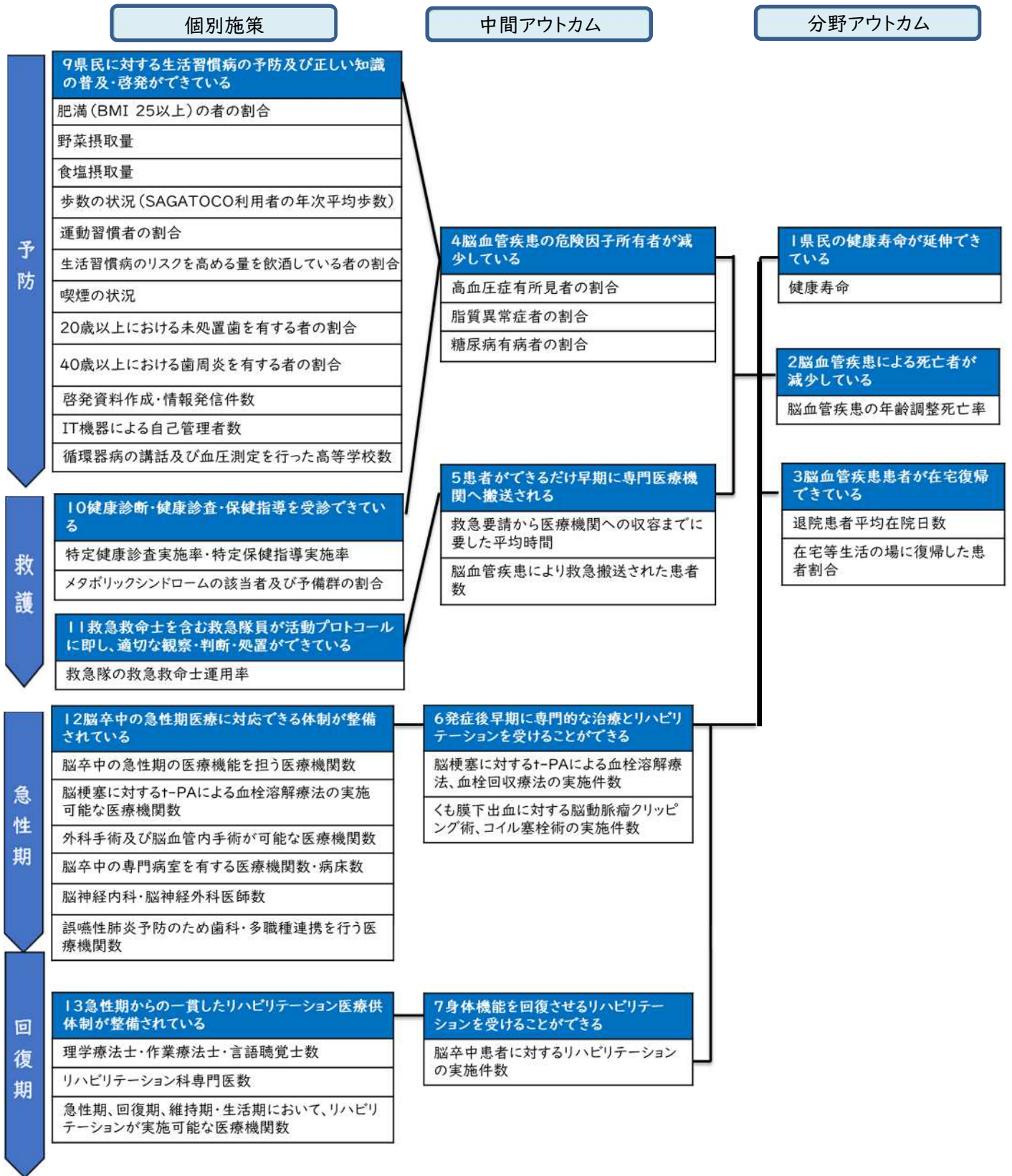
### （※1）t-PA療法

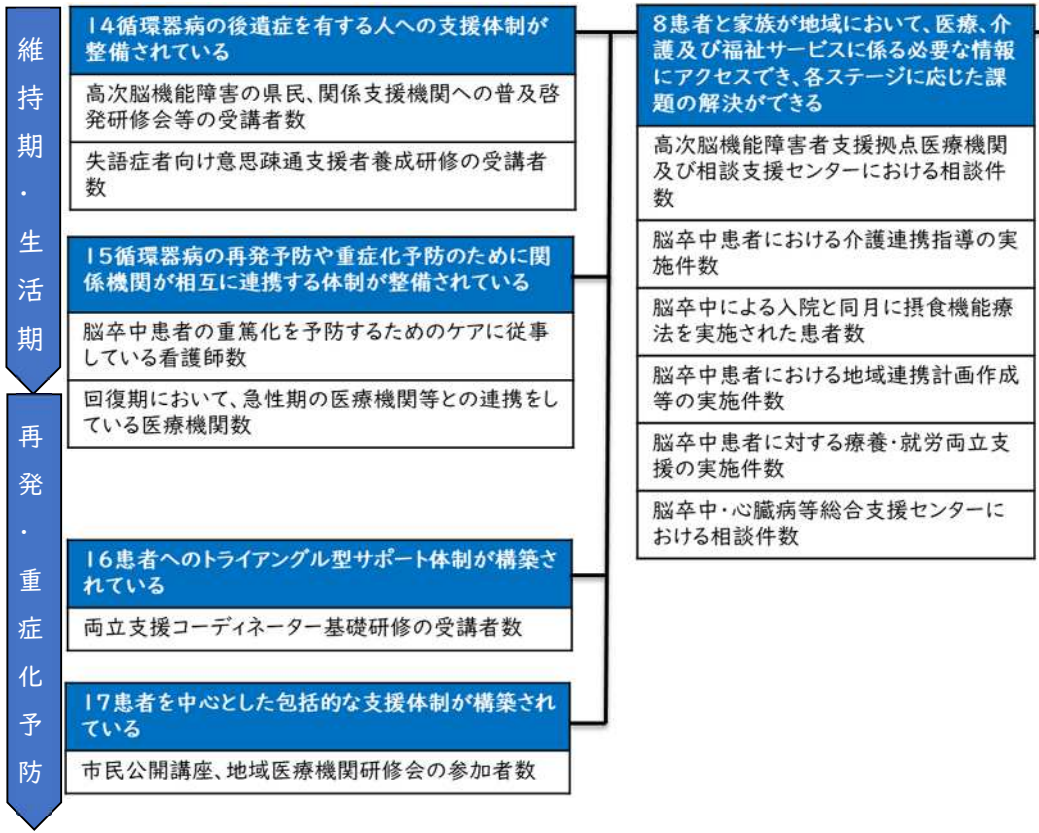
遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクティベータの静注療法で発症後4.5時間以内に実施可能。

### （※2）Drip and Ship法

遠隔医療を用いる等によって、脳卒中を診療する医師の指示下に行われる、t-PA療法を開始した上での病院間搬送

《施策体系表(ロジックモデル)》





《数値目標》

【分野アウトカム】

指標		現状	目標
1	健康寿命 (第16回健康日本21(第二次)推進専門委員会資料)	【本県】男性 72.94 年 女性 75.47 年 【全国】男性 72.68 年 女性 75.38 年 (2019年)	男性 74.60 年 女性 78.07 年
2	脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口動態特殊報告)	【本県】男性 85.1 女性 52.7 【全国】男性 93.8 女性 56.4 (2020年)	—
3	退院患者平均在院日数 (患者調査)	【本県】58.0日 【全国】79.2日 (2020年)	—
	在宅等生活の場に復帰した患者割合 (患者調査)	【本県】62.1% 【全国】54.4% (2020年)	—

【中間アウトカム】

指標		現状	目標
4	高血圧症有所見者の割合 ・収縮期血圧 140mmHg 以上 ・拡張期血圧 90mmHg 以上 (特定健診データ)	【本県】収縮期血圧 17.3% 拡張期血圧 12.1% 【全国】収縮期血圧 18.9% 拡張期血圧 14.0% (2020年)	収縮期血圧 15.2%
	脂質異常症者の割合 ・LDL コレステロール 160mg/dl 以上 (特定健診データ)	【本県】12.8% 【全国】13.8% (2020年)	11.2%
	糖尿病有病者の割合 ・HbA1c 6.5 以上(特定健診データ)	7.6% (2020年)	減少
5	救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間 (救急救助の現況)	【本県】39.0分 【全国】42.8分 (2021年)	—
	脳血管疾患により救急搬送された患者数(患者調査)	【本県】150人 【全国】470人 (2017年)	—
6	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法の実施件数(算定回数)	【本県】15.8 【全国】7.0 (2021年)	—

	(NDB)		
	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数(算定回数)(NDB)	【本県】11.9【全国】5.4 (2021年)	—
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数(算定回数)(NDB)	【本県】2.8【全国】1.8 (2021年)	—
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数(算定回数)(県健康福祉政策課調べ)	【本県】2.9【全国】1.3 (2021年)	—
7	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(算定回数)(NDB)	【本県】79,527.5 【全国】58,319.4 (2021年)	—
8	高次脳機能障害者支援拠点機関及び相談支援センターにおける相談件数(県障害福祉課)	454件 (2022年)	—
	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数(算定回数)(NDB)	26.5件 (2021年)	—
	脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数(NDB)	1,762.4件 (2021年)	—
	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数(算定回数)(NDB)	【本県】25.5 【全国】18.5 (2021年)	—
	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数(NDB)	—	—
	脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相談件数(県健康福祉政策課調べ)	—	増加

【個別施策】

	指標	現状	目標
9	40～69歳の肥満の者(BMI 25以上)の割合(特定健診データ)	30.1% (2020年)	25%
	野菜摂取量(県民健康・栄養調査)	239.7g (2022年)	350g

	食塩摂取量 (県民健康・栄養調査)	12.8g (2022年)	7g
	歩数の状況(SAGATOCO 利用者の年次平均歩数) (県健康福祉政策課調べ)	5,598歩 (2022年)	7,000歩
	運動習慣者の割合 (県民健康意識調査)	18.7% (2020年)	30%
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (県民健康意識調査)	11.5% (2020年)	10%
	喫煙の状況(県民健康意識調査)	16.0% (2020年)	14.2%
	20歳以上における未処置歯を有する者の割合 (県民健康意識調査)	28.9% (2022年)	20%
	40歳以上における歯周炎を有する者の割合 (県民歯科疾患実態調査)	59.4% (2022年)	40%
	啓発資料作成・情報発信件数 (県健康福祉政策課調べ)	2件 (2022年)	増加
	IT機器による自己管理者数(SAGATOCOダウンロード者数) (県健康福祉政策課調べ)	97,833人 (2022年)	増加
	循環器病の講話及び血圧測定を行った高等学校数 (県健康福祉政策課調べ)	1校 (2023年)	増加
10	特定健康診査実施率 (特定健康診査・特定保健指導の実施状況)	【本県】52.9% 【全国】56.5% (2021年)	70%
	特定保健指導実施率 (特定健康診査・特定保健指導の実施状況)	【本県】31.9% 【全国】24.6% (2021年)	45%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 (特定健康診査・特定保健指導の実施状況)	【本県】30.8% 【全国】29.1% (2021年)	23%
11	救急隊の救急救命士運用率 (救急救助の現況)	【本県】100% 【全国】93.2% (2022年)	—
12	脳卒中の急性期の医療機能を担う医療機関数(医療連携体制調査)	21機関 (2022年)	—

	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数(医療連携体制調査)	11 機関 (2022年)	—
	外科手術及び脳血管内手術が可能な医療機関数 (医療連携体制調査)	9 機関 (2022年)	—
	脳卒中の専門病室を有する医療機関数 (医療施設調査)	【本県】0.1(1 機関) 【全国】0.2 (2020年)	—
	脳卒中の専門病室を有する病床数 (医療施設調査)	【本県】1.1(9 床) 【全国】1.2 (2020年)	—
	脳神経内科医師数 (医師・歯科医師・薬剤師統計)	【本県】4.5(37 人) 【全国】4.5 (2020年)	—
	脳神経外科医師数 (医師・歯科医師・薬剤師統計)	【本県】7.0(58 人) 【全国】5.8 (2020年)	—
	誤嚥性肺炎予防のため歯科・多職種間連携を行う医療機関数(医療連携体制調査)	16 機関 (2022年)	—
13	理学療法士数 (医療施設調査)	【本県】146.6 人 【全国】79.4 人 (2020年)	—
	作業療法士数 (医療施設調査)	【本県】80.8 人 【全国】40.2 人 (2020年)	—
	言語聴覚士数 (医療施設調査)	【本県】26.0 人 【全国】14.1 人 (2020年)	—
	リハビリテーション科専門医数 (日本リハビリテーション医学会ホームページ)	【本県】2.7 人 【全国】2.2 人 (2023年)	—
	急性期のリハビリテーションが実施可能な医療機関数(医療連携体制調査)	19 機関 (2022年)	—
	回復期のリハビリテーションが実施可能な医療機関数(医療連携体制調査)	43 機関 (2022年)	—



	維持期・生活期のリハビリテーションが実施可能な医療機関数(医療連携体制調査)	96 機関 (2022年)	—
14	高次脳機能障害の県民、関係支援機関への普及啓発研修会等の受講者数(3研修合計) (佐賀県障害福祉課)	187 人 (2022 年)	—
	失語症者向け意思疎通支援者養成研修の受講者数 (佐賀県言語聴覚士会)	8 人 (2022 年)	—
15	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数(日本看護協会)	【本県】0.9 人 【全国】0.6 人 (2022 年)	—
	回復期において、急性期の医療機関等との連携をしている医療機関数(医療連携体制調査)	55 機関 (2022 年)	—
16	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数 ( (独)労働者健康安全機構の養成研修ホームページ)	【本県】10.3 人 【全国】9.6 人 (2021 年)	—
17	市民公開講座、地域医療機関研修会の参加者数 (県健康福祉政策課調べ)	—	増加

**3 必要となる医療機能**

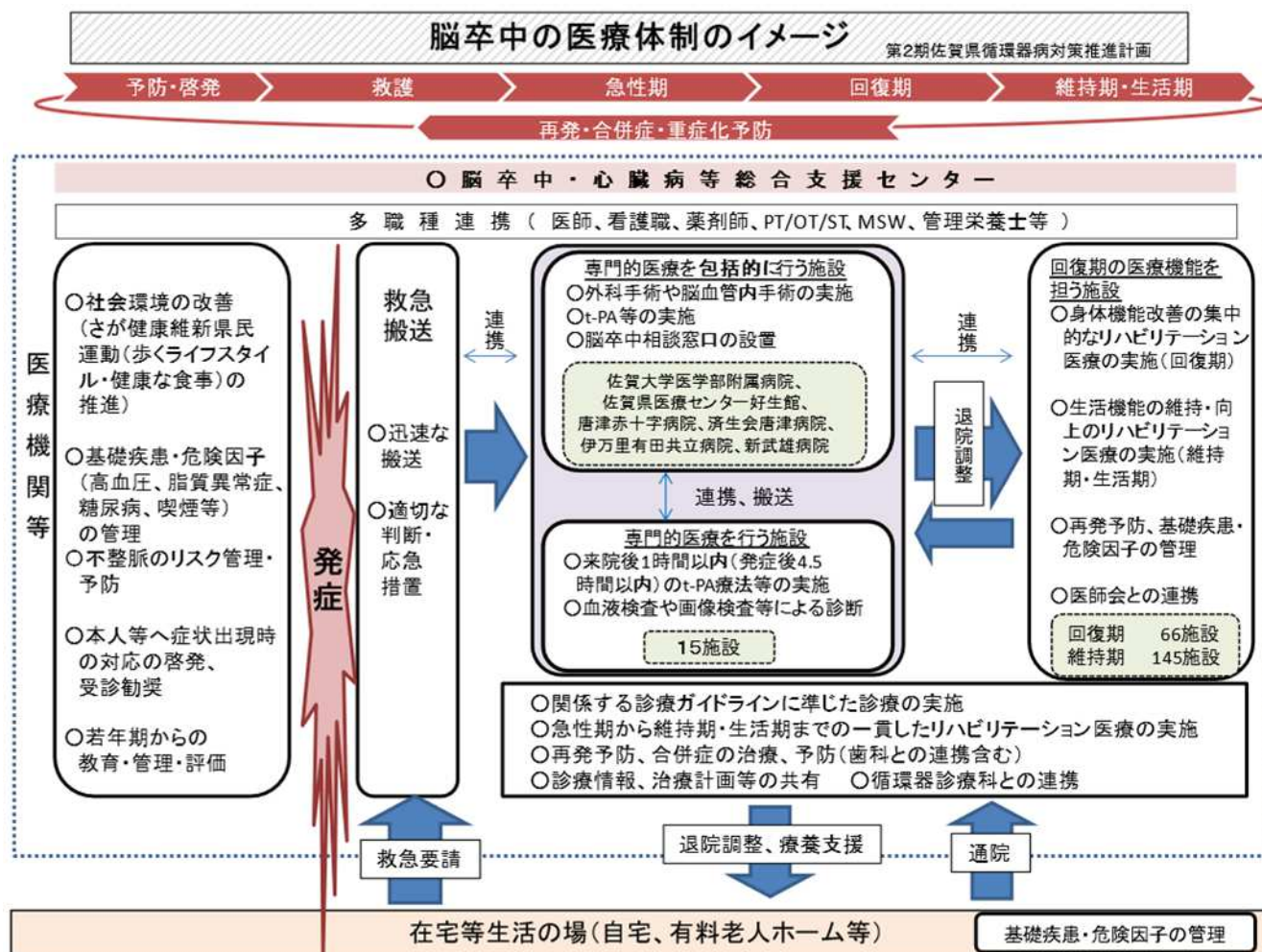
	予防	救護	急性期	回復期	維持期
目標	・脳卒中の発症を予防	・発症後迅速に専門的診療が可能な医療機関に到着	・t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始 ・脳梗塞患者は機械的血栓回収療法実施を検討し適応となる患者に対し速やかに治療開始 ・専門的治療を実施できない医療機関では、画像伝送等の遠隔医療を利用し治療が実施可能な医療機関と連携し転院搬送等検討 ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防・治療	・身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施 ・回復期の医療機関における医療提供体制強化 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理 ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防	・生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理 ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防
求められる事項	【医療機関】 ・高血圧、糖尿病等の基礎疾患及び危険因子の管理 ・症状出現時等の対応について本人、家族等への教育、啓発・症状出現時に、急性期医療機関への受診勧奨を指示	【本人・周囲にいる者】 ・速やかな救急搬送の要請  【救急救命士等】 ・活動プロトコールに沿った適切な観察・判断・処置 ・脳卒中が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき搬送先選定が可能な救護体制を構築 ・急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送	【医療機関】 ・血液検査や画像検査等が実施可能 ・来院後 1 時間以内(発症後 4.5 時間以内)に t-PA による血栓溶解療法が実施可能 ・外科手術や脳血管内手術が来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関と連携体制がとれている ・全身管理、合併症に対する診療が可能 ・誤嚥性肺炎予防のため、歯科等の多職種間で連携 ・リスク管理の下にリハビリテーションが実施可能 ・回復期、維持期・生活期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有 ・医療施設や介護施設等と連携し退院調整を行う	【医療機関】 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能 ・専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施可能 ・誤嚥性肺炎予防のため、歯科等の多職種間で連携 ・急性期、維持期・生活期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有	【医療機関等】 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能 ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問・通所リハ含む)が実施可能 ・誤嚥性肺炎予防のため、歯科等の多職種間で連携 ・介護支援専門員が居宅介護サービスを調整 ・回復期、急性期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有
医療機関の例			・救命救急センター ・脳卒中の専用病室を有する病院 ・急性期の血管内治療が実施可能な病院 ・急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所	・リハビリテーションを専門とする病院又は診療所 ・回復期リハビリテーション病棟を有する病院	・介護老人保健施設 ・介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所

#### 4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	急性期		回復期	維持期
	専門的医療を包括的に行う医療機関	左以外の急性期		
中部	2	6	21	48
東部	—	2	12	26
北部	2	0	11	26
西部	1	1	6	14
南部	1	6	16	31
計	6	15	66	145

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。



### 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

I	現状と課題
---	-------

#### 1. 現状

心血管疾患は、主に虚血性心疾患（急性心筋梗塞、狭心症等）、大動脈疾患（急性大動脈解離等）、心不全（急性心不全、慢性心不全）に分類されます。心不全は、全ての心疾患に共通した終末的な病態です。

心血管疾患の代表的な疾患は、急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全です。

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患です。大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、動脈破裂による出血症状や、偽腔が真腔を圧迫し動脈の狭窄・閉塞によって臓器虚血症状等を来たします。慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、各臓器に血液を十分に送ることができず、肺、体静脈系または両系にうっ血を来たし、日常生活に障害を生じた状態です。

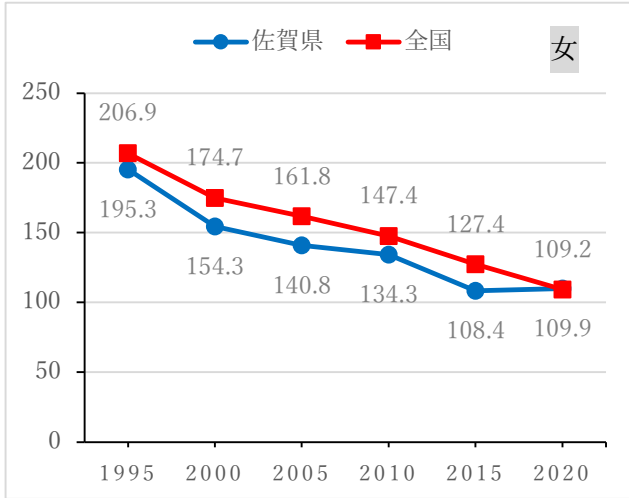
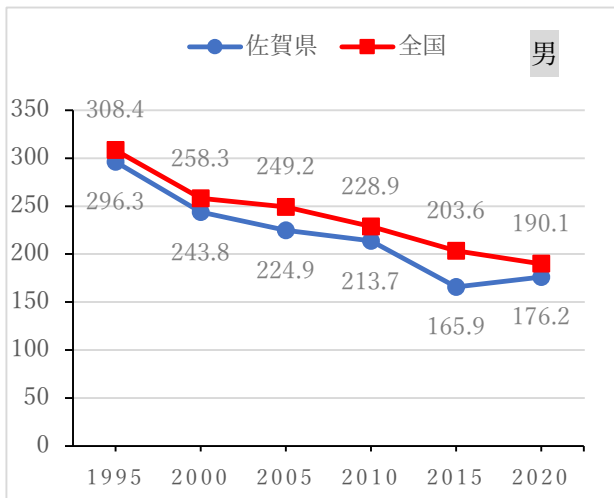
県内の心疾患（高血圧症を除く）の年齢調整死亡率は低下しているものの、死亡者数については横ばいになっています。

心疾患（高血圧症を除く）による死亡者数は、2021年に1,403人で死亡数全体の約14%を占め、死因順位の第2位となっています。

死亡者の年齢階層を見ると、男性が60代頃から急増し80代にピークを迎えるのに対し、女性は80代から急増し90代がピークとなっています。

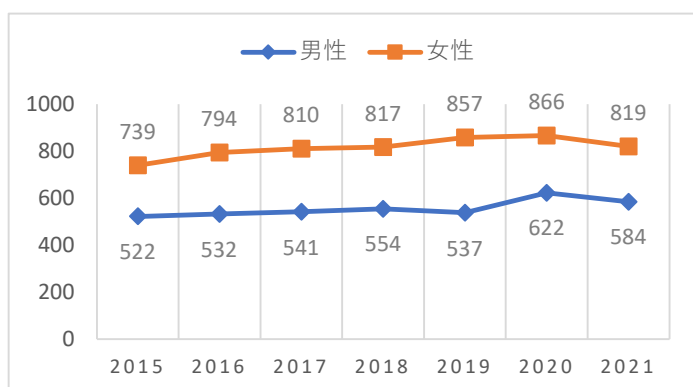
死亡率（人口10万対）を見ると女性のほうが男性よりも若干高く、二次保健医療圏ごとでは、男女ともに、北部、西部、南部が高く、中部、東部で低くなっています。

心疾患（高血圧症を除く）の年齢調整死亡率（人口10万対）（平成27年モデル人口）



出典：人口動態統計特殊報告

### 心疾患(高血圧性を除く)による死亡者数(人)



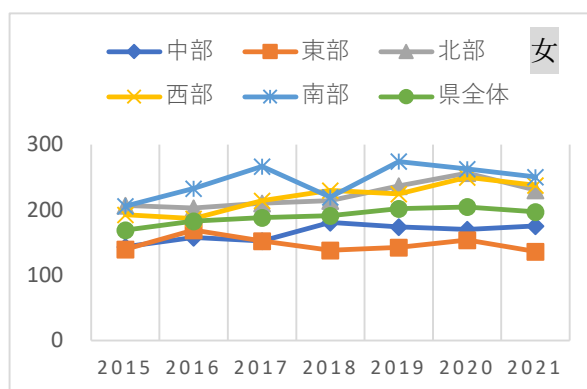
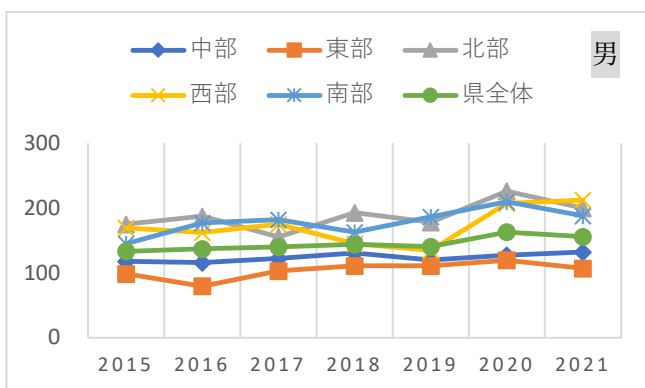
出典:人口動態統計

### 心疾患(高血圧性を除く)による死亡者の年齢階層

	20歳未満	20~30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	合計
男性(人)	1	2	7	26	67	114	214	153	584
割合(%)	0.2	0.3	1.2	4.5	11.5	19.5	36.6	26.2	100
女性(人)	0	0	5	4	16	49	262	483	819
割合(%)	0.0	0.0	0.6	0.5	2.0	6.0	32.0	59.0	100

出典:人口動態統計

### 心疾患(高血圧性を除く)による死亡率(人口10万対)



出典:人口動態統計

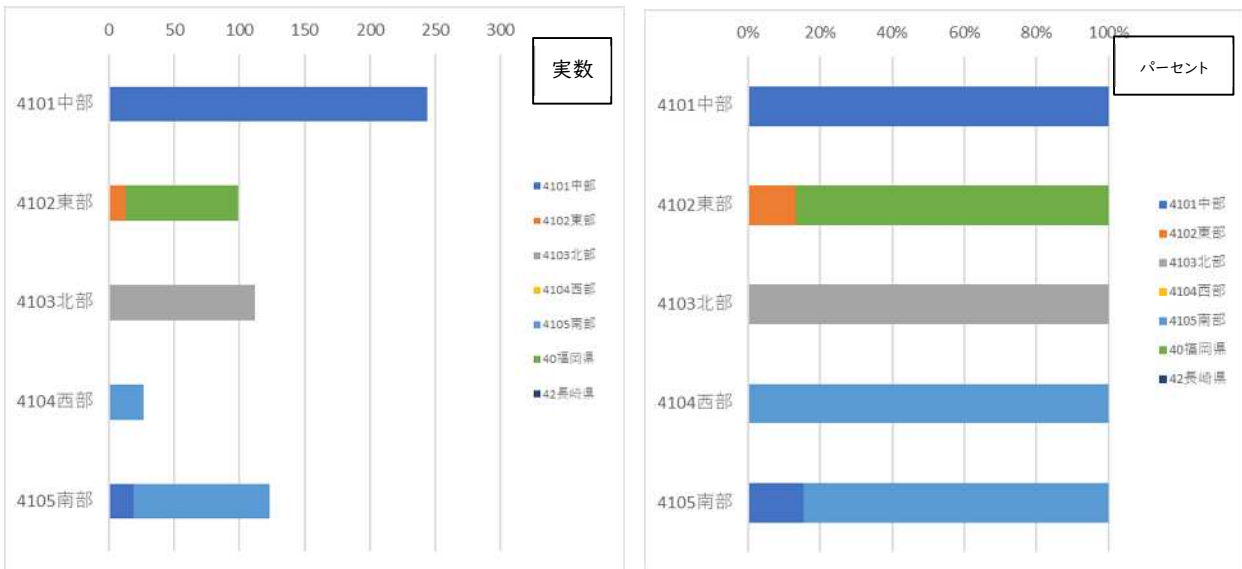
心血管疾患の医療提供体制は、PCI(カテーテル治療)や内科的治療、外科的治療等の「急性期の専門的医療を包括的に行う医療機関(佐賀大学医学部附属病院、佐賀県医療センター好生館、嬉野医療センター)」が存在するほか、各二次保健医療圏において、PCIや内科的治療等の一般的な急性期医療が実施できる医療機関や、心血管疾患リハビリテーションに対応できる医療機関が存在します。

二次保健医療圏ごとの患者の受療動向をみると、中部・北部・南部は域内完結率が高い一方、北部は南部へ、東部は福岡県への流出が見られます。

## 患者受療動向

### 流出(2021年)

大分類:心疾患 中分類:虚血性心疾患 指標名:虚血性心疾患に対するカテーテル治療(全体) 年齢区分:全年齢 入外区分:入院

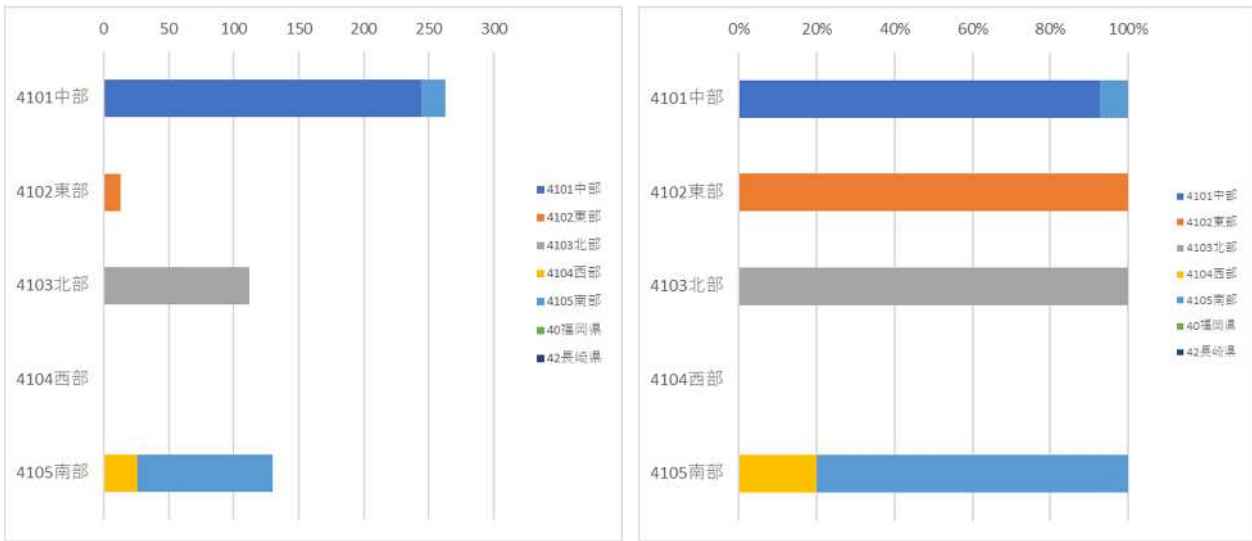


合計/総件数	医療機関二次保健医療圏名							
負担者二次保健医療圏名	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県	総計
4101中部	244							244
4102東部		13				86		99
4103北部			112					112
4104西部					26			26
4105南部	19				104			123
総計	263	13	112	0	130	86	0	604

出典:医療計画作成支援データブック

流入(2021年)

大分類:心疾患 中分類:虚血性心疾患 指標名:虚血性心疾患に対するカテーテル治療(全体) 年齢区分:全年齢 入外区分:入院



合計/総件数	負担者二次保健医療圏名							
医療機関二次保健医療圏名	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県	総計
4101中部	244	0	0	0	19			263
4102東部	0	13	0	0	0			13
4103北部	0	0	112	0	0			112
4104西部	0	0	0	0	0			0
4105南部	0	0	0	26	104			130
総計	244	13	112	26	123	0	0	518

出典:医療計画作成支援データブック

2. 課題

○予防

虚血性心疾患の予防には、危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病、不整脈の早期発見・早期治療と厳格な管理が重要ですが、本県では特定健康診査の実施率が全国平均よりも低いことから、実施率の向上が課題であり、県民が特定健康診査を受診しやすい環境の整備が必要です。

○急性期

急性心筋梗塞患者で病院前心停止に陥る患者は約14%であり、発症後早期に再灌流を得ることが予後を改善することから、早期の医療機関到着が重要ですが、本県においては各二次保健医療圏に急性期の治療が可能な医療機関が存在します。今後は、将来の需要の伸びに対応できる診療体制の構築と医療の均てん化が課題です。

なお、大動脈解離等に対する外科的手術は実施できる医療機関に限られるため、今後も二次保健医療圏を超えて実施可能な医療機関との連携が必要です。

## ○リハビリテーション

運動療法、冠動脈危険因子是正、患者教育、カウンセリング等を含む多職種による疾病管理プログラムとして心血管疾患におけるリハビリテーション医療を実施することが関連学会より提唱されています。また、患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、状態が安定した回復期以降には、リハビリテーション医療を外来や在宅で実施することも見据えつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制の検討が必要です。

## ○回復期、再発予防

心血管疾患患者は憎悪による再入院を繰り返すため、佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）や地域連携クリティカルパスなどを活用し、日常的な診療を行うかかりつけ医と急性期医療を担う基幹病院との連携体制の構築が必要です。

