

第 7 次 佐賀県保健医療計画の評価

R05.06.08 令和 5 年度第 1 回佐賀県医療審議会地域医療対策部会

第7次佐賀県保健医療計画で定めた数値目標の達成見込

- 第7次計画で、163項目の効果指標を設定。現時点で把握可能なデータをもとに、達成状況を整理したところ、59項目が達成見込。41項目が国の調査結果等が未送付のため判断保留。63項目が達成が困難となっている。
- 達成困難な目標については、要因分析をしたうえで、8次計画への反映等を検討する必要がある。

5疾病・5事業・在宅等	達成見込	判断保留	達成困難
がん	9	9	4
脳卒中	1	4	12
心血管疾患	1	4	10
糖尿病	3	4	10
精神疾患	1	2	4
救急医療	6	3	0
災害医療	8	3	10
へき地医療	8	0	1
周産期医療	8	4	2
小児医療	7	4	0
在宅医療	3	0	5
医療従事者確保			
医師	0	3	0
看護師	2	0	2
薬剤師	2	0	1
ピカピカリンク	0	0	3
合計	59	41	63

がんの医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
○がん検診受診率が低い ○肝がん死亡率が高い 佐賀県35.4 全国21.8(2017) ※人口10万人当たり	[がんの予防、早期発見を可能とする体制の構築] がん検診受診率の向上、肝疾患・肝がん対策の推進 [がん医療の充実] 国のがんゲノム医療の体制整備を踏まえ、県拠点病院に対しがんゲノム医療の体制整備を支援・がんとの共生 がん患者及び家族等に対する就労を含めた相談支援及び情報提供の充実

効果指標	医療計画策定時	現状	目標値
75歳未満年齢調整死亡率	79.8%(2016年)	71.1(2021年)	-
5年相対生存率(全がん)	56.7(2008年)	63.5(2012年,2013年)	-
喫煙率	総数18.1%(2016年) 男性32.4% 女性6.1%	総数16.1%(2020年) 男性26.5% 女性7.8%	総数15.7%(2022年) 男性29.8% 女性4.6%
肝炎ウイルス検査陽性者の精検受診率	53.0%(2016年)	75.7%(2018~2019年)	90%(2018~2023年)
肝炎ウイルス検査受験者数(協会けんぽ)	-	20,592人(2018~2020年)	75,000人(2018~2023年)
肝疾患定期検査助成利用率(C型肝炎)	30%(2016年)	32%(2021年)	50%(2023年)
がん検診受診率	胃43.0% 大腸38.3% 肺47.4% 乳42.5% 子宮42.0%(2016年)	胃51.8% 大腸42.3% 肺50.5% 乳44.7% 子宮43.3%(2019年)	5つのがんそれぞれ50% (2022年)
がん検診精検受診率	胃84.8% 大腸74.8% 肺87.2% 乳90.0% 子宮82.3%(2014年)	胃86.4% 大腸78.9% 肺89.9% 乳93.8% 子宮78.5%(2019年)	5つのがんそれぞれ90% (2022年)
専門医(薬物・放射線療法)を配置する拠点病院数	4施設(2017年)	4施設(2023年)	4施設(2023年)
重粒子線がん治療の県民治療数	141件(2016年)	187件(2021年)	215件(2023年)
口腔ケア研修の受講者数	127人(2018年)	500人(2023年)※見込	累計600人(2023年)
専門医(緩和ケア)を配置する拠点病院数	4施設(2017年)	4施設(2023年)	4施設(2023年)
就労相談窓口がある拠点病院数	4施設(2017年)	4施設(2023年)	4施設(2023年)
拠点病院における就労相談実施件数	82件(2016年)	295件(2023年)	2016年度より増加

評価/課題/
改善等

- 75歳未満年齢調整死亡率は減少傾向にあるが、全国平均（2021：67.4）より高い状況
- 5年相対生存率も改善傾向にあるが、全国平均（2013～2014：67.5）より低い状況
- がん検診受診率は目標に到達している部位がある一方で、女性のがん（乳がん、子宮がん）の受診率が低調であった。がんに関する正しい知識の普及啓発を行うとともに、効果的な受診勧奨施策を検討・推進し、更なる受診勧奨を講じていく。
- 肝がん死亡率は2018年に20年ぶりにワーストワンを脱却したものの、依然、全国平均（2021年：19.6）より高い状況
- 肝炎ウイルス検査は、一生に一度検査を受検すればよく、対象者が年々減少する傾向にある一方で、未受検者に対しては引き続き、受検勧奨・啓発に努める。

脳卒中の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<p>○脳血管疾患により救急搬送された人口10万人当たり患者が増加。</p> <p>○生活習慣病のリスクを高める高血圧症・脂質異常症・糖尿病有病者、喫煙率、飲酒者の割合が増加。</p>	<p>○脳卒中の発症予防、早急な急性期医療の提供、早期の在宅復帰を目指す。</p> <p>○各医療圏において基幹となる急性期の医療機関と、近くでリハビリ等を受けられる回復期の医療機関を確保し、地域連携パスの利便性を向上させ、急性期から維持期までの医療機関の利用を促進することに取り組む。</p>

