

## 〔がん〕

- 全がんの「75歳未満年齢調整死亡率」、「5年相対生存率」は改善傾向にあるが、全国平均に達していない。
- がん診療連携拠点病院等を中心に基幹病院を整備。(伊万里有田共立病院、地域がん診療病院へR5申請予定)
- 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
- がん検診受診率、精密検査受診率は目標に達していない部位もあり、更なる受診促進が必要。

## 〔脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患〕

- 両疾患の急性期 ⇒ 回復期 ⇒ 維持期 の医療機能分化・連携は推進
- 両疾患の「退院患者平均在院日数」は短縮。
- 両疾患の危険因子（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、飲酒等）の割合は増加傾向。
- 発症及び再発予防のための普及啓発、医療機関間の連携・機能分化を強化。

## 〔糖尿病〕

- 医師会、大学、基幹病院、医療保険者等関係者・団体との連携強化が図られ、新規人工透析者数は減少。  
(糖尿病連携手帳の活用)
- 特定健診受診者（40～74歳）における糖尿病有病者、糖尿病予備群は増加。
- 重要な役割を担う糖尿病コーディネート看護師の育成が図られた。
- 関係機関と連携しながら、発症予防の普及啓発及び重症化予防の取組を継続。

## 〔精神疾患〕

- 地域包括ケアシステムについて関係者で協議する場合は、概ね県内全域に設置。
- 地域移行の受皿となるグループホーム等の整備が推進。
- 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が着実に前進。

# 7次医療計画における5疾病・5事業、在宅医療等に関する評価等の概要

## 〔救急医療〕

- 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」は全国平均以上。
- ICTの活用による関係機関の情報共有が図られており、重症以上傷病者の受入照会4回以上の割合は改善。
- 一般市民の病院前救護活動の研修はコロナにより開催回数が減少
- 99さがネットの使用実績は増加しており、救急医療現場の見える化が図られた。
- 更なるデータ分析や機能改善を検討する必要。

## 〔災害医療〕

- 災害発生時に司令塔的役割を担う県・地域災害医療コーディネーターの養成が図られた。
- 全災害拠点病院においてBCPを策定。一方コロナの影響で災害訓練の未実施や医薬品等の備蓄など、災害拠点病院の指定要件を満たしていない医療機関があり、要件の充足を図る必要。
- 災害拠点病院以外のBCP策定率が25%と低調であり、策定率向上が課題。
- 計画期間内の災害拠点精神科病院の整備が1つのみのため、体制について改めて検討する必要。
- コロナ禍で国主催の研修が縮小されたがDMAT、DPATの整備が図られた。
- 原子力災害については、原子力災害医療研修の内容を改善を図り、医療提供体制の強化を図る必要。

## 〔へき地医療〕

- 離島の診療体制は一定確保（自治医科大学卒業医師の活用、身近な医療支援による巡回診療）
- 搬送体制の整備が推進（全離島においてドクターヘリのヘリポートが整備）
- 夜間や天候不良時の救急患者の当該への搬送体制の整備が課題。

## 〔周産期医療・小児医療〕

- （周産期）正常分娩を一般診療所・地域の病院が、高度医療を総合・地域周産期母子医療センターが提供する体制を確保。
- （小児）症状に応じた一次から三次までの医療提供体制を確保。
- NICU、GCU、MFICUの整備が進み高度な医療提供体制が推進。
- 産婦人科等及び小児科医師数は増加したものの、人口当たりの医師数は全国平均以下。

# 7次医療計画における5疾病・5事業、在宅医療等に関する評価等の概要

## 〔在宅医療〕

- 在支診・在支病の数は減少したものの、人口当たりの在支診・在支病数は全国平均以上で、計画期間中の訪問診療レセプト数は全医療圏で増加。
- 高い水準で推移している医療機関での看取り率が徐々に低下。医療機関以外での看取りを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）の整備を推進する必要。
- ACPに関する医療機関向けマニュアルを整備。住民、医療従事者向けに普及啓発に取り組む必要。
- 医療資源等が異なる中、医療圏ごとに協議し、地域の実情を踏まえた在宅医療のテーマ（課題）を設定。
- 各医療圏の取組を支援するとともに、必要に応じて、次期医療計画に反映。

## 〔医療従事者確保〕

### （医師）

- 県全体の医師数は微増。若年層の医師の減少は歯止めがかかっていない。
- 研修プログラム及び指導体制の充実、並びに勤務環境改善等により魅力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に備えた一次医療提供体制の構築に向けモデル事業を開始。
- 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。特定診療科の勤務環境改善が課題。
- 医師少数区域である西部医療圏には、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む。

### （看護師）

- 看護職員の就業者数は増加しているが、離職率も増加。離職防止・定着の取組を強化する必要。
- 県内養成所の県内就業率が59%と低調。県内就業率を高める為、関係機関と共に取り組む必要。
- 他県に比べて研修機関が充実しており、特定行為研修修了者も順調に増加。需要の増加が見込まれる在宅医療の推進に向け、訪問看護師等が受講しやすい環境づくりが課題。

### （薬剤師）

- 薬剤師会奨学金制度により着実に県内就業に繋がっている。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局は着実に増加。

## 〔ピカピカリンク〕

- 参加医療機関数は着実に増加。脳卒中の連携パスは電子化され、データの有効活用が図られている。

# 医療計画全体について

評価/課題/ 改善等	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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"><li>・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</li><li>・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</li></ul></li><li>[2つのアプローチ]<ul style="list-style-type: none"><li>・「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」</li><li>・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」</li></ul></li><li>○ 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</li><li>○ 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</li><li>○ 「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。</li><li>○ 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。</li></ul>
---------------	--



<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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"><li>・情報通信技術（ICT）の活用や医療分野のデジタル化の推進</li><li>・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</li></ul></li><li>○ 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。</li><li>○ 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。</li></ul>
---