2	目標と施策
---	-------

急性心筋梗塞等の心血管疾患の分野は、①県民の心血管疾患の発症予防に努め、②発症した場合は早急に急性期医療を受けることができ、③一日でも早く日常の生活に復帰できることを目指します。

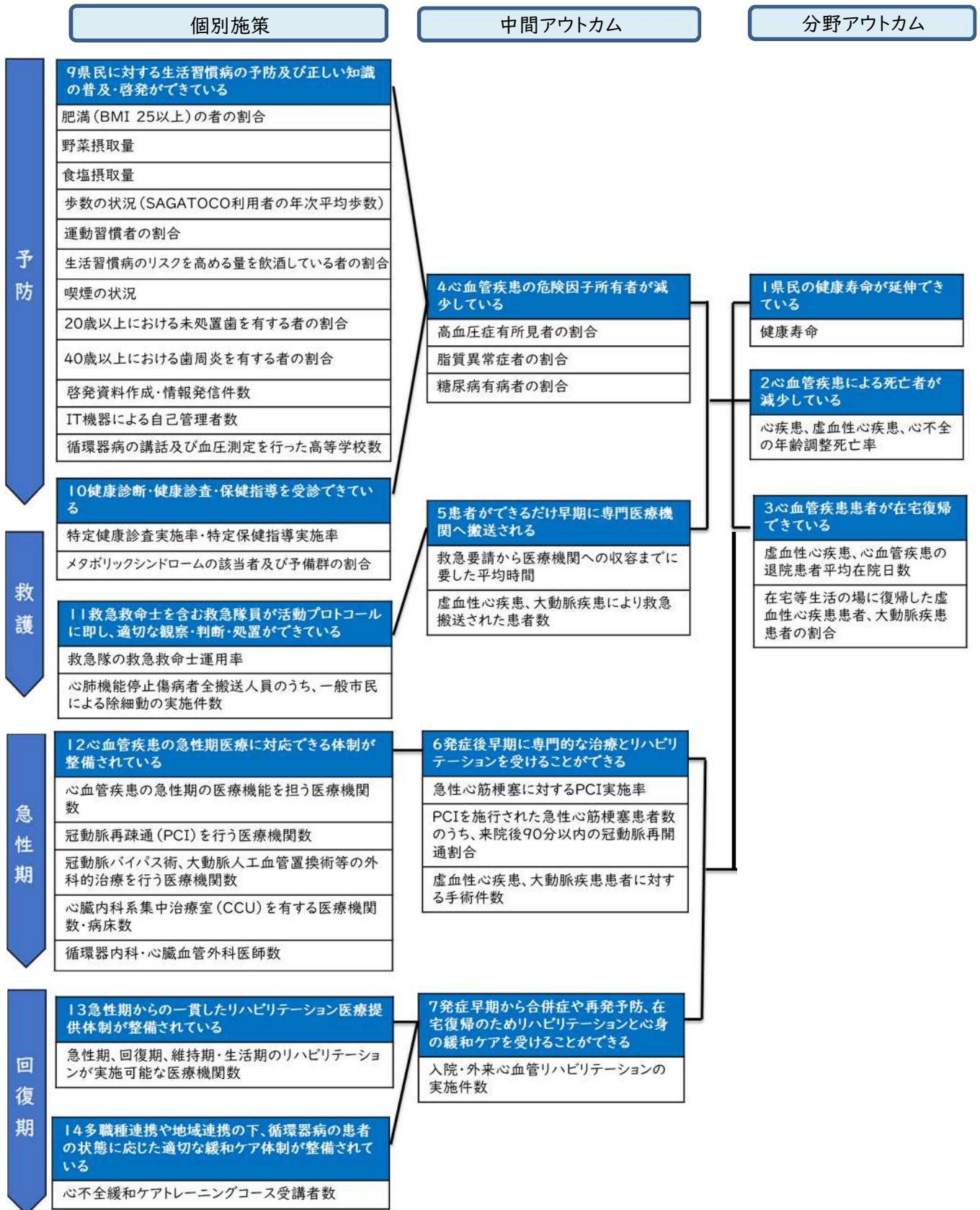
特に、高齢化に伴う患者数の増に対応することが重要であることから、重要施策を、

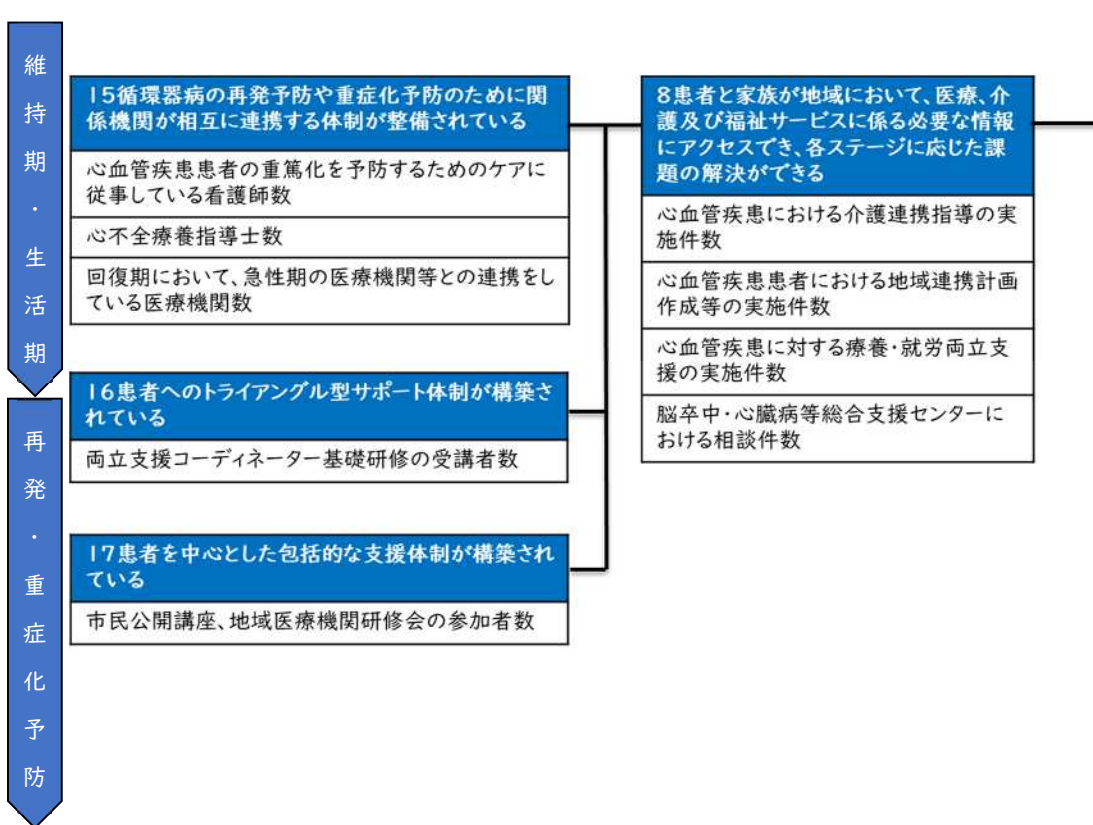
- ・県内各二次保健医療圏の基幹となる急性期の医療機関を確保すること
- ・心血管疾患患者においては、疾病管理プログラムとして、リハビリテーション医療を急性期の入院中から開始し、回復期から維持期・生活期にかけても継続すること
- ・状態が安定した回復期以降に、リハビリテーション医療を外来や在宅で実施することも見据えつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて多職種が連携すること
- ・佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）や ICT 技術を活用した遠隔医療や地域連携パスによる患者情報の連携を進め、医療者の労務環境の改善や業務の効率化、患者自身の自己管理等へつなげるためのデジタル技術の積極的な活用を推進すること
- ・脳神経診療科と循環器診療科との連携を推進すること

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、9つの個別施策の効果・進捗を21の効果指標と36の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。



《施策体系表(ロジックモデル)》





《数値目標》

【分野アウトカム】

指標		現状	目標
1	健康寿命 (第16回健康日本21(第二次) 推進専門委員会資料)	【本県】男性 72.94 年 女性 75.47 年 【全国】男性 72.68 年 女性 75.38 年 (2019年)	男性 74.60 年 女性 78.07 年
2	心疾患(高血圧症を除く)の年齢 調整死亡率 (人口動態特殊報告)	【本県】男性 176.2 女性 109.9 【全国】男性 190.1 女性 109.2 (2020年)	—
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率 (人口動態特殊報告)	【本県】男性 44.0・女性 18.8 【全国】男性 73.0・女性 30.2 (2020年)	—
	心不全の年齢調整死亡率 (人口動態特殊報告)	【本県】男性 73.3・女性 55.2 【全国】男性 69.0・女性 48.9 (2020年)	—
3	虚血性心疾患の退院患者平均在 院日数(患者調査)	【本県】7.5日【全国】12.4日 (2020年)	—
	心血管疾患の退院患者平均在院 日数(患者調査)	【本県】89.9日【全国】24.4日 (2020年)	—
	在宅等生活の場に復帰した虚血 性心疾患患者割合(患者調査)	【本県】93.8%【全国】92.3% (2020年)	—
	在宅等生活の場に復帰した大動 脈疾患患者割合(患者調査)	【本県】56.8%【全国】72.3% (2020年)	—

【中間アウトカム】

指標		現状	目標
4	高血圧症有所見者の割合 ・収縮期血圧 140mmHg 以上 ・拡張期血圧 90mmHg 以上 (特定健診データ)	【本県】収縮期血圧 17.3% 拡張期血圧 12.1% 【全国】収縮期血圧 18.9% 拡張期血圧 14.0% (2020年)	収縮期血圧 15.2%
	脂質異常症者の割合 ・LDL コレステロール 160mg/dl 以上	【本県】12.8%【全国】13.8% (2020年)	11.2%

	(特定健診データ)		
	糖尿病有病者の割合 ・HbA1c 6.5 以上 (特定健診データ)	7.6% (2020 年)	減少
5	救急要請から医療機関への収容までに要した 平均時間(救急救助の現況)	【本県】39.2分【全国】42.8分 (2021 年)	-
	虚血性心疾患により救急搬送された患者数 (患者調査)	【本県】50人未満 【全国】60人 (2020 年)	-
	大動脈疾患により救急搬送された患者数 (患者調査)	【本県】50人未満 【全国】20人 (2020 年)	-
6	急性心筋梗塞に対する PCI 実施率 (NDB)	【本県】0.83【全国】0.89 (2021 年)	-
	PCI を施行された急性心筋梗塞患者数のうち、 来院後 90 分以内の冠動脈再開通割合 (NDB)	【本県】66.8【全国】55.5 (2021 年)	-
	虚血性心疾患に対する心血管外科手術件数 (算定回数) (NDB)	【本県】8.2【全国】7.7 (2021 年)	-
	大動脈疾患患者に対する手術件数(算定回 数) (NDB)	【本県】8.4【全国】7.6 (2021 年)	-
7	入院心血管リハビリテーションの実施件数(算 定回数) (NDB)	【本県】2464.5 【全国】2641.3 (2021 年)	-
	外来心血管リハビリテーションの実施件数(算 定回数) (NDB)	521.4 件 (2021 年)	-
8	心血管疾患における介護連携指導の実施件数 (NDB)	153.1 件 (2021 年)	-
	心血管疾患患者における地域連携計画作成等 の実施件数 (NDB)	-	-
	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実 施件数 (NDB)	-	-
	脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相 談件数(県健康福祉政策課調べ)	-	増加

【個別施策】

	指標	現状	目標
9	40～69歳の肥満の者(BMI 25以上)の割合 (特定健診データ)	30.1% (2020年)	25%
	野菜摂取量 (県民健康・栄養調査)	239.7g (2022年)	350g
	食塩摂取量 (県民健康・栄養調査)	12.8g (2022年)	7g
	歩数の状況(SAGATOCO利用者の年次平均歩数) (県健康福祉政策課調べ)	5,598歩 (2022年)	7,000歩
	運動習慣者の割合 (県民健康意識調査)	18.7% (2020年)	30%
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (県民健康意識調査)	11.5% (2020年)	10%
	喫煙の状況 (県民健康意識調査)	16.0% (2020年)	14.2%
	20歳以上における未処置歯を有する者の割合 (県民健康意識調査)	28.9% (2022年)	20%
	40歳以上における歯周炎を有する者の割合 (県民歯科疾患実態調査)	59.4% (2022年)	40%
	啓発資料作成・情報発信件数 (県健康福祉政策課調べ)	2件 (2022年)	増加
	IT機器による自己管理者数(SAGATOCOダウンロード者数) (県健康福祉政策課調べ)	97,833人 (2022年)	増加
循環器病の講話及び血圧測定を行った高等学校数 (県健康福祉政策課調べ)	1校 (2023年)	増加	
10	特定健康診査実施率 (特定健康診査・特定保健指導の実施状況)	【本県】52.9% 【全国】56.5% (2021年)	70%
	特定保健指導実施率 (特定健康診査・特定保健指導の実施状況)	【本県】31.9% 【全国】24.6% (2021年)	45%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 (特定健康診査・特定保健指導の実施状況)	【本県】30.8% 【全国】29.1%	23%

		(2021年)	
11	救急隊の救急救命士運用率 (救急救助の現況)	【本県】100% 【全国】93.2% (2022年)	—
	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動の実施件数(救急救助の現況)	【本県】17件 【全国】36.6件 (2021年)	—
12	心血管疾患の急性期の医療機能を担う医療機関数 (医療連携体制調査)	15機関 (2022年)	—
	冠動脈再疎通(PCI)を行う医療機関数 (医療連携体制調査)	10機関 (2022年)	—
	冠動脈バイパス術、大動脈人工血管置換術等の外科的治療を行う医療機関数(医療連携体制調査)	3機関 (2022年)	—
	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する医療機関数 (医療施設調査)	【本県】0.1(1機関) 【全国】0.2 (2020年)	—
	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病床数 (医療施設調査)	【本県】1.0(8床) 【全国】1.2 (2020年)	—
	循環器内科医師数 (医師・歯科医師・薬剤師統計)	【本県】7.0(58人) 【全国】10.2 (2020年)	—
13	急性期の多面的・包括的なりハビリテーションが実施可能な医療機関数(医療連携体制調査)	14機関 (2022年)	—
	回復期の心血管疾患リハビリテーションが実施可能である回復期の医療機関(医療連携体制調査)	32機関 (2022年)	—
	維持期・生活期の在宅リハビリテーション等が実施可能である医療機関(医療連携体制調査)	108機関 (2022年)	—
14	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数 (日本心不全学会)	【本県】1.6人 【全国】0.9人 (2022年)	—

	心血管疾患患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数(日本看護協会)	【本県】0.9人 【全国】0.6人 (2022年)	—
15	心不全療養指導士数 (日本循環器学会)	32人 (2022年)	—
	回復期において、急性期の医療機関等との連携をしている医療機関数(医療連携体制調査)	80機関 (2022年)	—
16	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数 (（独）労働者健康安全機構の養成研修ホームページ)	【本県】10.3人 【全国】9.6人 (2021年)	—
17	市民公開講座、地域医療機関研修会の参加者数 (県健康福祉政策課調べ)	—	増加

**3 必要となる医療機能**

	予 防	救 護	急性期	回復期	再発予防
目 標	・心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防	・心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的治療が可能な医療機関に到着	・来院後速やかに初期治療を開始、30分以内に専門的治療を開始 ・合併症・再発予防等のための心血管疾患リハビリテーションを実施 ・再発予防の定期的専門的検査を実施	・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理 ・合併症・再発予防等のための心血管疾患リハビリテーションを実施 ・生活の場への復帰を支援 ・再発予防等の知識を教える	・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理 ・在宅療養を支援
求められる事項	【医療機関】 ・高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理 ・初期症状出現時の対応について本人、家族等への教育、啓発 ・初期症状出現時に、急性期医療機関への受診勧奨を指示	【周囲にいる者】 ・速やかな救急搬送の要請 ・心肺停止が疑われる者に対し、AEDの使用を含めた救急蘇法等適切な処置  【救急救命士等】 ・活動プロトコールに沿った適切な観察・判断・処置 ・急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送	【医療機関】 ・心電図検査、血液生化学検査等必要な検査及び処置が24時間対応可能 ・専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能 ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査等を行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能 ・慢性心不全の急性増悪の場合、内科的治療が可能 ・全身管理や合併症治療が可能 ・大動脈解離等に対する外科的治療が可能又は可能な施設と連携体制がとれている ・電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシング対応可能 ・多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能 ・回復期、在宅医療の医療機関と診療情報や治療計画を共有	【医療機関】 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理等の対応が可能 ・心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能 ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携 ・運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能 ・再発時等における対応法について患者・家族へ教育を行う ・急性期、二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有 ・両立支援コーディネーターを配置し、産業医との治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し就労支援を推進させ、生活の質の向上を推進	【医療機関等】 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能 ・緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能 ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携 ・急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と診療情報や治療計画を共有 ・在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護事業所・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施
医療機関の例			・救急救命センター ・心臓内科系集中治療室(CCU)等を有する病院 ・急性期医療を担う病院又は有床診療所	・内科、循環器又は心臓血管外科を有する病院又は診療所	・病院又は診療所



#### 4 各医療機能を担う医療機関

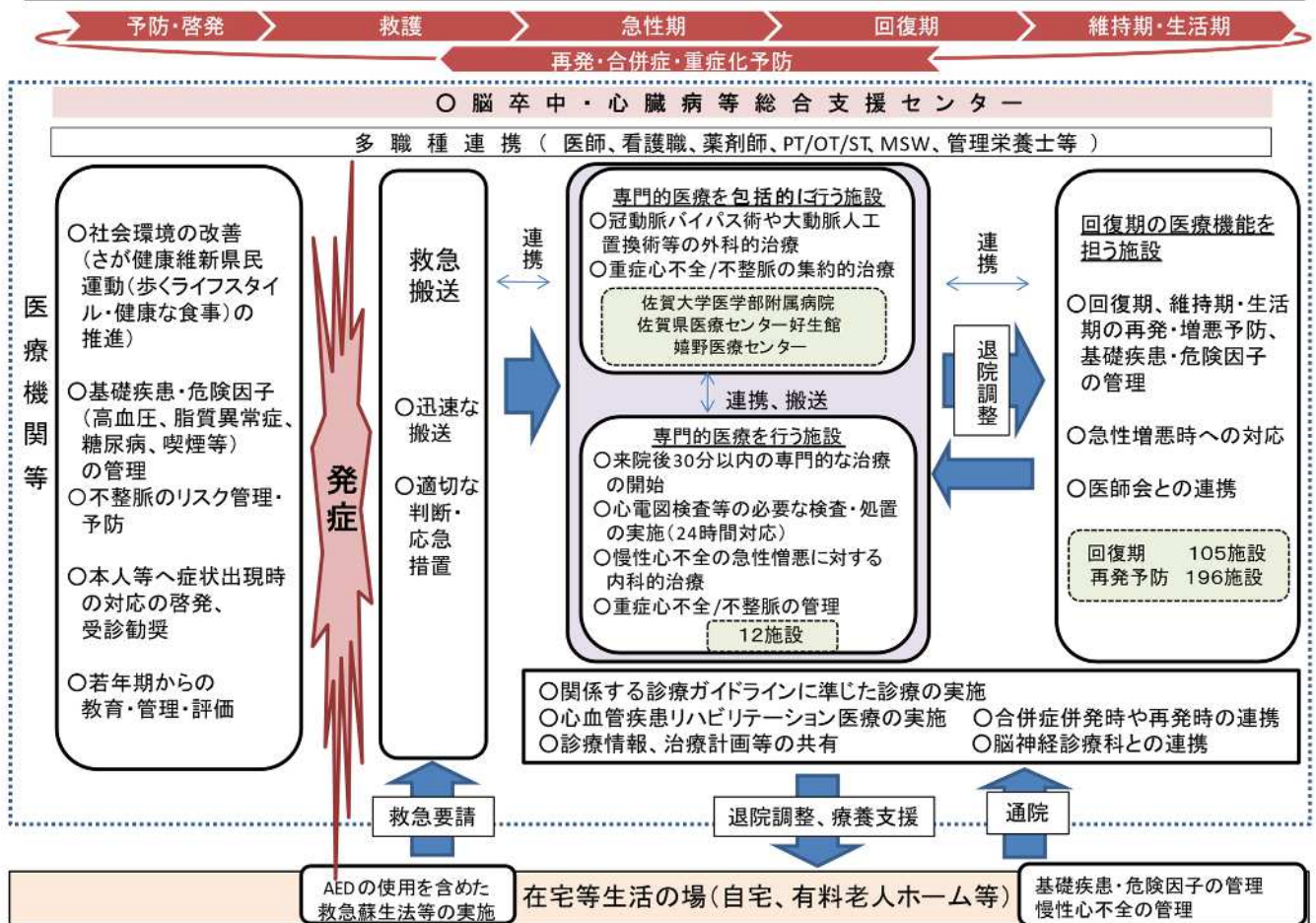
本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	急性期		回復期	維持期
	専門的医療を包括的に行う医療機関	左以外の急性期		
中部	2	1	38	70
東部	—	4	15	34
北部	—	2	17	29
西部	—	1	11	22
南部	1	4	24	41
計	3	12	105	196

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。

### 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制のイメージ

第2期佐賀県循環器病対策推進計画



## 第4節 糖尿病

### I 現状と課題

#### 1. 現状

糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝因子に過食、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子及び加齢が加わって発症する慢性の代謝性症候群です。

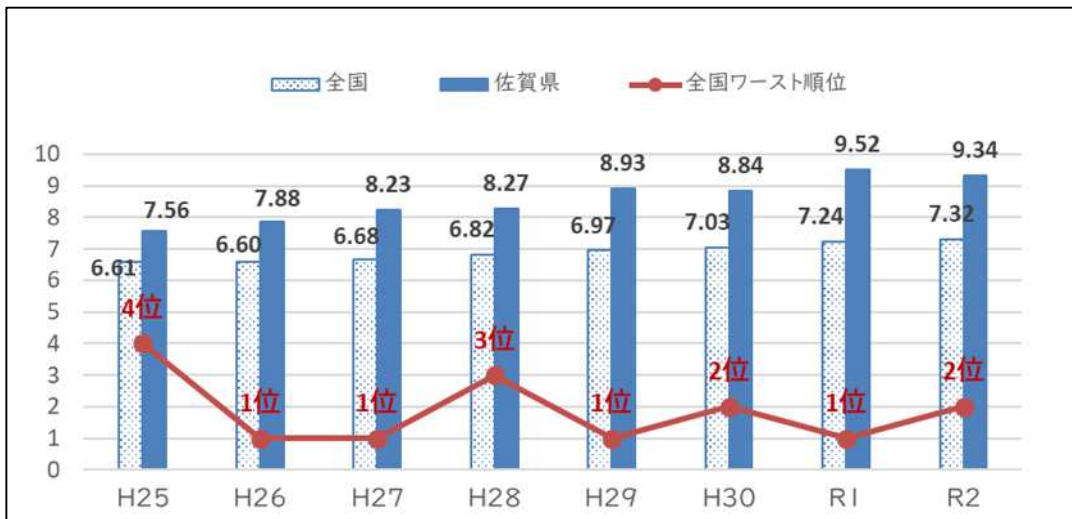
未治療のまま慢性の高血糖状態が続くと、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった細小血管合併症を発症し、喫煙等の因子が重なると、心筋梗塞、脳梗塞、足病変などの大血管障害を併発してしまいます。

合併症の発症は、生活の質並びに社会経済活力に多大な影響を及ぼします。合併症の中でも糖尿病性腎症による人工透析は、個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きいとされています。

特定健康診査結果における本県の糖尿病有所見者（HbA1c 6.5%以上）の割合は、2013年に7.56%だったものが、2020年には、9.34%と増加しており、全国と比較しても高い状況が続いています。2次医療圏別でみると、直近（2020年）では、北部医療圏が高くなっています。

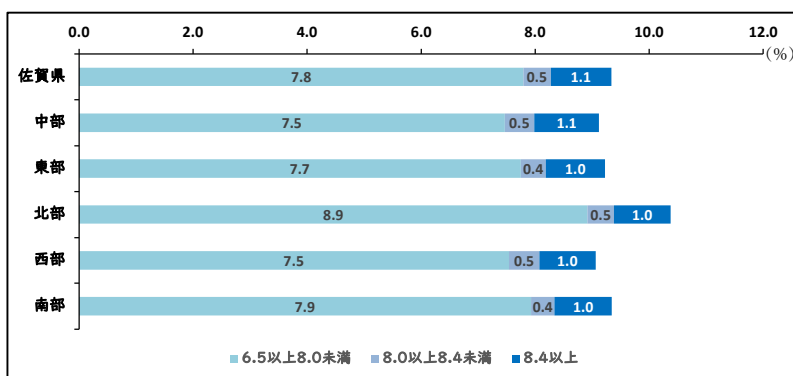
また、人工透析患者は増加し続けており、糖尿病性腎症が原疾患の人工透析患者は約40%を占めています。新規人工透析導入患者は、2019年から減少傾向にありましたが、2022年の調査ではやや増加していました。

#### ○特定健診受診者における有所見者（HbA1c 6.5%以上）の者の割合の推移



出典：NDB オープンデータ（厚生労働省）

○特定健診受診者におけるHbA1c 6.5%以上の者の割合(2次医療圏別2020年)



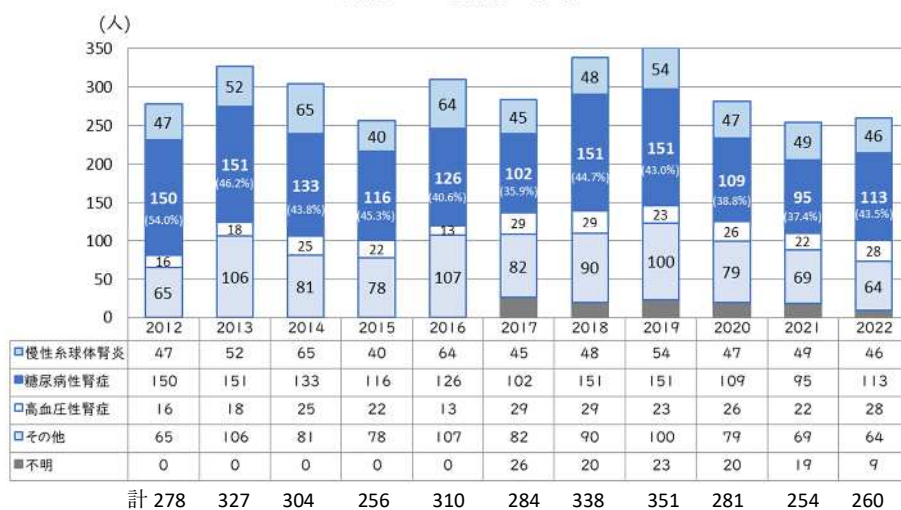
出典:NDB オープンデータ(厚生労働省)

○人工透析患者の原疾患別状況

人工透析者の推移



新規人工透析者の推移



出典:人工透析患者数等調べ(佐賀県健康福祉政策課)

※県内の医療機関において透析を行っている患者数であり、他県在住者も含まれる。

県内の医療提供体制は、初期・安定期治療を担う「佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関」が、280施設（2023年10月現在）あり、患者の受療動向は2次医療圏で差はあるものの、概ね医療圏内で完結できています。

また、糖尿病コーディネート看護師を配置し、専門治療や急性増悪時治療を行う基幹病院が9か所あり、各医療圏では1か所以上あります。コーディネート看護師を通じたサポートを行う旨の契約をしている地域のかかりつけ医療機関数は2023年3月末現在220施設で、登録患者数は976人となっています。

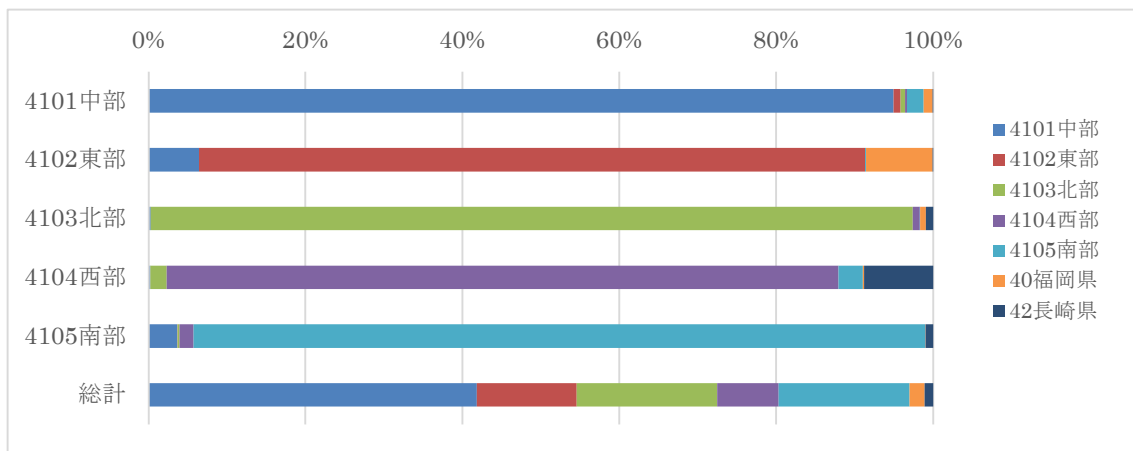
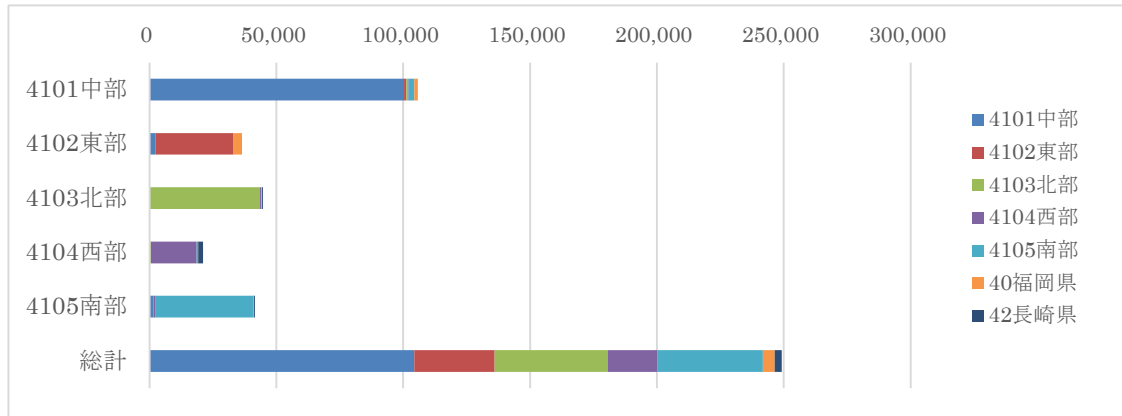
### ○患者受療動向



合計/総件数	医療機関二次医療圏名							総計	流出率
	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県		
4101中部	100,300	2,327	121	47	1,523	2,547	48	106,913	6.2%
4102東部	915	30,756	-	-	22	7,208	-	38,901	20.9%
4103北部	616	-	43,454	442	102	706	11	45,331	4.1%
4104西部	247	-	401	18,069	741	145	439	20,042	9.8%
4105南部	2,237	39	31	652	38,707	147	563	42,376	8.7%
総計	104,315	33,122	44,007	19,210	41,095	10,753	1,061	253,563	4.7%

出典：医療計画作成支援データブック

## 流入



合計/総件数	負担者二次医療圏名								流入率
	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県	総計	
4101中部	100,300	915	616	247	2,237	1,227	62	105,604	5.0%
4102東部	2,327	30,756	0	0	39	3,082	20	36,224	15.1%
4103北部	121	0	43,454	401	31	332	404	44,743	2.9%
4104西部	47	0	442	18,069	652	36	1,854	21,100	14.4%
4105南部	1,523	22	102	741	38,707	14	406	41,515	6.8%
総計	104,318	31,693	44,614	19,458	41,666	4,691	2,746	249,186	3.0%

出典：医療計画作成支援データブック

医療圏	基幹病院
中部	佐賀県医療センター好生館、NHO 佐賀病院、小城市民病院、佐賀大学医学部附属病院
東部	NHO 東佐賀病院
北部	唐津赤十字病院、済生会唐津病院
西部	伊万里有田共立病院
南部	NHO 嬉野医療センター

本県では、「ストップ糖尿病」対策事業で、糖尿病の連携体制を進めています。

医療機関、保険者、多職種等の連携を図るため、県単位・2次医療圏単位での会議を開催しており、関係者間での情報共有を図っています。また、2次医療圏毎に基幹病院による連絡会も開催しており、地域での具体的な課題や情報を共有しています。さらに、連携のためのツールの1つとして、地域連携パスの役割をもつ「佐賀県糖尿病連携手帳」（佐賀県医師会作成）の普及・活用を進めています。

また、佐賀県医師会、佐賀県糖尿病対策推進会議、佐賀県保険者協議会と佐賀県の4者で「佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（2017年1月策定）を策定し、糖尿病重症化リスクの高い対象者を把握し、特定保健指導や医療につなぐための手順を定め、糖尿病の重症化予防を図っています。

## 2. 課題

糖尿病治療の重要性に対する社会全体の認知度を向上させ、また、治療中の者には、より積極的な保健指導・栄養指導の実施や、適切な治療の開始・継続を支援する仕組みを構築するなど、一次予防、二次予防、三次予防と多段階において糖尿病及びその合併症を抑制できるような支援体制が重要です。

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、様々な糖尿病合併症を予防することにもなることから、生活習慣の改善を含め、糖尿病対策を総合的に取り組むことが必要です。

具体的には、県民に必要な健診をいかに定期的に受けてもらうかが重要であり、特に、保険者による特定健康診査及び特定保健指導の実施率をさらに向上させ、さらに、特定健診後の要精密者へは医療機関へ受診勧奨し、確実に医療につなげていく取組が重要となります。