効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
脳血管疾患により救急搬送された人口10万人当たり患者数 ※0.1千人単位	0.2(2014年)	1.5(2017年)	0.2
脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	男性38.4 女性20.7 (2014年)	—	男性29.3 女性16.6
退院患者平均在院日数(日)	130.7(2014年)	58.0(2020年)	89.4
高血圧症有病者の割合(%)	総数38.3 男性43.3 女性33.9 (2015年)	総数42.6 男性48.6 女性37.4 (2021年)	総数25.2 男性27.9 女性22.2
脂質異常症の者の割合(%)	総数30.0 男性24.4 女性35.0 (2015年)	総数33.3 男性29.4 女性36.6 (2021年)	総数16.7 男性14.1 女性19.5
糖尿病有病者の割合(%)	総数11.5 男性14.7 女性8.7 (2015年)	総数13.1 男性17.1 女性9.5 (2021年)	現状維持
成人の喫煙率(%)	総数18.1 男性32.4 女性6.1 (2016年)	総数16.0 男性26.1 女性7.7 (2020年)	総数15.7 男性29.8 女性4.6

脳卒中の医療連携体制

効果指標		医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
食塩摂取量(g)		男性10.5 女性8.6 (2016年)	—	男性8.0未満 女性7.0未満
野菜・果実の摂取量	野菜摂取量の平均値(g)	271.9(2016年)	—	350
	果実摂取量100g未満の者の割合(%)	63.3(2016年)		30
1日の歩数(歩)		【20~64歳】 男性7,201 女性6,578 【65歳以上】 男性5,489 女性5,341 (2016年)	—	【20~64歳】 男性9,000 女性8,500 【65歳以上】 男性7,000 女性6,000
運動習慣者の割合(%)		【20~64歳】 男性19.7 女性12.9 【65歳以上】 男性24.4 女性30.3 (2016年)	【20~64歳】 男性22.9 女性12.7 【65歳以上】 男性36.9 女性36.1 (2020年)	【20~64歳】 男性35.0 女性27.0 【65歳以上】 男性55.0 女性45.0
適正体重を維持している者の割合 (40~69歳の肥満者の割合)(%)		男性31.8 女性19.3 (2015年)	男性36.7 女性21.6 (2021年)	男性27.4 女性16.3
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(%)		総数9.1(2016年)	総数11.5(2020年)	総数5.0
特定健康診査の受診率(%)		46.5(2015年)	51.2(2020年)	70
特定保健指導の実施率(%)		27.9(2015年)	28.9(2020年)	45

脳卒中の医療連携体制

効果指標		医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
急性期の医療機能を担っている医療機関のうち歯科と連携を図っている医療機関の割合(施設)		—	76(16/20) (2022年)	100
さがんパス.netの利用医療機関数・割合	計画策定医療機関数	1(2017年)	1(2022年)	9
	県内連携医療機関利用割合(%)	26(2017年)	25(2022年)	75

評価/課題/改善等	<p>○退院患者平均在院日数が短縮されており、急性期医療の提供や回復期・維持期におけるリハビリテーションによる医療の効果が大きいものと考えられる。地域連携パスの利用を推進していくことで、より効果的な医療提供と連携が期待できると考えられる。</p> <p>○しかし、脳卒中の危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病、飲酒の割合は増加傾向にあり、救急搬送された患者数(人口10万対)も増加している。発症及び再発予防のための普及啓発や患者教育等の取組を強化していく必要がある。</p>
-----------	--

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状		目指すべき方向性と取組	
○生活習慣病のリスクを高める高血圧症・脂質異常症・糖尿病有病者、喫煙率、飲酒者の割合が増加。		○心血管疾患の発症予防、早急な急性期医療の提供、早期の在宅復帰を目指す。 ○各医療圏において基幹となる急性期の医療機関と、再入院率を減少させるため、かかりつけ医と基幹病院の連携を確保することに取り組む。	
効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	男性14.8 女性5.5 (2015年)	—	全国で低い方から 5位以内を維持
退院患者平均在院日数(日)	9.2(2014年)	7.5(2020年)	8.3
高血圧症有病者の割合(%)	総数38.3 男性43.3 女性33.9 (2015年)	総数42.6 男性48.6 女性37.4 (2021年)	総数25.2 男性27.9 女性22.2
脂質異常症の者の割合(%)	総数30.0 男性24.4 女性35.0 (2015年)	総数33.3 男性29.4 女性36.6 (2021年)	総数16.7 男性14.1 女性19.5
糖尿病有病者の割合(%)	総数11.5 男性14.7 女性8.7 (2015年)	総数13.1 男性17.1 女性9.5 (2021年)	現状維持
成人の喫煙率(%)	総数18.1 男性32.4 女性6.1 (2016年)	総数16.0 男性26.1 女性7.7 (2020年)	総数15.7 男性29.8 女性4.6

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

効果指標		医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
食塩摂取量(g)		男性10.5 女性8.6 (2016年)	—	男性8.0未満 女性7.0未満
野菜・果実の摂取量	野菜摂取量の平均値(g)	271.9(2016年)	—	350
	果実摂取量100g未満の者の割合(%)	63.3(2016年)		30
1日の歩数(歩)		【20~64歳】 男性7,201 女性6,578 【65歳以上】 男性5,489 女性5,341 (2016年)	—	【20~64歳】 男性9,000 女性8,500 【65歳以上】 男性7,000 女性6,000
運動習慣者の割合(%)		【20~64歳】 男性19.7 女性12.9 【65歳以上】 男性24.4 女性30.3 (2016年)	【20~64歳】 男性22.9 女性12.7 【65歳以上】 男性36.9 女性36.1 (2020年)	【20~64歳】 男性35.0 女性27.0 【65歳以上】 男性55.0 女性45.0
適正体重を維持している者の割合 (40~69歳の肥満者の割合)(%)		男性31.8 女性19.3 (2015年)	男性36.7 女性21.6 (2021年)	男性27.4 女性16.3
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(%)		総数9.1(2016年)	総数11.5(2020年)	総数5.0
特定健康診査の受診率(%)		46.5(2015年)	51.2(2020年)	70
特定保健指導の実施率(%)		27.9(2015年)	28.9(2020年)	45

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制

効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
心血管疾患の医療機能を担っている医療機関のピカピカリンク加入率(%)	病院70.6 診療所31.7 (2017年)	病院82.8 診療所41.5	病院100 診療所33.2

評価/課題/改善等	<ul style="list-style-type: none"> ○退院患者平均在院日数が短縮されており、急性期～回復期・維持期における医療の効果が大きいものと考えられる。 ○しかし、心血管疾患の危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病、飲酒の割合は増加傾向にあり、心血管疾患は重症化すれば心不全に至ってしまうため、発症及び再発予防のための普及啓発や患者教育等の取組を強化していく必要がある。 ○また、慢性心不全患者は増悪による再入院を繰り返すため、今後も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を推進していく必要がある。
-----------	---

糖尿病の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<p>○特定健診受診者に占める糖尿病有病者の割合が、増加 2011 総数10.0% → 2015 総数11.5%</p> <p>○糖尿病性腎症が原疾患の人工透析患者数が増加しており、 新規人工透析患者のうち糖尿病性腎症によるものの割合が 約40%を占めている。</p>	<p>○発症予防として、糖尿病有病者の増加の抑制を、重症化予防 として新規人工透析患者の減少を目指す。</p> <p>○取組として、糖尿病予防・改善のための生活習慣の定着や特 定健診特定保健指導の受診率向上などの啓発に加え、糖尿病 に関わる保健医療従事者等の育成及び関係者の連携強化を図 る。</p>

効果指標	医療計画策定時	現状（数値）	目標値（2023年度）
40～74歳の特定健診受診者に占める糖尿病有病者の割合	総数11.5%、男性14.5%、 女性8.5%（2015年度）	総数13.1%、男性17.1%、 女性9.5%（2021年度）	増加させない
糖尿病性腎症による新規人工透析者数	126人（2016年度）	95人（2021年度）	68人
治療継続者の割合	総数55%、男性57.2%、 女性51.9%（2015年度）	総数63.3%、男性64.9%、 女性60.8%（2021年度）	総数67.2%、男性67.5%、 女性66.8%
血糖コントロール不良者 （HbA1c8.4%以上）の割合	総数0.9%、男性1.3%、 女性0.5%（2015年度）	総数1.0%、男性1.4%、 女性0.6%（2021年度）	総数0.9%、男性1.2%、 女性0.6%
主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1日2回以上の者の割合	男性39.7%、女性33.3% （2016年度）	—	男性60%、女性60%
野菜の摂取量	271.9g（2016年度）	—	350g
食塩の摂取量	男性10.5g、女性8.6g （2016年度）	—	男性8.0g未満 女性7.0g未満
日常における歩数	【20～64歳】 男性7,201歩、女性6,578歩 【65歳以上】 男性5,489歩、女性5,341歩 （2016年度）	—	【20～64歳】 男性9,000歩、女性8,500歩 【65歳以上】 男性7,000歩、女性6,000歩
運動習慣がある者の割合	【20～64歳】 男性19.7%、女性12.9% 【65歳以上】 男性34.4%、女性30.3% （2016年度）	【20～64歳】 男性22.9%、女性12.7% 【65歳以上】 男性36.9%、女性36.1% （2020年度）	【20～64歳】 男性35.0%、女性27.0% 【65歳以上】 男性55.0%、女性45.0%

糖尿病の医療連携体制

効果指標	医療計画策定時	現状（数値）	目標値（2023年度）
適正体重を維持している者の割合 （40～69歳の肥満者の割合）	男性31.6%、女性19.7% （2015年度）	男性36.9%、女性21.6% （2021年度）	男性27.4%、女性16.3%
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	総数9.1%（2016年度）	総数11.5%（2020年度）	総数5.0%
喫煙率	総数18.1%、男性32.4% 女性6.1%（2016年度）	総数16.1%、男性26.1% 女性7.7%（2020年度）	総数15.7%、男性29.8% 女性4.6%
特定健康診査の受診率	46.5%（2015年度）	51.2%（2020年度）	70%
特定保健指導の実施率	27.9%（2015年度）	28.9%（2020年度）	45%
コメディカルスタッフ研修の受講者数	260人（2016年度）	76人（2021年度）	200人以上（毎年）
糖尿病コーディネート看護師の育成 （コーディネート看護師数）	50人（2015年度）	74人（2021年度）	75人
糖尿病コーディネート看護師の活動 （連携医療機関数）	188施設（2016年度）	219施設（2021年度）	250施設

評価/課題/ 改善等	<p>○糖尿病性腎症による新規人工透析患者数は、126人（2015）から95人（2021）に減少し、糖尿病の重症化予防に一定の効果があつた。これは特に、医師会、佐賀大学、基幹病院及び医療保険者等の関係機関・団体との連携強化を図ったことが大きな要因と思われる。</p> <p>○しかし、糖尿病有病者や予備群は増加し続けており、今後さらに発症予防のための取組を強化していく必要がある。そのためには、糖尿病の発症予防等の普及啓発に加え、県民一人一人の取組への支援ができる環境整備等が必要である。</p> <p>○今後も引き続き、関係機関・団体との連携を図りながら、継続して糖尿病の発症及び重症化予防対策を講じていく。</p>
---------------	---

精神疾患の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<p>○精神疾患患者数が急増。国民の4人に1人が経験。</p> <p>○統合失調症、うつ病、発達障害、高次脳機能障害、アルツハイマー病など多様。</p>	<p>【方向性】精神科医療機関、地域援助事業者、市町村等重層的な連携による精神障害にも対応した地域包括ケアシステム及び多様な精神疾患等（15項目）に対応できる医療連携体制</p> <p>【取組】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、専門精神科医療機関の明確化と医療提供機能に応じた医療連携体制の整備、精神科救急の相談・受入体制の整備</p>