なお、糖尿病に対するスティグマ<sup>※</sup>が治療中断の要因の一つとなっていることを考えると、正しい知識の普及啓発等、スティグマ払拭のための取組を進めていくことも必要です。

### ※スティグマ

特定の属性に対して刻まれる「負の烙印」という意味を持ち、誤った知識や情報が拡散することにより、対象となった者が精神的・物理的に困難な状況に陥ることをさします。

### (1) 糖尿病の発症予防

現状で記述したように、糖尿病有所見者の割合は増加しており、特定健康診査における HbA1c 6.0%以上6.5%未満の糖尿病予備群の割合も増加していることから、糖尿病の発症予防の取組はとても重要です。

発症予防のためには、過食（エネルギーの過剰摂取）、運動不足など肥満につながる生活習慣を改善し、発症要因を減らす必要があります。

エネルギーの過剰摂取を防ぐための一つの方法として、野菜をしっかり食べることを勧めています。

すが、県民の野菜摂取量は約240gで、目標としている350gに100g以上足りていません。

また、動脈硬化を進める高血圧予防として1日7g未満を目標にしているのに対し、県民の平均摂取量は12.8gと過剰摂取となっており、県民が適切な食事へと行動変容するための具体的でわかりやすい啓発を行う必要があります。

さらに、運動習慣のある者の割合は、2016年には21.8%でしたが、2020年には18.7%と減少傾向でかつ全体の2割にも満たないことから、食生活と併せて身体活動・運動に関する情報を啓発し、県民の行動変容を促すよう、さらに働きかけていくことが重要です。

## (2) 糖尿病の医療・重症化予防の充実

糖尿病の重症化予防とは、細小血管症（網膜症、腎症、神経障害）及び大血管症（冠動脈疾患、脳血管疾患、抹消動脈疾患）の発症・進展を阻止することですが、中でも、糖尿病性腎症による人工透析は患者のQOLを低下させます。

糖尿病性腎症を原因とする人工透析を防ぐためには、かかりつけ医が適切な時期に腎障害の状況を把握するための尿中アルブミン検査やクレアチニン検査を実施し、必要に応じて糖尿病専門医や腎臓専門医へ受診させることが必要です。

また、神経障害や抹消動脈疾患の進行による下肢切断、糖尿病性網膜症による失明など、患者のQOLの低下にならないよう、かかりつけ医と専門医が連携することが重要で、糖尿病コーディネーター看護師を通じたサポートが求められます。

佐賀県糖尿病連携手帳は、かかりつけ医と糖尿病専門医の連携を図るだけでなく、多職種連携のためのツールであることから、さらに手帳の活用を進めていく必要があります。

## 2 目標と施策

糖尿病の分野は、①糖尿病有病者の増加の抑制と②重症者の減少に努めます。

### (1) 糖尿病を予防・改善する生活習慣の定着

糖尿病に限らず、様々な病気の要因である肥満、高血圧及び脂質異常の改善のための普及啓発を図ります。具体的には、適切な食生活、適度な運動をはじめ、禁煙、適度な飲酒、歯周病の改善等に関する情報を県民に広く普及啓発していきます。

### (2) 医療機関への受診勧奨

保険者による特定健康診査及び特定保健指導の実施が進むよう、受診の必要性等に関する普及啓発を行います。

### (3) 医療従事者の確保・育成

引き続き、糖尿病治療の連携を進めるため、糖尿病コーディネート看護師による活動が定着していくよう支援を行います。

特に、栄養・食事指導は糖尿病の発症と重症化予防の両方に必要であることから、必要な時期に適切な栄養指導が受けられるような体制整備及び管理栄養士の資質向上を図っていきます。

### (4) 糖尿病治療体制の整備

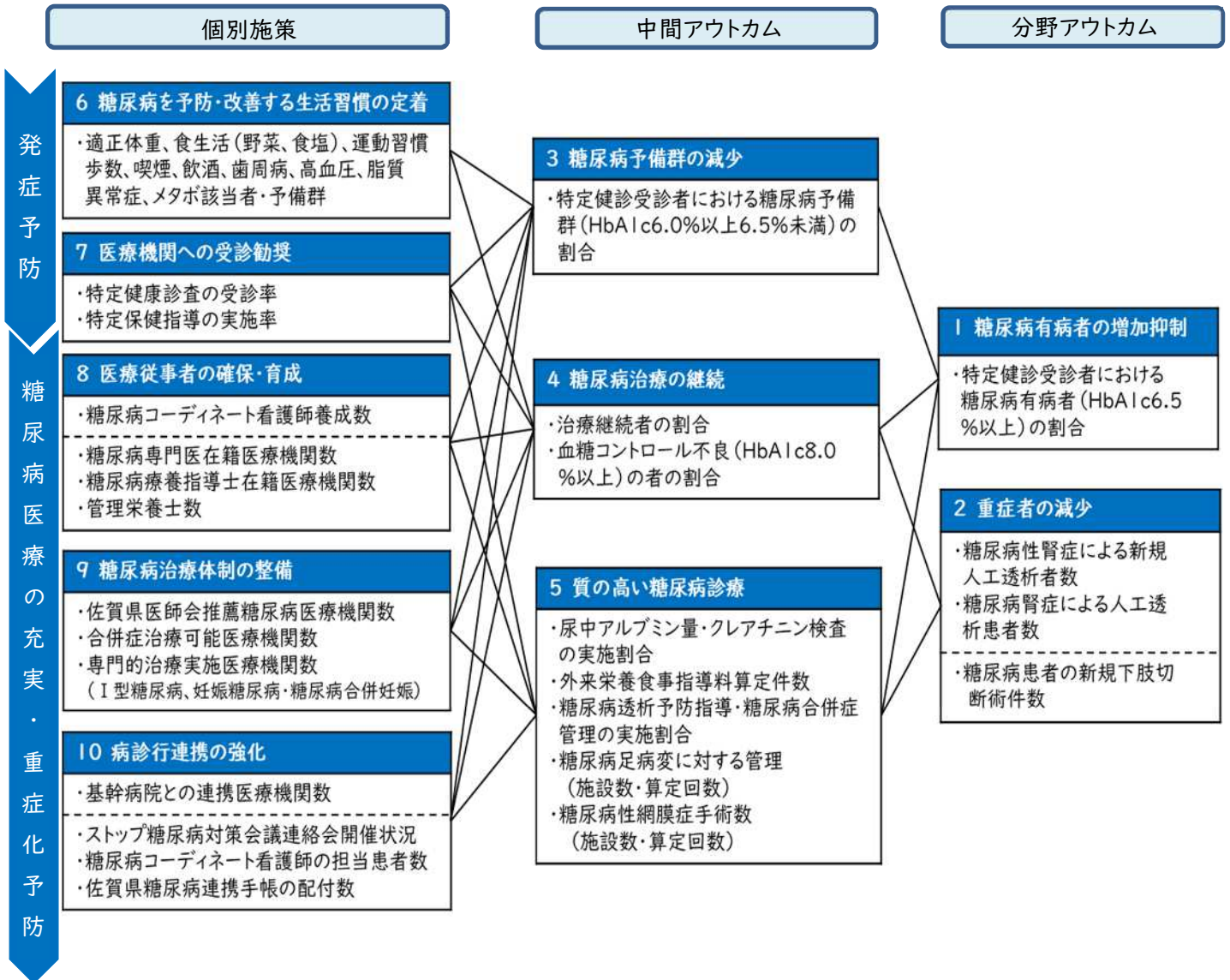
県民が糖尿病になっても、地域で必要な治療や療養指導が受けられるよう、関係機関・団体と連携し、糖尿病治療体制の整備と強化に努めます。

### (5) 病診行連携の強化

引き続き、ストップ糖尿病対策事業等で、かかりつけ医、糖尿病専門医、基幹病院、保険者や多職種等の関係者による連携を強化し、佐賀県における糖尿病対策を推進します。



《施策体系表(ロジックモデル)》



《数値目標》

【分野アウトカム】

指標		現状	目標
1	特定健診受診者における糖尿病有病者 (HbA1c6.5%以上)の割合 (特定健診結果を県で集計)	7.6% (2020年)	減少
2	糖尿病性腎症による新規人工透析者数 (わが国の慢性透析療法の現況)	108人 (2021年)	96人
	糖尿病性腎症による人工透析患者数 (人工透析患者数等調べ(県調査))	1,021人 (2022年)	—
	糖尿病患者の下肢切断の発生 (医療計画作成支援データブック)	糖尿病患者1年あたり 40.7 (2021年)	—

【中間アウトカム】

指標		現状	目標
3	特定健診受診者における糖尿病予備群 (HbA1c 6.0%以上 6.5%未満)の割合 (NDB オープンデータ)	14.1% (2020年)	減少
4	治療継続者の割合 (特定健診結果を県で集計)	62.9% (2020年)	72.3%
	血糖コントロール不良(HbA1c8.0%以上)の者の割合(NDB オープンデータ)	1.5% (2020年)	1.3%
5	尿中アルブミン量・クレアチニン検査の実施割合 (医療計画作成支援データブック)	尿中アルブミン・ 蛋白定量検査 0.20 クレアチニン 0.88 (2021年)	—
	外来栄養食事指導料算定件数 (NDB オープンデータ)	人口10万人当たり 2473.1 (2021)	—
	糖尿病透析予防指導・糖尿病合併症管理の実施割合(医療計画作成支援データブック)	0.007 (2021年)	—
	糖尿病足病変に対する管理(施設数・算定回数)(医療計画作成支援データブック)	施設数 11 算定回数 1,097 (2021年)	—

	糖尿病性網膜症手術数(施設数・算定回数) (医療計画作成支援データブック)	施設数 40 算定回数 7,680 (2021年)	—
--	--	---------------------------------	---

【個別施策】

	指標	現状	目標
6	40～69歳の肥満の者(BMI25以上)の割合 (特定健診結果を県で集計)	30.1% (2020年)	25%未満
	野菜の摂取量 (県民健康・栄養調査)	239.7g (2022年)	350g
	食塩の摂取量 (県民健康・栄養調査)	12.8g (2022年)	7g
	運動習慣のある者の割合 (県民健康意識調査)	18.7% (2020年)	30%
	歩数の状況(SAGATOCO 利用者の年次平均歩数) (健康福祉政策課調べ)	5,598歩 (2022年)	7,000歩
	県公式ウォーキングアプリ「SAGATOCO」ダウンロード件数 (健康福祉政策課調べ)	97,833件 (2022年)	30万件
	喫煙率 (県民健康意識調査)	16.0% (2020年)	14.2%
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (県民健康意識調査)	11.5% (2020年)	10%
	40歳以上における歯周炎を有する者の割合(県民 歯科疾患実態調査)	59.4% (2022年)	50%
	収縮期血圧140mmHg以上の者の割合 (NDB)	17.3% (2020年)	15.2%
	LDLコレステロール160mg/dl以上の割合 (NDB)	12.8% (2020年)	11.2%
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合 (特定健診・特定保健指導の実施状況)	30.8% (2021年)	23%
7	特定健康診査の実施率(特定健診・特定保健指導 実施状況)	52.9% (2021年)	70%
	特定保健指導の実施率(特定健診・特定保健指導 の実施状況)	31.9% (2021年)	45%

8	糖尿病コーディネート看護師養成数(累計) (県調査)	77名 (2022年度)	100名
	糖尿病専門医在籍医療機関数 (医療計画作成支援データブック)	人口10万人当たり 3.2 (2022年)	—
	糖尿病療養指導士在籍医療機関数	39施設 (2022年)	—
	管理栄養士数(県とりまとめ)	326人 (2022年度)	—
9	佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関数 (医師会報告)	280施設 (2023年)	—
	合併症治療可能医療機関数 (医療計画作成支援データブック)	人口10万人当たり 腎症 6 足病変 11 (2021年)	—
	専門的治療実施医療機関数(Ⅰ型糖尿病、妊娠 糖尿病・糖尿病合併妊娠) (医療計画作成支援データブック)	人口10万人当たり Ⅰ型糖尿病 12 妊娠糖尿病 6	—
10	基幹病院との連携医療機関数 (県調査)	220施設 (2022年)	増加
	ストップ糖尿病対策会議・連絡会開催回数 (県調査)	8回 (2022年)	—
	糖尿病コーディネート看護師の担当患者数 (県調査)	976人 (2022年)	—
	佐賀県糖尿病連携手帳の配付数 (県医師会報告)	7,730部 (2022年)	—

3 必要となる医療機能

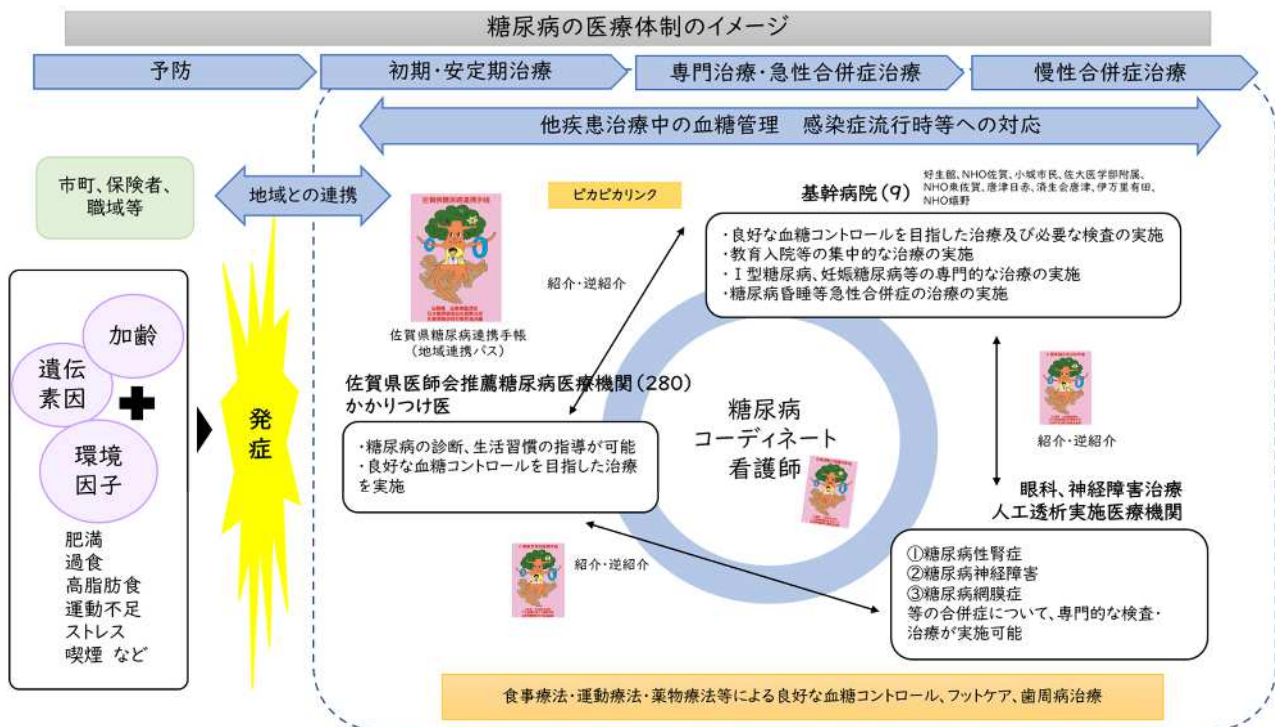
	予防、初期・安定期治療	専門治療	急性合併症治療	慢性合併症治療			地域と連携する機能	感染症流行時等の非常時に対応する機能
	かかりつけ医機能	糖尿病専門の医療既往	急性合併症の治療を行う機能	透析を行う医療機能	血管病変対応の医療機能	眼科の医療機能		
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診特定保健指導や健診後の受診勧奨の実施</li> <li>・糖尿病の診断、生活習慣の指導が可能</li> <li>・良好な血糖コントロールを目指した治療の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・良好な血糖コントロールを目指した治療及び必要な検査の実施</li> <li>・教育入院等の集中的な治療の実施</li> <li>・I型糖尿病、妊娠糖尿病等の専門的な治療の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病昏睡等急性合併症の治療の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症について、専門的な検査・治療が実施可能</li> <li>・慢性合併症の発症予防、重症化予防のための検査・指導の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血管病変、糖尿病神経障害について、専門的な検査・治療が実施可能</li> <li>・慢性合併症の発症予防、重症化予防のための検査・指導の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病網膜症について、専門的な検査・治療が実施可能</li> <li>・慢性合併症の発症予防、重症化予防のための検査・指導の実施</li> </ul>	市町や保険者、職域と連携できる体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制</li> <li>・多施設・多職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・佐賀県医師会推進糖尿病医療機関である</li> <li>・健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者への適切な検査や予防のための指導を実施している</li> <li>・眼科の医療機能、血管病変対応の医療機能、透析を行う医療機能を担う医療機関との連携が可能</li> <li>・「佐賀県糖尿病連携手帳」の配付と活用が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・佐賀県医師会推進糖尿病医療機関である</li> <li>・日本糖尿病学会の専門医がいる</li> <li>・I型糖尿病に対する専門的な治療が可能</li> <li>・糖尿病患者の妊娠に対応可能</li> <li>・眼科、神経科、透析を行う医療機関、歯科、かかりつけ医、在宅医療を担う医療機関と連携できる</li> <li>・糖尿病療養指導士(CDE)または地域糖尿病療養指導士(LCDE)がいる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間対応可能</li> <li>・眼科、神経科、透析を行う医療機関、歯科、かかりつけ医、在宅医療を担う医療機関と連携できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・透析の導入可否の判断ができる</li> <li>・必要なときに糖尿病に対して透析ができる</li> <li>・佐賀県医師会透析医部会に入会している</li> <li>・糖尿病専門の医療機能、眼科、血管病変対応の医療機能を担う医療機関、かかりつけ医、在宅医療を担う医療機関と連携できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・閉塞性動脈硬化性血管病変と糖尿病性血管病変の鑑別ができる(ABI、CAVI検査、CT、DSA、MRI、血管造影のいずれかを用いて、鑑別診断が可能)</li> <li>・虚血レベルに応じた血管再建術が可能である</li> <li>・虚血レベルに応じた切除・切除術が可能である</li> <li>・虚血レベルに応じたフットケアが可能である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病患者への眼合併症に関する初期啓発活動が実施可能</li> <li>・「糖尿病眼手帳」の無料配付と活用が可能</li> <li>・正確な糖尿病網膜症進行度評価・反転が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の同意のもと、市町や保険者から保健指導のため情報提供等に協力している</li> <li>・市町及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制をとることができる</li> <li>・治療と仕事の両立支援等、産業医等と連携した医療を行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療や訪問看護を行う事業者等と連携できる体制がある</li> <li>・「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿ったオンライン診療による診療継続が可能である</li> </ul>
医療機関の例	佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関等	基幹病院、糖尿病内科を有する病院等	基幹病院等	透析療法が可能な医療機関	循環器科、血管外科、整形外科、皮膚科、フットケアを専門とする医療機能を持つ医療機関	眼科	糖尿病と糖尿病の合併症の治療が可能なすべての医療機関	糖尿病と糖尿病の合併症の治療が可能なすべての医療機関

#### 4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は以下のとおりです。

医療圏	予防、初期・安定期治療	専門治療	急性合併症治療	慢性合併症治療		
				透析を行う医療機能	血管病変対応の医療機能	眼科の医療機能
中部	79	25		15	20	20
東部	40	15		4	19	8
北部	35	10		6	19	4
西部	27	3		3	12	4
南部	50	11		8	19	13

具体的な医療機関名は定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。



## 第5節 精神疾患

### I 現状と課題

#### 1. 現状

精神疾患は、統合失調症や気分障害（うつ病、躁うつ病等）、発達障害など多岐にわたり、症状が多様であるとともに自覚しにくい場合があり、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう傾向にあります。

発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されることによって、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになります。

精神疾患は、うつ病や認知症、依存症など、全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを「障害福祉計画」や「さがゴールドプラン21」に基づき進めています。

本県の精神科病院に入院している患者数は、2023年3月末現在3,393人（精神科病院月報）で、2018年3月末3,715人と比べると、グループホーム等の受け皿整備を図り地域移行が進んだ結果、減少傾向にあります。

精神科病院や、精神科を標榜する診療所及び一般病院で精神科外来を有する医療機関（以下「精神科診療所等」という。）で自立支援医療による通院医療を受けている患者（県民）数は、2023年3月末現在14,492人であり、2018年3月末12,368人と比べ、17%増加しています。また、精神保健福祉手帳の所持者数は、2023年3月末現在7,787人で、2018年3月末5,528人と比べ、40.9%増加しています。



精神疾患の入院患者数は、一番多い疾患である統合失調症については減少傾向にあります。また、気分障害はほぼ横ばい、認知症については、緩やかに増加しています。認知症は高齢者人口の増加に伴い、今後も増加することが予測されます。



(精神保健福祉資料より)

県内の医療提供体制は、精神病床を有する病院が18病院あり、医療圏に複数箇所存在します。また、精神科診療所等は24施設で、2017年の23施設から1施設増加しています。

一般的な精神疾患等に対応する医療については主に診療所で対応し、高い専門医療については肥前精神医療センターや佐賀大学医学部附属病院が中核医療機関として対応するなど、県内の精神科医療機関で幅広い医療を提供できる体制が整っています。

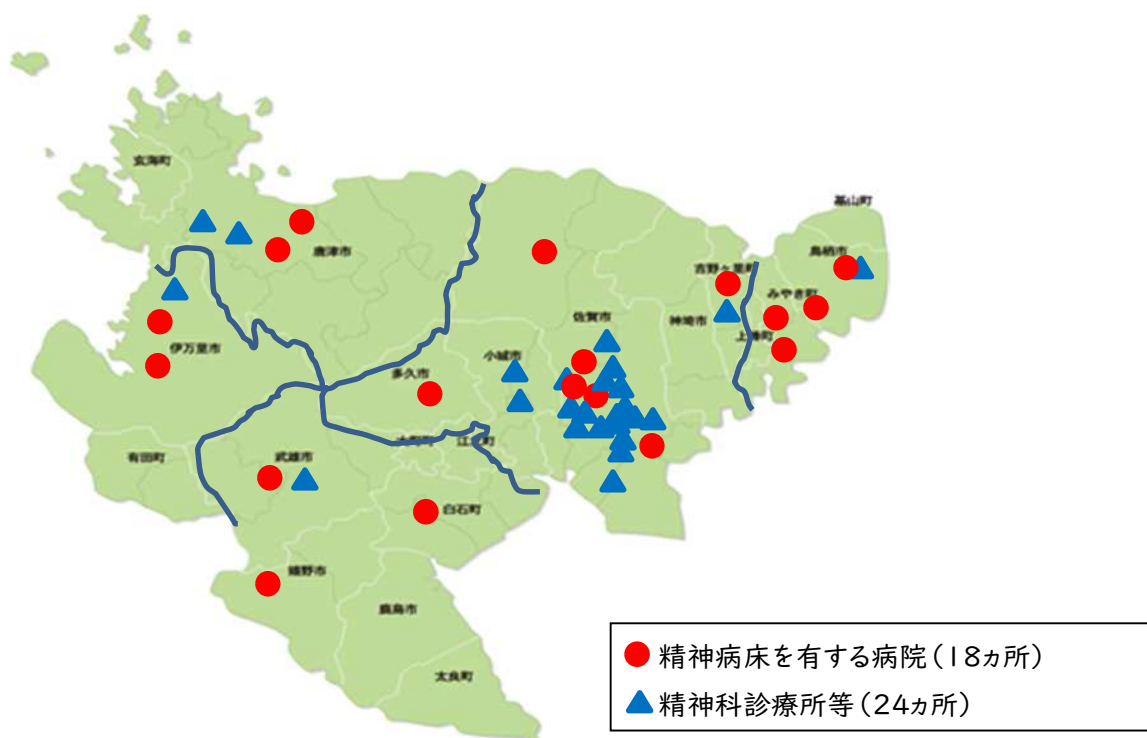
また、認知症の早期診断・早期対応のため、認知症疾患医療センターを5カ所(佐賀大学医学部附属病院、NHO 肥前精神医療センター、嬉野温泉病院、河畔病院、堀田病院)指定し、鑑別診断、行動・心理症状(BPSD)と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等を行っています。

精神科訪問看護については、医療機関14カ所と訪問看護ステーション45カ所で提供されており、地域移行や地域定着に向けての支援体制が整備されています。(2022年精神保健福祉資料)

精神科救急については、2014年度に県が「佐賀県精神科救急情報センター」を開設し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先となる医療機関との連絡調整体制を構築し、24時間365日体制で迅速かつ適切な精神科医療を提供できる体制を整備しました。



## 【県内の精神病床を有する病院、診療所等の設置状況】



(2023年11月実施「精神疾患の医療体制構築に係る医療機能の明確化のための調査結果」)

## 2. 課題

### (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

精神障害者の地域移行については、精神病床における入院後3ヶ月、6ヶ月、1年時点の退院率は増加傾向にはあるものの、地域移行が十分に進んでいるとは言えないのが現状です。長期入院患者数は、年々減少傾向にあるものの高齢者については横ばいとなっています。入院後早期から地域の支援者も含め連携をとることや、退院後の受入先の確保及び支援体制の整備により早期退院を促進する必要があります。

精神障害者が地域で安心して生活するためには、在宅サービスの充実、ピアサポーターの活用、相談窓口の役割の明確化等の包括的な支援が重要であり、県・医療圏・市町単位で支援体制を協議する場を設置し、関係機関による支援体制を構築することが必要です。

また、病状悪化等への対応として、精神科救急の24時間相談対応、受け入れ態勢の整備に向けた検討が必要です。同時に、地域移行の推進や通院患者数の増加により、外来患者の増加が予測されることから、対応できる医療体制の確保についても検討していく必要があります。

## (2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

統合失調症、気分障害、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症、摂食障害などの多様な精神疾患等ごとに専門精神科医療機関を明確化し、さらに県及び圏域における連携拠点機能を選定し、患者に応じた質の高い専門精神科医療を提供する体制整備が必要です。

また、患者の高齢化に伴う身体合併症の増加も課題であり、精神科医療機関、精神科以外のかかりつけ医、総合病院との連携強化及び合併症を含む精神科救急に対応できる体制の構築が必要です。

## (3) 精神疾患に関する正しい理解の普及啓発の推進

精神疾患は、統合失調症や気分障害などの他に、発達障害や、高次脳機能障害、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病などの認知症なども含まれており、住民に広く関わる疾患です。

しかし、精神疾患に関する差別や偏見は根強く、精神障害者の地域移行が進まなかったり、受診が遅れて重症化するなどの弊害があり、精神疾患に関する正しい知識を広めていく必要があります。

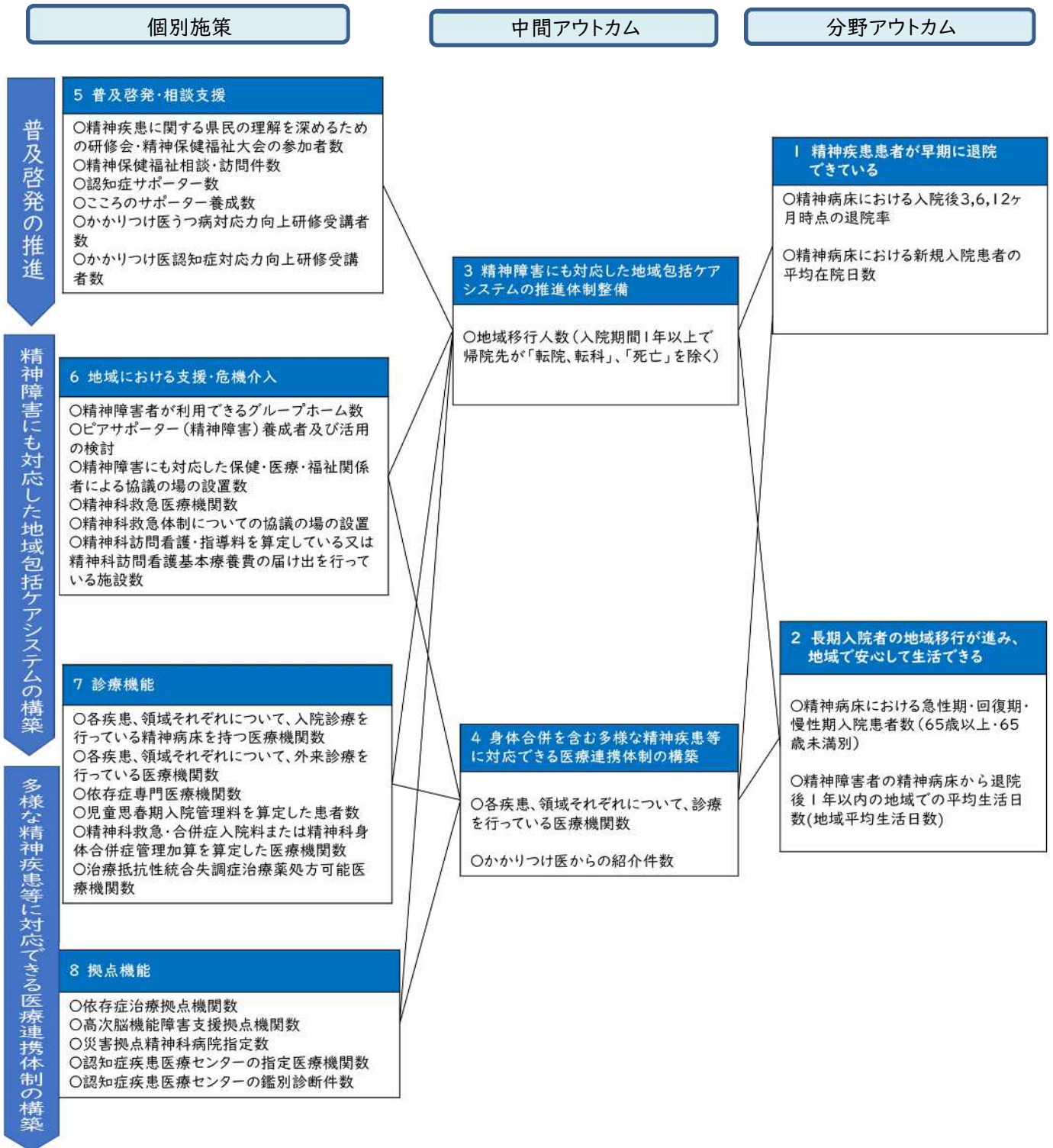
<b>2</b>	<b>目標と施策</b>
----------	--------------

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすために、「精神疾患患者が早期に退院できている」ことおよび「長期入院患者の地域移行が進み、地域で安心して生活している」ことを目指す必要があることから、重点施策を、

- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進体制整備
- ・身体合併症を含む多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、4つの個別施策の効果・進捗を、7つの効果指標と26の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

《施策体系表(ロジックモデル)》



《数値目標》

【分野アウトカム】

指標		現状	目標
1	精神病床における入院後3ヶ月、6ヶ月、1年時点の退院率(NDB)	【3ヶ月】60.8% 【6ヶ月】78.5% 【1年時点】85.8% (2019年度)	【3ヶ月】62.8% 【6ヶ月】79.8% 【1年時点】87.8% (2026年度)
	精神病床における新規入院患者の平均在院日数(NDB)	116.5日/人 (2019年度)	111.1日/人以下 (2026年度)
2	精神病床における慢性期入院患者数(65歳以上、65歳未満) (精神保健福祉資料)	【65歳以上】1,380人 【65歳未満】727人 (2022年度)	現状よりも減少 (2026年度)
	精神病床における急性期入院患者数(65歳以上、65歳未満) (精神保健福祉資料)	【65歳以上】412人 【65歳未満】380人 (2022年度)	—
	精神病床における回復期入院患者数(65歳以上、65歳未満) (精神保健福祉資料)	【65歳以上】475人 【65歳未満】221人 (2022年度)	—
	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)(NDB)	324.1日 (2019年度)	325.2日以上 (2026年度)

【中間アウトカム】

指標		現状	目標
3	地域移行人数(入院期間1年以上で帰院先が「転院、転科」、「死亡」を除く) (県調査・月報)	198人 (2022年度)	現状よりも増加 (2026年度)
4	各疾患、領域それぞれについて、診療を行っている医療機関数(県調査)	42施設 (2021年度)	—
	かかりつけ医からの紹介件数(うつ病及びその他の疾患)(県調査)	2,228人 (2022年度)	—
	かかりつけ医からの紹介件数(認知症) (県調査)	315件 (2021年度)	—

【個別施策】

	指標	現状	目標
5	精神疾患に関する県民の理解を深めるための研修会、精神保健福祉大会の参加者数（県調査）	200人 （2022年度）	—
	精神保健福祉相談・訪問件数（衛生行政報告例・地域保健事業報告）	11,096人 （2020年度）	—
	認知症サポーター数 （全国キャラバン・メイト連絡協議会調）	114,702人 （2021年度）	—
	こころのサポーター数（県調査）	0人 （2022年度）	—
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修受講者数（県調査）	157人 （2022年度）	—
	かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数（県調査）	2,383人 （2023年2月末）	—
6	精神障害者が利用できるグループホーム数（県調査）	38か所 （2022年度）	43か所 （2026年度）
	ピアサポーター（精神障害）養成者数（県調査）	4人 （2022年度）	—
	精神障害にも対応した保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置数（県調査）	23 （2022年度）	25 （2026年度）
	精神科救急医療機関数（県調査）	14施設 （2021年度）	—
	精神科救急体制についての協議の場の設置（県調査）	1回 （2022年度）	—
	【精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届け出を行っている施設数（精神保健福祉資料）	55施設 （2022年度）	—
7	各疾患、領域それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数（県調査）	19施設 （2021年度）	—
	各疾患、領域それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数（県調査）	42施設 （2021年度）	—