効果指標	医療計画策定時	現状	目標値（2023年度）
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% 【6ヶ月】76% 【1年時点】84% （2014年度）	【3ヶ月】58.40% 【6ヶ月】76.60% 【1年時点】85.00% （2019年度）	【3ヶ月】69%以上 【6ヶ月】84⇒86%以上 【1年時点】90⇒92%以上 （2023年度）
精神病床における慢性期入院患者数（65歳以上、65歳未満）（630調査）	【65歳以上】1,381人 【65歳未満】1,097人 （2014年度）	【65歳以上】1,380人 【65歳未満】727人 （2022年度）	現状よりも減少（2023年度）
精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）	【中間見直時点】 305日	-	311日
治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率（NDB）	0.16%（2014年度）	-	現状よりも増加（2023年度）
精神障害者が利用できるグループホーム数（県調査）	24か所（2016年度）	37か所（2022年度）	40か所（2023年度）
佐賀県介護保険事業支援計画に基づく在宅生活を支えるサービス事業所数（県調査）	68箇所（2016年度）	75箇所（2022年度）	91箇所（2023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（各精神医療圏、各市町）設置数（県調査）	0（2017年度）	23（2022年度）	25（2023年度）

精神疾患の医療連携体制

評価/課題/ 改善等	<ul style="list-style-type: none">○精神病床における慢性期入院患者数は65歳未満は減少しているが、65歳以上は横ばい。高齢化により65歳以上の入院者の割合が増加している影響と考えられる。○精神障害者が利用できるグループホーム数については、目標値である40施設の達成には至らなかったが、計画策定時（2016年）24か所から（2023年）37か所と整備が進んできている。○佐賀県介護保険事業支援計画に基づく在宅生活を支えるサービス事業所数についてはセミナーやアドバイザー派遣を通じた周知により漸増しているが、サービスの開設は最終的には各事業者の判断となるため、サービスの開設を検討されている方が円滑な開設・運営につながるよう引き続き普及促進に努める。○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（各精神医療圏、各市町）設置については、全ての精神医療圏・市町における設置には至らなかったが、計画策定時(2017年)の0から23(2022年)と設置の取り組みは進んでおり、今後も各市町の状況に応じて必要な指導・助言を行い設置の促進に努める。
---------------	---

救急医療の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組	
<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送数の増加 29,936人(H22) → 32,165人(H27) ・疾病構造の変化(急病患者的割合増) 53.0%(H22) → 55.3%(H27) ・搬送時間の長時間化 37.2分(H22から約3分増) 	(方向性) 適正な病院前救護活動が可能な体制 重症度・緊急度に応じた迅速な医療提供体制	(取組) 住民による病院前救護活動の充実 99さがネットなどのICT技術等を活用した受入体制の強化 ドクターヘリ等活用による三次救急医療機関の更なる充実

効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(R5年度)
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	12.2% 全国25位(2015年)	12.8% 全国9位	全国平均
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	6.5% 全国36位(2015年)	9.0% 全国4位	全国平均
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	2.1%(2015年)	1.3%	2.1%
重症以上傷病者の現場滞在時間30分以上の割合	2.8%(2015年)	3.0%	2.8%
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	346人(2015年)	98人	346人
メディカルコントロール協議会の開催数	1回/年(2017年)	2回/年	1回/年
ドクターヘリ運航調整委員会症例検討部会の開催数	4回/年(2016年)	2回/年	4回/年
精神科救急医療システム事業事例検討会の開催数	1回/年(2017年)	1回/年	1回/年
救命救急センター数	4(2014年)	4	4

救急医療の医療連携体制

評価/課題/ 改善等	<ul style="list-style-type: none">・メディカルコントロール体制のもと、ICTの活用等による関係機関の情報共有が図られており、一般市民により目撃された心肺機能症例のうち、1カ月後生存率、社会復帰率は、全国平均を超えている。また、重症以上傷病者の受入れ照会4回以上の割合は計画策定時に比べ改善した。・一般市民の普通・上級講習・その他講習の人口1万人当たりの受講者数は新型コロナウイルス感染症の流行による講習会開催数の減少により目標値に達していない。・99さがネットの使用実績は年々上がっており、救急医療現場での情報の見える化を図っている。今後においてもデータ分析の活用や、更なる機能改善の検討をすることが必要。・救命救急センター（地域含む）やドクターヘリ体制を中心に、救急医療体制の充実を図っている。
---------------	--

災害医療の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○佐賀県災害医療コーディネーターを委嘱 ○県内の関係団体と協定を締結、災害時は各団体に医療救護班の派遣を要請 ○原子力災害拠点病院を指定、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と連携して対応する体制 	<p>(目指すべき方向性)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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す。 <p>(取組)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域災害医療コーディネーターの養成、災害拠点病院におけるBCP策定促進、災害拠点病院の整備とともに災害拠点精神科病院を指定・整備。 ○原子力防災訓練の継続的な実施、不断に原子力災害医療体制を見直し、充実。

効果指標	医療計画策定時(2017年度)	現状(数値)	目標値(2023年度)
佐賀県災害医療コーディネーター数	12人	25人	18人
地域災害医療コーディネーター数	0人	55人	60人
災害拠点病院の指定要件を充足している病院数	1病院	1病院	8病院
DMATの整備数(隊数、人数)	22チーム123名	30チーム150名	28チーム150名
DPATの整備数	91名	298名	200名
災害拠点病院のEMIS入力訓練参加率	100%	-(2019~2022実施なし)	100%
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	-	25%	100%
災害拠点病院以外の病院におけるEMIS入力訓練参加率	54.7%	-(2019~2022実施なし)	100%
災害拠点精神科病院数	0病院	1病院	7病院
原子力災害拠点病院数	2病院	3病院(2022年度)	3病院
原子力災害協力機関数	0機関	7機関(2022年度)	8機関
地域災害医療コーディネーター研修会受講者数	0人	61人	60人
二次医療圏ごとの災害連絡会開催数	0回	0回(2022年度)	1回(毎年)