	依存症専門医療機関数(県調査)	5施設 (2022年度)	—
	児童思春期入院管理料を算定した患者数 (精神保健福祉資料)	23人 (2022年度)	—
	精神科救急・合併症入院料または精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 (精神保健福祉資料)	15施設 (2022年度)	—
	治療抵抗性統合失調症治療薬処方可能医療機関数(NDB)	3施設 (2020年度)	—
8	依存症治療拠点機関数(県調査)	1施設 (2022年度)	—
	高次脳機能障害支援拠点機関数 (県調査)	1施設 (2022年度)	—
	災害拠点精神科病院指定数(県調査)	1施設 (2022年度)	—
	認知症疾患医療センターの指定医療機関数 (県調査)	5施設 (2022年度)	—
	認知症疾患医療センターの鑑別診断件数 (県調査)	897件 (2021年度)	—

**3 必要となる医療機能**

	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	都道府県連携拠点機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者本位の精神科医療を提供</li> <li>・ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種共同による支援を提供する</li> <li>・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者本位の精神科医療を提供</li> <li>・ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供</li> <li>・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携</li> <li>・医療連携の地域拠点の役割</li> <li>・情報収集発信の地域拠点の役割</li> <li>・人材育成の地域拠点の役割</li> <li>・地域精神科医療提供機能を支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者本位の精神科医療を提供</li> <li>・ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供</li> <li>・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携</li> <li>・医療連携の都道府県拠点の役割</li> <li>・情報収集発信の都道府県拠点の役割</li> <li>・人材育成</li> <li>・地域連携拠点機能を支援</li> </ul>
求められる事項	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む）を提供し、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保</li> <li>・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種チームによる支援体制を作る</li> <li>・医療機関（救急医療、周産期医療含む）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供し、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保</li> <li>・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作る</li> <li>・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携</li> <li>・地域連携会議の運営支援</li> <li>・積極的な情報発信</li> <li>・多職種による研修を企画・実施</li> <li>・地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供し、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保</li> <li>・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種による支援体制を作る</li> <li>・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携</li> <li>・地域連携会議を運営</li> <li>・積極的な情報発信</li> <li>・専門職に対する研修プログラムを提供</li> <li>・地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応</li> </ul>

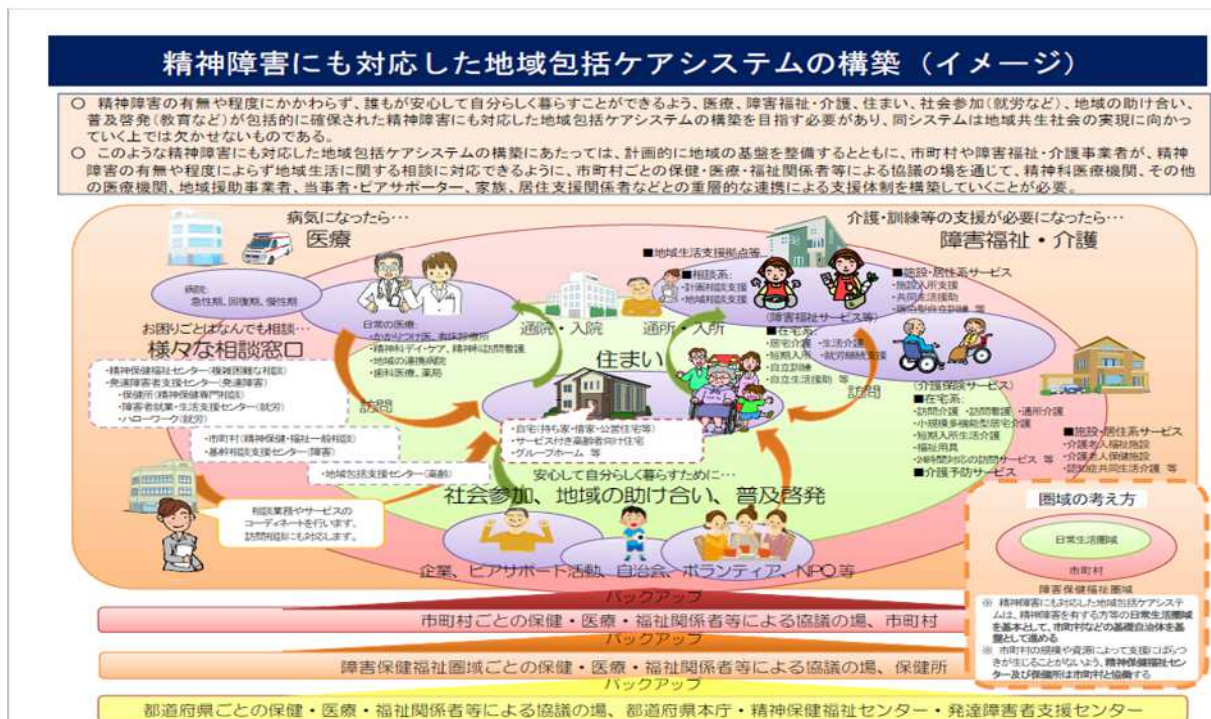
4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	地域精神科医療 提供機能	地域連携拠点機能	都道府県連携 拠点機能
中部	25	3	2
東部	5	—	—
北部	4	1	—
西部	3	1	—
南部	4	1	—
計	41	7	2

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。

【精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築イメージ図】





## 第6節 救急医療

### I 現状と課題

#### 1. 現状

本県における救急搬送人員は、2016年の33,230人から2021年は32,442人と減少していますが、2020年に新型コロナウイルス感染症の蔓延の影響による減少後、再度増加に転じており、高齢化の進展等に伴い、増加する傾向は続いています。

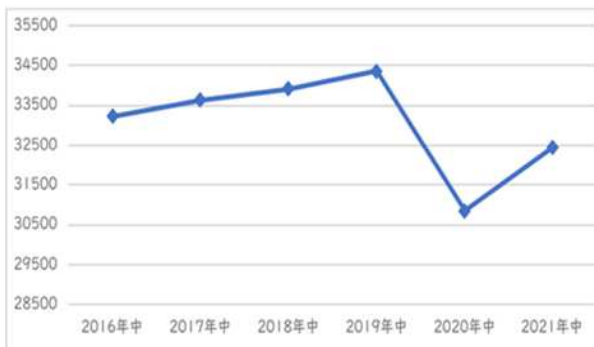
また、2021年の救急搬送人員のうち、65歳以上の高齢者が20,983人(64.7%)と全体の6割以上を占めています。(2016年19,766人(59.5%))

疾病構造別で見ると、急病の救急搬送人員は2016年の18,837人(56.7%)から2021年には18,746人(57.8%)と減少しているものの、急病の占める割合は増加しています。

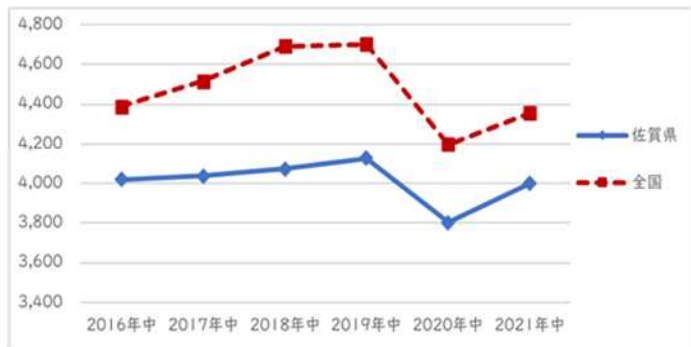
重症患者の構造をみると、2021年の重症者は4,139人(12.8%)で、全国平均8.5%を上回っているのに対し、軽症者は11,356人(35.0%)で全国平均44.8%を大きく下回っています。

救急自動車による救急搬送人員

(単位:人)



(人口10万人あたり)



(救急・救助の現況)

救急医療提供体制としては、主に病院前救護活動・救急搬送と救急医療体制に分けられます。

病院前救護活動については、救急隊の質の向上が重要です。本県では、救急隊総数43隊全てに常時救急救命士が乗車するとともに、2004年以降、メディカルコントロール体制のもとで、気管挿管や薬剤投与などの処置を適切に行えるようプロトコルを策定し、救急活動に対する医師の指示・助言と事後検証などにより、病院前救護活動の質の向上に努めています。

救急搬送については、消防機関により受入医療機関に迅速に搬送できるよう、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を策定し、適切な搬送及び受入体制を構築しています。さらに、佐賀県医療機関情報・救急医療情報システム(99さがネット)の運用に加えて、県内全ての救急車にタブレット型端末を配備し、救急医療に携わる関係機関相互の更なる情報共有を図っています。

覚知(119番通報)から現場到着までに要した時間は、2021年で平均10.2分となっており、全国平均の9.4分を上回っています。覚知から救急車が傷病者を搬送し、医療機関に収容するまでに要した時間は、平均39.2分となっており、全国平均の42.8分よりも短いものの、年々延伸傾向にあります。

覚知から現場到着までの所要時間 (単位:分)



覚知から病院等に収容するまでの所要時間



(救急・救助の現況)

2014年1月から、佐賀大学医学部附属病院を基地病院、佐賀県医療センター好生館を連携病院としてドクターヘリを運航しており、2021年度の運航実績は389回となっています。また、福岡県及び長崎県とはドクターヘリの相互応援体制を構築しており、広域的な搬送体制の確保に努めています。

救急医療体制については、第3次救急医療機関として救命救急センター4か所、第2次救急医療機関として救急告示医療機関41か所を指定しています。

本県の特徴として、救命救急センターが分散立地し各地からのアクセスがよいこともあり、救命救急センターへの搬送割合は2021年に35.2%で、全国平均17.7%と比較すると極めて高い搬送割合となっており、件数の面では3次救急の2.5次化といえる現状があります。

2023年3月31日時点

区分	関係機関	機関数
第3次救急医療機関	佐賀大学医学部附属病院(高度救命救急センター) 佐賀県医療センター好生館(救命救急センター) 唐津赤十字病院(地域救命救急センター) NHO嬉野医療センター(地域救命救急センター)	4
第2次救急医療機関	救急告示医療機関 病院群輪番制病院	63 (うち41)※1
初期救急医療機関	休日夜間急患センター 在宅当番医 歯科在宅当番医	10 259 ※2 122 ※2

※1 ( ) の数は救命救急センターを除く救急告示医療機関数

※2 在宅当番医・歯科在宅当番医数は、2022年度実績

## 2. 課題

### (1) 病院前救護活動・救急搬送

病院前救護活動として、救急隊の質の向上のほか、覚知から救急車到着までの間に、発見者など現場に居合わせた人による心肺蘇生等の応急手当が救命率を大きく左右します。このことから、1人でも多くの県民が日頃から応急手当に関する知識と技術を学び、いざというときに実践する必要があります。

本県における応急手当講習の受講について、普通・上級救命講習の受講率は全国平均よりも低い状況であり、引き続き普及啓発等を行うことが必要です。

また、覚知から病院等に収容するまでの所要時間は全国平均を下回っているものの、様々な要因により年々延伸傾向にあり、救急搬送の長時間化に対応していく取組が必要でです。

症状に応じた適切な救急医療を提供できるよう、搬送先の迅速な選定・受入を推進するため、搬送及び受入の実施に関する関係者間の連携、99さがネット等のICTを活用した応需や搬送情報等、関係者間での必要な情報の共有、ドクターヘリ等の活用などを強化していくことが必要でです。

さらに、高齢者数の増加や在宅医療の推進により、今後も救急搬送自体は増加することが見込まれますが、現在の体制でその増加に対応できるか検証することも必要でです。

### (2) 救急医療

本県の特徴として、第3次救急医療機関(救命救急センター)への搬送割合が高く、第2次救急医療機関への搬送割合が低いという現状があります。

今後の救急医療体制を維持するためには、第3次救急医療機関の更なる充実・強化が必要でです。また、新興感染症の発生・まん延時に対応できる体制についても検討することが必要でです。

2	目標と施策
---	-------

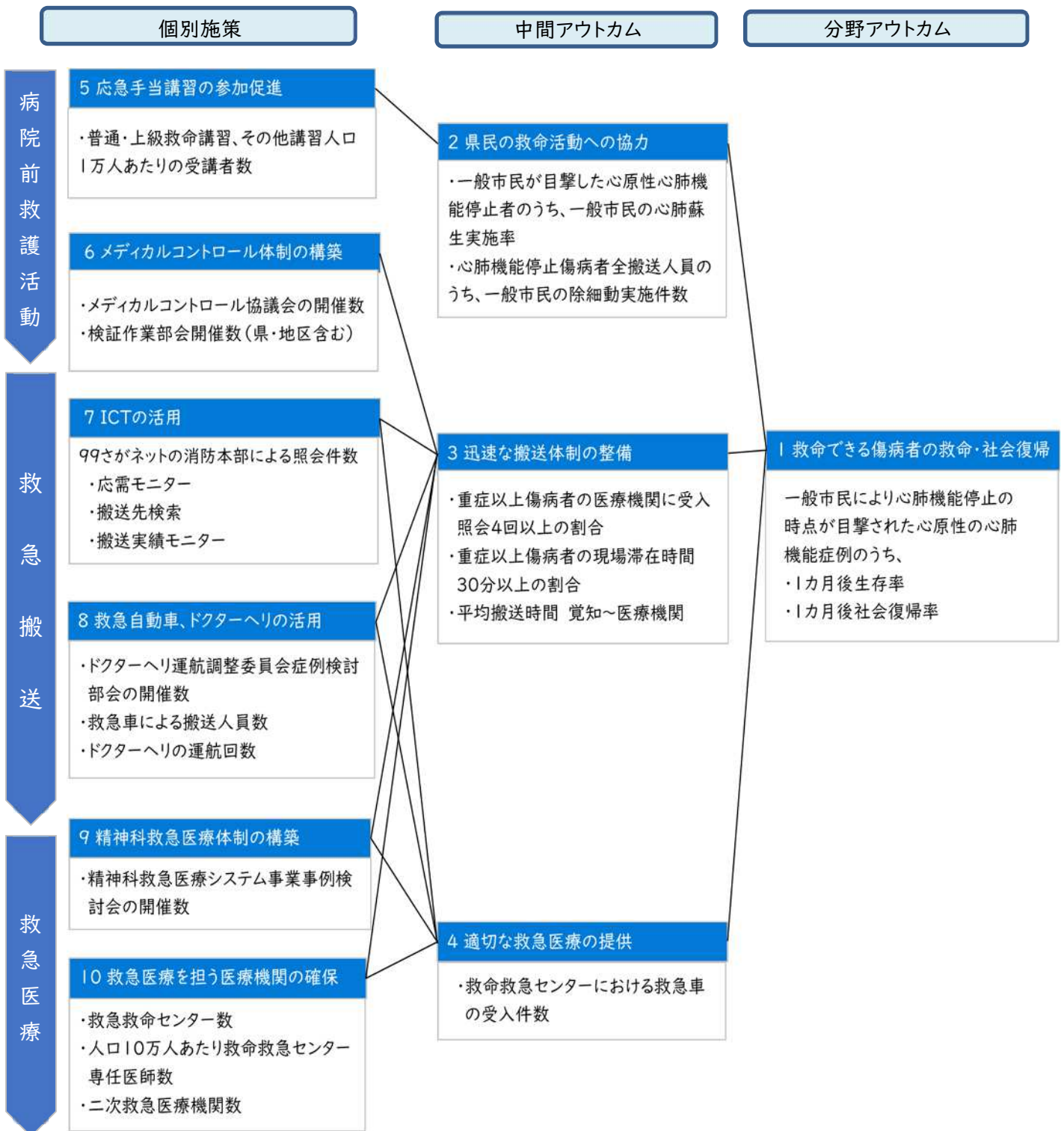
救急医療の分野は、県民の誰もが、いつでも、どこでも、①適切な病院前救護活動がなされ、②重症度や緊急度に応じた迅速な搬送・医療提供を受けることができ、③一人でも多くの傷病者が生存し、社会復帰できることを目指します。

特に、高齢化に伴う救急搬送人員の高止まりに対応すること、また、関係機関の連携が重要であることから、重要施策を、

- ・応急手当講習の普及啓発をさらに進め、県民の救命活動への参加促進を図ること
- ・メディカルコントロール体制のもと、継続した関係機関相互の情報共有や連携を図ることにより迅速な搬送体制の整備を図ること
- ・第3次救急医療機関の機能強化により適切な救急医療を提供できる体制を確保すること

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、6つの個別施策の効果・進捗を、9つの効果指標と12の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

《施策体系表(ロジックモデル)》



《数値目標》

【分野アウトカム】

	指標	現状	目標
1	一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性の心肺機能症例のうち、1カ月後生存率 (救急・救助の現況)	12.8% 全国 40 位 (2021 年)	全国平均 (2029 年)
	一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性の心肺機能症例のうち、1カ月後社会復帰率 (救急・救助の現況)	9.0% 全国 43 位 (2021 年)	全国平均 (2029 年)

【中間アウトカム】

	指標	現状	目標
2	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民の心肺蘇生実施率(救急・救助の現況)	59.4% (2021 年)	—
	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民の除細動実施件数(救急・救助の現況)	17 件 (2021 年)	—
3	重症以上傷病者の医療機関に受入れ照会4回以上の割合(受入状況等実態調査)	1.3% 全国 15 位 (2021 年)	1.3% (2029 年)
	重症以上傷病者の現場滞在時間 30 分以上の割合(受入状況等実態調査)	3.0% 全国 12 位 (2021 年)	3.0% (2029 年)
	平均搬送時間 覚知～医療機関 (救急・救助の現況)	39.2 分 (2021 年)	—
4	救命救急センターにおける救急車の受入件数 (救命救急センターの評価結果)	11,687 件 (2022 年)	—

【個別施策】

	指標	現状	目標
5	普通・上級救命講習、その他講習人口1万人あたりの受講者数(救急・救助の現況)	98 人 (2021 年)	98 人 (2029 年)
6	メディカルコントロール協議会の開催数 (県調査)	2 回/年 (2022 年)	2 回/年 (2029 年)
	検証作業部会開催数(県・地区含む)(県調査)	12 回 (2022 年)	—
7	99さがネットの消防本部による照会件数(応需モニター) (県調査)	120,590 件 (2022 年度)	—

	99さがネットの消防本部による照会件数(搬送先検索) (県調査)	9,970件 (2022年度)	-
	99さがネットの消防本部による照会件数(搬送実績モニター) (県調査)	14,862件 (2022年度)	-
8	ドクターヘリ運航調整委員会症例検討部会の開催数 (県調査)	2回/年 (2022年)	4回/年 (2029年)
	救急車による搬送人員数(救急・救助の現況)	32,442人 (2021年)	-
	ドクターヘリの運航回数(県調査)	389回 (2021年)	-
9	精神科救急医療システム事業事例検討会の開催数 (県調査)	1回/年 (2023年)	1回/年 (2029年)
10	救急救命センター数(県調査)	4 (2021年)	4 (2029年)
	人口10万人あたり救命救急センター専任医師数 (救命救急センターの評価結果)	3.4人 (2022年)	-
	二次救急医療機関数 (県調査) ※( )は救命救急センターを除く救急告示医療機関数	63 (うち41※) (2022年)	-

**3 必要となる医療機能**

	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後医療
機能	病院前救護活動	救命救急医療機関 (第三次救急医療)の機能	入院を要する救急医療を担う医療機関(第二次救急医療)の機能	初期救急医療を担う医療機関(初期救急医療機関)の機能	救命救急医療機関等からの転院受け入れ
目標	・本人・周囲の者による速やかな救急要請・救急蘇生法の実施 ・メディカルコントロール(以下「MC」という。)体制による救急救命士等の適切な活動の実施 ・適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入	・24時間365日の救急搬送受入 ・患者の状態に応じた適切な情報や救急医療の提供	・24時間365日の救急搬送受入 ・患者の状態に応じた適切な救急医療の提供	・患者の状態に応じた適切な救急医療の提供	・在宅等での療養を望む患者に対する退院支援 ・合併症、後遺症のある患者に対する慢性期の医療提供
求められる事項	【住民等】 ・救急蘇生法の実施 ・適切かつ速やかな救急要請 【救急救命士等】 ・救急蘇生法等に関する講習会の実施 ・実施基準等により事前に救急医療機関の専門性等を把握 ・MC協議会のプロトコールに則した観察・判断・処置 ・適切な医療機関の選定、速やかな搬送 ・精神科救急医療体制との連携 【MC協議会】 ・プロトコールの策定・検証・改訂 ・医師から救急救命士に対する指示・助言体制の確立 ・ドクターヘリ活用の適否検討	【医療機関】 ・高度な専門的医療を総合的に実施 ・地域の救急患者の最終的な受入 ・救急救命士等へのMCの拠点 ・重篤な救急患者の常時受入 ・高度な治療に必要な施設・設備 ・救急医療に関する知識・経験を有する医師・看護師の従事 ・ドクターヘリ、ドクターカーの活用 ・急性期のリハビリテーション実施 ・急性期後の転棟、転院体制 ・MC体制の充実 ・地域の救命救急医療の充実強化	【医療機関】 ・地域で発生する救急患者の初期診療、入院治療 ・対応可能な範囲での高度な専門的診療 ・救急医療に関する知識・経験を有する医師・看護師の従事 ・救急医療に必要な施設・設備 ・早期のリハビリテーション実施 ・他の救急医療機関との連携 ・医療従事者に対する研修の実施	【医療機関】 ・主に独歩で来院する軽度の救急患者への夜間・休日の外来診療の提供 ・近隣医療機関との連携 ・診療可能時間、対応可能な診療科等の住民への周知	【医療機関】 ・人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者の受入体制の整備 ・重度の脳機能障害(遷延性意識障害等)の後遺症を持つ患者の受入体制の整備 ・精神疾患と身体疾患合併患者の受入体制の整備 ・在宅介護サービスの調整
関係機関の例	各地区消防本部	救命救急センターを有する病院	・救急告示医療機関 ・病院群輪番制医療機関	・かかりつけ医(歯科医) ・休日・夜間急患センター ・在宅当番医・歯科在宅当番医	・療養病床又は精神病床を有する病院 ・回復期リハビリテーション病棟を有する病院

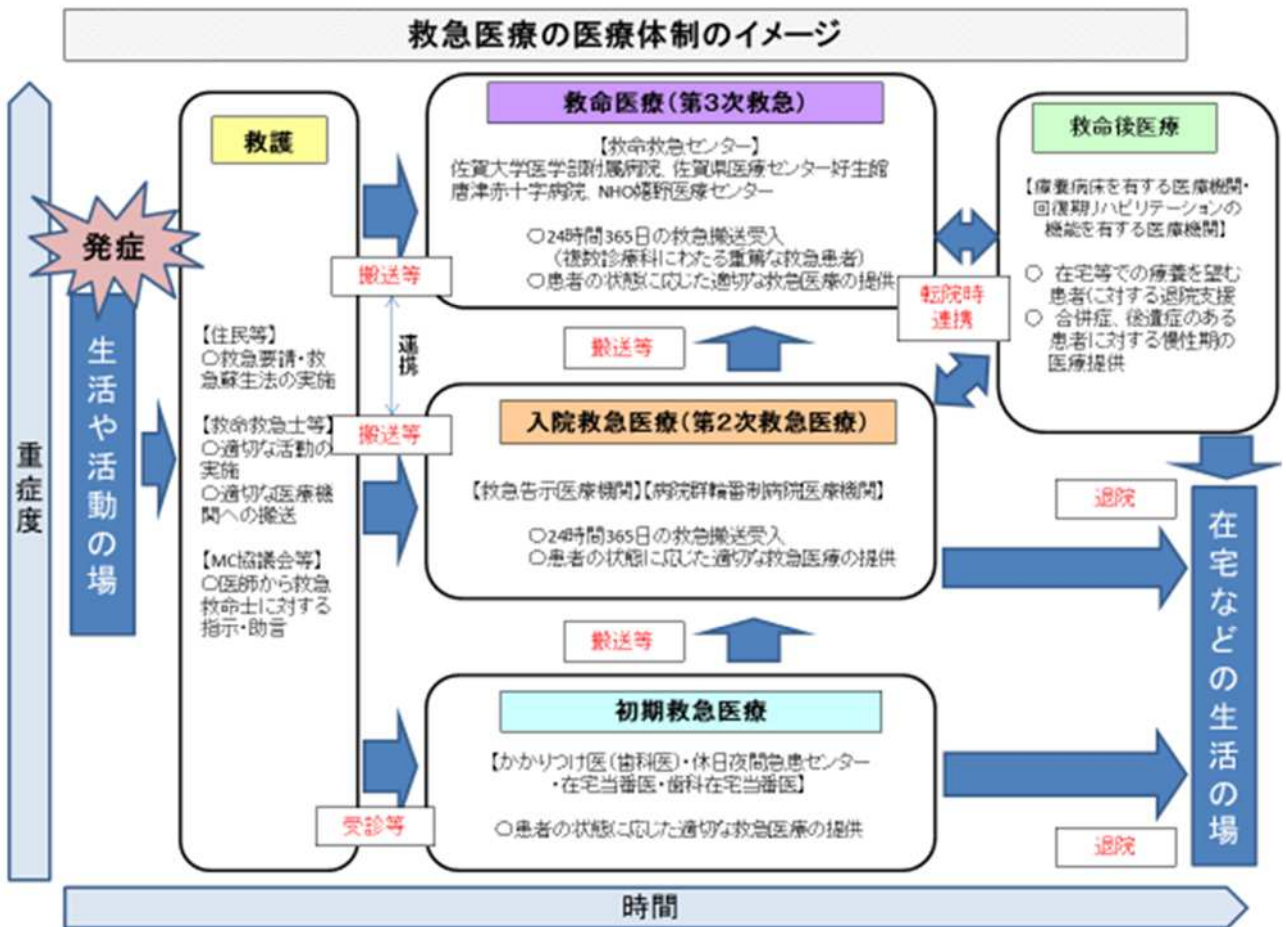
4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	救命救急	入院救急医療	初期救急医療		
			急患センター	在宅当番医	歯科在宅当番医
中部	2	28	2	189	—
東部	—	6	1	16	50
北部	1	8	3	—	0
西部	—	7	1	5	26
南部	1	14	3	49	46
計	4	63	10	259	122

※在宅当番医・歯科在宅当番医数は、2022年度実績

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。





## 第7節 災害医療

### I 現状と課題

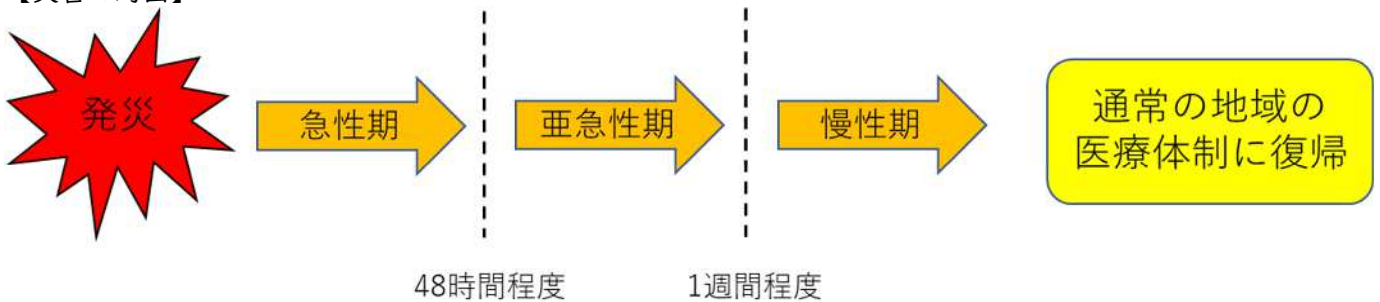
#### 1. 現状

災害には、地震、風水害、火山災害等の自然災害から、原子力災害、海上災害、航空災害、道路災害、鉄道災害に至るまで様々な種類があり、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時間や発生時期等により、被災・被害の程度は大きく異なります。

そのため、災害発生時には、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に使う必要があるとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが重要です。

また、災害は被災地の範囲により広域災害と局地災害に分類され、災害の局面（フェーズ）として、発災時からの時間経過に合わせて、急性期、亜急性期、慢性期に分けられます。

【災害の局面】



近年、令和元年佐賀豪雨、東日本大震災、熊本地震、九州北部豪雨等の災害が発生し、災害時における医療の重要性が改めて認識されています。また、東日本大震災に伴う東京電力福島第一原子力発電所の事故を踏まえ、原子力施設立地県として、緊急被ばく医療の重要性が再認識されています。

このようなことから、災害時に迅速な医療が提供できるよう、県地域防災計画等に基づく体制の整備を進めていく必要があります。

本県では、8病院を災害拠点病院に指定し、うち2病院を基幹災害拠点病院に指定しており、災害拠点病院の医師など25名に対し、医療チームの派遣・受入調整等をはじめ、医療活動全般のコーディネートを行う「佐賀県災害医療コーディネーター」を、災害に係る研修を修了した薬剤師 53名に対し、薬剤師の派遣調整や医薬品等の供給などを行う「佐賀県災害薬事コーディネーター」を委嘱しています。

また、県内の関係団体と協定を結び、災害時には各団体に医療救護班の派遣を要請できる体制を整えています。

原子力災害医療については、佐賀県医療センター好生館と唐津赤十字病院・佐賀大学医学部附属病院を原子力災害拠点病院として指定しており、高度被ばく医療支援センター・原子力災害

医療総合支援センターである長崎大学や国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構(放射線医学総合研究所)と連携して対応する体制を整えています。

【佐賀県災害医療体制】

災害拠点病院 (DMAT 指定病院)	病院名	DMAT 保有数	統括 DMAT
	佐賀県医療センター好生館(基幹)	7 チーム(32 名)	4 名
	佐賀大学医学部附属病院(基幹)	7 チーム(32 名)	3 名
	嬉野医療センター	4 チーム(17 名)	3 名
	唐津赤十字病院	3 チーム(16 名)	1 名
	伊万里有田共立病院	2 チーム(10 名)	0 名
	白石共立病院	1 チーム(9 名)	1 名
	やよいがおか鹿毛病院	1 チーム(8 名)	1 名
	多久市立病院	2 チーム(11 名)	0 名
精神科病院	病院等	DPAT 隊員数	統括 DPAT
	肥前精神医療センター 佐賀県精神科病院協会加入病院 等	298 名	7 名
医療救護班 (DMAT・DPAT 以外)	救護班名	協定締結先	
	JMAT	佐賀県医師会	
	歯科保健医療班	佐賀県歯科医師会	
	災害支援ナース	佐賀県看護協会	
	薬剤管理班	佐賀県薬剤師会	
	柔道整復師	佐賀県柔道整復師会	
健康危機管理支援	災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)		
EMIS 整備	県内の全病院・有床診療所が登録済		
関係団体	支援チーム名称	協定締結先	
	災害リハビリテーション支援チーム (JRAT)	佐賀リハビリテーション推進協議会	
	災害派遣福祉チーム(DCAT)	佐賀県老人福祉施設協議会 佐賀県介護老人保健施設協会 佐賀県認知症グループホーム協会 日本認知症グループホーム協会佐賀県支部 佐賀県児童養護施設協議会 佐賀県身体障害児者施設協議会 佐賀県知的障害者福祉協会 佐賀県社会就労センター協議会 佐賀県保育会	

(原子力災害)

区分	関係機関名	役割
原子力災害拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・佐賀県医療センター好生館</li> <li>・唐津赤十字病院</li> <li>・佐賀大学医学部附属病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被ばく傷病者等に対する専門的医療の実施</li> <li>・地域内の関係者に対する研修</li> <li>・原子力災害医療派遣チーム整備</li> </ul>
高度被ばく医療支援センター 原子力災害医療・総合支援センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長崎大学</li> <li>・国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構(放射線医学総合研究所)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重篤な外部被ばく・内部被ばく患者の診療等の実施、長期的治療</li> <li>・原子力災害医療派遣チームの派遣調整</li> <li>・医療機関連携体制の構築</li> <li>・高度専門的研修の実施</li> </ul>
原子力災害医療協力機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・佐賀病院</li> <li>・多久市立病院</li> <li>・やよいがおか鹿毛病院</li> <li>・伊万里有田共立病院</li> <li>・白石共立病院</li> <li>・嬉野医療センター</li> <li>・佐賀県放射線技師会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・立地道府県等が行う原子力災害医療への協力(被災者の放射性物質による汚染の測定・除染)</li> </ul>

## 2. 課題

### (1) 都道府県等の自治体・災害拠点病院

頻発化している災害に対応するため、災害医療従事者・災害医療コーディネーター・災害薬事コーディネーターについて、既受講者に対する技能維持を含めた継続的な養成を実施すること、災害拠点病院を含め災害派遣医療チーム(DMAT)を配置する医療機関の充実が必要です。

### (2) 災害時に拠点となる病院以外の病院

災害拠点病院以外の病院のBCPの策定率やEMIS入力訓練への参加率が低いため、BCP策定の促進やEMIS入力訓練の実施及び参加の促進が必要です。

### (3) 災害拠点精神科病院

災害派遣精神医療チーム(DPAT)隊員の養成について、既存隊員の技能維持を図るため、養成研修と同時に既存隊員の技能維持研修を実施する必要があります。

### (4) 浸水想定区域に所在する病院

浸水想定区域・津波災害警戒区域に所在する病院について、止水版設置、自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置による浸水対策の促進を進める必要があります。

## (5) 原子力災害医療

国の原子力災害対策指針等に基づき、医療関係者等への研修の実施、関係機関が参加する原子力防災訓練の実施等を継続的に実施し、原子力災害医療研修の内容改善を進め、不断に原子力災害医療体制を見直し、強化を図る必要があります。