災害医療の医療連携体制

効果指標	医療計画策定時 (2017年度)	現状(数値)	目標値(2023年度)
災害拠点病院における業務継続計画(BCP)策定数	1病院	8病院	8病院
DMAT養成研修参加病院数	8病院(2016年度)	5病院(2022年度)	現状維持
DMAT養成研修参加者数	19人	13人(2022年度)	現状維持
DPAT養成研修参加病院数	11病院	6病院	現状維持
DPAT養成研修参加者数	66名	26名	現状維持
佐賀県災害医療従事者研修会受講者数	103人(2016年度)	33人(2022年度)	現状維持
原子力災害医療に関する研修受講者数	62人	25人(2022年度)	現状維持
原子力災害医療訓練実施回数	1回	1回(2022年度)	現状維持

評価/課題/ 改善等

- 県/地域災害医療コーディネーター数については目標を概ね達成。今後は数及び質の維持のために研修を継続する必要がある。
- 災害拠点病院の指定要件を充足している病院数については、目標8病院に対し1病院と目標未達成。
要件充足でネックとなっている、各病院での災害訓練の実施(COVID-19の影響により未実施の病院多数)や医薬品の必要十分な備蓄等について促進する必要がある。
- 災害拠点病院以外の病院のBCP策定率が25%と、目標100%に対し低い達成率。引き続き、国主催のBCP策定研修の受講を県内の病院に促し、BCP策定を促進する必要がある。
- 災害拠点精神科病院について、医療計画策定時に7医療機関を整備することを目標とした。その後国から指定要件が示されたが、これを満たす精神科病院はなく、整備の後、1病院を指定をしたものの目標には至らなかった。国からは少なくとも各都道府県内に1か所以上を整備するよう求められており、本県に必要な災害拠点精神科病院数について改めて検討する必要がある。
- DMAT養成研修参加病院数・参加者数については、COVID-19の影響により国主催の研修の開催が縮小されたこともあり目標未達成。今後においても国主催の研修は縮小される見込みであるため、自県での研修の開催を検討しつつ、引き続き研修への参加をDMAT指定医療機関に促す必要がある。

評価/課題/ 改善等	<ul style="list-style-type: none">○DPAT養成研修参加病院数・参加者数については、令和4年度は医療計画策定時を下回る数値となったが、令和4年度までに多くの病院では災害時に活動できる職員が既に受講済みである。今後は養成研修に加え、既存隊員の技能維持研修を検討し、発災時の体制整備を行う必要がある。○佐賀県災害医療従事者研修会受講者数については、COVID-19の影響により開催を中止または規模を縮小しての開催となったため、医療計画作成時を下回る現状の数値となった。今後については、COVID-19流行前の規模の研修会の開催を行う必要がある。○原子力災害医療体制については、原子力災害医療研修の内容改善を進めることで、研修受講者数の増加については原子力災害医療提供体制の強化を図る。
---------------	---

へき地医療の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<ul style="list-style-type: none"> ○へき地診療所は、離島に7カ所、佐賀市三瀬村、神崎市脊振村に1ヶ所ずつ設置。 ○離島人口の年次推移は減少傾向 ○自治医科大学卒業医師の活用により離島診療体制を維持。 ○無医地区はないが、準無医地区が1ヶ所（唐津市向島）、無歯科医地区は2カ所（唐津市松島、唐津市向島） 	<ul style="list-style-type: none"> ○唐津市において地区の保健衛生状態を把握、実情に応じた活動を行うこと。 ○交通手段が限られた状況で、重症救急患者や高度専門医療を必要とする患者の搬送体制の整備。 ○離島医療の後方支援、へき地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。

効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
へき地診療所医師数	9人(2017年度)	9人(2022年度)	現状維持(2023年度)
へき地診療所診療実施日数	【診療】週あたり 離島部4日/山間部6日 【巡回診療】週あたり 離島部0.5日 (2017年度)	【診療】週あたり 離島部5日/山間部6日 【巡回診療】週あたり 離島部0.5日 (2022年度)	現状維持(2023年度)
へき地診療所の佐賀県診療情報地域連携システムアクセス数	118回(2016年度)	245回(2022年度)	現状維持(2023年度)
へき地医療に係る医学生夏期実習参加者数	25人(2017年度)	43人(GW)(2022年度)	28人(毎年度)
自治医科大学医学部合格者数	2人(2017年度)	2人(2022年度入学実績)	2人(毎年度)
佐賀県診療情報地域連携システム加入へき地診療所数	6(2017年度)	6(2022年度)	7(2023年度)

へき地医療の医療連携体制

評価/課題/
改善等

- 離島診療体制については、自治医科大学卒業医師の活用や身近な医療支援による唐津市民病院きたはたの医師の巡回診療により、一定の診療体制は確保されている。
- 全離島において、ドクターヘリが離着陸できるヘリポートを整備し、救急搬送体制の充実が図られた。
- 唐津市が設置する離島診療所に対して、運営費や医療機器の補助を行い、医療提供体制を維持している。
- 全離島において、妊婦や乳幼児などがより専門的な医療機関で検診・受診がしやすい環境づくりや、歯科診療所がないことによる歯科疾患の予防や早期発見が課題である。
- 夜間や天候不良時の救急患者の島外への搬送体制の整備などが課題である。