2	目標と施策
---	-------

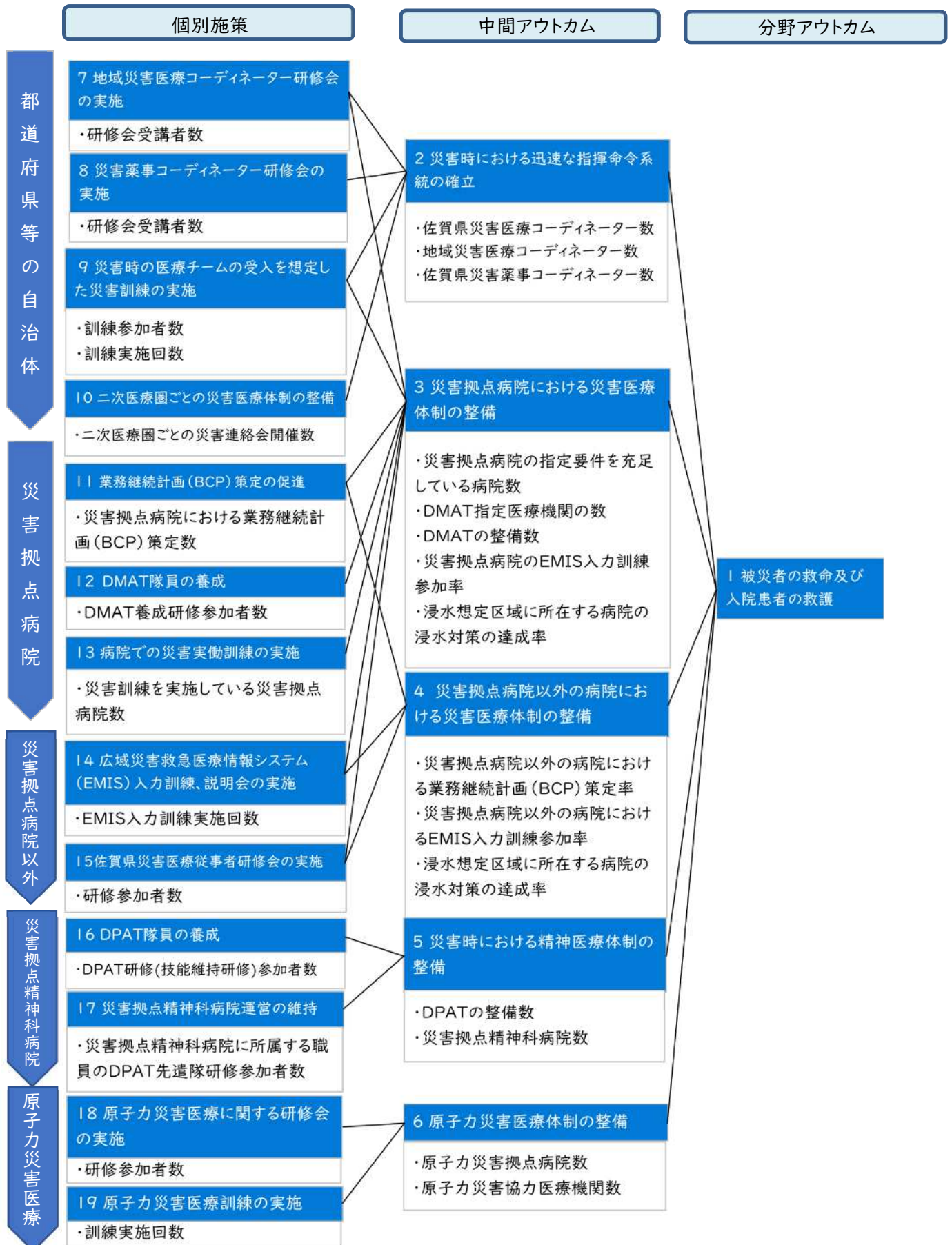
災害医療の分野は、災害時において一人でも多くの県民の命を救うことを目指します。

特に、平時から各関係機関と連携して災害医療体制を整備することが重要であることから、重要施策を、

- ・DMAT、災害医療従事者、災害医療コーディネーター及び災害薬事コーディネーターの養成を引き続き実施。
- ・DMAT 指定医療機関の追加指定を検討。
- ・全ての病院における BCP の策定促進。
- ・EMIS 入力訓練の実施と参加促進。
- ・浸水想定区域に所在する全ての病院における浸水対策の促進。

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、13 の個別施策の効果・進捗を、25 の効果指標と 4 の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

《施策体系表(ロジックモデル)》



《数値目標》

【中間アウトカム】

	指標	現状	目標
2	佐賀県災害医療コーディネーター数(県調査)	25人 (2022年)	現状維持 (2029年)
	地域災害医療コーディネーター数(県調査)	55人 (2022年)	現状維持 (2029年)
	佐賀県災害薬事コーディネーター数(県調査)	53人 (2023年)	48人以上を維持 (2029年)
3	災害拠点病院の指定要件を充足している病院数(県調査)	1病院 (2022年)	8病院 (2029年)
	DMAT 指定医療機関の数(県調査)	8病院 (2023年)	9病院 (2029年)
	DMAT の整備数(隊数、人数)(県調査)	29チーム150名 (2023年)	40チーム190名 (2029年)
	災害拠点病院のEMIS入力訓練参加率(県調査)	100% (2023年)	現状維持 (2029年)
	浸水想定区域に所在する災害拠点病院の浸水対策の達成率(県調査)	100% (2022年)	現状維持 (2029年)
4	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画(BCP)策定率(県調査)	25% (2022年)	100% (2029年)
	災害拠点病院以外の病院におけるEMIS入力訓練参加率(県調査)	59% (2023年)	100% (2029年)
	浸水想定区域に所在する病院(災害拠点病院以外の病院)の浸水対策の達成率(県調査)	81% (2022年)	100% (2029年)
5	DPAT の整備数(人数)(県調査)	298名 (2022年)	現状維持 (2029年)
	災害拠点精神科病院数(県調査)	1病院 (2023年)	現状維持 (2029年)
6	原子力災害拠点病院数(県調査)	3病院 (2023年)	現状維持 (2029年)
	原子力災害協力機関数(県調査)	7機関 (2023年)	10機関 (2029年)

【個別施策】

	指標	現状	目標
7	地域災害医療コーディネーター研修会受講者数(県調査)	64人 (2022年)	120人 (2029年)

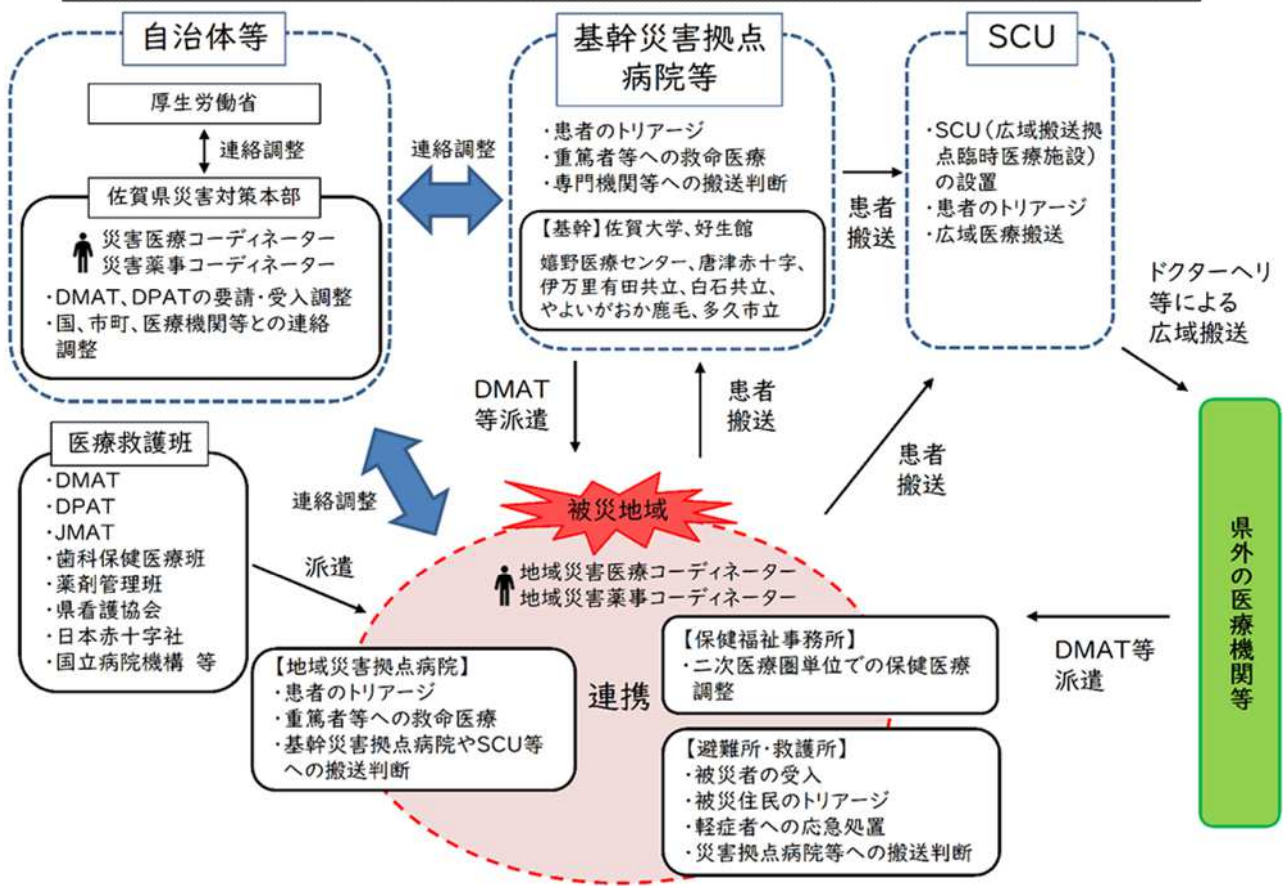
8	災害薬事コーディネーター研修会受講者数 (県調査)	54人 (2023年)	66人 (2029年)
9	災害時の医療チームの受入を想定した災害訓練参加者数(県調査)	0人 (2022年)	—
	災害時の医療チームの受入を想定した災害訓練の実施回数(県調査)	0回 (2022年)	—
10	二次医療圏ごとの災害連絡会開催数 (県調査)	0回 (2022年)	1回 (毎年)
11	災害拠点病院における業務継続計画(BCP)策定数(県調査)	8病院 (2023年)	現状維持 (2029年)
12	DMAT 養成研修参加者数(県調査)	13人 (2022年)	現状維持 (2029年)
13	災害訓練を実施している災害拠点病院数 (県調査)	6病院 (2022年)	8病院 (2029年)
14	EMIS 入力訓練実施回数(県調査)	1回 (2023年)	—
15	佐賀県災害医療従事者研修会参加者数 (県調査)	33人 (2022年)	100人 (2029年)
16	DPAT 研修(技能維持研修)参加者数 (県調査)	—	18人 (2029年)
17	災害拠点精神科病院に所属する職員のDPAT 先遣隊研修参加者数(県調査)	4人 (2022年)	—
18	原子力災害医療に関する研修受講者数 (県調査)	25人 (2022年)	42人 (2029年)
19	原子力災害医療訓練実施回数 (県調査)	1回 (2022年)	現状維持 (2029年)

3 必要となる医療機能

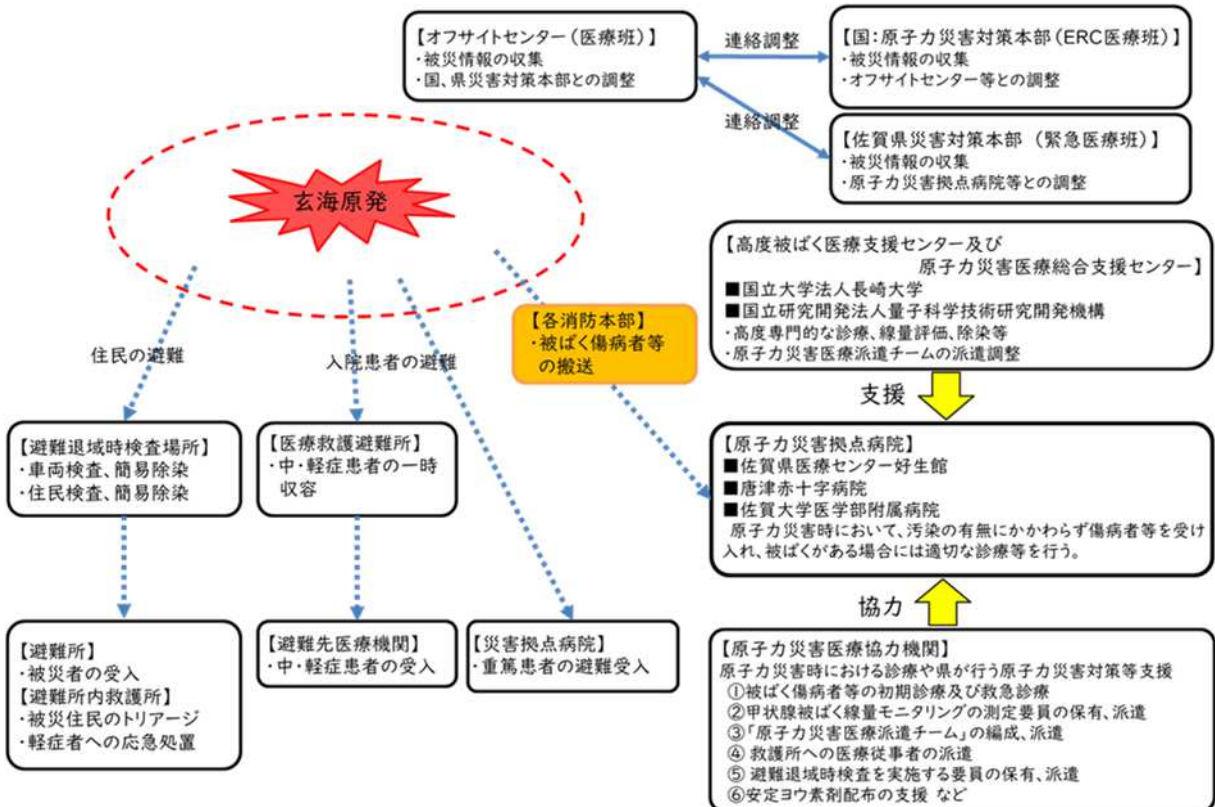
	都道府県等の自治体	災害拠点病院	災害時に拠点となる病院以外の病院	災害拠点精神科病院	原子力災害
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時において、各関係機関と迅速かつ適切に連携する</li> <li>・二次医療圏単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制の充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被害状況等を EMIS 等にて県災害対策本部へ共有</li> <li>・災害時においても重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有する</li> <li>・広域医療搬送に対応</li> <li>・業務継続計画の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被害状況等を EMIS 等にて県災害対策本部へ共有</li> <li>・業務継続計画の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被害状況等を EMIS 等にて県災害対策本部へ共有</li> <li>・災害時において、法に基づく精神科医療を行うための診療機能を有する</li> <li>・精神疾患を有する患者の受け入れや、一時避難時場所としての機能を有する</li> <li>・DPAT の派遣機能を有する</li> <li>・業務継続計画の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原子力事故や、原子力災害により、避難住民や汚染・被ばく患者が生じた場合等においても、必要な医療が提供できる体制の構築</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DMAT、DPAT の要請と派遣体制の構築</li> <li>・災害医療コーディネート・災害薬事コーディネート体制の構築</li> <li>・都道府県間の相互応援協定の締結</li> <li>・災害時の医療チーム等の受け入れを想定した災害訓練の実施</li> <li>・災害急性期後も避難所等の被災者に対し、衛生面のケアやメンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスが提供できるよう、保健所を中心とした体制整備</li> <li>・災害時におけるドクターヘリ運用体制の整備</li> <li>・都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 29 年 3 月 31 日付厚生労働省医政局長通知に記載されている、災害拠点病院の指定要件の充足</li> <li>・災害急性期後も継続的に必要な支援ができるよう、JMAT 等の医療関係団体との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・整備された業務継続計画に基づく研修、訓練の実施</li> <li>・EMIS の操作担当者の決定や、入力訓練を通して使用方法を熟知すること</li> <li>・災害急性期後も継続的に必要な支援ができるよう、JMAT 等の医療関係団体との連携</li> <li>・浸水想定区域又は津波災害区域に所在する場合に止水版の設置、自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療に必要な施設が耐震構造であること</li> <li>・災害時においてもライフライン等の生活必需基盤が維持可能</li> <li>・自家発電機の保有</li> <li>・受水槽の整備や給水協定等による、災害時に必要な水の確保</li> <li>・食料や医薬品、医療資機材等の備蓄</li> <li>・災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成の役割を担う</li> <li>・災害時の複数の通信手段の確保</li> <li>・整備された業務継続計画に基づく研修、訓練の実施</li> <li>・災害急性期後も継続的に必要な支援ができるよう、JMAT 等の医療関係団体との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【医療機関等】</li> <li>・避難住民に対する、スクリーニングや簡易除染等の処置の実施</li> <li>【原子力災害拠点病院・原子力災害医療協力機関】</li> <li>・体表面、甲状腺、傷口等の放射線汚染検査の実施</li> <li>・全身シャワー等の二次除染の実施</li> <li>・三次被ばく医療機関への搬送判断</li> <li>【高度被ばく医療支援センター・原子力災害医療総合支援センター】</li> <li>・高線量被ばく者等、二次被ばく医療機関で対応できない場合における、高度・専門的な入院治療等の実施</li> </ul>



## 災害医療体制のイメージ(急性期)



## 災害医療体制のイメージ(原子力災害)



## 第8節 へき地医療

### I 現状と課題

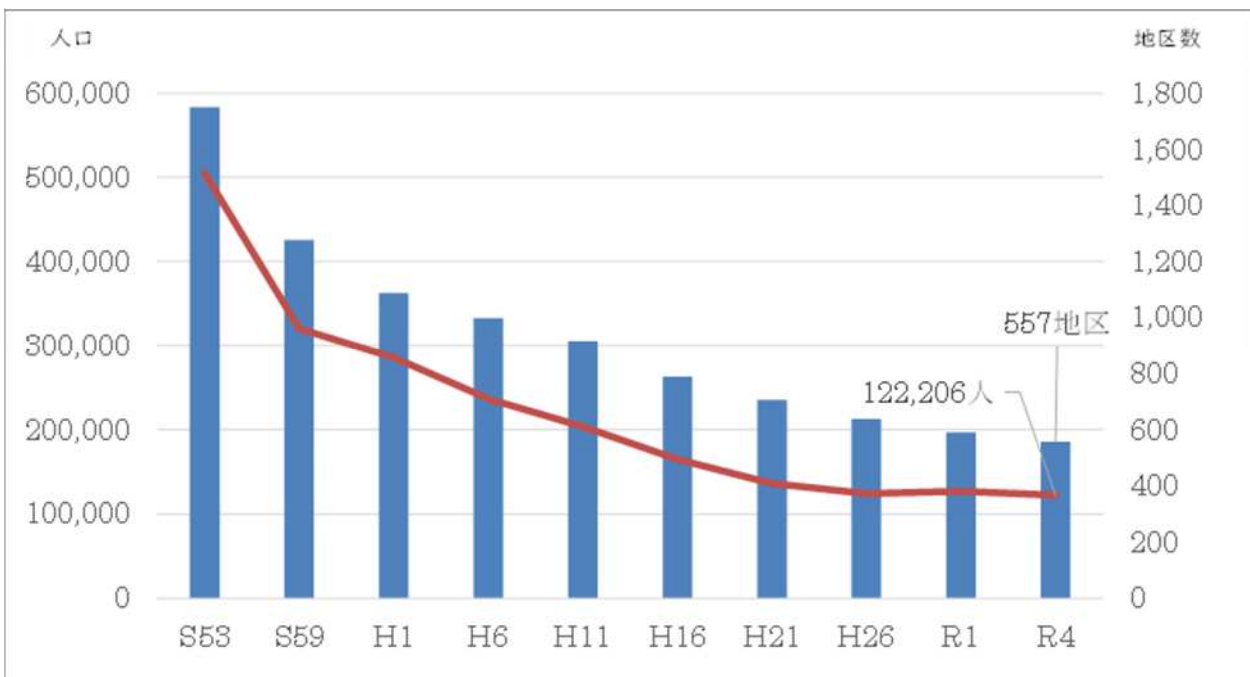
#### 1. 現状

医療分野における「へき地」とは、「交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難である地域をいう。無医地区、無医地区に準じる地区が含まれる。」と、国のへき地保健医療対策において定義されています。

2022 年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の結果によると、本県には、無医地区はありませんが、無医地区に準ずる地区となっている地区（準無医地区）が 1 か所（唐津市向島）あります。無歯科医地区は 1 か所（唐津市松島）、無歯科医地区に準ずる地区となっている地区（準無歯科医地区）は 1 か所（唐津市向島）あります。また同調査によると、全国の無医地区数及び無医地区人口は、減少傾向にあります。

（表1）無医地区数と人口推移について

2022 年度（令和 4 年度）無医地区等及び無歯科医地区等調査



へき地診療所は、唐津市の離島 6 か所（向島には月 2 回巡回診療を実施）に、佐賀市三瀬村、神埼市脊振村にそれぞれ 1 か所設置されています。人口推移をみると、全ての地区で減少している状況です。

(表2)へき地医療体制の現状

区分	二次保健医療圏	市町等	地区名	人口(人)	医師		歯科医師		へき地診療所等
					準無医地区	医師常勤診療所	無歯科医地区	準無歯科医地	
離島	北部	唐津市	神集島	279		○			神集島診療所
			高島	195		○			高島診療所
			向島	47	○			○	身近な医療提供支援事業により月2回巡回診療
			加唐島	113		○			加唐島診療所
			松島	50			○		松島診療所(週1日開院)
			馬渡島	284		○			馬渡島診療所
			小川島	285		○			小川島診療所
山地	中部	佐賀市	三瀬村	1,170		○		佐賀市立国民健康保険三瀬診療所	
		神埼市	脊振村	1,358		○		神埼市国民健康保険脊振診療所	

※人口は2022年10月末

【用語の定義】厚生労働省ホームページより

※無医(歯科医)地区

原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区

※無医地区に準ずる地区

無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣が適当と認めた地区をいう。

(注)この定義でいう、「各都道府県知事が判断し」とは、無医地区の定義には該当しないが、無医地区として取り扱うべき特殊事情として次に掲げる要件のいずれかに該当する場合に、無医地区に準じる地区として適当と認められる地区であるか判断する。

ア 半径4kmの地区内の人口が50人未満で、かつ、山、谷、海などで断絶されていて、容易に医療機関を利用することができないため、巡回診療等が必要である。

イ 半径4kmの地区内に医療機関はあるが診療日数が少ないか(概ね3日以下)又は診療時間が短い(概ね4時間以下)ため、巡回診療等が必要である。

ウ 半径4kmの地区内に医療機関はあるが眼科、耳鼻いんこう科などの特定の診療科目がないため、特定診療科についての巡回診療等が必要である。

エ 地区の住民が医療機関まで行くために利用することができる定期交通機関があり、かつ、1日4往復以上あり、また、所要時間が1時間未満であるが、運行している時間帯が朝夕に集中していて、住民が医療機関を利用することに不便なため、巡回診療等が必要である。

オ 豪雪地帯等において冬期間は定期交通機関が運行されない、又は極端に運行数が少なく、住民が不安感を持つため、巡回診療等が必要である。

## 2. 課題

### (1) 保健指導

へき地における住民の健康づくり推進のため、特に医療体制が弱い離島においては、歯科を含む健診や保健師等による保健指導等を提供されています。

市において計画的に地区の保健衛生状態を把握し、地区の実情に即した活動を行うことが求められます。

### (2) へき地診療

へき地の住民に対する医療の確保については、総合的な診療能力を有する医師によるプライマリケアの提供が必要であり、自治医科大学卒業医師の活用や身近な医療提供支援事業(※)による巡回診療など、診療体制の確保が必要です。

また、交通手段が限られた状況で、救急患者や高度専門医療を必要とする患者を適切に搬送する体制の整備が必要です。

### (3) へき地診療の支援医療

へき地医療は、本土の医療機関と比べると、体制的にも設備的にも決して十分とは言えないことから、救急患者や高度専門医療を必要とする患者に対しては、高次の医療機関による後方支援が必要となります。

また、本県においては、へき地医療拠点病院の指定医療機関はありませんが、今後は、身近な医療提供支援事業等において離島医療の後方支援をしている唐津市民病院きたはたの指定について関係機関と検討する必要があります。

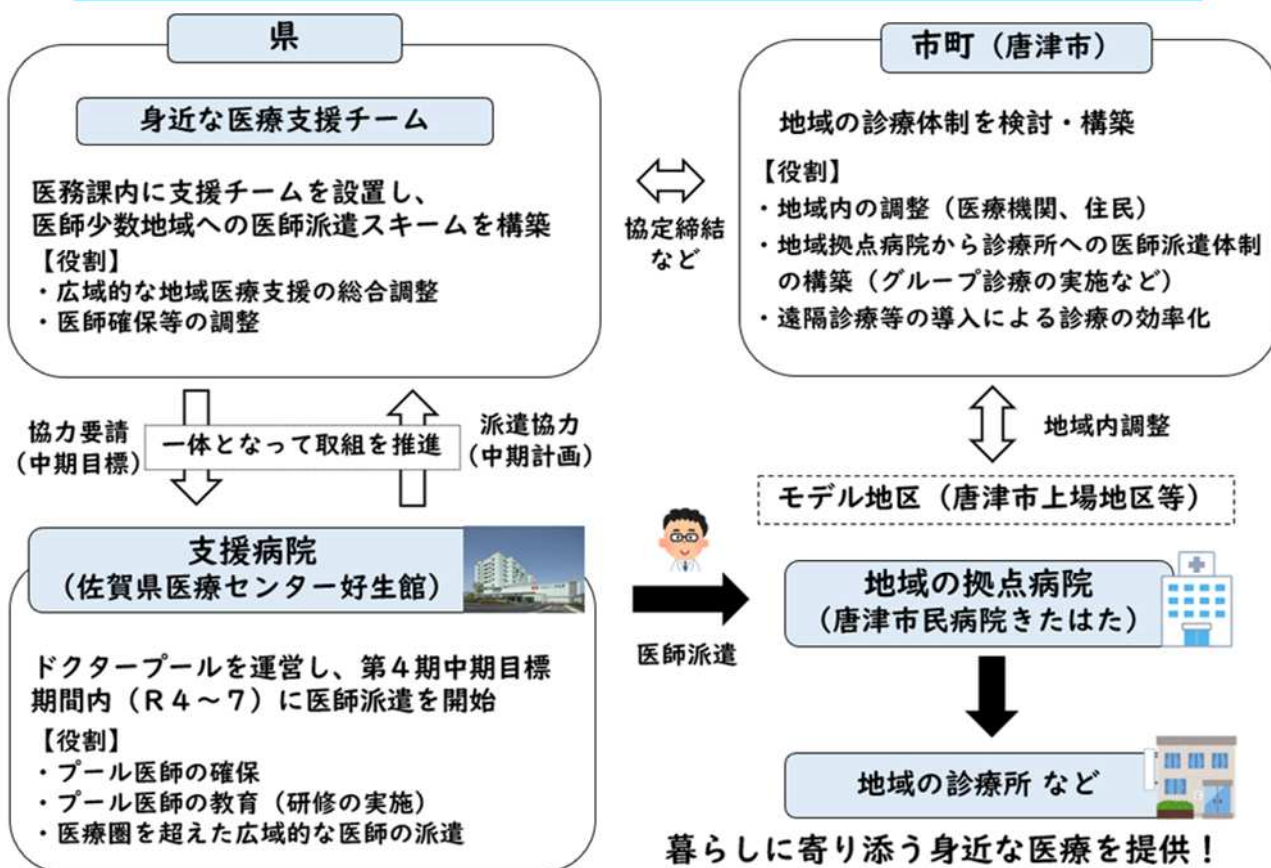
また、へき地の医療従事者に対する技術指導や、研修、遠隔診療等による診療支援も求められます。

#### (※) 身近な医療提供支援事業について

近年、開業医の高齢化が顕著であり、特に旧郡部(中山間地等)を中心に後継者がいないことから、今後、5~10年で多くの診療所が廃止され、身近な医療(一次医療)を受けられなくなる地域が増える可能性が高いと考えます。このため、身近な医療(一次医療)の提供が困難になる可能性が高い地域において、継続的かつ安定的な一次医療提供体制を確保することを目的に、支援病院(好生館等)において医師を確保し、地域の医療機関に医師を派遣する仕組みを構築するものです。

2022年度から、唐津市と連携し、モデルケースとして唐津市民病院きたはたを核とした旧肥前町等の医療提供支援を実施しています。

## 身近な医療提供支援事業（モデルケース）



## 2 目標と施策

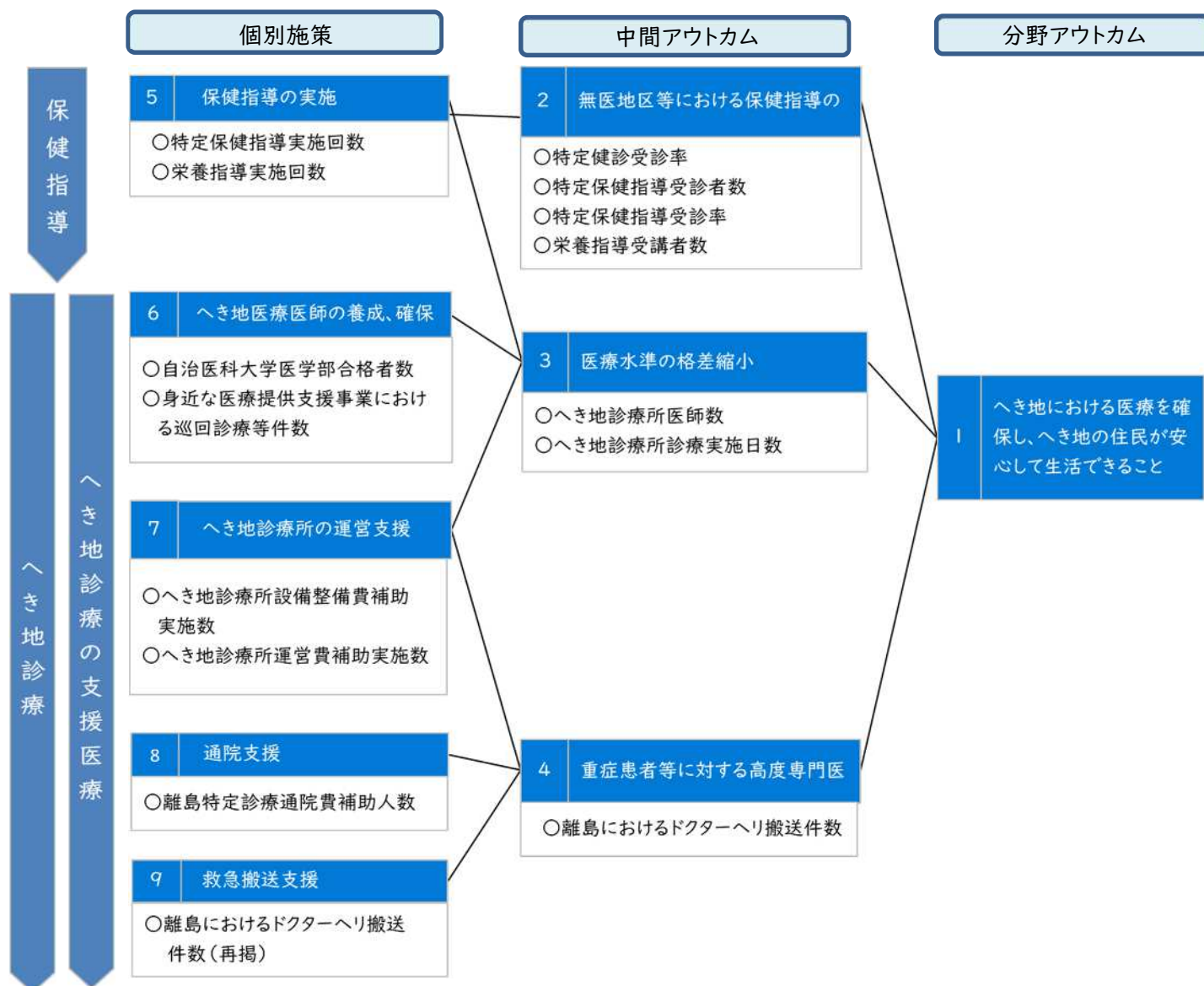
へき地医療の分野は、へき地における医療が確保され、へき地の住民が安心して生活できることを目指します。

へき地医療においては、関係機関相互の連携体制が重要であることから、重要施策を、

- ・唐津市が関係機関と連携して、離島における保健指導を提供すること
- ・へき地診療所に対して、医療機器等補助を行い、医療水準の格差縮小に取り組むこと
- ・ドクターヘリでの搬送等、重症患者等に対する高度専門医療を提供すること

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、5つの個別施策の効果・進捗を3の効果指標と11の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

《施策体系表(ロジックモデル)》



《数値目標》

【中間アウトカム】

	指標	現状	目標
2	特定健診受診率(唐津市調査)	73.6% (2022年度)	—
	特定保健指導受診者数(唐津市調査)	44人 (2022年度)	—
	特定保健指導受診率(唐津市調査)	32.4% (2022年度)	—
	栄養指導受講者数(唐津市調査)	24人 (2022年度)	—
3	へき地診療所医師数(へき地医療現況調査)	9人 (2022年度)	現状維持 (2029年)
	へき地診療所診療実施日数 (へき地医療現況調査)	【診療】週あたり 離島部 5日 山間部 6日 (2022年度)	現状維持 (2029年)
4	離島におけるドクターヘリ搬送件数 (県調査)	1件 (2022年度)	—

【個別施策】

	指標	現状	目標
5	特定保健指導実施回数(唐津市調査)	4回 (2022年度)	—
	栄養指導実施回数(唐津市調査)	2回 (2022年度)	—
6	自治医科大学医学部合格者数(県調査)	2人 (2022年度)	2人 (毎年度)

	身近な医療提供支援事業における巡回診療等 件数(県調査)	向島 8 回 肥前町 1 回 (2022 年度)	—
7	へき地診療所運営費補助実施数(県調査)	5 (2022 年度)	—
	へき地診療所設備整備費補助実施数 (県調査)	2 (2022 年度)	—
8	離島特定診療通院費補助人数(唐津市調査)	145 人 (2022 年度)	—
9	離島におけるドクターヘリ搬送件数(再掲) (県調査)	1 件 (2022 年度)	—



**3 必要となる医療機能**

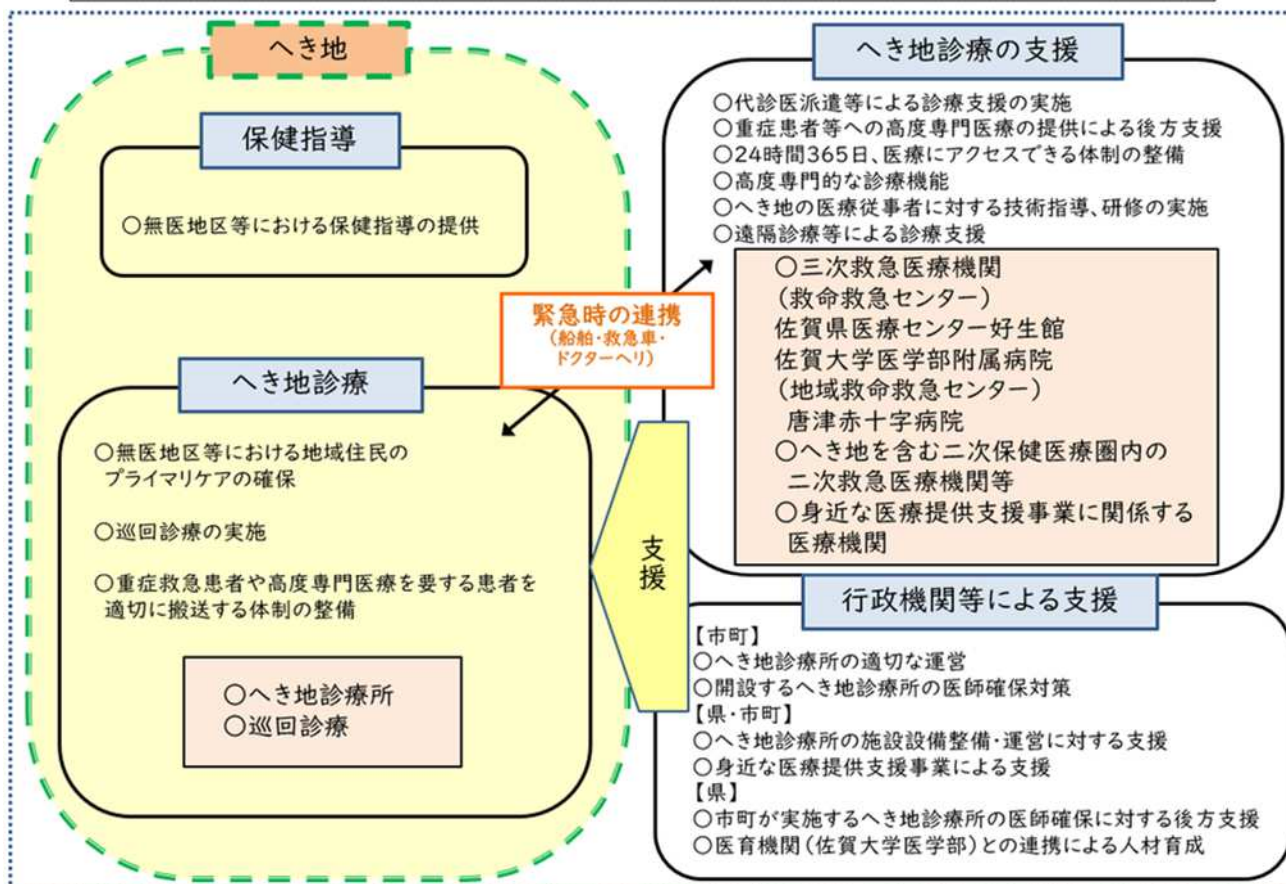
	保健指導	へき地診療	へき地診療の支援医療	行政機関等による支援
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・無医地区等における保健指導の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・無医地区等における地域住民のプライマリケアの確保</li> <li>・重症救急患者や高度専門医療を要する患者を適切に搬送する体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療支援の実施</li> <li>・重症患者等に対する高度専門医療の提供による後方支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・へき地における医療の確保のための支援</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師等による実施</li> <li>・地区の保健衛生状態の把握</li> <li>・最寄りへき地診療所等との緊密な連携に基づく地区の実情に応じた活動</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケアの診療が可能な医師の配置</li> <li>・巡回診療の実施</li> <li>・重症救急患者や高度専門医療を必要とする患者を適切に搬送する体制の整備(船舶、救急車、ドクターヘリ等の連携)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代診医派遣等による診療支援</li> <li>・へき地の医療従事者に対する技術指導、研修の実施</li> <li>・遠隔診療等による診療支援</li> <li>・プライマリケアが可能な医師の養成確保</li> <li>・24時間365日、医療にアクセスできる体制の整備</li> <li>・高度専門的な診療機能</li> </ul>	<p>【市町】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・へき地診療所の適切な運営</li> <li>・開設するへき地診療所の医師確保対策</li> </ul> <p>【県】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療計画の策定</li> <li>・市町が実施するへき地診療所の医師確保に対する後方支援</li> <li>・へき地診療所の設備整備・運営に対する支援</li> <li>・巡回診療に対する支援</li> <li>・医育機関(佐賀大学医学部)との連携による人材育成</li> </ul>
医療機関の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・へき地診療所</li> <li>・市町</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・へき地診療所</li> <li>・巡回診療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定機能病院 佐賀大学医学部附属病院</li> <li>・地域医療支援病院 佐賀県医療センター好生館 唐津赤十字病院</li> <li>・へき地を含む二次保健医療圏内の二次救急医療機関等</li> <li>・身近な医療提供支援事業に係る医療機関(佐賀県医療センター好生館、唐津市民病院きたはた)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町</li> <li>・県</li> <li>・医育機関(佐賀大学医学部)</li> </ul>

4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	保健指導	へき地診療	へき地診療の 支援医療
中部	2	2	2
東部	—	—	—
北部	5	6	2
西部	—	—	—
南部	—	—	—
計	7	8	4

へき地医療の医療体制のイメージ



## 第9節 周産期医療

### I 現状と課題

#### 1. 現状

周産期医療とは、主に、周産期（妊娠 22 週から出生後7日未満）の妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を対象とする医療のことです。

本県の分娩数等の状況をみると、全国と比較して病院よりも診療所における分娩取扱数が多いのが特徴です。

#### 分娩数等の状況

区分		県全体		中部		東部		北部		西部		南部		全国		
		2014年	2020年	2014年	2020年	2014年	2020年	2014年	2020年	2014年	2020年	2014年	2020年	2014年	2020年	
分娩件数	実件数（年間）	-	7,268	6,065	3,099	-	1,165	-	1,118	-	682	-	1,204	-	1,016,780	849,041
	15-49歳女性10万人当たり	-	4,520	4,084	4,414	-	4,481	-	4,776	-	5,152	-	4,312	-	3,869	3,396
	場所別件数	病院	1,932	-	737	-	219	-	575	-	110	-	291	-	-	-
		診療所	5,320	-	2,357	-	942	-	541	-	569	-	911	-	-	-
その他		16	-	5	-	4	-	2	-	3	-	2	-	-	-	
分娩取扱医療機関数	実数	病院	7	6	4	3	0	0	2	2	0	0	1	1	1,055	963
		診療所	19	17	7	6	2	2	1	1	4	3	5	5	1,308	1,107
		計	26	23	11	9	2	2	3	3	4	3	6	6	2,363	2,070
	15-49歳女性10万人当たり	診療所	4.4	4.0	5.7	0.5	0	0	8.5	9.6	0	0	3.6	4.0	4.0	3.9
産婦人科医師数 (産婦人科、産科、婦人科)	実数	-	78	79	44	48	3	5	10	8	7	5	14	13	12,888	13,673
	15-49歳女性10万人当たり	-	48.5	53.2	62.7	7.3	11.5	19.4	42.7	38.5	52.9	42.4	50.1	52.4	49.0	54.7
分娩取扱医師数 (分娩取扱施設従事医師数)	実数	病院	38	38	30	29	0	0	5	5	0	0	3	4	6,317	6,757
		診療所	28	29	11	11	3	5	1	1	6	4	7	8	2,259	2,176
		計	23.8	25.5	42.7	4.4	0	0	22.6	25.0	0	0	10.7	16.1	24.0	27
	15-49歳女性10万人当たり	診療所	17.1	19.2	15.0	1.7	11.5	17.9	4.3	4.8	45.3	34.0	25.1	32.3	8.6	8.7
助産師数	実数	病院	105	117	76	84	0	0	12	15	0	0	17	18	18,224	18,821
		診療所	60	73	35	35	6	10	2	3	3	4	14	21	4,958	6,263
	15-49歳女性10万人当たり	診療所	37.0	49.0	49.4	5.3	23.1	39.6	8.5	13.9	24.9	32.3	48.3	84.7	18.9	25.1

⑨分娩件数データは厚労省へ取得申請中

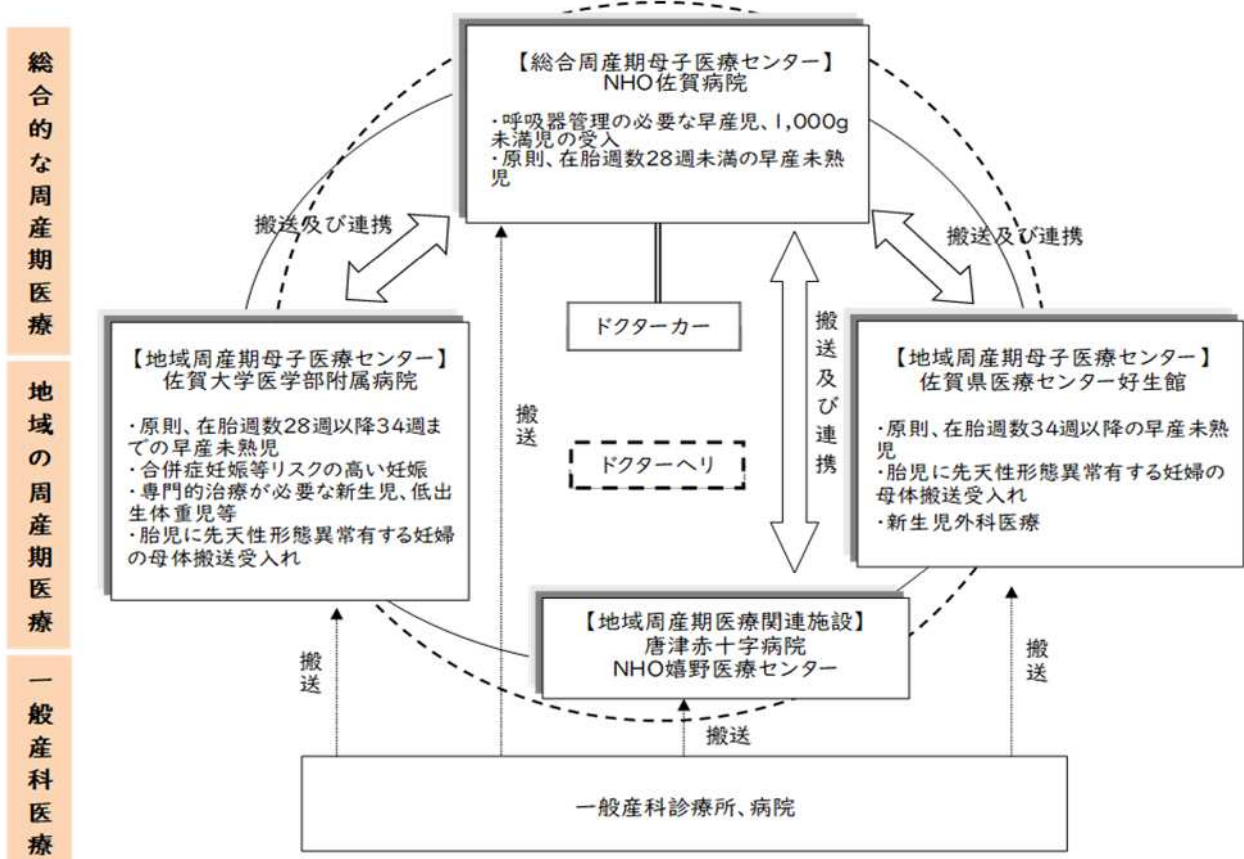
(人口動態調査、医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師統計)

本県の周産期医療体制は、正常分娩などを一般産科診療所・病院が担い、高度な周産期医療については、総合周産期母子医療センターである NHO 佐賀病院、地域周産期母子医療センターである佐賀大学医学部附属病院及び佐賀県医療センター好生館が機能分担しています。

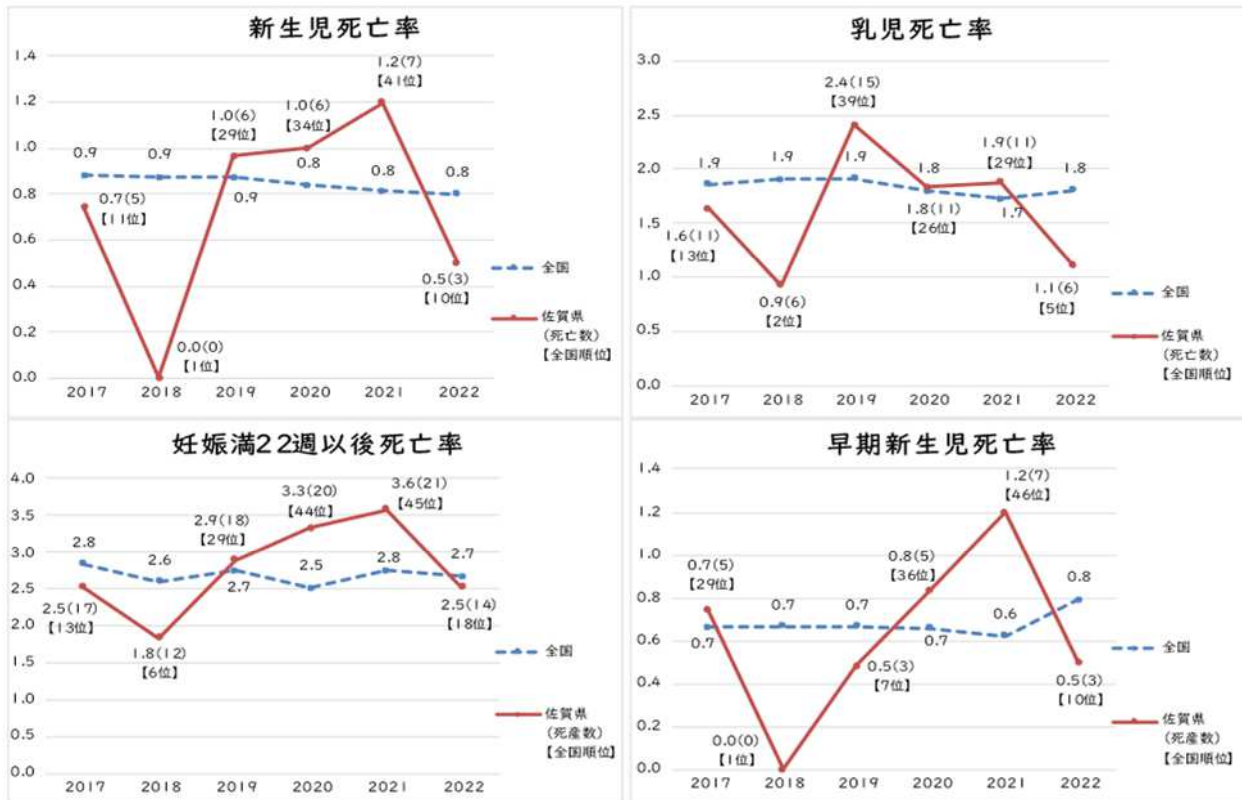
一般産科診療所・病院と周産期母子医療センターが連携し、安全な周産期医療が提供されています。

新生児死亡率等の周産期関連指標は、近年、全国平均を上回る状況が続いていましたが、2022 年には下回りました。ただし、母数が少ないために変動が大きいことに留意する必要があります。

## 周産期医療体系



## 周産期関連指標の状況



## 2. 課題

### (1) 一般産科医療

本県では、診療所が多く分娩を取り扱っていますが、分娩可能な診療所の数は2014年の19か所から、2020年は17か所に減少しています。医師の高齢化等が減少の原因と考えられます。

診療所や病院における正常分娩に対する医療の提供は当面は可能ですが、今後も医師の高齢化等に伴う減少が想定されることから、引き続き医師の確保を進める必要があります。

### (2) 地域の周産期医療

地域の周産期医療については、佐賀大学医学部附属病院及び佐賀県医療センター好生館の二つの地域周産期母子医療センターがありますが、どちらも中部医療圏に所在しています。

そのため、他の医療圏との連携について、現状の評価、検証を行う必要があります。

### (3) 総合的な周産期医療

総合的な周産期医療については、総合周産期母子医療センターであるNHO佐賀病院を中心として、地域周産期母子医療センターである佐賀大学医学部附属病院及び佐賀県医療センター好生館が合併症対応や新生児外科等の機能を担い、三つの医療機関が機能と役割を分担して提供しています。

この連携により良好な医療提供がなされていますが、分娩可能な診療所が減少していることから、拠点となる病院への医療資源の集約化・重点化の検討を進める必要があります。

2	目標と施策
---	-------

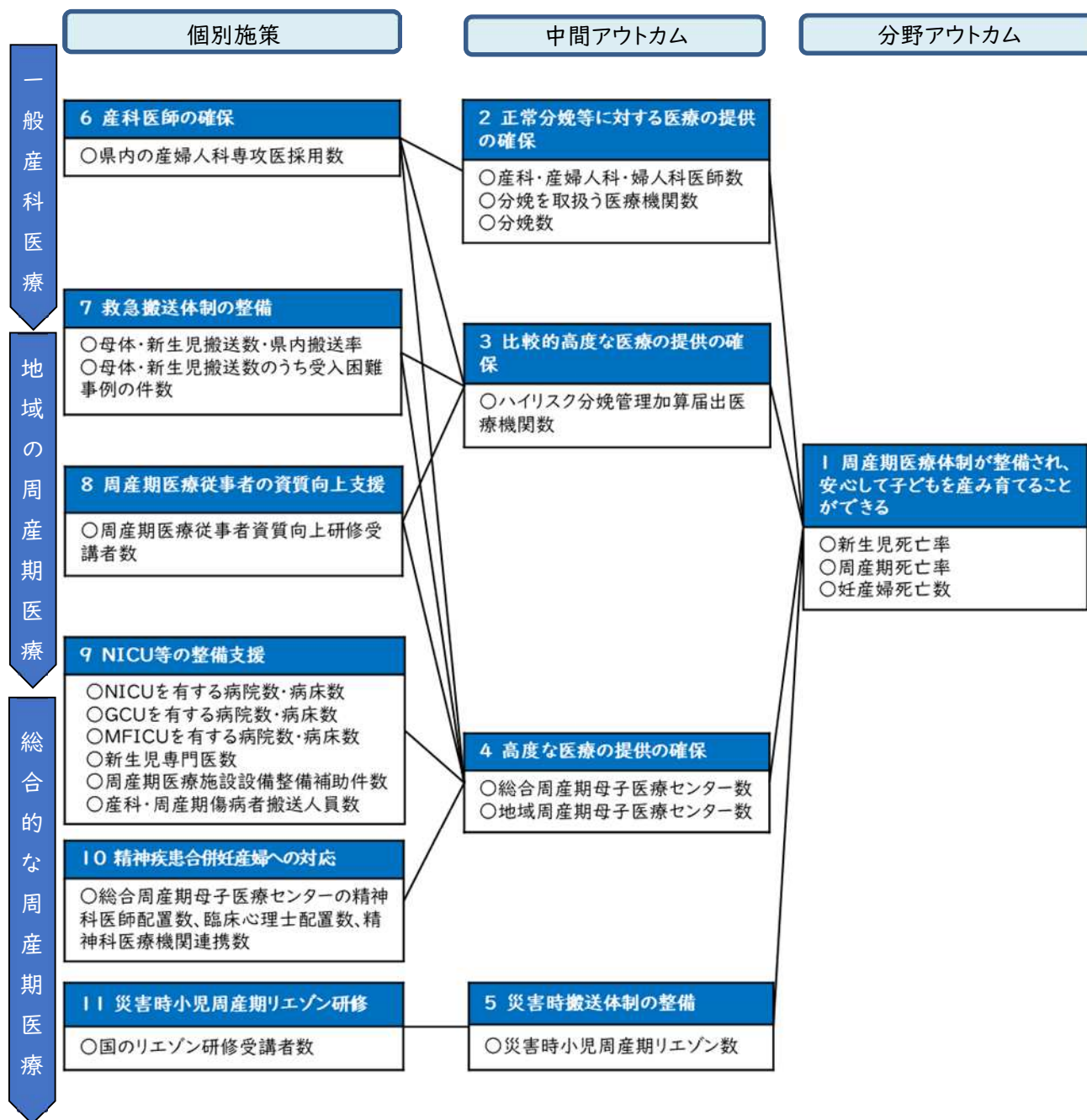
周産期医療の分野は、周産期医療体系図のとおり、引き続き一般産科医療、地域の周産期医療及び総合的な周産期医療が連携し、県民が安心して子供を産み育てることができることを目指します。

特に、正常分娩等に対する医療提供体制を確保すること、高度な医療提供体制を充実させることが重要であることから、重要施策を、

- ・医師修学資金の活用及び医療勤務環境の改善等による産科医師の確保を図ること
- ・周産期母子医療センターによる24時間の高度な医療提供体制を充実させること

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、6つの個別施策の効果・進捗を、12の効果指標と11の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

《施策体系表(ロジックモデル)》



《数値目標》

【分野アウトカム】

	指標	現状	目標
1	新生児死亡率(出生千対) (人口動態調査)	【本県】0.5 【全国】0.8 低い方から 10 位 (2022 年)	全国順位低い方から 5 位以内 (2029 年)
	周産期死亡率(出産千対) (人口動態調査)	【本県】3.1 【全国】3.3 低い方から 16 位 (2022 年)	全国順位低い方から 5 位以内 (2029 年)
	妊産婦死亡数 (人口動態調査)	0 (2022 年)	0 (毎年)

【中間アウトカム】

	指標	現状	目標
2	出生児 1,000 人当たり産科・産婦人科・婦人科 医師数(医師・歯科医師・薬剤師統計)	【本県】11.8 人 【全国】13.9 人 (2020 年)	—
	分娩を取扱う医療機関数(医療施設調査)	県全体 23 中部 9、東部 2、北部 3、 西部 3、南部 6 (2020 年)	—
	15~49 歳女性 10 万人当たり分娩数 (医療施設調査)	【本県】419.4 【全国】274.0 (2020 年)	—
3	15~49 歳女性 10 万人当たりハイリスク分娩管 理加算届出医療機関数(診療報酬施設基準)	3.3 (2021 年)	—
4	総合周産期母子医療センター数(県調査)	1 (2023 年)	1 (2029 年)
	地域周産期母子医療センター数(県調査)	2 (2023 年)	2 (2029 年)
5	災害時小児周産期リエゾン数(県調査)	21 人 (2023 年)	36 人 (2029 年)

【個別施策】

指標		現状	目標
6	県内の産婦人科専攻医採用数(県調査)	2人 (2023年度)	毎年度2人 採用 (2029年度)
7	人口10万人当たり母体・新生児搬送数・県内搬送率(消防庁調査)	245.4 (2021年)	—
	人口10万人当たり母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数①(医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数)(消防庁調査)	【本県】0.6 【全国】2.3 (2021年)	—
	人口10万人当たり母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数②(現場滞在時間が30分以上の件数)(消防庁調査)	【本県】2.6 【全国】5.4 (2021年)	—
8	周産期医療従事者資質向上研修受講者数(県調査)	149人 (2022年度)	—
9	NICUを有する病院数・病床数(医療施設調査・県調査)	4病院、30床 (2022年)	現状維持 (2029年)
	GCUを有する病院数・病床数(医療施設調査・県調査)	1病院、24床 (2022年)	現状維持 (2029年)
	MFICUを有する病院数・病床数(医療施設調査・県調査)	1病院、6床 (2022年)	現状維持 (2029年)
	新生児専門医数(新生児医学会)	5人 (2022年)	6人 (2029年)
	周産期医療施設設備整備補助件数(県調査)	2件 (2023年度)	—
	産科・周産期傷病者搬送人員数(消防庁調査)	359人 (2021年)	—
10	総合周産期母子医療センターの精神科医師配置数、臨床心理士配置数、精神科医療機関連携数(周産期体制調)	精神科医師 0 ※非常勤 週1回 臨床心理士 2 連携数 2 (2021年)	—
11	国の災害時小児周産期リエゾン研修受講者数(県調査)	28人 (2022年度)	63人 (2029年度)



**3 必要となる医療機能**

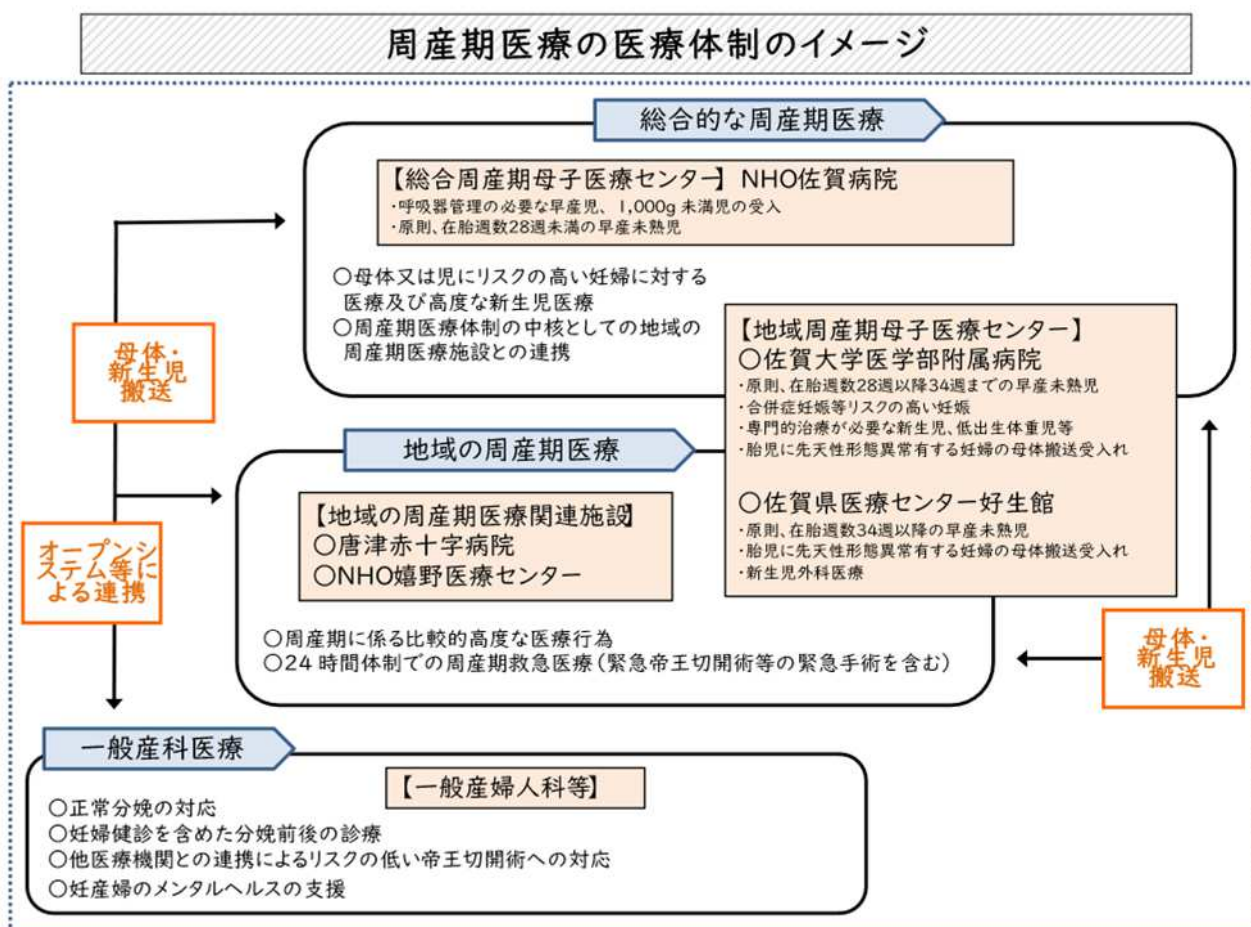
	一般産科医療	地域の周産期医療	総合的な周産期医療
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・正常分娩への対応</li> <li>・妊婦健診等を含めた分娩前後の診療</li> <li>・他医療機関との連携による、リスクの低い帝王切開術への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周産期に係る比較的高度な医療行為</li> <li>・24 時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術等の緊急手術を含む）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母体又は児にリスクの高い妊婦に対する医療及び高度な新生児医療</li> <li>・周産期医療体制の中核としての地域の周産期医療施設との連携</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科に必要とされる検査、診断、治療の実施</li> <li>・正常分娩の安全な実施</li> <li>・他の医療機関との連携による、合併症や、帝王切開術その他の手術への適切な対応</li> <li>・妊産婦のメンタルヘルスへの対応</li> <li>・分娩の立会いや面会方針等の医療機関の選択に必要な情報の提供</li> <li>・緊急時の搬送における病態や緊急度に応じた適切な医療機関の選定及び平時からの近隣の高次施設との連携体制構築</li> <li>・助産所において、嘱託医師・嘱託医療機関を定め、妊産婦の状況の変化や異常分娩が生じた際に適切な連携を行うこと</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）を有すること</li> <li>・麻酔科及びその他関連診療科を有することが望ましいこと</li> <li>・精神科を有さない場合は連携機関を定め、精神疾患を合併する妊産婦への対応が可能となる体制を整備することが望ましいこと</li> <li>・緊急帝王切開術等比較的高度な医療を提供すること</li> <li>・新生児病室を有し、NICU を整備することが望ましいこと</li> <li>・産科及び小児科において、それぞれ 24 時間体制を確保するために必要な職員を配置することが望ましいこと</li> <li>・産科において、帝王切開術が必要な場合に 30 分以内に手術への対応が可能となるような医師及びその他の各種職員を配置することが望ましいこと</li> <li>・地域の関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センター等との連携を図ること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科及び新生児医療を専門とする小児科、麻酔科その他の関係診療科を有すること</li> <li>・MFICU を 6 床以上整備すること</li> <li>・NICU を 9 床以上整備すること</li> <li>・GCU を整備すること（NICU の 2 倍以上が望ましい）</li> <li>・後方病室を整備すること（MFICU の 2 倍以上が望ましい）</li> <li>・精神疾患を合併する妊産婦に対応すること</li> <li>・ドクターカーを必要に応じ整備すること</li> <li>・検査機能を備えること</li> <li>・輸血を確保すること</li> <li>・MFICU 及び NICU の 24 時間診療体制を適切に確保するために必要な職員を配置すること</li> <li>・オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図ること</li> <li>・周産期医療情報センターとして情報の収集提供を行うこと</li> <li>・災害時を見据えて業務継続計画を策定し、自県のみならず近隣県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと</li> </ul>
医療機関の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所</li> <li>・連携病院</li> <li>・助産所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域周産期母子医療センター 佐賀大学医学部附属病院 佐賀県医療センター好生館</li> <li>・地域の周産期医療関連施設 唐津赤十字病院 NHO 嬉野医療センター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合周産期母子医療センター NHO 佐賀病院</li> </ul>

#### 4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	一般産科医療		地域の周産期医療	総合的な周産期医療
	分娩可	分娩不可		
中部	6	3	2	1
東部	2	—	—	—
北部	2	1	1	—
西部	3	—	—	—
南部	5	1	1	—
計	18	5	4	1

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。



## 第10節 小児医療

### I 現状と課題

#### 1. 現状

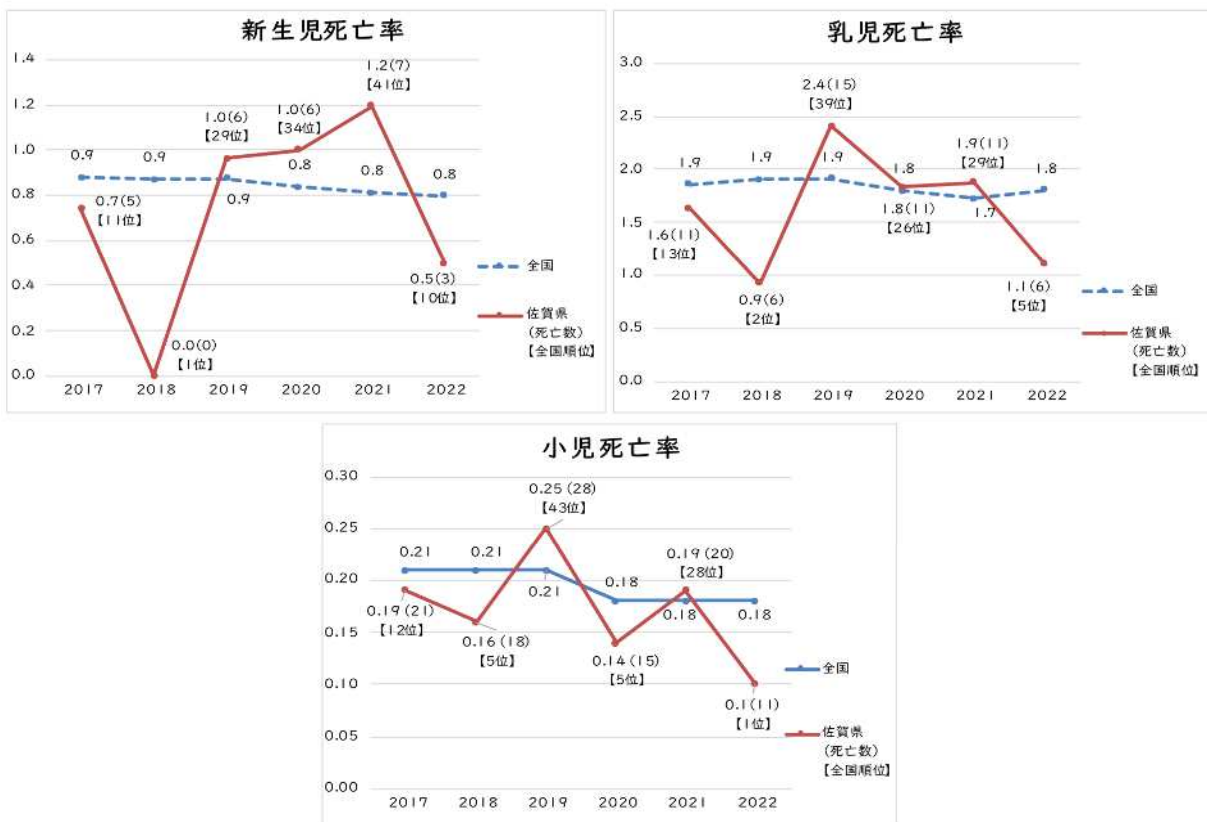
本県の小児（15歳未満）人口は、2020年に108,827人となっており、年々減少しています。2020年の厚生労働省患者調査によると、本県の1日当たりの小児患者数（推計）は、入院で約200人、外来で約4,800人となっています。