周産期医療の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<ul style="list-style-type: none"> ○正常分娩等を一般産科診療所・病院、高度医療を総合周産期医療センター、地域周産期医療センターが機能分担 ○新生児死亡率、周産期死亡率は全国の中でも概ね低い値を維持 	<ul style="list-style-type: none"> ○正常分娩等に対する医療提供体制を確保 ○高度な周産期医療を24時間提供可能な体制の充実

効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
新生児死亡率 (出生千対)	0.6(2016年度) 低い方から5位 ※全国0.9	1.2(2021年度) 低い方から41位 ※全国0.8	全国低い方から5位以内
周産期死亡率 (出生千対)	2.5(2016年度) 低い方から2位 ※全国3.6	4.8(2021年度) 低い方から47位 ※全国3.8	全国低い方から5位以内
妊産婦死亡数	1(2016年度)	0(2021年度)	0(毎年度)
出生時1,000人当たり 産科・産婦人科・婦人科医師数	9.7人(2016年度) ※全国11.6人	11.8人(2020年度) ※全国13.9人	策定時より増加
医師修学資金貸与者の就業産科医数	11人(2016年度)	16人(2022年度)	21人
総合周産期母子医療センター数	1(2017年度)	1(2022年度)	1
地域周産期母子医療センター数	2(2017年度)	2(2022年度)	4
災害時小児周産期リエゾン数	0人(2017年度)	18人(2022年度)	24人
医師修学資金貸与件数のうち産科数	14人(2016年度)	22人(2022年度)	21人
NICUを有する病院数・病床数	4病院、26床(2016年度)	4病院、30床(2022年度)	現状維持
GCUを有する病院数・病床数	1病院、18床(2016年度)	1病院、24床(2022年度)	2病院、24床
MFICUを有する病院数・病床数	1病院、6床(2016年度)	1病院、6床(2022年度)	現状維持
新生児専門医数	3人(2016年度)	5人(2022年度)	6人
国の災害時小児周産期リエゾン研修受講者数	5人(2017年度)	28人(2022年度)	24人

評価/課題/改善等	<ul style="list-style-type: none"> ○NICU、GCUの病床数は増加しており、高度な医療提供体制の整備が進んでいる。 ○産科の医師修学資金貸与件数は目標を上回る結果となったが、貸与者の就職者数は目標に届いていない。また、出生時1,000人当たりの産科・産婦人科・婦人科医師数は全国平均を下回っている。 ○災害時小児周産期リエゾン数は順調に増加しており、災害時における周産期医療体制の整備が進んでいる。 ○新生児死亡率、周産期死亡率については、現時点で全国に比べて高い値となっている。(母数が少ないため値の変動が大きい)
-----------	--

小児医療の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<ul style="list-style-type: none"> ・小児人口・割合ともに減少傾向 H23:123千人(14.4%)→H28:114千人(13.8%) ・小児科を標榜する医療機関数 H23:189機関→H26:188機関 ・小児科医師【小児人口千人当たり】 1.08人(全国1.08人) 	<p>(目指すべき方向性)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児医療を担う医師の確保 ・一次から三次まで症状に応じた医療体制の確保 <p>(取組)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師修学資金等の活用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

効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
新生児死亡率 (出生千対)	0.6(2016年度) 低い方から5位 ※全国0.9	1.2(2021年度) 低い方から41位 ※全国0.8	全国低い方から5位以内
乳児死亡率 (出生千対)	1.9(2016年度) 低い方から15位 ※全国2.0	1.9(2021年度) 低い方から29位 ※全国1.7	全国低い方から5位以内
小児死亡率	0.24(2016年度) 低い方から32位 ※全国0.22	0.19(2021年度) 低い方から28位 ※全国0.18	全国低い方から5位以内
小児科医師数(小児人口千対)	1.08人(2016年度) ※全国1.08人	1.10人(2020年度) ※全国1.20人	策定時より増加
医師修学資金貸与者の就業者数(小児科)	11人(2016年度)	22人(2022年度)	25人
小児地域医療センター数	4(2015年度)	4(2019年度)	4
小児中核病院数	1(2015年度)	1(2019年度)	1
災害時小児周産期リエゾン数	0人(2017年度)	18人(2022年度)	24人
医師修学資金貸与件数(小児科)	18件(2016年度)	32件(2022年度)	25件
NICUを有する病院数・病床数	4病院、26床(2014年度)	4病院、30床(2022年度)	現状維持
国のリエゾン研修受講者数	5人(2017年度)	28人(2022年度)	24人

評価/課題/ 改善等

○災害時小児周産期リエゾン数は順調に増加しており、災害時における小児医療体制の整備が進んでいる。
○小児科の医師修学資金貸与件数は目標を大きく上回る結果となったが、貸与者の就職者数は目標に届いていない現状である。また小児人口1,000人あたりの小児科医師数は全国平均を下回っている。
○死亡率関連の各種指標については、現時点では全国平均より高い値となっている。(母数が少ないため値の変動が大きい)

在宅医療の医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<ul style="list-style-type: none"> ○人口10万人あたりで訪問診療を実施している医療機関数は、<u>全ての二次医療圏で全国平均を上回っている。</u> ○人口10万人あたりの在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出数の割合も、<u>全国平均を上回っている。</u> ○訪問診療の需要は、病床の機能分化や、高齢者の自然増、療養病床から介護医療院等への転換見込みをもとに、増加が見込まれる。 ○医療機関での看取り率が<u>全国平均よりも高い状況(2016年)</u> 佐賀県80.92%(全国4位) ※微減傾向 全国平均75.75% ○訪問診療の訪問先は、自宅17.9%、施設が81.5% 	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問診療の需要の伸びに対応する在宅医療提供体制の構築 ○場面に応じた顔の見える関係(多職種連携)の構築 (退院支援)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。 (日常の療養支援)多職種間で、必要な患者情報を効率的かつタイムリーに共有し、利用者のケアにあたる。 (急変時の対応)「ときどき入院、ときどき在宅」を実現するため、地域に在支診・在支病だけでなく、後方支援病床を確保すること。 (看取り)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。

効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(2023年度)
入院時情報連携加算の取得件数	4,019(2016年度)	3,287(2021年度)	2016年度よりも増加
退院・退所加算の取得件数	1,690(2016年度)	758(2021年度)	2016年度よりも増加
医療機関看取り率	80.92%(2016年度)	76.0%(2021年度)	2016年度よりも低下
人口10万人当たり看取り数(在宅)	県全体87.4 中部71.8、東部116.1、 北部145.9、西部60.4、南部63.8 【全国】106.1 (2015年度)	県全体164.1 中部177、東部166.8、北部 236.1、西部82.6、南部112 【全国】190.1 (2021年度)	2016年度よりも増加
在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数	161(2015年度)	143(2022年度)	227(2023年度)
訪問看護ステーション数	68(2016年度)	113(2022年度)	84(2020年度) 102(2023年度)
訪問看護ステーション勤務の看護職員常勤換算数	290.8人(2016年度)	508(2022年度)	651
看取り研修を受講した介護施設延べ数	8施設(2017年度)	延べ40施設 (2022年度は15施設)	57 (2023年度)

評価/課題/
改善等

- 高い水準である医療機関看取り率が年々減少し、在宅看取り率が上昇していると推測される。医療機関看取り率の低下を全て良しとするのではなく、患者が希望される場所での医療提供体制（看取り）の整備が必要である。
- 訪問診療の需要の伸びに対し、訪問看護ステーション数は、計画策定時68（2016年）から113（2022年）に増加しているため、訪問看護の質の向上のため、定期的な研修や情報共有の場の継続・拡充が必要である。
- 在支診数は減少、在支病数は、横這の状況。全国的には、在支病数は増加傾向。1人医師が多い在支診は、24時間365日の在宅患者への対応の負担が大きいため伸び悩んでいることが推測。
- 令和3～4年度にかけて、圏域毎の課題を調査・分析・評価したうえで、今後、それぞれの地域医療構想調整会議分科会等で協議していくテーマ（課題）が設定された。各医療圏の取組を支援するとともに、必要に応じて次期医療計画に協議・取組事項を反映させていく必要がある。

医療従事者の確保（医師）

7次医療計画 医師確保計画策定時の現状（R1年）	目指すべき方向性と取組
<ul style="list-style-type: none"> ○医師総数は年々増加してきたが、若年層の減少と高齢化が進行 ○男女別では、若年層は全国的にも高い女性医師比率 ○診療科別では、産科医及び外科医の減少傾向が継続 ○高度な専門医が増加 ○医師偏在指標（全国統一の指標）では、県全体としては医師多数県だが、西部医療圏と東部医療圏が医師少数区域水準 	<ul style="list-style-type: none"> ○特に育成が必要な医師像を定め、診療科間偏在を是正する ○医師少数区域を設定し、地域間偏在を是正する ○医師の働き方改革への対応、女性医師等が働きやすい勤務環境に改善、特定診療科の医師確保、開業医の高齢化への対応

効果指標	医療計画策定時（2019年度）	現状	目標値（2023年度）
目標医師数（医療施設従事医師数）	2016年 三師統計 県全域 2,292人 中部 1,294人 東部 222人 北部 277人 西部 120人 南部 379人	2020年 三師統計 県全域 2,356人 中部 1,298人 東部 239人 北部 296人 西部 112人 南部 411人	厚生労働省通知 県全域 1,794人 中部 556人 東部 230人 北部 190人 西部 108人 南部 251人
医療勤務環境改善支援センターの相談件数	38件	72件	100件
働き方改革を踏まえた勤務環境改善に取り組む病院・有床診療所の割合	21%	55%	70%
医師修学資金貸与者の産科就業数【再掲】	11人（2016年度）	16人	21人
医師修学資金貸与者の小児科就業数【再掲】	11人（2016年度）	22人	25人
医学生夏期実習参加者数【再掲】	25人（2017年度）	43人	28人
自治医科大学医学部合格者数【再掲】	2人（2017年度）	2人	2人

評価/課題/改善等	<ul style="list-style-type: none"> ○県全域の医師総数は微増しているが、若年層の医師の減少には歯止めがかかっていない。研修プログラムや指導体制の充実及び勤務環境の改善等により魅力のある医療機関づくりが課題 ○開業医の高齢化による診療所廃止等に備えた一次医療提供体制の構築が課題（モデル事業実施中） ○修学資金貸与事業による診療科偏在是正の効果は限定的であった。特定診療科の勤務環境改善が課題 ○西部医療圏では依然として医師少数区域水準である。キャリア形成プログラム適用医師の派遣により地域間偏在の是正に取り組んでいく
-----------	---

医療従事者の確保・養成 (看護師・准看護師・保健師・助産師)

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<ul style="list-style-type: none"> ○看護職員の職域の拡大と年少人口により、新規看護職員の大幅増は見込めない。 ○看護師等学校養成所の入学生の確保が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ○60歳以上の看護師の活用等の推進 ○看護師等学校養成所においては、地域の医療機関で従事する看護師育成について検討が必要 ○復職を進めるため、ナースセンターの周知やマッチング機能を高める必要がある。 ○地域医療構想の推進に伴う病床の機能転換への対応や特定行為研修を受講しやすい体制づくり、働き方改革等の制度改革に適切に対応する必要がある。