2017年以降の新生児（生後4週間未満）・乳児（生後1年未満）・小児の死亡率は、全国平均と比べて上回ることもありましたが、2022年には下回りました。ただし、母数が少ないために変動が大きいことに留意する必要があります。

	入院(日) 推計	外来(日) 推計	小児人口	小児人口千人対 外来数
2014年	200	6,100	118,301	51.6
2017年	200	6,200	112,686	55.0
2020年	200	4,800	108,827	44.1

(厚生労働省 患者調査、総務省 推計人口)

#### 小児関連指標の状況



医療提供体制を構築するにあたり、入院を要する小児救急等については、「中部+東部」、「北部+西部」、「南部」の3つの小児医療圏を設定しています。

小児医療提供体制は、一般的な小児医療や初期小児救急を小児科診療所・病院・休日夜間急患センターが担い、高度な小児医療や入院小児救急については、小児中核病院（佐賀大学医学部附属病院）、小児地域医療センター（佐賀県医療センター好生館、NHO 佐賀病院、唐津赤十字病院、NHO 嬉野医療センター）が機能を分担し、連携をとっています。

県内で対応が困難な場合は、県外の医療機関（久留米大学病院、聖マリア病院、NHO 長崎医療センター等）と連携を図っています。

県内の小児科を標榜する医療機関は2020年時点で164機関あり、年々減少しています。小児科医師数は2014年（113人）から2016年（124人）にかけて増加しましたが、その後2018年は118人、2020年は120人となっています。

### 時間外初期小児救急医療体制

二次保健医療圏	休日夜間急患センター 小児初期救急センター	平日夜間	土曜夜間	休日
中部	佐賀市休日夜間こども診療所	20:00~22:00	17:00~22:00	9:00~22:00
東部	鳥栖市休日救急医療センター	—	—	9:00~19:00
	久留米広域小児救急センター	19:00~23:00	19:00~23:00	19:00~23:00
北部	地域連携小児救急医療センター	20:00~6:00	18:00~6:00	9:00~6:00
西部	伊万里休日・夜間急患医療センター	20:00~22:00	—	9:00~17:00
南部	南部地区小児時間外診療 (武雄地区休日急患センター)	19:00~21:00	19:00~21:00	19:00~21:00 (9:00~17:00)
	鹿島市休日こどもクリニック	—	—	9:00~17:00
	鹿島時間外こどもクリニック	19:00~21:00 (水のみ)	—	—
	在宅当番医	19:00~21:00 (火のみ)	—	—

(人口動態調査)

### 県内の小児科を標榜する医療機関数

	病院	診療所	計
2014年	27	161	188
2017年	25	144	169
2020年	23	141	164

(医療施設調査)

### 県内の小児科医師数

医師数	県全体	中部	東部	北部	西部	南部
2014年	113	68	14	11	3	17
2016年	124	71	15	13	5	20
2018年	118	68	15	12	5	18
2020年	120	68	16	13	5	18

(医師・歯科医師・薬剤師統計)

小児医療においては、少子化、核家族化、夫婦共働きの増大に伴い、小児救急医療の需要が増加傾向にあります。また、小児救急患者には軽症による受診も多いことから、受診の判断に迷った場合等に相談ができるよう、小児救急電話相談窓口（#8000）を設けています。

#### 小児救急電話相談件数

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
総数	5,466	6,912	7,083	5,178	6,160	8,114

## 2. 課題

### (1) 相談支援

小児救急電話相談件数は 2020 年に減少したものの、その後は増加しており、今後も周知を行っていくことで、医療機関へのより適切な受診を促す必要があります。

### (2) 一般小児医療

休日夜間急患センター等の初期救急医療体制には、地域ごとに対応時間のばらつきがあります。

また、小児科を標榜する診療所数は 2014 年の 161 か所から、2020 年は 141 か所に減少しています。若年層の医師が病院に集中する傾向にあることや、診療所の医師の高齢化等が減少の原因と考えられるため、引き続き医師の確保を進める必要があります。

### (3) 高度な小児医療

県内の小児外科疾患については佐賀県医療センター好生館で高度かつ専門的な診療を実施するため、県内唯一の小児外科が設置されています。

小児科を標榜する診療所が減少していることから、拠点となる病院の役割について、現状の評価、検証を行い、拠点となる病院への医療資源の集約化・重点化の検討を進める必要があります。

### (4) 療養・療育支援

医療的ケア児等が、自宅や施設で療養・療育できるよう、医療的ケア児支援センターを中心に、医療・福祉・保健・教育等の関係者が連携し、地域で支援できる体制を構築する必要があります。

## 2 目標と施策

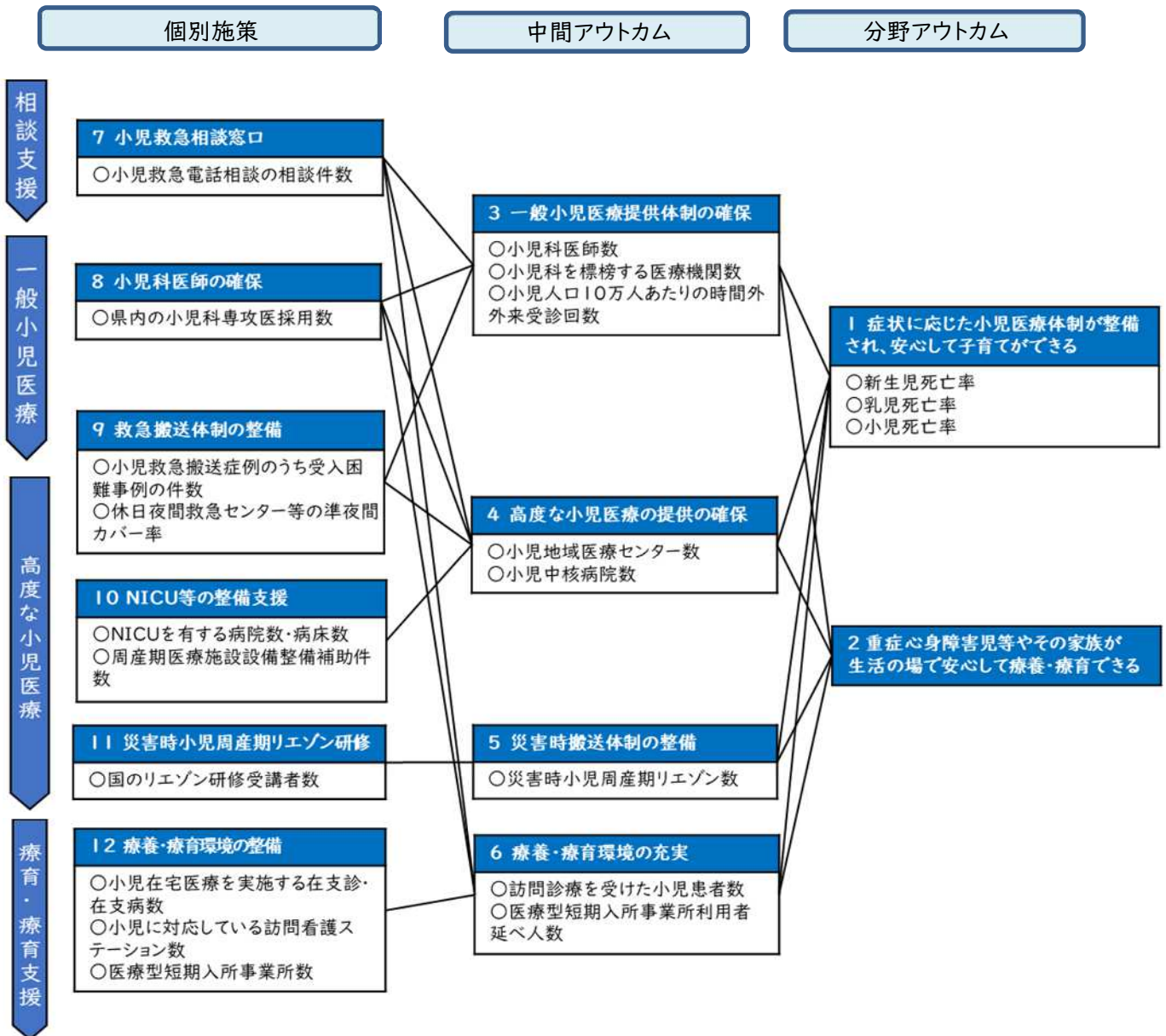
小児医療の分野は、子供の症状に応じた医療提供体制が整備され、子供がすくすくと健やかに成長できる環境を目指します。

特に、一般小児医療・高度な小児医療を担う医師を確保し、安定的な医療提供体制を確保することが重要であることから、重要施策を、

- ・医師修学資金の活用及び医療勤務環境の改善等による小児科医師の確保
- ・小児地域医療センターや小児中核病院における医療提供体制の確保
- ・小児在宅医療等の医療的ケア児等を地域で支援できる体制の確保

とし、6つの個別施策の効果・進捗を、9の効果指標と13の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

《施策体系表(ロジックモデル)》



《数値目標》

【分野アウトカム】

	指標	現状	目標
1	新生児死亡率(出生千対) (人口動態調査)	【本県】0.5【全国】0.8 低い方から10位 (2022年)	全国順位低い方 から5位以内 (2029年)
	乳児死亡率(出生千対) (人口動態調査)	【本県】1.1【全国】1.8 低い方から5位 (2022年)	全国順位低い方 から5位以内 (2029年)
	小児死亡率 (人口動態調査)	【本県】0.10【全国】.18 低い方から1位 (2022年)	全国順位低い方 から5位以内 (2029年)

【中間アウトカム】

	指標	現状	目標
3	小児科医師数(小児人口千対) (医師・歯科医師・薬剤師統計)	【本県】1.10人【全国】1.20人 (2020年)	—
	小児科を標榜する医療機関数 (医療施設調査)	県全体164 中部69、東部25、北部21、 西部13、南部36 (2020年)	—
	小児人口10万人あたりの時間外外来受診回数(NDB)	県全体5,183.5 中部4,768.0 東部11,010.2 北部1,242.6 西部275.5 南部7,048.5 【全国】3,790.8 (2021年)	—
4	小児地域医療センター数 (日本小児科学会調査報告書)	4 (2019年)	4 (2029年)
	小児中核病院数 (日本小児科学会調査報告書)	1 (2019年)	1 (2029年)
5	災害時小児周産期リエゾン数 (県調査)	21人 (2023年)	36人 (2029年)



6	訪問診療を受けた小児患者数(レセプト件数)(NDB)	県全体 140 中部 93、東部 0 北部 0、 西部 0、南部 47 (2021 年)	—
	医療型短期入所事業所利用者延べ人数(県調査)	7,473 人 (2022 年度)	—

【個別施策】

	指標	現状	目標
7	小児救急電話相談の相談件数(県調査)	8,114 件 (2022 年度)	—
8	県内の小児科専攻医採用数(県調査)	2 人 (2023 年度)	毎年度 3 人採用 (2029 年度)
9	人口 10 万人当たり小児救急搬送数のうち受入困難事例の件数①(医療機関に受入の照会を行った回数が 4 回以上の件数)(消防庁調査)	【本県】20.3 件 【全国】47.1 件 (2021 年)	—
	人口 10 万人当たり小児救急搬送数のうち受入困難事例の件数②(現場滞在時間が 30 分以上の件数)(消防庁調査)	【本県】37.8 件 【全国】88.7 件 (2021 年)	—
	休日夜間救急センター等の準夜間における週当たりのカバー率(県調査)	中部 7/7、東部 7/7、 北部 7/7、西部 5/7、 南部 7/7	—
10	NICUを有する病院数・病床数 (医療施設調査)	4 病院、30 床 (2022 年)	現状維持 (2029 年)
	周産期医療施設設備整備補助件数 (県調査)	2 件 (2023 年)	—
11	国のリエゾン研修受講者数 (県調査)	28 人 (2022 年度)	63 人 (2029 年度)
12	小児在宅医療を実施する在支診・在支病数 (県調査)	※調査中 (2023 年)	—
	小児に対応している訪問看護ステーション数 (県調査)	49 (2022 年度)	—

	医療型短期入所事業所数(県調査)	8 (2022年度)	-
--	------------------	---------------	---

**3 必要となる医療機能**

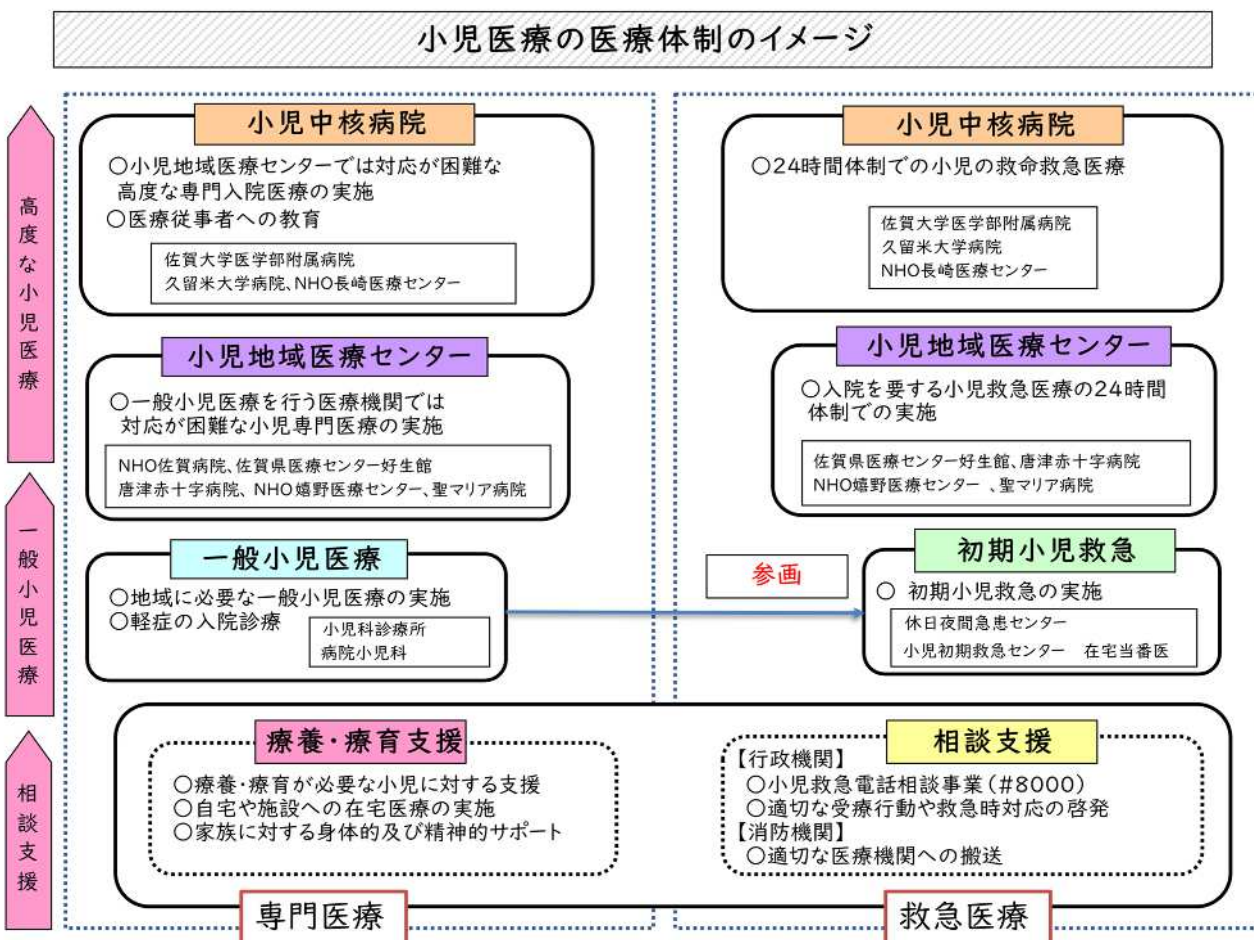
	相談支援	一般小児医療		小児地域医療センター		小児中核病院	
	健康相談等の支援機能	一般小児医療	初期小児救急	小児専門医療	入院小児救急	高度小児専門医療	小児救命救急医療
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子供の急患時の対応支援</li> <li>・症状に応じた情報提供</li> <li>・適正な受療行動を促す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に必要な一般小児医療の実施</li> <li>・生活の場での療養・療育が必要な小児に対する支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期小児救急の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般の小児医療機関では対応が困難な患者に対する医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門医療の実施</li> <li>・医療従事者への教育</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制での小児の救命救急医療</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>【家族等周囲にいる者】</li> <li>・電話相談の活用</li> <li>・不慮の事故の原因となるリスクの回避</li> <li>・緊急蘇生法等の適切な処置を実施</li> <li>【消防機関】</li> <li>・緊急時対応の指導</li> <li>・救急医療情報システムを活用した迅速な搬送</li> <li>【行政機関】</li> <li>・電話相談体制の確保</li> <li>・適切な受療行動や急病時の対応について啓発活動</li> <li>・地域の医療資源や福祉サービス等の情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般的な小児医療の実施(診断・検査・治療等)</li> <li>・軽症の入院診療</li> <li>・生活の場で療養・療育が必要な小児に対する支援</li> <li>・医療、介護及び福祉サービスを調整</li> <li>・施設等を含めた生活の場への在宅医療を実施</li> <li>・家族に対する身体的及び精神的サポート</li> <li>・慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休日夜間急患センター等における初期小児救急医療</li> <li>・緊急手術や入院等を要する場合に備えた、対応可能な医療機関との連携</li> <li>・開業医等による、病院の開放施設や初期小児救急医療への参画</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度な診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療</li> <li>・常時監視、治療の必要な患者等に対する入院診療</li> <li>・地域の小児医療機関や高次機能病院との連携体制構築</li> <li>・療養・療育支援を担う施設と連携</li> <li>・家族に対する精神的サポート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施</li> <li>・地域医療機関との連携による入院を要する小児救急医療</li> <li>・高度専門的な対応について、高次機能病院と連携</li> <li>・療養・療育支援を担う施設と連携</li> <li>・家族に対する精神的サポート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人事の育成・交流などを含めて地域医療に貢献</li> <li>・療養・療育支援を担う施設と連携</li> <li>・家族に対する精神的サポート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児地域医療センターからの紹介患者や救急搬送による患者を中心とした、重篤な小児患者に対する24時間365日体制の救急医療</li> <li>・療養・療育支援を担う施設と連携</li> <li>・家族に対する精神的サポート</li> </ul>
関係機関の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児救急電話相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児科診療所</li> <li>・一般小児科病院</li> <li>・在宅診療実施医療機関</li> <li>・連携病院</li> <li>・訪問看護事業所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ小児科</li> <li>・休日夜間急患センター</li> <li>・小児初期救急センター</li> <li>・在宅当番医</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NHO 佐賀病院</li> <li>・佐賀県医療センター好生館</li> <li>・唐津赤十字病院</li> <li>・NHO 嬉野医療センター</li> <li>-----</li> <li>・聖マリア病院(久留米市)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・佐賀県医療センター好生館</li> <li>・唐津赤十字病院</li> <li>・NHO 嬉野医療センター</li> <li>-----</li> <li>・聖マリア病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・佐賀大学医学部附属病院</li> <li>-----</li> <li>・久留米大学病院(久留米市)</li> <li>・NHO 長崎医療センター(大村市)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・佐賀大学医学部附属病院</li> <li>-----</li> <li>・久留米大学病院</li> <li>・NHO 長崎医療センター</li> </ul>

#### 4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	一般小児医療		小児地域医療センター		小児中核病院	
	一般	初期救急	専門	入院救急	高度専門	救命救急
中部	63	1	2	1	1	1
東部	23	1	—	—	—	—
北部	17	1	1	1	—	—
西部	12	1	—	—	—	—
南部	31	3	1	1	—	—
計	146	7	4	3	1	1

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。



## 第 11 節 新興感染症の発生・まん延時における医療

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

感染症を取り巻く状況は、医学・医療の進歩、公衆衛生水準の向上や国際交流の活発化等により、著しく変化し、世界では、エイズ、エボラ出血熱、ジカウイルス感染症等の新興感染症や結核、マラリア等の再興感染症が問題となっており、また、病原性の高い新型インフルエンザ等の感染症の出現が危惧されています。

国内では、輸入例による麻しんの集団感染や、デング熱の国内感染事例などが発生し、県内では、結核や腸管出血性大腸菌感染症、インフルエンザなど様々な感染症が発生しています。

本県では、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）に基づき、「佐賀県感染症予防計画」及び個別計画としての「佐賀県結核予防推進プラン」を策定し、感染症の患者等の人権に配慮しつつ、各関係機関と連携を図りながら、感染症の予防及びまん延防止に努めてきました。

また、県内では、エボラ出血熱等の一類感染症患者の入院に対応する第一種感染症指定医療機関を 1 医療機関（2 床）、中東呼吸器症候群（MERS）等の二類感染症（結核を除く）患者の入院に対応する第二種感染症指定医療機関を 5 医療機関（22 床）指定しています。

さらに、結核患者の入院に対応する結核病床を 1 医療機関（30 床）、精神疾患合併の結核患者の入院に対応する結核モデル病床（精神）を 1 医療機関（4 床）整備しています。

#### 第一種感染症指定医療機関

2023 年 10 月 31 日現在

医療機関の名称	所在地	病床数
地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館	佐賀市嘉瀬町大字中原 400	2 床

#### 第二種感染症指定医療機関

2023 年 10 月 31 日現在

二次医療圏名	人口 千人	医療機関の名称	所在地	病床数
東部	126	独立行政法人国立病院機構東佐賀病院	三養基郡みやき町大字原古賀 7324	4 床
中部	343	地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館	佐賀市嘉瀬町大字中原 400	6 床
北部	123	唐津赤十字病院	唐津市和多田 2430	4 床
西部	72	伊万里・有田地区医療福祉組合伊万里有田共立病院	西松浦郡有田町二ノ瀬甲 860	4 床
南部	148	独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	嬉野市嬉野町大字下宿甲 4279-3	4 床

（注）人口は 2020 国勢調査

医療機関の名称	所在地	病床	
		病床数	摘要
独立行政法人国立病院機構東佐賀病院	三養基郡みやき町大字原古賀 7324	30 床	結核病床
独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター	神埼郡吉野ヶ里町三津 160	4 床	モデル病床

今般、2019年に中国で確認された新型コロナウイルス(SARS-CoV-2をいう。)は世界的に流行(パンデミック)し、2020年1月に世界保健機関(WHO)が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)」を宣言しました。

2023年5月に宣言が終了されるまでに本県において約26万人が陽性となりました。このパンデミックにおいては、長期間にわたり全国的な対応が必要となるなど、これまでの感染症では想定していない対応が求められました。

新型コロナウイルスへの対応においては、医療提供体制を緊急時に構築するため、県では、2020年4月3日に「プロジェクトM」の立ち上げを表明し、行政と医療が連携し、陽性患者の入院病床の確保、無症状・軽症者向けの宿泊療養施設の確保など医療提供体制の強化に取り組みました。当初、感染症病床(24床)のみで対応していましたが、2023年5月7日時点では28医療機関、577病床を確保しました。

新型コロナウイルスは、時期によりその流行株が変遷し、流行株がオミクロン株となったときには、自宅療養する方に外来、往診可能な医療機関として97医療機関を確保してきました。このように、入院と外来、往診という医療提供体制を整え、早期の治療と入院調整で重症化予防に努めてきました。

また、波を追うごとに宿泊療養施設の設置数を、最終的には6棟まで増やし、医療提供体制の維持に努めました。さらに、感染者数が増大するにつれ、介護や見守りを要する高齢患者の対応で急性期医療機関のひっ迫や、高齢患者の入院中の体力低下により転退院に支障をきたすなどしたことから、臨時医療施設兼宿泊療養施設として整備していた施設を、第7波から「高齢者等宿泊療養施設」の一部に転用しました。介護スタッフを配置し、体力低下予防の取組を施設内で実施する等、ケアを要する患者の受け皿として運用しました。

2023年1月12日に季節性インフルエンザの流行発生「注意報」発令となり、1月16日から、重症化リスクが高い方は基本はかかりつけ医等への受診としつつも、インフルエンザ対応を優先するため、重症化リスクが低い方で、自分のまわりにインフルエンザの患者がいる場合は、電話・オンライン診療を活用することにより対応してきました。

5類移行後は、平常時の医療提供体制として幅広い医療機関での対応に順次移行し、確保病床によらない形での入院受入れ体制を目指しており、また、外来、往診可能な医療機関数は441(2023年5月8日時点)から増えてきています。(具体的な医療機関は県ホームページに掲載しています。)

<佐賀県における新型コロナウイルス感染症の基本統計(2019.3.13~2023.5.8)>

累計陽性件数等

項目	結果	記録日
累計陽性件数(件)	262,447	2023.5.8
累計死亡件数(件)	496	2023.5.8
最多確保病床数(床)	590	2022.8.18
最多入院者数(件)	347	2023.1.13
最高病床使用率	65.5%	2021.8.21
最多宿泊施設確保居室数(室)	619	2022.8.6
最多宿泊施設療養件数(件)	367	2021.8.18
最高宿泊施設使用率	74.1%	2021.8.18

年代別死亡件数

年代	死亡件数	割合
20歳未満	0	0%
20歳代~40歳代	5	1.0%
50歳代~60歳代	40	8.1%
70歳代~80歳代	249	50.2%
90歳代以上	202	40.7%
合計	496	-

## 2. 課題

### (1) 感染症対策(新興感染症対策を除く)

交通機関の発達に伴う人・物の交流、移動の増大により、感染症が早期に拡大しやすい状況であり、これまで県内発生しなかった感染症が発生する可能性があるとともに、麻しんや結核、腸管出血性大腸菌感染症等については、大規模な集団感染事例が発生する可能性があります。

また、医療現場では、抗微生物薬の不適正な使用・服薬による薬剤への耐性化が問題となっており、感染症患者の治療にあたっては、適正な処方及び内服が実施されるよう対策を講じる必要があります。その他、結核や後天性免疫不全症候群(エイズ)等については、過去のイメージ等から、患者等に対する差別や偏見が残っており、早期の検査や治療を促すため、正しい知識の普及啓発を図る必要があります。

### (2) 新興感染症対策

新型コロナウイルス感染症対策では、幾度となく性状が変化する新型コロナウイルス感染症の特性に合わせた機動的な対応が求められました。

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症(以下「新興感染症」という。)の発生・まん延に備え、2022年12月に成立した改正感染症法等においては、平時にあらかじめ県と医療機関がその機能・役割に応じた協定(①病床、②発熱外来、③自宅療養者等に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定。併せて個人防護具の備蓄も位置づけ。)を締結し、新興感染症の発生・まん延時にはその協定に基づいて医療を提供する仕組みが法定化されました。

新興感染症の発生・まん延時に、速やかに、感染症医療以外の通常医療との両立を図りつつ、機動的に入院等の医療提供体制を確保できるよう、新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に、平時から地域における医療機関の機能や役割を確認し、それに応じた内容の医療措置協定を締結することを通じて、医療提供体制の確保を図る必要があります。

また、協定締結医療機関(①病床、②発熱外来、③自宅療養者等に対する医療の提供)につい

ては、通常の患者自己負担分を公費負担医療とするため、感染症法に基づき、県知事が一定の基準で協定指定医療機関として指定します。

新興感染症発生・まん延時においては、入院患者及び外来受診者の急増が想定されることから、感染症法に基づき締結する医療措置協定等により、当該感染症の患者の入院体制や外来体制、後方支援体制を迅速に確保する必要があります。

## 医療措置協定等に基づく医療の提供

### (1) 流行初期(発生の公表から3か月程度)

#### ①国内での感染発生早期

現行の感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対処。

#### ②厚生労働大臣による公表後の流行初期

- ・発生の公表前から対応実績のある感染症指定医療機関が引き続き対応(流行初期医療確保措置※付き協定に基づく対応含む)
- ・県知事の要請に基づき、流行初期医療確保措置※付き協定締結医療機関も対応。

### (2) 流行初期期間経過後

#### ①流行初期期間経過後の開始時点(発生の公表から3か月程度経過後)

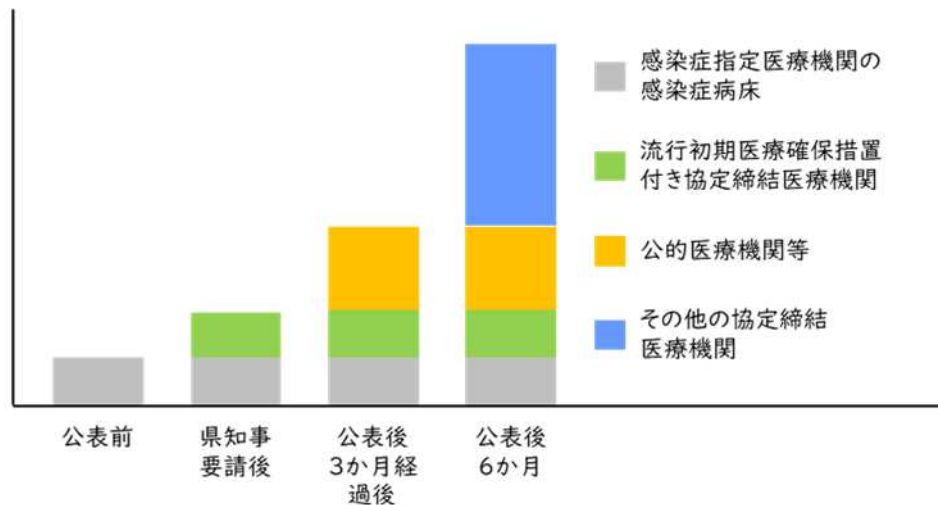
流行初期対応を行っていない公的医療機関等(対応可能な民間医療機関を含む)も加わり対応。

#### ②流行初期期間経過後(発生の公表後4か月程度から6か月後程度以内)

- ・順次速やかに全ての協定締結医療機関で対応。

※ 流行初期に感染症医療を行う協定締結医療機関に対して、感染症医療を行った月の診療報酬収入が、流行前の同月のそれを下回った場合に、その差額を支払う措置

### 感染症発生から一定期間経過後までの医療提供体制確保(イメージ図)





### (1) 感染症対策（新興感染症対策を除く）

国内外の感染症流行予測、発生動向を注視しながら、情報を収集・分析・公表するとともに、感染症発生時においては、患者等の人権に配慮しつつ、迅速かつ的確に対応できる体制の整備に努めます。

また、感染症のまん延防止のため、日頃から、医師会等の医療関係団体、各医療機関、市町、県関係部局と連携を図るとともに、県境を越えた広域対応については、九州・山口九県の感染症に対する広域連携に係る協定の維持・強化を図ります。

感染症患者の治療にあたっては、適正な処方及び内服が実施されるよう啓発に努めるとともに、結核患者については、各関係機関と連携し、治療完遂へ向けて個別の服薬支援を行います。

感染症の予防対策については、平常時から広く周知を行うとともに、差別や偏見の解消のため、各感染症に関する正しい知識の普及啓発に努めます。

### (2) 新興感染症

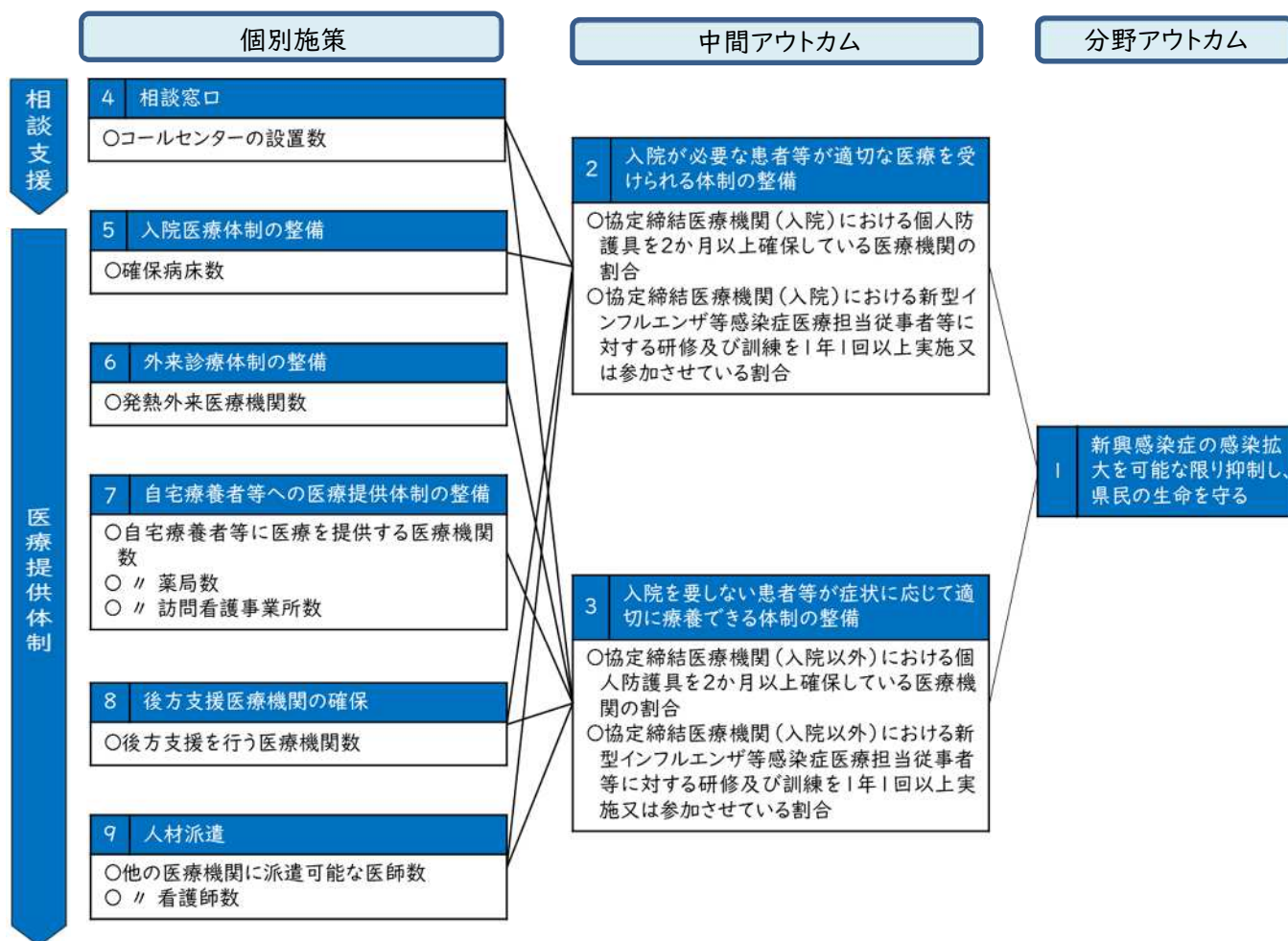
新興感染症の発生・まん延時における医療の分野は、①入院が必要な患者等が適切な医療を受けられる体制の整備、②入院を要しない患者等が症状に応じて適切に療養できる体制の整備を目指します。また、ICTの活用を含め、より一層個々の患者に寄り添った対策を行っていきます。

特に、平時から地域における医療機関の機能や役割を確認し、新興感染症の発生・まん延時における医療提供体制を整備することが重要であることから、重要施策を、

- ・入院医療体制の整備（協定による確保病床数）
- ・外来診療体制の整備（協定による発熱外来医療機関数）
- ・自宅療養者等への医療提供体制の整備（協定による医療機関数・薬局数・訪看数）

とし、次に掲げる施策体系表のとおり、6つの個別施策の効果・進捗を、12の効果指標と1の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

《施策体系表(ロジックモデル)》



《数値目標》

【中間アウトカム】

指標		現状 (2023年度)	目標 (2029年度)
2	協定締結医療機関(入院)における個人防護具を2か月以上確保している医療機関の割合(県調査)	—	8割以上
	協定締結医療機関(入院)における新型インフルエンザ等感染症医療担当従事者等に対する研修及び訓練を1年1回以上実施又は参加させている割合(県調査)	—	100%
3	協定締結医療機関(入院以外)における個人防護具を2か月以上確保している医療機関の割合(県調査)	—	8割以上
	協定締結医療機関(入院以外)における新型インフルエンザ等感染症医療担当従事者等に対する研修及び訓練を1年1回以上実施又は参加させている割合(県調査)	—	100%

【個別施策】

指標		現状	目標 (2029年度)
4	コールセンターの設置数(県調査)	1 (2023年度)	1以上
5	確保病床数(県調査)	流行初期	190床
		流行初期以降	580床
6	発熱外来医療機関数 (県調査)	流行初期	100機関
		流行初期以降	399機関
7	自宅療養者等に医療を提供する医療機関数(県調査)	210機関 <sup>※1</sup>	210機関
	自宅療養者等に医療を提供する薬局数(県調査)	498機関 <sup>※1</sup>	498機関
	自宅療養者等に医療を提供する訪問看護事業所数 (県調査)	8機関 <sup>※1</sup>	8機関
8	後方支援を行う医療機関数(県調査)	39機関 <sup>※1</sup>	39機関
9	他の医療機関に派遣可能な医師数(県調査)	34人 <sup>※1</sup>	34人
	他の医療機関に派遣可能な看護師数(県調査)	116人 <sup>※1</sup>	116人

※1 新型コロナウイルス感染症対応の保健・医療提供体制確保計画(2022年12月)

※2 診療・検査医療機関数(2022年12月)

<b>3</b>	<b>必要となる医療機能</b>
----------	------------------

	病床確保	発熱外来	自宅療養者等への医療の提供	後方支援	医療人材派遣
目 標	新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制				
求 め ら れ る 事 項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症対応の重点医療機関の施設要件も参考に、確保している病床であって、また、県からの要請後速やかに即応病床化するほか、院内感染対策を適切に実施し、入院医療を行うことを基本とすること。</li> <li>・新興感染症の発生時から中心となって対応する感染症指定医療機関は、新興感染症についての知見の収集及び分析を行うこと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症対応の診療・検査医療機関の施設要件も参考に、発熱患者等を受け入れる体制を有するほか、院内感染対策を適切に実施し、発熱外来を行うことを基本とすること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症対応と同様、病院・診療所は、地域医師会等の関係者と連携・協力した体制整備を行い、必要に応じ、薬局や訪問看護事業所と連携し、また、各機関間や事業所間でも連携しながら、往診やオンライン診療等を行い、薬局は医薬品対応等、訪問看護事業所は訪問看護を行うこと。</li> <li>・感染対策を適切に実施し、医療の提供を行うことを基本とすること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常医療の確保のため、 ア 特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や イ 感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行うこと。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症対応での実績を参考に、県や県医師会、県病院団体及び支部による協議会や、既存の関係団体間連携の枠組み等と連携した上で、感染症患者以外の受入を進めること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療人材派遣の協定締結医療機関は、自機関の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めること。</li> </ul>
医 療 機 関 の 例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症指定医療機関</li> <li>・新型コロナウイルス感染症対応の確保病床を有する医療機関等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症対応の外来対応医療機関等</li> </ul>	新型コロナウイルス感染症対応の保健・医療提供体制確保計画(2022年12月)の <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康観察・診療医療機関、薬局、訪問看護事業所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後方支援医療機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療人材派遣に係る協力医療機関</li> </ul>

4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3 で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	病床確保	発熱外来	自宅療養者等への医療の提供	後方支援	医療人材派遣
中部	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;">                     二次医療圏ごと等の詳細な設定も踏まえ、協定締結と合わせて設定                 </div>				
東部					
北部					
西部					
南部					
計	(病床) 580	399	(医療機関) 210 (薬局) 498 (訪問看護事業所) 8	39	(医師) 34 (看護師) 116

具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。

## 新興感染症の発生・まん延時における医療体制のイメージ



## 第12節 在宅医療

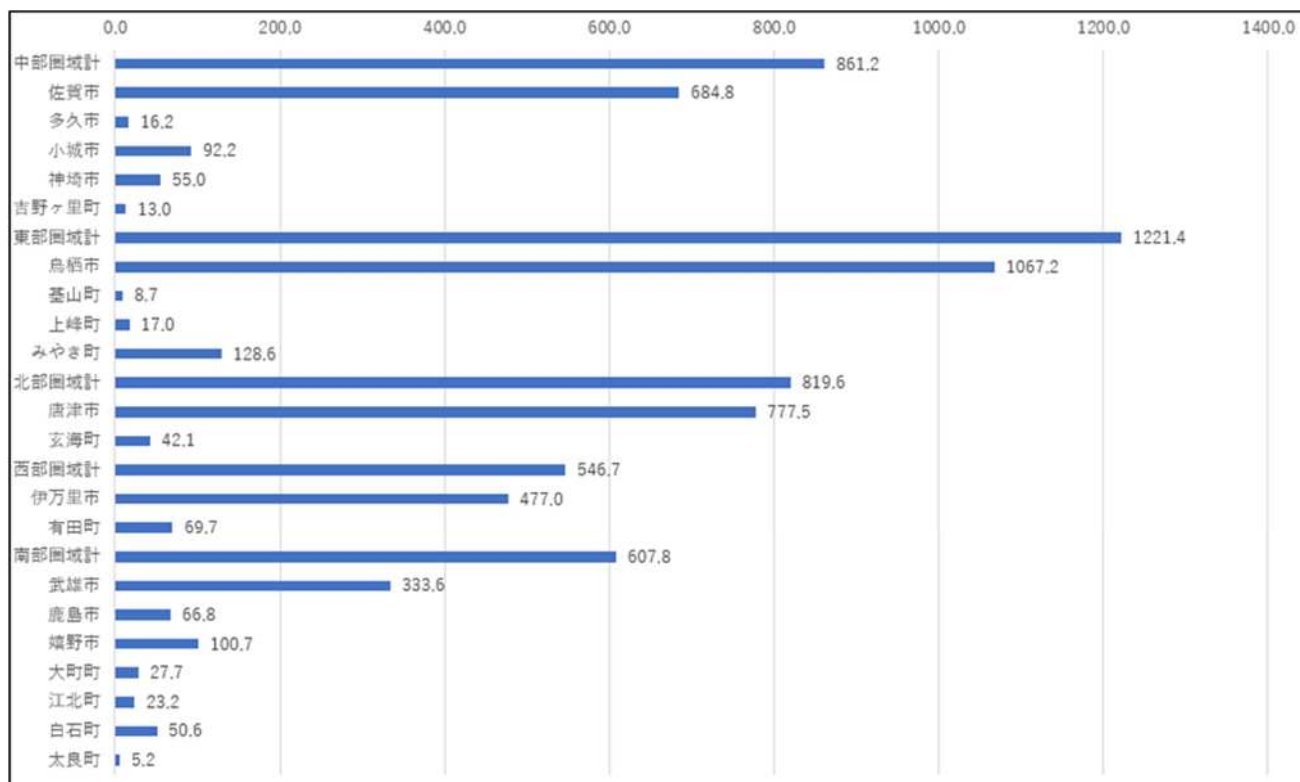
### I 現状と課題

#### 1. 現状

在宅医療とは、訪問診療（診療計画に基づき定期的に訪問）や往診（患者の求めに応じてその都度訪問）のように患者の自宅等で行われる医療です。在宅医療は、患者が住み慣れた環境で生活を営めるように、外来や入院医療、介護、生活支援サービス等と連携しながら患者を支えるものです。現在、疾病構造の変化、高齢化の進展、医療技術の進歩、患者のQOL向上を重視した医療への期待の高まり等により、需要の増が見込まれています。なお、国から提供された訪問診療の将来推計のデータによると、2040年以降に患者数のピークを迎えるとされています。在宅医療関係者へのヒアリングでは、新型コロナウイルス感染症の影響による面会制限なども、在宅医療の需要が増えた一つの要因だと言われています。

訪問診療の利用者数は、2021年のレセプトデータをもとにすると、1か月当たり約6,800人ですが、人口10万人当たりの訪問診療患者数推計をみると、二次医療圏や市町ごとの実績に地域差があることがわかります。

（表1）二次医療圏及び市町ごとの人口10万人当たりの訪問診療患者数推計（単位：人）  
NDB データ：2021 年度



2021年度の訪問診療の受療状況をみると、中部、北部は区域内の住民が区域内の医療機関から訪問診療を受けている割合が高く、圏域としての完結性が見られます。

東部は県外（福岡県）、西部は南部、南部は中部の医療機関が一定の訪問診療を提供しています。

(表2) 保健医療圏別の訪問診療の受療状況(流出入率) (単位:%)

保健医療圏別の訪問診療の受療状況(流出率)

		医療機関所在地							合計
		中部	東部	北部	西部	南部	県合計	県外	
患者居住地	中部	96.3	1.7	0.1	0.0	0.3	98.4	1.6	100.0
	東部	2.5	88.9	0.0	0.0	0.0	91.5	8.5	100.0
	北部	0.8	0.0	96.0	0.0	0.0	97.6	2.4	100.0
	西部	0.9	0.0	0.9	85.6	10.6	98.1	1.9	100.0
	南部	10.7	0.0	0.2	3.8	83.6	98.2	1.8	100.0
	県合計	44.8	17.1	15.2	5.8	14.0	97.0	3.0	100.0

(厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

保健医療圏別の訪問診療の受療状況(流入率)

		患者居住地							合計
		中部	東部	北部	西部	南部	県合計	県外	
医療機関所在地	中部	91.2	1.0	0.3	0.1	3.6	96.2	3.8	100.0
	東部	3.0	64.4	0.0	0.0	0.0	67.4	32.6	100.0
	北部	0.2	0.0	94.7	0.4	0.2	95.5	4.5	100.0
	西部	0.0	0.0	2.0	79.7	9.4	91.1	8.9	100.0
	南部	1.0	0.0	0.0	4.3	91.8	97.1	2.9	100.0
	県合計	40.0	15.5	14.1	5.3	14.3	89.2	10.8	100.0

(厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

2023年6月に在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院(以下「在支診・在支病」という。)等を中心に、県内医療機関を対象に実施した、在宅医療実態調査によると、訪問診療の訪問先は、患者の自宅が17.8%、有料老人ホーム等の施設が81.1%となっており、第7次佐賀県保健医療計画策定時から傾向は変わらず、自宅への訪問が少なく、施設等への訪問が多い状況です。

(表3) 訪問診療患者の主な居所 回答数:162 医療機関

(在宅医療実態調査)

	患者数	実患者数		
		自宅	高齢者向け施設等	その他
県内	100.0%	17.8%	81.1%	1.1%
(中部)	46.0%	23.7%	74.5%	1.8%
(東部)	23.9%	13.7%	86.3%	0.0%
(北部)	12.5%	9.6%	90.4%	0.0%
(西部)	5.5%	21.5%	74.2%	4.3%
(南部)	12.2%	10.4%	89.6%	0.0%

訪問診療を実施している医療機関が情報共有をしている機関を見ると、訪問看護ステーション・薬局・居宅介護支援事業所が多い一方、歯科診療所、訪問介護事業所の割合が低いことがわかります。第7次佐賀県保健医療計画策定時から傾向は変わりません。

(表4) 訪問診療を実施している医療機関が情報共有している機関割合 回答数:162 医療機関

(在宅医療実態調査)

	他の病院	他の診療所	訪問ステーション	居宅介護支援事業所	歯科診療所	薬局	介護保険施設等	訪問介護事業所	訪問リハビリテーション	栄養ケア・ステーション	その他
割合(%)	49%	37%	84%	55%	20%	67%	41%	33%	41%	2%	5%

県内の人口 10 万人あたりの在支診・在支病の届出数は全国平均を上回っており、在宅医療の提供体制は、全国平均よりも一定程度確保できていると言えますが、過去 3 か年の推移をみると在支診・在支病数は横ばい傾向であり、在宅医療実態調査や地域で在宅医療を中心に実施している医療機関へのヒアリングを踏まえると、地域ごとに課題があると考えます。

(表5) 在宅療養支援診療所・病院数<人口 10 万人当たり>

(厚生労働省保険局医療課調べ、届出受理医療機関名簿)

在宅療養支援診療所		在宅療養支援病院	
全国平均	県全体	全国平均	県全体
11.5	16	1.3	2.3



今後の訪問診療の需要の伸びを機械的に推計すると、2026年に8,613人(対2021年27%増)、2029年には10,577人(対2021年56%増)と推計されます。

(表6) 訪問診療の整備目標(1カ月)

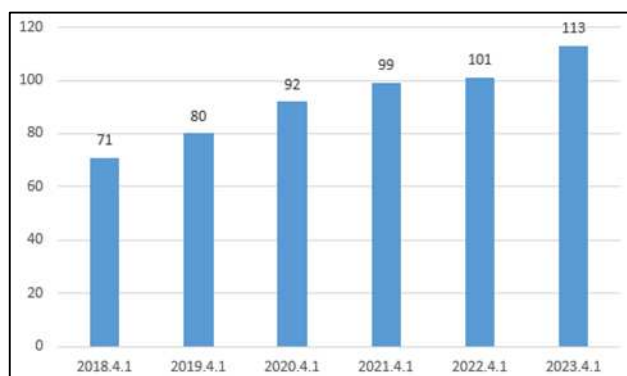
(2022年度医療計画作成支援データブックに基づき、佐賀県医務課で推計)

	2021 〈整備状況実績〉	2025	2026	2029	訪問診療の伸び	
					上段 2021⇒2026	下段 2021⇒2029
中部	2,934	2,998	3,253	4,156	+11%	+42%
東部	1,552	1,674	1,782	2,152	+15%	+39%
北部	1,014	1,294	1,380	1,675	+36%	+65%
西部	397	802	852	1,022	+115%	+157%
南部	901	1,263	1,345	1,572	+49%	+74%
計	6,798	8,031	8,613	10,577	+27%	+56%

在宅医療において重要な役割を担う訪問看護ステーションについては、施設数は年々増加傾向ではありますが、県内においても地域差があると言えます。

(表7) 佐賀県における訪問看護ステーション事業所数の推移

(佐賀県 HP: 介護サービス事業所一覧)



(表8) 訪問看護ステーション事業所数、訪問看護ステーションの看護職員数  
(厚生労働省 HP:在宅医療に係る地域別データ集)

	訪問看護 ステーション数 (2021.10.1 時点)	人口 10 万人当たりの 訪問看護ステーション数	訪問看護ステーション の看護職員数 (常勤換算) (2021.10.1 時点)	1 事業所当たりの看護 職員数(平均)
中部	40	11.7	196	4.9
東部	21	16.5	85	4.0
北部	10	8.1	54	5.4
西部	7	9.6	26	3.7
南部	18	12.1	72	4.0
県全体	96	11.8	433	4.5

※なお、2022.4.1 時点での訪問看護ステーション数、人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は、中部(49、14.4)、東部(25、19.7)、北部(11、8.9)、西部(7、9.6)、南部(21、14.2)、県全体(113、13.9)となっている。

在宅医療の現場では、医師、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員など多職種の連携が重要です。県内各郡市医師会、県内市町等を中心に、在宅医療・介護連携推進事業が実施され、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築などが進められています。

## 2. 課題

### (1) 需要増への対応

本県の訪問診療の需要は、2026年には対2021年比27%増が見込まれます。2040年以降に訪問診療は患者推計のピークを迎えることから、需要に対応できる医療提供体制、人材の養成が課題です。

### (2) 多職種連携

多職種連携については、場面に応じた顔のみえる関係作りが課題です。

#### ① 退院支援

入退院に伴って生じる心理的・社会的問題の予防や対応のため、入院医療から在宅医療へスムーズに移行し、切れ目のない医療を行うには、入院医療機関の退院支援部門、在宅医療に関わる医師、介護支援専門員、訪問看護ステーションの緊密かつ円滑な連携体制の構築が不可欠です。特に、入院期間が短くなっていることから、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行う場面も重要です。

#### ② 日常の療養支援

日常の療養支援は訪問看護師、介護士など多職種による訪問と連携して進められます。

医師、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員、歯科医師、介護福祉士等の関係者間で、必要な患者情報について、ICT等を活用し、効率的かつタイムリーに共有し、利用者のケアにあたる関係作りが必要です。

また、県内の在支診においては一人医師配置機関が多いため、連携をとって共に活動できる体制や後方支援病院の確保も必要です。

#### ③ 急変時の対応

日常は在宅医療を受けても、急変時には入院が必要となる場合もあります。「ときどき入院、ときどき在宅」を実現するため、地域に、24時間対応の在支診・在支病、訪問看護ステーションだけでなく、サブアキュートを担う後方支援病床を確保することが必要です。

#### ④ 看取り

国においては、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が2018年3月に改訂され、患者と医療・ケアチームの繰り返しの話し合いの重要性などがより強調されました。佐賀県において、終末期医療・ケアに関わる団体・行政機関等が、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する知識の共有及び県民に対するACPの普及啓発を推進するため、佐賀県ACP推進連携会議を設置し、議論を継続していきます。

本県は医療機関看取り率が80.9%（2016年度：全国4位）から、72.2%（2022年度：全国7位）と年々減少していますが、全国平均と比較して高く、在宅での看取りが少ない状況です。全国と比較して対人口比の病床数が多いことも要因の一つですが、自宅や介護施設など患者が望む場所で最期をむかえられるよう、看取り体制の構築が課題です。

### (3) 医療圏ごとの課題

医療圏毎に医療資源、人口推計等が異なる中で、地域の実情を踏まえた在宅医療のあり方を地域で検討・実施する必要があることから、2022年度地域医療構想調整会議の分科会にて、医療圏毎に在宅医療のテーマ（課題）を設定されました。（以下表のとおり）

今後各医療圏の取組を推進するため、支援を検討する必要があります。

医療圏	テーマ（課題）
中部	「訪問診療を行う医療機関の増加（訪問診療のやり方の啓発）」 「医療・福祉関係者の在宅医療に係る学習機会の確保、理解促進」
東部	「訪問診療を行う医師のバックアップ体制の構築」
北部	「北部地区において、訪問看護ステーションの人材不足を補うために、ICT等を活用した働きやすさの向上や事業所間の連携推進を図るためには、どうすればよいか」
西部	「西部地区の高齢者施設（自宅）における看取り・ACPをいかに普及させるか」
南部	「南部地区において、いかにして1人でも多く、在宅医療に参加してくれる医師を増やしていくか」

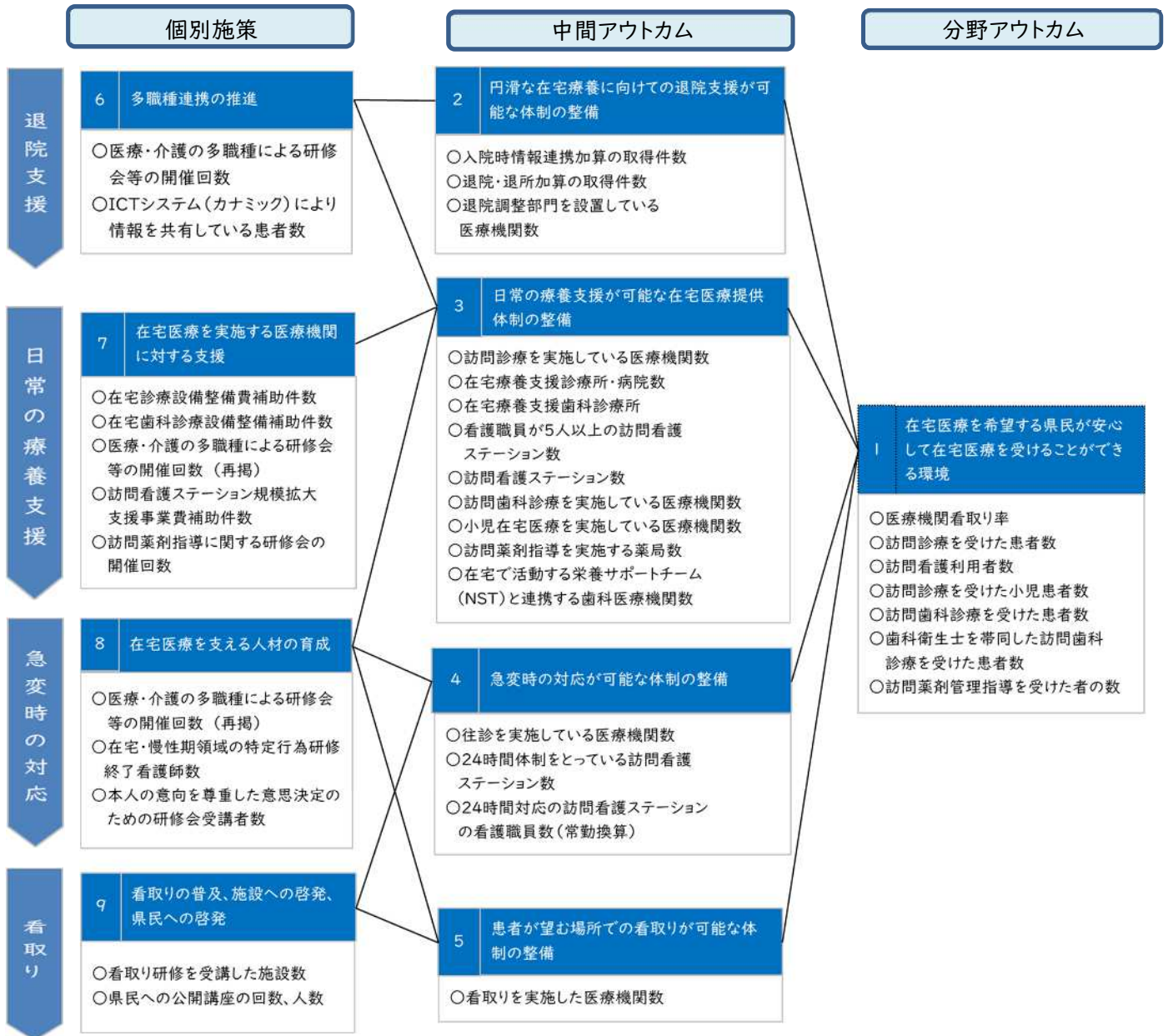
## 2 目標と施策

在宅医療の分野においては、在宅医療を希望する県民が安心して医療を受けることができる環境を目指します。また、個々の役割や医療機能、関係機関相互の連携により、在宅医療（急性増悪時の病床確保も含む）が、ICT等を活用しながら円滑に提供される以下の体制構築を目指します。

- (1) 円滑な在宅医療移行に向けた退院支援が可能な体制
- (2) 日常の療養支援が可能な体制
- (3) 急変時の対応が可能な体制
- (4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

次に掲げる施策体系表のとおり、4つの個別施策の効果・進捗を、7の効果指標と26の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。

《施策体系表》



《数値目標》

【分野アウトカム】

	指標	現状	目標
I	医療機関看取り率(人口動態調査)	72.2% (2022年度)	2022年度よりも低下
	訪問診療を受けた患者数の人口10万人当たりレセプト年間総数(NDB)	県全体 10,042.8 中部 10,334.7 東部 10334.7 北部 9,835.7 西部 6,560.5 南部 7,294.2 【全国】7,868.4 (2021年度)	—
	訪問看護利用者の人口10万人当たりレセプト年間総数(NDB)	【精神】県全体 647.0 中部 785.9、東部 418.7 北部 188.4、西部 0.0 南部 1,223.5* 【全国】337.6* 【精神以外】県全体 138.5* 中部 176.7、東部 216.4 北部 200.5、西部*、南部* 【全国】152.7 (2021年度)	—
	訪問診療を受けた小児患者数(NDB)	県全体 140 中部 93、東部 0、北部 0 西部 0、南部 47 (2021年度)	—
	訪問歯科診療を受けた患者数(NDB)	県全体 31,235* 中部 13,188、東部 4,292* 北部 6,953、西部 1,247 南部 5,555 (2021年度)	—

	歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数 (NDB)	県全体 25,080* 中部 11,781、東部 3,052* 北部 4,311*、西部 1,117 南部 4,819 (2021 年度)	—
	訪問薬剤管理指導を受けた者の数 (介護 DB)	県全体 4,046* 中部 2,614*、東部 821* 北部 312*、西部 64* 南部 235* (2021 年度)	—

【中間アウトカム】

	指標	現状	目標
2	入院時情報連携加算の取得件 (県国保連調査)	3,287 (2021 年度)	2021 年度よりも増加
	退院・退所加算の取得件数 (県国保連調査)	758 (2021 年度)	2021 年度よりも増加
	退院支援部門を設置している医療機関数 (NDB)	60 (2021 年度)	—
3	訪問診療を実施している診療所・病院数 (NDB)	県全体 190* 中部 67*、東部 39、北部 32*、 西部 17、南部 35* (2021 年度)	2021 年度よりも増加
	在宅療養支援診療所・病院数 (届出受理医療機関名簿)	146 (2023 年 9 月時点)	2023 年よりも増加
	在宅療養支援歯科診療所 (届出受理医療機関名簿)	111 (2023 年 9 月時点)	2023 年よりも増加
	看護職員が 5 人以上の訪問看護ステーション数 (県調査)	62 (2022 年度)	83 (2026 年度)
	訪問看護ステーション数 (県調査)	119 (2023 年 9 月時点)	—
	歯科訪問診療を実施している医療機関数 (NDB)	県全体 198* 中部 83*、東部 16*、北部 40*、 西部 20、南部 39*	—

		(2021 年度)	
	小児在宅医療を実施している医療機関数 (在宅医療実態調査)	20 (2023 年度)	—
	訪問薬剤指導を実施する薬局数 (介護 DB)	県全体 255* 中部 137、東部 27*、北部 38*、 西部 16、南部 37* (2021 年度)	—
	在宅で活動する栄養サポートチーム (NST)と連携する歯科医療機関数 (NDB)	県全体* 中部*、東部*、北部 0、 西部 0、南部 0 (2021 年)	—
4	往診を実施している診療所・病院数 (NDB)	県全体 239* 中部 100*、東部 38*、 北部 39*、西部 23*、 南部 39* (2021 年度)	—
	24 時間対応の訪問看護ステーション数 (介護サービス施設・事業所調査)	71 (2020 年度)	—
	24 時間対応の訪問看護ステーションの 看護職員数(常勤換算) (介護サービス施設・事業所調査)	345 (2021 年度)	—
5	看取りを実施した医療機関数 (在宅医療実態調査)	107 (2022 年度)	—

#### 【個別施策】

	指標	現状	目標
6	医療・介護の多職種による研修会等の開催回数(県調査)	104 回 (2022 年度)	—
	ICT システム(カナミック)により情報を共有している患者数(県調査)	695 (2021 年度)	—
7	在宅診療設備整備費補助件数(県調査)	15 施設 (2022 年度)	—
	在宅歯科診療設備整備補助件数(県調査)	6 施設 (2022 年度)	—



	訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助件数(県調査)	10 (2022年度)	—
	訪問薬剤指導に関する研修会の開催回数(県調査)	3 (2022年度)	—
	在宅・慢性期領域の特定行為研修修了看護師数(県調査)	12名 (2022年12月時点)	—
8	本人の意向を尊重した意思決定のための研修会受講者数(厚生労働省ホームページ)	【全国版】42名 【在宅版】0名 (2022年度)	—
	看取り研修を受講した施設数(県調査)	7施設 (2022年度)	—
9	県民への公開講座の回数、参加人数(県調査)	1回 23人 (2022年度)	—

**3 必要となる医療機能**

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	・入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施	・患者の疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により、可能な限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	・患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う機関及び入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制を確保すること	・患者が望む場所での看取りの実施
求められる事項	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援担当者を配置し、入院初期から、患者の住み慣れた地域に配慮した退院支援調整を行う</li> </ul> <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年齢や様態等の患者ニーズに応じて、医療・介護・障害福祉の担当者間で連携を行い、包括的なサービスが受けられるように調整をする</li> <li>・高齢者のみではなく、小児や若年層の患者にも対応できる体制を確保する</li> <li>・入院医療機関等の退院支援担当者に対し、医療・介護・障害福祉についての情報提供を行う</li> </ul>	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年齢や様態等患者の特徴に応じた医療・介護・障害福祉の担当者間で連携を行い、包括的なサービスが受けられるような体制を確保する</li> <li>・医療関係者は、地域包括支援センター等が患者に関する検討をする際には積極的に参加する</li> <li>・地域包括支援センターと協働しつつ、医療・介護・障害福祉サービス、家族負担軽減につながるサービスを適切に紹介する</li> <li>・災害時にも適切な医療を提供するための計画を策定する</li> <li>・医薬品や医療機器等の提供を円滑に行うための体制を整備する</li> <li>・患者の状態に応じた栄養管理や適切な食事を提供する体制を構築する</li> </ul>	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急変時の連絡体制の整備、求めがあった際の24時間対応体制の確保</li> <li>・近隣の医療機関や訪問看護ステーション等との連携により、24時間対応可能な体制を確保する</li> <li>・後方支援病院の確保</li> <li>・円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院医療機関と情報共有を行い、急変時対応における連携ルールを作成する等、消防関係者も含め連携体制の構築を進める</li> </ul> <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療に係る機関で対応困難な場合の後方支援</li> </ul>	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りが実施可能な体制を構築する</li> <li>・利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備する</li> <li>・麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備する</li> <li>・患者や家族に対して適切な情報提供を行う</li> </ul> <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療に係る機関で看取り対応ができない場合の後方支援</li> </ul>
関係機関の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・診療所</li> <li>・訪問看護ステーション</li> <li>・居宅介護支援事業所</li> <li>・地域包括支援センター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・診療所</li> <li>・薬局</li> <li>・訪問看護ステーション</li> <li>・居宅介護支援事業所</li> <li>・介護老人保健施設、介護医療院</li> <li>・短期入所サービス提供施設</li> <li>・地域包括支援センター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・診療所</li> <li>・訪問看護ステーション</li> <li>・薬局</li> <li>・消防機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・診療所</li> <li>・訪問看護ステーション</li> <li>・薬局</li> <li>・居宅介護支援事業所</li> <li>・地域包括支援センター</li> </ul>

#### 4 各医療機能を担う医療機関

本県において、3で示した医療機能等を主に担う在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数、訪問看護ステーション数は、以下のとおりです。

	在宅療養支援診療所	在宅療養支援病院	訪問看護ステーション
中部	45	10	52
東部	27	3	25
北部	22	4	13
西部	6	2	23
南部	23	4	7
計	123	23	120

2023年9月時点 九州厚生局 HP(届出受理医療機関名簿)、県調査  
 具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。

5

在宅医療において「積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

前述「2 目標と施策」の(1)～(4)の機能の確保にむけ、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供する県内の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院を「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」として位置付けることとします。

また、「2 目標と施策」の(1)～(4)の機能の確保におけ、地域の実情に応じ、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」については、在宅医療介護連携推進事業の実施主体である郡市医師会を基本に、市町等の関係機関と連携を図りながら進めて行くこととします。