効果指標	医療計画策定時(2016年度)	現状(数値)	目標値(2023年度)
病院・診療所勤務看護職員離職率	6.5%	8.0%(2022年度)	2016年度より低下
県内看護師等養成所県内就業率	64.4%	59.0%(2021年度)	2016年度より上昇
特定行為研修修了者看護師数	3名	74名(2022年度)	118名
県内指定研修機関の特定行為区分数	1区分	30区分(2022年度)	17区分

評価/課題/改善等	<ul style="list-style-type: none"> ○看護職員の就業者数は、年々増加してきているものの離職率も増加している。離職防止、定着促進の取組を強化していく必要がある。 ○看護師等養成所の県内就業率は、59.0%と低い状態が続いている。新卒看護師等に県内の施設を選んでもらえるよう関係機関と共に取り組む必要がある。 ○特定行為研修への取組では、指定研修機関が6か所と他県に比べ充実しており、研修修了者数も順調に伸びている。在宅医療の推進のため、訪問看護師等地域医療を担う看護師が受講しやすい環境づくりが今後の課題である。
-----------	---

医療従事者の確保・養成 (薬剤師)

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
<ul style="list-style-type: none"> ○県内には薬学部がないことから、県外の薬学部を卒業後の県内への人材還流が低く、恒常的な薬剤師不足となっている。 ○在宅医療への対応や病院での病棟活動等、チーム医療を推進する必要がある、薬剤師の資質向上が求められている。 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療の需要増に対応できる薬剤師を確保する。 ○多様な研修等の実施により薬剤師の人材育成を行う。

効果指標	医療計画策定時	現状(数値)	目標値(R5年度)
薬剤師奨学金制度を利用した県内に勤務する薬剤師数	5名 (2017年度)	43名 (2022年度)	55名 (2023年度)
薬剤師臨床研修参加者数	4名 (2017年度)	0名 (2022年度)	毎年12名
薬剤師居宅療養管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導料請求薬局数	181薬局 (2017年4月)	271薬局 (2022年度)	250薬局 (2023年度)

評価/課題/改善等	<ul style="list-style-type: none"> ○薬剤師会奨学金制度を利用した新卒薬剤師は、毎年着実に県内就業している。 ○在宅業務に携わり保険請求を行った薬局は毎年着実に増加しており、2022年度において既に目標を達成している。 ○薬剤師臨床研修制度については、研修へ派遣する薬局薬剤師の代替薬剤師が見つからない等、薬剤師の参加が難しい状況であったため令和元年度で終了した。研修受入体制の整備及び派遣する薬局の負担対応も含めた参加者の確保策が課題である。
-----------	--

ピカピカリンクの医療連携体制

7次医療計画策定時の現状	目指すべき方向性と取組
○ピカピカリンク等による医療の情報化を推進	○ピカピカリンク参加医療機関数の拡大 ○ICTを活用した救急患者情報の有効活用

効果指標	医療計画策定時(2017年度)	現状(数値)	目標値(2023年度)
病院及び診療所のピカピカリンク加入率	24%	30.7%	42%
病院のピカピカリンク加入率	62%	78.9%	100%
脳卒中、心筋梗塞、がん及び大腿骨頸部骨折の地域連携クリティカルパスに係る連携施設診療所のピカピカリンク加入率	33%	41%	100%

評価/課題/改善等	<p>○ピカピカリンクの参加医療機関数（病院、診療所）は着実に増加しているが、目標値には到達していない。</p> <p>○ピカピカリンクのネットワークを利用して脳卒中地域連携パスの電子化を実施し、データの有効活用化を図っており、加入率も着実に伸びているが、目標値には達していない。</p>
-----------	--

評価/課題/ 改善等	<ul style="list-style-type: none">○ 地域医療構想を踏まえ、各5疾病・5事業、在宅医療の医療提供・連携体制構築を推進 [2つのビジョン]<ul style="list-style-type: none">・人口増加対応型医療提供体制から人口減少対応型医療提供体制へ・病院完結型医療提供体制から地域完結型医療・介護連携提供体制へ[2つのアプローチ]<ul style="list-style-type: none">・「データ」と「現場の声」の双方から「佐賀の特徴（強み・弱み）をつかむ」・計画最終年度（2023年度）のみならず、2025年以降の「佐賀の未来をみる」○ 7次医療計画より、ロジックモデルを採用し、「分野アウトカム」を最終目標として設定し、それを達成するために必要となる中間成果に「中間アウトカム」を、中間アウトカム達成のために講じる「個別施策」を設定○ また、「分野アウトカム」、「中間アウトカム」、「個別施策」に目標値を設定する「効果指標」と現状把握のための「検証指標」を設定○ 「分野アウトカム」、「中間アウトカム」、「個別施策」の因果関係を図表化して明確にする。○ 国から提供されるデータが7次計画期間中に途絶えてしまったり、データ内容が変更されるなど、評価ができない項目がある。
---------------	--



<ul style="list-style-type: none">○ 8次医療計画においても上記2つのビジョンは継続し、アプローチに次の2つを追加し、医療提供・連携体制を推進<ul style="list-style-type: none">・情報通信技術（ICT）の活用や医療分野のデジタル化の推進・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた、医療提供体制の取組○ 8次医療計画においてもロジックモデルを継続し、アウトカム目標と個別施策の因果関係を明確にすることとしたい。○ 指標の設定にあたっては、国が例示している指標例や県の独自調査等で確実に把握ができる指標を中心に設定していくとともに、指標数についても絞り込みを行いたい。
